

精神病院における

人権擁護を 考える

講師

精神医療の動向

末安民生さん（東海大学講師）

アドボカシー制度について

木村朋子さん（ケースワーカー）

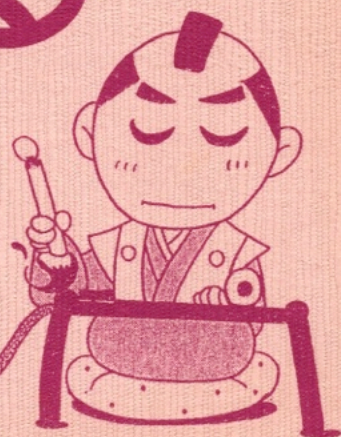
福祉オンブズマン制度の現状

高山直樹さん（和泉短期大学助教授） を迎えて

日時 1999年5月8日（土）午後1時30分から

会場 松沢病院 5階会議室

都立松沢病院労働組合 精神医療対策委員会



第9回 報告集

松沢フォーラム

◇ 第9回 近所フォーラム報告集 目次 ◇

プロローグ……1

植西事務局長挨拶 フォーラムの経緯/サブテーマは人権擁護を考える……1

精神医療の動向について 末安民生……3

講師紹介/頻発する人権侵犯と事件/病院改革の動き/医療財政のピンチ/急性期と慢性期のベッドの
転換/カルテ開示の必要と日本医師会の反対/介護保険と福祉サービスの変更について/入院差別を
なくす/保護者の問題/地方自治体へ移管される精神障害サービス/我々はどう行動すべきか

アドボカシー制度について 木村朋子……13

悪循環の看護体制/講師紹介/アドボカシー制度と役割をアメリカに見る/日本のアドボカシー＝『東
京精神医療人権センター』/大阪の人権センターの経験/継続が必要

わが国における福祉オンブズマン制度の現状 高山直樹……21

病院のサービスの質を高めるオンブズマン制度の必要性/講師紹介/閉塞状況下にある「危険地帯」
/あきらめと依存の意識/当事者に不満はいえないから第三者の代弁が必要/第三者の評価に耐えう
る専門職/第三者の目を専門職はどう活かすか/サービス利用者と提供者の「対等な関係」の確立
のために/様々なオンブズマン/「愛媛オンブズネット」などの情報公開要求の強み/施設単独型オ
ンブズマンの限界/ネットワーク型オンブズマンとは/オンブズマンから人権意識を育てる

会場での質問と答え……36

第三者は「素人性」が必要?/どうして情報開示させるのか?/訴えは具体的な証拠をそろえて。ア
ドボカシーで改革の底上げを一木村/第三者は専門家の方がいい。病院改革はできるところから一
末安/第三者は専門家が経験を共有して。オンブズマンは徹底的に利用者の立場から一高山/人権擁
護のトレーニングが必要一小林/医療者と非医療者は違う/オンブズマンは多職種で/オンブズマン
に当事者を含めるべきだ/医師も病院も信頼しにくい/第三者に当事者・家族はなぜ入れない

原分会長挨拶……49

アンケート集計……51

自由意見……51

編集後記……52

名簿<'99 フォーラム実行委員/精神医療対策委員/自治研委員>

(文責・実行委員会)

◇ご近所フォーラム◇

■プロローグ■

司会（清水） こんにちは。今日司会をさせていただきます看護婦の清水と申します。松沢病院は勤務7年目に入りましたけれども、このご近所フォーラムを通していろいろ学ばさせていただいております。宜しくお願いいたします。

会をはじめるとあたりまして主旨説明の前に映画の案内をさせていただきたいという団体の方が見えてますので、紹介していただけますか。

団体の方 この映画のチラシ、皆さんのところにあるでしょうか。これは今度の5月22日から6月4日まで、東中野の『BOX東中野』という映画館で上映される作品の紹介です。アメリカのドキュメンタリー作品です。精神病院に入院した体験のある7人の女性、現在40代から50代の人たちが、それぞれ具合が悪くなるどころから回復までの話を語っているものです。1時間半のビデオ作品で、監督自身も入院体験のある人です。どうして私がこの宣伝をしているかというと、私自身も入院体験があって、あるとき新聞を読んでいたら、この映画の紹介のコラムが載っていたんですね。こういう作品こそ見たいと思って、配給会社に電話をしたら、どういう人たちに宣伝をしたらいいのか、実は困っていたということだったので、この今日の会にチラシを持っていきたいというので預かってきました。モーニングショーなので行きにくいかもしれないんですけど、興味のある方は是非行って見て下さい。

司会 ありがとうございます。パンフレットをお持ちでない方は、入り口を出たところの机の上



当日飛び入りで自主上映の映画の宣伝があった。

にあるかと思いますが、お持ち下さい。今のような飛び入りも歓迎しております。ざっくばらんに会議を進めたいと思います。

ご近所の井戸端会議という雰囲気を進めていきたいと思いますが、最初にちょっと堅苦しいところを済ませたいと思います。事務局長の植西の方から挨拶をお願いします。

植西事務局長挨拶

植西事務局長 皆さんこんにちは。本日はお忙しい中、第9回のご近所フォーラム、井戸端会議という紹介がありましたけれども、自由に意見を言い合える場所を作ることでご近所フォーラムを持っていますので、是非今日いらした方は発言して帰っていただけたらと思います。

★フォーラムの経緯★

まずこのフォーラムの経緯としましては、1989年の4月に第1回を開いています。松沢病院をもっと地域に開かれたものにして、精神病院をもっと風通しのよいものにしたいという思いから10

年前にはじめられました。最初は、アパートの大家さん、市場の社長さん、そういう方がたから発言をいただいたりしました。次の年は、松沢病院が公的医療機関としてちゃんと役割を果たしているかということで、地元のPTAの会長さん、東京都の公園緑地課の職員の方、幅広くいろんな方に意見をいただいています。その中でも松沢の緑は地域にとって貴重である、という話が盛り上がって、お花見スタンプラリーというものが行われたことがあります。第3回は患者さんの社会復帰をサブテーマとして、上北沢教会の牧師さん、作業所の方、家族会の方、松沢病院にボランティアで働いていらした方をお呼びして話し合いを持ったこともあります。第4回は地域で患者さんを支えていくということをサブテーマに、墨岡クリニックの墨岡先生、経堂で自立援助ホーム憩いの家を運営なさっていた広岡さん、そういう方に来ていただいて、住まいの問題、仕事の問題、患者さんの生活を総体として捉えていきたいということで、いろんな角度から、こういう集まりを持ってきました。

去年は、第8回のフォーラムで、セルフケアをどう援助していくか、当事者の自立を援助するというので、宮本さんに話をさせていただきました。私たちは本人の問題を専門家や援助者が考えて答えまで出してしまうというふうになりがちのところがあるんですけれども、患者さんと一緒に考えながら問題を煮詰めて一緒にやっという、そういう姿勢が大切だということを当日集まっていた方と一緒に学ぶ機会を得ました。

その報告集を今日受付で配りました。お手元にこのワンちゃんのかわいいポスターの報告集がいてると思います。今日の話の中の資料ともなりますので、ちょっと開いて見てください。去年

ここに来ていただいた方からのアンケートです。その集約が書かれています。また、精神保健法、精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律案の概要で5月7日には衆議院の厚生委員会で審議されていますが、この概要を載せています。このへんについては後ほど末安さんの方からお話があると思います。

97年11月に、松沢病院労働組合の精神医療対策委員会で、改築の問題に関するアンケートをとりました。その中から「現在の建物で使いづらいところはどこですか」という形で聞いた項目に答えてもらったものがあります。日頃組合員が感じている使いづらいところというのは、そのまま患者さんが不愉快を感じていたり、もっと良くして欲しいと感じるところではないかという観点からこのアンケートの結果もここに載せています。

こういう問題は組合でも改善のために病院当局と何度も交渉していますが、予算がないとか今財政危機だという回答で先延ばしにされることもあります。新宿の都庁舎のあの立派なのを見ると、本当にどこにお金を使うべきなのかという思いがします。

私たちは労働組合ですが、やはり働く側も満足できて患者さんも満足できるような医療を提供していきたいと考えています。ここに職員・組合員700名いますが、アンケートの集計から見ますと、不満を感じている方が7割もいます。患者さんにとっても暮らしづらく、利用しづらくなっているところではないかと思っています。

もう一つはこのピンクの表紙の資料が皆さんのお手元にあると思います。これは大阪の中宮病院の方で人権センターの活動をなさっている方から資料を提供していただきました。後で木村さんの方から東京の人権センターのお話が出ると思いま



はじめに植西事務局長が挨拶

すが、その時にまた参考にして下さい。

★サブテーマは人権擁護を考える★

今回はサブテーマを「精神病院における人権擁

護を考える」としています。医療や福祉職場では情報を開示していく、また病院もその評価を受けるように変わってきています。私たちも、我が身を振り返ってどうかと考えました。精神病院では大和川病院事件のような問題も起こっています。それがやはり精神科病院の閉鎖性から出てくるといのであれば、我々の職場の中でも患者さん達がそういうふうに感じる事がこれから起こらないような病院にしていきたいとの思いから、今回このテーマを取り上げることになりました。第一線で活躍なさっている三人の方に講師をお願いしています。皆さんの率直な意見を出していただいて、実りある討論にしていきたいと思います。どうぞよろしくお願いします。

『精神医療の動向について』

末安民生 (東海大学講師)



末安民生さん

末安 こんにちは。初めまして末安と申します。今は大学の教員なんですけれども、9年前までこの病院で十数年働いておりました。病棟で看護師をしておりました。

その時の思い出話とか、なんでこれが始まったのかとか、そういうことを話し出すときりがなくなってしまうので、本題に入りたいと思います。

今日皆さんはチラシを見ておいでになったのですか？ 私、存じ上げている方もいらっしゃるん

ですが、ほとんどの方を存じ上げないので、お見えになった皆さんがどういうことを知りたいのかとか、テーマが人権に関することから、そう

講師紹介

末安民生さん 現在東海大学の健康科学部看護学科の講師。1979年から松沢病院に勤務され、松沢病院の組合活動を始め、精神医療の改革に取り組む。今の精神医療の動向について詳しい。

いうことに関心があって来られたと思うんですけども、私の役割としては、人権の問題と云えども、医療だったり福祉だったり、制度との関係を抜きにできないわけですから、皆さんもよくご存じと思いますが、今、国は経済の問題もあります、国の組織をどうするかということが大きく問われ、自分たちで少しは悩んでそれを変えて行こうという段階にあるわけです。その変えて行こうとしているいくつかのテーマ、たとえば教育とか経済の問題があるわけです。そして医療や福祉では、改革がどういうふうに行われようとしているのかということと、精神医療がどう結びついているのかということをお話したいと思います。

もう一つは今日の本題ですが、では今そういう制度のもとで精神病院の中とか福祉施設の中ではどのようなことが問題となっていて、どのようなことが対応されているのかということ、皆さんと一緒に考えていくというのがテーマだと思います。私はその外側の状況を人権擁護に関することを一つの結び目にして、お話したいと思います。

★精神福祉保健法と病院★

精神保健および精神障害者福祉に関する法律、通常精神保健福祉法と呼んでいますが、この法律によって病院が規制を受け、どういうサービスやるか、あるいはどういうことをやってはいけないかということが決められています。

その話の前に、精神保健福祉法が改正になるのをご存じの方がいると思いますが、5年ごとに見直しを行う、ということがルールになっています。法律というのはだいたい5年おきに見直しが行われますが、昨日決まった「情報公開法」は4年です。普通5年ごとの見直し、一部3年というのが例外的にあるんですけども、そういうルール

のもとで改正をやっていくということです。

★頻発する人権侵犯と事件★

これも皆さんご存じのように、昨年来、言ってみればずっと、とも言えるんですが、精神病院での不祥事、事件や事故がたくさんあるわけです。先ほども言いましたように私は看護者で、看護者が直接関与するような、つまり暴力を含めて、管理上この精神保健福祉法の法律で見た場合に、違反するような行為をすることによって、患者さんが亡くなったり傷つくという事件が、去年から今年にかけてもたくさんありました。

全国的にニュースにならないものもたくさんありました。一つだけ言うと、12月には札幌で保護室に2人の患者さんを閉じこめるということがありました。これは法律違反なんですけれども、一人の患者さんがもう片方の患者さんを殺してしまうということがありました。そのちょっと前には鹿児島県の病院で。これは皆さんご存じだと思いますが、新潟の国立の病院で患者さんが閉じこめられてはいけないうちに閉じこめられてしまって、なおかつ観察が不十分だったために亡くなるということがありました。その後、精神病院の監査が厳しくなったんですが、国や県が監査をやっている時に、興奮してらっしゃる患者さんを庭の木にしばりつけるということを、普通のことでしてやったんですね。わざわざ見せしめでやったのではなくて日常的にやっているから、監査の時にもやったと。

今年に入っては、インフルエンザで三重県の「多度病院」で患者さんがたくさん亡くなったというので調査に入ってみたら、どうも風邪ではなくて亡くなったんじゃないかとか。それも引き続き監査に入ってみましたら、厚生省が監査に入ってい

る時に、患者さんのおむつ交換をするのに患者さんを使っていたということがわかりました。「職員と一緒にやっているからいいじゃないか」、「患者さんはボランティアだ」というふうに言って。でも職員は手袋をしているけど、患者さんは素手ですね。そういうことは言い出すときりがないですが、次から次へと出てきてしまうという……。

★病院改革の動き★

医療法と精神保健福祉法という法律によって精神病院は規制を受けているし、行われるサービスが規定されていると言いましたが、それに違反することはしょっちゅう起こっている。それは事件化して表面化するのはごく一部だと考えられます。私もこの病院で永く仕事をして、看護の経験で現場でやることの限界も同時に感じていたわけで、医療制度的に精神病院を変えていこうという動きがあるんですが、その変えていこうとする中身の部分の、国の委員会に入ろうまく変えていきたいというようなこともやっています。

しかしこれもよく話に出てきますけれども、日本医師会というところは強い力を持っています、私も国の委員になって初めてわかりましたけれども、最初から最後まで医師会の人々が怒鳴っている。というのは失礼ですが、一番初めに大声で話し始めるのが日本医師会で一番後に大声で話し終わるのが日本医師会ですね。そんなところで物事が決まっているんだというのを見まして、本当に愕然としました。だから患者さんの利益のことなんかをたとえば文書に書いているものを見ると、ああこういうふうに変わっていくのか、と一見わかるんです。実際にそれを決めているところではかなりいいものが、現場の悲惨なことを変えていこうと、国も積極的にやっているのか、やむを得ずや

っているかわかりませんが、出してきたものが本当にすぐ粉砕されてしまうというのはこういう力関係なのかと。こういうところでも力、力に対抗するのはやはり法律、といういい循環でもあるし、悪い循環でもあるんですけれども、医療以外のところもそうですけれども、そういうことをまざまざと感じたりしています。

★医療財政のピンチ★

これも皆さんご存じだと思います。健康保険のお金がすごくピンチなわけですね。皆さんから集めている健康保険のお金、あれは国が税金として集めて、医療費に投じているお金ということです。ね、医療費、の3分の1は高齢者、65歳以上の方の医療費と言われているわけですが、そこにたくさんのお金をつぎ込まなくてはならない状況が、刻々と来ているわけです。高齢者が多いと高齢者に対する医療費がかかるというのは計算上明らかですが、それがうまくできないというのは制度上の問題があるわけです。その是非はちょっと置いておいて、実際にはもう健康保険組合がパンクする、皆さんから集めて管理しているところがうまくいかないということが起こりつつあるわけです。実際、健康保険組合が解散してしまうということですね。

実は解散しても全然怖くないんですね。なんで怖くないかわかります？ 支払いが止まるというのは、どこに支払いが止まるかというと、医者に対する支払いが止まるというだけなんです。だから、本当は医師会も健康保険組合がパンクされては困るんです。かと言って患者さんが来なくなるような医療制度も困るという医者の側の、日本医師会側の大きなジレンマもあるんです。そういうことはともかくとして、医療費が今の集め方では

医療・福祉全体の見直し

現在進行・準備中の法律改正（除く年金）

医療保険－診療報酬体系の見直し →

健康日本21計画

見直し作業委員会報告

医療供給体制－第四次医療法改正 →

医療費削減／老人保健費

精神保健福祉法改正→

老人保健・福祉制度の見直し →

福祉基礎構造改革 →

医療の質の管理と資格 →

精神保健・福祉の見直し

看護必要度／患者処遇マニュアル

入院基本料→看護料、入院医学管理料の消滅

急性・慢性区分／カルテ開示／医師教育

包括化、プライマリケア、情報開示の法制化

人権／入院・移送／保護者／市町村福祉

ケアガイドライン

介護保険法

居宅サービス重視／ケアプラン

社会福祉事業法改正／利用者本位／質

PSW身分法／保健婦看護婦助産婦法

心理職資格化／准看護婦資格制度

足りない、今の使い方ではうまくまわっていかない、という現状があります。

それで、医療保険を変えるということを国は今考えているわけです。なかなかこれはうまくいっていません。

★急性期と慢性期のベッドの転換★

一昨年から健康保険の場合だと、あるいは老人保健の場合だと、自己負担が増えましたよね。健康保険は2割になりました。老人保健は場合によっては3倍くらいになった方もあるというふうに聞いていますけれど、それでもなかなかうまくいっていない現状があるわけです。それは医療の提供の仕方とか、医療保険制度そのものが悪いと

いうことで、言ってみれば今のままではだめだということが誰の目にも明らかなんです。

それで医療・保健・福祉全体の見直しという大きい枠があって、その右側に精神医療の関係でどういうところが関連するだろうかと見ると、上から二つ目のところに急性期と慢性期の区分というのがあります。そういうことをまずやろうとしています。

これはどういうことかという、急性期の患者さん、救急車で運ばれていかなければならないような方には、たくさんの医療をやらなければならないからお金がかかるわけです。で、これをたくさんやるとお金がかかるという考え方があって、なるべく急性期と慢性期をわけてお金のかかるべ

ッドを少なくすればいいんだというのがこの考え方です。ちょっと乱暴ですが、極論するとベッドがある限り患者が収容されるから、ベッドを少なくすればいいということです。

そこで、急性期は平均すると通常5倍くらいお金がかかると言われていますが、急性期のベッドを減らせば慢性期の5人分の患者さんの医療費が減らせるというふうに非常に乱暴な計算があります。急性期と慢性期のベッドを分けて、慢性期を増やしていくというふうに考えています。

分けるというのは、国や県が東京都世田谷区には急性期のベッドは何ベッド、慢性期は何ベッドと決めると言っているんです。今は自由診療ですから、お医者さんが自分で開業したいと手を挙げて、看護婦さんもいます、検査技師さんもいます、給食もできます、建物はこうなってます、という、まあほとんど反対できないわけですね。届け出制なんです。でもこれを届け出ではなくてコントロールすると言っているんです。

今も実は医療計画といってコントロールしているように見えますが、その枠の中では自由になっているんです。それをさらに踏み込んで、医療で使われるお金をコントロールしようとしているわけです。そういうこともやろうとしているんです。

規制緩和とか情報公開というのが今国の組織を変えるキーワードになっているんですが、またカルテの開示についてもそうです。しかし、これもお存じだと思いますけれど、カルテの開示には日本医師会が患者と医師の信頼関係を損なうというで強く反対している。

