

本の法改正、運用に役立てることを目的とする。

B. 研究方法

1 事前準備

1) 資料収集

台湾に訪問するのに先だって、日本語、英語で書かれた文献を収集した。出発までに収集された資料のリストは下記の通りである。この報告に続く各報告書も、基本的にこの文献を利用している。

- ① 2007年台湾精神保健法（国立精神・研究センター訳）
- ② 洪士軒訳・台湾精神衛生法
- ③ Tsung-yi Lin, Evolution of Mental Health Programme in Taiwan, *American Journal of Psychiatry*, 1961 May, pp. 961-971
- ④ Kevin Chen-Chang Wu (transl.), Taiwan Mental Health Act 2007
- ⑤ Ditto, Taiwan's New Mental Health Act (Sophia Symposium 2007)
- ⑥ Ditto et al., Ethical issues in mandatory community treatment, *Taiwanese Journal of Psychiatry* Vol. 22 No. 2, pp.84-95, 2008.
- ⑦ Jin-Yong Wang, Who cares for people with long-term mental illness? *Mental health services in Taiwan*
- ⑧ Wang J-P et al., The Low Proportion and Associated Factors of Involuntary Admission in the Psychiatric Emergency Service in Taiwan. *PLoS ONE* 10(6): e0129204. doi:10.1371/journal.pone.0129204

- ⑨ Happy Tan, Promoting Mental
- ⑩ Health Care in Taiwan-Policy and practice developments (2011)
- ⑪ Stephan M. Salzberg, Taiwan's Mental Health Law, *International Journal of Law and Psychiatry*, Vol. 15, pp.43-75, 1992
- ⑫ Taipei Times (E-Edition) Tue, Sep 21, 2010 "Lin Tsung-yi, (林宗義) 89: Mental healthcare trailblazer
- ⑬ 町野朔「『保護者』と『保護人』—台湾・精神保健法の制定を契機として—」上智法学論集 38巻3号 171-188頁(1995年)
- ⑭ 林憲「台湾の精神医療の現状と展望」*日本精神科病院雑誌* 2巻4号 47-51頁(1983年)
- ⑮ 林憲『文化精神医学の贈物—台湾から日本へ』(海鳴社、2004年)
- ⑯ 心理及び口腔健康司 HP (洪士軒訳)
- ⑰ 居善病院紹介 (洪士軒訳)
- ⑱ 沈献程・臺灣慢性精神醫療設施的歷史變遷研究 1895-2000 (居善病院資料)

2) 研究会の開催

これも事前準備のために、次のような要領で、台湾調査のメンバーを中心に「ミニ研究会」を開催した。

1. 時間と場所

2015年10月25日(日) 14:00~17:00

成城大学3号館小会議室

2. 台湾訪問事前打ち合わせ

3. 報告

- ① 精神保健福祉法改正問題と地域精神医療研究会……山本輝之

② 台湾の精神保健法……町野朔

2 訪問調査

調査は、精神科医と法律家が共同して、台湾の精神医療・福祉関係施設、大学病院の精神科、行政庁を訪問し、事前に送付してあった「共通調査項目」「事例 1)/2)」に基づいて質疑応答することによって行われた。これらの資料は、本報告書冒頭の「総括報告」(山本輝之)に附されている。

訪問先との連絡調整は、次の2人の国立台湾大学教授にお願いした。現地でも、適時に適切な助言をいただいた。両教授の周到な設定がなければ、今回の調査は不可能だったであろう。

- 李茂生 (Lee Mau Sheng) 国立台湾大学法律学院教授
- 吳建昌 (Kevin Chien-Chang Wu) 国立台湾大学医学院准教授、国立台湾大学病院精神科主任

また、洪士軒、杜冠霖、洪維徳の3弁護士には通訳をしていただいたほか、洪士軒弁護士には、関係資料の翻訳をしていただいた。

以上の皆様のご支援については、厚く御礼を申し上げます。

1) 調査団メンバー

日本からの参加者は次の通りである。

- 町野朔 (上智大学 名誉教授) 法学
- 高柳功 (医療法人社団四方会 有沢橋病院 理事長・院長) 精神医学
- 谷野亮一郎 (医療法人社団和敬会 谷野呉山病院 院長) 精神医学
- 松木崇 (横浜伸通り法律事務所 弁護

士) 法学

- 飯野海彦 (北海学園大学 教授) 法学
- 富山侑美 (北海道大学 大学院生) 法学

2) 調査日程及び訪問先

- 11月2日(月) 午前10時～午後12時
Taipei Mental Rehabilitation Association (康復の家)

- See Taipei Times: The challenged overcome the challenge
<http://www.taipetimes.com/News/feat/archives/2007/05/27/2003362739>

- 連絡先 陳冠斌 事務
+886-922-604-589

- 洪士軒弁護士同行

- 11月2日(月) 午後3時～午後5時
Ju-Shan Hospital, Taoyuan (居善病院、桃園)

- See <http://www.jushan.com.tw/>

- 連絡先 郭錫卿 院
+886-939-050-032

- 洪士軒弁護士同行

- 11月3日(火) 午前9時～午前11時30分
NUTH Department of Psychiatry (国立台湾大学医学部病院精神科)

- 連絡先 吳建昌 学科主任
+886-972-651-759

- 杜冠霖弁護士同行

- 11月3日(火) 午後2時～午後4時
Department of Mental and Oral Health (心口司)

- 連絡先 賴淑玲 課

+886-2-85906666 ext. 7480

- 李茂生教授同行

○ 11月4日(水) 午後1時半～午後3時
30分 Taipei City Hospital, Songde
Branch (台北市連合医院松徳院区)

- *See*

[http://www.tpech.gov.taipei/mp.a
sp?mp=109201](http://www.tpech.gov.taipei/mp.asp?mp=109201)

- 連絡先 楊添圍 院

+886-979-307-745

- 洪維徳弁護士同行

C. 研究結果

この報告の後に続く各報告書を参照。

平成 27 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）

研究報告書

精神医療制度に関する法制度の国際比較調査研究

台湾「精神衛生法」の制定と改正

研究協力者 富山侑美（北海道大学大学院法学研究科博士後期課程）

研究要旨

我が国の現行精神保健福祉法における措置入院・医療保護入院制度のあり方を検討するために、我が国の精神医学に影響されつつ、独自に発展した台湾における精神衛生法の制定と改正の経緯及び具体的内容を、台湾訪問による聞き取り調査及び文献調査により行った。

