

台湾における精神科入院制度の実際-日本の運用との比較と考察

研究分担者：柑本美和（東海大学法学部教授）

研究協力者：和田久美子（医療法人社団金山会桜井病院）

要旨

台湾精神衛生法の運用状況を調査するとともに、2022 年精神衛生法改正の背景を探り、運用の準備状況を把握することを目的に、台湾での視察を行った。

台北を代表する公立病院である台湾松徳病院の病棟を見学するとともに、同院で臨床に携わる医師や法律家との意見交流を行い、台湾における精神科治療や強制入院制度についての知見を得た。台湾の法改正後、同国の強制入院が裁判所判断になったことなどを踏まえ、一般精神科臨床医の立場から、台湾での精神科医療と台湾精神衛生法と、我が国の臨床や精神保健関連の法運用などを比較し、現状と課題について検討を行い、考察を加えた。

A.研究の背景と目的

台湾精神衛生法の運用状況を調査するとともに、2022 年精神衛生法改正の背景を探り、運用の準備状況を把握することを目的に、台湾での視察を行った。精神科医の観点から、台湾を代表する公立精神科病院である松徳病院に関する報告と、現在の日本における精神科医療の課題について考察する。

B.方法

台湾松徳病院を訪問し、2022 年精神衛生法改正前の運用状況と、2022 年改正精神衛生法の準備状況についてインタビュー調査を行い、病棟見学を通じて運用の実際を把握した。

C.結果／進捗

1 はじめに

台湾の精神衛生法（以下、条数のみを示す時は、精神衛生法のそれである）は 1990 年 12 月 7 日に施行された。同法では、重度の精神障害を有し、自傷他害のおそれのある者を入院させるための「強制入院」と、地域で治療を

行うための「強制地域社会治療」という治療形態に加え、患者本人と保護者の同意に基づく「同意入院」を規定している¹⁾。2007 年の法改正を経て、2022 年、障害者権利条約を批准した上での法改正が行われ、2024 年 12 月 14 日に施行された（以下、「2022 年改正法」という）。本改正では、強制入院の決定判断を裁判所に委ねるなどの大幅な改変が行われている。我々は、台湾精神衛生法の運用状況を調査するとともに、2022 年精神衛生法改正の背景を探り、運用の準備状況を把握することを目的に、台湾での視察を行った。精神科医の観点から、台湾を代表する公立精神科病院である松徳病院に関する報告と、現在の日本における精神科医療の課題について考察する。

2. 台北松徳病院視察

松徳病院の正式名称は台北市立聯合病院松徳院区であり、台北市立連合病院 (Taipei city psychiatric center) の一つである。創立は 1969 年で、台湾一の専門病院、教育病院である。病床数は約 500 床で、台湾の司法精神医

学の中心的精神科医が歴代所属している。
なお、多くの医師のサブスペシャリティが司法精神医学である。また、同病院では国立の精神科病院にならび、物質依存の治療にも積極的に取り組んでいる。

1) 病棟内視察

黄名琪院長、邱智強副院長と、元院長である楊添圀医師、陳柏好医師の案内のもと、病棟の見学をさせていただいた（黄医師と陳医師は女性医師であった）。まず、一階の救急外来を見学した。救急外来は正面玄関とは別の場所にある。救急車が横付けできるようになっており、そこから直接病棟に入ることができるようになっている。救急病棟の病床数は16床あり、個室と保護室が含まれる。同院の救急外来の利用者は1日10人程度であるという。この外来で、病棟に収容するか、あるいは集中治療室（ICU）の使用が必要かどうかのトリアージが行われる。暴力的だったり自殺の傾向があったり、意識が混濁している患者は、診察し次第すぐに医師の判断でICUに送られる。緊急の際の管理にかかる患者からの同意などもこの外来で行う。病院では、ここに来て診察等がなされるまで、家族の同伴が求められる。それは、患者本人に自殺等のリスクが存在するためである。

保護室は、前室にトイレが設置されており、保護室内にはマットレスが置かれている（写真参照）。これを用いて拘束も可能である。拘束は最小限にしたいので、拘束を伴わない隔離も行われる。台湾で拘束を行う際は、15分毎の看護師の観察が必要である。看護師が拘束不要と考えた際は、医師を呼び、医師が拘束を解除する。拘束中、医師は2時間に1回診察しなければならない。また、病院全体でガードマン（防護人員）が4人在勤している。看護師の状況により、臨機応変に応援の対応を行う。いうなれば力業部隊である。

