

## 精神障害者本人の語りと「場」の再生に関する検討

緒方由紀

〔抄録〕

日本の精神保健医療福祉システムは、長く施設としての病院への入院を中心とする制度設計のもとすすめられ、現在の主要施策は、地域移行と「精神障害者にも対応した地域包括ケアシステム」の構築である。しかし精神障害者は、いまだ地域社会で市民としてあたりまえの暮らしの場と質を獲得するにはいたっていない。それは、2022年9月国連障害者権利委員会による障害者権利条約の日本政府への勧告内容からも明らかである。

本稿では、精神障害者本人が市民として認められ、主体として存在する場を社会の中でどのように確保するのかという問いに対し、制度の再構築の重要な柱となる本人の語りの意味を再考しつつ、そしてそうした場を再生することの必要性について論じた。これらは、従来の法制度とその運用に対する硬直性、separate parallel track（別々の並行の道筋）の議論とも重なるものである。今後、臨床的検証と制度変革とを統合させた形での研究的視座が必要である。

キーワード：精神障害者本人、語りと場の質、障害者権利条約勧告、separate parallel track

### はじめに

筆者らは、精神保健医療福祉制度の歴史的変遷において、本人不在の問題や、精神科病院の「内と外」の構造的問題の検証を行ってきた（岡村 2020 他）。それらの中では精神障害者が医療的保護の対象であり続ける限り、病院医療から地域生活へとサービスが変更されても支援を受ける側にとどまり、本人主体として生きることの承認の難しさが、自他ともにあるという点

を明らかにしてきた（緒方 2020）。その主たる裏付けとなるものが、現行の精神保健医療福祉制度における本人の意思によらない入院や、それらを前提とする諸手続きである<sup>(1)</sup>。関係して、2022年9月に出された国連障害者権利委員会からの日本政府への総括所見の内容においても、その重要性を改めて認識するものとなっている。

国内の「障害者」の権利をめぐることは、例えば「障害福祉サービスの利用等にあたっての意思決定支援ガイドラインについて」（平成 29 年 3 月 31 日厚生労働省社会・援護局 障害保健福祉部長通知）が出されるなど、「障害者」の意思決定支援の重要性が議論されて久しい。そうしたなかで精神障害者においては、精神科医療での SDM（共同意思決定：shared decision making）の導入や、ピアサポートの活用を含めた意思決定支援が議論されている（石井、熊倉 2020 他）。SDM とは「患者と治療者が情報を共有し、選択肢や利用者の好みあるいは治療の責任を議論し今後の行動について、両者が合意するための相互作用的なプロセス」とされている（高江洲 2020：1387）。患者自身が治療プロセスに参加するためのツールとして「質問促進パンフレット」や「診察サブリ」等の試みも始まっている（熊倉、金原他 2020）。こうした背景には、精神疾患の治療や回復に向けたゴールの考え方やアプローチの変化があげられる。服薬による症状の再燃や再入院の防止だけではなく、個人のパーソナル・リカバリーに着目し、自分の希望する人生や生活を獲得する過程に重きがおかれるようになってきたこと、パーソンセンタードケアの考え方の浸透など、当事者中心を指向した支援のありかたが関係していると言えよう。

同様に、「病棟に頼らない地域精神医療」（伊藤他 2018）、「日本の精神科入院の歴史構造」（後藤 2019）、「精神病院脱施設化論」（古屋 2015）など、障害者総合支援法施行以後は、地域定着支援に焦点をあてた研究が数多くなされている。さらに、自らが病を分析、言語化する当事者研究や、オープンダイアログなど対話を重視する実践、研究も意欲的にとりくまれている。ほかにも医学研究・臨床試験における患者・市民参画（PPI：Patient and Public Involvement）の活動など注目を集めている（杉浦 2022：631-636）。

こうした動向を①治療や回復の場を病院のみにとどまらない、暮らしの場としての地域と医療のありかた、②病を体験した主体である当事者からの発信と生きることへの工夫、③支援者側や医療側が当事者の声を取り入れる方法への模索、と 3 点に整理可能である。つまり、当事者を主軸にした「場と対象と方法」についての研究および実践の意義と方向性が示唆されていると言え換えができる。

しかし、精神障害「当事者」<sup>(2)</sup>に限定しない、「本人」の語りと「場」の創造と方法という点からの検証は、これまで十分行われてきたとは言い難い。非自発的な精神科の入院形態である「医療保護入院」は、厚生労働省調査では 2020 年度 130,232 件であり、全入院形態の約 5 割弱を占めるといえる実態がある。確かに上記のように当事者の主体化の重要性が認められる一方、治療やりハビリの途上において、専門職からは病識がないことや、障害受容ができていない（で

きない) ことが、回復や生活再建のプロセスにおいて本人側の問題とみなされることが少なくない。「病識がない、治療の必要性が理解できない」ため医療保護入院となり、さらに退院できない理由としてもあげられてしまう。けれども精神を病む人が、病気や障害を受け入れがたい状況(=当事者になることを拒否)であっても、自身の生活を営む人であることには変わりはない。そうした人たちも含め本稿では、精神障害者本人が市民として認められ、主体として存在する場を社会の中でどのように確保するのかという問いに対し、本人の語りの意味の再考、そしてそうした場を再生することの必要性について論じていく。

以下、市民としての精神障害者の語りの場を検討するにあたり、まず第1章では、当事者に限定しない本人にとって語りの場が必要であるにもかかわらず、語る事が奪われている現実をとりあげる。続く第2章では、本人が語る場が確保されていない背景には、精神保健福祉法上、精神障害者を保護的存在として固定されたまま、次社会への移行の議論のなかでも変わらないことを確認していく。そして終章では、障害者権利条約の勧告にみる日本の課題を市民的権利の観点から整理し、今後の議論の方向性を探る。

一人の市民が地域であたりまえの生活を送るうえで、本人が存在する「場」と本人のストーリーを奪うことなく、自らが語るその意義を明らかにすることは、もうひとつ別の側面がある。それは、なぜ精神障害者であることが、そうしたあたりまえの生活を持続することが難しくなるのかを社会的に問い直すということでもある。

## 1. 語りの場とその質とは

### (1) 語る機会を失った本人

自身の健康を守り医療を受ける権利は誰にもある。しかし、スムーズに医療につながるケースばかりではない。例えば精神科医療を受けるにあたっては、本人の意思とともに、どのようにそこまで辿り着いたのかということが、その後の治療において大きな影響をもつ。ここでは非自発的入院の手続きの場面を想定する。精神障害があると診断されれば、治療者からすれば入院治療の必要な患者である。そのとき、本人は患者として扱われることに戸惑い、しかも自分は当事者であるとの自覚があるわけではなく、家族もまた、本人を当事者であると認識はしないであろう。診療録やその他記録のなかで、当事者と呼ばれる人は実際登場しない。いったい当事者とは誰を指すのであろう。

当事者とは「ある問題に関わらざるを得ない人、その問題に関して申立てを行う権利をもち、その権利を行使する人のこと」(石原2016:3)との定義がある。このように、「当事者になる」ことで、その人を主体的存在として積極的に位置付け、病や苦悩の体験的知識にその価値を見出そうとするアプローチは、最近の当事者研究に通じる考え方であると思われる。

しかし、専門職からみた当事者とは、先にふれたように病識の有無や障害受容の程度とも関

係するだけでなく、専門職の技術的介入の場面においてである。つまり精神科医療や精神保健福祉領域の対象者ととらえられることに拒否することがあれば（治療拒否、治療中断、未治療など）、厳密には当事者としてはみなされないことになる。本稿では、当事者になる前、あるいは当事者にならない（なりたくない）人が存在することを鑑み、「本人」と称して検討を行っていく。

