

# 精神保健研究

第11号 (通巻44号)

平成10年・1998年

巻頭言 .....	吉川 武彦
<b>特集 精神疾患を有する人々の社会参加を阻むもの</b>	
精神疾患を有する人々の社会参加を阻むもの—特集にあたって— .....	北村 俊則… 3
精神疾患への偏見の形成に与る要因	
—社会心理学的手法によるアプローチ— .....	坂本真士他… 5
「精神障害」関連用語に関する諸問題—その名称と社会的誤解— .....	木島 伸彦… 15
精神障害者の欠格条項と人権 .....	横藤田 誠… 27
精神疾患と判断能力—内科入院患者との比較を通して— .....	友田貴子他… 37
精神疾患を有する者のための権利擁護者(advocate)制度	
—その歴史と役割— .....	北村總子他… 45
<b>原著論文</b>	
Auditory mismatch negativity in patients with severe motor and intellectual disabilities .....	
	Makiko Kaga, et al. … 61
境界性人格障害のロールシャッハ・テスト	
—境界性人格障害指標の作成— .....	堀口寿広他… 69
<b>短報</b>	
福祉事務所より紹介されたアルコール依存症者の人格傾向	
—MMPIによる検討— .....	松岡 恵子… 75
<b>特別寄稿</b>	
ペルー日本大使公邸占拠事件とメンタルヘルス活動 .....	金 吉晴… 81
<b>資料</b>	
「精神保健福祉法」改正に関する意見書の提出について	
	国立精神・神経センター精神保健研究所精神保健福祉法改正研究会… 85 伊藤順一郎他
投稿規定 .....	89
編集後記 .....	90

吉川 武彦

あわただしい1年でしたが年度末を迎える時期となりました。昨年の年度末は、ペルーの人質事件で明け暮れ、1997（平成9）年度に入ってこれが強行突入によって一応の解決が図られましたが、監禁状態にあった人々のメンタルヘルスが話題になりました。私どもの研究所では、金吉晴室長が直ちにペルーに赴き、開放された方々との接触を保ちながら危機に際してのこころのケアのあり方を探ってられました。危機管理にはメンタルヘルスが重要だと判断したからです。同年5月末から6月、連日報道されたのが神戸の小学生連続殺傷事件でした。事件を起こしたのが中学生だとわかって、家庭は動揺しました。「うちの子に限って」という反応ではなく、「ひょっとしたら、うちの子も」という不安が示されたのです。このような事件を起こすと、これまでは「親が、ちゃんと育てなかったからだ」という一本調子の論調が新聞や週刊誌に見られたものですが、このたびの報道はこれまでになく子どもが育った状況などを加味して多様でした。

1998（平成10）年に入ってからすぐ、黒磯の中学生による女教師刺殺事件—いわゆるバタフライナイフ事件が起こり、このあとは、警官刺殺未遂など、中学生による事件が頻発したのも記憶に新しいところです。神戸の事件ではあまり驚いた気配を見せなかった教師たちが、この事件にたいして「なぜ、このような事件が起こるのか、わからない」と反応しました。また、一般社会における人々のメンタルヘルスばかりでなく、こころ病んだ人々

のメンタルヘルスも重要です。ここにも時代が反映しています。1987（昭和62）年には精神衛生法から精神保健法に、1993（平成5）年にはその見直し改正が、さらに1995（平成7）年には「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（精神保健福祉法）」となりました。法改正に一貫するのは、精神障害者のリハビリテーション促進です。さらに1999（平成11）年には精神保健法の改正が見込まれています。

ただ、精神障害者のリハビリテーションを阻むも要因は、まだ、あまり明らかにされていません。そこで本号では、北村俊則社会精神保健部長にお願いをして、「精神疾患を有する人々の社会参加を阻むもの」というテーマで特集を組みました。用語問題から、法律面から、偏見の形成から、権利擁護などからこの問題に迫っていただけました。ちなみに、1993年から1997年までの特集を省みますと、「ストレス」（1993年）、「有機溶剤乱用・依存」（1994年）、「睡眠」（1995年）、「10代の性」（1996年）、「精神科リハビリテーション」（1997年）です。このように幅広い領域をカバーする私たちの精神保健研究所は、これからも子どもから成人や老人まで、医学から心理学や社会学あるいは社会福祉学に至るまで、メンタルヘルスをめぐるあらゆる領域にかかわり続けていく所存です。言い古されたことですが、人は肉体的・精神的・社会的生き物です。「人」を出発点にしながら人から離れて分子生物学に近づく研究も重要ですが、「人」を出発点にしながら社会現象に迫ることもまた重要です。なぜなら、そのどちらも、振り子が戻るように再び「人」に戻るからです。これからもこのような研究を続けていきたいと思えます。



## 特集「精神疾患を有する人々の社会参加を阻むもの」



## 【特集】

## 精神疾患を有する人々の社会参加を阻むもの

—特集にあたって—

北村 俊則

精神疾患 mental illness がある人々の中には精神の障害 mental disability を有している人々がいる。このことは身体疾患と身体障害についても同様である。しかし、(精神の障害をその時点で有していてもいなくとも) 精神疾患がある人々が地域や職場などで生活するに際して、有形無形の困難に直面することが少なくない。もちろん身体疾患・身体障害を有する人々が生活する場面においても同様の困難が存在はするが、身体疾患を有する者の場合に比べて精神疾患に特徴的な困難も多い。厚生省は障害者のノーマライゼーションを重要施策の一つとして挙げている。ノーマライゼーションを阻害している要素は多いが、その根底に存在するものは国民の多くの層に見られる精神疾患・精神疾患を有する人々・精神科医療への偏見である。

精神疾患に限らず、われわれが持ちうる偏見の対象は多岐にわたっている。しかし、このなかでも精神疾患・精神疾患を有する人々・精神科医療への偏見は、その影響力の強さから特筆するものがあるといえよう。偏見が減弱すれば精神疾患がある人々の社会参加は著しく容易になると考えられる。しかし、従来のように医療や福祉の現場における個人努力や、「偏見のない社会を作ろう」といったような「掛け声」的施策だけでは不十分であろう。そうした努力は現実に行われてきていて

なお現状なのである。偏見を持つものを非難するだけで、問題の根本的解決は見ない。本来、人間は偏見を持つ特性がある(だから偏見の問題は将来的に発生しうる)との前提で、その原因と対策を検討することで、偏見問題の具体的解決策を考えなければならない。

精神疾患に対する一般的偏見は、精神疾患を有するものは「危険で、善悪の判断ができず、症状が固定して社会復帰ができず、自分の利益になる治療にも理解を持ってない状態にある」といったものであろう。本号特集では精神疾患を有するものにとってバリア・フリーな社会を作る道筋を見出すために、偏見と誤解に焦点を当て、実証的研究と論考的研究の執筆を依頼し、その上で偏見と誤解による精神疾患を有する人々が受けてきたそしてこれからも受ける可能性の低い人権侵害の事前予防方策についての具体策に迫ろうとするものである。

まず坂本真士氏は、精神疾患に対する偏見が、社会復帰を遅らせるばかりでなく、適切な受診行動も遅らせることを指摘し、その上で、偏見発生メカニズムに関する現在進行中である4つのプロジェクトの内容を紹介した。マスメディアの報道が精神疾患への偏見を助長する可能性、専門知識を持っていない人々にあって、「精神分裂病」という名称が刺激語として与えられるだけで誤解が発生する可能性を指摘した。偏見が低減されれば、受診行動も容易になり、したがって医療による症状のさらなる低減も期待できる。

次に、木島伸彦氏は、mental illnessとmental disabilityの両方に「精神障害」という名称を用いている現状に触れ、精神保健福祉法でいう「精神障害」は前者を指し、障害者基本法でいう「精神障害」は後者を指すことを述べた。本来、illnessを

---

What make it difficult for the mentally ill to participate in the community?: An introduction  
国立精神・神経センター精神保健研究所  
社会精神保健部  
〔〒272-0827 千葉県市川市国府台1-7-3〕  
Toshinori Kitamura: National Institute of Mental Health, NCNP, 1-7-3, Kohnodai, Ichikawa, Chiba 272-0827

持つもののすべてがdisabilityを持つわけではない。にもかかわらず、精神障害に罹患すると回復には長時間が必要だとの誤解がある。こうした用語上の混乱は、「精神疾患」は「障害」に分類されるのであるから、固定したもの（社会復帰できない）であろうというこれまでの誤解と偏見を更に助長させていると木島氏は主張した。そしてさらに精神の障害の概念規定について将来の道筋を示した。

では精神疾患を有するものはそれゆえに社会に対する広義の危険性を持っているのであろうか。今日存在している多くの法令が、精神障害者に対する資格制限条項を備えている。つまり、国家や地方自治体に与えられている資格付与の権限の中で、精神障害（ここでいう精神障害が精神保健福祉法でいう「精神障害」を指すのか、障害者基本法でいう「精神障害」を指すのかはわかりにくい）であるという事実に基づいて資格を限定する条項である。横藤田誠氏は、憲法論の立場から、こうした条項の中には違憲の疑いが濃いものがあり、欠格条項が、精神障害者の社会参加に対する意識上の障壁（「法律で資格を制限されなければならないほど危険なのだ」という誤解）を増幅していると主張した。

精神疾患を有するものは病識に欠け、そのため自らに最も適切な医療内容を理解し、治療に同意する能力に欠け、したがって強制的な入院や治療は本人のためにも不可欠であるとの考えは一般に強い。精神保健福祉法でいう精神障害者 the mentally ill と判断された時点で保護者が設定された

のもこうした意識が根底にある。友田貴子氏は本研究所社会精神保健部で開発した判断能力評価用構造化面接を内科入院患者と精神科入院患者に適用し、医療保護入院や自由入院の精神科患者の判断能力は内科患者に劣るものでないことを実証した。判断能力がある人に対して強制医療は開始できないであろう。

では、こうした偏見から発生した人権侵害に、障害を持った人々は正当な訴えを行ってきたであろうか。彼らの置かれた状況や一部の症状のため、十分な訴えは行われてはいない。そこで、北村總子氏はアメリカにおける精神疾患患者への権利擁護制度樹立の歴史を振り返り、日本における権利擁護制度の確立を訴え、最も実現性ある方策として、現行の精神医療審査会の機能と権限の拡大・充実を主張した。アメリカにおいても精神疾患に対する偏見は現在の日本と類似の状態だったようである。権利の剥奪がある状態で、福祉のみが先行することは自然とはいえない。福祉は本来、それを希望するものが得られる種類の公共サービスであり、決して強制するものではない。精神疾患を有するものの自己決定権を（他のものに対すると同様に）尊重する手法として権利擁護制度の確立はもっかの急務であろう。

精神疾患を取り巻く偏見が減弱し、精神疾患を有する人々が不当な不利益を被ることのない社会を作るために、本号特集の記事が少なくとも議論と行動のキックオフの役割を果たせば、企画の目的は果たせたといえる。

## 【特集】

## 精神疾患への偏見の形成に与る要因

——社会心理学的手法によるアプローチ——

坂本 真士<sup>1)</sup> 杉浦 朋子<sup>1)</sup> 蓮井千恵子<sup>1)</sup>  
 北村 總子<sup>1)</sup> 友田 貴子<sup>2)</sup> 田中江里子<sup>3)</sup>  
 木島 伸彦<sup>4)</sup> 丹野 義彦<sup>5)</sup> 北村 俊則<sup>1)</sup>

## I. “偏見プロジェクト” について

精神疾患に対する社会の偏見は根強い。実際、精神疾患に対する偏見はさまざまな差別として具現化している。例えば、精神保健法で定める精神病にかかっている人は、資格制限などの不当な不利益を被っている（欠格事項；本号横藤田論文を参照）。また一般市民の間での精神疾患（者）へのイメージもネガティブである<sup>4)</sup>。

精神疾患に対する偏見は、精神科既往歴を有する人の社会復帰を困難にするばかりでなく、発病後の精神科受診を遅らせ症状を悪化させる原因となっていると考えられる。このような現状を考え

ると、精神疾患への偏見の形成に与る要因を探り、偏見低減の方略を模索することが必要である。これまで精神病などについて態度を質問した実態調査はいくつかあるものの<sup>1)2)4)6)</sup>、偏見の形成のメカニズムについて調べた研究はあまり行われていない。我々は、「精神疾患者に対する偏見の形成および偏見の低減に関する研究」（通称：偏見プロジェクト）と称して、1995年より一連の研究（「受診研究」「バリ研究」「用語研究」「学生研究」）を行っている（図1）。

受診研究：まず、精神疾患への偏見は受診行動を遅らせる要因のひとつと考えられる。すなわち、精神疾患に対する偏見が強い人や家族では、精神科に行くことが強いスティグマになると考えやすいだろう。したがって、本人や家族の誰かが精神症状を発症しても、精神科受診によるスティグマを恐れるため、精神科への受診をためらいやすく、精神科受診が遅れると考えられる。もちろん、受診を決める要因には症状の重症さの程度、発症形態（急性か慢性か）なども関係すると考えられ、受診行動を決定するその他の要因についても同時に測定する必要がある。現在我々は、山梨県内の単科精神病院の協力を得て、精神科初回受診者を対象として、偏見と受診行動との関係を調べるための研究を行っている。

バリ研究：偏見が行動（例えば受診行動）にどのような影響を及ぼすかについて調べるのとは別に、偏見がどのような要因のために形成されるのかについても調べる必要がある。その際に注意すべきは、一つの文化内で偏見の形成要因について調べるだけでは不十分ということである。文化的背景を異にする社会では、当然、偏見を形成する

The investigation of factors generating the prejudice against mental illness: Social psychological approaches

<sup>1)</sup>国立精神・神経センター精神保健研究所  
社会精神保健部

〔〒272-0827 千葉県市川市国府台1-7-3〕

Shinji Sakamoto, Tomoko Sugiura, Chieko Hasui, Fusako Kitamura, Toshinori Kitamura: National Institute of Mental Health, NCNP, 1-7-3, Kohnodai, Ichikawa, Chiba 272-0827

<sup>2)</sup>日本学術振興会・特別研究員

Atsuko Tomoda: Japan Society for the Promotion of Science

<sup>3)</sup>慶応義塾大学

Eriko Tanaka: Keio University

<sup>4)</sup>障害者職業総合センター

Nobuhiko Kijima: National Institute of Vocational Rehabilitation

<sup>5)</sup>東京大学

Yoshihiko Tanno: University of Tokyo



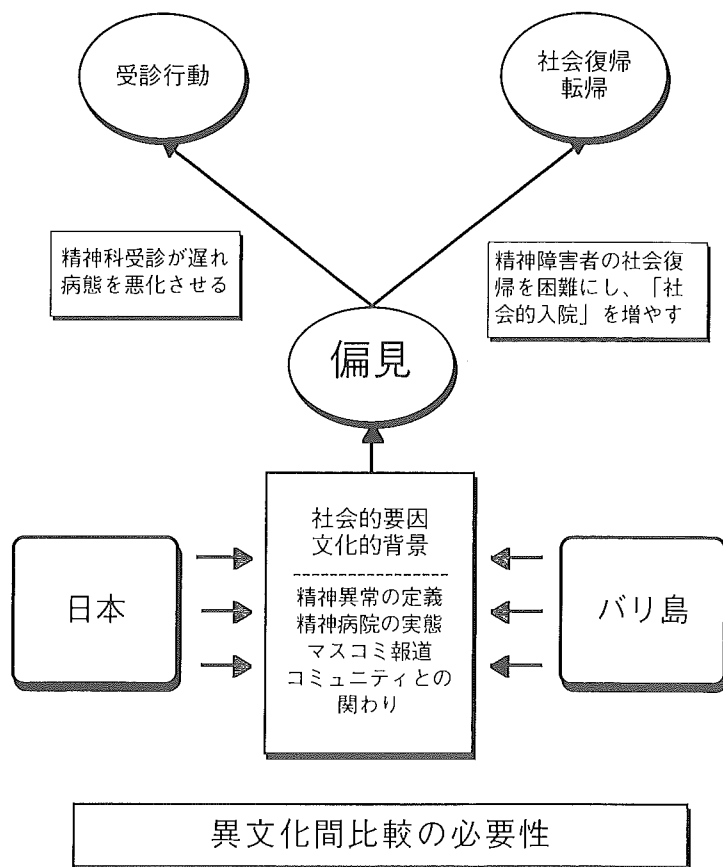


図1 偏見プロジェクトの概略

要因やメカニズムも異なると考えられる。また、精神疾患に対する偏見のレベルそのものも異なっているだろう。

我々は、バリ島（インドネシア）と日本とで精神疾患に対する偏見の形成に関する比較文化研究を行った。バリ島は、日本に比べると精神分裂病の治療に要する投薬量はおよそ3分の1であり、再入院率もかなり低い<sup>5)</sup>。バリ島では精神疾患に対して、「病気だ」というとらえ方をすることは少なく、むしろ精神疾患になったのは「魔術にかけられたからだ」というとらえ方をするという<sup>3)</sup>。このような文化と日本とでは、精神疾患に対するとらえ方だけでなく、精神疾患に対する偏見の形成に与る要因が異なるだろう。

比較文化的な研究をするにあたっては、翻訳の問題を考慮すべきである。例えば、“mental illness”を「精神病」と訳すか「精神疾患」と訳すか

でイメージは大きく異なる（本号木島論文を参照）。したがって我々は、日本とバリ島で精神疾患に対するイメージの違いを研究する際に、例えば、直接「精神分裂病」などの言葉に対するイメージを質問するのではなく、精神分裂病の状態を記述した case vignette を呈示し、これに対するイメージを質問するという方法を用いた。目下データ解析中であるが、日本よりもバリ島の方が精神疾患に対する偏見が低いなど仮説を支持する結果を得ている。

用語研究：さて、精神疾患に対する偏見の形成に与る要因の一つとして、どのような用語でその状態を記述するかということが考えられる。「精神薄弱」から「知的障害」への呼称変更など、どのような名称を付すかは偏見の形成に重要な役割を果たすと考えられる。我々はこの問題についても検討した。詳細は本号木島論文または坂本ら<sup>8)12)</sup>を

参照されたい。

学生研究：我々は、精神疾患への偏見の形成に与る要因について、大学生を対象とした一連の研究を行い検討している<sup>9)~11)</sup>。本論文では、この一連の研究で得られた知見のうちいくつかを紹介する。

## II. 接触体験の欠如とメディアからの情報の影響

精神疾患や精神疾患を有する人に対する偏見の形成に、マスメディアからの情報が影響を与えることは容易に想像できる。特に、犯罪と精神疾患とを結びつけた報道が、人々に精神疾患を有する人、有していた人に対する偏見を植え付けていることが考えられる<sup>14)</sup>。

マスメディアからの精神疾患に関する報道には、事件報道の他にもドキュメント報道がある。ドキュメント報道は、精神疾患を有する（有していた）人に関して、事件報道とは違うさまざまな側面を伝える。事件報道が、ある特定の面しか伝えていないのと対照的である。偏見の低減には、偏見の対象になっている集団成員との接触が有効であると言われているが（後述）、ドキュメント報道は、ふだん、精神疾患を有する人との接触機会のない人に、事件報道で伝えられる側面とは異なる側面に関する情報を与えるという点で、偏見を低減する効果があると思われる。

また、ドラマなどのフィクション作品には、精神疾患を有する人が登場するものも少なくない。これらの作品の中には、精神疾患を有する人を恐ろしいもの、わからないものとしてネガティブに描いた作品もあるが、同情的に描いた作品もある。したがって、精神疾患を有する人を描いたフィクション作品に接することが、偏見にどのように影響するかについては予測し兼ねる。

その他マスメディアからの情報としては、専門書や新書などに書かれた精神疾患についての知識がある。専門的な知識は、精神疾患に対する理解

をより深いものにする。もし、精神疾患に対する偏見の一部が、精神疾患に対する誤った知識から発しているとしたら、専門書や新書から得る精神疾患に関する専門的な知識は、精神疾患に対する誤解を解き、偏見を低減すると予測される。

偏見の低減にとってもっとも効果的なのは、偏見の対象となっている集団成員との密接な個人的な接触体験である<sup>15)</sup>。偏見はある集団の一部の側面に関する情報によって形成されるので、偏見の対象となっている集団成員と実際に接することで、これまでの見方とは異なるポジティブな面に出会うだろう。そして、これまでの見方（偏見）と実際の姿との間にズレが生じ、以前の見方を修正することになる。もっとも、偏見と一致するような情報は偏見を助長することになるので、単に接触体験を持てばよいということではなく、例えば偏見の対象となっている集団と協同して作業をするなどの場を設けることが、偏見をより確実に低減するためには重要である<sup>16)</sup>。

以上見てきたように、精神疾患に関するマスメディアからの情報や精神疾患を有する人との接触体験は、偏見の形成（あるいは低減）に影響するものと思われる。本研究では、この点について、質問紙調査により明らかにする。

### 1. 方法

被験者は、都内の大学で教育学の講義を受講した大学生243名であった。この講義は1, 2年生が対象であり、医学や看護学の専門課程の学生はいなかった。

質問紙は、(1)SD法を用いた、精神病についてのイメージについての質問項目<sup>2)</sup>（以降「イメージ質問紙」）、(2)精神病への偏見に関する質問項目<sup>3)</sup>（以降「偏見質問紙」）、(3)精神病についての情報の見聞や体験を質問した項目、および(4)精神疾患についての“異常さ”の認知についての質問項目などからなる。

イメージ質問紙は20項目からなる（表1）。被験

注：精神科領域で扱う疾患全体を指す総称としては、「精神疾患」が望ましく<sup>12)</sup>、本来は「精神疾患」に対するイメージを質問する必要があるが、精神科領域の専門ではない一般の間では「精神疾患」はなじみのない用語であるため<sup>12)</sup>、「精神病」に対するイメージを質問した。

者は、精神病に対するイメージを表1に示した各形容詞対上で回答した\*。「0(どちらでもない)」を中点とし、各形容詞について3段階ずつあてはまりの度合いが設けられている。被験者は、3~1, 0, 1~3の7段階の中から、どちらかの形容詞にどの程度あてはまるか、あるいは「どちらでもない」かを判断した。

偏見質問紙は23項目からなり、被験者は、各項目に対して1から6の6点尺度で回答した。

情報の見聞(3)は、精神病について、①専門書や新書を読んだり、②事件報道、③ドキュメント報道、④フィクション作品を見聞きしたことがあるかどうかを質問した。接触体験については、身の回りで精神科に入院もしくは通院した人がいるかないかと、見舞いや見学を含め精神病院や精神科に行ったことがあるかを質問した。①~④について見聞きしたと回答した場合、あるいは精神病院や精神科に行ったことがあると回答した場合、その具体的な内容について自由記述を求めた。

質問紙は、教育学の講義中に一斉に実施した。質問紙回収後、精神疾患についての講義を行い、精神疾患に対する偏見が生じないようにした。

## 2. 結果・考察

質問紙の項目選択：イメージ質問紙の20項目を主成分分析した。スクリープロットを参照に固有値1以上の2因子を抽出した。その後斜交回転の一種であるプロマックス回転を行い、因子負荷量の絶対値が一つの因子のみに0.40以上であることを条件に、下位尺度の項目を決定した(表1)。

その結果、イメージ質問紙の20項目は“迷惑でない—迷惑な”“安全な—危険な”などの11形容詞対と、“にぎやかな—さびしい”“単純な—複雑な”などの6形容詞対に分かれた。前者は、精神病を有する人の外的・社会対人的イメージを、後者は精神病を有する人の内的・精神的イメージを表す形容詞であると考えられる。したがって、前者を「社会対人イメージ」、後者を「精神内界イメージ」と命名した。それぞれ11項目と6項目の得点を合算し、「社会対人イメージ得点」「精神内界イメージ得点」とした。いずれも、得点が高くなるほど表1の右側の形容詞の意味が強くなるようにした。

表1 SD項目の因子分析の結果

番号	形容詞対	第1因子	第2因子
4	安全な—危険な	0.78	-0.10
2	良い—悪い	0.75	-0.09
7	こわくない—こわい	0.72	-0.04
1	迷惑でない—迷惑な	0.70	-0.10
5	温かい—冷たい	0.63	0.09
8	かわいらしい—くらしい	0.61	-0.10
10	おだやかな—はげしい	0.54	-0.06
3	明るい—暗い	0.51	0.44
9	やわらかい—かたい	0.44	0.12
12	役に立つ—役に立たない	0.41	0.06
20	身近な—縁遠い	0.41	-0.22
11	きれいな—きたない	0.40	-0.00
14	にぎやかな—さびしい	-0.11	0.80
15	活動的な—不活発な	-0.14	0.68
17	単純な—複雑な	0.08	0.65
16	容易な—困難な	0.18	0.53
13	浅い—深い	-0.16	0.47
6	陽気な—陰気な	0.44	0.46
18	強い—弱い	0.01	0.40
19	速い—遅い	-0.12	0.27
累積寄与率(%)		24.8	36.5

表2 情報源別の見聞の経験の有無の割合および接触体験の有無の割合

情報源	見聞・体験の経験	
	あり(%)	なし(%)
情報源		
専門書・新書	64(26.3)	179(73.7)
事件報道	122(50.2)	121(49.8)
ドキュメント報道	70(28.8)	173(71.2)
フィクション作品	87(35.8)	156(64.2)
接触体験		
身の回りの人にいる	30(12.3)	213(87.7)
病院に行った	13(5.3)	230(94.7)

偏見質問紙の23項目については内的一貫性が高かったので( $\alpha=0.89$ ), 23項目の得点を合算し、「偏見得点」とした。偏見得点については、得点が高くなるほど偏見が強くなるようにした。

見聞経験や接触体験の割合：表2に、情報源別の見聞の経験の有無の割合、および接触体験の有無の割合を示した。情報源では事件報道との関係で精神病について見聞きした人が多く、被験者全体の約半数に上った。その一方で、ドキュメント報道や専門書・新書などから情報を得ている人は

全体の1/4程度にとどまった。

身の回りに精神病院に入院もしくは精神科にかかった人が、現在または過去にいる(いた)と答えた人の割合は、全体の1割弱であった。しかし、実際に精神病院または精神科に行ったことがある人は全体の約5%に過ぎなかった。医学生ではない学生にとっては精神病院や精神科はほとんど行く機会のない未知の場所であると言える。

見聞・接触とイメージ・偏見との関連:次に、情報源とイメージ、偏見との関連について調べた。具体的には、見聞や接触の有無によるイメージや偏見の程度の違いをt検定によって調べた。その結果、事件報道から情報を得た人は精神病の社会対人的なイメージが悪く( $P < 0.01$ )、偏見が強いことが見出された( $P < 0.04$ )。その一方で、専門書や新書から情報を得た人は精神病への偏見が低く( $P < 0.01$ )、ドキュメント報道から情報を得た人は精神内界イメージが良い傾向があることが見出された( $P < 0.07$ )。身の回りに精神科にかかった人がいるかどうかでイメージや偏見に有意な差は見られなかったが、実際に精神病院に行ったかどうかでは差が見られ、精神病院を訪れた人はネガティブなイメージをもちにくいことが示された(偏見については有意差は見られなかった)。

今回の結果では、精神疾患についての情報源が、事件報道やフィクションなど一方的なイメージを植え付けやすいチャンネルに偏りがちであることがわかった。事件報道から情報を得ることは、精神病の社会対人的イメージを悪くし、偏見を高めると考えられる。精神疾患と事件との関係が明らかでない段階で被疑者の精神科受診歴を報道することが、精神疾患への偏見を強めているという指摘がある。今回の調査はこの指摘に支持を与えるものであり、マスコミの慎重な報道姿勢が望まれる。

接触体験と偏見やイメージについては、単に精神病院や精神科にかかった人が身の回りにいるだけではイメージや偏見に影響を与えていないこと、そして精神科や精神病院に行くことはイメージを比較的良好にしていることがわかった。今後は、精神科や精神病院についての情報を積極的に社会に流し、一般の人が精神科施設と接する機会をもて

るようにすることが、偏見の低減のために重要であると思われる。もちろん、単に接触経験を与えるだけでは偏見の低減には不十分で、どのような接触機会を与えるかが重要である<sup>15)</sup>。そのためにも、精神科医療に携わる者自身が精神科施設の改善に努め、一般の人に偏見をもたれないような医療施設を実現し、それを社会にオープンにすることが必要である。

### III. “診断名”の影響

精神疾患に対する偏見を形成する別の要因として診断名自体のもつイメージが考えられる。それは、ある状態が「病気」とラベルされることで、自分とは無縁な集団のものとして知覚されるからである(ラベリング効果)。ラベルされる診断名自体がネガティブなイメージをもつ場合、ラベリング効果は大きいと考えられる。

診断名には漢字が用いられることが多いが、漢字は表音文字であると同時に表意文字であるために、熟語の意味内容が不明なときでも、日本人は使われた漢字からその意味内容を推測してしまう。例えば、複雑骨折という状態はどのような状態かを質問されたときの日本人の類推過程を考えよう。多くの日本人は、「複雑骨折」という用語を、「複雑な骨折」つまり「複雑な骨の折れ方をした状態」と解釈するだろう。さらに「複雑な」という言葉から「入り組んでいる、込み入っている」ことを想像し、結局「複雑骨折とは、骨が砕けたような骨の折れ方」と考えてしまう。しかし複雑骨折とは、実際は「皮膚、軟部組織の損傷により、骨折部と外界とが交通している骨折」であるので、先述の「複雑骨折」という漢字からの推測とはかけ離れている。このように、意味が分からないとき、日本人は自然と漢字からその意味を類推してしまう以上、診断名を考える際には、一般の人に誤解や偏見を与えないような呼称が望ましい。

このような点から問題となるのは、「精神分裂病」という呼称である。精神分裂病の呼称の変更の是非については、日本精神神経学会の疾患概念と用語に関する委員会精神分裂病の呼称を検討する小委員会において検討されて、日本精神神経学

会の評議員を対象に精神分裂病の呼称変更に関するアンケートが実施された<sup>13)</sup>。このアンケートでは、呼称変更への是非やその理由について質問しているが、「精神分裂病」の呼称により本当にイメージが悪くなるのかについては検討していない。もし、「精神分裂病」という呼称を用いてもイメージが悪くならないのならば、呼称変更の必要性は低いだろう。また、「精神分裂病」以外にも、一般の人に誤解を与え偏見を生み出すような呼称は存在するかもしれない。これらの点を調べる必要がある。

本研究では、上記の問題を念頭に置き、診断名の情報の有無によりイメージがどのように変化するかを調べる。具体的には、ある疾患の症状記載に、診断名の情報を加えた記載と「病院を受診した」という情報を加えた記載をもうけ、診断名がどの程度ネガティブなイメージを与えるかを調べる。

## 1. 方法

被験者は、都内の大学で教育学の講義を受講した大学生233名。これらの被験者に、3種類の質問紙のうち1種類を無作為に配布することで、統制群、受診群、診断群に分けた。この講義は1、2年生が対象であり、医学や看護学の専門課程の学生はいなかった。

質問紙では、A「うつ病」(F32.0)、B「精神分裂病」(F20.0)、C「社会恐怖症」(F40.1)、D「精神分裂病」(F20.3)、E「躁病」(F30.1)、F「摂食障害」(F50.0)、G「依存性症候群(ニコチン依存)」(F17.2)、H「妄想性障害」(F22.0)、I「強迫性障害」(F42.2)の9つの精神疾患のcase vignetteを呈示した。case vignetteに用いた症例は、いずれもWHO作成の診断基準ICD-10の診断基準を満たすものであった。( )に各case vignetteのICD-10の診断基準による疾患コードを記載した。

上記の9つの疾患の状態を記載したcase vignetteを被験者に呈示したが、統制群、受診群、診断群の3群でcase vignetteに付加された情報が異なっていた。すなわち、統制群のcase vignetteは症例のみの記載だったが、受診群の

case vignetteでは統制群の記載に「○さんは病院で診察を受けました」という文章が、診断群のcase vignetteでは統制群の記載に「診察を受けた結果、○さんは○○○[診断名]と診断されました」という文章が付加されていた。なお[診断名]には上記の「 」内の診断名が入った。

被験者は、その症例に対して社会的距離(4点尺度)、善悪の判断ができるかどうか(2件法)、社会復帰ができるかどうか(2件法)、危険と感じるかどうか(2件法)などを評定した。さらに、全被験者に先に挙げた診断名の見聞頻度とイメージの良し悪しを、ともに1-3の3点尺度で質問した(得点が高いほど見聞頻度が高く、イメージが良い)。

質問紙は、教育学の講義中に一斉に実施した。質問紙回収後、精神疾患についての講義を行い、精神疾患に対する偏見が生じないようにした。

## 2. 結果・考察

4点尺度(1-4)で回答する社会的距離の項目については、社会的距離の遠いもの(1,2)と近いもの(3,4)とに2分割し、すべての基準変数に対し、イメージ(ポジティブな回答・ネガティブな回答)×実験条件(統制・受診・診断名)のクロス表を作り、カイ2乗検定を施した。

その結果、Bの精神分裂病の症例について、社会的距離( $P < 0.06$ )、善悪の判断の有無( $P < 0.01$ )、社会復帰の可能性の有無( $P < 0.06$ )、危険性の有無( $P < 0.01$ )などに有意差および傾向差が見られた。いずれの場合も、診断名条件では他の2条件よりもネガティブなイメージをもたれやすいことがわかった(図2)。例えば、Bのcase vignetteを見て「善悪の判断ができない」と回答した被験者の割合は、統制群や受診群では40%に満たなかったが、「Bさんは精神分裂病と診断されました」という記述が付いただけで、「善悪の判断ができない」と回答した被験者の割合は60%に増加した。

その他のcase vignetteでもいくつか条件間で回答に有意な差が見られたが、最も多くの差がまとまって得られたのはBのcase vignetteだけであった。

次に各診断名の見聞頻度とイメージの良し悪し

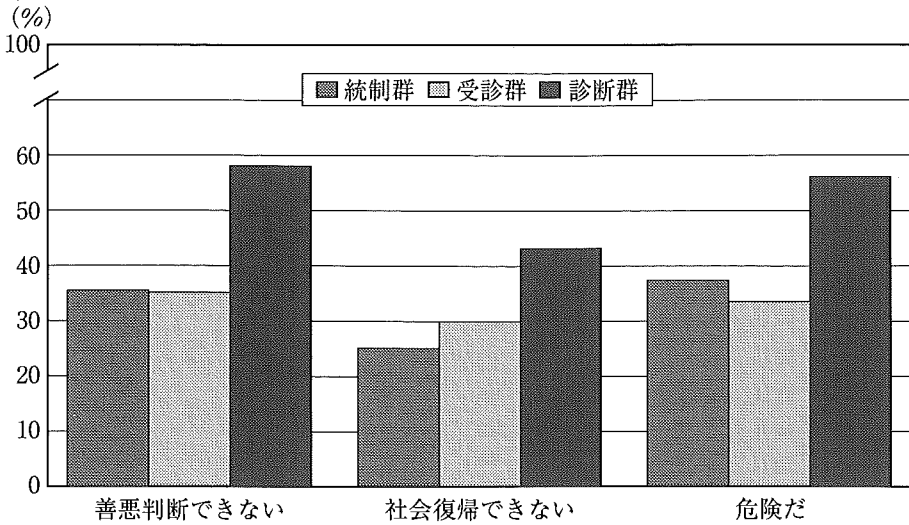


図2 症例B (「精神分裂病」) に対する回答

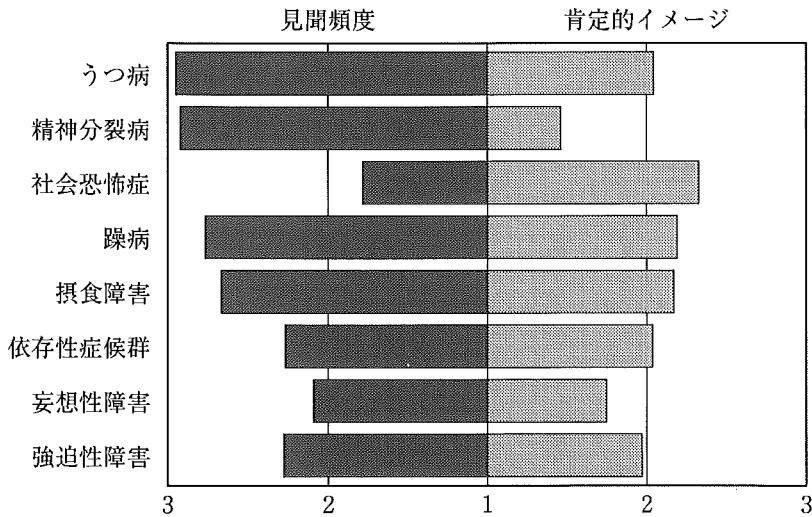


図3 診断名ごとの見聞頻度とイメージ

について調べた(図3)。見聞頻度の高い順に3つ挙げると、うつ病(2.8)、精神分裂病(2.6)、摂食障害(2.4)となり、イメージの悪い順に並べると、精神分裂病(1.5)、妄想性障害(1.6)、強迫神経症(1.8)となった。妄想性障害と強迫神経症は見聞頻度が低い(それぞれ1.9と1.8)ことを考えると、「精神分裂病」は、「一般に良く知られたかなりイメージの悪い診断名」と言うことができよう。「精神分裂病」という名称が極めてネガティブなイメージをもたれているために、「精神分裂

病」という診断名が付されただけで症例の記載に対するイメージが悪くなるのであろう。

一般の人を対象にした本研究の結果は、「精神分裂病」という名称自体が、精神疾患の専門知識を持っていない一般の人に誤解を与え、精神疾患への偏見を助長する危険性が示唆している。「精神分裂病」という呼称は変更されてしかるべきであろう。

## IV. ま と め

IIで紹介した研究から、事件報道は精神疾患全体に対するイメージを悪くし偏見を増大させること、精神科に関する専門的知識を有することが偏見の低減に効果があること、精神科や精神病院に行ったことがあるという経験がイメージをよくするのに効果があることがわかり、IIIで紹介した研究から「精神分裂病」という呼称は精神分裂病に対する偏見を増大させることがわかった。本節では、これらの知見をふまえ、偏見低減のために必要なことを提唱する。

事件報道について：事件の被疑者に精神科受診歴があったとき、事件と精神疾患との関係が立証されていない段階で、被疑者に精神科受診歴があったことが報道されることが多い。たしかにこのような情報を視聴者に提供することにより、視聴者の社会に対する安心感は保たれるかもしれない。すなわち、(事件の原因が精神疾患でなくても)視聴者にとって事件の原因が「精神的な病気のためだ」と『わかる』ことで、自分が事件に巻き込まれないよう対策をとることができるからである。そこでの「対策」とはおそらく、「精神科にかかったことのある人やかかっている人に近寄らない」とか「精神科にかかったことのある人は雇わない、精神科にかかっている従業員は職場に来させない」ということであろう。これはまさに、精神疾患を有する人、有していた人に対する差別・偏見に他ならない。ひとつの無責任な報道で、それとは無関係な人が差別を被ってしまうのである。

報道にも自由はある。また精神疾患と事件との因果関係が立証された場合、その両者の関係を述べた報道は歪んだものとは言えない。しかし、やはり偏った報道ではある。ある集団に対して、ネガティブな方向からの一面的な情報にさらされた場合、その集団の外部の者がその集団に対してネガティブなイメージや偏見をもつのは当然のことである。特にその集団が自分とは関係が薄く、その集団に対して直接的な接触経験から得た情報が少ないとき、偏見はより強くなる。マスコミの精

神疾患に対する報道は、ネガティブなものに偏っている。ドキュメント報道などポジティブな側面に関する報道(例えば、精神疾患から回復し、社会復帰を果たした人々についての報道など)は、ほとんど流されていない。このような偏った、無責任な報道とそれを生み出すマスコミの報道姿勢こそ、非難されるべきである。

「精神分裂病」の呼称について：精神分裂病の症状としてどのようなものがあるか、一般の人はあまりよく知らないだろう。もし知っていたのならば、精神分裂病の典型的な症状である思考伝播の記載を含むBの症例を読んで「これは精神分裂病だ」と判断するために、「精神分裂病」という診断名があってもなくても、抱くイメージに差はないだろう。実際、医学部の学生を対象とした同様の調査では、Bの症例に対するイメージに診断群、受診群、統制群で有意な差はなかった。したがって、精神分裂病の症状をよく知らない一般の人が、精神分裂病に対し偏見を抱くのは、「精神分裂病」という呼称そのものがネガティブなためである可能性が強い。

「精神分裂病」という呼称が偏見を生み出す背景には、精神科領域の専門家に対する信頼があるためかもしれない。つまり、「精神分裂病の症状をよく知っている専門家が『精神分裂病』という名称を付けるのだから、『精神分裂病』とはきつと『精神や考えがばらばらになってしまう病気』なのだろう」と、多くの人は誤って推測してしまうのである。精神分裂病を、精神や考えが「ばらばら」になってしまう疾患とは断定できないにもかかわらず、誤解を生むような呼称を使用し続けているのである。今回の研究の結果を考えても、我々は「精神分裂病」は変更されるべき呼称だと考える。

## 文 献

- 1) Bhugra, D: Attitudes towards mental illness: A review of the literature. *Acta Psychiatr Scand* 80: 11-23, 1989.
- 2) 星越活彦, 洲脇寛, 實成文彦: 精神病院勤務者の精神障害者に対する社会的態度調査. *日本社会精神医学会雑誌* 2: 93-104, 1994.
- 3) 菊池邦子: 心の病気をさぐる. *日経サイエンス* 7月号: 18-27, 1995.

