

## 平成29年度第2回練馬区障害者差別解消支援地域協議会議事録

- 1 日時 平成29年11月1日(水) 午前11時から12時
- 2 場所 区役所 交流会場
- 3 出席委員 高橋委員、金杉委員、増坪委員、福島委員、吉岡委員  
小原委員、田中委員、山崎委員、松澤委員、的野委員  
市川委員、田中委員、北川委員、松本委員、安部井委員  
古畑委員、千葉委員、石野委員、鈴木委員、蔵方委員  
(以上20名)  
※欠席委員 榎本委員、押委員、森山委員、新居委員
- 4 傍聴者 2名
- 5 配布資料
  - ① 資料1 練馬区障害者差別解消支援地域協議会委員名簿
  - ② 資料2 委員報告資料
  - ③ 資料3 区における障害を理由とする差別の解消に関する取組について
  - ④ 資料4 区における障害を理由とする差別に関する相談体制について
  - ⑤ 参考1 障害者差別解消法【合理的配慮の提供等事例集】  
(平成29年4月内閣府)

### ○会長

それでは定刻となりましたので、始めたいと思います。お手元の議事次第に沿って進めさせていただきます。今回は、NPO法人練馬精神障害者家族会の委員から、精神障害者に関する障害を理由とする差別に関する現状についてご報告をいただき、協議を進めたいと思います。よろしくお願いします。

### ○委員

私がこの10年の家族会の活動を通して得たことなどを基に、お話しさせていただきます。ご訂正いただきたい事項は、遠慮なく申し出ていただきたいと思っています。

精神障害者は一見して分からない障害であり、障害者差別を受けても相談できない方もいるのではないかというご指摘がございました。精神障害は、私も全部きちっと定義できるわけではありませんし、国も説明できているわけではございません。

まず、精神障害者について厚生労働省が3年ごとに出しております疾病調査、患者調査というものがございます。新しいのは、平成26年の数字ですが、全部で392万4,000人となっております。内訳は、認知症、アルツハイマー型認知症、その次が統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害で77万3,000人です。その下が、いわゆる気分障害、感情障害、躁鬱病含む方々でございます。このグループが非常に多く、家族会での相談も増えています。それ以下、神経症性障害、精神作用物質使用による、これはいわ

ゆる薬物アヘン等による依存中毒を含めた障害でございます。

つぎに定義でございますが、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律での定義は、精神障害とは、統合失調症、精神作用物質による急性中毒またはその依存症ということで、この依存症につきましては、注に書いてございますとおり、アルコール、アヘン等による依存中毒症でございます。その次に、知的障害、精神病質、その他の精神疾患を有するものと定義されております。

いわゆる差別に関する問題につきましては、障害者基本法での定義になります。こちらは精神障害があるため、継続的に日常生活または社会生活に相当な制限を受ける者、ということでございますが、社会との関わり合いの中で障害を多角的に捉えようという定義でございます。いわゆる障害というのは、社会の中にあるという前提で、社会がそれに対してどうするかということも含めての考え方を要求されているわけでございます。

その次に、心の病と精神障害でございますが、精神疾患には、原因により心因性、外因性、内因性などの分類があります。これらの原因が相互に影響し合っ  
て起こるということになっております。家族会の中では、精神疾患について、  
遺伝なのかな、親の育て方が悪いのかな、性格が原因ではないのか、という話  
が出ますが、それが原因ではありません。躁鬱病、統合失調症は、ある種の原因  
によって、脳内の神経の情報伝達する物質、神経伝達物質のバランスが崩れる  
ことによって引き起こされると考えられております。

つまり、脳の病気であり、その人の持つ特徴、ストレスに対するもろさ、神経の過敏さ、社会的な要因、日常的ストレス、生活環境等により、脳内の神経伝達物質のバランスが崩れると、誰でもなる可能性があります。脳内の神経伝達物質、神経伝達の経路は、直接つながっておらず、その物質を介して伝わるため、単にコードをつないだら治る、という問題ではないところにこの病気の微妙さ、複雑さが出てくるのです。このメカニズムが壊れますと、生活のしづらさが生じる、こうした困難は、病気だけが原因ではなく、社会環境、個人の状態などが重なり合っ  
て引き起こされます。