台湾における精神障害者の治療と家族の役割は、とりわけ第 2 次世界大戦以前の時代においては我が国とは異なった歴史をたどっているものの、近代西洋精神医学を最初に紹介したのが日本であることや、1990 年成立の台湾精神衛生法を起案したとされる林憲（国立台湾大学教授〔当時〕）が、日本の教育を受け、我が国の精神医学研究者と緊密な関係にあったことなどから、「保護人」制度等、当時の我が国の精神保健法と相似点も多かった。他方、2007 年改正の現行台湾精神衛生法では、90 年法では見送られていた日本の精神医療審査会を「審査会」として導入することとともに、その審査を実質化し、精神障害者の権利の擁護のための義務と責任を家族から社会や専門家に委ねることとするなど、精神障害者の権利保護の制度が一段と充実した。また、日本の一般の精神医療においてはまだ存在していない「強制地域医療」の導入も注目される場所である。

台湾精神衛生法の詳細を調査することにより、今後の我が国の措置入院・医療保護入院制度の運用、特に精神障害者に対する家族のあり方に対して、大きな示唆を与えるものであると考えられる。

A 研究目的

我が国の精神医学に影響されつつ、独自の行き方をとった台湾精神医療法制の生成過程及び近年の改正・運用状況を調査・検討することにより、我が国の精神保健福祉法の改善の参考とすることが、研究目的である。

B 研究方法

台湾訪問による聞き取り調査及び文献調査。なお、1990 年制定法に関する文献調査

は、特に以下の文献により行った。

- ① Stephan M. Salzberg, Taiwan's Mental Health Law, *International Journal of Law and Psychiatry*, Vol. 15, pp.43-75, 1992
- ② Taipei Times (E-Edition) Tue, Sep 21, 2010 Lin Tsung-yi, (林宗義) 89: Mental healthcare trailblazer
- ③ 町野朔『『保護者』と『保護人』: 台湾・精神保健法の制定を契機として』上智法学論集 38 巻 3 号 171-188 頁(1995 年)

C 研究結果

1 台湾精神衛生法制定前史

台湾精神衛生法(以下、「本法律」とする)が公布・施行されたのは、1990年12月7日である。本法律は、近代西洋精神医学が日本から台湾に体系的に紹介されてから45年以上かけて、台湾において発展してきた西洋医学の運用のシステム及びパターンに、法的かつ制度的な外観を添えるものであると同時に、制定当時においては実現していなかった精神医療システムを明確に打ち立て、将来的に具体化することを目標として制定された。

本法律の前提として、台湾における精神医療の状況がいかなるものであったのかということであるが、1895～1945年の日本占領時代に既に部分的には西洋的な療法が試みられていた。しかし、1945年に林宗義が日本での留学から帰国して、台湾大学に精神医学部を創設するまでは、台湾に古くから伝わるシャーマン等による民間療法や漢方医による治療が主流であり、西洋医学による治療が一般社会において治療の手段として広く受け入れられることはなく、漢方医療・シャーマン・西洋医学が同等の治療方法として選択されてきた。その中では、「精神障害者」とは、奇怪で社会的に不適切な思想及び言動を行うようになった者を指し、その原因は器質的・肉体的な変異であると考えられていた。

精神障害者である患者のそのような異常な思想・言動に対しては、できる限り家庭内で対処すべきであるという風習から、入院等の手段を用いる西洋医学よりもシャーマンや漢方医による治療を選択すること

がむしろ多く、いずれの方法による治療を行うかということの決定権は、患者本人ではなく、家族にあるものだと考えられていた。

戦後、林宗義が精神医学部を設立してからは、いわゆる「モデル・センター・システム(model center system)」を取り入れた精神医療制度改革が行われることになった。この制度は、地域・コミュニティにコアとなるモデル・センター(精神医学及びメンタル・ヘルスに関する専門家や一般医療人員の教育・実践・研究の中心となるもの)を置き、そこを入院患者の治療の中心とすることとしていた。しかし、ここでまかないきれない大部分の治療及びカウンセリングは、社会復帰支援の中継地としての性質を持った地域の精神医療機関において行なわれ、その中で、モデル・センターは資料センターとしての役割を担うこととされた。

しかし、1980年代初頭までは、メンタル・ヘルスの問題は、国家の政策の中では最も優先順位が低く、予算の都合上、このような制度が台湾全土に行き渡るシステムとはならず、台北の中心部以外においては、モデル・センターと地域の精神医療機関との間のネットワークシステムが具体的に機能することは不可能であった。

このような状況が一変したのは、1980年代中頃に、統合失調症の患者による重大事件が2件発生してからである。1つは、統合失調症の男性が小学校に押し入り、20人の児童の顔や体に硫酸をかけた、というものであり、もう1つは、統合失調症による妄想で、就寝中の財務省高官を刺殺した、というものである。このような事件があっ

たことにより、政府は、精神医療のレベルやアクセスを台湾全土で統一しなければならぬという意識を持ち、精神医療もその他の医学と同様に公衆衛生の問題であるという認識を持つこととなった。具体的には、第1にモデル・センター・システムの維持のための資源の改善、第2に、従来精神障害者の面倒を見る責任が道徳的・実質的に家族にあるとされてきたことを、法的な責任としてその所在を明確化するということが必要であるという考えを持つようになった。

このようにして、1987年までに、台湾政府は、このような問題に対処するための法律を「精神衛生法」として具現化することを決め、1988年の暮れ頃には草案が作成されるに至った。

2 1990年法

以上のような経緯から1990年に制定された台湾精神衛生法（以下、特に、下記の2007年改正法と区別する場合には、「90年法」とする）は、事実上、林憲によって起草されたという。前述の通り、これは台湾における精神医療推進のための青写真であった。

1) 地域精神医療ネットワークの構築

林宗義によって示されていた、モデル・センター・システムによる精神医療の向上という構想は、上述の風習上の問題に加えて、各種資源の不足によって妨げられていた面が大きかった。病床数はもちろん、医師や看護師等の従事者の数、さらに、1995年に国民皆保険制度が導入されるまでは、保険でカバーできない部分が多く、家族の

