

# 障害者権利条約をみんなのものに

---

2017年2月25日 とかちプラザ  
全国「精神病」者集団会員

山本眞理

# 障害者権利条約はなぜ必要だったのか

国連人権憲章もある、自由権規約、社会権規約もある、これらはすべての人に保障される権利を定めている

なぜ障害者にだけ特別な条約が必要？

すべての法制度は、多数派民族の健康で壮年の健全な男が人間である、という前提で組み立てられている。

それゆえ、女は、高齢者は、子どもは、障害者は、少数民族は、さまざまな理由で周辺化され排除され法体系の中で人間として扱われない

反差別の闘いは人間の定義拡大の闘い

かつて奴隷は人間ではなかった、女は人間ではなかった、そしていま障害者は？

# イギリスの女性参政権運動

## 映画 未来を花束にして



# 障害者団体の取り組み

- 年表を参照
- 条約の文章の大半は障害者団体で作った







# 精神障害者は人間だろうか

なぜ精神障害者だけが、嫌だというのに強制入院になるのか

なぜ精神障害者だけが、嫌だというのに強制的に注射されたりするのか

なぜ精神障害者だけが、何もわからない人だから、自分のことを自分で決められないと決めつけられるのか ちゃんと嫌だといって、表現しているのに

不合理な判断をする人、自傷他害のおそれのある人はたくさんいる  
その人達は精神障害者でない限り拘禁されたり、強制的に注射されたりしない

半世紀以上にも及ぶ長期隔離収容、さらにこの方たちを死ぬまで収容しようとする政府の方針 1年以上の入院患者の6割は「重度かつ慢性」で退院できない！！

## なぜだろう

## 第一条 目的

この条約は、全ての障害者によるあらゆる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者の固有の尊厳の尊重を促進することを目的とする。

障害者には、長期的な身体的、精神的、知的又は感覚的な機能障害であって、様々な障壁との相互作用により他の者との平等を基礎として社会に完全かつ効果的に参加することを妨げ得るものを有する者を含む。

## 第三条 一般原則

この条約の原則は、次のとおりとする。

- (a) 固有の尊厳、個人の自律（自ら選択する自由を含む。）及び個人の自立の尊重
- (b) 無差別
- (c) 社会への完全かつ効果的な参加及び包容
- (d) 差異の尊重並びに人間の多様性の一部及び人類の一員としての障害者の受入れ
- (e) 機会の均等
- (f) 施設及びサービス等の利用の容易さ
- (g) 男女の平等
- (h) 障害のある児童の発達しつつある能力の尊重及び障害のある児童がその同一性を保持する権利の尊重

## 第四条 一般的義務

1 締約国は、障害に基づくいかなる差別もなしに、全ての障害者のあらゆる人権及び基本的自由を完全に実現することを確保し、及び促進することを約束する。このため、締約国は、次のことを約束する。

(a) この条約において認められる権利の実現のため、全ての適当な立法措置、行政措置その他の措置をとること。

(b) 障害者に対する差別となる既存の法律、規則、慣習及び慣行を修正し、又は廃止するための全ての適当な措置(立法を含む。)をとること。

(c) 全ての政策及び計画において障害者の人権の保護及び促進を考慮に入れること。

(d) この条約と両立しないいかなる行為又は慣行も差し控えること。また、公の当局及び機関がこの条約に従って行動することを確保すること。

(e) いかなる個人、団体又は民間企業による障害に基づく差別も撤廃するための全ての適当な措置をとること。(中略)

2 各締約国は、経済的、社会的及び文化的権利に関しては、これらの権利の完全な実現を漸進的に達成するため、自国における利用可能な手段を最大限に用いることにより、また、必要な場合には国際協力の枠内で、措置をとることを約束する。ただし、この条約に定める義務であって、国際法に従って直ちに適用されるものに影響を及ぼすものではない。