★カルテ開示の必要と

日本医師会の反対★

そもそも信頼関係は自分たちに向かって正しく

使われているという考え方が、全部とは言いませんけど、ドクターにはあります。精神病とかがんのように簡単に告知できない場合に、どうするかと言うわけです。最終的には自分の病気のことについて知りたいですか？ということを医師が聞いて、どんな病気の方でも知りたいと言ったら必ず教えなければいけないという方向で話が進もうとしています。しかし、さきほど申しましたように日本医師会はかなり強い反対をしています。日本医師会がガイドラインを使ってそれを示すのでそれでいいじゃないかと。

しかし、国のカルテ開示をしようとした委員会の方々は、日本医師会に入っていない先生も多いとか、もし患者さんが見たいと言った場合に、日本医師会の傘下の医師会員が「見せません」と言ったらどういう懲罰を加えますか。懲罰とは言いませんけど、その方をどうしますか、どう指導しますか、見せるようにあなたたち指導できるんですか、という場合に、答えようがないんですね。ですからこれは法律でしるべきです。法律にするべきであるという意見がでてきています。

カルテの開示というのは諸外国ではどんどん進んでいるという話もありますけど、ヨーロッパでもイギリスとかオランダとか先進的にカルテの開示をやっているというふうに言われているところでも、法律ということではここ10年来の話です。法律にしないと開示がなかなか進まないという現実があって、この5年から10年の間で、ヨーロッパなど医療サービスも先進諸国と言われているところも法制化の方向に変わってきているので、日本でもそれを同じように進めていかなくは難しいんじゃないかということで、進んでいくと思います。

(資料の上に)患者処遇マニュアルとあります。これは何かというとお金で医療をコントロールしようとしていることの一つに、精神科の関係でいうと、今まで精神病院の中で患者さんの人権を擁護するとか、処遇を改善するという言い方、ちょっと耳慣れないかもしれませんが、サービスをちゃんとやってますか、ということは法律で示ばられていたわけです。

たとえば公衆電話はちゃんと置いてありますね、とか、患者さん一人一人に対する計画や説明などが行われているということを、法律としての概念で示しています。今まではそういうのはやるのが当たり前という話で、とくにそれにはお金(予算)はついてなかったんですけど、ガイドラインを作って、守っているところにはお金をつけようじゃないかという考え方が今出てきています。

これがうまくいくと、たとえば松沢病院は、患者さんの処遇をちゃんとするということでお金がついている病院だと、つまり患者さんにサービスを説明するとか、した後についての評価について、ちゃんとやっている、そういうことに対する医療費がとれている病院です。じゃあとれていない病院はそういう説明がされてないのかということになる、まあ目印になるわけです。ですからこれはぜひこういうふうにしたい、民間病院もこういうことでがんばってもらいたいということを、私も要求をしています。これは精神病院協会さんは賛成していましたが、最近差別されるということを言い出しまして、私はお金がつくからいいじゃないかと言ってますが、ちょっと雲行きが怪しくなったりしています。

★介護保険と

福祉サービスの変更について★

このごろ新聞とかテレビとかでよく言われているのは介護保険のことですね。40歳以上若しくは、若しくはというのは40歳以上の方はみんなこの中にいる方も自分は介護には関係ないと思っても、保険料を来年の4月1日から強制的に徴収されるんですね。65歳以上の方達はサービスを受ける権利が当然あって、40歳以上の方は老人性の疾患になった場合にはこの介護保険でサービスを受けられるわけです。当然精神障害者の方でも介護保険サービスを受ける場合には、介護保険料を払っていくわけですから、そのサービスが受けられるようになります。

ここでは、今までの保険のサービスと違って、今までは具合が悪いというと保険証を持ってとか、福祉から医療券を発行してもらって病院に行って、自分はこういうところが具合が悪いです、と言いましたけれども、介護保険の場合には自分がこういうことで介護を要するようになりましたと、自分もしくは自分の代理の方が届け出をしますと、そういうことを調査に来るんですね。で、あなたにはどれくらい介護が必要ですよということを示して、なおかつそれに基づいてプラン(ケアプラン)を立てて、こういうプランでいいですか、ということで承認を得る、その困っているかたの決定を受ける、というふうになるわけです。ちょっと手続きが今までとは違いますね。今までみたいに、困ったらすぐ特別養護老人ホームをお世話してくれるとか、老健を探してくれるとかにはならないわけです。老健に行く必要があるかどうかとか、あるいは老健に行った方がいいんじゃないですか、と言われても「私は自宅で看てもらいたいです」と要求をするとかいうことが手続き上可能になります。

しかし、希望したことが全部通るかということ



松沢病院五階講堂（フォーラム会場）

甘いものではないんですけど、そういうふうに福祉のサービスが切り替わります。福祉のサービスを自分で決めるようになるわけです。また、自分で決めるのを手伝うという職種とかが出てくる。こういうことも精神保健福祉法というか今の医療や福祉が変わろうとしていることにそれぞれ相互に関係しながら進んでいっているわけです。その下に福祉の基礎構造改革、これは福祉施設の、今は介護保険で基本的には65歳以上の方のことを言いましたが、それ以外の身体障害のある方とか知的障害のある方たちのサービスも、当事者の方達の中には変わり方が不十分だというご意見もありますけれども、やはり変わろうとしています。

精神保健福祉法の場合には、この真ん中に大きく書いてありますけれども、これ全体が変わる見取り図だとすると、精神保健福祉法の位置づけというのは、実はこの小さい字くらいしかないんです。日本に160万床くらいのベッドがあります。そのうち20パーセントくらいが精神科のベッドです。30数万床が精神科のベッドですけど、使われている医療費もすごく少なくて、医療法の法律が変わるような大きな問題というよりも、精

神医療の問題はすごく小さい位置づけになっています。でも今日の話は精神医療の中での人権擁護ですから取り上げました。

今回法改正をやっている中で、冒頭に言いましたように、病院でたくさんことが起こっていて、マスコミに取り上げられるようなことがいくつか目につくわけですけど、実はそうじゃないこともたくさん日頃から起こっているのではないかと考えられます。

★入院差別をなくす★

そこでよりいっそう人権を尊重していこう、人権擁護しようということで、入院の手続きの問題が取り上げられています。患者さんが安易に強制的に入院させられているわけではないけれども、時によってそういうことが起こっているのではないかと、より慎重に入院手続きをする。

それから、移送と書いてありますのは、今困って入院する必要がある時に、救急車を呼んですぐ来てくれるかという、救急車が来ても乗せてくれない都道府県がよくあります。それは精神障害とわかった時点でもう乗せなくて、警察に電話してください、と指導されてしまう都道府県があります。もちろん乗せてくれるところもあります。乗せないということを中央で指令しているわけではないということですけれども、実際にはそういう活用がなかなかできなかったりします。これも20年以上前から言われていますが、病院にチラシが置いてありまして、ガードマン会社のチラシですが、患者さんを運びますと、うちは空手の有段者がいますと平気で書いてあります。全国で100社近くそういうものがあります。今はこの法律の改正が始まりましたので、活動を休止しているところが多いらしいですけど、「いや、まだ

やっている」という話も聞いています。

★保護者の問題★

それと保護者の問題。全国精神障害者家族会連合会さんという「ぜんかれん」と呼ばれている団体が一番強く言ってらっしゃるわけですけど、家族の責任は一体どこまであるのか、ということを書いてらっしゃいます。

つい先だって、東北のある県で患者さんが退院された後に元勤めていた会社の上司の方を殺害してしまうということがありました。それに対して民事訴訟が起こって、一億数千万円の賠償命令の判決が出たんですね。それで家族会の方達は、じゃあ一生また座敷牢に自分の息子や娘を閉じこめろというのか、というふうに強い怒りをもって今200 万名署名というのをやってらっしゃいます。そういう活動につながるような、今までもそういう憤りがなかったわけではないんですけど、より強いものになっていて、法改正にぜひ進めてくれ、という考え方を持っているわけです。しかし、自民党が「そんなこと言ったら誰が責任をとるのか」、「国か」という話がありまして、これは数年間かけてそういう問題について討議していくというふうに言われています。

これについて余談で一つ言うと、精神障害の人たちが罪を犯した場合には、センセーショナルに取り上げられるわけですけど、精神障害者というふうに、病院にかかっている（罹っている）、手帳を持ってらっしゃる、そういう方達が犯罪の発生率が高いかという、統計上はないんです。それは国も、法務省が正式にそういうことを言っています。ご存じでしょうけれど、毎日毎日、新聞に人が殺されたとか出ますけど、毎日見ていればわかりますけれど、精神障害の人がしょっちゅ

う出てくるわけではないわけです。ただ一度事件があると、「怖い」というイメージで宣伝されるとか、野放しになっているという言葉が使われたりします。差別と偏見と言ってしまえば簡単ですけど、その差別と偏見が再生産されていると思います。

★地方自治体へ移管される

精神障害サービス★

また、保健所の数が減ったのはご存じだと思いますけれど、地域のサービスが都道府県中心から市町村中心にどんどん切り替わっているわけです。市町村福祉については、これからは介護保険もそうですけれど、精神障害のサービスも地方自治体が直接所管するというふうに変わっていく内容になっています。

介護保険の場合ですとケアプランと書いてある、ケアマネジメントと呼んだりもしますけれど、ケアガイドラインとは、個々の人に合ったサービスを作っていく。事前にサービスを用意して、これに合わせるというのではなく、その人に合ったサービスを作っていくものです。もともとケアプランとかケアマネジメントというのはそういうものですが、今までも言葉は使われていましたけれど、決まっている社会資源の中から行政側が選んで措置する、という行政処分だったのを変えていくということなんです。

精神障害の方へのサービスの中にもケアガイドラインというものを、国が策定して市町村の方達に教育を始めています。教育を始めた＝すぐに精神保健福祉法の中で決まったから、たとえばこの法律が決まって来年の4月1日から運用されるという時に、4月1日から世田谷区役所に行って、「すいません、私は世田谷区の住人ですけども、

「どういサービスが受けられますか」と言ってもたぶん4月1日には何もないと思うんです。もしかすると担当者さえいない可能性があるんですね。今のところ言われていますのは、これはやってもいいと、やった場合には地方交付税というところでお金の面倒を見ますという種類のものです。あと1ヶ月以内に決まると思いますけれど、もしこの法律が通ったら、市町村それぞれで皆さんが自分のところは何をしてくれるとか、あるいはこういうことをしてほしい、と言っていかないと、法律に書いてあるじゃないかと言っても、皆さんもご存じの通り、法律に書いてあるからその通りになるという方が少ないわけです。実際には人手がないとか、うちの役所はリストラですとか、あるいは介護保険も始まるもんですからとか、理由はいくらかでも出て来ます。私の聞いているところでは、静岡県では、地域の作業所の利用者の方とか、サービスをやっている人たちが集まって、自治体にどういサービスをしてもらうかということを検討し始めたということも聞いています。皆さんも、法律が通ることを待って、通ったときには、仲間に呼びかけて自分の住んでらっしゃる自治体ではどういサービスをしてくれるのかとか、もしそういう考えがなかなか浮かばないと言ったったら、じゃあ手伝ってあげるというふうに関わっていくことが必要だと思います。

今の話は、今年の1月に公衆衛生審議会（法律を変える時には必ず審議会を通さなきゃいけないんですけれど）で決められたいくつかのことを、要約してお話したわけです。

★我々はどう行動すべきか★

先ほど自治体に精神医療のサービスが移管されていくということを言いましたけれども、移され

ても実際にサービスが動き出すにはお金もかかるし、人手もかかる。それからどういサービスだったらいのかということを決めるのに、時間もかかります。ですから、それにはどうしても皆さんの力が必要なんです。自治体も一生懸命やる場所もありますが、3300も自治体があると、ばらつきも大きい。ともかく介護保険がどうなるかでみんな青息吐息ですね、かなりお金も人手もかけなければいけないという現状になっています。今までも精神医療に対して潤沢に人手やお金や時間が使われたということはないわけで、法律が変わるのは前進には違いないんですが、それですぐサービスが良くなるとか、自分たちが不満に思っていることや不安に思っていることが改善されることにはならないわけです。それに対してどういことをしていったらいいのかというポイントを、考えておきたいわけです。

次に「精神障害は症状としての個別的要因と支援体制という環境要因との相互関係による」とあります。ちょっと難しい言い方ですけど、別な言い方をすると、病気になった方や病気になっている方が、今の苦しみは嫌なので変えたい、自分はなんだか苦しいんだ、病気かどうかわからないけれど、そういうふうな時に、精神病院のサービスとか、精神病院に行くのが嫌だといわれた時には、どうしてあげたら一番いいのか、ということですね。こういう病院があるとか、こういう先生がいるとか、あるいは自治体に行くとどういサービスが受けられるというだけでいいのかと思います。

つまり、その時になってそういうふうにするだけではなくて、自分たちが日頃やっていることの中で、疑問に思っていることとか、助けてあげたいと思う人がいた時に、どういふうに動いていけるかということ、今から考えていったほうが

いいのです。今日は法律の説明でしたけれども、法律をうまく使うというか、あるいは法律の隙間をうまくついでいくということが必要じゃないかと思うわけです。それには自分の言いたいことをどういう形でいうのかということを日頃から考えていなければいけないと思います。

私は精神病院の看護者だったのですが、今もそういう精神病院の看護者の活動とか団体、あるいは病院に行って調査や取材とかをします。そこで法律の考え方を病院の看護者に説明しても、「それはわかっている」というんですね。「わかっている」と言っても、看護者だけでなく、ドクターやワーカーや事務の人もそうですけど、法律があるのは知っている、しかし知っているから読んでいるかという、読まないわけですね。つまり、さきほどボクは医療法という法律によって病院のいろんなサービス、それから精神保健福祉法という法律で精神病院のことが決められているんですと言ってますが、決められているということは知っていても、それがどういうものか知らないわけですね。ですから、それはこういう言い方はサービスを提供している側が無責任だと言われるかも知れませんが、やはり気づいた人が自分たちはこうしてほしいと、患者さんはもちろんそうですが、まわりの人が気づいた時に、これはおかしいと思ったらおかしいということを、どこにどういうふうに言っていくか、もしくは言っていくのがわからなければ、誰に相談したらそういうことが言っていけるようになるのかということと一緒に考えていただけたらいいと私は思っています。

私は精神病院の中の看護職員にもそういうことを言っております。日本は、ご存じのようにほとんどの精神病院が民間病院で、一人社長さんのところに従業員がいっぱいいるという中小企業みた

いなもんなんですね。つぶれないようにするのに四苦八苦だ、みたいなことを院長先生や事務長が言うと、まわりは「はあ〜」という感じなわけです。それは実は民間病院だけでなく公務員の病院だって同じなわけです。だからその病院の人たちだけで何かを変えていくことを期待するだけでは不十分です。その人たちは熱意や誠意があったとしても、そこに自分が、医療が必要だとか福祉が必要だと尋ねた時に、自分の満足が得られなければ、いくらいいものだと提供する側が思っている、それはいいものにはならないんです。だから皆さんにも言っていただきたいし、我々もそういうことを常に考えていなければいけないんだと思っているわけです。

私は医療の中で今後もそういうことを考えていきたいと思っていますので、皆さんはそれぞれの立場とか考えがあるでしょうから、できることからそういう話とか、人を助けるということをやっていただきたいと思っています。

司会 どうもありがとうございました。法改正に伴っていろんな流れが変わっていく、という話がされました。また、もっと聞きたいこととか、こういうことはどうなっているというようなことがありましたら、後の質問の時間に出していただいて、より具体的に法律に伴ってどこがどういうふうに変っていくかという話をしていただけたらいいなと思います。

私も仕事をしていまして、今一番苦労しているところとか、大変だなと思う点が、今度の法改正の中に、保護者の規定のところ、成年後見制度の見直しということで、明記されています。こういうことが実際にきちんとされていけばいいなと思う点がありました。

次に、木村朋子さんにアドボカシー制度についてお話をしていただきたいと思います。

日常的にどういう相談とか訴えが寄せられている

るかというようなことについてお話をいただきたいと思います。

『アドボカシー制度について』

木村朋子（東京人権センター）



木村朋子さん

木村 木村と申します。松沢病院での体験が元になってアドボカシーというものに興味をもちました。東京精神医療人権センターという、民間の、退院したいのになかなかできないとか、そういう患者さんからの相談を受けることを目的とした相談機関のボランティアをずっとやっております。それから東京都社会福祉協議会がやっている権利擁護センター『すてっぷ』、これは人権センターとは全然別の公のものなんですけれども、一昨年から、今まで知的障害と痴呆性高齢の方だけを対象とする権利擁護相談をやっていたのに、精神障害の方も対象に加えるということになりました。その時、私は隣りの中部センターの職員をしておりました関係で、『すてっぷ』の人達が精神障害の方のことを全然知らないというか、どういうふうに関わったらいいかわからないということで、中部センターの職員として、週に1回相談日にうかがって、いろいろ一緒に考えるということをしていました関係で、今日はこういうお話をさせていただくことになりました。

★悪循環の看護体制★

原体験みたいに自己紹介にも書きましたが、1981年に松沢に入った時、当時私は20代前半だったんですが、生まれる前から病院に入院されている方がとってもたくさんいらっしゃって、それがまず大きな驚きでした。「戦争中は何も食べる物がなくて苦しかった」という体験もいろいろお聞きしましたし、そうなるとご家族ともすごく疎遠になって、誰もお見舞いに来てくれる人もなくて、おじいちゃん、おばあちゃんみたいになっちゃった病棟では、出入りするのには勤務を交代する看護婦さんだけで他の人は誰も病棟に、よその人が入ってこない。そうすると本当に全体がよどんだ水のようなといいますか、看護婦さんたちは、身だしなみにもっと気をつけましょうとか、きちんと髪をとかしましょうとか一生懸命患者さんに言っても、「やってもしょうがないじゃない」とはっきりおっしゃる患者さんもいました。

講師紹介

木村朋子さん 松沢病院でケースワーカーとして11年間働く。現在はにしの木クリニックのケースワーカー。また、東京精神医療人権センターすてっぷにも関わる。

その中で職員のモラルと言いますか、やる気と言いますか、そういうのも悪循環的に下がっていく、そうすると熱心さがひとりよがりになったりもします。例えば、ある病棟の前を通った時、「さあラジオ体操の時間ですよ。ラジオ体操しないとおやつは抜きですよ」という病棟放送がかかって、これを外の人が聞くとびっくりすると思うんですけど、なんとか患者さんを動かしたいとその職員は思っている、ということは中にいればわかるんですけど、でも、決して病院の職員としてほめられたもんじゃない、あつてはならないことなんですよ。

そういう、施設化した病院の持つ重たさというか、患者さんに対する人権侵害のたくさんある実態ですよ。そういうものに組合でも10項目点検、自分たちが視点を持ってちゃんと仕事をしているかという点検活動ですとか、患者さんに対してアンケートをするとか、この『ご近所フォーラム』もその中ででてきたものです。仲間ですうことはするんですけども、でも自浄作用には限界があるな、ということも思っていたところ、宇都宮病院事件というのがありました。1984年に栃木県の宇都宮病院で職員が患者さんを暴行で死なせてしまったという事件で、ずるずるといろんな精神病院の問題が明るみに出たきっかけになったんですけど、その時に弁護士の人たちが精神病院問題にとっても熱心に取り組んでいただいたことが、大きなことだったと思うんです。私もその時に学生時代の知り合いで弁護士になった人から、殺人をした人、ひとり人を殺してしまった人でも刑は7年だ、だけど措置入院じゃ、当時措置入院の在院期間は平均7年を超えていたんですね。措置入院された人は不定期刑じゃないか、あんたたちいったい何してんの？みたいなことを言われ

