

められていることが明らかとなった。米国においては、既にそのようなガイドラインが作成されていることから、我が国における守秘義務の運用ガイドラインの試案を作成した。

E. 結論

本研究を通して日本側の考え方は、倫理は個人に属する問題であると同時に、日常的な人と人との関係、社会的調和、ことに家族との関係でもあり、それは、精神医療に従事する医師やコメディカルのとる態度でもある。欧米側の倫理は、倫理は自由な個人のモラル・アイデンティティが基本にあると同時に、キリスト教からくる個人の哲学でもある一方で、制度や施設にも関わるといようなことができる。今後いずれも個人の尊厳を基本にする点で一致しうる。ただ現在具体的な問題、例えば精神障害者の入院の場合、東洋的には家族の存在や役割が大きくかわる点が大きく異なる。これらは倫理を考える際の基本的な視点であり、これをもってわが国における普遍的な倫理綱領を作り上げられる。白石班の研究で、他の3カ国との比較を通して日本の精神保健法制は、構成要素を幅広く網羅し、入院形態や福祉的サービスなどにおいて充実した内容を持っていた。また、精神保健指定医や精神医療審査会の規定も精細であった。しかし、インフォームドコンセントや触法精神障害者への治療などは、他の国の法律の方が詳しく記載されている場合があった。これは、中谷班の研究で司法と精神医療が重なる領域に関して、従来、法律家からさまざまな分析や発言がなされているのに比して、精神医学の内部では関心が薄く、精神科医の姿勢も消極的である点に答えが見出される。諸外国では両者の関係はより密接であり、司法精神医学・医療の発展が著しい。海外の動向を参考にして、今後の制度改革に医療的視点が十分に反映されるような関与が求められる。

同様に、斎藤班の研究を通して痴呆性高齢

者の医療・福祉サービスで、意思能力を欠く痴呆性高齢者については、本人の安全と快適な生活のために必要最小限の制限を加えざるをえない場合、本人の意思能力が精神医学的な疾患により損なわれていること、提供されるはずのサービスが、現実的な諸状況をも勘案して、本人にとってもっともふさわしいものであること等を後遺症的な機関が認定し、一定の資格を持つ代理人が本人に代わって意思決定を行う必要がある。介護保険制度、成年後見制度など、高齢者を中心とする要介護状態の国民を支援する制度が整ってきているが、これを利用する国民の側の、高齢者の自律尊重に関する認識は未だ不十分なものだとわがざるを得ない。啓発活動等を通じて、痴呆症イコール無能力ではないこと、家族イコール保護者ではないこと等を国民の共通した認識となるようさらなる努力が必要である。

同時に江畑班の研究から地域の精神保健医療福祉職員の間で守秘義務の運用が混乱している現状と問題点が明らかになり、さらに精神障害者と家族の側からも、この問題についての要望が明らかにされた。我が国の精神障害者とその家族の実態と希望にあったガイドライン試案として「地域ネットワークの形成における個人情報の伝達に関するガイドライン」を作成することができた。それによって、地域リハビリテーションを円滑に進めることが出来れば、わが国の精神医療に有用であるといえる。

精神医療審査会活動を活性化し地域格差を是正するために、審査会の年次活動報告書の実態を調査し、モデルを提示した山崎班の研究は、各地に審査会活動で問題となった事例を収集・検討し、制度的問題点の明示と改善策の端緒を提供している。問題が複雑で、困難であればあるほど、倫理の構成と命題はよりバランスをとる必要がある。

今後いずれも個人の尊厳を基本にする点で一致しうる。ただ現在具体的な問題、例えば

精神障害者の入院の場合、医療保護入院など、東洋的には家族の存在や役割が大きくかわる点が大きく異なり、今後制度、法規制上共通できる点を、検討していく必要がある。

F. 健康危険情報

特に含まれない。

G. 研究発表

a. 国内

1. 論文発表 そのうち主なもの

- 1) Patient's Decision Making; Autonomy vs other (患者の自己決定権); 自立か他者か: X II World Congress of Psychiatry Abstracts Vol. 1. pP130-131
- 2) Ethical, Legal and Cultural Aspects of Admissions to Psychiatric Institution (精神科入院の倫理的、法的、文化的側面) X II World Congress of Psychiatry Abstracts Vol. 1. pP131-132 論文発表
- 3) 中谷陽二: 刑事精神鑑定の国際比較—ドイツ・フランス・イギリス—. 精神科治療学 17(4):399-407, 2002
- 4) 中谷陽二: 成年後見制度について. 刑政 113(8):68-69, 2002.
- 5) 中谷陽二: フランスの処遇困難患者病棟. 刑政 113(11):82-83, 2002.
- 6) 井原裕、中谷陽二: 英国精神保健法改正計画とその反響—精神医学と社会保安—. 精神科治療学 17(9):1151-1159, 2002.
- 7) 小島秀悟、黒田直明、篠下成子、中谷陽二: 「いん嘩のため精神の発育が著しく遅れている者」の責任能力と訴訟能力. 精神科治療学 17(9):1137-1144, 2002.
- 8) 中谷陽二: 刑事精神鑑定と倫理. 季刊刑事弁護 No. 32:78-80, 2002
- 9) 白石弘巳: カナダ ブリティッシュ・コロンビア州における制度改革: 成年後見関連 4 法と精神保健法について. 精神障害と

リハビリテーション 5:33-8, 20003

- 10) 白石弘巳: 諸外国のセルフヘルプ活動: 北アメリカの状況. 精神療法 28:712-717, 2002

- 11) 江畑敬介、他: 地域ネットワークの形成と守秘義務との関係に関する研究. 精神経誌、投稿中

b. 海外

- 1) Suzuki, J., Ebata, K.: Mental Health in Japan, Internat. J of Mental Health 28:91-94, 2002.
2. 学会発表
 - 1) 中谷陽二: 医療の視点から見た触法精神障害者. 第80回日本刑法学会、南山大学、2002. 5. 18
 - 2) 中谷陽二: 精神医学は「悪」をどう理解するか—一人格と反社会性に関する批判的考察—. 第25回日本精神病理学会シンポジウム、2002. 10. 3、栃木県総合文化センター
 - 3) ター
 - 4) 山崎敏雄: 全国精神医療審査会連絡協議会、平成15年2月27日、東京、研究成果の一部を口演発表
 - 5) 白石弘巳: Sanism と pretextuality. その内容と日本精神保健法制度への妥当性について. 法と精神科臨床研究会、東京 (2002. 7. 28)
 - 6) 江畑敬介、他: 地域ネットワークの形成と守秘義務との関係に関する研究. 第1報 職種別現況. 第21回日本社会精神医学会、高知市、2001年
 - 7) 中谷真樹、他: 地域ネットワークの形成と守秘義務との関係に関する研究. 第3報 家族・当事者本人の現況. 第22回日本社会精神医学会、千葉市、2002年
- b. 海外
 - 1) Nakatani, Y.: Protecting the incompetent in Japan. Prospect of the new system. X II World Congress of

