

研究ノート

障害者の権利条約の視点からの障害概念の検討

梅木幹司*1

キーワード：障害者の権利条約、障害学、障害の医学モデル、障害の社会モデル、ICF

1 はじめに

我が国は、2006年に国連で採択された「障害者の権利に関する条約^{註1}（仮称）」[Convention on the Rights of Persons with Disabilities]（以下、「障害者の権利条約」という）の批准に向けて国内法を整備すべく、2009年12月に「障がい者制度改革推進本部」を内閣府に設置した。また、この本部のもとに障害当事者やその家族などを含め多くの専門家などが参画する組織として「障がい者制度改革推進会議」（平成24年7月24日付で廃止され、「障害者政策委員会」として現在引き継がれている）を発足させた。さらに「福祉部会」、「差別禁止部会」を設けることにより、5年間の期限付きで集中的に障害者制度改革への取り組みが開始されることとなった。その成果は、現在までにおいて障害者基本法の改正に始まり、今年度からは障害者自立支援法に変わる「障害者の日常生活および社会生活を総合的に支援するための法律」（障害者総合支援法）のもとで障害福祉サービスが提供されている。また2013（平成25）年6月26日には、障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律（通称：差別解消法）が公布された。これらにより国内における法整備が障害者の権利条約の示す水準に達したとして、同年12月4日、参議院議員本会議において障害者の権利条約について批准することを承認した。その後、2014（平成26）年1月20日の批准書の寄託により、同年2月19日より障害者の権利条約は効力を生ずることとなる。このようにこれまでの批准に向けた取り組みは実を結んだことになるが、今一度、障害や障害者についての概念をいかに捉えるかを検討することが重要である。

障害者の権利条約は、障害概念を「障害の社会モデル」（以下「社会モデル」という）として位置づけているとされている。そうであるならば、この社会モデルの考え方にそって、批准に向けた我が国の法整備を行わなければならないことになる。

そこで本稿では、障害者の権利条約が示す障害概念が社会モデルであるのかについて、障害学を中心とした様々な議論があることを概観し、検討することを目的としたい。

2 障害者の権利条約における障害の概念

障害者の権利条約では、障害および障害者についての定義づけはなされていない。しかし、これらは概念として明記されている。それでは、なぜ障害者の権利条約において、障害および障害者についての定義づけがなされなかったのだろうか。このことについて、障害概念についての多くの研究で知られる佐藤久夫は、「『障害』と『障害者』の明確な定義を欠く理由は、各国がその事情に応じた定義を設けられるようにすべきとの意見が多く出されたこと、定義をすると漏れる部分が出てくる可能性があること、これらは発展しつつある概念であり現時点で固定すべきでないこと、などである」¹⁾と述べている。

障害者の権利条約では、障害および障害者の概念についてどのように記されているのだろうか。障害については、前文の(e)において以下のように記されている。

「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

*1 山口福祉文化大学 ライフデザイン学部

障害〔インペアメント〕のある人と態度および環境の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、^{註2}と記され、佐藤の指摘どおり、障害（ディスアビリティ）は形成途上にある概念であること、また変化する概念であることを示している。また、障害（ディスアビリティ）を機能障害（インペアメント）のある人とその人を取りまく環境の障壁との相互作用が存在することにより、その結果として社会に完全に参加することが妨げられているとしている。

それでは、障害者については、どのように記されているのだろうか。それは、第1条の「目的」において以下のように記されている。

「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。」^{註3}

ここでは、障害（ディスアビリティ）のある人を様々な機能障害（インペアメント）があること、それは単に狭い範囲で限定されることがないことを「含む」という表現において前置きしている。そして、障害の概念と同様に機能障害が種々の障壁と相互作用することにより社会参加が妨げられることがあるとしている。

