

もうひとつの

『みんなで考える 精神障害と権利』

—解説・資料編—



社団法人日本精神保健福祉士協会
権利擁護委員会

解説・資料編の解説

今年度一年をかけて、私たちは、専門職だけでなく幅広い対象者に、精神障害者を取り巻く権利の問題に関して知ってもらいたいという思いで、『みんなで考える 精神障害と権利』の冊子づくりに取り組んでまいりました。

しかしながら、実際にボランティアの育成や教育に携わる方などに活用していただくためには、「作成した冊子の内容に関して、もう一步踏み込んだ内容を記した解説や資料の提示が必要なのではないか」という議論がありました。

そこで、

- * 伝えたかったこと
- * 制度の現状と課題
- * 参照資料

等を再整理した「解説・資料編」として、『もうひとつのみんなで考える 精神障害と権利』を手がけました。

皆さまにお伝えしたいことはまだまだたくさんありますが、そのエッセンスをここにまとめさせていただいたつもりです。先に刊行した冊子とあわせて、教育や啓発活動にご活用いただけましたら、幸いです。

差別や偏見がなく、だれもが安心して暮らせる社会づくりに少しでも貢献できることを願って。

2011年3月

権利擁護委員会 委員長 岩崎 香

活用していただくために…

こんな方にぜひ活用してほしいと思っています！

- ①中学生や高校生の皆さんの補助教材として、先生方に
- ②精神保健福祉領域のボランティアを希望する方々に
- ③精神保健福祉士になりたての皆さんに
- ④これから精神保健福祉士を目指す皆さんに
- ⑤障害当事者、ご家族の皆さんに
- ⑥他の障害領域の専門職やボランティアの皆さんに
- ⑦その他、興味をもってくださるすべての方に



コピーして、配布してください



さらに詳細が知りたい方、活用に関して相談したい方は
下記アドレスに権利擁護委員会宛としてお問い合わせ
ください。

社団法人日本精神保健福祉士協会（日本PSW協会）
〒160-0015 東京都新宿区大京町23番地3
四谷オーキッドビル7階

メールアドレス：office@japsw.or.jp
TEL. 03-5366-3152 FAX. 03-5366-2993

『みんなで考える 精神障害と権利』表紙の解説

以前より本委員会の刊行物に登場しているのが、表紙中央、最も下段のアドボクンとケイトちゃんですが、今回はたくさんの仲間が加わりました。障害者の権利条約の大きなコンセプトのひとつに「多様性の許容」があります。多様な人たちがともに生きる社会があたりまえの社会であるということです。それを象徴するために、表紙にはたくさんの新キャラクターに登場してもらいました。お時間のある方は、下記の説明と冊子表紙を照合してみてくださいと思います。

アドボくん…カリフォルニア生まれでとっても好奇心が強い

ケイトちゃん…ソーシャルワーカーである母の影響で福祉に興味をもっている女の子

⇒ふたりで力を合わせて、「アドボケイト」、権利を守る人を指します。

ライトちゃん…アドボくんの妹で、アドボくんより色が明るめ（ライト）

ジャスティスKEN…身長190センチ、体重75キロ、カリフォルニアからやってきたナイスガイ。正義感が強い

ヨウゴ・デラックス…出身地不明。性別不明。大きな顔が特徴

地域住蔵…ポロシャツとゴムパンツがトレードマーク、実は38歳

地域住子…家型の人間（40歳代の女性らしい）

うさぶう…ウサギの耳をもつピンクのブタ

クロちゃん…クローバーの形をした四つ葉のクローバー（？）である

ミス・ユニバーサル…美人コンテスト以外の、世界のあらゆるコンテストを総なめしている謎の美女

自由野女鹿美…自由のある生活をことのほか大事にしている鹿

<地方選出キャラクター>

サクランボちゃん…山形出身 おだてのホタテくん…北国名産ホタテ貝

ピーナッツくん…千葉出身 おやきくん（野沢菜）…長野出身

目次

解説・資料編の解説	2
活用していただくために	3
『みんなで考える 精神障害と権利』表紙の解説	4

第1部 精神障害を理解しよう！

「精神保健福祉士」の仕事とは…？ —精神障害のある人をさまざまな分野で支援する—	7
私たちの国の精神保健福祉はどのような状況なの？ —多様化するニーズ—	9
障害って何だろう？ —社会における多様性のひとつ—	11
精神疾患の治療について	13
精神障害のある人への差別や偏見について	15
障害者の人権について	19
外来、入院治療について	21
入院中、よりよい治療を実現するために	25
精神医療審査会について	29
入院している人や市民の目線から	33
医療観察法について	37
多職種チーム医療	39

第2部 精神障害のある人の暮らしと権利

退院支援・地域移行支援について	41
住宅の確保 —支え合って生きていこう—	43
一般の会社で働くことについて	45
ソーシャルファームって何だろう？	49
福祉サービス利用について	51
成年後見制度について	53
学校・教育について	55
孤立しない勇気をもとう！	59
恋愛と結婚・育児	61
虐待ってどういう行為？虐待に気づいたらどうすればいいの？	63
セルフヘルプについて	65
ボランティアについて	69
だれもが安心して暮らし続けることのできる 地域づくりに向けて	71
あとがき	73
委員名簿	75



「精神保健福祉士」の仕事とは…？

—精神障害のある人をさまざまな分野で支援する—

◆精神保健福祉士の発祥

ソーシャルワークは19世紀の後半、イギリスで発祥したといわれています。20世紀初頭、アメリカにおいて理論化され、戦前の日本にも紹介はされていましたが、実践としての展開は戦後のこととなります。

1950年の精神衛生法の制定を受けた結果、「精神障害者の医療と保護、社会復帰、発生予防、精神的健康の保持増進」という目的のために国立精神衛生研究所が設立され、そこに、1952年に日本初のソーシャルワーカーが配属されました。以後、精神保健福祉領域のソーシャルワーカーは医療機関を中心に配置され、1964年の日本精神医学ソーシャル・ワーカー協会（以下、「協会」とする）設立に至ったのです。

◆Y問題について

1970年代に入り、協会に大きな転機が訪れます。1973年、不当な扱いによって精神科病院に強制入院させられたこと、入院後に受けた不当な医療行為と処遇について、本人と母親がソーシャルワーカーを全国大会の場で告発しました（Y問題とよばれています）。

以後、10年にわたって協会活動の中では議論が重ねられ、1982年「札幌宣言」が採択されました。そこで、本協会は「精神障害者のための社会的復権と福祉のための専門的・社会的活動」を行う組織と自らを位置づけ、それ以降、自己決定の尊重、当事者の立場に立つといった基本姿勢を、協会の活動において確認し続けているのです。

◆国家資格化と協会名称変更および法人格取得

ソーシャルワーカーの国家資格化は、協会設立時からの念願でしたが、

そこには紆余曲折がありました。社会福祉士及び介護福祉士法の制定時には、医療福祉士という医療領域のソーシャルワーカーの資格化が議論されたこともありましたが、しかし、各団体の意見の一致をみるのが困難となり、精神保健福祉領域のソーシャルワーカーは独自の資格化への道をたどることになります。

そして、1997年12月、社会的入院の問題化、医療機関や社会復帰施設等における権利擁護や生活支援を行う専門職の必要性などを背景に、精神保健福祉士法が成立したのです。協会は、1999年に日本精神保健福祉士協会と名称を変え、2004年に社団法人設立許可を得ました。

◆資格化から現在まで

精神保健福祉士の数は2011年には5万人を超えることが予測されています。地域で働く精神保健福祉士の数も増えており、教育や司法分野、企業など活躍の場も広がりを見せています。また、精神保健福祉士法改正（2010年）により、質の向上や研鑽や誠実義務が課せられます。

しかし、現在も障害当事者の権利を尊重することがまだまだ難しい場面もあります。長期入院している人たちの問題はもとより、地域生活にかかわる部分でも同様に、もっと障害のある人たちの権利に関して、私たちが情報を発信していく必要があると考えます。

*参考資料

『これからの精神保健福祉—精神保健福祉士ガイドブック』

柏木昭・佐々木敏明・荒田寛編 へるす出版 2009年

『ソーシャルネットワーク協働の思想—“クリネー”から“トポス”へ』

柏木昭・荒田寛・佐々木敏明著 へるす出版 2010年

私たちの国の精神保健福祉はどのような状況なの？

—多様化するニーズ—

◆伝えなかったこと

21世紀は「こころの時代」ともいわれるように、メンタルヘルスという言葉は従来よりも身近なものになり、精神科医療機関もクリニックが増え、利用者は非常に多くなってきています。

従来のがが国の精神保健福祉の状況は入院治療中心の医療体制であり、満足できるものではありませんでしたが、次第にコミュニティメンタルヘルスの概念が浸透し、地域精神医療が中心となってきています。しかし、諸外国に比較していまだに長期入院の人の割合が多く、アメリカやフランスは平均入院日数が7日未満であるのに対し、わが国では298.4日と非常に長くなっています。

このような現状の中、少しでも多くの人が、自らが望む地域生活を送ることができるように、私たちの支援を考えていきたいと思います。

◆現状と課題

以前は治療を受ける人の中では統合失調症の人の割合が多かったのですが、最近では心因性の精神障害やパーソナリティの障害、その他さまざまなストレスによる反応や適応障害などで受診する人が増えてきたようです。

とくにうつ病については、病気により本人が大変な思いをすることだけでなく、経済的損失につながるということが、各事業体や経済界でも大きな課題になっています。うつ病に対する啓発や理解を求める活動が各地で行われ、多種多様な形で対策が講じられるようになりました。

関連するメンタルヘルスの問題として、自殺者の問題があります。わが国では13年連続して3万人以上の方が自殺により亡くなっています。厚生労働省が「自殺・うつ病等対策プロジェクトチーム」を設置し、地域・職域におけるうつ病・メンタルヘルス対策のいっそうの充実を図っていくための検討を行い、2010年5月にまとめを発表し、この問題に取り組んでいます。

また災害における心的外傷後ストレス障害（PTSD）への対応、虐待やドメスティック・バイオレンスによるメンタル面でのサポート、今後も増え続ける認知症の人の問題、学校現場での児童や家族への支援、犯罪を犯した人たちの社会復帰支援など、さまざまな課題があげられます。

このようにメンタルヘルスの問題が多様化していますので、私たちも、それぞれの人の状況と状態にあった援助や支援を考えていかなければなりません。何よりもその支援が、自己決定を尊重した利用者が主体的であるものでなければならないと思います。

* 参考資料

厚生労働省「平成20年患者調査の概況」

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/08/index.html>

厚生労働省「自殺・うつ病等対策プロジェクトチームとりまとめについて」

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/jisatsu/torimatome.html>

社団法人日本精神保健福祉士協会「精神保健福祉士の仕事」

<http://www.japsw.or.jp/psw/index.htm#3>

社団法人日本精神保健福祉士協会「災害支援ガイドライン」

<http://www.japsw.or.jp/ugoki/hokokusyo/20100331-3.html>

障害って何だろう？

—社会における多様性のひとつ—

◆障害の定義と法制度

精神障害のある人たちが、長年医療の領域で「治療」と「保護」の対象とみなされてきたことは『みんなで考える 精神障害と権利』の本文中にも書かせていただきました。「精神障害者」が「障害者」という枠組みの中に入ったのは、精神保健福祉法、障害者基本法等の改正を経てのことです。何らかのサービスの対象となるには、法や制度によってその範囲が限定されるということを指すわけです。

1975年の国連「障害者の権利宣言」において、障害者とは「先天的か否かにかかわらず、身体的又は精神的能力の不全のために、通常の個人又は社会生活に必要なことを確保することが、自分自身では完全に、又は部分的にできない人のことを意味する」と定義されています。また、2001年に世界保健機関（WHO）総会にて採択された「国際生活機能分類（ICF）」では、「心身機能・身体構造」「活動」「参加」の3つの次元および「環境因子」等の影響を及ぼす因子による新しい障害概念が示されました。しかし、現実としては、それぞれの国家における障害の定義は異なっており、提供されるサービスもまた、異なっているのです。

◆新たな障害概念の誕生

長い年月を経て、わが国でも、2011年3月現在、「障害」をどうとらえるのかという根本的な課題が、障がい者制度改革推進会議において具体的に検討されています。2011年2月14日に推進会議に提出された障害者基本法改正案では、障害者の定義を「身体障害、知的障害、精神障害その他の心身の機能の障害（以下「障害」と総称する。）がある者であって、障害及び社会的障壁により継続的に日常生活又は社会生活に相当な制限を受け

る状態にあるものをいうものとする」とする案が示されました。まだまだ障害者団体等の意見が十分に集約されたとはいえない面もありますが、「その他の心身の機能の障害」として、発達障害、難病、高次脳機能障害など、これまでサービスの谷間にあるとされてきた人々への対応が進められてきています。

◆障害の範囲と福祉サービス

「障害をどう定義するのか」という議論と「障害の程度をどう量り、サービス量をどう決定するのか」ということは、密接に結びついています。障害者自立支援法における障害程度の区分は、そもそも介護保険の手続きになぞらえて作成されたものであり、精神障害のある人たちの障害程度が低く評価されがちです。新法の制定に向けての抜本的な議論に期待したいところです。

◆社会的障壁

精神障害や知的障害のある人やその家族には、「障害者と認定されたくない」という理由で精神保健福祉手帳の取得、障害年金受給や自立支援医療の適用を拒む人たちがいます。そのこと自体が「社会的障壁」があることのひとつともいえます。

多様な人たちがともに生きる社会にあっては、障害を理由とする差別や偏見を除去していくことが、障害当事者や家族が権利を主張して行く上で、今後の大きな課題なのです。

* 参考資料

内閣府 障がい者制度改革推進会議ホームページ

<http://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/kaikaku/kaikaku.html>

