

〔第20回 学術集会教育講演〕

インクルーシブな社会におけるケアのあり方について —障害者政策の立場から—

静岡県立大学国際関係学部教授, 内閣府障害者政策委員会委員長

石川 准

1. 国連障害者権利条約批准承認

国連障害者権利条約は、障害者の人権や基本的自由の確保、障害者の固有の尊厳の尊重を目的として、障害者権利の実現のための措置を定めた条約である。

女子差別撤廃条約が1981年に、子どもの権利条約が1990年に発効したの比べると、2006年採択、2008年発効というのはかなり遅かったと言わざるをえない。

障害者差別禁止条約の提案は1980年代の後半にもあった。イタリアが1987年に、スウェーデンが1989年にそれぞれ提案したが、賛同を得られなかった。

しかし、長く待たされたかわりに障害者権利条約は障害者の基本的権利を守るために必要な新しい考え方をいくつも盛り込むことができた。それは、障害の社会モデル、合理的配慮、アクセシビリティ、インクルージョン、自己決定権、地域での自立した生活、本人活動、支援付き意思決定などである。

障害者権利条約の策定には日本も積極的に関与した。当初は早期批准を目指したが、障害者団体の意見を受けて、多くの国が早期批准するなか、批准前に国内制度改革を先に進める選択をした。

障害者基本法の改正（平成23年）、障害者総合支援法の制定（平成24年）、障害者差別解消法の制定（平成25年）などに取り組んだ。また、議員立法として、障害者虐待防止法（平成23年）や障害者優先調達推進法の制定（平成24年）、成年被後見人の

選挙権の回復のための公職選挙法の改正（平成25年）などが行われている。

このような国内法制度改革の成果を踏まえ、平成25年10月に、国連障害者権利条約の締結の承認を得るため国会に提出し、12月4日に承認された。現在、締結に向けた手続きを行っており、間もなくわが国は条約締約国となる。

時間はかかったが、日本が、生真面目かつ誠実に批准のための国内制度改革を、当事者参画のもと熱心に準備してきたことは国際的にも評価されている。

この条約では、締約国は「この条約の実施を促進し、保護し、及び監視するための枠組み」いわゆるモニタリング機関を、パリ原則を考慮しつつ、設置しなければならないとされている。改正障害者基本法により内閣府に設置された障害者政策委員会がこの監視を担うことになる。

障害者権利条約の各条文のなかで日本が特に留意すべき条文はたとえば以下である。

● 第十二条 法律の前にひとしく認められる権利

成年後見制度は、高齢者福祉が介護保険制度の新設により、措置から契約へと変わった2000年に制定された。認知症の高齢者は契約当事者としての行為能力が欠如あるいは不十分なことから契約という法律行為を支援する方策の制定が必要だとされたためである。

成年後見は精神上的障害により判断能力を「欠く常況にある」者、保佐は精神上的障害により判断能力が「著しく不十分な」者、補助は精神上的障害に

より判断能力が「不十分な」者のうち、後見や保佐の程度に至らない軽度の状態にある者と三つに類型化された。

この制度の運用への批判として、家庭裁判所の審判が過度に後見に偏っているということが指摘されている。

権利条約は支援付き自己決定を原則とし、代行決定は最後の手段としてのみ許容されるとしており、審判が代行決定に過度に偏る成年後見制度の運用のあり方についての検討が必要となると思われる。

● 第十四条 身体的自由及び安全

日本の精神科医療は特殊である。全世界170万床の約2割の35万床の精神科病床が日本にある。平均在院日数は300日と、ほかの先進国の平均18日に比べて突出して長い。強制入院率が40%と、ほかの先進各国の10%に比べて極めて高い。

権利条約の考え方からは非自発的入院もまた本人の意思に反して強制的に自由を拘束する処遇である以上、最後の手段としてのみ許容される行為である。ところがわが国では精神医療先進国と比べて突出して精神障害者の非自発的入院率が高い。現状の運用は最後の手段でなく最初的手段として安易に行われていると批判されても仕方がない。

平成24年に「新たな精神保健医療体制の構築を目指す検討チーム」が検討を行いその結果を発表した。保護者制度を撤廃して家族の負担を軽減する必要があるとともに、独立した権利擁護者を強制入院手続きにおいてきちんと位置づけることが不可欠であるという提言を行ったが、改正精神保健福祉法は検討会議の報告書とは全く異なるものになった。

● 第十九条 自立した生活及び地域社会に受け入れられること

精神保健福祉施策において、今まさに検討されようとしている「病床転換型居住系施設」の構想は、障害者権利条約十九条などに抵触する可能性が高い。

障害者権利条約十九条は、「自立した生活、及び、地域社会への包容（インクルージョン）」を定め、

「すべての障害者が他の者と平等の選択の機会をもって地域社会で生活する平等の権利を有することを認める」と定めている。

この規定は、障害のある人が自分の自由意思により、地域のアパートや自宅やグループホームなどで生活できるようにすることを締約国に求めている。

一般に精神科病院は地域社会から離れた場所に作られていることが多く、その場所を居住施設化しても地域社会への包摂（インクルージョン）は到底実現できず、排除と隔離と偏見の温存にしかならない。

