

令和6年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）

地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制における
入院医療による支援のための研究
(23GC1017)

令和6年度 総括・研究分担報告書

研究代表者：村井 俊哉
京都大学医学研究科

令和7（2025）年3月

地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制における
入院医療による支援のための研究
(23GC1017)

令和6年度 総括・研究分担報告書

目次

1 章 総括研究報告

地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制における
入院医療による支援のための研究

．．．．． 1

研究代表者 村井俊哉

2 章 研究分担報告

1. 非自発的入院に関する実態調査

．．．．． 9

研究分担者 藤井千代

2. 非自発的入院制度における権利擁護策の考察

．．． 123

3. 精神医療と患者の権利保障—日仏における非自発的入院制度の比較

．．． 133

4. ドイツにおける精神科入院制度

．．． 141

5. 台湾における精神科入院制度の実際—日本の運用との比較と考察

．．． 149

6. 台湾の強制入院に関する司法手続きの変遷と臨床現場の現状

．．． 161

7. 台湾精神衛生法における強制入院制度の変更について

．．． 169

8. 台湾国家人権委員会訪問調査報告

．．． 173

9. 2022 年精神衛生法改正と司法院

．．． 183

10. 台湾の刑務所における医療と受刑者処遇の概要

．．． 185

11. 台湾の少年矯正学校における処遇

．．． 193

研究分担者 柑本美和

12. 非自発的入院に関する実態と経験の多様性に関する質的調査報告書

．．． 201

研究分担者 櫛原克哉

3 章 研究成果の刊行に関する一覧表

．．． 213

地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制における 入院医療による支援のための研究

総括研究報告書

研究代表者：村井俊哉（京都大学医学部）

研究分担者：笠井清登（東京大学医学部）、藤井千代（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）、柑本美和（東海大学法学部）、櫛原克哉（東京通信大学情報マネジメント学部）

要旨

本研究では、精神保健福祉法に基づく非自発的入院制度の実態と課題を、当事者・家族の経験、専門職の経験、法制度、国際的動向、社会学的視点等から多角的に検討した。制度の妥当性や人権保障の在り方が国際的にも問われる中、2024（令和6）年度は専門職調査・国際比較（藤井班）、比較法研究（柑本班）、質的調査（櫛原班）を通じて、制度が現場で直面している構造的課題や個別的影響の実態を明らかにした。

藤井班の専門職を対象とした調査では、同意能力の評価困難や家族等同意の取得に関するジレンマ、身体疾患治療をめぐる制度的課題など、実務上の多くの課題が示された。一方、柑本班の比較法研究では、事前選択文書制度や精神医療審査制度の設計・運用に関して、イギリスやフランス、ドイツ等の取組が紹介され、日本における制度改革の方向性に重要な示唆を与えた。さらに、櫛原班の質的調査からは、非自発的入院の経験が本人・家族にとって大きな影響を及ぼしている実態が示され、制度が「生活支援」や「関係性の回復」といった機能を十分に果たせていない側面があることも浮き彫りとなった。非自発的入院制度の課題は、医療・法制度の問題のみならず、生活基盤や意思決定支援、地域支援の枠組みの再構築という広い視点で捉え直すことが必要であると考えられた。

本研究では、研究を実施するプロセスの準備段階から当事者・家族との意見交換を行い、調査票の作成においては当事者・家族が明らかにすべきと考える課題が浮き彫りとなるよう時間をかけて検討した。このため、研究期間内に全国調査の実施まで至ることができなかったが、全国調査の準備を整えることができたこと自体が成果のひとつであり、今後本研究の成果物である調査票を使用した調査の実施が必要である。

A. 研究の背景と目的

精神保健福祉法に規定された非自発的入院制度（措置入院、医療保護入院、応急入院等）は、本人の同意に基づかない形で入院を可能とする制度であることから、制度の妥当性、適正な運用、人権保障のあり方について、近年とりわけ注目を集めている。2022（令和4）年には、国連障害者権利委員会が日本政府の

初回報告を審査し、精神障害を理由とする強制入院制度に対して深刻な懸念を示し、当該制度の見直しと代替的な支援体制の構築が強く求められた。

同年12月に改正された精神保健福祉法においては、医療保護入院の入院期間が定められ、一定期間ごとに入院要否の確認を行うこととされた他、従来から行われていた入院時

の本人への書面告知に入院理由が追加され、同意を行った家族等にも同様の書面告知が行われることとなった。これにより、本人の人権擁護が従来よりも一定程度改善されることが期待されているものの、本人の同意がない場合の入院制度については依然として課題が山積しており、国際的な動向も踏まえつつ、さらなる課題整理と将来的な見直しへの継続的な議論が必要である。改正精神保健福祉法の附則第3条および附帯決議において、今後障害者権利条約の実施について精神障害者等の意見を聴きつつ必要な措置を講ずることについて検討するとともに、精神科医療と他科の医療との政策体系の関係性を整理し、医療保護入院のあり方等の精神科医療に関する法制度の見直しを行うことが求められていることにも留意する必要がある。

こうした背景のもと、本研究班では、精神保健福祉法に基づく非自発的入院の実態と課題を多角的に検討するため、実態調査と国際比較（藤井班）、法学的検討（柑本班）、社会学的検討（櫛原班）の3つの分担班を構成し、制度運用の実情、法制度上の論点、当事者・家族の経験的知見、国際的な動向等を総合的に把握し、よりよい制度としていくための議論に資する基礎資料を提示することを目指した。2024（令和6）年度は、前年度の知見を踏まえて、量的調査や国際比較研究を進めるとともに、社会学的な視点からも検討を行った。

B. 方法

上記の目的のため、本研究班は下記の3つの分担班を組織した。

1. 非自発的入院に関する実態調査（研究分担者：藤井千代）
2. 非自発的入院に関する法学的検討（研究分担者：柑本美和）
3. 非自発的入院に関する社会学的検討（研究分担者：櫛原克哉）

藤井分担班では、非自発的入院制度の運用実態と課題を多角的に把握するため、①専門職全国アンケート調査、②当事者・家族への予備的アンケート調査、③国際比較調査の3つの調査研究を行った。

まず、専門職を対象とした全国アンケートは、精神科病棟に勤務する医師・看護師・精神保健福祉士、ならびに入院相談等に携わる自治体職員を対象として実施された。前年度の質的調査結果をもとに設計した質問項目について、関連団体の協力を得てWebフォームまたは紙媒体で配布し、同意能力の評価や家族等同意の取得状況、医療保護入院の判断過程、入院長期化の要因等について、選択式および自由記述で回答を得た。

当事者・家族を対象とした予備的アンケートでは、PPI（Patient and Public Involvement）の理念に基づき、当事者・家族と研究者が協働し、設問を検討した。入院の経緯や心情、支援状況、金銭的・身体的負担などについて回答を求めるとともに、今後の全国調査に向けた項目の修正意見も収集した。

国際比較調査では、6カ国（英国、ドイツ、フランス、カナダ、韓国、台湾）の精神科医師に、臨床現場での判断に関する5つのケースビネットを提示し、Webインタビューを実施した。これにより、日本との制度的な違いや対応の特徴を明らかにした。

柑本分担班では、日本の非自発的入院制度における権利擁護策の在り方を明らかにするため、①意思決定支援制度と精神医療審査会制度の分析、②主要国の比較法研究、③イギリスにおける現地調査の3つを中心に研究を進めた。

まず、日本国内の制度については、2022（令和4）年の精神保健福祉法改正を踏まえ、非自発的入院制度の法的構造や家族同意の位置づけ、意思決定支援の不足といった課題を抽出した上で、事前意思表示制度および精神医療審査会制度に焦点を当てた検討を行った。と

りわけ、医療における自己決定支援の先行事例である ACP (Advance Care Planning) の議論や、東京都精神医療審査会の運用実態などを題材とした勉強会を通じて、制度改善に向けた方向性を整理した。

比較法研究では、2023 (令和 5) 年度の調査対象であったドイツ、韓国、台湾に加え、イギリスおよびフランスを新たに対象国とし、各国の非自発的入院制度や権利擁護の制度的保障 (司法審査、意思決定支援、アドボカシー制度等) の実態と改革動向を文献・制度分析を通じて明らかにした。

さらに、イギリスの現行制度および精神保健法改正案の具体的運用を把握するため、ロンドンにおいて現地調査を実施した。調査では、精神科医、アドボケイト、患者の家族、地域精神保健サービス担当者、患者安全対策責任者、事前選択文書 (Advance Choice Documents) 関係者等へのインタビューに加え、病棟見学や専門家による講義を通じて、非自発的入院制度の現状と改革の方向性を実際に検討した。

櫛原分担任では、非自発的入院を経験した当事者およびその家族の語りを通じて、制度の経験的影響と支援体制の課題を明らかにすることを目的とし、質的インタビュー調査を実施した。調査対象は、医療保護入院または措置入院を経験した当事者 30 名と、その家族 19 名 (うち父母 15 名) であり、家族会の協力や SNS 等を通じて募集された。調査は 2023 (令和 5) 年 11 月から 2024 (令和 6) 年 8 月にかけて、対面またはオンライン形式で実施された。インタビュー時間は 1 回あたり 60～90 分程度であった。

インタビューでは、入院に至る経緯、入院中の処遇、退院後の生活、非自発的入院に対する考え方、現在の家族関係などについて聞き取りを行い、当事者と家族それぞれの立場から語られた経験を収集した。データは録音・文字起こしの上でトランスクリプト化され、

リフレクティブ・テーマ分析の手法に基づいてコーディング・分析を行った。初期段階では表層的意味に基づく semantic coding を行い、そこから共通する語りのパターンや意味のまとまりを抽出し、主要テーマとして整理した。

本調査は、非自発的入院が当事者および家族にとってどのような意味を持つ経験であるかを把握するとともに、制度運用に内在する課題や支援体制の構造的問題を浮かび上がらせることを意図したものである。

各分担任の方法の詳細については、各分担任研究報告書を参照されたい。

C. 結果

1. 藤井分担任

1) 専門職アンケート調査

全国の精神科医、看護師、精神保健福祉士、自治体職員を対象に実施された本調査では、計 1341 名から有効回答が得られた (医師 574 名、看護師 638 名、精神保健福祉士 99 名、自治体職員 30 名)。

同意能力の評価に関しては、すべての職種で「評価が困難な状況がある」との回答が多数を占めた。特に認知機能の低下、考えが揺らぐ場合、アルコールや薬物の影響などが代表的な困難要因として挙げられた。

家族等同意に関する課題では、現行法における「家族等」の定義が、現代の多様な家族・支援関係に対応しきれていない実態が明らかとなった。同意書の取得に関しても、家族間の意見不一致や連絡困難、同意拒否などが日常的に発生している状況が見て取れ、医療保護入院の実務において家族等同意を得ることに対する倫理的なジレンマ状況が存在することが示された。

入院長期化の要因に関しては、「退院後の受け入れ先の不足」「家族の意向」「サービス調整の遅れ」「本人と退院先との関係悪化」などが主要因として挙げられた。また、退院後の

生活にかかる経済的負担も、退院支援の障壁となっていることが明らかとなった。

身体疾患の治療を要する精神障害者への対応については、制度上の非対称性が指摘された。精神科では非自発的入院が制度化されている一方で、身体科では本人の同意が得られない場合の対応が明確に定められておらず、「医療保護入院の枠組みで身体疾患を治療せざるを得なかった」との回答が多数寄せられた。さらに、身体疾患を合併する精神障害者への治療実施においては、患者本人と家族の意思の不一致、同意の一貫性の欠如、意思決定能力の不確かさなどが、身体科医療へのアクセスを妨げる要因となる状況があることが示された。

2) 当事者・家族予備的アンケート調査

当事者・家族の視点から非自発的入院制度の運用実態を捉えることを目的として、予備的アンケート調査を実施した。全国規模の当事者・家族団体の協力を得て Web 形式で実施され、有効回答は当事者 14 名、家族 16 名であった。

作成された調査票は、今後の全国調査に向けた暫定版と位置づけられ、継続的な検討の中で改訂される予定である。

3) 入院プロセスに関する国際比較

英国、ドイツ、フランス、韓国、台湾の精神科医師各 1 名ずつ、カナダの精神科医師 4 名に対してインタビューを行った。インタビューの結果、各国の運用の違いが明らかになり、「自傷他害の恐れがない場合も適用される非自発的入院形態がある」、「(措置入院以外の状況で) 公的な搬送手段に乏しい」、「身体科の非自発的な治療について根拠・手続きがない」、「認知症、知的障害に関しては精神科医療が一定の役割を担っている」、「年少者の同意能力に関して、精神保健福祉法上の規定がない」「意思決定能力評価や、意思決定支援についてはガイドラインがなく、属人的な運用

となっている」という日本の特徴が示された。

2. 柑本分担班

意思決定支援に関する検討では、障害者権利条約第 12 条 4 項や WHO のガイダンスを踏まえ、本人の意思および選好の尊重を制度的に実現する手段として、「事前指示 (advance directives)」や「事前選択文書 (Advance Choice Documents)」の位置づけが重要であることが確認された。ドイツでは、患者が意思決定能力を失った場合の医療方針をあらかじめ表明する「事前指示」が民法上に明記されており、法的拘束力を持つ。一方、日本ではこうした制度は法制化されておらず、今後の検討課題とされた。

イングランドでは、1983 年制定の精神保健法に基づき、本人の同意能力を問わず非自発的入院・治療が可能な制度が維持されてきたが、2018 年に実施された独立レビューを契機に、患者の権利や選好をより重視する方向への法改正が議論されている。2022 年には「Draft Mental Health Bill」が発表され、①強制入院の要件の厳格化、②患者が希望する支援者 (nominated person) の明確化、③アドボカシーサービスの拡充、④「事前選択文書」の導入と支援の制度化などが盛り込まれた。事前選択文書については、本人が意思決定能力を有している段階で、将来の治療に関する希望や感情を記載できる文書として制度上定義され、NHS には情報提供および作成支援の責務が課されることとなっている。

精神医療審査制度については、日本の精神医療審査会が 1983 年のイングランドの精神保健審査会 (Mental Health Review Tribunal) をモデルに設置されたが、その後イングランドでは、2007 年の制度改革により、同審査会は司法制度内の「第一層審判所 (First-tier Tribunal, Mental Health)」へと再編され、独立性と手続保障が強化された。この審判所は、①裁判官、②精神科医、③福祉分野の有識者の三者による合議体で構成され、司法手続と

して審理を実施している。

さらに現地調査を通じて、イングランドでは病棟に専用の審査室が設けられ、患者と審査委員のプライバシーや意思表示の権利が確保されていること、審査の実施方法として対面審理・オンライン審理の双方が選択可能であることなど、制度の運用面でも柔軟性と支援体制の整備が進められている実態が確認された。

フランスでは、公衆衛生法典に基づいて精神障害者の権利が包括的に保障されており、非同意入院においても第三者の「同意」ではなく、医療施設長あるいは県知事の判断により措置が決定される「公的責任型」の制度が採用されている。入院の継続には、24時間・72時間・1か月の各段階で診断書の提出が求められ、さらに6か月ごとに更新審査が義務づけられている。非同意入院に関する処遇（隔離・身体拘束）についても、時間制限と再評価義務が法律で明記されており、JLD（自由と拘禁に関する裁判官）による監督が必須とされている。

ドイツにおいては、精神障害者の支援制度として世話法（Betreuungsgesetz）が存在し、治療・収容・財産管理に関する支援を世話人が行う場合には、裁判所の許可を要する。特にアルコール依存症患者に関する裁判記録の事例を通じて、当人の同意がなくとも公的支援の枠組みにより生活支援や医療措置が法的に実施されるプロセスが示された。審理は詳細な審問、医学的意見書、本人の生活状況の調査等に基づき進められ、必要に応じて収容許可が裁判所により下される。

これらの調査・分析を通じて、非自発的入院制度における権利擁護策の多様な制度設計と、各国での実施状況に関する具体的な実態が把握された。日本制度の位置づけを見直すうえで参照可能な情報を得ることができた。

3. 櫛原分担班

インタビュー調査で得られた語りをリフレ

クティブ・テーマ分析の手法により整理した。

入院に至る経緯に関しては、自殺企図や幻覚・混乱状態など急性症状への対応として入院が選択されるケースのほか、過労や生活困窮、家庭内暴力、性的被害といった生活上の困難を背景に、支援不在のなかで「避難的」に入院したケースも多く見られた。制度が「危機への対応」として機能する一方で、適切な支援につながらないまま孤立のなかで非自発的入院に至る事例も少なくなく、社会的要因と制度運用の密接な関係がうかがえた。

入院中の処遇については、その体験の意味づけに大きな個人差が認められた。閉鎖病棟での隔離や身体拘束、外部との連絡制限、ナースコールの未整備など、厳格な管理体制に対して強い不安や孤独感を語る事例がある一方で、「守られている」「安心できた」といった肯定的な語りも得られた。特に、日常的に接する看護師との関係性が処遇全体の評価に大きく影響しており、丁寧なケアや対話的な対応があった場合には、困難な状況のなかでも「支えられた」と感じられていた。他方で、威圧的な態度や対話の欠如、薬物療法への不信感などが重なった場合には、入院が「再度のトラウマ体験」として記憶される傾向も見られた。

退院後の生活においては、経済的困難や住居の不安定さ、家族との関係の希薄さなど、生活基盤の脆弱さが回復の妨げとなる例が多く、制度的支援の連続性が問われる実態が浮かび上がった。訪問看護や就労支援、ピアとの接点などが再発予防や社会的回復の支えとなっていた一方で、支援が十分に届かず、再入院や孤立に至るケースもあった。「望まない実家での同居」や「劣悪な施設環境での生活」を強いられる場面では、制度的支援が十分に「選択肢のある生活」を保障していない現状への疑問も語られた。

家族の語りからは、非自発的入院が「他に選択肢がなかった」末の苦渋の選択であるという実態が強く示された。家庭内暴力や生活

破綻、他害・自傷のリスクなどに直面し、支援機関の対応の遅れや資源の不足のなかで、「仕方なく入院を選ぶしかなかった」とする声が多く確認された。家族が制度的介入を「媒介する役割」として担わざるを得ない状況も多くみられ、本人との関係性の維持と制度的対応のあいだで葛藤を抱える姿が印象的であった。また、ケアを担う多くが親、特に母親であり、生活やキャリアに及ぶ長期的な影響が明らかとなった。暴力や自傷への対応が日常化し、慢性的な不安と緊張のなかで生活している様子も示された。

さらに、支援の二面性も家族の語りから浮き彫りとなった。支援によって回復や生活再建が可能になる一方で、支援が不十分であった場合にはその責任や影響が家族に集中する構造が明らかとなった。特に、支援の不成立や退去・再入院が家族の経済的・心理的負担を増大させる実態が確認され、制度設計における柔軟性と持続可能性の課題が示唆された。

このように、櫛原班の調査からは、非自発的入院がきわめて多層的な経験として語られており、その意味づけには個人の背景や地域資源の有無、支援のあり方が大きく影響していることが明らかとなった。

D.考察

本研究では、非自発的入院制度をめぐる実態と課題について、専門職、法制度、当事者・家族の経験、そして国際的視座からの分析を通じて、多面的な知見を得ることができた。制度の妥当性や運用上の課題は、単なる医療の技術的・法的論点にとどまらず、制度と社会との接点、支援体制の限界、そして個人の生活史や関係性のなかで複雑に立ち現れる問題であることが、改めて確認された。

まず、藤井班による専門職アンケートは、制度運用の現場における困難や葛藤を浮き彫りにした。医師や看護師、精神保健福祉士、自治体職員といった多様な職種から寄せられた声は、非自発的入院が精神科医療を提供する

うえでの選択肢として現場に定着している一方で、その適用に際しては評価の不確実性や法制度上のあいまいさに直面し、しばしばジレンマ状況に陥っている実態を示している。特に、同意能力の判断については、明確な基準がなく、患者の状態の変動性、多職種間での判断の揺れといった要因も重なり、専門職であっても判断に迷う場面が少なくないことがうかがえた。これは、単なるアセスメントスキルの不足といった問題ではなく、制度が現場に大きすぎる裁量と責任を委ねている構造的課題と捉えることもできる。

家族等同意の取得に関しては、現代の多様化した家族形態とのミスマッチや、同意の過程で生じる倫理的ジレンマが指摘された。家族関係の実態と法制度が乖離するなかで、本人のみならず、家族の人権擁護も困難となっている状況が生じていることを考慮すると、制度設計の再考を検討する必要があると考えられる。

さらに、身体疾患を有する精神障害者への医療提供については、非自発的入院制度を介して、精神科において身体科領域の治療判断を担っている状況も認められた。これは、精神科と身体科の医療制度が前提とする意思決定の枠組みの違いが、現場における制度的ねじれや連携困難を生じさせていることを示唆しているともいえる。

一方、柑本班による比較法研究と現地調査からは、非自発的入院制度における人権保障の具体化に向けた各国の取組が明らかになった。イングランドで導入が予定されている「事前選択文書（Advance Choice Documents）」は、強制医療の制度枠組みを残しつつも、本人の希望や選好を最大限に尊重する実践的手段として注目される。日本では法的整備が進んでいない領域であり、医療保護入院や措置入院において本人の意思や価値観が適切に考慮されないままに医療が提供されうる構造的課題の改善に向けた重要な示唆を与える。

また、精神医療審査会の制度設計について

は、イングランドの **First-tier Tribunal** との比較を通じて、日本における審査の独立性や実効性に関する課題が浮き彫りとなった。とりわけ、合議体の構成、審査手続の公開性、専門性、審査後の実効的な対応といった点において、制度の見直しが必要であると考えられた。精神医療審査会の存在が単なる形式的な申し立て制度ではなく、実質的な権利擁護の機能を果たすには、より構造的な改革が求められる。

フランスやドイツの制度は、司法手続や行政による監視を制度的に担保しており、「公的責任型」の介入が一定の抑制装置として機能している。とくにフランスにおける入院後の段階的な審査、隔離や身体拘束の厳格な制限と再評価義務、JLD による監視体制は、制度の強制性に対する歯止めとして注目される。他方で、日本では、医療機関内部での意思決定が制度運用の中心となっており、権限行使に対する独立したモニタリングが行える体制にないことが課題として懸念される。

櫛原班の質的調査は、非自発的入院が本人・家族にとっていかに複雑な経験であるかを、具体的かつ多様な語りを通じて浮き彫りにした。本人の視点からは、「命を守る」という目的が必ずしも安心や納得にはつながっておらず、むしろ処遇や支援の在り方によっては、トラウマの再体験や自己効力感の喪失をもたらすことが明らかになった。看護師との関係性、対話の有無、薬物療法の説明と対応など、個別的な支援の質が制度全体の評価に直結していた。

また、退院後の生活についての語りからは、「制度から地域への移行」が単なる物理的な退院ではなく、継続的な支援体制によって初めて意味づけられるものであることが示された。ピア支援や訪問看護などが適切に機能した場合、回復への契機となる一方、生活基盤の不安定さや選択肢の乏しさは再入院の要因ともなりうる。制度が支えるべきは「生活そのもの」であり、医療行為だけでは不十分で

あるという示唆である。

家族の語りもまた、制度が想定する「支援者」のあり方を問い直すものであった。家族はしばしば、制度の「実施者」でありつつも、「補完者」「被害者」としての立場を同時に担っており、その重層的な役割には、過度の負担と倫理的葛藤が伴っていた。とりわけ、「他に選択肢がなかった」として制度的強制を受け入れる語りからは、支援の選択肢の乏しさが、非自発的介入を事実上の「唯一の解」として位置づけてしまっている構造的問題が読み取れる。

本研究が示したのは、非自発的入院制度が単なる医療の技術的・法的問題ではなく、生活支援、意思決定支援、社会的孤立の打破といった、多面的かつ統合的な支援体制の再構築と深く結びついているという点である。今後の制度設計においては、強制の最小化とともに、「本人の選好と尊厳を支える支援の仕組み」「家族のケア責任の分散」「意思決定を支える仕組み」「継続的な地域支援の保障」という視点が、横断的に組み込まれる必要がある。

たとえば、「事前選択文書」や「意思決定支援の強化」は、制度の根幹に関わるものであると同時に、地域での実装においても中長期的に制度的枠組みと人材、財源の確保といった準備が必要である。単に法改正を行えばよいというわけではなく、地域精神医療の充実、地域における居住や生活の支援体制強化、精神科病棟への十分な人員配置、司法制度との連携、当事者・家族との対話的プロセスの構築といった、多層的な改革戦略が求められる。

本研究では、研究を実施するプロセスの準備段階から当事者・家族との意見交換を行い、調査票の作成においては当事者・家族が明らかにすべきと考える課題が浮き彫りとなるよう時間をかけて検討した。このため、研究期間内に全国調査の実施まで至ることができなかったが、全国調査の準備を整えることができたこと自体が成果のひとつであり、今後本研究の成果物である調査票を使用した調査の

実施が必要である。

本研究の成果は、制度改革に向けた議論の土台として、多職種の視点、当事者・家族の声、国際的な制度設計の参照を統合する意義を持ち、今後の制度設計に向けた検討に資するものであると考えられる。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

著書

- 1) 榎原克哉・添田雅宏, 2024, 「ピア・スタッフは自分をどのように見せるのか——精神障害のピア・サポートの現場から」伊藤智樹編, 『支える側・支えられる側の社会学——難病患者, 精神障害者, 犯罪・非行経験者, 小児科医, 介助者の語りから』晃洋書房, pp.25-48.

総説

- 2) 柑本美和, 西岡慎介, 富山侑美, 水留正流, 2024, 「台湾における犯罪を行った精神障害者の処遇制度」『刑政』135 (9): 48-59
- 3) 榎原克哉, 2024, 「医療・構築主義の社会学から見た精神障害の流行現象」『精神科治療学』39 (9): 955-959.

学会発表

- 4) 榎原克哉, 「非自発的入院をめぐる患者の経験と解釈に関する考察——経験者を対象としたインタビュー調査から」第120回日本精神神経学会学術総会 (2024年6月22日, 札幌コンベンションセンター／札幌市産業振興センター) .
- 5) 榎原克哉・添田雅宏・若林真衣子, 「精神医療における非自発的入院の経験者を対象としたインタビュー調査——許容基準としての謝意理論の視点から」第12

回 日本精神保健福祉学会全国学術研究集会 (2024年6月30日, 福島学院大学)

- 6) 榎原克哉, 「精神科病院への非自発的入院と家族のケアをめぐる葛藤に関する考察——患者家族を対象としたインタビュー調査から」第97回日本社会学会大会 (2024年11月9日, 京都産業大学).
- 7) 柑本美和「精神保健福祉法改正～法学者の立場から」第119回日本精神神経学会学術総会 2023年6月24日
- 8) 柑本美和「英国と日本の精神医療審査会の相違点について」第32回北陸司法精神医学懇話会 2024年7月13日

G. 知的財産権の出願・登録状況

1.特許取得

なし

2.実用新案登録

なし

3.その他

特になし

非自発的入院に関する実態調査

研究分担者：藤井千代（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）

研究協力者：赤池千明（全国精神保健福祉会連合会）、五十嵐信亮（日本メンタルヘルスパイアサポート専門員研修機構）、植野仙経（京都大学医学部）、臼井 香（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）、宇野晃人（東京大学医学部）、太田順一郎（全国精神保健福祉センター長会）、小幡恭弘（全国精神保健福祉会連合会）、笠井清登（東京大学医学部）、金原明子（東京大学医学部）、川口真知子（日本精神保健福祉士協会）、北村 立（全国自治体病院協会）、桐原尚之（全国「精神病」者集団）、草地仁史（日本精神科看護協会）、熊倉陽介（東京大学医学部）、小林 慧（東京大学医学部）、近藤伸介（東京大学医学部）、榊原英輔（東京大学医学部）、櫻木章司（日本精神科病院協会）、澤井大和（東京大学医学部）、杉浦寛奈（うしおだ診療所）、高嶋里枝（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）、高橋優輔（東京大学医学部）、田尻智哉（東京大学医学部）、奈良麻結（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）、畠山卓也（日本精神科看護協会）、松長麻美（東京医科歯科大学）、森田健太郎（東京大学医学部）、山岡功一（日本精神科病院協会）、山田悠平（精神障害当事者会ポルケ）、山村啓真（京都大学学部）、山本綾子（日本精神保健福祉士協会）

要旨：本研究は、精神保健福祉法に基づく入院医療をめぐる現状と課題を多角的に検討し、将来的な制度設計に資する知見を得ることを目的として実施した。精神科医療従事者（医師・看護師・精神保健福祉士）および自治体職員を対象に全国アンケート調査を行い、入院時の同意能力の評価困難、家族等同意者の適格性、非医学的要因が入院形態に与える影響など、制度運用に関する現場の実態とジレンマを可視化し、課題整理を行った。あわせて、当事者・家族の視点を調査設計に反映する PPI の試みとして、予備的アンケート調査を実施し、今後の全国調査に向けた基盤を整備した。さらに、国際比較調査では、ビネットを用いた調査により、日本の制度が自傷他害要件以外でも非自発的入院の適用要件、身体疾患の治療に関する法的枠組み、同意能力評価のあり方など、他国との違いが明らかとなった。本研究は、臨床現場の経験と国際的な人権基準を接続しながら、より妥当で公正な制度の構築に向けた検討課題を提示するものである。

A. 研究の背景と目的

精神障害を有する方や精神保健上の課題を抱えた方が、尊厳を保ちつつ地域で安心して暮らしていくためには、その意向やニーズに応じた支援を、地域において切れ目なく、過不足なく受けられる体制の構築が不可欠であ

る。わが国の精神医療は、入院に大きく依存していた体制から、地域生活を継続しつつ必要な医療を外来や在宅で受けられる体制にシフトしつつあるが、本人の病状その他の事情により入院医療が必要となる場合もある。精神症状などにより本人の意思決定能力が一時

的に著しく低下し、有効なインフォームド・コンセントが成立しない場合、医療保護入院等の非自発的入院により、必要な医療へのアクセスを確保することがある。

2024（令和 6）年度の精神保健福祉資料によれば、2024（令和 6）年 6 月 30 日時点の医療保護入院者は 121468 名、緊急措置入院を含む措置入院者は 1426 名、その他の任意入院以外の入院者（応急入院、鑑定入院、医療観察法入院）は 923 名であり、入院者全体（250525 名）の 49.4%を占めていた。こうした非自発的入院は、本人の意思に基づかない形で入院医療による介入を行うことを前提とするため、その運用にあたっては、医学的適応のみならず、法的妥当性や倫理的正当性についても慎重な検討が求められる。制度の目的が本人の健康や安全の確保にあるとはいえ、実臨床においては、本人の意思決定能力が明確でない場合の対応や、「家族等」による同意の適切性、任意入院との線引きの難しさなど、複雑な判断を迫られる場面が少なくないことは以前から指摘されており、令和 5 年度の本研究からも示唆されている。制度の運用や法解釈にばらつきがあることも指摘されており、一貫性を欠いた対応につながるおそれもある。

2022（令和 4）年に公表された国連障害者権利委員会の日本政府に対する総括所見においては、精神障害を理由とした強制入院制度に対して深刻な懸念が示され、当該制度の見直しと、本人の意思に基づいた代替的な支援体制の構築が強く求められた。同年に成立した改正精神保健福祉法附則第 3 条では、非自発的入院制度の在り方について、精神障害者本人の意見を尊重しつつ、障害者権利条約（CRPD）の実施に資する制度の検討を行うことが、政府の責務として明記された。さらに、附帯決議では、精神科医療と他科医療の制度的整合性や、本人の特性を踏まえた柔軟な制度設計、そして精神障害者団体の参画による制度見直しが求められている。非自発的入院制度の適切な運用と将来的な制度設計に

向けては、臨床での実践と制度の理念との間に存在する乖離を可視化し、当事者や家族の体験や、医療関係者及び地域の支援者の臨床経験を踏まえつつ、制度の趣旨や人権保障の観点から望ましいあり方を多角的に検討することが求められる。

本研究班では、2023（令和 5）年度に、非自発的入院制度の運用をめぐる困難や判断の揺らぎについて、当事者・家族・医療従事者へのインタビュー調査および判例分析を通じて明らかにし、制度が直面する現代的課題を浮き彫りにした。同時に、制度の国際比較を行い、日本の制度運用上の特徴や課題を明確にする視点を得ることを試みた。

2024（令和 6）年度は、こうした質的調査および国際比較の知見を踏まえ、より広範な実践者の経験と認識を定量的に把握することを目的として、精神科医療に従事する医師、看護師、精神保健福祉士を対象としたアンケート調査を実施した。また、精神障害当事者及びその家族へのインタビューを踏まえ、当事者及び家族の経験を可視化するための方法を検討した。

B. 方法

1. 研究方法

① 専門職全国アンケート調査 調査対象）

精神科病棟に 1 年以上勤務している医師・看護師・精神保健福祉士、精神科への受診・入院相談や受療援助等に 1 年以上携わった経験のある自治体職員。

全国規模の組織を有する各職種の関連団体（日本精神科病院協会、日本公的病院精神科協会、大学病院精神科講座担当者会議、全国精神保健福祉相談員会、日本精神科看護協会、日本精神保健福祉士協会）へ協力を依頼し、調査への参加について同意の得られた者を対象とした。

研究のアウトライン)

R5 年度に実施した「精神保健福祉法における入院に関するインタビュー調査」の精神保健指定医、病棟に勤務する精神科看護師、訪問看護に従事する精神科看護師、精神保健福祉士、自治体職員を対象としたインタビュー調査の内容分析の結果をもとに、アンケート項目を作成した。そのアンケート項目を用い、研究分担者を対象に予備的なアンケート調査を実施した。予備的なアンケート調査では、アンケート項目の他、アンケートの項目や全体構成に関する意見を自由記述により求めた。自由記述の結果をもとに、最終版のアンケート項目を作成した（別紙 1, 2）。

上記対象者に Web または紙によるアンケート調査を実施した。医師・看護師・精神保健福祉士へのアンケートでは、対象者の基本属性（職種、臨床経験年数、勤務先の特徴等）、入院時の患者の同意能力の確認について、医療保護入院の家族等同意を要する場面、医療保護入院が選択されるような場面、入院の長期化が生じやすい状況について、選択項目と自由記述により回答を求めた。自治体職員へのアンケートでは、基本属性（職種、臨床経験年数、主な勤務先等）、入院時の患者の同意能力の確認について、医療保護入院の家族等同意について、医療保護入院が選択されるような場面、入院の長期化が生じやすい状況、医療へのアクセスについて、選択項目と自由記述により回答を求めた。得られたデータについて量的データの記述統計量を算出し、自由回答に関して質的分析を行った。

調査の実施にあたっては、国立精神・神経医療研究センター倫理委員会の承認を得た。

② 当事者・家族予備的アンケート調査調査対象)

精神疾患を抱える当事者、家族。全国規模の組織を有する当事者、家族の関連団体（全国「精神病」者集団、全国精神保健福祉会連合会）の会員へ依頼し、調査への参加につい

て同意を得られた者を対象とした。

研究のアウトライン)

アンケート調査の作成にあたっては、当事者および家族の視点を適切に反映することを重視し、研究の初期段階から PPI（Patient and Public Involvement）の考え方を取り入れて実施した。R5 年度に実施した「精神保健福祉法における入院に関するインタビュー調査」の家族を対象としたインタビュー調査の内容分析の結果を参考に、コンセンサス会議を行い、予備的アンケート調査の項目を作成した。コンセンサス会議の構成員は、精神科医、看護師、公認心理師、法学専門家の立場である研究員と当事者または家族の立場である研究分担者であった。

上記対象者に Web による予備的アンケート調査を実施した。当事者へのアンケート調査では、対象者の基本属性（年代、性別、診断名、入院経験等）、入院前・入院場面・入院中・入院後における状況や心情、入院の金銭的負担、身体科治療の経験等について、選択項目と自由記述により回答を求めた。家族へのアンケート調査では、対象者の基本属性（年代、性別、患者との関係等）、患者の入院に関わった経験や心情、現在の現在の医療・福祉サービスの状況、家族が抱える患者のケア状況、非自発入院の金銭的負担について、選択項目と自由記述により回答を求めた。その他、当事者・家族の両方で、今後の全国的なアンケート調査に向けた、アンケートの項目や全体構成に関する意見を自由記述により求めた。アンケートの回収結果や各項目に関する意見を参考に、予備的アンケート調査の作成に関わった構成員のコンセンサス会議により、全国調査に向けた最終版のアンケート調査票を作成した。

調査の実施にあたっては、国立精神・神経医療研究センター倫理委員会の承認を得た。

③ 精神科医療における入院プロセスに関する国際比較 調査対象)

研究協力者の知人である、英国、ドイツ、フランス、カナダ、韓国、台湾の精神科医師にインタビュー調査を依頼し、調査の参加について同意を得られた者を対象とした。

研究のアウトライン)

R5 年度に実施した「精神保健福祉法における入院に関するインタビュー調査」の精神保健指定医を対象としたインタビュー調査の内容分析の結果も参考に、コンセンサス会議を行い、日本において対応に苦慮する代表的な臨床場面をもとに 5 つのケースビネットを作成した (別紙 3)。このケースビネットを元に上記対象に対して web 上でのインタビューを実施した。

調査の実施にあたっては国立精神・神経医療研究センター倫理委員会の承認を得た。

C. 結果

① 専門職全国アンケート調査

有効回答は、医療従事者は、医師 574 名 (内、精神保健指定医 334 名)、看護師 638 名、精神保健福祉士 99 名であった。また、自治体職員は 30 名であった。医療従事者全職種・職種別、自治体職員に関するアンケート調査の記述統計量と質的分析の結果を別紙 4~8 に示す。

② 当事者・家族予備的アンケート調査

当事者、家族調査の有効回答は、それぞれ 14 名、16 名であった。アンケートの項目や全体構成に関する意見をもとに、当事者または家族の立場である研究分担者とともにアンケートの改訂に関する会議を行った。作成した調査票を別紙 9,10 に示す。なお、調査票は現時点での暫定的な版とし、今後の継続的な会議を進める中で、変更する可能性がある。

③ 精神科医療における入院プロセスに関

する国際比較

英国、ドイツ、フランス、韓国、台湾の精神科医師各 1 名ずつ、カナダの精神科医師 4 名に対してインタビューを行った。

インタビューの結果、各国の運用の違いが明らかになり、「自傷他害の恐れがない場合も適用される非自発的入院形態がある」、「(措置入院以外の状況で) 公的な搬送手段に乏しい」、「身体科の非自発的な治療について根拠・手続きがない」、「認知症、知的障害に関しては精神科医療が一定の役割を担っている」、「年少者の同意能力に関して、精神保健福祉法上の規定がない」「意思決定能力評価や、意思決定支援についてはガイドラインがなく、属人的な運用となっている」という日本の特徴が浮かび上がった (別紙 11)。

D. 考察

1) 医療従事者アンケート調査

医療従事者アンケート調査では、医師、看護師、精神保健福祉士といった様々な立場からの意見を横断的に収集した。本調査の結果から、精神科入院医療の実際の運用や、その際の倫理的・実務的困難について、以下の通り多くの示唆が得られた。

① 本人の同意能力に関すること

まず、同意能力の評価に関する困難さが浮き彫りになった。精神科への入院に同意はしていても、精神症状や認知機能の低下により意思決定能力が影響を受け、インフォームド・コンセントの成立に必要なとされる同意能力の有無を判断するのが難しい状況が多く報告された。現行の精神保健福祉法においては、本人の同意能力は任意入院の要件とはされておらず、積極的に入院を拒否していなければ任意入院とすることができる。しかしながら、同意能力を有しているかの確認が難しかったことで、患者が表面上は入院治療に同意していても医療保護入院となる状況を経験した医療従事者は多く、特に医師では、そのような

状況を経験していない者は 8.7%にとどまっている。同意能力の確認が難しい状況としては、全職種で見ると認知症が最多であり、医師に限定すると、半数以上が「病的体験により現実検討が不十分」な状況で判断に迷う経験を有していた。その他、アルコールや身体疾患の影響、同意がすぐに揺らぐ場合など、さまざまな状況で同意能力の有無を判断することの難しさがあることが示唆されており、同意能力の有無の判断が困難な状況においては「念のため」医療保護入院としているケースも多いものと推察された。すなわち、法的には本人が入院を拒否していなければ任意入院とすることができるとされていても、臨床的にはそのような運用を躊躇している状況が見て取れる。

② 家族等の同意者としての適格性

また、家族等の同意に関する問題として、同意者としての適格性に悩む場面が多く報告された。特に同意者となる家族が認知症など精神疾患の症状を有し、判断に悩む状況が「よくある」または「たまにある」と回答したのは全職種において 69.2%に上った。精神保健福祉法第 5 条の 2 第 5 項において、「精神の機能の障害により当該精神障害者の入院及び処遇についての意思表示を適切に行うに当たって必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができない者」は、「家族等」から除かれるとの規定があるが、認知症による影響をどのように評価するかについては、臨床実践における主要な課題となっている状況が認められた。

2022（令和 4）年の法改正により、本人に虐待を行った者についても「家族等」から除かれることとなった。しかし同様の主旨により、家族等が本人から虐待を受けていた場合も、同意者として適切ではないという考え方もある。本調査においては、患者から家族等への虐待があり、同意者としての適格性に悩む状況が「よくある」または「たまにある」と

回答したのは全職種において 43.4%と、無視できない割合であった。また、「患者の入院を悪用する意図があった」との回答も、「よくある」と「たまにある」を合わせて 14.6%であった。本来、本人の権利擁護者として機能することが期待されている同意者と本人の間に利害関係が存在する状況は避けるべきであり、本人に対して訴訟をしている者又はした者が家族等に該当しない（法第 5 条の 2 第 2 項）と定められているのはその一例である。本人からの虐待があるケース、入院を悪用する意図があるケースでは、本人との間に明らかな利害関係が存在するため、臨床上はその家族を本人の権利擁護者として位置づけることに強い懸念が抱かれており、同意者として適切かどうか悩む状況に少なからず直面していることが明らかとなった。現行制度においては、そのような利害関係者であっても、「家族等」として同意者となり得る場合があり、こうした制度上の規定と現場の倫理的感覚との間にジレンマが生じていることが示された。

また、患者にとって実質的な支援者であるにもかかわらず、現行法上の「家族等」に含まれない者に関するジレンマも顕在化している。たとえば、内縁関係や同性パートナー、長年にわたり介護を担ってきた親族や配偶者以外の身近な支援者などが同意者となり得ないことについて、6 割程度の医療従事者は「たまにある」「よくある」と回答しており、現行法における「家族等」の定義が時代の変化や多様な家族形態に十分に対応していない実態が浮き彫りになった。

さらに、家族等の同意を得る際の実務的困難としては、連絡先不明や同意書の返送がない、家族間での意見不一致、思想的な背景による強い治療拒否など、さまざまな課題が挙げられている。「患者の入院に対して医療上の理由以外で拒否感を示した」「家族の入院に対する意向が一貫しなかった」などの回答は、5～7 割を超える医療従事者が「たまにある」「よくある」と回答しており、医療保護入院

における家族等の役割に関して再検討する必要があるものと考えられる。

③ 医療保護入院の意義

本調査では、「家族等同意があることによって患者にとってよかったと思う経験があった」と回答した医療従事者が7割を超え、制度の現場での有効性が広く認識されていることが示された。

自由記載の質的分析では、こうした肯定的な経験は大きく二つに分類された。一つは、非自発的入院という制度そのものによって、本人の安全確保や迅速な治療開始、治療継続の確保、結果として本人からの肯定的な評価などが得られたというものである。警察官通報など、よりハードで本人への心理的侵襲性の高い介入に至る前の段階で医療にアクセスできることは、自傷他害要件を満たさない状況で非自発的入院が容認されていることの肯定的側面と捉えられていることが示唆された。もう一つは、家族等が同意者として入院プロセスに関与することによって、本人に安心感が生まれたり、家族との関係性が修復されたり、退院後の支援体制が強化されたりするなど、関係性を基盤とした支援的側面における効果が得られたというものである。

一方で、こうした肯定的側面をどのように評価すべきかについては慎重な検討を要する。国連障害者権利委員会の一般的意見（General Comment No.1, 2014）¹⁾では、意思能力の欠如を理由とする非自発的入院や治療は、本人の自由と尊厳の侵害であり、原則として認められるべきではないとされている。この見解に立てば、たとえ良好な転帰が得られた場合であったとしても、本人の意思に反して行われた介入である限り、それを正当化する根拠にはならないということになる。しかし一方で、近年の複数の国際的研究では、非自発的入院を経験した当事者の多くが、回復後にはその入院の必要性を一定程度肯定的に振り返っていることが報告されている^{2~4)}。

本調査の自由記載においても、「回復後に本人が『入院してよかった』と語った」とする記述が複数みられた。このような振り返りの声は、非自発的入院が常に否定されるべき介入ではなく、状況によっては本人の回復を支える重要な機会となりうることが示唆されていると考えられる。ただし、このような事後的な肯定的評価が直ちに非自発的介入の全てを正当化する根拠となるわけではなく、制度の濫用や不適切な判断を生じさせないための対策が不可欠であることは論をまたない。非自発的入院がトラウマ的体験になり得ることについても繰り返し報告されていることを十分認識したうえで⁵⁾、地域ケアの充実やクライシスハウスの利用等、非自発的入院以外の方法で適時適切な医療を提供できる可能性を増やしていくことも必要であろう。

家族等の同意が介入を可能にする制度設計についても、②で示したとおり、その適格性に疑問が生じるケースや、家族が本人との利害関係を有するケースも無視できない割合で存在しており、「家族等同意」という仕組みそのものが患者の権利擁護のために常に機能するとは限らないというジレンマがある。さらに、今回の自由記載で報告された「家族等同意を通じた支援的効果」も、それが真に法的同意者としての地位を家族に付与することでしか得られないものであるのか、あるいは別の形で家族支援・関与の促進によって代替可能なのかという問いが残る。たとえば、家族が同意者であるか否かにかかわらず、家族支援の一環として積極的に治療に関与してもらうことや、本人の回復を支える関係性を築いていくことは可能であり、そうしたアプローチによって同様の支援的効果を得ることは、精神科臨床において重要なアプローチである。

これらを踏まえると、医療保護入院制度の意義については、現場において一定の成果を挙げている実態を否定することなく、他方でその制度的前提や運用方法が国際的な人権基準と整合的かどうかを問い直すとともに、当

事者および家族の視点からの慎重な検討も不可欠である。本人の意思と権利を最大限尊重しつつ、急性期における安全確保や治療の機会保障をどのように実現するかという課題に対しては、今後さらに慎重に議論を深めていく必要がある。

④ 入院形態に影響する医学的な必要性以外の要因

本調査の結果からは、入院形態の決定において、医学的な必要性のみならず、制度運用や安全管理、さらには関係者の意向といった要因が影響していることが示唆された。

まず、「患者が入院治療へ表面上は同意しているも、任意入院ではなく医療保護入院となる状況」として、7割以上が「同意能力を有しているかの確認が難しかった」場面を経験しており、その中でも、病状に波がある場合に、特に判断が難しいことが明らかとなった。

行動制限・閉鎖処遇が必要となることが想定される状況においても、医療保護入院となる場合が多いことが示唆された。医療安全上の懸念により、より保護的な対応を選択する傾向があることがわかる。また、自由記述からは、認知機能の低下や判断の不安定さ、同意と撤回の繰り返しなど、同意の一貫性に対する懸念が大きいことが読み取れる。

「任意入院と医療保護入院の判断に迷ったときに影響した要因」としては、「家族の意向」が「よくある」「たまにある」を合わせて48.7%と約半数に達しており、家族の事情や希望が入院形態の決定に影響を与えることが多いという実情が示された。また、「病院の慣習・組織風土」(36.4%)や「時間帯・曜日」(22.9%)、「診療報酬上の施設要件」(15.7%)といった項目も一定の影響があることが示唆されており、制度的・組織的な要素が、医学的判断とは異なる方向に入院形態の選択を導く一因となっている可能性がある。

さらに、「本人のことを十分に知らない者の意見が医療保護入院の判断に影響した経験」

が24.8%に上った点も注目に値する。自由記載では、こうした「本人を十分に知らない者」として、「疎遠な親族」「形式的な後見人」「地域の支援者」「警察・司法関係者」「地域の有力者」などが挙げられており、医療従事者はその対応に難しさを感じている様子がうかがえる。こうした関係者が治療方針の決定プロセスに関与することについては、本人の権利擁護や治療方針の妥当性の観点から見て慎重な対応を要するものであり、今後の制度運用や支援体制の在り方を検討するうえでの一つの論点といえる。

これらの結果からは、法制度上は入院形態の選択が医学的適応と法的要件に基づいてなされるべきであるにもかかわらず、実臨床においては不確実性の高い状況の中で、より安全性を指向する、リスク回避的な判断が優先されやすい状況が存在することが示唆される。このような判断は、本人の安全確保や確実な治療導入・治療継続を重視したものである一方で、形式的には適法でも、実質的には非自発的入院の適用範囲を広げすぎる方向に傾くリスクもあることに留意が必要である。

⑤ 身体疾患の治療

医療保護入院は、医療及び保護のため入院の必要があり、任意入院が行える状態にない者に適用される入院形態であるが、ここでの「医療」は、精神疾患に対する医療であると解することが妥当であろう。しかしながら実際には、身体疾患の治療のため医療保護入院が行われた経験を持つ医療従事者は40.3%に上り、決して例外的ではないことがわかる。

身体疾患の治療のため医療保護入院が行われる状況の具体例(自由記載)からは、身体疾患のために医療保護入院が必要な状況としては、

- A) 身体疾患の治療のためにも、精神疾患の治療のためにも入院が必要な場合
- B) 精神疾患の治療のための入院は必ずしも必要ではないが、身体疾患の治療のため

に入院が必要な場合
の2つのパターンがあると考えられた。さらに、A、Bともに、

a. 身体科での対応困難

a-1. 実質的対応困難：精神症状の不安定さや行動化のため、身体科では物理的・人的に対応困難なケース

a-2. スティグマによる拒否：精神症状は安定しているにもかかわらず精神疾患の診断名を理由に入院を拒否されるケース

b. 精神科で対応可能：精神科病棟でも物理的・人的に対応可能なケース

の3パターンがあることが示された（別紙4）。

A) の場合は、身体疾患の治療が主目的であったとしても、精神科的にも入院が必要な状態であるため、医療保護入院での対応は法的に妥当である。他方、B) の場合はどのように考えるべきであろうか。

精神疾患の治療のための入院が必ずしも必要ではないにもかかわらず、身体疾患の治療のため精神科病棟に入院となるケースの具体例としては、地域生活はできているが一部の精神症状が残存している統合失調症患者が、がんの治療のために入院するといったケースが考えられる。この場合、身体科の病棟への入院は困難とされることは少なくない。スティグマの影響も無視できないが、実務上の懸念として、環境変化等により精神症状が悪化する可能性がある場合、身体科での受け入れは困難と判断されることがある。特に、院内に精神科が併設されていない病院においてはその傾向が強くなるものと考えられる。この場合、本人が精神科病棟への入院に同意していれば任意入院となるが、がんの治療には同意していても、精神科病棟への入院に同意しない場合には、入院時の精神症状が必ずしも入院相当でなくても医療保護入院となることはあり得る。もちろん本人と十分な対話を行い、入院の必要性を理解できるよう働きかける最大限の努力をすることが求められるが、

そのような努力が実を結ぶとは限らない。

本来、医療保護入院の法的要件には「精神疾患に対する治療が必要であり、任意入院が行えない状態であること」が求められるため、身体疾患の治療が主目的であり、精神科的には必ずしも入院を必要としないと判断される場合には、医療保護入院の適用は制度本来の趣旨とは異なるという考え方があるかもしれない。しかしながら、本人が身体疾患の治療機会を喪失しないための代替手段がない場合には、このような運用をせざるを得ないという実情は無視できない。これは、精神医療の枠組みが結果として身体疾患治療のインフラとして機能している側面もあることを示している。しかしこのような運用は精神保健福祉法の制度設計上は想定されておらず、法と実臨床との乖離を示している。

さらに、「身体疾患治療のための医療保護入院」は、精神科病院に過剰な役割と責任を課しているという点でも大きな課題を含む。多くの精神病床は身体疾患の治療を前提とした体制が整っておらず、人員配置基準や医療設備も身体科と比べて不十分である。合併症加算はあるものの、それだけでは必要な医療資源を補えず、特に単科精神科病院では医療の質・安全性を確保するうえでの限界があると指摘されている。また、包括評価方式のもとでは、身体疾患に係る高額な治療費を吸収することが難しく、財政的な制約も少なからず存在する。こうした構造的・経済的な制限は、精神障害者にとって身体科医療へのアクセス格差を生む一因となり得る。

本調査では、身体疾患の合併がある患者において、精神科病棟での身体科治療が困難である状況についても検討した。量的調査では、本人が身体疾患の治療に同意していても、その意思が一貫していないと感じた経験が「たまにある」「よくある」と回答した者が59.9%にのぼった。本人の同意能力が不明瞭な中で、家族が治療に反対する、あるいはその逆の構図もみられ、医療従事者が本人の意思と権利

を尊重しながらいかにして治療方針を決定すべきかという、深刻な倫理的ジレンマに日常的に直面していることが明らかになった。

また、精神病床では精神保健福祉法に基づく非自発的入院制度が適用される一方、同様に同意能力を欠く患者が身体科に入院する場合は、医療法上の枠組みが用いられるという制度上の非対称性も見逃せない。つまり、同じ症状や状況であっても、入院先が精神科か身体科かによって適用される制度が異なるという構造は、障害者権利条約の理念から見ても公平性を欠いており、制度全体の整合性を見直す必要があるものと考えられる。

このように「身体疾患の治療のための医療保護入院」は、現行制度の隙間を埋めるための苦渋の選択であり、現場の裁量に任されることで、本人にとっても不透明で不安定な医療提供となるリスクがある。また、医療従事者に対しても法的・倫理的な負担を過剰に課しているともいえる。

精神障害を有する人々の高齢化が進み、精神疾患と身体疾患の併存は今後ますます一般的になることが予想される。本人の意思と権利を最大限に尊重しつつ、身体疾患治療の機会を確保するためには、精神科・身体科の制度横断的な連携とともに、より明確で公正な制度設計の構築が喫緊の課題である。

⑥ 入院の長期化に影響する要因

入院の長期化に影響を与えていると考えられる要因についての調査結果からは、退院を阻むさまざまな制度的・環境的課題が存在している実態が浮き彫りとなった。

中でも、「退院後の受け入れ先（施設・場所・人）の不足」については、「よくある」または「たまにある」と答えたのは 93.1%と最も多く、続いて「家族の意向」（89.6%）、「サービス調整に時間がかかる」（86.3%）、「入院前に本人と受け入れ先との関係が悪化していた」（79.7%）などが高い割合を示していた。退院

先の確保や家族・地域との関係性の再構築が、

退院支援におけるボトルネックとなっていることが示唆された。

また、「退院することによる経済的負担」についても 73.5%が「よくある」「たまにある」と回答しており、地域生活への移行に伴う金銭的リスクが、入院継続を選択する一因となっている実態がうかがえる。最近では、認知症の入院者が高齢者施設に退院となった場合、精神科病院で入院を継続するよりも高額となることが課題として指摘されることが多い。

「病院の慣習」（53.3%）や「本人以外（後見人や支援者など）からの退院に対する否定的意見」（48.6%）も、一定の割合で入院長期化の要因として認識されており、医療機関内外の文化的・構造的な要素が、退院促進の妨げになっていることもうかがえる。

これらの結果からは、精神科入院の長期化が、単に本人の病状や治療状況によるものではなく、社会資源、家族関係、経済状況、制度運用のあり方など、複数の社会的要因が複合的に絡み合っていることが読み取れる。したがって、退院支援を強化するためには、医療機関内での支援の工夫にとどまらず、地域福祉資源の充実、家族への支援、経済的支援制度の整備、そして制度間連携の強化といった、包括的なアプローチが求められる。

2) 自治体職員アンケート調査

自治体職員を対象としたアンケート調査では、精神科の入院制度や医療アクセスに関して、自治体職員が日常業務の中でどのような課題意識を持っているかについて明らかにした。回答者の多くは市区町村や保健所等に勤務する保健師や精神保健福祉士であり、地域における精神保健行政の実務を担っている者の声を反映している点に意義がある。

まず、入院時の同意能力の確認に関しては、医療従事者アンケートと同様に、自治体職員も「病的体験により現実検討が不十分」な状態での判断の困難さ（「よくある」「たまにある」計 86.7%）や、認知症（同 76.6%）にお

ける評価の難しさを広く経験していた。地域での危機介入等に関わることのある自治体職員においても、同意能力の評価が実務上の大きな課題であることを示唆している。

家族等同意の適格性に関しても、医療従事者と共通する問題意識が示された。認知症を含む精神疾患の影響を受けている可能性について「よくある」「たまにある」と回答した者は 83.4%にのぼった。また、患者からの虐待（同 53.3%）や、患者の入院を悪用する意図があった場合（同 30%）についても少なからず経験されており、家族等の立場が患者の利益と必ずしも一致しない場合があることへの懸念が示されている。

