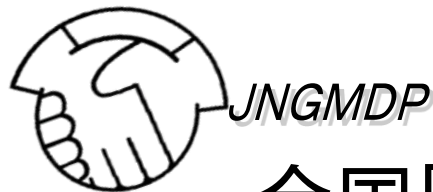


第6回精神障害にも対応した 地域包括ケアシステムの構築に係る 検討会 ～ヒアリング意見書～

2020年12月17日



全国「精神病」者集団

◆全国「精神病」者集団について

○1974年5月に結成。

○精神障害者個人及び団体に構成される全国組織。

○地域患者会、病院患者自治会、都道府県や市町村単位の連合会、障害福祉サービス事業所のピアスタッフ、自立生活センタースタッフなど幅広い会員層をシェアしている。

○世界精神医療ユーザー・サバイバーネットワーク
(WNUSP) 正会員

◆全国「精神病」者集団について：補足資料

1981 国際障害者年
(WHOやRIなどリハビリテーション主導)

1975年に採択された「障害者の権利宣言」を単なる理念ではなく社会で実現するために1976年の国連第31回総会で採択された。完全参加と平等をテーマにリハビリテーションが進められた。

1982 障害者に関する世界行動計画
国連・障害者の10年

国際障害者年の成果をもとに検討された「障害者に関する世界行動計画」が決議された。この計画の実施にあたって1983-92年までを「国連・障害者の10年」とし、各国が計画的な課題解決に取り組むこととなった。

1993.9 国連障害者の機会均等化に関する基準規則

「国連・障害者の10年」の成果として採択された。モニタリングの条文のなかに障害者団体の参画が記されたため、RI、II、DPI、WBU、WFD、WFDb、IFHOH、WFPUが入った。
※WFPUは、後にWNUSPに改称する。

1999 国際障害者団体会長同盟結成
のちに国際障害同盟に改称

国連障害者の機会均等化に関する基準規則モニタリング委員会のメンバーが中心となって結成される。

2006 障害者権利条約の採択
(障害者団体主導・障害の社会モデル)

国際障害コーカスを通じた障害当事者団体の参画

当事者中心の流れへと変わってきた

◆全国「精神病」者集団について:補足資料

1976~ 世界精神医学会は旧ソビエト精神医学会を除名

旧ソビエトによる精神医療濫用が問題となる。これを契機に国連人権委員会差別防止・少数者保護小委員会による原則策定作業が開始されていく。

1982.8 精神障害を理由として拘束された人々の保護に関する指針、原則及び保障」(ダエス草案)
(国際法律家委員会主導・リーガルモデル)

通称ダエス草案は、医療的パターンリズムを極力排除するため、法律による適正手続と公正な判断を採用した。世界精神医学会は、医師が患者の利益となる判断を可能とするよう法律による国家からの介入を批判した。

1988.9 精神障害者の保護と精神保健医療改善のための原則と保障」(パリー草案)の提出
(世界精神医学会主導・メディカルモデル)

パリー草案は、世界精神医学会による批判に応答して大幅に医師の裁量を認めた。その上で精神医療の改善によって患者利益を保護しようとした。

1991 国連精神保健原則採択

パレンスパトリエとポリースパワーの併存。

1991 世界精神医療ユーザー連盟(後のWNUSP)の結成

精神障害を理由とした強制を容認する点でリーガルモデルとメディカルモデルを等しく批判。

別のパラダイムとして法的能力における支援された意思決定パラダイムなどを示していく。

2006 障害者権利条約の採択
(障害者団体主導・障害の社会モデル)

こうして新たなパラダイムによる提言は障害者権利条約に結実した。

当事者中心の流れへと変わってきた

◆社会モデル

1. 障害者権利条約

障害者権利条約は、社会モデルをベースにしている。

2. 社会モデルと人権モデル

社会モデル＝障害を社会の観点から説明するためのもの

人権モデル＝障害に限らず人権問題が達成すべき準拠規範

◆社会モデル

3. 社会モデルの位相

社会モデルには複数の位相があるとされる。

	個人モデル	社会モデル
原因	障害の原因は個人の機能障害にある。	障害の原因は社会的障壁にこそある。
責任	障害に基づく諸問題は障害者個人の責任によるべきである。	障害に基づく諸問題は社会に責任がある。
解消	障害に基づく問題の解消は障害者個人がおこなうべきである。	障害に基づく問題の解消は社会が担うべきである。

◆障害者権利条約について

○障害者の権利に関する条約第14条は、障害を理由とした身体的自由の剥奪を禁止した条文である。

○同条約の策定過程では、もっぱら障害要件のみを理由とした身体的自由の剥奪を禁止する提案が相次いたが、文書 [A/AC.265/2006/1] パラグラフ57によると多くの政府が提案に反対して現行の規定に至った。

