

# 資料4-1 職別経験年数別

質問③

職種	経験年数	親で十分 収入がある	借入が ある	今後努力 が必要
医師	3年未満	1	1	0
	3年以上10年未満	0	8	0
	10年以上	0	5	0
看護師	3年未満	4	38	1
	3年以上10年未満	12	52	3
	10年以上	5	27	0
看護補助者	3年未満	4	17	0
	3年以上10年未満	1	18	0
	10年以上	2	0	0
その他	3年未満	2	4	0
	3年以上10年未満	0	5	0
	10年以上	0	3	0

質問④

職種	経験年数	よく話題と なる	時々話題と なる	話題とならな い
医師	3年未満	1	1	0
	3年以上10年未満	3	5	0
	10年以上	2	3	0
看護師	3年未満	2	37	5
	3年以上10年未満	13	48	6
	10年以上	8	23	2
看護補助者	3年未満	1	15	5
	3年以上10年未満	3	15	0
	10年以上	0	1	1
その他	3年未満	0	6	0
	3年以上10年未満	1	3	1
	10年以上	0	3	0

質問⑤

職種	経験年数	注意を払っ ている	せめて余 裕もない	必要とは 感じない
医師	3年未満	2	0	0
	3年以上10年未満	7	1	0
	10年以上	5	0	0
看護師	3年未満	28	17	0
	3年以上10年未満	52	16	0
	10年以上	29	3	0
看護補助者	3年未満	11	10	0
	3年以上10年未満	12	7	0
	10年以上	0	1	1
その他	3年未満	5	2	0
	3年以上10年未満	4	1	0
	10年以上	1	2	0

質問⑥

職種	経験年数	責任者に 相談	直接注意	重大でない、 みてみぬふり	関係ない、 関知しない	その他
医師	3年未満	2	0	0	0	0
	3年以上10年未満	6	2	0	0	0
	10年以上	3	2	0	0	0
看護師	3年未満	23	9	11	0	1
	3年以上10年未満	30	28	7	1	1
	10年以上	20	8	5	1	1
看護補助者	3年未満	14	2	5	0	1
	3年以上10年未満	10	6	4	0	0
	10年以上	2	0	0	0	0
その他	3年未満	5	1	0	0	1
	3年以上10年未満	2	1	1	0	1
	10年以上	2	0	1	0	0

資料4-1  
職別経験年数別

質問⑦

職種	経験年数	意識する	期待できない	変化はない
医師	3年未満	2	0	0
	3年以上10年未満	3	5	0
	10年以上	5	0	0
看護師	3年未満	36	6	2
	3年以上10年未満	51	11	5
	10年以上	28	2	1
看護補助者	3年未満	17	3	1
	3年以上10年未満	15	2	2
	10年以上	0	1	0
その他	3年未満	6	0	0
	3年以上10年未満	1	4	0
	10年以上	2	1	0

質問⑧

職種	経験年数	チャン付け	許可がある が外出禁止	小包を開け た	面会をさせ なかつた	無視した	マージャン を止めさせ た	特参した薬 を注意	おむつ交換 を見られた	女性患者の 入浴に男性
医師	3年未満	1	1	2	2	1	1	1	1	2
	3年以上10年未満	4	7	7	5	5	4	0	7	5
	10年以上	4	4	5	2	4	3	1	5	3
看護師	3年未満	29	26	39	29	37	9	10	35	23
	3年以上10年未満	39	41	62	42	44	15	18	56	33
	10年以上	20	25	32	25	25	8	7	29	14
看護補助者	3年未満	15	13	17	13	11	2	5	14	10
	3年以上10年未満	15	13	15	8	11	3	2	17	9
	10年以上	0	0	1	0	0	0	0	2	1
その他	3年未満	5	4	6	4	6	0	1	6	2
	3年以上10年未満	3	5	3	3	3	0	0	4	1
	10年以上	2	3	3	3	3	0	0	3	3

## 厚生科学研究「精神科病院における危機管理と人権擁護のあり方」

### 入院患者の人権擁護に関する職員アンケート（試行前）の集計結果

- 回答は8病院から215名分あつまった。職種別人数では看護者が全体の3分の2を占めていた。また、経験年数で分けると10年以上が43人と全体の2割を占めたのみであった。
- 病院毎（職種を問わず）に経験年数毎の人数を出すと、浅井病院だけが10年以上の人数が多いのが目立ち、他の病院はほとんどが10年未満の人で占められていた。
- 自身が勤務する病棟での入院患者に関する人権擁護に関する状況については、改善すべき点があると答えた人が83.6%と圧倒的に多かった。
- 入院患者の人権に関することが話題になるかという質問では、9割以上で話題となっていた。
- 勤務中に入院患者の人権を守ることに気をつけていますかという質問には、7割を越える人が注意を払っていると答えたが、4人に1人以上は忙しくて余裕がないという答えていたことも目立った。
- 入院患者に対し人権侵害をしていると自分が感じたときの行動は、半分以上が責任者に相談するという答えであった。
- 人権擁護委員会を実施しての変化の予想は、8割近くがもっと意識するだろうと答えていた。
- 人権侵害にあたると考える項目の選択は複数回答であったが、患者の小包を無断で開ける、他の患者にオムツ交換を見られる、の2項目を人権侵害と考える人は80%を超えていた。

ページ4以降の表は、職種別に、さらに経験年数の違いでどのように考え方が分かれるのかを集計したものである。医師とその他の職種については回答者数が少ないため、集計からははずした。

- 質問4の話題性は、経験年数が多くなれば、それだけ話題として出てくる比率が高くなるようであった。
- 質問5の人権に関して注意しているかについては、補助看護者のほうが忙しくて余裕がないと答えた人が若干多いようであった。
- 質問6の人権侵害だなど感じたときの行動は、3年以上10年未満の経験者がその職員に直接注意する割合が多かった。
- 質問7の人権擁護委員会を実施して変化の予想については、経験年数にかかわらず、意識するようになると答えた人が大部分であった。
- 質問8のどれが人権侵害かという回答は、年数、職種毎では大きな差はなかったが、患

