□13：00～15：20　一般研究報告[4] 精神・運動　　司会：横須賀俊司

◎藤田 幸廣 (ふじた ゆきひろ)　　 NPO法人全国精神障害者ネットワーク協議会

□共同報告者

徳山 大英 (とくやまおおひで) 　　NPO法人全国精神障害者ネットワーク協議会

山梨 宗治 (やまなしむねはる) 　 NPO法人全国精神障害者ネットワーク協議会

■報告題目

全国統計における薬害調査

■報告キーワード

薬物療法・多剤大量、合併症

■報告要旨

精神薬により糖尿病や高血圧、高脂血症、心臓病を誘発し精神障害者の突然死のことなどを明にし、精神障害者の薬害を少しでも防ぎ精神科医が精神薬の処方のルールを守られる様に研究調査の結果を提示する。

１．研究対象と方法

・調査対象：地域に住む精神病者障害者

・調査方法：全国の精神障害者自助グループとその周辺者へ郵送にてアンケート式調査票を配布と集合調査、郵送回収。

２．調査結果

・2012年調査：調査期間：201年12月15日～2012年3月5日　回答者：1053人

調査の実施は、障害者が郵送回収するため、専門家等が実施できにくい調査をネット調査とは違い、確実に病者より生身の声から、普段社会に発信されないニーズが取りやすい。

1．統計調査分析

a）力価及び同種同効薬の年次比較

2012年調査ではCP換算（力価）合計の平均値455.88ｍｇであり、同種同効薬処方平均値は3.22剤である。2013年調査ではCP換算（力価）合計の平均値443.84ｍｇであり、同種同効薬処方平均値は3.18剤である。年次比較すれば各数値とも僅かながら減少が見られる。しかし、主なる抗精神薬の単剤処方率は上がっている。

ｂ）体重増加

体重増加は1.2kgだが薬を体重増加率と服薬年数の関係を見ると1年から４年は40.8%、0～９kgの増加、5年から9年は40.9％で同様に増加している。10年以降では体重増加は減少している。

ｃ）精神科薬によるメタボリックシンドロームの調査

調査結果では男性が30.3%、女性が23.5%と回答している。平均体重は男性74.05ｋｇ、女性61.88ｋｇである。男性57.6%、女性49.8%で肥満度1以上である。

ｄ）合併症治療薬と力価の関係

他科の薬の処方でCP換算から疾病名別集計して見ると糖尿病、高血圧、心臓病、高脂血症、平均値から1000ｍｇ未満の服薬者が多く占める。平均値の力価と同種同効薬は減少したが合併症処方薬で比較をすれば身体的機能に影響があることが伺える。

e）副作用止薬及びベンゾジアゼピン系の睡眠薬の服用期間

処方剤（単剤含む）で有るべき薬剤が二次副作用としている薬剤で服用期間はｎ＝331（不明を除く）5～9年をピィークとし、10～14年から減少している平均値は15.91年である。睡眠薬処方はｎ＝390（不明を除く）0～4年で20.8%、10～14年20%、10～14年20.5%でピィークである。単剤力価及び同種同効薬の重ね調剤は日常生活に支障を来す。特に日中での睡眠が阻害要因である。

d）喫煙率と力価の関係

喫煙率は平均処方値36.9%、1000mg未満処方群37.0％、1000mgを超える処方者群47.6%である。力価が上昇すれば喫煙の嗜好性が同様に上昇する。

2．結果

今までの力価の考え方は過鎮静やパーキンソン症候群との関係を問いただされてきた。又、合併症治療薬、副作用止薬、ベンゾジアゼピン系の睡眠薬の重複処方は社会活動での阻害要因であると考察される。

今回の調査では密接に私たちの身体的機能に悪影響を与えている。同種同効薬と力価は減少しているものの非定形抗精神薬（単剤）と複合調剤の処方比率が高くなっている。単剤処方の服薬ルールも守られていない。国が現在の医師の処方に対して現在の医療機関に対する同等の情報の提供を義務化する。また、ドクターが誠意ある処方ルールを遵守が出来ない場合は罰則規定を別途求める。

◎山梨　宗治　(やまなしむねはる)　　NPO法人全国精神障害者ネットワーク協議会

□共同報告者

徳山　大英　(とくやまおおひで) 　NPO法人全国精神障害者ネットワーク協議会

藤田　幸廣　(ふじたゆきひろ) 　NPO法人全国精神障害者ネットワーク協議会

■報告題目

全国調査における出産子育ての年次比較における差異

■報告キーワード

出産・薬物療法・人権侵害

■報告要旨

本研究は、地域生活で住む精神病者自身の視点から、恋愛・結婚・子育ての調査を年次比較し、子育てに至る阻害要因と解決への対応を見つける。病者が婚姻や子育てが一般人と同様に選択できる社会活性を促す。