さらに、「家族等」に該当しないが実質的な支援者として重要な存在が同意者となれないことにジレンマを抱いた経験があるとした職員は、全項目で 6 割を超えており、現行法における「家族等」の定義が多様な家族形態に対応できていない点も、医療従事者と同様に自治体職員からも認識されている課題である。

家族等との関係に関する実務的困難についても、家族間の意見不一致（「よくある」「たまにある」計 76.6%）、医療上の理由以外での拒否感（同 83.3%）、思想信条による強い治療拒否（同 63.3%）などが多く報告された。こうした状況では、入院判断に際して法的・倫理的な正当性をどのように担保するかが自治体職員にとっても対応困難な課題として認識されていた。

医療へのアクセスに関しては、「移送手段が確保できず医療につながらなかった」「家族の意向により受診できなかった」「身体疾患の治療を本人が拒否した」などの困難が多数報告された。中でも「家族の意向により受診できなかった」理由として、「患者との関係悪化を恐れる」「大ごとにしたくない」などの心情的理由が多く、家族支援の必要性が示唆されるとともに、家族の感情や価値観が医療アクセスに影響している可能性もうかがえた。

3) 当事者・家族予備的アンケート調査

本研究では、精神科入院医療に関する制度的課題を多面的に捉えるうえで、当事者および家族の視点を適切に反映することを重視し、研究の初期段階から PPI (Patient and Public Involvement) の考え方を取り入れた。特に、2022（令和 4）年の精神保健福祉法附則第 3 条および附帯決議において、精神障害者の意見を聴取し、当事者や関係者の参画のもとで制度の見直しを行うべきことが明記されたことを強く意識している。

これまで非自発的入院に関する議論は、医療・法律・行政といった専門家の視点を中心に展開されることが多く、当事者や家族の体験や価値観は周縁化されてきたと言える。そのため本研究では、調査対象者として当事者・家族を位置づけるにとどまらず、調査内容の検討過程にも当事者、家族の参加を得て、設問構成の一つ一つを丁寧に議論した。これにより、単に意見を集めるだけでなく、「何を問うか」という設計段階においても当事者性を担保することを目指した。

作成した調査票の内容は、事前に実施したインタビュー調査から得られた知見をもとに構成されている。たとえば、当事者調査では、入院形態に関する説明の理解度や納得感、入院以外の支援を模索した経験、入院中のケア体制の印象、身体科と精神科における主観的な体験の違いなど、これまで量的に把握されることの少なかったテーマについても設問化を試みた。一方、家族調査では、入院決定にかかる葛藤や制度説明の不足、退院後の支援体制に対する不安、医療費負担に関する考えなど、制度上は重要な役割を担いつつも可視化されにくい家族の声を丁寧に汲み取ることを意識した。

本調査は予備的段階ではあるが、調査票自体に当事者・家族の視点が反映されているという点において意義がある。今後、実際の調査実施を通じてデータを蓄積することで、非自発的入院制度に対する実態把握と課題抽出

の精度が高まると期待される。

4) 国際比較

本研究では、日本の臨床現場でしばしば遭遇するジレンマ状況を含む5つのケースビネットを提示し、各国の臨床家に自国での対応状況を尋ねる形式で国際比較を行った。これは、単なる法制度の条文上の比較では捉えきれない、現場での運用や価値観の違いを可視化することを目的とした試みである。

各ケースを通して明らかとなった日本の特徴的な運用は、以下の通りである。

- ・ 非自発的入院の要件

ケース①（統合失調症が疑われる引きこもり状態）では、日本では自傷他害の明確な兆候がなくとも、家族からの相談を契機に医療保護入院等が検討されうる。フランス、カナダの一部の州ではケース①に非自発的入院が適用されうるが、他の国では非自発的入院の要件として自傷他害の具体的な危険性が重視されていた。

- ・ 搬送に関する制度

非自発的入院を行う際の「搬送」の法的根拠や実施主体について、日本では法第34条の移送は実質的には機能しておらず、民間救急や家族対応などに依存している実態がある。韓国も日本と類似の状況であるが、それ以外の国では公的機関や警察、救急医療体制が搬送を担っており、制度として位置づけられていた。

- ・ 身体疾患の非自発的治療に関する制度

ケース②（透析拒否）において、日本では身体疾患の治療を目的とする非自発的入院や治療の制度的枠組みが不明確である。韓国、フランス以外の国では、本人の同意が得られない場合の身体治療に関する法的手続きが明確化されていた。

- ・ 認知症や知的障害の位置づけ

ケース③および④においては、認知症や知的障害のある人に問題行動が認められた場合、

日本では精神科医療がその対応を担うことが多いが、他国では必ずしも精神医療の対象とは限らず、高齢者医療や福祉サービスの枠組みで対応されることが多い傾向にあった。

- ・ 未成年者の同意能力評価

ケース⑤（未成年の自殺企図）では、本人が入院を希望しても親権者が拒否する場合、入院の可否に親の意思が強く影響する日本の現状が明らかになった。多くの国では、年齢に応じた同意能力の評価指針が存在するが、日本では制度的な裏付けが乏しく、属人的な判断に依拠している状況が示された。

- ・ 同意能力評価・意思決定支援

全般的に、日本では同意能力の評価や意思決定支援の手法が明文化されておらず、精神保健指定医等の裁量に委ねられているところが多い。他国では法律やガイドラインによる一定の基準が設けられている例も多く、属人的運用による不公平や不透明さを回避する工夫がなされていた。

日本の精神科入院制度はある種の柔軟性を有している一方で、明確な制度的根拠や手続きが不十分なまま、家族や医療従事者の属人的な「善意」に基づいて運用されている場面が多いことが特徴といえる。特に、狭義の自傷他害のおそれがない状態で非自発的入院が適用されていることは、医療への早期アクセスを可能とし、早期の回復につながる可能性がある反面、不適切な運用が行われる危険性を孕むことは否めないことを認識する必要がある。

本研究では、精神障害を有する人々に対する入院医療、とりわけ医療保護入院の運用実態とその周辺に存在する制度的・倫理的課題について、医療従事者等を対象に多角的な調査を行い、現場での困難やジレンマを可視化するとともに、制度運用の国際比較を行った。その結果、同意能力の評価の困難さ、家族等同意を医療保護入院の要件とすることに伴う

課題、非医学的要因の影響、精神疾患と身体疾患が併存する際の対応の難しさなど、制度的課題が多層的に存在していることが明らかとなった。

特に、認知症のある人々を精神保健福祉法上の「精神障害者」として一律に扱うことの限界については、現場からの問題提起が多数寄せられた。認知症に伴う行動上の課題や支援の必要性は、必ずしも精神医療の枠内で扱うべきものとは限らず、高齢者医療や福祉的支援との接続の中でより適切に対応すべきケースも多い。現行制度がこの点を十分に整理できていないことは、支援のミスマッチや人権上の懸念を引き起こす要因となり得る。

また、身体疾患の治療を主目的とした入院が必要な場合に、精神科病棟で医療保護入院として対応されるケースが少なからず存在しており、精神科と身体科で適用される法制度が異なることによる制度上の課題が浮き彫りとなった。同じような症状・背景事情を持つ人でも、入院病棟の違いによって本人の権利保障の枠組みが異なることは、精神医療における構造的課題の一つとして、今後制度のあり方を検討する際に真摯に取り上げられることが望まれる。

本研究においては、当事者・家族の視点を調査票作成の段階から反映させるべく、PPI (Patient and Public Involvement) の理念に基づく取り組みを行ってきたものの、実際の全国調査実施までには至らず、現時点では当事者・家族の声が十分反映された結果とはなっていない。これは本研究の限界であり、今後の課題として明確に認識する必要がある。ただし、当事者・家族の参画を前提とした調査の準備はすでに整っており、今後本研究で作成した調査票を用いた調査を実施したうえで当事者・家族と共に議論を重ねていくべきである。

本研究で得られた知見は、精神保健福祉法に基づく入院制度の見直しに向けた実証的基盤を提供するものである。実臨床に根差した

課題意識と、制度的な構造の分析および国際的な権利擁護の視点を接続させることにより、精神科医療が真に本人の意思と権利を尊重し、社会的包摂の観点から支援を行う仕組みとなるために、引き続き多様な立場の関係者が協働して検討を重ねていくことが求められる。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

文献

- 1) United Nations Committee on the Rights of Persons with Disabilities. (2014). General comment No. 1: Article 12: Equal recognition before the law. CRPD/C/GC/1.
- 2) O'Donoghue B, Lyne J, Hill M, et al: Involuntary admission from the patients' perspective. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 45(6):631-638, 2010
- 3) Shiina A, Ojio Y, Sato A, et al: The recognition and expectations of ex-patients of mental health services: A web-based questionnaire survey in Japan. PLoS One 15;13(10):e0197639, 2018
- 4) Stephenson L, Gieselmann A, Gergel T, et al: Self-binding directives in psychiatric practice: a systematic review of reasons. Lancet Psychiatry 10(11):887-895, 2023
- 5) Bart G, Stuart R, Ahmed N, et al: A qualitative meta-synthesis of service users' and carers' experiences of

assessment and involuntary hospital
admissions under mental health

legislations: a five-year update.BMC
Psychiatry 27;24(1):476, 2024

【研究の概要について】

研究課題名	地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制における入院医療による支援のための研究： 全国アンケート調査
研究期間	研究実施許可受領後から 2028 年 3 月 31 日まで
アンケート実施期間	研究実施許可受領後から 2026 年 3 月 31 日まで
研究代表者	国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 地域精神保健・法制度研究部 科研費研究員 奈良麻結
共同研究者	京都大学医学研究科 教授 村井俊哉 東京大学医学部附属病院 講師 榊原英輔 東京科学大学 准教授 松長麻美
個人情報管理者	国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 地域精神保健・法制度研究部 科研費研究員 高嶋里枝

【研究の概略について】

私たちは精神科医療の入院制度の今後の在り方を検討していくために現在の運用の実態について調べています。このアンケートに先駆けて、患者、家族、入院治療に従事する医療職、自治体職員の方を対象に入院治療に関するインタビュー調査を行ったところ、様々な入院医療をめぐる課題についてのご意見をいただきました。課題の中には、本来の適切な制度の運用とは言えないものの、精神疾患や精神科医療制度をめぐる様々な事情によって生じているものもありました。今後、よりよい制度の在り方を検討していくためには、入院制度上の課題についてなるべく実態に即した形で全国的な傾向を明らかにしていく必要があります。そこで、今回は、アンケート調査へのご協力をお願いいたします。

なお、アンケート調査では、匿名性の高い方法を取り、個人情報の保護に細心の注意を払って行います。氏名や連絡先の個人情報を取得することがありますが、研究目的以外には使用いたしません。個人情報、病院名は一切収集せず、施設が特定される地域情報もまとまった形（例：関東地方）で公表します。

また、アンケート調査の結果は、よりよい精神科医療制度を作っていくために用いられます。不適切な運用を糾弾するような意図はありませんので、なるべく実態に即してご回答いただければ幸いです。

なお、本研究は無記名式アンケート調査となっているため、参加後は同意の撤回が困難となりますので、ご了承ください。

分量が多くなっておりご面倒をおかけしますが、回答の所要時間は 15～20 分ほどとなっています。ご回答いただくにあたり、診療録などを参照していただく必要はございませんので、ご記憶の範囲内でお答えいただければ幸いです。

アンケート調査は、紙の調査票と Web 調査票を準備しています。ご回答しやすい方法をお選びください。

なお、すでに紙の調査票か Web 調査票のどちらかで回答されている方は、新たに回答する必要はございません。

下記の□にチェックをしていただき、本調査にご協力いただける方は、次ページからの質問へお進みください。

- ☐ 上記研究目的・趣旨を読み、研究への参加に同意する
- ☐ 研究への参加に同意しない

※チェックが付いていない場合、ご回答いただいてもデータとして使用できませんので、必ずどちらかにチェックをお願いいたします。

【アンケートおよび本研究についての問い合わせ先】

研究責任者 精神保健研究所 地域精神保健・法制度研究部 奈良麻結
〒187-855
東京都小平市小川東町 4-1-1
国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター
042-341-2712（内線）6284

フェイスシート

あてはまる内容について、☑をして、()に必要事項をご記入ください。

I. 基本属性

問1 職種 -----

- ☐1) 医師 (☐精神保健指定医の場合、こちらにもチェックをお願いします)
☐2) 看護師 ☐3) 精神保健福祉士

問2 職位 -----

- ☐1) 管理職 ☐2) 管理職以外

問3 臨床経験年数 -----

※1年10カ月であれば、1と記載してください。

()年

内、現在の勤務先の勤続年数()年

内、現部署の勤続年数()年

II. 現在の勤務先について

問4 現在の主な勤務先 -----

- ☐1) 精神科病院 ☐2) 総合病院精神科(大学病院含む)
☐3) その他()

問5 勤務先の特徴 -----

- ☐1) 国公立 ☐2) 私立 ☐3) その他()

問6 所在地 -----

()

※都道府県単位でご回答ください。

問7 過去1年以内の業務上、どのような症例を担当することがありますか？

※特化せず様々な症例を対応されている場合には、業務上担当される症例全てを選択してください。

- ☐1) 急性期 ☐2) 慢性期 ☐3) 児童思春期
☐4) 認知症 ☐5) 身体合併症 ☐6) アルコール依存症
☐7) その他()

フェイスシートでご回答いただいた「現在の勤務先」において過去 1 年間に経験したこと・感じたこと・経験しなくても見聞きしたことについて以下の質問にお答えください。

あてはまる内容について、☑をして、その他に考えられることがあれば()にご記入ください。

A. 入院時の患者の同意能力※の確認について

※同意能力…“事実行為としての同意を、同意とみなし得る能力”を指します

1.	医療者側は入院が必要であると判断した場合、患者が同意能力を有していれば原則患者から同意を得、有していなければ原則家族等同意を得ます。患者が同意能力を有しているか分からない場合、対応に苦慮すると考えられます。 そのような患者の同意能力の確認が難しい状況として、以下のことは、どの程度経験しましたか	全くない	ほとんどない	たまにある	よくある
1-1.	アルコールや薬物等の影響があった	☐	☐	☐	☐
1-2.	身体疾患の影響があった	☐	☐	☐	☐
1-3.	小児のため十分な同意能力を有しているかの評価が難しかった	☐	☐	☐	☐
1-4.	認知症のため十分な同意能力を有しているかの評価が難しかった	☐	☐	☐	☐
1-5.	重度知的障害のため十分な同意能力を有しているかの評価が難しかった	☐	☐	☐	☐
1-6.	積極的に拒否していないが病的体験により現実検討が不十分のため十分な同意能力を有しているかの評価が難しかった	☐	☐	☐	☐
1-7.	患者が自身で入院決定をすることを避け、治療者や家族などに決定を委ねた	☐	☐	☐	☐
1-8.	入院に対する迷いがあり、すぐに揺らいでしまった	☐	☐	☐	☐
1-9.	入院に同意していても、同意書に署名することに対して抵抗を示した	☐	☐	☐	☐
1-10.	視覚聴覚、聴覚障害等でコミュニケーションに影響があった	☐	☐	☐	☐
1-11.	外国籍の患者で言語的な障壁や医療制度の違いにより同意取得が難しかった	☐	☐	☐	☐
1-12.	入院に同意していても、精神科への入院であることを理解していなかった	☐	☐	☐	☐
1-13.	その他()	☐	☐	☐	☐

2.	身体疾患の合併がある患者の入院で身体科治療の実施が難しい状況として、以下のことは、どの程度経験しましたか	全くない	ほとんどない	たまにある	よくある
2-1.	身体疾患の治療に同意するが、同意の一貫性がなかった	☐	☐	☐	☐
2-2.	本人が十分な意思決定能力を有しているか分からない状況で本人は身体疾患の治療に同意したが、家族が治療に反対した	☐	☐	☐	☐
2-3.	本人が十分な意思決定能力を有しているか分からない状況で本人は身体疾患の治療を拒否したが、家族が治療を希望した	☐	☐	☐	☐
2-4.	その他()	☐	☐	☐	☐

B. 医療保護入院の家族等同意を要する場面

1. 家族等が同意者として適切かどうか悩む状況として、以下のことは、どの程度ありましたか	全くない	ほとんどない	たまにある	よくある
1-1. 認知症を含む精神疾患の症状の影響を受けている可能性があった	☐	☐	☐	☐
1-2. (意識障害などを伴う)入院加療中であった	☐	☐	☐	☐
1-3. 服役中であった	☐	☐	☐	☐
1-4. 患者からの虐待経験があった	☐	☐	☐	☐
1-5. 患者の入院を悪用する意図があった	☐	☐	☐	☐
1-6. その他()	☐	☐	☐	☐

2. 以下に挙げる本人の事をよくわかっている人が精神保健福祉法上の「家族等」に当てはまらず、ジレンマを感じたことはどの程度ありましたか	全くない	ほとんどない	たまにある	よくある
2-1. 「家族等」に該当しない親族(叔父叔母、いとこ等)	☐	☐	☐	☐
2-2. 身近な介護者(子の配偶者等)	☐	☐	☐	☐
2-3. 内縁関係、同性パートナー	☐	☐	☐	☐
2-4. その他()	☐	☐	☐	☐

3. 家族等同意を取得する際に苦慮した状況として、以下のことは、どの程度ありましたか	全くない	ほとんどない	たまにある	よくある
3-1. 家族の連絡先・住所不明	☐	☐	☐	☐
3-2. 電話で同意を得て同意書を郵送するものの返送されなかった	☐	☐	☐	☐
3-3. 家族間で患者の入院に関する意見が一致しなかった	☐	☐	☐	☐
3-4. 家族が患者の入院に対して医療上の理由以外で拒否感を示した 例:患者との人間関係が悪くなりそう・患者をかわいそうに思う等	☐	☐	☐	☐
3-5. 家族が患者を虐待しているかどうかの判断がつかなかった	☐	☐	☐	☐
3-6. 家族の入院に対する意向が揺らぎ一貫しなかった	☐	☐	☐	☐
3-7. 家族の思想や信条により、精神科医療・強制的な入院治療に対しての拒否が強かった 例:入院すると「薬漬け」にされてしまうのではないかと懸念等	☐	☐	☐	☐
3-8. その他()	☐	☐	☐	☐

4. 入院の継続が必要な状態であっても、家族等の同意者が考えを変えて退院を要求することで、治療が不十分な状態で退院とせざるを得ない状況をどの程度経験しましたか	全くない	ほとんどない	たまにある	よくある
	☐	☐	☐	☐

5. 家族等同意があることによって患者さんにとってよかったと思う経験はありましたか	☐ 1) はい	☐ 2) いいえ
上記で「1) はい」を選択した場合、差し支えなければ、どのような経験が教えてください ()		

C.医療保護入院が選択されるような場面

1. 本人のことを十分に知らない者の意見が医療保護入院の必要性の判断に影響した経験はありましたか	□1) はい □2) いいえ
上記で「1) はい」を選択した場合、差し支えなければ、どのような立場の人が教えてください (例:警察官、地域の有力者、遠方の親戚)	
()	

2. 患者が入院治療へ表面上は同意していても、任意入院ではなく医療保護入院となる状況としてどのようなことがありましたか ※複数回答可	☐ 1) そういった状況は経験していない ☐ 2) 同意能力を有しているかの確認が難しかった ⇒2)に該当する理由 ☐ a) 病状に波があった ☐ b) 十分な評価が行えなかった ☐ c) 入院後の環境に反応する可能性が高かった ☐ d) 身体科治療により精神症状が増悪する可能性があった ☐ e) その他() ☐ 3) 行動制限・閉鎖処遇が必要となることが想定された ☐ 4) その他()
--	---

3. 任意入院と医療保護入院の判断に迷ったとき、以下にある各要因が影響して、医療保護入院となった経験はどの程度ありましたか	全くない ほとんどない たまにある よくある
3-1. 家族の意向	☐ ☐ ☐ ☐
3-2. 病院の慣習・組織風土 例:リスク回避重視	☐ ☐ ☐ ☐
3-3. 時間帯・曜日 例:スタッフの勤務形態	☐ ☐ ☐ ☐
3-4. 診療報酬上の施設要件 例:医療保護入院の割合	☐ ☐ ☐ ☐
3-5. その他()	☐ ☐ ☐ ☐

4. 身体疾患の治療のため医療保護入院が選択された経験はありましたか	□1) はい □2) いいえ
上記で「1) はい」を選択した場合、差し支えなければ、どのような経験か教えてください 例:重度認知症の方が COVID-19 感染し、身体科病棟への入院を断られた	
()	

D. 入院の長期化が生じやすい状況

1.	以下の各要因が影響し、入院が長期化した経験はどの程度ありましたか	全くない	ほとんどない	たまにある	よくある
1-1.	家族の意向	☐	☐	☐	☐
1-2.	退院することによる経済的負担	☐	☐	☐	☐
1-3.	退院を積極的に進めない病院の慣習	☐	☐	☐	☐
1-4.	サービス調整に時間がかかる	☐	☐	☐	☐
1-5.	退院後の受け入れ先（施設・場所・人）の不足	☐	☐	☐	☐
1-6.	入院前に本人と受け入れ先（施設・場所・人）との関係が悪化していた	☐	☐	☐	☐
1-7.	家族以外の者からの退院に対する意見	☐	☐	☐	☐
	上記で「よくある」、あるいは「たまにある」を選択した場合、差し支えなければ、どのような立場の人が教えてください。 （例：警察官、地域の有力者）	（ ）			
1-8.	その他（ ）	☐	☐	☐	☐

【研究の概要について】

研究課題名	地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制における入院医療による支援のための研究： 全国アンケート調査
研究期間	研究実施許可受領後から 2028 年 3 月 31 日まで
アンケート実施期間	研究実施許可受領後から 2026 年 3 月 31 日まで
研究代表者	国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 地域精神保健・法制度研究部 科研費研究員 奈良麻結
共同研究者	京都大学医学研究科 教授 村井俊哉 東京大学医学部付属病院 講師 榊原英輔 東京科学大学 准教授 松長麻美
個人情報管理者	国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 地域精神保健・法制度研究部 科研費研究員 高嶋里枝

【研究の概略について】

私たちは精神科医療の入院制度の今後の在り方を検討していくために現在の運用の実態について調べています。このアンケートに先駆けて、患者、家族、入院治療に従事する医療職、自治体職員の方を対象に入院治療に関するインタビュー調査を行ったところ、様々な入院医療をめぐる課題についてのご意見をいただきました。課題の中には、本来の適切な制度の運用とは言えないものの、精神疾患や精神科医療制度をめぐる様々な事情によって生じているものもありました。今後、よりよい制度の在り方を検討していくためには、入院制度上の課題についてなるべく実態に即した形で全国的な傾向を明らかにしていく必要があります。そこで、今回は、アンケート調査へのご協力をお願いいたします。

なお、アンケート調査では、匿名性の高い方法を取り、個人情報の保護に細心の注意を払って行います。氏名や連絡先の個人情報を取得することがありますが、研究目的以外には使用いたしません。個人情報、自治体名は一切収集せず、施設が特定される地域情報もまとまった形（例：関東地方）で公表します。

また、アンケート調査の結果は、よりよい精神科医療制度を作っていくために用いられます。不適切な運用を糾弾するような意図はありませんので、なるべく実態に即してご回答いただければ幸いです。

なお、本研究は無記名式アンケート調査となっているため、参加後は同意の撤回が困難となりますので、ご了承ください。

分量が多くなっておりご面倒をおかけしますが、回答の所要時間は 15～20 分ほどとなっています。ご回答いただくにあたり、診療録などを参照していただく必要はございませんので、ご記憶の範囲内でお答えいただければ幸いです。

アンケート調査は、紙の調査票と Web 調査票を準備しています。ご回答しやすい方法をお選びください。

なお、すでに紙の調査票か Web 調査票のどちらかで回答されている方は、新たに回答する必要はございません。

下記の□にチェックをしていただき、本調査にご協力いただける方は、次ページからの質問へお進みください。

- ☐ 上記研究目的・趣旨を読み、研究への参加に同意する
- ☐ 研究への参加に同意しない

※チェックが付いていない場合、ご回答いただいてもデータとして使用できませんので、必ずどちらかにチェックをお願いいたします。

【アンケートおよび本研究についての問い合わせ先】

研究責任者 精神保健研究所 地域精神保健・法制度研究部 奈良麻結
〒187-855
東京都小平市小川東町 4-1-1
国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター
042-341-2712（内線）6284

フェイスシート

あてはまる内容について、☑をして、()に必要事項をご記入ください。

I. 基本属性

問1 職種 -----

- | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| ☐ 1) 医師 | ☐ 2) 保健師 | ☐ 3) 看護師 |
| ☐ 4) 精神保健福祉士 | ☐ 5) 社会福祉士 | |
| ☐ 6) その他() | | |

問2 職位 -----

- | | |
|---------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ 1) 管理職 | ☐ 2) 管理職以外 |
|---------------------------------|-----------------------------------|

問3 臨床経験年数 -----

※1年10カ月であれば、1と記載してください。

()年 内、行政職員としての勤続年数()年

II. 現在の勤務先について

問4 現在の主な勤務先 -----

- | | |
|----------------------------------|--|
| ☐ 1) 市区町村 | ☐ 2) 精神保健福祉センター |
| ☐ 3) 保健所 | ☐ 4) その他() |

問5 所在地 -----

※都道府県単位でご回答ください。

()

フェイスシートでご回答いただいた「現在の勤務先」において過去 1 年間に経験したこと・感じたこと・経験しなくても見聞きしたことについて以下の質問にお答えください。あてはまる内容について、☑をして、その他に考えられることがあれば（ ）にご記入ください。

A. 入院時の患者の同意能力※の確認について

※同意能力…“事実行為としての同意を、同意とみなし得る能力”を指します

1.	医療者側は入院が必要であると判断した場合、患者が同意能力を有していれば原則患者から同意を得、有していなければ原則家族等同意を得ます。患者が同意能力を有しているか分からない場合、対応に苦慮すると考えられます。 そのような患者の同意能力の確認が難しい状況として、以下のことは、どの程度経験しましたか	全くない	ほとんどない	たまにある	よくある
1-1.	アルコールや薬物等の影響があった	☐	☐	☐	☐
1-2.	身体疾患の影響があった	☐	☐	☐	☐
1-3.	小児のため十分な同意能力を有しているかの評価が難しかった	☐	☐	☐	☐
1-4.	認知症のため十分な同意能力を有しているかの評価が難しかった	☐	☐	☐	☐
1-5.	重度知的障害のため十分な同意能力を有しているかの評価が難しかった	☐	☐	☐	☐
1-6.	積極的に拒否していないが病的体験により現実検討が不十分のため十分な同意能力を有しているかの評価が難しかった	☐	☐	☐	☐
1-7.	患者が自身で入院決定をすることを避け、治療者や家族などに決定を委ねた	☐	☐	☐	☐
1-8.	入院に対する迷いがあり、すぐに揺らいでしまった	☐	☐	☐	☐
1-9.	入院に同意していても、同意書に署名することに対して抵抗を示した	☐	☐	☐	☐
1-10.	視覚聴覚、聴覚障害等でコミュニケーションに影響があった	☐	☐	☐	☐
1-11.	外国籍の患者で言語的な障壁や医療制度の違いにより同意取得が難しかった	☐	☐	☐	☐
1-12.	入院に同意していても、精神科への入院であることを理解していなかった	☐	☐	☐	☐
1-13.	その他（ ）	☐	☐	☐	☐

B. 医療保護入院の家族等同意について

1. 家族等が同意者として適切かどうか悩む状況として、以下のことは、どの程度ありましたか	全くない	ほとんどない	たまにある	よくある
1-1. 認知症を含む精神疾患の症状の影響を受けている可能性があった	☐	☐	☐	☐
1-2. (意識障害などを伴う)入院加療中であった	☐	☐	☐	☐
1-3. 服役中であった	☐	☐	☐	☐
1-4. 患者からの虐待経験があった	☐	☐	☐	☐
1-5. 患者の入院を悪用する意図があった	☐	☐	☐	☐
1-6. その他()	☐	☐	☐	☐

2. 以下に挙げる本人の事をよくわかっている人が精神保健福祉法上の「家族等」に当てはまらず、ジレンマを感じたことはどの程度ありましたか	全くない	ほとんどない	たまにある	よくある
2-1. 「家族等」に該当しない親族(叔父叔母、いとこ等)	☐	☐	☐	☐
2-2. 身近な介護者(子の配偶者等)	☐	☐	☐	☐
2-3. 内縁関係、同性パートナー	☐	☐	☐	☐
2-4. その他()	☐	☐	☐	☐

3. 家族等同意に関して対応に苦慮した状況として、以下のことは、どの程度ありましたか	全くない	ほとんどない	たまにある	よくある
3-1. 家族間で患者の入院に関する意見が一致しなかった	☐	☐	☐	☐
3-2. 家族が患者の入院に対して医療上の理由以外で拒否感を示した 例:患者との人間関係が悪くなりそう・患者をかわいそうに思う等	☐	☐	☐	☐
3-3. 家族が患者を虐待しているかどうかの判断がつかなかった	☐	☐	☐	☐
3-4. 家族の入院に対する意向が揺らぎ一貫しなかった	☐	☐	☐	☐
3-5. 家族の思想や信条により、精神科医療・強制的な入院治療に対しての拒否が強かった 例:入院すると「薬漬け」にされてしまうのではないかという懸念等	☐	☐	☐	☐
3-6. その他()	☐	☐	☐	☐

4. 入院の継続が必要な状態であっても、家族等の同意者が考えを変えて退院を要求することで、治療が不十分な状態で退院とせざるを得ない状況をどの程度経験しましたか	全くない	ほとんどない	たまにある	よくある
	☐	☐	☐	☐

5. 家族等同意があることによって患者さんにとってよかったと思う経験はありましたか	☐ 1) はい	☐ 2) いいえ
上記で「1) はい」を選択した場合、差し支えなければ、どのような経験か教えてください		
()		

C.医療保護入院が選択されるような場面

1. 本人のことを十分に知らない者の意見が医療保護入院の必要性の判断に影響した経験はありましたか	□1) はい	□2) いいえ
上記で「1) はい」を選択した場合、差し支えなければ、どのような立場の人が教えてください (例:警察官、地域の有力者、遠方の親戚) ()		

2. 身体疾患の治療のため医療保護入院が選択された経験はありましたか	□1) はい	□2) いいえ
上記で「1) はい」を選択した場合、差し支えなければ、どのような経験か教えてください 例:重度認知症の方が COVID-19 感染し、身体科病棟への入院を断られた ()		

D.入院の長期化が生じやすい状況

1. 以下の各要因が影響し、入院が長期化した経験はどの程度ありましたか	全くない	ほとんどない	たまにある	よくある
1-1. 家族の意向	☐	☐	☐	☐
1-2. 退院することによる経済的負担	☐	☐	☐	☐
1-3. 退院を積極的に進めない病院の慣習	☐	☐	☐	☐
1-4. サービス調整に時間がかかる	☐	☐	☐	☐
1-5. 退院後の受け入れ先(施設・場所・人)の不足	☐	☐	☐	☐
1-6. 入院前に本人と受け入れ先(施設・場所・人)との関係が悪化していた	☐	☐	☐	☐
1-7. 家族以外の者からの退院に対する意見	☐	☐	☐	☐
上記で「よくある」、あるいは「たまにある」を選択した場合、差し支えなければ、どのような立場の人が教えてください (例:警察官、地域の有力者)	()			
1-8. その他()	☐	☐	☐	☐

E. 医療へのアクセス

以下の状況はどの程度経験しましたか	全くない	ほとんどない	たまにある	よくある
1. 移送の手段を確保することが難しいため、必要な医療につながらなかった	☐	☐	☐	☐
2. 家族の意向により医療につながらなかった	☐	☐	☐	☐
上記 2.で「よくある」、あるいは「たまにある」と回答した場合、どのような家族の意向がありましたか ※複数回答可	☐ 1)患者との関係悪化を恐れる ☐ 2)医療不信 ☐ 3)思想・信条上の理由 ☐ 4)大ごとにしたくないという考えが強い ☐ 5)その他 ()			
3. 身体疾患が悪化しても、本人が身体疾患の治療を拒否し、必要な医療につながらなかった	☐	☐	☐	☐
4. 入院が必要な状態であっても、知的障害を有していると入院にならなかった	☐	☐	☐	☐
5. 入院が必要な状態であっても、発達障害を有していると入院にならなかった	☐	☐	☐	☐
6. 措置入院は不要と判断されたが、入院を要する状態と思われる場合であっても、経済的問題（例；医療費、移送費用）のため医療につながらなかった	☐	☐	☐	☐

アンケート

各ビネットに関する以下の質問についての対応や制度を自由記述により回答ください。

以下のビネットは、日本の臨床現場で対応に苦慮する架空事例を記載したものです。日本での対応にも幅があり、正解の答えはありません。各国の状況においても対応は様々であり、答えに迷われる箇所があるかもしれませんが、曖昧な部分も含めて実状についてご意見をお聞かせください。また、所属や氏名などの個人情報は必ず伏せ、どなたが参加されたか分からないように慎重に対応します。その国を代表する意見としてではなく、日頃の臨床実践で考えられることとしてぜひ率直に教えてください。

各ビネットにはタイトル（事例の簡単な説明）とサブタイトル（日本で対応に苦慮する点）について記載しています。回答の際に参考にしてください。

また、質問にあるマークの意味はこの通りです。

◎	各ビネットの要点となる、特に伺いたい質問
○	伺いたい質問
△	時間に余裕があれば伺いたい質問
※	詳細に伺いたいポイント

(1) 自宅から出られない状態で統合失調症と考えられるケース

：統合失調症が疑われ医療的介入が必要であると考えられるが、本人が受診を拒否しており、医療へのアクセスを確保するのが難しいケース

24歳、女性。家族と同居。大学在学時から盗聴されていると家族に度々訴え、登校できない日もあったが、指導教員に支えられ、なんとか卒業した。大学卒業後に就職するものの2か月で退職した。その後から、カーテンを閉め切って自室で過ごすようになり、一人でぶつぶつと独語を言い、時々奇声を発するようになった。家族との交流はなく、家族が寝静まったときに一人でご飯を食べているようである。入浴はできず不潔な状態が続いている。これまで精神科を受診したことはなく、家族が受診や往診の受け入れを勧めるものの拒否している。これまで自傷歴や暴力は認められていない。そこで両親が自ら精神科へ相談に来た。

△ このようなケースはよくあるケースですか。

◎ このケースのように本人が精神科の受診や往診を拒否する場合、非自発的入院の対象になることはありますか。

◎ 非自発的入院の対象となる場合、どのようにして病院まで連れていきますか。

△ 搬送の法的根拠はありますか。法律については覚えている範囲で教えてください。

△ 入院の対象ではない場合、どのような対応が考えられますか。

(2) 統合失調症の妄想により透析治療を拒否しているケース

：身体治療を受ける必要がある緊急性の高い状態にあるが、本人が治療を拒否し、
非自発的入院による身体治療を行うか判断に迷うケース

55歳、女性。家族とは音信不通の状態である。統合失調症で幻覚・妄想状態にあり、総合病院精神科に通院中である。また、慢性腎不全を患い、同じ病院の内科にて週3回の通院により透析治療を受けている。しかし、組織の陰謀により通っている病院が患者に危害を加えているという妄想が生じ、両方の治療を拒否し、自宅にひきこもってしまった。地域の支援者の再三の説得にも関わらず、透析治療を3回スキップしており、これ以上透析を行わない状態が続けば、死に至る危険性が極めて高い。しかし、本人に死亡の可能性について伝えても、透析を拒否し続けている。現時点で意識障害はなく、はっきりと意思表示している。

◎ このケースは、精神科又は身体科のいずれかへの非自発的入院の対象となりますか。

△ なるとしたら、どのような法律に基づきますか。法律については覚えている範囲で教えてください。

○ 非自発的入院の対象となる場合、病院への移送も非自発的に行われると思いますが、病院へ移送する可能性はありますか。その場合、誰がどのように搬送しますか。

※誰；病院スタッフが関与するか、警察の介入があるか等

※どのように；精神疾患患者の救急車搬送は可能か等

※搬送先；精神科になるか、身体科になるか等

◎ （精神科・身体科のどちらの入院であっても）非自発的入院の対象となる場合、非自発的な身体治療はどのような手続きで行われますか。

※具体的手続き

（例；院内の倫理委員会にかけて承認を得る、担当医が本人の最善の利益を考えて決定する）

※非自発的な身体治療の内容（例；隔離や身体的拘束等の行動制限の有無等）

(3) 認知症で意思決定能力が低下しているケース

：明確な意思表示はないが、認知症による意思決定能力の欠如が考えられ、
精神科医が自発的入院か非自発的入院か判断に迷うケース

85歳、女性。夫と同居。重度認知症。訪問介護は利用しているが、夫が主となり在宅介護を行っていた。ここ数日、食事をとらず、夫やヘルパーによる介護も拒否。昼夜を問わず徘徊をし、終日、夫の見守りが必要な状態となっていた。夫から連絡を受けた主治医が往診し、在宅での介護を続けることは困難と判断した。往診時、主治医が自宅以外の場所で治療する必要があると本人に伝えたが、頷く動作をするものの発話せず、問いかけられた内容に答えず、本人からの明確な意思表示はなかった。重度の認知症のため、意思決定能力は著しく低下していると考えられる。

◎ このケースは精神科への入院の適応となりますか。

適応となる場合、自発的入院ですか、非自発的入院ですか。

○ このケースのように本人からの明確な意思表示がなく、意思決定能力の欠如があると考えられる場合、どのように意思確認を行いますか。

○ このケースが精神科入院の適応とならない場合、どのように対応しますか。

※関連する制度

※入院以外の対応（施設入所、社会資源の追加の提供等）

※施設での治療や支援内容（非自発的入所、非自発的治療、行動制限の有無について）

(4) 知的障害で入院を拒否するケース

：知的障害で攻撃的言動がある場合に非自発的入院の他害行為の要件に該当するか
判断に迷うケース

35 歳、男性。一人暮らし。知的障害。日中は、自宅にすることが多い。国の経済支援（生活保護）を受け、ヘルパーの支援を受けながら生活を送っていた。最近、家の前の道路工事が始まりストレスを感じており、近くに住む両親と頻繁に口論になっていた。また、隣人にささいなことと言いがかりをつけ、汚い言葉で繰り返し怒鳴る等の迷惑行為があり、その都度、隣人が警察に通報し、警察官は本人への説諭を繰り返した。その状況は両親へも伝わり、両親は毎回本人に注意するものの反省した様子はみられなかった。両親は本人の対応に困り果て、本人を強引に精神科医のもとに連れていき、すぐにでも入院させてほしいと訴える。本人は入院を拒否し、近くに人がいるにもかかわらず診察室の椅子を蹴るなどして興奮して暴れている状態である。

◎ このケースでの診察場面の様子は、他害行為のおそれありと認められる可能性がありますか。このケースが他害行為のおそれがないと考えられる場合、どのくらいのレベルで他害行為ありと判断されますか。（例：他人に危害を加える意図があると考えられる、誰かに椅子を当てた、椅子で他人の頭を殴打した等）

◎ このケースは、精神科の非自発的入院の適応となりますか。適応となる場合、他害行為があるという点で適応となりますか、あるいはそれ以外の点で適応となりますか。

◎ 非自発的入院の適応でない場合、どのような対応が考えられますか。
※知的障害対象の施設、警察対応、放置など

△ 知的障害は、精神疾患として扱われますか。

△ このケースの方が、もし知的障害ではなく統合失調症であり、攻撃的言動が幻覚・妄想状態により生じている場合、対応は変わりますか。

(5) 未成年の患者の家族が入院を反対するケース

：入院の判断において未成年の患者や両親の意思をどの程度考慮するか迷うケース

13 歳、女性。中学 1 年生。両親と同居。2 か月前頃から家で死にたいと口にし、カッターで手首を深く切るといった自傷行為があった。ある日、5 階のベランダで飛び降りようと身を乗り出しているところを両親がみつけて制止し、本人を連れて、初めて緊急で精神科を受診した。本人は最近の経過について「死ね、死ね」という声が聞こえ、それに逆らえずに手首を切ることを繰り返していると話した。本人は「死にたくないのに命令されると逆らえない。つらいのですぐにでも入院したい」と話す。医師は統合失調症を疑い、入院や薬物療法の必要性を両親に繰り返し説明したが、両親は「成長期に薬物治療を受けることは身体によくないのでカウンセリングを受けさせ、様子を見たい」と言い、入院や内服について反対している。

◎ このケースは、精神科への入院の適応になりますか。

その場合、本人の同意による自発的入院と非自発的入院のどちらになりますか。

入院の適応にならない場合、何が理由になると考えられますか。

(例：未成年で判断能力が十分といえないため、両親の反対により治療費が見込めないため等)

◎ 一般的に未成年の場合、入院における親の意思は入院の可否の判断に考慮されるでしょうか。

○ 一般的に入院における未成年の意思決定能力をどのように評価しますか。

その他の質問事項

次の質問事項について対応や制度を自由記述により回答ください。

○ 本人の意思決定能力をどのように評価しているでしょうか ※法的裏付けやガイドライン、医学教育、精神科医研修等が存在するか ※ガイドライン等がある場合、その内容はどのようなものか ※ガイドライン等がない場合、どのように行っているか
○ 本人の意思決定支援をどのように行っているでしょうか

補足資料

日本における精神保健福祉に関する法律や制度について記載しています。
アンケートに直接関係はしませんが、各国の相互理解を深めるための補足資料として添付します。

精神保健福祉法「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」

精神保健福祉法は、強制入院を含む、精神病床における入院の種類や、入院中の行動制限などについて規定している。

任意入院

患者の同意に基づく入院である。指定医の診察の結果必要であれば72時間の退院制限ができる。
同意とは、患者が積極的に入院を拒んでいない状態とされているが、任意入院可能かどうかの判断は、病院により運用が異なる可能性がある。

医療保護入院

指定医の診察の結果、精神障害者に該当し、医療及び保護のために入院が必要であり、かつ任意入院が行えない場合に行われる非自発的入院である。基本的には家族等のいずれかの者の同意によるが、家族等がない場合、家族等の全員が意思を表示できない場合、家族等が意思を表明したくない場合は市町村長同意になる。2023年4月からDVや虐待の加害者である家族は同意者になれないことになった

措置入院

指定医2名以上による診察の結果、精神障害者に該当し、入院させなければ自身を傷つける又は他人に害を及ぼすおそれがある場合に、都道府県知事の権限により行われる強制入院である。

応急入院

医療保護入院の必要性があるが患者の家族等の同意を得ることができない場合に72時間に限り行われる強制入院である。

緊急措置入院

措置入院に該当する場合のうち、急速を要し手続きが間に合わない場合に72時間に限り行われる強制入院である。

23条通報

警察官は精神障害のために自身を傷つける又は他人に害を及ぼすおそれがある人に職務で出会った場合、最寄りの保健所長を経て都道府県知事に通報しなければならない。

22条通報

精神障害者又はその疑いのある人について、誰でも都道府県知事にその人の診察と保護を申請することができる。

精神保健指定医

強制入院や行動制限などを行う判断ができる資格のある医師である。臨床経験の年数や研修などの条件を満たした場合、厚生労働大臣の指定を受けて精神保健指定医になることができる。

移送制度

都道府県知事の権限で入院治療の必要性がある精神障害のある人を本人の同意がなくても精神科病院に移送することができる制度である。指定医の診察の結果が必要であることや保健所への連絡など、実務

上手続きが煩雑であり、日本においてこの制度は存在するもののあまり使われていない。その代わり、民間企業が運営する民間救急車が利用されることがある。

後見人

認知症や知的障害を含む精神上の障害のために判断力が欠けている人に対し、その人の財産管理や生活の維持の面で家庭裁判所が選任した後見人がつく制度。

別紙 4 医療従事者アンケート集計結果

全職種

基本属性(n=1309)

	n	%
職種		
医師	574	43.85
内、精神保健指定医	334	58.19
看護師	635	48.51
精神保健福祉士	99	7.56
無回答	1	0.08
職位		
管理職	635	48.51
管理職以外	662	50.57
無回答	12	0.92
臨床経験年数*	21.49	11.97
内、現在の勤務先の勤務年数*	13.37	10.66
内、現部署の経験年数*	7.423	8.22

* Mean, SD

	n	%
現在の勤務先		
主な勤務先		
精神科病院	1018	77.77
総合病院精神科	245	18.72
その他	45	3.44
無回答	1	0.08
勤務先の特徴		
国公立	293	22.38
私立	782	59.74
その他	233	17.80
無回答	1	0.08
担当症例 *複数回答可		
急性期	948	72.42
慢性期	1027	78.46
児童思春期	455	34.76
認知症	1020	77.92
身体合併症	769	58.75
アルコール依存症	672	51.34
その他	122	9.32
所在地		
北海道・東北地方	149	11.38
関東地方	303	23.15
中部地方	218	16.65
近畿地方	223	17.04
中国・四国地方	197	15.05
九州・沖縄地方	207	15.81
無回答	12	0.92

A. 入院時の患者の同意能力の確認について

1. 同意能力の確認が難しい状況として、以下のことは、どの程度経験しましたか(n=1309)

		全くない		ほとんどない		たまにある		よくある		無回答	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1-1.	アルコールや薬物等の影響があった	147	11.23	356	27.20	673	51.41	126	9.63	7	0.53
1-2.	身体疾患の影響があった	75	5.73	260	19.86	751	57.37	214	16.35	9	0.69
1-3.	小児のため十分な同意能力を有しているかの評価が難しかった	570	43.54	272	20.78	316	24.14	101	7.72	50	3.82
1-4.	認知症のため十分な同意能力を有しているかの評価が難しかった	49	3.74	114	8.71	466	35.60	671	51.26	9	0.69
1-5.	重度知的障害のため十分な同意能力を有しているかの評価が難しかった	163	12.45	287	21.93	520	39.72	325	24.83	14	1.07
1-6.	積極的に拒否していないが病的体験により現実検討が不十分のため十分な同意能力を有しているかの評価が難しかった	36	2.75	113	8.63	691	52.79	463	35.37	6	0.46
1-7.	患者が自身で入院決定をすることを避け、治療者や家族などに決定を委ねた	145	11.08	397	30.33	544	41.56	218	16.65	5	0.38
1-8.	入院に対する迷いがあり、すぐに揺らいでしまった	51	3.90	208	15.89	743	56.76	301	22.99	6	0.46
1-9.	入院に同意していても、同意書に署名することに対して抵抗を示した	247	18.87	526	40.18	474	36.21	57	4.35	5	0.38
1-10.	視覚聴覚、聴覚障害等でコミュニケーションに影響があった	286	21.85	510	38.96	453	34.61	54	4.13	6	0.46
1-11.	外国籍の患者で言語的な障壁や医療制度の違いにより同意取得が難しかった	640	48.89	390	29.79	243	18.56	22	1.68	14	1.07
1-12.	入院に同意していても、精神科への入院であることを理解していなかった	305	23.30	440	33.61	487	37.20	68	5.19	9	0.69
1-13.	その他	225	17.19	54	4.13	58	4.43	27	2.06	945	72.19

2. 身体疾患の合併がある患者の入院で身体科治療の実施が難しい状況として、以下のことは、どの程度経験しましたか(n=1309)

	全くない		ほとんどない		たまにある		よくある		無回答	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2-1. 身体疾患の治療に同意するが、同意の一貫性がなかった	132	10.08	384	29.34	652	49.81	132	10.08	9	0.69
2-2. 本人が十分な意思決定能力を有しているか分からない状況で本人は身体疾患の治療に同意したが、家族が治療に反対した	398	30.40	557	42.55	312	23.83	33	2.52	9	0.69
2-3. 本人が十分な意思決定能力を有しているか分からない状況で本人は身体疾患の治療を拒否したが、家族が治療を希望した	155	11.84	285	21.77	679	51.87	179	13.67	11	0.84
2-4. その他	196	14.97	75	5.73	66	5.04	17	1.30	955	72.96

※身体疾患の合併がある患者の入院で身体科治療の実施が難しい状況の具体例(自由記載)

- 1) 本人による治療拒否・同意困難(精神運動興奮や認知機能低下による疎通困難等)
- 2) 家族による同意に関する問題(家族内での意見の不一致、家族自身の判断能力低下、本人が希望しても家族が治療を拒否する等)
- 3) 身体科の受け入れ困難(精神症状が安定していても「対応困難」とされ断られる等)
- 4) 施設・リソースの制約(精神科単科病院では身体治療設備・人材が不足している等)
- 5) 終末期ケア／方針決定の難しさ(終末期患者の治療選択支援の難しさ、経管栄養や補液を望まない場合の対応等)
- 6) 経済的制約(包括病棟において高額な身体治療を実施した場合の経済的不利益等)
- 7) 意思決定主体の不明確さ(誰が同意者となるべきかの判断が困難等)

B. 医療保護入院の家族等同意を要する場面

1. 家族等が同意者として適切かどうか悩む状況として、以下のことは、どの程度ありましたか(n=1309)

	全くない		ほとんどない		たまにある		よくある		無回答	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1-1. 認知症を含む精神疾患の症状の影響を受けている可能性があった	122	9.32	279	21.31	729	55.69	176	13.45	3	0.23
1-2. (意識障害などを伴う)入院加療中であった	430	32.85	444	33.92	386	29.49	40	3.06	9	0.69
1-3. 服役中であった	1004	76.70	224	17.11	66	5.04	5	0.38	10	0.76
1-4. 患者からの虐待経験があった	354	27.04	381	29.11	519	39.65	48	3.67	7	0.53
1-5. 患者の入院を悪用する意図があった	659	50.34	452	34.53	180	13.75	10	0.76	8	0.61
1-6. その他	229	17.49	68	5.19	59	4.51	11	0.84	942	71.96

2. 以下に挙げる本人の事をよくわかっている人が精神保健福祉法上の「家族等」に当てはまらず、ジレンマを感じたことはどの程度ありましたか(n=1309)

	全くない		ほとんどない		たまにある		よくある		無回答	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2-1. 「家族等」に該当しない親族(叔父叔母、いとこ等)	187	14.29	299	22.84	676	51.64	142	10.85	5	0.38
2-2. 身近な介護者(子の配偶者等)	209	15.97	333	25.44	615	46.98	146	11.15	6	0.46
2-3. 内縁関係、同性パートナー	183	13.98	268	20.47	657	50.19	195	14.90	6	0.46
2-4. その他	217	16.58	57	4.35	60	4.58	12	0.92	963	73.57

3. 家族等同意を取得する際に苦慮した状況として、以下のことは、どの程度ありましたか(n=1309)

	全くない		ほとんどない		たまにある		よくある		無回答	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
3-1. 家族の連絡先・住所不明	106	8.10	249	19.02	767	58.59	179	13.67	8	0.61
3-2. 電話で同意を得て同意書を郵送するものの返送されなかった	402	30.71	469	35.83	385	29.41	43	3.28	10	0.76
3-3. 家族間で患者の入院に関する意見が一致しなかった	134	10.24	352	26.89	684	52.25	129	9.85	10	0.76
3-4. 家族が患者の入院に対して医療上の理由以外で拒否感を示した	132	10.08	300	22.92	701	53.55	170	12.99	6	0.46
3-5. 家族が患者を虐待しているかどうかの判断がつかなかった	248	18.95	503	38.43	511	39.04	39	2.98	8	0.61
3-6. 家族の入院に対する意向が揺らぎ一貫しなかった	139	10.62	357	27.27	695	53.09	112	8.56	6	0.46
3-7. 家族の思想や信条により、精神科医療・強制的な入院治療に対しての拒否が強かった	191	14.59	384	29.34	619	47.29	107	8.17	8	0.61
3-8. その他	205	15.66	70	5.35	58	4.43	6	0.46	970	74.10

4. 入院の継続が必要な状態であっても、家族等の同意者が考えを変えて退院を要求することで、治療が不十分な状態で退院とせざるを得ない状況をどの程度経験しましたか(n=1309)

	n	%
全くない	196	14.97
ほとんどない	438	33.46
たまにある	630	48.13
よくある	35	2.67
無回答	10	0.76

5. 家族等同意があることによって患者さんにとってよかったと思う経験はありましたか(n=1309)

	n	%
はい	978	74.71
いいえ	299	22.84
無回答	32	2.44

※家族等同意があることによって患者さんにとってよかったと思う経験の具体例（自由記載）

記述内容の分析からは、大きく以下の2つの視点に分類可能であった。

8) 非自発的入院があったことによる肯定的な経験

- ・ 安全確保（生命の危険を回避できた、社会的トラブルの拡大前に介入できた等）
- ・ 迅速な治療開始（病識がない、または認知機能や現実検討力が低下してる状況でも早期治療につながった等）
- ・ 治療継続の確保（任意入院では途中で中断されていた治療を継続でき、症状が十分に安定するまで治療を継続できた等等）
- ・ 心理的負担の軽減（警察介入などに比べ、本人の負担が少ない形で介入でき等）
- ・ 本人の肯定的評価（回復後に「入院してよかった」と感謝の言葉があった等）

9) 家族等が同意者として関与したことによる支援的効果を感じた経験

- ・ 支援体制の強化（家族も一緒に入院治療に取り組んだ、退院後の支援に積極的に関わった等）
- ・ 家族との信頼関係の再構築（本人が『家族が自分を気にかけてくれている』と感じた、本人が家族を拒否していたが家族等同意を機に関係が修復した等）
- ・ 治療チームとの協働（家族が医療方針の共有・判断に加わったことで対応がより適切・円滑になった等）
- ・ 家族の理解促進（病気や治療について家族が理解を深めた等）
- ・ 本人の心理的安定（家族が同意者であることで安心できた等）
- ・ 本人の感謝表明（回復後に家族に対する感謝の言葉があった等）

c. 医療保護入院が選択されるような場面

1. 本人のことを十分に知らない者の意見が医療保護入院の必要性の判断に影響した経験はありましたか(n=1309)

	n	%
はい	324	24.75
いいえ	973	74.33
無回答	12	0.92

※（はいと回答した人のみ）どのような立場の人の意見が影響したか

- 1) 疎遠・交流のない家族・親族（遠方の親戚、何年も会っていないきょうだい等）
- 2) 形式だけの後見人（本人との関わりの少ない成年後見人等）
- 3) 警察・司法関係者（警察官、刑務官、検察官等）
- 4) 地域住民（近所の住民、民生委員、マンション管理人等）
- 5) 地域の支援者（行政職員、施設職員、福祉関係者等）
- 6) 地域の有力者（議員等）
- 7) その他（学校教員、職場の同僚、宗教関係者、弁護士等）

2. 患者が入院治療へ表面上は同意しているが、任意入院ではなく医療保護入院となる状況としてどのようなことがありましたか※複数回答

	n	%
2-1. そういった状況は経験していない	219	16.73
2-2. 同意能力を有しているかの確認が難しかった	959	73.26
a) 病状に波があった	828	86.34
b) 十分な評価が行えなかった	278	28.99
c) 入院後の環境に反応する可能性が高かった	529	55.16
d) 身体科治療により精神症状が増悪する可能性があった	208	21.69
e) その他	50	5.21
2-3. 行動制限・閉鎖処遇が必要となることが想定された	776	59.28
2-4. その他	27	2.06

※「その他」の具体例

- 1) 認知機能・判断能力の低下（認知機能低下、記銘力低下、判断力・理解力の乏しさ等）
- 2) 判断能力の未熟さ（児童、未成年等）
- 3) 同意の一貫性の欠如・持続困難（一貫性のない言動、同意と撤回の繰り返し等）
- 4) 理解不足の状態での同意（入院自体やその目的・内容について、十分に理解しないまま同意した場合等）
- 5) 制度的・運用上の要因（病院の方針、カンファレンスによる決定等）
- 6) 安全確保の必要性（自殺企図、自傷がある場合等）

3. 任意入院と医療保護入院の判断に迷ったとき、以下にある各要因が影響して、医療保護入院となった経験はどの程度ありましたか(n=1309)

	全くない		ほとんどない		たまにある		よくある		無回答	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
3-1. 家族の意向	241	18.41	420	32.09	498	38.04	140	10.70	10	0.76
3-2. 病院の慣習・組織風土	378	28.88	443	33.84	363	27.73	114	8.71	11	0.84
3-3. 時間帯・曜日	548	41.86	447	34.15	236	18.03	64	4.89	14	1.07
3-4. 診療報酬上の施設要件	708	54.09	382	29.18	158	12.07	47	3.59	14	1.07
3-5. その他	238	18.18	65	4.97	38	2.90	8	0.61	960	73.34

※「その他」の具体例

- A) 家族の意向・家庭状況（「任意入院ではすぐに退院され困る」といった家族の意向等）
- B) 病状の不安定さ（後に精神運動興奮が生じる可能性が高い、自傷他害のリスクがある場合、離脱せん妄が予想される場合等）
- C) 認知機能低下や意思疎通の困難さ（認知症や重度知的障害により疎通が困難な場合等）
- D) 医療機関側の体制・制度的要因（診療報酬の施設基準、夜間や休日で人員が限られる場合、指定医症例の確保等）
- E) 判断の不確実性（客観情報の不足、主治医の不在などで病状評価が困難な場合等）