○委員会は、第14条ガイドラインのパラグラフ7において障害とその他の要件を理由とした非自発的入院制度を同条約第14条に反するとしている。そのため、精神障害者であることと自傷他害又は医療の必要性を要件とする現行の非自発的入院制度は障害者権利条約の趣旨に反すると考える。

◆障害者権利条約について

○委員会が政府に出した事前質問事項では、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」、特にその第29条、第33条及び第37条、並びに「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」を含め障害者の自由及び身体の安全を実際の障害又は障害があると認められることに基づき制限する法律を撤廃するために講じた措置についての情報を提供を求めている。

○このことから日本政府は国連から非自発的入院制度の廃止を求める厳しい勧告を受けるのではないかと指摘されている。厚生労働省は、勧告を受けた場合、内容に従って関連法制度の見直しを検討し、法改正を含む必要な措置を講じると答弁している。

◆退院後支援

1. 退院後支援の問題

「相模原市の障害者支援施設における事件の検証及び再発防止策検討チームの報告書」に示されたとおり、事件の再発防止を契機として成立した経緯がある。精神障害者と犯罪と結びつける偏見が助長され、医療現場が治安的に歪められてしまわないかと深刻に憂慮している。

2. 診療報酬・補助金の対象者

「地方公共団体による精神障害者の退院後支援に関するガイドライン」（以下、「退院後支援ガイドライン」とする。）は、医療保護入院や任意入院を対象としている。しかし、補助金事業は措置入院者の退院後支援だけを対象としている。

◆退院後支援

3. 構築支援事業のモデルケース

○精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築支援事業『精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築のための手引き(2019年度版)』には、退院後支援のモデル事例として鳥取県の取り組みが紹介されている。

○「鳥取県措置入院解除後の支援体制に係るマニュアル」は、廃案になった精神保健福祉法改正法案が審議入りする前の2017年3月に公布されたものである。内容は、法案審査の内容を反映した「退院後支援ガイドライン」とも大きく異なる。

○全体的に治安的な方向に進んでいまいかと憂慮する。

◆措置入院の運用

1. 協議の場の運用

グレーゾーン対応を協議するために使用する事例は操作的にならないように慎重であるべき。例えば、キーパーソンになりそうな登場人物が警察関係者以外存在しない事例などは用いるべきではない。

2. 指定医による診断の運用

指定医は、診断時に警察から当該精神障害者の情報提供を受けることがある。しかし、その情報が専ら利害対立している家族からの供述に依拠したものであり、形式的にも事実誤認が認められる事例を確認した。警察から提供を受けた情報の活用は慎重であるべきと考える。

◆ピアサポートの活用

1. 第4次障害者基本計画における位置付け

○当事者活動（ピアサポート）については、次のような内容が定められている。

- ・ 障害当事者による国際協力活動。
- ・ 政策決定過程に参画して障害当事者の立場から意見を言うこと。
- ・ 支援にピアサポートを活用すること。（精神障害にも対応した地域包括ケアシステム、障害福祉サービス事業における活用、障害者相談員制度など）

◆ピアサポートの活用

2. ピアサポーターの独立性

ピアサポーター（ピアスタッフ）を障害福祉サービス事業所の安価な下層労働者に陥らせないためにも独立性を担保することが重要になる。

【方策】

- ・ピアサポートに対する報酬の付与
- ・研修の構築とピアサポートの組織化
- ・障害者団体との連帯
- ・団体としてのピアサポート
- ・固有の役割の明確化

※赤字部分は着手されていない。

◆ピアサポートの活用

3. 現行制度におけるピアサポート像

○障害者ピアサポート研修事業実施要項では、平成30年度厚生労働科学研究「障害者ピアサポートの専門性を高めるための研究」及び平成31年度厚生労働科学研究「障害者ピアサポートの専門性を高めるための研修に係る講師を担える人材の養成及び普及のための研究」で作成されたテキストの活用が推奨されている。

【テキストにおけるピアサポートに期待される機能】

- ・ 疾病経験があるから共感できること。
- ・ 利用者にとっても相談しやすいこと。
- ・ 多職種と同じ立場を共有し、利用者と周囲の橋渡しをしていくこと。

◆ピアサポートの活用

4. ピアサポートの価値

○ピアサポートは単に自らの疾病経験を相対化しながら傾聴し、言語化するだけの中継職に陥ってはならない。

○目標とされるリカバリーは言語化を省略するためのブラックボックスと化してはならない。

○多職種連携は、互いの異なる役割を明確化することで独立性を認め合うものである。障害の経験は、単なる知識にとどめるのではなく、立場の違いや固有の役割として捉えてるとともに、立場を共有した者同士の集合行為という本質的な観点に立たなければならない。

