

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。