

はじめに

このたび、社会福祉振興・試験センターのご配慮により一カ月以上にわたる München での調査研究を無事終了できましたことを関係各位に心から感謝申し上げます。ドイツ語が全くできず、海外の生活事情を知らない私がいきなり München の街で生活と調査研修を始めました。幸い、下宿の女主人であった Frau Hann というやさしくたくましいドイツ女性の心遣い、ドイツ人の奥様である同世代の日本人女性の通訳のかたの力添えによって、ひとつひとつ言葉の壁をこえて、多くの Sozialpädagoge から多くの貴重な情報をいただき、想いを交わすことができました。

この一月あまりは、私の日本的なあいまいな自我の構造がヨーロッパ人の強固な自我に包囲されて、その壁にむかってもがきながら、私自身の自我のありようを知らされ、かつて感じたことのない質の孤独と閉塞感の中で過ごしたと思います。これもカルチュアショックの一つの形なのか、自己を知らされ、社会のありようを理解するにあたり別の視点を導入されたのかもしれません。

また理念に忠実たらんとするドイツの Sozialpädagoge のそれぞれの実感のこもった表情、言葉の中に新しい価値、社会システムの誕生する息吹き、風も感じることができました。このような体験に恵まれたこと、私の留守中ご苦勞をかけたみのり会のみなさん、そして家族への感謝の中に報告を作成しました。

語学力や準備の不足もあり、また短い滞在でもあり私の理解が不十分であったり、整理ができないままの報告になっておりますことをお許しください。

目次

- I München 社会の現況
- II München の精神保健政策の到達点
- III 渡ドイツ前の仮説
- IV München の精神障害者への三つの法制（社会保障法、世話法、強制入院法）
- V 海外研修をへて ―仮説の修正―

I München 社会の現況

(特にバイエルン地方、München 近郊について)

人口130万人をこえるMünchen市は、古くは東のザルツブルグと西のアウグスブルグ間の塩の路の中程に位置した商業都市として栄えた。Münchenはローマ帝国直属の帝国都市となって800年の歴史の間、南ドイツの湖水や緑に恵まれた美しい自然、快活寛大なバイエルン、ミュンヘン気質、芸術の都として有名であった。現在のMünchenは、治安の安定した、自然も社会資源も豊かな西ドイツ社会である。東京より消費財、各種公共料金、交通費も安価で暮らしやすいという実感であった。

私の個人的な感じ方になるけれども、戦後の西ドイツの社会政策の選択はナチスの戦争責任問題と東西分裂という戦後世界構造の抱える基本的本質的問題との対峙のなかで進められて来たことになるのかもしれない。ここにドイツに特徴的な歴史的文化的状況があったのだろうか。階級間の融和、社会福祉的にいえば貧困問題を社会政策の主要な目的として取り組まざるを得なかったこともあったろうか。西ドイツ社会は、労働組合も業種別の横のつながりで賃金がきまり（ギルド社会でもあり）、細目を各単産がつめる形なので日本ほど賃金の企業格差は大きくないときいた。また公共料金、ライフラインは公的（公社）に保障して安価で安定的に供給されている。住宅政策が社会保障の一分野として政策的に設計されてきたためか中層の集合住宅が郊外にひろがり、空間的にもゆったりと自然とも調和的に広がっていたと思う。生活の基礎部分を公的に保証しつつ、その上での自由競争社会、私の印象をいえば『修正社会主義』とでも言える印象であった。それ故にまた先進国の財政赤字問題への対処を先陣をきって経験する国でもあるのだろうか。

またドイツといっても統一的な国家としてできあがってくる経過も新しく、まだまだバイエルンなどは独自の文化、地方性をもっていて（北ドイツもしかりと北ドイツからきていたミュージックセラピストは語っていた）、連邦政府は各州の独自性を尊重し特に教育文化については連邦政府は文部省を持たず、州政府毎に政策を決定するなど、地方分権が重んじられている。しかし、いっぽうで経済政策、農業政策はEUがブリュッセルから指令をだす（庶民レベルでは不評なようである）など分権と中央集権の在り方も試行段階ではないのだろうか。EU統合、ユーロ導入なども庶民レベルでは反感も多く、ヨーロッパ世界は新しい時代への産みの苦しみの最中でもあり、同時に新しい息吹きの時でもあると思う。

医療福祉のサービス供給についても政策は大きな転換点にあり、この転換の評価をめ

ぐってさまざまな意見、論点がだされ、さらなる改変が進行している最中であった。大きな財政赤字を前に、サービス供給の効率、費用負担、責任体制の整理、誰が、何処まで、何処からの費用で賄うのか、また制度変更に伴う利用者サイドの利益関係なども大きな論点であるように聞いた。München市の保健局のDr. Frau Trennerによれば、Münchenでも保健所の廃止、市保健局への業務切り替えが行われ、その業務は保健、医療、公衆衛生のどの部分をどの部署へ移すのかなど2年まえの機構改革の後、早くも来年は機構の再改変が予定されているなど、よりよい方法をもとめて試行錯誤という現状のようである。

ドイツの医療サービス供給は疾病保険を中心にすえて展開されてきたそうである。ビスマルク以来のドイツ疾病保険は、基本的には強制加入で現物給付方式で賦課方式（被保険者と事業主に割り当てられる）であったが1970年代から保険財政の赤字をうけて改革が相次ぎ、現時点では定額給付制導入と介護保険の開始という局面を迎えている。