- Psychiatry, August 25, 2002, Yokohama,
Abstract 1:131
- 2) Nakatani, Y. : History of treatment of the criminally insane in Japan. X II World Congress of Psychiatry, August 25, 2002, Yokohama, Abstract 1:76
 - 3) Nakatani, Y. : A typology of difficult patients in a hospital setting. X II World Congress of Psychiatry, August 26, 2002, Yokohama, Abstract 1:70
 - 4) Homma, K., Nakatani, Y. : Evaluation of patients' capacity for giving consent to psychiatric hospitalization. X II World Congress of Psychiatry, August 26, 2002, Yokohama.
 - 5) Saito, M : The ethical problems of dementia care, 12th World Congress of Psychiatry, Aug. 24-29, 2002, Yokohama, Abstract 1:132
 - 6) Ebata, K. : Community Networking and Confidentiality. The 26th Congress of World Federation of Mental Health. Vancouver, 2001
 - 7) Ebata, K. : Cultural Perspective of Family's Consent to Admission in Japan, The 12th World Congress of Psychiatry, Yokohama, 2002, Abstract 1:130
 - 8) Murakami, M. : Current Status of Confidentiality in Japan. The 12th World Congress of Psychiatry, Yokohama, 2002
 - 9) Shiraishi, H. : Substituted Decision Making in Health Care Services: Its Status Quo in Japan and Some Proposals for Reform, The 12th World Congress of Psychiatry, Yokohama, 2002, Abstract 1:132

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし。

II. 分担研究報告

平成14年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）
分担研究報告書

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

分担研究者 鈴木 二郎 国際医療福祉大学臨床医学研究センター教授

研究要旨

本年度は、それ以前約5年に亘る国際医共同研究の継続として、精神医学・医療における倫理の研究を、第12回世界精神医学会のシンポジウムで発表した。特に患者の自己決定権と、具体的局面として精神病院への入院に問題をしばって検討した。日本、中国、エジプトなどの東洋的な倫理観では、倫理は個人と同時に社会的調和、家族との関係であること、欧米的な倫理は、キリスト教的自由な個人のモラルアイデンティティが基本にあると同時に制度や施設にも関わるといふこと、またいずれにしても個人の尊厳を基本にする点で一致することが明らかになった。

A. 研究目的

本研究は、精神保健、医療、福祉における社会的、倫理的問題をとくに国際的に比較検討すると共に、我が国の問題点を明確にし、国際的な標準的ガイドラインの策定を目指す。

ことに本年は精神医療における倫理を論じて5年目になることもあり、患者の自己決定権と、具体的局面として精神病院への入院に問題をしばって検討した。

B. 研究方法

研究協力者：（国内、五十音順）

江畑 敬介（江畑クリニック院長）

長谷川美紀子（長谷川病院理事長）

池原 毅和（東京アドヴォカシー法律事務所）

中谷 陽二（筑波大学社会医学系教授）

齊藤 正彦（老年学研究所代表）

白石 弘巳（東京都精神医学総合研究所社会
精神医学部門副参事研究員）

竹島 正（国立精神・神経センター精神保
健研究所部長）

遊佐安一郎（長谷川病院主任心理士）

（国外、アルファベット順）

Arboleda-Florez, Julio（アーボレーダーフ
ロレス、フリオ）（クィーンズ大学教授、カナ
ダ）

Carmi, Amnon（カルミ、アムノン）
（テルアビブ大学教授・ハイファ大学教授、
イスラエル）

Liu, Xiehe（リュウ、シエ）
（電子科技大学教授、中国）

Okasha, Ahmed（オカシャ、アーメド）
（アイン・シャムス大学教授、エジプト）

Sartorius, Norman（サルトリウス、ノーマン）
（ジュネーブ大学教授、スイス）

Van Marle（マレー、ヴァン）

Weisstub, David（ワイスタップ、デイビッド）
（モントリオール大学教授、カナダ）

平成14年度は、3回国内班会議及び同年8月
24-29日第12回WPA横浜大会にて下記2シ
ンポジウムを開催した。

① 8月25日 S-127 Patient's

Decision-Making ; Autonomy vs. Other:

(患者の自己決定権) ; 自立か他者か)

座長; Ahmed Okasha, 鈴木二郎

- ② 8月25日 S-125, Ethical, Legal and Cultural Aspects of Admissions to Psychiatric Institution (精神科入院の倫理的、法的、文化的側面)

座長; Norman Sartorius、鈴木二郎

(倫理面への配慮)

本研究課題は、まさに精神医学・医療における倫理を研究するのであるから、調査においては勿論、発表する場合も個人に関わる情報や、一般的な精神障害に関しての考察、姿勢に特に注意を払った。

C. 研究結果

第12回WPA横浜大会の下記2シンポジウムで研究発表(いずれも英語発表)が行われた。

I. 患者の自己決定権; 自立か他者か(S-127):

1) Implementation of Psychiatric Ethics across Cultures: The role of WPA: 精神医学における倫理の文化を越えての実践: WPAの役割: Ahmed Okasha

あらゆる文化や社会で同様の倫理綱領を普遍的に実践しようという考えは夢の様なものだ。インフォームド・コンセント、強制入院、秘密保持などは、世界人口の2/3を占めるいくつかの伝統的な社会や東洋の社会ではあまり有力にはならない。自立か家族中心かの命題は、西洋と東洋の差異の主な接点である。好むと好まざるとに関わらず、精神医療と法律の出会い、我々を一方では健康の価値、他方では自由、統合、自立などの価値という相容れない概念の問題に引き戻す。

マドリッド宣言には、7つの一般的ガイドラインがあり、それには、精神医学の乱用を禁止する目的に重点を置き、治療や処遇は、患者や他者の福祉と安全に必要な限り、患者の意思に反して行われるべきではないと

いうことなどを含んでいる。その宣言の付随文書には、精神医学における特殊な倫理的問題に関するガイドラインと含んでいる(すなわち、安楽死、虐待、死刑、性別による差別、臓器移植などで、これは、精神疾患をもつ患者の人権に関する1991年の国連決議の要約と同様である)。1999年には、他に3つのガイドラインが批准され、それは、人種差別、遺伝相談、マスメディアについてである。2002年の第12回WPA横浜大会総会で、さらに、精神療法、企業との関係、第三者支払いの倫理、精神科医と患者間の境界の侵犯(セクシャル・ハラスメント)などの問題が批准される。

また潜在的異常、うつ病のプラセボによる治療研究、精神分裂病の治療中断、精神病患者における臨床治験など多くの臨床的問題の倫理が発表される。

WPAは、精神科医の人権を守る問題のタスクフォースが準備中である。精神科医は、その権利が侵害されやすい状況により多くさらされ、精神障害者の資格を守ることが出来にくいため患者に最善の知識と技術を用いて治療する自由が侵されている。今年2002年ほとんどのWPAメンバー学会が、マドリッド宣言とその特殊ガイドラインを批准した。

WPAは、全加盟学会にそれぞれ自身の活動する倫理委員会を設置するように勧告支援している(現在約60%である)。

どのようにして我々は、自分たちの倫理ガイドラインを守れるか、また同時に今後目指す人々の地域的な価値と規準を捨象できるであろうか。一方地域的文化的尊重ということが、倫理ガイドラインを避けて、患者の人権を侵害する口実にならないようにするにはどうすればよいか?

