

こころのユニバーサルデザインハンドブック

精神障害のある人への 生活支援と 「障害者の権利条約」



【編集】 社団法人日本精神保健福祉士協会 精神保健福祉部 権利擁護委員会
社団法人日本精神保健福祉士協会

こころのユニバーサルデザインハンドブック

精神障害のある人への生活支援と 「障害者の権利条約」



社団法人日本精神保健福祉士協会
精神保健福祉部 権利擁護委員会 編著

序

社団法人日本精神保健福祉士協会
会長 竹中 秀彦

2009（平成21）年12月8日の閣議決定により、「障がい者制度改革推進本部」が内閣に設置されました。また、同年12月15日には、障害のある人を主たる構成員とした「障がい者制度改革推進会議」が開催されることが決定され、2010（平成22）年1月12日の第1回を皮切りに、第2回以降は概ね月2回のペースで開催されています。

障害者基本法の改正や障害者を権利主体と位置付ける法律、障害者差別禁止法、障害者虐待防止法の制定、障害者自立支援法の改廃と障害者総合福祉法の制定など、障害のある人の権利保障に照らしたさまざまな課題が検討事項となっています。障害者制度改革の実現には、法的根拠や財源確保を必要とすることが多いため、しっかりとしたロードマップの作成、プロセスの進捗管理等、相当なエネルギーを要するものと考えます。

同時に、精神障害のある人の権利を擁護する専門職を自任する精神保健福祉士は、大局的な政策動向に注目しながら、我が国における精神障害のある人々が、権利主体として真に豊かな暮らしを獲得し、自己実現が可能となるように、自らの実践を検証しながら、現実の課題や状況を改善することに努めなければなりません。

本ハンドブックが、「障害者の権利条約」の目的に謳われた「障害のあるすべての人によるすべての人権及び基本的自由の完全かつ平等な享有を促進し、保護し及び確保すること、並びに障害のある人の固有の尊厳の尊重を促進すること」の実現の一助になることを願っています。

なお、本ハンドブックの作成過程において「障がい者制度改革推進会議」の検討課題のひとつにも示されている「障害」の表記に関しては、編著を担当した権利擁護委員会より「障がい」の使用提案を受けました。しかしながら、本協会として十分な検討がなされていないことから「障害」の表記とすることとし、これを機会に、本協会としての方針を早々に検討することを確認しています。

最後になりましたが、本事業にご助成をいただきました社会福祉法人社会福祉事業研究開発基金に心より感謝を申しあげます。

発刊にあたって

社団法人日本精神保健福祉士協会
常務理事 柏木一恵

2006（平成18）年12月13日、「障害者の権利条約」が国連で採択されました。わが国は現行の国内法との整合性や包括的な差別禁止法の制定などの検討課題があり、いまだ批准にはいたっていませんが、今後その批准に向けての論議や動きが活発化していくことは間違いありません。精神障害のある人の権利を擁護する専門職を自任する精神保健福祉士は、条約批准に向けての動きに注目するだけでなく、その中身を実践に結び付けて理解し、考察し、論議を深めていかなければならないでしょう。

このハンドブックは権利擁護委員会が総力を挙げて作成したもので、「障害者の権利条約」に照らして、精神障害のある人の置かれている現状はどういう状況なのか、その中で精神保健福祉士の課題は何なのかということ、を、きわめて具体的、実践的に書いています。

私たち精神保健福祉士の実践現場は病院、地域を問わず、障害のある人の、人としてのあたりまえの権利が合法的に易々と侵害されています。社会的入院、長期収容、身体拘束、行動制限、金銭管理、

情報のコントロールなど枚挙に暇がありません。けれども私たち精神保健福祉士もどこかでそれをいたし方のないことと考えてはいないでしょうか？ 精神障害のある人の安全・保護という名目で正当化していないでしょうか？

「障害者の権利条約」はそのようなあいまいさや正当化を鋭く突いてくる存在です。私たち精神保健福祉士の視点や姿勢や対応に大きな揺さぶりをかけてくる存在ともなるでしょう。「障害者の権利条約」が実効性をもって実現化するために、私たち精神保健福祉士は何をやらなければならないのか、このハンドブックがそれを考えるヒントになり、行動の指針となることを願ってやみません。また市民を含め、精神障害のある人にかかわるすべての人への啓発に寄与することを信じています。

■ 目 次 ■

序……3

発刊にあたって……4

第一部 障害のある人の人権に係る取り組み状況と

「障害者の権利条約」……9

障害のある人の権利をめぐる状況……10

「障害者の権利条約」と精神障害……15

日本の障害者関係団体、当事者団体の取り組み……20

日本の自治体の取り組み……27

諸外国の現状

①アメリカ……39

②イギリス……43

③カナダ……52

④韓国……57

第二部 精神障害のある人への生活支援と

「障害者の権利条約」……61

精神科の強制的医療と「障害者の権利条約」……62

医療観察法と「障害者の権利条約」……65

精神科病棟における行動制限

①人員配置と「管理」……71

②通信・面会の自由……74

③任意入院の閉鎖処遇……77

精神科以外の受診……79

社会的入院・地域移行……80

当事者の声……86

精神障害のある人の退院後の地域での暮らしに関する聴き取り調査報告より

地域の福祉サービス利用と「障害者の権利条約」

①地域の福祉サービス（施設編）……91

②地域の福祉サービス（在宅編）……93

③障害者自立支援法とのかかわり……96

住宅の確保～好きなところに住もう～……105

働くことを考える……108

サービスにおける苦情申立……116

アクセシビリティ……120

日本の成年後見制度と「障害者の権利条約」……125

ハンドブック作成を終えて……132

参考文献……134

委員名簿……135



権利擁護委員会のキャラクター 「アドボくん」と「ケイトちゃん」

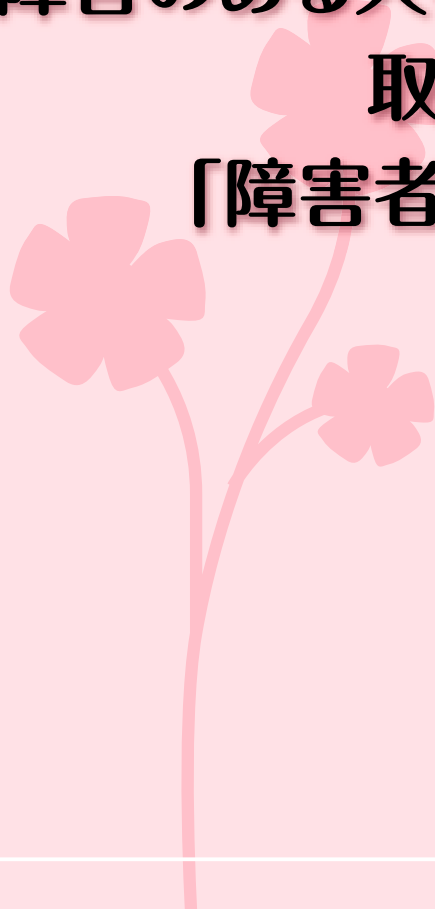


アドボくんとケイトちゃん、2人合わせて「アドボケイト」。「advocate（権利擁護者）」を意図して生まれたキャラクターです。2007（平成19）年に権利擁護委員会で刊行した『精神障がい者の生活サポートハンドブック～アドボくんとケイトちゃんから、あんしんできる暮らしのためのメッセージ～』ではこの2人がナビゲーター役を務めました。

今回、2人が新たな姿で再び登場。皆さんと一緒に、人権の問題を考えます。

第一部

障害のある人の人権に係る 取り組み状況と 「障害者の権利条約」



障害のある人の権利を めぐる状況

1 障害のある人の権利をめぐる国際的な状況

1948（昭和23）年に国連で採択された世界人権宣言は、国際人権諸条約の基礎ともいわれています。長年、保護（という名目での隔離）の対象であった障害のある人の基本的人権の尊重を強く印象づけ、第2次世界大戦後の障害者運動の発展につながる糸口となりました。

1950年代には、デンマークの知的障害のある人にかかわる市民運動から「ノーマライゼーション」が提唱され、1960年代にかけて福祉権運動が高まりをみせました。ノーマライゼーションは抽象化された「権利」概念の具体化のひとつの方法であり、世界各国に大きな影響を与えたのです。また、1970年代以降、障害のある人の自立生活の実現に向けて、当事者活動が盛んになり、「セルフ・アドボカシー」が注目されるようになりました。

その代表的なものとして、1973（昭和48）年にアメリカで生まれた知的障害のある人の当事者団体である「ピープル・ファースト」があります。ピープル・ファーストという名称には、「わたしたちは『しょうがいしゃ』であるまえに人間だ」という主張が刻まれており、現在その活動は世界に広がっています。身体障害のある人の活動としては、自立生活運動（IL運動：movement of independent living）が挙げられます。「障害者が他の人間の手助けを多く必要とする事実があっても、その障害者がより依存的であることには必ずしもならない。人の手助けを借りて15分かかって衣服を着、仕事にも出かけられる人間は、自分で衣服を着るのに2時間かかるために家にいる他はない人間より自立している」

という有名なILの規定が示すとおり、これまでの身辺自立（ADLの向上）、経済的自立をめざすリハビリテーションから、生活の質（QOL）の向上へと変換させました。

これらの運動は、隔離されていた障害のある人を施設から解放し、人生や生活にかかわる自己選択や自己決定を保障することをめざすものでした。

1975（昭和50）年の国連総会決議で「障害者の権利宣言」が採択され、「障害者は、その人間としての尊厳が尊重される生まれながらの権利を有している。障害者は、その障害の原因、特質及び程度にかかわらず、同年齢の市民と同等の基本的権利を有する。このことは、まず第一に、可能な限り通常のかつ十分満たされた相当の生活を送ることができる権利を意味する。」と明記されました。障害のある人の人格および財産保護のための的確な法的援助の必要性がうたわれ、「障害者の権利擁護」を社会的システムとして整備する必要を検討する契機ともなりました。

国際障害者年やその後の「障害者の10年」、精神障害に関しては「精神疾患を有する者の保護及びメンタルヘルスケアの改善のための諸原則に関する国連決議」（1991）などの国連の動き、これに呼応したアジア・太平洋をはじめとする各国・地域の取り組みが継続されてきました。以後、各国で包括的な差別禁止法の制定が検討され、あらゆる差別を禁止したアメリカの「障害を持つアメリカ人法」（通称ADA法: Americans with Disabilities Act, 1990年制定）は、そのひとつの到達点ともいえます（ニュージーランドでは人権法が1993年に、イギリスでは1995年に、韓国では2008年に障害者差別禁止法が制定されるに至っています。P.39「諸外国の現状」を参照）。

そして、2006（平成18）年12月13日に「障害者の権利条約」が国連で採択され、2010（平成22）年3月25日の時点で、144ヶ国が条約に署名し、83ヶ国が批准しています（国連ホームページ〔英語〕<http://www>。

un.org/disabilities/countries.asp?id=166)。

このように欧米の先進諸国では、ノーマライゼーションは、「脱施設化」という形で具現化をたどりました。大規模な障害者施設の解体や縮小が次々に実施されてきています。そこには、社会と当事者の関係性の重視、当事者中心の個別的な支援、サービスを選択できる保障といった、障害のある人が地域で生活することを権利として保障し、その質を追及する実践が展開されてきたのです。そうした流れは、専門職主導から、社会への積極的な参加、自己決定・自己実現を支援するといった当事者主体の実践への転換を意味しています。「医学モデル」から「社会モデル」への転換に留まらず、「人権モデル」への志向を示すものでもあり、その背景には専門職の支配に対する抵抗、根強い専門家批判があることも忘れてはなりません。

2 日本における精神障害のある人の現状

日本では精神障害のある人は、長年医療の枠組みの中で遇されてきた歴史があり、福祉の対象として認知されたのはごく最近のことです。1984（昭和59）年の医療法人報徳会宇都宮病院事件¹⁾などに代表されるような人権侵害事件が跡を絶たない状況で、国際法律家委員会・国際医療職専門委員会第1次調査が1985（昭和60）年に実施され、1986（昭和61）年の国際法律家委員会では、日本の精神医療は国際的な批判を受けました。その勧告の結果、1987（昭和62）年に「精神衛生法」が「精神保健法」へと改正され、任意入院制度の新設、精神医療審査会の設置、入院告知などのシステムが整えられたのです（なお、その後も1988年に2次調査、1992年に3次調査が行われています）。

国際的には精神疾患により、生活に障害のある人たちは早い時期から福祉の対象とされていましたが、日本において福祉の枠組みの中で捉え

られるようになるのは、国際障害者年を経て、1992（平成4）年の「障害者基本法」の成立を待たなければなりません。障害者基本法に含まれたことが、他の障害のある人と同等の位置付けを獲得していく足がかりとなり、ようやく精神病患者が「障害のある人」として認知されてきたのです。2006（平成18）年に成立した障害者自立支援法は、応益負担の問題を中心に、当事者や関係団体から強い反発を受けましたが、三障害一元化が図られたことに関しては一定の評価ができるのではないかと思います。

精神障害のある人をめぐる日本の現状としては、いまだに多くの長期入院者が病院の中で暮らしています。そもそも精神科医療や精神保健にかかわる行政は精神病患者に対する医療と保護を基調として、病院に隔離収容することを目的としていました。精神科医療の特徴のひとつとして、「精神医療はもともと強制医療として性格づけられてきたのであった。他科の診療と違って、精神科ではその意に反する入院、すなわち強制入院・治療を正当化するための立法化が特別に図られている」ことが挙げられます⁽²⁾。しかし、そうした入院システムが人権を侵害する側面をもってきたことも現実です。

2004（平成16）年には厚生労働省障害保健福祉部が「障害保健福祉改革のグランドデザイン案」を発表し、三障害一元化、自立支援、応能負担という方向性を打ち出しました。同年、精神保健福祉分野でも「精神保健福祉施策の改革ビジョン」が出され、約7万人ともいわれる社会的入院者の退院促進を行うことが盛り込まれました。具体的な退院促進に関しては、モデル事業を経て、2008（平成20）年度から「精神障害者地域移行支援特別対策事業」としてさらなる推進が図られていますが、長期入院患者が高齢化してくる中で、事業がどの程度実効性をもって運用されるかが問われているのです。

◎ 第一部 障害のある人の人権に係る取り組み状況と「障害者の権利条約」 ◎

また、2003（平成15）年に施行された「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律」（心神喪失者等医療観察法）に関しては、人権団体等からの強い反対が今も続いており、形を変えた保安処分ではないかという批判もあります。精神障害のある人たちの治療の必要性と人権の問題は、古くて新しい課題でもあるのです。（岩崎）

〈注〉

- (1) 1983（昭和58）年に、栃木県の精神科病院である報徳会宇都宮病院で、患者2名が看護職員等の暴行によって死亡した。このことが1984（昭和59）年に新聞報道によって発覚、事件となった。
- (2) 『精神医療と人権 1 日本収容所列島』戸塚悦郎・広田伊蘇夫共編 亜紀書房 1984 p.264

「障害者の権利条約」と 精神障害

1

「障害者の権利条約」の特徴

「障害者の権利条約」の特徴として、ひとつには、社会権が重視されてきたこれまでの条約と異なり、自由権と社会権の混成だと評価されていることが挙げられます。その最も明白な根拠は「第1条 目的 この条約は、障害のあるすべての人によるすべての人権及び基本的自由の完全かつ平等な享有を促進し、保護し及び確保すること、並びに障害のある人の固有の尊厳の尊重を促進することを目的とする（後略）」（川島聡=長瀬修仮訳：2008年5月30日付、以下同）という文言に示されています。また、障害が個人に在るというこれまでの障害観を転換し、障害が、社会と環境の中に存在するものであるというパラダイムの転換を果たしたことも大きく評価できる部分だといえます。「障害者の権利条約」はこれまでの他の条約と比較すると、破格のスピードで採択されましたが、そこには「私たちのことを私たちぬきで決めないで（Nothing about us, without us!）」をスローガンとして、多くの障害当事者が参加しました。それは、これまで医療や福祉の対象（客体）であった「障害のある人」が人権の主体であることを明白にし、人間の多様性への配慮を怠ってきた社会、その構造に対して、不便を強いられてきた人たちが訴える権利をもつのだという強いメッセージでもあったのです。

「合理的配慮義務」（Reasonable accommodation）はそうした主張の象徴であり、第2条において、「障害のある人が他の者との平等を基礎としてすべての人権及び基本的自由を享有し又は行使することを確保するための必要かつ適切な変更及び調整であって、特定の場合に必要なとき

● 第一部 障害のある人の人権に係る取り組み状況と「障害者の権利条約」 ●

れるものであり、かつ、不釣り合いな又は過重な負担を課さないものをいう」と定義されています。

こうした発想は、「障害学」が主張し続けてきた「障害の社会モデル」と一致しており、個人を中心に置くが、「問題」は個人の外にあり、社会によってつくられた障壁除去に取り組むことによって、尊厳および平等が確保されるという立場に立つものです。つまり、今回の条約は、これまでの国際的な人権規約等とは異なる「障害のある人を対象とした特別な条約」「新たな権利」として制定されるのではなく、すでに他の規約等でうたわれている人として保障されるべき権利が、誰にも平等に保障されることを実現するためのものだといえるのです。第2回障害者権利条約アドホック委員会後、2003（平成15）年10月に開催されたアジア太平洋経済社会委員会（ESCAP）地域ワークショップでまとめられた「バンコク草案」と、それを下敷きとして同年12月に示された議長草案の第1条には「差異の権利」（Right to be different）が盛り込まれていましたが、その後の委員会の議論の中で、逆に差異の権利は新しい権利であるという理由から文言としては明示されませんでした。「差異の権利」は「合理的配慮」と並び、障害のある人たちの主張を伝える力をもつ言葉であるが、第3条に「差異の尊重」（Respect for difference）としてそのニュアンスを伝えるに留まったのです。

2 精神障害のある人をめぐる課題

障害によって、着目する部分は微妙に異なりますが、精神障害に関しては、特に、第12条「法律の前における平等な承認」、第14条「身体的自由及び安全」、第17条「個人のインテグリティ〔不可侵性〕の保護」といった条文が、国内法と矛盾することが指摘されています。その主な対象となるのが、民法における成年後見制度、精神保健福祉法、心神喪

失者等医療観察法における処遇です。

権利条約の検討の場において、精神障害のある人の立場を代表したのが、世界精神医療ユーザー・サバイバーネットワーク（WNUSP）です。WNUSPは、他の障害者団体と協働し、強制や意思決定の代行が行われている現状を粘り強く主張しました⁽¹⁾。

そうした議論を経て採択に至った条約ですが、日本政府仮訳によって、また新たな議論が巻き起こりました。そのひとつの焦点が、第17条における「integrity」の訳出で、「Protecting the integrity of the person」が、日本政府仮訳では「個人が健全であることの保護」とされていることに比して川島聡＝長瀬修仮訳は「個人のインテグリティ〔不可侵性〕の保護」としています。同様に「Every person with disabilities has a right to respect for his or her physical and mental integrity on an equal basis with others.」という条文に関しても、川島らは「障害のあるすべての人は、他の者との平等を基礎として、身体的及び精神的なインテグリティ〔不可侵性〕を尊重される権利を有する」と表現しています。それは「自由権規約第7条 拷問、品位を傷つける取扱い」に関する「自由権規約委員会による一般的意見 20」（1992）において、「The aim of the provisions of article 7 of the International Covenant on Civil and Political Rights is to protect both the dignity and the physical and mental integrity of the individual.」（第7条の目的が個人の尊厳と、身体的、精神的なインテグリティが守られることである）と明示されていることに照らし合わせると、政府仮訳が示すような「健全であることの保護」といったあいまいで抽象的な言葉に置き換えられるものではなく「強制」を否定する強い主張を含んでいるといえます。政府仮訳は修正を経て定訳とされそこで、「そのままの状態で保護する」「そのままの状態で尊重される権利を有する」と仮訳よりは若干明確な表現が使用されていますが、その姿勢には変わらないのが見

受けられるのです。

批准に期待が集まりながらも、このように条約に示されたニュアンスが訳によって歪められることや、包括的な差別禁止法の制定を抜きに条約が批准されることなどへの懸念が、NGO等関係者から寄せられているのもまた現状なのです。

3 日本の精神障害者施策と「障害者の権利条約」

「障害者の権利条約」をまだ批准していない国は多く、日本もそのひとつです。権利条約への署名以後、日本がいつどのように条約を批准するのかに注目が集まっています。

すでに、千葉県では「障害のある人もない人も共に暮らしやすい千葉県づくり条例」が、北海道では「北海道障がい者及び障がい児の権利擁護並びに障がい者及び障がい児が暮らしやすい地域づくりの推進に関する条例」が制定されています（P.27参照）が、権利条約の批准に関しては検討が行われている最中です。

現行の国内法との整合性をどうつけるのか、包括的な差別禁止法の制定はどうなるのかということが「条約の実効性」に結びついているため、当初、かなり早い時期に批准されるという情報もありましたが、十分な検討なしに批准することは条約を形骸化させてしまう等の関係団体の反対もあり、今後の行方に注目が集まっています。

日本政府の対応として、2008（平成20）年12月26日に「障害者施策推進課長会議」が開催され、「障害者施策の在り方についての検討結果について」が公表されました。今年見直しを迎える障害者基本法に関して、障害者施策推進本部のもとに検討が重ねられてきたわけです。2007（平成19）年12月に策定された新たな重点施策実施5か年計画においては、「障害者の権利条約」の「可能な限り早期の締結を目指して必要な国内

法令の整備を図る」ことが明示され、焦点として①差別の類型化を図ること、②「合理的配慮の否定」が差別に含まれることを明記する、③基本的理念として規定された差別禁止について、「合理的配慮の否定」を踏まえたものとするなどが挙げられていました。

しかし、2009（平成21）年9月、民主党政権が誕生したことにより方向が転換し、同年12月8日、「障がい者制度改革推進本部」が総理大臣を本部長として設置され、権利条約の批准に向けた検討が改めて始まったところです。「障害者基本法」の改正、「障害者自立支援法」などを含めた国内法の整備が、障害のある人たちに対して実効性を伴った形で実現されることが望まれます。（岩崎）

〈注〉

(1) 長野英子仮訳「精神病を有する者の保護原則に関する見解」

<http://nagano.dee.cc/wnuspanti.htm>

日本の障害者関係団体、 当事者団体の取り組み

日本国内でも、多くの障害者関係団体や当事者団体が、障害のある人自身が権利主体となる社会をめざして永きにわたり活動してきました。ここでは、そうした団体の主な取り組みと「障害者の権利条約」への反応について紹介します。



日本障害フォーラム (Japan Disability Forum : JDF)

日本障害フォーラム (Japan Disability Forum : JDF) は、「アジア太平洋障害者の十年 (1993-2002)」最終年事業の実施を通じ、日本国内の主要な障害者関係団体が幅広く連携したことを契機に、2004 (平成16) 年10月、正式に設立しました。

2010年3月現在、次の13の関係団体にて構成されています。

日本身体障害者団体連合会、日本盲人会連合、全日本ろうあ連盟、日本障害者協議会、DPI日本会議、全日本手をつなぐ育成会、全国脊髄損傷者連合会、全国精神保健福祉社会連合会、全国社会福祉協議会、日本障害者リハビリテーション協会、全国「精神病」者集団、全国盲ろう者協会、全日本難聴者・中途失聴者団体連合会

JDFは主として4つの事業に取り組んでいます。その中に「国連・障害者の権利条約の推進」と「障害者の差別禁止と権利に係る国内法制度の実現」という2つの事項を含め、それぞれ委員会を設けて活動しています。

