

国連

A/HRC/35/21

2017年3月28日

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

### 事務局のノート

人権理事会決議 24/6 に従い、事務局は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の報告書を理事会に伝える。世界的な健康についての優先課題としての精神保健をめぐる討論に寄与するべく、あらゆる年齢、あらゆる場において精神保健の促進がとりくまれるべきであると要請し、特別報告者は精神的健康へのすべての人の権利と、そして核心となる挑戦と機会について焦点をあてている。精神保健の場で再三再四起きている人権侵害、そしてそれらが知的障害者、認識障害のある人、そして精神障害者に対してあまりに頻発していることに基づき、彼はパラダイムシフトを呼びかける。特別報告者は人権に基づきそして人権の尊重に準拠する精神保健体制へと向かっていくために、加盟国とすべての利害関係者に対してたくさんの勧告を行っている。

# 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

## 内容

|     |                                     |    |
|-----|-------------------------------------|----|
| I   | はじめに.....                           | 3  |
| II  | 背景.....                             | 3  |
| III | 障害物のグローバルな重荷.....                   | 6  |
| A   | 生物学的医学モデルの支配.....                   | 6  |
| B   | 権力の非対称性.....                        | 7  |
| C   | 精神保健における証拠の偏った利用.....               | 9  |
| IV  | 精神保健の標準枠組みの発展.....                  | 10 |
| V   | 精神的健康の枠組みへの権利.....                  | 12 |
| A.  | 義務.....                             | 12 |
| B   | 国際協力.....                           | 12 |
| C   | 参加.....                             | 13 |
| D   | 非差別.....                            | 14 |
| E   | 説明責任.....                           | 15 |
| F   | 精神保健サービスを越えたケアと支援に向けて.....          | 16 |
| G   | インフォームドコンセントと強制.....                | 19 |
| H   | 精神的健康の基礎的社会的決定因子.....               | 20 |
| VI  | パラダイムシフト.....                       | 21 |
| A   | 精神保健における促進と予防に取り組むためには人権は必須である..... | 21 |
| B   | 治療 隔離からコミュニティへ.....                 | 22 |
| VII | 結論と勧告.....                          | 25 |
| A   | 結論.....                             | 25 |
| B   | 勧告.....                             | 26 |

## I はじめに

1. 精神保健と感情的な福利は特別報告者が焦点を当てるべき優先領域である (A/HRC/29/33 参照)。どのテーマの報告書においても、早期の子どもの発達 (A/70/214 参照)、青年期 (A/HRC/32/32 参照) そして持続可能な発展目標 (A/71/304 参照) においても彼は人権と発展の優先的課題として精神的健康に焦点を当ててきた。
2. この報告書において特別報告者は、精神的健康をだれもの権利として実現することを推進するための中核となる挑戦と機会のいくつかについて基本的な紹介をする。この課題の広い範囲と複雑さの観点、そして人権という枠組みからの評価という観点と証拠に基づく評価という観点にもとづき、報告書で特別報告者は、世界の健康の優先課題として精神保健を陰の存在から表に現れつつある途上における重要な議論に寄与すべく追求している。
3. この報告書は障害コミュニティの幾多の代表者、精神保健サービスの利用者や元利用者、市民社会の幾多の代表者、精神医学のコミュニティの代表者を含む精神保健従事者たち、そして WHO、アカデミックな専門家、国連の人権メカニズムのメンバーたち、と加盟国の代表者たちという、広範囲の利益関係者との幅広い協議の成果である。

### 用語についてのノート<sup>1</sup>

4. 生涯を通じ誰もがその精神的健康と精神的福利を支援する環境を必要とする。この意味で私たちは全員精神保健サービスの潜在的利用者である。時にあるいは短期間の、さらなる支援を必要とする社会心理的困難あるいは苦痛を体験する人も多い。認識障害あるいは知的障害そして精神障害または自閉症を持つ人々のなかには、自己定義あるいは診断とは関わりなく、実際にあるあるいはあるとみなされた損傷に基づき権利行使について障壁に直面する人もおり、それゆえに精神保健の場で不釣り合いなまでに人権侵害にさらされている。精神保健に関連する診断を持っている人は多く、またそうした用語で自ら定義する人も多い、一方で、自分たち自身を定義するのに他のやり方を選ぶ人たちもいるそれにはサバイバー（生還者）と定義する人も含む。
5. この報告書では、誰もが権利を持つ主体であるというインクルーシブな方法を考慮して、サービスの利用者と障害者を、後者が直面している障壁に基づき明確に区別する。

## II 背景

6. 精神的健康なしには健康はありえないという明白な証拠にもかかわらず、国内の政策や予算あるいは医学教育と実践において精神的健康が身体的健康と平等に扱われているところは世界中に存在しない。世界中で精神的健康に対しては健康関連予算の 7% 以

---

<sup>1</sup> See WHO, “Advocacy actions to promote human rights in mental health and related areas” (2017).

下しか分配されていないと見られる。低所得の国々では精神的健康については一人あたり年間 2 ドル以下しか使われていない。<sup>2</sup> ほとんどの投資は長期の施設でのケアと精神病院に焦点化しており、その結果、すべての人への総合的な精神的健康を促進するという政策においてはほぼ完全に失敗している。<sup>3</sup> 身体的健康と精神的健康の恣意的な分断、それに続く精神的健康の分離と放棄は、到達しうる最高水準の精神的身体的健康の権利を含む人権侵害 (A/HRC/34/32 11 から 21 段落参照) とニーズに対応できない状況という支持できない実態をもたらしている。<sup>4</sup>

7. 忘れ去られた事柄は忘れ去られた人々を生み出す。精神医療と精神保健ケアの歴史には医療の名のもとに行われたロボトミーのようなとてつもない権利侵害が刻印されている。第二次世界大戦後そして国連人権宣言の採択はその他の国際条約とともに、世界の精神的健康と精神医療における人権問題についての注目を増加させてきつつある。しかし世界のコミュニティが真摯に悲劇的な過去から学んでいるか否かについては未だ疑問がある。
8. 何十年間も、精神保健サービスは生物学的パラダイムへの還元主義者によって支配されてきており、こうした支配は知的障害者、認識障害のある人、精神障害者、自閉症のある人、そして支配的な文化的、社会的そして政治的基準から外れた人々を排除し、放置し、強制と虐待することをもたらしてきた。とりわけ精神医療の政治的濫用は重大な懸念事項である。精神保健サービスの資源が枯渇している時に、こうした歴史自体を繰り返さないことを確保するためには、いかなる大規模な投資も過去の体験に学んで形成されなければならない。
9. パラダイムシフトにより形成される近代の精神的健康に関する理解は、証拠に根ざしたという点そして倫理的ケアにおいて改善と失敗の混合に刻印されることによくある。これは、200 年前に始まった「狂人」を地下牢の鎖から解き放す願いから、20 世紀の精神療法、ショック療法、そして抗精神病薬の導入へと移り変わった。個人の病理をいかに説明するかについては、極端な「脳のない精神」と「精神のない脳」の間を振り子が揺れてきた。最近、障害という概念枠を通し、個人的、社会的、政治的そして経済的生活のより広い範囲において障害と福利を位置づけることで、個人の病理だけを焦点化することの限界が認識されるようになった。
10. 前述した 20 世紀の極端な二つの理解の間の均衡の発見は、脱施設化の進行をもたらしそしてバランスの取れた生物心理社会的モデルによるケアという認識をもたらした。これらの努力は WHO の 2001 年のレポートでも補強された。レポートでは WHO は

---

<sup>2</sup> WHO, *Mental Health Atlas 2014*, p. 9, and PLOS medicine editors, “The paradox of mental health: over-treatment and under-recognition”, *PLOS Medicine*, vol. 10, No. 5 (May 2013).

<sup>3</sup> WHO, *Mental Health Atlas 2014*, p. 9.

<sup>4</sup> See also Human Rights Watch, “Living in hell: abuses against people with psychosocial disabilities in Indonesia” (March 2016).

