

精神障害を有する当事者の視点から見た 生活レベルでの権利擁護

～精神科医療場面における「権利侵害」の体験～

Advocacy in Daily Life from the View of People with Mental Disorders
— Experiences of Rights Violations, Especially During Psychiatric Treatment —

井上牧子 大瀧敦子 原久美子

(Inoue Makiko Otaki Atsuko Hara Kumiko)

Abstract :

The purpose of this study was to research awareness and violation of rights in people with mental disorders in their daily life.

This study was conducted from 2003 to 2004 using a series of focus group interviews with seven groups of people with mental disorders. All 60 interviewees were members of sheltered work shop in their community. As a result of the qualitative analysis, there are some variations of their experiences of violation of rights especially during psychiatric treatment. A series of these researches was able to stimulate the awareness of their rights through focus group interviews.

This study described each variation of their experiences violation of rights during psychiatric treatment with three analyses frameworks which are: 1) violation of legal right which Mental Health and Welfare Law provide, 2) violation of human right, 3) violation of patient's right. This study promoted awareness of rights, advocacy of people with mental disorders. It also helped to clarify the roles and responsibilities of certified psychiatric social workers who advocate them.

キーワード：権利擁護、精神科医療、権利侵害、精神障害を有する当事者、
フォーカスグループインタビュー

Key Word : advocacy, people with mental disorders, violation of right, psychiatric treatment,
focus group interview

1. 問題の所在と研究目的

日本の精神障害を有する人の権利擁護活動の端緒は、1984年の宇都宮病院事件にあると言われる。経済大国の人権感覚の低さに国際的な批判が高まり、国際法律家委員会と国際保健専門職委員会の合同調査団が来日し、精神病院入院患者の人権擁護のあり方を勧告した。その後、1987年に精神保健法が制定され、入院患者の

異議申立ての制度である精神医療審査会が設置されるなどした。更に近年市民による精神医療人権センター設立、当事者による権利擁護活動など、民間レベルでのアドボカシー活動が活性化してきているように見受けられる。

また、1989年以降進められてきた社会福祉基礎構造改革¹⁾では、「措置から契約」へと、福祉の流れを変える新しい枠組が示された。これ

いのうえまきこ：人間社会学部人間福祉学科助教授

おおたきあつこ：明治学院大学助教授

はらくみこ：立正大学助教授

は、市場経済原理や競争原理を福祉の世界に導入することを意味しているが、この「契約」において、福祉サービスのクライアントは、自らの意思を持ち、自己決定権を行使する「消費者」として位置づけられたことになる。だがこのように「消費者」として位置づけられた場合、認知症、精神障害や知的障害などを有する人達の一部に見られるように、自分の意思を主張できにくい人や判断に困難を感じている人は、経済の荒波に投げ出され、人権は侵されやすくなる危険をも孕んでいることになる。そこで、「意思能力に劣る」「欠ける」場合があるといわれる人たちの意思の確認と行為への保障、権利侵害への保護の代弁の機能を盛り込んだ「成年後見制度」「地域福祉権利擁護事業」などが設立された。

確かに、上記のようなサービス利用に関わる権利擁護制度や事業についてはその啓発活動や実践の積み重ねがなされつつある現状と言えるだろう²。だが一方で、ここでの「権利擁護活動」は障害を有する人の判断能力を問題の中心に置き、そのニーズ把握はなされているが、一方で精神障害を有する人を取り巻く環境がもたらすような権利侵害に対する擁護活動については十分に考慮されているとはいいがたいのではない。また、「契約」という限られた場面に関わるような権利擁護だけでは不十分で、日常生活の中に権利が擁護されるべき場面が多く存在するのではない。これが筆者らの問題意識の出発点である。

1997年に大阪で行われた障害者の権利侵害の実態に関する調査報告書である『障害者の人権白書』³では、精神障害を有する人が自身の権利を侵害されたと経験しているのは、不要な入院の強制や看護者による暴力といった明らかに不適切な処遇や「法的に擁護されている権利」の侵害ばかりではなく、金銭の管理、入浴や外出の制限など日常生活を送る上での事柄についても少なくないことが報告されている。このような生活上の事柄に関する権利侵害の問題は、入院措置に対する異議申し立ての制度である精神医療審査会の対応範囲を超えており、それが擁護される仕組みはどのように整えられる必要

があるのか、課題のあるところである。また、同白書では、精神障害を有し入院している者は、権利を侵害されていても、時に「精神病院であるから仕方がない」と認識し、異議申し立てそのものを行わないでいる可能性があることが指摘されている。このことから、権利が守られないような体験をしても、権利を侵害されたという認識を持ちづらく、権利擁護制度を活用するに至らないのではないかと懸念される。精神科医療の現場で精神科ソーシャルワーカー（以下、PSW）をしてきた経験を持つ筆者らは、精神科医療を利用し、また地域生活を送る中で、精神障害を有する人の権利をどのように擁護する必要があるのか、改めて考えていきたいと考えている。

そこで、今回の調査では、まず精神障害を有する本人が実際に日常のどのような場面で、自身の権利が守られていないと感じた経験をしているのかを明らかにすることにした。そのことを通して、より身近なレベルで「権利」を捉え、精神障害を有する人の持つ権利擁護のニーズを明らかにし、現時点において精神障害を有する人にとって必要な権利擁護機能とはどのようなものであるかを、再考する手立てとしたい。

また、このような権利擁護の手立ての検討では、当事者自身の意見が反映されていくべきであるとも考えている。
(原久美子)

2. 先行研究

精神障害を持つ人たちが自らの「体験」を他者の前で語るという試みは、多くの患者会活動や地域での当事者の会によって積み重ねられてきた歴史があると思われるが、そういった語りから何事かを学び、社会福祉援助に生かそうとする試みとしては、谷中らの実践を嚆矢として挙げることができるであろう⁴。その後、1993年の世界精神保健連盟世界会議におけるユーザー部門での「体験発表」などが一つの契機となって、この前後から精神障害を持つ人達が、実名または匿名で発症のいきさつや闘病の経緯、地域生活での体験談などを、自ら語るあるいは綴る機会が増え、そのような出版物も散見されるようになった⁵。また近年では、北海道の

