
当事者主権の / と政策

障害者支援と医療における当事者 - 専門家関係の脱構築に向けて

2004/07/07 文化社会学演習(山中ゼミ)報告レジュメ

青木 慎太郎

1 はじめに ~ テーマ選定の動機など ~

昨年、中西正司・上野千鶴子『当事者主権』(岩波新書)という本が刊行された。ここでは、例えば障害者支援(介助など)の場面において、障害者自身の意思が反映されず、医師やソーシャルワーカーといった専門家たちによって決定されている現状を批判している。障害者が、「自分のことは自分で決める」という考え方は、障害者の自立生活運動の根底をなすものだし、1990年に出版された『生の技法 家と施設を出て暮らす障害者の社会学』(藤原書店 1995年増補改訂版)でも、この事に触れられている。

私は当事者主権を考える上で、当事者から自己決定権を奪ってきた(あるいは奪っている)存在としての専門家、当事者主権に対し専門家支配ということを考え、当事者主権を確立するためにはどうすればよいか、どのような社会システムがあるが故に、こうした問題が起きているか、研究してみたいと思うに至った。

そして、「専門家支配」というキーワードで調べてみたところ、これまで医療社会学の分野でこの問題が論じられてきた、という事実を知った。

医療社会学が専門家支配をどのように批判してきたかを概観し、それを障害者の当事者主権の議論に応用することが、この論文のメインテーマである。ただし、その過程で、障害者の当事者主権が逆に医療の分野における患者の当事者主権という形で、医療社会学に対して何か還元できるものがあるのではないかと思うし、そういう議論もしていきたいと思っている。

2 テーマとキーワード

テーマ:当事者主権の / と政策<<仮題>>

キーワード:当事者主権, 専門家支配, 自己決定権

3 目次

- 1 はじめに ~ 動機など ~
- 2 当事者主権と専門家支配
 - 2 - 1 定義
 - 2 - 2 障害者の自立生活運動と当事者主権
 - 2 - 3 専門家が専門化される構造 ~ 当事者 - 専門家関係の社会的構築 ~
 - 2 - 4 医療社会学による専門家支配批判
- 3 現状
 - 3 - 1 今日の障害者政策(支援費制度など)
 - 3 - 2 問題点(介護保険におけるケアマネジャー等の専門家の介在について)
- 4 当事者 - 専門家関係
 - 4 - 1 当事者が決め、専門家が支える、のを社会が支える
 - 4 - 2 当事者 - 専門家関係の脱構築
 - 4 - 3 必要な政策

5 結論

4 概要

2 - 1

『当事者主権』では、「ニーズを持ったとき、人はだれでも当事者になる」(p2)とあるように、その言葉の定義が明確であるとは言えない。ただ、あえてこういった定義をしているのは、当事者 = 問題を抱えている人という定義を避けるねらいがあるようだ。社会に適応してしまい、ニーズが発生しなければそれでよし、という「事なかれ主義」的な考えとは一線を画している。その事を言うために、「ニーズ」という言葉を用いているようだ。

主権は「誰にも譲ることができないし、誰からも侵されない」(p3)権利のことであり、これらを合わせて、「当事者主権」という言葉が用いられている。

2 - 2

障害者、とりわけ全身性の身体障害者の「自立生活」とは、「『親の家庭や施設を出て、地域で生活すること』を指し示す」と、『生の技法』の冒頭で定義されている。この自立生活が目指したものは、「管理」と「隔離」という言葉で表象されてきた福祉の空間 すなわち施設 からの脱出(尾中[1995])であった。「管理」の特徴として、規則の厳格さ(食事、就寝、頭髪、服装)、職員との保護 - 被保護関係(「先生」と呼ばせる、申請 - 許可主義、子ども扱い)など、「隔離」の特徴として、高いコンクリートの壁で囲まれ、閉ざされた空間(その範囲だけでの生活、部外者の遮断)、外部との接触の機会の制限(外出、外泊、面会)、立地条件(人里離れた場所に存在)などが上げられている(尾中[1995])。こうした「管理」や「隔離」によって、現実の一元化(時間や空間の一元化)、避難所の不在(個人空間がない)、アイデンティティの剥奪(施設入所前にもっていたアイデンティティの剥奪、「障害者」アイデンティティの否定的な付与、性に関するアイデンティティの剥奪)、従属する生活、が表れる。

