

## 医療保護入院制度の今後のあり方に関する研究

イングランドの AMHP 制度を参考に

研究分担者：柑本美和（東海大学）

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（東北大学名誉教授）、上山泰（新潟大学 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（台湾大学 アシスタントプロフェッサー）

### 要旨

日本の医療保護入院制度は、精神保健指定医 1 名の診断と家族等の同意に基づき、病院管理者が本人の同意なく入院を決定できる仕組みを採用している。この制度は、迅速な医療介入を可能とする一方で、①判断主体の独立性の欠如、②家族への過度な負担転嫁、③公的関与の不十分さという三重の構造的問題を抱えている。特に、家族等の同意を成立要件とする点は、家族に重い心理的・倫理的負担を課すとともに、権利擁護機能が十分に果たされていないという問題を生じさせている。さらに、診察医と入院決定者が同一医療機関に属し得る構造は、判断の中立性・客観性を損なうおそれがある。これらは、国連総会で採択された「精神疾患を有する者の保護及びメンタルヘルスケアの改善のための原則」との関係でも緊張関係に立つものである。

これに対し、イングランドの精神保健法（1983 年法）に基づく制度では、非自発的入院の申請主体として、最近親者（NR）に加え、地方自治体により承認された認定精神保健専門職（AMHP）が位置付けられている。AMHP は医療機関から独立した立場で、医学的判断に拘束されることなく、社会的・権利擁護的観点から入院の必要性を判断する役割を担う。この制度は、医療判断と自由剥奪の判断を分離し、多元的な意思決定構造を確保する点に特色がある。わが国においても、医学的判断・社会的評価・権利擁護を多元的に行う意思決定構造を構築することが、今後の制度設計における中核的課題であると考えられる。

### A. 研究の背景と目的

本研究は、令和 5-6 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福祉医療体制における入院医療による支援のための研究」の後継研究である。

令和 5 年度は、精神保健福祉法改正を踏まえ医療保護入院制度を中心に、非自発的入院と家族関与の問題を抽出し、ドイツ・韓国・台湾との比較から、制度維持には適正手続と権利擁護の強化が不可欠と結論付けた。令和 6 年度は、同意能力や精神医療審査会・司

法・行政の役割を整理し、意思決定支援等の権利擁護策について、イングランド・仏国を加えた比較検討を進めた。

令和 7 年度は、令和 5-6 年度で把握しきれなかった非同意治療制度、更なる入院患者の権利擁護策について検討を行い、イングランド、ドイツ、韓国、台湾との比較法研究も行った。

### B. 方法

本分担研究班は、令和 7 年度においては、

以下の点について重点的に比較法的検討を行うこととした。

- (1)非同意治療制度
- (2)権利擁護制度

上記(1)については、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うと共に、比較法研究も行った。

具体的には、法制審議会の民法（成年後見等関係）部会の構成員であった研究者から、部会の最終報告について、また、成年後見と治療同意についての関係について話題提供を受けた。その他、イングランド、ドイツ、台湾の非同意治療制度について話題提供を受け、基礎的知識を得た。

さらに、成年後見人に選任されている、研究協力者である弁護士から、実務の現状についての話題提供を受け、解決すべき課題の検討を行った。

上記(2)について、研究分担者は、イングランドのAMHP制度を参照しつつ、医療保護入院制度に代替し得る制度の枠組みについて、主として文献調査に基づく検討を行った。

#### 【勉強会の開催】

令和7年度の勉強会の詳細は以下の通りである。

#### 第1回

令和7年8月24日(日)18時30分～

「成年後見と意思決定支援」

話題提供者 上山泰（新潟大学法学部）

#### 第2回

令和7年11月16日（日）18時30分～

「ドイツの非同意治療制度について」

話題提供者 水留正流（南山大学法学部）

#### 第3回

令和7年12月21日（日）18時30分～

「台湾の非同意治療制度について」

話題提供者 洪士軒（台湾大学）

#### 第4回

令和8年2月15日（日）18時30分～

「イングランドの非同意治療制度について」

話題提供者 柑本美和（東海大学法学部）

#### 第5回

令和8年3月15日（土）18時30分～

「成年後見制度の現状と法改正について」

話題提供者 松木崇（横浜仲通り法律事務所）

#### 【研究会の開催】

令和7年度の研究会の詳細は以下の通りである。

#### 第1回 精神医療法研究会

令和7年9月28日（日）13時30分～

於：上智大学（ハイブリッド開催）

テーマ：『被疑者等支援業務について』

①「地域生活定着促進事業 —被疑者等支援業務について—」

厚生労働省社会・援護局 総務課 矯正施設退所者地域支援対策官 濱田新

②「大阪における被疑者等支援事業の取り組み —活動を通じて見えてきた傾向と課題—（仮）」

一般社団法人 よりそいネットおおさか 大阪府地域生活定着支援センター  
所長 山田真紀子

③「指定討論」

名城法律事務所 大阪事務所  
弁護士 井口光奈

## 第2回 精神医療法研究会

令和8年1月11日(日)13時30分～

於：上智大学(ハイブリッド開催)

テーマ：『にも包括について』

①厚生労働省 障害保健福祉部 精神・障害保健課 塩崎敬之

②川口市保健所 所長 岡本浩二

### C.結果/進捗

#### 1:問題の所在

日本の医療保護入院制度は、精神保健指定医1名の診断と家族等の同意を要件として、精神科病院の管理者が本人の同意なく入院させることのできる非自発的入院制度である。すなわち、精神科病院の管理者は、「精神保健指定医による診察の結果、精神障害者であり、かつ医療及び保護のため入院の必要がある者であって、当該精神障害のために任意入院が行われる状態にないと判定されたもの」について、家族等のうちいずれかの者の同意があるときは、本人の同意がなくても入院させることができるとされている(精神保健福祉法33条1項)。

2014年の改正精神保健福祉法施行以前は、入院に際して「保護者」(それ以前は保護義務者)の同意が必要とされており、保護者の同意を必要とすることは患者の権利擁護の観点から説明されてきた。しかし、保護者制度が廃止され、「家族等の同意」へと改められた後においても、家族に課される負担の重さという問題は本質的に解消されていない。そのため、精神障害者の家族からは、同意主体とされることに対する心理的・社会的負担の大きさについて、切実な問題提起がなされてきた。

医療保護入院制度の機能的意義は、自傷他害のおそれが認められない場合であっても、入院治療の必要性がある精神障害者を迅速に医療につなぐことを可能とする点にある。こ

のような「危険性要件」を必ずしも前提としない非自発的入院制度は、諸外国においても一定程度存在する。2022年の精神保健福祉法改正に先立つ検討過程においては、「家族等の同意」要件の削除が検討される一方で、「医療及び保護のための入院」を可能とする制度自体は維持されるべきものとされたり。しかし、家族等の同意に代わる適切な同意主体又は承認主体を誰とするかについては意見の一致が見られず、制度改正には至らなかった。

もともと、わが国の医療保護入院制度には、制度構造上の重要な問題が存在する。すなわち、①指定医1名の診察で足りること、しかも当該指定医が入院先病院の勤務医であることが許容されている点、②「家族等の同意」が広範かつ不特定の主体に委ねられている点、③入院先となる精神科病院の管理者が入院決定権を有している点、である。これらの要素は、非自発的入院に求められるべき独立性、適正手続および権利保障の観点から見たとき、1991年に国連で策定された「精神疾患を有する者の保護及びメンタルヘルスケアの改善のための諸原則」(以下「国連原則」という。)が要請する基準との間に明確な緊張関係を生じさせている。

以上の問題意識を踏まえ、本研究では、精神障害者について医療及び保護のための入院治療が必要とされる場合に、現行の医療保護入院制度に代わり得る制度としてどのような枠組みが考えられるかを検討した。令和7(2025)年度においては、特にイングランドにおける強制入院の申請制度、すなわち認定精神保健専門職(Approved Mental Health Professional。以下、AMHP(アンプ)という)による入院申請の仕組みを参照しつつ、制度設計上の示唆を得ることを目的とした。

なお、1983年精神保健法(Mental Health Act 1983。以下、「1983年法」という。以下、条数のみを示すときは、1983年法のそれとする)はイングランドおよびウェールズの双方に適用される法令であるが、両地域において

は制度の運用および細部に差異が認められる。更に、同法の実務指針である Code of Practice (以下「COP」という)についても、イングランドとウェールズではそれぞれ異なる内容のものが適用されている。そのため、本報告書では、検討対象を明確にするために、イングランドにおける制度に限定して分析を行うこととする。

## 2：イングランドにおける非自発的入院制度

まず、イングランドにおける非自発的入院制度について概観する。同制度を規定する1983年法は、2025年精神保健法 (Mental Health Act 2025) によって大幅な改正が予定されている。しかしながら、当該改正は広範囲に及び、その施行は長期にわたり段階的に行われることとされている。さらに、実務指針 COP の改訂も1年以上を要すると見込まれており、現時点において実際に施行されている改正規定は限定的である。とりわけ、非自発的入院制度に関する改正部分については、施行されていないものが大半を占めている。

以上を踏まえ、本報告書においては、現に運用が継続されている改正前の1983年法に基づく制度を対象として、その内容を検討することとする。

### (1) 「精神障害」の定義

1983年法において、「精神障害」とは、「精神のあらゆる障害または機能不全 (any disorder or disability of the mind)」を意味し (同法1条2項)、「精神障害者」という用語も同様に解釈される。この定義は、特定の診断名に限定されるものではなく、広範な精神状態を対象とする包括的な概念である。具体的な例示については、実務指針 COP において示されている (COP 2.5)。

もっとも、一定の除外規定も設けられている。すなわち、知的障害 (learning disability) を有する者については、その障害のみを理由として、同法上の精神障害に該当するとみな

されるべきではないとされる (1条2A項)。ただし、当該障害が、本人による異常に攻撃的な行為 (abnormally aggressive) または著しく無責任な行為 (seriously irresponsible) と関連している場合には、この限りではない。また、アルコールまたは薬物への依存は、同法における精神障害の定義の目的上、精神障害または精神の機能不全とはみなされない (1条3項)。

### (2) アセスメントのための入院 (第2条)

第2条は、精神障害の評価 (assessment) を目的とする入院について定めている。

まず、入院の申請は、患者の最近親者 (Nearest Relative, 以下「NR」という。) または AMHP のいずれかによって行われる (11条1項)。NR は AMHP による申請を妨げることはできない。

入院の要件としては、①患者が精神障害を有しており、診断や評価、あるいはそれに続く医療のために、一定期間病院に収容する必要があると認められること、②患者本人の健康や安全のため、あるいは他者を保護するために、その者を収容すべきであることが求められる (2条2項)。本条に基づく入院は「アセスメント」を目的とするものとされるが、実務上は治療も併せて開始されるため、短期間の治療入院としての性質も有すると解されている。

申請は、入院先となる病院の管理団体・者 (Hospital Managers) に対してなされ、所定の様式に基づく2名の登録医 (registered medical practitioners) による医学的推薦書 (medical recommendations) を要する。推薦書には、入院要件が満たされている旨の記載が含まれていなければならない (2条3項)。そして、1通は、精神障害の診断又は治療において特別な経験を有する者として、保健大臣により認定された医師によって作成されなければならない (12条2項)。

なお、「医療 (medical treatment)」には、

看護、心理的介入、精神保健の専門的なハビリテーション、リハビリテーション、そしてケアが含まれる(145条1項)。また、精神障害に関連して「医療」に言及する場合、その言及は、当該障害、またはその症状もしくは徴候の一つ以上を緩和し、もしくはその悪化を防止することを目的とする医療を指すものと解釈される。(145条4項)。

入院期間は、入院日から起算して28日を超えてはならない(2条4項)。この期間経過後は、informal admissionへ移行するか、または第3条に基づく治療入院へと移行することになる。

### (3) 治療のための入院(第3条)

第3条は、治療を主目的とする入院について規定する。

入院申請は、第2条と同様に、NR又はAMHPによって行われる(11条1項)。もっとも、AMHPが申請者である場合において、NRがこれに反対したときは、原則として申請を行うことができない(11条4項(a))。この場合には、裁判所に対して当該NRの地位の排除を求める手続が用意されている(29条)。

入院の要件としては、①病院での医療を受けることが適切であるような性質または程度の精神障害を患っていること、②患者の健康または安全、あるいは他者の保護のために、当該患者がそのような治療を受けることが必要であり、かつ、本条に基づき当該患者を収容しない限り、その治療を提供することができないこと、③患者に対して適切な医療(appropriate medical treatment)が提供可能であること、が求められる(3条2項)。2名の登録医による医学的推薦書が必要であり、各医師は、法定要件が満たされている旨の見解を示すとともに、その根拠を記載する必要がある(3条3項)。

入院期間は、当初入院の日から6か月を上限とし(20条1項)、その後は更新によりさらに6か月、次いで1年ごとの更新が可能と

されている(20条2項)。

### (4) アセスメントのための緊急入院(第4条)

第4条は、緊急の場合におけるアセスメント入院を定めている。

申請は、NRまたはAMHPによって行われる。要件としては、①第2条に基づく入院・収容が緊急に必要であること、②第2条のアセスメント入院の手續に従うことが望ましくない遅延を伴うこと、が求められる(4条2項)。この場合、医学推薦書は1名の医師によるもので足りる(4条3項)。本条は、自傷他害のおそれ等、患者または他者の身体・精神に対する即時の重大な危険、あるいは重大な財産被害のおそれがある場合に適用される。入院期間は72時間に限定され(4条4項)、更新は認められていない。

## 3：入院申請制度

イングランドの非自発的入院制度の特徴の一つとして、入院申請主体がNR又はAMHPのいずれかとされている点が挙げられる(11条1項)。とりわけ、AMHP制度を設け、医療的判断に加えて社会的視点を入院の必要性判断に組み込もうとする点は、イングランド法の重要な特色である。

AMHPは、医療機関から独立した立場で非自発的入院の要否を判断することが求められており、医師が入院の必要性を認めた場合であっても、その判断に拘束されるものではない。このように、医療判断と自由剥奪の判断とを分離し、後者に社会的・権利擁護的観点を反映させる制度設計が採られている点に意義がある。

わが国においても、仮に医療保護入院制度に類似する非自発的入院制度を存置するのであれば、「家族等の同意」に代わる要件として求められるべきは、患者が地域社会において治療を受けることが可能であるか否かという観点、すなわち権利擁護の視点からの実質的

判断であると考えられる。

この点を踏まえると、イングランドにおける AMHP 制度の検討は、わが国の制度設計に対して重要な示唆を与えるものと評価できる。以下では、入院申請制度の概要および AMHP 制度の成立過程について検討を行うこととする。

#### (1) AMHP による入院申請の要件および実務

AMHP は、一定の要件を満たすと認めた場合に、入院申請を行うことができる (COP 14.49)。具体的には、AMHP はまず、患者と適切な方法で面談を行い、法定の入院基準を満たしているか否かを判断する。その上で、①患者について入院申請がなされるべきであるとの確信を有し、かつ、②患者の親族の意向その他の関連事情を十分に考慮した上で、自ら申請を行うことが必要または適切であると判断しなければならない (13 条 1A 項)。さらに、AMHP は、あらゆる事情を総合的に考慮した結果として、患者に必要なケアおよび医療を提供する手段として、病院への入院が最も適切であると認められる場合に限り、申請を行うことが求められる (13 条 2 項)。すなわち、入院は常に「最も適切な手段」であるかという観点から吟味される必要がある。入院申請は、入院先となる病院の管理団体・者に対して行われる (11 条 2 項)。

AMHP は、専門的訓練を受け、精神保健法および地域資源に関する知識を有する専門職であるため、通常、NR よりも適切な申請主体と位置づけられている。その理由として、NR による申請は患者との関係に悪影響を及ぼすおそれがあるのに対し、AMHP が申請主体となることで、こうした関係上の負担を回避することができる点が指摘されている (COP 14.30)。実務上においても、入院申請の大半は AMHP によって行われており、NR による申請は極めて例外的であるとされる。

また、AMHP は、地方自治体によって承認

(approve) された専門職であり、当該自治体の枠組みの中で職務を遂行する。地方自治体は、各地域で 24 時間体制のサービスを運営するために、十分な数の AMHP を確保しなければならない。AMHP は、個々の事案において独立した判断主体として機能し、仮に AMHP が National Health Service (公的医療機関、以下「NHS」という) 等の医療機関に雇用されている場合であっても、入院申請に関する判断は雇用関係から切り離され、自治体の代理として行われるべきものとされる。すなわち、AMHP は、入院申請の可否について、自治体その他の機関から指示や拘束を受けることはなく、医師の医学的判断を考慮しつつも社会的証拠に基づいて自らの専門的判断を行使しなければならない。この点は、医療機関の利害や判断が非自発的入院の決定に過度に影響することを防止する制度的装置として重要な意味を有する。

さらに、AMHP が入院申請を行う場合には、NR に対し、申請が行われた(または行われる)旨および当該親族が有する退院請求権等について通知することが求められている。もっとも、第 3 条入院 (治療のための入院) については、AMHP は NR の意向に反して申請を行うことはできず、NR が異議を述べた場合には、原則として申請は阻止される (11 条 4 項)。この点で、NR は入院手続において一定の拒否権的地位を有している。

他方で、AMHP は医師の医学的推薦書に拘束されるものではなく、たとえ医師が入院の必要性を認めた場合であっても、社会的事情や代替手段の有無等を踏まえ、申請を行わないという判断をすることができる。AMHP の役割は、単に申請手続を担うにとどまらず、非自発的入院に代わる選択肢の有無について独立した評価を行い、社会的視点を決定に反映させることにある。その際には、制限が最も少ない手段 (least restrictive option) を選択すべきであるとの原則や、患者の自立の最大化といった指針原則が適用される (COP

14.52)。すなわち、AMHP は、医学的判断を前提としつつも、それに従属するのではなく、独立した立場から最終的な申請判断を行う主体として位置づけられているのである。

2025年3月時点において、イングランドの地方自治体によって承認されている AMHP の総人数に関する推計値は、約 3,800 人とされている。その雇用主体を見ると、79%が地方自治体に、16%が NHS に雇用されており、5%がフリーランスその他とされている。また、AMHP として承認されている者の専門資格の内訳は、ソーシャルワーカーが約 93%と大多数を占め、これに看護師が約 6%、作業療法士が約 1%と続き、さらに少数の心理士が含まれるとされている<sup>2)</sup>。

## (2) AMHP 制度の成り立ち

1890年 Lunacy Act においては、原則、配偶者または親族が、事実関係書 (statement of particulars) と医師 2 名の証明書 (certificates) を添えて地域の司法機関 (judicial authority) に対して申立を行うことで、収容命令 (reception order) が発令される仕組みであった。1959年精神保健法 (Mental Health Act 1959。以下、1959年法という) は、このような司法的統制を後退させ、医療および福祉を中心とする制度への移行を目的としたものであり、イングランドにおける精神保健法制の転換点と位置付けられる。

1959年法は、非自発的入院の決定に医療専門職以外の主体を関与させる制度的枠組みを導入した点で重要な意義を有していた。すなわち、1959年法 25 条 (観察入院) および 26 条 (治療のための入院) は、2 名の医師による推薦書 (recommendations) に加え、精神保健担当官 (Mental Welfare Officer。以下、MWO という) または NR による申請を要件とした。したがって、入院の決定は医師の医学的判断だけで完結するのではなく、社会的立場からの関与が制度上組み込まれていた。1959年法 54 条は、地方自治体に明示的な任

