

## 共和国法第 11036 号（別名精神保健法）施行規則

共和国法第 11036 号「統合的精神保健サービスの提供の向上、精神医学的、神経学的、心理社会的な保健サービスを利用する人々の権利の保護と促進、そのための予算の充当、およびその他を目的とした国家の精神保健政策を規定する法令」を実施するため、以下の規則を定める。

### 第 1 章 総則

#### 第 1 条 簡略標題

この規則は、共和国法第 11036 号（別名精神保健法、以下「本法」という）施行規則として知られるものとする。

#### 第 2 条 宣言

国家はフィリピン人すべての精神保健に対する基本的権利と精神障害者の基本的権利を保障する。

国家は、以下のことを保証することによって、国民の福祉を促進することを約束する。精神的健康を重んじ、促進し、そして保護する；精神疾患を治療し予防する；必要な時に、適切な負担額で、高品質かつ文化に即した精神保健医療を全国民が利用できるようにする；精神保健サービスは決して強制を伴うものでなく、また利用者への説明責任を負う；精神障害者は、偏見や差別を受けることなく、あらゆる場面での人権を尊重され、社会や職場への参加が可能である。

国家は、国連人権宣言、障害者権利条約、その他の関連する国際的および地域的な人権条約および宣言に基づく義務を厳格に遵守するものとする。本規則で定義する精神障害者に対する改正共和国法 No. 7277—「障害者のためのマグナカルタ」<sup>※1</sup>としても知られる—の

---

<sup>※1</sup>1992 年 5 月 24 日に成立した障害者憲章(Magna Carta for Disabled Persons)。障害者の権利保障を目的とし、障害者の社会的、医療的、教育的そして雇用のニーズをカバーした包括的な障害者に関する法律。

適用性を明示する。

### 第3条 目的

この規則の目的は次のとおりである。

- (a) 精神保健に関連する国内の政策、戦略、プログラム、および規制を策定、発展、および実施すること等によって、精神保健に関するリーダーシップおよびガバナンスを強化する。
- (b) フィリピン人の精神医学的、神経学的、および心理社会的ニーズに対応した、包括的、統合的、効果的かつ効率的な精神保健医療システムを開発し確立する。
- (c) 精神的、神経学的、および心理社会的障害を抱える人の権利および自由を保護する。
- (d) 精神保健に関する情報システム、エビデンスおよび研究を強化する。
- (e) 精神保健医療を基本的な医療サービスに統合する。
- (f) 教育機関、職場、そして地域社会において精神保健を促進する戦略を統合する。

### 第4条 定義

この規則で用いられている、以下の用語は、以下の定義が適用されるものとする。

- (a) 「依存」とは、脳への報酬、動機、記憶、および関連回路の原発性慢性再発性疾患を指す。回路の機能不全は、特徴的な生物学的、心理的、社会的、そして精神的な症状を引き起こし、それは、自制および行動管理障害、渴望、自身の行動や人間関係における重大な問題の認識低下、および感情的反応の障害などを特徴とする。
- (b) 「介護者」とは、近親者や親戚であるかどうかにかかわらず、患者と個人的関係を保ち、患者の福祉を気遣う人物を指す。
- (c) 「守秘義務」とは、精神的、神経学的、および心理社会的障害を抱える人に関するすべての情報が安全に保管され、そのような情報を使用・所有する、またはそのような情報にアクセスすることを許可されていない人または団体によるアクセスや情報の使用・開示をされないことを保証することを指す。

- (d) 「脱施設化」とは、精神疾患や心理社会的障害を抱える患者を含むサービス利用者が、施設およびその他の隔離された環境から、社会参加、リカバリーアプローチ、サービス利用者の意向や希望が尊重された個別ケアが可能な地域社会へ移行するプロセスを指す。
- (e) 「差別」とは、政治的、経済的、社会的、文化的、市民的、その他すべての分野における、人権および基本的自由の承認、享受および行使を損なうまたは無効にすることを目的とした、またはその効果を持つ、あらゆる区別、排除または制限を意味する。それは、適切な住居の獲得を拒否されるなど、すべての形の差別を含む。意思決定能力障害を有する者の権利を保障し地位を向上させるための特別な措置は、差別と見なされてはならない。
- (f) 「薬物リハビリテーション」とは、共和国法 No. 9165-2002 年の「包括的危険薬物法」としても知られる一に準拠した、アルコール、処方薬、およびその他の危険な薬物などの精神活性物質への依存に対する医学的または心理療法的治療のプロセスを指す。リハビリテーションのプロセスは、ギャンブル依存症、インターネット依存症、性依存症などの診断された行動嗜癖にも適用できる。一般的な目的は、心理的、法的、経済的、社会的、および身体的な影響を回避するために、患者が自身の依存に立ち向かい、薬物乱用を中止できるようにすることである。治療には、併存する精神的または他の内科的疾患のための薬物療法、専門家によるカウンセリング、および他の依存者との経験の共有が含まれる。
- (g) 「意思決定能力の障害または一時的な喪失」とは、サービス利用者または精神疾患を抱えるその他の者が、インフォームド・コンセントを与える能力を持たないと医学的に判断される状態を指す。サービス利用者が意思決定能力を欠く、または一時的な喪失を有するかどうかは、サービス利用者が以下のことができないと精神保健の専門家によって評価された場合とする。
- (1) 精神疾患に関する情報を理解する。
  - (2) 自分の決断や行動が自分の生活や健康、あるいは他人の生活や健康に与える影響を理解する。
  - (3) 方法、効果、および起こり得る副作用を含む、提案された治療の性質に関する情報を理解する。

- (4) 治療または入院に対する同意、または自分の状態に関する情報を効果的に伝達する。
- (h) 「インフォームド・コンセント」とは、提案された治療の性質、影響、効果、リスク、および利用可能な代替案について、精神保健サービス提供者によって平易な言葉で伝えられた完全な情報開示の後に、サービス利用者が治療計画に関し自発的に与える同意のことをいう。
- (i) 「法定代理人」とは、サービス利用者の代理人として、サービス利用者によって指名された者、管轄裁判所によって任命された者、もしくはこの法律またはその他の適用法によって認可されている者を指す。また、法定代理人は、サービス利用者の書面による事前指示により任命された者も含む。
- (j) 「精神的健康」とは、個人が自らの能力や可能性を認識し、通常の人生のストレスに適切に対処し、極端な人生の出来事に直面しても回復力を示し、生産的に豊かに働き、そしてコミュニティに積極的な貢献をすることができる健康な状態を指す。
- (k) 「精神疾患」とは、精神機能の基礎となる神経学的、心理社会的、または発達過程における遺伝的または後天的な機能不全を反映する、個人の認知、感情の制御、または行動の認識可能な臨床的に重要な障害に特徴付けられる神経学的または精神医学的状态を指す。神経学的および精神医学的状态の決定は、科学的に認められている医学用語および科学的小および医学的証拠に基づくものとする。
- (l) 「精神保健施設」とは、その主な機能として精神保健サービスの提供を有する、あらゆる施設または病棟をいう。
- (m) 「精神保健専門家」とは、精神保健サービスの提供に関連する特定の技能を有する医師、臨床心理士、看護師、ソーシャルワーカー、指導カウンセラー、またはその他の適切に訓練され資格のある人をいう。
- (n) 「精神保健サービス提供者」とは、本法に定義される精神保健サービスを提供する団体または個人をいう。それは、公的または民間を問わず、精神保健専門家、精神保健サービス従事者、ソーシャルワーカー、カウンセラー、ピアカウンセラー、インフォーマルな地域介護者、精神保健の推進者やその組織、個人のオンブズマン、医療以外の代替療法を提供する個人または団体を含みこれらに限定されない。
- (o) 「精神保健サービス」とは、精神保健施設および精神保健の専門家によって提供され