JDFはこの条約の推進を目的として、国連アドホック委員会（以下、特別委員会）に、2002（平成14）年第1回から2006（平成18）年第8回

までの間、NGO派遣団団長を中心に東俊裕弁護士（DPI日本会議所属）のほか、JDF関係者、障害当事者など、約200人を派遣し、政府に対し強力な働きかけを続けました。また、採択以前には「権利条約推進委員会」として、採択以後は政策委員会の中の「条約小委員会」として、日本政府との意見交換会を、2009（平成21）年8月20日までの間に19回にわたり開催しています。加え、2005（平成17）年2月22日に設立された「国連障害者の権利条約推進議員連盟」との意見交換会等を10回にわたり継続するなど、共通認識の共有に向けて精力的に活動するほか、議連によるJDF行事への参加が実現されるなど、協力関係の構築が進んでいます。

またJDFは、この条約への批准には、障害者基本法の適切な改正だけでなく、新たに「障害者差別禁止法（仮称）」を制定することが必須であるとしています。そこでは、「障害者基本法」第3条3項にて差別の禁止をうたっているものの、「何が障害に基づく差別なのか」が明記されておらず、また裁判規範性がないために差別禁止の強制性と実効性が担保されていない、という見方を根拠としています。

「障害者の権利条約」の日本語訳に関しては、政府仮約に対し、JDFとして川島聡＝長瀬修仮訳を公表し、これまでに2度の改定を行っています（最新版は2008年5月30日付）。JDFは、政府仮約にはいくつかの問題点があるとしています。たとえば、「integrity」（インテグリティ〔不可侵性〕）については“健全”、「inclusive education」（インクルーシブ教育）は“障害者を包容する教育”として政府が仮約を示している点について、本来の条約の趣旨や権利主体が障害のある人であるという観点から外れていると指摘しています。またこの条約第19条(a)の“特定の居住施設”という部分に“病院”が含まれていない点についても問題があるとしています。これらについては、福祉新聞社が発行する啓発冊子『障害者権利条約で社会を変えたい』において、具体的な指摘を公表

◎ 第一部 障害のある人の人権に係る取り組み状況と「障害者の権利条約」 ◎

しています。その後、2009（平成21）年3月3日外務省より「公定訳文案」が国会議員に示されました。JDFとしては政府仮訳に対する批判やコメントを加味したうえで公定訳が示されたことに対し、一定の評価は示しつつも、課題が残っているとしています。

そのほかにもこの条約の批准に向け“JDF地域フォーラム”と称したセミナーを各地で開催するほか、各自治体における障害者差別禁止条例制定への動きに対し、連携・協力を深めています。また『みんなちがってみんな一緒！ 障害者権利条約』と題した解説パンフレットの発行や、「障害者の権利条約」を批准するまでを第一次普及期間とした「イエローリボン運動」を提唱し、バッジの普及に励むなど、幅広い生活者を対象とした活動に積極的に取り組んでいます。



特定非営利活動法人（認定NPO法人）DPI日本会議 (Disabled Peoples' International : 障害者インターナショナル)

DPI (Disabled Peoples' International : 障害者インターナショナル) は、1981（昭和56）年の国際障害者年を契機に、障害種別を超え「自らの声」をもって活動する障害当事者団体として、シンガポールにて誕生しました。日本においては、それから5年後の1986（昭和61）年にDPI日本会議として発足し、障害のある人の機会均等と権利の獲得に尽力しており、現在では全国60の団体が加盟しています。

この条約に関しては、第1回特別委員会において委員会に障害当事者等も含める決定が下されたことを受け、DPI日本会議は2003（平成15）年6月に開催された国連アジア太平洋経済社会委員会での権利条約専門家会議およびセミナーにおいて「ポジションペーパー」を提出し、「地域生活の権利」として提案。その後の条約交渉に大きな影響を与えています。また、JDFの事務局を担うDPI日本会議は、常任委員である東俊裕弁護士を、第2回（2002年）から第8回（2008年）の特別委員会に日

本政府代表団顧問として派遣しています。

加えて、2008（平成20）年2月以降JDFが主催する“JDF地域フォーラム”において、DPI日本会議の加盟団体が事務局団体を担うなど、JDFとの連携を深めています。

また2004（平成16）年にはDPI日本会議が参加する「障害者政策研究全国実行委員会」より「障害者差別禁止法要綱案（第3次案）」を作成し発表しています。その後、2008（平成20）年6月には「障害をもつ人の権利保障と差別を禁止する法律案（通称：障害者市民案）」を提示しました。障害者関係団体および関係者からの意見を募集・集約し検討を重ね、同年12月13日には第5次案を発表し、制定に向け力強く活動しています。

DPI日本会議は、「日本国憲法」第14条では差別を受けない権利をうたい、「障害者基本法」第3条3項では差別を禁止すると明記しながらも、直接規制する効力をもっていないことを指摘しています。よって、“何が差別にあたるのか”を細かく明記し、実際に差別を受けた障害のある人が救済されるための法の制定が必要であると訴えているのです。DPI日本会議は、権利条約第3条「原則」にも登場する「社会への完全かつ効果的な参加及びインクルージョン」を実現させるためにも、「障害者差別禁止法」が制定されるべきであるとしています。

また、担当役員や事務局より、「障害者の権利条約」批准にあたっての条件をDPI日本会議事務局試案として作成し、機関誌にて発表し、2007（平成19）年12月には『障害者の権利条約でこう変わるQ&A』と題した本を出版しています（東俊裕監修、DPI日本会議編、解放出版社）。



日本障害者協議会（Japan Council on Disability：JD）

1981（昭和56）年の国際障害者年の成功を目的とし、1980（昭和55）

◎ 第一部 障害のある人の人権に係る取り組み状況と「障害者の権利条約」 ◎

年4月、障害のある人および障害者関係団体によって「国際障害者年日本推進協議会」が発足しました。その後、1993（平成5）年4月「国連・障害者の十年」の終了を契機に、名称を現在の日本障害者協議会（Japan Council on Disability：JD）に改めています。JDは2009（平成21）年4月1日現在にて、62の障害のある人およびその家族を含む当事者団体と障害者関係団体にて構成され、私たち社団法人日本精神保健福祉士協会も正会員となっています。JDは、各政党や行政への提言および調査研究、セミナー開催等の社会啓発活動、情報の収集と提供を主な活動とし、JDF設立時には参加団体として加わり、この条約においては、実質性を伴った早期批准を目的とした取り組みを続けています。

またJDとして、2008（平成20）年5月25日に、「障害者の権利条約」の実現に向けて「フォーラム障害者とICT」を開催しました。JDはIT（Information Technology）として表現されてきた分野を、この条約が表現するICT（Information and Communication Technology）として表現し、重要な権利としてアクセシビリティが掲げられる一方で、携帯電話などのコミュニケーションツールの劇的な変化に際し、障害のある人の利活用の格差が広がっていることに着目しています。さらに政府に対し、「障害者の権利条約」批准において国内法の見直しを要請する「コミュニケーション、アクセシビリティ、情報へのアクセスをめぐるの意見書（案）」を公表するなどしています。加えて、JD内に設置している“情報通信委員会”より、政府仮約に対する意見書を2009（平成21）年4月14日に提出するなど活発に活動しています。

JDとしては、JDFと同様、形式だけの早期批准は避けるべきであるとし、批准に際しては「障害者基本法」の改正および既存の国内法の改善、障害者差別禁止法の制定が必要になると主張しています。

また、2008（平成20）年9月刊行の福祉新聞社『「障害者の権利条約」で社会を変えたい』のデージー版（障害のある人のためのデジタル録音

図書)を発行するなど、障害当事者にとってより身近なものとなりえるよう、工夫された活動を実現しています。



日本弁護士連合会

(日弁連 / Japan Federation of Bar Associations : JFBA)

日本弁護士連合会(日弁連)とは、1949(昭和24)年9月1日に発足した弁護士団体で、日本国内すべての弁護士が所属する集まりとなっています。

日弁連では、「人権擁護委員会」「高齢者・障害者の権利に関する委員会」を設置し、人権擁護に関する集会等を開催しています。また、2001(平成13)年8月、日本政府に対し、国連人権(社会権)規約委員会が“障がいを理由とした差別を禁止する法律の制定”を勧告したことを受け、日弁連では日本国憲法および現行法(障害者基本法等)では不十分であるとし「障害者差別禁止法作業チーム」を設置しています。2002(平成14)年9月には要綱案を発表し、2003(平成15)年9月には「差別禁止法の制定に向けて」と題したパンフレットを発行しています。

その後2006(平成18)年10月には「障がいを理由とする差別を禁止する法律」要綱(日弁連試案)を提案しました。同年12月13日の「障害者の権利条約」の採択を受け、2007(平成19)年には「障がいを理由とする差別を禁止する法律」日弁連法案概要を発表するなど、積極的な活動を永きにわたり継続しています。

また、2008(平成18)年4月9日には、国際人権問題委員会の第52回「国際人権に関する研究会」において「国連障がい者権利条約の目指すもの・国内法としての差別禁止規範について」と題した研究会を、2009(平成21)年4月21日には日弁連主催による「障がいのある人の権利条約批准と批准に際し整備すべき国内法」というテーマで集会を開催しました。ここでは“障がいのある人からの声”として、JDFの幹事で日

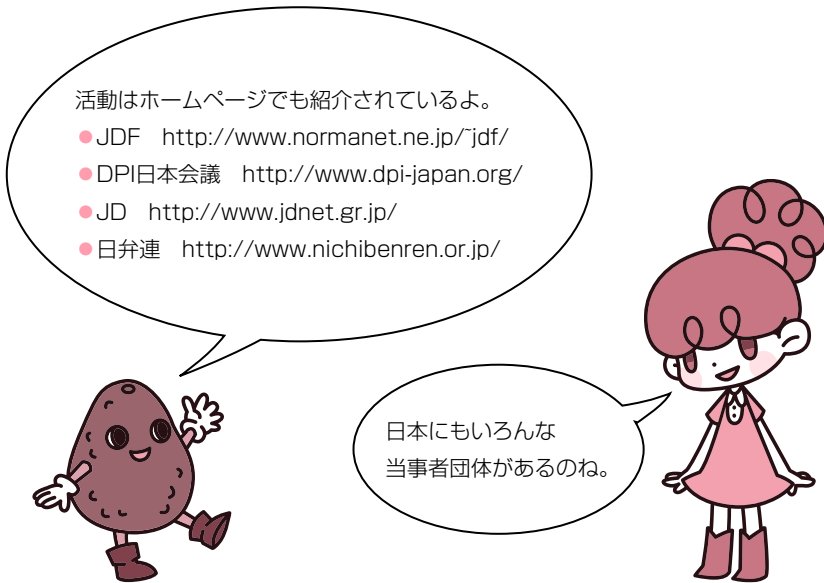
● 第一部 障害のある人の人権に係る取り組み状況と「障害者の権利条約」 ●

本身体障害者団体連合会常務理事でもある森祐司氏が参加しています。

日弁連としては、この条約が早期に批准されるべきであるとすると同時に、現存する国内法の改正にとどまらず、障害のある人への差別を禁止する包括的な法律を制定することが必要であるとしています。(田波)

<参考資料>

- 1) 『季刊 福祉労働』第117, 108, 121, 124号 現代書館
- 2) 『障害者権利条約で社会を変えたい』福祉新聞社 2008



日本の自治体の取り組み

1 各都道府県の取り組み

2004（平成16）年6月、「障害者基本法」が改正され、障害を理由とする差別の禁止に関する理念などが新たに明示されました。それに伴い、差別禁止に向けて都道府県独自の取り組みがなされてきています。障害のある人の差別禁止については、どの都道府県においても作成されている障害福祉計画に盛り込まれています。ただし差別と一言でいっても、性差別問題、被差別部落問題、外国人差別問題、セクシュアルハラスメント、子どもに関する問題（いじめ、虐待など）、高齢者への差別の問題、犯罪被害者への差別の問題、ハンセン病患者への偏見の問題など幅広く、それぞれの地域、都道府県の抱える課題解決の優先順位もあり、障害のある人への差別禁止への取り組みについても、地域ごとに温度差があることも事実です。

以下に各都道府県の差別禁止に向けての具体的な取り組みの一部を挙げました。バリアフリーやユニバーサルデザインなどの環境整備や、街づくりの一環としての取り組みもあれば、障害のある人への差別禁止に特化した条例もあるなど、内容も多岐にわたります。

それぞれの自治体がそれぞれの取り組みを実践するなか、精神保健福祉士は、まず自身の活動する地域の自治体がどんな歴史的背景をもち、そのうえでどんな理念をもって障害のある人の差別・人権の問題に対して活動しているのかを知ることが大切です。そして、その自治体などの取り組みを、目の前の精神障害のある人の実際の生活に結びつける役割があるのではないのでしょうか。

【各都道府県の具体的取り組み】

2010年2月1日現在

都道府県	取 り 組 み の 内 容
北海道	2010（平成22）年4月「北海道障がい者及び障がい児の権利擁護並びに障がい者及び障がい児が暮らしやすい地域づくりの推進に関する条例」施行予定。
青森県	2004（平成16）年障害のある人でも高齢者でも、誰でもアクセスでき、利用できる「情報システムアクセシビリティガイドライン」を制定。
岩手県	2008（平成20）年「障がい者への差別をなくすための岩手県条例の制定について請願」が議会にて採択。
宮城県	2005（平成17）年「障害のある人への差別を排除する県の条例を制定するための素案」は、現地の障害者団体との調整がうまく行かず、軋轢を呼んで頓挫。
秋田県	2003（平成15）年度「あきたバリアフリーマップ」として、施設のバリアフリー情報を提供するホームページ開設。
山形県	2009（平成21）年「山形県みんなにやさしいまちづくり推進指針」策定。
福島県	2007（平成19）～2010（平成22）年度「ふくしま型ユニバーサルデザイン」実践行動計画を策定。
茨城県	2003（平成15）年「いばらき障害者いきいきプラン」策定。
栃木県	2007（平成19）年、新とちぎ障害者プラン21にて「障害者の権利に関する条約」の周知を図ると明記。
群馬県	「群馬県障害者計画～バリアフリーぐんま障害者プラン4～」(2009～2011年度) 策定。
埼玉県	2010（平成22）年までの「彩の国障害者21プラン」において施策の第一に位置づけ、権利擁護センターにおける相談や支援を実施。

	1995（平成7）年、「福祉のまちづくり条例」策定、バリアフリーのまちづくりへ取り組み。
千葉県	2006（平成18）年「障害のある人もない人も共に暮らしやすい千葉県づくり条例」成立。
東京都	2009（平成21）年策定「福祉のまちづくり条例」に基づき、バリアフリー化を推進。 都議会にて、差別禁止条例についてとりあげられることが多い。
神奈川県	誰もが安心して豊かに暮らすことができる地域社会の実現をめざして、障害者自立支援法に基づき「神奈川県障害福祉計画」を第2期（2009～2011年度）として改定。
新潟県	「にいがたバリアフリーガイドマップ」を県のホームページに掲載。
富山県	2004（平成16）年～2013（平成25）年「新とやま自立共生プラン」実施。
石川県	1997（平成9）年「石川県バリアフリー社会の推進に関する条例」策定。2002（平成14）年「いしかわ障害者プラン」策定。
福井県	2007（平成19）年「福井県障害者福祉計画」策定。
山梨県	2004（平成16）年、県障害者施策推進協議会で差別禁止条例について提案。
長野県	2003（平成15）年「障害者差別を禁止し障害者の権利を保障する法律の早期制定を求める意見書（案）」が議会に提出。 2007（平成19）年長野県障害者プラン後期計画に差別禁止について記載。
岐阜県	2010（平成22）年「岐阜県障がい者支援プラン」（第2期）に対する意見募集（パブリックコメント）実施。
静岡県	2007（平成19）年～2011（平成23）年「ふじのくに障害者プラン21」実施。

◎ 第一部 障害のある人の人権に係る取り組み状況と「障害者の権利条約」 ◎

愛知県	2009（平成21）年、障害のある人への差別をなくそうと県内25の障害者団体で作る「愛知障害フォーラム」が、障害者差別禁止条例案を作成し、愛知県議団各会派団長、愛知県知事に条例案を提出し、条例制定を要望。
三重県	1997（平成9）年「人権が尊重される三重をつくる条例」制定。2008（平成20）年議会にて「三重県障害のある人の権利に関する条例」制定を嘆願。継続審査中。
滋賀県	すべての人に人権が尊重される豊かな社会をめざし、2001（平成13）年「滋賀県人権尊重の社会づくり条例」策定。2003（平成15）年「滋賀県人権施策基本方針」策定。
京都府	2005（平成17）～2014（平成26）年度「京都府障害者基本計画キラリ☆21」を実施。
大阪府	2009（平成21）年「福祉のまちづくり条例」改正。同年、「障害者差別禁止条例」策定に向けての検討の要望。
兵庫県	1992（平成4）年「福祉まちづくり条例」制定。
奈良県	ユニバーサルデザイン推進事業が「2010（平成22）年平城遷都1300年記念事業」に向けて2006（平成18）年よりすすめられている。
和歌山県	2002（平成14）年「和歌山県人権尊重の社会づくり条例」施行。差別禁止条例の制定は検討中。
鳥取県	2005（平成17）年「人権侵害救済推進及び手続に関する条例」成立。 2009（平成21）年「人権侵害救済推進及び手続に関する条例」の廃止を含めた「鳥取県人権尊重の社会づくり条例の一部を改正等する条例」成立、「人権侵害救済推進及び手続に関する条例」は施行されないまま廃止。
島根県	2000（平成12）年「島根県ひとにやさしいまちづくり条例」施行。

岡山県	2010（平成22）年までの「岡山県障害者長期計画」の基本的方針で、住みよい福祉のまちづくりの推進の項目のなかに「差別や偏見の解消、思いやりのある心を育む教育の充実、地域での支え合いの推進、ボランティア活動の促進等、心のバリアフリーの推進」と記載。
広島県	2006（平成18）年に改定された「広島県人権啓発推進プラン」に人権尊重、施設職員の人権啓発について記載。
山口県	2009（平成21）年～2012（平成24）年の「やまぐち障害者いきいきプラン」に「権利擁護の推進」と表記。
徳島県	2007（平成19）年「徳島県ユニバーサルデザインによるまちづくりの推進に関する条例」成立。
香川県	2003（平成15）～2011（平成23）年「かがわ障害者プラン」実施。
愛媛県	2001（平成13）年「愛媛県人権尊重の社会づくり条例」施行。 2003（平成15）年「愛媛県人権啓発センター」設置。
高知県	1998（平成10）年「高知県人権尊重の社会づくり条例」施行。
福岡県	1998（平成10）年「福岡県福祉のまちづくり条例」成立。
佐賀県	1998（平成10）年「佐賀県人権の尊重に関する条例」施行。
長崎県	1997（平成9）年「長崎県福祉のまちづくり条例」施行。
熊本県	熊本県の23団体で構成する「障害者差別禁止条例をつくる会」が活動中。県も「障がい者への差別をなくすための条例」に向けたプロジェクトチームを作り、障害のある人自身も入った条例検討委員会の設置の見通し。
大分県	2008（平成20）年「人権に関する県民意識調査」実施。 2009（平成21）年「大分県人権尊重社会づくり推進条例」施行。
宮崎県	「障害者差別禁止条例の制定をめざす宮崎世話人会」が、勉強会を開催し、70事例を検証。2012（平成24）年の条例化をめざす。

● 第一部 障害のある人の人権に係る取り組み状況と「障害者の権利条約」 ●

鹿児島県	1999（平成11）年「鹿児島県福祉のまちづくり条例」制定。
沖縄県	「障がいのある人も、ない人もいのち輝く条例づくりの会」が2008（平成20）年から、事例検証、シンポジウムなどを開催。条例文案をまとめ、署名活動を展開中。 「第3次沖縄県障害者基本計画～美らしま障害者プラン～」にて権利条約、差別禁法案について記載。

※差別禁止条例に関する取り組みを行った都道府県は で表記



2 千葉県の取り組み

2006（平成18）年、全国に先駆けて千葉県で「障害のある人もない人も共に暮らしやすい千葉県づくり条例」が成立しました。同じような差別禁止条例の成立に向けて動いている団体の勉強会などの参考材料となったり、議会での答弁でも施行後の動向をうかがわれたりしている様子からも、この千葉県の取り組みは全国の各自治体に大なり小なり影響を与えていることがわかります。この条例ができるまでの動き、特徴、現状、そして課題などを確認します。

● 条例ができるまで

2004（平成16）年に当時の堂本暁子知事が千葉県障害者計画の重点課題のひとつとして「千葉県独自の障害者差別をなくす条例づくり」に触れました。そして、この条例の成立に向けて、「障害者差別をなくすための研究会」が発足しました。民間から公募されたこの研究会の委員には、視覚、聴覚、身体、知的、精神障害各分野の専門家、家族、当事者、医療、教育、企業分野の関係者に加え、差別される側だけでなく、差別してしまっているだろう側（観光ホテル営業マン、旅行代理店の社員、製薬会社の役員、不動産会社社長）も含まれていたことが特徴です。研究会では、県民から寄せられた800件を超える差別事例を題材に解決法を話し合い、「教育」「福祉」「医療」「労働」「商品・サービスの提供」「建物・公共交通機関」「不動産取引」「情報の提供」などの分野に分類し、分析を行いました。また、委員会活動の他にも2005（平成17）年から、県内32ヶ所でタウンミーティングを開催しました。このタウンミーティングでは、①各地域で障害別や立場や世代を越えて障害に関係のある住民が顔を合わせ、手作りで企画立案し、②カンパで資金を集め、一般市

● 第一部 障害のある人の人権に係る取り組み状況と「障害者の権利条約」 ●

民に参加を呼びかけ、③県は資料を用意し、当日に担当職員を派遣して条例の説明をするといった活動が行われました。その後、秋に研究会にて条例づくりへの具体的議論が交わされはじめ、条例の名称、前文、目的、障害の定義、差別の定義、解決するための仕組みなど項目別に障害福祉課の職員が集約し、文章化して、研究会にて報告し、12月に条例案が完成し、条例成立へのお願いの書面と3,600人の呼びかけ人リストとともに、県議会に提出されました。議会においては、継続審査扱い、継続審査を経て、2006（平成18）年7月議会では、取り下げ（自民党以外の議員は条例案には賛成の姿勢）、最終的に9月議会の修正案にて可決されました。

※原案と可決案との主な修正点

- ①前文、理念より、「誰もが、ありのままに、その人らしく…」 「施設や病院での暮らしを余儀なくされ…」などが削除された。
- ②福祉、医療、教育などの分野ごとに「なくすべき差別」として例示してあったものが定義の中に位置づけられ、「地域相談員」などの中立性を強調する表現になった。
- ③悪質な差別事例については県知事が公表できることになっていた条項が削除された。
- ④条文そのものが削除されたり、大幅に変わったりした箇所は12ヶ所である。

● 条例の内容

この条例では、障害のある人に対する差別とは何かを明らかにし、差別をなくすための3つの仕組みを定めています。

仕組み① 個別事案解決の仕組み

- 差別を受けたときには、身近な地域相談員や広域専門指導員が間に入って相談
- 地域での解決が困難なときには「障害のある人の相談に関する調査委員会」が助言、あっせん

仕組み② 誰もが暮らしやすい社会づくりを議論する仕組み

- 制度や習慣が背景にあって繰り返される差別
- 企業や団体、障害のある人などによる「推進会議」で話し合い、差別をなくす取り組みを推進

仕組み③ 障害のある人にやさしい取り組みを応援する仕組み

- 点字メニューのある飲食店等、障害のある人に優しい取り組みを応援

● 条例の特徴

この条例は、障害のある人、その家族、差別をしているとみられている企業なども含めた市民全体が研究会、タウンミーティングなどの条例づくりのプロセスにかかわっていることが最も重要なポイントとなります。そのため、差別をなくすために、差別する人と対決するのではなく粘り強く対話を重ね、お互いの立場や価値観を認め合って折り合いをつけていこうという性格をもっています。

障害のある人への差別は、「障害のある人に不利益」な取り扱いをすることではなく、「障害のある人以外の人と比較して不利」な取り扱いをする（「機会が均等」でない、「処遇が平等」でない）ということです。その理解を広めるために、条例の内容よりも、時間がかかっても県民一人ひとりが障害のある人への差別について考え、差別のない地域づくりについて話し合おうとする姿勢を大切にしているともいわれています。