- 4) 国立精神・神経センター精神保健研究所：心の健康についての国民意識に関する調査報告書(特別研究報告書)。国立精神・神経センター精神保健研究所，市川，1991。
- 5) 栗原稔之，塚原敏正，渡辺任他：バリ島の精神医療に関する予備調査。日本社会精神医学会第14回大会，1994。
- 6) 町沢静夫，佐藤寛之，沢村幸：精神障害に対する態度測定—患者群，患者家族群，一般群の比較—。臨床精神医学 19：511-520，1990。
- 7) 岡上和雄，石原邦雄：『精神障害(者)』に対する態度と施策への方向づけ—『精神障害者の社会復帰・福祉施策形成基盤に関する調査』より。社会保障研究 21：373-385，1986。
- 8) 坂本真士，田中江里子，友田貴子他：精神科領域における疾患の一般的呼称に関する研究 I—呼称のイメージと態度の評価。精神科診断学 8：241-248，1997。
- 9) 坂本真士，田中江里子，友田貴子他：精神疾患への偏見の形成に与る要因の検討(III)—診断名が及ぼす効果について。日本心理学会第61回大会発表論文集，p. 204，1997。
- 10) 坂本真士，丹野義彦：精神疾患への偏見の形成に与る要因の検討(I)—精神疾患の“異常さ”の認知について。日本心理学会第60回大会発表論文集，p. 205，1996。
- 11) 坂本真士，丹野義彦：精神疾患への偏見の形成に与る要因の検討(II)—接触体験の欠如とメディアからの情報について。日本教育心理学会第38回大会発表論文集，p. 307，1996。
- 12) 坂本真士，友田貴子，木島伸彦他：精神科領域における疾患の一般的呼称に関する研究II—疾患名および症状の記載との関連について。精神科診断学 8：251-261，1997。
- 13) 疾患概念と用語に関する委員会精神分裂病の呼称を検討する小委員会：「精神分裂病の概念と用語に関するアンケート」調査報告。精神神経学雑誌 98：245-265，1996。
- 14) 滝沢武久：精神保健 [精神障害] とメディア。日本社会精神医学会雑誌 4：177-180，1995。
- 15) 山内隆久：偏見解消の心理—対人接触による障害者の理解。ナカニシヤ出版，京都，1996。





## 【特集】

## 「精神障害」関連用語に関する諸問題

—その名称と社会的誤解—

木島 伸彦

1995年に「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)」が改正され、「精神障害者福祉手帳」制度が制定された<sup>17)</sup>。しかしながら、その制度が十分に機能しているとは言えないであろう。その理由は多々あるであろうが、本稿では、特に「精神障害」関連用語の問題点に焦点を絞り、その経過を概観し、対応を考えていきたい。

まず、その前に、他の「障害者」の社会的背景を概観することは、「精神障害者」の現在を把握するためにも有用であろう(本稿で用いられる「精神障害者」は、精神疾患のために日常生活や社会生活に制限がある人、という意味で用いているが、そのコンセンサスは後述するように得られてはいない)。

## I. 障害者全般の社会的背景(法的整備の視点から)

国際連合では、1971年に「精神薄弱者の権利宣言」1975年に「障害者の権利宣言」を採択し、この2つの権利宣言の完全実施を促すため、1981年を“国際障害者年”と決議された。国際障害者年では、障害者の「完全参加と平等」をテーマとし、障害のある人が社会生活に完全参加し、障害のない人と同等の生活を享受する権利の実現をめざし

ている。さらに、国際障害者年の趣旨をより具体的なものとするため、1982年には「障害者に関する世界行動計画」が採択された。世界行動計画は、世界の関係者に障害者福祉の哲学と原則を提示している。この計画を推進するため、1983年から1992年の10年間を「国連・障害者の十年」と宣言され、各国での積極的な障害者対策の推進が提唱された。

一方、アジア・太平洋地域では「国連・障害者の十年」が継承され、障害者施策の推進を図るため「アジア太平洋障害者の十年」(1993年～2002年)を定め、各国において10年間の国内行動計画が定められた。

国際的動向を踏まえて、日本においても1982年に「障害者対策に関する長期計画」が発表され、1993年には「障害者対策に関する新長期計画」が策定された。「全員参加の社会づくりをめざして」という副題のつけられたこの計画は「リハビリテーション」と「ノーマライゼーション」の理念のもと「完全参加と平等」を目標に a) 啓発広報 b) 教育・育成 c) 雇用・就業 d) 保健・医療 e) 福祉 f) 生活環境 g) スポーツ、レクリエーション及び文化 h) 国際協力の8分野について「啓発から行動へ」という方向性を提示している。1995年にはこの新長期計画の重点施策実施計画として「障害者プラン—ノーマライゼーション7か年戦略—」が策定され、障害者施策推進の新しい枠組みが構築された。

1993年、前記のような障害のある人を取りまく社会経済情勢の変化等に対応し、障害のある人の自立と社会参加の一層の促進を図るため、1970年に制定された「心身障害者対策基本法」を抜本改正して「障害者基本法」が制定された。この法律では「すべて障害者は、社会を構成する一員として社会、経済、文化その他あらゆる分野の活動に

The problems on the term related “seishin-shogai (mental disorder)”: Terminology and social misunderstandings

障害者職業総合センター

〔〒261-0014 千葉県千葉市美浜区若葉3-1-3〕

Nobuhiko Kijima: National Institute of Vocational Rehabilitation, 3-1-3 Wakaba, Mihama-ku, Chiba 261-0014

参加する機会を与えられるものとする」を基本理念として加えるなど「完全参加と平等」が各条文の底流となっている。

## II. 精神障害者の社会的背景（法的整備の視点から）

前述のように、障害のある人に対する法的整備は、ノーマライゼーションの理念に基づき、着実に進んでいるといえよう。しかし、翻って「精神障害者」に対する法的整備の現状を俯瞰すると、その遅れが散見される。

まず「精神障害者」が「障害者」として認知されたのは、1993年の「障害者基本法」を待たなければならない。1981年の「国際障害者年」宣言から既に12年も時を経ている。また、前述のように「精神障害者」に対する福祉的対応として1995年の「精神保健福祉法」によって精神障害者福祉手帳の制度が制定された。しかし、これも1949年の「身体障害者福祉法」による身体障害者手帳から遅れること48年、1973年の「療育手帳要覧」による知的障害のある人を対象とした療育手帳（一部地域では、愛の手帳など）から遅れること22年である。さらに、障害のある人の社会復帰の重要な一側面として就労が挙げられるが<sup>28)22)</sup>、身体障害者を一定の割合で雇用することを義務づけた「障害者の雇用の促進等に関する法律」が1960年に制定され、「身体障害者」を一定の割合で雇用することを義務づけられている<sup>31)</sup>。1997年に至って「知的障害者」も同様に一定の割合で雇用されることが義務づけられることになったが「精神障害者」については法定雇用率に現在のところまだ算定されていない。

このように、精神障害者に対する法的整備の遅れがみられるものの、各省庁における「精神障害者」に対する法的整備の動きはゆっくりではあるものの着実に進んでもいる。例えば厚生省では、1987年にそれまでの「精神衛生法」から「精神保健法」へと改正され、さらに、1995年には「精神保健福祉法」に改められ、1995年の改正では、特に a) 保健福祉施策の充実 b) 適正な精神医療の確保の観点から見直され、精神障害者の福祉が法制上明確に位置づけられた。もっとも、保健福

祉施策の推進の法的枠組みは整備されたが a) 社会復帰及び自立と社会参加の促進のための地域の保健福祉基盤の整備 b) 長期入院患者等のための入院医療のあり方についての検討 c) 精神科救急システム及び適切な医療のための体制の整備 d) 心の健康の確保のための対策の推進 e) 総合的なリハビリテーションの体制整備 f) 障害者施設体系の見直し、などが課題として残されている。

また、労働省でも「精神障害者」に対する就労支援策として、1988年に「障害者の雇用の促進等に関する法律（以下、障害者雇用法）」を改正し、「精神障害者」もその対象に含められることになった。この改正により「精神障害者」が公共職業安定所や障害者職業センターの正規の支援対象となった。さらに、1992年の改正によって「精神障害者」も特定求職者雇用開発助成金の対象とされるようになっている<sup>27)28)33)</sup>。

## III. 「精神障害」の二面性

このように、各省庁および関連機関の長年にわたる努力にも係わらず「精神障害者」に対する福祉的対応が遅れてきたことには、他の障害と比較して「障害」を定義しづらく、症状が定まらない、という特性を有していることも一因であるが、最大の原因は「精神障害者」の実態把握がなされていないということに集約されるであろう。そして、「精神障害」または「精神疾患」に関する用語・概念が不統一であったことも「精神障害者」の実態把握がなされてきてないことの要因の一つであると言えるのである。

1992年より日本精神神経学会において「疾患概念と用語に関する委員会」において、精神医学および精神科医療における疾患の一般的呼称の問題が検討されてきた<sup>21)</sup>が、精神科においてあつかう疾患を包括的に指し示す用語として、英語では“mental illness”, “mental disorder”, “mental disability”などがあるが、これらに対して、日本語では「精神病」, 「精神疾患」, 「精神障害」などが用いられ、必ずしも上記英語用語と一対一対応になってはおらず、しばしば混同して用いられ、文

脈によっても異なる概念が指し示めされている。  
 このような状況に対して、北村<sup>13)14)</sup>は a)学会内部の意志疎通を困難にさせる b)精神科領域における疾患に対する社会的な無理解、誤解や偏

見を発生・助長させてしまうという点から批判している。この節では、特に第一点の学会内部のみならず、専門家間の意志疎通を困難にしている点に注目したい。

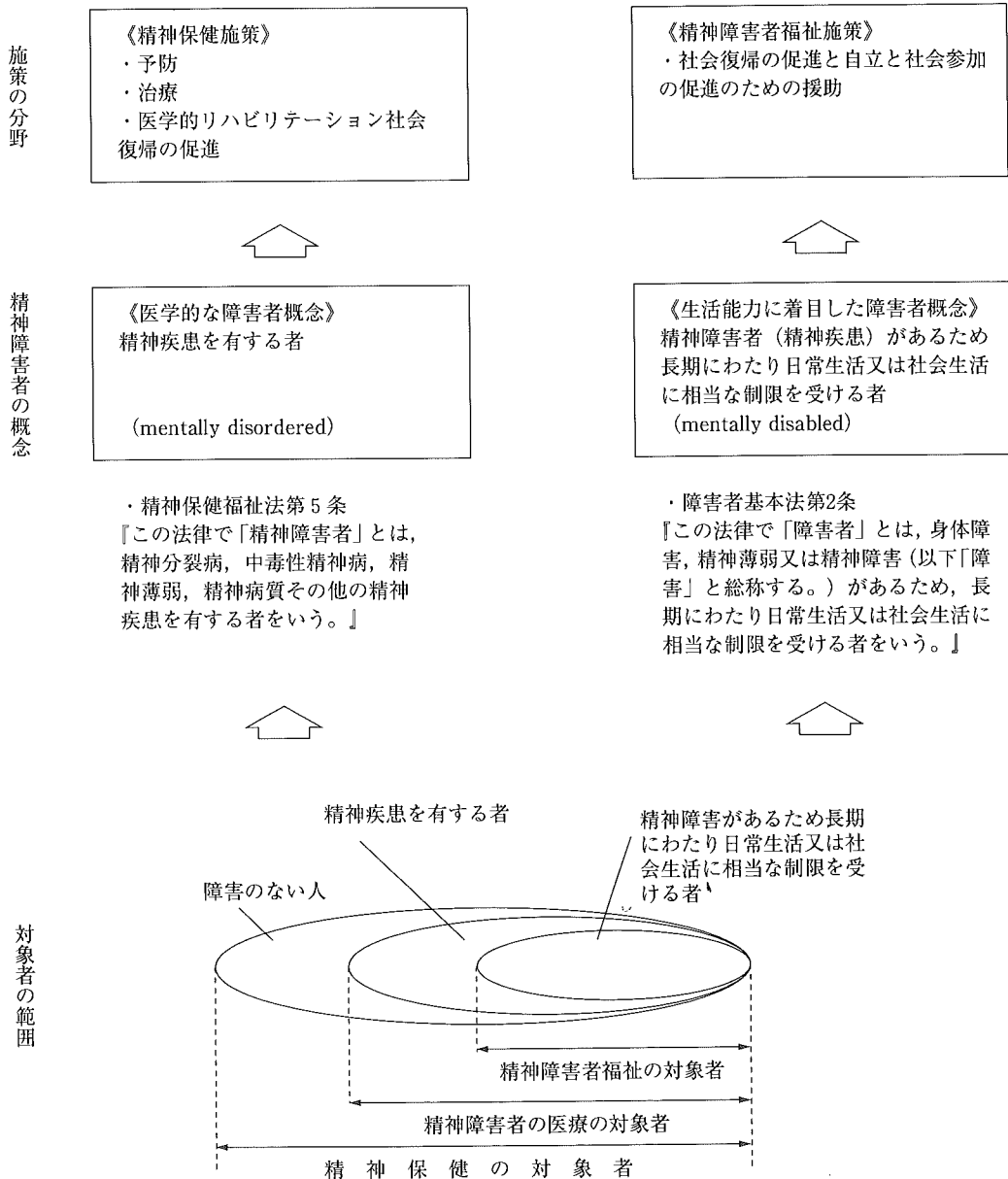


図1 精神障害の二面性

表 諸法律における「精神障害者(等)」の定義

法 律	精神障害者(等)の定義
障害者基本法	精神障害者とは、「精神障害のため長期にわたり日常生活又は社会生活への制約がある者」
精神保健福祉法	精神障害者とは、「精神分裂病、中毒性精神病、精神薄弱、精神病質その他の精神疾患を有する者」
障害者雇用法	精神障害回復者等とは、「精神分裂病、そううつ病、てんかんにかかっている者で症状が安定し、就労が可能な状態にある者」

注：「精神保健福祉法」による「精神障害者福祉手帳」の対象者には、知的障害者に、療育手帳制度があるため「精神薄弱」者は含まれていない<sup>19)</sup>。「精神障害者福祉手帳」制度に対する批判としては、金澤<sup>8)</sup>などがある。

そもそも、「精神障害者」という用語が初めて用いられたのは、1950年の「精神衛生法」である。当時は「精神障害者」の対象範囲が現在と異なり非常に狭かったものの、この法律の目的が、元々明治政府による治安の要請の強い「私宅監置」を目的とした「精神病者監護法」での「精神病者」を「精神障害者」として捉え直し、医療の対象としたのがこの用語の始まりである。以来「精神保健法」、「精神保健福祉法」において「精神障害者」という用語が用いられているが、これらはあくまでも医療の対象としての捉え方である。

1995年の「精神保健福祉法」改正に伴い、厚生省保健医療局長による「精神保健法の一部を改正する法律の施行について」という通知が各都道府県知事宛に出され<sup>19)</sup>、その通知のなかで「精神保健福祉法」と「障害者基本法」で定められる「精神障害者」の相違について明確な見解を示している。すなわち「精神保健福祉法」で定められる「精神障害者」とは、精神疾患を有する者(mentally disordered)という医学的な概念で捉え方で「障害者基本法」で定められる「精神障害者」とは、生活能力の障害やハンディキャップに着目した「精神障害者」(mental disabled)という福祉施策における捉え方であるとして、この疾患と障害の二面性に留意するよう求めている<sup>19)34)</sup>(図1)。

このように「精神障害」が2つの意味を有するようになったのは、米国精神医学会が刊行した精神障害の分類と診断の手引き第3版Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 3rd Ed. (DSM-III)<sup>2)</sup>において、それぞれの疾患名の用語として“disorder”を用いられるようになった

際に、当初は“disorder”を「病」と訳していたが<sup>23)35)</sup>、次第に「障害」が用いられるようになり、それが定着していたからである。DSM-III-Rの日本語版<sup>2)</sup>では、“mental disorder”は「精神障害」と訳されており、最新のDSM-IVの日本語版<sup>3)</sup>では「精神疾患」と邦訳されているが、まだ「精神疾患」が“mental disorder”の邦訳として定着するには至っていない。研究者によって、同じ“mental disorder”を「精神障害」と訳したり「精神疾患」と訳したりしている現状がある。

さらに、表のように、「精神障害者」の捉え方がそれぞれの法律の目的によって異なっているが、このように、それぞれの法律で定義される「精神障害者」が異なることは重要な問題である。具体的には「精神保健福祉法」には「精神薄弱」が含まれていたり「障害者雇用法」には「てんかん」が含まれていたりする。「精神障害者」に対するこのような定義の不一致が、行政の対応を遅らせることは必定である。

#### IV. 「障害」の多面性

ここで「障害」の多面性にも触れておかなければならない。WHOは、1980年に“International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps (ICIDH: 国際障害分類)”を試験的に公刊している<sup>37)</sup>。ICIDHでは、「疾病disease→機能障害Impairment→能力障害Disability→社会的不利Handicap」という疾患の因果関係に基づく社会モデルを導入している。この障害分類においては「障害」を構造的に理解し、対策が3つのレ

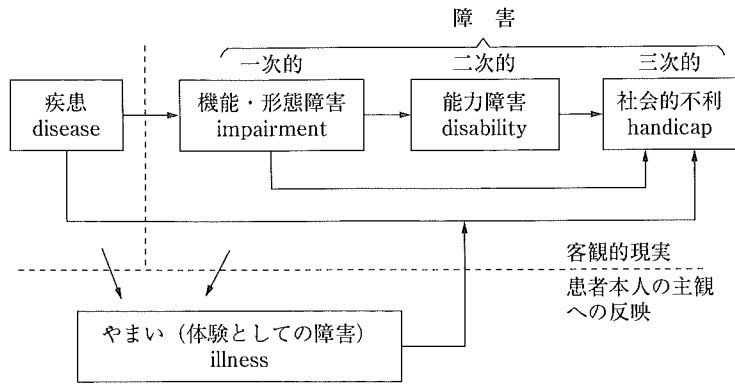


図2 疾患と障害の構造 (上田モデル)

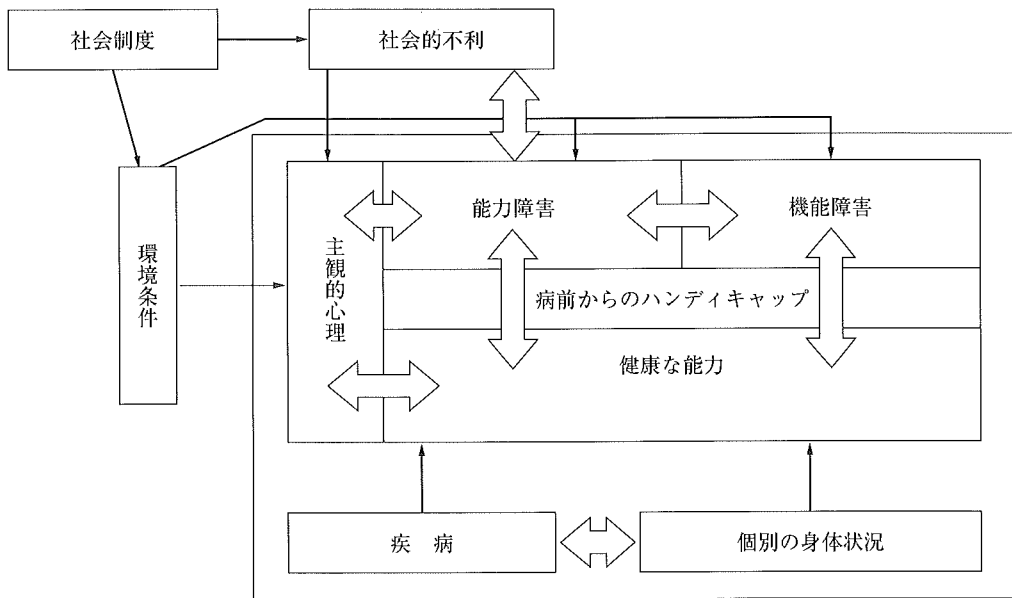


図3 弘前モデル

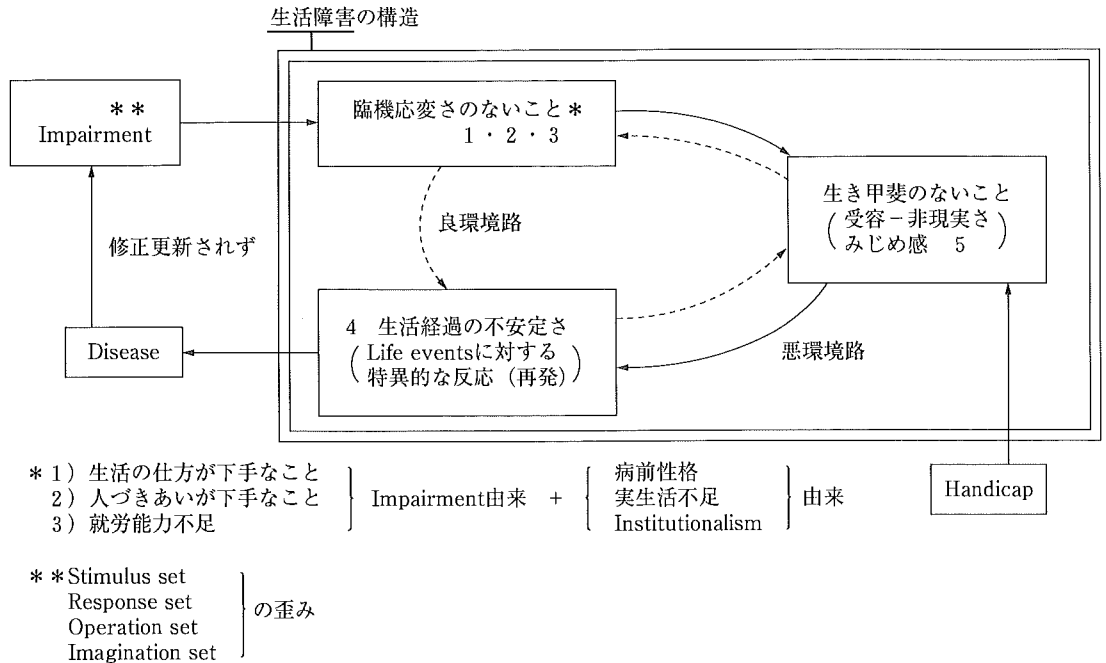
ベルに対してなされるべきであることを示唆している。この「障害」分類の定義については、上田がWHOの定義を実践的に改訂したものが日本では広く承認されている<sup>30)</sup> (上田モデル; 図2)。

a) 機能・形態障害 impairment: 障害の一次的レベルであり、直接疾患 (外傷を含む) から生じてくる。能力障害または社会的不利の原因となる、またはその可能性のある、機能 (身体的または精神的な) または形態のなんらかの異常をいう (機能・形態障害という訳を単に「機能障害」と略

されることも多い。DSMの“functional disorder”の訳としての「機能障害」との判別には注意が必要である)。

b) 能力障害 disability: 障害の二次的レベルであり、機能・形態障害から生じてくる。与えられた地域的・文化的条件下では通常当然行うことができると考えられている行為を実用性を持って行う能力の制限あるいは喪失をいう。

c) 社会的不利 handicap: 障害の三次的レベルであり、疾患、機能・形態障害、あるいは能力



\* 1) 生活の仕方が下手なこと  
2) 人づきあいが下手なこと  
3) 就労能力不足

Impairment由来 +

病前性格  
実生活不足  
Institutionalism

由来

Handicap

\*\*Stimulus set  
Response set  
Operation set  
Imagination set

}

の歪み

図4 中澤モデル

障害から生じてくる。疾患の結果として、かつて有していた、あるいは当然保証されるべき基本的人権の行使が制約または妨げられ、正当な社会的役割を果たすことができないことをいう。

上田モデルで特徴的なのは、これらの3つの区分に加えて、WHOモデルにはない「体験としての障害」が重要な位置を占めており、客観的「障害」を直視している主体側を問題にしているのである。この上田モデルを「精神障害」に準用して「障害構造論」を展開したのが、蜂谷<sup>9)</sup>であった。特に精神科リハビリテーションを阻む「精神障害者」をとりまく、個人的要因、環境要因や施設化の現状に一定の説明を与えうるモデルであり、それまで障害論のないところで進められていた精神科リハビリテーションに新しい方向性を示すものとなった。

その後、蜂谷モデルの現場へ導入するうえでの問題点も指摘され始め、さらにWHOの1999年のICIDH第2版出版に向けての改訂作業が始まり、「精神障害」における各方面からの「障害構造論」も盛んになっている。日本の「精神障害」関連の「障害構造論」の経過は、蜂谷<sup>10)</sup>が詳細に報告して

いる。

まず精神科医の立場から「障害そのもの」ではなく「障害をもつ人」サバイバル・スキルを創出するために考えられた蟻塚の弘前モデル(図3)「障害」の構造を明らかに「障害」を克服するための戦略・戦術をも視野に入れた中澤の循環モデル(図4)、「介入」に焦点を当て、不介入時の悪循環を介入によって、良循環にしようとする中川モデル(図5)、Social Skill Training (SST)を中心に据えて、独自のリハビリテーション概念を構築している安西モデル(図6)などが紹介されている。これらのモデルは、全て実践を重視しているという点においては一致している。また「常に、病気の側面、障害の側面、健康な側面の3つを視野におきながら、いかに健康な側面をより豊かにし、生活障害を少なくするか、という対応をする」作業療法の立場からは、山根モデル(図7)また、社会福祉の立場から「近年提唱された『障害』モデルでは逆に、個別の障害領域間の相互作用を重視し、すべての構成要素との双方向性を認めたため『障害』を現象として記述する点では優れていても、リハビリテーションがどの指標の改善を最

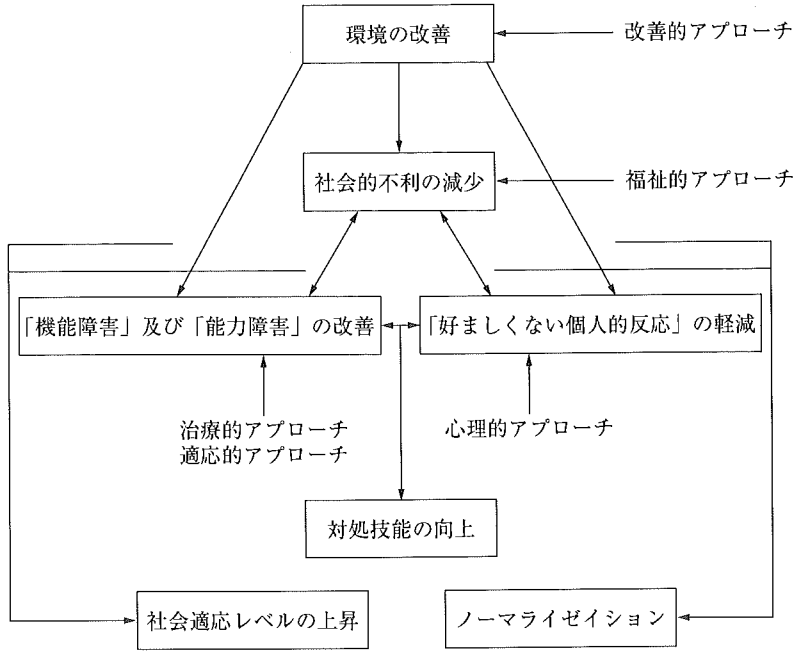


図5 中川モデル

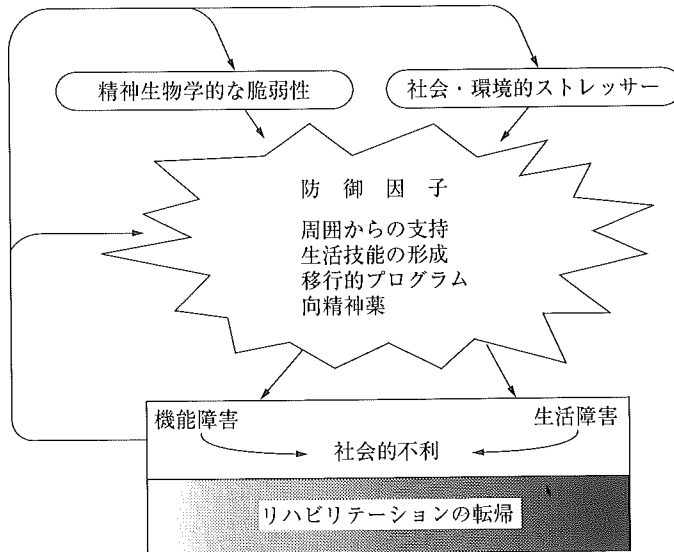


図6 安西モデル

最終的に目指すのかが分りにくくなっている」として、ハンディキャップ状況の解消をリハビリテーションの最終的な指標とするカナダモデル(図8)を採用している岩崎モデルを紹介している。

現在検討中のICIDHの改訂版<sup>30)</sup>(図9)では、

用語も「構造/機能 structure/function・活動 activity・参加 participation」に変更され、それぞれの段階で、健常者と比較したときにどれだけ機会的な平等が実現できているか、と言う視点から概念化しようとしている。このように「障害」の理念構造が概念化されてくるにつれて、精緻化さ