「べてるの家」などユニークな地域活動を展開している場からの体験の語りが出版され、当事者や精神保健の専門家からだけでなく、一般市民からの関心も多く寄せられるようになってきている⁶。

これらの著作は、各書き手、語り手が精神疾患を持つことで体験してきたエピソード、そこから得た感慨などが綴られた貴重な資料であることは間違いないが、一定の研究目的や調査資料として系統立てて収集されたものではない。従って、今回の調査目的である人権侵害の体験につながるような記載であっても当事者である語り手、または書き手がその体験を権利侵害の体験として受け止めているのかどうかは明らかではない。

また人権の侵害体験に関わる調査としては、先に触れた「障害者の人権白書」による報告がある。この調査報告は今回の筆者らの調査計画に大きな影響を与えているが、一方で大阪という地域に限定して行われているため、筆者らのフィールドである首都圏近郊でも類似した傾向が見られるのかどうか、比較検討を要すると考えられる。また「人権白書」の調査手法は対面方式によるアンケートでの聞き取りであり、基本的に数量調査の形態をとっている。従って、個々の回答者の権利侵害の体験が、その人にどのように受け止められ、その後の精神保健サービスの利用者としてまたは地域の生活者としてどのような影響を受けているかといった経験のプロセスを明らかにすることは難しい。

従って筆者らは、今回の調査で権利侵害の体験の背景にあるものとその影響を切り離さずに理解するため、聞き取りによる質的調査法を採用した。更に、比較的多くの人たちから聞き取りが可能であるようなフォーカスグループインタビューの形式で権利侵害に関わる体験の聞き取り調査を行うこととした。(大瀧敦子)

3. 調査方法と対象者

(1)調査方法

本研究では、精神障害を有する当事者が「権利侵害」を生活場面においてどのように体験し認識しているのかを当事者の視点から明らかに

し、それらの状況やその状況が起こりうる背景を浮き彫りにすることによって、権利擁護のニーズを探ることを目的としている。

つまり、「関係者がどのような意見を持っているかを明らかに」し、「関心テーマの一般的な背景情報を把握」⁷するということが本研究の目的であるため、調査方法として「対象者が体験する出来事のリアリティに近づくことが出来る」⁸質的調査を採用することが適切であると考えた。中でも共通の経験や特徴を持つ人々によって構成されたグループにインタビューを行うことで、その領域における特定の問題についての洞察や認識を明確にするフォーカスグループインタビュー法を用いることにした。

(2)調査対象者と募集方法

本研究が日常生活における当事者の権利を探ることを目的としているため、調査の対象者は、地域で生活する精神障害を有する当事者が望ましいと考え、精神障害者小規模作業所（以下、作業所）の利用者に調査への協力を依頼した。調査協力者の募集については、各々の調査者がこれまでに何らかの形で関わった経験のある作業所の代表者に調査の目的と内容を説明し、調査協力者募集のポスター掲載を依頼した。調査の実施に同意が得られた機関については、原則として調査者が機関を事前に訪問し、利用している当事者に直接、ポスターで知らせた調査の目的と内容及び方法（インタビューをテープレコーダーに録音し、逐語録としてデータ化して使用すること等）を書面と口頭で説明する事前説明会を行った。この時に、調査への協力は任意であること、調査で知りえた個人の秘密を厳守し匿名性が守られることを改めて説明し、そのうえで協力の同意を得られた当事者を対象に実施するという方法を採用した。

(3)調査の実施

2003年7月～8月にかけて一次調査を実施し、3箇所、23名からの協力を得た。この一次調査の結果⁹を踏まえ、二次調査を2004年3月～7月にかけて計4箇所の機関で実施し、37名の協力者を得た。一次・二次調査で計60名の参加協力者を得た¹⁰。

聞き取り内容については、インタビューガイ

ドを作成し「精神障害を有するという自分の権利が守られていないと感じた体験に関して、①医療場面でどのような体験であったか、②生活場面でどのような体験であったか、③①、②の体験についてどのように対処してきたか、④今後『権利』を守るためにどのようなサポートが必要か」ということを中心に聞き取りを行った。また個々の参加者の属性については、インタビュー後にフォーマットの定まったアンケート用紙を配布し回答してもらった。調査は、複数の調査者で持ちまわり2時間から2時間半に亘って実施され、その内容はテープレコーダーに録音した。同時にインタビュー時のフィールドメモを取った。

(4) データの分析

データとしては、録音したテープを逐語録にしたものと、フィールドメモを採用した。当事者が自身の言葉で語る体験を「権利侵害体験」と「権利擁護ニーズ」という視点で解釈を試み、その解釈について調査者間で検討した。そこで生じた理論的発想をメモにとりながら、さらに新しいデータを収集するという作業を繰り返した。

本稿では、紙幅の都合もあり特に精神科医療サービスを利用した場面における権利侵害の体験についての調査結果と分析を取り上げる。データは一次二次両調査から得られたものを対象とし、分析に当たっては一次調査の結果から得られた「権利侵害の場面に何らかの階層性が存在する」¹⁴ という認識に基づき、以下の3つの枠組みに沿って参加者の発言を整理することを試みた。まず、既存の法体系においてすでに権利として明文化されており、侵害が認められたときには所定の手続きに沿って異議申し立てのシステムを備えているものについて第一群とした。次に、既存の法体系の中には明文化されていないが、「人権」の問題として一般的に取り上げられることが可能であると筆者たちが考える事柄を含む発言を第二群とした。最後に、現代の一般医療状況において「患者の権利」として認知されつつある事柄と共通するような内容を含む、より積極的な意味での権利に言及している発言を第三群とした。(井上 牧子)

4. 調査結果

(1) 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(以下、精神保健福祉法)の運用上に起こりうる権利侵害の体験

