2023年度卒業論文

日本国内における精神保健福祉の制度的ミスマッチの認識

〜専門家の視点とスティグマの関係〜

慶應義塾大学 環境情報学部 環境情報学科

岸本 純花 (72042451)

学術論文 要旨

 本論文において、筆者は学生団体を経由してコンタクトを持った精神疾患の当事者支援の領域で支援する立場にいる方々の制度認識を調査した。そこで調査した方々も精神疾患の既往歴が存在しているため制度認識と本人の体験の関連性の調査も行った。さらに彼らは精神疾患への偏見を強く意識していたため、偏見の捉え方と制度認識の関連性を考察した。

 第1章においては当分野において擬似的な調査を行う先行研究の検討と、そこで言及されたスティグマとの関連性の現れ方を精査した。複数の先行研究において、精神疾患へのスティグマを制度的な問題の背景とする主張が見られている。その上で、本調査におけるスティグマの影響に関して仮説を立て、主題および調査方法を明確化した。

 第2章において、実施したインタビューのキーフレーズを拾い、質問別・回答者別でまとめた。これらを設定した意図は、前者においては同じ属性に該当する回答者の制度認識を大枠で捉えるため、後者は調査者一人一人の経験・制度認識・スティグマの捉え方の関係性の考察へ発展させるためであった。後者では「活動内容」「制度認識」「罹患時の体験」「世間から見た精神疾患のイメージ」という区切りを設けたワードマップにキーフレーズをまとめた。

 第3章は第2章にて抽出・グループ化した回答をまとめた。3.1においては往復歴のある支援者の方々が言及された、大まかな制度認識をまとめ、3.2~3.4においては個人別発言の関連性を一般化した。その結果として特に問題視された制度は、障害者年金の認定と当事者の就労先である。罹患時の体験もしくは活動内容は制度認識に強く作用していて、最も問題意識が働きやすいことが判明した。この時点で制度認識と罹患体験の関連性の主題の答えが出た。最後に、世間から見た精神疾患のイメージに対してネガティブな意見が多く出た。

 第4章では、回答者の精神疾患への偏見の捉え方が制度認識にどのように作用したかを捉えた。回答者はスティグマを内包化しており、それが制度認識に反映される回答もいくつかみられた。ただしスティグマを除いた世情も、認識された問題の原因として言及された。

 以上により、既往歴のある精神疾患の専門家の制度認識を調査し、さらに彼らの経験とスティグマの捉え方が制度認識にどのように作用したかの調査結果はこのように得た。全体として精神保健福祉制度の中で最も問題視された制度は年金制度と当事者の就労体制が回答者の間で最も問題視された精神保健福祉制度であったが、これには個人差があった。その個人差というのは罹患時もしくは現在直面している体験であり、その経験は制度認識を反映しやすいと考えられた。さらに、罹患時の体験によりスティグマが内面化され、それが彼らの考える制度的欠陥とされる原因に反映される傾向があると判明した。

キーワード

1.精神疾患 2.障害福祉 3.制度認識 4.当事者 5.メンタルヘルス 6.スティグマ

慶應義塾大学環境情報学部環境情報学科

目次

[序章 4](#_Toc157349598)

[研究背景 4](#_Toc157349599)

[主題 4](#_Toc157349600)

[目的 4](#_Toc157349601)

[第1章 これまで専門家の間で議論された精神保健福祉制度の不備 5](#_Toc157349602)

[1.2 言及された制度的不備とスティグマの関係 6](#_Toc157349603)

[1.3 仮説 6](#_Toc157349604)

[1.4 調査方法 7](#_Toc157349605)

[第2章　回答者の認識する制度の現状 9](#_Toc157349606)

[2.1質問別の結果集計 9](#_Toc157349607)

[活動内容 9](#_Toc157349608)

[罹患時の体験 10](#_Toc157349609)

[制度の不備をどう認識しているか。 12](#_Toc157349610)

[発信のスタンス 14](#_Toc157349611)

[2.2人物別の結果集計 17](#_Toc157349612)

[有園さん 18](#_Toc157349613)

[石井さん 19](#_Toc157349614)

[関村さん 21](#_Toc157349615)

[藤井さん 23](#_Toc157349616)

[第3章　着眼点において属性ごとの特徴と個人に見られる特徴 25](#_Toc157349617)

[3.1制度認識 25](#_Toc157349618)

[3.2個人の経験と制度認識、もしくは活動への捉え方の関係性 25](#_Toc157349619)

[3.3世間に対する問題認識 26](#_Toc157349620)

[3.4罹患当時の経験と現在の活動の関連性 26](#_Toc157349621)

[第4章　専門家視点でみた当事者と非当事者の間の権力的構造〜制度欠陥がなぜ差別や人権侵害として考えられるか〜 27](#_Toc157349622)

[4.1精神疾患当事者・支援職の方々視点で見る、福祉の問題の構造について 27](#_Toc157349623)

[4.2世間の認識と制度の発言に関する関係性 28](#_Toc157349624)

[4.3先行研究との比較 28](#_Toc157349625)

[第5章 結論 29](#_Toc157349626)

[引用文献 30](#_Toc157349627)

[謝辞 31](#_Toc157349628)

[付録：調査対象者への事前送付メールの内容 32](#_Toc157349629)

# **序章**

### 研究背景

まず筆者が精神保健福祉に触れたきっかけは転居に伴う異なる学校環境への適応過程で心身の調子を崩した経験だ。大学入学後は同様の悩みを抱えた学生同士で『一般社団法人NeBA(Never Be Aloneの頭文字)』(以下、”NeBA”とする)を立ち上げ、精神疾患や発達障害[[1]](#footnote-2)の当事者への社会的偏見解消を目的とした活動を行い、当事者会や社会福祉士の活動家自身の罹患体験や活動内容を伺った記事をWebサイトに掲載した。そこで出会った方々は罹患経験のある方が多くを占めていた。尚当活動にて調査した方は全員精神疾患の既往歴があり、またこのように当事者と携わる職域に従事した方はかつて精神疾患の罹患経験の傾向が高いことが(木村,2016)により指摘されていた。これらの職域に従事する人は当事者のニーズをほぼ正確に捉えていると考えた。それと同時に、彼らの表明する当事者のニーズや権利性はどこにあるかを把握し、当事者意識を持つ専門家の問題認識を問い出したいと考えた。

筆者がとりわけ専門家が精神障害福祉制度をどう捉えるかに対して関心を持ったきっかけは、活動を通じて当事者の生活状況の実態に触れたことだ。言及された制度については第2章の結果にて述べるが、治療費や生活費を自足自給できない当事者が存在することは確かだ。NeBAの活動にて取材した専門家らは、現状の制度に関して何かしらの不満を持ち、現在の状況から当事者を現状打破させたい思いを抱えていることがわかった。そこで筆者は彼らの体験の詳細と、精神疾患の当事者への偏見をどう内面化しているか深く探究することにした。

### 主題

国内の精神疾患当事者[[2]](#footnote-3)を支えるサービスを運用する専門家らに対する半構造化インタビューにより、2023年度5月時点の彼らの精神保健福祉制度に対する認識を明確にする。また下記の詳細も明確にする。

1. どの制度において問題意識を抱き、どうあって欲しかったか。
2. 専門家自身の罹患時に受けた待遇が、制度認識へどのような影響を及ぼしたのか。
3. 彼らの制度への捉え方に、本人らの精神疾患のスティグマの捉え方がどう作用したか。

### 目的

本研究では罹患時代の特殊な体験を受け現在当事者の支援をしている人が、現状の精神保健福祉制度への認識を捉えるため。次点で彼らの制度への捉え方に本人らの経験がどう作用したかを捉えるため。最後に、団体活動での取材時に彼らが述べた「精神疾患に対する偏見」とはどのように彼らは内部化したのかを捉えるため。

# **第1章 これまで専門家の間で議論された精神保健福祉制度の不備**

#### 1.1先行研究および主題の明確化

当研究の当該分野は、主題に示された名詞群から類型化した場合「社会福祉」「障害福祉」「精神障害福祉」「メンタルヘルス」「精神医療」「社会政策学」と位置付けられるが、同時に制度を当事者らの代表に「制度社会学」「領域社会学」「社会運動学」「障害運動」もしくは「当事者運動学」「当事者福祉論」に該当する。

ピアサポーターや障害者支援団体など、当事者を支援する団体もしくは個人に制度認識を問う国内の研究は(青木,2010) ,(髙阪,2020)が存在する。また海外の同分野の研究は、(Hanlon,C; Eshetu,T; et al., 2017) (Paton,K, et al., 2021), (Glogowska.M, Stepney.M, Rocks.S, Fazel M. 2022), (Hajebi.A, Sharifi.V,et al.,2021)などの国内の専門家への質的調査が存在する。(Hanlon,C; Eshetu,T; et al., 2017)ではエチオピアの地域単位の精神医療施策が国家の認める基準を満たないことに関して、地域の精神医療福祉制度の問題点を政策決定者に調査しているものだ。また、(Triliva, S, Ntani,S, et al., 2020)などの多国間を跨った制度認識の調査も存在する。

最も類似したと判断される先行研究(青木, 2010)は、国内の精神障害当事者への援助に焦点を当て、異なる属性を持つ3つの団体の代表者に対して、ケアの提供方法や障害年金に対する見解を尋ねたものである。障害年金制度が障害者にもたらす肯定的な効果として、本人が無理をせずに主体的な生き方を選択できるようになり、親からの小遣いに頼らなくても生計が安定するという点が挙げられる。また、精神障害者としての社会的スティグマが軽減されるという効果も示唆される。当研究と(青木, 2010)の共通点は、異なる属性を持つ団体に対して制度認識を問う主題だが、相違点として、当研究は障害年金に焦点を当てた質問に限らず、精神障害福祉全体の制度認識の不満点を探る内容である点にある。他方で(青木, 2010)は特定の制度に関する肯定的または否定的な意見を収集する調査手法をとる。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 良い点 | 悪い点 |
| 1 | 取る事で本人及び家族への経済的負担が軽減 | 取れる人と取れない人の差異が存在 |
| 2 | 取る事で本人及び家族への経済的負担が軽減 | スティグマが受給の阻害要因生活保護より低賃金である |
| 3 | 取る事で本人及び家族への経済的負担が軽減 | 本人許可なしの家族による申請取れる人と取れない人の差異が存在 |

海外の調査においては精神保健福祉の構造が異なり、当事者を支援する立場にある方々の役職も異なるため、当事者と深い関係にある資格保有者へ制度認識を問う研究の他、政策関係者へ調査したものも検討している。