日本と違っていると感じたのは、医療サービス特に入院治療を行う病院は公立であること。また外来治療を行う診療所の医師もその支払われ方は病院同様、各レベルの委員会で協定または勧告されている。個々の疾病金庫は地域的特性や金庫の特徴を考慮し、反映させながら各レベルの金庫医協会と交渉して報酬総額がきめられる。この委員会の構成は概括的には疾病金庫（支払い側）と金庫医委員会の代表（被支払い側）という集団交渉なので、患者個人も医師個人も、一つの利益集団の構成員として関与するわけである。

1977年には、法定疾病保険の保険機構、民間疾病保険、医師、歯科医、病院経営主体、薬局、製薬業界、労働組合、雇用主団体、州政府、地方自治体の頂上団体の代表者が連邦労働・社会秩序大臣によって招集され、連邦青年・家族・保健大臣及び連邦経済大も参加することができる保健制度協調行動機構¹⁾において医療に関するあらゆる問題を協議することを規定した疾病保険支出抑制構造改革法が制定されている。

これらの経過を知るといわゆる福祉国家は、社会的基本権の制度化、社会保障の拡大など社会的不平等の縮小を達成しつつも、『福祉国家はさまざまな新しい受益者集団を生み出し、制度化する傾向とともに、「既得権益」間の衝突を「利得」の上乗せによって解決（解消）しようとする行動様式をもちやすく、その結果、財政硬直を招いたり、世代間連帯にひびを入れたり、さまざまな形で国民的コンセンサスの維持・形成を困難に陥れる。』²⁾ というペーターフローラの指摘、日本の公的介護保険法、精神保健福祉士法についた付帯条項の異例の多さを思わざるをえなかった。

日本ではひとつのケースにかかわる医療サービスの範囲やサービスの選択が、専門職としての医師個人の裁量と責任に重くのしかかり、個人としての患者がその内容を同意

契約するにあたって提供される医療情報の範囲をも医師個人が裁量によって決めるシステムである。また日本の医療現場では最終責任をとらねばならない医師の決定には、責任をとりえないコメディカル専門職やソーシャルワーカーは異論を唱えにくい。パーソナルセクターに任せられている医療サービスであってみれば、医師側も保身的にならざるを得ない。このシステムでは医療サービスの適正にかかわる諸情報の開示ないしは透明性を追求しにくいと感じる。

このような日本の医療サービス供給システムと比べて見ると、医療サービスの公共性に照らしてドイツ型の方が責任を取り得る構成になる点で優れているのではないだろうか。ドイツでは世界に先駆けて医療保険の財政赤字に直面し、今先陣を切って対処を進めているその中で、何が起きているのか興味深いところであった。

ドイツの社会保障も社会保険を中心として進められているため、利用者に重層的に民間、公的な保険加入の義務を課して、その生活上の重要なリスクに備えていると言うことであった。国民の90%が家族として、任意加入の被保険者として、保険加入義務者となっている。事業主が保険料支払いの義務をもち各金庫に加入して支払いをうけるなど、無年金者をなくすことが政策の重点で、要援護者へのいわゆる福祉サービスは他のヨーロッパ諸国より弱いと言われるそうである。しかし Sozialhilfe というセーフティネットや社会福祉法令によるサービスは青少年局、市の社会局が統括し、精神障害者や児童に限ってはわが国の水準を大きく越えていると思われた。

現場の福祉サービスは多様な民間事業体によって担われていた。私が訪問した社会福祉団体の多くはその歴史を百年から百二十年を数えており、多様な運営主体がそれぞれ多重層的に公的機関に財源を求めながら、多くの裁量と努力の中で独自（対象者も縦割りの、サービスも専門的に分化している）の事業を独立的に展開している。代表的な事業体はカトリック系、プロテスタント系、赤十字、政党系（SPD）、などその組織の誕生は120年前、ビスマルクの時代まで逆上ることだからドイツ資本主義の曙の時、社会保険制度の誕生と軌を一にしていることになる。この層の厚さはキリスト教社会の教会活動が教区の住民生活のなかに深く根付いていること（教会税なる税の徴収さえ国民的コンセンサスを得ている）なども大きいのかと感じた。München 市では9割までがカトリック教徒とのことである。また兵役免除（Zivildienst）の青少年が19歳になって10カ月間福祉施設などで有償ボランティア的に良く働いている。これは大きな労働力であり、また若い世代にとっても良き社会教育の場といえるとの評価を多く聞いた。

ベルリンの壁の崩壊以降ドイツ社会は東ドイツの復興という大問題を抱えることとなった。東ドイツのインフラ整備等について必要な財源を連帯税として全国民が収入の5～

7%も支払いながらも、女性や母子を対象とする世話協会では福祉サービスの利用者は東ドイツから流入する失業者の家族、離婚家庭などいわゆる処遇困難も多いと聞いた。東側の産業は競争力ある部門がなく、倒産して失業者をうみだす元国営企業が多く旧東ドイツでは成年男子の5人に一人が失業状態であるという。Münchenの地下鉄駅には屈強の成年が雑誌販売のために座している姿も多く、アルコール関連の路上生活者も少ないながら常時みうけられる。

このような状況のなかで開始された介護保険は、ある意味では福祉事業体における財源について、これまでの各レベルの自治体などの公的資金から社会保険給付に置き換える財政的技術であり、社会保険中心のドイツ型手法との側面もみえてくる。