3 締約国は、この条約を実施するための法令及び政策の作成及び実施において、並びに障害者に関する問題についての他の意思決定過程において、障害者(障害のある児童を含む。以下この3において同じ。)を代表する団体を通じ、障害者と緊密に協議し、及び障害者を積極的に関与させる。(以下略)

## 第十二条 法律の前にひとしく認められる権利

- 1 締約国は、障害者が全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、障害者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、障害者がその法的能力の行使に当たって必要とする支援を利用する機会を提供するための適当な措置をとる。(以下略)

## 第十四条 身体の自由及び安全

1 締約国は、障害者に対し、他の者との平等を基礎として、次のことを確保する。

(a) 身体の自由及び安全についての権利を享有すること。

(b) 不法に又は恣意的に自由を奪われないこと、いかなる自由の剥奪も法律に従って行われること及びいかなる場合においても自由の剥奪が障害の存在によって正当化されないこと。

2 締約国は、障害者がいずれの手続を通じて自由を奪われた場合であっても、当該障害者が、他の者との平等を基礎として国際人権法による保障を受ける権利を有すること並びにこの条約の目的及び原則に従って取り扱われること(合理的配慮の提供によるものを含む。)を確保する。

## 障害者も人間だ 他のものと平等な権利

障害者権利条約は強制入院強制医療を禁止している

障害者権利条約は精神的能力とは無関係に全ての人に法的能力があると宣言している

### 条約12条 一般的意見第1号

## 第十七条 個人をそのままの状態を保護すること

全ての障害者は、他の者との平等を基礎として、その心身がそのままの状態を尊重される権利を有する。

## 第二十五条 健康

締約国は、障害者が障害に基づく差別なしに到達可能な最高水準の健康を享受する権利を有することを認める。締約国は、障害者が性別に配慮した保健サービス(保健に関連するリハビリテーションを含む。)を利用する機会を有することを確保するための全ての適当な措置をとる。締約国は、特に、次のことを行う。

(a) 障害者に対して他の者に提供されるものと同一の範囲、質及び水準の無償の又は負担しやすい費用の保健及び保健計画(性及び生殖に係る健康並びに住民のための公衆衛生計画の分野のものを含む。)を提供すること。

(b) 障害者が特にその障害のために必要とする保健サービス(早期発見及び適当な場合には早期関与並びに特に児童及び高齢者の新たな障害を最小限にし、及び防止するためのサービスを含む。)を提供すること。

(c) これらの保健サービスを、障害者自身が属する地域社会(農村を含む。)の可能な限り近くにおいて提供すること。

(d) 保健に従事する者に対し、特に、研修を通じて及び公私の保健に関する倫理基準を広く知らせることによって障害者の人権、尊厳、自律及びニーズに関する意識を高めることにより、他の者と同一の質の医療(例えば、事情を知らされた上での自由な同意を基礎とした医療)を障害者に提供しよう要請すること。

## 第二十六条 ハビリテーション(適応のための技能の習得)及びリハビリテーション

1 締約国は、障害者が、最大限の自立並びに十分な身体的、精神的、社会的及び職業的な能力を達成し、及び維持し、並びに生活のあらゆる側面への完全な包容及び参加を達成し、及び維持することを可能とするための効果的かつ適当な措置(障害者相互による支援を通じたものを含む。)をとる。このため、締約国は、特に、保健、雇用、教育及び社会に係るサービスの分野において、ハビリテーション及びリハビリテーションについての包括的なサービス及びプログラムを企画し、強化し、及び拡張する。この場合において、これらのサービス及びプログラムは、次のようなものとする。

- (a) 可能な限り初期の段階において開始し、並びに個人のニーズ及び長所に関する学際的な評価を基礎とするものであること。
- (b) 地域社会及び社会のあらゆる側面への参加及び包容を支援し、自発的なものであり、並びに障害者自身が属する地域社会(農村を含む。)の可能な限り近くにおいて利用可能なものであること。