● 現 状

（相談活動の実施体制）

身近な地域の相談役として、県内に600人を超える地域相談員を委嘱するとともに、相談活動を総括する専門職として広域専門指導員を16ヶ所の障害保健福祉圏域ごとに1名ずつ配置し、地域に密着した相談活動を展開しています。また、地域の相談活動では解決が困難な事案について助言あっせん等を行うため、知事の附属機関として「障がいのある人の相談に関する調整委員会」を設置し、地域と県中央の重層的な相談体制をしいています。

（相談活動の状況）

「平成20年度『障害のある人もない人も共に暮らしやすい千葉県づくり条例』による相談活動実施状況報告書」を見てみると、2008（平成20）年度の相談受付件数は263件となっており、相談の分野別では、福祉サービス、建物・公共交通機関、労働者の雇用に関する相談が多く寄せられています（表1）。また、障害別では、身体障害、精神障害のある人からの相談が多く寄せられています（表2）。相談活動については、前年度からの継続事案を加えた合計345件について、のべ4,134回（2007年度3,264回）実施し、そのうち290件は年度内に終結しています。終結した相談活動の結果は、助言・調整を行った事案が100件、関係機関へとつなげた事案が55件、情報提供を行った事案が58件、相談者の意向等により話を聞いて終わった事案が77件となっています。また、相談終結までの平均活動回数は12.0回（2007年度9.5回）となっています（表3）。

前年度に比べ、助言・調整を行った事案の割合がかなり多くなっており、また相談活動回数も増えているなど、2008（平成20）年度は、地域相談員や広域専門指導員が双方の間に入って助言や調整をするという条

例の本来の相談活動が、徐々に軌道に乗ってきているものと考えられます。

(表1) 相談分野別取扱件数

福祉サービス	67	建物・交通機関	39
医療	14	不動産の取引	8
商品・サービス	24	情報の提供等	7
労働者の雇用	34	その他	50
教育	20	総合計	263

(表2) 障害権利取扱件数

視覚障害	31	知的障害	47
聴覚障害	20	精神障害	66
言語等障害	3	発達障害	16
肢体不自由	62	高次脳機能障害	2
内部障害	5	その他	11
身体障害合計	121	総合計	263

(表3) 相談態様別活動状況

※前年度からの引継ぎ事業も含む

相談態様	件数	活動回数	平均活動回数
(1) 助言・調整	100	1,539	15.4
(2) 関係機関	55	882	16.0
(3) 情報提供	58	534	9.2
(4) 状況聴取	77	511	6.6
終結件数 計	290	3,466	12.0
継続中	55	668	/
合計	345	4,134	

※平成20年度「障害のある人もない人も共に暮らしやすい千葉県づくり条例」による相談活動実施状況報告書より抜粋

● 課 題

千葉県におけるこの条例の課題として、何が差別になるのかという「差別の定義」があいまいであることと、差別を行った側への「罰則規定」が含まれなかったことが指摘されました。この千葉県の条例に続いて、2010（平成22）年4月に「北海道障がい者及び障がい児の権利擁護並びに障がい者及び障がい児が暮らしやすい地域づくりの推進に関する条例」（略称：北海道障がい者条例）が施行されます。この北海道の条例では、千葉県では原案からの修正で削除された「勧告に対して改善がなかった場合の知事による勧告内容の公表（罰則）」が内容に盛り込まれています。

現在、国内では障害のある人への差別禁止に関する取り組みがいくつかの自治体で行われています。先行条例での限界や課題をひとつひとつ新しい条例において改定していくことが期待されます。そして、こういった自治体レベルでの取り組みが進む中で、やはり今後、国レベルでの障害者差別禁止法が必要となってくると感じます。（木津）

<参考・引用資料>

- 1) 『条例のある街：障害のある人もない人も暮らしやすい時代に』野沢和弘著 ぶどう社 2007
- 2) 千葉県ホームページ「障害のある人もない人も共に暮らしやすい千葉県づくり」
http://www.pref.chiba.lg.jp/syozoku/c_syofuku/keikaku/sabetu/jorei-home.html

諸外国の現状①

アメリカ Americans with Disabilities Act (ADA)

1 法制定の背景

アメリカ合衆国では、1990（平成2）年に「American with Disabilities Act（障害にもとづく差別の明白かつ包括的禁止を実施するための法律：ADA）」が成立し、1992（平成4）年より実施されています。

アメリカでは、1960年代頃よりあらゆる差別の撤廃と権利の獲得に向けた運動が活発化し、そのような社会的背景のなかで1970年代に「障害者自立生活運動」が始まりました。そして、連邦政府に障害に関する審議会が設置され、差別についての実態調査を行うとともに障害のある人の市民としての基本的な権利を保障するための手段が検討され、ADAの草案がまとめられました。この立法過程においては障害のある人が①他のアメリカ人と平等であること、②完全な権利を享受すること、③マイノリティである障害のある人をメインストリームにしていくことが強く主張されました。

2 法律の内容

この法律の目的は、①アメリカ社会における障害のある人への差別を除去すること、②基本的な市民的権利と機会の平等を障害のある人に保障すること、③これらを実施するための基準、権限を定めることにあります。

ADAは冒頭において、障害のある人を差別することは重大かつ広範にわたる社会問題であり、それは雇用・住宅・公共性のある施設・教

育・交通・通信・レクリエーション・施設・保健サービス・投票・公共事業の利用などの決定的な分野において存在していることを確認しています。そして、障害のある人はアメリカ社会の中で劣位に置かれ、社会的・職業的・経済的・教育的に重大な不利益を被っている状態をかんがみ、機会の平等、社会への完全参加および自立生活を保障することを目標に掲げています。ADAは、第1章「雇用」、第2章「公共サービス（公共交通機関）」、第3章「民間施設、サービス」、第4章「電話、通信」、第5章「救済措置」で構成されています。

3 ADAの特徴

ADAには、障害のある人の雇用（募集の段階を含む）における reasonable accommodation（合理的配慮）についての規定があります。ADAにおける合理的配慮とは、労働場面において何らかの物理的条件的の変更ないし提供があり、あるいは業務内容や業務遂行の方法を工夫することによって、障害のある人がその事業所で雇用できる（雇用が継続できる）ように調整をすることです。精神障害のある人に対する合理的配慮としては、たとえば勤務時間を柔軟にすること、対人関係におけるアドバイスをしてくれる人や時間や仕事内容を管理してくれる人を配置すること、集中できる環境を整えることなどがあります。

そして、ADAでは生活の分野における不服申し立ての手続きと救済を行う機関に権限が与えられています。雇用における不服申し立てについては、Equal Employment Opportunity Commission（EEOC：平等雇用機会委員会）が担っています。EEOCは申し立てがあった事例について調査や和解調停、そして裁判を起こす権限もっています。ADA施行後10年間でEEOCが支援した人は20,622人、そのうち10,706人に金銭以外の合理的配慮を獲得してきました。

4 近年の動向と課題

アメリカは「訴訟社会」といわれるようにADAの施行後、多くの判例が積み重ねられてきました。そして、ADAの制定とそれら判例がもたらしたさまざまな効果についても分析がなされています。たとえば、この20年で一般就労者の就業率と障害のある人の就業率を比較したときに、ADA施行後に障害者雇用率が伸びたとはいえません。また、連邦地方裁判所における裁判では、雇用者側の勝訴が90%を超えている状況です。しかし一方で、連邦地裁における雇用者側勝訴の判決が連邦高裁で覆る判例がいくつか挙がってきました。そして、社会や雇用者の障害のある人に対する意識的な変容が認められる点もあり、職場において障害のある人への任意的な配慮が行われているという実態もありました。

そしてADAは2008（平成20）年に改正され「Americans with Disabilities Amendments Act of 2008（障害がある人々のために保護を広げる主要な市民権法案）」が成立しました。そのなかで新たに提案されたことや再確認された内容には、①雇用におけること（雇用者にとっての義務と要件、雇用者と障害のある人の両者の利益の理解、公平な機会の提供など）、②障害を理由に不当な差別に直面する人を幅広く保護すること、③本人が「障害があると受け止めている」人を幅広く対象とし、障害の程度を測定することを禁止すること、④法制定以降の判例において重要な保護を見過ごした最高裁判所の判決を覆すことなどが含まれます。

アメリカは「障害者の権利条約」に署名はしているものの、批准を見送っています（2010年1月末現在）。その理由としては、ADAがあるからこの条約を批准する必要がないという考えや、逆にADA以外の障害のある人の暮らしにかかわる法律が「障害者の権利条約」に適応しておらず、整合性をはかるには莫大な費用や労力を要するということが挙げ

◎ 第一部 障害のある人の人権に係る取り組み状況と「障害者の権利条約」◎

られています。たとえば、この条約は合理的配慮義務を障害のある人の暮らしのあらゆる側面において適用していますが、ADAは雇用の場面に限っています。また、公的医療保険制度の未熟さも権利条約とは矛盾します。アメリカにおいては、ADAの優れた点を残しつつも、権利条約を批准することにより社会システム全体を整備し、障害のある人の生活全般において暮らしやすい社会を創造していくことが期待されます。

(壬生)

<参考資料>

- 1) 『アメリカ障害者法（全訳）』 斎藤明子訳 現代書館 1991
- 2) 藤倉皓一郎「アメリカにおける障害者法－『法の平等な保護』の展開」『ジュリスト』 No.970 有斐閣 1990
- 3) 関川芳孝「ADAの施行状況について」『ノーマライゼーション 障害者の福祉』第16巻通巻177号 日本障害者リハビリテーション協会 1996
- 4) 北野誠一「ADA第二章及び第三章における10年の歩み ー主にDOJ（連邦司法省）の取り組みからー その2」『ノーマライゼーション 障害者の福祉』第21巻通巻236号 日本障害者リハビリテーション協会 2001
- 5) マイケル・スタイン講演「ADA15年～雇用と合理的配慮から」 JDF（日本障害フォーラム）・条約推進議員連盟セミナー「障害者の権利保障～権利条約とアメリカ障害者法」 2005年3月7日
<http://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/rights/050307/stein.html>
- 6) The ADA Amendments Act : Securing the Promise of the Americans with Disabilities Act by the Employer & Disability Alliance
<http://www.adabill.com>
- 7) EEOC (Equal Employment Opportunity Commission) Enforcement Guidance The Americans with Disabilities Act and Psychiatric Disabilities,1997

イギリス Disability Discrimination Act (DDA)

1 イギリスの障害者施策

イギリスは1995（平成7）年に障害者差別禁止法を制定し、2009（平成21）年6月8日に「障害者の権利条約」を批准しています。

イギリスは、1940年代に福祉国家を確立し、法にもとづいて障害のある人の基本的な人権の概念を確立させた、最初の西欧諸国のひとつです。1946（昭和21）年に、国民全体を対象とした無料の保健医療制度「国民保健サービス法（National Health Services Act）」が制定され、1948（昭和23）年に施行された「国民保健法（National Insurance Act）」では、国民の所得保障が実施され、障害のある人に対しては、障害による貧困を防ぎ、障害に伴う特別の支出を補てんするために、さまざまな手当等が支給されています。例えば、重度障害のある人が自宅で自立した生活を営むための、「自立生活基金（Independent Living Fund）」や、週16時間以上の就労が可能な障害のある人の就労支援を目的とする「障害者勤労手当（Disability Working Allowance）」などがあります。

1990（平成2）年には「国民保健サービス及びコミュニティ・ケア法（National Health Services and Community Care Act 1990）」が制定され、障害のある人のコミュニティ・ケアの基本は、障害のある人を施設に収容することではなく、自宅で可能な限り自立した生活を営み、コミュニティの一員として地域住民と同等の社会生活が送れるように環境を調整し、支援を提供することであると強調されました。

障害者雇用における最初の包括的な制度は、1944（昭和19）年の「障

害者（雇用）法（Disabled Persons 〈Employment〉 Act 1944）」です。障害のある人の任意登録制度や、事業主に対する登録障害者の割当雇用、職業訓練施設や保護的雇用のための施設の設置等が規定されていました。しかし1970年代に、割当雇用制度は未登録障害者の増加等により、実際には機能しないものとみなされるようになり、長期にわたり状況は変わりませんでした。

2 障害者差別禁止法制定の成り立ち

イギリスの障害者差別禁止法の制定への道のりは、障害者雇用の問題において、障害者施策の発展を求める障害者団体の一貫する要求や、労働党議員を中心とする議員立法への動向が複雑にからみ合い、政府との攻防が繰り返された結果でした。より包括的な反差別法規として、新たな「障害者人権法（案）」を国会に提出した勢力を、政府が抑えるかたちで、1995（平成7）年に保守党政権側の提案により「1995年障害についての差別に関する法律（Disability Discrimination Act 1995）」（以下DDA）が成立するにいたったのでした。DDAに対して、障害のある人と障害者団体は、主要部分で彼らが強く望んでいる状況には及んでいないという判断でおおむね認識が一致していました。一方企業側は、法案の規定があいまいであるため裁判や裁定で長期にわたる煩雑な手続きが見込まれたことに対して批判的でした。DDAの仕組みは1944（昭和19）年の「障害者（雇用）法」の下で実施されていた割当雇用制度を許容する内容ですが、同法はDDAの発効に伴い廃止されました。

DDAは、1990（平成2）年にアメリカ合衆国が制定した「障害のあるアメリカ人法（ADA：Americans with Disabilities Act of 1990）」の内容を参考としている部分が大いといわれています。

3 DDAの内容

DDAは、全8章70条、8つの別表によって構成され、第1章は障害の定義、第2章は雇用関係における障害者差別の禁止、第3章は公共に商品や設備、サービスを提供する際の障害者差別の禁止、第4章は教育、第5章は公共交通、第6章は全国障害者評議会の設置、第7章は紛争、第8章は法適用の例外等について規定されています。

1) 障害の定義

DDAにおける障害の定義は、「通常の日常生活を送るために必要な能力に対し、重大な悪影響を長期間に渡り与えるような肉体的または精神的な機能障害」とされます。「長期間」とは、少なくとも12ヶ月継続するかその見込みがあるか、またはその人の残りの人生にわたり影響があることを意味します。「機能障害」とは、四肢に障害のある人のほか、視覚や聴覚のような感覚に影響を及ぼす身体的機能障害、学習障害や自閉症、躁うつ病などの精神的機能障害、また喘息や糖尿病のような疾病をもつ人などが含まれます。「通常の日常生活」とは、移動や排泄、学習もしくは理解する能力、身体的な危険を認識する能力など、定期的に多くの人が行う通常の活動を指しますが、労働は含まれないとされています。過去に上記の定義に基づく「障害者」であった人も、同法の適用を受けることとされています。

当初、HIV/AIDS、がんおよび多発性硬化症のある人は、日常活動に支障をきたす状況にあるかどうかという観点から、保護の対象となるかどうか判断されてきましたが、2005（平成17）年改正時に、これらの人たちは、そうした病気があるという診断にもとづいて保護の対象とされることとなりました。これにより、約25万人の人たちが、新たに

◎ 第一部 障害のある人の人権に係る取り組み状況と「障害者の権利条約」 ◎

DDAの保護の対象となると推計されます。また、精神障害のある人がDDAの保護を受けるにあたり、当初必要とされていた「医学的な認証」(clinically well-recognized)が不要とされました。これにより、「ストレス」や「不安」など、特定の診断名がつかず困っていた申請者が保護の対象となることができました。しかし、申請者がDDAで保護されるためにはなお、通常の日常生活を送るために必要な能力に対し、重大な悪影響を長期間(12ヶ月継続するかその見込みがある)にわたり、影響を与えるような精神的な機能障害であることを示すことが必要とされ、断続的なうつ病などの人にとっては、まだ利用しやすいものではありません。

2) 雇用関係における障害者差別の禁止

雇用主が、募集や採用、訓練、昇進、解雇等において、障害のある人を差別することは違法とされます。差別とは、障害に関連した理由によって、障害のない人に比べて「不利な取り扱い (less favorable treatment)」を障害のある人が受けることをいいます。ただし、障害のある人に対する不利な取り扱いが、特定の場合の状況において不可欠かつ重要であれば、差別は「正当化 (justified)」されます。またDDAは、雇用に関する取り決めや、建物の物理的特徴が、障害のない人と比べて障害のある人に重大な不利益を及ぼしている場合、雇用者に「妥当な (合理的な) 調整 (reasonable adjustment)」を行うことを義務づけています。

3) 商品・施設・サービスの提供

物品や施設またはサービス(例として情報提供サービス、ホテルや民宿、金融や保険業、レクリエーション施設、職業斡旋業など)が公共に提供される際に、障害を理由とした差別をなくすことを目的とします。

施行は段階的に行われ、公共へのサービス提供等において、「不利な取り扱い」をすることと、「妥当な（合理的な）調整」を行わないことが、障害のある人に対する差別に相当するとして違法とされます。これらの規制は、公共に提供されているサービス等のみが対象であり、サービス提供が無料であっても適用されますが、会員制のクラブなどには適用されません。

▶ 「不利な取扱い」とは

具体的にはサービスの提供を拒むこと、サービスの水準または提供の方法において不利な取り扱いをすること、不利な料金を設定することの3つが挙げられます。例えばレストランで、障害のために食べこぼしなどをしてしまう人に、店員が店を出ていくように言った場合は不利な取り扱いとみなされます。また、逆に、酔っぱらった障害のある人に対して入店を拒否しても、障害のない酔っぱらいが同様に入店を拒否される限りは、不利な取り扱いとは見なされません。

▶ 「妥当な（合理的な）調整」とは

サービス提供者は、障害のある人が他の手段ではサービスを受けることが不可能であったり、不当に困難である場合、サービス提供の方針・手順・実施方法に妥当な（合理的な）変更を加えることが要求されるようになったことです。例えば、郵便局で切手を購入する際に列に並んで順番を待つ必要があったとします。この場合、重度の関節炎で数分しか立ってることができない人は、非常に苦痛を強いられることになります。このような障害のない人は、同様のサービスを受けるにあたり同様の苦痛を感じることはありません。この場合、この郵便局のサービス提供の方針は、障害のある人に不当な困難を強いるとみなされ、苦痛を感じないように工夫をすることが、郵便局の義務となるのです。

4) 教育

義務教育や高等教育などの分野は、第3章のサービス供給に係る差別禁止規定からおおむね除外されています。ただし、教育機関を運営する地方自治体等は、障害のある人のアクセスや設備に関する情報を提供する必要があります。

5) 公共交通

DDAは、障害のある人がタクシーや鉄道を利用する際に、アクセスが可能な最低限の基準を政府が定めることを認めており、これに基づき、政府は段階的に基準を定めています。タクシーが車椅子でも乗車可能であるようにすることが義務づけられ、新たに製造されています。また、公共交通に使われる乗客定員が23人以上のバスは、すべて障害のある人がアクセス可能であるような基準を満たすよう義務づけられました。現在運行されているバスも、1階建てバスについては2015年までに、2階建てバスも2016年までに、すべての車両がこの基準を満たす必要があります。

6) 全国障害者評議会 (National Disability Council : NDC) と障害者権利委員会 (Disability Rights Commission : DRC)

(→次頁「4. DDA施行後の現状と課題」参照)

7) 紛争

サービス等の提供に関して、障害のある人に対する違法な差別があったことを申し立てる場合は、差別の事実があった地区の地方裁判所に対し、損害賠償(慰謝料を含む)や権利の存在の宣言、命令などを求めて訴えることとなります。雇用関係の訴えは、雇用裁判所が第一審となります。

4 DDA施行後の現状と課題

先に述べたとおり、DDAは、イギリスの障害当事者の間では、評価は高くありません。イギリスの代表的な障害者団体のひとつであるレイダー（RADAR: The Royal Association for Disability and Rehabilitation）は、次のように述べています。「DDAは、障害者運動に支えられた障害者人権法（案）が議会で可決されそうになったので、障害者の不満をそらすために保守党政権が提案したものである。保守党政府は、この法案が企業の負担になり、市場における競争力が抑制されると反対し、DDAを提出したのである。したがって、障害者運動の立場からは、この法律には不満足である」。

DDAは、全国障害者評議会（National Disability Council：NDC）の設置を定めましたが、NDCは、障害者差別撤廃に関して国務大臣に助言する機関にすぎず、アメリカの「障害のあるアメリカ人法（Americans with Disabilities Act of 1990：ADA）」の「雇用機会均等委員会」が担っているような、訴訟の係争事項の調査や、障害のある人が障害者差別で企業を訴えることへの支援に比較すると、有効性が低いものでした。

1997（平成9）年5月の総選挙で労働党が圧勝したことで、NDCに代わるものとして、2000（平成12）年4月に、「障害者権利委員会（Disability Rights Commission：DRC）」が設立されました。これは、雇用やアクセスにおいて、障害者差別があった場合に、雇用主や事業者と交渉し差別撤廃を求め、それが不調に終わった場合は、裁判に訴えることを支援するという強力な権限をもちます。

DDAは、1995（平成7）年の制定以降、数度の改正を受けています。しかし、そもそも、包括的に差別を禁止する法律ではなく、障害を理由

◎ 第一部 障害のある人の人権に係る取り組み状況と「障害者の権利条約」 ◎

とする差別の禁止に特化した法律となっています。そのため、DDAに基づく保護を受けるためには、DDAに規定された差別類型のいずれかにあてはまるかを、障害を理由に差別を受けたと主張する人が証明しなければならないという負担が伴います。この点が、イギリスの障害当事者団体等が、今日まではたらきかけるゆえんなのです。

障害のある人の権利を確立する方向をとりながら、一方で、その土台となる障害者施策と権利保障の確立のバランスが課題となっています。

(伊藤)

<参考資料>

- 1) 『イギリスの障害者差別禁止法』 日本社会事業大学社会事業研究所 1998
- 2) 『世界の社会福祉④ イギリス』 仲村優一、一番ヶ瀬康子編集 旬報社 1999
- 3) 玉村公二彦「イギリスにおける障害者差別禁止法制と障害者施策」 『奈良大学紀要：人文・社会』 第47巻第1号 1998
<http://near.nara-edu.ac.jp/handle/10105/1498/>
- 4) 三浦努「イギリスの障害者制度改革 ～障害者差別禁止法と民間組織運動～」 『CLAIR REPORT No.214』 自治体国際協会 2001
http://www.clair.or.jp/j/forum/c_report/pdf/214.pdf
- 5) 寺島彰「イギリスの障害者権利委員会を訪ねて：ワールドナウ」 『ノーマライゼーション 障害者の福祉』 第25巻通巻286号 教宣文化社 2005
<http://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/prdl/jsrd/norma/n286/n286018.html>
- 5) 指田忠司「差別禁止法制の展開と割当雇用制度の変容」 『調査研究報告書 No.81－EU諸国における障害者差別禁止法制の展開と障害者雇用施策の動向－』 独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構障害者職業総合センター 2007
http://www.nivr.jeed.or.jp/download/houkoku/houkoku81_04.pdf
- 6) 長谷川聡「イギリス障害者差別禁止法の差別概念の特徴」 『季刊労働法』 225号 2009
- 7) 厚生労働省大臣官房国際課「2005～2006年海外情勢報告」 2007
<http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kaigai/08/index.html>
- 9) DDA 1995
<http://www.opsi.gov.uk/acts/acts1995/1995050.htm>

10) DDA 2005

<http://www.opsi.gov.uk/acts/acts2005/20050013.htm>

11) DISCRIMINATION UPDATE A. LOOKING BACK AT 2005

http://www.opsi.gov.uk/acts/acts2005/ukpga_20050013_en_1



カナダ Canadian Human Right Act (CHRA)

1 人権への取り組みの背景

1982（昭和57）年に制定された「Canadian Charter of Rights and Freedoms（権利と自由のカナダ憲章）」は、カナダのすべての司法権を通して、人権の差別や侵害に値する法の制定とあわせて、人権の差別・侵害に抵触する世情の動きに対しての抑止力をももちあわせています。また、この憲章では、個人は公平に、人種、出身国や出身民族、肌の色、宗教、性別、年齢と精神や身体の障害に関係なく公平に扱われなければならないとしています。これらの権利の保障は15セクションに分けられ、定められています。

