

平成 21 年度厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）
「精神障害者への対応への国際比較に関する研究」
分担研究報告書
「在日外国人の精神保健医療福祉、法務省との連携に関する研究

研究分担者 白石 弘巳（東洋大学ライフデザイン学部）
研究協力者 秋山 剛（N T T 関東病院精神科）
梅津 寛（東京都立松沢病院精神科）

研究要旨：本研究班では、課題Ⅰ 在日外国人の精神保健・医療・福祉の実態と課題、課題Ⅱ 精神保健福祉法の英訳版の作成を行った。方法 課題Ⅰ：在日外国人の精神保健・医療・福祉に取り組んでいる 3 人の精神科医に実態と課題などに関して聞き取り調査を行った。課題Ⅱ：法律の翻訳専門家に平成 11 年度版の英訳以降の変更部分について翻訳を依頼し、逐条的に検討した。結果：課題Ⅰ 現状では、日本国内で在日外国人に精神科的治療（カウンセリングや投薬など）を十分に行うための十分な体制が整備されているとはいえない。特に、弱い立場に置かれた外国人の場合は、精神症状が非常に悪化するまで未治療でいる場合が多いと考えられ、こうした人々の入院治療に関しては、通訳、費用負担、あるいは人権擁護のなどについて、さらに支援を強化する必要があると結論した。課題Ⅱ 精神保健福祉法の英訳版を作成し、小冊子の配布やインターネット上での公開を行う準備を行った。

A. 研究目的

本研究班では、在日外国人・在外邦人の精神保健・医療・福祉の実態と課題に関して調査研究を行い、法的な問題に関して法務省との今後の連携の方法を検討すること、また、諸外国において、刑務所、拘置所等司法施設における精神障害者の実態についての調査・研究を行い、我が国への示唆を得ることを目的として研究を行う。

平成 21 年度は、以下の調査を行った。

課題Ⅰ 在日外国人の精神保健・医療・福祉の実態と課題

- (1) 岡崎班と連携し、松沢病院などで治療を受けた外国人の事例において、法的な視点から課題を抽出し、今後あるべき対応策について検討した。
- (2) 在日外国人の精神保健について大きな役割を果たしている東京英語いの

ちの電話 (Tokyo English Life Line) の活動について調査し、在日外国人が精神医療にアクセスする上での課題を整理し、対応策について検討する。

- (3) 在日外国人が精神保健、医療サービスを受ける上で必要な法律の翻訳、パンフレット類の整備などについて対応の現状を調査し、可能な範囲でモデルとなる法律の翻訳やパンフレットの外国語訳の紹介に努める。

課題Ⅱ 精神保健福祉法の英訳版の作成

外国人に日本の精神保健福祉法制の理解を求める際には、精神保健福祉法に関する説明が欠かせない。日本では、国内法を外国語に翻訳する公的な業務は行われていない。そのため、研究班内で、仮訳を作成し、関係者の理解を得て現場で利用可能なもの

としていくことを目指す。

B. 研究方法

課題Ⅰ 在日外国人の精神保健・医療・福祉の実態と課題

在日外国人の精神保健・医療・福祉に取り組んでいる3人の専門家に実態と課題などに関して聞き取り調査を行った。

課題Ⅱ 精神保健福祉法の英訳版の作成

平成11年の法改正時に英語に翻訳した精神保健福祉法を元にして、その後の改正で変更になった部分を中心に翻訳を行った。翻訳は、長年法律の翻訳等を手がけてきた大井幸子氏に依頼し、さらに訳語等について逐条的に検討を加えた。

(倫理面への配慮)

本研究は、直接精神障害者の個人情報に触れるものではないが、聞き取り調査で事例を挙げ
る際には、十分留意して記述した。

C. 研究結果

課題Ⅰ 在日外国人の精神保健・医療・福祉の実態と課題

1. 秋山剛氏への聞き取り調査

H21年12月27日

在日外国人の精神保健問題の実態について秋山氏の関与する団体を中心に聴取した。

1) 東京英語いのちの電話 (TELL)の活動
東京いのちの電話は1973年に誕生し、ほぼ同時期にTELL(※)も東京の外国人教会によって設立された。秋山氏は82年から活動に関わり、東京英語いのちの電話の理事

(1995)、1999年から理事長。TELLは2006年からNPO法人。TELLの活動などの外国人に対するサービスは、関わる人が少なく、その人が転勤するとその場所で行われてきたサービス自体も消失してしまうような、流動性の高さが特徴。こうした中で安定した運用を続けることはかなりの困難を伴う。TELLでは年間約7000件の電話を受けているという。TELLの年間予算は約6,000万でその約半分が寄付。TELLはNPO法人だが、外国大使館からは公的な機関を思われている。大使館との連絡を密にし、諸問題は大使館との連携により解決を目指してきた。大使館を後ろ盾とすることで寄付などの外部資金を得やすくなることもメリット。国内の医療機関には、一般に外国人の診療に関して経験がある医師が少なく、大使館などから依頼されて紹介しても、本人などが納得いくような治療が行われない場合もありうる。2009年10月から東京いのちの電話クリニックを開設した。責任をもって診療に当たれる医師を発掘することが課題。現在は、そうした立場の医師との間でのみ、紹介を行うことを基本としてやっている。

2) 多文化間こころの支援協議会

多文化精神医学会(※※)の外国人支援委員会が中心となり、在住外国人を対象としたメンタルヘルスの支援団体の連携を目指した協議会を運営している。現在の委員長は阿部裕医師。秋山医師は事務局長。多文化間メンタルヘルスに関わる活動を行っている団体の、相互の理解を深め、ネットワークを広げる。設立後3年間程度は参加10程度の団体が細々と活動。トヨタ財団の資金提供で、協議会が30~40団体の参加に拡大。現在はさらに増えて50~60の団体が

参加している。次回第5回の支援協議会は、多文化精神医学会に併せて2010年3月20日(土曜日)に福島で開催予定。こうしたミーティングの他、精神保健福祉法の告知文書や法律分などの翻訳(英語、タガログ語、イタリア語など)を行ったり、外国人の支援をしている医師に呼びかけ、資源の有効活用や支援のネットワーク形成を目指して活動を行っている。メンバーはメーリングリストで意見交換するほか、年2回ニューズレターを発信している(<http://www.jstp.net/ForeignJapan3.htm>に説明あり)。