救急病棟内の処置室には、ベッドと検査機器、ECTの機材が設置されており、ECTなどの処置はここで行う。ECTは、一般的には麻

酔をかけて行うものだが、同院では麻酔科医は常駐しておらず、精神科医のみで行うという。すなわち、リスクが高い治療を行うことになるため、家族と本人の双方の同意があるときだけ行う。松徳病院で対応が困難な場合は、総合病院に患者を移送し、麻酔科医管理のもと手術室でECTが施行される。2022年改正法が施行される前は、保護人の同意のもとECTが実施可能であったが、2022年改正法では、本人の書面による同意が必要になった。なお、同院でECTを施行することはあまりなく、年間5～10例程度とのことである。ECT適応事例については、週3回、合計15～20回程度施行するとのことであった。

次に、5階の一般病棟を見学した。救急外来での診察で、一般病棟への入院が適当とみなされた患者が収容される病棟であり、一般外来を受診した患者で、入院の必要が生じた場合入院する病棟もここである。ICUを必要しない病状であれば、強制入院もこの病棟で行われる。

この病棟もまた閉鎖病棟である。同意入院の患者についても、この閉鎖病棟で対応可能である。同意入院の場合、治療費は健康保険で賄われるが、強制入院の場合は国費である。入院には食費等だけでも月8,000円かかる。それらの事情から、国は強制入院から同意入院に誘導する政策を行っているという。症状が重症でない、あるいは回復傾向ではあるがリハビリテーション目的の患者が入院することもあるという。ちなみに、松徳病院の入院患者は重症者が多く、一般病院や他の一般的な精神科より病棟のルールが厳しいとのことであった。

病棟のナースステーションには電子カルテの入ったPCが複数台置かれていた。ナースステーションの奥にはカンファレンスルームがあり、ここで患者に関する会議を開いたりするそうである。また、会議室の半分を間仕切って活動スペースにしたり患者を観察したりすることができるようになっていた。一般

病室は4人1部屋である。この基準は健康保険からの要請である（日本における施設基準に当たるものか）。病棟のうち半分は女性用、半分は男性用である。中間は、男女問わず共有スペース等で患者は自由に移動可能である。夜間、男性エリアと女性エリアの間のカーテンを閉める。トイレは共用である。病室ごとに風呂がついている。病棟内の共有スペースにはテレビがあり、レクリエーションもここで行われる。

訪問時、入院患者の多くは地下にある作業療法室に出向いており、ナースステーションでは、作業療法に参加できないと思われる患者が、看護師に見守られながら塗り絵などを行っていた。

2) 精神衛生法改正に関する意見交流

病棟内を見学後、松徳病院の医師たちと意見交流を行なった。松徳病院には台湾北部の審査会があり、楊医師は院長をしながら北部の「中央主幹季刊精神疾病強制鑑定・強制社区治療審査会」（以下、審査会という）の長を務めていた人物である。

以下、同病院でのインタビュー調査結果と、質疑応答の内容を併せて紹介する。

（強制入院の要件）

強制入院（「強制住院」）について説明する。台湾において、患者が重症かつ自傷他害のおそれがある場合、強制入院の適応が検討される。「患者が「重症患者」だった場合、あるいは「自傷他害のおそれ(虞)」がある場合が条件となる。「自傷他害のおそれ」は臨床医の判断で、特段の基準はない。2022年改正前の精神衛生法3条1項4号では、「重症患者」の定義は、①現実から逸脱した（impaired reality testing）②異常な思考及び特異な行動があり（bizarre thinking and queer behavior）、③自身の身の回りのことが処理できず、かつ④認定専門医に「嚴重病人（重症患者）」と診断された者と定義されていた。「現実から逸脱し

た」だけではわかりにくいので、異常な思考及び特異な行動がある（bizarre thinking and queer behavior）という項目が定義に入っていた。

2022改正法では、現実から逸脱した精神状態があり、それにより、自分の身の回りのことが処理できず、かつ、認定専門医に診断された者、という定義に変更された（3条1項4号）。

（強制入院手続き）

強制入院のプロセスについて説明する。患者が重症患者（「嚴重病人」）であり、かつ、「自傷他害のおそれがある」疑いがあるとき、通常、家族あるいは警察、消防が病院に移送する。警察の移送には強制力があるが、消防は移送を担うだけである。救急患者のうち、警察や消防が移送してくる者は4～4.5割で、家族や親類に連れてこられる者も半数近くを占めるといふ。