さらに、同条は、「特定の生活施設で生活する義務を負わない」と定めている。これは歴史的に、多くの国で精神障害や知的障害、あるいは、重度の身体障害のある人たちを特定の生活施設で生活させてきた反省を踏まえて、明確にこれを否定したものである。

一つのオプションにすぎないという意見もあるが、これまでの歴史的経緯を踏まえると、一度病床転換型居住系施設を認めれば、そこが精神障害者の中心的な居住の場所となることは疑いない。見かけだけ病床は削減され、実際は同じ精神病院という閉鎖的で管理的で地域とのつながりのない空間に閉じ込められつづけることになる。

精神病院は「介護老人保健施設」、「特別養護老人ホーム」、「サービス付き高齢者向け住宅」などといった通常の介護保険施設で対応が難しい重度の行動・心理症状のある認知症高齢者の「受け皿」となりつつある。病床転換型居住系施設構想は認知症高齢者の獲得をねらいとしているとも指摘されている。

II. 障害者差別解消法

平成24年9月に障害者政策委員会差別禁止部会が報告書をまとめた。しかし政権交代があり、1月の時点では障害者差別禁止法の実現を長年訴えてきた障害当事者も、もはや風前の灯と考える人が大多数

であった。しかし、2月のアメニティーフォーラムで流れが変わった。自公の障害者政策の責任者の熱意、民主党の協力、政策統括官のがんばり、障害者団体の働きかけ、参議院選挙前の通常国会に提出する決断、民間の合理的配慮を努力義務にしたことなどで、劇的かつ奇跡的に障害者差別解消法は成立した。参議院での審議ストップは当初から心配されていたが、止まったときには関係者は薄氷を踏む思いであった。

障害を理由とする差別の解消を推進することにより、すべての国民が障害の有無によって分け隔てられることなく、相互に人格と個性を尊重し合いながら共生する社会の実現をめざし、「障害者差別解消法」が平成25年6月26日に公布された（平成28年4月1日施行）。

この法律は、障害を理由とする差別の解消の推進に関する基本的な事項や、国の行政機関、地方公共団体等および民間事業者における障害を理由とする差別を解消するための措置などについて定めることにより、すべての国民が障害の有無によって分け隔てられることなく、相互に人格と個性を尊重し合いながら共生する社会の実現につなげることを目的としている。

この法律では、主に次のことを定めている。

- ①国の行政機関や地方公共団体等及び民間事業者による「障害を理由とする差別」を禁止すること。
- ②差別を解消するための取組について政府全体の方針を示す「基本方針」を作成すること。
- ③行政機関等ごと、分野ごとに障害を理由とする差別の具体的内容等を示す「対応要領」・「対応指針」を作成すること。

また、相談および紛争の防止などのための体制の整備、啓発活動などの障害を理由とする差別を解消するための支援措置について定めている。

本法に規定された障害を理由とする差別は以下の二つである。

不当な差別的取り扱い：障害を理由として、正当な理由なく、サービスの提供を拒否したり、制限し

たり、条件をつけたりするような行為をいう。

合理的配慮の不提供：障害のある人から何らかの配慮を求める意思の表明があった場合には、配慮を提供する側にとって過度な負担とならない限りは、必要で合理的な配慮を行うことが求められる。こうした配慮を行わないことで、障害のある人の権利利益が侵害される場合も、差別にあたる。なお知的障害などにより本人自らの意思を表明することが困難な場合には、その家族などが本人を補佐して意思の表明をすることもできる。

たとえば障害を理由として、サービスの提供や入店を拒否する場合は不当な差別的取り扱いとなる。

行政サービスの窓口で地域住民として、民間事業者が営業する事業の客として、初等中等教育、高等教育機関に対して児童・生徒・学生として、読み上げ、筆談、支援機器の貸与、ノートテイクなどの配慮を求めた場合に、行政機関や独立行政法人の職員がそれを拒むと合理的配慮の不提供となる可能性があり、他方民間事業者には所管する省庁からのガイドライン（指針）などを通じて合理的配慮の提供が求められる。

障害者差別解消法は障害当事者やその関係者・団体、事業者、国会議員、行政官、研究者など多くの人々が、それぞれの立場でできることを引き受け、その人だからこそその力を出して実現した画期的な法律であり、この法律が成立した意義は本当に大きい。

しかし、法律の成立は終着点ではない。法の効果は規定とともに運用に依存するからであり、その法に市民社会すなわち私たち一人一人がどのように向き合うか次第だからである。だからこそ、この法律を誠実かつ丁寧に運用し、法の趣旨を社会に浸透させていく努力こそが重要となる。そして、この法律で規定された合理的配慮をめぐる、至る所で合理的配慮の工夫や新しい方法についての建設的な対話が始まることを期待する。それは多様性を尊重しあう共生社会へと私たちの社会を進化させていく道に通じているはずだ。

