

目 次

序章	1 頁
第 1 章 精神障害者の自己決定とインフォームド・コンセント	
第 1 節 精神障害者における自己決定と Q O L	4 頁
第 2 節 インフォームド・コンセントの理念と精神障害者の自己決定	6 頁
第 3 節 精神保健福祉領域におけるインフォームド・コンセント	9 頁
第 2 章 精神障害者地域生活支援の理念・方法とインフォームド・コンセント	
第 1 節 ノーマライゼーション理念に基づく地域生活	13 頁
第 2 節 精神障害者の社会復帰施策の流れと地域生活支援	15 頁
第 3 節 地域生活支援の基本的な考え方と P S W の役割	17 頁
1) 当たり前の人として	18 頁
2) 当たり前の付き合い	18 頁
3) 当たり前の生活、ごく当たり前の生活	19 頁
第 3 章 精神障害者小規模作業所における地域生活支援の実践	
A 市 B 区、精神障害者小規模作業所 C における実習を通じての一考察	
第 1 節 精神障害者小規模作業所 C の概要と活動内容	22 頁
第 2 節 スタッフのかかわりと援助方針	23 頁
第 3 節 ユーザーの立場から	27 頁
1) 『私にカギを下さい!』より	27 頁
2) 『まあーいいかー～雑感集』より	28 頁
終章 ノーマライゼーション理念に基づくインフォームド・コンセントと P S W の役割	
	31 頁
参考文献	34 頁

序章

この研究のテーマの選択は、大学入学前に筆者がターミナルケアに関心を持っていたことがきっかけとなっている。

ターミナルケアにおいては、がんやエイズなどといった治癒の望めない病にかかっている患者が、自らの残された人生に対して適切な判断や自己決定を行なうために、患者本人への病名告知を含む、患者が必要としている情報や選択肢を適切に患者に伝えることが大前提であり、そうした面でインフォームド・コンセントの概念が他の医療・福祉領域に比べてだいぶ浸透しているのではないかと思われる。

ところが精神保健福祉の分野においては、医療保護入院や措置入院といった自らの意思によらない入院制度や、入院中の行動制限をやむなく容認する治療の現実などに代表される、精神疾患を患う当事者による自己決定やインフォームド・コンセントを実現する上で、様々な困難な問題を抱えている。精神障害者が置かれているこのような現実を大学の授業で学習していく中で、精神保健福祉領域におけるインフォームド・コンセント、精神障害者の自己決定のあり方ということに関心を抱くようになった。

精神障害者の自己決定やインフォームド・コンセントについて語る際、精神障害者の同意能力の有無やその判断基準設定の難しさなど、とりわけ精神科医師による医学的な見地や、当事者の人権を擁護する法制論として議論されることが多い。こうした視点で説明されるインフォームド・コンセントという概念は、非常に専門的でわかりにくく、事実、筆者自身も、インフォームド・コンセントというものは、治療や援助を受ける際に患者本人の意思確認を明示するための、医療機関における形式的な事務手続きの一部であるといったイメージしか持ち合わせていなかった。特にターミナルケアにおけるインフォームド・コンセントというと、無駄な延命治療を本人が望むか否か、本人への死の宣告といった生命倫理に関する深刻なケースであるだけに、なおさら儀式的、責任所在明示的な役割という印象が強かった。

しかし、本来のインフォームド・コンセントとは、大島巖が指摘するように「患者を初めとするサービスの利用者への、当事者参加を背景としており、『自己決定』が尊重される地域保健福祉サービス提供全般にとって、欠くべからざるもの」⁽¹⁾である。インフォームド・コンセントは、単に医師の責任を追及するために用いられる法的概念という枠組みを超えて、地域生活において当事者の自己決定を尊重し、「その人らしい人生」を保障するた

め、さらには当事者のQOL（Quality of life：以下QOLとする）を高めるための、精神保健福祉士の業務の一部として、専門的援助の過程の中にもっと日常的に取り込まれるべきものではないだろうか。当事者の自己決定や情報提供を援助技術の前提とするPSW（Psychiatric social worker：以下PSWとする）だからこそ、当事者の自己決定を尊重する本来のインフォームド・コンセントの担い手として、今大きな役割を求められているのではないかと考える。

このような考えをより実感的なものとして深めたのが、筆者が4年次に行なった精神障害者小規模作業所での実習の経験である。そこでメンバーと活動を共にする中で、メンバー一人一人が日々の生活を主体的に生き、自信と目的をもってそれぞれの自己実現を果たすべく、生き生きと活動している姿を見てとった。さらに、そうした活動を可能にするのは、個人が望む生き方やその人らしい生活を支えるために、メンバーの主体性を尊重し、ありのままの人として付き合うスタッフの援助姿勢と、作業所を一般社会と隔絶することなく、メンバーの自己決定や自己責任を最大限尊重する場にしようとする、運営方針ではないだろうかと考えた。こうした思いから、精神障害者のその人らしい生活を支える地域生活支援の重要性を実感すると共に、かねてより興味を持っていたインフォームド・コンセントの概念を結び付け、地域生活支援におけるインフォームド・コンセントの実践の可能性、当事者の自己決定尊重の援助を探ってみたいと考えた。

そこで本論では、インフォームド・コンセントを単なる「説明と同意」という抽象的な概念や医学・法学的な概念として限定するのではなく、当事者が自己決定を果たし自らの人生を主体的に生き、生活の質を高めることができるように援助する、PSWとしての専門的援助方法の一つとして考える。さらに、当事者に対する適切な情報提供と当事者による自己決定の支援だけでなく、その質を保障し個人の自己実現や望む生活を継続的にサポートするためのアフターフォローや準備段階をも内包した、一連のソーシャルワークの総称であると捉え、「ノーマライゼーション理念に基づくインフォームド・コンセント」と呼ぶことにする。このような仮説に基づき、地域生活支援における自己決定の支援のあり方、地域生活支援におけるインフォームド・コンセントの実践とPSWの役割を具体的に考察し、筆者が考える「ノーマライゼーション理念に基づくインフォームド・コンセント」の今後の展望についてまとめていく。

1章では、精神障害者の自己決定とインフォームド・コンセントについて、その理念と現実的な課題を考察する中で、今後実践すべき自己決定支援とインフォームド・コンセン

トのあり方について考察する。

2章では、ノーマライゼーション理念に基づく、地域生活支援の意義と必要性、その発展の流れについて振り返り、P S Wが精神障害者の地域生活を支援し、その中でどのように当事者の自己実現やQ O Lの向上を果たしていくべきか考察する。

3章では、筆者が行なった作業所での実習体験とスタッフの方々のかかわりに対する参与観察をもとに、具体的な地域生活支援のあり方とP S Wの援助姿勢について見ていく。さらに、そこで出会ったメンバーの方が出版されている自書の中から、一部文章を取り上げさせていただき、作業所における地域生活支援の有効性を実証する手がかりとする。

1～2章の、精神保健福祉領域におけるインフォームド・コンセントの理念や地域生活支援の必要性については、先行文献を研究しその概要を振り返る。そうした理解を踏まえ、実習先の体験とスタッフの方々の実践的な支援に対する参与観察をもとに、精神障害者の自己決定、その人らしい生活を支えるP S Wの援助のあり方について考えていくと共に、筆者が考える「ノーマライゼーション理念に基づくインフォームド・コンセント」についてまとめていく。

註

(1) 精神障害者社会復帰促進センター(財団法人全国精神障害者家族会連合会)『レビュー』、ぜんかれん、1996年、7頁

第1章 精神障害者の自己決定とインフォームド・コンセント

第1節 精神障害者における自己決定とQOL

自らが自分自身に関する情報をすべて知り、それをもとに人生の決定を行っていくということは、人類すべてに認められた当然の権利であり、我々は普段そのことに特別感謝することもなく過ごしている。

「自己決定」とは、文字通り「自分のことは自分で決める」ということであるが、とりわけ福祉分野でその用語が使用される場合においては、「福祉サービスの利用者が自分の判断に基づき、自分の意思で言動を選択すること」⁽¹⁾と解釈されている。具体的には利用者の人格を尊重し、自分の問題は自分で判断して決定する自由があるという理念に基づく概念である。

自分に関することは自分の意思を持って決定することを保障する「自己決定権」は、基本的人権の一つとして日本国憲法第13条の中で、「すべて国民は、個人として尊重される。生命、自由及び幸福追求に対する国民の権利については、公共の福祉に反しない限り、立法その他の国政の上で、最大の尊重を必要とする。」と位置付けられている。これは、「包括的基本権」と呼ばれる中の「幸福追求権」といわれるもので、「自己決定権」(人格的自律権ともいわれる)はその内容の一つとされている。⁽²⁾つまり、自分自身に関する決定は自らが下し、他者によってコントロールされてはならないという「自己決定権」「自律権」の尊重の理念は、人権として憲法上の保護を受けると広く解釈されていることになる。

冒頭にも述べたとおり、我々は普段生活のあらゆる場面において、何気なく様々な自己決定を行っている。進学や就職といった人生上の大きな選択を迫られる場面はもちろんのこと、細かいことを見ていけば今日は何を食べるか、どんな服を着るか、日中どんなことをして過ごすか、どんな部屋で暮らしたいかなど、日常生活のありとあらゆる場面において自己決定を行なっていることになる。こうした自分自身の生活や人生にまつわる、日々の様々な希望や願いを叶えるため、自らの最も適切と思う選択肢を自らの意思で決定し、「自分らしい生活」「自分で決めた人生」を実現することで、人は日々の生活に満足感や生きがいを感じて主体的に生きていくことができる。このような「個人として尊重された人生」を目標に、個人の個別性を尊重し、一人一人に応じたあるべき生活や人生を追及していこうとするのがQOLの向上という理念であり、QOLの概念と自己決定ということは、密接なかかわりを持っているといえる。

