

シンポジウムⅢ企画書

シンポジウム テーマ	「このままでいいの？精神障害者の人権と暮らし ー 障害者の権利条約とわたしたちに問われるもの ー」
開催日程	2009年7月12日（日）9：30～12：15
開催趣旨	○いま日本国内では、精神障害のある人の地域移行が精神保健医療福祉における重要な政策課題となり、ようやくその促進に向けた取り組みが本格的に動き出した。地域移行・地域定着の課題を「権利」という切り口であらためて捉え直したとき、地域でごく普通に暮らすことを妨げられてきた人は、長年にわたり人間としての権利を奪われてきたことになる。その重大な権利侵害に、国も、精神保健に従事する私たちも、そして市民も加担してきたのだという自覚が今求められている。失われた時間、失われた尊厳、損なわれた権利……。 ○障害者の権利条約は2006年12月に国連で採択され、2008年5月に発効された。条約では、「障害に基づく差別」に合理的な配慮を行わないことも含むとされた。日本国は、同条約で列挙されている権利の享受を国内法で保障しなければならず、批准に向けた国内法の整備が問題となる。精神に障害のある人に関係する法律としては、障害者基本法、精神保健福祉法、障害者自立支援法、障害者雇用促進法などがあるが、現在批准に向けた検討が行われているのは、障害者基本法と障害者雇用促進法のみである。障害者差別禁止法の制定に向けた取り組みは今のところ見られない。 ○本シンポジウムでは、障害者の権利条約について学び、国内法における問題点を確認し、障害のある人の権利を保障していくための法制度体系の再構築に求められること、そして、わたしたちが実践において問われているもの（支援の視点、障害観等）を明らかにすることを目的として意見交換を行う。
シンポジスト （予定）	○志野光子氏（外務省総合政策局人権人道課長） ○山本真理氏（全国「精神病」者集団） ○三宅祐子氏（福祉新聞記者） ○岩崎香氏（日本精神保健福祉士協会権利擁護委員長、早稲田大学） コーディネーター：藤井克徳氏（日本障害者協議会常務理事）、 木太直人（日本精神保健福祉士協会）
進行予定	○コーディネーターによるイントロダクション（7分） ○志野氏より、権利条約採択までの経緯と条約の概要（25分） ○他のシンポジストによるテーマに沿った意見交換（志野氏も適宜） ①自分なりに考える権利条約（30分） ②権利条約と国内法の課題（30分） ③実践で問われるもの（30分） ○フロアとの意見交換（35分） ○クロージング（8分）

第6回精神保健フォーラム シンポジウム3

「このままでいいの？精神障害者の人権と暮らし

ー 障害者の権利条約とわたしたちに問われるもの ー」

【当日の予定】

1) 当日の打ち合わせ

日時：7月12日(日曜日)9:00～9:30

場所：日本教育会館 一ツ橋ホール 4階主催者控室

※ 3階ホールの受付でお申し出ください。4階までご案内いたします。

2) シンポジウムの進行予定

9:30 開始

シンポジウムの趣旨・シンポジストの紹介(コーディネーター)

9:37 行政報告「障害者の権利に関する条約の採択までの経緯と条約の概要」(権丈様)(20～25分)

※舞台上手の演題にて報告

10:02 各シンポジスト登壇(権丈様はそのまま中央シンポジスト席に移動)

1. 自分なりに考える権利条約

シンポジスト7～8分×3名。権丈様5分。(30分)

10:32 2. 権利条約と国内法の課題

シンポジスト7～8分×3名。権丈様5分。(30分)

11:02 3. 実践で問われるもの

シンポジスト7～8分×3名。権丈様5分。(30分)

11:32 フロアとの意見交換(適宜シンポジストに発言を求める)(35分)

12:07 まとめ(コーディネーター2名)

12:15 終了

配布資料

藤岡 毅	1～8
増田 一世	9～12
山下 幸夫	13～28
山本 真理	29～69
清水 康之	70～92

第6回 精神保健フォーラム

主催	精神保健従事者団体懇談会（精従懇）
日時	2009年7月11日～12日
場所	日本教育会館 一ツ橋ホール

WAGE & SOCIAL SECURITY

賃金と

1483

2009年

2月上旬号

特集◆障害者自立支援法、集団訴訟へ

社会保障

特集◎障害者自立支援法、集団訴訟へ

障害者自立支援法訴訟全国弁護士事務局長 弁護士

全国の障害者が一斉提訴 藤岡 毅

障害者自立支援法 応益負担違憲訴訟の意義 第1回

鹿児島大学法科大学院教授

障害者自立支援法と応益負担再考 伊藤周平

——障害者自立支援法訴訟によせて

◎特集資料

社会保障審議会 障害者部会 報告

～障害者自立支援法施行後3年の見直しについて～(2008年12月16日)

外国人研修・技能実習生の権利行使を阻む

弁護士

保証金・違約金契約 指宿昭一

——ある中国人研修生の訴訟を例に

◇指宿原稿資料・判例◇

① 上海市崇明区人民法院民事判決文(一審)

② 上海市第二中级人民法院民事判決書(上訴)

連載・シリーズ調査報告:日本の高齢者⑤

明治学院大学大学院

神奈川県大井町における夫婦二人世帯高齢者の

博士後期課程学生

生活実態と孤立問題 大平民生

JUNPO

昭和30年10月20日第三種郵便物認可 平成21年2月10日発行(毎月10・25日発行)

旬報社

特集◆障害者自立支援法、集団訴訟へ

『障害者自立支援法 応益負担違憲訴訟の意義』 第一回

全国の障害者が一斉提訴

障害者自立支援法訴訟全国弁護団事務局長 弁護士 藤岡 毅

1 全国一斉提訴

二〇〇五年一〇月三十一日、全国の障害者の強い反対の声を踏みにじって障害者自立支援法が国会で可決された。

その日からちょうど三年目の二〇〇八年一〇月三十一日、福岡・広島・神戸・大阪・京都・大津・東京・さいたまの全国八ヶ所の地方裁判所で、障害者自立支援法が導入した「応益負担」は憲法の定める法の下での平等（憲法第一四条）に反し、生存権（憲法第二五条）を侵害し、個人の尊厳（憲法第一三条）を毀損する等として、一九名の障害児者と

と一名の障害児の親の合計三〇名が、裁判所に対して憲法判断を求めて、一斉に行政訴訟（国家賠償請求訴訟を併合）を提起した。

2 この裁判の当事者

(1) 原告

障害当事者としての原告一九名の提訴時点の年齢は、一〇歳の未成年者から七十一歳まで。男性が二〇名、女性が九名。

主な障害の種別は、おおまかな分類だが、知的障害一二名、知的障害と身体障害の並存七名、身体障害（視覚障害除く）七名、視覚障害三名。

障害の程度はおおむね次のとおり。

知的障害の療育手帳は軽度、中度、重度、最重度と四分類が多いが、自治体によっては、重度と最重度を分けずに重度として三分類にするなど、区分が統一されていない。

そのため、これもおおまかであるが、仮に三分類として知的障害一二名のうち最重度を含む重度が七名、中度が五名。

視覚障害を除く身体障害者七名のうち、身体障害者手帳の等級（七等級）が最重度の二級が六名、六級が一名。

知的障害と身体障害の並存七名は、知的がいずれも重度または最重度、身体障害者手帳の等級一級が五名、二級が二名。

視覚障害者三名は、いずれも一級の全盲。

(2) 被告

すべての訴訟で国を被告としている。また、障害者自立支援法に基づく支給決定（応益負担含む）を下している次の一八の地方自治体が被告となっている。

- ①福岡県福岡市 ②さいたま市 ③神戸市
④伊丹市 ⑤吹田市 ⑥堺市 ⑦大阪市 ⑧福知山市
⑨近江八幡市 ⑩京都市 ⑪安土

- 町 ⑫東京都大田区 ⑬清瀬市 ⑭さいたま市
⑮越谷市 ⑯春日都市 ⑰川口市 ⑱行田市。

3 「応益負担」とは

障害者自立支援法にはさまざまな問題があるが、なかでも同法の導入した「応益負担」は、長年にわたって積み上げてきた障害者の人権保障の歴史を三〇年は逆戻りさせると言われるほど致命的な過ちがある。

すなわち、同法第二九条が導入した応益負担とは、従来憲法、法令に基づく公共による福祉の義務として公費により負担されていた、義足、車いす、白杖、介護ヘルプ、就労支援、グループホーム、入所施設等での生活支援等の障害施策における公的支援の権利行使を、当該障害者の「受益」「応益」とみなして、一割の公的給付の支払いを停止、カットして、その費用を当該障害者に負担させる仕組みのことである。

少なくとも二〇〇三年四月～二〇〇六年三月の「支援費」時代は、障害者各人の所得に応じた応益負担制度であったため大多数の障害者には負担がなく、負担のある場合にも公

的補助によって負担が免除されていた場合はほとんどであった。

それはけっして恩恵から来るものではなく、障害を持つ市民の、障害に基づく社会的不利益（「現在、それが「障害」の意味と理解されている。身体的な特徴は障害ではない）の解消は公的責任、義務として履行しなくてはならないことが、憲法が保障し、国際的な人権基準が認める基本的人権として当然だからである。

4 原告らは何に課金されたか

障害者自立支援法が複雑な給付体系を導入したこともあり、各自が権利行使している障害福祉施策の区分はさまざまである。

通所施設での訓練等給付、就労継続支援などの「働くこと」に課金された原告、入所施設での介護給付などの「施設で支援を受けながら生きていくこと」に課金された原告、居宅介護などの「家で支援を受けながら暮らすこと」に課金された原告、行動援護、移動支援など「施設や家から外出して街に出ること、歩くこと」に課金された原告等である。

つまり、重い障害を持った原告らにとって、

目次

- 1 全国一斉提訴
- 2 この裁判の当事者
- 3 「応益負担」とは
- 4 原告らは何に課金されたか
- 5 個別の原告の状況など
- 6 訴訟類型
- 7 障害者自立支援法及び応益負担の不憲問題性
- 8 応益負担は障害者福祉の目的に反すること
- 9 就労支援に対する応益負担
- 10 居宅生活、入所生活に対する応益負担
- 11 裁判の始まり

食事をするために支援員にスプーンで食べ物を口に運んでもらうこと、排尿・排便のための介護を受けること、人に会いに行くために歩くこと、働くことなどに課金されたことになる。

障害者が生きていくために、当然の不可欠の営為に対する課金である。

そして、障害が重ければ重いほど、支援の必要性は高く、必要とする施策の種類も多くなる。障害が重度であればあるほど、それに比して課金額が加算されていく。

本来、国と自治体には人権保障としての障害者福祉を実施する義務があり、重い障害を持つ者ほど手厚く支援することが当然である。

にもかかわらず、重い障害を持つ者であればあるほど、より過酷な負担を課せられる。

すなわちこれは「障害に対して課金されたこと」に他ならない。

応益負担は「障害税」「ハンディキャップ税」に他ならない。

5 個別の原告の状況など

一九名全員の状況を説明する紙面の余裕はないので、ここでは四名の例を挙げる。

など、社会生活を送る上でさまざまな支出がある。

原告①は、障害基礎年金の支給対象者でもなく、工賃以外の所得は皆無である。書店で好きな音楽雑誌を立ち読みすること、たまに自動販売機でジュースを買うことくらいが致さない楽しみだという。

このような原告に応益負担を課すことが憲法の保障する生存権を侵害しないとすれば憲法とは何のために存在するのか。

◆2 原告② 二一歳の女性

身体障害一級、重度の知的障害を併せ持つ。支援費時代は負担はゼロであった。

障害者自立支援法施行の二〇〇六年四月、負担上限月額一万五〇〇〇円。

居宅で重度訪問介護を受ける。

平日の日中は作業所に通所。

二〇〇八年七月の緊急措置により、上限月額一五〇〇円に。移動介護支援(地域生活支援事業)も活用しており、居宅介護給付とは別添に、上限月額一五〇〇円の負担がある。

つまり応益負担月額 $1500円 \times 2 = 3000円$ 。

提訴数ヶ月前時点までの二年数ヶ月間に強

◆1 原告① 四〇歳の男性

三〇代半ばまで、通常の会社員だったが、三〇代半ばで腰萎縮の障害を発症。

車の免許を持って暮らしていたが、運転は医師の指導もありできなくなる。

通常の企業勤務はできなくなり、障害者作業所に通所すること。

作業所から受け取る工賃は月額八〇〇〇円、九〇〇〇円。

作業所「利用料」は月額五一六〇円。二四日働くと二二万三八四〇円の利用料になる。

このうち一割の応益負担は一万二三八四円。法施行当初の負担上限額は七五〇〇円。

その後、二〇〇七年四月「特別対策」で三七五〇円、二〇〇八年七月「緊急措置」で一五〇〇円となった。

この「特別対策」とは、二〇〇七年四月施行の障害者自立支援法によるあまりにも過酷な負担に対する全国の障害者、その家族からの強い批判に耐えかねて、政府が応急措置として同年一二月に発表した「平成一九年度、同二〇年度」に限定した負担の軽減措置のこと。

また、「緊急措置」とは、二〇〇八年七月から施行された、軽減対象世帯の範囲を広げ

いられた応益負担額の累計額は約二万円。

他方、同原告が手にする作業所の工賃は月額約四〇〇〇円。

つまり、法施行後約三〇ヶ月間だけで当該障害者が働いたことでの得た工賃の五五ヶ月分の負担が課金され、徴収されたのである。

同原告は自分の意思を言葉で伝えることができないため、食事や排泄の要求もできず、家族やヘルパーが時間をかけて適切に対処しなければならない。

居宅内での移動も外出でも、誰かが車いすを押すことで移動が可能であり、支援がなければ、移動することも車いすに自力で座ることもできない。

工賃以外の収入は障害基礎年金が月八万二五〇〇円、特別障害者手当が月二万六四四〇円。

食費、交通費、車いす維持費、おむつ代等合計約八万円を毎月、支出している。

原告の母は次のように言う。

「娘に障害の責任はありません。支援を受けなければ食べることも水を飲むこともできません。ただ普通に生きていだけでお金を取るというのはあまりにもむづかしいと思います。」

などの「更なる軽減措置」と呼ばれる政府の臨時対策のことである。

いずれにしても、原告①が働いて得られる所得を月八五〇〇円＝一〇〇%とすると、障害者自立支援法の定める応益負担額の原則は約一万二〇〇〇円であり、所得額の二四・一%、約一・四倍が徴収される建前となっている。

月二〇万円の給与を受け取る事業所に行くサラリーマンが会社利用料として月二八万円を徴集されるとしたらどうであろう。働き続ける人、働く意欲が促進される人があるであろうか。

法制定当初の月七五〇〇円の負担では、月八五〇〇円の所得に対して八八%の課金となる。二〇万の月給に一七万六〇〇〇円の課金と同じ意味である。

特別対策による上限三七五〇円では四四%課金である。緊急対策による上限一五〇〇円でも約一八%課金である。

月一五〇〇円の負担といっても、その他に給食費が月六六〇〇円、健康保険料が月一〇〇〇円かかる。それだけでも月九一〇〇円となり、工賃を上回る。

つまり手元に何も残らない。

その他、病院に定期通院するための交通費

◆3 原告③ 二八歳の男性

中度の知的障害。

就労移行支援事業を行う就労支援センターに通所。同原告は電気製品の製造や保冷剤洗浄の仕事等に従事。

措置制度、支援費の時代には負担はなかった。

障害者自立支援法施行後、国の規定では利用者負担上限月額は一万五〇〇〇円であるが、自治体が月額三七五〇円を超える額を負担する対応をしたため、自己負担上限額は三七五〇円。

二〇〇八年七月の緊急措置で、上限月額は一五〇〇円。

同原告の収入は、障害基礎年金二級が月六万六〇〇〇円、工賃が月に約一万円。

法施行後の二年数ヶ月間に強いられた応益負担額の累計額は約一〇万五〇〇〇円。約三〇ヶ月間で工賃約一〇ヶ月分の負担が課金された。

同原告は「お金をもらいたいから働いているのに、なぜ利用料を払わなければならないのか。ひとり暮らしをしたいけれど貯金もたまらないので自立につながらない」と話す。

この法がまったく「自立支援」として機能

せず、自立を妨害、阻害している実態を表している。

◆ 4 原告④ 四二歳の男性

身体障害一般、重度知的障害。言語機能喪失。

通所作業所で、牛乳パックをほぐして乗書をつくる、古紙回収を行う、畑作業を行う等の軽作業をしている。

月額工賃は約六〇〇〇円。

法施行後約三〇ヶ月で強いられた応益負担額約一五万円。

工賃以外の収入は障害基礎年金が月八万二五〇八円、特別障害者手当が月二万六四四〇円。

応益負担額は二〇〇六年四月時点で月七五〇〇円、その後、特別対策で月三七五〇円となり、緊急措置で今は月一五〇〇円。しかし、毎月の支出は一万円以上かかり、生活はぎりぎりの状態である。

原告の父は、提訴にあたり、次のように話す。

「応益負担は、原告のような重度の障害者にとつては、食事や排泄といった、人の尊厳以前の生命活動の根本にかかわる行為につい

て、費用を負担しなければならないということであり、なぜそのような負担が必要なのか、納得がいかない。

社会福祉は、政治の責任で、障害者が安心して暮らせるようにすることです。なのに、障害者自立支援法は障害者・家族に負担を押しつけています。

権利としての福祉をいかにしろにし、障害を理由に利用料をむしりとる。どうしてもがまんできない怒りを覚えます。」

6 訴訟類型

訴状の請求の趣旨で掲げるものは次のものである。

- ① 応益負担処分の取消
 - ② 応益負担免除決定あるいは一〇割全額の支給決定の義務付け
 - ③ 将来にわたって原告に応益負担義務のなきことの確認
 - ④ 今まで原告が負担した応益負担額の返還と謝料各自一〇万円の請求
- ちなみに、原告二九名の応益負担の合計額は五五二万九〇二二円。一名平均一九万六五五円。

最終責任は各地の弁護士に委ねられているため、必ずしもまったく同じ内容ではないが、訴状の総論部分での共通のモデルはある。

そのため、訴状共通モデルの請求の原因第一章「障害者自立支援法及び応益負担の本質的問題性」のうち、一項を次に記載する。

.....