次いで、「緊急入院」の段階に入る。2022年改正前の精神衛生法では、精神科医が5日以内に強制鑑定を行っていた。「鑑定」とは、臨床判断を意味する。

そこから文書処理、書類の処理を行う。システム内にすべてのデータを打ち込み、審査会に送っていた。審査会のメンバーは、精神科専門医、看護師、心理師、作業療法士（職能治療士）、ソーシャルワーカー（社会工務司）、患者団体（病人權益促進団体）代表、法律家である。これらのメンバーが緊急入院された患者の面接をオンラインで行う。審査会メンバーは、自院の患者の審査には加わらない。なお、審査会は台湾全土で台北と高雄の二カ所だけであり、台北の審査会は松徳病院で行う。従って、松徳病院の院長が審査会の行政にも携わることになる。「台湾精神医学会」が、審査会の運営に深く関わっている。

2022年改正前の精神衛生法では、審査会が強制入院を許可した場合には、まず60日の強制入院が行われ、さらに入院が必要と考えら

れる場合、全く同じフローで手続きがなされ、許可されればさらに 60 日間の強制入院が可能であり、延長（更新）回数に制限はなかった。但し、延長になるケースは 5 パーセント以下であった。

（重症患者）

臨床家にとって、重症患者（嚴重病人）の概念は重要である。2022 年改正前の精神衛生法では、しかし、これでもわかりにくいという意見があり、2022 年改正法では、「現実から逸脱した精神状態」のみが存置された。重症患者の概念においては、「反社会性」は強調しない。これらの者は刑事施設に回すべきということである。統合失調症や躁状態、functional psychosis、薬物あるいは生理的要因による精神病状態などが含まれる。診断基準による定義はなされておらず、審査会において意見が分かれるのはうつと拒食症で、ケースバイケースで判断していくことになる。

（緊急入院）

緊急入院の内容について説明する。緊急入院の期間は、法改正前は最大 5 日間であり、その間に精神科医が鑑定し、書類の処理、データを打ち込んで、審査会に送っていた。精神科医、ナース、作業療法士、心理士、ソーシャルワーカー、患者権利団体が面談をし、場合によってはオンラインで患者との面談が行われていた。強制入院の期間中に同意入院に移行する事例もあった。以下にみられるように、2022 年改正法では、緊急入院の期間は、7 日間に延長された。

緊急入院の妥当性及び審査については、院内医療倫理委員会（clinical ethics committee）の委員がその都度検討し、定期的に委員会を開催している。また、毎年、県および市の保健局が病院の監督と評価を行っている。さらに、全国精神科病院評価（accreditation of psychiatric hospitals）が 3～4 年ごとに外部委員審査を行っている。司法救済として、精

神衛生法による手段があり、家族または本人が申立てることができる。

（強制入院手続き）

2022 改正法での強制入院のプロセスについて説明する。2022 改正法では、重症患者かつ自傷他害のおそれがあり、入院治療を拒否する者について、7 日間の緊急入院の間に強制鑑定が行われる（改正前は 5 日間）。緊急入院の期間が 5 日から 7 日に延びた理由は、5 日以内に決めるのが関係者にとって大変ストレスであったためである。緊急入院の「強制鑑定」については、入院開始から 3 日以内に終わらせることになっている。審査会制度は維持され、審査会での審査を経て、裁判所に送られる。裁判官、専門医、患者権利団体代表の三者による審議が行われる。裁判所は「参与法院」であり、裁判官（法官）、指定精神科専門医及び病人権利代表（病権代表）からなる合議体で判断される。

その結果、60 日間の強制入院の決定が下される。さらに入院延長が必要な場合は、上記の過程を経て、入院延長の手続きが行われる。延長は 1 回までである。

（強制入院・強制地域社会治療の統計）

2008 年から 2023 年における、強制入院・強制地域社会治療の統計の推移を見ていく。2013 年 3 月、精神衛生法見直し施策の強化が行われ、2014 年には障害者権利条約（CRPD）を国内法化する障害者権利条約国内施行法が制定され、同年施行された。2016 年 3 月 28 日の小燈泡事件^{2) 注1)}発生、2017 年 8 月 15 日の桃園裁判所判決（強制入院が精神衛生法違反であるという判決）などを受け、強制入院の件数は減少傾向にある。

（強制地域社会治療制度）

強制地域社会治療プログラムの内容に、薬物療法、薬物の血液あるいは尿の血中濃度検査、アルコールやその他の依存性物質のスク

リーニング検査に加え、心理療法とリハビリテーション療法が追加された(57条1項)。

重症患者が強制地域社会治療の期間中に台湾当局の所轄官庁の指示に従って定期的な治療を受けなかった場合(治療を拒否した場合)、地方の所轄官庁は、必要に応じて、警察または消防署の援助を要請することができる(57条2項から5項)。対象となる患者が地域社会治療を受けなかった場合には、強制入院に移行する申請が行われる(法59条2項から4項)。強制入院の要件との違いは、「重症患者かつ自傷他害のおそれのある者」ではなく、「(入院)治療を拒否した者」だという点である。