QOLとは、ライフ、すなわち「生命」「生活」「人生」における「質」を表し、経済指標では測定できない社会状態を測定する指標としても用いられている概念である。QOLは、アメリカにおいて1960年代から展開された、患者団体による権利運動の中で、延命第一の医療から生命の質を向上させる医療への転換を求める主張に取り入れられ、生命倫理の領域でSOL (sanctity of life: 生命の尊厳) と並ぶ中心概念として位置付けられるようになった。その後、1970年代には、自立生活運動の中で、自己決定権の行使がQOLを高めるという主張が展開され、福祉分野にも大きな影響を与えた。⁽³⁾

このように、自己決定権を認めるというのは、QOLの根本的理念でもあり、ソーシャルワークにおいては自己決定の原理は理論的・実践的基盤であるとされている。ところが、精神障害者と呼ばれる人々にとっては、自己決定の概念が必ずしも「当たり前のこと」となっていない現実がある。その原因の一つは、精神疾患を患うという事は、「患者の主体性を支える心が病むという特徴のために」⁽⁴⁾患者側の意思決定能力、同意能力の有無が問題となることが多いということである。例えば、激しい幻覚・妄想症状が続き、支離滅裂な状態にある患者は、どんなに情報を開示してもそれを正しく理解し、自ら決定に至ることのできない場合がある。このような状況は精神障害発病の急性期の状態によく見られ、激しい症状が落ち着けば安定した状態に戻ることが多いため、精神に障害を持つ人の同意能力および判断能力については、従来からその設定基準のあいまいさや変動性が問題とされてきた。しかし、野田文隆が指摘するように、自己決定能力に乏しいのはある限られた状態像の時であって、精神障害者を、精神疾患を有するというだけで「治療同意判断能力が無い者」と見なし、硬直的に自己決定の前提を否定するのは間違いである。⁽⁵⁾

さらに、精神障害者の自己決定を阻害するもう一つの要因として、精神障害の疾患的な特性である生活のしづらさや、疾病によってもたらされる社会性の欠如、陰性症状としての自発性の減退などがあげられる。精神障害者は、その特性として、時に自己不確か感が強く、自他の境界が不明瞭になり、認知の障害のために現状認識が不適切であったりすることが多い。さらには、長年の闘病生活の中で多くの失敗を重ねて自信をなくし、自己主張することが不得手になっていることも多い。また、プライバシーのない病棟生活の中で管理的な集団的処遇を受けることにより、生活のすべてが与えられることに慣れてしまうことも多い。これらの精神障害の疾患的な特性によって、精神障害者はおのずと受身的生き方をするようになってしまい、選ぶ力、自分で決める力が極端に弱まってしまっているのである。

このような状況は、援助者による適切な介入と積極的なリハビリテーションによって、ある程度緩和することができるし、先述したように本来であれば精神障害者の自己決定権も我々健常者と等しく、当然のものとして保障されるべきである。そして、精神障害者の社会復帰とは彼らの主体性回復の過程であり、自分の生活について自分自身で決定できるようになることが重要である。

しかし、現実にそれを徹底するにあたっては、医療上の理由に留まらず、現代の精神保健福祉の法体制上の問題点や社会資源の乏しさなど、精神障害者を取り巻く社会復帰施策の不十分さが加わり、より困難な問題となって今なお残されている。例えば、措置入院や医療保護入院などに代表される本人の意思によらない入院制度は、一時的にはあるものの精神障害者の同意能力よりも第三者の判断を優先させるということ、法的に認めているということになる。また、精神障害者の社会復帰施設の量的な不足や種類の少なさといった、精神障害者自らによる自由な選択を保障する選択肢の数自体の乏しさは、精神障害者の自発的な自己決定や選ぶ機会を大きく疎外しているといえる。精神障害者に関する社会復帰施策や地域生活支援体制に関する事項は、次章で詳しく述べることにする。

第2節 インフォームド・コンセントの理念と精神障害者の自己決定

近年、インフォームド・コンセントという言葉が医療分野を中心に広く叫ばれるようになってから、多くの人々がこの言葉をなじみのあるものとして口にすることが多くなってきた。

インフォームド・コンセントとは、一般に「説明と同意」と訳され、「患者が医療情報について十分に説明される、または患者が納得したうえで自己の医療行為に同意すること」⁽⁶⁾「患者が理解しうる言葉によって適切な情報を正しく説明した上で、自由な意思によって得られる承諾」⁽⁷⁾等と解釈されている。その他の訳語として、「告知同意」「告知された同意」「説明・承諾」「納得同意」「熟知判断」「至知同意」⁽⁸⁾など様々な表現があるが、いずれもインフォームド・コンセントの根底にある、自己決定権を含んだ訳語としては不十分であり、「インフォームド・コンセント」と原語のまま用いられることが多い。

インフォームド・コンセントという概念の定着には、国際的に4つの流れがあるといわ

れている。その流れの一つは、ナチスドイツの人体実験に対する反省から、1947年に「ニュールンベルグ綱領」が策定されたことである。この試みは世界医師会によって継続して取り組み、その後臨床医学にも影響を与え、患者の意思の尊重、患者の人権保障に関する基本的な指標となっている。これを受けて、1964年にヘルシンキで行われた第18回世界医師会において採択された、人体実験に関する倫理綱領である「ヒトにおける生物医学的研究に携わる医師のための勧告」(いわゆる「ヘルシンキ宣言」)を経て、1975年の東京総会における改正で人体実験の倫理的要件が示されると共に、被験者の権利が「インフォームド・コンセント」と称されるようになった。

二つ目の流れとして、19世紀から20世紀にかけてアメリカ合衆国における判例の中で、治療を受けるかどうかを決定するのは、個人の権利であるという考え方が培われてきたという事実である。1914年のシュレンドルフ判決や1957年のサルゴ判決、1972年のカンタベリー判決など、アメリカを中心とした裁判における判例や、医師・患者関係についての症例報告からは、「医師は一般的に患者の同意なしには治療を開始すべきではない」という結論を妥当と考えていたことがうかがえると、北村俊則は言及している。⁽⁹⁾

三つ目の流れとして、1960年代以降のアメリカに始まる、様々な市民運動の展開があげられる。ベトナム反戦運動や学生運動とあいまって、人種、性、障害者等の様々な公民権運動が盛んになり、患者の権利運動もその中の一つとして行われ、患者が医療専門職者と対等な人間として位置付けられ、尊厳ある扱いを受けることが要求された。

四つ目の流れとしては、精神科医療の分野において、国連が1991年に「精神病患者の保護および精神保健ケア改善のための諸原則」(以下国連原則)、1993年に「障害者の機会均等化に関する基準規則」を採択したことである。国連原則は、精神障害者の人権などに関する国際基準といえることができる。国連原則11の「治療の同意」の項目では、例外規定の他は患者に対するインフォームド・コンセントなしでは治療は行われないものとし、その内容は「理解しうる書式、言葉により了解しうる情報を正しく説明した上で得られた自主的承諾」としている。

このように、インフォームド・コンセントの概念を培う国際的な流れを受け、1970年代頃からわが国でもその重要性が活発に議論されるようになってきたわけであるが、インフォームド・コンセントが果たそうとする機能の一つは、前節で述べたように日本国憲法第13条の中で幸福追求権として明文化された、自己決定権の尊重である。自己決定の尊重が、インフォームド・コンセントを構成する、根本的かつ中核的な概念であるという

根拠は、すでに前節で述べた通りである。

インフォームド・コンセントの法理を基礎付けるもう一つの理念は、患者の生命、健康（ひいては幸福）の維持回復という概念である。これは、医学・医療が伝統的にその達成を目指してきたものであるが、その内容を求める視点については、医療従事者側が医学的・客観的に捉える生命・健康の維持・回復を目指す立場と、患者の観点から捉えられた生命・健康あるいは幸福の達成を目指す立場とが対立する。⁽¹⁰⁾ こうした見解の対立は、しばしば専門的知識や経験を有する医師主導型のパターンリズムを引き起こす可能性があり、患者の自己決定権や自律の原則を侵害する危険性をも秘めている。

では、インフォームド・コンセントが目指す機能を果たし、当事者の自己決定権を最大限尊重したインフォームド・コンセントを成立させるために、必要な条件や要素とはどのようなものであるか。丸山英二は以下の4点をあげている。⁽¹¹⁾ 患者に同意能力、判断能力があること、医師が適切な説明を行ったこと、患者が説明を理解したこと、医師の説明を受けた患者が任意の意識的な意思決定により同意したこと、患者の自発性の有無。このうち の項目は、「説明と同意」というインフォームド・コンセントの代表的な訳語が示す通り、医師の説明義務と患者の「知る権利」を保障するために不可欠の条件として、当然のものとして受け入れることができる。

ところが、精神科医療においては、上述4つのポイントのうち が特に問題であり、現実の精神保健領域において徹底が困難な点であると筆者は考える。精神に障害を持つ人の同意能力および判断能力については、従来よりその設定基準のあいまいさや変動性が問題とされてきており、精神障害者は精神疾患を有するというだけで、治療に関する同意判断能力が無い者として見なされ、しばしば自己決定の前提を否定されている現実があるといふことは否めない。さらに、精神科医療においては、その治療内容の特性ゆえに一般科以上に医療者側のパターンリズムが起りやすい状況が多数存在するため、患者自身が自らの自発的な意思や任意の判断により、自己決定を行っていくことは非常に困難なことになってしまう。

前節でも述べたように、本来であれば精神障害者の自己決定権も我々健常者と等しく、当然のものとして保障されるべきであるといふことは自明の理である。しかし、現実にもそのことを徹底するためには様々な多くの課題が残されており、精神障害者の自己決定権は、無条件に当然のものとして保障される基本的な権利とはいいがたいのが現実である。そのような現状は、精神保健福祉領域の中でも、とりわけ精神科医療機関において顕著に見ら

