

1971年6月17日第三種郵便物認可（毎月6回5の日・0の日発行）
2005年5月11日SSK増刊通巻2530号 絆

SSK

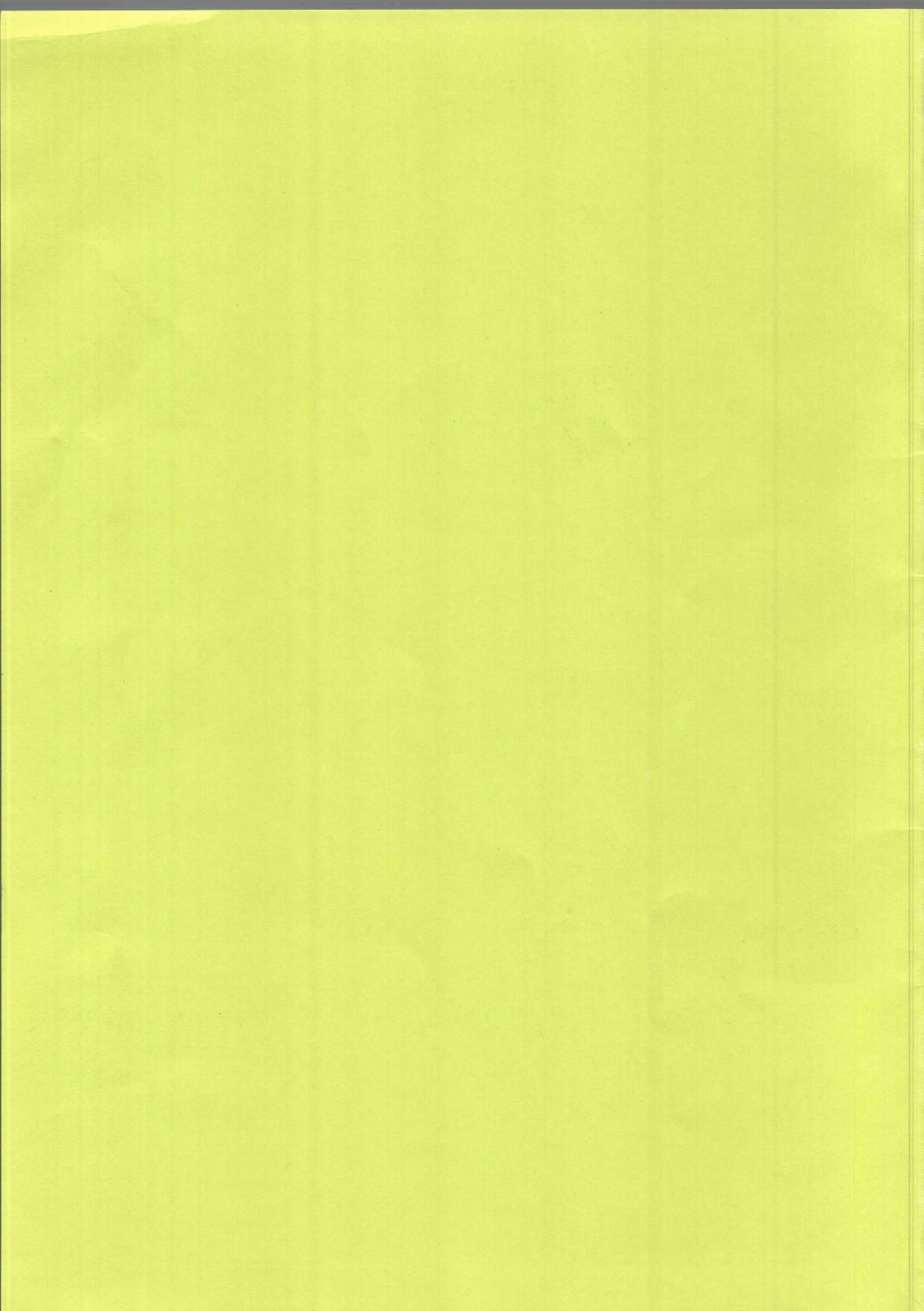
絆

No. 12

World Network of Users and Survivors of Psychiatry

特集：

2004年世界精神医療ユーザー・サバイバー・ネットワーク総会報告



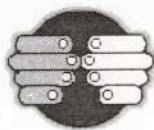
世界精神医療ユーザー・サバイバー・ネットワーク

総会報告

(デンマーク、バイル、2004年7月17日～20日)

総会テーマ

私たちの人権と尊厳のためのネットワークを



World Network of Users
and Survivors of Psychiatry

謝辞

本書の発行は財団法人倶進会からの助成金により可能となりました。全国「精神病」者集団、世界精神医療ユーザー・サバイバー・ネットワークとして深く感謝いたします。

本書は2004年WNUSP総会報告の一部を邦訳したものであり、総会報告全文英語版は以下のWNUSPのホームページに掲載中です。

<http://www.wnusp.org/>

翻訳 永井順子
山本真理

目 次

パイル宣言	-----	4
総会歓迎スピーチ	ジュディ・チェンパレン -----	5
	ガーバ・ガンボ -----	7
基調報告	-----	10
人権と尊厳のためのネットワーキング	ムーサ・サリー	
——アフリカの視座から		
分科会報告	-----	13
WNUSP 障害者権利条約総会決議	-----	34
WNUSP 条約関連資料	-----	35
デンマークで開催された	村上満子 -----	41
WNUSPに参加して感じたこと		
あとがきに代えて	山本真理 -----	43

バイル宣言

2004年7月21日 WNUSP 総会決議
お互いにどのように付き合っていくのかについての提案

私たちは全ての組織で以下のようにすべきである

*

建設的で、誰をもが友好的に迎え入れられる、魅力ある雰囲気を作り上げよう。
他の人のすべての意見を尊重し、他人に対して本人にとって何がよいことかを決定しよう
とせず、お互いに個人の創造的な能力を高めるために支えあっていこう。

*

組織運営にあたっては、透明性、よい運営と財政上の責任を重視しよう。

*

出身、性、年齢、障害、貧富、宗教あるいは性的指向にかかわらず、
少数者を積極的に包摂しすべての差別と闘おう。

*

お互いに忍耐強くなろう。
レッテルや感情的問題、肉体的問題の後ろに隠れているその人全体を見るよう努力しよう。
他者を裁かないよう努力しよう。

*

代表を選ぶ際は彼らの経験を考慮して慎重に選ぼう。
そして自分自身やほかの仲間が燃え尽きて組織を去ってしまうことを避けよう。

*

精神医療に代わる別のやり方を作り上げようとする
すべての人々の業績を評価すると同様に、
良心的に社会精神医学的治療を改善しようとするすべての人の業績を評価しよう。
そして私たちはいかなる形であれ精神保健上の問題理解への
一面的なアプローチに抵抗しよう。

*

無報酬のボランティアの仕事を尊重しよう。
そして私たちは膨大で複雑な任務に直面しているのだから、
有給の職の必要性を認識し同時に支援者・協力者を求めていこう。

*

民主的社会において市民として平等な私たちの権利が尊重され、
私たちの影響下でユーザー/クライアント/サバイバー/回復しつつある人のために
社会精神医学的サービスが作られるよう要求しよう。

Networking for our Human Rights and Dignity

WNUSP 総会 歓迎スピーチ

ジュディ・チェンバレン (WNUSP 共同議長 アメリカ)

友人の皆さん、ようこそ。

一つの共通の目的で結びついた、多くの国々の方々とここに共に集うことは、本当に素晴らしいことです。精神医療を経験してきた者として私たちは、自分自身の人生から、烙印について、差別について、そして私たちの声を信用しない強力な権力について知っています。しかしまた私たちは、自分自身の人生の経験から、私たちが世界へ向けた一つの重要なメッセージを持っている、強く価値ある存在であることも知っているのです。

「精神病」のレッテルを貼られることは、広範な社会的・法的結果をもたらします。多くの国々において、いったんレッテルを貼られると私たちは、ほとんど「人間ではない」とみなされ、基本的人権を否定されます。たとえば結婚や親になる権利のような基本的な権利を否定されます。「啓蒙が進んで」おり、「進歩的」と考えられるような国々においてさえ、私たちはたくさんの障壁に直面しているのです。

ほとんどすべての国で、私たちは自分の意思に反して「治療」されることがありうるし、施設に閉じ込められ、虐待や放置に甘んじなければならないこともあります。あまりに多くの同胞が傷つけられ痛めつけられているにもかかわらず、異議申し立てされることもなく続いている状況に甘んじている実態を私たちは直視して来ました。

地域や国内の組織、また国際的な組織に結集することを通じて、私たちは一つの力強い声、すなわち、単純明快な「こんなことはあってはならない」と言う声、をあげています。私たちが時には困難に直面するというのも理解しています。しかしそうした場合に援助を望んでも、私たちが望むような援助がないことがよくあります。私たちは互いに手を差し伸べあうための、私たち自身のセルフ・ヘルプのプログラムを開発してきました。私たちが伝えるのは、エンパワーメント、希望、そしてリカバリーというメッセージなのです。

これから数日間にわたり、私たちは重要な仕事をするようになります。互いに学びあい、お互いが重要と考える事柄についての立場を明確にし、進めていくことでしょう。しかし、もう一つ別の、同様に重要な仕事があります。それは必ずしも会議場や公式のセッションの場で行われなくてはならないことではありません。それはつまり、私たちが国民性、文化、言語といった国境を越えて、互いに知り合うようになるということです。食事やリクリエーション活動や社交を通じて共に過ごす時間は、公式の会議と同様に重要なものです。どうぞ皆さん、あらゆる機会に、あなたがまだ知らない人に話しかけてみてください。

ここ数年間私は、旅行に行くといつでも、精神医療の経験をもつ人たちとの間に、強い仲間意識を見出してきました。それは言語や文化を越えるものです。私はたくさんの国でたくさんの友人をつくってきましたが、今このデンマークで、また新しい友人をつくることは言うまでもありません。

この場で行われる仕事には深刻なものもありますが、喜びを得るための時間もまたあります。この数日間をここで共に過ごすために、私たちはこれまで多くの困難を乗り越えてきたことを喜びましょう。そして今この場を共にしていないけれども、私たちと深い絆でつながっているたくさんの仲間たちに、メッセージを届けていきましょう。そして、施設で亡くなったために、あるいは屋根裏部屋や地下室に閉じ込められたままであるために、今日ここに集えない仲間たちのことを、決して忘れないことにしましょう。

私たちは発言力のない存在であると言われてきました。しかし、私たちは違います。

私たちは力のない存在であると言われてきました。しかし、私たちは違います。

私たちは政治家や政策決定者に対し発言する価値のあることを何も持っていないと言われてきました。しかし、私たちには発言すべき重要な事柄があります。

私たちは弱く、病んでいると言われ、脳が損傷しているとか、私たちの思考は「症候」以外の何ものでもないと言われてきました。しかし私たちは知っています。私たちは強く、私たちの脳は働いており、私たちの思考や理想が真に世界を変える力を持っていることを。

Networking for our Human Rights and Dignity WNUSP 総会 歓迎スピーチ

ガーバー・ガンボ (ENUSP 議長 ハンガリー)

友人の皆さん、ようこそ！

この会議の開会式における短い歓迎スピーチを頼まれたとき、私はおやすい御用だと思いました。なぜなら、たった一言あれば十分だからです。つまり、“ようこそ”、この一言につきます。

しかしその後、ヨーロッパ精神医療ユーザー（元ユーザー）／サバイバーネットワーク（ENUSP）の友人や仲間たちが、重要なメッセージで話し始めるよう、私にアドバイスしてくれました。そこで話がややこしくなったのです。

開会式に先立って、私たちは様々なグループで話をできており、私はこの歴史的なイベントが成功するか否か心配しておりました。しかし今、私は、実に多くの大陸・国々から、皆さんが、私たちがここに共に集うという事実だけで、既に答えは出ているとわかりました。**つまり、イベントは成功です。**

私たちは、さまざまな異なった文化圏から、多様な言語、宗教を、そして一人一人がそれぞれに特別な体験を携えて、ここに来ています。皆さん、ガンジーが言ったことを思い出してみましょう——平和とは多様性における統一である。ここには多様性があります。多様性は私たちと共にあるのです。これから始まる会議および私たちの将来が平和をももたらしますことを希望しております。

