

- World Congress of Psychiatry, August 25, 2002, Yokohama.
- 2) Nakatani, Y.: History of treatment of the criminally insane in Japan. X II World Congress of Psychiatry, August 25, 2002, Yokohama
 - 3) Nakatani, Y.: A typology of difficult patients in a hospital setting. X II World Congress of Psychiatry, August 26, 2002, Yokohama.
 - 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) 小畠秀悟、橋爪きょう子、本間久美子、冨下成子、中谷陽二: 刑事責任能力に関するアンケート調査. 第23回日本社会精神医学会、岩手県民会館、2003.3.4
 - 6) 本間久美子、橋爪きょう子、森田展彰、中谷陽二: 精神疾患を有する患者の自発的・非自発的入院の選択に拘わる要因について. 第23回日本社会精神医学会、岩手県民会館、2003.3.5
 - 7) 鈴木志帆、中谷陽二、森田展彰、本間久美子: 任意入院のあり方に関するアンケート調査. 第23回日本社会精神医学会、岩手県民会館、2003.3.5

H. 知的財産権の出願・登録状況

- 1 特許取得 なし。
2. 実用新案登録 なし。
3. その他 なし

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

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に関する研究
分担研究者 斎藤 正彦 慶成会老年学研究所（分室）代表

研究要旨

痴呆性疾患患者の介護をしている家族を対象に、介護保険契約や経済活動における代理のあり方について意識調査を行った。介護契約の代行についても、資産管理についても、半数の家族は、特別な法的手続きなしに、家族が代行すればよいと考えていた。平成13年度に行った在宅介護支援センター職員を対象とした調査との乖離が明らかになった。

A. 研究目的

高齢者個々人の自律を尊重し、自立を促すことによって、高齢者の安定した生活を保障すると同時に、社会保障コストの無制限な増大を防ぐことは、我が国の医療、保健、福祉政策における重要な課題である。

この分担研究の目的は、自立が困難で何らかの医療、介護サービスを必要とするが、そのサービスのあり方について自ら意思を決定しそれを遂行するための自律にも欠陥を持った痴呆性疾患に罹患した高齢者の倫理的問題の所在を明らかにし、その解決の方法について指針を見いだすことである。

B. 研究方法

痴呆性疾患の高齢者を介護する介護者に、診断の告知、介護保険利用契約における代理のあり方、資産管理の代理のあり方等についてアンケート調査を行い、介護経験のある家族の考え方を調査した。

（倫理面への配慮）

調査は、個人の特定ができない方法で行い、回答するか否かについても、介護者が自由に選択できる状況で回答を求めた。

C. 研究結果

アンケートの有効回答はおよそ1,400、回収率はおよそ70%、回答者の平均年齢は58歳であった。回答概略を以下に述べる。

① 家族への痴呆の病名告知の可否

告知する：47.5%

告知しない：51.1%

② 自分が痴呆になった場合の病名告知

してほしい：79.4%

してほしくない：17.6%

③ 護契約における意思決定

代行に法的手続きは不要：51%

本人の同意がなければだめ：27%

法的手続きのもとに代行：19%

④ 資産管理について

世話をしている家族であれば法手続き不要：45%

法手続きを経て家族が代行：47%

家族がいても公的機関が代行：2%

D. 考察

介護経験のある家族は、痴呆性疾患による高齢者の自律能力の低下を経験的に熟知しているが、そうした経験は、必ずしも、介護保険契約や資産管理における家族代理に関連する問題点の認識に結びついているわけではないこ

とが明らかになった。痴呆性疾患を発症した後も、高齢者の自律を可能な限り認めようとする立場に立てば、病名告知は避けて通れない過程であるが、介護家族の半数は、自分の家族への病名告知には否定的な考えを持っている。一方、80%近い介護者が、自分が痴呆になったら告知をしてほしいと希望しており、こうした希望は介護者の年齢が上がるほど高くなる。痴呆症に対する知識が広がり、同時に、個人の自律に関する認識が高まってはいるが、こうした認識が、現実の行動に反映されるには、さらに、時間の経過が必要であろうと考えられる。

E. 結論

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いわざるを得ない。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。

F. 健康危険情報

特に含まれない。

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

Saito, M: The ethical problems in Dementia Care. 12th World Congress of Psychiatry, Yokohama, Japan, (2002)

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし。

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（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、以下の2つの研究課題を立てて調査・研究活動を行った。

（1）各精神医療審査会の活動報告書に関する調査を行い、モデル案を提示すること

全国59の精神医療審査会事務局に対して、活動報告書等の作成の有無を問い、作成している場合には提示を求めたところ、58の審査会から回答があり、37の審査会から報告書等の提出があった。37の報告書等を、審査会委員名簿、合議体開催日、書類審査状況、退院請求等審査状況、申し合わせ事項、全体会討議事項などの項目別に分析した結果、報告書には著しいばらつきのあることが判明した。審査会活動報告書の作成意義について論じた上で、情報開示請求にも耐えうる報告書のモデル案を示した。

（2）各精神医療審査会の活動で問題となった事例に関する調査・分析を行うこと

審査会活動の過程で問題となった事例の情報を集約するための書式を作成し、全国の審査会から事例を募ったところ、45の事例が寄せられた。これらを分析した結果、司法と医療の役割分担、医療保護入院制度、審査会制度にそれぞれ関わる構造的な問題のあることが浮き彫りになった。今後ともさらに事例を集積し、精神保健関連制度の手直しにフィードバックさせる必要があると思われた。

A. 研究目的

精神医療審査会機能の活性化と地域格差の是正のために、審査会年次活動報告書のモデル案を提示すること、審査会活動の過程で問題となった事例を収集し問題点を分析すること、を目的として本研究は行われた。