◆ピアサポートの活用

5. 立場の違いを踏まえつつ連携すること

立場の違いを生かしたかたちで障害福祉サービス事業における業務への携わり方を模索することが重要である。

【全国「精神病」者集団からの提案】

○ピアサポーターの役割

- ・ サービス評価における当事者の観点からの役割。
- ・ 虐待防止・差別解消をはじめとする障害福祉サービス事業の職員向け研修における役割。
- ・ 経験の活用は支援だけではなく同僚の支援者たちにもこそ向けられるべきである。

◆ピアサポートの活用

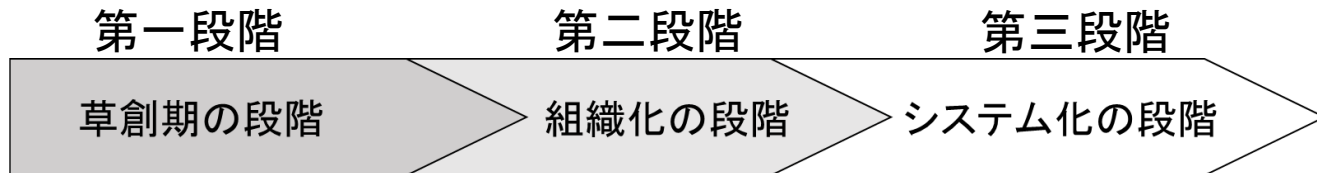
○報酬の付与

- ・ 全障害福祉サービスを加算対象にすべきである。
- ・ 「ピア」であることの挙証方法を機能障害の証明にすべきではない。ピアサポーターは、仲間同士の集合的合意により承認されるものであるため、要件を満たした障害者団体の推薦などによって証明されるべきである。

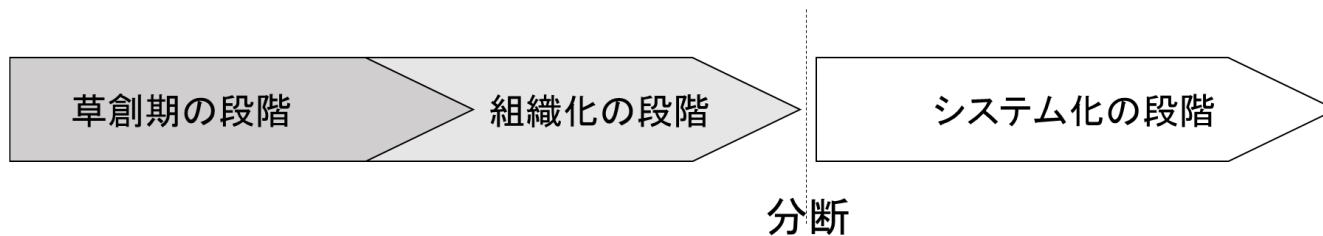
○人材育成

- ・ ピアサポート研修テキストは、ブラッシュアップとともにピアサポーターの独立性の観点から大幅な見直しを要する。
- ・ 1970年代から存在する従来の当事者活動の歴史を踏襲した内容にすること。

◆ピアサポートの活用



価値を模索する時期から価値に基づく集合行為を経て、価値を体系的に継承する段階に入る。この三段階全てが当事者活動、すなわちピアサポート活動である。



制度化されたピアサポート活動は、従来の当事者活動と切り離されて進んでおり分断、価値の継承、独立性という点で問題がある。

○団体としてのピアサポートを支援する方策を考える必要がある。ボランティアに依拠している。

◆地域移行と基準病床

- 障害福祉計画の国の指針には早期退院率1年以内92%が書き込まれた。これでは、新規入院者の約15人に1人が新たに1年以上長期入院になっていくことを意味する。新たな長期入院者が作り出されないような目標値にしなければならない。
- 現行の算定式では、1年以上在院者を長期入院と定義しているが、実際に入院すると2ヶ月であっても非常に長期と感ずるため、長期入院の定義は改められるべきである。
- 長期入院需要については、10年以上在院者も含まれることになるが、これを一般的に需要と言う言葉で表現すべきとは考えない。基準病床算定式の係数aと係数bは、長期入院を疾病の問題に帰属する観点にたつため問題がある。

◆行動制限最小化

○入院医療から地域生活に移行する上では、病院医療の質がその後の生活の質に大きくかかわってくる。とくに行動制限は、その後の信頼関係にかかわるため無視できない問題である。

○身体拘束については、現場の努力だけでは限界があり、国がゼロ化を目指す指針を出すとともに予算措置を講じて取り組む必要がある。

◆今後の検討会

- 本検討会は、障害保健福祉部長が開催するもので、必要に応じ、構成員による協議の上、適当と認める者を参考人として招致することができることとされている。
- 全国「精神病」者集団のように幅広い会員層をシェアする団体からの参画が不可欠であると考えるため、今後開催される検討会のすべてに参考人の招致を続けていただきたい