たり、閉鎖病棟に入っていただく、ということは病院の職員からすればいたしかたないという、治療のためだ、みたいな考え方があるわけですけど、弁護士さんから言わせると、それは拘禁＝人の意志に背く自由の束縛で拘禁なんだから、拘禁するということはそれなりの手続きと、たとえば一日に何時間かは外の空気に当たられなければならないとか、刑務所でもきちんと守られなければいけない規程があると、それが病院の場合は治外法権になっているじゃないか、といろいろなご指摘があつて、それまでもやっていることがいいとは思ってませんでしたけど、そういう見方でもう一度見直さなければいけないな、とつきつけられたことがありました。法律もその時に一回目に変わったわけです。アドボカシーというのが今日の私のテーマなんですけど、それもその時に弁護士さんから、外国にはアドボカシーという制度がある、と教わって、それでいろいろ調べ始めたということです。

★アドボカシー制度と役割を

アメリカに見る★

アドボカシーというのは、あとで高山さんのほうからいろいろあると思うんですけど、とくに精神病院では閉鎖病棟に入るということがあつて、強制治療があるわけです。嫌でも注射を打たれてしまうとか。そうするとただでさえ医療の中では、医療従事者と患者さんの力の不均衡があるのが、よけい大きく違うということがあつて、それからあと、患者さんが主張すると、病状が悪いと受け取られるようなことも起こりがちです。さらに、さっきも申しましたように、すごく長期に、20年30年と病院に入って社会から遮断されると当然情報も乏しくなりますし、自分が社会で

どう生きていくとか、退院してやっていくというイメージそのものがなくなっちゃう。これは日本だけじゃなくて世界共通のことなんだと。それで精神病院の、さきほどからあるような不祥事件も起こるし、法律で権利というふうになんか決めても、実際に患者さんの権利行使がしにくい。

これは日本でも精神医療審査会というのが宇都宮病院事件後の法改正で人権擁護の目玉みたいにしてできましたけど、30 何万床病床がある中で年間に退院請求される方というのが、開院以来ずっと千人にも及ばないわけですね。処遇改善請求に至っては、年間 26 件とか、多い年でも 50 件とかそんなところで、法律でいくらいいことを決めても患者さんがそれを実際に使うということは、絵に描いた餅みたいになって、難しいんだと、これも世界共通だと。

ですから制度だけ作って待ち受けるんじゃなくて、病院の中へ病院から独立した人が入って行って患者さんにご用聞きのようにして回って、何かお困りのことはないですかとか、不満に思っているけど、口に出せないことはないですかと、聞いて、その患者さんの拡声器になるというか、患者さんの下駄になるというか、職員との力関係がこんなに違うとしたら、それをなるべく合わせる役割だというふうに、その時にいろいろ調べてわかったわけです。

その後、東京都に海外研修という制度がありまして、アメリカのアドボカシー制度というのを実際に半年間見に行きました。その時のことをお話したいと思います。

アメリカは連邦の法律で精神科の収容施設に入っている人に対するアビュース（虐待）、ネグレクト、権利の侵害について定義があります。

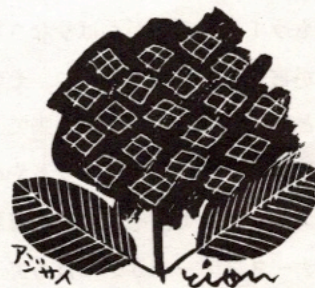
虐待というのは何かというと、スタッフの行為

とか、治療の失敗がけがや死亡につながった場合とか、もちろん直接に暴行とかレイプ、それから抑制、抑制というのは身体的抑制、保護室に入ることと縛られること、それともうひとつは、化学的抑制という言葉を使いますが、過度の薬で過鎮静にする、抑えることを目的で薬を使うというのも虐待なんです。

次にネグレクト、ネグレクトというのは無視する、放置するということです。きちんとした治療計画が立ってなくて、ただいたずらにずるずる入院させるというのは、放置に当たるわけですし、適正な数のスタッフがなくて、きちんとした治療体制が組めないということも放置に当たるわけです。

それから 3 点目が権利の侵害。これは通信面会ですとか、外出ですとか、たばこかコーヒー、そういう細かい問題も含む、日常のその他の権利の侵害。

この 3 点について精神科の収容施設をチェックして調査したり交渉したりするというのが連邦法に基づく権利擁護機関の役割なんです。実際に権利擁護者の人について回りますと、もちろんレイプがあったとか、保護室内で亡くなった方がいるとか深刻な問題もあるんですけど、日々は「クリスマスの買い物に出たいんだけど、まだ外出許可にならないんですけど、何とかならないでしょうか」とか、「この病棟では刺激があると言って、



カフェインレスのコーヒーしか許可されていないんだけど、あんなもんじゃコーヒー飲んだ気にならないんで、何とかして普通のコーヒーを飲ませてもらいたいんだ」とか「自分はノート型のコンピューターが生活の一部になっているので、それを持たないで入院するととってもイライラするからコンピューターを病院の中で使わせてもらいたい」とか、いろいろな日常的なことを、擁護者の人が病棟を回ると患者さん達が訴えて、それを病院側と交渉したりするわけなんです。

じゃあ病院での治療スタッフと権利擁護との関係はどうかというので、ああこういう関係になればいいんだな、と思った例を一つお話ししたいと思います。中には権利擁護の人と職員が全然うまくいってなくて敵みたっている病院も確かにあるんですね。権利擁護の人が入ってきただけで、スタッフが「モンスターがきた」とぶつぶつぶやいたりするようなこともあったんです。お話は、ある病院でとっても肥った女の人が出て、ダイエットを決意したわけです。ほんとに小山のように肥った方で、その人が「自分は肥りすぎだから、ダイエットメニューにしてもらいたい」と言ったら、看護の方もみんな賛成して、「ぜひあなたががんばってダイエットしなさいよ。応援するから」となりました。その食事をしたわけなんですけど、もうあまりにお腹がすいちゃって辛くてほんの1食か2食か3食か「やっぱりダイエットをやめたい」と言ったわけです。そうしたら、「せめてもう1日か2日がんばりなさいよ」とそのナースが言ったらいいんですね。その患者さんがびゅっと権利擁護者のところに来て、「私はひもじくて死んじゃうわ。ダイエットやめさせてちょうだいよ」と言って、そこで権利擁護の人がその病棟のナースステーションに行って「彼女がこう言

っているけど」と言うと「いやあ、強制するつもりは全然ない。ただせっかくダイエット始めたんだから、みんなで応援するからもうちょっとがんばってみない？って言ったのよ」と。でまあ、患者さんがそんなに思っているんだったら元に戻すということになって、それで一件落着になったんですが、その時に病棟の看護の人が、この権利擁護の人はフランクというんですが「フランクがいるから私たちは安心して患者さんを説得したりできる。私たちの説得が患者さんに脅威感を与えてしまった時は、フランクが来てちゃんとバランス役になってくれるから」というようなことを言ったのです。医療者というのはどうしても説得するシーンがあって、それはもうあって当然なんですけど、そういう時に権利擁護の人が balanサーとしてあった方が、治療にとってもいいことだとよくわかったのでご紹介しました。

★日本のアドボカシー

＝「東京精神医療人権センター」★

そんなような、もうすでに病棟の中に病院の職員とは違った人が下駄になり、拡声器になるといったことが入っちゃっている国もあるんですけど、日本の場合、なんとかそういうことを少しずつでも実現したいということで作ったのが東京精神医療人権センターです。1986年から活動しています。チラシがお手元にあるかと思うんですけど、基本的には病院の中、もちろん外の人でもいいんですけど、電話と手紙による相談をするというのが人権センターの活動です。先ほどのように、病院の中に入ってみるモデル事業をしたいということで、数年前に練馬の陽和病院というところで数回、8回か10回かそんなもんだったんですけど、定期的に1週間に2回、病棟に行って、患者さん

に自由に相談していただくというのをやった時に、感じたことを次にお話ししたいと思います。

一つは告知についてです。精神衛生法が保健法に変わる時に、権利告知をするというんで、さっきの精神医療審査会と同じように鳴り物入りで人権擁護だと言われた経緯があるんです。しかし、実際は告知されたことを覚えている患者さんがほとんどいなかったんですね。そう言えば紙を渡されたようだったな—とか、なんかあったけど家族の人が持っていきました、とかそんな方がほとんどで、権利の告知というのが今のままじゃいけないんじゃないかと思いました。

カナダではライトアドバイザーと言って、権利の告知の部分、入院した方にはこういう権利がありますとか、あなたはこういうことで、〇〇法に基づく入院をしていて、こういう権利があります—というのを外からのボランティアが告知しているところもあるんですね。お医者さんが、入院させるその場で権利の告知をしても、患者さんにとってはきちんと伝わらないんじゃないかな、というのが一つです。

もう一つは松沢では最近どうなのかわからないんですけど、急性期、かなり具合の悪い状態で入院された一部の方になんですけど、点滴をして薬を入れて、脱水になってはいけないということで補液も点滴をすると、その時にかなり具合の悪い方なんで外しちゃいけないということで抑制をしゃう、尿量を確認できないと体の中の水分の状況がわからないということで、カテーテルを入れたり、オムツをしたりする治療が結構あちこちで行われているようなんです。

その治療に対して患者さんの方からは、「もう縛られてオムツされたり、怖かった」という「怖かった」というのが圧倒的で、後は「屈辱的で、

思い出すともうわーっと言いたくなる」とかそういう声が結構あったんですね。それに対して医療者の方は「いや、昔の、保護室に入れて強い注射を打って、ただ寝かしちゃうよりも今のこのやり方の方がきちんと尿量も確認できて補液もできて、医療的にはうんと安全な方法なんだ」というふうに、患者さんが快適だとはもちろん思っていない、医療の必要性から言ってこの方がいいじゃないの？と思うわけです。そこで医療者側の論理と患者さんの気持ちのギャップがそこでも強くあって、そういうギャップを埋めるためにも外から入っていくとか患者さんに寄り添うようなしくみがないとだめだな、ただ外で待っている電話相談窓口のみではちょっと弱いな、—というのを強く感じました。

★大阪の人権センターの経験★

さきほど少し話がありましたが、人権センターというのは一番老舗は大阪なんですけど、その大阪の精神医療人権センターが、東京で言えば松沢病院にあたる『府立中宮病院』という大きな単科の精神病院に、やはり定期的に入って行って相談を受けるという活動を、まだやっていないんですけど、やっていきたいということが話し合いの最中だそうです。

それで今やっていることというのは、「入院しておられる皆さんへ」という紙を病棟の公衆電話のところに貼って、人権センターへの電話をおかけください、と宣伝したことで、病棟の中から人権センターにかかってくる電話がかなり増えたそうです。ただその9割くらいは匿名で、処遇に関することがとても多いそうです。

ある病棟では棟内放送のやり方がすごく乱暴で、その棟内放送をやる時間に患者さんが電話をかけ

大阪府立中宮病院における
大阪精神医療人権センターの活動に関する確認書

大和川病院問題にかぎらず、これまでの精神病院における不祥事の根底には、日本の精神科医療の密室性があった。医療におけるインフォームド・コンセントが強調されている現在、精神科医療においても、インフォームド・コンセントと共にアドボカシー制度や第三者評価の導入が、精神保健医療に関係するいくつかの団体から要望されている（日本精神神経学会、全国自治体病院協議会、全日本自治体労働組合など）。

このような状況を踏まえて、大阪府立中宮病院（以下「中宮病院」という）と大阪精神医療人権センター（以下「人権センター」という）は、中宮病院における人権センターの活動に関し下記のとおり確認する。

記

- 1、人権センターは、ステッカー・パンフレットにより、その活動を患者に広報することができる。
- 2、人権センターと患者との面接は、原則として病棟の面会室において面会として定められた時間内に行われる。
- 3、双方は、中宮病院におけるアドボカシー活動のあり方につき協議する場を適宜設ける。

平成10年12月3日

大阪府枚方市宮之阪3丁目16番21号

大阪府立中宮病院
院長 藤本 淳



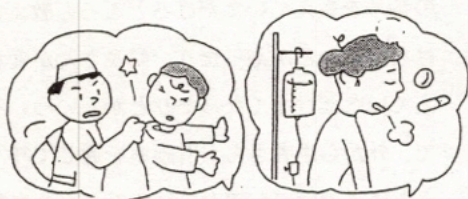
大阪市北区西天満5丁目9番5号 谷山ビル8階

大阪精神医療人権センター

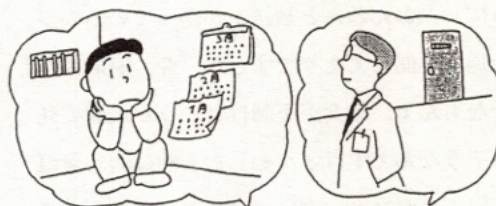
代表 弁護士 里 見 和 夫



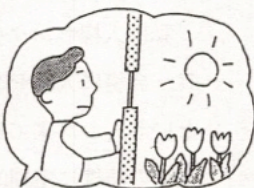
<資料>これまで人権センターによせられた処遇上の不满には次のようなことがあります。



- 職員から暴力的な扱いを受けた。
- 患者の間でおきたトラブルのために保護室に入れられた。
- 大量の薬を長期にわたり投与されていて身体がしんどい。



- 症状がおちついているのにいつまでも閉鎖病棟に入れられている。
- 医師の診察が少ない。

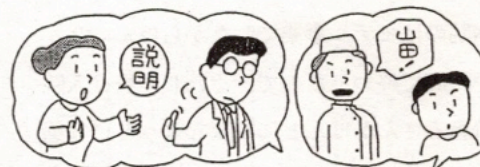


- 歯の治療をしてもらえない。
- 閉鎖病棟にいて、日光浴、散歩、運動をさせてもらえない。

- 小遣いがどうなっているのかわからない。
- 冷房・暖房がいてもらえない。



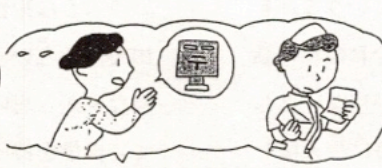
- 買い物や外出ができない。
- 強制的に病院の仕事を手伝わせられる。



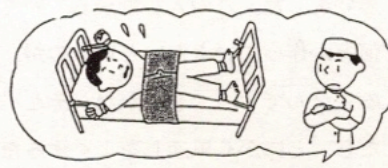
- 病気や治療の予定についてたずねても説明してくれない。
- 職員から呼び捨てにされる。
- 電話をかけるときに誰にかけると聞かれる。



- 電話をかけるときに職員が横で聞いている。
- 電話をかけるための現金やカードをわたしてもらえない。



- 手紙をだすときに内容をみられる。
- 出した手紙が届いていない。



- 必要がないのにベッドにしばりつけられた。
- 職員の言うことをきかないという理由で保護室に入れられた。

てこられて、「ちょっと今から放送が始まりますから聞いてください。」と言って、そしたら割れるようにわんわんわんと放送がかかっているのが電話を通じて聞こえたりですとか、今、府財政がピンチなもので、給食が下請けという民間委託されるそうなんですけど、そしたら前は適時適温給食というのがスローガンですから、温かいものは温かく、冷たいものは冷たく給食されていたのが、全部同じ温度になっちゃってみかんもスूपもごはんもみんな生温かいものが来るようになっちゃったと、これはなんとかしてください、というような電話です。それは病院と協議の場があるので定期的に何ヶ月かに1ぺん、こんな相談が来ていますというのを病院と人権センターとの間で話し合い、少しずつ改善はされていくようだというのが大阪の人権センターの人がおっしゃっていたことでした。

★継続が必要★

陽和病院のはモデル事業でしたからほんの2ヶ月くらいの間で終わったので、それじゃ長く入院している患者さんがほんとに相談しようという感じにはならないんじゃないかしら、というのが私たちの感想でした。月に1ぺんでも、年単位で行かないと、信頼してあの人に相談してみようかというふうにはなかなかならないんじゃないかなと思いました。外の人が継続していくということを何とか作っていきたいというのが、今日の私の話の主なんです。でもなかなかそこへいけないとしたら、とにかく風通しをよくするために、人権センターとか、さっきお話にでた『すてっぷ』、それに弁護士会が障害者権利擁護相談という電話の窓口を持っていますので、あらゆる相談機関の電話番号を（今は東京都の電話と人権擁護局の電話だ

けです）、各病棟に、松沢でも貼っていただくですとか、外から電話をかける時、病棟の公衆電話の番号を教えていただけるところと教えていただけないところがあったり、婦長さんが変わると教えていただけなくなったりとか、いろいろあるので、外から患者さんが看護室を通じて呼んでもらうというのは申し訳ないですから、公衆電話の番号がわかるように一覧表にして外に教えるということをはっきりさせるとか、なんかそういうできることをやっていったらどうかしらというのが、今日のとりあえずの考えです。

私は人権センターではボランティアでして、今日、会場に人権センターで専従をやっている小林というものが来てるんですけど、今44棟という松沢の病棟に定期的に何人かの患者さん、特定の患者さんですけど、訪問する活動をしているんですね。ぜひそのことを小林の方から話してもらいたいと思います。以上です。

司会 ありがとうございます。具体的に患者さんの必要としている擁護を実践していくということで、現在は訪問だとか電話相談とかいう形でされているという話が聞けて良かったと思います。私たちも施設の中で病院の中で、ややもすれば第3者が入るということに対しては、どうして？というような拒否感みたいなものがばーっと前面に出てくるというようなことが、まだまだあるんじゃないかと思いますね。自分の仕事に責任を持って、自信を持ってやれていれば、そこまで言っちゃうと語弊があるかもしれませんが、そういうことでやっていれば誰が来ようと、私たちはこういうことをしていますよ、ということでは話ができるし、今、アメリカですか、外国の話がされ

ましたけれども、その施設の人がアドボケイターがいることによって、患者さんとのバランスがとれていて、自分たちも安心だという話がありましたけど、そういう関係が作れていけばいいな、と本当にそう思います。まだまだ遠い道のりかもしれないんですけど、こういうことをきっかけに考えていけたらいいな、と思います。

また具体的に何から始めていったらいいだろうか、というような提案もありました。私自身もよく患者さんにお友達からかかってくる電話に対し

て病棟のシステムとしては、受けて患者さん自身がその電話番号にかけ直すという体制なんですけど、そういうことではなくて、もし内線の電話がもう一本あって、それが患者さん専用でそういう取り次ぎの電話として使えたらもっといいんじゃないかなと、それは病院との交渉とかそういうことを今思いつきましたけど、本当に何かできることがあったら、始めていけないか、ということも含めて考えていけたらいいな、というふうに思いました。ありがとうございました。

『わが国における 福祉オンブズマン制度の現状』

高山直樹 (和泉短期大学助教授)