文化を超えて、倫理を実践するには、多様性よりむしろ同一性が原則である。

2) Protecting the Incompetent in Japan. Prospect of the New System、日本における責任無能力者の保護. 新システム概

観： 中谷陽二

日本社会の高齢化に伴い、責任無能力者が増加している。ノーマライゼーションの一環として、2000年に制定された成年後見制度は日本独自の施策として評価される。これは、例えば相続などの経済事案に関してその管理能力が障害されている場合に、その障害者の自立性、残存能力を尊重しながらも法的に守る制度である。旧制度では、非常に重症の障害の場合のみを対象にしていたが、新制度では、障害の程度に応じて4カテゴリーあり、広範囲かつ柔軟にその能力に応じて選択でき、新制度の利用者は増加している。すなわち「成年後見関係事件の概況～平成12年4月から13年3月～」(最高裁判所事務総局家庭局)その他の資料から動向が明らかになった。2000年4月～2001年3月までの申立て件数は、後見開始の審判が7,451件(前年の禁治産宣告の2.5倍)、保佐開始の審判が884件(同、準禁治産の1.3倍)、補助開始の審判が621件、任意後見契約締結の登記が801件であった。このうち「補助」は改革の柱として期待された新たな方式であり、法定後見の枠内で自己決定を最大限に尊重し、制限の範囲を狭め、利用しやすさを狙っている(本人のイニシアティブの広い範囲、対象行為の事案ごとの選択、診断書で足りること)。しかし現状は、申立て件数に期待されたほどの伸びがない。その推定される要因として、(1)対象となる判断能力の程度が利用者、関係者にイメージされにくい、(2)保佐との境が不明瞭(著しく不十分か、不十分か)、(3)地域福祉権利擁護事業(1999年、厚生省)との競合関係、などが考えられた。このように現状では障害者の残存能力と自己決定を活用する本制度の趣旨は必ずしも実現されておらず、今後の検討課題と言える。

3) Ethical problems of the Dementia Care,

痴呆者ケアの倫理的問題： 齊藤正彦

現代日本では、高齢化に伴い痴呆ケアにおけるさまざまな場合における意思決定は重要

な問題である。全国の在宅介護支援センターを対象に、意思能力に欠陥のある高齢者の介護保健サービス利用契約の現状と現場で抱えている問題点のアンケート調査の結果と、これに基づく、一般市民、医療専門職、介護専門職のグループディスカッションを実施した。

続いて家族を対象とした意識調査を行った。その結果、介護契約の現場職員の半数が、意思能力を欠き、入居後も外出制限などの行動制限を要する痴呆性高齢者の施設入居契約には、法的手続きが必要であると考えていることが明らかになり、介護保険施行前の状況とは変化が起こっていることを明らかにした。一方で、一般市民を対象としたグループディスカッションでは、行動制限を伴う施設入居契約における手続きの必要性などに関する認識はきわめて低かった。

介護家族の意識調査では、告知を希望する、介護契約代行に法的手続き不要、資産管理についての意見は2分していた。

これらのことから結論されることは、意思能力を欠く高齢者の介護保険契約代行に関する問題意識は現場ケアマネージャーの間では、高まっているが、一般市民、介護家族、看護・介護専門職の間では意識されていないことが多い。介護保険契約、医療におけるインフォームドコンセントの代行については法的手続きが存在しない。介護契約については成年後見以外に法的基盤はなく、特に補助、任意後見の活用は少ない。実際には、家族、地域福祉権利擁護事業しかない。医療上の同意に法的基盤が無く、実際は家族同意である。

以上に基づいて医療及び福祉サービスの利用に関するデュープロセスを提言した。

①資産管理；補助、任意後見の利用拡大、②介護保険契約；地域福祉権利擁護事業を成年後見制度の中に明確に位置づける。行動制限を伴う施設入居契約については、法的手続きを確立する。③重要な医療行為については手続きを明確にする。

必要なアクション：社会啓発が重要、法手続きの確立、モニター制度、痴呆医療の充実。

4) Substituted Decision-Making in Health Care Services: Its Status Quo in Japan and Some Proposals for Reform, ヘルスケアサービスにおける意思決定代行;日本の現状と若干の提案：白石弘巳

近年、自己決定の尊重、インフォームド・コンセントに基づいた医療の普及、高齢人口の増加などの要因により、医療における同意と代諾のあり方に対する見直しの気運が高まっている。医療における意思決定の問題としては、①患者の希望と医師の専門的判断の不一致、②家族の希望と医師の専門的判断の不一致、③判断能力がなく、かつ代諾者がいない患者への対応、④患者に判断能力がなく、家族間に治療に対する意見の不一致がある、などの場面が想定される。

こうした問題を解決するためには、①容易に施行でき、妥当な結果が得られる判断能力判定方法の開発、②代諾者の決定に関するルールづくり、③医療機関内または医療機関外の相談機関の創設、④裁判所命令を得るための新たな法制度制定、などの検討が必要であろう。海外の文献を検索すると、判断能力に関しては、通常以下の順序で意思決定、ないし意思決定の代行が行われる。①救急救命(医師の判断)、②救急時ではなく判断能力がある(インフォームドコンセントに基づく医療)、③判断能力はないがアドバンス・ディレクティブがある、④判断能力はないが代諾者を選ぶ能力がある(代諾者による代諾)、⑤代諾者を選ぶ能力もないが、患者自身の希望は伝えられる(一定のルールに基づいて選ばれた代諾者による本人の希望を尊重した代諾)、⑥以上の何も得られない(一定のルールに基づいて選ばれた代諾者による代諾)などの段階的決定が行われる。日本においては、判断能力の標準化された測定法は定まっておらず、アドバンス・ディレクティブも普及していな

い。このような状況では、医師が医学的に見て妥当な治療法を勧めても、本人と近い家族の意見が最終的な決定権を持つことが多い。家族が常に本人の立場で判断するとは限らないが、このような場合の対応についてはまだ十分検討されていない。

精神科治療の場合、自傷他害がある場合に強制治療が正当化されるが、それ以外の場合にどう対応するかは国によって異なる。判断能力のない場合に限り、代諾権者の同意を得て行うとする「IC原則モデル」がある一方で、明確な判断能力測定を行うのではなく、医師の勧めた医療に同意しない場合にその医療機関の管理者の同意を得て行い、家族などには同意権の関与を認めない国もある(たとえば、カナダのブリティッシュ・コロンビア州、仮に「治療優先モデル」とする)。我が国には任意入院、医療保護入院、応急入院、措置入院の4つのタイプの入院があるが、家族などの同意を要件としているのは医療保護入院のみである。任意入院は、本人の同意に基づく入院であるが積極的に入院に反対していない状態ということなので、判断能力のない人が入院する可能性が否定できない。一方で、医療保護入院は、同意に関して任意入院を行える状況にない場合に行うとしている。こちらは、逆に判断能力がある人が入院に同意しないにも関わらず入院する可能性が否定できない。判断能力については、適当な判定法が普及しておらず、また特に判定の訓練が行われているわけではないことから、医師による判定が異なる可能性がある。我が国の医療保護入院が、二つのタイプのうちのいずれかについては明らかにすべきときが来ている。

この議論のためには、①自傷他害のおそれがなく、判断能力があるのに、しかも入院が必要、というのはどういう場合かよく吟味が必要である。精神科医は、治療の必要性、その緊急性については一般によく判断できると考えられるので、要件を定義することは判断

