

精神障害者の意思決定過程における支援技法の検討

長竹 教夫*

Key Words : 精神障害者, ソーシャルワーク, 意思決定過程, 支援技法

1. 研究の目的と方法

1) 研究の目的

我が国は、2014年、国連「障害者権利条約」を批准した。これを機に、意思決定支援の在り方に関する議論が活発に展開されている。その背景には、障害者権利条約第12条がある。第12条の求めるところについて、国連の障害者権利委員会¹⁾は、「代行意思決定制度」を廃止し、「支援を受けた意思決定制度」を発展させるよう求めている(引馬, 2016)。このことは、精神保健福祉領域にとっては、精神科病院への入院形態の中で、家族等(後見人を含む)の同意を要件とする医療保護入院を存続することが条約内容に抵触する可能性があることを意味していると言えよう。また、非自発的入院患者の人権を十分に確保していないとの指摘にも対応しなければならない。これらの基盤にあるのが、意思決定支援の在り方である。

臨床現場において、ソーシャルワーカーとしての精神保健福祉士(以下PSW)は、閉鎖病棟での行動制限や強制入院など人権にかかわる機会が多い。そして、患者・利用者(以下本人)が抱える様々な問題の解決を援助する際、PSWはソーシャルワークの原則である「自己決定を尊重」²⁾し、権利擁護を図る実践を丁寧積み重ねてきた。それらの経験を踏まえたPSWとしても、障害者権利委員会が指摘する意思決定支援制度の開発や

意思決定のための支援技法を検討することは重要なテーマになる。

そこで本稿では、現時点における精神障害者の意思決定過程における支援技法に関する具体的実践の方法を明確にし、課題を明らかにすることを目的とする。

2) 研究方法

政府・厚生労働省(以下厚労省)は、障害者施策の一環として精神障害者施策を推進してきているが、同時に、精神障害者の長期入院の問題、医療保護入院や措置入院等の非自発的入院における人権の問題など、精神保健福祉領域に特有な課題にも取り組んでいる。マクロレベルでの意思決定支援概念の拡がりパラダイム転換は、メゾ・ミクロレベルでの精神障害者の人権確保や支援と深く関連している。まず国連・政府の政策動向の全体像を確認する必要がある。次に、精神障害者施策の中で最も重要な精神保健福祉法と、障害者の地域生活を支援する際に重要である障害者総合支援法等に基づき、医療機関や地域支援機関が精神障害者の意思決定支援にどのように取り組んでいるか概観する。

そして、政府・厚労省の政策変更や改善策の中で、医療機関・地域支援機関のPSWが実践する精神障害者の意思決定における支援技法の現状と課題について文献研究を行う。

*人間学部人間福祉学科

2. 政策動向と医療機関・地域支援機関の取り組み

1) 国連の動向

国連総会は、1948年に決議された世界人権宣言を具現化するために、法的拘束力を伴う人権条約³⁾を採択してきている。精神障害者は、精神疾患の治療上、時に強制入院や閉鎖的環境下での行動制限を伴うことや、これまでの入院中心の精神科医療の動向などによって、自らの意思や想いが尊重されてこなかった歴史を抱えてきている。2014年7月の国連自由権規約委員会⁴⁾においても、我が国の精神障害者の長期入院の問題、自らの権利侵害に異議申し立てする法的手段なしに非自発的入院を強いられていること、代替サービスが欠如しているために入院が長期化している問題が指摘された。精神障害者に対する地域社会における処遇を原則とする考えは世界の趨勢になっていることから鑑みても、「精神障害者に対して地域に基盤のある代替サービスを増やすこと」「強制入院は、最後の手段としてのみ必要最小限の期間、本人の受ける害から本人を守りあるいは他害を避けることを目的として必要で均衡が取れる時にのみ行われることを確保すること」などが勧告された（海渡、2014）。このことは、「入院医療中心から地域生活中心へ」を基本理念とした2004年の「精神保健医療福祉の改革ビジョン」からの進展が遅いことを示している。

一方で、国連は、我が国が障害者権利条約を批准したことを前向きな要素として評価している（海渡、2014）。我が国が、障害者の人権侵害を改善し、障害者の権利と尊厳を保護・促進していくことを約束したことは、障害者施策改革への第一歩と評価したのであろう。条約第4条には、締約国に、障害に基づく差別をなくし、すべての障害者のあらゆる人権と基本的自由を実現するためのあらゆる措置をとることを義務づけているし、第5条3項には、平等を促進し、差別を撤廃することを目的として、合理的配慮を提供するよう求めている。そして、第12条には、障害者がその法的能力を行使する際に必要とする支援を利用できる措置を求め、支援する際には障害者の権利、意

思及び選好を尊重することとされている（12条3項、4項）。この第12条の解釈について、障害者権利委員会（2014）は、法的能力の行使における支援において、障害のある人の権利、意思及び選好を尊重し、決して代理人による意思決定を行うことになってはならない、と指摘した。障害を抱えているがゆえに自らが決めたことが認められず、他者が本人に代わって決めることがないよう、必要な支援を受けながらも自己決定できるように求めているのである。具体的には、成年後見制度による代行意思決定制度を廃止し支援つき意思決定制度に改めるよう求めたのである（石渡、2016）。

2) 政府・国会の動向

障害者権利条約は、2006年に国連で採択され、我が国は2007年にこの条約に署名した。そして、2009年、条約批准の手続きを進めようとしたが、障害者団体を中心として「国内法の整備が優先」との意見があった。一般に、国際条約を批准すれば国内法が条約に反しないよう国内法改正や新法の制定が必要になるが、反対意見が出てきたのは国内法に照らし合わせて条約を解釈するということを危惧したためと思われる。このような経緯があり、2010年1月に「障がい者制度改革推進会議」が設置され、その後、いくつもの国内法が整備されてきた。

主要な法整備は、2011年障害者基本法改正、2012年障害者総合支援法制定、2013年障害者差別解消法制定などである。いずれの法律においても、意思決定支援・意思表示支援への配慮や課題が盛りこめられている。

