

システムから変えた ニュージーランド

当事者参加のあり方



¥500-ワン・コイン・シリーズ

2007. 3

システムから変えたニュージーランド 当事者参加のあり方

序文 新開 貴夫	2
オーヘイガン氏略歴（本人による）	6
利用者はどのような影響を精神保健システムに与えているか メアリー・オーヘイガン 2004年 東京講演	7
ユーザーが精神保健分野で働く！ メアリー・オーヘイガン 2004年 青森講演	20
精神保健サービスに効果的に利用者が参画するための手引き A Guide to Effective Consumer Participation in Mental Health Services	29
ニュージーランドにおけるメンタルヘルスサービスへの当事者の参画 平 直子	44

システムから変えたニュージーランド 当事者参加のあり方
定価500円

2007年 3月 第1刷

編集・発行：RAC研究会

〒079-8412 旭川市永山2条4丁目2の11 シャンノール2・4 101号
FAX: 050-1058-8330 e-mail: xcqgj891@ybb.ne.jp

デザイン・イラスト: 西畑 ありさ 印刷: 港洋社

実践の例(5)

チャレンジトラスト～シニア・クライアント・レップの仕事

役割

当事者の視点をサービスに活かす

仕事

- ①当事者マネージャーとして管理者会議への参加
- ②サービス利用者の意見を吸い上げる
 - ・各サービスでの利用者ミーティングへ参加
 - ・利用者代表によるミーティングの開催
- ③利用者全体のレクリエーションの企画 など

ニュージーランドで当事者の参画や当事者活動を支えたもの

〔1970年代〕

- 脱施設化に始まった精神障害者の人権の重要性の認識の増加

〔1970～1980年代〕

- マオリの人々による参画への要求の増加

〔1980年代〕

- 政府の機関が、選挙権所有者に、より相談するようになったこと

〔1980年代後半〕

- 当事者が、組織を作り、参画を要求し始めたこと
- 利用者の参画、利用者によるサービスの提供を可能にするために、社会資源を利用できるようになったこと

〔1990年代初め〕

- 政府の施策が、利用者の参画を求めるようになったこと など

メアリー・オーヘイガン氏(平成19年)

私が初めてこの言葉に出会ったのは、2001年の6月、メアリーさんと初めてお会いした時のことでした。当時私は精神保健福祉士として勤務していた精神科病院を退職し、ニュージーランドを旅行していたところでした。長野さんから事前にメアリーさんの電話番号を教えてもらっていたのですが、彼女が引越しをしており、ニュージーランドに着いた当初、連絡が全くつかない状況でした。そして紆余曲折を経て、メアリーさんとお会い出来た時に、「リカバリー」という言葉を教わったのです。それはとても素晴らしい体験でした。彼女の家に招かれ、夕食をごちそうになりました。今でも憶えています。

「全く知らないところ、言葉の全く通じないところに行って、人に親切にしてもらえた」ということは、私にとって、とても大事な記憶になりました。

帰国後、精神医療関係の友人に「リカバリー」について話しましたが、数人を除いてあまり共感を得られませんでした。しかし、精神医療利用者の友人からは、とても共感的な反応が得られたことを憶えています。しかし、こうも言われました。「似たようなことは、私たち精神医療利用者は、日本でも昔から繰り返し何度も言ってきたのだ」と。

その後、海外から精神科リハビリテーションの研究がたくさん紹介されるようになって、「リカバリー」という言葉は、今では当たり前に使われるようになりました(私たちのRAC研究会の「R」も、この「リカバリー」を意味しています)。

そして、2007年1月現在、精神保健委員会のWebサイトを見てみると、もともと期間限定で設置された精神保健委員会は、2007年8月末までに仕事を終えるとしてあります。ニュージーランドの精神医療利用者の参画を含め、精神保健領域の課題は、一応の達成を見た、ということなのでしょう。

さて、今回のパンフレットは精神保健福祉領域で働く方はもちろん、精神医療利用者の方や、障害学を学ぶ方にとっても興味深い構成になっています。

精神医療利用者の参画は、利用者自身に多くの勉強と寛容さ、何より忍耐力を求めるものであったとしても、決して「不可能ではない」のだということを、これらの文献が強く語りかけてくれます。一人でも多くの皆さまのお役に立てることを願っている次第です。

それぞれの文献については、RAC研究会内外の有志が翻訳をしています。それぞれが熱意を持って作業してくれたものです。しかしそれでも、言葉の足りないところなどがあったりするかもしれません。ご意見などもあるかと思いますが、大方のご教授を願えば、幸いに思います。

ところで今回、RAC研究会の新代表から、私が「序文を書く」という大役を仰せつかりました。「ニュージーランドの精神保健の現状を書いて欲しい」とのことでしたが、私が2回目に行ったのは、3年も前のことで、その時は集団精神療法の1つ、心理劇の勉強がメインでした。なので、序文を書くにあたって、精神保健委員会のWebサイト (<http://www.mhc.govt.nz/>) を参考にさせていただきました。それでも語学力のなさはいかんともしがたく、課題から離れた文章になってしまった気がしています(代表、申し訳ないです)。

最後に、このパンフレットの作成に熱意を持ってあたられたRAC研究会の新代表の出塩康代さんと、翻訳にあたられた有志の方々に敬意を表すとともに、オーヘイガン氏の青森講演の掲載を快く承諾して下さったセルフヘルプクラブ及び出版の機会を与えていただきました財団法人キリン福祉財団に感謝の意を表します。

新開 貴夫

実践の例(4)

オークランド地区当事者(コンシューマー)ネットワーク

概要

2002年設立の非営利団体

当事者による当事者のための活動

活動

- 当事者支援(権利擁護・研修・情報提供など)
- 地域の精神医療・保健・福祉機関とのネットワーク
- 地域の問題の把握と取り組み など
- URL <http://www.rcnet.co.nz/>

実践の例(5)

チャレンジトラスト

～サービス概要と当事者代表の位置づけ

概要

- 1995年設立の非営利団体
- 5つの居住施設、当事者と家族のネットワーク支援センター、地域支援サービスの提供

当事者代表の位置づけ

- シニアクライアントレップ(管理者レベル) 1名
- クライアントレップ 各サービスに1名

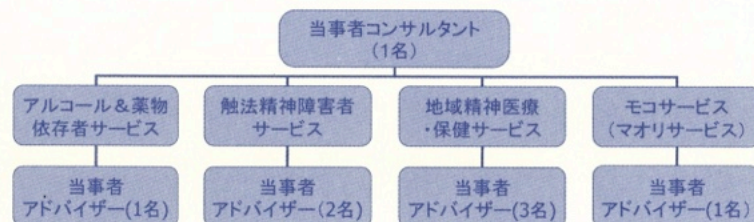
実践の例(3)

ワイテマタ保健局～当事者の職種と役割

- 当事者 (コンシューマー) コンサルタント 1名
役割: 総責任者へアドバイスの提供
コンシューマーアドバイザー支援 など
- 当事者 (コンシューマー) アドバイザー 7名
役割: サービス管理者へアドバイスの提供
サービスの展開への積極的な関わり

実践の例(3)

ワイテマタ保健局～精神保健サービス組織図



メアリー・オーヘイガン

2004 年

東京講演／青森講演

Short Biography



メアリー・オーヘイガン氏略歴（本人による）

メアリー・オーヘイガンは深刻な精神保健上の問題を経験し、若いときに精神保健サービスを数年間利用した。徐々に彼女は、多くの人が彼女と同じように精神保健システムに助けられたり、理解されておらず、システムによって深く傷ついている人もいることがわかってきた。社会も精神保健システムと共謀して、最も軽視されている市民の権利や参画を支持していない。このような状況に対しメアリーは1980年代半ばにニュージーランドでユーザー／サバイバー運動を起こした。1991年から1995年まで世界精神医療ユーザー・サバイバーネットワークの初代議長を勤めた。2000年以来ニュージーランドの精神保健コミッショナーをしている。ここ20年以上様々な機関で多くの地位を占めてきたが、常に利用者のサービスに対する期待を推進し、同時に社会への完全参加を最優先の公約としている。

Mary O' Hagan

Mary O' Hagan experienced severe mental health problems and used mental health services for several years as a young woman. She slowly realised that, like herself, many people were not helped or understood in the mental health system and some were deeply harmed by it. Society, in collusion with the mental health system, had also failed to uphold the rights and participation of some of its most marginalised citizens. In response to this, Mary initiated the user/survivor movement in New Zealand in the mid 1980s. From 1991 to 1995 she was the first chair of the World Network of Users and Survivors of Psychiatry. Mary has been a mental health commissioner in New Zealand since 2000. Over the last two decades she has occupied many roles in many types of agencies, always with an overriding commitment to promote service user expectations of services as well as their full participation in society.