精神科病院への入院が他科への入院と異なっていることのひとつに、非自発的入院が法律によって規定されていることがあげられる。患者本人の意思決定を伴わない精神科病院への非自発的入院は、人権尊重や人権擁護の視点から関連する法律の適切な運用が図られるよう改正が重ねられてきた。1987年¹⁵以降、患者本人の同意に基づく任意入院制度の創設をはじめ、入院時における権利等の告知制度や、入院の必要性や妥当性を審査する精神医療審査会などのシステムが法的に整備されてきた。

しかし、法律によって規定された非自発的入院そのものが、当事者本人のあきらめを引き起こす体験となることや、権利侵害を防ぐために法的に整備されている権利擁護システムが機能し得ない状況などが当事者の語りから明らかになった。

i) 非自発的入院の体験 : Aさんは、およそ10年前に精神科病院に入院したときの様子を「入院するときに、普通だったら『〇〇科です』って何か言われるのかと思っていたのだけれど、ベッドの上に乗せられてどんどんどん運ばれるだけで、どこに連れて行かれるのか分からなかった。私とは一切相談無しだったんです」と語った。Aさんが、自分の入院した病棟が精神科であると気づいたのは、入院して一ヶ月後に自ら看護者に聞いたことがきっかけだった。入院は半年に亘ったが、その間、処方されている薬が何かを知ることもなかった。服薬を納得してはいなかったが、口を開けさせられ粉薬を飲まされ続けた。しかし、薬について誰かに聞くことはなかった。薬の事を聞かなかったのは「聞いても、教えてくれないものだと思うちゃっているから。もう、自分が何を言ってもこの場では何も通用しないのだと思っている。最初から何か決められているようなところがあるので」と、まさしく入院時の体験がきっかけで、自らの意志で「聞くこと」をあきらめてしまったことを振り返っている。

Bさんは、医療保護入院時の診察についてもよく覚えている。「自分の場合、入院したときに医療保護入院だったので、自分の知らないところでどんどん話が進んじゃって、自分の意見は何も聞かれなかったんですね。だから悔しかったですよね。保護室に入ったら紙切れ一枚で、あなたは医療保護入院だと説明書を読まされて。話し合いとかなかったから」と述べた。自分の意見も全く求められなかったわけではないのだが、家族の話の方が中心であった。医師が「もうファミリーが眠れない」とカルテに書いたことを鮮明に覚えている。一方、複数回の入院を体験したことがあるCさんは、今まで何回か、Cさん曰く「発作」を起こし、パトカーで病院へ連れてゆかれ、閉鎖病棟に入院したこともあった。しかし、あるときの入院で「保健所の男の保健師さん（筆者註：精神保健福祉相談員か？）がずっと付き合ってくれた。夜に病院に連れていかれたが、翌朝も自分を訪ねてきてくれた。そういう人が、最初の入院の時に居れば、また違った生き方もあったのかもしれない」と今でも思っている。その経験からCさんは「発作」を起こしたときに、直接警察や病院に連れて行かれるのではなく「仲介してくれる人を頼む権利はないのか」と思っている。

ii) 入院時の告知 : 前出のAさんが入院した時に、入院の告知はなかった。入院してしばらく経ったとき、お見舞いに来た家族がテレフォカードを持ってきてくれて、初めて病棟内に電話があることを知った。入院の必要性を審査する窓口の存在については、今回のインタビュー調査で初めて知ったという。

非自発的入院の体験を語ったDさんは、入院時の告知の有無について調査者から尋ねられた当初、告知制度については「知らないし、受けたこともない」と語っていた。だが調査者の説明や他の人の体験を聞くうちに、自分も入院告知を受けたことを思い出した。Dさんの受けた告知は「説明はなくて書類だけ。手続きだから、今こういう入院だからというので書類を渡されただけ」であった。落ち着いてわかるように説明してくれたら記憶にも残ったと思っている。

Eさんは、入院を経験した二箇所の病院で入院時に書類をもらったが、それらは全く同じ文面¹³で、書類のスタンプも消えかかっているようなものであり機械的な対応だと感じた。一年前の入院時に「処遇改善及び退院請求の窓口」の存在を初めて知ったが「（窓口の存在は）気持ち的には良いですけど、それは建前だけじゃあないかなって思ったりして、いざ（となったら）取り合ってくれるかどうかと言うことになる、人手も足りない忙しいのだから」とあまり期待していない様子である。

「処遇改善及び退院請求の窓口」を利用した、あるいは利用しようと思ったというような内容の語りはいずれのグループにおいても皆無であった。それどころかそれに類する言葉についての発言がFさん一人を除いて全くなかった。Fさんは閉鎖病棟で「あなたには権利があるから、困ったときは何番に」と貼ってある電話をみつけ、今までに入院した病院と比べて「発達した病院」であると感じた。しかしこの電話は、壊れていて使えないものであった。このことを看護師に話しても取り上げてもらえることはなかったという。（井上牧子）

(2) 基本的人権の保障に関わる人権侵害

ここでは、法的には整備されてはいないが特に精神科医療の特質とも言える閉鎖的環境からもたらされるような人権に関わる体験について整理し提示していく。それらについて、病院における「使役」の問題と「管理」の問題に分けて調査対象者の発言を記していく。

i) 病院内での患者の「使役」 : 精神科病院内において患者が様々な「作業」を担当することについては、1984年の宇都宮病院問題以前から多くの議論がなされてきた。特に、「生活療法」の一部として「作業」を行うことに関しては、肯定、否定の両側面から取り上げられてきた。これ等が決して過去の問題としてのみ言及されるべきものではないことが、今回の調査対象者の話から窺える。

十数年前に病院を退院したGさんは、閉鎖病棟で5年、開放病棟で5年の所謂長期入院からのサバイバーである。Gさんは閉鎖病棟にいたときに「雑役」をさせられていた。今ならば、

病院から「お小遣い」のようなものがもらえているのではとGさんは考えているが、当時はそれさえも払われてなかった。一方閉鎖病棟に3年間入院したことがあるというHさんは、自分から希望して「外部作業」に従事した。麦藁帽子をかぶり夏の炎天下での、グラウンドのローリングがその「作業」だった。その「作業」を引き受けたのは、「作業」を担当していない人は週2回しか入れない風呂に「外部作業」の従事者は毎日入られるという特典と、作業に従事する1時間半の開放感が魅力だったからだという。

