

は事実上破綻しつつあるが、年間 14 万人の医療保護入院者の入院制度を廃止することは当面困難であるという結論になっている。保護者制度と医療保護入院制度は本来表裏一体のものであり、今次法改正のように一方を廃し他方を存置することは論理的に矛盾がある。

台湾法では第 19 条で「重度精神障害に属する者は保護人 1 人を設けなければならない」とし保護人は「重度精神障害者の利益を図るべき」で「監護人、法定代理人、配偶者、父母、家族等の中から互いに 1 名を選ぶ」、となっている。保護人がいない場合は「戸籍所在地の政令指定都市または県（市）主務機関により別の適任者、機関または団体を保護人として選任」することになっている。

具体的に保護人の行うこととして、第 20 条「重度精神障害への緊急措置」、第 29 条「治療を受けさせる」義務、第 41 条「重度精神障害者で他傷、自傷、または傷害のおそれ」がある場合の入院手続きの義務、第 50 条で電気けいれん療法など保護人の同意による実施など、わが国に比べて保護人の役割が大きい観がある。しかし保護人の同意による入院制度はない。

台湾の全精神病床数は約 21,000 床、うち強制入院はたかだか数%にすぎない。他は法外一般入院である。

日本では近年殆ど全ての民間精神科病院（一部の精神科診療所も）では活発な地域医療を行っている。厚労省が診療報酬上設定したアウトリーチチームではなくとも、グループホームやデイケア利用者へのアウトリーチは活発に行われる状

況になっている。このような場合必ず経験するのが、怠薬から病状が悪化し、治療介入拒否にいたるケースである。医療観察法では通院処遇者について医療を受ける義務が法で担保される形になっているが、精神保健福祉法ではそのような規定はない。

台湾法では強制地域社会治療がある。「第 45 条 重度精神障害者が医師の指示を遵守せず、病状が不安定または生活機能が退化する恐れがあり、専門医師の診断により地域社会治療を受けさせる必要があると判断された場合、その保護人は重度精神障害者を支援し、地域社会における治療を受けさせなければならない」。拒否した場合、審査会の決定により強制的治療を行うことができる。

このような規定があれば、地域医療での困難はかなり解決できるのではないかと考えられる。今回調査にあたって事前に台湾側に送付された事例 1,2 の台湾法による処遇判断をふまえて、これらの実態を明らかにしていくことは重要と思われる。

2 台湾の精神保健にかかわる行政組織

台湾の衛生行政組織はもともと中央、省、県（市）の三段階に分かれていたが、1999 年から地方制度法により中央、直轄市（台北市、台中市、高雄市など大都市）及び県（市）の二段階となった。

2013 年行政院（中央政府）の組織改造があり衛生福利部が衛生及び社会福祉に関する最高行政機関となった。精神保健行政は「心理及び口腔健康司」（略称心口司）（Department of Mental and Oral

Health) の担当である。精神保健と口腔医療の結びつきはわからない。

台湾法では、第2条で中央政府レベル、政令指定都市レベル及び県（市）レベルの主務機関が規定され、第4条で業務が定められている。

中央政府で精神保健を担当する心口司の精神保健関連の業務は次のようになっている。

- ① 心理健康の促進及び自傷行為の予防・治療政策の計画、推進及び関連する法律の制定。
- ② 精神疾患の予防・治療及び患者の権利保障政策の計画、推進及び関連する法律の制定。
- ③ 精神病院及び精神リハビリテーション機構における業務の管理。
- ④ 薬物及びその他物質の依存症に対する政策の計画、推進及び関連する法律の制定。
- ⑤ DV、性的暴力、セクハラ及び老人、身体または精神障害の障害者、児童、少年 保護事件の加害者処遇及び予防サービス法案の計画、推進、監督及び指導。

このほか台湾法第5条で「中央主務機関は人口と医療資源の分布状況に基づき、「医療責任地域」を区分し精神疾患予防及び医療サービス、ネットワークを構築、計画、実行するとなっている。これについてわれわれは審らかにすることはできなかった。

3 台湾の医療保険

台湾での医療保険の発達は比較的新しく、1980年代初頭には精神科医療の大部

分は自費治療であった。最貧層では保護のため最低限の福祉的経費が支払われていた。1950年発足の、従業員5人以上の企業が加入する台湾最大の公的保険機構では1988年末時点で精神保健ケアは含まれていなかった。政府被雇用者保険は精神科ケアを含む。1988年発足の全島規模の農民保険は精神科費用を含む。1995年国民皆保険となった。これによって漸く全ての精神科医療費が保険支払いの対象となったのである。

このほかに社会福祉のための長期ケア保険がある。

4 台湾の精神科医療施設の概要

1983年の林憲論文によれば当時の病床数は約1万床、そのうち4,000床は大陸から移ってきた退役軍人のための精神科病床で、一般住民のための病床は6,000床、万対3.3床であった。公立総合病院精神科と公立精神病院が7ヶ所あり総病床数2,700床、6,000床の45%を公立病院が占めていた。残り3,300床が80の私立病院である。精神科医総数は168名。当時は「台湾では西方医、中国医、シャーマンの民間療法の三種の治療を、患者とその家族はほとんど同等の地位において選ぶ」と述べられている（詳細は、本報告書中の「台湾「精神保健法」の制定と改正」（富山報告）参照）。

2014年現在、精神科病床数は急性期病床7,442床、慢性期病床1万3,794床計21,236床、万対5.89床に達し、精神科医（専科医師）は約1,600人である。

精神科病院は全132病院（公立59、私立73）で、単科精神科病院は46病院、

総合病院は 86 病院。病床は単科 61%、総合病院 39%である。急性期病床は総合病院が多く、慢性病床は単科病院に多い。

公私別では公的病院が全病床の 52%、急性期病床の 59%、慢性期病床の 48%を占めている。ほぼ公私半々程度の占有率になっている。政府はすでに慢性期病床を減らしナーシングホームへの移行を考えているようで、慢性患者への保険適用を縮減する方向を考えている、ということであった。