る、精神保健の推進、予防、治療、およびアフターケアを含む精神保健サポートサービスの全範囲にわたる心理社会的、精神医学的または神経学的活動およびプログラムを指す。

- (p) 「精神保健従事者」とは、精神保健専門家の監督の下でサービスを提供する、精神保健の促進に従事している、訓練を受けた人、ボランティア、または推進者を指す。
- (q) 「精神医学的または神経学的緊急事態」とは、サービス利用者またはその他の精神障害者、あるいは他者の健康や福祉にとって深刻かつ差し迫った脅威となる状態であり、直ちに治療介入が必要な状態を指す。
- (r) 「心理社会的問題」とは、身体的または社会環境における、突然の、極端な、長期の、または累積的なストレス要因によってもたらされる、個人の行動、感情および思考における機能障害の存在を示す状態を指す。
- (s) 「リカバリー志向のアプローチ」とは、サービス利用者の強みを重視し、精神的不調を経験している当事者を治療における対等なパートナーとして積極的に参加させることを含む、介入と治療のアプローチを指す。これには、サービス利用者の自身の状態に関する理解が、治療とリカバリーのための計画に反映されていることが必要である。
- (t) 「サービス利用者」とは、精神医学的、神経学的、または心理社会的ケアを必要としている、または受けている人を含む、精神的不調の経験がある人を意味する。
- (u) 「支援」とは、国家、民間、または地域社会によって提供され、サービス利用者の法的能力や権利の行使を支援することを目的とした、インフォーマルまたはフォーマルな配慮、または様々な種類や程度のサービスを指す。そのサービスは、地域サービス、個人的支援、オンブズマン、代理権やその他の法的・個人的な計画ツール、ピアサポート、セルフアドボカシーのための支援、インフォーマルな地域の介護者ネットワーク、対話システム、非言語的、補助的、または手話による代替のコミュニケーション方法、そして利用者を補助する道具や技術の使用を含む。
- (v) 「支援を受けた意思決定」とは、精神保健に関する希望、意向または意思決定を表現する際に、意思決定能力の障害または喪失のないサービス利用者を支援する行為を指す。それには、不当威圧、強要または虐待からの保護を確実にするために必要なすべての支援、対策および措置が含まれる。

## 第2章 サービス利用者およびその他関係者の権利

### 第5条 サービス利用者の権利

サービス利用者は、憲法、世界人権宣言、国連障害者権利条約、その他すべての関連する国際的および地域的な人権条約や宣言で認められている権利を平等かつ非差別的に享受するものとする。それは、以下の権利を含む；

- (a) 公的・民間にかかわらず、あらゆる主体からの社会的、経済的、および政治的な差別および偏見を受けない権利。
- (b) 身体的障害、年齢、性別、性的指向、人種、肌色、言語、宗教、国籍、民族、または社会的起源について差別されることなく、個性、能力、および背景の多様性が尊重され、すべての市民的、政治的、経済的、社会的、宗教的、教育的および文化的権利を行使する権利。
- (c) 年齢、性別、社会経済的地位、人種、民族、性的指向を問わず、同じ水準および質の、根拠に基づく治療を受ける権利。
- (d) 達成可能な最高水準の精神的健康を獲得する目的で、基本的な医療および社会サービスを手頃な価格で受ける権利。
- (e) 国民医療保険制度のあらゆるレベルで精神保健サービスを受ける権利。
- (f) 多職種による、利用者中心の治療およびリカバリープランを通じて、精神医療のニーズに対応することを目的とした、総合的な予防、促進、リハビリテーション、ケアおよび支援を統合した包括的かつ協調的な治療を受ける権利。
- (g) 最も制限の少ない環境と方法で心理社会的ケアと治療を受ける権利。
- (h) 独房監禁、拷問、その他の残虐な、非人道的な、危険なまたは屈辱的な処遇、根拠のない侵襲的方法を用いない、人道的な治療を受ける権利。
- (i) 社会復帰や参加を目的として、可能であれば地域でアフターケアやリハビリテーションを受ける権利。
- (j) 利用可能な多職種による精神保健サービスに関する適切な情報を入手する権利。
- (k) 精神保健の推進、政策立案、立法、サービス提供、モニタリング、研究および評価に参加する権利。
- (l) 保存されている形式または媒体にかかわらず、サービス利用者、サービス利用者の精神的健康のあらゆる側面、またはサービス利用者が受けたあらゆる治療またはケ

アに関する、すべての情報、相互のやりとりおよび記録の守秘義務の保証。

以下の場合を除き、サービス利用者またはサービス利用者の法定代理人の書面による同意なしにそれらの情報、相互のやりとりおよび記録を第三者に開示してはならない。

- (1) 法律または管轄裁判所から発せられた命令によって開示が要求されている。
  - (2) サービス利用者が開示に同意することを表明した。
  - (3) 生命を脅かす緊急事態が発生しており、サービス利用者または他の人々への危害または傷害を防ぐために、そのような開示が必要とされる。
  - (4) サービス利用者が、未成年者で、かつ児童虐待の被害者であると専門家により判断される。
  - (5) 精神保健の専門家または従事者に対する、過失または職業倫理の違反に対する、行政、民事、または刑事訴訟に関して、関連する問題または論争を裁定または解決するために必要な開示が要求される。
- (m) ケアまたは治療を受ける前に、同意を撤回する権利を含め、事前にインフォームド・コンセントを与える権利。そのような同意はサービス利用者の診療録に記録されるものとする。
- (n) 実施される心理社会的ケアまたは治療計画の策定に参加する権利。
- (o) 意思決定能力の障害または一時的な喪失がある場合を除き、本法に従って、法定代理人として行動する法定年齢の者を任命または指名する権利。
- (p) 手紙、電話または電子的手段による通信を含む、検閲のない私的なやり取りを発信したり、受けたりする権利、およびサービス利用者の法定代理人および人権委員会の代表者を含む面会者との適切なタイミングでの面会の権利。
- (q) サービス利用者の選択した、資格を有する弁護士を通し法的サービスを受ける権利。弁護士のサービスを受ける費用がない場合には、公設弁護士事務所、またはサービス利用者もしくは代理人が選択した法的援助機関がサービス利用者を援助するものとする。
- (r) 情報を明らかにすることで、サービス利用者の健康に害を及ぼす、もしくは他人の安全を危険にさらすと担当精神保健専門家により判断されない限り、サービス利用

者は自身の診療録へアクセスできる権利。そのような診療録の開示が差し控えられた場合、サービス利用者またはその法定代理人は、本法に従って設置された、問題の調査および解決の権限を与えられた内部審査委員会または人権委員会を通じて、その決定に異議を唱えることができる。

- (s) 精神保健施設への入所から 24 時間以内に、サービス利用者が理解できる形式と言語で、本条に列挙する権利に関する情報を得る権利。
- (t) 自分自身または法定代理人を通じて、違法行為、精神医療での虐待、精神疾患患者の権利の侵害等を適切な機関に申し立て、違法行為、違法な非自発的治療または拘束、その他の違反行為を承認した者に対して、適切な調査と措置を求める権利。

## 第 6 条 家族、介護者および法定代理人の権利

家族、介護者、およびサービス利用者の正式に指定または任命された法定代理人は、以下の権利を有するものとする。

- (a) 関係政府機関から適切な心理社会的支援を受ける。
- (b) 当該サービス利用者の同意を得て、サービス利用者の個別治療計画の立案、策定、実施に参加する。
- (c) サービス利用者の適切な精神保健施設への転入を申請する。
- (d) 精神保健の推進、政策立案、立法、サービス提供、モニタリング、研究および評価に参加する。