実践の例(2)

マインド&ボディ コンサルタント社 活動内容

- 当事者としてのアドバイスの提供
施策、精神保健サービスの計画・実施・評価に対するアドバイス（国際レベル、国レベル、地域レベル、地区レベル）
- ピアサポートサービスの提供
- 調査研究、サービス開発事業の実施
- 医療ケア倫理と倫理的な実践の促進

実践の例(3)

ワイテマタ保健局～地区の精神科医療サービス概要

- 入院医療：2病院
（総合病院内 37床+29床、計66床）
- 外来治療：精神保健センター（2箇所）
総合病院内にあるクリニック

注 ワイテマタ地区の人口：約50万人

実践の例(1)

精神保健委員会 (Mental Health Commission)

目的: 精神保健サービスの改革を確実に進めること

歴史: 1998年に設立 (5年間の予定だったが、2007年まで延長される)

活動:

- ・国の精神保健計画のモニタリング、報告
- ・偏見、差別撤廃に向けての関係機関との連携
- ・精神保健サービス従事者の労働力の増強
(リカバリーアプローチの促進)
- ・広報 ・出版 など

委員: 3名 (1名は当事者委員: メアリー・オーヘイガン氏)

URL <http://www.mhc.govt.nz/>

実践の例(2)

マインド&ボディ コンサルタント社 概要

- 設立: 当事者が2000年に始めた株式会社
- 職員: 19名 (全員当事者)
- 運営費: オークランド地域保健局の委託事業
(当事者としてのアドバイス事業など)
国のモデル事業や研究調査費 など
- URL <http://www.mindandbody.co.nz/>

利用者はどのような影響を 精神保健システムに与えているか

メアリー・オーヘイガン

2004年 東京講演

きっかけは80年代半ばに起こった自己決定の運動

ニュージーランドで利用者運動が始まったのは1985年ごろです。それまではニュージーランドの精神保健システムは本質的にパターンリズムでした。精神保健ワーカーが利用者に代わって物事を決定していました。個人レベルでは、どんな薬を飲み、いつ病院に行くか指示され、自らの治療やサポートについての決定に参加していませんでした。集団レベルでは、精神保健サービスの運営や政策に関して何の影響も持っていませんでした。決定への扉は完全に閉ざされていました。

しかし80年代半ばに変わり始めました。利用者が、自らの治療や精神保健システムの決定に参加すべきだと言い始めたのです。1987年に私はニュージーランドで初めての利用者だけの組織を立ち上げました。サイキアトリック・サバイバーズ(訳注: 精神医療からの生還者)は、オークランドを拠点とし、精神保健システムから独立したセルフヘルプ及び権利擁護の団体で、従来の体制を変えようとしていました。1990年には仲間の何人かが国レベルの精神保健システムを変えることを主張して、サバイバーの全国ネットワークを設立しました。

効果的な利用者参加は、システム内部で働くことと システムから独立した利用者グループの存在

1989年には政府の新しい政策により、利用者はサービスの計画、提供、評価に参加することになりました。利用者参加の時代が始まったのです。精神保健システムを動かしている人々は利用者に対し決定への扉を開き始めました。しかし全般的に扉はそんなに広くは開かれませんでした。たしかに参加

はパターンリズムに対する大きな前進ですが、政策実施の初期には「お飾り」的なものがほとんどで真の参加は稀でした。

利用者は2つの方法でサービスに参加することが出来ました。1つは、システムに関係していない独立の利用者が権利擁護グループを運営することで、もう1つは精神保健システム内部で働くことです。始めはほとんどの利用者が、自分たちで運営している権利擁護グループで働いていましたが、しかし90年代を通して、より多くの利用者が精神保健システム内部で働くようになりました。残念なことに、これが独立した利用者運動を弱くしてしまいました。利用者が精神保健システムに影響を与える最高の機会は、精神保健システム内部で働くだけでなく、独立した強い権利擁護を持つときです。

ここが重要。利用者グループの運営

私が独立した利用者グループで働いていたときには多くのことを成し遂げましたが、間違いも少なくありませんでした。利用者に対する私の助言は、成功と失敗の両方に基づくものです。

1. 組織の理念は簡潔で短く。みんなが合意していること

まず第一に利用者運営の組織では、強制はしない、利用者の社会的平等を求めるなどの最も重要な点について合意していることを確認して下さい。組織の理念は簡潔で短いものの方がいいでしょう。

2. 活動計画は欲張らずに。費用対効果を考えて

精神保健システムの誤り全部を正す力も資源もないことを自覚した上で活動計画を立てましょう。最も重要な課題を決めてから費用対効果を予測しましょう。多くの場合、最小努力で最大効果が得られる課題を選ぶのが良いでしょう。

当事者の参画の三つのレベル

- 政策レベル:
当事者の代表として政策決定過程に関わり、意見を述べる
- 組織レベル:
当事者でサービス組織を作り、運営する
サービス提供組織などで当事者の意見を活かす
例: 利用者/職員として、意見を述べる
- 個人レベル:
自分の生活、治療、支援について意見を述べる

当事者活動の種類

- 政策提言、審議会委員
- 権利擁護
- 精神医療・保健・福祉サービスの提供、アドバイザー、サービスの質のチェック
- 調査研究
- 啓発活動、教育
- ネットワーク作り
- セルフヘルプ など

リカバリー・アプローチ

リカバリーアプローチを用いた精神保健サービスは、以下のことを行わなくてはならない

- 当事者のエンパワメント
- 当事者の権利の保障
- 当事者が、精神保健とウェル・ビーイング(健康・幸福)に関して、なるべく自分で管理するようにすること
- 当事者が十分に社会参加できるようにすること(差別をなくす) など

(1998年 ブループリント)

リカバリー・アプローチの六つの方法

- 当事者を地域社会につなげること
- 効く治療と支援を提供すること
- 人生に希望を与えること
- 敬意を持って接し、対等なパートナーとなること
- その当事者自身の工夫、資力を活かすこと
- 苦しみの意味を見出すことを手助けすること

(Mental Health Commission のポスターより)

3. リーダーは支配者でなくメンバーの使用人であれ

全てのメンバーと定期的に話し、全員が最新の情報を得て、話し合いや決定に参加できるよう確認しましょう。もしあなたがリーダーならば支配者でなく使用人になりましょう。しかしリーダーとして、あなたの考えに賛成するようメンバーを説得することをためらってはなりません。同時にメンバーに最終決定権があることを受け入れましょう。

4. 利用者以外の人と提携する。しかし乗っ取られてはいけない

同じような意識を持った非利用者、特にあなた方の組織に欠けている技術や伝手を持っている人々と提携しましょう。そういう味方が有力者への扉を開けたり、組織に関するあらゆる面について助言してくれるのです。しかしながら味方が組織を乗っ取って、組織を代表して決定し始めるようなことがあってはなりません。

5. 政府や行政の問題を解決してあげる !?

出来るだけ多くの政府や行政の人と知り合いましょう。利用者の考えは精神保健システムの発展に不可欠であることを、文書を送ったり実際に会って説得しましょう。合理的な論争や、人間的な物語、利用者の影響力や精神保健サービスに関する外国の例を使いましょう。政治家や官僚の考えを理解しようと努め、可能ならあなたの考えを、彼らの問題を解決する案として提供しましょう。

6. マスコミを利用するときは慎重に

マスコミとは良く連絡をとりあい、慎重に利用しましょう。伝えて欲しい中心的なメッセージを決めましょう。権限のある人を困らせるためにマスコミを利用してはなりません。その人が必要になる日が来るかもしれません。見出しになった時に困るようなことは言うてはいけません。読者や視聴者のことを考えてメッセージは理解しやすいものにしましょう。ジャーナリストの質問全てに直接答えるのではなく、中心となるメッセージが伝わるようにしましょう。

7. 財源から「信用される組織」になる

利用者組織設立でもっとも困難なことは、運営資金を見つけることです。お金があれば組織内部及び外部との意思疎通がより容易になります。お金があれば報酬を支払えるので組織が健全になり、計画も実行できます。味方や官僚や政治家と連絡を取り合っていれば、その種の財源から資金を得る機会が増すでしょう。資金提供者になりそうな人が考えていることや、お金を出すのに価値する良い組織だという信用を得るには何が必要か、をつかんで下さい。政府から独立した利用者組織として精神保健システムから資金援助を受けたいかどうか決めておきましょう。

8. 計画立案・運営・経理をシビアにチェック

最後に、組織の発展が拡大に見合っているかどうか確かめて下さい。特に資金援助を受けた時には。少なくとも運営委員の何人かは組織の計画立案、運営、経理を監視する必要があります。人を雇っている組織では人材や財源が賢く良く使われていることを保証できるよう、きちんとした運営がなされていなければなりません。

これらが、ニュージーランド国内及び国際的に学んだことです。日本のみなさんに関係があることも無いこともあるでしょう。

当事者活動を支える公的文書

1989年「全国精神保健合同協定」

当事者参画の必要性の認識、国が参画とネットワークの予算をつける

1994年「ルッキング・フワード」〔精神保健の10年計画〕

基本理念として「当事者のエンパワメント」を挙げる
通常の精神保健予算と別に7千万NZドル(約42億円)の予算をつける

1995年「精神保健サービスにおける効果的な精神障害者の参画の手引き」

1997年「ムービング・フワード」〔精神保健計画の改訂版〕

目標として「精神保健サービスへの当事者の参画の推進」が盛り込まれる

1998年「ブループリント」〔精神保健サービスに関する詳細な計画書〕

精神保健福祉サービスは、「リカバリーアプローチ」をとる

2001年「精神保健サービスの国家基準」

リカバリーとは

- 精神保健の問題の有無に関わらず、よりよく生きること(living well)
- リカバリーは、
 - ・精神障害者が、自分の生活の改善に積極的な役割を取る時、
 - ・地域が、精神障害者を包みいれる時、
 - ・そして、精神保健サービスが、当事者、地域、家族との協力を進める時、に起こる