# 日本の実態は

条約に完全に逆行している

後見制度利用促進法！

厚生労働省の立場は強制入院は医療保障、期間さえ短ければ問題はない

精神科医の中でも措置入院は精神科救急として機能しているとする人が出てきた

社会防衛でも保安処分でもない

強制入院は増え続けている

そしていま相模原事件を口実に、事件の再犯防止を目的に法改悪が まさに精神保健福祉の治安の道具化

## 措置入院とは

**精神障害者であり**、かつ、医療及び保護のために入院させなければその精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがある

上記の要件があれば、都道府県知事が強制入院できる

## 医療保護入院とは

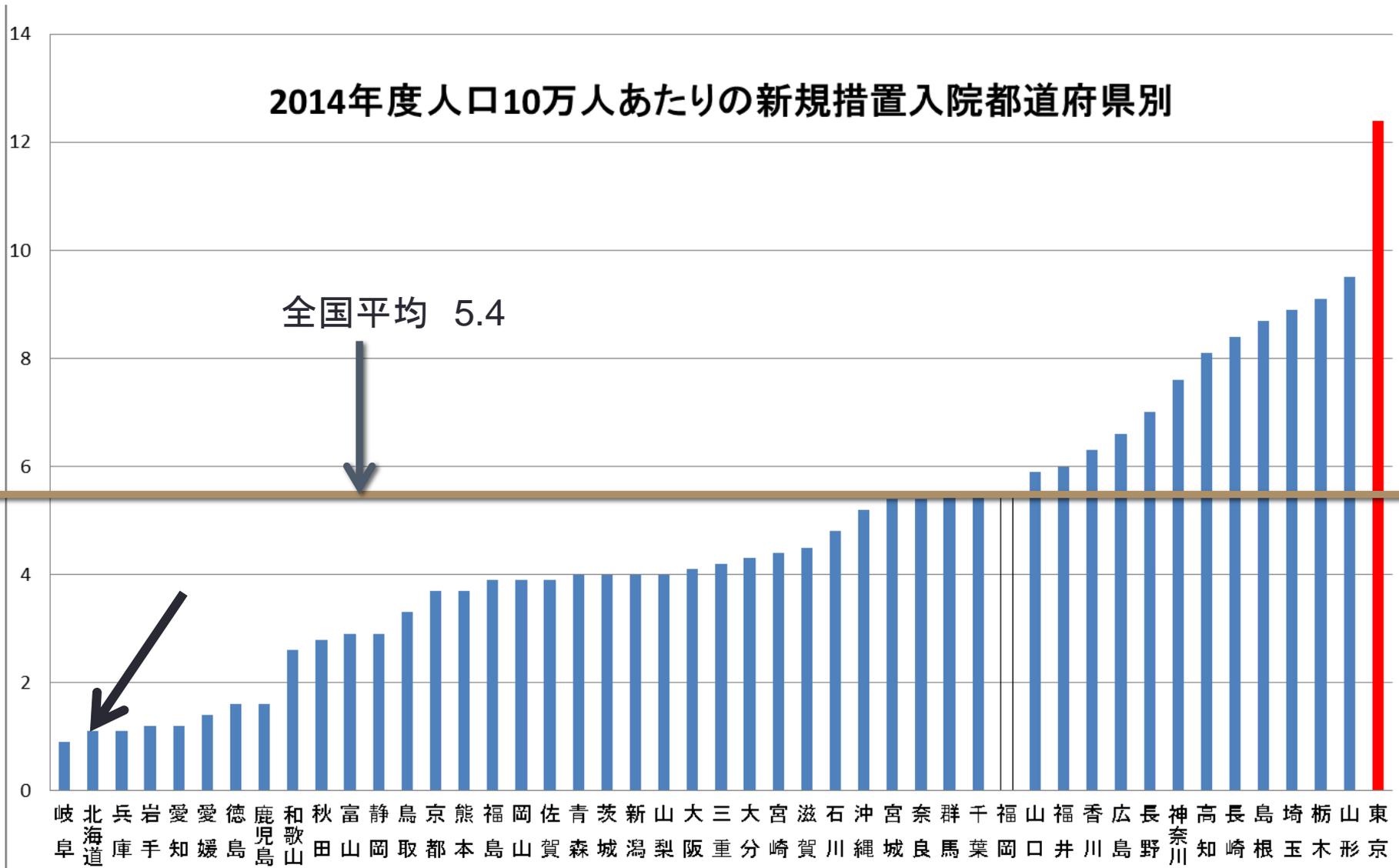
**精神障害者であり、かつ、医療及び保護のため入院の必要がある者であつて当該精神障害のために第二十条（任意入院）の規定による入院が行われる状態にないと判定されたもの**