B. 研究方法

1. 各審査会の年次報告書もしくは全体会資料を収集・分析し、モデル案を提示した。
2. 各審査会事務局から審査会活動の中で問題となった事例を所定の様式で提示してもらい、研究協力員が審査会制度の限界や問題点を指摘した。問題事例の収集・分析・報告に際しては、個人情報の管理に厳重に注意した。

C. 研究結果

1. 年次報告書の調査結果

全国59の精神医療審査会事務局に対して年次報告書もしくは全体会資料を作成しているか否かを問い、作成している場合は最新版の提出を求めたところ、作成していると回答した42の審査会から37通の最新版が提出された。これらの報告書等は、様式・内容・分量ともに大きなばらつきがあった。

2. 問題事例の調査結果

審査活動において問題となった事例を募るために記載様式を作成し、全国の審査会事務局に配布したところ、45の事例が収集された。これらの事例群は、事務局から見た問題点と

いう観点から、(1)非自発入院の医学的根拠は乏しいが、非医学的な事由のために入院継続の判断に苦慮した事例群(8例)、(2)保護者・親族との意見調整や対応に苦慮した事例群(11例)、(3)病院側の姿勢に疑問があり、審査会の調査権限や調整機能が問題となった事例群(12例)、(4)審査会の判断に事務局として疑問の感じられた事例群(4例)、(5)頻回請求の事例群(3例)、(6)精神医療審査会を告訴した事例群(2例)、(7)請求要件消失後も審査の継続を要求する事例群(2例)、(8)その他(3例)に分類された。

D. 考察

1. 活動報告書の作成意義

- (1) 合議体間に審査基準や手続き上の相違がないかどうかを相互点検するため
- (2) 審査会活動に著しい地域格差がないかどうかを相互点検するため
- (3) 外部審査や情報開示請求に適切に対応するため

2. 審査会活動報告書のモデル案

以上の観点に立って、活動報告書のモデルを提示した。含むべき項目は以下である。

- (1) 審査会委員名簿
 - (a) 年齢、(b) 性別、(c) 所属機関ないし職種、(d) 通算在任期間
- (2) 合議体と全体会の開催日
 - (a) 各合議体、(b) 全体会の開催日
- (3) 書類審査
 - (a) 書類審査の件数、(b) 照会・返戻・指導等の件数、(c) 照会・返戻等の主な内容
- (4) 退院請求等の審査
 - (a) 電話相談の件数と請求受理件数、(b) 合議体別の退院および処遇改善請求件数、(c) 請求の取り下げ・要件消失・審査の件数、(d) 合議体別の審査結果など
- (5) 全体会での討議事項
- (6) 申し合わせ事項
- (7) 参考資料の添付

3. 問題事例群が提起する構造的課題

(1) 医療と司法の役割分担に関わる課題

本来ならば司法ルートに乗って処罰されるべきであったと思われる事例や、医学的治療が見込めず、保護の対象ともしがたい触法事例を予防拘禁的に入院継続とすることは、臨床現場の志気を著しく挫く。このような事態を防止するためには、司法か医療かの分岐点となる検察段階での精神鑑定のあり方が問われなくてはならない。

(2) 医療保護入院制度に関わる課題

人格障害や薬物依存など判断能力に遜色のないケースの非自発入院に関しては、審査会でも入院要否の意見が分かれやすい。こうした混乱の一要因として、現行法において医療保護入院の対象者が、措置入院にも任意入院にも該当しない精神障害者と消去法的に規定されている現状を指摘しうる。例えば、精神障害によって判断能力が著しく損なわれていることを要件とするなど、医療保護入院の基準をもっと明確に示すべきである。

(3) 審査会制度に関わる課題

1999年の精神保健福祉法改正によって、報告徴収権や審問権を駆使して、審査会が能動的な調整機能を駆使できると規定されたが、問題事例に見る限り、これらの権限が十分活用されているとは言いがたい。フランスなど欧米の制度運用に学ぶべきである。

E. 結論

精神医療審査会活動を活性化し地域格差を是正する一環として、各地の審査会活動の年次報告書等を調査し、報告書のモデル案を提示した。また、審査会活動で問題となった事例を分析した結果、いくつかの制度的課題が浮き彫りになった。

F. 健康危険情報

特に含まれない。

G. 研究発表

第10回全国精神医療審査会連絡協議会パネルディスカッション（平成15年2月27日、東京）において研究成果の一部を口演発表した。

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし。

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 専門参事

研究要旨

平成12年度から平成14年度までの3年間、各国の精神保健法について比較するために、以下の研究を行った。1)平成12年に施行(一部は平成14年より施行)された精神保健福祉法の英訳を行った。研究班がまとめた仮訳を簡易製本し、精神保健福祉関係諸団体や法と精神医学領域の研究者に送付し、修正を行った。こうした作業の結果、以前行われた翻訳のうち、保護者、精神保健指定医などに対応する英語を変更した。得られた翻訳が広く利用され、今後の法改正に際して、更新されるようにすることについて検討した。2)平成12年度は、カナダのブリティッシュ・コロンビア州、平成13年度は韓国、平成14年度は南アフリカ共和国に赴き、それぞれ独自の精神保健、医療の状況があることを明らかにした。また、精神保健法その他資料を入手して、比較に供した。3)平成14年度は、世界の精神保健法制度施行について概況調査を行った。WHOなどの資料なども参考にし、精神保健法制度の制度化が1990年代に劇的に行われたこと、以前から法律を有する国でもこの間しばしば改正が行われたこと、などを明らかにした。また、日本法の英訳版とカナダブリティッシュ・コロンビア州、韓国、南アフリカ共和国の精神保健法を英語で比較した。その結果、日本の法律は、他の国の法律より、内容が精神保健福祉の各分野にわたり、より包括的な構成をとっていること、同じように理解されている精神障害者の定義や入院制度の規定などが、国ごとに細部ではかなり異なることなどについて指摘した。

研究協力者(五十音順)

五十嵐 慎人 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
木村 朋子 にしの木クリニック
精神保健福祉士
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