こうした「管理」と「隔離」に対して、「施設とは、障害者のために設けられたものなどではなく、親やその他の家族が面倒を見きれなくなった『やっかい者』を送り込む場所であり、福祉をできるだけ安上がりに済まそうとする行政の都合上設けられたものであり、能力のないものは除去し、少しでも能力のある者は格安で働かせようとする資本制の要請に従うものであり、いずれにしても『管理』・『隔離』は、健常者による、健常者のための、障害者の排除だ」(尾中[1995]p111)として批判する。

2 - 3

この中で、とくに私が注目したいのは、施設での障害者と職員との関係である。「先生」とか「指導員」などと呼ばれている彼らは、先に述べた施設のこうしたシステムによって権威づけられ、ないしは、そういう関係にあることを、社会から要請されているのではないだろうか。尾中は同論文の中で次のように述べている。

.....職員とは、「福祉」の論理によれば、人間の基本的欲求についての知識、人間の望ましい状態についての知識をもった人間たちであり、入所者たちにおいてそれを実現し、また望ましい方向に導いていく義務を与えられた者たちなのである。従って当然のごとく、入所者との関係は対等ではないとされている。職員たちは、人間愛に満ちたこの目的遂行のために、詳細な規則を制定し(入所者自治会の参加が多少あったとしても、大筋は変わり得ない)、生活のあらゆる場面で入所者をこれに従わせる。また職員は、この目的のために、入所者に指示や許可を与える権限をも委ねられている。.....(p109-110)

この引用では「専門家」という表現はされていないが、その実態は、障害者を援助する事を職業としている人たち　それも援助についての知識と技術をもっている人たち　が、当事者の医師とは無関係にその生活を支配し、服従させるという仕組みがあるということは言えるだろう。それは、以下に紹介する「専門家支配」に酷似していると思われる。

2 - 4

「専門家支配」やその問題点について、批判的に分析を行っているのが医療社会学の分野である。専門家を批判する前に、そもそも、どうして専門家なるものが生まれたか、そして、彼らがどのようにして権威を獲得してきたか、ということを見ておく必要があるだろう。

まず、専門職という概念について、「医師という職業が他の職業とは異なる、あるいは他の職業よりも際だって有している特徴を指示する概念が『専門職』である」(黒田[2001]p26-27)とした上で、以下のような説明がある。

.....「常識」的に専門職とは、その職業の遂行に高度の知識と技術を必要とする職業である。そのような知識と技術を有していないしろうとが行えばクライアントに害をなすおそれがある。それゆえ、その職業に就くためには免許が必要で、免許なしにそれを行えば犯罪と定められている。また、その資格の修得のためには、高度の専門教育を長期間、受けなければならない。さらに、その職業にある者には、自分の営利よりクライアントの福祉を優先させなければならないとか、クライアントの求めには可能なかぎり応じなければならない、などの倫理性が強く要求される。なぜなら、そのような職業が提供するサービスをクライアントは緊急に必要としているが、そのサービスの良し悪しをしろうとは評価できないからである。.....(p27-28)

しかし、専門職に対するこうした説明の「常識」を、医療社会学は批判する。まず、先に挙げられた説明を「専門職の側が自分たちの特権的な地位を獲得し維持するための口実」とし、「独占」と「自律」という二つの特徴を持ちだして説明し直す(この点で黒田は Freidson を引用している)。「独占」というのは、「ある特定の者だけが職業としてそのサービスを提供することができる、という特徴であり」、「自律」とは、「サービスの良し悪しの評価をサービスの受け手ではなく、サービスの与え手が行うことができる、という特徴である」(p28-29)。そしてこれらは、市場で優位な位置を占めるための仕組みであるに過ぎない。

具体例で考えてみよう。ALS(筋萎縮性側索硬化症)の人たちに対する痰の吸引等の行為は「医療行為」とされ、「介護」をする人がこれを行ってはならないとされている。「『介護』をする人にも認めさせてもらいたいという動きがずっとあり」、「これに、唯一と言ってよいかもしれない、反対しているのが看護職の人たちである」。「吸引がいかに危険な仕事であるか(ゆえに看護職がやるしかない)という相変わらずのお話だった」(立岩[2003])。ALSの人たちは痰の吸引の介助が必要であり、訪問介護だけでは自立生活ができなくなってしまう。しかし、「『医療的ケア』のできる医師や看護師を、自宅で24時間雇うことなど誰にも不可能である。その結果、家族が死にものぐるいで介助にあたらざるをえない」(渡辺[2003]p43)。*なお、厚生労働省は平成15年5月に、「ALS患者に限って文書による患者の同意のもと、医師・看護師による個別指導を受け実施報告・確認の義務づけにより容認する」との見解を示した(大平・野崎[2004]p62)。

