

精神医療における コミュニティ通訳の必要性



阿部 裕

精神科医／明治学院大学心理学部 教授

はじめに

医療通訳は、コミュニティ通訳の中でも、司法や教育と並んで、重要な位置を占めている。一般医療の現場で求められる医療通訳は、主に身体疾患にかかわる通訳である。その場合に必要なのは、医学的な知識が中心であるが、精神医療における通訳は、身体医療における通訳とは異なっている。精神医療の通訳者においては、精神疾患の症状、診断名や精神医療制度の知識を持っているのはもちろんであるが、同時に精神科医と患者のこころを繋ぐ理解者として位置づけられねばならず、語学力以外に文化の理解や、患者の擁護が求められる [押味 2009]。

1 日本において精神医療を必要とする人々

精神医療を必要としている人たちは、表1のように、およそ7つのジャンルに分類される。外国人花嫁、難民、在日韓国/中国人は移民として、外国人労働者や第二世代の子どもたちは長期滞在者として、駐在員、留学生、

表1 精神医療を必要とする外国人

①	出稼ぎ労働者	ラテンアメリカ、東南アジア
②	外国人就労者	多国籍企業/外国人教師
③	国際結婚	外国人花嫁
④	難民	国際紛争
⑤	留学生	「留学生30万人計画」
⑥	子ども(家族)	第二世代の子どもたち
⑦	その他	在日韓国/中国人、旅行者など

旅行者は主に短期滞在者として位置づけられる。

精神医療は、一般的な外来、入院医療と救急医療に分けられ、特に精神科救急医療では自傷他害の恐れのある措置入院における医療通訳が求められる。外来精神医療や入院精神医療であれば、数回あるいは長期にわたっての通訳が必要であるが、精神科救急医療であれば一回きりのことが多い。しかし措置入院では、患者が混乱していることが多いため、通訳は極度に骨の折れる仕事である。

精神科の外来通院は別として、入院治療となると精神保健福祉法に従った入院形態、すなわち、任意入院、医療保護入院、措置入院のどれかになることが多いため、日本の精神医療制度を習得しておく必要がある。とりわけ、強制入院である措置入院となる可能性が高い、緊急措置鑑定では、精神的に混乱した患者と精神科医の間に立って通訳をしなければならず、身の危険さえ感ずることがあるので、それなりの覚悟が必要である。

また、外国人の緊急措置入院、措置入院、医療保護入院では、それぞれ病名を告知し、入院の必要性、自分の意思だけでは入退院できないこと、場合によっては、自由を奪われ、保護室に隔離されたり、身体的拘束を受ける可能性があることを伝えるのも医療通訳者の役割である。

入院治療や自由を拘束されることについての告知文は、公的な英文としては文章化されていないが、一応翻訳された英文は用意されている。しかし、中国語、スペイン語といった言語は、ごく限られた一部の医療福祉機関が保持しているに過ぎない。最も強制力の強い措置入院の患者の入退院は、患者の意思に関わらず、精神保健指定医2名の判断によって決定されてしまうため、通訳は公的に保障されていないはずだが、残念ながら日本ではまだ国の制度として確立されていない。

さらに、池田小学校児童殺傷事件をきっかけにして、2005年に施行された医療観察法でもって入院処遇がなされる場合もあり、この場合も外国人では医療通訳が必要となる。この法律は、心神喪失等の状態で重大な他害行為（殺人、重大な傷害、強盗、強姦、放火）を行った者に対し、その適切な処遇を決定するための手続等を定めることにより、継続的かつ適正な医療を受け、再発を防止することに目的がおかれている。

以上のように、精神医療の通訳といえども、ごく一般的な精神科のクリニックや病院における通訳から、ハードな措置入院や医療観察法による入院までかなり幅が広い。どの範囲の精神医療の通訳をするにしても、日本の精神医療制度を理解していなければ、通訳は困難である。最低限、1987年に施行された精神保健福祉法の基本事項は頭に入れておくべきであろう。ここでは、高度な知識や技術