ここで問題になるのは、既述の非自発的な入院者の数値だけではない。本人の意思は、入院治療の必要性の説明に同意ができなかったことでもって確認され、家族等の同意で入院が成立するという点である。つまり、本人にとっては強制的に医療という「場」の移動が行われ、周囲からは病識のない（もしくは、理解できない状態にある）患者とみなされるにもかかわらず、治療の導入やその後において、症状についての質問がされたとしても、自分から自身のことばで語る場面が保障されているわけではないのである。後日、医療保護入院での経験が、当事者のそれとして語られることはあるであろう。しかし、置かれている状況下で、自らが当事者であると客観的に自己をとらえることは果たして可能なのだろうか。入院当初激しく拒否すれば、拘束や行動制限の処置がとられることはめずらしいことではない<sup>(3)</sup>。精神保健福祉法第36条、第37条では、入院中の患者に対する処遇を一定の条件の下、行動制限を加えることができることと規定している。行動制限となる具体的態様はさまざまであるとされるものの、それら対応による心理的傷つきは深く刻まれることとなる。本人のことばでしか、私たちはそこで起こっていたことや本人の気持ちを追うことはできない。ある入院体験者の記述である<sup>(4)</sup>

「隔離・拘束については、いつまでだというのがわからないのがポイントですよね。

15分なのか、3時間なのか、3週間なのかわからないからこそ、

恐怖が強いわけですよ。1時間ですって言われてされるならそんなに恐怖は感じない。

医療保護入院とか措置入院というのは、結局、出られる、出られないっていう判断が相手次第になるという部分で、権力を握られている。そこに恐怖の根源があると僕は思う」。

入院中に身体拘束を受けトラウマになることの症例報告があるものの、本人がそのことを語る機会や、誰かがその話を聞くことがそれほどあるわけではない。次に紹介するのは、身体拘束された本人がインタビューに答えた内容である<sup>(5)</sup>。

「縛られた経験や出来事について語りたくないのは、少なくとも二つの理由があると思います。ひとつは確かだと思います。恥の感情です。身体や精神を不意に冒瀆された経験を負ったことを他者に話すことは、気分を悪くするものです。突然裸にされるようなものであったり、新たな暴力にあうリスクを感じさせるものだからです。おそらく間違いないと思いますが、この暴力は、『君の精神病が原因で、君はその暴力にあうようなことをしたのだから暴力は自業自得だ』と思わせたり、そう信じさせたりするものだからです。もうひとつの理由は、入院した病棟や治療者、看護師からの報復にあうことへの恐怖

だと思います。再び拘束されるのではないかという恐れや再び閉じ込められる恐怖、ひどい目にあわされる可能性を感じるのだと思います…しかし、私は語ることを選択します。なぜなら拘束とはどういうことか、今の治療現場で何が起きているのかを全ての人に知らせたいのです。

そしてこんな酷い目にあったことに怒っていたし、これ以上自分の中で恐怖を抱えなくなかったからです。つまり、拘束される恐怖、私や私の人生の物語が他者の中傷にさらされる恐怖をこれ以上感じたくないのです。」

この本人は、拘束を沈黙させている理由を以下のように話す。

「実際の現場で起きていることについて無知な面が、被害者を沈黙させている」

「愛する人が患者として人質になっている家族の沈黙もある」

「治療を見捨てられるのが怖いので、彼らは黙り込み我慢をする」「もしくは、たとえ全てではなくとも医者の判断を信頼しているから」「同じように報復を恐れている専門職が黙っていることも理由だと思う」「精神保健サービス内で、拘束に抵抗する勇気をもっている人は、まだとても少ない状況」

さらに病院で縛られた経験をどのように語れるかの問いに対して

「ベッドに誰かに縛られたことは、ものすごく惨めな経験です。…中略…

あっという間に彼らの手が私を捉えてしっかり掴み、いつも以上に権威的に言っていました。『両足を掴んで！動かない！固定して！』腕を首周りに寄せ、もがくとよりきつく固定される。そして、『これでいいわね！問題ないわね！』と強く言い聞かせてきます。

格闘するのをあきらめると、固定もゆるみ、そして畜殺場の肉の塊のようにベッドへ運ばれて、手首と足首は、ベッドの下部や脇に帯で固定されます。動くことは全くできず、

かろうじて見えたのは天井と自分の足だけでした。これで6時間が過ぎ、12,24,48時間固定されたまま時間が過ぎていきました」(Giovanna2020:129-132)

## (2) 語らない、沈黙という形での語り<sup>(6)</sup>

「『精神科で拘束受けたんだけど。ヤバかったあ』ヘラヘラするしかなかった。

なぜなら、あの時の圧倒的な絶望感や怒りや悲しみや孤独は、こうしてあらゆるネガティブな単語を並べてみてももどかしくなるほど言葉にできないものであり、言葉にできないのだから人に伝えようなんて考えにも無理があるからだ。「拘束ってただ動けないだけでしょ、それくらい大丈夫でしょ」という感覚を持つ人がいかに多いかを、私は知っている。それはまず、入院期間中接する医療者の内に目の当たりにした」(匿名 2021:519)

いずれも、ふりかえってみて本人たちの中に生じる恐怖、絶望、孤独、やりきれなさが語られている。果たして、本人が語りたかったことは何かないのだろうか。

「たいい自殺を企てた後や威嚇行為をした後は、病院に入れられました。私は自分の体を切り、縫合され、目隠しされ、座らされて、そのまま精神科に入院させられました。このようにして入院になると、彼らは私をすぐに縛りました。私は誰とも戦いたくなかったのに…。とても疲れていたから。それにもかかわらず、縛られていたことでとても寝苦しかった。精神科医にそのことを告げようとしたが、言葉をかける隙さえも与えられませんでした」(Giovanna2020:134)

「入院時の診察で、生き延びるためのリストカットを、医師は衝動性の高いパーソナリティの表れとして見出した。『拘束ね。まず衝動行為を抑えないと治療できないから。いい?』 厳しい口調に気圧されて、先生に怒られた小学生のように縮こまって『はい』と小さく答えるしかなかった。私の状態への一方的な分析やそれに対する治療方針の説明は、有無を言わせない早いスピードのうちに終了し、何がなんだかよくわからなかった」(匿名 2021:520)

このように、語る機会が奪われ、不安な状況の中で語るができない、語ることをやめてしまう、それぞれの場面が冷静に語られている。同時に、その時何が起こっていたのか、関係者の会話や行為についてもしっかり記憶されていることが確認できる。これまでの時間や生活が突然切り取られ、いつ帰ることができるかわからない。一個人として周囲が理解を示してくれているとの実感がもてなければ、わかってもらえるよう訴えることをあきらめてしまう。むしろ非日常の世界での行動の一つひとつが、症状と結びつけられてしまうことを経験することになる。

強制入院である措置入院と医療保護入院とでは、診断の要件が異なるものの、切迫性、緊急性のなかで対応が急がれる。本人は医療関係者に囲まれ、説明を受けるがその前後に本人が口にする内容は了解不能のものとして扱われるに過ぎない。上記のように本人は「語るができない」まま、あえて「語られない」ことが蓄積されていくことがうかがえる。こうした状況で専門職の介入が始まり、治療計画が立てられ、その後回復、退院、リハビリ、社会生活と、個人差はあれ、それぞれのステージに精神障害者本人が参加することになるが、必ずしも本人の語りが出発とはなっていない。

### (3) 記録の中の本人

本人に関するカルテや記録のなかでも、本人の語りは、症状以外ではほとんど記されることはない。そこでは、現病歴の記載とともに、陳述者として家族や関係者が話した内容に基づき生活歴が埋まっていく。そして処方された薬の種類や量、治療状況など情報が加わっていく。本人の記録であるにもかかわらず、本人以外から得た断片的な記述のため、部分的な理解にとどまることは否めない。同様の指摘と克服への取り組みが、以下の文献で紹介されている。