近代的な公衆衛生の枠組みと精神保健の解放、精神保健サービス利用者を孤立と、烙印と差別から解放することを呼びかけている。<sup>5</sup> 積み重ねられている研究基盤は、抗精神薬投与と同意のない方法を含む生物学的な介入に取り憑かれた現状は、もはや精神保健の改革の文脈においては防衛できないということを指し示す証拠を明らかにしてきた。もっとも重要なことは、市民社会の組織的な努力であり、とりわけ自分たちのニーズに合ったそして自分たちの権利を確保するために伝統的な精神保健サービスの失敗に注目するよう呼びかける精神保健サービスのユーザー、元ユーザーそして障害者団体に導かれた運動であった。彼らは人権侵害の実行者たちに挑戦し、オルタナティブな治療と精神的健康についての新たな物語を再構成した。

11. 市民社会は、パラダイムシフトに向け継続して推進していることで、精神保健分野に人権の枠組みを発展させていくことに寄与してきている。2006年に採択された障害者権利条約は、精神保健サービスにおける人権侵害の遺産を振り捨てる目的をもって、こうしたパラダイムシフトの基盤を築いた。到達しうる最高水準の健康への権利はこうしたパラダイムシフトにむけて、あらゆる人の精神的健康への権利の十全な実現のためのパラダイムシフトと枠組みの提供の前進に寄与する役割は大きい。
12. 10年たっても進歩はのろい。効果的で、満足できるそして評価測定可能なオルタナティブは保健ケア体制において周辺化され、脱施設化は失速し、精神保健への投資は圧倒的に生物学的医学モデルに焦点化されつづけ、認識障害のある人、知的障害者、精神障害者の法的能力と法のもとでの平等な保護を損なう精神保健法制の改革は増殖してきている。収容施設の廃止が、ホームレス、病院そして監獄への密かなパイプラインを作り出した国もいくつかある。国際的援助が、進歩を損なう巨大な収容施設や精神病院の修復を支援することもよくある。
13. 社会政策は貧しい精神的健康をもたらす条件の重要性を無視し続けている。それは暴力、無力化、社会的排除と孤立そして地域社会の崩壊、体系化された社会経済的不利と職場や学校における有害な条件といったものである。精神的健康へのアプローチが、社会的、経済的そして文化的環境を否定するなら、それは障害者のみを見捨てるばかりではなく、人生のそれぞれの段階で多く他の人の精神的健康の促進が破綻する。
14. 2030 持続可能な発展アジェンダの採択と WHO、グローバル精神保健運動そして世界銀行といったグローバルな影響力のある組織の最近の取り組みにおいて、精神保健は人間開発に必須のものとして国際的に立ち現れてきている。2030 アジェンダと持続可能な発展目標の多くは精神的健康をまきこんでいる。例えばゴール 3 は、すべての年齢での健康な生活と福利の促進の確保を目指しており、ターゲット 3.4 は、非伝染病による死亡率削減において精神的健康と福利の促進を含んでいる。健康への権利

---

<sup>5</sup> See WHO, World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope.

の有効な実現に向けては、いかに国内的な努力が 2030 アジェンダの推進力の手綱を取り精神的健康と取り組むかが重要な結果をもたらす。

15. 前進のためのこの推進力と機会はユニークである。歴史的なこの推進力と機会の結節点にこそ、国際的なプロセスの合流点として、このレポートにより特別報告者が寄与しようとしている。

### Ⅲ 障害物のグローバルな重荷

16. グローバルな精神保健を向上させるために使われる有効な道具が「精神障害」の規模と経済的重荷を示す警告的な統計の利用である。何百万もの人が世界中でひどい状態で受けるべきサービスを受けていないという点について異論はないが、現行の「病気の重荷」というアプローチは生物学的モデルによる、グローバルな精神的健康の危機に深く根ざしている。それは世界的および国内的に精神的健康の課題に取り組む場合に、将来に向けたそして責任ある対応としてはあまりに狭い。個人の状態の治療に焦点を当てるなら、政策形成、体制、そしてサービスは、必ず狭く役に立たないそして潜在的に有害な結果をもたらすものとなってしまう。それは、グローバルな精神保健をさらに医学化する道を敷き詰め、誰もの精神的健康に影響を与える重要なリスクと保護的な要素に取り組むことから、政策決定者の目をそらしてしまう。権利を基盤としたすべての人のための精神保健サービスに対する膨大な、満たされていないニーズに取り組むには、精神保健分野の現状を維持してしまう「障害物のグローバルな重荷」の精査が求められている。
17. 互いに補強し合う 3 つの主要な障害物については以下の節で述べる。

#### A 生物学的医学モデルの支配

18. 生物学的医学モデルは精神的状態の説明は、神経生物学的要素とプロセスであるとみなす。そしてそれを介入の根拠とする。「化学的な不均衡」というような生物学的説明は精神的健康を身体的健康や一般医療に近づけ、徐々に烙印をなくしていくだろうと信じられてきた。<sup>6</sup> しかしそうはならなかったし、精神的健康における生物学的医学モデルを支持する多くの概念はさらなる検証に耐えなかった。確固たる科学的根拠がないままに国際疾病分類やDSMと言った診断の道具は個人の診断の境界を拡大し続けていることが多い。<sup>7</sup> 人間の多様性に対する受容を狭くすることをもたらすやり方で、診断のカテゴリーの過剰な拡大は人の経験を侵害すると警告する批判がある。<sup>8</sup>

---

<sup>6</sup> See Derek Bolton and Jonathan Hill, *Mind, Meaning and Mental Disorder: the Nature of Causal Explanation in Psychology and Psychiatry* (Oxford, Oxford University Press, 2004).

<sup>7</sup> See Thomas Insel, “Transforming diagnosis” (April 2013), available from [www.nimh.nih.gov/about/director/2013/transforming-diagnosis.shtml](http://www.nimh.nih.gov/about/director/2013/transforming-diagnosis.shtml).

<sup>8</sup> See Stefan Priebe, Tom Burns and Tom K.sJ. Craig, “The future of academic psychiatry

19. しかし精神保健分野は過剰に医学化され続け、精神医学と製薬業界の支持のもとで生物学的モデル還元主義的なモデルは、臨床、政策、研究課題、医学教育、そして精神保健における投資を世界中で支配している。低所得、中所得、高所得のいずれの国々においても精神保健への投資の大多数は不均衡に生物学的モデルの精神医学に基づいたサービスになされている。<sup>9</sup> 以前に考えられていたほどには有効ではないという証拠の蓄積、すなわち有害な副作用をもたらし、とりわけ抗うつ剤は軽いあるいは中程度のうつ病には有効とされる経験はプラセボ効果に着するとされているにもかかわらず、抗精神薬は治療の第一選択として偏って使われている。<sup>10</sup> こうしたリスクにもかかわらず、抗精神薬は世界中の高所得、中所得、低所得の国々での使用が増え続けている。<sup>11</sup> 私たちは精神に取り組むための最良の解決策は投薬と他の生物化学的な介入であるという神話を売りつけられてきた。
20. 心理社会的モデルが生物学的医学パラダイムに対しての証拠に根ざした対応として出現してきた。<sup>12</sup> これは、貧しい精神的健康をもたらすリスクファクター、福利をもたらす肯定的な要素として心理学的社会的経験を理解することで、生物学的要素を排除することなく乗り越えるように見える。それは一般的ケアに統合される短期間で費用も安い介入をも含む。適切に使われるならば、こうした介入は不利な立場に置かれた人々をエンパワーでき、子供の養育や他の能力を改善し、彼ら自身の状況において個人を目標として関係性の質の改善と自尊心と尊厳を促進することができる。生物学的な介入がより効果的であるという恣意的な仮説を避け、健康への権利に準拠したいかなる精神保健体制にとっても、生物学的モデルと社会心理学的モデルとそれらに基づく介入は適切にバランスを取られなければならない<sup>13</sup>

## B 権力の非対称性

21. 精神保健分野での人権の促進と保護は、臨床、研究そして公共政策の場面での権力の再分配次第である。精神保健分野における意志決定の権力は生物学的医学の門番、と

---

may be social”, *British Journal of Psychiatry*, vol. 202, No. 5 (May 2013).

<sup>9</sup> See WHO, *Mental Health Atlas 2014*, p. 32.

<sup>10</sup> See Irving Kirsch, “Antidepressants and the placebo effect”, *Zeitschrift für Psychologie*, vol. 222, No. 3 (February 2015) and David Healy, “Did regulators fail over selective serotonin reuptake inhibitors?”, *BMJ*, vol. 333 (July 2006).