れる傾向が強い。

近年、インフォームド・コンセントの概念は、内科や外科といった一般医療を中心に、その考え方や必要性が広く支持されつつあるが、精神科医療においては、インフォームド・コンセントや精神障害者自身による自己決定について、未だに特別視される傾向が強い。精神科医療において精神障害者は、しばしば「意思のない人」「判断できない人」とみなされ、自己決定を阻害されたり、意思を抑圧されてしまう場面が多く見られる。その理由としては、既述のように同意能力や判断能力の有無や変動性、精神障害の疾患的な特性があげられ、今なお多くの専門家達によって様々な議論が繰り広げられているが、未だにその明確な判断基準や妥当な根拠は見出されていない。

精神障害者の自己決定能力や責任能力に関しては、今後も議論の余地があることは否めないが、そのことを一通り頭に入れておくものの、医師を始めとした医療従事者はもちろんのこと、精神障害者の人権を擁護する立場であるPSWは、できるかぎり精神障害者本人の自己決定が尊重されるように、精神障害者の自己決定支援の理想と現実の差を埋めていくためのインフォームド・コンセントのあり方を見直し、それを成立させる最良な環境を作り上げていく積極的な取り組みが求められるのではないだろうか。

第3節 精神保健福祉領域におけるインフォームド・コンセントと自己決定支援

インフォームド・コンセントとは、医療者側が行おうとしている治療について患者に十分な説明をする（インフォーム）ことと、患者がその説明を理解し、同意・選択する（コンセント）ことという、2つの要素を含んでいるということは既述した通りである。

序章でも述べたように、インフォームド・コンセントとは、単に医療現場で用いられる法的根拠に基づく契約行為という枠組みを超え、大島が指摘するように「患者を初めとするサービスの利用者への、当事者参加を背景としており、『自己決定』が尊重される地域保健福祉サービス提供全般にとって、欠くべからざるもの」である。つまり、インフォームド・コンセントは、治療やサービスの提供を行うにあたって、患者や利用者の自己決定を最大限尊重するために、サービスの提供者と利用者との間でなされる欠かせない手段であり、援助の一段階であるということができる。

その具体的な例として、P S Wの基本的な援助内容の一つである、医療機関における受診相談や、社会復帰施設や社会資源利用時におけるインテーク面接があげられる。インテークの機能には、相談者の主訴を傾聴しその要求を明確にすること、ワーカーの所属する機関の機能をその人の要求に関わり合わせ適切に説明すること、その機関で援助を受けようとする意思を確認すること、⁽¹²⁾の3点に整理することができる。つまり、相談室や社会復帰施設に訪れた精神障害者本人や家族に対し、援助者がその機関に関する情報や提供できるサービスに関する情報をわかりやすく適切に説明し、当事者や家族がその内容をきちんと理解した上で、当事者や家族自身の意思によってその機関の利用を承諾し、援助が開始されるということになる。このようなステップを含むP S Wによるインテーク面接の作業は、それ自体まさに「説明」「情報提供」「同意」のすべての要素を含んだインフォームド・コンセントの実践であると捉えることができる。

ところで、我が国の精神保健福祉は時代と共に、医療は入院中心から外来・地域精神医療へ移り変わり、ノーマライゼーション理念のもと行政の精神保健福祉サービスは市町村において提供されるようになり、精神障害者が地域社会で暮らしていくための条件整備と生活支援の方策が講じられ始めるようになった。具体的には多様な社会復帰施設の整備や、居宅生活支援事業や地域生活支援事業などの展開が始まっている。このような動きを背景として、ノーマライゼーションの理念を実現するために、精神障害者ケアガイドラインの検討が行なわれ、その具体的方法としてケアマネジメントを中心としたケアガイドラインが、厚生省（現・厚生労働省）から示された。これらの検討内容は施策に取り入れられ、1999年度からは全国47都道府県と12指定都市でモデル事業がスタートした。

ケアガイドラインの理念は、障害者が障害を持たない人々と同じように、地域社会で暮らすことを可能ならしめるために、従来の、専門職が考えた枠組みでサービスを提供するだけでなく、利用者である障害者のニーズを中心としたケアサービスの提供を基本としている。この理念の重要な点は、ノーマライゼーション、利用者中心のニーズに基づくサービスの提供、障害者の自立及びより質の高い生活実現への支援、自己決定の尊重、社会的理解の促進⁽¹³⁾の5点である。つまり、精神障害者はすべて良質で有用な精神保健ケアを利用する権利を有しているということが大前提とし、このような権利が損なわれ、差別や区別、排除が行なわれることのないように、人間固有の尊厳を十分に尊重した援助行なわれることを強調しているといえる。

ケアマネジメントの実施にあたっては、本人に対する十分な説明と同意なしにはケアの

対象とはならないのはもちろん、その説明は本人が理解できる方法で行なわれなければならないとしている。本人は書面で同意を示すが、その際自己決定の原則に基づき、本人の選択の自由が保障されなければならない。この説明と同意は、アセスメントの段階はもちろん、ケア計画の作成・実施のどの段階でも必要になり、もし本人が一時的あるいは持続的に理解力と判断力を欠くような場合には、地域福祉権利擁護事業などの法的・社会的な権利擁護制度等が必要になってくる。

このような観点から、インフォームド・コンセントの作業はまさに、ケアマネジメントにおける中心的な概念であり、インテーク同様ケアマネジメントもまた、利用者の意思や自己決定を最大限尊重するための、適切なインフォームド・コンセントを実践するための一つの手段であるとも捉えることができる。これまで、精神障害者は「判断能力のない人」「意思決定能力のない人」と見なされ、受身的かつ援助者の都合を優先した援助がなされてきたという歴史がある。こうした事実を振り返ってみても、精神障害者の主体性、自立性、選択性を最大限尊重し、その人らしい暮らしを支えていくケアマネジメント事業は、画期的な福祉サービスであるといえ、今後従来の当事者不在の精神科医療に新たな発想の転換をもたらす大きなきっかけとなるのではないだろうか。さらに、精神障害者が自らの自己決定や希望を最大限実現しながら、住み慣れた地域社会の中で、その人らしい豊かな生活を送っていくことを目指す地域生活支援において、ケアマネジメントは有効な手段の一つであり、今後さらなる発展と積極的な活用が望まれる。

註

-
- (1) 「シリーズ・21世紀の社会福祉」編集委員会編、『社会福祉基本用語集改訂版』、ミネルヴァ書房、2000年、80頁
 - (2) 「施設変革と自己決定」編集委員会編、『権利としての自己決定 そのしくみと支援』、エンパワメント研究所、2000年、筒井書房、8頁
 - (3) 大島巖・奥野英子・中野敏子編、『障害者福祉とソーシャルワーク』、有斐閣、2001年、37頁
 - (4) 熊倉伸宏、『臨床人間学：インフォームド・コンセントと精神障害』、新興医学出版、1994年、56頁
 - (5) 精神障害者社会復帰促進センター（財団法人全国精神障害者家族会連合会）『レビュー』、ぜんかれん、1996年、8頁
 - (6) 森岡恭彦著、『インフォームド・コンセント』、NHK ブックス、1994年、11頁
 - (7) 松下正明監修、『精神医学・医療における倫理とインフォームド・コンセント』、中山

書店、2000年、8頁

- (8) 松下正明、斎藤正彦他、『精神医学と法』、中山書店、1997年、240頁
- (9) 前掲書⁽⁷⁾ 19頁
- (10) 前掲書⁽⁸⁾ 227頁
- (11) 前掲書⁽⁸⁾ 227頁
- (12) 『精神医学ソーシャルワーク』、No36、1996年、21頁
- (13) 精神保健福祉士養成セミナー編集委員会編、『改訂 精神保健福祉士養成セミナー 精神保健福祉論』、へるす出版、2001年、300頁

第2章 精神障害者地域生活支援の理念・方法とインフォームド・コンセント

第1節 ノーマライゼーション理念に基づく地域生活

ノーマライゼーションという言葉が、我が国で用いられるようになってから、多くの人々がこの言葉をなじみのあるものとして、よく耳にするようになった。

ノーマライゼーションとは、一般的に「障害者が普通の人間として一般社会の営みの中に普通に参加するための機会を拡大させ、障害の有無にかかわらず、人間が平等に権利と義務を担って生きようとする原理」などと定義されている。⁽¹⁾

ノーマライゼーションの概念は、もともと1959年のデンマークの精神遅滞法において、「精神遅滞者の生活を可能な限り通常（ノーマル）の生活に近づけるようにすること」であるとした定義に始まっている。デンマークの知的障害者福祉の行政官としてその生涯を終えたバンク・ミケルセンは、1976年に「精神遅滞者の住居、教育、仕事、そして余暇の条件を通常にすること。そしてそれは、すべての人が持っている法的権利や人格を彼らにももたらすことである」と述べた。また、ミケルセンに並びこの思想の提唱者の一人であるニルジェ（ニリエ）は、「すべての知的障害者の日常生活の様式や条件を、社会の普通の環境や生活方法にできるだけ近づけることを意味する」と、ノーマライゼーションの具体的目標について述べ、さらにその原則として、「1日のノーマルな生活リズム」「1週間のノーマルなリズム」「ライフサイクルの保障」「自己決定の保障」「性的関係の保障」「経済水準の保障」「ノーマルな環境水準の保障」などをあげた。その後の国際障害者年を契機に、ノーマライゼーション理念は、他の障害者、児童などにも普遍化した福祉施策の理念として世界的に普及した。現在我が国においても、一般の人々と対等で主体的な生活と参加を地域社会の中で保障しようとする人権・平等思想の一つと見なされ、より実践的な理論として広がりを見せている。⁽²⁾