生活のしづらさの具体例について、日本精神保健福祉協会からの資料を添付して  
います。陽性症状は幻聴、妄想、体感幻覚が代表的な病状でございます。それ  
から、陰性症状は感情の平板化、意欲の低下、引きこもりなど、これはよく  
若年の方々に起きる症状でございます。

続いて家族会のなかで、一番ご家族の方が苦勞されている統合失調症についてご説明  
します。だいたい世界的に見て100人に1人がかかるという、頻度の高い病  
気でございます。基本症状としましては、自閉症状、認知障害という問題が  
起きてまいります。最初は、精神分裂病と言われておりましたが、2002  
年に統合失調症に名前が変わりました。名前に対する、差別といいますか、  
社会的な引け目をなくすために、学会が中心になって名前を変えて、当時  
の家族会、連合会も協力して、この統合失調症という名前に変えた記録が  
残っております。

世界保健機構のWHOでは、統合失調症を含めて、疾患によって、その人

の一生はどうなるんだということを議論しております。病気での早死による失われた期間、疾病による障害を余儀なくされて失われたもの、障害による経済的なマイナス点等を含めた指標 DALY というのがございます。その結果、日本は精神疾患でトップクラスでございまして、日本の場合は精神疾患が非常に重大だという結果が出てきております。ちなみに、DALY の指標で 1 位が精神疾患、2 位が癌でございまして、いわゆる精神障害の重大さというのがお分かりいただけるかと思えます。

資料に戻りまして、高血圧、糖尿病などの生活習慣病と同じように、統合失調症は、早期発見、早期治療、薬物治療療法と、本人、家族の協力の組み合わせが重要でございます。脳の構造の働きの微妙な異常が原因と考えられるので、いろいろな手立てを尽くす必要がございます。

統合失調症は、幻覚、妄想という症状が特徴的な精神疾患でございしますが、人々と交流しながら、家庭や社会で生活を営む機能が障害を受けるという生活の障害と、感覚、思考、行動が病気のためにゆがみ、自分で振り返って考えることが難しくなりやすいという病識の障害という特徴を併せ持っているわけでございます。これが慢性の経過をたどりやすく、その間に幻覚や妄想が強くなる急性期が出現します。最近の新しい薬の開発、それから心理社会的なケアの進歩により、初発患者のほぼ半数は、完全かつ長期的な回復を期待できるようになりました。

患者数は、思春期から青年期ですから、10 代後半、30 代が多い病気です。中学生以下の発症は少なく、40 歳以降も減っていき、10 歳代後半から 20 歳代後半にピークがございまして。発症の頻度には大きな男女差はございませんが、診断基準に基づいて狭く診断した最近の報告では、男子：女子は 1.4：1 ということで、男子に若干多い傾向が見られます。それから、男性よりも女性のほうが発症年齢は遅めということが分かっております。

原因・発症の要因でございしますが、今のところ全部は解明されておられませんけれども、進学、就学、独立、結婚などの、人生の進路における変化が発症の契機となることが多いのです。ただ、これらは発症のきっかけではあっても、原因ではないと考えられております。

それから、素因と環境でございしますが、両方が関係してございまして、素因の影響が 3 分の 2、環境の影響が 3 分の 1 と言われております。素因の影響が随分大きいと感じられるかもしれませんが、この値は高血圧や糖尿病に近いものですので、頻度の多い慢性的な病気に共通する値のようでございます。

症状は、統合失調症の症状は多彩でございまして。後でまたご説明しますが、全体を理解するのは難しいのですが、ここでは幻覚、妄想、生活の障害、それから病識の障害の 3 つに分けてみたいと思えます。

幻覚、妄想ということでございしますが、これは代表的な症状でございまして。ほかの精神障害疾患でも認められますが、統合失調症の幻覚や妄想は一定の特徴があります。幻覚と妄想をまとめて陽性症状と呼ぶこともございます。幻覚とは、実際にはないものが感覚として感じられることとございまして。幻覚の中