を要する措置入院等は横に置き、ごく一般的な精神科外来における医療通訳について論じたい。

2 コミュニティ通訳における医療通訳

リーマンショックに続いて東日本大震災が起こったことにより、在日外国人の数が減少したとはいえ、暮らしの中の外国人のニーズに対応する通訳は複雑な世の中になればなるほど必要となり、来日する外国人国籍の数の増加による言語の多様化も相まって、より多くの通訳が必要となっていることも確かである。こうした状況の中で、地域に生活する外国人の医療通訳に対する需要は増加している。

コミュニティ通訳は、地域密着型の通訳であり、その地域に住む外国人のための通訳である。精神医療における通訳は、医療通訳といえども単に医学的専門知識を持つということだけでなく、通訳を必要としている人の生活や社会的背景を知っている必要がある。そういう意味において、コミュニティ通訳は、一般的、身体的な医療通訳と比較して、より精神医療における医療通訳に適しているといえる。

司法通訳は中立でなければならない[長尾 2007]言われているが、医療通訳は医師と患者のつなぎ役として両者から信頼関係を得ること、患者の社会文化的背景を理解し、説明しなければならないこと、および患者の擁護という立場からより患者側にシフトしていると言えよう。

特に精神医療における通訳は、患者のこころの問題を通訳するのであるから、単に精神科医が喋った言葉や患者が訴えた言葉を通訳するのではなく、精神科医が伝えたい意図と内容や患者が伝えたいこころの訴えが、相互に正確に伝わる通訳でなければならない。精神科医の側からみると、通訳者は、単に中立性が要請されるのではなく、精神科医の伝えたい内容を、患者の社会文化的な文脈に照らし合わせて、マイノリティである患者のこころに寄り添いながら伝えることを求めている。

逆に患者の訴えや悩みを精神科医に通訳するときには、患者の思いをよりの確な言葉で精神科医に翻訳し、伝えることになる。その場合、患者が混乱していて何を訴えたいのか意味不明なこともあるかもしれないし、幻覚妄想状態の中で精神科医を非難している場合もあるかもしれない。あるいは患者の不遇な状況に感情移入し過ぎて、通訳者が自分の感情をコントロールできなくなっているかもしれない。それゆえ、コミュニティ通訳者が医療通訳を行う場合には、そうした事態に対処できるよう、精神医療の中において精神科の医療通訳の学習と経験を積

んでおくことが必要とされる。

3 精神医療における通訳

精神医療における通訳は、行動や振る舞いという非言語的コミュニケーションと、認知機能やコミュニケーション能力という言語的コミュニケーションの二つを観察、理解した上で行わなければならない。Turner G¹によると、精神科の通訳では、「構文」「語順」「語彙の整合性」「言葉の脱落」「文化や宗教との整合性」「母語での言語能力」という6つを重要視する必要があるという。

たとえば統合失調症の幻覚妄想状態の患者をイメージしてみよう。統合失調症患者の最も重要な障害は思考障害である。精神科医が患者の訴えを聴いても、思考に論理の飛躍があるため、話の脈絡がうまくつかめず、理解不能であったり、自分自身で新しい言葉を作るという言語新作があったりする。そのような時には、構文や語順の崩れはもちろん



こころの相談にのる筆者

んのこと、語彙の整合性の不具合や言葉の脱落や新作がみられる。文化と宗教との問題は複雑な絡みがあり、日本人にとっては妄想と映ることが、患者の母国であれば当然な考え方であったりする。

ただ、最近では、統合失調症の患者よりも、躁うつ病、神経症、人格障害や発達障害を患った患者の受診の方が多い。彼らのもつ症状が重要であることは間違いないが、それに加えて、家族、友人、職場、学校における多文化問題や対人葛藤という、より内面的な苦悩に焦点を当てた通訳をしなければならないことが多くなっている。