ENUSP では、最初に「私たちは**同意しないことができる**ということに同意する」という原則を採用しています。しかし私はまた、カール・パッサが指摘したこと——私たちは**同意しないでいる必要はない**——にも共感します。これは私たちがあらゆる個別の事柄に

同意しなくてはならないということの意味するものではありません。そうではなく、私たちが同意できるような事柄のいくつかに焦点を合わせてみようということなのです。

私はこの開会のスピーチの背景となるのは何かについて、ずっと考えていました。ヨーロッパのユーザー（元ユーザー）／サバイバーから「その他の世界」に向けた歓迎となるのがよいのでしょうか？ もしイエスなら、皆さんに用心しなさいと言います。最も深刻で大規模な人権侵害は、まさにヨーロッパ大陸で起こってきたのです。ヨーロッパは決して真似すべきモデルではないのです。

公の利益にまつわる事柄に参加することは、常にヨーロッパ的な観念でした。しかしそれゆえに、この参加への権利は、特定の人々の集団からは直ちに奪い去られてきたのです。そこには精神的な問題を抱える人々も含まれます。精神医療の政治的乱用は旧ソビエト連邦に限った話ではありませんでした。そして現在でも、深く洞察してみれば、政治的な関与を行う精神医療の姿は、いたるところで見つけることができます。

私たち、つまり、この驚くべきほど多様な、ユーザー（元ユーザー）／サバイバーのグループは、**私たちの人権と尊厳のためのネットワーク**に集まってきたのです。にもかかわらず私は、現実には起こっていることはさらに先へと進んでいることを、皆さんに思い出していただきたいのです。マーチン・ルーサー・キング Jr が「私には夢がある(訳注参照)」言ったとき、その場では、彼は**彼の**仲間を代表して語っていたのです。しかし彼の言葉はそれだけを代表しているではありません。彼の夢はここにいる私たちに共有されているだけでなく、私たちの運動によっても共有されています。同様に私たちの人権を求める活動は、あらゆる人権闘争の分割できない有機体的な一部なのです。私たちは、いつでも誰でもが精神障害のラベルを貼られうることを、忘れてはなりません。

ヨーロッパは確かに、科学と技術に自らが貢献したことを誇りに思っています。しかし一方で公共の事柄への市民参加を欠いた科学と技術は良いものにも破壊的なものにもなりうるのです。私たちは非常に進歩した科学と技術の時代に生きています。私たちはヒトゲノムを操作する技術さえ持っています。障害を持った子どもが生まれてくるのを防ぐこともできるのです。バイオテクノロジーがそうしたことを何でも可能にします。そして、それは科学上の問題だと常に言われます。しかし仲間の皆さん、**そうではないのです。それは人権と、そしてまた、倫理上の適切さの問題です。**他者の代わりに決定する権利は、生命倫理学者にも、学者にも、科学者にもないのです。

私が抱えている、暗く恐ろしい見通しを語った後ですが、最後には感謝の言葉をもって締めくくります。

私たちがここに参加できたことはさまざまな方の努力があつての上です。深い感謝の意を、とりわけ、全ての地域の組織、WNUSP 事務局、そして特にエヴァ・ラムッセンに示したいと思います。エヴァの尽力がなければ、この信じられないような機会は、夢のままに終わっていたでしょう。また、惜しめない財政的支援を下さったデンマーク政府に感謝

致します。ルーマニアとロシアの ENUSP メンバーが参加できるように支援してくださったハムレット・トラストにも感謝します。また、準備を引き受けてくれた我らが ENUSP 事務局、どうもありがとうございます。会議直前の事務局の特別な努力がなかったら、オーストリア、チェコ、アイスランド、ギリシャ、マルタ、ポルトガル、スロヴァキア、スロヴェニアからの参加者は、おそらくここにいなかったでしょう。ですが、つまるところ私の感謝は、皆さん全員に向けられます。つまり、私たちと集うことに献身してくれた皆さんです。

皆さん、どうもありがとうございます！

(訳注 「私には夢がある」 *I Have a Dream*)

1963年8月28日にワシントンDCのリンカーン記念公園で行われた「ワシントン大行進」でのマーチン・ルーサー・キング・ジュニア牧師のスピーチより

「私は 同胞達に伝えたい。今日の、そして明日の困難に直面してはいても、私にはなお夢がある。それはアメリカン・ドリームに深く根ざした夢なのだ。つまり将来、この国が立ち上がり、『すべての人間は平等である』というこの国の信条を真実にする日が来るという夢なのだ。

私には夢がある。ジョージアの赤色の丘の上で、かつての奴隷の子孫とかつての奴隷を所有した者の子孫が同胞として同じテーブルにつく日が来るという夢が。

私には夢がある。今、差別と抑圧の熱がうずまくミシシッピー州でさえ、自由と正義のオアシスに生まれ変わり得る日が来るという夢が。私には夢がある。私の四人の小さい子ども達が、肌の色ではなく内なる人格で評価される国に住める日がいつか来るという夢が。

私には今夢がある！

人種差別主義者や州知事が連邦政府の干渉排除主義を唱え、連邦法の実施を拒否しているアラバマ州にさえ、将来いつか、幼い黒人の子ども達が幼い白人の子ども達と手に手を取って兄弟姉妹となり得る日が来る夢が。

私には今夢がある！

いつの日にかすべての谷は隆起し、丘や山は低地となる。荒地は平らになり、歪んだ地もまっすぐになる日が来ると、『そして神の栄光が現れ、すべての人々が共にその栄光を見るだろう。』

2004年7月19日、基調報告

人権と尊厳のためのネットワーキング ——アフリカの視座から

ムーサ・サリー（南アフリカ）

友人の皆さん、仲間たち、WNUSP と ENUSP の理事の皆さん、栄えあるゲストの皆さん、会員であるサバイバーの皆さん、どうぞよろしく申し上げます。そしてこの数日間にわたる議事を進めていくために、皆さんの健康と成功をお祈りします。今日、ここで皆さんに向けてお話していることは、私にとって大変な名誉です。私が精神医療のユーザーになってから 5 年がたつにすぎません。しかしながらその時以来、他のユーザーやサバイバーの仲間の状況を改善したいという大義は、私の人生において情熱を傾けるべきこととなっています。このことこそ私のはるばるやってきて、今日皆さんの前に立っている理由です。

一人のアフリカ人、南アフリカ人として、私はまず始めに、アフリカの精神医療ユーザー・コンシューマーの経験は、先進諸国におけるそれとは全く異なっていることを述べなければなりません。私たちは精神病院における虐待に甘んじなくてはならず、ほとんどの場合、品質が悪く古い薬しか手に入れることができず、あるいはそれさえもままならないばかりか、また、私たちのうちの大半がもっと多くの困難に甘んじなくてはならないのです。その困難としては、貧困、コミュニティ内部におけるインフラ設備や開発が不足していること、学校教育が乏しいこと、犯罪、烙印を押されること、そして無知が挙げられます。医療保険を利用することができ、近代的な都会の環境で生活するのに十分な特権を与えられているのは、ごく少数の者——私自身もそうですが——だけなのです。はるかに大多数のアフリカのユーザーは私たちほど幸運ではなく、大都市から遠く離れた、田舎で開発の進んでいない村に暮らしているのです。

都市に住んでいる者たちでさえ、家族によって閉じ込められ、コミュニティの他の人たちから隠されていることもよくあります。家族も出かけたり仕事に行ったり、職を探しに行ったりするために外出が必要だということで、私的監禁をせざるを得ないのです。政府の保健サービスは、あまりにサービス対象者が多すぎて対応できないことがよくあります。それは例えば、きちんと病状が安定する前に患者を放り出すというようなことをもたらしめます。アフリカのコンシューマー/ユーザーは、今日ここに座っているユーザー/サバイバーとは全く異なるのです。彼ら・彼女らは私たちの多くとは違って、知識もなく情報提

供もされていません。そして自分たちの「病」についての洞察や理解もほとんど持っていません。こうしたこと全てが、アフリカの多くの国々において、国のインフラ設備を破壊してきた内戦や無政府状態によって悪化させられているのです。私たちには「医学モデル対社会モデル」という問いのような争点、あるいは争点は何であれ、これをめぐって討論するという贅沢をしている余裕はありません。私たちにとってまず先立つことは、生きること、日々の糧に関する事なのです。

私が今日のテーマにアプローチしてみたいということは、このような諸困難の文脈のなかにおかれています。オランダ、ロッテルダムにおけるユーザー・グループの前代表、ハンプ・ベイヤーは、2001年12月にケープ・タウンの会議で話しをしたのですが、彼の言葉を引用します。「コンシューマーに必要なものは三つしかない。それは“資金、資金、資金”である」。私は1999年以来、故郷であるケープ・タウンにおいてユーザー／コンシューマー・グループの開発に関わってきました。また、私たちの地方や南アフリカのその他の地方のすみずみまで、ユーザー・ネットワークを拡大する試みにも関わってきました。

私自身が学んだことのいくつかを、今日皆さんと分かち合いたいと思います。私たちが用いたモデルは、地域の精神保健 NGO との相互依存的な関係性を持って、精神保健体制の内部で活動するというものです。これにより、多くの喜ばしい副産物が得られました。私たちは精神保健体制内部で信頼性を得てきたばかりでなく、地域や国内の様々な精神保健および障害の機構においてコンシューマー／ユーザーの声を代表することができるようになったのです。

体制内部で活動する経験は、言い換えれば、地域のあらゆる役割の担い手たちとのパートナーシップにおいて活動する経験であり、その結果、私たちのグループは精神保健サービスの改善に関し、意義ある影響を与えるようになってきました。皆とネットワークを形成し、皆に知られるようになることで、サービス・ユーザーとサービス供給者の間に多くの友好的な関係が生まれることになりました。私たちは精神保健サービスの供給者に対して不平を持っているメンバーのために仲裁を行うべく、新たに創出された信頼関係を使うことさえあります。新しい民主的な南アフリカという文脈において、世界で最も進歩的な憲法と権利法案と共に、さまざまな人権問題への積極的な変化があり、それゆえに人権という文化総体が人々の意識において安定した地位を占めるようになってきたのです。

しかしながら、私はこの点において、ユーザー・グループとサービス供給者のこの種の連携を批判的に評価したいと思うのです。私が感じているのは、ユーザー・グループは利益を共にする限り誰とでも協力することは不可欠だが、原則に関しては妥協すべきではないということもまた不可欠だということです。それゆえに重要なのは、ユーザー・グループは独立した組織であるべきだし、ユーザー／サバイバーの声を真正に表すことのできるよう資金を持っていなくてはならないということです。私たちは、サービス供給者の組織と相互依存的な関係にあるユーザー・グループと友好的な間柄を維持していかなければなり

ません。私たちを導く原則は「団結こそ力」という概念であるべきなのです。ゆえに、精神保健体制と相互依存的な関係にあるユーザー・グループばかりでなく、支援グループ、アドヴォカシー・グループ、ロビイング・グループなど、全ての種類のユーザー・グループとの絆を強めるためにあらゆる努力がなされるべきなのです。このようなことが結局、まずは地方のネットワーク、最終的には国内や地域間のサバイバー／ユーザー・ネットワークを確立していくことにつながるはずで

しかしながら警告の声に耳をかたむける必要もあります。もしユーザー・グループがいつまでもサービス提供者との相互依存的な関係に留まっていれば、このようなグループにおけるユーザー／サバイバーは、サービス供給者のグループが信頼性を得、それにより資金源を確保するためのショーウィンドーとして利用される限界内で、その存在が操作され、支配されるという危険性があるのです。言い換えれば、ユーザー／サバイバーは、革新的な仕方ですら自らのあり方を真に変革してこなかったような人たちや組織の、手中の駒になってしまう危険性があるのです。そうするとユーザー／サバイバーは、自分たちの人権が二重に侵害されるリスクに直面することになります。まず一つめは、精神保健システムの内部における虐待の結果として。つまり、閉鎖病棟に入れられるか、有害で時代遅れの投薬を浴びせられる場合に自由を失ってしまうことによって人権が侵害されます。そして、いま一つの人権侵害は、非常に洗練された「見世物小屋」で駒として使われることにみずからあまんじることです。