4. 身体疾患の治療のため医療保護入院が選択された経験はありましたか(n=1309)

	n	%
はい	527	40.26
いいえ	751	57.37
無回答	31	2.37

※自由記載より、身体疾患のために医療保護入院が必要な状況を、精神疾患治療のための入院の必要性の観点から

A) 身体疾患の治療のためにも、精神疾患の治療のためにも入院が必要な場合

B) 精神疾患の治療のための入院は必ずしも必要ではないが、身体疾患の治療のために入院が必要な場合

精神病床への入院となった理由の観点から

a. 身体科での対応が困難なケース

α-1. 実質的対応困難:精神症状の不安定さや行動化のため、身体科では物理的・人的に対応困難なケース

α-2. スティグマによる拒否:精神症状は安定しているにもかかわらず精神疾患の診断名を理由に入院を拒否されるケース

b. 精神科で対応可能なケース に分類することができた。(精神科で対応可能かどうかは、病院の医療施設・人員体制によって幅がある。)

精神科入院が必要①

α₁: 実質的対応困難 例:手術を要するが強度行動障害がある自閉症で身体科では対応困難
脳炎治療で不穏行動が認められる場合
術後ドレーンや点滴留置等の自己抜去リスクが高いことが予想される場合
幻覚妄想状態の統合失調症患者の透析治療

α₂: スティグマによる拒否

b: 精神科病棟で対応可能 例:クロザピン治療の有害事象による肝機能障害

精神科入院は必ずしも必須ではない②

例:認知症の方の脱水症、熱中症など
全身状態が不良な神経性やせ症の患者で同意が得られない場合
がんの手術目的で入院を要する慢性期の統合失調症患者

例:精神症状が安定している認知症患者の肺炎治療・骨折手術適応外での保存治療・COVID-19 治療

例:認知症患者の脱水症、熱中症
知的障害者のインフルエンザ

D. 入院の長期化が生じやすい状況

1. 以下の各要因が影響し、入院が長期化した経験はどの程度ありましたか(n=1309)

	全くない		ほとんどない		たまにある		よくある		無回答	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1-1. 家族の意向	29	2.22	100	7.64	571	43.62	602	45.99	7	0.53
1-2. 退院することによる経済的負担	81	6.19	255	19.48	536	40.95	426	32.54	11	0.84
1-3. 退院を積極的に進めない病院の慣習	429	32.77	467	35.68	268	20.47	138	10.54	7	0.53
1-4. サービス調整に時間がかかる	48	3.67	122	9.32	607	46.37	523	39.95	9	0.69
1-5. 退院後の受け入れ先(施設・場所・人)の不足	21	1.60	61	4.66	471	35.98	748	57.14	8	0.61
1-6. 入院前に本人と受け入れ先(施設・場所・人)との関係が悪化していた	50	3.82	208	15.89	686	52.41	357	27.27	8	0.61
1-7. 家族以外の者からの退院に対する意見	271	20.70	543	41.48	398	30.40	89	6.80	8	0.61
1-8. その他	184	14.06	51	3.90	82	6.26	38	2.90	954	72.88

別紙 5 医療従事者アンケート集計結果

医師

基本属性(n=574)

	n	%
職種		
内、精神保健指定医	334	58.19
職位		
管理職	255	44.43
管理職以外	313	54.53
無回答	6	1.05
臨床経験年数*	21.11	13.35
内、現在の勤務先の勤務年数*	10.72	10.23
内、現部署の経験年数*	9.29	9.39

* Mean, SD

	n	%
現在の勤務先		
主な勤務先		
精神科病院	401	69.86
総合病院精神科	170	29.62
その他	3	0.52
勤務先の特徴		
国公立	185	32.23
私立	366	63.76
その他	23	4.01
担当症例 *複数回答可		
急性期	537	93.55
慢性期	512	89.20
児童思春期	304	52.96
認知症	510	88.85
身体合併症	415	72.30
アルコール依存症	363	63.24
その他	40	6.97
所在地		
北海道・東北地方	64	11.15
関東地方	133	23.17
中部地方	109	18.99
近畿地方	86	14.98
中国・四国地方	80	13.94
九州地方	95	16.55
無回答	7	1.22

A. 入院時の患者の同意能力の確認について

1. 同意能力の確認が難しい状況として、以下のことは、どの程度経験しましたか(n=574)

	全くない		ほとんどない		たまにある		よくある		無回答	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1-1. アルコールや薬物等の影響があった	66	11.50	182	31.71	296	51.57	29	5.05	1	0.17
1-2. 身体疾患の影響があった	35	6.10	132	23.00	334	58.19	70	12.20	3	0.52
1-3. 小児のため十分な同意能力を有しているかの評価が難しかった	172	29.97	146	25.44	187	32.58	55	9.58	14	2.44
1-4. 認知症のため十分な同意能力を有しているかの評価が難しかった	21	3.66	74	12.89	238	41.46	239	41.64	2	0.35
1-5. 重度知的障害のため十分な同意能力を有しているかの評価が難しかった	93	16.20	165	28.75	202	35.19	111	19.34	3	0.52
1-6. 積極的に拒否していないが病的体験により現実検討が不十分のため十分な同意能力を有しているかの評価が難しかった	16	2.79	60	10.45	60	10.45	297	51.74	0	0.00
1-7. 患者が自身で入院決定をすることを避け、治療者や家族などに決定を委ねた	84	14.63	179	31.18	248	43.21	63	10.98	0	0.00
1-8. 入院に対する迷いがあり、すぐに揺らいでしまった	16	2.79	67	11.67	316	55.05	173	30.14	2	0.35
1-9. 入院に同意していても、同意書に署名することに対して抵抗を示した	137	23.87	241	41.99	175	30.49	20	3.48	1	0.17
1-10. 視覚聴覚、聴覚障害等でコミュニケーションに影響があった	158	27.53	208	36.24	193	33.62	14	2.44	1	0.17
1-11. 外国籍の患者で言語的な障壁や医療制度の違いにより同意取得が難しかった	277	48.26	171	29.79	113	19.69	11	1.92	2	0.35
1-12. 入院に同意していても、精神科への入院であることを理解していなかった	177	30.84	188	32.75	191	33.28	17	2.96	1	0.17
1-13. その他	86	14.98	12	2.09	10	1.74	6	1.05	460	80.14

2. 身体疾患の合併がある患者の入院で身体科治療の実施が難しい状況として、以下のことは、どの程度経験しましたか(n=574)

	全くない		ほとんどない		たまにある		よくある		無回答	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2-1. 身体疾患の治療に同意するが、同意の一貫性がなかった	64	11.15	161	28.05	292	50.87	55	9.58	2	0.35
2-2. 本人が十分な意思決定能力を有しているか分からない状況で本人は身体疾患の治療に同意したが、家族が治療に反対した	224	39.02	215	37.46	122	21.25	11	1.92	2	0.35
2-3. 本人が十分な意思決定能力を有しているか分からない状況で本人は身体疾患の治療を拒否したが、家族が治療を希望した	77	13.41	106	18.47	306	53.31	83	14.46	2	0.35
2-4. その他	80	13.94	13	2.26	10	1.74	7	1.22	464	80.84

B. 医療保護入院の家族等同意を要する場面

1. 家族等が同意者として適切かどうか悩む状況として、以下のことは、どの程度ありましたか(n=574)

	全くない		ほとんどない		たまにある		よくある		無回答	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1-1. 認知症を含む精神疾患の症状の影響を受けている可能性があった	50	8.71	131	22.82	341	59.41	51	8.89	1	0.17
1-2. (意識障害などを伴う)入院加療中であった	220	38.33	185	32.23	153	26.66	15	2.61	1	0.17
1-3. 服役中であった	443	77.18	105	18.29	24	4.18	1	0.17	1	0.17
1-4. 患者からの虐待経験があった	185	32.23	172	29.97	202	35.19	14	2.44	1	0.17
1-5. 患者の入院を悪用する意図があった	291	50.70	207	36.06	70	12.20	4	0.70	2	0.35
1-6. その他	83	14.46	10	1.74	16	2.79	3	0.52	462	80.49

2. 以下に挙げる本人の事をよくわかっている人が精神保健福祉法上の「家族等」に当てはまらず、ジレンマを感じたことはどの程度ありましたか(n=574)

	全くない		ほとんどない		たまにある		よくある		無回答	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2-1. 「家族等」に該当しない親族(叔父叔母、いとこ等)	74	12.89	122	21.25	308	53.66	69	12.02	1	0.17
2-2. 身近な介護者(子の配偶者等)	91	15.85	139	24.22	277	48.26	66	11.50	1	0.17
2-3. 内縁関係、同性パートナー	78	13.59	118	20.56	283	49.30	94	16.38	1	0.17
2-4. その他	81	14.11	9	1.57	10	1.74	3	0.52	471	82.06

3. 家族等同意を取得する際に苦慮した状況として、以下のことは、どの程度ありましたか(n=574)

	全くない		ほとんどない		たまにある		よくある		無回答	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
3-1. 家族の連絡先・住所不明	37	6.45	96	16.72	336	58.54	103	17.94	2	0.35
3-2. 電話で同意を得て同意書を郵送するものの返送されなかった	216	37.63	203	35.37	141	24.56	11	1.92	3	0.52
3-3. 家族間で患者の入院に関する意見が一致しなかった	50	8.71	158	27.53	299	52.09	65	11.32	2	0.35
3-4. 家族が患者の入院に対して医療上の理由以外で拒否感を示した	42	7.32	114	19.86	315	54.88	102	17.77	1	0.17
3-5. 家族が患者を虐待しているかどうかの判断がつかなかった	106	18.47	201	35.02	239	41.64	27	4.70	1	0.17
3-6. 家族の入院に対する意向が揺らぎ一貫しなかった	45	7.84	134	23.34	315	54.88	79	13.76	1	0.17
3-7. 家族の思想や信条により、精神科医療・強制的な入院治療に対しての拒否が強かった	76	13.24	150	26.13	281	48.95	65	11.32	2	0.35
3-8. その他	80	13.94	10	1.74	13	2.26	0	0.00	471	82.06

4. 入院の継続が必要な状態であっても、家族等の同意者が考えを変えて退院を要求することで、治療が不十分な状態で退院とせざるを得ない状況をどの程度経験しましたか(n=574)

	n	%
全くない	83	14.46
ほとんどない	195	33.97
たまにある	283	49.30
よくある	11	1.92
無回答	2	0.35

5. 家族等同意があることによって患者さんにとってよかったと思う経験はありましたか(n=574)

	n	%
はい	447	77.87
いいえ	113	19.69
無回答	14	2.44

C. 医療保護入院が選択されるような場面

1. 本人のことを十分に知らない者の意見が医療保護入院の必要性の判断に影響した経験はありましたか(n=574)

	n	%
はい	142	24.74
いいえ	428	74.56
無回答	4	0.70

2. 患者が入院治療へ表面上は同意していても、任意入院ではなく医療保護入院となる状況としてどのようなことがありましたか※複数回答

	n	%
2-1. そういった状況は経験していない	50	8.71
2-2. 同意能力を有しているかの確認が難しかった	484	84.32
a) 病状に波があった	428	88.43
b) 十分な評価が行えなかった	111	22.93
c) 入院後の環境に反応する可能性が高かった	265	54.75
d) 身体科治療により精神症状が増悪する可能性があった	90	18.60
e) その他	32	6.61
2-3. 行動制限・閉鎖処遇が必要となることが想定された	362	63.07
2-4. その他	15	2.61

3. 任意入院と医療保護入院の判断に迷ったとき、以下にある各要因が影響して、医療保護入院となった経験はどの程度ありましたか(n=574)

	全くない		ほとんどない		たまにある		よくある		無回答	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
3-1. 家族の意向	117	20.38	206	35.89	196	34.15	55	9.58	0	0.00
3-2. 病院の慣習・組織風土	171	29.79	185	32.23	169	29.44	49	8.54	0	0.00
3-3. 時間帯・曜日	248	43.21	174	30.31	120	20.91	31	5.40	1	0.17
3-4. 診療報酬上の施設要件	347	60.45	136	23.69	70	12.20	20	3.48	1	0.17
3-5. その他	86	14.98	11	1.92	6	1.05	3	0.52	468	81.53

4. 身体疾患の治療のため医療保護入院が選択された経験はありましたか(n=574)

	n	%
はい	268	46.69
いいえ	302	52.61
無回答	4	0.70

D. 入院の長期化が生じやすい状況

1. 以下の各要因が影響し、入院が長期化した経験はどの程度ありましたか(n=574)

	全くない		ほとんどない		たまにある		よくある		無回答	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1-1. 家族の意向	16	2.79	58	10.10	274	47.74	223	38.85	3	0.52
1-2. 退院することによる経済的負担	57	9.93	136	23.69	232	40.42	145	25.26	4	0.70
1-3. 退院を積極的に進めない病院の慣習	279	48.61	198	34.49	77	13.41	18	3.14	2	0.35
1-4. サービス調整に時間がかかる	26	4.53	46	8.01	265	46.17	235	40.94	2	0.35
1-5. 退院後の受け入れ先(施設・場所・人)の不足	7	1.22	26	4.53	229	39.90	310	54.01	2	0.35
1-6. 入院前に本人と受け入れ先(施設・場所・人)との関係が悪化していた	21	3.66	86	14.98	304	52.96	161	28.05	2	0.35
1-7. 家族以外の者からの退院に対する意見	149	25.96	250	43.55	141	24.56	31	5.40	3	0.52
1-8. その他	78	13.59	9	1.57	13	2.26	4	0.70	470	81.88

別紙 6 医療従事者アンケート集計結果

看護師

基本属性(n=635)

	n	%
職位		
管理職	346	54.49
管理職以外	285	44.88
無回答	4	0.63
臨床経験年数*	22.66	10.74
内、現在の勤務先の勤務年数*	15.81	10.72
内、現部署の経験年数*	5.27	6.34

* Mean, SD

	n	%
現在の勤務先		
主な勤務先		
精神科病院	533	83.94
総合病院精神科	62	9.76
その他	40	6.30
勤務先の特徴		
国公立	95	14.96
私立	342	53.86
その他	198	31.18
担当症例 *複数回答可		
急性期	334	52.60
慢性期	438	68.98
児童思春期	124	19.53
認知症	432	68.03
身体合併症	299	47.09
アルコール依存症	260	40.94
その他	76	11.97
所在地		
北海道・東北地方	74	11.65
関東地方	141	22.20
中部地方	96	15.12
近畿地方	126	19.84
中国・四国地方	106	16.69
九州・沖縄地方	89	14.02
無回答	3	0.47

A. 入院時の患者の同意能力の確認について

1. 同意能力の確認が難しい状況として、以下のことは、どの程度経験しましたか(n=635)

		全くない		ほとんどない		たまにある		よくある		無回答	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1-1.	アルコールや薬物等の影響があった	73	11.50	146	22.99	321	50.55	90	14.17	5	0.79
1-2.	身体疾患の影響があった	37	5.83	103	16.22	365	57.48	126	19.84	4	0.63
1-3.	小児のため十分な同意能力を有しているかの評価が難しかった	350	55.12	108	17.01	107	16.85	38	5.98	32	5.04
1-4.	認知症のため十分な同意能力を有しているかの評価が難しかった	26	4.09	37	5.83	192	30.24	374	58.90	6	0.94
1-5.	重度知的障害のため十分な同意能力を有しているかの評価が難しかった	64	10.08	103	16.22	272	42.83	186	29.29	10	1.57
1-6.	積極的に拒否していないが病的体験により現実検討が不十分のため十分な同意能力を有しているかの評価が難しかった	18	2.83	46	7.24	345	54.33	222	34.96	4	0.63
1-7.	患者が自身で入院決定をすることを避け、治療者や家族などに決定を委ねた	46	7.24	177	27.87	264	41.57	144	22.68	4	0.63
1-8.	入院に対する迷いがあり、すぐに揺らいでしまった	31	4.88	125	19.69	369	58.11	107	16.85	3	0.47
1-9.	入院に同意していても、同意書に署名することに対して抵抗を示した	85	13.39	250	39.37	263	41.42	34	5.35	3	0.47
1-10.	視覚聴覚、聴覚障害等でコミュニケーションに影響があった	107	16.85	256	40.31	230	36.22	38	5.98	4	0.63
1-11.	外国籍の患者で言語的な障壁や医療制度の違いにより同意取得が難しかった	313	49.29	196	30.87	105	16.54	10	1.57	11	1.73
1-12.	入院に同意していても、精神科への入院であることを理解していなかった	110	17.32	208	32.76	264	41.57	46	7.24	7	1.10
1-13.	その他	125	19.69	40	6.30	45	7.09	17	2.68	408	64.25

2. 身体疾患の合併がある患者の入院で身体科治療の実施が難しい状況として、以下のことは、どの程度経験しましたか(n=635)

	全くない		ほとんどない		たまにある		よくある		無回答	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2-1. 身体疾患の治療に同意するが、同意の一貫性がなかった	56	8.82	190	29.92	315	49.61	69	10.87	5	0.79
2-2. 本人が十分な意思決定能力を有しているか分からない状況で本人は身体疾患の治療に同意したが、家族が治療に反対した	142	22.36	299	47.09	168	26.46	21	3.31	5	0.79
2-3. 本人が十分な意思決定能力を有しているか分からない状況で本人は身体疾患の治療を拒否したが、家族が治療を希望した	65	10.24	156	24.57	320	50.39	87	13.70	7	1.10
2-4. その他	102	16.06	57	8.98	54	8.50	9	1.42	413	65.04

B. 医療保護入院の家族等同意を要する場面

1. 家族等が同意者として適切かどうか悩む状況として、以下のことは、どの程度ありましたか(n=635)

	全くない		ほとんどない		たまにある		よくある		無回答	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1-1. 認知症を含む精神疾患の症状の影響を受けている可能性があった	67	10.55	132	20.79	322	50.71	113	17.80	1	0.16
1-2. (意識障害などを伴う)入院加療中であった	183	28.82	225	35.43	197	31.02	23	3.62	7	1.10
1-3. 服役中であった	488	76.85	100	15.75	36	5.67	3	0.47	8	1.26
1-4. 患者からの虐待経験があった	151	23.78	174	27.40	274	43.15	31	4.88	5	0.79
1-5. 患者の入院を悪用する意図があった	319	50.24	212	33.39	95	14.96	4	0.63	5	0.79
1-6. その他	135	21.26	52	8.19	39	6.14	6	0.94	403	63.46

2. 以下に挙げる本人の事をよくわかっている人が精神保健福祉法上の「家族等」に当てはまらず、ジレンマを感じたことはどの程度ありましたか(n=635)

	全くない		ほとんどない		たまにある		よくある		無回答	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2-1. 「家族等」に該当しない親族(叔父叔母、いとこ等)	110	17.32	161	25.35	313	49.29	48	7.56	3	0.47
2-2. 身近な介護者(子の配偶者等)	113	17.80	173	27.24	290	45.67	55	8.66	4	0.63
2-3. 内縁関係、同性パートナー	100	15.75	136	21.42	321	50.55	74	11.65	4	0.63
2-4. その他	124	19.53	48	7.56	44	6.93	5	0.79	414	65.20

3. 家族等同意を取得する際に苦慮した状況として、以下のことは、どの程度ありましたか(n=635)

	全くない		ほとんどない		たまにある		よくある		無回答	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
3-1. 家族の連絡先・住所不明	68	10.71	137	21.57	366	57.64	60	9.45	4	0.63
3-2. 電話で同意を得て同意書を郵送するものの返送されなかった	158	24.88	236	37.17	208	32.76	27	4.25	6	0.94
3-3. 家族間で患者の入院に関する意見が一致しなかった	75	11.81	162	25.51	331	52.13	60	9.45	7	1.10
3-4. 家族が患者の入院に対して医療上の理由以外で拒否感を示した	81	12.76	173	27.24	328	51.65	49	7.72	4	0.63
3-5. 家族が患者を虐待しているかどうかの判断がつかなかった	126	19.84	263	41.42	232	36.54	8	1.26	6	0.94
3-6. 家族の入院に対する意向が揺らぎ一貫しなかった	88	13.86	196	30.87	320	50.39	27	4.25	4	0.63
3-7. 家族の思想や信条により、精神科医療・強制的な入院治療に対しての拒否が強かった	106	16.69	206	32.44	283	44.57	35	5.51	5	0.79
3-8. その他	113	17.80	60	9.45	38	5.98	4	0.63	420	66.14

4. 入院の継続が必要な状態であっても、家族等の同意者が考えを変えて退院を要求することで、治療が不十分な状態で退院とせざるを得ない状況をどの程度経験しましたか(n=635)

	n	%
全くない	99	15.59
ほとんどない	202	31.81
たまにある	305	48.03
よくある	22	3.46
無回答	7	1.10

5. 家族等同意があることによって患者さんにとってよかったと思う経験はありましたか(n=635)

	n	%
はい	461	72.60
いいえ	158	24.88
無回答	16	2.52

C. 医療保護入院が選択されるような場面

1. 本人のことを十分に知らない者の意見が医療保護入院の必要性の判断に影響した経験はありましたか(n=635)

	n	%
はい	149	23.46
いいえ	479	75.43
無回答	7	1.10

2. 患者が入院治療へ表面上は同意していても、任意入院ではなく医療保護入院となる状況としてどのようなことがありましたか※複数回答

	n	%
2-1. そういった状況は経験していない	162	25.51
2-2. 同意能力を有しているかの確認が難しかった	391	61.57
a) 病状に波があった	323	82.61
b) 十分な評価が行えなかった	139	35.55
c) 入院後の環境に反応する可能性が高かった	215	54.99
d) 身体科治療により精神症状が増悪する可能性があった	98	25.06
e) その他	16	4.09
2-3. 行動制限・閉鎖処遇が必要となることが想定された	345	54.33
2-4. その他	10	1.57

3. 任意入院と医療保護入院の判断に迷ったとき、以下にある各要因が影響して、医療保護入院となった経験はどの程度ありましたか(n=635)

	全くない		ほとんどない		たまにある		よくある		無回答	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
3-1. 家族の意向	111	17.48	181	28.50	263	41.42	72	11.34	8	1.26
3-2. 病院の慣習・組織風土	190	29.92	231	36.38	156	24.57	48	7.56	10	1.57
3-3. 時間帯・曜日	266	41.89	238	37.48	93	14.65	26	4.09	12	1.89
3-4. 診療報酬上の施設要件	305	48.03	217	34.17	81	12.76	21	3.31	11	1.73
3-5. その他	139	21.89	54	8.50	26	4.09	3	0.47	413	65.04

4. 身体疾患の治療のため医療保護入院が選択された経験はありましたか(n=635)

	n	%
はい	211	33.23
いいえ	401	63.15
無回答	23	3.62

D. 入院の長期化が生じやすい状況

1. 以下の各要因が影響し、入院が長期化した経験はどの程度ありましたか(n=635)

	全くない		ほとんどない		たまにある		よくある		無回答	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1-1. 家族の意向	11	1.73	39	6.14	265	41.73	319	50.24	1	0.16
1-2. 退院することによる経済的負担	22	3.46	108	17.01	263	41.42	238	37.48	4	0.63
1-3. 退院を積極的に進めない病院の慣習	131	20.63	233	36.69	166	26.14	103	16.22	2	0.31
1-4. サービス調整に時間がかかる	21	3.31	63	9.92	303	47.72	245	38.58	3	0.47
1-5. 退院後の受け入れ先(施設・場所・人)の不足	14	2.20	29	4.57	212	33.39	377	59.37	3	0.47
1-6. 入院前に本人と受け入れ先(施設・場所・人)との関係が悪化していた	27	4.25	105	16.54	331	52.13	169	26.61	3	0.47
1-7. 家族以外の者からの退院に対する意見	111	17.48	258	40.63	214	33.70	50	7.87	2	0.31
1-8. その他	98	15.43	40	6.30	63	9.92	30	4.72	404	63.62

別紙 7 医療従事者アンケート集計結果

精神保健福祉士

基本属性(n=99)

	n	%
職位		
管理職	34	34.34
管理職以外	64	64.65
無回答	1	1.01
臨床経験年数*	16.25	9.14
内、現在の勤務先の勤務年数*	12.83	8.95
内、現部署の経験年数*	10.75	8.37

* Mean, SD

	n	%
現在の勤務先		
主な勤務先		
精神科病院	84	84.85
総合病院精神科	13	13.13
その他	2	2.02
勤務先の特徴		
国公立	13	13.13
私立	74	74.75
その他	12	12.12
担当症例 *複数回答可		
急性期	77	0.78
慢性期	77	0.78
児童思春期	27	0.27
認知症	78	0.79
身体合併症	55	0.56
アルコール依存症	49	0.49
その他	6	0.06
所在地		
北海道・東北地方	11	11.11
関東地方	29	29.29
中部地方	13	13.13
近畿地方	11	11.11
中国・四国地方	11	11.11
九州・沖縄地方	23	23.23
無回答	1	1.01

A. 入院時の患者の同意能力の確認について

1. 同意能力の確認が難しい状況として、以下のことは、どの程度経験しましたか(n=99)

	全くない		ほとんどない		たまにある		よくある		無回答	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1-1. アルコールや薬物等の影響があった	8	8.08	28	28.28	55	55.56	7	7.07	1	1.01
1-2. 身体疾患の影響があった	3	3.03	25	25.25	52	52.53	17	17.17	2	2.02
1-3. 小児のため十分な同意能力を有しているかの評価が難しかった	48	48.48	18	18.18	22	22.22	7	7.07	4	4.04
1-4. 認知症のため十分な同意能力を有しているかの評価が難しかった	2	2.02	3	3.03	36	36.36	57	57.58	1	1.01
1-5. 重度知的障害のため十分な同意能力を有しているかの評価が難しかった	6	6.06	19	19.19	46	46.46	27	27.27	1	1.01
1-6. 積極的に拒否していないが病的体験により現実検討が不十分のため十分な同意能力を有しているかの評価が難しかった	2	2.02	7	7.07	49	49.49	39	39.39	2	2.02
1-7. 患者が自身で入院決定をすることを避け、治療者や家族などに決定を委ねた	15	15.15	40	40.40	32	32.32	11	11.11	1	1.01
1-8. 入院に対する迷いがあり、すぐに揺らいでしまった	4	4.04	15	15.15	58	58.59	21	21.21	1	1.01
1-9. 入院に同意していても、同意書に署名することに対して抵抗を示した	25	25.25	34	34.34	36	36.36	3	3.03	1	1.01
1-10. 視覚聴覚、聴覚障害等でコミュニケーションに影響があった	21	21.21	45	45.45	30	30.30	2	2.02	1	1.01
1-11. 外国籍の患者で言語的な障壁や医療制度の違いにより同意取得が難しかった	50	50.51	23	23.23	24	24.24	1	1.01	1	1.01
1-12. 入院に同意していても、精神科への入院であることを理解していなかった	18	18.18	43	43.43	32	32.32	5	5.05	1	1.01
1-13. その他	14	14.14	2	2.02	3	3.03	4	4.04	76	76.77

2. 身体疾患の合併がある患者の入院で身体科治療の実施が難しい状況として、以下のことは、どの程度経験しましたか(n=99)

	全くない		ほとんどない		たまにある		よくある		無回答	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2-1. 身体疾患の治療に同意するが、同意の一貫性がなかった	12	12.12	32	32.32	45	45.45	8	8.08	2	2.02
2-2. 本人が十分な意思決定能力を有しているか分からない状況で本人は身体疾患の治療に同意したが、家族が治療に反対した	32	32.32	42	42.42	22	22.22	1	1.01	2	2.02
2-3. 本人が十分な意思決定能力を有しているか分からない状況で本人は身体疾患の治療を拒否したが、家族が治療を希望した	13	13.13	23	23.23	53	53.54	8	8.08	2	2.02
2-4. その他	14	14.14	5	5.05	2	2.02	1	1.01	77	77.78

B. 医療保護入院の家族等同意を要する場面

1. 家族等が同意者として適切かどうか悩む状況として、以下のことは、どの程度ありましたか(n=99)

	全くない		ほとんどない		たまにある		よくある		無回答	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1-1. 認知症を含む精神疾患の症状の影響を受けている可能性があった	5	5.05	16	16.16	65	65.66	12	12.12	1	1.01
1-2. (意識障害などを伴う)入院加療中であった	27	27.27	34	34.34	35	35.35	2	2.02	1	1.01
1-3. 服役中であった	73	73.74	18	18.18	6	6.06	1	1.01	1	1.01
1-4. 患者からの虐待経験があった	18	18.18	35	35.35	42	42.42	3	3.03	1	1.01
1-5. 患者の入院を悪用する意図があった	48	48.48	33	33.33	15	15.15	2	2.02	1	1.01
1-6. その他	11	11.11	6	6.06	4	4.04	2	2.02	76	76.77

2. 以下に挙げる本人の事をよくわかっている人が精神保健福祉法上の「家族等」に当てはまらず、ジレンマを感じたことはどの程度ありましたか(n=99)

	全くない		ほとんどない		たまにある		よくある		無回答	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2-1. 「家族等」に該当しない親族(叔父叔母、いとこ等)	3	3.03	16	16.16	55	55.56	24	24.24	1	1.01
2-2. 身近な介護者(子の配偶者等)	5	5.05	21	21.21	48	48.48	24	24.24	1	1.01
2-3. 内縁関係、同性パートナー	5	5.05	14	14.14	53	53.54	26	26.26	1	1.01
2-4. その他	12	12.12	0	0.00	6	6.06	4	4.04	77	77.78

3. 家族等同意を取得する際に苦慮した状況として、以下のことは、どの程度ありましたか(n=99)

	全くない		ほとんどない		たまにある		よくある		無回答	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
3-1. 家族の連絡先・住所不明	1	1.01	16	16.16	65	65.66	15	15.15	2	2.02
3-2. 電話で同意を得て同意書を郵送するものの返送されなかった	28	28.28	30	30.30	35	35.35	5	5.05	1	1.01
3-3. 家族間で患者の入院に関する意見が一致しなかった	9	9.09	32	32.32	53	53.54	4	4.04	1	1.01
3-4. 家族が患者の入院に対して医療上の理由以外で拒否感を示した	9	9.09	13	13.13	58	58.59	18	18.18	1	1.01
3-5. 家族が患者を虐待しているかどうかの判断がつかなかった	16	16.16	39	39.39	39	39.39	4	4.04	1	1.01
3-6. 家族の入院に対する意向が揺らぎ一貫しなかった	6	6.06	27	27.27	59	59.60	6	6.06	1	1.01
3-7. 家族の思想や信条により、精神科医療・強制的な入院治療に対しての拒否が強かった	9	9.09	28	28.28	54	54.55	7	7.07	1	1.01
3-8. その他	12	12.12	0	0.00	7	7.07	2	2.02	78	78.79

4. 入院の継続が必要な状態であっても、家族等の同意者が考えを変えて退院を要求することで、治療が不十分な状態で退院とせざるを得ない状況をどの程度経験しましたか(n=99)

	n	%
全くない	14	14.14
ほとんどない	41	41.41
たまにある	41	41.41
よくある	2	2.02
無回答	1	1.01

5. 家族等同意があることによって患者さんにとってよかったと思う経験はありましたか(n=99)

	n	%
はい	69	69.70
いいえ	28	28.28
無回答	2	2.02

C. 医療保護入院が選択されるような場面

1. 本人のことを十分に知らない者の意見が医療保護入院の必要性の判断に影響した経験はありましたか(n=99)

	n	%
はい	33	33.33
いいえ	65	65.66
無回答	1	1.01

2. 患者が入院治療へ表面上は同意していても、任意入院ではなく医療保護入院となる状況としてどのようなことがありましたか※複数回答

	n	%
2-1. そういった状況は経験していない	7	7.07
2-2. 同意能力を有しているかの確認が難しかった	83	83.84
a) 病状に波があった	77	92.77
b) 十分な評価が行えなかった	28	33.73
c) 入院後の環境に反応する可能性が高かった	49	59.04
d) 身体科治療により精神症状が増悪する可能性があった	19	22.89
e) その他	2	2.41
2-3. 行動制限・閉鎖処遇が必要となることが想定された	68	68.69
2-4. その他	2	2.02

3. 任意入院と医療保護入院の判断に迷ったとき、以下にある各要因が影響して、医療保護入院となった経験はどの程度ありましたか(n=99)

	全くない		ほとんどない		たまにある		よくある		無回答	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
3-1. 家族の意向	13	13.13	33	33.33	39	39.39	12	12.12	2	2.02
3-2. 病院の慣習・組織風土	17	17.17	26	26.26	38	38.38	17	17.17	1	1.01
3-3. 時間帯・曜日	34	34.34	34	34.34	23	23.23	7	7.07	1	1.01
3-4. 診療報酬上の施設要件	55	55.56	29	29.29	7	7.07	6	6.06	2	2.02
3-5. その他	13	13.13	0	0.00	6	6.06	2	2.02	78	78.79

2. 身体疾患の治療のため医療保護入院が選択された経験はありましたか(n=99)

	n	%
はい	47	47.47
いいえ	48	48.48
無回答	4	4.04

D. 入院の長期化が生じやすい状況

1. 以下の各要因が影響し、入院が長期化した経験はどの程度ありましたか(n=99)

	全くない		ほとんどない		たまにある		よくある		無回答	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1-1. 家族の意向	2	2.02	3	3.03	32	32.32	59	59.60	3	3.03
1-2. 退院することによる経済的負担	2	2.02	11	11.11	40	40.40	43	43.43	3	3.03
1-3. 退院を積極的に進めない病院の慣習	19	19.19	35	35.35	25	25.25	17	17.17	3	3.03
1-4. サービス調整に時間がかかる	1	1.01	12	12.12	39	39.39	43	43.43	4	4.04
1-5. 退院後の受け入れ先(施設・場所・人)の不足	0	0.00	6	6.06	29	29.29	61	61.62	3	3.03
1-6. 入院前に本人と受け入れ先(施設・場所・人)との関係が悪化していた	2	2.02	16	16.16	51	51.52	27	27.27	3	3.03
1-7. 家族以外の者からの退院に対する意見	11	11.11	34	34.34	43	43.43	8	8.08	3	3.03
1-8. その他	8	8.08	2	2.02	6	6.06	4	4.04	79	79.80

別紙 8 自治体職員アンケート集計結果

基本属性

	n	%
職種		
医師	2	6.67
保健師	8	26.67
精神保健福祉士	18	60.00
社会福祉士	1	3.33
その他(社会復帰調整官)	1	3.33
職位		
管理職	5	16.67
管理職以外	25	83.33
臨床経験年数*	15.83	10.33
内、行政職員としての勤続年数*	10.39	9.42
現在の勤務先		
主な勤務先		
市区町村	9	30.00
精神保健福祉センター	3	10.00
保健所	15	50.00
その他	3	10.00
所在地		
北海道・東北地方	2	6.67
関東地方	10	33.33
中部地方	7	23.33
近畿地方	4	13.33
中国・四国地方	0	0.00
九州地方	6	20.00
無回答	1	3.33

* Mean, SD

A. 入院時の患者の同意能力の確認について

1. 同意能力の確認が難しい状況として、以下のことは、どの程度経験しましたか?(n=30)

	全くない		ほとんどない		たまにある		よくある		無回答	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1-1. アルコールや薬物等の影響があった	4	13.33	8	26.67	17	56.67	1	3.33		
1-2. 身体疾患の影響があった	5	16.67	11	36.67	11	36.67	3	10.00	0	0.00
1-3. 小児のため十分な同意能力を有しているかの評価が難しかった	10	33.33	15	50.00	5	16.67	0	0.00	0	0.00
1-4. 認知症のため十分な同意能力を有しているかの評価が難しかった	4	13.33	3	10.00	13	43.33	10	33.33	0	0.00
1-5. 重度知的障害のため十分な同意能力を有しているかの評価が難しかった	5	16.67	8	26.67	15	50.00	2	6.67	0	0.00
1-6. 積極的に拒否していないが病的体験により現実検討が不十分のため十分な同意能力を有しているかの評価が難しかった	1	3.33	3	10.00	14	46.67	12	40.00	0	0.00
1-7. 患者が自身で入院決定をすることを避け、治療者や家族などに決定を委ねた	5	16.67	9	30.00	11	36.67	5	16.67	0	0.00
1-8. 入院に対する迷いがあり、すぐに揺らいでしまった	2	6.67	8	26.67	10	33.33	10	33.33	0	0.00
1-9. 入院に同意していても、同意書に署名することに対して抵抗を示した	7	23.33	9	30.00	10	33.33	4	13.33	0	0.00
1-10. 視覚聴覚、聴覚障害等でコミュニケーションに影響があった	12	40.00	12	40.00	6	20.00	0	0.00	0	0.00
1-11. 外国籍の患者で言語的な障壁や医療制度の違いにより同意取得が難しかった	6	20.00	9	30.00	13	43.33	2	6.67	0	0.00
1-12. 入院に同意していても、精神科への入院であることを理解していなかった	3	10.00	15	50.00	10	33.33	2	6.67	0	0.00
1-13. その他	2	6.67	2	6.67	2	6.67	1	3.33	23	76.67

B. 医療保護入院の家族等同意を要する場面

1. 家族等が同意者として適切かどうか悩む状況として、以下のことは、どの程度ありましたか(n=30)

	全くない		ほとんどない		たまにある		よくある		無回答	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1-1. 認知症を含む精神疾患の症状の影響を受けている可能性があった	1	3.33	3	10.00	23	76.67	2	6.67	1	3.33
1-2. (意識障害などを伴う)入院加療中であった	7	23.33	10	33.33	10	33.33	2	6.67	1	3.33
1-3. 服役中であった	17	56.67	8	26.67	4	13.33	4	13.33	1	3.33
1-4. 患者からの虐待経験があった	4	13.33	9	30.00	15	50.00	1	3.33	1	3.33
1-5. 患者の入院を悪用する意図があった	9	30.00	11	36.67	7	23.33	2	6.67	1	3.33
1-6. その他	3	10.00	2	6.67	2	6.67	2	6.67	21	70.00

2. 以下に挙げる本人の事をよくわかっている人が精神保健福祉法上の「家族等」に当てはまらず、ジレンマを感じたことはどの程度ありましたか(n=30)

	全くない		ほとんどない		たまにある		よくある		無回答	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2-1. 「家族等」に該当しない親族(叔父叔母、いとこ等)	6	20.00	3	10.00	17	56.67	4	13.33	0	0.00
2-2. 身近な介護者(子の配偶者等)	7	23.33	5	16.67	16	53.33	2	6.67	0	0.00
2-3. 内縁関係、同性パートナー	4	13.33	7	23.33	12	40.00	7	23.33	0	0.00
2-4. その他	3	10.00	4	13.33	2	6.67	0	0.00	21	70.00

3. 家族等同意を取得する際に苦慮した状況として、以下のことは、どの程度ありましたか(n=30)

	全くない		ほとんどない		たまにある		よくある		無回答	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
3-1. 家族間で患者の入院に関する意見が一致しなかった	2	6.67	5	16.67	16	53.33	7	23.33	0	0.00
3-2. 家族が患者の入院に対して医療上の理由以外で拒否感を示した	3	10.00	2	6.67	16	53.33	9	30.00	0	0.00
3-3. 家族が患者を虐待しているかどうかの判断がつかなかった	6	20.00	10	33.33	14	46.67	0	0.00	0	0.00
3-4. 家族の入院に対する意向が揺らぎ一貫しなかった	4	13.33	6	20.00	14	46.67	6	20.00	0	0.00
3-5. 家族の思想や信条により、精神科医療・強制的な入院治療に対しての拒否が強かった	2	6.67	9	30.00	16	53.33	3	10.00	0	0.00
3-6. その他	3	10.00	1	3.33	2	6.67	0	0.00	24	80.00

4. 入院の継続が必要な状態であっても、家族等の同意者が考えを変えて退院を要求することで、治療が不十分な状態で退院とせざるを得ない状況をどの程度経験しましたか(n=30)

	n	%
全くない	9	30.00
ほとんどない	6	20.00
たまにある	12	40.00
よくある	2	6.67
無回答	1	3.33

5. 家族等同意があることによって患者さんにとってよかったと思う経験はありましたか(n=30)

	n	%
はい	22	73.33
いいえ	7	23.33
無回答	1	3.33

c. 医療保護入院が選択されるような場面

1. 本人のことを十分に知らない者の意見が医療保護入院の必要性の判断に影響した経験はありましたか(n=30)

	n	%
はい	9	30.00
いいえ	20	66.67
無回答	1	3.33

2. 身体疾患の治療のため医療保護入院が選択された経験はありましたか(n=30)

	n	%
はい	7	23.33
いいえ	22	73.33
無回答	1	3.33

D. 入院の長期化が生じやすい状況

1. 以下の各要因が影響し、入院が長期化した経験はどの程度ありましたか(n=30)

	全くない		ほとんどない		たまにある		よくある		無回答	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1-1. 家族の意向	2	6.67	1	3.33	16	53.33	10	33.33	1	3.33
1-2. 退院することによる経済的負担	2	6.67	11	36.67	14	46.67	2	6.67	1	3.33
1-3. 退院を積極的に進めない病院の慣習	2	6.67	8	26.67	14	46.67	5	16.67	1	3.33
1-4. サービス調整に時間がかかる	0	0.00	2	6.67	14	46.67	13	43.33	1	3.33
1-5. 退院後の受け入れ先(施設・場所・人)の不足	0	0.00	1	3.33	11	36.67	17	56.67	1	3.33
1-6. 入院前に本人と受け入れ先(施設・場所・人)との関係が悪化していた	0	0.00	5	16.67	15	50.00	9	30.00	1	3.33
1-7. 家族以外の者からの退院に対する意見	2	6.67	16	53.33	8	26.67	3	10.00	1	3.33
1-8. その他	1	3.33	1	3.33	5	16.67	0	0.00	23	76.67

E. 医療へのアクセス(n=30)

	全くない		ほとんどない		たまにある		よくある		無回答	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. 移送の手段を確保することが難しいため、必要な医療につながらなかった	4	13.33	6	20.00	12	40.00	8	26.67	0	0.00
2. 家族の意向により医療につながらなかった	1	3.33	7	23.33	19	63.33	3	10.00	0	0.00
3. 身体疾患が悪化しても、本人が身体疾患の治療を拒否し、必要な医療につながらなかった	1	3.33	7	23.33	19	63.33	3	10.00	0	0.00
4. 入院が必要な状態であっても、知的障害を有していると入院にならなかった	6	20.00	13	43.33	9	30.00	2	6.67	0	0.00
5. 入院が必要な状態であっても、発達障害を有していると入院にならなかった	6	20.00	17	56.67	5	16.67	2	6.67	0	0.00
6. 措置入院は不要と判断されたが、入院を要する状態と思われる場合であっても、経済的問題(例;医療費、移送費用)のため医療につながらなかった	4	13.33	13	43.33	11	36.67	2	6.67	0	0.00

上記 2.で「よくある」、あるいは「たまにある」と回答した場合、どのような家族の意向がありましたか *複数回答可

	n	%
1)患者との関係悪化を恐れる	16	72.73
2)医療不信	12	54.55
3)思想・信条上の理由	4	18.18
4)大ごとにしたくないという考えが強い	14	63.64
5)その他	3	13.64

精神科入院に関するアンケートのお願い

【この研究について】

私たちは、精神科医療の入院制度の今後のあり方を検討していくために、現在の運用実態や入院経験について調べています。

このアンケートに先駆けて、当事者、ご家族、入院治療に従事する医療職、自治体職員を対象に入院治療に関するインタビュー調査を行ったところ、様々な入院医療をめぐる思いや現状に関するご意見をいただきました。

今後、より良い制度のあり方を検討していくためには、入院医療をめぐる当事者の方やご家族の思いや意向を把握し、それらを踏まえた制度設計をしていく必要があります。

そこで、今回は、精神疾患の当事者の方への入院にまつわるアンケート調査へご協力をお願いいたします。

なお、本研究は無記名式アンケート調査となっているため、参加後は同意の撤回が困難となります。
あらかじめご了承ください。

回答の所要時間は、20 分ほどとなっています。

回答は 1 回のみでお願いいたします。

本日の日付:(年 月 日)

下記の□にチェックをしていただき、本調査にご協力いただける方は、次ページからの質問へお進みください。

☐ 上記研究目的・趣旨を読み、研究への参加に同意する

☐ 研究への参加に同意しない

※チェックが付いていない場合、ご回答いただいてもデータとして使用できませんので、必ずどちらかにチェックをお願いいたします。

ご自身のこと

あてはまる内容について、☑をして、()に必要事項をご記入ください。

問 1 年代 -----

☐ 1) 10 代	☐ 2) 20 代	☐ 3) 30 代	☐ 4) 40 代
☐ 5) 50 代	☐ 6) 60 代	☐ 7) 70 代	☐ 8) 80 代

問 2 性別 -----

☐ 1) 男性	☐ 2) 女性	☐ 3) その他 ()
--------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------

問 3 現在、同居しているご家族 **※複数回答可**

☐ 1) 父	☐ 2) 母	☐ 3) きょうだい
☐ 4) 子ども	☐ 5) 孫	☐ 7) 祖父
☐ 7) 祖母	☐ 8) おじ	☐ 9) おば
☐ 10) 配偶者	☐ 11) 一人暮らし	☐ 12) その他 ()

問 4 当事者団体への関わり-----

☐ 1) 会員である	☐ 2) 会員でない
-----------------------------------	-----------------------------------

問 5 現在お住まいの都道府県-----

()

問 6 ご自身の診断名-----

()

問 7 はじめて精神科や心療内科を受診した年齢-----

() 歳

問 8 これまでの精神科への入院回数-----

() 回

問 9 これまで経験した精神科の入院形態 **※複数回答可**

☐ 1) 任意入院	☐ 2) 医療保護入院	☐ 3) 措置入院
☐ 4) その他 ()	☐ 5) わからない	

問 10 最後に精神科へ入院したときの入院期間----

☐ 1) 3 か月以内	☐ 2) 3～6 か月以内
☐ 3) 6 か月～1 年以内	☐ 4) 1 年以上

問 11 最後に精神科へ入院した際に退院した日はこの1年以内ですか

☐ 1) はい ☐ 2) いいえ ☐ 3) わからない

問 12 最後に精神科へ入院したときの入院形態

途中で切り替わったりした場合、全部の形態を教えてください。※複数回答可

☐ 1) 任意入院
 ☐ 2) 医療保護入院
 ☐ 3) 措置入院
☐ 4) その他()
 ☐ 5) わからない

問 13 最後に入院した精神科の病院のある都道府県-----

()

A. 最後に精神科へ入院した時の入院前の状況を思い出して教えてください。

あてはまる内容について、☑をして、()に必要事項をご記入ください。

1. 入院にいたるまでに精神科・心療内科に通院はしていましたか。 ※複数回答可	☐ 1) 通院していなかった ☐ 2) 通院していた
2. 入院にいたるまでに身体に関する診療科に通院はしていましたか。 ※複数回答可	☐ 1) 通院していなかった ☐ 2) 通院していた
3. 入院にいたるまでにどのような医療や福祉のサービスを利用していましたか。 ※複数回答可	☐ 1) 利用していなかった ☐ 2) 医師の往診・訪問診療 ☐ 3) 訪問看護 ☐ 4) デイケア・ショートケア・ナイトケア ☐ 5) 就労支援 ☐ 6) 家事援助 ☐ 7) グループホーム ☐ 8) その他 ※利用していたサービスをご記入ください。 () ☐ 9) わからない
4-1. 入院する時、入院を含めた何らかの支援を受けることについて、どのように考えていましたか。	☐ 1) 自分には入院が必要だった ☐ 2) 自分には何らかの支援が必要だったが、入院ではなくてもよかった ☐ 3) 自分には入院も入院以外の支援も必要なかった ☐ 4) わからない
4-2. よろしければ、4-1.の質問で回答した理由を教えてください。	()
5-1. 入院する前に、入院をしないようになにか工夫したことはありましたか。	☐ 1) あった ☐ 2) なかった ☐ 3) 覚えていない
5-2. 5-1.の質問で「あった」と回答した方は、入院をしないように工夫したことは何でしたか。	()
5-3. 5-1.の質問で「なかった」「覚えていない」と回答した方は、どのようなことが行われていれば、入院しなかったと思いますか。	()

3-2. よろしければ、3-1. で回答した理由を教えてください。	()
4-1. 医師から説明された治療方針について、その時どのくらい理解できましたか。	☐ 1) 理解できた ☐ 2) ある程度理解できた ☐ 3) あまり理解できなかった ☐ 4) 全く理解できなかった ☐ 5) 説明がなかった ☐ 6) 覚えていない
4-2. よろしければ、4-1. で回答した理由を教えてください。	()
5. 医師から説明された入院期間の目安（具体的な期間や、どうなったら退院できるかなど）について、その時どのくらい理解できましたか。	☐ 1) 理解できた ☐ 2) ある程度理解できた ☐ 3) あまり理解できなかった ☐ 4) 全く理解できなかった ☐ 5) 説明がなかった ☐ 6) 覚えていない

C. 最後に精神科へ入院した時、入院中、退院後に感じたことを教えてください。

あてはまる内容について、☑をして、()に必要事項をご記入ください。

1-1. 入院中にあなたの治療にかかわったスタッフの人数は十分でしたか。	☐ 1) とてもそう思う ☐ 2) ややそう思う ☐ 3) あまりそう思わない ☐ 4) まったくそう思わない
1-2. よろしければ、1-1.で回答した理由を教えてください。	()
2-1. 入院中にあなたの治療にかけられた時間は十分でしたか。	☐ 1) とてもそう思う ☐ 2) ややそう思う ☐ 3) あまりそう思わない ☐ 4) まったくそう思わない
2-2. よろしければ、2-1.で回答した理由を教えてください。	()
3. 退院後に振り返ってみて、 <u>精神疾患の治療のために必要な入院</u> だったと思いましたか。	☐ 1) とてもそう思う ☐ 2) ややそう思う ☐ 3) あまりそう思わない ☐ 4) まったくそう思わない
4-1. 退院後に振り返ってみて、 <u>精神疾患の治療以外の理由のために必要な入院</u> だったと思いましたか。	☐ 1) とてもそう思う ☐ 2) ややそう思う ☐ 3) あまりそう思わない ☐ 4) まったくそう思わない
4-2. 4-1 で「とてもそう思う」「ややそう思う」と回答した方は、 <u>治療以外の理由</u> について教えてください。 (例:同居している家族との関係性が悪く、家にいられなかったため)	()
5-1. 退院後に振り返ってみて、あなたが入院した理由についてどのように思いましたか。	☐ 1) 納得できる ☐ 2) どちらかといえば納得できる ☐ 3) どちらでもない ☐ 4) どちらかといえば納得できない ☐ 5) 納得できない ☐ 6) わからない
5-2. よろしければ、5-1.で回答した理由を教えてください。	()

D. 精神科へ入院を経験したことによる影響について教えてください。

あてはまる内容について、☑をして、()に必要事項をご記入ください。

1-1. 入院したことで、あなたの精神的な健康状態にどのような影響がありましたか。	☐ 1) 良い影響があった ☐ 2) どちらかといえば良い影響があった ☐ 3) どちらともいえない ☐ 4) どちらかといえば悪い影響があった ☐ 5) 悪い影響があった
1-2. よろしければ、1-1.で回答した理由を教えてください。	()
2-1. 入院したことで、あなたの身体的な健康状態にどのような影響がありましたか。	☐ 1) 良い影響があった ☐ 2) どちらかといえば良い影響があった ☐ 3) どちらともいえない ☐ 4) どちらかといえば悪い影響があった ☐ 5) 悪い影響があった
2-2. よろしければ、2-1.で回答した理由を教えてください。	()
3-1. 入院したことで、精神症状への対処にどのような影響がありましたか。	☐ 1) 良い影響があった ☐ 2) どちらかといえば良い影響があった ☐ 3) どちらともいえない ☐ 4) どちらかといえば悪い影響があった ☐ 5) 悪い影響があった
3-2. よろしければ、3-1.で回答した理由を教えてください。	()
4-1. 入院したことで、仕事や学業にどのような影響がありましたか。	☐ 1) 良い影響があった ☐ 2) どちらかといえば良い影響があった ☐ 3) どちらともいえない ☐ 4) どちらかといえば悪い影響があった ☐ 5) 悪い影響があった
4-2. よろしければ、4-1.で回答した理由を教えてください。	()
5-1. 入院したことで、自分と家族の関係にどのような影響がありましたか。	☐ 1) 家族はいない ☐ 2) 良い影響があった ☐ 3) どちらかといえば良い影響があった ☐ 4) どちらともいえない ☐ 5) どちらかといえば悪い影響があった ☐ 6) 悪い影響があった

F. あなたの精神科の入院に関わる人についてのお考えを教えてください。

1)～6)の質問について、もっともよくあてはまる人を以下の□の枠内の番号からお答えください。

枠内の番号には、あなたからみた関係が書かれています。

1～13の選択肢にあてはまる人がいない場合は、14:その他(), 15:その他②()に関係を自由に記述し、回答してください。

また、誰もあてはまらない(してほしい人がいない)場合は、16とお答えください。

関係性を示す番号

1:父	2:母	3:配偶者
4:配偶者以外のパートナー	5:きょうだい	6:子ども
7:その他の親族	8:友人	9:職場の人
10:近所の人	11:後見人・保佐人	12:地域の支援者(ヘルパー、訪問看護の職員、保健師など)
13:病院職員(主治医・看護師・心理職・ソーシャルワーカーなど)	14:その他 ()	15:その他② ()
16:誰も該当しない		

※例:あなたがよく相談する人は----- (1)

1) あなたのことを一番理解している人は----- ()

2) あなたの希望に沿って、精神科の治療の必要性を考えてくれる人は----- ()

3) あなたが精神科の入院の同意が困難なときに代わりに同意の手続きをしてほしい人は-- ()

4) 精神科に入院しているときに面会に来てほしい人は----- ()

5) 精神科に入院しているときに必要なものを持ってきてほしい人は----- ()

6) 精神科に入院しているときに退院後の生活について相談に乗ってほしい人は----- ()

G.精神科への入院のための金銭的負担についてのご経験とお考えを教えてください。

G.の質問は、医療保護入院を経験した方のみお答えください。

それ以外の方は、H.の質問へお進みください。

あてはまる内容について、☑をして、()に必要事項をご記入ください。

1-1. 入院にかかった医療費の支払いは誰によるものでしたか。 ※複数回答可	☐ 1) 自分 ☐ 2) 家族 ☐ 3) 生活保護による医療扶助 ☐ 4) わからない ☐ 5) その他 <u>※あてはまる人をご記入ください。</u> ()
1-2. <u>1-1.で「自分」と回答した方のみ</u>お答えください。 自分が入院に同意していないのに、入院にかかった医療費を自分が支払うことについて、どのように思いますか。	☐ 1) 納得できる ☐ 2) どちらかといえば納得できる ☐ 3) どちらでもない ☐ 4) どちらかといえば納得できない ☐ 5) 納得できない ☐ 6) わからない
1-3. よろしければ、1-2.で回答した理由を教えてください。	()
1-4. <u>1-1.で「家族」と回答した方のみ</u>お答えください。 自分が入院に同意していないのに、入院にかかった医療費を家族が支払うことについて、どのように思いますか。	☐ 1) 納得できる ☐ 2) どちらかといえば納得できる ☐ 3) どちらでもない ☐ 4) どちらかといえば納得できない ☐ 5) 納得できない ☐ 6) わからない
1-5. よろしければ、1-4.で回答した理由を教えてください。	()
2. 医療保護入院が市町村長同意であった場合、医療費の負担は誰がするべきだと思いますか。	☐ 1) 自分 ☐ 2) 家族 ☐ 3) 市区町村の財源 ☐ 4) わからない ☐ 5) その他 <u>※あてはまる対象をご記入ください。</u> ()

H. 身体に関する診療科の治療に関するご経験や感じたことを教えてください。

あてはまる内容について、☑をして、()に必要事項をご記入ください。

1-1. 身体疾患の治療を受ける際に、精神疾患があることで嫌な思いをした経験はありますか。	☐ 1) よくある ☐ 2) たまにある ☐ 3) ほとんどない ☐ 4) まったくない ☐ 5) わからない・経験がない
1-2. よろしければ、1-1.で回答した理由を教えてください。	()
2. 身体科への入院経験はありますか。あれば、何科だったかについてもお答えください。	☐ 1) ある : ()科 ☐ 2) ない ☐ 3) わからない

身体科への入院経験がある方のみ、以下の 3-1.~8-2.の質問へお答えください。

3-1. 身体科への入院が決まったときの状況として、あてはまるものはどれですか。	☐ 1) 納得して入院に至った ☐ 2) 納得はしていなかったが、しぶしぶ同意し入院となった ☐ 3) 納得していたのに強制的に入院となった ☐ 4) 納得せず強制的に入院となった ☐ 5) その他 <u>※当てはまる状況をご記入ください。</u> ()
3-2. よろしければ、3-1.で回答した理由を教えてください。	()
4-1. 医師から説明された身体科での入院治療が必要な理由について、どのくらい理解できましたか。	☐ 1) 理解できた ☐ 2) ある程度理解できた ☐ 3) あまり理解できなかった ☐ 4) 全く理解できなかった ☐ 5) 説明がなかった ☐ 6) 覚えていない
4-2. よろしければ、4-1.で回答した理由を教えてください。	()
5-1. 医師から説明された身体科での入院期間の目安(具体的な期間や、どうなったら退院できるかなど)について、どのくらい理解できましたか。	☐ 1) 理解できた ☐ 2) ある程度理解できた ☐ 3) あまり理解できなかった ☐ 4) 全く理解できなかった ☐ 5) 説明がなかった ☐ 6) 覚えていない