高山直樹さん

★病院のサービスの質を高める

オンブズマン制度の必要性★

高山 私とは二人と違って精神保健あるいは精神医療に直接携わってきた、あるいは、いるという立場ではありません。しかしながら、今紹介いただいたように、社会福祉施設を中心に利用者の方の権利をどう守っていくか、またどう擁護していくかというところの実践をいくつかしております。その権利擁護のしくみの中の一つとして、今日本の中で、オンブズマン制度、オンブズマンというもの非常に注目されているわけであります。このオンブズマンが東京都にもいくつか生まれてきていますし、各地でこのオンブズマン制度を導入

している施設、あるいは地域が増えてきました。ただこのオンブズマンという名称や、その考え方、それからその内容に関しては非常に広い幅の中で、このオンブズマン制度の名前を使って活動しているところが増えてきています。そういう意味では整理をしていかなくはならない時期にさしかかってきましたけど、このオンブズマンが導入され

講師紹介

高山直樹さん 和泉短期大学の児童福祉科の助教授。これまでに知的障害者の施設などでオンブズマン制度を導入したり、その地域のネットワークでオンブズマン制度を導入して具体的に活動。

てきた経緯だとか、その歴史みたいなものをちょっとふまえて、このオンブズマン制度のことを理解していただきたいのと同時に、やはりこの松沢病院でも、ぜひこの制度を取り入れて行っていただきたいと思います。それはどういうことかという、結局は患者さん、あるいは利用者の方の権利擁護、権利を守っていくという事は、これは病院であれ、社会福祉施設であれ、そういうところのサービスの質を向上させるものの一つのしくみだという大きな役割があるわけです。ですから第三者の目、風を入れていくことによって職員の人たちを糾弾したり、施設、病院を糾弾するととられがちなんですけど、そういう部分もちろんあるんですけど、実は大きな方向性では病院のサービスの質を高めていくんだと、あるいは社会福祉施設のサービスの質を高めていくんだと、しかしながら施設の中で、病院の中で高めていってそこをパラダイスにしていくものなのかということも問題提起をしたいと思うんですけど、そういう意味では質というところと、このオンブズマンというところが相当密接に絡み合っていると言えるのです。

★閉塞状況下にある“危険地帯”★

もうちょっと前提条件をお話しますと、戦後54年経ちました今日ですけど、要するに私たちの生活そのものが閉塞状況の中にあると、よく言われていますね。閉塞状況…。政治をとっても、今の経済状況をとっても、今の私たちの例えば老後や、あるいは将来に関しての意識をとっても、例えば将来、老後ということに関して、本当に老後を生き生きと生活できるのはほとんどの方が思っていないでしょう。また、思えないような時代だと、日本の国だという感じがしてならない

んです。そういう意味で戦後54年経ちましたけど、その中で築きあげられてきたしくみというものがありますね。このしくみというのが今全部機能していかなくなっているわけです。

その中で特に私は、機能していない分野というのが4つあると思っています。それを私は危険地帯と呼んでいるんですけど、それは医療・福祉・教育、あと行政です。この4つです。この4つというのは危険地帯ですね。要するにこの共通点はヒューマンサービスという、人が人に対して支援をしていく、援助をしていく、そういうところなんです。医療も教育も行政も福祉も、人間が生まれてから死ぬまでの間に必ず関わるということです。そして、ここで専門的な技術や支援を受けるといことですね。ここが本当に閉塞状況に陥っている感じがしてならないんですね。そういう意味でここにオンブズマン制度がとくに必要だと思っています。教育もそうです。福祉もそうです。行政もそうです。そして、医療もそうだというふうに思っています。

どういう構造になっているかという、これも特徴があるんですね。その組織そのものが全部縦割りです。また法律も縦割りで作られている。そういう意味では官僚的なんですね。非常に官僚的。そしてそれはピラミッド構造。そこの中で行われていることは非常に不透明だということです。要するに、当事者である生徒やあるいは患者や市民や利用者の方がなかなか見えにくいんですね。だから不祥事があつたりしても、それを守ってしまう、隠してしまうような構造になっているんですね。そこに人権侵害的なものがあつて、事件性のものが時々出てきますけど、それは後を絶ちませんね。

社会福祉施設でも、そうです。体罰や虐待が後

を絶たない。そういう意味では、そういう構造の中で、社会福祉施設の中でとくに、そういう事件性のあるものの出方というのは、私のところにもたくさん手紙やファックスが来ますけど、全部職員の内告発です。そういう形でしか、事件性になっていかなかったという事実がまだ現存しているわけですね。

そことオンブズマンを絡めていきますけど、要するに組織そのものがピラミッド構造、官僚的だということがあります。どういう構造になっているかというと、ここの頂点のところに医療専門職、医師、看護婦さんがいるわけですね。あるいは教育の場合は頂点のところに教師がいるわけです。頂点のところに福祉専門職がいるわけです。ケアワーカー、ソーシャルワーカー。行政は、行政マンがいるわけです。この人達はある専門的な技術や知識を持っていて、そしてその専門的な技術や知識をある意味ではこういうふうに提供していくわけですね。これがある意味で上下関係の中でやられている、あるいは従属関係といってもいいですが、行われてきているということです。

ですから、医療であれば患者さんがおられますし、教育であれば生徒と教員、福祉であれば福祉の専門職と利用者の関係、それから行政であれば、行政マンと市民、こういう関係ですね。これがこういう矢印ということです。

★あきらめと依存の意識★

ここからが大事なところで、患者があるいは生徒が、市民が、利用者が、この人達に対して苦情を申し立てたかったり、あるいは不満を持ったりしたときに、一患者の人が医師に対して直接言うてくるということは、出来る方もいますが、多くの方は出来にくいですね。出来ないということ

です。また、生徒が教員に対してものごとを言うていくことは、なかなか出来にくいですね。施設の例えば特別養護老人ホームに入っているお年寄りが、ソーシャルワーカーの人に対して文句を言うていくかといえば、ほとんど言えないですよ。それはなぜ言えないかというと、言うことによって、この矢印のサービスに直接悪い影響を及ぼすのではないかという不安や恐れがあるからです。ある意味では人質になっているわけです。なかなか言えないですね。

そうすると、患者や生徒や利用者や市民の人たちはどのような意識になってしまうのか？。私たちはどこかに属していますよね。またこれからも属する可能性もあります。そうするとどのような私たちの意識になってしまうかというと、ただ二つだと思っています。一つは、あきらめます。「言ったってしょうがないもん」とか「言ったって変わらないもん」という意識ですよ。もう一つは、依存していくか、このどちらかです。依存、頼り切っちゃう。あきらめるか、依存するかどっちかになっちゃっているんじゃないかという感じがしてならないんです。私たちの政治や社会に対して、一市民としてのその例えば意識としても、今の政治、言ったって変わらないや、と思っている人がほとんどじゃないかと思うんですね。そういうことです。あるいは、ちょっと地方に行くと、今の政治に対しても、自分の村に橋をかけてもらおうとか、自分の村に新幹線を通してもらうからといって、逆に依存していくか、どっちかになっちゃってますね。

とくに今の日本を閉塞状況と言ってますけど、実はその閉塞状況というのは、私たちの今の意識にあるんです。あきらめか依存かどっちか。これは変わらないですよ、絶対。この組織そのものが

こういうことがユーザーとして、いわゆる消費者として、こういう構造をもっていたり、こういう意識をもっていたら、ここの組織というのは変わらないです。こういう人たちは文句を言ってこないだろうと思ってますから、好きなことができちゃうわけです。

★当事者に不満はいえないから

第三者の代弁が必至★

ここの分野だけで通用しない言葉とかやり方っていっぱいありますよね。第三者から見たら絶対おかしいよ、と思うことがいっぱいあると思います。それに慣れ切っているからです。またこういう体制に慣れ切っている。大事なことは、なかなかこの人たちは個人で言えない。しかも組織が大きくなるほど言えないですよ。

たとえば、医者と患者の関係でも、昔から信頼関係のある、かかりつけのお医者さんであれば、言える可能性があります。しかしながら、高度な医療を受ける、あるいは大きな大病院になってしまうと、たとえば大学病院の先生になんか言えないですよ、絶対。だから大きな組織ほどむずかしいですね。大きな組織ほどあきらめ的な構造が出てきます。ですから、こういう矢印を作っていなくてはいけません。当事者の方々が言いにくいのですから、第三者の方が言うわけです。第三者の人が代弁していく。この人たちの声を代弁して、この人たち、あるいはこの組織に伝えていく、こういうようなシステムが必要なんだ。これがオンブズマンです。

ここからが大事です。単なる第三者が一患者の声を医療専門職、病院に対して代弁をしていくんですけど、その声をこの組織に活かさないという意味がないんです。その組織に患者さん、あるいは利

用者の声を活かしていくというこういう循環になってこないと、単なるこのシステムを入れたとしても、あ、そうですか、と聞くだけに終わっちゃいます。ですから、その声を聞いて、その組織に活かす。そしてたとえばその病院や社会福祉施設、あるいは行政でも、サービスの質を高めていく、ということが目的なんです。それで本当の患者さん本位の病院になるわけです。本当の利用者中心主義の施設になってくるわけですよ。ですからこの声に着目しなければいけない。

この声を第三者のオンブズマンという人がここに伝えて、つなげて、そしてこの声を組織側が、あるいは専門職側がきちんと受け止めて、受け止めたことをきちんと組織の中に反映させていく。要するに、病院の中では患者さんが主役ですし、学校では生徒が主役ですし、あるいは施設では利用者の方が主役です。それから公共団体、地方公共団体では市民が主役なわけです。国というのは市民が主役です。そういう意味ではその声をやはり反映させていくようなしくみを作っていかなければ、私たちの今の日本というのは、あきらめと依存の中でずうっとトンネルの中に入って先が見えないんです。

そういう意味で、私は単なる一病院をどうこうしようと思ってないんです。単なる一施設をどうこうしようじゃなくて、本当に民主主義の日本の世の中を作るために、オンブズマンというのが必要だと思っています。そういう大きな視点です。

だけど、現実的には、精神病院の中、あるいは社会福祉施設の中に、たとえば虐待がある、体罰がある、拘束がある、施設がある、こういうことが日常に行われているわけですね。そういうところにもそのオンブズマンがかかわらざるを得ないと思っています。その先というのは、ここを目指

していかないとだめだというふうな気がしてならないんですね。ちょっとこのことを前提にお話をしたいと思います。

★第三者の評価に耐えうる専門職に★

私のレジュメといくつか新聞の記事がありますが、そういう意味があって、権利擁護というのは、私は単なる苦情のレベルのことじゃないと思っているわけです。

この 1990 年代、今年で終わりますけれども、いろんな意味で対抗概念というのが出てきています。たとえば医療の世界ではインフォームドコンセントもそうでしょう。カルテ開示というのもそうでしょう。とくに、いわゆる生活習慣病といわれる病気に関しては一生その病気とつきあっていかなければいけないときに、カルテ開示は有効だと出てきますよね。それがあるお医者さんでやられ始めてきていますし、大学でもそうです。末安さんは大学におられるかもしれませんが、教員人気制とかですね、学生の授業評価とかが取り入れられてきています。まあこれは、教育の中でも大学というところが、そういう意味では一番こういうところのシステムというか組織が強いところでありまして、そういう意味では、今大学ではある意味よどんでいるところが多いですね。まあこの教員人気制や学生の授業評価ということも、ある意味では大学を活性化するために入れられている文部省の一つの方針ではあります。しかし、いろんな意見がありながら、一理これは大事なことだなと思ってやっています。

具体的に言うと、私たちの大学も学生の授業評価というのをやっています、私は今障害者福祉論という授業を持っているんですね。あるいは社会福祉原論というのを持っています。半期、だい

たい 12~3 回の授業が終わった最後の授業の時に、学生に、私の授業 12 回聞きますよね、評価をさせるしくみになっているんです。どういう評価をするかという、マークシート方式になっていて、たとえば高山の授業は熱意があるかというのが 1 から 5 まであって、それを 100 人の学生がつけるんです。高山の授業は黒板の字がきれいか、とか、高山の授業はこういう資料を活用しているかとかです。そういうのが 10 何項目あります。それを全部コンピューターにかけて、平均点数が項目ごとに出て来るんですよ。それでその授業に関して学校の先生、教員たちはそれを見て、要するに学生の声を授業に取り入れなさい、と言ってるんです。

また、自由記述欄というのものもあるんですよ。そこで、たとえば、高山先生の授業は権利のことを言い過ぎて耳にたこができます、というふうに書いてあるんです。たとえば、あのときの高山先生の授業の時のあの日のネクタイとスーツが合っていないませんでしたとか、自由記述欄に書いてくるんです。

何をいいたいかという、頭きちゃうわけですよ。学生だって、100 名いたら 30 人くらい寝てたりするわけです。携帯電話ピーピー鳴ったりするわけです。そんな奴らに評価されたくないぞ、



と思っちゃうわけです。今私は施設等にオンブズマンに行ってますよね。本音のところでは、やっぱり私は自分の授業に自信があるんです。正直言うと。100人いたらですね、だいたい8割くらいの方は伝わってんじゃないかと思ってたわけです。自信がある人ほど頭にきっちゃうわけです。いい評価されれば別ですよ。マイナス評価受けると頭にきちゃうんですよ。

★第三者の目を専門職はどう活かすか★

これは逆に、病院の中にオンブズマンの人が入っていきます。あるいは施設の中に入っていきますね。私のサービス提供の仕方、あるいは看護の仕方、あるいは私の社会福祉のケースワークの仕方に自信がある人ほど、第三者の目が入って行って、マイナスの評価をすることはノーですよ。これは、私も学生から評価を受けてそうなんです。このところだというふうの一つ思っています。

第三者の目が入ってくるということはプラスの評価はいいんですよ、それなりに。マイナスの評価も入ってきたときに、それをどう専門職の人たちが受け止めるかというところが相当鍵になってきます。だから、「また、あいつら来たよ」みたいに思われちゃうということではなくて、そういうレベルではなくて、これからの上にいる専門職の人たちは、私はこういうふうと思っています。

本当の専門職の人たちは、やはり人からの評価に関して、評価を受けるということに今までは慣れてなかったんですね。これから人から評価を受ける時代に入ってくる。そして、そのマイナス評価を受けた時に、やはり自己拡張できていく人たちが専門職なんだろうと思うんですね。それ以前のところに頭きってしまったら、そういう否定的な捉え方をするというのは、それはその人自身の問

題があるんじゃないかな、という気がしてならないんです。ですからこれからの専門職というのは人から評価を受けて、また評価に耐えうるサービス提供をしているかということが問われるわけです。そこが、あるいは逆に言えば、一人一人ではなくて、病院という組織の評価になってくるわけです。そして施設という評価、あるいは行政という評価になってきた時に、やはりそこが問われてくる、という感じがしてならないんです。

★サービス利用者と提供者の

「対等な関係」の確立のために★

オンブズマンだとか、権利擁護だとか、情報公開、あるいはアカウンタビリティ、アカウンタビリティというのは、説明責任といいますが、それが問われてきています。あるいはNPOもそうです。

昨年、社会福祉基礎構造改革というものが社会福祉の分野の中で、一つの方針として出されました。それには、6つの基本的な方向性がありますが、その第一番目には、サービス利用者と提供者の対等な関係の確立というふうに書いてあるんです。サービス利用者と提供者の対等な関係の確立と書いてあります。こういう構造の中で対等な関係の確立はないですね。私は、今こういう構造の中で、今の日本の中で、利用者の方と提供者の対等な関係の確立というのは絶対あり得ないと思っているんですよ。これは保証します。あり得ないからこそどうするのか考えないといけないんです。だから、第三者の目とか視点とかシステムを取り入れていかなきゃいけないんだというところに立たないといけないんじゃないでしょうか。そういう意味でオンブズマン、第三者の目、視点というのがやはり必要になってくると思っています。

医療・福祉に第三者の目

職員への評価／苦情調査し勧告

来四月に介保険のサ・ビスが始まるのを迎えて、医療や福祉の現場で、外部の第三者にサ・ビス内を評価してもらう「オンブズマン制度」を導入する動きが広がっている。利用者に選ばれたサ・ビスを提供しないと、生き残れないという危機感がある。オンブズマンが依頼先から独立して客観的な判断を示せるかどうか。また、評価に関する情報の公開が力点となっていた。

（出河 雅彦、生井 久美子）



福岡県内の29の老人病院が「抑制廃止」を宣言。6月からはオンブズマンを導入する＝福岡県宮田町の有吉病院で

独立性が必要

「独立性が必要」
複数の福祉施設をつくる
神奈川県と湘南がしネット
ワークの「オンブスマン」を
務める高山直樹と、泉屋短期
大助施設の話。兼施設設
の「オンブスマン」は施設経営
者、利用者の苦悩がよりなり
、利用者の中に埋没してしま
う恐れがある。職員の配属

選ばれるサービス狙い

教授ら検証

施ほざるの如き罪を、
事故防止の爲に理し、
ペナルティとして罰金や
車いすなどの罰を課せ
るやめようと、昨年八月、福
岡県内の十の老病院が抑
制団体宣言をした。宣言に
賛同した二十九病院をつく
る研究會が、医療費を第
三者の目と評價し、その
妨ねることを手チェックし、
患者の家族に、不安の問題
を知らせるべく、その結果を
病院の集まりに報告し、改
正を促す予定。シスター
が流す薬が多い、患者
者が病を治さぬと告げる
ことなど。

オプスマンをは月から導入する。

オプスマンは、九州大学大学院・医療システム学教授・信友浩一教授、抑制剤廃止に取り組んで上戸川病院、東京都八王子市の吉岡理事長と田中とも江緑婦長、子供達の取り組んできた稲村裕代弁護士一般からも公募で選ぶ。ほらのお年寄りを育てる。家族の会からも申し込むが。

オプスマンを導入する背景には、老人病弱に生き残るのかどうかという強い危機感がある。介護保険の対象施設には、特別養老老人ホーム、老人保護施設、療養型病院など三種がある。老人病弱とはなにかと病弱の、老衰型病床群は、療養型病床群にないに過ぎない。一番高く、保険を押しつける、と指摘されている。

抑制の防止を宣言した病院はまず、病院の理念と経営状態、職員の数や配置、緊急の専門などに加えて、起こす、非特け、食事、清潔、レクリエーションの五つの基本的なうちの五つを研究會誌に公開し、利用者が判断の材料にてもらいたい。

有吉病院（福岡県宮田町）院長の有吉浩志氏は「選ばれた病院になるのが目的です。行政の監視機能なども含めてあらゆる情報を開示し、利用者が判断の材料にってもらいたい」

成否のカギは ①実態に迫れるか ②情報公開

と話す。

オンブズマンになる信友教授は、「特に、安心し、納得して介護を受けているかを検証したい」と語る。

本音が大事

山梨県石和町にある甲州
リハビリテーショングルー
プ。リハビリ病院から、老
健施設、特養ホーム、有料
老人ホーム、訪問看護ステ
ーションまで、医療・福祉
サービスを一通りそろえてい
る。

