

Article : Advocacy System for Consumers of Medical Treatment and Welfare Services (1)

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2017-10-03 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/2297/4411

医療・福祉領域における権利擁護制度の検討（一）

高橋涼子

目次

- 第1章 権利擁護（アドボカシー）の意義
 - 第1節 医療・福祉における「自己決定」の現状
 - 第2節 アメリカ合衆国における権利擁護（アドボカシー）
 - 第3節 権利擁護（アドボカシー）の制度的意義
 - 第2章 地域への社会資源移動と権利擁護
 - 第1節 日米の精神医療の現状と問題提起…1960年代のターニングポイント
 - 第2節 ウィスコンシン州マディソン（デーモン郡）の精神医療政策
 - 第3節 小括…精神医療政策比較の陥穽と展望（以上、本号）
 - 第3章 権利擁護（アドボカシー）の課題
 - 第1節 1990年代以降のアメリカ合衆国の地域生活支援…ADAとリカバリ
 - 第2節 マネイジドケアとパブリックセクター
 - 第3節 外来患者に対する治療命令
- 終章 日本における権利擁護制度の展望

第1章 権利擁護（アドボカシー）の意義⁽¹⁾

第1節 医療・福祉における「自己決定」の現状

福祉や医療の分野において、本人の「主体性」と「選択」を主眼とする制度へのシフトが急速に進行しつつある。旧来の社会福祉事業法を改正した社会福祉法の成立（2000年）により、2003年4月から身体障害者と知的障害者に対して支援費支給方式による利用契約型サービスが始まった。高齢者に対する介護保険制度導入と同じく、サービス利用者としての障害者・高齢者の選択や自己決定の尊重は、今後の福祉制度の基本理念とされる。⁽²⁾ 医療においても、患者は自らの身体の主（ぬし）として自己の受ける医療サービスに関する情報や知識を摂取・理解し選択する積極的で能動的な存在⁽³⁾ として自己決定主体であるとする考え方が、医療の専門性や権威に対するいわば対抗モデルとして患者や法律家から提出され、現実の医療における紛争の解決に影響を与えるようになっていく。

患者、障害者、高齢者といった医療や福祉のサービスを利用する当事者が、サービス提供の場で提供者と対等な地位を確保するには、「主体」という概念装置と法的文脈が必要となる。例えば患者と医師の間の行為と関係は法的言語に翻訳され時に法的紛争に持ち込まれる。また翻って、日常的な医療の場においても常に患者が自己決定主体であることを明示し確認する行為が求められる。その典型がインフォームド・コンセントである。

一方、こうした法的主体概念を導入することの問題点もまた浮き彫りになってきた。

例えば、医療側が防衛的に患者から形式的に取りつけるインフォームド・コンセントが常態化してしまう危険性がある。時には生殖医療のように、医療側が積極的に患者の自己決定の論理を用いて新技術の適用を正当化することも⁽³⁾ ある。いずれの場合も患者側から見れば、患者と医師の間の権力関係や様々なコミュニケーションの阻

害といった構造的問題を内包する医療の場で、孤立して医師と向き合わせられることになり、「自己決定主体」であることは大きな負担となる。また、「自己決定が困難」と診断され「自己決定」から排除される人々―子ども、「精神障害」者、高齢者など―が生み出されるという問題がある。そこに本人の同意か家族の同意か、といった当事者の確定も絡んで問題は容易に「自己決定する資格の有無」へと読みかえられてしまう。自己決定可能な年齢の線引きや自己決定能力の判定といった議論が起こり、その線引きの役割を引き受ける専門家が社会的に要請される。⁽⁴⁾

さらに、自己決定主体として位置づけられた患者は「法を知り駆使する主体」であるか？という疑問もある。医療の場でのトラブルにおいて患者はこのような意味での「法的主体」としてふるまうだろうか。またそう希望するのだろうか。医療は人体への侵襲を伴うがゆえに、患者が積極的能動的存在として扱われるためには法的主体概念の導入が必要であることには同意した上で、医療の場で患者が積極的能動的存在としてふるまう（行動する）ためには「主体」でなければならぬのか、と問うことは重要である。なぜなら、患者⇨医療サービスの受け手となる時、人は身体的にも精神的にも弱点や危機を抱えた存在となるのであり、その時、法的主体概念は、対等な関係性の保障⇨対等な権力分配の規範という点からは有用だが、個々の患者の行動規範として有用な資源でありうるか？という疑問が生じるのである。⁽⁵⁾医療・福祉をサービス提供者と受け手の間のサービス授受関係をめぐる権力関係と消費者志向（consumerism）⁽⁵⁾という視点から研究する医療社会学の立場からは、この点は障害者や高齢者が介助を受けたり施設で生活したりする際にも共通すると考えられる。⁽⁶⁾

こうした「自己決定」に関する問いに対応しうる権利擁護（アドボカシー）について、また、その制度の構築について本論では日米の精神医療政策を比較しつつ、検討していきたい。

第2節 アメリカ合衆国における権利擁護（アドボカシー）

アメリカ合衆国の精神障害者、発達障害者、高齢者に対する権利擁護制度を概観すると、第2章第1節で概観するように1970年代に脱施設化が進行する一方で、施設ケアにおける権利擁護法制が進められ、連邦法による権利擁護機関やプログラムの設立が進んだ。発達障害者に関して1975年の「発達障害者援助及び権利章典法」による各州への権利擁護機関設置の義務づけがあり、精神障害者に対しては1986年の「精神病者のための権利保護及び擁護に関する法律」により同様の権利擁護機関設置の各州への義務づけがある。⁽⁷⁾ 長期ケア施設の高齢者に対しては1978年「アメリカ高齢者法改正法」により各州のオンブズマンプログラム設立が規定された。長期ケアオンブズマンは「行政型オンブズマンであるが、利用者サイドから利用者をアドボケートする」存在である。⁽⁸⁾ これらはいずれも連邦の予算をベースとして州当局が直接に、あるいは非営利の民間機関と契約を結ぶことで設立・運営されるものである。こうした権利擁護機関では医療、法律家の専門家だけでなく当事者や家族が権利擁護者としてトレーニングを積み、病院やナーシングホーム等の施設の人権侵害をチェックする。さらに活発な権利擁護機関は、地域での医療・福祉サービスへのアクセスの補助や権利に関する啓発資料の作成、州の政策のモニターや提言など、活動を幅を広げている。その事例は次章第3節で紹介する。またこうした権利擁護機関は、州への活動報告を行うが、権利擁護を求める申し立て件数の多さや解決事例をアピールすることで、政策としての必要性を後付け、予算獲得の活動につなげていく。⁽⁹⁾