アフリカや第三世界の状況においては、なすべき仕事が多く残されています。私たちが行う必要があることは、独立した、財政的に実現可能なユーザー／サバイバー組織を建設することだけではなく、私たち自身を真にエンパワーし、思慮のある公衆の支援を得、耳を傾けてもらうために、多くの話し合いと教育を行う必要もまたあるのです。こんにち、世界の関心は紛争と HIV／エイズという流行病に焦点をあてており、障害者の人権という話題や、精神の障害と共に生きるという私たちのケースにおける権利の問題は、十分な関心をひいていません。しかし、うつやその他の精神障害のような状態がもたらす生産性の喪失を問題とするなら、はるかに世界経済にとって最大の負担となりうるのです。

私が今日行ったアピールは、たくさんの語りえぬ仲間のアフリカ人によって経験されてきた状況を改善するための活動に集い、参加するために、アフリカから代表して行うものです。仲間のアフリカ人たちは、私たち自身のリーダーシップなしには、彼ら・彼女らの状況において、改善ということを目にするチャンスをもたないのです。最後に私は今日のお話を、抑圧されていた南アフリカの人々によるスローガンをもって終えたいと思います。南アフリカの人々はこのスローガンを掲げて、専制的なアパルトヘイトの政府に対し、自由と人権を求めて闘っていたのです。それは次のようなものです。「アマンダ！ ヌガウェシュ！」「権力を！ 人民に！」

ありがとうございました。

分科会報告

WNUSP 総会では 12 の分科会が開かれ、それぞれ活発な議論がなされました。

分科会は平行して開かれたため、参加者はどれか一つを選択せざるをえませんでした。総会の各分科会報告でそれぞれの議論の中身を知ることができました。私たち自身がそれぞれの国で抱えている多様な問題をどの切り口から解決していくのか、その糸口となる理論的探求がさまざまな形で行われました。

そもそも私たち自身の「狂気」とは何なのか、いかにとらえられるべきか。あるいは「精神病」者解放運動がどのように作られていくべきか、組織論そして運動論、もっともホットな話題である、「障害者権利条約」に関して、あるいはそもそも「人権」とは、という議論などなどそれぞれの体験の交流と共有は大きな意味があったと考えます。

本書ではその分科会報告の一部を邦訳掲載しました。

分科会一覧

ネットワーキング

1. セルフ・ヘルプ・活動において、私たちはどのような倫理的基本原則を有することを求めるか？
2. 地域や国内、国際的な精神医療ユーザー（元ユーザー）・サバイバーの組織をいかにして発達させていくか、資金をどう開拓するか、技術的な資源をいかに使うか？
- *3. 誰と共闘を組むか、どのように進むか？

支援を得る

- *4. 医学モデル：医学モデルの何が悪いのか？ どのようにして私たちは医療モデルのグローバル化にいかに対抗できるか？ 精神科治療薬から逃れるには？
5. オルタナティブ：伝統的な治療の実践から何を学ぶことができるか？どんな代替治療が存在し、私たちはどれを支持するか？また、「かけこみ寺(run-away-houses)」などのユーザー主導の代替策をどのように推進していくか？どの程度まで代替策を規制の体制の中で推進していくべきか？
- *6. 回復（リカバリー）：何が回復を助け、何が妨げとなるか？私たちは回復を目指した支援グループをどのようにつくるか？私たち自身をどのようにエンパワーすることができるか？

人権

7. 障害と人権国連条約に影響力をもち、推進するための戦略
- *8. 精神医療における強制とは？どのようにして強制と戦うか？
9. 現存する法律は私たちの生活にどのように影響するか、また私たちは法の制定に関しどのように影響を与えていくか？

尊厳

10. 体験談の交換・ 私たちに役に立つ事柄のリストを作成していくために精神医療制度に関わったことにより私たちの生活に起こった出来事を共有する。報告者：
- *11. 恥辱・これが私の社会や文化で、精神的な調子がよくないことについて感じられることなのか？精神病というラベルはあなたをどのような気持ちにさせるのか？
12. 私たちぬきで私たちのことを決めるな・社会や文化に包摂されていると感じるために何が必要か？私たちの望みはかなえられるのか？

上記*印の分科会報告が本書に収められています。

分科会 3 報告

私たちは誰と協働するのか、そしてその協働はどのように進められるのか

報告者：メアリー・ネットル イングランド

「私たち抜きで私たちのことを決めるな」というスローガンを、自分の国や、ヨーロッパで、さらに国際的に、どうしたら実現することができるでしょうか？ この分科会ではそれぞれの理念を交換していくこととし、主にどの組織と私たちが協働すべきか、そして協働すべきではない組織は何か、そしてどのように協働をすすめていくかなど、多くのことについて話し合いが行われました。

午前と午後の分科会には7名が参加しました。

「あなたに話しかける人は誰？ あなたの言うことに耳を傾けるのは誰？ 誰もいなければ自問自答することになる。」

共同作業には多様な形態があります。誘われたらあなたは何をしますか？ あなたには誰と共同作業するかを選ぶことのできる選択権があります。時には過去にあったことを忘れてやり直さなければならない場合もあります。しかし過去のなかにも、起こった事柄を忘れられないものもあります。

この会ではまず、精神保健改革団体の同盟者に焦点を当て、私企業やボランティアグループ、さらには法で定められた公的機関と協働し、いい結果を生み出した例がアイスランドから挙げられました。これは市民社会、市場、政府との連携として表現されました。意見としては、新聞の編集者や政治家のような影響力をもつ人々と個人的な関係を作ることには意義があることとのことでした。

市場や、民間の商業的な企業と協働するのは、対等な利益のやり取りという意味でより

よい形であるという意見がありました。つまりサービス・ユーザーは障害に関する啓発教育をし、企業側はそうした教育を受けることで社会的責任を果たすことができるのです。そして企業はユーザー組織に対して教育訓練の報酬を十分に払います。これは助成金を求めるよりずっといい形です。

メディアに影響を及ぼすことが議論され、サービス・ユーザーがメディアと共に働く際に助けになる、簡単にできる啓発活動の例がオーストラリアと英国から出されました。その例は次のような方法で報道機関に取材させ取り上げさせるというものです。紙袋を頭にかぶって沈黙したまま行進し、最後にはその紙袋を燃やします。これは差別の終焉の象徴であり、そしていまや私たちは発言することができるという宣言でもあります。これは、精神保健体制による扱いに対する人々の怒りを集約する有益な方法であると感じました。ガンジーとネルソン・マンデラは優れたモデルだと考えられました。

私たちは変革に向けて影響力を行使しないので、政府と共同作業を行うことは不可欠と考えました。しかしそうした共同作業が名ばかりのものになることもままあるのです。ユーザー・グループは世間の注目を集めなければなりません。さもなければ決定がなされるテーブルの席につくことは決してできないでしょう。決定を押し付けられるだけではなくて双方向のフィードバックの過程が必要です。

ユーザー組織はさまざまなところから資金を得ていますが、ヨーロッパの一部では、ユーザー組織はギャンブルや宝くじの基金から資金を得ています。これは倫理にかなった資金といえるでしょうか？

製薬会社と共に働くことは、GAMIENのような製薬会社から資金を受けているユーザー組織と共に働くことも含め、避けるべきだということで意見が一致しました。ユーザー組織は製薬会社の資金を受けることの危険性について自覚すべきだと考えられます。製薬会社がスポンサーになっているイベントに出席したり、そこで話をするということについても議論がなされるべきだという意見もありましたが、これについては実利本位のアプローチが時には採用されてよいということでした。さもないとそのようなイベントに出席している人たちに、訴えかけることができなくなってしまうからです。「結果がよければ問題ない」ということです。

サービス・ユーザーとサービス提供者は、質の高いサービスを求めるというような共通の問題に関して、同盟関係を立てる必要があるとの意見でしたが、この二つのグループでは、多くの異なるニーズやアプローチがあることを認識しておかなくてはならないということでした。

電気通信の革命により、一旦道具を入手しさえすればごくわずかの費用で、世界中と連携が可能になってきたことに関し、議論がなされました。インターネットは、例えばマッド・ネイションや国連障害者人権条約のキャンペーンや情報を伝えるのに使うことができます。オランダ政府はアメリカ合衆国からくる精神保健関係の情報を操作していました。

合衆国のサービス・ユーザーがインターネットを通じて本当の統計数字を提供し、オランダ政府は、情報のひとつの側面しか伝えていなかったことを認めざるをえなかったのです。

マインド・フリーダムやマッド・プライドを通じて、過激なユーザーと連立を組むことについて。フランスでは過激なユーザーはレジスタンスとよばれ、精神保健体制と協働するユーザーはコラボレーターと呼ばれています。「私たちのなかには専門職と共に働くなら死んだ方がましという人もいる」。サバイバーは精神保健体制を嫌ってはいますが、勇気がなくて、これに関して何もしようとはしない人が多いのです。このことは小さな町では理解できるかもしれませんが、都市に暮らしているならそんなことはないはずです。

サイエントロジーと連立を組むことは、彼らが反精神医学なので有益であるかもしれないと考える人もいました。他方で宗教団体によってもたらされるのは益より害が多いと感じている人もいました。

クラブハウス・モデルをめぐって、これが建設的な共同作業であるか否かについて議論がなされました。全体としては、サービス・ユーザーが参加していない限り、クラブハウス以外のあらゆるサービス・モデルにおける似たようなものと同様に、共同作業と呼ぶことはできないという点で同意しました。

協働するには当然平等でなければなりません。今まで述べた例の大半は協働というのではなく、むしろ私たちが誇りを持ち発言できる平等で公正な社会を創造していくための同盟関係を作り上げるということです。



分科会 4 報告

医学モデル

報告者：マース・ジェスパーソン スウェーデン

本分科会は、プログラムで告知した三つの問題点について議論をおこない、いくつかの結論と提言を出すに至りました。

医学モデルの何が間違っているのか？

医学モデルは、今日の精神医療をほとんど全般的に支配しているパラダイムです。このモデルが間違いのないものであることを示す科学的な証拠は何もありません。それはただ精神科医たちの思い込みにすぎないのです。

精神医学において「症状」と呼ばれるような現象が本当に存在することは、誰もが同意できることです。それは誰も否定できません。「幻聴」や「そううつ」のような現象は本当に存在するのです。その起源や性質について私たちは、様々な意見をもっているかもしれませんが、それをどう扱うかについてもそうです。しかし私たちには、その実在を否定することはできないのです。

医学モデルによれば、このような現象は、根本にある「病気」の「症状」だということになります。しかしそれは一つの仮説にすぎません。そのような「病気」が本当に存在するという科学的な証拠は何もないのです。反対に、「精神病」という観念が、完全に間違っただものであるということを示す証拠ならたくさんあるのです。

精神医学において「診断」と呼ばれているものは、実際、医学的な意味での診断ではけっしてありません。例えば、診断がなされるときに、生物学的な組織を検査するというよ

うなことは全く行われません。診断は単に行動の観察によって行われますが、それは医学とは関係ありません。人間の行動は医学の対象ではなく、むしろ社会学や心理学のような学問や人文諸科学の対象です。精神医学が「診断」と呼んでいるものは、事実、社会学では「類型学」と呼ばれるものに他ならず、それは人間の行動を集合的に（カテゴリーや類型として）扱うことによって研究する方法です。これは一般化の作業であり、各個人のケースに十分に当てはまるわけではありません。集団のレベルで、概観を提供することができるだけです。

医学モデルによれば「病気」とは一つの源を持つものであり、その源は感染（ウィルス）か損傷（遺伝子の欠陥のような先天的なものか、後天的に事故によっておこるもの）のみといえます。これがいわゆる、「精神病」の「生物学的基礎」です。しかし、「精神病」自体に科学的な証拠がないのと同様に、「精神病」の「生物学的基礎」にも科学的証拠はありません。すべては仮説であり理論です。それが精神医学の信仰信条なのです。

精神医学者たちはしばしば、感情面でのストレスや不眠、悪い生活習慣などのような、社会的・心理学的条件もまた、「精神病」に影響を及ぼすと言います。しかし、医学モデルにおいては、それらは二次的な原因にすぎません。それらは「病気」の源ではなく、「病気」をより促進する二次的な原因なのです。医学モデルによれば「病気」は常になくならないものです。「症候」や二次的な原因が（薬や良い習慣によって）抑制された場合、「病気」は影に潜み、ほとんど目に見えない（「潜在的な」だけ）かもしれませんが、「治癒」したわけではないのです。「生物学的基礎」を「治療する」技術がまだないので、「精神病」は根本的に「治療不可能な」ものと見なされているのです。