3) 精神科医療の供給体制

通訳は、山形県に医療通訳がいるが例外。一般に首都圏などでは、カウンターパートとして期待するのは大使館。依頼することで領事館の職員を派遣してもらえる場合がある。

サービス提供は、IMHPJ(Tharp氏の聞き取りのところに資料)が主に英語でのカウンセリングを実施してくれる。また、一般医療については、AMDA(※※※)が有名。精神医療は少し遅れている。日本で精神科医療、特に入院医療を受けるためには、身分が安定している(不法滞在などではない)、医療費を支払うことができる、言葉の問題がクリアーできる、などの条件が必要。現在は、保険をもたない外国人に対しては、医療機関は人道的な立場から損金覚悟で医療を提供している場合もあるのではないかと?外国への送還には、一人で帰れない場合は、プロフェッショナルエスコートを雇うこともできる。たとえば、東京インターナショナルクリニック

(<http://www.tokyo-international-clinic.com>)では、病気の邦人の海外からの帰国に伴う同伴の他、看護師らが外国人に同伴して帰国させるサービスを行っている。しかし、本来、国は外国人といえども滞在する人に対して、責任を負っている。ただ送還するだけでは国際的義務に反していると考え支援することも必要ではないか。

※TELL(<http://www.telljp.com/>から要約) TELLは、Tokyo English Life Lineの略。カウンセリングやワークショップなどを通じて国内の外国人、帰国子女や一般市民に心のケアを提供するメンタルヘルスの団体。日本いのちの電話連盟のほかライフライン・インターナショナルにも加盟。対面カウンセリングセンターを1991年に開設(米国サマリタン・インスティテュートより認定)。

活動内容としては、1) 英語による電話相談 年中無休午前9時～午後11時。2) 医療機関紹介 電話相談では情報提供のみ。TELL コミュニティカウンセリングサービスからは紹介。TELL 内精神科クリニック(月に2日のみの診察)を2009年8月より開設(すでにTELL コミュニティカウンセリングサービスでのカウンセリングを受けている方のみ対象)。

3) ケア提供 外国人に対する対面カウンセリング、アセスメント、児童保護プログラム等。4) 啓発活動 うつ、ストレス、自殺啓発活動、「子どものためのライフライン・キャンペーン」等。5) 自助グループ Exceptional Parenting Program(発達障害などを持つ子どもの親を対象としたワークショップ) 6) 学習会 電話相談員研修、一

般向けメンタルヘルス啓発ワークショップ。7) 刊行物 ストレスレス・ハンドブック、TELL Me About Tokyo、機関誌 TELL ニュースレター(年4回発行)。8) 講師派遣 9) 通訳 多言語(現在ポルトガル語、オランダ語、ドイツ語、スペイン語、英語、日本語)で直接カウンセリングを行うため通訳のサービスは行っていない。10) 翻訳 内部資料のみ。11) その他 TELLWiki (ウェブ上でのウィキ形式データベース)、WB-DAT(ウェブでのうつ病等のアセスメント)。

※※ 多文化間精神医学会 (<http://www.jstp.net/index.htm> から要約)

多文化間精神医学会は、海外駐在員やその家族の適応問題、帰国子女の再適応、日本国内における外国人労働者の適応問題、外国人花嫁問題、国家間・民族間の紛争、それに伴う難民問題、宗教・民族問題などを多方面から専門的に探求するために1993年7月に創立された。学会の活動としては、1) 学問・研究/啓発活動。学会とワークショップの開催。機関誌として「こころと文化」の発行。2) 地域活動 研究対象は、こころの支援を必要としている人であるため、「在日外国人支援委員会」「在留邦人支援委員会」などの委員会が活動している。在日外国人への診療カウンセリング機関や精神科診療を実施している医療機関のリストや、その際に必要となる英語、タガログ語、オランダ語、ポルトガル語、イタリア語、スペイン語、ドイツ語、フランス語の間診表、入院関連資料の作成、提供。

※※※ AMDA (<http://amda.or.jp/> から一部

抜粋、要約)

AMDA とは、The Association of Medical Doctors of Asia (設立時の名称：アジア医師連絡協議会) の頭文字をとったもの。相互扶助の精神に基づき、災害や紛争発生時、医療・保健衛生分野を中心に緊急人道支援活動を展開。世界30カ国にある支部のネットワークを活かし、多国籍医師団を結成して実施している。1984年に設立、本部は岡山市。2001年8月30日、岡山県より「特定非営利活動法人」格を取得。1995年に、国連経済社会理事会(UNECOSOC)より「特殊協議資格」を、2006年に「総合協議資格」を取得。AMDAの国際人道支援活動は「人道援助の三原則」(誰でも他人の役に立ちたい気持ちがある、この気持ちの前には、国境、民族、宗教、文化等の壁はない、援助を受ける側にもプライドがある)を活動成功の鍵としている。主な活動としては、1) 緊急救援活動 災害等の発生後あるいは紛争による難民発生後、いち早く現地に駆けつけ、医療支援の届きにくい地域や難民キャンプにおいて、被災者や難民を対象に保健医療活動を行います。災害等の発生後あるいは紛争による難民発生後、現地に駆けつけ、医療支援の届きにくい地域や難民キャンプにおいて、被災者や難民を対象に保健医療活動を行う。2) インドネシアスマトラ沖地震・津波などの復興支援プロジェクトの実施。3) 災害訓練やセミナー、4) 各種公開講座など。国内向けの活動としては、AMDA国際医療情報センターが、1) 在日外国人に母国語による医療情報を電話にて提供し、基本的人権に基づいた生活を送ることが出来るよう、その一助となること、2) 外国人患者受け入れに悩む日本の医療

機関に外国人の医療に関する情報を提供し、スムーズな受け入れを支援すること、を目標として、1991年4月に設立されている。外国人患者や受け入れ機関で利用する各種対訳書を出版、販売も行っている(たとえば、16ヶ国語対応診察補助表、9ヶ国語対応服薬指導の本、7ヶ国語対応外国人患者のための入院ガイドなど)。