強制地域社会治療では、主に自宅で強制治療が行われる。ごくわずかだが、警察が外来受診に協力した事例がある。治療頻度は週1回から月1回までである。

(強制治療と司法救済に関する統計)

2008年には強制入院654件、延長が15件であったが、2011年の年間1185件をピークに減少し、2022年には481件となった。強制地域社会治療については2008年に1件、2017年に37件に上ったが、2023年には年間35件となっている。不服申し立ての件数については、以下のとおりである；提審法による裁判所への不服申し立ての申請件数は、2017年が38件(同年の強制入院781件、強制地域治療が45件)であったが、2023年には6件(同年の強制入院481、強制地域が35件)、民事的な停止申請(精神衛生法に基づく。家族または本人が申請可能)が2014年に93件で、2022年が58件であった。

(行動制限)

2022年改正前の精神衛生法で、「精神科治療施設では、患者の安全を守るため、患者に告知した上で活動範囲(行動)を制限することがある」とされていた(37条1項)。

しかし、2022年改正法において、「精神科治療施設は、医療上、リハビリテーション上、

安全上の必要性から、患者の同意を得て患者の居住地や移動を制限する場合、関係法令を遵守し、必要最小限の制限のために必要な範囲内で行わなければならない」と規定された(31条)。

(行動制限の告知)

2002年改正法では、隔離、拘束などの行動制限を行う際の患者への告知義務が明文化された(32条1,2項)。緊急時または特別な状況下で告知が不可能な場合には、後日に通知する旨を患者に通知するものとする(告知の延期)(32条4項)。

(患者の人権擁護策)

2022年改正法では、「患者の同意なしに、患者の音声、ビデオ、写真、および患者の名前や住所を報道してはならない」「精神科医療施設は、患者の安全を確保するために必要な限度において、前項の制限を受けないが、患者に通知し、重篤な患者にあっては保護者又は家族に周知しなければならない」(39条)、「入院患者は、プライバシー、自由な通信と面会の権利を享受し、精神医療機関は、患者の病気や医療上の必要性を理由とする場合を除き、それらを制限してはならない」「精神科医療施設が、ケアやトレーニングの必要性のために患者がサービスを提供するように手配する場合、施設は患者に適切なインセンティブを与える必要がある」との規定が追加された(40条)。

(重症患者の退院準備)

重症患者の退院準備について、「入院患者の状態が安定または回復し、入院治療を継続する必要がない場合、精神保健施設は患者の退院手続きを支援し、患者の家族または保護者に通知するものとし、理由なく患者を留め置いてはならない」「精神科医療機関は、患者が退院前に退院準備計画を策定し、適切な支援を提供しなければならない；重症患者の場合

は、地域の保健当局に通知して職員の参加を要請し、保護者に相談する必要がある」「精神科医療機関は、退院前に、精神障害と診断された患者の戸籍地又は居住地(住居)の所轄官庁に症例管理業務を行う旨を届け出るとともに、退院の日から三日以内に、前項の計画の内容を地方の所轄官庁に通知し、地域療養、地域支援並びに紹介又は紹介の役務を行わなければならない」「精神科医療機関は、前項の規定に該当しない患者でサービスが必要な者に対し、本人の同意を得て、前項の規定を適用しなければならない」との退院準備に関する記載が追加された(2022年改正法 33 条)。

(精神保健センターと保健所)

地域の精神保健センターと地域の保健所についての役割と義務は、2022 年改正法 28 条に定められている。

また、さまざまな地域サービスは、以下のように定義されている(2022 年改正法 23 条)。

患者に対する地域支援サービスは、多重的かつ継続的なサービスの原則に従って計画され、処理されるべきである(23 条 1 項)。患者のニーズに応じて、地方自治体は、適切なコミュニティ支援体制を確立するために、機関、法人、または組織に委託、助成、または報酬を与え、終日、日ベース(デイケア)、在宅、コミュニティベース、またはその他のコミュニティサポートサービスを提供するものである(23 条 2 項)、地方自治体は、患者の家族に対して、メンタルヘルス教育、情緒的支援、レスパイトサービス、ホットラインサービス、その他の支援サービスを提供すべきである(23 条 3 項)。他の法律が患者のための地域支援サービスについて同等またはより有利な規定を持っている場合、それらは優先されるものとする(23 条 4 項)。コミュニティ支援サービスの内容と実施方法は、中央所轄官庁によって通知されるものとする(23 条 5 項)。患者ケアサービスを提供する施設の居住者から何らかの形で反対があった場合、地元の所轄官庁

