

非自発的精神科入院医療及び意思決定支援に関する国際比較研究

研究分担者： 笠井清登（東京大学医学部）

研究協力者： 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）、金原明子（東京大学医学部）、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）、澤井大和（東京大学医学部）、杉浦寛奈（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）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）、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）、松長麻美（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）、森田健太郎（東京大学医学部）、山村啓真（京都大学学部）

要旨：本研究は、制度の国際比較を通じて、日本における医療保護入院を中心とする非自発的入院制度について、意思決定能力評価、意思決定支援、権利擁護、地域支援体制等の観点から今後の制度設計に資する知見を得ることを目的とした。英国（主としてイングランドおよびウェールズ）ならびに台湾を対象に、現地訪問によるインタビュー調査、施設見学、関連資料・文献の検討を行った。英国では、**Mental Health Act** と **Mental Capacity Act** が併存しており、非自発的入院の判断に先立つ意思決定能力評価、本人の意思決定を支える実践、**safeguards**、裁判所・判例、専門職教育、地域危機支援の重要性が示された。台湾では、**CRPD** を強く意識した精神衛生法改正により、同法に規定された「強制入院」の判断に司法が関与する制度への移行が予定されており、第三者関与による手続的保障の強化が期待される一方、現場負担、早期介入の遅れ、地域支援体制の整備などの課題も示された。文献・資料調査からは、意思決定能力評価を単なる能力判定ではなく、本人の意思決定を可能にする支援過程として捉えること、また強制的実践の低減には法制度だけでなく、地域サービス、専門職教育、組織文化、当事者・家族の参画が必要であることが確認された。日本において非自発的入院の最小化と権利擁護を進めるためには、入院時の手続きの見直しにとどまらず、意思決定支援、第三者関与、精神医療審査会の機能強化、地域危機支援、身体科医療との連携、家族・当事者団体の参画を含む包括的な制度設計が必要であると考えられた。

A.研究の背景と目的

わが国では、医療保護入院を中心とする非自発的入院制度が、必要な精神科医療へのアクセスを確保する仕組みとして長く運用されてきた。令和4（2022）年の精神保健福祉法改正では、医療保護入院の入院期間の法定化、更新手続、入院理由の告知等

が導入されたが、本人の同意能力をどのように評価するのか、本人の意思に基づかない入院の手続的保障をどのように確保するのか、意思決定支援をどのように適切に行うのか等、その運用にあたっては多くの課題が残されている。

非自発的入院制度をめぐる課題の多く

は、日本に固有のものではない。諸外国においても、精神症状により本人の意思決定能力が揺らぐ場面で本人の権利をどのように守るのか、必要な医療をどのように確保するのか、医療者、司法、行政、家族、地域支援者、権利擁護者等がそれぞれどのような役割を担うのか、どのようにして意思決定支援を行うのか等、さまざまな課題に取り組んでいる。障害者権利条約

(CRPD)を踏まえた国際的議論においては、非自発的入院や代行的意思決定のあり方が厳しく問われている一方で、生命や健康に重大な危険が生じ得る状況に対して、どのような法的枠組みのもとで、どのような介入・支援を行うべきかについては、今なお十分な合意には至っているとは言い難い。

本年度、本研究では、英国（主としてイングランドおよびウェールズ）ならびに台湾の制度改革と実践に着目した。英国では、精神科入院に関する法（Mental Health Act 1983）と、意思決定能力を欠く成人の意思決定支援や権利擁護に関する法(Mental Capacity Act 2005)が併存しており、非自発的入院、意思決定能力評価、意思決定支援、権利擁護の仕組みに関して、法制度の整備にとどまらず、臨床実践および専門職教育が蓄積されている。日本には Mental Capacity Act に相当する包括的な意思決定能力法制はなく、精神科医療において、本人の意思決定能力をどのように評価し、どのような意思決定支援を行うかについて、十分に検討されていない。そのため、英国の経験は、日本において意思決定能力評価と意思決定支援を精神科医療の中にどのように位置づけるかを検討するうえで、重要な参照対象となると考えられる。

台湾は、日本と同じ東アジア圏に位置し、家族の関与、精神疾患に対する社会的スティグマ、医療制度と地域支援体制の関

係など、日本と共通する課題を有している。現在台湾では、CRPDを強く意識した制度改革が進められており、2022年の精神衛生法改正により、精神科の非自発的入院医療の決定に司法が介在する制度へと転換しようとしている。したがって、台湾の経験は、日本と一定の社会的・文化的共通性を有するアジア圏において、CRPDを踏まえた非自発的入院制度の改革がどのように進められ、どのような実務上の課題を生じさせているのかを検討するうえで重要である。

本研究は、英国および台湾の制度を日本に導入することを目的とするものではない。両者の制度改革、現場実践、専門家から紹介された実践的資料および関連文献を参照することにより、今後の日本における制度設計と実践改善に資する知見を得ることを目的としている。

B.方法

本研究では、英国および台湾における非自発的精神科入院医療、意思決定能力評価、意思決定支援、権利擁護、地域精神保健サービスに関する制度および実践の現状を把握するため、現地訪問によるインタビュー調査、施設見学、ならびに関連資料・文献の検討を行った。

調査対象者および訪問先は、研究分担者および研究協力者の人的ネットワークを活用した機縁法により選定した。対象には、精神科医療、精神保健法制、意思決定能力評価、患者権利擁護、地域精神保健サービス等に関する専門的知見を有する者、または当該制度の運用に関与している機関を含めた。

インタビューは、あらかじめ設定した質問紙に基づく構造化面接ではなく、各訪問先の専門性や実践内容に応じて実施した。主な聴取内容は、非自発的入院制度の概要、入院判断の手続き、意思決定能力評価

および意思決定支援の実践、本人の権利擁護の仕組み、司法・行政・医療機関・地域支援者の役割、入院以外の支援選択肢、制度運用上の課題、日本への示唆等であった。

1) 英国における調査

英国については、令和7(2025)年8月に、研究協力者杉浦がロンドンを訪問し、主としてイングランドおよびウェールズの精神保健制度を対象としてインタビュー調査を行った。訪問先およびインタビュー対象者は、King's College London の Gareth Owen 教授 (Professor of Psychological Medicine, Ethics and Law、精神科医)、George Szmukler 教授 (Professor Emeritus、精神科医)、Alex Ruck Keene 教授 (Professor of Practice at the Dickson Poon School of Law、弁護士) であった。

インタビューでは、Mental Health Act と Mental Capacity Act の関係、意思決定能力評価、意思決定支援、safeguards、裁判所や判例の役割、専門職教育、地域精神保健サービス、危機時支援、非自発的入院を最小化するための方策等について意見を聴取した。また、日本の精神科医療・福祉サービスの現状を説明したうえで、日本において非自発的入院を最小化し、本人の権利擁護と必要な医療へのアクセスを両立させるために、英国の経験からどのような示唆が得られるかについて意見交換を行った。

