

平成12年度 厚生科学研究「精神医学における倫理的・社会的問題に関する研究」
精神医学における倫理問題の国際標準化に関する研究 第3回班会議議事録

日 時： 2001年3月1日 18:00～20:30

場 所：長谷川精神医療教育研究所

出席者：泉、白石、鈴木、長谷川（美）、遊佐（50音順敬称略）

事 務：古屋

1. 経過報告

① 2000年9月のワークショップ記録に補足追記。

熊倉先生の発表部分の記録が不完全の為、早急に原稿を頂く。

② 平成12年度分研究報告書は3月末に厚生労働省へ提出予定。

ワークショップ記録に結論を追記してまとめたのを報告書としたい。

報告書が出来次第、班員の先生方へ郵送予定。

②平成13年度分の研究継続を1月に厚生労働省に申請済み。

【H13研究概要】平成12年9月に行われたワークショップでの国際間の「倫理」に関する基本的認識を踏まえて、平成13年度は具体的データを取って研究を深め、発表できる段階に持っていきたい。

2. 平成12年度のまとめ

- ・ ワイスタブ教授から委託された精神医学における倫理に関するアンケートは、まず倫理について十分考察した上でないとアンケートそのものが成立しない事から、ワイスタブ、ヴァンマーレ、アーポレダーフローレズ3教授と共に精神保健における倫理の国際比較検討ワークショップが開催された。ワークショップで倫理に関する基本的認識を踏まえる事ができたことにより、13年度にアンケートを実施する。
- ・ 12年度研究報告を班員に郵送する際に、アンケートのテーマを各班員から出してもらい、次回の班会議までにテーマを絞る。
本会議にて上げられたテーマは以下の通り。
 - 患者側の倫理
 - 家族の倫理
 - スーパーバイザーの倫理
- ・ アンケートをする上で、日本または国際のどちらに照準を当てるか決めなくてはならない。国際比較ならば、斎藤先生が高齢者の倫理、家族の倫理について研究されているので、日本の現状について海外と討論するのも良い。例えば最近起きた潜水艦の事件で浮き彫りになった家族における日米の死生観などが適当である。（白石先生）

- ・ 吉松和哉先生に次回から班会議に参加していただき意見を頂いてはどうか（鈴木先生）
- ・ アンケート結果を討議するワークショップを行い、前回の、ワイスタブ、ヴァンマール、アーボルダーフローレス3教授ほか、オカシャ、サルトリウス2教授を交えてはどうか。

3.その他

- ・ 厚生省人事異動
重藤先生は社会・援護局障害保健福祉部、精神保健福祉課から同部、企画課へ異動。
後任は泉陽子先生。
- ・ 配布資料の”Ethics, Culture and Psychiatry” by Ahmned Okasha は本研究に参考になるため、厚生科学研究費にて購入。本会議に欠席された方には、後日、発送予定。

4. 次回班会議日程

2001年5月28日の週
詳細は追って案内予定。

（記録者 古屋）

厚生科学研究「精神医学における倫理的・社会的問題に関する研究」
精神医学における倫理的問題の国際標準化に関する研究班
ワークショップ

2000年9月27日(水) 13:00~17:00

於：長谷川精神医療研究所

Tape 1

Dr 竹島： 小林さんを紹介させていただきたいと思います。小林さんは高知県で長く断酒会活動に取り組み現在は全日本断酒連盟の副理事長を勤められています。小説家でもありまして、高知ではたくさんの作品で県の出版賞などを受賞されています。(以下聞き取り不能)

小林氏： こんにちは。断酒会というアルコール依存症の自助グループの小林と申します。最初に、私および断酒会が考えている倫理という概念について話したいと思います。非常に、単純明快な考え方で、日本の国語辞典にも載っている通りで、善悪の基準が倫理だと思っています。患者の治療を助ける、患者の回復を助ける治療が「善」であり、妨げる治療が「悪」である、そのことについて後で具体的にお話しします。それともう 1 つ、アルコール依存症という嗜癖は、他の嗜癖に、他の依存症に非常にクロスしやすい。アルコール依存症から仕事依存症へ、あるいはギャンブル依存症へ、薬物依存症へとどんどんクロスするという事実をぜひ最初に知っていただきたい。そういう視点で現在のアルコール医療を見ると、常におかしな現象が起こっております。従来通りの、アルコール依存症の立ち直りを早める医療と、昔は立ち直りを早める医療だけでしたが、近年、妨げとなる医療がぼつぼつ目立つようになってきました。その倫理の、いわゆる「善悪」が判別する基準をわれわれ断酒会は持っておりまして、ここに、手元に持っております。最初の指針が、断酒会の倫理に沿ったものです。規範の方が、断酒会がやってはいけないこと、倫理に反することです。ということですので、この断酒会員の基準を、倫理の基準をもとにちょっと具体的な話をしたいと思います。

例えば、東京都内の某クリニックでは、初診の患者さんに診察をする前から、デイケアを受ける気持ちがあるかないかを確認、都条令の 32 条が適用されるので無料ですよ、と言って勧誘する、と。本当の医療なら、診察をして患者の状態を見てデイケアの必要性を判別するのが当たり前ではないかと思うのですが、それが無視されている。あるクリニックでは、デイケアにアルコールを集める理由として、「断酒会で酒のやめられる人はエリートアル中である。私のクリニックの患者はやめられないアル中だからデイケアが必要、長期通院が必要である」と新聞記者の取材に答えています。これも非常におかしな話で、断酒会で酒をやめて回復している依存症というのは、最初から、医療者には、医療によってはやめられないかも知れない、と言われた人たちがやめていった、そういう事実を全く無視しておりますし、患者に最初から差をつけること自体がおかしいんじゃないか。昭和 40 年代後半から昭和 50 年代にかけて全国にできたアルコール専門病院、あるいは専門病棟を持つ病院のスタッフたちは、断酒会という自助グループにつなぐことを最重要課題としていました。アルコール依存症に対する治療者の役割はごく頭の部分、最初の部分だけで、あとは地域で自己責任、自助努力を行ないながら回復していく病気であるという認識が一般

