

のいずれについても有意に多かった。

(Mann-Whitney 検定)。

(9)鑑定助手経験をもつ群は、もたない群に較べ、有意に年齢が高かった。助手経験あり：平均53.5歳 (SD=13.7)、助手経験なし：平均48.9歳 (SD=12.9)。(一元配置の分散分析)。

(10)卒後研修で何かしら教わった群は、何も教わっていない群に較べて、年齢が有意に高かった。何かしら教わった：平均51.9歳 (SD=13.5)、何も教わっていない：平均48.2歳 (SD=12.8)。(一元配置の分散分析)。

(11)臨床経験年数と鑑定を辞退する傾向に有意な相関が認められ、5年未満で高かったが、それ以上の年齢はほぼ横這いであった。

(12)主な勤め先と「仮に精神鑑定を依頼された場合に引き受けるか」に有意な相関が認められ、引き受けると答えた人は、大学>国公立病院>民間病院>その他>診療所、の順に多かった。(図13)。

(カイ2乗検定)。

(13)年齢と簡易鑑定経験数との間に有意な相関が認められたが、本鑑定経験数との間には認められなかった。(一元配置の分散分析)。

(14)学会所属地区と簡易鑑定経験数との間に有意な相関が認められ、関東>近畿>中部>九州>中国・四国>北海道・東北の順に多かった。(図14)。(Kruskal Wallis 検定)。

(15)鑑定助手経験をもつ群は、もたない群に較べ、鑑定依頼を辞退する傾向が有意に低かった。(カイ二乗検定)。

(16)鑑定助手経験と学会所属地区との間に有意な相関が認められ、近畿>中国・四国>九州>関東>中部>北海道・東北の順で助手経験を有する人の割合が高かった。(カイ二乗検定)。

#### D. 考察

昨今、刑事事件での精神鑑定が社会的関心を集め、司法界から精神医学に向けられる期待も高まっている。それとともに、精神鑑定のあり方に関して、鑑定人の不足、選任の偏り、診断の不一致など、さまざまな問題点が指摘されている。精神医療従事者を対象としたアンケート結果の分析から、鑑定の現状の一端が明らかになった。

回答者の大多数が関心を示すとともに、現状のあり方で問題ないと答えた人は少なく、何らかの改善の必要性が広く認識されている。しかしその反面、回答者みずからが鑑定に携わるかについては、むしろ消極的な傾向が見出される。鑑定の委託を辞退する理由としては、手間がかかる、専門的知識をもたない、という技術的問題が多くあげられた。また鑑定経験をまったくもたない回答者が6割にのぼり、他方で、人数は少ないが、非常に多数の経験をもつ人が存在していた。以上から、鑑定の重要性は認識しているが、みずから行うことには消極的であるというのが一般的な態度であると言える。

このような傾向と関連すると思われるのは、卒後早期の研修経験の有無である。卒後研修で鑑定についてまったく学習しなかった人が4割強、鑑定助手経験をもたない人が6割弱を占めた。鑑定助手を経験しなかった人ほど、後に鑑定をみずから引き受ける傾向が低くなっている。これは卒後早期の経験の重要性を示している。卒後研修を中心的に担う大学の勤務者は、他の施設の勤務者に較べて鑑定依頼をより引き受ける人の割合は高いが、それでも7割にとどまっている。卒後研修に鑑定をより多く取り入れるべきだと答えた人が7割近くにのぼり、早期に学習する機会の乏しさが認識されている。卒後研修での学習、鑑定助手経験をもたない人はより低年齢であり、近年とくに卒後研修で学ぶ機会が減少していることを推

測させる。鑑定依頼を辞退する人の割合は、卒後まもない若年層、第一線から退いた高年齢に多く、卒後10年から30年の医療を中核で担う層では低くなることが予想される。ところが、この年代では必ずしも低くなく、30年以上の人とほとんど変わらない結果であった。この傾向は、精神科の臨床活動の中で鑑定がもつウェイトが相対的に低いことを推測させる。

地域別の比較では、簡易鑑定経験に明かな地域差が認められ、関東、近畿、中部という大都市をもつ地域で高く、北海道・東北でもっとも低かった。簡易鑑定は地方検察庁ごとに実施されているので、この差は主に各検察庁の方式に規定されていると考えられる。

#### E. 結論

鑑定の重要性は感じているが、みずから引き受けることについては消極的である傾向が広く見出された。これは卒後研修で鑑定について学習、体験する機会をもたなかったために専門的知識が乏しいことと関連しており、卒後研修に組み入れる必要性を示している。次年度にさらに詳細な調査と分析を行いたい。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

- 1) 田口寿子、菊地道子、中谷陽二：妄想型うつ病の女性による子殺しの一鑑定例。法と精神科臨床 3:74-81, 2000
- 2) Nakatani Y: Psychiatry and the law in Japan. History and current topics. International Journal of Law and Mental Health 23:589-604, 2000
- 3) 中谷陽二：司法精神医学と倫理。中

根允文、松下正明編、臨床精神医学講座 S12、213-227, 中山書店、東京、2,000.

- 4) 中谷陽二：精神分裂病圏の事例。中田修、小田晋、影山任佐、石井利文編、精神鑑定事例集、日本評論社、東京、2,000

##### 2. 学会発表

- 1) Nakatani Y: The debate on the management of mentally ill offenders in Japan. International Congress on Law & Mental Health, 2000.7.14, Siena.
- 2) 末次幸子、中谷陽二：有機溶剤吸引者による強姦の1鑑定例一意識変容の特徴について一。第37回日本犯罪学会総会、2000.11.25、東京。
- 3) 中谷陽二：精神病患者監護法はなぜ制定されたか。第4回精神医学史学会、2000.10.28、つくば市。
- 4) 本間久美子、小島秀悟、森田展彰、佐藤親次、中谷陽二：精神障害者をケアする家族の精神病理—実子殺人未遂の鑑定事例を通して—。第21回日本社会精神医学会、2001.3.8、高知。
- 5) 陶山満雄、五十嵐禎人、井上幸代、中川誠秀、田口寿子、中谷陽二、風祭元：人格障害と精神鑑定—操作的診断基準導入前の事例から—。第21回日本社会精神医学会、2001.3.8、高知。

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む)

1. 特許取得  
なし
2. 実用新案登録  
なし
3. その他  
なし

## 精神鑑定のあり方に関するアンケート

ここでいう精神鑑定は刑事精神鑑定、すなわち、刑事事件の被疑者・被告人について精神状態、責任能力などについて診断を行うものです。捜査段階で検察官の嘱託によって行われる精神鑑定(いわゆる起訴前鑑定)、検察官の依頼により短時日で診断を行う簡易鑑定、公判で裁判官の委託によって行われる精神鑑定を指します。

成年後見(旧制度の禁治産)のための精神鑑定、その他の民事精神鑑定は含みません。

精神保健福祉法にもとづく措置入院のための指定医の診察は含みません。

下記の該当箇所には○をおつけ下さい。

質問1 精神鑑定に関心がおありですか。

- (1) 非常に関心がある
- (2) 多少関心がある
- (3) 関心がない
- (4) どちらともいえない

質問2 精神鑑定のあり方について改善すべき点があるとお考えですか。

- (1) 現状のままでよい
- (2) 改善すべきである
- (3) どちらともいえない

質問3 「改善すべきである」とお答えになった方に：ご意見がございましたらお書きください。

質問4 精神鑑定はどのような人が行うべきだと思いますか。

- (1) 司法精神医学の専門家が行うべきだ
- (2) 出来るだけ多くの精神科医が行うべきだ
- (3) どちらともいえない
- (4) その他( )

以下は医師の方のみお答えください。医師以外の方は質問16にお進みください。

質問5 現在の主なお勤め先をうかがいます。

- (1) 国立病院
- (2) 都道府県立病院
- (3) 市町村立・その他の公的病院
- (4) 医療法人・個人病院
- (5) 診療所
- (6) 精神保健福祉センター・保健所
- (7) 大学(医学部)
- (8) 大学(医学部以外)
- (9) その他( )