5-2. よろしければ、5-1.で回答したときの状況を教えてください。	()
6-1. 身体科での入院中にあなたの治療にかかわったスタッフの人数は十分でしたか。	☐ 1) とてもそう思う ☐ 2) ややそう思う ☐ 3) あまりそう思わない ☐ 4) まったくそう思わない
6-2. よろしければ、6-1.で回答した理由を教えてください。	()
7-1. 身体科での入院中にあなたの治療にかけられた時間は十分でしたか。	☐ 1) とてもそう思う ☐ 2) ややそう思う ☐ 3) あまりそう思わない ☐ 4) まったくそう思わない
7-2. よろしければ、7-1.で回答した理由を教えてください。	()
8-1. 精神科の入院について、身体科の入院と比べてどのような印象を持ちましたか。	☐ 1) 身体科と精神科の入院で特に違いを感じなかった ☐ 2) 身体科と精神科の入院で違いを感じた ☐ 3) わからない
8-2. よろしければ、8-1.で回答した理由を教えてください。	()

以上でアンケートは終了です。

ご協力いただき、誠にありがとうございました。

精神科入院に関するアンケートのお願い

【この研究について】

私たちは、精神科医療の入院制度の今後のあり方を検討していくために、現在の運用実態や入院経験について調べています。

このアンケートに先駆けて、当事者、ご家族、入院治療に従事する医療職、自治体職員を対象に入院治療に関するインタビュー調査を行ったところ、様々な入院医療をめぐる思いや現状に関するご意見をいただきました。

今後、より良い制度のあり方を検討していくためには、入院医療をめぐる当事者の方やご家族の思いや意向を把握し、それらを踏まえた制度設計をしていく必要があります。

そこで、今回は、精神疾患の患者さんをもつご家族への入院にまつわるアンケート調査へご協力をお願いいたします。

なお、本研究は無記名式アンケート調査となっているため、参加後は同意の撤回が困難となります。
あらかじめご了承ください。

回答の所要時間は、20 分ほどとなっています。

回答は 1 回のみでお願いいたします。

本日の日付:(年 月 日)

下記の□にチェックをしていただき、本調査にご協力いただける方は、次ページからの質問へお進みください。

☐ 上記研究目的・趣旨を読み、研究への参加に同意する

☐ 研究への参加に同意しない

※チェックが付いていない場合、ご回答いただいてもデータとして使用できませんので、必ずどちらかにチェックをお願いいたします。

ご自身やご本人のこと

以下では、精神疾患をもった方を「ご本人」と呼びます。

ご家庭に対象となる精神疾患をもった方が複数いらっしゃる場合は、もっとも気がかりに思っている方、お一人についてお答えください。

あてはまる内容について、☐をして、()に必要事項をご記入ください。

はじめに、あなた自身のことをお答えください。

問 1 年代	-----	☐ 1) 10 代	☐ 2) 20 代	☐ 3) 30 代	☐ 4) 40 代
		☐ 5) 50 代	☐ 6) 60 代	☐ 7) 70 代	☐ 8) 80 代

問 2 性別	-----	☐ 1) 男性	☐ 2) 女性	☐ 3) その他 ()
--------	-------	--------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------

問 3 ご本人からみたあなたの続柄

☐ 1) 父	☐ 2) 母	☐ 3) きょうだい
☐ 4) 配偶者	☐ 5) パートナー	☐ 6) 子
☐ 7) 祖父母	☐ 8) その他 ()	

問 4 ご本人との同居	-----	☐ 1) 同居中	☐ 2) 同居していない
-------------	-------	---------------------------------	-------------------------------------

問 5 差し支えなければ、ご家族の年収はおおまかにどれくらいですか

☐ 1) 0-199 万円	☐ 2) 200-399 万円	☐ 3) 400-599 万円
☐ 4) 600-799 万円	☐ 5) 800-999 万円	☐ 6) 1000 万円以上
☐ 7) 答えたくない		

問 6 家族会への関わり	-----	☐ 1) 会員である	☐ 2) 会員でない
--------------	-------	-----------------------------------	-----------------------------------

次に、ご本人のことをお答えください。

問 7 ご本人の年代	-----	☐ 1) 10 代	☐ 2) 20 代	☐ 3) 30 代	☐ 4) 40 代
		☐ 5) 50 代	☐ 6) 60 代	☐ 7) 70 代	☐ 8) 80 代

問 8 ご本人の性別	-----	☐ 1) 男性	☐ 2) 女性	☐ 3) その他 ()
------------	-------	--------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------

問 9 ご本人がはじめて精神科や心療内科の病院を受診した年齢	---	() 歳
--------------------------------	-----	-------

問 10 現在のご本人の精神疾患の診断名 -----

()

問 11 ご本人は現在、障害年金を利用していますか

☐ 1) はい

☐ 2) いいえ

☐ 3) 分からない

問 12 これまでの精神科への入院回数 -----

() 回

→ ご本人が入院した経験のある方のみお答えください

問 13 ご本人が 1 年以上続けて入院した経験はありますか -----

☐ 1) ある

☐ 2) ない

問 14 ご本人は現在入院していますか-----

☐ 1) はい

☐ 2) いいえ

☐ 3) 分からない

問 15 ご本人がはじめて入院したとき、どの形態で入院になりましたか

☐ 1) 措置入院

☐ 2) 医療保護入院

☐ 3) 任意入院

☐ 4) その他() ☐ 5) 分からない

問 16 ご本人が最後に入院に至った時期はどのくらい前ですか。

☐ 1) 3 か月以内

☐ 2) 3～6 か月以内

☐ 3) 6 か月～1 年以内

☐ 4) 1～2 年以内

☐ 5) 2～3 年以内

☐ 6) 3 年以上経過

☐ 7) 分からない

→ 入院回数が 2 回以上と回答いただいた方のみお答えください。

問 17 ご本人が最後に入院したとき、どの形態で入院になりましたか。

☐ 1) 措置入院

☐ 2) 医療保護入院

☐ 3) 任意入院

☐ 4) その他() ☐ 5) 分からない

A. ご本人がはじめて入院したときのことについて教えてください。

周りの人から見聞きした情報も含めてお答えください。

あてはまる内容について、☑をして、()に必要事項をご記入ください。

1. 入院に直接影響した症状が出てから入院に至るまでにどのくらいかかりましたか。	☐ 1) 3 か月以内 ☐ 2) 3～6 か月以内 ☐ 3) 6 か月～1 年以内 ☐ 4) 1～2 年以内 ☐ 5) 2～3 年以内 ☐ 6) 3 年以上経過後 ☐ 7) 分からない
2. ご本人が入院に至るまでに通院はしていましたか。 <u>※複数回答可</u>	☐ 1) 精神科・心療内科へ通院していた ☐ 2) 身体に関する診療科へ通院していた ☐ 3) 通院していなかった ☐ 4) 分からない
3. ご本人が入院に至るまでに医療や福祉のサービスを利用していましたか。 <u>※複数回答可</u>	☐ 1) 利用していなかった ☐ 2) 医師による往診・訪問診療 ☐ 3) 訪問看護 ☐ 4) デイケア、ショートケア、ナイトケア ☐ 5) 就労支援 ☐ 6) 家事援助 ☐ 7) グループホーム ☐ 8) その他 <u>※利用していたサービスをご記入ください。</u> () ☐ 9) 分からない
4-1.何らかのサービスを利用していた方は、病状が悪化したときに追加で支援を受けましたか。	☐ 1) はい ☐ 2) いいえ ☐ 3) 分からない
4-2.4-1 の質問で「はい」と回答したのみお答えください。 どのような支援を受けましたか。 (例:「臨時で往診を受けた」、「保健師が頻回に訪問した」、「ショートステイを利用した」など)	[]

5-1.ご本人が入院に至るまでに入院以外の選 肢は考えられましたか。	☐ 1) 入院以外の選択肢はなかった ☐ 2) 選択肢があった ☐ 3) 分からない
5-2.差し支えなければ、5-1.の質問で「入院以 外の選択肢はなかった」と回答した理由、 もしくは、入院以外の「選択肢があった」と 回答したが入院に至った理由を教えてください。	()
6. ご本人が入院に至るまでにご本人につい ての心配ごとや悩みを相談できる人はい ましたか。 <u>※複数回答可</u>	☐ 1) 家族 ☐ 2) 親戚の人 ☐ 3) 近所の人・地域の人 ☐ 4) 民生委員・児童委員 ☐ 5) 家族会員などほかの患者家族 ☐ 6) 職場の人、学校の教師や職員 ☐ 7) あなたの友人・知人 ☐ 8) 病院職員（主治医・看護師・心理職・ソーシャルワーカー等） ☐ 9) 保健所の相談員や保健師 ☐ 10) 市区町村役所の職員 （保健センターの保健師・市役所の障害福祉課担当者・ 生活保護担当者等） ☐ 11) 警察 ☐ 12) 訪問看護の職員 ☐ 13) グループホームの世話人 ☐ 14) その他の人 <u>※相談できた人をご記入ください。</u> () ☐ 15) 誰もいなかった

7. ご本人を入院につなげるために病院へ連れていった人はどなたですか。 <u>※複数回答可</u>	☐ 1) あなた ☐ 2) あなた以外のご本人と同居している家族 ☐ 3) あなた以外のご本人と別居している家族 ☐ 4) 親戚の人 ☐ 5) 近所の人・地域の人 ☐ 6) 民生委員・児童委員 ☐ 7) 家族会員などほかの患者家族 ☐ 8) 職場の人、学校の教師や職員 ☐ 9) あなたの友人・知人 ☐ 10) 病院職員（主治医・看護師・心理職・ソーシャルワーカー等） ☐ 11) 保健所の相談員や保健師 ☐ 12) 市区町村役所の職員 （保健センターの保健師・市役所の障害福祉課担当者・生活保護担当者等） ☐ 13) 警察 ☐ 14) 訪問看護の職員 ☐ 15) グループホームの世話人 ☐ 16) その他の人 <u>※同行した人をご記入ください。</u> () ☐ 17) ご本人が自ら病院に行った
8. あなたはご本人が入院に至るまで、精神疾患にかかることで、世間から白い目でみられるように思っていましたか。	☐ 1) そう思う ☐ 2) ややそう思う ☐ 3) どちらともいえない ☐ 4) あまりそう思わない ☐ 5) そう思わない
9. あなたはご本人が精神科へ入院することになったことに対して、とまどったり、恥じたりしましたか。	☐ 1) そう思う ☐ 2) ややそう思う ☐ 3) どちらともいえない ☐ 4) あまりそう思わない ☐ 5) そう思わない
10. 差し支えなければ、ご本人が精神科へ入院することになったことに対して、どのように思われたかお答えください。	()
11. あなたはご本人の入院形態（任意入院、医療保護入院、措置入院など）について病院から説明を受けましたか。	☐ 1) はい ☐ 2) いいえ ☐ 3) 分からない

12. あなたはご本人の入院形態（任意入院、医療保護入院、措置入院など）に関する病院からの説明について理解しましたか。	☐ 1) 理解した ☐ 2) 理解していない ☐ 3) 分からない
13. あなたはご本人の入院形態（任意入院、医療保護入院、措置入院など）に関する病院からの説明を聞き、納得しましたか。	☐ 1) 納得した ☐ 2) 納得していない ☐ 3) 分からない
14. 病院からの説明についてどのように感じましたか。 例：「十分な説明を受け、納得した」「説明を受けたが動揺しており、理解可能な状態ではなかった」など	()
15. はじめての入院が医療保護入院の形態だった方のみお答えください。 医療保護入院の同意者になるにあたって、あなたが困難に感じたことはありましたか。 あればどのようなことが困難だったかお答えください。	☐ 1) なかった ☐ 2) あった： ()
16-1. 退院後、ご本人はご家族と同居されましたか。	☐ 1) 同居した ☐ 2) 同居しなかった
16-2.16-1.で「同居した」と回答した方のみお答えください。 差し支えなければ、同居した理由を教えてください。 例：「本人も家族も同居を望んでいた」「同居以外の選択肢に関する情報が不足しており、同居に至った」など	()
16-3.16-1.で「同居しなかった」と回答した方のみお答えください。 ご本人が退院された先をお答えください。	☐ 1) 一人暮らし ☐ 2) グループホーム ☐ 3) その他 <u>※退院先をご記入ください。</u> ()
17-1.ご本人の入院をきっかけにご本人と家族の関係に影響はありましたか。	☐ 5) 良い影響があった ☐ 4) どちらかといえば良い影響があった ☐ 3) どちらともいえない ☐ 2) どちらかといえば悪い影響があった ☐ 1) 悪い影響があった
17-2.17-1.で回答した理由について、差し支えなければ教えてください。	()

B. ご本人の現在の生活のことについて教えてください。

周りの人から見聞きした情報も含めてお答えください。

あてはまる内容について、☑をして、()に必要事項をご記入ください。

1. ご本人は現在、仕事・アルバイト(雇用契約のあるもの)をしたり、学校へ通ったりしていますか。	☐ 1) はい ☐ 2) いいえ ☐ 3) 分からない
2. ご本人は現在通院していますか。	☐ 1) 通院中 ☐ 2) 通院していない ☐ 3) 分からない
3. ご本人は現在、通院にあたって自立支援医療制度を利用していますか。	☐ 1) はい ☐ 2) いいえ ☐ 3) 分からない
4-1. 現在ご本人が利用している精神科・心療内科の通院先にあなたは満足していますか。	☐ 4) 満足している ☐ 3) まあ満足している ☐ 2) どちらかといえば不満である ☐ 1) 不満である ☐ 0) 分からない
4-2. 4-1.で回答した理由について、差し支えなければ教えてください。	()
5-1. ご本人は現在、医療や福祉のサービスを利用していますか。 ※複数回答可	☐ 1) 利用していない ☐ 2) 医師による往診・訪問診療 ☐ 3) 訪問看護 ☐ 4) デイケア・ショートケア・ナイトケア ☐ 5) 就労支援 ☐ 6) 家事援助 ☐ 7) グループホーム ☐ 8) その他 <u>※利用していたサービスをご記入ください。</u> () ☐ 9) 分からない
5-2. 5-1.で何らかのサービスを利用していると回答した方のみお答えください。 回答いただいた医療・福祉サービスにあなたは満足していますか。	☐ 4) 満足している ☐ 3) まあ満足している ☐ 2) どちらかといえば不満である ☐ 1) 不満である ☐ 0) 分からない
5-3. 5-2.で回答した理由について、差し支えなければ教えてください。	()

6-1. 今後、ご本人の病状が悪化した場合、入院以外の選択肢は考えられますか。	☐ 1) 入院以外の選択肢はない ☐ 2) 選択肢がある
6-2. 6-1.で「入院以外の選択肢はない」と回答した方は、その理由について教えてください。	
6-3. 6-1.で「選択肢がある」と回答した方は、入院以外の選択肢について教えてください。	☐ 1) 医師による往診・訪問診療 ☐ 2) 訪問看護 ☐ 3) デイケア・ショートケア・ナイトケア ☐ 4) 就労支援 ☐ 5) 家事援助 ☐ 6) グループホーム ☐ 7) その他 ※利用していたサービスをご記入ください。

C. ご本人のケアに関する家族の立場でのお考えをうかがいます。

あてはまる内容について、☑をして、()に必要事項をご記入ください。

1. ご本人のケアをもっともよく行っている方はどなたですか。 あなた以外の場合は、ご本人から見た続柄（父、娘など）や関係性（パートナー、友人など）についてお答えください。	☐ 1) あなた ☐ 2) それ以外 ※ <u>続柄や関係性</u> をご記入ください。 ()							
最近 1 年間のことを考えて、お答えください。 2-1.精神障害のご本人を抱える家族としてあなたは、次に挙げるケアをどのくらい行っていますか。 2-2.あなたがこれらのケアを行うことはどのくらい負担になっていますか。	2-1.			2-2.				
	行っている	部分的に行っている	行っていない	非常に負担である	やや負担である	あまり負担ではない	まったく負担ではない	
① 服薬を続けるためにサポートする	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
② 他人への迷惑や暴力を防ぐ	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
③ 病状の急変や再発・自殺などを防ぐ	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
④ 住む場所を保証する	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
⑤ 医療費や生活費を支払う	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
⑥ 精神科・心療内科へ受診同行する	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
⑦ 身体に関する診療科へ受診同行する	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
⑧ 就労・就学をサポートする	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
⑨ 買い物や行政関係の手続きをサポートする	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
⑩ 利用できる社会資源を探す	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
⑪ 日頃から安否を把握している	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
↑ ↑ ※各行につき 2 か所にチェックしていただくようお願いします								

D. 入院のための金銭的負担について教えてください。

ご本人に医療保護入院の経験がある方のみお答えください。

あてはまる内容について、☐をして、()に必要事項をご記入ください。

1-1. 入院にかかった医療費の支払いは誰によるものでしたか。 ※複数回答可	☐ 1) ご本人 ☐ 2) 家族 ☐ 3) 生活保護による医療扶助 ☐ 4) わからない ☐ 5) その他 <u>※あてはまる人をご記入ください。</u> ()
1-2. <u>1-1.で「ご本人」と回答した方のみ</u>お答えください。 ご本人が入院に同意していないのに、入院にかかった医療費をご本人が支払うことについて、どのように思いますか。	☐ 1) 納得できる ☐ 2) どちらかといえば納得できる ☐ 3) どちらでもない ☐ 4) どちらかといえば納得できない ☐ 5) 納得できない ☐ 6) わからない
1-3. よろしければ、1-2.で回答した理由を教えてください。	()
1-4. <u>1-1.で「家族」と回答した方のみ</u>お答えください。 ご本人が入院に同意していないのに、入院にかかった医療費を家族が支払うことについて、どのように思いますか。	☐ 1) 納得できる ☐ 2) どちらかといえば納得できる ☐ 3) どちらでもない ☐ 4) どちらかといえば納得できない ☐ 5) 納得できない ☐ 6) わからない
1-5. よろしければ、1-4.で回答した理由を教えてください。	()
2. 医療保護入院が市町村長同意であった場合、医療費の負担は誰がすべきだと思いますか。	☐ 1) 自分 ☐ 2) 家族 ☐ 3) 市区町村の財源 ☐ 4) わからない ☐ 5) その他 <u>※あてはまる対象をご記入ください。</u> ()

以上でアンケートは終了です。

ご協力いただき、誠にありがとうございました。

— 厚労科研「地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制
における入院医療による支援のための研究」



国際比較まとめ

2025年3月31日(月)

東京大学医学部附属病院
小林 慧

1

目次

Case 1 自宅から出られない状態で統合失調症と考えられるケース

Case 2 統合失調症の妄想により透析治療を拒否しているケース

Case 3 認知症で意思決定能力が低下しているケース

Case 4 知的障害で入院を拒否するケース

Case 5 未成年の患者の家族が入院を反対するケース

まとめ

2

Case1 自宅から出られない状態で統合失調症と考えられるケース

統合失調症が疑われ医療的介入が必要であると考えられるが、本人が受診を拒否しており、医療へのアクセスを確保するのが難しいケース

24歳、女性。家族と同居。大学在学時から盗聴されていると家族に度々訴え、登校できない日もあったが、指導教員に支えられ、なんとか卒業した。大学卒業後に就職するものの2か月で退職した。その後から、カーテンを閉め切って自室で過ごすようになり、一人でぶつぶつと独語を言い、時々奇声を発するようになった。家族との交流はなく、家族が寝静まったときに一人でご飯を食べているようである。入浴はできず不潔な状態が続いている。これまで精神科を受診したことはなく、家族が受診や往診の受け入れを勧めるものの拒否している。これまで自傷歴や暴力は認められていない。そこで両親が自ら精神科へ相談に来た。

3

Case1 自宅から出られない状態で統合失調症と考えられるケース

Case1	日本	イングランド	フランス	ドイツ	カナダ			韓国	台湾
					BC州	オンタリオ州	ケベック州		
非自発的入院になるか	○	×	○	×	○	×	× (アセスメントのみ)	×	×
搬送主体	民間救急	救急車、secure ambulance	救急車、消防隊、モバイルチーム	救急車、警察	救急車、警察、モバイルチーム	救急車、警察、モバイルチーム	救急車、警察	民間救急(違法の判例あり)、警察	救急車、消防・警察
入院外の対応	保健所職員の訪問など	social serviceの活用、自助グループとの情報交換など		保健局による情報収集、助言等	家庭医、看護師などによる地域フォロー	精神保健に特化した地域職員による訪問		家族の説得による受診、精神健康福祉センター職員の訪問	行政職員の訪問

非自発的入院の根拠に**自傷他害が必須**かどうかによる違いが現れた。

また**搬送主体**についても違いがうかがえる。

4

Case2 統合失調症の妄想により透析治療を拒否しているケース

身体治療を受ける必要がある緊急性の高い状態にあるが、本人が治療を拒否し、非自発的入院による身体治療を行うか判断に迷うケース

55歳、女性。家族とは音信不通の状態である。統合失調症で幻覚・妄想状態にあり、総合病院精神科に通院中である。また、慢性腎不全を患い、同じ病院の内科にて週3回の通院により透析治療を受けている。しかし、組織の陰謀により通っている病院が患者に危害を加えているという妄想が生じ、両方の治療を拒否し、自宅にひきこもってしまった。地域の支援者の再三の説得にも関わらず、透析治療を3回スキップしており、これ以上透析を行わない状態が続けば、死に至る危険性が極めて高い。しかし、本人に死亡の可能性について伝えても、透析を拒否し続けている。現時点で意識障害はなく、はっきりと意思表示している。

5

Case2 統合失調症の妄想により透析治療を拒否しているケース

Case2	日本	イングランド	フランス	ドイツ	カナダ			韓国	台湾
					BC州	オンタリオ州	ケベック州		
非自発的入院となるか	○	○	○	○	○	○	○	○	○
精神科or身体科病棟	精神科	身体科	精神科（切迫度による）	精神科	身体科	どちらもある	病状次第	精神科	精神科
非自発の身体科治療の手続き	なし	あり（MHA, MCAともに可能。精神科的治療とは同じ？）	なし	あり（精神科的治療と同じく裁判所判断）	あり（精神科医療と異なる法のもと）	あり（精神科医療と異なる法のもと）	あり（精神科的治療と同じく裁判所判断）	なし	
搬送主体	民間救急、救急車	救急車、secure ambulance	救急車	救急車	救急車、警察、モバイルチーム	救急車、警察、モバイルチーム	救急車、警察	民間救急、家族	救急車、消防・警察

生命の危機にある場合、非自発的入院を行う方針は各国で一致。
身体科的非自発治療の根拠や手続き部分に違いが確認された。

6

Case3 認知症で意思決定能力が低下しているケース

明確な意思表示はないが、認知症による意思決定能力の欠如が考えられ、精神科医が自発的入院か非自発的入院か判断に迷うケース

85歳、女性。夫と同居。重度認知症。訪問介護は利用しているが、夫が主となり在宅介護を行っていた。ここ数日、食事をとらず、夫やヘルパーによる介護も拒否。昼夜を問わず徘徊をし、終日、夫の見守りが必要な状態となっていた。夫から連絡を受けた主治医が往診し、在宅での介護を続けることは困難と判断した。往診時、主治医が自宅以外の場所で治療する必要があると本人に伝えたが、頷く動作をするものの発話せず、問いかけられた内容に答えず、本人からの明確な意思表示はなかった。重度の認知症のため、意思決定能力は著しく低下していると考えられる。

7

Case3 認知症で意思決定能力が低下しているケース

Case3	日本	イングランド	フランス	ドイツ	カナダ			韓国	台湾
					BC州	オンタリオ州	ケベック州		
精神科入院となるか	○	×	×	△	×	○	○	○	×
任意or非自発	非自発	-	-	非自発 (世話法)	-	非自発	任意と同様 (明確な拒否がなければ、 代理者の同意に基づき入院)	任意を目指す	-
精神科医療以外の対応	介護施設への入所	非自発入所	老年病科、認知症専門施設での医療	在宅サービス支援の拡充、施設入所の調整	コミュニティケア病棟への入院	地域看護師などのサービス、nursing homeへのapply		認知症専門医療機関	認知症専門の施設への入所

認知症症例を精神科医療で扱わないことも多い。

(精神科外の医療で扱う、また医療よりも介護福祉で対応する)

8

Case4 知的障害で入院を拒否するケース

知的障害で攻撃的言動がある場合に非自発的入院の他害行為の要件に該当するか判断に迷うケース

35歳、男性。一人暮らし。知的障害。日中は、自宅にすることが多い。国の経済支援（生活保護）を受け、ヘルパーの支援を受けながら生活を送っていた。最近、家の前の道路工事が始まりストレスを感じており、近くに住む両親と頻繁に口論になっていた。また、隣人にささいなことで言いがかりをつけ、汚い言葉で繰り返し怒鳴る等の迷惑行為があり、その都度、隣人が警察に通報し、警察官は本人への説諭を繰り返した。その状況は両親へも伝わり、両親は毎回本人に注意するものの反省した様子はみられなかった。両親は本人の対応に困り果て、本人を強引に精神科医のもとに連れていき、すぐにでも入院させてほしいと訴える。本人は入院を拒否し、近くに人がいるにもかかわらず診察室の椅子を蹴るなどして興奮して暴れている状態である。

9

Case4 知的障害で入院を拒否するケース

Case4	日本	イングランド	フランス	ドイツ	カナダ			韓国	台湾
					BC州	オンタリオ州	ケベック州		
他害行為の認定	×	×	×	×	×	△	×	○	○
精神科非自発的入院となるか	×	×	×	×	×	基本×、短期なら	×	●	×
上記以外の対応	外来通院	social serviceが評価して福祉サービスを検討していく	ストレス源に対する介入可能性を考える	外来支援、施設入所の検討		福祉サービスの活用	家族支援の強化を目指す	外来、施設入所の検討	自発的入院の検討
知的障害は精神科で扱う疾患か	○	× 重度の逸脱行為を伴う場合や精神症状がある場合MHAの範疇	× 神経発達症は脳神経内科が対応することが多い	○	△ 行動障害が重度の場合はありうる	○ 実際上は福祉主体	× 基本的には神経発達症として別で扱われる	× 法律の定義上も含まれていない	○

知的障害を精神科医療で扱わないことも多い。

（精神科外の医療で扱う、また医療よりも福祉で対応する）

10

Case5 未成年の患者の家族が入院を反対するケース

入院の判断において未成年の患者や両親の意思をどの程度考慮するか迷うケース

13歳、女性。中学1年生。両親と同居。2か月前頃から家で死にたいと口にし、カッターで手首を深く切るといった自傷行為があった。ある日、5階のベランダで飛び降りようと身を乗り出しているところを両親がみつけて制止し、本人を連れて、初めて緊急で精神科を受診した。本人は最近の経過について「死ね、死ね」という声が聞こえ、それに逆らえずに手首を切ることを繰り返していると話した。本人は「死にたくないのに命令されると逆らえない。つらいのですぐにでも入院したい」と話す。医師は統合失調症を疑い、入院や薬物療法の必要性を両親に繰り返し説明したが、両親は「成長期に薬物治療を受けることは身体によくないのでカウンセリングを受けさせ、様子を見たい」と言い、入院や内服について反対している。

11

Case5 未成年の患者の家族が入院を反対するケース

Case5	日本	イングランド	フランス	ドイツ	カナダ			韓国	台湾
					BC州	オンタリオ州	ケベック州		
非自発的入院となるか	×	×	×	○	×	×	×	×	×
本人の入院同意能力を認める年齢	精神保健福祉法上の規定なし	MCAの対象は16歳以上	18歳以上	14歳以上	16歳以上	16歳？18歳？以上	14歳以上	18歳以上	18歳以上
親の判断に関する相談機関	児童相談所		juges des enfants	office for care of the youth	Ministry of Children Development	Children's Aid	Children Protection Service		裁判所

精神保健福祉法上の規定がないため、日本では個別に本人の同意能力を評価し、任意入院の可否を判断している。

12

その他 意思決定能力の評価/意思決定支援のあり方

その他	日本	イングランド	フランス	ドイツ	カナダ			韓国	台湾
					BC州	オンタリオ州	ケベック州		
意思決定能力評価についての教育・ガイドライン	特になし	-	教育・ガイドラインあり	ガイドラインあり	教育・ガイドラインあり	教育・ガイドラインあり	-	重視されていない	ガイドラインなし
意思決定支援の実践	あまり取り組まれていない	-	ソールの活用、可視化するなどの工夫	Shared Decision Makingの実践	-	advanced directiveなど	-	ピアサポートなど	Shared Decision Makingの実践

意思決定能力評価についてはガイドラインがなく、属人的な実践となっている。
意思決定支援についても具体例が挙げなかった。

13

まとめ

日本の特徴としては、

- ・ 自傷他害の恐れがない場合も適用される非自発的入院形態がある
- ・ （措置入院ルート以外の）公的な搬送手段に乏しい
- ・ 身体科の非自発的な治療について根拠・手続きがない
- ・ 認知症、知的障害に関しては精神科医療が一定の役割を担っている
- ・ 年少者の同意能力に関して、精神保健福祉法上の規定がない
- ・ 意思決定能力評価や、意思決定支援についてはガイドラインがなく、

属人的な運用となっている

といったものが挙げられる。

14

非自発的入院制度における権利擁護策の考察

研究分担者：柑本美和（東海大学法学部 教授）

研究協力者：町野 朔（上智大学名誉教授）、山本輝之（成城大学名誉教授）、水野紀子（白鳳大学法学部 教授）、小林真紀（愛知大学 教授）松木 崇（横浜仲通り法律事務所 弁護士）、水留正流（南山大学法学部 准教授）、趙晟容（韓日法律問題研究所 所長）、洪士軒（国立台湾大学進修推広学院の事業経営法務修士課程 アシスタントプロフェッサー）

要旨

令和 5 年度に行ったドイツ、台湾、韓国の比較法研究を通じ、障害者権利条約の批准国として、病識のない精神障害者を本人の医療のために非自発的入院させる制度を維持するのであれば、より一層の適正手続き、より一層の権利擁護制度の構築を必要とすると考えざるを得ないと結論づけたことを踏まえ、令和 6 年度は、意思決定支援制度のうち、事前意思を表明する制度について、また、精神医療審査会制度について検討を行った。その結果、既存の非自発的入院制度においても、最大限、患者本人の事前意思を尊重する方策を講じることは可能であり、そして、精神医療審査会が「独立かつ公平」（下線は筆者）であるためには、少なくとも、委員構成の見直しが必要であると考えに至った。

A. 研究の背景と目的

令和 5 年度の研究においては、令和 4 年精神保健福祉法改正の検証を行い、医療保護入院制度に焦点を当て、非自発的入院制度のあり方、家族の関与のあり方について、問題点の抽出を試みた。

そして、それらを、比較法研究の対象国であるドイツ、韓国、台湾の制度と照らし合わせながら、わが国との相違点、参考とすべき点などの検討を行った。その結果、障害者権利条約の批准国として、病識のない精神障害者を本人の医療のために非自発的入院させる制度を維持するのであれば、より一層の適正手続き、より一層の権利擁護制度の構築が必要だと考えざるを得ないと結論付けた。

令和 6 年度においては、医療実施における同意能力の問題、及び非自発的入院制度にお

ける精神医療審査会の役割、司法の役割、行政の役割を整理することとした。

まず、令和 5 年度の研究結果を踏まえ、権利擁護策である、

- ・意思決定支援制度
- ・精神医療審査会制度

について、わが国の制度との比較対照を通じ、今後、進むべき方向性についての検討を行うこととした。

そして、比較法研究の対象国として、新たにイギリス、フランスをとりあげ、これにドイツを加え、特に、司法関与、行政関与のあり方を念頭に置きつつ、非自発的入院制度の検討を行うこととした。

B. 研究方法

令和 4 年精神保健福祉法改正の検証結果か

ら生じた問題意識から、本分担研究班は、以下の点について重点的に検討を行うこととした。

(1)権利擁護策の検討

- ・意思決定支援制度
- ・精神医療審査会制度

(2)比較法研究関係

- ・ドイツの精神科医療制度の動き（世話法改正の影響を中心に）
- ・フランスにおける非同意入院について
- ・イギリスの非自発的入院制度と権利擁護制度

そして、上記(1)については、令和5年度同様に、分担班内部で勉強会を開催し、論点に精通した研究協力者による話題提供を軸としたディスカッションを行った。

具体的には、わが国の終末期医療におけるAdvance Care Planning(ACP)の検討に参加していた研究者から、当時の議論について、そして、患者の事前意思の扱い方について話題提供を受けた。

また、東京都の精神医療審査会委員を務める研究協力者から、審査会のあり方について話題提供を受け、わが国が学んだイギリスの第一層審判所（精神保健）（First-tier Tribunal(Mental Health)）のあり方と比較を行い、今後進むべき方向性について議論を行った。

上記(2)については、ドイツ法・フランス法に精通した研究協力者から話題提供を受け、対象国における精神科病院への非自発的入院制度、家族の関与のあり方について、基礎的知識を獲得した。

なお、令和5年度に実施した台湾の調査について、調査結果をとりまとめることができたので、本報告書の最後に、資料として掲載する。

【勉強会の開催】

令和6年度の勉強会の詳細は以下の通りである。

第1回

令和6年6月23日(日)18時30分

「厚労省・人生会議」の個人的体験—精神障害者の処遇における自己決定支援への示唆は存在するか」

話題提供者 町野朔（上智大学名誉教授）

第2回

令和6年8月25日（日）18時30分～

1:『東京都精神医療審査会の運用』

話題提供者 山本輝之(成城大学名誉教授)

2:『日本とイギリスの精神医療審査会の相違点について』

柑本美和(東海大学法学部)

第3回

令和6年11月24日（日）18時30分～

「イングランドの非自発的入院制度について」

話題提供者 柑本美和（東海大学法学部）

第4回

令和7年1月26日（日）18:30～

「フランスにおける『非同意入院(hospitalisation sans consentement)』の特徴」

小林真紀（愛知大学法学部）

第5回

令和7年2月15日（土）18:30～

「ドイツの精神科医療制度の動き（世話法改正の影響を中心に）」

話題提供者 水留正流（南山大学法学部）

【イギリスにおける実地調査】

分担研究者の柑本は、比較法研究でイングランドを担当しているが、勉強会での報告を

通じて、条文上・実務上の疑問点が極めて多いと感じ、その点を明確にする必要があった。そこで、2018 年から精神保健法改正問題に取り組んでおり、現在も、国会で精神保健法改正案を審議中のイングランドで精神科医療関係者・家族等にインタビュー調査を行った。調査対象者は、入院病棟のコンサルタント(精神科医)、アドボケイト、事前選択文書(Advanced Choice Documents)の担当者、患者の家族、地域精神保健サービスの担当者、病棟における暴力事案への対応担当者、MCA の担当者等、多岐に渡り、疑問点の解決に努めた。

本調査に関しては、インタビューのアレンジ・病棟見学の手配など全てにわたり、Dr Nozomi Akanuma, Consultant Psychiatrist and Associate Medical Director, Lambeth Operations Directorate のお力をお借りした Dr.Akanuma のご人脈とご尽力がなければ、このインタビュー調査は実現不可能であった。ここに記して感謝の念を表したい。

(インタビュー日程)

3 月 17 日(月)

Children and Adolescent Services

Dr Eirini Skouta, Consultant Psychiatrist and Associate Medical Director, CAMHS

Advanced Choice Documents

Dr Raj Mohan, Consultant Psychiatrist and Clinical Lead for ACD

CAPSA (culturally appropriate peer support and advocacy)

Gabrielle Duberry, CAPSA Service and Evaluation Lead

Robert Horton, CAPSA Team Lead

Patient and public involvement

Alice Glover, Patient & Public Involvement

Lead

Carers' perspectives

Anne Morgan and Karen Ibrahim, Carers and Experts by Experiences

Community mental health services

Dr Dipen Patel, Consultant Psychiatrist

3 月 18 日(火)

Ward observations in LEO ward

Dr Anthony Brown, Consultant Psychiatrist, and LEO team

Lambeth Hospital tour

Dr Nozomi Akanuma

PSIRF (patient safety incident response framework)

Dr Lena Rane, Consultant Psychiatrist, Clinical Director for Patient Safety

OASIS (outreach and support in south London)

Prof Paolo Fusar-Poli

Carers and family engagement and involvement

Lee Roach, OT lead and Carers Lead for Lambeth Operations Directorate

3 月 19 日(水)

Visit and lectures on forensic mental health services

Dr Iain Kooyman, Consultant Forensic Consultant and Associate Medical Director, and forensic teams

Expert panel on mental health legislation

and practice

Steve Jusu, Associate Director for Social Care

Lucy Bonnerjea, Mental Capacity Act Lead

Leena Kerošević, Mental Health Legislation Team Lead

C. 結果／進捗

【意思決定支援制度】

1：事前指示について

障害者権利条約は、法的能力の行使に関連する措置が、障害者の権利、意思及び選好を尊重することを確保するよう求めている（12条4項）。そして、WHOは、患者の自己決定を原則としつつ、患者が意思及び選好を伝えるための十分な努力を尽くしても、依然として意思及び選好を伝えることができない場合には、意思及び選好を最も適切に解釈した内容に基づいて決定を行う必要があるとする¹⁾。そして、意思及び選好を解釈する方法として、当該個人の意思や好みに関する情報を記載した事前計画書(advance planning documents)の参照を挙げている。

精神保健に関する事前意思決定または事前指示を行う権利は、既に一部の国では法律に規定が設けられている。例えば、本研究班の比較法対象国であるドイツでは、事前指示(Patientenverfügungen)は、意思決定能力喪失後の時点における治療に関する希望を表明するためのものとし、特定の治療への同意または拒否を事前に示すことができる。民法典(Bürgerliches Gesetzbuch) 1827条に規定され、法的拘束力を有している。

この点、イングランドは、1983年精神保健法が、同意能力の有無によらず、非自発的入院、非自発的治療を広く認めており、国連の障害者権利委員会から、強制的な治療および収容を認める立法および慣行を廃止するよう求められている²⁾。そうした批判を考慮し、

1983年法の骨格は変えることなく、強制医療の中に患者の意思尊重を組み込もうとしたのが、精神保健法改正案における事前選択文書(Advance Choice Documents)の法定化である。

わが国は、裁判所によらない入院決定制度、精神医療審査会制度など、精神保健法への改正時にイングランドの精神保健法を参考にしており、非自発的入院制度・非自発的治療制度の骨格は維持したまま、障害者権利条約の要請に可能な限り応えるために、どのように本人の意思及び選好を位置づけようとしているのかを知ることは極めて示唆に富むものと思われる。

2：イングランドにおける精神保健法改正議論について

ここで、イングランドの精神保健法改正に関する状況を説明しておく。2018年にSimon Wessely教授が実施した1983年精神保健法の独立レビューは、2007年精神保健法改正以降の以下の問題に起因していた。

- ・入院数の大幅な増加
- ・入院患者と地域治療命令における人種間の格差
- ・患者による精神科医療の悪体験
- ・知的障害(learning disability)と自閉症に罹患した者への不適切なケア

2018年のレビュー報告書は、現行法が現代の精神保健サービスと乖離しており、全ての人に、より効果的に機能するよう、大幅な改革が必要であると指摘し、人権への視点の強化と精神障害者の自己決定を中心に、150以上の提言を行った。そして、国連の委員会が提案している全ての改革を受け入れているわけではないが、患者の人権保護のためにMHAを改正することには全面的に同意すると結論付けた。同レビュー報告書では、法律で、人々が事前に自らの意思を表明する権利を法律で定めるよう提案がなされたが、それは、「人権

擁護」と「強制措置の縮小」という要請に応えるための措置であった。

2021 年 1 月に発表された White Paper “Reforming the Mental Health Act”は、改革の全体的な目的は、精神保健法を現代の精神医療に沿ったものにし、患者が自分のケアや治療に関する決定により密接に関与できるようにし、強制入院・強制治療の枠組みに変更は加えず、患者中心主義を導入し、人権擁護とサポート強化を図ろうとした。そして、政府は、独立レビューの提言を大幅に採り入れた Draft Mental Health Bill を、2022 年 6 月 27 日に発表した。その主な改正点は次のとおりであった。

- ・「精神障害(mental disorder)」を再定義し、自閉症者や知的障害者は、他の精神障害を併存させなければ第 3 条に基づく強制入院を受けられないようにする。
- ・入院要件を厳格化し、入院の必要性をより頻繁に見直す
- ・患者の権利擁護者であり最近の親族(nearest relative)を、患者が指名した者(nominated person)に変える。
- ・アドボカシーサービスへのアクセスを拡大する。

この改正案は、ここ数十年における大改革であり、人々が自身の治療に対するコントロールを強化し、彼らが受けるべき尊厳と尊重を確実に保障するためのものだと言われている。

この改正案に対して、2023 年 1 月 19 日 両院合同委員会は、Parliamentary Joint Committee's Report on the Draft Mental Health Bill を発表し、国会両院から政府に対し 50 を超える提言が行われた。

例えば、

- ・ guiding principle である、“choice and autonomy”“least restriction”“therapeutic benefit”
- “the person as an individual”を法律に書き

こむ。

- ・入院要件の変更が必要である。但し、個人的環境の崩壊、健康上のネグレクトや悪化から生じる場合を含め、ケアを必要とし、その恩恵を受けるであろう人々へのケアを拒否するために用いるべきではないことを明確にすべきである
 - ・精神保健法に基づいて入院させられた患者が、事前選択文書(advance choice document)の作成を要求する権利を法定化すべきである (下線は筆者による)。
 - ・入院患者のための「オプトアウト」アドボカシー制度を構築すべきである
- などといったことであった。

しかし、2023 年 11 月 7 日、国王の演説に法改正の予定は盛り込まれなかった。その結果、2025 年 1 月までに実施される総選挙前に、精神保健法改正は行われないことが確定した。

その後、2024 年 11 月 6 日に、精神保健法案が貴族院に提出された。この法案は、2018 年の独立レビューによる立法提案の殆どを含めたものである。なお、この法案は、ヨーロッパ人権条約上の権利、特に第 2 条、第 3 条、第 5 条、第 8 条および第 14 条に抵触するものと考えられているが、提案者は、上院への提出に際し、1998 年人権法の第 19 条第 1 項 (a) に基づき、同法案の規定が条約の権利と調和していると考えている旨の声明を発表している。

3：審議中の精神保健法改正案における、事前選択文書(Advance Choice Documents)について

事前選択文書は、重度の精神疾患を抱える人々が、将来の病気の発作時に受けた治療やケアに関する希望や指示を表明する機会を提供する書面又は口頭の記録である。これらの記録は、過去の病気や医療経験から得た知識を活用し、将来の病気の発作時に医療チー

ムが適切な判断を行うための指針として、自分自身の意見を反映させる機会を提供している。イングランドでは、Advance Choice Documents という用語が使用されているが、他に使用される用語として、'Advance Directive'、'Advance Healthcare Directives'、'Advance Choice Directives'、'Mental Health Advance Statements'、'Advance Choice Directives'、'Psychiatric Advance Directives'、'Advance Care/Crisis Plans'等がある。

イングランドが、directive という用語を用いずに、「事前選択文書」を使用しているのは、イングランド特有の精神科医療の強制性が存置されている中でも、自律性を尊重しようという動きを示したものと理解することができる。

イングランドで、現在、審議が行われている「事前選択文書」は、法的拘束力のない文書ではあるものの、患者本人の具合が悪くなった際のケアの仕方に不慣れな医療従事者にとって、重要な詳細や指針を提供する。

2024 年 11 月に貴族院に提出され、現在、下院で審議されている精神保健法改正案は、事前選択文書を、本人が意思決定能力を有している間に作成されたもので、本人が当該意思決定を行う能力を欠いた場合に、入院のための評価、正式または非公式な患者としてのケアおよび治療に関連すると思われる事項について、本人の意思決定、希望および/または感情を記載したものと定義する。そして、NHS イングランドに、事前選択文書に関する情報が当該患者に提供されるよう、適切な手配を行うよう求める。また、NHS イングランドに、事前選択文書の作成を希望する個人を支援するための適切な手配を行う義務を課している（改正案 42 条により挿入される 130M 条）。

2025 年 4 月時点では、事前選択文書の定義と、NHS イングランドの情報手配と支援義務

が改正案に規定されているに過ぎない。

しかし、事前選択文書の使用により、精神保健法による収容を減らし、精神保健の専門家との関係を改善することができるとの研究結果が示されており、法改正により、事前選択文書について NHS に情報提供・支援義務が課されることで、少なくとも患者・医療従事者の意識改革が行われ、利用の増加が見込まれるものと思われる。

なお、South London and Maudsley NHS Trust が、臨床現場で、事前選択文書の普及のためのプロジェクトに取り組むなど、今後の更なる展開が期待できる状況にある。

【精神医療審査会】

わが国の精神医療審査会は、「1983 年精神保健法」が規定するイギリスの精神保健審査会（Mental Health Review Tribunal、当時）を参考にして創設された。イギリスでは、その頃、ヨーロッパ人権裁判所の判決を受け³⁾、1983 年精神保健法による精神保健審査会の権限強化に向けた改革が行われたばかりであった。アメリカと異なり、裁判所によらない非自発的入院を認めていたイギリスにとって、医師、法律家、一般人の 3 名から成る精神保健審査会という審査機関による公平な審査と、それによる不必要な入院からの解放は、強制入院患者にとっての重要な権利擁護策となっていた。裁判所関与のない強制入院制度を精神保健法でも存置しようとしていた日本にとっては、手本とすべき制度であったと言えるだろう。

しかし、精神医療審査会とイギリスの精神保健審査会は、審査会の独立性、合議体の委員構成の点で大きく異なっており、それは現在でも変わっていない。他方、イングランドでは、精神保健審査会は、独立性を確立するために、「第一層審判所（精神保健）（First-tier Tribunal(Mental Health))」という組織への改革が行われた。

1：第一層審判所（精神保健）

「2007 年審判所、裁判所及び執行法 (Tribunals, Courts and Enforcement Act 2007、以下、2007 年法という)」によって、1983 年精神保健法が規定していた精神保健審査会の大改革が行われた。その背景には、次のような事情が存在した。まず、審判所の数が増加し、その任務も複雑化していたため、審判所を管理する際の予算の無駄が指摘されていた。さらに、ヨーロッパ人権条約 (European Convention on Human Rights) 6 条は、「独立の、かつ、公平な裁判所による審理」を求めているが、精神保健審査会の責任省庁である保健省からの独立性が問題視されていた⁴⁾。こうして、「第一層審判所 (First-tier Tribunal)」及び「第二層審判所 (Upper Tribunal)」の二種類からなる「二階層審判所制度 (two-tier tribunal system)」が創設され (2007 年法 3 条)、第一層審判所 (精神保健) はイングランドのみを管轄する組織となった。審判所を管理するのは、「裁判所・審判所局 (HM Courts & Tribunals Service)」であり、審判所は、司法権の一部と考えられている。第一層審判所は、7 つの室 (chamber) によって構成され、その室の一つである「保健、教育及び社会ケア室 (Health, Education and Social Care Chamber)」に、精神保健を扱う審判所がある。第二層審判所 (Upper Tribunal) は、「全ての法的問題 (any point of law)」のみについて審理を行う組織である (2007 年法 11 条 1 項)。4 室で構成され、そのうちの 1 室、「行政上の不服申立室 (Administrative Appeals Chamber)」が、精神保健の申立てを受け付けている。

第一層審判所（精神保健）の合議体を構成するのは、裁判官となる①法律家、審理員となる②コンサルタントレベルの精神科医、③専門委員（精神障害者に関する社会福祉およびリスク管理の経験がある者）の 3 名である⁵⁾。合議体の長を務めるのは、法律家である。

これら構成員は、公募され、裁判官選考委

員会 (Judicial Appointments Commission) が選考を行い、首席審判所長 (Senior President of Tribunals) が任命することになる (2007 年法附則 2 第 1(1)、第 2(1))。公募締切後、試験または書類選考により候補者の選定が行われ、半年以上の時間をかけて構成員が選ばれ、また選考後には、トレーニングも行われる。

なお、審査は、通常は対面により行われるが、オンラインでの審査を選択することも可能だそうである。また、病棟には、通常、第一層審判所（精神保健）専用の部屋が用意されており、中での声が外には漏れないような構造になっているそうである。

D. 考察

障害者権利条約が、法的能力の行使に関連する措置につき、障害者の意思及び選好尊重確保を求め、WHO も、意思及び選好を解釈する方法として、当該個人の意思や好みに関する情報を記載した事前計画書 (advance planning documents) の参照を掲げている。本来は、患者本人に判断能力があれば、自己決定を行うことが原則であるが、それが難しい場合には、自己決定という権利を支える支援策として意思決定支援が行われ、それも難しい場合には、「事前指示」という自己決定を事前に行使する仕組みを利用する。このようにして、精神科医療を、「強制」から「尊重と支援」の方向へと進めていくことが、現在、求められていると言える。

「事前指示」の法的地位は、国によって様々であるが、まずは、イングランドのように、法律で、「事前選択文書」の定義を定め、医療提供者に情報提供と作成支援の義務を課すことは一つの方法であると思われる。さらに一歩進めるのであれば、かつてのイングランドの精神保健法改正法案のように、精神科医が治療に関する判断を行う際に、当該患者が作成した事前選択文書を考慮しなければならない法的義務を課し（下線は筆者）、その遵守が本

人または他者に重大な危害を及ぼすと確信する場合に限り、事前選択文書に従わないことが許され、但し、その場合には、その理由を文書で残して可視化させるといったやり方も考慮に値しよう。

次に、精神医療審査会制度については、独立性と公平性の観点から、わが国の制度を見直した時、精神医療審査会を管轄する新たな独立組織を設けることは容易ではなく、直ちに解決できる課題とは思われない。しかし、合議体の構成については、見直しが可能だと考える。

かつて、ICJ の第三次調査報告書は、合議体の構成について、精神科医のメンバーが多数であるために、合議体における議論や決定において他のメンバーより優位を占め、決定権を持つことに警鐘を鳴らしていた⁶⁾。そして、よりバランスのとれた実践方法を実現するためには、合議体の構成員を現行の 5 名から医療・法律・福祉の代表各 1 名の計 3 名に削減すべきだと勧告していた⁷⁾。

非自発的入院の審査を行うに際し、求められるのは、医療的な観点、人身の自由の保護という法律的な観点、地域社会での医療福祉へのアクセスの観点からの 3 つの意見であり、それぞれの学識経験に基づき意見を述べ、合議すれば足りることである。そして、それは、医療観察法の合議体が既に行っている。

わが国でも、合議体の構成員を医療・法律・福祉の代表各 1 名の計 3 名にすべきとの声は数多く主張されている。「多数決という場合には医者意見で押し切れるということにしておこうという意味だと取れなくはない」⁸⁾との批判は、今でも向けられる可能性が否定できないのであり、委員構成の見直しは喫緊の課題だと考える。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 柑本美和, 西岡慎介, 富山侑美, 水留正流: 台湾における犯罪を行った精神障害者の処遇制度. 刑政 135 巻 9 号: 48-59, 2024.

2. 学会発表

- 1) 柑本美和「英国と日本の精神医療審査会の相違点について」(2024 年 7 月 13 日) 第 32 回北陸司法精神医学懇話会

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

文献

1. WHO, Supported decision-making and advance planning. WHO QualityRights Specialized training. Course guidance(2019), <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/329609/9789241516761-eng.pdf>, last visited May.6, 2025.
2. Committee on the Rights of Persons with Disabilities, Concluding observations on the initial report of the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland, CRPD/C/GBR/CO/1.
3. 3)X v United Kingdom [1981] 4 EHRR 188.
4. 友岡史仁「イギリスにおける行政救済法等に関する調査研究」総務省 HP (http://www.soumu.go.jp/main_content/000537363.pdf, 2025 年 5 月 6 日最終閲覧)。

5. Courts and Tribunals Judiciary, Practice Direction: Panel composition in the First-tier Tribunal, Health, Education and Social Care (HESC) Chamber,
<https://www.judiciary.uk/guidance-and-resources/practice-direction-panel-composition-in-the-first-tier-tribunal-health-education-and-social-care-hesc-chamber-2/>, last visited Feb.25, 2025.
6. 国際法律家委員会編・広田伊蘇夫・永野貫太郎監訳：精神障害者の人権 国際法律家委員会レポート. 明石書店, 東京, p238-239, 1996.
7. 国際法律家委員会編・広田伊蘇夫・永野貫太郎監訳：精神障害者の人権 国際法律家委員会レポート. 明石書店, 東京, p176, 1996.
8. 平野龍一：精神衛生法改正の経緯と今後の問題点. 法と精神医療 2: p37, 1988.