世話法（Betreuungs-gesetz 以下世話法と表す）もまた財政悪化をうけてこの春には改定が予定されている。この制度に係わる世話協会（Betreuungsverein 以下世話協会と表す）には Sozialpädagoge が配置されていて、地域生活を見守る中でのソーシャルワークが展開されている。我々社会福祉士が契約サービスを利用する要援護者とともに地域でどう働くのかについて、とても参考になると感じた。しかし業務についての費用負担について考えると、支払い能力がある場合は受益者負担であり、家族、親族世話人のコストは押さえてあり、また導入が予定される任意後見であれば契約者が私的に賄うのだから公的な財政負担を私的な負担にきりかえる効果を生じる。München 市社会局世話署の Frau Keupp もそう語って、今改正にひとつの意味づけをしていたように聞いた。

この認識については、節約できないのが『国民の自由』を守るための費用であると München 後見裁判部長の Dr. Erich Bussmann はおっしゃるけれど、戦争体験世代が現役を退いて行く時の流れは、『国民の自由』に特別の重点を付与して居所指定、施設収容類似の項目を世話法身上監護の重要事項としておいたドイツの歴史的民族的テーマ、ナチスの強制収容など戦争責任問題に、どのような回答を選択するのか興味あるところである。

小さな政府、どこまで小さくするのか。各事業体の努力をどのようにして費用配分として評価するのか、この技術はどうか。既得権益をめぐって平等性、効率性、責任性をどう追求するのか、福祉の利用者はその生命と自由を権利として守られつつ、ノーマライゼーションの地域を生きてゆくことを保証されるのだろうか。世界に先駆けて新制度を創り、今動いているドイツという印象であった。

II München の精神保健福祉政策の到達点

精神病患者への社会政策は各国共通に、近代市民社会の生成と発展の過程で監禁の必要を生じ、やがて精神医学の進展により入院治療そして解放治療と進展してきたといわれている。ドイツでは1900年1月1日に施行されたプロイセンの民法典以来、後見法（Vormundschaftsrecht）による行為能力剥奪、障害監護法（Pflegschaftsrecht）が適用されていたが、19世紀後半には精神医学の先進国ドイツとして実証的、自然科学的思想をもつ医学の一分野となした精神医学の用語を法律用語にとりいれつつ法の改正が引き続いた。従来の病気の呼称、凶暴、狂乱、白痴を廃して新しく『精神的』という概念も成立せしめた。

しかしナチスの時代、精神障害者は真っ先に収容所で殺害され、精神病院は反ナチの市民を拘束し、収容所へおくるための手続きを担うこととなる。この歴史的経過についてナチ発祥の地でもある München の近郊 Haar の有名な区立の精神病院（BEZIRKS-KRANKENHAUS HAAR）を訪れ、病棟を見学して Sozialpädagoger の方々の仕事を2日間見学する中で説明をうけた。実に Haar はその現場であった。

戦後の復興をみて1960年代に入り児童の収容について裁判所の許可を必要とする家族法とリンクする法改定がなされたり、強制入院法を警察法から分離して精神病患者法が州によっては立法されている。（バイエルン州は立法せず）1974年には成年者の収容についても非訟手続きのなかに採用されて、収容に際しての司法関与が保障された。

やがて隣国イタリア、トリエステの精神病院解放の影響、また疾病保険財政悪化による入院治療費の削減の必要からの医療構造改革などの中、1975年連邦政府は独自の専門家委員会（保健相、民間団体、病院、医師、現場の専門家、政党）による質問書として Enquete（以下オンケットと表す）を議会に提出した。オンケットはドイツの精神医学の現状とその改革の必要性を述べて収容型医療から外来治療への転換を骨子とする膨大なものであった。この内容をうけて、各レベルの自治体は財源をつけて精神障害者が退院して地域で生活することを支えるさまざまな事業の展開を民間団体にゆだねた。この流れはイタリアのように病院は解放したけれど、精神障害者は街に安定的に暮らすための社会資源が不足して、やむなく路上生活者となると言った事態を回避している。

オンケット以降、精神医療改革は国（連邦）の政策の中で重要視され、それ以外の分野との距離を無くして、みんなで協力してやろうということになった。以前はクリニックの中で退院後の話し合いをしても、退院したら本当にそう行っているのか分からなかったが、今は連絡が来るので見失うことが無いという変化が、現場では確かにあるらしい。

現在の München における精神障害者むけの社会資源のリストはとても分厚い。十年後の日本はどうであろうか。

『社会資源が整備されて多くの精神障害者が地域生活を続ける、そんな地域化を追いかけるように世話法ができた。世話人は地域生活の伴走者として働き、障害者が通院する病院、授産所、相談所などと横のつながりができている。これまでも裁判所が関与する後見のシステムはドイツには存在していたけれども、それは法律家によるものであった。世話法になってから地域でソーシャルワーカーが地域生活を見守る形で入ることにより障害者の発言力は変わった』とは精神むけの世話相談所の Frau Kraus の指摘であった。彼女の前任者の Dr. Von Gertraud Gaesslerh は後に法律家の資格も取得して活躍しているソーシャルワーカーで、オンケットにも起草段階から関与し、この世話活動におけるソーシャルワーカーの任務について早くから主張していた方であるという。是非日本のソーシャルワーカーとして考え方をお聞きしたいと思ったが、帰国の時がせまり果たせなかった。