質問6 精神科の臨床経験についてうかがいます。

- (1) 5年未満
- (2) 6～10年
- (3) 11～15年
- (4) 16～20年
- (5) 21～25年
- (6) 26～30年
- (7) 31～35年
- (8) 36～40年
- (9) 41年以上

質問7 かりに精神鑑定を依頼された場合、どのようにしたいとお考えですか。

- (1) 原則として引き受ける
- (2) 内容によっては引き受ける
- (3) 引き受けない
- (4) どちらともいえない

質問8 「引き受けない」とお答えになった方に理由をうかがいます(複数回答、可)。

- (1) 関心がないから
- (2) 専門家ではないから
- (3) 方法がわからないから
- (4) 職場で許可されないから
- (5) 精神鑑定は本来行うべきではないから
- (6) 手間がかかるから
- (7) 法廷で尋問されたくないから
- (8) 特別な理由はない
- (9) その他( )

質問 9 現在までに精神鑑定を経験されましたか(簡易鑑定および鑑定助手を除く)。

- (1) なし (2) 1～5件 (3) 6～10件 (4) 11～15件  
(5) 16～20件 (6) 21～25件 (7) 26～30件 (8) 31～35件  
(9) 36～40件 (10) 41件以上

質問 10 これまで簡易鑑定を経験されましたか(助手を除く)。

- (1) なし (2) 1～5件 (3) 6～10件 (4) 11～15件  
(5) 16～20件 (6) 21～25件 (7) 26～30件 (8) 31～35件  
(9) 36～40件 (10) 41件以上

質問 11 鑑定助手を経験されましたか(簡易鑑定を含む)。

- (1) ある (2) ない (3) わからない

質問 12 卒前教育で精神鑑定について教わりましたか。

- (1) 教わった (2) 教わっていない (3) どちらかわからない

質問 13 卒後研修で精神鑑定について教わりましたか。

- (1) 講義や症例検討会で聴いた (2) 鑑定助手を経験した  
(3) まったく教わっていない (4) どちらかわからない

質問 14 精神鑑定を卒後研修カリキュラムにどの程度取り入れるべきだとお考えですか。

- (1) 現状でよい (2) もっと取り入れるべきだ  
(3) もっと減らすべきだ (4) どちらともいえない

質問 15 精神鑑定に関する教育・研修についてご意見がございましたらお書き下さい。

質問 16 年齢についてうかがいます。

\_\_\_\_\_ 歳

質問 17 職種についてうかがいます。

- (1) 医師 (2) 医師以外( )