2013年、改正精神保健福祉法では、衆議院厚生労働委員会で採択された付帯決議に意思決定への支援を強化することが述べられ、これを踏まえた、改正精神保健福祉法附則第8条において、「退院等に関する精神障害者の意思決定及び意思の表明についての支援の在り方について検討」することが課題として明示された（下線筆者）。この「退院等」には、非自発的入院時の処遇、医療保護入院時における「同意」要件の問題も含まれていると解してよいであろう。これらの課題は積み残されていた課題でもある。

3) 学会・専門職団体の動向

厚労省では、障害者施策において解決すべき課題等に対して提言を得ることを目的に障害者総合支援事業を行っている。公募の中から、精神障害者の意思決定支援に関する調査研究に補助金が交付されたのは2012（平成24）年度事業からであり、各団体から7つの報告書⁵⁾が出された。いずれも意思決定支援の在り方や意思表明支援の方法を開発するための研究であった。これら事業報告の中で、2014年度「意思決定支援の在り方並びに成年後見制度の利用促進の在り方に関する研究」においては、障害者の意思決定支援ガイドライン（案）を提示している。そこでは、意思決定支援の内容・領域の枠組み、意思決定支援における合理的配慮、留意点が整理されている。

意思決定支援については、制度・システムの開発のための提言のみならず、支援技法の開発も進展している。日本老年医学会（2012）は、厚労省が2007年に作成した「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」⁶⁾をもとに、「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドラインー人工的水分・栄養補給の導入を中心にしてー」（以下高齢者ケアガイドライン）を作成している。医療・介護においてどのようなケアをするかについて及び意思決定する際のプロセスについての一般的指針を示し、高齢者ケア等に限定しない汎用性を持った意思決定支援のための指針となっている。ここで注目すべきは、意思決定プロセスにおける支援の指針・留意点を具体的に提示していることである。

4) 医療機関・地域支援機関の取り組み

2013年改正精神保健福祉法は、病院は、すべての医療保護入院患者に対して、早期に退院できるよう支援するための「退院後生活環境相談員」を選任することを規定した。退院後生活環境相談員は、医療保護入院者とその家族等と相談し、早期の退院と地域における生活への移行を促進することにある。その場合、障害者総合支援法に規定された特定相談支援事業所や一般相談支援事業所、介護保険法に規定された居宅介護支援事業所等地域援助事業者との連携を図ることも規定して

いる。連携を推進することで、一日も早い地域生活への移行を目指すことを目的にしているためであり、それは、本人の「想い」や意思の実現に向けた本人中心の支援を展開していくためである。疾病治療や再発予防のためにも、本人が抱える心理社会的問題の解決を援助し、より良い環境を整えるには、地域の保健福祉機関との連携は欠かせない。

退院後生活環境相談員の支援の流れのなかにも、アセスメントツールとは別に本人の気持ちや希望などを確認するための「聞き取りシート」を準備すること、医療保護入院者の退院に向けた取り組みを推進するために病院内に設置された退院支援委員会において、本人や家族等に希望や要望などを語ってもらう機会を設けることが推奨されている。このように、本人の意思を尊重し、実現できるよう医療機関や地域支援機関での取り組みが広がってきている。

しかし、医療保護入院者は、近年増加している。統合失調症を抱える長期入院者の滞留に加えて認知症患者の入院増加がその要因になっている。このような長期入院患者や認知症患者等精神障害を抱える人が自らの意思を形成し表明できるよう支援者としての支援技法が重要になる。

3. 意思決定過程における支援

1) 精神障害者の意思決定過程における支援場面

臨床現場のPSWは、多様な心理社会的問題の解決を援助し、障害を持ちながらもその人なりの生活を営むことができるよう支援を行ってきた。その人なりの生活とは、自らこういう生活をしてみたいと思う生活である。PSWが、本人自らの「想い」を確認したい、本人の「意向」を尊重したいという場面は、本人の生活に関連するあらゆる場面に及ぶ。具体的な精神科臨床場面を想起する際、身体科への受診と治療の方向性の一場面を清水（2015）が提示しているのを参照しながら、精神科の特徴を検討する。

清水は、まず、「意向」の形成には、本人・家族が「こうしたい」という意向を持つようにならなければ、話し合いを通して合意を形成すること

はできないし、「本人の意思決定」も存在しない、という。そして、そもそも、人の意向は「状況をどのように把握しているか」と「その状況把握と対になるようなどういふ姿勢で状況に向かっているか」から形成されるとして、次のような例を提示している。

私たちは、何らかの自覚症状がでて、身体が辛いと考え、医療機関を受診する時に、「何か疾患に罹ったのだろう。医療機関で受診し適切な治療を受ければ楽になり、治りも早いのではないかと状況を把握し、これと対になるように、「早く治って、元気になりたい」という動機（＝状況に向かう姿勢）が伴って、医療機関を受診するだろう。受診した結果、医師の説明を理解して「私はかくかくの疾患に罹っており、いくつかの治療法があるが、しかじかの薬の投与が現在一番成績が良いようだ（医師はこれを推薦している）」と、状況を把握したとする。すると、先の状況に向かう姿勢（早く治って、元気になりたい）とこの状況把握が組み合わさって、「しかじかの薬を私にも投与してほしい」という意向が形成される。そして、その意向は、医師に対して、「ぜひ、その薬を私に投与してください」という、その治療をすることのゴーサインとして表現されることであろう。（下線筆者）

この例は、意思が形成され表明される場面・プロセスとして非常にわかりやすい。精神科の場合も上記のように自らの意思で受診し治療を受ける人もいるし、退院を希望し地域生活への期待を述べる場合もある。しかし、精神障害という障害特性の一つには、現実と幻覚・妄想状態との境界があいまいな状況に立たされている場合がある。清水が、人の意向について「状況をどのように把握しているか」を取り上げているが、「状況」への認知が、現実に対する認知なのか、本人にとっては「現実」である幻覚・妄想状態に対する認知なのかによって、その人の意向はおのずから異なる。認知機能は十分保持されていても、何を認知して

いるかによって、本人が「入院の必要性」や「治療の必要性」を理解できない状況が生まれる。他者から見れば、入院や治療の必要性を理解できないのは、認知機能が低下しているからであると判断する。このように、どの「状況」に対する認知なのかという幅広さもまた精神科領域の特徴であろう。