障害のある人の人権の取り組みについては、国際的には「障害者の権利条約」の制定において、カナダは条約の草案づくりから積極的に関与していましたが、批准はまだされていません（2010年1月現在）。一方、国内では人権に関する法律が州・準州各地で制定されています。

2 カナダ人権法（障害のある人に特化した）の特徴

前述の「権利と自由のカナダ憲章」をもとに、カナダ人権法（Canadian Human Right Act：CHRA）は、身体や心的状況を含んださまざまな分野で差別に直面している人々の権利の促進や保護を行っています。CHRAは不当な困難や障害のある人たちに対して、必要に応じたサービスが供給できるよう、連邦の法律として特に雇用の場面において事業主やサービス供給者にその責務を負わせています。また、CHRAで

は、雇用均等法（Employment Equity Act : EEA）により、障害を理由にした雇用関係のトラブルにおいては、法的な便宜を図るための義務があり、また被雇用者の権利と雇用側の義務についてもその責務が明確にされています。

カナダ人権法委員会（以下CHRC）がCHRAの監督者としての責務を有しており、CHRCの目的は、あらゆるバックボーンをもつカナダ国民がカナダにおいて、①彼らが可能で望む場所で生活をする事ができ、②その要求をもつことができ、③社会の一員としての彼らの義務と責務を負うとともに、④個人が平等な機会をもつことができる原則を遵守することです。また、差別や偏見をなくすため、政府の権限において、その問題に取り組むことも責務とされています。

EEAの目的は、雇用機会均等において職務上関係のないことのために雇用の機会や利益が拒否されることなく、また雇用関係の中での不利益を被らないようにすることです。被雇用者は平等の原則により、他の同僚と同様の待遇を受けることだけでなく、合理的配慮などにより職場での平等を求めることができます。

CHRAやEEAはカナダにおいて、機会均等や非差別の原則を保障することに努めており、CHRCは国民全体にこれまで以上の平等と人権への尊重、差別からの保護に努めています。

3 CHRCにおけるプログラム

○「権利普及啓発プログラム」は、CHRAとEEAの相互理解を育てるための法的分析と調査、方針策定を展開しています。また、国内や国際的な人権啓発のためのリーダーシップやサポート、そのための方法を提供しています。

○「差別防止プログラム」は、雇用関係での差別的行為防止策や雇用の

◎ 第一部 障害のある人の人権に係る取り組み状況と「障害者の権利条約」 ◎

平等のために、特に支援が必要なグループ（女性、先住民族、障害のある人、視覚的弱者）への雇用促進についての働きかけを行っています。

○「人権議論再解決プログラム」は、雇用者やサービスの提供者と個人とのあいだの人権にかかわる争いについて、解決を働きかけるプログラムです。このことは、世間的に関心を高める必要があり、労使間の早期問題解決のための早期介入に焦点をあてています。

2005（平成17）年、委員会は差別の温床として、障害を引き合いとした429例を審議しており、そのうちの半分は委員会が雇用主に対しての勧告を行っています。また、苦情システムでは、当事者の負担を減らすためCHRCは早い段階で苦情を解決する代替案として、CHRCによる仲介問題解決を提案しています。これは、公式な苦情が提出される前に、問題を解決するための機会をその関係者に与えるための非公式なプロセスです。もし予防的な仲介問題解決を通して関係者間の問題が解決されれば、この案件は終了となります。もし、この案件が解決されなければ、苦情は公式な苦情として提出されることになります。

「Canadian Human Right Commission Annual Report 2005」によると、2002（平成14）年から2005（平成17）年の間に、CHRCに寄せられた障害のある人からの苦情の件数は、以下のようになっています。（ ）は苦情全体のうち、障害に起因するもの。

年	件数 (%)
2002	438 (44%)
2003	495 (37%)
2004	389 (39%)
2005	429 (50%)

4 現状と課題

EEAでは、継続的な調査研究において雇用率等で効果を挙げていることが明らかにされています。公的機関では、2007（平成19）年の春では5.7%が雇用されており、前年度（5.8%）と比較すると多少の減少はありますが、2001（平成13）年度の就労可能とされる人たちの見込みが3.6%であることから、予想以上に雇用が伸びていることが明らかになっています。一方で、民間の企業のほうが低い水準となっています。

苦情解決に関しては、2007（平成19）年より新しい早期解決のためのアプローチが採用されています。CHRCの中で、新たに代替苦情解決（Alternative dispute resolution：ADR）サービスが担当しています。ADR担当者は、相談者の苦情について雇用主へ電話をすることで、短時間で問題を解決を図ることから始まります。電話だけで解決策が得られなかった場合、後日雇用主と直接会い解決策を考えることとなります。

例 仕事で怪我をした相談者。その後長期間障害が残り、医学的制限のリストを持ち職場復帰しました。彼は雇用主も組合も仕事上で障害に対して適当な努力をしてくれないと主張。この件は彼の雇用主と組合が最新の医療情報提供書を持って来れば、すぐに彼の仕事復帰の手助けをするということで解決されました。

カナダはアメリカ同様に、「障害者の権利条約」を批准していません。一方で、それ以前より国内や州・準州での人権法が確立されており、その中で障害のある人の権利も保障されているものの、特徴的なトピックスはアメリカと同様雇用についての取り組みが大きく挙げられています。とはいえ、雇用だけ見ても日本と比べた場合に、雇用率は圧倒的にカナダが高く、障害をもとに受けた差別等について、苦情窓口やシステ

◎ 第一部 障害のある人の人権に係る取り組み状況と「障害者の権利条約」 ◎

ムが確立しているところなど見習うべきところは大きいでしょう。

(三木)

<参考資料>

- 1) Canadian Human Right Commission Annual Report 2005
http://www.chrc-ccdp.ca/publications/ar_2005_ra/ar_2005_ra-en.asp
- 2) Advancing the Inclusion of People with Disabilities 2006
http://www.hrsdc.gc.ca/en/disability_issues/reports/fdr/2006/advancinginclusion.pdf
- 3) RESPECT PROTECTION EQUALITY ANNUAL REPORT 2007
http://www.chrc-ccdp.ca/pdf/ar_2007_ra_en.pdf

韓国「障害者差別禁止及び権利救済に関する法律」

1 法制定の背景

韓国では「障害者差別禁止及び権利救済に関する法律（以下、障害者差別禁止法）」が2007（平成19）年3月に国会で採択され、翌2008（平成20）年4月から施行されています。この背景には、2000（平成12）年のADA制定10周年記念「国際障害者法シンポジウム」の開催があります。これにより、世界の情勢が広く発信されるなど韓国における障害者差別禁止法制定の議論にも少なからず影響をもたらしました。

この後2002（平成14）年には「障害者友権益問題研究所」が国会に障害者差別禁止法の請願を行うなど障害者差別禁止法制定運動が活発化し、2003（平成15）年には障害者団体が集まり「障害者差別禁止法制定推進連帯（以下、障推連）」が正式発足しました。

それ以降、障推連が中心になって制定運動を展開し、独自の「障害者差別禁止及び権利救済等に関する法律（案）」を作成し、①国家人権委員会から独立した障害者差別禁止委員会の設置、②実効的な権利救済手段としての是正命令、③立証責任の転換、④懲罰的賠償制度の導入等の主要目標を掲げるなど積極的に法案の立法運動を進めてきました。政府側の社会的障害者差別禁止法に一元化しようとする動きもみられたなか、障推連は各地の障害者団体に参加を呼びかけ、各界に交渉に向かう等の運動をくり返し、結果、政府の関係省庁と障推連で構成された障害者差別禁止法民官共同企画団による法案が作成され、国会審議が開始されるに至りました。救済機関は国家人権委員会とされるなど障推連側としては課題を残す結果になりましたが、「障害者差別禁止法」制定は、

障害者運動が深く関与した取り組みの成果としてとらえられています。

2 障害者差別禁止法の内容と特徴

本法の目的は、「すべての生活領域で障害を理由とした差別を禁止し、障害を理由に差別を受けた人の権益を効果的に救済することにより、障害者の完全な社会参加と平等権の実現を通じて、人間としての尊厳と価値を具現すること」としています。全50条と附則からなり、第1章「総則」、第2章「差別禁止」、第3章「障害女性及び障害児童等」、第4章「障害者差別是正機構及び権利救済等」、第5章「損害賠償・立証責任等」、第6章「罰則」で構成されています。

第1章では、「障害の定義」「用語の定義」「差別行為」「自己決定権及び選択権」「国家及び地方自治体の義務」等が定められています。差別の類型については、「障害者の権利条約」にも規定されていますが、障害を理由にした「直接差別」「間接差別」「合理的配慮の拒否」「不利な待遇を表示・助長する広告あるいは効果」に区分されています。

第2章では、「雇用」「教育」アクセスや不動産取引等を含む「財と領域の提供及び移動」「司法・行政手続及びサービスと参政権」妊娠・出産・養育等の父母権や性に関する権利を定めた「父・母権や性等」のほか、福祉施設職員のみならず家族関係によるさまざまな障害のある人に対する不利益な取り扱いを禁止するなどの「家庭・家族・福祉施設・健康権等」が定められています。

第3章では、「障害女性」「障害児童」「精神障害者」について、第2章とは別に規定しています。これは、女性問題に取り組んできた政治的・社会的な経緯が反映されているものと考えられています。

第4章では、本法の核となるべく権利救済規程が定められています。差別行為の調査と救済業務を担当する国家人権委員会の「障害者差別是

正小委員会」を救済機関として位置づけ、あわせて「勧告の通報」「是正命令」等についても定めています。国家人権委員会には勧告の権限しかなく、ここでの救済が行えない場合には当該案件は法務大臣に移るという仕組みがとられています。そして、国家人権委員会の勧告不履行の際には、法務大臣は一定要件のもと是正命令を行うことが可能となっています。

第5章は、「損害賠償」「立証責任の配分」についての規定となっています。「損害賠償」においては損害賠償責任を免れるためには加害者が故意または過失がなかった点を立証しなければならないとされ、立証責任の転換が図られています。しかし、紛争解決においては、差別の有無は差別行為を受けたとする被害者が立証するとされています。ただ、障害を理由にした差別ではないなど正当な理由がある場合は、少なからず差別行為を行ったとする加害者が立証しなければなりません。結果として「配分」という形がとられています。

第6章では、「罰則」について定め、3年以下の懲役または罰金等の刑事罰が準備されていますが、非常に厳格な要件が設けられており、実際どこまで適用されるか疑問視する見方も当初から示されていました。

3 施行後の動向と課題

「障害者差別禁止法」が施行されてから、報道資料によると国家人権委員会への障害を理由とする差別の救済を求める申し立てが、2006（平成18）年は115件、2007（平成19）年は245件、2008（平成20）年は696件と急増していることが示されています。法制定により、国民に「何が差別となるのか」の具体的理解が普及されつつあり、差別を受けていることへの自覚を促すことや、解消されるべきものとして「差別」をとらえる意識の変革につながっているのではないかとする一定の評価も聞か

◎ 第一部 障害のある人の人権に係る取り組み状況と「障害者の権利条約」 ◎

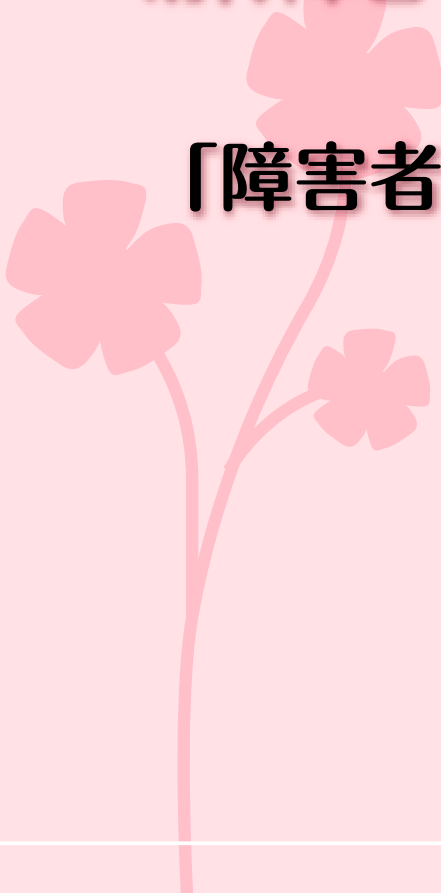
れます。しかし、一方では、申立件数は氷山の一角に過ぎず、しかも、救済を求める声に適切に対処できる体制が十分に構築されておらず、障害者差別禁止法自体が形骸化してしまっているとする指摘も少なくありません。障害者差別の実態を正しく把握し、「正当な事由なしに」といった文言等で表されている差別の適用除外規定の見直しなど、真に「すべての生活領域で障害を理由とした差別を禁止し、障害を理由に差別を受けた人の権益を効果的に救済することにより、障害者の完全な社会参加と平等権の実現を通じて、人間としての尊厳と価値を具現する」ために、他現行法や権利条約との整合性を評価し、補完していくことが求められているのではないのでしょうか。 (高村)

<引用・参考資料>

- 1) 崔栄繁仮訳「韓国-障害者差別禁止及び権利救済等に関する法律」(2008年4月22日版) 財団法人日本障害者リハビリテーション協会情報センター 2008
- 2) 崔栄繁「韓国障害者差別禁止及び権利救済等に関する法律内容と制定過程」DPI日本会議、日本障害者リハビリテーション協会情報センター 2008
<http://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/resource/law/sai.html>

第二部

精神障害のある人への 生活支援と 「障害者の権利条約」



精神科の強制的医療と 「障害者の権利条約」

精神保健福祉士は、日常的に入院支援を行っていますが、必ずしも本人が入院を希望しているとは限りません。非自発的な入院について、精神保健福祉士はどのように受け止め、サポートをしているのでしょうか。「障害者の権利条約」は、強制的医療と、私たち精神保健福祉士の役割を見直すきっかけになるかもしれません。

事例(1) 保護者の同意による医療保護入院

病院の精神保健福祉士に、患者さんから電話がかかってきました。「自分の障害年金をつかっただけなのに怒られて、我慢できなくてどなっちゃったんだ」という内容でした。その後、両親につれられて来院。両親いわく「最近、気持ちが高まって、深夜まで出歩いて、障害年金を1週間でつかいきってしまった」とのこと。医師の診察を受け、父親が保護者となり、医療保護入院となりました。精神保健福祉士は「少し休みましょう」と声をかけました。

事例(2) 警察官通報による措置入院

デイケアのメンバーたちと精神保健福祉士は料理教室の買い物へ行きました。みんなでレジに並んでいると、先頭にいたメンバーが突然、前のお客さんをどなって、殴ってしまいました。精神保健福祉士が駆け寄ると「目の前の人をぶっとばせ」と聞こえてきたんだ……と呆然と立ちつくしています。店員が警察を呼び、精神保健福祉士は必死に事情を説明しましたが、結果的に措置入院となりました。

● 強制的な入院の根拠 – 事例(1)

本人の同意がなくても入院を決定する根拠は「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」（以下、精神保健福祉法）にあります。保護者については第20～22条、医療保護入院については第33条に、また措置入院については第24条に定められています。保護者には成年後見人や配偶者、三親等以内の親族などがなり、本人が希望しなくても、入院が必要という指定医の判断に同意し、入院させることができます。措置入院は「自傷他害のおそれ」がある場合に適用されます。

● 強制的医療と障害者の権利条約との関係 – 事例(2)

本人の自由な意思によらず、治療者や家族、行政等の判断により決定される強制的医療が必要とされてきたのはなぜでしょうか。障害者の差別禁止法がある国でも、ない国でも、精神科の強制的入院は存在し、「本人保護」「社会の安全」の名のもとに行われている制度ともいえるでしょう。「障害者の権利条約」の第12条「法律の前における平等な承認」は、障害のある人が他の者と平等に、法的能力を享有することを認め、法的能力の行使についての支援へのアクセスを保障しています。また、第14条「身体の自由および安全」では、いかなる場合においても自由のはく奪が障害の存在により正当化されないこととあり、また第17条「個人のインテグリティの保護」には、身体および精神的なインテグリティ〔不可侵性〕を尊重される権利を有するとあります。

「精神保健福祉法」による入院治療はしばしば、精神障害のある人の同意を伴わず、「治療の必要」や「自傷他害のおそれ」等の判断にもとづいて強制的に行われ、心と身体を自由を制限する結果となる場合があります。鑑定が伴わない医療保護入院は、保護者制度により、精神障害のある人の法的能力を制限し、家族に負担を求め、本人と家族との関係

● 第二部 精神障害のある人への生活支援と「障害者の権利条約」 ●

に大きな影響を及ぼす場合もあるかもしれません。

このような、精神科の強制的医療に関連する多くの内容について、この条約の批准後、さまざまな議論が起こることが予想されます。第14条には「いかなる自由の剥奪も法律に従い行われること」とありますが、この「法律」がめざす内容に、わが国の「精神保健福祉法」がふさわしいかどうか、障害のある人の権利を本当の意味で保障するものかどうか、見極めねばなくなるでしょう。

「障害者の権利条約」は、私たち精神保健福祉士が、これまであたりまえと受け止めてきたことを、大きくくつがえすような存在となるかもしれません。

（伊藤）



医療観察法と 「障害者の権利条約」

精神障害のある人が重大な他害行為を行った場合、「医療観察法」では入院または通院を通して社会復帰を促進するとしています。権利条約はこの制度とどのようにかかわってくるのでしょうか。

2005（平成17）年7月15日より施行されている「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律」（心神喪失者等医療観察法、以下医療観察法）は、重大な他害行為を行った人の社会復帰を促進することを目的としています。強制的な入院または通院の制度です。この制度は従来の精神保健福祉法に関する強制医療ではなく、司法による強制的な医療です。

医療観察法で強制的な入院、また通院の処遇を受ける場合の要件として、精神障害のために再び対象行為を行うおそれがあると認められる場合とされています。このような状況下では障害のある人が適切な医療を受けるためではなく、再犯防止というポリスパワー的目的のために、起こるか、起こらないかわからない状態のまま、単に精神障害を理由に自由を奪うことになる可能性もあります。

実際にどのようなことが、今後起こりえる、また起きているのか、以下の事例を通して考えてみましょう。

事例(1)

料理をしようとして、誤ってボヤを出してしまいましたが、警察の事情聴取を受け、何がなんだかかわからず、「自分が火をつけた」と言ったところ放火とされてしまいました。警察でも裁判でも本筋のことが言えず、医療観察法で入院と言われました。

事例(2)

おなかがすいたのでパン屋に入ったところ、「お金はあとでいいよ」と聞こえた気がしたために、パンを持っていてしまいました。追いかけてきた店員さんが怖く見えて、つい、殴ってしまったところ、傷害事件になってしまいました。もうしないと心に誓いましたが、裁判所で「もうしませんか？」と言われ、「先のことはわかりませんからやるかもしれない」と正直に言ったら、医療観察法の入院になると言われました。

事例(3)

街中で、自分ばかり見つめている人に「やめてくれ」と言ったら、ケンカになってしまい、相手にけがをさせてしまいました。口頭で注意すればよかったのに……。自分が悪かったので罪を償おうと思っていましたが、統合失調症だから起訴はしない、医療観察法で入院だと言われました。

障害によりコミュニケーションが取りづらかったり、自分ではそのつもりではないのに、つい空返事をしてしまうような場面に遭遇したことはないでしょうか？ ほんのささいな行き違いを修正できないために、本人の意志や事実とは異なる重大な結果が出てしまうようなことがあってはならないと思います。

「障害者の権利条約」では第12、13、14条でそれぞれ、法律に関する権利、司法手続きの利用、身体的自由および安全について触れています。ここでは、障害のある人の権利の尊重・意思の尊重、手続き上の配慮、身体的自由および安全についての権利、自由のはく奪が障害の存在により正当化されないことがうたわれています。

医療観察法の強制的医療制度は、こうした条約の精神にそっていると

はいえませんが、条約の批准によって、こうした障害特性に対する無理解や、あいまいな考え方にもとづいた自由のはく奪などをなくしていくためには、私たち精神保健福祉士はどのような視点をもっていくべきでしょうか。



医療観察法の特徴

医療観察法の大きな特徴は前述のとおり、精神保健福祉法の医療ではありません。心神喪失または心神耗弱の状態で重大な他害を行った人について、裁判所が審判を行い、入院・通院などの適切な処遇を決定する制度になっています。必ず入院か通院となるわけではなく、「医療観察法」の医療が必要なければ不処遇という判断が下されることもあります。入院もしくは通院処遇が決定した場合、国の責任において手厚い専門的な医療を統一的に行い、地域において継続的な医療を確保するための仕組みを設けることとなっています。

この法律の施行により、精神保健福祉士の職域が拡大されることになり、社会復帰調整官と精神保健参与員という新たな活躍の場所が生まれました。この2つの仕事は、精神保健福祉士の資格は必須ではなく、「精神保健福祉等の専門家をあてる」とされており、保健師や看護師、作業療法士なども行っています。しかしながらこれらの仕事の多くは精神保健福祉士が担っているのが現状です。

社会復帰調整官は法務省に所属し、医療観察法の対象者の生活環境の調査やさまざまな調整、精神保健観察等の業務を行います。

精神保健参与員は、「医療観察法」第36条で、裁判所は、必要に応じて精神保健参与員の意見を聞くことができるとされています。あらかじめ登録された候補者の中から、処遇事件ごとに裁判所が精神保健参与員として指名します。精神保健参与員は精神保健審判員と同様、非常勤の

裁判所職員であって、特別職の国家公務員となります。ただし、精神保健参与員は、その知識・経験にもとづいて有益な意見を提供することにより、裁判官と精神保健審判員の適切な判断を補助するという性格のものであり、合議体の構成員ではなく、評決権も有しません。

医療観察法では、こうして審判を行い、対象者の処遇を審判にて決定していきます。精神保健指定医のみの判断で行われる医療保護入院や措置入院と違い、対象となる人の権利擁護の観点から、当初審判では、必ず弁護士である付添人を付けることとし、審判においては、本人や付添人からも、資料提出や意見陳述ができるとしています。

こうして審判の結果、入院決定を受けた人については、指定入院医療機関にて入院となります。入院中は、本人による退院の申し立てなどが保障され、最低でも6か月に1回は入院要否について裁判所が判断することとされています。

通院決定を受けた人は、指定通院医療機関に通院することになります。このあと、精神保健観察と呼ばれる期間においては保護観察所が作成する計画のもと、原則3年間指定通院医療を受けなければなりません。必要に応じこの期間はさらに2年間延長されますが、保護観察所または対象者本人等からの申し立てに応じ、裁判所において処遇終了決定がなされた場合には、期間内であっても、医療観察法における処遇は終了になります。

こうした一つひとつの処遇については審判により決定されます。また、医療観察法の通院処遇を受けている間、精神保健福祉法の医療もあわせて行われることもあります。例えば、指定医療機関に通院中に、休息的な入院を任意入院でしたり、ちょっと具合が悪くなったと医療保護入院を観察中にすることもありえます。

医療観察法で考えなければならないこと

○裁判を適切に受ける権利を侵害してはいませんか？

事件を起こしてしまい、自分でも悪いことをした、罪を償いたいと言っても、心神喪失もしくは心神耗弱等の状態にあるとされると、検察官が「医療観察法」の申し立てを行います。ここでは通常の裁判を受ける権利自体もはく奪される可能性があります。「障害者の権利条約」の第12条および第13条では、障害のある人が法律の前で等しく認められる権利を有し、また障害のある人が他の人と平等に司法手続きを利用することをうたっています。しかし、医療観察法では、こうした罪を受ける権利すら精神障害を理由にはく奪される可能性もあるのです。