医学モデルを信じるか否かは、単に哲学的な問題ではありません。それは精神医学的実践を導いている枠組みの問題です。それゆえに、非常に重要なことです。これはユーザー／サバイバー運動にとっても同様です。

医学モデルとはパラダイムないしは理論的枠組みであり、これが現在の精神医学的実践と研究を導いています。もしあなたが医学モデルを信じるなら、もちろん、新しい医学的治療法の開発と「精神病」の「生物学的基礎」の研究に、努力とお金の全てをつぎ込むでしょう。他方、別のモデルに従うなら、別の方向に努力とお金を差し向けるでしょう。

医学モデルは単に、哲学的・学問的な関心にのみ関わるような一つの理論的構築物ではありません。そうではなくてそれは、もし私たちが精神医療を変えたいと望むなら、現実の鍵となる争点です。ECT（訳注 電気ショック）や強制的治療、抗精神病薬などのような個別の事柄を議論し、批判しているだけでは、私たちは精神医療システムの根本的な変化を進めることはできません。そのような個別の事柄は精神医学において、きまぐれに行われていることではなくて、医学モデルへの信念がもたらす論理的な結果なのです。医学モデルは強大な力を持っていますから、ユーザー・サバイバー運動は医学モデル批判にもっと力を注ぐべきです。私たちは医学モデルの虚偽をあげき、これを別の、もっと人間的

なモデルに取って代わらせるべきです。私たちが真に推し進めるべきことは、精神医学の内部そしてその周辺における、パラダイム・シフトなのです。

医学モデルのグローバル化にどのように対抗するか？

医学モデルは精神医学を支配しているにとどまりません。それはますます、子どもや高齢者、犯罪者、薬物依存者などのケアをも支配するようになっていきます。そして医学モデルは、西洋の物質主義化した社会においてのみならず、世界中の開発の途上にある国々の地方においても、その影響力を広げつつあります。

医学モデルに対抗する方法は、別のモデルを開発し推進することです。理論上だけでなく実践においても、既に別のモデルはいくつか存在しています。私たちはそのような別のモデルについての情報を集め、研究するべきです。しかしまた、私たちは私たち自身のモデルを開発するべきなのです。つまり、精神医療のユーザー/サバイバーとしての、私たち自身の経験と洞察からくるモデルを開発しなければなりません。

効率よく進めるためには医学モデル批判を行い、より人間的で、精神医療のユーザー/サバイバーとしての私たちの経験により合致する、オルタナティブなモデルを開発しようと働いている、批判的な精神科医、心理学者、その他の人々のなかに、同盟者を見つけるべきです。私たちは、精神医療の内部と周辺における根本的なパラダイム・シフトにむけて働く全ての人々と、同盟関係を見出して行くべきなのです。

本分科会において、マースは最初に、医学モデルに対する一つのオルタナティブを提示しました。彼はそれを、「ヒューマンモデル」と名付けています。医学モデルの核となっているのは、人々が「狂気」と呼ぶような経験や逸脱した行動の説明として「精神病」を信じるという、その信念です。ヒューマンモデルの核となっているのは、精神医学が「病」と呼ぶものを、「戦略」ないしは「コピーイング戦略」へと置き換えることです。

ヒューマンモデルにおいては、第一の原因は「生物学的欠陥」（一つの損傷）ではなく、その人の人生において起こった事柄、すなわちトラウマとなる事件やその他の問題です。これは内的な葛藤すなわち感情的な外傷によって引き起こされるものであり、まだ解決されておらず、その人を悩ませ続けるような事柄なのです。

一般的に「狂気」と呼ばれていることは、実は戦略であり、その人が進行中の内的葛藤と意識的にであれ無意識的にであれ、折り合いをつけるべく開発してきた戦略なのです。もしある人が、あまりうまくいかないようなコピーイング戦略を開発したなら、その人は、あまりに自分の内的葛藤との日々の闘いに巻き込まれてしまい、全ての時間をこの闘いに費やすことになることもあります。もしこのようなことが起これば、もちろん、その人の日常生活は邪魔され、かき乱されて、まさに不可能となってしまうでしょう。ある人が自分の内的葛藤とコピーイング戦略に巻き込まれて、そのような状態になってしまった場合に、誰かがその人を精神病院に入れるという結末がくるのかもしれませんが、とにかく、このような人は助けを求めています。ですが、この人にとって望ましいのは、精神医療や医

学モデルが提供する「助け」ではなくて、他の何かなのです。

ヒューマンモデルにおいて提供される助けは、「治療」ではなくて、その人が自分の邪魔になっているものを乗り越え、新しい方向へ自分の人生を展開させていくことを援助することです。短期的な視座で言うなら、その援助とは、その人が、うまく作動していないコピーイング戦略を、よりうまく作動し、その人の時間とエネルギーの大半を支配してしまうことのないような戦略へと変えていくことを助けるようなものであるでしょう。長期的な視座では、その援助は、その人が自分のライフ・ストーリーを理解するのを助け、その人の望む人生を実現することを妨げているような障害を自分自身で打ち破るのを助けるようなものであるでしょう。

本分科会でマースは、医学モデルに対比したヒューマンモデルに関し、様々な図表を提示しました。マースはヒューマンモデルを、ローレン・モッシャー、モーリス・ロメ、サシ・サンダラン (Sashi Sashidharan) のような批判的精神医学者たちとの数年にわたる会話やブレイン・ストーミングを通じて開発してきたのです。二つのモデルないしはパラダイムの違いを描き出すマースの方法の一つが、次のような、対立するキーワードを用いた二項対立的なものです。

医学モデル

病気
症候
非合理
対象としての人
原因
生物学的欠損
決定
治療
診断概念

ヒューマンモデル

戦略
サイン
意味
主体としての人
意図
内的葛藤
選択
開発
ユニークな経験

マースはまた、自分自身で開発した二つのモデルをも提示しました。それは「ジャングルモデル」と「宇宙モデル」です。

ジャングルモデルにおいて、ジャングルは狂気の比喩とみなされます。ジャングルとは道のない野生の空間であり、それゆえにそこから出る道筋を記した地図もありません。またジャングルは、たくさんの畏があり、危険な動物たちがいる危険な場所でもあります。精神医療はある人をジャングルから守るために、ジャングルの真ん中でその人の周りに壁（監禁や抗精神病薬などを通じて）を作ろうとするようなものです。これは決して効果的な方法とは言えません。なぜなら、その壁は常に崩れ落ちつつあるからです。何度も壁を

建て直そうとするのは、果てしなくうんざりする営みとなります。他方、心理学者は、その人がジャングルに入っていった道筋を地図に示すことで、その人を助けようとします。これはその人に、自分はどんな障害と闘うべきかについての洞察を提供するかもしれません。しかし、心理学者は普通、最も重要なこと、つまり、再びジャングルの外に出るにはどうしたらよいか、について十分に語ってくれないのです。そこで、一つのオルタナティブになるのが「コンパニオン（仲間）」です。コンパニオンには、元精神医療のサバイバーである人か、人間の状態について深い洞察をもつ賢明な人が適します。コンパニオンはその人をジャングルから引きずりだそうとは試みません。そうではなく——そしてここがジャングルモデルの核となる点ですが——、コンパニオン自身がジャングルの中へ、「狂った」人がいる場所へと入っていくのです。これは火星探索か、秘密警察か何かとの戦いのようなものかもしれませんが、にもかかわらずです。そこから二人は一緒に、ジャングルから出る道を見つけようと試みます。コンパニオンはジャングルから出る正しい道を知る専門家ではないけれど、二つよりも四つの眼で見る方がより良く見えるものです。そして、ジャングルから出ようともがいているときに、自分の考えや経験を分かち合うことの出来るコンパニオンがいることはすばらしいことです。

「宇宙モデル」では、火星にいるというのが狂気の比喩とみなされます。コンパニオンは地球のここにあります。コンパニオンは外の惑星に行くことは出来ませんが、外の惑星と地球との間で行うコミュニケーションを保つことが重要です。精神医療は普通、コミュニケーションを切断してしまい、これにより、外の惑星にいる人が永久に迷子になってしまうことにつながりかねません。コンパニオンが地球ですべきことは、地球を——あるいはそのほんの一部を——良く、快適にすることです。そうすることで、外の惑星にいる人がいつの日か、再び地球に帰ることを選択するようになるのです。

マースはこの二つのモデルを、彼の少しノルウェーの血の混じった友人であるエリックとともに例証しました。マースがエリックに出会った時、エリックは5年間——中断なく——を古い精神病院で過ごしてきたところでした。エリックはほとんど完全に別の惑星に暮らしているようなものでした。つまり、絶えず幻覚・幻聴があり、ほとんど理解できないような象徴的な言語で話してばかりでした。エリックはそれから一年間マースのアパートで暮らし、その後、ユーザー運営のマグナス・ステンボック・ホテルで数年間を過ごしました。そこで彼はパーソナル・オンブズマンのソーニャから、非常に深く個人的な援助をうけたのです。ソーニャは真のコンパニオンであり、エリックを家族の一員とし（彼の両親は亡くなっていたのです）、彼が自分自身の小さな家と庭を持つのを援助しました（つまり、地球の一部がより良く、快適になったわけです）。さらにソーニャはエリックと共に、彼が幼年時代に受けてきた虐待について話しあいました。そうしてエリックは彼の、いわゆる「統合失調症」から抜け出して真っ直ぐに歩きはじめたのです（つまり、火星から再び地球に帰ってくる選択をしたのです）。

マースが提出したオルタナティブ（訳注 今あるものに代わるもう一つのもの）のモデルについて本分科会では議論を行い、そのモデルを参加者自身の経験に応用してみました。

またもう一つのモデルが、ヘディンから簡潔に提示されました。彼はこのモデルについて一つの論文を書いたことがあります。そこで中心となっているのは、「狂気」とは「AかBか」というようなものではなくて、バランスとアンバランスを両端とした連続体にある何ものかなのです。人はこの連続体を——願わくはアンバランスからバランスへ——移動しようとするのです。ヘディンのモデルではもっと多くのことが考えられていますが、時間がなくてより深くこのモデルを見ていくことはできませんでした。

ユーザー／サバイバー運動にとって重要なことは、医学モデルに対するオルタナティブとなるモデルを、私たち自身の手で、そして共に働く同盟者を開発していくことに焦点をあわせることです。このことは、私たちが精神医療システムの根本的な変化を望む以上、私たちの運動にとって最も重要な任務の一つなのです。

いかにして向精神薬から抜け出すか？

本分科会の最後の 30 分間、参加者たちは、向精神薬から抜け出した自分自身の経験と、薬をやめる目的に適った戦略としてどのようなものがあるかを議論しました。その際、ピーター・レーマンの著書『向精神薬から抜け出す (Coming off Psychiatric Drugs)』が参照されました。



分科会 4 報告

リカバリー (=回復)

報告者：エリック・オールセン デンマーク

本分科会は何らかの結論を出すような議論ではなかったため、大方の同意と不賛成が少なかったところで終了しており、さまざまな見解、回答のないさまざまな疑問そして継続中の議論であることを前提での報告であることをご承知おきください。

はじめに

「回復」は元の古い人生に戻ることはありません。それは新たな人生新たな可能性を受け入れることです。元の人生に戻ることはできません。

誰もが自分なりのやり方で回復します。

私たち自身が自ら持っている内なる烙印を打ち壊さなければなりません。希望を持たなければなりません。希望も将来もなければ生きることができません。前進するためには何らかの建設的な道のりをたどることが重要です。私たちは新しい家を作らなければなりません。

準備ができたときにはじめて回復に向けて動けるのです。そして一緒に回復に向けて働いてくれる他者を必要としています。

「リカバリー (回復)」という言葉を理解しておらず、「よくなること」を意味するのだと考えている人もいますが、「リカバリー (回復)」の本当の意味は前進することすなわち再建することです。

