

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 入院医療の検討に資する研究

研究代表者：村井俊哉（京都大学医学部）

研究分担者：笠井清登（東京大学医学部）、藤井千代（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）、柑本美和（東海大学法学部）

要旨：本研究では、精神保健福祉法に基づく非自発的入院制度、とりわけ医療保護入院を中心に、当事者及び家族の経験、意思決定支援、権利擁護、家族関与、第三者関与・公的関与、国際的制度動向、地域支援体制等の観点から多角的に検討した。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では、英国及び台湾を対象に、現地訪問によるインタビュー、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、意思決定能力評価が具体的な決定ごとに行われ、本人の意思決定を可能にする支援過程として位置づけられていた。台湾では、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おり、権利保障の強化とともに、医療現場の負担や早期介入への影響等の課題が把握された。非自発的入院に関する実態調査では、精神科入院経験のある当事者 334 名、精神科入院を経験した人等の家族 513 名から有効回答を得た。当事者調査では、入院が治療や安全確保に役立ったと振り返る回答がある一方で、説明、納得、入院中の処遇、退院後の見通し等について否定的に振り返る回答もみられた。家族調査では、受診調整、入院同意、退院後支援等、家族が入院前後を通じて多くの役割を担っている状況が確認された。法学的検討では、日本の医療保護入院制度の構造的論点を確認し、イングランドの **AMHP** 制度、台湾・韓国の非自発的入院制度、非同意治療、権利擁護制度等を検討した。非自発的入院制度の見直しにあたっては、入院時の手続にとどまらず、本人の意思決定支援、家族支援、第三者関与・公的関与、権利擁護、地域危機支援及び退院後支援を相互に関連する課題として検討する必要があると考えられた。

A. 研究の背景と目的

精神障害をもつ人が、本人の意思と選好、人権を尊重されながら地域で安心して生活するためには、必要な医療、福祉、生活支援等を適時適切に利用できる精神保健医療福祉体制を整備することが重要である。一方で、精神症状の急性増悪や生活上の危機等により、入院医療による集中的な支援が必要となる場面もある。精神科入院医療は、本人の病状の安定を図るだけでなく、退院後の地域生活を見据え、本人の意

思決定を支えながら、必要な支援につなげていく役割を担っている。

精神保健福祉法に基づく非自発的入院制度、とりわけ医療保護入院は、本人の同意に基づかない形で入院医療を開始する制度であることから、その運用にあたっては、医学的必要性のみならず、本人の意思決定支援、権利擁護、家族等の関与のあり方、地域における代替的支援の可能性、退院後の生活支援との連続性を含めて、多面的に検討する必要がある。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、更新手続の導入、入院理由の告知等が行われたが、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、家族等同意に依存する制度構造をどのように見直すのか、精神医療審査会や権利擁護制度をどのように実効性のあるものとするのか等については、なお検討すべき課題が残されている。

また、非自発的入院制度をめぐる課題は、入院時の法的手続のみに限定されるものではない。入院に至る以前の地域支援や危機介入のあり方、入院決定時の説明と意思決定支援、入院中の処遇と権利擁護、退院支援、家族への支援、身体疾患を併せもつ人への医療提供体制など、本人の生活全体に関わる課題として捉える必要がある。とりわけ、家族は本人にとって重要な支援者となり得る一方で、現行制度のもとでは同意者、調整者、介護者等の重い役割を同時に担うことが少なくなく、家族を単なる同意主体として位置づけることには限界がある。

国際的にも、非自発的入院をめぐることは、本人の権利保障と必要な医療へのアクセスをどのように両立させるか、意思決定能力評価と意思決定支援をどのように提供するか、司法、行政、医療機関、地域の支援者、権利擁護者等がそれぞれどのような役割を担うかといった点が、重要な論点となっている。本研究では、英国、韓国及び台湾に焦点を当て、国際比較を行った。英国における **Mental Health Act** と **Mental Capacity Act** の関係、認定精神保健専門職による関与、日本と同じ東アジア圏に位置する韓国や台湾における制度改革や権利擁護制度の展開は、日本における制度設計を検討するうえで参照し得る知見を含んでいる。それぞれの制度がどのような社会的・法的・実践的条件のもとで成り立