質問 18 このアンケートは日本精神神経学会名簿より無作為に抽出し、お願いしております。学会で所属する地区をお答え下さい。

- (1) 北海道・東北地区 (2) 関東地区 (3) 中部地区 (4) 近畿地区  
(5) 中国・四国地区 (6) 九州地区

その他、ご意見がございましたら裏面に自由にお書きください。

ありがとうございました。

今後も調査を行う予定です。ご協力いただける場合は下記にご記入ください。

お名前

資料送付先 〒

図1 精神鑑定への関心度

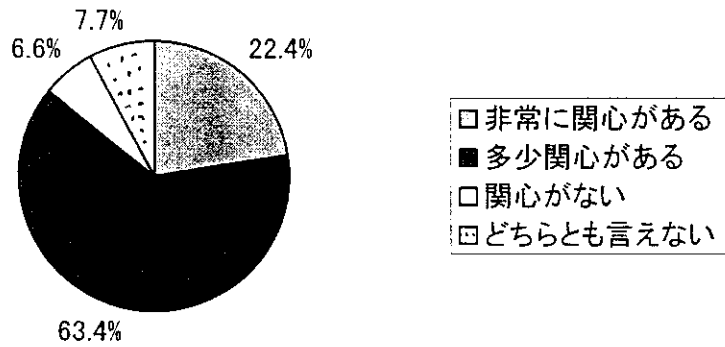


図2 精神鑑定の改善について

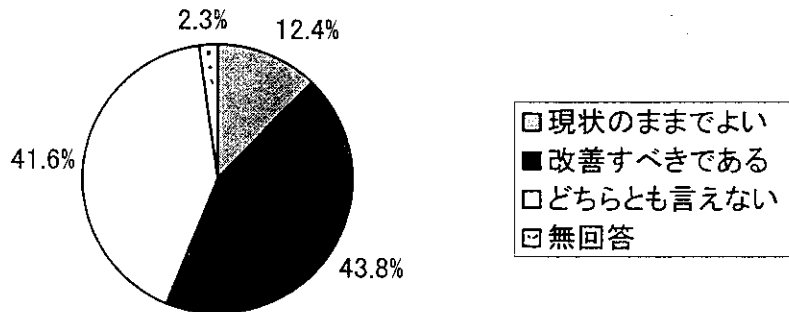


図3 精神鑑定を行うべき人

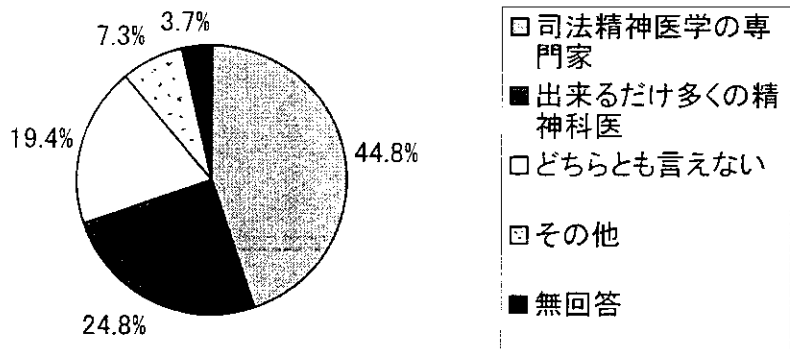


図4 精神鑑定を依頼された場合の対応

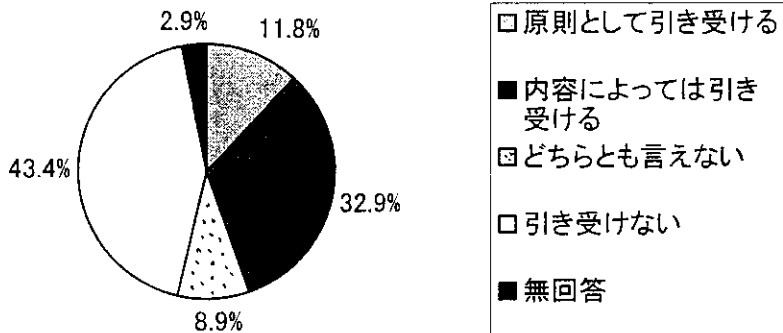


図5 鑑定を引き受けない理由

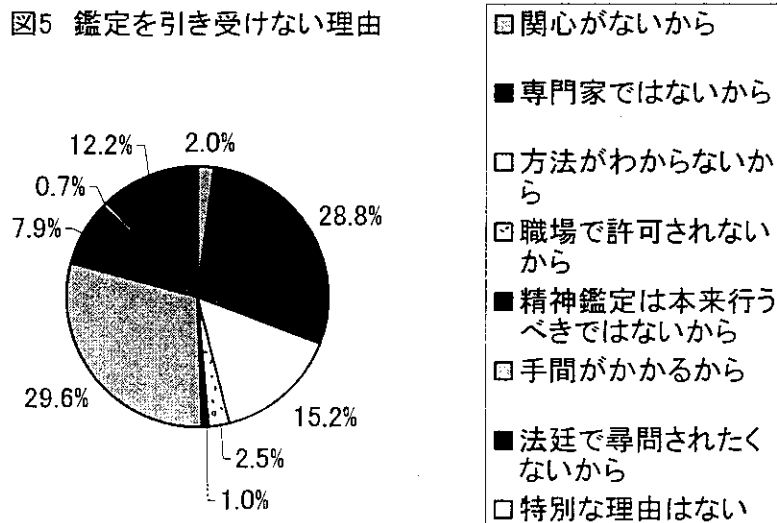


図6 本鑑定経験

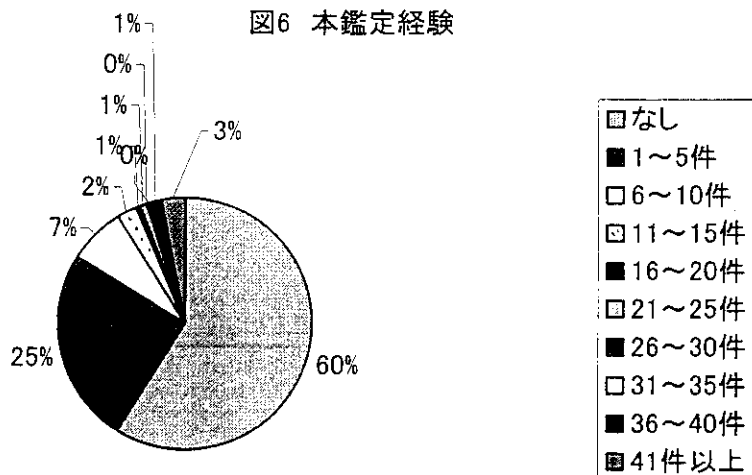


図7 簡易鑑定経験

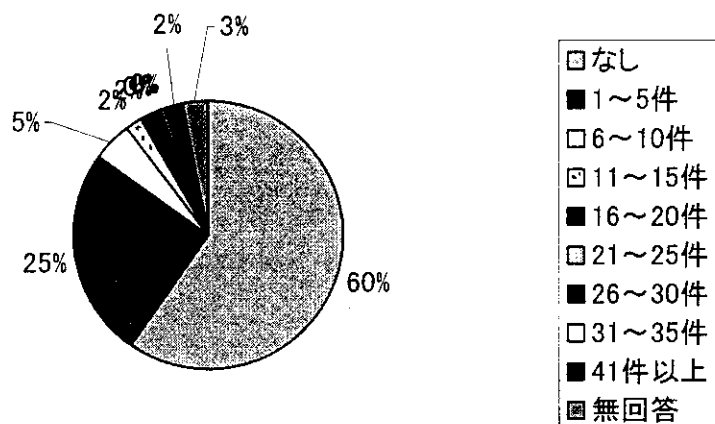


図8 鑑定助手経験

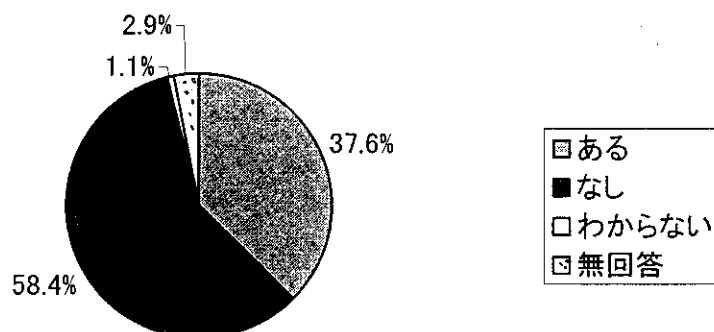


図9 卒前教育での精神鑑定

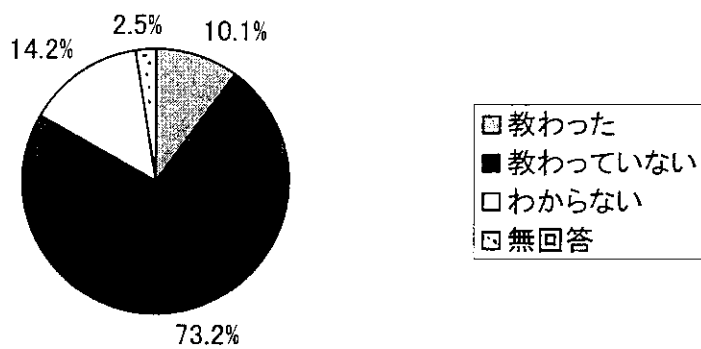


図10 卒後研修での精神鑑定

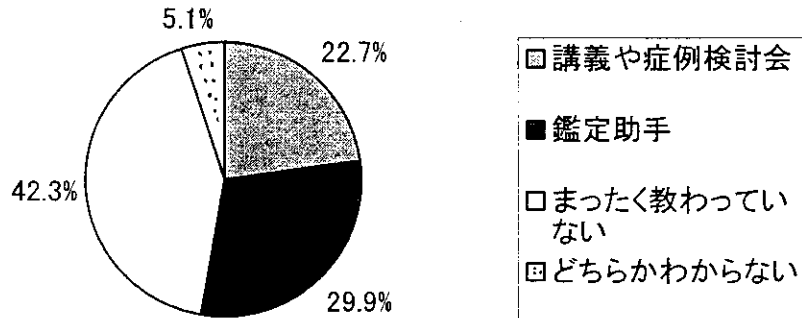


図11 精神鑑定の卒後研修取り入れ

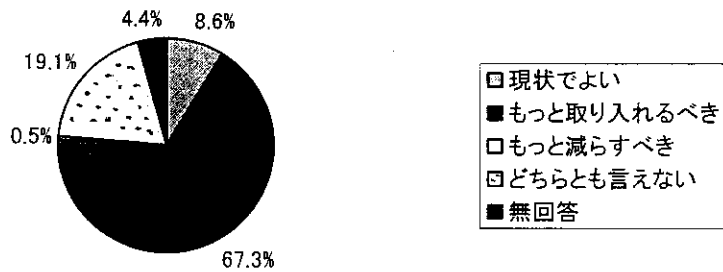


図12 臨床経験年数と鑑定依頼を辞退する傾向

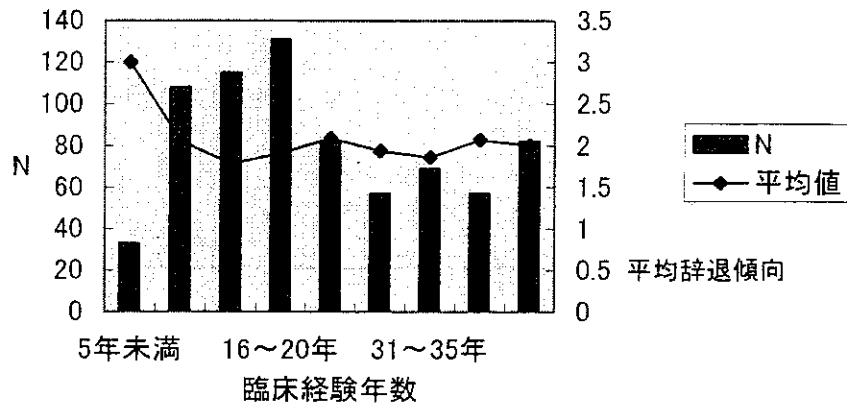




図13 勤務先と鑑定依頼受け入れ率

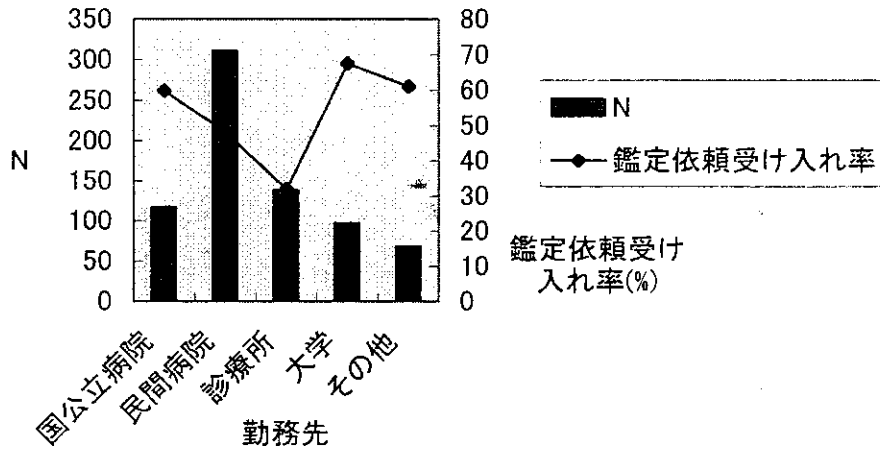
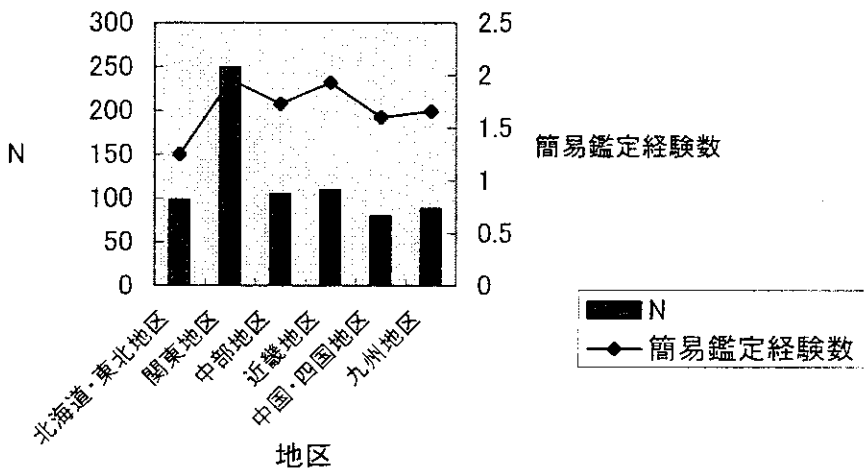


図14 学会所属地区と簡易鑑定経験



厚生科学研究費補助金（障害保健福祉総合）研究事業  
分担研究報告書

精神医学における倫理的・社会的問題に関する研究（H12-障害-007）  
分担研究「老年痴呆者における在宅と施設療養における倫理的問題」

分担研究者 齋藤正彦 慶成会老年学研究所 主任研究員

**研究要旨** 高齢者の意思能力の評価、老年期の痴呆患者の施設入所手続き、痴呆症終末期医療に関する意思決定のあり方の三つのテーマについて、内外の資料を収集し、精神医学の視点から、これらの資料を分析した。わが国における、高齢者の意思能力評価は、現在でも、基本的には精神発達遅滞モデルに基づくもので、高齢者の多様な能力障害を評価する技術が確立していない。居所指定を伴う施設入居については、全く法的手続きがなく、その必要性に関する認知も低い。痴呆症終末期の医療的関与については、生命倫理に関する基本的なフィロソフィーを欠いていて、未だに、分析すべき資料も少ないことを明らかにした。

### A. 研究目的

この分担研究は、意思能力に欠陥のある高齢者の処遇に関するデュープロセス、それを有効に機能させるためのモニター制度等を、具体的に提言することを目的とする。

### B. 研究方法

本年度は、高齢者の意思能力の評価、老年期の痴呆患者の施設入所手続き、痴呆症終末期医療に関する意思決定のあり方の三つのテーマについて、内外の資料を収集し、精神医学の視点から、これらの資料を分析した。資料は、東京学芸大学、松田修助教授の協力で分析し、現状の問題点を明らかにした。

本年度の研究は、個人情報に触れることは全くなく、既に公表されている資料のみを分析の対象としており、特段の倫理的配慮を要さないものと考えた。