また日本国内の戦前・戦後の障害当事者による権利獲得運動についての研究の多くは、運動内容について触れているが運動を行った彼らに対する具体課題のヒアリング等による見解を詳細に示したものは少ない。障害当事者団体の活動内容を現行で調査する研究は存在しないが、運動事後の調査は存在する。(髙阪,2020)は「青い芝の会」(正式名称「日本脳性マヒ者協会・青い芝の会」)の団体責任者宛に障害年金改正を巡る運動事後に当時の制度や国会議員への交渉過程を振り返ってもらう事後インタビュー調査を実施した。本研究との違いは身体障害(脳性麻痺)を対象とし、特定の年金問題を対象とする点、またさらに社会的運動から調査までの経過年数が多いものの、運動の中核に携わっている人を対象とする点だ。尚「青い芝の会」の運動の根本は1970年、神奈川県横浜市にて母親が脳性麻痺の娘を殺害した事件をふまえ障害に対する優生思想を問題意識と捉え、それを機に抗議活動していた。

### 1.2 言及された制度的不備とスティグマの関係

当分野の先行研究の一部において、主題に設定している制度認識だけではなく、経験とスティグマ、スティグマと制度認識との関係性は見られた。

まず、制度的見解とスティグマの関連性がいくつかの論文にて示された。(青木,2010)は年金制度への認識と回答者の経験は述べていないが、利用者の目線として年金を受給することのスティグマがあることを指摘している。精神疾患がネガティブに捉えられていることが年金受給のハードルを上げていることを指摘している。また海外の調査(Hanlon,C; Eshetu,T; et al., 2017)ではその調査者特有が経験したスティグマは問われていないが、精神疾患の当事者向けのサービスの管轄で働く立場として、スティグマが精神医療への有効性を阻害していることが言及されている。

(Triliva, S, Ntani,S, et al., 2020)はヨーロッパ6カ国の精神障害福祉制度比較の認識を専門家に調査した。当調査で一部の国家においてはスティグマが制度改善を遅らせる理由として言及された。上記の2つの調査は、調査者のスティグマ的体験や彼らがどう受け止めているか問い出していない。他方で、経験由来のスティグマを問うものは(高坂,2008)である。

脳性麻痺の団体である東京青い芝の会が行政に障害者年金額調整について交渉を試みた過程についてまとめられた研究だが、青い芝の会内部で意見が割れていた。一部、偏見を持たれているから、政策決定者と話し合う姿勢を拒む者もいた。青い芝の会の主要メンバーと対峙した官僚に、「あんた方は俺たちが死ねばいいと思っているのだ」と発言されており、これはまさに発言者が脳性麻痺患者に対するスティグマを内包化し、スティグマを持っているとは限らない他者にもあると断定して、政府関係者との関係性に自らスティグマを持ち込んでしまっている現象が見受けられる。

### 1.3 仮説

以上の研究では、精神疾患の専門家へ制度認識の調査を行うことは言及されているが、そこに本人の罹患時の経験がどのように依拠したかが導出されていない。この点において本論文は新規制があり、従って主題①の専門家の制度認識に加え、主題②経験と制度認識の関係を検討する。さらに筆者本人もNeBAの活動を経験して以来、精神疾患に対するネガティブなイメージや差別構造に対して問題視してきている。この背景から主題③スティグマと制度認識の関係性を検討したいが、以上の文献においてスティグマの言及がある程度なされていたため、先行研究での問題提起におけるスティグマの現れ方との比較を行う。

精神疾患当事者が自身を対象とした法的手続きによりかえって不便な生活を強いられている問題の構造には、医学的な手続上のみならず、社会生活上において「障害者」「健常者」という明確な枠組みに従って国民がカテゴライズされていることが背景として考えられる。精神疾患当事者が社会的少数派であり、実権を握ることは出来ないと考える。

NeBAを通じた予備調査で得た発言によると、当事者へ不利益をもたらす制度は障害者差別であり、障害者差別から生じたものであると考えられる。これは精神疾患に対するネガティブなイメージが払拭されていないため生じている。そのため、人権問題と認識があると考えられる。さらに、その偏見の延長として政策決定者が諸々の制度と当事者の生活が噛み合わない要素を改善するモチベーションがないように認識されている。そして当事者・専門家の目線で捉えるとこれらの諸制度の問題がなかなか改正しないことが、彼らが差別されているという意識を増幅させているのではないか。

尚障害運動以外の領域における社会的少数派による社会的運動(ユダヤ人、女性等)においても、社会的多数派と自らを断絶し、本人らも常に社会との分断意識が根付いていると認識した。要するに種族による分断や選別をされていた当事者も、かえって分断した意識や、権力を自分以外の属性に持たれているという分断意識を持ちがちである。それでいて、本研究において調査した回答者も同様に、精神疾患の元当事者の立場を持っていることから、世間との分断意識があると考えられる。

また精神医療の専門家全般において、正しく問題を認識しているわけではない観点に留意すべきである。これは筆者が調査した活動家に限らずどの活動家でもありうる問題である。これには二つの背景が考えられる。

1. 取り組んでいる現状が見えないケース

 活動家が当事者のケアの活動に多くの時間を費やすあまり、現行の政策について情報を追いきれていない可能性が考えられる。例えば、とある課題に「取り組んでくれていない」のは過去の時点であり、実際には着手中である場合が考えられる。政府機関が何をしているかは、情報を常時追っていなければ正確に把握できない。さらに専門家の現職と過去が繋がっているからこそ、過去と現在の法律の時系列が混沌としていることが考えられる。

また回答者の多くは特定分野において当事者のサポートに従事している。どうしても特定分野(年金申請、医療現場の抗議活動など)を中心に制度意識が偏ってしまいがちなのではないか。精神障害者の福祉制度における制度に満遍なくリアルタイムで追えているわけではなく、特定の分野において詳しいと考えられる。

2. 自己の属性への偏見を強く受け止め、限界を感じているケース

訴えにどうせ応えてくれないだろうという諦めと、社会において権力を握る側に対する対抗意識・敗北意識が深層心理にあると考えられる。そのため政策側の意図を過度に悪く捉え、結果的に思い通りにできないだろうというネガティブな心理状態になってしまっている。

### 1.4 調査方法

##### 1.4.1調査対象

精神疾患往復歴のある本国内の精神保健の専門家を研究対象とする。以下が今後調査する対象一覧である。全団体代表者はNeBAの記事活動を通じた面識がある。「代表者名」の記載事項は本人が公表している活動名義と同一であり公表しているものとなる。

| 属性 | 地域 | 正式名称 | 専門 | 代表者 | 備考 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 当事者ビジネス | 東京 | OCDサポート | 強迫性障害 | 有園 | お話会、家族会実施 |
| 当事者会 | 千葉 | メンタル自助グループまいる〜む | 精神疾患全般 | 石井 | 当事者会(自助団体) |
| 社会保険労働士 | 東京 | あさがお年金社会保険労務士オフィス | 社会保険労務士 | 関村 | 統合失調症当事者学会にも所属。 |
| 精神医療人権センター | 神奈川 | 神奈川精神医療人権センター | 民間NPO | 藤井 | 長期入院の実態を発信 |

##### 1.4.2質疑内容

罹患当時から現在までの各専門家らの制度に対する問題認識と罹患時・支援時の体験を問う質疑が中心である。

* ご活動内容について。
* ご活動へ注力しようと考えたきっかけ。
* ご活動をする上で、今までご苦労された点。
* 日本の精神医療・福祉の分野に感じられている疑問や問題点。(主題①)
* 精神疾患の症状で苦しまれていた当時、特に辛かったこと。(主題②)
* 精神疾患にまつわる社会現象や制度面においてどうあってほしかったか。(主題②.③)
* 当事者と関わる現在も精神疾患者が援助からあぶれていると考えるか。(主題①)

# **第2章　回答者の認識する制度の現状**

まず回答者が2023年度5月時点の彼らの精神保健福祉制度に対しどのような認識をなされているかを調査するために、4名の対象者にインタビューを実施した。全てのインタビューに対して録音を取り文字起こししたのち、キーフレーズを拾い、質問別・回答者別で2度まとめグループ化した。分析の方法論はGTA(グラウンデッド・セオリー・アプローチ)・KJ法に該当する。以下が主題とその問いである。

## 2.1質問別の結果集計

本箇所は回答者本人の関係なく、精神疾患当事者を支える専門家がどのような制度認識をされているかを大枠で捉えるための目的として筆者が設立している。主題①「制度において問題意識を抱き、どうあって欲しかったか。」を導出するための集計である。以下の質問への回答に基づいて回答をまとめている。

* ご活動内容について。
* ご活動へ注力しようと考えたきっかけ。
* ご活動をする上で、今までご苦労された点。
* 日本の精神医療・福祉の分野に感じられている疑問や問題点。(主題①)
* 精神疾患の症状で苦しまれていた当時、特に辛かったこと。(主題②)
* 精神疾患にまつわる社会現象や制度面においてどうあってほしかったか。(主題②.③)
* 当事者と関わる現在も精神疾患者が援助からあぶれていると考えるか。(主題①)

### 活動内容

活動概要において、本研究の回答者は全員大まかに当事者と社会のつながり、もしくは当事者の医学的観点以外の困難を克服させるよう支援職に従事する。

「特に精神保健福祉士というのはソーシャルワークを主にやるんですけど、ソーシャルワークって主に相談機関とかその時代にある制度やサービスに繋げる役割なんですよね。[ですよね、はい。]それだと、OCDの場合、なかなか繋がる先がないんですよね。それで自分である程度精神療法を用いることが必要なんですよ、あの、40代の頃から大学にいきましたけれども心理士の勉強をして資格をとったわけです。それで、学会とかやって医療~~会~~の診療所での仕事も並行していました。そこで勤めて10年で、10年ほど継続しつつもOCDお話会の方の活動を並行しておりました。」(有園)

「えっとー、僕は統合失調症の当事者として、[はい]なんだけどそれがメインで、[うん]あとは社会保険労働士で、開業をしています。で、えー、同じような障害の方々の[はい]あの、年金の手続きを代理して、手続きしたり、また統合失調症の、理解を広げるための、講演会をあちこちやってます。」(関村)

「えーとね、さざなみ会とそれからええとね、今回はシャロームの家の職業指導員と、YPS横浜ピアスタッフ協会の共同代表、それからKP神奈川精神医療人権センターの会長という3つの肩書で発言させてもらっているということで、全部さざなみ会のバックアップです」(藤井)

4名中3名が複数の活動に従事している。顕著なのが、当事者との支援活動に分類されるものと当事者が大まかに認識している生活実態を発信する活動を兼任しているケースである。前者の事例は特定の課題に集中した事業もしくはNPO、就労継続支援事業所のスタッフ、当事者会。後者の事例は、地域や教育機関にて発信していた。(「職」や「ビジネス」という形式に当てはまる活動を行っているケースおよび、正式に「職」ではない活動を行っているケースのいずれも見られた。)