精神医療と患者の権利保障—日仏における非自発的入院制度の比較

研究分担者：柑本美和（東海大学法学部）

研究協力者：小林真紀（愛知大学法学部）

要旨 フランスでは、精神障害者本人の同意が取れない場合に、家族を含む第三者が本人に代わって同意するという、日本の医療保護入院のような制度はとられておらず、医療施設長や県知事が、専門医の判断に基づき、精神科医療における強制的な治療の可否を決定している。フランス型の患者の権利保障という視点から、わが国の精神福祉法における「同意」がもつ意味を再検討する必要がある。

A. 研究の背景と目的

国連の「障害者の権利委員会（Committee on the Rights of Persons with Disabilities）」は2022年に公表した「総括所見」¹のなかで、障害者権利条約14条に照らし、日本の精神科医療における入院形態が精神障害者の権利を著しく侵害しているとして厳しく非難している。すなわち、「（精神）障害者の非自発的入院は、自由のはく奪に相当する、機能障害を理由とする差別である」から、これに関わる全ての法規定を廃止するよう勧告したのである。同所見を受けて、精神保健福祉法は一部改正されたが、家族を含む第三者の同意に基づく非自発的入院の制度は存置されている。

そこで、本稿では、現行の精神福祉保健法で規定されている非自発的入院のうち、家族の同意で強制的な入院が可能となる医療保護入院（精神保健福祉法33条1項）の問題性を明らかにするため、日本とは対照的な制度をもつフランスを取り上げて比較法的な視点から検証する。具体的には、フランスで「非同意入院（hospitalisation sans consentement）」と呼ばれる、本人のみならず、家族を含む他の一切の第三者の同意を必要としない非自発的入院制度に着目し、その特徴を明らかにする。最終的には、精神科への入院判断の際に

「同意」という行為がもつ意味を再検討できるような示唆を導き出すことを試みたい。

B. フランスにおける精神科医療

1 データ

フランスでは、4人に1人が、一生の間に精神疾患に罹るといわれているが、その大半は、通院治療（soins ambulatoires）で対処できると判断されており、精神科病棟への入院を必要とする患者は少数派である。さらに、精神科にかかっている患者のうち80%は本人自身が治療について同意することが可能であるといわれている²。2023年のデータ³によれば、同年に精神科に入院した患者数は408,000人で、その平均入院日数は55日である。入院患者のうち、非同意入院の対象となった患者の人数は79,000人であり、ここ数年大きな増減はない。

2 精神科医療に関する法的枠組み

フランス法では、明文の規定によって一般的かつ包括的に患者の権利が保障されている（公衆衛生法典（以下、CSPという）L1110-1条～L1115-3条）。これらの規定の内容を大別すると次の6つの権利に集約できる⁴。すなわち、①治療にアクセスする権利（CSP L1110-3条およびL1110-5条）および医師・

医療機関を選ぶ権利（CSP L1110-8 条）、②情報に対する権利（情報を与えられる権利および診療録などの情報にアクセスする権利（CSP L1111-2 条ほか）、③決定過程に参加する権利および治療同意権（拒否権も含む）（CSP L1111-4 条ほか）、④尊重される権利（尊厳を尊重される権利、私生活を尊重される権利など）（CSPL1110-2 条ほか）、⑤苦痛緩和に関する権利、緩和ケア・終末期に関する権利および⑥不服申立てや賠償を求める権利である。

基本的には、精神障害者に対しても、これらの一般法が適用されるが、疾患の特殊性から「極度の脆弱性」を抱えていることに鑑み、一般法に加えて「精神科医療の対象となる人の権利と保護に関する 2011 年 7 月 5 日の法律（2013 年 9 月 27 日の法律⁵による改正あり）」⁶による保護も受ける。同法は、①精神科医療へのアクセスに対する障害を取り除くこと、②精神科医療（技術）の発展に応じて法律の文言を修正し、完全入院以外の方法で患者を治療できる枠組みを整備すること（入院に頼らない医療の実現）、③本人および周囲の者の安全を守るために患者に対する監視システムを改良すること、および④精神疾患の患者の権利を補強すること、という 4 つの目的を果たすために立法されたものである⁷。⁸

これらの立法規定を含め、精神科医療に関する規定は、すべて公衆衛生法典の「法律の部」第三部第二編「精神疾患との闘い（*Lutte contre les maladies mentales*）」に収められている（CSPL3211-1 条～L3251-6 条）。すなわち、精神科医療の対象となる患者の権利の保障（CSPL3211-1 条～L3211-13 条）、第三者からの要請または重大な危機がある場合の措置（医療施設長の決定に基づく非同意入院）（CSPL3212-1 条～L3212-12 条）、国の出先機関の決定に基づく措置（CSPL3213-1 条～L3213-11 条）、精神障害をもつ受刑者に関する措置（CSP L3214-1 条～L3213-5 条）、手

続を遵守しなかった医療施設長や医療従事者に対する罰則規定（CSPL3215-1 条～L3215-4 条）、訴訟（CSP L3216-1 条）（入院をはじめとする行政決定の適法性に関わる訴訟は司法裁判所が管轄する旨を規定）、精神科医療に関わる施設・機関の組織（CSPL3221-1 条～L3251-6 条）に関する規定に分類できる。

以上の公衆衛生法典の規定から、精神科医療に適用される主要なルールを挙げるとすれば次の通りである。まず、原則として、いかなる治療についても、（隔離や身体拘束についてはとくに）患者の同意が必要となる。精神障害をもつ本人⁹またはその家族は、自らの選択に基づき、自由に医療従事者を選択することができる（CSPL3211-1 条）。患者は、（精神障害者ではない場合と同様に）本人の病状に適合的な治療を受けることができ（CSP L1110-5 条）、その際、他科にかかる患者と同様の権利が保障される（CSPL3211-2 条）。

精神科病棟への入院（および退院）に関しても、原則としては、上述のルールが適用されるから、当然に精神疾患の患者本人の同意が必要となる。ただし、本人あるいは第三者の利益を保護するために入院治療が必要であると医療者が判断したにもかかわらず、本人の同意が得られない場合には、非同意入院の手続が開始される。この手続がとられないまま入院させると、裁判所により「暴力行為（*voie de fait*）」と判断される¹⁰。入院中の条件に関しては、他科の入院患者と同様に、（他の）患者の安全性が確保されるように配慮される必要があるが、精神科の場合、自殺や他の患者への暴力といった特殊な危険性があることから、患者の病状にもとづき、配慮義務が強化される¹¹。

C. 非同意入院（*hospitalisation sans consentement*）の概要¹²

先に述べたように、原則として、精神科病棟への入院の場合も、他科の場合と同様に本人の同意を取ることが必須である。しかし、

精神疾患は他の疾患とは異なり、しばしば判断能力の著しい低下など、患者を特殊な状況におくことから、例外的な場合に限り、本人の同意がなくても強制的な入院が可能となる。これをフランスでは、非同意入院と呼ぶ。「非同意」という用語はあまり日本語では使われない表現であるが、フランスの場合、日本の医療保護入院とは異なり、本人に代わって家族や第三者が「同意」することで強制入院がおこなわれるという制度設計にはなっておらず、いかなる者の「同意」も必要としないことから、非同意入院という表現が適当であると思われる。以下は、この非同意入院について、その枠組みを検証する。

まず、精神科病棟への入院全般に関わる原則を整理しておこう。公衆衛生法典には、精神科病棟への入院の対象となる患者の権利が明文で保障されている（CSPL3211-3条）。代表的なものとして、情報に対する権利、異議を申立てることができる権利、助言を求める権利などがある。とくに、異議申立権については、精神疾患の患者は複数の申立てルートを認められている点が注目し値する。たとえば、入院措置の即時解除を求める場合には勾留決定裁判官（*juge de libertés et de la détention* : JLD）（以下、JLD という）¹³ に対して申立てが可能であるし、それ以外の入院に関わる種々の措置について、各医療施設の中に設置される公役務）利用者のための委員会（*commission des usagers*）（CSPL1112-3条）および県精神医療委員会（*commission départementale des soins psychiatriques*）（CSP L3223-1条）¹⁴ に対して異議申立てができる。また、助言を求める権利に関しては、自由をはく奪する場所に関わる監査官（*contrôleur général des lieux de privation de liberté* : CGLPL）¹⁵ への申立権が認められている。

次に、精神科への入院のなかでも、非同意入院の場合は、さらに特別なルールが適用される。公衆衛生法典上、非同意入院は 2 つの

形態に分類できる。すなわち、医療施設長の決定に基づく措置（*soins psychiatriques sur la décision du directeur d'un établissement*）と、国の出先機関の代表（県知事）の決定に基づく措置（*soins psychiatriques sur la décision du représentant de l'État* : SPDRE）である。以下においては、それぞれについて大枠を提示することにした。

1 医療施設長の決定に基づく措置（CSP L3212-1条～L3212-12条）

医療施設長（CSP L3222-1条の規定にしたがい、各州に設置される保健医療庁長官が許可した非同意入院をおこなうことのできる医療施設の長）の決定に基づく措置は、本人にとって、恒常的あるいは規則的な監視のもとで直ちに精神科における治療が必要であるにもかかわらず、精神障害のために本人に同意する能力がない場合で、第三者からの要請がある場合（CSP L3212-1条 II 1°）、あるいは緊急かつ患者本人の統合性（*intégrité*）が侵害される「重大な危機（*péril imminent*）」がある場合（CSP L3212-1条 II 2°）におこなわれる。なお、前者に関して、入院の要請ができる者には、家族だけでなく、以前から患者と関係がある者も含まれるが、いずれにせよ患者本人の利益のために行動できる者でなければならない。

手続としては、まず、医療施設長に対して、第三者から入院が要請される。ただし、本人に身寄りがなかったり、家族が要請を拒否したりする場合には「重大な危機」として第三者からの要請がなくても医療施設長は判断できる。要請を受け、2名の異なる医師が15日以内に作成した診断書（「重大な危機」の場合は1名で可）に基づき、医療施設長が措置の必要性について決定する。決定の対象となった患者は、まずは観察のため完全入院（*hospitalisation complète*）となる。入院から24時間以内に、先の診断書を作成した医師とは別の精神科医が措置継続の必要性について診断書を作成し、さらに入院から72時間以

内に別の診断書を作成する。この 2 通の診断書のなかで当該措置の継続が必要であると判断されると、作成者の精神科医が、完全入院またはその他の治療措置（通院治療、在宅治療（*hospitalisation à domicile* : HAD）、日帰り入院（*hospitalisation à temps partiel*）など）のいずれをとるべきかを判断する（CSP L3211-2-2 条）。以後、当該措置は 1 カ月ごとに、当該医療施設の精神科医の判断に基づき、医療施設長により更新されうる。医療措置開始から 1 年が経過した場合には、上記精神科医とは別の医師の判断に基づいて更新の可否が判断される。なお、完全入院の場合は、原則として、入院後 12 日目、以後は 6 カ月ごとに、JLD による審査がおこなわれる（CSP L3211-12-1 条 I）。さらに、完全入院の患者に限って、患者自身あるいは他者に対して直ちにあるいは重大な損害（*dommage immédiat ou imminent*）が及ぶおそれがある場合は、厳格な条件のもとで、精神科医の決定により、隔離（*isolement*）および身体拘束（*contention*）がおこなわれる（CSP L3222-5-1 条 I）。前者は、原則として、最長 12 時間まで認められ、患者の状態に鑑みて必要な場合には更新できる。ただし、その場合も、24 時間ごとに再評価し、全体で 48 時間を超えてはならない。身体拘束についても、原則として、上記隔離中に最長 6 時間まで行うことが可能であるが、患者の状態に鑑みて必要な場合には更新される。ただし、その場合も、12 時間ごとに再評価し、全体で 24 時間を超えることは認められない。なお、隔離・身体拘束については、法定の手續に則れば、例外的に以上の期限を超えておこなうことも認められる場合がある（CSP L3222-5-1 条 II）。

退院など、非同意の医療措置の解除に関しては、次に掲げるいずれかの場合におこなわれることになる。第一に、県精神医療委員会からの要請または家族あるいは以前から患者と関係がある、（患者）本人の利益のために行動できる者、後見人あるいは保佐人からの要

請に基づき、当該医療施設長が措置の解除を決定したとき（CSP L3212-9 条）、第二に、JLD が審査をおこない措置の解除決定した場合（CSP L3211-12 条）（とりわけ、完全入院の場合は JLD の決定は必須である（CSP L3211-12-1 条））、第三に、当該医療施設の精神科医が措置の継続は不要であると判断した場合である（CSP L3212-8 条）。なお、JLD の判断にもかかわらず措置を解除せずに継続した場合、当該医療施設長には、1 年の拘禁刑および 1 万 5 千ユーロの罰金が科される（CSP L3215-1 条 1°）。

2 国の出先機関の代表（県知事）の決定に基づく措置（CSP L3213-1 条～L3213-11 条）

非同意入院の 2 つ目の類型は、国の出先機関の代表（県知事）の決定に基づく措置である。これは、精神科での治療が必要な患者が、他者の安全（*sureté*）を脅かすか、あるいは著しく公序を害する場合に、医師の診断書に基づき、県知事（パリのみ、パリ警視庁長官）が決定できる措置である（CSP L3213-1 条 I）。なお、他者の安全に「重大な」危機を及ぼす旨の医師の証明があれば、県知事ではなく、市町村長（パリのみ、警察署長）も暫定的に同様の措置をとることができるが、この場合、48 時間以内に知事の決定がないと当該措置は効果を失うことになる（CSP L3213-2 条）。

決定の対象となった患者は、まずは観察のため完全入院となり、そのかんに、県知事は、医師の診断書を受取ってから 3 日以内に完全入院を継続するか、他の治療措置を採るかを決定する（CSP L3213-1 条 II）。措置開始から、1 か月後、その後は毎月、当該医療施設の精神科医が本人を診察し診断書を作成し（CSP L3213-3 条 I）、県知事はそれにしたがって当該措置を継続するかどうかを判断する（同条 III）。その後、県知事は、入院決定から起算して最初の月の最終 3 日以内に措置を更新するかどうかを決定し、続いて 3 か月後、そしてさらに 6 か月ごとに命令（*アレテ*）によって更新ができる（CSP L3213-4 条）。

退院など、当該医療措置の解除については、次に掲げるいずれかの場合に該当すれば実施される。第一に、医師の診断書あるいは県精神医療委員会の提案に基づき県知事が解除を決定したとき(CSP L3213-4条、L3213-8条)、第二に、検察、患者本人あるいは本人の利益のために行動できる者からの申立てに基づきJLDが解除を決定したとき、あるいはJLDが職権で解除を決定したときである。なお、措置の解除について、県知事と当該医療施設の精神科医との間で意見の齟齬がある場合には、最終的にはJLDが判断をおこなう(CSP L3213-9-1条)。

D. 若干の考察

以上の検討を踏まえ、改めて、精神科医療に関するフランス法の特徴を指摘するならば、次のような点が挙げられよう。フランス法では、精神障害という極度の脆弱性を抱えた患者を保護するために、一方で、一般的な患者と同様の権利を保障した上で、さらに精神障害者に特化した保障も付与し、精神障害があっても可能な限り本人の自律を尊重しうる制度を構築することが目指されている。他方で、疾患の特殊性ゆえにどうしても本人が同意できない場合も、本人に代わって家族等の第三者が同意するのではなく、医療施設長あるいは県知事などの「機関」が、法定の手續に則り、行政決定という形で入院を命じることができる仕組みが整備されている。

日本の医療保護入院も、本人の保護と治療のために入院が必要であるにもかかわらず、当該精神疾患のために同意ができないという状況でおこなわれる点はフランス型非同意入院と同じであるが、その要件には、「家族等(配偶者、親権者、扶養義務者、後見人または保佐人)のいずれかの者の同意」が含まれている。たしかに、2022年の国連の「障害者権利委員会」の勧告を受けて、日本でも、「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律等の一部を改正する法律」(令和4年法

律第104号)が可決され、医療保護入院に関しては、家族等が同意または不同意の意思表示をおこなわない場合には、市町村長の同意によって入院させることが可能となった。しかし、この場合も、市町村長の「同意」は必ず必要であり、形式的には、本人に代わって第三者が同意するという形を維持しており、家族同意による強制入院の場合と本質的には変わらない。フランスは、家族等はあくまでも入院を「要請」する者にとどまり、入院に「同意」をできる者としては捉えられていない。さらにいえば、家族であるからといって自動的に要請者になれるわけではなく、本人の利益のために行動できるという要件を満たす必要がある。たとえば、長年離れて暮らし精神障害者本人のことを全く理解していない者が、家族であるという理由だけで形式的に非同意入院を要請することがないように、一定の工夫が凝らされている。医療行為に対する同意は、本人以外にはなしえないから、本人の同意が得られない以上、医師の診断書という医学的な判断のみを根拠に、医療施設長あるいは県知事が、客観的に非同意入院の可否を判断するべきであるという考えが制度の根底にあるように思われる。さらに、そうしてなされた判断が常に適切であるとは言い切れないという視点から、JLDをはじめとする司法介入によって、判断の妥当性を担保しようとしている点は、現行の日本法にはない特徴である。

少なくともフランスでは、法律の文言上は、患者の「同意」の一身専属的性質および本人の自律の尊重が徹底して保障されていると捉えることができる。課題があるとすれば、こうした法律の規定が、現実には、精神障害者の権利を擁護する機能を果たしているかという点であろう。わが国の精神福祉法の改正を考えるに当たっては、法律の規定を踏まえた上で、フランスの精神科医療の現状をさらに調査する必要があると思われる。

E. 研究発表

1. 学会発表

1) Maki KOBAYASHI : Le droit au respect de la dignité du patient : comment peut-on renforcer les protections juridiques des personnes les plus vulnérables ?, Colloque international franco-japonais, 10 ans du réseau Nihon-EuropA, Le droit vecteur de la F/francophonie : l'exemple du Japon (à l'Université Meiji, Tokyo), 18 mars 2025.

2) 小林真紀 : 精神科医療における患者の同意の意義 —フランス法に基づく考察（脆弱性の観点から）—, 上智大学生命倫理研究所主催シンポジウム「医療における脆弱性とは何か」, 東京, 2024.9.4

<註>

1. United Nations, Committee on the Rights of Persons with Disabilities, “Concluding observations on the initial report of Japan”, 7 October 2022, CRPD/C/JPN/CO/1
2. Agence Régionale de Santé des Hauts-de-France, Soins psychiatriques sans consentement, Guide à l'attention des maires et des services communaux, 2023, https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/system/files/2023-11/Guide_Psy-sans-consentement-2023%20-%20MAJ.pdf
3. Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, Chiffres clés de l'hospitalisation 2023, <https://chiffres-cles.scansante.fr/pdf/ATIH-chiffres-cles-Psychiatrie.pdf>
4. Haute Autorité de Santé, <https://www.has->

sante.fr/jcms/c_1715928/fr/droits-des-usagers-information-et-orientation?portal=p_3058934

5. Loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, JORF n°0227 du 29 septembre 2013.
6. Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, JORF n°0155 du 6 juillet 2011.
7. Projet de loi relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, présenté par Mme Roselyne Bachelot-Narquin, AN, n°2494.
8. 2020 年 6 月 19 日の憲法院判決に基づき、隔離および身体拘束の対象となっている患者の権利の保護についてはさらに改正が施されている。
9. 患者が法的保護（protection juridique）のもとにある場合も、原則として本人の意思に基づき治療を受けることになるが、当該患者が代理権をもつ法的保護者のもとにおかれている場合には、その法的保護者の許可が必要となる。患者が未成年のケースでは、原則として、親権者あるいは後見人によって決定される（CSP L3211-10 条）。

10. CE, 18 octobre 1989, req. n°75096.
11. C.Cass., 1^{er} ch. civ., 18 juillet 2000, n°99-12.135.
12. Anne Darmstädter-Delmas, *Les soins psychiatriques sans consentement*, LexisNexis, 2017, p.69 et s.
13. 勾留決定裁判官（JLD）は、司法裁判所のうち第一審裁判所に所属する、個人の自由に対する侵害について判断する権限を持つ裁判官である。主として、対審手続にもとづき、予審の対象となっている被疑者の一時的な勾留（*détention provisoire*）について判断・決定する。加えて、警察留置（*garde à vue*）、夜間の家宅搜索、通信傍受なども許可する。2011 年および 2017 年の改正により、刑事事件以外の個人の自由に関わる事項（不法滞在者の留置、非同意入院の監督、テロ行為に関する行政家宅搜索など）についても権限をもつようになった。なお、2024 年の司法省のデータによれば、2023 年には、個人の自由の保護に関して JLD に対し 13 万 7805 件の申立てがなされ、うち全体の 65%に当たる 8 万 9880 件が非同意入院に係るものであった。Cf. Ministère de la justice, Service de la statistique, des études et de la recherche, « Les chiffres clés de la justice, Édition 2024 », <https://www.justice.gouv.fr/sites/default/files/2024-11/Chiffres%20Cle%CC%81s%202024%20V3.pdf>
14. 県精神医療委員会は、2 名の精神科医（うち 1 名は控訴院付検事、1 名は県知事による任命）2 名の「精神疾患の患者および家族の会」の代表（県知事が任命する）および 1 名の一般医の計 5 名から構成される（CSP L3223-2 条）。任期は 3 年で再任可能である。同委員会は、①精神科におけるすべての強制措置について通知を受ける、②非同意の措置の対象となっている患者からの異議を受け付け審査する、③必要に応じて、強制措置の対象となっている精神障害者が置かれている状況の適切性について審査する、④県知事等からの申立てにもとづき、必要に応じて、強制措置の対象となっている精神障害者が置かれている状況の適切性について審査する、⑤医療施設への立ち入り調査をおこなう、⑥年次報告書を作成・公表する、⑦強制措置の解除を JLD に提案する、などの任務を負っている（CSP L3223-1 条）。
15. 「自由をはく奪する場所に関わる監査官」は、2007 年 10 月 30 日の法律第 2007-1545 号で創設された独立行政機関の一種であり、自由をはく奪される場所（主として、刑務所、病院（とくに強制入院患者がいる施設）、不法滞在外国人の交流のための施設など）に令状等なしで立ち入り調査をおこなう権限を持つ。調査の結果は司法大臣に報告され、場合によっては官報に掲載され、犯罪の可能性がある場合には検察官によって告訴される。自由をはく奪される場所に拘束されている人は誰でも申立てることが可能である。

ドイツにおける精神科入院制度

研究分担者：柑本美和（東海大学教授）

研究協力者：水留正流（南山大学准教授）

昨年度に引き続き、文献の検討を中心として、ドイツの精神科入院制度を調査した。今年度は、法的世話制度の適用が問題となった具体的な事例を紹介し、これを素材に検討を試みた。そのことから、①ドイツでは公法上の収容制度（大雑把に言えば我が国の措置入院に相応する。）と民事収容制度（我が国の成年後見制度に類似し、精神科医療の点で言えば、我が国の医療保護入院制度に相応する。）とがあるが、実際上は、特に緊急の介入が必要なときには、公法上の収容を行うことで民事収容までの時間を作る運用になっているように思われる。この点は、我が国での公的な入院制度の在り方を模索する上での参考となろう。②ドイツでは非自発的入院の対象となるべき精神障害の種類は特に限定がないようが、依存症だけが顕著なケースでは例外的に議論があるという状況のようであり、これが非自発的入院の限界事例ということになる。これは、特に我が国での医療保護入院を念頭に置くと、比較的同じような精神障害を対象に議論していることになり、比較法的検討の素材としてのドイツ法の価値の一端を示している。③具体的事例での流れを見ても、裁判所（裁判官）の民事収容への関わりは機動的かつ実質的なものに思われ、我が国での司法関与の在り方を見据えるときに参考となりうる。④世話人制度における世話人は、法文上は家族の選任を念頭に置かれているように見えるが、少なくとも2023年改正法施行前の状況では、検討事項の多い事例については職業世話人が積極的に選任されているようであり、またこれをアレンジする世話官庁の役割が大きいことがうかがい知れる。これは、我が国においてアドヴォカシー制度の今後の発展を考えると、大きな参考となろう。

A. 研究の背景と目的

昨年度に引き続き、ドイツの精神科医療制度の比較法的検討を行った。

ドイツの制度の詳細については昨年度の報告書を参照されたい。本報告との関係でごく大まかにまとめると、ドイツでは保安処分制度としての精神病院収容処分・禁絶施設収容処分が存在するほか、より一般的な精神科医療の制度としては、①公法上の収容（各州が定める「精神科患者法」に基づき、自傷他害のおそれを根拠として州が行う入院措置）及び②民事収容（民法典の「法的世話（rechtliche

Betreuung）」制度を根拠として、世話人（Betreuer）が中心となつて行う入院措置。

我が国の成年後見制度に類似するが、我が国の制度と異なり世話人の職務範囲に身上監護が含まれること、入院を含めて自由剥奪を伴う措置には裁判所の個別の許可を要する点で大きな相違がある。）によって形作られている。

今年度は、実務上、これらの制度がどのように動かされているのかにつき、文献から示唆を得ることに努めた。これは、昨年度報告で掲げた今後への課題のごく一部であり、他の課題についても、引き続き研究していきたい。

なお、本報告の中核的な内容をなす法的世話制度にかかわる法令として、2023年1月1日現在で現行の民法典及び「家庭事件及び非訟事件の手続きに関する法律」（本報告においては「家庭事件・非訟事件手続法」と略称する。）の条文の翻訳が、それぞれ法務資料として公表されている（前者につき後掲1、後者につき後掲2）。本報告でも、これらの条文の和訳については原則として法務資料のものの従うものとする。

B. 方法

文献調査の方法によった。人を対象とする研究には該当しないため、これに関係して倫理的な配慮を要する事項は存在しない。また、研究上の利益相反は存在しない。

C. 結果／進捗

文献（後掲3）から、世話法による収容の実際の例に接することが出来たので、これを紹介することとする。

同文献は、2023年の世話法改正を見据えつつ、改正前の事例ではあるが、具体的な事案経過の例として3例を挙げて記述している。第1例は認知症患者への安全確保措置（Sicherungsmaßnahmen）（ここでは車椅子及びベットへの拘束を意味している。）をめぐる事例、第2例は統合失調症圏の精神障害者への財産管理が認められる限界事例（特に費用面の課題を中心に記述）、第3例は依存症患者の入院措置をめぐる事例である。本報告ではこのうち第3例（S. 244 ff.）を紹介することで、ドイツにおける精神障害者に対する世話人活動の一端を探ることとする。

以下では文献をかなり詳細に約しているが、あくまで報告者において抄訳したものであることに留意されたい。

① 裁判所への法的世話の申立て

この事例では、P市の保健所からP区裁判所（法的世話を管轄する世話裁判所は、裁判

所組織としては、我が国の簡易裁判所に相当する区裁判所に置かれている。）に3月3日付で申立て書面が届くことで、法的世話の手続が開始された。

P市保健所によるこの書面には以下のような情報が記載されている。

被申立人（患者）X女は申立ての4年前から保健所と関わりを持っている。Xは重度のアルコール濫用のため、これまで多数回にわたり精神科患者法（州法）に基づき州立病院に入院し離脱治療を行ってきたが、いずれの機会にも、本人には引き続き治療を受ける意思がなかった。申立て前の2年半前以降、Xには4人の子どもを養育できる状況にないため、子どもたちは別の場所で養育されている。

市保健所は昨年（2020年）も法的世話を申立てたが、本人の反対のために成功しなかった。

本人は生計の扶助を受けており、債務を有している。それにもかかわらず、インターネットで注文を続け、それによって債務を増加させている。X本人には自らの債務状態が精確には分かっていない。

Xは電気料金・ガス料金も支払えないため、ついに市工部局から、供給を中断するとの警告を受けた。福祉事務所（Sozialamt）はこれ以上料金を負担しないとのことである。

大家は、Xと酩酊した知人が諍いを起こしているものと認め、これを理由として賃貸契約を解除し、居室の明け渡しを求めて訴えを起こした。その民事訴訟手続の期限として、区裁判所は2021年4月9日を定めている。

X本人は、この状況に適切に対応し、あるいは新たな住まいを自分で探せる状況にはない。

Xは住居の事務については法的世話を受けることに同意したが、それ以上のことに関する法的世話は拒否した。市保健所としては、健康面のケア、財産管理及び公的・事務的郵便管理のため、支給の法的世話を必要と考えている。

さらにあわせて、P 市の法的世話官庁（Betreuungsbehörde）が区裁判所宛に意見書を提出した。そこには、以下のような情報が記載されている。

法的世話官庁のスタッフが、X がパートナー A 氏と暮らす自宅を初回に訪問した際、X 本人は、自らが法的世話を拒否する旨を明確に示した。

X によれば、自身は 2016 年来ドイツに生活しているのだからドイツ語が格別に不得手ではない。X の子どもたちは別の街にいる姉の下にいるという。X は子どもたちと生活できないことを辛いと思っているという。いまはどうやって自分が生活しているか分からないという感じである。X はスタッフに対し、自身が負っている債務については話そうとしなかった。

X によると、自身の両親も夫の両親も既に死んだという。X は、かつて自身がガンで治療を受けた際も、それ以上の治療を拒否したという。X はとても不安なので薬が必要だといっている。

スタッフが X の姉に連絡を取ったところ、姉はこの子どもたちを引き続き養育するつもりであるが、他方で本人をこれ以上支援する意思もないし可能でもない、とのことである。

この間、X に対して居室の明け渡しを求める裁判が提起された。今後、X がどこかに住めるのかは定かではない。

意見書提出の前日に法的世話官庁に明らかになったところによれば、本人はこの 1 週間、州立 Q 病院に再入院していた。X は路上に倒れていた。パートナーの A 氏が退去した後、自殺を企図したものと考えられる。

X には包括的な支援が必要だ。当地には本人が個人的にも社会福祉的にも頼れる人がなく、職業もなく、ひいては住まいもない。本人が語るところでは、何らかの活動に就こうという関心がない。一定の支援によって本人が

そのような気力を持つことができるかは不明確である。本人には職業教育を受けた経験がない。ただ、アルコールの問題のために就業不可能だということはいえるだろう。本人は自らのアルコール使用を過小評価している。その一方で、本人は医師の診察や薬剤の処方による支援を拒否している。

裁判所が法的世話を必要と認めるのであれば、法的世話官庁としては、嗜癖の領域で経験のある法的世話人を手配することとなろう。

さらに、法的世話官庁宛に医師による診断書（ärztliche Stellungnahme）が提出されていた。その内容は以下のようなものである。

この鑑定は、保健所の情報、X との対話及び病院の有する記録に基づくものである。X 本人は診察を拒否した。

X との対話は酩酊から醒めた状態でなされた。X は非常に忘れっぽいという印象を受けた。X は、直近の過去の重要な日付を追想できず、翌日の保健所との面談も覚えていなかった。

申立てに至る経過は以下のとおりである。

精神病理学的に、X には至る所で大きな思考の偏りがあり（orientiert）、部分的には鬱状態である。途方に暮れ、寄る辺ないような振る舞いを見せる。関心の喪失ないし生の喜びの喪失が際立っている。情動不安定で、欲動が最小化し、人付き合いに障害（Kontaktstörung）を抱えている。批判能力と判断力を欠いている。理解の能力と集中力は顕著に減少している。本人は、自らのなすことの結果を予見することができなくなっている。これに加えて、被影響性が極めて大きい。ただし、実質的な思考障害を疑わせる所見は見いだされない。

総じて見られるのは、長年にわたる重度のアルコール依存で、それは後遺症を伴っており、人格変化が前掲に立っている。これに加えて、弁識能力が制約されている。さらに、乳

がん治療後の精神状態にある。

病気の経過は極めて深刻だ。予後は悪い。定期的治療がなされなければ、さらに重大な重複症状に至ることが見込まれる。

以上の理由から、X には自らの事務をもはや規律することができず、神経科的視点からは、健康、財産並びに住居にかかる事務及び郵便の管理に関して法的世話を受けることを必要としている。

本人は、法的世話の命令の諾否を適切に表せる状況にはないため、この点において自由な意思を喪失している。

(文献が注記するところによれば、この診断書作成に当たって病院保有の記録を使用するのに問題はない。また、この文書によれば X への診察は出来なかったとのことであるが、本来は診察が必要的である。家事・非訟事件手続法 322 条参照。)

② P 区裁判所による聴聞

事件本人 (X) を州立 Q 精神病院の病棟に訪ねた。病棟医が立会い、事件本人が精神科患者支援法に基づき、R 区裁判所の決定を受けて、10 か月を上限とする許可の下に在院している旨説明があった。

X は、法的世話申立てにかかるこれまでの文書を熟知しており、申立てに対する自らの意思の表明を求めた。

X は以下のことを尋ねた。

あなたたちは何者か。

あなたたちは何を望んでいるか。

私は何もしていない。どうして私はここに閉じ込められているのか。

裁判官は自己紹介した。

X は、今回の公法上の収容の根拠となった R 区裁判所の手続と、世話人選任にかかる今回の P 区裁判所の手続の別について説明を受けた。

X は以下のように尋ねた。

私は家に帰りたい。私には支援は必要でない。

アルコール使用に関する質問に対しては以下のとおり答えた。

私はちょっとしか飲んでない。

「何を？」とさらに問うと、(少し生き生きとした声で)「みんな燃えちゃった (Alles was brennt.)。 」と返した。

医師の述べるところでは、入院時、血中アルコール濃度 3‰が認められた。事件本人がさらに処方薬を摂取していたかどうか、摂取していたとしてどの処方薬を摂取していたかは、医師の陳述からは明らかにならなかった。X は全身に傷害を負っており、それは身体的虐待を示唆するものでもあった。

X は、自身に対して法的世話が申立てられており、職業世話人の B 氏が世話人として予定されていることに付き、説明を受けた。

X はそっぽを向き、窓の外を見て、裁判官からの問いかけにこれ以上反応することがなかった。

(文献の注記によれば、虐待の事実は法律上意味を持たないとのことである。)

③ P 区裁判所の決定

X (Q 精神科病院に入院中) への法的世話手続について、法的世話を命じる。

1. B 氏を (職業世話人として) 世話人に選任する。
2. 法的世話の職務範囲に含まれるのは以下の事項である。

事件本人の健康のためのケア (医療措置への同意を含む)

自由剥奪と結びつく事件本人の収容 (民法 1831 条 1 項)

財産管理

住居にかかる事務

裁判所から事件本人に宛てた郵便物の受取り、開封及び保管

3. 本裁判所は、遅くとも××年 5 月 10 日までに、この法的世話の終了又は延長について決定する。
4. 本決定は直ちに効力を有する。

理由

事件本人 (X) が病氣ないし障害のため、主文に掲げた事務を自ら処理することができないことから、同人には世話人の選任が必要的である。この結論は、裁判所の認定、とりわけ、医師の診断・鑑定、福祉当局の報告書及び裁判所の直接の心証に基づくものである。

事件本人は法的世話を全面的に拒否している。しかし、現在、事件本人に支援のない状態に鑑みれば、同人に包括的な支援が与えられる必要がある。

事件本人は、自ら世話人の候補を挙げる事がなかった。本裁判所は、管轄の任務領域において事件本人の事務を処理するのに適当かつ現にこれにあたることのできる人物として最初に挙げられたものを選任した。

本命令は、家事・非訟事件手続法 324 条 2 項の定めるところにより、直ちに効力を持つ。

④ B 世話人による收容申立てと P 区裁判所の決定

B 世話人は、世話人選任の翌日に、P 区裁判所に当てて X の閉鎖施設への收容を申立てた (民法 1831 条)。その内容は以下のとおりである。

世話人が選任されたことによって、Q 区裁判所によってなされていた公法上の收容は終了し、X に対する非自発的入院も根拠がなくなる事となった。しかし、X は少なくともさらに 4 週間治療を行う必要がある。この間、裁判所の執行官は X の自宅の明け渡しを執行してしまっている。ごく最近も、X は自ら病院の外に出て、自らを清潔に保つことができず、自身を傷つけ、酩酊して、再び警察が保護することになったという。X はホームレスとしてベンチに座っていたという。この間、X は自信がどこでお金やアルコールを調達してきたか、語ったところもない。

世話人としては、以下のことを申立てる。

あすから少なくとも 4 週間、X の更なる

收容の許可

これに対して P 区裁判所は、専門病院の閉鎖病棟に、X の医師に反して收容することを許可するが、その他の保護的措置 (Schutzmaßnahmen) は許可しないことを決定した。あわせて、許可された措置は、被世話人 (X) の行動やその他の支援により、具体的な危険が存しなくなったときに終了すべきものとされた。許可される期間は長くとも 40 日間 (5 月 13 日に開始されて 6 月 22 日まで) とし、その経過後に必要に応じて、裁判所が再評価し、更新の決定を行うものとされ、更新の決定が為されなければそれ以上の收容は許可されないものとされた。

⑤ 後日談

X はその後、再発及び脱落症状 (Ausfallerscheinungen) で家に帰すことができないとして、州立病院への入院を繰り返す事となった。この間、世話人の職務範囲は「居所指定 (Aufenthaltsbestimmung)」にまで拡大された。

X は P 区裁判所の命令に対して抗告した。抗告審である地方裁判所 (Landgericht) は、病院において、事件本人 (X) 及び専門医を尋問した。専門医はその鑑定意見の中で、X が処方薬及びアルコールへの依存症であるとの見解を維持した。他方、精神病や精神障害と言ったその他の障害 (Beeinträchtigungen) は認められないとした。

地方裁判所は、区裁判所の決定を取消して退院を命じた。その理由は、アルコール依存のみでは收容の理由にならないとするものだった。X は同日、退院した。

その 2 日後に、X は警察に保護された。X は非常に酩酊した状態で、夜の公園に寝ていたというのである。

しかし、地裁判決のこともあり、世話手続は進まなかった。管轄の收容裁判所 (公法上の收容を担当する裁判所で、裁判所組織上は

区裁判所に置かれる。)も、世話人が選任されていることを理由に、州法上の収容を認めなかった。総合病院も、X は治療対象ではないとの理由で引受を拒否した。警察としては、X は自分自身をケアすることができず、医学的管理が必要だと考えている、という。

D. 考察

以上の事例はあくまで一例であって、ドイツにおける精神科の非自発的入院の全体像を描出するには不十分であるが、それでも法運用の一端を知る手掛かりになるものと思われる。

1. 公法上の収容と民事収容との関係性

まず、入院制度の全体像に関する部分で言えば、この事例では、公法上の収容（入院）と民事収容（入院）とは相補的なものとして運用されている。

法制度自体をごく大雑把な比較をすれば、公法上の収容は我が国の措置入院に、民事収容は我が国の医療保護入院になぞらえることができる。すなわち、公法上の収容では自傷他害のおそれが要件になるが、民事収容ではもっぱら本人の保護のみが要件とされている点は、我が国の措置入院と医療保護入院に係る一般的な理解に相応しているようにも見える。我が国の場合、このことを理由の一つとして、措置入院の導入にあたり「自傷他害のおそれ」の要件の点でかなり厳格な判断がなされているように思われる。他方、この事例でも見られるように、ドイツでは公法上の収容と民事収容とで、入院要件の実質的な判断という意味では、一方が他方より厳格だとの理解は必ずしもなされていないようである。むしろ、世話人が選任されていない事例の場合、まずは公法上の収容を先行させて時間の猶予を作り、その間に世話手続を進行させているイメージがある。この点は昨年度報告書で事例を引いて紹介した部分とも符合する。

以上のことからすれば、我が国での措置入

院の考え方について再検討の余地があり得るかもしれない。すなわち、公権力の行使として入院が行われることそれ自体をことさらに狭く捉える必要はないかもしれない。我が国の医療保護入院制度を改革し、「家族等」によらない制度を構築しようとする場合には、このことは一定の参考となろう。

ドイツで公法上の収容制度の「補充性」が問題になるのは、入院要件の部分よりもむしろ、世話人の有無であることも、この事例の後日談から窺うことができる。すなわち、世話人が選任されている事案では公法上の収容を用いることができない。紹介した文献の著者は、このようなことのために、精神科医療ケアの対象となるべき人が保護の対象から外される現象に批判的であるようである。

2. 非自発的入院の対象となる精神障害の範囲

この事例からは、ドイツの公法上の収容及び民事収容の範囲という点で、重度のアルコール依存（依存のみが症状としてあげられるタイプのもの）が限界事例であることもうかがえる。

すなわち、民事収容の対象は、民法 1831 条 1 項によれば、「精神病又は知的若しくは精神的障害のために、自殺し又は著しく健康を害する危険のあること」とされている。また、公法上の収容の対象も、自傷他害のおそれのあるものであることが記述される点では違いがあるが、それが「精神障害

(psychische Störung)」あるいは「精神疾患 (psychische Krankheit)」などとだけ記述される点では民法典と共通である。

昨年度でも報告したとおり、ドイツでは、依存症や自殺企図については「疾病価値」を伴うときのみが両者の収容の対象であるが、その他の精神障害については、ICD に記載された診断カテゴリーに属するものである以上は、障害の種類のみを理由として収容の対象から外れることはないものとされているよう

である。本報告で紹介した事例では、そのうち、依存症の入院が検討されるべき限界事例が紹介されたものとみることができるだろう。

我が国の場合、精神保健福祉法令と4年改正により同法5条1項の法文の表現が改められてはいるが、改正の前後で一貫して、同法の対象は「精神疾患を有する者」であって、「統合失調症や精神作用物質による急性中毒またはその依存症、知的障害」はあくまで誠信疾患の例示列举であるとされる（後掲4・72頁）。とりわけ医療保護入院については、精神障害の診断名ごとに入院対象を限定する議論はなされていないのが現状と思われるから、精神疾患という医学的概念に当たるものであれば非自発的入院の可能性は否定されないものと思われる。とりわけ「依存症」が当該入院の対象に明示的に含まれるように見える点ではドイツの実務と違いがありうるが、その他の点では、入院対象者の精神科診断学的な意味で入院対象をめぐる議論に日独の差異は大きくないということになるだろう。

なお、ドイツの収容制度は必ずしも精神科病院への「入院」だけを規定するものではなく、また精神障害者のみを対象とするものでもないことに留意する必要がある。すなわち、法的世話制度の対象者としてむしろ主として想定されるのは認知症高齢者であるから、同制度の諸々の定義もこれをむしろ念頭に置いている。我が国では認知症が精神科入院制度の対象であるべきかをめぐって大きな議論があるが、ドイツの法的世話制度の議論ということであれば、このことは最初から問題にならないことに注意したい。

3. 裁判所インフラ

我が国の入院制度改革に当たって、非自発的入院への司法関与は大きな論点となりうるところであるが、紹介した事例では、実務におけるその姿の一端を知ることができる。

すなわち、この事例では、公法上の収容で

既に州立精神病院に入院している患者への世話人選任、及び自由剥奪の可否の判断に当たって、裁判官が病院に出向いて、患者及び医師を尋問している。我が国でも医療観察法の運用では裁判所が病院に出向いて手続を行う局面が想定されうるようであるが、それがごく日常的に行われている点が、我が国と比較してのドイツの特徴であろう。この点は昨年度報告書でも指摘していた点であるが、紹介した事例でもこの点が裏付けられたものといえることができる。

我が国で司法関与を導入する場合には、裁判官の人員といった司法インフラを考慮するとき、措置入院や医療保護入院の導入に際してその全例で裁判官が出向いて本人の意見を聴取する、さらには身体拘束等を行う場合にも直ちに裁判官が病院に出向いて許可を出すような体制を構築するのは、直ちには不可能だと言わざるを得ない。他方で、強制的な措置の下におかれることになる患者が、中立な判断者に会って自らの意見を述べる機会が得られることは、強制入院に限らず、権利制約を伴うという意味で不利益な処分を行う際に必要不可欠な事柄だというのが法的な原則であることも否めない。

我が国で実施可能なかたちがどのようなものであるか、どのような体制を構築するかにかかわらず最低限保障されるべきはどのようなことかを、ドイツやその他の諸国の実践例に学ぶことは、今後なお有益な検討課題であるといえよう。

なお、紹介した事例では、3月に法的世話人選任の申立てをし、おそらく2か月程度で判断がなされている。一見すると手続に機動性が欠けるように見えるが、この患者は公法上の収容がすでになされており、さしあたりは医療が確保されている状態にあった。前述の通り、まさに公法上の入院が、民事収容の時間を作るために用いられているようにも見える。

4. 法的世話人

ドイツでは公法上の収容制度はあくまで世話人の選任がなされるまでの応急的な制度として運用されており、実際のところ長期入院は想定されていないものともされる（後掲 5・S. 193 f.）。したがって、ある程度長期の入院治療を要する場合には、法的世話人の選任が不可欠となる。

昨年度報告書で報告したところでは、2023 年から施行された改正民法では、法的世話人はまずは本人の希望する者が就職すべきものとされるが、これが適当でないと木俣は希望が示されないときは、まずは家族や個人的な繋がりがある者、次いで無給の（法文上の表現では「名誉職（ehrenamtlich）」の）世話人、それも得られない場合に初めて職業世話人が選ばれることになっている。

もっとも、文献 3 の紹介する 3 例はいずれも職業世話人が選任された事案である。紹介した事例では、市の保健当局が、同じく市の世話官庁と連携して活動していること、保健当局の申立てにあわせて世話官庁が意見書を用意しているようす、世話官庁が積極的に適切な職業世話人を手配した様子が見える。

以上のことからするならば、少なくとも最近の世話法改正の前は、とりわけ精神科の比自発的入院が問題になるような難しい事例では職業世話人が積極的に用いられてきたものといえようか。改正世話法がこの実務を変更する者であるかは、なお注視する必要がある。

我が国への示唆という観点から見てみると、精神科入院制度を後見制度とリンクさせるべきかは議論のあり得るところであろうが、現在、我が国の成年後見制度でも家族以外の専門職後見人が選任される割合が増加していることに照らせば、ドイツの制度は大きな参考となりうるだろう。また、精神科入院制度と後見制度とのリンクという制度をとるか否かにかかわらず、世話官庁やその他の世

話遮断の関わり方は、我が国で今後発展されるべきアドボカシーの制度のモデルとして、今後なおその実態を明らかにしたいところである。

E.健康危険情報

F.研究発表 なし

1.論文発表

2.学会発表 なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

1.特許取得 なし

2.実用新案登録 なし

3.その他 なし

文献

1) 法務省大臣官房司法法制部：ドイツ家庭事件及び非訟事件の手続きに関する法律（法務資料 469 号）。2023.（本報告執筆時点で、法務省ウェブサイト

https://www.moj.go.jp/housei/tosho-tenji/housei06_00016.html より入手可能）

2) 法務省大臣官房司法法制部：ドイツ民法典第 4 編（親族法）（法務資料 468 号）。

2022.（本報告執筆時点で、法務省ウェブサイト https://www.moj.go.jp/housei/tosho-tenji/housei06_00016.html より入手可能）

3) Kieß P.: *Betreuungs- und Unterbringungsrecht*, 7. Aufl., Nomos, Baden-Baden, 2022.

4) 精神保健福祉研究会監修：五訂 精神保健福祉法詳解（中央法規, 2024）。

5) Engelfried U.: *Unterbringungsrecht in der Praxis*, 3. Aufl., Reguvis, Köln, 2024.

台湾における精神科入院制度の実際-日本の運用との比較と考察

研究分担者：柑本美和（東海大学法学部教授）

研究協力者：和田久美子（医療法人社団金山会桜井病院）

要旨

台湾精神衛生法の運用状況を調査するとともに、2022 年精神衛生法改正の背景を探り、運用の準備状況を把握することを目的に、台湾での視察を行った。

台北を代表する公立病院である台湾松徳病院の病棟を見学するとともに、同院で臨床に携わる医師や法律家との意見交流を行い、台湾における精神科治療や強制入院制度についての知見を得た。台湾の法改正後、同国の強制入院が裁判所判断になったことなどを踏まえ、一般精神科臨床医の立場から、台湾での精神科医療と台湾精神衛生法と、我が国の臨床や精神保健関連の法運用などを比較し、現状と課題について検討を行い、考察を加えた。

A.研究の背景と目的

台湾精神衛生法の運用状況を調査するとともに、2022 年精神衛生法改正の背景を探り、運用の準備状況を把握することを目的に、台湾での視察を行った。精神科医の観点から、台湾を代表する公立精神科病院である松徳病院に関する報告と、現在の日本における精神科医療の課題について考察する。

B.方法

台湾松徳病院を訪問し、2022 年精神衛生法改正前の運用状況と、2022 年改正精神衛生法の準備状況についてインタビュー調査を行い、病棟見学を通じて運用の実際を把握した。

C.結果／進捗

1 はじめに

台湾の精神衛生法（以下、条数のみを示す時は、精神衛生法のそれである）は 1990 年 12 月 7 日に施行された。同法では、重度の精神障害を有し、自傷他害のおそれのある者を入院させるための「強制入院」と、地域で治療を

行うための「強制地域社会治療」という治療形態に加え、患者本人と保護者の同意に基づく「同意入院」を規定している¹⁾。2007 年の法改正を経て、2022 年、障害者権利条約を批准した上での法改正が行われ、2024 年 12 月 14 日に施行された（以下、「2022 年改正法」という）。本改正では、強制入院の決定判断を裁判所に委ねるなどの大幅な改変が行われている。我々は、台湾精神衛生法の運用状況を調査するとともに、2022 年精神衛生法改正の背景を探り、運用の準備状況を把握することを目的に、台湾での視察を行った。精神科医の観点から、台湾を代表する公立精神科病院である松徳病院に関する報告と、現在の日本における精神科医療の課題について考察する。

2. 台北松徳病院視察

松徳病院の正式名称は台北市立聯合病院松徳院区であり、台北市立連合病院 (Taipei city psychiatric center) の一つである。創立は 1969 年で、台湾一の専門病院、教育病院である。病床数は約 500 床で、台湾の司法精神医

学の中心的精神科医が歴代所属している。
なお、多くの医師のサブスペシャリティが司法精神医学である。また、同病院では国立の精神科病院にならび、物質依存の治療にも積極的に取り組んでいる。

1) 病棟内視察

黄名琪院長、邱智強副院長と、元院長である楊添圀医師、陳柏好医師の案内のもと、病棟の見学をさせていただいた（黄医師と陳医師は女性医師であった）。まず、一階の救急外来を見学した。救急外来は正面玄関とは別の場所にある。救急車が横付けできるようになっており、そこから直接病棟に入ることができるようになっている。救急病棟の病床数は16床あり、個室と保護室が含まれる。同院の救急外来の利用者は1日10人程度であるという。この外来で、病棟に収容するか、あるいは集中治療室（ICU）の使用が必要かどうかのトリアージが行われる。暴力的だったり自殺の傾向があったり、意識が混濁している患者は、診察し次第すぐに医師の判断でICUに送られる。緊急の際の管理にかかる患者からの同意などもこの外来で行う。病院では、ここに来て診察等がなされるまで、家族の同伴が求められる。それは、患者本人に自殺等のリスクが存在するためである。

保護室は、前室にトイレが設置されており、保護室内にはマットレスが置かれている（写真参照）。これを用いて拘束も可能である。拘束は最小限にしたいので、拘束を伴わない隔離も行われる。台湾で拘束を行う際は、15分毎の看護師の観察が必要である。看護師が拘束不要と考えた際は、医師を呼び、医師が拘束を解除する。拘束中、医師は2時間に1回診察しなければならない。また、病院全体でガードマン（防護人員）が4人在勤している。看護師の状況により、臨機応変に応援の対応を行う。いうなれば力業部隊である。

救急病棟内の処置室には、ベッドと検査機器、ECTの機材が設置されており、ECTなどの処置はここで行う。ECTは、一般的には麻

酔をかけて行うものだが、同院では麻酔科医は常駐しておらず、精神科医のみで行うという。すなわち、リスクが高い治療を行うことになるため、家族と本人の双方の同意があるときだけ行う。松徳病院で対応が困難な場合は、総合病院に患者を移送し、麻酔科医管理のもと手術室でECTが施行される。2022年改正法が施行される前は、保護人の同意のもとECTが実施可能であったが、2022年改正法では、本人の書面による同意が必要になった。なお、同院でECTを施行することはあまりなく、年間5～10例程度とのことである。ECT適応事例については、週3回、合計15～20回程度施行するとのことであった。

次に、5階の一般病棟を見学した。救急外来での診察で、一般病棟への入院が適当とみなされた患者が収容される病棟であり、一般外来を受診した患者で、入院の必要が生じた場合入院する病棟もここである。ICUを必要しない病状であれば、強制入院もこの病棟で行われる。

この病棟もまた閉鎖病棟である。同意入院の患者についても、この閉鎖病棟で対応可能である。同意入院の場合、治療費は健康保険で賄われるが、強制入院の場合は国費である。入院には食費等だけでも月8,000円かかる。それらの事情から、国は強制入院から同意入院に誘導する政策を行っているという。症状が重症でない、あるいは回復傾向ではあるがリハビリテーション目的の患者が入院することもあるという。ちなみに、松徳病院の入院患者は重症者が多く、一般病院や他の一般的な精神科より病棟のルールが厳しいとのことであった。

病棟のナースステーションには電子カルテの入ったPCが複数台置かれていた。ナースステーションの奥にはカンファレンスルームがあり、ここで患者に関する会議を開いたりするそうである。また、会議室の半分を間仕切って活動スペースにしたり患者を観察したりすることができるようになっていた。一般

病室は4人1部屋である。この基準は健康保険からの要請である（日本における施設基準に当たるものか）。病棟のうち半分は女性用、半分は男性用である。中間は、男女問わず共有スペース等で患者は自由に移動可能である。夜間、男性エリアと女性エリアの間のカーテンを閉める。トイレは共用である。病室ごとに風呂がついている。病棟内の共有スペースにはテレビがあり、レクリエーションもここで行われる。

訪問時、入院患者の多くは地下にある作業療法室に出向いており、ナースステーションでは、作業療法に参加できないと思われる患者が、看護師に見守られながら塗り絵などを行っていた。

2) 精神衛生法改正に関する意見交流

病棟内を見学後、松徳病院の医師たちと意見交流を行なった。松徳病院には台湾北部の審査会があり、楊医師は院長をしながら北部の「中央主幹季刊精神疾病強制鑑定・強制社区治療審査会」（以下、審査会という）の長を務めていた人物である。

以下、同病院でのインタビュー調査結果と、質疑応答の内容を併せて紹介する。

（強制入院の要件）

強制入院（「強制住院」）について説明する。台湾において、患者が重症かつ自傷他害のおそれがある場合、強制入院の適応が検討される。「患者が「重症患者」だった場合、あるいは「自傷他害のおそれ(虞)」がある場合が条件となる。「自傷他害のおそれ」は臨床医の判断で、特段の基準はない。2022年改正前の精神衛生法3条1項4号では、「重症患者」の定義は、①現実から逸脱した（impaired reality testing）②異常な思考及び特異な行動があり（bizarre thinking and queer behavior）、③自身の身の回りのことが処理できず、かつ④認定専門医に「嚴重病人（重症患者）」と診断された者と定義されていた。「現実から逸脱し

た」だけではわかりにくいので、異常な思考及び特異な行動がある（bizarre thinking and queer behavior）という項目が定義に入っていた。

2022改正法では、現実から逸脱した精神状態があり、それにより、自分の身の回りのことが処理できず、かつ、認定専門医に診断された者、という定義に変更された（3条1項4号）。

（強制入院手続き）

強制入院のプロセスについて説明する。患者が重症患者（「嚴重病人」）であり、かつ、「自傷他害のおそれがある」疑いがあるとき、通常、家族あるいは警察、消防が病院に移送する。警察の移送には強制力があるが、消防は移送を担うだけである。救急患者のうち、警察や消防が移送してくる者は4～4.5割で、家族や親類に連れてこられる者も半数近くを占めるという。

次いで、「緊急入院」の段階に入る。2022年改正前の精神衛生法では、精神科医が5日以内に強制鑑定を行っていた。「鑑定」とは、臨床判断を意味する。

そこから文書処理、書類の処理を行う。システム内にすべてのデータを打ち込み、審査会に送っていた。審査会のメンバーは、精神科専門医、看護師、心理師、作業療法士（職能治療士）、ソーシャルワーカー（社会工務司）、患者団体（病人權益促進団体）代表、法律家である。これらのメンバーが緊急入院された患者の面接をオンラインで行う。審査会メンバーは、自院の患者の審査には加わらない。なお、審査会は台湾全土で台北と高雄の二カ所だけであり、台北の審査会は松徳病院で行う。従って、松徳病院の院長が審査会の行政にも携わることになる。「台湾精神医学会」が、審査会の運営に深く関わっている。

2022年改正前の精神衛生法では、審査会が強制入院を許可した場合には、まず60日の強制入院が行われ、さらに入院が必要と考えら

れる場合、全く同じフローで手続きがなされ、許可されればさらに 60 日間の強制入院が可能であり、延長（更新）回数に制限はなかった。但し、延長になるケースは 5 パーセント以下であった。

（重症患者）

臨床家にとって、重症患者（嚴重病人）の概念は重要である。2022 年改正前の精神衛生法では、しかし、これでもわかりにくいという意見があり、2022 年改正法では、「現実から逸脱した精神状態」のみが存置された。重症患者の概念においては、「反社会性」は強調しない。これらの者は刑事施設に回すべきということである。統合失調症や躁状態、functional psychosis、薬物あるいは生理的要因による精神病状態などが含まれる。診断基準による定義はなされておらず、審査会において意見が分かれるのはうつと拒食症で、ケースバイケースで判断していくことになる。

（緊急入院）

緊急入院の内容について説明する。緊急入院の期間は、法改正前は最大 5 日間であり、その間に精神科医が鑑定し、書類の処理、データを打ち込んで、審査会に送っていた。精神科医、ナース、作業療法士、心理士、ソーシャルワーカー、患者権利団体が面談をし、場合によってはオンラインで患者との面談が行われていた。強制入院の期間中に同意入院に移行する事例もあった。以下にみられるように、2022 年改正法では、緊急入院の期間は、7 日間に延長された。

緊急入院の妥当性及び審査については、院内医療倫理委員会（clinical ethics committee）の委員がその都度検討し、定期的に委員会を開催している。また、毎年、県および市の保健局が病院の監督と評価を行っている。さらに、全国精神科病院評価（accreditation of psychiatric hospitals）が 3～4 年ごとに外部委員審査を行っている。司法救済として、精

神衛生法による手段があり、家族または本人が申立てることができる。

（強制入院手続き）

2022 改正法での強制入院のプロセスについて説明する。2022 改正法では、重症患者かつ自傷他害のおそれがあり、入院治療を拒否する者について、7 日間の緊急入院の間に強制鑑定が行われる（改正前は 5 日間）。緊急入院の期間が 5 日から 7 日に延びた理由は、5 日以内に決めるのが関係者にとって大変ストレスであったためである。緊急入院の「強制鑑定」については、入院開始から 3 日以内に終わらせることになっている。審査会制度は維持され、審査会での審査を経て、裁判所に送られる。裁判官、専門医、患者権利団体代表の三者による審議が行われる。裁判所は「参与法院」であり、裁判官（法官）、指定精神科専門医及び病人権利代表（病権代表）からなる合議体で判断される。

その結果、60 日間の強制入院の決定が下される。さらに入院延長が必要な場合は、上記の過程を経て、入院延長の手続きが行われる。延長は 1 回までである。

（強制入院・強制地域社会治療の統計）

2008 年から 2023 年における、強制入院・強制地域社会治療の統計の推移を見ていく。2013 年 3 月、精神衛生法見直し施策の強化が行われ、2014 年には障害者権利条約（CRPD）を国内法化する障害者権利条約国内施行法が制定され、同年施行された。2016 年 3 月 28 日の小燈泡事件^{2) 注1)}発生、2017 年 8 月 15 日の桃園裁判所判決（強制入院が精神衛生法違反であるという判決）などを受け、強制入院の件数は減少傾向にある。

（強制地域社会治療制度）

強制地域社会治療プログラムの内容に、薬物療法、薬物の血液あるいは尿の血中濃度検査、アルコールやその他の依存性物質のスク

リーニング検査に加え、心理療法とリハビリテーション療法が追加された(57条1項)。

重症患者が強制地域社会治療の期間中に台湾当局の所轄官庁の指示に従って定期的な治療を受けなかった場合(治療を拒否した場合)、地方の所轄官庁は、必要に応じて、警察または消防署の援助を要請することができる(57条2項から5項)。対象となる患者が地域社会治療を受けなかった場合には、強制入院に移行する申請が行われる(法59条2項から4項)。強制入院の要件との違いは、「重症患者かつ自傷他害のおそれのある者」ではなく、「(入院)治療を拒否した者」だという点である。

強制地域社会治療では、主に自宅で強制治療が行われる。ごくわずかだが、警察が外来受診に協力した事例がある。治療頻度は週1回から月1回までである。

(強制治療と司法救済に関する統計)

2008年には強制入院654件、延長が15件であったが、2011年の年間1185件をピークに減少し、2022年には481件となった。強制地域社会治療については2008年に1件、2017年に37件に上ったが、2023年には年間35件となっている。不服申し立ての件数については、以下のとおりである；提審法による裁判所への不服申し立ての申請件数は、2017年が38件(同年の強制入院781件、強制地域治療が45件)であったが、2023年には6件(同年の強制入院481、強制地域が35件)、民事的な停止申請(精神衛生法に基づく。家族または本人が申請可能)が2014年に93件で、2022年が58件であった。

(行動制限)