そもそも、サービスの良し悪しを消費者が判断できるなら、ある特定の人たちに資格を付与したり、その仕事を独占させたりする必要はない。例外的に、利用者が直接選択できなかつたり、その能力が見込めないときに、資格の付与などが仕方なく要請される。「消費者が直接に選択できない場合、あるいは選択してもよい結果が得られない場合、それ以前に品質を保証しておく必要がある、そのために資格を設定し、それを人に付与したりしなかつたり剥奪したりすべきだという

ことになる」(立岩[1999]p143)。

4 - 2

専門家 = 資格職ではないのだが、私が医療社会学に拠って批判しようとしている「専門家」は、どちらかという資格(等の権威付けによって)に下支えされているところの「専門家」である。患者に対する医師ないし看護師、介助を要する障害者に対するソーシャルワーカーや介護福祉士など。インタビューなどといったきっちりとしたものではないが、介護などの現場に従事している人たちと話していると、私の専門職に対する批判に対して、自らの専門職がいかに重要であることを強調する。しかし、考えてみると、当たり前のことかも知れない。例えば介護の専門家は、その教育の過程において、自分たちの専門知識・技術がいかに重要かをたたき込まれる。そして、それを疑うことは少ないだろう。では、「専門知」というのは、そもそも必要ないのだろうか。

「専門知」が必要ないとすれば、クライアントを援助するのは素人でよいということになる。しかし、素人は「自分なりの「経験知」をもって、それでもって、物事を解釈したり判断したりする」から、相手と接するに際して、「あらかじめ用意された枠組みという点で「専門知」と同じである」(野口[2002])。「無知の姿勢」で接することが重要であると野口は言うが、当事者 - 専門家関係において、これはどのように達成されるか？

* 以下、今回の報告では主だって取り上げないが、参考までに。

3 - 1

障害者支援費制度とはどういう制度かを概観する。そして、2003年1月の上限問題とそれが意味するものを障害者の自立生活、当事者主権などのキーワードを手がかりに分析し、例えば「上限が必要だ」といった立場に対して、そうでない制度が既に存在し、機能していることなどを用いて反論する。

3 - 2

高齢者の介護保険に障害者も統合しよう、という動きがあって、障害者団体はこれに反発している。それはどうしてか。3 - 1と関連しながら、介護保険制度の問題点を「当事者主権」の立場から分析し、どうすればよいか、私なりの考察を加えたい。なお、介護保険制度を批判するに当たって、専門家としての「ケアマネジャー」が本人に代わってケアプランを立てるシステムを問題として取り上げ、批判する。

4 - 1

主に3 - 2で批判したケアマネジャーの介在に対し、当事者が決め、専門家が支える、というシステムが重要であることを言う。そして、これらが障害者支援だけでなく、老人介護にも言えるだろうし、医療にも言えるのではないか、ということ述べる。

4 - 3

専門知識や技術、そしてそれらをもった人としての専門家が必要であるとして、では、こういった人たちは当事者といかに関わるべきか(この部分は主に4 - 2で行う)、そのために必要なシステム作り、政策づくりとはどういうものか、検討する。

5 文献

安積純子・岡原正幸・尾中文哉・立岩真也[1995] 『生の技法 家と施設を出て暮らす障害者

の社会学 増補・改訂版』藤原書店

大平滋子・野崎和義[2004] 『事例で考える介護職と医療行為』 NC コミュニケーションズ

黒田浩一郎[2001] 『医療社会学の前提』黒田浩一郎『医療社会学のフロンティア』世界思想社
立岩真也[1999] 『資格職と専門性』進藤雄三・黒田浩一郎『医療社会学を学ぶ人のために』世界思想社