厚生労働省「国際生活機能分類—国際障害分類改訂版—」（日本語版）

<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2002/08/h0805-1.html>

精神疾患の治療について

◆精神疾患と「服薬」について

精神疾患におけるさまざまな症状は、脳の神経伝達物質のバランスが崩れるために引き起こされると考えられています。「抗精神薬」は強力精神安定剤（メジャー・トランキライザー）ともよばれ、脳の神経細胞に作用し、情動の安定をもたらします。精神疾患の中でも、たとえば統合失調症は、高血圧や糖尿病などの慢性疾患と同じように、長期間にわたって服薬治療に取り組む必要が高い場合が多く、「服薬」は治療のかなめともいえます。

その一方で、さまざまな副作用が伴う場合もあります。手のふるえや、体のこわばり・つっぱり、口の渇き、尿が出にくい、便秘、目のかすみ、立ちくらみ、動悸などがあります。毎日欠かさず薬を飲むことや、上記のような副作用が生じた場合の本人の負担はとても大きいものです。「薬をやめたい」「服薬がなかったら、どんなに楽だろうか」「もう治ったような気がするから、薬をやめてもいいのでは」と考えることがあるかもしれませんが、しかし、服薬をやめてしまうと再発の可能性が高まり、症状が悪化すると、場合によっては入院が必要となったり、学校や仕事を含め、社会生活にも大きく影響します。近年は、副作用が出にくいものや、長時間持続するタイプの抗精神薬が開発され、選択の幅も広がってきています。本人が感じる症状やつらさを主治医と共有することが、ますます重要です。

◆「コンプライアンス」と「アドヒアランス」

服薬治療が必要な人の服薬の状態を示す言葉に「コンプライアンス」があります。医師の指示どおりにきちんと服薬していることを「コンプライアンスがよい」と言いますが、これは医療者側からみた服薬の状態を指し、

本人がどのくらい治療の重要性を理解しているかについては考慮されていません。最近、コンプライアンスに代わる言葉として「アドヒアランス」が用いられるようになってきました。アドヒアランスとは、本人自身が治療の重要性を理解し、治療方針や治療計画に参加するなど積極的に治療に取り組む姿勢を指します。精神疾患の治療ではアドヒアランスを高めることが本人の治療意欲を高め、結果的に回復の促進につながります。

◆心理社会的療法って？

アドヒアランスを高めることは、医療者が一方的に治療を行うのではなく、本人が主役となって治療を進めていくことであり、回復がより促進されます。そのためには、薬物療法だけでなく、精神障害のある人の心理的側面と社会的側面の両方を視野に入れ、両者が相互に影響し合う状況において本人を理解することが重要です。精神疾患のある人が、家庭や学校、職場などで社会生活をしやすくするための生活技術や人とのつきあい方などを身につけられるよう、サポートするのが心理社会的療法です。薬物療法とともに、精神疾患の治療効果を高める鍵ともいえるでしょう。

精神疾患の治療に関するこのような考え方は、障害を個人の問題ととらえる従来の「医学モデル」から、社会によってつくられた問題ととらえる「社会モデル」に変化してきたことと深く関係しています。

*参考・引用資料

『三訂精神医学ソーシャル・ワーク』

柏木昭編著 岩崎学術出版 1996年

『統合失調症（シリーズ知って欲しい伝わる服薬コミュニケーション）』

精神科臨床薬学研究会監修 アルタ出版 2007年

メンタルナビ

<http://www.mental-navi.net/index.html>

精神障害のある人への差別や偏見について

◆精神障害のある人に対する「閉じ込め」の歴史の起源

かつて、精神病は「狂気」、精神障害のある人は「狂人」とよばれた時代がありました。古代文明では、狂気は超自然の力が課したものとみなされ、アッシリア人とエジプト人は多くの病気を天授のものと考えたことから、治療を医師でもある神官にゆだねていました。中世ヨーロッパで、精神医学は古典科学の衰退に伴って宗教の支配下に置かれたため、「狂気」はさらに、社会的な偏見や、差別、スティグマ、迷信の渦中にひきこまれることになったのです。

世界最古の精神病院は8世紀にエジプトのカイロにあったといわれています。日本では、明治8年に京都南禅寺境内に設立された「癲狂院^{てんきやういん}」が、最初の公立の収容施設とされています。それ以前は、「狂人」は家族の責任で私宅監置され、座敷牢に入れられる場合もありました。

◆「差別」「偏見」「スティグマ」について

精神障害のある人が隔離・収容されてきた背景には、精神病や精神障害の原因を知る科学的方法や医学の未発達要因が前提にあります。そして、その結果、人々の心の中に、知らないがゆえの差別や偏見、スティグマという問題が生じます。

「差別」とは、同じカテゴリーに属する人々を違うように扱う「行為」のことであり、個人の特性よりも、まず所属している集団や社会的カテゴリーにもとづいて、合理的に説明できないような、異なった（不利益な）取り扱いをすることです。「偏見」は、英語で「prejudice」といいますが、「pre」（プレ）とは「前に」「以前から」という意味の接頭語で、「judice」

（ジュディス）には「判断」「規定」というような意味があります。これらをつなげると、偏見という言葉は「前からもっていた判断、あるいは思い込み」という意味になります。「精神障害者はこわい」といった先入観は偏見のひとつの例といえ、このような偏見にもとづいて、障害のある人を疎外する行動が差別になるのです。

欧米では、「差別」や「偏見」のほかに、「スティグマ」という言葉がよく用いられます。スティグマは、「烙印^{らくいん}」と訳されることもありますが、ある社会学者によれば、スティグマとは、「社会状況において、もっていることが明らかになると他者の信頼を失ってしまうような属性」で、人種、民族、宗教などの「集団的特徴」や、病気や障害による「身体的特徴」、精神病やアルコール・薬物依存、同性愛などの記録から推測される「性格的特徴」などがあげられています。また、スティグマの本質は、これらの特徴そのものよりも、その人がもつ特徴に対する周囲の否定的な反応であるといえます。たとえば、医学が発達していなかった時代には、精神病は「狐憑き^{こつき}」といわれたり、魔女狩りの対象にされたこともありましたが、医学による治療方法が発達した現代では、「こころの病」「だれもがなり得る病気」として、身体の病気と同様に回復する病気や障害とみなされるようになってきました。つまり、スティグマは、同じ病気や障害でも、社会状況や知識によって異なる、人々の心の内面に生じる現象といえるのです。

◆精神障害のある人に対する差別や偏見、スティグマの成因

医学の発達により、治療法やよく効く薬が開発されてきました。疾病の原因が親の育て方や環境だけに由来するのではなく、元来の脆弱性と環境要因的刺激が結びついて発症し、脳内の神経伝達物質の活発性による脳の病気であるという科学的根拠も明らかになってきました。そして、豊富なメディア（新聞、書籍、テレビ、インターネット等）を媒介に普及啓発も

進んでいます。しかし、同時に、医学の進歩は疾病の分類をさらに細分化し、新たな「病名」を生み出し、メディアは精神障害のある人がかかわる事件を「精神科に通院歴のある人」と匿名で報道するなどし、人々の精神障害へのイメージをマイナスの方向へと助長してしまう面もあります。文明の進歩による、もろ刃の剣ともいえるでしょう。

◆精神障害のある人に対する人権侵害

精神障害のある人々を強制的な医療によって収容し、閉じ込めてきた日本の現状について、1968年に世界保健機構（WHO）から派遣されたクラーク博士は次のように報告しています。「日本には、患者および病気を社会という文脈の中で位置づけようとする社会精神医学が欠如している。英国では、社会精神医学の発展が医療実践を変革し、地域精神衛生活動展開の背景ともなった。（中略）日本には精神障害者に対する広範なアフター・ケア・サービスはほとんど発展していない」。その結果、「入院患者が増加し、病院は無為で希望がもてなく施設病化した患者で満員になっている」。

精神科医療の現場における精神障害のある人への暴力や使役、搾取などの人権侵害は、社会問題化し国際的な批判を受け、法改正が行われてきた現代でも起こりうるのです（1980年「大和川病院事件」、1984年「宇都宮病院事件」、1997年「栗田病院事件」等）。

◆精神障害に関する普及啓発

統合失調症は世界の人口の約1%（100人に1人）、うつ病は、15人に1人になる可能性があるといわれています。うつや統合失調症をはじめとした多様な精神疾患の急増で、2005年には、国民の40人に1人が精神科を受診しています。欧米ではさらに多く、ヨーロッパでは、4人に1人が生涯

の中で何らかの心の病にかかるともいわれています。日本でも昨今、「精神疾患を三大疾患のひとつに」という提言もなされ、からだの病気と同じように、早期の対応が重症化の予防につながるといわれています（こころの健康政策構想実現会議による「こころの健康国民フォーラム」2010より）。（※三大疾患とは、がん、心筋梗塞、精神疾患。）

精神障害について正しい知識をもち、誤ったイメージを払しょくするためには、やはり「教育」が一番重要になります。一部の自治体における中学や高校教育では、精神障害について学ぶ時間を授業に設けるなど、精神障害のある人と交流する機会をもち、生きた情報から正しい知識を学ぶことを推進しているところもあります。しかし、まだ全国で公に統一されたカリキュラムにはなっていません。

こころの病はいじめや不登校の問題とも関連し、思春期を迎える若い世代からの対応が必要となります。正しい知識が普及することによって、予防や早期支援も可能となり、重症化をふせぎ、結果的に国の医療費の節減につながることは、欧米の先進諸国ではすでに実証されているのです。

*参考・引用資料

『人種的差別と偏見—理論的考察とカナダの事件』

新保満著 岩波書店 1972年

『スティグマの社会学—烙印を押されたアイデンティティ』

アーヴィング・ゴッフマン／石黒毅訳 せりか書房 1970年

『狂気』

ロイ・ポーター／田中裕介他訳 岩波書店 2006年

『部落問題・人権事典』

<http://wiki.blhri.org/jiten/>

こころの健康政策構想実現会議

<http://www.yadokarinosato.org/cocoro-syomei-p/index.html>

障害者の人権について

◆日本国憲法にみる人権

人は生まれながらに人として尊重される権利をもっているとされています。日本国憲法にも以下のように、基本的人権や法の下での平等に関して明記されています。

第11条 国民は、すべての基本的人権の享有を妨げられない。この憲法が国民に保障する基本的人権は、侵すことのできない永久の権利として、現在及び将来の国民に与えられる。
第14条第1項 すべて国民は、法の下に平等であって、人種、信条、性別、社会的身分又は門地により、政治的、経済的又は社会的関係において、差別されない。

◆国際人権規約ってなんだろう？

国際的な人権にかかわる規約は、世界人権宣言の内容を条約化したものであり、社会権規約（国際人権A規約）と自由権規約（国際人権B規約）があります。1966年の第21回国連総会において採択され、1976年に発効し、日本は1979年に批准しています。

「経済的、社会的及び文化的権利に関する国際規約第16条及び第17条に基づく第2回報告」では、「公共の福祉」に関して、「憲法は、『公共の福祉』により人権が一定の制限に服する旨定めている（第12条及び第13条）が、この『公共の福祉』という概念は、各個人の基本的人権が平等に尊重されることを可能ならしめるために、基本的人権相互間の調整を図る内在的制約理念として厳格に解釈されており、人権に不合理な制限を加えるものではない。国が人権に制限を加える場合は、法律又は法律に根拠を有す

る規則に基づいて行うことが必要である。また、かかる制限は、その形式を踏めば無制限に行い得るものではなく、『合理的』な制限に限られ、その合理性如何を判断する基準が『公共の福祉』である。」とされています。

しかし、具体的に障害のある人たちの生活を考えた場合、はたして、憲法や国連人権規約に示された内容が実現しているのでしょうか？

◆障害者の権利条約

障害者の権利条約が2006年12月に国連で採択されました。しかし、この条約は決して新たな権利について定めたものではないといわれています。では、何を目的としているのかというと、すでに世界人権宣言以降、他の規約等でうたわれている人として保障されるべき権利がだれにも平等に保障されることを実現するためのものとして位置づけられています。

現在、わが国では、内閣府に設置された障がい者制度改革推進会議でさまざまな検討が行われており、今後の条約批准が待たれています。理想として掲げられてきた障害のある人たちの権利が、真に獲得されることを多くの人が待ち望んでいるのです。

* 参考資料

「障害のある人の権利に関する条約仮訳」 川島聡＝長瀬修仮訳（2008年5月30日付）

http://www.normanet.ne.jp/~jdf/shiryo/convention/30May2008CRPDtranslation_into_Japanese.html

『障害者の権利条約と日本—概要と展望』

長瀬修・東俊裕・川島聡編著 生活書院 2008年

『障害のある人の人権と差別禁止法』

日本弁護士連合会人権擁護委員会編 明石書店 2002年

外来、入院治療について

◆発病から受診までの大変さ

統合失調症やうつ病は、発症しても本人や周囲の人たちが、なかなか気づきにくいという特徴をもっています。

たとえば統合失調症は、思春期から青年期にかけて発症することが多く、発症時の症状として、「何となく意欲がわからない」「だれかに狙われている感じがしてこわい」というものがありますが、これは家族から見ると怠けているようにみえることや、若さ特有の不安定さであるとみえる場合があります。本人でさえ自分自身に何が起きているのか理解することが難しい場合が多いため、他者である家族がそれに気づくことがさらに難しくなるのは当然かもしれません。

そのため、精神疾患に罹患していると本人や家族などが気づくまでには、発症してから数週間どころか、数年かかる場合もあります。

また、たとえ「何かおかしいな？」と本人・家族が気づいても、それを精神疾患の可能性と結びつけるためには、「こころの病」に対する知識がなければ難しいでしょう。さらに、家族が「こころの病かな？」と思っても、それを本人・家族自身が受け入れるには葛藤がある場合も多いようです。

加えて、社会的偏見や知識普及の未成熟さから、精神科を受診することについて、まだまだ敷居が高いといわれます。せっかく「こころの病かもしれない」と本人・家族が気づいても、受診自体に及び腰になってしまうという現状がみられるのです。精神科を受診すれば、医療につながり治療が始まりますが、問題は「医療につながるまで」の段階なのです。

そのため、「こころの病」について身近に感じられるようなさらなる普及・啓発活動が急務であり、気軽に精神科を受診できるような社会づくりとして、相談できる窓口の増加なども求められているのです。