2) 台湾における調査

台湾については、令和7(2025)年11月に、研究協力者杉浦および小林が現地を訪問した。調査対象は、精神科医療機関、行政機関、当事者権利擁護団体、地域精神保健サービス関係者等とした。

インタビューは、臺北市立聯合醫院松徳

院區 (臺北市立綜合病院松徳分院。以下、松徳分院)、衛生福利部 (日本の厚生労働省に相当) 中央健康保險署 (中央健康保健署)、台湾社會心理復健協會 社會融合與自立生活支持中心 (台湾社会心理リハビリテーション協会 社会統合・自立生活支援センター) において実施した。また、精神科医療および地域精神保健サービスの実際を把握するため、松徳分院および醫療財團法人徐元智先生醫藥基金會 遠東聯合診所 (遠東綜合診療所) の施設を視察した。

台湾調査では、2022年の精神衛生法改正により2026年8月ごろに予定されている司法関与を含む非自発的入院制度の変更 (改正法のうち、非自発的入院について記載されている章は未施行。本稿執筆時点においても台湾では、審査委員会が非自発的入院の審査を行うが、今後この機能が裁判所に移管する予定である。)、強制入院審査の仕組み、患者権利擁護団体の関与、行政による地域精神保健サービスの整備、医療機関における非自発的入院および行動制限の運用、制度改正に対する医療者・行政担当者・当事者権利擁護団体の受け止め等について情報収集を行った。

3) 文献・資料調査

現地インタビューおよび施設視察に加え、英国視察時に専門家から紹介されたWebサイト、報告書、論文等を参照し、非自発的入院、意思決定能力評価、意思決定支援、身体的健康と精神的健康の統合、強制的実践の低減に関する知見を整理した。

C.結果

1) 英国における調査

(1) Mental Health Act と Mental Capacity Act の関係

英国においては、National Health Service Act 2006 が医療全体を規律する法律であり、Mental Health Act 1983 (以

下、MHA) は主として精神科病棟における医療、とりわけ精神科入院に関する制度を規定するものであると説明された。また Mental Capacity Act 2005 (以下、MCA) は、特定の事柄について意思決定能力を欠くと判断された成人の意思決定を支援し、本人の権利擁護や safeguards を含む枠組みを提供する法律である。MCA における意思決定能力の評価は、本人全体について一括して判断するものではなく、具体的な決定ごとに個別に検討される点が強調された。

MHA と MCA の使い分けについては、臨床現場で判断に迷う場面もあるとされた。しかし、MCA 施行後約 20 年にわたる教育と経験の蓄積により、現場での判断は以前より洗練されてきているとのことであった。医療・福祉関係者は生涯教育を受ける必要があり、その中には MHA および MCA に関する内容も含まれているため、関係者は基本的な考え方を理解しているとされた。ただし、MHA と MCA にはなお整理の余地があり、特に認知症の場面では、MHA と MCA のいずれを適用すべきかが今後さらに議論になる可能性があるとの意見が示された。

MCA に関しては、MCA を適用することにより safeguards が働き、本人を支援・擁護することにつながるため、積極的に MCA を用いるという考え方があるとされた。また、本人が同意しない場合には、単に同意が得られなかったという事実だけでなく、どのような状況で、なぜ同意しないのかを明記することが重要であるとされた。MHA と MCA の適用について臨床現場が判断に迷った場合に相談できる法律家の窓口もあるが、実際の利用は必ずしも活発ではないとのことであった。

MHA と MCA を統合する、いわゆる fusion law (Mental Capacity Act (Northern Ireland) 2016) についても話

題となった。北アイルランドでは法の全面施行に向けての体制整備が行われており、イングランドにおいても議論はあるものの、MHA と MCA は成り立ちが異なり、統合には大規模な制度調整が必要であるため、実現は容易ではないとの見解が示された。

(2) 裁判所・判例と専門職教育

裁判所の関与については、英国は欧州人権裁判所および国内裁判所の管轄にあり、それぞれの判断が制度運用やサービスのあり方に影響を与えているとされた。専門家からは、日本には欧州人権裁判所に相当する地域的な裁判所は存在しないが、国内裁判所の判決を検討し、特に意思決定能力がどのように扱われてきたかを分析することは、今後の政策や施策の発展に資する可能性があるとの示唆があった。一方で、裁判所の判断をサービスに反映させることは重要であるものの、本来は医学生や医学生の段階から意思決定能力評価について教育するなど、bottom-up の形で実践を形成していくことも重要であるとされた。

本人が自分で決める権利を守るための教育や訓練については、MHA や MCA を含め、「本人が自分で決める権利」を守ること、そのためにさまざまな支援が存在し、臨床現場で実践すべきであるという教育が行われてきたとされた。その結果、若い医師の中には、本人の意思決定を尊重する考え方が自然な発想として存在しているとの印象が語られた。しかしながら、同じイングランドの医療者の中でも理解の深さには差があり、教育や実践の質を均一に保つための努力が必要であるとの指摘もあった。また、精神科医師の団体などが、臨床現場に根ざした知識体系を積み上げ、医療者・福祉関係者に教育し、実践に落とし込んでいくことが重要であるとの見解が示された。

(3) 制度改正における当事者団体・家族団体等の関与

制度改正や政策形成における当事者団体、家族団体等の関与についても言及があった。社会の中で当該課題に強い関心を持ち、発言力のある団体が存在する場合、それらの団体が制度改革を後押しすることには意義があるとされた。ただし、その意見がどのように法律に反映されるかについては注意が必要であるとの指摘もあった。たとえば、英国では知的障害に関する団体が精神保健法の議論に強く関与し、知的障害を MHA の対象から外す方向に影響を与えたが、知的障害のある人が利用できる別の法制度の履行時期や予算が明確でないという課題が残っているとの説明があった。

(4) 地域支援と入院以外の選択肢

非自発的入院を最小化するためには、入院判断や緊急時対応だけを切り離して考えるのではなく、精神保健・福祉の全体を考える必要があるとされた。日常生活の支援、地域で利用できる医療、緊急時の複数の選択肢が存在することが重要である。当事者は一人の人間であるにもかかわらず、制度上はサービスが分かれており、予算配分や組織間の力関係の違いにより、サービス間の連携が円滑に進まないことがあるとの指摘があった。

地域における危機時支援については、緊急時にすぐ現場へ行くことのできる多職種チームが地域にあることが重要であるとされた。すべての評価や判断を診療所や病院で行うのではなく、自宅等へチームが出向き、本人の生活環境を踏まえて支援することが重要である。英国には **Community Mental Health Team**、**Crisis Management Team**、**Home Treatment Team** などが存在するとされ、こうした地域チームの実践経験を政策提言や研究に反