能力の判定よりは容易であろう。②医師の判断が社会的信用を得るために、長期在院者が多い現在の精神医療の構造改革が必要である。一度入院したら長期間退院できない人が多いということになれば、医師だけの判断で強制を行うことに疑念や批判が出る可能性が高い。③代諾者を考えるとき、日本の場合、保護者制度についての検討は避けられない。家族がほとんどを占める保護者の重い負担が問題にされるが、逆に家族の意向を無視した形で医療保護入院を行うことで生じる問題点についても検証する必要があるだろう。欧米の個人主義に基づく制度以外に、アジア、アフリカなどの家族の意向を重視する文化圏の制度類型が存在してもよいのではないかという議論も十分な検討に値すると考える。精神科医療における家族の代諾者は、一般医療の場合以上に、本人の立場に立って客観的に判断することが困難である。精神障害者に入院医療を受けるかどうか自分たちの生活や負担と密接に関係するからである。従って、文化社会的な要因から家族を同意権者と認めるとしても、長期入院などの弊害を防ぐような第三者的な権利擁護の仕組みが必要である。日本では入院中の精神障害者に関しては精神医療審査会がある。しかし、地域に戻った精神障害者を擁護する機関がなければ、退院は促進されないであろう。こうした意味で、本人の立場を擁護する活動ができるのは、市町村、生活支援センター、あるいは今日注目されているACT (Assertive community treatment) チーム、あるいは成年後見を行う法人などのいずれであるのか、まだ十分に方向性が見えていない。地域で暮らす精神障害者のための実効ある権利擁護が早急に図られるべきである。

以上、一般医療についても、精神科医療についても、判断能力に疑義がある患者に対する医療とその際の代諾者のあり方について早急な検討が必要な時期に来ていることを報告した。

5) Unfettered Autonomy and Psychiatric Commitment ; Is There a middle Ground ? : 束縛されない自立と精神医学的介入—第三の場は存在するか? Julio

Arboleda-Florez

カント的自律のモデルでは、人は唯一の意思決定者であり、自己の運命を決する最終権者であるが、現実には多くの国で人々に精神医学的サービスを提供する場合、その制度と政策の面で明らかに矛盾が起きてしまう。これらのなかには、精神疾患患者が強制的に施設に入院させられる場合や、より激しい手段で対処される代わりに薬物を服用するように地域医療施設の命令に従う場合などが含まれる。

この発表では、自律モデルと干渉モデルをその中間の場を見出すために、それぞれ概観した。その中間の場とは、自己決定と社会的管理の必要性が、精神科患者に対するサービスのレベルの一環として機能するような場である。

II. 精神科入院の倫理的、法的、文化的側面 (S-125) :

1) The Ethics of Psychiatric Admission and Discharge Criteria, 精神科入退院規準の倫理: David Weisstub

個人の人権と家族あるいは社会の利益との間の緊張関係は精神保健法改革を基として残存している。日本の歴史的に顕著だった改革も政府機関の権限と専門家のそれとに関して曖昧さを生んだ。これらの混乱は日本の司法精神医学の発展と共に一層明確なものになるであろう。専門家達が法システムのなかでその責任をよりよく理解出来るように、また家族やシステムにおける意思決定者(病院管理者、管理機関のメンバー、人権擁護関係者)がその個々の権利と義務をよりよく理解できるように、諸手続きがより明確にされる必要がある。現状では、精神障害者の実際の管理とケアに内在する非効率さは空しいばかりである。一般精神障害者と触法精神障害者の区

別は、適切な倫理基準と革新的な精神保健法改革に相応するように明確にしなければならない。

2) Cultural Perspective of Family's

Consent to Admission in Japan, 日本における入院の家族同意にみる文化的側面:
江畑敬介

入院に関しての家族同意の制度は、日本と韓国に特徴的なものである。マドリッド宣言によれば、どのような医療も、本人の意思に反して行われてはならない。ただ患者が自分自身あるいは他者にたいして危険な場合はその限りではない。また患者が入院に関して自分で決定する能力を失っている場合、なんらかの法的手続きが必要である。その際家族の同意が、日本と韓国で認められているが、この点で、倫理的、文化的に十分な検討が今後必要である。

3) Japanese Psychiatric Hospital

Treatment and Rehabilitation; From an International Ethical Perspective: 日本
の精神病院の治療とリハビリテーション: 遊
佐安一郎、長谷川美紀子
(略、後ページ掲載)

4) Insight of Mental Patients and Their attitude to Admission、精神障害者の病 識と入院に対する態度: Xiehe

Liu, Gongying Li, Kejun Huo

種々の診断の入院患者 313 名について面接と調査票で検討した。その項目は、病識、入院に対する態度、薬物服用評価尺度、BPRS で、入院48時間後、2週間毎、退院前と1ヶ月後である。その結果、入院後と治療によって病識、精神症状、入院と治療に対する態度は有意に (全て $p < 0.001$) 改善された。結論すると非公式あるいは強制的入院は、病識不十分であったり、重症な患者の予後を改善するのに非常に重要であった。

5) Ethical, Legal and cultural Aspects of Psychiatric Admission、精神科入院にお

ける倫理的、法的、文化的側面: Amnon Carmi

本発表は、精神疾患患者の精神病院への強制入院に関して近代派 (1990-2000) と後近代派 (2001-) についてのものである。近代派は、患者の人権を認識し、国際的法制度によって患者を大切にし、保護する。しかし近代派の擁護者達も、すぐには精神病院を廃止するか、強制入院を禁止しようとはしない。後近代派は、患者を精神病院から地域ケアへ移す立場をとり、そのことを要求する。この見解はWHO世界保健レポート2001: 精神保健: 新しい認識、新たな希望に掲載されている広範な見解である。この発表で私は、劇的な移行を改めて考慮することを求める。そしてこの新しい流れに続いて起こり、それを遅らせたり、だめにするような様々な道徳的、社会的、経済的問題にもかかわらず、この移行が正しいことが認められるように主張する。

III. 国内班会議における発表

(各分担研究者および研究協力者の上記2シンポジウムにおける発表もおこなわれたが、重複するためここでは省略する)

1) 「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」について

竹島 正 (国立精神・神経センター精神保健研究所)

- 精神医学における倫理とは「精神医学に従事する者で共有すべき規範・原理」と捉えることができる。
- 精神医学における倫理は、その社会全体の規範・原理の影響を受ける。
- 本研究の目的のひとつは、精神医学における倫理的問題の国際標準化の可能性を検討することである。
- 国際標準化においては、精神医学における倫理的問題を、何らかの尺度をもとに測定する必要がある。
- 精神医学における倫理的問題は、精神医学の実践における、守るべき規範・

原理等を文章化することで、共有が可能になる。

- 精神医学における倫理的問題を文章化した場合、外形上、精神科医療に関する法制度および運用規則に近くなる。
- 法制度は外からの規制であって、精神医学における倫理的問題とは別のものとみなす考え方もある。
- しかし精神医学における倫理が「精神医学に従事する者で共有すべき規範・原理」であるならば、法制度および運用規則との間に一定の類似性は存在する。
- 精神医学における倫理的問題の国際比較においては、便宜上、精神科医療に関する法制度および運用規則の国際比較が考えられる。
- 精神医学における倫理的問題の実態は、法制度および運用の実態を国際比較することで、ある程度可能になる。
- 法制度および運用を国際比較する場合、その尺度を明確にしなければ、相互の誤解を招くことになる。