県が補助金

・クラブ」代表の思内真須美さんは「施設の利用者はなかなか本音を言わない。施設側が選んだオンプスマンがどこまで実態に迫れるか」と疑問を投げかける。

高知県は、医療・福祉施設の質を高めるために、今年度二つのモデル事業を計画している。

鳥津秀会長は昨年末、オンプスマンを導入した。委員されたのは大学教授や看護の専門家、弁護士ら

情があると調査を行い、サ
ービスが不適切だと判断した
場合に改善を勧告する仕組み
だ。調査件だけで三三万
円の報酬を支払う。

導入の趣旨が記された資料はこう説明している。

同県の療養型病床群は六十五歳以上の人口比で

「一、整備済の土地に一新
しの福祉から一権利とし
の福祉への転換。利用
者から信頼されない施設は
淘汰されて、ま……」
グループ内の有料老人ホ
ームは、三年間、介護サビ
スに関するパフォーマンス
を、当初、オランダは、

どの配額に不当表示の恐れがあるとして、公正取引委員会への警告を受けた。

有料老人ホームの調査をしている横浜市消費者団体「横浜コシシューマーズ」では、「この声も出さなければ、説明会には三十病院ものめかけ、『オンズマ』を受け入れた病院は、何らかのマークを掲げてほしい」との声も出た。

★様々なオンブズマン★

オンブズマンというのはスウェーデン語なんです。とくにマンということで、男性的なイメージが強いということで、色々批判もあって、オンブズパーソンという言い方をしている団体もあります。4つの種類がありまして、一つは行政オンブズマンです。これは1990年に川崎市が最初に導入し、独自に条例を作りました。これは、川崎市長がオンブズマンを市民から3名任命します。一般の市民ですから、市民が行政に対して行政の苦情を申し立てることができるしくみになっているわけです。長崎県の諫早市とか、神奈川県藤沢市とか、宮城県あるいは熊谷市とか沖縄県、そういうところに行政一般を含めたオンブズマンが出来ています。そして、たとえば川崎市では3名います。オンブズマンがいるんですけど、月の報酬いくらだと思いますか？ 月70万円ですよ。1ヶ月に1人70万です。川崎市民の方、おられますか？ その税金が使われているわけですよ。70万×3人×12ヶ月ですよ。こういう状況ですね。私は藤沢市に住んでいますが、藤沢市も60万円ですね。2人います。それだけのお金が払われているんです。

それともう一つ、行政福祉オンブズマンというのがあります。これは世田谷区でも入れられておりますけど、これは最初に中野区で取り入れたんですね。いわゆる行政の中でも福祉の分野に限ったオンブズマンですね。そういうオンブズマンもあります。三鷹市にあります。あるいは横浜市にも導入されています。横浜市では苦情処理調整委員会という障害分野、児童分野、高齢者分野などがあります。中野区も、一人25万ですよ。なんでこんなお金の話をしているかという、私がやっ

ているオンブズマンというのは、ほとんどお金が赤字状態だからなんです。そういう行政のオンブズマンというのは、ある意味でそうやって行政の長が任命する形ですから、ある意味でそこに税金が払われている、要項や条例で作ってやっていますから、財政的にはわりと円滑に運営されているんです。ただし、行政のオンブズマン、行政福祉オンブズマンというのは、ある意味で、市長から任命されていますから、本当に行政に対して第三者じゃないですよ。組織の中では行政の一員ですから、そこからお金が払われている、報酬が払われているんです。よく批判されるのは、本当に行政に対してきちんと声をあげていくことができるのか？というようなこともあり得るんです。純粋に第三者じゃないですから。

もう一つ、市民オンブズマンというのがあります。これはまた行政とは全く別のオンブズマンで、いわゆる情報公開請求をして、そして資料を基にして、いわゆる「官官接待」や「空出張」だとかを暴いている。そういうのを市民オンブズマンとして活動しています。これはたぶん都道府県に今全部あると思いますね。また、市町村レベル、とくに市のレベルで、市民オンブズマンという名称で、情報公開請求をしながら税金の使われ方をチェックしていこうということを、オンブズマンという名称を使ってやっています。これは行政とまったくちがう形のオンブズマンですね。

とくに日本の中で特徴的なのは、次の福祉オンブズマンというものです。「多摩更正園」は東京都の多摩市にある身体障害者の療護施設でありますし、「清瀬療護園」というのは東京都の清瀬市にある身体障害者の療護施設、「内潟療護園」は青森にあります。「厚木せいか園」というのは知的障害者の施設で、厚木市にあります。あるいは

「しょうきち園」というのは稲城市にある、特別養護老人ホームですが、そういう施設が単独で要項を作って、施設長がオンブズマンを任命するという形で施設に来ていただいて、利用者の声を聞いていただけるというしくみを作っています。これを施設単独型オンブズマンと呼んでいます。

もう一つは単独型ではなくて、ある一定の地域エリアを対象として、しかもその一定の地域エリアの中にいくつかのいろんな施設がありますが、その施設がネットワークを組んで、そしてそのネットワークとオンブズマンと契約をしてオンブズマンを導入しているという、地域ネットワーク型のオンブズマンというのが最近増えています。「湘南福祉ネットワーク」とか、「愛知福祉オンブズマン」とか、「多摩福祉オンブズマン会議」とかいうところで、いくつかの施設が集まってですね、そしてオンブズマンと連携をしていくという、契約をしてオンブズマンに来ていただくという、そういうものができています。それから神奈川県の場合は、とくに知的障害者の施設協会というところで、青空マンというのが入れられてきています。

そういう形でいくつかのオンブズマンの形態があるということです。

★「愛媛オンブズネット」などの 情報公開要求の強み★

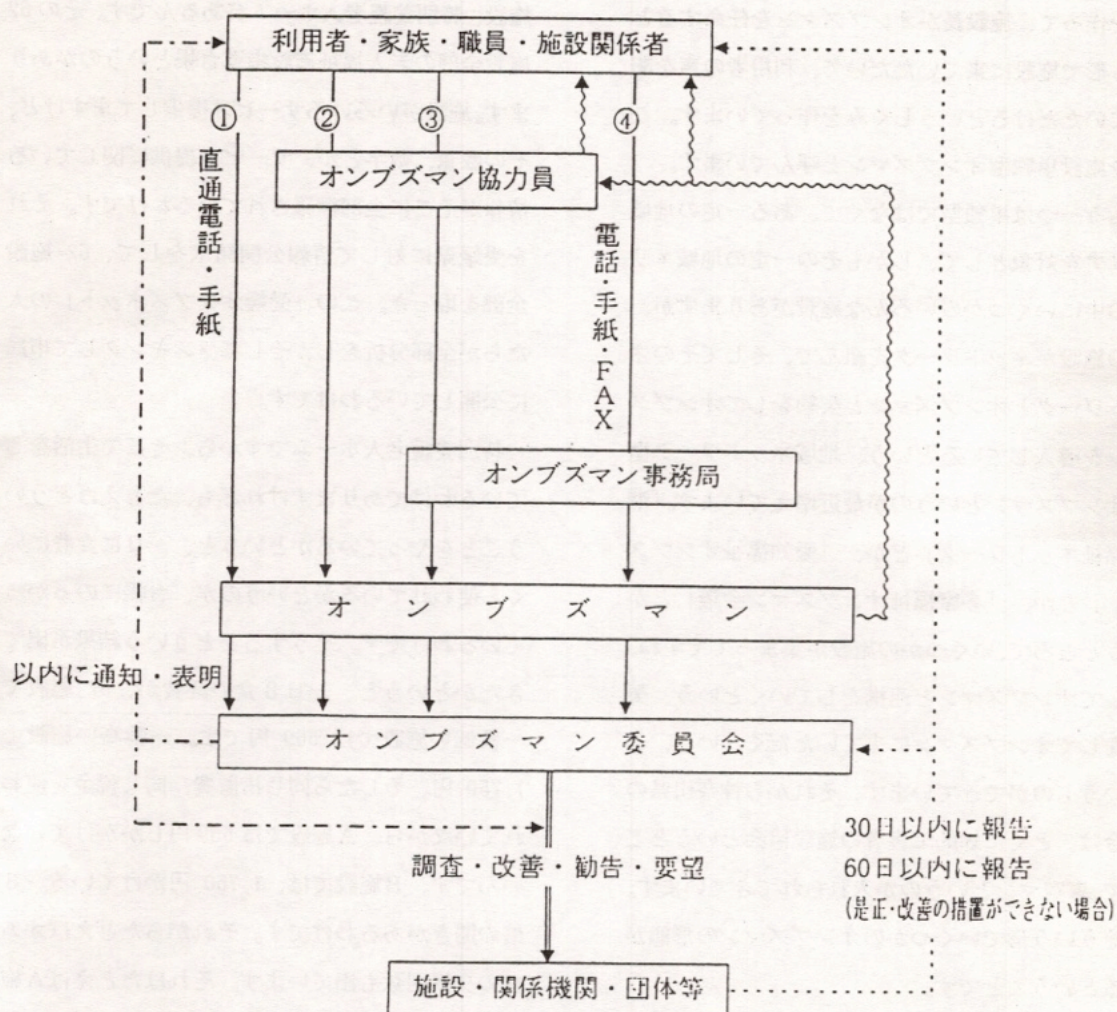
とくに、昨日情報公開法案が通りましたが、一番下に「愛媛オンブズネット」とか「埼玉市民福祉オンブズマン」というのがあります。このオンブズマンというのが、もう一つ違うオンブズマンでして、これは先に述べた市民オンブズマンの福祉版といっていいと思います。都道府県に情報公開請求をして、そしてその資料を元にランキングをしたりしているわけです。この「愛媛オンブズ

ズネット」というのは愛媛県にあるんですが、どうということやっているかという、愛媛県には52施設、特別養護老人ホームがあるんです。その52施設全部の老人福祉施設指導台帳というのがあります。施設がいろいろサービス提供してますけど、その数量、数字とか、サービス提供に関している情報がそこに全部網羅されているわけです。それを愛媛県に対して情報公開請求をして、52施設全部を取った。この「愛媛オンブズネット」の人たちが全部分析をし、そしてランキングして市民に公開しているわけです。

特別養護老人ホームですから、そこで生活をしているわけでありませけれども、たとえばどういことをやっているかという、一日に食費にいくら使われているかというのが、台帳にのっかっているわけです。そうするとどういう結果が出てきたかという、一日3食の経費が、52施設で一番低い施設では569円です。一番高い施設で1,750円。そしたら同じ措置費、同じ税金を使われているながら、A施設では569円しかかけていないんです。B施設では、1,750円かけている。3倍の開きがあるわけです。それからたとえばオムツの交換回数も出ています。それはたとえばA施設では17回。最低の施設では5回。これも3倍の開きが出ていますね。それから、寮母さんがいますけど、介護福祉士という国家資格を持った人たちがいったい何パーセントいるか。80パーセントが最高です。ゼロパーセントのところもあるんですよ。数字で実態が見えてくるわけです。

ですから、台帳を全部分析して、そうやって数字を見抜くことができるようになってきています。ですから、そういう意味で特別養護老人ホームを利用する時に、情報が全くない私たちにとって、利用するときの判断基準になってくるというわけ

湘南ふくしネットワークオンブズマン活動の流れ



です。情報公開で取り寄せることができるわけです。やろうと思えば東京都でもできます。そういう時代になってきています。

島根県で、そういう市民オンブズマンの人たちがどんどん情報公開請求を取るもんですから、先に島根県としてそういう情報公開の開示をしたんですよ。インターネットに全部載ってます。だからインターネットにA施設のたとえば食費がいくら使われているか、とか、あるいはどのようなサービス提供、メニューがあるかとか、インターネ

ットに載ってます。

あと5年くらいすると、すべての都道府県でコンピューター、インターネットに情報を開示するという時代がやってくると思います。ですから、東京都にいて、たとえば北海道をクリックすれば、北海道のあるA老人福祉施設の情報が見られるという時代がこれからやってくるだろうと思います。やはり、どういう情報を公開しなければならないかということがありますが、それがたとえば病院だとかにも入ってこざるを得ないんじゃないか、

入ってこなければいけない、と感じます。

あと、一つ危険性があるのは、数字だけが一人歩きをする場合があるということなんです。たとえばさっき言った、食費でも一日 569 円のところと 1,750 円のところがありますよね。その数字だけ見れば一般論として 1,750 円のところがいいなと思いますよね。だけど問題はそうじゃなくて、数字だけが一人歩きすると、1,750 円のところを選びますが、利用者とすれば、うまいかまずいかなんですよね。

だからどういうふうに情報公開していくかという、うちはたとえば 600 円しか使ってないけど、こういうような選択メニューを取り入れているとか、こういうようなことをやっているんだということを情報開示できるかということが鍵なんです。ということは、施設もそうですけど、病院でどういう食事の提供をしているかということがきちんと情報開示していかななくてはいけなくなってくると思います。数字だけでなく、その組織のサービス提供、サービス内容をどういうふうにしていくかということを情報開示していくことが問われている。

今まで、私たちの理解として、情報公開というものは請求があつてしぶしぶ出すという形ですよ。そうじゃないということです。これからどういう形で、あるいは市民の方々、患者の方々、家族の方々に情報開示をしていくかということ、積極的に開示をしていく病院や施設が生き残っていくんですよ。それは、やはり誇りを持って仕事をしている職員がいるところは開示していきます。しかしながら、ある意味で守りに入っちゃっている施設はやはりオープンにできない何かがあるんでしょう、と言わざるを得ないと思うんですね。そういうところはやっぱり出しにくいでしょう。

ですから、これからは情報を積極的に開示していく施設や病院がこれからのいい病院であり、いい施設であると思います。

★施設単独型オンブズマンの限界★

さて、そういう意味で先ほど最初に触れました、第三者の目が入ってきたときに、一番困るというか、影響を受けるのは、第一線の職員の人たちだと思うんですね。単独型施設のオンブズマンで、第三者の人が入ってきて、職員の人たちがこういうふうにいるという調査が一つあるんです。実は、オンブズマンというのは施設長の諮問機関になっていますから、とくに知的障害者の施設の場合、たとえば非常に不安定な方がいる場合に、力づくで抑えなきゃならないときというのがやはりあるんです。それをちからずくで押さえつけていると訴えられるという恐れがあるみたいですね。

オンブズマンを導入したことによって、利用者との関係性を一歩踏み出せなくなってしまったという職員の方が多くなったというのが一つあります。どうしても施設長、あるいは長の人に、たとえば個人的な固有名詞が出て来る場合がありますから、それを報告しなければならないわけです。そのときに、そういうことはないんですけど、職員側の意識からすると、リストラに使われるのではない、左遷されるのではない、があるんですよ。実際にはないんですが、そういうような意識というのがやっぱりあるんですよね。だから職員が利用者に対するサービスの提供で一歩踏み出せなくなってきちゃう、躊躇しちゃう、ということなんです。あるいは自分の名前が出ることに對する恐れみたいなものがある。出たことに関して施設長側から、あるいは管理者側から何かレッテルを貼られちゃうんじゃないか、あるいは人事異

動の一つの理由にさせられるのではないかとかという恐れが出てきちゃうんですね。ですからそのところで施設の単独型オンブズマンというのは難しいんじゃないかと今言われてきています。

もう一つは、単独型ですと、利用者の方が、たとえば今4人部屋なんだけど、2人部屋になりたいとか出てくるんですね。普通は個室にならないわけですから、難しいですよ。今2回しか風呂がないですけど、これを7回にしてもらいたい、毎日、とくに夏場なんかはシャワーをやってもらいたい、とか来るんですよ。それは制度の問題や、施設職員のマンパワーの問題でできないんですよ。ですから、そうなってくるとオンブズマンに言ったって、しょうがないな、また全然変わんないな、ということで、なかなかまた利用者の方が声を出すのをやめてしまうというようなことが出てきているということがあるんです。そういう意味で施設単独型ですと、どうしても施設の歴史性だとか事情に埋没してしまってますね、なかなか難しくなっている。そして第一線の職員の人たちもオンブズマンに対してちょっと否定的になってきているということもあるんですね。オンブズマンを入れている施設というのは、実は今案外いい施設しか入れてないんですよ。人権感覚のある施設長が入れているわけで、圧倒的な施設というのはそういうものを入れないわけですよ。そこにその何か問題があるというのは、案外少ないんですけど。

★ネットワーク型オンブズマンとは★

そういう意味でこれからネットワーク型のオンブズマンというのが必要になってくるわけで、私が今作っているわけです。ネットワークというのがどうということかという、今湘南福祉ネットワ

ークというのがありまして、この次のところを読んでいただければわかるんですけども、ネットワーク型のオンブズマンというのは、湘南という地域ですね、茅ヶ崎、藤沢、鎌倉、逗子という湘南のエリアですけど、その湘南のエリアを拠点として、今14の施設が加盟をしています。そして、私たちオンブズマンというのは今10名います。

だいたい2人ずつペアを組んで、月に1回必ず施設を訪れて、利用者の方の声に耳を傾けているということをやっています。親の方とも話し合いをするとか、職員の研修会に出るとか、利用者の会にも参加して、利用者の声に耳を傾けています。

1997年度は81件の訴えがありました。1998年度は今まとめていますが、3倍あります。訴えが300件くらいあります。その訴えも生活環境、食事、外出、施設サービス、財産、介助、施設職員の問題、将来の生活の問題、多岐に渡っています。これはなぜそういうものが出てきたかという、毎月行くことが確実にになったからですね。「なんか相談がありますか」と待っていてもだめなんですね。利用者の方々と信頼関係が出来ていくためには、月に最低1回必ず訪れることをやらなければいけないですし、対面をして、またベッドの横で話をするとか、そういうことを定期的に取り入れていくシステムを作らない限り、利用者の方々はほとんどあきらめているか依存しているかどっちかですから、声を出してもいいんだよ、というところから私たちは関わっていくわけです。そういう意味でこれだけの数が出てきているということがあります。

ネットワーク型というのは、どういうことかというと、将来的にやはり地域で生活をすることを目指すという意味があります。施設をよくしていくんじゃなくて、地域の中で生活をしていくシス

A 権利擁護センターすてっぷ

知的障害者・痴呆性高齢者の法律、生活相談▽生活アシスタント紹介、財産保全サービス、弁護士紹介▽広報誌、図書発行、セミナー開催など。

B 福祉サービス苦情調整委員

区民から福祉サービスに関する苦情を受け付け、オンブズマン（弁護士ら4人）が調査して制度改善などの意見表明を行う。

C 横浜市福祉調整委員会

オンブズマン（学識経験者4人、市民代表2人）が毎月3回申立人と相談、1回各区巡回相談を行う。

D あおぞらマン

施設サービスに対する相談と救済申し立て。関係者の同意のもとに資料の提出や実地調査の権限が付与されている。弁護士と大学教授2人が毎月1回面接・電話相談を受ける。年2回出張懇談会を開催。保護者や家族、実習生を送り込む相談機関担当者と懇談会を行う。