#### 資料4—2

者が饅頭がほしいのを、主治医に相談しないで無視したことは人権侵害にあたるかどうかの回答が、看護者と補助看護者では比率が違うのが目立った。

- 質問6の人権侵害だなと感じたときの行動について選択項目以外に記入した人と、質問9の自由記入欄の意見はそのまま羅列した。

厚生科学研究「精神科病院における危機管理と人権擁護のあり方に関する研究」班  
第2回班会議（平成13年10月11日、木島病院内研修センター）

「精神障害者の人権擁護活動の現状と課題」

講師 大阪人権センター事務局長 山本深雪氏

司会：南良武 木島病院院長

(司会) 人権センターの山本深雪さんをお迎えして本日の講演を始めたいと思います。講演に先立ちまして、私どもの紹介の方を兼ねましてメンバーを紹介していきたいと思います。その場でお立ち頂いて、拍手の方は最後にまとめてお願いします。まず最初にゲストをお迎えして、NPO 法人大阪精神医療人権センター事務局長の山本深雪さんでございます。よろしくお願いします。それに本日は大阪府健康福祉部障害保健福祉室精神保健福祉課の医療指導総括主査の川口先生をお迎えしております。どうもありがとうございます。それに私どもの委員としまして厚生科学研究の委員をご紹介します。まず委員長は埼玉県の秩父中央病院五十嵐良雄先生です。続きまして北海道旭川の旭川圭泉病院から直江寿一郎先生をお迎え致しております。同じく北海道さっぽろ香雪病院の森一也院長です。東北の方からは福島県のあさかホスピタルの院長佐久間啓先生です。続きまして、福島県の桜ヶ丘病院の渡部康院長です。続きまして、愛媛県のくじら病院上村神一朗先生でございます。福岡県の福岡病院佐々木裕光院長です。佐賀県の嬉野温泉病院の中川龍治先生です。秩父中央病院厚生科学の事務局の方から、秩父中央病院の事務局長茂木勘次さんです。同じく秩父中央病院の澤田恵吉さんでございます。私どもの千葉県の浅井病院から浅岡秀雄さんです。よろしく申し上げます。それに私どもの病院の人権擁護委員長・副院長赤埴豊先生です。診療部の方から診療部長の斎藤先生です。事務局長の横井清です。総務マネージャーの安野孝夫です。私院長の南です。それでは山本深雪さんの挨拶の前に、もう一度五十嵐良雄院長から挨拶を兼ねましてみなさんをお願いします。

(分担研究者：五十嵐良雄) もう時間も余りありませんので、長々とお話は致しませんが、今日の会議の最初に大阪でこの会議を開く意味をお話致しました。まさに今日の朝日新聞に、お手元にお配りしましたが、大阪府で患者の退院促進事業を行政も率先して民間の病院も参加しながらやっているという、そういった場所で今日は全国的にも有名な山本さんの話を直接伺えるということを楽しみに、全国から委員が集まっていますので、是非そういう意味でのお話もお聞かせ頂きたいと思います。

(司会) 山本さんの講演には資料を3つ入れております。NPO 法人の「扉よひらけ」。これは活動誌として大阪ではこういう取材誌を出して頂いております。それと「精神障害とリハビリ

## 資料5

リテーション」。これは人権センターの里見弁護士が書かれました、この人権擁護の近々の状況ということでもあります。それとリーフレットの方は入院患者の皆さんに配っております、大阪府に対する人権の権利の宣言も出ております。それでは山本さんよろしくお願ひします。

どうもこんにちは。遅れまして申し訳ありませんでした。人権センターができたのは85年からですが、私自身が専従という形で事務局に入ったのは92年の6月からです。人権センターの全体的な流れというのは代表理事をしております里見の方が、リハビリテーションという冊子の方に書いてある17ページ目の大阪精神医療人権センターという説明のところで書かれています。

### 【メインは電話相談】

84年当初社会から隔離された密室状態というところの風通しの悪さこそが様々な人権侵害の温床であったと位置付けて、風穴をあけようというスローガンで皆が集まってきていました。その当時は電話器1本からの開始です。今も電話が一番のメインになると思います。人権センターの電話は大体3ヵ月で平均750件位の相談件数となっています。実人数でいうと720人位だと思います。

一番多い相談は退院をしたいのだけれどもどうしたらいいのだろう、という声です。あと、転院をしたいのだけれどもどういうところに行く事ができるのか、何か情報のようなものが知りたいということが2番目に多いです。それ以外では、医師の説明が無くてよく分からない、何の為にここにいるのか、入院の意味がよくわからない、という訴えが3番目にきていると思います。3ヵ月ごとにデータを集計しているのですが、毎回集計しても大体その上位のランクはほぼ変わっていません。

具体的には面会に来てほしいという形で声をまとめたりもしますが、一旦面会に伺った上でその方が抱えておられる、何がネックになってこの方が電話をしてこられたのかという辺りを考えていくようにしています。時にはそれが面会者がほとんどいなくて寂しいなあ、という気持ちからかかってきている時もあります。その意味では友人面会というか、友愛訪問という内容での位置付けになるだろうと私達は思っています。緊急性を要する内容等、1ヵ月2ヵ月3ヵ月、時にはもう少しそれ以上かけての関わりが継続した関わりになると思われる相談と、内容によって違いがあるということを検討する、こちら側の電話相談の検討委員会を作っています。私達は民間のボランティア団体で、NPO法人になったのが確か99年だったと思います。今日普段の活動をまとめてあるニュースをもってくればよかったのですが、それはまた後日ということにして、そういう電話相談を受けるのがまず一番です。

### 【電話相談の後】

2番目にどのようにしているかということ、電話でのやりとりあるいは手紙でのやりとり、あるいは面会という形での、面談というふうに進めていってその後必要であれば病院との話し合いとか、病棟の婦長の方との話し合いとか、あるいは必要であれば法律家の、大阪は

## 資料5

高齢者障害者総合支援センターという名前で、大阪弁護士会の中にひまわりというのがありますから、そのひまわりの方の中にある精神保健部会の方に連携をお願いすることもあります。法律家の協力は、ひまわりとの連携という形で動くのが常です。審査会の手続きのサポートという形でひまわりと連携し、それがメインの柱です。

大阪のNPO法人の特色は、固定客という形ではなくて、多分全国でも一番アットランダムに誰もがかけてくる窓口になっているところだと思います。その理由はどうしてかということ、一つは匿名の電話を受け付けている事だと思います。他の窓口は結構、お名前は？とか本籍は？とか生年月日は？という個人データを言わないと話聞いて頂けない事がある様ですが、人権センターの場合は匿名でお話を聞くということもスタイルとして受け入れておりますので、電話をしながら本人自身が今抱えている課題を、自分の中で整理するためにその電話のやりとりを使っておられることもある様です。