イタリア・トリエステで精神科医のバザーリアを中心に精神保健改革をすすめていた1970年代、「トリエステの（開放化）実験の汚点」とされていたカメリーノ病棟でのことである。

この病棟は、最も絶望的な病棟の一つとされ、重症の女性の精神病患者が45名収容され、平均在院期間は27年であった。それぞれのカルテには「不潔だ」「落ち着きがない」「自分から食事がとれない」という表現ばかりで、「精神病院病」の症状を列挙したにすぎない、とピツィオーネというひとりの医師がカルテの「質」について憤慨する様子が描かれている(ジル・シュミット2005:33)。やがて医療従事者側は、「あまりにも長い間、患者を違った見方でみることを不可能にしている診断と解釈に自らを一致させてしまっていたために、そこにいる患者を治療不能とみなしてしまっていた」と弊害を指摘している(ジル・シュミット2005:39)。そうしたスタッフの考えを変えるために、医師ピツィオーネはもっとも治療困難な患者たちを共同で討論し、患者の個人史を再現する「再歴史化」を目標に、めいめいがもっている情報を一つひとつ結びつける作業を重ね、入院者の生活歴を再構築していったというエピソードが紹介されている(ジル・シュミット2005:40)。この文献からは、実際の患者本人の「再歴史化」への参加プロセスについて詳細は不明である。しかし、病院というこれまでの生活と異なる「場」において、自身の「再歴史化」は本人のリカバリーにとって、同時に治療者が、本人理解の前提かつ本人との共有の課題として、大きな意味をもつものである。

以上、本人にかかわることでありながら、本人が登場しない「語り」と「記録」について、その位置付けの曖昧さを確認した。日本の精神保健医療福祉においてこの20年近く脱施設化<sup>(7)</sup>地域移行、地域包括と政策的課題が移り変わり、現在、次社会への移行ともかかわる制度改革の検討が行われている。こうしたことを踏まえ次章では、対象となる精神障害者をどのように位置づけているのか、その概観を把握する。

## 2. 現状と次社会への移行的課題

ここでは、語りの場面がつくられなかった背景を法制度の枠組みから検討し、そこでの課題を整理する。

精神障害者が市民としてあたりまえに生きることを実現するために、次の社会の(同時に現行の社会を解体する)推進力となるものが何なのか。

まずは、「地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会報告」をとりあげる。当検討会は2021年10月より翌年6月まで計13回開催され、委員構成は精神医療保健福祉の専門職団体、家族会や当事者組織、自治体、事業所などである。

その次に今般の「精神保健福祉法改正案」をとりあげ、検討すべき課題を整理する。

(1) 厚生労働省「地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」報告書2022年6月9日<sup>(8)</sup>

精神保健医療福祉上のニーズを有する方が地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制を

実現するため、テーマごとに検討し、今後の取組について取りまとめられている。

直近に予定されている関係法令等の改正や令和6年度からの次期医療計画・障害福祉計画・介護保険事業（支援）計画の策定に向けて、次期診療報酬改定・障害福祉サービス等報酬改定・介護報酬改定等の必要な財政の方策も含め、具体的な改正内容について検討を進め、その実現を可能な限り早期に図るべきとしている。

具体的な検討テーマは、現行の「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築のほか、対応の方向性として、「精神保健に関する市町村等における相談支援体制」、「第8次医療計画の策定に向けて」、「精神科病院に入院する患者への訪問相談」、「医療保護入院」、「患者の意思に基づいた退院後支援」、「不適切な隔離・身体的拘束をゼロとする取組」、「精神病床における人員配置の充実」、「虐待の防止に係る取組」である。

報告書では、支援体制の整備についての項目と役割を軸にそれぞれ検討会で出された意見を列挙する形でまとめとなっている。また、今後の検討課題とされた事項については、「本検討会での議論も踏まえ、実効的かつ具体的な方策を検討できるよう、厚生労働省において、調査研究等を活用し、引き続き、実態把握や論点の整理を進めるべきである」という点にとどめている。

この検討会での議論が、本稿の主題と関連するのは、主に第5「医療保護入院」と第6「患者の意思に基づいた退院後支援」である。以下報告書から一部抜粋する。

#### <第5 医療保護入院（報告書 20～35 頁）>

「医療保護入院」に関しては、他の検討項目と比べ多くの頁を割いている。課題となっている医療保護入院の見直しについて、現状認識として「法令の規定に基づき、患者の権利擁護を図りながら、入院医療が提供されている（同 20 頁）」、「諸外国においても、制度の運用方法が異なるなか、患者の同意を得ずに入院を行う制度は存在しており、権利擁護の仕組みとともに運用されている（同 20 頁）」と記されている。

医療保護入院の諸課題の対応策として「入院医療を必要最小限にするための予防的取組の充実」「医療保護入院から任意入院への移行、退院促進に向けた制度・支援の充実」「より一層の権利擁護策の充実」の3点が掲げられている（下線筆者）。続いて、医療保護入院全体の今後の検討課題について述べられている（同 26～31 頁）。患者の同意についての記載を一部紹介する。

「誰もが安心して信頼できる入院医療が実現されるよう、今後、患者の同意が得られない場合の入院医療のあり方などに関し、課題の整理を進め、将来的な見直しについて検討していくことが必要となる（同 26 頁）」

「医療へのアクセス確保の観点から、患者の状況・症状によっては、その同意によらない入院を行えないとすると、患者の不利益につながる可能性があるのではないか（同 26 頁）」

（患者のニーズに応じた医療の提供等）

「統合失調症の急性期の状態等にあり患者が明確に同意を拒否している場合がある一方、認知症等によ



り病状は安定しているものの患者自身が有効な同意の意思表示を行えない場合が増えている現状も踏まえ、精神疾患の特性により、様々な場合があり得ることを念頭に置く必要があるのではないか（同27頁）」。

<第6 患者の意思に基づいた退院後支援（同32頁）>

対応の方向性として「患者の意思に基づいた退院後支援は、入院早期から支援体制を構築し、病院と連携しながら、多職種・多機関の協働を図るものであり、『包括的支援マネジメント』の一環としての位置付けを有する（同32頁）」。

この第6「患者の意思に基づいた」とあるものの、患者の意思に関する具体的な言及はない。

以上2つの項目について検討内容を抜粋する形で紹介した。「長期在院者自身の視点から（同25頁）」「患者のニーズに応じた（同27頁）」、「患者の意思に基づいた（同32頁）」などの記載は、一見本人を尊重する態度である。しかしそのあとに「権利擁護」が続く。ニーズや意思について、今後の課題としてそれらの権利を制限してしまうことへの問いなおしではなく、支援する側があくまでも本人に対して配慮しなければならないという表現にとどまっている<sup>(9)</sup>。

(2) 精神保健福祉法改正案とその課題

本稿を執筆中、第210回国会（令和4年臨時会）に障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律等の一部を改正する法律案が東ね法案として提出され（令和4年10月26日）、精神保健福祉法改正<sup>(10)</sup>もこの中に含まれている。

今回の精神保健福祉法改正案は、医療保護入院制度の見直し、入院者訪問支援事業の創設、精神科病院における虐待についての通報義務等に関するものである。

まず精神保健福祉法第一条目的で、現行の「精神障害者の医療および保護」から「この法律は、障害者基本法（昭和四十五年法律第八十四号）の基本的な理念にのっとり、精神障害者の権利の擁護を図りつつ、その医療及び保護を行い」と改められている。