2. David Tharp 氏への聞き取り調査結果 平成22年3月5日

Tharp 氏の経歴

イギリス人で、日本滞在が長い。精神科医。東京に精神療法やダンスセラピーを行う傍ら、韓国や中国、その他の各国に講演や精神療法の講習会講師として招かれている。四川大地震の時などは被災者の心的ケアのボランティア活動を行うなど日本を拠点として国際的な活動を行ってきた。

聞き取りの概要

在日外国人、あるいは日本滞在中の外国人のメンタルヘルスの問題について聞き取り調査を行った。

メンタルヘルスに対する対応は、外国人のグループごとに事情が異なる。ざっと挙げると以下の通り。1) アメリカ軍兵士とその家族の場合は、基地内に医療機関があり、必要なら本国に送還して治療を行わせている。これらの人が日本の国内の医療機関を受診することはまずない。2) 会社が広尾などの高級マンションを社宅として提供して、保険にも加入しているような一流企業の会社員は、一般の身体治療は日本の総合病院などの医療機関で受けることがで

きている。これらの人たちが受ける日本の医療水準は世界各国と比べて遜色ない。しかし、精神科については、企業の医療保険では内容が分かってしまうことなどから、敬遠する人も少なからず存在する。東京でもカウンセリングオフィスはあるが、投薬治療まで行う精神科医は少ないのが現状。まして東京でネイティブの精神科医から治療を受けるのは困難。アメリカ大使館のような大きな大使館には、大使館内に精神科医が常駐している場合がある。しかし、こうした精神科医は一般の在日アメリカ人の治療には通常関与しない。従って、こうした人々が精神病状態になるような場合には、日本国内での治療は応急に止め、本国に送還することが一般的。この際、保険がカバーしている場合には本国から医師や看護師が来日して連れて帰る役を担う。3) 学生や大学院生など留学生の場合には、大学の中に支援センターがある。また、学生同士のネットワークがある場合には、生活なども多少は支援したりできるだろう。しかし、やはりカウンセリングや情報提供はともかく、医学的治療は十分には行えないことが多く、本格的な精神病状態になった場合などは、本国に返さざるを得ないことが多いだろう。4) JET プログラム(※)で来日している語学講師などの中で、特に同国人が他にいない地方に滞在している外国人は、十分な相談相手もいないことが少なくないので、ホームシックを抱いたり、孤立感を深めたりすることが多い。女性の場合、セクシュアルハラスメントに悩んでいる場合もあるだろう。アルコール依存症に陥った人に会ったこともある。JET プログラムでは、全国レベルではカウンセリングをうけ

るシステムは一応整っているのであろうが、それでも全員にきめ細かい対応ができるほどではない。やはり、精神病状態になった場合などは、本国に返さざるを得ないことが多いだろう。

5) その他の滞在者、たとえば、欧米人でもフリーターのような人や、アジア人、中近東からの人々、アフリカ人などは医療保険に入っていないことが多く、一般の医療も含めて受診が困難な場合が少なくない。TELL は外国人向けののちの電話サービスだが、電話で話すか、せいぜいカウンセリングまでしかできなかった。IMHPJ(※※)は外国人に対して、精神療法やソーシャルワークを行っている。しかし、母国語を理解するだけではなく、そのメンタリティまで理解して、対応できないといい相談援助活動はできないのではないか。

東南アジアから来日して日本人と結婚した女性が DV 被害から精神的な不調に陥ることが少なくない。こうした女性は、DV に対する自分たちの権利について知らず、十分な保護がなされていない(※※※)。新大久保にフィリピン人のための DV の相談機関ができた。

まして、精神病になると本人の意思に反して治療が行わなければならないことが多く、そのような時には医療費の支払いや同意を行う人を見出しにくいのが現状。日本人と結婚している人は保険ももっている人が多いが、それでも日本の医療機関では十分な治療が行えないとして、本国で治療をせざるを得なくなることが少なくない。

結論として、日本では、精神病状態になったときに、医療供給についても、支払いのシステムについても、あるいは同意代理

の手続きの面でも、外国人の精神病患者に対して十分な治療を行う環境がまだ整っているとは言えない。イギリスの医療機関では、ジャワ語やヒンズー語の分かる通訳を雇っているところがあるが、日本ではそのようなところはまだ聞いたことがない。通訳にも、ある程度精神医学の知識を研修で教えておかないとあまり疎通がとれないことになる。この辺にも日本はまだ課題が残っている。

※ JET プログラム

(<http://www.jetprogramme.org> から要約)

「語学指導等を行う外国青年招致事業」(The Japan Exchange and Teaching Programme)の略称。地方公共団体が総務省、外務省、文部科学省及び財団法人自治体国際化協会(CLAIR)の協力の下に実施している。

このプログラムは、外国語教育の充実と地域レベルの国際交流の進展を図ることを通し、わが国と諸外国との相互理解の増進とわが国の地域の国際化の推進に資することを目的として、昭和 62 年度に開始された。平成 21 年度で開始以来 23 年目を迎え、招致国は 4 か国から 36 か国に、参加者も 848 人から 4,436 人へと、事業は大きく発展してきている。

参加者の職種は、小学校・中学校や高等学校で語学指導に従事する外国語指導助手(ALT)、地域において国際交流活動に従事する国際交流員(CIR)及び地域においてスポーツを通じた国際交流活動に従事するスポーツ国際交流員(SEA)。いずれも各地の地方公共団体等に配置され、参加者の活動

の舞台は、大都市から地方の中小都市や農村漁村に至るまで、文字通り全国津々浦々に及んでいる。JET プログラムは、国内はもとより、世界各国からも大規模な国際的人的交流として高く評価されており、このプログラムにかかわるわが国の各地域の人々と参加者が国際的なネットワークをつくり、国際社会において豊かな成果を实らせることが期待されている。

※ IMHPJ (<http://www.imhpj.org/jp/index.html> から白石要約)

IMHPJ(International mental health Professionals Japan)は、日本においてインターナショナルコミュニティの人々にメンタルヘルスのサービスを提供する色々な訓練を受けた専門家の集まり。IMHPJは免許を発行する機関ではない。1997年に創立されて以来、IMHPJは、インターナショナルコミュニティによりよいサービスを提供するために、サービスの質、量、または使いやすさを向上させることを目標にしている。具体的には、下記のような活動を行っている。

