

# JAMHP NEWS 49号



日本精神保健福祉政策学会

2016年 春

---

## 今日の話題

---

### 障害者差別解消法の現状と課題

赤松英知 (きょうされん 常務理事)

#### 障害者差別解消法への期待

今年の4月に施行された障害者差別解消法が、障害のある当事者や関係者にとって大きな画期となったことは間違いない。なにしろ、障害を理由とする差別をなくすことを目的とする法律ができるなどということは、つい何年か前までは夢物語のように思われていたからだ。

「差別はよいことだ」と考える人はいないだろう。しかし、障害のある人は長年にわたって、そして現在でも差別を受けている。このギャップは何故起きるのだろうか。例えば、車いすユーザーがレストランへの入店を拒否されるという例を考えてみよう。障害のある人の側は明らかに障害を理由とする差別的取扱いだと受け止めるが、レストランの側にも言い分がある。「他のお客さんが車いすに当たって怪我をするかもしれない」「これはうちのルールなんです」などだ。障害のある人の気持ちは分かるが、レストランの言い分にも一理あるから……というわけで、これまではうやむやにされてきた。

また、視覚障害のある人が一人で飛行機に搭乗することを拒否されるという例はどうだろう。これも本人は差別だと受け止めるが、航空会社の側は「万一のとき、あなたは一人で逃げることができないでしょう。それでは危険なので、あなたの命を守る観点から搭乗していただくわけにはいかないのです」などと主張することがあった。

これらは、いずれも一つの出来事への評価や認識が、関係者の立場によって異なることを示している。相手方である事業者が重視する観点が障害のある当事者とは異なるために、結果として障害のある人の社会参加が阻害されても止むを得ないという結論に到ることが多かったというわけだ。

「何も権利を振りかざさなくても、国民相互の思いやりがあれば差別はなくなる」という風潮が強い日本では、実質的に障害のある人を区別、排除、制限するような場面でも、相手方が自分なりの思いやりを主張すればそれで良しとされてきた。

こうして繰り返されてきた不幸をなくすために登場したのが障害者差別解消法であり、その主たる目的の一つは、何が差別に当たるかを示す共通の尺度を決めることで、障害のある人の社会参加を実質的に前進させることだ。それだけに、これまで苦しい思いを強いられてきた障害のある人や関係者の期待は大きい。

#### 障害者差別解消法成立の背景

日本で障害を理由とする差別を禁止するための法制についての議論が大きく動ききっかけになったのは、国連で2006年に採択された障害者権利条約だ。当時、日本では障害者自立支援法への反対運動が大きくなるとなり、障害団体の大同団結が進んでいた。その中で2004年に発足した日本障害者フォーラムを中心に、2002年から始まった国連

の障害者権利条約に関する特別委員会に障害のある人や関係者が参加して、議論に加わっていた。国連の議場での「私たちのことを私たち抜きに決めないで」という障害のある人たちのスローガンは、国内の障害者自立支援法反対運動の合言葉にもなっていた。

このような運動の高揚の中で2009年の政権交代が重なり、当時の民主党を中心とする政権は障害者権利条約の批准に向けて国内の障害関連制度改革を進めることになったのだ。この制度改革の議論の中で、障害者権利条約が提起している「障害の社会モデル」「合理的配慮」「アクセシビリティ」などの重要な考え方が深められ、2011年の障害者基本法改正にもその一部が反映された。その後、2013年に障害者差別解消法が成立したことをもって一連の障害者制度改革の動きは節目を迎え、2014年の日本政府による障害者権利条約の批准にいたった。

この障害者制度改革の議論をリードしたのは内閣府に設置された障がい者制度改革推進会議（現在の障害者政策委員会）であり、ここでは従来の政府の審議体の枠を越えたいくつかの実験が行なわれた。その一つが、構成員の過半数を障害のある当事者とした点である。身体、知的、精神の各障害のある人が実質的に議論に加わったことで、議論は飛躍的に生活の実態を踏まえたものとなった。二つ目は情報保障の徹底である。盲ろう、視覚障害、聴覚障害、知的障害等障害特性に配慮したコミュニケーション支援は会議参加の最低条件であるにもかかわらず、これまで十分に行なわれてこなかった。推進会議では会議参加のための合理的配慮としてこの点が重視をされたのである。三つ目は会議の公開の徹底である。従来の傍聴に加えて、CS放送を活用した会議動画の配信により、地方の障害のある人にも臨場感ある会議情報の提供を可能にした。

以上のように、障害者差別解消法は障害団体による運動の高まりと政治的環境の変化等が相まって、また障害のある人がこれまででないレベルで実質的に議論に参加した結果として成立したわけであるが、その内容は障害団体が求めていた水準