福祉の状況(1)

日本との違い

・充実している住居サービス

- ・種類や数が、日本と比較にならないほど多い
- ・入居定員: 5-6人が上限である ・個室
- ・職員の支援は、種類により様々である(訪問のみ~24時間)

・1対1の地域生活支援サービス

- ・サポートワーカーによる訪問サービス
銀行同伴、散歩、安否確認などを行う
- * サポートワーカーは、当事者を含め、様々な人が、精神保健福祉領域で働くことを推進するために、1998年にできた新しい職種である

福祉の状況(2)

日本との違い

・様々な種類の通所サービス

日本に比べて、数、種類が圧倒的に多い

・サービスへの当事者の参画 など

政策レベル、組織レベル、個人レベルでの参画

・ユニークな芸術活動

例: Pablos Art Studio アトリエ提供、ギャラリーでの作品販売
URL <http://www.pablosart.org.nz/>

・家族支援サービス

全国組織をもつ非営利団体が、専門家を雇い、支援を提供

システムの内部で利用者が働くとき…

では、これからサービスに影響を与える別のやり方——精神保健システムの内部から——についてお話ししましょう。

利用者参加の新しい政策は、精神保健システムの中に利用者用の仕事を作り、就労の道を開きました。1990年代を通じて、ほとんどの精神保健サービスは利用者アドバイザーという職を創設しました。その役割は利用者と相談して利用者の視点を運営に持ち込むことです。1990年代に開発されたその他の利用者の仕事は精神保健ワーカーの指導員、研究者及び政府の政策策定委員会の委員などでした。すべての利用者が自分の仕事に利用者の視点を持ちこみました。

しかし、上記の利用者は多くの問題に直面しました。彼らはサービスにいくらかの影響を与えましたが、重要な決定をする力はありませんでした。また彼らの仕事は精神保健システムにとって馴染みのないものだったために職務はあいまいでした。仕事に必要な訓練もサポートも欠けていました。



利用者参加から利用者リーダーシップへ

利用者参加の政策は利用者運動がサービスの方向性に影響を与えるのを助けました。しかし、この政策のもとで私たちは意思決定への扉を開けるのに精神保健システムを頼ってしまいました。利用者は扉を開ける力を私たち自身が持って欲しかったのです。それこそが利用者リーダーシップなのです。私たちはもはや利用者参加の時代は終わったと言っています。リーダーシップとは、参加するのに善意の精神保健ワーカーの許可を得る必要がないことです。それは単に利用者が精神保健システムに影響を与えるだけでなく、利用者が精神保健システムを統轄することです。つまり精神保健システムの有力な地位すべてに利用者があることです。それは強力に独立した利用者の権利擁護及び利用者が運営するサービスを意味しています。

1. 影響力のある地位すべてに利用者がある

例えばニュージーランドには今日、最も影響力のある地位の一つであるコミッショナーに利用者が任命されています。精神保健委員会には職員にも利用者があり、利用者諮問団がおかれ、利用者養成のための研修事業もあります。国レベルの、精神病患者に対する差別対策プロジェクトは、方向性に関する主要な決定をするために利用者による実行委員会を立ち上げようとしています。

ニュージーランドには、どのサービスへどのくらい補助金を出すかを決める立場にも利用者がありますし、主要な精神保健サービスを運営する利用者もいます。また、精神保健システムに助言、調査、養成及び事業評価を売っている利用者経営のコンサルタント会社もあります。何人かの利用者は政府施策の統轄会議のメンバーです。ウエリントン市の大規模事業所の代表者をしている利用者もいます。今日、大部分の事業所には利用者アドバイザーがいます。

精神科医療の状況(1)

病床数と平均在院日数

ニュージーランドの精神科病床数(人口比)は、日本の約1/7、平均在院日数は、日本の約1/17である

	ニュージーランド	日本
精神科病床数 (人口1万人対)	3.8床 (平成17年・WHO)	27.8床 (平成16年・厚生省)
平均在院日数	20.3日 (平成14年・保健省)	338.0日 (平成16年・厚生省)

*ニュージーランドでは、郊外に千床以上の大規模な公立の精神科単科病院が建てられていたが、1990年代にほとんどの病院を閉鎖した。その際、ニーズに合わせて代替サービスを準備し、病院の閉鎖を計画的に行った

精神科医療の状況(2)

日本との違い

- 精神科病床は、公立総合病院の精神科病棟だけにある
・病棟の定員: 少ない ・病棟のスタッフ数: 多い
例: ティアホマイ病院 3病棟各15床(計45床)に対し精神科医3名勤務
- 外来治療は、精神保健センターや公立総合病院で行う
- 無料の精神科医療(GPと呼ばれる内科医による薬の処方是有料)
- 盛んな訪問サービス(対象別のチーム医療: ACTなど)
- 早期介入医療(初発の人を対象とした医療)の実施
- 強制入院だけでなく強制通院制度がある。強制的な医療の必要性について定期的に審査する(本人などが参加)
- 新薬(非定型抗精神病薬)の使用率: 日本に比べて高い など

ニュージーランドにおける メンタルヘルスサービスへの当事者の参画

西南学院大学 社会福祉学科 平 直子

2007年2月

ニュージーランドの概要

- 首都 ウェリントン
- 面積 約27万534km²
(日本の約3/4)
- 人口 412万人(2005年)
(日本の約1/31)
ヨーロッパ系 約75%
先住民マオリ 約14%
- 主な産業 農産品
(酪農品・食肉・林産物・魚類)



2. 利用者ネットワーク、権利擁護サービス、利用者によるサービスの提供

ここ数年政府はサービスに関する決定への参加を求めて、4地域で当該地域の利用者ネットワークに補助金を提供しています。古い全国ネットワークは1998年に機能を停止しましたが、今ちょうど新しい全国ネットワークが設立途上にあります。サービスに不満のある利用者に権利擁護サービスを提供したり、利用者に支援サービスを提供している地方の利用者グループもあります。これらの利用者によるサービス事業所のいくつかは多くの資金を得ています。

もはや利用者参画の時代は終わった!!



鍵はリカバリーアプローチ。ニュージーランドでも挑戦は続く

しかし、ニュージーランドの精神保健システムで私たちが真の利用者リーダーシップを達成するまでには、まだ長い道程があります。しかし私たちは達成に向かって努力し続けています。精神保健システムにリカバリーアプローチを採用させた私たちの方針が利用者リーダーシップへの道を開いたのです。なぜならリカバリーアプローチは、利用者が自分自身のリカバリーについて能動的になることを可能にし、サービスに対し私たちが自己決定できる人間として扱うことを要求出来るからです。

1. 利用者に就労のチャンス

ニュージーランドの利用者はまた責任者、支援ワーカー、権利擁護者、精神科医、看護師等として、すべての仕事において精神保健労働人口における利用者数を実質的に増加させる、という利用者労働力開発戦略を完成させようとしています。この戦略は利用者労働力が成功するには、より多くの機会、研修、サポートが必要だと認めています。この戦略の実施に当たっては政府が資金を提供することになっています。

2.3.4 評価のための戦略

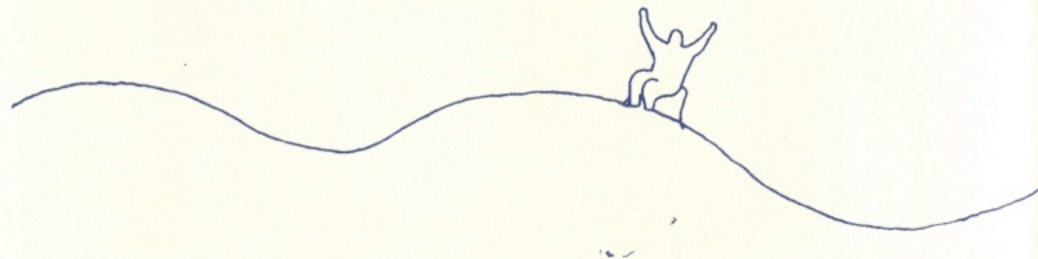
a. サービスを評価すること

- ・評価研究は利用者との実証的な関連があるはずだ。
- ・利用者はサービスを評価する際にアセスメントされる成果やこれらの成果をどのように評価するのか検討することにも関与すべきである。利用者とサービス提供者は、成功の尺度としてしばしば異なった成果を重視するというのが、研究から明らかにされている。
- ・利用者が彼らの経験や関心事について語る場として、アイデアを形にし、態度や価値観をあらためて問う機会として、スタッフを対象とした教育フォーラムを開催すること。必要ならば定期的な再評価と、アプローチやフォーカスの見直しを含めた、スタッフのためのセッションを継続することは大事なことだろう。独立して機能する世話役は、意見が対立したときの対策として話し合いをすすめたり力を貸したりするのに役に立つこともある。

b. 参画プロセスを評価すること

- ・重要なことは、サービス評価に参画する利用者に、そのサービスの受給資格を参加条件とされることはなく、また参加によって不利益を被ることもないことを知らせておくことである。
- ・サービス利用者参画プロセスを定期的に再評価することを公約すること。利用者やスタッフによる参画プロセス再評価は、形だけの平等主義的関与を未然に防ぎ、今後の利用者との前向きで効果的な関係を後押しするだろう。