は障害を取り除くのを支援するものとする」と規定されている(25 条)

(検察による受療援助)

2022 年改正法では、精神疾患の疑いのある犯罪者に対する処遇が新たに追加された。「殺人又は傷害事件を担当する検察官は、被告人又は刑事被疑者が 3 条 1 項 1 号に規定する状態にあると疑われるときは、関係法令に従って処理するほか、必要なときに、その者が医療を受けることを支援することができる」とされている(50 条)。

(監護処分)

監護処分が完了した後、患者は、県および市の保健所により、フォローアップカウンセリングを受けることができる。台湾における監護処分は、初回は最長 5 年間執行することができ、その後さらに 3 年間延長することができ、その後、延長が必要かどうかを 1 年ごとに評価される(刑法 87 条)。刑法改正後、一部の裁判官は監護処分の判断に保守的となり、不定期監護処分避けているようにみえる。知的障害者は、障害者施設、精神科治療施設、または自宅で働くことができる。台湾では、trans-institution や回転ドアが発生していることを示す証拠はない。

(監護処分に関する統計)

2001 年は監護処分 176 件のうち、責任無能力(無罪)が 34 件、限定責任能力が 139 件であり、2022 年は 109 年のうち責任無能力が 27 件、減刑監護が 168 件であった。

(薬物依存症者への対応)

台湾精神医学会と台湾依存症医学会は、薬物依存症者の場合、法律で通報義務がない限り、医療機関は医療上の守秘義務を負うべきだと主張している。毒品危害防制條例 10 条では、第一種薬物を施用した者は、6 ヶ月以上 5 年以下の懲役に処する。第二級の薬物を施用

した者は、3 年以下の懲役に処するとされている（第一種、第二種薬物とについては、文献 3 参照）。

また、毒品危害防制条例 21 条は、「同法 10 条の罪を犯した者が、犯罪が発覚する前に、厚生省が指定する医療機関に治療を要請した場合、医療機関は、治療を希望する者を裁判所又は検察庁に送ることを要しない」としている。例えば、アンフェタミン依存症の治療中で、メサドン置換療法が施行されている者については、それが明らかとなれば、送致されることはないとのことである（3 月 13 日、衛生局での説明による）。

3) 質疑応答

<緊急入院の治療内容、審査について>

揚医師によれば、現在、特に規定で緊急入院の治療内容が定められていない。実務では強制入院と同じに扱っている。注射や行動制限なども行われる。台湾の権利団体の一部は米国と同じレベルにしたいと主張するが、それでは強制入院下でも強制的な投薬はできなくなる。ただ、現状はその段階にはない。緊急入院の妥当性審査であるが、臨床面と法律面で見ている。院内では倫理委員会が設けられている。さらに毎年衛生局から病院への評価（監査）が行われる。台湾では、強制入院は衛生局の管轄であり、強制入院が必要と判断された患者は指定の病院に送られる。これは県あるいは市長の同意による。

<患者権利団体について>

患者権利団体とは、李名誉教授によればロビーのような民間の組織であり、政府の草案に対して異議を申立てる人々であるという。当該組織は、衛生福利部（日本でいう厚生労働省）の認可が必要である。

<強制入院の期間や強制地域社会治療について>

強制入院の期間についてはおよそ 45 日程度

であり、回復しそのまま退院する者もいれば、同意入院に移行する者もいる。「強制社区治療」は「強制地域社会治療」だが、これは通院とは限らない。スタッフがアウトリーチする往診であり、非常に費用がかかるため、実務上、強制地域社会治療は非常に少ない。医師が多忙である上、午前中に医療者 1 組で 1 人の患者しか診られなかったりする。台北ならともかく、地方部だと手間も費用も掛かる。1 回の往診で約 1,000 台湾元が国から支出される。スタッフの食費もガソリン代も全部実費である。強制地域社会治療を拒否する患者もおり、拒否されると、医療者がその実費である 1,000 台湾元が受け取れないという仕組みである。

<緊急入院から鑑定、入院について>

緊急入院は 2022 改正後の精神衛生法で最長 7 日となり、その後、強制入院になる。緊急入院の間に鑑定するが、そこから強制入院に移るときは緊急入院の際の結果が用いられて判断が行われる。医師の判断で入院不要という判断もあり得るし、その間に同意入院が可能になることもある。当初、緊急入院の期間については 14 日間という案があり、それは、その期間中に同意入院の同意を得られることもあるという理由だった。しかし、改正前の 5 日間と 14 日間の間をとって、2022 年改正法では 7 日間になった。