以上のことから障害者の権利条約は、障害および障害者の定義ではなく概念を示し、これらの概念は、障害は個人に責任を課したのではなく、社会に障壁があることにより完全に参加することが妨げられる要因があるとする、いわゆる障害学が主張するところの「社会モデル」が採用された概念であるとも言える。これについて、国際人権法を専門とし、障害者の権利条約についても検討をおこなっている川島聡は、障害者の権利条約における障害の概念は、社会モデルを反映したものであるという私見を示した上で、「権利条約時代の障害

学は、当事者の主張を踏まえ、障害者の尊厳や自律、参加、平等を侵害している現実の問題状況とはどのようなもので、それがなぜ、いかにして発生しているのかを解明する必要がある。しかし、そうした次元の議論に留まっているだけでは条約の実現にとって不十分である。権利条約の規範内容を効果的に実現するためには何をすべきであり、何ができるか、を障害学は同時に考えてゆく必要がある。そして、そうした研究を進めていく際に役立つ視点となりうるのが障害の社会モデルである、というのが本稿の私の立場である。」²⁾とし、現在の障害学に対する疑問を投げかけながらも障害者の権利条約の規範内容に即して、わが国が批准するための法整備を実現する上では、社会モデルの視点が重要であることを示している。

一方、前出の佐藤は、「ICFでは、『障害』（disability）を、3次元（心身機能・身体構造、活動、参加）からなる人間の『生活機能』（functioning）が問題・困難を抱えた状態、つまり機能障害（impairment）、活動障害（活動制限 activity limitation）、参加障害（参加制約 participation restriction）の包括用語とし、この3つのどれかまたはすべてを意味する。ICFではこうした3次元からなる生活機能が、一方では病気などの『健康状態』と、他方では『環境の障壁』と相互作用を起こすことによって『障害』が生まれるとする。一方、権利条約は障害のない市民と平等な社会参加を実現することが目的なので、前述のように参加障害に近いものとして障害を規定している。」³⁾とし、加えて「最終的に条約は『医学モデルと社会モデルの統合モデル』あるいは『人間と環境との相互作用モデル』とでもいえるICFの視点での障害の定義となった」⁴⁾と述べ、障害者の権利条約における障害の概念は、ICFの概念枠組みが採用されたと主張している。また、統合モデルや相互作用モデルという表現を用いていることによって、従来の医学モデルを完全に否定することなく、社会モデルとの統合や障害（インペアメント）を個人の問題だけではなく、環境との相互作用によっておこるもの

であると述べている。

ここでは、障害学が主張するところの社会モデルと ICF が示す統合モデルや相互作用モデルが、障害者の権利条約の障害の概念に適用されているという二人の主張について取り上げた。二人の主張については、違いがあるものの障害学を背景とした社会モデルと ICF が示す統合モデルの構成要素である社会モデルという点では一致し、障害者の権利条約では社会モデルが重視されていることが理解できる。次章では、社会モデルを中心に検討していく。

3 障害学が示す社会モデル

障害学が主張する社会モデルは、医学モデルの対抗として出現した。その医学モデルとは、「障害という現象を個人の問題としてとらえ、病気・外傷やその他の健康状態から直接的に生じるものであり、専門職による個別的な治療という形での医療を必要とするものとみる。障害への対処は、治癒あるいは個人のよりよい適応と行動変容を目標になされる。主な課題は医療であり、政治的なレベルでは、保健ケア政策の修正や改革が主要な対応となる」⁵⁾であり、障害を個人の問題としている。

一方、社会モデルとは、「障害を主として社会によって作られた問題とみなし、基本的に障害のある人の社会への完全な統合の問題としてみる。障害は個人に帰属するものではなく、諸状態の集合体であり、その多くが社会環境によって作り出されたものであるとされる。したがって、この問題に取り組むには社会行動が求められ、障害のある人の社会生活の全分野への完全参加に必要な環境の変更を社会全体の共同責任とする。従って、問題なのは社会変化を求める態度上または思想上の課題であり、政治的なレベルにおいては人権問題とされる。このモデルでは、障害は政治的問題となる。」⁶⁾であり、障害とは社会によって作られた問題であり、社会全体で解決する問題とするモデルであるといえる。そしてこの社会モデルこそが、障