命義務を課してはいないが、非自発的入院制度の仕組み上、MWO の申請が不可欠であるため、地方自治体には実質的にその任命が要請されていたと解される。

しかしながら、その実質的機能には限界があった。第一に、MWO は申請主体ではあるものの、入院の必要性判断は医師の診断に強く依存していた。この点については、「1959年法は、その大部分が医師の判断に基づいている。法的審査は医学的専門知識という壁で立ち往生しており、患者となる可能性のある人々の自由は、医学的判断のみに委ねられている…」との指摘がなされていた<sup>3)</sup>。第二に、MWO の専門性や制度的基盤は必ずしも十分に整備されておらず、医療専門職に対して従属的な位置に置かれる傾向があった。実際、1959年法は、MWO の任命に関する最低基準を明示しておらず、NR による申請を優先する姿勢を示しており、それによって専門家による社会的評価の必要性を回避していた<sup>4)</sup>。さらに、MWO が判断を行うための明確な基準も存在しなかった。

MWO 制度は社会的関与の導入という意義を有しつつも、その役割は、医療的判断を補完するものとして機能するにとどまっていた。他方、MWO は、入院申請主体として位置付けられるとともに、医師の診断に基づく入院手続において、医師間の調整や必要に応じて救急搬送や警察との連携を担うなど、実務的にはコーディネート機能を果たしていた。

その後、1959年法の見直し過程においては、MWO が医療機関から相対的に独立した立場にあることの意義が認識され、医療判断に対する「対抗的要素 (counterbalance)」としての役割が強調されるようになった<sup>5)</sup>。そして、MWO の役割は、単に医師の判断を補助するものではなく、患者の家族関係や地域環境を含む社会的要素に着目した独立した評価を行うことにありと理解されるに至った。また、地域における支援やサービスによって対応可

能な場合には、入院を承認しない判断を行うこともその職務に含まれるべきであると論じられた<sup>6)</sup>。こうした考え方は、英国ソーシャルワーカー協会(British Association of Social Workers)によっても支持され、精神保健ソーシャルワーカーは医療判断を補完しつつも、専門職としての自律性と独立性に基づき、患者の権利を保護するセーフガードとして機能すべきであるとされた<sup>7)</sup>。

このような議論を背景として、非自発的入院の決定においては医療的評価と並行して「社会的評価」を制度的に確保する必要性が政府によって認められるに至った。その結果、1983年法において、MWOに代わる制度として認定ソーシャルワーカー(Approved Social Worker。以下、ASWという)制度が導入されることとなった。ASWは地方自治体によって任命され、その活動についても地方自治体が監督を行う仕組みが維持されつつ、精神障害者に対する対応に関して十分な能力を有する専門職として制度的に位置付けられた。この点において、ASW制度は、MWO制度の枠組みを継承しつつも、その機能を質的に転換し、医療判断とは独立した社会的評価主体を非自発的強制入院の成立に不可欠な要素として確立したものと評価することができる。この転換はまた、ソーシャルワークにおける権利擁護概念の変容、すなわち「単なる入院反対」から、「地域生活の可能性を含めた最適な介入の選択」へと重心を移す動きとも密接に関連していた。

ASW制度は、1983年法の2007年改正によりAMHP制度に改編された。AMHP制度は、従来のASW制度を継承しつつ、その適用範囲と専門性の基盤を拡張するものである。ASWがソーシャルワーカーに限定されていたのに対し、AMHPは看護師、臨床心理士、作業療法士を含む多職種に開かれた資格として再編された。この変更は、単なる職種拡張にとどまらず、非自発的入院に関する判断を

特定の専門職に独占させないという制度理念を明確化するものと評価できる。

#### 4 : AMHP になるために

イングランドにおいてAMHPとなるためには、大学院レベルの専門教育課程を修了し、地方自治体による承認を受ける必要がある。代表的な教育課程として、マンチェスター大学(University of Manchester)が提供するPostgraduate Certificate (PGCert) Approved Mental Health Professional Practiceが挙げられる<sup>8)</sup>。この課程は、精神保健法に基づく非自発的入院手続に関与する専門職として必要な知識および技能を体系的に習得させることを目的とするものであり、修了者は地方自治体によるAMHPとしての認定を受ける資格を得る。

教育は大学院レベルで実施され、精神保健法、精神医学、社会的支援の知識を統合的に理解することが求められるとともに、精神科医、法律専門家、心理学者、看護師、ソーシャルワーカー、さらにはサービス利用者や家族も教育に関与するなど、多職種の視点に基づく教育が制度的に組み込まれている。このような教育体制は、非自発的入院の判断が単なる医学的評価にとどまらず、社会的・倫理的要素を含む複合的判断であることを前提としている。

カリキュラムは主として四つの領域から構成される。第一に、非自発的入院判断における意思決定能力を養う「Critical Decision Making」、第二に精神医学的知識の応用を扱う「Applied Psychiatry」、第三にAMHPの法的および倫理的役割を検討する「Role of the AMHP」、第四に精神保健法の具体的適用を学ぶ「Applied Mental Health Law」である。これらの科目を通じて、受講者は精神保健法の運用に必要な理論的基盤と実践的判断能力を体系的に習得する。

さらに、本課程において特に重要なのが実務教育(Practice Learning)の位置付けである。

受講者は通常、所属機関の推薦を受けて課程に参加し、実務配置 (placement) を通じて現場での経験を積むことが求められる。また、実務指導者の監督の下で実践を行い、その過程を記録した Practice Portfolio の提出が義務付けられている。このように、教育は単なる知識習得にとどまらず、実務能力の形成と不可分のものとして構成されている。

以上のような教育課程を通じて、受講者は精神保健法に基づく非自発的入院手続を適切に運用する能力を身につけるとともに、医学的判断を踏まえた上で社会的判断を行い、多職種チームの中で調整的役割を果たすことが期待される。とりわけ重要なのは、医療専門職とは異なる立場から、入院の必要性や適切性を評価する社会的判断能力の獲得である。

そして、イングランドの地方自治体から AMHP として活動するための承認 (または再承認) を受けるためには、『2008 年精神保健 (認定精神保健専門家) (承認) (イングランド) 規則』(The Mental Health (Approved Mental Health Professionals) (Approval) (England) Regulations 2008) の SCHEDULE2 に定められた能力要件を満たさなければならない。AMHP は、5 年ごとに地方自治体から再承認を受けるために、実務の全過程においてこれらの能力要件を充足し続けなければならないのである。

このように、イングランドにおける AMHP 養成教育は、大学院レベルの専門教育、実務訓練、そして地方自治体による認証という三つの要素が密接に結び付いた制度として構築されている。この点において、同制度は非自発的入院の決定における社会的視点を制度的に担保し、医療専門職への判断の集中を回避する仕組みとして重要な意義を有している。

#### D. 考察

日本の医療保護入院制度は、指定医による診察と家族等の同意を前提に、精神科病院の

管理者が非自発的入院を決定する構造を採用している。この枠組みは、迅速な医療介入を可能とする点で実務的利点を有する一方、自由剥奪の正当化主体が誰であるのかが不明確であるという根本的問題を抱えている。すなわち、非自発的入院の決定は、形式上は病院管理者によって行われるが、その実質は医師の判断と家族等の同意の組み合わせに依拠しており、入院時点において、公的主体による独立した事前審査・承認が制度化されていない。確かに、入院後には精神医療審査会による審査制度が設けられており、退院請求や処遇改善請求を通じた事後的統制は存在する。しかし、この審査は、入院の適否について事前に判断する仕組みではなく、主として事後的な審査として機能している。そのため、自由剥奪に対する独立かつ中立的な統制という観点からは、なお十分な保障が存在するとは言いがたい。

とりわけ問題となるのは、「家族等の同意」を要件とする構造である。日本の制度においては、家族等は単なる意見提出者ではなく、非自発的入院の成立要件を構成する同意主体として位置付けられている。このことは、家族等に対して極めて重い心理的・倫理的負担を課すとともに、家族関係のあり方によっては本人の利益と相反する判断がなされる可能性を内包する。

実務上も、家族等同意はしばしば形式化し、あるいは逆に過度な責任集中をもたらしていると指摘されている。家族等が同意を拒否した場合、医療的に非自発的入院が必要と考えられるケースであっても対応が困難となる一方、同意が得られた場合には、その妥当性が十分に検証されないまま入院が継続される可能性がある。このように、家族等同意は、権利擁護的機能を十分に果たしていない。

さらに重要なのは、非自発的入院決定の独立性の問題である。医療保護入院においては、診察を行う指定医と、最終的に入院を決

定する病院管理者が同一の医療機関に属している場合が多い。このような構造は、判断の客観性や中立性を制度的に担保するものとは言い難く、利益相反の可能性を内包している。イングランドにおいて AMHP が医療機関から独立した主体として位置付けられていることと比較すると、この差は顕著である。

日本の医療保護入院制度は、①判断主体の非独立性、②家族への過度な負担転嫁、③公的関与の不足という三重の構造的問題を抱えていると評価できる。これらの問題は、個別の運用改善によって解決し得るものではなく、制度設計の根本に関わる問題である。

このような状況を踏まえれば、制度改革の第一の方向性は、入院決定主体の公的化・独立化に求められるように思われる。我が国においても、医療機関から独立した公的主体

(例えば自治体または準司法的機関) が非自発的入院の決定を担うことに関して、中核的課題として扱っていく必要があると考えられる。その際には、医師が医学的判断を提供し、社会福祉専門職が社会的評価を行い、最終的な判断を公的主体が下すというイングランドの多元的構造モデルに関する本研究は、日本の制度改革を検討するうえで大いに資するものである。

これに加えて、患者の意思決定を尊重し、また家族等に集中していた判断負担を分散させるため、イングランドの AMHP に相当するような社会福祉専門職を日本においても導入するべきなのか、あるいは既存の精神保健福祉士等で代替が可能なのか、地域支援や権利擁護に関する課題も踏まえ慎重に議論していくべきである。

以上のように、日本の非自発的入院制度においても、入院決定主体の公的化・独立化や、権利擁護機能の制度的な整備を中心とした、多元的な意思決定構造に関する研究を重ねていく必要があると考えられる。

## E.健康危険情報

## F.研究発表

### 2.学会発表

①シンポジウム『精神保健・医療における人権と制度改革』

柑本美和「精神科医療と人権～法的観点から」(2025年6月7日)

第11回こころのバリアフリー研究会総会

②シンポジウム『非自発的入院制度の課題』

柑本美和「非自発的入院制度と権利擁護策の今後のあり方について」

(2025年6月19日)

第121回精神神経学会学術総会

③Miwa KOJIMOTO

”Challenges in Japan's Act on Mental Health and Welfare for Persons with Mental Disorders or Disabilities”

(September 14, 2025)

2025 Academy of Psychiatry and the Law International Conference Expert Meeting.

## 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) 厚生労働省「地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会

報告書」

([https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_26149.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_26149.html), 最終閲覧 2026年5月4日)。

2) Skills for Care, The Approved Mental Health Professional workforce in the social care sector(2025).

<https://www.skillsforcare.org.uk/Adult-Social-Care-Workforce-Data/workforceintelligence/resources/Reports/Regulated-professions/The-Approved-Mental-Health-Professional-workforce-in-the-social-care-sector-2025.pdf>, last visited May.4, 2026.

3) L. O. Gostin, A Human Condition: The Mental Health Act from 1959 to 1975: Observations, Analysis and Proposals for Reform, Vol. 1. London: Mind,35(1975).

4) L. O. Gostin, Contemporary Social Historical Perspectives on Mental Health Reform, 10 J.L. & Society 47, 52 (1983).

5) Roger Hargreaves, "A Mere Transporter"- the Legal Role of the Approved Social Worker, International Journal of Mental Health and Capacity Law, No.4,139(2000).

6) L. O. Gostin, Contemporary Social Historical Perspectives on Mental Health Reform, 10 J.L. & Society 47, 52 (1983).

7) Jill Hemmington et al., Approved Mental Health Professionals, Best Interests Assessors and People with Lived Experience - An Exploration of Professional Identities and Practice(2021).

<https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://oro.open.ac.uk/78724/1/7269-UcLan->

[Approved%2520Mental%2520Health%2520Professionals-A4-Version4a.pdf%3Futm\\_source%3Dchatgpt.com&ved=2ahUKEwiuxKex5p-UAxV4pVYBHQsfLhoQFnoECBUQAQ&usg=AOvVaw3BnFpBvDb68X37NSo68zuT](https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://oro.open.ac.uk/78724/1/7269-UcLan-Approved%2520Mental%2520Health%2520Professionals-A4-Version4a.pdf%3Futm_source%3Dchatgpt.com&ved=2ahUKEwiuxKex5p-UAxV4pVYBHQsfLhoQFnoECBUQAQ&usg=AOvVaw3BnFpBvDb68X37NSo68zuT), last visited May.4, 2026.

8) University of Manchester Postgraduate Certificate (PGCert) Approved Mental Health Professional Practice <https://www.manchester.ac.uk/study/masters/courses/list/09977/pgcert-approved-mental-health-professional-practice/>, last visited May.4, 2026

## ドイツにおける精神科非自発的入院・治療制度

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）

### 要旨

昨年度（2025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。今年度の報告では、これまでの検討を踏まえて改めてドイツの制度のアウトラインを示すとともに、権利擁護の体制についてさらに検討を加えた。とりわけ強制治療や身体拘束を含む「自由剥奪を伴う措置」について、ドイツでは個別に裁判所の許可を要する体制を構築している。その背景には、行為無能力者であってもその「自然的意思」は尊重されるべきであって、それに反する措置は生命・身体権や自由権の制約であるから、その制約には法律の留保や裁判所のオーソライズが必要であるとして、法治国家的自由主義を徹底しようという発想がある。他方では、行為能力がなく、従って脆弱な市民の生命・身体に対する権利は、最後の手段としては、国家が強制によってでも保護しなければならないとする「国家による保護義務」の発想がある。

以上のように裁判所を介したシステムが強固に設計される中で、ドイツには、入院患者の権利擁護に特化した仕組みが連邦レベルで構築されてこなかった。しかし、各州の立法では、視察委員会、処遇改善請求窓口、権利擁護者といった仕組みが構築されつつある。それらの構成員には障害当事者が含まれるべきことが定められており、とりわけ患者の権利擁護者は入院経験者が当たるとされていることは、今後の我が国の制度設計を考えるうえで特に注目に値するところであろう。

### A.研究の背景と目的

2023年度、2024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。

ドイツの制度の概観については2023年度の報告書で既に記載したところであり、その記述内容を改めるべき箇所も存在しないが、その後新たに得た知見も踏まえつつ、我が国との比較でわかりやすい形に整理し直した

そのうえで、本年度は、ドイツ精神科医療における強制治療の問題について、少し掘り下げて検討を行なった。

なお、本年度の報告の基礎部分は、2026年3月30日開催精神保健医療福祉の今後の施策推進に関する検討会第13回会議での諸外国の精神保健福祉制度における入院医療による支援にかかるヒアリングの一環として本研究協力者が行なった報告を下敷きとしている。

### 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

#### 1. ドイツの精神科入院医療制度のアウトライン

##### (1) ドイツの制度把握をめぐる問題

本節ではドイツの精神科入院医療制度のアウトラインを示すが、それに先だって、ドイツの制度の実態把握の困難について触れる必要がある。

ドイツでは精神科医療統計の不備が指摘されている（後掲3）。たとえば、障害者権利委員会が2015年5月13日付で公表した総括所見でも、「心理社会的障害を持つ者」の状況に

ついでにデータ不足が指摘されていた (CRPD/C/DEU/CO/1, para 29.)。2023年10月3日付の第2・第3期の同委員会の総括所見 (CRPD/C/DEU/CO/2-3) ではこの点の記述は見られないものの、状況はそれほど代わっていないものと思われる。たとえば、連邦レベルでも州レベルでも、我が国の630調査のような公的で網羅的な統計は、現在に至るまで存在しない (後掲 2, Kap A Rdn 45 [Marschner].)。

精神科医療に特化した統計がない要因の一つとして、ドイツでは精神科医療でも障害者福祉でも認知症ケアでも、とにかく非自発的に病院や施設に入所させる制度を **Unterbringung** と総称するということがあるように思われる。以下ではこの **Unterbringung** の制度をかいつままで説明するが、とりわけ民事入院 (收容) には、病院への入院以外の多くのものが含まれる (**Unterbringung** は「收容」というのが厳格な翻訳であろうが、本報告書のこの節ではあえて「入院」の語も用いる)。

また、**Unterbringung** はあくまで非自発的なものだけを指す。そのため、以下の説明には、我が国の任意入院相当の部分の話は含まれない。

## (2) 非自発的入院 (收容) 制度の概観

ドイツには非自発的入院 (收容) の制度として3つの種類のことを挙げることができる。ごく大雑把ながらその概要を表1に示す。

(表1: ドイツの非自発的入院 (收容) 制度の概要)

### ① 民法上の入院 (收容)

ごく大まかにいえば、我が国の医療保護入院に相当する。

#### ・強制入院の根拠法

民法典のうち、

成年については世話法

未成年については親権法又は後見法

#### ・強制入院の基本原則

自傷のおそれ

#### ・入院の判断権者

世話人又は事前代理人+世話裁判所の許可

### ② 公法上の入院 (收容)

ごく大まかにいえば、我が国の措置入院に相当する。

#### ・強制入院の根拠法

各州の州法 (「精神科患者法」あるいは「精神科患者支援法」と通称される。)

#### ・強制入院の基本原則

自傷又は他害のおそれ

#### ・強制入院 (收容) の判断権者

州の行政 (州により、警察や保健当局等)

+世話裁判所の命令

### ③ 改善保安処分 (特に、精神科病院收容処分及び禁絶施設收容処分)

ごく大まかにいえば、我が国の医療観察法入院に相当する。

#### ・強制入院の根拠法

刑法典

#### ・強制入院の基本原則

犯罪危険性

#### ・強制入院 (收容) の判断権者

刑事の判決裁判所

## (3) 民法上の入院 (收容)

### i) 概説

まず、医療保護入院に相当するドイツの制度として、民法上の入院 (收容) 制度が挙げられる。この制度は、ドイツの法的世話 (**rechtliche Betreuung**) 制度に含まれる。これを、我が国にひきなおせば、成年後見法制の中に精神科の非自発的入院が位置づけられているということになる。

民法上の入院 (收容) の実体要件は、要するに精神障害のために自傷の危険があるときである。このことを法文は、「被世話人が、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」が存する場合に非自発的入院 (收容) を行ないうるものと表現している (民法 1831 条 1 項 1 号)。

## ii) 民法上の入院（収容）の決定プロセス

対象となる患者について、権限を与えられた法的世話人あるいは事前代理人が存在していれば、当該法的世話人等の同意により非自発的な入院（収容）が行なわれることになる（民法 1831 条 1 項。ただし、法的世話人等がこの同意をなすに際しては、世話裁判所の許可が改めて必要になる。

民法に基づく非自発的入院（収容）の手続のために、本人に手続保護人（Verfahrenspfleger）が選任される。さらに、裁判官が本人に会ってその陳述を聴取するのが原則とされる。

手続としては、精神科救急の場合、まずは保全命令の手続にのることが多いようである。この手続による場合、非自発的入院（収容）の期間は最大 3 か月までとされ、さらに非自発的入院（収容）の継続が必要な場合には本案手続にのるべきことになる。ひとたび本案手続による非自発的入院（収容）が行なわれれば、少なくとも制定法上は、非自発的入院（収容）の上限期間の定めはない。

## iii) 法的世話制度と法的世話人

民法上の入院のキーパーソンになるのは法的世話人（rechtliche Betreuer）である。法的世話人の職務範囲は、裁判所（世話裁判所）により個別に指定される。