上記の要件があれば家族等の一人の同意があれば強制入院できる

精神障害者でないなら、これらの強制  
入院の対象とならない

明らかな差別 条約はこれを認めない

### 2014年度人口10万人あたりの新規措置入院都道府県別



2014年度年度衛生行政報告例より

都道府県別人口は統計局日本の統計2016より2014年推計値

# 新規措置入院の都道府県のばらつき

人口10万人あたり最低の岐阜県0.9

最高の東京都12.4 実に最低の13.7倍

全国平均5.4

## なぜだろう

## 主な自治体の 新規措置入院 患者数

(人口10万人当たり)

さいたま市	13.8
東京都	12.5
山形県	9.1
栃木県	9.1
福岡市	8.3
相模原市	8.1
横浜市	7.2
⋮	
愛知県	1.2
兵庫県	1.1
北海道	1.0
岐阜県	0.9
神戸市	0.8
名古屋市	0.6
札幌市	0.5
全国	5.4

単位は人。2014年度の厚労省衛生行政報告例と総務省住民基本台帳人口(15年1月1日)から

2016年11月2日  
東京新聞朝刊特報部 より

# 増加し続ける新規措置入院患者数

1987年には全国で新規措置入院患者数は  
2000件に満たなかった

2014年には6800人余

実に3.4倍以上！

## なぜだろう

## 増え続ける強制入院

措置入院も医療保護入院も増え続けている

入院期間が短くなったからいいのだ

## 隔離と身体拘束

行動制限 鍵をかけた病棟に監禁する(閉鎖処遇)、あるいは鍵のかかった独房に監禁する(隔離)、ベッドに体を縛り付ける(身体拘束)などが精神病院ではできることになっている

患者の自由の制限は、患者の症状に応じて最も制限の少ない方法により行わなければならない。

入院患者の行動の制限は、精神保健福祉法に則り、必要最小限にとどめる。

## 任意入院患者の行動制限

任意入院者は、原則として、開放的な環境での処遇（本人の求めに応じ、夜間を除いて病院の出入りが自由に可能な処遇をいう。以下「開放処遇」という。）を受けるとする。

# 任意入院患者の身体拘束隔離

身体拘束の約14%が任意入院患者

隔離の約10%が任意入院患者

2013年630患者調査より

## なぜだろう

## 措置が少ない それはいい医療??

- 630調査での身体拘束都道府県別調べると北海道はなんと身体拘束の約44%が任意入院！！ 一方埼玉県は訳0.3% 札幌市は約11%、さいたま市は0.1%
- どうもなんちゃって任意が札幌市北海道は多いのではと疑いますが

# 精神科医療 体験者10年で倍増

## 身体拘束は人権侵害

精神科病院などで、患者の隔離や身体拘束が増えている。こうした状況を人権侵害と告発する人びとが、十五日、衆議院第一議員会館で「これだいいのか！精神医療」と銘打った集会を開いた。拘束体験者から「一時的とは言えない拘束はやめるべきだ」といった声が上がると、集会では精神科医療への批判が相次いだ。

(木村留美)



精神科病院で身体拘束などが増えている状況について議論する人たち＝東京・永田町で

厚生労働省の調査によると、精神科病院で手足や腹部を専用の器具でベッドなどにくくりつけられた患者の数は、二〇一三年度に全国で一万百二十九人。〇三年度の五千百九人から、十年間で二倍になった。さらに内側から開けることができない個室に隔離する措置も、同じ期間で七千七百四十一人から九千八百八十三人に増えた。