我が国の精神障害者に対する施策の中で、ノーマライゼーションという言葉が初めて用いられたのは、1991年に開かれた公衆衛生審議会の「地域精神保健対策に関する中間意見」において、「地域における精神障害者のケアと住民の心の健康づくりは、住民と精神障害者とが地域において共に生活を送るという考え方（ノーマライゼーション）に立って相互に関連を保ちつつ実施される必要がある」との発表の中である。⁽³⁾その後、1995年に、精神障害者の社会復帰の促進を中心とした精神保健対策の推進を図る観点から、総務省は精神保健関係法の施行状況を調査し、その結果を「ノーマライゼーションの実現に

向けて「精神障害者が地域で普通に生活していくために」として刊行した。障害を持ちながらも社会の構成員として普通に生活を送ることのできるノーマライゼーション理念の下、精神障害者の自立への支援のあり方として、ニーズの的確な把握と施策の計画的推進、医療・保護対策、社会復帰対策の推進、地域中心のサービス体制確立など、具体的な精神保健対策の勧告を行った。これをきっかけとして、精神障害者の自立への支援と地域生活支援のあり方について、社会的入院の解消や社会復帰施設の充実など、具体的な対策の必要性が検討された。

さらに、1995年12月には、1993年に制定された「障害者対策に関する新長期計画」の具体的な実施計画として「障害者プラン ノーマライゼーション7ヵ年戦略」が策定された。その内容は、ノーマライゼーションを具体化するための、「地域で共に生活するために、社会的自立を促進するために、バリアフリー化を促進するために、生活の質(QOL)の向上を目指して、安全な暮らしを確保するために、心のバリアを取り除くために、我が国にふさわしい国際協力・国際交流を」という7つの柱から成り立っている。その後、1999年には、公衆衛生審議会から、「今後の精神保健福祉について(意見)」が出され、その基本的な施策の方向として、各地域での取り組みを推進する必要性があるとし、「施策の推進に当たっては、精神障害者の人権に充分配慮することを前提に、精神障害者のノーマライゼーションを推進することができる体制を整備していくことが必要だ」⁽⁴⁾として、ノーマライゼーションの理念実現に向けた、一貫した施策の展開が図られている。

このような、障害をもつ人々に可能な限り普通の人と同じ生活を保障するという考え方を基盤に、精神保健福祉領域においても、その具体化のために病院や施設などの隔離された環境で処遇するのではなく、本来の生活の場である地域社会の中で、その人らしい、当たり前の生活が可能になるように、地域生活支援体制を強化していくべきだという動きが高まった。具体的には、既述したケアマネジメント事業の他に、各種社会復帰施設の充実や、市町村の役割を重視した施策の取り組みなどがあげられる。

しかし精神障害者の処遇は、社会防衛や治安維持のための排除と隔離収容から、可能な限り地域で主体的に暮らせるような支援体制へと展開してきた歴史を持っているため、地域生活支援体制の構築は、高齢者や身体障害者・知的障害者等の他障害の施策に比べ、遅れを取っているという事実は否めない。精神障害者のための各種制度や施策も、他障害のそれと足並みを揃えて整備され、精神障害者が豊かな人生を送っていくことを保障する地

地域生活支援の充実が図られることによって、最終的には障害の有無に関わらずだれもが住みやすい社会が形成されることこそ、精神障害者の社会復帰を促進するための重要な課題なのではないだろうか。以下、精神障害者の社会復帰施策の流れを見ていながら、今後の地域生活支援のあり方を具体的に考えていく。

第2節 精神障害者の社会復帰施策の流れと地域生活支援

我が国の精神障害者の社会復帰に向けた具体的な施策は、1987年の精神保健法の改正・成立をきっかけとして、その整備と法制化の動きが展開されている。精神保健法においては、入院患者の人権を擁護することと併せて、社会復帰促進のための社会復帰施設が制度化された。精神障害者生活訓練施設と精神障害者授産施設の2種類であり、その後の1988年の精神障害者社会復帰施設設置運営要綱によって、精神障害者生活訓練施設には、精神障害者援護寮と精神障害者福祉ホームの2種類が設けられた。1993年6月の精神保健法改正では、1992年に保健医療局長通知に基づく事業として開始された、精神障害者地域生活援助事業（グループホーム）が、法定事業として位置付けられた。

さらに1995年の精神保健福祉法への改正により、精神障害者社会復帰施設は、精神障害者生活訓練施設（援護寮）、精神障害者福祉ホーム、精神障害者授産施設、精神障害者福祉工場の4種類に体系化されることになった。また、1982年に開始された通院患者リハビリテーション事業が、精神障害者社会適応訓練事業として位置付けられた。

1995年12月には、障害者基本法に基づく国の「障害者対策に関する新長期計画」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、2002年に向けた精神障害者社会復帰施設等の整備のための、具体的な数値目標が示された。

1999年の精神保健福祉法の改正においては、障害者福祉施策の統合化を求める社会福祉基礎構造改革の一環として、身体障害者および知的障害者福祉施設との整合性を図る方向で整理が行われていると共に、精神障害者社会復帰施設に関して内容の充実が図られた。1996年5月には、保健医療局長通知により開始された、精神障害者地域生活支援事業（精神障害者地域生活支援センター）が、新たに精神障害者社会復帰施設に加えられ

た。また、精神障害者の在宅福祉施策の充実を図るため、国及び都道府県以外のものは、2002年4月1日から、精神障害者居宅生活支援事業を行うことができるようになった。精神障害者居宅生活支援事業とは、精神障害者居宅介護等事業（ホームヘルプ）、精神障害者短期入所事業（ショートステイ）、精神障害者地域援助事業（グループホーム）の3種類となっている。⁽⁵⁾これまでの社会復帰施策が、ややもすれば「地域生活」に対する援助活動という視点から離れ、医療中心の社会復帰活動の一つとして理解されることが多かったことに比べ、2002年の法改正は、精神障害者をありのままの姿で住み慣れた地域で受け入れるということを支援目標とした面で、大変意義のあることだと理解できる。

しかし、障害者プランで定められた社会復帰施設等の数値目標は、その達成率の数字を見ても完全に達成されたとは言いがたい状況である。平成14年の段階で、整備目標の数値を上回ったのは、達成状況103%のグループホーム、143%のショートステイのみで、目標数を若干下回るがおおむね数値達成の、生活訓練施設（91%）、福祉ホーム（95%）を併せても、目標の3分の2程度の社会資源しか確保できていない。⁽⁶⁾我が国の精神障害者推計数は、1999年の段階で204万人にも上るといわれており、33万人にも及ぶ入院患者のうち、いわゆる社会的入院とされる7万2千人の患者を含め、すべての精神障害者の社会復帰や地域生活を支援していくためには、多くの課題が残されているといえる。先に述べたケアマネジメント事業を効果的に実践していくためにも、精神障害者が数ある選択肢の中から最も自分のニーズや希望に見合ったサービスを選び出し、それを柔軟に組み合わせることによって豊かな地域生活を営むことができるよう、制度や施策といったハード面での取り組みや必要な資源の開発が喫緊な課題であるといえよう。

一方、上述したような法定の社会復帰施設ではないにも関わらず、精神障害者の社会復帰活動を支えるために大きな役割を果たしたのが、精神障害者小規模作業所である。共同作業所や地域共同作業所とも呼ばれているもので、法定外の事業であるにもかかわらず、量的には法定の社会復帰施設を圧倒的に上回っている。その数は、1990年以降に急増し、1975年には24カ所であったのが、1985年には185カ所、1998年には1200カ所となり、2000年には1600カ所を超え、述べ25000人以上の精神障害者が利用している計算になる。⁽⁷⁾昭和51年10月に創設された東京・小平市にある「あさやけ第二作業所」（平成6年度より通所授産施設に移行）を小規模作業所の第1号とし、それ以降精神障害者の家族会が中心となり、その設置運動は全国に草の根的に広がった。⁽⁸⁾地域によっては保健所が設立・運営に大きく関与している所もあるが、その多く

は地方自治体独自の補助金などによって維持された、自主運営形態が多数を占めている。

精神障害者小規模作業所の活動内容は、「作業所」という名称が示すとおり、何らかの作業活動を目的とした施設であり、福祉的就労の場というのが一般的な認知となっている。とはいえ、作業所を離れることが困難であったり、就労がうまくいかない人への対処から、ノーマライゼーション理念の普及とあいまって、その人なりの社会参加や自立の達成を尊重した様々な活動が展開されている。憩いの場や軽食・喫茶等のサービス業、自主制作、クラブハウスのような役割を主とする作業所など、今や作業所の活動内容や目的は非常に多様化している。⁽⁹⁾ そのオリジナリティに富んだ活動や、利用目的の柔軟性、施設数の多さなどの特色から、精神障害者が自分の好みや目的にあった希望の場所を、数ある選択肢の中から自由に選択できる点で、もはや作業所は、精神障害者の地域生活を成り立たせ、その人らしい生き方を支える上で、欠くことのできない重要な社会資源となっているといえる。

残念ながら現実問題として、作業所の運営に関しては、法定外施設であるがゆえに補助金の地域格差が激しかったり、家族などの運営主体の負担が深刻であったりと、その財政基盤の弱さは否めない。しかし、精神障害者の個別的なニーズを満たし、その人らしい生活を応援する地域生活支援の要として、今や作業所の活動はなくてはならないものとなっている。今後もその活発な活動が展開されるべきであり、そのためにも国は、地域活動の拠点として作業所が担う役割やその実績を充分評価すると共に、法定認可や補助金の問題の是正を図る等、地方自治体の積極的な取り組みを後押ししていくべきではないだろうか。