○精神障害を理由にした強制入院は、権利条約に反するのでは？

「障害者の権利条約」の第14条には、身体的自由および安全は「いかなる場合においても自由の剥奪が障害の存在により正当化されないこと」とされています。本人の意志にそわない強制入院は、自由の剥奪にあたるといえるでしょう。精神障害はとくに、障害か疾病かという線引きが難しく、日本ではまだ誤解も多い障害です。第14条の解釈については、今後もさまざまな議論があると思いますが、単に障害があるからといって「医療観察法」の処遇決定が安直にされないように気をつけなければならないでしょう。

○「医療観察法」により新たな差別や偏見が生まれませんか？

「医療観察法」の目的は社会復帰ですから、処遇を受けた人も当然社会復帰を第一に考えられなくてはなりません。社会復帰にあたっては、ノーマライゼーションの理念のもと、自分自身がどのような生活をして

● 第二部 精神障害のある人への生活支援と「障害者の権利条約」 ●

いくか、またどのようなサービスを利用していくかを決定することが保障されなければなりません。

しかし、前述のように通院または入院する医療機関は指定されており、自分で選ぶことはできません。これはすでに社会復帰をめざす人の選択・決定の権利を奪っているともいえます。

また、地域で精神保健福祉サービスを受けようとする場合は、医療観察法の指定期間ではない現存の施設やサービスを利用することになります。しかしその際、対応する人の理解が低いと「医療観察法の対象者は受け入れられない」と言われてしまうかもしれません。

医療観察法の施行により、こうした新たな差別や偏見が生まれてくる可能性は否定できません。

医療観察法については、さまざまな議論があるため、今後検討しなければならない課題がたくさんあると思います。こうした現状と課題を十分理解したうえで、関与をしていくことが大切です。 (金成)

精神科病棟における行動制限①

人員配置と「管理」

自由な意思によらず、入院を余儀なくされたとき、どのような権利の問題があるでしょうか。普段あたりまえのように目にしている事柄を「障害者の権利条約」と照らし合わせて、精神保健福祉士の役割を再確認しましょう。

事例(1) 行動制限はマンパワー不足のせい？

精神保健福祉士「先月入院されたAさん、まだ隔離室にいらっしゃるのですか？」

看護師「病状的には大丈夫だって先生は言うけれど、目が行き届かないから、仕方がないのよ」

事例(2) 退院請求はできるけれど…

Aさん「退院させてくださいよ。こんなところにいる必要ないから」

精神保健福祉士「精神医療審査会に退院請求することができますよ」

事例(3) 金銭管理は本当に必要？

Bさん「お小遣いは自分で管理できます。全部返してください」

精神保健福祉士「ご両親から、病院で管理するように言われているので、今は預らせていただきます」

Bさん「管理料がかかるって本当ですか？」

精神保健福祉士「はい、1日50円です。預り金から引かせていただくことになっています」

●精神保健福祉法における行動制限と精神科特例 ー事例(1)

「精神保健福祉法」第36条では、「医療又は保護に欠くことのできない限度」で必要最小限の行動制限が認められています。身体拘束については、他の代替方法がない場合に限って、精神保健指定医が判断し、その理由を説明し告知文を渡し、必要事項を診療録に記載しなければなりません。また、常時の看護による観察と医師による頻回の診察が必要であるとされます。しかし、日本の精神科医療には「精神科特例」が存在し、患者48人に医師1人（一般科は16人に1人）、患者6人に看護師1人（一般科3～4人に1人）というのが現状です。

「障害者の権利条約」の目的（第1条）は、「障害のあるすべての人によるすべての人権及び基本的自由の完全かつ平等な享有を促進し、保護し及び確保すること、並びに障害のある人の固有の尊厳の尊重を促進すること」とされています。また、第14条では「身体的自由及び安全」、第17条においては「個人のインテグリティ〔不可侵性〕の保護」を規定しています。精神科病棟における、「人手が足りない」という理由による行動制限は、この条約の目的に全くかなっていないといえるでしょう。いまだに跡を絶たない精神科病院における人権侵害事件は、精神科医療における人手不足が原因となっている場合もあり、人員配置の改善は喫緊の課題といえるでしょう。

●退院請求・処遇改善請求と「障害者の権利条約」 ー事例(2)

入院中の患者は、自由な意思で、退院や処遇改善について精神医療審査会に請求することができます。精神保健福祉士が支援をすることも多いでしょう。精神医療審査会は、精神保健指定医、法律家、精神障害者福祉の学識者で構成され、合議制をもって審査にあたります。強制的入院の妥当性や入院処遇の適否を審査するものですが、請求受理から結果

通知までの平均処理日数が38.2日（2006年度）であり、迅速性に欠けるという批判もあります。また、行政機関に事務を置くため、第三者性が十分に確保されていないのではという懸念もあります。

また、「精神保健福祉法」における強制的入院時には、司法のチェックがありません。欧米では、強制的入院に際して、患者と医療者の両方から話を聞き、裁判官が判断を行う場合もあります。権利条約の第13条には、「司法に効果的にアクセスすることを確保する」とあります。日本の現状では、精神障害のある人が、自分の権利を守るために、どれくらい効果的に司法にアクセスが可能でしょうか。私たち精神保健福祉士が十分な知識をもち、くり返し情報提供を行うことが必要となります。

● 金銭・貴重品管理と「障害者の権利条約」 — 事例(3)

精神科病院では、いまだにあたりまえのように「金銭・貴重品管理」が行われている場合があります。また、本人が実際に管理できないのかどうか検証するシステムがないため、事例(3)のように家族の判断などで決定されてしまいがちです。

権利条約では第2条で「合理的配慮」とは、障害のある人が「すべての人権及び基本的自由を享有し、又は行使することを確保するための必要かつ適切な変更及び調整」を行うことと定義しています。金銭管理においても、こうした合理的配慮が正しくなされているか考える必要があるでしょう。

また、この条約に照らして考えると、入院中の患者が実際に管理能力が一時的に落ちているとしても、金銭・貴重品管理などの支援は、無料で保障されるべきかもしれません。（伊藤）

精神科病棟における行動制限②

通信・面会の自由

家族や学校、職場などと離れて入院生活を送る患者さんにとって、家族や友人と電話で話したり、面会することはとても大切なこと。でも、知らず知らずのうちに、私たちが「管理」していませんか？

事例(1) 彼女との面会を制限されてしまいました。

閉鎖病棟に医療保護入院中のAさんは、彼女との面会を希望していますが、面会は家族だけと制限されています。

Aさん「彼女と会いたいんです。今の僕が回復するためには、彼女の力が必要なんです」

医師「入院したばかりだし、面会は家族のみです。どうしてもというのなら、家族が同席のうえ、彼女との面会を許可してもいいですが」

Aさん「そんなの困ります。二人きりで会いたいんです！」

事例(2) 措置入院をして隔離室に。家族へ電話をかけたいけれど。

Bさん「家族と話したいんです。電話を使わせてください」

精神保健福祉士「措置入院中ですから、先生に聞いてみないとわかりません」

医師「隔離室にいる間は、電話は認められませんよ」

Bさん「そんな……。電話をかけさせてくださいよ」

精神保健福祉士「お気持ちはわかりますが、先生が判断したから、仕方ないですね」

●「精神保健福祉法」における行動制限の留意点 ー事例(1)

「精神保健福祉法」における、通信および面会は、患者と家族、地域社会等との接触を保ち、医療上も重要な意義を有するとともに、患者の人権の観点からも、原則として自由に行われることが必要とされています。入院の際に必ず患者に渡す文書には、通信の自由や、弁護士などとの面会の自由、また退院や処遇改善の請求先等が明記されています。また、医療法により、入院時のインフォームドコンセントとして「入院診療計画書」を渡すことが義務づけられています。これは、治療計画や推定入院期間等が記載されており、入院する人への情報としてとても重要です。

しかし、現実には、事例(1)のような、「原則」に対する「例外」が多くまかり通ってはいないでしょうか。通信や面会を制限する場合は、明らかに病状の悪化を招く、あるいは治療の効果を妨げるなど、医療または保護のうえで合理的な理由がある場合で、かつ合理的な方法および範囲での制限に限られるものでなくてはならないと、精神保健福祉法で定められています。

●通信および面会の自由と「障害者の権利条約」 ー事例(2)

「障害者の権利条約」第9条では、障害のある人の自立と生活のすべての側面における完全参加のため、情報・通信、施設・設備の利用において、適切な手段を講じることが定められています。また、同条文には、手段としての通信の自由の他にも、情報の入手のしやすさや、扱いやすさの保障など広い意味が含まれます。

精神科閉鎖病棟という、それ自体が行動制限を余儀なくする環境は、「障害者の権利条約」第14条における「いかなる場合においても自由の剥奪が障害の存在により正当化されない」、また、第17条の「身体及

● 第二部 精神障害のある人への生活支援と「障害者の権利条約」 ●

び精神的なインテグリティ〔不可侵性〕を尊重される」などの趣旨を鑑みても、大いに考えさせられるものです。そのうえで、面会や、電話・手紙などの基本的な通信手段に制限を加えるということは、患者の行動の自由を二重、三重に制限するおそれがあることを、私たちは念頭に置かななくてはなりません。本当にそれが治療上必要なものかどうか、入院に伴う行動制限の意味をたびたび確認し、熟慮する必要があります。また、事例(2)（「隔離室にいる間は電話は認められません」）のような、実質的な根拠に乏しい行動制限は、医療者が、患者の司法へのアクセス（第13条）の権利を妨げてしまうおそれもあります。

さらに、単に機会を認めればいい、設備が整っていればそれでよいというのではなく、通信や面会の際のプライバシーが守られる環境も重要です。そして、通信手段や利用の仕方に関する情報を、求められる以前に提供することが、入院中の患者の権利を守るための、精神保健福祉士の重要な役割といえるでしょう。（伊藤）

精神科病棟における行動制限③

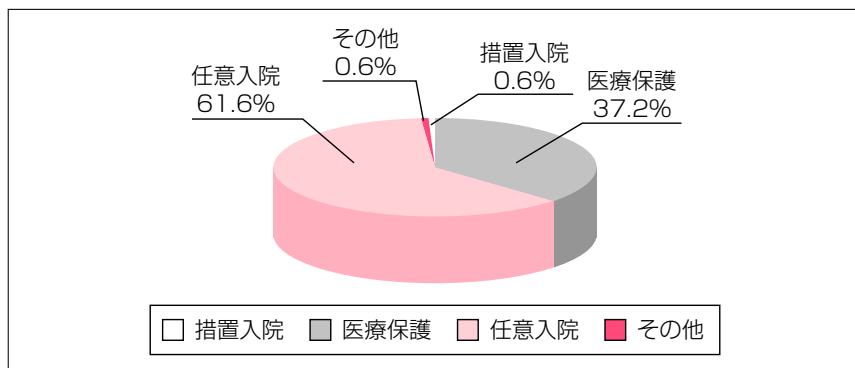
任意入院の閉鎖処遇

患者が自らの意思で入院を決める「任意入院」。入院して治したい＝任意入院」ならば、行動制限の最小化は当然のはずです。しかし、任意入院の閉鎖処遇は増えているのが現状なのです。

1988（昭和63）年、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（精神保健法）の改正により「任意入院」が法制化されました。精神障害のある人を入院させる場合は、「本人の同意に基づいて入院が行われる」よう努めることと定められています（第22条3）。

下のグラフは、2006（平成18）年の厚生労働省「精神保健福祉資料」の調査結果です。このグラフをみると、任意入院が全体の6割以上を占めていることがわかります。

入院形態別患者構成（2006.6.30調査）

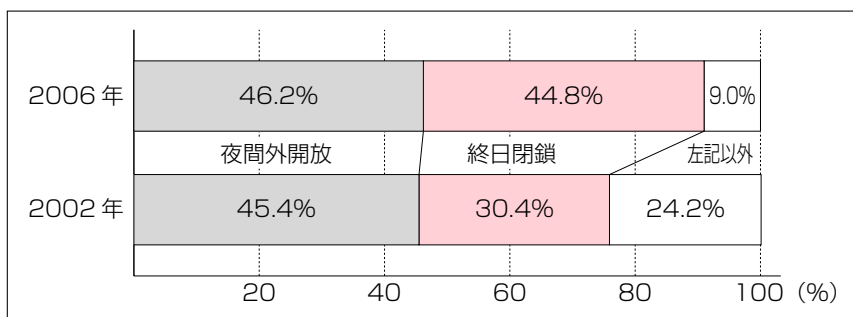


第36条では「その医療又は保護に欠くことのできない限度において、その行動について必要な制限を行うことができる」と定められています。患者が自分の意志で入院を決める任意入院では、強制的な措置入院

● 第二部 精神障害のある人への生活支援と「障害者の権利条約」 ●

や医療保護入院とは違い、閉鎖処遇などはほとんど必要ないように思えます。しかし、同調査結果（下図）を見ると、任意入院の場合でも終日閉鎖が44.8%と、2002（平成14）年から1割以上も増加していることがわかります。任意入院の割合が圧倒的に多いのにもかかわらず、任意入院患者の閉鎖処遇が増加しているのはなぜでしょうか。精神科医療において、診療報酬の高い急性期閉鎖病棟が増加し、開放病棟の数が減少しているのも一因といえるでしょう。

任意入院患者の処遇（2006.6.30調査）



「障害者の権利条約」では、第14条「身体的自由及び安全」や、第17条「個人のインテグリティ〔不可侵性〕の保護」を規定しています。障害のある人が、自由を不法にまたは恣意的に奪われないこと、いかなる自由のほく奪も法律に従い行われなくてはならないことが示されています。開放病棟がないから、患者が同意したからという理由で、 unnecessary 行動制限がなされていることは、「障害者の権利条約」がめざすものからは程遠いものであることを認識しなくてはなりません。（伊藤）

<参考資料>

- 1) 厚生労働省「精神保健福祉資料」平成18年度6月30日調査の概要

精神科以外の受診

精神科に入院中、もしくは通院中の方が、合併症やけがをした場合、精神障害を理由に治療を拒否されることがあるという現状に対し、どうしたらよいのでしょうか。

現代の医療体制では専門化が進み、診療標榜科以外の医療は専門科に任せることが多くなっています。また診療報酬の関係からも標榜科以外の医療を受けることは難しくなりました。

日本の精神科病院の多くは民間の単科精神科病院であり、外科や整形外科、脳神経外科や循環器、呼吸器、消化器等の内科疾患については対応が困難なのが現状です。一般病院のなかの精神科病棟や、精神科でも一般病床をもつ病院はよいのですが、単科精神科病院内で合併症が発症した場合には、他科受診もしくは他科病院へ転院等の処置をします。

現場で大きな課題となっているのが、精神科から他科へ受診する際に、精神障害を理由として受診や転院について受け入れや診療を拒否するケースが非常に多いことです。都道府県によっては、このようなことがないように精神科合併症システムを構築し、一般病院との連携をスムーズにしているところもありますが、全国的には満足のいくものではなく、精神障害のある人の、本人の医療機関の選択は保障されていない状態です。この権利条約では、「障害を理由による差別」を否定しており、第5条で「平等及び差別されないこと」を明記しています。単に精神障害があるからということを経験に、緊急性が高い場合でも受け入れを断られたり、積極的に診察をしてもらえなかったりすることがないように時代が訪れることを切に願います。やはり、医療は誰に対しても平等で公平に提供されてほしいと思います。 (金成)

社会的入院・地域移行

誰しにも与えられた、住みたい場所に住むという“あたりまえ”を実現するために、私たちの地域社会、社会資源、そして自分自身のかかわりについて、もう一度ふり返ってみましょう。

「障害者の権利条約」第19条では、障害のある人であっても、自らの意思で生活の場を選び、地域社会に参加し、必要なサービスを受けながら生活する権利があるとしています。

しかしながら精神障害のある人のうち、約7万人もの人が、社会的入院をしているのが現状です。社会的入院とは、退院できる病状にもかかわらず、社会的な理由によって継続する入院のことを指します。具体的な理由としては、退院先がない、家族や周囲の負担が増える、地域における支援体制が不十分である等が挙げられます。

2008（平成20）年度からは、これまでの退院促進支援事業の取り組みを踏まえ、社会的入院を減らすことを目的とし、病院から地域へという流れを推進する精神障害者地域移行支援特別対策事業が開始しています。

とはいえ、実際の地域移行の場面においては、さまざまな障壁にぶつかり、遅々として進展しないことも多いのではないのでしょうか。

事例 家族や地域に受け入れてもらえない…

Aさんは、幻聴に左右され言葉で家族を責めてしまい、夜も眠れなくなったため、入院することになりました。入院治療を受けることで病状は安定し、幻聴とも付き合いながら過ごせるようになっていきました。しばらくして、Aさんは主治医から自宅へ

の外泊を提案されました。しかし家族は「また暴言を吐かれるんじゃないかと思うと受け入れるのが怖い……近所の目もあり小さい子どももいるので、ここで入院してほしい」と難色を示しました。Aさんは、家族や地域にとって、自分が迷惑な存在であると感じました。

先に触れたように「障害者の権利条約」では、住居や生活様式の自由を、障害を理由に妨げられてはならないとしています。批准に向けて、疾病や障害、生活保護受給者か否かなどで利用施設・制度が限定されるという現状に対し、より強く疑問をもつ必要があるでしょう。

また、個人の中に障害があるとし、本人を変えるという「医学モデル」の考えではなく、その人個人に合った生活環境の整備や、地域社会におけるインクルージョンを実現させるため、障害のある人もない人も住みやすい環境づくりに、積極的に取り組む精神保健福祉士の姿勢が求められているのではないのでしょうか。

そして大切なことは、それぞれの環境下において、一人ひとりの“希望の灯”が知らず知らずのうちに消え入ってしまわぬよう、どんな視点が必要なのか、私たち精神保健福祉士一人ひとりが改めて考えることかもしれません。



社会的入院および地域移行についての現状

日本には35.3万人もの人が精神科病床に入院しており、そのうち約76万人ともいわれる社会的入院者が存在しているといわれます。平成19年度厚生労働科学研究こころの健康科学研究事業「精神病床の利用状況に関する調査」では、「受入条件が整えば退院可能な者」の割合は、精神科病床の入院患者数全体の34%と、2005（平成17）年度患者調査の23%

◎ 第二部 精神障害のある人への生活支援と「障害者の権利条約」 ◎

を上回っています。また、2008（平成20）年厚生労働省「病院報告」によると、精神科病床における平均在院日数は減少しているとはいえ、年間312.9日と、他病床と比べて圧倒的に多い状況が続いています。

このような現状を受け、病院から地域へという流れを推し進めるため、2003（平成15）年度から2005（平成17）年度までモデル事業（26都道府県、4指定都市）として行われていた退院促進支援事業は、2006（平成18）年4月から精神障害者退院促進支援事業として、また、10月からは障害者自立支援法において都道府県地域生活支援事業に位置づけられ、実施されました（2007年度には41都道府県において実施）。さらに、2008（平成20）年4月より精神障害者地域移行支援特別対策事業が新たに創設されています。その主な変更点は、①2012（平成24）年度までを中期的取組期間として、「精神障害者退院促進支援事業」を見直し、②退院促進支援事業の「自立支援員」を「地域移行推進員」とし、指定相談支援事業者等に配置し、退院への啓発活動及び地域定着に向けた個別支援を実施、③新たに、精神障害のある人の退院促進と地域定着に必要な体制整備の総合調整機能を担う「地域体制整備コーディネーター」を配置し、地域自立支援協議会との連携を強化、④全都道府県・全圏域において実施するとしています（2008年度には45都道府県において実施）。

さらに厚生労働省2010（平成22）年度予算案では「精神障害者地域移行支援特別対策事業」を見直し、「精神障害者地域移行・地域定着支援事業」とする方向性が示されています。ここでは、①ピアサポーターの同行活動経費を予算に計上し、②地域生活を維持するための支援体制の構築・精神障害のある人の参加による地域住民との交流を促進する等、を新たに掲げています。

また、2008（平成20）年度診療報酬改定では、病院による取り組みを促進することを目的とした改定がなされました。具体的には①精神科退院前訪問指導の算定要件の緩和、②精神科退院指導料の精神科地域移行

支援加算の創設、③精神科訪問看護・指導料の算定要件の緩和、④精神科地域移行実施加算の創設、⑤入院基本料の入院期間181日～1年の加算の減点、⑥精神科継続外来支援・指導料の創設、⑦通院精神療法の訪問診察時の算定要件の緩和、となっています。

いずれも、長期入院者数の減少を目的としたものとはいえ、退院促進支援事業においては地域性が大きく反映されるため、事業の“活用”に至るまでには、関係者によるふり返りを重ね、事業そのものを成長させる必要があると思われます。また、精神科地域移行実施加算については、実績という数字に追いたてられ、精神障害のある人やその家族らの意向に反した退院になっては意味のないものになります。

ある日、精神科病院に入院した人が、社会的入院者と呼ばれるに至るまでの間には、一人ひとりに何かしらの理由・歴史が存在することを忘れてはなりません。それはときに、医療や専門職、家族や地域、国のあり方の問題であったかもしれないのです。そういった人たちにかかわる際にはそれらを真摯に受け止め、制度の流れをプラスに活用しながら、精神障害のある人と共に歩む姿勢が精神保健福祉士には求められるのではないのでしょうか。



精神保健福祉士としての視点

ここでもう一度、p.80の事例について考えてみましょう。精神保健福祉士はどのようにかかわっていくべきでしょうか。

○Aさんではなく家族の意向の採用!?

Aさんと家族の気持ちの間に立った職員が、「家族の拒否がなくなるまでもう少し待ちましょう」とAさんにもちかけて、入院期間が延長してしまった場合、Aさんは病院職員からも理解してもらえず、孤立感を

さらに強めてしまうかもしれません。私たち精神保健福祉士は、かかわりそのものが本人ではなく、家族の意向に傾いていないか点検し、双方の立場を理解する視点をもつ必要があります。

○地域住民のために退院できない!?

地域住民による偏見から、肩身を狭くしている家族が存在しています。そこには“障害をどう捉えるか”という問題が、本人や家族、地域、そして私たち自身にあるといえるでしょう。必要なサービスさえあれば“障害は障害ではなくなる”という発想へ転換していく必要があります。

○自宅退院しても不幸せ!?