からいうと決して満足に値するものではなかった。

## 障害者差別解消法の概要

それでは、障害者差別解消法の概要を、ごくわずかであるが見ることにする。

### ①法の名称と目的

多くの障害のある人や関係者はこの法の名称が障害者差別禁止法になるものと思っていたが、最終的には解消法となった。これに関して政府は「行政機関や事業者等による差別を禁止することに加え、実効的に推進するための措置や相談・紛争解決の体制整備等についても定めているので、解消法という名称にした」と説明しているが、禁止法の下でも推進のための措置や体制整備等は規定できただろう。むしろ、差別禁止という語のもつインパクトの強さから、事業者を含む国民が敬遠することを恐れたために解消法としたとの見方も根強い。この法の目的は「全ての国民が、障害の有無によって分け隔てられることなく……共生する社会の実現に資する」（第1条より）であり、決して相手方を罰することではないわけだから、差別禁止という語の印象が強いと懸念は不要ではなかったか。法の名称に差別という語が盛り込まれたのは初めてのことであり、この点は評価できるわけだが、名称をめぐるこうした議論が法の実効性にも影響を与えないかという心配は残る。

### ②障害を理由とする差別とは

この法では、障害を理由とする差別を「不当な差別的取扱い」と「合理的配慮をしないこと」の2つと規定し、これを禁止した。「不当な差別的取扱い」とは、障害を理由に排除したり、障害のない人と違う扱いをすることを指す。また障害者権利条約を踏まえ、障害のある人が困ったときに自分の障害特性にあったやり方や工夫等を伝え、それを相手方にしてもらおう「合理的配慮」という新しい考え方が導入され、これを提供しない場合も差別に当たる可能性があると考えられた。

これら2つの差別の具体例については、対応要領や対応指針といったガイドラインで例示するとともに、法の施行後も様々な事例を蓄積し、何が差別に当たるかを判断する共通の尺度としての精

度を高めることが求められる。

### ③雇用分野の差別禁止について

障害者差別解消法は障害のある人の生活全般にわたる差別を禁止する法律だが、雇用分野だけはカバーしない。障害のある人が労働者として働く場合に受ける差別については、同じく今年4月に施行された改正障害者雇用促進法の差別禁止規定によって対応することとなっている。これは、雇用分野での障害を理由とする差別の禁止に関する議論が先行して進んでいたことから、これを尊重する観点から障害者差別解消法第13条で規定されたものであるが、障害のある人にとっては分かりにくさの一因となっている。

### 今後取り組むべき課題

最後に、早期の修正が求められる障害者差別解消法の課題を、2点に絞って紹介する。

#### ①合理的配慮の提供を民間事業者にも義務付けること

合理的配慮をしないことが差別として規定されたのは既述の通りだが、義務付けの度合いは相手方によって異なる。すなわち、行政機関等については合理的配慮の提供を義務付けたのに対し、民間事業者の場合は努力義務にとどまったのだ。これは民間事業者の側から、提供すべき合理的配慮の内容が分からない中でこれを義務付けられることへの不安や、合理的配慮を提供するための費用に関しての負担感が示されたこと等による。

確かに、合理的配慮はこれまでにない考え方だから、段階的に導入するという観点から努力義務にとどまったのは止むを得ないかもしれない。しかし、障害のある人が障害のない人と同等に社会参加する上で合理的配慮は不可欠の要素であり、だからこそ障害者権利条約はこれを高らかに謳ったのだ。法の施行によって合理的配慮の具体例を豊かに蓄積し、多くの市民が「合理的配慮といっ

ても実は特別なことではないんだ」と気づくことができるような環境整備を進める必要がある。

また費用面についても、事業者が合理的配慮を提供することで、これまでは顧客になれなかった障害のある人が新たな利用者として市場に登場することを考えれば、事業者にとってプラスとなる側面もあるだろう。合理的配慮の提供を全面的に義務化することは、次期の見直しにおける最優先の課題の一つだ。

#### ②相談や救済の仕組みを実質化すること

障害者差別解消法では、実際に差別を受けた際の相談や救済のための新しい仕組みは設けず、既存の機関に職員の確保や窓口を設置する等必要な体制を整備することとしている。既存の機関としては、例えば市町村の障害福祉関係部局の窓口や社会福祉協議会、あるいは地域の相談支援センターや地方法務局などが想定されているが、従来の業務を抱えながらこうした機関が障害を理由とする差別事例に対して実質的に対応できるのかという疑念は拭えない。相談や救済の仕組みが機能しなければ、この法の趣旨の実現は程遠いことから、この点に関する実施状況のモニタリングは必須であり、その結果によっては専門的な機関を立ち上げることも含めた検討が求められる。

なお、この法のあり方について障害のある当事者や有識者等が議論を重ねた成果物として、『障害を理由とする差別の禁止に関する法制』についての差別禁止部会の意見（平成24年9月14日障害者政策委員会差別禁止部会）」がある。これは、小さく生まれた障害者差別解消法を大きく育てるための方向性を示した文書として、長きにわたり大いに参考になるだろう。