E 旭ヶ岡の家高齢者福祉オンブズマン会議

施設からの独立性・中立性を保持するため市内の法律事務所に事務室を設置。弁護

士や医師ら5人のオンブズマンが苦情処理、アンケートなどを実施。

F 清流苑オンブズマン

民生委員、元教師ら5人のオンブズマンは全員女性。介護専門施設の同苑で暮らす痴呆老人の家族、寝たきりの人から苦情を救い上げ施設側に改善を求める。

G 内湯療養園オンブズマン委員会

4人のオンブズマン（弁護士、元同園の利用者）が月に1回来園し、居室やホールで入所者の声を聞く。苦情・相談を定例会で審議して施設長に改善を求める。

H 多摩更生園苦情処理運営委

自治会や現場職員の協力で“下から”作られた制度。4人のオンブズマン2人は障害者で、施設内での人権侵害に対する抑止力の機能を果たしている。

I 清瀬療養園人権擁護委員会

元養護教諭ら3人のオンブズマンが、重度障害を持つ居住者に1人2時間程度かけてじっくり苦情や悩みを聞く。介護に当たる職員からも相談を聞き、延長に改善を提

案する。

J 厚木精華園オンブズマン

弁護士や大学教授ら3人のオンブズマンが毎月1回訪問、利用者から相談を聞く。園内行事にオンブズマンが参加し、問題の把握に努める。

K 湘南ふくしネットワーク

弁護士、大学教授、親など9人のオンブズマンがそれぞれ2〜3施設を担当し、毎月1〜2回訪問して障害者や職員、親から相談を受けたり、活動状況を視察する。障害者からのアクセスを容易にするため、顔写真入りの名刺を作成したり、オンブズマン直通の携帯電話を置いて常時つながるようにしている。

L 徳島しょうがい福祉ネットワーク

障害児の親など個人会員約50人、保護者会2団体が参加し、苦情相談や施設の視察などを計画しているが、施設側の反対もあって実際のオンブズマン活動はまだ準備中。

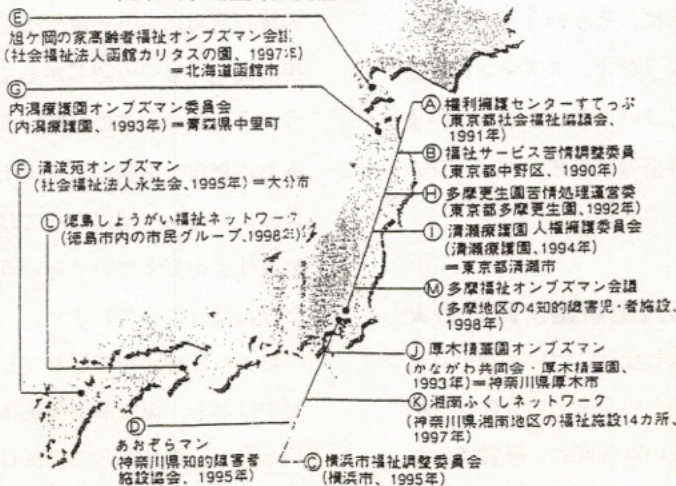
M 多摩福祉オンブズマン会議

各施設で数人のオンブズマンを選定して訪問・電話相談で苦情を受け付ける。年2回、職員も参加してオンブズマン連絡会を4施設合同で開き、問題点を話し合う（1施設は準備中）。

福祉オンブズマン奮闘

主なオンブズマンの活動状況

（カッコ内は設立母体と設立年）



テム、地域支援システムをどう作っていくのかと
いうことがあって、「湘南福祉ネットワーク」で
地域エリアを限定した上で作っています。今年、
厚木地区にもこういうものができます。もう一つ
「横浜ネットワーク」というのもできるんですね。
ネットワークがこうして出来ていって、今度はそ
のネットワークごとにまた大きなネットワークを
作って、いろんな制度や政策に対して、提言をし
ていくことができるんじゃないかなと思っています。
それは、第一義的には利用者の方の声があが
ってくる。これをきっちり吸い上げて、行政に提
言していくことができるという意味でも、いろん
な形でネットワークというのが問われてきている
んだというふうに思っています。

そのネットワークを将来的にはNPOにしてい
くという形で、そこに当事者の方々、あるいは親
の会の方々とか、あるいは利用者の自治会運動を
されている方々と一緒に取り入れながら、NPO
型のオンブズマン制度というシステムを作ってい
く。そして施設に定期的に訪問をしていくという
ことと同時に、地域の中で新しい地域福祉の支援
システムみたいなものを整備できるように、きち
んと政策提言できるように、そういう市民型の市
民がチェックしていくようなオンブズマンを、こ
れから作っていかなければいけないと思っていま
す。そのことがやはり将来のこのオンブズマンの
方向性だと思います。

★オンブズマンから人権意識を育てる★

オンブズマンを今導入しなければいけないと思
いながら、入れられないという壁というのは、職
員の方の意識とか、あるいは管理者、経営者の意
識というのがあります。それは私は逆にそのこと
をあえてそこは軽く飛び越えていただくようにし

た方がいいと思いますね。コンセンサスが出来て
からということよりも、そういうものを入れてい
かないと、これからにっちもさっちもいなくな
る。情報公開もそうですし、選ばれる時代、措置
から契約へ、となってくるということもあります
が、そういうのも今から準備をしていかないと間
に合わないんです。

社会福祉施設の職員もそうですが、やはりこう
いう構造に慣れきってしまいましたから、要する
に人から評価をされるということに慣れてない。
と同時に、権利意識や人権意識に関しても、今い
ろんな方向性としては打ち出されていますけども、
本当にその職員の人たちが本来アドボケーターで
なければいけないわけですね。オンブズマンだ
けがアドボケーターではなくて、その職員の人た
ちがアドボケーターになって、その組織を変え、
地域を変えていかなくてはいけないわけです。そ
れは研修では無理なんですね。それに気づくには、
やはり自分の今の仕事、あるいは患者さんや利用
者との関係性の問題をつきつけられないと、権利
意識とか人権意識というのは育たないと思ってい
るんです。第三者の目を入れていくことは、自分
の権利意識にもう一度気づく、職員側も、そこを
担っていくという感じがしてならないんです。そ
ういう意味で、やはり第三者の目を入れていく。
そして施設、病院の質を向上していく。そして職
員の人たちも一緒になって日本の社会、あるいは
地域社会を変えていくという方向性を持っていた
だければと思っています。

ちょっと時間を超過してしまっただけで申し訳ないん
ですけども、後で湘南福祉ネットワークのフロー
チャート、それからこの毎日新聞ですけど、去年
の10月にありました、これは今日の中身の福祉
オンブズマン、施設単独型だとか、情報公開を使

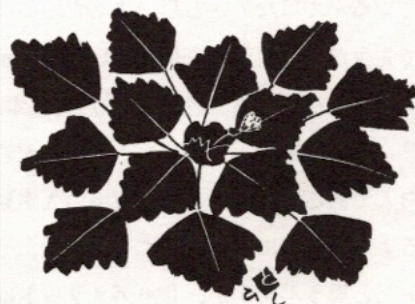


す。私たち職員も自分の人権感覚を磨いていかないと、制度とかいろんなことに押しつぶされて適切な対応ができていなかったとかいうことも出てくるのかな、と思います。今日のお話をうかがってつくづくとそういうことを感じているところです。

ったオンブズマンについてコンパクトにまとめて書いてありますので、現状はこういうような感じでオンブズマンが日本の中にあるということの資料ですので、これが参考になるかと思います。

司会 ありがとうございます。いろいろ盛りだくさんのお話で、時間も不足しておりまして、中身をもっと深めてというところまでいかなかった部分もあるかと思いますが、そういうことも含めて後半の討論の中で皆さんからいろいろ意見を出していただいて、また講師の方々からもお話をいただく、という形で進めていきたいと思います。

今、施設のオンブズマン導入という話がありました。病院も今、病院機能評価という形で、そういう評価を受けるという話が出されています。それは先ほど愛媛オンブズネットで点数化されて云々という話がありましたけど、そういうことと同じ様なことが今出されてきているのかと思いま



討論の司会 私なりに前半の方、一分でまとめますと、末安さんの方からは今日私たちのおかれています、精神医療の地平線がどういうものであるか、今日の話の制度的な輪郭が示されたかなと思います。つい最近できた情報公開法がこれからのトピックスになっていくかと思うんですが、そのへんのいろんな法律のお話がありました。

木村さんの方からは、アドボカシーということを中心に患者さんの声の拡声器として、あるいは職員と患者さんの開いた溝を埋める患者さんの下駄になるんだというような話がありました。ポイントと思うのは、外の人が病院なら病院の中に、継続的に存在していく必要があると、そういうことがないとなかなかうまく機能していかないとい

うことが話されたと思います。

高山先生の方からは、オンブズマン制度ということについて対峙していく形のものもあるけれど、サービスの質を高めていく方向性を本来持つべきものであるというお話だったと思います。先生の方からも利用者との信頼関係を作るためには、最低月1回の訪問が必要だということでの継続性ということが提起されていたかと思います。

今日の講師の方のお話に絡んででも結構ですし、せっかく松沢病院に足を踏み入れていただいたということで、病院に関することでも結構ですけれども会場の方から何かお話があれば、手を挙げていただきたいと思います。

◎会場での質問と答え◎

第三者は「素人性」が必修？ どうして情報開示させるのか？

A 今、大学で医療と社会の関係について研究している者です。今の先生方のお話をうかがって、非常に勉強になったんです。やはり現場に第三者が入る、あるいは現場の情報を外に出すというのは非常に重要だと思うんですね。ただ問題は、第三者がどういう性格を持っているかということで、とりわけこれが精神医療という現場で考えるとなかなか微妙な問題が出てくるんじゃないかと思いました。

それで先生がたのご意見を伺いたいのですが、第三者というのはなんで第三者かという、基本的に、現場にとっては「素人」であるから第三者だと思います。素人であるということで、現場の人が見過ごしているような問題に焦点を当てられると、それがメリットだと思うんですが、じゃデメリットは何かというと、たぶん現場のことをよくわかっていない。

たとえば、精神医療の時に必ず問題になるんじゃないかな、と思われるのは、妄想に基づいた訴えがあった場合に、それをどこまでまじめにとるかということだと思うんですね。

実はボクある精神病院でフィールドワークをやってまして、今はやめているんですが、その時ボク自身もちょうど第三者みたいな形で、現場に入ってたんですけど、そうするとやはりいろんな訴え、ボクは一応看護実践を社会学的に調査するという名目で入って行って、そういうような説明をしていたんですが、それでもやっぱりいろんな訴えが来るんですね。やはり一番印象的なのは、「〇〇先生のおかげで、薬飲まされたら背が縮んじゃった」とか、これは一番すごい例だったんですが、「あるケアワーカーにナイフで刺された」とかですね、そういう訴えがあつて、たぶん普通の現場のスタッフであればこれは妄想であつて、基本的に病的な現象であると思うんですが、これがその全く現状を知らない第

三者が入った場合に、「あ、そういうこともあるんだ」と、あるいはなんかそれに近いことが行われているんじゃないかと判断する可能性も十分にあるんじゃないかと思うんですね。

問題は、その訴えと病気がどこまでが正当な訴えで、どこからが病気なのかというボーダーが非常に危ういのが精神医療の難しいところで、その場合に第三者の素人度が高ければ高いほど、あるいは患者さんの言うことをできるだけ聞けば聞くほど、そういう訴えも全部入ってくる可能性がある。ただしそれを全部排除してしまうと、要するに誰が権利でそれを排除するのかという非常に微妙な問題が出てきて、たぶん現場の人は長いこと現場でやっているから、あ、これは妄想で、ここらへんの訴えはまあ正しいとか、ここらへんはまあちょっといいんだけど、まあちょっと現実的に無理だな、とかいろいろ判断していると思うんですね。

問題は第三者が入ってくることによって、よく働けばいいんですが、悪く働けば、たとえば妄想の訴えをまじめにとって、それをどんどん問題化していくと、そうするとそれがまた患者さんにフィードバックされて、それがどんどん妄想自身が活発化するという可能性も十分ありうるんじゃないかと思うんですね。ここらへんのバランスというか、実際にアドボカシーなりオンブズマンが入った時に、負の作用をどうやってくい止めながら、ポジティブな作用を出していくかというのがすごく問題だと思うんです。これについてお考えを伺いたい。

二つ目は、先ほどもあったように、どちらかというところを開示しているところというのはいいところですよ。我々が知りたいのは、宇都宮病院とか明らかに悪いところだけど、悪いところは自己開示しないと、どうやって悪いところに自己開示させたらいいんだろうか。これは非常に戦略的な問題だと思うん

ですが、何かアイデアがあったら、伺わせていただきたいんですが、宜しくお願いします。

討論の司会 一問一答式で、試しにやってみたいと思います。講師の方は、木村さんからいいですか？

**訴えは具体的な
証拠をそろえて。**

**アドボカシーで
改革の唇上げを**

—木村

木村さん



妄想に基づく訴えをどんどん聞くと妄想が活発化するというのが、本当にそうなのかなと。聞き方もあるんでしょけど、そういうときはなんか原因にあることがあるんじゃないかなと思うんですよ。たとえばあるケアワーカーに目を刺されたというんであれば、そのケアワーカーの人に怖い感じを受けたとか、気になることがあったとか。ですから、刺激的にそらいけそらいけとやるんでしたらともかく、きちんと話を聞いてねいに聞くことがマイナスになるということはないと思います。

あとは、実際に相談を受けていて、本当であるにしても、妄想であるかもしれない、何らかの証拠がなければ、例えばある職員から暴言を吐かれたとしても、証拠がなければ実際に問題にすることは難しいわけですね。だから具体的な問題について証拠がそろわないと、たとえば訴えを起こすとか、何らかの格好で問題にすることは残念ながら難しいんですよ、ということをお返しするしかない場合がすごく多いんです。

2点目は、何とか中からの声をキャッチする。例えば、退院した患者さんが入院してた仲間に、たと

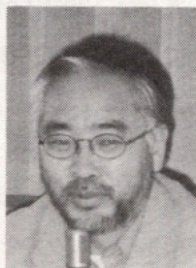
えば人権センターの連絡先を渡してこちらに電話してくるようになるとか、そういうゲリラ的なやり方。あとはオランダなんかがそうなんですけど、法律でアドボカシーというか権利擁護制度を入れているんじゃないくて、病院と特殊法人みたいな格好の権利擁護協会が契約してアドボカシー制度が成り立っているんですね。小さな国ですから、30 いくつしか精神病院がないんですけど、だんだんにいい病院からそこと契約をして、院内に権利擁護の人を置いていく。そうすると取り残されたところは、あそこは権利擁護の人も置いていない悪い病院ということになって、最終的には入れざるを得なくなるというか、結局は悪いところをバーっと告発するのは、大和川とか宇都宮とかああいうスキャンダルがつかめれば別ですけど、そうでなければできるところから改革していくことで、底上げしていくのが、全うなやり方かな、という気がするんですけど。

第三者は専門家の方がいい。病院改革はできるところから—末安

皆さんにも意見を聞きたいんですが、ボクは第三者が病院の中に入るという場合には、その人が素人でなければいけないというふうには思っていないんです。つまり、専門家の方がわかるということもあるわけです。

専門家がわかるというのは、専門家だから専門がわかるというそういう意味じ

ゃないんですね。そこがある意味では新しい目というか、専門家にしかわからないことを見抜いていくということも必要だと思っているわけです。これは、会場に東京精神医療人権センターの小林さんがいる



末安さん

ので、外国ではそういう監査みたいなことをどうやっているのかということなど、彼女の方が詳しいので後で補足してほしいんですけど、ボクはなぜその考え方がいいと思っているかと言いますと、精神病院の中の看護職員も今、これまでやってきたことを振り返って反省しています。

すべての病院がそうだとはいえませんが、ある病院ではこういうことをやっているわけです。たとえば、どこどこという場所に自分の生まれた家が今でもあると、あるいはどこどこに自分の会いたいという人がいるとすると、今まではそういうものを聞いたこともないような場所に、あんたの知り合いがいるわけじゃないの、それはテレビかなんかで見たんでしょ、とか、そこに誰かがいるという証拠はあるの、ということで、あなたの言っていることはわかるけど、本当にそこにそういう人がいるの、あるいはそういう人が呼んでる、なんでわかったの、とこういう感じだったわけです。つまりそういうふうには否定していたわけです。でもこのごろはもしかしたら本当に呼んでるかもしれないじゃないかと、結果として病気がそういうふうに言われたかもしれないけど、その人がそれを言いたかったんだと、そこに何かがあるかもしれないから、一緒に行ってみようということをやっているわけです。

現に行ってみて、何もなかった場合もあるわけです。しかし、実は生まれた家がまだあるんだと言われて、行ってみたら、家はなかったんだけど、その方が何十年も行ったことがないような場所に、その駅のまわりはすっかり変わっていたんだけど、その場所にその人は地図もなしにちゃんとたどり着けると。この先には銭湯があって、とか、聞くと本当に銭湯があったとかですね。その方の中ではそういう場所があるわけです。そういう妄想でもないというのか、我々にはそう見えるとか、判断で

きるようなことも、ご本人にとっては、真実という
か事実のことがあって、我々はそれを病気というふう
に見てきたけれども、それを病気というふうに否定
し得ないことがあるんじゃないか。ケアのあり方も
変わってきたわけですね。

その次にじゃどうするかというのが大事なんで、
そのこと自体を事実じゃないですね、と否定するこ
とが一番ということではないと。私たちは結構人間
関係の中でも、あの人ああいふこと言ってるけど、
きつとこういうことだから、そのことが言いたい
のよね、ということがありますね。そういうレベルの
ことが病院の中とか病気のせいにされるとい
うのが、やっぱりおかしいんじゃないかとい
うことがあって、ケアという点ですけれども、
振り返って反省したり、実際にそういう展開が
起こっている。そういうこともプロだからこそ、
そういうことをやるべきだということがあるわけ
です。病気だと否定することは簡単なんですけども、
プロだからこそ、その人がそのことを通して何
が言いたいのかということまで考える必要がある
んじゃないかと思っているわけです。

それから2番目の悪い病院こそ、というのは本
当にその通りなんですね。しかし、木村さんも言
われたように、そこの扉を力づくでこじあけるん
では意味がないですし、それから本当に変わったこ
とはならない。全部そういうのを印籠を示してお
とりつぶしという感じのことを、もしかしたら国
はこれから少しそういうことをやり始めるかも
しれませんけれども、それは我々がやるべきこと
ではないですよ。やはり、できることからやってい
くということ。でいうと、距離は「遠い」かも
しれませんけれども、こういう病院があるとか、
こういう制度に乗っ取ってこれはこういうサー
ビスができる病院だということ。をたくさん作
っていくことによってできる。「遠い」とい
うのは距離じゃなくて、サービスの中身

が遠いと、宣伝できるとか、使っていく、ある
いは皆さんがそういうことをちゃんとふまえて、
「いや、あそこの病院はやめた方がいいわよ」と
か、「あの先生はやめた方がいいわよ」とか、本
来は人で選別するというのはふさわしくないか
もしれませんけど、でも劣悪なものをわざわざ
知っていた場合に使うというようなことはしな
い、ということをするための情報を用意する。
遠いようだけれども実はそれが一番近いんじ
ゃないかなというふうに私も思っています。

私は去年一年間で40数カ所精神病院に参
りまして、1点目に戻りますけれども、自分が
専門家というか精神病院で働いたことがある、
たくさんの病院に行ったことがある、たくさん
の患者さんと話したことがある、たくさんの
病院の職員と話したことがあるということで、
この病院は今何を考えているのか、とか、
変な言い方ですけど、隠していることは何
だろうかとか、そういうことがわかる部分
がありますから、そういうことから、その施
設とか病院に行くということでは、初めて
行くということでは素人なんだけれども、
その人にしか判断できないような技術が
持たれていないとだめなんじゃないかな
と思っています。