訳者分担：齋藤 明子 はじめに、1章1.1、1.2
平 直子/和田 智子 1章1.3 和田 智子/平 直子 2章2.3.3
村上 満子 2章2.1、2.2、2.3.1、2.3.2、2.3.4



(5) すべての参加者の特別なニーズは考慮して、できるだけ満たすようにする。たとえば、支援者の同伴を望む利用者がいるかもしれない。お茶の時間をきちんと入れて、必要な人は誰でも会議の合間に短い休憩が取れるようにする。

(6) 会議には、できるだけ食べ物を用意して、利用者へのもてなしとする。利用者から、支援者として親族を連れていきたいという申し出があった場合は、できるだけ認める。マオリ人の利用者の出席がある時は、会議の中で正式な歓迎と別れの儀式を執り行って、マオリ人の利用者とその他の出席者に敬意を払う。

(7) 会議には、できれば複数の利用者を招く。そうすれば、利用者の代表は、より自信を持って出席することができ、安心して発言できる環境作りに役立つ。

(8) 職員採用時の面接では、利用者の代表は、応募者に対して利用者のエンパワメントに関わっている証拠の提示、その他の適切な質問をすることを望むかもしれない。

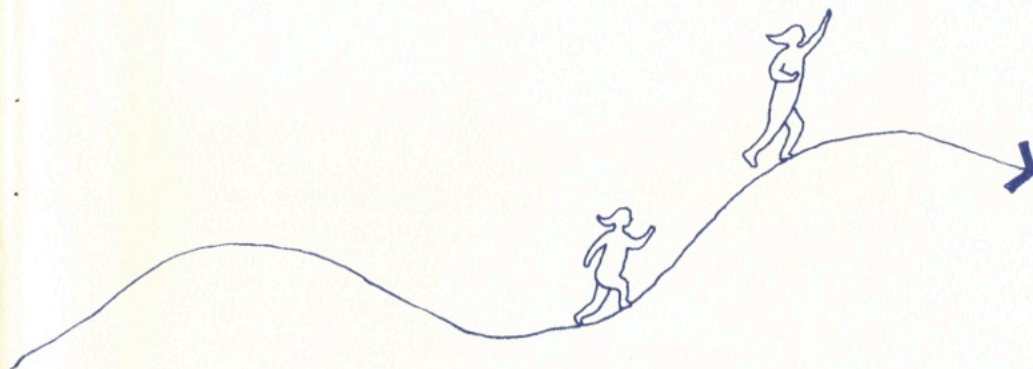
2. 利用者の視点を伝えるマスコミ

また私たちは、利用者がマスコミに話をする機会を増やしたり、そのときに助言を受けたりできる事業に乗り出そうとしています。今、ニュージーランドの人々は、偏屈な人や政治家や経営者の考えだけでなく利用者の考えを聞いたり読んだりするようになりました。

3. そして強い独立した運動が必要

利用者はとうとうニュージーランドの精神保健システムを形造り始めたのです。そのためには精神保健システム内部で有力な地位につく利用者だけでなく、強い独立した運動が必要です。さらに最も必要なことは利用者参加の政策から利用者リーダーシップの政策へと移行することです。

みなさんは日本の精神保健システムに影響を与えようと努力されていることでしょう。少なくとも私が自国について述べたことの何かが、あなた方を奮い立たせ、貴重なお仕事の継続に役立つことを願っています。



利用者リーダーシップは
どこまで普及しているか？

質問：利用者リーダーシップ論というのはニュージーランドではどのくらい普及しているのでしょうか。具体的に教えて頂けるとありがたいです。

メアリー：ニュージーランドでは、2000年に「障害者戦略」を作り、障害者のリーダーシップについて説明しました。そして2004年、精神保健サービスの利用者は、「障害者参画」ではなく「障害者リーダーシップ」であると決めましたが、実際の政策はまだ追いついていないようです。

利用者は、システムに参加すべきか、
システムの外で戦うべきか？

質問：私たちの国でも30年前から当事者運動があるわけですが、今現在様々な溝が、お互いの間に出来ていて、なかなか一つの声になれない。最も大きな溝は、参加するのか、戦うのかというものです。どういう形で参加するのか、という以前に、参加すると今の強制的、差別的な体制に加担してしまうという議論が結構あります。私もそちらに近かったりするのですが、おそらくそういった議論がニュージーランドでも当事者参加が語られた時に、あったのではないかと思います。当事者運動の分断を、どう乗り越えて来たのか、という体験を話してほしい。

メアリー：ニュージーランドでも、似たような議論がありました。しかしアメリカのように憎み合うということはありません。私は外からもの申していくことも大

は、席をはずしたいのか、あるいは別の利用者を推薦したいのかを利用者が決められるように、会議の前か、会議の中で意見を求めるべきである。

b. 会議室の中で

(1) 双方の参加者が、対等となるように努力すべきである。利用者は、専門家に支配される場に身を置きたいとは思わない。利用者の発言に誰もが耳を傾けるよう、議事進行には、より一層の注意を払い、慎重に行なう。

(2) 利用者が、精神保健サービスの計画作りに参画する場合には、多くのリスクが伴うため、利用者が不安感や疎外感を覚えることがあり、時には社会的な援助が必要となる。サービス提供者は、専門用語の使用は最小限におさえ、複雑な用語を使う場合は、常に説明を加えるべきである。利用者のことを、受動的な参加者とみなす表現、利用者の価値を否定するような言葉は使わない。利用者によっては、会議の手順にまったく馴染みがないことを承知しておく。手順を説明したり、参加者を紹介したりするなどの礼儀をつくるのは、いつの時にも助けとなる。肩書きについては、あらかじめ利用者に確認しておく。たいていの人は、「患者の○○さんです」などとは紹介してほしくないものである。

(3) 戦略としてパートナーを組んでいる利用者は、他のどの関係者とも同じように、心の健康に特別の注意を払う必要がある。精神保健の計画の策定に参画する利用者は、時に多くの要求を課せられるので、燃え尽き（バーンアウトburnout）に気をつけるべきである。

(4) 利用者が、サービス提供者と共に働く時には、自分に自信を持ち、そして、プロとして仕事をするのが良い。これが実現できるように、サービス提供者は安全で支持的な環境を提供することが重要である。利用者職員も非利用者の職員も、互いに礼儀正しく、プロとして接することに責任を持つのが基本である。

8) 1840年2月6日、ニュージーランド北島のワイタンギ(Waitangi)でイギリスの代表ホブソン大佐と50余名のマオリ族首長が調印した条約。これによりニュージーランドはイギリスの植民地となった。平凡社「大百科事典」1985より。

2.3.3 手続き上の変革

a. 会議室の外で

(1) 会議の日程、議題、場所については、話し合いで互いに納得できるように決める。ミーティングや会議の形式に慣れていない人もいるため、堅苦しすぎたり、圧倒されたりするような場所は、避ける。会議の主催者は、会議のすべての日程、情報、助言、議事録、会議後の確認事項などを、関係する利用者にできるだけ早く提供するように注意する。

(2) 利用者の権利、及び利用できるサービス、また、どうすれば利用者が影響を与えられるかという情報を、利用者に提供すること。その仕組みを具体的に紹介したパンフレットなどは、すべての利用者が手に入れられるようにしておくべきである。

(3) サービス提供者は、従来の方法にとらわれない会議の進行、従来の方法にとらわれない物事の決定方法を開発し、その技術を使えるようにすべきである。

(4) 可能ならば、会議への交通費(またはタクシー券)を開催に先立って利用者に提供する。予算が極めて限られている利用者が少ないことから、会議後の清算は最後の選択肢とする。会議の調整ができた時点で、援助を申し出る。

(5) 利用者の代表やその他の参加者が、健康上の、またはその他の理由で出席ができない場合にどうするのかを明確にしておく。

(6) 利用者のグループとは、定期的に話をする。どんな利用者でも、すべての人を代表することはできない。

(7) 利用者が参加している会議の中で、高度に技術的な性質の項目、たとえば、ある種の薬の生化学的な相互作用とか、財政上の戦略などを扱う必要が出てくる場合がある。討議のそのような部分で

切だと思えます。精神保健のシステムに参加するとか、中に入ることにについては、そのままの形で中に入ってシステムに適応するというのではなく、中に入って精神保健システムを変える、変化をもたらすために中に入るという事です。ですから両方とも重要だと思います。最も重要な事は、人々が必要とする支援を受けられる事です。そのためにはいろいろな方法があります。

