

「精神障害者」と ADA

矢嶋里絵

I はじめに

障害をもつアメリカ人法 (Americans with Disabilities Act, 以下 ADA という) の成立から 4 年、施行から 2 年が経過し、施行後の反応も一定みられるようになった⁽¹⁾。

排除とスティグマの政策から統合と非差別の政策への転換を企図し、障害をもつ人々自身よりも社会や企業等の変革を要求する、この ADA の制定は、たしかに歴史的・画期的な出来事であったといえる。

しかし、精神遅滞 (Mental Retardation)・精神疾患 (Mental Illness)・認知障害 (Cognitive Impairment)・脳器質性傷害 (Organic Brain Injuries)・薬物中毒 (Drug Addiction)・アルコール中毒 (Alcoholism) 等の、いわゆる「精神障害 (Mental Disabilities) を有する人々」(以下「精神障害者」という) の公民権保障にとって、本法は十分に機能するものと言えるのであろうか。

もちろん「精神障害者」にとっても上記の意味で、ADA が重要な意義を有することに変わりない。しかし、「これらの障害は、ADA によってせいぜい保護されているだけで、ADA 自体これを最も誤解している。」という指摘もあるし⁽²⁾、筆者自身も、これまでに ADA の成立経緯・内容・課題等を検討した結果⁽³⁾、「精神障害者」の権利保障の視点から ADA をあらためて分析・考察する必要性を痛感した。

そこで以下では、「精神障害者」と ADA との関連—本法の諸規定が「精神障害者」にいかに適用されるのか—をうきぼりにしてみたい。ただ、このテーマに関する先行研究はわが国においてはもちろん、本国においても、筆者の知るかぎり非常に少ない。したがって本稿では、ADA の四つの基本概念、つまり①障害 (disability)、②有資格の障害者 (qualified individual with a disability)、③合理的配慮 (reasonable accommodation)、④過度な負担 (undue hardship) のそれぞれについて、「精神障害者」にとって意味するものは何なのか整理し、

これに関わる問題点を紹介して、今後の研究を進めるための予備的研究としたい。なお、ADAは諸々の生活場面における障害に基づく差別を禁止するものであるが、本稿では「雇用」に焦点を当てて述べることを、前もってお断りしておきたい。

II 「精神障害者」の状況

ここでは、「精神障害者」のうち、とくに精神遅滞と精神疾患を有する人々をとり上げる。

1 精神遅滞を有する人々

600万人を超えるといわれる精神遅滞を有する人々は、知能指数によって「軽度」から「最重度」までの、四つのグループに分けることができる⁽⁴⁾。

「軽度」は、IQ51-70の人であり、精神遅滞者全体の90%は、このグループに入る。ほとんどの人は、すべてのタイプの仕事ができるし、誰にもその遅滞を気づかれることなく、仕事をする事ができる人も多数いる。

「中度」は、IQ36-50で、40万人以下である（全体の6%）。共同作業所（sheltered workshops）の仕事につく人もいるが、自由競争の環境下で働くことのできる人も多い。

「重度」は、IQ21-35で、25万人以下（約3.5%）である。彼らは、競争市場で働くことはほとんどできないが、共同作業所やエンクレーブで働くことはできる。

「最重度」はIQ20以下の人で、9万9千人以下（約1.5%）である。

最重度の人を例外として、ほとんど全ての精神遅滞者は、色々な仕事につくことができる。しかし実際には大多数の人々が雇用されておらず、その主な理由は「精神遅滞者に対する雇用主の誤解」、「情報不足」、「精神遅滞の労働者むけの特別訓練の不十分さ」等にあるといわれる。

精神遅滞者には、障害者一般に対する偏見・無理解に加えて、独特な偏見や無理解があるが、これには合理的根拠の無いものが多い。

2 精神疾患を有する人々

精神疾患は、考えたり、感じたり、物ごとを関連づけたり、働くことを妨げる一連の障害 (disorders) である。精神疾患は、あらゆる年齢層に発生するが、もっともしばしば発生するのは若年層から中年層にかけてである。