- ・現在日本にいる、インターナショナルなセラピストのリストを作っている。
- ・重要な事柄や、様々な時事の問題についての、話し合いの場を提供したり、提供の為の手助けをしている。
- ・セラピストの、倫理的及び専門的な質の向上を、応援している。
- ・会員に、継続的な教育の機会を提供する。
- ・専門家同士のサポート、ネットワーク及び、日本のメンタルヘルス機関との連携を、支援している。

IMHPJの機能について

多言語を話せる、インターナショナルな専門家を探すことは、中々大変。たくさんあるインターナショナルコミュニティは、日々の生活に必要な情報や、法律的なことについての情報提供は行っているが、個人的な悩み、夫婦間の問題、うつ病、アディクション、その他の精神的な問題についてのサポートをしている所は、とても少ないのが現状。そういった方面の専門家や専門機関を把握し、情報提供を行うことを通じて、インターナショナルコミュニティに貢献することが、IMHPJ および IMPHJ ウェブサイトの目的。関東、関西以外の場所に住まわれている方々には、電話でのカウンセリングサービスの提供もしている。IMHPJの構成メンバー。精神科医、臨床心理学者、臨床心理士(臨床心理学博士)、ソーシャルワーカー(医療と社会福祉)、教育心理学者、臨床心理カウンセラー、児童心理学者、家族療法セラピスト、とアソシエイトメンバー。アソシエイトメンバーには、メンタルヘルスの通訳、EAP コーディネーター、メンタルヘルスサービスのコーディネーターや、大学教授がいる。IMHPJのメンバーの国籍はアメリカ合衆国、イギリス、オーストラリア、ドイツ、ポーランド、オランダ、そして日本。話せる言語は、英語、日本語、ポーランド語、オランダ語、ドイツ語、フランス語にスペイン語。現在メンバーは、東京、大阪、兵庫、神奈川、埼玉、高知、滋賀、長野の8つの都道府県に存在。

※※※ フィリピン女性殺害事件

同居の男を殺人罪で追起訴 比人遺体切断、東京地検

2008年05月20日 岩手日報

東京・台場のフィリピン人女性遺体切断事件で、東京地検は20日、殺人罪で女性と同居していた無職野崎浩容疑者（48）＝死体損壊・遺棄罪で起訴＝を追起訴した。起訴状によると、野崎被告は4月3日午後4時15分ごろ、東京都港区台場の自宅マンションで、飲食店従業員カミオオサワ・ハニーフィット・ラティリアさん（22）の首を両手で絞め殺害した。野崎被告は2000年にも埼玉県草加市に住む飲食店従業員のフィリピン人女性＝当時（27）＝の遺体を切断し捨てたとして埼玉県警に逮捕され、死体損壊・遺棄罪などで懲役3年6月の実刑判決を受け、服役した。当時、死因は特定できなかった。警視庁東京湾岸署捜査本部は、この女性が死亡した経緯についても慎重に捜査する。

3. 梅津寛氏の聞き取り調査結果

平成22年3月13日

松沢病院における外国人診療について聞き取りを行った。

年間診察数は、10人ないし40人程度で推移している。主な国籍は、中国人、韓国人、サウジアラビア人、フィリピン人、アメリカ人など。アメリカ人やヨーロッパの国の人を対象になることは比較的少ない。主な対象者の日本での状況は、1)就労中、2)旅行中の短期滞在者、3)留学生、4)日本人と結婚している家族など。旅行中の者は少ないが、一過性の幻覚妄想状態となり、皇居の堀に飛び込んだという人がいた。以前、ベトナムからの難民が来院したことがあったが、今はない。

付き添いは、友人、会社の関係者、家族や親戚が多い。本人の叔父が日本に定住して

いて同伴したということもあった。その他、大使館の人が同伴してくる場合もある。大使館が同伴して来るのは、サウジアラビア、タンザニア、フィリピンなどの国が比較的多く、アメリカ合衆国や中国はあまり同伴してくることはない。就労している人の中には、歌手やダンサーなど芸能関係の仕事をするを称して入国した不法就労の人が存在する。そのような場合は、会社の関係者が同伴してくることは少ない。入国管理事務所で身柄を確保した人の精神症状が悪化する場合には、入管職員が同行してくるが、その他の場合は連絡してもなかなか来ない場合があった(※)。これらの人々は、所持金がなく、保険に未加入で、国内には身寄りもないという人が少なくない。こうした人々は、精神的不調が生じて、精神科の外来に通院することができず、悪化するまで放置され、自傷や他害の措置要件が生じ警察官に保護されて初めて、受診するという経過をたどっていることが少なくない。松沢病院はそのような人の入院の受け皿になっている。そういったこともあり、入院者の9割が措置入院となる。措置の要件を満たしていない場合、医療保護入院せずに退院させることがあるが、結局また本格的な措置症状がでて保護され、結局は入院に至った事例もあった。医療保護入院の同意は、国内にいる家族しかできないので、もし医療保護入院になる場合は区長同意になることが多い。その場合、医療費の支払いを誰が負担するかが問題となる。医療費の支払いについては、家族も日本に居住していたり、留学生などの場合は日本で医療保険に入っていたり、旅行者の場合は旅行中の障害保険を使える人が居る。し

かし、所持金もなく、保険もないという人の場合、昭和62年以前は生活保護を適用し、医療費を公費で負担していたが、最近では全国的に認められなくなっている。措置入院が多いのは、医療保護にするための同意者が得られなかったり、医療費が自分たちで工面できなかつたりといったことが影響している部分もあるかもしれない。