日本と比較したアメリカ合衆国の福祉政策全般の特徴として、州ごとの政策の独立性、措置制度の発想がない、判例主義、各障害者および高齢者に対する権利擁護政策の連関、市民生活全般における権利擁護といった点⁽¹⁰⁾があげられる。ちなみにインターネット上で advocacy をキーワードとして検索すると、医療・福祉分野に限らず、教育、消費生活等々、多様な社会生活分野をそれぞれカバーする種々のアドボカシー活動のページが多数存在す

ることがわかる。あたかも、関係性に「権力差」の存在する限りアドボカシーが存在する、といった観がある。それはまた、自己決定と自己責任による個人のリスクへの社会としての対抗手段でもあるように思われる。

こうした権利擁護（アドボカシー）の意義を、再び医療における患者の権利擁護という視点から見ると、⁽¹¹⁾「チェック&バランスとしての患者アドボカシー」と言える。つまり、専門職外部からの統制と施設内部のチェックの両面から「病を得てただでさえ弱い立場にある患者に対して、医療者がその権力を乱用することを防ぐシステム」であり、行政は州の医師免許管轄委員会の苦情調査や処分を通じて「悪質な医療から患者を守る『患者アドボケイト』としての役割」を担う。医療機関にも内部処分の報告義務が課せられている。孤立して医療と向き合わせられる患者、という権力配置の問題は、複数の人間による支援を受ける「法的主体」を前提とした対抗権力の構築によって、専門職の権力を相対的に低くすることで、確かに解決の糸口を見出せるかに思われる。

しかし、問題もある。「患者の人權を守りフィードバックを改善に生かす」という大義名分のもと各病院が患者アドボカシーに取り組むのは、実際には、医療訴訟防止効果や医療施設評価の審査項目のクリア（これによってメディケア指定を確保し収入を安定させることができる）といった期待があったり、「managed careが猛威をふるい、保険会社が支払い者として医師の裁量権に干渉する」状況下での保険会社への対抗手段、といった意味があるからだといふ。⁽¹²⁾このことは、インフォームド・コンセントが医療側の防衛手段として形式化してしまう問題を想起させる。また、自己決定に至るプロセスを援助することと、決定を代行することの区別は、アドボケイトの活動が日常生活の場で行われれば行われるほど難しくなる。これはアドボケイトの倫理の問題であると同時に、アドボカシーを必要とする人の生活が必要以上に閉じてしまわないような働きかけを複数、存在させうるか、という運用の問題でもある。

第3節 権利擁護（アドボカシー）の制度的意義

そうした問題点をふまえつつなお、日本の福祉や医療制度において権利擁護（アドボカシー）の制度的可能性を追求する意義は何か。杉野昭博は措置から契約への移行を中心にした最近の「社会福祉基礎構造改革」では、必ずしもサービスの供給増加と当事者の選択肢の多様化が促されるわけではないことを指摘するとともに、サービス提供者⇨事業者に対する行政の公的責任がかえって後退し、「利用者は事業者を訴えることはできるが、…（そうした）権利が確保されたとしても、精神障害者や知的障害者および身寄りのない重度身体障害者の多くにとっては、現実に利用者としての権利を行使することは困難であると予測される」（省略、補足は引用者）と述べて、十全な自己決定主体を前提とした選択権の保障による障害者の権利の向上に疑義を呈している。そして1990年に成立した「障害をもつアメリカ人法」（ADA）をモデルとする、機会の平等と権利擁護を核としたいわば障害者の参加権を保障する差別禁止法制の有効性を、アメリカ合衆国の福祉政策及びADA自体に対する批判に答えつつ展開し日本での必要性を提起している。¹⁴

福祉や医療のサービス利用者としての当事者が、「法的主体」として制度に参入する際に、当事者が「法的主体ではない」といったん排除された上で「法的主体ではない存在」として制度に取り込まれるリスクは杉野が指摘するように「訴える権利を保障されても現実にもその権利を行使することが困難である」ことに端的に現れる。当事者が「権利を行使する法的主体」であり続けるためには、福祉や医療の場における権力の分配の公正さを常に問いつつ—それは中立的であることを必ずしも意味しない—対等で抑圧的でない個々人間のサービス授受関係を追求する不断の活動が必要となる。これが権利擁護（アドボカシー）の本質である。サービス供給の現場では例えばソーシャルワーカーがこうした活動の必要性にいち早く着目し自らの業務として位置づける傾向があり、このことは専門性や倫理の側面から重要であるが、そうした活動が制度的に支えられるためには、杉野が指摘す

るような法制度自体の改革が要請されるのではないか。また当事者を支援しつつ行われるそうした活動が、当事者の周囲の専門家による当事者の最善の利益の「代行」ではなく、当事者自身がそのプロセスの中心にあるためには、当事者自身によるセルフ・アドボカシーを可能とするような法制のあり方を問うていく必要があるだろう。これは法が個々の市民全てに開かれた紛争解決のための資源として利用可能になるか否か、という問題、さらに、法の使い手として市民は啓蒙されるべきであるという発想だけでなく、法や法的紛争の構造自体をどう展望していくかという問題である。

例えば医療過誤訴訟において、患者や家族が、受けた苦痛を法的言語に翻訳し法的紛争に転換させることは金銭賠償請求として訴訟を構成することと同義であることが多く、その感情やリアリティは排除され、また事故原因の究明と真の謝罪を求める解決は困難である。和田仁孝は論文「法廷における言説と日常的言説の交錯―医療過誤をめぐる言説の構造とアレゴリー」¹⁵⁾で、裁判の中で弁護士¹⁵⁾の法的言説に違和感を覚えて解任した遺族（原告）が、本人訴訟という形でその感情や思いを日常言語のまま提起したケースを論じ、「法的言説は、その過剰に對決型の言説交換構造をはじめ、……さまざまな形で、素人に対する抑圧的な作用を及ぼしている。」と指摘して、「個別の体験に根ざす日常的な言説を法廷に取り込むことによって……利用者にとって可視的な訴訟過程、可視的な法専門家の活動を実現していくこと」の可能性を探っている。患者や家族の苦痛の問題を医学的処置の正しさの問題に変換して医学の専門性の俎上にのせて判定する法廷は、医対医、あるいは医対法といった権威と権威の対抗図式（いわば「毒をもって毒を制する」様相）となってしまう危険性ははらみ、患者、家族といった当事者は、双方の専門性から排除されてしまう。