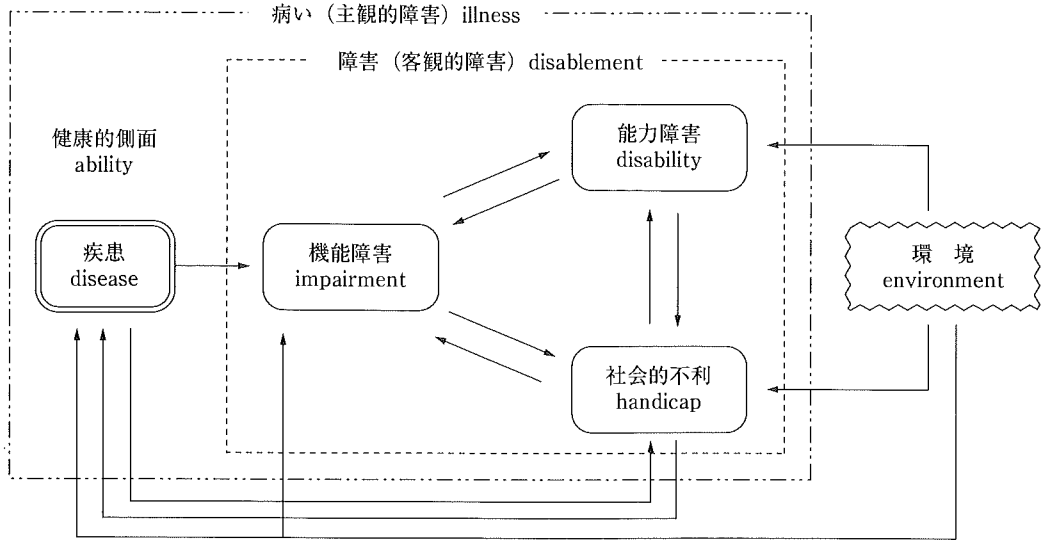


図7 山根モデル

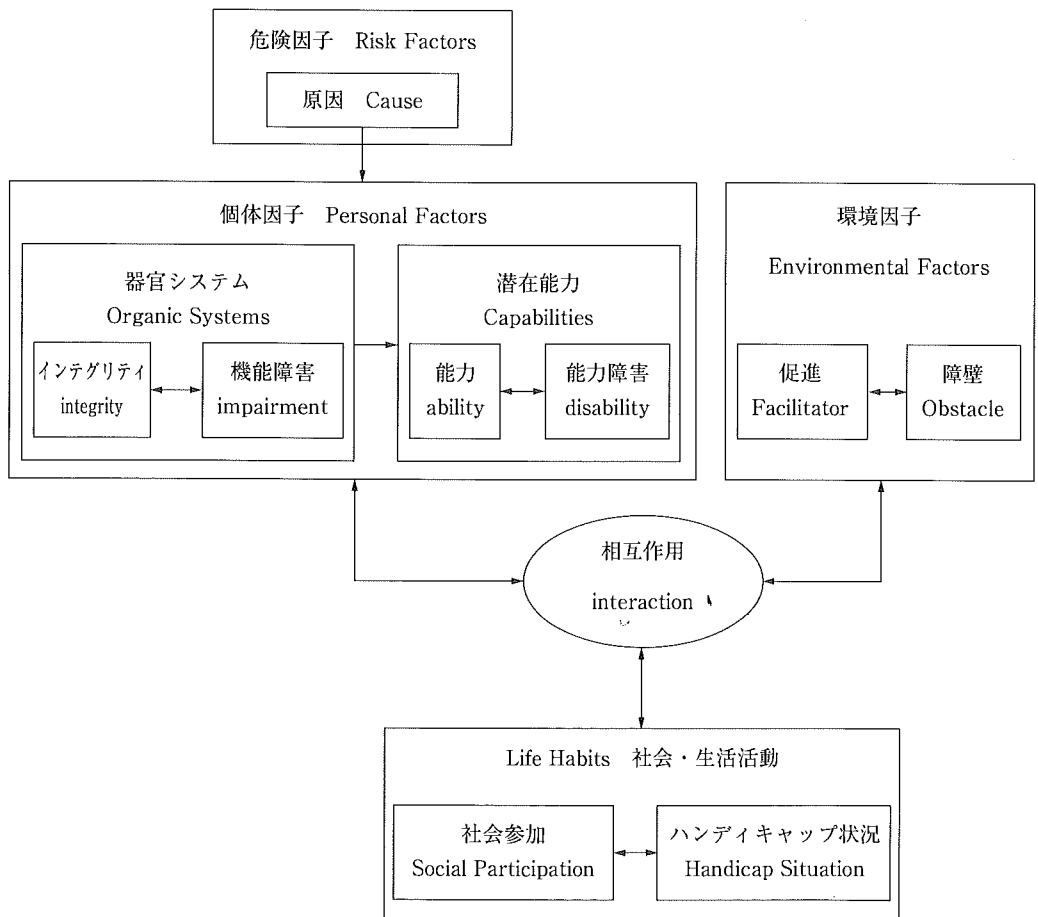
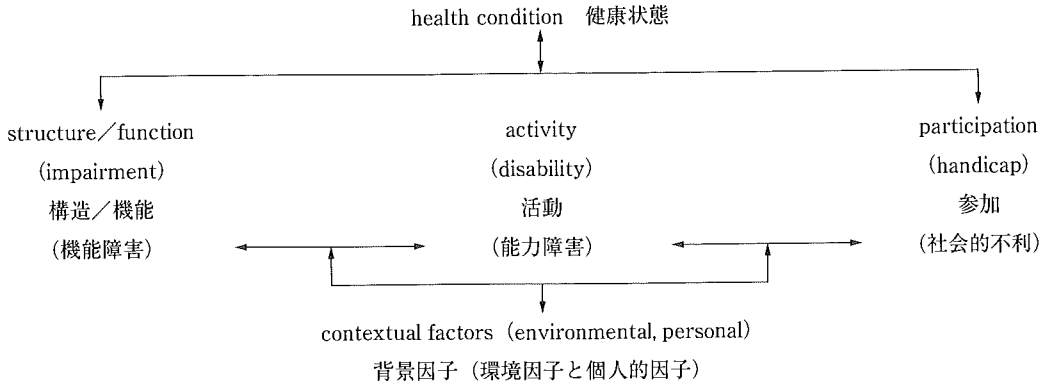


図8 カナダモデル



( ) 内は従来

図9 ICIDH改訂版

れていると言えるが、蜂谷<sup>10)</sup>が指摘しているように、必ずしもそれぞれのモデルの議論が充分にかみ合っているとは言えない。今後、対象者の利益となるよう、障害構造論の有用性を高めていく必要がある。

#### V. 非専門家の精神科領域の用語に対するイメージ

この節では、精神科領域の用語の不統一が、精神科領域における疾患に対する社会的な無理解、誤解や偏見を発生・助長させている点について注目して、非専門家が抱いている精神科領域の全般的呼称・用語に対するイメージについての調査結果に触れるとともに、その問題点について考察する。

坂本ら<sup>31)32)</sup>は、非専門家として学生をサンプルに精神科領域における疾患の一般的呼称(用語)に対するイメージの調査研究を行っている。呼称自体が偏見や誤解を招くことは十分に考えられることであり、精神科患者に対する偏見は、その集団に付与されるラベリングの影響を受けるという指摘がある<sup>7)20)21)25)</sup>。坂本らは「精神病」「精神疾患」「精神障害」について、そのイメージやその用語に対する態度、さらにその用語がどのような内容(すなわち疾患名や症状)を意味すると考えているかなどを調べ、多角的な視点からこの用語の問題を検討する必要があると指摘している。

坂本らの学生調査の一部の結果を概観すると a)「精神病」は、最も否定的なイメージが持たれており、精神分裂病、非定型精神病、躁病、躁うつ病、うつ病がイメージされやすい b)「精神疾患」と「精神障害」に対する否定的なイメージでは差がないものの「精神障害」では、アルツハイマーや痴呆、精神遅滞、解離性障害、転換性障害、人格障害がイメージされ「精神疾患」では、具体的な疾患名のイメージが明確に持たれていなかった。「精神障害」という用語に関しては、何らかの能力障害が付随する疾患や「～障害」といった疾患名をイメージしやすかった。

このことから、少なくとも非専門家である学生は「精神障害」という呼称・用語によって特定のイメージを持ちやすいということが指摘できる。よって、我々専門家が「精神障害」という用語を用いる際には、その概念および意味するところを自覚することは勿論であるが、その用語が一般の非専門家の人たちにどのようなイメージを与えているのかを常に念頭に置き、時には明確な説明をする必要があるであろう。

#### VI. 今後の方向性と課題

このように「精神障害者」のまわりには混沌とした社会的状況が存在し「精神障害者」に対する福祉的な支援が困難になっており、その解消に向けての方策もまだ発展途上であることは否めない

事実である。

厚生省は、「厚生白書」<sup>15)</sup>の「心の障壁の除去(バリアフリー化)を目指して」という節の中で、「精神障害者」に対する施策方針として、「入院から社会復帰施設へ、さらには『地域ケア』へ」とノーマライゼーションの考え方に基づき、その方針を明確に打ち出し、さらに、具体的な数値目標を掲げ、1996年～2002年までに各種の社会復帰施設の計画的かつ積極的な設置を進め、地域ケア体制の整備を図ることを明確にうたっている<sup>15)16)</sup>。しかしながら、1996年度の「精神障害者」を対象とした共同作業所における対象者一人あたりの予算は、「知的障害者」の共同作業所における対象者一人あたりの予算の半分以下であることを考えると、今後厚生省の計画通りに進むとは考えにくい。このような問題は、当然のことながら、国、都道府県、市町村をはじめとする関係機関の努力だけで解決しうる問題ではないであろう。

まず「精神障害者」の諸問題の解決の第1歩として、「精神障害者」のハンディキャップ状況の実態把握は不可欠であろう。現在のところ「精神障害者」の最新の全国的調査は、厚生省による1993年の患者調査だが、これによって「精神障害者」は157万人であると推定されている。しかし、この数値はあくまでも推定であって、その157万人とも考えられる人たちが日常どのような生活を送っているのか、その全体像は全く不明である。「精神障害者」がどのようなハンディキャップ状況にあるのかの具体的な指標がないと「精神障害者」と他の「障害者」とのギャップはいつまで経っても埋まらないであろう。

第2の課題としては「精神障害者」関連の法的整備である。現在「精神障害者」の福祉に関する法律として「精神保健福祉法」があるが、この法律では、医療と福祉の両方が含まれており、他の障害とは福祉施策が独立(孤立)してしまっている。このことが「精神障害者」に対する福祉的支援が立ち後れていることの要因の一つにもなっている。秋本<sup>1)</sup>が指摘しているように「精神障害」だけを切り離すことなく、すべての「障害者」のための総合的な「障害者基本法」を制定することが必要である。そうすることによって、現在問題に

なっている、自閉症、てんかん、または重複障害のある人なども同時に救済できるのではないだろうか。こうした問題は、現在のところ「精神障害者」が法定雇用率に含まれていない「障害者雇用促進法」においても同様である。

第3の課題として「精神障害者」に対する「心のバリアー」・偏見を取り除くことである。専門家を除く一般の人たちには「精神障害」のある人たちは、あまりなじみがないであろう。特に、日本のように精神疾患患者の入院日数が欧米と比べて極端に長く、また、社会復帰施設が地域にほとんどないことから当然の結果とも言える。しかしながら、今後「精神障害者」が、地域にrecoveryする際に、地域に暮らす人たちの「精神障害者」に対する偏見の問題が、改めて表面化するであろう。幸い、一般の人たちに「精神障害」「精神疾患」などの用語はまだ普及していない。また新たな偏見を生み出さないように、従来の偏見の除去をも目指しながら、専門外の人たちに「精神障害者」の特性を社会的背景とともに説明していく必要があるであろう。

他にも、様々な課題が残されていると思われるが、ここに挙げた課題は非常に重要であるばかりではなく、いずれも「精神障害」関連用語の問題と密接に関係している。「精神障害」の概念の明確化と統一化は、大きな困難が伴うものと想像されるが、日本精神神経学会などの専門家集団が先導して、早急に対策を望むものである。そして、その概念化・統一化は「精神障害者」の実際の生活に有用なものでなければならない。

#### 文 献

- 1) 秋本波留夫：序説。第4回日本精神保健政策研究会抄録集：4，1995。
- 2) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Third Edition). American Psychiatric Association, Washington, D.C., 1980.
- 3) American Psychiatric Association: Quick Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-III-R). American Psychiatric Association, Washington, D.C., 1987. (高橋三郎, 大野裕, 染谷俊幸訳: DSM-III-R.精神障害の

- 分類と診断の手引き. 医学書院, 東京, 1988.)
- 4) American Psychiatric Association: Quick Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-IV). American Psychiatric Association, Washington, D.C., 1994. (高橋三郎, 大野裕, 染谷俊幸訳: DSM-IV. 精神疾患の分類と診断の手引き. 医学書院, 東京, 1995.)
  - 5) Anthony, W A: Recovery from mental illness: The guiding vision of mental health service system in the 1990s. Psychosocial Rehabilitation Journal 16: 11-23, 1993.
  - 6) 安西信雄: 精神障害リハビリテーション概論—その発展にSSTが貢献しうるもの—. '96夏の研究合宿報告書—障害構造論—: 65-87, 1996.
  - 7) Beer, M D: Psychosis: a history of the concept. Compr Psychiatry 37: 273-291, 1996.
  - 8) Ciardiello, J A, Bell, M D: Vocational rehabilitation of persons with prolonged psychiatric disorders. The Johns Hopkins University Press, Baltimore, 1988. (岡上和雄, 松為信雄, 野中猛訳: 精神障害者の職業リハビリテーション—遷延性精神分裂病をもつ人々のために—. 中央法規出版, 東京, 1990.)
  - 9) 蜂谷英彦: 精神障害試験—精神科リハビリテーションの現場からの提言—. 臨床精神医学 10: 1653-1661, 1981.
  - 10) 蜂谷英彦: 精神障害構造論研究の現況. 精神医学研究所業績集 33: in press.
  - 11) 岩崎晋也: ハンディキャップ状況をどのように評価すればよいか?—アマルティア・センのケープビリティ理論の適用可能性—. 精神障害とリハビリテーション 1: 102-107, 1997.
  - 12) 金澤彰: 障害者年金から見た精神障害の概念. 精神神経雑誌 96: 715-723, 1994.
  - 13) 北村俊則: 精神の疾患を意味する用語について. Psychiatry Today 3: 2-4, 1993.
  - 14) 北村俊則: 精神科領域におけるgeneric termの訳語について. 精神神経学雑誌 97: 1043-1045, 1995.
  - 15) 厚生省: 厚生白書(平成9年版). 厚生問題研究会, 東京, 1997.
  - 16) 厚生省大臣官房障害保健福祉部精神保健福祉課: 我が国の精神保健福祉—精神保健福祉ハンドブック—平成8年度版. 厚健出版, 東京, 1997.
  - 17) 厚生省大臣官房障害保健福祉部精神保健福祉課: 精神障害者保健福祉手帳の手引き(診断書作成・障害者等級判定マニュアル). 日本公衆衛生協会, 東京, 1997.
  - 18) 厚生省保健医療局精神保健課: 精神保健福祉法—新旧対照条文・関係資料—. 中央法規出版, 東京, 1995.
  - 19) 厚生省保健医療局精神保健課: 精神保健福祉関係法令通知集. ぎょうせい, 東京, 1996.
  - 20) Lerner, S: On the words "mental illness.". American Journal of Psychiatry 152: 1692, 1995.
  - 21) Link, B G, Cullen, F T, Struening, E, et al.: A modified labeling theory approach to mental disorders: An empirical assessment. American Sociological Review 54: 400-423, 1989.
  - 22) 松為信雄: 精神障害の人のキャリア発達と社会的支え. 精神保健研究10: 35-43, 1997.
  - 23) 中村道彦, 高橋三郎, 山根秀夫他: その2. 感情病. 臨床精神医学 9: 1243-1251, 1980.
  - 24) 中澤正夫: 「生活障害」の構造化の試み, 第3回精神障害者リハビリテーション研究会報告書, pp. 139-153, 1996.
  - 25) 日本精神神経学会: 平成6年度の各種委員会活動報告について. 精神神経学雑誌 97: 6, 1995.
  - 26) 岡田靖雄: "mental illness"は精神病か. 精神神経学雑誌 94: 998-1000, 1992.
  - 27) 労働省職業安定局高齢・障害者対策部障害者雇用対策課, 日本障害者雇用促進協会開発相談部: 精神障害者雇用管理マニュアル—精神分裂病を中心として—. 野毛印刷社, 東京, 1995.
  - 28) 労働省職業安定局高齢・障害者対策部障害者雇用対策課, 日本障害者雇用促進協会: 障害者雇用ガイドブック(1997年版). 雇用問題研究会, 東京, 1997.
  - 29) 佐藤久夫: 障害構造論入門. 青木書店, 東京, 1992.
  - 30) 佐藤久夫, 渡辺裕子, 岩崎晋也: WHO国際障害分類の改訂動向と「1993年の重版への序文」(訳). 障害者問題研究 23: 81-87, 1995.
  - 31) 坂本真士, 田中江里子, 友田貴子他: 精神科領域における疾患の一般的呼称に関する研究I—呼称のイメージと態度の評価—. 精神科診断学 8: 241-248, 1997.
  - 32) 坂本真士, 友田貴子, 木島伸彦他: 精神科領域における疾患の一般的呼称に関する研究II—疾患名および症状の記載との関係について—. 精神科診断学 8: 251-261, 1997.
  - 33) 総務庁行政監察局: 障害者雇用対策の現状と課題—完全参加と平等を目指して—. 大蔵省印刷局, 東京, 1996.

- 34) 総理府内閣総理大臣官房内政審議室：障害者白書—障害者プランの着実な推進—平成8年度版。大蔵省印刷局，東京，1997.
- 35) 高橋三郎，山根秀夫，花田耕一他：その1. DSM-II から DSM-III へ. 臨床精神医学 9 : 1097-1105, 1980.
- 36) 上田敏：リハビリテーションを考える. 青木書店，東京，1983.
- 37) World Health Organization: The International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps (ICIDH). World health Organization, Geneva, 1980.
- 38) World Health Organization: The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Diagnostic criteria for research. World health Organization, Geneva, 1992. (中根允文，岡崎祐士，藤原妙子：ICD-10精神および行動の障害—DCR研究用診断基準—. 医学書院，東京，1994.)

【特集】

## 精神障害者の欠格条項と人権

横藤田 誠

### I. 問題の所在

精神疾患をもつ人（以下「精神障害者」という）が社会生活に参加することを妨げる障壁には、多種多様なものがある。政府の「障害者対策に関する新長期計画」（1993年策定）があげる障害者を取り巻く4つの障壁（物理的障壁、制度的障壁、情報・文化面の障壁、意識上の障壁）は、分析の視角として参考に値する。精神障害者にとっては、なかでも制度的障壁と意識上の障壁が高くそびえ立って、当たり前な生活を送ることを妨げている。本稿は、制度的障壁の典型であり、かつ意識上の障壁のひとつの原因ともなっている各種の欠格条項の現状に触れたうえで、それらの欠格条項を人権の観点から検討していこうとするものである。

欠格条項（資格制限条項）とは、社会生活に参加する際に必要とされる資格から一定の特性をもつ者を排除する旨を定める法令等の規定をいう。これには、当該特性をもつ者に絶対に資格を与えないと定める「絶対的欠格条項」と、資格付与の認否につき一定の裁量の余地を残している「相対的欠格条項」とがある。精神障害者の欠格条項は、職業に就くこと、営業すること、自動車を運転すること、公共施設に入場することなど、人が社会で自立した生活を送るために非常に重要な局面において、精神障害者を排除するものであるから、

当然人権規定との関係が問題となる。ところが、欠格条項を含む法律の制定過程で緻密な議論がなされた形跡はなく、また制定後の法律について厳密な法的検討がなされることもほとんどなかったのである。このこと自体が、精神障害者を取り巻く人権状況の特異性を示しているといつてよいであろう。本稿は、極めて限られた分析ではあるが、欠格条項と人権規定との関係を明らかにしようとするものである。

### II. 精神障害者の欠格条項の現状

#### 1. 現状

精神障害者の欠格条項がいったいいくつ存在するのか、その全体像を把握することは容易ではないが、法律に限れば、現在50弱の規定が精神障害者の資格を制限しているようである（表）。精神障害を理由とする欠格条項は、制限される資格の種類によって、①一定の職業に就く条件として要求される免許資格等から精神障害者を排除するもの〔就業資格制限〕、②一定の活動（例えば自動車の運転）を行う条件としての免許資格等から精神障害者を排除するもの〔活動資格制限〕、③公的な施設の利用について精神障害者を排除するもの〔利用資格制限〕に分けることができる。①就業資格制限は、専門職免許からの除外、営業許可からの排除、特定の業務の制限、の3種に分類される。

法律上、利用資格制限にあたるものは見当たらないが、かつては公衆浴場法に「他の入浴者の入浴に支障を与える虞のある精神病患者と認められる者に対しては、その入浴を拒まなければならない」（1987年改正前の旧4条）といった規定が存在していた。また、地方公共団体の条例等には、公営プール・公民館等の入場制限、保育所・身体障害者更生

Provisions restricting the mental disabled to participate in social lives and human rights

宇部短期大学

〔〒755-8550 山口県宇部市文京町5-40〕

Makoto Yokofujita: Ube College, 5-40, Bunkyo-cho, Ube, Yamaguchi 755-8550

表 精神障害者の欠格条項

資 格	欠格の種 類	根 拠 法
[1] 就業資格制限		
(i) 専門職免許		
①医師	△	医師法§4
②歯科医師	△	歯科医師法§4
③保健婦・助産婦・看護婦	△	保健婦助産婦看護婦法§10
④歯科衛生士	△	歯科衛生士法§5
⑤歯科技工士	△	歯科技工士法§5
⑥臨床検査技師・衛生検査技師	△	臨床検査技師、衛生検査技師等に関する法律§5
⑦理学療法士・作業療法士	△	理学療法士及び作業療法士法§4
⑧あんまマッサージ指圧師・はり師・きゅう師	△	あんまマッサージ指圧師、はり師、きゅう師等に関する法律§3
⑨柔道整復師	△	柔道整復師法§4
⑩視能訓練士	△	視能訓練士法§5
⑪臨床工学技士	△	臨床工学技士法§5
⑫救急救命士	△	救急救命士法§5
⑬義肢装具士	△	義肢装具士法§5
⑭診療放射線技師	△*	診療放射線技師法§4
⑮薬剤師	△	薬剤師法§5
⑯調理師	△*	調理師法§4
⑰栄養士	△*	栄養士法§3
⑱理容師	△**	理容師法§7
⑲美容師	△**	美容師法§3
⑳製菓衛生師	△*	製菓衛生師法§6
㉑獣医師	△	獣医師法§5
㉒家畜人工授精師	△	家畜改良増殖法§17
(ii) 営業等の許可		
①警備業の認定	×	警備業法§3
②放射線同位元素販売業等の許可	×	放射線同位元素等における放射線障害の防止に関する法律§5
③通訳案内業免許	×	通訳案内業法§4
④地域伝統芸能等通訳案内業の認定	×	地域伝統芸能等を活用した行事の実施による観光及び特定地域商工業の振興に関する法律
⑤風俗営業の許可	×	風俗営業等の規制及び業務の適正化等に関する法律§4
⑥人血提供あっせん業の許可	△	採血及び供血あっせん業取締法§6
⑦覚醒剤製造業の許可	△	覚せい剤取締法§3
⑧麻薬製造業等の免許	×	麻薬及び向精神薬取締法§3
⑨薬局開設、医薬品製造業等の許可	△	薬事法§6, 13, 23, 26, 28, 30
⑩けし栽培の許可	△*	あへん法§13
(iii) 特定業務の資格付与		
①毒物・劇物取扱責任者の許可	×	毒物及び劇物取締法§8
②特定毒物研究者の許可	△	毒物及び劇物取締法§6の2
③放射線同位元素の取扱い	×	放射線同位元素等における放射線障害の防止に関する法律§31
④警備員指導教育責任者の資格者証交付	×	警備業法§3
⑤航空機乗組員の航空業務の従事	×	航空法§71, 航空法施行規則別表4
⑥船員として作業に従事すること	×	船員法§81
⑦麻薬取扱者・向精神薬取扱者の免許	△	麻薬及び向精神薬取締法§3, 50
⑧衛生管理者・作業主任者等免許	△	労働安全衛生法§72
⑨火薬類の取扱い	×	火薬類取締法§23
[2] 活動資格制限		
①運転免許	×	道路交通法§88
②外国人の上陸許可	×	出入国管理及び難民認定法§5
③毒物・劇物の交付を受けること	×	毒物・劇物取締法§15
④銃砲刀剣類所持の許可	×	銃砲刀剣所持等取締法§5
⑤狩猟免許	×	鳥獣保護及び狩猟に関する法律§6

この表は、全家連<sup>1)</sup>、田原<sup>2)</sup>を基にして、筆者が分類してまとめたもの。

×：絶対的欠格条項をあらわす。

△：相対的欠格条項をあらわす。

\*：1993年に絶対的欠格条項から相対的欠格条項にかわったもの。

\*\*：1995年に絶対的欠格条項から相対的欠格条項にかわったもの。

施設等の入所制限、議会等の傍聴制限、公営住宅の入居制限など、様々な利用制限が規定されている<sup>10)</sup>。そのほか、政令・省令等の行政命令や地方公共団体の条例・規則・要綱等のなかに、欠格条項は多数存在しているものと思われる。

なお、表は「精神病患者」等を理由とする欠格条項のみをあげているが、このほかにも、「心身の故障のため職務の遂行に支障がある場合」、「禁治産者又は準禁治産者」を理由とする欠格条項が多数あり、これらを含めると、欠格条項は400を超える<sup>8)</sup>。これらの規定が主として精神障害者を対象としていることを考えると、無視することはできない。しかし、前者の場合は「職務の遂行」との関連性を問う余地が残されていること、後者については家庭裁判所が宣告するという手続を経ることを考慮すれば、「精神病患者」等を理由とする欠格条項の場合と同列に扱うことはできず、独自の考察が必要とされるため、本稿の対象とはしない。

## 2. 近年の動向

以上のように、精神障害者の欠格条項は極めて多数にのぼっているものの、近年改善の方向がみられることは指摘しておかなければならない。その契機となったのが、1984年に発覚した宇都宮病院事件であった。精神障害者をめぐる問題を人権の観点から見直していく動きは、このときから始まったといえる。とりわけ国際社会からの批判は、日本の精神医療や精神障害者に関する法制度のあり方について、厳しく再検討を迫るものであった。なかでも国連のNGOである国際法律家委員会(International Commission of Jurists)と国際医療職専門委員会(International Commission of Health Professionals)は、1985年以来3回にわたり合同調査団を日本に派遣し、詳細な報告と勧告を行った。いずれの調査団報告も、明確に欠格条項の廃止を求めている<sup>2)</sup>。

すでに一部の地域では1970年代から、地方公共団体が定める利用資格制限の撤廃を求める試みがなされてきたが<sup>10)</sup>、大きな流れとなるには1980年代後半まで待たなければならなかった。そして1987年、精神衛生法から精神保健法への改正の際の附帯決議において、国会は「精神障害者に対す

る資格制限等について検討を行うとともに、社会における精神障害者に対する不当な差別・偏見を解消するために必要な努力を払うこと」を明確に求めたのである。

このような国内外の潮流をうけて、政府は精神衛生法改正に併せて前述の公衆浴場法による利用制限を撤廃したのをはじめとして、1993年と1995年に、いくつかの就業資格制限規定を改正した(表参照)。これによって、少なくとも厚生省所管の専門職免許については絶対的欠格条項が消える、という前進をみたのである。では、このような改善を経た現状は、憲法その他の人権の理念からみた場合にいかなる評価を受けるのであろうか。

## III. 欠格条項と人権

### 1. 精神障害者をめぐる人権問題の特徴

障害者をめぐる人権問題には、公権力の不作為を請求する「自由権」や「形式的平等」にかかわるものと、公権力による予算を含む積極的措置を請求する「社会権」や「実質的平等」にかかわるもの、という2つの類型がある。人権は歴史的には前者を内容として生まれ、次第に後者の側面に気づかれてきたという経緯からすれば、人権のなかでも自由権や形式的平等がより根源的なものであるということがいえよう。

身体障害者にとっての人権問題には後者の類型に含まれるものが多い。身体障害者は比較的早くから福祉の対象として認識され、専ら社会権的な対応がなされてきた。人権体系上自由権や参政権に属する移動の自由や投票権について、これらの権利を公権力の不作為を請求するだけのものにとらえた場合、下肢障害者や視力障害者にとっては「絵に描いた餅」になりかねないから、一定の積極的措置(エレベーター設置や点字投票など)が求められる、という社会権的な配慮の必要性が論じられるのもその例である。これに対して、精神障害者の場合は、福祉の対象と法律上明確に位置づけられたのがごく最近(1995年精神保健及び精神障害者福祉に関する法律への改正)であって、いまだ十分な福祉施策が実現していないという無視できない問題点もあるものの、より根源的な形式



的平等や自由権そのものが十分に保障されていない点に、顕著な特徴をみることができる。このことは、精神障害者の人権状況の深刻さを物語って余りある。身体的自由を制限する強制入院制度はその代表例であるといえるが、本稿の対象である欠格条項も形式的平等や職業選択の自由を制限するものとして看過することができない。

精神障害者の人権が軽視されてきた背景として、「意識上の障壁」が他の障害者よりも深刻であることがあげられる。精神障害者は危険で理解不可能な存在であり、社会のアウトサイダーであるという見方は今なお払拭されておらず、このことが、人が人であることのみに基づいて当然に有する権利としての人権（人権の固有性）の保障から精神障害者を安易に除外してきた要因ではないかと考えられる。人権が、人種・性・社会的身分・障害の有無などを問わず保障される（人権の普遍性）ものであるとするならば、精神障害者に課せられた人権の制約を厳しく見直すことが急務の作業となることはいうまでもないであろう。

## 2. 欠格条項に関連する人権規定

精神障害者の欠格条項に関連する人権規定は、国際人権法（人権条約）や憲法の中にみられる。女性（女子差別撤廃条約）・子ども（児童の権利条約）とは異なり、障害者にかかわる人権を特に保障した人権条約は現在のところ存在していないが、国際人権規約のなかに関連する規定をみることができる。「経済的、社会的及び文化的権利に関する国際規約」（A規約）の第6条1項は「すべての者が自由に選択し又は承諾する労働によって生計を立てる機会を得る権利」を保障している。この規定と欠格条項の関係は当然問題になりうるが、同条は日本国憲法第22条1項の職業選択の自由とほぼ同じ保障内容であると考えられる。このほか、A規約および「市民的及び政治的権利に関する国際規約」（B規約）いずれもの前文に記されている人間の固有の尊厳と平等、また差別禁止（両規約前文、A規約第2条2項、B規約第2条1項）に対する言及も、欠格条項を見直す際に参照されるべきものではあるが、それらの規定の概括的な表現からみて、直ちに欠格条項の規約違反を帰結す

ることは困難であろう。

障害者の人権に関して、条約ではないが国連の意思を表示した総会決議がいくつかある。これらの宣言には法的拘束力はないものの、人権保障の国際的な水準を示すものとして注目に値する。まず、「障害者の権利宣言」（国連総会決議30/3447, 1975年）<sup>7)</sup>は、「その能力に応じて、雇用を確保し及び維持し、又は有益で生産的かつ有償の職業に従事」する障害者の権利を保障し（7項）、差別的な規制・取扱いからの保護を謳っている（11項）。また、精神障害者に関する初めての国際的人権宣言である「精神病患者の保護と精神保健ケアの改善の原則」（国連総会決議46/119, 1992年）<sup>8)</sup>には、「人道的かつ人間固有の尊厳」の尊重（原則1第2項）、「精神病を理由とする差別」禁止（原則1第4項）などの項目が規定されている。

以上の概括的な規定とは異なり、「障害者の機会均等化に関する基準規則」（国連総会決議48/96, 1993年）<sup>9)</sup>には、欠格条項と直接の関連をもつ規定がみられる。「就労分野での法と規則は障害をもつ人を差別してはならず、その就労への障壁を築いてはならない」（規則7第1項）、「障害をもつ人に対する差別的規定は取り除かれなければならない」（規則15第2項）などの規定は、法的拘束力はないものの、立法政策として欠格条項の見直しを迫っているとみることができよう。このほか、文化・スポーツへの参加機会を保障する規定（規則10,11）は、地方公共団体に残る各種の利用資格制限の再検討を促している。

以上の人権条約・宣言の意義は極めて重要であるものの、法的拘束力のある人権規定のなかで、欠格条項に関して日本国憲法の保障内容を超える独自の規範内容を有するものは見当たらない。そこで、次節以降においては、憲法上の人権の観点から欠格条項の是非を検討していきたい。

なお、憲法上欠格条項にかかわるものとしては、就業資格制限については平等原則（14条1項）と職業選択の自由（22条1項）、活動資格制限・利用資格制限については平等原則のほかに自己決定権（13条）などをあげることができようが、以下においては、職業選択の自由と平等原則に照らして欠格条項を見直していくこととする。

#### IV. 就業資格制限と職業選択の自由

##### 1. 職業選択の自由の現代的意義

欠格条項のうち就業資格制限については、いうまでもなく職業選択の自由（憲法22条1項）との適合性が問題となる。職業選択の自由は人権体系上経済的自由権のひとつであるとされる。経済的自由権を制限する法令の司法審査は、精神的自由権の場合に比べてさほど厳格でなくてもよいとする「二重の基準」の理論は判例・学説上一般に認められている。たしかに、精神的自由権について原則として事前抑制が許されないとは異なり、経済的自由権の場合には、例えば一定の職業を行うにつき免許制が取られるとしても、そのことだけで違憲とされるわけではない。また、精神的自由権については原則として許されない、社会・経済政策的な自由規制が正当化される場合がありうるなど、経済的自由権については、比較的制約の幅が広いことは否定できない。しかしながら、経済的自由権を規制する各種の法令を同一視していずれも緩やかな審査で足りるとみるべきではない。

そもそも、職業選択の自由を経済的側面のみで語り尽くすことはできず、近年ではより深い把握の仕方がなされるようになっていく。学説では、職業選択の自由は、「純粋に個人的な自由であり、前国家的な自由権の一種」、すなわち最も典型的な人権のひとつであるといわれたり<sup>9)</sup>、「職業は個人が人格の展開をはかる主要な場」であるから、「人の人格価値ないし精神生活と密接な関係を有する『自由』」<sup>9)</sup>、あるいは、「人の一生にとって各人各様の幸福追求そのものと密接に結びついている」<sup>9)</sup>と位置づけられている。最高裁判所も、薬局開設を制限する薬事法の規定を違憲とした判決のなかで、「職業は、人が自己の生計を維持するためにする継続的活動であるとともに、分業社会においては、これを通じて社会の存続と発展に寄与する社会的機能分担の活動たる性質を有し、各人が自己のもつ個性を全うすべき場として、個人の人格的価値とも不可分の関連を有するものである」(最大判昭和50年4月30日民集29巻4号572頁)と述べて、経済的自由権だから合憲性の審査は緩やかで

よいとする単純な方法論を拒絶している。

しかし他方、職業は社会的な性質をもち他者との利害関係をもつから、この点からの規制は免れないし、実質的な公平を目指す社会権を保障するために職業選択の自由が一定の制約を受けることは憲法上予定されている。憲法22条1項が(29条と並んで)特に「公共の福祉に反しない限り」という表現を用いているのはその表れである。

職業選択の自由を規制する法令の合憲性を判断するにあたっては、次の3つの視点が有益である。(a)職業を「選択」する自由と選択した職業を「遂行」する自由とを区別し、前者についてはより幅広い自由を認める。(b)規制の目的について、自由な職業活動からもたらされる社会公共の安全・秩序に対する弊害を除去するための《消極目的の規制》と、国民経済の発達や経済的弱者の保護等を確保するための《積極目的の規制》とを区別し、それぞれの規制の合憲性判断の基準を使い分ける。(c)規制の方法について、職業「選択」に関するものでは、①禁止(管理売春の禁止等)、②国家独占(郵便事業等)、③特許制(電気・交通運送等)、④資格制(医師・教員等)、⑤消極目的の許可制(旅館・風俗営業等)、⑥積極目的の許可制(酒類製造・販売業等)などがみられ、また職業「遂行」に関しては、営業時間の規制(風俗営業等)、営業場所の距離制限(公衆浴場等)といった方法がある<sup>9)</sup>。これらの規制方法の強弱は合憲性判断に影響を与える。

最高裁は、薬事法違憲判決等において、職業「選択」そのものに対する制限(例えば許可制)は職業の自由に対する強力な制限であるから、重要な公共の利益のために必要かつ合理的な措置でなければならないとする。そのうえで、《積極目的規制》については「明白性の原則」、つまり規制を必要とする目的達成のための措置の不合理性が明白である場合にのみ違憲とするという抑制的な審査方法を取るのに対し、《消極目的規制》については「厳格な合理性の基準」、つまり規制目的と法が定める類型との間に(何らかの関連性があるということとどまらず)実質的な関連性がなければならない、また規制は弊害防止のために必要最小限度のものでなければならない、より緩やかな規制手段がある場

合にはそれを選ぶべきである、という比較的厳格な審査基準を採用している。さらに、許可制の採用の是非だけでなく、その内容についても上記の要件に照らして適否を判断することになっている。

## 2. 欠格条項の合憲性

以上の判断枠組みを欠格条項（就業資格制限）に適用すればどうなるであろうか。

(i) 専門職免許に関する資格制は、職業「選択」そのものを規制するものであるから、「重要な公共の利益のために必要かつ合理的な措置」でなければならない。表に列挙された専門職は、人の生命・健康・安全等に対して直接または間接に危害を与える可能性のある職種であって、その職業遂行に必要な能力、適性等を事前に審査し、合格した者のみに資格を付与する制度は、《消極目的の規制》と位置づけられる。人の生命・健康・安全という「重要な公共の利益」にかかわるだけに、この種の資格制を設けること自体は、歯科技工士や医師・あんま師等の業務独占を合憲とした判例（最大判昭和34年7月8日刑集13巻7号1132頁，最大判昭和35年1月27日刑集14巻1号33頁）からみても、「必要最小限度の規制」とみてよからう。ただ、獣医師・家畜人工授精師など、直接人を対象としない職種については、「より緩やかな規制手段」がないか検討の余地はあろう。

資格制そのものは許されるとしても、その内容、すなわち本稿の対象である欠格要件の是非については独自の考察が必要とされる。まず、これらの専門職の資格を得るためには国家試験等のハードルを越えなければならないのであるから、職務を遂行するのに必要な適性・能力はそこで判定されるはずである。欠格要件は、一定の特性をもつ者については、そのようなハードルを課すまでもなく、適性を欠くと事前に烙印を押すものであって、職業選択のスタートラインにすら立たせないという強力な制限である。したがって、欠格要件の合憲性はより厳格に審査されなければならない。

