

<b>Title</b>	精神障がい者の人権擁護とケア
<b>Author</b>	寶田 穂
<b>Citation</b>	大阪市立大学看護学雑誌, 7 巻, p.98-101.
<b>Issue Date</b>	2011-03
<b>ISSN</b>	1349-953X
<b>Type</b>	Departmental Bulletin Paper
<b>Textversion</b>	Publisher
<b>Publisher</b>	大阪市立大学大学院看護学研究科
<b>Description</b>	第 6 回大阪市立大学大学院看護学研究科講演・シンポジウム『看護ケアの中で人権をまもる』 / シンポジウム：『人権をまもるためも看護を考える』
<b>DOI</b>	10.24544/ocu.20180403-081

Placed on: Osaka City University

# 精神障がい者の人権擁護とケア

寶田 穂  
Minori Takarada

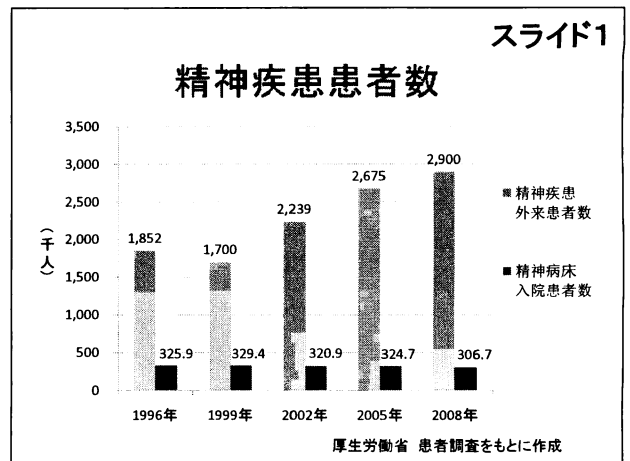
精神障害とか、精神疾患という言葉を目にすると、どのようなイメージを抱くでしょうか？ 私のイメージは、看護職として勤め始めた30年ほど前と現在では、かなり違ってきています。そして人権擁護に関しては、「看護者には、患者さんを保護する、守る役割がある」と思っていました。しかし、臨床の現場や教育に携わっていく中で、言葉を説明できるだけでなく、「人権擁護とは、精神障がい者の人権を守るとは、どういうことなのだろうか」を常に問いかけながら実践することの大切さを感じています。

精神医療の歴史においては、「精神障がい者を保護する」という考え方が、精神障がい者の精神科病院への長期収容につながり、自立を妨げてきた側面があります。「保護、守る」ということは、一歩間違えば、患者さんに不利益をもたらします。「精神障害のため社会での生活が困難になった患者さんを保護しなければならない」という役割を担おうとしてきた精神科医療関係者の一所懸命さがパターンリズムをまねき、患者さんが地域で生活する場や力を奪ってきた側面もあるのではないのでしょうか。一所懸命に患者さんのために行ってきたことが、実際には、患者さんの人権を侵害することにつながっていたのです。そこで今回、ケアにおいて、精神障がい者の人権を守るとはどういうことか、精神疾患や障害の外観にふれながら述べたいと思います。

## 【精神障がい者の現状】

精神疾患での外来患者数は、2008年度では、約290万人となっています（スライド1）。大阪市の人口が約260万人ですので、それ以上の人が、精神疾患で外来通院していることとなります。入院患者は約30万人で、外来患者と比べると非常に少ないように思えますが、他の障害と比較すると、精神障害での入院が最も多くなっています。また、施設入所者数を障害別にみますと、身体障害児・者数の総数は366万人で、そのうち施設入所者は9万人、

精神障害者の場合は総数が303人で、施設入所者は35万人となっています（スライド2）。精神障害は、在宅での生活ができないほど、重病なのでしょうか。いえ、これには病気の重症度とは別の問題が絡んでいるのです。