で最も多いのは幻聴、声ですね。それから、一人笑いをする空笑、独り言などがあります。また妄想というのは明らかに間違えた内容であるのに、信じてしまう。周りが訂正しようとしても受け入れられない考え方でございます。医学的には、こういうような、いろいろな妄想があるということでございます。

たとえば迫害妄想、町ですれ違う人が、自分の敵で襲おうとしている、と妄想する場合もございますし、関係妄想といって、近所の人を咳払いが、自分への警告と取る場合もございます。それから注察妄想、皆が自分をちらちら見ているという妄想もございます。ほかに警察が自分を尾行しているらしいと思いつ込む追跡妄想、これらをまとめて被害妄想と言っております。

その次に、自我障害というのがございます。自分の考えや行動で、自分が行っているという感覚が損なわれている場合でございます。たとえば考えることが行為となって聞こえてくる考想化声、自分の意志に反して誰かに考えや体を操られてしまうという作為体験というのがございます。それから、自分の考えが世界中に知れ渡っていると考える考想伝播。最近の北朝鮮の事件につきましても、精神障害者、統合失調症の方の中には、北がいつ攻めてくるか、極めて正確に予想しようとする方々もおられます。

次は、生活の障害でございます。統合失調症では、先に述べました幻覚妄想と共に、生活に障害が現れることが特徴でございます。この日常生活や社会生活に適切な会話や行動の作業ができにくいということで、陰性症状と言われているのですが、陽性症状に比べて分かりにくい症状でございます。周囲からは、社会性がない、どうも常識が欠けている、気配りに欠ける、怠けていると誤解されやすい。これは、就労の場でも同じように指摘されることがございます。ぜひ、これは病気から来る特性、障害から来るものであると分かっていたきたいと思います。

それから、会話や行動のまとまりが障害される症状でございます。話のピン트가ずれる、話題が飛ぶ、相手の話のポイントや考えがつかめない、作業のミスが多い、行動の能率が悪いとか、いろいろなかたちで出てまいります。いわゆる会話や行動に、滅裂に見えてしまうこともありまして、これがかつて分裂病と言われた所以でございます。

それから、感情の障害というのがございます。自分の感情と、他人の感情の理解、両方に障害が生ずるわけでございます。自分の感情についての障害とは、感情の動きが少ない、物事に適切な感情がわきにくい、いわゆる無表情、表情が硬くて、乏しくて硬いとか、不安や緊張が強くなりにくいというような症状でございます。また、他人の感情、表情についての理解が苦手になります。そういうことで、対人関係が非常に難しくなる、つらくなるというようなことが問題となってまいります。

その次に、意欲の障害というのがございます。これは、仕事や勉強をしようとしても、意欲が出ない。特に引きこもりのケースが多いのですが、自分の部屋に閉じこもってごろごろしているだけ、部屋は乱雑で整理整頓されていない、入浴や洗面などの身の身の清潔にも構わない。ですから、身なりは非常に乱れて

いるということが出てまいります。

あとは、他人との交流を持とうとする意欲、会話をしようとする意欲が乏しくなり、無口になり、いわゆる自閉症の状態になるわけでございます。

それから病気の障害というのは、病識、自分が病気であるということの障害が起きてまいります。治療が済んで、病状が改善しますと、自分の病状、症状についての認識ができる部分が増えてまいります。ほかの患者さんの症状については、それが病気の症状であることを認識できますから、判断能力そのものの障害ではないことが分かります。以上が、精神障害、特に統合失調症のいろいろな面をご説明いたしました。

次に、法律の面から、どのように精神障害者が扱われているか、ご説明します。まず、心身障害者対策基本法が改正されまして、今の障害者基本法が制定されました。ようやくここで精神障害者が身体障害者と知的障害者と並んで法の対象に位置づけられる。この時点まで、精神障害者というカテゴリーがなかったのです。ようやくここで、はっきりと位置づけ、定義された。「全ての障害者、精神障害者を含んだ全ての障害者は、個人の尊厳が重んぜられ、その尊厳にふさわしい処遇を保障される権利を有し、社会を構成する一員として、社会、経済、文化その他、あらゆる分野の活動に参加する機会を与えられるものとする。」ということをごさしまして、国際障害者年からの課題とされておりました、完全参加と平等の精神が、障害者基本法の基本理念となったわけでございます。これに従って、国の基本計画、それから、都道府県、市町村におきましても、障害者計画の策定の努力義務を課しております。