ある人たちは人生を取り戻せるのに、ほかの人はなぜできないのでしょうか。

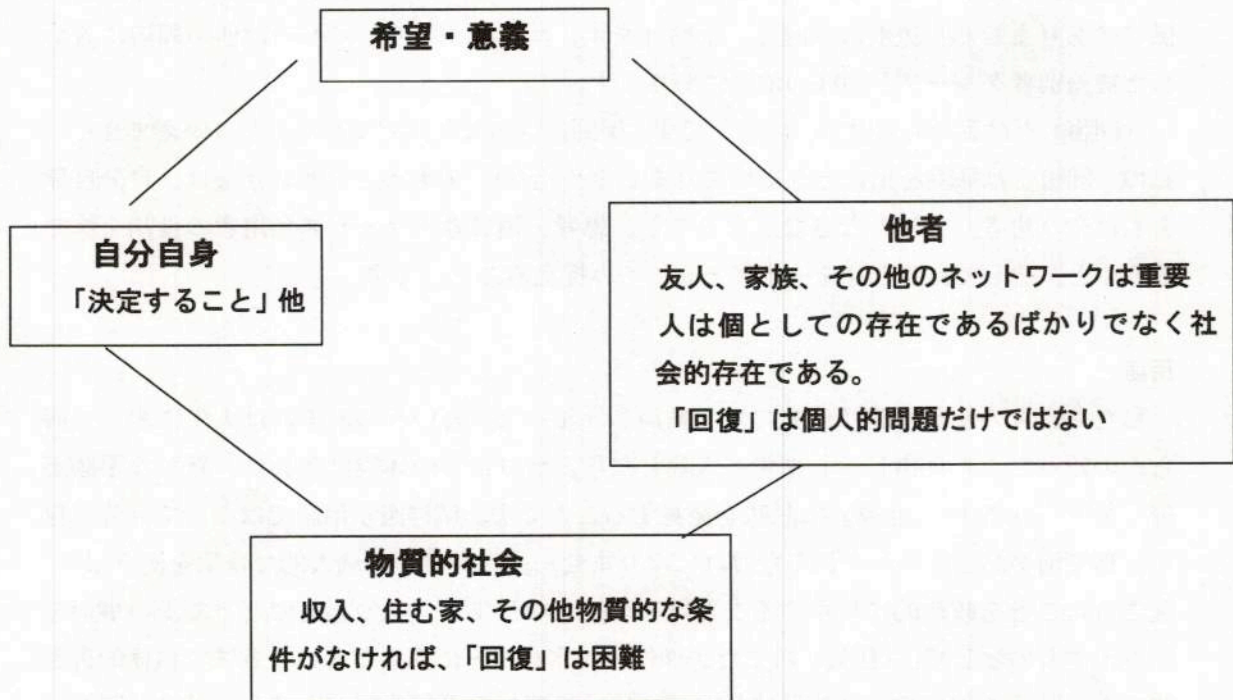
「回復」は精神保健体制においてそして服薬下では不可能です。「回復」は無期限の過程です。狂気をもたらしたその同じものが、私たちを狂気から引き出してくれるのです。崩壊や挫折は「回復」への過程の始まりです。それは今までの人生を再評価するための自然の与えた道具でもあります。

エリック・オールセンによる短い説明

重要な質問は、いかにして私たちは支援組織を作れるのか、そしてお互いに助け合えるのか、です。

「リカバリー（回復）」という概念はアメリカから来ました。スウェーデンの心理学者アイン・トポーは「回復」に関して広範な研究をしました。

彼は治療を受けようが受けまいが人は回復するということを発見しました。そして「回復」の大半は治療の外で生じ、多様な因子によることを発見しました。しかし彼は「回復」に関して「4つの重要な要素」を発見しました。4つの要素は「回復」に向けた重要な過程であり4つの要素が有効に機能して初めて「回復」が生じるのです。



「回復」という概念はいくつかの場から生まれました。精神医療そのもの、社会精神医学的リハビリテーション学、そしてユーザー・サバイバー運動から。

精神医療の古い統計では統合失調症と診断された人の66%は完全にあるいは社会的に回復しています。社会精神医学的リハビリテーション学においては「病気そのものは重大な意味がない、しかし社会的な要素すなわち、喪失、離婚、失業、宿無し、などなどは破壊的ですからある」といっています。ユーザー・サバイバー運動はエンパワーメント（力を取り戻すこと）、烙印、そして差別を重要視しています。

なぜ今現在「回復」という概念が普及しているのでしょうか。

リチャード・ウォーナーは「回復」の政治的・経済的分析をして彼の本『統合失調症からの回復』において、回復率は失業率に左右されることを示しました。市場における労働需要は「回復」が生まれ増大するためのひとつの要素です。

私たちは「回復」という概念がサービス・ユーザーにとって利益になるか否かについては、利益になるという意見で一致しました。

「回復」への過程において私たちはお互いどのように助け合えるでしょうか。

自分から孤立している人もいます。「診断名をつけられた」人は誰もが孤独を感じています。

「回復」は機会がなければ生じません「回復」できるか否かは差別や烙印の存在と無関係ではありません。差別は「回復」を妨げます。ユーザー・サバイバーは他の周辺に置かれた被差別者グループと同様の位置にあります。

「回復」とは私たち自身の「回復」です。医師は「あなたは回復した」とはいえません。私の「回復」は病院を出たときに始まりました。「回復」のもっとも短い定義は、自分自身をもはや「患者」とはみなさなくなること、患者・消費者・サービス利用者の役割を捨て去ること、そして自分自身を一市民としてのみ捉えること、です。

用語

私たち自身の使う用語は重要です。誰かが「狂った」という時、それは人生において何らかの誤ったことを指し示します。入院したら、自分自身の体験は奪われ、新たな用語が押し付けられます。「回復」は意味を発見することです。精神医学用語ではなくて自分自身の言葉で何がおきたのかを語らなければなりません。自分自身の個人的な言葉を使う限り、起こったことを政治的に利用することは不可能となります。私の人生にとってよい事柄を生み出すものとして、「狂気」はまた想像性やエネルギーに満ちたという意味で積極的肯定的でもありうるのです。精神保健サービスは「回復」の用語を使いません。私は「回復」の過程にいて、決して最終地点である「回復した」状態にはありません。

私は「正常な」生活に戻ろうとは思いません。私たちは自分が何をのぞんでいるのかについて考えなければなりません。「正常な」生活を享受している人がいないなら、「正常な」生活というのは存在しないのです。

フィンランドでは人間関係のネットワークなど元々いた場所を失うことなく、自分の人

生に戻ることでできる「精神病に関する公開の対話」という取り組みが行われています。

私たち自身の組織では何ができるでしょうか。

「回復」することを教えることは誰にもできません。自分の望む人生を生きることはいかにして手助けできるかが問題となるでしょう。そういう意味で「回復」は人間としての成長過程と同じように見られます。しかし私たちの組織の若い世代に対して、ユーザー・サバイバーの立場から精神医療がどのような意味を持っているのかについては教えることができます。

さらに私たちは自分自身の人生をいかにして管理していくかについてセミナーなどを開くこともできます。たとえば、メアリー・エレンの WRAP (Wellness Recovery Action Plan 訳注 元気 回復 行動 計画) モデルのように。

そして私たちはエンパワーメントによって活動できます。「回復」は専門職の介入ではありません。「回復」するのは私たち自身であって、サービスが私たちを「回復」させるものではありません。「回復」は私たち自身の旅です。

私たちはお互いによい人生への可能性、私たちの夢を取り戻すといった、「可能性に満ちたイメージ」を提供しあうことができます。

「回復」に決まった規則はありません。決まりきった「処方」もありません。原則があるだけです。私たちは自分たち自身で「回復への行動を生み出す環境」を作る必要があります。私たちは自分自身の運命を作り出すものとなりうるのです。

私たちは主治医に自分にとって「回復」とは何かを伝えていかなければなりません。

専門職を教育することができればいいと思います。

デンマークでは「回復」について学びたがる専門職はたくさんいます、しかしそれゆえに「回復」が専門職のプロジェクトになりかねないという危険があります。私たちは専門職だけではなく、自分たちのエネルギーを仲間にしさげること決して忘れてはなりません。

しかし私たちを破壊するやり方をとめることができるので、専門職に焦点を当てる必要があると考える参加者もいました。

私たちは自分自身や仲間を教育することと専門職を教育することの二つの取り組みが求められているということで一致しました。

私たちは哲学者としてのいささかの才能があります。一人の参加者は“Genie Irrsinn e Rhum”という本を紹介しました。その本は私たち自身のエンパワーに役立つものでした。

われわれの中には天才もいます。しかしまたごく平凡であるいはおろかでさえあるものもいます。

イギリスのマニック・デプレッション・フェローシップ (そうとうつの団体) は 120 のセルフヘルプグループを組織してきました。私たちは役割モデルを求めています。私たち自身が仲間に対してそうであったように。

私たちは分科会をいくつかの原則を作り上げ終わりました。なぜなら私たちはみな反対するだけではなくて、積極的に進めるべきことも必要だという点で意思一致したからです。

原則をいくつか

- ・ 自分自身と他者の狂気の体験を尊重しそれに価値を認めよう
- ・ 私たちの知識と知恵に価値を認めよう
- ・ 精神保健上の危機というものは何ほどかのものを作り上げることができる建設的なものでありうる
- ・ 人生の一部として、悲しみ、苦痛、そして死の意味を認めよう
- ・ 人権と機会を拡大強化していこう
- ・ 自制と自尊心を取り戻そう
- ・ 尊厳と尊重
- ・ 開放的であること 公に話すことができることは欠くことができない
- ・ 精神的問題を抱えていようが、まともな人生は可能だ

私たちは最後にアメリカ合衆国の「幸福追求権」について議論しました。幸福の価値とは何でしょう。幸福は真の目的足りうるのでしょうか。偉大な芸術や科学の成果は幸福からは生まれず苦闘や危機から生まれました。しかし少なくとも惨めで不幸ではないことは重要かもしれません。

報告の最後に、世界に真の現実をもたらすことのできる人々こそが、他者からは現実との生ける接触がない、といわれることに疑問を投げかけたいと考えます。



分科会 8 報告

人権／精神医療における強制とはなにか？ それに対してどのように闘うか？

報告者： ガーバ・ガンボ ハンガリー

ヨーロッパ評議会の閣僚委員会は前回の会議で、精神障害をもつ人々の人権と尊厳の保護に関する勧告を採択する予定でした。しかし、閣僚評議会はこの議題を 9 月に行われる次の会議まで延期することを決定したのです。この大部の報告書（量においても質においても）が、非自発的な施設入所、非自発的な治療、その他の強制的な方法についてのものであり、ヨーロッパのユーザー（元ユーザー）／サバイバー運動が緊急に対応する必要があったので、本分科会ではこの報告書に焦点を当てました。「勧告草案」と題されたこの報告書は、以下のサイトで見ることができます。

http://www.coe.int/T/E/Legal_Affairs/Legal_co-operation/Bioethics/Activities/Psychiatry_and_human_rights/INF_2004_5e%20psychiatrie%20projet%20rec%20&%20ER.pdf

分科会には 10 名ほどの参加者がありましたが、ほとんどが閣僚委員会の委員を出している国から来た人でした。参加者には勧告草案のコピーが配布されました。

分科会冒頭では、ヨーロッパ評議会について、ヨーロッパ評議会勧告の位置づけ、今回

の報告書が出されるに至る長い前史についての背景説明がなされました。報告書に至る前史には、2000年の公開協議へのENUSPとWNUSPの参加、そしてENUSPが各種手続を、障害をもつ人々とその組織が政策決定のあらゆるレベルにおいて関わるることについての国連基準規則ガイドラインに従ったものにしようと試み、失敗したことがありました。ENUSPの声明や行動を含めて、今回の勧告草案の歴史をもっと知りたい方は、次のサイト：<http://www.enusp.org> (以下をたどってください：Documents & Reports / Declarations and Other Documents / White Paper)をご覧ください。

第二に、参加者たちによって勧告草案のいくつかの条文の分析が行われました。30条は、この報告書においては巧妙な言語表現が使われていることを示す一例として挙げられました。

ある人が精神の障害を有しているという事実だけを、彼または彼女の子孫を残す能力を恒久的に侵害することの正当化する事由とし続けてはならない。(勧告草案30条)

分科会参加者は分析を行ってから、この一文に込められたメッセージは何か、同意しうるものかどうかを参加者で議論しました。“隠された”メッセージのいくつかは、グループ討論で明らかになりました。以下はその例です。