我が国の任意後見人に相当する任意代理人（Bevollmächtigte）の制度も存在する。非自発的入院（収容）や強制的医療措置については、書面で明確に授権がなされている場合限り、任意代理人が法的世話人と同様に非自発的な入院への同意権限をもつ。

なお、そもそも法的世話制度において、法的世話人がいわゆる「代行決定」を行なうには、後述の「同意の留保」が裁判所によって命じられている必要もある。

つまり、非自発的入院（収容）のためには法的世話人等が選任されているだけでは十分で

はない。非自発的入院（収容）の権限（被世話人の居所指定を含む。）が予め裁判所から与えられた法的世話人がいなければ、民法上の入院（収容）制度は動かない。とはいえ、精神科救急を念頭に置くとそのような状況が整わないケースも容易に想像される。この場合、裁判所が職権で前述の保全処分を行なうことが認められている。ただし、このようなケースでは、次に説明する公法上の入院が先行することも多いようである。

## iv) 本人意思を確認する制度

民法上の非自発的入院（収容）と本人意思との関係については、そもそもドイツの法的世話制度では行為能力制限はないのが原則である。法的世話人に同意権が与えられるのは、本人にいわゆる同意能力がないという例外的な場合に限られ、かつ「同意の留保（Einwilligungsvorbehalt）」が裁判所によって命じられたときに限られる。これによつてはじめて法的世話人に同意権が与えられることになる。

ただ、法的世話人が非自発的入院（収容）に同意する場合でも、当該法的世話人には本人が予め「事前指示（Patientenverfügung）」で示した意思に沿うことが求められる。「事前指示」がない場合であっても、法的世話人等は本人の推定的意思をもとに行動することが求められるのが原則である。

## (4) 公法上の入院（収容）

### i) 概論

民法上の非自発的入院（収容）と並んで広く行なわれているのが公法上の入院（収容）である。これは各州の法律により、州の責任で実施される。その要件は州ごとに異なって規定されているが、大まかにいえば「精神障害による自傷又は他害の危険」が入院の要件とされる。この要件の下で行政が行なう非自発的入院だという点で、公法上の入院は我が国の措置入院に相当しうる制度といえる。

## ii) 即時収容と裁判所命令による収容

精神科救急を念頭に置くと、多くの場合、公法上の入院の要件に該当する緊急事態では、まずは警察あるいは保健当局等が自らの権限でとりあえず即時入院（収容）（*sofortige Unterbringung*）を行なう。即時入院（収容）として州が裁判所の手続なしに非自発的入院（収容）を行ないうるのはきわめて短時間に限られる。多くの州で、即時入院（収容）は、入院（収容）の翌日までしか有効ではない。

その期間を超えてさらに入院が必要なときは、保健当局等から裁判所に許可を求めることになる。その先の手続の大枠は民法上の入院と大枠は同じになる。すなわち、保全命令であれば最大3か月の入院（収容）が許容される。それ以上の入院（収容）が必要なら本案手続に移行する。ただし、入院（収容）の理由として自傷の危険が含まれるときは、この間に法的世話制度に移行する例も多いようである。

民法上の入院は他害の危険には対応しないとされる。そのため、その場合の非自発的入院（収容）は公法上の入院（収容）が中心になる。ここでいう「危険」の記述は州によってさまざまだが、たとえば「著しい危険」というように、ある程度高度の危険を求めるのが一般的である。

## (5) 刑法の改善保安処分

### i) 概要

他害行為のおそれに対応した非自発的入院制度として、公法上の入院のほかに改善保安処分（*Besserungs- und Sicherungsmaßnahme*）の制度が存在する。

ドイツ刑法典は刑罰と保安処分との二元主義を採用しており、犯罪行為を行った者について、責任に応じた刑罰と並んで、当該行為者の犯罪危険性を根拠に、その危険性に比例する限度で課される改善保安処分の制度を設けている。

改善保安処分は、刑事裁判所において、判決言渡しとともに命じられる。その後の執行に関しては、ラント裁判所（我が国の地方裁判所に相当）の刑執行部（*Strafvollstreckungskammer*）が関わることになる。

改善保安処分の制度にはいくつかのものがあるが、精神障害者の非自発的入院との関係で重要なのは、精神科病院収容処分と禁絶施設収容処分である。

### ii) 精神科病院収容処分

精神科病院収容処分は、責任能力に問題があった触法精神障害者に対して刑事裁判所が行なう処分であるという点において、我が国の医療観察法に相当する機能を果たす入院（収容）制度であると評価できる。この処分の言渡しの対象となるのは、行為者が「責任能力の限定・阻却の原因となった状態のために人に対して心的又は身体的に著しい被害をもたらす又は重大な経済的損害を惹起する著しく違法な行為をなすことが予期され、そのために公共に対して危険」であるときである（刑法63条）。

この処分による入院（収容）は1年ごとに裁判所がレビューする。更新の上限はないが、法律上、6年間で上限の目安とされ、執行期間が10年を経過する際には包括的な再審査が求められる。

### iii) 禁絶施設収容処分

禁絶施設収容処分はアルコール・薬物濫用の「傾向（*Hang*）」のために「著しく違法な行為をなす危険が存する」犯罪行為者を対象とする。精神科病院収容処分と異なり、完全責任能力者も対象となりうる。ただし、処分を命じるに当たって、行為者に治癒の可能性又は相当長期間にわたって違法行為を抑止できる可能性があることが前提となる。

処分執行開始後6月ごとに裁判所がレビューを行なう。執行機関の上限は2年間と定められている。

## 2. 処遇等に関する規定

前節では入院（収容）の制度のアウトラインを紹介した。本節では、入院患者の処遇等の枠組みにおける権利擁護の制度について考察する。

### (1) 強制的医療措置

#### i) ドイツの基本的な考え方

まず、ドイツの制度について特筆すべきこととして、投薬を含めた強制的医療措置（ärztliche Zwangsmaßnahme）を行なう場合には、入院（収容）とは別に改めて裁判所の許可が必要になる。これは、どの入院制度にも共通の事項である。

すなわち、現在のドイツでは、そもそも治療契約のルールとして、「治療者は、患者の同意を得なければならない」ものとされている（民法 630d 条 1 項）。

前述の通り、患者が同意無能力になったときは法的世話人等がその治療の是非を判断することになる。もっとも、「患者の事前指示（Patientenverfügung）」の制度が存在する。これは、将来同意能力を失った場合に備えて、そのときになされる治療行為や医的侵襲等に同意するか又はこれを拒否するかの意思を書面で表示しておくというもので、これがある場合は、法的世話人は、それがふさわしいと認める場合にはこれに従わなければならない（民法 1827 条 1 項）。

同意に拠らない治療は、患者の身体の完全性に対する権利という基本的人権を制約するものであると考えられている。したがって、その制約には法律の留保が必要である。（基本法 2 条 2 項）

また、治療に伴う自由の制約についても、法律の留保が求められる（基本法 104 条 1 項）。さらに、その自由制約が「自由剥奪（Freiheitsentziehung）」に該当する場合には、裁判官によってそれがオーソライズされなければならない（基本法 104 条 2 項）。

もっとも、治療同意を有効になし得るのは、患者に行為能力（Geschäftsfähigkeit）が認められる場合だけである。すなわち、「自由な意思決定（freie Willensentscheidung）ができなくなるような精神活動の病的障害の状態にある者のうち、その障害の性質上、当該状態が一時的なものではないもの」は行為無能力者であり（民法 104 条 2 号）、行為無能力者の行為は無効とされる（民法 105 条 1 項）。なお、意識喪失（Bewusstlosigkeit）状態又は精神活動が一時的（vorübergehend）に障害された状態でなされた意思表示も無効とされる（民法 105 条 2 項。我が国の意思無能力に相当）（後掲 1・117 頁）。

患者の事前指示も、作成時点において当該患者に行為能力があることが前提となる（民法 1827 条 1 項）。

したがって、同意能力がない患者が現に表示する意思（自然的意思（natürliche Wille））に反して治療を行なう場合をどのように考えるかが問題になるが、2010 年代以降、ドイツ連邦憲法裁判所はこの点に関する判例理論を積み重ねてきた。

#### ii) 連邦憲法裁判所判例の発展

ドイツにおいても、従来は、非自発的入院が非自発的治療を包含するという発想であって、非自発的入院下の強制的な治療に関する制定法の根拠や個別の裁判所の許可は不要と考えられていた（後掲 4・S.646）。

このような考え方に変更を迫った最初の判例が、連邦憲法裁判所 2011 年 3 月 23 日決定（BVerfGE 128, 282）である。この事案では、改善保安処分である精神科病院収容処分により入院中の患者に対する強制投薬が問題となった。連邦憲法裁判所は、このような強制投薬は生命及び身体の完全性への権利を侵害しうる（基本法 2 条 2 項）ものと認め、その時点においてこのような強制治療を認める法律の根拠が欠けているとして、当該行為を違憲とした。

この結果、各入院（収容）類型で強制的医療措置の規定が整備されることになった。たとえば民法では、当時の1907条に3項と3a項が追加され、強制的治療措置に対する世話人の同意には裁判官の許可が必要となった。

もっとも、この民法改正で導入された強制的医療措置は、当該措置を「自由剥奪を伴う入院（収容）」の枠組みでのみ認めるものだった。それは、強制治療が認められる局面を従来よりも狭める効果を伴っていた（後掲2・Kap C, § 1832 BGB Rdn 2 [Marschner]）。次に問題となったのはこの点だった。

連邦憲法裁判所2016年7月26日決定（BVerfGE 142, 313）では、統合失調症に罹患し、そのために非自発的入院の対象となり、前述の改正法により裁判所の許可を得た強制投薬が行なわれてきた患者が乳がんを合併し、本人がガン治療を拒否していた事案が問題となった。この時点ではもはや、車椅子を使っても自力では移動ができないほど患者は衰弱していた。法的世話人はガン治療を含む強制的医療措置の許可を裁判所に求めたが下級審はこれを拒否した。それは、この患者は「自由剥奪」の前提を欠くから、「自由剥奪を伴う収容」の外にあり、その場合に強制的医療措置を行なう法律上の根拠がないと考えられたからであった。

連邦憲法裁判所は、「自由剥奪を伴う入院（収容）」の対象でない患者に強制的医療措置を行えないのは、そうした患者の生命及び身体の完全性に関する権利侵害（2条2項）であるとして、当時の民法の規定を違憲とした。その結果、民法に1906a条（当時）が追加され、自由剥奪を伴う入院（収容）の対象とならない患者にも強制的医療措置が可能となった。ただし、そうした強制的医療措置は、「適切な医療提供が保障される病院での入院治療の枠組みにおいて」なされるべきこととされた。

これらの強制的医療措置の法規定は、2023年から施行された改正民法典で1831条にまとめられた。

もっとも、現行の1831条1項7号が強制的医療措置を入院医療の枠内でのみ許容していることについて、再び違憲の判断が出されている。

連邦憲法裁判所2024年11月26日判決（BverfG FamRZ 2025, 202）は、統合失調症で怠薬・増悪を繰り返す傾向のある被世話人に関する事案である。当該被世話人は増悪した際に服薬を拒否し、そのたびごとに強制的医療措置としてこれまでデポ剤の治療を繰り返してきた。あるとき、法的世話人は、主位的にはグループホームでのデポ剤治療を強制的医療措置の同意内容として申立て、予備的に近隣病院での実施を申し立てた。下級審裁判所は「病院」以外での強制的医療措置の実施は現行法上許されないとして、病院での実施のみにつき、同意を許可した。

連邦憲法裁判所は、強制的医療措置を病院以外では一律に許容しないとする民法1832条1項7号の規定を、基本法（憲法）2条2項1文から派生する国家による保護義務違反で違憲とし、2026年末までに新たに立法するまでの間は現行法の効力を認めるとした。

したがって、現在は、2026年末までに新たな民法改正がなされなければならないという状況にある。

連邦憲法裁判所のこの傾向を支えるものとして、まず提示されたのは、同意無能力者であってもその「自然的意思」は尊重されるべきであって、それに反する強制的措置はそれ自体として基本権の制約であることを正面から承認するということである。そのことから、これらの措置が法律の根拠に基づくものでなければならぬという考え方が徹底されるに至った。

次いで提示されたのは、市民の生命及び身体の完全性の権利を保護すべき国家の義務（国家による保護義務（staatlicher Schutzpflicht））である。行為能力のない、すなわち「自由な意思決定」ができない人々の

生命・身体権は、最後の手段としては国家が保護しなければならないという考え方である。そのことから、「保護の欠缺 (Schutzlücken)」が認められる部分では、それを埋めることを連邦憲法裁判所は立法府に求めてきた (以上の記述は、後掲 4・S.648 f.を下敷きにしたものである)。

### iii) 「患者の事前指示」との関係

前述のように、同意無能力状態に陥った際の治療について、有効な (すなわち同意能力のある時期に書面でもって作成された) 「患者の事前指示」があればそれに従うのが原則とされる。もっとも、非自発的入院 (收容) の可否については「患者の事前指示」の効果は及ばないという解釈が一般的なようである (後掲 Marschner ua Kap C § 1829 BGB Rdn 21 [Marschner])。

非自発的入院患者について「患者の事前指示」の射程がどこまで及ぶかについて、最上級裁判所の判例はないものと思われるが、参考事例として、オスナブリュック・ラント裁判所 2020 年 1 月 10 日判決 (LG Osnabrück, NJW 2020, 1687) の例を挙げることができよう。この事案では、他害のおそれを根拠として公法上の入院 (收容) の対象になった患者にかかるものである。あらゆる強制入院・強制治療に反対するというポリシーの団体がウェブサイト上に公開したテンプレートを元に手書きで作成した、服薬を含むあらゆる強制治療を拒否するという書面について、ラント裁判所は有効な「患者の事前指示」と認めた。そのうえで、2つの理由を挙げて、この書面にかかわらず強制投薬を許容した。

第一に、治療拒否に関わる「患者の事前指示」は、自傷の危険の回避に対応したものにしか及ばないとする理屈である。第二に、非自発的入院 (收容) が対象者の同意能力の回復に向けられたものであるから、服薬による病状の改善なくして退院が見込めないのであれば、強制投薬は許容されるべきだという考

え方である。

民法上の入院 (收容) の場合については判例を見いだせなかったが、この判例の第二の考え方を強調すれば、民法上の入院 (收容) でも同様に、「患者の事前指示」にかかわらず強制治療が許容されることにもなる。しかし、第一の考え方を強調すれば、同意能力のない患者の治療は当該患者に同意能力があればどう判断したかを重視するという自己決定権を最重要視して、強制治療は断念するという結論もありうる。この場合にはいわゆる「治療なき收容」を許容せざるを得なくなるが、いずれの考え方がドイツにおいて優勢なのかは、なお検討しなければならない課題である。

### (2) 身体拘束

強制治療に関する判例の流れと同様のものは身体拘束の局面でも認められる。

連邦憲法裁判所 2018 年 7 月 24 日判決 (BVerfGE 149, 293) は公法上の入院 (收容) に関する 2 州の別々の 2 件に関するものである。当時、各州において身体拘束が裁判所の判断を経ずに実行されていた。連邦裁判所はこの点を捉えて、一定時間にわたる身体拘束を「自由剥奪」に該当すると判断し、裁判官の命令なしに行なわれたそれは基本法 104 条 2 項違反に当たると判断して、法治国家的自由主義の趣旨の徹底を図った。それと同時に、「国家による保護義務」の考え方から、必要な場合には身体拘束によって対象者の生命・身体に関する権利が保護されるべきだとして、各州のみならず民法を所管する連邦に対しても、「保護の欠缺」を埋める立法を求めたのである。その結果、民法が改正されて「收容類似の自由剥奪を伴う措置」の規定が設けられ (現行 1831 条 4 項)、各州法でも「特別な安全保障措置 (besondere Sicherungsmaßnahme)」の規定整備が進められるに至ったのである (このことについては、後掲 3・80 頁で既に紹介しているところでもある)。

### (3) チェック機能

ドイツの場合、多くのことが裁判所の判断として行なわれる。非自発的入院（収容）、強制的医療措置、身体拘束などといった事項に関しては抗告が可能とされており（家事事件手続法 58 条）、その限りで司法的救済の可能性が大きく開かれている点は、我が国と大きく異なる点である。

これに対して、我が国でいえば処遇改善請求や精神医療審査会の審査のような制度の有無についてはあまり明確ではない。少なくともドイツ全土に統一的な仕組みはない。ただ、各州法にいくつか規定を置く例もある。

ほぼ全州にあるとされるのは視察委員会（Besuchskommission）の制度である。視察委員会は予告なしに入院施設を訪問し、患者その他の関係者にアクセスする権限を有する。患者は委員に面会して、処遇改善を求めることができる。法文上は明確ではないながら、視察以外の時期にも書面等を受け付けている例もあるようである（後掲 2・Kap B Rdn 456 [Lesting]）。

このほか、処遇改善請求窓口（Beschwerdestelle）を法定する州もある。また、患者擁護者（Patientenfürsprecher）を法定する州も多いようである。

患者擁護者は入院医療のサヴァイヴァーが当たるものとされる。同じく、処遇改善請求窓口や視察委員会も、サヴァイヴァーや家族などが含まれる構成が求められるようである。この点も我が国の精神医療審査会等とは大きく異なる点として指摘できよう。

州法の多くは公法上の入院だけをターゲットにしているが、いくつかの州では民法上の入院（収容）も明確にその対象に含めている。

### D. 考察

過去 3 年間にわたってドイツの制度を研究してきて、制度のアウトラインは概ね把握できたように思われる。

権利擁護という観点からは、さしあたり以

下の 2 点を指摘しておきたい。

第一に、非自発的入院・治療に関する司法審査の厳格さである。これは、ドイツの法曹インフラの多さがあるため初めて可能なことではある。このことを考えれば、このような司法審査をそのまま我が国に応用することは非現実的であろう。しかし、司法審査の形ではないにせよ、何らかの形で審査を行なうことは不可能ではないはずである。次年度の研究では、司法審査によって何が審査されているのか、その実質を明らかにする必要がある。

第二に、裁判所命令というフォーマルな部分での審査体制の徹底と裏腹に、精神科病院全体を貫く権利擁護のシステムの構築という点では、我が国にも一日の長があることを指摘しておきたい。もっとも、ドイツ各州でも患者の権利擁護者等の取組みが進んでおり、しかもそこに障害当事者を巻き込んでいる点には注目する必要がある。我が国も、こうした取組みに学んで自らの制度のアップデートを図る必要がある。その意味でも、この部分での実践について、次年度の研究においてその内実を明らかにする必要がある。

E. 健康危険情報 なし

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) 上山泰「ドイツ」山野目章夫監修・諸外国における成年後見制度についての調査報告書（商事法務「成年後見制度の在り方に関

する研究会」参考資料) (2022)

※ 法制審議会民法(成年後見等関係)部会  
第2回会議(2024年5月21日開催)資料  
から引用。

2) *Marschner* ua (Hrsg.), *Freiheits-  
entziehung und Unterbringung*, 7. Aufl.,  
2024.

3) 水留正流「ドイツの精神科医療制度の概観  
(入院制度を中心に)」令和5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・総括・分担研究報告書(主任研究  
者・村井俊哉、分担研究者・柑本美和) pp.75-  
91.

4) *Röthel*, „Zwangsbearbeitung im Dogmen-  
wandel“, *FamRZ* 2025, 645.