①医療保護入院制度の見直し

前回（平成26年施行）の精神保健福祉法改正時でも大きな変更となった医療保護入院については、今回は家族同意と市町村同意に関して変更がなされる。

家族等が同意・不同意の意思表示を行わない場合にも、市町村長の同意により医療保護入院を行うことを可能とする等、適切に医療を提供できるようにするほか、医療保護入院の入院期間を定め、入院中の医療保護入院者について一定期間ごとに入院の要件の確認を行うこととしている。後述するが、医療保護入院については、従来から入院形態そのものを見直す議論がなされており、先述の「地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」でも「医療保護入院制度の廃止・縮減に向けた具体的かつ実効的な方策」（2022年3月31日第8回検討会資料）がとりあげられていた。しかし結果として同年6月の報告書には入院制度は残り、続く今般の法改正では詳細な手続きを設けるという形となっている。例えば、入院時に

精神障害者だけでなく家族にも書面で入院措置をとること・退院等請求に関することを通知し、通知事項に入院理由が追加される。入院後は、入院期間を定め入院要件を確認する。その後も入院要件を満たすことが確認され、更新の届出を提出すれば、入院期間が更新されることになる。また、病院の管理者は、家族等に必要な事項を通知のうえ、一定期間経過後もなお不同意の意思表示を受けなかったときは、同意を得たものとみなすことができることとするとしている（下線筆者）。

では、この家族の不同意の意思とは、どこに求めることができるのであろうか。また、入院継続が必要であることを医療側から提示されたあとで、入院継続に反対することが現実的にできるのであろうか。家族の同意が入院開始時に必要とされるだけでなく、不同意の意思表示がなければ退院が継続することも制度上認めてしまうことになる。退院の時機を見失わないためにも、運用のなかで十分検討すべき課題である。入院へのアクセスの確保が必要であり、入院中の患者の権利擁護をすすめるとしつつも、任意入院から医療保護へと入院形態の変更は、手続き上可能である。さらに、精神医療審査会での退院請求等の審議を紙面で行うことの限界、非自発的入院に対する本人からの異議申し立てが出されても、退院となる可能性が非常に少ない実態での権利擁護とは何か、今回の法改正の中でそこへの具体的な検討策は見当たらない。

### ②入院者訪問支援事業の創設

入院中の患者が、医療機関外の者との面会交流が途絶え孤独になりやすいといった課題に対し、市町村長同意による医療保護入院者等を対象に、外部との面会交流の機会を確保し、その権利擁護を図ることが必要であると創設された事業である。都道府県知事等が行う研修を修了した入院者訪問支援員が、患者本人の希望により、精神科病院を訪問し、本人の話を丁寧に聴くとともに、必要な情報提供等を行うとしている（下線筆者）。訪問支援員が「本人の話を丁寧に聴く」とあるが、外部の社会資源に委ね、入院者に対するアドボカシー機能が促進されることを期待するが、それでも病院内での本人の主体化への働きかけがないままでは、形骸化する可能性は否めない。

### ③対象の拡がりとしての包括的支援と公的機関の役割と責任

ほかには、第46条「精神障害者等に対する包括的支援の確保」が新設される。

*「この節に定める相談及び援助は、精神障害の有無及びその程度にかかわらず、地域の実情に応じて、精神障害者等（精神障害者及び日常生活を営む上での精神保健に関する課題を抱えるもの（精神障害者を除く。）として厚生労働省令で定める者をいう。）の心身の状態に応じた保健、医療、福祉、住まい、就労その他の適切な支援が包括的に確保されることを旨として、行われなければならない」*（下線筆者）。

これはメンタルヘルスの不調者に対し、精神保健福祉法内による対応（必要な情報の提供、助言その他の援助）を都道府県及び市町村が行うことができるというものである。医療につながらない人を含み、広くメンタルヘルスのニーズを抱えている人たちの地域での対応はこれまでも課題となっていた。しかしそのニーズは個々に異なり複雑化しており、精神保健福祉法で

対応できることばかりではなく、仮に医療が必要としても、入口が非自発的入院ありきとなってしまうことを考慮する必要があるのは言うでもない。

それに続くのが、相談窓口の設置とその対応、さらにその後の支援に関することである。地域保健行政と福祉行政との連携、整備が求められている。精神保健福祉法、地域保健法、障害者総合支援法、地方自治法他、各根拠法により都道府県、市町村がそれぞれ実施主体となるが、地域ごとに条件も異なり、課題が絡み合っていることが推測される。そうした中、今回の精神保健福祉改正では、医療保護入院の手続きにおいて家族が意思表示を行わない場合、市町村長が同意の可否を判断することになり、一方新規の医療保護入院者の訪問支援事業は、都道府県等任意事業である。また精神科病院内での虐待対応は都道府県等への通報義務となり、国は病院の業務従事者による虐待に係る調査及び研究を行うとしている。同時に改正障害者総合支援法では、地域の相談支援の中核的機関として基幹相談支援センターの役割・機能の強化が図られることとなり、市町村は設置にかかる努力義務をおう。また地域生活の緊急対応や地域移行を推進する地域生活支援拠点等の整備に関しても、市町村の努力義務等が設けられる。都道府県は管内市町村における整備や機能充実に向けた広域的支援とされている。

こうした現状を踏まえ精神科医療機関と自治体との連携体制について、体系的に整理されたのが図1となる（野口2022：5）。

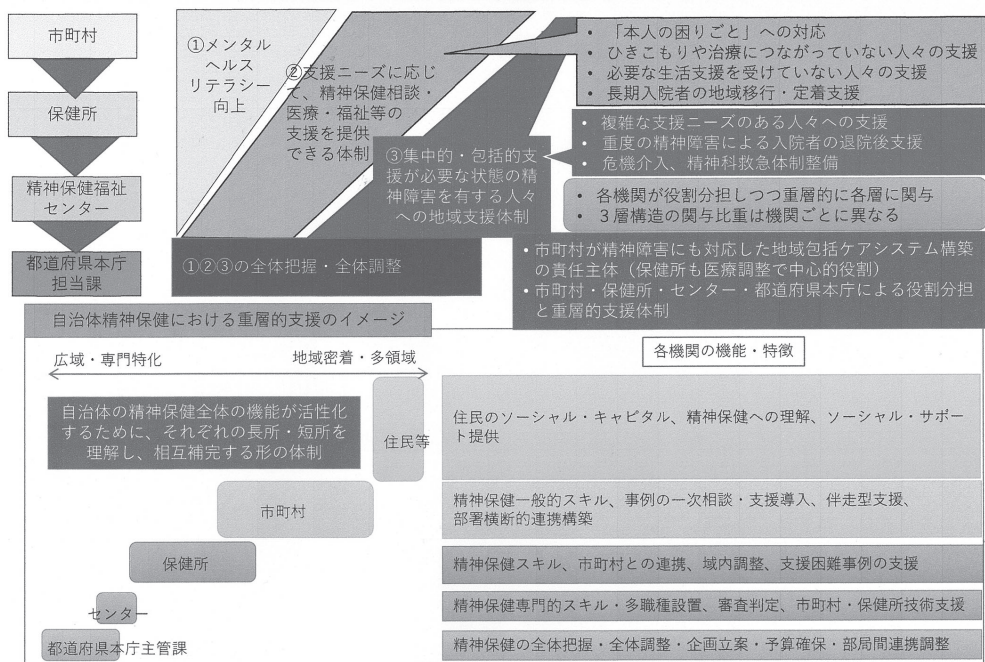
この間、長期入院者の地域移行や地域定着の課題は、事業化され一部の地域モデル事業がすすめられてきたものの、全体としては受け皿となる社会資源の不足が指摘されてきた。しかし自治体福祉計画に反映させていくことや、その前段となる実態調査のなかで長期入院者数や入院期間など自治体側の問題への関心や把握といった点において、これまで十分ではなかった。問題の実態を行政が十分認識しない、あるいは自治体間や医療機関と議論することなくして、地域の様々な課題に対応できるしくみの整備は困難であると思われる。

### （3）精神保健福祉法制度の今後における「場」の移行に向けた課題

前節では、精神保健福祉法改正点に関しての課題を整理したが、あらためて今回の改正フレームが現行の精神科への入院体制（措置入院、医療保護入院、医療観察法による指定入院）ありきですすめられていると認識せざるを得ない。