### C. 研究結果・考察

#### 1. 意思能力にまつわる諸問題

- ・わが国の老人福祉法は、本人に意思決定能力がない場合の、特別養護老人ホーム入居手続きについては何も定めていない。
- ・この点については、従来から法手続きを整備すべきだという指摘があった(2)(4)(16)(20)(24)。
- ・地域福祉権利擁護事業も、成年後見制度も、痴呆性高齢者の居所指定を伴う施設入居に関する法的手続きについては解決策を示さなかった。
- ・長寿社会開発センター(3)は、わが国の地方自治体の福祉担当者が、意思能力に欠陥のある高齢者の施設入居申請についてどう考えているかについて、2560箇所福祉事務所及び福祉担当部課の長を対象に、アンケート方式調査を行った。
- ・調査に回答した福祉事務所のうちの過半数は、家族の申告および事務官の面接によって、当該高齢者の意思能力に疑問があると考えられる時は、

家族の意思のみで、外出、行動の制限を伴う施設に入居させ、その際、本人の意思能力の評価、痴呆症の診断に、医師等専門家の意見を求めないと回答してた。

- ・全体のおよそ10%の福祉事務所は、本人の意思によらず、家族の申請があれば受理するとしている。

- ・1996年度に特別養護老人ホーム入所申請が出された高齢者の意思能力を見ると、十分あったと判断されるものは25.7%、疑わしかった39.1%、意思能力はなかった26.1%、意思能力を判断できなかった7.3%であった。

- ・福祉事務所が本人の意思能力は、十分保たれていると考えた軽度の痴呆症を有する高齢者であっても、特別養護老人ホーム入居申請を自らの発意で行うものは、12%にとどまり、本人以外の同居、別居の家族による申請が83%にのぼる。

- ・本人の意思能力が疑わしいまたは意思能力を欠く場合には、大部分が家族による申請になる。

- ・意思能力が十分であると判断された軽症痴呆症の高齢者のうち、25%は積極的に入所を希望しているが、44%は説得されて同意、27%は拒否はしていないという消極的な同意に留まり、拒否の意思を示したのも2%あった。

- ・意思能力が疑わしいまたは意思能力を欠くと判断された痴呆性高齢者の場合は、自ら入所を積極的に希望する者はほとんどなく、意思能力が低下するに連れて、入所への意思を判断できないという回答が増える。

- ・私法上の契約に基づき、痴呆症等の疾患を抱える高齢者の介護を行う介護型有料老人ホームにおける入居契約も、扶養義務者によって行われており、施設側は扶養義務者の要請にしたがって、入居者の行動を制限している(23)。

・扶養義務者との私法上の契約によって、痴呆患者の施設入所が決定され、その後の行動が制限されるとすれば、ここでも何らかの法的な手続きが必要であり、これが乱用された場合の法的救済手続きが用意されていなければならない。

・こうした法の不備に基づく、重大な人権侵害事件は既に事例として明らかになっている(22)。

・精神保健福祉法に基づく、精神病院への入院の場合でさえ、入居後の人権擁護に関する規定は、痴呆性高齢者を想定したものではない(24)。

・精神保健福祉法の患者自身による異議申し立てて続きは、自己の人権を自ら守る能力のある患者を想定しており、不服を申し立てる能力が極めて脆弱な存在である痴呆症患者等については、十分なセーフガードとはなっていない。

・居所を指定し、移動を制限する可能性のある、痴呆性高齢者の施設介護においては、入院、入居の決定に関する法手続、および、施設内での人権侵害が起こった場合、本人にアピールする能力がなくても迅速に事態を発見し、改善策を講じるための、公的アドボカシー制度の2点について早急に解決を図る必要がある。

### 3. 痴呆症終末期における医療上の決定

・痴呆症の終末期における医療、介護上の判断と、本人の意思の問題は、これまで、わが国においてほとんど問題にされてこなかった。

・日本の医療倫理の代表的研究者の一人である柏木でさえ、「高齢者の場合、病名の告知が大きな問題となることはあまり多くない。特に痴呆性高齢者の場合、これはほとんど問題にならない」と述べている(8)。