ちなみに精神保健福祉法は、身体拘束などの措置を「本人や他人を傷つける恐れがある」など、精神保健指定医が必要と判断した場合だけに限定している。

集会で講演した杏林大学の長谷川利夫教授（精神医療）は「現状では不穏や多動の症状がみられるという医師の判断があれば、医療の名の下で何でもできるようになっていく」と、安易に身体拘束がなされている現状を報告。患者が自身を落ち着かせるために歩いていただけで「多動」と判断され、身体拘束に至った事例もあったという。

一方、海外では対照的に器具を使って興奮した患者を拘束するのではなく、数人の医師らが抱きつき「大丈夫」などと励ましつつ、落ち着かせる方法がとられている例が紹介された。

長谷川教授は「世界保健機関（WHO）の原則では、身体拘束は四時間までとなっていて。ところが、日本では拘束の基準や期間

身体拘束は「非人道的及び品位を傷つける取り扱いにあたり得る行為」で、人権侵害とみなしている。

集会では、拘束経験のある患者も発言した。当事者団体の全国「精神病」者集団運営委員、関口明彦さん（左）は最長一週間の拘束をされた体験を紹介。「部屋を必要とする隔離と違い、拘束はベッドさえあれば、措置できるので簡単に使われている。医師が『不穏』と言えば拘束が認められてしまうなんて、とんでもないことだ」と訴えた。

別の男性も「拘束中はトイレに行きたくても行けないため、女性看護師を呼ばなければならぬ。一片のプライバシーすらなく、つらかった」と打ち明けた。男性は隔離についても「外の空気が吸えないのはきついな」と話した。

一方で、看護師の女性からは「安全のために、患者を抑制（身体拘束）せざるを得ない」と話した。

集会では、身体拘束などを「極めて重大な人権問題」と規定、「精神科医療の異常性を示すもので、縮減を急がねばならない」というアピールを採択した。

近年では、認知症により身体拘束される事例も増えているという。長谷川教授は「入院すれば、まず拘束からという病院もある。そもそも身体拘束は、人権侵害に直結する問題であることが理解してほしい。血圧がでさすくなるし、身体的なリスクも高まる。やむを得ず拘束する場合は、実施に至った過程が分かるよう撮影するなど、可視化していく必要があるのではないか」と提言している。

### 国連委見解「非人道的な行為」

国連拷問禁止委員会が三年に採択した見解でも、

東京新聞朝刊 2016年10月26日

# 10年で倍増？ なぜだろう

# 精神保健指定医スキャンダル

精神保健指定医89人資格取り消し、不正取得で

精神保健指定医とは

1987年の精神保健法で創設された資格、当時の厚生労働省の説明は

精神保健法は、刑法逮捕監禁罪免責のための法律したがってそのために精神保健指定医を定める。ちょうど母体保護法（当時は優生保護法）において刑法墮胎罪免責のために母体保護法指定医があるのと同じ