本稿のもう一つの問題意識が、精神障害者本人が存在する質を伴う「場」の再生である。これまで制度の中での本人の位置付けを探ってきたが、いまだあたりまえの権利を主張する存在にはなっていない。今般の改正精神保健福祉法の目的に「精神障害者の権利の擁護を図りつつ」が追加され、「その医療及び保護を行う」と変わらず続く。精神障害者が医療のなかで保護される存在と括られてしまうことを超えてはいない。医療モデル内での場の移行であることと、相談支援の対象を広げるだけでは、結果として治療ならびに支援対象を分断化することになると思われる。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの観点から見た自治体の重層的支援体制



出典：平成28年～30年度厚生労働行政推進調査事業費補助金 障害者政策総合研究事業「精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究」（研究代表者：藤井千代）分担研究「自治体による効果的な地域精神保健医療福祉体制構築に関する研究」（分担研究者：野口正行）

図1

これまででも精神保健医療福祉における制度上の課題について、抜本的な見直しが必要であることが各団体・組織から意見が出されてきた。日本精神神経学会「精神保健福祉法改正に関する学会見解」（2022年9月28日）<sup>(11)</sup>、日本弁護士連合会「精神保健福祉法改正案の見直しを求める会長声明」（2022年11月9日）<sup>(12)</sup>、全国「精神病」者集団声明「精神保健福祉法改正法案の閣議決定にあたって」（2022年10月14日）<sup>(13)</sup>等があげられる。それぞれの立場から制度の根幹にかかる問題を提示しており、このあとも止めることなく一層の議論を重ねていく必要がある。その際、日本の精神保健医療福祉制度が海外からどのようにみられてきたのか、あらためて確認すべき時代を迎えていることになる。

### 3. 市民としての権利をとりもどす 場の再生としてのコミュニティ

本稿の目的は、精神障害者本人が市民として、社会の中で存在する場を質的にもどのように確保していくのか、市民的権利と「場」の形成の点から検討を行うことであった。最終章では、国連障害者権利委員会による障害者権利条約に基づく日本政府への勧告(2022年9月9日公表)内容等をもとに、国際的基準と比較して日本の障害者の現状を分析し、市民としての権利を獲

得するための課題の整理を行う。そして、現代における市民としての語りの「場」と「方法」についての今後の研究的課題の方向性を示すこととしたい。

これまで幾度となく日本の精神科医療の体制についてはWHO等による調査やそれらに基づく勧告が行われてきた。以下、精神衛生法当時の国際法律化委員会からの勧告概要である。

#### (1) 1986 国際法律家委員会、国際医療従事者専門員会による調査報告ならびに勧告

日本の精神科医療に関しては1968年WHO顧問(D.H.クラーク博士)等から日本政府に勧告がなされたものの、国内の状況の変化はもたらさなかった。その後1983年宇都宮病院で職員らの暴行により患者2名が死亡した事件は、国内外に大きな影響を及ぼすこととなった。そうした中、1984年国際法律家委員会(IJC: The International Commission of Jurists)は、当時の中曽根総理大臣に書簡を送ったが、これに対する返答はなかった。そこで、IJCは、1984年9月に日本に調査団を派遣しその実態を調査、勧告とともに報告書を提出することを決定した。その後ICJは新たに設立された国際医療従事者専門委員会(ICHP: The International Commission of Health Professionals)の調査団への協力の依頼を行い、IJCとICHP調査団による日本での調査が、1985年5月に東京およびその近隣県で行われた(精神医療人権基金運営委員会1986)<sup>14)</sup>。その後、1988年、1992年と調査団による調査が行われている(国際法律家委員会1996)。

ここでは、1985年第1回目の調査報告および勧告の概要について紹介する。調査団によると当時の日本の精神医療制度の状況は、精神障害者の人権及び治療という点において、きわめて不十分とみなされなければならないと結論づけている。そのなかで「われわれの主な関心事は、日本における全体的制度であり、精神衛生サービスの新たな方策、そしてまた法的保護の新たな形態の検討にあり、こうした検討によって、精神障害者の人権が十分に尊重され、人間的かつ効果的治療が整備される諸条件が作り出され得ることとなろう」としている(精神医療人権基金運営委員会1986: 106-107)。さらに、精神障害者に対する治療および対応という点で、日本の文化的特異性について、以下のような言及がなされている。「確かに関連性もあり、重要な問題ではあるが、われわれは、普遍的な人間の欲求と人権の根源的性格は文化的要素を超えると考えている。特に日本が近代的技術と管理に向けて、急速かつ成功裡に移行しつつある状況と対比してみれば、精神障害者に対する厳しい烙印化と精神障害者が蒙っている社会的差別のみならず、精神科治療の内容を検討することは正当性をもつものである」。当時の精神衛生法に関する問題点として「日本国憲法および日本が批准している市民的・政治的諸権利についての国際規約に記されている諸権利は、精神障害者に対し完全には保障されていない」(精神医療人権基金運営委員会1986: 107)としている。

全体的に精神障害者が置かれている状況とそれを支えている制度や体制についての指摘であった。その後約40年経過したが、続いて今回の障害者権利条約の審査所見についてとりあげる。

(2) 国連障害者権利委員会による障害者権利条約に基づく日本政府への勧告（2022年9月9日公表）<sup>(15)</sup>

2006年に国連障害者権利条約が採択され、日本が批准したのは2014年である。2022年8月22,23日にジュネーブで締約後初の審査が行われ、9月9日に権利委員会から日本政府へ勧告（総括所見）が出された。なお、権利委員会は日本政府に対し、2028年2月20日までに定期報告の提出を求めており、その報告には今回の勧告が国内でどのように実施されたかという情報も含めるよう要請をしている。Ⅰイントロダクション審査の経緯、Ⅱ肯定的側面、条約実施面での肯定的に評価できる事項、Ⅲ主な懸念事項と提言、各条文での懸念事項と勧告、Ⅳフォローアップ情報発信と次回の報告という構成である。

Ⅲ「一般原則と義務」より一部を抜粋する。「7 (a) 障害者に対する父権主義的アプローチを伴うことで、条約に含まれる障害の人権モデルと調和していない」「9 (C) 司法、司法部門の専門家、国や自治体レベルの政策立案者や議員、教師、医療、保健、建築設計、ソーシャルワーカー、その他障害者に関わる専門家の間で、条約で認められた権利の認識が限られている」といった障害者全般にかかる懸念事項が示されている。

続いて14条と19条の内容を紹介する。

〈14条 Liberty and security of the person 身体的自由及び安全〉

障害者の強制入院を、障害を理由とする差別であり、自由の剥奪に相当するものと認識し、実際の障害または危険であると認識されることに基づく障害者の強制入院による自由の剥奪を認めるすべての法的規定を廃止すること。

〈19条 Living independently and being included in the community 自立した生活及び地域生活への包容〉

障害児を含む障害者の施設収容を廃止するため、予算配分を障害者の入所施設から、障害者が地域社会で他の人と対等に自立して生活するための手配と支援に振り向けることによって、迅速な措置をとること。

精神科病院に入院している障害者のすべてのケースを見直し、無期限の入院をやめ、インフォームド・コンセントを確保し、地域社会で必要な精神保健支援とともに自立した生活を育むこと。

障害者団体と協議の上、障害者の自律と完全な社会的包摂の権利の承認を含め、障害者が施設から他の人と平等に地域社会で自立した生活に効果的に移行することを目指す、期限付きのベンチマーク、人材、技術、資金を伴う法的枠組みおよび国家戦略、ならびにその実施を確保するための都道府県の義務付けを開始すること等である。

これら主体としての人間の存在と人権の考え方、それを貫く制度設計を見直すべきという指摘は施策の根幹にかかわるものである。今回の所見を受け、各法において詳細な照合、検証を行ううえでそうした本質的な議論を避けることはできない。

