

表紙

本当に脱施設化を成し遂げるためには何が必要か
地域精神医療への転換が求められてから半世紀を経た今

弁護士池原毅和（いけはらよしかず）

p 1

本日の話題

- 第63回人権擁護大会第一分科会「精神障害のある人の尊厳の確立をめざして～地域生活の実現と弁護士の役割～」の全体像
- 精神医療の新潮流
- 強制入院は、人権論としても医療としても、なぜダメなのか。
- 脱施設化（Deinstitutionalization）を達成するために必要なこと。

p 2

第63回人権擁護大会第一分科会

「精神障害のある人の尊厳の確立をめざして
～地域生活の実現と弁護士の役割～」の全体像

p 3

2021年 短期的工程

精神保健に関する法制度の改正等

- 国選代理人制度の創設
- 精神医療審査会の抜本的改革
- 入院要件の厳格化
- **【被害実態調査と被害・尊厳回復の法制度の創設】**

精神科医療・福祉の構造改革

強制入院の段階的廃止 ＝任意入院を除く精神病床の大幅削減・閉鎖

- 措置入院：①自傷他害のおそれの即時性・

切迫性を要件とする

②軽微な法益侵害行為の除外

• 医療保障入院：①強制によらない全ての支援を尽くしていること、②精神疾患の重篤性、③入院治療による症状改善の高度の蓋然性、④入院治療より制限的でない他の代替手段の不存在

自立した地域生活を支える地域医療・福祉サービスの開発・拡充と**【差別偏見のない社会の実現】**

- ・福祉サービスへのアクセス確保
- ・【総合・一般病院での受診の適正化】
- ・訪問診療・往診・ACT等の拡充
- ・当事者運営型事業所の展開
- ・【合理的配慮】・雇用環境の整備
- ・当事者の意思を反映した医療福祉(対話中心、ピア・サポートなどを積極的に)
- ・オンブズマン制度の拡充
- ・【町の中心に交流・相談拠点】

2025年 中期的工程

精神保健に関する法制度の改正等

- ・強制入院期間の法定
- ・強制入院の
国公立病院への限定

強制入院の段階的廃止 = 任意入院を除く精神病床の大幅削減・閉鎖

- ・強制入院期間の上限を23日に限定
- ・新規の強制入院の受入先を
国公立病院に限定
- ・インフォームドコンセントの徹底
- ・強制入院は一般医療と同じ
緊急法理要件のみ

自立した地域生活を支える地域医療・福祉サービスの開発・拡充と【差別偏見のない社会の実現】

- ・安心して暮らせる地域支援
- ・【精神保健をともに考え、排除・差別のない社会に向き合う豊かな地域の形成】

2030年 最終段階

精神保健に関する法制度の改正等

- ・精神保健福祉法の廃止
と医療基本法への包摂
- ・パリ原則に基づく
国内人権機関の創設

2035年

多様な人々が生活する地域社会での生活が守られ、医療はその生活を支えるインフラの一つとしての役割を果たす。非自発的な医療は他の診療科と同様に、患者の生

命又は健康に重大な危害が現在する場合に緊急法理に基づく法定要件を満たした場合に限定して許容されるようになる。

p 4

精神医療の新潮流

- 生物医学還元主義 (Bio-Medical Reductionism) に対する反省
 - * 到達可能な最高水準の健康を享受する権利に関する特別報告官報告
 - * 障害者権利条約12条に関する一般的意見第1号
- ハンセン国賠訴訟：隔離収容政策がもたらした人生被害
- 人権擁護大会第一分科会が行った被害アンケート調査
- WHOの提唱する“QualityRights”：人権を守る医療こそ良質で効果的な医療になり、逆に人権を抑圧する医療の反治療性 (Anti-Therapeutic Effect) の気づき

p 5

生物医学還元主義の問題点

- 精神障害の原因は脳内の神経伝達の異常にあるので、神経伝達物質の授受に働きかける抗精神病薬の投与は有効で合理的な治療方法という大前提。
- 多剤大量投与の温床
- 強制入院・強制的治療への依存と正当化、入院の5割弱が強制入院
- 精神療法や心理的な働きかけ、地域生活を支えることなどは、精神障害を治すことにはほとんど関係ない。
- 精神保健福祉予算の95%以上が医療予算、医療予算の4分の3入院医療予算

p 6

健康の権利に関する特別報告者報告 (国連人権理事会採択)