改めて、ここで定義をまた振り返ってみたいと思います。今の障害者基本法の定義で、どういうふうに言われているかといいますと、「何人も、障害者に対して、障害を理由として差別すること、その他の権利利益を侵害する行為をしてはならない。」ということでございます。

一番の本日の大きなテーマでございます、障害者差別解消法。施行されるまでの経緯を述べたいと思います。2006年の国連総会で採択された、障害者の権利に関する条約がございますが、これに、障害者への差別禁止や、障害者の尊厳と権利を保障することを義務づけた、国際人権法に基づく人権条約であり、世界で133カ国が批准してございまして、日本は2014年、つい最近でございますが、ようやく141番目の締結国になりました。

日本政府は、条約のほうが国内法よりも上位にありますので、この条約に合わせて国内法の整備を着々と進めてまいりまして、障害者差別解消法が平成25年、6月に施行されました。これは差別の禁止を具体化するものとして位置づけられてございまして、行政機関ならびに事業者における、障害を理由とする差別を解消するための措置等を定めることによって、差別の解消を推進することが要求されております。

ところが、精神障害について、本当に差別がなくなったのかという大きな問題につきまして、日本の法律体系には、まだ障害にある人に対する差別を禁止してはおりません。しかも罰則規定が非常に不十分ということもあり、差別を

禁止する反差別法と呼ぶべき法律が、これはアメリカ等では当然のことで制定されておりますが、日本ではない。この面では、日本は世界に大きな遅れを取っているといわれております。

抜本的に言いますと、権利条約に準拠した国内法を制定して、障害のある人に対する差別を禁止する規程を設けるべきである、というご意見もあります。たとえば、代表的な例が、欠格条項と称する問題がございます。欠格条項とは、精神障害やその他の障害があること、一定の職業資格や事業資格、営業許可などの制限事由になる条項のこととございまして、このことが逆に、障害のある人が業務遂行能力にそもそも欠けているのだと、時に危険であるという前提を、頭の中に、皆さん方が抱かれるということとございまして。こういうことを想定した規定というのは、厳格に必要性和合理性が検証されなければ、こういう法律は作ってはいけませんというのが大きな考え方でございます。

たとえば、精神障害のある人に対する、危険だという、精神障害の人は危険であると前提とする規定では、銃刀刀剣類等所持取締法、それから、鳥獣の保護および狩猟の適正化に関する法律等、多々ございます。あるいは飛行機の身体検査については、いろいろ規定がございますし、道路交通法にも、運転免許の拒否要件として、幻覚症状を伴うものであって、政令で定めるものとして、実質的に統合失調症を排除する規定となっております。こういう大事な基本的な差別がある限り、日本での、本当の意味での差別解消というのは難しいのではないかと思います。

日本で法の対象となる障害者は身体、知的プラス、精神障害、発達障害の方も含めて、社会におけるさまざまな障壁と相対することによって生ずるものという、社会モデルの考えとなっております。医学的な、いわゆる心身機能障害ということではなくて、社会モデルの考え方として取りあげられております。そのほかに、女性という問題がありますが、女性の方々につきましては、障害者、女性であるということにより、さらに複合的な困難な状況に置かれる場合もあるということも心に止める必要がございます。

高次脳機能障害も、最近、含まれるようになったのですが、これは、脳損傷により記憶障害、注意障害、追考機能障害など、いろいろな症状が出てまいります。そういう方々も精神障害に含まれております。

それから、合理的配慮の事例集につきましては、後でゆっくり見ていただきたいと思っております。

続いて相談事例を少しご紹介します。今回の事例は、長期入院の精神障害者ですが、今、精神障害の世界では非常に課題となっております。1年以上の長期入院の精神患者は、日本では20万人と言われております。この20万という数字は、とてつもなく大きな数字とございまして、世界で一番数が多いのです。