害学が主張する障害を捉えるときの主要モデルとして論じられてきた。しかし、その社会モデルにおいても障害学の間では、英国社会モデルと米国社会モデルが存在し、これらには差異がある。

その点について川島は、用語法の側面と因果関係の側面から次のようにそれらの違いを述べている。

「用語法の側面に関して言えば、英国社会モデルにおける『障害』(disability)という語は社会障壁と、社会障壁を原因に生じた不利とを意味している。これに対し、米国社会モデルは、インペアメントと社会障壁との相互作用で生まれる不利に『障害』という言葉を与える。因果関係の側面について言うと、英国社会モデルの場合、当事者の不利(障害)は、インペアメントとは無関係に社会障壁から生まれる。これに対して米国社会モデルでは、当事者の不利(障害)はインペアメントと社会障壁との相互作用によって生じる。ただし、米国社会モデルは、医学モデル(還元主義)に対抗して登場した背景・契機をもつため、社会障壁の否定的作用を特に強調することになる。」⁷⁾

このように英国社会モデルは、インペアメントとは無関係に社会障壁とそれによって生じた不利を障害としているのに対し、米国社会モデルは、まずはインペアメントが存在することにより、社会障壁との相互作用により障害が起こるとしている。これらの大きな違いは、社会障壁の存在が障害を生むことを強調しているもののインペアメントという個人の問題を米国社会モデルは強調している点にある。よってインペアメントの存在を強調した上で社会障壁との相互作用が社会参加を阻むという障害者の権利条約の障害の概念と照らし合わせてみれば、障害者の権利条約が示す障害の概念は、米国社会モデルであるとするのが妥当である。

4 障害概念の検討

これまで、障害者の権利条約が視点とするところの障害概念について、妥当性を社会モデルを中心に検討してきた。そしてその社会モデルは、医学モデルに対

抗して生まれたということであった。これには、米国社会モデルにその特徴が強く表れていた。しかし、社会モデルは、完全に医学モデルを否定しているわけではない。この点について川島は、「私の理解する米国社会モデルは、既に述べたとおり医療やリハビリテーションを否定するものではない。むしろ、地域社会において適切な医療・リハビリテーションの配備が必要であるという洞察や知見さえも、米国社会モデルの観点からは発見しうるのである。」とし、地域社会における適切な医療やリハビリテーションの配備の重要性が社会モデルの構成要素として存在することを示している。したがって、インペアメントの軽減には、適切な医療とリハビリテーションの存在が重要であることもわかる。医学モデルは、これらについて適切さを欠いていたことが否定される要因であったことは間違いない。

障害が社会のみによってつられるものとして捉えて考えると医学モデルの存在は否定されてしまい、社会モデルの存在が重視されることになる。しかし、実際の医学および医療の目的は、疾病およびその部位について治療を施すことにより、生活機能を維持・向上させることにある。また、インペアメントを軽減させることでもある。したがって、これまで捉えられてきた医学モデルは、専門家の視点を重視した治療を優先し、インペアメントの軽減のみを目的として、インペアメントのある人の生活機能の維持・向上を目的としたものとして捉えてこなかったことに問題がある。そして、インペアメントのある人の経験そのものを軽視してきたことも問題としてある。インペアメントのある人が社会で生活する上で経験した障害は、その人でなければ理解できないという個別性を持っている。

例えば、事故による当初において、右足の一部に負傷を負ったとしよう。この段階では、治療により完治するか否かは別として、インペアメントが存在していることになる。このインペアメントを軽減するためには、まずは治療を行う必要がある。そして本人は、この段階では社会との相互作用によって障害が発生して