[http://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/seisaku\\_iinkai/index.html#kinshibukai](http://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/seisaku_iinkai/index.html#kinshibukai)

# 英国での家族支援研修を終えて ～メリデン版家族支援について～

小松容子（宮城大学看護学部精神看護学領域）

最近、精神科領域でよく耳にするのは、「オープンダイアログ」である。いくつかの雑誌で紹介され、特集で何度か取り上げられ、書籍をはじめ映像（You Tubeで視聴可）もあり、その勢いは凄い。おそらく、その次に、よく耳にするのが、「メリデン版家族支援（ファミリーワーク）」ではないだろうか。もし、聞いたことがなければ、是非この機会に知っていただきたい。

## 1. メリデン版家族支援とは

メリデン版家族支援とは、精神疾患を抱える当事者とその家族（家庭）を「丸ごと」支援する「方法」であり「考え方」である。主たる特徴は、「当事者だけでなく、その家族一人ひとりへの支援」であり、かつ、この支援を「訪問」によって行うところに特徴がある。

従来の家族支援との違いについて丁寧に見ていくならば、メリデン版家族支援は、精神障害者家族教室に代表されるような「家族の人たち（個々の家族の集合体あるいは複合家族）」への支援の提供ではなく、1つの家族（家庭）へ支援を届ける。また、従来の家族支援では、もしかすると、家族の一部の人のみが支援を受けていたかもしれないが、メリデン版家族支援では、家族構成員全員、まさに、一人ひとりが支援の対象となる。更に、従来の支援の在り方と異なる点は、「訪問」による支援という点である。これまでは、相談機関や病院に家族が出向いて、そこで家族教室に参加して情報を得たり、問題を解決するための糸口を見つけて帰ってもらうやり方であったが、メリデン版家族支援では、スタッフが出向き、当事者や家族の住み慣れた場所（各家庭）で支援を提供するところに違いがある。

## 2. メリデン版家族支援の歴史的・理論的背景

さて、このメリデン版家族支援で「家族をどのように捉えるか」という点においては、私見であ

るが、これまでの家族支援の歴史の中での批判と反省を克服しつつ、様々な家族支援技法のよい部分を吸収して構成されていると感じる。例えば、メリデン版家族支援では、家族の中に病理があるという家族病因説とは反対の立場をとり、「家族のせいにはしない」と明言している。次に、家族の問題解決能力の活性化に焦点を当てており、「解決試行アプローチ（deSchazer S）」の流れを汲んでいるように思える。また、当事者や家族一人ひとりの語りや物語を尊重しながら、それぞれがどのような経験をしているのかを共有する点では「ナラティブ・アプローチ（White M）」の要素も含まれているのではないかと思う。更に、メリデン版家族支援で大切にしている理念の一つに、「ケアのトライアングル（三角形）」があり、これは、当事者・家族・専門職の3者が、対等な立場にあり、協同関係にあることを意味している。これは、当事者や家族は自分たちのことを一番よく知っている専門家であり、医療福祉専門職は、当事者や家族から教えてもらいながら支援を行う「コラボレイティブ・アプローチ（Goolishian H や Anderson H）」の影響を強く受けているように思える。これらの歴史的背景の流れの中でのメリデン版家族支援は、従来の「当事者や家族を治療するため」に支援者が関わるとか、「家族と一緒に当事者を治療する」ために支援者が関わるというのではなく、「家族が本来の力を取り戻し、家族の間に良好なコミュニケーションが構築され、家族自身で直面する課題に解決できる力をつけること、そして、家族一人ひとりが、それぞれの自己実現を果たすことが出来るため」に支援者が関わることを基本姿勢としている。

さて、メリデン版家族支援の理論的背景は、「行動療法的家族療法 Behavioral Family Therapy」である。この方法は、「精神障害と回復：リバーマンのリハビリテーション・マニュアル（星和書店・2011）」の中でも紹介されており、認知行動療法的

家族療法の要素が含まれている。また、心理教育的家族療法（Anderson H）の側面も兼ね備えており、問題を共有したり情報を共有したりすること（「情報提供・伝達」ではなく「情報共有」）を大切にしている。いずれにしても、メリデン版家族支援における目標は、家族の中のコミュニケーションを促進させて、家庭内の風通しを良くし、家族力動を好転させ、かつ、家族一人ひとりが問題解決の力をつけ、家族全体での相乗効果で、一人ひとりが生き活きと過ごせることだと思う。