「病気・障害」と捉えて本人の最善の利益を図るために、家族に連れられて受診した人が、「自分は病気ではない」「入院する必要なんてない」「薬なんて飲まない」と言うのである。医師は、できる限り本人の状態について情報提供し、治療に関する説明を行い、病状に伴う困り感や不安感を言語化するように努めるが、本人はかかわり自体を拒むという状況も少なくないのである。したがって、様々な説明と説得を積み重ねても治療の同意が得られず、かといって「自傷他害のおそれ」に近い状況で帰すことは本人の利益にならない、と精神保健指定医が判断し、家族等の同意を得て入院させる（医療保護入院）、というプロセスになる。

そして、このように患者本人が「入院の必要性を理解できない」状況においても、PSWは、入院後まもなく挨拶に行くことから始まる。関係性を構築し、信頼関係が形成される頃には、本人自身から「これまでの生活について」聴かせていただけになる。このような本人の主観的な世界へのかかわりを積み重ね、入院前の生活上の困り感や本人も気づいていなかった苦悩などが言語化され、入院の「意味」を見出すことができ、退院後の生活に関しても本人の持つ「想い」が少しずつ明らかになっていく。この意思の変化の過程は、本人と医療者やPSWなどの支援者との関係性や、本人の病状、これまでの仕事や体験、生活の場などの環境や社会的状況などによって、きわめて個別的である。また、意思決定を支援する場面も、多種多様である。

公益社団法人日本発達障害連盟（2015）は、「意思決定支援の在り方並びに成年後見制度の利用促進の在り方に関する研究」によって、意思決定の内容・領域について整理している。意思決定の内容・領域は、LIFEであるとして、「生活」「人生」「生命」という3領域を設けた。そして、本人が

表 1 意思決定支援の内容・領域とその背景

LIFE		背景	人的・社会的・物理的環境、本人の経験など	これまでの生活環境、生活歴、人間関係、嗜好などの情報の把握、意思決定支援者の情報提供、本人意思の把握、本人の意向を他者に伝える技術水準、障害福祉サービスの体験的利用
生活	食事・更衣・移動・排泄・整容・入浴など暮らし・日常生活行動、余暇・生活習慣、社会参加など	A	EX) 家庭生活・家族関係、地域生活・仲間や居場所・住む場所、通院・服薬管理、金銭管理	
人生	職業、人間関係、人生観、生きがいなど	B	EX) 就労、結婚・出産	
生命・生存	健康の回復、診断・治療、合併症・終末期医療など健康観、生命観、死生観	C	EX) 非自発的入院（自傷他害防止）、合併症治療など心身の状態管理	

(公益社団法人日本発達障害連盟 (2015)「意思決定支援の在り方並びに成年後見制度の利用促進の在り方に関する研究」を基に筆者作成)

意思を決定する背景には、本人の人的・社会的・物理的環境や本人の経験などが影響する。これを筆者は、表1のようにまとめてみた。

A 領域は、入院中の日常生活や、今後の家族・地域生活の場面が中心になるであろう。B 領域は、新たな就労や結婚などの場面になる。C 領域は、生命・生存に直結する「非自発的入院」場面や精神障害に加えて身体合併症を併発し医療との関連が深い場面である。PSW のかわりや面接においても、現在の生活にとって何が必要かの認識を本人と共有し、日常生活におけるニーズを満たす資源活用が行われる場面 (A 領域) や、本人自身がどういう生活や生き方をしてきたか、その時の苦悩を振り返り、これからの人生をどう生きたいかを引き出せるような面接場面 (B 領域) へと内容が広がっていく。関係性が構築され、入院時の入院形態や治療方針・治療効果の判断に関する場面 (C 領域) にも関わっていく。

このように、生活や人生、生命・生存の領域ごとに意思決定支援の内容が異なってくる。支援者は、本人と共にこれからの生活や人生を検討し、常に本人の想いを尊重する。本人が、今後の方向性を定める力を持つためには、身近な生活場面での意思決定を積み重ね、意思決定への自信を涵養していくことが極めて重要になる。この「想いを受け止め尊重された」という経験の積み重ねが、

困難な決定をしなければならない場面でも本人自らの意思を形成し、表明できる基盤になっていくと考えるからである。精神科医療においては、精神科医は、「生命・生存」を確保することに焦点を当てざるを得ない緊急局面も多く、PSW は、生活場面はもとより人生や生命・生存領域における意思決定場面での権利擁護を担うという役割分担と協働を行っているのが精神科チームであり、精神科医療の特徴であろう。

2) 意思決定支援のプロセス

柴田 (2012) は、日常生活や社会参加場面における意思決定支援には、少なくとも「意思表現支援」「意思形成支援」「意思実現支援」の要素が含まれると指摘しているが、これに加えて、高齢者ケアガイドラインは、本人の「意向」が確定したものと限らないため、「意思確認」のためのコミュニケーションの継続を指摘している。また、一旦は合意に達しても、迷いや揺れが生じることを当然なこととして受け止め、本人が「思い直し」、納得できる道を探すことが肝要であるという「意思変更」への対応についても指摘している。これらを併せて、意思決定支援のプロセスを、意思形成・表明過程、意思確認過程、意思実現過程、意思変更過程という4プロセスに区分し、それぞれの過程における支援技法について検討したい。

i) 意思形成・意思表明過程での支援

高齢者ケアガイドラインでは、「ある問題をめぐる意思決定プロセスは、その問題が起きることが予想された段階で、開始する。だが、直ちに本人・家族との話し合いを始めるとは限らない。本人・家族の気持ちや姿勢、また、将来どうするかについて予め意向を形成した方がいいかどうかといったことに配慮する」と述べている。ある問題とは、表1に示したLIFEの3領域に当たるが、生命・生存領域に関しての問題が起こると予想された場合、精神症状がない状況においても、すぐに意思を形成するのは困難であろう。支援者は、意思形成に必要と思われる情報を提供し、本人が自らの意思を形成できるよう十分な時間と環境（体験などを含む）を整えることに配慮しなければならない。これは、本人自らの意思を形成するまで待つということではなく、コミュニケーションを継続しながら意思を形成する支援を行うということである。

留意することは、まず傾聴することである。本人自らの意思が形成されたプロセスや背景を共に確認し、本人の立場に立って、本人の気持ちや状況を理解し、上手く伝えられないことを言語化できるように配慮するといった意思表明への支援はソーシャルワークの基本的援助技術である。その際、本人中心にこれからの方向性や意向を共有し、確認していくのであって、支援者の価値観や意向に基づく不当な干渉や誘導はあってはならないのは当然であろう。