相談事例のNさんは22歳のときの精神科病院の紹介受診から始まり、統合失調症の診断を受けて、30年間、4回の入退院を繰り返してこられた方とでございます。服薬が不規則となり、近所の喫茶店で大声を出すことも重なり、3カ月前に再度入院になりました。こういう方々を、地域にどうやってなじん

でいただくか、どのように地域に移行していただくかという大きなテーマを含んでおります。たまたま N さんの場合は、入院先の病院に精神保健福祉士、という専門家がおられまして、この方に相談して退院後のいろいろな手立てを考えておられます。

N さんが社会に出て生活するために、関係者がカンファレンス等で色々な話を聞いていくのですが、最も大事なものは本人の意向です。こんなに長期に入院しますと、本人の意向は、安全を考えれば入院継続になってしまうのです。しかし、本当の自立のためには、やはり退院したほうが良いということを、本人にどうやって分かってもらうか。しかも、周りの関係者たちは、やっぱり心配するのです。これだけ長い間、入院していた人、何回も入退院を繰り返しているので、心配する。関係者や専門家を、どうやって納得させるかという問題もございます。

私共は、こういう事例に関して、地域のいろいろな福祉資源と、どういうふうにつなげるかみんなで議論をします。特に精神障害者第一の接点は保健所でございます。なぜ保健所かといったら、病気だからです。まず大事な資源である保健所とのつながりをどうするかということを含めて、今、非常に注目されております地域移行という問題を含んだ相談事例かと思えます。

時間を、もうだいふ使いまして、申し訳ございません。以上で私の説明を終わらせていただきます。ありがとうございました。

#### ○会長

大変詳細で、しかも丁寧にお話をいただいて、大変ありがとうございました。ちょっと私から、国の制度の問題について補足をさせていただきます。日本の歴史でいうと、「精神の病を持った者は、精神の病を持った者の不幸であると同時に、日本で生まれたことの不幸だ」という大変有名な言葉があります。

これは何を指しているかということ、明治時代の「私宅監置」という制度。明治政府が、西欧政治に追いつこうと、近代的病院制度を作ろうとしたんです。病院を作って、精神疾患の患者を、国家の意思として入院させる、という法律ができた。しかし、財政難で、病院ができなかったわけです。それで、自宅に座敷牢を作らせて監置させ、警察がそれを監視する仕組みを作った。とにかく徹底して警察が監視するという仕組みを作ったことが、たぶん今日の差別意識につながっているのではないかと。国家が率先して、そのような体制を作ったということ、きちんと理解をしていただいたほうがよろしいかと思えます。ずっと長い歴史の中で、精神障害を持つということが、これもあえて差別用語になるけど、あえて申しあげたほうが良いと思いますが、社会に迷惑な存在であるという認識があった。日本の権力が、隔離排除するという考え方で徹底してやってまいりました。

ヨーロッパやアメリカでも、精神障害者を入院させる体制がありましたが、日本のような民間病院ではなく、基本的には全部、公立病院でした。それが、1960年代、70年代に向精神薬が開発され、これが精神症状を緩和することに非常に強力に影響するようになり、自宅で生活することが可能になった。

そういうことで、1960年代から70年代にコミュニケアという考え方が普及した。イギリスで言われたのが、精神疾患の人たちを地域で処遇するという。本人の自由とか生活の生きづらさ、そういうことを考えると、きちんと地域で対応したほうがいい、という判断になって、急速に精神科病院が減らされていきます。

私がスウェーデンに行った時、昔、精神科病院だった建物が住宅になっていた。公立病院だから非常に立派な建物も建てたし、1,000人収容とか、そういう病院を、全部ばらばらにした。その、大変有名な帰結が、イタリアの精神科病院廃止。これが1980年代から90年代に起こった、大変歴史的な出来事です。徹底した地域精神医療体制を作り、病院はいらないというシステムを作ったのです。コストは、実は、精神科病院に費やす医療費と相当すると、非常に合理的にできる。24時間の支援体制がきちんとできると、地域で支えられる、そういうことが分かったと言っていました。