また世話人は強制入院の権限をもっているので障害者には警戒的な面もある。治療内容を障害者と一緒にインフォメーションをうけているとのことだ。いま München の精神領域では横のつながりの必要性が痛感されているとのことである。ドイツの層の厚い社会福祉団体はそれぞれの歴史や独自性の中で個別組織毎に独立していて、ライバル意識もありなかなか連携が難しいために統合性に欠けるサービスとなる。このためイギリスのケアマネジメントの導入がいっせいに始まっている所であった。各所で耳になじんだ英語のケアマネジメントと言う言葉を聞いた。

印象に残っている機関の報告

1 BEZIRKSKRANKENHAUS HAAR (区立ハール精神病院)

BEZIRK OBERBAYERN (バイエルン区) の中心的精神病院で松沢病院の30倍はある敷地に病舎が点在していて教会や事務所などを広い舗装道路でつないでいる。(バイエルン州には7つの区、ベチルクがあり München 市はバイエルン州バイエルン区バイエルン郡 (オババイエルン) München 市) 関係者以外は入る人は見受けられず、古い各病棟のトイレも広く、表からも内からも施錠できる構造で、重度者の収容施設との感
は免れない。10年前は3,000床だったが、現在は1,300床に減じていて、その分広くなった病舎に広いサロンや相談室、体育施設がもうけられている。区の義務として(環境保全も同じ) 精神病患者の治療をおこなう公的施設なので治療拒否はなく、たらい回しはあり得ないことになる。最重度者病棟は見学できなかったが、強制入院法による患者収容



Haar の病舎

で隔離室もあるとのこと。急性期病棟は日本の清潔な一般病棟という感じだが、利用者は暗く無表情だった。世話法についての評価は最も低く、世話法前も病院内に司法判事の執務室があったし、それは世話法でも変わらない。外の世話人がいろいろ言うけれど、現場は受け入れられることと受け入れられないことがあり、受け入れられないことは受け入れられないという。入院医療費は一人一日330DM（¥23,100）自己負担17DM（¥1,190）で、日本の精神病院の入院費用を平均して24万円とすれば約2.8倍になる。

2 カリタス社会相談所（精神障害者地域相談所）

市中心部からやや離れた住宅地に約1,000hの敷地に二階建てで教会併設。運営費は市の補助金で、医師の相談は疾病保険、利用者負担などの組み合わせ。利用者は20代から83歳まで、40、50代が最も多い。その12%が世話人を選任している。職員は Sozialpädagoge 2名、心理職2名、事務職員1名で医師が非常勤（半日）で精神関係に従事している。この相談所利用登録者は40人だが毎日20名は相談にくる。生活保護（1,000DM+住宅費）、単身が多い。介護保険利用者は2名のみ、現在の介護保険の判定は精神障害を評価しないで、身体障害に重点がおかれている。精神は処遇困難が多く難しいので世話人は家族よりも職業的世話人が多い。世話人とのトラブルも1ケースあり。他機関、授産所、グループホーム、クラブハウス、クライシスセンターなどと連携している。相談室、執務室をつなぐ廊下がたまり場的に使われていて各種パンフレットが置いてあった。

3 クラブハウス

カリタス系の世話協会の隣、自動車修理工場横の民家の2階の一室。登録利用者は30

名、15名程毎日集う。職員は心理系の常勤者が1名、非常勤者2名で昼食などは利用者が作る。みんなとてもものびのびとカード、編み物、おしゃべり、読書、ゲームに興じる人、絵を描く人と、おもいもおいでであった。みんなできれば世話人を持ちたくない。お金はかかるし、口出しされるしという。心理系の職員さんはとても受容的でうまくいってみんなに信頼されているようだけれども、世話法という新制度、社会資源の持つ意味を社会的に理解していないのか、利用者の心情を全面肯定していた。なごやかで楽しいクラブであったが、利用者はときに3カ月くらいの入院もあるという。

4 精神むけ世話協会

政党系の世話協会で、郊外にある小さな民家の庭を入った2階にある事務所だったが、オンケット以前からの精神関係の福祉援助をおこなっている団体で、労働省からも補助などを受ける授産所をつくるなどの活動を実らせている。その授産所とは、1) 造園関係：給料を払っている、2) リサイクル、引っ越しなど：教会付属の施設、3) 子供服、絨毯製作などで、就労する障害者によって正式社員扱い、やや低い賃金であるが保護雇用、労働生活をささえるため、密に Sozialpädagoge と連携して、緊急事態になることを防ぐなどの方策を講じている。ここの責任者によれば精神障害者を隔離収容していた時代は、精神病者は一生精神病だから、自分も精神病になったらという不安が市民自身の中にあるからかえって差別していたという。今は地域で生活する多くの精神病回復者がおり、病気のため収容されるのは一時期なので、病気にたいして市民自身にバリアが無くなってきたという。

世話人は理論的には拒薬を正当化することもおこりえるし、強制入院や医療同意には手続きを作ることが大切になる。財産管理、相続財産などを巡るゴタゴタはとてもエネルギーを消耗する仕事なので財産管理専門の弁護士、司法書士を通してのことである。