医療サービス外の地域ケアについては、康復之友協会のような民間団体がある。全日ケアも行われているので、施設入所という形になるであろう。これらの施設についての情報は得られていない。

5 台湾法における強制医療

台湾法では入院形態は法定の強制入院と一般入院の 2 分法である。しかも、一般入院についてはわが国の「任意入院」に相当するような規定はなにもない。従って法定外一般入院との 2 分法といった方が正しい。

1) 強制入院について

台湾における強制入院の比率は極端に低く 2006 年 4.2%、2009 年 2.5%にすぎない。入院の大部分が一般入院ということになり、台湾の実情が精神障害者のためによりよいということになれば日本の医療保護入院制度を維持することの正当性が問われることになる。

台湾法の強制入院制度は日本の措置入院に比べてかなり慎重で厳格な手続きになっている。手続きについては、本報告

書中の「台湾の強制入院手続きにおける患者の権利保護」(飯野報告)に詳しいが、手続きは次のようにすすめられる。

【第 41 条】

a: 重度精神障害—他傷、自傷、または障害の恐れ→専門医師の診断→全日入院の必要→保護人が入院手続き→本人同意→入院。

b: 拒否した場合→緊急安置→2名以上の専門医師による強制鑑定→全日入院治療の必要→重度精神障害者の意見→本人同意→入院。

c: 拒否した場合→審査会に強制入院の許可申請→審査会が可否決定→入院。(強制鑑定は安置 2 日以内、安置期間は 5 日間を越えない。)

a, b では一般入院、c の場合が強制入院となる。

強制入院は 60 日を越えてはならず、審査会の決定により 1 回につき 60 日間の延長はあり得る。

審査会の運営は飯野報告にあるようにテレビで障害者本人と面談して行われる。相当綿密な審査が行われている。

強制入院についてこのような厳格な手続きを定めながら台湾法では一般入院についてなんら規定がない。第 36 条に告知事項、第 37 条に身体拘束、行動の自由の制限の規定がある。37 条では入院形態についての言及がないので、一般入院においても身体拘束、行動の自由の制限があり得ることになる。

先にものべたように強制入院は全入院者の 5%以下、2009 年 1 月～2010 年 12 月までの 2 年間で台北精神医療センターの精神科救急入院 2,777 人のうち強制入

院は 110 例にすぎない。このように強制入院が少ない理由について訪問先の調査で次のような背景が明らかになった。

i. 強制入院の要件が厳しい。

台湾法では患者本人の保護に主眼がおかれ、入院には本人の同意を得る手続きが求められる。この同意を拒否することが強制入院の要件になっている。

ii. 入院費の問題

強制入院の費用は中央政府（心口司）が支払う。食費も支払われる。一般入院は保険から 8 割が支払われる。重大病人は殆ど自己負担がない。強制入院と一般入院では点数（一点単価 0.8 元）は同一である。公立病院の例では実際には強制入院の入院費が月額 5 万元、一般入院が 8 万元程度で、その差は政府が治療行為の回数を制限したりして、治療をコントロールしていることによるらしい。

手続きの煩雑さと医療経済的な理由によって本来台湾法の意図する方向とはやや異なる運用になっているという実態が浮かび上がってくる。これは当局（心口司）も手続きが面倒で、医師が審査会の質問にさらされ、そのプライドにもかかわり、申請数が少なくなっている、と認めている。強制入院を避けるため、医師が強制入院を示唆しつつ一般入院への同意を強くせまるということが日常よく行われているようである。また台湾の大部分の公的病院では通常身内の者が責任を引き受けるのでなければ入院させない。この実態は **voluntary with bond** ともいわれている。保護者制度はよく似ているものの、保護者同意による入院制度が台湾法では取り入れられなかった理由

については、おそらく家族像の違いが根底にあるのではないかと推定される。日本の家族像は一家の主である戸長が中心であったのに対し、中国人の家族像はもっと広い血族の理念が中心になるといわれる。林憲論文では中国人の家族は、患者と老人を施設に入れたがらない傾向があると述べられている。

2) 強制地域社会治療

これは医療機関に出むいて治療をうけるというよりも、医療スタッフが地域に出むいて治療をするというイメージの制度であり、このような治療を法で規定するのは世界的にも珍しい。その要件は次の如くである。

【第 45 条】

重度精神障害者→医師の指示を遵守せず→病状が不安定または生活機能が退化する恐れ→専門医師の判断→地域社会治療を受けさせる必要→保護者は重度精神障害者を支援し、地域社会における治療を受けさせなければならない→（本人）同意→治療実施。拒否→強制治療の許可申請→審査会、可否の決定。

強制的治療は 6 ヶ月を超えない。ただし審査会の許可を得て 1 回につき 1 年延長が可能である。

日本では該当する精神障害者は多いと考えられるが、台湾では適用ケースが殆どなく、全島で年間 10~20 名ぐらいであろうと推定された。

その理由として実際に強制的に服薬させることは困難で、警察・消防の協力を得てデポ剤を打つくらいで、強制社会治療ができる程度ならば家族の同意で入院

治療ができる。当初乱用の恐れが危惧されていたが、現在は利用すべきなのに利用できていない、という意見もあった。現在はむしろ、任意で本人同意のもとで自宅訪問で実施していることが多い。

C. 考察

台湾法は強制入院制度を規定しているが、その手続きが厳格かつ煩瑣なため、強制入院は入院総数のたかだか数%を占めるにすぎない。

強制入院要件のある精神障害者には a, b, c と示した一連のプロセスがあるが、この間たえず本人に「同意しなければ強制入院」という強い説得が行われ、強制入院では医療費が安いという背景もあり、圧倒的多数が一般入院となっている。これらの精神障害者は、たてまえば自発的な一般入院であるが、台湾法では（第 37 条）身体拘束を含めた行動制限を受けるおそれがある。

台湾法の精神障害者及び保護人には、精神障害者の人権制限に対する対抗手段の規定がない。今回は人権に関する調査は行っていないが、大部分の精神障害者は法の定めのないまま、実質的に日本の医療保護入院と同様の入院形態におかれていると考えられる。