### (3) 存在する場としてのコミュニティとメンタルヘルス

歴史的にも幾度となく批判を受け、日本の障害者に対する支援全般、また精神保健医療福祉制度における課題の積み残しのなかに、精神障害者本人像が保護されるままの存在であることをここまで確認してきた。同時に、今後時代とともに新たな社会基盤づくりが求められているのもまた事実である。

先述の本人による、「何も言わないで従う友人」「(強制的な治療としての)暴力に屈しない形で戦う私」(ジョバンナ 2020:P135) のことばのように、紛れもなく本人たちは意思をもちそこに存在している。こうしたことが、市民であることの承認と関連するのは、臨床の場の意思決定と大きくかわるからであることを繰り返し述べてきた。しかし本人の意思は同意判断能力の問題とは無関係ではなく、「代行判断」に関する議論も残されている<sup>(16)</sup>。

そして、存在する場として、医療を含むコミュニティに関する議論の整理が必要である。そのひとつにヨーロッパ地域精神保健ネットワーク (EUCOMS) のコミュニティベースのメンタルヘルスケアの原則と実践が参考になる。René Kee (2019) らの研究では、脱施設化から地域ケアへの移行への障壁として、政治的優先度の低さと不十分な財源、利害関係者間の合意形成の問題、セクター間の協力の欠如、メンタルヘルスをプライマリーヘルスケアに統合することの難しさ、強力なリーダーシップの欠如、変化への抵抗などを指摘している。このように医療と社会的介入の統合に関する研究の重要性が示唆されるほかに、アドボカシーの視点からは、相川 (2017 他) の研究では、ピアサポートがコミュニティ・インクルージョンへの可能性を示唆しているが、他方同意判断能力 (松田、藤井 2020:1314) と本人の責任の問題にもふれていくことが必要であろう。さらに、先述の国連障害者権利委員会レポートの第19条「自立した生活及び地域社会への包容」で、より注意喚起すべき点として強調されているように、今、生きることに困難を抱えた人々の受け入れの脆弱さを克服するための地域社会づくりが、各セクター、構成員に求められている。こうした社会的課題に対し、分野を問わず検証してきたように「協働的コミュニティ力」の形成と基盤強化のための「本人主体の社会化」が重要な意味をもつことは言うまでもない。

### おわりに

ここまで、精神障害者が一人の市民として地域でごくあたりまえの生活を送るために、本人が存在する多様な「場」において、日本の法制度やコミュニティが、自らが語る機会を確保してこなかったことを検証してきた。言い換えれば、精神障害者が権利の主体として尊重され、ごく普通の市民として「暮らしの場と質」を確保するうえで、日本の制度設計は「本人の声」を聴くことに拒否的でもあったといえる。本論では、次社会に向けて歴史と現実を踏まえた本人の語りの意味を再考することの新たな位置づけの必要性に言及した。

そうしたなかで、「当事者として」の経験のみならず、病気や障害を受け入れがたい状況（＝当事者になることを拒否）であっても、一市民として「本人が語ること」、関係性の中で「語らされていること」、「本人が語るができないこと」があり、それぞれ本人が存在する「場」の記述がともに欠かせないことを確認した。

続いて「場」を検討するにあたり、直近の障害者権利条約等での勧告は、まさに生きる場への指摘であり、主体として本人が存在する場の再生を急がなければならないことを示唆するものでもある。さらに「語る」という行為は、聴き手との相互交流である。北中（2021）は「治療者や支援者が関心を示してくれる内容を患者は体験的に理解し、話題を取捨選択している」と指摘する。ならば症状のみに焦点化せず、しかも退院後の生活の枠組みにとらわれない聴き方とは何なのか、支援者と本人とが継続して協働で創造していくことが期待される。

残された課題としては、この領域で現在障害者総合支援法のもと、進みつつある医療モデルから社会福祉モデルへの移行についての議論の整理と検証である。そのなかで、新たな「separate parallel track（別々の並行の道筋）」の形成（Lisa Waddington, Matthew Diller 2002）に傾斜しすぎることなく、イタリアの精神保健改革のコアとなった精神病患者自身の「再歴史化」について今一度、立ち返ることが求められている。

〔注〕

- (1) 精神保健福祉法 29 条 1 項「都道府県知事は、申請や通報等の規程により、診察を受けた者が精神障害者であり、医療及び保護のために入院させなければその精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害をおよぼすおそれがあると認められたとき」は、行政権限により強制的に入院が行われる措置入院に関して規定している。また 33 条の 1 項 1 号で「診察の結果、精神障害者であり、かつ医療及び保護のための入院の必要がある者であって当該精神障害のために任意入院が行われる状態にないと判定されたもの」は医療保護入院の要件である。こうした非自発的（強制的な）入院の手続きが、適切に行われれば問題がない、ということではない。後述するが、制度は手続きに瑕疵がなければその正当性が担保されるわけではない。診察における、精神障害の有無、入院の該当要件の判定の手続きそのものが、本人にとっては強制的な介入の場面となることが想定される。通報による診察はその例である。強制的な入院の妥当性を診断するという行為もまた、憲法が保障する身体的自由、居住・移転の自由、自己決定権等の制約にならないのかといった論点からの検討も当然必要であろう。2021 年日本弁護士連合会「精神障害のある人の尊厳の確立を求める決議」と提案理由においても同様の問題提起がなされている。
- (2) 「当事者とは、『問題を抱えた人々』と同義ではない。（中略）私の現在の状態を、こうあってほしい状態に対する不足ととらえて、そうではない新しい現実をつくりだそうとする構想力を持ったときには、はじめて自分のニーズとは何かがわかり、人は当事者になる」（中西、上野 2003：23）と当事者が世界を変える可能性を言及する。熊谷は「当事者」という語をおくことで、研究対象がカテゴリー化された障害属性ではなく、自分の唯一無二性であるという点を強調していることも重要であると当事者研究を評価する一方、当事者研究コミュニティの内部には再び中心一周縁構造が生まれることが考えられると指摘する（熊谷 2022：625）。

白田（2016）は「ある人がいつから“当事者”になるのかという問題と、現在を生きている人のなかでどこまでの範囲の人を「当事者」と呼ぶことができるかという点について、論考を行っている。「精



神の病い」を経験し「精神の病い」にかかわる「生きづらさ」を「引き受け」ていることを「自己と世界の喪失」として議論を展開している (白田 2016:161-162)。

- (3) 精神保健福祉法 36 条の「精神科病院の管理者は、入院中の者が、その医療又は保護に欠くことのできない限度において、その行動について必要な制限を行うことができる」とある (下線筆者)。当該条文について、行動制限が医療又は保護に欠くことができない限度とは「患者の病状又は状態像に応じて合理的と認められる必要最小限の範囲内」と解釈されている

(精神保健福祉法詳解 2016:401-402)。法律第 36 条第 3 項の規定に基づき厚生労働大臣が定める行動の制限 (平成 12 年 12 月 28 日厚生省告示第 536 号による改正) では、「患者の隔離」や「身体拘束」の行動制限について定められている。さらに、法律第 37 条第 1 項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準 (平成 26 年 3 月 14 日厚生労働大臣告示第 130 号) では、処遇の基準を定めている。

毎年 6 月 30 日午前 0 時時点の「隔離の指示」「身体拘束の指示」の有無を集計しており、隔離指示件数は 2019 年度 12815 件、2020 年度 12689 件、身体拘束指示件数は 2019 年度 10875 件、2022 年度 10995 件である。