生物医学還元主義→政策 医学教育・研究の偏り 薬物研究開発への傾倒→心理社会的支援, 包容的地域生活支援などへの資源の無関心化 リカバリー志向の軽視 →社会資源の貧困化 →強制の正当化根拠 薬物療法の有効性 治療拒絶を合理的判断でないとみなす しんりしゃかいて木介入, 対話の軽視 →医師患者の権力の非対称化

←医師患者間のラポール形成を阻害 ←→トラウマ, 精神医療忌避

p 7

生物医学還元主義に対する懐疑 その1

- 1960年代以降、米国では治療効果が高いとされる抗精神病薬が次々に開発されて使用されてきている。しかし、抗精神病薬の開発に比例するように精神障害のある人は増え続けている。よい薬が開発されたらその病気の人は減らないとおかしいのではないか？
- WHOの調査では、抗精神病薬が十分に供給できている国よりも、抗精神病薬の供給が十分にできない途上国の精神障害のある人の予後の方がよい結果が出ている。
- 抗精神病薬の長期服用についての治験や実証的なデータはない。
- 抗精神病薬は脳内の神経伝達の恒常性（ホメオスタシス）を狂わせてしまうのではないか。
「心の病の『流行』と精神科治療薬の真実」（R2・ウィタカー著、福村出版）

p 8

生物医学還元主義に対する懐疑その2

- 統合失調症の急性期などに、医師、看護師、心理士等のチームが、本人の家に訪問して、本人や家族の話を聴きながら対話的な関係を拓いていく。
- 365日いつでも連絡があった時から24時間以内に訪問してダイアログを始める。
- 危機を脱するまで毎日1時間程度のダイアログは続ける。
- 薬物療法は補助的位置づけ

オープンダイアログの成果

入金期間 OD 19日短縮 従来型治療 AC. 16.7日 G. 27.5日 Rihb. 149.5日

服薬不要化 OD 65% 従来型治療 0%

2年間予後再発なし又は軽減 OD 82% 従来型治療 50%

障害手当不要化 OD 77% 従来型治療 43%

再発率 OD 24% 従来型治療 71%

p 9

強制は医療としても人権としても、なぜダメなのか？

p 10

強制の反治療性 その1

- 一般的意見第1号：強制治療は、精神障害、知的障害及びその他の認知機能の

障害のある人にとって特に問題となる。強制治療は、効果がないことを示す経験的証拠と、強制治療の結果、深い苦痛とトラウマを経験したメンタルヘルス制度利用者の意見にもかかわらず世界各地の精神保健法で現在も続いている侵犯行為であるから、締約国は、強制治療を容認し、あるいは実行する政策と法的規定を廃止しなければならない (para. 42)。

- 到達可能な健康を享受する権利に関する特別報告官報告：精神医療における強制はケアの関係の中で権力のアンバランスを永続させ、不信を引き起こし、スティグマと差別を激化させ、主流の精神保健サービスに助けを求めることを怖れさせ、多くの人に精神医療を忌避させてきた (para. 65)。

p 1 1

強制の反治療性 その2

- ハンセン病国賠訴訟判決は、患者隔離政策がもたらす被害は個別的な人権では評価しつくせない**人生被害**であることを認め、社会からの隔離により「人として当然に持っているはずの人生のありとあらゆる発展可能性が大きく損なわれるのであり、その人権の制約は、人としての社会生活全般にわたるものである。このような人権制限の実態は、単に居住・移転の自由の制限ということで正当に評価し尽くせず、より広く憲法13条に根拠を有する人格権そのものに対するものととらえるのが相当である。」と判示。
- 被害実態アンケート：約80%が、悲しい、辛い、悔しい体験をしたと回答、

p 1 2

強制の反治療性 その3

被害実態アンケートから

- 嫌悪感が68%と最も多く、恐怖心・喪失感・絶望感がいずれも60%を越えた。50%がトラウマとして残っていると回答した。
- また、嫌悪感・恐怖心・喪失感・絶望感にとっても当てはまるとの回答が70%近く、トラウマにとっても当てはまるとの回答が59%
- 「人を信じられなくなった」、「死にたくなった」、「人としての尊厳を奪われた」、「人権を侵害された」、「嫌な思いが強くて言葉にできない」、「人生のどん底に落ちた感覚」、「愚かさを感じた。思い出したくもない」、「思い出すと情けなく涙が止まらなくなる」、「生きる目的がなくなった」、「自尊心が、日々なくなっていく、いつしか気にならなくなった」、「私の人生は、もう終わった…と感じた」
- プライバシー侵害、暴言、暴力、侮辱、性的被害、無視、通信面会制限、隔離拘束、入院の長期化、外出制限、電気ショック、不妊手術、薬の副作用、