Iさんの場合は作業をする、しないが開放病棟に移れるか否かの基準だと告げられ作業をすることを決めた。「廊下掃除、お風呂当番、お手洗い当番、しなかったら閉鎖病棟ですって言われたんですよ。…開放病棟に行きたかったから『あ、やります』って。…なんでそこで拘束されなきゃいけないの、やらなかった場合に…」と今では考えているが当時は、ともかく閉鎖病棟から出るために「何かやらなきゃ」と思っていた。朝は6時から、雨の日には合羽を着て台車で食事を運んだ。6年ぐらい前に入院経験のあるJさんも、リハビリテーションだったのかとも思うが、外出は制限されているのに病棟内ではあれこれと当番を決められていたことに矛盾を感じているという。

ii) 病棟生活の管理 : 精神科病院の病棟生活は他科での入院生活とは比較にならないほど多くの規則で満ちている。

Kさんが入院していた病院では、喫煙の許可にランクがあり、喫煙者はAクラスとBクラスに分けられている。Aクラスは一日一箱、Bクラスは9本と決められ、Bの人たちには決まった時間に一本ずつ配られていた。クラス分けの基準について患者に説明はない。Kさんは、体や精神の状態を決めていたのではないかと思っている。Bクラスの人からはいつも「煙草くれよ」といわれたが、見つかると自分の分が停止になってしまうので断っていた。例えば自分がAクラスでも、あまり気分の良いものではなかったという。

Lさんのいた病院では一律一日16本と決め

られていて、「一本ずつ与えていた」。ある日このシステムに不満を持っていた患者同士で「タックルを組んで」苦情を言ったら一箱になったが、ライターは渡してもらえなかった。開放病棟に移ると「注入式のライター」を所持することが認められる。「退院が近づいたんだなあ…」と希望が持てたという。入院していた閉鎖病棟では、以前布団に火をつけた人がおり、それ以来病棟主任の判断でライターは全て管理されることになった。だが、外泊から帰ってくる際に隠し持ってくる人もいて、隠れて使いまわしていた。そして見つかるるとまた規則が厳しくなる、「こっちも、頭いいから、ずるがしこいって言うか、いたちごっこになっちゃって…」規則が違反を生み、その違反が更なる規則を生み出すという悪循環が見られる。同じように病棟内にライターを持ち込んで、夜、煙草を吸っていたところを見つかり、「牢屋じゃないけど、保護室にぶち込まれた」経験があるとMさんは言う。「そんなことしないで煙草を禁止にすればいいのに…」と思っている。管理されているのは煙草だけではない。テレホンカード、財布、はさみ、化粧品等多くの持ち物を病院側に預けなければならなかったとNさんは言う。外泊から帰ると身体検査をしてから病棟に入っていた。

火の元の管理については、「病院が燃えにくい寝具を使うなど工夫のしかたがあるのではないか」など、かなり具体的な提案も出されていた。(大瀧敦子)

(3)一般医療と共通する「患者の権利」に関連する事柄

患者の権利運動は、患者の権利という考え方によって、一人ひとりの患者を医療の中心にすえようというアプローチである。これは、人間的で温かい医療のシステムを作り出す上での重要な鍵となる¹⁴。ここでは、一般医療で望まれる「患者の権利」と共通する語りを取り上げる。

i) インフォームドコンセント : インフォームドコンセントとは、パターンリズムをベースとする医療において、患者自身が行われる医療について権限を委譲するかどうか自己決定す

る権限を有すると、主張するものである。本調査では、精神科医療においてこのインフォームドコンセントが求められていることが語られた。具体的には、病名の告知、薬物療法などの治療内容の説明、強制治療時の治療方法について患者の希望の表明、社会参加と病状悪化のリスクの管理との調整といった状況下において患者はインフォームドコンセントを求め、時に医療者と実際に交渉を行っていた。しかし、パターンリズムをベースとする精神科医療の中であって、様々な困難に直面し格闘している姿が浮かび上がった。

①病名告知の必要性とその困難：病名を知ることが、患者が病気に対処し、自身の人生を歩んでいく上で必要とされることである。Oさんは「本当の病名を知っていないと、これからどういう人生を歩んでいったらいいのかといった対処ができないです」と語った。

一方、病名の告知が行われるかどうかは、それに対する医師の考え方によって左右される。Pさんは、入院中に医師に「病名を知りたい」と申し出たところ、「病名なんか、どうでもよいじゃないか」と煙に巻かれたと話す。患者が病名を知りたいと望んだ場合、医師は必ずしも病名告知に積極的であるとは限らない。

この医師の病名告知に対する消極的な態度について、Qさんは、「若い医者などは、患者に本当の病名を知らせるとショックを受けて、自殺してしまうことを気にして、分裂病的なものだろうというような言い方をします」と、患者が自殺することへの危惧や不安が関連していると解釈した。Qさんに続き、14年間医師に求めても、本当の病名を告げられなかったという経験を持つRさんは、書籍にある統合失調症の否定的な説明にRさん自身がショックを受けて自殺することを医師が危惧していたのではないかと医師の対応に理解を示しつつも、「ただし、軽い症状の人がどれだけいるのか、こんな風にやっつけられる、重くなるとこうなるといったことも知らされていないからこそだと思います」と続けた。治療の可能性、これからどのような生活を送っていきける可能性があるのかといった点について知ること、患者は自身の病気に対

処し、人生を歩んでいく力を発揮することができると語っている。

一方、将来どのような生活を送っていきけるかその可能性を知らせてほしいという患者や家族の医師への期待は、結婚といった医師の専門性からは判断不能な事柄についてまで、広げられる。Sさんの両親が「臨時の医師」に、統合失調症と診断されたSさんが将来結婚できるかどうか相談したところ、その医師は「結婚は無理だろう」と返事をしたという。Sさんは、医師の権限を越えた対応に不快感を示した。