次のようにまとめることができる。

- ① 精神医学における倫理的問題の国際標準化においては、法律、制度、運用規則の国際比較が基盤になる。
- ② 精神医学における倫理的問題の実態の国際比較には、第一着手として、精神科医療に関する法制度および運用の国際比較が考えられる。
- ③ 精神科医療の法制度および運用の国際比較の基盤を整備する必要がある。

2) 日本における精神科入院治療の倫理的考察：地域ケアに進む日本の精神医療において入院治療はどうあるべきか

長谷川美紀子、遊佐安一郎

I. 精神医学における倫理的問題

精神医学における倫理的問題を考える際には、まず、倫理的判断の基礎となる「道

徳的価値」と呼ばれる価値観を考慮に入れる必要があります（熊倉、2000）。実際の精神医学的な実践は究めて複雑な価値から成り立っているため、実際の援助活動がどのような判断基準を用いてなされたか、なされるべきかを明確にすることが困難な場合が少なくありません。ダウニー（Downie, R. S., 1990）達による価値リストはそのような複雑な判断基準を整理するうえで役に立つと思われます。彼らは、道徳的価値を「社会的価値」と「個人的価値」に分けて整理しています。社会的価値には他人に害を与えてはいけないという「他害原理」、博愛主義に見られる「他者への援助」、「公平」そして最大多数の最大幸福の原則に見られる「功利」がありますが、それらと相応して個人的価値として「自己決定能力」「自己統制能力」「責任感」そして「自己実現」があげられます。精神医学の実践においても、社会全体に関する社会的価値と個々の患者にかかわる個人的価値の両者を尊重することが倫理的判断の基準になると考えられます。

精神保健における倫理的問題の国際標準化はこれらの価値に従って国際的に普遍性を持つ倫理のスタンダード、またはガイドラインを志向するわけですが、その際、その実践の場としての社会、文化を無視することはできません。

この報告では国際標準化への志向性を意図して、日本の精神科治療、とりわけ入院治療に関する倫理的考察を試みています。日本の精神医療は長年にわたり収容中心であり、それが国際的にも非人道的、差別、精神医療の貧困さなどの理由で批判の対象となってきたおり、最近その改善策として精神科入院患者の社会復帰をめざす精神科リハビリテーションが注目されています。

日本の精神科入院治療の歴史を振り返ってみると、1950年代から入院患者数は増加

の一途をたどり、国際連合を始め国際法曹委員会 (ICJ) などが日本に対して精神障害者の人権を蹂躪しているとの批判の対象となり、1988年には、1950年に制定された精神衛生法が精神保健法として、リハビリテーションと患者の人権を守る目的で改訂されました。法改訂から14年経ったいま、さまざまな変革が起きていますが、同時に今後対処しなければならない多くの問題も山積しています。

1990年代に入って日本の増加傾向にあった精神科病床数は横ばいになっていますが、明確な減少の傾向はいまだ見られていません。日本は現在でも、世界で、人口比で最も多い数の精神科病床数をもつという不名誉な状態を続けています。平均入院日数においても300日を超えています。厚生労働省は今後10年間に約7万人の患者の地域復帰を目標に掲げ事態の改善を計画しております。

II. 全国精神障害者家族連合会(全家連)による問題提起

1998年全家連が日本のインスティテューショナルリズム問題に関する報告を行いました。精神病院のように刺激の不足している環境に長期間生活することによって、入院患者は社会的引きこもり、感情の平板化、そして受動的依存という特徴を持つ臨床的貧困を増悪させてしまうと主張しました。入院自体は、患者の自由と自主性を阻害することにもなり、生活の質にも悪影響を与える。さらに、社会的入院が重大な問題であるという提起がなされました。入院患者の30-40%は精神的には安定していても、地域における資源の不足の為に入院生活を継続している社会的入院だということです。

全家連はその問題提起に関連していくつかの質的、そして量的な問題を指摘しました。精神科特例と呼ばれる医学の分野において精神科が差別されているこのことが、

改善を困難にする大きな障壁として、指摘されました。日本においては、他の医学分野においては1:16であるにも拘らず、精神病院における医師と患者の比率が1:48です。この精神科における貧困なスタッフの数の配置が、積極的な治療やリハビリテーションの実践を阻害しています。さらに、治療の機能の分化がされておらず、急性期の患者に対しても、慢性の患者に対しても、ほとんどの精神科施設において、同じ1:48の医師と患者の割合が適用されています。

日本における精神科のサービスの質に目を向けてみると、日本では医師であれば特別な教育や訓練を受けなくても精神科医と標榜することができます。1988年の法改正で、この状況に対して、指定医制度を設定することによって、改善を試みてきてはいます。しかし、能力にもとづいた教育と訓練の機会が貧困であり、特に生物学的存在としての人間としてのみでなく、社会的、そして心理的な存在としての患者のニーズに応えるための心理—社会的な側面での教育訓練は、非常に貧困です。それに加えて、コメディカルと呼ばれる臨床心理士、精神保健福祉士、リハビリテーションカウンセラー、作業療法士、ケースマネージャーなどの精神保健福祉専門家による心理社会的なケアを提供するための経済的な構造がほとんど作られておりません。その結果、これら協力して治療にあたる精神保健従事者の専門的な教育と訓練のシステムも作られておりません。中根らが言うように、いくつかの先進的精神病院においては実際にチーム医療が行われているが、全国的には適切な訓練を受けたスタッフが不足しており、精神保健福祉法が定める「チーム医療を可能にするケアスタッフの増加」はまだ達成されていません。

1988年の法改正によって、経済的な支援が与えられたデイケアの施設の開設数が目

覚しく増加しています。しかし、住居プログラムは不足しております。さらに社会的入院の患者が、地域に社会復帰した際に増加すると考えられる、精神科救急とその予防も大きな課題です。さらに、総合的なリハビリテーションプログラムが欠如しているために、デイケアプログラムに社会的な理由で、慢性化してしまっているような新しい形のインスチチューナリズムが起きてくる事に関しての心配も出てきています。

Ⅲ. 倫理のスタンダードに関するマドリッド宣言

精神医学の実践の為の倫理のスタンダードに関するマドリッド宣言は、1986年のWPA総会によって認可され、精神科医個人としての患者に対する責任意識と、何が適切で正しい専門家としての行動かに関する判断を明確化しました。そこでの倫理的な中心的な考えは次のように宣言の中に表示されています。

1. 最善の治療の提供
2. 治療的な介入は、患者の自由の束縛を最小限におさえた形でおこなう。
3. 保健に関する資源を公平に分配する事に関しての意識を持つ。

精神科特例、機能の分化の欠如、しっかりと精神医学の教育と訓練を患者の心理社会的、そしてリハビリテーションのニーズに応えられるように行えていないという事、そして、しっかりと訓練をうけた関連分野の精神保健専門家の不在などはすべて最良の治療を提供することの障害となっていて、インスチチューナリズムと臨床的貧困を増悪させる要因と考えられます。多くの患者が現在でも入院しているということは、患者の自由を最も束縛しないように配慮するという事を、真っ向から阻害しています。精神科特例にみられる、機能の分化の欠如、そして関連精神