的でした。そういうこともあって、昭和 40 年代、50 年代の断酒会や日本の***は飛躍的に発展しました。それが昭和 60 年代に入って、アルコール専門医療がたくさん全国にできるようになって、私たちは、医療機関がたくさんできてキメの細かい治療をやるからますます良くなると考えていたところ、まったく逆の現象が起きてしまった、と。本来、アルコール依存症という病気は、自助グループの中で一生かかって回復していく病気であるという合意があったのに、クリニックや病院の中で完結すると言う医者まで出てきた、と。これはアルコール医療全体の話ではない、ごくまだ、今のところ一部の医療機関ですが、そういう流れができかかっているのが非常に心配であります。

また、大阪のあるクリニックの院長は、通院患者に自助グループに行く必要はない、ということを行っているし、広島のあるクリニックの院長は、断酒会員に地域での酒舎相談活動をしなくてとまで言っています。地域での最初の相談活動に断酒会員が動くより、最初からクリニックが、早期介入の問題ですが、最初からクリニックが関わった方が回復が早いというような言い方をしますが、はたしてこれが事実であるか。アルコール依存症からの回復にはいろんな道筋がありまして、私のように、まったく医療関係なしに直接断酒会に入って回復していく、あるいは直接断酒会へ入って、回復途中でいろんな障害が現れてきて、そこから医療につながったもの。それと、医療が先にあって医療から断酒会につながってくる。そういうふうにくつもの通りがあるのがごく当たり前で、正しいことだと私は思っています。それを、初めに医療ありき、というような考え方はちょっと間違いではないだろうか。昭和 50 年代のアルコール専門病院のスタッフの中には、入院も許可しないで直接断酒会へ患者を送るというケースさえありました。患者によりけりということだろうと思います。それと、アルコール専門にやっている病院やクリニックの医師やスタッフは、アルコール依存症の回復のステップを必ず知っているはずであります。医療機関に足止めしている限り本当の意味での回復はないという事実があるのに、自助グループにつながらない。今のところ、順序としては医療→断酒会というような順序でいくのが普通で、他に方法があればとやかく申しませんが、医療で完結するような考え方、あるいはやり方はちょっと納得できないし、それが患者の立ち直りの妨げとなっていると確信しております。分裂病やその他の精神障害のように、キメの細かい対応が必要な精神障害はもちろんあります。ところが、アルコール依存症はまったく逆でして、キメの細かい対応をすればするほど、本人はこの病気から立ち直りができなくなる。たいていの病気は、病人は自分の病気から早く治りたいと考えるのが普通ですが、アルコール依存症に限っては、治りたくない、長生きはしたいが治りたくない、と考えている者が、実は多数派である。それは、理由は簡単で、いつまでも生きて酒を飲みたいという。だから、あんまりにも手厚い医療は、そういう患者の願望を満たすことになる、満たすということは立ち直りの妨げになる、そう考えています。ということで、私は、医の倫理ということになると、私や断酒会員は患者の立ち直りの妨げとなっている医療を、倫理に沿ってないと、倫理に背いていると考えます。

最後に処方薬の問題ですが、アルコール依存症の場合、処方薬もそれほど必要だと、私はどうしても思えません。他の精神障害が重複している場合は必要ですが、アルコール 1 本なら、むしろ薬はない方がいいとすら思っております。一部のクリニックで抗不安剤や眠剤を乱発しているところがあります。通院患者の希望通りに出している病院があるわけです。ということで、少しのいらだちや不安は自助グループの中で、仲間同士の人間関係の中で癒されるものを、薬で癒そうとするので、自助グループにつながってもうまくいかない。それと、嗜癖者というのは、一番最初に申しましたように、ありとあらゆる嗜癖へクロスする、そういう傾向が強いようで、治療のためにもらった薬に今度ははまってしまって乱用し始める、そういうケースが最近の断酒会で多くなっています。

最後の最後に、精神衛生法時代は、アルコール依存症と医療は関係がない状態でした。それが、精神保健法になり、精神保健福祉法になり、アルコール依存症にも手厚い医療保護の手が加えられ始めてきた。だから、分裂病はじめその他の精神障害に対しては、精神保健法も精神保健福祉法の精神も立派だと思いますが、アルコール依存症にとっては、ちょっと違うんじゃないか、と。私は、もっと手厳しい法律が必要ではないか、と。例えば、アメリカのヒューズ法のような。それと、クリニックよりは回復者やボランティア者たちで運営するリハビリ施設をこれから増やすことで、ほとんどの問題、アルコールの問題は解決するのではないかというふうに思っております。もうあまり時間がないようで。以上で終わります。

(休憩)

Dr. Florez : ... 過去、昔からこのことに関してはディベート、論争的になっていることで、その論争とは何かと言いますと、嗜癖、特にアルコール嗜癖は、はたして医学的な病気なのか、それとも社会的な問題なのかというそういうディベートも昔からあります。医学モデルによる治療という点と、社会リハビリテーションモデルに関しての治療がどこで線を引くかということに対しては、これは大きな問題です。アルコール症は医学モデルの中での病気というのが、まず第 1 の考えとなっております。それで、何故か理由を述べたいと思います。アルコールその他の嗜癖は脳のメゾレンピック（中脳辺縁系）・ドーパミンレセプターというところの化学的なものによって影響されているからです。次にアルコール症は遺伝学的に鬱病と関連性があります。3 番目には、アルコール症は、自殺のリスクが非常に高いからです。それから離脱の時期、アルコールをたくさん飲んでそれから離脱する時に、20%の死亡の危険率があるということがあります。したがって、まず第 1 には医学的な問題だというふうに考えます。そこで、急性の離脱の治療は必要ですけれども、それ以降の治療に関しては医者が出す薬はほとんど効果がない。したがって、そこから、あなたの言われるリハビリテーションモデルが始まると考えております。したがって、どちらがということではなくて、両方が必要だというふうに考えます。したがって倫理の観点から考えた場合には、医者がソーシャル・リハビリテーションモデルのサポートが好ま

しくないと言うことは、倫理的に間違っていると考えます。それで 2 つ目は、医者が抗不安剤や抗うつ剤をアルコール症の患者に処方しているということは、新しい嗜癖を作っているということです。それでも、医者がそれを知ってやっているとすれば、少なくとも私の国カナダでは、これは医療過誤になります。それに加えて、医者が医学モデルの治療に留まるように患者にアドバイスをすることは、経済的な理由もある可能性もありますし、その場合には倫理的に好ましくないということになります。