映させることも有効であるとの意見が示された。

入院以外の選択肢については、解決のための選択肢を多数準備する必要があるとされた。効果が検証されていることは重要であり、他国のサービスやレビューを参考にすること、自国でパイロットスタディを行い、効果を確認しながら全国展開することが有用であるとの意見が示された。アウトカムとしては、入院件数だけでなく、拘束、隔離、薬物による行動制限など、強制的な実践全般を指標として用いることができるとされた。

また、**advance decision making**（将来、本人が意思決定しにくくなった時に備えて、治療や支援の希望を事前に話し合い・記録しておくプロセス）はかなり確立された手法の一つであり、英国では **Advance Choice Document**（精神的不調の再燃時などに備え、希望する治療・避けたい対応・支援方法等を記しておく文書）が国会で審議されているとの情報が得られた。**Crisis housing**（メンタルヘルス危機の際に、入院の代替として短期間滞在しながら支援を受けられる住まい・施設）や **Circle of Friends**（本人を中心に、家族・友人・地域の人などが継続的に支えるための非専門職中心の支援ネットワーク）についても、エビデンスが蓄積されているとされた。さらに、法律や制度を考える際には、制度理念だけでなく予算も合わせて検討する必要があるとの指摘があった。

(5) 危機時に本人の話を聞くことの重要性

臨床経験に基づく示唆として、自傷を繰り返し、そのたびに入院となっていた患者に対して、「入院しなくなったら、実際に自傷しなくても入院できるようにする」と伝えられた結果、外来で話をする機会が増え、入院や自傷が減った事例が紹介された。そ

の過程で、家庭内暴力への恐怖など、これまで明らかになっていなかった生活上の背景が語られるようになったとのことであった。この経験から、危機時にただちに入院という対応に進むのではなく、本人が話すことのできる機会を確保し、背景にある生活上の困難を把握することの重要性が示唆された。

専門家からは、目指すべき方向性として、「不確かさを許容できること」と、「緊急時に本人とお茶を飲みながら本人の話をじっくり聞けるようなシステム」が挙げられた。臨床現場を含め、現在の制度はすぐに結論を出すことを求めるように設計されており、選択肢も少ない場合があるとされた。患者からの不満としては、「誰も話を聞いてくれない」「何が根拠の判断なのか分からない」「何が起きているか説明してほしい」といったものが多いとのことであった。そのため、時間をかけることが許容される制度設計が必要であり、Open Dialogue や Joint Crisis Plans など一つの方法として話題に挙げられた。

(6) CRPD をめぐる評価と批判

CRPD については、複数の専門家から、評価と批判の双方が示された。CRPD が、従来の欧州人権条約等では十分に切り込めなかった課題を具体化し、本人の権利や自由制限のあり方を考える契機となった点は評価された。他方、特に第 12 条に関する一般的意見については、臨床現場における実際の困難を十分に踏まえていないのではないかという批判的な見解も示された。精神症状が活発で生命に危険がある場面において、有効な治療法があるにもかかわらず介入を放棄することは適切ではないとの意見が示された。また、他害のおそれについては、医療ではなく司法で対応することも一つの方法であるとの見解があった。

さらに、“will and preference” については吟味すべき概念であり、best interests の概念と併せて検討する必要があるとされた。CRPD をめぐる議論は、共通して受け入れられる人権の議論というよりも、極端な意見の対立として政治化されてしまうことがあり、その結果、CRPD の有用な部分まで拒絶される可能性があるとの懸念も示された。service user や survivor の声の反映の仕方についても、多様な経験が十分に代表されているかについて慎重に考える必要があるとの意見があった。

(7) 制度設計における実装可能性

制度設計の方法については、特定の理念や立場を前面に出して法律や政策を組み立てるよりも、現場が自然に実践しやすい方向へ導くことが有効であるとの意見が示された。いわゆるナッジ的な方法として、たとえば非自発的入院を行う場合には多くの書類が必要となるようにすることで、現場が自然に別の手段を模索するようになる可能性があるとされた。現場は、より分かりやすく迅速な判断や手続きを好む傾向があるため、制度設計においては、理念だけでなく、現場の行動がどのように変化するかを考慮する必要があるとされた。

他国・地域の改革についても言及があった。スコットランドでは精神保健法制のレビューが行われ、人権に積極的に取り組み、CRPD の履行方法を模索している点で日本に参考になるとされた。しかしながら、理念的には高い水準を目指しているものの、実際の履行速度は遅いとの見方も示された。また、ペルーでは CRPD の履行を意識して精神保健制度を改訂し、強制入院を禁止する方針が取られたが、地域精神保健の改訂や予算配分を伴わなかったため、実際には別の建物に連れて行かれる、書類上の扱いが変わるといった形にとどま

り、実質的な変化が十分に生じていないとの説明があった。これらの例から、法律上の変更だけではなく、それを支える地域支援、予算、人材、実施体制を合わせて整備する必要性が示唆された。

(8) その他の話題

その他の話題として、英国では安楽死、移民・難民への精神保健サービス、自殺対策の方向性などが重要な政策課題として挙げられた。また、英国では suicide prediction の施策から suicide prevention へと施策を転換しつつあるとのことであり、日本における保健所や保健師による自殺予防サービスの展開にも関心が示された。

2) 台湾における調査

(1) 精神科医療機関の概要と精神科救急

台湾では、精神科救急医療および強制入院を担う医療機関として、精神科専門病院が重要な役割を担っている。今回視察した松徳分院は、500床以上の病床を有する精神科専門病院であり、そのうち急性期病床は365床、医師は20名であった。同院は、台北市の約半分の人口を医療圏としており、外来、作業所、精神科病棟、依存症病棟、精神科救急病棟、地域精神保健サービスの相談窓口等を担っていた。一般的な病室は4人部屋であり、医療費は基本的に国民健康保険により賄われているが、一部は民間保険または自費であった。依存症そのものは保険対象外であるが、依存症による精神症状については保険適用となるとのことであった。

台湾では、病床について、精神科病床として明確に区分される枠組みではなく、区別のない病床を精神科として使用しているとの説明があった。また、非自発的入院者用の病床が特別に区分されているわけでもないとのことであった。精神科病院から身

体科病院へ転院を打診する際には、受け入れ先が見つかりにくいことがしばしばあるとの説明もあり、精神科医療と身体科医療の連携には課題があることがうかがわれた。

視察した設備は、日本の精神科医療機関と概ね類似していた。精神科救急外来については感染症対応、消毒、換気、身体科加療が可能な部屋が設置されていた。この部屋は SARS 対応のため 2004 年に設置され、その後、COVID-19 流行時やその他必要時にも使用されているとのことであった。また、訪問時には消防隊員 2 名と警察官 1 名が病院職員に情報伝達を行っており、台湾における精神科救急搬送に消防および警察が関与している状況を確認した。