およそ280万人が重度の精神疾患にかかっているといわれ (1990年)⁽⁵⁾、82万7千人の成人慢性精神疾患患者が、補足的所得保障 (Supplemental Security Income) や社会保障年金 (Social Security Disability Insurance) を受給している (1984年)。

多くの精神疾患は一時的な (temporary) ものであり、治療することができる。精神疾患の治療に成功した後、その人は「寛解した (mentally restored)」とされる。しかしながら、その人は障害の「経歴」があるので、依然、ADAの対象とする障害者である。この点については後述する。

精神疾患のもっとも典型的なタイプは、① 精神分裂病 (Schizophrenia)、② 躁うつ病 (Manic-Depressive Disorder)、③ 抑うつ (Depression)、④ 強迫症 (Obsessive-Compulsive Disorder)、⑤ 恐怖症 (Phobias)、⑥ パニック (Panic Disorders)、⑦ 頭部外傷後遺症 (Posttraumatic Stress Disorder) 等である。

ほとんどの精神疾患は、投薬・カウンセリング・その他の処置によって、寛解するかまたは症状をコントロールすることができ、いったんそうなれば、その人は障害の無い人とほとんど同等の能力を発揮することができる。しかしながら何度か再発することもある。これは、処方された薬を飲み続けなかったりセラピーを受けるのを止めたことが原因となることもあるが、しかし、ほとんどの場合、再発は個人のコントロールを越えたところで起きる。

精神遅滞者の場合と同様、精神疾患患者に対する知識の欠如・無理解・偏見に基づく差別は、労働をはじめとする彼らの社会参加にとって、大きな妨げになっている⁽⁶⁾。

Ⅲ ADA の基本概念と「精神障害者」

1 「障害 (disability)」とは

きわめて多義的な概念である障害について、ADAはリハビリテーション法と同様、次の三つの要件をかかっている（3(2)条）。

- (1) 第一の要件「人の主要な生活活動のひとつ以上を著しく制限する、身体的または精神的障害があること」

1991年に出された平等雇用機会委員会（EEOC）の施行規則（29 CFR 1630.2. h(2)）によれば、「精神遅滞や器質性脳症候群・情緒または精神疾患・学習障害といった、何らかの精神的・心理的な障害（disorder）」（any mental or psychological disorder, such as mental retardation, organic brain syndrome, emotional or mental illness, and specific learning disabilities）が、mental impairmentである。ただし、それらのimpairment（形態不全）があるからといって、ただちにその人がdisability（能力障害）を有するというわけではない。impairmentがdisabilityとなるには、impairmentが「その人の主要な生活活動の一つ以上を著しく制限する」ことが必要なのである。実際に、最近のリハビリテーション法下の判決でも、コントロール可能で実質的な制約をもたらさない精神的障害は、disabilityではないと判示している⁷⁹。

この「主要な生活活動」として、施行規則は、「自身のケアをする・手作業をする・歩く・見る・話す・学ぶ・働く等」を例示しているが（29 CFR 1630.2(i)）、「精神障害者」がより制約を受けやすい「主要な生活活動」は、学ぶ・働く・考える・意思を伝達すること等であろう。主要な活動の中に「働く」が入っていることは、後に彼らに対する雇用差別の禁止について論じる前提として、大きな意味を持っている。

「著しく制限する」とは、「大多数の平均的な人であれば可能なこれらの活動（主要な生活活動）が遂行できないことや、大多数の平均的な人がこれらの活動を行うのに比べて、その状態・方法・期間が実質的に制約されること」をいう（29 CFR 1630.2(j)）。

- (2) 第二の要件「障害の経歴があること。」

主要な生活活動を著しく制約する障害を現在もっていなくても、過去にそのような障害をもっていた人や、またそのような障害を持つと誤って分類された

人は、ADAの定める障害者である。

かつて精神障害があり、その障害の経歴がかれらの不利に用いられた場合には障害に基づく差別にあたる。裁判でこれを認めたのが、Allen v. Heckler 上訴裁判所判決である (780 F2d 64, 1985)。これは、かつて精神病院の入院患者であった人が、退院後、house keeping aideとして同病院に雇用されたが、その仕事の内容・責任・義務・仕事の査定・給料は他の人と同じであるにもかかわらず、手当が低額であったために、これを病歴に基づく差別であるとして、リハビリテーション法違反を争ったものである。