### 罹患時の体験

自身の罹患時の体験に関連する発言にはばらつきがあった。

#### 入院別・身の回りのケア

まず、一定以上の症状により医療保護入院がなされる精神疾患の(元)当事者に該当する調査者を入院の有無でまず区別した。

＜入院していない人の場合＞

「30年前だったので今のように（強迫症の）お薬もなく認知行動療法のない時代で時代が異なるのですが、（当時は強迫症のために）確認することや気になることが多くて、外出が困難となり、精神科や歯科への通院そのものが無理でしたね。」(有園)

「(妄想症になった家族のケアをしていた時)家族だけでなんとかしようにも限界を感じたことも辛かったです。」　(有園)

「はい、私もひとりでもう悶々としてた、社会とのつながりがない、そんな状況」(石井)

＜入院した人の場合＞

「昔で言う保健所[はい、のような感じです](接続不良により聞き取れ不可) あもっとうまく回ればいいなぁっていうのは思いますねうん例えばええ今まで10年20年30年病院に入院してました[はい]じゃあその人退院させてすぐ生活してくださいって言われてできると思いますか.」(石井)

「ごめんなさいねあの岸本さんの時代がどういう時代だったから分かんないんだけど[はい]ただあのもう十年20年30年でやっぱり外の世界と離れちゃうと、いろんなものが変わるじゃないですか」(石井)

「そうだね、だからでまあ八か月入院したんだけど、退院したあともポンって放り出されたような感じがして[はい]どこに何を支援を求めて行きたいいいかわかんなくてカウンセラーの存在もわかんなかったから学校にカウンセラーがいるってことをしらなかった」(関村)

「入院経験を通して感じたことは、精神科病院の内情を色々と実際に自分の目で見聞きしてきました。精神科医療の中での職員の処遇に対する不満や不安も見聞きしました。」(藤井)

待遇が不当であることが主に挙げられた。また退院後、そのまま生活への順応ができるわけではなく、リハビリテーションの必要性が指摘された。

#### 金銭的支援制度

また、金銭的支援制度を使えた状況にあったかにもばらつきがあった。

＜金銭的支援制度を使えた人の場合＞

「生活保護3回抜けてるんです。抜けてあの病気の症状が治ったっていう形で、また働きに行ってまたストレスでダメだったっていうのを3回くらい暮らし、繰り返してるんですけど」(石井)

ただ、「昔は電子カルテじゃなくて紙のカルテだったので[はい]何年間保存したら破棄されちゃうんですよ。たしか五年だったかな[なるほど苦笑]それがないと障害者年金は受け取れませんっていうことで、うんいやそれはちょっと・・・その時はそうかもしれないけれども、今苦しんでる人たちにそういうのが出ないっていうのはどうなの？っていうふうに思うところはありますね」(石井)

＜金銭的支援制度を使えなかった人の場合＞

金銭的支援制度を使えなかった回答者はこのような生活状況を述べた。

「家族と暮らしていたため、食、住はできたのですが、生活保護や障害年金のようなお金の支援制度を利用できなかったことが大変でした。」(有園)

#### 労働に関する困難

雇用現場に関する罹患時の体験は、回答者が正規雇用で働いていた場合・就労継続支援事業所で働いていた場合・無職な場合に分かれる。

＜一般就労にて働いた方の場合＞

「やっぱり2・ 3週間で終わっちゃったとかね[うーん]そんなもんで職転々としちゃったってことがあるから今ね資格を取ってやろうって決意をしたんだけど、[あ、そうなんですね]そうそう。ただやっぱり、あの… 会社入ってもやっぱね慶應大学(卒業)してるからってことでいろんな仕事を任せられてできないのにやったところからダウンして3週間で辞めるとかのつい[ああー、そうですね]ちょっとねあの…、なんて言うのかな…もうちょっとオープンな形でね、[はい]あの仕事も精神障害者が大きな形で言えればいいのかなと思うんだけど」(関村)

症状を明かさない形態で正規就労している回答者は、学歴の良さに期待され、症状を持った状態では限界のある仕事を任されたことを発言していた。

＜就労継続支援事業所にて働いた方場合＞

「基本行ってもずっと内職をさせられて、で時間拘束されて一日500円。[はい]交通費も出ない、えー、昼食代も出ないで、じゃあ何のためにここに来てるのかなっていう、それが一番疑問ですね。」(石井)

「あの賃金もそうだったんですけど[はい]あの賃金を渡されるのってえっと岸本さんの時代だとちょっと想像できるかどうかわからないんですけど、お金をいただくときって、まあ自分たちの働いたお金をいただくときって最低でも封筒に入れたりとかそういう形で渡してくるかと思うんですけど[はい]そうじゃなくてお札まあ1000円札とか5000円札とかありますけどそれを裸で手に持って「はい賃金」って渡されるだけなんですよね [はい]そうするのってそれって「うん、え？お金あげるから早くおいで」みたいな そういったところでええ「うちらって、精神疾患抱えてるけど、この扱い」っていう風に思ったのが」(石井)

罹患当時に就労継続支援事業所で働いた回答者曰く、日給手当や体調面の考慮、渡し方などさまざまな側面において待遇が悪く、人間扱いされていないように受け取った。

「私自身が苦しかったことは、病気によって収入が途絶えたことです。」(有園)

当時無職だった回答者は収入が途絶えたことが困り事であった。

#### その他、家庭内でのケアや体験

「自分も3回自殺未遂はしています。この時にはやはり 誰一人[はい]話せる人いなくて、でしちゃったってことがあるんですけど、」(石井)

「そのすぐ後、家族が妄想症になったので本人がそれを信じ込んでいるので、何かあると近所が悪いと決めつけることがあったのですが、当人は病識がなく否認するので、家族だけでなんとかしようにも限界を感じたことも辛かったです。」(有園)

「30年前だったので今のように（強迫症の）お薬もなく認知行動療法のない時代で時代が異なるのですが、（当時は強迫症のために）確認することや気になることが多くて、外出が困難となり、精神科や歯科への通院そのものが無理でしたね。」(有園)

### 制度の不備をどう認識しているか。

#### 金銭面における制度的不備

障害年金に関して問題認識を持つものは調査した4名中3名であり、障害年金の受給額は罹患時のタイミングおよび診断名に左右されることが主に問題視された。さらに、このような要件が当事者に認知されていないため、当事者内の年金受給額の格差が問題視された。

「障害年金は、統合失調症やうつ病ですと認定対象になりますが、強迫性障害の病名ですと神経症という部類で、原則として障害年金の認定対象になりません。[[3]](#footnote-4)お金に困っているとそういう制度を利用できないので、患者様の状況と制度と間に齟齬が生まれている点が問題ですかね。」(有園)

「なかなかお医者さんの団体から年金の制度について（国に）言ってくれないのと、患者さんが福祉制度につながりにくい」(有園)

「それ僕もその一人だから19歳で発症して年金が起きれない状況で働くしかないところで、本当に当事者の人たちに行き渡って無いのは」(関村)

「あのだって障害年金だって そんなこと言っちゃあれなんだけど、 障害によって [うん]受給できるできない、例えばうつ病統合失調症所得者障害とかねそういうのはまあ普通に通るけれども強迫性障害だけだったらダメだし[あそうなんですね]障害だけどダメだし、[はい]依存症だけじゃダメだし [あそうなんですね]そう。あの障害によって、年金の支給支給が分かれるってそもそもそれは障害者差別だと思う」(関村)

「昔は電子カルテじゃなくて紙のカルテだったので[はい]何年間保存したら破棄されちゃうんですよ。たしか五年だったかな[なるほど苦笑]それがないと障害者年金は受け取れませんっていうことで、うんいやそれはちょっと・・・その時はそうかもしれないけれども、今苦しんでる人たちにそういうのが出ないっていうのはどうなの？っていうふうに思うところはありますね」(石井)

上記の記述は少し前の制度について言及されているものであるが、受給の要件があまりにも細かい場合、すでに生活が困窮している当事者にとっては良くないと指摘された。

「多くの働いた工賃や、障害年金や生活保護で生活をしていくうえで、とりあえずある程度の安定した生活の保障が出来る現状もあると思います。」(藤井)

他方で、ある程度生計を立てることは可能とも指摘されていた。

#### 医療現場における諸待遇において

症状別の適切な治療に優れている医療機関の情報が広まっておらず、「紹介制度が整っていない」ため、繋がりにくい点も指摘された。(有園)

次点で療法に関連するものが指摘された。まず、認知行動療法の導入が海外と比べて遅く、広まっていないという回答が存在する。

「それは、これまでの歴史上、精神科特例等によって少ない人員体制で、民間病院で抱え込んでしまっている背景があります。そうした背景によって、とにかく人手が足りない。

医療関係者も人間なので、感情が伴います。そうした環境下で虐待が起きることもあるでしょう。それは当然のことだと自分なりに思います。それから、医療者と患者の間に、上下関係が構築されてしまう。それを、私たち当事者は、差別偏見と捉えます。しかしながら、それだけで片付けてしまうから埋まらない現状がある。」(藤井)

また、一定以上の強度の症状の当事者が経験する医療保護入院を経験した回答者によれば「精神科特例」が定めた「少人数制などの影響によりストレスの矛先が患者へ向いてしまっている」と指摘。またそれに関して、退院後の社会生活を送る面でのサポートが必要だと指摘されていた。

2023年現在の法律では廃止されたが、数十年入院していた当事者も存在するため、交通機関や通信方法などが変化した新しい生活に慣れる必要性がある。(石井)

身の回りのケアが家族に委託されてしまい、その結果家族が負担を抱えている。ここは身体的精神的経済的な負担も指摘されていた。専門家ではない彼らが受け持つのは異なり、本来国が受け持つべきだろうという意見も存在する。

#### 精神疾患当事者の働き方

就労体制に関して、就労継続支援事業所の手当は最低賃金手当だという点で人権侵害と捉えた回答者が存在した。

「まして日本の最低賃金ってまあ県、都道府県によって違うかと思うんですけどそれを全く同じことしててなんも一日500円、かたやあのー時給で今東京で1000円超えたのかな?[はい]というふうな日当と時給が全然あってないなあっていうのは[そうですね]それだったら普通に何もしないで生活訓練まあ昼夜逆転したのを直すとかそういうことであればまだ納得ができますけど、内職とかずっとやらされて、この値段？[はい]]みたいな感じで納得いかなかった。」(石井)