## フランスにおける非同意精神科治療の形態および監督審査制度の現状

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

フランスの現行の枠組みでは、非同意精神科治療に関しても脱入院と地域移行が促進され、治療プログラムのもと、在宅入院（HAD）を中心とした、完全入院以外の治療形態が浸透しつつある。また、非同意治療の継続（更新）や解除に関しても、適宜、司法および行政による監督・審査の対象となることから、精神障害者の権利擁護の仕組みが精緻に整えられてきた。反面、こうした細かい規定が実務に多くの負担をかけるなど課題も指摘されている。

### A. 研究の背景と目的

本研究班における昨年度の研究を通じて、フランスの非自発的入院の大枠に関しては明らかにすることができた。そこで、本年度は、より具体的な論点として、非同意治療の形態およびそれに対する司法・行政的コントロールに焦点を当て研究を進め、フランスの非同意精神科治療の特徴をより明確化することを試みた。同時に、本報告書では、現地でのインタビュー調査の結果も踏まえ、フランスの現行法制度が抱える課題についても考察することにした。

### B. フランスにおける精神科治療の歴史

フランスの非同意精神科治療に関する法的枠組みは、公衆衛生法典（Code de la santé publique: CSP）（以下、条文番号はすべて CSP による）における、すべての人に対して患者の権利を保障する「一般規定」と、とりわけ精神疾患を有する患者に対して適用される「特別規定」の二層構造になっている。このような手厚い権利保障の仕組みは、一朝一夕に完成したわけではない。その背景には、精神病患者を社会から隔離する「収容中心」のモデルから出発し、多くの批判やそれに応えるための修正をへて、現在の、患者の権利保護を重視するモデルへと変遷してきたという歴史が

ある。

#### 1. 1838 年法（エスキロール法）

1838 年 6 月 30 日の法律（通称：エスキロール法）<sup>1</sup>は、精神病患者（aliéné）の「社会からの隔離」を主眼として、精神科領域で初めて制定された個別法である。基本的には、収容（placement）によって、危険な精神障害者を隔離するという考え方のもと、家族等の要請と医師の診断書に基づく「任意収容（placement volontaire）」（1838 年法 8 条）と、公の秩序や安全を脅かす者に対し県知事の決定で実施される「職権収容（placement ordonné par l'autorité publique）」（同 18 条）が規定されていた。しかし、任意収容の際に、医師による恣意的な診断書が作成されるなど濫用が認められたことや患者の個人の自由に対する保護が欠如していたことに加え、1960 年以降の精神医療地区政策（sectorisation psychiatrique）の進展によって精神科医療がおかれた状況が変化したこと<sup>2</sup>から、150 年以上続いた同制度は改正を余儀なくされた。

#### 2. 1990 年法および 2011 年法

精神障害のために入院している者の権利と保護およびその入院の条件に関する 1990 年 6 月 27 日の法律<sup>3</sup>は、精神科医療に関わる法的枠組みを、患者の社会からの隔離から、患者の権利保護のための制度へと転換させた。

すなわち、「任意入院 (hospitalisation libre)」が原則となり、その例外として「第三者からの要請に基づく入院 (hospitalisation sur demande d'un tiers)」および「県知事の決定による強制入院 (hospitalisation d'office)」が位置づけられた。

加えて、2011年7月5日の法律(2013年改正など、以降の一連の改正を含む)<sup>4</sup>により、さらに改革が実施された。その最大の特徴は、「非同意入院」という概念から「非同意精神科治療 (soins psychiatriques sans consentement)」への名称変更および実態の拡張にある。一方で、非同意でおこなわれる治療は、医療施設長の決定に基づく精神科治療 (soins psychiatriques sur demande d'un tiers : SPDT) (L3212-1条~L3212-12条)と国の出先機関の代表(県知事)の決定に基づく精神科治療 (soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État : SPDRE) (L3213-1条~L3213-11条)に大別されることになった<sup>5</sup>。他方で、こうした精神科治療は、入院後72時間の初期治療観察期間ののちに、後述する「治療プログラム (Programme de soins : PDS)」に基づいて実施され、随時「自由と勾留に関する裁判官 (Juge des libertés et de la détention : JLD)」によるコントロールに服せしめられるなど、患者の権利侵害に対する救済措置が強化された。これにより、入院期間の最小化と地域社会における継続的な治療(地域移行)の促進が図られることとなった。このように、2011年の法改正以降、フランスにおける非同意精神科治療に関しては、単に患者を「入院させること」から「治療を実施すること」へとパラダイムシフトが実現されたといえよう。

### C. 非同意治療措置の脱入院化<sup>6</sup>

フランスにおける非同意精神科治療の特徴のうち、ここでは、治療の仕組み(形態)について、とりわけ近年顕著となっている脱入院化という視点から検討する。

### 1. 2011年改正と「非同意治療」の概念

非同意治療(措置)が決定された場合、SPDT・SPDREのいずれであっても、いったんは完全入院 (hospitalisation complète) という形で精神科病棟に入院となり、その後72時間以内に1名の精神科医が次のいずれの形態で治療を行うかを判断する(L3211-2-1条)。すなわち、そのまま完全入院を継続するか、非同意治療プログラム (programme de soins psychiatriques sans consentement : PDS) の下で治療をおこなうかが決定されることになる。PDSには、(日中または夜間のみの)一時入院 (hospitalisation à temps partiel)、在宅入院 (hospitalisation à domicile : HAD)、および外来治療 (soins ambulatoires) などが含まれる。これらの治療形態の目的は、入院期間の最小化、地域移行の促進、退院後の継続的なフォローアップ、および再発・孤立の防止にあるとされている。

### 2. 在宅入院 (HAD) の仕組み<sup>7</sup>

PDSのなかでも、治療の「脱入院化」の中心となる形態が在宅入院である。そこで、ここでは、在宅入院にフォーカスしてその実態を概観する。なお、ここで扱う在宅入院は精神科治療を含むすべての科の医療に適用されることを前提としている。まず、在宅入院とは、自宅を病床とみなし、集中的な医療的ケアを実施するための、病院での完全入院に代わる選択肢である。中核医療機関が治療計画を策定し、かかりつけ医、看護師、理学療法士、作業療法士、介護助手、心理士、ソーシャルワーカーなど地域の医療従事者とチームを組み、医療サービスを24時間365日提供できるような連携体制を構築する。

在宅入院は、自宅以外にも、専門ケア施設、療養用アパートなど患者にとっての「生活の場」で実施される。治療の対象となる疾患に特別な限定はなく、また、重篤、急性、または慢性いずれの疾患であっても、当該患者が、治療の実施条件を満たす環境にあれば治療がおこなわれる。すなわち、医学的に治療可能

な疾患であること、治療やケアが自宅でおこなえること、在宅入院について本人および同居人が同意していること（当然に、非同意精神科治療の場合はこの限りではない）、そして、治療に必要な設備（介護用ベッド等）の設置が可能であること、といった条件を充足することが求められる。一部の特殊な疾患や治療内容の場合を除き、在宅入院の費用は、支払った分の80%が医療保険(assurance maladie)により償還され、残額は自己負担となるか、あるいは患者が共済(mutuelles)などの補足的医療保険(assurance maladie complémentaire)に加入していればそれらでカバーされることになる。なお、在宅入院は、あくまで入院の一形態であることから、治療中の就業は認められない。

### 3. 精神科治療における在宅入院の意義

とりわけ精神科治療のなかで在宅入院が利用される背景には、1960年代から実施されてきた一連の「精神医療地区化(sectorisation psychiatrique)政策」<sup>8</sup>がある。これは、精神科医療について、1838年法以来の収容モデルから脱却し、「患者を家族や環境から可能な限り引き離さない」という考えに基づき、治療ケアの近接性、受診可能性および継続性を確保することを目的としておこなわれている(L3221-3条)。本政策により、フランスの精神科医療は、基本的に人口約7万人規模のセクター(地区)ごとに組織化され、一つのセクターには、必ず精神科専門病院(CHS)または一般病院(CHG)の精神科部門が設置されている。これらの中核施設のもとに、多職種連携チームが配置されていることから、精神科医療においても在宅入院制度が機能する基盤が整えられていると考えられる。

2004年2月4日の通達<sup>9</sup>によれば、精神科領域で在宅入院を実施することの目的は、自宅での個別・集中的なケアの提供、患者の自律性の維持、および社会的・家族的環境を考慮した社会(再)統合にあるとされている。また、環境変化に伴う高齢者の負担軽減や、

児童・青年の教育環境との両立(不登校防止など)といった特定の目的も追求されることがある。

在宅入院は、患者ごとに医師によって作成される治療計画に基づいて実施され、医療従事者は、患者のもとを毎日(あるいは1日数回)訪問する。外出や移動の可否も当該治療計画に詳細に記載され、患者がこれを遵守しない場合は完全入院の対象となる。

### D. 非同意精神科治療の継続、終了および監督・審査制度

フランスの非同意精神科治療は、継続・終了に関して様々な手続が法律によって規定されている。わが国とは対照的な制度設計であるため、特徴的な点に絞って紹介したい。

#### 1. 非同意精神科治療の継続および終了の手続

非同意精神科治療の継続(更新)および終了(解除)の手続は、治療開始の決定権者(医療施設長または県知事)の区分に応じ、公衆衛生法典によって厳格に規定されている。

**1) 医療施設長の決定に基づく治療の場合**  
SPDTの継続(更新)は、当該医療施設の精神科医の判断に基づき、医療施設長が決定を行う(L3212-4条)。更新は1か月ごとに行われ、その際、治療形態の変更(たとえば、完全入院から治療プログラム下での治療、あるいはその逆)も検討される。措置開始から1年が経過した後の更新については、精神科医を含む合議体の判断に基づき、医療施設長が決定を下す。治療中の司法審査に関しては、完全入院の形態をとる場合は、入院後12日目およびその後6か月ごとに、後述するJLDによる審査が義務づけられている。

解除(終了)は、本人あるいは第三者からの要請を受け、医療施設長が決定する。また、県精神科治療委員会(CDSP)から要請があった場合、精神科医が措置の継続の必要性を否定した場合さらにはJLDが解除を決定した場合には、医療施設長による解除は義務とな

る。

**2) 国の出先機関の代表（県知事）の決定に基づく治療の場合** SPDTRE の継続・変更の必要性に関しては、1名の精神科医の判断に基づき、県知事が判断する（L3213-3条）。期間は初回の更新が3か月、以降は6か月ごととなる（L3213-4条）。ただし、毎月、当該施設の精神科医による診断書が県知事に提出される必要があり、その過程で入院形態の変更も可能である。また、SPDTと同様、完全入院の場合は、入院後12日目およびその後6か月ごとにJLDによる審査が行われる。

解除（終了）についても、精神科医の診断書に基づき、県知事が決定する。また、県精神科治療委員会から提案があった場合あるいはJLDが解除を決定した際にも措置は終了する。

## 2. 司法裁判所による監督・審査

以上のような非同意精神科治療の適正性を担保するための監督・審査体制は、裁判所によるものと行政によるものの二つに大別される。裁判所による監督の中核を担うのが、JLDである。JLDは、司法裁判所（tribunal judiciaire）のうち第一審裁判所に所属する裁判官である。本来、予審対象者の一時的な勾留（détention provisoire）や警察留置（garde à vue）、夜間の家宅捜索、通信傍受などについて判断する官職であるが、個人の自由に関わる重要事項として、非同意精神科治療の監督・審査も管轄する。その際、JLDは、一方で、非同意精神科治療に関わる決定の内容が妥当であるかどうかの審査（実体的審査）、他方で、決定に至るプロセスが法規定に則っているかどうかの審査（手続的審査）の2つを実施する。

## 3. 行政による監督・審査

行政的な監督・審査は、専門の委員会および独立行政機関によって重層的に行われている。

**1) 県精神科治療委員会（commission départementale des soins psychiatriques : CDSP）** CDSPは県ごとに設置され、精神科

医2名、「精神疾患の患者・家族会」代表2名、および一般医1名の計5名で構成される（任期3年、再任可）。主な任務としては、非同意治療に関する報告の受理や患者からの異議の受け付け、患者の権利侵害に関して県知事あるいは検察官へ申立て、医療施設への立入り調査、年次報告書の作成・公表および医療施設長に対する措置解除の申立てあるいは県知事に対する措置解除の提案がある。

**2) 自由を剥奪する場所に関わる監査官（Contrôleur général des lieux de privation de liberté: CGLPL）** CGLPLは、大統領令によって任命される「独立行政機関（Autorité administrative indépendante）」の一つである（任期6年、再任不可）。司法裁判所の管轄を侵害しない範囲で、患者の人権侵害について審査を行う。主として、患者からの通報受理および実施機関への立ち入り調査・状況確認・情報提供要請、当該医療施設に対する勧告の発出、重大な人権侵害が疑われる場合における検察または医師会等の職能団体への通報などの任務を負っている<sup>10</sup>。

## E. 考察

以上の検討から導き出される、フランスの非同意精神科治療の法的枠組みの特徴としては、次の4点を挙げておきたい。第一に、非同意治療の定義である。フランスの非同意精神科治療は、本人の同意のみならず、いかなる第三者の同意をも不要とする点で、字義通り「非同意」の精神科治療として定義されている。第二に、手続の精緻化と多層的コントロールが挙げられる。上述の通り、非同意治療の開始・継続に関する手続規定は公衆衛生法典のなかで極めて精緻に整備されている。フランスでは、これは、強制治療による患者の権利侵害を防ぐために必須であり、JLDによる厳格な司法コントロールおよびCDSPやCGLPLによる行政コントロールとの二層構造に基づき担保されている。第三に、脱入院化傾向の継続が著しい。2011年改正以降、非

同意下であっても治療プログラムに基づく入院外での治療が可能となった。言い換えれば、これは、従来の施設「収容」から、地域社会における継続的な「治療」への転換、すなわち脱入院傾向を表しているといえる。最後の特徴は、この領域における頻繁な法改正である。とくに、2011年以降、憲法院の判決<sup>11</sup>を契機として、完全入院中の隔離・拘束を中心に頻繁な法改正が行われており、常に権利擁護の観点から制度の見直しが進められているといえる。

他方で、こうした精神障害者の権利擁護のための精緻な枠組みが構築されてきた一方で、実務ではいくつかの重大な課題が浮き彫りになっている<sup>12</sup>。まず、一般病棟における隔離・拘束と法規定との「隙間」問題である。CSP上の隔離・拘束規定は、精神科病棟に「非同意入院」している患者のみを対象として厳格な手続を定めている。しかし、現実には一般病棟に「任意入院」している認知症併発患者等に対しても拘束が行われるケースがあり、これに対するチェック機能が欠如している。厳格な法的枠組みを設定した結果、そこからわずかでも外れたケースが法の適用対象外となる、法の「隙間」が生じているといえる。

次に、JLDによる司法的コントロールの限界という問題がある。強制的な治療措置の適法性を判断するJLDには、CSPの特殊な規定の理解に加え、審査に必要な医学的知識が求められる。しかし、JLDは医学に関する特別な養成を経て任命されるわけではなくとくに実体的審査においては判断に困難が伴う。たしかに、これを補完するために専門家鑑定制度も設けられているが、認定医の不足や時間的制約から利用頻度が低く、実効性に欠けている。結局のところ、JLDによる審査が「形式的審査」に留まるのか、あるいは「実質的審査」にまで踏み込めるのかという根本的な問題が解決できないままとなっている。

最後に、行政的コントロールの地域格差の問題が指摘されている。とくに、行政的監督

を担うCDSPは県ごとに設置・活動しているため、その活動状況に大きな地域格差が存在しており、均質な権利擁護体制の確保が課題となっている。

総括としては、次のようなことがいえるであろう。すなわち、フランスの非同意精神科治療制度は、2011年法改正を契機として、「入院」から「治療」へ、そして「隔離」から「権利擁護」へとその重心を移してきた。司法裁判所の積極的な介入を義務づけ、在宅入院（HAD）を含む柔軟な治療形態を導入した点は、脱入院化を進める上での先進的なモデルといえる。しかし、一般病棟での拘束や司法官の専門性不足といった運用上の課題は、依然として解決すべき論点として残されている。今後、これらの「法の隙間」を埋め、いかにして医学的必要性に基づく治療の実施と個人の自由の保障を実質的に両立させていくかが、フランス精神保健法における最重要の課題となろう。

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

1) Maki KOBAYASHI, « Consentement du patient en soins psychiatriques au Japon », *Revue générale de droit médical*, n°97, décembre 2025 pp.151-166.

### 2. 学会発表

1) Maki KOBAYASHI, « Les problématiques concernant la santé mentale au Japon », Conférence organisée par l'IDP, Faculté de droit, Université de Poitiers et Nihon Europa, 3 mars 2026, Université de Poitiers (France).

2) 小林真紀「フランスにおける精神障害者の権利に関する一考察」法と精神医療学会第40回大会、京都、2025年12月6日。

<註>

<sup>1</sup> Loi du 30 juin 1838 sur les aliénés, *Bulletin des lois* n°581.

- 2 永野仁美「フランス精神保健政策の展開過程」本郷法政紀要 11 巻 (2002 年) 130 頁
- 3 Loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation, JORF n°150 du 30 juin 1990.
- 4 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.
- 5 詳細については、小林真紀「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」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」報告書 135-137 頁参照。
- 6 なお、本報告書における非同意精神科治療の基本的な法的枠組みに関わる分析は次の本に拠るところが大きい。Sophie THÉRON, *Vade-mecum juridique des soins psychiatriques sans consentement*, LEH Éditions, Bordeaux, 2025
- 7 L'hospitalisation à domicile (HAD), Mon Parcours Handicap, le site officiel pour les personnes en situation de handicap et leurs aidants, <https://www.monparcourshandicap.gouv.fr/aides/lhospitalisation-domicile-had> (最終閲覧日 2026 年 4 月 18 日) ; Hospitalisation à domicile (HAD), Service Public, <https://www.service-public.gouv.fr/particuliers/vosdroits/F732> (最終閲覧日 2026 年 4 月 18 日)
- 8 Circulaire du 15 mars 1960 ; article 8 de la loi n° 85-572 du 25 juillet 1985 ; article 79 de la loi n° 85-140 du 30 décembre 1985 ; la loi n° 85-1468 du 31 décembre 1985.
- 9 Circulaire n° DHOS/O/2004/44.
- 10 詳細については、鈴木尊紘「精神病院における人権侵害の防止と尊厳の確保—フランスにおける拘禁施設総監督官を参照軸として—」障害法 9 号 (2025 年) 133 頁以下参照。
- 11 CC, Décision n°2020-844 QPC du 19 juin 2020, M. Eric G, JORF n°0151 du 20 juin 2020, texte n° 66 ; CC, Décision n°2021-912/913/914 QPC du 4 juin 2021, M. Pablo A. et autre, JORF n°0129 du 5 juin 2021.
- 12 ここに列挙した現行法の課題は、すべて、2026 年 3 月 10 日にトゥールーズ・キャピトール大学法学部にて実施した、同大学の Sophie THERON 教授へのインタビュー調査のなかで、同教授からいただいたご指摘に基づいている。

#### <謝辞>

本報告書を作成するにあたり、インタビュー調査に応じ、多くの貴重なご示唆とご意見を下さったトゥールーズ・キャピトール大学法学部ソフィー・テロン教授に心よりお礼申し上げます。

#### Remerciements

J'adresse mes plus vifs remerciements à Madame la Professeure Sophie THÉRON, de la Faculté de droit de l'Université Toulouse Capitole, pour sa bienveillante contribution et la pertinence de ses précieux éclairages, lesquels ont été essentiels à l'élaboration de ce rapport.