強制地域社会治療については、殆ど地域精神科医療の手段になっていないことが明白となった。

事例 1 は台湾法では治療導入は不可能であり代理同意による強制的入院制度がなければ放置せざるを得ない。

事例 2 は台湾法では強制入院として治療導入は可能であるが、日本では措置入

院の適用は困難であり、医療保護入院制度がなければこれも治療導入は出来ないであろう。

台湾法では強制的社会治療は事例 1 では可能であるが、事例 2 では一般的にかなり危険を伴う。事例 2 の精神保健福祉法の手続きとしては、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設置された移送制度で対応すべきであるが、この制度は殆ど使われていない。事例 2 の治療導入の際のリスクは誰が補償するのかむずかしいので、結局は放置にならざるを得ない。

このような観点から考えると、措置入院の判定基準を緩くするか、日本の医療保護入院のような強制入院制度を維持するかのいずれかがなければ、多くの患者は放置されることになるだろう。

保護者制度が廃止になったが、なお本人の同意によらない医療保護入院が残ったのは倫理、法理に合わないという指摘もあるが、実務者としてはこの制度がない場合の家族、社会の困難、なによりも放置されかねない精神障害者の不幸を考えると、このような制度は残すべきであると考えられる。

D. 文献（アルファベット順）

1. 新垣元：保護者制度の廃止とその問題点：高柳功、山本紘世、櫻木章司編 精神保健福祉法の最新知識、中央法規、2015、pp61-64
2. 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 項（1983 年）
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 卷 3 号 171-188
項 (1995 年)
4. Salzberg SM, Taiwan's Mental Health Law, *International Journal of Law and Psychiatry*, Vol. 15, pp43-75, 1992
 5. 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.

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

台湾における強制入院の実際

研究協力者 松木崇（横浜仲通り法律事務所、弁護士）（A/B/C 担当）
高柳功（医療法人社団四方会有沢橋病院、理事長・院長）（D 担当）
谷野亮一郎（医療法人社団和敬会谷野呉山病院、院長）（D 担当）

研究要旨：我々の「精神医療制度に関する法制度の国際比較調査研究」においては、訪問先の医療機関等において、日本においては医療保護入院による強制入院が可能とされている 2 つの設例を示して、それぞれの国の法制度の下では強制入院が可能かを調査することをやっている。台湾の精神保健法では、①対象者が「重度精神障害者」であること、②対象者に「②他傷、自傷または傷害の恐れ」があること、の 2 つが強制入院の要件である。2 つの事例においてはともに①の要件は満たしているが、事例 1 においては②がなく強制入院が認められないというのが、ほぼ一致した回答であった。

A. 研究目的

台湾精神保健法はその 41～44 条で強制入院を規定しているが、その運用上、どのような場合に強制入院が行われることになるのかを知ることが研究の目的である。

法文上、台湾の強制入院制度は日本の措置入院と類似したものである一方、医療保護入院に対応する強制入院制度は存在していない。日本では措置入院が狭く、厳格に運用されている反面、医療保護入院が、強制入院が必要と考えられる事例を受け止めている状況にある。台湾の強制入院の実際を知ることが、日本の医療保護入院のあり方についても示唆を与えるものとなろう。

B. 研究方法

訪問先に、次の 2 つの事例（英訳は「総括報告」にある）を提示して、考えられる対応について質問した。

<事例 1>

頻回入院、統合失調症、独居、近隣住民からの苦情が発端、社会的入院を継続。

【患者の状況】46 歳、女性、既往症なし。連絡可能な親族はいない。

【相談までの経緯】

・同胞なし。周産期発育に異常なし。中学校卒業後、無職。

・X-25 年（21 歳）のときに交際相手と駆け落ちし、以降、実家とは音信不通。

・X-20 年（26 歳）の時に「誰かに追われている」と夫に訴えるようになり、精神科

病院を受診。統合失調症と診断され、3 カ月任意入院。その後も、服薬を中断しがちで、医療保護入院を 2 回、任意入院を 5 回繰り返した。

- ・次第に認知機能や生活能力の衰えが目立ち、家事のほとんどを夫が行うようになった。

- ・X-1 年（45 歳時）に、夫が交通事故で死亡。夫の遺族年金と生命保険を取り崩し暮らしていた。次第に、家にこもり、通院も不規則となり、不眠が続くようになった。

- ・X 年、ゴミを家の中にため込み、また、ゴミ収集所に捨てられた大型ゴミも家の中に持ち込むようになった。次第に家の前にもゴミを積み上げ、異臭がひどく、往来にも支障をきたすようになり、困り果てた隣人が市役所の環境担当課に相談し、その担当者が自宅を訪問した。

【入院が必要と判断した理由】

- ・環境担当者が訪問したところ、自宅の中、外にもゴミがあふれ、いわゆる「ゴミ屋敷」状態であった。本人は、玄関先で「これは必要なものです」と繰り返すのみで、担当者と目を合わせようとしない。

- ・環境担当者が、本人の行動が精神的なものではないかと判断し、市保健師に相談。市保健師が訪問したところ、悪臭にも関わらずゴミの中で身を潜めていた。

- ・その後、市保健師が、数回訪問するうちに、本人が精神科の治療歴があることを把握。本人を説得し、病院受診に同行。精神保健指定医から入院について説明されても、「病院よりも家で隠れていた方が安全」と言い張り、入院について同意しなかった。

- ・精神保健指定医は、①服薬中断しており、病状悪化の恐れや健康管理面への影響が想

定されること、②妄想による近隣への迷惑行為があり、病状悪化により迷惑行為が拡大する懸念があることを勘案し、市町村長同意による医療保護入院が必要と判断した。

【入院中の状況】

- ・入院直後から 1 カ月間、食事、トイレ、風呂以外は、布団にくるまり、独語する日々が続いたが服薬調整により徐々に精神状態は改善した。看護者や作業療法士による活動の促しにより、活動性や生活能力も改善したが、病識は不十分だった。

- ・入院後 6 カ月経過時点で入院前の住居は立ち退きとなった。入院前のエピソードから独居も困難と思われたが、受け入れ可能なグループホームはなく、病状は改善しているものの社会的入院の継続を余儀なくされている。