[2003] 『こんな夜更けにバナナかよ』(医療と社会ブックガイド・27)『看護教育』44-05 医学書院

中西正司・上野千鶴子[2003] 『当事者主権』岩波新書

野口裕二[2002] 『物語としてのケア ナラティブ・アプローチの世界へ』医学書院

渡辺一史[2003] 『こんな夜更けにバナナかよ 筋ジス・鹿野靖明とボランティアたち』北海道新聞社

* 以下、今回の報告では直接引用したり参考にしていないが、論文全体の参考文献になりそうなもの(既読・未読混在)。

Barnes, Collin ; Mercer, Geoffrey ; Shakespeare, Tom Exploring Dis-ability: A Sociological Introduction Polity Press 1999年 (= 杉野昭博・松波めぐみ・山下幸子 訳『ディスアビリティ・スタディーズ イギリス障害学概論』明石書店 2004年)

Friedson, Eliot Professional Dominance : The Social Structure of Medical Care, Atherton Press 1970年 (= 進藤雄三・宝月誠訳『医療と専門家支配』恒星社厚生閣 1992年)

Goffman, Irving Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates 1961年 (= 石黒毅訳, 『アサイラム 施設収容者の日常世界』誠信書房 1984年)

Margolin Leslie Under the Cover of Kindness: The Invention of Social Work Univ of Virginia 1997年 (= 中河伸俊・上野加代子・足立佳美 訳『ソーシャルワークの社会的構築 優しさの名のもとに』明石書店 2003年)

Peter Conrad・Joseph W. Schneider(進藤雄三・近藤正英・杉田聡 訳)『逸脱と医療化 悪から病いへ』ミネルヴァ書房 2003年

浅野智彦『自己への物語論的接近 家族療法から社会学へ』勁草書房 2001年

石川准『見えないものと見えるもの: 社交とアシストの障害学』医学書院 2004年

石川准・長瀬修 編著『障害学への招待』明石書店 1999年

石川准・倉本智明 編『障害学の主張』明石書店 2002年

市野川容孝『身体 / 生命』岩波書店(思考のフロンティア) 2000年

宇沢弘文『社会的共通資本』岩波新書 2000年

倉本智明・長瀬修 編『障害学を語る』筒井書房 2000年

武川正吾『福祉国家と福祉社会の協働 連帯と承認をめぐる弁証法』社会政策研究編集委員会『社会政策研究』01 東信堂 2000年

武井麻子『感情と看護 人とのかかわりを職業とすることの意味』医学書院 2001年

立岩真也『自由の平等 簡単で別な姿の世界』岩波書店 2004年

『問題集 障害者の / と政策』『社会政策研究』4号 東信堂 2004年

『弱くある自由へ 自己決定・介護・生死の技術』青土社 2000年

『常識と脱・非常識の社会学』『社会学』(社会福祉士養成講座)ミネルヴァ書房 2001年

年

『少しややこしく能力主義を考える・1~3』『教育と文化』31~33 国民教育文化総合研究所 2003年

『分配する最小国家の可能性について』『社会学評論』49-3 日本社会学会編集委員

会 1998 年

「介護保険的なもの・対・障害者の運動 1・2」『月刊総合ケア』13-05・07 医歯薬出版

2003 年

長瀬修・川島聡 編著『障害者の権利条約 国連作業部会草案』明石書店 2004 年

星加良司「「障害」の意味付けと障害者のアイデンティティ」『ソシオロゴス』26 ソシオロゴス編集委員会 2002 年

三島亜紀子「医師とソーシャルワーカーの専門職化 A・フレクスナーの及ぼした影響を中心に」黒田浩一郎編『医療社会学のフロンティア』世界思想社 2001 年

見田宗介・市野川容孝・内田隆三 編『「身体」は何を語るのか 20 世紀を考える 2』新世社(ライブラリ相関社会科学) 2003 年

峰島厚「障害者福祉における支援費制度とは何か 内容・性格・問題点と課題(上)」『賃金と社会保障』No.1337・1338 旬報社 2003 年

「障害者福祉における支援費制度とは何か 内容・性格・問題点と課題(下)」『賃金と社会保障』No.1340 旬報社 2003 年

山本隆「介護保険制度と福祉行財政」『立命館産業社会論集(第 37 巻第 4 号)』 2002 年

「「ブレア政権下のイギリス福祉行財政」『立命館産業社会論集(第 38 巻第 4 号)』

2003 年

山森亮「福祉国家の規範理論に向けて 再分配と承認」『大原社会問題研究所雑誌』No.473

1998 年