・痴呆症終末期のケアについて、特別養護老人ホームの職員にアンケート調査した石原(6)によれば、アンケートに回答した福祉施設職員の85.7%は、痴呆症が進行して食物の嚥下が困難になり、誤嚥性の肺炎を繰り返す場合は、経管栄養による栄養補給をすべきであると答えている。嚥下障害があり、寝たきりになった終末期の痴呆症患者には、経管栄養による延命をすべきでないと回答したものは0%であった。一方、同じ調査では、回答者の14.3%が、誤嚥性の肺炎を起こした痴呆症終末期の高齢者には、抗生物質を投与すべきでないと回答している。

・多くの日本人は、治療行為の中止による尊厳死を容認しているが、積極的な安楽死に対しては、認めがたいと考えている(11)。ただし、この調査は、癌で死亡した人の遺族を対象として行われたものであり、痴呆症のような慢性疾患の終末期のケアについては、考慮されていない。

・日本学術会議は、1994年の医療特別委員会報告において、尊厳死を容認しているが、その際、尊厳死のために中止されるべき延命措置の中に、経管栄養を含めている(17)。

・これまでわが国において、安楽死の是非が争点になった刑事裁判は7件ある。

・名古屋高等裁判所は、1962年、安楽死が認められる要件として、①不治の病に冒され、死期が迫っていること、②苦痛が激しく、何人もこれを見るに忍びない程度であること、③病者の苦痛の緩和のみを目的とされたものであること、④本人の意識のあるときは、本人の真摯な嘱託または承諾があること、⑤医師の手によること、それ以外の時は、医師の手によりえないという特別な事情があること、⑥倫理的に妥当なものとして容認される方法によること、の6条件を明示した。

・この判例は、わが国で、初めて、安楽死の要件を示したもので、その後の裁判も、この判例に則って行われてきたが、現在までのところ、この基準によって、安楽死が認められた事例は一例もない(1)。

・わが国においては、痴呆症の終末期、本人の意思が確認できない状態での延命措置についての議論は、未だにその緒についたばかりである。

・幸いなことに、国民皆保険下の日本では、これまで、家族や本人の経済的負担が、延命措置の是非の決定に影響することはほとんどなかった。一方で、本人には病名告知がないまま、家族と、医療提供者による終末期医療の決定が為されてきた。

・今後、同居家族を持たない高齢者が増加し、本人の自己決定を尊重せざるをえない情勢になれば、こうした方法は、もはや通用しない。医療専門職の側から、痴呆症終末期の状態に関する情報の提示がなされ、国民の間で、これをタブー視しない議論が行われる必要がある(20)(30)(31)。

・病名告知に基づく、インフォームドコンセントの原則を、痴呆症にも適用していく努力が、医療、福祉の専門職、これらのサービスを受ける国民の側にも要求されている。

### D. 結論

(1)わが国における、高齢者の意思能力評価は、現在でも、1930年代から続いている精神発達遅滞モデルに基づくもので、現在の高齢者の多様な能力障害を評価する技術が確立していない。

(2)痴呆老人のケアを提供している特別養護老人ホーム、有料老人ホーム、老人病院など、行動を制限し、結果として居所指定を伴う施設に、意思能力を欠く痴呆性高齢者が入居する際の手続きに

ついては、全く法的規定がなく、当事者においてはその必要性に関する認知も低い。

(3) 痴呆症終末期の医療的関与については、生命倫理に関する基本的なフィロソフィーを欠いていて、未だに、分析すべき資料も少ない。

## E. 研究発表

International Library of Ethics, Law and the New Medicine - Volume on Aging-. 26 Decision Making in Social and Medical Services for Dementia Patients in Japan. Kluwer Academic Press (2001年出版予定)

F. 分析の対象とした資料 (この分担報告書では触れられていない文献を含む)

(1) 秋葉悦子:判例.町野朔,丸山雅夫,西村秀二他編,安楽死・尊厳死・末期医療:2-36,信山社,東京,1997

(2) 浅井邦彦:老人性痴呆の人権と処遇について.日本精神病院協会雑誌,10(8):40-41,1991

(3) 長寿社会開発センター:新たな高齢者介護システムにおける痴呆性高齢者に対する福祉サービス提供及び権利擁護のあり方に関する調査研究事業報告書. 1997

(4) 淵野勝弘:痴呆性老人と人権.日本精神病院協会雑誌,11(2):53-55,1992

(5) 本間昭:老年期痴呆の疫学・リスクファクターの研究.臨床精神医学,21:1877-1887,1992

(6) 石原健造:痴呆性老人の終末医療・ケア.老年精神医学雑誌,10(9):1019-1025,1999

(7) 金子仁郎,坂本照三,大野周子,小林正延:いわゆる意思能力の精神医学的研究—禁治産宣告者の場合を中心に—.精神医学,(6):499-502,1964

(8) 柏木哲夫:痴呆性高齢者のターミナルケア.臨床精神医学,9(6):623-627,2000

(9) 厚生省「国民生活基礎調査」1980、

(10) 厚生省「国民生活基礎調査」1995、

(11) 厚生省:末期医療に関する国民の意識調査報告書.1993

(12) 厚生省「国民生活基礎調査」1998

(13) 前田泰:禁治産・準禁治産に関する精神鑑定例の検討.徳島大学社会科学研究所,10:33-94,1997

(14) 前田泰:禁治産または準禁治産を宣告する基準—精神障害者の行為能力および意思能力—.家裁月報,49(3):1-63,1997

(15) 三宅鉦一:精神能力—精神病学より見たる—.岩波書店,東京,1930

(16) 中谷瑾子,中谷真樹:痴呆患者の責任能力.老年精神医学雑誌,4(2):127-135,1993

(17) 日本学術会議:医療特別委員会報告,1994

(18) 西山詮.民事精神鑑定の実際(改訂版).新興

医学出版社,東京,1998

(19) 大塚俊男,柄沢昭秀,松下正明,河口豊:わが国の痴呆性老人の出現率.老年精神医学 3(4):435-439,1992

(20) 小沢勲:痴呆老人の人権とは.老年精神医学雑誌,4(2):121-126,1993

(21) 斎藤正彦:痴呆性疾患の医療・福祉と人権.老年精神医学雑誌 10(10):1219-1223,1999

(22) 斎藤正彦:有料老人ホームにおける痴呆性疾患を有する高齢者の処遇に関する調査.高齢社会における医療・保健・福祉制度と高齢者の人権.36-42,厚生科学研究費補助金総合研究報告書 2000

(23) 斎藤正彦:意思能力の欠陥と高齢者の人権.高齢社会における医療・保健・福祉制度と高齢者の人権.25-35,厚生科学研究費補助金総合研究報告書 2000

(24) 斎藤正彦:精神保健法と痴呆患者.老年精神医学雑誌 4(2):155-160,1993

(25) 斎藤正彦:痴呆性疾患を有する高齢者の財産管理.臨床精神医学,26(11):1399-1405,1997

(26) 斎藤正彦:契約締結ガイドラインについて.月刊福祉,99(12):36-41,1999

(27) 最高裁判所:新しい成年後見制度における診断書の作成の手引き,鑑定書作成の手引き.2000

(28) 白石弘巳:痴呆性高齢者の意思能力評価法.臨床精神医学 29(6):597-601,2000

(29) 総務庁「国勢調査報告」1990、

(28) 総務庁「国勢調査報告」1995

(30) 総務庁「高齢社会対策関係統計資料集 1999」

(32) 寺島正吾:禁治産、準禁治産宣告申立事件の実態と精神鑑定の問題点.精神神経学雑誌, 82:708-712,1980

(33) 全国社会福祉協議会:契約締結ガイドライン,東京,1999

厚生科学研究費補助金（障害保健福祉総合）研究事業  
分担研究報告書

精神医学における倫理的・社会的問題に関する研究（H12-障害-007）  
分担研究「人権擁護のための精神医療審査会の活性化に関する研究」

分担研究者：山崎敏雄 医療法人 社団雄心会 山崎病院

研究要旨

本研究班は、精神医療審査会を活性化し、地域格差を是正するために、調査研究活動を実施してきた。今年度は、以下の3つの研究課題を立て、それぞれに成果を得た。

(1) 審査会の機能評価尺度に関する審査会委員および事務局の意見を集約すること。全国の審査会委員 830 名、審査会事務局 59 カ所に対して、審査会の機能評価項目（50 項目）に関する意見を問うたところ、676 名（76.0 %）から回答を得た。1 項目（当該病院で審査会を開催した件数）を除いて、全ての項目に過半数の賛同を得たが、項目によっては賛同率にばらつきがあった。また委員種別間の格差もあった。自由回答では、多数の有用な意見が寄せられた。