小林氏： カナダのドクターのお話、そのまま同じことを考えておられて、全く異論ございません。私も自分がアルコール医療のない時期に断酒会に入会した人間ですので、そういう意味でアルコール医療を否定してるんじゃないんです。そういう場合、かえって効果が、いい効果があるときもあるし、ということと言いたかっただけです。それと、先ほどの自殺の話ですが、最近の日本でもアルコール依存症の自殺は増えています。そういうことで、私はアルコール依存症が病気ではないと言いません。そういう抑鬱状態がひどい時はきちんとした医療が必要であると思っておりますが、ただ他の精神障害と違って、自助努力で再発しない病気であるということも事実である。だから私は、総合しますと、アルコール依存症は半分病気で半分自分のせいだと思っております。

Dr. Weisstub： Florez 先生に、アルコール症の文化的な側面についてコメントしていただきたいと思えます。特に、遺伝ということも言われましたけれども、遺伝という側面とそれから文化的な側面を考慮に入れてコメントいただければ、と思えます。

Dr. Florez： アルコールの問題に関して、社会的な問題としては、社会がアルコールとどのような付き合い方をしていくか、というような文化を持っているか、社会的な教育を持っているかということと関係があると思えます。文化によっては、18 才までは酒を飲んではいけないという文化もあります。アメリカ、カナダで何が起きるかという、18 才の誕生日に、今までお酒を飲んだことがないのに、お酒を飲んで車を運転して、事故を起こして死ぬ、というようなケースが非常に多いわけです。それに対して南欧諸国あたりでは、子供の時からアルコールを飲むことを学んでいます。もう 1 つのポイントとして挙げたいのは、国が非常に破局状態にある時には、アルコールの消費が非常に増えます。例えば、ソ連が崩壊してロシアやその他の国になった時、ロシアでのアルコール消費量は急激に増えています。同じように、国が破滅するような時期には、自殺率も急上昇します。だから経済的な状況が、その国の状況が下降の方向に向かっていく時には、アルコール症と自殺が増えます。もしかしたら、最近アルコール症の自殺が増えている話がありましたが、自殺が増えているということ自体、最近の日本の下降状況、この 5 年くらい下降状況と関連があるのかも知れません。それから、遺伝ということに関してコメントするように言われましたけれども、遺伝に関しては、アルコールを分解する酵素があります。民族によっ

てその酵素がある民族とない民族がありまして、例えば、カナダのインディアンはその酵素が非常に少ない民族なので、アルコールにすごく影響を受けやすい。日本にそのような問題があるかどうかはわかりませんが、日本でそれを考えた場合にも、やはり遺伝的に酵素の問題がひとつ考えられるのと同時に、それに加えて社会的、文化的な移行によって影響を受けるということも考慮に入れる必要があると思います。

小林氏： 遺伝の問題はわかりませんが、断酒会員の70%以上がACです。親に問題がある。機能不全家族、家庭の子供なのです。その70%のACの中、半分くらいがアルコールで、あとの半分は他の嗜癖です。私の家は、私で機能不全家族が四代続いております。だから断酒会では、遺伝の方は専門家にお任せして、機能不全家族の世代連鎖を防ぐ努力をしております。どうもありがとうございました。

Dr 竹島： 今日小林さんにお話していただいた理由は次のとおりです。断酒会は、AAを基にしながらも、日本で独自に発展したセルフ・ヘルプグループです。断酒会は日本社会の仕組の中で育ってきた組織だと考えております。彼らはセルフ・ヘルプグループという言葉が普及するより前から自助組織として、自分たちの活動をすすめてきました。最近ピア・サポートといった言葉がよく使われていますけれども、彼らはそのような言葉は使っていません。彼らは純粋に、日本語のひらがなと漢字で自分たちの活動を表現しています。今日私が小林さんに話をさせていただいたのは、日本の医療の利用者としての断酒会の人たちが、彼らの考える「倫理」として精神医療に何を望むか、ということをお話していただいたからです。日本社会の変化ということを考えてみるに、大きな変化を遂げてきたのだと思います。日本は基本的に農村社会が主でしたので、その中では、共通のルールを守ることがみんなにとって望まれていました。しかし経済成長と共に、社会の絆が非常に薄れていきました。日本には唯一神という存在がありません。社会の中で、互いの役割を意識することで社会を維持する仕組みです。私たちはそれを、単純に何となく「倫理」というふう考えてきたと思います。私たちは「倫理」とか「道徳」とか「規範」とかいった言葉をどう言う風に使分けするのか、私たち自身の生活感覚に沿ってとらえてみる必要があると考えています。日本は豊かになって、医療にもたくさんの資源が使われるようになりました。私達が豊かになった中、どの様に社会から必要とされる精神保健のサービスを組み立てていくか、その基本的な部分に「倫理」がどの様に働くか、ということを考えていく必要があると思います。「倫理」はたいへん大切な概念だと思っております。小林さんに話していただいたことで考えなければならないのは、アルコール依存症を例にとった場合、良い医療を組み立てていくために、誰が何をするか、ということです。医師の道徳観に任せるだけでは解決しない問題です。政府の政策と経済的援助だけでも解決しないと思います。そこに「倫理」を含めて、私たちが一体何をするかということをお考えすることができればたいへん嬉しいです。それが、今日小林さんに話していただいた理由です。

Dr. Florez : アメリカとカナダで使われている AA に関してですけれども、Alcohol Anonymous Meeting は実際に精神病院の中でも行なわれています。それは両方が必要だという考えに基づいております。