◆どこに相談すればいいの？

主な相談先としては、最寄りの保健所や精神保健福祉センター、市町村、地域活動支援センター、相談支援事業所などがあります。そのほかにも学校の養護教諭や児童相談所、かかりつけ医などに相談することも第一歩になるかもしれません。（※相談先は、自治体により名称が異なります。）

◆外来治療について

外来治療については、精神科医による診察（精神療法や薬物療法など）のほかにも、下記のような社会資源が存在します。

※すべて自立支援医療の対象。

	実施機関	内容
デイケア ナイトケア など	精神科医療機関（病院・クリニック）、保健所や精神保健福祉センターなど	さまざまな作業等を通し集団活動の中でリハビリテーションする場。医師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、心理士などがかわる
作業療法	精神科医療機関（病院・クリニック）など	さまざまな作業活動の中で個別のかかわりを通じリハビリテーションを行う場。作業療法士が担当する
訪問看護	精神科医療機関（病院・クリニック）、訪問看護ステーションなど	看護師、作業療法士、精神保健福祉士などが主に自宅へ出向き相談や必要な支援を行う

本人・家族は、精神科医療への社会的偏見が存在する中で、マイナスイメージから生じる不安感や、多くの葛藤を抱きながら受診する場合があります。そのため医療者は、その不安感や葛藤を受け止め、話しやすい環境づくりに配慮することが必要です。また、本人・家族は、これまでの経過や起きている症状について、なるべく率直に語ることが大切でしょう。

医療者と本人・家族が、互いに信頼関係を築き、病に向き合いながらも、希望の灯火を失わないように歩みたいものです。

◆入院治療について

精神科への入院は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（精神保健福祉法）に則り、行われます。主に3つの入院形態があります。

任意入院（精神保健福祉法第22条の3）は、入院を自主的に選択したものとといえるでしょう。しかし、そこに迷いや葛藤のないケースは少ないかもしれません。サクラさんの事例（冊子p.35参照）のように、任意入院であっても子どもと離れ、預ける不安や罪悪感、葛藤を抱えながら入院を選択する場合も多いのです。

医療保護入院（同法第33条）の場合は、精神保健指定医の診察の結果、入院が必要であると認められ、保護者（同法第20～22条の2）の同意があれば、本人の意思とは関係なく入院が成立します。カジくん（冊子p.36参照）のように、入院という事態が本人と家族の間に悪影響を及ぼす可能性があります。本人のつらさを理解する家族が、本人の意思に反した入院という決断をせざるをえない保護者制度の現状については、改善していくべきであるという声は本人だけではなく家族からもあがり続けています。

そのほか、自傷他害のおそれがある場合には、精神保健指定医2名による診察の結果、やはり本人の意思とは関係なく、都道府県知事または政令指定都市長の命令により措置入院（同法第29条）となることがあります。措置入院の際の医療費は原則医療保険と公費によって賄われますが、世帯の所得に応じて一部が本人または家族から徴収されることがあります。

どの入院形態であっても、入院後、本人の病状によって入院形態が変更される場合があります。任意入院であっても、精神保健指定医による診察の結果、必要と判断されれば、本人の意思に反しても、保護者の同意により、医療保護入院に切り替え、入院が継続されることもあるのです。

精神科への入院は、他科には存在しない入院形態の複雑さ、保護者制度、閉鎖病棟や開放病棟、隔離室といった多様な治療環境に特殊性がみられません。そのため、入院自体にも抵抗感を覚えることが多いのです。これらは、

精神疾患や障害の特性を考慮し、本人の権利を守るために定められているとされますが、精神科特例による人員不足という現状から、安易に閉鎖病棟を利用したり、医療保護入院が選択されるという事態を招いているという見方もあります。

◆今後の課題……精神科医療のあるべき姿を求めて

「こころの病」が身近なものとなり、安心して相談・受診・入院できるような社会・精神科医療づくりが求められて久しいです。

障害者の権利条約が批准されると、現行の精神保健福祉法に基づいて設けられている入院形態や治療環境は見直しを迫られ、閉鎖病棟のような行動制限を強いる治療環境や、本人の意思によらない非自発的入院の撤廃にも議論が及ぶと考えられます。

現在は、精神疾患や障害から自身の病状把握が難しい状態にあるという特性に対し、安全な治療環境を提供することを理由に閉鎖病棟が存在していますが、医療者の人員が充実すれば、閉鎖病棟である必要はなくなるかもしれません。また、地域における相談窓口の充実を図り、ふだんから本人に密にかかわることで、非自発的入院を選択しなくとも、本人が医療につながることを自ら求めるかもしれません。

精神疾患や障害があっても、充実した地域生活を送ることのできる社会の実現には、安心して利用できる医療が不可欠です。そのためには、何をどう改善していくことがベストなのか、「人権」という観点から、一人ひとりがもう一度考え直す必要があるでしょう。

* 参考資料

『障害者の権利条約と日本—概要と展望』

長瀬治・東俊裕・川島聡編著 生活書院 2008年

『三訂精神保健福祉法詳解』

精神保健福祉研究会監修 中央法規出版 2007年

入院中、よりよい治療を実現するために

◆精神科への入院の特徴

精神科への入院は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（精神保健福祉法）に則り成立しますが、さまざまな入院形態があるだけでなく、開放病棟や閉鎖病棟、隔離室などといった多様な治療環境が存在することがその特徴です。その中において、本人の意思が伴わない、非自発的な入院や閉鎖病棟、隔離室での入院治療においては、行動の制限がみられるのが現状です。

このような特徴のあるしくみの中で、安心して入院治療を受けるためには、そのしくみについてよく知り、困ったときにはどうしたらよいのかを知ることが大切だといえます。

◆「入院に際してのお知らせ」とは

精神科への入院においては、主として3つの入院形態があります。どの入院形態であっても入院時に「入院に際してのお知らせ」が手渡され、入院形態や入院後の権利、困ったときの相談先などについて、精神科医より説明を受けます。

次ページに例示した任意入院の際に手渡される「入院に際してのお知らせ」を見ると、入院形態が精神保健福祉法の中のどこに根拠をもっているか、通信・面会や開放的な処遇が保障され、本人の意思により退院できること、入院や処遇に対し納得できない場合に相談できる行政機関の連絡先などが、患者の権利として記載されていることがわかります。

一方で、本人の病状に応じて治療上、医師（制限される内容によっては精神保健指定医）によって必要だと判断された場合には、一時的に“制限される”という例外（行動の制限）についても記載されているのです。

入院（任意入院）に際してのお知らせ

〇〇〇〇殿

平成 年 月 日

- 1 あなたの入院は、あなたの同意に基づく、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第22条の3の規定による任意入院です。
- 2 あなたの入院中、手紙やはがきなどの発信や受信は制限されません。ただし、封書に異物が同封されていると判断される場合、病院の職員の立会いのもとで、あなたに開封してもらい、その異物は病院にあずかることがあります。
- 3 あなたの入院中、人権を擁護する行政機関の職員、あなたの代理人である弁護士との電話・面会や、あなた又は保護者の依頼によりあなたの代理人となろうとする弁護士との面会は、制限されませんが、それら以外の人との電話・面接については、あなたの病状に応じて医師の指示で一時的に制限することがあります。
- 4 あなたの入院中、あなたの処遇は、原則として解放的な環境での処遇（夜間を除いて病院の出入りが自由に可能な処遇。）となります。しかし、治療上必要な場合には、あなたの解放処遇を制限することがあります。
- 5 あなたの入院中、治療上どうしても必要な場合には、あなたの行動を制限することがあります。
- 6 あなたの入院は任意入院でありますので、あなたの退院の申し出により、退院できます。ただし、精神保健指定医があなたを診察し、必要があると認めるときには、入院を継続していただくことがあります。その際には、入院継続の措置をとることについて、あなたに説明いたします。
- 7 もしもあなたに不明な点、納得のいかない点がありましたら、遠慮なく病院の職員に申し出て下さい。
それでもなお、あなたの入院や処遇に納得のいかない場合には、あなた又は保護者は、退院や病院の処遇の改善を指示するよう、都道府県知事に請求することができます。この点について、詳しくお知りになりたいときは、病院の職員にお尋ねになるか又は下記にお問い合わせください。

都道府県の連絡先（電話番号を含む）

- 8 病院の治療方針に従って療養に専念して下さい。

病 院 名
管理者の氏名
主治医の氏名

（参考資料：精神科病院に入院する時の告知等に係る書面及び入退院の届出等について（平成12年3月30日 障精第22号） 各都道府県・各指定都市精神保健主管部（局）長あて 厚生労働省大臣官房障害福祉部精神保健福祉課長通知）

◆行動の制限について

行動の制限については、精神保健福祉法第36条に定められています。また、詳細については厚生労働大臣の定める処遇の基準として定められ、人権に配慮しながらも適切な医療を確保すべきであるといった基本理念や、通信・面会、隔離、身体的拘束について、また任意入院者の開放処遇の制限について記載されています。そこには、行動の制限は最小限にすべきであることや、隔離・拘束の対象となる状態について定められているほか、実施内容について診療録に記載することで、責任の所在を明確にする、などといったことが盛り込まれています。

また、2004年の診療報酬の改訂において、精神科を有する医療機関に対して、行動制限最小化委員会の設置が求められました。そのなかでは、隔離や拘束の状況報告を通し、間違っただけあるいはいきすぎた行動制限を行っていないか、医師や看護師、精神保健福祉士らによって検証し、改善を見出すことをその目的としています。

◆問題と課題

このように行動の制限に際しては、精神保健福祉法や厚生労働省からの告示により、「代替方法が見出されない場合に限り」「最小限に抑えて実施し」「できるだけ詳細に患者にわかりやすく内容や目的、理由を説明する」など、一定の配慮をもった規定となっています。

しかし残念ながら近年においてもなお、間違っただけ行動制限や身体拘束により、痛ましい事件・事故が起こっているのが実情です。

2008年12月には、貝塚中央病院（大阪）において、拘束中の男性患者が重体となり、転院先の病院で死亡するという事件が起きました。この事件においては、身体拘束の方法に誤りがあったこと、身体拘束中に観察を密にすべきと定められているにもかかわらず、それが徹底されていなかったことなどが問題として指摘されています。

つまり、問題なのは、実際に実施されている行動の制限が、本当に本人の病状にもとづき必要であると判断され、必要最小限の程度にとどめられ、行動制限中、十分な観察や配慮がなされているかという点です。

患者本人が、病状が不安定な中であって、自身が受ける行動の制限に対し「必要性を理解すること」がどれだけ十分にできているのでしょうか。そして、間違っただけあるいはいきすぎた行動制限であると感じた場合、患者本人がどれだけ「権利侵害であると主張すること」ができるかについては、さらに大きな問題であるといえます。

◆よりよい院治療の実現のために

このような不当な行動制限による痛ましい事件・事故は、なぜ起きてしまうのでしょうか。個別の問題性以外にも、医療法に基づく精神科特例の問題が関与しているといわれます。2001年3月1日に改正医療法が施行され、一部改善されたとはいえ、精神科は他の診療科に比べ、医師は3分の1、看護師は3分の2でよいとされているのです。

このような規定により、マンパワー不足が生じ、それを理由とした行動制限（スタッフが少ないため隔離室の利用が長期にわたる、閉鎖病棟でなければ観察できないなど）が起きるといった問題があり、以前からその解決は急務であるといわれています。

かわる医療スタッフは「患者本人が十分に理解できない可能性がある」ことを意識し、本人が主張できなければその声を拾い、代弁する必要があります。それでもなお、改善されない場合は、患者や保護者などから「入院に際してのお知らせ」にある人権を擁護する行政機関に対し遠慮なく相談することが大切です。

患者・医療者双方の風通しをよくし、よりよい治療が実現されるため、何が必要で、何を改善すべきなのか、「権利」という観点から、もう一度見直す必要があるでしょう。

精神医療審査会について

◆伝えたかったこと

精神科病院は、こころの病を治療し療養するための場所です。そこに入院している人が、安全に安心して療養できる環境が整えられているはず。もちろん、病院によってさまざまな工夫がなされています。しかし、精神科医療にはその人の意思と全く関係なく入院させるしくみがあり、隔離や身体拘束などの行動制限を行うことがあります。このことから精神科病院は、治療や保護を目的にしているとしても、「多くの自由が奪われる場所」であることには違いありません。

大切なことは、まず、精神障害があるからという理由で、「治療を受ける必要性が判断できない人」「強制医療もやむを得ない人」などと決めつけず、本人の想いや考えをしっかりと聞くことです。そして、入院している人が相談しやすい、思いを伝えやすい環境を整えることも必要です。さらに、病院のスタッフには相談しにくいとか、相談しても納得できる結果が得られなかったときには、病院関係者以外の人に相談ができることを保障するためのしくみが必要です。

精神科病院において、だれもが安心して治療を受けられるようにするためには、与えられている権利をきちんと説明した上で、権利侵害にあたるものが起きてしまったときに相談できるところを保障し、権利を回復するためのサポートが必要不可欠です。

◆精神医療審査会

どんなことをしているの？

精神科病院は人権侵害が起きやすい構造的な問題をはらんでいます。そのために、入院している人の人権を保障するために講じられている手だて

のひとつが精神医療審査会です。

精神医療審査会は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に規定され、都道府県にその設置が義務づけられています。精神科病院に入院している人の人権に配慮し、その適正な医療と保護を保障するという観点から、1987年に創設されました。その機能や審査内容は、次の表のとおりです。

	措置入院	医療保護入院	任意入院
入院の届出についての審査	定期病状報告	入院時の届出 定期病状報告	定期病状報告
	入院の要否の審査		
審査請求	退院請求		処遇改善請求
	入院継続の要否の審査		処遇の適/不適の審査