<隔離・拘束について>

強制入院の段階で身体拘束や隔離を行うことがある。隔離・拘束の期間については手元に資料がない。拘束等はすべて臨床判断である。隔離拘束は最小限にしようというのがモットーである。ICU で自傷他害のおそれがあるか、医療上必要性がない限り隔離・拘束は行わない。モニターも設置している。院内倫理委員会があり、3 月に 1 回、行動制限の妥当性についての判断が行われる。

<重症患者要件について>

現状では、逸脱行動などがある人たちが判断基準となっている。しかし、うつや摂食障害などではそれが疑わしいところがある。そのため審査会で、一般の想定以上のものかということを判断している。うつや摂食障害は意見が分かれることがある。うつ病でも、精神状態の不安定さや現実検討能力の欠如という部分をみて、重症患者かどうかの判断している。つまり、診断名というよりその人の全体像を見て、スタッフ皆で判断している。

＜鑑定書のボリューム、内容について＞

鑑定書は「病人診断資料」と呼ばれるものであり、病状に関する証拠資料も付けることがある。それらはデジタル化されており、鑑定書等関係書類は全てアップロードする必要がある。今後、患者が地域に戻ればその資料で自分の情報を見ることができるようになる（現場の医師たちによれば、このシステムは使いづらいとのことであった）。

＜病院から見た、強制入院の判断の妥当性について＞

今後、その最終判断は裁判所になるが、揚医師によれば、精神科医たちの見解はさまざまでありうる。審査会には7領域からメンバーが招集される。その多くは臨床家なので、治療者の判断が尊重されてきた。ただ、臨床家は、人権の観点が若干希薄であるのかもしれない。人権団体からはいろいろな意見が寄せられている。台湾の精神科医はプレイヤー兼審判(player and judgment)になりたくないということがあった。今後やってみないとわからないところがあるという。陳医師によれば、初期の頃の強制入院判断は精神科医だけで行われていた。また、当初、強制入院は30例くらいだった。審査会制度が導入され、強制入院は500～600例くらいになり、審査会を通過する割合はかなり高い。あくまで個人的見解だが、精神科医は自己制限が多いと思う。一つデータを話すと、欧米の精神科入院

では、強制入院が4割であるが、台湾ではそれが4パーセントである。台湾の強制入院の手続きがかなり厳しいというのはこのデータからもわかると思うが、一部の人の声からすれば、治療すべき人が治療できないののではないかという声もあった。これから裁判官が判断することで、今後さらに厳しくなるのか、社会的ニーズに適応できるのか、関係者たちが気になっているところである。

D. 考察

松徳病院を見学するとともに、台湾における精神科入院制度について話を伺うことができた。松徳病院は台湾北部地域の精神科医療の中核を担う、歴史ある病院である。同病院は創立当時の建物を使用していて、外観は年季が入っているが、院内は綺麗にリフォームされていた。中央入口を入ると、デイケアや作業療法に参加していると思われる患者さんらが弁当を売っていた。我が国の一昔前の精神科病院という雰囲気、どこか懐かしい感じを覚えた。保護室の作りや病室のアメニティについても、ほどよく使いやすいように見え、我が国の一般的な精神科病院と大きな変わりはない印象を受けた。

1) 治療における同意について

病棟見学時に、ECTが行われる処置室において、ECTを行う際に患者本人から同意が得られるかどうかについての話題になった。法改正後は、ECTなどの治療についても患者本人の書面による同意が必要になるが、果たしてどのように機能するのだろうか。同院の医師たちも、「患者本人からの同意を得ることは難しいかもしれない」と話していた。ちなみに日本の医療観察法では、本人の同意によらない治療については、倫理会議での事前承認あるいは事後審査が行われており、必ずしも本人の同意は必須ではない。一般精神科臨床でも、必ずしも本人の同意を必要としない。また、ECTなどの特殊治療

は、病状が悪化した場合に行われることがほとんどであることから、緊急を要する場合に本人が同意できるか、本人が同意できなくても、家族等の保護者が同意すれば治療が行われるのか、今後の動向を知りたい。

2) 関係諸機関との連携

同法では、警察、消防との連携が明文化されていた。日本のように入院に際し、移送業者を使うような話は聞かれなかった。日本においては、精神科入院に際し、警察、消防との連携が必ずしもうまくいっているとは言えないし、地域格差が大きい。台湾で円滑に連携できているかどうかは不明であるが、法に規定されている点は非常に重要であると思われる。また、あくまでも印象であるが、台湾は家族同士のつながりが強いようで、入院に際しても家族、親族からの多くの協力が得られるように見受けられた。