### 3. メリデン版家族支援との出会い

ところで、私がメリデン版家族支援を知ったのは、精神障害者の家族支援についてインターネットで何となく検索しているうちに偶然見つけたのがきっかけである。その際に目に留まったのは「英国メリデン版訪問家族支援プロジェクト」というもので、『現在の家族支援は「支援者としての家族」に対する支援が中心です。しかし、私たち自身も地域で“普通に暮らす”ために支援を必要としているのです。待っていてもこの状況は変わりません。それならば、私たちが本当に求める家族支援システムを自分たちの手で広げていこう！と決心しました。』とあり、すごい勢いを感じた。吸い込まれるように「基礎ワークショップ受講者募集のおしらせ」を読み、そして即、応募した。その主催者は、精神障害者家族会の全国組織である全国精神保健福祉会連合会（みんなねっと）であった。その後、書類審査と面接審査を経て、英国・バーミンガムに渡り、メリデン・ファミリープログラムという家族支援研修センターで5日間のトレーニングを受けてきた。当事者を含めた家族一人ひとりのニーズを把握し、それぞれの自己実現を支援する家族支援のやり方は、今までの私のやり方（日本の精神科臨床の文化の中で習得された考え方とやり方）とは異なり、如何にして日本の臨床（当事者の介護を家族が担うのは当然で、介護のために自己実現できなくても仕方ないとしてしまう文化）に導入するかが大きな課題と感じている。

### 4. 「メリデン版家族支援」の臨床への導入と「家族支援の標準化」に向けた課題

実は、英国でメリデン版家族支援の研修を受講した日本人は、私たちが最初ではなく、これまでに何人かが受講している。また、メリデン版家族支援は、以前にも日本に紹介されている（イアン R.H. ファルーン、グレイン・ファッデン著『インテグレイテッドメンタルヘルスケア—病院と地域の統合をめざして』、中央法規出版、1997）。しかし、日本の臨床への導入には今一つ結びつかずに過ぎてきたというのが実情である。その背景には、絡み合った様々な要因があると思うが、日本の医療体制・医療政策、そして精神医療が持っている文化的背景がイギリスとは異なっていることも一つの要因ではないかと思う。しかし、これで締めくくっては、何も変わらず、家族支援は、掛け声だけの絵に描いた餅になってしまうことが危惧される。自明のごとく、精神障害者の家族の苦勞・苦悩の歴史は長い。にもかかわらず、家族への支援がほんの少ししかなかったこと（そして現在も）は精神保健福祉上の大きな課題であろう。家族支援については、我々はやってきているという方もおられるだろう。しかしそれは、多くのご家族の方々のニーズに十分に答えているものではなかったと言わざるを得ない。精神障害者家族団体がメリデン版家族支援を推進している理由は、そのホームページに掲載されている言葉通り「私たち（精神障害者の家族）が求める家族支援」だからである。さらに、「家族支援の標準化」への願いも込められている。つまり、「すべての人が、家族支援を受けるチャンスがある」ことが求められている。このように立ち上がった「メリデン版家族支援」の動きであるが、残念なことに今年度いっばいで家族団体が手を引くこととなった。財政的な理由によるものである。しかし、このバトンを確実につなげていかなければならないと感じている。今度は、精神医療福祉の専門家が率先して、精神保健福祉の政策の一つとして、「家族支援の標準化」に向けた運動を行う時期にあると思う（精神障害者の家族から言わせると、遅すぎると叱責されるだろう）。

## 5. 専門職としての今後の課題

ご存知の通り、作業所やグループホームの立ち上げは、精神障害者の家族の方々が最初であった。行政や医療機関がなんの助けにもならなかったために、家族団体が動き出したということである。そして、今回は、現在の精神保健サービスにおける家族支援の貧弱さに耐え続けた家族団体がこれ以上待ってられず、「家族支援」の充実に乗出し、「英国メリデン版訪問家族支援プロジェクト」を立ち上げたという訳である。これまで述べてきた通り、精神障害者のご家族の人たちは、当事者の回復や社会復帰のためのニーズを把握し、作業所やグループホームといった精神保健サービスを作り出してきた実績からも「専門家」である。この「専門家」の言葉（家族支援の必要性）にしっかりと耳を傾けるべきではないだろうか。

精神保健サービスにおける家族支援の充実のために私ができることは、バーミンガムで寝食を共にし、5日間の研修を一緒に受けた仲間たちと、メリデン版家族支援を日本の臨床に試験的に導入し、その効果を提示できるようにコツコツと訪問活動を行うことである。家族教室に一度も参加したこ

とのない家族、高齢になった家族、交通の便が悪い場所に住んでいる家族、日々の仕事で忙しくて病院に出向くことができない家族など、病院で待ってはなかなか会うことのできない家族のもとに出向いて、気がかりになっていることや不安に感じていることを丁寧に聞きながら、生活上遭遇する問題などを解決できるように一緒に取り組み、いずれ家族自身で問題を解決できるように支援を届けることである。理想は、「家族支援の標準化」であり、加えて、家族支援の「早期介入」である。メリデン版家族支援は地域精神保健および公衆衛生の側面もあり、バーミンガムでは発病早期に家族支援が届けられ、混乱した家族を孤立させない有用な方法として確立されている。最後になるが、メリデン版家族支援から学び、日本の精神保健福祉の政策に反映させるならば、「重度精神疾患の発病早期には必ず家族支援（当事者を含めた家族支援）が提供される仕組みづくり」である。そうすれば、将来的にはすべての精神疾患を抱える当事者とその家族に支援が届けられると思う。どなたか賛同者がおられるとありがたい。