障害者自立支援法の存在自体があつてはならないこと。…憲法は法にあらず…

なぜにこれだけ障害者自立支援法は全国の障害者から強く批判されるのであろうか。

障害程度区分導入による権利制限、区分認定のひどさ、事業報酬単価の低廉による福祉現場破壊、事業報酬日払い制度問題等々この法の酷さを挙げていけば切りがない。

全国の障害者、家族、障害福祉関係者から障害者自立支援法に対する激しい嫌悪感、拒否反応の本質はどこにあるのか。

それは生理的拒否反応とささええるものである。

障害者の直感といってよいかもしれない。

裁判官、原告訴訟代理人、被告訴訟代理人を含め、人権擁護をその使命とする法曹、法

律家はその原因について真摯に受け止めて解明する責任がある。

障害を持つ市民が心身において健全市民と違いがあるのは当然である。

そして、障害に伴い様々な社会的不利益、被差別的地位にあることもまた公知のことである。

だからといってどうして、障害を持つ市民に対する、法という強制装置により「自立」が強調、強要されるのか。

今回唐突に出現した「障害者自立支援法における自立支援」という思想の根底には、自立が望まれる当該市民は努力不足であり、自立のできていない原因が当該市民にある、当該市民が悪い、当該市民の責任によつて自立ができていないという前提があることを、自立せよと強要される誰もが本能的に感じるのである。

つまり障害者福祉の目的と「この法の自立支援」は根本的に相容れない。

確かに障害者は家庭において、施設において、自立ある生き方、生活が阻害され、否定され続けてきた。

そのために障害者自身に自立への希求があることは間違いない。

事業所から利用料(応益負担)請求書が障害者に届くのが実務上、二二三ヶ月後であるため、二〇〇八年一〇月末日の提訴時点で集計できたのは、同年八月頃までの場合や、一〇月分まで見込んで計上した場合もあり、累計期間はおおむね三〇ヶ月程度である。

一人当たりでは、月額の応益負担額は平均七〇〇〇円程度と思われる。

障害者自立支援法のもたらした甚大な被害、人間の尊厳に対する冒瀆を考えると、一人当たり一〇万円の慰謝料はいかにも少額にすぎ

る。しかし、この訴訟で原告らが求めるのは、障害者自立支援法により失われたすべての障害者の人間の尊厳の復権であり、障害のあるなしにかかわらず当たり前に安心して暮らせる生活なのであり、お金ではない。

7 障害者自立支援法及び 応益負担の本質的問題性

訴状は、八ヶ所の地方裁判所ごとに各地の弁護士が作成している。

ちなみに全国弁護士会は、現在、総数で一〇〇名を超えている。

そして、その自立を公的に支援していく責務が公権力にあることも間違いない。

しかし、その前提として、自立できていないのはお前が悪いからだと感じるような上からの強要があるのは自立支援のあり方における根本的過ちなのである。

障害を持つ市民には、人それぞれの思い、リズム、ライフスタイルがあり、自立を望んでいる。

しかし、上から強いられた瞬間それは真の「自立」ではなくなる。

普通の市民として普通に生きるために、必要不可欠な社会的支援をすることが障害者福祉の目的である。

障害者福祉の存在意義とは、「障害を持つあなたは何も悪くない、何の責任もない、障害による様々な社会的不利益、不平等を公的に支えるからこの社会で共に生きていきましょう。」そういうメッセージを与え、そのための具体的支援をすることにあるはずである。

ノーマライゼーションこそが世界的に障害者福祉の目的として確認されてきた基本理念である。

「完全参加と平等」という国際障害者年行動計画の理念が、その後の障害者福祉の法制

度の目的の根幹にあるものとして確認されてきた。

国際障害者年は一九八一年(昭和五十六年)、「国連障害者の一〇年」は一九八三年(昭和五十八年)―一九九二年(平成四年)である。

取えて、この点の政府の公式見解を確認しておく。

平成五年一月二二日付、中央心身障害者対策協議会(総理府付属機関)の「国連・障害者年の一〇年以降の障害者対策の在り方について」と題する内閣に対する答申は次のとおりである。

「わが国の障害者対策は、ライフステージの全ての段階において全人間的復権を目指すリハビリテーションの理念と、障害者が障害を持たない者と同等に生活し、活動する社会を目指すノーマライゼーションの理念のもと、完全参加と平等の目標にむけて進められて来た。」

「障害者は特別な存在ではなく、基本的人権を有する一人の人間として最大限尊重されなければならない。」

「障害者は決して障害のない人々と違った存在ではなく、社会の中に障害者が存在し、社会経済活動を行なっていくことが正常な社

会の姿であり、障害者が各種の社会経済活動へ参加することを拒んでいる現在の社会の姿こそがむしろ問題である。」

「障害者がいかなる障壁もなく、各種の活動に自由に参加できる平等な社会づくりを目指すことを政策推進の基本的視点とすべきである。」

「ノーマライゼーションの理念を実現していくためには、あらゆる社会経済活動において障害者の参加や利便が配慮されていくことが必要である。」

繰り返すが、ノーマライゼーションとは、障害者側が異常なのではない、障害者の参加を拒む社会が異常だから正常化しなければならない、それが障害者福祉の目的であり、実施すべき義務だとしているものである。

「ノーマライゼーション」について政府は障害者基本計画(二〇〇二年、平成一四年一月二四日閣議決定)で「障害者を特別視するのではなく、一般社会の中で普通の生活が送れるような条件を整えるべきであり、共に生きる社会こそノーマルな社会であるとの考え方」と定義している。

これら、国際障害者年の世界的動きのなか

に対する批判がなされ、地域における生活支援の重要性が徐々に自覚され、一九八九年にはグループホーム事業が始まり、現在同法は第一条の二第二項で知的障害者の社会経済活動に参加するよう努めなければならない。とし、第二項で「すべての知的障害者は、社会を構成する一員として、社会、経済、文化その他あらゆる分野の活動に参加する機会を与えられるものとする。」とし、社会参加の機会の保障を重視している。

このような障害者福祉の根本的な意義、世界的、国内における法の進展、流れを、今回の障害者自立支援法の制定はまったく無視した、理解していない、一部の財務官僚の影響下において、厚労省の一部官僚が作り上げた机上のプランであり、障害者福祉の根本目的について必要な議論を経ない、法の存在意義、存在目的それ自体に疑問がある法律である。

すなわち、一言でいえば、障害者自立支援法が掲げる「自立」とは「障害者本人が努力して自力更生、訓練して早く障害者福祉の対象から離脱して障害者問題を解消しなさい」ということである。

障害者福祉の根本理念を履き違えているの

である。

どんなに重い障害をもった人であっても、一人ひとりを尊重する社会を作る、自立のための様々な方法を駆使しながら一人ひとりがその人なりに生き生きと生きて社会と共生すること、という障害者福祉の目的に合致しているかが障害者福祉の進む道を検証する指標だとすれば、障害者自立支援法の目的には大きな疑問がある。

障害者の権利宣言一〇項は「障害者は、差別的、侮辱的又は下劣な性質をもつ、あらゆる搾取、あらゆる規則をしてあらゆる取り扱いから保護されるものとする。」としている。障害者自立支援法は、本質的に障害者に対して、「あなたの持つ障害はあなたの責任で何とかしなさい」としている障害者に対する差別的、侮辱的法規なのである。

そして以上の事実を雄弁に証明するのが障害者自立支援法の真髄と言つてよい「応益負担制度」なのである。

.....

で日本も障害者福祉理念の過ちに気がついて、障害者福祉に関する法律を改定してきた。

障害者基本法の前身である一九七〇年に成立した「心身障害者対策基本法」には、六条一項で「心身障害者は、……社会参加活動に参加するようつとめなければならない」とされていた。

二項では家庭も「障害者の自立の促進につとめなければならない。」として、自立は障害者本人とその家族に第一次的責任のある問題という理解を法はしていたが、二〇〇四年(平成一六年)にはノーマライゼーション思想の正しい理解が進み、ようやく本人及び家族の努力義務条項は削除に至った。

一九四九年に成立した身体障害者福祉法も、第一条の法の目的は「身体障害者の更生を援助し」とされ、障害者の自力更生主義が基本であつたが、一九九〇年(平成二年)には、第一条の法の目的から「更生」は削除され、消滅した。

一九六〇年に精神障害者福祉法が制定され(一九九九年四月、知的障害者福祉法と改称)、当初の目的は成人期の知的障害者は援護施設に収容するに主眼が置かれていた。ノーマライゼーション思想の進展に伴い、収容政策に

8 応益負担は

障害者福祉の目的に反すること

以上で明らかとなり、障害者福祉の目的とは、ノーマライゼーション＝障害のある人も通常の市民生活を送るために当たり前の暮らしが保障されるノーマルな社会に改善していくこと、である。

障害があることがおかしいのでなく、障害を起因として引き起こされる社会的不利益を社会公共の側でそのバリアを是正して、障害のあるなしにかかわらず誰もが普通の市民生活を送ることが保障される社会を構築していくことが、社会福祉の目的である。

ところが応益負担は、社会福祉の目的・理念に抵触する「障害を持つあなたの責任と負担で障害を解決しなさい」という制度である。

わかりやすい例でいえば、国家試験、公務員試験、採用試験等において、晴眼の受験者の受験料を一〇〇〇円として、点訳版が必要な視覚障害者の受験料について、受験料一〇〇〇円に、点訳サービス利用料名目で一万円を加算することは許されるであろうか。

確かに点訳業者に点訳試験用紙を発注すれば

ば費用がかかるかもしれないが、だからといって当該視覚障害者に費用を一部とはいえ負担させることは憲法第一四條の定める法の下の平等に反する過當、違法なことであり、障害者差別であると理解するのが今日到達している人権規範であり、当然の法解釈、人権感覚であろう(堀水訴訟大法院判決のあった一九八二年という二七年前ならいざ知らず)。

視覚障害者は墨字の試験用紙により受験しているほかの受験者と同じ機会に参加しているだけのことであり、点字により作成された試験用紙を利用できることは「サービス利用」でもなければ、「特別の利益を受けること」でもないことは自明である。

つまり、障害に伴う不利益、バリアを解消するための施策、措置を活用することは、普通の市民生活を送るためのベースラインに立つこととして当然にその機会を保障されなくてはならないものであつて、「受益者」でなく以上、「受益者負担」「応益負担」「利用者負担」が課せられる根拠が存在しない。

明確にいえば、「負担の根拠がない」にとまらず、負担を課することは差別であり、人権侵害であるということである。

七二〇〇円である。何らかの理由(たまたま住居以外に親が残してくれた不動産に障害者名義がある。資産要件を超える資産がある等)で軽減対象でなければこの数字である。

そして、多くの障害者の得る工賃は月額数千円から一万数千円程度である。

障害者自立支援法は事業所の報酬を日払い方式としているので、利用料も利用のたびに日ごとに発生していることになる。たとえば一日一〇〇〇円の利用料自己負担とすれば一日四働けば月額二万四〇〇〇円の利用料負担である。

働かないで家で引きこもっていれば、この支出は免れることができる。制度の基本設計として、一般就労移行を妨げる効果を狙っているともいえるのか。

② 雇用政策でありえない負担が、「福祉」を理由として発生する矛盾

障害者自立支援法は、就労継続支援制度として、雇用契約を前提とする就労継続支援A型と、雇用契約を前提としない就労継続支援B型という区分けを設けている。また、二年間の期限を切つて一般企業等への就労をめざす就労移行支援事業もあり、これも応益負担

9 就労支援に対する応益負担

(1) 応益負担の違憲性、人権侵害性が明らか就労支援における課金

車いすを利用する障害者が事業所に採用申込みをした場合にスロープ設置費用などのバリアフリーのための費用を負担させることを条件として採用を認めるなどすればそれは差別であろう。また、働くことは認めるが、障害を理由として毎月の事業所利用料を負担することを採用条件としてもそれは差別であろう。しかし、この法律は「利用料」という名目でそれを徴収しているのである。

健常者が事業所で働く場合には、事業所利用料、会社利用料等の請求書が労働者に送られてきていない。

しかし、障害者自立支援法の対象になっている事業所で働く障害者の場合は、毎月、事業所から「利用料請求書」が送られてきている。障害者の場合、障害者自立支援法によって、事業所で働くことと利用料が徴収される制度にされたものである。

毎月請求書を発行して障害者に送りつけている事業所に問題があるのでなく、法律がそ

が課される。

わが国の障害者雇用、就労施策の最大の特徴は、一般企業での就職を中心とする雇用施策(障害者の雇用の促進に関する法律、以下「障害者雇用促進法」、など)と、福祉関係法規に基づきいわゆる「福祉的就労」施策に分かれて展開されてきたことにある。

わかりやすく言えば、現在厚生労働省として統一されているはずの官庁でありながら、旧労働省による施策と、旧厚生省による施策に分かれているのである。

そして、旧厚生省系統の施策としての障害者自立支援法により「働く場」に応益負担が課されたものである。

障害者にとつては同じような内容の雇用、就労支援であつても、雇用施策のもとでは、利用料、応益負担は発生せず、障害者自立支援法では「働きに行くのに利用料を徴収される」という矛盾した、法の下での平等に反する事態となつているのである。

障害者雇用促進法でも、障害者を雇い入れるための介助者の配置については同法四九条、五〇条、五一一条等に基づいて「障害者介助助成金」等の助成金が給付される。

これは法的性質としては障害者自立支援法

のような構造、制度をとっているのである。

(2) 障害者自立支援法が定める就労支援の内容

① 就労支援に「応益負担」を課することの自立支援との矛盾

障害者自立支援法の趣旨を国は「働きたいと考えている障害者に対して、就労の場を確保する支援を強化する」と説明し、この法は障害者が「もつと働ける社会」にすることを目指しているといわれる。

一般論としてはたいへんいいことである。であればそこに「応益負担」を課するという制度にその目的と整合性があるのだろうか。

働けば働くほど課金される(所得が減る)制度の下で働いていて、働く意欲が促進されるわけがないことは自明であり、目的と矛盾する制度であることは火を見るより明らかであろう。立法裁量をもはなはだしく逸脱する不合理な制度と言うべきである。

政府は「負担には月額上限を設けた」「低所得者には軽減措置がある」ことを理由に自立促進効果があると弁明するのであろうが、問題は制定された法の骨組み、思想である。

月額負担上限は法の基本としては月額三万

に基づき障害者を雇う事業所に給付される事業所報酬と大きな違いはない。

前者の旧労働省系統の法規であれば助成金に対する障害者の一朝負担、応益負担は存在しないが、後者の旧厚生省系統の法規であれば、なぜか「サービス利用料としての報酬に対する一朝負担」が賦課される。

これが不合理な差別であり、「全て国民は勤労の権利を有し」という国民の勤労の権利(憲法第二七条)という憲法上の権利を犯していることはあまりにも自明である。

③ 就労移行支援事業

就労移行支援事業の内容は、雇用促進法第二一條第七項「障害者に対して職業指導、職業訓練、職業紹介その他この法律に定める措置を講じ、その職業生活における自立を図る」職業リハビリテーションに相当する内容である。

同法第二六条には「障害者職業センターにおける職業リハビリテーションの措置は無料とする」と規定され、利用者は無料でこの措置を受けることができるはずである。

健常市民は職を探すためにハローワークを利用するたびに「利用料」を課金されてい

い。

また、職業能力開発促進法第一六条には、障害者職業能力開発施設として障害者職業能力開発校が規定されており、ここでいう職業訓練の内容も自立支援法による就労移行支援事業に相当するものであるが、同法第二三条において「求職者に対する職業訓練は無料とする」と定められている。

企業等に就職することをめざすための訓練を同じように受けるにもかかわらず、労働施策のもとでは原則無料、福祉施策のもとでは原則一割の利用料が徴収されるということである。これは明らかに、憲法第一四条が保障する平等の原則に反するものであり、障害者に対する許されざる差別である。

もつともこのような主張をすると、厚生労働省が開き直って、「じゃあ、障害者雇用助成金を活用する障害者に対しても一割負担を導入して公平にする」「失業者のハローワーク利用には一回一〇〇〇円を負担させる」などと言いださないか、本気で危惧するのだが……。

④ 就労継続支援A型（雇用型）

就労継続支援事業A型で働く障害者は、事

ここに応益負担を課されることは、働いて得る工賃よりも利用料の方が高くなり実質マイナスになる、あるいは工賃に占める利用料の割合が相当に高くなるということである。

繰り返すようだが、障害者にとって授産施設や小規模作業所で働く意義は、健常者が企業等で働くことと変わらない重要な価値を持つ。障害者自立支援法の一般就労至上主義はそのことを理解していない。