っているのかを踏まえ、日本の精神保健医療福祉体制に即した検討を行うことが必要である。

本研究班では、精神保健福祉法に基づく非自発的入院制度、とりわけ医療保護入院を中心に、当事者および家族の経験、意思決定支援、権利擁護、家族関与、第三者関与・公的関与、比較法、国際的制度動向、地域支援体制等の観点から多角的に検討し、今後の制度設計および実践改善に資する基礎資料を得ることを目指した。

B. 方法

本研究班では、上記の目的を達成するため、非自発的入院制度、意思決定支援、権利擁護、家族関与、地域支援体制等に関する課題を多角的に検討することを目的として、以下の分担研究を実施した。

1. 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（笠井分担班）
2. 非自発的入院に関する実態調査（藤井分担班）
3. 非自発的入院に関する法学的検討（柑本分担班）

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では、英国及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及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、関連資料・文献の検討を行った。英国については、主としてイングランド及びウェールズの精神保健制度を対象とし、**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、危機時支援等について、

精神科医、法学者、関連領域の専門家から意見を聴取した。台湾については、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を対象に、精神衛生法改正、非自発的入院審査の仕組み、司法関与の導入予定、患者権利擁護団体の関与、地域精神保健サービスの整備状況等について情報収集を行った。

非自発的入院に関する実態調査では、精神科入院を経験した当事者及び精神科入院を経験した人等の家族を対象に、Web または紙によるアンケート調査を実施した。当事者調査では、18歳以上の精神科入院経験のある者を対象とし、基本属性、入院前・入院決定時・入院中・入院後の状況や心情、医療保護入院の経験、入院に関わった人、入院に伴う金銭的負担、身体科治療の経験等について、選択項目及び自由記述により回答を求めた。家族調査では、18歳以上で、精神科入院を経験した当事者または医療や地域の支援者から精神科入院を勧められたことのある当事者の家族を対象とし、当事者がはじめて入院したときの状況や心情、現在の医療・福祉サービスの利用状況、家族が抱えるケアの状況と負担感、非自発的入院に伴う金銭的負担等について回答を求めた。得られた量的データについて記述統計量を算出し、一部の自由記述については質的分析を行った。その他の自由記述については、引き続き内容分析を進めている。

非自発的入院に関する法学的検討では、日本の医療保護入院制度が抱える制度構造上の課題を整理したうえで、イングランドの認定精神保健専門職（Approved Mental Health Professional：AMHP）制度を参照し、医療判断と自由剥奪に関する判断の分離、家族等同意に代わる公的・独立的関与のあり方、医学的判断・社会的評価・権利擁護を統合した意思決定構造の可能性について検討した。また、韓国については、

精神健康福祉法に基づく非自発的入院制度、非同意治療、権利擁護制度、地域での治療・自立支援、ケア統合支援法等について、法令、政府・関連機関の発表または報告書、論文、報道資料等を用いて文献・資料調査を行い、韓国における非自発的入院と精神疾患患者の権利擁護制度及びケア国家責任政策に関する検討を行った。さらに、非同意治療制度及び権利擁護制度について、分担研究班内で勉強会を開催し、成年後見と意思決定支援、ドイツ・台湾・イングランドの非同意治療制度、成年後見制度の現状と法改正等に関する話題提供を受け、比較法的観点から論点整理を行った。加えて、精神医療法研究会を開催し、被疑者等支援業務や地域包括ケアに関する制度的課題についても検討した。

人を対象とする調査の実施にあたっては、研究倫理審査委員会の承認を得た。各分担研究の方法の詳細については、各分担研究報告書を参照されたい。

C. 結果

1. 1. 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

笠井分担班では、英国及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等に関する制度及び実践の状況を把握した。

英国では、精神科入院に関する **Mental Health Act** 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 **Mental Capacity Act** が併存していた。**Mental Capacity Act** における意思決定能力評価は、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行われるものとされていた。また、英国の専門家からは、意思決定能力評価について、本人に能力があるか否かを判定するだけでなく、本人が意思決定を行うことを