5 区立クライシスセンター

地下鉄駅から7、8分の所の普通の集合住宅のような外観だが、中はかなり広い2階建の建物全体を相談室、デイケア病床(10床)、処置室、診察室など日本の診療所に近い感じ。3年前から Haar の医師を中心とするスタッフの努力で運営されているが、München 市の4カ所にひとつずつ必要と言われながら財源問題で今のところ一カ所である。24時間対応の文字どおり緊急時に対応する医療施設だが、夜間電話、命の電話も多く、処置まで要するケースは一日1~3ケースほど。家族に抱えられるようにして患者がやって来ていた。不安定な1~3日宿泊してあとはデイケア治療になる。ここで病

院入院をしないで過ごすことができる、入院ベッドを減らすならクライシスセンターを増やすことと、スタッフは意欲的であった。

6 インテグレーションを推し進めている大規模コロニーの作業所、ハウスなど

南ドイツの HERZOGSÄGMÜHLE は120年前、行路病者が最後の『みとり』と埋葬をしてもらえる場所として知られたプロテスタント系の教会が始まりである。そのため行路病者の墓所が広がっていて、その佇まいは春まだ浅い南ドイツの陽のひかりの中に寂寥たるものであった。しだいに病院、住居提供、救貧施設とひとつ、ひとつ建物を建てていった。

オンケット以前は精神以外の障害者施設、牧場、製靴工場、木工工場、農場を含む一代コロニー、理想の村となっていた。この施設は自給自足ができる総合的障害者コロニーであり、また村内の工場は市場に出荷もするし、近隣の村から入職する人もいる。

また私たちが昼食をいただいた村内レストランは大変おいしく、近在の市民は客人をもてなすためにこのレストランを利用したり、結婚式の披露宴も行われていた。日本びいきの Sozialpädagoge の若い職員のグループホームは、ダウン症の青年、元被虐待児の非行少年、身障、精神発達遅滞など多様な障害、年齢の男女が暮らしていて写真で見るとかぎり楽しみある毎日のようだった。

オンケット以後はここに精神障害者を積極的にいれて、その結果インテグレーションの進んだ処遇となっていた。授産所も担当職員の独自性を生かして処遇が行われ、生産する木工その他の製品のデザイン、工程なども、担当者の工夫が生かされている。作業中の利用者も結構楽しそうで作品に誇りをもっている。単純作業の行われる部屋には大きなハンモックに揺れていた利用者もいて驚いた。精神担当の責任者のかたは音楽療法



行路病者の墓

もおこない、五感、聴覚に働きかけて心をひらくなど設備も方法もユニークで新しい試み実践されている施設であった。

7 ACTION SONNENSCHN (児童療護施設)

モンテッソリー協会ドイツ本部でもあり、障害児の早期発見早期療育による障害の軽減を図る国際的な団体で病院と施設、セラピスト養成所をもっている。ボイタ法による発達障害児の訓練は効果をあげていて全ドイツから家族ぐるみで2Wの宿泊訓練入院をしている。この家族を迎えて行われるフットラル神父の日曜のミサは有名で、一種のグループワークだが家族に勇気をあたえている。90に及ぶ支部を全ドイツに有する組織でちょうど創立30周年の記念行事で世界各国から来客をむかえて忙しくマダムモンテッソリーも見えていた。処遇はあくまでも子供の自主性の尊重、隠れている能力の開発で音



Action Sonnenschein の
30周年記念行事の参加者と
共に
後列右側がフットラル神父
(日曜のミサで高名)



Action Sonnenschein の
相談室
Sozialpädagoge のみなさん
と

楽と子供の笑い声がたえなかった。資金的には利用者からの徴収（倍率が高くなかなか治療が受けられないほど）と疾病保険からの給付公的な助成もあるときいた。

München 近郊の精神関係の諸施設を見学すると、概して新しい制度、試みの中にある人々は澁刺としていた。世話協会が元気で世話法の理念を語り、またインテグレーションを進めている施設の方々も元気で確信をもっている。クライシスセンターや地域相談所などもそうであった。そしてそんな施設の利用者もまた元気があり、表情もやわらかく、愛情に満ちたまなざしをむけてくれる。硬く、警戒的に無視したり、違う世界の者同士のように通い合わせない利用者も少なくはない。大柄で白いゲルマン人に囲まれて、利用者は顔色も悪く、行儀よく、あるいはなげやりであったり、それは日本と同じで日常の処遇があらわれるところであろうか。

Ⅲ 渡ドイツ前の仮説

日本でドイツ世話法関連の文書を読み取り、以下の仮説を考えていた。

- 1 ドイツには精神保健福祉法やアメリカなどの Mental Health Act に相当する法制なしで精神障害者への施策展開がなされている。それでいて大きな混乱や問題点を指摘されていない。
- 2 我々精神科領域で働く者は自分たちを所管する法律として精神保健法以外を考えてこなかったのも、精神保健法をもたない精神保健政策の構造に興味があった。精神保健福祉法の中身は、精神科治療にかかわる部分、精神障害者福祉にかかわる部分、保健にかかわる部分がある。後述の2点は精神領域に特徴的な内容ではないという見解も成り立ち得るけれど、強制入院をしての治療を行わねばならない精神科治療に関する部分は他の診療科と法制を分離独立する合理的な理由と言わねばならない。精神科病院への強制入院については、現在の日本の法制度の中では精神保健福祉法により、措置入院は行政行為として、緊急入院も精神保健指定医2名の判断があればできる。患者が入院決定に不服を有する場合は精神保健審査会にて審査される。