言葉の問題は、治療上の支障になる。精神保健診察の際は、東京都が通訳を同伴してくる。主治医が当該国人の大使館に電話して大使館員に状況を説明し、大使館員が来院する場合には通訳を依頼することがある。この他、専門の通訳ではなく、家族や同国人の友人など日本語と当該国語を解する人に通訳を依頼することも少なくない。幸い、ある程度の期間就労していた人の場合などは、英語や日本語を片言でも解する人が少なくないので、通訳を介さず本人とも何とか疎通がとれる場合がある。本人が話しに応じることができる場合、電話で通訳をしてくれる団体があり、こうした団体に依頼する場合もある。しかし、通訳と言っても、精神医学の知識がないことが少なくないこともあり、本人の精神内界を深く聴取することは困難な場合もある。入院が決まれば、英文の他、中国語、スペイン語、フランス語、韓国語などの告知文書が用意してあり、これを用いて説明する。しかし、細かい意思疎通は図れないので、通訳を担う人が居るときに、いろいろな連絡をすべてすませるように心がける。

一般に入院当初は、精神症状が激しい人が多いが、落ち着くのも早い印象がある。その後の入院中の治療は、身振りや手振りなどで疎通を図る他は、日本人に治療を行う場合

と比べて特別の違いはない。しかし、いきなりどこの医療機関でも対応ができるかどうかは分からない。松沢病院の職員は、外国人の精神障害者の入院治療を多数経験してきたことである程度外国人の精神障害者の対応に慣れていると言える。それだけではなく、食事の時には、職員が2名つくなど看護には負担が伴うし、日用品を購入する所持金がない人の場合、病院の持ち出しでこれらを賄うなど、公的病院だからやれているところもあるだろう。その他、イスラム教の人やベジタリアンの食事の問題がある。ラマダンのときは、昼食を抜くこととしたり、礼拝の場所を確保したりするなど、文化的、宗教的な配慮が求められる。

治療終了後は、日本で家族と暮らしている人以外は、母国に送還させる人が多い。不法滞在のために入管が身柄を確保していた人の場合、退院を通知すると入管職員が来院して同伴し、送還を行うようだが、入院後に不法滞在であることが分かった場合などは、入管は必ずしも迅速な対応をするとは限らず、何度も連絡をすることもあった。そのような中で、大使館職員や友人、あるいは母国から家族が来日して送還の同伴をすることがある。不法滞在であれ、留学生であれ、送還後の自分の身分などに強い不安を感じて、本人が母国に帰ることを渋る場合もあるという。病院の職員が空港まで付き添っていくことはまれ。資産家の場合、病院職員に同伴の要請があり、母国まで同道したこともあったがきわめて例外的である。

送還する人には、紹介状を持参させるが、帰国後医療機関から返書が来ることはまれである。従って、送還後これらの人々がど

のような状況にあるのかは不明である。

※ 出入国管理及び難民認定法（刑事訴訟法の特例）第65条 司法警察員は、第七十条の罪に係る被疑者を逮捕し、若しくは受け取り、又はこれらの罪に係る現行犯人を受け取った場合には、収容令書が発付され、且つ、その者が他に罪を犯した嫌疑のないときに限り、刑事訴訟法（昭和二十三年法律第三十一号）第二百三条（同法第二百十一条及び第二百六条の規定により準用する場合を含む。）の規定にかかわらず、書類及び証拠物とともに、当該被疑者を入国警備官に引き渡すことができる。

2 前項の場合には、被疑者が身体を拘束された時から四十八時間以内に、当該被疑者を引き渡す手続をしなければならない。

課題Ⅱ 精神保健福祉法の英訳版の作成

精神保健福祉法の英訳版を作成し、日本語部分と併せて、約65ページの小冊子を200部印刷した。今後関係者に配布し、修正を加えて、現場で利用できるようにしていくこととしたい。

D. 考察

1. 日本に滞在している外国人

1) 外国人の定義 日本において適用される「外国人」の定義は法律によって若干異なる。出入国管理及び難民認定法（入管法）の適用における「外国人」は、同法第2条で「日本の国籍を有しない者」と規定されている。これに対し、外国人登録法では、第2条で「日本の国籍を有しない者のうち、出入国管理及び難民認定法の規定による仮上陸の許可、寄港地上陸の許可、通過上陸

の許可、乗員上陸の許可、緊急上陸の許可及び遭難による上陸の許可を受けた者以外の者」とされている。すなわち、許可を得ず、もしくは許可された期限を越えて日本に滞在している者も外国人として規定される。

実際に、日本に滞在している外国人には、以下のような人々がいる。

(1) 「来日外国人」（英：visiting aliens）旅行者や在日米軍の兵士や関係者などの短期滞在者。

(2) 「在日外国人」（英：resident aliens）永住の在留資格等を持ち日本に定着居住している外国人（在日韓国・朝鮮人、在日中国人、在日台湾人、日系ブラジル人、在日フィリピン人、在日ペルー人等）。

(3) 不法残留者許可を得ず、もしくは許可された期限を越えて日本に滞在している者

(4) 難民

その他、中国からの帰国者なども国籍は日本でも言葉の問題などから、事実上外国人と同様の状態に置かれる場合もある。

2) 日本に滞在する外国人の数

法務省入国管理局が平成21年3月26日に発表に寄れば、平成20年度における外国人入国者数は、約915万人であった。入国者数で最も多かったのは、韓国約262万5千人で、以下中国(台湾)(143万2千人)、中国121万2千人、米国79万8千人と続いていた。

平成20年末現在の外国人登録者数は、221万7426人(総人口に占める割合1.74%、2007年比3.0%増)で過去最高となっている。

また、平成21年1月1日現在の不法残

留者数は、11万3072人（前年比24.5%減）であった。過去最高であった平成5年5月1日現在の29万8646人から一貫して減少している。不法滞在者の21.4%が韓国人であり、毎年最も多い不法滞在外国人となっている。

2. 外国人のメンタルヘルス

今回の調査で、一般の精神医療の現場で措置入院などで治療を受ける外国人は、日本に滞在する外国人のうち、単純就労にしている者、不法に滞在している者、結婚して孤立している者など、特に弱い立場にある人々であることが分かった。聞き取り調査では話題とならなかったが、多文化間精神医学会の野田理事長は新聞への投書などで「インドシナ難民」と呼ばれる人々の保護費が削減され、これらの人々の中にうつ病などこころの病が見られていることに対する政府の取り組みの不十分さを訴えている。

外国人で言葉が通じない人、身寄りいない人、健康保険に未加入の人、などの場合、早期に治療を受けることができず、悪化させ、措置入院が必要という事態になって初めて保護されている場合が少なくないことが分かった。