<事例 2>

未治療、統合失調症、家族同居、元々不良だった家族関係が入院でさらに悪化。

【患者の状況】38 歳、男性、既往症なし。姉と姪が本人宅に出入りし本人と関係不良。

【相談までの経緯】

- ・同胞 2 名第 2 子。周産期発育に異常なし。中学校卒業後、運送業を転々とした。X-4 年夏より引きこもり。未婚。父親は死亡しており、母親と 2 人暮らし。

- ・X-5 年(33 歳)時に不眠、抑うつ気分を認め、A 病院精神科へ初診した。「うつ病」の診断でパロキセチンが処方されアクティベーション様の興奮をきたし、窃盗、暴行で逮捕され執行猶予となった。以降、自宅閉居、無為な生活を送るようになった。母に対して暴言や暴力を振るい、怒りは姉と姪に対して特に顕著だった。自宅で電話のコ

ンセントを抜く、窓にエアークラップを貼り目張りをする、自室の扉に釘を沢山打ちつけ、「盗聴されている」「見張られている」と防犯カメラを何台も設置する、などの被害妄想に基づく異常行動も認めるようになった。

・姉と姪は母のことを心配し本人宅を訪れ、本人に干渉し叱咤していた。本人は姉と姪に対して徐々に怒りの感情を溜めていた。母は姉、姪と本人の不仲に困惑していた。

・X年家族が精神科への受診を促す度に興奮をきたし、家族は保健所に相談したが、手続きが複雑との理由で公的搬送サービスは利用できなかった。X年5月10日、困った家族が民間の救急搬送サービスに依頼し、本人を精神科病院に受診させた。

【入院が必要と判断した理由】

・診察場面では、穏やかに現在までの出来事を振り返り、幻覚や妄想は目立たず、怒りの対象は家族に限局しており、医療の必要性を否定した。姉と姪は精神科への入院の希望が強く、本人の現在までの威嚇行動や精神的不安定さを切々と語った。本人は、姉、姪の入院要求に対し「ぶち込めばいいと思っているんだろうが！」「覚えてろよ！」と突如興奮し殴りかかろうとした。診察した精神保健指定医は、統合失調症と診断し、家族への攻撃性が顕著であり、継続的な外来治療も困難なため入院加療を要すると判断したが、本人は入院に同意しなしないため、同行していた母親の同意を得て、同日医療保護入院となった。

【入院時の状況】

・外来での興奮状態から衝動行為の恐れが高く、精神保健指定医の診察の結果、隔離を開始した。リスペリドン1.5mgの投与を

開始し、興奮が改善したため隔離を解除した。病棟内適応は良好で妄想も目立たなかったが、家族面会の度に「勝手に入院させやがって。薬漬けにすればいいだろ！」と暴言を浴びせ物を投げつけるなど興奮を呈した。入院当初は、早期退院が可能と思われたが、元々不良であった家族関係が非自発的入院により複雑化し、自宅への退院には慎重な判断と家族調整を要すると考えられた。家族への心理教育を行い、複数回の外泊で安全を確かめたのちに、同年7月6日に自宅へ退院となった。

【現在の状況】

・X年8月現在、自宅で生活し外来通院は継続しているが家族に対する敵意や衝動性は持続しており、家族は本人に怯えながら生活を続けている。

C. 研究結果

1 事例の意義

事例1は、疾病の影響でゴミをため込んでしまった未治療の統合失調症患者のセルフネグレクトケースである。市町村長同意で医療保護入院したものの、退院後の生活環境調整が困難なために長期入院（社会的入院）を余儀なくされている。

事例2は、家族への暴力・暴言はあったが攻撃性が対家族に限定されていたこともあって、措置入院でなく医療保護入院したケースである。医療保護入院に家族が同意したため、もともと不良であった家族関係が一層増悪されてしまい、退院後、家族は怯えながら生活している。

いずれの事案も、日本では医療保護入院で対応されており、改正精神保健福祉法の

下でもその状況に変わりはないと思われる。しかし、改正法では、家族等が存在する場合にはその同意を求められることから市町村長同意が得られにくいとの指摘がある一方、家族等の同意を制度上残したことで、医療保護入院に際して身近な親族による同意が要求されるという問題状況は解消されなかった。そこで、今後の法改正の参考とするため、視察先（居然病院、台湾大学医学部精神科、心口司、松徳病院）にあらかじめ両事例の日本語版、英語版を送付し、台湾での精神科臨床における両事例への対応を聴取し、調査した。

2 精神保健法の適用

1) 台湾精神保健法における強制入院

台湾の精神保健法には、精神科入院治療について、日本の任意入院・医療保護入院に相当する規定はなく、(措置入院に相当する)「強制入院」(41条)の規定しか存在しない。強制入院によらない入院形態は、患者の同意を得る自発的入院であり、一般の医療契約である。そこで、台湾における各事例の本人への治療は、「強制入院」の要件を満たすか否かがポイントとなる。

2) 強制入院治療の要件 (41条)

実体的要件として、患者が①重度精神障害者(3条4号)に該当すること、②他傷、自傷、または傷害の恐れがあること、③全日入院治療の必要性があるにもかかわらず、本人がこれを拒否する又は自己の意思を表現できないこと、手続的要件として、④審査会の許可があること、である。

① 重度精神障害者

3条4号は、重度精神障害者の定義として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)の診断があることを要件としている。

診断基準は、現在はDSM-IVが用いられているようである。

いずれの視察先においても、事例1、事例2の本人は、ともに深刻な統合失調症の症状があり、「重度精神障害者」の要件を満たすとのことで、聴取した医師の一致した見解であった。

② 他傷、自傷または傷害の恐れ

台湾では、セルフネグレクトは「自傷」の要件を満たさないと解されている。深刻な拒食症であっても、自傷行為と扱われず、強制入院の要件は満たさない。そのため、強制入院と自発的入院の狭間に落ちてしまい、十分な治療を受けられない精神障害者もたくさんいるとの説明があった。他方で「他傷」の要件は、他人に対する有形的暴力はもちろん、暴言であっても認定され、これは家庭内でも同様とのことであった。台湾では家族間の暴力行為であっても、被害の申告を行い、場合によって法廷での証言も厭わない文化的背景があるとの説明があった。このような解釈・運用によれば、日本の措置入院の「他害」の要件よりも、柔軟に認定されていると考えられる。