- (4) この発言は、下記に記されている。  
「強制入院」の体験を語る 座談会「当事者と精神科医とで、「強制入院」に対する率直な思いを話し合おう」vol.24 no.6 精神看護 (2021) p506-517
- (5) 1978 年法律 180 号により精神病院の閉鎖が始まり地域の地域精神医療をすすめてきたイタリアも、精神医療や認知症施設の現場では身体拘束が存在している。拘束廃止の運動を長年続けてきた精神科医であり、脱施設化の病院内プロセスや地域での精神保健サービスに携わってきた Giovanna Del Giudice の著書 (2020: 129 ~ 141) のなかの、当事者アリーチェへのインタビューである。
- (6) 昨今拘束に対する現状を問いなおす研究や拘束ゼロを目指す医療実践などが多く出されている。本稿の目的は、身体拘束の直接の検討を行うことではないが、長い間日常的な医療行為となっていること、拘束の行為と拘束による空間構造が、本人の語りを奪うことにつながるという点は本文の例からも明らかである。関連文献としては、拘束された体験、する側の心理、判例など以下を参考にした。

匿名「強制入院」の体験を語る「私は身体拘束を生き延びたのか？」精神看護 24 巻 6 号 (2021) p518-524

社本昌美「身体拘束は、行う側をも傷つける」精神看護 vol.25 no.1 (2022) p17-19 では、看護師側の描写が掲載されている。

手足の循環障害を防止するためにきつく圧迫してはならず、また同一体位での苦痛の軽減をはかり、褥瘡を予防し、腰ベルトは可動域を保って装着するなど、精神科看護師だけにわかるノウハウが多くある。身体拘束をする場合、患者さんが素直に応じることはほとんどなかった。身体拘束に至る経過として自傷他害の恐れが要因であることが多いので、精神保健指定医が記載した説明文章を読み上げた後、本人の同意を取らずにそれは行われる。説明を聞いて興奮し、逃げ出そうとする方、叫んで暴れ抵抗する方が多かった記憶がある。それはそうだと思う。ベッド上に自分の身体を拘束帯で固定され動くことができなくなることに、「はい、そうですか」と素直に応じる人のほうが珍しい。

そのため医師が説明を終え、ゴーサインを出す時は、その背後に屈強な男性看護師が数名待機していることが多かった。暴れて抵抗された場合は看護師が数名で押さえ、他の看護師が拘束帯を素早く固定するという流れだった。この場合、身体を押さえているのは男性看護師が多いので、女性看護師は施行する側に回る。

その他判例としては、精神科病院で入院中に身体拘束を受けた患者が死亡したことに対し、身体拘束の違法性が問われた事件 (名古屋高等裁判所令和 2 年 12 月 16 日判決、金沢地方裁判所令和 2 年 1 月 31 日判決) などがある。

- (7) 2000 年代初期に社会的入院の解消を政策目標として掲げ、「入院治療中心から地域生活中心へ」と国

## 精神障害者本人の語りと「場」の再生に関する検討（緒方由紀）

は精神保健医療福祉施策を転換させてきた。地域側の社会資源を整えることや精神科病床の機能転換など打ち出してきたが、依然として存在する社会的入院者や新たな長期入院患者も増加している。精神科病院中心から地域での生活を取り戻すなかで、社会資源や本人、家族の事情に応じて地域移行が実現しない難しさがあると繰り返すだけでは、構造的な硬直状態が持続したままである。

- (8) [https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-syougai\\_322988\\_00011.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-syougai_322988_00011.html)  
(アクセス日 2022.11.10)
- (9) 日本弁護士連合会は『「地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」報告書の身体的拘束要件の見直しに対する意見書』（2022年10月19日）を公表している。そのなかで精神科病院における身体的拘束につき、処遇基準告示の見直しの方向性、すなわち精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第37条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準（厚生省告示第130号）の要件に「治療の困難性」を加えることに反論している。加えて厚生労働省の提言内容は、精神科病院に入院中の精神障害のある人の人権保障の観点から様々な問題点があること、当連合会「精神障害のある人の尊厳の確立を求める決議」（2021年10月15日）に照らしても見直すべき諸課題があること、特に差し迫った喫緊の課題として、身体的拘束の要件見直しの方向性についての具体的な指摘事項を挙げている。
- (10) 改正の趣旨は、障害者等の地域生活や就労の支援の強化等により、障害者等の希望する生活を実現するため、①障害者等の地域生活の支援体制の充実、②障害者の多様な就労ニーズに対する支援及び障害者雇用の質の向上の推進、③精神障害者の希望やニーズに応じた支援体制の整備、④難病患者及び小児慢性特定疾病児童等に対する適切な医療の充実及び療養生活支援の強化、⑤障害福祉サービス等、指定難病及び小児慢性特定疾病についてのデータベースに関する規定の整備等の措置を講ずるとしている。③が精神保健福祉法改正に該当する。
- なお、本稿の提出後、「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律等の一部を改正する法律案に対する附帯決議」が令和4年12月8日に参議院厚生労働委員会より提出され、12月10日に参議院本会議で可決成立した。
- (11) 公益社団法人日本精神神経学会 理事長 久住 一郎「精神保健福祉法改正に関する学会見解」（2022年9月28日）精神科医療・保健・福祉に関連し諸問題を解決する方策として4つの柱にまとめている。以下その概要である。

### I 法体系自体の見直し

精神保健福祉法が、医療、保健、福祉の領域を網羅した特別法の形となっており、精神障害を特殊扱いし他障害と比し施策の遅れや歪みを生じさせていること。医療、保健に関する条項と福祉に関する条項は分離し、他障害に劣らない施策が講じられるべきである。また、精神保健福祉法が、精神障害者の人権擁護、自立支援、社会参加の視点がきわめて不十分であること。国際連合の精神疾患を有する者の保護およびケアの改善のための原則、障害者の権利に関する条約（障害者権利条約）、障害者基本法、障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律（障害者差別解消法）等の理念に基づき、精神障害者の権利保障と差別解消に向けた施策が必要であることを明示した立法がなされるべきである。

例えば、法律の目的（第1条）では、「医療と保護」が掲げられているが、障害者基本法等においては「保護」という用語は使われなくなっており、「保護」を削除すべきである。

また、患者の同意が得られない処遇や治療、行動制限については、医療、福祉全般にかかわる問題であるにもかかわらず、これを精神科医療のみに限定された問題であるかのように扱ってきたことが特殊扱いを助長してきたという側面もあるので、将来的にはこれらを網羅した立法が検討されるべきである。

### II 非自発的入院制度を抜本的に見直し

保護者制度は廃止されたものの、強制力の発動が家族の同意によって有効となるような形態を残

した問題はそのまま継続している。むしろ、これまでは家庭裁判所で保護者の選任を行うことにより曲がりなりにも行われていた国の関与を放棄した点で、却って国や地方自治体の責任を不明確なものにしたとも言える。入院に同意した家族であっても、入院後にその同意を取り消す方法がなく、患者の退院を求めるためには精神医療審査会への請求しかないというのは完全な不統一であり、これも強制性発揮およびそのチェックの責任主体が不明確であることに由来する。医療における強制性を発動する主体は国家もしくは公権力でしかあり得ない。家族同意はなくし、非自発的入院の開始、その妥当性の判定、適切な時期の退院などは、国と自治体の責任であることを明示すべきである。また、入院要件を厳格かつ明確にし、国や地方自治体の責任を明確にすれば、措置入院と医療保護入院という二つの強制入院の制度は不要となるので、将来的にはこれらを一本化した強制入院制度を検討すべきである。

そのほか、Ⅲ 入院患者の退院促進および権利擁護を抜本的な改善、Ⅳ 適正な精神科医療・保健・福祉の確保を明記すべきと続いている。

- (12) 日本弁護士連合会「精神保健福祉法改正案の見直しを求める会長声明」2022.11.9

本改正による医療保護入院の実質的な温存及び医療保護入院の適用の範囲拡大並びに不十分な虐待対応スキームの導入について見直しを求めるものである。合わせて、国連・障害者権利委員会が総括所見で示した強制入院制度の廃止を視野に入れた精神保健福祉制度の抜本の見直しに向け、当事者・当事者団体はもとより、人権擁護の担い手である弁護士会を含めた議論を開始するよう求めている。