(2) 行動制限の運用

松徳分院の ICU には、個室 9 室、2 人部屋 2 室が設置されていた。また、保護室も設置されており、監視カメラが備え付けられていた。拘束が行われている場合には、看護師が 15 分ごと、医師が 2 時間ごとに入室し、患者の状況確認を行うとのことであった。拘束が行われていない場合には、監視カメラを通じて患者の状況を確認していた。

拘束や行動制限については、2 時間ごとにその必要性を判定することが求められており、必要がないと判断された場合には、直ちに拘束または保護室の使用を解除するとの説明があった。緊急安置中であっても、隔離、拘束、注射等の治療を行うことが可能とされていた。

(3) 緊急安置・強制入院と司法関与の制度

台湾の改正精神衛生法において未施行部分ではあるが、第 60 条第 1 項に緊急安置が規定されており、その期間は 7 日間とされている。また、第 63 条第 1 項には強制

入院が規定されており、最大 60 日間とされている。第 59 条には強制入院の要件が規定され、第 67 条には強制入院審査に関わる裁判所の合議体の組成が規定されている。強制入院から任意入院に切り替わることはあるが、一度強制入院から任意入院となった者が再び強制入院となった場合には、その後任意入院にはなれない（第 61 条）との説明があった。これらが記載された部分は 2026 年 8 月に施行予定とのことである。

今回の視察では、裁判所の合議体と病院側がオンラインで面談できる部屋も確認した。合議体は裁判官、精神科医、患者権利擁護団体の代表者の計 3 名で構成され、病院側では患者および医師が参加することが想定されていた。面談室には前室があり、面談時にはそこに警備が着席するとのことであった。事前に情報共有を行ったうえで、裁判所の合議体と患者の面談は、患者の負担も考慮し 20 分以内を想定しているとの説明があった。

(4) 強制入院審査の変化と医療現場の受け止め

台湾では、2007 年に強制入院件数が減少したとのことであった。その背景として、それまでは医師が決定していた強制入院について、認定専門医、看護師、作業療法士、心理士、社会福祉士、患者権益促進団体の代表者、法律専門家からなる審査委員会の 3 分の 2 以上の同意が必要となり、手続きが複雑化したことにより、強制入院を申請する医師が減少したことが一因として挙げられた。また、2014 年には人身保護法の施行により、患者が裁判所に不服を申し立てることが可能となり、これも強制入院件数の減少に影響したとの説明があった。

2026 年 8 月には、前述のように現在の審査委員会の役割を裁判所が担う制度に移

行する予定であり、強制入院はさらに減少するのではないかとの見方が示された。強制入院の申請があった場合には患者に弁護士がつくこととなるため、医療者の間では弁護士との対峙に対する懸念も語られていたが、患者にとっては、裁判所や委員会の関与により「味方がついた」と感じられ、安心感をもたらしている面もあるとの印象が述べられた。

医療者側からは、裁判所や委員会との面談が頻回に組まれることにより、現場の手間が大きいことも指摘された。また、緊急かつ早期の医療介入が必要な場合に、その必要性を患者、裁判官、社会が十分に理解していないことが、予後に悪影響を及ぼすのではないかという懸念も語られた。医師からは、地域保健サービスがさらに充実し、症状が悪化しないよう支援すること、また福祉サービスが充実し、生活上の困難を医療で解決せざるを得ない状況を減らすことへの期待が示された。

(5) CRPD の位置づけと現場の認識

台湾では、2014 年に CRPD が国内法化され、精神衛生法と同様に法的効力を有することとなった。2017 年には、ある患者が衛生福利部を相手取り、強制入院決定の無効を申し立てた事例があり、その際に裁判官が CRPD の国内法を活用したことから、CRPD が台湾社会全体に広く知られる契機となったとの説明があった。精神科医を含め、台湾では CRPD を知らない人はいないとの表現もあった。

台湾は、先進性を目指す立場から、人権を重視する CRPD を重要なものとして位置づけているとのことであった。ただし CRPD 第 12 条については、実務上は困難が大きく、現場としては反対であるとの意見も示された。CRPD への批判について語られる中で、台湾においては非自発的医療の対象者として、いわゆる内因性の病態を

有する者が想定されていることがうかがわれた。

(6) 地域での強制治療と退院後支援

台湾には地域での強制治療もあり、強制入院の代替案としても想定されている。しかし、拒否があった場合には強制力を発揮することが難しく、実効性は低いと認識されていた。今後、裁判所は、強制入院の更新よりも地域での強制治療が適切と判断した場合、地域での強制治療を適用する判断を行うことができるようになるとのことであった。これについては、提供する医療の要否だけでなく、その提供形態にも裁判所が介入し得る構造であることに対して、懐疑的な感想も聞かれた。

病院としては、退院後の支援への接続に力を入れており、さまざまな形式で支援を継続しているとの説明があった。強制入院の抑制や司法関与の導入と並行して、退院後の支援や地域生活支援をどのように整えるかが、現場においても重要な課題として認識されていた。

(7) 地域精神保健サービスと行政の取り組み

衛生福利部中央健康保険署からは、台湾においては、精神症状を有する人と事件を起こす人が一緒に捉えられるなど、精神疾患に対する偏見が根強いことが重要な問題として指摘された。たとえば、うつ病等の診断であっても、診断書を職場に提出することは患者にとって非常に大きなことであり、嫌がる人も多いとの説明があった。

2014年および2016年に大きな事件があり、国民の精神保健、精神科入院、CRPD、司法との関係への関心が高まった。医療者は、すべてを医療では解決できないとの見解を示し、家族は当事者と暮らしていくことの困難を訴え、裁判所はCRPDに基づくべきであると主張する中

で、台湾ではオーストラリアからの知見を取り入れる形で地域精神保健の充実を図ったとの説明があった。

新しい精神衛生法では裁判所の関与が始まる予定であり、人権保護の観点では重要であるとされた。一方で、精神症状の予後をよくすることを制度の目的として位置づける必要があり、その点について国民にも理解してもらう必要があるとの説明があった。地域精神保健の基盤整備として、地域精神保健センターを65か所まで増やしており、今後100か所まで増やすことを目指しているとのことであった。また、精神保健福祉士の人数も増やしており、サービス利用者25人に対して福祉士1人の割合を目標としているとの説明があった。精神保健福祉士の重要な役割の一つとして、当事者が自分の人権を認識できるよう働きかけることが挙げられた。

行政担当者からは、このような制度改革において最も重要なのは、関係者が協議を重ね、お互いを理解し、協力するようにすることであるとの説明があった。以前は医療者との協議が中心であったが、現在は中央健康保険署長が当事者、家族会、司法関係者等、医療者以外のさまざまな団体と毎月協議しているとのことであった。また、一つの制度が変わるには3年はかかるという時間軸を、担当者として覚悟しているとの発言があった。