諸外国の精神保健法制度との比較を通じて、精神保健法の基本的な構造ないし共通の構成要素を取り出す。その結果を踏まえ、特に重要と思われるポイントに着目して、各国の精神保健法を相互に比較し、特に日本の精神保健福祉法の特徴を明らかにする。最終的には、インフォームド・コンセントや治療代諾の制度、触法精神障害者に対する対応など、日本において検討を要すると考えられている諸制度のあり方について何らかの指針を得ることを目指す。2) 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

A. 研究目的

本研究の目的は、以下のようである。1)

とする。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)などが標準とされるが、家族のあり方など文化的、社会的状況の相違に由来する制度のありようについて、日本ないし東アジアの国々の個別的事情として、理解を求めるべきことがある可能性がある。こうした点について、特に欧米諸国の誤解をただし相互理解を促進することを目指す。

平成14年度は、精神保健福祉法の翻訳については、英文翻訳を関係諸団体や学識経験者らに送付し、意見を求め、必要に応じて翻訳を修正するとともに、平成11年の法改正で平成14年度から施行されることとなった部分を新たに訳出し、当面の完成版を作成することを目指した。また、海外の法制度については、南アフリカの精神保健法制について、現地調査とその際の資料収集、文献検索等により明らかにした。同国を対象としたのは、1)アフリカの国である、2)長期間のアパルトヘイト政策の影響が残る中で新しい精神保健法を制定したこと(2003年4月から施行)、3)同法の中で触法精神障害者の治療に関する規定を設けていること、などの点からである。

また、平成14年度は、本研究の最終年度であり、これまで得られた国の精神保健法を日本の精神保健法と比較検討した。その際、国連やWHO(世界保健機関)の文書等を適宜参考とした。

B. 研究方法

I. 精神保健福祉法(1999改正)の英訳版作成

平成14年度は、平成13年度に翻訳文を簡易製本し、以下に示す関連団体等に配布し、意見や訂正を要する箇所についての指摘を求めた結果について検討した。

主な配布先は、日本精神神経学会、日本

病院・地域精神医学会、日本社会精神医学会、多文化間精神医学会、日本児童青年精神医学会、日本総合病院精神医学会、日本精神科リハビリテーション学会、日本臨床心理学会、日本集団精神療法学会、日本医事法学会、全家連相談室、全家連保健福祉研究所、東京精神医療人権センター、大阪精神医療人権センター、DPI 障害者インターナショナル日本会議、法と精神科臨床研究会、日本精神科看護技術協会、日本作業療法士協会、日本精神医学ソーシャルワーカー協会、全国自治体病院協議会、国立精神療養所院長協議会、全国精神保健福祉センター長会、全国精神保健福祉相談員会、日本医療社会事業協会、全日本自治団体労働組合衛生医療評議会、全国精神障害者社会復帰施設協会、地域精神保健福祉協会、全国精神障害者地域生活支援協議会などの団体の他、本研究の主任研究者鈴木二郎国際医療大学教授の他の分担研究者をはじめとする精神医療福祉や法律分野などの個人約40名とした。

その結果得られた完成稿について新たな簡易製本版を作成し、成果物として関係者に配布することとした。

II. 南アフリカ共和国の現地調査

分担研究者は、平成15年1月3日から9日まで南アフリカ共和国のケープタウンを訪問し、ケープタウン大学のZabow教授らから、同国の精神保健法制度などについての包括的な説明を受け、法文などの資料提供を受けた。また、同国内で文献を収集した。さらに、ケープタウン大学の精神科病棟、Volkenberg Hospitalの慢性期病棟や司法精神病棟における診察などの様子を見学する機会を持った。

III. 精神保健法の国際比較

平成14年度に、精神保健法の国際的な

状況を把握するため、国連や WHO 関連の文献調査や国立保健科学院で研修中の発展途上国の保健医療の担当者に簡単なアンケートを実施した。また、これまで調査した諸国と日本の精神保健法について、法文を構成要素別に比較検討した。この際、日本および韓国については英文翻訳版を用い、英語における表現の異同について比較する方法をとった。

C. 結果

1. 精神保健福祉法の英訳版作成

研究班が作成した翻訳を関連団体や専門的学識を有する個人に送付して意見を求めたところ、精神神経学会精神医療と法に関する委員会(中島直氏)、病院地域精神医学会(梶原徹氏)、児童思春期精神医学会(高岡健氏他)、多文化間精神医学会(秋山剛氏他)、中山宏太郎氏、中谷真樹氏、伊藤弘人氏、村上雅昭氏(五十音順)らから、訂正箇所に関して意見が寄せられた。これらは、ほとんどの場合、妥当と考えられる意見であった。ご意見をいただいた方々にこの場を借りて厚く御礼を申し上げる次第である。特に、中山宏太郎氏からは、氏の手になる精神保健福祉法の英訳全文を送りいただくなど、多大のご協力を頂いたことを付記し、改めて御礼申し上げたい。

紙数の関係から、以下に、指摘をいただいた点を内容ごとにまとめた。

1. 底本についての指摘

全体として、どの版を用いるべきかについて、以下の内容の指摘をいただいた。

精神保健福祉法は平成 11 年 6 月 4 日付法 65 号として法改正が行われたが、その実施は平成 14 年 4 月 1 日付で市町村に福祉サービスが移管されるので、法律の翻訳としては平成 14 年度施行分も含めたものを採用すべき。また、この間、社会福祉