精神保健福祉領域における特徴は、「自傷他害のおそれ」という緊急時には「本人の利益を図る」とことと「他害防止」が優先され、非自発的入院という本人の意思に反する事態が入院直後から存在することである。精神保健福祉法は、任意入院を基本としているが、非自発的入院は避けられない場面も少なくない。その際、本人の意思表示を支援するための代弁者（病院外の人）が必要であると、支援の三角点設置研究会（2015）はモデル事業報告書の中で指摘している。また、「代弁者」の役割は、「どんな時も常に本人の立場で気持ちや状況を理解し、必要に応じて気持ちを（病院側へ）伝える」という限定的な役割にとどめ、

直接的な支援は、医療機関や地域援助事業者の役割とする分担を示している。本人との関係をつくり、心情や意向を理解して言語化するかかわりは、PSWが行っており、直接的支援でもあることから、「代弁者」との整合性や役割分担の明示が課題になる。ただし、本人が、病院職員であるPSW等ではなく病院外の「代弁者」に話したいという要望に対応できる選択肢を広げるという点では意義はあるだろう。

ii) 意思確認過程での支援

高齢者ケアガイドラインでは、「本人の表明された意思ないし意思の推定のみで依拠する決定は危険」と指摘し、本人の表明された意思と「本人にとっての最善についての判断」との双方で、決定を支えると述べている。この支え方が生命・生存領域においては重要なポイントで、本人の意思確認ができるかどうかにかかわらず、本人と家族両者が可能な限り一緒に意思決定プロセスの話し合いに加わり、合意を目指すことが必要であるとしている。

合意までのプロセスにおいて、支援者は、本人・家族らの個別事情を理解し大切にしたいうえで、専門職として培ってきた経験・収集した情報を提供している。精神科においてよく経験するのは、本人と家族との「合意」が得られない場面である。それぞれの立場によって異なる価値観や判断基準があるからで、支援者も苦悩する。そのような時こそ支援者一人ではなくチームとして本人の意思を確認し支え続け、家族等にも理解し共有できるように粘り強くコミュニケーションを続けることが大切になろう。

留意点は、第1に、本人にとって最善と思われることであっても、「押し付け」たり本人の意向を恣意的に解釈してはいけない。第2は、支援者チームとして関わり、本人の真意を探求し確認し続けることが大切である。第3は、支援者の意向や判断に相当程度影響され迷いを生じているかどうか確認していくが必要になる。第4は、近年、精神科病棟も機能分化し、入院期間の目標が設定されるなど、本人自らの意思を表明するまでの時間的制約も存在する。そのようななかで、本

人が表明した意向が支援者の方向性と一致している際などには、得てして「確認し」続けるプロセスや「決定を支え」続ける支援がおろそかになることもあるので、注意が必要である。

iii) 意思実現過程での支援

意思の実現過程における支援は、本人の「希望」や「想い」の実現に向けた支援であり、そのため短期・中期目標を設定して合意したうえで、本人の日常生活全般にわたる支援・サービス利用支援や活動支援を行うことになる。人は一人で生きているわけではないので共に暮らす家族との関係や、経済的保障も実現過程においては調整しなければならない課題になる。迷いながら自らの意思を表明できたことに敬意を表し、その実現に向け実行していくことができるように心理的・社会的に支援すること、共に行動することが大切になってくる。

留意点は、病院や地域援助事業所において、一人の支援者に責任を負わせる体制ではなく、チームを形成し意思実現へのプロセスを共有し、役割分担を図るなど支援体制を整備することが必要である。本人の意思実現のために多くの人が応援していることは本人にとって心強いことになるし、支援者のバーンアウトを避ける点でも大切になるからである。また、一つの機関で、障害を抱えて生きる人の暮らし全般を支えることは難しいので、地域の様々な保健医療福祉機関の専門職との連携やインフォーマルな支援者になりうる同僚、隣人、親族、友人、ボランティアなどの支援ネットワークを構築していくのも、支援者の役割となる。

iv) 意思変更過程での支援

高齢者ケアガイドラインでは、「一旦は関係者の合意に達しても、本人・家族に迷いが生じて再度考え直し始めることがある。合意の方向で実行し始めてからも、やはり適切ではなかったのではないかと思なおすこともある。そうした揺れを受け入れ、当然のこととして認めて、対応し、フォローアップしていく」という意思変更への対応に触れている。本人の意向「確定」後の揺れ

を受け止めるには、PSWの「アンテナ」を張り続けておかなければならず、継続的なコミュニケーションは不可欠である。また、本人・家族が一旦合意に達した決定に縛られて困難な状況に陥ることもあるので、支援者は、確定した方向で支援を実行している途上であっても、迷い・取りやめ・変更などが出てくることを認め、さらに変更を支援することも大切である。

この変更過程での、変更することを支援することは、生活や人生、生命・生存領域にとってはとりわけ重要であり、支援者チームは、中心となる支援者が振り回されているという誤解をしないように留意すべきであろう。

v) 小括

高齢者ケアガイドラインが提示している意思決定プロセスは、厚労省(2007)「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」で示された①医師(主治医等)が単独で決定するのではなく、医療ケアチームとして対応すべき、②本人・家族とコミュニケーションを通して合意を目指すというプロセスを提示、③「何はして良い・何は悪い」という先入観や一方的に事の是非を判別するのではなく、現実の問題に対応する適切な決定プロセスをたどって選択に到ることが重要、という3事項を踏襲し、本人の生き方を左右するような医療上の決定プロセスにも妥当すると、解説している。これらは、支援者が意思決定支援プロセスの各段階で留意すべき点や、地域生活支援における意思決定支援プロセスにも活用できる。

そして、各プロセスにおける支援技法と留意点をまとめたものが図1である。意思決定支援のプロセスは一連の過程を行きつ戻りつつ、時には同時進行しながら、本人自らのより良い生活の実現に向けた循環型支援になる。

4. 意思決定支援における技法とソーシャルワーク実践技法

これまで、意思決定プロセスに応じた支援技法に関連する考え方や見方と共に一部支援技法についても触れてきた。ここでは、意思決定プロセス全過程に共通する支援技法について検討したい。