後は、精神医療審査会というしくみがあるということ。入院するまで誰も知りません。入院してからよく分かっているかということ余り分かっているとは言えないです。ただ、審査会の電話番号が紙に書いてあったり公衆電話の前に掲示してあるというだけなので、そこにかけるのがはたして自分にとってメリットがあるのかデメリットという形で作用するのか結構考えておられますから、なかなかそれを使おうとはならない様です。都道府県による違いはあると思いますが、少なくとも大阪の5年位前の状況としてはあんなどころにかけると病棟の看護主任から睨まれるし、何をしゃべったんやと後で聞かれるから恐いのでかけない。そんなことをしていたら余計に退院が遠のくだけやから、私はそんな事は使わないと、おっしゃっていた方が多かったと記憶しております。そういう意味では私達はカルテの閲覧権もありませんし、何らかの強制的な権力とか権限というのを病院との間で持ち合わせている訳ではないので、そういう分の希薄さがこちら側にあるのと、多分病院側にも行政とは違う民間団体の人達だという敷居の低さというのがある種あると思います。行政が来たらある程度出さなきゃいけない書類とか見せなきゃいけない、絶対見せなきゃいけない、NOと言えない書類とか、そうしたものがあるとはありますが、私達に対してはそれは必要ではないとか見せて頂く事はたまにはありますが、それは権限でそうしているのではなくて、この方がどうして今保護室に入っているのでしょうかという話の流れの中で、指定医の診察がこの様にされているという経緯として見せて頂く位のもので、中身をチェックするという様なそうした事はしていません。そういう意味で病院にとってのハードルの低さというのはあるでしょうし、それが詰め所の方々の雰囲気として患者さんにも伝わって、電話のかけ易さになっているのではないかと思います。

### 【病院の対応】

中には行政よりも恐がっておられる病院もあります。とっても緊張感が高く、私が行くと4人位理事長の方と院長の方と婦長の方と4人位にどこに行っても、前後を挟まれて自由には動けない環境になる病院が今も残っています。そういう病院は非常に少数になってきているのでかえって目立ちます。今の状況から言えば、大概の病院が病院の院長もしくは人権擁

## 資料5

護委員会でチェックする患者さんからの訴えを、病棟の中に意見箱という形で病棟においておられ、最低限月1回チェックされている様です。その中で、投書されているもののうち落書きの様な物を除けば、あがってきている声の内容と人権センターにかかってくる声の内容は、順番的にはほぼ一致しています。例えばいつも管理者の方が、管理者には分からない部分で何か起こってるのかもしれないという柔軟な姿勢を取っていれば、それは聞こうと思えば届く声だということをおぼろげに学べる事ができると思っています。

### 【精神医療審査会との違い】

どこの都道府県においても精神医療審査会というのは第三者機関としてあるわけですが、私達の様な団体が審査会とは違いどういう意味があるのかということ、きっと他府県におられると感じ取れない部分があると思いますが、まず病棟の中に面会に伺うボランティア団体ということが一点あります。家族との関係がどうしても上手くいかないために非常に入院が長期になってしまっているという不安をその方が一番メインとして訴えられた場合には、時には、家族との関係を第三者だからこそできるということで、本人の依頼があれば家族の方に電話して本人の抱えておられる希望、今そこで突き放してしまうことのデメリットと思われるようなこととお話してみます。そうすると、むこうはむこうでこれまでの長年の経緯があるので、そういう経緯の部分と関わりについて距離を置きたいと思っている気持ちとか、そうした家族側の意向を言われます。その間に入ってまるっきりお伝えしないという事では良くないので、本人に本人自身が生きていく力をどういうふうにくらまらせていくことができるんだらう、という視点から報告をするようにしています。結構そういう意味で電話代というのはかかります。そういう家族関係の話をする場合は、愚痴と言ったら失礼ですが家族の悩みというかつらかった時間というのを最低一時間は聞くことになりますから、その上で今の医療機関を選択された判断とか入っておられる本人が転院を希望している場合に、もう少し住所地に近い所に行きたいという希望とか、面会に来ていただける友人が住んでおられる地域に移りたいという希望をかなえることが適切かどうかとお話をしたりします。不思議なことは、大概の家族の方はそこでそんなことを話せる窓口があるとは思わなかったとおっしゃいます。それだけ他人にはしゃべったらいけないことだという恥の意識というか、精神病にかかったものを自分の身内から生み出したことに対するとても責任の念というか、自責の念のような形でぐっとかかえこんできておられた苦しさを出してこられる方がほとんどです。そういうことも含めて、例えば都道府県ごとに色々な家族会の窓口や保健所の家族教室等の窓口が実はありますよ、ということも情報としてお伝えしています。結構孤立している家族の方が多いことに気づかされながら、本来内心はこれはもしかしたら病院のケースワーカーのお仕事ではないのかなと思ったりします。そう思った時には病院のケースワーカーの方に、こういう話があってこうした話を家族の方としたということも含めて、ケースワーカーとしての関わりやサポートを要請することもあります。ケースワーカーがきちんといらっしゃる部局、部局として責任をもった行動を取っておられる病院にはそうした申し込みが出来るのですが、残念ながら事務局、事務長さんイコールPSWという病院もあり、ソ-



## 資料5

シャルワーカーという職務自身が院内できちんと認知されていない病院も5個以上残っています。そういう場合は、言っていく先がないので仕方がないと割りきって出来る限りのことをしようと考えます。

### 【訪問の際の心得】

その時にも一番大事なものは、原則医療機関と患者さん自身がどういう信頼関係を続けていくことができるのかという生きていく上でとても大事な力ですが、どのように本人が向き合えばその力を身につけていくことができるのか、そういう助言にまずポイントを置くようにしています。本人を飛び越えて私達が病院側と診療関係について話をするということは、原則しないと心得ているつもりです。それは、人間と人間のお付き合いという関係で精神科医療がおこなわれる以上、その中で育まれているだろう信頼関係とか、電話の中では不服という方、期待するがゆえの不服の思いだけが伝わってきている場合もあると思いき前に出すぎないように心得ています。それは人権センターの人間として何う時には、本人の後ろからサポートに入るということを皆で幾度も話をしてしています。ご本人が生きていくわけなので、その時に家族と話をする力とか、主治医と話をする力とか、病棟の看護の方と上手くコミュニケーションを取っていく為にはどうやってそれを訴えればいいのか、どこで訴えすぎではいけないのか引き方も含めてお話をします。スタッフに言う時のポイントはここだとか、医師にお話をするときのポイントはここだという話をします。それはこちらからすれば情報と思っていますが、私たちがたまたま知ることができた、人権センターに関わったからこそ知る事が出来た精神保健福祉法の細かい運用の実態があります。そんな部分を、入院患者の方々に伝えていくようにしています。それは最終的には、その方が退院して地域でどこかのグループにつながっていくことが流れの最終的な目標だと心得ています。