家族や地域住民から“私たちの人権はどうでもいいのですか?”と投げかけられる中、Aさんが自宅へ退院した場合、Aさんと家族、地域住民との関係に溝ができる場合があるでしょう。自分の意見をもって退院したAさんが、退院したこと自体を後悔してしまわないよう、それぞれに存在する人権について配慮しながらかかわる必要があります。

Aさんは、家族や地域、医療者の意向や住まいの問題に揺さぶられ、本来の“希望の灯”を失いかけてしまっています。

社会的入院を生むひとつの要因として、場合によっては入院というものが自体が生活の連続性を断ってしまうという現状があります。精神科病院へ入院することにより、家族や友人、会社の同僚や地域社会などとの関係の連続性が断絶され、病状が回復したにもかかわらず、入院前の生活にさらに戻りづらくなってしまいますのです。そこには本人の意向に反した入院や保護者制度なども絡んでいるといえるでしょう。

また、病名について「傷つくだらうから」「理解できないだらうから」といった理由で告知されず、自分自身の疾病や障害について理解・受容

する機会を得られなかった場合、Aさんの家族が受けたような傷をAさん自身が共有できず、望んだはずの地域社会での生活に影を落とすことも考えられます。そこにはアクセシビリティの問題もはらんでいるといえます。

私たち精神保健福祉士には、困ったときに支えになるような医療のあり方、障害のある本人が障害を自分自身のものにできるような支援づくり、家族や地域への根気強い働きかけに尽力するという役割を担っています。精神障害のある人自身や家族、地域社会、医療・福祉関係者の中にある偏見が取り除かれ、本人が“希望の灯”を灯し続けていけるよう、同じ方向を向き、ともに歩む精神保健福祉士自身の中に存在する偏見に対しても、向き合い続ける必要があるといえるでしょう。 （田波）

<参考資料>

- 1) 厚生労働省「精神保健福祉の現状と評価：今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会（第6回）資料」 2008
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/07/s0716-5.html>
- 2) 厚生労働省『厚生労働白書 平成21年度版』
- 3) 厚生労働省「全国厚生労働関係部局長会議（厚生分科会）資料」 2010
<http://www.mhlw.go.jp/topics/2010/01/dl/tp0121-1w.pdf>

自由がある、あたりまえのくらしの実現に向けて

長野県は、2008（平成20）年度に厚生労働省の「障害者自立支援研究調査プロジェクト」を活用し、長野県精神障害者地域移行支援研究会（以下、研究会）が発足しました。その研究事業のひとつとして、精神障害者退院支援コーディネーター（現地域体制整備コーディネーター、以下コーディネーターと略記）が支援をし、退院した長期入院患者への聴き取り調査を実施しました。本調査の目的は、1年以上の長期入院から地域生活へと移行した人の、地域における生活状況およびコーディネーターの地域生活移行支援の取り組みを分析し、その効果と必要な支援策について検証することでした。

調査の対象は、2007（平成19）年4月1日より2008（平成20）年12月末日までに、精神科病院を退院して地域生活に移行した人たちでした。調査期間は2008（平成20）年11月から2009（平成21）年1月までの間で、①調査対象者・回答者の基本属性、②退院の準備について、③今のくらしの様子について、④今のくらしの満足度、⑤これからのくらしについて、⑥話し残したこと・伝えたいこと、の6つの柱から調査票を作成し、対象者個々への面接による聴き取りを行いました。

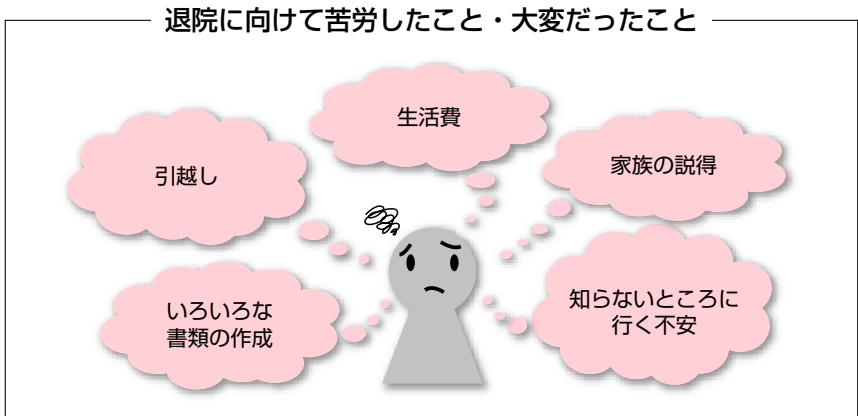
調査対象者数42名のうち、30名から回答が得られ（回答率71.4%）、調査時間は平均59.8分でした。回答者は男女ほぼ同率であり、50歳代、60歳代の割合が高く（平均年齢53.2歳）、有している疾患名は統合失調症の割合が高く（83.3%）、入院期間は平均11年で、最長は43年でした。退院先はグループホーム・ケアホームが最も多く（46.7%）、次いで自宅、知的障害者入所施設でした。

ここでは、本調査から得られたさまざまな声、その思いの一部をご紹介します。

▽退院に対する希望や気持ち

今回の退院が、本人の希望によるものであったか否かについては、「はい」40%、「いいえ」53%で、半数以上が本人の希望によるものではありませんでした。当時の気持ちとして、「よかった」「嬉しかった」「やっと退院できる」などの肯定的な気持ち、「不安があった」「困った」「切なかった」などの否定的な気持ち、「嬉しさと不安の両方」「複雑」「気持ちに変化があった」などの二分化できない気持ちもありました。

「退院に向けて苦労したこと・大変だったこと」を「どのように解決したか」は、次のとおりでした。



▽今のくらしの様子

「自室で安心できるかどうか」「日々の生活の楽しみ」について、大まかに整理したものが、次のとおりでした。

今のくらしの様子① ～居場所としての空間～

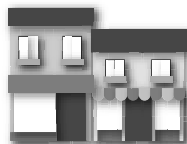
自室あり：21人（77.8%）



- 安心してくつろげる
- テレビが自分の部屋にあるのがよい
- 気楽でよい
- 気に入っている
- 静かで安心できる
- 自由が与えられている

※自室なし（相部屋など）：3人（11.1%）

今のくらしの様子② ～日々の生活のなかでの楽しみ～



- テレビ ● タバコやコーヒーが自由 ● 食べること
- 買い物 ● 音楽 ● DVD鑑賞
- 友達と過ごす（おしゃべりなど） ● 家族との面会
- 好きなことができる ● 本を読む（図書館に行く）
- コンビニエンスストアで好きなものを買う 等

※今のところはない…

▽今のくらしの満足度・これからのくらしに対する思いや願い

「今のくらしの満足度」については、「満足」50%、「やや満足」27%で、約8割が概ね「満足」との回答でした。一方「不満」の声として、「人間関係が難しい」「自由だがお金がない」などが挙げられていました。また、これからのくらしに対しては、次のような声が挙げられていました。

今のくらしの満足度

自由がある♪



- 今の生活のほうがよい
- とても心地よく自由である
- 最初は不安だったが慣れた
- お金があれば満足
- (今までは) がまんすることが多かった
- 大満足である
- 何とか生きていこう

これからのくらしに対する思いや願い

自由がある♪



- ずっとここにいたい
- 今のように生活したい
- できる限りやっていきたい
- 働いて仕事をしたい
- グループホームに移りたい
- 公営住宅に入りたい
- 家に帰りたい・家族とくらしたい
- 病気の心配がある
- ひとりでやっていくしかない
- ここ（施設）しかない

▽この機会に話したいこと・伝えたいこと

調査の最後に、「話し残したことや伝えたいこと」をうかがいました。その聞き取りの内容の一部が次のとおりでした。

この機会に話したいこと・伝えたいこと



- 退院支援コーディネーター、病院の精神保健福祉士によくやってもらった
- 退院に対する不安を相談できる存在があった
- 施設等を出て行く人を見ると自分も出たい
- 施設等の見学が大きな意味もあった
- 障害のある人にとってやさしい国をつくってほしい
- 本当に苦しいことが多い
- 今の生活が続けられなくなると思うと不安
- 本当に楽しいよ、毎日

調査を終えて～精神保健福祉士としての役割～

本調査をとおして、精神障害のある人の、地域での日々のくらしの様子やそこに至るまでのさまざまな思い、そして、これからの夢や希望など、貴重な声を聴かせていただき、有意義な成果が得られました。コーディネーターはじめ精神保健福祉士が、日々提供している支援やかかわりの質をふり返り、点検および評価を行うにあたっては、ご本人やご家族の声や本音をよく聴取することが基本であると、改めて実感することができました。地域であたりまえに暮らすことの実現に向けた支援、社会の受け入れ体制の整備、そのあり方について、精神障害のある人の思いや背景などから示唆されたことを再確認し、今後の地域生活移行支援・地域生活支援を実践する精神保健福祉士の役割の意義を共有できれば幸いです。（宮崎）

※長野県精神障害者地域移行支援研究会「精神障害者の円滑な地域移行のための地域体制整備に関する研究報告書」より抜粋

地域の福祉サービス利用と「障害者の権利条約」①

地域の福祉サービス（施設編）

障害のある人が「自分のことを自分で選べる納得した生活」とはどんな生活なのでしょう。施設での生活を例に、精神保健福祉士がやれること、やるべきことを「障害者の権利条約」から学びましょう。

「障害者の権利条約」では、前文「自ら選択する自由」や、第19条「他の者と平等の選択の自由」が規定され、「居住地」、「どこで誰と生活するかを選択する機会」、「特定の生活様式で生活するよう義務づけられないこと」、「地域社会からの孤立及び隔離を防止するために必要な在宅サービス、居宅サービスその他の地域社会の支援サービスにアクセスする」ための措置をとることなどが明記されています。

「病院から地域へ」という言葉は精神保健福祉士の周りにも浸透しつつあります。ただしその地域での生活は、障害のない人と同じように、自分の希望する場所で、希望する生活を送るために、希望するサービスを自分自身で選ぶことができているといいきれのでしょうか。「障害者の権利条約」を意識して、次の3つの場面から、「その人の気持ち」「精神保健福祉士としてのあり方」を考えてみてください。

事例(1)

母親と二人暮らしをしていましたが、母親の具合が悪くなり老人ホームに入所することになりました。それをきっかけに、親切な周りの人の勧めで施設の入所利用が決まりました。初めての面接で施設の精神保健福祉士から「ここに来てどんなことをしたいですか」と尋ねられましたが、答えることができませんでした。

事例(2)

「精神の障害の方向けの施設なのでバリアフリー化されていません。ですから介護の必要な方はお受け入れできません」と当然のようにサービスの利用を断られました。この施設の日中のサービスを利用したいのに……。気を取り直して、第2希望のところへ行くと、「他の利用者に迷惑をかける行為があれば利用中止します」という念書付きで受け入れてもらえました。

事例(3)

やっと入所できそうなグループホームが見つかっていざ見学に！最寄りの駅から徒歩50分。人里離れた山間地。一生懸命探してくれた病院の精神保健福祉士と、人のよさそうなそのグループホームの精神保健福祉士には「もっと交通の便のいいところで生活したい」とは言えそうもありません。

本来、精神障害のある人に寄り添うべき存在である私たち精神保健福祉士の支援の場においてですら、希望する施設やサービスが利用できない場面、また希望していない施設やサービスを強いてしまう場面に出会ってしまう現実があります。「助かります」「ありがとうございます」「特に何もありません」等の言葉に甘えてしまっているのかもしれませんが。一方、「低予算」「職員不足」「支援技術不足」「施設の数の少なさ」「制度が充実していない」など、ひとりの精神保健福祉士としては、容易にクリアできない課題が山積みであることも確かです。このジレンマの中で、精神保健福祉士として今、やれること、やるべきことを見つけるために、「障害者の権利条約」をヒントにして考えてみてはいかがでしょうか？

(木津)

地域の福祉サービス利用と「障害者の権利条約」②

地域の福祉サービス（在宅編）

「障害者の権利条約」の「障害のある人の地域生活の権利」を大切にするための精神保健福祉士の視点、取り組みとはどのようなものでしょう？
在宅で地域サービスを利用する場合を例に、考えてみましょう。

「障害者の権利条約」の第19条では、「地域生活の権利」について、「障害のあるすべての人に対し、他の者と平等の選択の自由をもって地域社会で生活する平等の権利を認める」と明記しています。

日本では、障害のある人の生活に深くかかわる法律に障害者自立支援法（2006年施行）がありますが、「障害程度区分による利用制限」「利用期限」「応益負担」「地域格差」などの課題もあります。また、契約による福祉サービスの購入（利用）という、権利であるはずの福祉サービスを購入しなければならなくなっているという根本的な問題も忘れることはできません。

障害のある人が本当に地域で生活する権利を行使できているかどうかを考えると、以下の3つがポイントとなるといわれています。

- ①自分で自分の生活のやり方、サービスを選んでいるか
- ②希望するサービスが身近に十分あるか
- ③サービスが使いやすいもので、必要なものであるか

次の事例(1)から(4)のような場面を考えると、現在の法制度では、まだまだ障害のある人の地域生活は保障されているとはいえない現実に気づかされます。

事例(1)

今まで無料で利用できていたホームヘルプなどのサービスが、法律が変わったことで、有料になりました。収入によって利用料金が決まるようですが、収入は障害年金だけなので、いくら大丈夫と言われても心配で、断ることにしました。

事例(2)

通所の福祉サービスを利用しています。通所先はとても居心地のいい場所ですと通いたいと思っていますが、利用期限が決まっています、そうもいかないようです。今の生活は充実していて満足しています。同じサービスを利用し続けることができないのはなぜなのでしょう。

事例(3)

数年前から家から出ることができません。このままじゃいけないと思っはいるけれど……。訪問してもらえるような福祉サービスを利用したいけれども、どこにどんなサービスがあって、どんなことをすればいいのかわかりません。

事例(4)

家族の急な入院でショートステイを利用しようと思いました。相談したところ、いろいろな書類や手続きが必要との説明で、実際に利用できるには数週間かかるとのことでした。

私たち精神保健福祉士は、障害を個人のものとしなして、障害のある人を地域、社会に合うように近づけていくような視点、かかわりに終始すべきではないと考えます。障害のある人一方に努力や責任を課すよう

なかかわりになってしまう危険性があるからです。

障害とは、障害のある人個人とその個人を取り巻く環境（地域、社会）との関係から生まれたものと常に意識しておく必要があります。障害のある人とその人を取り巻く環境を、「その人らしい」、「その人ならではの生活につなげていくためにどんなことができるのでしょうか。そのことに障害のある人とともに向き合い、考えて、取り組んでいくことは、この条約における「合理的配慮」であり、私たち精神保健福祉士が行う「ソーシャルワーク」であるともいえるのではないのでしょうか。（木津）

地域の福祉サービス利用と「障害者の権利条約」③

障害者自立支援法とのかかわり

地域の福祉サービスに最も密接にかかわっている「障害者自立支援法」には、どのような特徴があるか、権利条約に照らしながらみてみましょう。

「障害者の権利条約」では前文と、第19条に自立した生活（生活の自律）および地域社会へのインクルージョンについて「自ら選択する自由」と「他の者との平等の選択の自由」が規定され、以下の4つの事項について何らかの措置をとるように明記されています。

- 居住地
- どこで誰と生活をするかを選択する機会
- 特定の生活様式で生活するよう義務づけられないこと
- 地域社会からの孤立および隔離を防止するために必要な在宅サービス、居住サービスその他の地域社会の支援サービスにアクセスすること

現在、「障害者の権利条約」を日本は批准していません。批准された場合、さまざまな現行法の見直しが必要といわれています。例えば、障害のある児童の教育に関する「教育基本法」、障害のある人の労働の機会を保障する「雇用促進法」、被成年後見人の参政権に関する「公職選挙法」、またすべての障害のある人の選挙に参加する権利に関する「選挙法」などの問題が挙げられます。その他に、建築に関しての権利も「バリアフリー新法」、「福祉まちづくり条例」などで制定はされていますが、実際、設置者の努力義務的なものにとどまっていることなども課題といえます。

地域の福祉サービスともっとも関係の深い障害者自立支援法においては、どんな点が課題になるのでしょうか。

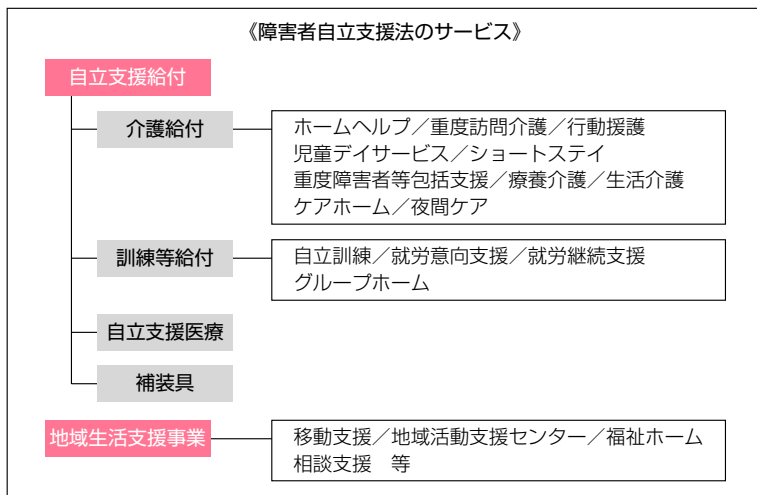
「障害者自立支援法」の特徴

障害者自立支援法には、次の5つの特徴があります。

- ①身体、知的、精神の三障害を一元化したサービス体系
- ②サービスの実施主体を市町村に一元化
- ③応益負担（利用者の利用量と所得による自己負担）
- ④就労支援の強化
- ⑤利用手続き、基準の明確化

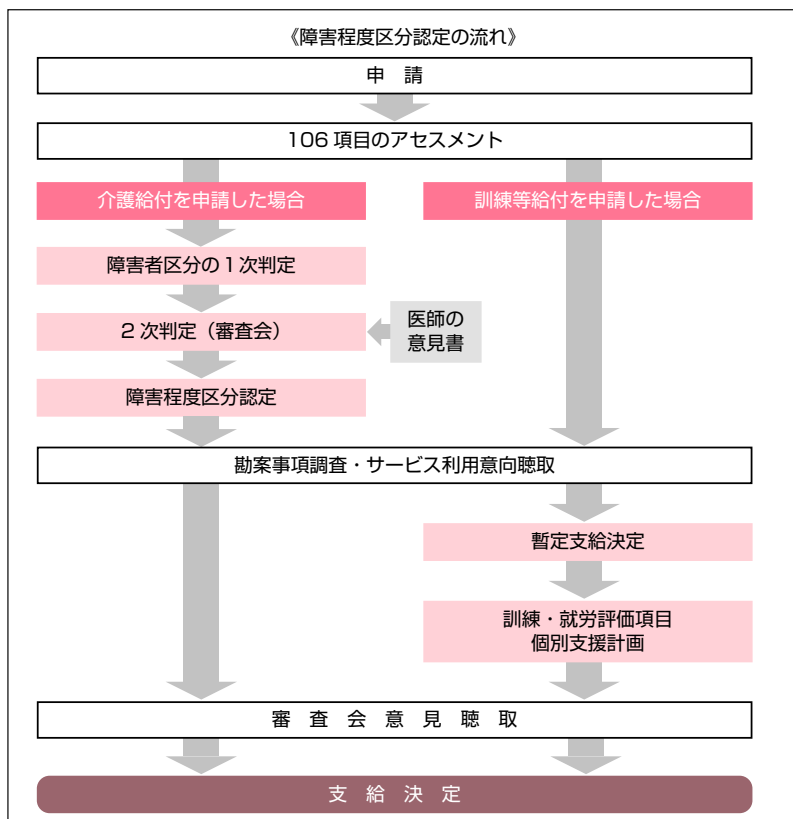
● システムとそのサービス

障害者自立支援法には、利用者へ個別給付される「介護給付」「訓練等給付」「自立支援医療」「補装具」の4つのサービス（まとめて「自立支援給付」と呼ばれる）と「地域生活支援事業」があります。さらに介護給付は10種類、訓練等給付は4種類のサービスに分けられます。



● 利用までの流れ

障害福祉サービスの利用は、まずは市町村にサービス利用の相談、申請をして審査、判定を受ける必要があります。市町村の支給決定までの流れは下図のようになります。その後、障害程度区分が決定され受給者証が交付されます。利用者は、サービス提供事業者と契約し、サービスの利用が始まります。



<参考資料>

- 1) 厚生労働省「障害者自立支援法のサービス利用について」パンフレット
http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/b_shien/index.html

障害者自立支援法と「障害者の権利条約」

障害者自立支援法には、下記のような問題が挙げられます。

- 成功報酬が組み込まれているので事業所による利用者の選別が行われる
- 訓練効果が見込まれるサービスでないと利用できない
- 利用期限が定められているサービスがある
- 市町村の財政などに左右されサービスに市町村間格差が生じてしまう
- 区分認定において支給量に上限が設定される
- 軽減措置のシステムなど制度が複雑で理解しづらく、手続きも難しい
- サービス自体が不足している

「障害者の権利条約」に照らしてこの問題を考えるとき、次の3つのポイントに注意して考えるべきといわれています。

①自分で自分の生活のやり方、サービスを選んでいるか

まずは、障害があってもオリジナルな生活のスタイル、またその生活スタイルを行うためにサービスの利用を選択できる環境があるかどうかという点を留意しておかなければいけません。

先の事例のように、家族の老人ホームの入所をきっかけに納得もできないままの施設入所（p.91事例(1)）や障害の種別によるサービス利用の制限、条件付きのサービス利用（p.92事例(2)）、利用期間の設定されたサービス（p.94事例(2)）などはすべて「障害者の権利条約」に反するものになります。どこで、誰と、どんなふうに生活していくかを保障されていないといえるのです。

ほかにも「ひとり暮らしは周りが心配だから施設に入所をすすめる」「昼夜逆転しやすいから、昼間はデイケアに通う」などのように、失敗する可能性があるという理由で本人が希望していないサービスの利用を

勧めることも権利侵害につながりかねません。

精神保健福祉士として意識したいこと①

精神保健福祉士は、「障害者の権利条約」に規定されている「自ら選択する自由」から考えると、障害のある人に起こる自己の不利益、不具合、失敗なども本人の意思、選択、自己決定の結果のひとつとして受け止める必要があります。つまり、保護、支援の名のもとに本人の意思をくみ取らず、行動を制限することがあってはいけません。だからといって、自己決定を大義名分に本人が選んだことだけをそのままサポートすることは、精神保健福祉士の実践するソーシャルワークとはいえません。その人の現在の判断力や思考力、理解力などを専門的に評価して、その人の希望する生活を続けていくことによって生まれるリスクなど、自身にとってマイナスになるかもしれない面も、きちんと障害のある人自身が理解できるように説明する必要があります。そして、その中から出た本人の選択がどんなものであっても、本人に対して不利益に働かないよう伴走し、介入し続ける姿勢が精神保健福祉士には求められます。そういったかかわりを自己決定の権利を守るソーシャルワークの実践と呼ぶのではないのでしょうか。

また、精神障害のある人への支援の場面では、家族とのかかわりも多くなります。支援を進める中で、障害のある人とその家族の希望やニーズが重ならないと感じることも少なくありません。しかし、たとえどんな場面でも家族の意向に偏らず、同時に家族の思いも大切にするという高度な支援技術が求められるのです。

そしてもうひとつ、障害のある人の生活を支援する福祉の現場ですら、「自ら選択する自由」「他の者と平等の選択の自由」が保障しきれず、配慮を失いがちになってしまう現実を忘れてはいけません。支援や訓練による成果や効果が期待できるかどうかを焦点に、支援の対象者を選択することがあってはいけません。

②希望するサービスが身近に十分あるか

多様な社会参加を保障する地域の福祉サービスそのものがあるかどうかは、サービスを選び、使いこなす以前の問題といえます。先の事例から考えると、自分の希望の条件に合うサービスがこの街にはないということは、障害のある人にとっては、妥協点を探すどころか、地域生活のスタートラインにも立てていないといえます。また、収入の額、利用金額によって利用を躊躇するような事態も避けなければなりません。収入にかかわらず希望するサービスを選択できるような地域社会を、身近にサービスがある環境と呼ぶのではないのでしょうか。

障害者自立支援法の大きな課題のひとつに、地域によってサービスに大きな格差が生まれていることが指摘されています。「生活保護のお金で生活するには、賃貸契約できる物件に限られる」(p.94事例(1))、「都会に住みたいけど希望するサービスは人里離れた山間部にしかない」(p.92事例(3)) など、住んでいる場所によって、利用できるサービスの量や内容に差が出てしまうことは、まずは第一に改善していくべきことではないのでしょうか。

精神保健福祉士として意識したいこと②

地域社会の障害のある人への誤解や間違った情報、偏見に対しては、精神保健福祉士として必要な施策を整備するとともに、社会への啓発活動もあわせて行っていく必要があります。そのためには、まずは精神保健福祉に関する社会の情勢・情報に敏感になる必要があるでしょう。疑問、課題を感じるような場面に出会ったときに、具体的に改善していける手段やネットワークをもっておきたいものです。

権利条約の批准後は、障害のある人が希望するサービスをどの街でも利用できるように国が保証することが求められるでしょう。ただし、精神保健福祉士ひとりで社会全体に合理的な配慮がなされた環境をつ

くりあげることは困難です。まずは、①今できることの優先順位、改善目標を明確にし、②当面の代替措置を考え、実質的に権利が守られる仕組みづくりに取り組むことが必要となります。

もうひとつ、「サービスの利用」の範囲は生活全般であるということと、地域で生活することは権利であるという意識をつねにもつことが私たち精神保健福祉士には求められます。地域社会が利用者の生活の場、私たちの活動のフィールドという視点を忘れてはいけません。