障害者自身は現に生産活動に参加し、その対価としての工賃を得て、社会のなかでの自己の存在価値を見だしている。「働きに行くのになぜお金をとられるのか」という怒りの声が出されるゆえんである。

障害者の一般就労に至るまでのプロセスにおける「働き」は、法令上の「労働」と保障される人権としての価値は変わらない。むしろ障害者福祉の分野であるからこそ、作業所等で働くことも企業就労と差別されることなく支援、保障されなくてはならない。

しかし、応益負担により、いわゆる授産施設等を含む福祉的就労で働く障害者はその誇りを傷つけられ、働いてもマイナス所得になるなど、その働く意欲を大きく減退させられた。

業者との間に雇用関係が成立し、実定法上の労働者として労働基準法、最低賃金法をはじめとする各種の労働法規が適用される。

この就労継続A型事業は旧法（二〇〇六年改正前の身体障害者福祉法、知的障害者福祉法、精神保健福祉法）で定められた福祉工場の移行先とされているが、これまで福祉工場で働いていた障害者は、自立支援法制定・施行によって、新たに「福祉サービス利用者」としての利用契約の締結が求められ、同時に、応益負担が課されることになった。これは働く当事者のプライドを傷つけ、耐え難い屈辱、不公平感を与えた。

福祉工場で働くという状態は、健常者が一般企業に就職して雇用契約に基づいて労働者として労働していることと何ら変わらないものであり、福祉工場での支援がなされることにより障害者の雇用が安定的に継続するものとなっていた。

それが就労継続A型事業に移行したとたんに、支払われる賃金から、「事業所利用料」が差し引かれるのである。世の中のどこに、就職するにあたってその就職先から事業所利用料を求められるところがあるのか。

そして、「応益負担を徴収される理由」は

そもそも、障害者福祉の目的は、障害に基づく不利益を是正して、一般市民としての社会参加の機会を平等に保障することである。そうである以上、一般就労の機会がすでに与えられている一般就労者に賦課されていない事業所利用負担を、より手厚い支援を必要とする福祉的就労者に課すということは障害者福祉の本質に違背していると言わざるをえない。

障害者自立支援法を正当化する側の理屈として、障害者も働いて経済的に自立して、お金を払えるようになって欲しいという。

このセリフに障害者自立支援法の意義との致命的な齟齬がある。

なぜなら障害者自立支援法導入の際に厚生労働省がしきりに強調した論拠は、一般就労できている障害者は数%しかいない、だから一般就労を促進することが法の目的であるというものであった。

ということは、法の対象者として想定されているのは、当たり前のことながら、経済的自立を達成していないから所得も低廉であり、経済的自立のために公的な支援を必要としている者である。

国のいう、お金を払える者が一般就労によ

「その人が障害者であること」以外にはない。

これは、障害者の労働基本権に対する侵害であり（憲法第二七条違反）、障害者差別（憲法第一四條違反、障害者基本法）以外の何ものでもない。

障害者基本法第三三項は「何人も、障害者に対して、障害を理由として、差別することその他の権利利益を侵害する行為をしてはならない。」と定められており、障害者が働くことへの応益負担は同条項に違背する違法な制度、処分である。

労働基準法第三三項は「使用者は労働者の……社会的身分を理由として、賃金、労働時間その他の労働条件について差別的取扱をしてはならない」と定められているのであり、「使用者に対して、障害を有する労働者から事業所利用料を徴収するという差別的取扱を強いる」障害者自立支援法は労働基準法に照らしても違法というべきである。

⑤ 就労継続支援事業B型（非雇用型）

就労継続支援事業B型の場合は、雇用関係や労働法規の適用はないが、平均工賃が月額三〇〇〇円程度を上回ることが厚生労働省の求める要件とされている。

り経済的自立を完成させた者であるならば、それはいわば障害者自立支援法を卒業した、法による支援の必要性がないかほとんど必要なくなった者であるはずである。

つまり、お金が払えるようになった者に負担をさせず（免除し）、お金が払えない者に負担を強いるという明らかに不合理、不平等で矛盾した制度になっている。

応益負担は当の障害者自立支援法が目指しているはずの目的とさえ根本矛盾しているのである。法の自己矛盾としての違法と言ってもよいだろう。

10 居宅生活、入所生活に対する 応益負担

障害者が居宅生活、入所施設での生活において、食事介助、トイレ介助を受けること、移動支援を受けること等に応益負担を求めることに対する障害者や家族の怒りの声はすでに述べた。

このような負担について、私たち障害者自立支援法訴訟弁護団は、健常者との間で許されざる差別であると確信して提訴している。

この点こそは障害者の人権の新たな地平を

拓く応益負担違憲訴訟の真骨頂と言ってもよい。

これは従来の法律家の感覚からすると、びんこない主張かもしれない。

なぜならば、次のような疑問が浮かぶからである。

憲法二五条を基礎とする社会権としての障害福祉施策を利用することで初めて発生する負担であって、そもそも健常者は憲法二五条による施策を利用しないで食事をし、トイレに行き、歩いているのであって、比較の前提を欠いているのではないかと。

それならば、次のように言いたい。

働くことに対する課金が不合理との指摘に対して、「だったら働かなければいいじゃないか。そうすれば就労支援施策を利用することがないし、定率負担もない」とは、いかに厚生労働省の官僚といえども、言わないであろう。

同じく居宅生活、入所生活等の生活全般、市民として生きていく営為に対する課金が不合理であるとの主張に対して、「応益負担が嫌ならば、食べなければいい、トイレに行かなければいい、歩かなければいい、話をしなければいい」と、いったい誰が言えるだろうか。

それを言うことは、障害者に対して「死ね」ということに等しいことだからだ。

健常者は支援を受けることなく食べ、生きている(と錯覚している)。ということは、応益負担を徴収されずに生きていくという利益を不平等に享受しているのである。

11 裁判の始まり

二〇〇九年一月二二日の天津地方裁判所を皮切りに、全国でこの訴訟の第一回口頭弁論期日が開催されていく。

私たち弁護団は、原告はもちろんのことだが、全国の障害者、家族、関係者の思いを受け止めながらこの訴訟の成功のために、全力を尽くす覚悟である。

以下、第2回以降に続く。

なお、支援団体「障害者自立支援法訴訟の勝利をめざす会」のホームページは次のとおり。<http://www.normanet.ne.jp/~ictjd/suit/>

(ぐんおか・つよし)

精神障害者の望む支援

増田一世（社団法人やどかりの里）

1. やどかりの里の歩み

やどかりの里の活動の原点（1970年～）

精神障害のある人の人間の尊厳を取り戻す（精神科病院から地域へ）
ごく当たり前の生活の実現（人間としての当たり前の権利が奪われていた）
仲間同士の支え合い・分かち合いの場
仲間が仲間に語りかける（雑誌「爽風」の編集・発行）

地域生活支援態勢の構築（1990年～）

地域の中に住まい（グループホームや単身アパートの開拓）を獲得
働く場（作業所・授産施設・福祉工場）を開拓
いつでも気軽に相談できる態勢、目的がなくても通えるところ（地域生活支援センター）を設置
やどかりブックレット・障害者からのメッセージの編集・出版（障害の体験から見えてきたことを社会に発信しよう）

精神障害があっても暮らしやすい社会を実現しよう（2001年～）

空中浮遊都市からの脱却（自己完結型の活動から協働の活動づくりへ）
さいたま市の誕生、政令指定都市へ
障害のある人と職員の協働を目指して、社会に貢献できる活動づくり

これでいいのか障害者自立支援法（2004年～）

障害の自己責任・障害者と支援者を分断する自立支援法にNO!
法人内での学習会の継続—自立支援法を活動の部分に
活動理念「1人1人が主人公」・7つの活動方針を確認
障害者自立支援法訴訟への参画

2. 障害者自立支援法の問題に対峙して

「私たちのことを私たち抜きに決めないで」（障害のある人の権利条約）

成立過程での問題—正確な実態把握も当事者の声も聞かずに成立
2005年7.5 緊急大行動 「このままの自立支援法では自立できません」 11,000人の集会
2006年10.31 大フォーラム 「出直してよ障害者自立支援法」 15,000人の集会
2007年10.30 大フォーラム 「今こそ変えよう 障害者自立支援法」 6,500人の集会
2008年10.31 大フォーラム 「もうやめようよ 障害者自立支援法」 6,500人の集会
* 法施行後も問題を指摘する声がやまない。戦後最悪の立法（財政抑制は実現）という評価

障害の自己責任—応益負担（無実の罪で収監された人が保釈金を払うようなもの）

- * 見直し法案でも結局応益負担の考え方・仕組みは残ってしまった
- * 3障害統合、しかし、高次脳機能障害・難病は置き去りにされたまま

- * 障害程度区分が障害支援区分に（標準的な支援内容—なんだか介護保険に似てきた）
- * 日額払いの制度は常勤職員の非常勤化—支援水準の低下を招く（不安定労働へ）
障害のある人の選択の自由を確保するため—選択できるほど資源はない
- * 地域移行は進むのか
- * 介護保険との統合に向けた準備は着々（2009年3月の報酬改定には成功報酬、競争原理の仕組み、統合ではなく介護保険への吸収という人もいる）—障害者支援の市場化

3. 精神障害のある人の望む支援を考える

① 声なき声にどう応えるのか—在宅の無支援状態の人たち

- * 成人した精神障害のある人の約半数が父または母 49.6%（166人）と同居
収入については、約3割近くの人が無収入 28.4%（99人）
日中は自宅で過ごす人 36.8%（128人）、家事・家業の手伝い 13.3%（67人）、約6割の人が日中も家で過ごす
くさいたま市で行った第2期障害者福祉総合支援計画策定のための障害者（保健）福祉に関するアンケート（2007年11月）結果 精神障害者保健福祉手帳所持者（自立支援医療受給者）600人に調査票を送付し、348件（回収率 58.0%）>

② 長期在院者への支援—自立支援法で進むのか

- * 当事者の支援員（さいたま市では退院支援員9人が入院中の患者を支援）の養成と当事者支援員の有効性の社会的認識を高めていく必要性—入院をあきらめている人の気持ちを動かす
- * 精神科病院と地域の活動の風通しを良くしていく
- * 安心して暮らせる地域支援態勢の確立—住まいの場の確保（さまざまな支援のバリエーション）

③ 権利侵害について訴えることができる第3者機関の設置

入院中でも訴えることができるしくみが必要

④ 自立支援法施行前に戻ればいいのか—EU諸国と比べ50年以上の遅れをどう取り戻すのか

4. 進めなくてはならない大きな課題

- ① 所得保障の確立—無年金者の問題、生活できる所得の保障、自分の方は場で働き、足りない分は賃金補填が必要
- ② 家族依存の支援態勢の抜本的見直し
- ③ 待ち受けの支援だけでなく、届ける支援の必要性
- ④ 地域格差をなくし、どこでも選択できる資源の開発
- ⑤ 働きたいと願う人に対し、その人らしく働くことのできる職場の開拓（ILO159号条約違反？）
一般企業でもなく、福祉的就労でもなく、第3の道を

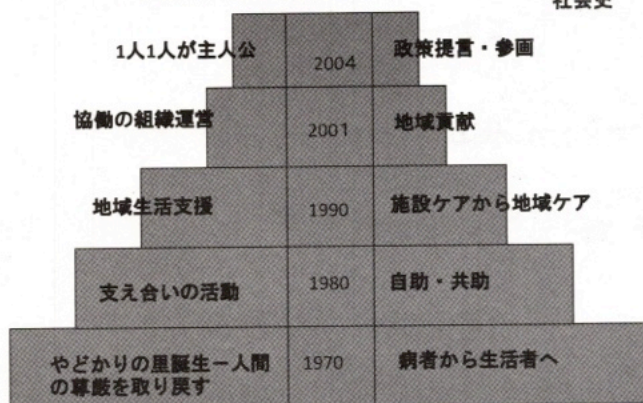
5. 私たちはどんな国にしたいのかが問われている

- * 障害者自立支援法が廃案になっても、マイナスがゼロに戻るだけ。EU諸国との50年の格差
- * 障害者自立支援法は障害のある人だけの問題ではない—現代社会で生きづらい人たちと横のつながりをつくる（湯浅誠氏 5つの排除）

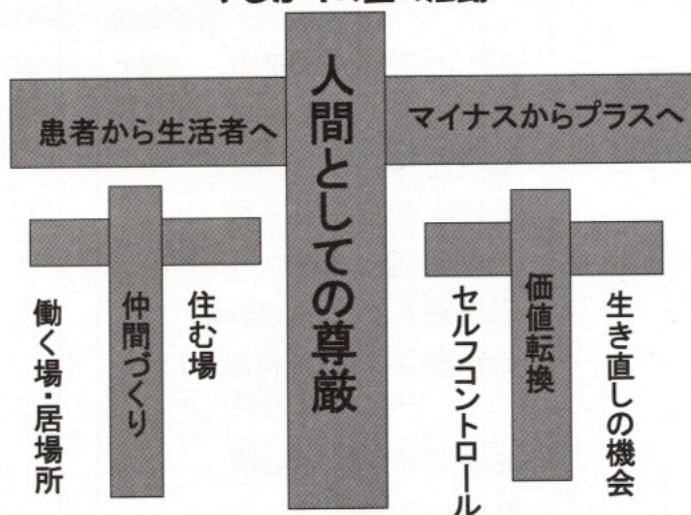
自然史

やどかりの里のあゆみ

社会史



やどかりの里の活動



やどかりの里活動理念

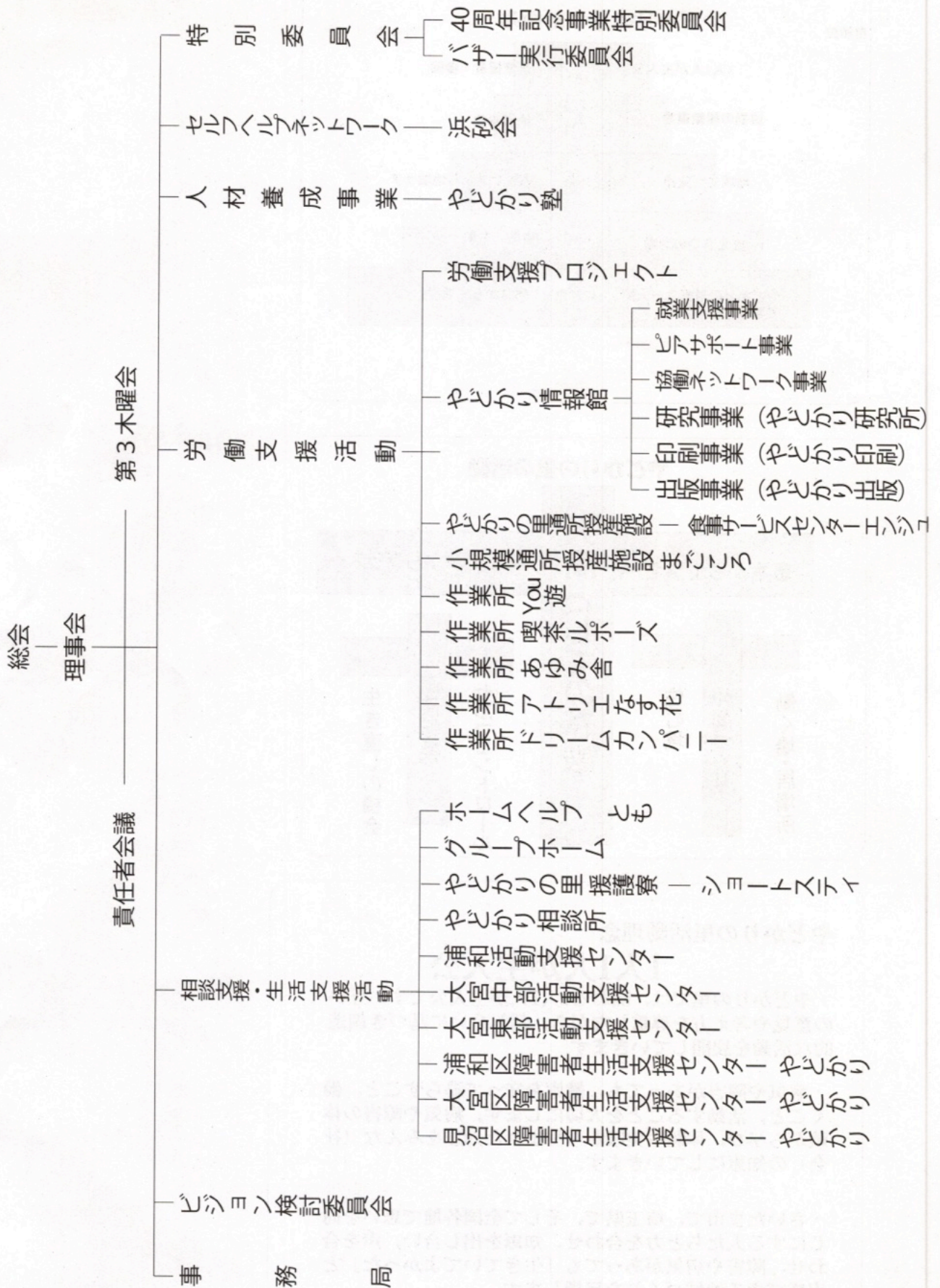
1人1人が主人公

・やどかりの里では、関わる1人1人が主人公です。互いの意見や考え方を尊重しながら、話し合いに基づき創造的な活動を展開していきます。

・病気や障害があっても、健康を守って暮らすこと、働くこと、活動することを大切にします。病気や障害の体験から学び、体験や実践から生まれた知恵をみんな（社会）の知恵にしていきます。