事業法の改正があつて社会福祉法になるなど法文上の改訂があるので、底本としては、平成 12 年 6 月 7 日(法 111 号)改正を使うべき。

また、以下の各項について底本を変更する必要性が指摘された。

第 18 条第 3 項の「公衆衛生審議会」を「医道審議会」に変更する。

第 29 条の 2 の 2、第 3 項の「あらかじめ社会保障審議会の意見をきいて」が脱落している。

第 37 条第 3 項の「公衆衛生審議会」を「社会保障審議会」に変更。

第 34 条 4 項「第三項」を「前三項」に変える(誤植)。

第三八条の四「措置を採ることを命じることができる。」を「措置を採ることを命じることができることを求めることができる。」と変える。

底本については、平成 12 年 6 月 7 日(法 111 号)改正(平成 12 年度版「我が国の精神保健福祉」に収載)を用いることとし、指摘は配布時のテキストの誤記によるものがほとんどであったので、これを改める修正を行った。

2. 翻訳について

1) 固有名詞ないし法律用語の翻訳語について

(1) 公式ないし慣用的に日本語の訳語として定着している英述語についての指摘

a. 日本国憲法は **official translation** と共に公布されましたが、「国、公共団体」は、**[the State or a public entity]** (Article 12)。

b. 民法の **official translation** では、「扶養義務者」は **[person under duty to furnish support]** (Article 877)。

c. 刑法では、「懲役、禁こ又は拘留」は、**[penal servitude][imprisonment or penal detension]** (Article 9)。

d. [Law for Social Welfare Work] を [Social Welfare Act] とする。平成 11 年改正後の改正で社会福祉事業法が社会福祉法となったこと、議会で決定された法律は Act とするようであることによる。

2) 外国の機関の呼称との関連についての指摘

「精神医療審査会」の英語訳：イギリス精神保健法 83 では、精神保健審査会の邦語訳のあてられている語は [Mental Health Review Tribunals] となっておりますが、今回の訳出では「審査会」に [Review Board] があてられております。わが国独自の事情ということかもしれませんが、言葉として同じものでは支障があったのでしょうか。

3) より適切な翻訳語に関する指摘

(1) 法律のタイトル [Law Related to Mental Health and Welfare of the Person with Mental Disorder] は [Mental Health and Welfare Law] の方がよくないか。

(2) Article 1., 3. [to enhance mental health....] を [to maintain and promote mental health...] に変更する。：健康増進は WHO の [health promotion] の訳語として定着しており、この逆の翻訳としては [promote] を使用すべきです。

同様のことが 3 条の [to maintain and improve] についても言えて、[to maintain and promote] とすべきです。

(3) 生年月日は [birth date] ではなく、[date of birth] 略して [DOB]。 [birthday] には生年が入ってないと思ってます。

(4) Article 5 急性中毒 [acute poisoning] は別の言葉の方がよくないか。

(5) 精神保健指定医 [Designated Physician] は [Designated Psychiatrist] の方がよくないか また、精神病院は [Mental Hospital] は

[Psychiatric Hospital] の方がよくないか。事業の訳として [Business] はおかしくないか

(6) 「取り消し」は、日常語としても [annulment] だと思います。

(7) 通院医療は、[Medical Care for Outpatient] でしょう。[medical care at clinic] では不都合かと思います。

(8) 今回の翻訳では「入院」は [Hospitalization] になっていますが、イギリス精神保健法では [Admission] となっています。一般的には英語圏論文では [Admission] を用いている場合も少なくないかと思いますが、いかがでしょうか。

(8) Article 32 Para.4., Chapter 6. 32 条及び第 6 章のすべての [Certificete for Health and Welfare of Person with Mental Disorder] を [Certificate for Health and Welfare of Person with Mental Disability] に変更する。：精神障害者保健福祉手帳は精神疾患に罹患していることを証明する書類ではありません。精神疾患による障害状態にあることを証明するものです。[Mental Disorder] を証明する書類とは外国人にもその意味がとらえられないと思われま。ひょっとすると、日本には精神疾患に関してだけ背番号制度のような登録制があるように誤解を受ける可能性があります。障害に対する給付という利益のために手帳制度があることを理解されるためにも、また、法改正時の厚生省の説明の趣旨を踏まえても、ここは Disability を当てるべきです。これは日本語の精神障害者と言う用語が精神疾患を有するものという第 5 条の規定に使用されている語と、第 6 章の手帳制度で精神疾患による障害を有する者を指す用語が同一の用語によって表されているという日本語法律用語の特殊事情によるのであって、同一語を訳し分けることは許されるべきです。

同じく Article 45 Para.2、4 [a state of mental disorder] を[a state of mental disability]とする。[because of mental disorder] を[because of mental disability]に変える。

(9) Article45[mentally retarded person] を[person with mental retardation]とする。
：最近の障害者に関する英文の用法によります。

4) 文意が翻訳では正確ではないとの指摘
(1) Article 45 Para 3. [he/she shall notify the applicant to that effect...]を [the prefectural governor shall notify the applicant of that effect...]と改める。：「都道府県知事は理由を付して、その旨を申請者に通知しなければならない」の英訳であるためです。

5) 表記の不統一、誤記などに関する指摘
(1) Article 3. [to assist with persons with mental disorder] を [to assist persons with mental disorder]とする。：assistは他動詞です。このwithは不要。

(2) Article19-7 [designated hospital(s)] は他の部分の表記にならって[Designated Hospital(s)]とすべきでしょう。これらや [person responsible for protection]などの用語を大文字表記にするか小文字表記にするか、いずれにせよ統一した方がいいように思います。

(3) Chapter 5.医療及び保護 section 1.保護者における保護者が [person responsible for protection]と訳されているのに対して Chapter 5. section 5. 医療保護入院等及び section 6.精神病院における処遇等では [person responsible for custody] と [person responsible for protection] が使い分けられていますが、その根拠がわかりません。protectionに統一すべきです。

(4) Article26-2 他のところでは [mental

hospital] となっていますがここだけ [psychiatric hospital]となっているのはなぜでしょうか。

(5) Article 29-5 「厚生省令」の訳もれ

(6) Article 31 Para. 1 of Art. 29-1 → Para.1 of Art. 29-2 の間違い

(7) Article45 Para 7.[by the government order] を[by the cabinet order]に統一する。：政令の訳語が統一されておらず、ここだけ [government order]を使用しており、区別する根拠も見あたらず、cabinet orderに統一すべきです。