# 大学病院では不正は当然？

- 配布資料参照

# 精神保健福祉法は守られているのか

なんで人口が増えてもいないのに、こんなに措置が増えるのか

なんで都道府県によってこんなに新規措置入院患者の数のばらつきがあるのか

なんで身体拘束隔離が増えるのか、任意入院の閉鎖処遇も

すべての判断は精神保健指定医の判断、それでは指定医は果たしてルールを守って資格を取っているのか

精神保健福祉法の根幹が崩れている、すでに体制として維持できないのでは

## 私のところに来るSOSから

入院中に退院に向けた準備するって当たり前  
なぜ手帳も年金も手続きしないで放置？

全く役に立たない退院支援 要するにグループホーム  
紹介業

右と左に座って、同じ質問を2回繰り返された  
措置って、独立した精神保健指定医が二重にチェック  
するんではなかったのか？

てんかん発作が起きて救急車よんで、なんで措置入  
院？

## 私のところに来るSOSから

金銭管理頼んでなくても、この病棟に、この病院では現金所持禁止、管理料頂きます！！

病状が理由ではありません、この病棟にいるから友人面会禁止 天涯孤独で家族いないのに 自然な人間関係からの隔離、専門職だけで囲い込む

通信面会保障の後退は著しい  
原則面会自由はどこに行った

措置は救急として機能している？！

措置入院は救急です！？

一体どこにそんなことが書いてある

救急と措置とは全く別の範疇

ごっちゃになっているままにどんどん  
増えていく新規措置入院

1年以上の長期入院患者の6割はもう退院  
できない！

厚生科学研究により、調査したら、1年以  
上の入院患者の6割が「重度かつ慢性」  
この人達はもう退院できない

障害福祉計画で地域の支援目標はこの  
「重度かつ慢性」の方を除いた4割を元に  
数値目標を！！

# 「重度かつ慢性」基準とは

- 全国の精神病院に調査票を送り、行動障害などがどの程度ありなどの項目を主治医に返答してもらい「重度かつ慢性」という基準をでっち上げた
- あくまで主治医の判断であり、個人の病状を問題にしている基準
- 社会的入院概念を全否定

## 障害支援区分の認定調査項目（80項目）

1. 移動や動作等に関連する項目（12項目）				
1-1 寝返り	1-2 起き上がり	1-3 座位保持	1-4 移乗	
1-5 立ち上がり	1-6 両足での立位保持	1-7 片足での立位保持	1-8 歩行	
1-9 移動	1-10 衣服の着脱	1-11 じょくそう	1-12 えん下	
2. 身の回りの世話や日常生活等に関連する項目（16項目）				
2-1 食事	2-2 口腔清潔	2-3 入浴	2-4 排尿	
2-5 排便	2-6 健康・栄養管理	2-7 薬の管理	2-8 金銭の管理	
2-9 電話等の利用	2-10 日常の意思決定	2-11 危険の認識	2-12 調理	
2-13 掃除	2-14 洗濯	2-15 買い物	2-16 交通手段の利用	
3. 意思疎通等に関連する項目（6項目）				
3-1 視力	3-2 聴力	3-3 コミュニケーション	3-4 説明の理解	
3-5 読み書き	3-6 感覚過敏・感覚鈍麻	-	-	
4. 行動障害に関連する項目（34項目）				
4-1 被害的・拒否的	4-2 作話	4-3 感情が不安定	4-4 昼夜逆転	4-5 暴言暴行
4-6 同じ話をする	4-7 大声・奇声を出す	4-8 支援の拒否	4-9 徘徊	4-10 落ち着きがない
4-11 外出して戻れない	4-12 1人で出たがる	4-13 収集癖	4-14 物や衣類を壊す	4-15 不潔行為
4-16 異食行動	4-17 ひどい物忘れ	4-18 こだわり	4-19 多動・行動停止	4-20 不安定な行動
4-21 自らを傷つける行為	4-22 他人を傷つける行為	4-23 不適切な行為	4-24 突発的な行動	4-25 過食・反すう等
4-26 そう鬱状態	4-27 反復的行動	4-28 対人面の不安緊張	4-29 意欲が乏しい	4-30 話がまとまらない
4-31 集中力が続かない	4-32 自己の過大評価	4-33 集団への不適応	4-34 多飲水・過飲水	-
5. 特別な医療に関連する項目（12項目）				
5-1 点滴の管理	5-2 中心静脈栄養	5-3 透析	5-4 ストーマの処置	
5-5 酸素療法	5-6 レスピレーター	5-7 気管切開の処置	5-8 疼痛の看護	
5-9 経管栄養	5-10 モニター測定	5-11 じょくそうの処置	5-12 カテーテル	

## 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律案の概要

### 改正の趣旨

相模原市の障害者支援施設の事件では、犯罪予告通り実施され、多くの被害者を出す惨事となった。二度と同様の事件が発生しないよう、以下のポイントに留意して法整備を行う。