可能にするための支援過程として捉えるとのことであった。

Mental Health Act と **Mental Capacity Act** の使い分けについては、臨床現場で判断に迷う場面がある一方で、**Mental Capacity Act** 施行後の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。また、safeguards、裁判所や判例、専門職教育、地域精神保健サービス、危機時支援等が、制度運用に関わる要素として挙げられた。

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た。調査時点では、審査委員会が非自発的入院の審査を行っていたが、改正法施行後はこの機能が裁判所に移管される予定であった。改正法では、緊急安置、強制入院、強制地域社会治療等に関する規定が設けられており、強制入院審査に関わる裁判所の合議体には、裁判官、精神科医、患者権利擁護団体の代表者が含まれるとされていた。

台湾の医療機関では、裁判所の合議体と病院側がオンラインで面談するための部屋が設けられていた。面談には、病院側から患者及び医師が参加することが想定され、患者の負担を考慮して面談時間は20分以内を想定しているとの説明があった。司法関与の導入に関して、医療者からは、手続負担、弁護士や裁判所との対応、緊急時の早期介入への影響等に関する懸念が述べられた。一方、患者権利擁護団体や行政関係者からは、制度改正により本人の権利保障を強化しようとする方向性が説明された。

2. 非自発的入院に関する実態調査

藤井分担班では、精神科入院を経験した当事者334名、精神科入院を経験した人等の家族513名から有効回答を得た。当事者調査では、当事者団体を通じた回答が

41.0%、調査会社のモニターパネルを通じた回答が59.0%であった。回答者の年齢は40代から60代が中心であり、最後に精神科へ入院した時期については「1年以上前」が82.3%であった。

当事者調査では、最後の精神科入院に至る前に精神科・心療内科へ通院していた者が82.6%であった。一方、外来通院以外の医療・福祉サービスを「利用していなかった」とする回答は61.1%であり、訪問看護、デイケア・ショートケア・ナイトケア、就労支援、家事援助、グループホーム等の利用はいずれも限定的であった。

入院経験については、入院を治療や安全確保のために必要であった、または役立ったと振り返る回答が含まれていた。一方で、入院に至る過程、入院形態や入院理由に関する説明、本人の理解や納得、入院中の処遇、退院後の見通し等について、否定的に振り返る回答も含まれていた。医療保護入院、入院に関わった人、入院に伴う金銭的負担、身体科治療の経験等についても回答が得られた。

家族調査では、当事者がはじめて入院したときの状況や心情、当事者の現在の医療・福祉サービスの利用状況、家族が担っているケアの状況、家族の負担感、非自発的入院に伴う金銭的負担等について回答が得られた。家族の回答には、本人の不調への対応、受診調整、病院への同行、医療保護入院への同意、退院後の受け入れ、住まいと生活費の支援、日常的な安否確認、再発や自殺の予防、行政手続き等に関する内容が含まれていた。

精神疾患や精神科入院に対するスティグマに関しては、精神疾患にかかることで世間から白い目で見られるように思っていた家族が、「そう思う」「ややそう思う」を合わせて56.6%であった。また、本人が精神科へ入院することになったことに対して、とまどったり、恥じたりしたと回答した家

族は、「そう思う」「ややそう思う」を合わせて41.7%であった。

入院形態に関する説明、理解、納得については、家族のうち、病院から説明を受けたと回答した者が70.9%、説明を理解したと回答した者が69.1%であった。医療保護入院に伴う金銭的負担については、初回または最後の入院形態が医療保護入院であった者において、入院にかかった医療費の支払いは「家族」が75.9%、「本人」が26.1%であった。本人が入院に同意していないにもかかわらず本人が医療費を支払うことについては、「納得できる」または「どちらかといえば納得できる」と回答した家族が66.1%であり、家族が支払うことについては69.5%であった。市町村長同意による医療保護入院の場合の医療費負担については、「市区町村の財源とするべきである」とする回答と「分からない」とする回答がいずれも29.1%であった。

自由記述については、内容分析を継続している。

3. 非自発的入院に関する法学的検討

柑本分担班では、日本の医療保護入院制度、イングランドの認定精神保健専門職（Approved Mental Health Professional：AMHP）制度、非同意治療制度、権利擁護制度、韓国の非自発的入院制度及びケア国家責任政策について検討した。