・さいたま市で、埼玉県で、そして全国各地で思いを同じにする人たちと力を合わせ、知恵を出し合い、声を合わせ、障害や病気があっても「生きていてよかった」と実感できる地域づくりを目指します。

社団法人 やどかりの里 2009 年度組織図



弁護士 山下 幸 夫

(東京弁護士会所属)

beatniks@kt.rim.or.jp

1 鑑定入院について

① 鑑定入院期間について

検察官が申し立てたほとんどの事件について鑑定入院が決定され、多くの事件で鑑定入院期間が延長されている。

特に、医療観察法病棟の建設・整備が遅れているため、全国の医療観察法病棟からの退院患者が出るタイミングを見計らって入院決定をしている状況にあり、そのため、延長が不可欠となっている。

その結果、申立てから終局決定までの期間が長期化している。

② 鑑定入院中の医療について

急性期医療が必要な対象者についても、鑑定入院が「鑑定その他医療的観察」を目的とすることから、本格的な治療がなされていないケースが多い。

2 指定入院医療機関と特定医療機関について

① 指定入院医療機関について

指定入院医療機関は、常時ほぼ満床の状態であるため、例えば、東京地裁で入院命令を受けた対象者が極めて遠隔地にある指定入院医療機関に移送されており、家族の面会や社会復帰との関係で障害がある。

但し、退院に備えて、地元に近い指定入院医療機関への転院がされているようではある。

② 特定医療機関について

厚労省は、医療観察法に関する省令の附則2条1項で特定医療施設への入院を認めている。指定入院医療機関の病床が空くまでの間、特定医療機関に入院させられており、それが長期化することもありえるところであり、医療観察法病棟での多職種チームによる医療を受けられないという問題がある。

3 入院処遇と通院処遇について

医療観察法は、入院処遇を原則とし、通院医療を例外とする構造をとっていることもあり、当初は、ほとんどが入院処遇となることが予想されたが、実際には通院処遇となるケースも予想より多くなされている。

但し、東京や埼玉など、関東圏の裁判所では入院決定の割合が高く、特に、事件数が多い傷害事件についても入院決定となる例が多い。

最高裁平成19・7・25第二小法廷決定(刑集61巻5号563頁)が、医療観察法の申立てがあった場合に、精神保健法に基づく措置入院等の医療で足りるとして医療観察法による医療を行わない旨の決定をすることは許されないと判示した後、その傾向が

固定化されている。もっとも、その後も、関西圏では、この判例に必ずしも従っていない決定例が出されている。

関西圏の裁判所では、以前から、精神保健法に基づく任意入院をしている場合等に通院決定や医療観察法による医療を行わない旨の決定がなされる割合が多く、地域格差の問題がある。

【最高裁平成 19・7・25 第二小法廷決定】

「所論にかんがみ職権で判断すると、医療観察法の目的、その制定経緯等に照らせば、同法は、同法 2 条 3 項所定の対象者で医療の必要があるもののうち、対象行為を行った際の精神障害の改善に伴って同様の行為を行うことなく社会に復帰できるようにすることが必要な者を同法による医療の対象とする趣旨であって、同法 3 3 条 1 項の申立てがあった場合に、裁判所は、上記必要が認められる者については、同法 4 2 条 1 項 1 号の医療を受けさせるために入院をさせる旨の決定、又は同項 2 号の入院によらない医療を受けさせる旨の決定をしなければならず、上記必要を認めながら、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律による措置入院等の医療で足りるとして医療観察法 4 2 条 1 項 3 号の同法による医療を行わない旨の決定をすることは許されないものと解するのが相当であり、これと同旨の原判断は正当として是認できる。」

4 妄想型の統合失調症の対象者と誤想防衛

妄想型の統合失調症の対象者について、最高裁平成 20・6・18 第三小法廷決定（刑集 62 巻 6 号 1812 頁）は、誤想防衛を否定する立場を明らかにし、実務で定着してきており、これらの対象者については、審判で争う余地が非常に限定されている。

最近では、双局性感情障害の対象者にもこの考えが適用されている。

【最高裁平成 20・6・18 第三小法廷決定】

「医療観察法は、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に対し、継続的かつ適切な医療等を行うことによって、その病状の改善及びこれに伴う同様の行為の再発の防止を図り、もってその社会復帰を促進することを目的とするものである。このような医療観察法の趣旨にかんがみると、対象者の行為が対象行為に該当するかどうかの判断は、対象者が妄想型統合失調症による幻覚妄想状態の中で幻聴、妄想等に基づいて行為を行った本件のような場合、対象者が幻聴、妄想等により認識した内容に基づいて行うべきでなく、対象者の行為を当時の状況の下で外形的、客観的に考察し、心神喪失の状態にない者が同じ行為を行ったとすれば、主観的要素を含め、対象行為を犯したと評価することができる行為であると認められるかどうかの観点から行うべきであり、これが肯定されるときは、対象者は対象行為を行ったと認定することができる」と解するのが相当である。なぜなら、上記のような幻聴、妄想等により対象者が認識した内容に基づいて対象行為の該当性を判断するとすれば、医療観察法による医療が最も必要とされる症状の重い者の行為が、主観的要素の点で対象行為該当性を欠くこととなりかねず、医療観察法の目的に反することとなるからである。したがって、これと同旨の見解の下、対象者の本件行為が、医療観察法 2 条 2 項 5 号に規定する対象行為に当たるとした原判断は、正当として是認することができる。」

【東京高裁平成 20・4・9 第 2 刑事部決定】

「上記決定（注・上記最高裁決定のこと）は、幻覚等により対象者が認識した内容に基づいて対象行為の該当性を判断するとすれば、医療観察法による医療が最も必要とされる症状の重い

者の行為が、主観的要素の点で対象行為該当性を欠くことになりかねず、医療観察法の目的に反することになる旨をも判示しており、この趣旨に鑑みれば、対象者の精神病症状によって誤想防衛の成否についての考え方が左右されることにならない」

5 退院決定について

入院処遇を受けた対象者の退院について、指定入院医療機関においては退院が相当であると判断して、裁判所に対して退院請求しても、裁判所においては、対象者の受入態勢が不十分であるなど社会復帰要因についての判断から、退院を許可しないケースが多数現れており、また、退院許可が出される事案でも退院決定までに数ヶ月を要するなど、退院するまでの入院期間が長期化している。

6 5年後の法見直しに向けて

医療観察法は施行後5年経過後の見直しが予定されているが、これまでに述べた点を含めて（再審規定の不備、補償規定の不備など）、多くの問題を抱えており、その運用状況を見極めた上で、大幅に見直す必要があると考えられる。

以上

第6回精神保健フォーラム シンポジウム2

「医療観察法の光と影」 — 法律家の立場から

弁護士 山下 幸 夫
(東京弁護士会)

鑑定入院について①

(鑑定入院期間)

- ・ 検察官が申し立てたほとんどの事件について鑑定入院が決定され、多くの事件で鑑定入院期間が延長されている。
- ・ 特に、医療観察法病棟の建設・整備が遅れているため、全国の医療観察法病棟からの退院患者が出るタイミングを見計らって入院決定をしている状況にあり、
- ・ そのため、延長が不可欠となっている。その結果、申立てから終局決定までの期間が長期化している。

鑑定入院について②

(鑑定入院中の医療について)

- 急性期医療が必要な対象者についても、鑑定入院が「鑑定その他医療的観察」を目的とすることから、本格的な治療がなされていないケースが多い。
- → 「治療と鑑定の二重性」(吉岡隆一「鑑定入院の現状と課題」臨床精神医学38巻5号551頁以下)

指定医療機関と特定医療機関①

(指定入院医療機関について)

国の機関 13カ所

都道府県の機関 3カ所

- ・ 指定入院医療機関は、常時ほぼ満床の状態であるため、例えば、東京裁で入院命令を受けた対象者が極めて遠隔地にある指定入院医療機関に移送されており、家族の面会や社会復帰との関係で障害がある。
- ・ 退院に備えて、地元に近い指定入院医療機関への転院がされているようである。

指定医療機関と特定医療機関②

(特定医療機関について)

- ・ 厚労省は、医療観察法に関する省令の附則2条1項で特定医療施設への入院を認めている。
- ・ 実際には、特定医療機関に鑑定入院された対象者について、指定入院医療機関の病床が空までの待機期間中に、そのまま、特定医療機関に入院させられ、それが長期化することもある。
- ・ 入院決定がでて、すぐに医療観察法病棟での多職種チームによる医療を受けられないという問題がある(それは入院期間の長期化にも繋がりがねない)。

入院処遇と通院処遇①

- 医療観察法は、法律の構造上、入院処遇を原則とし、通院医療を例外とする構造をとっている。
- 入院処遇の方が圧倒的な高額な医療費が支払われるという医療費の価格差もある。
- もともと、法施行当初は、ほとんどが入院処遇となることが予想されたが、実際には通院処遇となるケースも予想より多くなっている。

(参考)

施行から2009年3月1日までの申立等の状況

(医療観察法医療体制整備推進室調べによる)

○申立総数 1,379件

○決定数

- ・入院決定 799件 (50%)
- ・通院決定 244件 (17%)
- ・不処遇決定 224件 (16%)
- ・申立却下 44件 (3%)

○取り下げ 10件

○鑑定入院中 58件

○退院許可 304件

(<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/sinsin/keitai.html>)

入院処遇と通院処遇②

(地域格差について)

- ・ 東京や埼玉など、関東圏の裁判所では入院決定の割合が高く、特に、事件数が多い傷害事件についても入院決定となる例が多い。
- ・ これに対して、関西圏の裁判所では、以前から、精神保健法に基づく任意入院をしている場合等には通院決定や医療観察法による医療を行わない旨の決定がなされる割合が多い。

入院処遇と通院処遇③

- 最高裁平成19・7・25第二小法廷決定(刑集61巻5号563頁)の意味と影響
- この判例は、医療観察法の申立てがあった場合には、精神保健法に基づく措置入院等の医療で足りるとして医療観察法による医療を行わない旨の決定をすることは許されないと判示した。
- 関東圏では、この判決後、その傾向が固定化されている。
- もっとも、その後も、関西圏では、この判例に必ずしも従っていない決定例が出されている。

妄想型の統合失調症の対象者と誤想防衛

- 最高裁平成20・6・18第三小法廷決定(刑集62巻6号1812頁)
- この判例は、誤想防衛を否定する立場を明らかにし、以後、実務では完全に定着している。そのため、これらの対象者については審判で争う余地が非常に限定されている。
- 最近、双局性感情障害の対象者にもこの考えが適用されている(東京高裁平成20・4・9第2刑事部決定)。

退院決定について①

(退院要件の問題)

入院処遇を受けた対象者の退院について、指定入院医療機関においては退院が相当であると判断して、裁判所に対して退院請求をしても、裁判所が、対象者の受入態勢が不十分であるなどの社会復帰要因についての判断が異なり、退院を許可しないケースが多数現れている。

退院決定について②

(退院までの期間)

退院許可が出される事案でも退院決定までに数ヶ月を要するなど、退院するまでの入院期間が長期化している。

5年後の法見直しに向けて

医療観察法は施行後5年経過後の見直しが予定されている。

これまでに述べた点を含めて(それ以外にも、再審規定の不備、補償規定の不備など)、多くの問題を抱えており、その運用状況を見極めた上で、大幅に見直す必要がある。

09060711, 12

第6回精神保健フォーラム

シンポジウムⅢ

「このままでいいの？精神障害者の人権と暮らし

ー 障害者の権利条約とわたしたちに問われるもの ー」

全国「精神病」者集団会員

世界精神医療ユーザーサバイバーネットワーク (WNUSP) 理事

山本眞理

①自分なりに考える権利条約

2001年以来のWNUSPおよび全国「精神病」者集団の障害者権利条約作成過程およびその国連採択後の取り組みを踏まえて(年表参照)私たち障害者団体のスローガンは「私たちのことを私たち抜きに決めるな」

1 反差別闘争とは「人間とは何か」に対する拡大の闘争

かつて奴隷も女性も「人間」ではなかった

理論的には憲法も国際人権諸条約の対象には障害者も含まれているが、現実には障害者が完全に包摂され使いこなせるものとはなっていない。障害者は主流の人権保護の諸条約および国内法は障害者という存在がないかのように構成されており、障害者のメインストリーミングがされていない。したがって障害者に特化した条約が必要

障害者の人権について、法的拘束力のある条約が作られた。基準規則は

ピープルファースト(障害者である前に人間だ)という立場から、障害者を「人間」として位置づけあらゆる法制度に障害の存在を位置づけていくことが求められている。

2 障害者権利条約を貫く原則

障害者権利条約は障害者に対して他のものに認められている以上の新しい人権を認めたものではない

非差別と障害の社会モデルという視点

「精神病」が「脳の障害」あるいは何らかの生物学的心理学的な根拠があろうと、個人をいくら分析しても障害は見つからない。障害は社会にある

前文 (e)

第1条目的

第3条 一般原則

「合理的配慮の欠如」も差別である

障害者だけ？すでに配慮されている人と、配慮されていない人としての障害者

10階建てのエレベーターなしのビルってない

私人間契約がすべてではなく、例えば改悪が続いているとはいえ労働法制、消費

者保護（例えば借地借家法）など、力関係で圧倒的不利な労働者や消費者を保護する法制はすでにある。これも合理的配慮といえよう

3 障害者権利条約は一切の強制医療・強制入院を禁止している

第3条 一般原則

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15条 拷問又は残虐な、非人道的な若しくは品位を傷つける取扱い若しくは刑罰からの自由

第17条 個人のインテグリティ〔不可侵性〕の保護

第19条 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

第25条 健康

国連高等人権弁務官事務所

08年10月6日から12日 被拘禁者のための尊厳と正義の週間

情報ノートナンバー4 障害者 より引用

英文全文は以下

http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/60UDHR/detention_infonote_4.pdf

「障害者権利条約は障害の存在に基づく自由の剥奪は国際人権法に反しており、本質的に差別であり、そしてそれゆえに不法であることを明確に宣言する。障害に加えて追加の根拠が自由の剥脱の正当化に使われる場合に対してもこうした違法性は拡大して認められる。追加の根拠とは例えばケアや治療の必要性あるいはその人や地域社会の安全といったものである。」

国連拷問等禁止条約特別報告官 中間レポート 配布資料参照

障害者権利条約3条、12条、25条を参照したうえで

「したがってかつての拘束力のない基準、例えば国連原則として知られている、1991年の精神疾患患者の保護および精神保健ケアの改善に関する原則（決議46/119）について、特別報告官は非自発的治療と非自発的拘禁を受け入れることは障害者権利条約の条項に違反と明記する。」

②権利条約と国内法の課題

障害者権利条約が「他のものと平等」を基準としている以上、他のものすなわち一般的人権水準一般の向上が求められている。

とりわけ刑事司法においては死刑廃止、代用監獄の廃止、23日にも及ぶ起訴前勾留を48時間までに短縮すること、取調べにおける弁護士の立会いなどなど。

日本が批准している各人権条約における選択議定書の採択

患者の権利法制の創設

これについてはハンセン違憲訴訟判決に基づく、検証会議の結論を受けた「ハンセン病問題検証会議の提言に基づく再発防止検討会」が09年4月に報告書を出している

ハンセン病問題検証会議の提言に基づく再発防止検討会

<http://sociosys.mri.co.jp/hansen/hansen.html>

ハンセン病問題に関する検証会議の提言に基づく再発防止検討会報告書

http://sociosys.mri.co.jp/hansen/houkoku_090520.pdf

国内人権機関の創設

障害者権利条約においては今までの条約になかった、国内監視機関が明文で記されている 第33条

これら一般的人権水準の向上と同時並行して、障害者権利条約の下での国内監視機関および人権救済の法的仕組みが必要

とりわけ後見人制度に代わる支援された自己決定および支援を受けるための支援の仕組みに法的担保を、さらに消費者保護制度労働法、その他の法律への障害のメインストリーミング（障害の存在を前提としたほうの改変）

精神障害者に対する特別法の廃絶

強制の廃絶

精神障害者のみを対象とした法体系、例えば医療観察法、精神保健福祉法を廃絶し、より一般的な総合的障害者福祉法、患者の権利法制、障害者の権利法制などが求められている

③実践で問われるもの

いかにすばらしい、人権擁護法、あるいは患者の権利法制、障害者差別禁止法、あるいは障害者虐待防止法ができたとしても、現場で一人一人の障害者が声を上げていくための支援が必要であり、また支援を受けるための支援者の要請と財政的な保障が必要。それなしにはどんな法制度も絵に描いたもち

「イエス、ノーから人権」本人が徹底して権利主張できるためには支援が必要

現在私たちはアドボケイト（権利主張を支える支援者）養成カリキュラムを作成中

障害者が力を持ち権利主張できるエンパワーメントの方向性

セルフヘルプグループや障害者自身による相互援助助け合いの実践

障害は社会にあるという認識と障害者は施策の対象ではなく権利主体であるという認識に基づいた支援

強制か放置か、ではなく第三の道オルタナティブの創設、それらへの財政的保障

地域生活確立のためのすむところ、介助者の確保（精神障害者の介助とは何かについては

徹底した議論が必要、障害者自立支援法は精神障害者にとっては介助保障とはなっていない)