3) 強制入院の可否

したがって、事例1の本人は、未治療でゴミをため込むなどの問題行動があるが、「自傷」行為がないことから、上記②他傷、自傷、傷害の恐れ要件を欠くことになり強制入院できない。事例2は、「他傷」の要件を満たすことから、上記③④の要件を満たせば強制入院は可能である。

これは、すべての訪問先で一致した見解

であった（但し、審査会の審査が厳格に行われていることもあり、事例 2 においても強制入院が許可されるか否か、情報が不足している旨の指摘があった）。

3 強制入院によらない治療、対応等

事例 1 は、強制入院の対象とならず、ゴミ屋敷で生活をしていても、患者本人が入院に同意しない限り入院治療を受けることができない。もっとも、本人を精神病院まで連れてこられれば、緊急安置（42 条）のうえで、本人を説得して自発的入院を促すことは頻繁に行われているとのことであった。

在宅医療としては、強制地域医療（46 条）が法的には可能であるが、強制地域医療そのものが極めて少ない運用となっている。その理由として、医師が患者のもとを 2 週間に 1 回は訪問しなければならず負担が重いことや、法律上警察・消防の協力を得られるものの（32 条）、患者との紛争を恐れて消極的であること、もともと警察や消防と医療機関との連携が不十分であり、仮に医師が警察の協力のもとで物理的に拘束し（37 条参照）、患者に強制的に注射をしても、次回以降は患者が逃走するなど治療を拒否されてしまい、結局のところ治療意欲のない患者に対しては実効性がないことなど、様々な要因が指摘されていた。

また、事例 1 について、複数の医師が現実的な対応として示唆したのは、「環境衛生法」に基づいた行政機関の介入である。ゴミの山積・周囲への悪影響の程度にもよるが、近隣住民から同法による環境衛生の担当部署へ通報がなされると、役所の職員が自宅に赴いて本人と面談したうえで、病院

に連れてきて、治療につなげるとともにゴミへの対処も行っていくという。

事例 2 については、精神保健法に基づく強制入院治療だけでなく、「家庭暴力防治法」（以下、DV 法という）（中華民國 87 年 620 日總統華總曉義字第 8600077370 號令公布）による対応が可能とのことである。台湾で 1998 年に制定された DV 法は、「家庭暴力」を、「家族構成員の間において、身体的又は精神的、あるいは経済的に、騷擾行為を行う、コントロールする、脅迫する、その他不法な侵害を与える行為をいう」と定義する（2 条 1 項 1 号）。したがって、日本法（配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護等に関する法律）とは異なり、配偶者間暴力（台湾では、2016 年からは恋人間にも適用されるよう改正されるとのことであった）ばかりでなく「家族構成員」の暴力にも適用される。ここでいう「家族構成員」とは、次に掲げる各人員及びその未成年の子をいう（3 条 1 項）。

①配偶者又は前配偶者。

②現在又は以前に同居関係を有する者、家長尊属又は家族の関係を有する者。

③現在又は以前に直系血族又は直系姻族である者。

④現在又は以前に四親等内の傍系血族又は傍系姻族である者

このように、配偶者間暴力だけでなく、家庭内における児童虐待、子の親に対する暴力も、本法の対象となり、その加害者は、以下に説明するような保護命令の対象となるため、事例 2 の患者にはこの命令を出ることができる。そして、ある医師によれば、家族からこのようなケースの相談があった場合には、精神衛生法による強制入院と DV

法、双方の説明を行って、家族に対応してもらっているとのことであった。

なお、保護命令についての手続きは以下の通りである。

被害者は、裁判所に対して保護命令の申立を行うことができ（10条）、裁判所は審理を終結した後、家庭暴力の事実がありかつ必要と認める場合は、請求又は職権によって相手方に被害者又はその特定の家族成員に対する家庭暴力を禁止するなどといった、「通常保護命令」を発することになる（14条）。この通常保護命令の中の一つに、「加害人處遇計畫」を実施させる命令も掲げられており（14条1項10号）、裁判所は、加害者に対して、民事保護命令の一つとして、認知行動療法、ペアレンティングプログラム、薬物治療、精神治療、カウンセリング又はその他の治療補導（2条1項6号）を命じることが可能である。裁判所は、加害者處遇命令を発する前に、必要な場合には、医師、サイコロジスト、ソーシャルワーカー等に加害者の鑑定を行わせる（13条2項）。通常、鑑定では、加害者の精神状態、心理状態、認知状況、そして再犯の可能性などについて評価が行われ、裁判官に報告される鑑定結果には、どの程度の期間、どのような治療が必要であるかが明記されている。裁判官は、その鑑定結果に基づき、保護命令として加害者處遇命令を科すか否かを決定する。保護命令には、

「医療か心理輔導を、何ヶ月の間、毎週何時間受ける」ということ、及び、「命令を受けた日から何日以内に、戸籍〔日本の住民票に類似する〕の存する警察に出頭しなければならない」ということのみが記載される。精神治療の場合、入院治療か通院治

療かは、初回の医師の診察を経て決定されることである（町野朔「Ⅲ章 台湾」『配偶者からの暴力の加害者更生に関する調査研究』〔内閣府男女共同参画局、2003年〕151-152頁）。

保護命令の期間は2年以下であるが（15条1項）、延長の申立により、1回2年を限度として延長も可能である（15条2項）。

なお、保護命令として「加害人處遇計畫」の実施を言い渡された加害者が、命令に違反し処遇を受けない場合には、保護命令違反罪として、3年以下の有期徒刑または拘留もしくは新台湾元10万元以下の罰金が併科されうる（61条）。

なお、最新版の台湾家庭暴力防治法は以下のURLからダウンロードが可能である。
<http://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?PCode=D0050071>