(8) Article49, Article50, Article50-2-4, Article 50-2-5 大文字、小文字の区別を統一する。：これら条項のみ [Prefectural Government] [Prefectural Governor] と大文字が使用されているので、統一のために小文字とします。また、全体を通して、 [Person with Mental Disorder]が大文字を使用しているのは統一されているので理解できるが、この条項の [Community Life Support Work] [Community Life Support Center]が大文字で書かれ、Article50-2で社会復帰施設名を挙げているところでは小文字になっており統一を欠きます。
[person responsible for protection]保護者の関しても大文字と小文字の使い分けが表題だけではなく行われており、統一を欠く。これらは統一した用法にすべきです。

(9) Article50 Para.1, Article50-2 Para 6, Article50-2-3 Para.1, Article50-2-4 Para2 [the social rehabilitation center] を [the social rehabilitation facility]に改める。：社会復帰施設の英訳語であり、他の条項では [social rehabilitation facility]が使用されています。

3. 研究班の対応

1) 翻訳の基本姿勢

検討に際しての、当研究班の基本方針は

以下の通りであった。1)精神保健法英訳(1998)は、仮訳と但し書きがついているものの、当時法改正に当たっていた厚生労働省の担当者が監修したとされており、翻訳の際に基本とする。2)次に、言うまでもなく、法律の条文の翻訳であるから、正確であること、あるいは誤解を招かないことを最優先させた。しかし、正確さを追求するために、どのような訳がもっとも適切かは自明ではない。当初、研究班では、日英一対一となるように訳語を選んだが、同じ日本語の単語であっても用いられた文脈によっては異なる意味を持つ場合もあることから、あまりにも拘り定規にこの方針を徹底させると、かえって外国人には文意が理解されない部分が生じるとの批判を受けることにもなった。その結果、理解が得られることを優先して最小限度の「意識」もむしろ必要と方針を若干軌道修正した。

関連学会や学識者に、翻訳に対する意見を依頼したところ、数々の意見が寄せられた。寄せられた意見は、適切なものが大多数であったが、その内容は誤記、表記(同じ日本語が異なった英語に訳されている、大文字と小文字の混在など)の統一、より適切な術語や表現の選択(すでに上位法で使用されている語や言い回し)などが多く、その他基本的な点では研究班の翻訳に対して一定の理解が得られたと考えている。指摘された点の一部を除いて、修正を施した。

2) 主な検討事項

その際、誤解を招くおそれがあると指摘された言葉については、内外の精神科医や法律専門家に改めて意見照会した。それらは、基本的な術語である、精神病院、保護者、精神保健指定医、精神保健福祉手帳などに対応する英語表現についてであった。これらに対してどのような英単語を当てるべきかについての検討経緯を記しておきた

い。

(1) 精神病院 精神病院については、従来訳は[mental hospital]であった。これに対して、[psychiatric hospital]の方が適切との意見が出された。結論として、研究班では、今回の翻訳では[mental hospital]を踏襲した。研究班では、一般に「精神」という日本語に対して[mental]、「精神科」または「精神医療」の訳に対して、[psychiatric]を原則として当てた。たとえば、「精神医療審査会」には、[Psychiatric Review Board]と[psychiatric]のように。最近精神病院ではなく、精神科病院という言い方が広まってきたが、もし法文上にこのように書かれるようになったときは、その翻訳も[psychiatric hospital]とすべきだろう。しかし、現時点では、外国人の語感でも、[mental hospital]と[psychiatric hospital]はほぼ同義であり、[mental]では誤解を受けるという可能性は低い。現に、カナダブリティッシュコロンビア州の法律では、[mental hospital]と[psychiatric unit]が混在して使われている。

(2) 保護者 保護者については、[a person responsible for protection]と訳した。従来訳は、[a person responsible for custody]であった。ここで、「保護」に相当する[custody]という単語は、子供に対して使われることが多く、[care or control exercised by a person or authority over something or someone]という語義からは「監督」というニュアンスが感じられる。しかし、今回の法改正で、保護者の自傷他害監督防止義務が削除されたことなどからも、ことさら「監督」という面を強調することを避けるべきであると考えた。この点[protection]は、その意味で用いられるにふさわしく、国連原則などでも用いられている。こうしたことから例外はあるにせよ、

保護者を精神障害者とは対立的な存在であると外国人が必要以上に誤解することを防ぐためにも訳語の変更は必要と判断した。

(3) 精神保健指定医 精神保健指定医の英訳はもっとも議論が多かったところである。1988年版では、[a designated physician]となっており、研究班でもこの訳語を当初は踏襲した。これに対して、[physician]ではなく[psychiatrist]と用いるべきではないか、あるいは[designate]は、「単に割り振られた」あるいは「当番」程度の意味しかなく、実態にそぐわない、などの意見が出された。これらは、精神保健指定医が外国人から正しく理解されないことを危惧する意見であり、十分な検討が必要と考えられた。

まず、[psychiatrist]を用いることについてであるが、日本の精神保健福祉法の中に「精神科医」という言葉は登場しない。関連するものとしては、「医師」「精神保健指定医」「精神病院の管理者」のみである。外国でも、たとえばカナダのブリティッシュ・コロンビア州の精神保健法では[psychiatrist]は登場しない。南アフリカの精神保健法では、["psychiatrist" means a person registered as such in terms of the Health Professions Act]と冒頭で定義が示されている。カナダ BC 州でも特定の医師の団体が認定する場合に精神科医と称することができるとの規定がある。すなわち、「精神科医」という言葉は、他の法律などにすでに定義規定があるか、ない場合には当該法律上で定義して用いるのでなければ、法律の文章中で使用することは適当ではないと考えられる。

次に[designate]であるが、辞書には[Specify, particularize:serve as name or distinctive mark of]と説明してあり、「特定する」という意味はあるものの、その特

定が一定の資質を条件として行われたというニュアンスはあまりない。むしろ、以下のような WHO の文書からは「代用」というニュアンスが感じられる。[In some low-income countries, the scarcity of psychiatrists as well as general practitioners poses a particular problem in meeting this standard of objective medical expertise. In such circumstances it may be appropriate to designate other non-medical mental health professionals such a psychologists, psychiatric social workers and psychiatric nurses as competent in determining mental disorder.]