私は、簡単な戦略を信じています。それは利用者は「平らな」システムの中で働くべきだということです。私が精神保健システムに入った利用者に期待するのは、システムを変えることで、専門家のように振る舞う事ではありません。

古いメンタルヘルス・システムと新しいシステムとの違い

質問：古いメンタルヘルスの体質と新しいシステムとは具体的にどう違うのか？一番変わった例を教えてください。

メアリー：今のご質問に対しては非常に長い答えがありますが、本にも詳しく書かれていますのでご覧ください。様々な変化がありますが、今や利用者は彼らに関することを決定する力を持っています。個人の治療についていえば、治療を強制されることなく、多くの選択肢を持ち、その中から自分が最も良いと思う種類の援助を選択できます。国の精神保健サービスについては、前にも言いましたように、利用者がサービス提供の決定者となっています。これが最大の違いでしょう。

私の国では利用者リーダーシップは、

リカバリーアプローチに支えられています。リカバリーアプローチは、だれかがあなたに「精神病の判決を下す」のではなく、「あなたは良い人生を送れますよ」「今抱えている問題を克服できますよ」と言われる事により、一人一人がシステムの中でパワーを持ち、自分の回復を自分で主導する事が出来るようになることです。サービスの最も重要な役割は、自立性と自己決定を獲得することです。そうすれば自分本来の生活を始めるために必要な仕事やパートナー、まともな家や家族を得て、完全な市民として社会の中で暮らしていくことができます。これがわれわれがサービスを必要とする究極の理由です。リカバリー志向のサービスで最も重要な部分は利用者が利用者にサービスを提供するという事です。

積極的治療主義とリカバリーアプローチ

質問：今の説明に関連して質問させてください。日本では、1970年頃はまだそれまでの精神医療に対する反省があって、医療消極主義的な精神科医が割っていました。ところが最近の若いドクターは「統合失調症は治ります」「脳の中がこうなっているのだから、この薬で治ります」という言い方をします。医者がどんどん決めて、どんどん治すという、積極的な治療主義が流行っているようです。それにともなって、これまで減ってきていた閉鎖処遇や、保護室に入れること、体を縛る等が増えている気がするんですね。私は、精神科医が「統合失調症は治ります」というのと、オー

ヘイガンさんがおっしゃった「良い人生を送れますよ」「問題を克服できますよ」というリカバリーアプローチとは、全く違うと理解していますが、その辺がちょっと日本の仲間には分かりにくいと思いますので、ご説明頂けますか。例えば幻聴があったとしても、それを人生の一部として生きる事が出来ると思うのですが。

メアリー：サービスにおけるリカバリー哲学で最高位にあるものは利用者の自己決定です。誰かが決めるのではなく、われわれが決めるのです。どうも先ほどのお話ですと、日本の70年代の精神科医の方が、リカバリーに近かったかなと思います。病気の原因として、生物学的な面だけでなく社会的、心理的、スピリチュアルな面を認めていることがリカバリーの特徴です。精神保健の問題は医学的な状態というよりは、人が良く生きるのが難しくなった状態です。そして、そのような経験からも一定の意味を引き出すことができます。

リカバリー志向のサービスは、自分の力を取り戻すのを助けてくれます。そして、社会の中で価値ある場所を占められるようにしてくれます。薬をくれるだけということはありません。人によっては薬が効かない人もいますし、効果があるのは薬だけではありません。

重要なことは、リカバリーサービスにハートフルな人々がいて、私たちに対して「一生障害を持つ」と考えるのではなく、「良い生活が送れるようになる」と期待していることです。精神科医は一生治らない障害と考えていますが、私たちは

それを信じていません。

こんなふうに説明することもできるでしょう。3本足の丸椅子があるとしませう。伝統的な精神保健では、足は一本しかありません。薬と入院です。しかしリカバリー志向のサービスでは、1本は医療、2本目は利用者、3本目の足がコミュニティです。リカバリーには精神科医と精神保健サービスだけでなく多くの人の援助が必要です。もちろん多くの利用者が医療を受けずにあるいは受けたにもかかわらずリカバーしています。彼らにとっては医療のない2本足の椅子で十分だったのでしょう。

三障害の統合

質問：杉並区では三障害が入った障害者区議会が、2000年から日本で初めて実施され、私も精神障害者として入っていますが、審議会や相談窓口には当事者が入っていません。区で障害者問題を扱うのは連絡協議会ですが、そこにも障害者が入っていません。障害者を使ってほしいと思います。

メアリー：ニュージーランドでも障害者運動と利用者運動が一緒になって闘いました。しかし日本のほうが三障害一緒に運動するという点ではニュージーランドよりすぐれているのではないかと思います。ニュージーランドには精神障害者が入っている障害委員会もありますが、利用者が障害委員会に入りたがらない場合もあります。

議事にただ応じているという感じではなく、自分たちの組織だ、という気持ちを持つ。

2.3.2 構造上の変革

- ・利用者の世界観を反映するために組織の文化を変えること。精神保健に関するイデオロギーの転換に時間や資源を配分すること。スタッフ、利用者や市民を教育すること。

- ・参画への実質的なコミットメント(関わり合い)は、現存の組織構造へ利用者参画を埋め込むという形でサービスに反映されるだろう。

- ・理想を言えば、財源は会議の手続きや過程で訓練を受けるために、利用者グループのメンバーに配分するよう提供されるべきである。また、会議スペースのような利用者集団のための、その他の資源の支給も大切である。

- ・個人の利用者や利用者グループのための財源は重要である。利用者参画の財源のために、特別に予算を計上することは有用なことであろう。ワーキンググループに無償で出席しているすべての参加者に、時給あるいは会議費用を利用できるように手配すること。そのような支払いは、すべてのメンバーの技能、知識や経験の承諾と尊敬を実証する。利用者の経験や専門的な知識を評価することは、適切な報酬、相談や会議手続きの中での礼儀、つまり利用者視点の信頼性に対する敬意を通して実証されうる。利用者組織は、他の領域(例えば、住居や雇用)での権利主張のような、他の活動にも関与していることを理解する。

- ・新しいスタッフを採用する際の面接や採用過程では、利用者に対する態度を確かめることは大切である。新しいスタッフの面接に関与するために利用者を雇用すること。すべてのスタッフは、マオリ人やマオリ人でない利用者の技能や専門的知識を理解するために努力すべきである。利用者について利用者がスタッフをトレーニングすることは重要である。ワイタング条約⁸⁾の研修とディスカッションはスタッフ教育の一部とすべきである。

出す利用者もいる。

b 相談のための適切な環境を創設する

・利用者の参画を評価しその重要性を認識するよう全スタッフに働きかけること。利用者の専門的な知識は有益である。それは、時に長年にわたり特別の洞察をもって利用者が得てきた個人的経験であり、スタッフによっても認識されるはずの経験である。つまり利用者の専門的な知識は、参画への働きかけを通して、精神保健サービスがもたらす有益に活用されるべき資源なのである。同様に、マオリ人やマオリ人利用者の参画も、適切に評価されるべきである。彼らの参画を利用者に打診するなかで、尊敬や不屈の精神を示すことは、利用者から大きな信頼を得ることになるだろう。

・サービスや個人の権利に関する情報は、利用者が入手しやすいものでなければならない。そのような知識は、利用者が対等に参画できるという可能性を高めるだろう。

・利用者である権利擁護者自身や彼または彼女が提供しているサービスを利用者に知ってもらうよう、スタッフに働きかけること。できるかぎり政策や制度の創設に権利擁護者を入れること。これは現状の利用者相談に取って替わるべきではない。

・関係者一同によって採択されるための特別なゴール、目的や役割は、協力関係に入る前に明確にされるべきである。こうすれば、すべてのメンバー（パーティー）は彼らが参加を希望するか否かについて情報を得た上で、決断を下すことができる。相互尊重を促進することにより、パーティー間の関係も良好になるであろう。相談方法を計画するときは、あなたが他の組織に相談するのと同じように、利用者や利用者グループに働きかけること。あなたがそのグループからサービスを買う、つまりそこと契約するということは、他の契約と同様の形態のプロセスになるということである。

・もし、重大な決定の“前”に参画を招聘されれば、人々はおそらく応じてくれるだろう。こうすれば参加者は、他のグループの

他の障害との共通点と違い

質問：障害者区議会も単なる式典にしてしまわずに、本当の区議会議長が議長を務めるのですから、前年度の議論を踏まえて内容のあるものにしてほしいと思うのですが。

メアリー：ニュージーランドには障害者区議会にあたるものはありません。それに市議会はゴミ問題を討議するくらいでいいして権限が無いのです。

障害関係の専門家や様々な分野及び障害者運動のリーダーに伝えたい最も重要なことは、障害者が抱えている問題のほとんどは同じだということです。利用者の問題も他の障害者の問題と同じです。ただ一つだけ精神障害者のみが直面している問題があります。それが強制治療です。強制治療をなくす為に障害者運動全体の支援が必要です。