以上、見てきたように、サービス利用者としての当事者の権利は法廷での紛争に持ち込む根拠となるよう規定されるだけでなく、当事者の（法的）エンパワーメント自体を促進するものでなければならぬ。本論では、そ

のような意味での権利擁護政策の例として、アメリカ合衆国の精神医療政策の変遷とサービス利用者である当事者の権利擁護について次章で紹介し検討した上で、日本の精神医療の変遷及び現状と対比し、今後の方向性を検討する。

第1章 註

- (1) 本論第1章は、2001年度の第74回日本社会学会大会での一般報告をもとに修正を加えて執筆した。
- (2) 支援費支給方式による利用契約型サービスの構想にある苦情解決の仕組みは、申し出の内容により①事業者段階②都道府県社会福祉協議会に設置される運営適正化委員会③都道府県の直接監査のいずれかを選択して解決を図ることとなっているが、実際は「サービス利用に関する苦情は、事業者・施設と利用者間で解決することが基本であり」このため、事業者・施設においては、福祉サービスに対する利用者の苦情や意見のくみ上げ、サービスの改善を図る観点から、…第3者が加わった施設内における苦情解決等の仕組みの整備が求められる。」(厚生労働省支援費制度担当課長会議資料(平成13・8・23)2、市町村事務に関すること―10苦情等への対応についてより)にすぎない。事業者に対して行政がもつサンクシヨンの資源は、都道府県知事(指定都市・中核市長)が事業者に対して行う事業者指定の権限のみである。支援費の支給や支払いの業務を行う市町村については、「サービス利用に関する苦情・相談に応じることが求められる。」との記述にとどまっており、利用者の自己決定を支援する苦情処理・異議申し立ての処理体制を、行政が強いサンクシヨンの権限をもつ制度として整備する発想がここには全く見られない。
- (3) 生殖医療の際の同意の問題点について例えば柘植あづみ「生殖技術と女性の身体のあいだ」(『思想』2000年2月号、岩波書店、pp. 181-198)、また、出生前診断に対する同意の質に関する批判的考察として玉井真理子「出生前診断と自己決定」(『現代思想』vol.26-8 青土社、1998年7月、pp. 106-116)を参照。
- (4) 成年後見制度は広い意味で法的権利擁護(リーガルアドボカシー)の一つであるが、本論では権利擁護(アドボカシー)を本人中心の視点(本人の意思を尊重するプロセス)として捉えるので、今回、特に論じない。例えば「成年後見制度は他人からの財産侵害を防止する防波堤になる」という意味では権利擁護の制度であるが、本人の自己決定を制限したり否定したりする(代わ

- りに後見人が本人の決定を代行したり取り消したりするという意味ではその権利を侵害することにもなる制度である。」（池原直樹「権利擁護制度利用のあり方」『季刊福祉労働』2083 1999年、現代書館、p.4）といった批判的指摘をもふまえ、本論では権利擁護（アドボカシー）はまず本人の意思を尊重するプロセスとして捉える。なおアドボカシーの概念整理については高橋涼子「アドボカシー制度」（『臨床精神医学講座第22巻 精神医学と法』中山書店、1997年、pp.293-305）参照。
- (5) 医療社会学の消費者志向分析については進藤雄三『医療社会学』（世界思想社、1990年）参照、また精神医療分野における消費者志向導入の問題点については高橋涼子「精神医療」（『医療社会学を学ぶ人のために』世界思想社、1999年）参照。
- (6) なお、医療・福祉サービスの提供に際してのパターナリズムについては、その概念の批判的検討をふまえた上での適否の判断が必要であると考ええる。澤登俊雄（編）『現代社会とパターナリズム』（ゆみる出版、1997年）参照。
- (7) Paul P. Freedolino, *Mental health rights protection and advocacy. Research in Community and Mental Health*, Greenley JR (ed), Vol 6, pp. 379-407, JAI Press, Greenwich, 1990
- (8) 高谷よね子「アメリカの長期ケアオンブズマンシステム」（福祉オンブズマン研究会編『福祉オンブズマン』中央法規、2000年、p.245）
- (9) Clarence J. Sundram, *Patient Advocacy in the United States*. *Int. J. Ment. Health*, Vol 23, No.4, pp. 3-26, M. E. Sharpe, Inc., 1995
- (10) 市民生活とアドボカシーとの関連、カリフォルニア州の権利擁護機関の構造については北野誠二「北米における権利擁護とサービスの質に関するシステム」（『ノーマライゼーション』1999年4月号、p.51）及び定藤・北野監修『アメリカの発達障害者権利擁護法…「ランターマン法」と理論と実践』明石書店、2002年）参照。
- (11) 李啓充『アメリカ医療の光と影』（医学書院、2000年）p.236
- (12) 李同右書 p.234
- (13) アドボカイトの倫理についてはベイトマン『アドボカシーの理論と実際』（西尾祐吾監訳、八千代出版、1998年）参照
- (14) 杉野昭博「障害者福祉と権利保障」（『社会福祉学』39巻2号、1999年、pp. 1-14）
- (15) 和田仁孝「法廷における言説と日常的言説の交錯―医療過誤をめぐる言説の構造とアレゴリー」（棚瀬孝雄編『法の言説分析』ミネルヴァ書房、2001年、pp. 43-72）。

第2章 地域への社会資源移動と権利擁護

第1節 日米の精神医療の現状と問題提起…1960年代のターニングポイント

1950～60年代のアメリカ合衆国では、収容型精神病院に対する批判と反省に基づく大規模な退院促進という脱施設化政策が進められたが、地域でのケアや支援といったニーズに対する認識も制度も不備であったため失敗した。各地に地域精神保健センターが設立されたが、医療スタッフは患者が来るのを「待つて」⁽¹⁾いるのみで、大部分の患者はそこを訪れることなく再入院を繰り返したりホームレスになったりしたと言われる。