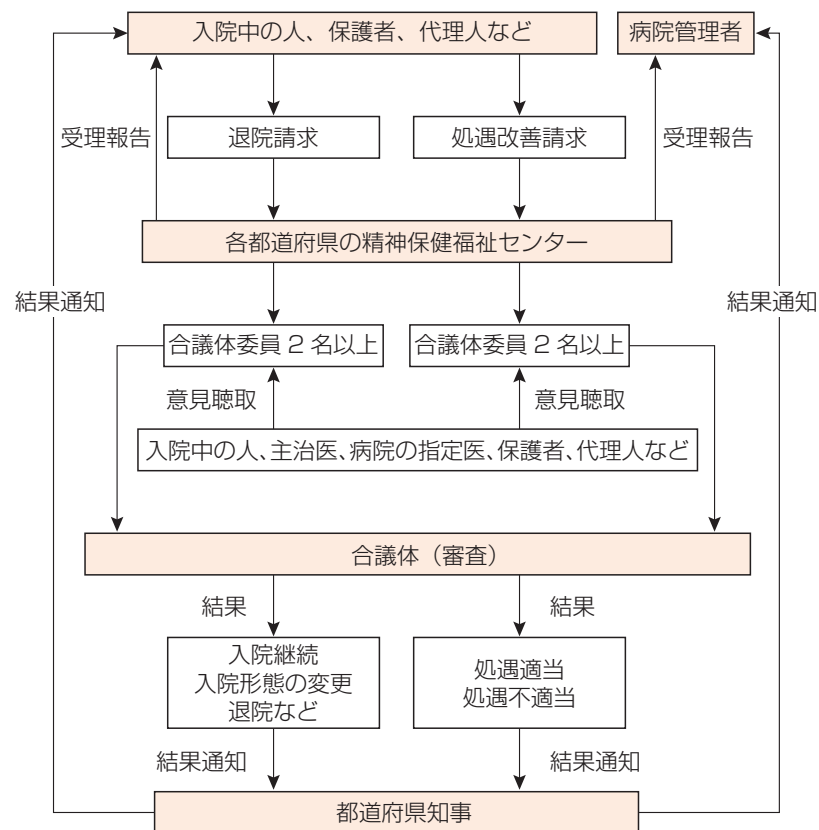
どんな人たちが関わっているの？

精神医療審査会の委員は、①精神障害者の医療に関し学識経験を有する者（精神保健指定医である者に限る）、②法律に関し学識経験を有する者、③その他の学識経験を有する者、の三者から構成されます。そして、ひとつの合議体は委員5名で構成されます。合議体の数は、各都道府県（指定都市）の審査件数の量によって複数設けることができます。

入院している人にどのように伝わるの？

精神科病院に入院するときには、どの入院形態であっても「入院に際しでのお知らせ」という書類が手渡されます（→p.26）。

その下方に記されている「都道府県の連絡先」は、退院請求、処遇改善の請求をする場合の連絡先であり、病棟に設置されている公衆電話近くにも掲示されています。電話や手紙等による請求ができますが、具体的な精神医療審査会への請求は次ページの図のようなプロセスを経ます。



◆現状と課題

このように、精神科病院に入院している人の人権を保障するために設置されている精神医療審査会ですが、現在の制度や運用にはいくつかの課題があります。まず、精神医療審査会の審査には時間がかかるという点です。電話や書面で審査請求をしてから委員が来てくれるまでに数十日かかる場合もあります。これらの課題を解決するためには、精神医療審査会の事務にあたる人の人数を増やすことや専門性の向上、審査会の委員や合議体の増数が求められています。また、請求件数のバラつきなど、都道府県格差

の問題も生じています。

さらに、精神医療審査会による審査は、審査請求をした人のみが受けることができるしくみです。つまり、本人や家族が審査請求をしなければ、第三者による強制入院の可否についてのチェックは定期的にしにかかることはありませんし、処遇改善について請求がなければ、チェックは全くかかりません。医療保護入院については入院時の届出によって入院の必要性が検討されますが、これは書面による審査であり、本人との面接や診察結果で判断されるものではありません。

これらのことから、今後は強制入院の場合は本人からの聞き取りも含めて、第三者が入院の決定にかかわったり、請求がなくとも定期的に第三者が入院の可否の判断にかかわるようなしくみの検討が求められます。そして、都道府県が行う精神科病院の実地指導や医療監視との情報交換や連携も、精神科病院に入院している人の人権保障と精神科医療の質の向上のためには重要ではないでしょうか。

精神科病院に入院している人が、権利を侵害されていると感じたときに、病院内で（または病院外であっても）相談できる人はだれでしょうか。また、精神医療審査会のしくみや役割について、その人が理解できるように、十分な説明がなされているのでしょうか。そして、病院の中で精神医療審査会の請求手続きについて、どのような援助が、だれによってなされているのでしょうか。

現在のしくみにおける課題の解決を目指すと同時に、入院している人にとって現行制度を十分に活用できるようサポートすることも、精神保健福祉士をはじめとした専門職ができることだと思います。

* 参考資料

『三訂精神保健福祉法詳解』

精神保健福祉研究会監修 中央法規出版 2007年

入院している人や市民の目線から

◆伝えたかったこと

自分や家族がこころの病にかかったとき、「この医療機関で治療してもらいたい」と思う診療所や病院がありますか？

精神科医療に限ったことではありませんが、私たちは日々の暮らしの中で、「今の心身の状況が危機を迎えることがある」ということに、どれだけ意識が及んでいるでしょうか……。医療保険に加入し、病気や傷害について経済的な担保をもっている人は、少なくないかもしれません。しかし、いざ、何か疾患にかかったときに、どの医療機関にかかり、どのような治療をしてもらいたいか……ということまで、具体的に考えているでしょうか。さらに、そのことを周囲のだれかに伝えているでしょうか。とくに精神科医療機関のことになると自分のこととして考える機会は少ないかもしれません。

それであれば、自分自身や身近にいる人がいつ精神疾患にかかっても、病院に安心してかかれる精神科医療体制が整備できていればいいのでは、ということになります。「安心してかかれる精神科医療」を目指した活動を行っているのが、認定NPO法人大阪精神医療人権センター（以下、人権センター）です。人権センターは、「精神病院に風穴を」をスローガンに、安心してかかれる精神科医療の実現を目指し、さまざまな活動を行っています。

◆認定NPO法人大阪精神医療人権センター

どんなことをしているの？

人権センターは、栃木県の宇都宮病院で1983年に起きた事件に衝撃を受けた人たちが、精神科病院に入院している人の権利擁護活動を行うことを

目的として1985年に設立しました。一本の電話を引いて相談を受けることから始まり、精神科病院への訪問や面会活動、個別病院との交渉、行政交渉などを通して、精神科病院に入院中の精神障害のある人の権利擁護を図るとともに、精神科病院の医療の質、処遇のあり方を問い続けています。

また、1993年からは、大阪府の大和川病院における入院者の暴行死事件について取り組みました。その後、大阪府下の病院へのアンケート調査や訪問活動を始めました。これは法制度にはもとづかない活動で、療養環境や入院者の生活状況、処遇を視察しています。さらに、代表が大阪府の精神保健福祉審議会の委員に選任されるなど、活動が拡大してきました。

どんな人たちがかかわっているの？

こころの病を経験した人、精神科病院に入院経験がある人やその家族、精神科医、看護師、精神保健福祉士などの医療や福祉の従事者、弁護士、一般市民（ボランティア含む）など、さまざまな立場の人がかかわっています。

◆現状と課題

大阪府では、大和川病院事件の反省を踏まえ、大阪府精神保健福祉審議会において精神科病院内の入院者処遇や医療のあり方が議論されました。そして、2000年に「精神科院内における人権尊重を基本とした適正な医療の提供と処遇の向上について」という意見具申を行いました。そのなかで「指針（権利の明文化）の策定に向けて」と題し、「本審議会としては、精神科医療全体の質の向上及び改善のために、次頁に『入院中の精神障害者の権利に関する宣言』を掲げ、また『精神科病院における入院患者処遇の指針』を示し、大阪府が、これらを今後、入院患者の人権に関する指針として活用することを提案する」としました。その人権に関する指針が、p.35の「入院中の精神障害者の権利に関する宣言」（以下、権利宣言）です。

入院中の精神障害者の権利に関する宣言

(大阪府精神保健福祉審議会2000年)

入院中の精神障害者は、適切な医療を受け、安心して治療に専念することができるよう、次の権利を有しています。これらの権利が、精神障害者本人及び医療従事職員、家族をはじめすべての人々に十分に理解され、それが保障されることこそ、精神障害者の人権を尊重した安心してかかれる医療を実現していく上で、欠かせない重要なことであることをここに明らかにします。

- 1 常にどのようなときでも、個人として、その人格を尊重される権利
暴力や虐待、無視、放置など非人間的な対応を受けない権利
- 2 自分が受ける治療について、分かりやすい説明を理解できるまで受ける権利
自分が受けている治療について知る権利
- 3 一人ひとりの状態に応じた適切な治療及び対応を受ける権利
不適切な治療及び対応を拒む権利
- 4 退院して地域での生活に戻っていくことを見据えた治療計画が立てられ、それに基づく治療や福祉サービスを受ける権利
- 5 自分の治療計画を立てる過程に参加し、自分の意見を表明し、自己決定できるようにサポート（援助）を受ける権利
また、自分の意見を述べやすいように周りの雰囲気、対応が保障される権利
- 6 公平で差別されない治療及び対応を受ける権利
必要な補助者“通訳、点字等”をつけて説明を受ける権利
- 7 できる限り開放的な、明るい、清潔な、落ちつける環境で治療を受けることができる権利
- 8 自分の衣類等の私物を、自分の身の回りに安心して保管しておける権利
- 9 通信・面会を自由に行える権利
- 10 退院請求を行う権利及び治療・対応に対する不服申立てをする権利
これらの権利を行使できるようサポート（援助）を受ける権利
また、これらの請求や申立てをしたことによって不利に扱われない権利

宣言されているそれぞれの権利は、あたりまえのことに思われるかもしれませんが、これらは精神科病院において守られていない、あるいは侵害されやすい権利であるからこそ、宣言しなければならないのではないのでしょうか。人権センターは、この宣言ができた翌年の2001年に、この権利宣言を掲載したリーフレットを大阪府内の病院に送りました。多くの病院が、このリーフレットを入院している人それぞれに手渡してくれたようです。

今後の課題は、これらの権利が大阪府にとどまらず、私たちの国の精神科病院に入院しているすべての人に周知されるようにすることです。また、これらの権利を入院している人が安心して主張でき、権利を行使できるようなくみづくりをすることも課題のひとつです。そのためには、病院のスタッフ以外にも、人権センターや弁護士会などが第三者の立場でかかわることも重要です。また、この権利宣言は、入院中の人を対象としていますが、通院している人や福祉制度の利用者の権利も検討するべき課題です。世界保健機構（WHO）「精神保健ケアに関する法：基本10原則」にあるように、すべての人を対象とした精神保健福祉に関する諸権利が、私たちの国においても、明文化される必要があるのではないのでしょうか。

* 参考資料

大阪府精神保健福祉審議会「精神科院内における人権尊重を基本とした適正な医療の提供と処遇の向上について（意見具申）」2000年5月19日
認定NPO法人大阪精神医療人権センターホームページ
<http://www.psy-jinken-osaka.org/>
『扉よひらけ—大阪精神科病院事情ありのまま6』
大阪精神医療人権センター 2010年

医療観察法について

◆伝えたかったこと

2005年7月15日に「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律」が制定されました。通称「医療観察法」とよばれています。この法律は、殺人、重大な傷害、強盗、放火、強制わいせつなどの重大な犯罪行為を行った者に対して、責任能力が^{こうじやく}耗弱、もしくは喪失の状態^{こうじやく}で罪に問えない場合、審判により今後の処遇が決定されるしくみです。「その適切な処遇を決定するための手続等を定めることにより、継続的かつ適切な医療並びにその確保のために必要な観察及び指導を行うことによって、その病状の改善及びこれに伴う同様の行為の再発の防止を図り、もってその社会復帰を促進することを目的とする」とされており、一般的な精神科医療では適切に治療が行われない、または継続が難しい場合に適用されます。この法律により、「社会復帰調整官」や「精神保健参与員」が新たに配置されました。精神保健福祉士が多く任用されたことから職域は拡大しましたが、反面、司法判断によって行われる強制医療への是非を問う声もあります。

この法律に基づいて入院決定を受けた人は、厚生労働省所管の指定入院医療機関による専門的医療が提供され、また、通院決定を受けた人および退院を許可された人については、原則として3年間、厚生労働省所管の指定通院医療機関による医療が提供されるほか、保護観察所による精神保健観察に付され、必要な医療と援助の確保が図られます。

医療観察法の審判が行われる場合、裁判官1名と精神科医からなる精神審判員の合議体で処遇が決定されますが、必要に応じ精神保健参与員から意見を聴き、これを審判に関与させることとなっており、参与員は社会復帰要因や環境調整等に関する課題に重要な役割を担っています。社会復帰

調整官は処遇に携わる専門スタッフとして、保護観察所に配置され、処遇を実施するとともに、地域社会において関係機関相互の連携・調整役を担います。また、入院や通院医療、地域生活の援助について、それぞれ「処遇ガイドライン」に基づき、チームアプローチを重要視する教育が関係するスタッフに施されています。このように社会復帰調整官を中心にさまざまな立場の援助者がチームを組んだ実践が展開されつつあり、一般の精神科医療の水準を引き上げることに繋がっていくことも期待されています。

◆現状と課題

医療観察法での強制的な入院・通院の処遇を受ける場合の要件として、精神障害のために再び対象行為を行うおそれがあると認められる場合とされています。この法律の運用においては、再犯防止という理由により、いきすぎた強制医療が行われないかを慎重にチェックする必要があります。また、精神障害者が刑法にもとづき、罪を償いたいと申し出たにもかかわらず、不起訴となる場合があります。医療観察法が人としての権利を奪っているという批判があることを考慮しなければなりません。さらに、強制医療は権利条約に抵触しているということも、今後十分検討しなければならないと思います。