人権センターとしても訴えの中でも最もハードな厳しいものが時々含まれます。病院名を出していいのか出して意味があるのかどうかよく分かりませんが、今年の8月の8日に大阪府が抜き打ちの検査をした病院が箕面ヶ丘病院というのですが、大阪府の北部の方にあります。ベッド数は130床前後でそれほど大きな病院ではないのですが、特徴としてはその病院からは10年間経過しても入院中に誰からも電話がありませんでした。10年経過して1件もない病院というのは、おかしいなということで私達の方で言うブラックリストに載っています。何でかけられない。これはかけられないということですから、かけられないというのはどういう理由だろうと考えます。そういう意味でのブラックリストに載っていました。箕面ヶ丘病院の関係者でかかってくるのは、退院した患者さんが本人はもう退院しているのだけれどもどうしても伝えておきたいことがあるという形で、院内の電話をかけられない原因や看護婦さんたちの対応の問題や、それから行政が来る時の医療監視の時にバス旅行で外に連れ出される事実等、そうした事を退院したからこそ言っておきたいという形です。ずっと継続して言ってきた病院です。匿名のスタッフからの心配ということも、ずっとある種時間を置きながら継続して入っていました。そのメインは診察がないということ、退院させようという発想が病院に元々無いということ。あんなところに入れられている方が気の毒だし、そこで

## 資料5

働いている自分も情けないというお電話が夜中に入ります。私達はどんなにひどい病院だと患者さんたちから訴えがあったとしても、やはりその病院の中で働いている人は人間としてのこれでいいだろうかという問い返しをしているのだといつも気づかされます。そういう問い返しの中で、どうしても分からなくなった時に人権センターの電話を使っただけというのは、匿名であったとしてもそれはそれでとても重要なことではないかと思ひ記録としてためておきます。箕面ヶ丘病院の話に戻れば、病院の患者さんが他府県の方々が多かったという事が、行政が指導に入るのが非常に遅れた理由の一つにあったようです。そういう意味では、県境や他府県の方々が多いい病院については目をこらすようにしています。

三つ目が、入院患者さんの保険の種別で生活保護の方が多いい病院については、たまたまですが、これまで私達が関わってきた箕面ヶ丘にしても大和川病院関係の3病院にしてもスタッフが非常に高齢の方が多い。高齢というのは70代80代です。入院しておられる患者さんも50代60代70代と自分と同年齢の患者さんが入院している。その方々に接する時に、自分は高齢者で月3万位の年金を頂くためにこれだけの苦勞をしてきたのに、この人たちはしてないということをやはり看護婦さんは言います。そういう風に見てるんだなと思うのですけれど。それは前後関係としてはどういうことかと言うと、言葉使い等がすごく荒いというか恐いというかぐさっとくるものがある。何で雰囲気がそういうふうになっているのでしょうか、廊下等で看護婦さん達と話をしてみると、そういう事を言われます。腹が立つということと言われた方もありました。丁寧に対応する気になれないとの理由を色々おっしゃるのですが、その一つとしては、私たちから見れば明かに病院のスタッフ数が足りない、足りないからゆとりが無くなっている、その為に詰め所にずっとおりたいとか、動線が長くなるのが嫌だと言われます。例えば、詰め所が2階にあった場合、3階と2階を両方一つの詰め所で見なければいけないのは非常に大変だとか、それから10メートル先の所にある、例えば面会室にベッドを入れてそこで紐でくくっていたことがあるのですが、これは保健所の方に届出をしておられるのですかと尋ねたらその時は回答がありませんでした。後でもう一回同じ質問を試みたら、今年の何月位に保健所からそういうことをやめる様にといいことは言われていたのですが、まだベッドをその面会室から取り出せていないという回答がありました。その様にやってはいけないいいことを、何故分かっていながらしておられるのでしょうかね、いいことをじっくり聞いてみます。やはり何らかの理由がなければ、働いている人だっていいことをしないわけで、その理由を聞いてみようと考えています。それは働いている人達に元々悪人があるわけではなくて、何らかの理由があつてそこまで追い詰められてるんだらうと思うから、どうしてかなと思うわけです。

返ってくる回答の第1位は、生活保護いいことに対する嫌悪感いいことか、ずるしてこまできている人達に自分達は丁寧に対応する気には実はなれないいいことを、高齢の方はやはりおっしゃいます。あともう一つは、それは正しいとか間違っているいいことは次の段階なのですが、いいこの感覚を持っておられるんだないいことを知らされます。その次に、ここに入ってきた方々は悪い事をして入ってきたとそんないい方をされます。悪い事をしたからここに入ってきたと思つているのかと驚きます。要は、面会に来る方もおらず世間から見

## 資料5

放されてしまって、生きていることを真に価値がある人生だと評価されなくなった為に、ここに入ってきたとそういうタイプの方々に対して、きちんと話を聞く気になかなかならないと言われます。なるほどそういうことなのかということ、大概ここの病棟はとても空気が凍りついてるなとか何かおかしいなと思った時には、看護婦さんたちの心の中の風景を聞くようにしています。必ず理由があるはずだと思っているので、その理由の部分を開きますがきれいごとでは済まされない内容が含まれている事が多いです。どのレベルまで病棟の管理者の方々をご存知なのかと思う時があります。この管理者はちっともご存知無いなと思った時には、院長室の方におじゃまして質問をさせていただきます。やはりそれは、管理医師が病棟現場のことをきちんと把握しているということが、ものごとを解決していくための一番キーポイントだと思っているので、管理医師をご存知なのかそうでないのかという部分は大きなことだと思います。把握できていないとすれば、どこで情報が止まっているのかという問題が次に出てきますから。やはり私はどこの職場でもそうだと思うのですが、働いている人が感じている愚痴というか、おかしいこんなの嫌だとかこんなのちゃんとやる気になれないという思いが言えるような詰め所の雰囲気になっているのかどうか。詰め所だけでなく、ケースカンファレンスの深刻なディスカッションの中で「どうしても私それを素直にこの人に対してできないのです」ということが言えるような関係の議論がちゃんとできているのかと私たちとしては気がかりです。そこが一番できてさえいれば、患者さんに向かってのやつあたりにはなっていないだろうと思っているので、医療費を支払って良いサービスを提供しているということを契約関係なんだとか、いくら私たちが口できれいごととして言ったとしても、頭ではそれはそれとしてそうだろうけど目の前にいるこの方は違う、そういう受け止め方をやはりされているようです。その部分をきちんと見ることができなければ、現場を改善していく本当の力にはならないだろうと思うので、そのために私達は結構あの手この手と無い知恵をしぼります。具体的に言うと、多分この病棟のガンはあの婦長さんだと感覚でキャッチした場合は、その方に見られないように小さな名刺を一生懸命、その方の視線が届いてないところでお渡しするわけです。携帯電話をちゃんと書いておくとか。そういうことを私だけではなくて他の皆もその様にするよう心がけています。要は何でこうなのっていう“あれ”って思ったところは、素直にその場でお尋ねする。その場で回答が返ってくるかどうかを見るわけです。返ってくる病院は“さすがだな”って内心思います。病院によっては、こちらが質問をしようと思うことを口にする前に自分達の課題、宿題は実はこういうところであって、こういう努力をここまでしてきているんだけれども出来てない部分としてこんな事がありますときちっと先に言われる病棟もあります。そういうところは“なるほどなあ”というか、その次の質問をすごくしやすくなってきますから、病棟側の言っておられる努力の現在の地平と患者さんが感じている満足度の現在の地平がほぼ同じニュアンスで伝わってくるかどうかを、聞き取るようにすれば良いわけです。大概そういうところは陰湿なことは余り無かったと思います。問題はあの先ほどブラックリストに載る理由と言うところで申し上げた、公衆電話が全然患者さんにとって利用できてない、そうした病院はやはり大きく問題があるだろうと思います。その問題と言うのは病院だけにあるということではなく