一般に、《消極目的の規制》の場合には、立法目的と法上の類型との間の実質的関連性が規制側によって立証されなければならないのは前述の通り

である。「医事に関し犯罪又は不正の行為のあった者」を相対的欠格事由としている医師法4条3号を例にとってみよう。職業選択の自由がもたらす危害は、精神的自由権の場合のように現実的・具体的危険である必要はなく抽象的危険で足りる<sup>9)</sup>とされているから、職務に関する犯罪等の経歴をもつ者を医師資格から排除することがありうるとすることは、人の生命・健康・安全等を保護するという立法目的と実質的関連性があるといつてよく、したがってこの欠格事由は合憲とされよう。

しかし、精神障害者であることを欠格要件とする規定の場合はどうであろうか。これが合憲であるためには、「精神障害者が当該専門職に就くこと」→「(当該個人の能力・適性の有無にかかわらず)人の生命・健康・安全等が脅かされる」、という論理を支える立法事実が確認されなければならない。精神障害と専門職遂行との関連について実証的研究がなされたことはなく、また立法者の危惧を支える事例が報告されたこともない<sup>9)</sup>。精神障害者であることが人の生命・健康・安全等に対して「危険」(たとえそれが抽象的危険であっても)であるとする根拠は示されていない。規制目的と手段との実質的関連性に対しては重大な疑問があるといわなければならない。少なくとも、数年前まで存在していた絶対的欠格条項(表中\*のついたもの)は特に、「必要最小限度の規制の原則」からみて、違憲であったといわざるを得ない。相対的欠格条項についても、「精神病患者」「精神障害者」という概念は種々の疾患・障害を含んでおり、専門職資格の条件としての能力・適性の欠如を示すものではないから、こうした類型と立法目的との実質的関連性を証明することは極めて困難であると思われる。これについても違憲の疑いを払拭できない。

(ii) 営業等の許可に関する制限、および(iii) 特定業務の資格付与に関する制限規定の合憲性を判断するためには、それぞれの規制が消極目的によるものか積極目的によるものかなどを個別に審査したうえで、各規制の適否を判定する必要があるが、本稿ではその用意がない。ただ、表を一瞥して、絶対的欠格事由とされるものと相対的欠格事由とされるものとの区別の理由が判然としない。また、

毒物・麻薬・航空機など、使い方を誤れば危険なものに関する営業・業務について欠格事由が定められているところからすれば、多くの規定が消極目的による規制を内容としているように思われるが、そうであるならば、「必要最小限度の規制の原則」によって、絶対的欠格条項の違憲性は免れがたい。また、相対的欠格条項についても、専門職免許に関して述べたところと共通する難点を抱えているように思われる。

以上、就業資格制限の合憲性について概観してきた。職業選択の自由に関する判例・学説の傾向を前提とすれば、現行の欠格条項は違憲の疑いを払拭できない。もっとも、本稿では個々の欠格条項について詳細に検討を加えたわけではないから、すべての規定を直ちに違憲であると断ずることに慎重であるべきかもしれない。しかしながら、表にみるように、極めて多数の職業・業務について「精神障害者であるが故の」参入制限が規定されている現状が、全体として、精神障害者の社会参加の機会を妨げているのは否定できない事実である。欠格条項が付された職業・業務に就けないことばかりではなく、法律上、このような扱いをされることによって、「精神障害者は～もできない」「精神障害者は危険だから～することを制限されている」という精神障害者に対するマイナス・イメージが増幅される効果も無視できない。制度的な障壁が意識上の障壁を生む一因となるのである。

## V. 欠格条項と平等原則

### 1. 平等原則の現代的意義

就業資格制限は何よりも職業選択の自由の問題であり、そこで合憲性を判断すべきであるが、二次的に平等原則との関連を問うことはありうる。活動資格制限・利用資格制限については、制限されている活動等が憲法の保障する人権であると主張することは不可能ではないが、就業資格制限と職業選択の自由との関係のような自明のものではなく、少なくとも判例の承認するところではないと思われる。そこで、主として問題となるのは憲法14条1項の定める平等原則との関係如何である。

平等原則は「不合理な差別」を禁ずるものであって、事実上の差異を考慮して異なる取扱いをすることをすべて違憲とするわけではない。そこで問題は別異取扱いに「合理的根拠」があるか否か、ということになる。その際、一定の分類については特に疑いをもって審査されるべきであるとする考え方がある。アメリカの判例にならって「疑わしい範疇」(suspect classification)と呼ばれるこの理論によれば、この範疇に含まれる分類に基づいて異なる取扱いがなされた場合、規制側によって、どうしてもその別異取扱いが必要であるという理由(compelling interest)の立証、またその立法目的と法律上の分類とが厳密に適合していること、および目的達成のための手段が必要最小限度であることの立証がない限り違憲と判断される<sup>4)</sup>。アメリカでは人種・出身国による分類がその典型とされるが、日本でこの理論を援用する場合には、14条1項後段の5つの列挙事由をもって「疑わしい範疇」とするのが一般的である。人種・性別・社会的身分・門地は「先天的で変更不可能なもの」という点で、そして信条は「内心にかかわるもの」という点で、不合理な差別の代表例とみなされ、それらに基づく分類が「疑わしい範疇」とされるのである。

### 2. 欠格条項と差別

精神障害を理由とする別異取扱いである欠格条項は、平等原則の観点からいかなる評価を受けるのであろうか。一般に、障害を理由とする別異取扱いがすべて違憲とみられるべきでないのはいうまでもない。福祉施策は多かれ少なかれそのような側面をもっているからである。

それでは、「精神障害」は「疑わしい範疇」に含まれるであろうか。市による知的障害者のグループホーム設置不許可処分<sup>5)</sup>の合憲性が争われた事件で、アメリカ合衆国最高裁は、知的障害者に対する福祉施策についてまで、差別的な取扱いと疑ってかかれれば、平等原則によって福祉が抑制される結果になることを懸念してか、知的障害は「疑わしい範疇」にも「疑わしい範疇に準ずるもの(quasi-suspect)」にも当たらないと判示している(City of Cleburne v. Cleburne Living Center, 473 U.

S. 432 (1985))。確かに、知的障害者のみならず、精神障害者についてもこの種の懸念には理由がある。また、日本で「疑わしい範疇」とされる分類の特徴である「先天的で変更不可能」や「内心にかかわる」ものに、精神障害が該当するとみるのは困難である。しかしながら、歴史的に差別を受け続けてきて、民主制のプロセスのなかで正当に代表されない集団(「分離され、かつ孤立した少数派 (discrete and insular minority)」)を救済するのがこの理論の主たる目的であることを思えば、古くから差別的な取扱いの対象となり、現在でもなお社会のアウトサイダーとみられやすい精神障害者こそ、「疑わしい範疇」に該当するといってもよいと思われる。

もし精神障害が「疑わしい範疇」に含まれるとすれば、どうしても別異取扱いが必要とされる特段の理由がなければならない。仮に立法目的が強力なものであったとしても、法律上の分類が立法目的に厳密に適合していなければならないが、前節で就業資格制限に関して述べたところから窺われるように、「精神障害」という分類が立法目的と「厳密に適合」しているとは到底いえない。さらに、目的達成のための手段は、社会参加というレースのスタートラインにすら立たせない欠格要件という強力なものであって、必要最小限度といえるものではない。結局、欠格条項は違憲と判断されるほかないことになろう。

それでは、精神障害が「疑わしい範疇」ではないとされた場合はどうであろうか。この場合でも、立法目的と法律上の分類との合理的関連性、および立法目的達成のための手段の相当性は求められる。例えば、道路交通法は「精神病患者、精神薄弱者、てんかん病者」等を運転免許の絶対的欠格事由としている。目的と分類との関連性を判断する方法として用いられる「タスマン・テンプロックの公式」<sup>9)</sup>をこれに適用すれば、「道路交通の安全の確保」という立法目的を阻害するおそれのある者は精神病患者等の中にもいるかもしれないが、精神病患者等のすべてがそうであるわけではないから、この分類は「過剰包摂」(over-inclusive)であり、合理的とはいえないのである。

欠格条項に関する判例は、運転免許関連の数件

を数えるのみであるが、いずれも「道路交通の安全の確保」という立法目的に適合するように、欠格要件を限定的に解釈している<sup>10)</sup>。例えば、知的障害者について、「右欠格者とは、具体的な道路交通の場面において、客観的状況を正しく認識し、右認識に基づき当該状況に応じた安全適切な行動(運転操作)を決定し、右決定をすみやかに実践しうる能力に欠けると思われる者をいう」(津地判昭和51年2月26日判例時報832号35頁)としたり、「てんかん病者とは精神医学上の概念を前提とするものであるが、必ずしもこれと完全に一致するものではなく、当該規定の趣旨にてらして、当該人が自動車を運転する時は、その者の有するてんかん病の具体的症状の発現により道路における危険を惹起し、交通の安全と円滑を害する可能性が相当程度に存在すると社会通念上判断されるような者をいう」(名古屋地判昭和54年11月22日判例時報960号34頁)として、合憲限定解釈した判決がある。これらの判決は、欠格条項そのものについては、「精神薄弱者による自動車の運転が自己又は他人の生命、身体、財産に回復困難な被害の発生をもたらすことは経験則上十分に予想しうる」(前掲津地判)として、合憲性を認めている。しかし、現行法の定める分類が「過剰包摂」にあたりと認識したのなら、限定解釈ではなく、端的に違憲とすべきであった。さしたる合理性もないのに法文上に欠格事由として「精神病患者」等の用語を残すことが、意識上の障壁につながるのには、就業資格制限の場合と同様である。

以上、職業選択の自由と平等原則との関係で欠格条項の合憲性を検討してきた。概して、違憲の疑いが濃いということが明らかになった。欠格条項は意識上の障壁を増幅し、精神障害者の社会参加を妨げている。早急なる解決を期待したい。

#### 文 献

- 1) JDジャーナル増刊No. 174: 障害者の機会均等化に関する基準規則。日本障害者協議会、東京、1995。
- 2) 国際法律家委員会編: 精神障害患者の人権(国際法律家委員会レポート)。明石書店、東京、

- 1996.
- 3) 奥平康弘：憲法Ⅲ憲法が保障する権利。有斐閣，東京，1993.
  - 4) 阪本昌成：憲法理論Ⅱ。成文堂，東京，1993.
  - 5) 佐藤幸治：憲法〔第三版〕。青林書院，東京，1995.
  - 6) 初宿正典：憲法2基本権。成文堂，東京，1996.
  - 7) 田畑茂二郎，竹本正幸，松井芳郎他編：国際人権条約・宣言集〔第二版〕。東信堂，東京，1994.
  - 8) 田原明夫：精神障害をめぐる欠格条項について。精神医療編集委員会編：精神保健法・資料。悠久書房，東京，pp. 87-130, 1988.
  - 9) 安田好弘：精神障害者に対する資格制限。戸塚悦朗，広田伊蘇夫編：精神医療と人権【2】。亜紀書房，東京，pp. 131-168, 1985.
  - 10) 全家連欠格条項に関する研究会編：精神障害者の欠格条項。全国精神障害者家族連合会，東京，1995.



## 【特集】

## 精神疾患と判断能力

—内科入院患者との比較を通して—

友田 貴子<sup>1)</sup> 木島 伸彦<sup>2)</sup> 齋藤 令衣<sup>3)</sup> 北村 總子<sup>3)</sup>  
 住山 孝寛<sup>4)</sup> 安宮 理恵<sup>3)</sup> 塚田 和美<sup>5)</sup> 田中 眞<sup>6)</sup>  
 三島 修一<sup>6)</sup> 北村 俊則<sup>3)</sup>

## I. はじめに

医療の場において治療や入院が決定される際、医療の送り手である主治医が受け手である患者にその内容を告知し、患者がその情報をもとに治療や入院に同意するか否かを決定するという一連の

手続きは、告知同意 (informed consent) として欧米で確立され<sup>1)</sup>、日本でも医療関連の用語として一般に広く知られるようになってきている。告知同意の成立要件には、(1)必要な医学医療情報の開示とその理解、(2)患者の判断能力、(3)患者の自発性の3点が挙げられている<sup>1)2)</sup>。情報の提供者(主に主治医)は、患者が決定を下すのに十分なだけの情報を告知しなければならないし、同時に、それは患者に十分に理解できる形でなければならない。また、仮にそれがなされたとしても、患者の側にその情報を処理し判断を下すだけの能力(判断能力)が必要となる。さらに、判断が他者からの強制によってなされたものであってはならない。

もし、患者に判断能力が欠如していると考えられる場合には、医療を受けるか否かの決定の権限は代諾者に移譲されることになる。逆に言えば、患者に判断能力があると考えられる場合には、その自己決定権を尊重しなくてはならない。

日本においては、非精神科医療では患者の自己決定権が尊重される傾向にあるが<sup>4)</sup>、精神科医療ではまだ確立されるに至っていない。その理由の一つは、精神疾患を有する人は、疾患のために認知機能の障害が起きている場合が多いと考えられていて、そういう状態にある人が自己の処遇を決定する能力を有しているはずがない、という考えが暗黙のうちに存在しているからかもしれない。しかしながら、精神疾患を有する人々の判断能力の程度を調べた研究はこれまでにほとんどなされていないのが実情である<sup>4)</sup>。そこで、本研究では精神疾患のために入院した人と身体疾患のために入院した人の判断能力を評価測定し、その比較を行う

Competency to give consent for treatment: A comparison between patients in psychiatric and internal medicine ward

<sup>1)</sup>日本学術振興会・特別研究員

(〒192-0397 東京都八王子市南大沢 1-1 東京都立大学人文科学研究科心理学研究室)

Atsuko Tomoda: Japan Society for the Promotion of Science, Department of Psychology, Tokyo Metropolitan University, 1-1 Minami-Osawa, Hachioji, Tokyo 192-0397

<sup>2)</sup>障害者職業総合センター

Nobuhiko Kijima: National Institute of Vocational Rehabilitation

<sup>3)</sup>国立精神・神経センター精神保健研究所  
社会精神保健部

Rei H. Saito, Fusako Kitamura, Rie Yasumiya, Toshinori Kitamura: National Institute of Mental Health, NCNP

<sup>4)</sup>神奈川県立教育センター

Takahiro Sumiyama: Kanagawa Prefecture Education Institute

<sup>5)</sup>国立精神・神経センター国府台病院精神科

Kazumi Tsukada: Department of Psychiatry, Kohnodai Hospital, NCNP

<sup>6)</sup>国立精神・神経センター国府台病院内科

Makoto Tanaka, Shuichi Mishima: Department of Internal Medicine, Kohnodai Hospital, NCNP



ことを目的とする。また、精神疾患については、開放病棟、閉鎖病棟、精神保健法によらない入院の3つの入院形態に分けて検討したい。

## II. 調査方法

### 1. 対象者

国立病院の内科病棟入院患者23名(男性13名,女性10名),精神科開放病棟入院患者26名(男性9名,女性17名),精神科閉鎖病棟入院患者27名(男性8名,女性19名),大学付属病院の一般病棟に精神保健法によらない入院(自由入院)をした,精神疾患患者28名(男性4名,女性24名)の合計104名(男性34名,女性70名)が本研究の対象者である。未成年を調査の除外基準にしたため,年齢の範囲は20歳から85歳であり,平均年齢は50.4歳(±17.1歳)であった。対象者の診断は,内科では約半分が糖尿病に罹患しており,他に肺炎,自然気胸,気管支喘息などの疾患が多く認められた。開放病棟では精神分裂病圏が最も多く(11名),感情病圏がそれに続く(8名)。閉鎖病棟では約半数が精神分裂病圏であった。一般病棟(自由入院)では約半数が感情病圏であった。

### 2. 手続き

対象者が入院してから約1週間以内に,訓練を受けた面接者2名1組(のべ6名)が病棟を訪問し,面接調査を実施した。被験者には口頭及び書面での面接同意を得た。同意が得られなかった被験者については面接を中止した。

各面接に先立ち,主治医により「告知内容調査票」<sup>3)</sup>への記入がなされたが(主な項目は表1参照のこと),面接者は告知の内容を知らずに面接を実施した。面接におけるバイアスを排除するためである。面接には「判断能力評価用構造化面接」(SICIATRI: Structured Interview for Competency Incompetency Assessment Testing and Ranking Inventory)<sup>3)</sup>を使用した。同面接スケジュールの信頼性・妥当性は既に確認されている<sup>3)</sup>。面接時間は平均20分ほどで,主に各病棟の面会室を使用し実施した。

#### (1) 告知内容調査票

患者の人口統計学的変数の他に,以下の項目について患者に告知を行ったかどうか,また,その内容について主治医に記入を求めた。「決定権の保有」とは,入院や治療の前に,患者自身がそれを受けるか否かを決定する権限を有することを説明したか否か,「決定の依頼」とは,それを患者自身に決定するように求めたか否か,「治療の推薦」とは,治療について名称などを含めて患者に薦めたか否か,薦めた場合には医学上の正式名称(例えば電気けいれん療法,抗うつ剤,クロルプロマジン,利尿剤),非医学的名称(例えば精神分析療法を,単に「お話」),予想できる患者のショックを緩和するために変更した名称(例えば抗精神病薬を「安定剤」)のいずれを使用したか,薬物療法を薦めた場合には,どのような名称を使用したか(一般的な名称一例えば,お薬,錠剤,注射,点滴;効果の説明する名称一例えば,胃の薬,安定剤,睡眠薬;医学上の分類名称一例えば,抗不安薬,抗生物質;当該薬剤固有の一般名・商品名一ハロペリドール,セレネース,アスピリン)について記入を求めた。また,「治療から期待できる利益」「治療から予測できる危険」「代替手段」「無治療から期待できる利益」「無治療から予測できる危険」のそれぞれの項目についても,説明を施したかどうかを確認した。さらに,病名告知を行ったかどうかを確認し,行った場合には医学上の正式名称を用いて告知を行ったのか,非医学的診断名(神経衰弱,ひどく弱っている,など)やショックを緩和するための名称(例えば,精神分裂病をノイローゼ,胃癌を胃潰瘍)を使用したかの確認も行った。

(2) 判断能力評価用構造化面接

患者とのラポールの形成のため,最初に人口統計学的変数についての質問をし,その後,以下のような質問を行った(項目は表2。「告知の存在」とは,面接を実施できるかどうか確認するもので,質問をしないまでも面接拒否,意識混濁,昏迷,著しい興奮状態が認められる場合には,面接を中止した。そうでない場合は,主治医に入院・治療に関して説明を受けたかどうかを確認するものである。「同意権限の理解」は,入院・治療を受ける際には患者本人の判断が必要で,それを理解しているかどうかを確認する項目である。「同意不同意

表1 主治医による告知

入院科 告知内容		(% )			
		内科 (23)	精神科 (開放) (26)	精神科 (閉鎖) (27)	精神科 (自由入院) (28)
決定権の保有	説明した	69.7	46.2	14.8	100.0
	説明しない	30.4	53.8	85.2	0.0
決定の依頼	行った	100.0	61.5	18.5	100.0
	行わない	0.0	38.5	81.5	0.0
治療の推薦	行った	95.7	88.5	96.3	100.0
	行わない	4.3	11.5	3.7	0.0
治療の名称	医学的名称	71.4	54.2	26.9	32.1
	非医学的名称	28.6	45.8	73.1	67.9
薬物の名称	全般的名称	26.3	39.1	53.8	17.9
	効果のみ	10.5	13.0	26.9	57.1
	医療上の名称	42.1	34.8	11.5	21.4
	一般名・商品名	21.1	13.0	7.7	6.6
治療から期待 できる利益	説明した	95.7	88.5	92.6	100.0
	説明しない	4.3	11.5	7.4	0.0
治療から予測 できる危険	説明した	34.8	61.5	44.4	100.0
	説明しない	65.2	38.5	55.6	0.0
代替手段	説明した	47.8	7.7	29.6	100.0
	説明しない	52.2	92.3	70.4	0.0
無治療から期待 できる利益	説明した	4.3	0.0	7.4	100.0
	説明しない	95.7	100.0	92.6	0.0
無治療から予測 できる危険	説明した	78.3	53.8	74.1	100.0
	説明しない	21.7	46.2	25.9	0.0
病名告知	行った	95.7	76.9	81.5	100.0
	行わない	4.3	23.1	18.5	0.0
診断名の使用	医学的名称	95.5	90.5	50.0	50.0
	非医学的名称	4.5	9.5	50.0	50.0

( ) 内は対象者数

の選択の明示」では、主治医に示された治療を受けるか否かを示すことができるかどうかを確認する。「判断の委譲」は、入院・治療を受けるかどうかの最終的判断は誰がすべきかを問う。さらに、「治療から期待できる利益」「治療から予測される危険」「代替手段」「無治療から期待できる利益」「無治療から予測される利益」のそれぞれに関する理解度を確認する。また、「回復願望」がどの程度あるのかも問う。「病的決定因」とは、入院・治療を受ける受けないの決定の際に、病的体験(幻覚・妄想など)が影響していないかを確認する項目である。また、「病識一洞察」についても確認する。

なお、各項目は、主治医の説明の理解の確認ではあるが、説明を受けていなくても回答することができれば、理解しているとみなす。

以上の項目への反応によって、「判断能力段階評価」を算出する。算出方法は北村ら(1993)が先行研究に従って作成したもので、詳細は表3に示した。段階評価は段階0から段階4で、数字が大きくなるほど判断能力が「あり」の評価となる。

### 3. 分析

内科病棟入院患者と、精神科3病棟の入院患者について、「主治医による告知の頻度(各項目につ

表2 告知内容の理解

入院科 告知内容		(%)			
		内科	精神科 (開放)	精神科 (閉鎖)	精神科 (自由入院)
告知の存在	面接拒否	4.3	0.0	3.7	3.6
	忘れた	0.0	19.2	63.0	14.3
	覚えている	95.7	80.8	33.3	82.1
同意権限の理解	理解していない	4.5	26.9	63.0	3.6
	やや理解している	18.2	19.2	11.1	28.6
	理解している	77.3	53.8	25.9	67.9
同意不同意の 選択の明示	決められない	0.0	0.0	0.0	0.0
	考慮中	0.0	0.0	3.8	3.6
	ほぼ受ける	4.5	15.4	15.4	10.7
	受ける	95.5	84.6	61.5	82.1
	ほぼ断る	0.0	0.0	11.5	3.6
	断る	0.0	0.0	7.7	0.0
判断の委譲	他人に委譲	13.6	23.1	40.0	10.7
	自分と他人	22.7	26.9	28.0	25.0
	自分(委譲はない)	63.6	50.0	32.0	64.3
治療から期待 できる利益	理解していない	0.0	28.0	23.1	10.7
	やや理解している	18.2	8.0	38.5	14.3
	理解している	81.8	64.0	38.5	75.0
治療から予測 できる危険	理解していない	54.5	44.0	50.0	25.0
	やや理解している	9.1	12.0	19.2	21.4
	理解している	36.4	44.0	30.8	53.6
代替手段の理解	理解していない	45.5	70.8	84.0	57.1
	やや理解している	9.1	8.3	0.0	7.1
	理解している	45.5	20.8	16.0	35.7
無治療から期待 できる利益	理解していない	86.4	90.9	80.0	71.4
	やや理解している	0.0	0.0	4.0	3.6
	理解している	13.6	9.1	16.0	25.0
無治療から予測 できる危険	理解していない	27.3	58.3	50.0	46.4
	やや理解している	4.5	0.0	15.4	7.1
	理解している	68.2	41.7	34.6	46.4
回復願望	なし	0.0	3.8	12.0	3.6
	ややあり	8.7	15.4	12.0	10.7
	あり	91.3	80.8	76.0	85.7
病的決定因	存在する	0.0	0.0	24.0	3.6
	やや存在する	0.0	3.8	4.0	0.0
	存在しない	100.0	96.2	72.0	96.4
病識一洞察	なし	0.0	11.5	42.3	3.6
	ややあり	4.3	26.9	30.8	25.0
	あり	95.7	61.5	26.9	71.4

いて)、「患者による告知内容の理解」、「判断能力段階評価」のそれぞれを算出し比較する。

### III. 結 果

#### 1. 主治医による告知の頻度

入院時に主治医が治療や入院についてどの程度説明しているかについて、4病棟での比較を表1に示した。「決定権の保有」を説明した率と「決定の依頼」を行った率が閉鎖病棟で低くなっているが、これは閉鎖病棟では医療保護入院や措置入院といった形態で入院が行われていたためと考えられる。その他特徴的なのは、精神科(自由入院)では多くの項目で告知率が100%となっており、特に「無治療から期待できる利益」は、他の病棟ではほとんど説明されていないのに対し、精神科(自由入院)では全員に説明されている。そもそも「無治療から期待できる利益」というのを説明することは難しいが(入院しないで通院で治療すれば家で子どもの面倒がみられる、手術をしなければ痛い思いをしなくてすむ、などがこの項目の回答例)、もし説明しなければ、患者はその項目について理解しようがない。実際、「無治療から期待できる利益」に関しては、精神科(自由入院)では説明をしているためか、理解されている割合も他の病棟と比べると高い。

#### 2. 患者による告知内容の理解

次に、患者が主治医による告知内容をどの程度理解しているかの4病棟間での比較を表3に示した。まず「告知の存在」については、閉鎖病棟で「忘れてしまった、説明を受けた覚えはない」と回答する人が多かった。同様に閉鎖病棟では「同意権限の理解」ができていない人が多いが、これは主治医の説明がそもそも低いために当然の結果といえよう。「判断の委譲」では、閉鎖病棟入院患者で他者へ委譲するケースが多い。「治療から期待できる利益」「代替手段の理解」「無治療から予測される危険」では閉鎖病棟患者で理解されている割合が低い。また、閉鎖病棟では、「回復願望」が低く、「病的決定因」が判断に影響を及ぼし、「病識・洞察」を有する人が少ない、という傾向が認めら

表3 判断能力段階評価のアルゴリズム

判断能力段階：0
A：以下のいずれか1項目
(1) 告知の存在が2または3
(2) 同意権限の理解が1
(3) 同意不同意の選択の明示が1
(4) 判断の他者への委譲が1
B：判断能力段階1から4までのいずれの基準も満たさない
判断能力段階：1
A：同意権限の理解が2以上
B：判断の他者への委譲が2または3
C：同意不同意の選択の明示が2以上
D：判断能力段階2から4までのいずれの基準も満たさない
判断能力段階：2
A：同意権限の理解が2以上
B：判断の他者への委譲が2または3
C：同意不同意の選択の明示が2以上
D：以下のうちいずれか2項目
(1) 期待できる利益に関する理解が2以上
(2) 予測できる危険に関する理解が2以上
(3) 代替手段に関する理解が2以上
E：判断能力段階3と4のいずれの基準も満たさない
判断能力段階：3
A：同意権限の理解が2以上
B：判断の他者への委譲が2または3
C：同意不同意の選択の明示が2以上
D：以下のうちいずれか2項目
(1) 期待できる利益に関する理解が2以上
(2) 予測できる危険に関する理解が2以上
(3) 代替手段に関する理解が2以上
E：回復願望が2以上
F：病的決定因の欠如が2以上
G：判断能力段階4の基準を満たさない
判断能力段階：4
A：同意権限の理解が2以上
B：判断の他者への委譲が2または3
C：同意不同意の選択の明示が2以上
D：以下のうちいずれか2項目
(1) 期待できる利益に関する理解が2以上
(2) 予測できる危険に関する理解が2以上
(3) 代替手段に関する理解が2以上
E：回復願望が2以上
F：病的決定因の欠如が2以上
G：以下のうちいずれか1項目
(1) 無治療の場合に期待できる利益に関する理解が2以上
(2) 無治療から予測できる危険に関する理解が2以上
H：病識・洞察が2以上

表4 判断能力段階評価—「判断の委譲」を除外し告知状況により補正を行ったもの

判断能力段階	入院科 内科	精神科 (開放病棟)	精神科 (閉鎖病棟)	精神科 (自由入院)
0	2( 8.7)	7(26.9)	17(63.0)	1( 3.6)
1	1( 4.3)	2( 7.7)	1( 3.7)	6(21.4)
2	0	0	1( 3.7)	0
3	4(17.4)	9(34.6)	2( 7.4)	5(17.9)
4	16(69.6)	8(30.8)	6(22.2)	16(57.1)

( )内は%

れた。

以上のことから、判断能力評価の各項目については、全般的に精神科閉鎖病棟入院患者で理解されていない傾向があり、他の3群と異なる特徴を持っているといえよう。

### 3. 判断能力段階評価

判断能力段階評価のアルゴリズム(表3)をそのまま使用して段階評価を算出すると全体的に低い値しか出てこないことがわかり、その理由を調べたところ、「判断の委譲」という項目で「委譲する」という人がかなり存在することが原因であることがわかった。また、主治医から説明を受けていない項目について「わからない」と答えたものを「判断能力なし」に近づけるような評価システムには問題があると考えられ、段階評価を算出する際には告知状況により補正を加えた。その結果得られた、4病棟それぞれの判断能力段階の頻度を表4に示した。便宜上、判断能力3以上をまとめると、内科では87%、開放病棟では65%、閉鎖病棟では30%、自由入院では75%の人が比較的高い判断能力を有していたことが示された。内科、開放病棟、自由入院では6割以上の人で比較的高い判断能力が認められたのに対し、閉鎖病棟では6割以上の人判断能力の段階は0を示した。これは、判断能力評価用構造化面接の各項目の理解の程度が低いことと一致した結果となった。

## IV. 考 察

内科入院患者と精神科入院患者の判断能力につ

いて検討してきたが、ここで明らかにされたことは、これまで、判断能力に乏しいとされてきた精神科入院患者でも、開放病棟入院患者や自由入院患者については、従来から判断能力ありとされてきた内科患者とそれほど変わらない程度の判断能力を有している、ということである。閉鎖病棟入院患者については他の3病棟と比べ低い判断能力を有する者が多かったが、それでも約3分の1の人はかなり高い判断能力を有していることも明らかにされた。

かなり高い判断能力を有することが明らかにされた精神疾患入院患者であるが、これまで「判断能力が乏しい」と漠然とでも暗黙裡に考えられていたことで、何らかの不利益を被ってはこなかっただろうか。本調査では、入院・治療に関しての判断能力を対象としたが、ここで確認した項目はかなり複雑な認知機能を要すると考えられるものも含まれている。それを、かなりの程度で理解することができるのに、実際の生活場面や医療場面では(全般的に)能力がないとされ自己決定を尊重されなかったり、誰かがついていないと何もできないと思われていたり、場合によっては「子ども扱い」されるようなことが起きている。しかし実際には、自分に施される医療行為に対して、それを受けるか受けないかを半数の人は「自分で決めたい」と明言しているのである。ある被験者の女性は「判断の委譲」の質問に対してこう答えている。「例外はあるでしょうけれど、自分の治療に関しては自分で決めるべきでしょう。もちろん私もそうですよ」と。

本研究の対象者は、病棟に入院している人々で

あった。症状の重篤度などを考えると、入院患者より外来患者、さらに回復、寛解している人たちではさらに高い判断能力を有することが推測される。しかしながら、精神疾患の既往歴がある、といった理由で就職が阻まれたり、希望する職に就けない、といった社会的差別が起こっているのも事実である。

#### V. おわりに

今後、判断能力が減弱している人に対しては、適切な形で人権を保護していく必要があるのと同様に、精神疾患を有する人、もしくはかつて有した人が、そうでない人たちと比較してそれほど変わらない程度に高い判断能力を有していることが示されたことで、これまでに存在した種々の偏見や差別が少しでも緩和されればと思う。また、医療従事者においても、患者の希望や訴えが「非力で何もできない者」から出てきているのではなく、判断能力を有する者の「意志」から生まれているということを理解して接していく必要があるのではないだろうか。

謝辞 面接実施にあたりご協力頂いた、東京歯科大学市川総合病院精神神経科の諸先生方、国立精神・神経センター国府台病院精神科の諸先生方に厚く御礼申し上げます。

#### 文 献

- 1) Appelbaum, P S, Lidz, C W, Meisel, A: Informed consent: Legal theory and clinical practice. Oxford University Press, New York, 1987.
- 2) Grisso, T: Evaluating Competencies: Forensic assessments and instruments. Plenum Press, New York, 1986.
- 3) 北村俊則, 北村總子: 判断能力評価用構造化面接 (SICIATRI). 国立精神・神経センター精神保健研究所, 市川, 1993.
- 4) 北村俊則, 北村總子: 精神科医療における治療同意の判断能力評価手法について. 季刊精神科診断学 5: 233-242, 1994.
- 5) Tomoda, A, Yasumiya, R, Sumiyama, T, et al.: Validity and reliability of Structured Interview for Competency Incompetency Assessment Testing and Ranking Inventory. J Clin Psychol 53: 443-450, 1997.