他方で、一般就労へ無理にステップアップさせる姿勢も見受けられている。

「当事者、メンバーのみなさんは例えば一般就労などの次なるステップを考えるとき、無理なステップアップによる再発を考えると、今の現状と障害者福祉の金銭で賄うことを思うと、次へのステップアップよりも、現状の中で安心して生活することの方向に妥協したり、満足したりするような傾向がみられるとも感じています。」(藤井)

また、共存して働くことがあるべき姿だが、今のように「当事者への配慮に困っている現場」は変えるべきという回答が存在する。

「あのう、一人で健常者の人がひとりひとりが 理解して [うん]今日…共存して行く?うん、 当事者とちょっと共存して、働く社会を作るってのは、本当に今のあるべき姿だと思うから。[はい]どうにかしてね、こういう状況(は)ね変わって欲しいなあと思うんだけど」(関村)

#### その他

また援助希求について指摘されていた。これは現状ある制度の欠陥ではなく、ない制度を設置して欲しいという趣旨のものである。自分から援助希求をできない心理的に追い込まれた当事者が存在するため、プロから手を差し伸べて欲しい。アウトリーチという形の海外で主流の駆け込み型支援の導入を言及する回答者も存在した。そもそも日本では自分の悩みを言いにくく甘えとされる文化に加え、心理支援職が認められていないため難しいのではないかという意見も存在した。

「国策によって精神医療の間違った在り方が放置され続け来たこと、精神科特例で現場が劣悪なままであることなど、様々に問題は続いています。」(藤井)

### 発信のスタンス

「我々の患者会の立場でいろいろ協力したことはあったので、小さい団体だけではなく他団体さんとしての連携も必要ですね。私は、地元の市の基本構想・基本計画への市民の声をまとめるボランティア活動に参加したり、障害者や生活困窮者への福祉でも、仕事やボランティア活動を通じて、市に働きかけたこともあります。（働きかけが）有効なところを見つけない限り難しいですよね」(有園)

「個人で声をあげるのではなく専門家と繋がり、連携していけば良いのではないかと思います。精神疾患が『言ってはいけないもの』から『身体の病気と同じように診療を受けていいもの』という共通認識を持てると思いますね。」(有園)

発信は一人ではなく個人間・団体間で協力し、権利獲得のために働きかける認識をもつ回答者も存在する。

「そうですね やっぱりあの もうこれ世代関係なく自分の、自分の居場所を見つけることが大事で」(石井)

「私のような当事者が、生きづらさ、という観点に立って社会に啓発していくことが出来るか、入退院の経験やそこで感じてきたことの発信、それが権利擁護や生きる権利へ繋がっていくということを、今までの精神医療の制度の中で大事なことだと思っているんです。」(藤井)

「今までは普通にできてたけど、ストレスとかそういったものでなっちゃう可能性もあるんだっていうことをみんなに知っていただきたい、かな[うん]特別なことじゃないんだよっていうのを知っていただきたい。」(石井)

「統合失調症の理解を広げるための講演会をしているんですけれども、えっとやっぱり、理解を広げるのってやっぱり難しくて、たとえば普通の精神障害者の人が話す、自分の障害をオープンにするっていうのは、とても勇気のいることなんですね[うーん]やっぱり普通に話すことだけでも周りに偏見を持たれるような社会なので、[はい]僕が(ここで)やってることっていうのは何だろうな〜。そういう精神障害者の方が普通に話せる方は普通にオープンに障害を応援、またはその普通に働ける、それは普通のことなんだけどそれはできない状況が今の社会なので、[そう..]そういったことをなんかこう …素地を作っていきたいって感じかな」(関村)

回答者の発信の意義に関する発言としては、同じ経験をしている人を救いたいというものが多く存在した。また精神疾患当事者同士が共通として分かち合っている罹患時の社会的な困りごとを発信することで、精神疾患へのスティグマを軽減したいという目的で発言している意見も存在する。

#### 世間から見た精神疾患のイメージ

精神疾患が世間から持たれている印象に対して回答者本人がどう認識するかについての発言は以下の通りである。

「最初思ったのは、今から20年くらい前で時代が異なると思いますが最初は精神障害も一括りで言えず、患者様によっても症状や状況がさまざまなので、そこで勉強することも多いし、そこで勉強しなければいけないと考えました。そこのニーズに対応できなかったです。またあとは、困ったのは仕事場でというよりかはいろいろ難しさは感じました。たとえば発達障害は、当時、情報が広まっていなかったので、そういった意味で知見を深めないと対応することが難しいと感じました。」(有園)

そもそも症状が理解されておらず、正確に理解されていないまま偏見のイメージが流布しているという認識がされていた。要するにどういう症状かを理解されないまま、勝手に当事者への固定的なイメージが一人歩きしていることを危惧している。

「さまざまな世間を騒がせた事件が起きるたびに精神科の通院歴などを取り上げて、そのたびに精神障がいへの社会の偏見が強まってしまうようなことは、歴史的にも繰り返されてきてるんですよ。」(藤井)

犯罪の偏向報道が多いという意見が見られた。例えば、入退院の回数まで記録されていたり、病名を報道されていたことだった。当事者ではない人と犯罪率はそうそう変わらないという発言も見られた。

調査した方々は、支援・罹患経験を通じて、精神疾患当事者へのスティグマが存在するという共通認識を持っていた。

「えっとやっぱり、理解を広げるのってやっぱり難しくて、たとえば普通の精神障害者の人が話す、自分の障害をオープンにするっていうのは、とても勇気のいることなんですね[うーん]やっぱり普通に話すことだけでも周りに偏見を持たれるような社会なので、[はい]僕が(ここで)やってることっていうのは何だろうな〜。そういう精神障害者の方が普通に話せる方は普通にオープンに障害を応援、またはその普通に働ける、それは普通のことなんだけどそれはできない状況が今の社会なので、[そう..]そういったことをなんかこう …素地を作っていきたいって感じかな僕は」(関村)

「当事者と言えば人間じゃないですか。そこでは人間を人間として扱ってくれなかったその「歪み」からですね、『なんかおかしいなあ』って思いまして」(石井)

「SNSにおけるネガティブな報道や投稿、バッシングなどによって当事者の方がよりネガティブな気分になってしまうことがあるので、他人の至らない点に寛容になる社会になればいいなと思いますね。」(有園)

「あのー昔からのイメージが精神疾患について悪くてやっぱりあの精神疾患っていうよりも僕らの上の世代だとキチガイ病院、[ああ]いうふうに呼ばれた時期もありましたのでもう今もそうですねーあの年配の方は精神疾患という気違いっていうふうに[うーん]そういうものがまだ払拭されないかなっていうそういう気がしますね」(石井)

「社会から見ると働かない我々を、やっぱり障害者だからでしょ、という偏見をつくっている。それがスティグマでしょう。一方で、私たちもそういう現状の中で、自分が障害者なんだという、内なるスティグマも作っていると思う。どこだって差別意識は絶対無くならないから[まあ、ですよね]なんかうんよくあることああよく感じる事もあります。」(藤井)

「世間の捉え方が、当事者の思っている気持ちとの間にギャップが広がっているのも問題があるところです。」(藤井)

回答者の間では、支援・罹患経験を通じて当事者が偏見を持たれているという共通認識が存在した。

「海外では、公民権運動などからも見られるように、つまり自分のかかえている生活の諸問題をオープンにして助けを求める、いわゆる援助希求を前提に福祉がはじまっていると思うんです。でも日本では、自己の持っている障害や問題を表に出すと、世間体などが前提だったり、恥ずかしいという風潮があり、なかなか助けてと言いずらい社会が出来上がっていると思います。だから、そういった個人の諸問題を精神科医療に任せすぎてしまい、強制入院や長期の閉じ込めの問題になっているのだと思います。」(藤井)

「社会は自己責任論に持って生きがちです。人との関係性の中で、あんたの責任でしょう、って。それを否定してるわけじゃないですけど、それが焦りや行き詰まり、怒りへと向かって、再発にもつながりかねないとも思う。」(藤井)

また本来自分の抱えている生活問題はオープンにすべきであるものの、社会的風潮や自己責任論により言いづらい社会が出来上がっていると言及していた。

当事者が自分がどう生きたいかの選択肢を持つべきという意見もある。(だがされていない)

「自由の余地を決めるのは誰か？それは(本来)当事者でしょ？[実際そうではないですがそうあるべきですね、はい]当事者がどれだけ、選択性を持っていくか。選択肢は当事者がいかに生活するかの選択肢は当事者に委ねられることが無ければ、支援者の一方的な方向に向かってしまうと思う。それに対して当事者がいかに意見を発していくか、そこに当事者のリカバリーのスタートがあると思います。結局、当事者が福祉支援にあずかることは、果たしてみんなが社会に出ては楽ことかといえばそうではないと思う。極論を言えば、無理をせずに生活保護を受給して、安心した生活が出来るのなら、それも本人の自己決定したリカバリーでしょ。」(藤井)

「『病気持ってるから精神疾患を持ってるから』ってゆって何やっても良いっていう、そういう考えの人たちが福祉作業所にいるっていうのが、僕もちょっと理解できなかったですね。」(石井)

と言う発言から、本来当事者を手伝う立場にある障害福祉の現場やスタッフさんもスティグマを持っており、それが態度に出ることで当事者には伝わり屈辱感を味わせてしまう。

「精神疾患が『言ってはいけないもの』から『身体の病気と同じように診療を受けていいもの』という共通認識を持てると思いますね。」(有園)

「現状では、日本の場合、患者さんにとって有効な精神療法にアクセスが難しい点がありますね。それと、福祉や制度の元となる法律、憲法で、家族が良いものだ、助け合うものだという前提で作られているものがあるので、こじれてしまった家族にとっては困るものがあったりします。例えば、家族の中で異常なことが起こっていても、家族内の自治が尊重され、行政が介入しにくいケースや、別居や離婚後の生活や収入確保が弱者に不利になってしまうケースがあることです。」(有園)

また発信のスタンスとして以下のような認識がされている。

「行政の制度や法律のすきまのところに当事者の需要があったりすることが多いですね」（有園）

「要はね、そういう問題を訴える団体がないんですよ。強迫性障害は症状が重い時に自分のことで精一杯なので、社会活動を行う余裕がどうしてもありません。それと、なかなかお医者さんの団体から年金の制度について（国に）言ってくれないのと、患者さんが福祉制度につながりにくいので、福祉や行政からも声が上がらないです。」(有園)

「(諸制度において)専門的な技術とシステムがついていくことが必要だと思いますね。」(有園)

回答者は本来は行政が受け持つべきだと感じている。問題を訴えている団体がない(少ない)ため、日常的な悩みを相談し、専門機関への依頼などの任務を自ら受け持っていると読み取れる。