保健専門家の効果的な活用がなされていない事は、保健の資源の公平な分配に関して重大な問題です。

さらに倫理的に重要なことは、社会復帰が強調される中で忘れられる危険性のある入院治療の整備です。インスチチューナリズムを起こさないような、そしてリハビリテーションを促進することが可能な、積極的な入院治療を発展させることの重要性です。ワイスタブらの次の3つの主張を引用させていただきます。

「より重要な問題は、入院、退院する患者の数ではなく、それらの病院の治療の質であり、地域精神保健ケアで何をすべきか、何ができるかということである。」

「精神保健ケアシステムにおいて、具体的な目的と目標を実践している最善の病院組織を同定する必要がある。それにより効果的で道徳的に責任のある精神保健機構を構成するために、それ自体では十分ではないが、必要な要素を導き出す可能性が作られる。」

「入院ケアの必要性は継続する。しかし地域でのサービスなしの病院は収容施設に退行してしまう。」

このように適切かつ効果的な入院治療システムとその治療構造を明確にすることは、地域での社会復帰とリハビリテーションと両輪をなすものであると考えられます。この報告では、ワイスタブの提唱するように、質の高い入院治療組織と実践構造について、長年にわたり構築してきた我々のチーム医療に関する経験と要点を提唱したいと思います。

Ⅳ. 力動的チーム医療における治療構造について

ロイ・メニンガーがメニンガー記念病院

で発展させてきた「力動的入院治療」について報告しているように（WPA 2002 力動的チーム医療シンポジウム）、精神科が他科とちがう点は単に医師・患者・看護師だけでなく、精神科医・内科医・看護師・ケースワーカー・心理療法士・作業療法士・クラーク・メディカルセクレタリー・薬剤師など、それぞれ異なった立場の人が多面的な患者の病理を理解し、患者とチームを組むことが大切だという点です。グループミーティングを行い、お互いに情報を交換し、細かい情報を収集し合うことによって立体的な人格像が出来ます。このような治療が進むにつれて、治療者だけでなく、患者同士の会話の中に“患者が患者を治療している”場面が多く見られるようになります。

さてここで最も重要なことは、力動的チーム医療を成長させて行くためには特に治療構造がしっかりできていることが必要だということです。

1. 治療構造のKey Pointsとして次の点が挙げられます。治療に関する種々の機能の分化と統合
経営責任と治療責任の機能分化
治療責任と指導管理の機能分化
2. 精神療法と指導管理は、監督者と被監督者が個人的関係又は社会的上下の関係にある時は不可能あるいは極めて困難です。
3. 病院内コミュニケーションの混乱は、病院を一つの社会と見た場合一種の社会病的現象であり、避けて通れないものであるが、私たちはそれによって患者になることはなく、自己の問題を客観視することが大切であり、そのためのサポートシステムをいろいろな形で作る必要があります。この臨床訓練によって治療者の自我の耐性は強くなっていきます。
4. 治療チームの状態に患者は敏感に反応

します。

治療チームの相互間の逆転移（不信感や敵意）に打ち勝ち、これを客観視することによって、患者の根深く持っている不信と敵意を少しずつ解消することが可能となります。

これらのkey pointsを考慮に入れて、私は1970年から約500床の病院で、2001年まで同じように院長として診療会議を中心に、機能の分化と統合を行ってきました。それに加えて長谷川病院は多種職のチームの教育訓練、フルタイムのスーパーバイザーのサポート、院内では上級者が下級者に行っているサポートを得られる機会が多く、それ以外にも、メニンガー病院を始めとする外国からの1年に一度の定期的なスーパーバイザーの指導によって、治療者の客観性・逆転移のふりかえりなど、治療者の資質向上に力を入れてきました。

当院では、入院、外出泊、グループ参加、活動療法・グループ療法参加など治療上の問題を統合するための診療会議のほかに、昨年より急性期病棟のユニット会議を発足させ、主治医を中心として、看護師・ケースワーカー・心理療法士・作業療法士などが、多面的な角度で診断と処置と今後の見通しに参加することになりました。このユニット会議については、将来は回復期の患者にもユニット医制を作りたいのですが、残念ながら、そうでなくても他の病院と比べ人件費が多いのに、これ以上医師をふやすことは現在は不可能ですが、これは将来の目標にしています。医師と同等の立場で多職種がひとりの患者に責任を持ち、皆でチームとしてミーティングを行い、治療方針を決めていくことが私たちの理想であります。

治療者側がこのような複雑な情報を立体的にいかにか多く受け入れるかについては、主治医を中心とするチームミーティングや看護科が主催している毎朝のモーニング・

ミーティング、生活ミーティング、治療ミーティングなども役立っています。更には、医師・ケースワーカー・心理療法士による集団精神療法を週1回または2回行うことが、患者をより深く理解する上で役立っています。このようにして、多種職によるチーム医療のそれぞれのチームの成長によって治療が促進され、患者の入院回転率は東京都で一昨年はNo. 1になりました。民間の病院は症例の宝庫ですが、その多種多様なニーズに応えるためにはしっかりとしたスーパーバイザーによるスーパービジョンが基本にあることが大切です。

V. 日本におけるチーム医療の発展に関する国際倫理的考察

さて、日本におけるこのチーム医療の発展については、国際的倫理の問題として多くの課題があります。日本においてはこの多種職のチーム医療を取り入れて経営することは、想像を絶するほどの経営的な困難さがあります。これは日本だけでなく世界各国でも同じで、ロンドンのキャスルホスピタルやメニングァー財団でも同じ問題で悩んでいます。例えば、日本の場合は、チームの中で治療的に中立的な立場にいて家族のみを担当しているケースワーカーは、保険上は治療者としての身分が認められていません。また、精神科特例のために、約1,200の私立病院のうち、入院患者と医師の比率が48:1で、患者と看護師の比率は6:1で問題ないと考えている病院が少なくありません。しかも同じ比率で急性期も慢性期も変わらず、日本の医療の面でも機能の分化がなされていません。当院で無数に行っている集団療法も医師が参加すると言う条件で約2時間1人1,000円、10人のメンバーでその報酬は全部で1万円です。損得を考えたらできる仕事ではありません。

専門家の教育訓練に関しても、中根も述べておられるように、日本の精神医療は、

非常に貧しい状況であると思います。

- ① 医科大学で生物学的な治療の指導は得られたとしても、ほとんどの大学では、個人精神療法、集団精神療法の教育スーパービジョンの時間が当てられていません。各学会で希望者だけ行われているだけです。
- ② 医科大学での教育の上に、症例の宝庫である臨床病院での教育が必要ですが、そこにはスーパーバイザー、スーパービジョンのシステムができていません。
- ③ そして、患者に対する職員の数が少なすぎます。急性期病棟ではせめて、患者と医師は16:1、患者と看護師は2~3:1いないと良質なキュアとケアはできません。

「精神病は遺伝である。」「人格障害は治らない」などという精神科医もいるようですが、決め付けないでほしいと思います。精神科医の存在は国の文化に大きな影響を与えます。何パーセントかわかりませんが、目に見えない心が見えない精神科医、心の構造がわからない精神科医が存在することは、恐ろしいことであると私は思っています。

「個人の心を理解し、自己を成長させることは如何に多くの人手と忍耐と時間がかかるか」ということが無視されています。これは世界的な現象になっているのでしょうか。だからこそ、戦争や犯罪が絶え間ないのではないのでしょうか。それぞれが時間をかけ忍耐して育て上げる体験を持てば、そう簡単に人間が人間を破壊できるものではありません。