(2) 2002 年度から精神保健福祉センターに移管される審査会の事務局運営マニュアル案を作成すること。前年度に実施した審査会事務局の業務量調査などを参照して、事務局の独立性、専門性、透明性を重視した事務局運営マニュアル案を作成した。電話受け付け体制の充実、請求受理から2週間以内の意見聴取、重大な人権侵害が疑われるケースに対する緊急審査会の開催、年次報告書の充実、実地指導・実地審査との情報交換など、審査会機能の拡充を目指した。

(3) 審査会制度を諸外国と比較すること。イギリスおよびフランスの審査会制度を検討し、わが国の制度と比較した。わが国の審査会制度には、イギリスの裁判所機能（Tribunals）と委員会機能（Commission）とが混在している。フランスの審査会（県委員会）は、患者からの請求がなくても病院に立ち入り調査ができるという面で、わが国の実地審査・実地指導の機能を兼ね備えている。審査会機能に関する日仏の比較調査によれば、審査会機能に不満がないとするフランスの精神科医が 46.2 %であったのに対して、日本では 18.0 %にすぎなかった。わが国の審査会制度の再検討、特に実地審査・実地指導との役割分担の再検討が必要と思われた。

A. 研究目的

精神医療審査会（以下「審査会」）制度は、精神科病院における医療内容や人権擁護の不透明性に対する国内外の批判を背景として、1989年に創設された制度である。都道府県と政令市併せて59の自治体には、総計153（2001年3月現在）の合議体から成る精神医療審査会が設置され、各合議体は、入院医療に関する書類および入院患者からの退院もしくは処遇改善請求を審査している。必要に応じて、審査会は、病院を調査し、知事（ないし政令市

長）に対して、退院もしくは処遇改善命令を発するよう勧告することができる。

このように、審査会制度は、患者人権の擁護と適正な医療の確保のうえで、強力な権限をもっているが、審査会制度発足後も、精神科病院における人権侵害事件や不祥事件は後を絶たないのが現状である。退院請求も1998年度に初めて全国で1,000件を超えたが、約10万人の非自発入院患者数に比較すると、決して高い水準とはいえない。また、自治体間格差および病院間格差が著しい。

本研究班は、審査会活動を活性化し、地域格差を是正するために、様々な調査研究活動を行ってきた。今年度は、(1)審査会の機能評価尺度に関する審査会委員と事務局の意見を集約すること、(2)2002年度から精神保健福祉センターに移管される審査会事務局の運営マニュアル案を作成すること、(3)審査会制度を諸外国と比較すること、を研究目的とした。

## B.研究方法

(1)全国の審査会委員と事務局担当者を対象として、「審査会の機能を評価するにはどのような情報が必要か」という観点から、研究班のプランに対する意見を問うアンケート調査(50項目)を実施した。(2)審査会活動の実態調査(1999年度)や事務局の業務量に関する調査(2000年度)を参考に、審査会事務局運営マニュアル案を作成した。(3)英仏における審査会制度の実状を調査し、わが国の制度との比較検討を試みた。

## C.D.結果と考察

(1)アンケート調査の対象は、審査会委員830、事務局59の計889。回答数は、審査会委員627(75.5%)、事務局49(83.1%)、合計676(76.0%)であった。審査会の機能評価にとって必要との回答率が80%を超えた項目は、合議体ごとの委員名簿、医療委員の所属施設、合議体の年間開催数、年間書類審査件数、書類審査に基づく審問等の実施件数と内容、書類には全委員が目を通すことになっているか、書類審査の基準の有無、退院請求および処遇改善請求の年間受理件数(電話・書面別、病院別)、請求の年間審査件数および審査結果(合議体別、病院別)、意見聴取に赴いた委員の氏名が記録されているか、意見聴取の対象者氏名が記録されているか、意見聴取の場と立会人氏名が記録されているか、意見聴取をせず書面審査のみで審査会に諮った事例の件数、審査結果の通知とその理由は患者・家族・病院別々に送付されているか、の14項目であった。

一方、審査会の機能評価にとって必要との回答が70%を下回った項目は、審査会委員の通算就任期間、合議体での審査に要する時間、電話相談を受け付ける職員

の職種や経験年数、電話相談記録票がすべて審査会に提示されているか、審査会への請求者や代理人の参加件数、病院で審査会を開催した件数、追跡調査の実施件数、の7項目であった。

以上の結果は、審査会の機能評価に必要な情報は何かを問うことを通じて、審査会委員と事務局が審査会の形態と機能のうち、どれを重視しているかを明らかにしている。すなわち、審査会委員と事務局は、合議体委員構成のバランス、書類審査の審査基準、そして、退院請求等の審査の公平性と透明性を重視すべきであるとしている。

(2)2002年度から精神保健福祉センターに移管される審査会事務局には、独立性と専門性、それに透明性(情報開示)が求められる。新たな事務局運営マニュアル案は、これらの要請を満たすものでなくてはならない。以下にその骨子を示す。(a)書類審査：審査書類の事前配布。審査件数の上限設定。関係書類は5年保存。(b)退院請求等の審査：電話受け付け体制の充実(専用回線確保、専門職員配置)。請求受理から2週間以内に意見聴取。重大な人権侵害が疑われるときは緊急の臨時審査会を開催。審査結果の迅速な通知とフォローアップ。(c)審査会総会：年1回以上、総会を開催する。必要に応じ臨時総会開催。活動報告と問題事例の総合的検討。(d)年次報告書：病院別の書類審査結果と退院等の審査結果。重要事例の提示。実地審査と実地指導の情報提示。(e)広報活動：患者の権利告知の徹底。関係機関との連絡調整。

(3)日本の精神医療審査会の性格を知るうえで、イギリスのMental Health Review Tribunals(裁判所)とMental Health Act Commission(委員会)という2つの機構の違いを知ることは有意義であろう。前者が強制入院の適否を審査することを主な目的としているのに対して、後者は病院訪問を行い、インフォームドコンセントが取れない患者の治療に関してセカンドオピニオンを提供する機能を有している。日本の精神医療審査会は、入院の適否を審査するという機能ではTribunalsに類似し、医療の質に介入する調整機能の面ではCommissionに類似するなど、2つの機能が混在している。

フランスには、日本の精神医療審査会に対応する機構として県委員会 (commission departementale) がある。構成メンバーは、精神科医 2 人、司法関係者 1 人、精神障害者の家族の代表 1 人である。日本の審査会との決定的な違いは、患者の請求がなくても、随時、病院を訪問し、場合によっては退院を命ずる権限をもつことである。日本における実地指導や実地審査の機能を兼ね備えているともいえる。1999年6月、501名のフランスの精神科医を対象として、京都大学公衆衛生学教室がアンケート調査した結果(回答238名)、「現行の県委員会の改革を行うとすれば、どこに着手すべきか」という質問には、「委員の構成を見直すべきだ」といった他の設問に比して、圧倒的に多くの人々が「訪問回数を増やすべきだ」との意見を表明した。ただしフランスの県委員会は、知事や裁判所長のように、予告無しの訪問を行っている様子はない。

また、県委員会の機能に不満はないとするフランスの精神科医が46.2%であったのに対して、日本の精神科医(501名中、回答219名)のうち、精神医療審査会の機能に不満のない精神科医は18.0%にすぎなかった。「ではどのように改善するか」という質問にも、フランスのように「訪問回数を増やせばよい」といった明確な改善方針が示されなかった。