マスコミに訴える効果的な方法

質問：私は身体障害をもって、生まれた時から障害者として生きてきました。今日、お話しを伺って、とても穏やかな考え抜いたやり方で、自分たちの権利を獲得していった様子に感心しました。障害者は抑圧を経験することが多く、そういうものをため込んでいたので、力ある人々に向きあう時に、かなり攻撃的になります。自分も感情的になり、攻撃の姿勢が強かった時期がありました。ニュージーランドの運動は、静かな粘り強い考え抜かれた、穏やかなやり方でやっていかれたんだなあ、と感心しました。学べき所が、多々あるように思います。

マスコミに自分達の事を訴える時にはどういうふうになさったか、具体的にお聞きしたいと思います。

メアリー：通訳を通して話すと、それほど感情的になれないということがあるかもしれません。

私たちの多くは情熱的になったり、感傷的になったり、怒ったりします。特に日々の暮らしに苦闘しているときにはそうです。そういうことは時には良いし、時には良くないでしょう。穏やかな方がいいときもあるし、そうでないときもあります。穏やかに話すか、怒るのか、挑発するのは訴える内容によるでしょう。マスコミに関しては、最近、公的な立場にある私と、組織に属さないセルフアドボケート（訳注：権利を主張する当事者）とが、マスコミの質問に答える機会がありました。私は穏やかに統計的な数字を踏まえて話し、セルフアドボケートの人たちは活き活きと情熱的に語りました。相反するような表現方法がマスコミを通して流れるのは良いことだと思います。私も時々、情熱的に色彩豊かに語りたいと思うこともありますが、今の立場では難しいでしょう。まとめとしては両方のタイプが重要なのです。

利用者が精神保健分野で働く！

メアリー・オーヘイガン

2004年 青森講演

みなさんおはようございます！

この研修会にご招待していただき大変光栄に思っています。青森一きれいな都市にすることができてうれしいです。今日は「ニュージーランドにおける利用者の労働への参加について、その発展のあゆみ」についてお話しします。

お話の前に「リカバリー」について…

利用者には希望と選択肢が必要！

ニュージーランドの精神保健政策はリカバリーを重視することが必要だとされています。精神保健サービスは利用者に「リカバリーが可能だ」という希望を与えるものでなければなりません。私たちには、医療だけではなく、社会的なサポートや精神的なサポートも必要です。さまざまな選択肢があることが大事なのです。

リカバリーにおける利用者の責任とは

リカバリーにおいて何が必要なのか、これからどうすればよいのかについて、利用者の知らないところで勝手に決めるのではなく、きちんと本人に尋ねるべきです。それに答えることが、利用者のリカバリーにおける責任であり、とても大切なことです。精神保健サービスは、完全に社会への参加が果たせるまで利用者をサポートすべきです。親となる権利や仕事をする権利などすべてを重視しなければなりません。

2.3 利用者が参画するときのバリアを克服するための戦略

2.3.1 参画に着手する時期

a 利用者に連絡をとる

・どんな利用者グループが地元で活動しているのかを探ること。グループに参画している利用者数や世話人の名前を記入したファイルを作成すること。地元あるいは全国で、潜在的な利用者集団のために、現在の利用者、過去の利用者／サバイバー、ソーシャルサービス、スタッフとGROW⁶⁾、ANOPS⁷⁾のようなグループとネットワークを作ること。

6) 精神的な健康問題に直面している人々を支援する国際的な精神保健活動。当事者により運営されている。

7) 1988年に法人化された精神医療サバイバーのネットワーク。初期は利用者のために国民の声を提供するなど活動したが、1998年4月7日に活動を停止した。

・情報や助言は地方では入手できないかもしれないということに気をつけること。適切な全国レベルの利用者グループにアプローチすること。

・参加を要請し、サービススタッフの信頼を引き続き得たいのであれば、適切な方法で利用者グループやネットワークにアプローチすること。彼らに代表者を決めるように依頼すること。作業グループへの参加を初めて利用者に依頼する際には、互いのひざを付き合わせて交渉すること。個々の利用者の明らかな寡黙に直面してもあきらめずに、参加の依頼を粘り強く交渉すること。利用者との継続的な交渉とフォローアップが、サービスと利用者グループとの関係を良好にするでしょう。

・もしあなたが、利用者グループとコンタクトがとれないときには、あなたが関与しているサービスの利用者代表が実際には、潜在的な利用者代表であるということを確認すること。何度も繰り返して同じ利用者代表者を採用しないように注意する。同じ利用者代表の採用は、“燃え尽き”を助長し、利用者を独立した助言者よりもむしろサービス機構の代表者に仕立て上げてしまう。サービス機構の従業員として働くことを選び、これに報酬のある役割を見

メンバーとなること、サービススタッフの定例会議への参加がある。
利用者の参画は、次の領域で必要である。すなわち、

スタッフの面接と選考	リハビリテーションサービス
政策や制度の創設	住居サービスの評価
利用者の成長に伴う変化	品質保証と制度の見直し
利用者擁護の問題	精神健康の推進と教育
職務内容の整備	サービス提供者への教育
ニーズ調査と計画立案	コミュニティ教育
研究プロジェクト	マオリと文化プログラム
購入／資金調達配分の決定	利用者サーベイの振興
上記のすべての領域における意思決定	

このリストは利用者参画が必要となる機会を網羅しているわけではない。さらに、利用者は、自分たち自身を表明する機会や、スタッフが含まれていない利用者だけのグループとして助言をする機会が必要である。

アドボカシーや制度についてのマオリのモデルは、精神保健業務のすべての分野に役立てることが出来る。マオリの利用者問題は、スタッフの面接、選考や昇進、病棟変更、政策や制度創設、そしてニーズ調査を含めた精神保健サービスを通して、解決されるよう努力されてきた。このような確証的な経緯から、マオリ人⁵⁾の利用者から教を請うことができる。太平洋諸島文化のようなマオリ以外の文化もまた、彼ら独自の援助共同体(support communities)、礼儀作法(protocols)、風習(customs)や精神保健観念をもっている。これらの文化によってもまた、精神保健サービスに関連する諸問題を解明することができる。

5) マオリ人は、約千年前に南太平洋からニュージーランドに移住してきた民族。人口の約一割を占める。

今日の話・3つのテーマ

精神保健システムで働いている利用者の役割は、ニュージーランドではいまだに低く、発展途上ですが、私たちは今や、より強く大きく、多様性に満ちた利用者労働力^{*}を創り出す機会を手に入れました。

今日は、なぜ利用者労働力が必要か、ニュージーランドにおける利用者労働力の最近の状況と、これから先5年間の発展計画についてお話します。

注) *がついている語彙は文末に説明があります。

1. なぜ利用者労働力が必要か…3つの理由

利用者が働くことについて好意的なニュージーランドの精神保健関係者が、一般的に認める理由は以下の3つに集約されます。哲学的に言えば、働くことは道徳的に正しいからです。実践的なレベルでは、妥当だからです。政策的なレベルでは、必要に迫られているからです。

●哲学的理由

〔人権〕民主主義社会では、すべての市民は、社会のあらゆる場面に参加する権利を持っています。精神保健の問題を抱えた人々にも、この権利は十全に認められるべきです。従って現在の精神保健サービスは、自治、利用者の参加とリーダーシップ——その中には労働力の一部を形成するリーダーシップも含まれますが——を可能にするような、それぞれの国の人権基準を反映すべきです。

〔消費者中心主義〕もとは商業分野で生まれた言葉ですが、保健サービスの消費者によるアドボカシー(=権利擁護)と現代のマネジメントの実践から、精神保健分野にも取り入れられました。働いている利用者は「消費者」ではありませんが、彼らが提供するサービスの「消費者」は、最上のサービスを受けられるはずで、なぜなら精神保健サービスを利用している人たちにとって最上のサービスとは、同じような経験を経てきた人からのサポートだからです。提供者も過去に利用者と同じような経験をしているので、利用者が抱えている問題への理解があり、また利用者はサービスの提供者をロールモデル(お手本)

にできるという利点もあります。

●実践的理由

利用者による労働は、現在の精神保健利用者にとってプラスになると考えられます。精神保健で働いている利用者は、他の働き手より多くの貢献ができます。利用者としての経験があるからこそ、理解や共感を提供でき、リカバリーのロールモデルともなり、サービス利用者をより尊重するような労働環境を作ることができます。

精神保健で働くことは利用者に仕事を提供します。ニュージーランドでは、治療継続中の精神障害者の失業率は70～80％に達しています。そのうちの多く的人是は働けます。利用者としての経験は精神保健分野で働く上で貴重な資質ですが、これは未だに人的資源とみなされていません。

利用者は労働力不足を解消できます。精神保健のどの分野も、職業として人気がなく人材不足です。この分野への利用者の就職を推進すれば、労働力不足を解消する重要な戦略となるでしょう。

●政策的理由

ニュージーランド政府の政策には「精神病を経験した人々が精神保健分野に就職できるよう機会を拡大すべきである」とあります。この10年間で政府が公表した労働に関する文書は全て、利用者の労働への参加の必要性に言及しています。しかし実質的なアクションは何もなされていません。