こうした事態への反省から、1970年代にはいつて様々な地域ケアプログラムが取り組まれ開発されてきた。その代表とされるのがウイスコンシン州マディソンのメンドータ州立精神病院の病棟スタッフによって1972年から始められたPACT(The Program of Assertive Community Treatment)やその流れをくむACT(Assertive Community Treatment)というサービス提供プログラムである。ACTは集中的なケースマネジメントの一種で「包括型地域生活支援プログラム」と呼ばれ、脱施設化の最終段階で残った、地域での安定した社会生活が困難な患者の社会復帰とその継続を支援するものである。⁽²⁾その特徴はservice-deliveryつまり医師、看護師、臨床心理士、ソーシャルワーカーといった多職種で構成された治療チームのスタッフがクライアントを直接訪ねて(自宅だけでなくショッピングセンターや移動の車中の場合もある)頻繁に接触し、服薬の管理をしたり日常生活場面を援助したりしながら、できるだけ入院することなく過ごせるよう治療を維持したり生活を支援したりするスタイルにある。ACTは様々な名称で呼ばれつつ欧米諸国の地域ケアに取り入れられてきた。⁽³⁾

ここで注目しておきたいのは、同時期に、精神病院内におけるスタッフと収容者の非対等な権力関係から起こる様々な権利侵害に対する批判が高まり、施設内に収容されている患者の権利の保護及び擁護について、第1章

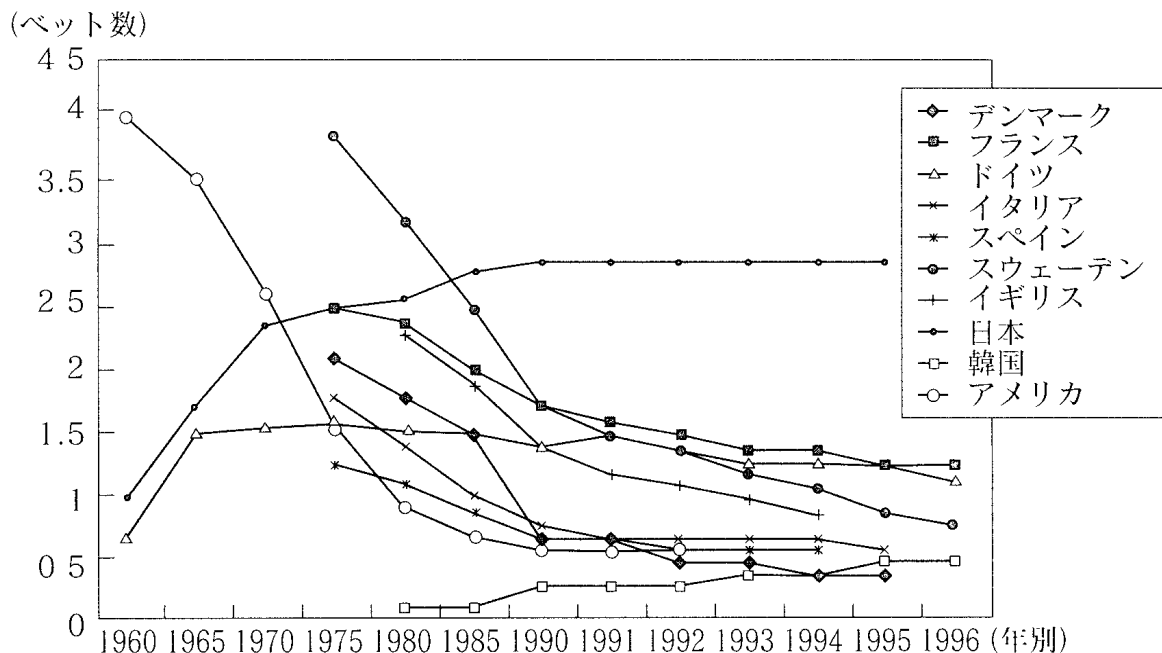
第2節でみたように1980年代にかけて連邦法の成立と各州への権利擁護機関設置の義務づけが行われたことである。州によってその取り組みに強弱はあるものの、医療、福祉領域全般における当事者の権利擁護はまず、入院・入所施設の入院者の権利に関して法的救済を伴う仕組みが形成されていった。こうした権利擁護機関はその後、脱施設化の進展によって地域に点在するようになった当事者の、個別の権利やニーズ充足を進めていく上での拠点となっていくと考えることができよう。

一方、アメリカ合衆国を含め西欧及び北米地域で脱施設化の取り組みと試行錯誤が行われつつ合意が形成されていった1960年代に、日本は低利の融資制度や一般科病院より緩やかなスタッフ配置の基準により民間の単科精神病院の建設を誘導した。措置入院患者の入院費の公費負担や入院治療に重点をおく保険点数によって病院経営が支えられた結果、入院者の退院促進が進まず、長期入院患者が増え続け、在院日数が長期化したといわれる。⁽⁴⁾ また病床数も1990年代半ばまで増え続けた。その内訳は私立精神病院が現在も精神病院数の8割、精神科病床数の約9割を占める。これらは国際比較上、きわめて突出した特徴を形成している（図1参照）。⁽⁵⁾ 現在では後述するように退院促進と地域資源不足の解消が緊急の政策課題となっている。

精神病院のような収容型施設の脱施設化政策の大きな動機付けの1つは、被収容者が少ないマンパワーの閉鎖的空間に長期に収容されることで被る身体的・精神的虐待（ネグレクトも含む）⁽⁶⁾ や社会適応力の喪失（施設症）による社会性の剥奪といった人権侵害への批判の高まりである。⁽⁶⁾ 日本では、1984年の宇都宮病院事件が国際的批判を呼び、⁽⁷⁾ それまでの精神衛生法が1987年に精神保健法へと改正され翌年施行された。同法は入院患者の人権保護に関して精神医療審査会、入院時の告知、患者等の退院要求、処遇改善請求、定期病状報告を創設し、社会復帰施設の位置づけを初めて行ったが、1993年に障害者基本法の制定に伴って精神障害者が基本法第二条で「障害者」として規定され福祉の対象として位置づけられたことを受け、1995年に精神保健及び精神障