いるとは、まずは感じないであろう。また、インペアメントをなくして元の機能を取り戻すことへの期待もあるだろう。しかし、次の段階において治療を実施し、本人が望むほどのインペアメントの軽減が結果として、得られなければ、この人はインペアメントと共に今後の人生を送る必要が出てくる。すなわち社会が一般的に理解する障害者として位置づけられるのである。そして次の段階としては、ディスアビリティが存在することになる。インペアメントとディスアビリティの関係について、障害学を専門とする石川は、「社会が負担を負えば解決するような障害のことをディスアビリティと呼ぶことにしたのだから、社会が負担を負っても解決しない障害はディスアビリティではない。障害からディスアビリティを差し引いた残りがインペアメントである。」⁸⁾と述べており、障害からディスアビリティが取り除かれればインペアメントが残ることになるという非常に分かりやすい説明をしている。

しかし、客観的に障害を捉える上では重要な指摘であるが、障害は、個人の捉え方によって全く異なるという説明があまりない。障害学においても、そのことについての論理的な説明があまりなされていない。主観的に障害を障害のある人それぞれが、どのように捉えるかについての研究が必要であり、そのことも加えた障害を概念として捉えることが重要である。障害者の権利条約において障害を現段階において固定すべきでないと言われたことが理解できる。障害は、各国の实情に照らし合わせて定義として位置づけることも必要であるが、共通言語として各国が理解できるものとして作り上げることも必要ではないだろうか。

5 おわりに

社会モデルは、医学モデルに対抗して生まれた概念であるが、本来は社会モデルが意味するもの、すなわち患者の QOL が医学モデルに含まれ、機能しなければならない。これまでの医学は、疾病等の部位を中心に見ることにより発展してきたものであるが、疾病を

抱えているものも人間であれば、障害を抱えているものも人間である。その人間の営みとしての生命活動を見据えた医学的知見がなければ、今後の医学の発展や社会の成熟は期待できないだろう。しかし、実践レベルで考えると、支援の必要な人に対するアプローチは、チームアプローチという多くの職種がチームを構成し、1人の患者およびサービス利用者に対する支援を行うことが現在、普遍化されている。よって1人の人に対する支援を医学（この場合は、医師になる）に求めるのは酷なのかもしれない。しかしながら、医学は、疾病の治療の窓口および最初の入り口であり、ここで患者の生活全体をみずに治療の方針を選択することはありえない。一昨年、天皇陛下が心臓のバイパス手術を受けられた際、執刀医である天野篤氏は、記者団からの手術の成功か否かの質問に対して、「今後、陛下がご希望される公務を果たされ、これまでのような日常生活をされるようになったときにはじめてこの手術は成功したと言える。」という回答をされたことを筆者は今でも明確に覚えている。まさしくこれが真の医学モデルであると感じた。現在、医学モデルに対抗する社会モデルについての議論がなされているが、医学、福祉、障害学の本質を今一度問いなおした上での議論が必要であり、その先に制度設計があることを念頭におき、今後の課題としたい。また、障害者の権利条約を視点においた制度整備を行う上では、国際法をいかに判断するかという法律家のみならず、障害当事者を含む多くの視点からのアプローチが必要不可欠であろう。

[註]

註1 「障害者の権利に関する条約」という訳語は、日本政府仮訳である。

註2 ここでは、「障害」について「インペアメント」、「ディスアビリティ」についての区別を日本語訳に反映していることから、川島・長瀬訳を採用した。

長瀬修・東俊裕・川島聡 編；障害者の権利条約と日本概要と展望，生活書院，2008，211-213

註3 同上，217

[引用・参考文献]

1) 佐藤久夫；障害・障害者の概念，リハビリテーション研究，142：2，2010

2) 川越敏司・川島聡・星加良司編著；障害学のリハビリテーション，生活書院，2013，90

3) 前掲1)，3

4) 松井亮輔・川島聡編著；概説障害者権利条約，法律文化社，2010，48

5) WHO；ICF 国際生活機能分類，中央法規出版，2002，18

6) 同上

7) 前掲2)，92

8) 石川准・倉本智明編著；障害学の主張，明石書店，2002，27