3) 入院形態について

台湾の強制入院は、日本の「措置入院」に匹敵するものと思われるが、入院期間を限定していること、期間延長（更新）の事例が少ないとのことであった。李名誉教授によれば、強制入院は公費で賄われるものであることから、国は強制入院を減らしたい意向で、強制入院を適用する事例がかなり限られているとのことであった。また、台湾では、強制入院を減らす方向にあるとの説明だったが、台湾の同意入院は、実際には、保護者が手続きを行っており、日本の「医療保護入院」に相当するもののように感じられる。そのため、同意入院は本人の同意によらない入院も含まれている可能性があり、この点に関して国連人権委員会はどのように評価するのだろうか。台湾の精神衛生法には、日本での任意入院に相当する入院形態が存在しないので、日本との比較が難しい。

4) 強制地域社会治療について

台湾では、強制地域社会医療（強制社区治療）という、在宅での強制治療が行われている。これは日本にはない制度であり、医療観察法の通院治療ともまた異なるものである。医師と看護師が患者宅を訪問する、いわゆる往診が原則だが、時間と費用がかかること、患者に治療を拒否されたら国から費用がおりないとのことで、適用される事例は多くないとのことであった。また、入院を拒否した場合に強制地域社会治療になるとのことであったが、たとえば日本でも、措置入院退院後、必要であると判断された場合には、強制的にアウトリーチができる制度があると、退院後の治療継続がより強化されるかもしれない、見習うべき点であると思われる。

5) 審査会等のシステムについて

台湾では、強制入院の書類等が電子化されていたり、審査会による審査がオンラインで行われたりしているという。オンライン面談などの手段は、コロナ禍で発展したものとも考えられるが、迅速な判断のためにも有益であると思われる。日本では入院時の必要書類をはじめ、紙媒体ベースのものがほとんどである。また、多くの審査や診察等についても、わざわざ患者のもとに出向く必要がある。交通手段が発達している地域であればまだしも、地域格差も大きく、判断を迅速かつ円滑に行うためにも、審査等のオンライン化は日本でも導入が望まれる。

6) 裁判所による判断について

今後、強制入院の判断が裁判所で行われることに関して、台湾精神医学会の意向が強く反映されており、それについては、医師が「**player and judgment** になりたくない」という理由であるという。日本では、措置診察では外部の精神保健指定医が診察、判断を行うことが一般的である。また、医療観察法の審判においては、裁判官と医師が合議体を作

って決定を行うが、審判員である医師の意見に重きを置かれる傾向にある。しかし、鑑定医と審判員は別の医師であり、鑑定入院中の治療も別の主治医によって行われており、医療観察法での治療はまたさらに別の医療者が行うことを鑑みると、ある程度の独立性は保たれているように思われる。

ところで、現在、筆者も精神保健審判員として審判業務に携わっている。裁判官や参与員と協働しながら審判を行っているが、医療観察法では参与員に決定権は付与されておらず、裁判官と精神保健審判員で決定を下すことになる。筆者が関わった事例では、裁判官と意見が大きく分かれた経験はないが、決定内容については、精神科医である精神保健審判員の意見が強く反映されてしまうような印象を受けている。また、審判員と裁判官の二人で決めていることになってはいるが、通常、医療観察鑑定の鑑定人が処遇について意見を述べているため、医師2名（鑑定医、審判員）の意見と社会復帰調整官の意見を見て、裁判官が内容を採用しているイメージだろうか（あくまでも個人の印象である）。いっぽう、台湾では、医師だけでなく、他職種の医療者に加え、患者人権擁護団体が評決に携わるといふ。人権擁護団体が関与するというシステムは画期的であり、どのような影響を与えるのだろうか興味深い。また、本来、日本でも、患者の代諾権者（アドボカシー）の制度化が期待されており、2022年の精神保健福祉法改正で政府は、「非自発的入院制度のあり方に関し、精神疾患の特性等を勘案するとともに、障害者権利条約の実施について精神障害者等の意見を聞きつつ、必要な措置を講ずることについて検討するものとする検討規定を設ける」としている（「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律等の一部を改正する法律（令和4年法律第104号）」附則3条1項）。