②服薬をめぐるインフォームドコンセントとその困難：医師から説明を受ける困難さは、服薬をめぐる医師とのやり取りの中でも経験されている。Tさんは、薬がどうも合わないので、「調子が悪い」と主治医に訴えたが、「気のせいよ」と言われ、自身の訴えが値引かれて扱われ戸惑ったという。また、Uさんは主治医に「薬は多いですか」と尋ねたところ、「中の上」との返事が返ってきたため、解釈に戸惑った。患者自身が医師にわかりやすく説明してくれるよう交渉を行う際に、様々な課題が存在している。

さらに、看護師が患者にすぐに薬を与え対応することに違和感が語られた。Vさんは、入院中に他の患者と喧嘩になりかけた折、それを見ていた看護師が即座に医師に電話を入れ、処方を変えられた。これについて、「まず、ちゃんと理由を聞いて欲しかったです」とVさんは述べる。また、入院中、夜に「眠れない」と訴えたWさんに対し、看護師は笑いながら「睡眠薬出そうか」と言ったという。Wさんは、「薬がそんな簡単に出るのかと思った」と憤慨した。喧嘩や不眠といった患者の行動や状態を、医療者は「具合が悪い」とみなし、「投薬」で対処するといったパターンが無意識のうちに身につけている。

一方、服薬によって体調が悪いのではないかと感じつつも、医師に説明を求めなかった経験が語られた。Yさんは、病院を変えてから薬が減り、体調も良くなり、睡眠剤も不要になった。その前の医師の処方について、Xさんは、「当時は、医師に薬は自分に合っているとと言われて

いたので、そうなのかなと思っていました。信じていましたから」と振り返り、語った。Xさんにとって、当時、医師は信じその指示に従い、協力していく存在であった。

③判断能力が一時的に制約される状態の時の強制治療をめぐる : 医療においては、本人の病状が非常に悪く、ただちに治療を開始しなければならないが、本人の判断能力が一時的に制限されているため、本人の同意をえずに強制的に治療が行われる場合がある。このような状態の時に与えられた治療について、当事者は自分なりの感想や意見を持っている。入院時に電気ショックを施された経験のあるPさんは、「どんなに逃げても、先生に頼んでも、無理矢理ひきずられてやられました。本人の諒解を得て欲しいと思います」と語る。また、Yさんは、入院中に躁状態となり、大量の薬を投与されたが、投与後幻覚が出て辛かったと訴えた。判断能力が一時的に制限される状態に陥った時に受ける治療について、患者はどのような治療を受けたいか希望を持っており、可能な限り苦痛の少ない治療を望んでいる。

ii) 社会的役割の回復と再発のリスクの管理 : 療養が長期にわたる場合、患者は治療に専念するばかりでなく、生活者として社会的役割の回復に関わっていかうとする。この際、何が患者にとっての「最善の利益」であり、患者の生きがいであるかを決定するにあたり、再発等のリスクをおかしながらも社会的役割を担っていかうとする患者と、患者の病状悪化を防ぎ、管理することを役割とみなす医師との間には葛藤が生じる。「仕事にチャレンジしたところ、医師に薬の増量を提案された人がいる」という話をきき、精神保健福祉サービスのユーザーとして講演を頼まれることがあるというPさんは、自分も主治医に「作業所に通っていけばそれでよいじゃないか」と難色を示されることがあると話した。講演を行った後、Pさんが調子を崩すと、「そういう仕事を引き受けるからだ」と話す主治医の対応を、Pさんは「権利侵害」と語った。それに対し、Qさんは、再発を予見し薬を増やす医師の行為は管理の行き過ぎであり、再発に対処する主体は患者自身であるとの

見解を示す一方で、再発のリスクを抑えようとする医師の対応は、自分では楽しく働いているつもりであるが躁状態にある「病気の経験の浅い患者」には必要であるとも述べ、Pさんの不満をいさめた。さらにQさんは「医師に止められても仕事がしたいなら、具合が悪くなくても仕方ないと思って行く」と、病状悪化のリスクを引き受ける姿勢が患者にも必要であると述べていた。

さらに、これを聞いて、仕事を始めたことをきっかけに病状が悪化し再入院になった経験を持つRさんは、その時の入院は主治医が一時的に不在で、病状悪化の徴候が現れた際に、素早く定時処方の変更等の対応を行える環境になかったことが関連していたと振り返った。

iii) 生活を支える社会資源・制度についての情報の保証 : 患者が病院に期待することの一つに、リハビリを受けられる場所や経済的支援など、療養生活を支える社会資源・制度についての情報提供がある。しかし、これらの情報は、だれもが、どの病院でも得られるような体制になってはいない。

体の震えのため外出も思うに任せず長年自宅での生活を余儀なくされていたRさんは、「リハビリテーションの情報は、通院者が必ず得られるように保障されるべきだ」と話す。また、Zさんは、障害年金について、10年以上通院していた病院では一度も知らされず、家族会で初めて教えられたという。

また、Rさんは、「通院の時には、どれだけ情報が得られるのか、周りをよく見ます。まずは先生が休みの日がいつであるかを取材する。後はお金のこと。その情報は保健所に出ます」と、情報収集を積極的に行っている様子を話した。そのRさんは、病院外来での情報提供の現状として、「自分の知りたいこの情報は、どこに行ったら得られるのか、そういう案内が何もされていないと思います」と評価している。

(原久美子)

5. 考察

(1) 「精神保健福祉法の運用における権利侵害の体験」についての考察

i) 非自発的入院 : 精神保健福祉法で規定する精神障害を有するものの非自発的入院は、判断能力が不足していると専門家に見なされた者に対して、法的手続きに則り、当事者の最善の利益と権利を守ることを目的としている。しかし、入院に関しての語りからは、当の本人には何の説明も無く、拒否や拒絶をすることも含めて自分の意志を表明する機会さえもなく「あきらめるしかない」と無力感を感じたこと、入院時に自分の意思よりも周囲の意思が優先されたこと、あるいは機械的・事務的な入院手続きしかふまれなかったこと等の状況が浮き彫りになり、当事者たちは権利を保護されたと感じるところか、むしろ権利を侵害された体験として捉えていることが明らかになった。