<sup>11</sup> See Irving Kirsch, “Antidepressants and the placebo effect”, *Zeitschrift für Psychologie*, vol. 222, No. 3 (February 2015) and David Healy, “Did regulators fail over selective serotonin reuptake inhibitors?”, *BMJ*, vol. 333 (July 2006).

<sup>12</sup> See Anne Cooke, ed., *Understanding Psychosis and Schizophrenia*, (Leicester, The British Psychological Society, 2014).

<sup>13</sup> See Nikolas Rose and Joelle M. Abi-Rached, *Neuro: the New Brain Sciences and the Management of the Mind* (Princeton, New Jersey, Princeton University Press, 2013) and Pat Bracken, “Towards a hermeneutic shift in psychiatry”, *World Psychiatry*, vol. 13, No. 3 (October 2014).

りわけ製薬業界に支えられた生物学的な精神医学の手に集中している。このことは総合的なケアの近代的な原則、精神保健の統制、革新的で独立した学際的な研究そして権利に根ざすことを最優先にする精神保健政策を損なっている。国際的な組織、とりわけ WHO と世界銀行はまた影響力のある利害関係者であり、それらの役割と関係性は、精神科の専門職と製薬会社の役割と相互に作用し重なっている。

22. 臨床のレベルでは、権力のアンバランスはパターンリズムやさらには家父長的なアプローチすら補強し、精神科の専門職と精神保健サービスの利用者との関係性を支配する。こうした非対称性は利用者の力を奪いそして自分たちの健康に関する意志決定の権利を損ない、人権侵害が起りうるそして起こる環境を作り出す。精神科の専門職が強制的に治療し拘禁することを許容している様々な法律は権力とその乱用を合法化する。権力の乱用は非対称的にはびこっており専門職が強制されることがありまた国家に強制的行動を取ることを義務としている法律上の規定にある程度起因している。
23. 精神科の領域での統制と政策提案において専門職グループは強力なアクターである。国内の精神保健戦略は生物学的な課題を反映しがちであり、市民社会、精神保健サービスユーザーそして元ユーザー、そして非医療職の様々な分野の専門家の意味ある参加と見解をさえぎる傾向がある。<sup>14</sup> そうした背景のもとで、2005年のWHOの精神保健、人権そして法制度についての本は当時の人権ガイドラインを使って開発され、「例外」を許容する精神保健法制の開発に非常に大きな影響を持った。こうした法的「例外」は、日常の実践現場では強制を常態化し、人権侵害が起きる余地を拡大した。それ故に障害者権利条約によってもたらされた枠組みの結果として、この本が取り下げられ、法制度が改定されていることは歓迎すべき発展である。<sup>15</sup>
24. 権力の不均衡を基盤としている現行の精神医学の現状は多くのユーザーの不信を導き、精神医療の専門職の評判を脅かし損なっている。専門職の将来についてのそして他の利害関係者との関係における役割をも含む、精神の専門職間での、開かれ継続した議論は重大な意味を持つ。<sup>16</sup> 精神の専門職の間でそして他の利害関係者とのこうした議論を、特別報告者は歓迎し奨励し、そしてコンセンサスと進歩への追求は精神医療を含めすべての人にとって利益をもたらすと確信している。精神の専門職とその指導者が権利に依拠した精神保健政策とサービスに向けた変換に積極的に参加していくことは、グローバルな精神保健の肯定的な変革の成功にとっては重大な意味のある要素である。
25. 複雑な精神的健康に関する事柄の生物学的医学還元論に基づいた陳腐な知恵は、研究

---

<sup>14</sup> See the WHO MiNDbank, available from [www.mindbank.info/collection/type/mental\\_health\\_strategies\\_and\\_plans/all](http://www.mindbank.info/collection/type/mental_health_strategies_and_plans/all).

<sup>15</sup> See [www.who.int/mental\\_health/policy/legislation/en/](http://www.who.int/mental_health/policy/legislation/en/).

<sup>16</sup> See Heinz Katschnig, "Are psychiatrists an endangered species? Observations on internal and external challenges to the profession", *World Psychiatry*, vol. 9, No. 1 (February 2010).



によって支持されないというのに、精神保健政策とサービスを支配している。暴力の加害者になるよりずっと被害者になることのほうが普通であるという明白な証拠にも関わらず、精神障害者はあやまって危険とみなされ続けている。<sup>17</sup> 同様に多くの精神障害者が無能力とレッテルを貼られ、自分自身で自己決定をする権利を否定されていることで、すべての精神障害者の自己決定能力が疑われている。適切な法的保護と支援を通してエンパワーされたときには自立生活を送ることができるということを見せつけていく中で、こういうステレオタイプはいまや徹底的に粉碎された。

26. 不均衡は製薬業界の経済力そしてそれとの連携によって強められてきた。研究と改革の資源がないところでは、薬の承認過程やケアの専門家と提供者との疑わしい関係性が不透明なままで製薬業界がこのギャップを埋めている。政策において生物学的モデルへの過剰な依存がどこまで行っているのか、そしていかに変革に抵抗しているかが、こうした背景のもとで明らかになっている。<sup>18</sup>

### C 精神保健における証拠の偏った利用

27. 精神保健の介入の支持についての証拠の根拠については歴史を通して問題がある。一定の向精神薬と他の生物学的精神医療の介入の効き目については、科学的そして経験的な視点の双方からの異議申し立ては増え続けているけれど、こうした状況は継続している。<sup>19</sup> これらの介入が特定の状態の管理に有効であり得ることについては議論とはならないけれど、不必要なケースについてもこうした薬の過剰投薬や過剰な利用がなされていることについては懸念が増加している。<sup>20</sup> 製薬会社が、投薬に対しての証拠の根拠を不透明にする、治験の否定的な結果について非公開としてきた長い歴史がある。これは保健の専門職とユーザーが説明された上での決定に必要な情報へのアクセスを否定している。<sup>21</sup>
28. 政策を形成し証拠を導入する研究領域に権力あるアクターが影響を与えている。精神保健と政策の分野の科学的研究は多様な資金の欠如に苦しみ続けており、神経生物学的なモデルに焦点を当てたままである。とりわけ、アカデミックな精神医学は、精神保

---

<sup>17</sup> See Jillian K. Peterson and others, “How often and how consistently do symptoms directly precede criminal behavior among offenders with mental illness?”, *Law and Human Behavior*, vol. 38, No. 5 (April 2014).

<sup>18</sup> See Ray Moynihan, Jenny Doust and David Henry, “Preventing overdiagnosis: how to stop harming the healthy”, *BMJ*, vol. 344 (May 2012).

<sup>19</sup> See Peter Tyrer and Tim Kendall, “The spurious advance of antipsychotic drug therapy”, *The Lancet*, vol., No. 9657 (January 2009); Lex Wunderink and others, “Recovery in remitted first-episode psychosis at 7 years of follow-up of an early dose reduction/discontinuation or maintenance treatment

<sup>20</sup> See Ray Moynihan, “Preventing overdiagnosis: how to stop harming the healthy”.

<sup>21</sup> See Irving Kirsch and others, “Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration”, *PLOS Medicine* (February 2008).

健政策とサービスのための資源分配とガイドラインの原則を情報提供することで多大な影響力を行使している。アカデミックな精神医学は、その研究課題を精神的健康の生物学的素因にほぼ限定している。こうした偏りはまた医学部の教育も支配しており、次世代の専門職に伝える知識を制限し、精神的健康に影響するまたリカバリーに貢献する様々な要素の広がりについての理解を奪っている。

29. 生物学的医学への偏りのために、新たに発見された証拠と、政策の発展と実践にそれをいかに情報提供していくかの間での案ずべき遅れが生じている。何十年もたった今経験的なまた科学的な研究による情報から根拠ある証拠が蓄積され、それらは心理社会的、リカバリー志向のサービス、そして支援と非強制的な、今あるサービスに代わるオルタナティブを支持してきている。こうしたサービスへのそしてその背後にいる利害関係者に対しての促進と投資なしでは、それらは周辺化されたままになりそしてそれらがもたらすと期待される変化を不可能にしてしまうだろう。

#### IV 精神保健の標準枠組みの発展

30. WHOの憲章において健康は以下定義されている「単に病気でないとか、弱っていないということではなく、肉体的にも、精神的にも、そして社会的福利においても、すべてが満たされた状態にあること」。健康のすべての側面と同様に、生物学的、社会的そして心理学的要素の広がりには精神的健康に影響する。<sup>22</sup>こうした理解から、任務を負っているものはすべての人のための精神的健康の権利を尊重し、保護しそして充足することに一致する自らの義務について、より正確に理解することができる。現在の精神的健康と人権をめぐる議論のほとんどは、精神医療におけるインフォームドコンセントに焦点化されてきた。こうした論説は深い意味があり、精神的健康の保護と非強制的なオルタナティブの治療を提供できないという組織的な失敗の結果として表面化した。
31. 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、それは精神的な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).<sup>23</sup> 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

---

<sup>22</sup> See WHO, *Mental Health Action Plan 2013-2020* (2013), p. 7.