③ サービスが使いやすいもので、必要なものであるか

特定の障害があるがゆえに利用できなかったり、また利用に制限がかかっていたりしないかという点に注目して考えてみます。

先の場面では、思うように外出できないのでなんとかサービスを使って現状を打開したいけれど、そのための窓口や手続きについて不安があってなかなか踏み出せない人（p.94事例(3)）と、今すぐにショートステイを利用したいけれど利用開始までのプロセスが長く困っている人（p.94事例(4)）のジレンマが挙げられています。福祉サービスが措置から契約に変わったことにより、サービスの利用契約までに時間と手間がかかるようになりました。しかし残念ながら、障害のある人の特性に配慮してその人がきちんと契約行為をするための支援体制が整えられているとはいえません。現在の福祉サービスのシステムは、障害のある人の特性に対応しきれているとも、ニーズに合致しているともいいがたく、合理的配慮に欠けているといえます。

また、事例のように、利用したいと思った施設を障害の種別を理由に利用できない場面（p.92事例(2)）や、利用期限、障害程度区分によってサービスを利用し続けることができない場面（p.94事例(2)）からは、利用を希望した本人にとってみれば、そのサービスは名ばかりで全く意味のないものであることが浮き彫りになっています。

ほかにも、「視覚障害のある人用の点字のパンフレットや契約書がない」、「重複障害のある人に専門的支援ができない」、「金銭、服薬管理ができないと利用できない」、なども「障害者の権利条約」のもとでは、当然問題視されることになります。

精神保健福祉士として意識したいこと③

精神保健福祉士だから、精神障害のある人への支援だけできれば十分というわけではありません。権利条約批准後は、知的障害、身体障害の特性やサービスについての知識、支援技術なども無視できなくなってくるでしょう。精神障害のある人だけのための環境整備でなく、その他の障害のある人も含んだすべての人に配慮した支援を展開していかなければなりません。そこでは、その障害のある人個人のニーズに合わせた環境（生活様式）の整備と個別に配慮された支援が必要となるのです。

ただし、形式だけ福祉サービスの選択が自由になり、障害特性、利用期間などにしぼりがなくなることによって、精神障害以外の分野について十分な支援の知識、技術、価値もないままに安易にサービスの契約がなされたり、永続的に同じ支援が続けられたりすることが容認されるような事態は避けなければなりません。くり返しになりますが、これまで以上に支援者としての支援の幅、質の向上と目の前にいる人にとって本当に今必要な支援、福祉サービスは何なのかをつねに見つめ、気づき、介入し続ける専門職としての力と責任が求められるのです。

次に確認しておきたいこととして、どんなにサービスへの依存度が高い人でも自分の好きな場所で生活する権利をもっていて、私たちはその生活のための支援をしていく必要があります。誰もが自分の生活のための援助を受ける権利をもっているのです。しかしな

● 第二部 精神障害のある人への生活支援と「障害者の権利条約」 ●

がら、ある特定のサービスやプログラムを障害のある人が利用して、その場所の物理的な環境整備がどうしても難しい場合には、その人としっかりと話し合い、別な方法で利用できるようにしなければなりません。このように考えると、障害のある人の権利の限界は支援者の力にかかっているともいえるのではないのでしょうか。

(木津)



住宅の確保 ～好きなところに住もう～

どこに誰と住むかは、人間として大切な権利です。障害のある人の居住の権利がどのように定められているか、みてみましょう。

人があたりまえの生活を送るために、清潔で心地よい住宅に住むことは重要なことです。昨今の報道でも派遣労働者等が不況の影響で職を失い、住む場所がなくなる状態がさかんに取り上げられており、居住の問題の大切さを誰もが実感する事態となっています。

しかし、居住の確保の重要性は、以前から認識されていました。国際的には世界人権宣言（1948年）に「居住＝人権である」と規定されています。1996（平成8）年にトルコのイスタンブールで開催された第2回国連人間居住会議（ハビタットⅡ）において「居住の権利宣言」が採択されました。また、日本国憲法においても居住の権利が規定されています。



「障害者基本法」と「障害者の権利条約」の比較

①差別禁止

「障害者基本法」では3条、20条において障害者の差別禁止と権利利益の保護を定めています。しかし、実際には基本計画では言及されていません。

「障害者の権利条約」では第5条において「すべての人に平等な権利があること」「差別を禁止すること」「国は合理的配慮が行われるよう適切な措置をとること」を規定しています。

②住宅の確保とその関連する部分

「障害者基本法」は第17条において障害のある人のための住宅確保、住宅整備のための施策を講じなければならないとしています。また、基本計画においては利用者本位の視点で地域生活の実現をはかると明記されています。精神障害のある人に関しては、精神科病院からの地域移行と相談体制の充実を重点課題としていますが、住宅の確保は重点課題とはなっていません。

「障害者の権利条約」では、第19条に「自立した生活〔生活の自律〕及び地域社会へのインクルージョン」の規定が以下のようにあります。

- (a)居住地及びどこで誰と生活するかを選択する機会がある
特定の生活様式で生活するよう義務づけられない
- (b)必要な在宅サービス、居住サービスその他の地域社会の支援サービスにアクセスすること (P120.アクセシビリティ参照)
- (c)一般住民向けの地域社会サービス及び施設が、障害のある人にとって他の者との平等を基礎として利用可能であり、かつ、障害のある人の必要に応ずること

それでは、精神障害のある人の場合、住宅の確保に関してどのようなことが起こっているのでしょうか。

事例(1)

Aさんはアパートを借りに不動産屋に行きました。精神科病院に入院中であることを話すと「何かあったらどうするのか」「迷惑なことがあったら、すぐ立ち退いてもらいますよ」と言われ、どうしてよいのかわからなくなってしまいました。

事例(2)

アパートの隣人が夜中に人を連れてきて騒ぐので、熟睡できません。病気で療養中であることを含め、眠れないことを話してみたのですが、「病気だからじゃない？ 嫌なら出ていけば！」と、とりあってくれません。引っ越したいけれど、お金もありません。

事例(3)

Bさんは相談機関に紹介してもらい、不動産屋を訪ねました。Bさんが精神科に通院中で生活保護だとわかると不動産屋は「この物件はどうですか」と見せました。ほかの物件も見せてくれるように頼むと「精神科に通院していて生活保護の人には、これしか紹介できません」と断られました。

以上のことは明らかに、差別や第19条の問題を含んでいます。

国は「障害者自立支援法」で居住サポート事業を設けて対応を考えていますが、義務的事业ではないため、実施は各市区町村に任されています。実際に行われる方法もさまざま、事業は今後の展開を期待されています。

私たち精神保健福祉士はこのような現状に対し、第一に今困っている人への対応、例えば社会資源の拡充などをしていくべきでしょう。第二にこのことは精神に障害のある人だけの問題でないことを社会に知らせていくことが必要と考えます。そして最終的には居住に関する差別を禁止していく措置も必要になってくるかもしれません。 (中川)

働くことを考える

働くことは大きな意味があり、その意味は一人ひとりで違います。多様性のある働き方に対し、私たち精神保健福祉士はどう寄り添ったらよいのでしょうか？

「障害者の権利条約」第27条では、「障害のある人に対し、他の者との平等を基礎として、労働についての権利を認める。この権利には、障害のある人にとって開かれ、インクルーシブで、かつ、アクセシブルな労働市場及び労働環境において、障害のある人が自由に選択し又は引き受けた労働を通じて生計を立てる機会についての権利を含む。（略）障害のある人（雇用の過程で障害を持つこととなった者を含む。）のために労働についての権利の実現を保障し及び促進する。」としています。

これは、障害のある人が福祉施設や隔離された特別な環境だけでなく、社会の一員として身近にある場所で働くこと、またその中で働きたい場所や条件を自分が選べる権利が当然あることを表しています。この考えは、福祉施設そのものを否定するのではなく、一人ひとりが希望する場所（一般就労や施設内就労でも）で、その人らしく働く権利があるということだと考えられます。そのために私たち精神保健福祉士は、その権利の実現を保障する支援をしなければならないと考えます。

現在の障害者自立支援法における施設体系下では、特に働く場においてはいくつかの条件がおかれています。就労継続B型施設では通所者の平均工賃が3,000円以上であること、また就労移行支援事業所では一般就労へ2年のトレーニング（半年間の猶予はあり）で移行することという条件となっています。

これまで、作業所は一人ひとりが、自分のペースでその人らしく地域で生活するための場所としてあり、授産施設はもう一步仕事に近づくための練習の場所として存在しました。しかし、障害者自立支援法が施行され、一方的に就労が強化されている印象がぬぐえません。障害者自立支援法が廃止となったとしても、障害のある人の就労強化は継続する可能性があります。その人らしい施設利用とは、お金を一定額稼ぐことや、一定期間で一般就労につかなければいけないことなのでしょうか。私たち精神保健福祉士は、その人らしい施設利用を大事にしつつ、施設運営が円滑にいくためのアイデアを出していく（もしくは一緒に考える）ことが必要と考えます。

一般就労について目を向けてみると、精神障害のある人の有効求職者数は、統計を取り始めた1994（平成6）年度から年々新規求職者数が急増し、有効求職者数で見ると、2008（平成20）年は31,655人（1994年は8,040人）、就職者数は2009（平成21）年では8,931.5人⁽¹⁾（1994年は1,385人）と圧倒的に増加しています⁽²⁾⁽³⁾。

2005（平成17）年7月の雇用促進法の改正により精神障害のある人は、翌2006（平成18）年4月より法定雇用率に算定されることとなりました（努力義務）。近年では、事業規模の大きな会社では、障害のある人専用の子会社（特例子会社）が多数設立されてきています。とはいえ、特例子会社の多くは本社の補助的業務が主で、雇用条件などは一般社員とかなりの差があります。

法定雇用率に算定されたことと、法律の段階的な改正により雇用の場が広がることなどから、就職者数が増加していくことが予測されます。しかし、大きな課題はその後の安定した就労が継続されるかどうかということにあります。また、いまだ精神障害のある人の雇用へは後手となるところが多いようです。

「障害者の権利条約」第27条では、「(a)あらゆる形態の雇用に係るすべての事項（募集、採用及び雇用の条件、雇用の継続、昇進並びに安全かつ健康的な作業条件を含む。）に関し、障害に基づく差別を禁止すること。(b)他の者との平等を基礎として、公正かつ良好な労働条件（平等な機会及び同一価値の労働についての同一報酬を含む。）」とあります。

雇用促進法では、「他の者との平等」どころか障害の種別によつての差別がまだ続いている状況です。障害者自立支援法では、「自立＝就労」を名目に三障害を同じ土台でサービス体系等の整備を進めていますが、就労や雇用を支える根本の法律からして差別が存在します。「自立＝就労」という議論に関しては、それだけで大きな議論となりますので、別の機会に譲りたいと思います。

一般就労の促進については、企業側の努力も必要ですが、就労支援を行う精神保健福祉士の役割も重要です。企業と雇用される精神障害のある人を支えていくことは、とても大きな役割であり、それにより安定した就労へ結びつくことが期待されているのです。

ここ数年、障害のある人の雇用施策の整備が進んできていますが、まだまだ就労は高いハードルであることは確かです。本人と会社との間で私たち精神保健福祉士は立ち位置をどこに置くのか……。また、施設でゆっくり自分のペースで働きたい人たちへは？ 事例を通して考えてみましょう。

事例(1)

Aさんは作業所に週2日午前中だけ、家の手伝いもしながら無理なく10年間通所してきました。最近、就労継続B型事業所となり施設内でも工賃アップがスローガンとして掲げられています。仲のよい仲間は、通所日を増やし始めました。Aさんはスタッフの精神保健福祉士から「通所日を増やしてみませんか？」とされています。

自分としては今のペースがちょうどいいのに……。工賃も3,000円にいかず何だかプレッシャーを感じ始めています。

事例(2)

Bさんは、一般の会社で就労を希望しています。多機能型の就労移行支援事業所に通い始めて、個別支援計画も作成してもらいました。しかし期限の2年が近づくにつれ、計画どおりに仕事が決まらず、またこれから先のことを考えると不安が高まってしまう状態です。スタッフの精神保健福祉士は、もう一方の就労継続B型へ移って就労への力を高めましようかと提案してきました。何だか後退したような気分です……。

事例(3)

Cさんはオープンで週3～4日、1日3～4時間で事務や事務補助の仕事を希望しています。希望時間が短いため、一般求人の中で障害があっても可かどうかを問い合わせしていますが、面接までこぎつけることが難しいようです。就労支援センターの精神保健福祉士からは、「障害者雇用をめざすのであれば、週20時間働けるよう施設で訓練してからではどう？」と提案されました。Cさんとしては、なるべく早く働きたいのに……という気持ちが強いです。

事例(4)

Dさんは特例子会社で働いて4年が経ちました。少し前に障害者手帳の更新を申請したところ、却下の通達が来てしまいました。本人としては病状も安定しているし、もう必要ないと考え上司に報告しました。上司は法定雇用率のことを考え、支援センターの担当スタッフに再度手帳が取得できるよう相談をしてきました。

◆ 精神保健福祉士としての労働支援

どこでどのように働きたいかという気持ちをじっくりとうかがいながら、どのような支援が必要かを一緒に考えることから始まります。「障害者の権利条約」第27条では、「(j)障害のある人が開かれた労働市場において職業経験をを得ることを促進すること」とあります。

実際に欧米などの調査でも、一般就労を希望する場合福祉施設で長期利用をするよりも実際の会社で職業体験をした人のほうが就職率や定着率もいいことが明らかになっています⁽³⁾。また、企業によっては職業実習（お金は出ませんが）を受け入れているところも増えてきています。そこで、精神保健福祉士として一人ひとりの希望やもてる力、課題を把握して企業に売り込んでいくことも役割のひとつと考えます。

もし、体調や生活のリズムに相当の波があり、その状況で現段階で就労継続は難しいかもしれないと本人とともにアセスメントできた場合は、福祉施設の利用も選択肢のひとつかもしれません。ただ、先も見えないまま通い続けるのではなく、具体的な目標（いつ頃を目標に、それに向けて何をクリアしていくかなど）を設定していくことで安心した就職に結びつくことも考えられます。

施設就労を希望する人へは、この権利条約にある「開かれた労働市場」をどう捉えたらよいでしょうか。積極的に地域へアピールしていくことができるような新たな仕事づくりもひとつの考えかもしれません。実際に、広く地域の中で仕事（自主製品を手広く販売したり、高齢者への配色サービスをしたり……）を展開している施設も多くあります。先駆的な施設就労からヒントを得て、実際の地域に即した仕事を開発していくこともこれから必要となってくるでしょう。ただし、その仕事の内容ありきではなく、施設利用を希望している人たちとともに考えることが必

要でしょう。

また、「障害者の権利条約」第27条でも、「(k)障害のある人の職業リハビリテーション及び専門リハビリテーション、職業維持並びに職場復帰の計画を促進すること」とあります。理想的な就労に向けた計画を立てるという意味ではなく、あくまでも本人の希望に添って、具体的な就労目標に向けてともに取り組む必要があると考えます。これは、一般就労、施設就労どちらにもいえることではないでしょうか。

●精神障害者保健福祉手帳と障害者雇用を考える 一事例(4)

障害のある人の雇用には、精神障害者保健福祉手帳が必要という前段で、手帳を持つ意味から考える必要があるように思えます。精神科に通院している人、福祉施設を利用している人でも手帳を持たない人は多くいます。なぜ手帳を持たないのか、持ちたくないのかは一人ひとりで違いはあるでしょうが、その存在は社会からのスティグマを最も感じやすい代物ということは確かです。しかし、スティグマを感じながらも手帳を取得し、そのサービスを活用するうえで、「障害者雇用」もそのサービスのひとつなのかもしれません。ひっそりと手帳を持ち、その手帳をバスや公共機関など他者の前で使用することについては気兼ねがないかもしれません。しかし、固定の場所で手帳を使って就職するということは、大きなスティグマを感じる舞台ともなりえます。

病状も落ち着き、会社で長期間安定して働いた実績のある人が手帳の更新ができなかったことは、その人にとってずっと抱き続けてきた障害のある人というスティグマからの解放なのかもしれません。しかし、一方でそれは会社にとっては困ったことです。

P.111のDさんの事例（事例(4)）では、手帳を必要ないと思えたプロセスを一緒にふり返ることが必要だと思います。また、Dさんは「障害

者雇用」で就職をしているため、手帳を所持しなくなることで、会社との関係に影響があるかもしれないことは本人も理解できるはずです。私たち支援者としての精神保健福祉士は、Dさんの今後の希望をうかがう一方で、会社の上司が求めてきたことを伝え、それに対してどうしようと一緒に頭を悩ませることが重要と考えます。会社へのアプローチとしては、Dさんのこれまでの実績をもとに、新たな部署や特例子会社の中での立場の変化などが考えられないか可能性を追求していくことです。限りなくDさんの側に立ちながら、その時点でのDさんの選択を支持します。

もし、Dさんが特例子会社を離れて手帳なし就職に挑戦したいと希望した際は、それを応援します。また、会社では新たに雇用をしなければならぬ状況であれば、次の人が気持ちよく働くことができるよう会社へ協力することも重要な役割だと考えます。



一般就労と合理的配慮

精神科の通院は、順調であれば2週間に一度や月に一度という人が多いです。どうしても、通院と勤務時間がぶつかってしまう場合もあります。その際は、通院も仕事をするうえでの体調管理のひとつとして、業務時間とみなす会社が増えてきています。また、支援機関の精神保健福祉士が定期的に訪問し、本人と担当者と仕事の状況や職場での様子について話し合う時間も仕事の一部とみなすところも多くなってきています。朝の電車通勤が厳しい人には、フレックス通勤を認めているところも多くあります。週30時間勤務であれば、週5日10時～16時での勤務が多いようです。

積極的にジョブコーチ（職場適応援助者）を入れる会社も増えてきています。仕事内容の伝達だけでなく、本人が不安なく働くことができる

よう、会社と本人の調整も行います。職場における合理的配慮を推進するためには、私たち精神保健福祉士の積極的なアプローチがとても重要となってきます。多くの会社は精神障害についての知識をあまりもっていません。啓発活動を行うとともに、個別性を持ち、合理的配慮ができる会社づくりのお手伝いも必要でしょう。 (三木)

〈注〉

- (1) 週20時間雇用の精神障害のある人は、0.5人分とカウントされています。
- (2) 厚生労働省「平成20年度における障害者の職業紹介状況等」
<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/05/dl/h0515-1a.pdf>
- (3) 厚生労働省「平成21年6月1日現在の障害者の雇用状況について」
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000002i9x.html>
- (4) 『精神科リハビリテーション』 W.アンソニー、M.コーエン、M.ファルカス著 高橋亨、浅井邦彦、高橋真美子訳 マイネル 1993

サービスにおける苦情申立

精神障害のある人の苦情申立へのかかわり方について、権利擁護の視点からみて、どのような問題があるのか考えてみましょう。

急速な少子高齢化の進展に伴って、多様化する社会福祉への需要に対応すべく社会福祉基礎構造改革が図られ、利用者の立場に立った社会福祉制度の構築がめざされました。具体的には、福祉サービスの利用制度化（措置から契約への転換）や利用者保護制度の創設（地域福祉権利擁護制度や苦情解決の仕組みの導入等）が位置づけられています。苦情解決の仕組みにおいては、利用者の苦情や意見を幅広く汲みとり、サービスの質の改善を図る観点から、①第三者が加わった施設内における苦情解決システムの整備、②利用契約についての説明や書面交付の義務付け、③都道府県社会福祉協議会への運営適正化委員会の設置、等が定められました。



苦情の実際

精神保健福祉士として苦情申立にかかわる際に解決システムの構築を図ることも重要ですが、ここでは「かかわり」の視点から苦情申立について考えてみたいと思います。

事例(1)

特別養護老人ホームに入居を予定しているAさん。今日は契約手続のため施設の職員が自宅に来ました。書類が広げられ、契約書の説明が始まりましたが、職員は息子夫婦のほうばかりを見て説明しています。しかも、説明が早くて全然ついていけません。内容

がほとんどわからないまま説明が終わり、「わかりにくい点はなかったでしょうか？」と最後に聞かれても何がわからないかもわかりません。とまどっている私を見かね、息子夫婦は「結構です」と書類にサインしました。私のことなのに……疎外感と不安感でいっぱいでした。

事例(2)

特別養護老人ホームに入居しているBさん。これまでは、毎日近くのお寺に散歩に出かけお参りするのが生きがいでした。入居の際に職員から「希望時に外出できますよ」と聞き、安心して入居を決めました。しかし、入居後に「お参りに行きたい」と伝えても「努力してみますが今日は難しいかもしれません。まさか、毎日とは思っていなくて……」と職員に言われました。入居のときに聞いた内容と違うように思います。最初にきちんと言ってくれないと、私にだって考えがあるのに……。

事例(3)

病院に入院しているCさん。夜間にナースコールを押しても、すぐに職員に来てもらえないことが多く「つらいので、すぐに来てほしい」とお願いしましたが「わかりました。少しお待ち下さい」と言葉づかいは丁寧ですが、きつい口調で言われました。「少し」とは、どれくらいかも見当がつかず不安ですし、何よりも、あんな言い方って……。

事例(4)

ショートステイを利用しているDさん。施設で洗濯物に出した衣類が手元に戻ってこないことがあります。娘に買ってもらった大切なブラウスに靴下。気になって仕方ありませんが、職員が気を悪くしたらどうしようと、不安で職員に言い出せません。



精神保健福祉士が重視すべき視点

精神保健福祉士が苦情申立にかかわる際に重視しなければならない視点についてふり返ってみたいと思います。

まず、日常的な取り組みとして、精神保健福祉士はサービス利用検討時や利用契約締結時に利用者本人が理解しやすい表現・環境・資料等を用いて事業所の重要事項や契約内容を適切に説明しなければなりません。さらに、関係性を深めながら、ともに利用者のニーズを明らかにしていくかかわりの中で、支援内容を検討していきます。この一連のかかわりのあり方が、この後の利用者の自己決定やサービス利用後の満足度を決定づけ、サービス利用後の「説明されていた内容と違う」といった説明やアセスメント不足に起因する苦情の軽減を図ることにもつながります。特に、認知症高齢者の場合、かかわる側の「認知症状ゆえに理解することはできないであろう」などの誤った理解や勝手な思い込みによって、利用者とのかかわりを十分にもたないまま、事例(1)のように家族への説明だけを重視してしまうといった事態に陥りやすい危うさをはらんでいます。この場合Aさんはその場に居合わせるだけで、事実上、本人不在の取り組みであることは明白であり、Aさんとの関係性を深めることも、エンパワメントを支えることも、ニーズを明らかにしていくことも、自己決定を支えることもできません。利用者の気持ちもニーズもとらえきれていない的外れな支援は、「苦情」という結果で精神保健福祉士の未熟さを映し出すだけではなく、本人の生活者としての権利をも脅かしかねないことを自覚しておく必要があります。精神保健福祉士が真に利用者の権利を擁護するためには、利用者の能力を測ることなく、権利が履行されているかに関心をもつべきです。あらゆる可能性を有する人として障害や症状にとらわれずに利用者を見つめ「いかにして

可能にするか」の工夫をともに見出していかかわりが不可決です。事例(1)では、Aさんへの説明の場であることを自覚し、Aさんにとって理解しやすい工夫や配慮が必要です。さらに事例(2)(3)からは「どう伝えたか」ではなく、本人が「今、どう受けとめているか」に焦点をあて、必要に応じて何度でも工夫を尽くしながら説明やかかわりの場をもつことの重要性が読みとれます。そして最も重視すべきは利用者が苦情を表出しやすい関係性をいかに日常的に構築できているかです。事例(4)のようにDさんの申し立てにくい気持ちに気づき、時として精神保健福祉士が苦情申立そのものを支援することも必要です。