## 第 7 条 精神保健専門家の権利

精神保健専門家は以下の権利を有するものとする。

- (a) 安全で協力的な職場環境。
- (b) 継続的に専門能力を磨くプログラムに参加する。
- (c) 精神保健サービスの計画、開発、管理に参加する。
- (d) サービス利用者に提供される精神保健サービスを評価するための基準の開発と定期的な見直しに貢献する。
- (e) 精神保健政策およびサービス提供ガイドラインの策定に参加する。



- (f) 緊急事態を除いて、治療のためにサービス利用者を受け入れるか断るかを含み、その人の業務のすべての局面を管理する。
- (g) サービス利用者の意向が家族または法定代理人の意向と相反する場合には、サービス利用者の権利を擁護する。

### 第3章 治療への同意と保護措置

#### 第8条 治療に対するインフォームド・コンセント

サービス利用者は、精神保健の専門家、従事者、およびその他のサービス提供者による、身体的、化学的拘束を含むあらゆる治療の計画またはプログラムの実施に先立って、書面によるインフォームド・コンセントを提供しなければならない。サービス利用者、障害者、未成年者を含むすべての人は、精神疾患や障害の性質や影響にかかわらず、この法律またはその他の適用法の目的上の法的能力を有すると推定されるものとする。子供は、自らに影響を与えるすべての事柄について意見を表明する権利を有し、その意見は子供の年齢と成熟度に応じて十分に考慮されるものとする。

保健省は、インフォームド・コンセントの取得および文書化に関するガイドラインを作成するものとする。最低限、インフォームド・コンセントは以下の原則を尊重するものとする。

- (a) 自由意思。脅迫または強制、不当な影響または操作を伴わずに同意が与えられたことを示す。
- (b) 法的能力。サービス利用者が決定についての情報を理解し、その決定の潜在的な結果を理解し、そしてその決定を伝達できることを示す。
- (c) 開示。サービス提供者が、提案された治療の考え得る利益および不利益/リスク、提案された治療に代わる選択肢、提案された治療を受け入れないことおよび/または代替案の1つを選択することによって生じる可能性のある利益およびリスクを含む治療計画についての情報を適切に開示していることを示す。
- (d) 理解。サービス利用者が特定の状況に関連する情報を理解し、決定を下す（または下さない）ことの予見可能な結果を理解する能力を有することを示す。
- (e) 意思決定。サービス利用者が精神保健専門家、精神保健従事者、およびその他のサー

ビス提供者に、自身の真の意向または事前指示に従って提案された治療計画の実行を承認し許可することを示す。

## 第9条 インフォームド・コンセントの例外

精神医学的または神経学的な緊急事態、あるいはサービス利用者の意思決定能力の障害または一時的な喪失がある場合、身体的または化学的にかかわらず、治療、拘束または隔離は、以下の保護措置および条件に従って施行または実施される。

- (a) 患者自身または他人に重大な危害を加える恐れがある場合を除き、サービス利用者の事前指示があればそれに従う。
- (b) そのような治療または拘束が必要な限りにおいて、かつ精神医学的または神経学的な緊急事態あるいは意思決定能力の障害または一時的な喪失が存在するか持続する限りにおいて。
- (c) サービス利用者を担当する精神保健専門家の指示に基づいて。その指示は、その指示が出された日から15日以内に利用者が治療を受ける精神保健施設の内部審査委員会によって審査されなければならない。またその審査はその後15日ごとに治療または拘束が続く限り行われなければならない。
- (d) そのような非自発的な治療または拘束は、適切な機関によって承認されたガイドラインに厳密に従って行われなければならない。そのガイドラインにはそのような医学的介入の適用および終了を規制する明確な基準が含まれていなければならない。またそのような非自発的な治療または拘束は、すべて記録され、外部の独立した機関によって定期的にモニタリング、審査され、この法律によって定められている内部審査委員会による監査を受けなければならない。

## 第10条 事前指示

サービス利用者は、署名付き、日付付き、および公証済みの事前指示を通じて、治療に関して自分の意向を設定することができる。この事前指示は当該目的において実行される。事前指示は、新しい事前指示によって、または公証された失効によって取消されることがある。

## 第11条 法定代理人

サービス利用者は、その目的のために実行される公証書を通じて、法定代理人として行動する法定年齢の人を指定することができる。

- (a) 機能 サービス利用者の法定代理人は次のことをしなければならない。
- 1) この法律に従って、サービス利用者に支援や援助を提供する；サービス利用者の意向を代弁する；サービス利用者に関する医療情報を受け取る。
  - 2) サービス利用者が意思決定能力の一時的障害があると精神保健専門家により判断された場合は、代理意思決定者となり行動する。
  - 3) 本法に基づき提供されるいかなる権利の行使に対してもサービス利用者を支援する。
  - 4) サービス利用者が受けるあらゆる治療に関して相談を受ける。法定代理人の任命は、新たな法定代理人の任命または公証失効により取り消すことができる。
- (b) 任命の辞退—サービス利用者の法定代理人として任命された者は、その任命を辞退することができる。ただし、サービス利用者の法定代理人であり続けることを辞退する者は、サービス利用者、およびサービス利用者を担当している精神保健専門家または従事者にこの事実を知らせるための合理的な措置を講じる必要がある。
- (c) 任命の不成立—サービス利用者が法定代理人を選任しなかった場合、以下の者が、下記の順序でサービス利用者の法定代理人になる。
- 1) 配偶者 配偶者がおり、管轄裁判所が発行した法令によりサービス利用者と恒久的に離別している場合、およびそのような配偶者または利用者の意思により特定の期間において離別しておりその期間が終了していない場合を除く
  - 2) 成人した子供
  - 3) サービス利用者が未成年の場合は、双方同意の上で両親のいずれか
  - 4) 精神保健ケア施設の長、管理者あるいは医長
  - 5) 裁判所により任命された者

## 第12条 支援を受けた意思決定

サービス利用者は、支援による意思決定のために、サービス利用者の法定代理人を含めて最大3名までの「サポーター」を指名することができる。これらの支援者は、次の権限を持つものとする；サービス利用者の医療情報にアクセスする。提案された治療に関してサービス利用者の相談に乗る。サービス利用者が、治療の過程で、精神保健の専門家、従事者、およびその他のサービス提供者の診察を受ける際に立会う。

## 第13条 一般ガイドライン

本施行規則が有効になってから90日以内に、保健省は人権委員会および他の関連する関係者と連携して、治療に対するインフォームド・コンセント、インフォームド・コンセントに対する例外、事前指示、法定代理人および支援を受けた意思決定支援に関する規定が完全に機能するようにガイドラインを作成する。

## 第14条 内部審査委員会

公立および私立の保健施設は、施設内でのサービス利用者の治療、拘束または隔離に係るすべての問題、紛争、および論争を迅速に審査するために、それぞれの施設で内部審査委員会を設置することを義務付けられる。

保健施設は、本施行規則で定義されている精神保健施設を指すものとする。

保健省は、適切な機関と連携し、フィリピンの精神保健評議会からのガイダンスを受けて、精神保健施設における内部審査委員会の運用に関するガイドラインおよび実践規則を本施行規則の発効後6ヶ月以内に発行するものとする。

(a) 委員会は次のものから構成される。

- 1) 保健省の代表者。
- 2) 人権委員会の代表者。
- 3) サービス利用者とその家族を代表する団体によって指名され、フィリピンの精神保健評議会によって正式に認定された者。
- 4) その他必要時のメンバー。主題に関する専門知識が必要とされた時、臨時の