日本の医療保護入院制度については、制度構造上の論点として、指定医1名の診察で足りること、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こと、「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こと、入院決定権者である精神科病院の管理者が入院先病院の管理者と同一であり得ることが挙げられた。

イングランドの精神保健法に基づく制度では、強制入院の申請主体として、最近親

者に加え、地方自治体により承認されたAMHPが位置づけられていた。AMHPは、精神保健法及び地域資源に関する知識を有する専門職であり、入院申請の判断においては、本人に必要なケア及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かを検討するものとされていた。入院申請の大半はAMHPによって行われ、最近親者による申請は例外的であるとされていた。また、AMHPは地方自治体によって承認された専門職であり、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ていた。

非同意治療制度及び権利擁護制度については、成年後見と意思決定支援、ドイツ・台湾・イングランドの非同意治療制度、成年後見制度の現状と法改正等に関する検討が行われた。台湾については、現行制度における強制入院手続として、緊急入院、専門医による強制鑑定、審査会による行政審査という段階的構造が確認された。また、統計上、強制入院の許可率が90%以上で推移していること、2026年施行予定の制度では強制入院の決定権限が行政から司法へ移行すること、非同意治療に関して説明義務、最小侵襲原則、代理決定制度、法律専門家の関与等が規定されていることが確認された。

韓国については、精神健康福祉法に基づく入院類型として、自意入院、同意入院、保護義務者入院、行政入院、応急入院が確認された。旧精神保健法のもとで60%を上回っていた非自発的入院の割合は、2016年の精神健康福祉法全面改正以後、30%台となっていた。ただし、同意入院は、本人が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できない類型とされていた。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名であり、全体入院類型の約21%台を占めていた。

保護義務者入院は、病院長が保護義務者の申請と精神科専門医の診断により精神疾患者を入院させる制度であり、2024年12月31日時点では、非自発的入院のうち保護義務者入院が14,810名、行政入院が5,393名であった。行政入院は、地方自治体長が自傷他害の危険性がある精神疾患者を、精神健康専門要員等の申請と精神科専門医の診断に基づいて入院させる制度であり、2020年3,798名、2021年4,273名、2022年4,483名、2023年5,039名と増加していた。

韓国における権利擁護制度としては、入院適合性審査制度、精神健康審査委員会、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等が確認された。手続助力人制度は、国家・地方自治体が手続助力人を病院に派遣し、精神疾患者が入退院する過程で権利について案内を受け、本人の意思を反映して自己決定権を行使できるよう支援する制度として、2026年1月3日から本事業が施行された。また、急性期精神疾患集中治療病院制度及びケア統合支援法についても検討された。

D. 考察

本研究では、非自発的入院制度、とりわけ医療保護入院を中心に、当事者及び家族の経験、意思決定支援、権利擁護、国際的な制度の動向、地域支援体制等の観点から多面的に検討を行った。その結果、非自発的入院制度をめぐる課題は、入院時の法的手続のみに限定されるものではなく、入院に至る以前の地域支援、入院決定時の説明と意思決定支援、入院中の権利擁護、退院後の生活支援、家族支援、身体疾患を併せもつ人への医療提供体制など、本人の生活全体に関わる課題として捉える必要がある

と考えられた。

英国におけるMental Capacity Actの運用では、意思決定能力評価が、本人全体について一括して行われるものではなく、具体的な決定ごとに個別に行われるものとされていた。また、意思決定能力評価は、単に能力の有無を判定する手続ではなく、本人が意思決定を行うことを可能にするための支援過程として説明されていた。この点は、日本において非自発的入院の要否を判断する場面で、本人の同意能力や意思決定能力をどのように評価するかを検討するうえで重要である。本人の意思を確認しにくいことを、直ちに代行的な判断へ移行する根拠とするのではなく、本人が理解し、意思を表明し、選択できるようにするための支援と一体のものとして、意思決定能力評価を位置づける必要がある。

