2017 6） すべての人の身体的精神的な到達しうる最高水準の健康の享受の権利に関する特別報告者報告

2017/07/18 変換ミスほか修正いたしました
2018/06/27 変換ミスほか修正いたしました
以下から健康の権利特別報告者の報告邦訳全文ダウンロード
健康の権利特別報告者レポート
(2017/07/01 訳 山本眞理 2072017/07/18 修正 山本眞理）
英語原文は以下からダウンロード
G1707604 (1)

訳者前書き
この報告書は国連の健康の権利に関する特別報告者による、2017 年 3 月に出された精神保健についての報告書である。
特別報告者とは国連人権理事会によって任命された、独立した専門家であり、国連そのものからも各国政府からも独立しているところが重要な点である。それゆえにこそ権威があると言ってもいいだろう。
現在の特別報告者は国連のサイトの紹介によると以下。リトアニアの児童精神科医である。
Mr. Dainius Pûras (リトアニア) は 2014 年人権理事会によって到達しうる最高の基準の身体的精神的健康についての特別報告官に任命された。Mr.Pûras はヴィリニュス大学の社会精神医学小児科センターの所長であり教授である。彼はまた公衆保健政策とサービスの改革過程にこの 30 年間積極的に参加してきた人権擁護活動家でもある。彼はとりわけ子どもの権利と精神障害者の権利そして他の弱者の権利に焦点を当てて活動してきた。
本報告書は、長年精神保健の重要性を主張する根拠として、「世界の重荷としての精神疾患」と宣伝されてきたことを全面的に批判し、むしろ精神的健康の阻害物としての障害物の重荷こそが問題であるとしている。その障害物として彼は 3 つあげている。第1に生物学的精神医学の支配、第2に権力の不均衡そして第3に証拠の偏った利用。
勧告部分の以下、小気味よいばかりの啖呵と私には読めます。
「グローバルな障害物の重荷を精査するなら、驚くべきことに、『精神障害』のいかなる重荷よりも障害物の重荷がはるかに重いことが示されるであろう。精神保健の危機は個人の状態の危機としてではなく、個人の権利を妨げる社会的障害物の危機として扱われるべきだ。精神保健政策は『化学的アンバランス』ではなくてむしろ、『権力のアンバランス』に取り組まなければならない。」
そもそも日本では1987年に精神衛生法から精神保健法になった時に、国民の義務として「第三条 …前略… 国民は、精神的健康の保持及び増進に努める」という条文が付け加えられた。権利ではなく

義務である。さらに 2014 年の健康増進法でも、国民の責務として、「第二条　国民は、健康な生活習慣の重要性に対する関心と理解を深め、生涯にわたって、自らの健康状態を自覚するとともに、健康の増進に努めなければならない」とされた。
それでは健康の権利を保障する国家の義務を定めた法律はあるだろうか、残念ながら医療基本法は未だ制定されていない。
憲法 25 条があるのみだろうか。
権利を根拠とした精神保健政策、とは逆に日本では健康は国民の義務、私たち「精神病」者は非国民。だからこそ強制入院、強制医療は正当、医療保障だとまで国は主張する。そればかりではなく障害者権利条約が明白に強制入院強制医療を禁止しているにも関わらず、法律家も精神医療の専門職も、強制入院そして強制医療は医療保障として健康への権利保障だと主張する。
しかし特別報告者は明白に以下述べている。
「精神的健康をめぐる標準の議論の進化は、様々な基礎的な決定因子を特定することとともに、健康への権利と自分自身の健康と身体をコントロールする自由との間の密接な関係に集中している。そしてそれはまた自由への権利、同意のない介入からの自由、法的能力の尊重と関連する。インフォームドコンセントが健康への権利に従った治療を受けるときに必要である一方、法的能力は同意するにあたって必要であり、それは精神的の能力と明確に区別されなければならない。健康への権利はまた統合と、自立生活と法的能力の行使双方への適切な支援を伴った地域での治療への権利を含む(see, for example, E/CN.4/2005/51, paras. 83-86, and A/64/272, para. 10)。 法的能力の否定はしばしば自由の剥奪と強制医療の介入を導き、それは恣意的拘禁の禁止そして残虐で非人道的あるいは品位を汚す処遇の禁止からのみならず、健康への権利からもまた疑念を引き起こす」
恣意的拘禁と拷問虐待の体制である精神保健福祉法体制は即座に解体されなければならない。残念ながら特別報告者は精神科医という立場もあり、即座の禁止ではなくラディカルな強制の削減を通して最終的な廃止という方針を述べてはいるが、方向性は明白である。
この報告書結論が、すべての医療保健福祉関係者、行政、そして何より精神障害者・障害者も含む全市民に共有されることを願って、邦訳を試みた。
素人の邦訳で種々間違いなどあろうかと思うので、ご批判ご指摘を受けたい。原文は英文で国連人権高等弁務官事務所のサイトからダウンロードできます。
2017 年 7 月 23 日
以下から健康の権利特別報告者の報告邦訳全文ダウンロード
健康の権利特別報告者レポート
(2017/07/01　訳　山本眞理　2072017/07/18　修正　山本眞理)
英語原文は以下からダウンロード
G1707604 (1)
特別報告者は
Mr. Dainius Pûras (リトアニア) は 2014 年人権理事会によって到達しうる最高の基準の身体的精神的健康についての特別報告官に任命された。Mr.Pûras　はヴィリニュス大学の社会精神医学小児科セ