１.研究対象と方法

・調査対象：地域に住む精神病者障害者

調査方法：全国の精神障害者自助グループとその周辺者へ郵送にてアンケート式調査票を配布と集合調査、郵送回収。

・2004年調査

調査期間：2004月9月3日～11月30日

回答者数：1,010人

・2013年調査

調査期間：2012月12月15日～2013年3月5日

回答者：845人

2.調査結果

　調査の実施は、障害者が郵送回収するため、専門家等が実施できにくい調査をネット調査とは違い、確実に病者より生身の声から、普段社会に発信されないニーズが取りやすい。

4.統計調査分析

a）精神障害者の子育て調査の無子率は51ポイント下降

2004年子育て調査では、800人中子供がいない回答者は655人無子率81.9％である。2013年調査では、235人中71人で無子率30.2％である。こう見てみると精神障害者に子供の子育てを見なおす時期かといえる。

b）薬物療法後の出産が30％以上

発病後、服薬してからの子どもかの調査からすると全体の子供がいる人への設問では161人中54人約33.5%が薬物療法に入ってからの出産である。

c）薬物療法時の主治医の減薬や断薬状態

一般的に妊娠初期に薬物療法では飲んでよいという薬は全くない。妊娠初期には精神薬は飲めないことは周知の通りである。

しかし、薬物療法中の出産経験者への調査では、「出産の為に主治医が減薬または断薬しましたか。」では、約30％しか精神薬処方をされている妊婦には薬の配慮がされていないことがわかる。

ｄ）子供がいない理由に関して調査

子供がいない理由調査2013年を年次比較すると2004年調査でも薬の影響の心配が38.7%　2013年では36.4％と多い割合を占める。

5.まとめ

多くの障害者は、結婚し、子どもを持つ社会に変わりつつある。

しかし、精神障害者1つとっても医師よりの出産への一般人より配慮は欠けることが調査で判明した。出産は新しい家族を迎え、新しい命を育むものなのに弱者である障害者の出産への希望を医師は阻害している。妊娠母子に対する安全を現在の医療体制では障害者自身が守らなければならない現実に直面している。

◎徳山　大英　（とくやま　おおひで）　　NPO法人全国精神障害者ネットワーク協議会

□共同報告者

山梨　宗治　（やまなし　むねはる）　NPO法人全国精神障害者ネットワーク協議会

藤田　幸廣　（ふじた　ゆきひろ）　NPO法人全国精神障害者ネットワーク協議会

■報告題目

全国統計における隔離が起こす人権侵害

■報告キーワード

隔離拘束・告知義務違反・回復

■報告要旨

１．研究目的

　他科の医療機関ではありえない精神病院の患者の隔離・拘束の実態を統計調査により明らかにし、憲法が保障する基本的人権が精神病院でも守られるように研究調査の結果を提示する。

1．研究対象と方法

・調査対象：地域に住む精神病者障害者

調査方法：全国の精神障害者自助グループとその周辺者へ郵送にてアンケート式調査票を配布と集合調査、郵送回収。

2．調査結果

・2012年調査：調査期間：2011年12月15日～2012年3月5日　回答者：1053人

　調査の実施は、障害者が郵送回収するため、専門家等が実施できにくい調査をネット調査とは違い、確実に病者より生身の声から、普段社会に発信されないニーズが取りやすい。

3．統計調査分析

a）対象者の過半数が隔離拘束を受けている。

行動制限の調査では回答者734人中、行動制限の体験隔離を受けたことがある48.6％、拘束を受けたことがある6.4％と半数を超えている。

ｂ）隔離理由の告知がされない現実

行動制限の告知の調査をすると回答者数342人中60.8％が隔離理由の告知を指定医から、その「隔離理由」を告知をされていない。これは明かに法律に違反した精神病院の日常の姿である。

ｃ）拘束経験者は退院後も思い出して苦しんでいる。

私たちの調査では回答者数45人中、約４割の人が拘束は心的外傷になっている。現在も拘束のことによって病状が悪化することがある人がいる。

ｄ）隔離以外の方法を患者は望んでいる。

e）退院してもなお地域で続く人権侵害。

人権侵害調査では近所の人から差別を受けた人が全体の67.2%である。

５.まとめ

入院生活をすれば約半数以上が行動制限を受け、法律で決められている行動制限の告知の説明義務が約6割が行われていない。物言わぬ患者たちは拘束や隔離に関して違う対処方法を望んでいることが今回の調査では明白になった。隔離拘束のうちもっとも負担が多い行動制限は再発の原因に結びつきその後の医療との治療関係を悪化させる。再入院に関しては隔離拘束が原因になっていることも判明した。全てが病院内の密室の中で行われていることが人権侵害を起きていることを知られない原因であって、隔離病棟から一般病棟変えることは一部の外国では行われており、日本でも解決になる。