スライド2

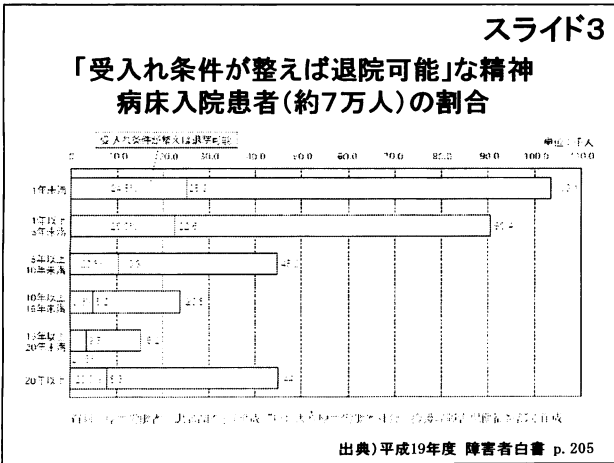
### 障害者数

	総数	在宅者	施設入所者
身体障害児・者	366万人	358万人	9万人
知的障害児・者	55万人	42万人	13万人
精神障害者	303万人	268万人	35万人

資料：厚生労働省「身体障害児・者実態調査」(平成18年)  
厚生労働省「知的障害児(者)基礎調査」(平成17年)  
厚生労働省「社会福祉施設等調査」(平成17年)等(高齢者関係施設は除く)  
厚生労働省「患者調査」(平成17年)  
平成20年度障害者白書より

これは、精神障害での入院期間を表したものです（スライド3）。1年未満の人が約10万人と最も多く、次は5年未満となります。その次に多いのが、20以上年入院されている方で約44万人です。入院患者のうち、「受け入れ条件が整えば退院可能」な人は、20年以上入院されている方の約20%、1年未満の入院されている方におい

でも約25%となっています。つまり、病気が重いから入院しているというよりも、退院先がなく、入院している人が多いという現状です。精神障害による入院が必要となる背景には、病気の重症度やセルフケア能力だけではなく、社会的な問題が大きく影響しているのです。

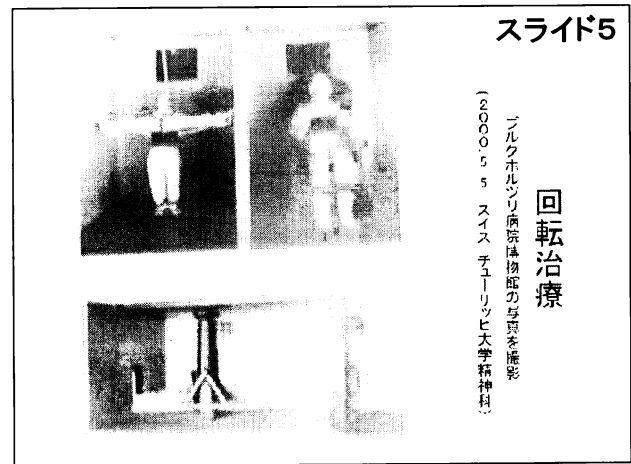


**【病気による苦痛だけでなく社会がもたらす二重三重の苦痛】**

日本は、世界で一番人口あたりの精神科病床数が多い国といわれています。精神科病床数は、諸外国では1970年代あたりから減ってきているのに対し、日本では1960年代に急激に増えてきました。これには、1964年におこった、ライシャワー駐日大使が精神障害をもつ少年に刺されるという事件が影響しています。当時の新聞には、「春先になると、精神病者や変質者の犯罪が急に増えるので、危険人物を野放しにしておかないように」といった記事が掲載されました。これは、随分昔の事件です。しかし、2001年に池田小学校で起こった児童殺傷事件の時に、犯人が精神科病院への入院歴があるということで、「精神障がい者を野放しにするな」というような報道がなされていました。心ない報道によって、多くの精神障がい者が、外出できなくなったり、病状が悪化したりしました。ライシャワー事件に対する社会の反応は、決して過去のことではなかったのです。

また、まるで座敷牢のようなところに精神障がい者を閉じこめる(スライド4)が、法律で許可されている時代もありました。私宅監置は、1950年になってようやく廃止されました。また、過去の治療としては、水の中につけたり、回転椅子やベッドで振り回したり(スライド5)、といったことも行われていました。インシュリンを注射して、低血糖で死の淵までいった頃におどろ糖を注射して回復させるインシュリン療法や、前頭葉の一部を切除するロボトミー手術なども行われていました。なんと、ロボトミー手術を確立したモニス医師は、1949年