p 1 3

QualityRights

従来の精神医療福祉では、非人間的な生活環境、有害な治療、暴力とネグレクトと虐待、インフォームドコンセントなしの制度的な強制入院と治療があり、本人が望む地域での自立生活のニーズにも支援にもならず、むしろ本人の希望をくじき絶望のままに放置するサービスしかなかった。また、地域社会には広く偏見と差別と不平等がはびこり、好むところに住み、結婚して家族を持ち学び、職を得て、余暇を楽しむ機会を否定され、他の人が経験しない精神的、身体的、性的虐待を経験することも多かった。

それを変えるのがQualityRightsである。

p 1 4

QualityRights

- QualityRights は、ケアの質の改善と精神的な障害を持つ人の人権を促進する WHO の世界行動計画であり、人権に基礎を置き、リカバリーを志向する精神保健ケアの新しいアプローチ
- 目標 1 スティグマと差別撲滅の取り組みおよび人権とリカバリーの増進のための能力開発
- 目標 2 精神保健と関連サービスにおけるケアの質と人権状況の改善
- 目標 3 人権を尊重し増進するコミュニティ・ベースでリカバリー志向のサービスの創出
- 目標 4 アドヴォカシー活動をし、政策立案に影響力のある市民社会運動の開発
- 目標 5 障害者権利条約とその他の国際人権基準に適合した国内政策、立法の改革

p 1 5

QualityRights

中心的な構成要素

- 人権の理解
- 精神医療における人権の促進
- 精神医療の環境と地域のインクルージョンの改善
- 精神医療における健康の権利とリカバリーの理解
- 精神医療における法的能力の権利の保護
- 強制と暴力と虐待のない精神医療の創出

特別な構成要素

- 支援付き決定と事前指示の理解
- 隔離・拘束及びその他の強制を終焉させる戦略の実行
- 精神医療とその関連サービスにおけるリカバリーの促進

p 1 6

治療と人権は両立する？

- かつては、医師の裁量権を法的に厳格に規制するリーガルモデルと、医師の裁量権を広く認めるメディカルモデルをどのように調和させるか、逆に言えば、両者は対立関係になるものと理解されてきた。
- 服薬を拒否する患者と服薬が必要であるとする医師の対立、治療上の指示に従わない患者と医師の対立の究極的な解決策として、強制＝人権の制約があり、人権を広く認めれば治療の利益や必要性は後退し、治療の利益や必要性を広く認めれば人権は制約される関係にあった。
(治療履歴と人権が綱引きを引いているイラスト)

p 1 7

脱施設化を達成するために必要なこと

脱施設化が目指す社会とその実現のあり方

p 1 8

日本の施設収容主義と強制依存の現状

(グラフ OECD各国と日本の入院患者数の1960年から2016年までの推移をまとめ、1987年精神保健法、1991年国連原則、2006年権利条約の年をグラフに落としこんだもの)

- 入院患者数30万人 > 長岡市27.5万人
- 強制入院者数18.9万 ≧ 上越市18.7万人
- 隔離者数1万人／日、拘束者数1万人／日 > 逮捕者306人／日、勾留者248人／日
- ケネディ教書、自由権規約採択
- 1965年精神衛生法改正

p 1 9

量的課題

供給の現状

- 共同生活援助事業所数 8,643か所、利用者数 123,118人
- 就労継続支援（A型）事業所数 3,860か所、利用者数 86,031人
- 就労継続支援（B型）事業所数 12,497か所、利用者数 332,487人
- 精神障害のある障害福祉サービス利用者数 25.1万人