当事者・家族調査からは、精神科入院が治療や安全確保に資する場合がある一方で、入院に至る過程、説明、本人の納得、入院中の処遇、退院後の見通し等について、否定的な経験として振り返られる場合もあることが示された。非自発的入院にあたっては、医学的妥当性のみならず、本人への説明のあり方や意思表示の機会の保障、入院中のケアや退院後支援の適切性等についても十分に留意する必要がある。入院が結果として治療や安全確保に役立つ場合であっても、その過程において本人の尊厳や納得が十分に支えられていたかは、別途検討されるべき課題であると考えられる。

家族に関しては、本人の不調への対応、受診や入院の調整、医療機関との連絡、医療保護入院への同意、退院後の生活支援など、入院前後を通じて多くの役割を担っている状況が確認された。家族は本人にとって重要な支援者であり得る一方で、不安、葛藤、心理的負担、経済的負担を抱える存在でもある。家族等同意に依存する制度構

造のもとでは、家族が本人との関係性に影響を受けながらの判断を求められ、同時に制度運用上の重要な役割を担うことになる。家族を単なる同意主体や制度上の協力者として位置づけるのではなく、本人との関係性に配慮しつつ、家族自身も支援を必要とする存在として捉える視点が求められる。

法学的検討では、日本の非自発的入院制度を検討するうえで、イングランドのAMHP 制度に着目している。AMHP は、医療機関から独立した立場で、本人に必要なケアや医療を提供する手段として入院が適切かを判断する役割を担っている。日本において家族等同意に代わる仕組みを検討する際には、単に同意主体を別の主体に置き換えるのではなく、医学的判断、本人の生活状況、地域支援の可能性、権利擁護の観点をどのように組み合わせるかを検討する必要がある。そのためには、誰が、どの段階で、どのような権限と責任をもって関与するのかを具体化することが重要である。

台湾や韓国の制度改革からは、司法関与、審査制度、手続支援、同僚支援など、非自発的入院や非同意治療に対する権利擁護の仕組みがさまざまな形で制度化されつつあることが確認された。一方で、司法関与や第三者関与は、それ自体で直ちに実効的な権利保障をもたらすものではないと考えられる。台湾では、司法関与に伴う医療現場の手続負担や早期介入への影響が懸念されており、韓国でも多くの制度が導入または施行直後である。日本においても、精神医療審査会、入院者訪問支援事業、意思決定支援、アドボカシー等を形式的な制度として整備するだけでなく、本人の意見表明や権利擁護に適切につながる運用体制を検討する必要がある。

非自発的入院の最小化を考えるうえで、地域における危機支援と退院後支援の

整備も重要である。当事者調査では、入院前に精神科・心療内科へ通院していた者が多数であった一方で、外来通院以外の医療・福祉サービスを利用していなかった者も多かった。地域における相談支援、訪問支援、危機時対応、住まいの確保、家族支援、ピアサポート、身体科医療との連携などが十分に利用できない場合、入院医療、とりわけ非自発的入院が危機対応の主要な選択肢となりやすい。入院制度の見直しは、地域生活を支える支援体制の整備と切り離して検討することはできないであろう。

制度改革を実際に機能させるためには、理念や手続の整備に加え、現場で実施可能な体制を確保することが必要である。本人への丁寧な説明、意思決定支援、権利擁護、退院支援、家族支援はいずれも重要であるが、それらを適切に実施するためには、精神科病院、自治体、地域支援機関、権利擁護機関等における人員配置や人材育成、経済的な裏付けが求められる。制度上の義務や手続を追加するのみでは、現場が手続きにかかる負担が増大することから、本人や家族への直接支援にかけることができるエフォートが相対的に少なくなることが懸念される。制度設計にあたっては、実施体制、財源、人材育成、評価の仕組みを含めて検討する必要がある。

本研究により、非自発的入院制度の見直しに向けて、本人の意思決定支援、家族等同意のあり方、第三者関与・公的関与、司法・審査制度、権利擁護、地域支援体制を相互に関連する課題として検討する必要性が示された。また、比較法研究で得られた知見を、日本の制度的・文化的背景等に照らして整理し、医療保護入院制度、意思決定支援、権利擁護、地域危機支援の具体的な制度設計に向けた検討を深める必要がある。

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