<sup>23</sup> See also Committee on the Rights of Persons with Disabilities, general comment No. 1 (2014) on equal recognition before the law, para. 13.

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。

32. 障害者権利条約の採択に先立ち、治療に関わる文脈において障害者の権利を保護する義務を特定するために加盟国を導く拘束力のないガイドが多様にあった (see General Assembly resolutions 37/53, 46/119 and 48/96)。それらの中には重要な権利と基準を認識しているものもあったが、それらに含まれているセーフガードは日常の実践においては無意味なものしか示さないことが多かった。健康への権利は差別、非自発的治療と拘禁からの自由を保障するのだから、それはまた地域社会に統合され治療を受ける資格を保障するものと理解されなければならない。こうした資格と他の自由を確保できないことが強制と拘禁を引き起こしている最大の原因である。
33. 障害者権利条約の委員会は法的能力の完全な尊重を強調しており、インペアメントに基づく非自発的拘禁の完全な禁止と強制医療の排除を強調している (see A/HRC/34/32, paras. 22-33)。<sup>24</sup> それは手続き的なセーフガードのみの不十分さへの回答であり、障害者の権利確保に向け非強制的なオルタナティブと地域社会へのインクルージョンへの鋭い注意を要求している。こうした発展する枠組みにおいて、必ずしもすべての人権メカニズムが、障害者権利条約委員会が明確に示した非自発的拘禁と治療の完全な禁止を取り入れたわけではない。それらには拷問そして他の残虐で非人道的な処遇または刑罰の禁止小委員会 (see CAT/OP/27/2)、拷問等禁止委員会<sup>25</sup>、そして人権委員会<sup>26</sup>が含まれる。しかし彼らの、強制を正当化するために使われる例外という解釈はより狭められ、この事柄への今進行中の議論が伝わってはいる。注目すべきは、自由を剥奪された誰でも権利についての手続きに関する、国連の救済と手続きの基本的原則とガイドラインにおいては、恣意的拘禁の作業部会は恣意的拘禁の禁止へのセーフガードに関して障害者の権利条約の条項を支持している (see A/HRC/30/37, paras. 103-107)。
34. 現在、いろいろな国際的人権メカニズム間での異なった解釈があり、障害者権利条約の条項の観点からの、同意のない治療に関しての義務はいかなるものかについては行き詰っている。特別報告者はこれらの発展を辿り、そして遅滞なく精神保健政策とサービスが強化される変革を始めるためのコンセンサスに到達することを願っている。彼はこれらの過程に積極的に参加し、到達した進歩について将来再度報告することを追求している。

---

<sup>24</sup> See also Convention on the Rights of Persons with Disabilities, arts. 12 and 14, Committee on the Rights of Persons with Disabilities, general comment No. 1 and guidelines on article 14 of the Convention.

<sup>25</sup> See CAT/C/FIN/CO/7, paras. 22-23; CAT/C/FRA/CO/7, paras. 29-30; CAT/C/AZE/CO/4, paras. 26-27; and CAT/C/DNK/CO/6-7, paras. 40-41.

<sup>26</sup> See general comment No. 35 (2014) on liberty and security of person.

## V 精神的健康の枠組みへの権利

### A. 義務

35. 経済的、社会的文化的権利の国際規約は到達しうる最高水準の精神的権利への法的拘束力のある枠組みを提供している。これは他の確立した法的基準によっても補強されており、その中には障害者権利条約、女性差別撤廃条約、子どもの権利条約などが含まれる。締約国は国内法、制度、政策、財政方針、プログラムほかの方法で、精神的健康への権利を尊重し、保護しそして充足する義務を課せられている。
36. 精神的健康への権利は即座の義務と、計画的に具体的、対象を明確にした行動を求められる漸進的義務の双方を含んでいる。<sup>27</sup> 加盟国は適切な指標と基準を使い進歩を監視しなければならない。それには強制医療の減少と廃止の観点も含まれる。指標は他の要素、性、年齢、人種と民族、障害そして社会経済的地位によって分類されなければならない。世界的に精神的健康は身体的健康に費やされる資源の10%以下しか費やされないことに耐えているのだが、加盟国は提供できる最大の資源を健康への権利に費やさなければならない。
37. 幾つかの義務は漸進的実現とされるのではなく、即座に履行されなければならない。それには一定の自由と中核的義務が含まれる。中核的義務には国内の公衆保健戦略の作成でありそしてサービスへの非差別のアクセスが含まれる。<sup>28</sup> 精神的健康への権利に関しては、それは、地域での平等なサービス提供を含む、強制医療をなくし権利に根ざした精神保健サービスへの平等なアクセスを導くロードマップを持った国内精神保健戦略の開発と解釈される。

### B 国際協力

38. 国際条約は健康への権利に関し国際協力の義務を認識している。持続可能な開発目標17において、グローバルな持続可能な開発へのパートナーシップへの協力への責任が補強されている。より高所得の国はより低所得の国々へ、とりわけ健康への権利への援助をする義務があり、それには精神的健康も含まれている。即座の義務は、差別的あるいは暴力的、拷問またはほかの人権侵害が起きている精神保健ケアを支持し協力して開発するようなことをやめることである。権利に根ざした開発協力はつりあいのとれた健康促進を支援し、差別、恣意的、過剰、不適切なあるいは無効な臨床ケアから個人を有効に守るセーフガードのある地域で提供される、心理社会的な介入と他のオルタナティブ治療を支援しなければならない。
39. こうした義務の観点から、開発協力や他の保健への財政援助において精神的健康が未だ無視されているのは問題である。2007年から2013年の間では国際的な保健援助の

---

<sup>27</sup> and CAT/C/DNK/CO/6-7, paras. 40-41.

<sup>28</sup> Committee on Economic, Social and Cultural Rights, general comment No. 14 (2000) on the right to the highest attainable standard of health, paras. 43-45.

1%しか精神保健に振り向けられていない。<sup>29</sup> 人道的危機の時に、救援と回復の段階の両方で国際的支援は膨大な不幸と苦悩に直面した際のレジリエンスを強めるために社会心理的支援を含まなければならない。ほかに、協力にあたっては、現存する、本質的に人権とは両立しない、精神病院や長期のケア施設の改善が優先されなければならない。<sup>30</sup>

40. 国際援助と協力は、また権利に根ざした精神保健政策と実践に向けた技術支援を含む。WHO のクオリティライトのイニシアティブはそうした技術援助の推奨されるべき例である。特別報告者はまた最近世界銀行と WHO による、グローバルな開発の課題の中心に精神保健を置こうとして支援していることを歓迎する。しかし、彼はそうしたグローバルなイニシアティブはすべての人権を具現化しなければならないと警告する。とりわけ多国間の諸機関は、障害者といった最も無防備で傷つきやすい状況に置かれた人々の健康への権利達成を確保することを優先しなければならない。不安とうつ（よくある精神保健上の状態）に焦点を当てたグローバルな課題設定は精神保健サービスにおける権利に根ざした変革をもっとも必要としている人々を包摂することができていないことの反映であろう。そうした課題選択は、人間的な反応の医学化を基盤とした実践を補強し、貧困、不平等、ジェンダーステレオタイプ、そして暴力といった構造的な課題に不適切に取り組むこととなる。
41. 加盟国には民間部門もふくみ第三者による害から保護する義務がある。加盟国はこうした観点における役割と義務を完全に理解し、民間部門が精神的健康への権利の実現を支持することを確保するために動かなければならない。

## C 参加

42. 健康への権利の有効な実現のためには、法律、政策地域社会そして保健政策のレベルにおける意志決定への、誰もの参加が求められとりわけ貧しいもの、無防備で傷つきやすい状況に置かれたものの参加が必要である。集団レベルでは自らの健康と福利についての決定に意味ある参加するためには、誰もがちからをつけるためには、多様な部署や人々とインクルーシブな利益関係者、例えば精神保健サービスのユーザーや元ユーザー、政策決定者、サービス提供者、保健労働者、ソーシャルワーカー、法律家、警察、ケアラー、家族そしてより広い地域住民と行った多様な利益関係者の包摂と積極的な関わりが求められる。
43. 保健の分野では、必要であるならば適切な支援を受けた上で、利用者は権利を持つ主体として自らの治療、性と生殖の健康も含む自分たちの健康について自分自身で選択するために、自分に関わる全てのことについて意味ある積極的な参加と自律を行使す

---

<sup>29</sup> Seth Mnookin, “Out of the shadows: making mental health a global development priority”, World Bank Group and WHO (2016), p.13.