日本では、逆に言うと、精神科病院が民間病院で作られたために、なかなか、これを廃止するというわけにはいかないという問題がある。国家が精神科病院の入院を進めてきたという歴史と、民間病院の経営上の問題がある。

しかし、遅ればせながら、地域で生活をするという考え方が定着してきた。やっぱり、今は地域で生活することが普通のことであると認識が変わってきた。それを現場でどうかたちで実現するか、そういう課題だと思っております。少し精神科病院の歴史を補足させていただきました。

政府の方針として、地域移行がはっきり出てきた。地域移行をするためには、地域が今まで病院など地域の外に出してきた人たちを、受け入れる体制をどう作っていくかという課題がある。それについて、いろんなケースで詳細なお話をいただいたのかと理解しております。時間がございませんが、意見があればお願いします。

#### ○関保健相談所長

本日は、精神障害についての大変分かりやすいお話、ありがとうございます。最後にご説明いただきました事例について、少し私のほうから、練馬区の長期入院の方への退院の支援についてお話させていただきます。

練馬区は、平成27年度から精神保健福祉士を相談員として配置し、アウトリーチ事業を強化しております。平成28年11月に、アウトリーチ事業の要領を変更しまして、従来は、長期無受診と通院を中断している方を主な対象にしていたのですが、それに加えて長期入院の方の支援も対象にしてございます。こうした事例の方も、ぜひ保健相談所にご相談いただければと思います。

具体的にできることといたしまして、この方は、服薬が不規則となったことが退院後大きな問題としてあったと思います。保健相談所の保健師と訪問看護等を導入して、通院と服薬を支援していくこと。また、お父様とお二人で生活する中で、家事等の日常生活が厳しいというところでは、高齢部門と連携して生活支援を導入する。そういう中で、ご本人への負担を軽減していくことも可能かと思っております。また、30年入院されていて、お父さまといえども、一緒

に住むことのストレスがある場合もあるかと思えます。日中の居場所の確保ですとか、少し距離を置く場合には、グループホームのご相談も可能かと思えます。

退院した段階で保健相談所にご相談いただいても、もちろん、ご支援できるのですが、退院する前からご相談をいただく中で、早い段階から、訪問看護のサービスですとか福祉サービスの準備をしておくことも可能ですし、病院の精神保健福祉士さんと地域との連携もとってまいります。以上です。

#### ○委員

どうも、ありがとうございました。

日本の精神保健福祉の世界は、100年ぐらい、ちょっとしか歴史がないのですが、その中でも貢献したお医者さんがいます。昔の方々は、精神障害者は自宅の牢を含めた監獄、保健所ではない警察の対象とする、社会の安寧を第一に考えた、という古い歴史がございます。いまだ、その思考から逃れ出ていないところがございます。

保健相談所長のご説明もありがとうございました。日本の精神障害者の平均入院日数は296.1日。全体の傷病の平均が32.8日ですから、実に8倍ぐらいの入院日数、特に統合失調症になりますと561日という入院日数がありますので、これは非常に長い病気だということがお分かりかと思えます。そういう意味で、社会的入院という言葉も出てきているわけがございます。ほんとに、ありがとうございました。

#### ○会長

精神障害の、日本の歴史を、共通理解として持った上で議論をするということが非常に大事でございますので、また改めて、折々に触れて、この議論は続けてまいりたいと思えます。一つ一つの施策やシステムを作る上で、その背景にある、いろいろな来歴、どういう経緯で、こういうものができてきたかというのを理解した上で、一つ一つの施策の在り方について議論をする、そして合意を形成する。そして、まだまだご理解をいただいている方たち、区民の皆さん、そういう理解を広めていく、その発信地としても、この協議会は大変大きな役割を持っているかと思えます。今日は、委員お話を承ることができて、共通理解を深める、いいきっかけになったのではないかと思います。

残りの議題は次回の協議会で議論ができればと思えます。今日は、どうもありがとうございました。

(以上)