リソース・パーソンとして内部審査委員会によって招かれる。

(b) 各内部審査委員会は、以下の権限および機能を有するものとする。

- 1) 管轄区域内でのサービス利用者の治療、拘束または隔離に係るすべての事例について定期的な審査、モニタリングおよび監査を実施する。
- 2) 精神保健施設を点検して、そこにいるサービス利用者が残酷な、非人道的な、または劣悪な状況あるいは治療の対象になっていないことを確認する。
- 3) 自発的に、あるいはサービス利用者またはサービス利用者の直近の家族もしくは法定代理人によって提出された書面による苦情や申立があった際に、サービス利用者の非自発的治療、隔離または拘束に関する問題、紛争、及び論争について調査する。
- 4) 行政、民事、または刑事訴訟が適切な政府機関によって提起されることを勧告することを含む、治療、隔離または拘束に関するサービス利用者の権利の侵害を是正するために必要なすべての行動をとる。

## 第4章 精神保健サービス

### 第15条 精神保健サービスの質

この法律に従って提供される精神保健サービスは以下を満たすものとする。

- (a) 医学的および科学的な研究結果に基づいている。
- (b) サービス利用者の個々の臨床的、性別、文化、民族およびその他の特別なニーズに対応すること。これには、利用者の経済的、社会的および精神的なニーズを含む。
- (c) 最も適切かつ最も制限の少ないものである。
- (d) サービス利用者の年齢に適したものである。
- (e) 説明責任を保証するような方法で精神保健専門家および従事者によって提供される。

さらに、精神保健サービスは、アクセス可能、利用可能、適切な価格及び受け入れ可能なものであるべきである。個々の水準と状況に応じて精神保健ケアを提供することの訓練を受けている適切な数の有能な医療従事者によって提供される。障害者に相応の便宜を図

る。そして高い職業的および倫理的基準によって導かれる。

この施行規則の第 18 条に規定されている報告要件に基づくフィリピン精神保健評議会による精神保健サービスの質の定期的な審査は、質の高い精神保健サービスを確実にするために必要である。

#### **第 16 条 地域レベルでの精神保健サービス**

迅速に対応可能な一次精神保健サービスは、医療の適切なレベル、特に市、町、バランガイレベルで、基本的な医療サービスの一部として開発され統合されなければならない。精神保健サービスの基準は、最新の根拠に基づいてステークホルダーと協議して保健省によって決定されるものとする。

健康増進、予防、治療、そしてリハビリテーションを含む地域レベルの精神保健サービスは包摂的であり、脆弱な人々のニーズに応えるものでなければならない。これらのサービスはまた、ピアサポート、教育、生活と雇用、社会サービス、およびその他のコミュニティサポートサービスを積極的にリンクさせる必要がある。

すべての地方自治体および学術機関は、他のステークホルダーと調整しながら、この法律に基づいて作成されたフィリピンの精神保健評議会によって設定された一般的なガイドラインに従って独自のプログラムを作成するものとする。地方自治体および学術機関は、プログラムの実施に関して、関係するすべての政府機関および民間機関と調整するものとする。

保健省は、地域で精神保健サービスに従事している関連組織/団体と協力し、地方自治体、学術機関および職場に対して精神保健プログラムの設計、実施および評価に関するさらなるガイダンスおよび技術支援を本施行規則の発効後 2 年以内に提供するものとする。

#### **第 17 条 地域密着型精神保健ケア施設**

保健省を通じて中央政府は、住民のニーズに基づいて、全国の州、市、および地方自治体における地域密着型精神保健ケア施設の設立に資金を提供しその運営を支援することで、

適切な精神保健ケアを提供し、精神保健ケアに対する権利に基づくアプローチを強化する。

本施行規則の目的において、地域密着型の精神保健ケア施設とは、精神科病院の外にある精神保健施設を指す<sup>※2</sup>。

地域密着型精神保健ケア施設の例には、地域精神保健センター、外来ケアセンター、社会復帰施設、救援センター、ドロップインセンター、福祉増進プログラムを含む地域特有のニーズや独自の特性に対処するためのサービスを提供するその他の施設が含まれるが、これに限定されない。

各地域密着型の精神保健ケア施設は、適切な部屋、診察室、診療所に加えて、必要とされる精神保健の専門家、その他の専門家、支援スタッフ、訓練を受けたバランガイ保健従事者、患者またはサービス利用者の家族ボランティア、基本的な機器や消耗品、そして施設のレベルに応じた適切な医薬品の在庫がなければならない。

保健省は、地域密着型の精神保健ケア施設の設定に関するガイドラインを作成するものとする。

## 第 18 条 報告要件

地方自治体は、保健所を通して、四半期報告書を作成し、保健省を通じてフィリピン精神保健評議会に提出しなければならない。報告書は個人情報保護法の対象となり、以下のデータが含まなければならない；治療およびサービスをうけた患者／サービス利用者の数、精神疾患または障害のそれぞれの種類、治療期間および結果、患者／サービス利用者の年齢、性別、学歴、職歴など。但し、個人情報保護の観点から、患者／サービス利用者の個人が特定されるような情報開示はしてはならない。自発的か非自発的かを問わず、隔離に関する情報は報告されることとする。

---

<sup>※2</sup> World Health Organization. (2005) *World Health Organization Assessment Instrument for Mental Health Systems* (WHO-AIMS)

## 第 19 条 地方、州、および三次の医療機関における精神的、心理社会的、および神経学的サービス

治療費を支払う患者を診療する私立病院を含めたすべての地方、州、および三次の医療機関は、以下の精神医学的、心理社会的、および神経学的サービスを提供するものとする。

- (a) 精神医学的または神経学的急性症状を示すサービス利用者のための、小規模な精神科または神経科の病棟における短期の入院治療。
- (b) 精神症状を示している、あるいは個人及び家族環境に対して困難をきたしている人々のための部分的な病院ケア。
- (c) 同じ地域のプライマリーヘルスケアセンターの既存の精神保健プログラムと密接に連携した外来サービス。
- (d) 長期入院、治療不遵守または不十分な治療、および身近な家族の欠如等の結果として、特別なニーズを持つサービス利用者のための在宅ケアサービス。
- (e) 依存症やその他の薬物関連精神障害を罹患している人のケア、治療、及びリハビリテーションにおける薬物リハビリテーションセンターとの連携。
- (f) 精神疾患を予防し、精神的、神経学的、および心理社会的問題を発症する危険性のある人の状態をうまくコントロールすることを目的としたプログラムへのアクセスを拡大するための公立及び私立の健康及び社会福祉サービス提供事業所との紹介システム。

## 第 20 条 精神保健施設の義務と責任

精神保健施設は：

- (a) 行動制限および非自発的治療の使用を最小限に抑えるための方針、ガイドライン、およびプロトコルを確立すること。

不可避の隔離または拘束の事例に関する状況は、適切に文書化され報告されることとする。

- (b) 本法およびその他すべての関連法令に基づく権利をサービス利用者に通知すること。



精神保健サービス提供者は、サービス利用者とその家族、介護者、または任命された支援の意思決定者に正確で適切かつ関連性のある情報を提供するように訓練され、教育されることとする。

- (c) 自発的な治療かどうかにかかわらず、すべてのサービス利用者に、実施する治療計画に関する完全な情報を提供すること。
- (d) 精神医学的または神経学的な緊急事態、またはサービス利用者の意思決定能力の障害または一時的な喪失がある場合を除き、すべての医療処置または治療計画の実施前にサービス利用者からインフォームド・コンセントを得る。
- (e) 個人情報保護法に準拠し、サービス利用者へ施されたすべての医療および処置に関する情報登録を維持する。また、その医療および処置は、薬理的および非薬理的介入、例えば医薬品、栄養補助食品および薬草または代替の調合物、治験薬（例えば臨床試験）、心理療法、神経刺激介入を含むがこれらに限定されない。