【特集】

## 精神疾患を有する者のための権利擁護者 (advocate) 制度

——その歴史と役割——

北村 總子 北村 俊則

## I. はじめに

アメリカ合衆国では合衆国議会（連邦議会）で、1986年に制定された「精神疾患患者の保護と擁護法 Protection and Advocacy for the Mentally Ill Individuals Act (P&A Act)<sup>35)36)</sup>」という連邦法により、各州において精神疾患を有する者の権利擁護 (advocacy) 制度を確立する基礎が与えられた<sup>21)</sup>。

公的・民間を問わずさまざまな機関に対し、精神疾患を有する者の権利を主張し、支援し、擁護することや、その人に権利があることを申し立てたり助言したり、あるいは彼等に代わって権利主張や権利侵害の申し立てを行うこと、さらには、権利侵害があるかどうかの監視をすることを権利擁護 (advocacy) と呼んでいる<sup>16)</sup>。

精神疾患を有する者に共通するのは、精神病院で治療を受けた（受けている）ということから、スティグマを科せられており、そのことによって、もっぱら居住、就職、一般的なサービスを受けること、その他多くの領域で偏見にさらされていることである<sup>4)</sup>。こうしたことから、彼等に共通するのは、経済的に不利益を被っているということであり、そのことのために、法的な代理人に費用を支払うことができない、というハンディキャ

を負っている<sup>4)</sup>。また、彼等は、認知機能において限界を有しているか、意思を伝達する能力が低減しているといった、罹患している精神疾患そのものに起因する諸条件から、法的権利を認識したり主張することに特異的な困難を有している。多くの慢性の入院患者は数十年に亘る入院もしくは薬物治療の結果消極的になっていたり、強制入院に服している場合は入院環境や被収容者という立場から、権威を恐れるようになり、患者が自己の権利を自ら主張したり、権利侵害の申し立てができないことが多い<sup>4)</sup>。

裁判所がある権利を承認し、法律もその権利を保障したとしても、権利を擁護する何等かの制度が存在しなければ、精神疾患を有する者にとっては、絵に描いた餅に過ぎないことになってしまうのである。権利擁護を行う組織によって精神疾患を有する者の諸権利が実現されるということは、精神疾患を有する者が権利の享有主体として社会の中で存在できることを意味する。精神疾患を有する者が地域社会（コミュニティ）の一員として社会参加するためには、長きにわたって蓄積されてきた障壁 (barrier) の除去が必要であり、そのためには、本論文で述べる権利擁護機関の存在が不可欠である。

アメリカ合衆国においては、精神病院や擁護施設などの精神保健施設に強制的に収容されている被収容者の人権が著しく侵害されてきたという歴史的事実の中で、精神疾患を有する者の精神病院への強制入院法の違憲性を争う訴訟を通じてそういった人々に人権が承認され、精神保健の分野での様々な改革が行われてきた過程で、精神疾患を有する者の権利擁護の必要性が認識された。P & A Actは、それでもなお困難な状況にある精神疾患を有する者の権利保護と擁護の実現に向け、

Protection and advocacy system for the mentally ill individuals: Development and roles

国立精神・神経センター精神保健研究所  
社会精神保健部

〔〒272-0827 千葉県市川市国府台1-7-3〕

Fusako Kitamura, Toshinori Kitamura: National Institute of Mental Health, NCNP, 1-7-3, Kohnodai, Ichikawa, Chiba 272-0827



制定されたものである。

本稿は、P & A Actの成立にいたる背景をたどった上で、精神疾患を有する者の権利擁護の役割や種類について述べ、最後に日本における精神疾患を有する者の権利擁護の在り方について、若干の考察を試みる。

なお、本稿での論述の中では精神疾患を有する者のうち、触法行為者については触れない。

## II. アメリカ合衆国における精神疾患を有する者の権利擁護の発展

精神疾患を有する者の諸権利に関する研究や訴訟の流れは大きく分けて二つの流れとなる。一つは、精神病院への強制入院 (civil commitment) に係わるものであり、もう一方は、患者の「治療を受ける権利 (right to treatment)」についての分野である<sup>33)38)</sup>。

精神病院への強制入院の正当性が正面から争われたといわれたのが *Lessard v. Schmidt* 事件判決<sup>22)</sup>である。本件は、ウィスコンシン州の強制入院法に基いて強制的に精神病院に入院させられた18歳以上の成人患者が、*Lessard*を代表としてウィスコンシン州法を違憲であると主張して、連邦地方裁判所に提訴したクラス・アクション (集団代表訴訟) である<sup>22)</sup>。

1972年の連邦地裁判決は、*Lessard*と彼女が代表するクラス側の主張を容れたものとなった<sup>22)</sup>。即ち、ウィスコンシン州の強制入院手続は、(1)拘禁の対象となる者に、有効かつ適時の告知をすべきことが規定されていない (2)陪審による審理を受ける権利を含む全ての権利について十分告知すべきことが規定されていない (3)強制入院の理由についての聴聞を与えずに48時間以上拘禁することが認められており、また拘禁前の十分な聴聞を与えずに2週間以上拘禁することが認められている (4)対象となる者について弁護人が存在せず、また、伝聞証拠が許容され、さらに自己に不利な供述を拒否する権利という利益が対象となる者に与えられない状態で行われた精神科診断による証拠が提示され、そのような聴聞に基づいた拘禁が許されている (5)精神障害と危険性の認定に当

たって、「(刑事事件の有罪判決言い渡しにあたって、犯罪事実の認定に用いられる証明基準である)合理的な疑いの余地のない証明」がないまま入院が許可されている (6)強制入院よりも制限的でない他の手段 (less restrictive alternative) が不適切であるとの考慮なくして強制入院が認められている、という諸点から、精神科強制入院を規定するウィスコンシン州法をアメリカ合衆国憲法に違反すると判示した<sup>22)</sup>。なお、この事件は最高裁で審査されることはなかったが、連邦地裁に差し戻された最終的な判決も1972年の地裁判決を踏襲するものであった<sup>23)</sup>。

当該判決は、それまで多くの州で容認されてきた強制入院制度を修正して、強制入院に服する精神疾患を有する者の権利擁護に奉仕するものとして高い評価を受けた<sup>18)</sup>。

以降、精神疾患を有する者の強制入院制度の合憲性を争う訴訟が積み重ねられ、強制入院に服する精神疾患を有する者の諸権利も、次第にその輪郭を明確にしていくのである。1975年には、アメリカ合衆国最高裁判所 (連邦最高裁) が *O'Connor v. Donaldson*<sup>27)</sup>事件を審査する機会が訪れた。精神病院に強制入院させられ、しかも何等治療を与えられずに、15年近くを精神病院で送ることを余儀なくされた *Donaldson*が、憲法上保障されている自由 (liberty) に対する権利を *O'Connor* 医師および病院スタッフが侵害したとして、連邦法 (42 USCS §1983) に基いてフロリダ北部連邦地方裁判所に提訴したのが本件である。連邦地裁も第五巡回区連邦控訴裁判所も、*O'Connor* および共同被告人に損害賠償を命じた<sup>8)</sup>が、被告側はこれを不服として上告した。連邦最高裁は、「単に『精神疾患 (mental illness)』の認定だけでは、州がその者の意に反して単なる強制的看護 (custodial care) で不定期に収容することは正当化され得ない。その用語 (term) がかなり正確な内容を与えられ、『精神疾患 (mental illness)』が相当な正確さをもって同定されるとしても、彼等が誰に対しても危険でなく、自由のうちに安全に生きていくことが可能であるなら、このような者を強制的に入院させる憲法上の根拠は何等存在しない」と判示した<sup>27)</sup>。

こうして、精神疾患を有する者が強制入院に服することが開拓時代から容認されていたアメリカ合衆国にあって、1960年代以降高まった、市民が貧困や差別から解放されて自由を享受できるアメリカを作ろうとする市民的な盛り上がりとともに、強制入院制度を根本から見直して、強制入院に服する者に対して合衆国憲法の保障が及ぶよう、積極的に訴訟や学説が展開されていくのである。強制入院法 (civil commitment law) の論理的な形態も、ほとんどの連邦巡回区裁判所と多くの州最高裁判所において、作られたのである<sup>33)</sup>。

強制入院制度にかかわる主張が拡大していく中で、強制入院に服している被收容者は、精神科施設の中で、適切な治療を受ける権利が保障されるべきことが、1960年に発表されたBirnbaumの論文<sup>2)</sup>の中で主張された。この論文が端緒となって、治療を受ける権利を主張する訴訟が活発に展開されることになったのである。歴史的にみれば、Birnbaumの論文が発表された頃までにアメリカでは大型の州立精神病院が数多く建設され、入院中心主義であった当時の精神医学を反映して、多数の精神疾患を有する者が強制入院に服していた。こうした州立精神病院では、資金不足からスタッフの人数の不足が慢性化し、かつ、過剰な收容状態が一般化していた。精神疾患を有する者はこのような劣悪な環境に收容され、社会から取り残されていた<sup>11)7)18)</sup>。Birnbaumは合衆国憲法修正14条のデュー・プロセス条項に基づいて、治療を受ける権利という実体的な権利を承認すべきであると主張した<sup>2)</sup>。その後、彼の主張はいくつかの下級裁判所に受け継がれていく。

治療を受ける権利は、Wyatt v. Stickney 事件判決<sup>48)-50)</sup>で大きく結実するのである。Wyatt事件は、アラバマ州の精神病院に收容されている患者が、自己の意に反して州立精神病院に入院させられた患者には治療を受ける権利があることの確認を求めてアラバマ州連邦地方裁判所に1970年に提訴したクラス・アクションである<sup>48)</sup>。連邦地裁は1971年判決において「治療を目的として強制收容される場合、患者の精神症状の治癒または改善する実際の機会を与えるような個別的治療を受ける憲法上の権利を患者が有することは疑う余地がな

い」と判示した<sup>48)</sup>。本件はその後、州内の別の病院および養護施設が加えられ、翌年、被告病院側が改善報告書を連邦地裁に提出した。しかし、連邦地裁は、被告側が提出した治療プログラムが医学上および憲法上の最低要件を充たしていないと判断した。そして最終的に、1972年に、連邦地裁は、精神病院に收容されている精神疾患を有する者に関する判決<sup>49)</sup>と、もう一方は養護施設に收容されている精神遅滞者に関する判決<sup>50)</sup>、という2部構成の判決を言い渡した。精神疾患を有する者に関しては、35項目からなる適切な治療のための最低限度の合憲的基準が示した<sup>13)18)45)49)</sup>。そして、患者の尊厳を高め、人権を確実なものとし、「自己の法的権利が侵害されたと主張する患者に助言を与え、支援する」ために、病院に、7人からなる常設の人権委員会の設置を命ずる命令および判決 (order and decree) を下した<sup>49)</sup>。また、養護施設の精神遅滞者に関しては、「精神遅滞者の適切な生活指導 (habilitation) のための最低限度の合憲的基準」と題する49項目からなる基準が設定され、ここでも第1部における同様の権利・自由が保障されているばかりでなく、具体的な内容が盛り込まれている。そして、養護施設にも常設の7人からなる人権委員会の設置を命じた (order and decree)<sup>50)</sup>。

Wyatt事件判決は、「治療を受ける権利」を認めたものではあるが、州の行った行為を審査するよりも、州の行った違憲な行為をどのように積極的に是正すべきかという、むしろ精神病院の制度改革を中心とするものであった。本判決は、原告被告両当事者の同意に基いて下された判決、即ち同意判決 (consent decree) の形がとられ、その内容は当該訴訟当事者のみならず将来精神病院に入院するかもしれない人にまで広く影響が及ぶものとなった。この事件が精神医療における公共訴訟の幕開けである<sup>13)18)24)25)28)52)</sup>。

また、本判決では、上述のように常設の人権委員会を設置することが命じられている。この委員会は、問題が発生した時に臨時に設置するものではなく、常設する点を注目すべきであろう。Wyatt事件はアメリカにおいて例外的な不幸なできごとではなく、いずれの施設においても、いつの時点

でも起こりうる事件であった。アラバマ州の精神病院においては、判決が出された以降も類似の事件が再発することが十分に予想されたのであろう。当該事件について救済を与えるにとどまらず、将来の類似の事件の発生を事前に予防するためには、常設の人権委員会が継続的な活動を行う必要があると考えられたのである。

なお、本判決は、精神病院に収容されている患者の治療を受ける権利を認めたのみならず、精神医療制度の改善をめざして、将来的な救済をはかったものであるが、このような救済の形態は、より古くからあったコモン・ロー上の救済、例えば過去の損害に対する賠償によるのでは救済手段としては不十分だと考えられる場合に救済を与える目的で発生したもので、エクイティと呼ばれる法体系上の救済手段である。これは英米法の伝統に培われたものである<sup>18)29)44)</sup>。

治療を受ける権利、および生活指導を受ける権利にかかわる訴訟はその後、クラス・アクションの形で全米規模で広がっていくのである。

Wyatt事件の後の最も重要な事件にPennhurst事件<sup>9)</sup>がある。本件は、ペンシルヴァニア州立精神遅滞者の収容施設であるPennhurst擁護施設(擁護学校と病院)に過去に収容されていた人々および現在収容されている人々が、Pennhurst擁護施設への入所・入院により、州法、連邦法および憲法上の権利が侵害されたとして、損害賠償および、Pennhurst擁護施設の閉鎖と各々の地域社会で教育、訓練、介護を受けるエクイティ上の救済を求めて1974年に提起したクラス・アクションである。連邦地裁が出した差し止め命令は患者が主張する権利を認め、施設の閉鎖を命じるものであった<sup>9)</sup>が、連邦高裁は、患者の権利は認められたものの、施設の閉鎖についてはこれを支持しなかった<sup>10)</sup>。連邦最高裁では、州の主権を尊重する合衆国憲法修正11条に基いて、連邦地裁による閉鎖命令を取り消した<sup>32)</sup>。その後、原告被告両者のあいだで最終的に和解が成立し、ペンシルヴァニア州は1986年7月1日までにPennhurst擁護施設を閉鎖することを表明した<sup>12)</sup>。収容されていた人々は、長い訴訟の間、少しずつ各々地域社会にある規模の小さい施設に転院していき、訴訟開始時には1,154人いた患

者も、435人までに減っていた<sup>12)</sup>。

Pennhurst事件で権利擁護の観点から注目すべきは、連邦地裁が命令し、連邦高裁も支持したのが、施設閉鎖後に各々の地域社会の小規模施設に転院した患者に、地域社会で提供されるサービスを監視するための市民ボランティアによる権利擁護(friend advocacy)組織を州が設立することである。この市民ボランティアによる権利擁護組織は、精神遅滞者の権利を実現するのに役に立つのみならず、裁判所命令の履行努力を監督することによって、裁判所による監視の必要性が減ずることになる<sup>11)</sup>。最終的には、被告であるペンシルヴァニア州側が、毎年各自の生活訓練計画の審査を行い、詳細で、専門的に作成された監査および訪問手続にしたがって各自に提供されるサービスや計画を監視することに同意した<sup>12)</sup>。1審、2審で用いられた市民ボランティアによる権利擁護組織という文言こそ使用していないものの、精神遅滞者の権利を擁護するための監視手続の設定に被告が合意したものであり、内容的には権利擁護組織に近いものと思われる。

Halderman v. Pennhurst State School and Hospital事件とは別に、同じPennhurst擁護施設に収容されていた人が、安全のうちに収容されること、身体的拘束を受けない自由、治療を受ける権利が合衆国憲法の下で保障されており、適切な収容条件が憲法上要求されているにもかかわらず被告側がそれを提供しないのは原告の憲法上の権利を侵害していると主張して、施設管理責任者を相手取って、損害賠償請求訴訟を提起したのが、1982年のYoungberg v. Romeo事件<sup>55)</sup>である。

ところで、アメリカにおいては各州の裁判例や連邦の下級審判決も重要ではあるが、連邦最高裁の判決はアメリカ全州に対して強い先例拘束力を持つ。精神病院に入院中の者が治療を受ける権利を合衆国憲法の下で保障されているかどうか連邦最高裁で審査されるのは、このYoungberg v. Romeo事件を待たなければならない。

Youngberg v. Romeo (1982) 事件判決において、治療を受ける権利——Romeoにとって、治療を受ける権利と、生活指導を受ける権利、ならびに訓練は同義語である——を限定的ながら承認す

るに至った<sup>55)</sup>。Nicolas Romeoは、ペンシルヴァニア州立Pennhurst擁護施設に収容されている重度の精神遅滞者であった。Romeoは本施設内において、少なくとも60数回にわたって自らまた他者によって外傷を負ったことから施設管理責任者を相手取って損害賠償を請求したのが本件である。身体の安全、行動の自由、そして最低限度の適切な生活指導を受けることが、憲法上保障されていると原告は主張した。連邦最高裁は、Romeoが主張する身体の安全と身体の拘束からの自由は、修正14条のデュー・プロセス条項によって保護される自由利益 (liberty interest) であると認めた<sup>42)</sup>。しかし、生活指導を受ける権利については、身体の安全と身体拘束からの自由に存する自由利益を享受する権利が憲法に違反して侵害されることがないように合理的な訓練が、憲法上保障を受ける最小限適切な訓練である、と述べた<sup>55)</sup>。精神医療施設の中における専門家の広汎な裁量に対し、治療を受ける権利を憲法上の権利として位置づけて、治療内容が一定の水準を充たすよう統制が図られてきたが、専門家の判断は妥当と推定されるとする本件最高裁判決によって、治療を受ける権利の発展は、一つの区切りを迎えるのである<sup>53)</sup>。

「治療を受ける権利」を主張する訴訟の流れを少し後から追う形で、「治療を拒否する権利」が台頭してきた<sup>20)33)</sup>。治療(常にというわけではないが通常、強制入院に服している患者に対する向精神薬治療 psychotropic medicationを指す)を拒否する権利を憲法に照らして保障するという考えは、Rennie v. Klein<sup>37)</sup>、Rogers v. Okin<sup>38)</sup>、といった諸判決によって形づくられていき、Mills v. Rogers<sup>26)</sup>事件の連邦最高裁判決で、治療を拒否する権利の一般的な輪郭を連邦最高裁が受け入れていることを示唆した<sup>20)33)</sup>。

アメリカ合衆国ではこうして、多くの訴訟の積み重ねによって、精神疾患を有する者の権利が法的権利として承認され、裁判規範性を有する具体的権利への成熟していった。

裁判例の積み重ねは、立法に影響を与えるのである。強制入院に関しては、多くの州が裁判の結果を受けて強制入院法を改正した。精神疾患を有する者の権利、例えば治療を受ける権利の保障に

ついても、ほとんどの州法に明文の規定を置くようになった。先に述べた1972年のWyatt事件判決の結果、ほとんどの州で、何らかの「患者の権利章典」が制定されるに至っている<sup>33)</sup>。このことは言い替えば、Wyatt事件の同意判決の中核に存在するこれらの権利を立法府が保護するように命じているのである。州法の患者の権利章典に規定されている権利には、およそ次のようなものがある。人道的な物理的、心理的環境におかれる権利、資格あるスタッフによって加療される権利、おのこの患者の必要性に応じた個別的な治療計画を有する権利などである<sup>33)</sup>。多くの州では、これらの権利章典では、望まない医学的治療の強制を拒否することを希望する患者に対する、少なくとも最小限度の実体的および手続的デュー・プロセス上の権利の保障も規定している<sup>33)</sup>。

しかし、その後精神疾患を有する者の自由(liberty)に重きを置いた結果として、入院要件が厳格に規定されるようになり、地域社会に、厳格な入院要件に該当しないが精神医学的介入を必要とする者が置き去りにされるようになる。地域社会の中に精神疾患を有する者を支援するネットワークなきままに、このような脱施設化が進んで行くことに疑問が投げかけられていた<sup>39)</sup>が、事態は加速度的に展開していく。精神疾患を有するホームレスの出現である。こうしたことから、法的権利擁護推進の局面は第二世代に入ったと言われている<sup>39)</sup>。第二世代では、従来の医学的治療のみならず、住居、社会的支援、社会復帰などを含む広い意味で治療を捉え、その質が問われることになる<sup>39)</sup>。つまり、精神保健介護に適切な制度をつくることに力がそそがれる。法的な観点からの患者の権利擁護は、患者が必要としている事柄に合致するよう、公共部門でのサービスを発展させることに焦点を当てているといえる。精神疾患を有する者の自由か、治療する精神科医の専門性のどちらが優先するかといったことではなく、精神保健サービスを含めた広い意味の治療の質の在り方が問われていると言える<sup>39)</sup>。

### III. P & A Act制定の背景および内容

1978年の精神保健に関する大統領委員会報告に触発されて、連邦議会は、国家レベルでの地域社会(コミュニティ)を基盤とする精神保健サービスの水準を高めるべく、精神保健制度法1980年(Mental Health Systems Act of 1980<sup>34)</sup>)を成立させた。その法律の一部として、患者の権利章典を連邦法として初めて成立させた。精神保健制度法は、大統領委員会報告においてなされた指摘から大幅に後退したものであるが、二つの鍵となる章が含まれている。それは、(1)精神疾患を有する者の連邦の権利章典と、(2)精神疾患を有する者に対する法定された精神保健権利擁護サービスを提供するモデル事業の二つである<sup>35)</sup>。

1985年、4月1日から3日まで、ハンディキャップのある人に関する労働及び人材上院小委員会と、労働、健康及び人的サービス、教育および関連機関に関する上院歳出承認小委員会において、発達障害・精神遅滞もしくは精神疾患を有し、施設に収容されている者の看護と治療に関する公聴会が開かれた。Lowell Weicker上院議員が座長をつとめた公聴会に提出された246ページにわたる報告書は、発達障害、精神遅滞があつてなおかつ精神疾患を有する者、もしくは精神疾患のみを有する者のために州が運営する施設の状態を9ヵ月かけてスタッフが調査した結果を示していた<sup>41)</sup>。

州が運営する施設における精神疾患を有する者に関する状態を調査するために、調査員は、12州、31施設を調査した。調査結果の概要は以下のとおりである<sup>41)</sup>。

1. 調査対象となつた31施設すべてが、被収容者の虐待および介護怠慢の主張に対応するために、書面による方針および施設内権利擁護組織を有していた。しかし、患者の院内権利擁護者の何人かは、様々な理由から、患者の不服を適切に調査することが不可能であつたり、また、時には、患者に対して虐待をしていると判断される者に対して効果的な懲戒的措置が欠如していることを指摘している。加えて、いかなるサービス提供者からも独立

した権利擁護制度の必要性が明らかとなつた。

2. 安定的な資金源がないということが、精神疾患を有する者の権利擁護努力を低減させている。

3. 全米の精神科医療施設の多くが、民間の機関(Joint Commission on Accreditation of HospitalsやHealth Care Financing Administration)の審査に服しているが、精神疾患を有する者に提供される介護や治療の水準を審査することを意図したこれらの外部審査は、その審査が前もって予定され、しかも各個人に提供される治療についてよりもむしろ、治療を提供する施設の能力を評価することにより焦点が当てられていることから、精神疾患を有する者を保護するのに十二分であるというわけではない。

4. 虐待や介護怠慢に関する州の定義の下で、一定の不服を調査する権利擁護者の限定的な権限では、患者の効果的な保護に重大な妨害となる。

5. 概算で、全米で約400,000人(精神疾患と精神遅滞の両者を含む)が施設で生活している。

公聴会で示されたこの調査結果や証言が精神疾患を有する者、特に滞在型の施設に入所している者の諸権利を保障するために州および地方レベルでさらなる注意が払われるべきことが示唆された<sup>35)</sup>。

Weicker上院議員は、この調査結果および意見に対し、「ガンや白血病の患者がこのような権利・自由の剝奪を受けることをわれわれは許さないであろうが、精神疾患を有する故に不利益を被っている者がこのような困難に遭遇していることをわれわれは黙認している」と述べ<sup>47)</sup>、「Protection and Advocacy for the Mentally Ill Persons Act of 1985」という表題の議案を連邦議会に1985年4月24日に提出した。これは翌1986年5月23日に公法99-319として制定された<sup>35)41)</sup>。

P & A Actは、精神疾患を有する者の諸権利を保護および擁護し、かつ、この者に対する虐待や介護怠慢の事実を調査する組織を確立し機能させるにあつて州を支援することを目的としている<sup>41)42)</sup>。

特に、この法律は、各州に精神疾患を有する者のための保護および擁護組織を確立することを目的としている。この組織には、連邦法、州の制定法および合衆国憲法の内容を実現するための活動を通じて精神疾患を有する者の諸権利を擁護しかつ保護する権限が付与されている<sup>42)</sup>。連邦議会は、発達障害援助および権利章典法 (Developmental Disabilities Assistance and Bill of Rights Act) に基づくサービスを利用することを選択したが、発達障害者に提供される既存のサービスとは別に精神疾患を有する者に提供されるサービスを P & A Act に規定している。まず、P & A Act に基づいて保護および権利擁護プログラムに割り当てられる資金は、各々の州知事が任命する、発達障害援助および権利章典法の下で以前から存在する機関 (agency) に分配される<sup>47)</sup>。これらの機関は、精神疾患を有する者に現在サービスを提供していないその他の州の機関、もしくは、非営利団体に精神保健サービスを請け負わせることができる。しかしながら、その責任を果たすに当たっては、本法に規定の組織は、州の既存の精神保健擁護組織との間で請負契約を締結することが勧められている<sup>42)47)</sup>。

つまり、精神疾患を有する者の保護・擁護を行う主体は州であり、州は特別に州法を定立し、実務を上記の州の機関や非営利団体に委託する。こうした州法と制度を作った州に連邦は交付金を与える。保護・擁護を行うための州法を作成するかどうかは、各州議会の権限であるが、連邦は交付金という手段で、精神疾患を有する者の保護・擁護の理念を州レベルで実行できるのである。

本法規定の組織は、介護や治療を提供する滞在型の施設に入所している精神疾患を有する者に対する虐待や介護怠慢の事実が報告された場合、あるいはそのような事実が発生したと信じるに足る相当な理由がある場合には、その事実を調査することができる。この組織はまた、精神疾患を有する者が施設から退院後90日以内に発生した事柄についても追求できる<sup>42)</sup>。

本法の組織は、入手した依頼者の記録についての守秘義務を負い、また、弁護士、精神保健サービスを受けた経験のある者、または、受けてい

る者、および、精神疾患を有する者の家族を含む構成員からなる諮問委員会を設置することが求められる<sup>42)</sup>。

精神保健制度法 (Mental Health Systems Act) の第V章に記載されていた精神疾患を有する者の権利章典は、本法の201項にそのまま移された。

P & A Act は、精神疾患を有する者がこれまで十分に受けなかった保護と権利擁護の必要性を充たし、患者の権利について、患者、スタッフ、政策立案者および地域社会等の意識を高め、それによって、精神疾患を有する者が必要としている事や関心事に効果的な反応が期待できる、ということ連邦議会が志向したものであった。本法では、施設も精神病院に限定せず、広く地域社会の施設まで含む規定となっており、精神疾患を有するあらゆる人々を対象として権利擁護を追求するものであるが、とりわけ、精神病院等の施設に入院している患者にとっては、権利侵害の事実があったと信じるに足る相当な理由があれば擁護組織に施設内を調査したり、記録を入手する権限が付与されているなど、州法、連邦法、また合衆国憲法に保障されている権利実現のために、より実効性のある制度だといえよう。

なお、P & A Act は1986年に制定されて以来、頻回に改正が行われている。

#### IV. 精神疾患を有する者の権利擁護

最近まで、権利擁護サービス (advocacy service) の重要性はさほど認識されていなかった<sup>16)</sup>。しかし、考えてみれば、例えば、弁護士の援助を受ける権利を知らされたとしても、強制入院に服している人がそういった援助を実際に受けることができるであろうか。弁護士を探したり、弁護士と交渉することを考えると、それほど容易ではないであろう<sup>16)</sup>。自己の財産の管理も、強制入院に服していれば非常に困難となることは想像にかたくない。様々なプログラム (計画) に参加する資格や (社会保障等の) 便益を受ける資格 (受給資格) があるにもかかわらず、そのような資格があることを示すことができないために、本来であれば受けられるはずの利益を受けない場合も多い。こう

いった事は、精神疾患に罹患していることによって、主張しうる権利・自由を主張する能力が一時的に減弱している場合がある、そのために生じる不利益であると考えられるが、そのみならず、強制入院に服していること自体が、公権力との関係で、精神疾患を有する者を非常に弱い立場に立たせていることは否定し得ない。「慢性精神疾患で入院している多くの患者は、数十年にわたる収容と投薬の結果、あまりにも消極的になったり、権威を恐れ、自己を保護したり、保護を他に求める能力を失っていることがある」とマサチューセッツ州の連邦地裁も述べている<sup>9)</sup>。これらのことを考えると、その者の立場に立ち、その者の権利擁護のために活動する権利擁護者の存在なしに、便益や法的保護の主張をなしえる精神疾患を有する者は少ないであろう。

アメリカ合衆国では、1960年代以降の市民的自由の運動にともなって、精神疾患を有する者の諸権利も認められ、精神医療制度も大規模な改革がなされた。その一方で、依然として精神疾患を有する者は、様々な権利侵害を受けているのも事実である。Weicker上院議員が座長をつとめた公聴会では、精神疾患を有する者が今日尚多くの障壁に阻まれ、多くの権利侵害を甘受する存在であることが明らかにされた。そこで、精神疾患を有する者にとっての権利擁護とはどのような内容を有するものか、考えてみたい。

まず、精神疾患を有する者のための権利擁護の中心的目的は、精神保健サービスの受け手(ユーザー)としての既存の権利の実現である。それらには、法的権利や人道的権利、連邦上の権利や州の権利、精神疾患をめぐる制度のなかでの権利もあれば、そういった制度を越えた権利もあろう<sup>10)</sup>。精神疾患を有する者にも、そうでない者に保障されていると同様に、これら様々な権利が保障されるべきである。

権利擁護プログラムのもう一方の重要な役割は、人々が尊厳をもって扱われることを確実にすることである。これは、虐待を(法的、行政的、その他の面で)予防しかつ是正する略式および正式の方策の追求を含むものである。虐待にも様々な態様がある。入院中の理不尽な死や一部の非人道的

精神病院のように、邪悪さが明らかであることもあるが、病院のスタッフによる患者への口頭によるいやがらせ(verbal harassment)のように、虐待の存在を捉えがたいこともある。拘禁もしくは精神状態によって自己を保護する力が萎えている人々にとって、権利擁護者は、恣意的で予知できない理不尽な処遇に対する防波堤として機能するのである<sup>10)</sup>。

権利擁護の第二の役割は、自己の身体・生命に係わる基本的な判断をなす権限をユーザー自身に付与することである。このような判断をなす権利やこれらの選択に責任を負う権利が、精神疾患を有するが故に不利益を被っている人に付与されることはほとんどない。そこで、精神疾患を有する者の権利擁護を勧める立場は、施設においても地域社会を基盤とするプログラムにも、判断決定過程にユーザーがもっと入ってくるよう、決定過程の在り方を変えることに焦点をあてている<sup>10)</sup>。

権利擁護者は又、権利擁護の対象となる者がさらに自立できるよう手助けすることができる。自己権利擁護(self-advocacy)ということが、ここでは大きな意味をもつ。この自己権利擁護については後述する。

障害がある人の社会参加をもっと進めようという目標は、これまでとは違った別の権利擁護の必要性を作り出している。多くの地域では、法的・規制的な枠組みが、精神疾患を有する者の地域社会での生活や一般的なサービスにアクセスする機会をいまだに妨げている。権利擁護者は、社会的な統合に向けて障壁を取り除くために、新しい法律や規則を制定するようロビー活動をする機会が増えよう。不当な差別を減弱するよう、また、障害をもつ人を市民として、隣人として、同僚として受け入れることが拡大するよう、公衆の意識も高められなければならない<sup>10)</sup>。

これらに加えて、障害がある人に対し、彼等がどのような権利を有しているのか、また、どのような責任をはたすべきなのかを教育することも権利擁護の目的の一つである<sup>10)</sup>。

別の問題としては、専門家が精神疾患を有する人々に対してとりがちなパターンリスティックな態度が、人格的自由への侵害であることも認識し、

このような態度を最小限にすることにも配慮されなければならない<sup>10)</sup>。

結局、権利擁護は、その対象となる者の法的、社会的、経済的および情緒的な必要といった広範な必要性に対応するものでなければならない。

## V. 権利擁護モデル

権利擁護は、精神保健の分野では比較的新しい概念であり、多義的な概念である。そこで、その意味について改めて考えて見たいと思う。

権利擁護とは、「ある人を代弁する」ことを意味するが、それだけでは不十分である。権利擁護は依頼者を代弁するのであるから、依頼者の望みを表現するものでなければならないが、依頼者の指示に従わなければならない<sup>11)</sup>。権利擁護の概念を明らかにする努力は様々な論者により試みられている。たとえば、精神的に障害のある人のための権利擁護のあり方には、およそ次の5形態があるという。

- 立法改革に向けて圧力をかける
- 大規模なクラス・アクション（集団代表訴訟）を提起する
- （権利擁護の）依頼者が有する資格（社会的扶助や公的給付）や権利について教育する
- 個々の依頼者の問題のために独立した法的サービスを拡大する
- 精神的な障害者により、また、かれらのために運営されている自助権利擁護（self-help advocate）団体を発展させる<sup>12)</sup>

次に、その具体的な形態にはどのようなものがあるか、見て見たいと思う。

Herrの分類によれば、権利擁護のモデルには、法的権利擁護（legal advocacy）、非専門家による権利擁護（lay advocacy）、自己権利擁護（self-advocacy）、市民ボランティアによる権利擁護（friend advocacy）、人権委員会（human rights committees）、内部的権利保護機能（internal rights protection functions）などがあるという<sup>13)14)</sup>。この中で特に重要と思われるのは、法的権利擁護である。そこで、まず、法的権利擁護について若干詳しく述べ、その上でその他のモデルについても言及することとする。

### 1. 法的権利擁護（legal advocacy）

法的権利擁護は、法律家（弁護士）や法律家に準じる職業についている人が中心となって進める権利擁護活動である。この活動には、上記の職業についている人の他、法律を専門に学ぶ学生であったり、弁護士の指導のもとに働くその他の人々があたる<sup>15)</sup>。活動内容は、カウンセリングや立法府への働きかけ（ロビー活動）等、多岐にわたる。このような法的権利擁護は、裁判所における対決よりも、むしろ略式の調査や話し合いによる問題解決でその特性を発揮する。これらの作業を実行する中に弁護士が含まれているが、法的権利擁護組織は、必ずしも弁護士のみで構成される必要はない。訓練を受けた、法律家に準じる職業についている人達や、恵まれない市民の代理をつとめた経験を有する人も、その組織の構成員足りうるが、精神保健施設の環境やそこでとられている手続などについて精通していることが求められる。法的権利擁護の最も価値のある長所となっているのは、信頼度が高いという点であろう。法律志向の社会では、法的権利擁護は、複雑な紛争を解決するための技術的手腕や知識があり、特別な訓練や修行を積んでいると認識されている。精神遅滞や精神疾患を有する人の法的権利の保護の不十分さから生じる問題を解決するには、法的権利擁護組織の発展が必要である。訓練された法的権利擁護者からなる質の高い制度は、これらの人々の権利を保護するのに不可欠である<sup>15)16)</sup>。

Brewster v. Dukakis事件の連邦地方裁判所判決は、権利擁護組織には弁護士が必要であると述べている<sup>3)</sup>。本件は、西マサチューセッツにあるNorthampton State Hospitalに入院している9人が連邦地裁に1976年に提訴したクラス・アクションである。原告は、精神疾患を有する者および精神遅滞者を治療するためのマサチューセッツ州の計画が、より制限的でないより正常に近い環境での治療を求めている州および連邦の法（憲法ならびに制定法）に違反していると主張した。2年に亘る話し合いの末、原告、被告双方は同意判決を受けることに合意した。Brewster事件では、すべての事項が判決に盛り込まれたのではなく、法的権利擁護組織を含む幾つかの事項については、



その後の調査等に委ねるという形をとった。そして監視委員 (monitor) が指名され、監視委員が専門家に調査研究を依頼し、その結果に基づいて裁判所に勧告することとなった。その専門家がHerrである<sup>9)</sup>。

監視委員による報告や、その報告を受けた連邦地裁による、法的権利擁護のあるべき姿は、概要次のとおりである。まず、法的権利擁護組織には、報酬を受け、かつ常勤の弁護士および非専門家たる権利擁護者が含まれなければならない。法的権利擁護者は、規則や制定法、諸判決の中に示された法を導き出すことに精通していなければならない。彼等は非公式の話し合いや、正式の裁判実務について最小限専門的な訓練を受け、知識を有していなければならない。また、法的権利擁護組織は、不当な威圧を受けることなく、独立していなければならない。さらに、法的権利擁護組織は、施設内の依頼者 (ユーザー) を代理し、地域社会の計画に払う多大な努力を裏切るものとするために十分な経済的資源をもたなければならない。法的権利擁護組織は、広範囲に亘る計画とその努力の合理的に洗練された調整を可能にするために、経済的にも専門的にも安定していなければならない。第四には、法的権利擁護組織は、依頼者自身に面会し、かつ、適切な手続的保障を充足した上で、依頼者の診療録を入手できなければならない<sup>9)</sup>。

Brewster v. Dukakis事件の連邦地裁判決は、精神疾患を有する者および精神遅滞者のための地域社会を基盤とする法的権利擁護計画にマサチューセッツ州が資金を提供すべきであると判断したが、その後、第一巡回区連邦控訴裁判所によって破棄差し戻しとなっている<sup>9)</sup>。Brewster v. Dukakis事件の連邦地裁判決は、精神疾患を有する者の為の法的権利擁護 (legal advocacy) 組織を設立しようとしたが、第一巡回区連邦控訴裁判所の判決は、精神疾患を有する者が法的権利擁護を受ける道筋に水を差すものであった<sup>7)</sup>。

ところで、Brewster v. Dukakis事件に興味深いのは、裁判所の判断内容そのものというよりもむしろ、先に述べた監視委員の報告や、本件訴訟の原告の立場に立って多大な貢献をした権利擁護

組織の存在である。この組織は、精神科患者権利擁護プロジェクト (Mental Patients Advocacy Project) といい、マサチューセッツ州にある州立Northampton病院内に設置されたものである。この病院は言うまでもなく、本件訴訟の原告が収容されている病院である。この組織の中で指導的な立場にあるSchwartz弁護士が米国精神保健研究所 (National Institute of Mental Health (NIMH)) から資金を授与されてこの組織を設立したもので、精神的障害者の権利擁護者として必要な精神保健法や権利擁護技術などの訓練を行っている。この組織の弁護士は、第一義的には、裁判実務や法改正にたずさわるが、患者と個別に接する機会が多い法律の周辺領域を専門とする者の指導にもあたっている<sup>9)</sup>。

## 2. その他の権利擁護組織

権利擁護組織には、非常に実効性の高い、前述の法的権利擁護のような形態もあるが、その他にも様々な権利擁護組織があり、精神疾患を有する者の諸権利の実現のために活動している。

(法律が専門ではないという意味で)非専門家による権利擁護組織は、精神遅滞者や精神疾患を有する人などで構成される団体などによって構成されている。したがって、彼等自身に対しては、この組織は、権利擁護者であるが、公衆に対しては、かれらの仕事は障害がある人の権利擁護や集団的権利擁護、また法的でない権利擁護として認識されるであろう。この組織は多様で、かつ、有能な人々の集まりである。ロビー活動、広報活動、その他の説得的な手段によって社会的、政治的措置を求めて活動している。彼等は権利擁護技術の専門的な訓練は受けていないであろうが、ソーシャル・ワークとかヘルス・ケアといったその他の分野の専門家ではあるかもしれない。彼等はしばしばボランティアであったり、介護を提供する正規の組織とは別個独立した非営利団体の職員であることもある。彼等は、障害ある人が置かれている立場とか社会のなかで直面する問題に対処する際の実務的な現実を体験的に認識している<sup>10)</sup>。

自己権利擁護の重要性を認識する高まりは、精神疾患を有する故に不利益を被っている人の権利

擁護の在り方の新たな、また興味深い側面の一つである。自己権利擁護プログラムは、自己の権利や利益を表現する能力を高めようと試みている。またこのプログラムでは、自己に対する不正を認識するべく、参加者の能力の開発も行っている。自己権利擁護を進めるグループは発達障害がある人のためか、もしくは、精神保健サービスを現在受けているか、あるいは過去に受けた人のために組織されることが多い。このような自己権利擁護グループは、障害がある人がまず個人として尊重されるべきことと、その障害(認知された障害)がその人の能力に比べれば取るに足らないということを社会にアピールするのである。また、自己権利擁護グループは、情報公開、相互扶助を通じ、また自己評価を高めることを通じてスティグマや偏見を減弱することをめざしている。自己権利擁護グループは、構成員の情緒面、リクレーション面また社会的側面においても、その存在の必要性を充たすものである<sup>10)</sup>。