Dr. Marle : オランダの精神保健に関する医療についてお話ししたいと思います。特に、刑務所の中でどのように精神保健サービスが行なわれているのかということに関してです。「倫理」という言葉、英語では元々は古代ギリシャ語から来ていまして、それは「行動」ということを意味しています。グループの中での行動、例えば医師グループ、患者グループの行動というような概念で考えます。そしてそれはそのグループの中における行動が良い行動と悪い行動に分けるといような関係であります。したがって、医師と患者にそのような原則を当てはめると、患者は患者なりに、医師に対してどのような行動を示すべきか、ということが出てきますし、逆に医師は、患者にどのような行動を示すべきかということが出てきます。したがって基本的なルールがあり、しかもそれは時間とともに変わる可能性がある。例えば、25 年前には医師は覇権的な態度を患者に示していました。70 年代、いろんな民族の人たちが工業の場へ労働力として入っていった時期には、自由になるということが重視されました。それにより覇権的な医師のあり方というものもあり、医師はサービスを提供する側、患者はサービスの消費者という図式になりました。自立と自由意志、決定能力というものが、患者さんにも重要なものとして認められてきました。それに対して医師は、古いガイドラインである「害になることをしない、そして治療的になることをする」といような原則を押し付けています。したがって、現在では患者は自分のケアに関して自分で責任を持ち管理し、自己コントロールをすとなっています。したがって医師が治療を始める前に、患者にインフォームド・コンセントを提供しなければ治療は始められない、ということです。したがって、治療を受ける前に患者は情報を十分に与えられて、どのような副作用があるか、どのような治療効果の統計があるかといような情報を受ける必要があります。それで、カルテはすべて患者に所有されるもので、患者が希望すればそれらを閲覧することができ、医者行為に対して不満足であれば裁判をする前に弁護士と調査する為所有する事が出来ます。この 3、4 年、5 年くらい前から、オランダではこのような条項が精神保健法の中に組込まれています。最近では、医者でなくても医療行為をすることができる、例えば、ナース、理学療法士が以前よりも様々な医療行為に関係してきています。もう 1 つの理由としては、多くの薬が処方箋なしで購入できるようなシステムをとることがあります。法律上、医師がしなければならないことは、外科の手術とか、非常に危険を及ぼすような薬の処方とか、そういうものに限られています。このように医師以外のサービスが増えてきて、患者さんたちが自主的に責任を持つことが増えてきた時に、保険会社はそのような医師以外の治療行為を受ける場合には医療行為を受けるのではないため、保険会社はお金を支払う義務がないわけです。しかし、保険

会社間の競争が激しい為、実際には医師による医療行為以外に対しても何らかの支払をするということが増えてきています。

次に、司法精神医学システムの医師として、医者がどのような倫理的な概念を持っているかということについて話をします。これに関しては評価、査定ですね、評価、治療、管理者への情報提供、そして研究に関連します。司法精神システムで医師として機能するということは、まず第1に医者であると同時に、刑務所システムというか、保安システムの一員として機能する必要があります。そのような二つの役割は時として葛藤を及ぼすことがあり、特に保安システム、刑務所システムはコントロールするということを重視しますし、それが医療行為として受け入れられないことがあります。したがって、医師同士が自分たちの倫理観について話し合いをするということは非常に大切です。われわれの話し合いの中で共通の見解になっていて重要なことは、刑務所でのサービスを行う上で重要なのは、均等原則、みんなが同じように役割を持つ事です。すなわち、刑務所内の精神疾患患者も、一般社会で治療を受けている人と同じレベルの精神ケアを受けることを確保する事です。つまり、医師は、医学的な必要がなければ、患者をコントロールするために薬または外部の力を使ってコントロールするということは許されません。したがって、このような組織の中においても、医師としてのアイデンティティをしっかりと持ち続ける、ということが必要になってきます。医師であるということを大事にして、証拠に基づく医学（EBM）をしっかりとしていくことが大事だと思います。したがって、医療行為を行う場合に、自分の意見だけで行うのではなくて、医療行為に関する証拠をしっかりと持って治療を進めることが必要であり、一般社会内で行う同様のケアをする義務があります。したがって、所長、そして管理の方と意見が違っても意見の違いをしっかりと主張する必要があります。この管理、所長と医療者間で葛藤がある場合は、往々にして専門学会の方にアドバイスを必要とするような事態も出てきます。これは守秘義務というものが医者の中で非常に重要なものということも関係しています。このような、閉鎖された、刑務所の中では、そこにいるすべての人が自分の安全を守るために、他の人の持っている様々な細かいことまで情報を欲しがっています。したがって、このシステムの中の医師は、他のスタッフにとって不安を及ぼすような情報を持っているか、不安の対象として考えられる場合もあります。なぜなら、医師は、他のスタッフが持っていない患者に関する情報を持っている可能性があり、それが他のスタッフの安全に影響を与える可能性があるというような情報の場合があるからです。しかしここでも社会の中と同じように、守秘義務の原則が適用されます。それで去年、法律の中にもそれらの点が明確になって組み込まれました。刑務所の医師は、他の治療者看護婦、理学療法士等にのみ情報を提供することができますが他の治療スタッフらが、治療をするために重要だと判断される情報のみを提供する。例えば心理士だったら、心理士が心理士としての仕事をするために、患者のために必要な情報のみを提供することができる。ナースだったら、ナースの仕事をするためにです。一般社会の中と同じように、医師は患者が自分または他者に危害を与える可能性がある場合の例外を除いて、

守秘性を守らなければならない。したがって、医師は患者に明確にこのことを伝えなければならない。同じような意味で、刑務所の所長が医師に、患者に関しての質問をするというような場合でも。しかし、その質問ができる内容は、刑務所、そして一般社会の安全を守るために必要である情報に対して質問することができます。したがって、医師の責任としては、例えば服役者がエイズの場合、他のスタッフまたは刑務所の中で他の人に危険性があると判断した時に、その情報を流す事を判断しなければなりません。一時的な外出許可の場合でも、外出時に自殺をするとか、他者に危害を与える可能性があれば、その人を守るために行動をしなければならないということです。したがって、所長と話す時でもこのようなことを明確に意識しながら医師は情報を出さなければなりません。もし、所長の質問が不適切であるならば、「その質問はすることはできません。私はそれに答えることはできない」というふうに答えるしかありません。所長との話の時に医師は自ら勝手に情報を流すということは許されなく、あくまで所長からの質問に対して答えなければならない内容であれば答えるし、答えてはいけない内容であれば「答えられない」と言わなければならない。