2022年改正前の精神衛生法で、「精神科治療施設では、患者の安全を守るため、患者に告知した上で活動範囲(行動)を制限することがある」とされていた(37条1項)。

しかし、2022年改正法において、「精神科治療施設は、医療上、リハビリテーション上、

安全上の必要性から、患者の同意を得て患者の居住地や移動を制限する場合、関係法令を遵守し、必要最小限の制限のために必要な範囲内で行わなければならない」と規定された(31条)。

(行動制限の告知)

2002年改正法では、隔離、拘束などの行動制限を行う際の患者への告知義務が明文化された(32条1,2項)。緊急時または特別な状況下で告知が不可能な場合には、後日に通知する旨を患者に通知するものとする(告知の延期)(32条4項)。

(患者の人権擁護策)

2022年改正法では、「患者の同意なしに、患者の音声、ビデオ、写真、および患者の名前や住所を報道してはならない」「精神科医療施設は、患者の安全を確保するために必要な限度において、前項の制限を受けないが、患者に通知し、重篤な患者にあっては保護者又は家族に周知しなければならない」(39条)、「入院患者は、プライバシー、自由な通信と面会の権利を享受し、精神医療機関は、患者の病気や医療上の必要性を理由とする場合を除き、それらを制限してはならない」「精神科医療施設が、ケアやトレーニングの必要性のために患者がサービスを提供するように手配する場合、施設は患者に適切なインセンティブを与える必要がある」との規定が追加された(40条)。

(重症患者の退院準備)

重症患者の退院準備について、「入院患者の状態が安定または回復し、入院治療を継続する必要がない場合、精神保健施設は患者の退院手続きを支援し、患者の家族または保護者に通知するものとし、理由なく患者を留め置いてはならない」「精神科医療機関は、患者が退院前に退院準備計画を策定し、適切な支援を提供しなければならない；重症患者の場合

は、地域の保健当局に通知して職員の参加を要請し、保護者に相談する必要がある」「精神科医療機関は、退院前に、精神障害と診断された患者の戸籍地又は居住地(住居)の所轄官庁に症例管理業務を行う旨を届け出るとともに、退院の日から三日以内に、前項の計画の内容を地方の所轄官庁に通知し、地域療養、地域支援並びに紹介又は紹介の役務を行わなければならない」「精神科医療機関は、前項の規定に該当しない患者でサービスが必要な者に対し、本人の同意を得て、前項の規定を適用しなければならない」との退院準備に関する記載が追加された(2022年改正法 33 条)。

(精神保健センターと保健所)

地域の精神保健センターと地域の保健所についての役割と義務は、2022 年改正法 28 条に定められている。

また、さまざまな地域サービスは、以下のように定義されている(2022 年改正法 23 条)。

患者に対する地域支援サービスは、多重的かつ継続的なサービスの原則に従って計画され、処理されるべきである(23 条 1 項)。患者のニーズに応じて、地方自治体は、適切なコミュニティ支援体制を確立するために、機関、法人、または組織に委託、助成、または報酬を与え、終日、日ベース(デイケア)、在宅、コミュニティベース、またはその他のコミュニティサポートサービスを提供するものである(23 条 2 項)、地方自治体は、患者の家族に対して、メンタルヘルス教育、情緒的支援、レスパイトサービス、ホットラインサービス、その他の支援サービスを提供すべきである(23 条 3 項)。他の法律が患者のための地域支援サービスについて同等またはより有利な規定を持っている場合、それらは優先されるものとする(23 条 4 項)。コミュニティ支援サービスの内容と実施方法は、中央所轄官庁によって通知されるものとする(23 条 5 項)。患者ケアサービスを提供する施設の居住者から何らかの形で反対があった場合、地元の所轄官庁

は障害を取り除くのを支援するものとする」と規定されている(25 条)

(検察による受療援助)

2022 年改正法では、精神疾患の疑いのある犯罪者に対する処遇が新たに追加された。「殺人又は傷害事件を担当する検察官は、被告人又は刑事被疑者が 3 条 1 項 1 号に規定する状態にあると疑われるときは、関係法令に従って処理するほか、必要なときに、その者が医療を受けることを支援することができる」とされている(50 条)。

(監護処分)

監護処分が完了した後、患者は、県および市の保健所により、フォローアップカウンセリングを受けることができる。台湾における監護処分は、初回は最長 5 年間執行することができ、その後さらに 3 年間延長することができ、その後、延長が必要かどうかを 1 年ごとに評価される(刑法 87 条)。刑法改正後、一部の裁判官は監護処分の判断に保守的となり、不定期監護処分避けているようにみえる。知的障害者は、障害者施設、精神科治療施設、または自宅で働くことができる。台湾では、trans-institution や回転ドアが発生していることを示す証拠はない。

(監護処分に関する統計)

2001 年は監護処分 176 件のうち、責任無能力(無罪)が 34 件、限定責任能力が 139 件であり、2022 年は 109 年のうち責任無能力が 27 件、減刑監護が 168 件であった。

(薬物依存症者への対応)

台湾精神医学会と台湾依存症医学会は、薬物依存症者の場合、法律で通報義務がない限り、医療機関は医療上の守秘義務を負うべきだと主張している。毒品危害防制條例 10 条では、第一種薬物を施用した者は、6 ヶ月以上 5 年以下の懲役に処する。第二級の薬物を施用

した者は、3 年以下の懲役に処するとされている（第一種、第二種薬物とについては、文献 3 参照）。

また、毒品危害防制条例 21 条は、「同法 10 条の罪を犯した者が、犯罪が発覚する前に、厚生省が指定する医療機関に治療を要請した場合、医療機関は、治療を希望する者を裁判所又は検察庁に送ることを要しない」としている。例えば、アンフェタミン依存症の治療中で、メサドン置換療法が施行されている者については、それが明らかとなれば、送致されることはないとのことである（3 月 13 日、衛生局での説明による）。

3) 質疑応答

<緊急入院の治療内容、審査について>

揚医師によれば、現在、特に規定で緊急入院の治療内容が定められていない。実務では強制入院と同じに扱っている。注射や行動制限なども行われる。台湾の権利団体の一部は米国と同じレベルにしたいと主張するが、それでは強制入院下でも強制的な投薬はできなくなる。ただ、現状はその段階にはない。緊急入院の妥当性審査であるが、臨床面と法律面で見ている。院内では倫理委員会が設けられている。さらに毎年衛生局から病院への評価（監査）が行われる。台湾では、強制入院は衛生局の管轄であり、強制入院が必要と判断された患者は指定の病院に送られる。これは県あるいは市長の同意による。

<患者権利団体について>

患者権利団体とは、李名誉教授によればロビーのような民間の組織であり、政府の草案に対して異議を申立てる人々であるという。当該組織は、衛生福利部（日本でいう厚生労働省）の認可が必要である。

<強制入院の期間や強制地域社会治療について>

強制入院の期間についてはおよそ 45 日程度

であり、回復しそのまま退院する者もいれば、同意入院に移行する者もいる。「強制社区治療」は「強制地域社会治療」だが、これは通院とは限らない。スタッフがアウトリーチする往診であり、非常に費用がかかるため、実務上、強制地域社会治療は非常に少ない。医師が多忙である上、午前中に医療者 1 組で 1 人の患者しか診られなかったりする。台北ならともかく、地方部だと手間も費用も掛かる。1 回の往診で約 1,000 台湾元が国から支出される。スタッフの食費もガソリン代も全部実費である。強制地域社会治療を拒否する患者もあり、拒否されると、医療者がその実費である 1,000 台湾元が受け取れないという仕組みである。

<緊急入院から鑑定、入院について>

緊急入院は 2022 改正後の精神衛生法で最長 7 日となり、その後、強制入院になる。緊急入院の間に鑑定するが、そこから強制入院に移るときは緊急入院の際の結果が用いられて判断が行われる。医師の判断で入院不要という判断もあり得るし、その間に同意入院が可能になることもある。当初、緊急入院の期間については 14 日間という案があり、それは、その期間中に同意入院の同意を得られることもあるという理由だった。しかし、改正前の 5 日間と 14 日間の間をとって、2022 年改正法では 7 日間になった。

<隔離・拘束について>

強制入院の段階で身体拘束や隔離を行うことがある。隔離・拘束の期間については手元に資料がない。拘束等はすべて臨床判断である。隔離拘束は最小限にしようというのがモットーである。ICU で自傷他害のおそれがあるか、医療上必要性がない限り隔離・拘束は行わない。モニターも設置している。院内倫理委員会があり、3 月に 1 回、行動制限の妥当性についての判断が行われる。

<重症患者要件について>

現状では、逸脱行動などがある人たちが判断基準となっている。しかし、うつや摂食障害などではそれが疑わしいところがある。そのため審査会で、一般の想定以上のものかということ判断している。うつや摂食障害は意見が分かれることがある。うつ病でも、精神状態の不安定さや現実検討能力の欠如という部分をみて、重症患者かどうかの判断している。つまり、診断名というよりその人の全体像を見て、スタッフ皆で判断している。

＜鑑定書のボリューム、内容について＞

鑑定書は「病人診断資料」と呼ばれるものであり、病状に関する証拠資料も付けることがある。それらはデジタル化されており、鑑定書等関係書類は全てアップロードする必要がある。今後、患者が地域に戻ればその資料で自分の情報を見ることができるようになる（現場の医師たちによれば、このシステムは使いづらいとのことであった）。

＜病院から見た、強制入院の判断の妥当性について＞

今後、その最終判断は裁判所になるが、揚医師によれば、精神科医たちの見解はさまざまでありうる。審査会には7領域からメンバーが招集される。その多くは臨床家なので、治療者の判断が尊重されてきた。ただ、臨床家は、人権の観点が若干希薄であるのかもしれない。人権団体からはいろいろな意見が寄せられている。台湾の精神科医はプレイヤー兼審判(player and judgment)になりたくないということがあった。今後やってみないとわからないところがあるという。陳医師によれば、初期の頃の強制入院判断は精神科医だけで行われていた。また、当初、強制入院は30例くらいだった。審査会制度が導入され、強制入院は500～600例くらいになり、審査会を通過する割合はかなり高い。あくまで個人的見解だが、精神科医は自己制限が多いと思う。一つデータを話すと、欧米の精神科入院

では、強制入院が4割であるが、台湾ではそれが4パーセントである。台湾の強制入院の手続きがかなり厳しいというのはこのデータからもわかると思うが、一部の人の声からすれば、治療すべき人が治療できないののではないかという声もあった。これから裁判官が判断することで、今後さらに厳しくなるのか、社会的ニーズに適応できるのか、関係者たちが気になっているところである。

D. 考察

松徳病院を見学するとともに、台湾における精神科入院制度について話を伺うことができた。松徳病院は台湾北部地域の精神科医療の中核を担う、歴史ある病院である。同病院は創立当時の建物を使用していて、外観は年季が入っているが、院内は綺麗にリフォームされていた。中央入口を入ると、デイケアや作業療法に参加していると思われる患者さんらが弁当を売っていた。我が国の一昔前の精神科病院という雰囲気、どこか懐かしい感じを覚えた。保護室の作りや病室のアメニティについても、ほどよく使いやすいように見え、我が国の一般的な精神科病院と大きな変わりはない印象を受けた。

1) 治療における同意について

病棟見学時に、ECTが行われる処置室において、ECTを行う際に患者本人から同意が得られるかどうかについての話題になった。法改正後は、ECTなどの治療についても患者本人の書面による同意が必要になるが、果たしてどのように機能するのだろうか。同院の医師たちも、「患者本人からの同意を得ることは難しいかもしれない」と話していた。ちなみに日本の医療観察法では、本人の同意によらない治療については、倫理会議での事前承認あるいは事後審査が行われており、必ずしも本人の同意は必須ではない。一般精神科臨床でも、必ずしも本人の同意を必要としない。また、ECTなどの特殊治療

は、病状が悪化した場合に行われることがほとんどであることから、緊急を要する場合に本人が同意できるか、本人が同意できなくても、家族等の保護者が同意すれば治療が行われるのか、今後の動向を知りたい。

2) 関係諸機関との連携

同法では、警察、消防との連携が明文化されていた。日本のように入院に際し、移送業者を使うような話は聞かれなかった。日本においては、精神科入院に際し、警察、消防との連携が必ずしもうまくいっているとは言えないし、地域格差が大きい。台湾で円滑に連携できているかどうかは不明であるが、法に規定されている点は非常に重要であると思われる。また、あくまでも印象であるが、台湾は家族同士のつながりが強いようで、入院に際しても家族、親族からの多くの協力が得られるように見受けられた。

3) 入院形態について

台湾の強制入院は、日本の「措置入院」に匹敵するものと思われるが、入院期間を限定していること、期間延長（更新）の事例が少ないとのことであった。李名誉教授によれば、強制入院は公費で賄われるものであることから、国は強制入院を減らしたい意向で、強制入院を適用する事例がかなり限られているとのことであった。また、台湾では、強制入院を減らす方向にあるとの説明だったが、台湾の同意入院は、実際には、保護者が手続きを行っており、日本の「医療保護入院」に相当するもののように感じられる。そのため、同意入院は本人の同意によらない入院も含まれている可能性があり、この点に関して国連人権委員会はどのように評価するのだろうか。台湾の精神衛生法には、日本での任意入院に相当する入院形態が存在しないので、日本との比較が難しい。

4) 強制地域社会治療について

台湾では、強制地域社会医療（強制社区治療）という、在宅での強制治療が行われている。これは日本にはない制度であり、医療観察法の通院治療ともまた異なるものである。医師と看護師が患者宅を訪問する、いわゆる往診が原則だが、時間と費用がかかること、患者に治療を拒否されたら国から費用がおりないとのことで、適用される事例は多くないとのことであった。また、入院を拒否した場合に強制地域社会治療になるとのことであったが、たとえば日本でも、措置入院退院後、必要であると判断された場合には、強制的にアウトリーチができる制度があると、退院後の治療継続がより強化されるかもしれない、見習うべき点であると思われる。

5) 審査会等のシステムについて

台湾では、強制入院の書類等が電子化されていたり、審査会による審査がオンラインで行われたりしているという。オンライン面談などの手段は、コロナ禍で発展したものとも考えられるが、迅速な判断のためにも有益であると思われる。日本では入院時の必要書類をはじめ、紙媒体ベースのものがほとんどである。また、多くの審査や診察等についても、わざわざ患者のもとに出向く必要がある。交通手段が発達している地域であればまだしも、地域格差も大きく、判断を迅速かつ円滑に行うためにも、審査等のオンライン化は日本でも導入が望まれる。

6) 裁判所による判断について

今後、強制入院の判断が裁判所で行われることに関して、台湾精神医学会の意向が強く反映されており、それについては、医師が「**player and judgment** になりたくない」という理由であるという。日本では、措置診察では外部の精神保健指定医が診察、判断を行うことが一般的である。また、医療観察法の審判においては、裁判官と医師が合議体を作

って決定を行うが、審判員である医師の意見に重きを置かれる傾向にある。しかし、鑑定医と審判員は別の医師であり、鑑定入院中の治療も別の主治医によって行われており、医療観察法での治療はまたさらに別の医療者が行うことを鑑みると、ある程度の独立性は保たれているように思われる。

ところで、現在、筆者も精神保健審判員として審判業務に携わっている。裁判官や参与員と協働しながら審判を行っているが、医療観察法では参与員に決定権は付与されておらず、裁判官と精神保健審判員で決定を下すことになる。筆者が関わった事例では、裁判官と意見が大きく分かれた経験はないが、決定内容については、精神科医である精神保健審判員の意見が強く反映されてしまうような印象を受けている。また、審判員と裁判官の二人で決めていることになってはいるが、通常、医療観察鑑定の鑑定人が処遇について意見を述べているため、医師2名（鑑定医、審判員）の意見と社会復帰調整官の意見を見て、裁判官が内容を採用しているイメージだろうか（あくまでも個人の印象である）。いっぽう、台湾では、医師だけでなく、他職種の医療者に加え、患者人権擁護団体が評決に携わるといふ。人権擁護団体が関与するというシステムは画期的であり、どのような影響を与えるのだろうか興味深い。また、本来、日本でも、患者の代諾権者（アドボカシー）の制度化が期待されており、2022年の精神保健福祉法改正で政府は、「非自発的入院制度のあり方に関し、精神疾患の特性等を勘案するとともに、障害者権利条約の実施について精神障害者等の意見を聞きつつ、必要な措置を講ずることについて検討するものとする検討規定を設ける」としている（「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律等の一部を改正する法律（令和4年法律第104号）」附則3条1項）。

日本ではアドボカシー制度は未だに「検討段階」であり、どのような形で非自発的入院

になった患者の権利を守っていくのか、不透明なままである。

さらに、日本の医療保護入院における保護者の役割が少なくなっているのは、現在の社会における家族関係や経済的事情を考えると、ある程度はやむを得ない流れであるとも思われる。残念ながら、血縁の家族が必ずしも本人の権利を擁護する代表であるとは言えないのが、われわれ臨床家のイメージでもある。今回の精神保健福祉法改正でDV、虐待の加害者が保護者から除外されることになったが（精神保健福祉法5条2項4号、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行規則1条）、果たして十分に機能するのだろうか。患者家族の役割、義務が一層薄くなっているのが日本の現状である。

いっぽう、日本とは対照的に、台湾では、家族の者同士とのつながりが濃厚であるようで、日本とは温度差があるように感じた。家族の同意に基づく入院のあり方には、その国の社会制度だけでなく、家族のあり方が強く関係していると考えられた。強制的な入院であっても、家族の意向を尊重しつつ、本人の権利を守りながら精神科医療が行われることになるのだろう。

もう一点、台湾と日本との大きな違いは、日本の保健所に相当する地域精神保健サービスの充実ぶりである。2022年改正法ではさらに精神保健サービスの拠点が増え、サービスの内容も増えた。日本では保健所は減らされる一方で、感染症対応をはじめとした精神保健以外の業務も兼ねているため、サービスがますます手薄になっていることは否めない。また、細やかな支援に関しては市町村レベルが行うことにはなっているが、県レベルと市町村レベルの連携が非常に円滑であるとは言えない印象であり、措置入院などの重要な仕事は都道府県レベルに依るところになっているのが実情である。このような現状では、必要な人にサービスが行き渡らないことが懸念されるし、実際現場でもそれを強く実感して

いる。

また、時間の都合により、現地で詳しい説明を聞くことはできなかったが 2022 年改正法 25 条で、「患者ケアサービスを提供する施設の居住者から何らかの形で反対があった場合、地元の所轄官庁は障害を取り除くのを支援するものとする」とされている。台湾でも、精神科関連の施設を新設するにあたり、地域住民からの反対はあるとのこと、これは日本も同様である。もし、国を挙げてその反対に対処し、減らすことができれば、精神科関連施設やサービスがさらに充実したものになるだろう。

7) 終わりに

今回、台湾の精神科医療施設と、改正精神衛生法について知見を得たので、報告した。重症患者かつ自傷他害のおそれのある患者は強制入院の対象であり、2022 年改正法施行後はその入院判断が裁判所で行われることになる。日本ではすでに、医療観察法において裁判所での決定が行われているが、台湾では短期間かつ多くの審査会メンバーによる合議と判断が行われることになる。今後、台湾における強制入院システムが円滑に運用されるか、動向を注視していきたい。

また、台湾では患者権利擁護団体が審査に関わるなど、患者の人権をより重視するシステムに変わってきている。日本でも精神保健福祉法改正で、患者の権利についてさまざまな改訂が行われたが、台湾では患者の権利を代表する第三者が審査等に密接に加わっていることは画期的であると考ええる。しかし、具体的にどのような形で審査や決定がすすめられていくのか、今後、さらに知見を得ていくとともに、日本でもこのようなシステムが導入可能か検討をしていくことで、患者の人権擁護について、より充実したものになると思われる。今後も台湾の精神科医療システムの動きに注目していきたい。

注 1)

小燈泡事件（内湖無差別殺人事件）とは、2016 年、台北市内湖区の地下鉄駅内で、4 歳女兒が無差別殺人者により殺害された事件である。被疑者の王景玉（33）は 2 年前に同居の両親に暴力を振るったため、精神科受診を迫られ 2 日間入院したが、医師が「嚴重病人」でないと診断したため、強制入院にならなかった。また、アンフェタミン使用歴を有していた。「自分は四川皇帝である」などと述べ、奇異な言動がみられたが、精神鑑定は行われず、起訴された。薬物検査は陰性であった。裁判では一審、二審懲役の判決、最高裁では被告と検察官の上告を棄却し、無期懲役が確定した。事件後、専門家からは「病院や政府機関が覚せい剤使用で逮捕歴もあった王容疑者の追跡調査を怠った」と批判の声が出た。この事件を受け、被害女兒の母親が議員となり、司法改革に動くなどし、法改正の動きが進んだ。

E.健康危険情報 なし

F.研究発表

- 1.論文発表 なし
- 2.学会発表 なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

- 1.特許取得 なし
- 2.実用新案登録 なし
- 3.その他 なし

文献

- 1. 富山侑美：精神医療制度に関する法制度の国際比較調査研究，台湾「精神衛生法」の制定と改正．平成 27 年度 厚生労働科学研究費補助金（障害対策総合研究事業）総合研究報告書：2015. p.25-31, 2015.
- 2. 2) <https://wedge.ismedia.jp/articles/-/34441?page=2>(最終閲覧令和 7 年 4 月 25 日)

台湾の強制入院に関する司法手続きの変遷と臨床現場の現状

研究分担者：柑本美和（東海大学法学部教授）

研究協力者：岡村麻梨佳（東日本矯正医療センター）

要旨 台湾では、2022 年に精神衛生法が改正され、強制入院の決定に司法が関与することとなった。強制入院の決定を司法に委ねるという案は 2007 年から存在していたが、精神障害者による重大事件が重なったことによる社会的セーフティネットの推進と、障害者権利条約（CRPD）を始めとする患者の権利擁護という、ある種相反する理念を形にするために議論が繰り広げられ、今回の法改正に至った。実情を把握するため、強制入院の実践現場である台湾大学病院の精神科病棟を訪れ、台湾における精神医療の現状、法改正に至るまでの経緯、精神科治療と強制入院が実際どのように行われているかについてお話を伺い、視察を行った。強く人権を制限する措置入院の決定や継続に関して、司法が関与するべきかという点は今後の日本における強制入院制度の課題となると言え、台湾における法改正に至るまでの経緯や議論、法改正後に精神科医療の実務がどのようになされているかについて知見を得たことは、今後の日本における強制入院を考える上でも重要な示唆を含んでいると考えられた。

A. 研究の背景と目的

強く人権を制限する措置入院の決定や継続に関して、司法が関与するべきかという点は今後の日本における強制入院制度の課題となると考える。その点についての示唆を得るため、台湾で強制入院を行っている病院の一つである台湾大学病院を視察した。

B. 方法

台湾大学病院を訪問し、医師らから 2022 年精神衛生法改正についてインタビュー調査を行うと共に、病棟内見学を行った。

C. 結果／進捗

I 台湾における精神科医療の現状

台湾では、精神障害者等に関する行政法として、1990 年に精神衛生法が制定され、2007 年に大幅な改正がなされ、患者の自由を制限する内容として、緊急入院、強制入院、強制地

域社会治療が定められた。台湾における強制入院の件数は 2010 年以降徐々に減少しており、近年は年間 500～650 件程度を推移している。強制入院と強制地域社会治療の承認率はともに 90%を超えており、強制地域治療の承認率は強制入院の承認率よりも高いことがほとんどである。2023 年には、台湾で強制入院または強制地域社会治療を扱う医療機関は合計 100 になる。改正前の精神衛生法では、緊急入院は認定専門医 2 名によって決定され、その後、強制入院の継続が必要と審査会が判断した場合に強制入院に移行となる。この認定専門医は、6 年ごとに少なくとも 12 時間の強制鑑定、強制入院、強制地域医療に関する教育訓練コースを受けることが義務付けられている。

台湾では北部よりも南部の方が、経済的に貧困であり治安が悪い傾向にあるようである。台湾の精神医療の現状をお話しして下さった

彭啟倫医師によると、従来の強制治療の問題点は医療、警察、保護者の三要因に分けられ、南部では医療の問題として人員不足・環境の不備・調整の困難、警察の問題として人員不足・過度の規律、保護者の問題として不在・関わる意思がない・協力的でないといった点が挙げられ、一方北部では、医療の人員不足や環境は整っており、警察も人員はいるものの、その他の点はやはり課題であるということであった。強制入院の慣行は、法令の変更、地域差、医療・社会福祉資源の有無、慣習・伝統などによって異なるが、2022年に改正された精神衛生法は、患者の人権や患者への告知を強化し、前段階の予防と危機管理を改善することが期待されるのではというご意見であった。

II 精神衛生法改正にあたって

2022年の精神衛生法の改正にあたって、ここでは強制入院を始めとする強制治療について主に述べる。まず、日本での緊急措置入院に相当する緊急入院では、改正前の法律では期間が5日間とされていたところ、改正により7日間となった。また、強制入院に関する大きな変更点として、入院の判断者が審査会から参審制となり、1名の裁判官と2名の参審員（精神科医と患者権利促進団体の代表者）により決定されることとなった。これにより、強制入院の決定に司法が関与することとなった。さらに、改正前の法では強制入院の延長回数が無制限であったことに対し、改正後は1回のみとなった。以上のような変更に至るまでの経過を、台湾大学病院司法精神センターの呉建昌医師よりご教示いただいたため、下記に紹介する。

2007年、強制入院の決定を裁判所の審査に委ねる案と、審査委員会の審査に委ねる案があった。2014年、台湾精神医学会が総会を開き、「患者の権利保護を貫徹し、強制治療に対する客観的な第三者審査の立場を尊重するため、衛生福利部（日本では厚生労働省にあたる）などの関係部門が、現行の行政審査制度

に代わり、精神衛生法の関連強制治療規定について、裁判官による即時または事前の司法審査の留保を提案する」と決議したそうである。同年12月、障害者権利条約施行法が台湾で正式に実施される（以下、CRPD施行法という）。2016年、小燈泡事件（精神障害者が母親の目の前で娘を殺害）の後、政府は社会的セーフティネットを推進し、新版精神衛生法の改正審議に入った。2017年、CRPDの初回審査で、国際審査委員会は、総括所見において、「(a) 精神保健法の内容と適用、具体的には現行の強制収容と治療の体制が障害者の人権を全面的に侵害している。精神保健法は、現在、医療機関施設および地域社会における障害者の恣意的かつ強制的な拘禁を認めている一方、そのような拘束の行政的見直しにアクセスするための手続きには不十分なセーフガードしか提供されていない。(b) ケア、治療または拘束の必要性が疑われる障害者が危険性の認知に基づいて自由を剥奪されている。」と懸念を表明した。また、「(a) 障害に基づいた非自発的拘禁が禁止され、個人の自由なインフォームドコンセントの確保をはじめとする法的扶助への即時的アクセスを含む手続上のセーフガードの仕組みが確保されるよう、精神保健法を含むすべての関連法律および政策を修正する。(b) 障害者権利条約第3条(a)の原則である自ら選択する自由を守り、実際のまたは認知された障害に基づく自由の剥奪を絶対的に禁止する。」ことを国に勧告した。¹⁾「現行の精神衛生法は、精神障害者や身体障害者を病院、施設、地域社会に強制的に収容することを認めており、精神障害者や身体障害者がそのような収容の行政的見直しを要求できるような手続上の保護措置の提供が不十分である」と懸念を表明し、「即時の法的支援や自発的なインフォームド・コンセントの要求など、手続上の保護措置を講じるべきである」と強調した。2018年、今後、強制入院の判断を「裁判所に委ねる」か「審査委員会に委ねる」かが再度議論され、司法院は

再び異論を唱えた(論点1:裁判所による欠席審査、論点2:裁判官は精神科の専門職ではない、論点3:2017年の国際審査委員会のメンバーは、強制入院を裁判所に委ねるべきとは勧告しなかった)。2019~2020年、司法院は、強制入院が裁判所で扱われることには原則として反対であり、もし裁判所で扱われなければならないのであれば、少なくとも行政審査が先に行われることを望む(審査委員会が、裁判所に委ねる前に案件を選別できるようにする)ことを提唱している。2021年、屏東目潰し事件(精神障害者がスーパーマーケットの女性店員の目を襲い、失明寸前まで追い込んだ事件)が発生し、同年10月、司法院は、強制入院が将来的に裁判所で扱われるべきであることに同意した。2022年11月、改正精神衛生法が成立した。

2022年に改正された「精神衛生法」が強制入院を法廷審理に変更した理由は以下の2点である。一つは、大法院の解釈(司法院が採用)であり、台湾大法院解釈第708号および第710号によれば、刑事被告人でない者の個人的自由の制限は、裁判官による保護の対象とすべきである。精神病患者は刑事被告人ではなく、強制入院は個人の自由を制限するものであり、裁判所が手続き上の保障措置を講じるべきである、とするものである。二つ目は、国際人権規約(厚労省採択)であり、台湾は強制入院を廃止するというCPRDの理想を真に達成することはできないが、それでもCPRD第13条「司法手続の利用の機会」の精神に共鳴し、強制入院を決定する過程において、精神障害患者に対してより完全な手続き保障措置を実施するために最善を尽くすべきである、とするものである。

一方、強制社会地域治療に関しては、重症患者の規定が強制入院と同様に変更になったことに加え、司法救済制度として、実施期間に関し重症患者またはその保護者、あるいは患者の権利促進に関連する公益団体は、強制的な地域治療の中止を裁判所に申し立てるこ

とができるようになった。また、治療に従わなかった場合、①警察または消防当局に援助を求めることができる、②緊急入院を作動させ強制入院を請求するかどうかを判断する、という制約も加わることとなった。強制社会地域治療は、2007年の創設以来、①支払いインセンティブがない、②マンパワーが過剰に消費される、③患者が地域社会で非協力的になりやすい、医療者に実質的な強制力がない、警察・消防が協力に否定的である(危機介入チームはまだごく前段階)、などの理由から広く実施することが困難であった。今回の法改正で、強制的な地域治療を実施する際に、医療関係者が警察や消防の協力を求めることができること、それでも精神疾患患者が協力を拒否する場合には、緊急入院を発動し、強制入院を申請するかどうかのアセスメントを行うことができることを明確にするための具体的な改善策が提案されたことは注目に値する。

以上の解説をしてくださった呉医師は、精神衛生法改正に関わった主要メンバーの一人でもある。改正における様々な議論についてもご教示いただいた。

2022年の精神衛生法改正のきっかけは、2016年に発生した精神障害者による重大事件であったが、行政機関の調整が難航したため途中で棚上げとなった。2021年に再度、精神障害者による重大事件が発生したため改正作業が再開し、政府や社会から「社会的事件を解決すること」を期待されているように見えた。実際の法改正に際しては、主に以下の派閥に分かれ議論が繰り広げられたとのことであった。

1. 患者安全派(主に医療スタッフ)

患者の権利・利益を守ることよりも、それらを適切に制限することで患者を守る効果が得られるとする。さらに過激な医療関係者の中には、「強制入院における手続き的正義の実現を主張することは、医療関係者の人権を殺傷することに等しい」と考え、改正案の棚

上げを政府に強く主張する者もいる。

2. 患者権利派（主に患者の権利団体）

政府の改正法案が患者の権利保護に関する多くの条項を保留していることに不満を持ち、予算案のボイコットによって患者の権利と利益を重視するよう政府に迫るため、世論の強力な代表者の支援を求めている。

3. 否定派（特定の政府機関の一部）

マンパワーの制約やメンタルヘルスの専門知識の欠如を理由に、メンタルヘルスケアに関する責任を負うことを拒否する。

III 台湾大学病院における精神科治療と強制入院

台湾大学病院の精神科は、1946年に東京大学医学部の分院として設立された。視察時時点で、17名の医師（一般精神、心身医療、児童青年期）、教授3名、副教授7名の他、心理士、ソーシャルワーカー、作業療法士、看護師、マネージャー（管理士）など様々な職種の職員が勤務していた。入院治療、外来治療、デイサービス、コンサルテーション、精神鑑定を請け負っており、修正型電気けいれん療法（mECT）の他、反復経頭蓋磁気刺激療法（rTMS）や経頭蓋直流電気刺激療法（tDCS）も行っている。これらの治療法は手術室で麻酔科と連携して行うとのことであった。また、台北にある本院の他、竹北医院、新竹医院、竹東医院、斗六医院などの分院があり、竹東医院には監護処分（保安処分）を受けた人が入院している。司法精神医学センターは2022年に設立された。台湾大学病院の強制入院申請率は、台北市の強制入院総件数の約3%、台湾全体の強制入院総件数の0.7~0.9%を占める。また、視察時点では、台湾大学病院は強制地域社会治療を申請したことはなかった。

実際の病棟も見学させていただいた。緊急対応を行う病棟は2つあり、3東病棟と3西病棟に分かれている。名前の通り3階の東側

と西側に分かれており、中央の廊下を挟んでそれぞれの入り口がある。廊下には警備員が複数名おり、閉鎖病棟に入る前には手荷物等の検査が行われる。3東病棟は開放病棟であり、うつ病や身体に関連した疾患の患者が主である。男女比は1:7程度で女性患者が多いとのことであった。3西病棟は閉鎖病棟であり、統合失調症や双極性感情障害が主である。自傷他害の恐れがある患者なども入院しており、強制入院や司法鑑定を行う患者は3西病棟へ入院となる。

強制入院制度に着目した視察であったため、3西病棟を見学した。3西病棟の病床は35床あり、入院費はすべて健康保険となっている。男女比は1:2で入院期間は概ね3~4週間程度とのことであった。病棟自体が日本統治下に建てられた文化財であり、そのころの時代を反映してまっすぐ伸びた廊下の右手側のみ病室が並ぶ。縦長なのでカメラで監視しやすいという利点があるが、文化財のため老朽化が目立っても建て直すことができないのが悩み所とのことである。なお、カメラは録画されておらず、現時点での安全確認を目的として使用されている。病室の反対側は大きな窓が並び、明るい雰囲気であった。窓は常に施錠されており、強化ガラスが使用されているとのことであった。廊下にはウォーターサーバーが置いてあり、基本的には自由に使用可能である。水中毒の傾向がある患者にはコップを渡さないことになっている。病室は基本3人部屋であり、ベッドがカーテンで仕切られている。病室の奥に共用スペースのトイレと浴室があるが、これらは隣の部屋とつながっており、2部屋（計6人）で使うシステムとなっている。そのため、奥でつながっている2部屋の患者は、同性となるよう調整されている。保護室と個室が2、3室あり、壁にクッションマットが置かれている部屋が1部屋ある。長期間使用することは想定されておらず、部屋内にトイレはない。また、レクリエーション室があり、洗濯乾燥機、テレビ、本な

どが揃っている。作業療法などを行う他、カラオケなどのレクリエーションも行う。食事は、レクリエーション室でとることも可能であり、部屋で食べるか患者本人が決めることができる。個別会談室では、治療方針の面談、家族との面会が行われる。卓球部屋もあり、人気を博しているそうである。

医師は主治医チーム制であり、2 チームある。毎日朝にチーム会議を行い、週 1 回全体の会議を行っている。看護師は病棟に 6~7 人勤務しており、夜間や週末は 2~3 人体制となっている。今後、人数を増やす予定とのことであった。

また、病棟では 2 つの鑑定入院を請け負っている。一つは刑事事件の鑑定留置であり責任能力鑑定等を行う。裁判所、検察官両方から依頼があり、ケースバイケースだが概ね入院期間は 7 日間程度である。もう一つは、精神衛生法における鑑定入院である。こちらは、緊急入院に続いて強制入院が必要か判断していくことになる。

D. 考察

I 強制入院に関する司法手続きについて

日本においては、医療を受けさせなければ自傷他害の恐れがある精神障害者に対し措置入院が検討される。措置入院は、精神保健福祉法を根拠とする都道府県知事による行政処分である。措置入院の問題点の一つとして、裁判所等による司法手続きを経ずに、行政手続のみによって強制的に入院が実現できることが挙げられる。重大な他害行為を行った精神障害者が対象となる医療観察法に基づく入院は、地方裁判所の裁判官 1 名と精神保健審判員 1 名の合議体によって審判されるが、措置入院は強制力が強いにも関わらず、実務上、精神保健指定医 2 名による診察にて決定されるものであり、人権侵害の防止措置は不十分と指摘されることもある。精神保健福祉法改正により、2024 年 4 月から、措置入院時にも精神医療審査会において入院の必要性

に係る審査が必要となり、措置入院の決定が適切であったかというチェック機構ができることとなったが、司法の関与がないという点は以前と同様である。

台湾では、2022 年に精神衛生法が改正され、強制入院の決定に司法が関与することとなったが、強制入院の決定を司法に委ねるという案は 2007 年から存在した。精神障害者による重大事件が重なったことによる社会的セーフティネットの推進と、障害者権利条約（CRPD）を始めとする患者の権利擁護という、ある種相反する理念を形にするために議論が繰り広げられ、今回の法改正に至った。法改正に関わった呉医師のお話からすると、主に医療職は（おそらく精神障害者による重大事件を念頭に）適度な強制力が自傷他害を有する患者に対しては必要という立場であり、患者の権利団体は、患者の権利を守るためには権利擁護が不十分である（おそらく強制入院自体が人権を制限する行為であるという立場）と考え、司法関係者は決定権を持つことに及び腰、という三つ巴であった様子である。今後もし、日本でも強制入院（措置入院）における司法の関与が取り上げられたとしたら、同様の議論が生じる可能性はあるであろう。医療観察法という、強制入院の決定における司法の関与という前例があるため、司法関係者の拒否は強くないかもしれないが、もう一つの非自発的入院である医療保護入院との関連もあり、医療職と権利団体の意見のすり合わせには時間がかかると推測される。

また、台湾では強制入院の他に、強制社会地域医療という強制通院（訪問診療）制度がある。入院よりも社会内で医療を行えるという点では理想的であるが、現実的には問題が多いようである。今回の法改正で、医療を実施するために警察や消防へ協力を要請して良いことが明文化されたが、患者が部屋に閉じこもっている場合なら良いが、訪問のタイミングを見計らって逃げることも十分あり得る

と考えられ、マンパワーや金銭面などで医療者側の負担が大きいことに変わりはないだろう。強制入院は、社会から隔離される側面が強く、安定した社会生活を持続するという点からは、入院よりも通院医療の方が望ましい点も多々ある。しかし、病識のない患者に医療を受けさせるということ自体が、ある種の矛盾を孕んでいると言え、強制通院制度を考える上では、理想論ではなく、患者が医療を拒否した場合にはどのような措置とするのか等を具体的に考慮する必要があると考えられる。

なお、台湾には保安処分として監護処分という制度がある。日本での措置入院患者の中には、台湾では監護処分となっていると考えられる者も存在すると考えられ、台湾の強制入院と日本の措置入院を単純に比較することはできない点に注意が必要である。

II 台湾大学精神科病棟について

台湾大学病院精神科閉鎖病棟の全体的な所感として、明るくゆったりとしていることが印象的であった。台湾の強制入院は、自傷他害の恐れがある精神疾患患者に対する強制的な入院という点で、日本における措置入院と同じであると考えられる。措置入院患者の治療にあたっていた臨床家としては、叫んだり暴れたりしている患者がおらず、保護室の使用もトイレを必要としないごく短期間で問題がないというのは、正直なところ意外であった。洗濯乾燥機やウォーターサーバーなどが当たり前前に設置されていることから、視察時に偶然、落ち着いた患者ばかりであったというわけではないと考えられる。窓も強化ガラスで出来ているとのことだが、破壊された強化ガラスの小窓を何度か目撃している身としては、これだけ大きな窓ならここにある家具で破壊できるのではと心配になってしまった。病棟を去りながら窓ガラスを破壊されたことはないのか尋ねたところ、不思議そうな表情で否定されたため、今まで未遂もなか

ったのであろう。ここで、同じ強制入院であっても、日本と台湾で患者の重症度が異なるのか、といった疑問が湧く。台湾の方が日本よりも、精神疾患が軽い、または治りやすいといったことがあるのだろうか。または、入院している患者の層がもともと異なるのか。もう一つ、意外だった点として強制入院患者の男女比があった。男女比は1:2とのことであったが、日本の場合、2016年～2018年とやや古いデータではあるが、男女比は概ね2:1と男性の方が多いとされている²⁾。なお、全体の精神障害者の入院に関しては、令和6年度の障害者白書によると54.5%を女性が占めており、女性の方がやや多いという結果となっている³⁾。これら男女比の差も、病棟における自傷他害行動の有無や重大さと関係しているかもしれない。

では、台湾において、日本の措置入院でよく見かける不穏が著しい患者は存在しないのであろうか。ここで、注目すべき点がいくつかあると考えられる。一つは、刑法における監護処分(保安処分)の存在である。これは、刑法を犯し、責任能力なしとされたが再犯や公共の安全を害する恐れがあると判断された場合に施行される。日本には保安処分は存在せず、精神障害者が医療観察法の対象とならない犯罪を行った場合、その時の病状が重度であれば措置入院とされている可能性が高い。つまり、日本で措置入院となっている患者の一部が、台湾では司法精神病院に入院している可能性がある。次に、台湾における地域差が影響している可能性である。台湾では北部よりも南部の方が、経済的に貧困であり治安が悪い傾向にあるというお話があり、重度の精神障害者は、そもそも北部よりも南部に多く存在する可能性がある。3つ目に、台湾と日本の家族観の違いが挙げられる。別の施設を見学した際だが、退院時等に家族が身元引受人になりたがらないケースはないのかという話が出たことがあった。何人かの人に尋ねたが、いずれも「そういうことはない」という返

答であり、例え両親や子供がいない人であっても、叔父叔母、姪甥など誰かしらが身元を引き受け、揉めることはほとんどないということであった。日本よりも、家のつながりが強く、孤立することが少ないと思われた。臨床上の感覚であるが、日本では女性よりも男性の方が孤立しやすく、キーパーソンが不在（もしくは関わりを拒否）であるために社会復帰調整に難渋することが少なくない印象がある。台湾では、孤立しにくいという点が保護要因となっているのかもしれない。

上記の内、監護処分（保安処分）と地域差に関しては、司法精神病院など別施設への視察が必要となると考えられる。特に、今回、他害行為と精神障害という文脈からすると、司法精神病院や刑務所管轄の病院などについての知見が得られておらず、触法精神障害者に関する概観が不明である。今回の法改正の動向を見守るとともに、これらの知見についてもまとめていくことが有用であると考えられる。

E. 健康危険情報 なし

F. 研究発表

- 1. 論文発表 なし
- 2. 学会発表 なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

- 1. 特許取得 なし
- 2. 実用新案登録 なし
- 3. その他 なし

文献

- 1) 長瀬修：障害者権利条約中華民国（台湾）初回報告総括所見。
<https://www.arsvi.com/2010/20171103irc.htm>, (参照 2025-04-26)

- 2) 稲垣 中, 瀬戸秀文, 他：措置入院となった精神障害者の治療転帰に関する前向きコホート研究：措置入院中の精神障害者の社会機能に関する検討. 厚生労働行政推進調査事業 障害者政策総合研究事業(精神障害分野) 精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究, 2019

- 3) 参考資料 障害者の状況. 令和6年度障害者白書.
<https://www8.cao.go.jp/shougai/whitepaper/r06hakusho/zenbun/index-pdf.html>,
(参照 2025-04-26)

台湾精神衛生法における強制入院制度の変更について

研究分担者：柑本美和（東海大学法学部教授）

研究協力者：富山侑美（沖縄大学経法商学部 准教授）

我が国の精神保健福祉法における医療保護入院は、家族等の同意による強制入院であり、人権擁護の観点から様々な議論を呼んでいる。そこで、我が国の精神保健法と類似点を制定当初にもっていた台湾精神衛生法の 2022 年の改正状況に関する調査を、衛生福利部心理健康司における聞き取り調査及び文献調査により行った。

2022 年改正法におけるもっとも大きな変更は、強制入院の要件は、司法を介して判断するものへと変更したことにある。すなわち、裁判官 1 名、指定専門医師 1 名、患者権利団体の代表者 1 名の合議体で、「嚴重病人」の強制入院の可否について判断することとなった。制定当時は、2 名の精神科医師による判断のみで入院させることが可能であったことからすると、大規模な制度改革であったといえよう。また、患者本人が拒否している場合に、家族の同意による入院が一切認められないような変更となっていることも注目に値する。

このような制度の大幅な変更は、障害者人権条約等の世界の流れの中で重要な意義を有するところ、改正の状況を調査することは、我が国の今後の制度の在り方に対して大きな示唆を与えるものであると考えられる。またその施行・運用は 2024 年 12 月以降に行われるものであるため、継続的な調査も必要であるように思われる。

A. 研究の背景と目的

我が国における精神保健福祉法は、前々回の改正において、医療保護入院における保護者の同意要件が廃止された。しかし、強制入院の要件として家族の同意は残っており、誰が同意することが必要なのか、このような家族等の同意によって患者の人身の自由を制限する強制入院を実施することは妥当なのか、といった問題がある。このような問題は、精神障害者の権利擁護の観点から、極めて重要な問題となっている。

これに対し、台湾においては、2022 年に精神衛生法を改正し、強制入院制度を大幅に変更した。すなわち、強制入院を必要とする患者であるか否かの判断を司法的に行うことになった。そこで、我が国における強制入院制度の改正の参考にするために、台湾における

改正の状況・精神医療の現状について、当該法律の改正に大きく関係した衛生福利部心理健康司での聞き取り調査を行った。

なお、本報告書内で、精神衛生法とは、台湾の精神衛生法を指すこととする。

B. 方法

2024 年 3 月 13 日（水）に、台湾における改正の状況・精神医療の現状について、当該法律の改正に大きく関係した衛生福利部心理健康司での聞き取り調査を行った。

C. 結果／進捗

その結果は、以下のとおりである。

- (1) 精神衛生法制定・改正の背景
精神衛生法は、1990 年に立法されたが、当

初は精神病患者の予防と治療、患者の権利と福祉の保護、台湾の人々の安全を図るということをも目的として制定された。その後、2007年改正では、患者の権利擁護の観点を重視した。このときの改正では、①中央政府と地方政府の権限の分配、②精神障害者の権利と利益の保護強化、③強制入院及び地域精神医療における強制治療の手続きの確立に重きを置いた。

これに対し、2022年改正法では、地域社会復帰支援だけでなく、CRPDの考えを重要視している。すなわち、国民が平等に地域で生活できるように、またグローバル化を踏まえて、グローバルな人権保障をも視野に入れることとなった。具体的な目標は、①精神衛生の促進、②積極的に地域衛生センターや地域リソースを用いること、③通報制度、入院に至る前の段階の措置、緊急措置、④強制入院への裁判所の関与、⑤患者権利の保障の5つである。

以上の経緯に基づいて、強制入院制度は現在、以下のような状況となっている。

(2) 強制入院制度

①判断方法

1990年法では、2名の精神科医が必要と判断すればすぐに強制入院をさせることができていたが、2007改正法では、審査会制度が導入され、審査会の判断を経ないと強制入院は許されないようになった。これに対し、2022年改正法では、司法的判断によって、「嚴重病人」の強制入院の可否が決定される。具体的には、1人の裁判官と1人の指定専門医師と1人の患者権利団体の代表者の合計3人で構成される合議体が判断を行うことになる。患者権利団体は、民間の権利団体、とりわけ精神科患者の権利を徴する民間団体からの推薦をする運用となっている。この合議体は、将来的にはアメリカのメンタルヘルスコートのような役割を担うことが目指されている。

②嚴重病人要件

嚴重病人とは、精神衛生法3条1項4、5款によると、「現実と乖離した精神状態を示し、自己の事務を処理する能力がないと専門医によって診断された患者」を指す。しかし、同法3条1項1款後段によると「反社会的人格異常者」を除く。具体的には、統合失調症、急性躁病、機能性精神病、薬物または器質的因子によって引き起こされた精神病状態などが含まれ、重度のうつ病や摂食障害などの場合は、臨床的なケース判断を基に判断される。もっとも、これらの診断名があるからといって直ちに「嚴重病人」として強制入院の対象となるわけではない。

③その他の改正点

強制入院の際、審査にかかる時間は、2007年改正法では2日だったのに対し、2022年改正法では、3日となった。緊急入院も、2007年法では5日だったのが、2022年改正法では7日に延長されている。しかし、合議体により強制入院の決定がされた場合の入院期間については、短縮された。すなわち、2007年改正法では、1回60日間の強制入院が可能であり、更新回数は無制限だったのに対し、2022年改正法では、1回60日間の強制入院の後、更新は1回60日間に限られる。

このような変更は、患者の権利の強化という点から行われたものである。同じ目的の下、患者または保護人(protector)が、当該強制入院が権利侵害であると考えた場合には、上位の地方機関(local competent authority)に通報することができるようになっている。通報を受けた地方機関は、必ず対応をしなければならず、申立人へのフィードバックも求められる。強制入院の対象となった「嚴重病人」は、裁判所に提審することもできる。

「嚴重病人」の権利保護のために、保護人を一人派遣する。保護人は患者の権利保障のため、治療と緊急対応をサポートする人員である。保護人資質を向上するために、法律に

トレーニングコースを用意し、奨励制度も入っている。

（３）地域メンタルヘルスセンター

以上の強制入院制度の改正に加え、精神障害者の地域への復帰にも力を入れている。これまで、台湾では、地域精神医療の拠点として、地域メンタルヘルスセンターを設置してきた。現在、全国で 48 のセンターがあるが、33 万人当たり 1 つ以上のセンターの設置を目標とし、2025 年までに 71 施設、2030 年までに 100 施設の設置を目指している。

（４）精神科医療における患者の同意について

精神科医療においては、判断能力や同意能力が著しく減退している患者がいる関係上、精神科医療以外の治療行為の際に得られるインフォームド・コンセントと性質が異なっていることから、我が国では家族の同意によって強制入院を可能とする医療保護入院制度が存在する。この点について、台湾では、家族の同意によって強制入院をさせることはできない。このことの根底にあるのは、以下のような思想である。

すなわち、台湾には国家人権委員会があり、精神病患者の権利、一般人民の権利、児童の権利について扱っている。そこでは定期的に権利保障制度の見直しが行なわれる。ここで重要なのは、台湾は児童の権利条約に準じているということである。

従来は、18 歳以下は完全なる親の同意があった上で治療がなされてきた。しかし、一人の人間として患者を考察した時、親という概念が既に時代遅れであるということが言える。もし、親の判断と子の判断との間にギャップが出てきた場合、子どもの意思をオーヴァーライドして親が判断するのは、子どもの権利擁護に反する。このため、民事法的に 15 歳以上で意思表示能力があるときには、両親と違う判断を子がすれば、子の判断を尊重する。

ただし、15 歳未満については明確な法規定がない。

なぜ、15 歳で線を引いたかということは、労働省（「労働部」）が定めた就業可能年齢に準じている。台湾では 15 歳で働けるようになる。それ以下の治療は子どもと両親の双方の同意が必要だとしても、既に働ける年齢である患者は、自身の問題を自身で決定することができるため、治療に対する同意は可能なのである。

以上の考え方があることから、台湾の精神医療においては、15 歳以上の患者の場合には、本人の同意が得られなければ、家族の同意によって入院させることはない。家族は、あくまでも患者の意思決定のサポートに徹するために存在する。今後は、上述の司法判断に基づいて強制入院が行われることになった。

D. 考察

精神科医療は、家族による患者のサポートを中心に成り立ってきた一面もあるが、現在、核家族化など支える家族の人員が少ないこともあり、社会全体で支えていく必要が出てきている。そのような中で、我が国の精神保健福祉法は、保護者制度を廃止したもの、依然、家族によるサポートに頼る医療保護入院制度を存続させている。

これに対し、台湾は、本来、家族の繋がりが強い文化を有している一方で、精神科医療の場面では、家族とは別の主体によって、患者をサポートする体制を整えつつあるように思われる。その代表が、強制入院を全面的に司法判断に委ねる法改正である。この改正は、先に述べた通り、家族の負担を減らし、障害者を社会でサポートしていく体制を構築していくことができるだけでなく、患者自身の権利擁護の観点からも、重要である。1990 年制定法の段階では、医師 2 名によって入院治療が必要であるとの診断をされれば、それだけによって強制入院させることが可能であったことから、人権擁護の観点から、2007 年改正法

において、審査会という第三者組織を介して入院の判断をすることとなったわけだが、このような第三者性をより強めた改正となっている。

しかし、家族によるサポートが依然として必要であることには変わらない。①司法判断の中で、家族がどのような役割をするのかという点にも疑問は残り、②そもそも、入院が必要か否かの判断を、裁判官が判断し得るのかという点にも疑問が残る。さらに、③「嚴重病人」には該当しないために、強制入院の要件を充たさないが、入院治療は患者の生命・健康のために必要であるという患者であって、入院治療を拒否している患者に対し、どのようにサポートをしていくのかという課題も残る。

2022年改正法の施行は、2024年12月であることから、このような課題をいかにしてクリアしていくのか、継続して調査し、我が国の法改正の際の参考にすることが必要である。

E.健康危険情報 なし

F.研究発表

1.論文発表

- 1) 柑本美和, 西岡慎介, 富山侑美, 水留正流: 台湾における犯罪を行った精神障害者の処遇制度. 刑政 135 巻 9 号: 48-59, 2024.

2.学会発表 なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

1.特許取得 なし

2.実用新案登録 なし

3.その他 なし

文献

1. 町野朔: 「保護者」と「保護人」: 台湾・精神保健法の制定を契機として. 上智法学論集 38 巻 3 号: 171-188, 1995.
2. 洪士軒: 台湾における触法精神障害者に対する対応策と関連する法改正の近時の動向. 早稲田大学社会安全政策研究所紀要第 13 号: 35-56, 2020.
3. 洪士軒: 台湾における触法精神障害者に関する刑法等の改正.
<https://www.keiben-oasis.com/15371>
(2024 年 4 月 24 日閲覧)
4. 大橋哲, 中川忠昭, 工藤智蔵: 台湾の矯正事情. 刑政 2024 年 1 月号: 110-117, 2024.
5. 富山侑美: 台湾「精神衛生法」の制定と改正. 平成 27 年度厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合研究事業) 研究報告書「精神医療制度に関する法制度の国際比較調査研究」(研究代表者: 山本輝之): 2016.