このアンケートでは、イギリス型の Commission 機能を日仏に持ち込む可能性についても問うた。例えばイギリスの委員会のように、強制入院中の患者に対する薬物療法継続の適否にまで介入することについては、日仏それぞれ全く同様に、否定的な意見が優位であった。

## E. 結論

わが国の審査会委員の大多数は、現行の審査会制度に不満を抱いており、審査会機能の評価尺度があってもよいと考えている。日本の審査会制度は、イギリスの Tribunals と Commission 双方の機能を兼備しているが、後者の機能は不十分であり、知事権限による実地審査や実地指導との役割分担も不明瞭である。新しい審査会事務局マニュアルには、これらの不備を改善するための工夫が盛り込まれるべきである。

厚生科学研究費補助金（障害保健福祉総合）研究事業  
分担研究報告書

精神医学における倫理的・社会的問題に関する研究（H12-障害-007）

分担研究「各国の精神保健法の比較研究」

分担研究者 白石 弘巳 東京都精神医学総合研究所 専門副参事

研究要旨

平成 12 年度は、以下の研究を行った。1)1999 年に改正された精神保健福祉法の英文翻訳を作成した。1988 年に厚生省が作成した精神保健法英訳版を継承することを原則としつつ、全文を新たに訳出し、法律、精神医療などの研究協力者が、それぞれの専門分野から術語、表現などについて逐語的に検討を行い、一応定訳とした。今後さらに関係者の意見を聴取して決定稿を完成させる予定である。2)カナダ ブリティッシュ・コロンビア州の精神保健関連法制度について同州バンクーバーにおいて訪問調査を行った。精神保健法制度の研究者であるブリティッシュ・コロンビア大学法学部 Salzberg,S.M.氏らに協力を依頼し、主な精神保健福祉施設を訪問するとともに、関連資料を収集し分析を行った。ブリティッシュ・コロンビア州では、精神疾患治療を含む成年者の保護のあり方について、1960 年代以来約 40 年ぶりの大きな改革が進行中であり、成年後見に関して整備されつつある「代理に関する合意法」(Representation Agreement Act)、「ヘルスケア(同意)とケア施設(入所)法」(Health Care(Consent) and Care Facility(Admission) Act)、「成年後見法」(Adult Guardianship Act)、「公的後見人及び公的財産管理人法」(Public Guardian and Trustee Act)の関連 4 法について概要を示し、また最近改正された精神保健法の改正内容、特に強制入院制度の改正や強制外来治療の創設などについて報告した。

研究協力者(五十音順)

五十嵐禎人 東京都精神医学総合研究所  
主任研究員  
池原毅和 東京アドヴォカシー法律事務所 弁護士  
竹島 正 国立精神保健研究所  
精神保健計画部長  
山本輝之 帝京大学法学部 助教授

A. 研究目的

1987 年、日本の精神医療が長期在院者の多いことや精神病院内での人権侵害などについて国際的な批判を受ける中で、精神衛生法が改正されて、精神保健法が誕生した。その後も、1993 年、1995 年、1999 年の計 3 回の法改正が行われた。1993 年の法改正では、グループホームの法定化、保護義務者の名称変更、社会復帰促進センターの設置、いわゆる大都市特例に関すること、その他の変更が加えられた。1995 年の改



正では、1993 年障害者基本法が成立したことを受け、初めて精神障害者の福祉にも対応するべく、社会復帰施設やその事業の充実、手帳制度が創設などが行われ、名称も精神保健福祉法と改称された。1999 年改正には精神障害者の人権に配慮した見直し、精神障害者の医療の確保するための移送制度の制度化、生活支援センターの法定化やホームヘルプ事業などなど市町村を中心とした在宅福祉施策が盛り込まれた。この 10 余年間の度重なる改正で、名称の変更をはじめとして内容にも変更が加えられつつある一方で、1999 年の法改正でも先送りされている課題があり、さらに精神病院における新たな人権侵害事件が明るみに出されるなど精神医療の改革はいまだ道半ばという状況である。

こうした中、今後の精神保健福祉法や精神保健福祉医療施策の指針を探るために、世界各国の精神保健法制度や施策を比較研究することは有効な手段の一つである。精神衛生法の改正時には、改正の指針とするべく、Weistub, D., Stone, A や Harding, T.W. らにより国際的な精神保健法制研究の動向が伝えられたが、最近 Mental Health Act をキーワードとして主として英語圏の文献を検索した範囲では、法制度改革に関して地域単位、国単位で報告するものがほとんどで、世界各国の状況を通覧するような視野と規模を持った研究はあまり行われていないようである。

日本の精神保健福祉法を各国の法律と比較検討することを目指す研究もほとんど認められない。海外への日本の法律の紹介も活発に行われているとはいえ、一部の研究者をのぞいては、日本の法制度や施策はほとんど知られていないのが現状である。

以上に鑑み、今日精神保健法制について、諸外国との比較研究を行うことには、二つの大きな意義がある。第一は、精神保健福

祉のさまざまな領域を一つの法律でカバーしている現状について検討し、改革の方向性を探ることである。また、インフォームド・コンセントや代諾の制度、触法精神障害者に対する対応など、個別の制度について日本が改革を図る際の指針を得ることである。第二は、逆に比較を通じて日本の精神保健福祉法や施策、その背景等について海外の研究者等に情報を提供し、相互理解を深める機会とすることである。精神保健法制のあり方に関しては、国連原則(1991)や WHO の精神保健法制に関する 10 原則(1996)などが標準となるが、家族のあり方など日本の文化的、社会的状況を踏まえた議論が必要である。比較研究を行うことによって、彼我の相違点が文化的に規定され、尊重されるべき日本の個別的事情と、そうとはいえない部分とに整理できれば、日本の精神保健法制の今後のあり方を俯瞰し、諸外国から正しい理解を得る上で大きな契機となることが期待される。

こうした目的のため、研究初年度である平成 12 年度は、1)今後の比較研究の基礎として 1999 年(平成 11 年)に改正された精神保健福祉法の英訳を作成すること、2)同様に法制度改革が進められているカナダブリティッシュ・コロンビア州に着目し、広い視野から精神保健法制度の位置づけを概観することなどを目指して調査研究を行った。

なお、翻訳については、平成 13 年度以降、可能な限り多くの内外の関係者からも意見を募り、さらに検討を行う予定である。特に、WPA 横浜大会で、翻訳を含む日本の精神保健医療に関する冊子を発行し、日本の精神保健福祉法や精神保健福祉行政などについて海外から参加する臨床家や研究者に周知を図り、また意見交換を行い、最終的には成果を国内外で刊行することを目標とする。

## B. 研究方法

### 1. 精神保健福祉法(1999 改正)の英訳版作成

法律文の英語への翻訳には特別の技能が必要であるので、適任者に業務を委託することとする。この業務を法律・技術・一般翻訳に関して長年の実績がある Legal and Technical Communications(代表取締役・大井幸子氏)に委託した。その際、1988年に厚生省が作成した精神保健法英訳版を継承することを原則としつつも、この英訳は出版されてはいるものの自ら仮訳(tentative translation)と規定しているため、変更部分だけではなく全文を新たに訳出することを依頼した。その後、法律、精神医療などの研究協力者が、それぞれの専門分野から用語、表現などについて逐語的に検討を行い、一応定訳とした。その際、これまでに発表された精神保健(福祉)法の以下の翻訳を参照した。

1) The Mental Health Law(1988) 監修・厚生省保健医療局精神保健課, 厚生出版(株), 東京

2) Mental Health Services in Japan : its new legislation(1988) 中山宏太郎訳, 精神神経学会, 東京

3) Mental Health and Welfare Law(1995) 日本精神病院協会雑誌別冊, 社団法人日本精神病院協会, 東京

(今後これらの翻訳に触れる場合には、1988 厚生省訳、1988 中山訳、1995 病院協会訳とする。)