<sup>30</sup> Committee on Economic, Social and Cultural Rights, general comment No. 5, para.

るための権利を持つ主体として、利用者をエンパワーしなければならない。

44. 精神保健サービスへの参加は比較的最近の現象であり、精神保健体制における堅固な権力の非対称性に深くかかわり複雑なものとなっている。<sup>31</sup> 個人のとりわけ特定の精神保健ニーズを持つ人のエンパワーメントを促進することは重要であり、それはいかのようなとりくみをとおしておこなわれる。自己の権利主張の取り組みへの支援、ピアサポートのネットワーク、トライアログそして他のユーザー主導のアドボカシーの取り組み、同様に新しい働き方、例えば利用者行政市民の協働、それは保健サービスの開発と供給において市民の代表と意味ある参加を確保するも、といった取り組み。こうした観点から市民社会の活動の場を創造することと非政府組織の活動を支援することはケア提供側とサービスを利用する権利を持つ主体との間での信頼回復には重要である。

#### D 非差別

45. 国際人権法は、精神保健ケアサービスと基礎的な健康の決定要素へのアクセスと提供について非差別の権利を保障している。<sup>32</sup> 精神的健康への権利はまた、基礎的な決定要素としてそれ自体がみなされる他のすべての人権の享受における平等と非差別にも依存している。<sup>33</sup>
46. 女性障害者、そして人種や民族的少数派の障害者を含む重複したそして交差した様々な差別形態が精神的健康への権利の実現するための個人の能力を損なっている。差別と不平等は、長期間にわたる疾病、死亡率、そして社会的な福利に影響を与えることで、貧しい精神的健康の原因でありまた結果ともなっている。<sup>34</sup> 地域社会、家族、学校そして職場の差別と有害なステレオタイプ（ジェンダーも含む）そして烙印は誰にとっても良い精神的健康と福利のために求められる健康的な関係性、社会関係そして支持的でインクルーシブな環境を阻害する。同様に、差別的な態度は政策、法律そして実践に影響を与え、感情的そして社会的支援または治療を求める人々にとってのバリアを作り上げる。その結果、法律とそしてあるいは実践において差別された無防備で傷つきやすい人々あるいはグループは精神的健康への権利を否定される。
47. 治療の拒否権、法的能力の権利プライバシーの権利そして他の市民的政治的権利を含む多様な権利を利用者から奪うことで、法律上のあるいは事実上の差別は精神保健サ

---

<sup>31</sup> See Judi Chamberlin, “User/consumer involvement in mental health service delivery”, *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, vol. 14, No. 1 (March 2005).

<sup>32</sup> Committee on Economic, Social and Cultural Rights, general comment No. 14, para. 18; A/61/338, para. 18 and Convention on the Rights of Persons with Disabilities, arts. 25 and 26.

<sup>33</sup> See Committee on Economic, Social and Cultural Rights, general comment No. 20 (2009) on non-discrimination in economic, social and cultural rights.

<sup>34</sup> See Kate Pickett and Richard Wilkinson, *The Spirit Level: Why More Equal Societies Almost Always Do Better*, (London, Penguin Books, 2010).

ービスに影響を与え続けている。精神医療と他の精神保健の業務の役割はとりわけ重要で、それらの専門的な実践がスティグマと差別を作り出さないことを確保することが求められている。

48. 精神障害の診断が人々の人生に及ぼす複雑な役割を認識することは重要である。診断による分類がサービスへのアクセスや精神的健康のよりよい理解をもたらすという利益を感じている人も多いが、一方でそれは役に立たず烙印を押すものだと感じている人もいる。人間的な苦悩を医学化するという傾向も含め、精神保健の診断はアイデンティティと他の多様性を病理化するために乱用されてきた。レズビアン、ゲイ、バイセクシャル、トランスジェンダーそしてインターセックスの人々は病理化されることで、彼らのアイデンティティを病気とおとしめられ、それはスティグマと差別の複合したものである。
49. 問題は人々を診断することにあるのではなく、診断そのものよりもさらに有害な原因となる、診断された人に影響する差別的な実践にある。本来の精神保健状態の影響よりも、差別的で不適切な「ケア」の形態により苦しむ人は非常に多い。
50. 人間の経験の多様性と人生における対応と経験の方法の多様性を認識して、人生の多様性は幅広く理解されなければならない。こうした多様性の尊重は差別に終止符を打つために極めて重要である。型破りとみなされた人間的経験を通常のものとして位置づける助けになる、ピアの主導する運動とセルフヘルプグループは、より寛容で、平和なそして公正な社会へ向け貢献している。

## E 説明責任

51. 精神的健康への権利の享受のための説明責任は3つの要素がある。a)監視、b)司法、準司法、政治的行政的組織、同様に社会的説明責任メカニズムといった独立したそして非独立の審査、c) 救済と不正の矯正。説明責任は権利を持つ主体に対して、いかに義務を負っているものがその義務を遂行しているのかを理解する機会、そして権利が侵害された時にそれをたえず機会を提供する。そしてまた義務を負っているものに、自らの行動を説明し必要なら修正する機会を提供する。
52. 国際レベルでは、障害者権利条約の採択と関係する締約国の報告過程が、精神障害者、認識障害のある人知的障害者の精神的健康への権利に対して、重要な新たな説明責任への道を提供している。それに反して国内レベルでは、精神的健康への権利のための説明責任のメカニズムは目的にそぐわないことがおおい。とりわけ、心配なのは精神保健トライビューナルが広く普及していることである。トライビューナルは説明責任のためのメカニズムに代わり、強制を合法化し、さらに精神保健体制の中にいる人々を司法へのアクセスから隔離している。幾多の国内防止機関の立派な努力にもかかわらず、精神保健サービスにおける人権侵害は広く起きているが、それは免責されてい

る。<sup>35</sup> 個人は独立した説明責任のメカニズムも含み司法へのアクセスを制限されていることがよくある。これは、法的能力がないとみなされていること、自らの権利についてあまり知識がないこと、法律扶助を受けられないこと、あるいは単に不服を申し立てる監督機関が存在しないことなどによるだろう。

53. 障害者権利条約は障害者のために計画されたすべての精神保健サービスは独立した機関により効果的に監視されなければならないことを確立した（16条3項）。精神保健分野のすべての監視と審査の手続きにおいては、その参照の枠組の中に人権が組み込まれていなければならない。特別報告者は、国内人権機関に対してその監視と促進活動において、精神的健康への権利に注意を払うよう奨励する。実際の経験をしている当事者、その家族と市民社会は、監視と説明責任の仕組みの開発と履行に携わらなければならない。

## F 精神保健サービスを越えたケアと支援に向けて

54. 精神的健康への権利は、入手でき、アクセスできそして受け入れられる良質である、ケアと支援施設、物資とサービスを必要とする。精神的健康のための権利に根ざしたケアと支援はすべての人の保健ケアの必須の一部である。

### 入手可能であること

55. 適切な精神保健サービスが入手できるようでなければならない。多くの国で、入手できる制限された精神保健と社会ケアは狭い生物学的医学モデルと施設収容に基盤をおいている。ケアを拡大することは不適切なケアの拡大であってはならない。健康への権利に従ったケアのためには、促進、予防、治療、リハビリテーション、ケアとリカバリーのための統合された調和したサービスの幅広いパッケージを取り入れたものでなければならない。そして「拡大」という表現は精神保健活動の「多様な広がり」に置き換えられなければならない。それには多様なコミュニティを支援するよう計画されたサービスとして、精神保健サービスが早期の特定と介入を支援するプライマリーケアと一般的ケアに統合されることも含む。<sup>36</sup> 証拠に根ざした心理社会的介入とそれを担う訓練された地域のヘルスワーカーが強化されなければならない。<sup>37</sup> サービスは、知的障害者、認識障害のある人精神障害者そして自閉症の人が不適切なケア施設に分離されるのではなく、自立生活をおくり、地域に包摂される権利を支援しなければな

---

<sup>35</sup> See Association for the Prevention of Torture, “Monitoring psychiatric institutions” Jean-Jacques Gautier NPM symposium outcome report (2016), available from [www.apt.ch/content/files\\_res/report-jjg-symposium-2016-en.pdf](http://www.apt.ch/content/files_res/report-jjg-symposium-2016-en.pdf).