精神保健福祉医療専門職は、「精神保健福祉医療」という枠を否定し、ピープルファーストを肝に銘じて、人権についての学習を徹底化し、障害者解放運動の支援をこのフォーラムが、最後の精神保健フォーラムとなることを切に願う
なお最後に添付資料の要請を私はこのフォーラム各団体にしたが、どの団体からも一切回答が来ていないことを付言する。皆様の専門性、とはなんだったのか、徹底した内部討論を要請する

障害者権利条約と国内外の精神障害者運動 年表

年	国連の動き	全国「精神病」者集団の動き	世界精神医療ユース・サバイバーネットワーク (WNUSP) の動き
1974年5月		全国「精神病」者集団結成 刑法改悪案法制審答申	
1981年	国際障害者年		
1984年		宇都宮病院事件暴露	
1986年		島田事件元無実の死刑囚赤堀政夫さん再審開始	
1987年		精神衛生法から精神保健法へ	
1989年		赤堀政夫さん再審無罪	
1991年			WNUSP結成(旧称WFPU)
1993年	障害者の機会均等化に関する基準 規則		基準規則専門家パネル委員会として初代議長メアリー・オーヘイガン
1999年			国際障害者同盟(IDA)結成
2001年12月	障害者権利条約策定総会決議		
2001年より		医療観察法廃案闘争	山本真理WNUSP理事就任
2002年7月末から8月はじめ	障害者権利条約第1回特別委員会 障害者権利条約第2回特別委員会 草案作成作業部会設置を決定		障害者団体の積極的参加がこの後継続して取り組まれる
2003年6月	草案作成作業部会 条約草案作業部会 40名の委員のうち障害者団体NGO代表が12名		
2004年1月		日本障害フォーラム(JDF)に参加	作業部会委員に、共同議長ティナ・ミンコウィッツ
2004年5月	障害者権利条約第3回特別委員会		国際障害コーカス 各地から障害種別を越えたネットワークとして障害者権利条約への取り組みを継続
2004年8月末から9月はじめ	障害者権利条約第4回特別委員会		
2004年7月			WNUSP総会デンマーク
2005年		障害者自立支援法反対運動	
2005年1月末から2月はじめ	障害者権利条約第5回特別委員会		
2005年8月	障害者権利条約第6回特別委員会		
2006年1月末から2月はじめ	障害者権利条約第7回特別委員会		
2006年8月	障害者権利条約第8回特別委員会 条約草案採択		
2006年12月	国連総会で採択		
2007年3月30日署名開放	5月現在92カ国が署名		
2007年9月	日本政府署名		
2008年5月	20カ国の批准をもって発効		
2009年3月			WNUSP総会 ウガンダ

08年7月28日

国連第63回総会への拷問及び他の残虐で、非人道的な又は品位を傷つける取り扱い又は、
刑罰に関する、人権理事会特別報告官（Prof. Manfred Nowak）の報告

英語全文は以下からダウンロード

<http://nagano.dee.cc/63175en.doc>

以下は一部3章のみの訳しかも注は省いてあります。

拷問等禁止条約については以下外務省のサイトに掲載中

<http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/gomon/index.html>

拷問及び他の残虐な、非人道的な又は品位を傷つける取り扱い又は、刑罰に関する中間報告

要約

国連総会決議62/148に従って提出する当報告書において、特別報告官は彼の権限内にある疑問点についてのとりわけ全体的傾向と発展において特に懸念される事柄について述べている。

特別報告官は総会に対して、障害者の状況について注意を喚起しており、障害者が放置、拘束や隔離という厳しい状態、また同様に、身体的、精神的、性的暴力に頻繁にさらされていることに注意を喚起する。彼は公的施設のみならず民間領域でも同様にこうした行為が行われているにもかかわらず、こうした行為が表面化せず、また拷問及び他の残虐な、非人道的な又は品位を傷つける取り扱い又は、刑罰と認識されていないことに懸念を表明する。最近発効した障害者権利条約とその選択議定書は障害者に関して反拷問という枠組みから再点検する絶好の機会を提供している。障害者に対してふるわれている暴力と虐待を拷問あるいは残虐な取り扱いとして再考することにより、被害者そしてその権利を擁護するものはより強い法的保護と人権侵害への補償を獲得することができる。

4章において、特別報告官は独居房への隔離拘禁の使用を検証している。独居拘禁は明白に、精神的健康への否定的な影響があるものとして記録されている。そしてそれゆえ、独居拘禁は例外的な条件においてのみあるいは犯罪調査の目的で絶対的に必要とされる場合

にのみ行われるべきであるとしている。特別報告官 は報告の付属文書として、非拘禁者の権利尊重と保護を促進する有益な手段として独居拘禁の利用と効果におけるイスタンブール宣言に注意を喚起している。

中略

三章 障害者の拷問からの保護

37 その権限行使において、特別報告官は障害者に対して行われている多様な形態の暴力と虐待についての情報を得てきた。これら障害者には男性、女性、子供が含まれるが、彼らの障害ゆえにこの人たちは放置と虐待の対象とされている。

38 障害者は施設に入れられ社会から隔離されていることが多い。こうした施設には刑務所、福祉的ケアセンター、児童施設そして精神保健施設が含まれる。障害者は意思に反しあるいは自由なインフォームドコンセントもなしに、長期間自由を奪われている。これは時には一生にわたる場合もある。これらの施設内部 では、障害者は、頻繁に言語に絶する屈辱的な処遇、放置、身体拘束と隔離拘禁といった厳しい処遇、同様に身体的、精神的、性的暴力にさらされている。拘禁 施設における合理的配慮の欠如は放置、暴力、虐待、拷問そして残虐な処遇にさらされる危険を増加しているといえよう。

39 民間領域において、障害者はとりわけ暴力と性的虐待も含む虐待にさらされやすい弱者である。家庭内、家族の手によってあるいは介護するもの、保健従事者、そして地域社会の成員の手によって虐待が行われている。

40 医学実験や侵襲的で非可逆的な医療が同意なしに障害者に対して行われている（例えば、不妊手術、中絶そして、電気ショックや抗精神病薬を含む精神を変容させる薬といった障害を矯正したり軽減したりすることを目的とした介入）

41 特別報告官は、多くの事例において、こうした行為が障害者に対して行われる場合において、表面化しなかったり、あるいは正当化されたりしており、拷問及び他の残虐な、非人道的な又は品位を傷つける取り扱い又は、刑罰と認識されていないことに懸念を表明する。最近発効した障害者権利条約とその選択議定書は障害者に関連する事柄について拷問禁止の枠組みから検証する絶好の機会を提供している。

A 拷問から被害者を保護する法的な枠組み

42 拷問及び他の残虐な、非人道的な又は品位を傷つける取り扱い又は罰禁止条約、および、国連自由権規約 7 条、子供の権利条約 37 条、において拷問の絶対的禁止が含まれており、障害者権利条約においても拷問の禁止が 15 条において再確認されている。障害者権利条約 15 条によれば、障害者は拷問又は残虐な、非人道的な若しくは品位を傷つける取扱い若しくは刑罰を受けない権利を有しており、特に科学的医学的実験を受けない権利を有している。15 条第 2 項において締約国は、他のものと平等に拷問や虐待から障害者を保護するために、効果的な立法上、行政上、司法上その他の措置をとる義務がある。

43 障害者権利条約 16 条は障害者に対しての暴力、虐待搾取を禁じており、また 17 条はすべての障害者に対して、身体的精神的インテグリティ（不可侵性完全性）が尊重される権利を認めている。

44 特別報告官は障害者に関しては、障害者権利条約は更に権威あるガイドを提供することにより、拷問および虐待の禁止についてのほかの人権条約を補強していることを明記する。たとえば、条約 3 条は障害者の個人としての自律の尊重の原則そして自らの選択の自由を宣言している。さらに 12 条はあらゆる生活領域、例えばどこにすむか決めること医療を受けるか否かを決めることなどが含まれるが、において法的能力を享受する平等な権利を認めている。さらに付け加えて、25 条においては障害者の医療は自由なインフォームドコンセントを基盤としなければならないとしている。したがってかつての拘束力のない基準、例えば国連原則として知られている、1991 年の精神疾患者の保護および精神保健ケ

アの改善に関する原則（決議 46/119）について、特別報告官は非自発的治療と非自発的拘禁を受け入れることは障害者権利条約の条項に違反と明記する。

B 障害者に対して、適用する拷問と虐待からの保護の枠組み

45 国際法において、とりわけ拷問禁止条約の下では国家は拷問を犯罪行為とする義務がある。すなわち加害者を起訴し、犯罪の重大さに応じた適切な刑罰を科し、そして被害者に賠償提供する義務がある。障害者に振るわれている暴力と虐待を拷問及び他の残虐な、非人道的な又は品位を傷つける取り扱い又は、刑罰として認識し位置づけなおすことにより、被害者およびその権利擁護者は人権侵害に対するより強い法的保護と補償や回復を獲得しうる。

1 拷問の定義の要素

46 拷問と虐待からの保護に関する障害者権利条約 15 条の適用については拷問禁止条約の 1 条に含まれる拷問の定義によって説明することができる。障害者に対する行為あるいは障害者を尊重しないという怠慢が拷問となるには、拷問禁止条約の拷問の定義の 4 つの要素すなわち、激しい痛みや苦痛、意図、目的そして国家の関与、が存在することが必要である。この定義を満たさない行為であっても、拷問禁止条約 16 条のもとで、残虐な、非人道的な又は品位を傷つける取り扱い又は、刑罰となることもある

47 その本質上、苦痛や痛みの度合いの評価に当たっては、そのケースについてのすべての条件が検討されることが求められる。その条件には障害の存在そのものと同様に、被害者の処遇や拘禁条件の結果、損傷が生じあるいは悪化したかについても注目する必要がある。医学的治療として完璧に正当化されうるものであろうと、医療は重大な痛みや苦痛をもたら
らし、侵襲的で非可逆的な本質があるがゆえに、治療的目的に欠けると
きあるいは障害を
矯正するまたは軽減する目的を 持つときで、当事者の自由なインフォームドコンセントなしに強制され行われるならば、拷問そして虐待を構成することとなろう。

48 拷問禁止条約における拷問の定義は、いかなるものであろうと差別を根拠とした身体的精神的苦痛をもたらす行為を明白に禁止している。障害者の場合、特別報告官は障害者権利条約第2条が障害を根拠とした差別について以下述べていることを想起する。「障害に基づくあらゆる区別、排除又は制限であって、政治的、経済的、社会的、文化的、市民的その他のいかなる分野においても、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認識し、享有し又は行使することを害し又は無効にする目的又は効果を有するものをいう。障害に基づく差別には、合理的配慮を行わないことを含むあらゆる形態の差別を含む。」

49 さらに拷問禁止条約の第1条の意図という要件は障害に基づいて差別されてきた人については有効に適用されうる。このことはとりわけ、障害者に対する医療の文脈において、重大な侵害と差別が障害者に対して、保健専門職の一部においては「よき意図」というごまかしにおいてなされうるということについては重要な関連がある。単なる過失や怠慢は1条の求める要件である意図にかけ、しかし、重大な痛みや苦痛をもたらすものであるなら、そうした過失や怠慢も虐待を構成しうる。

50 拷問すなわち、個人のインテグリティ（不可侵性統一性）と尊厳へのもっとも重大な人権侵害は、他の者による全的な支配の下に被害者が置かれるが故の、無力さを前提としている。障害者がそうした状況におかれることはよくあることだ。例えば、監獄あるいは他の場で自由を奪われているときあるいは介助者や法的後見人の支配下におかれているとき。一定の状況下では個人の特定の障害が、その個人を依存的な状況下に置くことがありがちで、そしてそうした個人は容易に虐待の対象となりがちである。しかし「無力さ」はしばしば個人の外側にある環境がもたらすものである。意思決定の行使そして法的能力を差別的な法律や運用によって奪われ他の人にその権限を与えられるというときに「無力さ」が生じるのだ

2 誰に責任があるか？

51 政府の関与という要件に関して、特別報告官は、拷問の禁止は公務員に限ることなく、厳密な意味で法的な権限を持った機関のようなものに限らず、民間 病院、あるいは他の施設や拘禁施設で働く場合も含めて、医師や保健従事者、ソーシャルワーカーにも適用されることもあると明記する。拷問禁止条約委員会の一般見解のNo. 2 (2008) で強調されているのは、あらゆる種類の施設で拷問の禁止がなされなければならないということであり、締約国は国家機関によらないあるいは民間機関における拷問の禁止については徹底して予防し、調査し、起訴処罰すべきであるとしている。

3 何に責任があるのか？

(a) 貧しい拘禁条件

52 数え切れないほどくりかえし、拷問禁止条約委員会は精神保健施設 や障害者用の家の貧しい生活条件について、拷問等禁止条約 16 条の下での虐待という視点から、懸念を表明してきた。施設の貧しい条件は、適切な食事、水、医療的ケア、衣服を拘禁下ある人に提供すべき義務を国家が果たしていない結果である場合が多い。そしてこうした貧しい条件は拷問と虐待を構成しうるのだ。

53 国家は障害者に対して直接的間接的な差別がなされないよう、拘禁下の処遇あるいは環境条件を整えることを確保するさらなる義務がある。もしこうした 差別的処遇が痛みや苦痛をもたらすのであれば、それは拷問あるいは他の虐待を構成しうる。ハミルトン対ジャマイカのケースにおいて、人権委員会は、申立人の障害を考慮し、適切な配慮をして、独房に拘禁し、彼の汚水バケツを取り上げることを認めたことが、国連自由権規約の 7 条と 10 条に違反するか否かを審査した。委員会は両足の麻痺した申立人は、条約 10 条の第 1 項に違反して、人道的にかつ人間としての固有の尊厳への尊重を持って処遇されていないと判断した。プライス対英国の場合、ヨーロッパ人権裁判所は、身体障害のある女性の拘禁条件について、利用不可能のトイレとベッドも含め、ヨーロッパ人権条約 3 条の品位を傷つける処遇となるとした。

54 特別報告官は障害者権利条約 14 条第 2 項は以下の締約国の義務を定めていると明記する。それは自由を奪われた人は合理的配慮を提供される権利があるという ことを確保するという義務である。このことは手続きにおいてまた、拘禁施設、これらはケアのための施設や病院も含むが、において障害者が他のものと同じ権 利と自由を享受することを確保するために、その調整が過大な負担をもたらさない限り、適切な調整を行う義務があるということだ。障害者に対する合理的配慮 の否定や欠如は虐待や拷問とみなされるほどの拘禁や生活条件を生み出さう。

(b)身体拘束と隔離の使用

55 施設の貧しい条件はしばしば身体拘束と隔離という厳しい形態を伴っている。障害のある子供たちや成人は長期にわたりベッドや、檻あるいはいすに縛られたり することがある。鎖や手錠をはめられることもある。"檻"や"檻付きのベッド"に拘禁されることもある。また大量の薬を与えられることも化学的身体拘束と いえよう。"長期にわたる身体拘束は筋肉の萎縮、生命にかかわる変形、そして内臓の損傷を生み出さうということ"、そして精神的な損傷を悪化させること を明記しておくことは重要である。特別報告官は拷問や虐待を構成しうる長期にわたる身体拘束について、治療的正当化はありえないと明記する。

56 治療的理由からは正当化できず、処罰の一形態であるにもかかわらず、施設において障害者は管理の一形態としてあるいは医療的治療としてしばしば隔離 され独房に拘禁される。2003 年 12 月米州人権委員会はパラグアイの国営神経精神病院に拘禁されている 460 人を保護するために予防的対策を承認した。 この 460 人の中には独房に裸で非衛生的な条件で 4 年間以上も独居拘禁されていた二人の十代の少年も含まれていた。Victor Rosario Congo 対エクアドルの場合、米州人権条約委員会は社会復帰センターにおいて精神障害のある Congo 氏が独房に拘禁されていることは米州人権条約第 5 条 2 項に定められた非人道的で品位を傷つける処遇を構成すると認めた。特別報告官は人に対する長期の独居拘禁と隔離は拷問あるいは虐待を構成する場合があることを明記する。

(c)医療の領域

57 医療の領域において、障害者はしばしば重大な虐待と身体的精神的インテグリティの権利の侵害を体験している。とりわけ実験においてあるいは特定の損傷の矯正あるいは軽減を目指した治療において。

(i)医学的科学的実験

58 障害者権利条約 15 条の下では、薬物の治験含め障害者に対する医学的科学的実験は当事者の自由な同意のあるときのみ、そして実験の本質が拷問または残虐で非人道的品位を傷つける処遇とみなされえないときにのみ許される。

(ii) 医療的介入

59 ロボトミーと精神外科手術の実施は実例として役立ちうる。侵襲的で非可逆的な治療であればあるほど、自由なインフォームドコンセントを根拠としての み保健専門職が治療を障害者に提供することを確保するより強い義務が国家にはある。子供の場合にはもしそうした介入が治療的目的にのみ行われるのであれば、保健専門職がそうした介入が子供の最善の利益において、そして両親の自由なインフォームドコンセントに基づき行われることを国家は確保しなければならない。(しかしながら両親の同意は治療が子供の最善の利益に基づかない場合は無視されなければならない)。さもないとこうした治療は拷問あるいは残虐で、非人道的もしくは品位を傷つける処遇となりうると特別報告官は明記する。

a 妊娠中絶と不妊手術

60 無数の障害のある成人と子供が政策の結果としてまたそうした目的を持って制定された法律によって強制的に不妊手術を行われてきた。障害者とりわけ女性と少女が施設の中と外とを問わず、自由なインフォームドコンセントなしに中絶や不妊手術を強制され続けている。この行為の関しては報告されている。特別報告官は障害者権利条約 23 条C項の下で「障害者(障害のある子どもを含む。)が他の者との平等を基礎として生殖能力を保持する」ことを確保し、また自由と責任をもって、子供の数と出産の期間を決める権利を確