## 資料5

て、依頼をしている家族側にあったり、チェックというか指導に行っているはずの行政との関係の中にあたりと様々で、あるいは患者さんの方にある事もあるかと思えます。色々な要因が絡まって、問題の風通しが良くなって非常にどこかで沈殿した空気と凍りついたような空気が、力の上下関係ですね、そういうのが病棟の中で漂っていると思う場合は、大概は何らかの理由が絡まっていたと後で分かります。そういう事を、私達だけが分かっているとは思っていません。「扉よひらけ」という本に書いて、誰でも手にいれる事が出来る様にさせて頂きました。思っている事を100%書いているわけではなく、3割ぐらいしか書いていません。あまり書くと事実であろうと無かろうと名誉毀損に該当すると言われましたので、ちょっとまずいかなと判断して本当は書きたいですが。お付き合いというのは患者さんにとってみても、私達にとってみてもかなり継続した関係が続いて行くわけですから、継続した関係を上手く作る為にどうしたら良いのかという、そういう視点の知恵は一応働かしたつもりでいます。

### 【病院のデータ】

4 ページのところにあの公開された病院のデータを載せています、確か98年のデータだと思います。一般の方が病院を選ぶ時にどの様に見えるのかという質問がありますが、一般的に申し上げて私だったら看護基準でその他看護の病院は選びたくないですね、という事は言います。それとここに書いてある1.2.3.4のデータの意味も大学病院と民間の小さな病院が一緒に見られてはとんでもない事になるので、そういう説明をした上でデータとして見るだけであればこういう表がとてもわかりやすいと説明します。ここには載っていないのですが、これと付け合わせながら読むと価値があるというか、わかるデータがありまして、職種別職員数の比較表を上からベッド数ごとに多いものから少ないものに順番に並べてみました。そこで常勤と非常勤の職員数を並べてみると、非常にくっきり判る事があります。やはりサービスの質において、地域での暮らしをきちんとサポートする方向で医療をしようと思っている病院は、PSWの常勤の数がピシッと出ます、2桁。ところが病床数が多いにもかかわらずPSWがゼロという病院も並びます。また常勤の看護婦さんが多い病院と非常勤の看護婦さんで頭数を揃えている病院と見えてきます。固有名詞は別として、数字の並び方だけ見てもなるほどという、常勤医師がこれだけいる病院と同じベッド数でも半分に満たない病院ということだとやはり2倍いる病院の方を選んだ方がいいと分かるわけです。その上でその病院のところのページをめくるのですが、左側のページに交通アクセスやベッド数、電話をかけてその病院に行く時の電話番号等を左側に載せて、右側に平均在院日数これは病院の回答です。そして病院側からアンケートで答えていただいたこづかい金の手渡し方や公衆電話の公衆電話用の小銭カード等の管理の仕方、そして面会のできる曜日、時間帯、そういうものと最後に世の中に向けてこの本を読む方に何ぞアピールしたいことはありませんかということなどをどのように書かれたかという欄が作っています。非常におもしろいのは、このアンケートの中でその病院が持っている社会性があるかないかというのがくっきり見えてきます。アピールする気のない病院やすごく偉そうにうちの病院はこうこうこう

## 資料5

だからよくわかる様にとりよるような、上からものを申しておられる文章であったりとか、非常に病院の営業スタンス、スタイルにつながると思うのですが、社会性がない場合はやはりくっきり見えてきて、とんでもないと内心思っています。それは読んでいただく方が見れば分かる事ですし、これだけのスペースがあるにも関わらずちっともそのスペースを使う気が無い病院というのも、それはそれで世間にどう見られようというということとして無言はそういうことと受けとめています。そういう概略があった上で、病棟を訪問した時のそこそこ感想を事実がどうだったかということに限りなく限定して書き込んでいます。評価の部分はなるべく書かない様に心がけているのですか、どうしてもここは書かないといけないと真剣に考えた場合は評価の部分にとても暗い病棟だと思ったとか、それからここは改善する必要があると思ったとかそういう評価の項目を記入しています。評価の部分もなるべく感情的なものはおさえて、客観的な方向としてこうしていただく必要があると思ったという表現にしているつもりですが、それを見ていただくと大きく問題のある病院だとか、ここはやめた方がいいのかなとか、ここはこんなふうに努力しておられるんだとか、ここは1回見学に行ってみようかなと思います。その病院ごとに努力しておられること、病棟ごとに持っておられる個性、そしてちょっと時代からとり残されていると思われる部分、そういうのを病棟ごとになるべく記述する様にしています。そうすることで、次行く時にもその病棟という視点で見ることができまして、患者さんからすればあんならあんな風にしか見えていないのかもしれないけど、僕がいた時のあの病棟はこうだったという事実を伝えてきてくれることができるので、非常に、面会に行かれた家族のお話や退院された方のお話は貴重な事だと思ってそれはそれで綴っています。そういうのを積み重ねながら、私の病院や病棟がどのように変化しているのかという足跡を残していきたいと思っています。言ってみれば10年前はどこの病院も非常に薄暗かったですし、面会室が無い病院もあり、面会室があまり使われてないと思う病院が多くありました。片方で病室で面会して下さいと言ってくれる病院もありました。保護室の中で面会させていただける病院もありました。そういう病院ごとの違いもありますが、大事なのは足跡がどのように変わってきたのかという部分だと思いますので、変わろうとする姿勢がくっきり見える病院と変わろうとする姿勢がさっぱり感じられない病院というのは結構大きな違いだと思います。その部分が伝わるように書いています。どちらかというところで“うわー”と思われるような読後感を持った病院は大きく問題があり、その後表面化しています。その後表面化していない部分もまだ残っていますが、いずれ表面化するだろうと思っています。