次に、自由意思に関してですが、医師は、患者が精神病に冒されていない限り患者は自由意思があるという前提で考えていかなければならない。自由意思というのは、これは抽象的な概念ではなくて、具体的に何らかの仕事をする、物事を行うという時に、自由意思があるかどうかという観点で考えます。したがって、自分の子供を育てる、また子供を作るという自由な意思があり、またそれと同時に場合によっては、自分が禁治産になるという自由意思をコントロールされている場合、同じ人に起きるといいうこともありうる。要するに、自由意思は、抽象的、全体的に全てなくなるのではなくて、具体的に何をするかということに関して自由意思の制限が与えられるということになります。したがって、医師は、この患者が、例えば、子供を育てる能力はあるがお金の責任を持っていく能力はない、というような具体的な判断を下さなければならない。この自由意思の原則は、刑務所システムの中の医者役割としても、非常に重要な役割を持っています。例えば、刑務所の中で患者が刑務所のルールを破った時に、医師は、それに対する責任があるか、それとも病気のために責任を取ることができないか、という判断をしなければなりません。したがって、例えば独房に入れられるという罰を与えられる場合にも、医師がその状態、精神状態に関して意見を述べなければなりません。したがって刑務所内で病気のためにルールを破った場合、罰を与えるかどうかというのは、精神状態を判断し判断能力がないとされた場合には、治療を受けるため病院に送る、またはそれなりの治療的な対応をすることが選ばなければならない。同じような意味で、犯罪を犯すなど、他の行動に関しても、責任能力があるかどうかということが問われます。したがって、司法精神科医は、様々な度合いの責任を負わなければならない。責任能力に関しては、司法精神科医は 5 段階の責任能力の度合いを判断しなければならない。両極端は「責任がある」「責任がない」。その間に 3 段階の段階があります。したがって、その両極端ではなくて、責任能力が減少

している場合には、刑務所で刑期を受けるものと、それから保安病院での治療を受けるということの組み合わせというようなことが選ばれます。したがって、ここで言いたかったのは、「倫理」ということを考えた場合に、司法精神医学の中での原理は、法律の側面と精神保健の側面との両方の「倫理」を兼ね合わせたような観点で考えなければならないということです。ありがとうございました。

池原先生： オートノミーとか、セルフ・ガバニングっていう考え方からすると、基本的には、人は健康でいなければいけない義務とか、あるいは治療を受けなければいけない義務というのは原則的にはないと考えていいと思います。それは、それぞれ個人の判断に任されているからです。しかし、自傷他害の危険性がある時は治療を受け入れなければならないという状態になるわけですね。その時に、自明のこのように思うので自明なのかもしれませんが、危険だということが、なぜ治療を受けなければいけないという結論を基礎付ける必要があるのか、何か説明原理みたいなものがあるのか、ということをも一つ聞きたいです。それから、危険性には恐らく「量」という概念があると思います。つまり可能性の問題ですから、非常に高い危険性から非常に低い危険性まで、その度合いがあると思うのですが、どの度合いの段階にくると治療を受けなければいけないという状態になるか、どうやって違いを見分ける事が出来るのか、もし何か考え方があったら教えていただきたいです。単純化するとすれば、危険性にはレベルという概念が多分あって、ある一定量以上の危険性のレベルに達すると強制的な治療を受けざるを得ない状態になるわけですね。

Dr. Marle： 治療を強制するという事は裁判官が決めることです。例えば、保安刑務所... 保安病院の中にいる場合には、一般社会で危険を犯すということは、鍵をかけられた場所にいればできないわけですから、その場合には危険性があってもそれを実行することができないという条件があるので、その場合には何もする必要がないという判断が下されるし、塀の中で他者を傷つけたり、自傷する危険性が無ければ無理に薬を使用する必要はないと判断が下されるということで、最低限の治療以外はしないという原則で考えています。危険性の度合いとして考えるのではなくて、他の人または自分に対する危害を与えるリスクがあるかないかというレベルで考える。リーズナブル・リスクという言葉を使います。合理的な理由のあるような危険性と判断します。

Dr. Florez： 今話していたことは、法律的な側面で考えたことですが、カナダの精神医学的な側面で可能性と確立性を考えた場合、可能性の概念で見れば何でも可能である、しかし確率ということで考えた場合どのくらいのデータがあってどのくらいの確率があるかということなので、その2つの言葉を使い分けています。可能性として考えれば何でも可能性があって、原子潜水艦の撃った魚雷がこの部屋に当たるという可能性が全くないわけではない、ということも言えるんじゃないか。可能性は無限にあるからです。確率性でみ

れば、いま池原先生のおっしゃったことに結びついてきて、どの確率で、どのレベルで、ということになります。カナダには Statistical Index Record (SIR) という、危険表の評価表があり、このリスクの評価表に基づいて、どのぐらいの確率で危険性があるかをみます。このような評価表を用いた場合、裁判官に精神科医は、「4 に 1 の割合の確率で再発の可能性がある」という表現をすることができます。今までの経験から、このぐらいの人は、このぐらいの確率で再発しているので、今のこの方の状況を判断した場合、このぐらいの確率で再発の危険性が考えられる、という様に評価を裁判官に示すことができます。

Dr. Marle: それに対してオランダでは、このようなシステムを裁判官は受け入れたがらず、精神科医に「この患者に関して精神科医の意見、考えを説明してほしい」というような態度を取ります。したがって、自分はその確率性による評価も大事ですし、それから自分の臨床家としての患者さんの評価とを組み合わせる裁判官に提供することをしています。合理性と言うのは、これは法学的な原則であるのはその通りですが、しかし、確率という概念で考えた場合に、精神科医や治療者はきちんとした確率性をもって危険性を予期できないことを考慮に入れての考えです。

Dr. Florez: まず、倫理の意義について、第 2 番目に不調和についてお話しさせていただきます。精神科の倫理について、第 3 番目にお話しさせていただきます。わたしの頭の中では、モラルと倫理と法律という風に考えがあります。倫理が文化によるものではないと思います。先ほどコメントがありましたが、特に日本の文化は一神教というんですか、神が 1 つだという文化じゃないので、というコメントがありましたけれども、倫理が文化によって違う、それで一神教がない文化では違う、ということについて話をします。なぜなら、1 つの国が 1 つの神さまを信じるように、多くの国が、また多くの神さまを信じるということがあるからです。1 つの社会が 1 つの神さまを信じようと、または多くの神を信じようと、倫理に関係ないという、つまり、神さまがたくさんいようと 1 つの宗教を信じようとそれは倫理には関係ないということです。なぜなら、その宗教とかたくさん神は、モラルというものを持っていて倫理とはまた別であるからです。要するに多神教でも一神教でも倫理に関係ないのです。なぜなら倫理というのは個人の問題であるからです。倫理というのはわれわれ 1 人 1 人がいかに自分の人生や毎日の生活のうえで正直に生きていけるか、という事に関連しているからです。人間関係の上で自分の取っている行動が他の人の行動とぶつかる時に、もっと倫理的にならなければいけない。従って私は倫理というものを定義する時に人間の 1 人 1 人の価値観、そしてそれが人間関係にどのように適用され、応用されて行くか、そして個人とそれからその環境との関係の中で、そのような価値観がどのように適用・応用されているか、と定義します。bioethics は倫理の下位システムの 1 つに過ぎません。これは、応用倫理です。要するに、医療の介入は何が良いことか、価値があるかということに関連します。そして 2 つ目には、その医療提供者と患者との関係です。