(3) 第三の要件「障害者とみなされること。」

現在障害をもっていなくても、また過去に障害の経歴が無い場合でも、「障害者とみなされた人」は、ADAにおける障害者である。誤って精神障害者であるとされる場合がこれにあたる。

上記の障害の三要件は、精神障害の症状に起因する機能的な側面（第一の要件）と、スティグマという社会的な側面（第二、第三の要件）の、両面に着目している点に特色がある。

とくに、障害にかかわる神話やおそれ、固定観念等によって差別された人の保護を目的とする第二および第三の要件は、裁判所においても認められた障害のとらえ方である。そのリーディング判決といわれる School Board of Nassau County v. Arline (480 U.S. 273, 1987) 判決で連邦最高裁判所は、「障害や疾病について社会に蓄積された神話やおそれは、現実の障害に起因する身体的な制約と同様にハンディキャップである」と判示したわけであるが、このような誤まった理解が、とくに精神障害者に関して共通に存在することは、前述のとおりである。

以上のようにきわめて広範に「障害」をとらえるADAではあるが、服装倒錯者・現在薬物を違法に使用している者・同性愛者・両性愛者・強迫性賭博症者・窃盗癖や放火癖のある者は、上記の三要件のいずれにも該当しないとして、適用範囲から除外される。ただし、以前は違法薬物の使用者であったが現在はリハ

ビリテーションのプログラムに完全に成功した人や、現在プログラムに参加している人、間違って違法薬物使用者とされた人等は、適用対象となる（104条）。

2 「有資格の障害者」(qualified individual with a disability) について

雇用は自立を確保しこれを継続する、ひとつの大きな鍵である。そして労働年齢にありながら雇用されていない障害者のうちの66%は、仕事につくことを希望している。

ADAでは第一編が雇用について定めているが、雇用をめぐる確認しなければならないのは、まず「有資格の障害者」という文言の意味するものである。

有資格の障害者とは、「必要な技術・経験・教育・その他職業上必要なものを備え、合理的配慮の有無に関係なく、その人が維持または希望する職場の地位の主要な職務を遂行することのできる障害者 (an individual with a disability who, with or without reasonable accommodation, can perform the essential functions of the employment position that such individual holds or desires, 101(8)条、29 CFR 1630.2(m))」をいい、ADAは、かれらに対する雇用差別を禁止している。

さて、有資格の障害者が遂行することを要求される「主要な職務」とは、いったい何をさすのだろうか。実際には具体的事案に即して判断されることになろうが、精神障害、とりわけ精神疾患やアルコール中毒にとって問題となると指摘されているのは、法文や施行規則が①主要な職務に部分的に影響を及ぼすが、資格なしとするには及ばない障害と、②資格なしとするのに十分な程度、主要な職務に影響を与える障害という両者の違いについて、ほとんど言及していないことである。時折り発生し、その程度が変わる精神障害の場合に、この部分的無資格の問題をどう解決するのかは、實際上、重要な課題となろう⁶⁾。

3 「合理的配慮」(reasonable accommodation) について

(1) 「精神障害者」にとっての雇用上の障壁

雇用に成功する上で「精神障害者」が直面する障壁には、次の三つのものがあるといわれる⁹⁾。

第一の障壁は、障害 (disorder) の症状そのものである。精神遅滞者や学習障害者は、学習・理解・コミュニケーション・社会的交流・行動等の面が苦手であるし、精神疾患患者は、妄想・幻覚・転導性 (distractibility)・社会的孤立又はひきこもり・異常行動・興奮・不安・うつ症状・自殺念慮 (suicidal ideations)・洞察力や判断力の減退・対人関係の拙さ等の障害がある。以上の症状は、仕事の遂行を妨げる。