*参考資料

法務省「医療観察制度」

http://www.moj.go.jp/hogo1/soumu/hogo_hogo11.html

「精神保健参与員ハンドブック」

精神保健福祉参与員ハンドブック編集委員会編著（代表 三澤孝夫）
厚生労働科学研究こころの健康科学研究事業 2009年3月

『触法精神障害者の処遇』

町野朔・中谷陽二・山本輝之編 信山社出版 2005年

多職種チーム医療

◆精神科医療における多職種チーム医療の歴史

精神障害者は、疾病と障害を併せもつことから、精神科医療には、疾病に対する治療のみならず、障害に対するリハビリテーションや福祉的な援助などが非常に重要となります。そのため、欧米の精神科医療においては、従来より、医師、看護師とともに、心理士、作業療法士、精神保健福祉士などが連携して、治療、リハビリテーション、福祉的援助を協働して行うことが重視されてきました。

1940年代より欧米で始まった精神科デイケアは、わが国でいち早く取り入れられ、1950年代には、浅香山病院や国立精神・神経センターなどで実験的に施行されていました。そして、1960～70年代には、徐々に全国に広まっていき、とくに、1974年に精神科デイケアが保険診療化されると、多くの精神科医療機関が精神科デイケアを取り入れ、急速に普及していったのです。

この精神科デイケアのスタッフ構成や運営理念等に、欧米で重視されていたチーム医療の概念が多く取り入れられていたことによって、わが国の精神科医療では、比較的早い時期より、チーム医療や多職種チームの考え方が精神科医療機関に広まっていきました。そして、その後の長期在院者の退院促進、各種の精神科ケアマネジメント、精神科急性期治療病棟や医療観察法病棟での多職種チーム医療などに発展していくこととなったのです。

◆近年の多職種チーム医療についての動向

近年、精神科以外の医療においても、医療の高度化や複雑化、それに伴

う医療業務全般の増大、患者・家族などユーザーサイドからの質の高い医療を求める強い要望などから、これらに対応するための多職種による医療スタッフ業務分担の再編やそのしくみの確立が、大きな課題となっています。とくに、わが国では、欧米に比べ、医療スタッフの業務や権限の分担が進まなかったため、医師に業務や権限が集中化してしまい、医師への過重な業務負担や過大な責任が大きな社会問題になっています。こうした現在の医療のあり方を大きく変えうるしくみのひとつとして、多職種チームによる医療に注目が集まっているのです。

欧米では、精神科以外の医療においても、多種多様な医療スタッフが、高い専門性を前提とし、目的と情報を共有し、業務を分担するとともに互いに連携・補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供する医療が主流となってきています。

日本において、このような質の高いチーム医療を推進していくためには、各医療スタッフがチームとして目的と情報を共有した上で、医師等による包括的指示を活用し、各医療スタッフの専門性に積極的にゆだねるとともに、医療スタッフ間の連携・補完をいっそう進めることが重要となります。

厚生労働省では、多職種チームによる医療を推進する観点から、2010年に「チーム医療の推進について」の報告書を公表し、続いて「チーム医療推進方策検討ワーキンググループ」を設置し検討しています。

*参考資料

厚生労働省「チーム医療の推進について」取りまとめ（「チーム医療の推進に関する検討会」報告書）

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/03/s0319-9.html>

退院支援・地域移行支援について

◆伝えなかったこと

長い間、日本では入院中心の精神科医療を行ってきました。近年は、住み慣れた地域や、利用者が望む地域での暮らしを大切にしながら外来中心に治療を行う、地域精神医療が主流になっていることはいうまでもありません。しかしながらいまだに相当な数の人が長期入院や社会的入院を余儀なくされています。国では、「精神病床に関する検討会」をもち、まとめを2004年8月に出し、この報告をもとに条件を整えば退院が可能な約7万人の人を退院の目標値としました。この7万人のうち1年以内の入院の人は2万人(30%)、1年以上の入院の人は5万人(70%)となっています。

1999年から2002年までの間に、退院可能な7万人のうち、約半数は退院しました。しかし、条件を整えば退院可能な人は毎年約2.1万人新たに発生していることが指摘されています。2004年9月に示された「今後の精神保健医療福祉の改革ビジョン」では、条件を整えば退院可能とされる、約7万人の入院患者について、10年のうちに退院・社会復帰を目指し、このため、今後、さらに総合的な推進方策を検討することとしていました。

ビジョンの具体化を目指し、2003年に国は「退院促進事業」を補助事業化しました。現在は、精神障害者地域移行・地域定着支援事業として、各地で地域移行支援が行われています。

◆現状と課題

現在もまだ、多くの人が長期入院や社会的入院をしていることについては、さまざまな理由が考えられます。退院をしていく場所としては、以前から住んでいる自宅(家族と同居あるいは単身)、新たな居住生活の場

(単身アパート、マンション、公営住宅等)、生活訓練施設や福祉ホーム、グループホーム等の社会復帰関連施設への入所、その他、救護施設や更生施設の利用や、インフォーマルな共同住居などが考えられます。しかし近くに生活訓練施設やグループホームなどの社会資源がなかったり、資源はあるものの空きがなく、資源を利用できるまでに数年かかったりすることもあるかもしれません。本来であれば、退院支援や地域移行支援を行うためにはこうした「受け皿」を整備しなければなりません。現在のわが国ではこうした基盤整備が十分ではありません。また、このような施設を利用せずに賃貸アパートなどを借りて自立をしていこうという人もいます。しかし精神障害を理由にアパートを借りる相談すら受けてもらえないことや、物件が見つかったとしても、保証人がいないために契約をすることができなかったということもあります。このようなことに対処するため、居住サポート事業などが行われつつあります。

地域生活を支えるためには専門職等が訪問して様子を見ていくなど、アウトリーチといわれるサービスも有効になりますが、ホームヘルパーや訪問型のサービスなどは十分に地域にあるとはいえない現状があります。今後はこうしたサービスや制度もいっそうの充実が求められます。

社会資源やサービスがないから支援や援助をあきらめるのではなく、私たちはさまざまな可能性を模索し、必要に応じ、ソーシャルアクションを行い、資源の開発、開拓、創設も進めていかなければなりません。

* 参考資料

厚生労働省「精神病床に関する検討会」最終まとめ

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/08/s0806-5.html>

厚生労働省「精神障害者地域移行・地域定着支援事業」

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/service/chiiki.html>

住宅の確保

—支え合って生きていこう—

◆人があたりまえの生活を送るために

日頃、人が住むということについて、あまり深く考えずにすごしていることが多いと思いますが「住むこと」というのは、実はとても深いことなのです。

精神障害のある人が、自分の意思とは関係なく長期にわたり入院することになり、まるで精神科病院に住むといわれるようになってきている場合もあります。他の障害をもつ人や高齢者の中にも同様に、自分の望むところに住めない状況に置かれている人も少なくないでしょう。

昨今、社会福祉の領域でも「居住福祉」ということがいわれており、住居は生活の基盤、安全や福祉の基礎だと考えられるようになってきました。人間には適切な広さの住居、安心して暮らせる住環境が必要であり、それは権利であるというものです。

◆居住の権利

居住の重要性は以前から認識されており、1948年には世界人権宣言において「居住＝人権である」と規定されています。また、1996年第2回国連人間居住会議において「居住の権利宣言」が採択されました。それは、すべての人が適切な住まいを確保する権利（居住の権利）を、独立した基本的人権として宣言したものです。

日本国憲法においても第22条で、「何人も、公共の福祉に反しない限り、居住、移転及び職業選択の自由を有する」と規定されています。

また、障害者の権利条約においては第19条に以下のような規定があります。

- (a) 居住地およびだれと生活するかを選択する機会がある。特定の生活様式で生活するよう義務づけられない

- (b) 必要な在宅サービス、居住サービス、他の地域社会支援サービスにアクセスすること
- (c) 一般住民向けの地域社会サービスおよび施設が、障害のある人にとって他の者との平等を基礎として利用可能であり、かつ、障害のある人の必要に応ずること

◆スムコさんのことを書いた意味

『みんなで考える精神障害と権利』で「助け合いながら生きていこう」としたのは、障害のある人は権利の主体であり、その権利は保障されることが必要であるということ、また、お互いに助け合って生きていくことが重要であるという2つの意味を込めました。

また、「住める場所があるからよいと思う」ということではなく、住居はその人の暮らしの基盤ですから、安心でき、「こういう生活を送りたい」という希望がかなえられるような、社会的環境を創り上げていくことが大切だと思います。



* 参考資料

『障害者の権利条約でこう変わるQ & A』

東俊裕監修・DPI日本会議編 解放出版社 2007年

『障害者の権利条約と日本—概要と展望』

長瀬修・東俊裕・川島聡編著 生活書院 2008年

一般の会社で働くことについて

◆障害者雇用促進法のはじまり

障害のある人の雇用は、もともと太平洋戦争により身体を負傷した軍人たちが再度仕事に就くことを目的として考えられました。そこから、ILO（国際労働機関）の身体障害のある人の職業更生に関する勧告の採択を背景に1960年に身体障害者雇用促進法が制定され、1976年に初めて雇用率（一定規模の会社では身体障害のある人を雇用しなければならない）が制定されました。その後1987年に法律の対象者はすべての障害のある人とされ、名称が障害者の雇用の促進等に関する法律（障害者雇用促進法）に変更されましたが、雇用率算定は身体障害のある人だけのものでした。そして1998年に知的障害のある人が障害者雇用率に算定されましたが、精神障害のある人が算定されたのは、ずっと遅れて2006年でした。

◆精神障害のある人の就労支援と雇用施策

これまで障害者雇用促進法を含めた雇用施策は労働省、就労支援は厚生省が担当し、それぞれ独自の雇用・就労制度で精神障害のある人の就労支援が展開されていました。2001年の省庁再編で厚生労働省が誕生したことにより、障害のある人の就労・雇用施策の一体化が目指されました。

就労・雇用を支援するための制度などが整備されつつあり、地域障害者職業センター（職業能力評価、職業訓練、ジョブコーチの派遣等）、公共職業安定所（職業紹介、職業相談等）、障害者就業・生活支援センター（就労前後の支援、ジョブコーチ派遣、生活支援を含めた一体化を目指す）、

区市町村就労支援センター、障害者自立支援法による就労移行支援事業所（2年の訓練で就労を目指す有期限の施設）、就労継続支援A型事業所（福祉施設ではあるが、一般の事業所と同等の給与、社会保障を目指す）、その他就労の準備性を高めるプログラムなど、多種多様です。

◆法定雇用率の現状

現在、精神障害のある人も雇用率に算定されていますが、身体・知的障害のある人とは違い努力義務とされ、必ず雇わなければいけないということではありません。障害者雇用は、原則週30時間以上勤務することにより会社は障害者を1人雇っているとみなされます。身体・知的障害のある人は職業上の障害程度判定で重度とみなされると、週20時間勤務で1人分の雇用となります。しかし、この重度判定は精神障害のある人には適用されず、また身体・知的障害のある人を含め、週20時間の雇用では0.5人分としか換算されません。法定雇用率で障害のある人を1人分雇用するためには、①週30時間で1人、②週20時間で重度判定のある人を1人、③週20時間働く人を2人、のいずれかの雇用をする必要があります。給与の面だけで判断すると、会社はどの人たちを雇いたいと考えるのでしょうか？

このことから、障害者雇用促進法自体にも障害間格差があることがうかがえ、精神障害のある人の雇用が大幅に促進されない要因のひとつと考えられます。

◆精神障害のある人の働きにくさ

①精神科に通院していることをだれにも言えませんでした

精神障害への偏見や誤った情報により、自分は精神障害があると表明して仕事をするには、相当なストレスがかかることが予想されます。周囲の目も気になります。

②つらくて辞めてしまいました、長続きしませんでした

精神疾患や障害を隠しながら仕事をするということは、周囲に気取られぬよう、無理をすることにつながります。身体の調子がよくないのに150%の力で仕事をしたら、疲弊、消耗します。長続きできないのも当然です。

③病気の再発が心配

精神疾患を再発することは、ちょっと風邪がぶり返したのとは違います。再発すると、長期間の療養や飲んでいる薬の調整など、症状が安定するまでいろいろと制限されることになり、長期休職の理由が言えず、仕事を辞めざるを得ない状況になりやすいのです。

◆障害があることを伝えて無理なく働きたい

障害者の権利条約には、合理的配慮という考え方があります。働く場では、雇う側が障害のある人の多様性を理解し、それに添った働き方を提供することが合理的配慮となります。障害者雇用促進法による障害者雇用に限らず、雇い主が働いている人の状況を理解し、労働時間や体調の配慮などをすることも重要です。

精神障害のある人は、電車や狭い空間に大勢の人がいることを苦手を感じる場合があります。圧迫した空間が神経に作用し、不安の増長、幻聴、妄想が出現する場合があります。そこで、時差出勤、勤務体制に配慮

することも大事です。また、精神障害のある人の多くは定期的（月に1回や2回）に精神科医療機関に通院することが必要です。働くための体調管理という面から、定期的な通院も勤務の一環とし、わざわざ休暇を申請しなくてもよいようにすることも合理的配慮のひとつといえるでしょう。これらのことが、安心して働くための基礎となり、病状の悪化や欠勤などを防ぐことにもなります。合理的配慮は、雇用主、雇用される側が互いに気持ちよく働くことができ、相互に利益を得るための有用な手段だと考えることができます。

精神障害のある人が疾患や障害とともに、これまでどのように仕事に挑んできたか、経験したことのない人には想像を超えたものでしょう。だからこそ、一人ひとりの希望する働き方について、周囲から見た際にはまだやれるのではないかと思えても、それは本人たちが考え抜いた末の結論なのです。そして一人ひとりの望む働き方、生活の仕方をかなえられることは、障害のある人の権利なのです。「働くこと＝経済的自立を目指す」とだけとらえるのではなく、「働くこと＝その人にとってのさまざまなかたちでの自立」ととらえることも大事でしょう。

* 参考資料

倉知延章「精神障害者の雇用・就労における福祉と労働の統合を振り返る」『職業リハビリテーション』第18巻NO.1、p.13-17、2005年
三ツ木任一「職リハのこれまで」『職業リハビリテーション』第16巻、p.3-8、2003年
坂巻熙「就労・雇用だけが自立ではありません」『働く広場』2009年10月