ニーズのある人々

- 精神保健福祉手帳所持者 84.1万人のニーズに対し
GH 15%、A型 10%
福祉サービス利用 30%
- 入院患者数 約30万人のニーズに対し、GH 40%
- 2020年～2021年：利用者伸び率6.7%だが、利用者ニーズ数は同数

p 2 0

質的課題

従来型福祉の問題点

- 福祉サービスが、住む場所、学ぶ場所、働く場所などを分離することによって、障害の有無によって、人の人生行路を二分し、社会的排除を構造化してしまった（Separate Parallel Tracks論）。
- Separate Parallel Tracksは、障害のない人用に作られてきた既存社会のあり方を変えようとしないうる頑迷な「健常者」の発想を前提にし、人間の差異と多様性に対する想像力と寛容性の欠如がもたらす差別の制度的障壁を形成する。
- 医療福祉サービスを受けることで人格や尊厳、人としての品位や役割を傷つけられてしまう。

p 2 1

The Separate Parallel Track

福祉アプローチ

（図）大きな円があり、その真ん中に、経済性、効率性、競争、既存産業社会と書かれ、「健常者」用の人生行路とまとめられている。円から外向きの矢印があり、排除、特別支援学校、排除、福祉施設、と書かれ、障害者用人生行路、とまとめられている。イラスト入り。

p 2 2

障害者権利条約が要請する社会

- 差異の尊重並びに人間の多様性の一部及び人類の一員としての障害者の受入れ (3条 d)
- 全ての障害者は、他の者との平等を基礎として、その心身がそのままの状態尊重される権利を有する (17条)
- 地域社会で生活する平等の権利と地域社会に完全に包容され、及び参加することを容易にするための効果的かつ適当な措置をとる締約国の義務 (19条柱書)。
- 居住地を選択し、及びどこで誰と生活するかを選択する機会を有する (19条 a)。
- 特殊な生活様式 (particular living arrangement) による生活を強いられない (be not obliged)。

p 2 3

「自立した生活と地域への包容」権利の一体性

「障害のある人の自立した生活と地域に包容される権利に関するテーマ研究」

- 自立した生活は単独の孤立した生活を意味するものではない。むしろ、それは社会において他の者と平等に、同じ水準での自立性 (independence) と相互依存性 (interdependence) をもって自己の生活に影響する事柄を選択し、選択した事柄の実現に向けた協働を管理していく自由を行使することを意味している。したがって、19条は「自立した生活と地域への包容」を一体の権利として定めている。そこにおける自律 (autonomy) と包容 (inclusion) は相互に補強し、互いに作用しあって分離を回避するものである (para. 13)。

p 2 4

脱施設化の本質

- 「施設」には、①地域生活からの孤立と分離、②日常生活の決定に関するコントロールの欠如、③型にはまった日課、④各人の選好や必要性への非対応性、⑤中央管理部門一下、集団として同じ場所で行われる全員まったく同じ活動、⑥サービス提供における保護的なアプローチ、⑦本人の同意に基づかない生活様式の管理、⑧同一の環境で生活する障害のある人たちの不釣り合いな人数の多さ、⑨ 複数の者が一人の介助者に依存せざるをえないこと、⑩そうした場合に介助者に対する発言力がなくまたは乏しいことなどの共通要素がある (前記テーマ研究)。
- 施設化 (Institutionalization) とは、単に特定の施設 (setting) で生活することというだけではない。一定の生活の仕方 (living arrangement) が強いられる結果として生活を自ら支配できなくなるということに問題の本質がある。

この意味において全体の管理が監督者に残っているのであれば、グループホームを含む小規模な環境が必ずしも巨大施設よりもよいということにはならない
(前記テーマ研究)

- イタリアの脱病院化の特徴「病院から地域へ、というのは、単に医療の場が病院の内から外へ移動したということではなく、病むことも含めて人が生きるということそのものを中心に据えたということである」(松嶋健「プシコナウティカ イタリア精神医療の人類学」世界思想社)

p 2 5

尊厳を守る医療福祉の実現へ

- 1980年代までの生存権の実現と御仕着せの福祉としての措置制度
- 1990年代の社会福祉の基礎構造改革論と「措置から契約へ」の建前になった自己決定決定論と本音としての国家の生存権保障義務の後退軽減
- 自助と自己責任を促進する道具にされた自己決定権
- 2000年代の差別禁止と平等権の台頭
- 医療福祉法政策の社会的排除作用 (separate parallel tracks) の反省と平等権論の新自由主義への傾斜への警戒
- 差別禁止と合理的配慮が万能薬 (panacea) ではないことと社会モデルへの省察
- 社会モデルから人権モデルへ

p 2 6

Thank You !

p 2 7

資料編

すべての人の身体的精神的な到達可能な最高水準の健康の享受の権利に関する特別報告者報告 (A/HRC/35/21)

p 2 8

para. 8, 21, 23, 24, 25

- 精神保健サービスは生物医学パラダイムへの還元主義者によって支配されてきており、こうした支配は知的障害者、認識障害のある人、精神障害者、自閉症のある人、そして支配的な文化的、社会的そして政治的基準から外れた人々を排除し、放置し、強制と虐待することをもたらしてきた。