<sup>36</sup> Convention on the Rights of Persons with Disabilities, arts. 25-26, and J. Jaime Miranda and others, “Transitioning mental health into primary care”, *The Lancet Psychiatry*, vol. 4, No. 2 (February 2017).

<sup>37</sup> WHO, *Mental Health Action Plan 2013-2020*, p. 9.



らない。

56. 多くの国では精神保健ケアの人的資源の不足に直面しており、労働力の開発に着手しなければならない。その労働力には専門と非専門の保健専門職、一般的な従事者そして地域の保健ワーカー、同様に他の専門職、教師、ソーシャルワーカーそして他の適切な技術（人権教育も含む）を持ったピアサポートと地域活動従事者が含まれる。

### アクセスビリティ

57. 精神保健サービスは非差別を基盤とし地理的にも財政的にもアクセシブルでなければならない。低所得中所得の多くの国々では精神保健サービスは大都市に集中しており、人口の大多数はアクセスできない。不適切な隔離された収容施設と精神科施設への入院に過剰に頼っており、地域における権利に根ざしたケアのモデルを開発することに失敗している。例えば中欧や東欧のような国々では、このことは重大な問題である。<sup>38</sup> 精神保健の総合病院、プライマルケア、そして社会的ケアサービスへの統合、そして権利保護に従ったインターネット技術活用はアクセシビリティを支援することができ、コミュニティで暮らし参加する権利享受を高めることができる。精神保健についての正確な情報に公衆がアクセスできなければならない。そして副作用も含めて治療に関しての根拠ある証拠に基づく情報もまたアクセシブルでなければならない。そのためには規則として完全な臨床試験のすべての薬理学的情報の公開が必要である。苦痛と苦悩の経験のその背景に沿った理解は精神保健ケアと支援の体制においてアクセスビリティを確保するためには重大である。

### 受容性

58. 精神保健サービスは医学倫理と人権を重んじなければならない、同様に文化的に適切で、ジェンダーとライフサイクルにより必要なものに敏感で、守秘義務を尊重し、自らの健康と福利を管理する個人をエンパワーするように計画されなければならない。<sup>39</sup> 精神保健サービスは医学倫理と人権の原則（「まず害すなかれ」を含み）、選択、みずからの管理、自律、意志、選好と尊厳を尊重しなければならない。<sup>40</sup> 薬理学的介入、強制的アプローチそして入院治療への過度な依存は害をするなかれという原則そして同様に人権に反する。精神保健専門職に対しては人権の能力構築は規則として提供されるべきである。知的障害者、認識障害のある人、あるいは精神障害者、自閉症のある人、青年、女性、高齢者、先住民、マイノリティ、難民と移民、レズビアン、ゲイ、

---

<sup>38</sup> Natalie Drew and others, “Human rights violations of people with mental and psychosocial disabilities: an unresolved global crisis”, *The Lancet*, vol. 378, No. 9803 (November 2011).

<sup>39</sup> Committee on Economic, Social and Cultural Rights, general comment No. 14, para. 12 (c).

<sup>40</sup> Convention on the Rights of Persons with Disabilities, preamble and arts. 12, 15 and 19.

バイセクシャル、トランスジェンダー、そしてインターセックスのひとびとにとって、サービスは文化的に適切で受容可能なものでなければならない。

59. 特別の注意が女性に対して払われるべきである。パターナリスティックで家父長的な伝統に基づき、不適切で有害なジェンダーステレオタイプ、女性の感情と行動の医学化そして強制に基づく精神保健の実践により、女性は男性に比べ不均衡に苦しんでいる。家族の中で、地域社会や社会総体で暴力と不平等に苦しめられてきた女性は、そして精神保健上の不調を持っている女性は、暴力、強制、弾圧、そして尊厳の否定に値する精神保健の現場での状況に直面することが非常に多い。家族や他の場で暴力に苦しんだあとに、精神的健康を増進するとみなされているサービスの中で女性が再び暴力に苦しむことは受け入れがたい。この観点から、性と生殖の権利の侵害は直接的で否定的な衝撃を女性の精神的健康に与えるということを強調することは非常に重要である。

## 質

60. 精神保健サービスは良質でなければならない。そのためには、予防と、促進治療とリカバリーを支援する証拠に根ざした実践の活用が必要だ<sup>41</sup>。サービス提供者とサービス利用者とその家族とケアに当たる人々の間での有効な協働もまたケアの質向上に役立つ。向精神薬の不適切な利用あるいは過剰投薬と強制と強制入院の使用も含む、生物学的介入の濫用は、良質のケアへの権利をそこなう。人生のすべての段階を通して誰をも支援することのできる地域に根ざした社会心理的サービスと社会資源の動員の拡大を優先することは、サービスの質を向上させるであろう。
61. 質の構成要素を考えるなら、単なるケアの受け手として利用者のとらえる考え方を超え、能動的な権利を持つ主体として彼らを完全にとらえることがしいられる。差別的実践をやめるためには、加盟国は精神保健ケアと支援の提供方法を考え直さなければならない (A/HRC/34/58 参照)。
62. とりわけ知的障害のある子どもや大人、そして自閉症のある子どもや大人は、施設収容のアプローチや過剰な医学化の実践によってあまりに多く苦しんでいる。自閉症のある子どもたちへの彼らのインペアメントを理由とした施設収容と医学化は受け入れがたい。自閉症は、状態を「治療」しようとする医学的試みが、有害で、何らかの状態を持った子どもや大人のさらなる精神的健康の状態悪化を導く結果なるということで、ケアと支援の近代的体制への批判的挑戦を代表する。彼らへの支援は健康への権利に取り組むだけでなく、他のものと平等な教育、雇用そして地域生活の権利に取り組まねばならない。

---

<sup>41</sup> WHO Mental Health Action Plan 2013-2020, p. 9.

## G インフォームドコンセントと強制

63. インフォームドコンセントは健康への権利の中核的要素であり、その享受に向けた自由と必要なセーフガードの両方である(A/64/272 参照)。治療と入院への同意提供の権利は治療の拒否権を含む( E/CN.4/2006/120, para. 82 参照)。パターナリスティックな精神保健法制の激増とオルタナティブの欠如は、医学的強制をありふれたものにしてきた。
64. 強制の使用の正当化は一般的に「医療的必要性」と「危険性」を根拠としている。これらの主観的原則は研究により支持されていない。そしてこれらの適用は幅広い解釈に陥り、増え続ける法的な精査のもとで恣意的であるという疑問を引き起こしている。「危険性」はしばしば証拠というより不適切な偏見に根ざしている。広く使われているにも関わらず、向精神薬の投薬も有効でないということも含み、強制医療についても避けることのできない様々な議論が存在する。<sup>42</sup> 非強制的な選択肢の臨時的なツールに欠けた体制の中で働いている精神科医に、強制の利用の決定は独占されている。オルタナティブが存在せず、強制の利用に頼っているのは、組織的な個人の権利保護に失敗している結果である、というのが多くの国々の現実である。
65. 精神医療における強制はケアの関係の中で権力のアンバランスを永続させ、不信を引き起こし、スティグマと差別を激化させ、主流の精神保健サービスに助けを求めることをおそれさせ、多くの人を追い払ってきた。障害者権利条約の枠組みで健康への権利を今考える時、医学的強制をラディカルに減らしすべての強制的精神科治療と拘禁を廃絶する方向への動きを促進する即座の行動が求められている。これに関連して、加盟国は、身体的精神的インテグリティに関する決定において障害者の代理として同意をする、意思決定代行者を許してはならない。その代わりに救急と危機の状況のときも含みすべての時に決定をするための支援が提供されなければならない。<sup>43</sup>
66. 特別報告者は、あらゆる形態の同意のない方法の絶対的禁止に関し様々な利害関係者とりわけ医学界の懸念に注目している。<sup>44</sup> 特別報告者はそのラディカルな減少と最終的な廃止は時間がかかる挑戦的な過程であることを認識している。しかし、精神保健の現場での人権侵害が広がっていることは受け入れられないこと、そして変革が必要なことについては意見が一致している。現状を正当化するために法的あるいは倫理的

---

<sup>42</sup> See Steve R. Kisely and Leslie A. Campbell, “Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders”, Cochrane database system (December 2014); and Hans Joachim Salize and Harald Dressing, “Coercion, involuntary treatment and quality of mental health care: is there any link?”, *Current Opinion in Psychiatry*, vol. 18, No. 5 (October 2005).