「草の上で草の根運動みたいな感じでやっていけばどうにか伝わるかなって思ってそうです」関村

発言者は、おそらくわかっている自分のような人が発信していくことでいずれ伝わるのではないかと、発信活動について肯定的に捉えている。

「強制入院や、多剤併用の弊害によって抱えてしまっている私たちの生きづらさを、社会に問題提起して説明していくことが大切でしょ、それが私たちの障害者運動ですよ。」藤井

「私のような当事者が、生きづらさ、という観点に立って社会に啓発していくことが出来るか、入退院の経験やそこで感じてきたことの発信、それが権利擁護や生きる権利へ繋がっていくということを、今までの精神医療の制度の中で大事なことだと思っているんです。」藤井

また発信活動について前向きな意見として、過去の事例が良い結果に至った点も言及された。

「青い芝の会[[4]](#footnote-5)、ご存知ですよね？」。

「40年入院した伊藤時男さんは賠償責任訴訟をしているが、彼のように40年棒に振ることは本人にとって屈辱的だろう。」

精神疾患の当事者が40年も入院させられた処置に対し、あまりにも長期間であるため棒に降ったと発信者は屈辱的に捉えている。

「患者さんにとって有効な精神療法にアクセスが難しい点がありますね。」(有園)

「自殺者の低年齢化が話題になっていますね。いろいろな要素があると考えられており、今までの自殺者の場合（大人も含めて）ですと精神科に何度かかかったことがある方もいらっしゃるんですよ。相談や治療がうまくいかず自殺に至ってしまうケースもあるはずなので、精神医療の質を上げる必要があると思いますね。」(有園)

「適切な支援と適切な医療があればそんな人がいなくなるの [うん]減らせる、そもそもそういうのがないってところが一番の欠陥であってそういうのがあれば適切な支援がねー。ひとりひとりにあればそういう人たちを未然に防げるし その人たちを知ることはできるのではいあのそれがないから今ひとりぼっちになって、家の中で孤独になって[うん]暴力に擦ったりとか、なっちゃう」(関村)

「希死念慮に関してはみんな持ってると思うんです、でそれを希死念慮(そのものは)いいと思うんですね、思ってて、ただそれを実行するのはよくないと、それを実行する前に誰かに話す、言って欲しかったなあって正直すごい思いますね。で同じようなことで悩んでるよっていうことがあれば、そこで共有ができてその自殺まで行かなかったんではないかっていう風に考え…」(石井)

「まあ私たちの活動は昼主に昼間なんで子供たちはちょっと来れないかも知れないですけどはいそういう時に、逃げっていいんだよってね学校サボって ええ来ていただいても 来ていただいて逃げることはいいんだよっていう風に言われたら 多少でも心、楽になるんじゃないですかね」(石井)

適切な治療やケアへのアクセスが過酷な状態に陥らせることを防止するのではないかという意見も出ている。

## 2.2人物別の結果集計

本箇所は2.1.1.と異なり、回答者別に回答をまとめることで、個人の経験と制度認識の関係性を。主題のうち②「専門家自身の罹患時に受けた待遇が、制度認識へどのような影響を及ぼしたのか」③「彼らの制度の捉え方に、本人らの精神疾患へのスティグマの捉え方がどう関係したか」を導出できるまとめ方になっている。各人物ごとに、関連性の見られるキーフレーズ同士を繋げたワードマップを掲載している。そこのワードマップでは「活動内容」「制度認識」「罹患時の体験」「世間から見た精神疾患のイメージ」という区切りを設け、キーフレーズを該当箇所に配置したのち関連性の見られる発言を繋げている。

### 有園さん

****

**「**元患者として、OCDお話会、OCDサポートをやっている身として」

OCD(強迫性障害)の元当事者であるため、強迫性障害を中心としたサービスおよび当事者会の実施を中心とした活動を行っている。

**「**障害年金は、統合失調症やうつ病ですと認定対象になりますが、強迫性障害の病名ですと神経症という部類で、原則として障害年金の認定対象になりません。[[5]](#footnote-6)お金に困っているとそういう制度を利用できないので、患者様の状況と制度と間に齟齬が生まれている点が問題ですかね。**」**

本人がかつて当事者であった強迫性障害の障害年金受け取り基準が他病名と異なるため、制度認識について障害によって受給の基準が異なること、および当事者の需要と福祉の供給の間に齟齬があることを述べている。

**「**実際日本では、家族の負担が大きくて困っているケースがあります。[まあ・・・＜ですよね＞]引き篭もって、社会への適応が難しい方々は一定数いて、それが良い悪いとかではなく、家族が高齢化していくんですよ。母が症状を抱えていた時も同じような問題があったので、その責任を我々家族が背負ってしまうのでそこで家族が背負っちゃう負担を支援する制度があれば良いのにな、と思うことがよくあります。本人が診療を拒む場合、家族が問題を起こす際、家族が代わりに謝る場面もありますし、年金制度なども含めて家族負担にならないような制度の見直しが必要だと考えます。**」**

当事者であった過去に加え、精神疾患である家族を支えていた時期も存在したが、いずれも家族だけではうまく行かなかったと発言している。そのため精神疾患における治療と相談が行き詰まっていると認識しており、特に各病名に特化した専門的な治療を実施される医療機関への繋がりが実施されていないと述べている。

**「**専門的な技術とシステムがついていくことが必要だと思いますね。専門家との連携をせずに自分の範囲でなんとかやろうとするため、虐待やいじめのように上手くいかない事例が多くなってしまうのだと思います。**」**

**「**個人で声をあげるのではなく専門家と繋がり、連携していけば良いのではないかと思います。精神疾患が「言ってはいけないもの」から「身体の病気と同じように診療を受けていいもの」という共通認識を持てると思いますね。**」**

回答に「連携」という言葉を多用されているが、生活面のケアにおけるケアと、治療に関するものが挙げられる。まず家庭内では身の回りのケアが完結されない経験をしたため、専門家を中心とした外部機関と家庭との繋がりによって手を差し伸べられる状況において手を差し伸べる必要があると述べていると考えられる。家族内部でなんとかなるだろうという性善説(+小さな福祉国家)前提でできているため、家族に政府が関与できない。さらに医療機関の評判や、何に特化したかというのは情報網を通じてしか得られないが、そこへのアクセスが阻まれている環境に過ごしている当事者が存在するので、各地域におけるメンタルクリニック同士の連携を保つことで、有益な情報を当事者に届けるべきだ。

### 石井さん

****

**「**はい、私もひとりでもう悶々としてた、社会とのつながりがない**」**

社会との繋がりを求めていたが罹患当時は当事者の会がなかったように感じられた。そのため、当事者同士の居場所を切望して当事者会の設立へ至った。自殺未遂に至ったが、同じような経験をした人には一度話す場を儲けて欲しいと述べる。

**「**事業所はええ質問とちょっとずれますけど[ええ]一日働いて日当500円なんですよね、うんで 、まだ そこでじゃあ何もしないでなんかサービス受けるのかなと思ったら、基本行ってもずっと内職をさせられて、で時間拘束されて一日500円。[はい]交通費も出ない、えー、昼食代も出ないで、じゃあ何のためにここに来てるのかなっていう、それが一番疑問ですね。**」**

「お金をいただくときって、まあ自分たちの働いたお金をいただくときって最低でも封筒に入れたりとかそういう形で渡してくるかと思うんですけど[はい]そうじゃなくてお札まあ1000円札とか5000円札とかありますけどそれを裸で手に持って『はい賃金』って渡されるだけなんですよね [はい]そうするのってそれって『うん、え？お金あげるから早くおいで』みたいな」

「はいあのー、全く働かないのちにえー、そういうところに行って働くっていった方はそれはそれなりに『そうなのかな』って受け入れられちゃうかもしれないんですけど、一度社会で働いてて、それで事業所に行った時にそういう扱い方されるっていうのがまず私の中では受け入れられなかったし[そうなんですね]まして、日本の最低賃金ってまあ県、都道府県によって違うかと思うんですけどそれを全く同じことしててなんも一日500円、かたやあのー時給で今東京で1000円超えたのかな?[はい]というふうな日当と時給が全然あってないなあっていうのは[そうですね]それだったら普通に何もしないで生活訓練まあ昼夜逆転したのを直すとかそういうことであればまだ納得ができますけど、内職とかずっとやらされて、この値段？[はい]みたいな感じで納得いかなかった。」

罹患当時に最も苦悩したのは就労継続支援事業所(以下、「事業所」と略す)で受けた待遇である。ここでは①労働時間に対する賃金②賃金の渡し方が礼儀をなしていない③労働者への体調面の考慮が行き届いていない点である。このため、事業所の制度を問題視している。

**「**はい、私もひとりでもう悶々としてた、社会とのつながりがない、そんな状況の中でまあある事業者さんに行ったんですけれども、そこではすごい、何て言ったらいいのかな、えー当事者なんですけど当事者と言えば人間じゃないですか。そこでは人間を人間として扱ってくれなかったその『歪み』からですね、『なんかおかしいなあ』って思いまして」

**「**うーん、抽象的に言えば人間扱いして欲しかった。具体的に言えばまあ数限りなくあるんですけれどもなんか『病気持ってるから精神疾患を持ってるから』ってゆって何やっても良いっていう、そういう考えの人たちが福祉作業所にいるっていうのが、僕もちょっと理解できなかったですね。**」**

**「**そういうので電車乗れなくなっちゃったり、バス乗れなくなっちゃったりっていう人は居ますので[はい]、今までは普通にできてたけど、ストレスとかそういったものでなっちゃう可能性もあるんだっていうことをみんなに知っていただきたい、かな[うん]特別なことじゃないんだよっていうのを知っていただきたい。**」**

**「**ですかね大っぴらに向こうはあからさまにそれを表面に出しても だからなんなのっていう感じでしょうけど日本だとどうしても、あのー昔からのイメージが精神疾患について悪くてやっぱりあの精神疾患っていうよりも僕らの上の世代だとキチガイ病院、[ああ]いうふうに呼ばれた時期もありましたのでもう今もそうですねーあの年配の方は精神疾患という気違いっていうふうに[うーん]そういうものがまだ払拭されないかなっていうそういう気がしますね**」**

またこのことをきっかけとして精神疾患であることで悪い待遇を福祉施設のスタッフ含む他者から受け、社会的な偏見があると信じている。誰でもなる可能性があるため名前だけでの差別的待遇は許し難いと思うと発言している。

### 関村さん

****

**「**えっとー、僕は統合失調症の当事者として、[はい]なんだけどそれがメインで、[うん]あとは社会保険労働士で、開業をしています。で、えー、同じような障害の方々の[はい]あの、年金の手続きを代理して、手続きしたり、また統合失調症の、理解を広げるための、講演会をあちこちやってます。学会とか、大学とかで、やってまーす。**」**