4 小括

以上、台湾においても、事例1、事例2のいずれの事案も、本人の精神科治療が必要という認識は日本と同様であるが、入院に際して、日本の医療保護入院に相当する規定がないことや、強制入院が抑制的に運用されていること等の事情もあり、事例1は強制入院が認められず自発的入院による治療、事例2は強制入院が可能という結論の差異が生じる。

いずれの事案も精神科医療だけでは解決困難なケースワークが必要であるところ、代替する法的手続についても医師が精通しており、患者や家族、支援者にアドバイスしていることが示唆に富んでいる。

D. 事例への対応と移送制度の問題（精神医学的考察）

事例 1、2 について日本の精神保健福祉法で現在考えられる対応について以下にのべる。

<事例 1>

この例は統合失調症の慢性状態で残遺的な幻覚妄想はあるかもしれないが、不活発で無為自閉的かつ収集癖があるため、事例化した症例と思われる。すでに報告されているように台湾法では対応不可能である。

日本での対応は保健師の同行で病院を受診させたとあるが、男性であればどうなるのか。このような事例は移送制度で対応すべきであろう。日本の措置要件には該当しないので、応急入院をへて医療保護入院とすることが精神保健福祉法に沿った手続きであろう。

<事例 2>

この例はおそらく幻聴から発展した被害妄想のため、仮想の敵にむかって嚴重に自己防禦を固めていて非常に危険な状態にある。

台湾法では強制入院は可能である。

精神保健福祉法では、「自傷他害のおそれ」の判断は事実行為を考慮して判定することになっているので、措置入院は実務者としては判定できないと考えられる。残された方法は医療保護入院しかない。また治療への導入にあたっては事例 2 では民間救急搬送サービスを依頼したとあるが、家族の対応能力の限界を超えているので、本来的には移送制度が適用されるべき事例であろう。精神保健福祉法における移送制度が全く機能していない実態が如実に現れている。

資料 1 台湾精神衛生法（和訳）

- 以下の「精神衛生法」の和訳は、国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 精神保健計画研究部「改革ビジョン研究ホームページ」に「精神衛生法台湾語日本語対照表」として掲載されたものを参考にしながら、洪士軒氏（中華民国弁護士）によって作成されたものである。国立精神・神経センターと洪氏には感謝申し上げます。
http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/vision/overseas_ta.html
- なお、1990年法のSalzberg教授による英訳が、Stephan M. Salzberg, Taiwan's Mental Health Law, International Journal of Law and Psychiatry, Vol. 15, pp. 61-75 (1992)にある。

精神衛生法

1990年12月7日、総統（79）華総（一）義字第7007号令を制定、全文52条公布。
2000年7月19日、総統（89）華総（一）義字第890017700号令改正、第2、9、11、13、15条条文公布。
2002年6月12日、総統華総一義字第09100119170号令改正、第43条条文公布。第23-1、30-1条条文追加制定。
2007年7月4日、総統華総一義字第09600085861号令改正、全文63条公布。かつ公布1年後実施。

第1章 総則

- 第1条 国民の心の健康を促進し、精神疾患を予防及び治療し、精神障害者の權益を保障し、精神障害者の地域社会生活を支援・支持するため、この法律を制定する。
- 第2条 この法律の主務機関は、中央レベルは行政院衛生署、政令指定都市レベルは市政府、県（市）レベルでは県（市）政府（県庁または市役所）とする。
- 第3条 この法律で使用する用語の定義は以下の通りである。
- 一、精神疾患： 思考、情緒、知覚、認知、行動等精神状態異常の現れ、これにより生活に適応する機能に障害が起こり、医療とケアの必要があるものを指す。その範囲は精神病、神経症、アルコール依存症、薬物依存症、及びその他の中央主務機関が認定した精神疾患などを含む。但し、反社会的な人格異常者は含まれない。
 - 二、専門医師： 中央主務機関による医師法に基づく審査に合格した精神科専門医師を指す。
 - 三、精神障害者： 精神疾患に罹患した者を指す。
 - 四、重度精神障害者： 精神障害者のうち、現実から逸脱した異常な思考及び特異な行動の現れがあり、それにより自身のことが処理できず、専門医師の診

断により認定された者を指す。

- 五、 地域社会精神リハビリテーション； 精神障害者が徐々に社会生活に適応することを支援するため、地域社会において患者の仕事能力、仕事態度、心理的回復、社交技術、日常生活機能などに関するリハビリテーションを提供することを指す。
- 六、 地域社会における治療： 重度精神障害者の病状の悪化を避けるため、地域社会で行う在宅治療、精神リハビリテーション、外来治療などの治療方法を指す。

第2章 精神衛生体系

第4条 中央主務機関は以下の事項を所管する。

- 一、 国民の心の健康の促進、精神疾患の予防・治療政策及び方策、計画立案の制定と宣伝に関する事項。
- 二、 全国の精神障害者サービス及び権利保障政策、法規、方策の計画立案、制定と宣伝に関する事項。
- 三、 政令指定都市及び県（市）主務機関に対し、精神障害者を受診させ、権益保障の監督と調整を行う事項。
- 四、 政令指定都市及び県（市）主務機関による精神障害者サービスを奨励する計画立案に関する事項。
- 五、 精神障害者医療サービスに関する専門家訓練の計画立案に関する事項。
- 六、 精神障害者保護業務の計画立案に関する事項。
- 七、 全国の精神障害者の資料の統計に関する事項。
- 八、 各種精神ケア機関の指導、監督と評価に関する事項。
- 九、 その他の精神障害者サービス、権益の保障に関する計画立案、監督指導に関する事項。

中央主務機関は4年ごとに、前項各号の事項を含む国家心理衛生報告を公表しなければならない。

第5条 中央主務機関は、人口と医療資源の分布状況に基づき、医療責任地域を区分し、地域精神疾患予防及び医療サービスネットワークを構築し、かつ、その計画を制定し、実施することができる。

第6条 政令指定都市、県（市）主務機関は管轄区域に以下の事項を所管する。

- 一、 国民の心の健康の促進、精神疾患の予防・治療方策の計画立案と実施に関する事項。
- 二、 中央が制定した精神障害者サービス及び権益の保障政策、法規、方策等の実施に関する事項。
- 三、 精神障害者に医療を提供し権益保障政策、自治法規及び方策の計画立案と制