保することが締約国の義務であることを明記する。

b 電気痙攣療法

61 囚人に対する電気ショックの使用は拷問および虐待を構成すると認められてきた。発作を引き起こす電気ショックあるいは電気痙攣療法の使用は精神あるいは知的障害をもつ人への治療法として、1930年代にはじまった。ヨーロッパ拷問禁止委員会は非修正電気痙攣療法（例えば麻酔、筋弛緩剤あるいは酸素補給なしのもの）が精神保健施設において障害の治療のために人に行われていることさらには処罰の形態としてさえ行われていることを報告している。特別報告官は、非修正電気痙攣療法は、重大な痛みや苦痛そしてしばしば重大な医療的結果例えば骨折、じん帯の損傷や脊髄損傷、また認知障害や記憶喪失の可能性などをもたらすことがあることを明記する。非修正電気痙攣療法は医療行為として許容されることはできず、また拷問あるいは虐待を構成しうる。修正電気ショックの形態であれ、当事者の自由なインフォームドコンセントにもとづいてのみ行われることはきわめて重要である。この自由なインフォームドコンセントには、副作用や心臓への影響や混乱、記憶喪失さらには死亡といったリスクの説明を受けること含まれる。

c 強制的精神医学的介入

62 拷問や虐待の手段としての政治的弾圧を目的とした、例えばテロリズムとの戦いという文脈での精神医学の使用、より少ないとはいえ、個人の性的指向を弾圧し、支配し変更しようとする試みを目的として行われる治療については詳しく報告されてきた。しかし、特別報告官は精神医学の乱用と障害者への強制、主として精神的知的障害をもつ人への強制についてより重大な注意を喚起する。

63 施設内そして地域での強制医療も同様であるが、精神医療、抗精神病薬と精神を変容させる薬も含む投薬が精神障害者の自由なインフォームドコンセントなしに、あるいは意思に反して強制的にあるいは処罰の一形態として行われることがある。拘禁施設と精神保健施設における薬の投与、それは抗精神病薬も含まれるが、この抗精神病薬はふるえをも

たらしたり、無気力な状態にさせたり、知性を曇らせたりするものであり、こうした薬の投与は拷問の一形態として認識されてきた。Viana Acosta 対ウルグアイのケースでは、人権委員会は、申立人の処遇、治療は非人道的処遇を構成すると結論を出した。この治療処遇には、精神医学的実験、彼の意思に反したトランキライザーの強制的注射などがふくまれていた。特別報告官は精神状態の治療のための、強制的そして同意のない、精神科の薬の投与とりわけ抗精神病薬の投与は詳細に検証される必要があることを明記する。個別のケースの状況、与えられる苦痛そして個人の健康への効果、これらの検証しだいでは、拷問あるいは虐待の一形態となることもありうる。

d 非自発的精神保健施設への収容

64 多くの国家が、法的根拠のあるなしにかかわらず、精神障害者を自由なインフォームドコンセントなしに施設収容することを許容している。その根拠は精神障害の診断の存在と共に追加の基準が使われることがよくある、それは例えば「自らあるいは他者に対する危険性」あるいは「治療の必要性」というものである。特別報告官は障害者権利条約の14条が法によらない恣意的な自由の剥奪の禁止と障害の存在が自由の剥奪の正当化とされてはならないとしていることを想起する。

65 特定の事例においては恣意的あるいは法によらない障害の存在を根拠とした自由の剥奪はまた個人へ重大な痛みや苦痛をもたらす場合もあり、したがって拷問禁止条約の対象となる。自由剥奪による苦痛の影響を検証するには、施設収容の期間、また拘禁や処遇条件が考慮されなければならない。

(d)性的暴力も含む障害者に対する暴力

66 施設内において、他の患者や被収容者また同様に施設職員によって障害者は暴力にさらされることがある。Ximenes Lopes 対ブラジルのケースでは米州人権裁判所は、精神科病院へ収容された患者に対する暴力という文脈において、被害者に行われた日常的な殴打や身体拘束そして貧しい拘禁条件、(たとえば貧しい保健ケア、低い衛生状態や不足がちな

食事)は、米州人権条約5条の1項と2項の下での拷問と虐待の禁止と身体的精神的インテグリティの権利の侵害であるとした。

67 もし、病院、ケア施設あるいは同様の施設において働く公務員も含む、公務員によって、あるいは公務員の示唆にまたは同意あるいは黙認の下で行われたのであれば、拘禁下での強姦は拷問を構成することを特別報告官は繰り返し発言する。

68 民間領域において、家族の手によってまた障害者の介護者によつての双方によつて、障害者は男女にかかわらずほぼ3倍も身体的性的虐待と強姦の被害者となっている。女性や少女はジェンダーと障害の二重の差別の結果として、親しいパートナーによる暴力も含め高い比率の暴力を経験している。Z対英国とA対英国のケースにおいてヨーロッパ人権裁判所は個人とりわけ子供と他の弱者を虐待から保護する政策を採る義務が締約国にあることを認めた。同様に当局は虐待を防止する合理的な段階を取るための知識を持つあるいは持つべき義務を認めた。

69 障害者権利条約16条が宣言しているように、締約国は家庭の内外、そしてジェンダーにもとづくものも含み、あらゆる形態の暴力、虐待および搾取から障害者を保護しそれらを予防するため、またこれらの責任について調査し訴追するすべての適切な政策をとる義務がある。特別報告官は、締約国の障害者への暴力に関する黙認は多くの形態がありうることを明記する。それは、法的能力を奪う法律という差別的な法の枠組みや運用あるいはこれらの暴力が刑罰を逃れるという結果をもたらす障害者に対する司法への平等なアクセス保障の失敗もふくまれる。

C 結論と勧告

70 特別報告官は障害者権利条約の発効にあたって以下を歓迎する。障害者権利条約は拷問及び他の残虐な、非人道的な又は品位を傷つける取り扱い又は、刑罰の絶対的な禁止を再確認していることそして、障害者の基本的な権利と自由へ解釈についての権威あるガイ

ドを示していること。障害者に対して行われた侮辱、放置、暴力そして虐待の一連の報告に対して、これらの行為がどう認識されるか、例えば拷問や虐待と認識されることそして、国際的拷問禁止の枠組みが活用されることは、法的保護と補償への道を切り開くであろう。

71 特別報告官はとりわけ 2 条の非差別条項に注目した上で、障害者権利条約の批准と、完全履行を各国政府に呼びかける。

72 条約締約国は条約が公刊され広められ、そして市民にあまねく啓発啓蒙がなされ関連するさまざまな専門職グループ（例えば、裁判官、弁護士、法執行公務員、公務員、地方自治体公務員、施設職員そして保健専門職など）すべてに広く訓練されることを確保しなければならない。公務員と民間機関の職員は同様に障害者を拷問と虐待から保護しそれらを防止する役割を持つ。

73 条約を守るために締約国は、障害者に法的能力があることを認める法律を制定しなければならない。また必要であるならば、説明を受けた上で決定するために必要な支援を提供することを確保しなければならない。

74 締約国は、「自由なインフォームドコンセント」が何を意味するかについての明白でありまいでないガイドラインを条約の求める基準で公布しなければならない。また使いやすくアクセスしやすい不服申し立ての手続きも作らなければならない。

75 独立した人権監視機関（例えば国内人権機関、拷問禁止機構、市民団体など）は障害者が住んでいる施設、例えば監獄、福祉ケア施設、児童養護施設そして精神保健施設などを定期的に監視しなければならない。

76 特別報告官は関連する国連および地域の人権機構に対して、個人の不服申し立ても含み、拘禁施設の監視を行うさいに、障害者権利条約に含まれる新たな基準に完全に配慮し

た上で、これらの監視調査に新たな基準を統合することを呼びかける。

後略

精神保健・福祉・医療専門職の一人一人に訴えます

あらためて、患者・クライアント一人一人の個別の利益にこそ奉仕するという宣言を
ケアマネジメントは「中立・公平」「家族あつての自立」という政府方針に抗議を

1 心神喪失者等医療観察法という、精神障害者を差別的に予防拘禁し、地域においても
管理監視する法律が施行されすでに半年あまりとなりました。

医療観察法は精神障害者全体に「安全であることの証明」を迫り、その証明がなければ地
域で生活させない、という精神障害者差別をあおる法律であり、国家による犯罪にほかな
りません。

心ある専門職の皆さんは、この国家犯罪の被害者である対象者を放置することはできない、
という立場からこの法律運用に手を染めておられることとおもいます。

私たちは、すべての専門職の皆さんに訴えます。

医療観察法の対象者は国家犯罪の被害者であると位置づけられることを、そしてその被害
を最小限に食い止め、患者・クライアントの利益に奉仕する専門職の倫理を再確認するこ
とを求めます。

同時に医療観察法廃止に向け私たちと共に闘うことをうったえます。

2 医療観察法の地域処遇については、障害者自立支援法と精神保健法で規定されたさま
ざまな地域サービスが動員されていくことになります。すでに障 害者自立支援法および国
民健康保険法では、指定医療機関に対して「診療の指導に従わない場合」の通報義務が課
せられようとしており、また地域での相談支援 事業においては「中立・公平」に行なうべ
しとされています。

精神保健指定医制度を通して精神科医が国家により管理されてきましたが、今度は指定医
療機関制度をもって医療機関全体が行政の管理の下に置かれることになります。「医療拒否
者を通報しなかった」という医療機関が非難されることになるのです。

さらにクライアントの利益に奉仕すべき相談支援事業が、「中立・公平」な立場を強要され
ようとしています。

家族のためでも社会のためでも治安のためでもなく、あくまで患者・クライアントのため
に働く専門職の倫理がいま根底から覆されようとしているのです。

私たちは「指定医療機関の通報義務」および「中立・公平」という政府の立場の撤回に向
け直ちに行動することを強く要請します。

資料

ケアマネジメントは「中立・公平」「家族あつての自立」という方針については以下参照
障害保健福祉関係主管課長会議資料（平成17年12月26日開催）

の資料4-2の第1章「ケアマネジメントとの基本」

<http://www.wam.go.jp/wamappl/bb15GS60.nsf/vAdmPBigcategory50/66544AA30F5A5B>

E9492570E30016D12B?OpenDocument

2006年5月1日

全国「精神病」者集团会員 長野英子

障害者権利条約

川島聡二長瀬修

仮訳(2008年5月30日付)

より引用

前文

- (c) すべての人権及び基本的自由の普遍性、不可分性、相互依存性及び相互関連性、並びに障害のある人に対してすべての人権及び基本的自由の差別のない完全な享有を保障する必要性を再確認し、

前文

- (e) 障害[ディスアビリティ]が形成途上にある[徐々に発展している]概念であること、また、障害が機能障害[インペアメント]のある人と態度及び環境に関する障壁との相互作用であって、機能障害のある人が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るものから生ずることを認め、

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。

第1条

- ・ 障害[ディスアビリティ]のある人には、長期の身体的、精神的、知的又は感覚的な機能障害[インペアメント]のある人を含む。これらの機能障害は、種々の障壁と相互に作用することにより、機能障害のある人が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ることがある。

第2条 定義

- この条約の適用上、
前略
- 「障害に基づく差別」とは、障害に基づくあらゆる区別、排除又は制限であつて、政治的、経済的、社会的、文化的、市民的その他のいかなる分野においても、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認識し、享有し又は行使することを害し又は無効にする目的又は効果を有するものという。障害に基づく差別には、合理的配慮を行わないことを含むあらゆる形態の差別を含む。

第2条定義

- ・「合理的配慮」とは、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り、特定の場合に必要とされるものであり、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。

後略

第3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。）及び人の自立に対する尊重
- (b) 非差別〔無差別〕
- (c) 社会への完全かつ効果的な参加及びインクルージョン
- (d) 差異の尊重、並びに人間の多様性の一環及び人類の一員としての障害のある人の受容
- (e) 機会の平等〔均等〕
- (f) アクセシビリティ
- (g) 男女の平等
- (h) 障害のある子どもたちの発達しつつある能力の尊重、及び障害のある子どもがそのアイデンティティを保持する権利の尊重

第12条

法律の前における平等な承認

- 1 締約国は、障害のある人が、すべての場所において、法律の前にな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。

第12条

- ・ 4 締約国は、国際人權法に従い、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。

第12条

- ・ 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うことを確保する。

第14条 身体の自由及び安全

- 1 締約国は、次のことを確保する。

(a) 障害のある人が、他の者との平等を基礎として、身体の自由及び安全についての権利を享有すること。

(b) 障害のある人が、他の者との平等を基礎として、自由を不法に又は恣意的に奪われえないこと、いかなる自由の剥奪も法律に従い行われること、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り正当化されないこと。

第14条

- 2 締約国は、障害のある人が、いずれの手續を通じても自由を奪われた場合には、他の者との平等を基礎として国際人權法による保障を受ける權利を有すること、並びにこの条約の趣旨及び原則に従い取り扱われること(合理的配慮を行うことによるものを含む。)を確保する。

第15条 拷問又は残虐な、非人道的な若しくは品位を傷つける取扱い若しくは刑罰からの自由

・ 1 いかなる者も、拷問又は残虐な、非人道的な若しくは品位を傷つける取扱い若しくは刑罰を受けない。特に、いかなる者も、その自由な同意なしに医学的又は科学的実験を受けない。

2 締約国は、障害のある人が拷問又は残虐な、非人道的な若しくは品位を傷つける取扱い若しくは刑罰を受けることを、他の者との平等を基礎として防止するため、すべての効果的な立法上、行政上、司法上その他の措置をとる。

第17条 個人のインテグリティ 〔不可侵性〕の保護

- 障害のあるすべての人は、他の者との平等を基礎として、その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。

第19条 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

- ・ この条約の締約国は、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。締約国は、障害のある人によるこの権利の完全な享有並びに地域社会への障害のある人の完全なインクルージョン及び参加を容易にするための効果的かつ適切な措置をとるものとし、特に次のことを確保する。

(a) 障害のある人が、他の者との平等を基礎として、居住地及びどこで誰と生活するかを選択する機会を有すること、並びに特定の生活様式で生活するよう義務づけられないこと。

第19条

- (b) 障害のある人が、地域社会における生活及びインクルージョンを支援するために並びに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、居住サービスその他の地域社会支援サービス(パーソナル・アシスタンスを含む。)にアクセスすること。

(c) 一般住民向けの地域社会サービス及び施設〔設備〕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〔ニーズ〕に応ずること。

第25条 健康

- (d) 保健の専門家に対し、他の者と同一の質の医療〔ケア〕(特に、十分な説明に基づく自由な同意に基づいたもの)を障害のある人に提供するよう要請すること。このため、締約国は、特に、障害のある人の人権、尊厳、自律及び必要〔ニーズ〕に対する意識が高められるように、公的及び私的な保健部門のために訓練活動を先導し及び倫理規則を普及する。

第33条 国内的な実施及び監視 [モニタリング]

- 1 締約国は、その制度に従い、この条約の実施に関連する事項を取り扱う1又は2以上の担当部局[フオーカルポイント]を政府内に指定する。締約国は、また、異なる部門及び段階におけるこの条約の実施に関連する活動を容易にするため、政府内に調整のための仕組みを設置し又は指定することに十分な考慮を払う。

第33条

- 2 締約国は、その法律上及び行政上の制度に従い、この条約の実施を促進し、保護し及び監視[モニター]するための枠組み(適切な場合には、1又は2以上の独立した仕組みを含む。)を自国内で維持し強化し、指定し又は設置する。締約国は、当該仕組みを指定し又は設置する場合には、人権の保護及び促進のための 国内機関の地位及び機能に関する原則を考慮に入れる。