また、そのような人々に対する精神医療の供給体制には通訳の問題、医療費の支払いの問題、医療保護入院の適用が困難である場合があること、など不十分な点が見られた。

医療機関が持ち出しで、患者の日用品を購入するなどこうした医療は支えられており、限られた公的な医療機関でしか対応ができていない状態にあると言える。また、

入院医療が行われる場合、治療終了後は本国への送還という形がとられることが多く、国内で経過を見ることが困難であるなどの限界があった。

治療を行う上で、医療保護入院は区長同意で対応したり、措置入院を適用することで費用の面の問題が何とか解消されているが、特に医療費の支払いに生活保護費が充てるなど財政的な支援が得られれば、もう少し柔軟な精神科治療ができるという意見が聞かれた。

それ以前の外来診療に関しても、外国人が十分な精神的ケア(カウンセリングや投薬治療)を受ける体制も十分とは言えない現状であった。

こうした中で、TELL、IMHPJなどの活動が民間の有志のレベルで行われており、多文化間精神医学会が主導する形で、多文化間こころの支援協議会の活動が徐々に活発になってきていることなどが明らかになった。参加者は、大使館などと密接な連絡を取り合うなどして、信頼を得ながら、徐々にネットワークを広げていこうとしている。今後は、日本政府が国として、不法滞在者も含めて、外国人に対する対応について確固とした方針を示し、関与していくべきであるという意見が聞かれた。

E. 結論

現状では、日本国内で在日外国人に精神的治療(カウンセリングや投薬など)を十分に行うための十分な体制が整備されているとはいえない。特に、弱い立場に置かれた外国人が激しい精神症状を呈するまで未治療でいる場合が多いと考えられ、こうした人々の入院治療に関しては、通訳、費用負担、あるいは人権擁護のなどについて、さらに支援を強化する必要がある。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

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

厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合 研究事業）

分担研究報告書

海外邦人の精神保健の現況調査と精神医療サービスの分断に関する研究

研究分担者 鈴木 満 岩手医科大学 神経精神科学講座 客員准教授

研究要旨

精神科医療は自言語と自文化に強く依存するため、海外はわが国民の大多数にとって精神医療過疎地である。本研究では、国内外の関連機関において聞き取り調査を行い、海外在留邦人および海外渡航邦人の精神保健の現況と、海外で精神医学的危機介入を要し帰国治療に至った事例への継続的医療サービス提供に関する課題について調べた。1年目の調査では、海外での非自発的入院の規程がわが国と異なる事、帰国航空便搭乗のための過鎮静は帰国時診察における精神症状の過小評価を招く事、帰国時到着空港における措置診察施行には様々な制限がある事等が明らかとなった。2年目以降の研究では、国内外関連法規の比較、海外医療機関および外務省在外公館邦人援護担当官との情報共有による適正な症状評価と継続的医療導入のあり方についてさらなる調査を進める予定である。

研究協力者（50音順）

青柳芳克；外務省.領事局海外邦人安全課.

上席専門官

吾妻壮；大阪大学大学院医学系研究科.

精神医学教室.助教

井村倫子；埼玉大学.特任准教授

倉林るみい；独立行政法人労働安全衛生総

合研究所.上席研究員

神山昭男；有楽町桜クリニック.院長

重村淳；防衛医科大学校.講師

寺谷俊康；厚生労働省.精神・障害保健課.

課長補佐

中村勇；外務省.領事局海外邦人安全課.

援護班

成重竜一郎；厚生労働省.精神・障害保健課.

心の健康づくり対策官

山中浩嗣；千葉県精神医療センター.医師

A. 研究目的

わが国の年間海外渡航者数は、ここ数年間1,700万人前後を推移し、3ヶ月以上海外に滞在する在留邦人数は毎年増加を続け、2008年には111万人を超えた。精神科急性期症状の発現や再発のために外務省在外公館で「邦人援護」の名のもとに保護される邦人数も増加傾向にあり、多くの邦人が多大な困難のもとに帰国し、その一部は医療サービスに乗らぬまま放置されている。これまでの振り返り事例調査から、海外での精神科救急事例化の要因として、国境を跨ぐことによる医療サービスの分断の重要性が明らかとなったものの、邦人事例への対応は滞在国の医療資源や精神保健関連法規によって異なることが多く、その詳細については十分に調べられていない。

本研究では、主として邦人海外渡航者の精神科救急事例への介入に関する課題を抽

出し、その作業を通して滞在国による邦人事例への対応の差異について比較する。これらの結果より、医療分断を防ぐ具体的対策について外務省および厚生労働省担当官の協力のもとに立案する。

B. 研究方法

①国内聞き取り調査：外務省、厚生労働省、成田地区精神医療機関等からの聞き取り調査を行い、医療分断を引き起こす要因に関する行政側および帰国事例受け入れ病院の見解について聴取する（1年目、2年目）。

②海外聞き取り調査：外務省在外公館および邦人精神障害者受け入れ実績のある海外精神医療機関において、邦人事例の特徴や現地精神医療法規などに関する聞き取り調査を行い、滞在国による対応の異同について明らかにする（2年目、3年目）。

③上記の聞き取り調査の結果をふまえて、滞在国に応じた邦人事例への適切な介入方法や国内外医療機関間連携のあり方について検討する（3年目）。

倫理面への配慮：調査研究のすべての過程において、人権保護と守秘義務を最優先し個人情報保護を遵守する。収集した医療情報および事例情報については、セキュリティを強化した本研究専用サーバーに保存する。学会報告、論文投稿、報告書作成にあたり個人の特定が可能な表現については改変するなど守秘を徹底する。

C. 研究結果

以下に国内関連機関への聞き取り調査結果の概略を記す。

①外務省担当者：外務省在外公館に勤務する非専門家が行っている邦人精神科救急事

例へのケースワークは医療者によって補完されるべきである。渡航前に治療既往のある事例については、国内主治医による十分な服薬継続指導が必要であり、環境変化による症状悪化のリスクについての助言指導も徹底されるべきである。滞在先の精神保健関係法規によって非自発的入院の規程が異なり、医療費の負担度についても異なるが、医療専門家による体系的な調査はされていない。