市民ボランティアによる権利擁護(friend advocacy)とは、情緒的、実際的なサポートを必要としている他の市民の利益を、あたかも自分の利益であるかのように代弁する、成熟し、判断能力のある市民ボランティアである、といわれている。障害がある人にとって、家族は当然の権利擁護者として奉仕するが、家族のサポートが得られない個人にとって、友人(ボランティア)による権利擁護は特別な価値がある。このような市民による権利擁護団体は、ボランティアを募り、権利擁護を受ける人と組み合わせ、そして訓練を提供して背後から支援するのである。障害のある者にとっては、こうした心暖まる支援は不可欠であるが、資金不足に加え、何よりも人材の確保が困難である<sup>10)</sup>。

人権委員会は、広く基礎づけられた、不服申し立て人のクラスのための準独立のフォーラム(公開討論の場)として行為するために指名された市民の委員会である。その委員会は通常、助言を行い、相談に応じ、精神病院や他の介護施設を監視するボランティアから構成される。最初の人権委員会は、Wyatt v. Stickney 事件で、連邦裁判所によって組織されたが、今日では、幾つかの法令

によって、その設置が要請されている。これらの規定のもとで人権委員会は、政策勧告や審査プログラムを作成したり、虐待の主張の調査をしたり、また、事実発見の使命を担うのである<sup>10)</sup>。

精神疾患を有する故に不利益を被っている人に治療サービスを提供する機関は、不服の構造にメスを入れたり他の権利保護機能を実行するために、スタッフを指名することがある。このような院内スタッフは、患者や病院従業員に関する情報を入手しやすく、安定的運営資金が得られるといった利点はあるが、患者と施設の両者の利益が対立する点で、困難な立場に立つ。しかしながら、法律や規制の複雑化する現況に直面している臨床家は、スタッフのためにもユーザーのためにも、ユーザーの権利について、何らかのカウンセリングを求めている<sup>10)</sup>。

このように、権利擁護の形態には様々なものが存在するが、それらは決して完全無欠ではなく、その各々が欠点を抱えている。例えば、非専門家による権利擁護、自己権利擁護、市民ボランティアによる権利擁護などは運営するための資金不足や組織力に欠ける。施設からの独立性という点では、内部的権利保護機能は問題がある。人権委員会はWyatt事件で大きな効果を挙げ、紛争解決に寄与している。しかし、付与されている権限は委員会により異なり、委員会の判断が実効性をもたない場合もある<sup>10)</sup>。

アメリカ合衆国が訴訟の積み重ねの中で、精神疾患を有する者の権利の承認を実現してきたことは、前述のとおりである。しかし、精神疾患故に不利益を被っている人に対する法的サービスの提供に関するBrakelによる調査は、訴訟によるよりも、病院との話し合いで紛争の解決をはかる法的な援助プログラムを精神疾患を有する者は必要としている、との結論を導き出している<sup>11)</sup>。

このように見てみると、P & A Actが規定する権利擁護組織は、如何なる精神保健サービス提供機関からも独立しており、運営資金も連邦の交付金によって賄える点で、これまでの既存の権利擁護組織にはない強制力が望める。

質の高い治療と効果的な権利擁護の在り方が、精神疾患を有するが故に不利益を被ってきた人々

が尊厳ある人として社会に参加することを可能とする。

## VI. 日本における精神疾患を有する者の権利擁護について

日本にも、権利擁護の意味するところを広くとれば、個人的なレベルでの権利擁護から、組織的なものまで、様々な形態の権利擁護が存在しよう。精神保健サービスは多くのボランティアにも支えられている。家族会も、精神疾患を有する者の権利擁護にむけ、様々な成果を挙げていよう。ケース・ワーカーも権利擁護者としての役割を果たしている。しかし、精神疾患を有する者が、社会への障壁を取り除かれ、他の人々に保障されているのと同様の権利・自由を享受できるようにするためには、全国規模で組織化された、法定された権利擁護組織が必要なことはいうまでもない。そこで、日本における精神疾患を有する者のための権利擁護組織について考えてみたいと思う。

1995年(平成7年)に精神保健法が改正されて「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」(精神保健福祉法)<sup>40)</sup>となった。精神保健福祉法には、「精神医療審査会(審査会)」と「精神保健福祉相談員(相談員)」の二つの規定があり、患者の権利擁護の点で重要と思われる。

審査会は、1987年に精神衛生法から精神保健法に改正された際に精神疾患を有する者の人権保障の観点から、新たに盛り込まれた規定である<sup>29)30)54)</sup>。これは、医療保護入院者の入院届出の審査、医療保護入院者・措置入院者の定期報告の審査、患者等からの退院請求・処遇改善請求を審査することを目的として、法が対象とする者の人権に配慮しつつ、その適正な医療・保護を確保する観点から都道府県に設置された制度であり、ある意味では権利擁護組織の一つと言える。しかし、処遇改善請求に関しては、請求があってはじめて審査会は審査に着手することができる。言い替えると、改善すべき処遇状況が存在すると信じるに足る相当な根拠があった場合でも、当事者から請求がないと審査会は業務に着手できない点が、P & A Actの規定する権利擁護組織と大きく異なる

点である。また、審査会から報告徴収の措置を採るよう要請された場合には、厚生大臣および都道府県知事が、精神病院の管理者に対し、入院患者の症状・処遇に関し報告を求め、診療録その他の書類を提出させ、あるいは精神病院に立ち入り、入院中の患者を指定医に診察させるなどの措置を講じることができるといふ、報告徴収制度が精神保健福祉法には規定されている。しかし、このような病院への立ち入りや記録の入手が、審査会の権限として規定されているわけではない点にも注意すべきである。また、現在の審査会には、報酬を受けて任にあたる常勤の委員が存在しないことや人員数の点で、十分な活動が可能か、という点も多いに検討されなければならない。

また、審査会が行政や医療機関からどの程度独立性を保つことができるかについては、その独立性を認める意見が多数ある<sup>29)30)54)</sup>一方で、かねてより疑問視もされてきた<sup>43)</sup>。

今後、審査会にどのような機能を求めるのかによって、審査会の在り方も自ずから明らかとなるであろう。しかし、少なくとも今言えることは、権利擁護組織としては、患者の権利擁護に十分機能するだけの権限や、人的・経済的資源が十分に付与されているのかどうか、いささか疑義があると言わざるを得ない。

この度の改正で新たに相談員が規定された。48条の規定によれば、都道府県等は、「精神障害者及びその家族等を訪問して必要な指導を行うため」相談員を精神保健福祉センター及び保健所に置くことができるという。ここで問題なのは、この相談員の業務が「指導」することである。精神保健福祉法に規定されている相談員には、福祉を受けるべき者の権利擁護者として行為するという観念が欠けていると言わざるを得ない。福祉を受けることは、日本国憲法25条1項の生存権規定によって保障される権利である。個人の権利・自由の保障を目的とする立憲主義憲法の下、産業・経済の発展の歪みが露呈している現代社会においては、公権力が障害を有する人や老人、貧困者といった社会的に弱い立場にある人々に対して、等しく人権が享受できるよう積極的に関与することが求められ、そのために福祉政策の充実が国の責務とさ

れるのである。

25条の生存権の内容は抽象的であることから、それは、生存権を具体化する法律によってはじめて具体的な権利となると考えられている。従って、精神保健福祉法は、精神疾患を有する者が享受すべき福祉を具体化するために、大変重要な役割を担っているのである。そして何よりも重要なのは、福祉を受ける者は福祉の恩恵に浴するのではなく、「福祉を受ける」権利の享有主体であるということである。この点を、精神保健福祉法は明確にすべきである。このように考えると、「指導する」といった、上からの視点で福祉を捉えるのではなく、精神疾患を有する者に代わって、福祉受給権を主張して福祉サービスを受けられるように活動するとか、主張すべき権利があることさえ知らない人々に権利が主張できることを知らせ、その者に代わって主張する、といったことが求められている。また、自己の権利を認識する(自己権利擁護)のための教育の役割も相談員には求められよう。

最初に書いたように、精神疾患を有する者の権利の保護と擁護を実現するということは、社会の他の構成員が有すると同様の権利を享有する主体として、社会の中で存在できることを意味する。即ち、精神疾患を有する者の権利擁護制度の確立は、彼等の社会参加を阻む障壁の除去のために、不可欠なのである。

## VII. 提 言

本稿では、アメリカ合衆国における、精神疾患を有する者の権利擁護のあり方を、1960年代以降の幾つかの主な判決を振り返りつつ、1986年に制定された連邦法である、「精神疾患患者の保護と擁護法」を概観した。日本においては、精神保健福祉法の中に、精神疾患を有する者のための権利擁護をすすめる上で重要な規定、即ち、審査会と相談員に関する規定がある。しかし、これらの規定は、十分な権利擁護を実現するには問題があることを指摘した。

そこで、今後精神疾患を有する者の権利擁護を進める上で、現行精神保健福祉法の枠組みの中の若干の提言を試みて見たいと思う。

まず第一に、法の中に権利章典を明示する。精神疾患を有する者が、尊厳ある存在としていかなる権利を有するか明示することは、精神疾患を有する者の権利擁護の上で最も基本的、かつ、重要なことである。

第二には審査会の改善である。精神疾患を有する者の権利擁護につき、審査会はその設立時点から多くの貢献をしてきたと思われるが、しかし十分とは言いがたい。その原因の最たるものは、人的ならびに経済的資源の不足である。1995年の改正の国会付帯決議にも、審査会が精神疾患を有する者の権利擁護機関として機能できるよう、運営等について検討する旨の文言が記されている。そこで、人的・経済的資源確保のために、以下の点を主張したい。

1. 法律家を、実態調査員として有給で常設する。任期は1年とする。但し、更新を妨げない。勤務は週5日とする。ここで法律家とは、①法律を専門とする大学院博士(後期)課程在籍の者、もしくは②司法習修修了者とする。①の者は、法律学の基礎知識があり、研究者としての進路が明確であり、研究者となるための実体験として、実態調査員の職務は有益であることが考えられる。②についても、法律実務家になるべき資格試験に合格し、一定の訓練を受けた者であり、法的権利擁護者としては適任である。できれば、日本弁護士連合会の協力を得、このような経験が就職の際の積極的要素となるよう、システムを整えることが求められよう。
2. 医師を、実態調査員として有給で常設する。任期は1年とする。但し、更新を妨げない。勤務は週5日とする。ここで医師とは、精神医学の経験を有する者であるとし、実態調査員として勤務することを、精神保健指定医となるための要件とする。
3. 法律家、医師以外で、精神保健福祉を専門とする者を、実態調査員として有給で常設する。任期は1年とする。但し、更新を妨げない。勤務は週5日とする。ここで精神保健福祉を専門とする者とは、心理学、福祉学、社会学、ケース・ワーク等を専門とする大学院

博士（後期）課程に在籍の者であることとする。

4. 審査会の構成員として精神保健サービスのユーザー（現在もしくは過去において精神科医療の受診者である者）を含める。ユーザーの権利の擁護を目的のひとつとするのであれば、ユーザーを代表できる人物を委員に含めることは実務上も有益であり、また、審査会を利用したいと考えた精神疾患を有する者の不安を除去することもできよう。
5. 実態調査を目的とする組織である実務部門と諮問部門の二部構成にする。即ち、現在の審査会の下に下部組織たる実務部門を設置する。実務部門に上記1～3を設置する。
6. 審査会の権限として、請求に対する審査に加えて、請求がなくても、不正や虐待などがあつたと信じるに足る場合の調査権を付与する。請求が行われるケースは本来調査を行うべきケースのほんの一部であると推定できる。この調査については、（不正や虐待などがあつたと信じるに足る根拠が正当である範囲において）調査された側からの名誉毀損その他の訴えの対象とならないことを明記する。
7. 審査会を、都道府県とは別個独立した組織とする。従来より審査会の独立性が問題とされてきたが、実際の運営上はその独立性は保たれているといわれている。しかしながら、精神疾患を有する者の権利擁護を真にすすめるのであれば、形式的にも都道府県から独立した組織として設置されてこそ、名実共に第三者機関と言える。
8. 専任の事務職員の設置。現在のように、一部の審査会の電話が都道府県庁の担当事務部門に直結しているのでは、審査会の独立性はない。例えば自分の措置入院は不当であると訴えるために審査会に連絡をとる入院患者を想定してみよう。措置入院させる主体は都道府県知事であり、患者はその行為が不当だとして援助を求めている。その患者の不服を公平に審査するはずの審査会の事務職員が、当該都道府県知事に雇用されている者であるのであれば、患者の立場で審査会に全幅の信頼

をおける筈がない。審査会の事務職員は審査会が独自に雇用すべきである。

9. 審査会の運営費用は、国家予算から直接賄われるべきである。上記と同じ理由から、審査会の独立性を維持するためには、都道府県からの独立性を保障しなければならない。

審査会以外にも権利擁護団体を作れるよう、精神保健福祉法のなかに、国の費用負担を含めた条項を明示する。この機関は、都道府県およびその関連施設とは独立した経費・人事・運営体制を持たなければならない。

すでに述べたように、精神科医療機関やその他の施設や状況において、精神疾患を有する者に対する人権侵害は起こり得るものとの認識が必要である。上記の権利擁護活動がすべての人権侵害を同定・介入できるとは考えられない。社会構造の変化に伴って、これまではなかった新しい人権侵害の形態も発生し得る。厚生省厚生科学研究費の一環として、障害者の人権の擁護に関する研究課題を設定し、多専門領域にまたがる複数年度の研究班を編成し、調査報告をさせるべきであろう。

そもそも、精神疾患を有する者に対する人権侵害が発生する基礎にはこれらの人々に対する偏見が存在する。偏見の発生原因の究明、その減弱方法の開発に対して官民を挙げた努力が必要である。

## 文 献

- 1) American Psychiatric Association: Position statement on the question of adequacy of treatment. *Am J Psychiatr* 123: 1458-1460, 1964
- 2) Birnbaum, M: The right to treatment. *ABAJ* 46: 499-505, 1960.
- 3) Bazelon, D L: Institutionalization, deinstitutionalization and the adversary process. *Colum L Rev* 75: 898-912, 1975.
- 4) Brewster v. Dukakis, 520 F. Supp. 882 (1981).
- 5) Brewster v. Dukakis, 687 F. 2d 495 (1st Cir. 1982).
- 6) Brewster v. Dukakis, 544 F. Supp. 1069 (D. Mass. 1982).
- 7) Criminal and Civil Confinement: Case comments, falling through the cracks: The plight

- of legal advocacy programs for mentally ill and retarded clients-; the after math of *Brewster v. Dukakis*. Criminal & Civil Confinement 13: 321-346, 1987.
- 8) Donaldson v. O'Connor, 493 F. 2d 507 (1974).
  - 9) Halderman v. Pennhurst State School and Hospital, 446 F. Supp. 1295 (E.D. Pa. 1977), *aff'd in part, rev'd and remanded in part*, 612 F. 2d 84 (3d Cir. 1979).
  - 10) Halderman v. Pennhurst State School and Hospital, 612 F. 2d 84 (3d Cir. 1979), *rev'd in part and remanded*, 451 U.S. 1 (1981).
  - 11) Halderman v. Pennhurst State School and Hospital, 673 F. 2d 647 (3d Cir. 1982), *cert. granted*, 102 S. Ct 2956 (1982).
  - 12) Halderman v. Pennhurst State School and Hospital, 610 F. Supp. 1211 (E.D. Pa. 1985).
  - 13) Harvard Law Review: Case comment: Wyatt v. Stickney and the right of civilly committed mental patients to adequate treatment. Harv L Rev 86: 1282-1306, 1973.
  - 14) Harvard Law Review: Notes: Implementation problems in institutional reform litigation. Harv L Rev 91: 428-463, 1977.
  - 15) Herr, S S: Legal advocacy for the mentally handicapped. Int'l J Law Psychiatr 3: 61-79, 1980.
  - 16) Herr, S S: The future of advocacy for persons with mental disabilities. Rutgers L Rev 39: 443-486, 1987.
  - 17) Kennedy, J F: Message from the President of the United States relative to mental illness and mental retardation, 1963. (日本精神神経学会精神衛生法改正対策委員会・日本精神衛生会訳: 故ケネディ大統領の精神病および精神薄弱に関する教書, 1964.)
  - 18) 北村總子, 藤縄昭: アメリカにおける精神科入院患者の治療を受ける権利. 精神神経学雑誌 94: 487-501, 1992.
  - 19) 北村總子: アメリカ合衆国における精神障害者の強制入院をめぐる憲法上の問題点. 法学政治学論究 14: 171-205, 1992.
  - 20) 北村總子: アメリカ合衆国における精神障害者の治療拒否権. 法学政治学論究 19: 117-147, 1993.
  - 21) 北村總子, 北村俊則: アメリカ合衆国の「精神疾患患者の保護と擁護法」(翻訳). 精神保健研究 10: 75-86, 1997.
  - 22) Lessard v. Schmidt, 349 F. Supp. 1078 (E. D. Wis. 1972)., *reacted and remanded*, 414 U.S. 473 (1974), *on remand*, 379 F. Supp. 1376 (E.D. Wis. 1974), *vacated and remanded on appeal*, 421 U.S. 957 (1975).
  - 23) Lessard v. Schmidt, 413 F. Supp. 1318 (E. D. Wis. 1976) (*reinstating judgement of District Court*, 349 F. Supp. 1078).
  - 24) 松平光央: アメリカにおける精神障害者の人権保障の発展. 明治大学社会科学研究所年報: 126-136, 1984.
  - 25) 松平光央: アメリカにおける精神障害者の人権保障の展開. 藤倉皓一郎編: 田中英夫選暦 英米法論集. 東京大学出版会, 東京, pp. 183-221, 1987.
  - 26) Mills v. Rogers, 457 U.S. 291 (1982).
  - 27) O'Connor v. Donaldson, 422 U.S. 563 (1975).
  - 28) 大沢秀介: 現代アメリカと司法公共訴訟をめぐって. 慶応通信, 東京, 1987.
  - 29) 大谷實: 精神保健法. 有斐閣, 東京, 1991.
  - 30) 大谷實: 精神科医療の法と人権. 弘文堂, 東京, 1995.
  - 31) Parry, J: Rights and entitlements in the community. In: Brakel, S J, Parry, J, Weiner, B A (eds.): The Mentally Disabled and the Law. American Bar Foundation, Chicago, pp. 677-684, 1985.
  - 32) Pennhurst State School and Hospital v. Halderman, 451 U.S. 1 (1981).
  - 33) Perlin, M L: Ten years after: evolving mental health advocacy and judicial trends. Fordham Urban L J 15: 335-357, 1987.
  - 34) Pub. L. 96-398, 94 Stat. 1564.
  - 35) Pub. L. 99-319, 100 Stat. 478.
  - 36) Pub. L. 102-321, 106 Stat. 377
  - 37) Rennie v. Klein, 462 F. Supp. 1131 (D.N.J. 1978), *modified*, 476 F. Supp. 1294 (D.N.J. 1979), *modified*, 653 F. 2d 836 (3d Cir. 1981), *vacated and remanded*, 458 U.S. 1119 (1982), *on remand*, 720 F. 2d 836 (3d Cir. 1983).
  - 38) Rogers v. Okin, 478 F. Supp. 1342 (D. Mass. 1979), *modified*, 634 F. 2d 650 (1st Cir. 1980), *vacated and remanded sub nom. Mills v. Rogers*, 456 U.S. 291 (1982), *on state certification sub nom Rogers v. Commissioner of Dep't of Mental Health*, 390 Mass. 489, 458 N.E. 2d 308 (1983), *on remand*, 738 F. 2d 1 (1st Cir. 1984).
  - 39) Rubenstein L S: Treatment of the mentally

- ill: legal advocacy enters the second generation. *Am J Psychiatr* 143: 1264-1269, 1986.
- 40) 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律 (平成7年5月19日法律第94号).
- 41) Senator Report 109, 99th Congress 2d Session, *reprinted in* 1986 U.S. CODE CONGRESSIONAL & ADMINISTRATIVE NEWS 1361-1385.
- 42) Senator Report 454, 100th Congress 2d Session, *reprinted in* 1988 U.S. CODE CONGRESSIONAL & ADMINISTRATIVE NEWS 3217-3230.
- 43) 仙波恒雄: 特集 精神医療審査会—千葉県精神医療審査会における審査状況について. *日精協雑誌* 8: 19-24, 1989.
- 44) 田中英夫: 英米法総論 (下). 東京大学出版会, 東京, 1985.
- 45) 寺島正吾: 資料 精神障害者に十分な治療をあたえるための最低限度の合憲的基準アメリカの司法判断. 大谷實, 中山宏太郎編: 精神医療と法. 弘文堂, 東京, pp. 288-323, 1980.
- 46) Turner, T, Madill, M F, Solberg, D: Patient advocacy: The Ontario Experience. *Int'l J Law Psychiat* 7: 329-350, 1984.
- 47) Valparaiso Univ L Rev: Notes, The institutionalized child's right to counsel: Satisfying due process requirements through the protection and advocacy for mentally ill individuals act. *Val U L Rev* 23: 629-663, 1989.
- 48) Wyatt v. Stickney, 325 F. Supp. 781 (M.D. Ala. 1971).
- 49) Wyatt v. Stickney, 344 F. Supp. 373 (M.D. Ala. 1972).
- 50) Wyatt v. Stickney, 344 F. Supp. 387 (M.D. Ala. 1972).
- 51) 山口直彦: 精神医療審査会—精神医療審査会運営の現状と問題点(兵庫県の場合). *日精協雑誌* 8: 11-13, 1989.
- 52) 横藤田誠: 精神障害者の治療を受ける権利と裁判所. 阪本昌成, 村上武則編: 人権の司法的救済. 有信堂高文社, 東京, pp. 135-162, 1990.
- 53) 横藤田誠: アメリカにおける精神病者と憲法 (三・完) 強制入院法の歴史的展開. *広島法学* 14: 71-105, 1990.
- 54) 吉野雅博: 精神保健法のすべて—施行1年を顧みて—精神医療審査会. *臨床精神医学* 18: 826-829, 1989.
- 55) Youngberg v. Romeo, 457 U.S. 307 (1982).

【原著論文】

## Auditory mismatch negativity in patients with severe motor and intellectual disabilities

Makiko Kaga<sup>1)</sup> Masumi Inagaki<sup>1)</sup> Satoru Hirano<sup>2)</sup>

**Abstract :** Mismatch negativity (MMN) of the event-related potential (ERP) is generated as an automatic neurophysiological process when two stimuli with different properties are discriminated. We investigated whether it was present in 16 patients with multiple and severe handicaps, or severe motor and intellectual disabilities (SMID) who showed no or poor response to sound stimuli. Nine of the patients showed MMN in response to 1,000- and 700-Hz tone stimuli. Its presence suggests their ability to discriminate subtle difference in pitch, although it is yet to be determined whether the MMN in these patients is evoked through similar mechanism as in healthy individuals. Little relation was observed between MMN status and any clinical response to sound stimuli or any neuroanatomical lesions demonstrated by computed tomography.

精神保健研究 44 : 61-67, 1998

**Key words:** *event related potential, mismatch negativity, severe motor and intellectual disabilities*

### I . Introduction

Event related potentials (ERP) represent the cognitive and discriminative ability to perceive multiple stimuli. There have been many

reports regarding P300 in various neurological diseases and conditions. However, because the elicitation of P300 requires the active participation of the subjects, it is inappropriate to evaluate the cognitive function in children with severe motor and intellectual disabilities (SMID). In such patients, it is often very difficult to evaluate the sensory function despite intensive clinical observation.

Mismatch negativity (MMN) of ERP is considered to show an automatic process of cognition. MMN appears about 200 msec after the sensory stimuli and is most prominent at the frontal lead under ordinary conditions. The primary objective of our study was to investigate whether MMN could be recorded in patients with SMID. In addition, it was also examined whether the presence or absence of

重症心身障害児の聴覚性mismatch negativity

<sup>1)</sup>National Institute of Mental Health, NCNP, 1-7-3, Kohnodai, Ichikawa, Chiba 272-0827  
加我牧子, 稲垣真澄 : 国立精神・神経センター精神保健研究所精神薄弱部

〔〒272-0827 千葉県市川市国府台1-7-3〕

<sup>2)</sup>Division of Child Neurology, Musashi Hospital, NCNP (presently Department of Pediatrics, Ryokuseikai Seikuen Hospital for the Severely Disabled)

平野 悟 : 国立精神・神経センター武蔵病院小児神経科 (現緑成会整育園小児科)



MMN is related to the auditory behavioral responses or the neuroanatomical lesions demonstrated by CT scan.

## II. Subjects and Methods

The subjects were 16 patients with SMID due to severe brain damage caused by various diseases (Table 1). All patients were classified as Oshima Grade 1, meaning that IQ was less than 20 and the motor function status was bed-ridden. Cranial CT scans and auditory brain-stem responses (ABR) elicited by click stimuli were examined in all patients in addition to physical examination and detailed clinical assessment of sensory function. The ABR results revealed that no patient had severe hearing impairment in at least the high frequency range.

In the examination of ERP, auditory stimuli

consisting of 70 dB SPL tone bursts with frequency of 1,000 and 700 Hz at the ratio of 1:4 were presented randomly to both ears. The rise or decay times of the tone bursts were 10 msec, and the plateau time was 100 msec. The electrodes were placed at Fz, Cz and Pz, referenced to both ear lobes. The frequency of stimulus presentation was 0.5 Hz. The analysis time was 900 msec for post-stimulus time with 100 msec pre-stimulus period. Evoked responses were filtered from 0.1 to 50 Hz. A total of 10 responses were averaged after discard of the responses which showed excessive noise or demonstrated DC shifts affecting the entire wave form. Responses in which the N1 component in respective averaged responses was not distinct were excluded. Responses to 1,000 Hz tones minus those to 700 Hz tones were calculated. We examined whether a second negative peak following the small first one

Table 1 Summary of the Patients  
Clinical Responses to Each Sensory Modality and Auditory MMN

Patient	Auditory Responses			Visual Responses		Sensory Responses to painful stimuli	Latency		
	Age, Diagnosis Sex	auditory blink	sound localization	responses to voices	visual blink		follow objects	N1 (msec)	N2=MMN (msec)
1	24m CP	+	+	+	+	+	+	130	400
2	24m CP, Ep	+	+	+	+	-	+	( 90)	(360)
3	15m CP, IS	+	+	-	-	-	+	130	306
4	20m CP, IS, LG	+	+	-	+	+	+	80	280
5	22m ICH, Men	+	+	-	-	-	+	210	380
6	20m CP, MR, Ep	+	-	+	+	+	+	( 70)	(290)
7	7m CP	+	-	-	+	+	±	620	n.d.
8	13m T.Men	+	-	-	-	-	+	110	200
9	15m MR, IS	+	-	-	-	-	+	150	360
10	18m CP, Ep	+	-	-	+	-	+	( 44)	(140)
11	25f Hypoxic	+	-	-	+	-	+	46	150
12	10m FAS	-	-	-	-	-	+	120	340
13	16m IS	-	-	-	-	-	+	(142)	(300)
14	16f MR, anomaly	-	-	-	+	-	+	(140)	(360)
15	19f MR, hypoxic	-	-	-	-	-	+	680	n.d.
16	28f TS	-	-	-	-	-	+	110	596

CP : cerebral palsy, IS : infantile spasms, LG : Lennox-Gastaut syndrome, ICH : intracranial hemorrhage, Men : meningitis, FAS : fetal alcohol syndrome, T.Men : tuberculous meningitis, Ep : epilepsy, TS : tuberous sclerosis, MR : mental retardation, hypoxic : hypoxic encephalopathy, n.d. : not detected

(N1) was present or not. If it was present, we considered it to be MMN and measured its peak latency. A previous report<sup>15)</sup> and our preliminary study disclosed that MMN is most prominent at the frontal lead, and we therefore measured the latency of the frontal MMN only.

The patient was examined while seated comfortably in his or her wheel chair in which they had been transported to the examination room. It was ensured that the patient was awake by clinical observation, monitoring electroencephalography (EEG), and prompting when necessary.

Controls were 11 intellectually average adults. Informed consent was obtained from the parents of the patients and from the adult controls. This project was approved by the ethical committee of the authors' affiliation.

### III. Results

Mean and standard deviation of frontal N1 and N2 latencies in controls were  $102.0 \pm 7.2$  and  $209.5 \pm 19.9$  millisecond, respectively.

The responses to sensory stimuli and N1 and N2 latencies in each patient are shown in Table 1. Five patients for whom the latencies are shown in parentheses (patients 2, 6, 10, 13 and 14) were those without MMN because of the absence of N1 or disturbed baseline. In Patient 7 and 15, only negative peak with prolonged peak latency was present and no MMN was recorded. Thus, MMN was present in 9 of the 16 patients. The comparison of the responses to various sensory stimuli revealed no particular relationship with the presence or absence of clinical auditory response, MMN, and latencies of N1 and N2. Moreover, there was no relation between the presence or

Table 2 MMN and Neuroanatomical Lesions Revealed by CT Scan

Patients Age, Diagnosis Sex	MMN	cortical atrophy	ventricular enlargement	lesions in auditory cortex	other localized lesions
1 24m CP	+	+	+++	-	
2 24m CP, Ep	-	+	+	-	LD (rt>lt) in P-O optic radiation
3 15m CP, IS	+	+	+++	bil LD	
4 20m CP, IS, LG	+	+	±	-	
5 22m ICH, Men	+	++	++	lt no parenchyma	diffuse damage especially lt hemisphere LD in O
6 20m CP, MR, Ep	-	+	+	-	
7 7m CP	-	+	+	atrophy	
8 13m T. Men	+	+	++	-	
9 15m MR, IS	+	+	+	atrophy	cerebellar atrophy
10 18m CP, Ep	-	+	++	-	
11 25f Hypoxic	+	+	++	-	
12 10m FAS	+	±	+	-	
13 16m IS	-	+	+	-	
14 16f MR, anomaly	-	+	+	-	
15 19f MR, hypoxic	-	++	+++	bil mild LD	
16 28f TS	+	±	±	-	lt periventricular calcification

O : occipital lobe, P : parietal lobe, LD : low density area, lt : left, rt : right, bil : bilateral

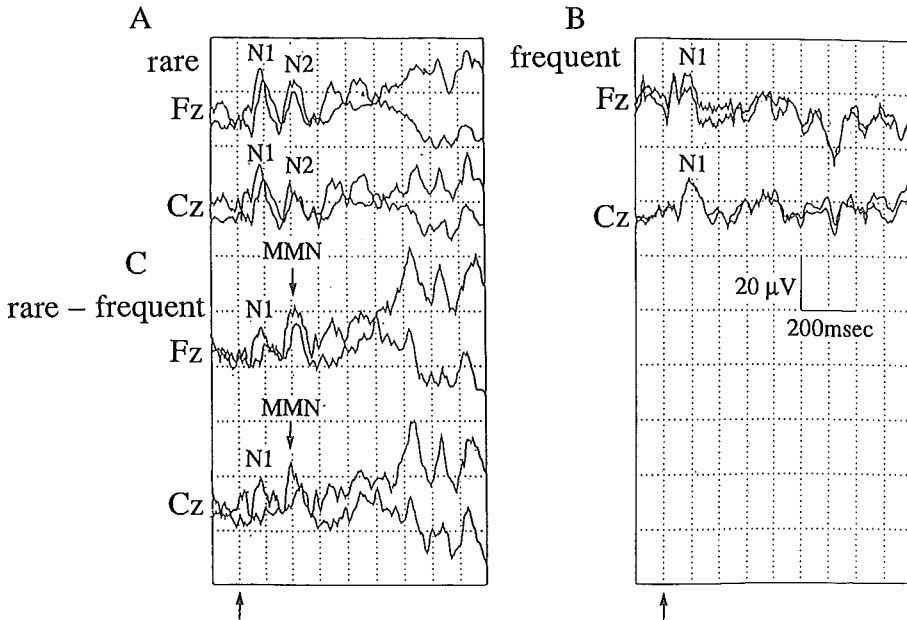


Fig. 1 Responses recorded in a healthy adult.

A: The averaged responses to the 1,000 Hz sound stimuli presented at the ratio of 20% in Fz and Cz leads.

B: The averaged responses to the 700 Hz sound stimuli presented at the ratio of 80% in Fz and Cz lead. In all responses, obvious N1 waves are present.

C: The subtracted waves of A-B at Fz and Cz leads. Following relatively low amplitude N1, obvious N2 (MMN) can be seen with peak latency of 200 msec after stimulus presentation.

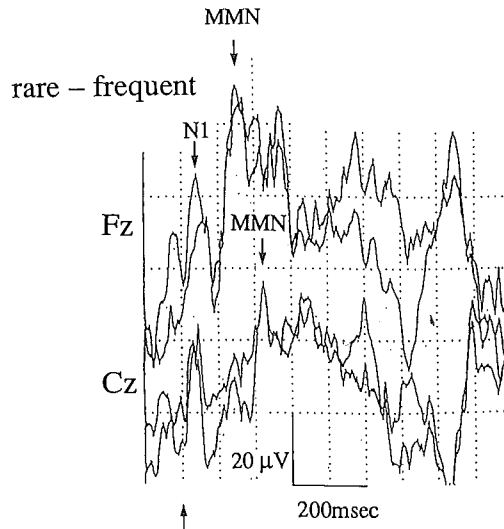


Fig. 3 Subtracted ERP in Patient 11, a 25-year-old woman.

MMN is clearly present following N1. This patient had cerebral palsy and severe mental retardation and had been bedridden since the age of 21 years following accidental anoxia. She showed no response to the human voice or environmental sounds, and occasionally shows questionable auditory blink reflexes.

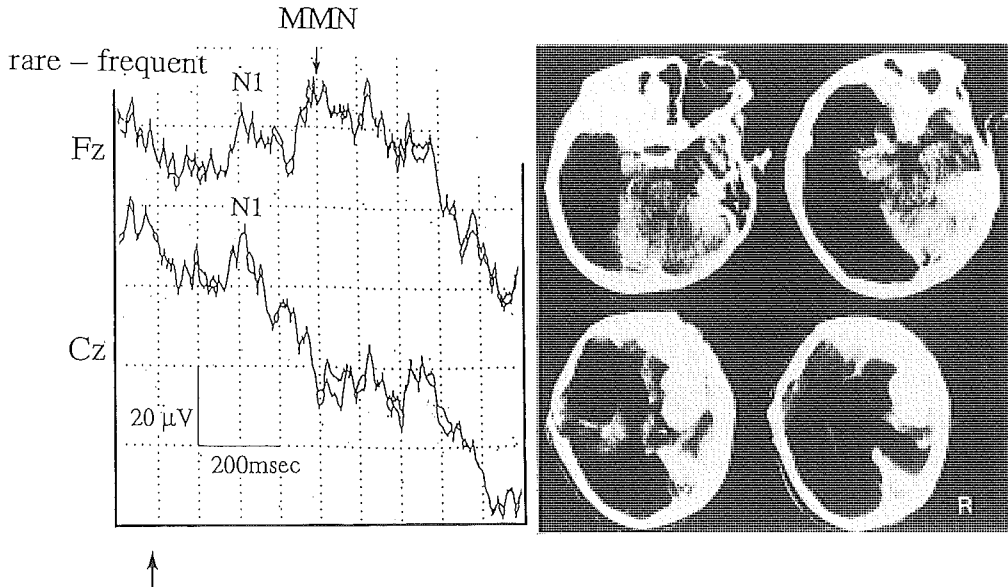


Fig. 2 Subtracted ERP and cranial CT scan in Patient 5.

Left: Subtracted ERP in Patient 5, a 22-year-old man. He had suffered from cerebral bleeding due to vitamin K deficiency in the neonatal period, and has subsequently undergone resection of a hematoma and developed purulent meningitis. He had severe mental retardation, cerebral palsy and epilepsy. He rarely showed auditory blink response but showed apparent sound localization in rare occasions. MMN is present in this patient.

Right: Cranial CT scan in Patient 5. CT scan shows diffuse brain damage. In the left hemisphere, the parenchyma has been replaced by cerebrospinal fluid and it is porencephalic. The basal part of the temporal lobe is apparently present in both hemispheres. However, accurate identification of the anatomic structures is impossible.