ンターの所長であり教授である。彼はまた公衆保健政策とサービスの改革過程にこの 30 年間積極的に参加してきた人権擁護活動家でもある。彼はとりわけ子どもの権利と精神障害者の権利そして他の弱者の権利に焦点を当てて活動してきた。

国連

A/HRC/35/21

国連人権理事会　35 会期

2017 年 6 月　6 日から 23 日

議題 3

発展への権利も含む、市民的政治的、経済的社会的そして文化的権利、すべての権利の保護と促進

すべての人の身体的精神的な到達しうる最高水準の健康の享受の権利に関する特別報告者報告

以下結論と勧告の部分だけ掲載（全文邦訳はこちらからダウンロード）

Ⅶ　結論と勧告

A　結論

84. 精神保健は無視されることが多く、そして資源を受けるときには、資源は無効で有害な、モデルと態度そして力の不均衡に支配されてしまう。それによって、権利としての精神保健の促進とケアのためのニーズに全くあわない現状が導き出されてきた。精神保健のニーズがある時すべての年齢の人は、ケアや支援が存在しないことに苦しむかあるいは、無効で有害なサービスに苦しめられることがあまりに多い。

85. 精神保健ケア体制における人権侵害に取り組むことができない今の失敗は受け入れがたい。精神保健が優先されるべき政策となったとき、いかに投資していかに投資しないかのコンセンサスに到達し、より良い前進への海図を作るために失敗を精査することはいまこそ重大である。

86. グローバルな障害物の重荷を精査するなら、驚くべきことに、「精神障害」のいかなる重荷よりも障害物の重荷がはるかに重いことが示されるであろう。精神保健の危機は個人の状態の危機としてではなく、個人の権利を妨げる社会的障害物の危機として扱われるべきだ。精神保健政策は「化学的アンバランス」ではなくてむしろ、「権力のアンバランス」に取り組まなければならない。

87. アプローチの変革に向けて緊急に求められていることは、社会的な決定因子をターゲットとし、「障害」に焦点を当てて個人の治療を追求する有力な医学モデルを廃棄し、集団レベルでの政策変革を優先するべきということだ。

88. 今日、精神保健にユニークな機会が訪れた。精神保健が 2030 持続的開発目標も含め、グローバルな健康の義務として国際的に認知されたことは歓迎すべき進歩である。健康への権利の枠組みは加盟国に対して、いかに権利を根拠とした政策と投資を、すべての人の尊厳と福利を確保する方向で計画するかのガイドを示している。身体的精神的健康の均衡に到達するためには、基礎的決定因子と取り組む社会政策の開発において、すべての利害関係者の参加を通して、精神保健はプライマリーそして一般的ヘルスケアに統合されなければならない。地域社会における有効な社会心理的な介入は拡大され、そして強制、隔離と過剰な医学化の文化は放棄されなければならない。

89. 低所得中所得の国々も含めて世界中に、現状に挑戦する有望で先駆的適切な取り組みが既にあ

る。強力な政治的なリーダーシップと資源により、これらの実践が地域において形成されることを可能としている空間を創造することは、求められる変革を促進し前進させる強力な手段である。