母語の言語能力の程度を測ることは非常に困難である。患者の母語能力は、精神疾患を患えば当然低下するので、通訳時の患者の言語能力が、精神疾患によって制限されているのか、それとも生来言語能力が低いのか、判別は不能のことが多い。

実際の精神医療の通訳においては、事前の打ち合わせ、診察室での通訳、事後の対応の3つに分けられる。

(1) 事前の患者との打ち合わせ

診察室に入る前に、通訳者は患者と事前の打ち合わせが必要である。もちろん緊急措置入院のような場合はこの事前打ち合わせは不可能である。診察室で患者も通訳者もできるだけ診察がスムーズに進むよう、まず、患者の医療受診に至った背景を聞き取っておく必要がある。どのようなことを聞き取るかは、精神科のクリニックや病院の間診票を参考にするといい。たとえば、どういう家庭や社会で育ち、いつ来日し、来日後の生活はどのようなものかという患者の生活史、どのようなことがきっかけで、いつ頃から精神的問題を抱え、現在どんな葛藤や症状があるのかという現病歴、母国での精神疾患の既往歴、家族歴、身体疾患の既往歴、性格、嗜好品等、あらかじめ聞いておくといい。

そして、特に精神科医に伝えたい部分はどこなのか、また触れてほしくない部分があるのかどうか、医療機関に希望することは何なのか等、要は言葉を通訳することではなく、患者のこころを適切な表現で持って通訳することが必要とされる。

そうした葛藤や症状の訴えとは別に、患者の文化社会的背景を考慮するための聞き取りも必要である。精神科医が患者の文化社会的背景に対する知識を持っていることは、一般的には期待できない。だとすると、患者が属していた文化におけるタブーや政治的背景も、葛藤や症状と同時に翻訳しながら説明しなければならない。特に紛争地から逃れてきた難民については、こうした配慮が必要である。以上のことから、文化社会的背景について事前聞き取りと打ち合わせをしておき、精神科医との文化摩擦を最小限にとどめるべき準備が必要であることが明らかである。

また、医療通訳者が診察室でいかなる役割を担うのかは、患者と通訳者の間で十分了解しておくべきことである。患者が精神科を受診することに対して抵抗感を持っていたり、精神科医そのものに不信感を抱いている場合もある。重要なことは、通訳者がいかなるときにも患者の味方である、という患者との信頼感を事前に築くと同時に、患者から聞いたことの秘密は診察室以外では絶対に漏らさないという約束をしておくべきであろう。

(2) 診察室での通訳

診察室に入室して、患者と通訳者がどの位置に座るかは重要なことである。一般的には、患者が精神科医の斜め右か左に座り、通訳者は患者の左右どちらかの隣に座る。そして、「どんなことでお困りですか？」という精神科医の言葉で診察は開始される。外国人患者の診察の場合は、初めから言語的な制約があることは分かっているので、特に非言語的なコミュニケーションと問診票を大切にします。

精神科医としては、できるだけ信頼関係を獲得し、意思の疎通性が取れるよう面接を進め、患者の精神症状を把握すべく努力をする。患者は自分自身の葛藤や秘密について話すわけであるから、患者と精神科医、通訳との間に信頼関係がある程度構築されていなければ、重要なことは話さない可能性が高い。

精神科医の質問に対して、せきを切ったように話し出す患者もいれば、一言も喋らず沈黙を保っている患者もいる。喋りすぎる患者に対しては、途中で制止し、それを通訳しなければならない。内容に取り止めがなければ、取り止めのない内容であることを精神科医に告げ、その内容を要約して喋ることになる。患者の話しが長く、かつ質問に直接答えない場合、質問に答えていないことを告げたくうえで、その内容を要約して伝えることになろう。

精神科医にしても患者にしても、患者が喋った会話に対して、通訳者の会話量が少なすぎる場合には、患者の話した内容が本当に通じているのかどうか不安になる。短くしすぎて大事な情報を省いてしまう危険性があることも認識しておくべきである。逆も同様であって、精神科医が説明した重要な内容、たとえば、病名告知、症状の説明、治療の必要性、薬物の効用と副作用、通院継続の必要性、予後等の通訳が短すぎる場合には、正確に伝わっていないのではないかと疑問を抱く。