ソーシャルファームって何だろう？

◆ソーシャルファームとは？

ソーシャルファームは、近年注目されてきている社会的企業のひとつです。社会的企業とは、環境・福祉・教育などの社会的な課題に取り組む事業体で、アメリカではソーシャルビジネス、イギリスやヨーロッパではソーシャルエンタープライズといわれています。

社会的企業は、①社会性、②事業性、③革新性の3要件をもっており、組織形態は、NPO、営利企業、組合などがあります。「ソーシャルファーム」という用語について、現在のところ適切な和訳がありません。

◆ソーシャルファームの目的

通常の労働市場では労働の機会を得ることが困難な人たちに、通常のビジネス手法で仕事の場を創り出すことを目的とした雇用対策だといえます。

その対象は、障害者はもちろん、高齢者、母子家庭、ニート、刑務所出所者など、働きたくても社会的に排除されていて職を得ることが困難な人たちです。そうした困難を抱えた人たちを全就業者の25%程度雇用しており、他の障害のないスタッフと同じ権利と義務を保障していることがソーシャルファームの特徴なのです。

◆仕事の種類

農業、リサイクル、清掃、福祉（住居支援、介護支援、食事サービスなど）、園芸、サービス業、公的施設管理など多岐にわたっています。

◆創立の背景と経過

1960年代後半、イタリアのトリエステにおいて、精神病院の廃止により、

病院に入院していた人たちが地域で仕事をして生活するようになりました。しかし、なかなか就職先が見つからず、必要に迫られて病院職員など有志が集まり仕事を創出していったのが始まりといわれています。以降、ヨーロッパ全土に拡大し、近年は、日本でも取り組みが開始されています。

◆わが国における今後の課題

ソーシャルファームの日本における第一人者である炭谷茂氏（恩師財団済生会理事長・ソーシャルファームジャパン理事長）は、次のように論じています。これまで、障害者の就労は、障害者を訓練・指導・支援する福祉的就労か一般就労の2つの形態しか考えられてきませんでした。このような既存の雇用・就労形態では、就労できない対象者が約2000万人いるといわれ、限界が見えてきたことから、今後の新たな雇用・就労形態としての、ソーシャルファームの可能性があるということです。

その発展のためには、従来の福祉制度の枠内でなく、対象者を労働者として位置づけ、さまざまな立場の人たちがともに働き、収益を上げ、事業を継続・発展させていくために必要な助成制度の創出が待たれます。

*参考資料

国際セミナー報告書「ヨーロッパとアジアのソーシャル・ファームの動向と取り組みーソーシャル・インクルージョンを目指して」((財)日本障害者リハビリテーション協会/日英高齢者・障害者ケア開発協力機構主催 2008年1月)

http://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/conf/080120_seminar/kicho.html

ソーシャルファームジャパン

<http://www.socialfirms.jp/>

福祉サービス利用について

◆伝えなかったこと～まわりの人たちへ～

こころの病気になることで、今までできていたことができなくなったり、やりたかったことをいったんあきらめなければならなかったりして、挫折、喪失などのマイナスの体験をしてしまうことがあります。そういったことから回復するために落ち着いたスペース、安心できる環境ですごす時間は必要です。病気のことや自分のことを理解してくれるやさしい専門職とのかかわりだけの毎日は、きっと居心地よいものでしょう。そこには、まわりの人の障害への理解はそれほど必要ないのかもしれませんが。しかし、病気が回復したことで、新しい自分の生活に向き合おうとするときに、周囲の病気や障害に対する誤解、無理解、偏見が原因でやりたいことが制限されることは避けなければなりません。

まず、まわりの人にできることは、ただ正しい病気への理解、偏見なしのかかわり、態度ではないでしょうか。よくわからない障害者としてではなく、隣の生活者として理解して、実際にかかわりをもつことがよりよい理解、かかわりへの近道かもしれません。

◆伝えなかったこと～家族の立場～

適度な距離をもつこと、家族は家族自身の人生を楽しむことが大切だとよくいわれます。しかし、頭では理解できていても、「親亡き後について」といった勉強会が開催されると聞くと、多くの家族が集う状況があります。家族の立場では「そうはいつても……」といった感じで、自分と本人の人生を分けて考えることができにくいのでしょう。本人も家族も、そして、だれにとっても暮らしやすい地域づくりが今後の課題といえます。

◆伝えなかったこと～専門職の立場～

精神障害者が自分で自分に必要なサービスを選んで、使いこなすということは今の制度ではとても大変です。たとえば、訪問型のサービスひとつにしても、制度には、「訪問看護」「ホームヘルプサービス」「訪問型自立訓練」などがあります。どこがどう違うのかということは、とてもわかりづらいです。

そんなサービス一つひとつについて、それぞれを理解し、自分のこれからの生活にどれが合っているのかを考え、どんな事業所が実際に利用できるかを調べ、手続きをして……というふうには、実際のサービスを利用するためには、今の制度においては本人が努力しなければなりません。それができる家族がいたり、すでにサポートしてくれる支援者がいたりする場合はまだいいほうです。

サポートを期待しても病気のせいでなかなか外に出ることも難しい人もいるかもしれません。病状から消耗し余裕がなくなってしまい、サービスを利用して営む生活のイメージについてうまく考えられない人もいるかもしれません。たとえサービスが地域にたくさんあっても、利用できていない人がいる可能性に支援者は目を向ける必要があるでしょう。福祉サービスがあるということと、利用できるということは同じではないのです。

支援者には「声にならないニーズに気づく敏感さ」「そこに必要なサービス（制度化されているものも、そうでないものも含めて）の知識」「サポートを受けた利用者の姿をイメージする力」が必要です。そして、サービスを利用して充足していく生活について、どんな立場の人にも理解できるように支援者側から伝えていき、具体的に動いていくことが求められます。少なくとも個々の支援者の違いによって、その人のこれからの生活の選択肢が少なくなってしまうことはあってはいけません。

成年後見制度について

◆伝えなかったこと

成年後見制度は、その人の財産や生活を保護することが目的の制度です。制度創設から10年が経過し、高齢者人口の増加に伴って今後も利用する人の増加が見込まれています。

しかしながら、現在の成年後見制度が人権に十分配慮する内容になっているかという点必ずしもそうだとは言いきれません。そのひとつの例として、本文中では選挙権の問題を取り上げています。2011年2月、一律の選挙権喪失は憲法違反であるとした訴訟も始まりました。

後見人は大きな権限をもっています。被後見人が行う法律行為を代理することはもちろん、取り消すこともできます。つまり、被後見人の利益保護という名目で、簡単に権利そのものを奪ってしまうことができるのです。そして、自分が被後見人であることや自分の資産状況などに関して、知らされないままに日々をすごしている人がたくさんいることも現実です。

成年後見制度は、本人を守るための制度ですが、本当にその人がどう暮らしたいのか、どう生きたいのかということに寄り添う視点がないと、真にその人を守るということにはつながらないのではないのでしょうか？

◆制度の現状と課題

精神障害のある人の成年後見制度利用において、特徴的なのは、本人が入院を拒否している場合に、「保護者」が同意しての入院となる医療保護入院制度の「保護者」を後見人が担うことです（精神保健福祉法第20条～22条の2）。精神保健福祉法における「保護者」とは、民法における未成年者に対する保護者の規定とは異なり、入院が必要だという判断が精神保健指定医によってなされた場合、入院に際して後見人や親族等が家庭裁判

所の審判を受け、入院の同意を行うという制度です。精神保健福祉法の規定において、「保護者」には、治療を受けさせる義務、財産上の利益を保護する義務などが課せられています。

法が改正されてきた経緯の中で以前よりは義務が軽くなっていますが、その責任の重さゆえに、家族会でも以前から「保護者制度」の廃止を望む声があがっています。

また、精神疾患や障害の特性として、判断能力や生活能力に波があります。しかし、現行制度は、短期間で後見人をつけたり外したりすることや、状態に応じて必要なメニューを選んで代理人をつけるなどの柔軟性はもちあわせていません。被後見人となった人はすべての事柄に対して、常に意思決定できない人なのではないでしょうか？ 決してそうではないでしょう。また、制度がどう運用されているかを監視する独立した機関が設けられていないことも、権利が半永久的に凍結されてしまう一因なのです。

そうした日本の成年後見制度に関する現状は、障害者の権利条約に照らしても整合しません。2010年に行われた成年後見法国際学会で採択された横浜宣言は、①現行成年後見法の改正とその運用の改善、②公的支援システムの創設、③新たな成年後見制度の可能性について取り上げて指摘しています。

* 参考資料

「成年後見制度」…根拠法⇒民法

実際の手続き⇒家事審判法および家事審判規則

後見登記⇒後見登記等に関する法律

「2010年成年後見法世界会議 成年後見制度に関する横浜宣言」

成年後見法学会ホームページ

<http://www.jaga.gr.jp/pdf/yokohamasengen.pdf>

学校・教育について

◆伝えたかったこと～そもそも…の考え方について

子どもたちを取り巻く環境は、社会の変化とともに複雑・多様化しています。「子どもは社会を映す鏡」といわれますが、社会の歪みはいつも社会的に弱い立場にある人や少数の人を苦しめることが多いように思えてなりません。しかし、現実には大人の価値観でもって子どもの言動や行動に対して、「最近の若者は……」などと嘆く言葉が聞かれます。さらに、何か問題が起きたときには「親は何をしているの」「学校は何をしているの」と非難をあげせることもあります。つまり、子どもに何かあったときや、子どもがルール違反をしたときなどに、子どもや家庭、学校の責任にしていることを改めて問う必要があるのだらうと思います。少し眺め方を変えてみると、私たち一人ひとりが、子どもたちの状況をどのように受けとめ、理解し、考え、行動するのかが違ってくるかもしれません。

また、子どもをひとくくりにしてとらえるのではなく、一人ひとりの気持ちや状況を理解することも大切です。その理解には、子どもを取り巻く人や環境を理解することも含まれます。そして、子どもたちそれぞれが現実に直面するしんどい状況と向き合いながらも、未来の姿をイメージすることで、子ども自身も周囲の人たちもあきらめずにいられるのだらうと思います。

子どもたちをサポートする人たちへのケアを考えることも重要です。一人で抱えていませんか？ 相談できる人はいますか？ 家庭や学校の中だけで抱え込んでいませんか？ 責任や役割をみんなで共有し分かち合うことは、現実的に難しいと感じられるかもしれません。しかし、あきらめずに投げかけ、働きかけることによって、私たち自身も、周囲も変わってることがあります。その一例が、『みんなで考える精神障害と権利』の91

ページの先生たちの声です。

◆スクールソーシャルワーカー

一人ひとりの子どもの状況や子どもたちを取り巻く環境をとらえ、教育場面を越えて地域社会のさまざまな資源をつなぎ、子どもたちをサポートするスクールソーシャルワーカーという職種があります。スクールソーシャルワーカーは、社会福祉士・精神保健福祉士・臨床心理士など福祉や心理の専門家、もしくは退職した学校の先生など教育の専門家が活用されています。いずれにしても、教育と福祉の両面の知識や技術をもち、過去に両分野での活動経験がある人がスクールソーシャルワーカーとなります。

私たちの国でスクールソーシャルワーカーが行政施策として位置づけられたのは、兵庫県赤穂市と茨城県結城市（2000年）が最初だといわれています（行政施策以外では、もっと早い段階でスクールソーシャルワーカーの活用を始めた地域があります）。続いて、香川県や大阪府においてスクールソーシャルワーカーが導入され、それら実践の積み重ねや、調査・分析・研究によって、スクールソーシャルワーカーの必要性が広く認知されるようになりました。そして、2008年からは「スクールソーシャルワーカー活用事業」として全国の取り組みに広がっています。

スクールソーシャルワーカーが学校教育の場面に入り始めた当初は、「いったいこの人たちは何をやる人なのだらう？」と違和感を覚えた先生たちもいたかもしれません。香川県の実践からは、まずは学校の先生たちとの関係づくりから始めた、という報告もあります。その実践では、担任の先生や学校が孤立しないよう、いかに連携を図るか、という点も重視したといえます。もちろん、スクールソーシャルワーカーの基本的な使命は、子どもたちのしんどい状況につきあい、子どもたちの考えを尊重しながら、子どもたちの想いの実現に寄り添うということでしょう。しかし、それは周囲の人を傷つけるなどの排除した結果として得るものであってはならな

いように思います。

子どもに優しい学校、すべての人に優しい学校、そして地域になくなくてはならない学校であり続けるために、スクールソーシャルワーカーをはじめ、いろいろな人がかかわれるしくみや方法を一緒に考えていければと思います。

◆現状と課題

国は、次世代育成支援対策推進法にもとづき「親と子、思春期の子どもたちが健やかに生きる社会をめざし」、国民運動計画「健やか親子21」を策定しています。その中では、薬物の問題、心身症、不登校、ひきこもり等の状況に応じられる体制を検討することが記されています。このことからわかるように、子どもの精神面のサポートについては、「特別な子どもへの特別な支援」ではなくなっています。

また、「子どもの権利条約」や「障害者の権利条約」の理念を具体的に浸透させていく必要があります。私たちの国は、子どもの権利条約を批准していますが、体制や制度の不備について国連から多くの指摘を受けています。たとえば、子どもの権利に関する包括的な法律がないこと、子どものための社会的支出が他国と比較して低いこと、子どもの権利についての啓発が不十分であること、障害のある子どもなどへの社会的差別が根深くあることなどで、これらについて私たちの国は国連から改善を求められています。

このような条約を理解するとともに、子どもたちの現状に照らし合わせながら、今まさに私たちそれぞれが、それぞれの立場で何を考えるのかを求められるのではないのでしょうか。世界の動向に目を向け、国内の状況を直視してみると、教育機関で、教育を実質的に平等に保障するためにはどのようなしくみや工夫が必要なのでしょう。立場や垣根を越えての議論が求められていると思います。