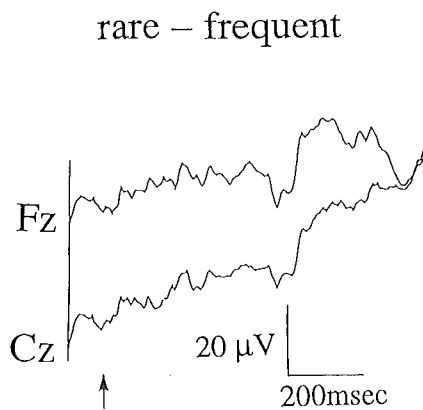


Fig. 4 Subtracted ERP of Patient 7, a 7-year-old boy. No MMN is present in this patient. This patient had profound mental retardation and cerebral palsy. He rarely shows slight blink reflex to hand clapping.

absence of MMN and the neuroanatomical imaging findings for the brain such as cortical atrophy, ventricular enlargement, brainstem atrophy or lesions of the basal ganglia. We found no relationship between the lesions of the temporal auditory cortex and the response of MMN (Table 2).

Figure 1 shows the MMN response recorded by above described method in a healthy adult (See figure legends). The brain CT scan in Patient 5 is shown in Figure 2. ERP in 2 patients (5 and 11) is shown in Figures 2 to 3 respectively. A brief case history is given in each figure legend. In patient 5, MMN was elicited, though bilateral auditory cortex seemed to be absent. Figure 4 shows the example of the absence of N1 and MMN in a patient

aged 7 years old.

Thus, in 9 patients showing no or poor responses to the sound stimuli, MMN was recognized.

#### IV. Discussion

The relation of ERP to the cognitive function has interested many researchers. P300 has been energetically investigated since it was reported by Sutton<sup>13)14)18)</sup>. However, because the elicitation of P300 requires the active participation of the subjects, it is hard to record P300 in a subject who cannot cooperate in the examination. MMN is considered to represent an automatic neurophysiological process in the discrimination of multiple sensory stimuli in passive condition<sup>11)</sup>. Thus, we thought the evaluation of this response is possible in the patients with SMID.

This response has been reported in schizophrenia<sup>9)17)</sup> and other mental diseases, alcoholism<sup>16)</sup>, visual disturbance<sup>2)</sup>, and normal children<sup>1)5)10)</sup>. However, there are few reports regarding MMN in patients with developmental disorders, including those with SMID. In our study, MMN was confirmed to be present in 9 of 16 patients. Its presence suggests that these patients could discriminate subtle differences in sound stimuli.

In our patients, the presence or absence of this response showed no clear relation to the clinically observed auditory response or the lesions of the auditory cortex demonstrated by CT.

The origins of ERP have not been confirmed yet. Halgren et al.<sup>7)</sup> suggested the importance of the temporal lobe, especially hippocampus as the generator of P300. The results of evoked magnetic field study supported their hypothesis<sup>12)</sup>. However, Harrison et al.<sup>8)</sup> described that the hippocampus is merely a modu-

lator and not a generator of P300. On the other hand, auditory MMN should have a close relationship with the primary auditory cortex, as suggested by the research based on the magneto-encephalographic<sup>3)</sup> and topographical electroencephalographic<sup>4)6)</sup> studies. However, the presence of this potential in our patients with severe brain damage of the bilateral auditory cortex suggests that the superior temporal plane is not the sole generator of this response, although it is yet to be confirmed whether the MMN seen in our patients is evoked through similar mechanism as in intellectually average controls. Further studies of such patients might contribute the elucidation of the origin of auditory MMN.

The authors acknowledge H. Kinoshita, M.D. and S. Osari, M.D. for their cooperation with examining the patients. They are also grateful to Ms. Shigeiko Takaya and Ms. Keiko Okawara for preparing the manuscript. This work was supported by the Research Grant for Nervous and Mental Disorders from the Ministry of Health and Welfare, Japan (5-A-9-34 and 6-B-3-15). This paper was read at the 7th International Child Neurology Congress held at San Francisco in October, 1994.

#### References

- 1) Alho, K, Sainio, K, Sajaniemi, N, et al.: Event-related potential of human newborns to pitch change of an acoustic stimulus. *Electroencephalogr Clin Neurophysiol* 77: 151-155, 1990.
- 2) Alho, K, Kujala, T, Paavilainen, P, et al.: Auditory processing in visual brain areas of the early blind: evidence from event-related potentials. *Electroencephalogr Clin Neurophysiol* 86: 418-427, 1993.
- 3) Alho, K, Huottilainen, M, Tiitinen, H, et al.: Memory-related processing of complex sound patterns in human auditory cortex: a MEG study. *Neuroreport* 4: 391-394, 1993.
- 4) Alho, K: Cerebral generators of mismatch

- negativity (MMN) and its magnetic counterpart (MMNm) elicited by sound changes. *Ear Hear* 16: 38-51, 1995.
- 5) Ejiri, K, Okubo, O, Okuni, M: The study of mismatch negativity. *No To Hattatsu* 24: 565-570, 1992.
  - 6) Giard, M, Perrin, F, Pernier, J, et al.: Brain generators implicated in the processing of auditory stimulus deviance: a topographic event-related potential study. *Psychophysiology* 27: 627-640, 1990.
  - 7) Halgren, E, Squires, H, Wilson, C, et al.: Endogenous potentials in the human hippocampal formation and amygdala by infrequent events. *Science* 210: 803-805, 1980.
  - 8) Harrison, J, Dickerson, L, Suying, S, et al.: Cat-P300 present after association cortex ablation. *Brain Res Bullen* 24: 551-560, 1990.
  - 9) Javitt, D C, Doneshka, P, Zyberman, I, et al.: Impairment of early cortical processing in schizophrenia: an event-related potential confirmation study. *Biol Psychiat* 33: 513-519, 1993.
  - 10) Kraus, N, McGee, T, Micco, A, et al.: Mismatch negativity in school-age children to speech stimuli that are just perceptibly different. *Electroencephalogr Clin Neurophysiol* 88: 123-130, 1993.
  - 11) Näätänen, R, Gaillard, A, Mantysalo, S: Early selective attention effect on evoked potential reinterpreted. *Acta Psychol (Amst.)* 42: 313-329, 1978.
  - 12) Okada, Y, Kaufman, L, Williamson, S: The hippocampal formation of the slow endogenous potentials. *Electroencephalogr Clin Neurophysiol* 55: 417-426, 1983.
  - 13) Polich, J: Normal variation of P300 from auditory stimuli. *Electroencephalogr Clin Neurophysiol* 65: 236-240, 1986.
  - 14) Pollock, J, Ladish, C, Burns, T, et al.: Normal variation of P300 in children: age, memory span, and head size. *Internat J Psychophysiol* 9: 237-248, 1990.
  - 15) Praamstra, P, Stegeman, D: On the possibility of independent activation of bilateral mismatch negativity (MMN) generators. *Electroencephalogr Clin Neurophysiol* 82: 67-80, 1992.
  - 16) Realmuto, G, Begleiter, H, Odencrantz, J, et al.: Event-related potential evidence of dysfunction in automatic processing in abstinent alcoholics. *Biol Psychiatry* 33: 594-601, 1993.
  - 17) Shelley, A M, Ward, P B, Catts, S V, et al.: Mismatch negativity: an index of a preattentive processing deficit in schizophrenia. *Biol Psychiatry* 30: 1059-1062, 1991.
  - 18) Sutton, S, Barren, M, Zubin, I, et al.: Evoked potential correlates of stimulus uncertainty. *Science* 150: 1187-1188, 1965.



【原著論文】

## 境界性人格障害のロールシャッハ・テスト

——境界性人格障害指標の作成——

堀口 寿広<sup>1)2)</sup> 佐々木時雄<sup>2)</sup>

抄録：ロールシャッハ・テストとボーダーラインスケール（BSI）を19名の患者に施行した。BSIにおいて25点以上の得点を示すものを境界性人格障害（BPD）の疑いがあるとした場合、ロールシャッハ・テストの11のカテゴリー変数によって、17名（89.47%）の患者が正しく判別された。BPDの特徴として、知覚における刺激の取り込み過剰または不足、現実検討能力の乏しさを表わしていた。これらの重み付けをした変数がロールシャッハ・テストによるBPDのための指標として有用であると考えられた。

精神保健研究 44: 69-74, 1998

**Key words:** *borderline personality disorder, borderline syndrome index, Comprehensive System, Rorschach test*

## I. はじめに

境界例または境界性人格障害は、その衝動性、対人関係や感情の不安定さから社会への不適応を起すことが多く、精神保健の専門家の注目を集めてきた。そして、これまでに多くの研究者が彼らに対してロールシャッハ・テストを用いてきた。GundersonとSinger<sup>9)</sup>は彼らの心理テスト所見の特徴について、WAIS-Rなどの構造化されたテストでは適切に反応できるものの、ロールシャッハ・テストでは、凝りすぎで、けばけばしく、分

裂病に比較してより自我親和的であるなどとしている。秋谷ら（順天堂大学心理学グループ）<sup>10)</sup>のまとめたように、同様の結果は日本においても得られている。

このように従来の研究はすべて、境界例、あるいは境界性人格障害と診断された人々のロールシャッハ・テストの結果を基に、他の疾患群の結果と比較をして、その特徴を記述するという手法を取ってきた。

しかし、日常の臨床においては、テスト所見を基にして境界性人格障害であるか否か、という議論が行なわれることが多いはずである。ある障害を持つ人の中で、ある所見が多く見られたという結果だけでは、同じ所見を示す新たな被検査者がその障害を持っているという証拠には、必ずしもならない。じっさい、臨床家がテスト所見を基にして、被検査者が境界性人格障害であるかもしれないと考えるときには、各自、その判断の根拠となるものが存在しているはずである。包括システムにおける精神分裂病指標などの指標は、そのような要求に対する答えの一つであると考えられる。

そこで、本研究では、包括システムによってスコアリングのされた被検査者のデータを用いて、

Rorschach study of borderline personality disorder: Construction of borderline personality disorder index

<sup>1)</sup>国立精神・神経センター精神保健研究所  
精神薄弱部

〔〒272-0827 千葉県市川市国府台1-7-3〕

Toshihiro Horiguchi: National Institute of Mental Health, NCNP, 1-7-3, Kohnodai, Ichikawa, Chiba 272-0827

<sup>2)</sup>関東労災病院神経科

Toshihiro Horiguchi, Tokio Sasaki: Department of Psychiatry, Kanto Rosai Hospital



境界性人格障害を特徴づける変数を見つけだし、それを基にして、境界性人格障害の判定を行なう上での指標を作成することとした。この指標を境界性人格障害指標 (borderline personality disorder index) と名づけ、この指標に用いる変数を抽出することとした。

## II. 対象と方法

対象は、東京近郊の総合病院精神科に入院中、あるいは外来通院中の19名である。入院患者14名と外来患者5名、男性16名と女性3名からなる。初診時の主訴では、うつ状態 (不安発作を有する者を含む) が10名、摂食障害が6名、他院より精神分裂病と紹介されてきた者が3名であった。彼らの平均 (SD) 年齢は30.9 (±7.2歳) であった。入院患者に関しては、2名を除いて初回入院であったが、全員が入院後一ヶ月以内の受検となった。

テストは主治医の許可によって心理士が施行した。対象者は、主治医からテストの説明を受け同意した後、ロールシャッハ・テストの教示を行なった。初回入院でない二人のみが、これまでにロールシャッハ・テストを受検したことがあった。テストの結果は、包括システムによってスコアリングを行なった。

この時、質問紙としてBSI (Borderline Syndrome Index) 日本版に記入をしてもらった。この、BSIは、アメリカのConteら<sup>3)</sup>によって考案され、境界例に特徴的な症状を基に、「はい」「いいえ」式の質問が全部で52問ある。既にDSM-IIIにおける境界性人格障害の診断との一致<sup>4)</sup>が、DSM-III-Rでの診断との一致<sup>13)</sup>がそれぞれ確認されている。また、内的信頼性については、Conteら<sup>3)</sup> ( $r=0.92$ )、Dolanら<sup>4)</sup>によって ( $\alpha=0.97$ )、また、再検査信頼性についてはFineとSansone<sup>6)</sup>によって ( $r=.57$ ) 報告されている。各質問に対する「はい」の答えの数を点数と見なした場合、Conteら<sup>3)</sup>は25点を、Dolanら<sup>4)</sup>は20点を、境界例とするためのカットオフポイントとしている。

このBSIの日本版は、町沢<sup>14)</sup>によって作成された。質問はConte<sup>3)</sup>のものから2問を除いて50問で

ある (表1) が、DSM-III-Rの境界性人格障害を特異的に検出するとされ、カットオフポイントとして25/26点を用いている<sup>14)</sup>。

ちなみに、DSM-III-Rと比べDSM-IV<sup>1)</sup>では、境界性人格障害の診断基準において、「一過性のストレスに関連した関係念慮または解離性の症状」の項目が新たに附加されており、診断基準による該当者層の変化も考えられる。しかしBSIには質問項目に小精神的な症状のクラスターに分類されるもの (表1の2, 19, 22, 28, 30, 42) を含んでおり<sup>14)</sup>、BSIはDSM-IVでの境界性人格障害の概念にも充分合致しているものと考えられる。

本研究では25点をカットオフとし、この尺度において25点以上の者を境界性人格障害の可能性が高いもの (以下、境界例群とする) として分類した。これによって、境界例群9名と非境界例群10名とした。両群の間に性別および入院・外来別による対象の偏りは見られなかった。質問項目に対する各群の「はい」と答えた人数を表1に示したが、ほとんどすべての質問項目において、境界例群のほうが、該当者が多かった。したがって、両群のBSI得点は有意に異なっていた。一方、性別、入院・外来別ではBSI得点に有意差は見られなかった。

解析では、境界例群であるかどうか、を従属変数とした。一方、ロールシャッハ・テストにおいても同様に、ある変数が特定の値を示すときに、解釈上、重要な意味を持つことがある。ここでは、BSIによる判別を予測する独立変数として、「現代ロールシャッハ・テスト体系」<sup>7)</sup>に提示されている、包括システムにおいて用いられているカテゴリ変数 (表2) を取り入れ、それらの変数によって、境界性人格障害であるかという判別が正しく行なうことができるのか、検討した。

計算には、Windows95用の統計パッケージ StatView (Ver.4.5) と、PC98シリーズ用のNAP4を用いた。

## III. 結 果

解析には、独立変数の各項目に該当するかどうかについて非該当を「1」、該当を「2」とするダ

表1 BSI質問項目と該当者数(人)

	BPD+ (n=9)	BPD- (n=10)
1. 私は周囲の人や物事からいつも見放されている気がする	5	
2. 私は気が狂うのではないかと恐れている	2	3
3. 私は自分を傷つけたい時がある	4	5
4. 私は他人との親しい個人的関係を持つことを恐れている	5	1
5. 最初にあった時はその人はとても立派に見えてもやがてがっかりすることが多い	4	1
6. 他人は私に失望している	5	2
7. 私は人生に立ち向かう力が無いと感じている	8	5
8. このところずっと幸福だと思えることはない	6	1
9. 私の内面は空虚だと思う	6	3
10. 自分の人生を自分でコントロールできないと思う	8	4
11. たいいて私は孤独だと思う	7	2
12. 私は自分がなろうとした人間と違った人間になってしまった	9	4
13. 私は何でも新しいことが怖い	7	1
14. 私は記憶力に問題がある	5	4
15. 何かを決心することは私には難しい	9	3
16. 私の周りには何か壁があるように思う	6	5
17. いったい私は誰なのかと困ってしまう	5	4
18. 将来に不安がある	9	8
19. 時に私はバラバラになるように感じる	4	2
20. 私は人前で気を失うのではないかと心配している	3	1
21. 私はできるだけ努力しても決してうまくはできない	5	3
22. 私は自分が何かを演じているかのように自分を見ている	3	2
23. 私はいないほうがむしろ家族はうまくやってくれよう	5	2
24. 私は至るところで失敗している人間だと思い始めている	7	4
25. この先何をしたいのか私にはわからない	8	5
26. 人間関係の中に入ると私は自由ではなくってしまうように感じる	8	5
27. 誰も私を好きにならない	4	
28. 実際起こったことと想像したこととの区別がよくわからない	1	
29. 他人は私を「物」のように扱う	1	
30. 何か変な考えが頭に浮かぶと私はそれをとりのけることができない	6	4
31. 人生に希望はないと思う	6	
32. 私は自分自身を尊敬することができない	7	5
33. 私はまるで霧の中に生きているようにはっきりしない	4	4
34. 私は人生の失敗者だ	6	
35. 誰か他人の責任を負うことは怖いことだ	8	4
36. 自分が他人に必要とされている人間とは感じない	5	
37. 私は真の友人を持っていない	6	2
38. 私は自分の人生を生きることができないと思っている	7	
39. 買い物や映画を見に行く時のような人ごみの中になると不安になる	5	2
40. 私は友人を作ることが下手である	7	4
41. 私はもはや人に認められる立派な人になろうとするには遅すぎる	6	1
42. 周りの人は勝手に自分の心を読んでいるのではないかと思う	3	3
43. 私の周りで何かが起こりそうだと感じる	2	
44. 私は残酷な考えが浮かんで苦しむことがある	4	2
45. 私は自分が男性(女性)であることに自信を持っていない	5	2
46. 私は長く友人づきあいができない	6	1
47. 私は自分を憎んでいる	4	1
48. 私は広い場所や市街に出ることを恐れている	1	1
49. 私はときに「自分は生きている」のだと自分に言い聞かせている	4	3
50. ときに私は自分自身でないとと思う	5	1
Mean (SD)	30.11 (4.99)	12.00 (8.23)

p = 0.0002 (Mann-Whitney's U-test)

表2 解析に使用した変数

〈体験型〉	
1. M-WsumC $\geq$ 2 (内向型)	
2. M-WsumC=+1.5~-1.5 (両向型か両貧型)	
3. M-WsumC $\leq$ 2 (外拡型)	
〈体験型の差 (EA-es)〉	
4. Dscore < 0	
5. AdjD < 0	
〈Zスコア〉	
6. Zd > +3.0	
7. Zd < -3.0	
〈形態水準〉	
8. X+% < 0.70	
9. F+% < 0.70	
10. X-% > 0.15	
〈特殊指標〉	
11. S-Con $\geq$ 8	
12. SCZI= 5	
13. SCZI= 4	
14. DEPI= 5	
15. DEPI= 4	
〈その他〉	
16. FM+m < Sum Shading	
17. a < p	
18. M <sup>a</sup> < M <sup>p</sup>	
19. 3r+(2)/R < 0.30	
20. Afr. < 0.55	
21. Lambda $\geq$ 1.5	
22. Pure H < 2	
23. Isolate > 0.25	

ミー変数を用い、数量化2類を行なった。マルチコ (多重共線性) を避けるため、変数の間で疑似相関をとって、有意に高い場合はその片方の変数 (表2の1, 3, 4, 8, 12, 13, 14, 15, 17, 23) を除外して、解析を行なった。しかし、この最初の解析においては、各カテゴリーにおける偏相関係数の大きさの順位とレンジの大きさの順位とが大きく食い違っていたため、双方の値が最も小さかった2変数 (表2の5, 19) をさらに除外して、解析し直した。

結果は表3の通りである。このうち、下線で示した変数 (アイテム) については、それに該当しない時にBSI得点25点以上と関連していた。したがって、これらの変数のみは不等号の向きを逆にして考えることとなる。

偏相関係数およびレンジからは、解析に使用された変数のうちでも、組織化活動を表わすZスコ

表3 数量化2類による解析の結果

No. 変数 (アイテム)	偏相 関係数	レンジ	カテゴリースコア (上段: 該当) (下段: 非該当)
6. Zd > +3.0	0.481	3.530	3.344
			-0.186
9. F+% < 0.70	0.454	2.097	0.221
			-1.876
7. Zd < -3.0	0.417	1.528	0.724
			-0.804
21. Lambda $\geq$ 1.5	0.418	1.336	0.914
			-0.422
10. X-% > 0.15	0.249	1.369	0.072
			-1.297
<u>16. FM+m &lt; Sum Shading</u>	0.303	1.159	-0.854
			0.305
<u>2. M-WsumC=+1.5~-1.5</u>	0.297	1.095	-0.807
			0.288
22. Pure H < 2	0.317	0.882	0.464
			-0.418
<u>11. S-Con<math>\geq</math> 8</u>	0.105	0.685	-0.649
			0.036
20. Afr. < 0.55	0.219	0.599	0.189
			-0.410
18. M <sup>a</sup> < M <sup>p</sup>	0.125	0.469	0.296
			-0.173

ア (Zd) の極端な値、純粋良形態反応率 (F+% ) の低さやラムダ (Lambda) の高さが、より大きく寄与していることがわかった。

これらの変数に与えられた数値を用いて、今回の19名のサンプルスコアを求め、判別を行なったところ、それぞれ各群の1名づつを除いて、17名が正しく判別された。したがって、これらの変数による判別の中率は89.47%であった。また、分析の精度を知るもう一つの目安である相関比は $\eta^2=0.80$ であった。分析の精度が高く、他の集団においても、これらの変数による判別が正しく行なわれ得ることが示された。

#### IV. 考 察

解析の結果は、BSIにおいて25点以上の得点を示すかどうか、すなわち、境界性人格障害とされ得るかどうかの判別に、次の諸特徴が有効であることを示唆している。

境界性人格障害とされる被検査者は、まず、極

端なZdの値に表わされるように、外界に対して強迫的であるか、場当たりの的に接しているようである。このうち、低いZスコア (Zd<-3) は、ハイラムダ ( $\Lambda \geq 1.5$ ) に見られるような、外界の刺激を単純化してとらえようとする傾向と通じるものである。質問段階での反応の説明は不十分で、「形だけでそう見えた」と述べ、他の反応決定因の関与が見られないことが多い。しかも、純粹良形態水準率 (F+) の低さ、不良形態水準率 (X-) の高さは、その認知のスタイルが、現実に適応したものではないことを示している。

一方、彼らの反応には、現実の人間の全身像が少ない傾向が示された。境界性人格障害の対人関係については、DSM-IVにおいても、その激しく入れ替わるパターンが指摘されている。彼らの場合、分裂病に比して、現実的な人間像があまり見られず、例えば「悪魔」のように非現実的であったり、「死んだ」など破壊された人間の反応が多いことが既に知られている<sup>12)</sup>。

また、「向かい合っている」に代表されるような消極的な運動がより多く述べられる傾向もみられた。自己像の歪みがあり、協調性に乏しく、現実の人間関係に適応が難しく、場合によっては被害的にとらえる可能性がある。したがって、対人関係における葛藤に対しては、その対処が困難であることがうかがわれる。

たとえば今回扱った事例ではないが、境界性人格障害の事例<sup>10)</sup>では、反応の説明段階において、当初は「少女」であった第VIII図版が「老婆」になり、最終的には「心の病んだ老婆」と変化してゆくものなどがある。スコアリングのみではこのような変化を動的に記述することは困難である。Lernerら<sup>12)</sup>は境界例に特徴的なものとしてこの記述を試みたのであるが、精神分裂病などの患者と比較して差が無かったとする結果<sup>2)</sup>も報告されている。人間に関する反応の内容および説明の仕方については、更に詳細に検討する必要があるだろう。

以上、本研究では、ロールシャッハ・テストによる境界性人格障害の理解において、従来の視点とは逆に、変数の解釈からでも彼らの特徴をとらえられる可能性を示した。

そして彼らの反応を特徴づけている変数を基に

した解析により、偏った認知のスタイルや、現実検討能力の低さ、といった特徴が、境界性人格障害の特徴を予測する指標となりうることを明らかにした。今回の判別の精度は高く、この指標を一般化しての理解が妥当であることを示唆している。

しかしながら、今回は対象者が少なかったため、今後は対象者を増やして、改めて検討する必要があるだろう。使用した変数についても、さらに他の変数を加える必要があるかもしれない。疑似相関をとる過程で、重要な変数を落としてしまった可能性は否定できない。

したがって、今後は、各変数の重み付けを簡略化するなどしてあらためて判別を行ない、境界性人格障害指標としてのより確かな把握を目指したい。

#### 文 献

- 1) American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Author, Washington, DC, 1994.
- 2) Burla, F, Ferracuti, S, Lazzari, R: Borderline personality disorder: Content and formal analysis of the Rorschach. *Rorschachiana* 22: 149-162, 1997.
- 3) Conte, H, Plutchik, R, Karasu, T et al.: A self-report borderline scale: Discriminative validity and preliminary norms. *J Nerv Ment Dis* 168: 428-435, 1980.
- 4) Dolan, B M, Evans, C, Norton, K: The separation-individuation inventory: Association with borderline phenomena. *J Nerv Ment Dis* 180: 529-533, 1992.
- 5) Dolan, B M, Warren, F, Norton, K: Change in borderline symptoms one year after therapeutic community treatment for severe personality disorder. *Br J Psychiatry* 171: 274-279, 1997.
- 6) Edell, W: The borderline syndrome index: Clinical validity and utility. *J Nerv Ment Dis* 172: 254-263, 1984.
- 7) Exner, J E: The Rorschach: a Comprehensive System Volume 1. Wiley and Sons, New York, 1986. (高橋雅春, 高橋依子, 田中富士夫 監訳: 現代ロールシャッハ・テスト体系 (上, 下). 金剛出版, 東京, 1991.)
- 8) Fine, M A, Sansone, R: Three-year test

- retest reliability of the Borderline Syndrome Index among women with eating disorders. *Psychological Reports* 67: 1089-1090, 1990.
- 9) Gunderson, J G, Singer, M T: Defining borderline patient: An overview. *Am J Psychiatry* 132: 1-10, 1975.
- 10) 堀口寿広：ロールシャッハ・テストにおける男性性について。日本ロールシャッハ学会第1回大会，金沢，1997。
- 11) 順天堂大学心理学グループ：境界例のロールシャッハ・テスト研究。ロールシャッハ研究 25：107-120，1983。
- 12) Lerner, H D, Sugerman, A, Gaughran, J: Borderline and schizophrenic patients: A comparative study of defensive structure. *J Nerv Ment Dis* 169: 705-711, 1981.
- 13) Lewis, S J, Harder, D W: A comparison of four measures to diagnose DSM-III-R borderline personality disorder in out-patients. *J Nerv Ment Dis* 179: 329-337, 1991.
- 14) 町沢静夫：ボーダーライン・スケールの日本人への適用—日本における境界型人格障害の診断妥当性の検討。精神科治療学 4：889-899，1989。

#### Abstract

We administered the Rorschach test and Japanese version of borderline syndrome index (BSI) to 19 patients. Their mean (SD) age was 29.74 (7.36). Provided 25 or more score on BSI were suspected as having borderline personality disorder (BPD), 11 of the categorical variables of the Rorschach distinguished 17 of 19 patients (89.47%) correctly. The variables explained over or under-incorporate style of perception, poor reality testing, interpersonal problem among BPD. These weighted variables would be valid for indices of the Rorschach of BPD.

## 【短報】

## 福祉事務所より紹介されたアルコール依存症者の人格傾向

—MMPIによる検討—

松岡 恵子

抄録：福祉事務所より紹介され、アルコール専門外来クリニックでデイナイトケアに参加したアルコール依存症男性22名（以下、福祉群）のMMPIプロフィールを、福祉事務所以外から紹介されたアルコール依存症男性22名（以下、非福祉群）のプロフィールと比較した。福祉群は非福祉群と比較して、妄想的、反社会的、心氣的、抑うつなどの傾向が示唆された。これらの傾向は、福祉群におけるアルコール問題の重篤さの結果であると考えられた。これらの人格傾向および、福祉事務所より紹介されたアルコール依存症者の外来医療機関における援助について、考察を加えた。

精神保健研究 44: 75-79, 1998

**Key words:** *alcoholic, MMPI, welfare office*

## I. はじめに

アルコール外来医療機関において、福祉事務所から紹介されるケースは増加傾向にある（本調査を行ったアルコール専門外来クリニックにおいても、1989年までの通院患者の調査<sup>12)</sup>では無職者が通院患者全体の38.0%、生活保護受給者が36.3%であったが、1993年から1995年の調査<sup>9)</sup>では、無職者が60.7%、生活保護受給者が59.9%となっている）。このような状況から、アルコール外来医療機関と福祉事務所との関わりは、生活を援助するという観点から、ますます重要になってゆくと考えられる。

アルコール医療と福祉事務所との連携について

は、いくつかの重要な提言<sup>2)5)8)~11)13)</sup>がなされているが、福祉事務所からアルコール外来医療機関へと紹介されたケースそのものに関する報告は多くない。本研究では、福祉事務所から紹介され、アルコール専門外来クリニックにおけるデイナイトケアに参加したケースの人格検査に興味深い特徴が見られたので、報告するとともに、アルコール外来医療機関と福祉事務所との連携について考察を加えたいと思う。

## II. 対象と方法

本研究の対象者は、1993年12月から1995年12月の間に、福祉事務所から紹介され、東京都内の某アルコール専門外来クリニックのデイナイトケアに参加した、アルコール依存症男性22名（以下、福祉群）である。福祉群の平均検査時年齢は48.0歳（SD=6.9）であり、すべて無職で生活保護受給者であった。コントロール群として用いられたのは、福祉事務所以外の紹介経路で参加し、年齢が近いアルコール依存症男性22名（以下、非福祉群）である。非福祉群の平均検査時年齢は47.3歳（SD=10.0）であり、すべて無職であった。

Personality traits in alcoholics who were referred from welfare offices: Discussion through MMPI  
 国立精神・神経センター精神保健研究所  
 成人精神保健部  
 〔〒272-0827 千葉県市川市国府台1-7-3〕  
 Keiko Matsuoka: National Institute of Mental Health, NCNP, 1-7-3, Kohnodai, Ichikawa, Chiba 272-0827

同クリニックでは、臨床的な目的により、Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)新日本版<sup>7)</sup>を、原則として受診から2ヶ月以内に施行している。MMPIとは、多面的な人格傾向を評価する、自記式の質問紙法人格検査であるが、それぞれの尺度名の精神疾患に即した思考・行動パターンの程度を知ることが出来るため、治療において有用な検査であると思われる。本研究では、このMMPI記録を用いて福祉群の人格傾向を調査した。調査した尺度は、妥当性3尺度すなわちL(虚偽)、F(妥当性)、K(修正)および、臨床10尺度すなわちHs(心気症)、D(抑うつ)、Hy(ヒステリー)、Pd(精神病質的偏倚)、Mf(男性性・女性性)、Pa(妄想)、Pt(精神衰弱)、Sc(精神分裂病)、Ma(軽躁)、Si(社会的内向性)である。施行方法、採点および得点修正の手続きは、MMPI新日本版のマニュアル<sup>7)</sup>に準じている。

各尺度における得点を、福祉群と非福祉群とで多変量分散分析(MANOVA)を用いて比較した。統計パッケージはウィンドウズ版spss7.5.1J

を用いた。

### III. 結 果

表に、対象者の属性を示した。

福祉群では、教育年数が少ない傾向にあった。また、福祉群では、問題飲酒年数(検査時年齢から問題飲酒開始年齢を引いた年数)が長い傾向がみられた。福祉群は、初診時に配偶者と離別・死別していたか、あるいは非婚であったものがほとんど(合計86%)であり、単身住居者が多かった(77%)。また、福祉群では、すでにアルコール依存症と診断されて他院で治療した経験のあるケースが多かった(73%)。

図に、MMPIの妥当性尺度および基礎尺度のプロファイルを示した。

図におけるT得点とは、標準集団の平均値を50、標準偏差を10としたときの標準化得点である。MANOVAによれば、妥当性尺度のF(妥当性)( $F(1, 42) = 7.0, P = 0.01$ )、臨床尺度のHs(心

表 初診時の属性

	福祉群 (n=22) 平均(SD)	非福祉群 (n=22) 平均(SD)	t 値 または $\chi^2$ 値
教育年数(年)	10.2 (10.2)	11.3 (11.3)	t = 1.8 <sup>+</sup>
初飲年齢(歳)	17.0 (3.0)	17.1 (3.9)	n.s.
問題飲酒開始年齢(歳)	30.4 (8.8)	34.6 (11.2)	n.s.
習慣飲酒年数 <sup>a</sup> (年)	13.4 (7.0)	17.5 (9.8)	n.s.
問題飲酒年数 <sup>b</sup> (年)	17.6 (8.8)	12.6 (9.1)	t = 1.9 <sup>+</sup>
婚姻状態			
婚姻継続	3名(14%)	12名(55%)	$\chi^2 = 9.5^*$
離別・死別	11名(50%)	8名(36%)	
非婚	8名(36%)	2名(9%)	
同居家族			
単身	17名(77%)	6名(27%)	$\chi^2 = 11.3^*$
配偶者または子と	3名(14%)	12名(55%)	
親または兄弟と	2名(9%)	4名(18%)	
アルコール専門治療歴			
あり	16名(73%)	7名(32%)	$\chi^2 = 7.4^*$
なし	6名(27%)	15名(68%)	

a: 習慣飲酒年数とは、(問題飲酒開始年齢-初飲年齢)である。

b: 問題飲酒年数とは、(検査時年齢-問題飲酒開始年齢)である。

+ :  $P < 0.10$ , \* :  $P < 0.01$ 。

n.s.: 有意でない。

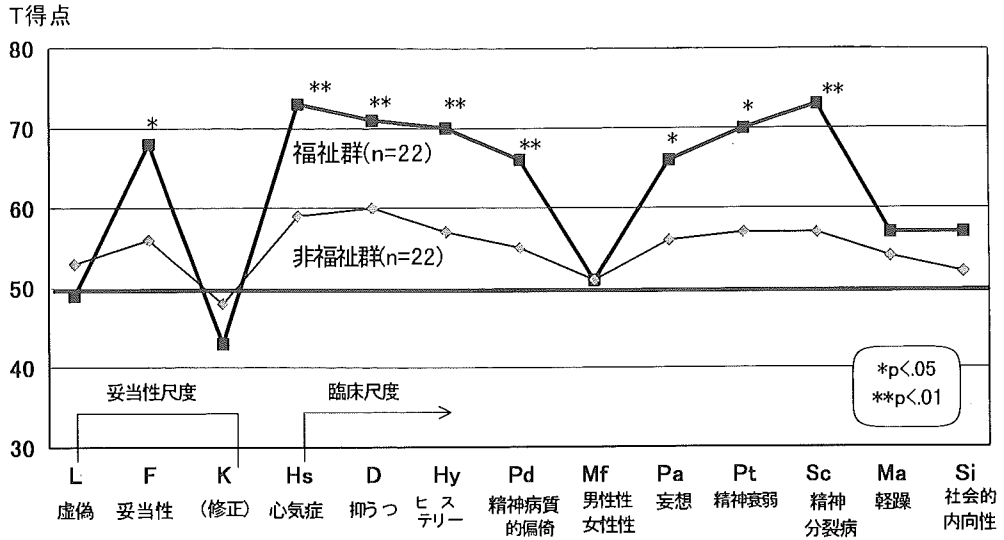


図 MMPIプロフィール

気症) ( $F(1, 42) = 11.7, p = 0.001$ ), D (抑うつ) ( $F(1, 42) = 7.5, p = 0.009$ ), Hy (ヒステリー) ( $F(1, 42) = 7.9, p = 0.008$ ), Pd (精神病質的偏倚) ( $F(1, 42) = 14.0, p = 0.001$ ), Pa (妄想) ( $F(1, 42) = 5.2, p = 0.03$ ), Pt (精神衰弱) ( $F(1, 42) = 7.2, p = 0.01$ ), Sc (精神分裂病) ( $F(1, 42) = 9.9, p = 0.003$ ) の 8 尺度において、有意差がみられた。いずれの尺度においても福祉群が高かった。F (妥当性) の高いことは、検査に対する態度が、自分を悪い方向へ見せるような偽悪的な態度であったことを示唆する。また、Hs (心気症) の高いことは、体の不調をしきりに訴える心気的な傾向を、D (抑うつ) の高いことは、抑うつ気分が強い傾向を、Hy (ヒステリー) の高いことは、身体症状によって責任を回避する傾向を、Pd (精神病質的偏倚) の高いことは反社会的・不道徳的な傾向を、Pa (妄想) の高いことは猜疑的であるなどの妄想傾向、Pt (精神衰弱) の高いことは強迫的な傾向や不安を感じやすい傾向を、Sc (精神分裂病) の高いことは幻覚の存在や、孤独感などを示唆する。

IV. 考 察

MMPI尺度は、尺度名に示されるような思考・行動様式の程度を評価していると考えられているが、ストレスフルな状況に置かれることによっていくつかの臨床尺度の得点は上昇し<sup>1)</sup>、治療効果にともなって減少し<sup>2)</sup>、また、MMPIプロフィールは行動的な変容を反映して変化する<sup>3)</sup>といわれる。よって、本研究では、MMPI各尺度得点は、アルコールによって生じたさまざまな問題によって高められるような状態尺度であると考え、アルコール問題の重症度を評価していると解釈した。

これらの結果からまず考えられることは、福祉群においてはアルコール依存がより重篤なのではないかということである。そして、過度の飲酒によって、幻聴などの症状をより体験しているがために、特にSc (精神分裂病)、Pa (妄想) の上昇を招いたのではないかと考えられる。

次に浮かび上がってくるのは、福祉群の、F (妥当性) やPd (精神病質的偏倚) の上昇から推測される、偽悪的、反社会的な側面である。つまり、福祉群では、自分を良く見せるというよりは、むしろ自分の弱点を隠さず認め、ある意味では自身



を卑下するような態度を持つものと予想される。挫折、孤独、疾病、失職などの、自信を喪失するような生活体験のなかで、そのような自己批判的な態度が身に付いたのではないかと考えられる。しかし、特に自助グループのミーティングでは、自らの弱点を語る事が重要であると言われているので、福祉群にみられたこのような態度は、自助グループに参加することで治療的な方へと向けることができるかもしれない。

また、Hs (心気症)、Hy (ヒステリー) の上昇からは、身体症状によって問題を回避したり、自らの立場を有利にしようとする傾向が示唆される。このような傾向もやはり、ケースの生活体験の中で、ある意味では生き抜いて行くために身に付いた自己主張のあり方であると考えられる。このような身体的訴えの多さは、アルコール依存症全般にみられる特徴であると思われるが、特に福祉群は、身体症状を盾にして、直面化から逃げる傾向をもつものと示唆される。

D (抑うつ)、Pt (精神衰弱) の上昇からは、抑うつ気分が強く、悩みやすい、強迫観念が強い、不快感を感じている、などの傾向が示唆される。このことから、福祉群には、精神科医療との長期的な関わりが、より必要であると考えられた。

つまり、福祉事務所より紹介されたアルコール依存症者は、アルコールによって引き起こされた問題がより重篤であったために、身体的にも精神的にも強いダメージを受けており、その結果として、妄想的、反社会的、心氣的、抑うつなどの傾向を呈しているのではないかと考えられる。

アルコール医療における治療のゴールは、「断酒を継続することによって病理性を軽減させ、健全で安定した対人関係を維持し、より高い生活設計の目標を設定し、再び社会参加を果たす」こととされる<sup>9)</sup>。従来の外来アルコール治療では、職業復帰による自立が、治療のゴールとされた。しかし、現実的には、外来中心主義への移行に伴い、外来医療機関においても、必ずしも職業復帰が最終目標とされないケースが増加している<sup>10)</sup>。よって、現在のアルコール外来治療と福祉事務所との連携においては、「酒を飲ませないような地域生活」が目標とされるべきであるケースが多いのではないかと

と思われる。アルコール依存症者が酒を飲まない地域生活を継続することは非常に難しいことであるが、福祉ケースはほとんどが単身生活であり、金銭も自由にならないことから、福祉ケースの方が、アルコール外来医療機関と福祉事務所の連携によって飲まない地域生活へと持って行きやすい面もあるだろう。そして、「飲まない地域生活の維持」をサポートすることで、本研究でみられたような、アルコール問題のダメージによると考えられる人格傾向は、軽減されるのではないかとと思われる。

本研究において示されたような人格傾向は、生活保護受給そのものに基づくというよりも、さまざまな要因の結果であると思われるが、それを本調査のみで明らかにすることは出来ない。アルコール依存症者のMMPI得点に関連する要因、および外来医療機関における治療の効果とMMPI得点との関連を、今後の課題としたい。

(なお、この研究の概要は、1997年10月の、第13回日本精神衛生学会において発表した。)

謝辞 本稿作成にあたり、特に臨床的な観点から、懇切にご助言をくださった周愛利田クリニックの利田周太院長先生に深く感謝いたします。

#### 文 献

- 1) Berk, E, Black, J, Locastro, J, et al.: Traumatogenicity: Effects of self-reported noncombat trauma on MMPIs of male vietnam combat and noncombat veterans treated for substance abuse. *J Clin Psychol* 45: 704-708, 1989.
- 2) 枝窪俊夫, 小山茂: アルコール依存症の医療と福祉. 島園安雄, 保崎秀夫, 蜂矢英彦編: 精神科MOOK No 26 精神科における医療と福祉. 金原出版, 東京, pp. 156-163, 1990.
- 3) Graham, J R, Smith, R L, Schwartz, G F: Stability of MMPI Configurations for Psychiatric Inpatients. *J Consult Clin Psychol* 54: 375-380, 1986.
- 4) 岩重達也, 明神徹郎, 大井健他: アルコール依存症者の入院治療 (ARP) における治療効果. *アルコール依存とアディクション* 14: 91-97, 1997.