負担が大きすぎるという問題があったからである。

この点について、本法律はまず、地域精神医療ネットワークの構築という形で整備しようとした。90年法12条が示す通り、政府は、2次的な精神医療ケア施設や地域密着型の中間施設、1次的な予防・カウンセリング施設についても配慮することが規定された。また、90年法13条において、地域における精神障害の予防及び精神医療ネットワークが構築される精神医療区を規定することによって、地域におけるモデル・センター・システムが機能するようにした。

このようなシステムの運用のためには、上述の通り、資金調達が問題となるが、本法律は、90年法12条1項において、政府と民間との連携を謳う中で、民間施設に対して税金等の面で金銭的に優遇することによって、大規模投資を回避するなどして解消することを目指した。もっとも、全面的に民間セクターに委任することには精神障害者の人権の点から問題がある。そのため、本法律においては、ガイドラインに違反した民間施設に対して、過料に処したり、施術の停止をしたり、ライセンスの撤回をしたりするなどの処分を規定している。

2) 精神障害の定義

本法律の第1の意義は、精神障害者の範囲を確定したことである。本法律においては、機能的・行動的概念を併用することによって、精神障害者定義している。

まず、90年法5条1項において、「精神障害者」とは、精神疾患を有する者のことをいい、2項において、「重度精神障害者」

とは、分別を失い、非現実の考えや行動によって自身のコントロールができなくなっており、自傷他害又はそのおそれがある者のことをいうとされた。重大な精神障害者に対してのみ、「保護人」が指名され、強制入院制度の適用があるとされた。

3) 精神障害者の権利の保護

90年法は、家族など精神障害者に対して責任を負うべき者は、彼を精神医療にアクセスさせなければならないとしている。重度精神障害者と診断されたときには、保護人が指名される。保護人は、法定の監護人、配偶者、両親、家族の中から、この順番で責任を負うことになっている。

精神障害者に対して責任を負う者は、精神障害者に治療を受けさせる義務を負うだけでなく、精神障害者が他害行為を行った場合の損害も補償する義務を負うものとされていた。

4) 強制入院制度

90年法 21 条に規定されている通り、2名の医師によって、「重度精神障害者」であると診断され、自傷他害又はそのおそれがある者については、強制入院が必要であるとされている。その判断には7日間以上費やしてはならず(90年法 21 条 3 項)、入院期間を延長する場合には、2名の医師によって同じ基準で6ヶ月の間隔をあけて判断を行わなければならないとされた。

90年法の制定時には、1987年に大改正された日本の「精神保健法」が既に存在していた。しかし、90年法には日本法のような「任意入院」「医療保護入院」(かつての「保護義務者の同意による入院」)の規定は

存在しない。日本のかつての医療保護入院のような「保護者の責任による入院」は実際には行われていたと思われるが、これらは、自発的に精神病院に入院する精神障害者は、一般病院の入院患者と同じであって、特別の法的規制は必要ないと考えられたこと、保護人の同意は精神障害本人の同意と同視し得るという、当時の日本に根強く存在していたものと同様の考え方があったからではないかと推察される。

3 2007年改正法

1) 改正法の3つの柱

現在施行されている台湾精神衛生法は、2007年に改正され、全52条であった90年法より詳細な規定・新规定となり、全63条となったものである(以下、特に上記の90年法と区別する場合には、「07年改正法」とする。以下において条文のみを示している場合は、07年改正法のものである)。90年法からの改正のコンセプトは、①中央政府と地方政府の権限の分配、②精神障害者の権利と利益の保護強化、③強制入院及び地域精神医療における強制治療の手続きの確立の3つの柱である。

このようなコンセプトに基づいて、主に以下の点について改正がなされた。

2) 精神障害の定義

3条3号において、本法律が対象とする精神障害の定義を、90年法よりも詳細に記し、07年改正法が制定されるまでは運用上除外されるだけであった、反社会的人格障害を明示的に除外した。

3) 重度精神障害者の定義

3条4号において、重度の精神障害者の要件を、①現実から逸脱した異常な思考及び特異な行動があること、②それにより自身のことが処理できないこと、③専門医師(3条2号規定の精神科専門医師のこと)の診断があることとした。②の要件は、90年法においては「自傷他害のおそれがある又は過去に自傷他害行為を行ったこと」という要件になっていたが、これが削除された。

4) 保護者の選任

19条において、①専門医師が重度精神障害者と判断した者についてだけ必要であること、②家族等の中から話し合いにより決定し、専門医師が診断書を交付すること、③保護人がいない場合には、地方行政がこれを任命することが定められた。90年法においては、保護人に任命される順番が規定されていたが、07年法では相互の相談により1名を推薦すべきものとされている。

5) 保護者の義務

① 重度の精神障害者が緊急な状況にあり、自傷の危険がある場合には「緊急措置」を採り(20条1項)、その費用は保護者等が負担すること(20条3項、4項)。

② 重度の精神障害者が自傷他害を行い、又はその疑いがあり、専門医師が入院の必要があると診断した時は、入院手続きに協力すること(41条1項)。

③ 重度の精神障害者が、専門医師の診断により、地域精神医療を受ける必要があるとされたときは、それに協力すること(45条1項)。

④ 精神障害者が退院する時は、保護者に通知され、引き取ることを前提としている(38条1項)。

⑤ 精神障害者を虐待した保護者は、過料に処せられるほか、自己の費用で指導教育を受けること(18条、57条2項、3項)。

⑥ 90年法19条に規定されていた、精神障害者の他害行為についての保護者の損害賠償義務は廃止された。

6) 患者本人の同意による自発的入院と強制入院

まず、前述の保護者の義務②で述べたように、保護者は、自傷他害又はそのおそれのある重度の精神障害者について入院手続きを行う義務がある(41条1項)。その上で、本人が入院に同意し、専門医師が、①自傷他害又はそのおそれがあり、②入院が必要であると診断したときには、家族の手続きによりそのまま入院させることができるが、本人が入院を拒否する場合には、強制入院の対象とされ、07改正法から規定された審査会において、強制入院の可否が審査されることになる。