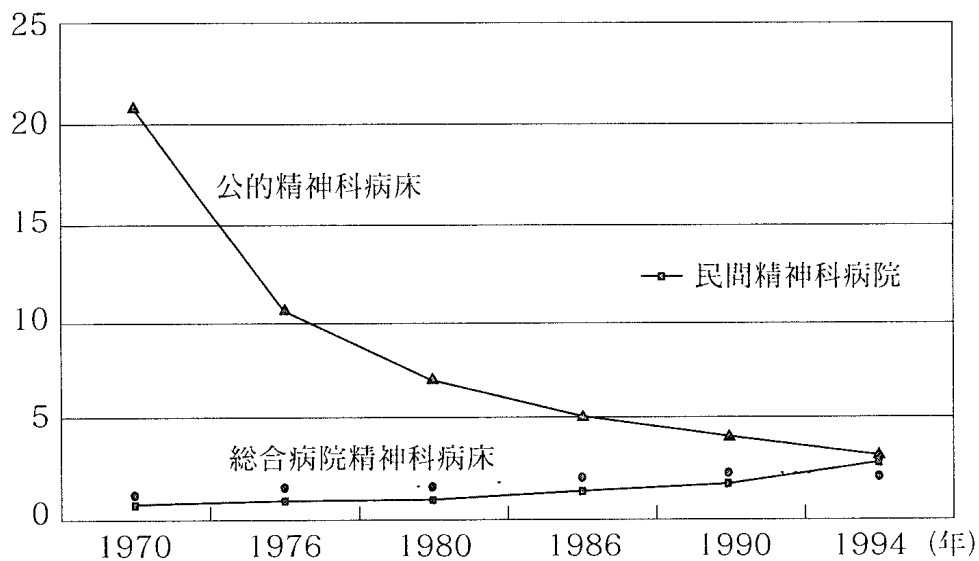
図1 各国の精神医療事情に関するデータ

① 世界各国の精神病床数の年次推移（人口千人あたり）



(OECD health Data 1998) より作成

② アメリカにおける施設形態ごとの精神科病床数推移（人口1万人あたり）



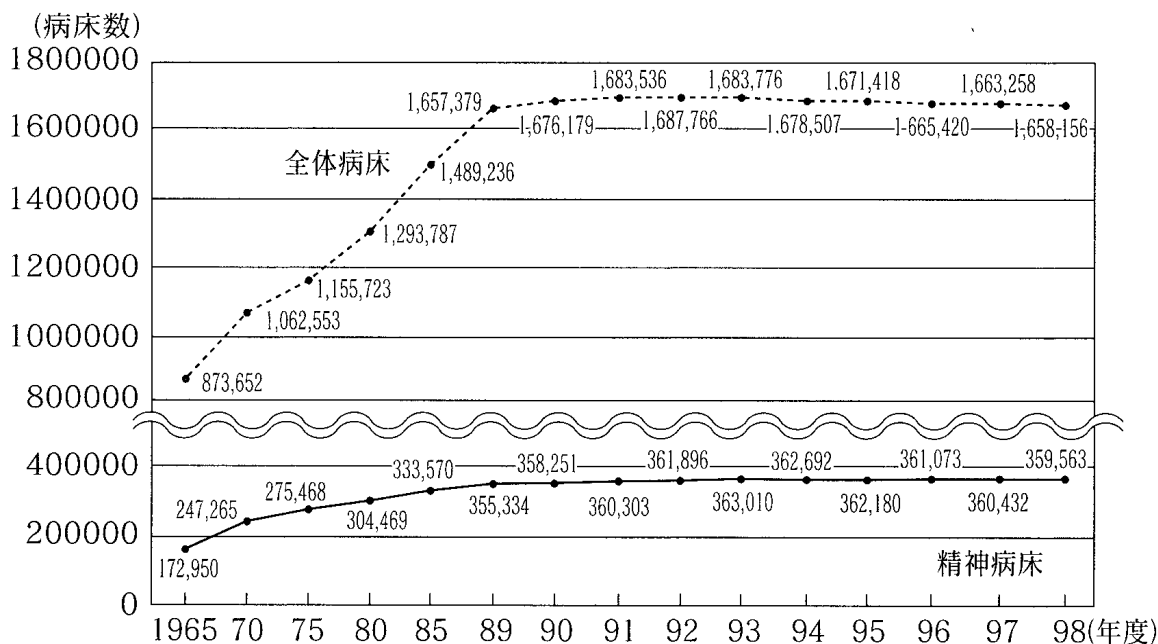
①②出典：新福尚隆／浅井邦彦 編集

『世界の精神保健医療—現状理解と今後の展望』へるす出版 2001年

①P.10 ②P.26

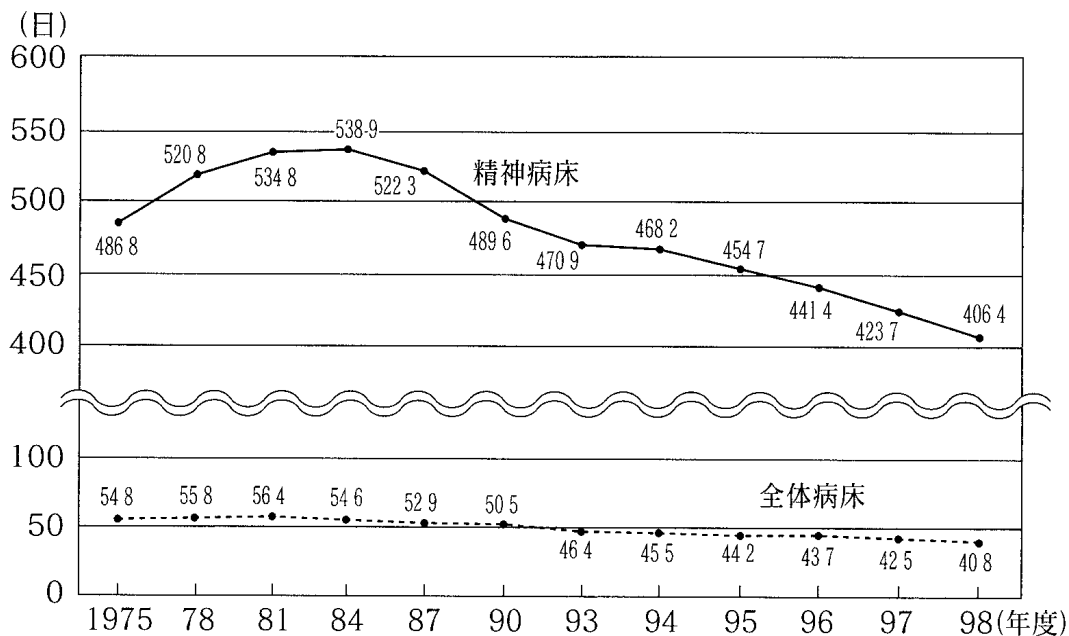
医療・福祉領域における権利擁護制度の検討（一）

③ 全体病床数と精神病院病床数の推移（日本）



資料 病院報告（各年6月末）
1965年および1970年は施設調査より（12月末）

④ 全体平均在院日数と精神病院平均在院日数の推移（日本）



(注) 平成10年病院報告 厚生省大臣官房統計情報部編

③④出典：『ノーマライゼーション』7月号 2000年 P.16

害者福祉に関する法律と改められ、福祉が法の趣旨に加わって、入院中心の医療保護体制から社会復帰・社会参加の促進へと政策転換が明確になった。この時期、ようやく精神病床数の増加傾向も減少に転じている。

日本の精神医療政策にとっても1960年代には、施設収容から地域ケアへの取り組みという選択肢が存在していた。昭和30年代の精神衛生法改正の論議では、「脱施設化のための法改正の必要性」が説かれるようになっており、1964年にアメリカのライシャワー駐日大使が精神病院に入院歴のある青年に襲われた事件を契機に法改正を諮問された精神衛生審議会は、事件のインパクトにもかかわらず地域精神医療への転換をめざす改正案を答申した。⁽⁹⁾しかし翌年、国会に上程され可決された改正案にはその趣旨は盛り込まれることなく保安の強化のみが反映された。また、WHOから派遣されたイギリスの精神科医クラークが、イギリスでの地域ケアへの取り組みをもとにまとめた報告レポートには、当時の日本の病床数をそれ以上増やすことなく、地域ケアへと政策をシフトしていくよう提言が盛り込まれていた。しかし、当時の厚生省は、そのレポートを黙殺したといわれる。⁽¹⁰⁾

なお、脱施設化の政策的動機のもうひとつの契機は、経済成長の衰退による福祉予算緊縮の要請、即ちコスト削減である。欧米では、精神病院の建設・運営はパブリックセクター（国もしくは州）が担った。数百人から数千規模の入院者を擁する精神病院の運営コストは直接、パブリックセクターにかかっており、その意味でも特に1970年代の不況によって、欧米諸国は医療や福祉のコストを削減するための施策を必要としていた側面がある。一方、日本では、先にみたように精神病院の8割は私立、つまりプライベートセクターであるが、入院者の治療費は基本的にパブリックセクターがカバーする。新福らは、日本の精神医療で地域へと資源が移動しないネットワークとして、国民皆保険制度下のこうした“privately managed public system”⁽¹¹⁾を指摘する。プライベートセクターとしての私立精神病院は、安定した経営の基盤を脅かしかねない保険点数の改定や政策転換に対して抵抗するこ