精神科医は症状や診断の把握のために、多くのことを質問する。患者に多くのことを聞きすぎることは、患者のもつ病的な、患者にとって不快や恐怖の側面を聞き出すことでもある。時に患者は動揺し、涙を流したり、大声を出したりするかもしれない。そうした患者の不安状態を見て、通訳者は知らないうちに感情移入し、取り乱してしまう可能性もある。通訳者は患者の味方ではあるが、感情的には患者と適正な距離を保つことが常に求められる。

これ以上患者に質問をすると、患者が感情のコントロールを失ってしまいそうな時や、通訳者自身が辛くなり、自分の感情のコントロールを維持できそうにならない時は、その旨を精神科医に伝えることも重要なことである。

(3) 初回診察終了後の対応

外国人の患者で最も重要なことは治療を継続することである。そのためにも、同じ通訳者が継続的に通訳することが望ましい。同一通訳者が継続的に通訳すると関係が親しくなりすぎ好ましくないという考え方もあるが、精神医療の通訳は、通訳内容が患者、通訳者、精神科医の信頼関係のもとにやり取りされることが前提となっているため、同一通訳者が継続的に通訳支援を行うべきである。

また、初回のみ診察で、病名告知、症状、治療から予後までを患者に話すことは不可能である。一回の診察は限られた時間、およそ30分～1時間の中で行われるため、とりあえずは症状、病名、使用薬物を決められればよい。特に通訳を介して行う診療は、単純に考えて2倍の時間を要するので、日本人に対する診療であると、半分の15分～30分と同等の診療時間になる。

同一通訳者であれば、二回目からは、ある程度患者の状態も分かっている、かなり信頼関係もできていられると考えられるため、初回で聞くことのできなかつた内容に入っていくことができ、より進んだ診療が可能になると考えられる。また患者のコミュニケーションの仕方や対人関係のもち方、精神科医の患者に対する関わり方も分かっており、通訳者としてもより安心して三者関係に入っていけると考えられる。

たとえば多文化外来を持つ精神科クリニックの場合は、一言語の医療通訳は週1度とはいえ、同じ通訳者が常駐しており、継続的な通訳支援をすることが可能である [阿部 2009]。また初診患者であっても、診察前に通訳者に予備診療として生活史や病歴を取ってもらっているため、通訳をする時はすでに、葛藤や症状、患者の社会文化的背景に対する知識を持っており、患者、通訳者、精神科医の三者が安心して診療ができる枠組みとなっている。守秘義務の問題は、クリニックのスタッフということで担保されており、また通訳者は、日本あるいは母国で、医師、臨床心理士等の資格を持っており、もともと医療の専門家の知識を兼ね備えている。

継続的な通訳によって、患者と通訳者がより親密な関係になってしまう危険性に触れておかねばならないだろう。患者の葛藤や苦悩をより深く知るに従って、感情移入は増していき、両者の関係は親密になっていく。通訳者には、同じ仲間なのだから何とか助けてあげたいという気持ちがわき起こってくる。時には助けられるのは自分だけであると感じ、自分だけで抱え込んでしまう危険性もある。そして、場合によっては医療機関外で接触するという危険性もはらんでいる。

こうした親密な関係になっていくことをいかに防ぎうるかである。なぜこうし

た関係が進行するかという点、一つは、外国で精神的な病を患って大丈夫なのだろうかという通訳者の不安、もう一つはそうした患者を助けてあげたいという通訳者の気持ちであろう。精神科医は援助者である通訳者の精神状態についても敏感でなければならない。通訳者は、患者の病理が深ければ深いほど、患者同様に深い傷を負っている。一般的に言われる被災者救援者の二次被災者と同じである。