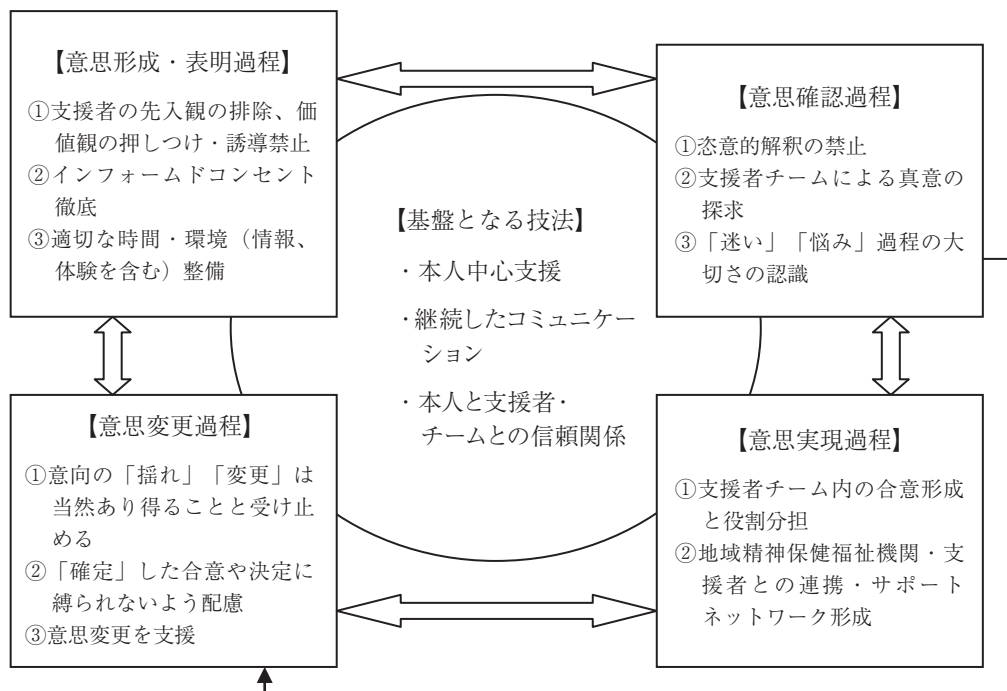


図1 意思決定支援のプロセスにおける支援

（高村浩（2015）『医療・介護分野における転倒、誤嚥等の事故と虐待』『対人援助職に必要な法律知識の理論と実際』WITH 医療福祉実践研究所研修資料を参照・改変し作成）

まず、イギリス「2005年意思決定能力法」で述べているように、「意思決定できる能力」は、日常的に用いる理解力や判断力に近い意味として捉える。そして、この自らの意思を決める能力は、重度の障害があろうと各人が持っているという前提で周囲の支援者や関係者が積極的にかかわっていくこと⁷⁾を確認しておきたい。その支援過程や支援の結果として、本人のエンパワメントが図られ、その結果、従来までは意思決定が困難とみなされてきた本人が、ある時点で限定的にせよ判断する能力を生み出していくのである。

この意思決定過程における技法とその留意点について、「意思決定支援」に関する文献の中に見られる具体的実践的支援技法を取り上げてみたい。ソーシャルワークの技法と重なるものが多いが、意思決定支援の際にソーシャルワークの技法が基盤にあることを再認識するうえでも意義があると考えられる。

ここで取り上げるのは、第1は観察であり、第

2は環境の整備であり、第3は情報の提供であり、第4は関係性の構築である。そして、筆者らが行った精神障害者の自殺既遂事例の検討から得られた自己決定（＝意思決定）支援技法のプロセスとその留意点を振り返る。

1) 観察

2005年イギリス意思能力行動指針（以下「行動指針」⁸⁾）において、具体的事例 Code of Practice を提示している。その中で、交通事故により脳外傷を負った若い男性が回復後の集中力の欠如が見られる時間帯があることを担当看護師が見出し、「午後にはより注意深くなり、判断能力も高まる」ことや、「周囲に人がいる時よりも、一対一の時の方が反応が良い」ことを例示し、支援者の観察力の大切さを示している（菅，2013）。

柴田（2012）は、重症心身障害者の事例を取り上げ、「腰を少し動かしたときにトイレに連れて行って便器に座らせたなら排尿する」ことを発見し

た職員の指摘に対して、それを繰り返すうちに、はっきりと腰を動かすようになり、やがておむつは不要になり、自分の関心があることは身を乗り出すようにして示すようになったことを提示し、「わずかな行動の変化を本人が表現した意思として支援者が読み取り応えることによって、自らの意思をますます表現するようになる」と述べている。

このように、かかわりの中での観察は、支援技法としては基本であり不可欠なことである。精神科領域での支援者がよく経験することの一つに、一見理解できにくい、あるいは違和感のある「表情」や「行動」を示す利用者との出会いがある。繰り返す行動もあれば一瞬の行動もあるが、支援者としては本人のそれらの行動の意味を理解し続けようとする姿勢を保持することで真意に近づいていくことができると考える。理解していこうとすれば、支援者の五感・感受性というアンテナを張り、注意深くよく観察しながら聴くことができる関係を作っていくことになる。

2) 環境

i) 物理的環境

「行動指針」にある脳外傷事例は、一対一の時の方が反応が良いことを見出したのであるから、集中力が高まるような環境を用意することが必要であり、本人が自らの意思を見つめ考えることができるよう環境を準備していくことも支援の一つである。柴田(2012)も、「意思の確立は環境との相互作用の中で形作られていく」と指摘しているように、個別の障害特性に応じた環境づくりは大切である。

精神障害は多彩な症状を呈し、同じ疾患名であってもその症状は個別的であり、本人の年齢や性格傾向、好み、行動パターンなどによって安心できる環境は異なる。本人にとって最も自らの意思を形成し表現しやすい場所や環境を見出していくことが大切になる。

ii) 人的環境

「行動指針」の事例に、知的障害に聴覚障害と視覚障害を併存している本人が、ある日、壁

に頭をぶつけ始めた事例を提示している(菅, 2013)。施設スタッフがけがをしないよういくつかの方法を試みた後、問題行動の専門家を招き、協議を経て、虫歯からくる痛みがあったことが判明したという。