90. 特別報告者は、インクルーシブで誰もが参加する過程と開かれた対話を通し、それぞれの領域の業務において、権利に根ざした精神保健政策の履行のためにすべての利害関係者を支援できる、人権と精神保健のガイドラインの開発を追求している。こうした観点についての意見と示唆を特別報告者は歓迎する。

B 勧告

91. 特別報告者は、障害物のグローバルな重荷に立ち向かい、社会政策に権利に根ざした精神保健の変革を埋め込む、リーダーシップを呼びかける。それには国家が国際的政策での努力を擁護すること、変革への必要性に向けたアプローチにおいて精神医療専門職の建設的な精査におけるリーダーシップ、模範を示して変革へのリーダーシップを取る様々な精神保健福祉サービスの管理者、そして草の根の変革を擁護する自治体の公務員などが含まれる。これらの闘う人々は、知的障害者、認知障害のある人、精神障害者そして自閉症の人々を含んだ地域住民と協働しなければならない。

92. 精神保健サービスにおいて不均衡に位置づけられている生物学的医学アプローチと取り組むにあたって、特別報告者は以下を勧告する

a. 社会政策を形成する時に、社会政策をめぐる意志決定におけるインクルーシブで意味ある参加の枠組みを確立するための政策を加盟国は即座に取ること、そしてとりわけ、心理学者、ソーシャルワーカー、看護師、サービスの利用者、市民社会そして貧困生活者ともっとも無防備で傷つきやすい状況をいきている人々を参加させるための政策を即座に取ること。

b. 加盟国および他の関連ある利害関係者は、アカデミックな組織も含み、強制的ではないオルタナティブなサービスモデルを探求する、独立した質的そして参加できる社会科学研究と研究基盤を促進することに優先順位をおいた精神保健研究へと研究を再構築すること

c. 医学教育において、権利に根ざした精神保健と、証拠に根ざした精神保健の知識のギャップに取り組むために、政府はアカデミックな組織と協力すること。

93. すべての人のための精神保健の促進に向けて社会的基礎的因子に取り組むことを確保するために、特別報告者は加盟国に以下を勧告する

a. 関係省庁間で投資を見積もり社会政策において精神保健の促進と予防に優先順位を置く

b. 持続可能な開発目標に沿って、社会心理的な介入と促進を優先し、幼児期および青年期の精神保健と総合的な発達に取り組む社会政策を開発する行動を即座に取る

c. 人が暮らし学びそして働くすべての環境において暴力防止の政策的法律的な方策をとる

d. 有害なジェンダーステレオタイプ、ジェンダーを理由とした暴力そして性と生殖の健康へのアクセスに取り組む即座の行動をとること

e. 障害児も含め、子どもへの体罰と施設収容を廃絶するステップを即座に取ること

94. 精神的健康への権利と 2030 アジェンダを保障する国際協力を確保するために、加盟国と、多国間そして国際機関は以下をすべきである

a. 分離された精神保健入所施設、大きな精神病院またほかの分離した施設とサービスに対する財政

援助をやめる
b. 保健、貧困削減そして開発戦略と介入において精神保健への権利を主流化し、一般的で優先される保健政策と計画に、精神保健を明確に位置付けること
c. ハイレベルの政治フォーラムも含み、持続的発展目標のすべての監視活動においてグローバルな精神保健を前進させること
95. 保健ケアサービスがすべての人のための精神的健康への権利を保障することを確保するために、加盟国は以下をなすべきである
a. 精神保健サービス、その体制と政策の計画、履行、分配と評価において利用者が参加することを確保する
b. 施設ケアに投資する方向をやめ、地域に根差したサービスに投資する方向に転換する
c. プライマリーケアと利用者をエンパワーし利用者の自律を尊重する地域サービスに統合された社会心理的サービスに投資すること
d. オルタナティブな精神保健サービスと支援のモデルへの投資を拡大すること
e. 普遍的な保健の領域における中核的な要素として適切で受け入れられる(文化的な受容も含む)そして高い質の社会心理的な介入の基本的なパッケージを開発すること
f. ラジカルに強制医療を減らし、すべての強制的精神科治療と監禁の廃止に向けた動きを促進するためのターゲットを定めた具体的方策をとること
g. 精神保健ケアの質を評価し改善するために WHO のクォリティライツの取り組みから技術支援を得ることを追求すること
2017/7/1 山本眞理訳
2017/7/18 山本眞理 修正
2018/6/27 山本眞理 修正

記事掲載 2017 年 6 月 18 日