2. ニュージーランドにおける利用者労働力の最近の状況

ニュージーランドでは、精神保健分野への労働力として利用者参加が好ましいことが一般的に認められています。にもかかわらず、この分野の利用者労働力は未だに小さく、開拓されておらず、無視されています。

利用者労働力は2つのグループに分けることができます。1つは、自ら精神保健の利用者であると明らかにした人にしかできない仕事で、もう1つは、利用者としての経験があってもなくても勤まる仕事です。

は、利用者には理解できず、利用者を疎外する。そうなれば利用者が会議で議論に入り、役立つ発言をすることは大変難しくなる。

d. 利用者には、セルフヘルプオルタナティブ⁴⁾や協力するグループを立ち上げる資金源が限られていることもある。限られた資金しかない場合は、参加に必要な経費が支払われない限り、利用者がミーティングや委員会に参加するのは難しくなる。

4) 従来の精神医療や福祉に代わるものとして、当事者により提供されるサービス。平等な意思決定により相互支援を行う。

2章 どうすれば、精神保健サービスは、効果的な利用者参画を促すことができるのか？

2.1 利用者の参加ニーズに合わせる

1989年のニュージーランド全国精神保健会議は、利用者の効果的な参画を可能にする6つの主要な利用者ニーズを明らかにした。

1. 公認：利用者は提供者からの尊敬と信頼を必要としている。
2. 決定権の共有：利用者は意思決定の段階から参画したいと考えている。
3. 情報：利用者は、例えば、彼らの権利や彼らが利用するサービスについて、十分な情報が提供されなければならない。
4. 参画のための技能(スキル)：利用者が対等に参画するためには、例えば、会議のための技能や自己主張のための一定の技能が要求される。トレーニングの機会が必要な場合もある。
5. アドボカシー(擁護)：利用者は、代表者として最終決定権を有するべきである。
6. 財源：利用者グループの発足のためには財源が必要である。

2.2 利用者参画が適切な領域とは？

利用者の参画には、利用者への相談、利用者が作業班(パーティー)

助する。また、入院者が自信をなくすほど恩着せがましく関わる職員もいる。そのため、自分のことを専門家に決定させることが習慣になっている利用者もいる。サービスの提供者が、異なる民族的、文化的背景を持っている場合、利用者は自分が少数者だと一層感じるだろう。

b. 公平でない期待

利用者が、自分の条件に合わせて参画できること、気持ちよくこなせる程度の権限が与えられることが重要である。ワーキンググループのメンバーはすべて対等であり、健康やその他のニーズは、尊重されなければならない。教育とトレーニングも、利用者の効果的な参画を促進させる

c. 専門家、そして利用者の参画の過程に対する不信

医療関係者に対する根本的な不信感や、サービス提供者が支配しそうな場に身を置くことへの不安をもつ利用者もいる。サービスについて話し合う機会もないまま、長期間サービスが提供されてきた場合、利用者は、参画に対して無関心であったり、疑い深かったり、懸念をもったりする。

d. 貧しさと交通手段の欠如

経済的な資金の不足は、利用者の参画を阻む。

1.3.3 組織構造にあるバリア

a. 利用者とサービス提供者が、伝統的な「援助者/クライアント」関係を超えて、互いに対等に扱うという、態度の大きな変革が求められる。仕事のパートナーとしての位置づけは、利用者とサービス提供者が、通常もつ役割とは大変異なっており、「役割緊張(role strain)」と言われている。

b. 利用者が参画していく過程は、現在の取り組みに比べて時間がかかる。特にスタッフと他の資源が限られている場合、参画が中断することもある。

c. サービス提供者が使う医学、法律、そしてビジネスの専門用語

利用者にしかできない仕事：

自ら精神保健の利用者であると明らかにした人にもみできる仕事とは

- ・ 消費者の視点をマネジメントに反映させるために雇われた精神保健サービスの消費者アドバイザー。
- ・ 外から精神保健システムに影響を与える独立の利用者組織の利用者代表及び代理人（アドボケート）。
- ・ 利用者の視点からさまざまな研究をする利用者研究者。
- ・ 精神保健従事者にリカバリー及び利用者の視点について教えることを仕事とするサービス利用者である指導員。
- ・ 精神保健サービス会議のサービス利用者理事。
- ・ 独立のピアサポート及び権利擁護団体で、サービス利用者が運営するサービスの提供者。

精神保健分野におけるこれらの仕事はすべて比較的新しいもので、かなりの人材不足に直面しています。これらの仕事は、研修、仕事の機会、専門職組織*、はっきり定義された仕事内容、好ましい労働環境が不足しています。これらの仕事は労働力開発が最も緊急に求められています。

一般的な仕事：

利用者としての経験があってもなくても勤まる仕事とは

看護師、精神科医、心理師、ソーシャルワーカー、管理職、委員長(コミッショナー)

上記の仕事は研修、専門職組織、実践と仕事の環境がしっかり確立しているので労働力不足は生じていません。しかし精神疾患への『合理的配慮』*やより多くのサービス利用者の登用についてはまだまだです。

普通のサービス

この10年間、普通の精神保健サービスの仕事、特にアドバイザー、研究者、指導員の仕事に就く利用者が急増してきました。精神科医やソーシャルワーカーなどの一般的な仕事に就いている人たちの何割が精神病を経験しているかは、まだ明らかになっていません。普通の精神保健サービスに従事する利用者は、サービス利用者の役割についての一貫性やガイドラインがなく、精神

病の経験を持つすべての従事者のニーズを満たすことについて差別や誤解がある、と報告しています。

利用者によるサービス

最近のサービス一覧によると、ニュージーランドの精神保健分野における利用者によるサービス及びネットワークは全国で約40あります。その多くは小規模でいかなる補助金も受けていません。大まかな推定ですが、利用者によるサービスやネットワークが、精神保健サービス予算に占める割合は0.5ないし1%です。精神保健全体の予算がこの10年間で大きく拡大したにもかかわらず、利用者によるサービスへの予算はほとんど増えていません。かなりの割合の利用者によるサービスが資金不足や労働能力の不足によって継続できなくなっています。

3. ニュージーランドにおける利用者労働力開発計画

政府は、利用者が精神保健サービスで働くことを重視しており、実施のための予算も用意していますが、その配分は未執行です。

利用者が運営する『センター』が統括する

まず第一に、利用者労働力の開発を調整する、利用者によって運営されるセンターを開設します。このセンターは、利用者労働力開発予算を受け取り、事業がきちんと執行されるようにします。このセンターはまた、政府の政策と予算が、利用者労働力と利用者によるサービスの開発を、支援するものになるようにします。

者の関係を脅かすとして、利用者と力を分かち合うことに抵抗する人もいます。

b. 専門家の無関心

精神保健サービスの管理者には、利用者の参画を重要でも有益でもないと考えている人がいる。

c. 形ばかりの利用者の参画

利用者の考えが、サービス提供者や政策/方針検討グループの考え方や理念と一致した時にだけ、受け入れられることは、効果的な参画へのバリアである。参画がうまくいっているならば、利用者は、方針の変更、物事の決定への影響力の増加、社会資源の利用の増加などを、成果としてはっきりと目にすることができる。専門家の委員会に、1名の利用者だけが出席することがよくある。しかし、文献では、委員会の25-50%を利用者が占めるべきだという見解で一致している。利用者が、助言者としてのみ参画するのではなく、物事の決定に直接関わられるようにするべきである。利用者全体が代表を決めた場合には、形だけの代表にはなりにくい。「積極型」(proactive)、「反応型」(responsive)の参加を進めていくことにより、また、個人、組織、政策という三つのレベルに渡るネットワークや協力関係を活かすことにより、形ばかりの参画に終わらせないようにできる。参画は、包括的、また継続的に行われるべきである。

1.3.2 利用者側にあるバリア

a. 自信の喪失

利用者の多くは、長期間に渡る入院、人から世話される体験をしている。多くの人が、受動的になり、とても限られた範囲の生活体験をしており、多くの人が権力を持つこととは無縁の立場にいた。外見、入院経験、地域社会から離れた生活を続けていることにより、利用者は信頼できるのかと疑われることがある。サービス提供者は、利用者を様々な形で依存させてきたといえる。例えば、入院者が最低限の責任しか取らなくて済むように過剰に援

1.2 利用者参画とは何か

1.2.1 参画の種類

利用者は様々なレベルで精神保健サービスの決定に関与している。

- ・個人レベル — 自分が利用している治療やサービスに対して
- ・組織レベル — (サービス提供) 事業所や組織に対して
- ・政策レベル — どんなサービスをどこから購入すべきかという計画や政策決定機関への貢献

利用者が参画する三つの主要な方法

- ・利用者は、メンバーによって運営されており、活発な助言・権利擁護活動をしている組織やネットワークに参画する。
- ・利用者は、精神保健の問題に関して個人、協力者あるいはグループとして事業者と共に働く。
- ・利用者は、自主運営、自主管理の企業を起業するか、そのような企業に参画する。

特定のプロジェクトへの利用者参画は「積極型」と「反応型」に分類される。

- ・積極型 — 決定過程に参画することにより政策に直接関与する。
- ・反応型 — 利用者満足度調査への参画やアドバイザーとして働くなど、参画の機会が与えられたときにはそれに応じる。