- ・精神障害をもっていること単独では、強制的な不妊・断種は正当化されないが、この文章では特定化されていない何らかの、付加される要因があった場合に、干渉が正当化されることになる。

- ・精神障害をもっていることはそれだけで、人が子孫を残す能力を、恒久的にはないなら侵害することを正当化する。

参加者たちはこの提言に同意できませんでした。この条文は差別的で、国際的に認められた医療、倫理、人権の各種ガイドラインにおける既存の基準を低くするものと思われたからです。

勧告草案の17条と18条にある、非自発的な施設入所と非自発的な治療に関する判断基準についても議論が行われました。この討論で、分科会のメンバーたちは、何であれ強制的な方法を受け入れることのできる人はいるのかどうかを投票したいということになりました。その場では合法的な強制という考え方を支持できる人は一人もいませんでした。本分科会は強制的でないアプローチを支持することを提唱したのです。

本分科会の成果：この分科会では、次のような問題が指摘されました。

- ・ 手続き上の問題：
当事者の関わりについての国際的に認められた基準（例えば国連基準規約）が、採択に向けて報告書を草案し、仕上げ、提出していく過程で見過ごされてきたこと。

・ 障害と人権の立法にまつわる背景的問題：

草案の最初のバージョンに関し、前回の、そして唯一の公開協議がなされて以来、国連事務総会は、障害をもつ人々の人権と尊厳を保護し、推進するための統合的で包括的な人権条約をつくることをアドホック委員会に委任する決議(GAOR 56/168, 19/12/2001)を採択しました。そこで、新しい人権条約草案が作成され、2005年には国連事務総会によって採択されるまで進むのではともされています。もし閣僚評議会とヨーロッパ評議会が勧告草案を現状のまま採択すれば、その条項の多くが、すぐに国連条約によって却下されることでしょう。その場合、ヨーロッパ評議会は新しい勧告をつくるために新しい作業グループに委任しなくてはならないでしょうが、これは不当な、時間、人的資源、財源の無駄となります。

・ 採用された基準に関する問題：

いくつかの条文で採用されている人権基準は、既に存在する専門職と人権のガイドラインや、人権に関する欧州法廷における最近の判決において採用されている基準よりも低いものとなっています。

・ 比率にまつわる問題：

精神医療の専門家や法律の専門家たちは、パーセンテージとしてごく少数の事例においては強制的な方法が必要であると主張しており、現在の報告書は例外的な状況においてのみ、そのような方法が正当化されるべきであることを受け入れたものですが、草案の大部分がこのような実に例外的でまれなケースを扱っており、大多数のケースにおける精神的な問題を抱える人々の人権や尊厳を保護するような革新的な条項が存在しません。

本分科会は、次のような勧告で締めくくられました。

ヨーロッパ評議会の構成国においては、国連の障害者人権条約へのロビー活動は、ヨーロッパ評議会の現行の勧告草案の採択に反対し、代わりにヨーロッパ評議会が、新しい国連条約によって採択された基準に確実に一致させなければならないように働きかけなければならない(分科会からの勧告)。



分科会報告 11

恥辱

これが私の社会や文化において、精神上的の調子がよくないことについて感じられること？
精神病というラベルはあなたをどのような気分させるか？

報告者：ケイ・シェルドン、イギリス

私たちは小さなグループでしたが、にもかかわらず、いくつかの成果を上げたと思えます。まず言っておかなければならないのは、この分科会の参加者は全てヨーロッパ人で女性でした。おそらくそのために、世界各国からの多様な参加者があればできたかもしれない、幅広い議論はできませんでした。

本分科会は報告者の役割をする分科会・リーダーと双方向のやりとりを行う形式で進みました。私たちの議論から主要なポイントをあげれば、以下ようになります。

- ・他の人々によって恥辱を感じさせられることはよくあることです。恥辱の感情は他人の憐みから引き起こされることもあるし、自分は何か悪いことをしてきたとか何らかの形で不適切であるとか弱いとか、感じさせられることから生じることもあります。
- ・恥辱はまた、自分は他人を失望させているとか何か失敗をおかしているという思い込みを通じて、私たち自身のうちから生まれてくることもありえます。非難されていると感じたり罪責感を持つことは恥辱の感覚と強く結びついています。
- ・恥辱を経験するのはユーザー／サバイバーだけではなく、その家族もなのです。例えば

両親は普通、自分の子どもを誇りに思いたいものですが、子どもが精神医療のラベルを受けてしまうと、そう思うことができないことはよくあります。そしてこのことによって、ユーザー／サバイバーを感じる罪責感や恥辱が増してしまうこともありえます。

- ・社会のなかに精神保健の話題を話すことを嫌う傾向があることで、ユーザー／サバイバーとその家族は孤立や村八分の気分を経験することにもなります。

- ・精神保健サービスの本質自体が烙印をつくりだし、恥辱の感情を増すこともありえます。病院や精神科病棟は隔離されていることが多く、秘密に隠されています。その多くに門や施錠された扉があり、そのことにより地域の住民が私たちに烙印を押ししたり、恐怖の対象としたりする結果を招いています。

- ・精神病の診断やラベルを受けることは、終身刑を受けるようなものと受け取られかねません。また、ラベルのなかには、パラノイア性統合失調症や人格障害のように、他のラベルよりもさらに恥辱的だと思われるものもあります。

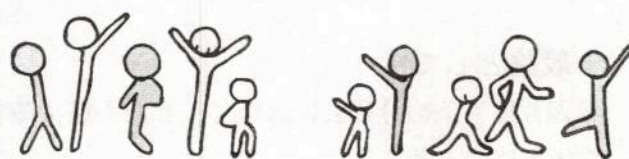
- ・「ユーザー」という用語は、ハードで非合法のドラッグを使用している人々を連想させるので、恥ずかしいと思う人もいる可能性があります。

- ・精神の病が身体の病に喩えられることを好むユーザー／サバイバーもかなりいますが、このことは精神保健上の問題が連想させる烙印を減じるのに有効だとは思えません。

- ・恥辱はまた、例えば物質主義の社会において貧困であるというような、間接的な理由から経験されることもありえます。ユーザー／サバイバーの多くが職に就いておらず、社会の価値あるメンバーと見なされないのです。

- ・もちろん私たちは、自分たちは辱められるべきだとも恥辱を感じさせられるべきとも信じていません。精神保健上の危機のために——危機にもかかわらず、ではなくて——すばらしい成果を達成してきた人が、著名な人も含めて大勢います。

- ・私たちは全てのユーザー／サバイバーに、誇りをもち強くあるよう励ますべきです。自分自身とお互いに対しての悪い、否定的な感情と闘うために。私たちはみな、個人としてそして集団としても私たちの存在に誇りをもつべきです。精神保健上の危機を経験することは、究極的には一つの肯定すべき経験であり、人生という豊かな織布の一部であると考えられるべきなのです。



WNUSP障害者権利条約総会決議

(分科会 7 からの提案)

2004年7月20日 デンマーク バイル

目的

- 1 WNUSP総会として、自己決定すなわち自分自身で決定する権利も含め、精神医療ユーザー・サバイバーにとって重大な事柄すべてが完全に障害者権利条約に書き込まれることを求める。
- 2 WNUSP総会として障害者人権条約作業部会草案、9条の(b)、(c)の(i)と(d)、10条の1の(b)、11条、12条の(2)そして15条が、条約の形で採用されることを求める。さらに草案7条の(3)が削除されることを求める(注 触れられている草案の条項については下記のように要約できる。*誰もが自分自身で決定する権利と法的能力を持っている *障害を根拠とした自由の剥奪の禁止、たとえば強制入院や強制施設収容の禁止 *強制医療の禁止 強制医療は拷問である。 *自己決定を支えるための、現行の後見制度等に替わる実質的に意味のある制度の保障 *非差別と差別への抜け道の禁止)。
- 3 WNUSP総会として障害者権利条約作成過程においてWNUSPも含む障害者組織の完全参加を求める。

私たちはいかにして目的を達成するか

- 4 私たちはこれらの目的を達成するために新たにWNUSPの理事会を選出した。
- 5 私たちは同時にWNUSPの組織会員、個人会員すべてがこれらの目的を達成するために自国政府に働きかけまた幅広い障害者運動によって私たちの運動への支持者を増やしていくことを求める。

将来に向けて

- 6 私たちはWNUSPが障害者権利条約の解釈および条約の履行に対する監視など条約成立後においても条約の履行を追及していくことを求める。

一般論として

障害者権利条約分科会において、私たち精神障害者はほかのすべての人々と等しい権利と責任を持つと考える。

WNUSP 条約関連資料

2005年1月第5回国連障害者権利条約特別委員会に向けて出された資料の一部

障害者権利条約作業部会草案11条 について (拷問又は残虐な、非人道的な若しくは品位を傷つける 取扱い若しくは刑罰からの自由拷問、あるいは残酷 で非人道的からの自由)

国際障害者コーカス

なぜ強制的介入は拷問の一形態なのか

強制的介入は拷問禁止条約の拷問の定義にあたる

拷問とは

- 故意による行為、
- 身体的なものであるか精神的なものであるかを問わず人に重い苦痛をもたらし、そして
- 何らかの差別に基づく理由によって行われる

要件となる「故意」は被害者に苦痛を体験させようとする特定の意図ではなくて、重い苦痛がもたらされうると知りながら行われる一般的な「故意」を指す。

強制的介入は拷問である。なぜなら強制的介入を行うものは重大な苦痛がもたらされうることを知っているからである。例を挙げる。

- 障害者は非可逆的に脳を変化させうる、そして苦痛をもたらすこともある薬を与えられる場合もある。薬のこうした効果はこうした行為を行う従事者に知られているが、こうした効果は障害自体に比べれば重大ではないとみなされている。
- 障害を持つ娘にたいし個人的な衛生目的で不妊手術を強制した父親
- 知的障害の女性は性的虐待の際の妊娠から「保護」するためということで不妊手術をされることがよくある。しかし実際には強制不妊手術は性的虐待を引き起こしている。
- 矯正手術、強制的向精神薬投与、電気ショックなどなどの介入。人が非障害者共同体とは違っていたいと望んで選択するなら、あるいは特定の介入に耐える

必要がないと感じているなら、条約は彼らの選択権を尊重しなければならない。本人の同意なしの強制的介入は自己決定達成の能力を奪い、個人の品位を引き下げる。

追加文書

強制的介入は拷問の国際的定義に合致す

WNUSP 共同議長 ティナ・ミンコウイツ

障害者に対してのいかなる実際上又は認知上の機能障害をも予防し、矯正し、改善し又は緩和することを目的とする強制的な介入は国際法上の拷問の定義の諸要素に合致する。

拷問禁止条約は拷問を「さまざまな目的で行われる人に重い苦痛を故意に与える行為」と定義している。要件となる故意とは人に苦痛を引き起こす特定の意図ではなく、重大な苦痛をもたらすであろうことを知った上でなされるという一般的な意図を指す。

普通は公務員の参加を拷問の要件とするが、私人によってなされなければ拷問の要件を満たすであろうところの、私人の暴力行為を正しそしてそれから保護しないこともまたこの基準の侵害とみなされうる。強制的介入は、意味のある防止や保護が実質上なされることなく、公務員あるいは法により付託された権威に従ってなされる場合が多い。

医師、伝統的な治療師そしてほかのものは重大な苦痛をもたらすであろうことを知って強制的介入を行っているであろう。なされようとする介入に対する、犠牲者の抵抗、同意の拒否、あるいは恐怖、怒り、絶望はそれが望まれていないという情報をかれらに伝えている。さらに、強制的介入が行われる文脈には、すなわち自由の剥奪、人権と尊厳の恒常的な侵害、そして障害根拠として医学の対象として人間性を否定することも含まれるが、そうした構造的な力関係の不均衡が反映している。障害者に行われる強制的介入がもたらすものについて加害者は深刻な無関心無感動をしめしている。さらに非障害者に同様の介入が行われれば苦痛をもたらすということが一般に認められている場合ですら、障害者にもたらされる苦痛について彼らは無関心である。強制的介入が行われる際のこの無関心無感動こそが、拷問の要件とされる知識と故意をあきらかにしている。