定、宣伝等の実施に関する事項。

四、精神障害者医療サービスに関する専門家訓練の計画立案と実施等に関する事項。

五、精神障害者保護業務の実施に関する事項。

六、精神障害者の資料の統計、整理等に関する事項。

七、各種の精神ケア機関の指導、監督と評価等に関する事項。

八、その他の精神障害者サービス、権益保障に関する計画立案、監督指導等に関する事項。

第7条 政令指定都市、県（市）主務機関は地域社会の心理衛生センターを通じ、心理衛生の宣伝、教育訓練、カウンセリング、照会、委託、転院後の継続サービス、資源ネットワークとの連携、自殺、物質乱用防止及びその他の心理衛生等の事項を行わなければならない。

前項の地域社会心理衛生センターにおいては心理衛生に関する専門家によりサービスを提供しなければならない。

第8条 中央主務機関は中央の社会行政、労働及び教育等の主務機関と連携しながら、地域社会ケア、リハビリテーションなどとの支援体系を構築し、精神障害者に医療、就職、就学、生活保護、心理治療、心理カウンセリング、及びその他の地域社会ケアサービスを提供しなければならない。

第9条 労働主務機関は職場の心理衛生を推進し、病状の安定した精神障害者が職業訓練と就職サービスを受けるよう支援し、使用人が就職機会を提供するよう奨励・補助しなければならない。

第10条 各級行政教育主務機関は各級の学校心理衛生教育を推進し、学生の心理指導、危機対応と照会、委託の体制等を構築しなければならない。

各級主務機関は前項の業務の推進と構築を支援しなければならない。

高等中学校以下の学校心理衛生教育課程の内容は中央教育主務機関と中央主務機関が連携して策定する。

第11条 各級教育主務機関は精神障害者が各級各種の教育支援を受けられるよう計画立案を推進し、優しい学習支援環境を構築しなければならない。

第12条 各級社会行政主務機関は自主的にまたは民間資源と連携して、慢性精神障害者の社会救助と福祉サービスの統合に関する施策を計画的に推進しなければならない。

第13条 中央主務機関は精神衛生専門家、法律専門家、病状の安定した精神障害者、精神障害者の家族、または精神障害者の権益を促進する団体の代表を招き、下記の事項を取り扱わなければならない。

一、国民の心理衛生政策促進に関する諮問事項。

二、精神疾患予防・治療制度に関する諮問事項。

三、精神疾患予防・治療資源の計画立案に関する諮問事項。

- 四、精神疾患予防・治療研究開発に関する諮問事項。
- 五、精神疾患の特殊治療方法に関する諮問事項。
- 六、精神障害者の受診の権益の保障及び権益の損害事項の統合、計画立案、協調、推進の審査事項。
- 七、その他精神疾病予防・治療に関する諮問事項。

前項の症状の安定した精神障害者、精神障害者の家族、精神障害者の権益促進団体の代表は少なくとも三分の一以上、かつ単一の性別は三分の一以下であってはならない。

第14条 地方主務機関は精神衛生専門家、法律専門家、病状の安定した精神障害者、精神障害者の家族、精神障害者の権益促進団体の代表を招き、下記の事項を行わなければならない。

- 一、国民の心理衛生促進に関する諮問事項。
- 二、精神疾患予防・治療研究計画に関する諮問事項。
- 三、精神ケア機関設立に関する諮問事項。
- 四、患者の医療を受ける権益の保障と権益を損なわれた場合の苦情案件の協調と審査に関する事項。
- 五、その他精神疾患予防・治療に関する諮問事項。

前項の病状安定の精神障害者、精神障害者の家族、精神障害者の権益促進団体の代表は少なくとも、三分の一以上でなければならない。

第15条 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。

前項の審査会の構成員は、専門医師、看護師、作業療法士、心理士、社会福祉士、精神障害者権益促進団体の代表、法律専門家、及びそれ以外の関係する専門家を含まなければならない。

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。

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ものとする。

第16条 各級政府機関は実際のニーズに応じ、下記の精神ケア機構を設立または民間の設立を奨励し、関連のケアサービスを提供しなければならない。

- 一、精神医療機関：急性及び慢性精神疾患への医療サービスを提供
- 二、精神看護機関：慢性精神障害者を収容し、ケアサービスを提供
- 三、心理治療所：精神障害者へ臨床心理サービスを提供
- 四、心理相談所：精神障害者へ心理相談サービスを提供
- 五、精神リハビリテーション機関：地域社会精神リハビリテーション関連サービスの提供

精神リハビリテーション機関の設置、管理及び関連事項の規定は、中央主務機関がこれを定めるものとする。

第17条 国と政令指定都市、県（市）の主務機関及び各目的事業の主務機関は専任担当者を任命して、この法律で規定する関連事項を行い、その人数は業務量に応じて増減し調整しなければならない。

前項の業務を行う際の経費について、政令指定都市、県（市）主務機関が財政難の場合には、国の補助を受け、その目的のために使用しなければならない。

第3章 精神障害者の保護及び権益の保障

第18条 精神障害者に対しては、以下の行為をしてはならない。

- 一、遺棄
- 二、心身的虐待
- 三、自立した生活能力のない精神障害者を危険、または傷害が起りやすい環境に置くこと
- 四、強迫、または詐欺の手口で精神障害者を結婚させること
- 五、その他精神障害者に対し、または精神障害者を利用して犯罪または不正行為を行うこと

第19条 専門医師の診断または鑑定により重度精神障害者に属する者は保護人1人を付けなければならない。専門医師は診断証明書を保護人に交付しなければならない。

前項の保護人は重度精神障害者の利益を図るべきものであり、監護人、法定代理人、配偶者、父母、家族等の中から互いに1名を推薦する。

保護人がいない重度精神障害者は、戸籍所在地の政令指定都市または県（市）主務機関により別の適任者、機関または団体を保護人として選任しなければならない。戸籍所在地不明者はその居住地または所在地の政令指定都市または県（市）主務機関がその保護人の選任を行う。