1.3 参画にあたってのバリア

利用者とサービス提供者が、精神保健の問題を考えるパートナーとして関係を築こうとすると、たくさんのバリアに直面する。

1.3.1 専門家側にあるバリア

a. パターナリスティックな態度 (Paternalistic attitudes)

精神疾患とは、専門家が「患者の最善の利益」を考えて物事を決定し治療する状態のことだと考えている人がいる。サービス提供者の中には、伝統的 (パターナリスティック) な医療従事者と患

利用者労働力開発事業はさまざまな分野にわたっています。

1. 「リカバリー」と「利用者の尊重」をシステムに埋め込む

精神保健サービスの職業環境を、より利用者労働力を歓迎するものにすると同時に、利用者によるサービスや事業の発展を推進するための事業群です。この事業群はリカバリーと利用者尊重の理念が、この部門にしっかりと埋め込まれるようにします。その中には利用者がリーダーになることや、働くことを奨励することも含まれます。利用者によるサービスや事業は、そこで働く人を養成することと並行して推進されるべきです。

2. サービスのあらゆる分野に利用者の雇用を促進する

より多くのサービス利用者があらゆる仕事に就けるようにすること及び、職にとどまれるように職業能力を向上させることに焦点を当てたさまざまな事業を実施します。これらの事業は専門職の組織、研修の提供事業体、およびアフーマティブアクション^{*} 政策を取り入れ、目標とすることによって利用者労働力の拡大を推進します。その他の事業としては、精神保健システムのあらゆる職場で働いている利用者が『合理的配慮』を享受でき、また体調が悪化したときにも雇用者の支援を受けられるようガイドラインを作成します。そうすれば職場でサービス利用者であることを明らかにしたとき、より明確な仕事内容とよりよい労働環境を得られます。

3. 働いている利用者のために研修を提供する

利用者が従事しているすべての仕事で研修を受けられるようにする事業を行います。特に、サービス利用者のみになれる消費者アドバイザーやピアサポートワーカーの研修とともに、管理職や経営者としての研修も行われます。また、すべての研修でサービス利用者の視点と運動について学びます。幅広い研修が行われ、その中には指導者となるためのものや、職場実習も含まれます。また、サービス利用者のための予算は、サービス利用者を研究者として養成するような調査・研究が行われるよう監視します。

4. 利用者労働力についての情報を発信し適正な評価を行う

最後にセンターは利用者労働力に関する情報が知れ渡るようにし、評価します。最新の利用者労働力の状況を知らせ、現状を基準としてその後の量的拡大や多様化を測定します。

日本でも発展を願っています

ニュージーランドでは利用者労働力に大きな期待をかけています。今後、日本でも利用者労働力が発展していくよう願っています。

今日は、ありがとうございました。

パワーする。エンパワメントとは、個人が自分の生活のコントロールとコミュニティに参画しているという感覚を獲得するプロセスだと定義されている。このプロセスは、人が状況に適応し、より大きな責任を享受するときに徐々に起きる。従ってエンパワメントは利用者の重要な健康上の目標である。

従来のモデル

精神保健サービスにおける利用者の過去の経験は1960年代以前に精神医学を支配していた基本的なモデルと密接に結びついている。伝統的な精神保健サービスは、利用者に代わって臨床スタッフが下す決定を「最良の利益」とみなす「善意のパターナリズム³⁾」モデルに基づいていた。

つい最近まで二つのコンセプトがこの哲学を支配的なものにしていた。それは、福祉サービス提供者の持つ「地位の権威」と、特定のレベルのアカデミックな業績を持つ人のみがサービス分野に役立つ貢献ができるという社会的な信念に基づく臨床スタッフの持つ「知識の権威」である。

3) 権力を握る者が従属する者に対して世話や要らぬ干渉を行うことを指す。力の行使における不平等なども指す

参考文献：Marshall, G. (1998) Dictionary of Sociology, Oxford: Oxford University Press

このサービスモデルは利用者参画にとって最も重大な障壁であった。結果として多くの利用者は、一定期間施設や病院へ入所していた人は特に、自分のことは自分で管理すると主張したり、仲間を代表する能力があることを信じられなくなっている。

最近では上記の考えは疑問視されている。今日の精神保健サービスでは伝統的なモデルは受け入れられない。提供者も利用者も、双方とも価値のある貢献ができると認めている。

公民権運動や女性運動の多くがそうであったように、精神保健サービスの利用者は新しく発見した考え、基本的権利の認知と自分に影響のある決定への参画の機会から生じる新しい人間的尊厳の感覚を行使している。(バレンタインとカポーニ 1989年)

1章 なぜ利用者の参画が必要なのか？

メモ：この項目はここ10年の間に、なぜ、そしていかにして決定過程に利用者が参画できるようになったかについて述べる。

1.1 利用者参画の背景

ここ15年来の国際規約や研究結果は、利用者グループと精神保健ワーカーが前代未聞の結束をして、精神保健政策及びプログラムの計画、実施、評価に利用者が参画すべきだと主張している、ことを示している。

精神保健サービスにもっと利用者が参画することの主要な利点は、サービス提供者と利用者がより緊密になることからくるすでに知られている利点、と似ている。利用者からのインプットは、効果的に行われれば、サービスをより利用者のニーズに応えられるものにする。利用者参画の継続的效果は、利用者にとって「最初からの得ている」のでサービスコストが軽減され、参画をとおして利用者もより健康になる。そして、より協力的でより保護的でない体制を普及させ、推進するのに役立つ。

(1) 利用者のニーズに合った効率的で効果的なサービス

予算は毎年のニーズを反映させればより適切なものになる。例えば、サービス提供者と利用者は利用者のニーズを評価するに当たってしばしば対立することが調査で明らかになっている。利用者の参画が不足していると利用者にとって質の低いサービスになる。

(2) 倫理的理由

責任を取り生活をコントロールすることはQOL(生活の質)の核である。提供者が利用者に自分が受けているサービスに影響を与えたり、変えたりする機会を与えないサービスは正当であるとはいえない。

なぜなら最大限の自主性は利用者の人権にとって最も重要なものだからである。

(3) 健康上の理由

精神保健サービスへの利用者の参画は、個人と組織の両方をエン

【文中＊マークがついている語彙の説明】

利用者労働力：user workforce

精神医療を利用しているあるいは経験した人々が精神保健システムの中で正規に雇用されて働くこと。働いている人々を塊（かたまり）として捉える言葉として労働力（例：女性労働力、若年労働力）を使った。

専門職（の）組織：

professional association

医師や看護師、PSWなどは医師会や看護協会、PSW協会などを組織して専門知識を交換したり、待遇改善を外部に要望している。そのことが彼らの業務遂行能力の向上や問題の解決、励ましあいによる雇用継続につながっていると考えられる。利用者が働くときにも、同じような視点に立った同業組織が必要と考えていると思われる。

合理的配慮：

reasonable accommodation

いくつかの国の障害者差別禁止法の規定で、障害者を雇用したときには雇用者はその人が障害があっても働けるようにするための設備、システムなどを用意しなければならない、というもの。例えば車椅子使用者用のスロープ、視覚・聴覚障害者用のコミュニケーション設備などで、精神障害者に対しては勤務時間をフレックスタイムにする、仕事をす

アファーマティブアクション：

affirmative action

雇用においては採用、待遇、昇進などすべての面であらゆる人間が対等に扱われることが重要だが、歴史的に見て不平等な扱いを受けてきた人々については、その点を考慮し、そのような人々に他の人より有利な扱いをすること。

【語彙の説明】の作成と文責－齋藤明子

精神保健サービスに効果的に 利用者が参画するための手引き

A Guide to Effective Consumer Participation in Mental Health Services

はじめに

この本は精神保健サービス¹⁾を実践するための『手引き』で、医師、看護師、ヘルスワーカー、ケースワーカー、介護者、他のサービスの提供者を含む精神保健サービスの提供者と利用者²⁾自身のために保健省によって作成された。サービスが担う役割の一部には、サービスの一般的な運営を決めるときに、利用者と定期的に相談したり利用者に参画してもらうこと、がある。

サービス計画を立てるときに利用者の考えを入れることが、適切で有用であると見なされたのは比較的最近のことなので、このような『手引き』が必要だと思われる。本書の実践を推奨したい。なぜならサービス運営への利用者参画は、サービスやスタッフ及び彼らの利用者ニーズを満たす能力に、明らかに有益であることが示されたからである。

1章では、サービスの効果的なマネジメントのために、利用者の参画が、なぜ有用で必要なのかを説明する。2章では、利用者参画を拡大するための戦略を詳しく提示する。

1) 精神保健サービス (Mental Health Services) には、精神医療・保健・福祉サービスすべてを含んでいる。

2) 原文では consumer (コンシューマー:消費者) である。サービスを購入する者として権利の保障を強調した用語であるが、日本では馴染みが薄いことから、このパンフレットでは、利用者という言葉を使っている。

参考文献: 秋元美世・ほか編 (2003) 『現代社会福祉辞典』、有斐閣