<sup>43</sup> Guidelines on article 14 of the Convention, para. 22.

<sup>44</sup> See Melvyn C. Freeman and others, “Reversing hard won victories in the name of human rights: a critique of the general comment on article 12 of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities” *The Lancet Psychiatry*, vol. 2, No. 9 (September 2015).

議論を使うのではなくて、それに代わり、強制を廃止するためには一致した努力が必要だ。そうした変革に向かう即座の方策をとらないことはもはや受け入れられない。そして特別報告者は、以下、5つの計画的で焦点を当てた具体的行動を提案する。

- a. 法改革も視野に入れた政策における強制に代わるオルタナティブの主流化
- b. 実践的な非強制的なオルタナティブの豊かなバスケットの開発
- c. 権利を持つ主体を含む、多様な利害関係者の参加による、その廃絶も視野に入れた強制的医療の実践のラディカルな減少のロードマップを開発する
- d. 国内外の好事例の交換を確立する
- e. これらの目標への進歩を監視するための研究への投資の拡大と量的質的データの収拾

#### H 精神的健康の基礎的社会的決定因子

67. 健康への権利は総合的な権利であり、保健ケアへの権利と健康への基礎的社会的決定因子への権利の双方を含んでいる。公衆衛生は個人と集団との次元があり、健康への基礎的社会的決定因子を享受する権利を確保することは必須である。<sup>45</sup> 精神的健康と身体的、社会心理的、政治的経済的環境とは深い関係があるので、健康の決定因子への権利は精神的健康への権利確保のための前提条件である。国際人権法のもとでは加盟国は、特に子どもと女性<sup>46</sup>そして障害者<sup>47</sup>の健康への権利を確保するために、暴力、支持的な家庭環境と差別といった、基本的決定因子の領域において行動しなければならない。すなわち精神的健康への権利を尊重し保護し充足するには精神的健康に関連する一定の前提条件を確保する協調した行動が求められている。
68. 多様な国際的・地域的な過程は、健康の社会的因子に取り組むための公衆衛生と社会的正義の要請を定義する助けとなってきた。社会的健康の決定因子に関する委員会の最終報告は社会的決定因子をより可視化した先駆的な報告書である<sup>48</sup>。医学、とりわけその精神保健の構成要素はかなりの程度まで社会科学であり、この理解を使って実践が導かれるべきである。精神的健康の決定因子をめぐる証拠を十分に考慮し、不平等と差別、そして健康な心理社会的な環境(A/70/213 para. 55 and A/71/304, paras. 16 and 19 参照)の記録された重要性を反映した身体的環境をこえて、決定因子への権利は拡大されなければならない。<sup>49</sup> それには非暴力、家庭、職場、地域そして健康と社会

---

<sup>45</sup> International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, art. 12 (2), and Committee on Economic, Social and Cultural Rights, general comment No. 14, para. 37.

<sup>46</sup> Convention on the Rights of the Child, art. 24, and Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women, art. 12.

<sup>47</sup> Convention on the Rights of Persons with Disabilities, art. 25 (a) and (b).

<sup>48</sup> Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health (Geneva, WHO, 2008).

<sup>49</sup> See also WHO, “Investing in mental health: evidence for action” (2013) and “Risks to mental health: an overview of vulnerabilities and risk factors”, discussion paper (2012).

サービスにおけるお互いに尊重する関係性を促進する社会政策の開発が含まれる。

## VI パラダイムシフト

### A 精神保健における促進と予防に取り組むためには人権は必須である

69. WHOが、すべての人総体の精神保健の促進と保護には権利に根ざした戦略の開発が重要だと認識したことは歓迎する。<sup>50</sup> 個人と社会的要素、文化的価値そして家庭、学校、職場と地域社会での日常生活の社会的経験はそれぞれの人の精神的健康に影響する。子どもたちがかなり長時間学校で過ごし、多くの成人は職場で過ごす。この事実は、権利に根ざした行動が、健康で、安全なそして暴力、差別そして他の形態の虐待のない環境を促進しなければならないことを意味している。同様に、人の精神的健康はこうした領域での生活に影響を与え、そして地域社会と全住民の健康を作り上げるのに必須である。住民を対象とした精神的健康促進のアプローチは、個人に対応することを超えて、保健体制を精神的健康に否定的に影響しうる構造的障壁と不平等（社会的決定因子）の領域に向けた行動へと変化させていく。
70. 誰もが健康になる社会を建設する代わりに、病院、病床そして投薬に支払うことに集中することがほぼ普遍的に存在する。残念ながら、予防と促進は精神保健活動の要素としては忘れ去られている。この怠慢の言い訳は、善意と犠牲のみが住民の精神的健康と福利達成を可能にするという有害な仮説である。
71. 精神的健康を促進する社会的決定因子の確保の義務を果たすには、すべての関係省庁からの強固な関わりを確保して部局を超えた行動が求められる。例えば、伝統的に自殺防止戦略はハイリスクグループをターゲットとし、生物学的医学現象として臨床的うつに取り組むが、住民を対象としたアプローチを通し自殺の社会的環境的決定因子に取り組む部局を超えたプログラムはより有望である。学校におけるいじめはグローバルかつ国内の公衆衛生の優先課題として捉えられているもう一つの現象である。加盟国は個人ではなく関係性をターゲットにして、感情的社会心理的環境に真っ先に取り組むべきである。
72. 人権を尊重し、保護しそして実現する環境とジェンダーを理由とした暴力を含む全ての形態の暴力をなくすことは、有効な健康増進の基本である。公衆衛生と心理社会的介入は権利に根ざした精神保健体制の必須の要素であり、贅沢なものではない。こうした行動は個人が自らの健康を管理し改善するようになることが可能なようにエンパワーを基盤としなければならない。

### 早期の少年期と青年期の逆境

73. 逆境の社会的衝撃と少年期を通して経験されたトラウマと精神的健康へのダメージを研究は示してきた。<sup>51</sup> 有毒なストレス、虐待的な家族と虐待的な親密な関係、施設ケ

---

<sup>50</sup> WHO Mental Health Action Plan 2013-2020.