第33条

- 3 市民社会、特に、障害のある人及び障害のある人を代表する団体は、監視[モニタリング]の過程に完全に関与し、かつ、参加する。

自殺問題を読み解く上で

鍵となる3つの数字

NPO法人 ライフリンク代表

清水 康之

LIFE LINK

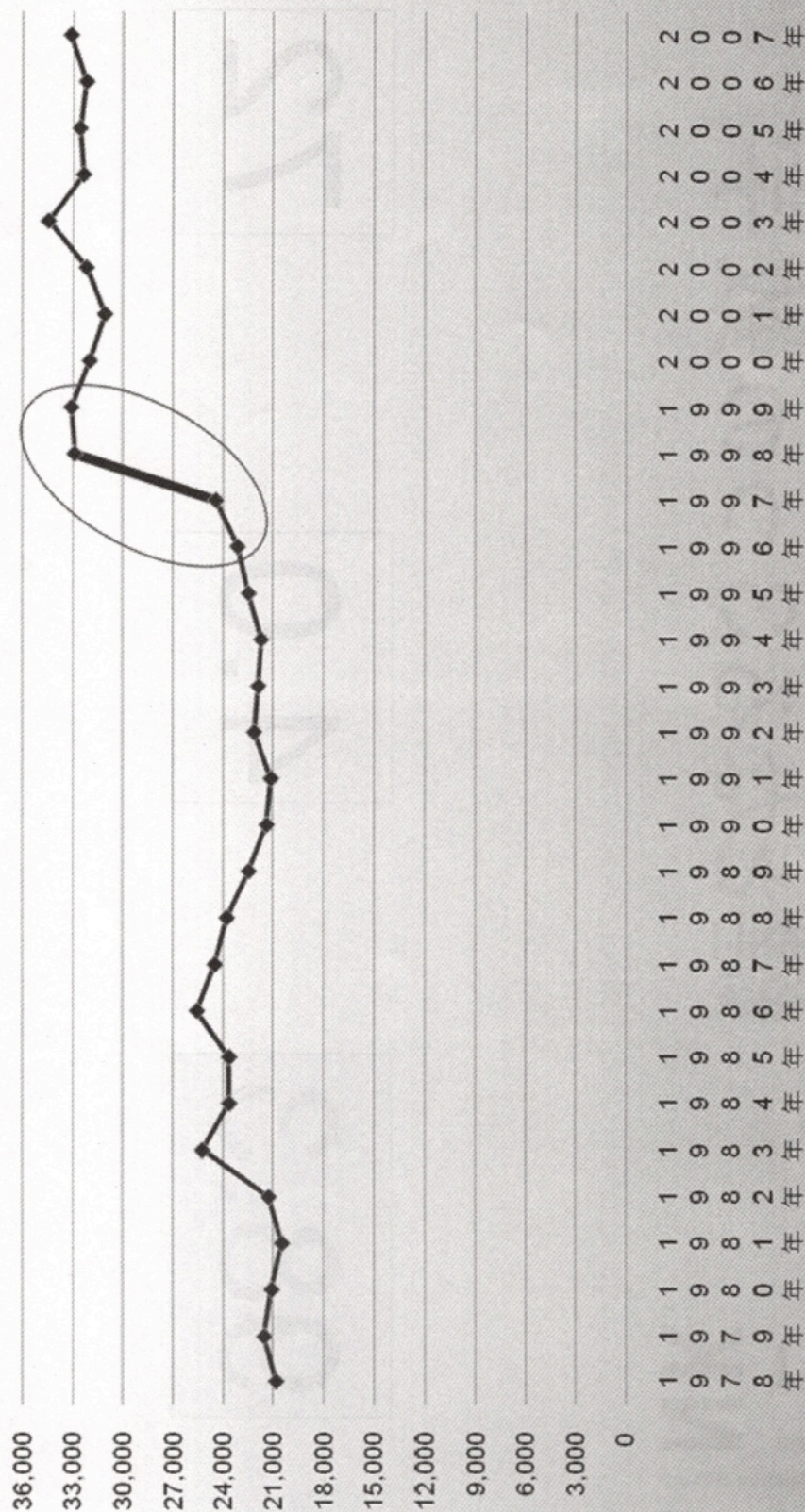
鍵となる3つの数字

98.3

4.0

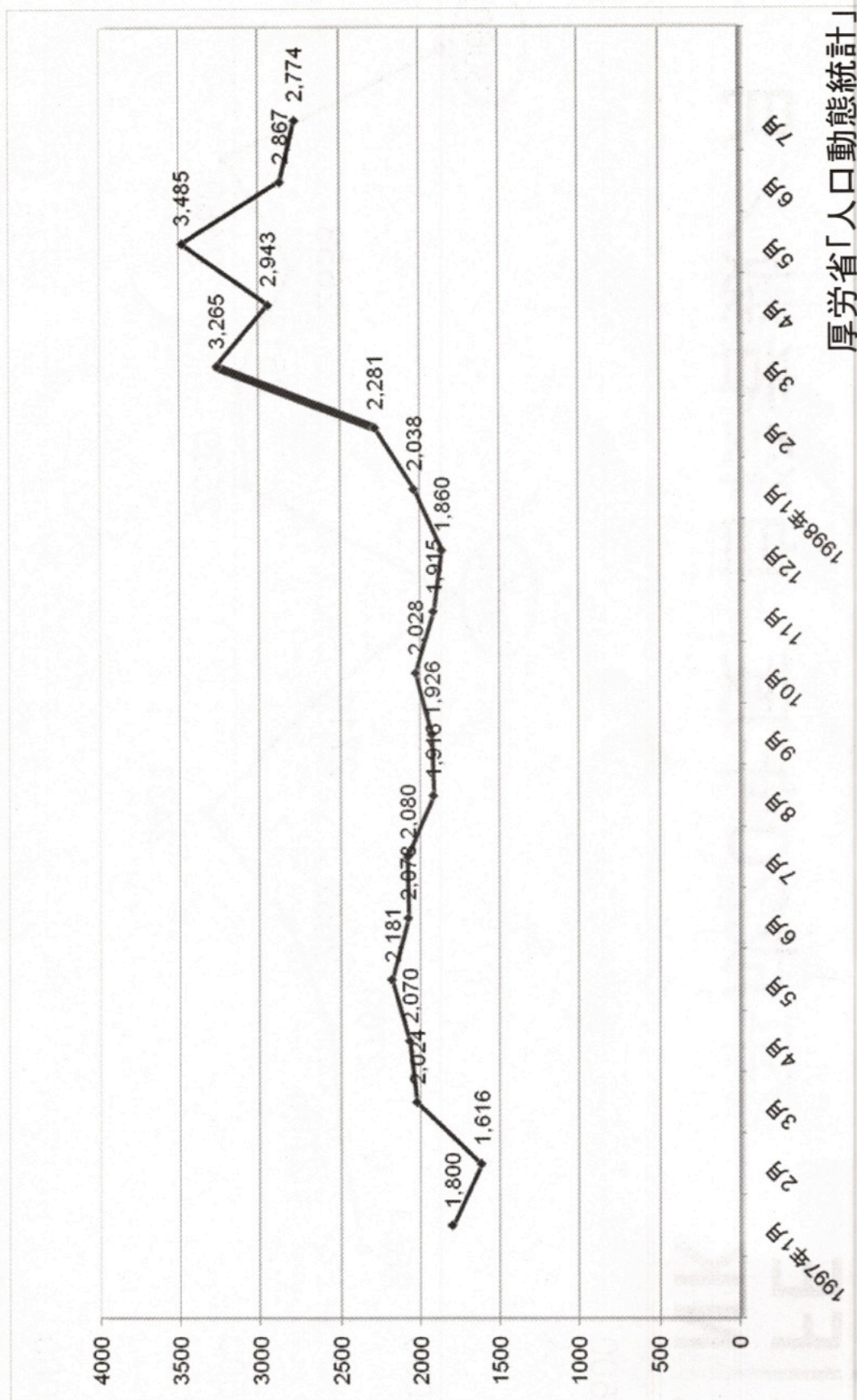
72

自殺者数／年

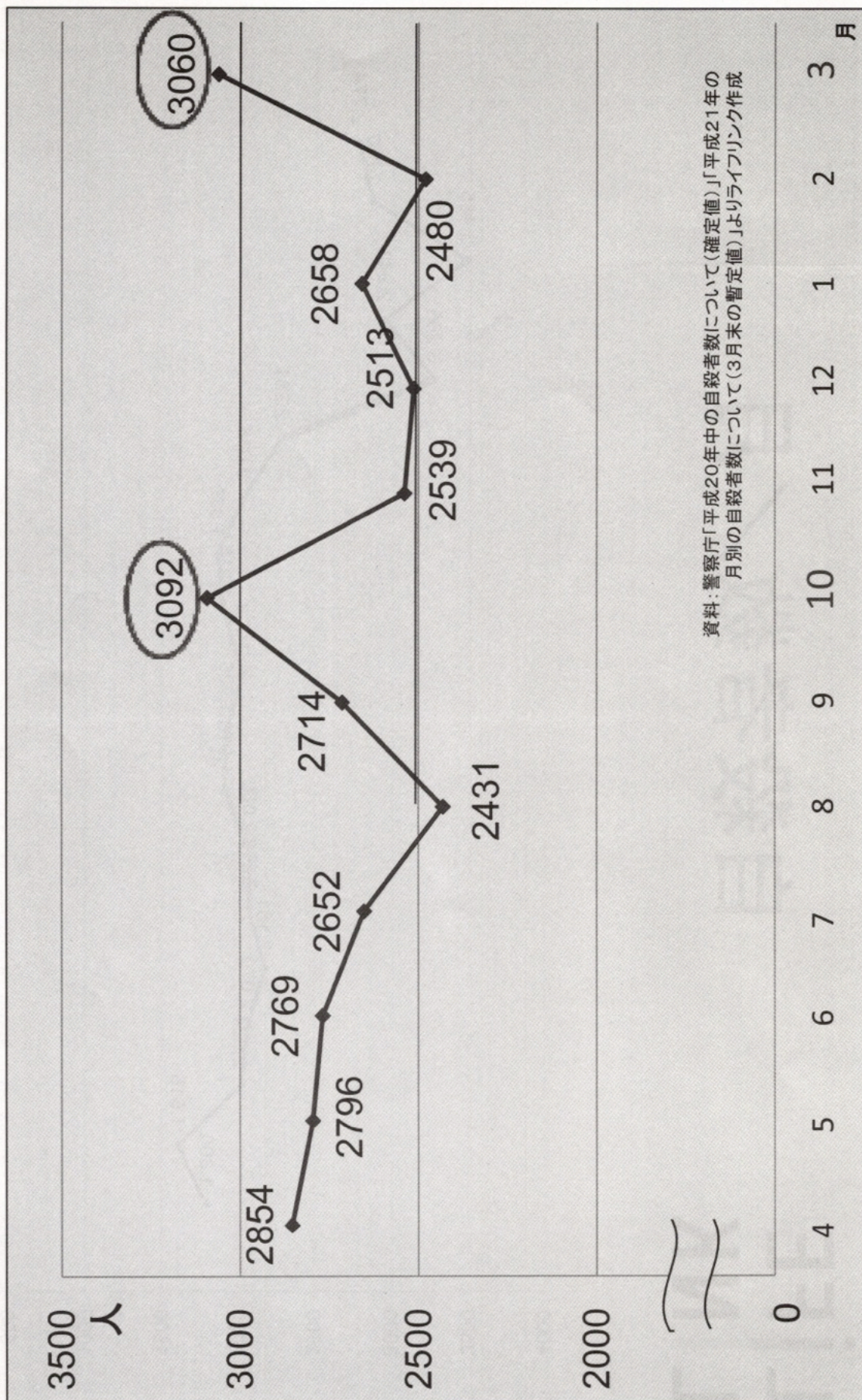


警察庁「自殺の概要資料」

自殺者数／月



平成20年度 自殺者数／月



「自殺の危機経路」事例

(「→」=連鎖、「+」=併発)

【無職者(就業経験あり)】

- ① 失業→生活苦→多重債務→うつ病→自殺
- ② 連帯保証債務→倒産→離婚の悩み+将来生活への不安→自殺
- ③ 犯罪被害(性的暴行など)→精神疾患→失業+失恋→自殺

【被雇用者】

- ① 配置転換→過労+職場の人間関係→うつ病→自殺
- ② 昇進→過労→仕事の失敗→職場の人間関係→自殺
- ③ 職場のいじめ→うつ病→自殺

【自営者】

- ① 事業不振→生活苦→多重債務→うつ病→自殺
- ② 介護疲れ→事業不振→過労→身体疾患+うつ病→自殺
- ③ 解雇→再就職失敗→やむを得ず起業→事業不振→多重債務→生活苦→自殺

【無職者(就業経験なし)】

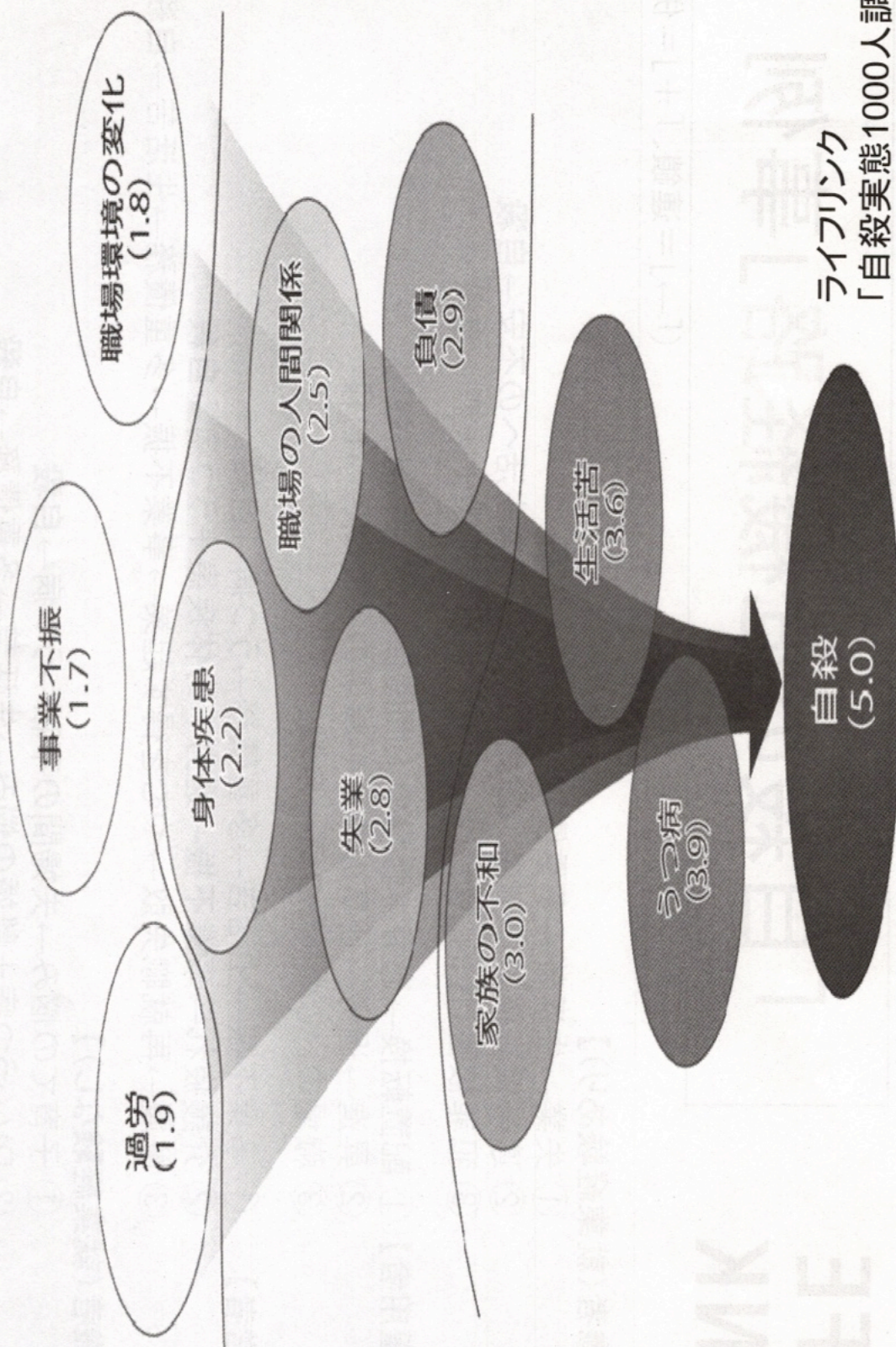
- ① 子育ての悩み→夫婦間の不和→うつ病→自殺
- ② DV→うつ病+離婚の悩み→生活苦→多重債務→自殺
- ③ 身体疾患+家族の死→将来生活への不安→自殺

【学生】

- ① いじめ→学業不振+学内の人間関係(教師と)→進路の悩み→自殺
- ② 親子間の不和→ひきこもり→うつ病→将来生活への不安→自殺

ライフリンク「自殺実態1000人調査」

自殺要因の連鎖図



ライフリンク
「自殺実態1000人調査」

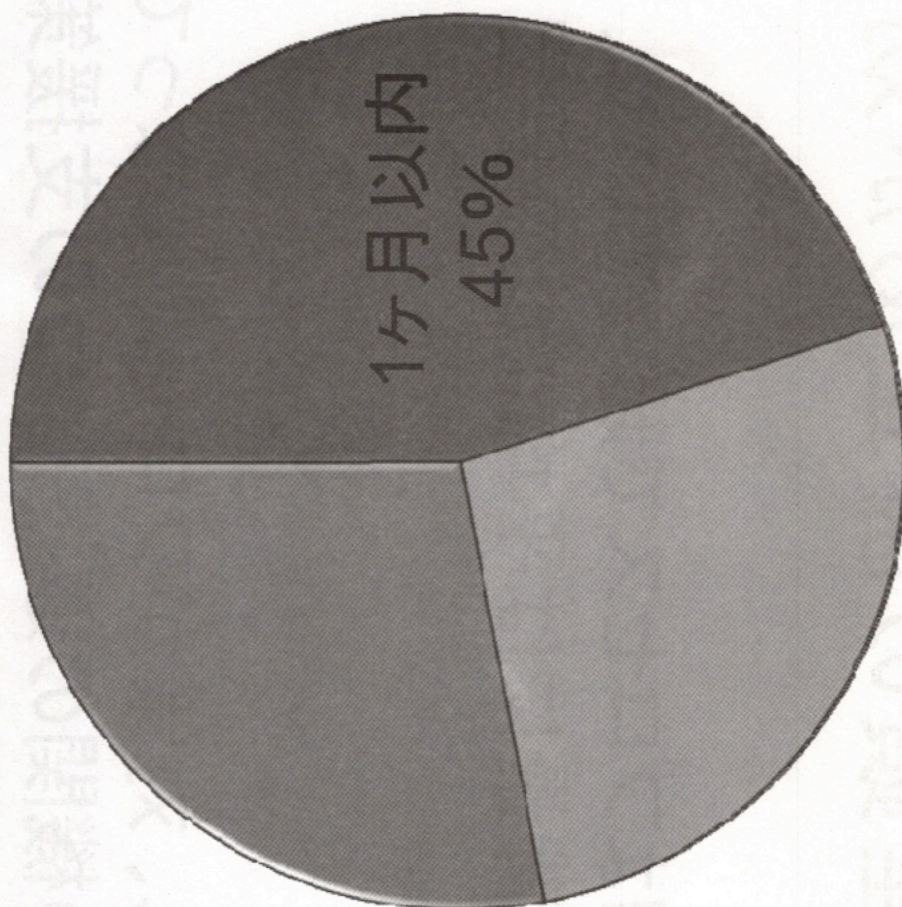
連鎖の歯止めが効かない

自殺はプロセスで起きていて、その
背景には平均4つの要因



しかし、対策がプロセスになってない
平均4つの機関の連携・4つの支援策の連動が
必要なのに、対策が「点」でしかない
セーフティーネットが「ネット」でなく「格子状」に