そして3つ目は、社会政策や社会システムがどのように患者層に影響を与えるかです。価値観について話をしていますが、価値と言うのは、質であり、プラスの質であっても、マイナスの質であっても、グループまたは1人の個人が、ポジティブな価値がある、マイナスの価値がある、ということ認識するということだと思います。個人の良い価値というのは、他の人から見て、それが他の人にとって良いものだという風に判断されます。そして、問題は、なぜ、1人の良い価値観というものが、他の人にとって、好ましいもの望ましいものか？多くの人々が共有するようなプラスの価値観であれば、みんなが健康、幸福になり、グループの機能が保たれるからです。だから、価値観というものは、個人によって持たれるものだけでも、同時に社会で共有されるものでなければなりません。そこで、第1の不調和が出てきます。1人の価値観がそのグループで共有されてそれがパワーをつくり、エンパワーできるような良い価値である、ということになった場合に、それが1つのグループによるものであっても、他のグループの同じような価値観と拮抗関係というか、葛藤関係に入る場合もあります。昨日プラハで世界銀行と世界金融機構のミーティングが行われましたが、価値観が違うところで論争、葛藤状態になりました。1つの価値観ともう1つの価値観がたとえ個々にみた場合良いものであっても、社会が違う中で葛藤が起きるということです。世界銀行の価値はグローバリゼーションですが、一般市民の価値観はグローバリゼーションではなく、自分は裕福になりたい、ということです。従って1つのグループのために良いと思われる価値観は必ずしも他のグループのためによい、というわけにはならないのです。

Bioethics に戻りますと、西欧文化圏において、と言う時に日本を入れない、しかし経済文化圏においては日本を入れますけれども、文化圏としては日本を入れない西洋文化において、西洋、すなわちアメリカと北欧においては、bioethics においても不調和が起きています。これは第2の不調和です。あのヒポクラテスの宣言に基づいた医療から自立倫理 (Autonomy Ethics) に移行している。1970年にラムジーという人が「人間としての患者」という本を書いて以来、この2、30年顕著にこれらの変化が見られています。この30年間、ヒポクラテスの宣言に基づく倫理から、自立の倫理に移行しはじめてきています。従って医者は、父権的になってはいけないと言われ、患者の自立性を尊重しなければならないと。

Tape2

Dr.Florez： 3つ目の不調和というのは、医師が持っている倫理観と裁判所がコントロールする倫理観の不調和というものがあります。このような3つの不調和が新しい4つ目の不調和を作る、それを私は、文化的な不調和と呼んでいます。従って西欧・北米諸国では、医学の倫理は自立と権利です。一方、南欧・南米諸国では医学の倫理は違い、信頼に基づいて善悪の判断をする、という倫理に基づいています。竹島先生が言われたように、日本ではアメリカの自立と権利の倫理が当てはまるのではなくて、二元論となります。自立と権利は西洋の個人主義哲学に基づいている倫理観で、このような西洋の倫理はプライマリ・グループ、例えば家族によって、個人ではなくて家族によって意思決定がされるような文化においては不調和が起きるのではないかと。同時に、自立倫理自体にいくつものマイナスの面、問題点があります。なぜなら人間は、決して完全に自立していないからです。他者と人間関係を作るということ自体、自分の自立性のある程度犠牲にすることだからです。また、自分が病気になり自分で意思決定出来ないような時は他の人の助けを必要とします。この世にただ1人だけしか存在しないのなら別ですが、そうでなければ、医学的な重要決定をする場合、必ず家族と相談する、それがプライマリ・グループです。ということは、われわれがいま話していることは、自然に相対的倫理観に流れて行くということになるのでしょうか。それとも、命令的倫理というか、決定的な倫理というものがあるのでしょうか。私の意見では、倫理の原則の中には、普遍的に全ての文化で許容できる倫理原則があると考えています。それでその基本的な原則としては、他の人には自分が他の人にして欲しくないことを、してはいけない。皆さんの方がご存知だと思いますがこれからある人の話を引用します。人間は、元来澄んだ心を持っているが、社会の環境からの色んな欲求によって、欲求のチリによってそれが汚されていない。お釈迦様が涅槃についてお話をしたことです。今私がこれを引用したとき、これがお釈迦様の言葉だと気がついた方は何人いますでしょうか。1人いますね。気がつかなかったお方は、何人いますか。誰にも、何も借りを作らな。例外として、お互いを愛すること。自分の隣人を愛する、なぜなら自分の隣人を愛する者は、法律を充足するからである。自分を愛するように、自分の隣人を愛しなさい。この言葉は聖書からの引用ですが、これらのことは、やはり基本的な価値観として考えられるのではないのでしょうか。どこでもこれは受け入れられることではないのでしょうか。私が今しようとしているのは倫理を神秘性から解き放つ、という努力で、正直にお互いの気持ちを話すということが倫理に関係があるのではないかと思います。それを話した後で、これから話すことはそれほど重要なことではありません。なぜなら、精神医学の倫理なんていうものはないからです。精神医学の倫理なんていうものはどんなものがあるだろうということを考えてみたら、3つの問題点しかないと思います。1つは、精神科の患者さんとの関係の中で起きてくる倫理的な問題。2つ目は、システムの応用、適用で起きてくる問題。3つ目は、法律・政策から起きてくる問題。それで、患者さんとの