なお、90年法と同様に、07年改正法にも患者本人が同意して入院する「一般入院」を正面から規定している条文はないが、①②の診断がない場合以外にはこれを認めないというのではないと思われる。また、一般入院においては、かなり意思能力の減退した状態の患者についても入院への同意を認めるのが実際のようなのである。そのような患者は、保護者がいなければ入院手続きをとることは難しいということから、41条1項との関係で保護者の同意が自発的入院の実際上の要件となっているようである。

本人が入院を拒否している場合には、行政の指定する精神医療機関に5日間まで緊急安置し、安置の日から2日以内に、強制入院の必要性に関する強制鑑定を2名以上（場合によっては1名でもよい）の専門医師が行うことになっている（41条2-4項、42条1項）。強制鑑定の結果、入院が必要であるとされた場合には、審査会（15条に規定）への強制入院の申請を行い、許可された場合には、60日間を限度に強制入院をさせることができる（42条2項）。さらに、審査会等の許可を得た場合には、1回につき60日間を限度として、複数回入院期間を延長することができる（42条2項）。

また、強制入院停止の申し立ては、本人及び保護者が行うことができ（42条3項）、認可された権利団体は強制入院や緊急安置が人権に配慮して行われているか監督することができるとしている（42条5項）。

以上のような強制入院の費用については、全額公費負担とされている（26条1項）。

7) 強制地域医療制度の新設と諸要件

強制地域医療制度は、90年法においては規定されておらず、07年改正法から規定・運用されるようになった治療システムである。これは、第1段階として、強制入院により病床が埋まってしまうのを回避しようとするものであり、第2段階として、1度入院治療を受けた者の条件付き退院の手段としてこの制度を活用することによって、できるだけ地域と連携した精神医療の実現を図り、地域に馴染めずに入退院を繰り返す患者を減らすという目的を持って規定された。その要件は、45条1項に規定されている通り、①重度の精神障害者が、医師の

指示に従わず、②専門医師の診断により、地域社会において治療を受けさせる必要があると診断された者であり、③患者が入院を拒否していることである。この場合に、強制入院の場合と同様、審査会に強制地域医療の申請を行い、許可された場合には、6ヶ月を限度として強制地域医療を受けさせることができ、延長は1回につき1年を限度として複数回可能である（45条2項、3項）。

また、このような強制地域医療の場合の地域との連携の際には、警察官や消防署員の援助が法的に可能となっている（32条）。

このような強制地域医療の費用は、国民健康保険と公費でまかなうこととされている（26条2項）。

8) 治療への同意に関する個々の規定

精神科外科手術（47条）、電気ショック療法（49条）、その他政府が指定した治療法を行う場合には、本人の同意が必要だが、重度の精神障害者の場合には保護者の同意（50条1号）、精神障害者が7歳未満の場合には法定代理人の同意（50条2号）、精神障害者が7歳以上の未成年の場合には本人とその法定代理人の同意（50条3号）が必要である。

D 考察

以上、台湾精神衛生法制定前史から、1990年制定法及び2007年改正法を概観したが、家族がかかわる我が国の医療保護入院制度と台湾における自発的入院の場合の家族による入院手続きという制度との比較という観点から、以下若干の考察を加える。

精神障害者の治療について、我が国のみ

ならず、多くの国々で問題となることの 1 つは、精神障害者の家族の責任を減らすことである。このような目的から、我が国も、2013 年改正の精神保健福祉法（以下、「精保法」とする）において、保護者を精神障害者のケアの第 1 次的義務者としてきたこれまでの精神衛生法・精神保健法・精神保健福祉法の体制を改め、保護者制度を廃止している。それにもかかわらず、医療保護入院そのものは存置され、保護者の同意に代わって「その〔精神障害者の〕家族のうちのいずれか者の同意」を要件とすることとなり（精保法 33 条 1 項）、結局家族の責任が大きいことは変わっていない。

この点、台湾においては、我が国で医療保護入院に当たるようなケースは、医師が患者本人に対し入念なインフォームド・コンセントを行い、患者本人の同意を得ることによって自発的入院として処理し、あくまで入院手続きの段階に限定して家族がかかわるとされている。従って、実質的に入院の責任は精神障害者本人にあることにな

り、家族の責任が軽減されるように思われる。

この点は、台湾の方が先進的な規定を設けているように思われ、我が国も参考とすべきである。もっとも、患者本人の同意が半ば「強制的」な状況で取られているということもあり、今度は精神障害者の権利の擁護という観点からはやや問題があるようにも思われる。仮に、十分に人権に配慮した上で同意を取っているにしろ、その場合における現場のコストは相当に大きいものとなり、台湾の精神医療においては人的資源の育成が急務となろう。

また、強制入院がふさわしい場合も、台湾においては一般入院とされており、費用の負担の面からは、結局家族に大きな負担が残る。

以上のような問題が残されることから、今後も十分な議論が必要とされることは明らかである。

研究協力者 飯野海彦(北海学園大学法学部教授)

研究要旨：2007 年に大改正された台湾精神衛生法は、精神障害者の保護・権益の保障をより前進させ、強制入院制度について、①審査会制度、②緊急安置、強制入院についての裁判所への不服申立制度、③NGO に対する強制治療についての監督権限の付与など、手続的保障が整備されている。現地医療施設等で聞き取り調査を実施したところ、審査会では、書面審理のみでなく、テレビモニターを通して、医療施設に居る担当医や鑑定に当たった指定医師とミーティングを行い、重度精神障害者に直接問診を行うほか、強制入院の要件について厳格に審査を行っていることが判った。

このような、台湾における精神障害者に対する強制治療における手続的保障の在り方は、我が国における精神保健福祉法の改正においても大いに参考となると思われる。

A. 研究目的

2007 年に改正された台湾精神衛生法における強制入院手続について、制度、精神障害者の人権保護などを調査し、日本の非自発的入院制度に関する法改正、運用に役立てることを目的とする。

- ① 重度精神障害者(嚴重病人)であること
- ② 他傷、自傷または傷害の恐れのあること
- ③ 専門医師の診断により全日入院治療の必要があると診断されたにもかかわらず、入院を拒否したこと