登録簿にはまた、保健省が定めた文書保存方針に従って、治療および処置に対する有害反応（該当する場合）に関する報告も含まなければならない。

- (f) 法定代理人の指定または任命は、本法の要件およびその目的のために確立された手続きが順守された場合のみ行うものとし、その手続きでは可能な限り患者の自発性と選択が尊重されるべきである。

## 第21条 薬物スクリーニングサービス

精神保健サービスを提供する義務に従い、また精神的な問題として薬物依存を扱うという方針に従い、各地域の精神保健ケア施設は薬物スクリーニングを実施できなければならない。

薬物スクリーニングサービスには、検査室での検査、リスク評価尺度および適切であると考えられるスクリーニング質問票のうちのいずれか1つまたはそれらの組み合わせが含まれるがこれらに限定されない。

## 第 22 条 自殺予防

精神保健サービスは、特に若者の問題に注意を払いながら、自殺介入、予防、および対応策の仕組みを含むものとする。精神障害者、特に自殺の危険がある人に支援を提供するため、年中無休 24 時間体制のホットラインを設け、既存のホットラインを強化するものとする。

他の国内機関や関係者と協力して、保健省はその国家精神保健プログラムの一環として全国的な自殺予防対策を策定するものとする。

全国的な自殺予防対策には、次のような要素が含まれる。

- (a) 自殺の危機的状況にある人のための緊急精神保健ケア。
- (b) 公衆衛生教育、ならびに HIV / AIDS、青少年の健康および非感染性疾患などの他の優先保健プログラム、ならびに学校、職場、および被災地などの特別な環境における自殺予防の主流化。
- (c) 緊急対応者、医療専門家及びボランティアが、自殺行為を識別し、電話カウンセリングを提供し、自死遺族を支援するためのトレーニング。
- (d) メディアによる自殺事件の責任ある報道および取り扱い。
- (e) 自殺監視のためのシステムの確立。年中無休のヘルプラインまたは救援ホットラインを、必要に応じて危機要請の管轄内で利用可能な適切なサービスと連携しリンクさせる。保健省は、他の機関や関係者と協力して、ホットラインと自殺予防対策を確立し、緊急時サービスと支援サービスへリンクするための方針とガイドラインを作成するものとする。

## 第 23 条 啓発

保健省と地方自治体は、精神的健康と栄養、ストレスへの対処、指導とカウンセリング、精神保健に関するその他の要素を含むメンタルヘルスと権利の保護と促進に対する国民の意識のレベルを高めるために、全国的なマルチメディアキャンペーンを強化し、維持するものとする。

啓発活動には、関連するサービス利用者、家族および介護者団体、障害者対策室、その他の支援システムと連携して、心理社会的障害を持つ人やその他の脆弱性がある人の権利を尊重し、保護し、促進するための擁護活動も含まれる。

## **第 5 章 教育機関および職場における精神保健の教育と促進**

### **第 24 条 教育システムへの精神保健の統合**

国家は、以下のように精神保健を教育システムに確実に統合するものとする。

- (a) 年齢に応じた精神保健に関する指導内容が、すべての教育レベルでカリキュラムに組み入れられなければならない。

本施行規則の発効後 2 年以内に、精神保健の促進および精神疾患の予防のための年齢に応じた指導内容を、代替教育や特別支援学校を含む、就学前から大学院までのすべてのレベルのすべての教育機関で利用可能かつアクセス可能にする。現在のカリキュラムへの統合（例えば、価値形成、科学、ホームルーム）から特別な科目の提供まで、その人々に適していると考えられる様々な戦略を用いることを可能とする。

カリキュラムおよび講義科目で使用するための教材は、精神保健の専門家と連携して、教育省、高等教育委員会、および技術教育および技能開発局によって開発されるものとする。

- (b) 精神医学および神経学は、大学院課程を含むすべての医学および関連する保健教育課程において必須科目とする。

高等教育委員会は、すべての医学および関連保健教育課程において、取得予定の学位に応じた精神医学および神経学の科目の統合を確実にするものとする。

### **第 25 条 教育機関における精神保健の推進**

学校、短期大学、大学、専門学校などの教育機関は、学生、教育者、その他の従業員を対

象とした、次のような目的を持つ方針およびプログラムを開発するものとする；精神的健康問題に関する意識を高め、精神的健康の危機にある個人を特定し支援やサービスを提供し、精神疾患を抱える個人の治療および心理社会的支援への紹介機構を含むアクセスを促進する。

教育省、高等教育委員会、および技術教育および技能開発局は、他の関連する政府機関や関係者と連携して、精神保健に係る方針およびプログラムの開発と実施において教育機関へ指導を行い、以下のことを行う。

- (a) 精神的健康を促進する。
- (b) 精神疾患のリスクまたはすでに精神障害をもっている人に基本的な支援サービスを提供する。
- (c) 支援、治療および継続的ケアを提供またはそれらのサービスを手配する他の機関および組織との効率的な連携を確立する。

すべての公立および私立の教育機関が必要な精神保健の専門家を置くことが要求される。

## **第 26 条 職場における精神保健の推進と方針**

雇用主は、職場での精神保健に関する適切な方針とプログラムを以下の目的の通り開発するものとする。精神的健康問題に関する意識を高め、精神疾患に関連する偏見と差別を是正し、精神疾患のリスクがある個人を特定し支援を提供し、精神疾患を抱える個人の治療および心理社会的支援へのアクセスを促進する。

## **第 6 章 能力開発、研究と開発**

### **第 27 条 能力開発、再教育、および訓練**

精神保健の専門家、従事者、およびその他のサービス提供者は、精神保健施設や学術機関、その他関係者と密接に連携して、精神保健における地域保健および公衆衛生の側面に重点を置いた、根拠に基づき、ジェンダーに配慮した、文化的に適切で、人権志向の精神保健サービスを提供するための能力開発、再教育、および訓練を受けるものとする。

保健省は、フィリピンの精神保健評議会によって設定されたガイドラインに従って、

- a) 国家レベルおよび地方レベルの政策立案者および保健専門家が、人権を尊重し、保護し、促進する、地域社会に根ざした、リカバリー志向のサービスに方向転換できるような措置を講じる。
- b) 再教育、訓練及び能力開発に加えて、入院、外来、およびその他の地域の精神保健および関連サービスにおけるケアの質および人権の向上を目指した再教育、訓練及び能力開発の支援、監督、モニタリング及び評価のためのシステムを提供する。

### **第 28 条 バランガイ保健従事者の能力開発**

保健省は、地方自治体に情報を広め、訓練プログラムを提供する責任を負うものとする。地方自治体は、保健省からの技術支援を受けて、精神保健の促進に関するバランガイ保健従事者および他のバランガイのボランティアの訓練を担当するものとする。保健省は、バランガイ保健従事者がその機能を効果的に遂行するために必要な医療用品および機器を地方自治体に援助するものとする。

地方自治体は、精神保健の促進、患者の権利の擁護、症例発見、識別および紹介のためにバランガイ保健従事者の能力構築および監督を請け合うものとする。

### **第 29 条 研究と開発**

学術機関、精神医学的、神経学的、その他関連する団体ならびに非政府組織と協力して、精神的健康に関する固有の概念と実践を取り入れた、文化的に適切な国家精神保健プログラムを策定および開発するために必要な情報、データ、根拠を産出するための研究開発を行う。