## <書評>

### 『イタリア精神医療への道ーバザーリアが見た夢のゆくえ』

（レンツォ・デ・ステファニ著、ヤコポ・トマーシ共著、花野真栄訳 日本評論社：2015年）

松澤和正（帝京大学）

この著書の舞台となっているイタリアのトレントとは何なのか？それは州なのか県なのかはたまた町なのか、それすら定かでないまともかくも読み始めたが、たちまち惹き込まれてしまった。トレントとは、イタリア北部に位置する比較的小さな州である。そこに播種され芽吹き成長した、かのいわゆるバザーリア法（1978年に成立した、イタリアに精神病院をなくすことを宣言した180号法のこと）に由来する地域精神医療の成り立ちやユニークな特徴について、スタッフや当事者の立場から多彩に記されたのが本書である。

この本を読んでいてまず驚きつつ感じたことは、

イタリアの革新的な（と称される）精神医療改革というものは、必ずしもあのバザーリア法からのみ生まれ出たわけではないということだ。実際、著者であるトレント精神保健局長のレンツォ・デ・ステファニはこう述べる。「2015年の今日においても、良いサービスと悪いサービスが混在している様相はーこれは私たちがよく使う表現だがーヒョウのまだらな毛皮模様のようなものである。揺るぎない最高のサービスを提供する場所があるかと思えば、当事者とその家族が極めて理不尽な代償を支払われ、しかも憲法の保障するところの適切な治療すら平等に受けられない場所があるのである」

(p26)

つまり、イタリアにおいても、いかに理念と実践を規定し要求する「法」が存在したとしても、現実が常にその通りに実現されるかどうかなど、何の保証もあり得ないということだろう。これは、まさに日本の精神保健福祉政策の立案と実施の歴史をみても（むしろ<sup>しほくあ</sup>宿痼のように）そのままの現実であるとも言えるが。本書が強調するのは、だからこそ、法があろうがなかろうが、あるべき姿を求め続け、やり遂げようとする意志と情熱こそ重要なのだ、ということである。そういう粘り強く熱い語り、本書の至る所に、通奏低音のように鳴り続けていることを強く感じた。それは以下のような言葉にも現れている。「ここまで私たちが紹介してきたような出来事が起きたのは、何よりも情熱に満ちた若き職員たちのグループがあったからである。……多くの若い同僚は、精神保健の現場に偶然ポストが見つかったからではなく、各々の性格と情熱から自ら志願してそこにいた。幸運にもそのようなグループであったからこそ、わずか数年でイタリア地域精神医療のよいモデルを作り上げる原動力となり得たのだろう。結果として、まったくの手探り状態から出発したにもかかわらず、予期しなかった素晴らしい結果と、多くの人々が必要としていた良い治療を生み出すことができた。」(p41)

ところで、トレント州における地域精神保健の中核となる組織は、トレント精神保健局であり、その組織的・精神的なキャッチフレーズあるいは運動原則は「ファーレ・アッシエーメ（みんなでやろう）」である。それは、当事者、家族、医療者はもちろん、一般市民（ボランティアなどを通しての）をも、巻き込んだより大きな協働や平等への意識を含んだものである。トレントの地域精神保健の中心は、他の多くの地域と同様に、精神保健センターであり、ここが急性期対応時等の最初の窓口となる。そして、このセンターには、2つの地域医療チームがあり、それぞれが北部と南部のゾーンを担当している。それぞれのチームは、約7万人の住民をカバーし、担当する当事者数は約1000名である。チーム編成は、精神科医3名、看

護師やエデュカトーレ(教育福祉士)などのスタッフが5～6名、さらに、UFE（エキスパートである当事者とその家族）と呼ばれるトレントで生まれたスタッフが数名加わっている。

この地域医療チームの職員は、決められた頻度で、外来診療や、アウトリーチによって、在宅や他の場所で当事者と面会してケアに当たる。そして、チームは週に一度、会合を行い、複雑な事例について議論する。また時には、その話し合いに当事者も参加し、さらには、家族メンバーや他のサービス施設の職員なども含めて面談し話し合い、それを「ネットワーク会合」とも呼んでいる。また、地域支援のための資源としては、デイセンターやデイホスピタル（クライシス状態にある患者を受け入れ、点滴等の一時的な医療処置も行う場所）、さらには、重篤な急性期症状患者に対する最低限の入院施設として、総合病院内の15床（トレントとその付近の住民17万人をカバー）の急性期病棟がある。この病棟の年間平均入院数は約300名、平均入院期間は13日、平均するとほぼ10床が常に埋まっている状況という。常勤精神科医は3名、看護師、エデュカトーレ、補助者などが23～24名というスタッフで3シフト構成である。しかも、驚きなのは、それが開放病棟であり、身体拘束を決して行使しないなかで運営されていることだ。