第二の障壁は、とくに入院していた人にその傾向が強いのであるが、社会性や基本的な労働技術の面で、不十分なことである。人は、学校や仕事の経験、相互交流等を通じてこれらを身につけるものであるが、病院や施設にいた人は、これらの経験が不足しがちであるために、その機会が少ないのである⁽¹⁰⁾。

第三の障壁は、疾患にまつわるスティグマと戦わねばならないことである。同僚や上司は、社会一般の人々と同様に、しばしば精神疾患の原因や症状に対する理解や認識に欠け、それ故に誤った行動をとることが多い⁽¹¹⁾。ADAは、障害者のもつ能力や社会への貢献に対する固定観念を排除しようとしているのである。

(2) 合理的配慮とは何か

さてADAは、過度な経済的負担や運営面での負担を強いるものでないかぎり、使用者に対して「合理的な配慮」をなすことを要求している。そして法文や施行規則の中で、「既存の施設を障害者がアクセス可能なものとする、仕事の再構成、勤務予定表の修正、空席の地位への配置転換、機器や装置の取得・変更、有資格の代読者や通訳者の設置」(101(9)条、29CFR 1630.2(0))等を、合理的配慮の例としてあげている。

ただし上の合理的配慮は、求職者や被用者が自らの障害を明らかにして、配慮を要求したり修正が必要であると告げることが前提となる。したがって「精神障害者」は、自身の障害を隠したままにしておくか、または、配慮がなされるように障害を明らかにするのかの、二者択一を迫られることになる。概して、障害に不随するスティグマが強いために、かれらには障害を明らかにすることを躊躇し配慮を求めるのをためらう傾向がある。障害に関する健康診断や調査を行うことは原則として禁止されているので、配慮を必要とする障害者は、自

ら自己の障害を明らかにすることが求められるのであるが、上のような事情から、とくに軽度の「精神障害者」にとっては、困難な選択であろう。

(3) 「精神障害者」にとっての合理的配慮

法文や施行規則に例示された合理的配慮のうち、「精神障害者」に有効なものは何であろうか。身体障害者に対する合理的な配慮は、物理的な環境の整備で足りる場合が多いが、「精神障害者」の場合には、それに加えてとりわけ人的な対応を要求される場面が多いと思われる。

精神障害者にとって必要な配慮を、雇用前と雇用後に分けてみると、まず「雇用前」には、

- ①面接時間の変更（薬の服用時間や治療の時間にぶつかる場合に面接時間を変更する）
- ②面接環境の変更（不安のある人や恐怖症の人とはとくに、閉鎖された場所での面接や、グループ面接を避ける）
- ③試験方法の変更（学習障害のある人に対して時間の延長をする、単純明快な言葉で話をする、ジョブ・コーチを同席させる）等がある。

つぎに「雇用後」には、

- ①柔軟なスケジュールを立てる（薬の副作用に対処したり治療をうけるために必要）
- ②合理的な休みを認める
- ③仕事の再編成（仕事場・仕事方法の変更、他の被用者との仕事の交換、空席への再配置）
- ④環境の再編成（ストレスや不安を緩和・軽減する、在宅勤務を認める、多人数で一緒にする仕事を避ける）
- ⑤障害者や他の被用者への啓蒙・教育
- ⑥仕事の援助（適切な指示と指導、マン・ツー・マンの訓練）等がある⁽¹²⁾。

(4) 合理的配慮とコスト

上記の合理的配慮については、それにかかる負担を懸念する声も強い。しか

し、労働省の調査によれば、それにはほとんどコストがかからない、または低額であることが明らかにされている。つまり、「コストゼロ」が、精神遅滞者－70%、精神疾患患者－50%であり、「500ドル以上」が、精神遅滞者－16%、精神疾患患者－22%にすぎない（この調査は、連邦との契約締結者による「精神障害者」への合理的配慮－リハビリテーション法503条－に関するものである）。

ただしこの調査は、精神障害を理由に長期欠席した場合の潜在的成本については見落としており、この種の配慮は、多くの使用者にとって過度な負担になるであろうといわれる⁽¹³⁾。