精神保健研究における高い倫理基準は、次のことを確実にするために促進されるものとする。研究は参加者の自由意思によるインフォームド・コンセントをもってのみ行われる。研究者は、参加者を奨励または勧誘することと引き換えに、いかなる特権、対価または報酬も受け取ってはならない。潜在的に有害または危険な調査は行われてはいけない。そしてすべての研究は、適用法に従って、独立した倫理委員会によって承認される。

研究開発は、非医学的、伝統的または代替的な治療に関しても行われるものとする。

精神保健に関する全国疫学調査は、フィリピン精神保健評議会の定める一定周期で実施されるものとする。

### 第 30 条 国立精神保健センター

保健省の下で最高の訓練と研究の中心である、国立精神保健センター—以前の国立精神病院—は、国内の精神医学的及び神経学的サービスにおける介入の研究と開発のための能力を拡大するものとする。

したがって、本施行規則の発効後の 2 年間で、国立精神保健センターは、研究、訓練、および人権に配慮された精神医学的、神経学的、および心理社会的状態サービスに焦点を当て、自身の使命を果たすための戦略的計画を策定し、法的な枠組みとプログラムの変革につなげることを目指して、現行の枠組みを評価し再検討するものとする。

国立精神保健センターは、

- (a) 精神的小および神経学的健康に関する研究課題の策定において関係者と調整し、国家統一健康研究課題に貢献する。
- (b) 政府機関ならびに国内外の学術機関および他の組織と協力して、精神的小および神経学的健康に関する研究を実施し公表する。
- (c) 身体的および精神的健康の両方を含む最良の健康効果をもたらすための、研究ベースのケアの地域モデルを開発する。
- (d) 主に臨床サービスを提供している施設としての現在のプログラムから、主に訓練、教育及び研究のニーズに応えることを目的とした施設へ方向転換する。
- (e) 地域社会の他の精神保健施設と積極的に協力しながら、病院を基盤とした精神保健ケアとより強化された地域を基盤とした精神保健ケアとのバランスの取れたプログラムを開発する。
- (f) 学術機関、専門機関、または非政府組織と調整または協力して、特にあらゆるレベル

の協力セクターとの精神保健プログラムにおいて、プログラムの包摂化を目指した、様々な精神保健医療提供者を対象とした適切かつ関連した能力開発プログラムを設計する。

- (g) 保健省によって承認されたガイドラインによって管理されている、精神保健に関する研究リポジトリとして機能する。

## 第7章 政府機関の義務と責任

### 第31条 保健省の義務そして責任

この法律の方針と目的を達成するために、保健省は以下を行うものとする：

- (a) 国家精神保健プログラムを策定、開発、実施する。関連する政府機関と連携して、精神保健ケア、その構成要素、およびサービスに関する効果的な戦略を促進すると同時に、偏見の対象となる疾患に対する意識の向上を目指した精神保健の意識向上プログラムの枠組みを作成する。
- (b) 十分なプライバシーを有する、安全で、治療的で、衛生的な環境がすべての精神保健施設に存在することを確実にし、この目的のためにすべての精神保健施設の規制、認可、モニタリングおよび評価に責任を負うものとする。適切なガイドラインには、ケアおよび施設のレベルごとの適切な人材、設備と手順が含まなければならない。
- (c) 精神保健サービスの提供、促進及び予防戦略を改善するために、精神保健を日常的健康情報システムに統合し、性別および年齢別に細分類された中核的精神保健データならびに自殺既遂、未遂者に関するデータを含む転帰を特定、照合、定期的に報告および使用する。
- (d) 精神保健に関する研究、特にサービスの開発、実施、および精神障害者による人権の行使に直接関連する運営研究に対して、中核的研究拠点の設置を含め、国の優先事項についての研究能力および学術協力を向上させる。
- (e) すべての公的および私的な精神保健施設が、拷問または残虐な、非人道的な、および屈辱的な治療から保護される患者の権利を守ることを保証する。
- (f) 精神疾患を抱える患者において、障害調整生命年 (disability-adjusted life year) またはその他の方法論によって測定される、同等の影響を及ぼす身体疾患に適

用されるものと同等の保険パッケージが利用可能であることを確保するために、フィリピン健康保険協会と調整する。

介入優先順位の高い精神疾患の外来および入院患者医療費給付パッケージは、国家精神保健プログラムの定めにより、本施行規則発効後 2 年以内に利用可能になるものとする。

- (g) 認められた治療プログラムの一環として正当化されない限り、精神保健施設内での強制的または報酬の不十分な労働を禁止する。
- (h) サービス利用者の家族や同僚、精神保健専門家、従事者、その他のサービス提供者に支援サービスを提供する。
- (i) 病院から退院した患者を受け入れ、精神障害のある人々が表明したニーズを満たし、彼らの自主性、意思決定、尊厳、およびプライバシーを尊重することを目的とした、脱施設化の選択肢、特に地域に根差したリカバリーに基づく治療アプローチを開発する。
- (j) すべての医療施設がそれぞれの内部審査委員会を設置するようにする。関係者との協議により、保健省は、内部審査委員会に付託されたまたは内部審査委員会が審査するすべての手続き、問題、および申し立てを効率的に処理するために必要な規定および規則を公布するものとする。
- (k) バランガイ、町、市、州、地方から全国レベルまでの公的医療制度のすべてのレベルで、地域と病院の精神保健サービスのバランスのとれたシステムを確立する。
- (l) すべての医療従事者が適切な機関または組織と連携して人権についての訓練を確実に受けるようにする。
- (m) 地域社会レベルで精神保健サービスに従事する協会/組織と協力して、本施行規則の発効後 2 年以内に、地方自治体および学術機関のための精神保健プログラムの設計および実施におけるさらなる指導および技術支援を提供するものとする。
- (n) 災害時の薬物の事前配置など、地域社会の中で、精神疾患に対する質の高い薬の供給において、効率的、効果的かつ持続可能なサプライチェーンを策定、開発、そして実施する。
- (o) アクセス可能、利用可能、適切な価格、そして受け入れ可能な精神保健サービスおよび継続的なケアを提供または提供する手配をする他の機関や組織との効率的な連



携を構築する。

## 第 32 条 人権委員会の義務と責任

人権委員会は：

- (a) 特に治療またはケアが非自発的に実施される場合に、サービス利用者が受けた治療およびケアにおける不適切な行為および虐待の訴えを調査し、対処し、行動するための仕組みを確立する。

人権委員会の義務と責任を説明することを目的として、不適切な行為とは、同意なしに治療とケアを施すこと；治療とケアに関する標準基準に従わないこと；サービス利用者による同意の悪用および搾取と定義する。強制的に得られた同意も不適切な行為と見なされるものとする。

精神保健施設を調査するという義務を実行するにあたり、人権委員会は精神保健施設を監督し訪問する権利を妨げられないものとする。

- (b) 精神保健施設を調査し、そこにいるサービス利用者が残酷な、非人道的な、または屈辱的な状態あるいは扱い、治療を受けていないことを確実にする。

人権委員会は精神保健施設を調査し、精神保健に関する関連法で設定された要件と基準に準拠していることを確認するものとする。

本条の目的のために、残酷、非人道的、および屈辱的な扱いとは、以下のとおり定義される。「拘留されている人に対して、権限を持つ立場にある人またはその代理人からの意図的かつ悪意のある扱いまたは処罰であり、それは前者に苦痛や著しい屈辱を与え、またその品位をおとしめるのに足りる深刻なもの。深刻度のレベルの評価は、そのような扱いまたは処置の期間、その身体的および精神的影響、そして場合によっては被害者の性別、宗教、年齢および健康状態を含む、事例のすべての状況によってなされる。」