苦情受付後の取り組みとしては、事業所が整備する苦情解決システムに則った迅速かつ組織的な対応が欠かせません。苦情申立の意義のほか受付窓口・担当者役割・解決方法・公表方法等を明示し、全職員および利用者に周知しておくことが前提となります。申立機会を幅広く保障し、苦情解決システムを有効に機能させるために第三者の関与も重要です。精神保健福祉士の役割として、先述した重視すべき視点を基盤に、解決策が申立人や本人の安心や納得を得るに至っているか、ニーズが充足されているか、権利擁護につながっているかを申立人や利用者とともにモニタリングすることが追加されます。いずれにしても、苦情申立にかかわる取り組みは改めて本人に向き合い、ともにニーズを明らかにしていくための機会として受けとめ、真摯に取り組み続けなければなりません。成年後見制度や苦情申立制度そのものが権利擁護を可能にするわけではありません。権利擁護のために精神保健福祉士が果たすべき役割は「権利の代行者」になることではなく、目の前にいる利用者の権利が適切に守られているかをモニタリングし、利用者が権利を履行していく過程を支えることだと考えます。権利条約をひとつの指標にし、障害のある人が生活者としてどのような権利を有するかを認識しておくことが重要課題なのではないでしょうか。

(高村)

アクセシビリティ

アクセシビリティとは、障害のある人でも情報やサービスがわかりやすく、利用できるかどうかをいいます。障害のある人にもわかりやすく情報を届け、必要な機能やサービスを活用できるよう支援するために、精神保健福祉士としてどのようなことに気をつけたいでしょうか。

「障害者の権利条約」の第9条は、障害のある人が自立生活をし、生活のあらゆる側面に完全に参加することを保障するために、①物理的環境、輸送機関、情報通信を活用できること、②施設・設備やサービスの利用ができることを保障する必要があることを定めています。アクセシビリティの妨害になるものや障壁になるものを明らかにすることと、それらを撤廃することを含みます。そして、本条文では締約国に対してアクセシビリティの確保について、①アクセシビリティの最低基準や指針を策定し、実施されているかを確認すること、②関係者のトレーニング、③他の適切な形態の援助および支援の促進などの措置をとることを求めています。

また、アクセシビリティを保障することの必要性については、他の条文にも同様の内容が含まれています。たとえば、第13条「司法へのアクセス」、第21条「表現及び意見の自由並びに情報へのアクセス」、第27条「労働及び雇用」、第29条「政治的及び公的活動への参加」、第30条「文化的な生活、レクリエーション、余暇及びスポーツへの参加」などにおいて「accessible」、「effective access」、「ensure access」という言葉が使われています。

つまり、この条約では、第9条を中心として、障害のある人が生活と社会参加のあらゆる場面において必要な情報を得て、やりたいことがで

きる権利が保障されているのです。そして、それらを行うプロセスにおいても、必要な情報を確保するために何らかの工夫が必要であれば、サポートを受けることも保障されています。

精神障害のある人の場合、これらの権利が保障されていない場面はどのようなところにあるのでしょうか。それについて精神保健福祉士はどのように考えて実践していけばいいのでしょうか。この条文は、私たちが日常行っている実践をふり返り、提供している情報の量と質はその人にとって十分といえるか、情報提供の方法はその人にとって適切かどうか、情報を意図してあるいは無意識にコントロールしていないかなどについて、考える契機を与えてくれます。

日々の業務の中で次のような場面に直面した時、私たちは何に気づき、どのように考えて実践することが求められるのでしょうか。

事例(1)

入院しているAさんから、「私は、どうしたら退院できるのか。家に帰りたい」と精神保健福祉士に相談がありました。精神保健福祉士が主治医の意見を聞いてみると、「まだ退院は早いから、退院の話はしないように」とのことでした。精神保健福祉士としては医師の意見もあり、まだ退院に向けたサポートを始めるのは早いと判断して、Aさんに「退院したい気持ちはわかるけど、病状がもう少し落ち着いてからね」と伝え、時期が来たらしっかりとサポートをしていくことを約束しました。

事例(2)

入院してから15年になるBさん。病棟の中では、静かに穏やかに過ごしていて、診察などでも退院の話は一度も出たことがありませんでした。新しくその病棟の担当になった精神保健福祉士が、「Bさんは退院したいなどと考えられたことはありますか？」

とたずねてみると、「自分は身寄りもないし、退院なんてできないと思っていたのですが、そうではないんですか」との返事が返ってきました。担当の精神保健福祉士が「私たちソーシャルワーカーは退院の相談にもものっているのですよ」と伝えると、「ソーシャルワーカーって何ですか？」とたずねられました。

事例(3)

事業所では、週に一度、メンバーとスタッフによるミーティングが行われています。終了後、精神保健福祉士はメンバーのCさんから「話し合いの時、幻聴がひどくて内容が聞き取りにくかったので、どのような内容だったか最初から教えてほしいのですが」と声をかけられました。精神保健福祉士はCさんがつらそうに見えたので、「特別な内容はなかったし、予定の確認などが中心でしたよ」と簡単に説明をし、「あとはいつものように掲示しておきますから」と伝えました。

事例(4)

家族と同居していて施設に通所しているDさんに、「私……ひとり暮らしをしたいんだけど、ひとりでも生活できる方法はあるでしょうか」と相談されました。精神保健福祉士は、Dさんはまだひとり暮らしは難しいと判断し、「今、お母さんに起こしてもらったりして、なんとかここに通所しているでしょ。食事も作ってもらっているし……。それが自分の力でできるようになってからのほうがいいんじゃない」と答えました。

これらの事例のように、精神科病院に入院している人の多くは、自らの力で必要かつ十分な精神保健福祉制度やサービスを知ることが難しい状況にあります。また、自分が退院できる状態にあるか、何がどうなれ

ば退院できるのかなど、スタッフに教えてもらわないことには知ることができません。そして、病棟や施設に掲示されている多くの情報も、精神的なエネルギーが低下している状態の人にとっては「活字を読むことがしんどい」、「読んでも理解がしづらい」時もあるでしょう。また、コミュニケーションをとることが難しい状態にある人や話を聞いても内容を正確に認知することが難しい状態にある人、聴覚障害のある人や視覚障害のある人への情報提供のあり方についても、考えて準備しておく必要があります。

以上のような状況にある人を支援する精神保健福祉士には、改めてどのようなことに気づき、働きかけていくことが求められるでしょうか。たとえば、精神障害のある人とかかわりの中で、本人が理解できるまで丁寧に説明をしていくことが大切だということを再確認する必要があります。そして、必要な情報をわかりやすく伝えられるように、言葉や手法や知識を含めたコミュニケーション技術を向上させることも大切なことです。

また、自分から情報の提供を求めてこない人には、私たちが働きかけて情報提供をしていくことを忘れないことも再確認することが必要になります。そして、精神保健福祉士がどのような職種で、どのような役割を担っているのかが知られていない現実もあります。さらに、私たちが関連する制度の情報提供をしそびれたり、新しい情報を知らなかったりするようなことは精神障害のある人の権利を保障できていないことになります。また、私たちは精神障害のある人の支援において、アクセシビリティの障壁になっているものを取り除くための努力を払っているでしょうか。私たちには、アクセシビリティが阻害されている状況を切り拓くために、さまざまな知識や技術が必要となります。精神保健福祉士として所属する組織や他職種に向けて、権利擁護の視点でもって働きかけていくことも、場合によっては必要かもしれません。

◎ 第二部 精神障害のある人への生活支援と「障害者の権利条約」 ◎

私たち精神保健福祉士には、暮らしのあらゆる場面において精神障害の特性や個人の状況にあわせて、わかりやすく、そして必要に応じてくり返し、丁寧に情報を提供することが改めて問われます。また、「専門職」が情報の内容や提供のタイミングをコントロールしてしまうことはどうなのか、この条約に照らし合わせて考えてみる必要があるかもしれません。そして、アクセシビリティが保障されていないことを知った時、私たちはどう行動すればよいのでしょうか。「よかれ」と思って情報を制限することや説明を簡易にすませてしまうことを、どう考えればよいのでしょうか。

今後、日本がこの条約を批准すると、その内容を精神障害のある人にわかりやすく届けることも、アクセシビリティにかかわる私たちの重要な役割となるでしょう。

(壬生)



日本の成年後見制度と 「障害者の権利条約」

日本には、障害のある人に代わり後見人が財産管理などを行う「成年後見制度」が定められています。1999年の改正で制度がどのように変わったのかを知るとともに、権利条約とのかかわりを考えてみましょう。

日本の成年後見法は、1896（明治29）年に公布された民法典総則編の禁治産宣告制度に始まり、戦後も基本的にはそのまま経過してきました。しかし、ノーマライゼーション、セルフアドボカシーなどが注目され、人権意識が高まりをみせるとともに、諸外国での制度改革の動きがみられるようになり、1999（平成11）年に民法の一部改正により2000（平成12）年4月から新しい「成年後見制度」がスタートしたのです。

新しい成年後見制度の特徴としては、①自己決定の尊重と本人保護の理念の調和、②禁治産・準禁治産制度の改正による2類型から3類型への転換、③法定後見人の選任・監督人制度の強化、④成年後見登記制度の創設、⑤任意後見制度の創設等が挙げられます。特に、これまで「禁治産者（判断能力を欠く常況にある者）」「準禁治産者（判断能力が著しく不十分な者）」という2類型しかなかった制度を「後見（禁治産に相当）」「補佐（準禁治産に相当）」「補助（判断能力が不十分で、自己の財産を管理・処分するには援助が必要な場合があるという程度の軽度の痴呆・知的障害・精神障害の状態にある者）」の3類型とし、「補助」制度を創設したことは、特定の法律行為に対する部分後見を実現することとなりました（もうひとつ今回創設された「任意後見」制度は、判断能力が低下した場合に備えて、後見人を自分で選び、委任契約を締結して、その権限の内容を決めておくという制度で、家庭裁判所が任意後見人を監督する任意後見監督人を選任した時から、効力が生じるという仕組み

になっています)。選任される成年後見人等についても、新しい制度では、家庭裁判所が個々の事案に応じて「最も適切な人物」を選任することができることとし、身寄りのない人については、市区町村長に審判の申立権を付与することとなりました。また、成年後見人等について複数の選任・法人の選任が可能となり、成年後見人等を監督する立場として監督人を置くことも盛り込まれたのです。

しかし、被後見人には選挙権が与えられないこと、選任される後見人等の裁量で自己決定が尊重される範囲が異なることなど、改正された制度そのものが実はまだ、人権を侵害しかねないことが指摘されています。

新しい成年後見制度になったことによる主な変更点

- ①自己決定が尊重されることが盛り込まれた
- ②補助制度、任意後見制度によって、本人の意思が反映されるようになった
- ③戸籍への搭載が行われなくなった（新たな登記制度を創設）
- ④監督人の機能が強化され、不利益が起ころうる可能性を低下させた
- ⑤身寄りのない人たちも、市町村長申し立てにより、後見人等が選任されるようになった
- ⑥配偶者優先といった枠組みがはずれ、最もふさわしい人を選任することとなった
- ⑦手続きが簡略化され、費用負担の軽減、裁定までの期間が短縮された

事例(1)

Aさんは2ヶ月前から精神科病院に入院しています。不在者投票のインフォメーションがあったので、申し込みをしたいと病院の精神保健福祉士に相談したところ、「Aさんは後見人がついているので、投票できないんですよ」というものでした。Aさんには、1年前から後見人がついています。選挙権がなくなるというようない説明は一切受けていませんでした。

事例(2)

親が死亡したことで、Bさんの財産管理を心配した親族が、成年後見制度の利用を勧めました。そこで、専門職であるCさんが後見人となったのです。しかし、浪費傾向にあるという理由から、資産があるにもかかわらず、1日の生活費を2000円しか出してくれません。通帳もすべて管理されていて、Bさんは制限されていることに不満をもっていますが、誰にどう伝えればよいのかわからず、困っています。

前頁の変更点からみても、①に関しては、成年後見人が強い権限もっているがゆえに、通常の支援よりもいっそう、被後見人等に対する配慮が必要となります。

②に関しては、最高裁判所事務総局家庭局の「成年後見関係事件の概況（平成20年1月～12月）」でも申し立てが認容された総数24,190件に対して、後見類型が20,695件と85.6%を占めており、保佐9.4%、補助3.7%、任意後見1.3%という状況で、本人の裁量が尊重される類型が選択されることは少なく、成年後見制度が禁治産・准禁治産制度と同様に、財産管理を第一義とする制度であるという批判もあります。

④の監督人に関しては、家庭裁判所の監督機能が申立件数の増加に追いついていないという批判もあり、専門職団体やその名簿から選任された人が監督人の役割を負っているのも最近の傾向だといえます。

⑤に関しては、都市部を中心に数が伸びていますが、地域格差があり、申立費用や後見人報酬に関して成年後見制度利用支援事業の適応がどこまで可能かという財政的な問題に制限を受けている自治体もあります。

⑥に関しては、親族以外の第三者後見人が選任される事例も増加していますが、専門性の高い後見人の養成が追いついていない状況下で、第三者後見人による不正なども発覚し、高い倫理観をもった後見人の養成

が求められています。

上記のように、新たな制度となって10年が経過しましたが、まだ課題は山積しているのが現状です。



成年後見制度の課題

「障害者の権利条約」では、第12条「法律の前における平等な承認」で以下のようにうたっています。

- 1 締約国は、障害のある人が、すべての場所において、法律の前に人として認められる権利を有することを再確認する。
- 2 締約国は、障害のある人が生活のあらゆる側面において他の者との平等を基礎として法的能力を享有することを認める。
- 3 締約国は、障害のある人がその法的能力の行使に当たり必要とする支援にアクセスすることができるようにするための適切な措置をとる。
- 4 締約国は、国際人権法に従い、法的能力の行使に関連するすべての措置には濫用を防止するための適切かつ効果的な保護が含まれることを確保する。当該保護は、法的能力の行使に関連する措置が、障害のある人の権利、意思及び選好を尊重すること、利益相反及び不当な影響を生じさせないこと、障害のある人の状況に対応し及び適合すること、可能な限り最も短い期間に適用すること、並びに権限のある、独立の、かつ、公平な当局又は司法機関による定期的な審査に服することを確保するものとする。当該保護は、当該措置が障害のある人の権利及び利益に及ぼす影響の程度に対応したものとする。
- 5 締約国は、この条の規定に従うことを条件として、財産の所有又は相続についての、自己の財務管理についての並びに銀行貸付、抵当その他の形態の金融上の信用への平等なアクセスについての障害のある人の平等な権利を確保するためのすべての適切かつ効果的な措置をとる。締約国は、ま

た、障害のある人がその財産を恣意的に奪われないことを確保する。

この条文をみると、日本の現行制度は人権を擁護するための制度としては不十分であり、運用を誤れば、権利侵害が容易に起こってしまう状況下にあることがわかります。

また、権利条約だけでなく、日本国憲法13条「すべて国民は、個人として尊重される。生命、自由及び幸福追求に対する国民の権利については、公共の福祉に反しない限り、立法その他国政の上で、最大の尊重を必要とする」という条文に照らしても現行制度が自己決定を真に尊重できる内容になっているかどうかは疑問なのです。

精神障害は、状態に波があり、判断能力もその時々によって異なるという特性がありますが、現行制度はそうした変化に対応できる柔軟性はもちあわせていません。また、行われている監督に関しても、金銭面のことが中心となっており、身上監護面についての実態を監督することは十分ではありません。人としての尊厳が保たれるような支援が本来は望ましいですが、そこに直接介入する権限をもつ第三者も存在していないのが現状です。

現在の成年後見制度は万能なものではありません。財産のある人のための制度という旧来の特徴を残しており、権限の強さゆえに、人権をまもる成年後見人が人権を侵害してしまう可能性も否定できない状況にあります。しかし、だからこそ、他の職種が担っている後見業務に不満を抱くだけでなく、私たち精神保健福祉士が実践を通して、成年後見制度がもっと柔軟に活用できる資源になるよう、本制度の活用に参画し実践を積み上げるところからその変革の必要性を訴えていくことも重要な課題であり、そのプロセスを通して、倫理観がさらに磨かれていくのではないかと思います。

日本精神保健福祉士協会の 成年後見人養成への取り組み

私たち精神保健福祉士が成年後見人として活動することを後押しする背景のひとつとして、弁護士、司法書士、社会福祉士や家庭裁判所からの、「精神障害のある人への支援は精神保健福祉士が担ってほしい」という要望がありました。また、構成員およびいくつかの都道府県協会支部からも、社会福祉士の成年後見人としての活動が注目されるなか、精神保健福祉士協会でも早く養成を始めてもらいたいという意見も少なからず出ていたのです。そこには福祉専門職としての社会的貢献活動という意味合いも含まれています。

また、精神科医療の遺産ともいうべきですが、契約能力が不十分な状態が長期間持続している人たちの代理行為を、当該機関やそこに所属する精神保健福祉士が担ってきており、利益相反や専門職倫理に抵触する可能性を否定できない現状があります。2003（平成15）年に実施した調査では、回答した構成員の約7割が何らかの形で管理代行にかかわっているという結果が出ています。多くが積極的に管理業務に従事しているということではなく、「やむをえず」行ってきたと回答していましたが、過去に構成員による金銭横領事件も数回起こっており、密室になりやすい医療のなかに「成年後見人」として、私たちがかかわっていくことには、大きな意味があるといえるでしょう。成年後見人養成研修に関しても実施された場合に参加を希望するか否かという質問に関して、「参加したい」という回答が31.5%、「関心がある」という回答が54.3%という結果が確認されました。

その後、権利擁護シンポジウムの開催、社会福祉士会・弁護士会・司法書士会や家庭裁判所等とのネットワークづくりを積極的に行いつつ、準備が重ねられました。本協会が法人化し、成年後見制度に関する認識

がこれまでの権利擁護委員会活動の成果を含め、一定程度高まったことを受けて、2006（平成18）年、委員会内に権利擁護委員会成年後見人養成研修検討小委員会が立ち上げられたのです。協会として成年後見制度にどうかかわるべきかといった基本的な議論から、成年後見人養成システムの検討が改めて行われました。

その後の小委員会では、養成システムを提案するためにモデル事業としての研修を2007（平成19）年12月に実施しました。2008（平成20）年度は権利擁護委員会から独立した成年後見事業運営委員会が組織され、養成研修が正式に実施され、協会内で養成をめざしてから7年の歳月を経て、ようやく2009（平成21）年に「認定成年後見人ネットワーク・クローバー」第1号の受任が実現したのです。

成年後見人として選任された精神保健福祉士は、所属している機関を離れたところで、機関とのジレンマはないかわりに専門職としての自律を求められることとなります。さらに、成年後見人はソーシャルワークでいうところの「側面的支援」という枠組みを超えた権限をもち、行使することが可能になるがゆえに、被後見人等の人権への配慮が必要とされるのです。身上を配慮することは後見人の義務であり、倫理綱領にも「クライアントが決定することが困難な場合、クライアントの利益を守るため最大限の努力をする」という規定があります。その「最大限の努力」の中身を今後の実践によって明らかにしていくことも課題のひとつだといえます。

今後も、高い専門性、倫理観をもった後見人養成システムを強固なものとして構築していく方向です。（岩崎）

ーハンドブック作成を終えてー これまで…そして、これから

社団法人日本精神保健福祉士協会
権利擁護委員長 岩崎 香

本協会がまだ任意団体だった2000（平成12）年4月、介護保険法施行を期に福祉サービスの供給形態が「措置」から「契約」へと変化しました。それに伴い、障害のある人の権利に関する認識も、大きな転換期を迎えました。民法が改正され、新たな成年後見制度や地域福祉権利擁護事業が創設されたのも同時期のことです。

この大きな転換点に立っているにもかかわらず、精神保健福祉士として何もしなくていいのかと当時のある常任理事に投げかけたのが、本委員会の発足の契機となり、現在に至っています。

この間、精神障害のある人の人権を擁護するという視点から、日常の金銭・貴重品管理代行の現状と問題点、成年後見制度等の活用の現状と課題の明確化、関係団体との連携、専門職等への啓発活動などを展開してきました。

3年前に刊行した『精神障がい者の生活サポートハンドブック』（福祉医療機構助成：精神障害者の自立生活を支えるための「権利マニュアル」作成事業）でもメッセージとしてお伝えしたつもりですが、人権が保障されているということは、法的な取り扱いの範疇

に留まらず、その人がひとりの人として尊重され、地域の中で暮らすことがあたりまえのこととして受け入れられることによって実現されるものだと思います。「障害者の権利条約」が精神障害のある人たちにとってどういう意味があるのか、現状の中での課題は何か、どのような支援をしていけばいいのかということを考えることは、まさに生活を支援する精神保健福祉士の実践そのものを人権という視点から捉えなおすことでもありました。

政権交代後、「障がい者制度改革推進会議」での検討によって、抜本的な改革が行われていくことが期待されています。「障害者の権利条約」の批准、「障害者差別禁止法」の制定などに関する検討は、より具体的なものとなって、私たちの目の前に具体的に提示されるでしょう。

しかし、一方で、法や制度を整えるだけでなく、人が人を尊重するというあたりまえのことがあたりまえのこととして根をおろしていけるような啓発や実践がまだまだ積み上げられていく必要があるのではないかと思います。このハンドブックは単に「障害者の権利条約」の批准という時流に乗って作成したものではありません。私たち精神保健福祉士には、日常の支援のなかで出会う出来事にどういう視点で向き合えばいいのかというヒントを得てほしいと思いますし、当事者やご家族にはあたりまえに保障されているはずの権利をもっと意識していただくきっかけになればと思います。

参考文献

- 1) 『精神障害のある人の人権』 関東弁護士会連合会編 明石書店 2002
- 2) 『障害者の権利条約でこう変わるQ&A』 東俊裕監修 DPI日本会議編 解放出版社 2007
- 3) 『条例のある街：障害のある人もない人も暮らしやすい時代に』 野沢和弘著 ぶどう社 2007
- 4) 『精神保健福祉法詳解：改訂』 精神保健福祉研究会監修 中央法規 2007
- 5) 『障害者の権利条約と日本：概要と展望』 長瀬修、東俊裕、川島聡編著 生活書院 2008
- 6) 『障害者の権利と法的諸問題』 九州弁護士会連合会、大分県弁護士会編 現代人文社 2008

*ここでは、全体を通して複数箇所でも参考とされた文献をまとめました。このほか、各章で引用した資料等については、それぞれの章末にまとめてあります。

*本文中の「障害者の権利条約」条文は、特に表記のない限りは川島聡＝長瀬修仮訳（2008年5月30日付）の訳文に従いました。出典は、『障害者の権利条約と日本：概要と展望』（長瀬修、東俊裕、川島聡編 生活書院 2008）によります。

社団法人日本精神保健福祉士協会
精神保健福祉部 権利擁護委員会

- 部長 柏木 一恵（浅香山病院／大阪府）
委員長 岩崎 香（早稲田大学人間科学学術院／埼玉県）
委員 伊藤亜希子（東京武蔵野病院／東京都）
宮崎まさ江（長野大学／長野県）
金成 透（所沢慈光病院／埼玉県）
中川さゆり（地域生活支援センタープラザ／東京都）
壬生明日香（広島国際大学／広島県）
田波 裕美（横浜丘の上病院／神奈川県）
木津 英昭（こころの風元気村／千葉県）
高村 智子（サンライフたきの里／石川県）
三木 良子（特定非営利活動法人ミュー／東京都）

（2010年3月現在）

★本ハンドブックは、社会福祉法人社会福祉事業研究開発基金の
平成21年度助成金によって作成されました。

こころのユニバーサルデザインハンドブック 障害のある人への生活支援と「障害者の権利条約」

(非売品)

2010年3月31日 発行

編 著 者 社団法人日本精神保健福祉士協会
精神保健福祉部 権利擁護委員会

発 行 者 竹中秀彦

発 行 所 社団法人日本精神保健福祉士協会
〒160-0015 東京都新宿区大京町23-3 四谷オーキッドビル7F
Tel 03-5366-3152 Fax 03-5366-2993

制 作 株式会社ワードクロス

イラスト タカハシユリ

こころのユニバーサルデザインハンドブック

精神障害のある人への 生活支援と 「障害者の権利条約」

社会福祉法人社会福祉事業研究開発基金
平成 21 年度助成事業