とになる。従って精神病院のサービス提供形態をコントロールするには、保険点数の変更といった経済的誘導が必要となるが、サービス提供の主体は依然としてプライベートセクターであり、その質の管理やサービス利用者の権利擁護はやはり大きな課題として残る。

高齢者福祉、障害者福祉全般の施設から地域へという流れに沿い、ようやく脱施設化という転換期を迎えつつある日本の精神医療は、地域への社会資源移動と権利擁護という2つの政策を意図して同時に進めていかなければならない状況にある。今後の地域ケアシステムの構築に向けて必要な課題を、アメリカ合衆国の精神医療政策を参照しつつ次節以降で提示し考察したい。

第2節 ウィスコンシン州マディソン（デーブ郡）の精神医療政策

アメリカ合衆国の地域精神医療政策の具体例として本節では、ウィスコンシン州マディソンについて概観する。マディソンを取り上げる理由は、何より州立精神病院の収容型医療から地域生活支援への資源移動の実績⁽¹²⁾という点にあるが、同時に、権利擁護機関の活動が多岐にわたって盛んであり、また有力な患者及び家族の当事者運動のひとつであるNAMI (the National Alliance for the Mentally Ill) の活動の発祥地としてその運動も強力である、というように、アメリカ合衆国の精神医療政策に関わってきたアクターの活動とその連携が明確な形態をとっており、ウィスコンシン州の州都として行政の中心地であるが小規模な地方都市であるためコンタクトを取りやすく観察しやすいことがあげられる。⁽¹³⁾

マディソンでは州から選定された障害者のための権利擁護機関であるウィスコンシン権利擁護連合 (Wisconsin Coalition for Advocacy) が本拠地をおき、州都という地の利を生かして、司法や行政と積極的に関わり活発に活動している。行政からもサービス提供者からも独立したNPOであり、病院やナーシングホーム等の施設の人権

侵害をチェックし、障害者やその家族に法的な代弁を含む直接的な権利擁護を行うほか、州の政策をモニターし制度改革を働きかけたり、当事者や親、関連する専門家などに対して権利擁護に関するトレーニングや技術的援助を行ったりする。また、連邦法や州法を初めとする法律制度解説や社会資源に関する詳細なマニュアルを1986年に初版を発行し、2001年には第2版を発行している。最近では犯罪者の中に精神医療の問題を抱える人々が多いことから司法と精神医療の交流促進プロジェクトにも関わっており、司法、精神医療の双方の連携関係づくりに関わっていることも特徴的である。