さらに、トレントでの居住支援も充実している。最もケアを要する当事者のための施設として「カーザ・デル・ソーレ（太陽の家）」があり、日中職員が常駐しているが、特徴的なのは、最上階にB&B（一般宿泊施設）が設置され、さらにはパーティーや結婚式の会場などにも一般利用されているということである。加えて、セルフヘルプ型住居や当事者同士の同居をベースとする相互扶助型同居システムというものもあり、近年主要なものとなりつつあるという。さらに、あっと驚かされるのは、当事者のホームステイのシステムである。つまり、そのホームステイ先というのが、（居住先に大きな困難を抱えている）もう一方の当事者である、政治的難民（戦争状態のアフリカや中東を逃れてきた者）という新たなシステムを作り出し、すでにこの方法が根を下ろしていると

のことである。

このような状況を知っただけでも、先の「フェアレ・アッシエーメ（みんなでやろう）」はまさに実践そのものといえるが、この特徴がさらによく現れているのが、先に言及したUFE（エキスパートである当事者とその家族）の地域医療チームへの参加である。UFEとは、「自ら精神疾患に直面し、くぐり抜けた経験から得た知識の価値に気がついた当事者と家族たちのことであり、……職員の傍に付き、保健局で展開される様々な活動において自らの経験知を供給する。彼らは“経験によるエキスパート”ともいうべきプロフェッショナル集団である。保健事業で公式にその存在と価値が認められ、彼らの行うサービスには報酬が支払われている」（p93）と記されている。このように、いかに当事者やその家族そのものが、ケアのパートナーとして共に参与し活動することが期待されているかがわかる。さらにイタリアでは、一般市民によるボランティア活動も活発であり、国民全体の約13%、約700万人が活動するなか、トレントでは22%にも上るボランティアがおり、精神保健分野における大きな力として、本書においても多様で活発な活動が記述されている。まさに「フェアレ・アッシエーメ」である。

ところで、本書の大きな魅力は、以上で紹介し

たような第1部以外に、第2部、第3部に展開されている多くの個々の当事者のミニ・ポートレイトともいうべき記述である。それぞれの病の経験と記憶のなかで、いかに生き・苦しみ続け、そしてトレントのような熱き地域精神保健システムの実践によって、自らを取り戻し現在に至ったかを、実にリアル且つ生活実感に満ちた記述によって報告されている。まさに、ここにこそ、われわれ（トレントの地域精神保健システム）の意義と目的があるという、素朴且つ実直な宣言そのものともいうべき感銘深い記述となっている。そして、冒頭にも記したように、未だ理想的とはとても言えない（という）、イタリア精神医療の現実をさらに改善しより良きものとするために、著者らによって提案された181号法案（つまり、従来のいわゆるバザーリア法=180号法をより普遍的に現実化するべき法案）の国会での2015年度中審議・承認予定（法律2233号として）が述べられ、イタリア精神医療の終わりなき改革の意志と熱とが表明されている。本書に満ちているまばゆいまでの若さと情熱こそが、まさにイタリアの改革の本質なのではないか、と感じながら、それは何もイタリアだけのものでもないはずとも思いつつ、本邦における現状との隔たりを深く思わずにはいられなかった。

## 〈会員の声〉

松田直正（淑徳大学看護栄養学部看護学科 講師）

昨年度入会いたしました、松田直正です。私は、大学で社会福祉学を学び、社会福祉協議会に約3年間勤務したあとで、看護師となりました。大学病院精神神経科（約3年間）、日本看護協会（約3年間）、千葉大学大学院看護学研究科 特任教員・特任助教（約4年間）、千葉県立保健医療大学 助教（約3年間）を経て、2015年より現職に就きました。紆余曲折ありましたが、常に人間を対象として仕事をしてまいりました。そして、精神看護学実習に携わるようになってからは、特に「看護職の基本的な態度とは何か」に関心を持ちつつ、教

育・研究を進めております。私は学生に、「精神科看護師の働き方そのものが精神療法的である」<sup>1)</sup>と講義等で再三にわたり伝えていきます。そして、実習では、実際に自分（学生）が患者さんにとって少しでもホッとしてもらえる存在となりうることを体感してほしいと願って、実習指導をしています。

過去に、「患者さんのところに、患者さんのS情報を取りに行っただけですが、何も聞けません。もう、何をどうしたらいいのかわかりません」と言った学生がいました。情報収集のみを目