関村さんは統合失調症当事者であり、社会的に困っている当事者を助けたい思いや正規就労に苦難した動機により、社会保険労務士資格を取得し、障害年金の申請手伝いに至った。

**「**あとは社会保険労働士で、開業をしています。で、えー、同じような障害の方々の[はい]あの、年金の手続きを代理して、手続きしたり**」**

**「**あのー、まずね、あの年金(の申請業務)だってやってるけどー、 あのー通らない、通れてほしい当事者の人たちが年金通らなかったりとかするからだからー、制度的な欠陥もあるし、あと果たしてそれが年金制度とか[はい] 精神保(険)者の制度が[はい]ちゃんと 障害者に寄り添った形になって(い)るかどうか [うーん]。本当に年金なんて僕勉強してね、身についているけど[はい] 、あの…そもそも年金ってさ、障害者のものじゃないから、[うーん]そのそれをベースにして障害年金という形で今作っていく感じだから [はい]あの、もともとほら年金おじいちゃんのためのものじゃん、 でそれをまあ障害者…障害者バージョンって作り替えてやってはいるけれども正直それがやっぱ違うからー**」**

「たぶんあの、学生中にええと精神疾患をってそうなのかもしれないけど二十歳未満で病院に行ったって人はもともとほら保険料払ってないわけじゃん？[はい]だからね、二級からの[はいそうですよね]三級から二級(への申請へ)ハードルが上がっちゃうそれで受けない人多いの、 そういうの今僕も一人だしぶっちゃけ言うとね」

当事者の障害年金申請を手伝っている仕事を行っているため、制度認識は障害年金申請に関するものが多い。申請の仕方や通院・就労のタイミング次第で受給額が異なるらしいが、申請手伝いを行う方の中でそれを知らないケースが多い。諸条件がわかりやすい場所に公言されていないだとか。障害年金申請においてどのようにすれば現状で必要な金額分受け取るのかという知識が行き渡っていないことを問題視している。

**「**現在のだね、年金一つとっても制度が 当事者に寄り添っているかっていったらすごい疑問なので改善するのはいっぱいあるんだよねでもなんか全然進んでないっていうのは**」**

**「**法律、精神保健福祉法とかさあ[はい]障害年金の法律とかあるけど年金の法律があるけど[うーん]、えだってさ[はい]そうよ そして障害者に本当に理解して作ってるのかっていうところだよねー役員さんね[やっぱりですよねそうですね、わかってない笑]法律作っている人はその 向こう側に当事者から向いてないんだろうね ああいう結果になってしまって[ああ]今みたいな ことになっちゃって[そうですね]だからちゃんと支援する側も[うーん]文章を通してじゃなくてその顔見て[はい]対面して支援すること大事だと思うんですね**」**

**「**やっぱね――、作る人もそういうの(を)作るあの法律を作る人も[はい]その事態自身に時間がないんだと思う[あー]だからそもそも、一人ひとりの、あのー行動とか[うん]そういう理解に注意払ったほうがいいかなと思うの、[はい]だって、あのだって障害年金だって そんなこと言っちゃあれなんだけど、 障害によって [うん]受給できるできない、例えばうつ病統合失調症所得者障害とかねそういうのはまあ普通に通るけれども強迫性障害だけだったらダメだし[あそうなんですね]障害だけどダメだし、[はい]依存症だけじゃダメだし [あそうなんですね]そう。あの障害によって、年金の支給支給が分かれるってそもそもそれは障害者差別だと思う[うーん、そうですよね]だからね、（制度を）作る人がちゃんと理解しなきゃ正しい制度は作れないと思う [そうですね。強迫性障害が結構通らないと初めて]通らない人の支援には僕らの支援して強迫性障害障害の他に何かつけるとすると…つける(か)しないとなかなか通らないので、そういう障害によって年金の支給の別れちゃうところも作っている人自身が理解が足りない、 それ言っちゃえばな、あのおしまいなんだけど、[はい]でもそうじゃなくて ちゃんとね、ひとりひとりがそういう精神障害の理解をして[うーん]勉強して[はい]行動していく[そうですね]で今一番だと思うんだけど、それかけてるのでってところで**」**

年金の法律から触発された考えとして、果たして政府機関が精神疾患の当事者の直面している金銭的困難に直面して制度を作っているのかというところである。彼の見立てとして障害年金は国民年金制度を加工したものであるため、どうしても食い違いが起こると認識された。

**「**ちょっとねあの…、なんて言うのかな…もうちょっとオープンな形でね、[はい]あの仕事も精神障害者が大きな形で言えればいいのかなと思うんだけどやっぱそういうそこまでねまだ言いたくないのかなっていう現状。**」**

**「**あのー、やっぱりこうやってる活動というのは[はい]統合失調症の理解を広げるための講演会をしているんですけれども、えっとやっぱり、理解を広げるのってやっぱり難しくて、たとえば普通の精神障害者の人が話す、自分の障害をオープンにするっていうのは、とても勇気のいることなんですね[うーん]やっぱり普通に話すことだけでも周りに偏見をも？持たれるような社会なので、[はい]僕が(ここで)やってることっていうのは何だろうな〜。そういう精神障害者の方が普通に話せる方は普通にオープンに障害を応援、またはその普通に働ける、それは普通のことなんだけどそれはできない状況が今の社会なので、[そう..]そういったことをなんかこう…素地を作っていきたいって感じかな僕は**」**

精神疾患にはある程度偏見が存在し、自分の障害をオープンにすることが難しい社会であるからこそ、その苦難を正確に伝授して知らしめるために自ら講演会や発信活動を積極的に行っている。

### 藤井さん



**「**えっとまあ実は私は今まで9回入退院を繰り返す中、1回が措置入院、2回が医療保護入院という強制入院を経験しました。入院経験を通して感じたことは、精神科病院の内情を色々と実際に自分の目で見聞きしてきました。精神科医療の中での職員の処遇に対する不満や不安も見聞きしました。自分自身は退院する中、まだまだ入院を継続している患者さんを思う時、その方々が退院しないで外の世界を知らないで人生をやり過ごすことに対するもどかしさや不条理を感じました。それを思う時、入院している方の退院の支援を大阪精神医療人権センターと同じように、自分もやっていきたいと考えるようになりました。**」**

元当事者で長期入院を繰り返しており、そこでの待遇があまり良くなかった。そのため、長期入院に関する発信活動および長期入院中の当事者の相談に乗っている。

**「**それは、これまでの歴史上、精神科特例等によって少ない人員体制で、民間病院で抱え込んでしまっている背景があります。そうした背景によって、とにかく人手が足りない。

医療関係者も人間なので、感情が伴います。そうした環境下で虐待が起きることもあるでしょう。それは当然のことだと自分なりに思います。それから、医療者と患者の間に、上下関係が構築されてしまう。それを、私たち当事者は、差別偏見と捉えます。しかしながら、それだけで片付けてしまうから埋まらない現状がある。**」**

恐らく「精神科特例」の言及をされたのは悪い待遇の理由を調べたからであろう。病院側の少人数制において逼迫しているがために、当事者に対して辛く当たってしまったと言及している。

**「**自分自身も、9回の入退院を繰り返して、家族や福祉関係者の期待に応えられなかったと思う。私のような当事者が、生きづらさ、という観点に立って社会に啓発していくことが出来るか、入退院の経験やそこで感じてきたことの発信、それが権利擁護や生きる権利へ繋がっていくということを、今までの精神医療の制度の中で大事なことだと思っているんです。**」**

精神疾患になって、症状以外で(社会的待遇などの)苦しみがあったからこそ発信したいし、それを発信して状況が改善されることが本人にとっての回復であると信じている。

**「**海外では、公民権運動などからも見られるように、つまり自分のかかえている生活の諸問題をオープンにして助けを求める、いわゆる援助希求を前提に福祉がはじまっていると思うんです。でも日本では、自己の持っている障害や問題を表に出すと、世間体などが前提だったり、恥ずかしいという風潮があり、なかなか助けてと言いずらい社会が出来上がっていると思います。だから、そういった個人の諸問題を精神科医療に任せすぎてしまい、強制入院や長期の閉じ込めの問題になっているのだと思います。**」**

精神疾患への捉え方は当事者とそれ以外で異なるという認識を発言者はなされていた。スティグマが発生していると考えられるだろう。休養中の当事者が症状に甘えていると捉えられることもその一つである。また比較的に援助希求を前提としない日本社会の特徴も取り上げていた。ただし本人のスタンスとしては自分の生活における困難(スティグマも含め)は声に出して訴えることで、現制度を望んだ待遇へ変えることができるのではないかと示唆している。

# **第3章　着眼点において属性ごとの特徴と個人に見られる特徴**

## 3.1制度認識

回答者の精神保健福祉制度に対する認識(主題①)に関連する発言は、以下のように集約された。諸々の制度は全て当事者目線に立っておらず、生活の実態や困りごとを分かち合う努力がなされていないと指摘されている。4名に調査した結果、精神障害者年金認定基準に最も問題の関心が高く次点で入院制度、また障害者の賃金をめぐる問題が認知された。

以上の調査により取り上げられた話題は下記のようになり

・精神障害者年金認定基準・・・3名によって述べられた。実際の認定基準は(日本年金機構,2021)より参照する。

・精神疾患当事者の賃金適性・・・2名によって述べられた。

・症状別専門医療機関との連携・・・1名によって述べられた。

## 3.2個人の経験と制度認識、もしくは活動への捉え方の関係性

制度に対する問題意識の着眼点が過去の経験及び現在の活動内容とどのように関係するか(主題②)は以下のように発見された。また特定の診断名「強迫性障害(OCD)」の診断が出た場合、障害年金申請が通らないという発言は、当該診断名が出された有園さんと、当事者の年金申請の手伝いを行っている関村さんによるものであった。このことから、当事者としての体験もしくは支援者としての体験を通して、諸制度において設定された細かい条件、そして彼らが痛感した制度の不条理さを新たに認知できる。以下の表1は回答者の属性を示し、表2は回答内容を示している。

表1

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 回答者名 | 診断名 | 入院歴 | 罹患時の就労形態 |
| 有園 | 強迫性障害 | × | 不明 |
| 石井 | 不明 | ○ | 就労継続支援事業所 |
| 関村 | 統合失調症 | ○ | 一般就労(クローズ)[[6]](#footnote-7) |
| 藤井 | 不明 | ○ | 不明 |