日本の精神保健福祉法には、政省令ではなく、法律本文中に指定医となる要件が示されていて、この資格を一般の医師以上のものである国の姿勢が示されており、決して精神科医の代用などではあり得ないことは一目瞭然である。しかし、外国人は、法文にあたらなければそのような事情を理解することはないのであろうし、周囲から常に正しい意味を教えられると機会があるとは限らない。従って、「精神保健指定医」がそれなりの資格であることを感じさせる英語を当てる方が望ましいことになる。このような語として、[accredited][approved][authorized][certified][qualified]などがある。これらは類義語ではあるが、辞書によれば[accredited]は[furnished with credentials]、[approved]は[proved or established by experience, tried, tested]、[certified]は[furnished with certificate]、[qualified]は[to make legally capable]、といった微妙な意味の違いがある。このようなことから、指定医の要件、証明書が発行されていること、精神保健法施行における権限、といった指定医の特徴のどこを強調するかにより、最も適当と考えられる訳語も変わってくる。研究班では、暫定的に

[certified]を用いることにする。また、「指定」という言葉は法文中で「指定病院」という形で使われているが、こちらは本来都道府県立病院の「代用」という意味合いもあることなどから、従来通り[designated]という言葉を用いることとしたい。なお、今後導入が予定されている「専門医」の英訳によっては、指定医の英訳が影響を受ける可能性もある。

(4) 精神障害者保健福祉手帳 最後に、精神障害者保健福祉手帳については、当初の研究班訳では、[Certificete for Health and Welfare of Person with Mental Disorder]の語句を当てたが、[Certificete of Health and Welfare for Person with Mental Disorder]および[Certificate for Health and Welfare of Person with Mental Disability]などの選択肢が提案された。ちなみに、厚生労働省のホームページには、[Health and Welfare Handbook for People with Mental Disorder]として翻訳されている。

まず、[handbook]は、手引き書、便覧などという意味であるので、ここでいう手帳の訳としては不適當ではないかと考える。また、精神障害者保健福祉手帳は、先にも示したように「精神障害者」一般ではなく、「精神疾患に起因する障害」のために保健福祉的なサービスを必要とする対象者であることを行政が証明したものである。従って、直訳して[disorder]という言葉を使うことは誤解のもとであるという指摘は正鵠を得ている。これらのことから、改めてこの言葉の意味するところに従って翻訳し直し、[Certificete for Health and Welfare of Person with Mental Disability]とすることとしたい。ちなみに、厚生省のホームページでも、「精神疾患に起因する障害」のために保健福祉的なサービスを必要とする対象者であることを示すために、[people with

mental disability]という言葉が用いられている。[disability]は、知的障害や身体障害でも用いられている。

3) 今後に向けて

研究班の翻訳作業は、研究期間の終了とともにいったん終了する。しかし、この翻訳については、さらに訂正すべき点が見つければ訂正し、よりよいものにしていきたいと考えている。また、研究成果の還元のために翻訳を印刷して学会など関連団体や関係者に配布したり、インターネットなどで自由に閲覧できるようにしていきたい。さらに、法の見直しがあった場合には、翻訳もその都度改正して、常に最新のものとするのが重要である。そのようなことも視野において、今後英文翻訳が内外で活用されるように努めたい。

II. 南アフリカ共和国の現地調査

南アフリカは、17世紀からオランダ人が入植し、その後20世紀前半に英国人との間で行われたボーア戦争などを経て、白人政権が実権を握り、1994年までアパルトヘイトと呼ばれる人種差別施策が行われてきた。このための経済封鎖などがあり、南アフリカは1980年代まで世界から孤立していた。しかし、白人政府が倒れ、長期間幽閉されてきたネルソン・マンデラが1994年に大統領に就任して以来、新しい体制で国造りが進められている。特に、憲法をはじめ人権擁護に配慮した法律改正が進められ、こうした流れを受けて新たに改正された精神保健法が2003年4月から施行される。

しかし、1990年代の大きな政治的変革は、社会・経済に大きな混乱を巻き起こしたことも事実で、高い失業率、エイズや薬物乱用、犯罪の増加などが問題となっている。また、ケープタウンなどのごく一部の近代的都市を別にすれば、医療機関や専門家の

整備が不十分であるなど、従来からある問題がいまだ解決しているとは言えない状況である。さらに、体制変革時に、専門職が多数海外へ流失した。例えば、精神科医は約600人から半減したという。

新しい法律は、旧法(1973年制定)と比較して、入院者の審査を行う制度の導入(Mental Health Review Board)、精神医療に関わるものの資格規定の創設、強制入院者の72時間の検査的入院制度や判断能力を欠く者に対する入院手続きの導入、などである。その一方で、一部ではあっても他害のおそれがある精神障害者によって一般市民の安全が脅かされないようなバランスも必要であるという立場をとっている。新しい法律は、欧米の概念を取り入れているが、人権擁護規定の実効性に疑義を述べたり、地域資源の乏しさが法理念を実現する上で障害となると懸念する識者もいる。

Ⅲ. 精神保健法の国際比較

1) 精神保健法制度の国際的な動向

精神障害者の治療や保護に当たっては、他の疾患や障害とは異なる特殊性があることから、法制度でその人権を擁護する必要がある。国際連合とWHOは、1990年代を通じて、世界各国に精神保健法制の整備を促してきた。その主要文書として、1991年の **Principals for the Protection of Persons with Mental Illness and for the Improvement of Mental Health Care (MI Principles**, 以下国連原則)、1996年の **Mental Health Care Law : Ten Basic Principles** 等がある。また、2001年には世界の法制度の概要などについて **Atlas, Mental health resouces in the world** にまとめている。