(8) 診療報酬・保険制度と地域移行

台湾では、保険料や診療報酬の調整も、入院件数や入院日数に影響を与える重要な要素として捉えられていた。たとえば、入院28日目以降は保険点数が下がるようにし、地域移行にインセンティブを付与する設計により、台湾では施設中心の医療からの脱却を進めることができたとの説明があった。

また、直近では Suicide Prevention Act

の成立が、関係者の態度や具体的な仕事内容を大きく変えたとの説明があった。特に、センセーショナルな報道を規制することや、ブラウザで特定の語を検索すると援助団体につながるようにデザインされたことが大きな影響を持ったとされ、これらに予算がついたことが重要であると説明された。

(9) 強制入院件数の抑制に関する行政側の見解

行政側からは、強制入院に関与しなければならぬ人数を増やすと、自然に強制入院件数が減るとの見解も示された。これは、強制入院の手続きが複雑になり、同意に至りにくくなるためであると説明された。日本に対する示唆として、精神科医を1人ではなく2人または3人にすること、家族を1人ではなく2人にすることなどが例として挙げられた。

また、強制入院の対象年齢や対象疾患を絞ることも一案であるとされた。台湾では、強制入院の対象は「嚴重病人 (Severe patient)」に限られているが、日本ではICD-10に規定される精神障害全体が対象となり得る点について言及があった。この点について、日本では、ICD-10に規定される精神障害者が何らかの他害行為に及んだ場合に、司法的プロセスではなく、過剰に医療化され得る形に見えるとのコメントがあった。また、台湾では、精神科を自らの意思で受診できるのは18歳以上であるが、カウンセリングを受けることは15歳以上から可能とされており、「自らの意思で」何かを行える対象年齢についても重要な議論であるとの指摘があった。

強制入院審査の仕組みについては、**mental health tribunal** のような仕組みとなるべきであり、審査の結果として強制入院が認められない事例が出るべきであるとの意見も示された。

(10) 当事者権利擁護団体から見た制度運用上の課題

精神障害者社会融合與自立生活支持中心では、社会の問題を医療のみで解決しようとしても、医師の権限を大きくするだけではうまくいかないとの意見が示された。これは認知症対応にも共通する問題であるとされた。法改正により裁判所が関与することについては、弁護士も当事者も歓迎しており、医師だけで一方的に決めることを制限してくれるという声があるとの説明があった。

また、受診歴、入院歴、または嚴重病人としてのステータスがデータベースに残ることにより、進学、就職、兵役など、さまざまな場面で不利益が生じているとの指摘もあった。強制入院歴があったことにより、軍隊学校への入学を拒否された事例についても語られた。また、台北で学生によるデモ活動があった際に、警察当局が近隣の救急外来に当日外傷で受診した患者の名簿提出を要請したことがあり、医療機関はその要求を拒否したものの、名簿やデータベースに名前が載ること自体が不利益となり得るとの認識が示された。

Criminal Act のもとでは、リハビリテーションとして精神科強制入院が位置づけられているとの説明があった。また、精神科入院は精神症状がある人に限定すべきであり、同意者に利益相反がないよう徹底すべきであるとの意見が示された。

(11) 権利擁護情報、弁護士、当事者相談の広がり

病棟に相談窓口や人権擁護に関する情報提供のポスターが貼られるようになり、当事者から弁護士への相談が増加し、訴訟も増えたとの説明があった。また、強制入院の判断に委員が入るようになり、地域精神保健サービスの充実が求められるようにな

ったとされた。

新しい法律では、関与する弁護士の準備を待っている段階であり、弁護士への研修が進められているとのことであった。研修の中で弁護士から最もよく質問されるのは、「面談中に精神障害者から暴行を受ける危険はないか」というものであり、弁護士の側にも精神障害者に対する特定のイメージをもっている者がいることがうかがわれた。そのため、精神障害者も一般の人と同じであること、また患者は弁護士を自分の味方と考えるため攻撃対象になりにくいことを説明したうえで、看護師が興奮している人を落ち着かせる技術を指導しているとのことであった。

(12) 家族会・当事者団体の位置づけと実質的強制

当事者権利擁護団体からは、家族会が必ずしも患者の味方であるとは限らないこと、人権を訴える当事者の会も必ずしも当事者を代表しているわけではないことが指摘された。当事者の会でも家族の味方の立場になろうとするものもあるとのことであった。このことから、家族会や当事者団体といった組織の位置づけについても、それぞれが誰の利益や意見を代表しているのかを慎重に見る必要があることが示された。

また、2007年以降、強制入院件数は減少しているものの、外来や病棟において医療者や家族からの口頭での圧力を感じ、渋々入院に同意している患者もいるとの指摘があった。病院では多くの書類に署名するが、その中でさまざまな約束に署名させられている患者もあり、手続き上は任意入院であっても、実質的には強制入院に近い状態となっている場合があるとの説明があった。さらに、入院後の治療については、基本的に強制的に行われ、一つ一つ確認されることはないとのことであった。

3) 文献・資料調査

英国視察時に専門家から紹介された Web サイト、報告書、論文等を参照し、意思決定能力評価、身体的健康と精神的健康の統合、強制的実践の低減、強制に代わる支援に関する知見を整理した。参照した資料は、**Mental Capacity Act 2005**に基づく意思決定能力評価に関する実践的ガイドである **Capacity Guide**¹⁾、**The King's Fund** による身体的健康と精神的健康の統合に関する報告書²⁾、精神保健サービスにおける強制的実践の予防・低減に関する国際的スコーピングレビュー³⁾、ならびに **World Psychiatric Association** による強制に代わる支援に関する **Position Statement and Call to Action**⁴⁾ である。

(1) 意思決定能力評価に関する実践的指針

Capacity Guide は、臨床家およびソーシャルワーカーを対象として、**Mental Capacity Act 2005** に基づく意思決定能力評価とその記録方法について、実践的な指針を示す資料である¹⁾。同資料では、意思決定能力評価は、単に「能力がある／ない」を記録するための手続きではなく、本人が当該意思決定を行えるように支援し、その過程を適切に記録する実践として位置づけられていた。また、裁判所の判断や **Mental Health and Justice** 研究の知見も踏まえ、臨床・福祉現場で生じやすい緊張や判断上の課題に対応するための指針が示されていた。

同資料では、**MCA** の基本原則として、本人には意思決定能力があると推定すること、意思決定できないと判断する前に可能な限りの支援を行うこと、本人が賢明でない判断をしたことのみをもって意思決定能力がないと判断してはならないこと、本人に代わって判断や行為を行う場合には本人の **best interests** に基づくこと、また目的