保護人への通報プロセス、名簿作成などの事項の規定は中央主務機関がこれを定めるものとする。

第20条 重度精神障害者が緊急な状況にあり、直ちに保護または病院に行かないと、生命または身体に直ちに危険または危険の恐れがある場合、保護人は緊急措置をとることができる。

重度精神障害者の保護人が直ちに緊急措置を取れない場合は、政令指定都市、県（市）主務機関が自主的にまたは機関或いは団体に委託し、緊急措置を取ることができる。

前項の緊急措置の諸費用は、重度精神障害者または前条2項で規定する者が負担する。必要時には政令指定都市、県（市）主務機関が立て替えることができる。

政令指定都市、県（市）主務機関が費用を立て替えた後には、支出証明の複本と費用の清算書を添付し、書面で10日以上30日以内の支払い期間を明記した上、負担者に費

用の支払いの催促を通知しなければならず、支払期間を過ぎても未払いの場合は、法律の規定に基づき、強制執行に移送することができる。

精神障害者が緊急的な状況にあり、直ちに保護または病院に行かないと、生命または身体に直ちに危険または危険の恐れがある場合は、前3項の関連規定を準用する。

前5項の緊急措置の方法、プロセス及び費用負担等の事項の規定は、中央主務機関がこれを定めるものとする。

第21条 医療、リハビリテーション、教育訓練又は就職指導の目的を理由に精神障害者の居住場所または行動を制限する者は関連法律を遵守し、必要な範囲内で行わなければならない。

第22条 精神障害者の人格と合法的な権益は尊重、保障されなければならない。差別してはならない。病状の安定した精神障害者に対し、精神疾患に罹ったことを理由に就学、受験、雇用を拒み、またはその他の不公平な待遇をしてはならない。

第23条 マスメディアにおける報道は精神疾患に関する差別的な呼び方または描述を使用してはならない。また、事実と異なる、もしくは視聴者に誤った認識を与え、精神障害者に対し差別を生み出すような報道をしてはならない。

第24条 精神障害者の同意を得なければ、病人に対し録音、録画または撮影、並びに精神障害者の姓名、住（居住）所を報道してはならない。重度精神障害者の場合は、その保護人の同意を得なければならない。

前項の規定にもかかわらず、精神ケア機関が精神障害者の安全を保障するのに必要な範囲内で、監視設備を設置する場合には本人に告知しなければならない。重度精神障害者の場合はその保護人に告知しなければならない。

第25条 入院中の精神障害者はプライバシー、通信、面会の自由などの権利を有しなければならない。精神医療機関は精神障害者の病状または医療の必要性などの理由以外に制限をしてはならない。

精神ケア機関はケア、訓練の必要により、精神障害者が作業を提供した場合は、精神障害者に適切な奨励金を与えなければならない。

第26条 重度精神障害者がこの法律の関連規定に基づく強制入院治療を受けた場合の諸費用は、中央主務機関の負担となる。

重度精神障害者がこの法律の関連規定に基づく強制地域社会治療を受けた場合の諸費用について、国民健康保険給付範囲外の者は、中央主務機関の負担となる。

第27条 国は精神障害者の病状の程度とその家庭の経済状況に応じ、精神障害者またはその扶養者の課税を法律に基づき適切に減税をしなければならない。

第28条 精神障害者またはその保護人は、精神ケア機関及び職員が精神障害者の権益を侵害したと認識した場合は書面によりその精神ケア機関所在地の政令指定都市、県（市）の主務機関に申立てることができる。

前項の申立て案件について、政令指定都市、県（市）主務機関は、申立ての内容を調

査、処理し、またその結果を申立人に通知しなければならない。

第4章 医療支援、通報及び追跡保護

第29条 精神障害者もしくは第3条第1項に定めた状態を有する人の保護人または家族は、精神障害者を支援し、治療を受けさせなければならない。

政令指定都市、県（市）主務機関は、前項に該当する者がいること、またはその者の自由が不当に制限されたことを知った場合には自主的に援助しなければならない。

専門医師の診断または鑑定により、重度精神障害者と判断された場合、医療機関はその資料を政令指定都市、県（市）主務機関に通報しなければならない。

第30条 矯正機関、保安処分所及びその他の拘束、感化を目的とした機関または施設において、精神障害者または第3条第1項に定めた状態を有する者がいた場合は、該当機関、機構、または施設で医療を提供し、または治療が受けられるよう移送しなければならない。

社会福祉機構及びその他の国民を長期生活の居住の場として収容または安置する機関または施設において、前項の規定に該当する者がいた場合は、該当機構、または施設はその者を援助し、治療を受けさせられなければならない。

第31条 前条の機関、機構、または施設は精神障害者が離れた際に、即時にその所在地の政令指定都市、県（市）主務機関に追跡保護するよう通知し、かつ必要な支援を行わなければならない。

第32条 警察機関または消防機関は職務を施行する際に、精神障害者または第3条第1項に定められた状態を有する者、他傷または自傷もしくは傷害の恐れがある者を発見した場合には地元の主務機関に通知しなければならない。また、必要に応じ、処理の支援を求め、または共同で処理しなければならない。法律にその他の規定がある場合を除き、即時に近くの医療機関に移送し、治療を受けさなければならない。

国民は前項で規定した者を発見した場合は、即時に地元の警察機関または消防機関に通知しなければならない。

第1項の医療機構は、精神障害者に適切な処置をした後、政令指定都市、県（市）主務機関指定の精神医療機構（以下は指定精神医療機構という）に移送し、治療を継続させなければならない。

第1項に基づき、病院に移送された者の身分が調べにより精神障害者であると判明した場合、該当地域社会の主務機関は即時にその家族に通知し、かつ、治療を受けることを援助しなければならない。

第3項の指定精神医療機関の指定方法、資格条件、管理、専門医師の指定及びその他の遵守すべき事項の規定は中央主務機関がこれを定めるものとする。

第33条 国民の生命、財産の安全を守るため、緊急措置を提供しやすいように、主務機関、警察機関、消防機関において特定の外部サービス専用回線を設置し、電信事業者と連携