第3節 地域生活支援の基本的な考え方とP S Wの役割

我が国においては長い間、地域精神衛生活動・地域精神保健活動が精神障害者の地域支援の中心であった。しかし、これまで述べてきたように、最近になってようやく地域精神保健（福祉）活動と共に地域生活支援が注目されるようになってきている。その先駆的役割を果たし、生活支援活動の源流となったのが、「やどかりの里」である。やどかりの里の活動は、さいたま市の大宮厚生病院に精神科ソーシャルワーカーとして勤務していた谷中輝雄が、社会復帰活動の一貫として、退院先の住居がない人たちに対する住まいを、外勤

作業先の寮に確保することで、医療機関から独立した活動として始められた。その後、退院しても帰る場所のない人たちが、一つの家族のように喜怒哀楽を共有しながら過ごせる場で、人並みの生活をしたいという精神障害者の希望を叶えるため場所として、1970年に一軒屋を借り上げてスタートさせたのが「やどかりの里」である。⁽¹⁰⁾

谷中は、自らが行ってきた精神障害者の生活支援の経験をもとに、その理念と方法を著書にしてまとめている。⁽¹¹⁾ 谷中が考える生活支援の基本的な考えとは、主に以下の4点である。

1) 当たり前の人として

精神障害者は、その病気の特性ゆえに、「怖い」「不気味な人」「何をしでかすかわからない人」などという偏見的な目で見られてしまう事が多い。しかしそうした偏見的なイメージや固定観念といったものを、ひとまず頭から外して、「患者としてでなく、生活者として見なそう」と谷中は指摘している。⁽¹²⁾

このような視点は、筆者が精神医療機関で行った実習体験を振り返って見ても、非常に共感できる考え方である。筆者は精神病院での実習において、初日に急性期病棟に配属され、精神症状が活発で妄想めいた発言をしている患者との接触に最初はとまどいを感じた。しかし彼らとの人間的な交流や直接的な対話を通じ、精神障害者と言えども症状や病気の部分を除けば、我々となんら変わりのない人達であるという思いを深めた。

精神障害者は普通の人とはちょっと違う、保護を受けなければならない人という視点で見れば、多かれ少なかれ援助の上下関係が生まれ、たとえ本人のためと思って行なった援助も、単なるおせっかいや行き過ぎた援助になることもある。PSWは、その専門的知識や技術を最大限発揮しながらも、援助がパターンリズムに陥ってはいないか、対等な関係で相手を見ているかを常に自己点検しながら、援助を行っていく姿勢が重要ではないだろうか。谷中が指摘するように、「たとえ『症状』を持っていても、ごく当たり前の『生活』が可能かどうかの問題とされているのである。」⁽¹³⁾ という生活者の視点こそ、生活支援におけるPSWの基本的な考えと捉えることができる。

2) 当たり前のつき合い

「当たり前の人として」、つまり生活者としての視点に立って精神障害者を捉えた時に初めて、「一人前の人として、責任能力のある人として、彼らと当たり前につき合っていくこと」⁽¹⁴⁾ができると谷中は指摘する。これが「当たり前のつきあい」である。

なぜこのようなことを敢えて言わなければならないかという、既に何度も述べてきたように、精神障害者は世間一般的にも法律的にも、「当たり前の人」とは見なされていないのである。その疾患の特性上判断能力や意思決定能力がない人と見なされ、自己決定権はじめとする様々な権利を侵害されたり、医療機関内においては常に保護・監督・指導の下に置かれることとなってしまう。

生活支援においては、ノーマライゼーション理念に基づき、何よりもまずは当事者の主体性や希望を尊重するため、援助所は当事者の否定的な側面に目を向けるのではなく、できること、ポジティブな面に積極的に目を向けていく必要がある。「例え法律的には一人前の人として扱われていなくても、『生活支援』においては一人前の人として、責任能力のある人として見ていこう」とする谷中の指摘は、筆者が考える精神障害者の判断能力の有無に囚われない「ノーマライゼーション理念に基づくインフォームド・コンセント」の実現には不可欠な考え方である。対象者が援助者を信頼するベクトルだけではなく、援助者が対象者を信頼するベクトルも含めた、相互的な信頼関係なくしては、本来のインフォームド・コンセントは成立しないのではないだろうか。

3) 当たり前の生活、ごく当たり前の生活

谷中は、「当たり前の生活には、それぞれの人が生活をしていく上で、権利としての当たり前の生活を保障するという側面と、当たり前の生活を可能にしていく過程という側面との両側面がある」⁽¹⁵⁾と指摘している。このうち前者は、基本的人権や冒頭で述べた幸福追求権を前提とした根本的な目標としての意味が込められていると考えられる。そうした理念を大前提として、「当たり前の生活を可能にしていく過程」を尊重し、その実現のための具体的な取り組みがどうあるべきかを考えていく後者の理念こそが、地域生活支援の実践にとっては重要なことであると筆者は考える。

精神障害者にとっては、「当たり前の生活」を獲得していくことは容易なことではない。精神障害者は、その疾患の特性や「生活のしづらさ」、そしてそれをカバーする支援体制の不十分さゆえに、私達が日常生活場面で行なっている、ささいなことができないで苦労し

ていることが多い。このような事実を、援助者側が特に注意を払って受け止めると共に、そうした困難や不具合を全面的にサポートするために実践的に支援していくことが求められる。

さらに、「当たり前の生活」とは、人類固有に保障された当然の権利という平均化された枠組みを超えて、当事者一人一人の独自性や個性、その人らしさを最大限尊重したものでなくてはならない。それが谷中のいう「ごく当たり前の生活」である。谷中は「あたり前の生活」に「ごく」をつけることによって、「その人なりの」「その人らしい」といった特別な意味を込め、人並みの生活を目標にするという限定的な考えに囚われることなく、当事者の「そのままを認め、そのままを受け入れ、そのままの生活を可能にしていくこと」が重要であり、「普通の状態へ持っていくための訓練や指導を抜きにして、生活を支えていく」ことこそ、生活支援の原点であると言及している。

援助者は、「時間が経過する中で、ゆっくりとではあるが、当たり前の生活を手に入れることは、十分に可能なこと」であるという、精神障害者に対する全面的な信頼と共に、精神障害者個々のニーズに対してきめ細かな援助を行なっていくことによって、固定的・画一的な援助関係に囚われない、より個別的な地域生活支援を実現できるのではないだろうか。

以上が、生活支援に対する谷中の基本的な考えであるが、これらの理念は、筆者が目指す「ノーマライゼーション理念に基づくインフォームド・コンセント」にとっても、なくてはならない基本的な考え方であるといえる。今後筆者も、プロの精神保健福祉士としての経験を積み重ねていくうちに、学生時代のように理想論ばかりを追及することができなくなってしまう程、現実の厳しさや矛盾を知って無力さを感じる場面に出会うかもしれないが、そんな時にも、常に原点に立ち返りこうした基本的な視点に改め、精神障害者にとっての理想的な地域生活支援のあり方を自分なりに模索していきたいと考える。

註

-
- (1) 間瀬英夫、大阪外国語大学外国語学部地域文化学科デンマーク語・スウェーデン語研究室編、『デンマーク・スウェーデン社会福祉用語集』、大阪外国語大学外国語学部地域文化学科デンマーク語・スウェーデン語研究室、1996年、日本社会福祉実践理論学会編、『社会福祉基本用語辞典』、川島書店、1996年、166～167頁

-
- (2) 大島巖・奥野英子・中野敏子編、『障害者福祉とソーシャルワーク』、有斐閣、2001年、35頁
 - (3) 精神保健福祉研究会監修、『我が国の精神保健、平成4年度版』、厚健出版、1993年、56～59頁
 - (4) 岡上和雄、京極高宣、新保祐元、寺谷隆子編、『改訂 精神保健福祉士の基礎知識・下』、中央法規、2002年、15頁
 - (5) 精神保健福祉士養成セミナー編集委員会編、『改訂 精神保健福祉士養成セミナー 精神保健福祉論』、へるす出版、2001年、290～292頁
 - (6) 中部学院大学PSW研究会プラス編、『精神保健福祉士国家試験専門科目編 問題分析と受験対策』より「厚生労働省 障害保健福祉部調査」の数値、187頁
 - (7) 前掲書⁽⁵⁾ 310～312頁
 - (8) 秋元波留夫他、『精神障害者のリハビリテーションと福祉』、中央法規出版、1999年、110頁
 - (9) 社会福祉法人全国精神障害者社会復帰施設協会編、『精神障害者生活支援の体系と方法』、中央法規2002年、110頁
 - (10) 前掲書⁽⁹⁾ 19～20頁
 - (11) 谷中輝雄、『生活支援 精神障害者生活支援の理念と方法』、やどかり出版、1996年
 - (12) 前掲書⁽¹¹⁾ 145頁
 - (13) 前掲書⁽¹¹⁾ 146頁
 - (14) 前掲書⁽¹¹⁾ 146頁
 - (15) 前掲書⁽¹¹⁾ 147頁

第3章 精神障害者小規模作業所における精神障害者地域生活支援の実践

A市B区、精神障害者小規模作業所Cにおける実習を通じての一考察

第1節 精神障害者小規模作業所Cの概要と活動内容

A県A市B区にある精神障害者小規模作業所C(以下C作業所)は、誰もが住み良い街、共に生きる社会を創り出すことを目的として1999年9月に発足された、任意団体Dを母体とし、「街の中での活動」をモットーに設立された。2001年4月に、A市精神障害者共同作業所設置運営の承認と補助金交付を受け、仮称NPO法人として活動しながら、平成2002年4月に正式にNPO法人認証を取得した。

平成2001年9月には、住居プログラムとして生活ホームEが開設され、2002年10月1日に、精神障害者生活ホーム設置運営の承認を受けた。「生活ホーム」とはA市独自の制度であり、施設内容としてはグループホームとほぼ同様のものであるが、「運営主体(共同生活を営む精神障害者に対する支援体制の確立している団体と、個人等であって市長が適当と認めたもの)や定員(2~4名)の条件が国の制度よりも緩やかで、比較的取り組みやすい制度であるという特徴」⁽¹⁾をもっている。