を達成するためにより制限の少ない方法がないかを検討することについて解説されていた。能力の推定は重要な原則であるものの、重大な不利益が予想される場面で、能力推定を理由に必要な評価を回避することも適切ではないということも説明されていた。

意思決定支援については、本人が慣れているコミュニケーション方法、話し合う時間帯や場所、本人をよく知る人の同席の必要性、関連情報の説明方法、評価を一度で終えるべきか複数回に分けるべきか、時間をおくことで意思決定できる可能性があるか等を検討する必要があるとされていた。また、意思決定能力の判断は、精神科医等の専門家に完全に委ねるものではなく、当該医療行為や支援に関わる専門職自身が、必要に応じて助言を得ながら責任をもって判断するものとされていた。

(2) 身体的健康と精神的健康の統合

The King's Fund の報告書 *Bringing together physical and mental health: A new frontier for integrated care*²⁾ では、身体的健康と精神的健康は相互に密接に関連しているにもかかわらず、医療・ケアの現場では両者が分断されがちであることが指摘されていた。同報告書では、身体疾患を有する人における精神的健康問題の併存、医学的に説明困難な身体症状、重度精神疾患を有する人の身体的健康格差、身体疾患に伴う心理的側面への支援不足が、統合的ケアを必要とする主要な課題として整理されていた。

同報告書では、統合的ケアは、組織統合や構造改革のみを意味するのではなく、本人の医療的、社会的、心理的ニーズが協調的に支援されるようにする過程として捉えられていた。また、サービス利用者の視点からは、専門職が本人を身体疾患または精神疾患の有無にかかわらず、「whole

person」³⁾として捉えること、良好なコミュニケーション、ケアの調整、予防的・能動的な支援、ピアサポートやセルフマネジメント、家族や介護者への支援が重要であると整理されていた。

さらに、同報告書では、身体的健康と精神的健康の統合を進めるうえで、専門職教育や人材育成の重要性が指摘されていた。すべての保健医療・ケア専門職が、身体的健康と精神的健康の双方について基礎的な共通理解を持つ必要があり、精神科医療と身体科医療の分断には、予算や支払い制度の分離、アウトカム評価の難しさ、専門職や組織間の文化的障壁等が影響しているとされていた。

(3) 強制的実践の予防・低減に関する国際的レビュー

Gooding らによるスコーピングレビューは、精神保健サービスにおける強制的実践を予防・低減するための国際的な取り組みに関するレビューである³⁾。同レビューでは、強制的実践は、法的な非自発的入院、同意に基づかない治療、隔離、身体的拘束、機械的拘束、薬物による行動制限等に限ったものではなく、形式上は任意のサービス利用であっても、本人が圧力や脅しを感じている場合も含み得る広い概念として扱われていた。また、病院内だけでなく、家庭、居住施設、地域サービス等における自由の制限も検討対象とされていた。

同レビューでは、1990年から2018年までの文献を対象に、40か国以上における121本の実証研究が整理されていた。研究は、強制的実践の低減を明示的に目的とする法制度・政策・実践に関する研究、急性期病院治療の代替となり得る危機時レスパイト、集中的在宅支援、支援付き意思決定等に関する研究、強制を経験した本人、専門職、家族等の見解に関する研究、強制の多寡に関連する要因を検討した研究等に分

類されていた。

同レビューでは、多くの研究において強制的実践の予防・低減に向けた取り組みは一定の効果を示しているものの、強制の低減を明示的に主目的とする研究は限られていること、強制を経験した本人が研究者または研究参加者として十分に関与していないこと、質的研究や組織文化の変化に関する研究が不足していること、子ども、高齢者、文化的マイノリティ、知的障害や認知機能障害を有する人等、特定の集団に焦点を当てた研究が少ないことが課題として指摘されていた。

(4) 強制に代わる支援に関する WPA 声明

World Psychiatric Association による Position Statement and Call to Action⁴⁾ では、精神保健医療における強制的実践は過剰に用いられており、強制に代わる支援を実装することが精神保健ケアの質を改善するうえで不可欠であるとされていた。同声明では、強制的実践には、非自発的入院、同意に基づかない治療、隔離・拘束、薬物による行動制限等が含まれると整理されていた。

同声明では、強制的介入が精神科治療や精神保健ケアにおいて正当化され得るのかについては、精神科医療者、他の保健医療従事者、当事者、家族・介護者の間で見解が分かれることを認めつつ、実践上は、強制に代わる支援の実装に向けた具体的な行動を進める必要があるとされていた。強制に代わる支援としては、Safewards、Six Core Strategies、Open Door Policies、WHO QualityRights Initiative 等が例示され、各国・各地域の状況に応じて、実施可能な代替策を定め、関係者とともに実装していくことが求められていた。

また、同声明では、強制を減らす取り組みは、治療・ケア、政策・法制度、サービ

ス文化と態度、研究プログラム等、複数の領域にまたがるものとして位置づけられていた。精神科医は、医療現場の態度、実践、教育に影響を与えるだけでなく、政策決定者に対して、強制に代わる支援を優先課題とし、サービス評価指標や公開データベースの整備につなげるよう働きかける役割を持つとされていた。さらに、強制を経験した本人や家族・介護者の証言、当事者運動や家族運動の関与が、研究、評価、政策形成において重要であるとされていた。

D. 考察

1) 地域支援体制整備への示唆

本研究では、英国および台湾における非自発的精神科入院医療、意思決定能力評価、意思決定支援、権利擁護、地域精神保健サービスの現状について、現地調査を通じて検討するとともに、文献・資料調査を実施した。英国と台湾とは制度的背景は大きく異なるものの、いずれにおいても、非自発的入院を入院時点の判断や手続きのみで捉えることには限界があることが示唆された。

英国の MHA は主として精神科における非自発的入院に関する法制度であり、精神保健サービス全体を規定するものではない。非自発的入院を最小化するためには、MHA が発動される時点だけでなく、その前段階における日常生活支援、地域精神保健サービス、危機時支援、入院以外の選択肢を検討する必要があるとされた。台湾においても、司法関与を含む強制入院制度の改革が進められることと並行して、地域精神保健センターの整備、精神保健福祉士の配置、退院後支援の充実が重要な課題として挙げられていた。

これらの結果は、非自発的入院制度の見直しを、入院時の同意者、指定医診察、書面審査、司法関与の有無といった手続き上の論点に限定して検討することの限界を示

唆しており、日本においても同様のことがいえるものと考えられる。非自発的入院が必要と判断される状況は、多くの場合入院直前に突然生じるのではなく、地域生活上の困難、家族の疲弊、支援の途切れ、危機時に利用できる選択肢の不足などが積み重なった結果として生じることが知られている。非自発的入院の最小化を目指すためには、入院判断の適正化とともに、危機に至る前の支援、危機時の訪問型支援、短期的な休息や避難の場、地域での集中的支援など、入院以外の選択肢を実際に利用可能なものとして整備する必要がある。