そうした通訳者が、患者に必要以上に寄り添わないために、精神科医は医療においては素人である通訳者のこころのケアもしなければならない。通訳者に対するこころのケアがなされれば、通訳者は患者と適切な距離を置き、継続的に通訳支援をしていくことが可能になると思われる。

4 精神医療の通訳者に期待されるもの

医療通訳には、高度な専門用語の通訳と医療支援サポートの通訳の2種類があると言われている。精神医療における通訳は、この2つを分けることができず、両者を兼ね備える必要があるのが特徴といえる。だが、中心となるのは、症状、病名、治療、精神医療制度に関する専門的知識を持ち、それらを駆使しながら、精神科医の診察に関与し、通訳することであり、同時に診察室内に限定した精神面での医療的視点に立ったサポートを行うことが要求される。

もし、後者である医療支援サポートの通訳となると、医療費や診察室外でのサポートも行わざるを得なくなる。そうなると、守秘義務の問題や親密な関係になるという危険性を回避できない恐れが出てくる。それゆえ、精神科医療通訳をする時には、実践的な医療支援サポートは避けるべきであろう。

医療通訳に要求される中立性、個人の尊重、守秘義務、正確な訳語、明確な境界役割、適正能力、文化感受性はできるだけ担保されるべきであろう。しかし精神医療における通訳においてより重要なことは、個人の尊重や正確な訳語はもちろんであるが、前述したように、守秘義務、明確な境界役割、文化感受性であろう。

精神医療の通訳者に求められる専門性とは、精神疾患の病名とその疾患の概念、精神症状、診断方法、治療法、薬物の効用と副作用、治療経過、予後と日本における精神医療制度の知識を習得し、診察室で患者と精神科医をつなぐ通訳者として、自分の感情をできるだけ排除し、習得した知識を用いて両者の橋渡しができることであろう。

そのためには、両者の表情に気を配り、患者の苦悩や文化社会的背景を理解し、それぞれの感情と会話を正確な訳語で適切に伝え、患者と精神科医が通訳内容に

対して同じ解釈をしているかを見抜いて、両者の繋がりに揺るぎなく位置することが求められる。

だがしかし、通訳者も普通の人間である。動揺することもあれば、感情的に行き詰ることもあるであろう。時には患者の内面的な苦しみを、自分に置き換えて通訳してしまうこともあるであろう。そういう経験は、一人前の精神医療の通訳者に育っていく経過の中で通らねばならない道と考えられる。

おわりに

残念ながら、現在の日本においては、医療通訳はその基準もできていないし、ボランティアベースである。アメリカやオーストラリアでは国家資格化されていて、報酬もきちんと位置づけられていると聞く。日本でも法廷通訳は法的に整備されつつある。それに比較し医療通訳の整備は、ほんの一部の県や市町村レベルに留まっている。精神医療の通訳者となるとほぼ皆無である。私情をさしはさむことが許されない法廷通訳が最も左端に位置するとすれば、精神医療の通訳は最も右端に位置すると言っても過言ではない。最もエビデンスの少ない目に見えないところを扱う通訳の養成を、千葉外国人こころの支援ネットワークでは、全国に先駆け、細々とではあるが10年前から行っている。こうした精神科医療通訳者の養成が全国規模で行われるようになり、彼らが早くいろいろな人たちに認知されるようになることを願ってやまない。

[注]

¹ Turner G. (2008). Onsite Mental Health Interpreting: A Workshop for Professional Interpreters from MMHA's NT forum. <http://www.mmha.org.au> (最終アクセス2013年1月30日)

[文献]

阿部裕, 2009, 「グローバリゼーションと在日外国人のこころの問題」『日本社会精神医学会雑誌』, 18(2), 259-265
押味貴之, 2009, 「精神医療における医療通訳」『こころと文化』, 8(2), 108-113
長尾ひろみ, 2007, 「医療通訳の職業倫理規定」『医療通訳入門』, 東京:松柏社: 29-46