### 【大阪精神病院協会の協力】

やはり、こういう取り組みが出来た背景は何だったのかというと、1つは大阪の精神病院協会の協力があってと思います。言ってみれば来るのお断りと言える関係にあるわけですから、病院の経営者達の集まりで、あそこのグループにあーだこーだ言わせるのはやめようと判断すればシャッターを全面的におろすということも選択肢としては可能であり、それをしなかったのはある種大精協が今の時代をちゃんと読んでおられる、自分たちがこう変えよう

## 資料5

としていることを私達に伝えながらその上で不十分な点、あれ?と思った点は指摘していただきたいという、そういう姿勢を取れたことはすごくこの時代精神医療を世間から不信を招かないようにしていきたいという思いがこちら側にも伝わってきました。私達が、病院に行って面会してお話を聞く事で逆に治療関係を良い関係に持っていく為に利用したいとおっしゃる院長もいらっしゃいました。それは面白いと思ったのですが、例えば治療の時間の中で言われていない内容が私たちのやり取りの中で出来ていたとしたら、今まで知らなかったことを知ることが出来たという1つのきっかけとして、ただであなた方の力を借りたと言える院長と言うのは、私はなかなか度量のある方だと思います。実際診療場面の中で聞かれて話されていなかった部分を、どうしてその思いが常々の病棟の中で言えていなかったのかという辺りも、丁寧に責めると言う形ではなくて自分たち自身が考えるという形で詰め所の方々と一緒に考えているようです。そんな関係にしていく事は、私たちの行動1つをととてもいい材料に使っていただけていると思っっているのです、上手だなというかいかにも大阪商人的な上手い使い方しているなと思います。それはそれで結果として患者さんとその医者との関係で間にあったものが薄くなっていくわけですから、それは治療に向けての1歩、あの1歩か2歩か知りませんがちょっと大きな関係改善に繋がっている場合もあると聞いています。そうやって土俵として、精神医療は難しいのだから、あるいはプライバシーがとても関わる分野なのだから、素人や他人が口出しをするもんじゃないと病棟の中に入ってくる事、患者さんの顔を見る事がプライバシーの侵害だからあなた方は来るもんじゃないと言われていた10年前という時間を考えると時間は確かに流れたと思います。

初期は顔を見る事がプライバシーの侵害だと言われると非常に悩みました。よく考えてみるとやはりそうおっしゃった院長や病院の方々の中には、この精神科にかかって治療中であるということを書いてみればうしろめたいこと、その方の人生にとって人に知られたくない事、だからそのあら捜しをしているかのような感じで私達の存在というのが映っていたように思います。その時に問題と思ったのは、やはり疾患・疾病と付き合うというスタイルとして前向きでないと思いました。後ろ向きというか、かかってしまったという嫌な捉え方というか、マイナス面の受けとめ方が非常に強いスタッフのいる病院では私たちは中にはなかなか入れてはいただけなかったと思います。私達は、地域の中で暮したり作業所の中で時間を過ごすのと同じような感覚で病棟の中で過ごしてみたいと希望を伝えただけですので、それを上手くかなえる事をしていただけた病院というのは、人権センターという民間団体だけでなく近くにある中学校の統合教育のボランティア活動にちょっとデイケアの所に引き込んでみようとか、それから高校生の思春期の方々の病棟訪問を受け入れてみようとか、第2歩第3歩という風に広げていっておられると思います。私達のは単なる1歩にしか過ぎなくて、2歩3歩4歩と地域との関係で広げているのを見ると、なるほどと思っ、こういうことも工夫しようと思えばできたんだとか。やはり50代60代の方々が多い病棟では、中学生の若い子達が病棟に入ってくるというだけですごく気持ちが変わるという気分的な、すごく良い風が病棟に吹いているのを感じます。こんなことを提案・発想された人はなかなか面白いなと思っ、聞いてみると、そのような姿を見てあのふれあい方を見て、ボランティアの人であ

## 資料5

のようにできるのだったら、そういう関わり方を考えてみようかとPSWの方で考えて、近くにある高校とお話に行きましたとおっしゃっていました。その様にすることで高校生の中でも、実はいつもと違っていてなんか眠れてない時間が続いている、という自分の相談を受けるため診察を受けるために病院に来るという関係も出来上がっているようです。

### 【これからの姿】

地域の中の病院という関係が展開されていると思うのですが、ゆくゆくは私はこれは個人的な心の中の映像ですが、地域生活支援センターが人口30万人に1カ所の割合で出来あがっていて、例えばこの貝塚市であれば、貝塚市内の病院から面会依頼の電話があったら家族会のAさんと患者会のBさんと作業所のCさんと大学の先生をやっているDさんとそのネットワークに電話連絡すれば、生活支援センターの電話相談のネットワークの中で検討がされるという地域展開になっていくだろうと思っています。そういう各地域に密着した形での権利擁護の相談活動になっていきつつあるというのが現状です。人権センターも例えば枚方バージョンと枚方というのは、大阪府下の結構東の方にあります。実は東の方にある所と北の方にある所と南の方と中央部にあるという班構成をしまして中心となるかと思いました。なるべく立場の違う人間を家族の立場、兄弟の立場、入院歴のある者、ボランティア活動として取り組んでみたいと思っている者、自分の仕事の仕方を振り返ってみたいと思っておられる方、そういうグループ分けをしようと思まして、そのグループの組み合わせを私たち事務局人間のやるコーディネイトという仕事にいきつつあります。その方向にしていけば社会福祉事業法が変わったおかげだと思うのですが、権利擁護の相談活動を、それぞれの例えば身体障害者とか知的障害者のネットワークの中でもサービスとして置きなさいとなっています。そうなった時に、実は主催者側が考えていなかった、精神障害者関係の電話相談が非常に増えている。そのために、その対応をどうやったらよいか分からないということで、尋ねてこられる事が増えています。それは精神障害者が地域にいる場合もあれば、入院している事もあれば、財産管理の部分だけサポートを必要としている場合もあれば、というジャンルがかなり別れます。そういう時に財産管理の場合は後見支援センターに電話すればよいとなっていて、病院内の患者さんの訴えをどのように受け止めたらよいか分からないという時は人権擁護センターにかければよいとなっていて、地域住民とかの関係でどうしたらよいかというあたりであれば支援センターにかければよいと大きく道筋を立てています。その上で、私たちが持っている力をもう少し地域密着型で作っていきたいというところから、毎回1年間に5回、市のシリーズにボランティアセミナーを企画しています。参加者は第1回目は70人くらい、第5回目になると少し減って35名くらいです。思ったよりも精神医療に関心を持った方が多いのだということと、学習してみたい仕組みについて学習したいと思っている方が多いという熱気が伝わってきます。