関係における倫理は、Marie 先生が今お話しになったことで、簡単に要約すると、インフォームド・コンセント・守秘制・守秘義務とカルテの所有権を患者が持つということです。精神科医の経済的なモチベーションの可能性。それから、境界線の尊重。これ、境界線というのはどんなものかと言うと、権力の濫用、それから、性的な違いの問題、性的関係があげられ、医者はこれらの線を超えてはいけないと言う意味での境界です。システムの問題で精神科医が考えなければならないのは、収容主義です。特にアメリカで問題になっていますが、マネージド・ケアによって今影響されている医療システムの問題で。マネージド・ケアは、医療へのアクセス問題を作り、それから公平さの問題も、お金がないと医療を受けられない、という問題も出てきています。(インスティチュционаリズムについて) これは精神科医が、患者さんが入院・収容されなくてもいいような状態でも入院・収容させてしまう、ということをしてはいけない、という倫理的な考えです。3つ目は法律・政策に関してですが、ここでは精神科医として患者の人権を守るということを意識しなければならないです。人が精神医学の濫用から守られなければいけません。例えばナチのドイツの時には、30万人の精神障害者、知的障害者がナチ政策によって殺害されたわけです。全体主義の国家で政治が精神病院に入れられるというようなことが起きています。そして、このような政治反対者は、医療の名のもとで電気ショックとか薬で拷問を受けているということもあります。したがって現代の精神科医の倫理的なチャレンジとしてはこの3つが挙げられると思います。そして将来、新しいチャレンジがわれわれを待っているのではないかと思います。そしてこれからの大きなチャレンジとしては、医薬、製薬会社と精神科医との産業渉外関係があります。必要ではない薬を継続的に使うとか、1つの薬から次の薬、次の薬と薬を変えていくとか、捨てるために、薬を必要な時に止めるとか、こういうことは精神科医の倫理的な問題としてこれから考えていく必要があるのではないのでしょうか。これからは、遺伝カウンセリングの問題や精神障害者のDNAタイプ問題がこれから出てくると思います。精神療法家が、精神療法の悪い結果に対して、患者に説明をしない、薬の副作用を説明しないのと同じように、精神療法の問題を説明しないという問題もあります。証拠に基づいての医療に関しても、適切なデータを持っていないというようなことをするという問題もあります。そして法精神医学の問題もあります。Marie 先生は、2つの役割を持っているというその葛藤の問題について話をしました。鑑定の問題についてもあります。また、個人の患者のニーズに従って考えるというのではなくて社会・政府の目的に従って精神科医が判断をするというような傾向、制度の危険性もあります。これにより、精神科の問題として、拷問、それから死刑の判断に関わるという点でも問題が出てくると思います。そのような背景から、世界精神医学会 WPA は、マドリッド宣言を作ったわけですから、それは、基本的な、一般的な、哲学的な原則を述べたものであります。倫理は、患者さんのニーズに基いて存在するものです。そしてこのマドリッド宣言は2つのセクションに分かれています。一般的な問題と、特殊な問題。一般的な問題としては、2つの原則があります。1つ目の原則、基本的原則は、精神科医と患者が、お互いに医療に参加する必

要であるということ。2 つ目は、患者の人権を守ること。特殊な問題として、学会（WPA）がそれに付け加えたものとしては、精神科医が次のような問題に関わるということ。安楽死、子供の性の選択、死刑、精神療法におけるインフォームド・コンセント。それで、薬物産業界との関係。そして、マスメディアに話すときの、精神科医の倫理的な責任です。21 世紀の精神科医がこれから直面する倫理的な問題について、鳥瞰的なお話をさせていただきます。Thank you.

Dr 竹島： ありがとうございます。お蔭様で私の考えている事と、これまで倫理という言葉で言われてきたことの関係論について、大変よく整理ができました。私が、最初に小林さんに話をさせていただいた理由は、自分達の文化の中で育ってきた倫理という考え方がどこにあるかっていうことを自分たちで明確にしたかったからです。精神保健の立場から見るとき、日本という社会は自身喪失の時期にあると思います。ですから、私は、その立場から、自分たちの文化の中で育ってきた考え方と、今ここで入ってきた倫理という考え方が、どこでどうつながるのかっていうことを明確にしたかったわけです。私が今日お聞きした中では、私の考えている倫理は、先生の言われているアプリケーション・オブ・システムにはほぼ一致するのではないかと考えています。私は、これらが日本社会の移行期において、重要なことだと考えています。その中で私は、観察評価、モニタリングと情報ということがひとつ基本的な要素ではないかと考えています。それを、みんなで公平に評価して、一步一步、システムを作り変えていくということだと思っています。このことについて、またなにか教えていただけることがありましたらお願いいたします。

Dr.Florez： そのような機会が将来あるといいと思っています。

Dr 江畑： 今日は倫理と不調和について非常に包括的なお話をうかがってありがとうございました。私は今現在の、地域に住んでいる患者さんのケアをやっている立場から 1 つ質問させていただきたいと思います。東京には、単身生活が辛うじてできているけれども、大変重い精神疾患を持っている人がいます。彼らは、近所の人と少々のトラブルを持っていますが、決して危険ではありません。このようなケースに対して、私は医療の立場から言えば、重い病気を早く治してあげることが彼らのためである、と一方では考えますが、しかし、一方では日本の精神保健福祉法はその人が危険ではない限り、すぐに治療することを許可していません。その意味でこのようなケースで、患者は医療モデルと法律モデルの狭間にあると思いますが、先生はこのようなケースについて今後どのようにすべきであるとお考えでしょうか。

Dr. Florez： カナダと状態が似ていると思います。もし、患者の症状が非常に重くて自傷他害の危険性があれば、その患者を強制入院させて治療することができます。そして、患

者の精神症状が落ち着いて退院すれば、ほとんど病院に戻って来ません。それで、カナダで1番大きい州のオンタリオ州の法律では、そのような患者に精神科医が治療することができないような法律ができています。なぜなら、法律が患者の自立の方向に極度に偏っているからです。そのような状況の中で精神科医の倫理的な責任は何なのでしょう。私の取った行動、それで他の精神科医のたくさんの取った行動としては、家族に働きかけて、家族が政府にプレッシャーをかけて、法律を改正するように働きかけました。精神科医が家族と協力して政府に圧力をかけて法律を改正するというこの試みは10年間かかりました。それで今年ですけれども、ワイスタブ先生がそのリーダーシップを取ってオンタリオ州の政府は法律を改正しました。だから、患者さんで具合が悪くて入院して、良くなると出て行ってしまってもまた暫くすると具合が悪くなって戻ってくるというような患者さんのために、地域での治療命令というものができました。この法律によって、患者さんと地域のプログラムと裁判所と協力体制を作って、ある一定期間、地域で患者さんが治療を受けることができるようになりました。従って、倫理的には、精神科医1人1人がシステムを変えるためにどのようなことができるか、という観点で考えました。個人としてはできることは非常に限られています。それで、そこでの責任というのは、1人ではできないけれども、プレッシャー・グループ、圧力団体を作るということで動きました。