B. 研究方法

台湾の精神障害者利益擁護団体、公私の精神医療機関、精神医療の担当省庁を訪問しての聞き取り調査、文献調査による。

なお、収集された文献資料、訪問先は、本報告書収録の「台湾精神医療調査の概要」参照。

2) 手続(法 41 条・42 条)

① 緊急安置と強制鑑定

台湾大学医学部精神科の説明によると、急患あるいは一般入院等で重度精神障害者を受け入れた病院は、家族へ連絡し、その一人を「保護人」とする（法 41 条 1 項が精神障害者に対する保護者の支援や精神医療機関への入院手続に協力する義務を定め、同条 3 項は精神障害者が意思表示できない際の保護者の意見を待っての審査会への強制入院の申請、審査結果の保護者への送達

C. 研究結果

1 強制入院制度の概要

1) 要件(法 41 条 1 項)

を定めるため、保護人の任命は先決事項である)。

重度精神障害者が入院を拒否した場合、指定医療機関に緊急安置し、2名以上の指定専門医師により強制鑑定を行うことが出来る(法41条2項)。

緊急安置が執行された場合は、裁判所に対する異議申立可能なことを告知する「緊急安置執行告知書」が作成され、当該患者及び保護者に交付される(提審法2条)。

緊急安置期間は5日以内であり、また、安置開始から2日以内に強制鑑定を終えなければならない(法42条1項前段)。

鑑定の結果、強制入院の必要性が無とされ、あるいは5日以内に強制入院許可を取らなかった場合は即座に緊急安置を停止しなければならない(法42条1項後段)。

② 強制入院

強制鑑定の結果、再度全日入院治療の必要があると判断された場合、重度精神障害者の意見を聞いて、入院に同意すれば一般の自発的入院へと移行する。しかし、それでも入院治療を拒否する場合、または自己の意見を表現できない場合は、強制入院基本資料と通報表を即時に作成し、かつ、当該重度精神障害者とその保護者の意見と関連診断書類を添付して、審査会に強制入院許可を申請する(法41条3項)。

審査会での審査結果(審査方法等については後述)は3日以内に電話にて伝達する。

強制入院期間は60日間以内である。ただし、2名以上の指定専門医師の鑑定により延長する必要があり、且つ、審査会の許可を得た場合は、一回につき60日間を限度としてそれを延長できる(法42条2項)。

2 患者の権利保護

1) 2007年改正

1990年制定の台湾精神衛生法は、第1条で精神障害者の権益の保障を謳っていたところ、2007年に大改正され、第3章「精神障害者の保護及び権益の保障」の内容について、例えば旧法では、精神障害者に適切な精神医療を受けさせるよう助力する保護者の義務等が規定されていたところ、精神障害者に対する遺棄や心身的虐待等を過剰を以って禁止するなど(法18条、57条)、大幅に前進させた。手続的保障面においても、強制入院手続に関し、監督と政策決定機関を新設、強制鑑定、審査会制度を創設したほか、緊急安置や強制入院に対する裁判所への不服申立制度を設け、患者の権利利益保護のために、NGOに対し、緊急安置、強制治療についての監督権限を付与した。

2) 審査会

①概要

「精神疾患の強制入院、強制地域社会治療に関する事項は中央主務機関の精神疾患の強制鑑定と、強制地域社会治療審査会(以下「審査会」という)により審査する」(法15条1項)。

2007年法改正前は、2名の専門医による診断のみで強制入院が可能であったところ(90年法21条2項)、法改正により強制的治療に外部審査制度が導入された。

審査会は、「中央主務機関」たる台湾福利衛生部から委託された既存病院に設置され、現在は南北2か所に設置。一か所は台北市の連合医院松徳院区、もう一か所は高雄市の凱施病院である。

もともと審査会は2008年12月には6か

所に設置されたものの、台湾の面積は日本の九州程しかなく、また、費用も掛かり、案件も少ないため 2010 年 1 月に 3 か所となり、現在は南北 2 か所となった。我が国の場合、措置入院案件のみならず、同じく強制入院制度である多数の医療保護入院案件を審査しなければならない精神医療審査会は各都道府県及び政令指定都市毎に設置される必要がある。これに対し、台湾の審査会は、強制入院及び強制地域治療案件のみを審査するため、各都市に設置するほどの案件がないためであるという。

心口司(台湾福利衛生部心理及び口腔健康司)の説明によれば、審査会の設置運営に関する諸経費は中央政府が負担するとのことである。

立法段階において、精神科医の意見としては、審査を裁判所が行った方がよいとの議論があったという。しかし、裁判所の負担が大きいことが考慮され、司法部の反対もあって、イギリスの制度を参考にした方式が採用されたとのことである。

② 審査会の構成

審査会の構成員は、専門医師、看護師、作業療法士、心理士、社会福祉士、精神障害者權益促進団体の代表、法律専門家、及びそれ以外の関係する専門家(同 15 条 2 項)となっている。このうち、「それ以外の関係する専門家」とは、訪問先の心口司によれば、名望家であるという。連合医院松徳院区では、2 階にある部屋に 7 名の審査委員が常駐している。15~20 名ほどの審査委員によるローテーションが組まれている。審査委員には、(各専門分野における) 7 年以上のキャリアが要求される。

③ 審査プロセス

我が国における精神医療審査会の実務とは異なり、書面審査のみでは不十分であるとし、指定病院にテレビモニターが設置され、審査員とはテレビモニターを通して直接ミーティングを行い、また、重度精神障害者に対する問診も行うことで、実質的な審査が行われている。

その場には当該重度精神障害者、主治医が参加し、鑑定に当たった 2 名の医師はその場に待機し、いつでも意見を述べられる。

重度精神障害者の権利擁護のために付添人が付く場合、多くは弁護士たる付添人ではなく、親族であるという。

決定には、7 名の審査委員の内 3 分の 2 以上の出席及び 3 分の 2 以上の同意が必要である。

審査結果は、電話で通知される。

その後送付される審査決定通知書は、重度精神障害者のカルテに入れられる。

さらに、法 36 条に基づき、病院から当該患者と保護者に入院の理由と治療の計画、権利について説明がなされ、その際に司法救済手続についても当該患者に説明し、審査決定通知書にサインをさせたうえで、3 日以内に交付する。