このような考えは日本の個人よりも家族中心の文化と、精神科医の数が少ないなどの社会的現実を軽視しているといわれるかもしれません。しかし、極端な核家族化の中での日本の家族中心の文化も変化してき

ておりますし、精神科医が少ないということ、国民皆保険制度だということなどに関しても、オカーシャが、「地域の価値に対しての不遜と無視を侵さずにどのようにしたら実践をすることができるだろうか？しかし一方、地域文化の尊重が倫理のガイドラインを避けるための口実にならないように、そして我々の患者に悪影響にならないように、どうしたら良いのであろうか。」と警鐘を鳴らしております。だからこそ改善の努力が必要だということで、だから何もなくて良いことにはなりません。

力動的チーム医療の基礎にあるしっかりとした治療構造は、倫理の密接な関係にあります。一人一人の治療者が社会的価値と患者の個人的価値を尊重し、困難な時局に適切に対処するためには、法改正、倫理ガイドラインの策定と同様、しっかりとした治療構造を病院や治療システムに育成することが重要だと考えています。

VI. 日本における精神医療の倫理ガイドラインの方向性

日本を例にとると、政府及び厚生労働省、文部科学省の人たちが、チームを組んで臨床の専門性を大切にして、何年もかけてそれぞれの専門家としての人間を育てることにもっと投資することができれば、国はもっともっと内面的に豊かになると思います。ワイスタブも次のように主張しております。「政府と精神保健専門家の対話は、何世紀にもわたり精神障害者に対して不正が行われてきたことを償うという道徳的債務である。」それでこそ、真の構造改革ができると私は信じて止みません。

さらに、サルトリウスが「善と悪の理解は完全なものではないし、異なる社会での道徳的義務は時間とともに変わるので、精神科医は、精神科医療と精神保健プログラムにおける倫理のガイドラインとその適用を定期的に再検討するべきである。」と主

張しておりますが、そのとおりだと思います。倫理のガイドラインは一度書かれたら完成したものとするのではなく、定期的に、多職種の精神医療専門家のチームと政府とが再検討を重ねる必要があると思います。

(参考文献)

1. Downie, R. S., et al: Health Promotion. Oxford Medical Publications, 1990
2. 熊倉伸宏、「ケアマネジメントを支えるものは何か」 公衆衛生精神保健研究会（編）「ケアマネジメントと地域生活支援」、中央法規、1998 第8章
3. Menninger, R.: Utilizing the Team Treatment Approach to Optimize Treatment of Mentally Ill Patients. Paper read at 2002 WPA Yokohama
4. Nakane, Y & Radford, M. Intersubjectivity and its influence on Psychiatry in Japan. Pp133-146 in Okasha, A. Arboleda-Florez, J, & Sartorius, N. (eds) Ethics, Culture, and Psychiatry, Washington, D. C., American Psychiatric Press, 2000
5. Okasha, A., The Impact of Arab Culture on Psychiatric Ethics, in *ibid.* pp15-28
6. Sartorius, N., Ethics and Human Societies of the World, in *ibid.*, pp3-14
7. Weisstub, D., Arboleda-Florez, J. An international Perspective on Mental Health Law Reform. Pp189-209, in *ibid.* pp15-28

D. 考察

本年度本研究班は、WPAでの我々の2つのシンポジウムだけでなく、多くのシンポジウムや、ワークショップなどで倫理と精神医療についての発表なども含め、多くの収穫が

あった。いずれもマドリッド宣言が或意味で基になった議論がされたといえる。

精神医療における倫理を論じて5年目になることから、患者の自己決定権と、具体的局面として精神病院への入院に問題をしばって検討した。

まずオカシャ教授が、まとめたように伝統的ないし東洋的な倫理に基づく精神医療が家族に依存する面を強く示し、これは、患者の自立に基づく自己決定を重視する欧米的ないし近代的考え方と相容れない、あるいは、論議の接点になる。前者の考え方は、江畑院長や、リュウ教授が述べたように精神病院入院の場合に日本、中国で見られる家族の関与の大きさによく示された。しかし日本では、その入院の場合法律で或程度規定されているが、中国では必ずしも厳密には規定されていないという差異がある。オカシャ教授は、そうした差異があっても、地域的文化の尊重ということが、倫理ガイドラインを避けて、患者の人権を侵害する口実にならないようにするにはどうすればよいかと問いかけ、文化を超えて、倫理を実践するには、多様性よりむしろ同一性が原則であるとした。

中谷教授と斉藤所長は、日本における無能力者や、痴呆ケアにおける成年後見制度、介護保険制度が、システムとして進歩したが、十分に利用されていないことや、自己決定能力の評価や自立の尊重と言った意味で、法律的にまだ間隙が多いことなど、具体的倫理の実践上の問題を指摘した。

ワイスタップ教授は、日本が1995年に精神保健福祉法への大きい改革をおこないながら、実際の入院状況や、医療現場の不備から患者の人権が十分には、守られていないと強く批判した。また遊佐部長、長谷川理事長は、日本の状況を具体的数字などをあげて詳しく指摘した。

白石研究員とアーボレーダ・フローレス教授は、自己決定権と法的制約、場合によって

は強制的に本人の意思に反してなされる入院などの措置が全く相反するが、その両者を止揚する第三のあり方を探求することを唱えた。その中間の場とは、自己決定と社会的管理の必要性が、精神科患者に対するサービスのレベルの一環として機能するような場であるという。

こうした精神医療の現状に関する検討、批判に対し、カルミ教授、判事は、さらに新しい立場として、患者を精神病院から地域ケアへ移すことを要求する。この見解はWHO世界保健レポート2001:精神保健:新しい認識、新たな希望に掲載されている広範な見解であり、劇的な移行になるが、実現すべきであると主張した。

このように倫理は、人間の現実であり、個人の尊厳あるいは人権にかかる人間の基本である。その倫理が精神医学・医療において、実現される場合、社会的、文化的に大きい差異はあるが、基本的には共通するものである。それを具体化するには、竹島部長が述べるように、共通の尺度をまず作り、そして或程度それに基づいた法制を考える方向が考えられる。今回の研究、ことに本年の研究でさまざまな問題が、倫理の実践の局面で浮き彫りにされた。

国際比較と言う点では、まず文化的な相違が考えられるのであるが、日本側の考え方は、倫理は個人に属する問題であると同時に、日常的な人と人との関係、社会的調和、ことに家族との関係でもあり、それは、精神医療に従事する医師やコメディカルのとる態度でもある。欧米側の倫理は、倫理は自由な個人のモラル・アイデンティティが基本にあると同時に、キリスト教からくる個人の哲学でもある一方で、制度や施設にも関わるとということが示された。

E. 結論

精神医学における倫理の国際的検討は、

今後いずれも個人の尊厳を基本にする点で一致する。ただ現在具体的な問題、例えば精神障害者の入院の場合、医療保護入院など、東洋的には家族の存在や役割が大きくかわる点が大きく異なり、今後制度、法規制上共通できる点を、検討していく必要がある。

F. 健康危険情報

特に含まれない。

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Suzuki, J., Ebata, K.: Mental Health in Japan, Internat. J of Mental Health

28:91-94. 2002.