引用文献：サルでも分かる!!精神障害者人権白書

◎安原　荘一（やすはら　そういち）　全国「精神病」者集団

■報告題目

「社会復帰」概念に対する一考察―その歴史的変遷と「反社会復帰」運動、未来への展望

■報告キーワード

精神障害者　社会復帰　反社会復帰

■報告要旨

「社会復帰」という言葉は、一般的に大変広く使用されている概念である。刑務所の受刑者の社会復帰、ハンセン病患者の社会復帰等相対的に社会的スティグマが強い人々が一般社会に復帰するという用法もあれば、もっと広く職場への復帰等を意味する場合もあるが、社会生活の外部にいた人々が再び社会生活を営む様なケースで使われる場合が多い。

さて精神医療、精神障害者の世界においてこの「社会復帰」という概念は、独特の使われ方をされてきた。その意味するところは大変複雑で混乱もしてきた。「社会復帰」という日本独自の概念は英語表現では、rehabilitation,resettlementとなるがいずれも必ずしもに正確に対応するものではない。このこと自体も「社会復帰」という概念理解に混乱をもたらしてきたようである（ちなみに身体障害等の場合も社会復帰という概念は使われてきている）。

精神医療の世界で「社会復帰」という概念が使われ始めたのは、1960年代と思われる。そして精神衛生法改正の際に、付帯決議にこの言葉が盛り込まれ、精神保健福祉法が成立に際して、法律用語として公式に使われ今日に至っている。「社会復帰施設」、「(医療観察法での)社会復帰調整官」等々。「社会復帰」という概念は精神障害者に関するある種のキー概念であり、当事者運動史的に見た場合も「反社会復帰」という主張が存在し続けてきた大変重要な論点である。

ここで、「社会復帰」概念の意味するところの歴史を簡単に振り返ってみよう。1960年代において一度長期入院した精神障害者の退院は極めて困難であった。その原因は様々あげられるが、強い社会的差別意識の他に「社会復帰」するには就労出来なくてはならないという考え方が、医療サイドにも家族サイドにも、また本人自身にとってさえも大変強かったことがあげられる。1962年の日本神経学会はテーマに「社会復帰」を掲げたが、そこにおける「社会復帰」とは「社会的適応と経済的自立」の言い替えにすぎないものであった。そしてこの考えにも基づき、病院内ではこの時期、「生活療法」「作業療法」が盛んに行われていたが、前者は病棟内での患者の全生活を「しつけ」等の理念のもと全面的に管理するものであり、後者は病棟内での患者の全面的使役をも正当化するものでもあった。

１９７０年代に入ると病院開放化運動が始まり、共同作業所、グループホーム設立の動きも活発化してきた。谷中輝雄らが発行してきた雑誌『精神障害と社会復帰』によれば、まずは退院患者の住居の確保が最大の課題であったようである。当時、精神障害者がアパートを契約することは大変難しく、共同住居の形で一軒家を借りてそこを居住の場とした「やどかりの里」運動を谷中らは開始していったのである。この点に関しては多くの論考が存在するので詳細は省くが、いわゆる「社会復帰」という概念が、「社会的適応・経済的自立」ではなく、「仲間同士で支え合い、病を持ちつつもあたりまえにその人らしく生活していくこと」へと変化してきたのである。そして谷中自身、80年代に入ると「社会復帰から社会参加へ」とも発言している。

また、70年代以降の反保安処分闘争、悪徳病院糾弾闘争等の中で主張されてきた「反社会復帰」の考え方には、多少のニュアンスの違いはあれ、資本主義社会に強制的社会適応をせまる「社会復帰」の発想に対する根源的な批判があった。病者を疎外し、差別し搾取し病の原因ともなった「（資本主義）社会」への復帰などナンセンスなのである。

現在精神障害当時者運動の中で「社会復帰」という言葉が使われることはほとんどない。代わって「地域移行」「社会参加」「脱施設化」と言った概念が主流である。この背景には社会復帰概念に批判的な当事者が多かったことや他障害の運動との連帯や相互交流等もあげられよう。しかしながら精神保健福祉法においても精神保健福祉士等においても未だ「社会復帰」という概念は存在している。このことをどう考えるべきか。