インクルーシブな社会で大切なことは現場での建設的で共感的な対話であり、共生原則と独自性尊重原則の両立の努力と知恵である。当然医療現場における障害者への合理的配慮についても一定の指針が策定される。しかし個々の状況により、何をどこまで配慮するのが合理的配慮なのかを指針で示すことはできないから合理的配慮は現場の建設的対話に委ねられる。医療現場は一層の意識改革が求められる。治療、看護、リハビリテーションは、これまでとは比較にならないほどの多様性の尊重、本人の自己決定へのサポート、人権の尊重が求められるはずだ。

III. 認知症ケア

2000年に介護保険制度が導入された当時、介護保険制度は国民から圧倒的に支持されたわけではなかった。

いわく「全額公費負担で保障すべき」とか「65歳以上の1号被保険者からの介護保険料の強制徴収に断固反対」とか「介護費用の1割負担は重すぎる」とか「介護認定で受けられる介護の上限設定では居宅での生活はできない」といった反対意見が多くあった。

しかし、もし今も介護保険制度がなかったらどうなっていたかは言うまでもない。

少なくとも今はまだ、人口の減少と高齢化が急速に進む地方の小都市でさえ、人をケアする力をもつ人々がいて、高齢者の生活を支え、家族を助けている。介護保険という制度がそれを可能にしてきたと言える。

長寿社会日本では、認知症はいまや誰もが発病する可能性のある病気である。認知症には認知機能障害と行動・心理症状がある。ただし、すべての認知症の人に行動・心理症状があるわけではない。良いケアが提供されるとき、多くの行動・心理症状は改善する。

ところで、行動・心理症状のある認知症の人を、

従来の精神科医療施策のなかで扱おうとする考え方がある。しかし精神科医の上野秀樹は、精神科病棟は、認知症の人の行動・心理症状に深刻な悪影響をもたらす危険が高いと警鐘を鳴らす。

私事になるが、2012年の夏に、当時83歳の母がエアコンの汚れを取ろうとして、果敢にもリビングルームのテーブルに乗ってクリーニングを試み、その後降りるときに椅子といっしょに転倒して頭を強打し、急性のくも膜下出血を起こし緊急入院した。幸い出血は止まり、脳のダメージも少なく、認知機能は多少落ちたものの無事退院し自宅に戻ることができた。ただ、足の筋肉がすっかり落ちて杖なしでは歩けなくなってしまった。自宅から遠いということで断念したが、リハビリの専門病院への転院をしなかったことが悔やまれる。

両親は二人だけで田舎に暮らしており子ども三人はそれぞれ別の場所で生活している。父は以前からこまごまとした病気をかかえており、そのなかには軽度の認知症も含まれていた。母が父の世話をする生活が10年近く続いていた折の突然の事故だった。

父は若いころは家庭のことは何もしない、できない人だったので、母は何でもやってきた。それこそヒューズの交換でも電球の取り付けでも何でもやってきた。年をとっても体はそれなりに動いていたし、気持ちのうえではそれはなおさらだった。運転が荒いと言われつつもずっと車の運転もしていた。

父が要介護2、母は要介護4と判定され、自宅に戻った母はさすがに以前のように家事をこなすことはできなくなったが、ホームヘルパーさんに食事を作ってもらいながらも、それでも一人で買い物に行ったり、洗濯をしたりしていた。そしてしばしば転倒するようになった。

足の筋力さえ回復すればと思っていた矢先、2013年の春に母は自宅の廊下で転倒して頭蓋骨を骨折した。海馬などかなりダメージが残ると診断された。専門医師の予想どおり母には高次脳機能障害が残った。ほどなく自宅での生活を諦め、サービス付き高齢者向け住宅に二人そろって暮らすことになった。

この間私は仕事に忙殺され、母の二度目の転倒リスクを減らすための有効な手を打つことがなかった。母は声をかければある程度の受け答えはできるが、自分から声をかけることはめったにない。どこまでの記憶や認識を失ったのか、何が残っているのかはよくわからない。嫌みも言えず、毒が消えて、解脱した生き仏のようでもある。

母の部屋には母が描いた油絵を飾った。その人が歩いてきた人生の一端を垣間見ることで介護の質が上がるのではないかと思ったからだ。

父は今と過去の記憶を生きている。同じことを一

日に何度話してもよい。何度聞かれてもよい。1時間前のことをすっかり忘れてもかまわない。今があり過去の記憶があれば、それだけで十分だ。

いままで握ったことのない母の手を握る。母も手を求めてくる。父は母にすっかり優しくなった。兄弟は子どものとき以上に仲良くなった。

家族とは何か、ケアとはどうある関係なのか、生きるとはどういうことなのか、母と父が人生というマラソンのゴール直前でそれを教えてくれようとしている。