2) 意思決定能力評価・意思決定支援の必要性

英国調査ではMCAに基づき、意思決定能力評価が具体的な意思決定ごとに行われること、また、意思決定能力がないと判断する前に可能な限りの意思決定支援を行うことが重視されていた。Capacity Guideにおいても、意思決定能力評価は単に能力の有無を判定する手続きではなく、本人が当該意思決定を行えるように支援し、その過程を適切に記録する実践として位置づけられていた¹⁾。

日本の精神科医療においては、本人の意思や選好をどのように把握するのか本人の意思決定能力をどのように評価するのか、本人の意思決定を支えるためにはどのような情報提供や支援が求められるのか、といったことについて、制度上も実践上も十分に整理されているとは言い難い。医療保護入院では、本人の同意が得られない場合に家族等同意と精神保健指定医の判断により入院が可能となるが、その前提として、本人の意思決定能力をどのように評価するか、どのような意思決定支援を行うかについては、各精神保健指定医あるいは各医療機関の裁量に委ねられている。

英国の実践からは、日本においても、非

自発的入院の可否を判断する前提として、意思決定能力評価および意思決定支援のあり方を十分に検討する必要があることが示唆される。当然のことながら、英国のMCAを日本にそのまま導入すればよいというわけではない。日本において意思決定能力評価や意思決定支援の仕組みを検討する際には、日本の精神保健医療制度の構造、家族の関与のあり方、医療機関の人員配置、精神保健指定医制度の運用実態等を踏まえた検討が必要である。

意思決定能力評価を行うにあたっては、急性期の精神運動興奮や精神症状による判断の揺らぎといった、本人側要因に関することのみならず、本人と医療者との信頼関係や、時間的制約、医療側の人員体制など、本人要因以外の多くの要素も関係してくることに留意する必要がある。英国の実践からは、意思決定能力評価を、「本人に能力があるか否かを判定する手続き」というより、むしろ「本人の意思決定を可能にするための支援過程」として捉える視点を提示している。今後は、英国のMCAやCapacity Guideに示された考え方を参照しつつも、日本の制度的・文化的背景に即した意思決定能力評価および意思決定支援の枠組みを検討していくことが求められる。

3) 第三者関与・司法関与の意義と実装上の課題

台湾では、2022年の精神衛生法改正により、強制入院の判断に司法が関与する制度への移行が予定されている。これに先立ち、2007年以降、認定専門医、看護師、作業療法士、心理士、社会福祉士、患者権益促進団体代表、法律専門家等からなる委員会の関与により、強制入院件数は減少たとされていた。また、2014年の人身保護法施行により、患者が裁判所に不服を申し立てることが可能となったことも、強制

入院件数の減少に影響したと説明されていた。

このことは、非自発的入院の判断に第三者が関与することが、入院の抑制や手続的保障の強化に一定の影響を持ち得ることを示している。台湾の医療現場では、裁判所や委員会の関与により、患者が「味方がついた」と感じ、安心感を得る側面があるとの印象も語られていた。英国においても、裁判所の判断や判例が制度運用やサービス改善に影響を与えてきたことが示されていた。他方、台湾では、司法関与に伴う現場負担、弁護士との対峙への不安、緊急かつ早期の医療介入の必要性が十分に理解されないことへの懸念も示されていた。

日本において司法関与を検討する際には、わが国の司法インフラの現状を踏まえる必要がある。日本において、裁判所がどの範囲まで精神科入院医療に関与し得るのか、またそのための人的・制度的体制をどのように確保するのかという現実的課題は大きい。日本では、非自発的入院に関する国際人権規約上の court に相当する機関として、精神医療審査会が位置づけられてきた。しかし現実には、審査件数の多さ、委員や事務局の人員体制確保の難しさ等、多くの課題が指摘されており、本来期待される権利擁護機能を十分に果たしているとは言えない面がある。日本における裁判所の関与としては、平成 25 (2023) 年の精神保健福祉法改正以前には、保護者制度のもとで保護者の選任等に家庭裁判所が関与する場面があった。しかし、保護者制度の廃止後、医療保護入院における同意手続きは、裁判所の関与を経ることなく家族等と精神保健指定医の判断により運用されている。これは、家族の負担軽減という面では一定の意義があったものの、第三者機関の関与する機会がなくなったという側面もある。

日本において第三者関与や司法関与を検

討する際には、裁判所関与の有無を二者択一的に論じるのではなく、現在存在する精神医療審査会の機能強化、本人の意思表明支援、権利擁護者の関与、家族等同意に代わる手続きのあり方を含め、多角的かつ現実的に検討する必要がある。特に、日本の司法資源が限られていることを踏まえると、すべての非自発的入院に裁判所が実質的に関与する仕組みを導入することには困難がある。そのため、司法関与を拡大する場合であっても、どの段階で、どの対象に、どのような手続きで審査を行うのかを明確にし、精神医療審査会、行政機関、医療機関、地域の支援機関、権利擁護機関等の役割を整理するプロセスが欠かせない。

4) 形式的な強制の減少に関する課題

台湾では、2007 年以降強制入院件数が減少したが、当事者権利擁護団体からは、任意入院であっても、医療者や家族からの圧力を感じ、渋々入院に同意している患者がいることが指摘されていた。また、入院時に多くの書類へ署名する中で、患者が十分に理解しないままさまざまな約束に同意していることがあること、入院後の治療については一つ一つ確認されず、実質的には強制的に行われている場合があることも指摘されていた。Gooding らのスコーピングレビューにおいても、強制的実践は法的な非自発的入院や隔離・拘束に限られず、形式上は自発入院であっても本人が圧力や脅しを感じている場合を含む広い概念として整理されていた³⁾。

この視点は、日本の精神科医療を検討するうえでも示唆的である。すなわち、非自発的入院件数を減少させることは重要であるが、それだけでは本人の権利擁護が適正化されたとは言えない。形式上は任意入院であっても、本人が十分な説明を受けず、選択肢も示されず、拒否することが現実には困難である場合には、実質的な強制とな

ることも懸念される。

非自発的入院制度の見直しにおいては、入院形態やその件数のみならず、本人がどのような説明を受けたのか、どの程度理解し納得していたのか、拒否や異議申立てが現実的に可能であったのか、本人がその経験をどのように受け止めているのかといった点にも留意する必要がある。実質的な強制の低減は、法改正のみで実現するわけではなく、臨床実践そのものの質的向上を図ることが重要であり、そのための人員体制の確保や人材育成が求められる。