- (c) 治療、隔離やケアの合法性、質、および適切さに関する国内および国際規格への厳密な準拠を確保する目的で、サービス利用者の非自発的な治療、隔離、あるいはケアを含むすべての事例を調査する。
- (d) 精神保健サービス利用者、精神保健サービスを活用または精神保健施設に入所するその他の人達、ならびに精神保健の専門家および従事者の権利を保護および促進することを任務とする精神保健担当委員を任命する。担当委員は精神保健施設、精神保健専門家、または精神保健従事者が、本法で規定されている権利のいずれかを侵害していると判断した場合、行政、民事、または刑事訴訟が適切な政府機関によって提起されることを推奨することを含め、そのような違反を是正するために必要なすべての措置を講じるものとする。

精神保健法に基づく人権委員会の職務および責任の履行に関する事項については、精神保健担当委員が監督するものとする。精神保健担当委員は、同法に基づく義務と責任の遂行を可能にし、保証するために予算が割り当てられることを確実にしなければならない。ただし、外部の関係者に影響を与えるすべての事項に関する最終決定は、依然として委員会全体で行う。委員会全体として決定は、精神保健担当委員の決定よりも優先される。

### **第 33 条 人権委員会の調査的役割**

本法の関連規定に規定されている人権委員会の調査的役割は、憲法第 XIII 条第 18 項に基づく人権委員会の権限および機能と一致する、市民的および政治的権利を含むすべての人権侵害に限定されるものとする。

人権委員会は、独自に、またはあらゆる主体からの申し立てにより、あらゆる形態の市民的、政治的、経済的、社会的および文化的な人権、およびそれらから派生する国際人権法の下で認められるあらゆる人権の侵害を調査するものとする。

### **第 34 条 申し立てと調査**

保健省、人権委員会および法務省は、精神保健ケアにおける不適切な行為や虐待の申し立てをすべて受け取り、適切な調査と行動を開始するものとする。

さらに、人権委員会は精神保健サービス利用者が非自発的な治療またはその他の理由で隔離拘束されているすべての場所を検査し、治療および拘留の法的根拠、医療の質および治療基準を規定する国内および国際基準の完全遵守を確保する。人権委員会は、その調査に基づいて、違反を発見した場合に、違反した精神保健ケア機関に対して独自に申し立てを行うことができる。

この施行規則の発効後 6 ヶ月以内に、3 機関はこの規定の効果的な実施のための共同実施ガイドラインを提供しなければならない。

### **第 35 条 教育省、高等教育委員会、ならびに技術教育および技能開発局の職務および責任**

教育省、高等教育委員会、ならびに技術教育および技能開発局は：

- (a) 公的機関と私立機関のすべての教育レベルで、年齢に応じた、精神保健に関する内容をカリキュラムに組み入れる。
- (b) 公的機関と私立機関の両方で、年齢に応じた、また根拠に基づいた精神保健プログラムに関するガイドラインと基準を作成する。
- (c) 教育機関における精神保健と福祉の実現を促進する戦略を追求する。
- (d) 公立および私立の教育機関における精神保健の促進が、資格のある精神保健の専門家によって適切に補完されるようにする。

教育省、高等教育委員会、および技術教育および技能開発局は、他の関連する政府機関および関係者と連携して、精神保健に係る方針およびプログラムの開発および実施における指導を教育機関に提供するものとする。これは、精神保健のカリキュラムへの組み入れを含み、本規則の第 24 条および第 25 条に基づく教育機関の規定および機能に従う。

### **第 36 条 労働雇用省および公務員委員会の職務および責任**

労働雇用省および公務員委員会は：

- (a) この法律に記載されているように、職場における適切で根拠に基づいた精神保健

プログラムに関するガイドラインと基準を作成する。

- (b) 職場での精神的健康を促進し、精神障害者が受ける偏見と差別に取り組む方針を策定する。

公務員委員会は、関係者と協議して、国家政府機関、地方自治体、州立大学、地方の大学、政府所有・管理法人に適切な方針とガイドラインを発行するものとする。これは、上記機関において、職場における規範を策定し、権利擁護、教育および訓練、精神保健サービス等に焦点を当てた包摂的かつ根拠に基づく精神保健プログラムを推進することを目的とする。

労働雇用省は、保健省と連携し、精神保健専門家および関係者と協議しながら、職場における精神保健を促進するための方針およびプログラムの開発および実施において適切なガイドラインを発行するものとする。労働雇用省は、海外のフィリピン人労働者のための精神保健プログラムも開発するものとする。

労働雇用省は、適切な精神保健サービスへのアクセスを含め、職場での精神保健プログラムの開発および促進において雇用主を支援するものとする。

本施行規則の発効後 6 ヶ月以内に適切なガイドラインを作成するものとする。

## 第 37 条 社会福祉開発省の職務と責任

社会福祉開発省は：

- (a) 適切なケアを受けるために、サービス利用者を精神保健施設、精神保健専門家、精神保健サービス提供者、その他のサービス提供者に紹介する。
- (b) 公営または集合住宅施設、カウンセリング、治療、生活訓練およびその他の利用可能な技能開発プログラムへのアクセスを提供または促進する。
- (c) 地方自治体や保健省と協力して、自然災害やその他の災害時または災害後の心理社会的支援サービスを含む、地域社会の回復力と心理社会的訓練を策定、開発、実施する。

- (d) 本法に従って機関の役割を効果的に果たすための訓練および能力開発プログラムを開発し実施する。

適切なガイドラインは、本施行規則発効後 6 か月以内に作成されるものとする。

### 第 38 条 地方自治体の義務と責任

地方自治体は：

- (a) 既存の国内政策およびガイドラインを遵守した精神保健に関する地方条例の制定を含む、各地方自治体の管轄区域内で効果的な精神保健ケアおよび福祉政策を実施するために必要な規制およびガイドラインを見直し、策定し、開発する。
- (b) 精神保健ケアサービスを基本的なヘルスケアサービスに統合し、精神保健ケアサービスがそれぞれの管轄区域内の一次医療施設および病院で提供されるようにする。
- (c) 適切な政府機関やその他関係者と協力しながら、地方自治体レベルで精神保健サービス提供者の能力を高めるために必要な訓練プログラムを確立する。
- (d) 精神保健ケアサービスを提供するための脱施設化およびリカバリー志向のアプローチを促進する。
- (e) それぞれの管轄区域内の人々に精神保健サービスを適切に提供するために必要な精神保健ケア施設の設立、新たな方向付け、および最新化を行う。
- (f) 自立生活の手配ができない場合、公営住宅施設、職業訓練および技能開発プログラム、ならびに障害または年金給付へのアクセスを提供または促進する。
- (g) 適切なケアを受けるために、サービス利用者に精神保健施設、精神保健専門家・従事者、その他のサービス提供者を紹介する。
- (h) 精神疾患の特定、管理、予防のための多部門の関係者ネットワークを確立する。
- (i) 受け入れ可能な基準と最新の基本的なスクリーニング設備および手順を使用して、一般的な濫用薬物に対する薬物スクリーニングサービスを確立し維持する。
- (j) それぞれの管轄区域における精神保健サービスの効果的な提供を支援し維持するための予算を確保する。
- (k) 適切な地方機関と連携して、精神保健及びその他のサービスが、それぞれの管轄区域内にいる精神的健康問題のある路上生活者に提供されるようにする。