さらに、2002年11月1日には、NPO法人としての生活支援センターFを開設し、C作業所から徒歩30分程の場所にある小さな木造2階住宅で、毎週木曜日に活動を行っている。また、この場に集う仲間達自身の手によって、患者会Gが設立され、集めた互助金を元に定期的な行事やレクリエーション活動を展開している。

その他にも、生活ホームEの一室を利用したショートステイプログラムや、生活支援センター2号店の開設など、精神障害者が地域で自立した生活を送っていけるように、利用者にとって良質で効果的なサービスの提供を目指して、今後も様々な取り組みが具体化されていく予定である。

C作業所の利用資格は、通院中の精神障害者であり、現在は定員8名を大幅に上回る多数のメンバーが登録され、一日およそ15名程度のメンバーが通所している。

活動の中心はアンパンやドイツパン等の手作りパンの製造・販売と、リサイクルショップの運営であり、毎週木曜日は陶芸や生け花等の創作プログラムも実施されている。手作りのパンは、近隣のブティックやリサイクルショップに定期購入してもらうことになっており、それぞれの店頭での販売を通じて近隣住民達に少しずつその評判が広まりつつある。また、A県内にある看護学校や福祉系大学の学園祭や、地域のイベントにおいてもオリジ

ナルのパンを出品し、用意していた数を完売させるなどして、その活動は評判である。さらに、C作業所は学生ボランティアや市民ボランティアを積極的に受け入れており、そうしたインフォーマルサポーターとの交流を通じて、近隣住民に向けても活発に地域交流の機会を提供している。

C作業所の一日の活動の流れは、朝10時からのミーティングに始まり、リサイクルショップの开店準備と清掃を一通り済ませた後、パン作り、パンの配達、店番・接客、昼食作り等、各自の分担に分かれて活動に取り掛かる。パン作りの担当は曜日ごとにだいたいの役割分担が決まっているが、昼食作りや店番・接客などの役割は、その日の朝のミーティング内で各自の希望にそって決定し、メンバーはその日の気分や体調に合わせて、自由に活動に参加できるようになっている。

また、作業所の開始時刻は午前10時であり、全体の基本的な終了時刻は午後4時半となっているが、個人の活動終了時間はメンバーの希望や入所時の体調・状態に合わせ、本人と相談の上で柔軟に定めることになっているので、メンバーの帰宅時間一定ではない。

第2節 スタッフのかかわりと援助方針

筆者は、C作業所において、計13日間の実習を行わせて頂いた。実習の内容は、作業所開所時刻の午前10時から、終了時刻の午後4時半まで、基本的にメンバーと同様のスケジュールで、朝のミーティングに始まり、昼食作りやパンの配達、店番と接客など、普段メンバーが行っている活動を一緒になって体験することにより、メンバーとの交流を深めていくというものであった。実習初日のオリエンテーションにおいては、C作業所の所長さんより、「健常者・精神障害者という枠組みは意識せずに、ありのままの姿でメンバーとの交流を深めるように」とのアドバイスを頂いていた。こうして、C作業所の日常的な活動内容やメンバーの様子、スタッフの方援助を参与観察させていただく中で、筆者が感じたC作業所の印象や援助方針、スタッフのかかわりの姿勢を以下に示していく。

第一に、C作業所においては、「精神障害者の作業所といえども一般社会と隔絶することなく、社会の普通のルールに基づいて活動していく」という姿勢が、当然のものとして浸透しているのである。このことは、一見あたりまえのこのように思えるが、筆者にとっ

ては新鮮な驚きであった。というのも、精神障害者はストレスやささいな変化に敏感で、「生活のしずらさ」に苦労している人々であるがゆえに、そのことに充分配慮した慎重な援助が必要不可欠であるというイメージを、筆者が潜在的に抱いていたからである。

C作業所においては、朝のミーティングや活動中の様々な場面において、必要以上の保護や気の遣い方は一切していなかった。例えば、メンバーの中で生来の気質からか症状の後遺症からかはよくわからないが、場の雰囲気を読めずに自分のペースで一方向的に話をしていた人がいたなら、その場で厳しく注意したり朝のミーティングの際に話題にする等して、遠慮なく当事者にその問題と付き合わさせる。自分のよくないところや欠点に真正面から向き合わせるその方針は、健常者である私から見ても若干酷なことのように思えたのであるが、注意された当の本人は卑屈になることもなく、素直にその指摘を受け止め反省を深めていた。

また、市民ボラティアのメンバーとの付き合い方を見ても、彼女達はメンバーを特別視することなく、共に笑い共に活動を楽しみ、よくないことがあれば適切にアドバイスし、普通の人間同士としてメンバーと気軽に接していた。そのようなフランクな付き合い方は、時にメンバーとボランティアとの間に摩擦や意見の食い違いをもたらすこともあるが、その試練をメンバーが自力で乗り越えていくことによって、人間関係における上手な付き合い方や対処能力を学んでいくことができる。ボランティアの存在を通じて常に地域社会との繋がりを保ち、当作業所の日常が一般社会のルールと食い違ってはいないか、過剰に保護的な環境になっていないかを確認する意味でも、C作業所における市民との積極的な交流は重要なものになっているという印象を受けた。

さらに、C作業所ではボランティアだけでなく、実習生や他機関の見学者等の出入りも割と激しいため、メンバーは日常的にこうした環境に身を置くことによって外部からの刺激にも慣れ、実習生や見学者に積極的に当作業所の説明をしたりするなど、たくましい一面も見せている程である。このことから、精神障害者といえども特別扱いすることなく、普通の人間関係でありのままの付き合いを目指すC作業所の環境や援助方針こそが、メンバーとスタッフとの間にありのままの人間同士という対等な人間関係をもたらすと共に、メンバーに生活の主体者であるという意識を高めさせ、それぞれの自己決定や自己実現を支えていくことに不可欠であるということが理解できる。

ただし、こうした自然で対等な付き合いを可能にするには、PSWとしての専門的な知識が不要であるというわけではない。精神障害の疾病特性の部分や生活のしずらさに関し

ては、専門知識を生かしてきちんと把握し、適切な配慮と援助を行う必要がある。例えば、C作業所においては、薬の影響で活動中の動きが極端に緩慢なメンバーがいれば、医療機関の主治医に取り合っ、て、服薬と活動の調整を図る場面も少なくない。こうした援助は、「専門知識をもつ専門家」という姿勢を前面に出すのではなく、あくまでありのままの付き合いを基本としながら、「必要があれば」専門知識や技術を適切に使分けているのである。援助者の人間性も社会資源の一つ、専門知識も道具の一つとして客観的に見ることによって、PSWとしての専門的な援助と、援助者の人間性を介した「非援助の援助」をバランスよく使分けることの重要性を、スタッフの方々のかかわり方から学ばせていただいた。

それに関連して二点目として、C作業所においては、日々の活動のあらゆる場面において、メンバー自身の希望や選択、自己決定の機会を最大限保障しているのである。しかも、そうした援助方針は、メンバーの人生を決定づけてしまうような、重大な選択や決定をする時のみに限られたものではなく、どちらかといえば我々から見たら何てことのない、日常生活における小さな出来事においてよく見られた。例えば、作業所の帰宅時間をメンバー一人一人の意思によって個別に設定していくことであったり、毎日の食事当番を朝のミーティングにおいてメンバーのその日の気分や体調によって柔軟に決定することであったり、外出プログラムの際にスタッフは同行せず、金銭管理や出欠確認をすべてメンバーに任せることであったりと、どれもとてもささいなことかもしれない。しかしすでに述べたように、こうした日常生活の中の当たり前のことすら満足に認められてこなかったのが我が国の精神障害者の歴史であり、援助者主体の援助を見直す大きな根拠となったことを振り返ってみると、スタッフがメンバーを全面的に信頼して行われるC作業所のこうした試みの積み重ねは、精神障害者の自己決定を支え主体性や誇りを回復させるための支援として、非常に意義のあることなのではないだろうか。

第三に、メンバー一人一人の決定や挑戦に、時間をかけてゆっくり寄り添っていくスタッフの姿勢である。C作業所では、就労の目標を果たして作業所を巣立っていったメンバーとの繋がりも絶やさない。例えばクリスマス会を始めとする各種イベントの時など、定期的に顔を合わせる機会を持つことで、元メンバーは職場に関する話題をメンバーやスタッフに話したり、就労を希望する他のメンバーの相談に乗ったりするなど、地域と作業所の橋渡しの存在としての機能を果たしている。反対に当作業所は、元メンバーが一度は作業所を巣立ったものの失敗や挫折を経験した時には、いつでも安心して帰ってこられる環境としての機能を果たしているといえる。こうしたことを可能にさせるのは、利用者の自己

決定や希望を最大限に尊重し、それが一通り叶えられた後でも不具合や失敗が生じれば再び当事者を受け止め、時間をかけて気長に当事者の自己決定に寄り添うスタッフの継続的な援助姿勢にあるのではないだろうか。

筆者が実習している間の出来事であるが、あるメンバーが突然生活ホームへの入所希望をスタッフに相談してきたことがあった。その方は普段から控えめな方で、みんなの前で積極的に自分の意見や希望を言うことがあまりない方であった。その彼女が、スタッフとの日々のかかわりの中から少しずつ意思を固めたわけでもなく、突然の意思表示をしてきたとのことだったので、彼女の決断にはスタッフの方も驚いていた。当作業所が日常的にメンバー一人一人の自己決定の機会を保障し、メンバー自らが自分の生活の質を決定づける習慣をつけることができるような雰囲気スタッフが意識的に作り上げたことによって、一見消極的に見えるメンバーの主体的な自己決定が促進されたのではないだろうか。この方は、試験的な生活ホームの利用を経験した後、現在は自宅で生活しているが、近いうちに生活ホームへの本格的な入居ができるように、前向きに検討をしているとのことであった。こうしたメンバーの自己決定の揺れや変更に対しても、C作業所のスタッフは今後も気長に当事者の自己決定を見守り、いい意味で決断を先延ばしにする姿勢を守っていかれるのであろう。