に、ノーベル生理学・医学賞を受賞されました。精神科病院には、何十年も前にロボトミー手術を受け、意志も意欲もなく入院を続けておられる患者さんが、今もいらっしやると聞きます。電気ショック療法は、今は電気けいれん療法として麻酔下で行われていますが、以前は患者さんにとても恐怖を及ぼしていたようです。その当時を知る看護者から聞いた話ですが、患者さんはタオルを持ってずらっと並ばされ、次々と頭に電流を流されていたようです。タオルは、電気ショックによるけいれんで舌をかまないようにするためのものです。看護者は、トイレに逃げ込む患者さんを連れ出してきて電気ショックを受けさせるといったこともしており、看護者にとっても、電気ショック療法は、苦痛な体験だったようです。過去には治療として行われてきたことが、実は患者の人権を侵害していた、という歴史が精神医療の中にはあります。



**【保護という名の隔離・収容】**

ライシャワー事件の影響もあり、強制入院が強化され、病院が増えていきました。治療や保護という目的での入院でしたが、社会防衛としての目的も大きかったのではないのでしょうか。それが、精神障がい者の長期施設収容、

社会からの隔離につながっていきました。長期に何十年も入院しておりますと、患者さんの親も年老いていき、兄弟とも連絡をとれなくなってきます。長期入院をしている間に、戻る場がなくなってしまう人も少なくありません。精神科病院への入院は、入院という名目での社会的隔離ともいえます。数十年前私は、精神病院や施設に「収容」という言葉を抵抗なく使っていました。他の疾患では、病院に「収容」という言葉は、あまり使用しません。何故、精神障がい者の場合は入院でなく収容といわれていたのか、このことも、人権擁護を考える上で、大切なことだと思います。

### 【精神障がい者と人権】（スライド6）

精神疾患は、薬物や日常生活をうまく整えることによって再発が予防できる、慢性疾患の一つです。ただ、この病気は、なかなか周囲に理解され難い側面があります。目にみえないので、病気に気付いた時には、本人と周囲との間に、何らかの亀裂が入っていることも少なくありません。精神障害は、精神保健福祉法では、統合失調症や精神作用物質による急性中毒又はその依存症（これはアルコール依存症とか薬物依存症が含まれます）、知的障害、精神病質、その他の精神疾患というように定義されています。どのような病気か、イメージがつかますでしょうか。近年の医学では、精神疾患は脳の病気だと考えられています。しかし、脳の働きには、心理社会的なことも影響を及ぼします。同じ障害名で、同じような病状だったとしても、どのような心理状態か、社会的なサポートはどうか、などによって、地域での生活が可能か否かは異なってきます。

### スライド6

## 精神障がい者と人権

### 精神障害

- ◆ “目”に見えない健康の障害
- ◆ 当事者も周囲の人にも理解し難い
- ◆ 理解を得られず偏見や差別の対象となり易い
- ◆ 当事者自身にも否定的な自己イメージが生じ易い
- ◆ 長期隔離・収容の歴史が招いた弊害が大きい

### 🕒 人権が侵害されやすい健康障害

病気にかかった苦痛だけでなく、  
社会環境がもたらす二重三重の苦痛が生じる

目に見えない病気は、周囲の人に理解され難いだけでなく、病気を患っている本人にも理解し難い病気です。たとえば、非常に妄想的になって「誰かに陥れられようとしている」と思っている時に、「私は病気だ」と理解

することはなかなか難しいものです。そして、わからないものは、普通とは違うものとして、理由もなく区別され、差別が生じやすくなる傾向にあると思います。周囲だけではなく、ご本人自身も、「私は精神疾患ではない」と、障害に対する偏見から、自身の病気を受け入れられないことが多いです。セルフスティグマが、自身を苦しめているのです。自分自身が、自分の病気を、自分自身に起こっていることを、忌み嫌っているのです。これは、とてもつらい状況じゃないでしょうか。そうすると、自尊心も低下しやすくなってきます。病気にかかった苦痛だけでなく、社会での精神障がい者への偏見や差別が、精神障がい者の人権を侵害し、二重三重の苦痛をもたらしているのです。