2. 学会発表

- 1) Patient's Decision-Making; Autonomy vs other (患者の自己決定権); 自立か他者か、XII World Congress of Psychiatry Abstracts Vol. 1. p130-131
- 2) Ethical, Legal and Cultural Aspects of Admissions to Psychiatric Institution (精神科入院の倫理的、法的、文化的側面)、XII World Congress of Psychiatry Abstracts Vol. 1. p131-132

H. 知的財産権の出願・登録状況

特になし。

精神医学における司法と医療の関与のあり方についての国際比較研究

分担研究者 中谷 陽二 筑波大学社会医学系教授

研究要旨 精神医療と司法の関係のあり方について現状の把握と国際比較を行い、制度改革のための資料を提供することを目的とした。責任能力に関するアンケート調査、海外の制度の文献的検討などから、司法と医療の接点にある諸問題、特に刑事責任能力や触法精神障害者の適切な治療形態に関して、日本の精神科医の間では意見の不一致が多く、また海外の動向が有益な指針となることが明らかになった。

A. 研究目的

近年、医療の開放化と患者の権利擁護が推進されるに従い、医療と司法の関係のあり方が問題になっている。特に触法精神障害者の治療に関しては早急な対応が求められている。しかし刑事精神鑑定における責任能力の判定、強制治療における危険性予測と患者の人権保護などに関して多くの解決すべき問題がある。また従来の禁治産制度に代わる2000年の成年後見制度についても、実施に伴って問題点が認識されつつある。諸外国の独自の制度は日本の現状を検討するうえで参考となる。本研究は精神医療と司法の関係のあり方について現状の把握と国際比較を行うもので、制度改革のための有益な資料の提供を目指す。

B. 研究方法

平成12-13年度に行った刑事精神鑑定に関する実態・意識調査および成年後見制度に関する文献的検討の継続として14年度は以下の研究を行った。

- (1)13年度のアンケート結果について統計解析を行う。それにより刑事責任能力の判断基準および触法精神障害者の治療のあり方に関する日本の精神科医一般の傾向および問題点を明らかにする。
- (2)触法精神障害者の処遇に関する法制度と治療システムに関して、日本と欧米諸国との比較検討を行う。
- (3)成年後見の実施状況について統計的検討を行う。

(4)これらの成果について論文発表と学会発表を行う。

(5)専門家を招いて研究会を行う。

(倫理面への配慮)

患者の個人情報を使用しなかった。

C. 研究結果

(1)刑事精神鑑定に関する意識調査

精神科医を対象に6つのモデル事例(統合失調症の幻覚妄想状態、同じく欠陥状態、重症うつ病、アルコール依存症および幻覚症、覚醒剤による急性幻覚妄想状態、境界性人格障害)を提示し、それぞれについて責任能力と適切な治療形態を質問するアンケートを郵送した。185名から回答が得られた(回収率53.6%)。回答者の属性は、平均53.8歳、臨床活動年数は平均25.4年、刑事精神鑑定の経験は平均6.7件、簡易精神鑑定の経験は平均15.1件、鑑定助手の経験は平均1.7件。

主な結果 ①分裂病欠陥状態、アルコール性精神障害、覚せい剤精神病の事例で、責任能力の判定にばらつきがみられた。とくに、分裂病欠陥状態に対しては、臨床経験年数の短い群、本鑑定経験のない群で、責任能力を広く認める傾向が見いだされら。②責任能力の判定にあたり、病像・状態像が重視されており、内因性疾患であるかどうかは重視されていなかった。③分裂病欠陥状態、アルコール性精神障害の事例に対しては、適する治療形態の見解には

らつきがみられた。

(2) 触法精神障害者の処遇制度の国際比較

独、仏、英を中心に刑事精神鑑定制度の現状について文献的に調査した。①ドイツ刑法では責任能力とともに改善・保安処分(精神病院収容、禁絶施設収容など)が定められ、鑑定はこの両面でなされている。②フランスでは刑事司法と医療が分離され、主に予審段階での鑑定により免訴とされた場合は行政的な強制入院の対象となる。③イギリスでは責任能力と処遇とは直結せず、刑事手続の各段階で治療の必要性に応じて医療へのダイバージョンが行われるが、高度の危険性が認められる事例では退院等の制限命令が付される。

(3) 触法精神障害者の処遇の現状分析と提言

日本での刑事司法と医療の関係を歴史的に検討し、現状の問題点、改革の指針、「心神喪失者等医療観察法案」に対する批判を刑法学会等において報告した。

(4) 最高裁の資料等から、成年後見の申立て件数は全体として順調に伸びているが、4類型のうち「補助」の申立てが少ないことを問題として指摘した。

(5) 海外の専門家の招聘

ドイツのレーゲンスブルク大学、コールディング教授を招いて遺言能力の民事精神鑑定に関する講演会を開催し、日本の成年後見との比較について討論した。

D. 考察

司法と精神医療が重なる領域に関して、従来、法律家からさまざまな分析や発言がなされてきた。それに比して、精神医学の内部では関心が薄く、精神科医の姿勢も消極的である。諸外国では両者の関係はより密接であり、司法精神医学・医療の発展が著しい。特に接点をなす精神鑑定に多くの改善すべき点が存在することが実証された(精神科医が全般に消極的なこと、少数の医師に委託が集中すること、研修の機会の不足、責任能力の判定にばらつきが大きいこと、など)。

国際比較の視点からは、欧米の主要国はそれぞれ固有の背景のもとで異なる司法精神医療制度を有しているが、治療必要性和再犯危険性という二本柱の関係が問題の焦点であることは共通している。日本で

施行が予定されている「心神喪失者等医療観察法」の適正な運用に関して、諸外国の現状は貴重な参考となる。

ノーマライゼーションの一環としての成年後見は日本独自の施策として評価される。ただし現状では障害者の残存能力と自己決定を活用する本制度の趣旨は必ずしも実現されておらず、今後の検討課題と言える。

E. 結論

司法と医療の接点にある諸問題、特に刑事責任能力や触法精神障害者の適切な治療形態に関して、日本の精神科医の間では意見の不一致が少なくない。今後、海外の制度を参考にしながら、討論を通じて共通の認識を得ることが求められる。

F. 健康危険情報

なし。

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 中谷陽二: 刑事精神鑑定の国際比較—ドイツ・フランス・イギリス—. 精神科治療学 17(4):399-407, 2002
- 2) 中谷陽二: 成年後見制度について. 刑政 113(8):68-69, 2002.
- 3) 中谷陽二: フランスの処遇困難患者病棟. 刑政 113(11):82-83, 2002.
- 4) 井原裕、中谷陽二: 英国精神保健法改正計画とその反響—精神医学と社会保安—. 精神科治療学 17(9):1151-1159, 2002.
- 5) 小畠秀悟、黒田直明、簗下成子、中谷陽二: 「いん腫のため精神の発育が著しく遅れている者」の責任能力と訴訟能力. 精神科治療学 17(9):1137-1144, 2002.
- 6) 中谷陽二: 刑事精神鑑定と倫理. 季刊刑事弁護 No.32:78-80, 2002
- 7) 中谷陽二: 日本の精神医療史と触法精神障害者. 精神神経学雑誌 105(2):194-199, 2003

2. 学会発表

- 1) Nakatani, Y.: Protecting the incompetent in Japan. Prospect of the new system. X II