まだまだこれから病院協会側は、人権センターのボランティアとして来る人間がどういう力量を持った人間なのか、どういう質を兼ね備えた人間なのかということで、十分見られていると思っていますから、こちらはこちらで研鑽をしながら病院側とその場でキャッチボー

## 資料5

ルができる関係を作っていくことで、少しでも早く入院から退院に切り替わって、退院の目処が立って、安心してかけられる医療に精神医療になっていったと思える方々が増えるようにできればと思っています。あまり1人でしゃべるとよく分からないところがあると思いますので、話しきれなかった部分のサポートを含めて質問して頂くとありがたいです。

**司会：**ありがとうございます。せっかく全国からお越しですので、ここでお集まりの先生からご質問を頂きたいと思います。

**佐々木先生：**大変おもしろいお話で、最初人権センターの方がどんな人が来るのか怖いなあという気持ちでずっと聞いていたのですが、具体的な話ですが、私の印象からして援助の内容が大きく4つぐらいあります。対象という点で考えた時、ひとつは患者さんで、ひとつは患者さんの家族で、もうひとつは病棟の中のスタッフ、もうひとつが病院の管理者、という明確に4つの人たちを対象として援助していると理解すると、人権センターの人だから怖いと援助の中で家族に対する家族の自責の念とか人に話せない部分を病院ではない第三者の人が聞いてくれるというのは非常に支えになっていると思います。家族が話せる医者やスタッフが見つかっていればいいですが、多くの場合病院のスタッフにはなかなか話しきらない家族を預けているからという妙な感覚が働きやすいです。家族への支援をふくらましてくれればすごくいいかと思いました。患者さんの援助の中では、どうかという点では、医者に対する話し方のポイントはこうです、看護婦さんに対する話し方はのポイントはこうです、なんでこういう形が起きるのかと考えていたんですが、実際によく話しを聞いてくれる医者だけではないです。変わった先生も中にいます。おそらく日本の中の医学教育のあり方の中で少し標準化されない能力に、差があまりにもありすぎるそういう医療スタッフが育っている、そのために話し方の半数を教えなければならない状況になっているかと思いました。このあたりは医療者への教育という課題が今後私達の方の課題かと思いました。3つ目に看護婦さんやスタッフへの援助というこのあたりが大きな難しい問題だと思っています。さきほど多くの場合はマンパワーが少ないために看護婦さんがやりきれない気持ちになっているのではないかという話が出ましたが、例えばうちの場合を考えると急性期の病棟になるとすごく忙しいです。7時とか8時くらいまでいつも看護婦さんが残りバタバタやっていて、そういう看護婦さん達の精神衛生といいますかストレスという点で言えば結構保たれているところがあります。逆に閉鎖病棟でなかなか患者さんが退院出来ない、病状のためや社会的な要因で退院できない。ある意味で少し沈殿してしまっているような雰囲気のある病棟、そこの看護婦さんのストレスはかなり強いものがあります。患者さんが治っている姿を見て忙しくても生きがいを感じるというこの部分がなかなか治りにくいときに淀んでしまうという、この部分が課題として精神医療の時に閉鎖病棟でスタッフが抱えているひとつの課題だと思っています。ひとつはきちんと患者さんや病気を理解するための教育がなされなければいけないのは確かだと思うのですが、これが抜けているというのは、お話しの中から分かりましたけれど、もうひとつの心理的な面へのスタッフのサポートという点、これはまだ私回答は分からないのですが、自分の病院を考えてもこの辺りは継続的に考えていかなければならない部分だかと思いました。あ



## 資料5

と、管理者への援助というのが、時に援助なのか援助と受け止めてくれるのか批判と受け止めるのか、そのあたりに難しさがあると思いますけれど、最後にNPOというのが日本でそんなに多くあるわけではないので、すごく細かい大事な情報をたくさんもっているのも、是非頑張って頂きたいと思います。例えば海外のNPOとの交流とか、確か香港でかなり大きなNPOの人達のグループがあるということで、そういう人達がどうやって精神医療の援助という形を第三者の立場で適度な距離を取りながらやっていらっしゃるか、そういうところをぜひ交流を深めてもらって、勉強してもらえるとより良い形になると思います。

人権擁護センター：香港はちょっと知らないのですがイギリスのマインドという精神保健、8千人会のボランティア団体で私達と同じような取り組みをしているネットワークがありまして、83年くらいの時にそこで研修を積んできた人から大阪でこういうことをしてみようという呼びかけがありました。大阪府精神保健福祉審議会の中で、権利擁護検討委員会の中で、韓国の権利擁護の第三者の活動をしているスタイルや内容等、どういった方が通っているか年代別にデータ別に調べている最中ですが、よく日本の中で翻訳されているのが、アメリカの86年の精神障害権利擁護に基づくオンブズマン制度というのが一番障害者が多いですから、私達自身もそこには何回か研修に行っているんですけども、残念なことに近いところでの情報が不足しているという自覚があります。

司会：とりあえず講演会を終了したいと思います。引き続き福島県の事例で人権擁護の活動の取り組みを20分間くらい見て頂きたいと思います。山本深雪先生どうもありがとうございました。

## 資料6

### 精神障害者の権利保護：法律・規則・訴訟に訴える米国型アプローチ

ハーバード大学医学部精神科 教授  
マサチューセッツ総合病院 司法精神医学 部長  
キーピープル・リソース社 取締役  
ロナルド・ショウテン

#### はじめに

米国では、ほとんどがここ30-40年の間にできた複雑で時に相反するさまざまな法律、規則、判例法などによって、精神障害者の法律上の権利が確立され、保護されてきている。完璧とはいえないものの、理念、社会、法律に精神障害者の問題を訴えながら、大きな発展を遂げてきている。