- 精神保健分野での人権の促進と保護は、臨床、研究そして公共政策の場面での権力の再分配にかかっている。精神保健分野における意志決定の権力は生物医学のゲートキーパー、とりわけ製薬業界に支えられた生物医学的な精神医学の手に集中している。このことは総合的なケアの近代的な原則、精神保健の統制、革新的で独立した学際的な研究そして権利に根ざすことを最優先にする精神保健政策を損なっている。・・・国内の精神保健戦略は生物医学的な課題を反映しがちであり、市民社会、精神保健サービスユーザーそして元ユーザー、そして非医療職の様々な分野の専門家の意味ある参加と見解をさえぎる傾向がある。
- 権力の不均衡を基盤としている現行の精神医学の現状は多くのユーザーの不信を導き、精神医療の専門職の評判を脅かし損なっている。
- 複雑な精神的健康に関する事柄の生物医学還元論に基づいた陳腐な知恵は、研究によって支持されないというのに、精神保健政策とサービスを支配している。

p 29

Para. 19

- 精神保健分野は過剰に医学化され続け、精神医学と製薬業界の支持のもとで還元主義的な生物医学モデルは、臨床、政策、研究課題、医学教育、そして精神保健における投資を世界中で支配している。低所得、中所得、高所得のいずれの国々においても精神保健への投資の大多数は不均衡に生物医学モデルの精神医学に基づいたサービスになされている。以前に考えられていたほどには有効ではないという証拠の蓄積、すなわち有害な副作用をもたらし、とりわけ抗うつ剤は軽いあるいは中程度のうつ病には有効とされる経験はプラセボ効果に起因するとされているにもかかわらず、抗精神薬は治療の第一選択として偏って使われている。こうしたリスクにもかかわらず、抗精神薬は世界中の高所得、中所得、低所得の国々での使用が増え続けている。私たちは精神に取り組むための最良の解決策は投薬と他の生化学的な介入であるという神話を売りつけられてきた。

p 30

Para. 20

- 心理社会モデルが生物医学パラダイムに対してのエビデンスベースの対応として出現してきた。これは、精神的健康を害する要因となるリスクファクターと良好な健康状態に積極的に寄与する誘因として、心理社会的経験を理解することによって、生物学的要因（排除するのではなく）の先へと向かう。それは一般的なケアに統合されうる短期間で費用も安い介入をも含むうる。適切に使わ

れるならば、こうした介入は不利な立場に置かれた人たちをエンパワーでき、子供の養育や他の能力を改善し、彼ら自身の状況において個人を目標として関係性の質の改善と自尊心と尊厳を促進することができる。生物医学的介入がより効果的であるという恣意的な仮説を避け、健康の権利に応じる精神保健体制は、生物医学的および社会心理的なモデルと介入は適切にバランスを取られなければならない

p 3 1

Para. 65

精神医療における強制はケアの関係の中で権力のアンバランスを永続させ、不信を引き起こし、スティグマと差別を激化させ、主流の精神保健サービスに助けを求めることをおそれさせ、多くの人を追い払ってきた。障害者権利条約の枠組みで健康への権利を今考える時、医学的強制をラディカルに減らしすべての強制的精神科治療と拘禁を廃絶する方向への動きを促進する即座の行動が求められている。

p 3 2

Para. 77, 79

- 適切に背景と関係性に取り組みない治療へ生物医学還元主義のアプローチは、もはや健康への権利に従っているとはみなされない。生物学的医学の要素は重要であり続けるが、それが支配的であると非生産的であり、権利を持つ主体の力を削ぎ、スティグマと排除を強める。
- 向精神薬は助けになりうるが、誰にでもよくきくわけでもなく、多くのケースで不要である。徴候や適応があるからではなく、有効な心理社会的および公的な保健による介入がないために、向精神薬を処方することは、健康の権利と両立しない。たとえば、「経過観察」中の軽いあるいは中程度のうつ病のほとんどのケースの場合、社会心理的な支援と精神療法が最初の治療であるべきだ。

(特別報告官報告書の邦訳は山本真理訳<https://acppd.org/jngmdp-backup/unhrmechanism/unhrcouncil/4239.html>に依拠して若干の修正を加えたもの)