第四に、メンバー一人一人の「その人らしい生活」を支える、C作業所の柔軟な運営方針と、ネットワークの充実である。冒頭にも述べた通り、C作業所はNPO法人としての認証を受け、現在の精神保健福祉法制度上では法定外の社会復帰施設である、小規模作業所として活動を展開している。その活動は、「医・食・住・就・遊」といった生活上の5つ側面を支援する具体的なプログラム（医：服薬指導や主治医への交渉、食：1食200円で食べられるおいしい昼食、住：生活ホームの運営やショートステイ、就：週1回作業所の休業日に一部のメンバーで行われるパン作りのアルバイト、遊：陶芸や生け花のプログラム活動）を通じて、最終的には個人のニーズや希望に合わせた「その人らしい生活」の充実を目指している。

作業所の活動目標や機能を、何か一つに絞って個別に実施していくのではなく、C作業所においてはまずは「メンバーの生活の充実」という大きな目標を目指した上で、それを実現していくためにメンバーのニーズや状況に柔軟に対応していくうちに、後から様々な取り組みが付いて来ているという特徴を持っているような気がする。このことは、援助者側の一方的な判断で作業所の機能を限定する事なく、常にメンバーの個別的な希望や二

ーズに沿って作り出されるきめ細かな援助であるといえ、メンバー一人一人異なる「その人らしい生活」を、柔軟かつ総合的に支える地域生活支援といえるのではないだろうか。

このような観点から、当事者に対して単に自己決定の機会を与えるだけでなく、その自己決定や個人の希望に継続的に寄り添い、自己決定が揺るいなり変更があった場合でも、アフターフォローも含めて総合的に当事者の自己決定に付き合う。そんなC作業所における実践の一つ一つこそが、筆者が考える「ノーマライゼーション理念に基づくインフォームド・コンセント」に不可欠な理念・援助であり、精神障害者一人一人の豊かな生活を可能にする地域生活支援の実践といえるのではないだろうか。

こうした筆者の考察は、特定のメンバーの事例に付き合う中で実証的に導き出されたものというわけではなく、どちらかといえばC作業所の全体的な雰囲気やスタッフの方からの間接的な情報から総合的に考えたものであるため、やや論理性に欠けるものかもしれない。しかし、C作業所の所長さんのアドバイスにあったように、理論的な考察よりも体験的な理解を交えて導き出した考えこそが、現場における援助内容の大きなヒントとなり、地域生活支援の実践にとってより説得力のあるものとして定着しやすいのではないかとと思われる。

最後に、筆者が実習先で出会ったあるメンバーの手記より、一部抜粋させて頂く。C作業所における生活支援の実践が、メンバーの自己決定やその人らしい地域生活を支え、ひいてはメンバー一人一人の自己実現を支援するにあたって、大きな役割を果たしていることを明確に示しており、非常に示唆に富む内容になっている。当作業所における地域生活支援の有効性を実証する、大きな手がかりとなるものとして、次節で取り上げていく。

第3節 ユーザーの立場から

以下の文章は、C作業所のメンバーの一人で、A県の地方精神保健福祉審議会の委員を勤めている、Mさん（60代前半）が書かれた自書からの抜粋文である。Mさんは、20代前半に精神分裂病と診断され、数多くの入退院を繰り返し、合計46カ所での就労体験を経た後、現在は生活ホームEにて単身生活を送っている。その長い闘病生活の苦労や現在の気ままな単身生活の経験を生かし、各種イベントや講演会などで势力的に活動を行っ

ている方である。

1) 『私にカギを下さい!』⁽²⁾より

遠い>昔、私達はお金を持たせてもらえず週に1度ほしいお菓子や日用品を看護婦さんが名前ごとに伝票に書くのでした。すると翌日品物が届くのですが自分の思っている品物と実物とが違っている事もままありましたし金額も決められていたので不自由があったのです。それで誰かに面会があると私達が買えない様な品物があるのでそれを分けてくれるのが楽しみだったのですが、面会が終わった人はまず看護婦さんに一番おいしい物を持って行くのでした。すると窓口で受け取った看護婦さんの中には私達の目の前でそれをゴミ箱にそっくり捨てて何事もなかった様におしゃべりを続けるのでした。私達は勿体ないと思いつつも本人の気持ちを思いやって分けてくれたお菓子を「ありがとう>」「おいしかったわ!」と言い合うのでした。そして30年たった今、病院内には売店がありその人のおこずかいの中で食べたい物を自由に買える様になりました。

(中略)

遠い>昔、電話は閉鎖病棟では勤務室にしかありませんでしたが、20年がたって私が入院にした病院には電話があるのを見てかけたのですがこわれた電話で「この電話は通じませんよ!」と言ったところ無視されてしまい(そーかー電話は見学の人の為に置いてあるのか、もともと使えないものだな)と解りましたが、人権センターの電話番号を張りつけて(筆者注:貼りつけて)あるみせかけの電話でもっともらしく電話の受話器を取って1人でしゃべっている人を見て私はあわれに思いました。その後開放病棟に出た私は本物の電話で毎日家にかかけました。随分遠い病院だったので十円玉がほとと落ちる為何時も千円札を十円玉にかえてもらっていました。そして家族の笑い声が聞こえると寂しく感じたものです。その後退院した時義姉は病院の人から「電話がしょつ中かかりますよ。」と入院の際言われていたそうです。

2) 『まあーいいかー~雑感集』⁽³⁾より

「傘屋さんにて」

私の折りたたみの傘がこわれて、かわりの傘をさがしたのですがなかなかなくて、やっと傘の専門店を見つけました。店に入ると傘でいっぱい私は内心(ここならあるだろう)とほっとしました。出てきたのは80才位の女の店主さんで対応してくれました。私が「3段に折れる傘がほしいのですが。」というと教えてくれたのですがつい「高くて買えないわ。」と言ったら「3段折りは高いのよ。」としぶい顔で今度は店先にある安い傘を見せてくれたのです。私は「ああーこれ位のねだんのが良いわ。」と言ったのですが、紺色の傘と黄色の傘がどちらとも気に入って決められずに「どっちが良いでしょうか?」と聞いたら「それはお客さんが決める事です。」と言われて、そーかー本当だなあー私はお客さんのだから、と苦笑して黄色を選びました。帰り道(私はいつも回りの人に聞いて決めてもらう習慣がついている人だなあー)と思いながら傘をにぎりしめました。

「人生は選ぶ事」

私は近頃、人生って選ぶ事なんだなあーと思う。右に行くか左に行くか。約束するか、断るか、自分で選ぶしかない。選びようでその後が大きく変わる気がする。怖い位だ。それには何かを決める時、直感に頼る事もあるし、時間があれば人に相談もするが、決めるのは人まかせではなく自分で決める事が多くなり、その分責任も負うが選んだ道に間違いがなかったと後で思えた時は嬉しい。

「生きていてよかった」

世の中って寂しい人、困っている人っておおいんだなあーと近頃思う様になった。自分も長い間そうだったけれど今日までなんとか生きられたのが不思議な位だ。でも人生ってかわるんだなあー。今まで怒ったりわめいたりして回りの人達に迷惑かけてきたけどこれからは少しでもよい、返して行きたいと思う。支えてくれ、親切にしてくれた人々の努力を無にせず喜んで生きて生きたい。生きていてよかったーと思う今日この頃です。

冒頭の2つの文章では、かつての精神病院のあり方、自己決定や患者の人権を制限していた精神医療の歴史がよく見て取れる。一方、後半の文章では、そうした閉鎖的な入院生活をもたらした、自己決定の機会の障害や援助者主体の治療環境によって、日常生活のごくあたりまえのことすら自分で決めることを戸惑っているMさんの心情が読み取れる。最後の文章では、長い闘病生活や就労経験の失敗や挫折の中で、さまざまな思いと向き合い

少しずつ自分らしい生活を取り戻すための模索を経ていくうちに、自分の望む生き方を手に入れ豊かな日々を送ることのできるようになった、Mさんの喜びや満足感がよく伝わってくる。また手記の中のいくつかの読み物において、何気なく記されている「精神障害にならなかつたら、わからなかつた」などという記述からも、「精神障害になってしまったから」と悲観的になったり、病気になったことを後悔したりするどころか、病気になったことをも含めた丸ごとの人生を受容し、長い道のりをかけて生きてきた自分の人生に心から満足している様子がうかがえる。

しかし、Mさんがここまで前向きに自分の人生を受容できるまでに至った道のりは、そう簡単に語れるものではない。苦悩に満ちた闘病生活や入退院の繰り返し、数々の挫折や失敗等の辛い体験をして疲れ果てた時に、常に支えてくれたP S Wの存在があったことを忘れてはならない。一人一人の精神障害者の目標や挑戦に寄り添い、きめ細かな支援を行ってきたP S Wの努力は、並々ならないものであるに違いない。また、メンバーが挫折や失敗を経験し、身も心も疲れ果てて帰ってきた時に、安心して受け入れてもらえるC作業所のような場所は、精神障害者の社会復帰やその人らしい地域生活を支える上で、なくてはならない存在であるのではないだろうか。

註

-
- (1) 『最新精神医学』、世論時報社、2003年、319頁「グループホームの運営 漆原和代著」
 - (2) ヒロ・オバコ、『私にカギを下さい!』、1999年
 - (3) ヒロ・オバコ、『まあーいいかー～雑感集』、2003年