## 台湾における非同意治療の現状—権利擁護と強制入院司法関与

研究分担者：柑本 美和（東海大学）

研究協力者：洪 士軒（台湾大学）

### 要旨

本研究は、台湾における非同意治療の現状を、権利擁護および強制入院に対する司法関与の観点から分析するものである。精神医療における非同意治療は、医療的必要性と人権保障との緊張関係の板挟みにあり、その適正な制度設計は国際的課題となっている。台湾では2022年の精神衛生法改正により制度の見直しが行われ、2026年には司法審査の導入が予定されている。

また、現行制度および新制度の法構造を整理するとともに、緊急安置、強制入院、地域社会治療等における権利擁護の仕組みを検討した。その結果、現行制度は行政審査を中心としつつ高い入院許可率を示しており、実務上の課題が確認できた。他方、新制度は司法関与の導入や法律扶助の整備により手続的保障の強化を図るものであるが、審理方法や弁護士との関与など実務運用上の課題が残されている。

以上より、台湾の制度は過渡期にあり、今後は司法審査の運用実態および権利擁護の実効性を継続的に検証する必要がある。

### A.研究の背景と目的

本研究では、台湾における非同意治療の現状について、特に権利擁護制度および強制入院に対する司法関与の導入という観点から検討する。

精神医療における非同意治療は、医療的必要性と人権保障との緊張関係にある制度であり、その適正な制度設計は国際的にも重要な課題とされている。

障害者権利条約（CRPD）の影響を受け、各国においては非同意治療を含む強制的介入に対する手続的保障の強化が求められている。台湾においても、2022年の精神衛生法改正により制度の大幅な見直しが行われ、従来の行政審査モデルに加え、強制入院に対する司法関与の導入を法の文言に織り込まれた。

本報告は、このような制度変容の過程にある台湾の現状を整理し、現時点（2026年3

月30日）での非同意治療における権利擁護の実態および今後の課題を明らかにする。

### B.方法

本研究は、台湾の精神衛生法および関連規則の分析を中心とする。具体的には、現行制度および2022年に改正された精神衛生法と関連規則、統計資料を収集・整理し、制度構造および運用実態を検討した。

また、非同意治療に関する権利擁護制度については、緊急安置、強制入院、強制地域社会治療および緊急時の治療といった各場面の関連規定を整理し、その手続的保障の内容を比較検討した。

さらに、強制入院に対する司法関与については、制度設計のみならず、2024年に実施された模擬裁判における弁護士としての参加経験を踏まえ、実務運用上の課題についても検討を加えた。

## C.結果／進捗

第一に、現行制度における強制入院手続は、緊急入院（最長5日）、専門医による強制鑑定（2日以内）、審査会による行政審査という段階的構造を有している。審査会は複数の職種の者で構成されるが、統計上、強制入院の許可率は90%以上と高水準で推移しており、実務上は入院継続が広く認められている実態が明らかとなった。

第二に、2026年施行予定の裁判所による司法審査が導入され、強制入院の決定権限が行政から司法へと移行する。また、入院期間の延長は1回に制限され、強制地域社会治療への制度上の切り替えの活用も法により明確化されるなど、手続的保障および入院の適正化が図られている。

第三に、非同意治療に関する権利擁護制度については、インフォームドコンセントを要する一方、緊急安置や緊急時治療においては本人同意なしの介入が認められている。他方で、説明義務、最小侵襲原則、代理決定制度、法律専門家の関与など、一定の権利保障措置が設けられている。

さらに、新法においては、弁護士による法律扶助の提供や裁判所による代理人選任制度が明文化され、権利擁護の制度的基盤が強化された。

第四に、司法関与に関しては、2026年8月施行に向けて関連規則の整備が進められているものの、審理方法や証拠閲覧範囲など、実務運用に直結する重要事項は未だ明確化されていない。

加えて、模擬裁判の検討からは、患者との意思疎通の困難さ、弁護士の準備時間の不足、審理の柔軟性と迅速性の調整といった実務における課題が確認された。

なお、研究の進捗状況については、2022年改正精神衛生法の和訳は既に完了しており、現在は関連規則の翻訳および分析を継続

しつつ、司法関与の施行後の状況に注目していく。

## D.考察

以上の内容から、台湾の非同意治療制度は、従来の行政審査モデルから司法関与モデルへと移行する過渡期にあると評価できる。新制度は、CRPDの要請を踏まえ、手続的保障および権利擁護の強化を志向するものであり、その制度的意義は大きい。

しかしながら、現行制度における高い入院許可率が示すように、実務運用においては依然として医療側の判断が強く反映される傾向が存在する。また、非同意治療の各場面において例外規定が広く認められていることから、権利制約の統制が十分に機能するかについては更なる検討が必要である。

さらに、司法関与の導入は手続的正当性の向上に資する一方で、患者の状況に応じた柔軟な審理仕組みや、弁護士の法的サポートの在り方など、新たな課題が見えている。

今後は、裁判所の審理実務の蓄積を通じて、認定基準や手続運用の実態を明らかにする必要がある。また、権利擁護の観点から、弁護士の役割を制度的にどのように位置づけ、実効性ある支援体制を構築するかが重要な検討課題であろう。

以上の点を踏まえ、台湾における非同意治療制度の今後の展開について、引き続き実証的かつ比較法的観点から検討を深化させる必要がある。

## E.健康危険情報

なし

## F.研究発表

1.論文発表

予定あり

2.学会発表

予定あり

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 【日本語論文】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」早稲田大學社会安全政策研究所紀要第13号（2022）35－56頁
- ② 【中国語論文】洪士軒「初探精神衛生法專家參審新制所面臨的挑戰與解方—借鏡日本醫療觀察法（日本語訳：精神衛生法における専門家參審新制が直面する課題と解決策の初歩的検討—日本の医療觀察法を参考として）」法官協會雜誌第26卷（2024）192－205頁

## 韓国の非自発的入院と精神疾患者の権利擁護制度および

### ケア国家責任政策の現在

研究分担者：柑本美和（東海大学）

研究協力者：趙晟容（韓日法律問題研究所）

#### 要旨

これまで韓国における精神疾患者に対する非自発的入院制度の大半は、家族などによる保護義務者入院制度である。最近では、地方自治体の長による行政入院も急増している。また、精神疾患者に対する強制的な外来治療制度も設けられている。韓国の場合、これらの制度は自発的な治療を期待できず、自己治療と保護が困難と判断される精神疾患者本人のためのものであるが、強制的な入院や治療の要件を見ると、精神疾患に起因する予期せぬ犯罪や危険行為から社会を守ろうとする側面があることは否定できない。非自発的入院制度等の場合、入退院過程や入院中に本人の自己決定権が反映されず、長期入院治療を強要されるなど、精神疾患者の人権が侵害される事例が少なくない。2016年に「精神健康増進及び精神疾患者福祉サービス支援に関する法律」（以下、「精神健康福祉法」または「現行法」という）が全面改正され、従来の退院審査規定に加えて入院審査規定が新設された。また、他法に不当な強制入院を救済する制度はあるが、実際これによる人権強化の効果は十分ではない。このような状況の中、2026年2月12日から施行された現行法の各種権利擁護制度は、精神障害者の自己決定権などの権利を保障・強化するのに役立つと期待される。特に「急性期精神疾患集中治療病院制度」は、入院の長期化を是正し、脱施設化を進めるとともに、地域社会における治療と定着の促進に大いに寄与すると考えられている。これらの制度が、今年3月27日から施行し、2028年からは精神疾患者にも適用される予定の「ケア統合支援法」の統合ケア支援（地域包括支援）と連携されれば、これは、韓国の精神医療を、精神疾患者の権利擁護を超えて、「入院中心・家族責任モデル」から「地域社会中心・国家責任モデル」へと変える転換点になり得る。この報告書では、韓国の非自発的入院と治療の制度および非自発的入院における権利擁護制度、地域での治療・自立のための権利擁護制度、ケア統合支援法について検討を行う。

#### A 研究の背景と目的

精神障害者の人権保障と地域社会における持続可能な治療・定着・自立・福祉は、現代国家の核心課題であり、障害者権利条約（CRPD）が求める国際的規範でもある。日本の「地域で安心して暮らせる精神保健福祉医療体制における入院医療支援のための研究」は、このような状況において非常に重要な示唆を提供している。この研究は学際的、社会的、比較法的観点から精神科入院形態の課題を抽出し、特に家族の同意に大きく依存する非自発的入院（日本の「医療保護入院」）の実態、患者本人の意思確認の困難さ、そして精神症状以外の要因（住居喪失、家族支援体制の崩壊等）による入院の長期化問題を主要課題として取り上げた。これは、歴史的に国家が負うべき重度の精神障害者の保護・管理責任を家族という私的領域に転嫁してきたアジア的福祉モデルの構

造的限界を省みる過程でもある。

韓国も同様の構造的問題を経験しており、これを解決するための多様な政策を推進している。その意味で2026年は韓国の精神健康福祉政策において重要な転換点となる年である。2026年1月3日から施行された精神健康福祉法の「手続助力人制度」・「同僚支援人制度」・「成年後見制利用支援制度」・「同僚支援憩いの場制度」をはじめ、2026年2月12日に施行された「急性期精神疾患集中治療病院制度」および2026年3月27日から施行された「医療・介護等地域介護の統合支援に関する法律」（以下、「ケア統合支援法」という）は、精神障害者の権利を強化し、また、従来の「入院中心・家族責任モデル」を「地域社会中心・国家責任モデル」へと再編しようとする政策において重要な機会と制度的基盤となっている。

このような制度の新設と法律の制定は、日本の「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」を参考にしたものであるといわれる。また、施行したばかりのものでもある。また、これらは施行されたばかりの新しい制度であり、そのため一見すると韓国の制度から日本への示唆を見いだすことは難しく、あまり有意義ではないようにも思える。しかし、日本で制度を構築する際には考慮されていなかった点が、後に韓国の制度に取り入れられていたり、実務上の課題として明らかになっていたりする可能性は十分にある。さらに、両国は法制度において共通する部分も多く、したがって韓国の制度について検討することは、日本における「地域包括ケアシステムの構築」、とりわけ「地域で安心して暮らせる精神保健福祉医療体制における入院医療のあり方」に関する研究においても、一定の参考となり得ると考えられる。

以下では、韓国の非自発的入院と治療の制度および非自発的入院における権利擁護制度、地域での治療・自立のための権利擁護制度、ケア統合支援法について検討を行う。

## B 方法

法令、政府・関連機関の発表または報告書、論文、マスコミの報道を参考に研究を行った。

韓国では日常的に精神疾患者と精神障害者の用語が混用されている。しかし、精神健康福祉法においては精神疾患者は広義の精神障害者の意味ではない。後述するように、同法は精神疾患者を重度の精神障害者の意味として定義しており、非自発的入院の対象者はそれに限定され、非自発的入院の対象者になれない「その他に精神健康上問題のある者」と区別されている。従って、以下では、精神疾患者と精神障害者を区別して、後者は精神疾患者とその他に精神健康上問題のある者を合わせた広い概念として使用する。

精神健康福祉法では精神疾患者に対して、精神医療機関（以下、「病院」という）の入院だけでなく、精神療養施設（以下、「療養院」という）<sup>1</sup>の入所も可能であると定めている。それで病院の入院と療養院の入所をあわせて「入院等」と、その退院と退所を合わせて「退院等」という表現を使い、精神医療機関と精神療養施設をあわせて「精神医療機関等」という表現を使っている。病院・療養院の入院等が認められる入院類型の正式名称は「自意入院等」・「同意入院等」・「保護義務

者による入院等」であり、病院の入院のみが認められる入院類型の正式名称は「特別自治市長・特別自治道知事・市長・郡守・区庁長による入院」・「応急入院」である。しかし、以下では記述の便宜上、この「等」を省略して、入院等は「入院」、退院等は「退院」、病院等は「病院」、病院長等は「病院長」、「自意入院等・同意入院等・保護義務者による入院等」は「自意入院・同意入院・保護義務者入院」、「特別自治市長・特別自治道知事・市長・郡守・区庁長による入院」は「行政入院」と表記する。

## C 結果

### 1 非自発的入院制度

「表1 病院入院患者の類型別数(2024.12.31現在)」<sup>2</sup>

구분	전체 <sup>1)</sup>	자의적 입원 (A)			비자의적 입원 (B)			응급 입원	기타	비자의 입원율 (%) (B/A+B)
		자의 입원	동의 입원	보호 의무자에 의한 입원	시장·군수·구청장에 의한 입원	의한 입원				
전체	56,492	35,240	23,754	11,486	20,203	14,810	5,393	224	825	36.4%

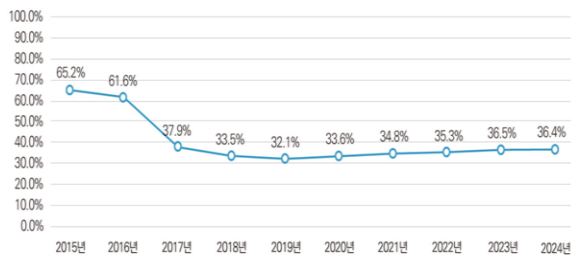
(※末注1に、ハンダルの訳語がある。)

精神健康福祉法の入院類型には自発的入院と非自発的入院がある。前者には自意入院(41条)、同意入院(42条、準自発的入院ともいわれる)があり<sup>3</sup>、後者には保護義務者入院(43条)、行政入院(44条)、応急入院(50条)がある。

旧精神保健法（以下、「旧法」という）のとき60%を上回った非自発的入院の割合は、図1のように2016年精神健康福祉法への全面改正以後は30%台まで下がった。これは旧法下で保護義務者入院（非自発的入院）をしていた患者の相当数が、精神健康福祉法への全面改正を契機として、新たに設けられた同意入院に移行した結果であると考えられている。

同意入院は、精神疾患者本人が精神科専門医と面談して、入院の必要性を認識し、保護義務者の同意を得て入院を申請する類型であるが、保護義務者の同意がなければ退院ができない。同意入院患者は2020年13,443名、2021年12,426名、2022年11,775名、2023年11,713名と、全体入院類型の約21%台を占めている<sup>4</sup>。

「図1 保護義務者入院＋行政入院の比率」<sup>5</sup>



## (1) 保護義務者入院（43条）

保護義務者入院は、病院長が保護義務者の申請と精神健康医学科専門医(以下「精神科専門医」という)の診断により精神疾患者を強制的に入院させる制度である。表1のように、これは非自発的入院(保護義務者入院14,810名 + 行政入院5,393名)の大部分（73.3%）を占めている。

### 1) 要件

#### ① 手続的要件（43条1項・4項）

「精神疾患者の保護義務者2名以上の申請」(保護義務者が1名のみの場合には1名の申請とする) + 「所属が異なる2名以上の精神科専門医の入院が必要であるという診断」

現行法は、精神疾患者の定義を、「妄想、幻覚、思考や気分の障害等によって、独立して日常生活を営むことに重大な制約がある人」と改正した(3条1号)。定義を改正した趣旨は、すべての精神障害者が非自発的入院の対象者になり得た旧精神保健法の定義を、重症の精神障害者に限定することによって、非自発的入院の対象者を縮小することにある<sup>6</sup>。

保護義務者は民法上の後見人と扶養義務者に資格があるが、そのほとんどは扶養義務者である。表1が示すように、非自発的入院の大半は保護義務者入院であり、これは韓国の非自発的入院制度がほとんど私的領域である家族の犠牲と責任に依存していることを示す。精神障害者の治療・保護・他害防止の義務<sup>7</sup>はもちろん、病院への移送責任まで負う保護義務者は、深刻な情緒的・経済的・肉体的苦痛の中で放置されており、精神障害者との対立・衝突・裏切り感から暴力の被害者になることもある。

#### ② 実体的要件（43条2項）

「入院治療または入所療養を受けるほどの程度または性質の精神疾患を患っている場合」(1号、精神疾患者) AND「自身の健康や安全、または他人に害を及ぼす危険があって、入院の必要性がある場合」(2号、自傷他害の危険性)

実体的要件とは、入院の必要性に関する診断要件であり、現行法では旧法に比べ厳格化されている。旧法では、1号要件または2号要件のいずれかに該当すれば足り、特に2号要件は「患者本人の健康や安全、または他人の安全のために入院が必要な場合」とされていたため、「本人の健康のために入院が必要な場合」のみでも保護義務者入院が可能であった。これに対し、現行法では、1号要件と2号要件の双方を満たす場合に限り、保護義務者入院を行うことができると改正された。

#### ③ 43条2項2号の「危険性」の判断基準

43条2項2号の危険性について、施行規則第34条第2項は、「自分または他人の健康または安全に重大または直接的な危害を加える場合」、「自分または他人の健康または安全に重大または直接的な危害を加える蓋然性が高いと認められる場合」、「自分または他人の健康または安全に常習的な危害を加える場合」、「自身の健康や安全に重大または緊急の危険がある場合/自分の健康や安全に重大または切迫した危険の可能性が高いと認められる場合」のいずれかに該当するときを指すとし、該当する危険基準を判断するときには、精神疾患者の病気、症状、既往歴、行為の性質、または健康や安全に与える影響などを総合的に考慮しなければならないとする。

### 2) 入退院の手続

申請 → 2週間以内の診断入院、所属の異なる2名以上の専門医の診断 → 病院長：入院決定 → 入院適合性審査 → 入院確定(適合判定の場合) → 精神疾患者・保護義務者の退院請求 / 病院長の入院期間延長請求 → 精神健康審査委員会の審査 → 地方自治体の長：退院命令または継続入院決定、入院期間延長決定

### 3) 期間

最初に入院するときは3ヶ月以内で、1次延長は3ヶ月以内、2次以降の延長は6ヶ月以内(43条5項)である。

#### (2) 行政入院(44条)

正式名称は「特別自治市長・特別自治道知事・市長・郡守・区庁長による入院」である。特別自治市長ら（以下、「地方自治体長」という）は、日本の都道府県知事および市町村長、区長に当たるものである。

これは地方自治体長が自傷他害の危険性がある精神疾患患者を精神健康専門要員などの申請と精神科専門医の診断に基づいて強制入院させる制度である。

最近、保護義務者入院の要件強化による風船効果、精神疾患の重大犯罪に対する積極的な対処、保護義務者の負担軽減と国家責任の強化政策のため、行政入院が急増している。2016年以前160名余りに過ぎなかったが、2020年3,798名、2021年4,273名、2022年4,483名、2023年5,039名と最近急増している<sup>8</sup>。

## 1) 要件

### ① 手続的要件(44条1項、7項)

「精神科専門医または精神健康専門要員の申請」＋「2名以上の精神科専門医の入院が必要であるという診断」

現行法では、2名以上の精神科専門医の所属が異なることを要件とする保護義務者入院より厳しくなった。

### ② 実体的要件(44条1項、4項、7項)

「自身の健康または安全、あるいは他人に害を及ぼす危険のため、継続入院が必要な場合」

現行法では自傷他害の危険性だけが認められれば、他に入院の必要性がなくても入院させ得るので、強制入院が保護義務者入院より容易い。しかし、2016年以前の旧法ときは、行政入院の要件が保護義務者入院のそれより厳しかった。前述したように、旧法ときは、現行法と違って、保護義務者入院は「患者本人の健康のため」だけで入院可能であったからである。

## 2) 入退院手続

申請 → 2週間以内の診断入院、2名以上の専門医の診断 → 地方自治体長:入院決定 → 入院適合性審査委員会の入院適合性審査 → 入院確定(適合判定の場合) → 精神疾患・保護義務者の退院請求 / 定期入院解除審査 → 精神健康審査委員会の審査 → 地方自治体の長:退院命