亡くなる前に相談していたか



ライフリンク「自殺実態1000人調査」

3 数字から見えてきたこと

問題解決に必要なコストを個々人に背負わせているために、複数の深刻な問題を抱えた人ほど負担するコストが高くなり、負担できない人たちは本当は生きてくても「もう生きられない」「死ぬしかない」という状況の中で自殺に追い込まれていく。

⇒ 【社会的ジレンマ】【自殺というより、「社会的強迫死」】

何か要因が発生した時に、その連鎖の悪化を食い止められないことが大問題。例えば、景気が悪化したくらいで、失業したくらいで、倒産させたくらいで、自殺しなければならぬ社会のセーフティーネットの貧弱さが問題。（不況の度に、人が大勢自殺しなければならぬ社会が問題。）

⇒ 【自殺対策という「生きる支援」「いのちへの支援」】

地域の自殺対策

課題は連携

問題解決のコストを 地域も負担する

複数の問題を抱えた人がいたとしても、その人がどこかの相談窓口にさえたどりつければ、いい意味で芋づる式に、そこを皮切りにして、その人が必要としている様々な(複数の)支援策にたどりつける環境を地域の側が作ることに

【具体例①】 失業 → 生活苦 → 多重債務 → うつ病 → 自殺

ハローワークに、多重債務者支援のポスターやリーフレットを置き、必要に応じて法律の専門家を紹介する。(週に何回かは、法律相談も行う。)

保健師を常駐させて、少しでも様子がおかしい人に対しては、健康相談に乗れるようにする。メールでも相談できるようにしてアドレスを全員に伝える。

逆に医療機関や心の健康相談電話などからも、法律の専門家や生活支援に関する情報を提供できるようにする。

問題解決のコストを 地域も負担する

複数の問題を抱えた人がいたとしても、その人がどこかの相談窓口にさえたどりつければ、いい意味で芽づる式に、そこを皮切りにして、その人が必要としている様々な(複数の)支援策にたどりつける環境を地域の側が作ることに

【具体例②】 DV→ うつ病+離婚→ 生活苦→ 多重債務→ 自殺

多重債務の専門家や心の健康相談窓口(電話)などから、緊急性に応じて、警察やDVシエーター、配偶者相談支援センターに直接紹介できるようにする。

当事者グループや各種の相談先に関する情報を、役所や病院の女性トイレ内など、目につきやすい場所に貼っておく。その際、相談したことで解決した当事者の声なども載せておく。

宮城・仙台市青葉区

(警察署：仙台中央*、仙台北、仙台東*)

埼玉・さいたま市浦和区

(警察署：浦和*、浦和西*)

東京・武蔵野市

(警察署：武蔵野)

	年代	性	職業	自殺者数
1	30～39	男	被雇用者	27
1	60～	男	無職者	27
3	60～	女	無職者	26
4	40～49	男	被雇用者	25
5	50～59	男	無職者	20
6	50～59	男	被雇用者	19
7	20～29	男	学生生徒	18
8	30～39	女	無職者	16
9	50～59	女	無職者	15
9	20～29	男	被雇用者	15

	年代	性	職業	自殺者数
1	60～	男	無職者	37
2	60～	女	無職者	27
3	30～39	女	無職者	18
4	40～49	女	無職者	15
5	20～29	女	無職者	14
6	30～39	男	被雇用者	13
7	40～49	男	被雇用者	12
7	50～59	女	無職者	12
7	50～59	男	無職者	12
10	40～49	男	無職者	11

	年代	性	職業	自殺者数
1	60～	女	無職者	8
2	20～29	女	無職者	6
2	30～39	男	無職者	6
2	30～39	女	無職者	6
5	40～49	男	無職者	5
5	20～29	女	被雇用者	5
5	30～39	女	被雇用者	5
5	60～	男	無職者	5
5	20～29	男	学生生徒	5
10			(他2件)	4

愛知・豊田市

(警察署：豊田*、足助)

大阪・大阪市西区

(警察署：西)

東京・東久留米市

(警察署：田無*)

	年代	性	職業	自殺者数
1	60～	男	無職者	43
2	60～	女	無職者	29
3	30～39	男	被雇用者	26
4	40～49	男	被雇用者	23
4	50～59	男	被雇用者	23
6	20～29	男	被雇用者	22
7	50～59	男	無職者	17
8	50～59	女	無職者	13
9	20～29	男	無職者	11
9	30～39	男	無職者	11

	年代	性	職業	自殺者数
1	40～49	男	自営者	6
2	50～59	男	自営者	5
3	50～59	男	被雇用者	4
3	20～29	男	被雇用者	4
3	20～29	女	無職者	4
3	60～	女	無職者	4
3	50～59	男	無職者	4
3	30～39	男	被雇用者	4
9	60～	男	無職者	以下
9			(他2件)	以下

	年代	性	職業	自殺者数
1	60～	女	無職者	24
2	60～	男	無職者	22
3	30～39	女	無職者	10
4	50～59	女	無職者	8
5	50～59	男	無職者	7
6	40～49	女	無職者	6
7	60～	男	自営者	5
7	20～29	男	無職者	5
7	40～49	男	無職者	5
7			(他2件)	5

LIFE LINK

では、連携のコストは
いったい誰が負担するのか

一人ひとりの相談員が、自分で多分野の支援策や相談窓口について調べるのか。次々と打ち出される「緊急●●対策」などについての情報も、各相談員が自分で調べてアップデートしなければならぬのか。

NO!

相談窓口の負担が大き過ぎると連携は生まれない

連携に必要なコストを徹底して下げる必要がある

自殺対策の出番

LIFE LINK

連携コストの削減方法

①「<u>連携のフローチャート図(流れ図)</u>」を作る 地域の社会資源の洗い出し ⇒ 要因ごとにフローチャート図を作成 ⇒ ⇒ フローチャート図を使って合同研修 ⇒ 顔の見える関係へ
②「<u>自殺対策コーデイナー</u>」を配置する フローチャートでは対応しきれない案件の対応 ⇒ 窓口の後方支援 地域の社会資源や最新支援策などのデータベース機能
③「<u>生きる支援の総合検索サイト～ライフリンクDB</u>」を活用する
④<u>多分野合同研修会</u>を定期的に開催する 例えば、ひとコマ20分程度で6分野(借金、過労、生活支援、遺族支援、 傾聴の仕方、緊急雇用対策)について、3時間で集中講義をする
⑤<u>対象を絞ったリーフレット</u>を作成する

LIFE LINK 「生き心地の良い社会」へ

- ◆何事も最も大変なのは「漕ぎだし」
- ◆かつては、奄美市(鹿児島)や野洲市(滋賀)も連携不毛地
- ◆「小さな成功体験」の積み重ねが連携を育んでいく

自殺対策という地域づくりは、日本が抱えている社会構造的な問題へのチャレンジであり、困難の連続。

しかし、「新しいつながりが、新しい解決力を生む」のは確か。

自殺対策に有効なネットワークは、あらゆる社会問題に対応できるはず。

自殺対策を切り口に「生き心地の良い地域」を築いていこう。

清水 康之（しみず・やすゆき）

- NPO 法人「自殺対策支援センター ライフリンク」代表
- 「自殺実態白書 2008」発行責任者
- 「全国自死遺族総合支援センター」幹事
- 内閣府「自殺対策推進会議」メンバー
- 東京都「自殺総合対策東京会議」メンバー

1972年、東京都出身。元NHKディレクター。
在職中は報道局番組部に所属し、主に「クローズアップ現代」を担当。

2001年、自死遺児たちを一年がかりで取材して『お父さん、死なないで～親が自殺 遺された子どもたち～』を放送。それまで匿名で活動していた自死遺児の素顔をはじめて社会に伝えた番組は、大きな反響を呼ぶ。

その後も、遺児や自殺で亡くなった人の遺書、自殺対策等について取材を続けるが、「推進役」のいない日本の自殺対策に限界を感じて、2004年春にNHKを退職。自らが自殺対策の「つなぎ役」となって活動していこうと、同年秋にNPO法人ライフリンクを設立し、代表に就任する。

2005年、国会議員会館で自殺対策をテーマにした初のシンポジウムを企画・開催。

2006年、「自殺対策の法制化を求める3万人署名(結果10万人分集まる)」を企画・展開して、『自殺対策基本法』の成立にも大きく貢献する。自殺問題の「社会化」への大きな一歩を踏み出す。

2007年、「自死遺族支援全国キャラバン」を企画し、遺族支援をテーマにしたシンポジウムを全47都道府県で開催。

2008年、「自殺実態白書」をまとめ、自殺対策担当(当時)の岸田大臣に提出。

持論は「自殺対策とは『生きる支援』『いのちへの支援』である」ということ。作家やジャーナリスト、法律の専門家や医療関係者、クリエイターや国会議員等との、幅広い人脈を活かして精力的に活動している。

生きる支援の総合検索サイト

LIFE LINK DB

ライフリンクDB

<http://www.lifelink-db.org>

ライフリンクDBとは...

ライフリンクDBは、NPO法人ライフリンクが運営する「生きる支援の総合検索サイト」です。多重債務や過労、いじめや生活苦など、様々な問題を抱えている人たちが、日本中にある多種多様な「生きるための支援策」の中から、それぞれのニーズに合ったものを迅速かつ的確に探し出せるようになればと開設しました。

自殺を考えている人の多くは、「死にたい」と「生きたい」の狭間で苦しいです。しかし、「生きる手段」よりも「死ぬ手段」の方が簡単に見つけられてしまうのが日本社会の実情です。特にネットの世界では、硫化水素の作り方や「死ぬ手段」に関する情報があふれています。その一方で、実際には数多あるにも関わらず「生きるための支援策」に関する情報は見つけるのが困難です。そもそも存在すら知られていない「支援策」が少なくありません。

こうした状況を変えていきたい。支援策に関する情報が得られないがために苦しみ続けている人、生きる道を断念せざるを得ない人たちの、ひとりでも減らしていきたい。

「生きる支援の総合検索サイト～ライフリンクDB」は、自殺を考えている人が「生きることを選択できる」ように支援していきたいと考えています。

本サイトの特徴は、大きく3点あります。

① 徹底した当事者本位

利用者は、「自分が抱えている問題」と「希望する相談の形態（面談か電話か／無料か有料か）」、「希望する相談地域」を選択していただくだけで、様々な分野の支援策・相談窓口を簡単に検索することができます。

これまで行政の縦割りや専門分野の壁によって散らばっていた多種多様な「生きるための支援策」を、不動産物件の検索サイトのように、簡単に検索できるように工夫してあります。

② 支援策のパッケージ化

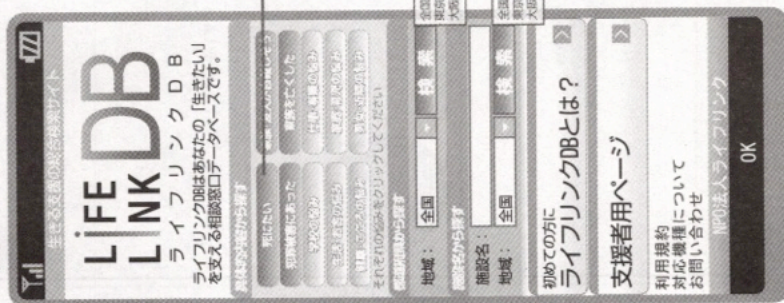
これまで自殺対策の取り組みを通して培ってきた経験を活かして、特に緊急的に支援を必要とする方々に対しては、情報をパッケージ化して提供しています。

「家族を亡くした時」「犯罪被害にあった時」「死にたいと思っている時」「家族や友人が死にたいと言っている時」など、シチュエーションごとに抱え込みやすい問題を想定し、それぞれに対する支援策を一体化させて提供できるように努めています。

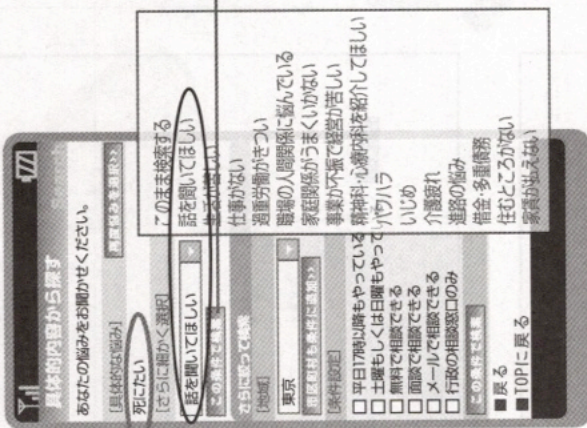
③ みんなで育てるサイト

相談窓口や支援策のサイトへの登録方法（フォーマット）を標準化させることで、できるだけ多くの方に参加していただけるサイトを目指しています。

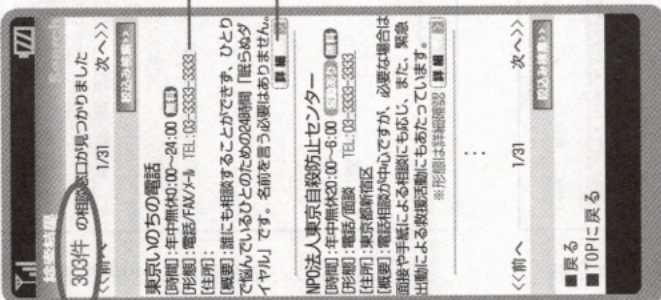
TOP画面



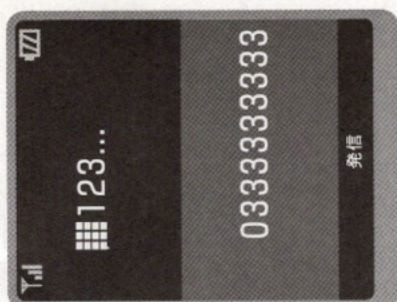
具体的内容から探す



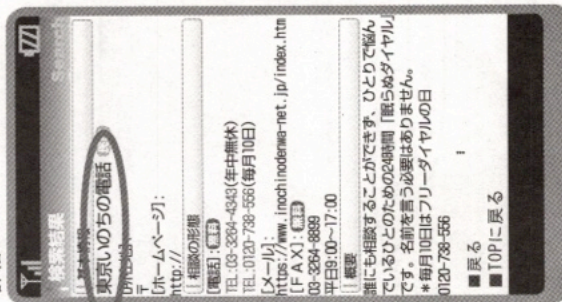
具体的内容から探す(検索結果)



施設に直接電話連絡



詳細



①相談窓口や支援策に関する地域のあらゆる情報を登録できます

- i) ライフリンクDB登録用フォーマットに従って必要な情報を記入してください。登録はこちらでいたします。
- ii) 登録できる相談窓口や支援策の数に制限はありません。
- iii) 医療や福祉、労働や法律、教育や生活など、分野を問わず登録することができます。
- iv) 登録された情報は、PC版と携帯版の両方に、自動的に反映されます。

②情報の管理はインターネット上で簡単にできます

- i) 登録した情報については、それぞれの相談窓口（窓口の運営機関）で管理して下さい。
- ii) 相談窓口ごとにIDを発行しますので、それを使ってインターネット上の「管理ページ」にログインして下さい。
- iii) ログインすると、すでに登録されている「基礎情報」が表示されますので、必要に応じて加筆・修正して下さい。
- iv) 修正された情報は、自動的にライフリンクDBに反映されます。

③トップページを独自に編集することができます

- i) 例えば、「新型インフルに関する情報を通知したい」「離職者向け緊急相談会の情報を告知したい」など、優先的に伝えたい情報をトップページ上に表示することができます。（リンクも張れます。）
- ii) 登録件数が1000件を超えた地域には、その地域独自のトップページ（「ライフリンクDB足立区」「ライフリンクDB沖縄」など）を作ります。地域の人たちにとって、より身近な存在となるはずです。

問合せ先

NPO 法人 自殺対策支援センター ライフリンク

TEL: 03-3261-4934

Mai: info@lifelink.or.jp

92