このAtlasによると、まだ精神保健法の制定されていない国は、全体の25%(人口にして31%)あるという。まだ特別の法律を持たない国は、ヨーロッパで107%以下

と低いものの、アジア、アフリカなどでは25%ないし33%、東地中海諸国では約半数など、未制定である国の数には地域格差があるとのことである。

また、現在、精神保健法を制定している国の約50%が90年代に法制化されたという。今回、分析の対象とした国の中では、韓国がこれに該当する。一方、1960年より以前から法律があった国は15%と少なく、これらの国の多くの国でも1990年代に法改正が行われた。前者、カナダと南アフリカ(及び日本)が後者に該当する。この他、アメリカ合衆国のカリフォルニアなどのいくつかの州、イギリスなどでも法改正が行われたり、検討されている。カリフォルニアでは、他の州に先駆けて精神保健法を改正した過去があるが、最近再び改正が行われた。すでに法を制定していた国も含めて、1990年代は精神保健法の見直しの時代であったといえる。

2) 精神保健法の基本的構成

現実には、各国の実情に応じて、法律の内容には変異が生じる。以下、項を改めて、調査した4カ国の精神保健(福祉)法の構成を比較してみる。

精神保健法の構成要素を対比してみると、日本の法律は、他の国の法律より、内容が精神保健福祉の各分野にわたり、包括的な構成をとっている。例えば、保健や福祉、精神保健福祉センター、地方精神医療審議会、社会復帰促進センターなどの章立ては日本の特徴がある。同様に、精神科治療に当たる医師の資格について日本では章を設けて規定しているのも、特徴の一つである。逆に、カナダBC州など、他の国では、精神科治療、特に入院治療に関する規定が中心の章立てとなっている。

4) 基本的な概念の異同

(a) 精神障害者の定義

精神障害、あるいは精神障害者という言葉

葉は、英語で比べてみると日本とカナダ BC州が[the Person with Mental Disorder]で同じ表現である。韓国では、これに[psychopath]を当てているが、適訳とはいえない。また、南アでは[mental illness]という言葉が使われている。これは、DSM 診断の普及により精神疾患の範囲が広がったことに対して、統合失調症など法的に問題となることがある精神疾患を対象としたことを明らかにする意図によるとのことである。しかし、より重要なのは、定義の内容である。日本と韓国の法律では、精神疾患の名前を例示している(医学的診断による定義)。これに対し、南アでは、個別の疾患を挙げずに、専門家の診断した[illness]であることが重視されている(専門家の診断基準による定義)。さらに、カナダ BC州では、環境や首位の対人関係における齟齬の著しいことをもって法律の対象とする精神疾患としている(機能的基準による定義)。日本において精神障害の定義に関する問題には、最終的な結論が出ていないと理解しているが、他の国の基準を参考にして、検討する余地があると考ええる。

(b) 精神科医や専門職に関する規定

構成のところでも触れたが、日本の法律は精神保健指定医について、多くの条文を費やしている。これに対して、カナダ BC州では、法律の冒頭の定義の項に[physician means a medical practitioner]という一文があるのみであり、その差は歴然としている。調べ得た範囲では、退院請求があったときに裁判所が命じる診察の際に[psychiatrist]が登場する他、法文中に見いだせなかった。韓国では、医師ではない看護師、臨床心理士や精神科ケースワーカーなどに[Mental health specialist]の資格証を与えるという規定(Art7)があり、精神科医は定義なくいきなり21条から登場している。韓国も、医師であれば特別の支障なく精神科臨床に携わることができる。これ

らの国で、精神科医と呼ばれる人の教育歴や経験年数などを調べる必要があるが、日本でだけ精神保健指定医という特別な肩書きを与えなければ精神科治療が成り立たないような仕組みとなっている。

(c) 入院形態に関する規定

c-1 自発的入院

自発的入院として、日本の任意入院とこれに類似する入院を対比して示す。類似する入院は、[Voluntary Admission]などと呼ばれるものである。日本では、任意入院患者を「自ら入院した患者」と規定するのみである。韓国では、同意に代わって書面で申請するという要件となっていることと、退院制限に関する規定がない。また、南アの規定も特別の要件や退院制限に関する規定がない。法文には規定されていないが、この入院はインフォームド・コンセントを与える能力があることを前提としている。一方、カナダ BC州では、16歳未満の場合を規定しており、長くなるので引用を省略したが、医療機関の管理者から権限を与えられた医師による定期的な診察に関する規定もある。その他、退院制限を課せられる可能性のあることは日本と同様である。同じ[Voluntary Admission]と表現されてもその内容は同一ではない。

c-2 非自発的入院

日本の非自発入院として、医療保護入院を取り上げ、他の国の類似の入院類型と比較した。医療保護入院の要件は、1) 医療と保護のために入院が必要であるが、2) 任意入院する状況にない、3) 保護者の同意がある、の3点である。韓国のHospitalization by Person Responsible for Protectionは、医療保護入院に相当するものと考えられるが、医療と保護の他、自傷他害のおそれも要件としてあげられている一方で、日本法にある「任意入院が行われ

る状況にない」という規定はない。しかし、前2者にあった保護者の同意に関する要件が欠けている。南アでは、韓国と同様の精神状態に加え、かつインフォームド・コンセントを与える能力がないことが要件となっている。また、南アでは、入院時の保護者の同意に代えて、家族その他本人に親しい人の申請が要件となっている(ただし、これらの申請がなくとも専門家の判断で入院可となりうる)。カナダ BC 州では、韓国、南アと同様の精神状態であり、かつ [cannot suitably be admitted as a voluntary patient] という一文は、日本法の「任意入院が行われる状況にない」という規定と同じものと考えられる。