精神症状が出現したために精神科病棟に入院した知的障害者のなかには、精神科病棟というこれまで経験したことがない環境に入ってきたために、環境に適応できず、理解できにくい行動が出てくる場合がある。そのような折に、これまで地域で支援してきた相談スタッフに来院してもらい、本人に会っていただくなどの工夫をすると同時に、本人の行動特性や対処法について本人・支援者と共に話し合う機会を設ける。これも、人的環境を整える支援であろう。

精神障害を抱える人は、様々な偏見と差別に直面してきた経験が多いため、支援者に対して関係を拒むこともあり、自らの「想い」を率直に話すことができる関係ができるまでには、時間とかかわりの質が問われることが少なくない。本人のこれまでの経験や障害の特徴を踏まえて、支援者の年齢や性別、複数での関わり等支援者体制を整備しておくことも必要である。

3) 情報

1991年国連総会で採択された「精神病者の保護及びメンタルヘルスケア改善のための諸原則」(以下国連原則)は、精神保健福祉領域において自分の意思に反して入院させられている人の権利に焦点を当てている(木村, 2016)。原則11は、「治療の同意」原則であり、インフォームドコンセントを中心に、支援する際の原則・留意点を述べている。

まず、「インフォームドコンセントとは、おどしや不適当な誘導を行うことなく、患者が理解しうる書式と言葉を用い、適切かつ了解しうる以下の情報(診断の見立てや治療法など)を正しく説明したうえで、自主的に得られる承諾をいう」としている。本人にとってわかりやすい表現や手段を使って説明することは不可欠であり、権力的、事務的、一方的で無言の圧力を加えるような状況で情報を提供してはいけな

情報には、映像や見学、体験の機会を作ること
も含まれており、精神障害者の地域移行支援にお
いて、居住支援や就労支援などの際には必ずと
言ってよいほど、見学や体験を行い、本人の意向
を確認している。また、精神障害の特性や性格な
どを勘案し、大きな失敗を回避するために小さな
失敗は許容して体験や情報提供する場合や、「失
敗体験を避けて成功体験を積み重ねる必要のあ
る」場合もある（柴田，2012）。支援者として、
本人の障害特性や心理的・社会的状況を理解し、
本人との話し合いの中で最大限の情報を提供して
いくことが必要であろう。

情報提供とは、単に支援者が持っている情報を
提供するばかりではなく、共に見学・体験しなが
ら直接的に「感じる」機会を提供することも含ま
れる。「感じる」機会の提供は、当然、複数回に
なることが多い。支援者との振り返りの中で感じ
方も変化するわけであるから、情報の提供とは支
援者が本人に向かって一方的に提供するものでは
なく、支援者や関係者と本人との相互交流の中
で行われていくものである。

4) 関係性

「日々の暮らしの中で楽しいこと、辛いこと、
いろいろな経験を積み重ねていくが、そのような
状況を気遣ってくれる人との温かな関係性が意思
決定支援にあたっては重要」と、石渡（2016）が
指摘しているように、本人と周囲の人・支援者
との関係性は支援の際、重要なポイントになる。
この本人と支援者との関係性の重要性を指摘する
文献は多い。例えば、高山（2016）は、支援には
ニーズを受け止めることが必要であるが、その前提
として、本人の「想い」を聴くことが求められる。
この「想い」は本人と向き合い、「寄り添う過程
のなかで、想像力を働かせて利用者本人の声を聴
いていかなければならない」と述べ、支援者の本
人への向き合い方や姿勢を指摘する。また、柴田
（2012）は、「心の奥にある本当の願いを聞き取り、
本人との共感を大切に信頼関係をつくり、や
がて本人が自ら安定した自己を形成していくよう
に支援することが大切、つまり、本人と支援者との
安心感と信頼感に基づく関係」が本人の意思を

形成し、意思決定支援の際に必要であると、指摘
している。

このように、本人と支援者との関係性が、意思
を決定する際に大きく影響を及ぼすことを指摘し
ている。岡山（2016）も認知症の事例を提示し、
医学的検査では、重度の認知症と判断され、本人
の意思能力や判断能力の低下が疑われる事例に対
して、本人との関係性を軸に援助し、クライアント
の意思が表明され、新たな生活の場へ移行した
実践を報告している。意思決定が困難と思われた
認知症ケースにおいても、クライアント・ワー
カー関係の在り方によって、本人自らの意見を吸
い上げ実現していくことができたことは、認知症
患者が増加する現在、重要な支援技法であることを
示している。以上みたように、本人と支援者との
関係性（信頼関係といっても良い）は、意思決定
支援の際にも極めて重要である。

その際、留意することは、第1に、秋元（2010）
が指摘している「本人の選択や決定を実質的に支
援していこうと積極的になればなるほど、本人の
判断に対する支援者の助言の影響力が強まり、「保
護」や「干渉」に転化する可能性があるということ」
であろう。支援者の立場は、無意識に本人の
立ち位置から見ると優位になっていることに支援
者は自覚的にならなければならない。

第2は、支援者の優位性を超え支配的になるこ
とがないようにと、柴田（2012）は警告している。
柴田は、「意思決定の過程では、本人と支援者との
相互の主体が影響を与え合うが、この構造は虐
待を含めたリスクを伴うことを認識し、支援者ひ
とりの判断で進めずに、複数の支援者の視点が不
可欠である」と指摘している。その方法は、精神
科領域では一般化している本人参加のカンファ
レンスであり、家族や地域支援者も参加したチーム
作りを行うことである。

そして、エンパワメントの視点からは、「日々
の生活の中で、自分のことを自分で決める経験を
繰り返し、積みあげることが自己信頼につながり、
さらに意思決定する意識を高めていく。その循環
の中でこそ、本人のエンパワメントが実現する」
と、高山（2016）が指摘しているように、精神保
健福祉領域でも重要な支援技法である。精神障害

者は、偏見・差別を経験し、他者への信頼を損なってきた経験を有する機会が多いため、本人自らの自己信頼とエンパワメントを高めるためには、支援者との関係が一層重要になる。