<sup>51</sup> See Department of Economic and Social Affairs, “Mental health matters: social

アに若い子どもがおかれること、いじめ、性的肉体的感情的な児童虐待、親を失うこと、などは脳の発達と健康的な関係を作る能力に否定的な影響を与える。これらはすべて青年期に移行するときの健康への権利を完全に実現するために影響を及ぼす。

(A/HRC/32/32, paras. 67-73, and A/70/213, para. 67 参照)

74. 特別報告者は若い子どもたちの施設収容がもたらす圧倒的な衝撃、とりわけ彼らの精神的健康と総合的発達にもたらす衝撃にハイライトを当てる。<sup>52</sup> 子どもへの精神保健関連サービスは不適切な投資を受けており、ケアと職員の質の基準にかけており、したがって、障害のある子どもあるいは社会的感情的発達に困難のある子どもたちへの虐待、とりわけ施設ケアにいる子どもたちへの虐待が広がっている環境を作り上げている。世界には革新的な子どもの精神保健サービスと実践の例がたくさんあり、精神的健康の促進と精神的健康状態の破壊を避けるそれらの有効性については説得力のある研究がある。<sup>53</sup> しかし、これらの良き実践は単にパイロットプロジェクトとして提供されている例が多く、それらを模倣し一般的孩子のケアサービスに主流化する政治的意志がかけている場合が多い。
75. 精神保健サービスの資金不足がよくあることを考慮すると、その結果として質の低い居住施設あるいは精神科の入院といったサービスにおいては、過剰な医学化、暴力そしてあらゆる形態の子どもの権利侵害が導き出されている。これらは廃止されるかあるいは本質的に変容されなければならない。そしてより重要なことは、子どもの逆境に責任を持って対応するプログラムは、子どもを権利の主体であると認識した参加型の枠組みをもって組織化されなければならないことだ。

## B 治療 隔離からコミュニティへ

76. 健康への権利は加盟国に対してパラダイムシフトに向けた力強いガイドとなる。パラダイムシフトはリカバリーと地域に根ざし、社会的インクルージョンを促進し、そして一連の権利に根ざした、プライマリーケアから専門的ケアにおける治療と心理社会的支援を提案するものである。
77. 適切に背景と関係性に取り組まない治療へ生物学的医学還元主義のアプローチは、もはや健康への権利に従っているとはみなされない。生物学的医学の要素は重要であり続けるが、それが支配的であると非生産的であり、権利を持つ主体の力を削ぎ、ステイグマと排除を強める。世界の多くの場所で地域ケアは入手できずアクセスできずそ

---

inclusion of youth with mental health conditions” (2014).

<sup>52</sup> See WHO and the Gulbenkian Global Mental Health Platform, “Promoting rights and community living for children with psychosocial disabilities” (2015) and United Nations Children’s Fund, “Ending the placement of children under three in institutions: support nurturing families for all young children” (2012).

<sup>53</sup> International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, “Textbook of child and adolescent mental health” (2015).

して受容性がなく、あるいは、その上に十分な質とはいえない（向精神薬に限られていることがおおい）。一般的な健康ケアから切り離された精神病院と病床は高所得の国々に最大限集中しており、このことは、異なった道と権利に根ざした精神保健ケアに変換するよう計画をするべきと低所得及び中所得の国々に警告を発している。<sup>54</sup>

### 精神保健の主流化

78. 健康への権利は、専門職としても、政治的にそして地理的にも身体的健康に精神的健康が統合され、精神保健ケアがプライマリーケアと一般医療に近づけられることを求める。精神保健サービスが主流の保健ケアに統合されると誰にとってもアクセスしやすくなるというだけではない。それは障害者も含む伝統的に主流の保健ケアから隔離されてきた人々のグループ総体が他のものと平等な基盤でケアと支援が受けられることを確保する。<sup>55</sup> インクルージョンは社会経済的にも有利である。精神保健は誰にでも関わることであり、必要な時、プライマリーケアでも専門的ケアのレベルでも、サービスはすべての人にアクセシブルで入手可能でなければならない。

### 必須な心理社会的介入

79. 向精神薬は助けになりうるが、誰にでもよくきくわけでもなく、多くのケースで不要である。指示もなく必要もないのに、しかし有効な心理社会的、公衆衛生の介入入手不可能であるがゆえに向精神薬を処方することは、健康への権利と両立しない。たとえば、「経過観察」中の軽いあるいは中程度のうつものほとんどのケースの場合、社会心理的な支援と精神療法が最初の治療であるべきだ。
80. 健康への権利の社会心理的介入と支援の義務にもかかわらず、それらは必須の治療というよりは、悲しいことに贅沢品とみなされている。それゆえに保健システムにおいて持続的に投資されることがない。それらが有効であるという証拠があるというのに。<sup>56</sup> これらは必須の介入であり、有益な健康上の成果を生み、そして個人を潜在的に有害でより侵襲的な医学化からの防衛することとなる。重要なことは、それらは単純で低価格、短期間の介入で一般的な地域保健ケアの場で提供されることを含みうるということだ。看護師、かかりつけ医、助産師、ソーシャルワーカーそして地域の保健ワーカーは、アクセシビリティと、統合そして持続可能性を確保するために、心理

---

<sup>54</sup> WHO Mental Health Atlas 2014, table 4.1.1.

<sup>55</sup> Lena Morgon Banks and Sarah Polack, “The economic costs of exclusion and gains of inclusion of people with disabilities. Evidence from low and middle income countries”, London School of Hygiene and Tropical Medicine (2015), part B, sect. 3.

<sup>56</sup> See John Hunsley Katherine Elliott and Zoe Therrien, “The efficacy and effectiveness of psychological treatments for mood, anxiety and related disorders”, Canadian Psychology, vol. 55, No.

社会的技術を身に着けなければならない。<sup>57</sup> 医学科ではなくて社会心理的介入は精神保健情報問題を体験している人々の大半について最初の治療選択肢でなければならない。

### 精神的苦悩とリカバリー

81. 精神保健のパラダイムシフトは統合され住民を対象としたサービスを求めるのだが、精神的苦痛はそれでもなお起きるだろうし、権利に根ざした治療的対応は求められる。介入が重篤なケースに取り組むために使われることは、おそらく最大の生物学的医学の伝統への告発となるであろう。伝統的な精神医療ケアの関係性のなごりである強制、医学化そして排除は、尊厳を取り戻し、権利を持つ主体を家族と地域社会に返す近代的なリカバリーの理解と証拠に根ざしたサービスに置き換えられなければならない。人々はもっとも重篤な精神的健康状態からさえもリカバリーできそしてするし、そして十全の豊かな人生を生きつづけることができそしてする。<sup>58</sup>
82. リカバリーには単一の定義はない。意味ある人生を取り戻し、よりしなやかになることに向かう個人的な旅路によくたとえられる。人権と調和して行われるリカバリーアプローチは権力の不均衡を打ち破るのを助け、個々人をエンパワーし、彼らをしてケアの受け手という受動的なものから変化の主体とする。とてつもない進歩がこの分野では作り出されてきた。それは、人々のサービスに対する希望（そして信頼）を取り戻し、自分自身に対しても同様に希望と自信を取り戻している、証拠とリカバリーに根ざした支援とサービスで今や世界中で実践されている。
83. 妥協しないピアサポートはリカバリーに根ざしたサービスの不可欠なものである。<sup>59</sup> ピアサポートネットワーク、リカバリーカレッジ、クラブハウスそして当事者主導の危機センターをも含んで、それらを通してお互いに学び会う人々に希望と力を与える。成功した精神保健体制であるオープンダイアログはラップランドで救急と医学化処遇に完全に置き換えられてきた。<sup>60</sup> 精神保健危機ユニット、レスパイトハウス、社会的インクルージョンのための地域開発モデル、パーソナルオンブート、精神医療のエンパワーメントと家族支援会議などが他の非強制的なモデルとしてある。ソテリアハウスプロジェクトは長期にわたるリカバリーに根ざしたモデルであり、多くの国々で

---

<sup>57</sup> See Clair Le Boutillier and others, “Staff understanding of recovery-orientated mental health practice: a systematic review and narrative synthesis”, *Implementation Science*, vol. 10 (June 2015).

<sup>58</sup> See Richard Warner, “Does the scientific evidence support the recovery model?”, *The Psychiatrist*, vol. 34, No. 1 (January 2010).

<sup>59</sup> See Sarah Carr, “Social care for marginalised communities: balancing self-organisation, micro-provision and mainstream support”, University of Birmingham, policy paper No. 18 (February 2014).

<sup>60</sup> See Jaako Seikkula and others, “Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: treatment principles, follow-up outcomes and two case studies”, *Psychotherapy Research*, vol. 16, No. 2 (March 2006).



再建されてきた。<sup>61</sup> オルタナティブがどんどん入手しやすくなっているか、そして同意のない方法の利用に関する教育と訓練が、健康への権利に準拠する方向への進歩全体を測る重大な指標である。

## 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

---

<sup>61</sup> See Tim Calton and others, “A systematic review of the Soteria paradigm for the treatment of people diagnosed with schizophrenia”, Schizophrenia Bulletin, vol. 34, No. 1 (January 2008).

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多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社会政策を形成する時に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的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底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 のクオ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