的としてインタビュアーのような態度で患者さんの前に立った学生に対して、患者さんは甘くありませんでした。あえて言葉尻を取り上げますと、「取りに行く」という表現自体に、患者さんをどこかモノのように扱っている印象も受けました。タイミングを見計らいつつ（タイミングを間違えるとハラスメントになる時代です）、私は学生に「患者さんを真に心配する、気にかけている気持ちが大前提です。その気持ちが患者さんになんとなく伝わるものだと思いますよ」と伝えました。その後は、少しずつ学生の態度が変わり、患者さんの態度も柔らかくなっていきました。こうした基本的なことが、実習を進める上でどこか大切にさ

れていない側面が実態としてあるように思います。

精神看護学実習は、奥が深く、実習を重ねるごとに、必ず新しい学びがあります。それを次のグループの学生に伝えるために、今は生きているような、生かされているような気がしています。そして、この学会での活動もまた、新しい学びの機会となっております。今年度は地域活動支援センターでの実習に関する研究論文を本学会に投稿できるよう、精進してまいります。

- 1) 外口玉子, 栗田いね子, 小松博子, 世良守行. 精神看護学  
(2) 精神保健看護の展開 第2版 (系統看護学講座 専門),  
139,2007.

## 〈学会の動き〉

### 平成28年度 日本精神保健福祉政策学会 (JAMHP) 第1回 理事会・編集委員会議事録

[日 時]: 平成28年1月14日(木) 18:30~20:30

[場 所]: 明治大学駿河台キャンパス研究棟4F第3会議室  
(今回も星野先生のお世話です。)

[出席者]: 鈴木、五十嵐(林)、浅川、加藤、小峯、野村、藤井、星野、松澤、石山

1. 議事録署名人選出 石山、星野
2. 理事長挨拶
3. 平成27年度第6回理事会議事録報告承認(鈴木、事務局)
4. 第25回(平成28年度)学術大会について  
日時: 平成28年2月6日(土) 9時~8時  
場所: 東京医科歯科大学歯学部特別講堂および控室  
・プログラム ・庶務(スタッフ、弁当手配等)に係る役割分担を確認

5. 編集委員会関連 松澤委員長説明

① JAMHP・News ②「精神保健研究」

6. 会員動向: 121名(他顧問2名) 12月4日現在
7. 次期新理事長、監事の決定(会則による) 現職が継続
8. 名誉会員推薦の件 提案どおり確認
9. 平成28年度活動について討論  
平成27年度事業報告および決算ならびに平成28年度事業計画を確認するため、総会前に緊急理事会を行なうことを決定。

10. 次回開催予定: 総会・評議委員会

平成28年2月6日(土) 12:30~13:00

緊急理事会

平成28年2月6日(土) 12:00~12:30

### 平成28年度 日本精神保健福祉政策学会 (JAMHP) 第2回 臨時理事会議事録

[日 時]: 平成28年2月6日(土) 12:00~12:15

[場 所]: 東京医科歯科大学歯学部特別講堂控室

[出席者]: 鈴木、五十嵐(林俊英)、伊勢田、上野、加藤、小峯、小山、野村、弘末、藤井、星野、松澤、石山、上村、片倉、樋口

1. 議事録署名人 石山、星野、

2. 理事長挨拶

3. 平成27年度事業報告 鈴木(資料)

この中に平成27年9月理事選挙結果報告、理事20名、他に理事長推薦3理事→承認

4. 平成27年度会計報告(小峯)(資料)

同上監事監査報告承認(小峯)(資料)

- 以上理事会承認
5. 平成28年度事業計画（鈴木）（資料）理事会承認
  6. 第25回大会当日午前午後開催 五十嵐大会長から報告あり。
  7. 次回第26回大会会長 竹島正氏承認、第25回会場で挨拶。
  8. その他
  9. 次回開催予定：平成28年3月17日（木）

### 平成28年度 日本精神保健福祉政策学会（JAMHP）第3回 理事会・編集委員会議事録

[日 時]：平成28年3月17日（木）18：30～20：30

[場 所]：東京都きょうされん事務局内会議室

（初めて、藤井副理事長の御好意による）

[出席者]：藤井（渡部）、岡崎、浅川、松澤、林（五十嵐代理）、上村、鈴木、小峯、野村、加藤、竹島

[議 事]：

1. 議事録署名人 松澤、小峯
2. 理事長挨拶：  
今回初めて「きょうされん事務局」をお借りして、御礼申し上げます。  
先回は、臨時理事会で慌ただしかったが、本日は落ち着いて議事を進めたい。

[報 告]：

1. 平成28年度第2回臨時理事会報告（鈴木）  
平成27年度事業報告ほかの報告
2. 平成28年度第25回学術大会報告、（五十嵐代理：林）（配布資料参照）  
当日参加者 78名（内登録者58名）、