終章 ノーマライゼーション理念に基づくインフォームド・コンセント」とP S Wの役割

以上の内容を総合的に踏まえた上で、筆者が考える「ノーマライゼーション理念に基づくインフォームド・コンセント」をあらためて整理してみると、自己決定の選択肢を広げる試み、自己決定の質を保障する状況や環境整備、自己決定の揺れに付き合う継続的な支援、当事者 援助関係の時間と質、この4つの要素をあげることができる。

自己決定の選択肢を広げる試み

自己決定の質を保障する状況や環境整備

これまで述べてきたように、精神障害者は長い間、意思や自己決定の機会を疎外され、自らの意思で行動することのできない人として、援助者優位の保護の対象として見なされてきた歴史がある。しかし、ノーマライゼーション理念の浸透と共に、我が国の精神保健福祉施策においても、精神障害者の生活の拠点を医療機関から社会復帰施設へ、さらには社会復帰施設から地域社会へと移そうとする試みが展開されつつある。そうした流れの中で、精神障害者が住み慣れた地域社会の中で自らの希望や理想の生き方を追求し、豊かな人生を送ることを支援するために、地域生活支援体制の充実が喫緊の課題となっている。各種社会資源施設や精神保健福祉法制度にも、少しずつではあるが進展が見られ、医療機関から地域社会へと社会復帰を果たす患者が増加したことは事実であるが、今なおその数や質の充実が不足しているということは否めない。つまり、精神障害者も我々健常者と同様に、その人らしい充実した地域生活を送ることを保障しようというノーマライゼーション理念の気運が高まりつつあるものの、それを可能にするために必要な社会資源やサービスの選択肢自体が圧倒的に不足しているのである。

そうした現実を背景として、当事者の自己決定を支え精神障害者の豊かな地域生活を支援していくことを援助の目的とするP S Wは、当事者が必要としている資源を積極的に開発したり、バラバラに機能している資源をうまく調整することで、当事者自身の自由で選択の幅のある自己決定を支えるために、より多くの選択肢を創り出す役割を求められているのではないだろうか。3章で取り上げたC作業所も、選べる資源の少なさから限られた地域生活を余儀なくされている精神障害者の生活の質を高めようと、所長さんを始めとするスタッフの方々の手によって、ゼロから作り上げられた新たな資源であるといえる。そ

して今なお、メンバーの生活の質を高めより個人の望む人生を実現することを目指して、ショートステイや作業所2号店の設置、高齢者施設へのパンのお届け販売など、さらなる試みを展開しようとしている。

このように、PSWは精神障害者の地域生活を支えるべく、オリジナリティに富んだ様々な試みを、積極的に行っていくような柔軟な姿勢が求められているのではないだろうか。「選べる選択肢がなくて困った」という視点から、「選択肢がないのなら作ってしまおう」という前向きな視点へ発想を転換させる、C作業所のスタッフの方々の姿勢は、これからPSWを志す者として頭が下がる。選択肢の数の確保だけでなく、当事者の生活の質を高める施設の活動内容や援助方針など、中身の充実を追及する視点も含め、今後PSWの後輩となる者としておおいに参考にさせていただきたい。

自己決定の揺れに付き合う継続的な支援

当事者 援助者関係の時間と質

精神障害者の自己決定の質を保障するハード面の整備が整ったら、次はそこでの援助者の援助内容や、当事者と向き合う姿勢のあり方が問われてくる。単に多くの選択肢を提示して当事者に選択を迫ったり、援助者の勝手な意図で情報を制限したり答えを誘導する働きかけをしたり、「自分の意思で決めたことなのだから後は知らない」というお仕着せの援助では、当事者の自己決定の質を本当に保障したことにはならない。それぞれの選択肢に関する十分な説明や利点欠点を含めた情報提供を行ない、適切なインフォームド・コンセントを行なうのはもちろんのこと、決定前の準備段階として日頃から多くの何気ない自己決定の機会を保障したり、自己決定後も当事者の気持ちの揺れに付き合ったり、さらには結果的にその自己決定が好ましくないものになってしまった場合には、新たな方法を検討したり調整する援助も求められるのではないだろうか。

このような相手のニーズにあった個別的なアプローチやきめ細かな援助は、現実的には多くの時間がかかったり、援助者側の根気が求められる場合も多いため、簡単には実践することができないかもしれない。だからこそ、当事者 援助者間における日頃の信頼関係の強い結びつきがあってこそ、初めて成立するものではないだろうか。当事者が援助者を信頼するのはもちろんのこと、援助者側も当事者の主体性や変化の可能性を全面的に信頼することで、それまでは援助者の判断でリスクが大きいと見なされ、選択の候補にすらあ

がっていなかった方法も自己決定の対象に含まれるようになり、結果的には当事者の選択の幅が広がることになる。そうした援助を可能にするのが、これまで述べてきた「ありのままの付き合い」や「対等な援助関係」であり、専門知識を有したP S Wがその専門性と非専門性を適切に使い分けた上でなされる「非援助の援助」こそ、精神障害者の地域生活支援におけるもっとも根本的な視点なのではないだろうか。

今回の実習経験を通じて筆者は、多くの魅力溢れるP S Wの方々と出会い、様々なことを学ばせていただいた。今後筆者もP S Wとして彼らの後輩となるにあたって、これらの経験を最大限に生かし、精神障害者の豊かな地域生活を支える「ノーマライゼーション理念に基づくインフォームド・コンセント」を実践するためにも、奮闘していきたいと決意を固めている。

参考文献一覧

- 1) 秋元波留緒夫、『精神障害者の医療と人権』、ぶどう社、1987年
- 2) 秋元波留緒夫、『精神障害者のリハビリテーションと福祉』、中央法規、1999年
- 3) 乾正、『変わりゆく精神保健・医療・福祉 精神障害の理解と援助』、医学書林1999年
- 4) 大島巖・奥野英子・中野敏子編、『障害者福祉とソーシャルワーク』、有斐閣、2001年
- 5) 岡上和雄監修、『精神障害者の地域福祉 試論と実践最前線』、相川書房1997年
- 6) 岡上和雄、『共に生きる社会を求めて 地域生活援助の方法論としての作業所』
- 7) 岡上和雄、京極高宣、新保祐元、寺谷隆子編、『改訂 精神保健福祉士の基礎知識・下』、中央法規、2002年
- 8) 関東弁護士会連合会編、『精神障害のある人の人権』、明石書店、2002年
- 9) 吉川武彦、寺谷隆子、池末美穂子著、『精神障害者の生活支援Q & A』全国社会福祉協議会、2003年
- 10) 久保紘章他、『精神障害者地域リハビリテーション実践ガイド』、日本評論社、2002年
- 11) 熊倉伸宏、『臨床人間学 インフォームド・コンセントと精神障害』、新興医学出版社
- 12) 「施設変革と自己決定」編集委員会、『権利としての自己決定 そのしくみと支援』、エンパワメント研究所発行 筒井書房発売、2000年
- 13) 社会福祉法人全国精神障害者社会復帰施設協会編、『精神障害者生活支援の体系と方法 市町村精神保健福祉と生活支援センター』、中央法規、2002年
- 14) 「シリーズ21世紀の社会福祉」編集委員会編、『社会福祉基本用語集 改訂版』、ミネルヴァ書房、2000年
- 15) 精神保健福祉研究会監修、『改正 精神保健福祉法の概要』、中央法規、1999年
- 16) 精神保健福祉研究会監修、『我が国の精神保健、平成4年度版』、厚健出版、1993年
- 17) 精神保健福祉士養成セミナー編集委員会編、『改訂 精神保健福祉士養成セミナー 精神保健福祉論』、へるす出版、2001年

- 18) 精神障害者社会復帰促進センター(財団法人全国精神障害者家族会連合会)、『レビュー 13号「自己決定を支える情報提供」』、ぜんかれん、1996年
- 19) 総務庁行政監察局編、『ノーマライゼーションの実現に向けて 精神障害者が地域で普通に生活していくために』、大蔵省印刷局、1996年
- 20) 田中英樹、『精神障害者の地域生活支援 統合的生活モデルとコミュニティソーシャルワーク』、中央法規、2001年
- 21) 新宮一成、『精神障害とこれからの社会』、ミネルヴァ書房、2002年
- 22) ヒロ・オバコ著、『私にカギを下さい!』
- 23) ヒロ・オバコ著、『まあーいいかー～雑感集』
- 24) ベンクト・ニリエ、『ノーマライゼーションの原理 普遍化と社会変革を求めて』
- 25) 間瀬英夫、『デンマーク・スウェーデン 社会福祉用語集 高齢者・障害者福祉編』、大阪外国語大学 デンマーク語・スウェーデン語研究室、1996年
- 26) 松下正明監修、『精神医学・医療における倫理とインフォームド・コンセント』、中山書店、2000年
- 27) 松下正明、斎藤正彦、『精神医学と法』、中山書店、1997年
- 28) 村田信男編、『精神障害者の自立と社会参加』、「新樹会」創造出版、1999年
森岡恭彦、『インフォームド・コンセント』、NHKブックス、1994年
- 29) 谷中輝雄、『生活支援 精神障害者生活支援の理念と方法』、やどかり出版、1996年
- 30) 柳澤孝主編著、『精神保健福祉学序説 生活の主体者から学ぶということ』、中央法規、2003年
- 31) 柳田邦男、『元気がでるインフォームド・コンセント』、中央法規、1996年
- 32) 『精神医学ソーシャルワーク No.32～39』、日本精神医学ソーシャルワーカー協会
- 33) 『精神保健福祉 Vol.30～31 40～44号』、日本精神保健福祉士協会
- 34) 『最新精神医学』、世論時報社、2003年