5. まとめと今後の課題

1) 自殺既遂事例の振り返りから得られた自己決定（意思決定）支援技法との比較

これまでに検討してきた、意思決定のための支援技法は、ソーシャルワークの基盤になる援助技術そのものである。これらの基本的な援助技術は、困難事例においても忘れてはならない大切な支援技法である。長竹・薬師寺・山本・堀内・佃・早川・亀井（2011）は、精神科病院入院中の「自殺既遂例を検討」し、その中で自己（意思）決定支援プロセスにおける留意すべきことを中心に、支援技法について検討した。既遂事例の困難性に触れつつ、5名の現場SWの援助プロセスを振り返り、留意事項を検討した結果が表2に示した「支援上の留意点」と「ポイント」である。自殺既遂

に至るという生命・生存にとって著しく困難な状況にあった精神科臨床現場からの知見と、本稿の目的である意思決定過程における支援技法に関連した文献から得られた実践的方法とを比較検討しておきたい。

第1の意思形成・表明過程での支援は、支援上の留意点①②と関連している。支援において、SWはクライアント（以下、Ct）と信頼関係を構築できず（①）、Ctを十分に理解することができなかった課題を残していた。また、Ctにとってのキーパソンになる人間関係もつかめず（②）、かかわり方を再考せざるを得なかった。「観察」「環境」「関係性」への留意が充分ではなかったと言える。ポイントとして指摘したのが「かかわりの質」を改善し「重要な他者の存在を見出す努力」をすることであった。

第2の意思確認過程は、支援上の留意点③と関連している。支援者が考える「本人の利益」と合致する意思表示を本人自らが表明してきた時だからこそ、「合意」に達したと早計せずに、本人の真意を探求し、意思決定の真意を確認することを

表2 意思決定過程における支援技法と「自己決定支援の留意点とポイント」

意思決定過程	支援法	支援上の留意点	ポイント
意思形成・表明過程での支援	観察、環境、関係性	①クライアントが安心して自分自身の思いを語る関係、環境をつくる	かかわりの質を再検討していく
意思形成過程での支援	環境、関係性	②本人にとって大切な人、重要な他者が存在しない・見えない時にも、かかわりを通して、見出したり・築いていくこと	大切な人、重要な他者の存在を見出す努力をする
意思確認過程での支援	観察、情報、関係性	③両価的、葛藤の中での選択しなければならない辛さを理解し、本人からの提案であっても慎重に見極めること	選択・決定の辛さを理解、共有する
意思変更過程での支援	観察、情報、関係性	④変化（イベント）の直前や直後には必ず面接し、決定や方針を変えてもいいんだよ、と確認することが大事。自己決定後も気持ちに変化、揺れ動くことがあることに留意して支える	変化の前後は密な関わりをする
意思実現過程での支援	環境、情報、関係性	⑤自己決定と自己責任は表裏。自己決定したことに縛られ不安になることもある。時には共同決定して責任を分散すること、決定自体を延期することも大事	共同決定によって自己決定を支える。決定自体を延期する

（長竹ら（2011）「過去10年間にソーシャルワーカーが経験した自殺既遂例の検討」をもとに筆者作成）

繰り返すことが重要である。留意点やポイントに示したように、選択や決定までの辛さなどについて共感的理解を保持しながらコミュニケーションを深めるのである。

第3の意思実現過程での支援は、支援上の留意点⑤と関連している。自らの意思決定に縛られ不安感が増大することもあるので、心理・社会的に支援し、意思決定を延期することや共同決定の提案などを示した。近年、医師等治療者と利用者とのパートナーシップのもとで治療や支援に関する意思決定を共同で行う「共同意思決定（Shared Decision Making:SDM）」が注目されている（山口，2015）。SDMが成り立つためには本人の意思を含む様々な情報を共有する手法の開発が必要であり、本人と日常的に関わりを持つ支援者の役割とスキル向上が一層重要になると考えられる。

第4の意思変更過程での支援は、支援上の留意点④と関連している。意思の形成・表明、確認過程を経て、実現に向けて動き出す中で本人の心境の変化や気持ちの揺れ動きが出てくることを当然と受け止めておくことが大切である。本人自らが、方向性や考えを表明し、行動の変化が見られた時こそ「密にかかわり」、本人の表情や言動をよく「観察」し、本人と支援者との「関係性」を見つめなおし、本人の心情に寄り添っていくことが重要になる。

このように、自殺既遂例の振り返りから得られた支援上の留意点は、意思決定支援過程における支援技法と類似していた。意思決定支援に活用できる基本的援助技術は、困難事例だからこそ大切にしなければならないものであり、入院中や退院後の生活支援を行う際の意思決定における支援技法は、従来までのソーシャルワークの援助技術を基本的に生かしていくことが可能であると考えられる。

2) 今後の課題

本研究では、精神保健福祉領域の特徴を踏まえつつ、精神障害を抱える人への意思決定過程における支援に活用できる技法を、障害者の意思決定支援に関する文献から抽出し、考察することを試みた。その支援技法の多くは、疾病・精神障害のある人全般への意思決定支援の技法と重なる部分

が多く、かつソーシャルワークの基盤になっている援助技術が重要な位置を占めていることを確認できた。また、精神保健福祉領域の特徴に対応するための留意点についても検討した。

課題としては、第1に、地域生活支援場面で展開されていると思われる有効な意思決定支援の技法と、本人が意思決定能力を向上させる方法を発見・開発していくことを見落としてはならない。そして、入院中や地域生活における意思決定の際に、専門家や支援者と本人との「共同意思決定」を可能とするシステムとプロセス等の開発である。精神症状と折り合いをつけながら本人の希望を実現するためには、専門家・支援者との日常的なかかわりと意思決定の積み重ねが大切になると考えるからである。

第2は、非自発的入院患者の入院時の意思決定支援については、意思の表明、確認、実現過程に対応できる制度・システムの改善・開発を行うことである。そのためには、精神医療審査会への申し立てが少ない現象をどう受け止め改善していくか等、既存システムの改良とその限界を明確化していくことも必要である。

これらの課題に取り組むことは、精神障害者の意思決定過程における支援技法の向上と開発につながる。そして、精神障害を抱えても自らの尊厳が保持され、エンパワメントが図られ、本人の望む生活とQOLの向上に結び付くことになると考える。