台湾国家人権委員会訪問調査報告

研究分担者：柑本美和（東海大学教授）

研究協力者：水留正流（南山大学准教授）

台湾では、国際的な人権条約を独自に国内法化して運用する慣行が確立している。2020年には「国家人権委員会」が設立されて、国内法化された条約の履行状況をモニタリングするとともに、重要な人権課題について独自の調査研究に基づき政策提言を行っている。その一環として、触法心理社会障害者（触法精神障害者）の処遇について、保安処分である監護処分制度に係る2020年の法改正を踏まえて、同委員会は2022年にプロジェクトチームの報告書を公表した。

今回、われわれは、同委員会を訪問して、王幼玲委員及び高涌誠委員に、触法精神障害者処遇を中心として、台湾における精神障害者をめぐる人権と法の現在についてインタビューする機会を得た。本報告はその成果をまとめたものである。

インタビューから得られた情報として特筆すべきことのみ要旨に掲げると、①日本の医療観察法における社会復帰調整官の仕組みは、社会における精神科ケアのリソースを統合する在り方のモデルとして、台湾でも大いに参考にされるべきだと考えられていること、②触法精神障害者の処遇をめぐっては、刑事司法過程の追行を優先するために「治療のゴールデンタイム」を逃すことを防がなければならないが、他方で治療の名目で実質的な未決拘禁が長期化するような施策は警戒すべきものと考えられていること、③障害者権利委員会が要求するところである強制入院全廃の徹底は、触法精神障害者にとっては、刑務所コミュニティにおいて受刑者相互で条約の精神を遵守するような刑罰の執行を意味することになりかねないが、それが現実的とも理想的とも考えられていないこと、④精神障害者を取り巻く現状からすれば強制入院や強制投薬を全てなくすことは現実的ではないが、それでも医療以外の資源も利用して、全人的なケアの観点から精神障害者の地域処遇が構想されるのが理想と考えられていること、が挙げられよう。

A. 研究の背景と目的

台湾国家人権委員会は、後述するように触法心理社会障害者（触法精神障害者）の処遇制度の研究のため、2022年11月に日本を訪問した。その際、本研究の研究分担者である柑本美和教授、藤井千代部長ほか、わが国の研究者とも交流を持つ機会があり、また、本研究の研究協力者である洪士軒弁護士がこの訪問調査の企画に協力されていた（後掲1.）。

そこで、今回の訪台調査では、その際に話

題になっていた台湾の保安処分制度に関して、その現況と展望について情報を得つつ、障害者権利条約の台湾における動向、ひいては精神障害者の人権擁護全般に深い造詣を有する同委員会の委員を通じて、国際人権法の観点も踏まえて台湾の精神医療と法の状況を深く知ることを意図するものであった。

なお、本報告中、中華民国憲法の条文の翻訳は、台北駐日経済文化代表処（大使館に相当する。）のウェブサイト（<https://www.roc->

taiwan.org/jp_ja/index.html)に掲載されているものに依拠している。また、中国語の原語は、【○○】の形で繁体字で表記する。

B.方法

2024年3月13日、台北の都心部に所在する監察院庁舎内の国家人権委員会を訪問し、同委員会の王幼玲委員及び高涌誠委員（両委員は監察委員を兼任している。後述 C.1.(2)参照）をはじめとする国家人権委員会スタッフにインタビューを行った。また、これに先立ち、監察院庁舎ガイドの案内で監察院についての説明を受けた。本報告は、特に記載がない限り、これらのインタビュー及び案内を再構成したものである。

C.結果／進捗

1. 国家人権委員会の組織について

(1) 監察院と国家人権委員会

中華民国憲法は五権の分立を定めている。すなわち、立法権、行政権、司法権に加えて、考試権と監察権が並立している。監察院は、「国家最高監察機関」として、弾劾、糾弾【糾舉】及び会計監査【審計】権を行使することとされている（中華民国憲法増修条文7条1項）。監察院には監察委員がおかれている（同 91条）。最初の監察委員は1936年に選任されたとのことである。案内によれば、憲法制定当初は英国貴族院がイメージされており、200余名の監察委員が大陸の各地域から選挙されることとされていたが（同 91条参照）、歴史の中でそのシステムも変遷し、現在では29名の監察委員を総統が指名し、立法院が同意することで任命される。任期は6年である（中華民国憲法増修条文7条2項）。監察委員の選任資格は35歳以上であることに加え、専門分野のスペシャリストとして名声を博する人物であることが求められる（監察院組織法3条の1第1項）。

監察院は諸国のオンブズマン組織と同様の任務を負うがそれに留まらず、行政機関の監

督や公務員の不正のチェックの任務を負う。具体的には、監察院は、調査権（中華民国憲法96条）、弾劾案提出権（中華民国増修条文7条3項）及び糾弾案提出権（中華民国憲法97条2項）を有している。案内によれば、弾劾とは懲戒権者に懲戒を提示することをいい、糾弾【糾舉】とはそれ以外の形で公務員または行政組織のミスを指摘することをいうとのことである（なお後掲5参照）。

精神医療関係についていえば、台湾南東部所在の国立の玉里病院の院長について、精神障害者に対するコロナウイルス感染予防の措置が人権擁護の観点から見て瑕疵があったとして、監察院が糾弾案を提出した事例がある（112年糾字第1號。監察院ウェブサイトから確認可能である）。

監察院が一般的な意見を出してもそこには拘束力はない。弾劾によって懲戒権を発動させる権限はあるが、判決が不当だということとは裁判官に対する弾劾の理由にならない。弾劾理由になるのは、例えば公務員が性犯罪を犯したというような場合である。

(2) 国家人権委員会について

同委員会ウェブサイトの紹介などによれば、同委員会は2020年に正式発足したばかりの新しい組織である。設立の趣旨は、国連総会が1993年に決議した「国内人権機関の地位に関する原則」（パリ原則）に準じて、国内に独立した人権擁護機関を設置することにあったとされる。

訪問当時、台湾の政権は「人権立国」を政府の方針としてきた。このため、台湾はその国際法的地位にかかわらず、多国間の国際人権諸条約を独自に国内法化して実行している（後掲4）。国家人権委員会はそのモニタリング作業の中核を担っている。障害者権利条約【身心障礙者權利公約】に関しても、台湾は2014年に「障害者権利条約施行法【身心障礙者權利公約施行法】」を成立させ、条約をそのまま国内法化した。同条約が障害者権利委員

会を通じて行う締約国への条約履行状況調査に準じた形で台湾も独自の政府報告とモニタリングのシステムを構築し、2017年に第1回政府報告の国際審査を実施した。そして、国家人権委員会設立後の2020～2021年には第2回政府報告を独立した立場から評価し、評価資料を国際審査チームに交付し、それをも踏まえて、2022年に第2回の国際審査が行われている（この様子について、後掲5）。今回インタビューを行った両委員とも、この作業に深く関与した委員である。

国家人権委員会は監察院に設置されている（監察院組織法3条2項）。同委員会には委員10人が置かれ、委員長【主任委員】は監察院長が兼任する。そのほかの委員のうち7人は、「人権問題と人権保護に関する専門的な研究や貢献を有し、高い評価を得ている者、または人権の促進と保護に関連する市民社会における実務経験を有し、高い評価を得ている者」（監察院組織法3条の1第1項7号【7款】）の資格で選任された監察委員が兼任し、監察院長たる同委員会委員長とともに、これを同委員会の「当然委員」と呼ぶ（監察院国家人権委員会組織法3条1項）。残りの2人の委員は監察院長が監察委員の中から選任するが、この2人については任期1年で再任がない（同2項及び3項）。

国家人権委員会の事務局には38名のスタッフがいる。「執行秘書」及び「副執行秘書」を置き、その下に3つのチームが構成される。すなわち、「研究企画組」、「訪問調査【訪査作業】組」及び「教育交流組」である（同7条及び8条）。

国家人権委員会の職掌事項の大きなものとして、人権に関する提言を行ったり、人権擁護にあたるという任務がある（同2条2号参照）。特に重要な人権テーマについて専門報告レポートを提出し、政府に提言を行うこともある（同3号参照）。

なお、国家人権委員会は、たとえば、新しい精神衛生法で司法審査に関わる患者権利団体

代表【病人權益促進團體代表】の選任に関わることはない。

2. 保安処分としての監護処分制度改正に関して

（1）監護処分と暫時安置の法制度

台湾刑法は二元主義を採っており、保安処分制度を採用している。このうち、責任無能力または限定責任能力（刑法19条）とされたものに対して行われるのが「監護処分」である（同87条）。なお、わが国の医療観察法と異なり、台湾の監護処分では罪種の限定はなく、軽微事案でも監護処分がなされる可能性があることに留意する必要がある。

この監護処分に関する法改正が2020年になされた。主たる改正内容は、①捜査【偵査】中及び審判中の被疑者・被告人を対象とする「暫時安置【暫行安置】」制度が新設されたこと（刑事訴訟法121条の1以下）、及び②監護処分の処遇内容が改められたことである。

新設された暫時安置は裁判官【法官】の判断【裁定】によって行われるが、初回には6月の暫時安置が認められる（同121条の1第1項）。以後、6月ごとに、最長5年まで更新が可能である（同3項）。

監護処分については、改正前のほうでは上限期間が5年と法定されていた。改正法により、この上限期間の定めが撤廃された。新法によれば、初回の監護処分言渡しは5年を上限とするが、その後も裁判所【法院】による監護処分の更新が可能となった。初回の更新は3年以下の期限を定めて、その後は1年以下の期限を定めて更新が可能となり、更新の回数に制限はないこととなった（刑法87条3項）。

（2）国家人権委員会の専門プロジェクトチーム報告書

i）国家人権委員会による研究の背景

このような法状況に直面して、国家人権委員会は2022年1月25日に、「触法心理社会

障害者処遇制度事業【心理社会障害者触法者処遇制度專案】と題する専門プロジェクトチームを立ち上げた。そのタスクは、監護処分・暫時安置の新しい制度が国際人権諸条約に適合的かを審査し、条約に抵触が見られれば法改正の提言をすることにあつた。

プロジェクトチームの立ち上げに際して特に意識したのは暫時安置の制度である。当時、これに対する裁判官の認識はまちまちだった。暫時安置など不要だという裁判官もいれば、勾留の代用としてしまう裁判官もいた。台湾刑事訴訟法では、捜査段階の勾留は最長でも4月に制約される。暫時安置をすることで、この制約をかいくぐった形で捜査機関に5年間の猶予を与えてしまう。それが大きな人権侵害につながるのではないか、という懸念が背景にあつた。

暫時安置について特に研究の必要を主張したのは王幼玲委員だった。

「心理社会障害者」に対する社会の理解は必ずしも十分ではない。今回の法改正の以前から、ともすれば、社会から隔離してしまえばいいという誤解が、司法関係者にも存するのでないかという懸念がもたれてきた。他方では、法制度の問題や法執行にあたる人々の知識不足の問題から、触法心理障害者はいわば「治療のゴールデンタイム」を逃しがちであるという問題も認識されていた。日本と同じく、台湾精神衛生法でも、制度上は刑事司法過程に入ったものにも強制入院等を行うことができるはずなのに、実際にはそうした対象者がもっぱら刑事司法過程に入ってしまう。そして、ケアのスキルもないままに勾留という手段での隔離が図られてしまうのが、従前からの課題であった。そして、心理社会障害者への社会の誤解から、このような在り方がそのままにされがちという傾向もある。その意味では、こうした人々に早期に治療を提供できる仕組みを作ることは望まれていた。触法心理社会障害者に対する勾留が4月間なされ、その後、刑事裁判所の判決によって監護

処分が行われることになるにしても、それでは「治療のゴールデンタイム」には間に合わないからである。

もっとも、法改正により生まれた暫時安置の制度は、いわば勾留の代替案となつてしまった。そのことには大きな問題があつた。最長5年間というのは長すぎる。一般の精神医療においては、新しい精神衛生法の手続きでは強制入院は原則3月で、入院の延長は1回しか認められないのと比べるとあまりに大きな差がある。

委員らとしては、当初は被疑者・被告人にも治療を提供できるという制度に希望があつたのだが、できあがつた暫時安置制度を踏まえば、むしろ矯正医療の水準を上げることで、未決の勾留環境における精神科医療の水準を高めた方が良い解決ではないかとも考えられる。

また、刑法の監護処分についても課題がある。監護処分では、日本の医療観察法と異なり軽微な犯罪行為者も制度の対象となりうるが、知的障害や発達障害の背景を持つ人がありふれた窃盗でこの制度の対象となるのではないか。しかし、そうした監護処分対象者が必ずしも治療の対象であるとは限らない。とはいえ、そうした人々が刑務所に入るのも処遇の観点から適当ではない。こうした人々が適切な処遇を受ける場があるべきだとも考えた。

この事業は、文献、裁判書及びメディアによる報道の収集と分析によって行われた。さらに、前述のように、2022年11月に日本への訪問調査を行った（前述A.）。さらに2023年6月から8月にかけて4回のセミナー【專題座談】を実施し、各領域の専門家を招いて議論を行った。専門雑誌に意見を提出し、市民の理解を得ることに務めた。

この検討結果を踏まえて、2024年2月27日付で専門プロジェクトチーム報告書「触法心理社会障害者処遇制度事業報告【心理社会障害者触法者処遇制度專案報告】」がとりまとめられた（後述2）。

また、ウェブサイト「病人還是犯人」（「患者なのか犯人なのか」。触法心理社会障害者をめぐる李茂生・台湾大学名誉教授の問いかけの言葉に端を発しているという。<https://event.cw.com.tw/2023nhrc/>（本報告書執筆現在で閲覧可能））を立ち上げて、この研究成果を発表し、社会の理解を図っている。このタイトルが付けられたのは、犯罪行為者を医療の対象とするか刑事司法の対象とするかという部分が、台湾は日本以上にはっきりしないことを背景としている。

ii) 国家人権委員会による研究の成果

ア 報告で掲げられた課題

この報告で、同委員会は、「心理社会障害者」（精神障害者）が触法行為をなした後の処遇について、現下の問題として以下の事項を掲げた。

- ① 法執行の第一線にあたる人々は、その被疑者が即時に「心理社会障害者」だと認識できないために適切な処遇に進むことができない。
- ② 人権団体の調査資料によれば、予算の問題から、捜査段階で精神鑑定を行うケースが少なかった。この結果、急性期患者にとってベスト・タイミングで治療がなされていない。
- ③ 新法では未決者の治療ニーズに対応するものとして暫時安置が設けられたはずであるのに、暫時安置は勾留の代替物になってしまっている。しかも、暫時安置期間は刑期に算入されない。現実には勾留から暫時安置に切り替えられるケースが多く、その結果として捜査段階の身柄拘束期間が非常に長期化している。これは人身の自由を大きく制約するものである。
- ④ 同委員会の調査によれば、暫時安置の期間も監護処分の期限も長期化する傾向にある。有罪判決を受けていれば受刑

していたであろう期間よりも身柄拘束の期間が極めて長いものになりうる。

- ⑤ 監護処分に関していえば、法改正によって更新が無期限になった。この結果、既に監護処分対象者の一部についていえば、対象者にとって不利益な法改正が事後的になされたのではないかという意見もある。
- ⑥ これらの処分では治療のためのリソースが少ないことも大きな問題だ。同委員会にとっては、裁判官が監護処分や暫時安置を命じた際に適切な治療が行われているか、そのための治療リソースがあるかが懸案事項である。たとえば刑法 87 条 2 項は、規定の上では、監護処分と刑とが併科される場合において、刑罰の先執行を原則としつつも、処分の先執行も可能とされている。しかし、処分を先執行した場合、刑務所では医療のリソースが得られない。そのため、現実的には刑罰を先執行するのが実務である。
- ⑦ 暫時安置については、その執行場所は病院（刑事訴訟法 121 条の 1 第 1 項の表現では【司法精神醫院、醫院、精神醫療機構或其他適當處所】）とされるものの、肝心の受入れ先がないという困難が存する。
- ⑧ 監護処分に関しては、法律上、執行終了の 3 ヶ月前に地域との連携会議を開催すべきこととされるが、その参加者は公的部門からのみである（保安処分執行法 46 条の 3 第 1 項には、当該地域の保健、警察、社会福祉、教育、労働の各当局が掲げられている）。地域に入るかどうかの会議なのに、地域代表がそこに加わっていない。

イ 報告の結論

以上の課題を検討した結果、同委員会は以下のような結論に達した。

台湾の問題は、各リソースを統合してくれ

る存在がないことにある。このことから、日本の医療観察法における社会復帰調整官と類似の制度を設けるのが望ましい。今回インタビューに応じてくださった委員らとしては、今回の報告書の中でも、この提案が最も意義深いと考えている。

暫時安置も監護処分も社会復帰が最終的な目標である。社会復帰調整官は社会で対象者と伴走してくれる存在と認識している。台湾では、監護処分終了の3月前によく審査会議が行われる。しかもその会議は行政の参加者だけで、病院からも地域からも人が来ない。そもそも3月では調整期間が足りない。そもそも触法心理社会障害者は、障害を有するという困難に加えて犯罪者であるという根幹を抱えている。それは、居住環境、経済面・雇用面の安定を害する方向に作用することになる。監護処分がもつばら施設内処遇である以上、その処遇目標にどうしても逃走防止が加わらざるを得ないが、彼らに必要なのは社会内でのリハビリのはずである。そうであるのに、こうした対象者の特性にかかわらず、現在の法制度では一般精神科医療の対象者よりも彼らの社会内でのサポートは難しく、このために彼らの社会復帰が困難になっていると考えている。

法執行にあたる人への研修が不足している。裁判官や裁判員【國民法官】や弁護士にさらなる研修が必要だ。これにより、法執行者たちの触法心理社会障害者への認識を深める必要がある。

捜査段階での精神鑑定の実施率が低いという問題については、法を改正し、早い段階から鑑定なり医療なりが入ることが望ましい。そのためにも司法鑑定の実施率を高める必要がある。その予算措置が求められるところである。

暫時安置は無期延長が可能な制度として設定された。このことからすれば、暫時安置は治療の緊急性を前提とする制度ではないということになる。しかも、暫時安置は勾留と異

なり、刑期に算入されない。同委員会としても、人権擁護の観点から、検察官又は裁判官がこうした対象者を矯正医療のプロセスへと移行させるよう促し、対象者が医療のサポートを受けることができるようにしていきたい。

監護処分による長期の身柄拘束に関しては、同委員会としては、台湾精神衛生法に新たに導入される参審員の制度を導入しようとしている。裁判官、医者、権利団体の厳正な審査を経て、監護処分の処遇やその後の内容について、しっかりと判断していく必要がある。

監護処分については、現実の運用において処遇の多様性がないという問題がある。保安処分執行法46条によれば、病院以外に多様な処遇制度が存在しているのに、実現できていない。その阻害要因をきちんと観察し、対応策を考えていきたいところである。

矯正医療【監所医療】の品質は上げなければならない。そうすることで、刑務所内でも、より質の高い医療サポートを行うことができる。例えば司法精神医療と同じく、刑務所内で診察を受けられるようになり、そこにも他の治療スタッフを入れられるようにしたい。

最後に、触法心理社会障害者（触法精神障害者）についての社会の誤解を解く必要がある。一般の人からすると、彼らには、重大な事件・重大な犯人というラベリングがなされている。いろいろな機関と提携することで、この誤解を解いていくための作業をする必要がある。

3. 自由な意見交換

(1) 精神医療に関する諸問題

今回の調査にあたって、台湾精神衛生法にかかる事項についてもいくつかの事前質問を行っていた。これを機縁に、一般精神医療の法制度についても若干の意見交換を行った。以下はその中で出た委員らの意見である。

強制入院の問題は困難だが、国家人権委員会としては、障害者権利条約を踏まえて心理社会障害者の権利を基点として提言していきたいと考えている。条約の基礎にあるのは、社会全体が、「我々の地域に精神障害者がいる」という事実を認める点にある。このような認識が広く浸透していくよう、同委員会としても根深く調整を行い、地域の雰囲気醸成していく必要があると考えている。とはいえ、心理社会障害者に触法行為のおそれがある場合があることも否定できない。そうである以上は、これに対応することも必要だ。それが精神衛生法でいえば強制入院ということになる。

強制入院の対象者としてさしあたりイメージするのは、障害のために意思表示ができない患者、自立した生活ができず自傷他害リスクがある患者である。身体を清潔にできない人、ごはんを食べられない人、あるいは尿失禁する人が典型的なイメージといえようか。

もう少し複雑なパターンとしては次のようなものがあり得よう。たとえば、被害妄想がある人で、普段は問題がないのに、「私の脳波がハイジャックされている」と感じる人への対応にはいろいろな抵抗が出る。普段は問題がないがたまに自傷他害行為が出るというパターンが一番対処しづらいと思う。幻覚・幻聴などが来たときに自傷他害行為に至るが、そのときには間に合わなくなってしまうという困難を抱える。

台湾精神衛生法 2022 年改正で評価できるのは、強制入院を司法が担うという部分であろう。

台湾の入院処遇の実質についていえば、台湾は管理制度が非常に厳格であって、刑務所とほぼ同じ待遇だということが指摘できる。起床時間も決められ、カップ麺を食べたいといっても週 3 回の指定された日しかだめと決められ、スマートホンも通信も禁止される。こうした点には早急な改革が必要だと考えている。

(2) 障害者権利条約との関係

障害者権利委員会は、強制入院の例外のない全廃を求めている。台湾の新しい精神衛生法では強制入院の司法審査が採り入れられることになり、この点は条約との関係では全身であるが、ほど遠い。とはいえ、今すぐに強制入院を全廃するのは現実的ではない。

仮に強制入院を廃止するとすれば関連施策が必要になる。病院でもなければ自由拘束でもなく、彼らを受け入れる場所が提供できなければならない。このとき、障害のために生活面や情緒面で安定していない人々に何ができるだろうか、考えなければならない。

障害者権利委員会の一般的ガイドラインはチャレンジングだ。これを素直に読めば、責任能力制度やそれを基礎とした監護処分制度は廃止されるべきことになる。こうした人々も一般人とみなして刑事処分を行うべきことになる。つまり、彼らを刑事施設に収容すべきことになる。しかし、今現在の状況の下で、他の受刑者が障害者権利条約を理解した上で、コミュニティとして触法障害者を受け入れることは可能だろうか。そもそも刑事施設は高圧的で制限された環境であって、その受刑者たちに障害を持った人々を受け入れよというのは困難な課題となろう。

今回のプロジェクトチーム報告は、あくまで最低限の要求を記載している。端的に言えば、矯正医療を整備してほしいということろまでである。現状を踏まえれば、刑務所内のコミュニティ全体で障害者を受け入れる環境を作れとはとてもいえないと考えている。

また、障害者権利条約はインフォームド・コンセントを重視するが、現実問題として、同委員会としてはその完全な履行は困難と考えている。この分野に関しては、同委員会としても行政との密なコミュニケーションにより、より障害者の権利を擁護できる方向へと協力し合っていくことが望ましい。

投薬が明らかに必要なのにこれを拒否する患者は難しい。もっとも、同委員会が、「精神

病者」でなく「心理社会障害者」という言葉を用いつづけているのには意味があると思う。というのも、彼らと向き合うのに医療だけが意味を持つわけではないからである。たとえば、アメリカではソテリアホームの試みもある。台湾でも、玉里病院では特に研修を受けたスタッフで、医療以外の形でアプローチする実験的な試みを行っている。

これら、医療以外の形でのアプローチには大量のリソースが必要になる。それでもこのやり方を模索したいと考えている。

障害者権利条約が投薬治療にやや否定的な立場をとることに批判的な意見があることは承知している。抗精神病薬が幻覚妄想状態を減らすのに有効であることも理解している。しかし、人は処方薬だけで健康になるのではない。そこでは外部関係、人間関係の要因が必要になる。そこには薬物療法だけでなく、精神療法や作業療法が必要であり、それを支える環境が必要である。こうした面で患者を支持できれば改善につながる。薬物療法が治療のすべてではない。理想は、障害を抱える人でも、最小限の服薬で、一般の人と同じように、症状に影響されずに生活できることである。

そのためには地域の支持が不可欠だ。今回の精神衛生法改正では、NGO から地域にリソースを落とし込むべきことが求められている。これと齟齬があるかもしれない部分で、精神科医たちは、医療が治療しなければならないともいう。両者は相互に依存し合う関係だと捉えている。

(3) 国家人権委員会の機構について

国家人権委員会は、法律上、人権侵害の申立を受ける手続きを有している。とはいえ、調査能力には限界もあり、今のところ事案の経験がない。

なお、国家人権委員会委員は監察委員を兼任していることから、監察委員として触法心理社会障害者の問題に対応することもある。

その中で、障害者へのあるべき対応を経験することもある。

たとえば、刑務所で虐待を受けたXについて監察院が通報を受けたことがある。しかしその時点でXは出所していた。Xには家族もおらずホームレスになっていた。その後、情緒不安定に起因する行動のために、犯罪には至らないながら通報があり、これによってXを見つけることができた。情報を受けてスタッフが病院に赴いたところ、そこにたまたまXの主治医がいた。医師はXに、同意入院の方が良いと説得した。Xは自分に問題があるという認識を持つに至り、入院に同意した。

D. 考察

以上の意見交換はとても刺激的なものだった。両委員が、現実を見据えつつも決してそこに留まることなく、障害者権利条約も踏まえたあるべき未来の姿をまっすぐに捉えて、現実をそこに誘導していこうとする強い意思を示されたことに感銘した。わが国の議論もこのようにあらねばならない。精神障害を抱えたとしてもどのような人生が最も望ましいのかという理想を見据えて、現実の困難を直視しつつもそこに安住することなく、粘り強くこの理想にむかって進んでいくことが、この問題に携わるすべての人に求められていることと感じられた。

制度の問題としては、監察院や国家人権委員会のようなシステムは興味深い。権利侵害への救済システムとしては既に裁判所が存在しているのだから、こうした組織はいうなれば「屋上屋を架す」形になる部分があるのは否めない。それでも、政府から独立しつつ、その動向を理解した形で人権問題を扱える組織を有することには一定の意味があるように思われた。我が国でもこのような組織を整備することが、たとえば国際人権諸条約の履行状況調査などの際に有利な評価を得る方向に働く可能性があるのではないかと感じられた。

E.健康危険情報 なし

F.研究発表

1.論文発表

- 1) 柑本美和, 西岡慎介, 富山侑美, 水留正流: 台湾における犯罪を行った精神障害者の処遇制度. 刑政 135 巻 9 号: 48-59, 2024.

2.学会発表 なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

1.特許取得 なし

2.実用新案登録 なし

3.その他 なし

文献

1. 國家人權委員會: 國家人權委員會「赴日本專案訪察精神障礙觸法者多元處遇法制及實務計畫」出國報告. 2023 (本報告執筆時点で、以下のウェブサイトから入手可能。
https://nhrc.cy.gov.tw/News_Content.aspx?n=7459&s=6830)

2. 國家人權委員會: 心理社會障礙觸法者處遇制度專案報告. 2024 (本報告執筆時点で、以下のウェブサイトから入手可能。
https://nhrc.cy.gov.tw/News_Content.aspx?n=7459&s=6830)
3. 長瀬修: 障害者権利条約の報告と審査—台湾 (中華民国) 政府審査とその経験. 立命館生存学研究, 2 号, 2019, pp. 127-156.
4. 蔡秀卿: 台湾における国際人権条約の国内法化. 政策科学 (立命館大学), 25 号, pp.241-249.
5. 5) 山岡規雄: 付・台湾の憲法事情. 国立国会図書館調査及び立法考査局: 諸外国の憲法事情 3 (調査資料 2003-2), 2003, pp.163-192.

2022 年精神衛生法改正と司法院

研究分担者：柑本美和（東海大学法学部教授）

研究協力者：松木 崇（横浜仲通り法律事務所 弁護士）

台湾の精神衛生法改正に参画した裁判官・学者・医師らと懇談した。法施行の準備が進められている最中に、立法段階から関わってきた実務家の「生の声」を聞く貴重な機会であった。今後も両国の交流を深め、司法精神分野の発展に寄与することが期待される。

A. 研究の背景と目的

台湾では、2022 年の精神衛生法改正により、精神科病院への強制入院が裁判所の判断に委ねられることとなった。このことに対する司法院の意見を伺うために、本インタビュー調査を実施した。

B. 方法

2024 年 3 月 11 日、台湾の司法院少年及家事庁に懇談昼食会の席を設けていただいた。

C. 結果／進捗

1 台湾の司法院は、日本の裁判所に相当する国家機関である（司法院 HP [司法院全球資訊網-關於司法院-司法院簡介-司法院簡介\(judicial.gov.tw\)](#)参照。なお、同 HP には司法院のあらまし、事件審理の流れ、組織図等の基本的な情報が掲載されており、実にありがたいことに日本語訳も準備されている。）。司法院少年及家事庁は、日本でいえば最高裁判所事務総局家庭局に位置づけられることになるのか。

台湾側の懇談昼食会の参加者は以下の方々であった（※法院は裁判所、法官は裁判官の意。CRPD の国内法化や今回の法改正の立案に携わった方々も参加されていた。）。
謝靜慧 司法院少年及家事庁 庁長

李昆霖 司法院少年及家事庁 副庁長

陸怡璇 司法院少年及家事庁 調辦法法官

呂寧莉 台湾高等法院 法官

呂煜仁 台湾高等法院 法官

林奕宏 台湾台北地方法院 法官

黃士軒 国立政治大学 副教授

吳建昌 国立台湾大学病院 臨床神経学及び行動医学センター副所長

ト美君 司法院少年及家事庁 科長

2 乾杯に先立ち、司法院少年及家事庁の謝靜慧庁長から

- ・（午前中の視察先であった）松徳病院と司法院は、精神衛生法や責任能力といった領域において従前から深い関わりをもってきたが、今般の精神衛生法改正により、裁判所に強制入院の判断が委ねられることとなったため、より一層関係が深まっている。
- ・現在、台湾は制度の分岐点にある。今後、強制入院は医師 2 名の診断の後に、裁判官と医師 1 名（さらに患者の権利擁護関係者の 3 名）の判断でなされるため、日本の医療観察法における裁判官と医師による審理や関係構築・連携に非常に関心をもっている。
- ・医師たちの改正法への評価は必ずしも好意的なものではなく、医師 2 名の診察を経て強制入院が必要と判断したにもかかわらず、参審員である医師 1 名の意見で覆すことが

できるようになることへの抵抗がある。

- ・精神衛生法の「嚴重病人」に該当するか否かは、従前は精神科医師の臨床の知見に依拠してきたが、その認定が裁判所に委ねられることになるから、証拠法則を含め審理のあり方など様々な課題に直面している。
- ・改正法施行を控えて全国6カ所で模擬裁判が予定されており、模擬裁判を通じて様々な検証がなされる予定である。
- ・今回の懇談会が両国の司法精神分野の交流の発展に寄与することを期待する。

などと、我々の訪問目的・関心事の核心に触れるご挨拶をいただいた。

3 返礼の挨拶に立った柑本美和教授は、今回の視察団の台湾訪問の目的について

- ・日本では CRPD の発効を受けて 2020 年に精神保健福祉法改正を行ったものの、長期の非自発的入院、身体拘束等の精神科医療における人権課題は積み残しになっており、2022 年に障害者権利委員会からも厳しい指摘を受けている。
- ・2024 年 4 月から厚労省の検討会を設けて法改正の準備を進める予定であるが、日本の議論においても非自発的入院は司法判断によるべきとの意見も強いことから、日本に先だって法改正を実現した台湾の知見に学びにきた。

などと述べたうえ、多忙かつ法改正や実務に重要な役割を果たされている方々に出席していただいた懇談昼食会の開催に感謝の言葉を沿えた。

4 乾杯後は、参加者全員で円卓ならではの皿の料理を分け合いながら、隣席はもちろん、離れた席でも、時に英語を交えながら、両国の司法・精神医療分野を話題に、熱のこもった懇談がなされた。2 時間余りで散会となったが、時間の許す限り、その後も立ち話にも

花が咲いたようである。

両国の制度の立案や実務に深く携わる参加者の交流が、今後のこの分野の発展に寄与することは疑いようもない。

末尾になるが、この懇談昼食会は、司法院少年及家事庁はもとより、李茂生国立台湾大学名誉教授、吳建昌医師、洪志軒弁護士のご尽力で実現したものである。心から御礼申し上げます。

以上

D. 考察

既述の通りである。

E. 健康危険情報 なし

F. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

文献 なし

台湾の刑務所における医療と受刑者処遇の概要

研究分担者：柑本美和（東海大学法学部教授）

研究協力者：西岡慎介（府中刑務所長）

要旨

台北監獄は過剰収容となっているほか、受刑者の高齢化が課題となっている。我が国と比べて所内生活上の自由度も高く、オンライン面会、飲食物の差入れ、自主監外作業などを積極的に認める運用がなされ、釈放後の社会復帰に向けた活発な取組がなされている様子が見えてくる。他方で、作業や教育への動機づけが難しい長期刑受刑者に対するセキュリティレベルの高い処遇環境は精神疾患の一因となっている。

刑務所医療については、重症度に応じた3段階に分類され、それぞれの段階に応じた医療が提供されている。2013年の法改正以後、受刑者に対する健康保険の適用といった新たな取組も行われているものの、医療水準は一般社会に比べて十分とは言えないとの評価を受けており、これを打開するためには、国民や国会議員の意識変革が必要と考えられている。

A.研究の背景と目的

台湾では、一般社会と受刑者への医療提供を同等のものとすべく、受刑者医療に健康保険制度を導入し、医療は保健省の責任で提供することとしている。この制度のもと、受刑者への精神科医療も外部病院の精神科医が担っている。わが国では、令和5年版犯罪白書によると、入所受刑者のうち精神障害を有する者の割合は16.8%、令和6年版犯罪白書によれば、その割合は20.4%に達しており、刑務所における精神障害者への医療提供は重要な課題の一つと位置付けられている。今回の施設訪問・インタビュー調査は、台湾の刑務所における、精神科医療を含む刑務所医療の現状を把握することを目的としていた。

B.方法

2024年3月12日に、台北監獄を訪問し、台湾の刑務所における精神科医療と受刑者処遇について調査した。

C.結果／進捗

1 台北監獄の概要

1) 施設概況

1895年に設立され、男性累犯・再犯者や外国人受刑者を収容する施設である。

1962年に台北市から現在地である桃園市に移転し、建物は築60年の歴史がある。

3月12日現在

の収容現員は3,883

名であり、400名ほ

ど定員超過してい

る。日本最大の刑務

所である府中刑務

所（収容定員2668

名）と比較しても巨

大である。工事中だった他施設の受刑者

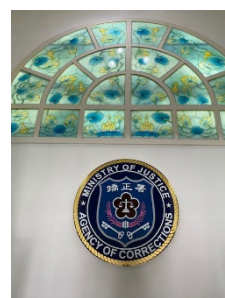
を一時的に収容していたエリアが空室に

なっていたが、今後、教誨や作業療法を

行う部屋への改修が予定されていた。収

容超過の中であってても居室の増設より需

要が高いとのことであり、過剰収容下で



矯正署のロゴマーク

居室の確保を最優先としていた日本とは運営方針が大きく異なっていた。

男性の重篤患者は、台中の医療刑務所に収容されるが、台北監獄には6キロメートルほど離れた場所に重度の精神疾患の女子受刑者を収容する分所があり、現在24人を収容している。

台湾においても日本と同様に高齢化が進んでおり、高齢者受刑者が増加傾向にある。

2) 施設構造

戒護区域への立入りには、入口のX線検査装置で持ち物検査をし、AIによる顔認証システムが必要である。職員が携帯電話を預けるロッカーが整備されており、戒護区域への携帯電話の持ち込みが禁止されている点は日本と同様である。

台北監獄は、共同室が一般的であり、2段ベッドが4台置かれた部屋が2部屋で1セットとなっている。したがって、収容定員は各8人の計16人となる。定員を超えて収容する場合は、床にマットレスを敷いて就寝することになる。トイレはこの1セット(2部屋)に1か所しかなく、片方の部屋の奥の囲いに和式便器が設置されている。日本の共同室のトイレは、視察窓はあるものの、個室となっており、排便時のプライバシー保護に差異が見られた。居室棚には、インスタントラーメン、お菓子、DVD、漫画などの私物が所狭しと置かれており、日本の自弃物品よりもかなり幅広く居室内所持が認められている。こうした品は施設内の売店で購



共同室の様子

入可能となっている。

台湾では、自殺防止等の保安重視の観点から、積極的に居室内にカメラを設置している。カメラ映像は、セキュリティスタッフが監視している。

居室内にエアコンはなく、換気扇と扇風機で対応している。熱中症の問題は発生していない。冬に15℃以下に寒くなると、生姜スープを給与して温まるように配慮している。エアコンは病室にもなく、唯一設置されているのは親子部屋で、こ



監視カメラのモニターが設置された中央台

こでは3歳以下の子と一緒に生活するからである。

2 医療

1) 病棟

台北監獄の病棟は、「至善大樓」という名称が付けられている6階建ての建物である。

本建物は、台湾の刑務所で唯一の高層建築であり、当初の構想では、性犯罪者処遇センターを設置しようとしていたが、周辺住民の反対運動でとん挫し、デザイン性のある外観とした病棟を建設することで折り合いがついた経緯がある。

同病棟では、治療は、次のような3群に分けて行われている。

- ① 重症の者は、所内の医療センターで治療を受ける。
- ② 中等症の者は、病棟で療養する。
- ③ 軽症の者は、それぞれの居室で療養し、作業は行わせない。

中等症の者が療養している「療養舎」にいるのは、主に慢性期、術後、高齢者で

ある。L字型の大部屋に 72 のベッドが並び、50 人ほどが収容されている。昼間は施錠されず廊下までは自由に出入りができるように開放されており、廊下のベンチでお菓子を食べるなどして談笑している。視察している我々の後をずっと付いてくる患者もいたが、刑務官も特に注意する様子はなく、日本の刑務所の病棟のように、一日中居室内で休養している様子とはかなり異なっていた。

ここにいる受刑者たちのケアは、健康な受刑者が作業として行っている。その理由は、刑務所スタッフ不足ということもあるが、ケアに従事させる際に一定の訓練が行われることから、社会復帰の際に有用な経験になるだろうとの意図もある。

処方薬は、それぞれの受刑者が自己管理している。必要な薬を服用せずに隠し持つなどのことがあると、刑務所側で管理することになる。

2) 健康保険の適用

2013 年の法改正で、受刑者の医療に健康保険が適用されることとなった。台湾の健康保険制度は 1994 年に始まったが、当初は、「受刑者に適用することは適当でない」という医療側の考えから、受刑者は適用除外されていた。しかし、受刑者に健康保険を適用しても医療側として問題がないとの認識が広がり、法改正に至った。

現在は、受刑者も全員健康保険に加入し、保険料を支払うことが基本となっている（保険料の最低額は月 600 元（約 2,800 円）。これにより、例えば 20 万円の手術について、全額国費負担だったものが、健康保険の適用により、3 万円で受けられるようになった。保険料が支払えない者については、国が保険料を支払う。資力の乏しい者についても、少額であ

っても自己負担することが原則である。資力が全くない者については、福祉の制度を利用することになる。

3 面会

面会ブースによる面会のほか、オンライン面会が活発に行われている。面会は月 2 回、1 回当たり 30 分程度である。台湾監獄には外国人も収容されている（当日時点で日本人も 2 名収容）ことから、オンライン面会は有用と評価されている。コロナ禍でも活躍した。

オンライン面会は、アプリを通じて行われ、録音録画され、問題をじゃっ起するおそれがある受刑者のみ確認することとなっているが、これまで問題が発生したことは全くない。

なお、日本においても、一定の条件を満たす場合に電話による通信が認められるほか、遠方の企業に就職するための採用面接等においてオンラインを通じた面接を認める場合があるが、台湾ほど一般的な面会方法とはされていない。

4 食事及び運動

食事は、受刑者の健康の維持・増進に必要であるほか、必要な栄養素を過不足なく摂取することによって疾病の予防や治療に資するものである。また、人が心身の健康を維持するためには、適度な運動を行うことが望ましいところ、行動の自由を制限されている受刑者には適切な運動の機会が付与される必要がある。

1) 炊場

日本と同様に、刑務所内に炊場が設けられ、受刑者が調理し、所内の食事を賄っている。食費は、1 人 1 日当たり 60 元（約 280 円）であり、大量購入によってコスト削減が図られている。調達時に食材の安全性が確認されている。

2) 食事の差入

刑務所から提供される食事のほか、台北監獄に隣接する飲食店が、刑務所と契約した指定差入飲食店となっている。刑務所内売店は、受刑者の購入専用であり、社会にいる家族が差入をしたいときにこの飲食店が利用される。遠方の家族からは、電話やネットを通じて差入することもできる。

一般的に、飲食物の差入は厳格な検査を経る必要があるが、これら飲食店と台北監獄とは長期にわたる信頼関係が構築されている。このため、指定差入飲食店からの差入は簡便に認められる。ただし、2キログラム以内という規制が設けられている。

共同室では、差し入れられた飲食物を受刑者間で分け合うことも多くみられる。受刑者同士がいわばお互い様として行っているものとして、職員も過度に取り締まることはない。ただし、立場の弱い受刑者にたかっているような事案が判明したときは懲罰対象となる。

3) 運動

受刑者は週1回、戸外運動の機会が認められている。それ以外では、1日1時間の屋内運動時間が設けられている。

なお、日本では、被収容者に対し、休日等を除き、できる限り戸外で、その健康を保持するため適当な運動を行う機会を与えなければならないものとされ、1日に30分以上、かつ、できる限り長時間、運動の機会を与えるものとされている。

5 作業

1) 作業内容

受刑者が作業を行う工場は、「教区」と称される建物に設置されている。1教区ごとに2~3の工場が設けられている。1工場当たり、戒護スタッフ(主管)1名、作業アシスタント(作業導師)1名が配置され、受刑者100名程度を管理している。同所の第1工場では、前記2名で、紙袋加工作業を行っている受刑者158人を担当していた。紙袋加工作業は、作業上の危険性が少ないため、台北監獄で最も多く行われており、日本の三越デパートなどからの受注もある。日本の会社の要求水準は厳しく、製品に少しでも爪痕が残ると不良品となり出荷できない。



第5工場内に展示されている製品

第5工場は、陶器・漆器の工場であり、50人程度の受刑者が配役されていた。香水を入れるアロマポッド、天目茶碗、烏龍茶用の急須と湯呑のセット、漆塗りの筆記用具、大きな壺などを製作し、販売していることなどを、同工場で働いている受刑者が見学者に説明していた。受刑者が外部見学者と接触することを厳格に規制している日本とは対照的であった。

2) 作業報奨金

作業収入の用途は、まず4:6に分けられ、4割の部分は、被害者のための基金(Victim Fund)等に充てられ、残余の6割が受刑者のための費用として用いられる。この6割は、更に3:7に分けられ、3割は受刑者の食費などに充てられ、残余の7割が受刑者個人が作業報奨金として受け取れる部分となる。これらは法律で定められている。台北監獄では、作業

報奨金は、平均で月 6 千元（約 2 万 8 千元）、多い人では 1 万 8 千元（約 8 万 5 千元）ほどである。

台湾の刑務作業は、「国直轄で行う自営作業」と「企業から請け負う提供作業」に分類できるが、自営作業の作業報奨金の方が高額となる傾向にある。他の刑務所で自営作業として行っている醤油づくりや石鹸づくりは、人気商品で収益が高ことから、作業報奨金が高額となる一方、提供作業である紙袋加工などの作業報奨金は、月 300～400 元（約 1400～1900 元）にとどまる。



受刑者製作の砂絵

3) 自主監外作業

残刑期が 1 年未満となった受刑者は、外部の作業場に働きに出ることがある（日本の「外部通勤」に該当する。）。刑務官が同行するものと、受刑者が 1 人だけで通勤するものがあるが、いずれのケースでも逃走事故は発生していない。それは、週 2 日、1 日当たり 4 時間、自宅に帰宅できる機会が与えられるというメリットがあるからだと考えられる。その際は、刑務官の立会も GPS の装着も義務付けられていない。受刑者は、週末に自宅に帰ることができるというメリットと、問題を起こすことによってこのような処遇が取り消されるデメリットをきちんと計算できていると考えられる。

本取組は、もともと、1960 年代から 70 年代にかけて、台中の刑務所で始まった試みが高い評価を得て、台湾全土に広がったものである。

6 教育

1) 性犯罪者処遇等

第 4 教区は、性暴力犯罪者 800 人、DV 加害者 500 人が活動しているエリアである。アルコール依存症の者も収容されている。

性暴力犯罪者と DV 加害者には、法律上、加害者処遇プログラムの受講が義務付けられており、これを受講しなければ仮釈放が認められない。同プログラムは作業より優先されている。プログラムを実施者するのは、外部の医師、心理士、ソーシャルワーカーである。

薬物犯罪者に対する、ドラッグトリートメントも行われており、自転車の修理作業を通じて薬物からの回復を図っているとのことであった。

2) 学校教育

台北監獄には教育を行う機能として、「宏徳補習学校」が設けられ、学校教育未了の者を対象として、中学 1 年から 3 年、高校 1 年から 3 年までの教育が行われている。対象者は、台湾全土の刑務所から募集しており、定員は中学教育 100 名、高校教育 100 名である。試験（日本の高卒認定試験のようなもの）に合格することで、卒業証書も授与される。

同学校には、芸術班もあり、砂絵やランタンを制作している。ランタンは、台湾ランタンフェスティバルでの受賞歴もある。砂絵は、写真を下地にして、その上に様々な色彩の砂を敷いていくものであり、外部の

人から持ち込まれた写真を砂絵にするというサービスも提供し



宏徳補習学校

ている。

7 職員状況

1) 勤務条件

刑務所スタッフの離職率は、台湾の全体的な状況と比較すると低い方である。新採用者の1年間の離職率は4~8%である。他の公務員よりも給与が高いため、人材不足の問題はない。

刑務官は、当初「4等」から始まり、戒護区域内で勤務するが、携帯電話を持ち込めないので休憩時間にはみな本を読んで勉強する。そして昇進試験を受けて「3等」になる。民間企業は確かに給料も良いが、過重労働で健康を害してしまう。それに比べると3等以上の公務員は給与も良く、家も車も持てて、退職後の年金も良い。

女性刑務官の人材不足や早期離職といった問題も今はない。50歳代くらいの世代には女性刑務官が少なかったため、女性幹部職員が少なく、台北監獄の葉貞伶典獄長くらいである。女性職員たちの職場の雰囲気も良く、ギスギスした感じは全くない。

2) 受刑者との関係

刑務官は、名札を付けて勤務している（日本では、令和6年度から「識別票」を着装することとしている。）。

受刑者に対しては、従来からニックネームで呼称している。受刑者同士も「トーシュエ（クラスメイト）」という表現をする。受刑者は、教育されるべき立場にあるという思想からである。身分確認をする場合のみ称呼番号で確認をとる。

担当職員は、月1回、受刑者と面談をすることとなっており、面会後の様子を確認するなどして心情把握に努めている。このほか、心理士や医師による様々な場面での対話の機会が設けられている。た

だし、夜勤者については、秩序維持が目的であるため、受刑者と積極的に会話することはなく、身体上の不具合を訴えてきたような場合のみ、職務上必要な会話をする。夜勤者は、1人当たり300人、30~50部屋を受け持つので、最小限のコミュニケーションしかとれないという実情もある。

D.考察

台湾の刑事施設においても、日本と同様、受刑者の高齢化が課題となっている。また、平均的な刑期の受刑者については、過剰収容下でのストレスはあると思われるものの、所内生活上の自由度も高く、釈放後の社会復帰に向けた積極的な取組がなされている様子がうかがえたが、長期刑の受刑者については、作業や教育への動機づけが難しく、自暴自棄な生活をすることからセキュリティレベルを上げざるを得ず、こういった処遇環境が精神疾患の一因になることが課題となっているとの説明があった。

また刑務所医療についても、健康保険の適用などの取組が行われているものの、国家人権委員会からは、刑務所医療の水準は一般社会に比べて十分とは言えないとの評価を受けており、これを打開するためには、国民や国会議員の意識変革が必要と考えられている。

日本においても、矯正医療は、社会一般の医療の水準に照らし適切な医療上の措置を講ずるものとされているところ、医師不足や医療需要の増大による財政負担の増加など課題は多く、他方で国民の理解が得られにくい分野であることは否めない。

日本では、2022年の刑法等の一部改正により、刑事施設の長は、受刑者の円滑な社会復帰を図るため、釈放後に自立した生活を営む上での困難を有する受刑者に対し、その意向を尊重しつつ、医療及び療養を受けることを助けるなどの支援を行うことが、

責務として明文化された。また、2025 年 6 月からは懲役刑に替わり「拘禁刑」が導入されることから、受刑者の改善更生や社会復帰に向けた取組がますます重要になるところ、受刑者の心身の健康を確保する矯正医療は、その基盤となるものであり、更なる充実強化の必要がある。このために、我が国の国民性や刑事司法・医療制度に留意しつつも、台湾の取組は大いに参考になるのではないだろうか。



台湾監獄:中央が葉貞伶典獄長

E.健康危険情報

なし

F.研究発表

1.論文発表

柑本美和，西岡慎介，富山侑美，水留正流：
台湾における犯罪を行った精神障害者の処遇
制度. 刑政 135 巻 9 号：48-59，2024.

2.学会発表 なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

1.特許取得 なし

2.実用新案登録 なし

3.その他 なし

文献

- 1) 大橋哲、中川忠昭、工藤智蔵：台湾の矯正事情. 刑政第 135 巻第 1 号：110-117，2024

台湾の少年矯正学校における処遇

研究分担者：柑本美和 （東海大学法学部）

要旨

台湾の少年矯正学校は、日本の少年院に該当するが、「教育」を前面に打ち出しているため「学校」という名称が用いられている。そして、「矯正教育の実施」とは、感化教育処分等の執行を、学校教育の方法により実施することを指す（少年矯正学校設置及び教育実施通則 3 条 1 項）。訪問した誠正中学校では、自立した生活を営める少年のみが収容されるため、生活が難しい精神疾患の少年や発達障害の少年達は送致されてこない。ただ、収容少年達の多くは逆境体験を有する者であり、法務部矯正署（日本の法務省矯正局に該当）と教育部国教署（日本の文部科学省の幼稚園から高校までの教育を担当する部局に該当）が協働し、少年矯正学校に適した形で、トラウマケアと家庭機能回復がセットになった「逆境にある少年と家族支援プログラム」が実施されており、再犯防止効果があると報告されている。

A.研究の背景と目的

「非行の背景に小児期の逆境体験があり、様々な障害等を有する在院者の状態や行動を理解する上で、トラウマの影響を認識する視点は重要」（令和 5 年版犯罪白書）であることは広く知られている。そして、女子少年院では、「女子少年院在院者の特性に配慮した処遇プログラム」が実施され、少年院でも、少年刑務所でも、同様の配慮の必要性が認識されている。

台湾の少年矯正学校においては、法務部矯正署と教育部国民及学前教育署（以下、国教署という。幼稚園から高校までの教育を担当する部局）が協働する形で、「逆境少年及家庭支持サービス計画」が実施されており、施設からの退所後のフォローアップは衛生福利部（日本の厚生労働省）が担っている。わが国でも、少年院入院者に占める精神障害者の割合は上昇傾向にあり、退院後のケアも含め効果的な処遇は何かについて示唆を得ることを目的として、本調査を実施した。

B.方法

2024 年 3 月 12 日に、台湾で犯罪を行った男子少年を収容する少年矯正学校の一つである「誠正中学校」（新竹県）を訪問し、少年達の精神障害の問題、それへの対応等についてインタビュー調査を行った。

C.結果／進捗

1：少年矯正学校とは、

「矯正学校は中学校の形態で設置しなければならない、必要に応じて職業科や国民小学校部を設置することができる。その校名は「某某中学校」とする」とされている（少年矯正学校設置及び教育実施通則 11 条 1 項、以下、通則という）。少年矯正学校は、日本の少年院に該当するが、「教育」を前面に打ち出しているため「学校」という名称が用いられている。また、「矯正教育の実施」とは、感化教育処分等の執行を、学校教育の方法により実施することを指す（通則 3 条 1 項）。学校教育が主体となるため、少年矯正学校の収容少年達の呼称は「生徒」である（通則 6 条 1 項）。そして、

少年矯正学校は、必要に応じて、職業訓練を実施することができる（通則 11 条 2 項）。なお、少年保護事件及び少年刑事事件の処理は、「少年事件処理法」の規定に従って行われる。少年事件処理法における「少年」とは、12 歳以上 18 歳未満の者をいう（2 条）。また、感化教育機関の組織およびその教育の実施については、少年矯正学校設置及び教育実施通則が規定している（少年事件処理法 52 条 2 項）。

台湾には、誠正中学校を含め、敦品中学校（桃園市）、勵志中学校（彰化県）、明陽中学校（高雄市）の 4 つの少年矯正学校が存在する。このうち、女子少年は、勵志中学校の一区画に収容されており、訪問当時は、40 名が収容されていたようであった。その他、高尾市の明陽中学校は、男子の少年受刑者を収容しているが、訪問当時、110 名の少年が収容されていた。明陽中学校には、男子少年の他に、4 人の女子少年受刑者と 2 人の鑑別中の女子が収容されていた。

2：誠正中学校の沿革

誠正中学校は「少年矯正学校設置及び教育実施通則」に基づき、1999 年（民国 88 年）7 月 1 日に設立され、2011（民国 100 年）1 月 1 日に法務省矯正局の管轄下に移管された（通則 10 条 1 項）。男子少年のみを収容する。

同校の目的は、通則 1 条に従い、学校教育を通じて不良な習慣を矯正し、改心させて新たな人生を送らせ、社会生活に適応できるようにすることにある。

3：理念

少年矯正学校の目標は以下の 4 点にある。

- ①「家」—少年の健全な成長環境を構築する。
- ②「安定と安心」—学校運営の核心である。
- ③「適性教育」—成功体験の構築、学習自信の再構築、自己概念の変革を通じ、学習方法を習得し、未来の多様な挑戦に対応できる能力を養う。
- ④「癒しの学校」—生徒の心身の調和と滋養、

健康な成長を促進し、良好な人間関係を築く。矯正的感情体験を通じ、健全な人格の発達を促す。

4：統計

4－1 少年関係

訪問時現在、160 名の少年が収容されていた。

誠正中学校の生徒達による犯罪行為は、経済犯罪が約 5 割を占めており、その中では詐欺（19%）が最も多く、次が窃盗（18%）、そして薬物取締法違反（毒品防制条例）反と続く。薬物取締法違反については、使用罪ではなく、ほぼ販売のケースだそうである。台湾でも振り込め詐欺が多いが、詐欺の犯罪者事情という点では、日本は台湾より少し遅れていて、日本のオレオレ詐欺は台湾では 20 年前の話だったとのことであった。残りの約 5 割は暴力犯罪であり、傷害（23%）、自由妨害・秩序妨害（各 6%）、性犯罪（5%）と続く。

生徒の年齢は、18 歳未満が 44%（14 歳 3%、15 歳 8%、16 歳 14%、17 歳 19%）であり、18 歳以上が 56%（18 歳 26%、19 歳 25%、20 歳 5%）である。

生徒の親の婚姻状況については、家庭機能に問題がある場合が多く、単親家庭、祖父母や他の親族による養育、養護施設や里親家庭での養育が 59.2%を占めている。実父母に養育されているのは 30.8%のみである。親の経済状況については、普通が 67.9%、中低所得の証明を受けている世帯が 14.5%、家庭の経済状況が困難であることが確認されたが、証明書類がない、または現在申請中の場合が 11.9%、低所得の証明を受けている世帯が 5.7%であった。

20 人の生徒の親が生活費（歯ブラシとかの日用品購入のため）の仕送りをしていないとのことであった（仕送りがないと人の物を取って食べてしまうので仕送りは非常に重要だそうである）。

感化教育の実施期間は、3 年を超えてはな

らないとされており(少年事件処理法 53 条)、平均的な在学期間は約 2 年である。2023(民国 112)年は 21.3 か月、2022(民国 111)年は 22.6 か月、2021(民国 110)年は 23.7 か月、2020(民国 109)年は 24 か月、2019(民国 109)年は 23.5 か月であった。ただ、高雄市の明陽中学校は少年受刑者を収容しているので在学期間は、これより長い。

なお、李茂生台湾大学名誉教授(以下、李名誉教授という)によれば、2 年間という収容期間では、少年達に影響を及ぼすのは難しく、短過ぎるとのことであった。

4-2 職員関係

誠正中学校の職員定員は 127 名で、訪問時現在、職員 114 名、技術員 3 名、プロジェクト契約職員 1 名、代理教員 4 名、職務代理 2 名の合計 124 名が在職していた。職員数は多いそうである。

職員の中に、「教導員」と呼ばれる人達が 23 名いる。「教導員」は、国家試験により刑務官として採用され、矯正学校に転属した職員である。教導員の仕事はクラスの担当で、ほぼ 24 時間生徒達と一緒に生活している。生徒達が教室で授業を受けている間、教導員は彼らの行動を教室の後ろで見守って記録し、放課後に生活指導する(刑務官は採用後、6 年ぐらいごとに施設を移動している)。

先生には 2 種類あり、普通の教科教育の先生と、正式教師である指導教員(輔導老師)の先生である。補導関係には、指導教員 6 名、ソーシャルワーカー 3 名、臨床心理士 3 名が属している。教科教員、指導教員、生活指導の教導員の 3 つが、一つのグループになって処遇を行っている。

なお、少年に関係する職種として、「調査官」と「保護官」の二つの職種がある。「調査官」は日本での家裁調査官に相当し、「保護官」は、日本でいう保護観察官である。

5：誠正中学校の教育

5-1 生徒の学籍管理方法

台湾では、28 年前に、少年院と少年刑務所がなくなり、すべてを「少年矯正学校」とした。これは日本の高校と中学校を併せた「学校」である。

校長は法務関係ではなく教育関係の出身であり、その下にいるスタッフの半分が法務関係、半分が普通の(教育畑の)先生だそうである。

教育部は、生徒の学籍を少年矯正学校に置くことを認めない。そのため、中学校は、生徒の戸籍所在地の中学校在籍となり、高等学校等教育段階の学生については、当該学生の学籍所属の学校がこれを行う(通則 6 条 3 項)。誠正中学校での説明によれば、少年矯正学校は、学籍協力を行う意向のある高等学校および職業学校と連携し、生徒の学籍を置いてもらっているそうである。誠正中学校の学籍協力学校は、東泰高等学校(調理科)、光復高等学校(自動車整備科)、磐石高等学校(情報処理科)とのことであった。

少年矯正学校では通常の学校教育が行われ、単位も取ることができ、少年矯正学校を出る際には、学籍を移動して、元の学校で卒業することになる。毎年 7 割の子どもが卒業して一般の学校に戻っているそうである。

5-2 少年矯正学校の教育目標

少年矯正学校の教育は、人格指導、道徳教育、および知識・技能の伝授を目標とし、指導を強化して社会適応能力の向上を図ることにある(通則 51 条 1 項)。そして、一般教育部門は、国民教育の修了機会を提供し、生徒の能力や適性に応じた高度な中等教育環境を整え、生徒の学習能力とコミュニケーション能力を向上させる(通則 51 条 2 項)。さらに、特別教育部門は、生徒の心性を調整し、社会環境への適応を教育の重点とし、職業技能訓練と組み合わせることで、生徒の生活能力を向上させることを目的とする(通則 51 条 3 項)。

5-3 教育の特徴

法務部は教育部と協力して矯正教育指導委員会を設置し、学者や専門家を任命して、矯正学校の校長および教職員の選任、教職員の養成訓練、カリキュラムや教材の編纂・研究・選定、その他の教育指導に関する事項を所管することになっている（規則 5 条 1 項）。

学校の技能訓練を職業訓練と統合し、生徒に専門的な技能を習得させ、産業との連携を通じて実践的な能力を向上させ、将来の就職市場へのスムーズな移行を促進することを目標としている。とはいえ、技術を学ばせるのではなく、「学ぶ」ということそれ自体が他のところに応用できるので、成功体験を味わせ、自信を付けさせることが目的である。