ドイツ世話法の身上監護重視、特に医療の同意、居所指定事項に例外的に適用される同意留保規程は、本人の意志に反した収容治療の適否についての検討を行っている。これは精神障害者も他の市民と同じ法制、市民法の中で、市民として幸福を追求しその生命や人権を守られるべきであるという原則にそってその治療形態を吟味されるのであれば、精神障害者だけを囲って特別に遇されるよりよほどノーマライゼーションにかなうのではないか。

ケースによっては、まず入院時自らの病気を自覚せず治療の必要が理解できない場合がある。医療的侵襲についての同意はできないので本人同意にかわる妥当な意志決定を社会的に形成して、その判断に公共性（最善の利益）を保証するシステムとして成人後見の身上監護の医療同意の手続きが求められる。それから入院治療の期間が長期にわたれば、例えば生活保護法による家賃扶助は最大6カ月であるところからそれ以上の入院の要不要は住宅の解消の問題として、また退院時は居所指定として入退院の過程を成人後見法の身上監護特別項目にのせることができよう。この中で精神障害者の安全と自尊心が守られれば、精神病院で暮らした経験が心理的外傷となる現在の事態は解消できよう。

- 3 上記理由で強制入院にかかわる手続きを医療同意、居所指定事項で対応することによって精神障害者への特別な法制を解消することが精神障害者へのスティグマの除去のために望ましい。たとえばエイズ問題では患者のみなさんが自分たちだけにむけられる特別な措置の解消、難病、身体障害としての適用をかちとられたようにである。

IV München の精神障害者への三つの法制 (社会福祉法制、世話法、強制入院法)

- 1 バイエルン区には精神保健福祉法に相当する法律は立法されてはいなかったが、警察法としての強制入院法を州法レベルで施行されて精神科への強制入院が行われていた。この法律はいわば措置入院法、行政処分手続き法であり、精神障害者の意志、入院同意の有無については問題とされずに進行するので、他州のような精神障害者の治療や福祉に配慮したドイツの精神病者法の制定を求める集会が組織されていた（3月13日）。我が国の精神保健福祉法の機能の主要部分は強制入院法として行われているという意味で、München に精神保健法がないという認識は誤りであった。
- 2 München の場合、世話法の利用者はおおざっぱには高齢者が60～65%、身体障害者10%、精神発達遅滞10%で残りは精神ということだったので、20%強を精神障害者が利用していることになる。オンケット以降の地域化定着の中で『地域化を追いかけよう』と表現された援助者もいたけれど、世話法、成人後見法は精神障害者の地域生活には重要な制度といえる。特に同意留保を要する精神病院への強制入院への不服請求に関係した世話事件は同意留保の大部分をしめている。また精神の場合この強制入院問題がある上に日常の援助も難しいので、世話人はほとんど職業的世話人Sozialpädagoge が指定されるという。

強制入院にかかわる現場のケースについて聞き取りをした。まだまだ聞き取りは不十分で全容を把握できていないと思われるけれども、一応、現状について理解できた範囲でまとめれば以下のとおりである。

(1) 世話人を選任しているケース：

事前に世話人が状況を把握していれば、世話人が関与して事実上の入院同意を精神科病院に対して行い、司法判事が追認。

事後に報告が入るときは強制入院法規定による入院後司法判事の関与。なおクライアントが同意しない場合は世話人の解任もあった。不服の場合は入院後法廷期間経過後世話法による後見裁判所関与となる。

(2) 世話人を選任していないケース：

強制入院法による強制入院規定により判事の関与がある。自傷他害が要件とはいっても自傷と他害がケース毎に線引きは不可能である。自傷の契機と他害の契機は同一であることが多い。緊急時に緊急入院をさせてクライアントの同意を待つがそれが得られないときは世話人選任に動く。この種のケースは医療的侵襲の同意についての裁判所関与であるが、München 後見裁判所で約4,000ケースの同意留保の大部分を占めている。世話人が選任されれば、世話人はクライアントの意志の確認の義務を有しているなどその福祉は配慮される。強硬に治療に同意しない場合でも、最終的には世話法にひっかけて後見裁判所が関与することができる。その手続きは Sozialpädagoge の関与の社会調査を行い、その上で本人からの直接聴聞も行われ、世話人選任のために障害者の意志、病状や生活問題が司法の場で公に考慮される。

以上から世話法が精神病院への強制入院のすべてに際し関与しているのではないことが分かる。殆どは強制入院法で素早く実施されてしまっている中で、もめたとき、そして今後備えて世話法が利用されている。病院 Sozialpädagoge は世話人が選任されているケースは非常に安心だし便利ですとの感想をもっている。クライシスセンターでは世話人をあまり当てにしていなかったし、あまり良く分かっていない援助者との受け取り方もあったと思う。しかしもめたとき、最後には世話法に引っ掛けられるとの表現が印象的であり、世話法の位置を物語っているのかと感じた。

3 福祉法制

ドイツにおける社会保障は社会保険中心に進められていて、Sozialhilfe の関係を除けば直接公的部門がおこなう福祉サービスは原則はないらしい。公的部門は民間部門が行う各種施設、制度の管理管轄部門として、報告書を提出させたり審査を行うなどしている。その法制度は予想に反して極めて縦割りの完成段階にあるらしい。この縦割りや各社会事業福祉団体の連携統合が今日的課題ということで、ケアマネジメ