注

- 1) 障害者権利条約（正式：障害者の権利に関する条約）第34条に規定された「障害のある人の権利に関する委員会」。締約国が、条約に基づいて履行した措置に関する報告書を検討し、勧告等を行うことになっている。
- 2) 本稿では、自己決定と意思決定はほぼ同義。自己決定支援＝支援を受けた意思決定。詳しくは、引間（2016）pp22 - 24 参照。
- 3) 国連で採択された人権条約は9つ。人種差別撤廃条約（1965年）、市民的および政治的権利に関する国際規約（自由権規約，1966年）、経済的、社会的および文化的権利に関する国際規

- 約（社会権規約，1966年），女性差別撤廃条約（1979年），拷問等禁止条約（1984年），子どもの権利条約（1989年），移住労働者権利条約（1990年），障害者権利条約（2006年），強制失踪者保護条約（2006年）
- 4) 市民的及び政治的権利に関する国際規約（自由権規約）第28条に基づき，同規約の実施を監督するために設置された。
 - 5) 2012年度「精神障害者のアドボケイトを担う人材及び精神障害者における成年後見制度の在り方について」（特定非営利活動法人神奈川県精神障害者地域生活支援団体連合会），2013年度「意思決定支援の在り方並びに成年後見制度の利用促進の在り方に関する基礎的調査研究について」（社会福祉法人全日本手をつなぐ育成会），「精神障害者の意思決定の助言・支援を担う人材の養成及び実施について」（一般社団法人支援の三角点設置研究会），2014年度「意思決定支援の在り方並びに成年後見制度の利用促進の在り方に関する研究」（公益社団法人日本発達障害連盟），「入院中の精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するモデル事業」（一般社団法人支援の三角点設置研究会），2015年度「意思決定支援のガイドライン作成に関する研究」（公益社団法人日本発達障害連盟），「入院に係る精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するモデル事業」（公益社団法人日本精神科病院協会）
 - 6) 厚労省（2007）「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」を改訂したが，（2015）「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」。
 - 7) 2005年イギリス意思能力法の5原則の一つ。
 - 8) 2005年イギリス意思能力法の施行指針であり「行動指針」とも言う。
- 5-18.
- 一般社団法人支援の三角点設置研究会（2015）. 入院中の精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するモデル事業，厚生労働省障害者福祉推進事業.
- 海渡雄一（2014）. 国連自由権規約委員会は日本政府に何を求めたか「第7マイノリティの人権とその保護 1 精神病院における非自発的入院について」, <http://www.labornetjp.org/news/2014/0730kaido> 2016/9/10 参照.
- 木村朋子（2016）. 精神障害者の人権「精神保健福祉の理論と相談援助の展開」, へるす出版, 24-29.
- 及び 国連（1991）. 「精神病者の保護およびメンタルヘルスケア改善のための諸原則」, 原則 11 参照.
- 公益社団法人日本発達障害連盟（2015）. 意思決定支援の在り方並びに成年後見制度の利用促進の在り方に関する研究 厚労省平成 26 年度障害者総合福祉推進事業 報告書.
- 厚労省（2007）. 終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン，（2015 改訂）人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン.
- 長竹教夫，薬師寺あかり，山本啓太，堀内 亮，佃宏美，早川達郎，亀井雄一（2011）. 過去 10 年間にソーシャルワーカーが経験した自殺既遂例の検討～自己決定支援プロセスにおける留意すべきことを中心に～，自殺予防学会大会.
- 岡山菜美（2016）. 認知症患者の意思決定プロセスにおけるソーシャルワーク～医学的評価とソーシャルワーカーの実感的評価のギャップから～，医療社会福祉研究 24，日本医療社会福祉学会 91-99.
- 社団法人日本老年医学会（2012）. 高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン—人工的水分・栄養補給の導入を中心に—.
- 柴田洋弥（2012）. 知的障害者などの意思決定支援について，発達障害研究 34(3)，日本文化科学社，261-272.
- 清水哲郎（2015）. 本人・家族の意思決定を支える—治療方針選択から将来に向けての心積もりまで—，医療と社会 25(1)，医療科学研究所，35-48.
- 障害者権利委員会（2014年3月31日—4月11日，第11回セッション）. 一般的意見第1号「第12

引用文献

- 秋元美世（2010）. 社会福祉の利用者と人権，有斐閣.
- 引馬知子（2016）. 「自律」および「支援を受けた意思決定」と障害者制度改革，ソーシャルワーク研究 41(4)，相川書房，19-27.
- 石渡和美（2016）. 意思決定支援とソーシャルワーク，ソーシャルワーク研究 41(4)，相川書房，

- 条：法律の前における平等な承認」2014年4月11日採択，2014年5月19日版 http://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/rights/rightafter/crpd_gc1_2014_article12_0519.html 2016/9/10 参照。
- 菅富美枝（2013）. イギリス成年後見制度にみる自律支援の法理，ミネルヴェ書房。
- 高山直樹（2016）. 意思決定支援と権利擁護，ソーシャルワーク研究 41(4)，相川書房，28-34。
- 山口創生（2015）. 精神保健サービスにおける Shared Decision Making—現状と課題—，リハビリテーション研究 163，日本障害者リハビリテーション協会，4-9。

参考文献

- 福井里江，伊藤順一郎，山口創生，種田綾乃，澤田優美子，久永文恵（2015）. リカバリー志向のSDM支援システム「SHARE」の開発，リハビリテーション研究 163，日本障害者リハビリテーション協会，16-21。
- 北野誠一（2016）. 本人中心支援計画（サービス等利用計画）策定における意思決定・表明支援，ソーシャルワーク研究 41(4)，相川書房，43-49。
- 日本弁護士連合会（2015）. 「成年後見制度」から「意思決定支援制度」へ～認知症や障害のある人の自己決定権の実現を目指して～，第58回人権擁護大会シンポジウム 第2分科会基調報告書。
- 高村浩（2015）. 医療・介護分野における転倒，誤嚥等の事故と虐待「対人援助職に必要な法律知識の理論と実際」，WITH 医療福祉実践研究所研修資料。
- 山口理恵子. 成年後見制度における意思決定支援の理念を基盤にしたガイドラインの検討—イギリス2005年意思能力決定法と社会福祉士後見人による実践事例を中心に—，社会福祉学 56(2)，113-125。

（2016.9.24 受稿，2016.11.1 受理）