表2

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 回答内での言及 | 有園 | 石井 | 関村 | 藤井 |
| 年金制度 | ○ | ○ | ○ | × |
| →未成年への制限 | × | × | ○ | × |
| →OCDへの制限 | ○ | × | ○ | × |
| 就労 | ○ | ○ | ○ | ○ |
| →一般就労の合理的配慮 | ○ | × | ○ | × |
| →事務所の賃金 | × | ○ | × | × |
| 医療 | ○ | ○ | × | ○ |
| →入院での待遇 | × | × | × | ○ |
| →専門医療機関 | ○ | × | × | × |

経験と制度認識の着眼点における共通性は、制度のカテゴリ内においても見られた。例えば当事者の働き方のうち、一般就労の問題点、事業所の問題点は各々罹患時その就労形態にて従事した回答者により発言がなされていた。また、入退院を繰り返していた藤井さんは就労までのリカバリーのあり方について指摘されていた。このように、制度認識の着眼点が異なるしこれは本人の体験に依存する。

## 3.3世間に対する問題認識

回答者の制度認識に、精神疾患へのスティグマをどう受け止めたかがどう作用したか(主題③)は以下のように判明した。まず、本人らが問題認識のある制度に対し、ただその制度の範疇に及ばず、精神疾患への差別の問題として捉えられたとも考えられる。例えば罹患当時、就労継続支援事業所で働いた経験のある石井さんは、その場で当事者への差別意識を強く感じた経験が「人間扱いしてほしかった」「キチガイ病院」などの発言に反映されていると考えられる。

さらに症状が進む中で、適切な医療に繋がらない場合最悪の状態になることも示唆された。当人や支援相手の経験から、このように適切な制度に繋がらなかったことにより当事者の困りごとが解決されず、犯罪行為や自殺行為といった過激な行動につながるのではないかという意見述べられている。

## 3.4罹患当時の経験と現在の活動の関連性

過去の経験と現在の支援/発信活動の関係性も見られた。藤井さんの場合、彼が主になさっている長期入院に対する待遇の講義は、本人の経験から。有園さんの場合、彼自身が罹患した病名を中心として活動を広げている。

他方で、広義(精神疾患当事者へのサポート、理解を広める発信活動)で経験と活動が連動しているが、細かく分類すると同じところに至っていないケースも見られる。石井さんは主に事業所、関村さんは正規就労において苦労なさっていたが、事業所・就労支援活動に特化した活動をなされていない。彼らはそれぞれ当事者会の設立・年金申請の補助を行っており、別の形で当事者の役に立つ活動を実施している。筆者は、石井さんの場合は当事者に居場所を持たせたいという思いが、関村さんの場合自身の状態でどのように就労形態を持ちかつ自身の経験を当事者に役立てるかという思いが先行したと解釈した。

「うーん。まってねーああとりあえず、社会保険労働士試験受かっただけじゃー仕事がこないので[うーん]最初は介護ヘルパーとかやったり、していたんですけれども、それを経て独立しています。で、なんだろう。今は苦労してるっちゃ苦労しているんですけれども、うーんと、まあ、働く上でっていうか、開業はしていますけど、それと同時に週二回川崎の依存症施設で[はい]非常勤で働いたりもしているので[はい]会社、なんだろう？会社で働くことは　精神障害者が働くにはどのようにすればいいかって感じを模索する感じでした。」(関村)

# **第4章　専門家視点でみた当事者と非当事者の間の権力的構造〜制度欠陥がなぜ差別や人権侵害として考えられるか〜**

本章は、主題③に該当する「彼らの制度への捉え方に、本人らの精神疾患のスティグマの捉え方がどう作用したか」を中心的に深ぼり、また先行研究で示されたスティグマと制度的欠陥の相関性と比較を行う。

## 4.1精神疾患当事者・支援職の方々視点で見る、福祉の問題の構造について

まず、上記で挙げられた諸制度は当事者の需要を捉えていないという意見が挙げられていた。また彼らは諸制度は当事者の需要と一致しないどころか、政策決定者は当事者の状況に理解を示そうとせず、彼らにとって生きやすい制度作りに対して消極的であると、専門家らは解釈している。筆者は、回答者がそのように解釈した背景に、回答者本人らが罹患時に実感したスティグマの存在があると分析している。

精神疾患当事者が社会的少数派であるがゆえに差別的待遇をされる問題の構造には、ゴフマン(引用)の定義した社会的スティグマと同様の構造が根付いている。本論文で得られる結論としては、医学における治療の手続上のみならず、社会生活上において「障害者」「健常者」という明確な枠組みに従って国民がカテゴライズされていると考えられる。本論文において罹患・支援経験のある回答者が言及された、当事者へ不利益をもたらす制度が障害者差別のように捉えられている。回答者は、政策決定者が「障害者であるか否か」というフィルターを通して精神障害福祉政策を決定していると認識しているが、その認識が存在することにより、回答者の中にもスティグマ存在すると捉えられる。また、諸制度の改正しないことが差別されているという意識を増幅させているのではないか。

ゴフマンはまずスティグマに関して、人間をカテゴライズする属性から関係性へ組み換え一種の社会過程とみなした。次点で、ゴフマン学派である(E.Brohan et al.,2010)が纏めたスティグマの分類に基づき、本論文で述べられた主張は分類できる。

Public stigmaは、(Corrigan,Watson.2002)の定義によると、一般大衆が精神疾患を持つ人々へ持つ偏見を意味する。本論文の主題に照合させると、社会全体が精神疾患という記号に基づいて他者をカテゴライズする見方を意味し、精神疾患であるか否かに基づいて他者への視座・対応を変えることに繋がる。

Experienced stigmaは(Van Brakel et al., 2006)の定義によると直接的に受けた差別や社会的制限の経験に該当する。回答者の罹患時の体験のうち、直接的に侮辱的な発言された・暴言を吐かれた内容に該当。

大衆がとある属性へ、もしくはその属性に該当する本人へどのような目を向けているかと個人が受け取ることを意味するPerceived stigmaは(Van Brakel et al., 2006)によると当事者がどのように見られているかという回答者の感想の部分に該当する。「キチガイ病院である」(石井)、「普通に話すことだけでも周りに偏見を持たれるような社会」(関村)などが該当する。

上記Public stigmaを内面化し、精神疾患に関連した恥、非難、絶望、罪悪感、差別への恐怖が内面化された結果であると定義されたSelf-stigmaは、自己属性への敗北感を増幅させると考えられる。よってスティグマを制度的欠陥や待遇の原因と捉える回答者の発言に該当すると考えた。「そういう考えの人たちが福祉作業所にいるっていうのが、僕もちょっと理解できなかったですね。」(石井)、「本当に理解して作ってるのかっていうところだよねー(中略) 理解に注意払ったほうがいいかなと思うの」(関村)

## 4.2世間の認識と制度の発言に関する関係性

上記のスティグマ以外にも「制度的欠陥」と回答者により認識された事項の要因は存在すると発言より考えられた。政府による都合等も複合された認識がなされていると考えられる。例えば関村さんの発言で提起された未成年の当事者の年金の認定級が下降する問題は、老後基礎年金が前提にあるシステムの都合によるものだと考えられる。未成年者が非納税者であることに理由づけられた一種のペナルティの結果として現れた当事者内の格差であり、当事者全体を差別的に取り扱っている制度ではない。また、藤井さんによる正規就労へのステップアップに関する発言に関しては当事者へのスティグマにより生じているのではなく、むしろ資本主義国家の影響により、生産者数を増幅しようとする勢力の結果、回復段階の当事者に無理をさせて働かせている現場が生じていると考えられる。さらに、有園さんの発言によると、当事者の日常的ケアを家庭内部に委ねられているという問題は社会保障への国家介入度合いの問題だと考えられる。彼は治療の専門家との官民連携が提起されたが、民間の社会保障への介入度が低い政府であればそれも取り組むべき優先事項にはなっていないのではないかと考えられる。

他にも、関連性の高い法令の登場の結果、当事者にとって不満の高い待遇となってしまっている事例も紹介されている。これは入退院を繰り返した藤井さんの回答によれば、医療機関スタッフが入院している当事者へ暴力とされる待遇をしているとのことだが、その背景は、精神科特例で人員削減された医療機関の運用に起因されたストレスではないかという推測の元の発言がなされている。

## 4.3先行研究との比較

まず先行研究においてスティグマの言及はあるものの、ゴフマン学派の定義するスティグマの分類の言及はない。ただし、制度的欠陥の原因を社会的スティグマとする傾向は(Hanlon,C; et al., 2017), (Triliva, S, Ntani,S, et al., 2020)にあり、本研究においても同様に見られた。また、(青木,2010)は年金制度の背景の原因としてスティグマを持ち出しているのではなく「スティグマがあるため当事者は障害年金を受給しにくい」と述べている。年金を受け取ることは偏見が横行している中で当事者自身が障害だと認める、ハードルの高いことであると示唆される。他方で、述べられている課題は調査対象の国が異なれば問題の構造も少し差異がある。スティグマがあるから取り組まないという要素が書かれていた。これらは全てスティグマの分類に当てはめるとPublic Stigmaに該当する。

(高坂,2020)にて述べられた青い芝の会の議論の最終的な過程としてその活動に参加する当事者の方が内包したSelf-Stigmaの現れとして、政策関係者を完全に自分の属性を差別する人と見立ててしまっている。ただし、これは(高坂,2020)にて調査された回答者本人の目線ではなく、脳性麻痺に対する差別的な待遇を直近でなされた方による拡大解釈された目線である。

本研究と先行研究におけるスティグマの現れ方の違いは、まず本研究の回答者は罹患体験からある程度の期間が経ち、内面化されたスティグマが一定期間潜伏している点である。(高坂,2020)は当時の当事者の言動にスティグマが反映されている様子を描いている。同様に、Self-Stigmaが世間からの見られ方や、制度的問題の背景として外面化された上で、回答へ反映されている。果たして非当事者全員が精神疾患を偏見の目で見ているのだろうか、このことは正確に把握することができない。しかしだからこそ、精神疾患の非当事者から偏見を持たれているだろうというスティグマの表れが見える。

# **第5章 結論**

#### 研究の結果

本研究の主題に対する結論はこのように得られた。

主題①「現状の精神保健福祉制度をどのように捉えているか。」についての回答は主に第2・3章で得られた。第2章にて質問別・回答者別に抽出した内容を、第3章の3.1にまとめた。まず、年金の認定基準に関する問題点が見られ、特に問題視された事項としては20歳未満の等級及び特定の診断名の障害年金の認可が指摘された。次点で指摘された問題は就労現場における当事者への処遇であった。当事者以外の方と共に働く一般的な就労環境においては当事者とそれ以外の方との共存が課題であり、就労継続事業所は最低賃金以下で労働者賃金が制定されている問題が指摘された。最後に、当事者が医療保護入院に至っていない場合、彼らの身の回りの世話は家族に委ねられてしまっているが、その負担が家族に押し寄せられることが課題として指摘された。政府機関から介入しにくい場面であると考えられるが、果たしてケアの責任の所在はどこにあったのだろうか。