本施行規則の発効後1年以内に適切なガイドラインを作成するものとする。

### 第39条 地方の病院や医療施設の整備

各地方自治体は、その地域の衛生局から提供された十分に裏付けられたデータに基づいて必要性を決定した後、精神保健サービスを提供し、また精神科救急も対応できるよう、適切な資格のある人員、設備、備品を整えた病院や施設を設立または整備しなければならない。ただし、地理的に孤立した地域や人口密度の高い地域、困窮した地域の人々が、同じレベルのアクセス権を持ち、必要に応じて訪問や移動式診療所などの他の手段を提供されることによって放置されないこととする。この規定を効果的に実施するために、中央政府が追加の資金提供およびその他の必要な支援を提供することとする。

## 第8章 フィリピン精神保健評議会

### 第40条 権限

フィリピン精神保健評議会—ここでは評議会と呼ばれる—は、特に精神医学的、神経学的、および心理社会的なニーズを持つ人々の自由と権利の保護やフィリピンの人々のニーズに応える合理的、統一的及び統合された精神保健サービスの提供における本法の実施を監督するために保健省に付属する政策立案、計画、調整および諮問機関としてここに設立される。

本施行規則の発効後6ヶ月以内に、評議会は指標付きのバランス・スコアカードを含む、実施のための戦略的計画を作成するものとする。それは、地域および地方の精神保健協議会または他の適切な機関を通じて地方、州、市町村の統合的な参加を確実にするための多機関および/または多部門の連携の仕組みの確立を含むものとする。

### 第41条 任務と機能

評議会は次の任務を遂行するものとする：

- (a) 保健省と連携して、以下を含む、この法律の目的をさらに運用可能にする、精神保健に関する全国的な多部門戦略計画を作成し、定期的に更新する。

- (1) この法律に規定されているように、精神疾患を抱えるフィリピン人の権利の保護、ならびにフィリピン人の精神保健及び福祉の促進における国の目標および戦略。
  - (2) 精神保健従事者の人材育成および精神保健のための情報システムの開発を含む、精神保健サービスのための合理的で、統一され、統合されたサービス提供のネットワークの確立における政府の計画。
  - (3) 予算要件およびその実施のための資金を確立する投資計画。
- 
- (b) 本法の規定及び規則並びに精神保健のための戦略的計画の実施をモニタリングし、本法の目的を達成するための介入の影響の中間査定及び評価を行う。
  - (c) この法律に規定されている方針の実行を確実にし、評議会が適切と考える時に命令を發布または發布させる、あるいは実施機関に勧告する。
  - (d) 精神保健の促進に関与している中央政府機関、地方自治体、および非政府機関間の活動を調整し、実務関係を強化する。
  - (e) 精神医学的、神経学的および物質使用障害およびその他の依存を有する人のためのデータ収集、研究および治療法に関して、外国および国際機関と連携する。
  - (f) 戦略的中期計画に示されたプログラムおよびプロジェクトの資金が政府機関の年間予算に含まれるように、関連機関の共同計画および予算編成を調整する。
  - (g) 他の政府機関や関係者に対し、政策やプログラムを策定する上でデータや情報を提供し、評議会がその機能を遂行する上での支援をするよう要請する。
  - (h) 本法の目的を遂行するために必要なその他の任務および機能を果たす。

## 第42条 構成

評議会は次のもので構成されるものとする。

- (a) 議長としての保健省長官
- (b) 教育省長官
- (c) 労働雇用省の書記
- (d) 内務自治省長官

- (e) 人権委員会の委員長
- (f) 高等教育委員会の委員長
- (g) 学術/研究の代表者 1 名
- (h) 医療または保健の専門家団体からの 1 人の代表者
- (i) 精神保健問題に関与している非政府組織（NGO）からの 1 人の代表者

政府からの評議会のメンバーは、常任の代表者を指名することができる。

学術/研究、民間部門および NGO からの評議会のメンバーは、組織によって提出され、評議会によって承認された 3 人の推薦者のリストからフィリピン大統領によって任命されるものとする。

評議会の学術/研究、民間部門および NGO を代表するメンバーは、3 年間の任期を務めるものとする。評議会に欠員が生じた場合、評議会の構成員による空席を埋めるために選ばれた者は、その構成員の残任期間のみ従事するものとする。

#### **第 43 条 保健省精神保健部門の創設**

保健省、疾病予防管理局の下に精神保健課が設置され、常任の有資格の精神保健専門家と支援スタッフが配置され、適切な年間予算で支援される。それは国家精神保健プログラムを実施するものとし、さらに評議会の事務局を務めるものとする。

ガバナンスとパフォーマンスの説明責任を確実にするために、評議会の事務局として機能するためのチームと国家精神保健プログラムを管理するためのチームの 2 つのチームが、精神保健部門内に組織されなければならない。各チームの職員は、公務員委員会の要件に従って、その役割と責任に必要な機能訓練と能力を有しているものとする。

### **第 9 章 薬物依存者の精神保健**

#### **第 44 条 薬物依存者の自由意思による隔離、治療およびリハビリテーションについて**

自由意思による隔離、治療およびリハビリテーション規定を利用する者、および共和国法 9165 号「2002 年包括的薬物規制法」に従って訴えられた者は、精神疾患の検査を受け、



精神疾患があると判明した場合、この法律が適用されるものとする。

## 第 10 章 その他の規定

### 第 45 条 刑罰条項

次のいずれかの行為をした者は、最終判決による有罪判決により、裁判所の裁量によって、6 ヶ月以上 2 年以下の懲役または 1 万ペソ以上 20 万ペソ (PhP 200,000) 以下の罰金、またはその両方に処する。

- (a) 本法第 13 条に規定する例外に該当する場合を除き、サービス利用者のインフォームド・コンセントの取得を怠ること。
- (b) 本法第 4 条 (c) に定義される情報の機密性に違反すること。
- (c) 本法第 4 条 (e) に定義される精神疾患のある人に対する差別。
- (d) 本法第 5 条 (h) に示される医学的または科学的証拠に基づかない、非人道的、残虐な、屈辱的な、または有害な治療の実施。

違反行為が法人によって行われた場合、この法律に規定する罰則は、違反の責任を負う取締役員、執行役員、従業員、またはその他の職員や人物に課されるものとする。

違反が外国人によって犯された場合、外国人違反者は、更なる手続きを必要とせず、刑の実施後すぐに強制送還されるものとする。

これらの罰則は、違反者の、またはそのような違反が発生した施設の、行政上または民事上の責任に影響を与えるものではない。

### 第 46 条 予算割当

この法律の規定の最初の実施に必要な金額は、以下のために保健省の予算に対して請求されるものとする：国家精神保健プログラムの維持や運営に係る費用、精神保健施設の設立、選択された保健省の病院への人材派遣、そして精神保健のための戦略的計画の策定に係る資本支出。

翌年以降は、保健省予算およびこの法律で規定されている特定の権限を持つ他の機関の予算で精神保健に割り当てられる金額は、他の利害関係者と調整しながら、評議会が策定した戦略計画に基づくものとする。その金額は、一般歳出法案の基礎として国家歳出計画に含まれるものとする。

#### **第 47 条 分離条項**

本法のいずれかの条項が管轄裁判所によって違憲または無効と宣言された場合、それによって影響を受けない残りの条項は引き続き効力を生じることとする。

#### **第 48 条 廃止条項**

本法の規定と矛盾するすべての法律、法令、執行命令、部署または覚書の命令、その他の行政上の発行またはその一部は、しかるべく修正、置き換え、または廃止される。

#### **第 49 条 施行日**

この規則は、官報又は広報誌の少なくとも 2 つの新聞に掲載されてから 15 日後に効力を生ずる。

2019 年 1 月 22 日、フィリピン共和国マンドルーヨン市で、「共和国法第 11036 号（別名精神保健法）施行規則」が保健省によって承認された。

Francisco T. Duque III MD MSc

フランシスコ・デュケ保健大臣