ントが熱心に導入されている。日本と共通という感じである。

精神の社会福祉的な政策は前述のようにオンケットという理念の提示をうけて統合的に行われていて、精神保健とのかさの合流が問題になっていない。保健ないしは医療は別途改編の最中であるが、福祉は介護保険との関係でかなり変わってきている。精神は介護保険を使いにくいのと、オンケット以降の重点政策でもありこれまでの福祉サービスで行われているが、障害者福祉は旧来のサービス供給にくわえて介護保険給付である。ソーシャルワーカーサイドでは『これまでは一本で生活を見渡せたが、それができない』との指摘もあり、現在は介護保険による福祉サービスとこれまでの福祉サービスは調整段階である。ソーシャルワーカーの地域での関与（世話人）によって統合性ある生活支援となるのだろうか。

社会法典の各章だては並列的であり精神が特に利益を優先されるとの印象はない。かつオンケット以降の München の精神障害者むけの福祉施設の数や質は羨ましい限りである。精神障害者に対する福祉サービスは精神のみを対象とする特別なケアでなくとも充分な展開ができる。またインテグレーションについて考えると精神だけを医療保健と連動させる形ではなかったから HERZOGSAGMUHLE のような展開も可能になったかと思う。

4 児童の施設収容について

渡ドイツ前はドイツの児童療護施設入所は、その児童が地域で親元で育つべきとする当然の権利と、治療をして障害の固定を予防するため、生命の安全のための施設収容せねばという二つの相反する要請について、司法の関与する調整システムがあり、それが世話法と同じ理念と形式（手続き）になっているのかと考えていた。

しかし世話法は成年者世話法として18歳以上の人への制度であること。またドイツの障害児への政策は医療、教育、福祉が統合されていて、早期発見、早期療育による障害の固定予防、軽減の政策がなされていることがあり、施設入所はきわめてまれで例外的になる。この場合の手続きは、ナチが子供をも強制収容して殺害していた歴史の中で1960年代に司法が関与するシステムをつくった。これは Vormund の延長であるので歴史的限界もあり、当事者たる児童自身の意志確認に厳密性を求めている。まず健全な親の判断を優先させている。この4月から離婚した夫婦間の子供の親権について二親の共同親権という家族法の修正をするなど時代的な要請をいれた改変もあるけれど、München では親権の制限等をふくむ児童の自己決定権の尊重という文脈までは至らずという現実かと思う。

V 海外研修をへて 一仮説の修正一

成人後見人は意思表示行為を十全に行い得ない場合の、法的に保証された代理人である。その任務である後見内容に身上監護を含めている。身上監護とは生命と生活の見守りであるとすれば、後見は契約、意思表示などの法律行為を代行するだけでなく、もっと広く事実行為を多く含む構成といえよう。いいかえれば後見は必要があれば法律行為をも有効に代理できる法的構成、権利侵害などに効果的に対抗力ある法的構成を用意しながら『最後の備えをもって行う要保護者への見守り』の制度である。

今後、日本でもノーマライゼーションを求める地域で、契約で行われる福祉サービスの利用者、消費者となった要保護者の自己決定権、幸福追求権を支えることがソーシャルワーカーに求められる重要な機能となろう。新成人後見の理念はここにある。ここを尊重し実現するためには、利用者の生活を幸福追求権の尊重（自己決定権、生活文化の尊重）に専門性をおくソーシャルワーカーが福祉の諸サービスや法制的、利用者中心の調整を支え、福祉法制やサービスの利用者の最善の利益と生活文化の両面を代弁してコントロールも行い、必要な場合は法的な対応も行う主体となることを求められている。

このように世話を位置づけてドイツ München の実態にふれて見た訳である。しかし実際私は色々な思い込みを修正せざるをえなかった。何よりも意外だったのは、こちらは世話をしっかり見聞して良い世話を、それが人権擁護であろうと意気込んでいるのに、肝心の利用者サイドからはそんなに歓迎されている制度でもないことであった。

援助者側はその理念を語り、どれだけ精神病院の投薬内容や病院の治療環境改善などに働きかけ精神障害者の病院治療の中に障害者の意見表明ができているか、改善の可能性が生じているかを語る。そして地域生活の中でおこる危機への対応も事後的ではなく事前に障害者の動揺に伴走して危機回避、納得の行く治療（入院）への同意もはたし、障害者の生活の安定を実感されている。しかし世話人を返上した利用者は『今までも良かったけれど、これからはもっと良くなると思います』と挨拶されたそうである。補充性の原理で行われている世話は最後の手段でもあり、できれば使わない方が良いのは自明でもあろうか。

特にドイツではナチスへの反省も大きなテーマであり、司法の関与する法的システム、Vormund で精神病院への入所問題、財産問題を意志能力を奪った形でしっかり行って来た歴史も長い。新制度は実務レベルではこの旧制度との間で連続的関連性をとらざるを得ないし、そのことが利用者サイドを始め各方面にスティグマをも継承せしめているように感じる。また日本の生活保護法とおなじ他法優先であるから最後の手段として、

とうとう世話、最後の世話という感じもあって、児童の療護施設で治療的スタンスで取り組んでいる場ではむしろ世話法にたいする拒否反応も感じた。

経済生活上のセーフティネットが生活保護であるとすれば、生活問題の判断への支援を有効な法律行為を行い得る構成で行う最終支援（セーフティネット）が成人後見であろう。身上監護として間口を広げなければ障害者の身の安全をはかりきれないけれども、そのすべてを鑑定的な手続きを入れざるを得ない公的な制度として保証することにはスティグマの問題が生じる。成人後見法利用にかかわるミーンズテストに相当するのが鑑定であろうから、鑑定に用いられるスケールができる限り生物学的医学的モデルを廃することが利用者サイドに抵抗を少なくする、スティグマ性の軽減につながると思う。