### 2. カナダブリティシュ・コロンビア州の精神医療法制度

次年度以降の国際比較のために、この分野で業績がある Salzberg,S.M.( British Columbia 大学法学部)氏の支援を受けて、カナダブリティシュ・コロンビア州の精神

医療法制度などについて訪問調査、得られた資料を基に分析を行う。具体的には、2000年10月下旬から約1週間ブリティシュ・コロンビア州のバンクーバーに赴き、州立ブリティシュ・コロンビア大学において同助教授から直接情報を得るほか、リバービュー州立精神病院、バンクーバー総合病院、その他精神医療関連施設の他、成年後見制度との関連を知るために公的後見人事務所などを訪問を訪問し、関係者から聞き取り調査を行い、また資料提供を受ける。

## C. 研究結果

### 1. 精神保健福祉法(1999 改正)の英訳版作成

所期の計画に従って作業を行い、精神保健福祉法(1999 改正)の英訳版を作成した。成果物を報告書巻末に添付する。

以下に、作成上留意した点について述べておく。

#### 1) 法文の構成について

法文の構造は以下のように対応させた。

章	Chapter
節	Section
条	Article

他条文で参照するときには各条の中の段落ごとに、Paragraph(略して Para)を用いた。

1988 厚生省訳と 1988 中山訳では、日本語自体に節(Section)がなかった。1988 中山訳は Section を条文について使っている。また、1995 病院協会訳では、

章	Chapter
節	Clause
条	Article
(段落)	Section

という構造をとっている。

2000 年版は、参照できた民法の英訳が以下の章立てになっていたことに倣った。

編	Book
---	------

章	Chapter
節	Section
条	Article

## 2) 大文字と小文字の区別

慣用的に大文字で表記されるもの(固有名詞など)の他、法文中で定義されたものについては、それ以後大文字を用いて表記した。このような例として、精神障害者(Person with Mental Disorder)、精神保健指定医(Designated Physician)、指定病院(Designated Hospital)、措置入院患者(Involuntary Patient)その他がある。このような定義がなされない用語、たとえば保護者(A person responsible for protection)などについては小文字表記となっている。

## 3) 翻訳文についての基本指針

英語の翻訳文は、法律翻訳の基本に従いつつ、可能な限り正確で、平明であることを期した。以下にいくつか例を挙げる。法律翻訳に用いられる用語法として、例えば「〇〇させる」に対し cause という動詞を当てることなどが相当しよう(Article 22 The person responsible for protection shall cooperate with the physician in order to cause the Person with Mental Disorder to be correctly diagnosed. など)。正確にと言うことではできるだけ日本語の表現に忠実に英訳することとし、例えば「指定医」、「指定病院」など日本語で同一の術語が用いられているときには両者とも同じ designated という英語を用いるようにした。また、「社会復帰」を social rehabilitation とし「社会復帰をする」を socially rehabilitate などとした。同様に「できる」は may、「ねばならない」は shall をほぼ統一して用いた。さらに、「この法律に定めるものの他、〇〇に関して必要な事項は政令で定める」など複数回登場する表現については同一の文型を用いるようにした(第8条、第15条、第19条の6など)。

平明であることの例として、「違反する」の訳語として、contravene、violate のうちではより理解しやすい violate を選択した。日本文で同じように「都道府県知事は」と書き出しで始まる条文でも、その後に続く条件節が長い場合には、読み下したときの理解しやすさを優先して、英文では条件節を文頭に置いた。

## 4) 術語の選択について

各翻訳ごとに英語の術語が異なる場合が少なからずあった。これについては2000年訳と1995病院協会訳について比較した表を参考に挙げておく。

ここでは、特に重要な単語についてのみ言及しておく。まず「精神障害者」については、

the Mentally Disordered Person(1988厚生省訳と1988中山訳)、the Mentally Challenged Person(1995病院協会訳)などとなっていたが、ここではブリティッシュ・コロンビア州の精神保健法で使われている、the Person with Mental Disorder を選択した。「精神保健指定医」については、the Designated Mental Health Physician(1988厚生省訳)、the Designated Physician of Mental Health(1988中山訳)、the Accredited Mental Health Physician(1995病院協会訳)のうち、もともと Mental Health Physician という術語が一般的でなく、通常 the Designated Physician と略すのに都合がいいと考えられることから、the Designated Physician of Mental Health を選択した。「精神病院」については、欧米では psychiatric hospital とは言わず、mental hospital というのが通常であるので、これを用いた。さらに「保護者」については、the person responsible for custody と the person responsible for protection の両者のうち、後者を選んだ。もともと日本語の「保護」という言葉に custody と protection という両義があるため

の選択は容易ではないが、ブリティッシュ・コロンビア州の成年後見制度などで protection が身柄を含む「保護」の意で用いられていることなどを参考にして選択した。これに伴い、「医療保護入院」も hospitalization for medical care and protection とした。

この他、個々の術語に関しては実際の翻訳文を参照いただきたい。訳語、訳文については、今後関係者の意見を参考にして、さらに検討を続ける予定である。

## 2. カナダブリティッシュ・コロンビア州の精神医療関連法制度

### 1) はじめに

カナダ、特にバンクーバーを中心とするブリティッシュ・コロンビア州(以下 B.C. 州)における地域精神医療は世界的にも有名であり、その実態については 1980 年代から林や井上<sup>6)</sup>、野田<sup>5)</sup>らの報告や日加交流活動の報告などによって日本にもよく知られている。

現在、B.C.州では、精神疾患治療を含む成年者の保護のあり方について、1960 年代以来約 40 年ぶりの大きな改革が進行中である。成年者保護のための法制度改革は世界的な流れで、2000 年 4 月から日本で新制度が施行されたのをはじめ、イギリス、ドイツ、オーストラリア、ニュージーランドなどで相次いで行われているほか、カナダにおいても一時世界でも進んだ法律であると評価された<sup>4)</sup> アルバータ州の成年者援護法(1976)を皮切りに、ケベック州(1991)、オンタリオ州(1992)、再びアルバータ州(1996)などで次々と行われてきた。B.C.州でもこうした動きと呼応して制度改革が行われているところであるが、今のところ、その内容についてはあまり紹介されていないようである。本稿では、最近著者がバンクーバーを訪問した際入手した資料<sup>1) 2)</sup>な

どを参照し、改正点を中心に新たな制度について概要してみたい。なお、法規の解説であるので、これら資料からの引用の場合はいちいち文献引用を行わなかったことを予めお断りしておく。

### 2) B.C.州における制度改革の経緯

B.C.州では、1960 年代に成年後見や精神保健に関連する大規模な法制度改革が行われた。その際「患者の所有財産法」(Patients' Estates Act, 1962)(後に「患者財産法」, Patients Property Act), 「公的財産管理法」(Public Trustee Act, 1963), 「精神保健法」(Mental Health Act, 1963)が成立した。1980 年代後半になるとこれらの法律の見直しの気運が高まり、1989 年に B.C. 法律家協会の支援のもと各種団体が参加してあるべき成年後見制度の検討が行われた。その結果は共同作業委員会に引き継がれ、1992 年に委員会が報告を出し、基本理念が固まった。そして 1993 年に成年後見に関連する 4 法律、すなわち「代理に関する合意法」(Representation Agreement Act), 「ヘルスケア(同意)とケア施設(入所)法」(Health Care(Consent) and Care Facility(Admission) Act), 「成年後見法」(Adult Guardianship Act), 「公的後見人及び公的財産管理法」(Public Guardian and Trustee Act)が議会を通過した。しかし、これらの法律はすぐには施行されず、再度検討を経た上で、実施可能な部分から順次施行されることとなった。その結果、1999 年にこれらの法律を改正するための法律ができ、一部は 2000 年 2 月 28 日から施行されるに至った。未施行の条文はさらに検討を重ねた上で施行に移されることになっている。

一方、精神保健法についてはほぼ同時期に改正のための検討委員会が組織されたが、成年後見制度に関する共同作業委員会とは異なり、委員会内で意見の一致を見る