- 医療の役割を明確にすること－医療の役割は、治療、健康維持推進を図るもので、犯罪防止は直接的にはその役割ではない。
- 精神疾患の患者に対する医療の充実を図ること－措置入院者が退院後に継続的な医療等の支援を確実に受けられ、社会復帰につながるよう、地方公共団体が退院後支援を行う仕組みを整備する。
- 精神保健指定医の不正申請の再発防止－指定医に関する制度の見直しを行う。

### 改正の概要

改正の趣旨を踏まえ、以下の措置を講ずる。

#### 1. 国及び地方公共団体が配慮すべき事項等の明確化

国及び地方公共団体の義務として、精神障害者に対する医療は病状の改善など精神的健康の保持増進を目的とすることを認識するとともに、精神障害者の人権を尊重し、地域移行の促進に十分配慮すべきことを明記する。

#### 2. 措置入院者が退院後に医療等の継続的な支援を確実に受けられる仕組みの整備

措置入院者が退院後に社会復帰の促進及びその自立と社会経済活動への参加の促進のために必要な医療その他の援助を適切かつ円滑に受けることができるよう、以下のような退院後支援の仕組みを整備する。

- (1) 措置を行った都道府県・政令市が、患者の措置入院中から、通院先の医療機関等と協議の上、退院後支援計画を作成することとする。(患者の帰住先の保健所設置自治体が別にある場合は、当該自治体と共同して作成)
- (2) 退院後は、患者の帰住先の保健所設置自治体が、退院後支援計画に基づき相談指導を行うこととする。
- (3) 退院後支援計画の対象者が計画の期間中に他の自治体に居住地を移転した場合、移転元の自治体から移転先の自治体に対して、退院後支援計画の内容等を通知することとする。
- (4) 措置入院先病院は、患者等からの退院後の生活環境の相談に応じる「退院後生活環境相談員」を選任することとする。

#### 3. 精神障害者支援地域協議会の設置

保健所設置自治体は、措置入院者が退院後に継続的な医療等の支援を確実に受けられるよう、精神障害者支援地域協議会を設置し、(1)精神科医療の役割も含め、精神障害者の支援体制に関して関係行政機関等と協議するとともに、(2)退院後支援計画の作成や実施に係る連絡調整を行う。

#### 4. 精神保健指定医制度の見直し

指定医の不正申請の再発防止を図り、その資質を担保するため、指定医の指定・更新要件の見直しや、申請者が精神科医療の実務を行うに当たり指導する指導医の役割の明確化等を行う。

#### 5. 医療保護入院の入院手続等の見直し

患者の家族等がない場合等に加え、家族等が同意・不同意の意思表示を行わない場合にも、市町村長の同意により医療保護入院を行うことを可能とする等、適切な医療の提供を確保する。

### 施行期日

公布の日から起算して1年を超えない範囲内において政令で定める日(1.については公布の日)(予定)

# ピープルファースト

私たちはまず人間だ

精神障害者は特別障害と疾病を併せ持つ？ いつまでたっても退院しても医療の傘の下で全生活管理？

難病も障害者総合支援法の対象、身体障害者だって疾病のある方はいくらでも なぜ精神障害者だけ別？

私たちの暮らしは私たちが決める、そのための支援を  
情報提供を権利主張の応援を、学習の機会保障を、  
経済的保障を

私たち自身の手でオルタナティブ建設を 精神保健福祉村解体

# インクルーシブな体制を

総合的な差別禁止法

国内人権機関

医療基本法 患者の権利法制

わたしたち自身の手による「権利擁護」(この言葉はあまり好きでない、むしろ権利主張=アドボカシー)体制

# 連絡先関連資料など

精神障害者も重度訪問介護が使えるようになり、さらに入院中の外出にも使えるようになりました

配布資料参照

全国「精神病」者集団のホームページ

<http://www.jngmdp.org/>

山本眞理連絡先

[nrk38816@nifty.com](mailto:nrk38816@nifty.com)