またスティグマの根拠がミーンズテストのみとはいえないこともある。アメリカの精神医療改革の流れは Minority Discrimination、黒人や少数者への差別反対の運動から発している。ある集団が一定の特定の集団として分離、グルーピングされる中で生じる他の市民からの他者意識については文化人類学や民族学などの所見が多く、示唆に富む内容を提起していると思う。民族学では民族意識における凝集性、アイデンティティについて多くの論点があったと思うけれど、近時はダイアスポラ、離散というコンセプトももう一つのテーマとなっていて、ここから新たな他民族との文化融合やグローバリゼーションへむけて語られているとも聞く。セーフティネットに拠らざるを得ない集団を特殊な集団として、現実社会の構成として凝集させない工夫が必要になると思う。それがないと市民の意識の中に特殊な集団という認識が生じてスティグマにつながる。スティグマがついた制度となると市民総体、国民総体に利用され難い。障害者自身ができるだけ使わないよう工夫をする。そうなったらこの制度は創る目的を果たしえなくなる。

このことを考慮に入れて、成人後見の居所指定と医療同意項目を精神科入院手続きにストレートに置き換えない方がよいのではないかと仮説(?)を修正した。この間をつなぐ政策的手当が必要であろう。日本ではドイツの Vormund ように、権利剥奪、後見人選任が多く利用されてはいないので、成人後見法の利用に際しての抵抗感は少ないのだろうか。

言うまでもなく精神保健法を必要とするニーズは日本にも、イギリスなどコモンロー諸国にも、ドイツにも存在している。それは近代国家における富国強兵や取引社会のスムーズな展開の要請から、精神障害者を特別な施設に長期収容して隔離的に処遇した政策がもたらしたひずみ、スティグマへの対応という特殊ニーズかと思う。このニーズに対応する方法論だからこそ、精神保健法は理念的にも制度的にもノーマライゼーションに至ることを求められていると思う。ここに精神科医療の特殊性、精神保健法の主要な機能である強制入院にかかわる規定については、他の領域の施設収容、医療同意（難病

など)の要件と整合性のとれた共通の法制の中で統一的に検討するシステムが強く求められてくる。医療サービス、福祉、介護サービスの提供施設への入所時のインフォームドコンセントの手続き法である。そこで利用者同意の要件として、医療福祉サービス情報について公開されなければならない範囲が定められ、利用者サイドの最善の利益と自己決定権の調整のシステムが定められることが求められる。そのシステムの中での最終手続きとして、成人後見制度の利用が準備され、居所指定、医療の同意、住宅の解消に対応できれば良いと思う。最終的には司法が関与して、かつ利用者の自己決定権、生活文化や幸福追求権を尊重するソーシャルワークが行われていることが必要である。

幸い日本では福祉法制については障害者基本法の制定などインテグレーションは進む方向にある。精神障害者福祉は他領域の福祉法制と同じ原理、理念の中に合流されるべきであろう。そして精神の保健関連事項は高齢化社会の保健活動の中で共通的に規定がなされればスティグマ性を軽減できるであろう。また保健との合流は地域生活におけるライフスタイルの尊重、生活文化の多様性など、福祉の地域化、市民化とそれをささえる利用者ニーズに反するので、長期的には利用者の利益に反する。そのうえ福祉の存在理由でもある幸福追求権の中身を健康概念優先(健康概念自体変更してはいるが)に傾けて福祉の存在基盤を掘り崩す結果になりはしないのかと思う。

おわりに

Münchenの世話法、精神保健領域の調査を短時間ですませた報告である。

精神保健法の解消などといえば、この法制が分離していることに伴う多くの既得権益とそれを巡る集団が存在している。既得権益拡大、利得の上乗せをはかる当事者団体やその他この法制を独立させること、解消することによって成立する権益との間でもペーターフローラ¹⁾の指摘は有効であろう。

しかし、スティグマの解消、精神障害者の利益が市民社会の原則と調和的に守られることを最優先のテーマとして、精神保健法は精神障害者の生活の中での諸権利に即して、各法制への分離吸収、解消が模索されなければならない。そのために成人後見の身上監護、医療の同意と居所指定をリンクさせた手続きを最終的手続きとしてもつことが必要ではないかと思いつつこの報告を終える。

引用文献

- 1) 社会保障研究所編『社会保障論の新潮流』有斐閣 P257
- 2) 足立正樹著『現代ドイツの社会保障』法律文化社 P165

参考文献

- 1) 田山輝明著『成年後見制度に関する調査報告書—ドイツ編』東京都社会福祉協議会
権利擁護センターすてっぷ
- 2) 野田愛子代表編者『新しい成年後見制度をめざして』東京都社会福祉協議会権利擁
護センターすてっぷ
- 3) 新井誠著『高齢社会の成年後見法』有斐閣
- 4) 日弁連司法制度調査会成年後見制度海外調査団『欧米6カ国の成年後見制度調査報
告書』
- 5) 司法書士会連合会成年後見制度創設推進委員会編『成年後見制度カナダ視察報告書』