強制的介入は障害者に重大な苦痛をもたらす。これらの介入は機能障害を予防し、矯正し、改善し又は緩和すること企てるということで、機能障害というのは欠陥や不足あるいは非存在という意味の価値を伴った概念であることを認識されることなしに、合理化されている。障害者は自分自身を全的な人間として経験しているのであって、私たちの意思に反して私たちを変えようとするいかなる試みも、精神的肉体的統合そして同様にアイデンティティの感覚をも攻撃するものであるという経験をしている。この経験は障害をさらに付け加えると同時に一生続くトラウマをもたらすことがしばしばある。

拷問の目的は情報あるいは自白を得るため、脅し、あるいは強制や処罰のためであり、さらにいかなる形であれ差別を根拠にした理由を含んでいる。

差別は常に強制的介入の要素である。非障害者にもっと近づくように私たちが奨励したり強制したりすることは、障害に根拠として人間の存在を階層的に序列分類することを永続化する。これは「障害を人間性と多様性の一部として受け入れる」という原理、そして人種と人種的偏見についてのユネスコが宣言している、違っていることの権利の原理、に反している。さらに障害者に対してなされる介入はわれわれを非障害者にするわけではなく、また違った障害を生み出したり、更なる機能障害を作り出したりすることはよくある。こうした介入は社会や環境の次元での障害に対しては何もしない。苦痛と今ある能力の消失は障害者に対して行われる多くの介入に固有なものであり、これは、同じでない体の形、同じでない感覚能力、同じでない自己表現や行動に直面したときの非障害者の不快を反映しており、私たち自身を私たちから救うという名目で障害者をすすんでいけにえにしていることを反映している。

威圧は強制的介入のひとつの要素である。威圧という定義の意味においてのみならず、われわれのアイデンティティを切り崩し、われわれの状態に対する専門的知識を持つとされている権威への屈服を甘んじさせるという企てであるという意味で、威圧は強制的介入の要素である。人の体と精神はアイデンティティにとって必須のものであり、すべての人は自分自身の肉体と精神を、宗教的・政治的・信念などのほかのさまざまな側面のアイデンティティと同様に干渉から保護される権利を持っている。さらに行動が障害に帰せられ介入がその行動を防ぐために使われるときに、強制的介入は直接的強制という方法でもまた使われている。望まれない行動を防ぐことによって、あるいは望まれない行動ができる肉体的・精神的な能力をなくすことによって、直接の強制が使われている。

処罰は強制的介入のひとつの要素である。権力の不均衡のある施設あるいはその他の状況において、人のアイデンティティを汚し精神と肉体の統合を傷つける干渉は処罰の容易な方法である。強制的介入による脅迫はまた障害者を萎縮させ、権威ある地位にいる人の要求に応じさせることになる。こうした脅迫により、干渉を自発的なものとして応じさせることももたらす。

アメリカ大陸拷問禁止条約は多様な形にある拷問の国際的定義を明確化している。すなわち、人に苦痛をもたらすか否かにかかわらず、人格の抹消を意図し、あるいは人の肉体的・精神的な能力を低下させる処分としている。拷問禁止国連条約の拷問の禁止においてもこれらの処分が暗示されていると解釈されている。なぜならこうした処分は即座に苦痛をもたらさないにしても心理的・肉体的被害が、その後長期にわたって明らかになることがあるからだ。

すでに論じたように、障害者への強制的介入は人の精神的・肉体的な能力を低下させるため、あるいは人の重要なアイデンティティを変化させるために計画されることがしばしばある。

ひどい介入は人の人格を抹消することを意図している場合もある。アメリカ大陸条約のこの条項は精神を変えてしまう実体と手続きの使用についてとりわけ触れていると広く理解されている。それはもっとも顕著な強制的介入のひとつである。

上記に述べた説明は強制的介入が国際的な拷問の定義の諸要素を満たしていることを明らかにした。拷問に反対する基準の目的はすべての形態の拷問を防ぎそれらから人を保護することであり、そして、拷問の定義に差別が含まれていることは、すなわち少数者の保護が明白に奨励されているということであるので、国際的の法文書と法律学は障害者への強制的介入を、最大限の懸念の対象として宣言すべきである。

法的能力に関する主張

アミタ・ダハンダ教授

世界精神医療ユーザー・サバイバー・ネットワーク

法的能力は社会的に構築される

法的能力に関連して確認されるべき最初のことは法的能力というのは社会的に構築されるということであり、それはそして時代によって異なり、社会の選択を反映する。この過程をよく表している例が女性の法的管理能力の変遷である。歴史的に能力というものは法律が人々に認めたりあるいは否定したりするものであるという属性あるいは仮説がある。概念としては子供の能力の発展を認め、参加の権利をはっきりと含んでいる子供の権利条約（12条）にもまたこの法的能力に関して定められるべき中身がある。したがって今われわれ（精神障害者）に対する法的資格剥奪の適用がはずされることを求めるために、他の排外された集団によって詳細に議論された道筋をたどってわれわれは議論していく。われわれのすべてあるいは一部に関して社会が無能力であると主張するのは虚偽であり、そしてわれわれもまた他の人たちと同じく私たち自身の表現にもとづいて生活する権利があるということを書いていく。

能力の法的構築において認識能力は特権を与えられている

法的能力が本質的には構築されるものであるということを知（これは理解される必要がある）するならば、法的能力はまず認識能力の標準的な基準から構築されているということがわかる。私たちすべてが決定を下す際に認識能力を使っているわけではないので、認識能

力がまず優先されていることは疑問である。感情的直感的に決断を下しているものは無能力とみなされるべきであろうか。この世界のある特定の存在のあり方が優位とみなされるのに従って、法律は法的無能力のレッテルを製造しているように見える。もし法がそれぞれの異なった種類の知性を扱っているやり方ゆえに、そうした仮定が生まれているとするなら、明らかに障害者権利条約はこの仮定を変革しなければならない。条約はすべての障害者が法的能力を持つことを明白に宣言すべきであるなら、この変革の過程にまず手がつけられなければならない。

法的能力は賢明な選択とは関係ない

代理人による意思決定を提案する議論のひとつに多くの人が法的能力を行使する賢明さが無いということが上げられる。しかし法的能力は選択の自由に関するものであって、これらの選択の賢明さに関するものではない。同じあるいは新たな過ちを犯すことそしてその過ちから学んだりあるいは学ばなかったりすることは、すべての人間に固有の自由である。この過ちから学ぶ自由は法律の分野ではなくて、実験あるいは試行錯誤から学ぶこととして議論されるべきことである。人類は過ちを犯す自由を許容することによって進歩してきた。今日の過ちが明日の発見となることがしばしばあったからであろう。自分で過ちを犯すこと自由を認められない人はみな、自らの才能に従って発達することを認められないということになる。そしてこれこそが精神障害者に関しての差別と剥奪であることが宣言される必要がある。危険を冒すことによる尊厳と保護されない権利は、すべての成人の固有の権利である。障害者に全的な人格を取り戻すように定められようとしている条約はすべての類型的な見方を問い直す必要がある。なぜなら類型的な見方にとらわれたままでは条約は誤った印象を強化するばかりではなくてそれを合法化してしまうことになるからである。

基準とその履行については明確に区別されなければならない

後見人制度の支持者により次に問題にされるのは支援された自己決定は後見人制度の代わりにはなりえないということであり、またさらにそのような支援を得ることはできるかどうかという点である。これらの議論は履行に当たっての懸念を基準の採用に持ち込んでしまっていることによって生じている。履行に当たっての制約が条約のもとの基準の採用の根拠となるべきであろうか。とりわけ条約が障害者の権利についてのすべての未来の議論の元となるものであるとき、基準の採用の根拠とすべきであろうか。基準の履行に関して現実的な取り組みは容認できるが、基準の採用についても同じような視点でなされるならそれには疑問がある。なぜなら今日の限界を持って将来の発展を制約してしまうことになるからである。

代理人による決定は精神障害者すべてに適用されてしまう

代理人による決定を何らかの形で支持する人たちの更なる議論は、すべての障害者に法的能力があることを原則とし、しかしごく少数の重度障害者にとっては支援された決定では不十分であり、そうした人たちには後見人制度が提供される必要があるであろうというものである。これらを支持する人たちは、こうした後見人制度を定めるに当たっては司法的決定が公正な手続きによる防御が適正に遵守された上でなされるべきであると論じる。彼らはこの代理人による決定は原則ではなく例外であり、少数のケースに適用されるだけであると主張する。

この議論を認めた場合のもたらされる第一の重大な結果は、代理人による決定という手続きが条約に組み入れられるということだ。こうした主張に基づく手続きは精神障害者のごく一部に適用されたとしよう。そうだとすると、いかなる手続きによってこの少数の人たちが特定されるのか、と問われる必要がある。明らかに一人一人に対して判定が行われることになる。したがってこの特定の過程はすべての精神障害者がその能力について疑われる審査されるという事態を引き起こす。

少数のグループの人へのそれもあるかどうか分からない疑問のある利益のためにすべての精神障害者が不利益をこうむらなければならないという状況をもたらすことになる。この利益には疑問があるという議論がなされなければならない、なぜなら、後見人制度の機能についての評価する研究によれば、実際後見人制度は虐待防止というより虐待を促進しているということが認められているからである。さらにこうした後見人制度などがいったん決められると、後見人は被後見人の代理として被後見人と相談することもなくすべての決定をする根拠となってしまう。この剥奪は後見人制度の下にある人の市民的死を生み出す。

支援された決定こそが唯一のモデルである

これらの状況ゆえに、自己にかかわるすべての決定の中心に自分たちがあり続けるために、支援された自己決定というパラダイムがすべての障害者にとって好ましい選択肢であるかを問うことは意義があるだろう。この枠組みは現行法における認識の特権的地位を問い直し、そしてさらに障害者が他の人と共に、より高い認識能力を必要とする課題があるときに支援を求めるための援助をえられるパラダイムである。

(訳注 上記二つの文書の明晰な論理にもかかわらず、残念ながら第5回特別委員会では政府代表により、後見人制度と強制医療強制収容の手続き的保障の議論が条約草案に書き加えられてしまいました。障害者コーカスとは、国連権利条約特別委員会に参加している障害者団体および関係の非政府組織の連合体で、立場を超え特別委員会に取り組んでいます)

デンマークで開催されたWNUSPに参加して感じたこと

村上満子

2004年7月17日～21日、デンマークのバイルにてヨーロッパ精神医療ユーザー・サバイバーネットワーク（ENUSP）と世界精神医療ユーザー・サバイバーネットワーク（WNUSP）のジョイントカンファレンスが行われた。52カ国200名あまりの参加者が集い、世界精神医療ユーザー・サバイバー・ネットワーク（WNUSP）総会決議として障害者人権条約に関する決議を採択した。

この会議の費用は、デンマーク政府が全面的にバックアップしており、開発途上国からの参加者には全額渡航費が補助され、しかも参加費および宿泊費は当事者以外の者であってもフリーであった。わが国の政府もデンマーク政府を見習って当事者のために少しは補助金を出すべきだと感じた。

さて、私自身は精神医療のユーザーでもサバイバーでもないが、山本真理さんのパーソナルアシスタントとして参加させていただいた。彼女はボードメンバーの一人であり、意志決定にかかわるミーティングやスピーチなどで精神的負担が重いのではないかと、予防的な意味で、私を連れて行ったわけだが、実際には、承ったのはチケットの手配ぐらいだった。

この会議は、私のような当事者以外の者にもオープンにされている。当然ながら選挙権は与えられない。また、参加することはできても、ミーティングでは実体験を語るができないなど、傍聴するしかない場合もあった。当事者でない者が、当事者主催の会議のなかで、どういう扱いを受けるのか、体験することができた。正直なところ、共有する体験がなく少しさみしかった。

本会議では、世界のユーザーやサバイバーたちの話から、精神医療についての問題は多

くの国で共通しており、ネットワーク構築の必要性を感じた。ただ、もっと実態調査の結果や各国の社会保障制度についての正確な資料やデータが準備されておれば、もう少し焦点を絞った正確な討議ができたのではないか、問題の所在に対する具体的なアクションプランが描けたのではないかと感じた。もっとも、そういった作業は本会議の範疇ではないのかもしれない。本会議では、互いの体験を語り合い、決意を共にする場なのかもしれない。