#### 米国の司法制度

米国の精神障害者がどのように保護されているかを理解するには、まず米国の司法制度とその基となる理念から説明するのが良いだろう。

日本と同じように、アメリカ合衆国憲法が米国の最高法規である。地域や州法は連邦の憲法を侵害することはない。政府の基盤を成し、行政権、立法権、司法権を与えている。また憲法は市民の基本法を定めている。1787年に採択された憲法の第1修正から第10修正までは、1791年に成立した「権利の章典」(Bill of Rights)として知られている。権利の章典では、一定の権利の列挙は他の諸権利が存在しないことを意味するものではないと明確にしている(第9修正)。また、そのような権限は特に連邦政府にあるのではなく、それぞれの州と州民にあると明確にしている(第10修正)。

憲法によって確立されている立法府とは、上院と下院からなる連邦議会である。上院と下院はそれぞれ、日本の国会の参議院と衆議院に似ている。議会で法案が通過し、さまざまな執行機関で法律が執行される。例えば、米国障害者法(Americans with Disabilities Act: ADA)は、雇用均等機会委員会(Equal Employment Opportunity Commission: EEOC)によって執行されている。

連邦の憲法に加えて、各州(日本の「県」に相当)が独自の憲法を有している。州法は州政府の基盤を成し、州議会と州裁判所がある。また、州法にはその州民の権利が列挙されている。連邦の憲法で定められている権利を制限することはできないが、さらに権利を加えることはできる。例えば、カリフォルニア州法では連邦の憲法には含まれていない特定のプライバシー権を特に条項1で定めている。

## 資料6

### § 1. 奪うことのできない権利 (Inalienable rights)

すべての人々は本来自由で自立しており、奪うことのできない権利を有している。これらの権利には、生活と自由を享受し、守る権利、財産を得て、所有し、守る権利、安全性、幸福、プライバシーを追求し、得る権利などが含まれている。

カリフォルニア州のほかにも、9州でプライバシーの権利が法律で定められている。ほとんどの州で法案が通り、制定法によりプライバシーが保護されている。例えば、マサチューセッツ州では電子サーベイランス（盗聴）は犯罪である (Mass. Ann. Laws Ch. 272, § 99)。また、マサチューセッツ州ではプライバシーの保護は患者の権利章典 (Patients' Bill of Rights) の一部である (Mass. Ann. Laws. Ch. 111, § 70E 資料添付)。保護の程度や種類については州によって違う。

連邦および州裁判所は同じような構造になっている。第一審裁判所 (trial courts)、控訴裁判所 (appellate courts)、最高裁判所 (supreme court) である。連邦のシステムは、少なくとも各州にひとつはある地方裁判所 (District Courts) (第一審裁判所) 94 ヶ所から成る。地方裁判所では破産なども扱っている。連邦の控訴裁判所に加えて、州にも控訴裁判所が12 ヶ所あり、特許権侵害などの特別なケースや国際通商裁判所 (Court of International Trade) および連邦請求裁判所 (Court of Federal Claims) で判決がでたケースなどの管轄権を有する。控訴裁判所で判断された上訴が他の限られたケースと共に、アメリカ合衆国最高裁判所で審理される。

裁判制度は州によって異なるものの、連邦裁判所に類似したモデルに従っている。マサチューセッツ州では、裁判所の第一段階として第一審裁判所があり、高等裁判所、州裁判所、青少年裁判所、ボストン市裁判所、保護観察／家庭裁判所、住宅裁判所、不動産裁判所など多くの裁判所から成る。高等裁判所が第一審裁判所では最高位で、\$25,000以上の民事とすべての重罪を扱っている。

マサチューセッツ州では、審理や判決に関する控訴は、控訴裁判所で受け付けている。その上の上訴はマサチューセッツ州法の解釈では最高となるマサチューセッツ州最高司法裁判所となる。

精神保健問題に関する訴訟のほとんどは州レベルで扱われる。連邦裁判所は、より広い憲法上の問題がある場合のみ関与する。すなわち、政府機関や州による憲法上の権利の侵害などである。マサチューセッツ州では、精神保健関連の訴訟は、地方裁判所 (裁判所の命じる精神疾患や物質乱用の治療について) や保護観察裁判所 (保護者や非任意治療について) に提訴される。

## 資料6

連邦裁判所は憲法も含め、連邦法の解釈および執行に責任がある。州法の問題にかかわるケースで連邦裁判所がかかわる場合は、それぞれの訴訟当事者が異なる州に居住している場合などである。

コモン・ローすなわち判例法は、先例とみなされている判決例を集めたものから成る。第一審裁判所で個々のケースに当てはめられ、制定法のもとに起こる問題に関連するケースも扱われる。第一審裁判所では制定法を解釈し、制定法と以前の判例法の両者を新たな状況に適用する。先例の判決は、控訴裁判所によって見直された後のみ判例として価値がある。

判例は、問題となっている管轄権で起こっている法的な問題についてのみ権限がある。しかし、ひとつの管轄権の裁判所が、参考に他の管轄権の判決を参考にすることもある。カリフォルニア州最高裁の Tarasoff v. Board of Regents がその例である。患者の暴力から第三者を守る治療者の義務が確立された判例である。管轄権によって同じような義務をつくったところもあれば、そのような考え方を拒否した裁判所もあった。Tarasoff 判決はカリフォルニア州のケースであり、他の管轄権でも通用するものではなかったが、初めて問題提起をしたケースだったので、他のあらゆるケースで引用された。

### 精神障害者の権利

米国の精神障害者の権利は一言でいえば「他のすべての市民・住民が持つ権利と同じ」ということである。このような権利には、移動、信教、表現の自由が due process の権利と同様に含まれる。Due process とは基本的な憲法上の原則で、法の内容・手続きの公正を要求する適正手続きなしに自由または財産を奪われる者はいないということである。例えば、法的または事務的な手続きを踏み、根拠が示され、公平な人物によって決定が下されるといっているのである。憲法の基本的な権利は、権利章典として第1修正から第10修正に謳ってある。

法律的にも文化的にも米国社会は、個人の権利とその保護にかなり重点をおいている。政府は国民の防衛と安寧のために、このような権利を持つだけである。日本と同じように、アメリカ合衆国憲法の原則は「人々は権利を有し、政府に対する権限を認める」ことである。その反対はない。米国社会に根ざす個人主義は、法律の中に受け継がれ、時に地域社会や個人を害するような個人の権利の執行にまで及ぶ米国の文化からくるものである。日米の憲法は個人の自由を明確に謳っている一方で、アメリカ合衆国憲法には日本国憲法の12条のような条項はない。

#### 日本国憲法第12条

この憲法が国民に保障する自由および権利は、国民の不断の努力によって、これを保証しなければならない。また、国民はこれを濫用してはならず、常に公共の福祉のためにこれを利用する責任を負う。