「精神障害のある人の尊厳の確立を求める決議」は以下のサイトで確認できる。

[https://www.nichibenren.or.jp/document/civil\\_liberties/year/2021/2021.html](https://www.nichibenren.or.jp/document/civil_liberties/year/2021/2021.html)

(アクセス日 2022.11.3)

- (13) 全国「精神科」者集団声明「精神保健福祉法改正法案の閣議決定にあたって」2022年10月14日  
<https://jngmdp.net/2022/10/14/20221014/> (アクセス日 2022.11.3)

- (14) 1986年の日本側の「精神医療人権基金」運営委員会は、委員長に柏木博元日本弁護士連合会会長、副委員長に精神科医であり国際医療専門職委員会の日本代表である広田伊蘇夫をはじめとし、18名の法律家、精神科医、精神科ソーシャルワーカーらにより構成されていた。

- (15) United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities Committee on the Rights of Persons with Disabilities Concluding observations on the initial report of Japan Twenty-seventh session ADVANCE UNEDITED VERSION 9 September 2022

日本語仮訳は以下を参照した。

<https://porque.tokyo/2022/09/09/crpd-2/> (アクセス日 2022.11.3)

<https://www.dpi-japan.org/blog/workinggroup/crpd/recommendations-for-japan/>

[http://porque.tokyo/\\_porque/wpcontent/uploads/2022/09/CRPD\\_C\\_JPN\\_CO\\_1\\_49917\\_E-ja-2.pdf](http://porque.tokyo/_porque/wpcontent/uploads/2022/09/CRPD_C_JPN_CO_1_49917_E-ja-2.pdf) (アクセス日 2022.11.3)

- (16) 松長、藤井 (2020 : 1311-1318) は医療倫理の観点から、臨床の間では本人の意向に基づかない治療決定がなされることについて、治療同意判断能力を軸として、英国の Mental Capacity Act2005 (意思決定能力法) を紹介しながら、意思決定支援の哲学的、倫理的原則を支援の場実に実装・均てん化するための統一的なガイドラインや法的な整備が重要としている。

#### 〔文献資料〕

相川章子「ピア文化とコミュニティ・インクルージョン」精神科 31 巻第 6 号科学評論社 538-547 (2017)

E. ゴッフマン著 石黒毅訳「アサイラム 施設被収容者の日常世界」誠信書房 (1993)

石井美緒、長谷川花、杉山直也「精神科救急における意思決定支援と共同意思決定 (SDM)」

精神医学 62 巻 10 号 (2020) p1319-1325

- 石原浩二他『精神医学と当事者』東京大学出版（2016）P3
- 伊藤順一郎他『病棟に頼らない地域精神医療論』金剛出版（2018）
- 緒方由紀「当事者の意思決定支援と社会的責務」佛教大学福祉教育開発センター紀要第14号（2017）p21～45
- 緒方由紀「法制度と本人不在」岡村正幸編著『精神保健福祉システムの再構築 非拘束社会の地平』ミネルヴァ書房（2020）p75-114
- 岡村正幸「内と外、排除の論理を超えて」岡村正幸編著『精神保健福祉システムの再構築 非拘束社会の地平』ミネルヴァ書房（2020）p1-38
- 加藤博之、長谷川利夫「令和元年度（2019年度）「精神保健福祉資料」（630調査）から検証する我が国の精神科病院の身体拘束使用に関する状況」病院・地域精神医学64巻1号（2021）p34-44
- 北中淳子「共感の技としての精神医療—医療人類学的視点—」精神神経学雑誌第123巻第9号（2021）
- 北中淳子「主観性のテクノロジーとしての精神医学—医療人類学的視点—」精神神経学雑誌第124巻第9号（2022）p637-644
- 喜多加実代、浦野 茂「実践の記述としての「当事者」の概念分析」社会学年報 No.46（2017）P3-14
- 熊谷晋一郎「当事者研究と研究の共同創造」精神神経学雑誌124巻第9号（2022）p623-639
- 厚生労働省「地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」報告書（2022）
- 熊倉陽介、金原明子、金田渉、笠井清登「共同意思決定支援ツール『質問促進パンフレット』と『診察サブリ』の作成の試み」精神医学62巻10号医学書院（2020）p1359-1367
- 国際法律家委員会編『精神障害者の人権——国際法律家委員会レポート』明石書店（1996）
- Giovanna Del Giudice 著、岡村 正幸監訳 / 小村 絹恵訳『いますぐ彼を解きなさい—イタリアにおける非拘束社会への試み』ミネルヴァ書房（2020）
- 後藤基行『日本の精神科入院の歴史構造 社会防衛・治療・社会福祉』東京大学出版会（2019）
- ジル・シュミット 半田文徳訳『自由こそ治療だ イタリア精神科病院解体のレポート』社会評論社（2005）
- 白田幸治「だれが「当事者」なのか？—『精神障害当事者研究』のために—」Core Ethics Vol. 12（2016）p157-169 <http://hdl.handle.net/10367/7437>（アクセス日 2022.10.25）
- 杉浦寛奈「当事者の経験知を専門知と対等に扱う—精神科強制入院決定の患者の経験を知る協働質的研究を通じて考える」精神神経学雑誌124巻第9号（2022）p631-636
- 精神医療人権基金運営委員会『国家法律家委員会 日本における人権と精神病患者』悠久書房（1986）
- 高江洲義和「共同意思決定（SDM）の普及可能性」精神医学62巻10号医学書院（2020）p1387-1392
- 中西正司、土野千鶴子『当事者主権』岩波新書（2003）
- 野口正行「自治体による効果的な地域精神保健医療福祉体制構築に関する研究 別添1自治体の精神保健」藤井千代研究代表『地域精神保健医療福祉体制の機能強化を推進する政策研究 令和元年～3年度 総合研究報告書』厚生労働科学研究費補助金 疾病・障害対策研究分野障害者政策総合研究（2022）  
[https://mhlwgrants.niph.go.jp/system/files/report\\_pdf/%E5%88%A5%E6%B7%BB%EF%BC%91%E3%80%80%EF%BD%9029-113.pdf](https://mhlwgrants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/%E5%88%A5%E6%B7%BB%EF%BC%91%E3%80%80%EF%BD%9029-113.pdf)（アクセス日 2022.11.10）
- 古屋龍太『精神科病院脱施設化論 長期入院患者の歴史と現況、地域移行支援の理念と課題』批評社（2015）
- 松長麻美、藤井千代「治療同意判断能力と意思決定支援—医療倫理の観点から」精神医学62巻10号 医学書院（2020）p1311-1318
- Lisa Waddington and Matthew Diller, 2002, "The Uneasy Relationship Between Social Welfare and Civil Rights Models of Disability in American, European and International Employment Law," Mary Lou Breslin and Silvia Yee Eds., Disability Rights Law and Policy: International and National Perspectives, Berkeley: Disability Rights Education and Defense Fund.  
<https://dredf.org/news/publications/disability-rights-law-and-policy/tensions-and-coherence-in-disability-policy/>（アクセス日 2022.11.01）

René Keet et al Recovery for all in the community; position paper on principles and key elements of community-based mental health care BMC Psychiatry (2019) 19:174 <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2162-z> (アクセス日 2022.10.15)

Blankenburg, Wolfgang 著 木村敏・岡本進・島弘嗣共訳『自明の喪失—分裂病の現象学』みすず書房 (1978)

〔付記〕

本研究は、JSPS 科研費「次社会における精神保健医療福祉システムの構築～市民社会とまちなかケアの提案～」(課題番号 18K02133) の研究成果の一部である。

(おがた ゆき 社会福祉学科)

2022年11月15日受理