台湾大学医学部精神科では、当該患者が、審査決定通知書へのサインを拒否することがあり、その場合は、その理由と通知書を誰が渡したか、最終的にどのような処理がなされたかを記録するとのことである。

3) 救済制度

① 司法的救済

法 42 条 3 項により、緊急安置ないし強制入院させられた重度精神障害者またはその保護者は裁判所(家事裁判所)に対し当該措

置停止を申立てることが出来る。

申立を受理した裁判所は、審判を行う必要があると判断した場合、患者の病状が安定していれば、24時間以内に患者を裁判所へ護送して審判を開始し、安定していないのであれば、テレビモニターを通して患者と面談する方式で審判を行って、決定で緊急安置ないし強制入院継続の是非を言い渡す。

緊急安置ないし入院継続の決定に対して、患者及び保護者は、決定の送達後10日以内に1回のみ抗告を申し立てることが出来る。

患者らは不服申立を、電信ファックスないし他のIT設備により行うことが出来る(同条6項)。

② 行政的救済

連合医院松徳院区の説明では、強制地域社会治療の場合、「行政訴願」制度により、患者は行政院に訴願することが出来るという(訴願法1条、51条1項)。訴願が却下されたら、「行政程序法」に基づいて高等行政法院に不服申立を行うことが出来るという(現在までこの法律をまだ見ることができていないため、詳細は不明である。訴願法90条は、訴願決定書に高等法院への不服申立が可能であることを明記すべきことを規定している)。

4) オンブズマン制度

法42条5項は、中央主務機関が認可した精神障害者の権益を促進する関係団体は、強制治療、緊急安置に対し、事例別の監督と監査を行うことが出来るとしている。関係団体は、不適切な事情を発見した場合は即時に各主務機関に改善するよう通知しなければならない。また、重度精神障害者の

最善の利益を図るために、重度精神障害者及び保護者による裁判所への緊急安置・強制入院停止申立を規定した同条3項を準用して、裁判所にその緊急安置と強制入院停止の裁定を申立てることが出来る。さらに、強制地域社会治療においても、関係団体による事例別の監督と監査の権能を規定した(法45条4項)。こうして2007年法は精神障害者の強制治療に対するNGOによるオンブズマン制度を設立した。

しかし、現在、該当する患者の権利擁護団体は「台湾人権促進会」の一つのみである。

D. 考察

1 2007年改正後の強制入院制度

2007年に精神衛生法が改正され、旧法と新法とで強制入院の法とその運用にいかなる変化があったか。

心口司における説明では、旧法下の2005年に4,360件、新法が成立も未施行段階の2007年に3,613件あった強制入院が、2008年7月に新法が施行され、同年12月に審査会が全国6か所に設置された後の2009年には、1,679件に激減する。

これには、審査会制度の設置の影響がより大きいという。

さらに、重度精神障害者の親族の意見陳述を入れるようになった2013年(精神衛生法の低位規範である後述の施行細則の改正によるものなのか、単なる運用を改めたことによるものかは、まだ確認ができていない)には、強制入院は772件にまで減少した。

「重度精神障害者」の要件は、立法時から存在するものの、旧法下では、酒癖や薬物乱用も強制入院の対象とされたのに対し、

現行法においては、審査会において要件に該当するか否かが厳しく審査され、これらの事由を有する患者は、「重度精神障害者」には該当しないとされる。専門医師2名の診断のみで強制入院が可能であった旧法（90年法21条2項）と比し、審査会という外部機関が要件を判断するため、強制入院のハードルはより高くなったと言える。

なお、心口司からの通訳を介しての説明では、2007年法改正以降、強制入院が激減した理由に、強制入院の要件が、90年法では「重度精神障害者『あるいは』自傷、他傷、または傷害のおそれ」であったのが、2007年法では「重度精神障害者『かつ』他傷、自傷または傷害のおそれ」と改められ、厳しくなったことによるとあった。しかし、90年法21条1項と2007年法41条1項とで、「重度精神障害者で他傷、自傷、または傷害のおそれ」という要件に変化はない。おそらく、旧法下では、専門医師2名の診断で強制入院が可能であったため、「重度精神障害者」と診断されると、「自傷、他傷」の事実ないし「傷害のおそれ」の判断をおろそかにしたまま強制入院にたる事例が見受けられたところ、2007年法改正により、審査会が「重度精神障害者『かつ』自傷、他傷または傷害のおそれ」という双方の要件を厳しく審査するようになったという意味であると推測される。

また、共通調査項目の〈事例2〉について、訪問先の医療機関等は一致して「自傷他害の恐れ」の要件に該当するものとして、強制入院可能な事例であろうとする（本報告書の「台湾における強制入院の実際」参照）。しかし、連合医院松徳院区においては、言語による暴力が「他害」に該当するか、

審査委員により意見が分かれると考えられるため、「強制入院の可能性あり」とするにとどまった。このことは、後の4で述べるように、審査会における審査が厳格に行われていることの反映と言える。

2 専門医師の資格

強制医療のための診断を行う「専科医師」（3条2号）の指定手続、資格はどのようなになっているのか。

医師の免許取得後、精神科に「入院医師」（それが、日本でいう「研修医」に対応するものなのか、“精神病院で入院手続に関係する医師”という意味なのかは、確認していない）として勤務し、4年間（台湾大学医学部の場合。レジデントの期間は法定されていない）で精神科専門医となるための所定の単位を取得、相当の訓練を経て、国家試験を受け、合格すると「専門医師」となる。現在、台湾には1,600名程度いるという。

その後、強制鑑定を行う「指定専門医」（法41条2項）になるには、専門医師となってから6年以内に、強制入院に関連する法律学をはじめとする18単位を取得する必要があるが、「指定医師」となるための特別の試験はない。2014年より法律学の科目が増えて、厳しくなったため、専門医師がこれらの訓練を受けず、指定医師の不足が懸念されている。

しかし、一方で、強制入院手続を行う必要のない精神医療機関では指定医師を置くメリットがないともいう。日本では、強制入院の他、患者の隔離や身体拘束を行う場合も全て指定医が関るため、指定医がいな限り精神医療機関の運営が不可能となる。