(?): 地域での治療命令とは具体的に何ですか？

Dr. Florez: 基本的なアイデアというのは、ワイスタブ先生達が作ったので、ワイスタブ先生のオーケーをいただいて話しますが、患者さんとシステムと協力体制を作って、治療を継続するということであります。これは基本的に、私は、患者の人権を守っていることに、2つの理由でなると思っています。まず第1には、患者が精神障害を持っていて自己または他者のために危険であれば、再入院して治療を受ける必要がある。そのような患者さんを地域で治療することができれば、勿論患者の自由を守るという意味で患者の人権を守っていることに結びつくと思います。2つ目の問題としてこのシステムは、経済的にお金がかかります。患者を入院させたほうが安くつきます。そこで、このようなものがうまく行くためには、政府がコミュニティのシステムを作るための財源を確保することが、前提条件となります。

(休憩)

司会: 皆さんすいません、時間がすごくなくなってきたので、熊倉先生、英語で読まれるので通訳が必要な時に手を挙げて言っていただいて、熊倉先生にその辺を日本語に直してもらって進む、ということをお願いします。

Dr 熊倉 :

First, I should say that it is a great honor to be able to join the meeting today. I would also like to express my gratitude to Prof. Weistab, Prof Arboleda-Florez . and Prof. Van Marle , for coming to talk with us, sparing precious time out of your busy schedules. I hope to make this meeting worthwhile for you as well. Professor Suzuki, the organizer of this meeting, asked me to give some introductory remarks, but, honestly speaking, it is not easy, because there remained a great deal of confusion on our part about what we should do here, today. Therefore, I will just try to do my part to promote honest, frank communication in our cross-cultural endeavor.

1. Relativism or absolutism: Where is the third way?

I think we need to openly discuss the issue of “relativism or absolutism in ethics”. Most of us know that cultural backgrounds and, therefore, the ethical assumptions of mental health in practitioners differ considerably by country. Some believe it is impossible to share values across different cultures. This “ethical relativism” may lead to denying the possibility of cross-cultural co-operation. On the other hand, if an individual believed that the values that they embrace are universal and that ethical assumptions in a different culture can be satisfactorily interpreted using those values, this “ethical absolutism” may lead to cursory dismissal of cultures, which do not obviously fit the mold. I think, we need to find a third way.

I say this with the hope of encouraging free and honest communication among us. I used the word “honest”. Allow me to develop the idea of honesty by discussing a relevant issue that of “double standards” in mental health practice.

2. “Double standards” in mental health practice

Could you allow me to tell you my experiences just to make the discussion clearer? In Japan, anti-psychotics have occasionally been dispensed to patients by mixing the drug into juice or food without the knowledge or consent of the patients. The dubious ethics of this practice led me to call it “uninformed medication”. By saying this, I am not suggesting that uninformed medication is a suitable theme for today. I am sure you will agree, that is too complex to discuss here, now, because of the underlying cultural double standards, of which uninformed medication is but one. Neither, do I want to suggest that Japanese mental health practitioners were ethically unenlightened. The concepts of “Informed consent” and “the right of self-determination” would have been well known to the very same physicians who dispensed the medication in this manner. Nevertheless, for whatever reason, these individuals chose to disregard these principles when confronted with the realities of their practice. They regarded uninformed medication as a “necessary evil”, defending the practice vigorously but unable to offer a sound ethical justification.

I attempted to discuss uninformed medication in a Japanese journal. At the time, a junior doctor

was being tried for secretly disguising the administration of anti-psychotic medication. At that time, there was no published evidence of the practice in Japan or in English-speaking countries. The difficulties of the young doctor arose not only from his individual fault but also from the contradiction that existed in the culture. Later the court case was settled partly because our articles gave evidence, but it was settled out of court. Several years have passed and a number of articles have since been published on the issue. Still, a theoretical formulation is yet to be fully articulated and the practice remains controversial. However, it is no longer simply acknowledged as a “necessary evil” to be kept as a professional secret.

3. “Double standards”: conscious or unconscious?

I would like you to remind that what I am interested in here is the existence of a double standard? Uninformed medication was a double standard that existed between what was written and what was done in Japan. This sort of double standard not only limits the power of cross-cultural analysis, but it is also a complex ethical issue in need of further investigation.

I have asked several western professors of mental health who visited Japan if a similar practice existed in their countries. Most answered, “No” and some, “I do not know”. No one answered, “Yes”. I am sure these were honest individuals, but I was still curious if “uninformed medication” really was a problem unique to Japan. Upon visiting one teaching hospital in the US, it was obvious that uninformed medication did occur. It had even been named “disguised medication”, and legally justified using the concept of ‘substitute judgment’, of which you are all aware. When I discussed this with one of professors at the hospital, he refereed me to published material, which characterized the notion of ‘substitute judgment’ as a legal fiction. Disguised medication had yet been discussed in any journal in the US. Neither, had substitute judgment been discussed in the context of disguised medication.

I learned from this experience. “If I embark on a cross-cultural study of ethical problems, I must be able to see my own contradictions, those hidden under my very feet.” For me, “the ability to recognize one’s own contradiction” is a requirement for a cross-cultural study in ethics. What we must do is to translate this insight into a common language and to share our observations. This is the conclusion of my talk today.

Thank you. And, I look forward to continuing this discussion with you.

Dr. 菅原 :

本来倫理は一人称の問題です。人間らしい生き方に対し、合理性の要求を認めた上で、おのれにとっての合理性であれば済むのかにこだわり続けて来たのが倫理学であると考えます。

しかし合理的思考をふまえた「人間らしい」善意をもって「人間としての」義務を果た