門屋¹⁵は、権利保護と権利擁護は明確に区分しづらいものではあるがあえて区別するとし、権利擁護は、権利保護のように専門家が判断して当事者にとって客観的な最善の利益を図ることではなく、さらに一步踏み込んで、積極的に精神障害を有するもの本人の考え方、望みを果たすことであると述べている。門屋のいう権利擁護の視点に立つと、非自発的入院は権利保護を法的に整備したものに過ぎない。権利保護がもたらす当事者への権利侵害の危険性を、権利保護の手続きに関連する専門家は、PSWも含めて改めて留意する必要があるであろう。

ii) 判断能力 : 精神保健福祉法による非自発的入院の実効には判断能力の不足が前提となっているのだが、法律家である池原は¹⁶、「判断能力がないとされている人であっても、真実、理解も判断もできないものであるのかどうかは実はよくわからないといってもよい」と指摘している。当事者の語りにおいて、彼らは、非自発的入院時の体験を理解していないわけではなかった。むしろ、退院して作業所に通所するようになった今でも、個々の中では忘れがたい記憶として鮮明に残っている。これは、判断能力の不足を想定すること自体が便宜的で曖昧なものであるという池原の指摘を裏付けたといえよう。

iii) 入院時告知 : 入院時には、入院中の患者本人の権利や権利擁護システムとして法律上

に整備されている処遇改善及び退院請求にかかわる手続きについて、告知するように法律で規定されている。しかし、実際には、法的手順に反して実施されていない状況や形式的な告知の実施により、システムが当事者たちに周知徹底されておらず、機能を果していない状況が見えてきた。告知の実施に当たっては、症状に照らして延期することが法的に許されている¹⁷。しかし、法律で整備された権利擁護システムを実効力の伴ったものにするためには、告知は入院時に必ず実施し、形式主義に陥ることなく、患者本人のペースや理解に合わせるなどした方法を模索していくことが必要であろう。状況によっては、入院時のみならず、入院中に時間をおいて複数回に亘る告知を試みることも必要になるかもしれない。

iv) 権利擁護のための提言 : ある当事者は、パトカーで病院に連れて行かれ、結局は閉鎖病棟に入院するに至ったが、十分なコミュニケーションを試みてくれた援助者に巡り会い、その自らの体験に基づいて非自発的入院という危機的状況下における「仲介してくれる」サポートの必要性を提言した。

法律で規定された非自発的入院であるが、この法の運用に際しては、精神障害を有する当事者に対して十分なコミュニケーションを図りつつ、権利保護にとどまらず権利擁護を目指す必要性が、PSWを含む援助者に示唆されたといえる。(井上牧子)

(2)「基本的人権の保障と関わる事柄」に関する考察

ここでは、精神科病院における基本的人権保障の問題に関連する発言を、「使役」「管理」に分けて取り上げてきた。これらの問題は、生活指導という精神科病院での「治療的アプローチ」に関わる歴史的課題を念頭におく必要がある。

1950年代後半から日本の精神科病院では、作業療法や生活指導、レクリエーション療法などを組み合わせて、患者の生活そのものを治療の対象とすることで、その「人間的回復」を図ろうとする生活療法が盛んに行われてきた。1970年代に入り生活療法は、その管理的側面や本来病院業務である事柄を患者に行わせてい

るとして、強い批判にさらされたがそれと同時に、一部の先進的な病院では病棟の開放化の取り組みが盛んになされるようになった¹⁸。だが、こういった病棟開放化の試みが全国規模で伝播することはなく、今日に至っている。標準的な精神科病院においては、ここで述べられたような「使役」に関わるエピソードは減ってきているだろうが、「生活指導」の名目の元での「管理」は継続している¹⁹。確かに病院である以上一定の規則や取り決めは不可欠であり、それが患者の安全の保障と切り離せない側面は存在する。だが、ここで「管理」の問題として分類したエピソードは、行動の自由や嗜好品の取り扱いに関する管理が、かなりの部分「懲罰」、時には「褒賞」として用いられていることを告発しているのである。

「使役」や「管理」といった病院側との抑圧的相互作用は、障害を持つ人側の無力化を助長する。ここでの「無力化」とは障害学で用いられる「無力化—ディスエイブリング」の意味であり、障害を持つ人と環境との間で生じる抑圧的相互作用を通じ、障害を持つ人の側が無力であると思込まれるような現象を指す²⁰。そのような視点から考えるとき、精神科病院での「管理」に満ちた日常生活は、病院側の絶対的なパワーの所有を表象するものであり、更には前述したような入院時の体験などの累積が、無力化のプロセスをより深化させ、「障害者人権白書」でも言及されたような、「精神科病院だから仕方が無い」として権利擁護機能活用に至らないような態度形成がなされていると考えられるのではないだろうか。(大瀧敦子)

(3) 「患者の権利に関する侵害体験」についての考察

i) 精神科医療におけるインフォームドコンセント : インフォームドコンセントを促進していくための課題として、医療者が良いコミュニケーション技術を学ぶことを指摘する意見もみられる²¹が、実際にはそのような細かい点での対処では不十分であると考えられる。むしろ、重要なのは、患者が自身の幸福について最終的に判断し、必要な治療について理解、検討し決定する力や、逆境を撥ね返して生きる力を発揮