次点で、②「彼らの制度への捉え方に本人らの経験がどう作用したか。」は第3章にて結論が導出できた。まず、3.2にてまとめたグラフにより、罹患経験と現状従事している職業は制度認識に相関していることが判明した。さらに3.3により、罹患した時に受けた他者からの対応が、回答者の方々も精神疾患へのスティグマを内包するきっかけになったと考えられた。それが精神疾患についての発信の動機として働きかけていた。また3.4にて、過去の経験と現在の支援/発信活動の関係性も見られたが、同一の制度的領域に関わっていないケースも存在した。

最後に、③「彼らの制度への捉え方に、本人らの精神疾患のスティグマの捉え方がどう関係したか。」の考察は第4章にて行った。まず4.1により回答者は自身の罹患時の体験により、精神疾患に対する社会的スティグマを内面化しており、制度認識につながると捉えられる。ただし、4.2などのようにスティグマ以外にも制度的欠陥の理由として言及されている要素は存在した。4.3では先行研究にて述べられた制度認識とスティグマの現れ方を比較した。制度的欠陥の原因を社会的スティグマとする傾向は同様に見られ、当事者が内包したSelf-Stigmaの現れとして、政策関係者を完全に自分を差別する人と拡大解釈してしまう傾向も先行研究同様に見られた。ただし後者においては当事者だけではなく、過去に既往歴があり、当事者を現在支援する立場にある回答者もスティグマを内面化していることがわかった。

精神疾患に罹患するきっかけは必然的で、精神疾患への罹患に本人の責任の所在はない。それにもかかわらず、その後複雑な制度に直面し、ある種の生きづらさを経験している。そこで制度的な欠陥や権利的侵害と言及された箇所の一部は、罹患したことがある人自身が障害者へのスティグマを内包しているが故に、選別された結果として捉えられてしまっている。

#### 研究の限界

本研究の限界については、精神疾患の当事者へのスティグマへの関心が具現化させないまま調査に至ってしまったこと及び、筆者本人の団体活動から派生した思い入れが本調査へ作用したことが考えられる。まず前者について、スティグマに対する関心を持っていたものの、それを言語化する切り口がうまく見つけられず、あくまでも制度認識を調査することで言及された社会制度から無理やり偏見を結びつけるような研究計画を慌てて計画していた。そのためやや計画不足な印象を受けたと考えられる。後者においては、まず筆者も当事者の人権を保護する団体に所属していたことから、自身の中で差別の定義が曖昧になっていた。勿論、当事者もかなりの差別を受けていると考えられるが、差別的な意図があるか不明な福祉制度に対し、意図があると筆者も解釈するなど、一時期当事者差別を中立的な視点で捉えられずにいた。この点はキーワード抽出を着実に行うことで、当事者も別の意味でスティグマを内包化していることに気付かされ、色眼鏡で書いた文章が多少なりに整えられたと考えられるが、不自然な文章と受け取る読み手も存在するだろう。

# **引用文献**

青木.聖久. 2022.「精神科における障害年金]障害年金制度の問題点〜ソーシャルワーカーの立場から〜」. 精神科.2022. vol. 41, no. 6, p. 833-840.

木村.貴大.2016.精神障害当事者がピアサポーターになる過程 :Ａ氏のライフストーリーから見出されるもの. 北星学園大学大学院論集2016.vol.7, p.1-17.

髙阪.悌雄. 2020.『障害基礎年金と当事者運動新たな障害者所得保障の確立と政治力学』, 明石書店

Hanlon C. et al., 2017. “Health system governance to support scale up of mental health care in Ethiopia: a qualitative study. International Journal of Mental Health Systems. 2017, vol. 11, no. 1, p. 38.

Glogowska M., Stepney M., Rocks S., Fazel M. 2022. “Implementation of significant mental health service change: perceptions and concerns of a mental health workforce in the context of transformation. Journal of health organization and management;” J Health Organ Manag. 2022, vol. 36, no. 9, p. 66-78.

Hajebi A. et al., 2021. “Integrating mental health services into the primary health care system: The need for reform in Iran. Iranian journal of psychiatry.” 2021, vol. 16, no. 3, p. 320-328.

Paton K. et al., 2021. “Clinicians’ perceptions of the Australian Paediatric Mental Health Service System: Problems and solutions. Australian and New Zealand journal of psychiatry; “ Aust N Z J Psychiatry. 2021, vol. 55, no. 5, p. 494-505.

Brohan E, Slade M, Clement S, Thornicroft G. 2010.” Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: a review of measures.” BMC Health Serv Res. 2010 Mar 25;10:80. doi: 10.1186/1472-6963-10-80. PMID: 20338040; PMCID: PMC2851715.

Corrigan PW, Watson AC. 2002. “The paradox of self-stigma and mental illness.” Clinical Psychology: Science and Practice. 2002;9:35–53. doi: 10.1093/clipsy/9.1.35.

Van Brakel WH, Anderson AM, Mutatkar RK, Bakirtzief Z, Nicholls PG, Raju MS. 2006. “The Participation Scale: measuring a key concept in public health.” Disability and Rehabilitation.2006;28:193–203. doi: 10.1080/09638280500192785.

日本年金機構.2022.“【令和4年4月1日改正版】国民年金・厚生年金保険 障害認定基準（全体版）”.日本年金機構.2022年4月1日. <https://www.nenkin.go.jp/service/jukyu/shougainenkin/ninteikijun/20140604.files/01.pdf>. 最終閲覧日2024年1月28日

# **謝辞**

本研究を進めるにあたり、多大なるご支援とご協力をいただき誠にありがとうございます。まず、一般社団法人NeBAのメンバーの皆様方に感謝いたします。当団体の活動を通じて精神疾患の当事者の状況を考える上で、筆者自身の本トピックに対する問題意識がより強く芽生えました。

次点で、実験や調査に協力してくださった有園様、石井様、関村様、藤井様に深く感謝いたします。皆様方の本研究の予備調査ないし本調査へのご協力により、本研究の成果を得ることができました。

さらに第47回自殺予防学会、Thirteenth International Conference on Health, Wellness,& Society、2022年度慶應義塾大学の政策研究支援機構の関係者方に深く感謝いたします。皆様からいただいた助成金により調査拠点を広めることができ、発表ごとに関係者の方々よりいただいたアドバイスやご指導により、本研究の成果を得ることができました。

最後に、本研究を指導してくださった慶應義塾大学の小熊英二先生、長谷川福蔵先生、秋山美紀先生、特プロや講義でお世話になった教授の方々、そして当該研究会に所属する皆様方にも深く感謝いたします。皆様に頂いたアドバイスにより研究内容を社会学的な意義を見出すことができ、有意義な学びを得ることができました。また、本研究を進めることを応援してくださった家族・友人の方々に深く感謝いたします。

# **付録：調査対象者への事前送付メールの内容**

調査対象：かつて精神疾患の当事者であり、もしくは当事者意識を持った上で精神疾患援助の活動（ソーシャルワーカー、自助グループの設立社、メンタルヘルス起業家等）

この条件に該当した複数名ほど調査する予定となります。

質疑内容

* ご活動内容について
* ご活動へ注力しようと考えたきっかけ
* ご活動をする上で、今までご苦労された点
* 日本の精神医療・福祉の分野に感じられている疑問や問題点
* 精神疾患の症状で苦しまれていた当時、特に辛かったこと
* 精神疾患にまつわる社会現象においてどうあってほしかったか(患者同士の繋がり、お金、進路、就労、配慮、偏見、等々、なんでも) 。
* 当事者を見て、今も精神疾患者が社会からの援助にあぶれていると思うか。
	+ - 精神疾患をお持ちで自殺する方についてどのように考えますか　極限状態
		- 他国と比べてどう考えますか。イメージでも大丈夫です。
		- なぜ違いがあると考えますか。
* 政府や政策が変わると思うか。
* これらは人々の認識や偏見が関係していると思うか、
* 最後に、本活動をやってよかった点。

\*本調査は半構造化インタビューの形を取ります。ご回答内容によって具体的に深掘りする形式となりますが、特定の質問に対し答えたくない場合はその際ご遠慮なくお伝えいただけると幸いです。
\*本研究は卒業論文研究の目的で実施いたします。本文その他の場所(例:他学会)に漏洩することはありません。
\*匿名で調査したい場合は、その旨をお伝えいただけると幸いです。なおその際、被調査者の職種(自助グループのスタッフ/ソーシャルワーカーなど)は本研究の研究意図と関連するため本論にて公表させていただきます。
\*なお本調査は調査中、調査後も拒否することは可能です。キャンセル料徴収等ございません。

以上となります。直接お会いして調査することも、オンラインでお伺いする形でも大丈夫です。参加可否のご連絡いただけると嬉しいです。

1. 障害に関する法律名称との互換性の都合により、本論文内では「障害」と表記する。 [↑](#footnote-ref-2)
2. 当分野において「精神疾患(の)当事者/患者」「精神障害者」など多様な言い回しが見受けられるが、前者は医師からの認定、後者は主に公的な社会福祉制度を受ける資格のある一定基準を上回る症状を持つ者としての文脈上の意味が多い。一般に前者は後者を含有し、後者は否定的もしくは制度的な意味合いが強い。精神保健福祉制度の一部の法律に「精神障害」と表記するものが存在するが、前者の該当者で制度に対する制限を受けている該当者が存在する。定義の混乱を防ぐため、本論文では「当事者」と統一する。 [↑](#footnote-ref-3)
3. 国民年金・厚生年金保険 障害認定基準 令和4年4月改訂p58 [↑](#footnote-ref-4)
4. (髙阪,2020)によると、脳性麻痺の当事者団体「青い芝の会」は年金引き上げを抗議していた。精神疾患患者の障害年金で取り上げられた問題は、医師及び年金登録機関の障害年金の適正評価である。このうち2名の回答者によると年金額が生活基準を下回る場合を見聞きした経験があり、年金額への適正支出を図らない背景は権力構造と有意な関連性があると考えられた。青い芝の会は全国展開しているが、拠点別に名前があり特に中核にいるのが東京青い芝の会であり、文献で示している「とうきょう青い芝」は当該団体が刊行する機関誌である。 [↑](#footnote-ref-5)
5. 国民年金・厚生年金保険 障害認定基準 令和4年4月改訂p58 [↑](#footnote-ref-6)
6. 精神疾患や発達障害の当事者の働く方法のうちの一つで、症状を明かさず働くこと [↑](#footnote-ref-7)