第三者は専門家が 経験を共有して。 オンブズマンは 徹底的に利用者の 立場から—高山



高山さん

誰がオンブズマンになりうるかという話ですが、
6の課題のところに書いてありますけれども、たと
えば「湘南福祉ネットワーク」ですと、10名いま
す。10名の中に、学識経験者や弁護士、あるいは

弁護士でも人権侵害の弁護をやってきた弁護士ですから、ある意味で専門家です。学識経験者も福祉施設の専門家もいます。と同時に、市民の代表みたいな素人性みたいなものも重視して、それらをミックスしているわけです。

オンブズマン委員会というのがありまして、私たちは月に2〜3施設担当していますから、行くと同時に必ずオンブズマン委員会というのが開かれるんです。そこで問題を共有化していきます。先ほど言ったいろいろな知的障害者の方の問題などに関して、そこで共有化をして、オンブズマン委員会として提言を出していきます。たとえば物理的な構造の問題に関しては、その場ですぐ改善してくださいと言えますけども、もっと制度的なものや運営的なものや、より個人的なものになってくればくるほど、一人のオンブズマンが提言をしたり、施設側に訴えたりすることは難しくなってくる場合があります。委員会として一回スクリーニングをして、委員会として提言を出していくという運用の仕方をしています。

そういう意味で私は専門的な人も、素人的な人もいた方がいいと思います。その中の組織的なところでカバーできるんじゃないかという感じを持っています。

もう一つは、先ほども木村さんとお話したんですが、オンブズマンというと第三者の中立・公正というふうによく言われるんですね。「中立公正の立場」でこれをやってしまうと、利用者の方々のアドボケイターになれないんですよ。中立・公正で行うと、今までの施設や病院でもそうかもしれませんが、歴史のある施設は、その歴史だとか、それから今の制度に巻き込まれて、結局利用者の声が反映されないことが多々あります。そういう意味では徹底的に利用者の立場に立って代弁出来る人がやはり必要じゃないかという感じがしています。そういう意

味では、本来的には、スウェーデン型のオンブズマンというのは中立公正なんですけど、中立公正ではだめじゃないかなという感じがしています。

むしろオンブズマンという名称が広がってきまして、むしろアドボケイターのところに徹することができるか。極論ですけれども、私たちはわがままから出発していいと思っているんです。だけどそれは精神科という領域になってくると、それがイコールとして難しい部分もあるかもしれませんが、とくに特別養護老人ホームに入っているお年寄りの人たちのようにあきらめちゃっている人たちに対して、どうやって自分の意識を回復していこうかということについて、とくに長く入院されている方や入所している方ほど、自分の権利さえわからなくなっている人がいますから、そういう意味ではそこから関わらないといけないんじゃないかな、というのが一つ。

それからもう一つ。悪い病院、悪い施設と言っても同じだと思いますけど、そういう意味で地域型のネットワークというのはすごく有効なんですよ。ネットワークに入っている、たとえば茅ヶ崎市ではですね、もう8割の施設が入っているんですよ、ネットワークに。入っていない施設は市民からおかしいぞ、と見られてきています。そういうことなんです、戦略としては。ですからそれがやはり神奈川県下で広がってくれば、そういうオンブズマンを導入していない施設はだめだよということが市民にわかってくればいいと思っています。それが一つですね。

もう一つは、これは逆なんですけど、介護保険が入ってきたときに、今特養なんかはですね、オンブズマンを入れることを一つの売りにしていくという動きがあります。逆に言えば、これは危ないんですよ。だからオンブズマンが入っているから、うちの施設に今度来てください、というようなことを『売

り』にしていこうという施設がでできます。それを私はガス抜きオンブズマンと呼んでいます、これも氣をつけないといけないんですね。

ですから、オンブズマンに誰がなっていくのか、どういう方向性をもっていくのかということを、しっかり定めないといけない時代に入ってきている感があります。例えば「ガス抜きオンブズマン」というのは、その施設の歴史性や今の制度に巻き込まれてしまって、そしてOKを出してしまうようなオンブズマンですね。ですからオンブズマンが誰なのか、またオンブズマンとしての質をどう担保するのかということが必要じゃないか、という意味でもうちょっと広域的に、先駆的にオンブズマン活動をしている人たちが集まって、やはりオンブズマン協議会的なものを作っていくということもこれから必要になってくると思います。その時に、ぜひそういう意味では精神科に関する、また精神医療に関する人たちの声も一緒に入れていくような協議会が必要じゃないかと感じています。

討論の司会 ありがとうございます。

今の話の中でも出されてきましたけれども、ちょっと主催者側のわがままを言わせていただいて、松沢病院にもうちょっと具体的に話を引きつけるという意味も含めて 44 棟に入って活動していただいている小林さんの方から、話を発展する方向で、ちょっと報告を含めてお願いします。

人権擁護のトレーニ ングが必修—小林



小林さん

東京医療人権センターの小林と申します。私は木村さんと違って、専従の職員でお給料をいただいております。実はもうそろそろ2年になるんですけど、松沢病院にありますD-44棟のところに、月1回、1年間に11回くらいなんですけど、行っています。こちらから押し掛けて行ったのではなくて、中から、実は人権センターにいろいろな電話がかかってきたわけです。

その方が転棟すると同時に、40棟から41棟に、それから44棟に行ったんですけど、それを追いかけるようにして行って、44棟から動かないらしくて、それから2年間そこにいらっしゃる方がいるんです。ところが、他の病院から移ってきた方で、人権センターと前に関係があって、初期に入院した方ではないんですけども、44棟にいたという方と、昔からの顔なじみが2人44棟にいるということで、月に1回の訪問ということをしました。それは、陽和病院で2週間にわたってPAの試みを行ったわけなんですけれども、とにかく時間も足りなかったということで、継続をお願いしたんですけども、看護の人たちにNOと言われまして、その後どうしてよいかわからないまま悶々としていたんですけど、その時に訴えがたまたまあったので、じゃこれをやっていこうということでやっています。

そして44棟というのはたしかに松沢病院の中でも職員の方はご存じだと思いますけど、まあ特殊な方だそうです。ですから我々市民団体の人権センターが関わるような問題ではないような非常に大きな日本の精神医療システムの盲点というか何もやっていないところというか、非常に社会防衛的な部分を受けているような病棟なんです。ですから我々としても大変力不足で、何をしたいかわからないという病院なんです。

彼らの訴えは何かというと、散歩させてもらいた

いというんです。24 時間 1 週間に 7 日、ぜんぜん外に出られない。中庭があっても出してもらえないという訴えが最初の訴えだったんです。ですから、こんなにきれいな緑がある、地域からも尊重されている松沢病院なんでしょうけど、44 棟の人は、それから他の棟もそうだと思うんですけど、その緑さえ楽しめない人がいるんだということに、やはり私は驚きました。そのことでどういうふうスタッフの人が言ってるの?と聞くと「人手がない」というんですね。看護婦さんたちが休暇とかそういうことで人手がない時にはとくに出してもらえないとかということがあります。

つい最近のは先月の末に行ったんですけども、ある方が一人離院をしてしまったと。1 日くらいで帰ってきたんです。悲しいことですよ、患者さんというのは自分の兄弟を求めて黙って冒険して帰ったんですけど、その兄弟はドアを開けて入れてくれなかった、そうしたらパトカーを 2 台も呼ばれてね、ただそこに立ってただけなのに、そして松沢に帰ってきた、というようなわけでした。

そうしたら今度は連帯責任ということで、その病棟が全部、今まで楽しみにしていた、患者さんがやっている喫茶店があるんですけど、そこへ 1 週間に 1 回行って、3 品食べることを楽しみにしていた、そういうこともできなくなると。月 1 回の同伴外出もなくなった、というようなことで、その苦情を私に綿々と語ってくれました。

そういうようなことで、彼らは、松沢に 7 年も 8 年も入院している方なので、ご家族の面会もない、お友達もほとんど来ないわけです。ですから私がちょっと友人というような形でいく。人権センターといっても、いわゆる殺人を犯したような方達をすぐに退院させるような力もないし、社会も受け入れないし、法律も整っていないわけです。でも、ともか

く月に 1 回くらいは、役に立たなくても行こうということで、続けているわけです。

いろいろな問題はあるでしょうけれど、患者さんだって人間ですし、人権があり、権利があるわけです。病気が重いのかもしれないし、どんな罪を犯したといっても、責任無能力で入っているわけですから、彼らだってちゃんと普通の人間として生きる権利はあるんですから、やはりそのスタッフの問題とかもあるでしょう。もっと驚くのは先生が 1 年ごとに代わっちゃうことです。ですから私はとうとうつい最近の先生にお会いする機会が 1 度もなかったのです。病氣も重いんだと思うし、状況的にも難しい方の主治医が 1 年で代わるということは、1 年にどのくらい先生に会った?面接した?ときくと、面接なんか 1 度もしなかった、立ち話だけで終わったと患者さんたちは言っているわけですね。

そういうような医療のシステムをどうやって変えていってもらえるのか。これは 2 年ほど経ちましたので、東京都と病院の方に私が見聞きしたことということで、レポートを出していこうと思っています。そのためにやってきたわけですね。これもアドボケイトの役割の一つです。

医療者と非医療者は違う

それから、さっきのフィールドワークをやったという方の件ですけど、たしかに話をすると、いわゆる妄想だというようなことはたくさんあります。私はレイパーソンですから、精神医療の専門家ではありません。イギリスへ行って、そういう意味である程度、患者さん達と一緒に働いてきたから、トレーニングは受けています。けれども、一番重要なことは、「それは妄想よ」と言うのは医療者。でも非医療者は「それは妄想よ」ということは決して言うてはいけないということです。そのかわり「私はそれは納得できないわ」とか「問題は、そうは思えな

いわ」ということで話を聞いていく。さっき木村さんが言ったように、そういうことを言うということは何か彼らが訴えたいんです。その訴えたいことをやはり時間をかけて聞いてあげる。何かにすぐ結びつかなくてもいいわけです。ですから、「そう、職員に目を刺されたの、じゃあ大変だわ、警察に言いましょ。訴えましょう」とすぐやってしまわないような、そのへんのトレーニングは、やはりしなきゃいけないわけです。そういうことは長いこと患者さん達と会っていけばわかります。けれども「妄想よ」と言うことは、それは医療者がやればいいことで、我々は医療者と違う立場でその人と関わっていくということがアドボケイトとしての非常に重要な立場だと私は思って関わっています。確かに「いやですよ、なんだかまた言いに來たの?」と思うことは本当に正直言っております。でも少なくとも「それは妄想だから」とは言わない。顔に出ているとは思いますが。私はすぐ出ますから。でもそれは最後の一线は超えないというところですね。それをまずやるということです。

それから、私はオンブズマンの人と同席するときには必ずオンブズマンとアドボケイトとの関係をいつも考えますが、どんな活動があってもいいと思うんです。今は何もないわけですから、日本はいろんな外国で発明されたものを日本式に展開させていくのがうまい国で、ですからこういう国になったわけですけど、オンブズマンというものの持つ危険性というの私はあると思うんですね。

私が知っているオンブズマンというのは、スウェーデンでできたいわゆる国家のシステムで、すごい力を与えられた人たちがやっているということで、スペインでは、『デフェンソールプエブロ』といって、非常に有名な人たちが国の首相から直接任命され、その人たちが出すレポートには絶対従わなけれ

ばならないという権限までもたれている人をいわゆるオンブズマンと言っています。私たちはオンブズマンという言葉は使わないで、患者の権利擁護者ということを行っています。そういう実践の中でシステムを変えていけると思っています。

それからついでですけども、さっき末安さんが言ったように、アドボケイトにしてもオンブズマンにしても、いろいろな人が集まってやっていかなくてはならないと思います。ですから湘南のオンブズマンというのはとってもいいことだと思いますけれども、プロはプロを見抜くという、末安さんが言ったことは非常に重要なことです。

オンブズマンは多職種で

私たちはオンブズマンはレイパーソンがやっていることの良さというのがあると思います。たとえば、精神病院の場合はやはり監視するシステムがなければいけないんです。患者の権利擁護者はいわゆる監視するところまではなかなかいかないわけです。たとえば、イギリスでは精神保健法委員会というのがありまして、国の、もちろん内閣が任命するわけです。法律家が議長さんになりまして、医者、看護婦、ワーカー、患者さんがメンバーで、やっと2年くらい前から患者さんがメンバーに入りました。そしてその中でどういう人たちが、ここの病院はどうなっているか、いくら医療者やスタッフや、本当のことを言えない患者さん達が言い繕おうにも、やはりプロの目で見れば、そこに何か問題があるということがわかるわけです。

ですから、多職種が監視をするということをイギリスではやっていますけれど、それをもっと大きくしたので、ICJに來たハーディング教授がいつも宣伝しているんですが、CPTというのがあります。ヨーロッパの人権規約を批准した国はすべてで50カ国くらいあるんですけど、すべての拘禁されてい

る場所に、多職種の人が、事前のアナウンスなしで行く。精神病院の大きなスキャンダルがイギリスではそれで暴かれたことがあるんです。それで一番有用だったのは、看護婦さんだったと。看護婦さんの目が一番正しかったということがありました。そのCPTに当事者は含まれていませんけど、そういうようなシステムを施設、少なくとも精神病院、拘置所、入管の事務所に対して監視していくという制度がヨーロッパの先進国にはあるわけです。日本はまだ何もないわけですから、何でもありでやっぱりやっていく。けれども質を保っていくということと、それに従事していく人にそれなりのトレーニングは必要だと私は思っています。

討論の司会 ありがとうございます。人権センターの方で東京都の病院の情報開示を求めて精神病院事情にまとめた本を作ってますので、まだ部数があるのかどうか分かりませんが、ご興味のある方は、小林さんなり、木村さんなりにお問い合わせください。

あとお一人かお二人、短時間でいきたいと思います。

オンブズマンに当事者を含めるべきだ

小金沢 豊島区から参りました小金沢と申します。東京の当事者団体の東京都精神障害者団体連合会に入っております。今まで話を聞きまして、アドボケイトにしても、オンブズマンにしても、やはり当事者が参加するというお話がありましたけど、やはり最後にならないと当事者が出てこない、日本の国の委員会もそうですけど、国の委員会にはまだ当事者は入っていませんけど、なぜ一番、虐待とまでは言いたくありませんが、一番病気をして苦しんで嫌

な思いをしたメンバーを中心に、主人公にしてこういったことが語られないのかな、それはこういう松沢病院の組合さんがやっている中でもまだこれのかなと、厳しく言いますと。

海外では、私の情報は少ないですけど、そういうようなシステムと言いますか、考え方というか、当事者がアドボケイトやっているという話も多少は入ってきます。話していると、やんわりと、「やっぱり患者さんって大変だね」というアナウンスメントはあるんですけど、いざ何かを始めるとなると、支援者もしくは当事者が参加すれば専門委員会が成り立つというような法律でちゃんちゃん、で終わってしまう。その基本的な当事者とは一体何なんだと、当事者の能力を本当に測れるのかなあと思っています。それなりのアドボケイトとしての素養とか素質とかそういったものを持った人がいっぱいいると思うんですね。ですから初めに当事者ありきで、初めに患者ありきで、考え方を進めて行った方が、最後になって、当事者を含めるといった発想がまだまだ遅れているんじゃないかというような気がしました。

それに関しては先ほど今日の3人の先生からコメントあったと思うんですけど、私の意見ということで、もしも何かご意見、反論があればいただきたいと思います。

討論の司会 じゃ、一番後ろの方。

医師も病院も信頼しにくい

B 世田谷から参りましたBと申します。私は40年前に友達関係だったと思うんですけど、発病しまして、40年前に入院してから7回、入退院を繰り返



返しました当事者です。その間に東京オリンピックの時からずっとその当時の病院に入っている方がいらっしやいます。その方はもう 68 歳で、靴も持っていない、お金も持っていない。家に電話かけてくる時には、コレクトコールでかけてきます。

その方が私と約束して、どこかで待ち合わせて、どこかに行きましようといった時に、1 週間前に病院に外出届けをしますと、1 週間たったら効くからね、と言って注射をされました。その当日迎えに行きましたら、全然話がかみ合わなくて、全然外出の用意も何もしていないんですね。こういう手があるんだなど。

私は今片足がないんです。義足もないんです。12 年前に入院して、入退院をくり返していた病院の院長、辺見みつあきというんですけど、辺見病院の院長に入院しろと脅されまして、次の日私は電車に飛び込みまして、片足を失いました。それから義足を作ろうと思ったんですけども、作ってしばらくするとわけのわからない人から変な電話がかかってきて、それで義足の履き具合はどうかと具体的にいろいろ根ほり葉ほり聞かれまして、そしてその数日後にまた義足を直してくれるところに行きますと、そしたらよけい歩けなくされました。それが去年ですね。一昨年ですか、もう 2 年経つんです。いまだにいろんなじゃまが入って家の敷地内に塩の盛ったのが 4 ヶ所ほどあったり、盗聴されたり、私のかつて辺見病院で入院していたところの人が、私のところに助けを求めて、ここでは死にたくないからと言ってきます。それで私が会いに行きましたら、私が閉じこめられまして、その方がしばらくして外出する度に家のまわりをその院長がうろつきました。何回かうろついてすごく生きている心地がしませんでした。そしてそこに入院しているもう一人の男の人はホテルにいまして、ニューオータニと言ったかしら、

保険会社の方なんですけど、立派な紳士だったんですけど、その方がいきなり連れ出されて、気がついたら病院の中だった。いまだに 3 年目だけど、たらい回しでここで 3 軒目なんだと、辺見病院にいました。それで今でもまだ入院していると思います。

そういう話が後から後からあるんですね。もう犯罪の温床になっているんですね、病院が。何でもない人が連れ出されて医者が二人いればね、誰でも家族の同意があれば入れられるんですね。家族と折り合いが悪い人はなおさら一生出てこれない、その東京オリンピックの時にあれした人がいまだに出られないんですね。家族が猛反対する。私に家族を紹介したいんだけど、家族が反対して退院させないから、家族もないと思っているけれども、親が病院に入って死ぬそうです、と私に面会させてくれと言われたんですけど、私もこんな足でとても連れていくことができなくて、じゃあ妹さんに頼んだら、と言ったら、妹さんは何もしてくれなかったということです。親の死に目にも会えず、長く入院しているから、家族もあきらめてみんな離婚のはんこを押させるんですね。それがもう病院の思うつぼで、長く入れておけば金もうけができるし、たらい回しにすればお金がもうかると。医者と弁護士と保健所と医療関係、製薬会社もそうなんですけど。

長いこと入院している間に、その 40 年、東京オリンピックの時から入院している人は、朝昼晩、10 錠くらいずつ飲まされて一日 30 錠、下痢がひどくて、家に一回泊まりにきたんですけど、下痢がひどくて恥ずかしいと言って、病院に戻ってしまいました。今どうしているかわからないんですけど、そういうことです。そういうことが私の身近にある出来事で、そういう実態があるということを皆さんに知っていただきたい。

それでどうしてそういうことがまかり通るかとい

うと、法律があるんですね。医者が二人いれば誰でも病院に連れて行かれる、押し込めるということ、そういうことが平気でできるということが、日本の法律がそういうふうに作ってあって、誰のための法律だか知りませんが、そういう法律のもとに税金を一生懸命払わされている私たちは何のために生きているんだろうと思うとぞっとします。以上です。