最大の問題点「社会復帰」というのは各種専門家が「訓練」を行い、社会に適応させるという発想が精神障害の場合大変強く存在するという点である。必要なのは仲間であり支援であり経験なのである。専門家でなければ出来ないことと言うのはそう多くはないだろう。むしろ同じ入院等を経験をしたピアの方が様々な観点から望ましいと思う。「社会復帰」概念は、結局は行政、専門職用語でしかなかったのではないか。

英語圏でもBack　to communityが当事者運動の一つのスローガンであり、さらに新しい価値観に基づいた新たなコミュニティを創出していくことも当事者運動全体の課題となってきている。「反社会復帰派」の主張とはやや異なる形かもしれないが、もはや「社会復帰」という概念そのものが終焉を迎えたものと私は考える。

参考文献

『精神医療論争史―わが国における「社会復帰」論争批判』　浅野弘毅　2000　批評社

『精神障害と社会復帰』　各号

◎山田　嘉則　(やまだ　よしのり)　　阪南中央病院

■報告題目

integrityの侵害と精神障害〜障害者権利条約を起点として

■キーワード

integrity/ 障害者権利条約/ 拷問等禁止条約

■発表要旨

【目的・方法】

障害者虐待防止法の施行に続き、障害者差別解消法が成立し、障害者権利条約の批准に向けた国内法の整備が進んでいる。その一方で、虐待防止法では病院が適用対象から外され、差別解消法に逆行するかのように、精神保健福祉法の改正で医療保護入院要件の緩和が行われた。差別禁止、権利擁護の流れの中で、精神障害者が周縁化されている印象すらある。

この状況にあって、精神障害者の支援、権利擁護に向けた取り組みの強化が理論的にも実践的にも求められている。

本発表ではその一助とすべく、精神医療における非同意入院、隔離拘束、さらに広く精神医療の強制的側面について、障害者権利条約、拷問等禁止条約を参照しつつ論じる。その際、integrityという概念に注目し、それが精神医療の監視と精神障害者の権利擁護に対して持つ意義を考察する。

【結果・考察】

障害者権利条約17条は「すべての障害者は、それ以外の人々と対等に、身体的精神的integrityを尊重される権利がある」と述べている。これは、15条(拷問等の禁止)、16条(虐待等からの自由)、22条(プライバシーの尊重)および25条(健康)を補完する条文であり、これらがカバーできない、精神障害者に対する強制医療の否定を含意するとされる。

integrityは「統合性」「不可侵性」と訳されることがあるが、「自己決定の前提となる価値観や世界観を醸成する固有の場となる人間の身体と精神に対する不可侵性」(池原毅和)であり、20世紀後半から、人権の基本概念と見なされるようになった。 自由権規約は6条(生命に対する固有の権利)、7条(拷問、虐待、同意なき科学的・医学的実験の禁止)、8条(奴隷、強制労働の禁止)でintegrityへの権利を定めている。さらに、拷問等禁止条約において、障害を矯正する目的で、不十分なインフォームドコンセントのもとで行われる医療行為は、拷問・虐待と見なされる。

筆者の精神科医師としての「反省的実践」(D.A.Schön)からもintegrityは重要な概念として浮上して来る。精神医療現場、特に入院医療の場合に顕著であるが、そこでの医師・看護師などの医療スタッフと精神障害者のパワーには著しい不均衡がある。精神障害者は無防備(vulnerable)であり、そのintegrityが容易に侵害される。それを医療スタッフの「よき意図」で正当化することはできない。現場で筆者が身を持って知ったことである。一方、筆者は近年、性暴力被害者支援にコミットしている。ここでもintegrityの侵害は性暴力の定義、PTSDの定義などに現れる。実際にも、子どもに対する性暴力は、integrityに対する破壊的な侵襲であり、それゆえ多くの被害者に長期にわたる深刻な変容をもたらす。

とすれば、integrityを侵害されたことで精神障害を持つようになり、そこでさらに精神医療によってintegrityを侵害される、ということになり得るのだ。この意味でintegirityは精神医療にとってスキャンダラスな概念である。

精神障害者とはintegirityを侵害された者・侵害されつつある者・侵害されるリスクの高い者である。あるいは、vulnerableな者である。これは社会モデル的に見た精神障害の重要な側面でもあるだろう。とすれば、integrityという概念が精神障害者の支援にとって持つ意義も明らかである。integrityのさらなる侵害を防ぐこと、損なわれたintegrityを回復することが、支援の核心をなす。それは権利擁護であり、自己決定の支援である。そしてその際に支援者によるintegrityの侵害を警戒しなければならない。障害者と支援者の関係についてセンシティブであることが、精神障害者の支援では特に求められている。