令または継続入院決定、入院期間延長決定

## 3) 期間(62条)

最初入院するときは3ヶ月以内で、1次延長は3ヶ月以内、2次以降の延長は6ヶ月以内である。

## (3) 応急入院(50条)

病院長が自傷他害の危険性が高く、状況が非常に緊迫した応急状態の精神疾患患者を医師の同意によって最大3日間強制入院させる制度である。

### 1) 要件(50条1項)

#### ① 手続的要件

発見者の依頼 + 警察官と医師(精神科専門医であることを要しない)の同意

#### ② 実体的要件

自身の健康または安全、あるいは他人に害を及ぼす危険が大きいこと(自傷他害危険の重大性) and 状況が非常に緊迫していること(状況の緊迫性) and 他の類型の入院をさせる時間的余裕がないこと(応急入院の補充性)

### 2) 手続(50条1項・3-5項)

誰かの依頼 → 警察官の同意 → 医師の同意 → 病院長:入院決定 → 「直ちに」精神科専門医の自傷他害の危険性の診断 → 3日以内に退院または他類型の継続入院措置

### 3) 現況

応急入院は圏域精神応急医療センターおよび急性期精神疾患集中治療病院、精神応急公共病床指定病院(後者の両病院は重なる場合がある)で行われる。最近警察が依頼した応急入院件数は、2020年の5,452件から2025年の10,806件へと約3.3倍に増加した。応急入院の拒否件数は、2023年に1,050件でピークに達した後、徐々に減少す

る傾向を示しており、拒否率も、2022年に9.5%まで上昇した後、徐々に減少している<sup>9</sup>。

## 2 非自発的治療制度

### (1) 外来治療支援(64条)

自傷他害の履歴があり、病院の外で持続的な治療が必要な精神障害者について、地方自治体長が、強制的な外来治療を命令する制度である。

#### 1) 要件

##### ① 手続的要件 (64条1項、2項、3項)

病院長または精神健康福祉センター長の請求  
+ 精神健康審査委員会の審査

##### ② 実体的要件 (64条1・2項)

i 保健福祉部令で定める、自身または他人に害を及ぼす行動(自傷他害行為)の履歴があること。

保健福祉部令で定める、自身または他人に害を及ぼす行動は、「自殺企図・自傷・自傷企図」(1号)、「暴行・暴言・脅迫など他人の生命や身体に危害を及ぼすか、またはその恐れのある行為」(2号)、「他人の財産に重大な損害を及ぼすか、またはその恐れのある行為」(3号)である(施行規則47条1項)。

ii 非自発的入院の退院を控えている場合(64条1項)、あるいは入院の種類とは関係なく退院してから治療を中断している場合(64条2項前段)、外で治療を受けていたがそれを中断している場合のいずれか(64条2項後段)に当たること。

#### 2) 期間 (64条3項・8項)

地方自治体長が精神健康審査委員会の審査を経て1年の範囲で期間を定める。精神科専門医が治療期間の延長が必要と診断した場合、精神健康審査委員会の審査を経て、1年の範囲内で期間を定め、外来治療支援を延長することができる。

#### 3) 外来治療支援を拒否した場合の手続

地方自治体長は、対象者に対し、自傷他害の危険性を判断するための2週間の評価入院を命じることができる。その結果に基づいて外来治療支援を撤回するか、または自発的入院・行政入院の措置をするか、あるいは保護義務者入院の申請を求める措置をしなければならない。

#### 4) 現況

2022年全国の外来治療支援の請求件数は14件、支援件数は11名で、2023年の請求件数は11件、支援件数は10名であった<sup>10</sup>。

現在の自傷他害の危険性の診断もせず、もっぱら過去の行為をもって、治療を強制することは、精神障害者の人権を侵害するものであるという批判が強く、あまり利用されていない状況である。

## 3 非自発的入院における権利擁護制度

### (1) 非自発的入院の制限的統制制度

#### 1) 行政的統制制度

現行法は、不当な強制入院を防止するため、入院適合性審査制度と精神健康審査委員会制度を設けている。

##### ① 入院適合性審査制度 (45～49条)

保護義務者入院または行政入院をした患者に対し、その入院が適合であるかどうかを審査して、不適合判定が出ると、即時に退院させる制度である。

#### i 審査の手続

第1に、病院長は精神疾患者が入院した場合、直ちに入院適合性審査について口頭および書面で通知し、対面調査の申請意思の有無を口頭と書面で確認しなければならない(第45条第1項)。

第2に、病院長は審査に必要な書類を3日以内に入院適合性審査委員会に提出しなければならない(第45条第2項)。

第3に、同審査委員会は内部に複数の入院審査小委員会を設置しており、適合性審査はこの小委員会で行われる(第46条第2項)。審査

は対面調査に基づく審査と書面審査に分かれる。2024年の審査の場合、前者は1万3,436件(44.1%)、後者は1万7,022件(55.9%)であり、対面調査による審査件数は2019年の26.4%以降増えている<sup>11</sup>。調査員による入院患者の対面調査は、患者本人の「申請」または同審査委員会長の「職権」ですることができる(第48条第1項)。

第4に、すべての審査手続と通知は1か月以内に行われなければならない(第47条第3項)。

第5に、病院長は不適合通知を受けた場合は、遅滞なく退院させなければならない(第47条第4項)。

## ii 制度上の限界

第1に、書面調査が55.9%であることは、過半数以上の患者の場合、意見陳述権・資料提出権など審査参与権が保障されていないことを示すものであり、全患者に対面調査を拡大する必要がある。しかし、調査員のマンパワーと予算が少なく、対面調査を拡大することにも限界がある<sup>12</sup>。

第2に、小委員会の委員数に比べ審査件数が多すぎるため、充実した審査が困難である。2020年1月から6月までの国立精神病院別の入院適合性審査委員会の開催状況をみると、最低25件・最大53件の案件を2時間以内で決定しているが、これは患者1人に与えられる審査時間が3～5分に過ぎないことを示す<sup>13</sup>。

第3に、通常、審査小委員会の構成が医療関係者に偏重しており、審査の中立性の問題が指摘されている<sup>14</sup>。

第4に、入院適合性審査委員会の委員と調査員が、非自発的入院の当事者でもある精神病院(現在は全国5つの国立精神病院)に所属しているため、同委員会の独立性に問題が指摘されている<sup>15</sup>。

「表2 入院適合性審査の現況<sup>16</sup>」

期間		入院適合	不適合	却下	合計
2018.7 - 2019.6	件数	26,672	557	7,493	34,722
	比率 %	76.8	1.6	21.6	100
2019.7 - 2020.6	件数	24,208	431	7,357	31,996
	比率 %	75.7	1.3	23	100

\*却下：審査前に退院などで終結された事例

第5に、表2でみるように、不適合判定の比率があまりにも少なく、入院適合性審査制度の効用性に疑問が提起されている<sup>17</sup>。

## ② 精神健康審査委員会制度(53・54条、56・57条等)

保護義務者入院または行政入院をした患者に対し、精神健康審議委員会(実際は傘下の精神健康審査委員会)で、退院または入院期間延長の請求・定期入院解除(行政入院)・外来治療支援、処遇改善などを審査する制度である。

### i 審査の手続

第1に、病院長または精神障害者、保護義務者から審査請求を受けた地方自治体長は、同審議委員会に遅滞なく同事案の審査を付託しなければならない(第56条)。

第2に、同審議委員会は、事件を遅滞なく同審査委員会で審査し、その結果を地方自治体長に報告しなければならない(第57条第1項)。審査は原則として書面審査である(第57条第3項)。

第3に、地方自治体長は、審査請求の受理から「15日以内」に退院・処遇改善を命じるか、入院等の期間延長を決定しなければならない(第59条第1項)。やむを得ない事情がある場合は、最大10日まで延長できる(第59条第4項)。

第4に、書面で退院等の命令を受けた病院長は、精神疾患者を直ちに退院させなければならない(第43条第7項、第62条第1項)。

### ii 制度上の限界<sup>18</sup>

第1に、地方自治体長が任命した同審議委員会の委員の中から選ばれた同審査委員会の委員が、地方自治体長が依頼した退院または入院期

間延長などを審査するため、その審査委員の独立性に問題が指摘されている。

第2に、同審査委員会もまた入院適合性審査委員会と類似して精神科専門医が委員長になる医療的合議体であるので、中立性に問題が指摘されている。

第3に、形式的な書面審査や患者の対面での意見陳述・証拠提出の制限により、患者の身体の自由に関する手続的基本権を確保し難い。

第4に、表3・4でみるように、退院率があまりにも少なく、精神健康審議委員会制度の効用性に疑問が提起されている<sup>19</sup>。

「表3 入院期間延長審査結果の現況」<sup>20</sup>

期間		延長	却下	退院	再審査	外来治療	その他	合計
201 8.7 - 201 9.6	件数	37, 554	61 6	35 1	176	8	44	38, 749
	比率	96. 9%	1.6 %	0.9 %	0.5 %	0.0 %	0.1 %	100 %
201 9.7 - 202 0.6	件数	45, 114	98 1	38 8	306	9	18	46, 816
	比率	96. 4%	2.1 %	0.8 %	0.7 %	0.0 %	0.0 %	100 %

「表4 退院など審査結果の現況」<sup>21</sup>

期間		延長	却下	退院	再審査	外来治療	その他	合計
201 8.7 - 201 9.6	件数	1,4 57	69	68	6	1	15	1,6 16
	比率	90. 2%	4.3 %	4.2 %	0.4 %	0.1 %	0.9 %	10 0 %
201 9.7	件数	2,1 22	11 8	10 4	27	5	9	2,3 85

- 202 0.6	比 率	89. 0%	5.0 %	4.4 %	1.1 %	0.2 %	0.4 %	10 0 %
-----------------	--------	-----------	----------	----------	----------	----------	----------	--------------

## 2) 司法的統制

### ① 人身保護裁判請求制度（人身保護法3条、3条の2、精神健康福祉法74条）

#### i 内容

違法な行政処分や私人により病院または収容施設に不当に閉じ込められた被収容者・後見人・家族などが、裁判所に救済を請求して自由を回復する制度である。

単独判事が裁判を進行し、手続的基本権すなわち裁判出席・弁護人の助力・判事対面・意見陳述・証拠提出・不服手続（即時抗告）が保障される<sup>22</sup>。

この制度は、裁判官が精神科的診断という医学的判断を超えて、憲法上の基本権侵害の有無を直接判断する点で、最も強力な統制手段である。しかし、閉鎖病棟に入院させられた患者が外部の法的助力を求めることが難しく、また、裁判官の精神医学的専門性の不足のため、精神科医の診断に依存する傾向があり、実務では入院患者の請求が認容されるケースが少ないという現実的な壁が存在する。

#### ii 現況<sup>23</sup>

「表5 人身保護請求の現況（2009-2023）」

年度	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2016	2017
受付	122	198	246	278	350	440	762	894	894	856
処理	認容	12	26	20	27	19	30	56	50	48
	棄却	297	247	292	337	119	138	201	267	398
	取下げ	401	415	382	423	419	598	115	121	397
	その他	96	104	114	112	174	215	115	723	864
合計	156	368	831	928	1,079	410	994	732	864	100
年度	2018	2019	2020	2021	2022	2023	合計 件数	処理 比率		
受付	836	830	820	959	1,084	1,465	10,140			
処理	認容	55	45	43	56	51	593	6.0%		
	棄却	297	247	292	337	435	3,477	35.0%		
	取下げ	401	415	382	423	419	4,447	44.7%		
	その他	96	104	114	112	174	1,430	14.4%		
合計	156	368	831	928	1,079	410	9,947	100.0%		

第1に、請求の推移は、2009年はわずか122件だったのが、2022年には1,000件を超え、

2023年には1,500件に迫ることになった。これは、2022年に国家人権委員会が強制入院患者に対する人身保護救済手続の案内等の権利告知を強化するよう保健福祉部長官に勧告し、長官がそれを受け入れて、精神病院で使用される権利告知様式に人身保護請求の有無を尋ねる項目を加えた結果である。

第2に、取下率は44.7%で、約2件に1件が取下げられた。その理由は、強制入院患者が人身保護請求を行うこと自体が入院病院側にとって負担となるため、保護義務者に通知して退院させ、入院患者から人身保護請求の取下書を受け取るケースが多いからである。

第3に、認容率および棄却率をみると、人身保護請求を行った強制入院患者の収容解除（退院）を命じた決定（認容）は、処理事件数比では約6%であるが、取下件数やその他の件数を除いた認容率を見ると14.6%（＝認容件数593件÷認容・棄却件数の合計4,070件）の水準である。これは、人身保護裁判の判断を最終的に受ける場合、10人のうち1.5人は裁判所の命令によって退院できることを意味する。棄却率は全処理事件の約35%を占めるが、収容解除の可否について実体判断を受けた場合（認容または棄却）のみで見れば、85.4%（＝棄却件数3,477件÷認容・棄却の合計4,070件）の水準である。

表5の「その他」は棄却と移送である。棄却は訴訟中に患者が退院した場合であり、移送は他の病院などに転院した場合である。

### 3) 準司法的統制

#### ① 国家人権委員会陳情制度（国家人権委員会法30条、31条）

##### i 内容

国家機関・地方自治体・公共機関により人権侵害を受けたか、または個人・法人・団体により差別行為を受けた被害者と第3者が、国家人権委員会に被害事実を知らせ、非司法的な権利救済を要請する制度である。

同委員会は救済要請に対して認容・棄却・却下などの決定措置を下すが、履行・是正・懲戒の勧告は裁判所の判決のような強制執行力はない。しかし、勧告を受けた機関はこれを尊重して履行する義務があり、履行しない場合はマス

コミに公表するなど、社会的・政治的な圧力を通じて解決を図る。

陳情を受理した同委員会の処分の種類には、認容・棄却・却下・移送・調査中止がある。認容処分には、件数が多い順に見ると、「合意終結＞救済措置の履行勧告＞告発＞是正改善勧告＞懲戒勧告＞捜査依頼＞法律扶助＞調停」がある。

処分に不服がある場合、陳情人は90日以内に行政審判および行政訴訟を提起することができる。被陳情人（被申立人）は90日以内に受諾または不受諾を選択することが可能で、制限的な行政訴訟が可能である。

##### ii 現況

第1に、受理現況をみると、陳情人は99%以上が病院に入院中の精神障害者であることが分かる。陳情件数は2010年から2015年まで徐々に増加したが、2016年から減少趨勢である。これは入院適合性審査制度の新設と自発的入院の増加による減少と、陳情受理前に電話相談で却下が明確な事件を陳情人の同意に基づいて早期終結処理することによる減少である<sup>25</sup>。

「表6 精神障害者の陳情受理の現況」<sup>26</sup>

区分	計	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
合計(件)	22,776	1,342	1,521	2,065	2,639	3,288	3,340	2,910	2,496	1,930	1,245
精神医療機関(件)	22,674	1,329	1,509	2,046	2,620	3,282	3,328	2,903	2,490	1,928	1,239
比率(%)	99.6%	99.1%	99.3%	99.1%	99.3%	99.9%	99.7%	99.8%	99.8%	99.9%	99.6%

第2に、処理現況をみると、2010年から2019年まで処理された精神障害者の陳情事件は22,673件で、認容が1,383件（6%）、棄却が5,011件（22%）、却下が16,279件（72%）であったが、却下事由の91%は陳情の取下であった<sup>27</sup>。

「表7 陳情事件処理の現況」<sup>28</sup>

区分	合計	認容										棄却		却下等	
		小計	法律扶助	捜査依頼	告発	懲戒勧告	救済措置履行勧告	是正改善勧告	調停成立	合意終結	棄却	却下	移送	調査中止	
合計	22,673	1,383	2	10	40	12	531	14	1	773	5,011	16,182	43	54	

#### (2) 非自発的入院における自己決定権などの権利支援制度

## 1) 手続助力人制度（38条の2、施行規則30条の2～4）

### ① 定義

国家・地方自治体が手続助力人を病院に送り、精神疾患者が病院に入退院する過程で、自身の権利を適切に案内され、本人の意思を忠実に反映して自己決定権を行使できるよう、支援する制度である（2026年1月3日本事業施行）。これは、医療陣中心の情報非対称性を解消し、患者の自己決定権を実質的に保障する中核的な制度である。

申請は精神疾患者と保護義務者が行うが、病院の案内、国家人権委員会の勧誘、手続助力人の訪問を通じて、この制度を認知し、申請する人が多い。また、入院適合性審査委員会または精神健康審査委員会の審査過程で調査官などの案内を受けたうえで申請する場合もある。

### ② 役割（法第38条の2第2項）

手続助力人は以下のような役割を行う。

#### i 入院生活の権益支援

患者の権利と治療関連情報を伝達し、入院生活と治療過程をうまく乗り越えられるよう情緒的な激励・応援をする。また、治療などに関連して、患者の意思や選好などを保護義務者と医療陣に適切な形で表現できるよう支援し、通信・面会・その他権益保護のための助力を行う。

#### ii 当事者の意思を反映した手続支援

入院適合性審査と退院・入院期間延長・処遇改善などの審査手続（手続案内及び意思疎通、意見陳述、資料提出）を支援する。また、人身保護法に基づく救済請求と国家人権委員会陳情の案内と申請行為を支援し、成年後見制利用支援のための案内と情報提供を行う。

#### iii 退院計画立案などの支援

退院準備と退院後の情緒的支持・治療・定着のための地域社会との連携、計画樹立、その他多様な福祉サービス情報を提供する。

### ③ 資格（施行規則30条の3）

精神健康専門要員（精神健康心理士・看護師・社会福祉士）、弁護士、同僚支援人（ピアサポーター。精神疾患を克服して回復中である当事者として一定の要件を備えている者）、その他保健医療または福祉分野の専門知識と経験が富むと保健福祉部長官が認めた者であって、保健福祉部長官が定める「手続助力人養成教育」を修了した者でなければならない。

## 4 地域での治療・自立のための権利擁護制度

### (1) 精神健康福祉法の権利擁護制度

#### 1) 同僚支援人制度（3条8号、69条の2、施行規則49条の2）

##### ① 概念および役割

法的な養成課程を修了して、他精神障害者に対する相談・教育などの役割を遂行できる精神障害者を同僚支援人（以下、「ピアサポーター」という）といい、制度的に彼を養成し、彼が病院や地域社会で役割を果たして、相当の報酬をもらい、自立できるよう支えるものをピアサポーター制度という。

ピアサポーターは、自身の闘病および回復の経験に基づいて、他精神障害者の回復を助けるため、病院やリハビリセンター・精神健康福祉センター・同僚支援憩いの場・その他の地域社会での相談・情報提供・教育などの役割を行う。

##### ② 資格

ピアサポーターは、精神障害者であるか、または精神障害者であった者のうち、保健福祉部令で定めるピアサポーター養成課程を修了しなければならない。養成教育時間は約100時間である。

ピアサポーター養成および補習教育機関（保健福祉部長官が指定・委託）には、国公立の精神病院、精神健康増進事業または精神障害者福祉サービス支援事業を目的として設立された非営利法人、その他保健福祉部長官が認める機関および団体がある。例えば、国立精神健康センター、精神健康福祉センター、社団法人精神障害と人権「パドソン (파도산)」、精神障害者人権連帯 KAMI、韓国精神障害者連合会・その傘下のピアサポーターセンターがある。

2) 同僚支援憩いの場制度（3条8号、15条の4、69条の2、施行規則6条の3）

① 内容

精神健康上一時的な危機を経験する精神障害者が、強圧的な雰囲気のある病院に入院する代わりに、地域社会内で安全に滞在し、ピアサポーターの相談と支持を通じて危機を克服できるよう臨時保護施設（ピアサポートシェルター）を提供する制度である。

② 役割

安静にできる臨時空間の提供または活動支援、ピアサポーターによるピアカウンセリング・情報提供、精神障害者の性向と選好を反映したサービスの提供・連携、その他保健福祉部長官が必要と認める事項を支援する。