することを支える仕組みを構築することであろう。そこで、この視点からインフォームドコンセント促進に向けてのPSWの課題をいくつか述べたい。

まず、第一に、患者自身への関わりについてである。今回の調査では、直接医師にインフォームドコンセントを求めるという行動を起こしていない患者も、医師は自分にとってよいことをしてくれているはずであるという意識を持つ一方で、「体調がおかしい」と悩みや違和感を持ち、「薬の影響ではないか」という疑念を持っていた。このようなことから考えると、まず安心して自身の感じる不調や違和感を表現し、自身の抱える疑念を明確化し、検討することができる場が必要なのではないかと考えられる。大石²²は、障害を持つ人の権利擁護のためのプロセスの第一段階として、「『障害者』本人の『意思』の内容や『表示』の方法が十分に形成されていない場合には、その『意思』内容と『表示』方法を育むシステムが必要となる」と述べ、患者自身が自分の「意思」やその「表示」方法を育むことができるトレーニングや情報を得られる場の必要性を指摘している。このような場やシステムを構築することがPSWの課題の一つであろう。例えば、精神科医療ユーザーが集まり精神科医療における権利に関わる問題を批判的に話し合うことができるエンパワメントを志向したグループを、精神科病院の外に組織化していくことなどが考えられるだろう。

第二に、患者本人の意思表示を的確に把握し、外に表出し、意思決定に加わるシステムの構築である。特に、患者が意思決定不能な状態にあるときには、本人の判断能力が回復した際に、医療者は患者と話し合い、意思表示が困難な際にどのような治療を希望するのか、許可するかといった合意を形成していく²³、患者が信頼する人を意思決定の過程に加え、代弁者の確保を保証するといった仕組み²⁴が必要となる。代弁者の例としては、患者権利擁護制度(パシエントアドボカシー)²⁵が挙げられるであろう。このような代弁者が医療システムの中に組み込まれていくよう働きかけていくことが、今後のPSWの課題である。

第三に、インフォームドコンセントに関わる法律の整備も課題の一つである。

現在日本では、インフォームドコンセントは法制化されておらず、病名告知や薬物療法などの治療内容について、患者に説明し、同意を得ることは義務されていない²⁶。そのため、インフォームドコンセントを行うかどうかは、医師の個人的姿勢に依存する状況となっている。インフォームドコンセントを権利としていくためには、インフォームドコンセントを法定化することが求められる。

また、強制入院中の患者にその意向を確認することなく強制治療が行われる背景には、精神保健福祉法に強制治療に関する規定が存在しないにもかかわらず、強制入院から必然的に強制治療が予定されるとの解釈であると指摘されている²⁷。精神保健福祉法で規定されている強制入院の要件は、国連原則に挙げられている「同意なく治療を強制できる条件」²⁸を満たさない場合を含んでいる。強制入院、即強制治療が許されるといった認識について、検討を行う必要があると考えられる。さらに、同意能力判断のシステム確立についても課題となっている²⁹。

ii) 危機介入が受けられる体制の整備

最後に、危機介入が受けられる体制の整備の課題が挙げられる。患者は、就労や結婚など社会的役割を担って活動する際には、疾患の特性上、病状悪化のリスクと直面せざるを得ない。このような場合、医師（医療者）も患者も、病状悪化時に備えて、危機介入を行い、受けることができる体制を備えていくことは有意義であると思われる。これには、ハード面で救急医療体制を整えていくことと、ソフト面で再発にどのように対処していくか話し合い、行動計画を患者と共に立て、支援体制を整えること³⁰が含まれているのではないだろうか。（原久美子）

6. まとめにかえて

精神障害を有する当事者の視点から、当事者が精神科医療場面において体験した権利侵害の体験をその背景と共に描き出していくことを試みた今回の調査は、N.ペイトマン³¹や秋山³²が指摘するようなアドボカシーニーズのバリエー

ションを精神科医療場面に限定してではあるが、示すことができたといえよう。

また、フォーカスグループインタビューという調査方法を採用したために、参加者間の相互作用によって、個々の参加者の潜在的な権利意識を喚起したり、同様の体験を共有することで情緒的支持を促したりしたことが、個々の感想などから推測された。その点においては、この調査が、個々の体験を「無力である」と内在化していたことから、その体験を「権利侵害」とであると正当に外在化し、同様の体験を持った仲間と問題を批判的に話し合うという機会を提供するアクション・リサーチに成りえたのではないかと考えている。

しかし、今回の調査では、各バリエーションに対して、具体的にどのような方策をもって対処していくかという点において、PSWの取るべき役割についての提言は試みたものの、検証はされていない。同時に、本論では医療場面しか扱っておらず、精神障害を有する当事者の生活全体を包括的に捉えた中でのアドボカシーニーズを論ずるまでには至っていない。これらは、今後の研究課題としていきたい。（井上牧子）

- 1 河野正輝：戦後社会福祉法制の展開。三浦文夫編集、戦後社会福祉の総括と二一世紀への展望 III 政策と制度（ドメス出版）p.64（2002）
- 2 例えば、東京都社会福祉協議会が運営する権利擁護センター「すてっぷ」の事業等がそれに当たる。精神障害を有する者の専門相談は1997年から法律相談に限定して実施されているが、1999年度実績では全相談件数の48%が精神障害を有するものからの相談であったという。それらの相談内容については、法律のみでは対応し得ない多様な生活問題の相談が多いことが指摘されている。
平田厚 石黒清子 田中健三「本人を支える相談援助ブック」（権利擁護センターすてっぷ）（1999）
野田愛子他「権利擁護センターすてっぷ十年のあゆみ」（東京都社会福祉協議会）、（2002）