ワンポイントレッスン「子どもの権利条約」

「子どもの権利条約」(政府の定訳は「児童の権利に関する条約」)は、1989年に国際連合で採択され、1990年に発効された、子どもの基本的人権を保障するための条約です。日本は1994年に批准しています。この条約は、国際連合憲章、世界人権宣言、人権に関する国際規約、児童の権利に関する宣言などで示されてきた、議論や理念を踏まえています。

そして、生きる権利、守る権利、育つ権利、参加する権利を柱とし、それらを包括的に保障するために、締約国が実施すべき具体的規定を設けています。

*参考資料

厚生労働省「『健やか親子21』第2回中間評価報告書について」2010年3月31日

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/03/s0331-13.html>

土谷佳子・鈴木庸裕「教育行政における学校ソーシャルワークの実践とその課題—コミュニティ・ディベロップメントの事例から」『福島大学総合教育研究センター紀要』第7号、2009年

NPO法人日本スクールソーシャルワーク協会ホームページ

<http://www.sswaj.org/index2.html>

齊中康人・富島喜揮「スクールソーシャルワークにおけるPSWの果たす役割—思春期における自己決定保障の取りみをもとに」『精神保健福祉』

Vol.39、No.3、p.211 日本精神保健福祉士協会

日本ユニセフ協会「子どもの権利条約」

http://www.unicef.or.jp/about_unicef/about_rig.html

孤立しない勇気をもとう！

◆伝えたかったこと①

病気になるということは、だれにとっても喜ばしいことではありません。こころの病に関しては、直接生命にかかわることは少ないですが、病気に向き合うことが他の病気よりも難しいところに特徴があります。

統合失調症やそううつ病などの場合、発病していることに本人自身は気づかないことが多く、人からの指摘に対しても、すぐに受け入れることが難しい場合も多いのです。症状が目に見えにくいということ、社会の精神病への偏見が強いことなどから、病気だと診断されるまで、あるいは病気を認めるまでに時間がかかることも少なくありません。

今、周囲の理解を求める啓発的な活動（この冊子もそうですが）が活発に行われていますが、長い歴史の中では精神病の人たちが差別的な扱いを受けてきました。その影響は大きく、病気だと診断された本人や家族が科学的な理解に至る以前に、これまで流布されてきた精神病へのマイナスイメージに苦しむことになるのです。また、周囲からも距離をおいたつきあいをされたり、過剰に心配されたりします。そのことによってさらにショックを受けることも少なくありません。

◆伝えたかったこと②

病気の苦しみからできるだけ早期に解放されること、障害に関するリハビリテーションを進めること、地域生活が整うよう支援することなどが、かかわる専門職の責務だと思います。しかし、現実には、精神病になったことによって、周囲から疎外されるように感じ、孤独に陥る人も多いです。回復のために、医療機関で実施されているグループ療法や地域での自助グループへの参加を勧められ、そこで出会った仲間を支えられるという

ことも往々にしてあります。しかし、それは障害のある人、その人たちにかかわる支援者、支援機関で構成されたコミュニティであり、閉塞感を伴う場合も多くあります。病気を受け入れてもらえないのではないかと懸念から、病気になる前の人間関係から遠ざかってしまう人も多いのです。

こころの病は決して特別な病気ではありません。そして、精神障害のある人たちも決して特別な人ではありません。そのことを身近な人たちにもっと知ってもらえたら……。一人ひとりを取り巻くネットワークは小さくても、その輪が広がるのが将来的に社会の偏見や差別をなくしていくことに結びついていくのではないのでしょうか？

◆今後の課題

障害者の権利条約では、人間が多様であることを認め、共生していく社会が目指されています。しかし、きれいな言葉を連ねるだけでは、積み上げられてきてしまった偏見を根底から覆すことは難しいと感じます。身近なところで病気や障害を抱えながら生きている人たちの現実を知ることが、共生社会の実現への近道のように思えるのです。



恋愛と結婚・育児

◆障害者等の不妊手術の強制

障害のある人たちの結婚や出産は、長年積極的に語られることはありませんでした。ひとつには、障害が遺伝するという誤った考え方のもとで、排除しようとされてきた歴史があるからです。遺伝性の疾患だけでなく、精神病や知的障害、ハンセン病などもその対象とされ、不妊を目的とする手術が本人の同意もなく行われてきました。1997年に、1930年代から70年代までの間、スウェーデンで障害者を対象とした不妊手術が行われていたことが報道され話題となりました。しかし、それはスウェーデンだけのことではありませんでした。

ドイツでは、1933年に制定されたナチス・ドイツの断種法を背景に、戦時中約40万人以上の障害者等が殺害されました。日本においても戦後も「優生手術」という名のもとに、堂々と不妊手術が行われてきたのです。

◆優生思想

そうした人権侵害や虐殺がどうして起こってきたのかという背景には、健全で優秀な子孫を残すことが社会への貢献であるという考え方（優生思想）があります。障害のある人たちの存在は社会政策的な見地からも否定されてきたのです。

◆日本の優生保護

日本では、1948年に優生保護法が制定されました。優生保護法の前は、実質的な断種法である国民優生法（1940年）が適用されていましたが、いずれの法律も不妊手術により不良な人材の出現を抑制するという目的に添った内容でした。1996年によろやく母体保護法への改正に至って、強制的

な不妊手術が禁止されたのです。

◆精神疾患のある人たちの結婚・出産・育児

前述したように優生思想に基づく偏見等から、子どもをもつ権利を奪われてきた人たちがいることも事実ですが、そのほかにも精神病と診断された人たちの交際や結婚、出産、育児等を好ましくないものとする理由があります。そのひとつは、恋愛や結婚、出産というライフイベントに適応できずに病気が悪化することへの懸念です。実際、妊娠した場合に胎児への影響から一時的に薬を止めたり、減量することがあり、それも病状に影響を与えるということがあります。また、結婚生活を送るための経済的な基盤が弱いということ、つまり働けないのに結婚はできないだろうという考え方や、偏見をもつ親族からの反対など、さまざまな側面から反対されてきた経過があるのです。

◆奪われた権利を取り戻す

好きな人と一緒に暮らすことや、子どもをもちたいと思うことは、人としてあたりまえのことです。最近では以前と比べて、薬もすいぶん改良され効果もあがり、周囲の理解は得やすくなってきています。今後、人権ということに照らし、さらなる理解が求められます。

*参考資料

『子どもを選ばないことを選ぶ—いのちの現場から出生前診断を問う』

大野明子編著 メディカ出版 2003年

『ここまできた障害者の恋愛と性』

障害者の生と性の研究会著 かもがわ出版 2001年

『セックスボランティア』

河合香織著 新潮文庫 2006年

虐待ってどういう行為？ 虐待に気づいたらどうすればいいの？

◆障害者の虐待

障害のある人たちの虐待防止法は、児童、高齢者に次いで制定に向けて検討がなされていますが、2011年3月現在まだ成立してはいません。虐待とは何かということについて、本文でも紹介している5類型があるといわれています。障害者の場合も家庭あるいは福祉施設、職場といった場で、残念なことに虐待を受けることが少なからずあります。

よく取り上げられるのは、起こったことが「虐待」なのか「不適切なケア」の範疇なのかということですが、「不適切なケア」も当然あってはならないものであり、言い逃れにはなりません。障害者にかかわる人たちは、自らを厳しく律するべきなのではないでしょうか。

虐待を指摘された人の中には、虐待を否認する人が多くいます。「そんなつもりではなかった」と言います。虐待を意識してなかったからといって、そこに虐待がなかったことにはなりません。犯した虐待を否認することも、実は虐待であるという考え方もあるのです。

◆ということが虐待なのでしょう

身体的虐待や経済的な搾取がよく報道されていますが、実は生活の中に潜んでいて、当事者も意識しないうちに虐待は日常化しているのです。

身体障害の場合、「自分で食事が摂取できるのに時間の節約のため職員がすべて介助してしまう」「黙って車いすを動かす、車いすを押すスピードが速い、急な方向転換をする」といったような事柄も虐待に含まれます。知的障害や精神障害の場合も、「職員同士の私語が多く利用者を見ていない」「利用者が同じことを繰り返し訴えると無視してしまう」「サービスを

利用すれば満足のできる生活を送れるのに、適切なサービスにつながらない」ことなども、サービス提供機関で起こっている虐待の例です。

◆虐待を受けたらどうすればいいの？

残念ながら虐待防止法はまだできてはいないわけですが、法の有無以前に人としての尊厳が損なわれることを問題として、もっと主張していく必要があります。行政の障害者に対応する窓口、都道府県の福祉サービス適正化委員会、サービス提供機関の苦情申し立て窓口など、現状でも利用できる資源はあります。

しかし、現状ではそれらが十分に活用されていません。虐待は身近な人が加害者となる場合が多く、「お世話になっている」という感覚が障害当事者にあるなどのことから、今後の生活を考慮してしまい、なかなか訴え出るという勇気がもてない場合もあります。訴えがなければ、そこには何も存在しないのと等しくなってしまいます。

◆虐待を防止するために……

虐待は閉鎖的な環境の中で起こりやすく、自分より弱い相手を対象とします。私たちが相手の心情に対してどれだけ想像力を発揮できるか、どれだけ寄り添えるかということが虐待を防止する鍵になると思います。たとえば、私たちにとってささいなこと、よくあることだけれど、障害のある人にとってはどうなのだろうかという目線で、物事を見直してみることも必要でしょう。また、当事者たちが主張することができるような支援も必要です。

そして、「人としての尊厳とは何か」ということをみんなが真摯に考え向き合うことが、防止の第一歩だともいえるでしょう。

セルフヘルプについて

◆セルフヘルプグループのはじまり

セルフヘルプグループは、1930年代にアメリカにおいて誕生したAA (Alcoholics Anonymous ; アルコール依存症の回復者の自助グループ) が最初とされています。その後、1950年代から、社会の変化やそれに伴う新たな健康問題の出現、従来の専門援助サービスへの批判、市民運動による人々の意識の高まりなどを背景に、多くのセルフヘルプグループが誕生していきました。

わが国では、1963年に全日本断酒連盟(全断連)が、1974年にはAAが設立され、1980年代に多くのアルコールおよび薬物依存症関連のセルフヘルプグループが立ち上げられました。近年では、摂食障害、ギャンブル依存、性依存、万引き・窃盗癖に悩む人々のためのグループなど、多様なグループが立ち上げられ、発展しています。また、統合失調症に関係するグループとしては、1965年に全国精神障害者家族会連合会(2007年に解散)という家族の会が、1993年に全国精神障害者団体連合会(ぜんせいれん)という本人の会が、それぞれ誕生しています。

◆セルフヘルプグループの特徴

セルフヘルプグループの特徴として、「体験的知識」と「ヘルパーセラピー原則」があげられます。体験的知識は、個々の体験に根ざした知識のことであり、その人の財産として認知され、それらが同じ経験や課題をもつ仲間同士で構成されるグループの形成において、有意義な働きをもたらします。ヘルパーセラピー原則は、「人は援助をすることでもっとも援助を受ける」という意味をもち、仲間同士が出会い、経験を互いに語り合うことによって、そのこと自体が情報の交換および共有を促すなどの好機と

なります。

これらのことは、これまで支援の受け手であった人々が、活動をとおして支援の与え手となるという双方向の関係性を成り立たせるものであり、そのような意味でとらえ直すと、ともに生きる「共生」を実践する重要なモデルであるといえるのかもしれませんが。

◆セルフヘルプの機能を生かしたピアサポートの方法・形態

冊子では、ピアサポート、すなわち仲間同士の相互支援活動である「ピアカウンセリング」と「ピアヘルパー」についてご紹介しました。これらは、ピアサポートの特徴を生かした支援方法といえます。

ピアカウンセリングは、既述のとおり、従来の専門職による支援とは異なった独自の機能をもちます。そこでは、精神障害のある人々の経験が生かされ、支えるつもりであった自分が支えられ、互いに支え合う関係が生まれ、自己肯定感を得ることができます。生きていく上で直面するさまざまな課題ごとに必要とされ、たとえば、がんの回復者や難病をもつ人々の会などにおいても行われています。

ピアヘルパーの養成に関する取り組みとしては、2001年に大阪府で、ホームヘルパー2級養成課程に準じて「精神障害者ピア・ヘルパー等養成事業」が実施されました。以降、自治体や各団体等により、養成に力が入られるようになってきています。ピアヘルパーは、精神障害のある人々のピアサポートの力や可能性に着目し、それを生かす形で雇用形態を拡大した点においても高い評価ができ、既存のホームヘルプサービスを補完・検証・是正・改革する機能が大きいと期待されています。

◆活躍が期待される「プロシューマー」

セルフヘルプグループの展開と、精神保健福祉の支援および政策的な動向が相まって、最近では、「ピアスタッフ」「当事者スタッフ」などとよば

れる「プロシューマー」の活躍が広がってきています。セルフヘルプによって力を取り戻した人々が、さまざまな機関で、サービス提供者として、セルフヘルプやピアサポートの促進を図る役割を担っています。北米においては、州により認定を受けた「ピアスペシャリスト」がチームの一員として活躍している実践もあるといえます。

プロシューマーは、サービスの受け手であり、かつ送り手である人々のことを示す、provider/producer/professionalとconsumerを合わせた造語です。このようなプロシューマーの存在や活躍が、従来の専門職主導によるサービスシステムを根本から問い直すものであり、真の意味での対等性が貫かれ、協働によって、これからのヒューマンサービスそのものの質を高めていく展望が見出せます。

◆これからの方向性

セルフヘルプの機能を生かしたさまざまな支援活動は、既述のピアカウンセリング、ピアヘルパー、プロシューマーなどによる支援の方法・形態およびその活躍にとどまらず、アドボカシー（権利擁護）へと広がりを見せています。共通の経験をもつ仲間による権利擁護活動であるピアアドボカシーは、病院や地域の事業所等で、本人の想いや要望を傾聴し、本人を力づけ、本来の希望を実現することを助けます。専門職によるアドボカシーとの違いは、「共通の経験による深い共感」であるといわれています。ピアアドボカシーは、本人の権利擁護にとどまらず、回復のモデルとして、本人と家族や支援者等との信頼にもとづくよりよい関係づくりの機能も果たしています。