一時的な危機を避けるための臨時施設なので、法的な規定はないが、通常1回の入所では7日から14日以内の短期滞留しかできない<sup>29</sup>。

③ 施設の形態と基準および現況

施設に終日型（24時間常駐）と昼間型がある。最低2人以上のピアサポーターが常住しなければならない。

国の予算支援を受けて公式に運営中の同僚支援憩いの場は全国に7ヶ所あるが、4か所が終日型である。政府は2030年までに7か所まで増やすという<sup>30</sup>。

3) 成年後見制利用支援制度（38条の3、施行令17条の2、施行規則30条の5）

① 概念

地方自治体長が、成年である精神障害者が「日常生活で意思決定の代理または支援が必要な場合」・「権利を代弁してくれる家族がない場合」・「別途の措置がなければ権利侵害の危険が相当な場合」に該当し、後見人を選任する必要があるにもかかわらず自力で後見人を選任することが難しいと判断される場合に、その者のために「民法」に従って家庭裁判所に成年後見、限定後見または特定後見開始の審判を請求するなどの支援を行う制度である。

② 支援内容

地方自治体長は、精神障害者に代わりに家庭裁判所に後見審判（成年後見・限定後見（補佐）・特定後見（補助）開始の審判）を請求するか、あるいは、保健福祉部長官が指定する機関に後見人候補者の推薦を依頼して選任するか、後見人の報酬（20万～50万ウォン）を支援するか、裁判所の審判請求手続の必須費用（印紙代、送達料、医師の精神鑑定など）を支援する。

4) 急性期精神疾患集中治療病院制度（第19条の2）

① 内容

この制度は、自傷他害の危険が高い応急患者、急性期悪化患者、治療効果が高い初発精神疾患者に人員とインフラを集中的に投入し、短期間で症状を好転させて早期退院を誘導する制度である。

韓国の精神医療の慢性的な問題の一つは、急性期のとき緊急入院できる病床が足りず、慢性になってから入院し、低い診療報酬体系のもとで長期入院されるケースが多いことである。病院の立場からは、重症の急性期患者は暴れ出したり自傷したりするリスクがあるため管理が難しく、多くのマンパワーを要することから敬遠される傾向がある。その反面、容態の落ち着いた慢性期患者を長く入院させる方が経営上有利になるという、歪んだインセンティブ構造が定着していた。本制度は、この問題を打破するため、2025年11月11日に新設され、2026年2月12日から本格的に施行されている。

② 選定・評価基準

急性期精神疾患集中治療病院（以下「集中治療病院」という）は、保健福祉部長官が指定する。保健福祉部は、上級総合病院と国立精神病院を対象に公募と審査の手続を経て集中治療病院を指定したが、一次公募では上級総合病院（47施設）と国立精神病院（5施設）を対象とし、そのうち上級総合病院23施設の305床と国立精神病院3施設の86床を指定したが、2026年末まで1,600個の集中治療病床を確保する計画であるという<sup>31</sup>。

保健福祉部の選定・評価基準には絶対評価基準と相対評価基準があるが、前者の3分野11項目は以下のとおりである<sup>32</sup>。

## i 人員

第1項目、精神科専門医1人あたりの入院患者数（G1等級の維持が必須）：20名以下。

第2項目、看護師1人あたりの入院患者数（1等級配置基準を遵守）：上級精神病院1.5名以下、精神病院2.5名以下。

第3項目、精神保健専門要員（ソーシャルワーカー、臨床心理士等）1人あたりの入院患者数：40名以下。

第4項目、院内当直医療人の配置：医師1名以上と看護師1名あたり100病床以下。

第5項目、行政人員の配置（兼任可能）：1名以上。

## ii 施設

第6項目、集中治療室の病床数：集中治療室（病棟）内の病床のうち、集中治療が可能な病床（集中治療病床）を最低4床以上確保しなければならず、最大でその病棟の全病床を集中治療病床として運営してもよい。

集中治療室の病床の一部を応急入院用病床として運営（上級総合病院10%以上、精神病院20%以上）。

第7項目、閉鎖病棟内に保護室設置：集中治療室の病床10個以上の場合には2室、病床10個以下の場合には1室。

## iii 医療の質

第8項目、24時間応急入院が可能な施設（祝日を含む）。

第9項目、認証機関：医療機関評価認証院の急性期病院認証または精神医療機関認証を受けた機関。

第10項目、介護給付の適正性評価の等級：精神健康の入院領域または医療給付精神科の適正性の評価結果の下で、上級総合病院は1等級・精神病院1-3等級。

第11項目、病院基盤事例管理の模範事業参与：病院基盤の事例管理ケースマネジメント模範事業への参加。

## ③ 診療報酬補償体系（2026年基準）<sup>33</sup>

i 新規診療報酬：急性期精神疾患集中治療室入院料を新設。急性期精神疾患集中治療室に入院している患者に対して30日以内の期間で算定する。

ii 入院初期の加算構造（14日間の差別的加算）：4人室基準で、

第1に、1～7日：50%加算、1日40万5千ウォン。

第2に、8～14日：25%加算、1日33万8千ウォン。

第3に、15～30日：基本料金適用、1日27万ウォン。

## iii 精神医学的応急処置の100%加算

急性期精神疾患集中治療室に入院した場合、30日以内の精神医学的応急処置には100%の加算が適用される。例えば、上級総合病院の基準で6万3千5百ウォンから12万7千ウォンへ引上げられる。

## iv 精神療法料の拡大

個人精神療法は1日1回から2回へ、家族療法（個人）は1日1回・週3回から1日2回・週7回へ、作業療法およびレクリエーション療法は入院週5回から週7回へと、実施回数が増大される。

## v 退院後の病院基盤事例管理

集中治療病院は、退院後も治療体制を維持できるように、退院計画の策定・訪問・電話相談などの病院基盤事例管理を提供する。

事例管理に同意した患者を対象に、退院翌日から最長6か月（180日）まで事例管理サービスを提供することにより、退院後の外来治療の継続や地域社会への定着を支援する。

集中治療病院では、精神科専門医、看護師、社会福祉士、臨床心理士のなかから、専門医を含む3職種で多職種事例管理チームを編成する。

「退院計画策定料」・「教育相談料」・「訪問料」・「患者管理料」・「精神疾患事例管理料」が病院基盤型事例管理料として加算される。

## 5 ケア統合支援法

### 1) 主要内容

公式名称は「医療・療養等地域ケアの統合支援に関する法律」（以下、「ケア統合支援法」という）である。2026年3月27日から施行中であるが、模範事業など準備は2019年地域社会統合ケア先行事業をはじめ、2021年高齢者ケア伝達体系改編モデル事業そして2023年高齢者医療・ケア統合支援モデル事業を推進してきた<sup>34</sup>。

同法は、老衰・障害・疾患などによりケアを必要とする国民が、住み慣れた地域（自宅）で必要なサービスを受けながら、健やかに過ごせるよう支援することを目的とする。

精神障害者にも同法が適用され、また定着されれば、当事者の地域での治療・自立のための権利擁護の確立はもちろん、精神障害者の治療・保護・管理・自立などの責任を負ってきた保護義務者の負担の緩和に大いに寄与できるものと予想される。同法の主要内容は以下のとおりである。

① 対象者：老衰・障害・病気・事故などで日常生活に困難を抱え、複合的な支援が必要な人を対象とする（2条）。

② 国家及び地方自治体の義務：国家と地方自治体は、対象者が地域社会で自立した生活を送れるよう、統合支援策を策定・実施する義務がある（3条）。

③ 支援サービス：保健医療・健康管理・長期療養・日常生活支援（家事・移動・食事等）・住居支援などのさまざまなサービスが統合的に提供される（15条）。

④ 申請者：本人と家族の申請、地方自治体長の職権申請（10条）。

⑤ 個別ケア計画：市区町村は対象者のニーズと状況を総合的に判断し、一人ひとりに寄添った支援計画を立てなければならない（13条）。

⑥ 専担組織：市区町村の長は、業務を専門的に遂行するため、市区町村および役場（韓国の邑・面・洞）に専担組織と窓口を設置しなければならない（21条）。

⑦ 統合支援情報システム完備：保健・福祉情報を連携し、サービスの漏れや重複を防止する統合システムを完備し、運用しなければならない（23条）。

### 2) 状況と課題<sup>35</sup>

#### ① 状況

現在、「第1段階の運営基盤構築期（2026～2027年）」にあり、全国229の市区町村が制度の枠組みづくりに注力している。すなわち、

i 専担窓口および組織の稼働：全国の基礎地方自治体に「統合支援専担組織」と「統合支援窓口」が設置され、申請の受付を開始した。

ii 30種の基本サービス連携：訪問診療、在宅看護、日常生活支援、住環境改善など、政府が指定した30種の核心サービスを優先的に連携・提供している。

iii 統合支援情報システムの運用：保健福祉部・自治体・健康保険公団の間で情報を共有するシステムが稼働し、対象者のニーズ調査や支援計画の策定がデジタル化されている。

## D 考察

### 1 精神健康福祉法の諸権利擁護制度とケア統合支援法の課題

前述した精神健康福祉法の諸権利擁護制度とケア統合支援法が連携されれば、精神障害者の権利擁護はもちろん、脱施設化、地域での治療・自立・福祉の定着、家族の負担緩和に大きく寄与できる。しかし、これらの法律・諸制度はいずれも2026年に施行されたばかりであり、その定着には時間と労力を要することから、現時点では様々な課題が認められている。以下に法律・諸制度における課題を整理した。

## (1) 精神健康福祉法の諸制度の課題

### 1) 手続助力人制度の課題<sup>36</sup>

#### ① 独立性と中立性の欠如

手続助力人が、入院適合性審査委員会や病院側の影響力から完全に自由でないケースがあり、患者の立場で真摯に声を届けるより、行政的な手続の補助に留まっている場合があり得るという指摘がある。

#### ② 権限の限界

現在、助力人の役割が単なる意見陳述の補助レベルに留まっており、実質的に入院の取消や退院命令を引き出すことができる強力な法的代理権や調査権が不足しており、実効性が低いという指摘がある。

#### ③ 人員不足と専門性の格差

全国的な需要に対応できる専門人材が不足しており、活動家や専門家ごとの熟練度の違いにより、提供されるサービスの質が均一でない。

#### ④ 制度的認知度とアクセスの低さ

入院中の精神疾患者が、入院の初期段階でこの制度を認知し、即座に助けを求められるようなシステムが十分でない。

### 2) ピアサポーター制度の課題<sup>37</sup>

#### ① 法的地位と業務範囲の曖昧さ

法律にピアサポーターの定義はあるものの、具体的な職務基準や権限が明確でないため、現場では単純な事務補助や単なる話し相手サービスに転落してしまうケースが多い。

#### ② 劣悪な処遇と雇用の不安定さ

大多数が短期の公共雇用や試行事業形態の非正規職として採用されており、職業的な連続性に欠けている。これは、ピアサポーター自身の心理的な安定にも悪影響を及ぼしている。

#### ③ 専門性の認定と教育体系の不在

国家公認の資格体系が未整備であるため、民間機関ごとに教育課程やレベルが異なっており、他の専門職種（社会福祉士、看護師など）との協働において、対等なパートナーとして認められにくい傾向がある。

#### ④ 再発と症状悪化に対する準備不足

業務遂行中にピアサポーター本人の症状が再発した際、これを保護し現場復帰を支援する支持的スーパービジョンの体制が脆弱である。

### 3) 同僚支援憩いの場制度の課題<sup>38</sup>

#### ① ピアサポーターの処遇と資格体系の未備

ピアサポーター制度の課題でもあるが、国家資格化が完全に定着していないため、地域によってサービスの質に大きな偏りがあり、危機対応の状況においてピアサポーターが負うべき責任の範囲が明確でないため、バーンアウトのリスクが高いのが現状である。

#### ② 予算とインフラの不足

試行事業以降、全国単位への拡散が遅れており、大部分が短期滞在型に留まっているため、長期的な地域社会復帰を助ける後続プログラムとの連結性が不足している。

#### ③ 医療界と福祉界の観点の相違

憩いの場を治療の空白と見る医療的な視点と、自律的な回復と見る福祉的な視点との間に葛藤があり、協力体制の構築が困難な場合がある。

### 4) 成人後見制利用支援制度の課題<sup>39</sup>

#### ① 意思決定支援体系の不備

現行の制度は代わりに決定する代替意思決定に偏っており、当事者の意思を最大限に尊重する助言的意思決定体系への転換が不十分である。

#### ② 予算および人員の限界

公共後見人候補者の養成および活動費支援の予算が十分ではなく、困難事例を管理する専門的な後見人の確保に苦慮する。

#### ③ 入退院手続との乖離

後見人が選任されたとしても、医療機関での入院

延長や退院決定の過程において、病院と地方自治体との間で権限の衝突が発生したり、後見人の決定が形式的な手続に陥ったりするケースが多い。

#### ④ 広報不足とアクセス件数の少なさ

制度自体に対する認知度が低いため、福祉の死角にいる重症精神障害者が、適時にサービスを利用できない場合がある。

### 5) 急性期精神疾患集中治療病院制度の課題<sup>40</sup>

#### ① 低い診療報酬と費用補填の不足

急性期の患者には集中的な看護とモニタリングが必要であるが、現在の診療報酬体系が投入される人員に対して低いため、民間病院が施設投資や専用病棟の運営を忌避している。

#### ② 人材確保の困難さ

集中治療のためには専門医、保護士、看護師の人員基準を高く設定する必要があるが、地方を中心に精神健康医学科の医療陣の求人難が深刻である。

#### ③ 退院後の地域社会復帰インフラの不在

院内での集中治療は行われるものの、退院後に患者を受け入れるデイケア病院や居住施設などの地域インフラが不足しているため、再び症状が悪化し、再入院するケースが少なくない。

### (2) ケア統合支援法<sup>41</sup>

#### 1) 現実的な課題

##### ① 予算の不均衡

2026年時点で地方自治体ごとに配分された平均予算（約4.2億ウォン）は、実際の多様なケア需要に対応するには極めて不十分であるとの指摘がある。特に、首都圏と地方における財政自立度の違いが、サービス質の格差につながっている。

##### ② 専門人材の不足

対象者の状態を評価し、個別ケア計画を立てるためには専門職が必要であるが、その人材の確保や処遇改善はいまだ十分とはいえない。現状では、既存の行政窓口の福祉担当公務員が激務を強いられる構造となっている。

##### ③ 医療・福祉間の縦割り

制度的には統合を目指しているが、依然として病院と地域社会の間の情報共有や協力が円滑でない問題がある。

##### ④ 住まい支援の欠如

住み慣れた場所で健やかに過ごせること（Aging in Place）を実現するためには、高齢者専用住宅や住宅改修支援が不可欠であるが、現在は医療・療養サービスにのみ予算が偏っているという批判がある。

### 2) 精神障害者に対する適用延期の問題点

#### ① 精神障害者の権利侵害

精神障害者に対する、地域での治療・自立のための支援、すなわち統合ケア支援は、非自発的入院制度の究極的出口戦略でもある。しかし、政府は、精神障害者に対しては、「第2段階の安定期」（2028～2029年）から重症の精神障害者を対象にして同法を適用するとしている<sup>42</sup>。なぜ知的障害者には適用しながら、精神障害者には適用を延期したのか、説明はなく、これについては精神障害者団体からの批判が強い<sup>43</sup>。理由はともかく、その延期は、施設の障害者の脱施設化と地域社会基盤サービスの拡大を勧告した、CRPD19条の趣旨と国連障害者権利委員会が19条と関連して韓国政府に行った勧告に反するようにみえる<sup>44</sup>。統合ケア支援の適用の遅れは、以下のような諸問題につながりかねず、間接的に精神障害者の権利侵害を助長しているとも考えられる。

##### i 退院遅延のおそれ

同法の適用が最低でも2028年以降に延期されたことにより、地域における統合ケア支援を前提とした早期退院の構想についても、2年以上の遅延が生じると見込まれている。

##### ii 再入院のおそれ

地域支援を含む核心サービス群の適用遅延により、退院した精神障害者の地域における治療および自立に支障が生じ、やむを得ず再入院に至る事例が想定される。

##### iii 経済的負担

入院の長期化は治療費の増加を招き、精神障害者の経済的負担が増大することも想定され

る。

## ② 保護義務者の負担持続と精神障害者 国家責任制の後退

精神障害者国家責任制は、精神障害者の治療・保護・日常生活支援の責任を家族ではなく国家が主導し、統合的（医療・福祉・治安）に担う体系であって、家族の過度な扶養負担の軽減を目指す制度である<sup>45</sup>。例えば、非自発的入院の大多数を占める保護義務者入院においては、保護義務者が負う各種負担、すなわち入院申請、退院同意、病院への移送、治療費用、日常ケアやリハビリテーション支援、自傷他害の防止などに関する負担について、これを国家が代替または分担することで、保護義務者の負担の最小化を図ろうとするものである。

精神障害者にケア統合支援法が適用されれば、国家および地方自治体がこれらの負担を直接的に代替または分担することが想定される。したがって、少なくとも2028年まで同法の適用が延期されることは、保護義務者の負担を持続させるとともに、精神障害者国家責任制への移行という流れを後退させる結果となる。

## 2 日本の制度に対する示唆点

2026年に施行された、韓国の精神健康福祉法の権利擁護の諸制度とケア統合支援法は、その内容と趣旨において、日本の制度を参考にした結果、共通点が多くみられるが、一方で相違点も存在する。

### (1) 手続助力人制度と日本の入院者訪問支援事業

日本では、2022年改正精神保健福祉法により「入院者訪問支援事業」（法33条の6）が創設された。所定の研修を修了した入院者訪問支援員が主として市町村長同意による医療保護入院者を訪問し、傾聴と情報提供を行う制度である<sup>46</sup>。

しかし、①「対象が主として市町村長同意事例に限定されること」、②「弁護士との関与が制度上想定されていないこと」、③「入院適合性審査に相当する審査手続への代理的参加が保障されていないこと」の三点において、韓国の手続助力人制度の射程より狭い。日弁連は「入院者の退院請求・処遇改善請求の権利を保障するため、無償で

弁護士を選任し援助を受けることができる制度を速やかに創設すること」を求めており、韓国の手続助力人制度の運用実態は、この改革論議における制度設計の参照点となりうる。

### (2) ピアサポーター制度と日本のピアサポート 施策

日本では、2024年度障害福祉サービス等報酬改定において「ピアサポート実施加算」（月100単位）が新設され<sup>47</sup>、障害者ピアサポート研修修了者が利用者に対し経験に基づく相談援助を行った場合の算定が可能となった。また厚生労働省「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」も当事者・ピアサポーターの参加を重層的支援体制の構成要素として位置づけている<sup>48</sup>。しかし、日本の制度は報酬算定上の加算にとどまり、①「法律の条文でピアサポーターの資格・役割・報酬が明定されていない」、②「国家統一基準のもとでの法定養成課程が存在しない」、③「精神科病院内でのピアサポーターの役割が制度上保障されていない」という点において、韓国ピアサポーター制度との制度的整備度には差異がある。

### (3) 同僚支援憩いの場制度と日本の地域危機 介入体制

日本では直接対応する単独制度は存在しないが、機能的には地域生活支援拠点等（障害者総合支援法5条1項）が緊急時対応・体験の機会提供を担う。また2024年度診療報酬改定で新設された「精神科地域包括ケア病棟入院料」（1日1,535点）は、精神科救急急性期医療入院料等からの退院後の受け皿として、年間180日を限度に算定可能であり<sup>49</sup>、入院から地域移行への中間的機能を担う。ただし病棟入院を前提とする点で、韓国の非入院型危機介入施設とは制度の性格が根本的に異なる。地域社会における「非入院型」危機介入の制度的整備は、日本においても今後の重要課題として位置づけられよう。