同会計報告（林、小峯）（別紙参照）

残金¥30,617

3. 編集委員会報告（松澤説明）（配布資料参照）

[議 題]：

1. 平成28年度活動方針検討  
精神医療福祉にかかわる家族問題を検討してゆく。  
野村理事を中心に、福祉団体、家族会の協力も求める  
精神医療審査会、保健所のかかわり等
2. 平成29年度第26回大会方針（竹島説明）（配布資料）
3. その他
  - ① 新入会希望 根津洸希氏（紹介理事：星野理事）、承認
  - ② 日本精神神経学会による学会開催時単位認定団体更新が承認された
4. 次回開催予定：平成28年5月19日（木）

## 入会のお申込みについて

精神保健医療福祉に関する法制度の改正、新たなニーズへの対応など、今後本学会での研究活動はますます重要となっております。奮ってご入会ください。

☆入会ご希望の方は、入会申込書を学会事務局にお送りください。

☆入会申込書用紙は、12頁のものをコピーしてご活用ください。

☆入会申込書用紙が手近にない場合は、学会事務局にお問い合わせ下さい。

学会事務局：きょうされん 〒169-0074 東京都新宿区北新宿 4-8-16北新宿君嶋ビル 9F

TEL：03-5937-2444 FAX：03-5937-4888

## 学会定期刊行物へ投稿をよろしく

### 「JAMHP NEWS」

精神保健福祉政策の動向や学会の動きなどをお伝えします（年2回発行）。

精神保健・医療・福祉の政策に関する会員皆様からのニュースも掲載しております。国や地方の動向のほか、海外の情報や理論、書評、政策や学会運営上のご意見でも構いません。題名、お名前、ご所属、ご連絡先を明記の上、お寄せください。電子メールによるご投稿を歓迎いたします。（紙面の都合で、分量などを調整させていただくこともあります。）

### 「精神保健政策研究」

本学会の研究機関誌（年1回刊）で、最新は2015年12月に発行された第24巻です。

原著論文や総説のほか実践報告、内外の政策動向、書評などをお待ちしております。

詳しくは第24巻末の投稿規程をごらんください。

お送り先：松澤和正（編集委員長）

住所：〒173-8605 東京都板橋区加賀2-11-1

帝京大学医療技術学部看護学科

E-mail：k-matsuzawa@med.teikyo-u.ac.jp



編集後記：世界はいよいよ深く混沌の時代へと足を踏み入れた感がある。相互理解や安定や融和よりも、対立や分断や排除の時代へと急速に進みつつあるように思える。そして、確実に人々のこのころの奥底に巣食い始めているのは、恒常的ともいえる不安や孤独や恐怖の感情であろうか。これらはまさに、人間の精神の安定や安全を脅かすよりもっとも危険な状況といえるかもしれない。時代の「不穏」とはまさにこのように形づくられ、やがて「破綻」へと続いていくのだろうか。そういう予感さえ現実味を帯びているかに思える。かつてあの精神科医サリヴァンは、戦後まもない世界の平和と緊張緩和のための国際活動に取り組みその途上バリーで客死した。精神医療や医学が目指すものとは、結局は小さな人のところに宿る「平和」であろう。そして、それはただちに世界のあり方とつながっている。

# JAMHP NEWS

49号 発行日：2016年7月1日

発行：日本精神保健福祉政策学会

日本精神保健福祉政策学会 事務局

きょうされん

〒169-0074

東京都新宿区北新宿 4-8-16

北新宿君嶋ビル 9F

TEL：03-5937-2444 FAX：03-5937-4888

年会費：¥5,000

編集委員長：松澤和正

## 入 会 申 込 書

日本精神保健福祉政策学会

理事長 鈴木 二郎 殿

貴会の趣旨に賛同し、下記の推薦を受けましたので、入会を申し込みます。

入会希望者 氏名： \_\_\_\_\_

生年月日：(西暦) \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日(満\_\_\_\_歳)

職種：医師 看護師 心理職 法律家 福祉関係

その他( \_\_\_\_\_ )

\_\_\_\_\_大学 \_\_\_\_\_学部 \_\_\_\_\_学科 \_\_\_\_\_年卒

現在の勤務先(役職名)： \_\_\_\_\_( \_\_\_\_\_ )

住 所：〒 \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_ FAX番号： \_\_\_\_\_

E-mail： \_\_\_\_\_

自宅住所(任意)：〒 \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_ FAX番号： \_\_\_\_\_

E-mail： \_\_\_\_\_

郵便物送付先希望：勤務先 自宅

E-mailでの連絡も希望：する しない

推薦者：(会員) \_\_\_\_\_ 印

\*上記における個人情報、本学会入会審査および学会からの連絡の目的以外には  
使用しません。

\*大変恐縮ですが、下記事務局まで郵送またはFAXにてご送付下さい。

日本精神保健福祉政策学会 事務局

きょうされん

〒169-0074 東京都新宿区北新宿4-8-16 北新宿君島ビル9階

TEL：03-5937-2444 FAX：03-5937-4888

(専従職員がおられませんのでFAXをご活用下さい。)