これに対し、台湾では、精神障害者の身体拘束や行動制限を定めた法 37 条 2 項は、指定医師の関与を要件としておらず、指定医師は強制入院にのみ関与し、強制入院の比率が少ないため、指定医師の需要が少なくなるのである。

3 保護者の同意と自由入院

台湾では、保護者の同意による入院が自由入院（一般入院）と考えられていることはないかということは、今回の訪台前に確かめたいことの 1 つであった。

台湾では、わが国のような家族の同意のみによる強制入院制度は存在せず、保護者が同意しても、本人が同意しなければ入院させることはできない。強制入院は既述の制度一本のみである。

ただ、台湾大学医学部病院精神科の呉建昌教授によれば、現行精神衛生法は、治療に対する同意について、後見人や保護者が患者を代理することを許していないが、精神医療機関のスタッフには、未だこの種の代理同意を受理する者がおり、また、自身で行った調査では、50%以上の方が代理同意を受け付けることを望んでいることが認められた。しかし、これは現行法において許されていることではないという。

調査では、台湾の人々は保護者の同意で精神障害者を入院させることに抵抗がない一方、台湾は個人主義の国である故、保護者や後見人の同意のみによる入院に抵抗があり、精神衛生法には、1990 年の制定時から、保護者同意による入院規定が盛り込まれなかったとのことである。しかし、上記のような操作が事実上行われることにより、法律には存在しない医療保護入院を事実上行

うことも可能となっているという。

急患等として重度精神障害者を受け入れた精神科医は、長時間かけて自由入院に同意するよう説得をする。勿論、患者の自発的な意思に基づく自由入院によるべきとするのは、患者の権利・利益を第一に考えてのことであるものの、その説得に際し、強制入院となる場合の、拘束性等の各種不利益を説く、あるいは端的に入院同意書にサインしなければ強制入院だと述べる「脅迫的自由入院」、もしくは、専門医師による危険性の判断のみで執行できる緊急安置の 5 日間を活用して説得すると言った事例が散見されるという。

患者が強制と感じていても、入院の同意書にサインしていれば、一般入院となる。そのため、脅迫の性質を持った入院は、審査会、裁判所への不服申立手続が存在せず、将来的に争う場合には、通常の民事・刑事手続に拠るしかない。ただし、台湾大学医学部における説明では、脅迫の性質を持った自由入院は、刑事訴訟においては灰色であろうという（強要、逮捕監禁と言った刑事責任に問われる可能性が在るという意味であると思われる）。

なお、台湾の強制入院は、事前審査制ではなく、緊急安置からスタートする。強制入院の要件は、「重度精神障害者で自傷、他傷または傷害のおそれ」であって、「終日入院治療の必要があると診断された者」である。医療機関がこういった急性期の患者を受け入れた場合に、事前審査（鑑定に 2 日、審査に 3 日）を待っていては、その間、当該患者の身柄拘束ができず、更なる自傷、他害の危険が増し、病気の悪化が懸念される、それゆえ、法 42 条 1 項が、前述のよう

に緊急安置中に重度精神障害者の権益保護と必要な治療を行うことを定めることと相俟って、5日間に限定した「仮の」拘束期間である緊急安置が先行し、裁判所への不服申立という事後的な救済と審査会による事後的な審査による強制入院への移行という手続となることはやむを得ないことといえよう。

4 審査会の実際

わが国においては、医療保護入人については精神医療審査会が事後的審査を行うことになっているが、これが形骸化しているという批判がある。台湾の「審査会」では実質的審査は行われているのだろうか。

法15条3項は、「審査会は審査会議の開催に当たり、審査案件の当事者もしくは利害関係者に会議現場で説明するよう通知し、または自主的に調査員を派遣し、当事者もしくは利害関係者を訪問調査することができる。」と規定し、また、同条4項に基づき制定された精神疾病強制鑑定強制地域社会治療審査会作業規則¹⁾により、審査会の座長は、当事者・利害関係人を審査会に呼ぶことになっている。

この規定は、「しなければならない」ではなく、「できる」との規定であるため、当事者等に対するヒアリングは義務的なものでないにもかかわらず、人権団体の要望もあり、審査の公正を保つために全件ヒアリングを行うものとしたとのことである（ただし、患者が拒否することもあるという）。しかし、実際に審査会に当事者を呼ぶのではなく、C22)③で述べたように、審査会はテレビモニターや電話を使った会議となる。

一方で、テレビモニターや電話を用いた審査会であっても、強制入院の要件等が厳格に審査されるため、台湾の強制入院が少なくなっていることも既述のとおりである。

また、連合医院松徳院区と凱施病院に審査会が設置されたのも、審査会における実質的審査の励行に資するためと考えられる。松徳院区の説明によれば、これらの病院には専門家が多く、審査会へのサポートが期待できるからであるという。審査委員が欠席した際も（審査会成立には3分の2の委員の出席が必要である）、スタッフの誰かが変わって参加でき、松徳院区の院長自身も審査委員であるため、自ら審査会に参加するという。ただし、この病院の患者が対象の場合、当病院のスタッフは審査に加わらず、審査会事務局が他の病院の専門家を招集する。審査会事務局の一番大変な仕事は、人集めと書類の整理だそうである。

審査会のルールは人権団体の批判を受けながら改善しているそうであり、また、審査委員も講習を受けているとのことである。

D 結語

2007年の精神衛生法改正後の台湾における強制入院制度は、実務で一部行われている「保護者の代理同意による入院」や「脅迫の性質をもった自由入院」といった問題があるものの、精神障害者の権利保護モデルとして、わが国の今後の強制入院制度を構想するうえでも参考となるものである。

ただ、実質3日間の日程での調査であったため、①刑法の保安処分、性犯罪者、薬物中毒者への精神科医療が精神保健法で対応していないことでの問題、②Voluntary admissionの明文規定が存在しない法律の

下における、自由入院患者の権利保護の問題、③入院患者の通信面会の自由、身体拘束許容性、処遇改善・退院請求権などについて、法律と実際の運用はどうか。非強制患者との間に相違はあるか。④精神病院内、地域精神医療について、インフォームド・コンセントはどのようになっているのか。非強制患者との間に相違があるか、といった疑問点の解消は積み残しとなった。これらの点についての解明は、再度台湾への訪問調査の機会があれば、その課題としたい。