### (4) 成年後見制利用支援制度と日本の成年 後見制度

日本においては、老人福祉法32条・知的障害者福祉法28条・障害者総合支援法77条の2に基づく市町村長申立制度が既存し、第2期成年後見制度利用促進基本計画のもと中核機関の整備が推進されている<sup>50</sup>。また厚生労働省・最高裁判所・日弁連等が共同作成した「意思決定支援を踏まえた後見事務のガイドライン」は、後見人等が本人の意

思決定支援を踏まえた後見事務を行う指針を示している<sup>51</sup>。精神障害者を対象とした地方自治体主導の費用支援という観点では、韓国の同制度が具体的モデルとなりうる。

#### (5) 急性期集中治療の制度設計

日本においては、精神科救急急性期医療入院料・精神科急性期治療病棟入院料が急性期評価体系の基幹をなし、2024年度診療報酬改定で新設された精神科地域包括ケア病棟入院料と精神科入退院支援加算（原則7日以内の退院支援計画策定を義務化）が地域移行を促進する体制を整えた<sup>52</sup>。しかし、韓国の急性期精神疾患集中治療病院制度が採用する「入院初期段階の段階的高額加算-急性期受入れを経済的に最も有利にすることで病院行動を誘導する-という設計は、日本の現行体系には明示的に組み込まれていない。

#### (6) ケア統合支援法と「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」（以下、「にも包括」という）

日本では社会福祉法106条の4に基づく「重層的支援体制整備事業」が、複雑な支援ニーズを持つ個人・家族に対し「属い・つなぎ・参加支援」を包括的に提供することを市町村に義務づけており<sup>53</sup>、「にも包括」の「協議の場」とともにケアの統合化を推進する基盤となっている。しかし、精神障害者ケアに特化した統合支援の単独立法は日本には存在せず、「にも包括」は個別法の上位に位置する理念的フレームワークとして機能することとどまる。

多くの国においても、「入院中心・家族責任モデル」から「地域社会中心・国家責任モデル」への転換は政策理念として掲げられているが、その実現には住居確保・就労支援・24時間危機対応体制といった地域インフラの整備が不可欠である。韓国の同僚支援憩いの場が全国7か所にとどまり、日本の「にも包括」の協議の場の整備が地域格差を抱える現実、両国が「理念と制度化の乖離」という同一の課題に直面していることを示している。

#### (7) 韓国制度と今後の比較研究の課題

以上の示唆点から以下のことが言えるかも知れない。

1) 韓国の諸制度は「日本の理念が行き着く論理的帰結点を先行実装したもの」として位置づけられる。

手続助力人制度が弁護士の法律援助を組み込んで条文化したこと、ピアサポーター制度がピアサポーターの資格・報酬を法律に明定したこと、急性期精神疾患集中治療病院制度が入院初期の段階的高額加算を採用したこと、同僚支援憩いの場が非入院型危機介入施設として制度化されたことは、いずれも日本が「にも包括」の理念として掲げている諸要素について、その具体的な法定化のあり方を示す貴重な参考モデルといえる。これらは日本の制度改革論議において比較法的根拠を提供するものとして、一定の示唆を与え得る。

2) 権利擁護審査制度の形骸化という共通病理

入院適合性審査における不適合判定率「1.3～1.6%」（表2）と精神健康審査委員会の退院命令率「0.8～0.9%」（表3）に示される韓国の現実と、精神医療審査会に対して日弁連が指摘する独立性・中立性の問題は、独立した外部審査機関・全件対面審査・弁護士等の法律専門家へのアクセス保障という三要件の欠如に起因するようにみえる。この構造的欠陥の克服は両国に共通する最優先課題であり、韓国の入院適合性審査の実態は「制度が存在するだけでは権利保護は実現しない」という教訓を提供する。

3) 韓国の諸制度は施行直後であり、手続助力人の利用件数・退院率への影響、ピアサポーター制度の雇用創出と当事者の自立支援への効果、急性期精神疾患集中治療病院制度の平均在院日数への影響等について、継続的なデータ収集と評価が不可欠である。こうした追跡データが蓄積されれば、韓国制度の「参照」としての説得力は一層高まるであろう。本研究で得た知見を活かし、韓日の研究者・実務家・当事者が連携した比較追跡研究を推進することが、両国の精神医療福祉の改善に資するものと考えられる。

<sup>1</sup> 韓国では精神障害者を対象にする精神療養院と、一般の老人や軽い痴ほう患者などを対象

者にする普通の療養院は、明確に区別されるし、提供される法令も異なる。しかし、本報告

書では、便宜上精神療養施設である精神療養院を「療養院」と表記することにする。

<sup>2</sup> 国立精神健康センター：国家精神健康現況報告書2024, p37の表5, 2025. 表のハン글を訳すると以下のとおりである。「구분 → 区分」「전체 → 全体」「자의적입원 → 自発的入院」「자의입원 → 自意入院」「동의입원 → 同意入院」「비자의적입원 → 非自発的入院」「보호의무자에 의한 입원 → 保護義務者入院」「시장군수구청장에 의한 입원 → 行政入院」「응급입원 → 応急入院」「기타 → その他」「비자의적입원율 → 非自発的入院率」

<sup>3</sup> 自発的入院である自意入院と準自発的入院である同意入院については、趙晟容：韓国の保護義務者入院等と憲法不合致決定について. 令和5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 令和5年度総括・研究分担報告書（研究代表者 柑本美和），p4参照，2024年3月。

<sup>4</sup> 国立精神健康センター：国家精神健康現況動向2024, p134の表6-1参照，2025.

<sup>5</sup> 国立精神健康センター：国家精神健康現況報告書2024, 37頁の図8, 2025.

<sup>6</sup> 박종익・박현정：歴史的観点から見た精神保健法全面改正法案に関する検討，神経精神医学, 56号, p6, 2017; 전진아・전민경・홍선미・전준희外4人：地域社会の精神保健サービス連携の現状と改善課題，韓国保健社会研究院 研究報告書, p11の注5, 2017.

<sup>7</sup> 第40条（保護義務者の義務）① 保護義務者は、保護対象である精神障害者が適切な治療・養護および社会適応訓練を受けられるよう努めなければならない。② 保護義務者は、保護対象

の精神障害者が精神医療機関または精神療養施設（以下「精神医療機関等」という）に入院する必要がある場合、精神障害者本人の意思を最大限尊重しなければならない。③ 保護義務者は、保護対象である精神障害者が自らや他人に危害を加えないよう注意し、精神障害者の財産上の利益等の権利保護に努めなければならない。④ 保護義務者は、保護対象の精神障害者を遺棄してはならない。

<sup>8</sup> 国立精神健康センター：国家精神健康現況動向2024, p134頁の表6-1参照，2025.

<sup>9</sup> 서울新聞：精神疾患者の緊急入院要請が5年で3倍に増加…警察・医療従事者の負担が増大, 2025年10月4日. [https://www.seoul.co.kr/news/politics/2025/10/04/20251004500067\(2026.4.25\)](https://www.seoul.co.kr/news/politics/2025/10/04/20251004500067(2026.4.25)).

<sup>10</sup> 장종태：国政監査報道資料, p3の表参照, 2024.

<sup>11</sup> 聯合ニュース：6年間で精神疾患者の非自発的入院が約18万件…昨年は9%が1年以上, 2025年11月12日. [https://www.yna.co.kr/view/AKR20251112106900530\(2025.11.12\)](https://www.yna.co.kr/view/AKR20251112106900530(2025.11.12)).

<sup>12</sup> 신권철：強制入院制度と司法的統制（要約報告書），司法政策研究院, p9, 2025.

<sup>13</sup> 国家人権委員会：年精神障害人 人権報告書 [2021], p116, 2021.

<sup>14</sup> 신권철：強制入院制度と司法的統制（要約報告書），司法政策研究院, p10, 2025；신권철：精神健康福祉法解説（入院編），p529, 2018.

<sup>15</sup> 신권철：精神健康福祉法解説（入院編），

---

p528, 2018.

- <sup>16</sup> 国家人権委員会：年精神障害人 人権報告書 [2021], p167の表参照, 2021.
- <sup>17</sup> 国家人権委員会：年精神障害人 人権報告書 [2021], pp116-167, 2021.
- <sup>18</sup> 신권철：強制入院制度と司法的統制（要約報告書），司法政策研究院, p11, 2025.
- <sup>19</sup> 国家人権委員会：年精神障害人 人権報告書 [2021], p167の表参照, 2021.
- <sup>20</sup> 国家人権委員会：年精神障害人 人権報告書 [2021], p168頁の表参照, 2021.
- <sup>21</sup> 国家人権委員会：年精神障害人 人権報告書 [2021], p168頁の表参照, 2021.
- <sup>22</sup> 신권철：強制入院制度と司法的統制（要約報告書），司法政策研究院, p12, 2025.
- <sup>23</sup> 신권철：強制入院制度と司法的統制（要約報告書），司法政策研究院, p12, 2025.
- <sup>24</sup> 신권철：強制入院制度と司法的統制（要約報告書），司法政策研究院, p12の表, 2025.
- <sup>25</sup> 国家人権委員会：年精神障害人 人権報告書 [2021], p52の表参照, 2021.
- <sup>26</sup> 国家人権委員会：年精神障害人 人権報告書 [2021], p52, 2021.
- <sup>27</sup> 国家人権委員会：年精神障害人 人権報告書 [2021], p55, 2021.
- <sup>28</sup> 国家人権委員会：年精神障害人 人権報告書 [2021], p55の表参照, 2021.
- <sup>29</sup> 韓国日報：入院、退院、入院… 再入院を繰り返す精神疾患の悪循環、ここで止まった, 2026年5月6日. [https://www.hankookilbo.com/news/article/A2026050516280004629\(2026.4.29\)](https://www.hankookilbo.com/news/article/A2026050516280004629(2026.4.29)).

<sup>30</sup> The indigo：精神健康国家計画公聴会…保護入院の廃止も強制策もない, 2026年3月7日. [https://theindigo.co.kr/archives/66866\(2026.4.29\)](https://theindigo.co.kr/archives/66866(2026.4.29)).

<sup>31</sup> 保健福祉部：報道資料 急性期精神疾患の治療環境改善の本格推進, 2025年12月25日参照.

<sup>32</sup> 保健福祉部：第1期 1次 急性期精神疾患集中治療病院の指定計画公告(保健福祉部公告第2025-769号)参照, 2025；保健福祉部：第1期 1次 急性期精神疾患集中治療病院の指定基準(添付資料)参照, 2025.

<sup>33</sup> 保健福祉部・健康保険審査評価院：精神疾患者の持続治療支援指針, pp15-21参照, 2025；保健福祉部：急性期精神疾患の治療環境改善の本格推進(報道資料)参照, 2025；保健福祉部：急性期精神疾患集中治療病院の指定制度の概要(添付資料2), 2025.

<sup>34</sup> 福祉タイムズ：ケア統合支援、成功的施行に向けた課題とは？, 2025年5月23日. [https://www.bokjitime.com/news/articleView.html?idxno=40035\(2026.5.5\)](https://www.bokjitime.com/news/articleView.html?idxno=40035(2026.5.5)).

<sup>35</sup> 황주희・김세진・이주연・김유휘：2026年社会サービスとケア 現状と課題, 保健福祉フォーラム, 351号, p32, 2026.

<sup>36</sup> 이석호・하경희：多重流れモデルを適用した精神保健福祉法改正過程の分析, 韓国障害人福祉学, 66巻, p178参照, 2024；신소연・조윤민外7人：精神保健福祉法改正に伴う入院適合性審査に関する理解関係者の経験, 保健社会研究, 41巻2号, p268以下参照, 2021；医協新聞：医協、精神病院の入退院に助力者制度新設に強く反対, 2022年11月21日. [https://www.doctorsnews.co.kr/news/articleView.html?idxno=147072\(2026.4.29\)](https://www.doctorsnews.co.kr/news/articleView.html?idxno=147072(2026.4.29)).

<sup>37</sup> 헤ラル드經濟：人権委員会 同僚支援者制度

---

は実形だけ…シェルター・人員・教育の全面的な見直しを予告 [セサン&], 2026年1月31日. [https://biz.heraldcorp.com/article/10666962\(2026.4.29\)](https://biz.heraldcorp.com/article/10666962(2026.4.29)); 서울新聞 : 24時間対応しなければならぬ…人権委員会 精神障害者憩いの場の拡大を勧告, 2026年1月30日. [https://www.seoul.co.kr/news/society/health-welfare/2026/01/30/20260130500263\(2026.4.29\)](https://www.seoul.co.kr/news/society/health-welfare/2026/01/30/20260130500263(2026.4.29)).

38 서원선・송승연・정유석・김수진 : 精神障害者の地域社会自立を支援するための支援策の検討 - 同僚支援憩いの場を中心に, p177以下参照; 医協新聞 : 医協, 精神病院入退院に助力者制度 新設に 強く反対, 2022年11月21日. [https://www.doctorsnews.co.kr/news/articleView.html?idxno=147072\(2026.4.29\)](https://www.doctorsnews.co.kr/news/articleView.html?idxno=147072(2026.4.29)); 서울新聞 : 24時間対応しなければならぬ…人権委員会 精神障害者憩いの場の拡大を勧告, 2026年1月30日. [https://www.seoul.co.kr/news/society/health-welfare/2026/01/30/20260130500263\(2026.4.29\)](https://www.seoul.co.kr/news/society/health-welfare/2026/01/30/20260130500263(2026.4.29)).

39 미디어生活 : [社説] 国連のCRPD実施勧告さえ無視する韓国政府, 2025年1月23日. [https://www.imedialife.co.kr/news/articleView.html?idxno=55002\(2026.4.29\)](https://www.imedialife.co.kr/news/articleView.html?idxno=55002(2026.4.29)); The indigo : 7年残った障害者権利条約の最終見解 政府の実施戦略はいつ発表?, 2024年5月8日. [https://theindigo.co.kr/archives/56452\(2026.4.29\)](https://theindigo.co.kr/archives/56452(2026.4.29)).

40 헤ラル드經濟 : 急性期精神疾患集中治療病院 26施設指定…治療環境の改善, 2015年12月29日. [https://biz.heraldcorp.com/article/10644855\(2026.4.29\)](https://biz.heraldcorp.com/article/10644855(2026.4.29)); 메디칼・투데이 : 中央大学病院 急性期精神疾患集中治療病院に選定, 2026年1月16日. [https://www.mdtoday.co.kr/news/view/1065589261131224\(2026.4.29\)](https://www.mdtoday.co.kr/news/view/1065589261131224(2026.4.29)).

41 황주희・김세진・이주연・김유휘 : 2026年社会サービスとケア - 現状と課題, 保健福祉フ

ォーラム, 351号, p32, 2026.

42 保健福祉部 : 地域社会統合ケアの推進ロードマップ, pp2・17, 2026.

43 Ablenews : 李在明 公約 發達・精神障害者 國家責任制, 國政課題からは精神障害者は除外、2025年10月18日. [https://www.ablenews.co.kr/news/articleView.html?idxno=225073\(2026.4.29\)](https://www.ablenews.co.kr/news/articleView.html?idxno=225073(2026.4.29)).

44 韓国政府に対する国連障害者権利委員会の第2・3回併合次期報告書に関する最終見解 (韓国語翻訳版) 参照; CRPD **Article 19 - Living independently and being included in the community** States Parties to this Convention recognize the equal right of all persons with disabilities to live in the community, with choices equal to others, and shall take effective and appropriate measures to facilitate full enjoyment by persons with disabilities of this right and their full inclusion and participation in the community, including by ensuring that:(a) Persons with disabilities have the opportunity to choose their place of residence and where and with whom they live on an equal basis with others and are not obliged to live in a particular living arrangement;(b) Persons with disabilities have access to a range of in-home, residential and other community support services, including personal assistance necessary to support living and inclusion in the community, and to prevent isolation or segregation from the community;(c) Community services and facilities for the general population are available on an equal basis to persons with disabilities and are responsive to their needs.

45 精神患者の権利擁護と地域での治療・定着・自立も広義の精神障害者國家責任制の一環であり、ケア統合支援法法の適用延期はこの制度の延期であるともいえるかも知れない。しか

---

し、精神障害者国家責任制という言葉は法律てな用語ではなく、李在明大統領が選挙公約のとき使った政治的な言葉であり、厳密にいうと、家族が追っている精神障害者に対するケア負担を国家が代わりに負担し、支援することに傍点がある。Ablenews：李在明 発達・精神障害者国家責任制 障害者公約発表，2025年4月25日。 [https://www.ablenews.co.kr/news/articleView.html?idxno=220664\(2026.4.29\)](https://www.ablenews.co.kr/news/articleView.html?idxno=220664(2026.4.29))と [ワールド障害人愛ニュース](#)：李在明 発達・精神障害者ケア国家責任制実施する，2025年4月20日。 [https://www.youcandonews.com/news/articleView.html?idxno=6352\(2026.4.29\)](https://www.youcandonews.com/news/articleView.html?idxno=6352(2026.4.29))は、大統領が「障害人権利保障及び地域社会自立基盤確立」と「発達・精神障害者ケア国家責任制」とを区別していることを報道した。

<sup>46</sup> 厚生労働省：入院者訪問支援事業。 [https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/chii\\_ki\\_houkatsu\\_00003.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/chii_ki_houkatsu_00003.html)(2026.4.29)参照。

<sup>47</sup> 厚生労働省：令和6年度障害福祉サービス等報酬改定の概要。 <chrome-extension://efaidnbmninnibpcjpcglclefindmkaj/https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/001205322.pdf>(2026.4.29)。ピアサポート実施加算（月100単位）新設の箇所参照。

<sup>48</sup> 厚生労働省：精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会 報告書(令和3年3月)，pp13 - 15。 <chrome-extension://efaidnbmninnibpcjpcglclefindmkaj/https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/001640877.pdf>(2026.

4.29) 参照。

<sup>49</sup> 厚生労働省：令和6年度診療報酬改定(令和6年3月5日版)，pp94・95。 <chrome-extension://efaidnbmninnibpcjpcglclefindmkaj/https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001251533.pdf>(2026.4.29)参照。精神科地域包括ケア病棟入院料（1日1,535点、180日限）。

<sup>50</sup> 厚生労働省：第2期成年後見制度利用促進基本計画(令和4年3月25日閣議決定)，pp23-24・34-46・57-58。 <chrome-extension://efaidnbmninnibpcjpcglclefindmkaj/https://www.mhlw.go.jp/content/000917303.pdf>(2026.4.29)参照。

<sup>51</sup> 最高裁判所・厚生労働省・日本弁護士連合会・成年後見センター・リーガルサポート・日本社会福祉士会：意思決定支援を踏まえた後見事務のガイドライン(令和2年10月)，p4頁以下。 <chrome-extension://efaidnbmninnibpcjpcglclefindmkaj/https://www.courts.go.jp/vc-files/courts/2021/20201030guideline.pdf>(2026.4.30)参照。

<sup>52</sup> 厚生労働省：令和6年度診療報酬改定(令和6年3月5日版)，pp94・95。 <chrome-extension://efaidnbmninnibpcjpcglclefindmkaj/https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001251533.pdf>(2026.4.29) 参照。

<sup>53</sup> 厚生労働省：重層的支援体制整備事業における具体的な支援フローについて，p2以下。 <chrome-extension://efaidnbmninnibpcjpcglclefindmkaj/https://www.mhlw.go.jp/content/12000000/01406455.pdf>(2026.4.29) 参照。