日本ではアドボカシー制度は未だに「検討段階」であり、どのような形で非自発的入院

になった患者の権利を守っていくのか、不透明なままである。

さらに、日本の医療保護入院における保護者の役割が少なくなっているのは、現在の社会における家族関係や経済的事情を考えると、ある程度はやむを得ない流れであるとも思われる。残念ながら、血縁の家族が必ずしも本人の権利を擁護する代表であるとは言えないのが、われわれ臨床家のイメージでもある。今回の精神保健福祉法改正でDV、虐待の加害者が保護者から除外されることになったが（精神保健福祉法5条2項4号、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行規則1条）、果たして十分に機能するのだろうか。患者家族の役割、義務が一層薄くなっているのが日本の現状である。

いっぽう、日本とは対照的に、台湾では、家族の者同士とのつながりが濃厚であるようで、日本とは温度差があるように感じた。家族の同意に基づく入院のあり方には、その国の社会制度だけでなく、家族のあり方が強く関係していると考えられた。強制的な入院であっても、家族の意向を尊重しつつ、本人の権利を守りながら精神科医療が行われることになるのだろう。

もう一点、台湾と日本との大きな違いは、日本の保健所に相当する地域精神保健サービスの充実ぶりである。2022年改正法ではさらに精神保健サービスの拠点が増え、サービスの内容も増えた。日本では保健所は減らされる一方で、感染症対応をはじめとした精神保健以外の業務も兼ねているため、サービスがますます手薄になっていることは否めない。また、細やかな支援に関しては市町村レベルが行うことにはなっているが、県レベルと市町村レベルの連携が非常に円滑であるとは言えない印象であり、措置入院などの重要な仕事は都道府県レベルに依るところになっているのが実情である。このような現状では、必要な人にサービスが行き渡らないことが懸念されるし、実際現場でもそれを強く実感して

いる。

また、時間の都合により、現地で詳しい説明を聞くことはできなかったが 2022 年改正法 25 条で、「患者ケアサービスを提供する施設の居住者から何らかの形で反対があった場合、地元の所轄官庁は障害を取り除くのを支援するものとする」とされている。台湾でも、精神科関連の施設を新設するにあたり、地域住民からの反対はあるとのこと、これは日本も同様である。もし、国を挙げてその反対に対処し、減らすことができれば、精神科関連施設やサービスがさらに充実したものになるだろう。

7) 終わりに

今回、台湾の精神科医療施設と、改正精神衛生法について知見を得たので、報告した。重症患者かつ自傷他害のおそれのある患者は強制入院の対象であり、2022 年改正法施行後はその入院判断が裁判所で行われることになる。日本ではすでに、医療観察法において裁判所での決定が行われているが、台湾では短期間かつ多くの審査会メンバーによる合議と判断が行われることになる。今後、台湾における強制入院システムが円滑に運用されるか、動向を注視していきたい。

また、台湾では患者権利擁護団体が審査に関わるなど、患者の人権をより重視するシステムに変わってきている。日本でも精神保健福祉法改正で、患者の権利についてさまざまな改訂が行われたが、台湾では患者の権利を代表する第三者が審査等に密接に加わっていることは画期的であると考ええる。しかし、具体的にどのような形で審査や決定がすすめられていくのか、今後、さらに知見を得ていくとともに、日本でもこのようなシステムが導入可能か検討をしていくことで、患者の人権擁護について、より充実したものになると思われる。今後も台湾の精神科医療システムの動きに注目していきたい。

注 1)

小燈泡事件（内湖無差別殺人事件）とは、2016 年、台北市内湖区の地下鉄駅内で、4 歳女兒が無差別殺人者により殺害された事件である。被疑者の王景玉（33）は 2 年前に同居の両親に暴力を振るったため、精神科受診を迫られ 2 日間入院したが、医師が「嚴重病人」でないと診断したため、強制入院にならなかった。また、アンフェタミン使用歴を有していた。「自分は四川皇帝である」などと述べ、奇異な言動がみられたが、精神鑑定は行われず、起訴された。薬物検査は陰性であった。裁判では一審、二審懲役の判決、最高裁では被告と検察官の上告を棄却し、無期懲役が確定した。事件後、専門家からは「病院や政府機関が覚せい剤使用で逮捕歴もあった王容疑者の追跡調査を怠った」と批判の声が出た。この事件を受け、被害女兒の母親が議員となり、司法改革に動くなどし、法改正の動きが進んだ。

E.健康危険情報 なし

F.研究発表

- 1.論文発表 なし
- 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. 富山侑美：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．平成 27 年度 厚生労働科学研究費補助金（障害対策総合研究事業）総合研究報告書：2015. p.25-31, 2015.
- 2. 2) <https://wedge.ismedia.jp/articles/-/34441?page=2>(最終閲覧令和 7 年 4 月 25 日)