- 5) 間島幸雄：生活保護ケースワーカーの被保護アルコール依存症者に対するかかわり方と役割。アルコール医療研究 4：214-218, 1987.
- 6) 松川美夫, 斉藤公枝, 片柳八重子他：アルコール専門外来クリニックにおける内科医療機関との連携。病院・地域精神医学 39：340-341, 1997.
- 7) MMPI新日本版研究会編：新日本版MMPIマニュアル。三京房, 京都, 1993.
- 8) 島田文直：福祉事務所の活動を通じて。精神神経学雑誌 88：777-782, 1986.
- 9) 清水新二, 小杉好弘, 高梨薫：アルコール依存症の地域援助活動に関する調査研究—保健所精神保健相談員と福祉事務所生活保護担当員の職種間比較—。精神保健研究 40：55-64, 1994.
- 10) 清水新二：薬物・アルコール関連福祉サービスシステムの聴取実態調査報告—大阪地区の場合—。アルコール依存とアディクション 14：200-222, 1997.
- 11) 玉木博：福祉現場のコミュニティ・ケア—アルコール依存症ケースに学びながら—。アルコール医療研究 2：291-300, 1985.
- 12) 利田周太：地域医療としてのアルコール専門外来。アルコール医療研究 6, 21-27, 1989.
- 13) 横田正雄, 五十嵐正仁, 中村真：福祉事務所の精神障害者への関わりの実態について—都・区内福祉事務所の実態調査から—。精神保健研究 43：45-51, 1997.

#### Abstract

The author retrospectively examined male alcoholics (n=22) who were referred from welfare offices to alcoholic outpatient treatment program. According to MMPI, alcoholics from welfare offices showed higher score of Scale F (Validity) (F (1, 42)=7.0, p=0.01), Hs (Hypochondriasis) (F (1, 42)=11.7, p=0.001), D (Depression) (F (1, 42)=7.5, p=0.009), Hy (Hysteria) (F (1, 42)=7.9, p=0.008), Pd (Psychopathic Deviate) (F (1, 42)=14.0, p=0.001), Pa (Paranoia) (F (1, 42)=5.2, p=0.03), Pt (Psychasthenia) (F (1, 42)=7.2, p=0.01), Sc (Schizophrenia) (F (1, 42)=9.9, p=0.003) than controls. Results were discussed in terms of severity of alcoholism among alcoholics from welfare offices.



## 【特別寄稿】

## ペルー日本大使公邸占拠事件とメンタルヘルス活動

金 吉晴

1996年12月17日に生じたMRTAゲリラによるペルー日本大使公邸への武力突入事件は、ゲリラと政府との交渉が長引くにつれて長期的な占拠事件へと発展した。同邸での天皇誕生日の祝賀会に招かれた客と大使館員の多くが人質となり、その人数は当初約490名であったが、女性、高齢者、日本とペルー以外の人間などが順次解放され、12月24日には104名、1997年1月1日には74名(日本人24名)となった。事件の発生直後の12月20日に外務省より厚生省に医療チームの派遣検討要請があり、同22日には医師19名、看護婦16名、事務官1名よりなる医療チームが成田空港より現地に向かった。医療チームの構成は不測の事態に備えての身体治療を主目的としたものであったが、事件の長期化に伴ってメンタルヘルス支援の必要性が認識され、3月には精神科医派遣の第一陣として、国際医療センターの笠原敏彦精神科医長が派遣された。

派遣の目的は拘禁による人質の精神状態への懸念であったが、実際には公邸内での人質たちの精神状態はおおむね健康であり、3月の時点でむしろ問題となったのは家族であった。情報の不足、マスコミによる取材への不安などからほとんど外出も出来ず、不安をうち明けるどころか、それまで続いていた親睦会すらも開かれない状態であり、

その時点での精神科活動の主眼は必然的に家族の精神的ケアに当てられた。すなわち適度の親睦会、気晴らしなどを積極的に行うべきことを、当事者だけでなく、周囲に対しても納得させたのである。また、たとえ平和解放とはいえ、解放直後の人質に取材などの過度の刺激が与えられることは好ましくないため、笠原医師は日本に帰国後に関係企業、家族などを対象に対応方法の講演を行った。

当時は平和交渉が続けられており、大方の予想は人質は平和裡に解放されるというものであった。この見通しによって多くの日本人人質の精神状態は平穏に保たれていたのであるが、大使を初めとする外交の専門家は武力解放以外にあり得ないと予想していたという。そして実際の解放はその専門的な見通しの確かさを裏付けるものとなり、周知のように4月22日の劇的な銃撃突入の末に解放がなったのである。

銃撃戦は突然の爆音とともに始まり、およそ15分間続き、その間、人質によっては間近を銃弾が飛び交い、死を覚悟した者もいた。現実にはペルー人側に犠牲者が出たことは周知の通りである。

したがって3月時点での見通しとは異なり、解放された人質の間に外傷体験にもとづく精神的なストレスが非常に高まっていることが考えられた。この事情を受けて、解放直後に再び厚生省医療チームとして精神科医が現地に派遣されることとなった。ちなみに医療チームのうちで精神科のみが首相官邸からの直接指名であり、笠原氏の希望で筆者が同行することとなったのである。また警察庁からは被害者カウンセリングの立場から、精神科医として小田晋先生、小西聖子先生が派遣され、現地では医療の立場から筆者たちと部分的に共同して活動を行った。

現地に着いてみるとすでに多くのマスコミが到

Mental health activity in the hostage crisis at the official residence of the Japanese ambassador in Peru

国立精神・神経センター精神保健研究所  
成人精神保健部

〔〒272-0827 千葉県市川市国府台1-7-3〕

Yoshiharu Kim: National Institute of Mental Health, NCNP, 1-7-3, Kohnodai, Ichikawa, Chiba 272-0827

着しており、人質の多く、特に民間人は取材を避けるためにそれぞれ身を隠しており、その所在が必ずしも明らかでないという状況であった。この時点で、特に申し込んで各自に精神科的な面接を行うことのメリット、デメリットが精神医療チームの中で何度も議論された。すなわち解放後は家族以外との接触を避けるべきだとの方針が3月時点で出されており、いまここで精神科面接を行うことは、人質によっては一種の強制、侵襲と受け取られかねず、精神医療として自己矛盾ではないかという考えが一方にあった。他方では、やはり急性の精神障害の予防の見地からも、健康診断的に出来るだけ多くの元人質と面接を行うべきであるという立場があった。この背景には、拘禁されていた人質たちは、各社の支社長クラスが選別されて残されており、精神医学的には好ましい意味でのバイアスがかかっていたこと、実際に拘禁中には規律正しい健康的な生活を送っていたという事情がある。またPTSDをめぐって過去にまるで十字軍のような騒ぎが生じたことへの同業者としての自戒もあった。

しかし結論から言うと、やはりこの種の特異な状況のあとでは、たとえ短時間でも良いから、全員と面接を行うべきであると考え。今回の事件では銃撃戦による解放による急性のストレスが強く、特にその銃撃戦が爆音で始まったことは、12月17日のゲリラの襲撃がやはり爆音で始まったことを想起させた。精神的に解放後も平静であった元人質にも、この突然の音に対する過敏性は生じており、日本に戻った後も2、3ヶ月は残るほどであった。

一般に外傷体験に引き続いて起こるストレス反応を「急性ストレス反応(障害) Acute Stress Reaction (Disorder)」と言い、その症状が1ヶ月以上に亘るもの、また体験から1ヶ月以上を経て生じるものを「外傷ストレス後障害 Post Traumatic Stress Disorder」というが、もとより両者の区別は便宜的なものであるし、何処までが正常の生理的な反応であるかの線引きは難しい。歯を抜けば出血するが、それは不快であるとしても病的ではない。しかし、状況によっては歯髄炎などに進行することもあると同様である。その見極

めのためには精神科医自身が経験を積む以外にないが、少なくとも臨床的な常識を頼りに当事者と短時間の面接を行うことが差し当たり重要である。その際に、最初から1時間などの枠を決めて律儀に「治療的に」行うことにとられる必要はない。そうした意味を込めて、今回の活動では面接については支持的ヒアリングという用語を用いている。

実際の活動としては、大使館員は政府職員であるので比較的面接は順調に行うことが出来たが、民間人については手の届くところにこちらのサービスを差し出すことしかできない。そのためにシェラトンホテル内に身体治療も含めた相談所を開設し、自発的に訪れた元人質、その関係者と必要に応じて支持的なヒアリングを行った。また主に企業関係者を対象として、メンタルヘルスについての講演会を開催した。結果としては青木大使を含む大使館員のほぼ全員と、民間人元人質の一部、またそれぞれの家族の一部と面接を行うことが出来た。銃撃戦を経ての解放直後に不眠、過覚醒、軽度の高揚気分などが多くの者に見られたことは正常範囲の反応である。その後の心理的な状態については、医療チームの解散後も、派遣医師のうち笠原、小西、金の3名によって自主的に追跡を行っている。もちろん治療関係はないので、貴重な体験から学ばせて欲しいという申し入れを行っており、ほとんどの方からの快諾を得ている。拘禁中と解放後の精神状態についてはまだ事件の余波が消えておらず、かつ当事者が少数であるために特定されやすいことから本稿に述べることは控えるが、追跡の結果も含めていずれ総括して報告する予定にしている。

現時点で残念なことは一部の報道が元人質を不安に追いやったことである。特に解放後に顔写真と所属が新聞に載ったことは、多くの人質・関係者に報復テロへの恐怖を引き起こし、そのためにペルーにとどまることを断念して帰国した者もある。特にこの写真は公邸内に立ち入った記者によって家族に見せるために撮影されたものである。一層釈然としない気持を元人質の中に引き起こしており、こうした事件と報道のあり方については関係者の再考が望まれる。

最後に、阪神淡路大震災といい今回の事件とい

い、災害時における精神医療の重要性が改めて認識されてきたが、それに対する十分な準備が精神科医の側に常に出来ているとは言い難く、こうした経験を通じて我々も学んでいるというのが正直

なところではないだろうか。しかしこうした貴重な経験を十分に将来に生かさなくてはならないし、今後はそのための研究、研修などの活動に、機会があれば参加していきたいと思う。



## 【資料】

## 「精神保健福祉法」改正に関する意見書の提出について

国立精神・神経センター精神保健研究所精神保健福祉法改正研究会\*

伊藤順一郎<sup>1)</sup> 竹島 正<sup>2)</sup> 大川 匡子<sup>3)</sup> 丸山 晋<sup>1)</sup>  
白川修一郎<sup>4)</sup> 和田 清<sup>5)</sup> 尾崎 茂<sup>5)</sup> 吉川 武彦<sup>6)</sup>

## I. 意見提出までの経緯

精神保健福祉法は1995年に改正され、新たに「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（精神保健福祉法）」となったが、その際付則にあるよう

に、施行5年後に見なおしをすることが定められていた。

この5年後見なおしに向けて、精神保健福祉課長より、法改正に関する意見の提出依頼が届いた。これを受けて、現行法の問題点を探り改正の方向性を打ち出すべく、研究会が組織された。

構成メンバーは以下の通りである。

## コアメンバー

竹島 正（精神保健計画部・部長）  
大川 匡子（精神生理部・部長）  
丸山 晋（社会復帰相談部・部長）

## 事務局

伊藤順一郎（社会復帰相談部・援助技術研究室・室長）

アドバイザー（研究会からの依頼で、あるいは、ご自身から進んで参加を希望された方々）

白川修一郎（老人精神保健部・老人精神保健研究室・室長）

和田 清（薬物依存研究部・部長）

尾崎 茂（薬物依存研究部・薬物依存研究室・室長）

## 総括

吉川 武彦（精神保健研究所・所長）

部長会において、活動の承認を受けた後、97年11月17日に第1回の会合がもたれた。

厚生省への提出期限が98年1月16日と迫っていたため、活動は急ピッチで進められた。主な日程を以下に記す。

11月17日 第1回会合

吉川所長より、趣旨の説明。今後のスケジュールを立てた。研究所所員に、研究会開催について

The NIMH official comments on the amendment to "the Mental Health and Welfare Law"

\*The NIMH study committee of "the Mental Health and Welfare Law"

<sup>1)</sup>国立精神・神経センター精神保健研究所  
社会復帰相談部

〔〒272-0827 千葉県市川市国府台1-7-3〕

Junichiro Ito, Susumu Maruyama: National Institute of Mental Health, NCNP, 1-7-3, Koh-nodai, Ichikawa, Chiba 272-0827

<sup>2)</sup>国立精神・神経センター精神保健研究所  
精神保健計画部

Tadashi Takeshima: National Institute of Mental Health, NCNP

<sup>3)</sup>国立精神・神経センター精神保健研究所  
精神生理部

Masako Okawa: National Institute of Mental Health, NCNP

<sup>4)</sup>国立精神・神経センター精神保健研究所  
老人精神保健部

Shuichiro Shirakawa: National Institute of Mental Health, NCNP

<sup>5)</sup>国立精神・神経センター精神保健研究所  
薬物依存研究部

Kiyoshi Wada, Shigeru Ozaki: National Institute of Mental Health, NCNP

<sup>6)</sup>国立精神・神経センター精神保健研究所長

Takehiko Kikkawa: National Institute of Mental Health, NCNP



の報告と法改正についての意見を求めることにする。所員の意見は11月29日の締め切りで募集。数人の先生方から電子メールや文書にて意見をいただいた。

12月2日 第2回会合

12月10日 第3回会合

12月17日 第4回会合

各メンバーに、改正についてのたたき台となる提案をそれぞれ提出してもらい、検討を行った。

また、精神保健研究所の意見をまとめるにあたって、軸となる発想について議論した。

また、この間、国立精神療養所院長協議会（内村英幸先生）からも、法改正に関するアンケートの依頼がきたので、併せて検討した。

1月12日 第5回会合

厚生省提出用の意見書のたたき台を作成した。総論を伊藤が、各論を竹島が中心になってまとめた。各委員の意見を聴取し、最終案を作成した。

1月16日

意見書を厚生省大臣官房障害保健福祉部精神保健福祉課に提出した。

## II. 精研の意見書としてまとめるまでの議論

提出にあたり、いくつかの軸となる発想について、委員間のコンセンサスをつくる経緯があった。その議論の内容を簡単に記す。

1. まず、今回厚生省は、法改正の意見を、精神保健研究所ばかりでなく、日本精神病院協会や日本精神神経学会など各団体にも求めている。したがって、総花的な意見書にするのではなく、精神保健研究所独自の方向性を示す報告書にすることを心がける。
2. その1として、精神保健福祉法が精神障害者の処遇に関する法に偏ることなく、広く国民一般のメンタルヘルスを維持する法としても機能することを、明確にする。具体的には、

「精神保健及び福祉に関するサービスを受ける権利」「必要な精神保健サービスについて知る権利」など、国民のメンタルヘルスに関するニーズの重視を打ち出す。また、保護者規定を含め、精神障害者とその家族の権利保障の面を法文内にもりこむ。

3. その2として、メンタルヘルス一般に寄与するような研究の推進、情報のユーザーへの伝達機能に関する研究の重視、援助技術の開発とその普及、関わる人材の育成・研修の重視、政策研究との連携など、いわばソフトウェア面の充実を、法にのせることを提言する。その実務機関として、都道府県の精神保健福祉センターに加え、国立精神・神経センター精神保健研究所の位置づけを明確にする。
4. その3として、地域の事情に即した、また特に高齢の精神障害者の地域生活もサポートできるような、精神科リハビリテーションの促進を提唱する。また、地域特性を重視した精神保健福祉政策が推進できるよう、いくつかの提案を行なう。
5. 法の中で明確に取り上げてこなかった、薬物依存の問題について、今後積極的に取り組むために、法的整備の必要性を提唱する。
6. 用語の問題や、他の障害者福祉法との関連についても検討し、改善点を明確にする。

以上のような、議論をふまえ、改正の要旨についての文案がねられると共に、具体的な法文の改正点について検討がおこなわれ、最終的な提出文書となった。

なお、以下に掲載するものは提出文書のうち、「総論」の部分である。「各論」の部分は現行法の法文を左側に記し、右側に改正箇所についての意見を記入する、比較表の形式で提出した。詳しい内容については竹島正（精神保健計画部・部長）まで、お問い合わせいただきたい。

## 「精神保健福祉法」改正に関する意見書

平成10年1月16日

国立精神・神経センター精神保健研究所

## 総論

## I. 基本的な考え方

昨今の精神保健及び福祉に関する現状をみると、精神障害者の社会参加の充実がさらに望まれることに加え、不登校、幼児虐待・高齢者虐待、薬物依存症の問題等、さまざまな精神保健分野での問題が山積している状況である。精神保健及び福祉は単に精神科医療のみならず、教育、文化といった幅広い領域と連携が求められている。

したがって精神保健福祉法が、精神障害者等の医療及び保護、社会復帰、社会参加の促進のための法という側面だけでなく、「国民の精神的健康の保持及び増進」のための法としてもさらに充実する方向で整備するよう改正する必要がある。

1. 「精神保健及び福祉に関するサービスを受ける権利」「必要な精神保健サービスについて知る権利」を明確にする。この権利を担保するものとして、精神保健福祉士の役割を明示する。
2. 精神保健の向上及び精神障害者の福祉の増進を図るための実務機関として、精神保健福祉センターに加え、国立精神・神経センター精神保健研究所の位置づけを明確にする。

主たる業務として、

- ①「睡眠障害」「ストレス障害」などをテーマとした、国民の精神的健康に寄与する研究の推進
- ②援助技術に関する開発・教育・研修
- ③政策研究の連携と推進
- ④精神保健に関する情報ネットワークづくりなどをおく。

さらに、精神保健研究所と精神保健福祉センターは連携をとりつつ精神保健及び福祉推進についての企画立案等をおこなうことを明確にする。

3. 社会復帰促進センターを、都道府県・政令

都市にも設置できるものとし、精神障害者の社会参加に関わる活動の連絡調整、研修、情報交換の場とする。また社会復帰に関わる事業を実施できる場とし、精神保健福祉センターとの連携のうえで活動を行う。

## II. 用語の問題の整理

精神保健及び福祉のあり方は、この十数年間できわめて変化してきた。これは我が国固有の問題ではなく、世界的な潮流と軌を一にするものである。法に用いる用語について、現状に即するように整理する必要がある。

1. 「精神障害」という用語に精神疾患(mental impairment)と精神障害(mental disability)の両方の意味が含まれているのが現状であるが、施策のうえでは障害への配慮を明確化することの方が重要である。そこで精神障害者を「精神疾患による社会生活上の困難、不自由、不利益を有する障害者」と規定する。
2. 「社会復帰」という用語が、長期在院者の退院と再定住という狭い意味に使われる傾向があり、疾患からの回復や社会参加の取り組み全体をあらわす用語として適しない。「社会復帰」を「リハビリテーション」におきかえる。

## III. 地域特性を重視した精神保健福祉施策の推進

精神保健及び福祉の現状は大都市と地域では大きく異なり、各地域の現状に即した施策の推進が必要である。都道府県単位の施策が活用できるような法文を作成する必要がある。

1. 精神保健福祉審議会の調査審議事項として、「地域にあった精神保健福祉推進方策の意見具申」が行われるようにする。
2. 精神医療審査会を精神保健福祉審査会とし、行政から独立した審査機関とする。その上で、個別の事例の審査に加えて、施設運営(精神科医療施設、社会復帰施設)の審査も行う。
3. 都道府県の設置する精神病院は、高度先端医療・政策医療を行う施設であることを明記する。

4. 精神保健及び福祉に関する相談業務を行う主体に、市町村または広域町村圏も含め、市町村の責務を明確化する。また、市町村の取り組みに対して、国、都道府県が支援を行うことを明記する。
5. 精神保健福祉相談員の設置を義務規定にすると共に、都道府県、政令都市に緊急相談に対応する機能の設置を義務化する。
6. 社会復帰促進センターを、都道府県・政令都市にも設置できるものとする。(前述)

#### IV. 精神障害者社会復帰(リハビリテーション)施設の充実

精神障害者の生活支援のためには、通過型の社会復帰施設にくわえて、定住型の居住施設が必要である。これは特に、高齢化し、かつ施設処遇の長期にわたった精神障害者の生活の場となることを目的とする。

具体例：「生活療養施設(高介護医療・定住型福祉ホーム)」を新たに類型化する。

#### V. 地域精神保健分野の人的資源の活用

1. 今後、地域精神保健や精神科リハビリテーションの質的向上をはかるとき、精神科医のこの分野に関する経験と理解が不可欠である。従って、精神保健指定医の要件に、保健所、精神保健福祉センター等で地域精神保健福祉活動の研修ないし業務を行うことを追加する。
2. 国家資格となった精神保健福祉士の法的責任を明確化する。

具体例：精神医療審査会の委員となること。  
精神保健及び福祉に関する緊急相談に関与すること。

#### VI. 保護者規定の見なおし

1. 保護者に関して、その義務を、「本人が自らの判断によって自身の健康と安全を保持することが困難と判断された期間」すなわち、医療保護入院及び措置入院の期間と、その後の定められたリハビリテーションの期間に限定する。
2. 保護者はその義務を遂行するにあたって必

要な、疾病や障害についての知識や対処方法に関する情報を知る権利があることを明記する。

3. 精神障害者本人と保護者に適切な情報を伝え、助言と指導援助を行うものとして「権利擁護者」をおく。権利擁護者は、精神障害者の権利擁護を行うことを定められた機関に登録されたもので、本人の意思を尊重した社会復帰の促進や適正な医療の確保につとめる。

#### VII. 障害者医療・福祉の枠組みとの連携

精神障害者の処遇に関するこのうち、身体障害、知的障害(精神薄弱)と同等の枠組みを活用できるものは、その実現につとめることが望ましい。将来的には、障害者保健医療法や障害者福祉法といった法の枠組みの中で、施策が遂行される方向で検討する。

具体例：障害者手帳の交付、手帳交付によって受けられる権利。

#### VIII. 薬物依存症について

1. アルコール・覚醒剤・麻薬等の中毒性精神障害に関して、現行法の処遇は、急性および慢性の精神病状態については対応しているものの、精神依存、身体依存といった依存症については、治療、リハビリテーション、福祉の各面において、実践が大いにたちおけている。また、とりわけ地域精神保健分野での処遇の方法論の開発や研修は、ニーズは高いにもかかわらず、未熟なのが現状である。早急に、研究体制を充実すると共に、人的資源の育成のために教育・研修体制を確立する必要がある。
2. 有機溶剤や、向精神薬等の薬物依存症については、現行法に明確な規定がないのにも関わらず、実際には精神医療、精神保健の分野で処遇が行われている。しかも、その処遇は方法論が明確でなく、きわめて不十分といわざるを得ない。これらの薬物依存症についてもその処遇を法の対象とし、早急に、治療、リハビリテーション、福祉の方法の開発研究や、研修を充実する必要がある。

## 投稿規定

1. 本誌は国立精神・神経センター精神保健研究所の研究員の研究に関連する他誌に未発表の原著論文、短報、総説、症例（事例）研究および資料、さらに研究所外の研究者への依頼を含めた特集論文を掲載します。
  2. ◇原著論文は、400字詰め原稿用紙で原則として50枚以内とします（図表も各1枚を1頁と計算）。データ解析にもとづいた原著論文の構成は、原則として以下のようにして投稿して下さい。原稿の第1頁には、論文の和文および英文タイトル、全著者の和文および英文の氏名（学位の表示はしない）、全著者の所属機関の和文および英文の名称および筆頭著者の連絡先を記入して下さい。第2頁には、200字以内の和文抄録と英文で5つ以内のKey words (Index Medicusのsubject headingsを参考として下さい)を記載して下さい。論文の本文は第3頁より記述を開始し、原則として、I. はじめに（または緒言など）、II. 対象と方法、III. 結果、IV. 考察、文献さらに独立の1頁に100語以内の英文Abstract、(付録：必要があれば加え、研究に用いたスケールの部分的紹介などを入れて下さい) および図表（図および表は各1点ずつ別紙に注釈などを含めて書く）などの順に綴じて（ただし論文の性格によっては、読者の理解を容易とするためにセクションの分割を他の型式とすることも可能です）、正1副2計3通を編集委員会あてに投稿して下さい（投稿先は下の8項参照）。症例（事例）記述にもとづいて書かれる原著論文および症例（事例）研究の構成は、原則として上記の〔III. 結果〕の節〔III. 症例（事例）〕などとし、他の部分は上記に準じて下さい。  
◇短報は主として予備的な報告をあつかいますが、論文の性格上は原著論文なので、400字詰め原稿用紙で原則として15枚以内とし、体裁は原著論文のそれに従って下さい。  
◇総説は400字詰め原稿用紙で原則として70枚を超えないものとし（図表も各1枚を1頁と計算する）、原著論文と同様に英文Abstract、和文抄録および英文Key wordsをつけますが、セクションの区分などの体裁は内容の理解が容易であるように適宜著者が工夫して下さい。  
◇資料については、英文Abstract、和文抄録およびKey wordsは除きますが、その他は長さも含めて原著論文の体裁に準じて下さい。  
◇特集論文は編集委員会の決定したテーマによる依頼原稿で構成し、400字詰め原稿用紙で原則として30枚以内（図表も各1枚を1頁と計算する）とします。論文のセクションの構成は総説に準じて著者の決めたものとなりますが、英文Abstract、和文抄録および英文Key wordsはつけません。
  3. 論文はワードプロセッサを用いて作成しプリントアウトしたものを提出して下さい（その際、頁のレイアウトは、1頁を400字の整数倍にし、それを第1頁の最下行に明示して下さい。）論文は受理後にフロッピーディスクでも提出して頂きます。型式は別に指示します。
  4. 外国人名、薬品名は原語を用いて下さい。専門用語は、わが国の学会などで公式の訳語が定められている場合はそれを用いて下さい。必要ある場合は訳語と（ ）内に原語を示して下さい。
  5. 文献は本文中に引用されたもののみを以下の要領で記述して下さい。
    - A. 文献は筆頭著者の姓 (family name) のアルファベット順に番号をつけ（同一著者の場合は発表順）、本文中にはその番号で引用して下さい。
    - B. 雑誌名はIndex Medicusの表示に準じ、省略のピリオドはつけません。
    - C. 著者名は3名以内の場合は全員、4名以上の場合は3人まで書き、あとは他 (et al) と省略して下さい。
    - D. 文献の記載は、雑誌については、著者名：論文題名、雑誌名 巻：最初の頁—最後の頁、西暦年号。の順とし、単行本全体の場合は、著者名：書名、発行所、発行地、西暦年号。とし、単行本の中の論文は、著者名：論文題名、著者（编者、監修者）名：書名、発行所、発行地、pp.最初の頁—最後の頁、西暦年号。として下さい。訳本は原書を上記にしたがって記載し、（ ）内に訳本を上記に準じて記載して下さい。
- 記載例
- 1) American Psychiatric Association: Quick reference to the diagnostic criteria from DSM-III-R. Amecicah Psychiatric Association, Washinton, DC, 1987. (高橋三郎, 花田耕一, 藤縄昭訳: DSM-III-R. 精神障害の分類と診断の手引改訂3版. 医学書院, 東京, 1988.)
  - 2) 藤縄昭: 精神療法とエロス. 弘文堂, 東京, 1987.
  - 3) Otsuka, T, Shimonaka, Y, Maruyama, S et al.: A new screening test for dementia. Jpn J Psychiatr Neurol 42: 223-229, 1988.
  - 4) 高橋徹, 藍沢銀雄, 武内龍雄他: 不安神経症の難治性経過について—初期病像ならびに性格特性とのかかわり. 精神衛生研究 31: 25-40, 1984.
6. 依頼原稿以外の原稿は、編集委員会で複数の査読者を依頼しその結果により採否を決定します。その際、必要な修正を著者に求めることがあります。また投稿規程から著しく逸脱したり、判読の困難な原稿は査読せず著者に返却します。
  7. すべての掲載論文は、別冊50部のみを作成し著者に無料進呈します。
  8. 論文投稿先: 〒272市川市国府台1—7—3 国立精神・神経センター精神保健研究所内「精神保健研究」編集委員会 (1995. 3. 31改訂)

# 精神保健研究

## 編集委員

吉川武彦 内山 眞 宇野 彰  
加我牧子 白井泰子 丸山 晋

## 編集後記

精神保健研究第44号をお届けします。本号では北村俊則先生をguest editorにお迎えして「精神疾患を有する人々の社会参加を阻むもの」と題する特集を組むことができました。精神疾患をめぐる様々な問題について最も現代的な課題のひとつかと考えます。またペルー日本大使公邸占拠事件とメンタルヘルス活動について金吉晴先生にお原稿を頂戴しました。この事件に際して実際にペルーで精神保健活動にたずさわった金先生にそのご体験の中から得られたお考えを書いて頂いたのは幸いでした。精神保健福祉法改正に関して研究所内に結成された研究会からの資料も当研究所の記録として重要であり、「精研」らしい報告と思います。

本誌は当国立精神・神経センター精神保健研究所唯一のofficial journalであり、原著の掲載は重要な意味を持っています。本年度は原著2編、原著に準ずる短報を1編掲載しました。当研究所の守備範囲の広さの一端を示すものと思います。

本誌編集の実務上の責任をおあずかりして2年と少しの間に、この雑誌を4号無事に刊行することができました。これはひとえに研究所内外の多くの先生方のご支援とご協力、そして大河原圭子さんの編集業務への多大な貢献のおかげであり、心から感謝しております。

平成10年度の第45号から本誌は新体制で発刊されます。精神保健研究所の窓としての本誌の発展のため現編集委員会と同様、新編集委員会にも引き続き、変わらぬご支援を賜りますようお願いいたします。

(加我牧子記)

## 精神保健研究

第44号

(1998年3月31日発行)

(非売品)

編集責任者——吉川武彦

発行者——国立精神・神経センター  
精神保健研究所

〒272-0827 千葉県市川市国府台1-7-3

PHONE 047(372)3501,0141

FAX 047(371)2900

<http://www.ncnp-k.go.jp/>

# Journal of Mental Health

## Number 44, 1998

Official Journal of the National Institute of Mental Health, NCNP, Japan

### CONTENTS

**FOREWORD** T. Kikkawa

**SPECIAL ARTICLES: What make it difficult for the mentally ill to participate in the community?**

What make it difficult for the mentally ill to participate in the community?:

- |  |    |
|--|----|
| An introduction. T. Kitamura .....   | 3  |
| The investigation of factors generating the prejudice against mental illness:<br>Social psychological approaches. S. Sakamoto, et al. ....   | 5  |
| The problems on the term related "seishin-shogai (mental disorder)":<br>Terminology and social misunderstandings. N. Kijima .....            | 15 |
| Provisions restricting the mental disabled to participate in social lives and human rights.<br>M. Yokofujita .....                           | 27 |
| Competency to give consent for treatment: A comparison between patients in psychiatric<br>and internal medicine ward. A. Tomoda, et al. .... | 37 |
| Protection and advocacy system for the mentally ill individuals: Development and roles.<br>F. Kitamura, et al. ....                          | 45 |

**ORIGINAL ARTICLES**

- |   |    |
|---|----|
| Auditory mismatch negativity in patients with severe motor and intellectual disabilities.<br>M. Kaga, et al. ....                       | 61 |
| Rorschach study of borderline personality disorder: Construction of borderline personality<br>disorder index. T. Horiguchi, et al. .... | 69 |

**BRIEF REPORT**

- |   |    |
|---|----|
| Personality traits in alcoholics who were referred from welfare offices: Discussion through<br>MMPI. K. Matsuoka..... | 75 |
|---|----|

**COLUMN**

- |  |    |
|--|----|
| Mental health activity in the hostage crisis at the official residence of the Japanese<br>ambassador in Peru. Y. Kim ..... | 81 |
|--|----|

**REPORT**

- |   |    |
|---|----|
| The NIMH official comments on the amendment to "the Mental Health and Welfare Law".<br>The NIMH study committee of "the Mental Health and Welfare Law", J. Ito, et al.<br>..... | 85 |
|---|----|

<b>Information for contributors</b> .....	89
---	----

<b>Editorial Notes</b> .....	90
------------------------------	----