¹精神衛生法 15 条 4 項は、審査会の設立、審査作業及びその他の遵守事項の規定は中央主務機関がこれを定めると規定するほか、41 条 4 項、46 条 3 項等が詳細な規則の制定を中央主務機関に委ねるものとしている。これと関連して、精神衛生法の 10 ある施行規則のうち 6 個が強制入院と強制地域社会治療に関係するものである。右強制治療に関連する施行規則は以下のとおり（ ）は精神衛生法の根拠法規）。

精神疾病強制鑑定強制地域社会治療審査会作業規則（15 条 4 項）。

精神疾病重度精神障害者緊急安置及強制入院許可規則（41 条 4 項）。

精神疾病重度精神障害者強制地域社会治療作業規則（46 条 3 項）。

精神疾病重度精神障害者保護人通報及管理規則（19 条 4 項）。

指定病院機構管理規則（32 条 5 項）。

施行細則（62 条）。

平成 27 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）

研究報告書

精神医療制度に関する法制度の国際比較調査研究

台湾の精神科医療の現在

研究協力者 高柳功（医療法人社団四方会有沢橋病院、理事長・院長）

谷野亮一郎（医療法人社団和敬会谷野呉山病院、院長）

研究要旨：今回われわれ精神科病院の実務者に与えられた課題は平成 25 年の精神保健福祉法改正による保護者制度廃止という大きな転換をうけ、台湾の精神科医療の現状を調査研究して医療保護入院制度の今後についてなんらかの示唆を得ることである。

台湾の精神衛生法は日本の廃止された保護者制度と類似した「保護人」制度をもちながら、入院医療に関しては、保護人の代理同意による強制入院制度がなく、強制入院のみが入院制度として規定されている。強制入院の全入院に占める比率は数%にすぎず大部分は精神衛生法に規定のない法定外一般入院である。その背景には強制入院制度が厳格で煩瑣にすぎることと、医療費の差があった。強制入院を避けるため、入院への同意を強く迫ることが一般的に行われている。大部分の公的病院では家族が責任を引き受けない限り入院させない。実質的には、家族同意による入院が大多数を占めているようである。

地域精神科医療の有力な手段と考えられる強制地域社会治療も、現実には、台湾の地域医療に役立ってはいないと思われる。

調査研究によりこれらの実態が明らかとなり、提示された事例の処遇判断の結果もふまえると、日本でも慎重な検討が必要であり、軽々に医療保護入院制度を廃止すべきではないであろう。

A. 研究目的

平成 25 年改正によって保護者制度は廃止され、改正前は順位の規定があり選定手続きも明記されていた旧法に代り、「家族等のうちいずれかの者の同意」が医療保護入院の要件となった。これは利益の相反する者でも同意者になり得るということであり、医療保護入院の法的枠組みが非常にもろくなった。しかし医療保護入院制度は維持された。

日本の精神保健福祉法に学んだと考えられる台湾の「精神衛生法」（以下台湾法）では、日本とほぼ同様の機能をもつ「保護人」の規定がある（第 19 条）。しかし医療保護入院に相当する入院制度はない。入院制度としては強制入院制度しかない。しかもこの強制入院者数は非常に少ない。入院者の多くは精神衛生法に規定のない入院である。大部分が精神衛生法以外の一般入院ということになる。

台湾法の如く強制入院と一般入院の 2 分法で、精神障害者の入院治療が円滑にいけば、医療保護入院を廃して日本も措置入院と任意入院の 2 分法で十分ではないのか、という発想が当然出てくる。

そこで、われわれ精神科病院の実務者に与えられた主要な課題は、台湾の実態をふまえてわが国の強制入院制度の今後のあり方に有益な示唆を得ることであろうと思われる。

B. 研究結果

1 はじめに

平成 25 年の精神保健福祉法改正によって、精神病者監護法以来の保護者制度は廃止された。保護者制度は専ら保護者にかかわる問題として考えられ、廃止にいたるまでの経緯は、主に保護者の義務の軽減という観点から論議されてきた。最も過酷な保護者の義務としての自傷他害防止監督義務は、監督義務をつくすとしても実質的には医療を受けさせることしかない、という状況認識から、移送制度を設けることで自傷他害防止は事実的に可能になることが期待され、平成 11 年改正で自傷他害防止監督義務は廃止された。

しかし全国的に移送制度が十分機能しているとはいえない現状では、今回改正で保護者制度を廃止することへの懸念は医療者側には強かった。しかし 1) 保護者に治療、2) 診断を受けさせる義務、3) 「医療を受けさせるにあたって医師の指示に従う義務」などを規定した旧第 22 条は、保護者の高齢化などにより実効性がないことを理由に廃止された。

平成 11 年改正で保護者の自傷他害防止監督義務を廃止する担保として移送制度が創設されたが、これが殆ど機能していないことを知る精神科医療実務者としては、3) 「医療を受けさせるにあたって医師の指示に従う義務」がどのように担保されるべきか、台湾の強制地域社会治療は参考になると考えられる。

台湾精神衛生法（以下台湾法）には日本の旧・保護者にほぼ相当する「保護人」制度がある。しかし医療保護入院に相当する入院制度はない。入院形態は日本が措置入院、医療保護入院、任意入院の三本立てであるのに対し、台湾法では強制入院と法定外一般入院（以下一般入院）の 2 分法になっている。

日本の医療保護入院については、精神障害では意思能力が侵され、自己決定能力が低下しているため、家族が決定を補充せざるを得ないという立場で今日まで維持されているわけであるが、家族が必ずしも精神障害者の最善の利益を図る立場にないこともあり、なによりも本人の自律性の尊重という観点からは矛盾する制度である、という指摘も強い。医療保護入院制度は保護者の同意が必須要件であったが、保護者の順位、選定手続きも削除されて単に「家族等のいずれかの者」となり、改正前に比べ入院という精神障害者にとって極めて重大な処遇決定に与る立場としては法的根拠が脆くなった。しかも同意によってどのような責任を負うかも全く不明である。

このような重大な改正をしながらも医療保護入院は維持された。厚労省検討チームの討論を跡づけると、保護者制度