さらに、指導を通常のカリキュラム開発に組み込み、生徒の心身の健全な発達を促進しようとしている。そして、独自に教材を編纂し、体系的に整理・編纂し、矯正教育の伝統と技術の継承を図ろうとしている。

5-4 授業スケジュール

2 年という単位でカリキュラムをつくっている。1 年は試験やテストのため、その後の 1 年は卒業のための準備をする。したがって、訓練を行うのは丸々 1 年間ということになる（日本の少年院では 1 年の単位のカリキュラムとのことである）。

矯正学校の特性、設備、教員の資格経験などを考慮し、2019（民国 108）年度課程指導要領に基づき、課程計画書を作成している。技能検定については、製パン（パン類）、二輪車整備、自動車整備（廃車を利用している。トヨタがハイブリッド車を寄付してくれた）、ソフトウェア応用、TQC コンピュータ技能検定の受検が可能である。

矯正学校の生徒に対する指導は、個別指導または集団指導の方法で行うものとされ、一般教育部門は、週に 2 時間以上、特別教育部

門は週に 10 時間以上実施することとなっている（通則 55 条 1 項）。

5-5 多様な教育

その他、学校創立記念運動会、軍歌コンテストの開催、演劇ワークショップの成果発表会、安心ライダー校内免許試験、教室美化コンテスト、バーベキュー、体育活動、環境清掃、特別支援教育、そして困難を抱える生徒の学業支援とケア（夜間）など、多様な教育を提供している。

原付免許取得も、その一環であり、道路交通安全講習→筆記試験→実技試験→免許交付の過程をたどる。

セラピー犬の導入も行っている。犬との相互作用を通じて、生徒達に多様な認知刺激とリハビリテーションの動機付けを提供し、その過程で生徒達に新たな体験と喜びをもたらし、治療の目的を達成しようとしている。



（誠正中学の当日説明資料より）

5-6 生徒の心を豊かにする教育

各種団体に学校を訪問してもらい、生徒たちの話を聞いてもらったり相談にのってもらったりする機会も様々に用意している。例えば、更生保護会は、巡回授業等を行っている。その他、慈済新竹支部は宗教相談と家庭と生命教育、仏光山慈悲会はオンライン学習リソースの提供（個別対応によるサポート 1 名 1 回）、更生会は、生徒の希望に応じて、個別支援や伴走支援への紹介を行っている。

5-7 イノベーション体験

例えば、国立故宮博物院を協力機関とするアート伴走プログラムにおいては、4月のテーマ授業の主題を「春」と設定し、新詩と短文の創作を行った。

また、「善耕 365 音楽計画」は、「音楽合唱」を通じて子どもたちにポジティブな影響を与えることを目指し、外部会場を借りて実施している。学生を選ばず、競争のための歌ではないことが、「善耕 365 音楽計画」の二大理念である。

5-8 多職種によるチーム支援体制

～専門的処遇

正式編成として、指導教員（補導老師）6名（主任、組長各1名を含む）、特別支援教員1名、カウンセリング心理士1名、臨床心理士2名、ソーシャルワーカー3名が配置されている。その他、臨時職員として、専門相談員3（国立教育庁）、薬物問題対応ケースマネージャー1名がいる。それぞれの役割は次のとおりである。

指導教員は、クラスケース管理、クラス指導、授業等を行う。特別支援教員は、特別支援教育業務を担い、特別支援教育対象者の個別支援管理、特別支援教育課程（直接的・間接的な支援を含む）を担当する。カウンセリング心理士は、自殺予防とメンタルヘルス促進の担当職員であり、社会福祉通報窓口、個別グループ心理療法とカウンセリング、実習生の指導監督を担う。臨床心理士2名のうち、1名は性犯罪者の処遇担当官であり、個別・グループ心理療法とカウンセリング、新入生への適性検査と心身評価、心理評価、実習生の指導を行う。もう1名は、薬物乱用者の担当官であり、個別・グループ心理療法およびカウンセリング、心理評価等を行う。3名のソーシャルワーカーのうち、1名は、家庭支援と家庭援助プログラムの担当者、新規家庭と地域社会の調査、次の1名は、ボランティアによる宗教相談業務、そして修復的司法、最後の1名

は、逆境対応支援窓口、自立支援・労働政策資源を担当している。

臨時編成である、専門相談員は、教育部国教署が補助金を交付する雇用職員であり、1名は、個別・グループ心理療法、家族面談、治療的介入業務の支援等を担当し、1名は、個別・グループカウンセリング・支援、治療的介入業務の協力・実施を担い、1名は、個別・グループカウンセリング、資源連携、資源調整連携業務を担当している。

薬物問題対応ケースマネージャーは、薬物防止基金の臨時職員であり、薬物関連業務の支援を行う。

さらに、外部職員として、薬物依存症対応心理士と性犯罪対応心理士等が、協力ネットワーク機関として、逆境ソーシャルワーカー、地方裁判所派遣心理士・心理支援員、社会局所属心理士、社会局所属プログラムソーシャルワーカー、調査保護官等がいる。

5-9 親への関わり

日常的に指導員が親と連絡を取っている。親子見学・参観の前日も、親子グループの対談などをする。生徒と親との間に問題があるときに、双方に修復できる要素があれば、親を学校に呼んでカウンセラーにみてもらったりする。家族を対象とした6～8回／セッションが実施される。

卒業後、生徒が誠正中学校に来ることもある。法律上は、1年間のフォローが義務づけられる。これを担当するのは、担任の先生達であり、1クラスに指導員と担任の先生と指導教員（「補導老師」）の3名がいる。この指導教員（補導老師、担任のうちの一人）がフォローにあたる。このフォローアップは、少年事件処理法ではなく、児童及少年福利與權益保障法68条によるものだという。卒業後の生徒には1～2ヶ月に1回面談する。誠正中学校の先生と生徒の関係はよいとのことであった。

生徒が、逆境少年に該当する場合には、後述するように、衛生福利部が策定した「逆境

少年及家庭支持服務計画」に基づき、逆境ソーシャルワーカーによるフォローアップ指導が行われる。少年及家庭支持服務計画は、児童及少年福利與權益保障法 68 条を実務レベルで具体化したものである。

6：「逆境にある少年と家族支援プログラム」

このプログラムの目的は、家庭環境や経済状況が困難な子ども（いわゆる「逆境少年」）とその家庭をサポートすることにある。対象となるのは、経済的困窮、家庭の不和、親の離婚、病気、虐待、育児放棄など、逆境に直面している小学生～高校生及び、それらの子どもを育てている家庭である。教育部国教署が主導しており、まだ犯罪に至らないが、リスクが高い子どもたち（貧困、虐待、家庭不和、非行の兆し）を対象に、早期介入し、教育システム内で支援する計画である。本来的には、少年矯正学校送致になる前の段階での犯罪防止策として機能するものであるが、少年矯正学校に在籍する少年達の多くが「逆境少年」に該当するため、少年矯正学校入学後には、法務部矯正署と教育部国教署が協働し、矯正学校に適した形で実施している。

6－1 プログラムの内容

①家庭支援型統合サービスを提供

家庭教育プログラムの統合、保護者との連携強化、家族関係カウンセリングと支援を実施する。

②資源の連携強化とネットワーク横断的な協働協力

資源ニーズの評価の実施、社会福祉、保健、労働、教育、更生保護など必要な資源を統合し、個別化されたサービスを提供する。

③早期の課題特定と早期介入サービス

入学後 6 週間以内に新入生の評価を実施し、関係機関へ紹介し、入学後の支援と指導を促進する。逆境支援ソーシャルワーカーが家庭

訪問を実施し、家庭関係の修復を促進する。

④定期的なケース検討会を実施し、目標の共通認識を確立する

3 ヶ月ごとにケース連絡会議を開催する。少年保護官、フォローアップ支援ソーシャルワーカー、教育支援チーム、または家族など関連機関の参加を要請する。

7：精神障害に罹患した少年の処遇

誠正中学校の入学クライテリアは、自立生活が営めることである。そのため、そもそも生活ができない程度の発達障害少年は誠正中学校には送致されてこないが、軽度とか重度の手前といった少年が入学してくることはある。

日本でいう「発達障害」は、台湾では「知的障害」、「情緒障害」などと分類される。「情緒障害」には自閉症（アスペルガーを含む）とか HDD（多動）が含まれる。ADD（注意欠陥）は、これとは別の「学習障害」の概念で捉えられている。誠正中学校では、手帳を取得している少年に加え、そうした特性の少年達 37 名が特殊教育を受けている。さらに聴力に問題があるために特殊教育を受けている少年も 1 名いる。訪問当時、アスペルガーは 2～3 名程度で、自閉症が 4 名とのことであった。

なお、台湾の精神医学分野では一般に DSM が使用されているが、保健のシステムとしては ICD が用いられており、誠正中学校では ICD が使われている。

精神科医は、月 1 回、誠正中学に診察に来て、必要な少年のみを診察する。訪問当時、19 名が受診していた。不安障害 7 名、ADHD が 6 名、行動・情緒障害が 2 名、うつなど気分障害が 2 名、依存症が 1 名だった。必要に応じて薬の処方も行われている。

自主的に生活できない少年達は、少年法の中に「社会安置」という処分があるので、それ

により養護施設や社会福祉施設に収容する。
それは、裁判所命令による送致である。

そのとき一番問題になるのは、司法側が資金を拠出するか社会福祉行政が資金を拠出するかという点である。社会福祉行政は自分達の問題ではないので資金を拠出したくないから、司法側に要請するが、司法側は資金がない。このように社会福祉施設収容を阻害する一つの要因は財源の問題である。もう一つの阻害要因は、社会福祉施設が、そのような少年達の受入れを嫌うという点である。李名誉教授によれば、福祉の少年は管理しやすいという。そして、福祉のSWは、犯罪少年を愛していないという印象がある。

20 数年前に李名誉教授が関与した法律により、感化教育処分に付随して、薬物の禁絶・治療処分を科すことも可能となっているが、連携する病院や医師がなく、実現できていない。但し、ドラッグに関しては、12 回の個別カウンセリングを行い、これに加えてグループカウンセリングも行っている。

なお、法律上、少年矯正学校では、疾病を患う生徒に対し、校内での適切な治療が不可能と判断した場合は、状況に応じて法務部の許可を得て、病院への送致または保外治療(刑を一時的に執行停止し、刑事施設外で治療を受けさせる)を措置することができる。但し、緊急事態が発生した場合は、まず対応を優先し、その後速やかに法務部に報告し、指示を仰ぐものとする(通則 75 条 1 項)。この場合、病院への送致により治療を受けた期間は、執行期間に算入される。保外治療を受けた期間は、執行期間に算入されない(通則 75 条 2 項)。この処理を行う際は、生徒の保護者、後見人または最近親族に通知しなければならないとされている(通則 75 条 3 項)。

D. 考察

逆境体験を抱えた少年達には、通常の少年司法の枠組みを超える手厚いサポート体制が必要である。それは、台湾の「逆境少年及家庭

支持服務計画」の内容からも明らかである。

① 文部省との協働によるプログラムの実施

「逆境少年及家庭支持服務計画」は教育部(文科省に相当)が管轄し、矯正学校内でも以下のような内容で実施されている。

家庭介入と支援

少年の家庭への定期的な家庭訪問やカウンセリングの実施

保護者への育児教育や家庭機能回復プログラムの提供

心理カウンセリング

矯正学校内の臨床心理士・SW による逆境体験に対する心理療法の実施

学業と職業訓練

学力の回復と社会復帰のためスキル支援の実施

逆境社工(逆境ソーシャルワーカー)の役割

逆境社工(Adversity Social Worker)が少年にケースマネジメントを実施

社会復帰プログラム

卒業後もフォローアップ支援を行い、ドロップアウトしないよう伴走支援も行う。

台湾でも、非行の背景には 80-90%の割合で逆境体験が存在するとの研究結果が発表されており、矯正学校内でも、教科教育、矯正教育だけではなく、トラウマケアや家庭支援が不可欠な内容となっている。そして、台湾の特徴は、少年司法制度内で、「逆境」という用語を前面に打ち出し、矯正学校入学から卒業、そして社会復帰に至るまでシームレスな支援を、法務部と教育部が協働して行っている点にある。

② 逆境社工(逆境ソーシャルワーカー)の存在

なかでも特筆すべきは、逆境社工(逆境ソーシャルワーカー)の存在である。逆境社工は、非行・不登校・学力不振などのリスクを抱える少年に対して、その背景にある「家庭の

逆境」「心理的トラウマ」「経済的困難」に介入し、包括的に支援する専門職である。

学校内だけではなく、矯正学校でも活動し、少年と家庭のケアを入学時から卒業後まで一貫して行っている。

③フォローアップ指導の義務化

それを可能にしているのが、少年が矯正学校を卒業した後も継続的に行われるフォローアップ指導である。既に述べたように、地方自治体の社会局は、保護処分または感化教育の終了、停止または免除を受けた児童・少年およびその家庭に対し、少なくとも1年間、追跡指導を行わなければならないとされており（児童及少年福利與權益保障法 68 条）、逆境少年については、「逆境少年及家庭支持服務計画」に基づき、逆境ソーシャルワーカーによるフォローアップ指導が行われる。したがって、この期間は、保護観察官による保護観察と逆境ソーシャルワーカーによるフォローアップ指導（本人及び家族への）が、並行して行われる可能性がある。

このように、少年矯正学校における少年支援については、少年矯正学校に入学した時点から、ソーシャルワーカーは少年の家庭支援を開始し、継続的な親子訪問を実施し、保護者との感情的なつながりと支援体制を築く。そして、少年が学校を卒業した後も、生活適応状況を追跡し、必要に応じて学校や職場などのリソースと連携し、少年が社会に円滑に復帰できるよう支援する。このような支援により、少年矯正施設からの1年以内再犯率は減少傾向にあると報告されており、少年司法と社会福祉の両輪による少年・家族へのシームレスなサービス提供の有効性が示唆されている。

E.健康危険情報

なし

F.研究発表

1.論文発表

- 1) 柑本美和，西岡慎介，富山侑美，水留正流：台湾における犯罪を行った精神障害者の処遇制度. 刑政 135 巻 9 号：48-59, 2024.

2.学会発表 なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

1.特許取得 なし

2.実用新案登録 なし

3.その他 なし

文献

1. 大橋哲、中川忠昭、工藤智蔵：台湾の矯正事情. 刑政第 135 巻第 1 号：110-117, 2024
2. 法務総合研究所『令和 5 年版犯罪白書』

非自発的入院に関する実態と経験の多様性に関する質的調査報告書

研究分担者：櫛原克哉（東京通信大学）

研究協力者：添田雅宏（東京通信大学）、若林真衣子（東京通信大学）

要旨

本研究は、精神科医療における非自発的入院の現状と課題を明らかにすることを目的として、当事者およびその家族へのインタビュー調査を実施した。調査の結果、非自発的入院は、急性の精神症状への対応にくわえ、家庭・社会的支援の不在を背景に「避難的」手段として選ばれる場合が多く、当事者・家族双方にとって複雑な意味を持つ経験であることが示された。入院中の処遇や退院後の支援体制には大きな個別性があり、説明や関係性に基づく丁寧な支援が提供された場合には肯定的に受け止められる一方、情報不足や威圧的対応は不信や苦痛として記憶される傾向があった。また、家族は支援の担い手として制度に組み込まれると同時に、入院判断の責任を問われる立場にも置かれており、その役割には葛藤が伴っていた。制度そのものの是非を超えて、支援の質や選択肢の乏しさといった構造的課題が浮かび上がり、それが当事者・家族に「制度に委ねざるを得ない」現状をもたらし、その必要性やそれにとまなう苦悩を制度自体が再生産している可能性も示された。

A. 研究の背景と目的

精神科病院への非自発的入院は、患者の権利を侵害するものとして、国際的に強い批判を受けている。2022年には国連の障害者権利委員会により障害者権利条約の履行に関する審査が行われ、総括所見のなかでは精神障害者の強制入院を合法化する法規定の廃止等の勧告がなされ、人権擁護の必要性が指摘された。特に「家族等」の同意を入院要件とする医療保護入院は、世界的にみて類例が僅少なこともあり、国内でも批判されることが多い¹⁾。医療保護入院は2022年度において181,787件の届出があり、非自発的入院の大半を占める一方で、本人への説明や意思確認が不十分なまま入院に至る例も少なくないことが指摘されている。

非自発的入院に関する国際的な議論は、制度の是非を問う二元的な立場にとどまらず、「強制(coercion)」の具体的な内容や文脈²⁾、

さらに当事者の視点から経験や意味に着目した研究も蓄積されてきた。こうした視点は、近年の質的研究において、非自発的入院経験の多様な意味の捉え方を明らかにしようとする試みにも通底している。

Katsakou and Priebe (2007) は、非自発的入院に関する質的研究のレビューを通じて、当事者の経験には否定的・肯定的な側面が併存しており、一様ではないことを示している³⁾。否定的な経験としては、治療に関する意思決定への不参加や自律(autonomy)の制限、スタッフによる配慮の欠如、非自発的な処遇による自尊心の低下などが挙げられた。一方で、入院中に尊重され、丁寧なケアを受けたと感じた場合には、非自発的であっても入院経験を肯定的に評価する例もあり、強制の受け止め方はその具体的な対応や関係性に大きく左右されることが示唆されている。

このような傾向は、Priebeら(2009)の研究

究にもみられる⁴⁾。彼らは、入院直後の満足度が高い患者ほど、退院後に非自発的入院を肯定的に捉える傾向があることを示しており、強制が当初の拒否感とは異なるかたちで、後になって受容可能な経験として再評価されうることを実証的に示している。

さらに、Seed ら (2016) は、非自発的入院に関するヨーロッパおよび北欧諸国の質的研究を対象としたシステマティック・レビューを行い、複数の研究に共通してみられた当事者の語りのテーマを抽出した⁵⁾。その結果、非自発的入院の経験はきわめて多様かつ複雑に意味づけられていることが示されている。たとえば、入院先を「避難所」として安全の場と感じる者がいる一方で、「正常性と独立感覚の喪失」、すなわち時間の浪費としての感覚や、常に見張られているような感覚、自らの生活に対する決定権や選択肢が制限されている印象を抱く者もいた。また、入院中に覚える怒りや不安が、次第に安心感へと変化していく感情の揺れも報告されている。

こうした意味の分かれ方には、意思決定への関与度や、治療者との関係性といった外的要因が大きく影響している⁶⁾。とりわけ、本人の価値観や意向を尊重し、支援や治療の意思決定に積極的に参画できるよう配慮する「パーソン・センタード・プラクティス (person-centered practice)」が実践されていた場合には、入院経験が肯定的に再構成されやすいが、逆に排除的な対応や情報の欠如があると、非自発的入院は苦痛や不信の体験として残りやすくなる。

もっとも、こうした非自発的入院の「肯定的回顧」については、それが必ずしも主体的な納得や治療的満足に基づくものとは限らないという指摘もある⁵⁾。制度的な選択肢の乏しさや、医療者との関係性を損なわないための語り直し、あるいは心理的な自己調整といった要因が関与している可能性もある。入院経験に対する意味づけは、常に複数の要因によって構成・再構成されうるものであり、慎

重な解釈が求められる。

これまでみてきたように、非自発的入院に関する当事者の経験については、質的研究が国際的にも数多く蓄積されてきた。一方で、家族の視点に焦点を当てた質的研究は、近年の西欧諸国ではあまり多くない。その一因として、現在の欧米諸国においては、入院時に家族が関与するケースが少なくなっていることが挙げられる⁶⁾。

そうした状況のなかでも、近年の注目すべき研究のひとつとして、イングランドの 12 病院で実施された質的調査がある。この研究では、非自発的入院を経験した 29 名の患者に対して介護的役割を果たしていた家族 30 名にインタビューを行い、家族が入院決定やその後の支援過程のなかで経験した感情的・制度的困難を明らかにしている⁷⁾。この調査では、家族の語りに共通して現れたテーマとして、以下の 4 点が抽出されている。

第一に、入院が決まったことに対する安堵感と、それに伴う複雑な感情である。家族は、患者の行動が手に負えない状況において「入院しかない」と感じるなかで、実際に入院が実現したことに対して一定の安心を得ていたが、その一方で罪悪感や将来への不安といった感情も抱えていた。

第二に、入院に至るまでのプロセスにおける支援の乏しさである。多くの家族は、精神保健サービスからの十分な支援を受けられないままに困難な状況に直面し、最終的に危機的状況のなかで非自発的入院に至ったと感じていた。これは、精神医療が「予防的」ではなく「事後的」に機能しているとの不満を含意している。

第三に、入院後の支援体制における役割負担の過重さである。入院後も家族が実質的な支援の担い手とみなされ、精神医療制度が責任を十分に担わない状況が語られていた。とりわけ退院後の生活支援において、家族への依存が強く、家族にとって制度が「支援」ではなく「転嫁」の装置として機能しているとい

う認識が示されていた。

第四に、医療機関との関係における情報共有と秘密保持の問題である。家族は、患者本人のプライバシーを尊重しつつも、支援の責任を担う立場として十分な情報を得ることを望んでおり、両者のバランスに対する悩みを抱えていた。とくに、自らが医療者に提供した情報がどのように扱われるかについての不安も語られていた。

この研究は、非自発的入院が当事者のみならず、家族にとっても多大な心理的・制度的負担をもたらす複雑なプロセスであることを明らかにしている。そして、家族を支援の協働者として期待するのであれば、制度側はその協力に対して適切な情報共有、責任の分担、心理的支援を含めたバランスの取れた関与の在り方を検討する必要性が示唆されている。

なお、日本の医療保護入院制度の特性を理解するうえでは、その制度的背景としての歴史的経緯にも着目する必要がある。1950年代から1970年代にかけては、精神障害者のケアは主に家族の責任とされてきたが、同時に、入院はその家族のケア負担を軽減する社会福祉的な機能も担っていたとの指摘がある⁸⁾。特に、当時の入院形態は社会防衛的措置よりも生活保護を通じた医療扶助が中心であり⁸⁾、精神病院は家庭に代わる場としても位置づけられていた⁹⁾。こうした構造のもとで、入院は家族をケア義務から「解放」する制度的役割を果たしてきた側面があり、これは現行制度における家族の位置づけや医療保護入院の継続的な運用にも影響を及ぼしている。現在の制度を再考するにあたっては、このような歴史的文脈を踏まえた検討が求められる¹⁰⁾。

本研究は、非自発的入院を経験した当事者およびその家族の語りを通じて、入院経験の意味づけの多様性を明らかにし、現行制度における課題や支援のあり方を検討することを目的とするものである。とりわけ医療保護入院においては、本人の意思が十分に尊重されないまま、家族の同意によって入院が実施さ

れるケースが多く、当事者と家族の双方が制度の狭間で複雑な葛藤を経験している可能性がある。近年の国内調査では、非自発的入院の経験者のうち、91% (n=220) が「入院の必要性を自ら判断したい」、83% (n=210) が「親子関係の修復に悩んでいる」と回答するなど¹¹⁾、制度運用への問題意識が明らかにされている。また、杉浦（2020）によるインタビュー調査では、措置入院および医療保護入院の経験者が、入院時の意思決定において不本意な諦念や妥協を経験していたことや、医療者の対応が入院の受け止め方に大きく影響していたことが示されている¹²⁾。

本研究では、こうした知見を踏まえつつ、当事者および家族の長期的かつ関係性に根ざした語りに注目し、非自発的入院がいかなる経験として捉えられ、意味づけられているのかを詳細に検討する。これにより、制度運用の実態をより深く理解し、制度改善に資する基礎的知見の提供を目指す。

B.方法

1. 調査方法

本研究では、非自発的入院を経験した当事者およびその家族に対する半構造化インタビューを実施した。

2. 対象者

調査対象は以下のとおりである。

非自発的入院の経験者：30名

家族（計19名）内訳：父母15名、配偶者1名、きょうだい1名、子ども2名

3. 調査期間

非自発的入院の経験者：2023年11月～2024年8月

家族調査：2023年11月～2024年4月

※家族調査は家族会の協力を得て短期間で実施された一方、当事者調査はフォーム等による継続的募集が可能であったため、より長期にわたって実施された。

4. 実施場所および時間

実施方法：Zoom 等のオンライン形式または対面（東京 23 区内、名古屋市、福岡市近郊にて実施）

インタビュー時間：1 回あたり約 60～90 分

5. インタビュー項目

インタビューでは、以下のような項目について聞き取りを行った。

【非自発的入院の経験者】

1. 入院に至るまでの経緯
2. 入院時の状況
3. 入院生活や治療について思うこと
4. 退院後の生活状況
5. 病名および病歴
6. 現在の家族との関係性
7. 非自発的入院に対する考え方

【家族】

1. 家族が入院するまでの経緯
2. 入院時の状況と家族の関わり
3. 入院生活や治療について思うこと
4. 退院後の生活状況
5. 病名および病歴
6. 現在の家族との関係性
7. 非自発的入院に対する考え方

6. 調査手続き

非自発的入院の経験者を対象とした調査については、2023 年 10 月に開催された精神保健福祉関連イベントにて、「非自発的に入院したことがある患者およびその家族」を対象とするインタビュー調査への協力を呼びかけるチラシを配布した。また、第三者からの紹介および SNS を通じての呼びかけを併用した。

家族を対象とした調査については、精神障害者の家族会を通じて協力を依頼し、協力者を募集した。

7. 倫理的配慮

本研究は、東京通信大学倫理審査委員会に研究内容を申請し、2023 年 7 月に承認を受けて実施された（承認番号：TU 倫研第 202302）。調査実施にあたっては、対象者に対して事前に研究の趣旨と倫理的配慮について説明し、同意が得られた場合に文書での同意書への署名を依頼した。本研究では、守秘義務と個人情報の保護に最大限配慮した。

8. 分析手法

音声はすべて録音し、逐語的に文字起こしを行ったうえで、分析用のトランスクリプトを作成した。作成されたデータは質的データ分析ソフトウェアを用いてコーディングを行い、テーマごとに整理・分析を行った。分析手法としては、リフレクティブ・テーマ分析（Reflexive Thematic Analysis）¹³⁾を採用し、初期段階では語りの逐語性を重視した semantic coding（表層的意味に基づくコーディング）を行った。その後、コードの比較・統合を通じて共通するパターンや意味のまとまりを抽出し、主要なテーマとして整理した。

C. 結果／進捗

1. 入院経験者の視点からみた非自発的入院の実態

1-1 入院に至った経緯

非自発的入院に至る経緯は多様であったが、大きく分けて以下の 2 つのパターンが確認された。

（1）自殺企図や幻覚・混乱状態など、緊急性を伴う事態への対応

自殺未遂や幻覚・妄想、混乱状態などの急性症状を契機として、措置入院や医療保護入院に至ったケースが複数確認された。警察の介入や救急搬送を経て、家族や医療者の判断により、本人の意思にかかわらず迅速に入院が決定されたケースもある。なかには、逮

捕・留置を経て精神科病院に入院した事例もあった。

(2) 過労や家庭内の困難による、支援不在下での「避難」的入院

過重労働や生活困窮、家庭内暴力、性的被害、虐待などを背景に精神的不調が顕在化し、適切な支援につながらないまま非自発的入院に至った例も多くみられた。児童相談所や福祉機関の関与、そして支えきれなくなった家族からの相談や要請を契機としたケースもみられ、制度が「危機への介入手段」として位置づけられていた。

これらの事例に共通していたのは、入院時点で本人が支援を求められる状態ではなく、制度的介入以外に選択肢が乏しかった点である。被虐待経験や精神的外傷、社会的孤立、精神医療への不信感などが重なり、結果として医療保護入院や措置入院が実施された。

1-2 入院中の処遇

非自発的入院中の処遇は、本人の経験に少なからず影響を与える傾向が確認された。まず否定的に語られることが多かったのは、閉鎖病棟や保護室での隔離、身体拘束、ナースコールの不在、外部との連絡制限といった、厳格な管理体制である。複数の事例では、「(保護室で) ドアを叩いても気づかれない」「医師と会えるのは入院中に1回だけだった」といった語りがみられ、精神的孤立感や強い不安が印象づけられていた。一方で、「守られている」「安心できた」といった肯定的な評価もあり、処遇の質や職員との関係性によって、入院経験の受け止め方には大きな差異があった。

医療スタッフ、特に医療スタッフとの関係性、なかでも日常的に接する看護師とのやりとりは、処遇経験の意味づけに大きく影響していた。丁寧なケアや配慮を通じて信頼関係が築かれたケースでは、身体拘束を含む困難な状況においても「支えられた」という語りが得られていた。他方で、看護師による威圧

的な態度や脅威となるふるまいが語られた事例では、入院経験そのものが「傷つき体験の再現」として記憶され、精神医療への深い不信感につながる様子も確認された。

薬物療法については、症状安定への貢献を肯定する声がある一方で、「泥のように眠るだけだった」「大量の薬で管理されていた」といった語りにみられるように、過鎮静や副作用への懸念も複数確認された。また、「話を聞いてくれる存在がいなかった」「治療は処方と閉じ込めだけだった」といった、対話の欠如に対する問題提起も繰り返されていた。特に、医師とのコミュニケーション機会が限られた環境では、不安や疑問が解消されず、「妄想」とラベリングされること自体への屈辱感が語られたケースもあった。

一方で、入院経験を通じて回復の契機を得たという語りも一定数確認された。心理教育を受けたことで「病識や症状への対処法を得て、生活を立て直す鍵になった」とする声や、訪問看護など退院後支援への接続が「救いになった」とする語りからは、入院が単なる管理にとどまらず、回復へのステップとして意味づけられる可能性も示唆された。

以上のように、非自発的入院中の処遇は一律ではなく、施設の体制、職員の対応、薬物療法の運用、本人の状態などの複合的な要因により、その内容と経験の質が左右されることが明らかとなった。「命を守る」といった保護の目的が強調される一方で、「個別性に応じた支援」や「その後の生活」の視点が後景に退くと、入院は制度的不信や心理的な傷を深める契機ともなりうる。処遇の質が、本人の納得感や制度に対する信頼感に大きく影響することが示された。

1-3 退院後の生活と支援

非自発的入院の経験者たちの語りからは、退院後の生活における支援体制の重要性と、その地域や個人による不均衡（ばらつき）が浮かび上がった。多くの事例に共通していた

のは、退院後に直面する生活基盤の脆弱さ——経済的困難、家族との不和、住居の不安定さなど——が、医療の中断や再発リスクを高める要因となっていた点である。

退院後の生活においては、まず住居や収入といった生活の基盤をいかに確保するかが大きな課題となっていた。障害年金や生活保護の受給、配食サービスや訪問支援といった制度的資源を活用できた事例では、日常生活の安定や通院の継続が比較的維持されていた。また、訪問看護師や就労支援スタッフなど、地域で本人を支える支援者との関係については、「支えられている」「信頼できる」といった肯定的な評価もみられた。こうした生活基盤の上に、ピアスタッフとの接点や就労支援といった「他者との関わり」による支えが加わることで、再発予防や社会的回復のプロセスを実感していたという語りも確認された。一方、こうした基盤が整わず、再発や再入院に至ったケースもあった。

また、制度的制約や支援の不足のなかで、「我慢による自衛」を余儀なくされている様子もうかがえた。たとえば、グループホームなどの支援付き住居を希望しながらも、家族の反対や制度上の制約によって、望まない実家での同居を続けざるを得なかったケースや、劣悪なグループホームに「やむを得ず」留まるしかなかったケースがあった。支援制度が「選択肢のある生活」を十分に保障しきれていないことへの不満や疑問も語られており、「形式的な選択」が実質的には強制に近いと受け止められる場面も見受けられた。

総じて、退院後の生活は「支援の連続性」に大きく左右される傾向がみられた。入院から退院への移行は単なる〈出口〉ではなく、支援を受けながら生活を再構築していく〈入口〉としての意味を持つ。そのため、退院支援体制の質と多様性は、本人の回復可能性を左右する重要な要素であり、今後いっそうの整備と見直しが求められる。

1-4 入院の意味づけと評価の多様性

非自発的入院の経験は、本人によって多様に意味づけられており、肯定的な評価、否定的な評価、そして両者が混在する複雑な立場が併存していた。制度の是非そのものを問うだけでは捉えきれない語りが多く確認された。

一部の人々にとって、入院は「必要だった」「守られた」「救われた」といった肯定的な体験として語られていた。たとえば、「症状が悪化し、独力での対処が困難だった」「疲れ切っていた自分にとって保護だった」「劣悪な家庭環境から離れる必要があった」といった発言からは、制度によって一時的にでも安心や休息が得られたという実感がうかがえる。また、心理教育やピア支援との出会いを通じて「自己理解が深まった」「再発防止につながった」とする語りもみられ、入院を生活再建に向けた一つの契機として前向きに捉え直そうとする傾向がうかがえた。

一方で、非自発的入院を「逮捕のようだった」「地獄のようだった」と語る例も少なくない。家族や病院による一方的な判断のもと連れて行かれ、十分な説明のないまま拘束や薬物治療を受けた体験は、屈辱や怒りとともに記憶されていた。特に、症状が落ち着いていたにもかかわらず病院側の判断で医療保護入院が継続された事例や、「退院したい」と申し出た直後に入院形態が変更されたケースなどでは、制度運用の不透明さに対する戸惑いや、不信感がにじむ語りもみられた。

また、肯定と否定のあいだに位置づけられる語りも多くみられた。たとえば、「入院自体は必要だったが、スタッフの数が少なく、十分なケアやサポートが受けられなかった」「命は守られたが、その代償として失業し、退院後の生活が立ち行かなくなった」といったように、入院の必要性は認めながらも、制度的・環境的な不十分さが強調される語りである。

こうした評価の分かれは、制度そのものの設計に加え、その運用のされ方、さらには家族関係や地域資源の有無、支援者との相性と

いった社会的文脈に影響されていた。たとえば、「地域では支えきれない人の最後の砦」として制度を肯定的に捉える、元入院経験者で支援職に就いた人がいる一方で、「必要な支援が提供されていれば、そもそも入院せずに済んだ」と語る人もいた。このような差異は、非自発的入院が単なる医療的判断ではなく、社会的文脈に深く根差した制度であることを示唆している。

以上のように、非自発的入院の評価は一樣ではなく、個人の背景、入院時の状況、支援体制、その後の生活との連続性など、多様な要因のなかで意味づけられていた。制度評価にあたっては、こうした異なる立場や経験に丁寧に向き合い、単純な肯定・否定の二項対立では捉えきれない入院経験の多層性に目を向け、個別の背景や支援環境を踏まえた、より柔軟で実効的な制度設計が求められる。

2. 家族の視点からみた非自発的入院

2-1. 家族が入院に至った経緯

非自発的入院は、多くの家族にとって「最初から望んだ選択」ではなく、「他に手立てがない状況」に追い込まれた末の決断であった。入院に至るまでの経緯には、妄想や幻聴など症状の悪化、自傷・他害行為、徘徊や奇異な行動といった本人側の要因に加え、家族側の「家庭の限界」や「社会的資源の乏しさ」が重なり合い、入院を選ばざるをえなくなる過程が多く確認された。

多くの事例では、長期にわたるひきこもりや就労困難の状態が続くなかで、家庭内暴力や生活の破綻が次第に深刻化し、家族による支援が限界に達するなかで入院に至っていた。警察や学校、近隣住民からの通報により外部機関が関与し、結果的に入院が決定されるケースもあり、「家族だけでは判断できない」状況に直面していた実態も語られている。

入院の同意を本人から得られなかった場合には、「強制入院しかない」と医療機関から伝えられる事例もあった。なかには、家族が単

独で病院や保健所に相談に赴き、最終的に入院に至った例も確認された。これに対し、訪問診療やオープンダイアログなど、強制によらない関わりを模索した家族もいたが、本人の拒否的反応や支援資源の限界により実現しなかった事例もあった。一方で、入院先について家族と本人があらかじめ相談を重ね、「この病院なら入院してもよい」と合意したうえで入院に至ったケースもあった。このようなプロセスが踏まれていた場合、入院中の支援関係が比較的良好に保たれ、本人の納得感も高まりやすい傾向がみられた。

また、措置入院が適用された事例では、公共空間での異常行動や他者への危害行為が契機となり、警察が関与するなかで入院が決定されていた。その一方で、同様の状況下でも「措置ではなく医療保護で」と判断される例もあり、診断名や症状の重篤度に加えて、年齢や家族関係、生活史といった個別の事情が入院形態の決定に影響を与えていることも示唆された。

家族の多くは、当初は「医療につなげたい」「落ち着かせたい」といった思いから支援を求めていたが、対応の遅れや支援資源の乏しさにより、結果的に強制的な入院に至るケースが多かった。「本人に納得してもらいたかった」「あんなやり方しかなかったのか」といった自責の念を語る声も少なくなく、非自発的入院は、単なる医療的対応ではなく、支援体制の脆弱性や家族の抱える構造的負担の表れとして位置づけられていた。支援選択肢の限界が、家族にとって非自発的入院を選択せざるをえない状況を形成していた部分もあると考えられる。

2-2. 入院中・退院後の支援体制

入院中および退院後の支援体制は、医療機関ごとに大きな差があった。支援が連続して提供されたケースもあれば、退院によって関係が断たれ、「切断性」が際立つケースもみられた。入院中の処遇に対する不満が語られた

一方で、医療者への信頼や感謝の声が聞かれる場面も少なくなかった。また、入院によって、暴力や自殺未遂への対応に疲弊していた家族の生活が一時的に小康状態となり、「本人が家の外にいることで心身が休まった」という振り返りも複数みられた。このように、入院が当事者だけでなく家族に一時的な生活の安定をもたらすこともあった。

入院中の支援に関しては、「警察官による丁寧な説得で搬送時の負担が軽減された」「面会を通じて家族との信頼関係が回復した」といった語りが確認された。また、病識を持つようになったことや、服薬の必要性への納得感、医療スタッフとの信頼関係が回復の転機となった事例も複数みられた。さらに、グループホーム入居や就労支援施設への接続を支援する PSW の働きかけが、退院後の生活を現実的に見通す手がかりとなったという証言も複数あった。

一方で、「3ヶ月の医療保護入院の期限があること自体が、かえって十分な支援を妨げている」との指摘や、「入院中にスタッフとトラブルになり、退院を急かされた」といった、支援の短期性や断片化への不満も根強い。特に、病識や服薬の必要性を十分に認識しないまま退院に至るケースもあり、支援の継続性の欠如が回復にとって障害となっている実態がみられた。繰り返しの入退院を経験するケースでは、「支援」が一時的・断片的な対応にとどまりやすく、本人が安心して帰る場所や生活の見通しを持てないまま再入院に至るという悪循環も確認された。

退院後の支援体制においても、デイケアや作業所との接続がうまくいったケースと、早期の退所やトラブルによって支援から再び離脱するケースとが対照的である。特にグループホームに関しては、「環境がつかなくてとても生活を続けられない」といった声や、生活リズムの乱れや暴力などの問題行動を理由に退去を余儀なくされた事例が確認された。その結果、本人が行き場を失い、再び家族のもと

に戻らざるを得ない状況に置かれることもあり、地域生活支援の継続性と柔軟性の限界が浮き彫りとなった。

以上のように、入院中・退院後の支援体制は、医療機関の対応や地域資源の違いによって大きく左右されていた。入院が回復や関係修復の機会となる一方で、支援の断絶や居場所の喪失をもたらし、再入院に至る例も少なくない。とりわけ、グループホームからの早期退去や支援施設とのミスマッチによって、本人が地域で暮らし続ける手段を失い、結果として再び家族による支えに頼らざるを得なくなるケースもあった。こうした現状は、制度的支援の継続性や柔軟性の限界を示すと同時に、地域におけるケアの担い手を支える仕組みの必要性も示唆している。

2-3. ケアの担い手としての負担

家族によるケアは長期にわたり継続されることが多く、特に感情的・身体的負担が顕著であった。なかでも親（とりわけ母親）が主要な担い手となるケースが目立ち、ケアの役割が生活全体に組み込まれ、他の活動を制限する形で展開されていた。ケアにかかりきりになることで、自由な時間を持つことが難しくなり、外出や就労、交友といった日常的な行動が制限されるような、時間的拘束の強さも浮き彫りとなった。たとえば、精神的に不安定な子どもの対応を優先するために、学校教員を辞職してケアに専念した母親や、再婚相手との関係悪化を経て離婚に至った母親の語りからは、家族によるケアが、キャリアや生活設計に深刻な影響を与える場合があることがうかがえた。

また、本人による暴力や自傷行為への対応は、家族にとって継続的な心理的・身体的負担となっていた。たとえば、包丁を持ち出して外に飛び出した家族に対応した事例、家庭内で物を投げつけられた後に警察へ連絡した事例、生活費を届けに行った際に暴力を受けた事例などからは、家庭が「安全な場所とし

て機能していない」状況にあることがうかがえる。こうした経験は、家族に慢性的な不安と緊張をもたらすとともに、支援機関への相談や入院判断を後押しする要因としても作用していた。

一方で、家族は加害と被害の境界を一義的に引くことに慎重な姿勢をみせる場面もみられた。たとえば、強制入院に至った経緯について「他に方法がなかったのか」と振り返る母や、「次に暴力が発生した際には覚悟をもって入院させなければならなかった」と語る父の事例では、入院判断に対する再考や葛藤が表出していた。また、包丁による負傷事件を受けて警察に勾留されたケースでは、家族が検察に対して「処罰よりも医療的介入を」と訴え、司法手続きを回避して措置入院となった。過去に繰り返された医療保護入院では「親が入院させた」と本人から責められることがあったため、今回は措置入院という形式をとるよう希望したという。この事例は、制度の選択が家族の関係維持をめぐる戦略とも結びついていることを示唆している。

こうした事例からは、家族が支援の担い手として関与する一方で、制度的な強制の実施においても判断や行動を委ねられるという、複合的な役割を果たしていることがうかがえる。すなわち、家族は本人への医療・福祉的介入を求める立場でありながら、同時に制度的対応を進める際の媒介者としても位置づけられていた。

経済的負担についても言及があり、長期にわたる通院や入院による費用の累積、あるいは本人の年金や障害者手帳の取得遅れが家計に影響を与えた事例も確認された。ある母親は、病院の事務職員から世帯分離を提案されたことで「ようやく経済的に少し楽になった」と述べており、医療機関側による制度理解と柔軟な対応が、家族のケア継続に資する可能性を示していた。

このように、ケアの担い手としての家族は、「近すぎる支援者」であるがゆえに、制度と

日常生活、責任と罪責、支援と介入のあいだで葛藤を抱えながら役割を担い続けている。その語りからは、家族が制度的支援の隙間を埋める存在として、制度と生活の接点で葛藤しながら役割を果たしていることが浮かび上がった。

2-4. 制度的介入の二面性

非自発的入院を経験した家族の語りには、精神医療制度に対する期待と不信、安心と不安、信頼と戸惑いといった多様な感情が交錯していた。入院という選択肢は、「最後の手段」として必要性を認識しながらも、「できれば避けたかった」という思いと表裏一体で語られることが多かった。入院が結果として当事者や家族に一時的な安定をもたらすこともある一方で、家族関係に軋轢や葛藤を残すことも確認された。

制度的支援に対しては肯定的な声も確認されている。たとえば、「病識や服薬の必要性を理解するようになった」「信頼できる医師や看護師と出会えた」「PSW が地域生活に向けた橋渡しをしてくれた」といった語りからは、制度の枠組みのなかでも丁寧で柔軟な支援が提供されていた事例がうかがえた。また、退院後の住まいや就労支援といった制度的な整備が、生活再建への重要な足がかりとなるケースも存在した。

一方で、制度的支援は本人の意思や適応を前提とするため、支援の継続が困難となる事例もみられた。たとえば、グループホームへの入居が本人の強い拒否によって見送られたケースや、入居後に問題行動によって退去せざるを得なくなったケースでは、支援の不成立が最終的に家族の負担増加につながっていた。制度が本人の意思決定を尊重する仕組みであるからこそ、支援が機能しなかった場合にその責任や影響が家族に及ぶ構造は、慎重な検討を要する課題といえる。

このように、精神医療制度は画一的な装置ではなく、状況に応じた支援を提供する可能

性を有している一方で、その制度的構造や運用のあり方が、結果として家族に支援の空白を埋める役割を担わせたり、制度への信頼感に影響を与える場面もみられた。家族の語りには、制度の意図と現場の現実のあいだにある緊張や課題を浮き彫りにしており、今後の支援体制の在り方を検討するうえで重要な手がかりを提供している。

D. 考察

本研究では、非自発的入院の経験者およびその家族の語りにもとづき、入院に至る経緯、入院中の処遇、退院後の生活、そしてそれらの経験の意味づけの多様性を明らかにしてきた。これらの語りは、非自発的入院が医療制度の枠内での出来事であると同時に、個人の生活や家族関係に深く根ざした経験であることを示している。

経験者の語りからは、非自発的入院が「危機への介入」あるいは「選択肢のなさ」の帰結として経験されていた実態が明らかとなった。自殺企図や幻覚状態といった急性の危機への対応に加え、過労や虐待、社会的孤立などによって精神的に追い詰められた末に、支援につながらないまま入院に至ったケースも多く、入院はしばしば「避難」の手段として機能していた。他方で、入院の過程や処遇が強制的であること、説明が不十分であることは、不信や屈辱感として強く記憶されやすい傾向にあった。

また、入院中の処遇は一律ではなく、職員との関係性や支援のあり方によって、同じ制度的枠組みのなかでも肯定的・否定的に大きく分かれることが示された。丁寧なケアや関係の構築があった場合、非自発的な入院であっても回復の契機として再構成される例があった一方で、対話の欠如や威圧的な態度が強調された事例では、不安や脅威、精神的外傷の再現として語られる傾向がみられた。

退院後の生活においても、制度的資源や支援者との関係性の有無が生活再建の成否を左

右していた。支援の切断やミスマッチによって生活の場を失い、再び入院に至るケースもあり、「選択肢の乏しさ」が制度的強制と表裏一体であることも示唆された。

家族の語りからは、非自発的入院が親子関係において複雑な意味を持つことが示された。入院を通じて関係性が断絶した事例がある一方で、「親としての責任感」からケアを継続しようとする姿勢も多く、「離れたくても離れられない」といった内在化された義務感も語られていた。また、暴力や困難に直面した家庭では、非自発的入院が「距離をとる機会」「関係再構成のきっかけ」として受け止められていた例もあり、制度が家族にとって社会的・感情的な調整機能やケア負担の軽減を果たしている側面も確認された。

当事者・家族の双方に共通していたのは、制度そのものの是非よりも、処遇の質や支援体制の在り方がより重視されていた点である。丁寧な説明や関係性に基づく支援があれば、非自発的な入院であっても肯定的に再解釈されうることが示されており、これは先行研究の知見³⁾⁵⁾とも一致する。一方で、地域での支援資源や代替手段の乏しさゆえに、「入院しか選択肢がなかった」「他に頼る先がなかった」といった語りも多く、そうした状況のなかで制度に委ねざるを得なかったことへの無力感や自責の念が表出していた。結果として、制度運用の在り方そのものが、当事者・家族の苦悩を再生産する構造として作用していることも示唆された。

現行制度への批判としては、医療保護入院における「家族等の同意」要件がしばしば問題視されている。入院に同意した家族が本人から責められることで関係が損なわれるケースもあり、そもそも家族が制度上の「責任者」とされることへの違和感や葛藤も語られていた。「家族だからこそできる支援」と「家族だからこそ引き受けさせられる困難」は制度の枠組みによって鋳型化されており、支援の公平性や関係性の維持という観点から、第三者

的支援者による役割分担や意思決定支援の仕組みが必要であると考えられる。

非自発的入院制度の改革にあたっては、制度の廃止・厳格化という二項対立的な議論にとどまらず、「制度に頼らざるを得ない状況」の解消と、「選択肢ある支援の整備」が本質的な課題であることが、当事者と家族の双方の語りから明らかとなった。とりわけ、形式的な人権保障や強制性の排除が、かえって支援の密室化や孤立をもたらすことのないよう、現場での支援実践に根差した柔軟な制度設計が求められる。

本報告は、非自発的入院を経験した当事者および家族の語りを通じて、現行制度の構造的課題や支援体制のあり方を検討するものである。個々の語りには感情的な要素も一部含まれているが、それぞれが制度との関わりのなかで形成された経験の表現であり、本稿はそれらを通じて制度的構造を捉えることを意図している。したがって、本報告は特定の制度や関係者を非難するものではなく、あくまで現場の実践に根ざした構造的な理解と改善に資する視座の提示を目的としている。

最後に、本調査は非自発的入院を経験した当事者および家族の語りに焦点を当て、制度の運用実態や支援のあり方について検討を試みたものであるが、その範囲と分析手法にはいくつかの限界がある。

第一に、本調査では主に統合失調症圏や気分障害を中心とする精神疾患を対象としており、依存症や認知症といった他の疾患群に関しては分析の対象外となっている。これらの疾患に関連する非自発的入院の特性や家族関係は異なる可能性が高く、今後の課題として位置づけられる。

第二に、医療保護入院における「手続きの実態」、すなわち本人への説明や同意の有無、医師・家族の関与の仕方といった要素については、今回の調査では網羅的に扱っていない。説明がなされたか否か、どのようなコミュニケーションがあったかといった論点は、制度

運用の実態を理解するうえで極めて重要であり、今後の詳細な検討が求められる。

第三に、本研究は特定地域・特定医療機関を中心とした調査であるため、全国的な傾向として一般化するには一定の慎重さが必要である。地域資源の有無や施設の方針によって、入院や支援の経験は大きく異なる可能性がある。

第四に、当事者や家族が語る内容には、経験の性質上、語られにくさや自己検閲が含まれることも考慮する必要がある。特に、暴力や虐待、制度への深い不信といった語りは、関係性や環境によって抑制されることがあり、調査で把握しきれない側面がある。

これらの限界をふまえ、今後はより多様な背景を持つ当事者・家族へのアクセス、多職種による制度運用の実態把握、地域差・制度設計の比較研究といったアプローチが必要となるだろう。

E.健康危険情報

なし

F.研究発表

1.論文発表

なし

2.学会発表

- 1) 櫛原克哉, 添田雅宏・若林真衣子：非自発的入院をめぐる患者の経験と解釈に関する考察——経験者を対象としたインタビュー調査から．第120回 日本精神神経学会学術総会，札幌，2024.6.20-22.
- 2) 櫛原克哉・添田雅宏・若林真衣子：精神医療における非自発的入院の経験者を対象としたインタビュー調査——許容基準としての謝意理論の視点から．第12回 日本精神保健福祉学会全国学術研究集会，福島，2024.6.29-30.
- 3) 櫛原克哉：精神科病院への非自発的入院と家族のケアをめぐる葛藤に関する考察

—患者家族を対象としたインタビュー調査から、京都、2024.11.9-10.

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

文献

1. 古屋龍太, 太田順一郎編: 精神医療 97 号 [第 4 次] (特集 医療保護入院—制度の廃止に向けて). 批評社, 東京. 2020.
2. Gather J, Henking T, Nossek A, Vollmann J 編: Beneficial Coercion in Psychiatry? Foundations and Challenges. mentis, ミュンスター, 2017.
3. Katsakou C, Priebe S: Patient's Experiences of Involuntary Hospital Admission and Treatment: A Review of Qualitative Studies. Epidemiol Psychiatr Soc 16: 172-178, 2007.
4. Priebe S, Katsakou C, Amos T, Leese M, Morriss R, Rose D, Wykes T: Patients' Views and Readmissions 1 Year after Involuntary Hospitalisation. Br J Psychiatry 194: 49-54, 2009.
5. Seed T, Fox J, Berry K: The Experience of Involuntary Detention in Acute Psychiatric Care: A Review and Synthesis of Qualitative Studies. Int J Nurs Stud 61: 82-94, 2016.
6. Dirik A, Sandhu S, Giacco D, Barrett K, Bennison G, Collinson S, Priebe S: Why Involve Families in Acute Mental Health Care? A Collaborative Conceptual Review. BMJ Open 7 (9): e017680, 2017.
7. Jankovic J, Yeeles K, Katsakou C, Amos T, Morriss R, Rose D, Nichol P, McCabe R, Priebe S: Family Caregivers' Experiences of Involuntary Psychiatric Hospital Admissions of Their Relatives – a Qualitative Study. PLoS One 6 (10): e25425, 2011.
8. 後藤基行: 日本の精神科入院の歴史構造—社会防衛・治療・社会福祉. 東京大学出版会, 東京, 2019.
9. 宗像恒次: 精神医療の社会学. 弘文堂, 東京, 1984.
10. 後藤基行: 精神衛生下の同意入院と現行医療保護入院—ケア義務からの「解放」という論点. 精神医療 97: 83-93, 2020.
11. 一般社団法人精神障害当事者会ポルケ: 【報告書】当事者の視点から期待する—これからの入院制度についての意識調査. 2022 (2025 年 5 月 6 日取得, <https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000940706.pdf>).
12. 杉浦寛奈: 精神科強制入院と患者の意思決定に関する研究. 学位論文 (東京大学大学院医学系研究科), 2020.
13. Braun V, Clarke V: Thematic Analysis: A Practical Guide. SAGE Publications, London, 2021.

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ
櫛原克哉, 添田雅宏	ピア・スタッフは自分をどのように見せるのかー精神障害のピア・サポートの現場から	伊藤智樹編	支える側・支えられる側の社会学ー難病患者, 精神障害者, 犯罪・非行経験者, 小児科医, 介助者の語りからー	晃洋書房	京都	2024年	pp25-48

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
柑本美和, 西岡慎介, 富山侑美, 水留正流	台湾における犯罪を行った精神障害者の処遇制度	刑政	135 (9)	48-59	2024年
櫛原克哉	医療・構築主義の社会学から見た精神障害の流行現象	精神科治療学	39 (9)	955-959	2024年

令和7年3月27日

厚生労働大臣
~~（国立医薬品食品衛生研究所長）~~ 殿
~~（国立保健医療科学院長）~~

機関名 国立大学法人・京都大学
所属研究機関長 職 名 総長
氏 名 湊 長博

次の職員の令和6年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業
2. 研究課題名 地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制における入院医療による支援のための研究
3. 研究者名 （所属部署・職名） 医学研究科・教授
（氏名・フリガナ） 村井俊哉・ムライトシヤ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	☒	☐	☒	京都大学大学院医学研究科・医学部及び医学部附属病院	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐	☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：）	☐	☒	☐		☐

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由：）
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合は委託先機関：）
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由：）
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ （有の場合はその内容：）

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣
~~（国立医薬品食品衛生研究所長） 殿~~
~~（国立保健医療科学院長）~~

機関名 国立大学法人東京大学
所属研究機関長 職 名 学長
氏 名 藤井 輝夫

次の職員の令和6年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業
2. 研究課題名 地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制における入院医療による支援のための研究
3. 研究者名 （所属部署・職名） 医学部附属病院・教授
（氏名・フリガナ） 笠井 清登・カサイ キョト

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	☒	☐	☒	国立精神神経医療研究センター（代表機関）、東京大学（分担機関）	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐	☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称： ）	☐	☒	☐		☐

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由： ）
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合は委託先機関： ）
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由： ）
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ （有の場合はその内容： ）

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和7年3月27日

厚生労働大臣
~~（国立医薬品食品衛生研究所長） 殿~~
~~（国立保健医療科学院長）~~

国立研究開発法人
機関名 国立精神・神経医療研究センター

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 中込 和幸

次の職員の令和6年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業
2. 研究課題名 地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制における入院医療による支援のための研究
3. 研究者名 （所属部署・職名） 精神保健研究所 ・ 地域精神保健・法制度研究部長
- （氏名・フリガナ） 藤井 千代 ・ フジイ チョ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	☒	☐	☒	国立精神・神経医療研究センター	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐	☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称： ）	☐	☒	☐		☐

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由： ）
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合は委託先機関： ）
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由： ）
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ （有の場合はその内容： ）

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣
~~（国立医薬品食品衛生研究所長） 殿~~
~~（国立保健医療科学院長）~~

機関名 東海大学
所属研究機関長 職 名 学長
氏 名 松前 義昭

次の職員の令和6年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業
2. 研究課題名 地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制における入院医療による支援のための研究
3. 研究者名 （所属部署・職名） 東海大学・教授
（氏名・フリガナ） 柑本美和・コウジモトミワ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	☐	☒	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐	☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称： ）	☐	☒	☐		☐

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由： ）
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合は委託先機関： ）
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由： ）
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ （有の場合はその内容： ）

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣
~~（国立医薬品食品衛生研究所長） 殿~~
~~（国立保健医療科学院長）~~

機関名 東京通信大学
所属研究機関長 職 名 学長
氏 名 村岡 洋一

次の職員の令和6年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業
2. 研究課題名 地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制における入院医療による支援のための研究
3. 研究者名 （所属部署・職名） 情報マネジメント学部・講師
（氏名・フリガナ） 榎原 克哉・クシハラ カツヤ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	☒	☐	☒	東京通信大学	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐	☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称： ）	☐	☒	☐		☐

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由： ）
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☐ 無 ☒ （無の場合は委託先機関： 京都大学 ）
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由： ）
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ （有の場合はその内容： ）

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。