- 3 障害者の人権白書づくり実行委員会編集「障害者の人権白書」障害者の人権白書づくり実行委員会、p.127～137 (1998)
- 4 出版物としては、谷中輝雄編「失われたものを追い求めずに：精神障害者の生活の記録」(やどかり出版) (1988)がある。
- 5 例えば、全国精神障害者団体連合会・全国精神障害者家族会連合会編「心の病い 私たち100人の体験」(中央法規) (1993) 谷中輝雄編「旅立ち 障害を友として：精神障害者の生活の記録」(やどかり出版) (1993) 精神障害者の主張 編集委員会編「精神障害者の主張 世界会議の場から」(解放出版社) (1994) などがある。
- 6 浦河べてるの家著「べてるの家の「非」援助論：そのままでもいいと思えるための25章」(医学書院) (2002) べてるの家以外の出版物としては、共同作業所 ピアセンターあかり編「見えない世界の物語 ピアで語る心の病」(現代書館) (2006) などがある。
- 7 高山忠雄 安梅勅江「グループインタビュー法の理論と実際～質的研究による情報把握の方法～」(川島書店) p.11 (1998)
- 8 平山尚 武田文 呉裁喜 藤井美和 李政元 共著「ソーシャルワーカーのための社会福祉調査法」(ミネルヴァ書房) p.172 (2003)
- 9 一次調査の結果については、以下で報告済み。
大瀧敦子 井上牧子 原久美子 鹿内佐和子「生活レベルでのアドボカシーを考えるー当事者の視点から見た「権利」を探るー」明治学院大学社会学部附属研究所：研究年報、pp.97～112 (2004)
- 10 それぞれの参加者は、一次調査 機関Aが7名(男性5名：女性2名)、機関Bは9名(男性4名：女性5名)、機関Cは7名(男性5名：女性2名)であり、二次調査では、機関Aが12名(男性：9名 女性：3名)、機関Bは6名(男性：3名 女性3名)、機関Cは7名(男性：5名 女性2名)、機関Dが12名(男性：11名 女性：1名)の計60名
- 11 大瀧敦子「精神障害者のための権利擁護活に関する当事者からの聞き取り調査」厚生労働省科学研究費補助金障害保健福祉総合研究事業「障害当事者参加型の福祉サービス運営・評価のプログラム開発に関する研究」報告書 pp118～119 (2004)
- 12 1984年の「宇都宮病院事件」発覚後、精神障害者の人権擁護と適正な医療の確保という観点から抜本的な見直しが行われ、1987年、精神衛生法が精神保健法へと改正された。
- 13 医療保護入院の告知文書の様式については、厚生省大臣官房障害保健福祉部精神保健福祉課長通知により示されているので、同じ文面でもやむを得ないのだがEさんは、全く同じ文面であることに不快感を表した。
- 14 J.アナス 上原鳴夫 赤塚晴子訳「患者の権利」(日本評論社) p.10 (1989)
- 15 門屋充郎「IV 精神障害者の権利擁護のために」「精神障害者の自立をどう支えるか」精神保健福祉普及啓発研究会(へるす出版) pp162～163 (2006)
- 16 池原毅和「第一章 精神障害のある人の人権」「精神障害のある人の人権」関東弁護士会連合会編(明石書店) pp28 (2002)
- 17 精神保健福祉法 第三十三の三
- 18 浅野弘毅 精神医療論争史(批評社) (2000)
- 19 例えば日本精神保健福祉士協会から、精神科病院等における金銭管理の問題についてのガイドラインが出されたのは極最近のことである。社団法人日本精神保健福祉士協会編「日常的な金銭・貴重品管理に関するガイドライン」(2006)
- 20 コリン・バーンズ他著 杉野昭博他訳「ディスプレイティ・スタディーズ イギリスの障害学概論」(明石書房) (2004)
- 21 厚生省健康政策局総務課監修「元気が出るインフォームドコンセント検討会報告」(中央法規出版) pp.2-16 (1996)
- 22 大石剛一郎「『障害者』の権利擁護システム構築の課題」社会福祉研究、第74号、p.28 (1999)

- 23 北村總子、北村俊則「精神科医療における患者の自己決定権と治療同意判断能力」(学芸社) p.19 (2000) このような強制治療を要する状態の時に、患者個々の希望を書面で表明する手段の例として、南ロンドンのCamberwell地区の受け持ち患者に「緊急時カード」を作らせ、携帯できるようにしている取り組みが紹介されている。
- 24 スーザン・シャーウィン『もう患者でいるのはよそう』(勁草書房) p.151 (1998)
- 25 木村朋子「第3章精神障害者の人権 II 精神医療における権利擁護 D患者権利擁護制度(ペイシェントアドボカシー)」『精神保健福祉論』第3版(へるす出版) p.128-132 (2005)
- 木村は、病院のなかに常駐し、入院患者の中に入っていった患者のニーズを顕在化させようとするアドボカシーは、インフォームドコンセントの実現をぎりぎりまで追及する一つの手段という見方ができると述べている。
- 26 大谷實「精神科医療の法と人権」(弘文堂) p.41 (1995)
- 判例では、精神科領域ではロボットミ手術について、「本人の同意なき手術は違法である」との判決が出ている状況である。「札幌ロボットミ事件」判決(札幌地判昭和五三・九・二)、「名古屋ロボットミ判決」(名古屋地判昭和五六・三・六)がその例である。
- 27 木太直人「シンポジウム インフォームドコンセントとPSW」特集第31回全国大会『精神医療の今日的課題を考える—インフォームドコンセントとPSW』日本精神医学ソ
- ーシャル・ワーク p.20 (1996)
- 北村總子、北村俊則、上掲書、p.25
- 28 国連原則では、同意なく治療を強制できる条件を、(1)自他への差し迫った危険、(2)判断無能力の両方を満たした場合の両方を満たすこととしている。
- 29 大谷實「精神保健福祉法講義」(成文堂) p.90 (1995)
- 北村總子、北村俊則、上掲書、p.17
- 30 伊藤恭子「出雲地域での医療相談連絡カードの取り組み」Review 第55号(2006)
- 伊藤は、救急医療体制は一医療機関・医師によって対応し、整えることができるものではなく、関係者がネットワークを作り、協力体制を築いていく過程を重視する必要があると、指摘している。
- 31 N.ベイトマンは、著書である「アドボカシーの理論と実際」(西尾祐吾監訳 八千代出版 1998)において、アドボカシーには「非常に個別的なものから、準法的なものまで」と述べ、そのバリエーションを示唆している。対象の構造によって、曖昧なものを「ソフト」、法的に規定されているものを「ハード」アドボカシーと位置づけている。
- 32 秋山智久は権利擁護における「権利」を捉える枠組みとして、「ニーズの充足」から、「権利として承認される可能性のある権利」、「実定法上の権利」の三つを提示している。(秋山 智久「権利擁護とソーシャルワーカーの果す役割—アドボカシーを中心に—」社会福祉研究第75号 pp23~pp33 (1999))