マディソンの精神医療プログラムの多くは、州及び連邦の予算を受けたデーモン郡精神保健センターによって提供されている。現在、センターの予算の約8割は地域での治療と生活上の様々な支援プログラム（ACT型を含む）に当てられ、患者のデイケアの場に常駐する職場開発のディレクターなど、精神医療サービスユーザーの日常生活を支援する各種プログラムが機能しており、ユーザーの症状や障害の状況に応じた地域でのサービスの選択肢が多様である。入院治療に関しては急性期が前提で強制的入院患者を収容する州立病院と自発的な入院患者を治療する地域病院という形で機能が特化している。またデーモン郡刑務所（JCI）に精神科治療が必要な収監者のための精神科治療スタッフを配置していたり、軽犯罪をおかした精神障害者に対する代替プログラムCTA（Community Treatment Alternative）も10年以上の実績がある。⁽¹⁴⁾

州立のメンドータ精神病院の病床削減とこれによる病棟スタッフの地域への配置転換という意味合いをも有して開始されたのが、先に触れた地域ケアプログラムの先駆PACTであり、⁽¹⁵⁾現在も州から直接の予算を受けるリサーチプログラムとして、過去に長期入院の経験があり現在も持続的に医療的支援を必要とする元患者に対して、生活支援を含めたサービスを提供するだけでなく、病床削減の進行に伴い、最近では、若年発病者の地域支援（入院プロセスをできる限り避け学業を続行させるための）プログラムをスタートさせている。

表1 ACTプログラムの特徴

1. これまでの精神保健・医療・福祉サービスの下では地域生活を続けることが困難な、重い精神の障害を抱えた人を対象としている
2. 精神科医も含む、看護師、ソーシャルワーカー、職業カウンセラーなど様々な職種の専門家から構成されるチーム（多職種チーム）によってサービスが提供される
3. 集中的なサービスが提供できるように、10人程度のスタッフから成るチームの場合、100人程度に利用者数の上限を設定している
4. 担当スタッフがいない時でも質の高いサービスを提供できるように、チームのスタッフ全員で一人の利用者のケアを共有し、支援していく
5. 必要な保健・医療・福祉サービスのほとんどを、チームが責任をもって直接提供することで、サービスの統合性をはかっている
6. 自宅や職場など、利用者が実際に暮らしている場所でより効果の上がる相談・支援が行われるように、積極的に訪問が行われる
7. 原則としてサービスの提供に期限を定めず継続的な関わりをしていく
8. 1日24時間、週7日体制で、利用者の困り事などの相談にのる

表2 ACTで提供されるサービス

- ・薬の処方と提供
医師の診察と処方、スタッフによる自宅への薬の持参など
- ・病気と服薬を利用者が自己管理するための支援
病気や服薬に関する心理教育など
- ・危機介入や入院中の支援
具合が悪い時にどうすればよいか利用者と共に作成したプランに基づき介入と入院期間中の継続的な関わり
- ・身体的健康に関する支援
体の病気を予防するための工夫や、健康診断に関する相談
- ・カウンセリング
不安に感じていることや困り事に対する相談機会の提供
- ・住居サービスに関する支援
利用者が安心して暮らせる場所と方法に関するアドバイス
- ・日常生活の支援
買い物や料理、交通機関の利用などのアドバイス
- ・経済的サービスに関する支援
年金や生活保護などの利用や金銭管理のアドバイスなど
- ・就労支援
就労について、利用者の希望を実現するための支援
- ・社会的ネットワークの回復と維持のための支援
必要に応じて他の社会資源を紹介するとともに、家族や友人など利用者を取り巻く周囲のネットワークの回復と維持のための支援
- ・家族支援
利用者の家族自身が安心して暮らせるように心理教育などを提供

前述したとおり、このリサーチプログラムの成果を受けて各地で実施されている地域ケアサービス（表1及び2参照）⁽¹⁶⁾の形態を一般にACTと呼んでいる。その特徴は表の通りである。（表1及び2参照）⁽¹⁶⁾ここからわかるとおり、ACTは、

社会生活支援の側面を持ちつつも、クライアントの症状管理を基本とする医療モデルのプログラムと言える。マディソンにはこれ以外にも住居、職業、生活支援の多様な地域資源があり、例えばACTと好対照をなす、ユージーグループが立ち上げたSOARというケースマネージメントサービスがある。このスタッフは精神医療ユーザーとしての経験を有していることが条件であり、幻聴体験など通常、病的とされる経験を否定せず互いに語りあうミーティングをもつなど、ピアサポートの側面も有する。選択肢の多様さが確保されていることは、さまざまなルートによる社会復帰と地域生活を可能にする。

またACTは基本的に医療モデルであると右で書いたが、プログラムへの参加の際には、インフォームド・コンセントによる治療契約への同意を前提としている点を強調しておかなければならない。筆者がマディソンでACTの原型といわれるPACTプログラムのオフィスを訪れた際、そのロビーには州による権利擁護に関する査察の認証書類やクライアントの権利に関するポスターが掲示されており、個々のクライアントの投薬内容や支援サービスについて、それぞれのクライアントが同意サインをした書類を添付して州に報告する義務とその監査の説明を受けた。

第3節 小括・精神医療政策比較の陥穽と展望

前節でみたように、日本の精神医療は未だ長期の社会的入院者が多く、2002年に発表された「新障害者プラン」は今後10年の間に72000人という数値目標を掲げて退院、社会復帰を目指しそのために方策を検討するとした。これは日本における脱施設化への本格的な政策転換の開始とみる事が可能である。

ところでそのための施策の1つとして最近、先に触れたACTの導入に関心が集まっており、すでに国立精神・神経センター国府台地区でパイロットスタディが始まっている。しかしその議論の場では、日米の医療費の仕組

みの違い、特にマネージドケアとの関わりや、家族責任に対する考え方の違いといった、制度・文化の違いが問題にされるものの、ACTの導入と脱施設化の進展段階の関連、多様な地域資源や権利擁護法制、種々の当事者運動等々といったアメリカ合衆国の精神医療の多面的実態とどのような関連をもつのか、といった検討がなされることはほとんどないように見受けられる。結果として精神医療政策の有機的一部分としてACTを取り上げるというよりACTというプログラムを単体として取り上げその日本での実施可能性が先行して論じられる傾向がある。⁽¹⁷⁾日本の精神医療政策を地域生活支援型へと変換していく上で先進例を紹介することの意義に異論はないが、医療及び福祉制度の違いというバリアとして意識される一方で、その違いを越えて取り入れるべき要素を厳密に判断するのではなく、むしろ現在の日本の制度に合わせ予め変形したモデルをつくる結果、本来のモデルの意義自体も「換骨奪胎」してしまうリスクも大きい。⁽¹⁸⁾

日本におけるACT導入の議論においては、特に権利擁護の制度に対する注意が欠けていることも懸念される。精神病院内での権利侵害に対する権利擁護法制として、1980年代に、入院患者（in-patient）に対する強制的治療への各種歯止めと権利擁護機関の設置という形で対応したアメリカ合衆国では、地域ケアシステムの普及に伴い、権利擁護に関わる新たな局面が生じてきた。⁽¹⁹⁾1990年代、外来患者（out-patient）への強制的治療命令を可能とする法律を30数州がつくるようになり、地域で生活できること自体は必ずしも「自由」と同義ではなくなる場合が出てきたのである。この制度及び問題点については次章で論じるが、入院患者に対する権利擁護機関という基盤が、地域での生活の権利擁護（退院と必要なサービスを受ける権利の保障）を確保してきたことの意義を確認し、第1節でみたように“privately managed public system”の日本においても必要な制度であること指摘しておきたい。病院・施設内であれ施設外・地域であれ、ケアする側とケアされる側という関係、あるいはサービスを提供する側とされる側という関係がある限り、そこには常に、権力関係の契機があり、そして地域

というステージにおいて地域住民という新たなアクターが加わることで、権利侵害や権利のせめぎ合いは決して終わることはなく、むしろこれをどのように公正に解決しうるか、が問われていくのである。

第2章 註

- (1) 大谷実『精神保健法講義』（成文堂、1966年）p.23
- (2) メンタルケア協議会第7回シンポジウム「新障害者プランとACT」（2003年6月）資料集p.4及びp.8
- (3) アメリカ合衆国におけるACT及びケースマネジメントの展開については長谷川憲一「イギリス、アメリカの現状」（『臨床精神医学講座第20巻 精神科リハビリテーション・地域精神医療』中山書店、1999年、pp.62-72）参照。
- (4) 民間病院設立の誘導等、日本の戦後精神医療政策の問題点については広田伊蘇夫『精神病院―その思想と実践』（岩崎学術出版社、1981年）参照。
- (5) 新福尚隆・浅井邦彦編『世界の精神保健医療』（へるす出版、2001年）p.10及びp.26及び『ノーマライゼーション』（2000年7月号）p.16
- (6) アメリカ合衆国での典型的な訴訟事例については高橋「アドボカシー制度」（前掲）註14を参照。
- (7) 宇都宮病院事件に対する一連の国際的動向については国際法律家委員会編、広田伊蘇夫・永野貫太郎監訳『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年）参照。
- (8) 大谷実『精神保健法講義』（成文堂、1999年）pp.20-22
- (9) 大谷同右書 pp.17-18
- (10) 伊勢田堯「クラーク勧告の意味するもの―歴史的検証―」（『ノーマライゼーション』7月号、2000年、pp.36-39）
- (11) Shinfuku et al, Mental health in the city of Kobe, Japan Goldberg & Thornicroft (eds), Mental Health in our Future Cities Psychology Press 1998 p.145
- (12) David LeCount, The City of Madison, USA : The Madison Model, keeping the focus of treatment in the community. ibnd, pp.147-172
- (13) 筆者は文部科学省研究費補助金を受けた研究課題「精神医療改革と権利擁護制度形成に関するアメリカ・カナダ・日本比較研究」によって2002年2月にウイスコンシン州マディソンにて現地調査を行い、州及び郡精神保健担当者、権利擁護機関、サ―ビスプロバイダー等を訪れ、資料の提供を受けるとともにインタビューを行った。本節では、適宜、この時入手した資料および

記録ノートを参照する。

- (14) Elizabeth Edgar, *Assertive Community Treatment provides jail diversion*. ADVOCATE, Fall 2001, p. 28
- (15) PACTの歴史、立ち上げ方、方法論を記したマニュアルが患者・家族の当事者運動体NAMIより1998年に出版されており、邦訳（オールネス&ケネードラー、亀島・神澤監訳『PACTモデルⅡ精神保健コミュニティケアプログラム』メディア出版、2001年）によってその詳細を知ることができる。
- (16) メンタルケア協議会第7回シンポジウム「新障害者プランとACT」（2003年6月）資料集 pp. 8-9
- (17) 例えば同右資料集 p.10参照。なお高齢者及び身体障害者に対する政策の先進例として北欧が引かれることが多いのに対して、精神医療分野においては、北米地域（アメリカ合衆国、カナダ）やイギリスが先進例として紹介されることが多い。
- (18) 社会政策学の立場からGoodwinは、福祉政策比較の困難の最大の理由のひとつとして、福祉（の供給）領域に関する比較可能な統計データの取り扱いの難しさを次のように指摘する。まず各国の福祉政策に用いられる用語や基準、データ採取の変数が共通性を持たないことが多く、WHOやOECDレベルでも単純には入手できない事が多い。精神医療政策の比較研究に関しても同様で、精神病院が事実上、唯一のサービス供給形態であった時には比較的容易に、統計的データを維持することができたが、地域（community-based）ケアサービスへと政策がシフトしてくると、そうしたサービスのいくつかは、パブリックセクターの外部で多様な形態でまかなわれるようになるため、広範な範囲にまたがるそれら全てに関してデータを集めるのは大変困難になってくる。外来患者（out-patient）へのサービス、住居やホステルといったサービスは、プライベート（私的）でボランティアなセクターで供給されることも多く、同様に開業精神科医や臨床心理士のクリニックは、プライベートセクターで精神医療上の統計に必ずしも載らないでサービスを供給することが可能である。連邦制の国々では、データ収集についてさらに州ごとに用語や基準が必ずしも同一ではないという問題が加わる。以上をふまえた上で、福祉サービスの供給の発展と組織化における媒介変数と構造の関係を分析し理解することが必要であると述べている。（Simon Goodwin, *Comparative Mental Health Policy*, SAGE Publications, 1997, pp.3-5）
- (19) Simon Goodwin, *ibid.*, 1997, pp. 132-134 及び精神医療分野におけるシンクタンク及び権利擁護機関のホームページ <http://www.bezelon.org/issues/commitment/oc/focchartunro.html>（2003年9月8日参照）