②厚生労働省担当者：帰国時の到着空港における措置診察施行には様々な制限があり、海外における措置申請の可否等様々な課題がある。国内の地域精神医療窓口につながるためには、当該保健所等との調整作業や国内外関連法規の比較作業が必要である。

③成田地区精神医療機関：航空機搭乗のための過鎮静は、帰国時面談における症状の過小評価を招く。適正な症状評価のためには海外医療機関との情報共有が必要となる。既往歴のない一般渡航者を対象としたメンタルヘルス啓発教育や海外在留の邦人精神保健専門家ネットワークの後方支援は予防的に重要である。

④その他：本研究ではタイ国の精神保健福祉法を入手しその邦訳作業と本邦の同法との比較作業を進めているところである。

D. 考察

外務省在外公館が担当する邦人精神障害事例の保護業務は、原則として滞在国発の帰国便に搭乗させるところで終了し、帰国後の継続的医療サービスの提供という発想とは相容れないのが現状であるが、国内医療機関への医療情報提供を含む引き継ぎ作業を厚生労働省との協働の中で実現しうる

法的整備が必要であろう。渡航先の言語や精神保健関連法規に合わせた情報提供書の作成を支援する体制も求められている。今年度の聞き取り調査では、いくつかの国で、より円滑な自国民精神障害者の帰国後受け入れ体制があるとの結果を得ており、来年度はそれらの法的根拠や医療制度についてさらなる調査を施行する予定である。

E. 結論

邦人精神科救急事例の医療分断対策の一つとして、帰国時における医療導入のための法的整備と医療情報共有支援体制が必要であり、そのためには諸外国の関連法規や地域医療制度との比較研究が有用である。

F. 研究発表

1. 論文発表

鈴木満：在外邦人ケースの帰国支援,精神科救急医療の現在 専門医のための精神科リュミエール 13,285-295,中山書店（東京）,2009

鈴木満：海外邦人に対する精神医療の課題- 国境を跨ぐことによる精神医療サービス分断への対策 -,日本渡航医学会誌 3(1),2010,印刷中

鈴木満：海外在留邦人子女と在日外国人子女に母語による発達検診を,こころと文化 9(1),2010,印刷中

2. 学会発表

鈴木満：海外邦人における精神医療の分断,第 13 回日本渡航医学会学術集会,2009.7.17,福岡

鈴木満：海外邦人コミュニティにおける人的資源の拡充とキャリア支援,第 17 回多文化間精神医学会,2010.3.21,福島

G. 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 |

Ⅲ. 資 料

資料：

厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）

精神障害者への対応への国際比較に関する研究

精神保健ギャップ改善行動計画（**Mental Health Gap Action Programme, mhGAP**）立ち上げの会議（2008年10月10日）におけるコメントの発表案

主任研究者 中根允文（長崎大学名誉教授）

上記の会議に出席した折、WHOの精神保健に係る Expert Advisory Panel Member の一人として、日本にて考え得る「低・中所得国と高所得の国間における精神保健関連ギャップ改善の行動」に寄与する項目について若干のコメントをする予定であった。時間的制約の所為から、発表の機会を得られなかったので、本研究における資料の一つとして以下に紹介する。

われわれ長崎の WHO 研究協力センターは、1978 年以来、約 30 年間に及ぶ WHO 精神保健部との協力のもと、精神医学あるいは精神保健に関わる数多くの調査研究を行ってきた。

今、それらの全てを紹介する時間はないので、ここには mhGAP に関わる可能性のある幾つかを簡単に紹介してみたい。研究は、精神疾患、代表的なものは気分障害、統合失調症及び common mental disorders などに関する社会精神医学的・疫学的調査であり、今一つは WHO が開発してきた ICD や ICF をはじめ、それらに関わる多くの精神症状評価尺度の日本における適用の妥当性などである。

WHO との研究協力の発端となったのは、われわれのセンター指定のきっかけにもな

った、うつ病患者の症状評価の標準化に関する研究 (Studies on Standardized Assessment of Depressive Disorder) であり、カナダ・イラン・スイスおよび日本の 4 カ国 5 センターによる共同研究で、一定の評価尺度を利用すれば、言語や文化の異なる地域においても、うつ病の症例を適切に確認できることが明らかになった。ただ、細かく見ると、文化的な違いあるいは心理社会的な違いの影響で、そうした症例が現すうつ病症状には若干の違いがあることも確かめられた。それは、日本（東京と長崎が参加していた）の中であっても、確認されたのである。例えば、明らかに大都市化した首都の東京と、中都市である長崎とを比較したとき、長崎に比して東京は典型的なうつ病症状が少なくなっていた（表 1 参照）。すなわち、都市化はうつ病症状を非定型化することがうかがわれた。更に、その研究に採用された症例の長期追跡調査によって、うつ病の自殺既遂率および未遂率を明らかにすることができた（表 2 参照）。そこには、心理社会的背景の関与が示唆された。自殺率の高さが顕著であることから、うつ病における生命予後が無視できないものであることも指摘している。特に、日本ではこの 10 年、自殺者が年間 3 万人を超え（自殺率は人口 10 万対おおよそ 24 人）、経済的な問題を背景に

自殺する者以上に健康問題、中でもうつ病を理由に自殺に至ることが明らかとなってきたおり、うつ病対策が国家的にも重要な課題になってきている。自殺者の性別・年齢別分布を見たとき 50 歳代および 60 歳代の男性に多いことから、産業精神保健的な関わり的重要性が認識されてきている。

次にわれわれが行った WHO 共同研究は、重度精神障害、つまり統合失調症に関する発生率研究、発病に関わる心理社会的要因の研究、経過および転帰の研究と、それらに変わる背景因子の研究であり、タイトルは「重度精神障害に関わる転帰因の共同研究」(Collaborative Study of Determinants of Outcome of Severe Mental Disorders)である。まず、一定の採用基準を設定し、調査期間が始まるまでの半年間に調査地域 (catchment area) で生活していた人に、症状や問題行動などから設定された採用基準を認めた人を重度精神障害新鮮例として、詳しい面接調査を行ったのである。この共同研究に参加したのは世界 10 カ国で、アジアからは日本・長崎だけであった。この研究で始めて、日本における統合失調症の発生率が明らかにされた (表 3 参照)。発生率が参加諸国で若干異なっていることが知られているが、その中核的なグループに限定すると大きな差のないことも確認された。

発病の様式が、先進諸国と開発途上国では大きく異なり、それが転帰に影響していることもわかった。転帰に関わる要因の探求は様々な方向からなされたが、未だ完全に解明されたとは言えない。詳細については、G. Harrison らがまとめた *Recovery from Schizophrenia, An International Perspective* (Y.