### 【知識だけでは実践できない人権擁護】

近年、精神障害の正しい理解に向けての啓発活動がすすめられ、少しずつ、社会的に知識としては普及してきていると思います。しかし、精神障がい者への回復支援はなかなかすすまぬ状況です。精神障がい者の施設を開設したくても、住民の理解を得るのは難しい状況です。精神科病院での、看護師による暴行事件などの不祥事も、なくなりはしません。それには、知識だけでは人権擁護を実践できない、別の問題が潜んでいるのではないのでしょうか。知識ではわかっているものの、感情的なことが影響しているのではないのでしょうか。

精神症状のある方とのかかわりにおいては、ケアに携わるものの感情が喚起されやすいといった特徴があります（スライド7）。たとえば、うつ状態の方のお話を聴いていますと、同じように苦しく辛くなってくる。また、病気から回復していく時に、ようやく心の中に抑え込んでたまっていた怒りが、噴出する場合があります。それは実際には回復につながっていくことなのですが、怒りをぶつけられると、ぶつけられた人は心穏やかではいられなくなります。そのぶつけられている怒りの感情が、実はその別のところで発生した怒りである場合もあります。いくら一所懸命対応しても、患者さんは本当に怒りをぶつけたい相手にはぶつけないことには解決しない時もあります。感情の問題は、どこかで封じ込められた問題が、どこか他のぶつけやすいところで、たとえば援助者との関係で発火することがあります。そういった構造がつかめていないと、対応が困難になります。また、自分自身も、そういった病気にならないかという恐れが生じてくることもあります。患者さんの苦しさに共感する疲労や、患者さんの苦しみを通して援助者が二次的な心的外傷体験をされるといったことが生じてくることもあります。精神

症状のある人とのかわりにおいて、援助者には様々な感情が生じてきます。患者さんとのかわりを通して、援助者にもさまざまな感情が喚起される中で、患者さんの人権を擁護することが求められるのです。

**スライド7**

**精神疾患を患う人へのケアで  
援助者に生じやすいこと**

- 1) 患者さんの苦しみを二次的に体験する苦痛(二次的外傷性ストレス、共感疲労)
- 2) 患者さんの怒りや苛立ちなどをぶつけられることによる苦痛と援助者としての立場との葛藤
- 3) 自分も精神の病気になるかという恐れや不安
- 4) 社会的な偏見や差別に関連した様々な思い、葛藤

**【援助者に向けての一提案】 (スライド8)**

精神障がい者の人権養護を行う上で、感情の側面の影響は大きいと思います。ですから、援助職者は、自身の感情を読み書きする能力(エモーショナル・リテラシー)を高めることが大切になります。また、患者さんのことを「理解している」と思うってしまうことも危険です。あまりに、患者さんのことを理解したつもりになると、援助者の判断が、「正しい」と思い込み、一方的な援助を押しつけてしまうかもしれません。常に「理解しよう」という姿勢で、患者さんと援助者がコラボレイティブ(協

力的、協動的)な関係を築くことが、人権養護にもつながっていくのではないのでしょうか。さらに、援助する側の人権が守られていないと、他者の人権擁護は難しいと思います。いくら、患者さんに優しくするといっても、自分自身が人から優しくされて心地良い体験をしたことがなければ、どうやって人に優しくしていいかわかりません。援助者自身の人権が守られていない状況では、患者さんの人権擁護といっても、余裕もなければ、どうやればよいのかも分からないかもしれません。

人権擁護は一方的に行うものとは思いません。ケアの中では、その対人関係を通して、その人その人に適した擁護が必要なのだと思います。歴史から学び過ちを繰り返さないよう、日々問いかけながらケアを実践していきたいものです。

**スライド8**

**精神障がい者の人権擁護とケア  
(援助職者に向けての一提案)**

- 1) エモーショナル・リテラシーを高める  
「自分のなかの声に耳を澄まし、身体感覚としての感情をつかむ能力、次に感じ取った感情を言葉にする能力、そして感情と思考をつなげる能力」(武井, 2008)を高める
- 2) 理解しようとする事。  
理解してしまうと一方的な援助になりがち  
立場や役割は違っても「人として等価である」コラボレイティブなアプローチの必要性
- 3) ケアする人も感情面のサポートを得ることができ、人権が守られていること