5) 家族・当事者団体の関与と利益相反

英国および台湾の調査では、当事者団体、家族団体、権利擁護団体が制度改革に一定の影響を与えていることが示された。

英国では、社会の中で当該課題に強い関心を持ち、発言力のある団体が制度改革を後押しすることの意義が語られた。しかしながら、制度自体が改善されたとしても、それが十分な実施体制や予算を伴わなければ、当事者の利益につながらない場合があるという懸念も示されていた。台湾では、当事者権利擁護団体から、家族会が必ずしも患者の味方であるとは限らないこと、人権を訴える当事者の会も必ずしも当事者全体を代表しているわけではないことが指摘されていた。

制度設計を行うにあたっては、当事者団体や家族団体の参画は不可欠である。しかし、特定の団体の意見をもって当事者全体、あるいは家族全体の意見とみなすことには慎重であるべきである。地域で孤立している人や支援団体につながない人など、制度設計の場に声が届きにくい人がいることも踏まえ、どのような立場の人の声が反映されにくいのかを意識したうえで、可能な限り複数の経路を通じて意見を把握することが望まれる。

6) CRPD をめぐる理念と実践の間の緊張

英国および台湾の双方で、CRPD は重要な枠組みとして位置づけられていた。台湾では CRPD が国内法化され、精神衛生法改正や強制入院制度の見直しに大きな影響を与えていた。英国の専門家からも、CRPD が、従来の人権法制では十分に扱われてこなかった課題を具体化した点が評価されていた。

一方で、両国の専門家からは、CRPD、特に第 12 条および一般的意見の解釈について、臨床現場での実装可能性に関する懸念も示されていた。精神症状が活発で、生命や健康に重大な危険が生じている場面において、有効な治療や支援があるにもかかわらず、本人の意思に基づかない介入を一切行わないことが適切なのかについては、国際的にも十分な合意があるとは言い難い。また、will and preference と best interests の関係をどのように考えるかについても、なお検討が必要である。

これらを踏まえると、日本においては、CRPD を単なる制度批判の根拠としてではなく、本人の意思と選好の尊重、説明と対話、より制限の少ない支援、異議申立て、地域生活の保障を強化するための規範的枠組みとして活用することが重要であると考えられる。同時に、生命や健康に重大な危険がある場面において、どのような手続きと支援のもとで、どの範囲の介入が許容されるのかについて、多角的な視点を踏まえた具体的かつ現実的な議論および体制整備を進める必要がある。

7) 精神科と身体科の融合

The King's Fund の報告書では、身体的健康と精神的健康は密接に関連しているにもかかわらず、医療・ケアの現場では分断されがちであることが指摘されていた²⁾。台湾調査においても、精神科病院から身体科病院へ転院を打診する際、受け入れ

先が見つかりにくいことがあると説明されていた。英国視察でも、精神科と身体科の融合について検討することの意義が語られた。

非自発的入院制度を検討する際には、精神科入院の要否だけでなく、身体疾患を有する精神障害者が必要な身体科医療にアクセスできるか、精神科病院において身体的健康への対応が十分に行われているか、身体科医療機関が精神疾患を理由に受け入れを拒否していないかといったことについても検討する必要がある。

この点は、単に精神科と身体科の連携を改善するという実務上の課題にとどまらない。英国調査で言及された **fusion law** は、MHA と MCA のように、精神科医療に関する法制度と意思決定能力に関する法制度をどのように整理するかという文脈で議論されていた。日本には MCA に相当する包括的な意思決定能力法制は存在しないため、**fusion law** の議論をそのまま適用することはできない。しかし、精神科医療が一般医療とは異なる特別な法的枠組みを有していることをどのように考えるかは、日本においても重要な検討課題である。令和 4（2022）年の精神保健福祉法改正時の附帯決議においても、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、精神医療に関する法制度の見直しについて検討することが求められている。これはすなわち、非自発的入院制度の見直し、医療保護入院や措置入院の手続きに限られるものではなく、精神科医療を医療全体の中でどう位置づけるのかという、より大きな制度的課題と関係していることを示している。

もっとも、精神科医療と身体科医療の制度を単純に一体化すれば問題が解決するわけではない。精神症状が急性に悪化し、本人の意思決定能力が大きく揺らぐ場面や、生命・身体への重大な危険が生じ得る場面

には、精神科医療に固有の実践上の困難が存在する。そのため今後は、精神疾患の特性や精神科医療の実情を踏まえつつ、本人の同意、意思決定能力評価、意思決定支援、身体疾患治療へのアクセス、行動制限のあり方等を一般医療との関係の中でどのように整理するかを検討する必要がある。

8) 制度改革を実装するための課題

英国調査では、MHA や MCA に関する教育が専門職教育や生涯教育に組み込まれており、若い医師の中には、本人が自分で決める権利を守ることが自然な発想として存在しているとの印象が語られていた。一方で、医療者間でも理解の深さには差があり、教育や実践の質を均一に保つ努力が必要であるとされた。台湾においては、司法関与に伴い、弁護士への研修が進められており、精神障害者に対する偏見や不安に対応する教育が必要とされていた。

文献調査においても、強制に代わる支援の実装には、個別の技法だけでなく、サービス文化、組織全体の態度、教育、評価指標、当事者・家族の参画が重要であることが示されていた⁴⁾。また、台湾では、地域精神保健センターの増設、精神保健福祉士の配置目標、診療報酬上のインセンティブなど、制度改革を支える資源配分が同時に検討されていた。

日本においても、法改正により手続きや権利擁護の仕組みを整えるだけでは、実践は変化しにくい。むしろ、手続き上の負担が増えるのみで人員体制の整備や人材育成が適切に行われなければ、支援に充てる時間が減少し、医療の質が低下する恐れすらある。意思決定能力評価、意思決定支援、権利説明、異議申立て支援、地域危機支援、退院後支援を実質化するためには、それらを担う人材の確保、診療報酬等の財政的裏づけ、サービス評価のあり方の検討等が必要である。制度改革を実効性あるもの

とするためには、理念、法律、実施体制、
予算、評価を一体として設計する必要がある。
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) Capacity Guide. Practical legal
guidelines.

<https://capacityguide.org.uk/practical-legal-guidelines/>

2) Naylor C, Das P, Ross S, et al.:
Honeyman M, Thompson J, Gilbert H.
Bringing together physical and mental
health: A new frontier for integrated
care. London: The King's Fund; 2016.

3) Gooding P, McSherry B, Roper C:
Preventing and reducing 'coercion' in
mental health services: an international
scoping review of English-language
studies. Acta Psychiatrica Scandinavica.
2020;142:27-39. doi:10.1111/acps.13152.

4) Herrman H, Allan J, Galderisi S, et
al: WPA Task Force on Implementing
Alternatives to Coercion in Mental
Health Care. Alternatives to coercion in
mental health care: WPA Position
Statement and Call to Action. World
Psychiatry. 2022;21(1):159-160.