Nakane, K. Takada, K. Yoshitake & K. Hatada: Chapter 15, DOSMeD: Nagasaki, Japan, In "Recovery From Schizophrenia, eds. by K. Hopper, G. Harrison, A. Janca & N. Sartorius, Oxford University Press, New York, USA, pp 164-176, 2007.) に記されている。転帰に家族因の関与が示唆されて比較研究がなされ、治療法、特に発病早期からの薬物療法の重要性が DUP 研究の成果として指摘されてきている。

開発途上国と先進国との比較において、統合失調症に関するパイロット的研究 (International Pilot Study of Schizophrenia, IPSS) などによって前者の諸国で転帰良好群が多いことが決定的となっているが、その背景は更に詳細に検討される必要がある。家族の役割、精神疾患患者に対する社会の受け入れなどが比較検討されるべきテーマなのかも知れない。統合失調症の発症や経過について、家族のもたらす影響が大きく取りざたされてきた。近親者の感情表出の有りようが、それらに関わるとされてきた。開発途上国において、同様のことが確認できるのか興味深い話題である。また、患者を取り巻く精神疾患に対する偏見や差別が、国によってどのような状況にあるかが、経過や転帰に大きく関わるのではなかろうか (表 4 参照)。

われわれは、統合失調症やうつ病に対する一般市民のイメージをオーストラリアと共同研究してきており、ともに偏見差別感を同程度に認めながら、そうした患者との接触に対しては残念ながら日本人の方がより拒否的であることが明らかになった。つまり、彼らとの社会的距離が小さくないことを見たのである (Y. Nakane : Evidence and

practice in social psychiatry, Japanese Bulletin of Social Psychiatry 14 (supple), 10-22, 2006.)。もっと、フランクに彼らのことを知り、社会的にも受容的姿勢になっていくような啓発活動が広く必要であると考えている(表5参照)。

日本における WHO/World Mental Health Survey を数年前に完了して、現在さまざまな解析を行っているところである。気分障害や神経症性障害および物質乱用に起因する障害など common mental disorders の有病率およびそれに関わる要因の解明がなされつつある。海外の諸国と比較して、日本からの頻度は特に目立った違いを見ない。ただ、アジア地域からは中国の報告を見るだけであるが、全体的な有病率はアジア以外の諸国に比して低い印象である(表6参照)。開発途上国にあっては、まず対応すべき喫緊の疾患はどうしても感染症などであり、精神疾患への対応策や精神保健的支援は二番手三番手に回されてしまうのが、これまでの実情であった。しかし、多くの先進国が、精神疾患に悩む患者のもたらす多大な負担、それは個人的な負担だけでなく社会的な負担の大きさでもあるが、それらに苦悩している状況を考えると可及的すみやかに取り組み始める必要がある。

国際疾病分類の改訂作業(ICD-11)への関心は日本においても目覚ましいものである。ICD-10Fの日本導入に当たって、われわれは国内で地域調査を行ったり、中国・韓国との共同研究(Comparative Study of Affective Disorders among Three Asian Countries)を展開して、その有用性・利用

可能性などを検証した思い出がある。今、われわれの研究室では、ICD-10Fの活用実績を見直す作業に入っており、そこからICD-11創出への考えを打ち出していきたいと考えている。われわれの精神科臨床現場で現実に如何なる診断名が利用され、あるいは利用されていないかを明らかにして、利用されていない疾患名の有用性を細かく検証すること、更に国内の医学教育機関である大学病院でのICDなどに対する認識のされ方を調査する予定である。

開発途上国では、WHOなど多くの国際組織が蓄積してきた知見を積極的に活かして、適切な精神保健ポリシーを確立していくことを期待したい。

われわれは、日本から発信する知見が必ずしも万事すばらしいものとは言えないが、可能な限り提供できるように努力していく所存であり、これが国際的な寄与になると考える。今や、Evidence-based Medicineが何らかの施策を始めようとするときの基盤であり、われわれはそのデータの提供に努力を惜しまないつもりである。

ここ数年の間に先進国では、いずれも高齢社会を迎えて、それに対応する精神保健福祉サービスの効率的な提供が緊急の課題になってきている。日本だけでなく、韓国においても高齢化のスピードが余りに急速であるため、その迅速な対応の難しさが指摘されていることも、開発途上国は今後の重要テーマとして認識しておくべき話題であろう(表7参照)。

今回の会議において、個人的に多くのことを学ぶことができた。このことには、発表された諸国の代表に心から感謝の意を表したい。さらに、日本としてなすべきテーマを学んだことも事実であり、帰国後日本の同僚と共に、その対応について検討したいと考えている。

私自身、WHO Collaborative Centre for Research and Training in Mental Healthの代表として、たびたびジュネーブを訪ねたが、今回ほど国際協調の重要性を認識させられたことはなかった。本会議が成功のうちに終わることができたことを喜び、国内における関連組織に報告して、日本としての更なる寄与を考えたい。

附表：

Table 1 Distribution of positive ratings on symptoms by Nagasaki, Tokyo and all centres
(present in 76 – 100 %)

Nagasaki	Tokyo	All patients
Sadness	Sadness	Sadness
Joylessness	Joylessness	Joylessness
Hopelessness	Anxiety	Anxiety
Anxiety	Lack of energy	Tension
Tension	Loss of ability to concentrate	Lack of energy
Lack of energy		Loss of interest
Disruption of social functioning		Loss of ability to concentrate
Slowness and retardation of thought		Ideas of insufficiency, etc.
Indecisiveness		
Loss of interest		
Loss of ability to concentrate		
Ideas of insufficiency, etc.		
Psychomotor retardation		
Inability to fall asleep		
Fatigued, restless sleep		
Feelings of pressure and pain		