討論の司会 どうもありがとうございました。じゃ最後にそこの男の方。

第三者に当事者・家族はなぜ入れない

C 兄弟姉妹の会のCと申します。兄弟姉妹の会というのは、兄、姉、弟、妹に病気の当事者がいるというもので、家族会の一種みたいなものです。いろんな人がいればいろんな意見があって、それはその人々が人生の主人公だからだと思って、ちょっと暴言を言うかもしれませんが、それは聞いていただきたいと思います。

2点ありまして、1点は、さきほどから言われているオンブズマンなんですけど、第三者とかいろんなことを言われてますけども、それから6の3項目目ですか、誰がなりうるかと、これを見ているとさきほどの小金沢さんの話ではないですが、一番上に閉塞状況と書いてありながら、弁護士、学識経験者、司法書士という形でいくと、どう見てもこれは行政主導型を書いているようにしか取られません。どうしてここに家族とか、家族だって親と兄弟姉妹は観点が違いますし、当事者の方だって、入院している方、通院している方、言えない方もいらっしゃると思います。いろんな立場の方が皆さんいると思うんです。どうしてそういった本当に困っている人たちが中心に書かれていないのかが不思議に思います。

それともう1点はこの松沢病院自体のことなんですけど、「ご近所」という意味が、これが当事者と福祉医療従事者だけに限らないという意味であれば、一言言わせていただきたいんですが、私は親父も去年の暮れからこの病院に入っています。兄貴に限らず親父もこの病院にやっかいになっちゃってます。その中で、うちの親父に面会に行きますと、一度でも外泊を許されたら、もう2度とこんなところ来るもんかと親父は言います。警察沙汰になっても、刑務所に入ったって、仕返ししてやると言っているのに、ここの看護師さんは、外泊いかがですかと、行く度に勧めるわけですよ。そのへんのところがよくわかりません。この2点について聞かせていただきたいと思います。

討論の司会 時間が限られていますけど、分会の方から発言できる方、いますか？

今いくつか主催者側への質問という形でありましたが、その前に演者の方に最後に一言ずついただけますか？

末安 さっき小金沢さんと、兄弟姉妹の方に、ボクの考えを述べますけど、ボクはさきほども言いましたけど、自分のできることは何かを考えないといけないと思っているんです、ボク自身のことで言うと、当事者の方がこういう新しいことが始まるとか、政府が何かを決めるときとかそういう時に、政府だけでなく自治体もそうですけど、自分たちの声が直接なかなか反映されてこなかった歴史があるのは事実なんですけど、ではどうするか、ということ。たとえばボクの立場でいうと、ボクは看護師ですけど、看護師は精神病院にだいたい8万人くらい働いていると言われてはいるんですけど、精神医療のいろんなサービスを決める時に看護師が何か意見を聞か

れるということはほとんどないです。現実にはなかったです、これまでは。しかし、患者さんと一番多く接しているのはわれわれ看護者だから、精神病院の医療サービスを考える、決める時には、われわれ看護者に発言させるとそういう団体を通してやり始めているところなんです。団体はあったんですけど、患者サービスの向上とか、あるいは働いている側がどういう満足を得るとか、働いている側の満足とサービスを受ける方の満足というのはほとんど等しいはずだというのがボクの考えです。ですから、ボクはボクにとって必要なことをやっているわけです。ですから、ボクはそうだから皆さんもそうしろと言っているんじゃないくて、ボクの考えはそういうことなので、それを皆さんはどう受け止めるかを逆に今聞きたいと思います。

それと、さきほど病院のことで、入院しているお父様のことで、お話がありましたけど、ご家族にお話になることと、医療従事者にお話になることと、たぶん一致しているとは言えない場合があるんだと思います。それは、お父様の場合がどうかということじゃなくて、一般論として言ってるんですけどね。せっかくそういうお話があるんであれば、具体的に



司会の水野さんと清水さん（右）

何が悪いのかということをお聞きになっているんであれば、担当の看護者がいいか、主治医がいいか、あるいは婦長さんがいいか、わかりませんが、こういうことで具体的に困っていたり、不満を持っているということを言っていて、できればそういう気持ちに、本当は一番退院したいんであれば、何を言ってもだめかもしれないけど、でもそれに近いお父様が満足が得られるような、完全な満足じゃないかもしれないですが、少なくとも今よりは改善されるというか、変化ができるようなことをぜひご家族の立場で医療従事者にもぶつけてもらいたい。お父様が直接言えなければそこで家族の役割を発揮されると思うんですよね。せっかくそれを聞かれたわけだから、お父さんがいいって言えばですけど、お父さんが言ってほしくない、ということもありますから、その場合に無理やりお父さんが抑えている気持ちをわざわざ家族が代理になって、矢面にたつことはないですけど、もし言いたいけど言えないということがはっきりすればそれはアドボケイトとして、言ってあげていただきたいと思います。そのことがご家族の気持ちを少しは軽くすると思いますし、あるいは具体的に行われているサービスの中で病院を批判されても仕方がないことがあるかもしれないんですよね。それは改善してもらわないといけませんし、お父様一人が嫌な思いをしているんじゃないくて大勢の患者さんが嫌な思いをしているという可能性もあるわけですから、それをぜひお父様と話し合ってほしいと思います。これがボクの考えです。

高山 当事者性という二人の意見、その通りだと思います。しかしながら、それはこのオンブズマンというのは、「湘南福祉ネットワーク」もこの権利擁護をシステム化して継続していくということは2年

半日なんですね、今日あまりお話しできませんでしたが、すごくしんどいことです。

私はたとえば施設、去年は担当を5施設持ってましたけど、行けば半日取られますね。それでオンブズマン委員会というのがあって、相当忙しい弁護士たちもそうなんですけど、立ち上げる時に入ってきています。その時にネットワークってあるんですよ。

その時にたまたま当事者の人たちとネットワークを組めてなかったということだと思っています。それを継続していくうちにいろんな形で話させていただいたりすることによって、そういう意見はいつも私たちのところに来ています。ですから、将来的にはそういう形で一緒にネットワーク、あるいは一緒に仲間を増やしていくということが立ち上げる時からありますけど、それはその時の状況やその時の地域性やその時の関係性で違うと思っています。しかしながら、言われるようにとくに行政福祉、行政のオンブズマンみたいなのはエリート的オンブズマン、その通りだと思います。ですから、そういう形に関しても批判をしていくべきだと私は思っています、ですから、今いろんな形のオンブズマンがありますから、その中でどういう方向性で、どういう人たちがオンブズマンになっていくのか、またどういう質を担保していくのかという、これからまだ作り上げていかなきゃいけないんじゃないかな、という感じがしています。そういう時に当事者の方々、あるいは家族の方々の声というのは非常に重要だというふうに思っています。そういう意味ではネットワーク、神奈川県だけでなく、「湘南福祉ネットワーク」とぜひ、世田谷にできたら、ネットワークを組みたいという感じがしてならないです。別に神奈川県内だけでなく、そういうネットワークを組めたら、ネットワークを組んでいく。

そしてオンブズマンを作る時に、弁護士たちがい

ないとオンブズマンってできないんですか、と言う声もあるんですよ。それは別にいなくてもいいと思いついて、そういうときは湘南福祉の弁護士とネットワークを組んで活用していただければいいということで、いろんな形で重層的なネットワークを作っていくことがこれからだという感じがしています。ですから、まさにその通りだと思いますけど、それは決して私たちは排除しているつもりは全くないんです。そのへんは誤解がちょっとあるかなと思いますので、そこらへんのことは補足したいなと思います。

木村 だいたい同じなんで、短くしたいんですけど、一点補足を。

アドボカシーっていうのを今日は病院から独立した人が中に入ってきて、患者さんをお助けする、そういうものとしてお話ししましたが、アメリカでも、このあいだはオランダのルネさんという人が来て、アドボカシーというものはそんなもんじゃないだろう、患者会のことだろうと。そういう理解がむしろだんだん世界では当たり前になってきている。さっきエンパワーメントという言葉も出ましたが、患者さんが力を持つていくことがアドボカシーなんであって、最初は外から来た人が助けて、でもそうすると結局は助けてもらう側と助ける側みたいになって、いつまでたっても患者は力がなくて、「やっってもらう側か」みたいな。

先に始めている国では、患者さんの側からの異議申し立てもあるし、そういう中からさっきおっしゃったピアアドボカシーとかセルフアドボカシーとか、カリフォルニア州なんて4つ州立病院がありますけど、アドボケイトというか権利擁護者として入っているのは、3人が患者さんの体験者で、一人はご家族の体験者の方ですから、前はそうじゃなかったけ

どだんだん当事者の方が職業的なアドボカシーとしても入るようになっていきます。今日言ったアドボカシーというのは、今松沢病院に何とかそういうものを入れていきたいというところもあって、初めの一歩というか、限定された意味で言いましたけれども、もう諸外国の趨勢としてアドボカシーはむしろ患者さんが自分たちでいろんなプログラムを持っていくこととか、力を持っていくこと総体を指しているというのは補足したいと思います。

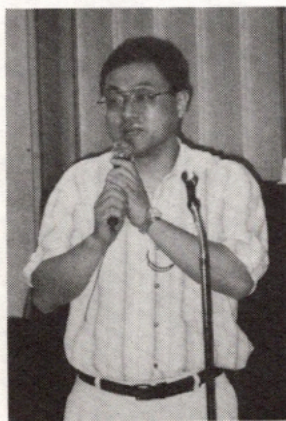
討論の司会 限られた時間内ですので、まだ話し足りないこと、聞き足りないこと、消化不良な点、多々

原分会長挨拶

原 どうも今日は土曜日ということで、たいいてい皆さんは休日だと思いますけど、そういう時間をさいてこの場にお集まりいただき、大変ありがとうございました。

今お父さんが入院されているというお話で、本当はお父さんは退院をしたいのに、外泊しか勧められないというご不満だったんですね。

私は精神医療に従事しています。私は合併症と言って、精神科の患者さんでなおかつ骨折なり、機能障害などのある方を治療する病棟に今は勤めております。それまで16年間くらいは精神科の急性期の病棟と慢性期の病棟、それからアルコール依存症などの患者さんの病棟等、あちこち経験をしまし



あるかと思いますが、職員側からすれば、この精神病院における人権擁護を考えるというテーマは正直な話、なかなか重いテーマでして、どういう形でするのか私たちとしても不安があったわけですけど、今日の段階ではこれでこの場を閉じさせていただきたいと思います。また何年か後にこの松沢病院においても、オンブズパーソンの制度、あるいはP Aの制度ができた時に今日のこの場が何らかの思い出の場になればいいな、というふうに個人的に思っています。最後に松沢分会分会長の原の方から場を閉めさせていただきます。

た。我々は専門職ですけど、なかなかご家族、ご本人等も含めて、仕事をしていく上で声が挨拶する原さん届いていない、その行き違いがある、それを埋めるのが専門職なんだと私は思っています。そう意識するようになってなおかつ埋まらないことが本当に多々あるというふうに感じています。さきほどの方のお話もその溝が埋まらない、うまく埋められない我々の不十分さの結果なのかなど。

一般的に退院というと、その前に外泊をして、試してみましようかという意味で、医療従事者の方は外泊を勧めるんですけど、ただ長年やっているといろんなケースがあって、実際に退院してみたら非常にうまくいったとか、外出したら、病気の症状が非常に重そうで、どちらかという病気の症状にひきずられて現実を見誤るんじゃないかとこちらが判断していても、実際に外へ出て生活するなり、一人で外出してきちんとやってこられ

たというようなこともあります。またその逆のこともままあって、そのへんが我々医療従事者が大胆にユーザーの言うことをすぐに取り入れないとか、ちょっと迂回してあるいは少し時間を置いてなどという対応をしてしまいがちなかなと思っています。

それから、オンブズマン制度のところで福祉施設で虐待があるというような話がありましたけど、精神病院の中にも、松沢病院の中にもやはり治療上どうしてもやらなければいけないということにおいても患者さんにとっては非常に暴力的な扱いを受けたと感じるということは多々あるのかな、と思います。そこを、じゃあどうやって変えていくのかということは難しい問題だと感じました。

どこが難しいのかというのは、一つはそういう第三者が入った時に自分がどう評価されるのだろうとか、そういうことを考えて一線を越えられなくなるというか、積極的な医療が提供できなくなるというようなことも含めて、実際自分でもあると思っています。

なかなか具体的な話がここでできないというのが残念ですが、この会場にいらっしゃる皆様のご意見、それから今日の講師の方々の活動、そういうものをぜひ、労働組合が受けてというふうに言うと、実際にはそういう第三者が病院に入ってくることに非常に危機感を持つ人もいるし、それこそさっきのリストラの話のように、そういう目で見たら自分の仕事はどうみえるのかと不安になる職員などいっぱいいます。組合で合意形成ができるのかどうか定かではありません。

ただいろんなことがあるという意見とか具体的な活動について、じゃあどうするのかということについては病院とも話し合っているのかなと思っています。ここでたいそうなお約束はできません

んけど、少しずつでも具体的にP Aの活動に完全なP Aの活動ではないと思いますが、人権センターの方に入っていただいたりとか、そういうことを足がかりにして、この場も継続していきたいと思っています。

直接松沢病院を利用された方が、病院に意見を持ってきていただいてもいいと思います。とにかくそういう意味で利用者にとっての病院というのをきちんと一歩進めて考えていきたいなと感じました。

今日は長い間たいへんありがとうございました。

討論の司会 どうもありがとうございました。資料が若干足りなかったそうですが、住所をいただければのちほど送ります。また今年の今日の場合についても来年いつになるかお約束ができませんが、こういう形で冊子にして、参加された方にはこちらからお送りさせていただきたいと思いますので、良ければご住所の記載の方もよろしく願いいたします。本日は本当にありがとうございました。

(了)



◇アンケート集計◇

今回の「ご近所フォーラム」を何でお知りになりましたか？

- ①新聞のチラシ……1名
- ②ポスター……7名
- ③口コミ……10名
- ④案内状……8名
- ⑤その他……2名

◇自由意見◇

- 時間的に問題があり一人一人の発表内容が深く入っていけないようなのが残念でした。
一人だけの発表という形でもよいのでは。
- 病院の周りは知っているが、院内に初めて入りました。
フォーラムがあるのも初めて知りました。
今回の話の内容は、ぜんぜん無関係なことではなく、私たちの暮らしの中で重要な部分をしめていることがわかりました。
- 一回目の入院のとき、あるいは最初に精神医療を受けることになったときに、人権擁護の視点を持った第三者が関わるができるようになることが大切だろうと思います。
- 「医療や福祉の専門職の人」の立場からみると、オンブズマンがチェックする事により仕事を失うんじゃないかと思う。
- 精神医療の現場をめぐって、新しい人権擁護の運動が始まっていることを実感しました。
- 具体的な話が聞きたい。
- やはり、法律の重要性を感じたが、何より入院患者の人の人権擁護を少しでも前進させる為に具

体的な行動が必要。

- テーマを一つに決めて3名の立場からお話を伺えればよりわかりやすかったように思えました。
- 法律の枠ができて当事者がそれを利用できるように（当事者の権利が守られるように）1. アドボケイトのこと、2. 第三者介入のことが重要であると感じました。
- アドボカシー、初めて聞く言葉でした。
- 上下・従属・管理的作られた型にはめられてしまう入院環境等、それが当たり前みたいな風潮で来たと思うのですが、確実に時代、考え方が変わってきているのですね。
- 私達専門職員も利用者のためにという視点を忘れずにとっています。
- 大きな影響力をもつ松沢病院固有というか、それをめぐるテーマにもどってはどうか。
- 「アドボカシー」「オンブズマン」等いくつかのキーワードの解説が参考になりいろいろと考えさせられました。
- アドボカシー、オンブズマンについて、言葉は聞いていてもよく理解できなかったが、今回のフォーラムを聞いて少しは判ったように思う。
- 「人権意識」をもっとしっかりもって、第3者の目をしっかり意識して仕事をしていきたいと思いました。
- 内容が充実していて良かったです。是非、別の機会でも同様なものやって下さい。

（アンケート回答28名/当日出席者70名）



< 編集後記 >

今回の編集作業をつうじて、あらためて私たちに与えられた課題の重さを痛感しています。フォーラムが始まった頃からの組合運動のテーマ「働く者も当事者も満足できる医療」の実現は、いまでもその途上にあります。精神医療改革と労働条件の改善を車の両輪としての組合運動をめざして、この数年その任に当たってきましたが“いよいよ”と感じます。

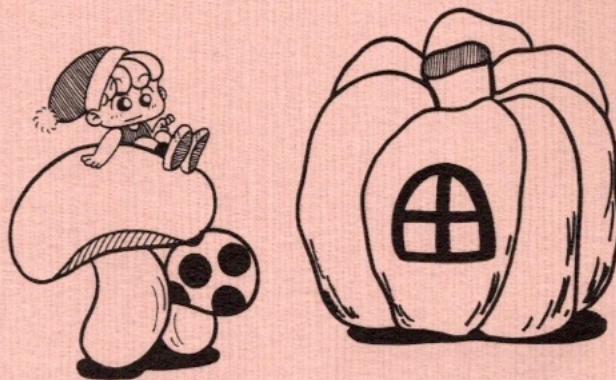
松沢を原点として巣立っていった木村さんからのメッセージ。中宮病院ですでに始まっている院と人権センターとの確認作業。世田谷地区の松沢病院に早くオンブズマン制度を！との高山先生からの呼びかけ。「2000 年のフォーラムの準備をお手伝いしましょう」とお手紙を下さった家族会のKさん。機が熟すとはこの様なことを言うのでしょうか。

10 年前に、当事者と医療者と地域の住人が対等に共生の道をさぐろうとして始まった取り組みの原点にもどって、具体的な一步を、最初から一緒に踏み出すことができるよう協働できればと思います。

2000 年 5 月 4 日

第9回 ご近所フォーラム実行委員会 事務局長 植西 英子





199 フォーラム実行委員

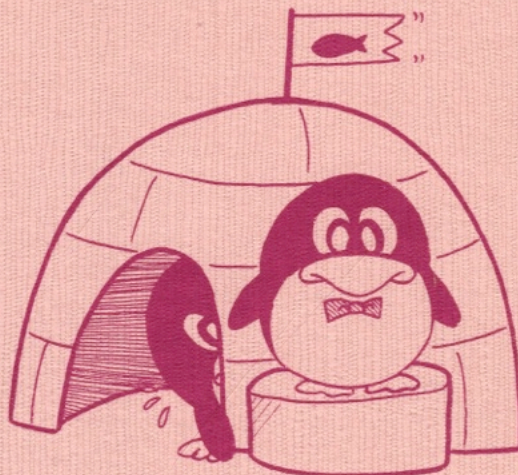
奥田 要治 佐藤千栄子 島崎 尚子 清水田美代 高橋 法子 土屋 秀則
中里 吉男 野島 千尋 樋口 京子 本村 健二 水野 徹 横川 圭子
島崎 智子 (特別参加)

精神医療対策委員

植西 英子 (事務局長) 篠原 昇子 中嶋 宏樹
原 義昭 (実行委員長) 涌井 幸子

自治研委員

新井 達夫 工藤 フ子 古怒田 幸子 佐藤 憲二 (あいうえお順)



ご近所フォーラム報告集 No. 9

発行日 2000年5月15日

発行 東京都立松沢病院労働組合精神医療対策委員会

東京都世田谷区上北沢 2-1-1

Tel 03(3304)3500