セルフヘルプグループの目的や強みを生かしながら、プロシューマーと私たち精神保健福祉士等の専門職、それらを含めた市民同士が互いに補い合い、パートナーシップにもとづいた活動の輪を広げて、だれにとっても住みやすい、やさしい社会の実現へとつなげていくことが大切であると考

えます。

【参考】精神障害のある当事者の視点と経験を支援につなげるための3つのキーワード

★リカバリー

人々の偏見、医療による傷つき、自己決定を奪われていること、壊された夢などからの回復（Deegan（1993））で、回復者からみた回復の過程。

★エンパワメント

個人と社会システムの不均衡によって排除され孤立した人の状況を改善し、無力感からの解放を求める活動で、自己尊重・自己効力感・権利擁護・自己決定などの肯定的な自己評価を得る過程と、公平で平等な社会の実現を求める過程の2つの側面がある。

★ストレングス

個人や集団、コミュニティの「底力」「潜在する力」「強み」のこと。

※社会福祉法人JHC板橋会「リカバリー（回復）指向のエンパワメント支援活動」（参考資料参照）より抜粋。

*参考資料

『精神保健福祉白書2011年版 岐路に立つ精神保健医療福祉—新たな構築をめざして』精神保健福祉白書編集委員会編集 中央法規出版 2010年

『これからの精神保健福祉—精神保健福祉士ガイドブック』

柏木昭・佐々木敏明・荒田寛編集 へるす出版 2009年

『セルフヘルプグループへの招待—患者会や家族会の進め方ガイドブック』岩田泰夫著 川島書店 2008年

「リカバリー（回復）指向のエンパワメント支援活動」（平成21年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業（障害者自立支援調査研究プロジェクト）社会福祉法人JHC板橋会 2010年

ボランティアについて

◆ボランティアをめぐる状況

「ボランティア」という言葉が社会になじみ、多くの人々にその活動が理解され、関心が寄せられる時代になってきました。ボランティアの多種多様な活躍は広がりを見せ、現代社会のなかで欠くことのできない重要なひとつのシステムとして根づくようになってきています。

日本においては、1998年に特定非営利活動促進法（NPO法）が制定されたことによってボランティア団体に法人格が与えられ、ボランティアの世界にも大きな変化が生じたといわれています。

2001年は、日本の提案により国連が定めた「ボランティア国際年」でした。日本のみならず、世界においてもさまざまな活動が展開される現在、今後さらに、だれにとっても住みやすい、やさしい社会を実現するための大きな役割を、市民の力によるボランティアが担っていくことが期待されるといえるでしょう。

◆ボランティアの理念

その一方で、ボランティアの理念についてはさまざまな議論があり、いまだ定まっていないといわれています。1993年の中央社会福祉審議会の意見具申（「ボランティアの基本的な成果」）では、自発性（自由意思性）、無給性、公益性（公共性）、創造性（先駆性）の4つがあげられています。また、川村匡由氏（参考資料参照）によると、ボランティアの理念として、自発性（自主性）、無償性（有償性）、公共性（市民性）、先駆性、福祉性の5つに整理されています。

◆NPOの果たす役割

NPO（Non-Profit Organization）とは、営利を目的としない団体（組織）、すなわち非営利団体（組織）のことをいいます。NPOは、市民の自発的活動による「市民公益（市民が中心となって公益を担い、実行していく概念）」を実現する活動体であって、国や行政から財政的・組織的に独立した団体で、単に営利を主要な目的としないということのみならず、「非政府（NGO）＝民間」が前提となったものを指します。非営利という意味は、上がった収益を特定の個人に分配せず、その団体の目的である非営利事業に使うことを示しています。NPO法の第2条には、「保健、医療又は福祉の増進を図る活動」「社会教育の推進を図る活動」など17項目が「特定非営利活動」として定められています。

◆精神保健福祉領域におけるボランティアの活躍

1984年、精神障害のある人々と地域住民の交流を媒介するボランティアの活動が注目され、神奈川県社会福祉協議会においてはじめて精神保健ボランティア講座が開催されました。

精神疾患や障害によってひき起こされる生活課題等がますます複雑化する傾向にある現在、法制度や行政、専門職のみによる解決は難しく、ボランティアへの期待が高まっています。

*参考資料

- 『ボランティア・NPO（福祉キーワードシリーズ）』
雨宮孝子・小谷直道・和田敏明編著 中央法規出版 2002年
- 『ボランティアまるごとガイド（まるごとガイドシリーズ⑩）』
安藤雄太監修 ミネルヴァ書房 2002年
- 『ボランティア論（シリーズ・21世紀の社会福祉⑪）』
川村匡由編著 ミネルヴァ書房 2006年
- 『福祉ボランティア論』三本松政之・朝倉美江編 有斐閣 2007年

だれもが安心して暮らし続けることのできる 地域づくりに向けて

◆暮らしの主人公は……

障害のある人たちは、何らかのサービス機関につながると、サービスの「受け手」として位置づけられます。社会福祉が「恩恵」として与えられる時代から、対等な「契約」を交わす時代へと転換してきましたが、私たちの意識は「対等」であることをどうとらえているのでしょうか。本来、社会的にさまざまな困難があることと、人としての自律性や独立性の間には何の関係もないはずですが、しかし、生産性を優先する価値の中で、社会的弱者が隅に追いやられているような印象を受けるのはどうしてでしょう。人としての価値に目を向けることなく、「障害者」というラベリングをしてしまっていないでしょうか。今あるサービスが軸になって、それを障害のある人たちにあてはめるような状況、つまり、提供者が主体になってしまっているような現状があるのではないのでしょうか。

◆生活者としての尊厳

今は世界的な組織に成長している知的障害者の「ピープルファースト」という団体があります。その歴史は1973年、アメリカのオレゴン州で始まりましたが、ある少女が「私は、障害者としてではなく、まず人間として扱われたい」と発言したことがきっかけとなって、団体の名称が生まれたといわれています。障害があること以前に人間であるという主張は、多くの人たちの心を揺さぶりました。それは同時に、これまで、障害があるということだけで、どんなに差別や偏見にさらされてきたのかということにほかならないのです。

◆安心して町で暮らす

今、差別禁止や虐待防止に関する法制度を含め、障害者の法制度の改革が検討されています。法制度が整うことによって、「差別はいけない」、「虐待はいけない」ということは今以上に流布されると考えられます。では、そのことで、本当に平等な社会が実現するのでしょうか。

どんなに重い障害がある人にも、一人の人としての権利があります。そして、その権利を実現できる環境を一緒に整えていこうとすることが障害者の権利条約がいうところの「合理的配慮」だと思えます。

私たち障害のない者が「平等」を実現しようと試みても、障害のある人たち自身がへりくだってしまうということもよくあることです。彼らがこれまで社会の中で尊重されてこなかったために身につけてしまった処世術であるとすれば、「つくられた不平等」のような気がします。

私たちはみんな同じ人間であり、そうしてほしいと思うこと、そうされるといやだと思える対応は同じなのではないのでしょうか。同じ目線に立つということは、お互いがお互いを認め、思いやりをもちあうということが実現してこそのことだと思えます。

それは法制度や書物の中に書かれているから実現するのではなく、顔が見える範囲での、人としてのつきあいを通じて実感できるものなのではないかと考えます。そうした輪が広がって、「みんなが安心して暮らせる」地域になっていくのではないのでしょうか。

*参考資料

ピープルファーストジャパン

<http://www.pf-japan.jp/>

「障害のある人の権利に関する条約仮訳」 川島聡＝長瀬修仮訳（2008年5月30日付）

http://www.normanet.ne.jp/~jdf/shiryo/convention/30May2008CRPDtranslation_into_Japanese.html

あとがき

日本精神保健福祉士協会権利擁護委員会のこれまでの経過

社団法人日本精神保健福祉士協会
権利擁護委員会
委員長 岩崎香

権利擁護委員会は2002年1月に発足しました。2003年に日常的な金銭・貴重品管理に関するアンケート調査を実施し、その結果から2006年度に『日常的な金銭及び貴重品預かりに関するガイドライン』を作成したのを皮切りに、2007年度に『精神障がい者の生活サポートハンドブック』を、2009年度には『精神障害のある人への生活支援と「障害者の権利条約」』を刊行してまいりました。

そして、2010年度は「精神障害者の生活支援と権利擁護に関する普及啓発事業」（福祉医療機構長寿社会福祉基金）という形で取り組みを続けることができました。今回、冊子『みんなで考える精神障害と権利』を刊行し、精神障害者の人権にかかる普及啓発を行うことを目的に、東京、札幌、福岡にてシンポジウムを開催いたしました。障害者の人権状況と生活支援の視点について、わかりやすく伝えるための資料（冊子）を携えて、幅広い対象に参加してもらえる機会としてシンポジウムを開催できた点では意義があったと考えます。

しかしながら、冊子の配布やシンポジウムの開催だけで、広く市民に対する啓発を行えるのかという点では十分ではありません。そこで、今回はもう少し知りたい人や、人権に関する教材として使用する教員や専門職のために「解説・資料編」を『もうひとつの みんなで考える精神障害と権利』

としてWeb上で公開することとなりました。

こうした取り組みの目的は、障害のある人たちへの理解を深めてもらうことにあり、ソーシャル・インクルージョンの実現、つまり、安心して暮らせる社会づくりにあります。

現在、障害者の権利条約の批准を目指した動きとして、障がい者制度改革が推進されつつありますが、精神障害者の人権への取り組みは他の障害と比較してまだまだ出遅れた状況にあることは否めません。

単発的なシンポジウムの開催にとどまらず、今回作成した冊子『みんなで考える精神障害と権利』がもっと多方面に知られ、「活用される」取り組みを継続していく必要があると考えています。

障害に関連する法や制度が新しくなっても実際にサービスを提供する人、受ける人、地域でともに生活している人たちの意識が変わらなければ何にもなりません。とくに、これから大人になっていく子どもたちに、問題が積み残されている状況や、障害がありながら生活している人たちのことを知ってもらいたいし、理解してもらいたいのです。

皆さん、どうぞ、どんどん積極的に冊子をご活用ください。そうして皆さんがこの活動に「参加」して下さってこそ、精神障害への理解の深まりや人権意識の向上につながっていくと思うのです。

*参考資料・ホームページなど

『精神障がい者の生活サポートハンドブック—アドボカートとケイトちゃんから、あんしんできる暮らしのためのメッセージ』

社団法人日本精神保健福祉士協会編 へるす出版 2007年

『精神障害のある人の生活支援と「障害者の権利条約」』

社団法人日本精神保健福祉士協会編 2010年

<http://www.japsw.or.jp/ugoki/hokokusyo/20100331-4.html>

社団法人日本精神保健福祉士協会
精神保健福祉部権利擁護委員会

担当常任理事 宮部 真弥子 (医療法人社団和敬会脳と心の総合健康センター/
富山県)

委員長 岩崎 香 (早稲田大学人間科学学術院/埼玉県)

委員 伊藤 亜希子 (東京武蔵野病院/東京都)

上野 容子 (東京家政大学/東京都)

金成 透 (所沢慈光病院/埼玉県)

木津 英昭 (こころの風元気村/千葉県)

澤 恭弘 (国立精神・神経医療研究センター病院/東京都)

高村 智子 (サンライフたきの里/石川県)

田波 裕美 (横浜丘の上病院/神奈川県)

中川 さゆり (地域生活支援センタープラザ/東京都)

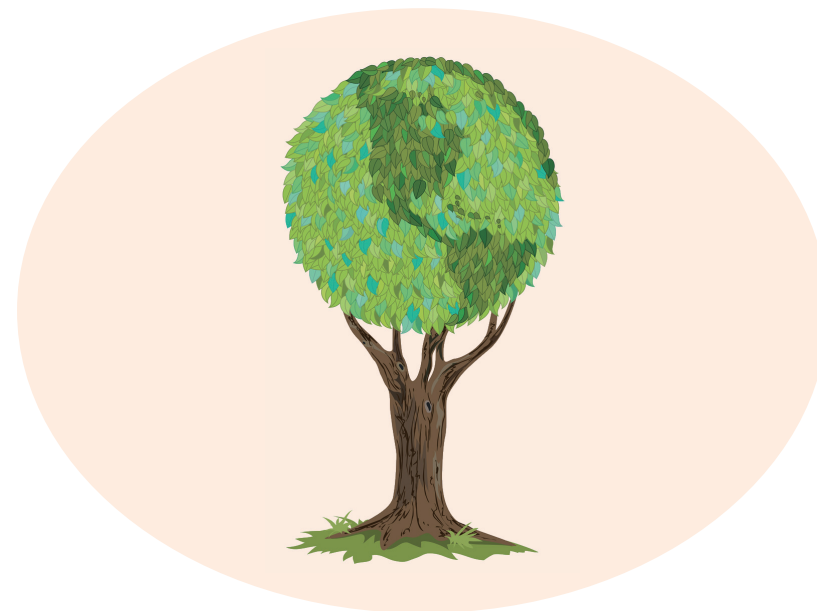
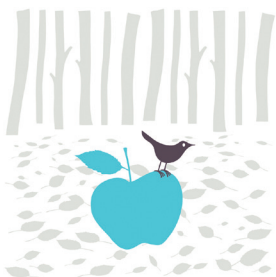
三木 良子 (東洋大学/埼玉県)

三澤 孝夫 (国立精神・神経医療研究センター病院/東京都)

壬生 明日香 (広島国際大学/広島県)

宮崎 まさ江 (長野大学/長野県)

(2011年3月現在)



もうひとつの みんなで考える 精神障害と権利——解説・資料編

(非売品)

2011年3月31日 発行

編著者 社団法人日本精神保健福祉士協会 精神保健福祉部 権利擁護委員会

発行者 竹中秀彦

発行所 社団法人日本精神保健福祉士協会

〒160-0015 東京都新宿区大京町23-3 四谷オーキッドビル7F

Tel 03-5366-3152 Fax 03-5366-2993

制作 株式会社ワードクロス

★本ハンドブックは、独立行政法人福祉医療機構社会福祉振興助成金の平成22年度助成金によって作成されました。