入院同意者や入院申請者に関する規定はなく、代わって、入院した患者が治療を拒否する場合には、入院施設の管理者の同意で治療が行われるという規定がある。

このような比較から、任意入院の場合と同様、医療保護入院と類似の入院についても、同じ範疇に属する入院とは言っても、厳密に見ると細部は異なる部分があることがわかる。

(d) その他

(i) 特別の患者に関する規定

カナダ BC 州や南アの法律には、刑務所に収監されている精神障害者を治療するため、精神科治療施設に移送する規定がある。またこれらの国では、刑事訴訟法の手続きに従って裁判所の命令で入院する規定がある。ちなみに、韓国では、触法精神障害者については、社会保安法で扱うこととなっている。

(ii) 入院時の行動制限などに関する規定

日本の精神保健福祉法では、面会の制限、信書の制限、身体拘束、隔離、などに関する規定があるが、このような規定は他の3カ国の法律には規定が見られない。南アでは、精神障害者の権利として、差別禁止、

搾取や虐待の禁止、患者の知る権利や患者に関する専門家の守秘義務などの条文がある。また、病状により精神病院の管理者が必要最小限に限り交友関係を制限することができるという規定がある。ちなみに退院請求については、日本、韓国、南アでは精神医療審査会、カナダ BC 州では裁判所が対応する規定がある。

D 考察

本研究は、精神保健法を国際的に比較するというこれまでにないテーマに挑んだものであった。結果として、全世界を網羅するような研究ができなかったことには限界を感じている。しかし、欧米の中でも精神医療の地域化が進んだカナダ BC 州、日本の隣国である韓国、日本にとってはなじみの少ない南アフリカ、などいずれも調査に値する国であったと自負している。また、日本の精神保健福祉法の英語版を作成し、これを他の国の英語版と比較するという方法論をとった結果、同じように見える入院制度の微妙な相違などが明らかになったことは成果であった。

研究の過程で得られた精神保健法の英訳版は、今後ともよりよいものにしていく必要がある。と同時に、有効な研究成果還元のための方法を考えたい。平成14年、横浜で開催された世界精神医学会で、本研究の成果の一部を発表するとともに、翻訳文についても紹介することができた。日本は、精神保健医療に問題を抱えているにしても、それは外国も同様である。外国の識者の意見には謙虚に耳を傾けると同時に、誤解されていると考えられる部分はただしていくことが必要であろう。その意味でも、この翻訳が役立つ機会があるのではないかと考える。

E. 結論

- 1) 平成 12 年に施行(一部は平成 14 年度より施行)された精神保健福祉法の英訳を行った。その結果、以前行われた翻訳のうち、保護者、精神保健指定医などに対応する英語を変更した。得られた翻訳を広く利用し、今後の法改正に際して、更新されるようにすることについて検討した。
- 2) 平成 14 年度は南アフリカ共和国を訪問し、精神保健医療の状況を明らかにした。
- 3) 世界の精神保健法制度施行について概況調査を行い、1990 年代が精神保健法制定や改革が劇的に行われた時代であったことを明らかにした。
- 4) 日本法の英訳版とカナダブリティッシュ・コロンビア州、韓国、南アフリカ共和国の精神保健法を英語で比較し、日本法は、他の国の法律より、内容が包括的であること、同じように理解されている精神障害者の定義や入院制度の規定などが、各国で細部ではかなり異なることなどを指摘した。

F. 危険管理情報

なし

G. 研究発表

- 1) Shiraishi H: Substituted decision making in health care services: its status quo in Japan and some proposals for reform. XII World Congress of Psychiatry, Yokohama, Japan [2002/08/25].
- 2) Shiraishi H: Japanese mental health law reform: what has changed yet? XII World Congress of Psychiatry, Yokohama, Japan [2002/08/28].
- 3) 白石弘巳 (2002) 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.

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

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

分担研究者 江畑敬介 江畑クリニック院長

研究要旨 地域ネットワークを形成するためには、地域支援職員の間で患者情報を共有化しなければならない。しかし職員の間で患者情報をどのような手続きに基づいて伝達するべきであるかについての合意が得られていないことから、地域ネットワークの形成に支障を来していることが明らかとなった。そのため、個人情報伝達に関するガイドラインの作成を目指した。

A. 研究目的

脱入院化の時代を迎えて今後は地域ネットワークを形成していかなければならない。地域ネットワークを形成するためには、患者情報の共有化をしなければならない。しかし患者情報の共有化と守秘義務とはしばしば相克する。そのため、精神保健医療従事者はこの問題で混乱を来していると考えられる。

B. 研究方法

精神保健医療福祉従事者と精神障害者とその家族に対して行った調査を分析した。

また、この問題について文献的に調査した上で、医師と法学者との討論を重ねた。

さらに、日米の専門家によるワークショップを開催し、この問題について討議を行った。（倫理面への配慮）

調査にあたっては、精神障害者と家族の任意性と匿名性に配慮した。

C. 研究結果

精神保健医療福祉の臨床現場においては守秘義務に関しての問題意識は必ずしも一定しているわけではなく、職種或いは職場により異なり、そのため精神障害者ないしその家族

への対応に混乱を来していた。

D. 考察

この混乱を克服するためには、個人情報伝達に関するガイドラインを作成する必要があると考えられた。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た。我が国では米国よりも家族と患者情報を共有化することに家族は積極的であり、精神障害者自身の抵抗も少なかった。

E. 結論

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。

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) 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

神経学雑誌 投稿中

2. 学会発表

- 1) Murakami, M., et al. : Conflict between Confidentiality and Community Networking. The Current Situation in Japan. The 12th World Congress of Psychiatry, August 2002, Yokohama
- 2) Petrila, J. : Community Networking and Confidentiality. The 12th World Congress of Psychiatry, August 2002, Yokohama

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし。