

# それでも「遍照金剛言う」 ことにします

---

---

## 第3回

—福祉の概念・言葉の解釈について③

### 「自立を支援する-2-」

三野 宏治

はじめに

今回も「自立を支援する」ことについて述べる。前回は障害者の自立についてその概念形成を述べ、自己決定をすることで自立とする「自己決定」的自立について知的障害者の事例を挙げ、自己決定を支援することの困難さについて論をすすめた<sup>1)</sup>。論考に当たって、「IL運動を契機に「自己決定的自立」が「身辺自立」や「経済的自立」につづく第三の自立として提唱されたことにふれ、IL運動自体は特に「自立」を目的とはしなかったことを紹介した。そして「自立」も目標とすることは「自立」の概念を規定し、その規定から外れる人を生み出すことをIL運動の当事者たちは知っていたからだ」という立岩の主張を援用した。その上で、知的障害者のある行為が「社会の規範」や「一般的なやり方」とは違い社会とコンフリクトを起こした事例を紹介し、支援者の行為について分析を試みた。知的障害のある人「問題行為」<sup>2)</sup>はその人の「決定」に基づいて行われており「決定」の具現化である。では、その行為をもって「自己決定」的自立がなされているのかと問われると、多くの場合「なされていない」ことになる。「自己決定」はしているが「正しく」なされていないとされる場合が多い。それでは正しい「自己決定」とはなにか。「自己決定」の正しさを規定することは困難だろう、また規定することで自己の「決定」ではなくなる場合がある。しかし、障害者福祉のフレームでは「自己決定」を支援することが仕事

として位置づけられているようだ。「自己決定」を支援する仕事には本人の「問題行為」によって表現された「自己決定」をそのまま認めるのではなく福祉が提供できる選択肢、つまり「社会のルール」に抵触しない「決定」を選ばせるという内容が含まれる。もちろん全てを本人の思うと通りにしておくわけにもいかぬがある程度は本人の思い通りにさせておくという方法も考えられる。しかし、どのような行為までが良いという判断は難しいし、仮にその行為が「自傷行為」や「他害行為」に及んだ場合積極的によいとはいえない。どこまでその人のやり方を「自己決定」として認めるのかは難しい問題である<sup>3)</sup>。しかしこの問題は知的障害者の支援場面に限ったことではない。特に精神障害者の支援現場では疾病によって「自傷行為」や「他害行為」のおそれがある場合、適切な医療を提供する名目でその人の「自己決定」が積極的に剥奪されることがある。本稿ではその人の「自己決定」が剥奪される場合、つまり行動制限や非自発的入院に関して当事者の考えを紹介する。次に行動制限や非自発的入院のように明確に「自己決定」が剥奪される場合と違い、当事者や支援者が気づきにくい「自己決定」的自立の危うさについて述べる。

#### 精神医療の「自己決定」剥奪について

精神障害者の支援現場、特に精神医療の現場では疾病によって「自傷行為」や「他害行為」のおそれがある場合、適切な医療を提供する名目でその人の「自己決定」が積極的に剥奪されることがある。具体的には本人の同意がない入院形態である医療保護入院や措置入院、入院中の行動制限がこれに当たる。精神保健福祉法の規定では医療保護入院とは自傷他害のおそれはないが、患者本人の同意が得られない場合に、指定医の診察の結果、医療及び保護のため入院が必要と認められた患者について、保護者の同意により行われる入院形態のことであり、入院させなければ自傷他害のおそれのある患者に対して知事の権限で行われるものが措置入院である<sup>4)</sup>。本人は「入院の必要はない」と主張したとしても保護者や医師が「入院は必要である」と判断すれば入院治療が開始される。また、精神科病院は入院患者の行動制限を行うことが「医療ま

たは保護に欠くことのできない程度においてのみ」可能である。<sup>5)</sup>

これらの「自己決定」の剥奪について全国「精神病」者集団の山本眞理（長野英子）は「障害者権利条約にふさわしい精神障害者施策および全障害者施策を」という論考のなかで次のように述べている。

私たち精神障害者は、いやだといっても強制的に精神科病院に入院させられたり、あるいは強制的に注射されたりする。精神科病院内の鍵のかかった病棟に閉じ込められたり、独房に隔離されたりする。

これは、精神医療保健福祉法という法律と心神喪失者等医療観察法という法律に基づいている。

こうした法律は世界各国に存在している。そうしたなかで条約は精神障害者に対するこうした法律の廃絶を求めている。

こうした法律のある根拠はなんだろうか？

一つは、精神障害者はその障害により他者を傷つけたり迷惑行為をしたりするので、そうした精神障害者から社会を守らなければならない、

という社会防衛の根拠。

いま一つは、精神障害者はその精神疾患により、自らの利益を判断できなかつたり、必要な医療を自ら求めなかつたりする場合がある、だから本人が拒否しても本人の利益のために何らかの強制的処置が必要という根拠である。これは、本人に治療の同意をする能力がない場合があるという前提で、本人の利益をだれかが代理として判断するという根拠である。

こうした二つの根拠を障害者権利条約は根底から否定した。(山本 2010)

山本は障害者権利条約の 12 条について「知的障害者や精神障害者があらかじめ法的能力がないと決め付けられ、本人ではなくて、周囲のものが本人に代わって本人の利益と判断する医療や処遇を押し付けてはならないことを定めている」と述べ、障害者を専門職やサービス提供者による福祉や障害者施策の対象者ではなく権利主体として位置づけることの必要性を訴えている。もちろん、山本のこの主張は非同意入院や入院中の行動制限などに向けられたものでもある。

では次に精神科医療における入院形態別の患者数について述べる。2007 年 6 月末の時点で措置入院患者数は 1849 人で入院患者全体に占める割合は 0.6%、医療保護入院患者は 12868 人で 38.6%、任意入院の患者は 190435 人で 60.2%その他の入院形態 1957 人 0.6%となっている<sup>6)</sup>。ただ、これらの入院形態は入院中に変わる可能性がある。例えば入院時には医療保護入院であったがその後任意入院に入院形態が変わるものも少なからずいる。また、精神保健福祉法 第 36 条は行動制限に関する規定だが、

行動制限を行う際に入院形態を特定する記載はない。つまり入院することに同意した結果の任意入院であったとしても入院中の行動制限はありえる。本来、任意入院ならば外出等は自由であるはずだが、任意入院患者の 46.5%が閉鎖病棟にいるということも報告されている<sup>7)</sup>。閉鎖病棟とは出入り口が施錠され自由に病棟の外に出ることが出来ない病棟であり、棟の外に出る場合や面会などで人にあう場合などは病院のスタッフに開錠してもらう必要があるなど、患者の行動は著しく制限される。

このように本人が拒否をしても入院させられる仕組みがあり、仮に自発的に入院したとしても行動の制限はありえる。非自発的入院や行動制限などが許される根拠としては、先に紹介した山本の「本人の利益のために何らかの強制的処置が必要」というものであろう。病状の悪化等によって正しく「自己決定」が出来ない状態であるから、一旦医療の専門家などが本人の「自己決定」の代行をする。そして病状の回復の後に「自己決定」の権利を本人に返すということであるが、山本は「そもそも自己決定権を取り上げられたり返されたりする」こと自体問題があるという。山本の主張は次に述べる問題からもわかる。

まず、治療後に「自己決定」権を返すというが、それが正しくになされていない場合があるという点だ。山本は強制治療や入院中の行動制限によって傷つき、精神科医療に対して恐怖と不審をもち続けるものが多いと述べている。(2001 長野) どのような出来事があって恐怖や不審を抱くようになったのだろうか。筆者が 2009 年に行った当事者への聞き取り調査<sup>8)</sup>では措置

入院の経験のある人の次のような語りを聞くことが出来た。

措置入院となり 5 年間入院したが、入院中や退院後の今でも措置入院とされた理由や 5 年もの長期間措置入院が続いたことの説明を受けていない。入院中にはベッドに縛り付けられたり、保護室に入れられたことが何度もあった。そのことの理由も聞いていない。

何故、自分が強制的に入院をさせられ続けたのか。何故、入院中に身体拘束や保護室に隔離されるなどの行動制限を行われたのかについて納得のいく説明が無かったという。本人にとっては突然「自己決定」権が取り上げられ、ある日説明なしに、あるいは治療が終了したという理由で、それが返還されたという。では、仮に剥奪された「自己決定」権が正しく本人に返還されればよいのだろうか。山本は限定的であつても「自己決定」権は剥奪されたり代行されたりしてはならぬと主張する。山本の言葉を引く。

障害者のうち例外的にでも法的能力がない人がいるとされれば、障害者全員が法的能力を疑われ、積極的に法的能力があることを証明する責任を負わされてしまう。(山本 2010)

山本はホームヘルパーの契約に際して事業所に「精神障害者です」と言った際に役所のワーカーに法的能力(契約できる能力)があるのか確認された体験を語った上で、「自己決定権を取り上げられたり返されたりすること自体問題である」という主張の理由としている。

精神障害者であるというだけで正しく「自己決定」出来ないと判断される。したがって精神障害者であること自体を「自己決定」出来る／出来ないという判断の基準にしてはならない。だから、いかなる場合でも「自己決定」権は自らが所有し続けるという主張である。

### 支援関係における信頼の重要性とは

前章では精神医療において「自己決定」権が積極的に剥奪される場合があることを述べた。その人の「決定」が認められない場合、「自己決定」的な自立もありえない。では、その当事者が「自己決定」権を維持できる状態であるなら、「自己決定」的自立の支援は可能だろうか。次に、支援を行う際に必要な当事者との信頼関係について述べる。

支援を行う際に信頼関係は大切だとされる。ただ、筆者は信頼関係がその人の「自己決定」に支援者の意向を反映させてしまう機能があると考えている。次に精神保健福祉士として相談業務を行った筆者の経験から「自己決定」を支援する際の支援者と当事者の関係性がいかなるものかを述べる。

筆者は 1995 年から 15 年ほど精神障害者共同作業所や地域活動支援センターなどで精神保健福祉士として仕事をした。作業所の精神保健福祉士は相談業務だけではなく、利用者が行う作業を中心とした様々な活動に利用者とともに参加する。また、作業の準備や業者とのやり取り、経理などの運営に必要な事務と関係機関と連絡会議への参加など、その仕事は多岐にわたる。地域活動支援センターについても同様であり、作

業所や地域活動支援センターでの仕事の多くは、筆者が経験したものと共通しているのではないだろうか。

他方、精神障害者以外の障害者を利用対象とした作業所ではあまりみられない仕事として相談業務があげられる。作業所では利用者と作業や食事の時間を共に過ごす。作業の段取りややり方、作業所利用のルールなどを相談して決める。また、昨夜のテレビや最近見た映画のことなどの話をする。そしてこれらの日常的な会話や観察から、彼らの生活上のアドバイスをする。以上のことは精神障害以外の人を対象とした作業所でも見られるだろう。しかし、精神障害者共同作業所の支援者には利用者の作業所での日常生活を知った上で、相談（個人面談）を行うことが仕事として位置づけられていた。個人面談では個人の経済状況や生育歴、病歴や受診の状況などを聞くことは少なくない。そしてその利用者の状況について福祉事務所や保健所、医療機関との連絡も行う。ただ、個人面談で話されることはさまざまであり、一概に困ったことを相談するというだけにはとどまらない。

筆者が受けた相談の中には、個人面談という手法を採用すべきか否か判然としないものも少なからずあった。以下に例を示して述べる。

もともと作業場などで話され当事者同士の会話の中で解決していった事柄が、利用者の求めによって個室での精神保健福祉士との個人面談になるケースは多くみられた。具体的な相談内容として「夕食のメニューは何にしましょうか？」というものや「風呂の掃除をしたくないのですがどうしましょうか。」「何となく不安だ」「彼が嫌いだから

作業所を辞めさせてくれ。そうしないと具合が悪くなる。辞めさせてくれ」等がある。「風呂の掃除をしたくないのですがどうしましょうか？」という相談を受けた際、筆者は利用者の訴えの背後にある問題を探そうと努力をした。ただ、よくわからない。また、「気が向くときにしたらどうですか」「やりやすい方法を一緒に考えませんか？」などと相談業務の体裁を整える様に解決策を提案することもおこなった。しかし、この種の相談は個人面談という形を取る必要はなく、相談相手も精神保健福祉士や職員である必要はないだろう。精神保健福祉士であっても「何となく不安である」という相談も内容については話を聞く程度のことしか出来ない。また、個人面談をおこなったから「何となく不安」という問題は解決しないだろう。次に本来は利用所自身で決めることを職員に決定してもらいたいという「夕食のメニューが決められないから何を食べてもいいか言ってくれ」という相談内容についてである。この相談には、昨日食べた物を尋ね、野菜不足を指摘し、冷蔵庫の中身を確認してメニューを提案する。彼が嫌いだから作業所を辞めさせてくれ。そうしないと具合が悪くなる」といった人間関係に関するものも同様であり、その人の何処が嫌い何をしてもらったかを聞き良いところを説き作業所のあり方を話すことをおこなった。しかし、これらの相談は相談室では解決することはまず無い。それ以前に相談ではないように思える<sup>9)</sup>。

ただ、精神保健福祉士はこの種の相談をうける。そしてこれらの相談内容をそのまま主訴として捉えて良いのかと考える。その相談の裏にある問題を探そうとする。「風

呂掃除がしたくない。どうしよう」という困りごとを解決するには、作業中などに様々な人に聞くほうが役に立つように思える。しかし、利用者はそうせずに専門家である私にアドバイスを求めている。だから専門家の姿勢として「風呂掃除がしたくない。どうしよう」という相談を入りにその人の生活状況や言葉の裏にある問題を見つけようとする。この姿勢は精神保健福祉士に限ったことではなく、対人支援の専門家といわれるものには少なからず見られる態度である。では、相談ごとの裏にある問題を探そうとするとき、専門家の助けになるものは何か。専門家の仕事にとって有益なのは日々の生活を共にし、彼らの相談室以外での様子や会話を知ることであろう。

専門家として必要なことは援助関係の外にいるとき、つまり同じ人間として接する際のさまざまな面を見ることであるとされる。このような行動／規範は多くの対人援助職者から聞かれることで、筆者が行った調査でも語られたことだ。その人の生活を理解したうえで、発言の裏にある問題をつかみ解決することが専門家の仕事であるという。このように丁寧な対応を積み重ねることで利用者の信頼を勝ち取り、より多くの事柄を話してもらおうとする。その積み重ねによって築いた信頼関係は援助において重要であると支援者は考える。次の事例は、先に紹介したインタビュー調査において筆者がある精神保健福祉士から聞いたものである。

メンバーの2人がいがみ合い言い争う。一旦は別の部屋に別れるなどして距離を取るがいつ殴り合いになってもおかしくない場合、私なら一

方のメンバーへ「タバコでも吸わないか」話しかけます。タバコを吸いながら昨日のテレビの話や趣味の話に興じる。これはメンバーの怒りを和らげることが目的ではありません。タバコを吸いながら一時的であっても、そのメンバーと良好な関係を急速に強く築くことを目的としています。そしていざ殴り合い寸前のところで、煙草をともにしたメンバーに向かって「私からお願います。堪えてはくれないか。」と言うのです。そして両者を分かち時間をつくって、つくった時間で煙草の彼には自分が、一方のメンバーは別のスタッフに対応させて話を聞いたり調整したりするのです。

筆者にも同じような対応した経験がある。そして事例と同じ専門家の姿勢は福祉現場では少なくないだろう。事例に挙げた精神保健福祉士の行動が可能になるには、当事者たちとの一定の信頼関係が必要になる。その信頼関係を作った要因は、前述したような作業場や休憩室などでの時間の共有や日常的な相談に応じた専門家としての態度であろう。しかしこの専門家と当事者の信頼関係は「自己決定」を支援するという文脈では問題を生じさせる要因ともなる。

### 信頼関係が作られる場とは

精神保健福祉士が相談援助や当事者と作業をする場所はどこであろうか。多くの場合精神保健福祉士が所属している施設・機関である。その施設・機関は精神保健福祉士にとって職場である。他方、当事者にとっての施設・機関は利用する場であり相談をする場である。換言すれば精神保健福祉士は仕事をするためにその施設・機関にお

り、当事者は精神保健福祉士の仕事を求める。この場所の意味の違いは専門家と当事者の立ち位置の違いのでもある。

専門家の仕事とその仕事を求める利用者との関係について、精神科医の小澤勲は次のように述べる。

私も自分の家にしばらく患者さんを泊めたりしていたのですけれどもね。……でも、やっぱり関西人風に露骨に言うと、われわれは彼らとつきあうことでお金を儲けているし、生計を立てている。彼らはお金を払っている。距離を自分がとるかからないかというよりも、現実にはすでにそういう関係がありますよね。だから、社会的な関係を無視して「一緒だ」という気にはぼくはあまりなれない。逆にいうと、その社会的な関係を自覚する言葉でしかないと思いますよね、距離ってのはね。(小澤 2006)

小澤が述べるように専門家と当事者には社会的な関係がある。関係を作る前提として当事者が支払う金がある。その金を受け取るために専門家は自らの仕事をおこなう。まずこのような社会的関係がある。そして社会的関係をもって発揮される専門性とそれが発揮される場所は専門家の職場であり、換言すれば「専門家の土俵」である。さらに、精神保健福祉士は当事者と協働作業を行う場合、複数の当事者と同時に信頼関係を結ぶことが可能である。精神保健福祉士にとってその信頼関係は作業を共にして自然と出来上がったという性質のものではなく、「信頼関係を結ぶ」という明確な目標設定のもと行われた結果である場合が多い。このようにして築かれていく信頼関係は当事者にとっては機関・施設を利用するに際

に安心できる材料であろう。この精神保健福祉士が当事者と作った関係は支援関係を強める。換言すると「専門家の土俵」における精神保健福祉士の援助姿勢を強化する機能がある。では「専門家の土俵」における精神保健福祉士の援助姿勢が強化されると何が起こるのか。一つは「専門家の土俵」において当事者同士が自由に物事を進めていくことが難しくなっていくということである。「専門家の土俵」に上がり精神保健福祉士との信頼関係を強固にするなら、その関係性の下で精神保健福祉士の意向に沿った形の判断をする当事者が出現することは想像に難くない。精神保健福祉士の意向に沿った形の判断をするというのは専門家に諂うことではない。「自己決定」を支援する必要がある当事者ならこの特徴は顕著に現れるだろう。専門家が考える良いこと・正しいことを学んでいく。その正しさを学び実行に移すことでさらに深い信頼関係が生まれ、当事者はさらなる安心を得ることが出来る。また支援の中には訪問を主としたものもありえるが、物理的な「場」が当事者宅等に移っても支援の「社会的関係」は変わらず、専門家（精神保健福祉士）の援助を行うという視点も変わらない。この当事者宅等に出向いて行われる面接のことをソーシャルワークのテキストは「居宅訪問面接」と表現しその利点を次のように解説している「居宅訪問面接はクライアントと直接接するよい機会となる。さらに、居宅訪問面接では、クライアントとその環境について十分に観察し、クライアントの生活全般についての情報を具体的に得ることが可能である」(社会福祉士養成講座編集委員会 編 2010)。この記述からわかるように

訪問し面接を行う専門家には支援を行うためという目的がある。このように支援が行われる場所が機関・施設でない場合でも「専門家の土俵」は存在する。支援を行うという目的がある限り専門家は「専門家の土俵」から出ることは無い。

### 「自己決定」的自立の支援と信頼関係

専門家が「専門家の土俵」から出ない／出られないのは専門家が制度や報酬体験に従って仕事を行っているということであり、当然のことである。しかし、その制度やサービスを利用する当事者にとっては不合理な場合もある。山本は「地域生活を守るために～どうなる！？介護保険と支援費制度～」(全国自立生活センター協議会公開シンポ)で精神障害者ホームヘルプサービスについて次のように述べている。

私は、1990年に外で売っている本を書いたときに、最後のほうに、私たちは、病人ですから、できないことはしてもらって、そっと周囲からお手伝いしてくださいという書き方をして、私たちにも介助が必要ですよということを言いました。そして私たち病者集団の仲間もそういうことを主張してきました。

ところが、精神障害者ホームヘルパー制度というものができたのですが、これは全然介助ではないんです。要するに教育訓練、そしてもうひとつは監視、ちゃんと薬を飲んでるか、ちゃんとお医者さんに通っているかという監視のためにいらっしゃる、という制度なんです。ともかく私は、非常に素直に、ああよかった、やっとこれで私たちが長年いっていた精神障害者にも介助がいるんだという認識をお上ももつ

てくれたのか、いい時代になった。これはやっぱり JIL とかほかの介助をたたかって勝ちとってきた他障害のおかげもあるんだろうと素直に思ったのですが、ところが、実際受けてみるとまったくそうではない。

山本が述べるように精神障害者ホームヘルプサービスは訓練の要素が強い。それは障害者自立支援法の位置づけからもわかる。精神障害者ホームヘルプサービスは障害者自立支援法において訓練等給付事業のなかに位置づけられている。山本の言う「介護」のような精神障害者ホームヘルプサービスが障害者自立支援法では規定されていないのかということそうではない。実際にヘルパーが単独で家事支援を行うものもある。しかし、障害の重い人にしか適応されないという。精神障害者の場合、障害程度区分を調査する際、障害程度が低く出る傾向があるという。そのため「介護」的なホームヘルプサービスを利用することが出来ず、訓練的な位置づけのホームヘルプサービスが適応されてしまう。この障害者自立支援法で規定された仕事内容に沿って、ホームヘルパーは「身辺自立」のための訓練を行う。当事者がいくら「介護」を求めているも障害程度区分を基にした判断、つまり制度が訓練によって「身辺自立」が可能であると認定した限り、当事者がホームヘルパーによる「身辺自立」の訓練を求めているなくても、ホームヘルプサービスを利用すると訓練的な要素が付与されてしまう。本人の「したい／したくない」という希望や決定よりも制度が判断した「出来る／出来ない」が優先される。これも特に珍しいことではないが、山本のホームヘルプサービスについ



での経験と精神障害者ホームヘルプサービスの実際から次のことが言えるだろう。

まず、福祉のフレームで語られる「自己決定」の行使は制度や法律の範囲内で成立するという限定がつく。そしてその限定は「自立」概念の限定であり、当事者の事情というよりは支援すべき対象と方法を確定させるために「自立」概念を決定したという性質だとも考えられる。そして支援によって可能になる「自己決定」的自立は制度や法律によって規定されているといえる。そして規定された「自己決定」的自立は専門家との信頼関係によって、当初の本人の考えから「(専門家からみて) 良いもの」に変わる可能性もある。

筆者が 2009-10 年に行った調査において、ある精神保健福祉士は「利用者とのミーティングではできるだけ話さないようにしている。それは自分が意見を述べるとそれが決定となってしまうかもしれないし、今までの議論が覆る恐れもある。話す時間を与えることが支援者の役割だと思っていた」と語った。この発言を筆者は「その方法の良し悪しを別とすれば、専門家の発言力や権力性を十分に理解しているともいえそうだ」と論文で評した。(三野 2010a) 筆者の考えはこの論文を書いた頃と変わっていない。精神保健福祉士にとって所属する機関や施設は精神保健福祉士の土俵であることは述べた。もちろん施設・機関にも「利用者の居場所」は存在する。それは休憩室であり談話室であり作業場である。ただ、その休憩室や談話室、作業場にも精神保健福祉士はおり、利用者が精神保健福祉士の存在を意識し専門家として行動を共にすると「利用者の居場所」は「専門家の土

俵」となりえる。「出来るだけ発言を控えている」といった精神保健福祉士は、場所の意味が変わってしまうことを感じ取り前述の発言に至ったのだろう。

しかし、当事者の「決定」に少なからず影響を与え「当事者の居場所」が「専門家の土俵」に変質してしまうからといって、専門家は何もしないわけにはいかない。例えば、当事者の「決定」が専門家からみて明らかに不利益をもたらす恐れ(端的に言うとうと自傷他害行為)があるとする。その場合、専門家は「そうですか」と言えるか。あるいは、不利益や加害的な行為があったとして「それでも良い」と当事者が言った場合どうするのか。制度上、それらの場合に専門家は強制的な介入を行う。それらの場合、支援と本人の「自己決定」権の剥奪を考えるに当たってジレンマを感じる専門家は多いだろう。

他方、「専門家の土俵」で構築された信頼関係を基にして、「(専門家からみて) 良いもの」になるべく議論を重ねた結果、「わかった、(精神保健福祉士である) あなたの意見を受け入れる」と当事者が決めたとしたらそれは「自己決定」的自立を支援したことになるのだろうか。このような関係にジレンマを感じる専門家はいるだろうか。

## まとめ

前回に引きつづき「自立を支援する」ことについて述べた。「自立」の概念の変遷に関しては前回述べたとおりであるが、それぞれの「自立」にはそれを可能にするための支援やリハビリテーションが存在している。論考したように制度や法律、専門性と

いった福祉的フレームによって規定された「自立」があり、「自立」を達成するために「専門家の土俵」においての支援が行われる。自立生活運動が「自己決定」的自立を目指したわけではないという立岩の指摘は、この「自立」と「支援」の関係からも理解できる。精神障害者の「自立」を考えると、これらの福祉的フレームによって規定された「自立」の意味を考える必要がある。そして精神保健・医療、福祉において当事者は行動制限や強制的医療を経験する。「出来る／出来ない」を軸として規定された「自立」が積極的に「自己決定」権を剥奪することがあることを考慮する必要がある。他方、「自己決定」的自立が推奨され支援される場合がある。その際、信頼関係を構築することが専門家にとっては専門性を十分に発揮できる前提となり当事者にとっては安心感を得ることが出来る。この二つの事象は「専門家の土俵」でなされている点で同質である。そのことを専門家が自覚しているか否かは重要だ。

多くの専門家は「自己決定」は大切なものであるという認識をもつ。同様に精神保健福祉士も精神医療・福祉のフレームで当事者を主体とし「自己決定」的自立を促すようとする。また、当事者も精神医療・福祉のフレームでの支援やケアに慣れている。つまり「専門家の土俵」に上がり信頼関係を結ぶことに疑問を持つことは少ない。「自己決定」を支援することは専門家の仕事であろう。ただ、専門家の支援行為には強権が発揮される場合がありそれは程度の差こそあれ常に発動される可能性がある。行動制限や強制的な医療といった経験をもつ当事者は少なくない。「自己決定」を支援する

前提となる信頼関係は大切だが、信頼関係を構築する意味を如何に捉え支援行為の性質をどのように考えるのかは重要だ。「自立」を支援することは不可能であるとまでは言えないが非常に困難な問題であることは確かだろう。

2009年の障害学会のシンポジウムで「精神病」者集団の当事者の方が「支援者の仕事は当事者の言うことについて全てイエスと言ひ、当事者の言う通りやる人で無ければ信用できない」という旨の発言を聞いた。当時、筆者はこの方の発言の意図するところがわからなかった。本稿を執筆するまでに当事者の経験や考えを聞く／読む機会をもった。そして少ないなりに論考を重ねた。そして本稿に至った。障害学会での発言や紹介した山本真理の「障害者権利条約」を起点とした論考の意味がおぼろげながら理解できた。同時に「自己決定」の尊重や「当事者主体」などの実現が、現在の精神保健・医療福祉というフレームで規定された考え方ではとても困難であることもわかる。必要なものは当事者の考えに耳を傾けるといった「専門家の土俵」からの視点ではない。支援者の主観で当事者を捉えるのではなく、当事者が主体的に主張することであり当事者という土俵からみた専門家の姿勢であり福祉のフレームの分析であろう。この問題は簡単なものではないが、筆者の今後の仕事の重要なテーマであり大きな仕事である。

## 注

- 1) 三野宏治 2011 「それでも「遍照金剛言う」ことにします——第2回 福祉の概念・言葉の解釈について②「自立を支

- 援する-1-」 『対人援助学マガジン』  
(注1 URL)
- 2) 本人はそのつもりがないのだが本人以外の人が問題視するという。この本人と他人の認識のずれと本人が障害者であることに注目した。
- 3) そのメカニズムについては三野 2012a で述べた。
- 4) 医療保護入院は精神保健福祉法 第 33 条に措置入院は同法第 29 条にそれぞれ規定されている。
- 5) 精神保健福祉法 第 36 条に規定。同法では制限を行う場合、①通信・面会の制限、②隔離、③身体拘束、④任意入院患者の開放処遇の制限を定めている。
- 6) 読売新聞大阪本社 2011 『大辞典 これてわかる！医療の仕組み』 中央公論新社より引用。
- 7) 注 6 に同じ
- 8) 平成 21 年度財団法人大同生命厚生大同生命地域事業団「福祉研究助成」による調査。2009 年 6 月—2010 年 9 月に大阪府交野市にある社会福祉法人心生会地域活動支援センターみのりにてインタビュー調査を行った。
- 9) 詳細は三野宏治 2011a で述べた。
- 人間科学研究』第 22 号 pp7-18,立命館大学人間科学研究所
- 2011b 「クラブハウスモデルの労働とは何か」『生存学』 vol.3 pp174-184,生活書院
- 2012 「対人支援関係における専門家の権力性に関する考察」『対人援助学研究』 対人援助学会
- 長野英子 2001 「保安処分攻撃のなかの「移送制度」新設」 『季刊 福祉労働』 91 pp32-39
- 小澤勲 編 2006 『ケアってなんだろう』 医学書院
- 社会福祉士養成講座編集委員会 編 2010 『新・社会福祉士養成講座 7 相談援助の理論と方法 I』 中央法規出版
- 立岩 真也 2008 「自立支援」『応用倫理学事典』 丸善  
<http://www.arsvi.com/ts2000/2007046.htm> (2011 年 11 月 1 日アクセス)
- 寺本 晃久 岡部 耕典 末永 弘 岩橋 誠治 2008 『良い支援? ——知的障害/自閉の人たちの自立生活と支援』 生活書院
- 山本眞理 2010 「障害者権利条約にふさわしい精神障害者政策および全障害者施策を」 『部落開放』 625 号 pp52-61
- 読売新聞大阪本社 2011 『大辞典 これてわかる！医療の仕組み』 中央公論新社
- 全国自立生活センター協議会 「公開シンポジウム 地域生活を守るために～どうなる!? 介護保険と支援費制度～」  
<http://www.j-il.jp/jil.files/siryoku/kouennnroku/soukaisympo.htm>

## 文献

三野 宏治 2006 「精神障害者小規模作業所における作業の意味分析」 立命館大学大学院応用人間科学研究科 修士論文  
———— 2011a 「精神障害当事者と支援者との障害者施設における対等性についての研究—当事者と専門家へのグループインタビューをもとに—」『立命館大学