会議を通して、言語の問題を超えて、人と人との付き合いが少しできたように思う。最終的には筆談で乗り切るなどして、互いを知り合うことができたことも自信につながったように思う。ロシア、ネパール、ガーナ、ザンビア、スイス、コートジボワール、オランダ、ドイツの人たちと比較的よく話した。その他にも、どこかですれちがっても、顔をみて挨拶を交わし合うとても感じのよい会議だった。

ユーザーでもなくサバイバーでもない私にとって、この会議に参加できて最もよかったと感じたのは、世界から参加したユーザーやサバイバーと数日間をともに生活できたということだ。共有できる体験もなく、言葉もあまり通じない状況だったが、最終日には別れを惜しんで一緒にダンスをした。忘れられない思い出だ。

それに、この会議は、最近のわが国ではとても信じられないくらい治安のよい安全な会議であった。多くの人間が出入りしている会場であっても、私物や貴重品がなくなると言うことはなかった。場所さえ変わっていない。たとえば、デジカメ、MD、財布などをむき出しのまま、うっかり置き去りにして、あっ！と気づいて大慌てで取りに戻っても、もとの場所にそのままの状態、残っているといった具合である。まるで暗黙の了解があるかのごとく、少しも移動されることなく、そのままなのだ。不思議だが、心あたたまる体験であった。

当事者でない私がこのような世界会議に参加できたことを、お誘いくださった山本さんに感謝するとともに、貴重な体験から学んだことを、今後は少しでも当事者運動へ還元することができればと思う。

2005年2月1日

あとがきに代えて

WNUSP 理事 山本真理

本書は 2004 年にデンマーク・バイルで開かれた WNUSP 総会報告書の一部を翻訳したものです。翻訳は支援者の永井順子さんの献身的努力により完成しました。私も一部翻訳しましたが、永井さんのご助力なしにはこの報告書は完成しませんでした。彼女のご支援にまず感謝したいと思います。そして資金面では財団法人倶進会からの助成金をいただき発行にこぎつけられました。倶進会に深く感謝いたします。

WNUSP の歴史

世界精神医療・ユーザー・サバイバー・ネットワーク (World Network of Users and Survivors of Psychiatry 略称 WNUSP) の発足は 1991 年 (当時は旧称世界精神医療ユーザー・サバイバー連盟) の世界精神保健連盟メキシコ大会にさかのぼります。全国「精神病」者集団は発足当初から団体参加しています。

この初の国際組織の結成により、国連の障害者の機会均等に関する基準規則のモニター委員会への「精神病」者自身の組織としての参加の道も開かれました。ここに初代共同議長のマアリー・オーヘイガン (現ニュージーランド精神保健委員会委員) が精神障害者の代表として専門家委員の 1 人として参加しました。ここでいう「専門家」とは、医師やソーシャルワーカーという専門職ではなくて、障害については障害者こそが専門家であるという意味での専門家です。

基準規則そのものの制定過程やとりわけ「精神疾患を有する者の保護及びメンタルヘルスケアの改善のための諸原則に関する国連決議」(1991年12月17日国連総会決議)の作成過程には WNUSP の結成は間に合わず、「精神病」者自身の声は全くといっていいほど反映されないまま決議されています。しかし今回障害者の権利条約を目指す動きに関して、WNUSP は十分その存在を示すことができていると私は考えます。

WNUSP は 1991 年以来、世界精神保健連盟の総会にあわせて、第 5 回までの会議を重ねてきましたが、今回デンマークの組織である LAP の尽力とデンマーク政府のご助力により、初めて世界精神保健連盟の大会と派別に、独立して第 6 回総会を開催することができました。

2004年7月17日から21日のデンマーク・バイルでの総会には世界50カ国以上から200名に及ぶユーザー・サバイバーが参加し、開会式から12の分科会そして総会と熱心な討論がおこなわれました。日本からは私も含め4名が参加しました。それまで参加者が欧米に偏っていたのですが、今回はアジア各国やとりわけアフリカからの参加者が増え、次回総会(2008年に予定)はアフリカで開かれることが決まっています。アフリカでのネットワーク作りが力強く進められている報告にはとても励まされました。

会議や分科会は言葉の壁に苦勞しましたし、体がひとつしかないのに、参加したい分科会が平行して行われたので、報告書でようよう理解したというのが実感でした。しかし会議のほかに食事や休憩時間、パーティでの交流はさまざまな国の仲間から新しい視点や刺激を得られるとともに、何より体験に根ざしたあまりに共通点の多さをなんども確認できました。もちろんそれはまた私たちの置かれた状況の厳しさの表れでもあります。

私は引き続きアジア太平洋地区選出の理事となりましたが、アジア太平洋地区の新しい理事(代行も含め)はニュージーランドからはクリス・ハンセン、オーストラリアからはデイヴィッド・ウェブ、インドからバーガヴィ・ダーバという顔ぶれとなり、言語の壁に悩んでいた私にとって、インドからのバーガヴィの参加は今後アジア地区とりわけ発展途上国からの声を強化していくためにうれしいことでした。

日本は先進国ということになってはいますが、「精神病」者の状況としては、むしろインドの状況やアフリカの状況に共通点があるという感想をわたしは持ちました。そして何度も指摘されていることですが、欧米では不十分な点は多々あるのですが、脱施設化が進んでいる一方、発展途上国は施設を作る金そのものがない、それゆえ日本のみが世界最大の隔離収容大国となっているという現実を痛感しました。

WNUSP と障害者権利条約

今回の障害者権利条約への流れの中で、WNUSP はメキシコ専門家会議にも理事の1人であるカール・バッハ(デンマーク)を派遣し、国連での障害者人権条約制定作業開始に向け力を注ぎました。そしてすでに5回にわたり開かれた国連の特別委員会にはWNUSPの共同議長ティナ・ミンコウィッツはじめWNUSPのメンバーが積極的に参加しました。もちろん全障害者団体にとっても、国連史上初めて障害当事者のNGOが条約制定作業に政府代表と対等な立場で参加した体験でした。とりわけWNUSPとしてティナが草案作成のための作業部会に参加し、強制収容と強制医療の廃絶を勝ち取ったことは歴史的勝利として特記されなければなりません。

障害者条約へ障害者自身の声を反映させるにあたっては、国際的な共同活動とりわけ国連ロビー活動を共同して行うことを目的とした、障害種別を超えた障害者団体による、国際障害者同盟(IDA)の結成も大きな力となりましたが、そこにもWNUSPは唯一の「精神病」者本人の国際組織として参加しています。

新たに共同議長に選出された、ティナ・ミンコウィッツは精力的な闘いをニューヨーク国連の会議で、そして世界中を飛び回って取り組んでおり、単に WNUSP のリーダーとしてのみならず、権利条約に取り組む障害者非政府組織のリーダーの一人として活躍しています。彼女の法律知識に基づく、鋭くそしてたゆまない問題提起があつてこそ、歴史的勝利が勝ち取られたとっていいでしょう。

残念ながら強制収容と強制医療の廃絶に関してはその後の特別委員会ですたずたとなりつつありますが、それでもなおこの議論の過程が歴史に刻み込まれ今後の私たちの人権主張活動に大きな遺産となることは誰も否定できないでしょう。

障害者権利条約にむけた国内の動き

日本国内では障害者権利条約への取り組みもひとつのきっかけとなり、障害種別を越えた日本障害フォーラム (JDF) が結成されました。全国「精神病」者集団も国際障害者同盟に参加している WNUSP の国内唯一の正会員として日本障害フォーラムにお声がかかりオブザーバーとして参加しています。JDF には障害者権利条約委員会が設置され、さまざまな障害者の中で条約に関する議論が交わされ、とりわけ JDF 準備会として、WNUSP および IDA の方針を支持し、強制の廃絶の意見書を日本政府に提出したことの意義ははかりしれません。今後条約制定後のそれにあわせた国内法制定に向けても、障害種別を越え、強制の廃絶に向け努力していきたいとかがえております。

2008 年の WNUSP 総会にはさらに多くの日本からの参加者を、と願ってやみません。

今回の WNUSP 総会に向け、日本からは発展途上国の参加者の旅費援助として 19 万円あまりのカンパが寄せられました。そのまま WNUSP に届けましたが、多くの仲間そして支援の皆様が乏しい財布の中から浄財を寄せてくださったことに深く感謝いたします。世界で唯一仲間も含めたカンパ活動を日本で行えたことを私は誇りに思います。

最後に今回デンマークに介助者として同行してくださった村上満子さんには私自身総会への参加自体が不可能でした。移動介護の公的保障のない中、村上さんは自費で私の介護者として総会に参加してくださいました。彼女のご支援にも感謝したいと思います。本書を私を支え続けてくれた国内外の多くの「精神病」者仲間にささげます。

With Love and Solidarity

愛と連帯をこめて！

2005 年 4 月 27 日

パンフ紹介

「WNUSP 関連資料集」

精神保健サービスにおける強制

——国際的ユーザー・サバイバーの観点から

メアリー・オーヘイガン

障害者権利条約第2回国連特別委員会への提言

世界精神医療ユーザー・サバイバー・ネットワーク

他

長野英子編集 B5判 24ページ 300円

「権利条約に期待するもの
——障害者の権利を守るために」

B5判 32ページ 300円

日本障害フォーラム編

「自分らしく街でくらす——当事者のやり方」

アメリカ ナショナルエンパワーメントセンター
ローリー・アハーン ダニエル・フィッシャー著
齋藤明子 村上満子訳

RAC 研究会発行 A5判 40ページ 500円

「精神科医との面接で自分の力を発揮するために」

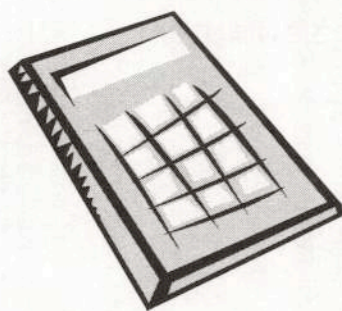
アメリカ ナショナルエンパワーメントセンター
パトリシア・ディーガン著 長野英子訳

RAC 研究会発行 A5判 24ページ 500円

「電気ショックを知るために(仮題)」

インド センター・フォー・アドボカシー・イン・メンタルヘルス

RAC 研究会発行 500円 2005年11月発行予定



いずれも送料別 全国「精神病」者集団までお申し込みください。

全国「精神病」者集団ニュース購読の呼びかけ

全国「精神病」者集団は1974年に発足した全国の「精神病」者個人、団体のネットワークです。会員は「精神病」者のみです。

「精神病」者の人権の回復を目的に、「精神病」者相対の利益代表としてさまざまな活動を続けてきました。全国「精神病」者集団ニュースは年6回発行しております。機関紙の目的は3つ、孤立している「精神病」者仲間の絆としての役割、発言の機会を奪われた仲間への発言の場の保障、情報から隔てられている仲間への情報提供です。

世界精神医療ユーザー・サバイバー・ネットワークにも正会員として参加し、全国「精神病」者集団会員からアジア太平洋地区の役員も出しております。

現在世界精神医療ユーザー・サバイバー・ネットワークとしての日本語の機関紙は出ておりませんが、全国「精神病」者集団ニュースには逐次情報を掲載しております。現在国連で作られようとしている障害者権利条約等の情報も発信しております。

このパンフをお買い求めいただいた方に、ぜひ全国「精神病」者集団ニュースの購読をしていただきたくお願いいたします。

ニュースは「精神病」者には無料で配布しており、ニュース発行およびすべての活動資金はカンパと会員以外のニュース有料購読者の購読料にたよっております。会員の「精神病」者以外のニュース購読料は年間5千円です。

ニュース申し込み先

210-8799 川崎中央郵便局私書箱65号 絆社ニュース発行所

E-mail hanayumari@hotmail.com

ファックス 03-3738-8815

お名前、ご住所（郵便番号からお願いいたします）、「精神病」者であるのか否かを明記の上お申し込みいただけますようお願いいたします。

「精神病」者とはこの場合、精神病院あるいは精神科・神経科診療所あるいは心理カウンセリング等に通院入院中または通院入院歴がある方を指します。病名は問いません。

1971年6月17日第三種郵便物認可（毎月6回5の日・0の日発行）
2005年5月11日SSK増刊通巻2530号 絆

編集人 全国「精神病」者集団 〒210-8799 川崎中央郵便局私書箱 65号 絆社ニュース発行所
発行人 障害者団体定期刊行物協会 東京都世田谷区砧 6-26-21 定価 500円