4 過度な負担 (undue hardship) について

過度な負担となる配慮は、合理的とは考えられないので、使用者はこれを要求されることはない。この「過度な負担」とは、配慮の性質とコスト・事業所全体の財源・被用者数・運営形態等の諸要素に照らして考慮したときに著しい困難と支出を要する行為をいう（101（10）条）。ただし、これはあくまでも例示であって、現実の場面では、これ以外にもさまざまな要素を考えあわせ、過度な負担かどうか総合的に判断されることになる。

例えば既述のように、精神障害に対する配慮の一例として、柔軟なスケジュールをたてることは通常認められ得るものではあるが、しかし、その変更が当該職務の遂行にきわめて重大な影響を及ぼす場合はまた別である。この点をめぐって争われた裁判例があるので紹介する。Guice-Millsは、ニューヨークにある病院の看護婦長であったが、早朝の薬による副作用を避けるために、通常7時30分または8時と定められた始業時刻を10時にするようスケジュールの変更を要求した。これに対して病院側は、この始業時刻は、ミーティングを行い夜間のスーパーバイザーとの調整を行なうという、看護婦長としての責任を遂行するために必要なものであるとして、彼女の要求を拒否した。そこで彼女は、これは障害に基づく不当な取り扱いであるとして訴えを提起したのである。裁判所は、既定の時刻に出勤することは当該病院の看護婦長としての不可欠な条件であり、彼女の要求したスケジュールの変更は、病院が重要であると考える時間に、婦長としての職務を遂行できないことを意味すると判断して、彼女の要求を退けた

のである (Guice-Mills v. Derwinski, 967 F. 2d 794, 1992)。

また、スタッフが「精神障害者」のニーズに敏感になるように教育することも、ひとつの配慮であり、使用者の義務である。とはいえ、全スタッフを対象とした高度な教育訓練の実施を全ての使用者に義務づけることは、コストの点からいって難しい（過度な負担となる）であろうが、少なくとも何らかの訓練は一定の状況下で必要とされる。最近の裁判例でも、精神遅滞と情緒障害のある40歳の女性を同僚のハラスメントから保護するよう配慮する義務が使用者にあったにもかかわらず、職員を対象としたsensitivity訓練を行っていなかったと判示したものがあつた (Kent v. Derwinski, 790 F. Supp. 1032, 1991)。

IV 残された問題

以上、ADAの基本概念と「精神障害者」とのかかわりをみてきたが、この他に、「精神障害者」にとって重要と考えられる問題を、いくつか論じ残した。最後にこれを述べたい。

1 健康診断について⁽¹⁴⁾

ADAは、102条で健康診断や調査に関する差別の禁止について定めている。

まず、内定以前 (pre-offer) に、使用者が障害の有無やその性質・程度について健康診断や調査を行うことは、禁止される (102 (c) 条、29 CFR. 1630(13(a))。これは、リハビリテーション法504条施行規則になつたものであるが、障害者がその資質や能力を公平に評価されることなく、機械的に排除されることを防止するために設けられた規定である。使用者が求職者に尋ねることができるのは、仕事に関連した職務を果たす能力があるのかどうか、またその職務をどうしたら遂行できるのかである (29 CFR 1630.14(a))。ただし、薬物検査 (drug test) は健康診断とはみなされないのので、いつでも求職者や被用者に対して実施することができる。

いったん内定が出されると、使用者は、求職者が職務を開始する前に、健康診断や調査を要求できる。ただしそれは、同一のものが、障害の有無に関わらず、すべての人に対してなされる場合に限られる。なお、これらの健康診断や

調査の結果、障害者を除外するような基準が用いられる場合、この基準は、職務に関連したものであり、事業の必要性と合致したものでなければならない(29 CFR. 1630. 14. (b))。

同様な健康診断や調査は、職務に関連し、また事業の必要性と合致している場合にのみ、現職中の被用者に対して要求できる(29 CFR. 1630. 14(c))。たとえば、重機器を操作をする人や交通機関に従事する人に対して、使用者が、その職務の遂行上、危険をもたらすような薬を服用しているかどうかを調査し、もしもその人が、その薬を継続して服用しなければならない場合には、解雇することが認められる。これは、ひとつの例ではあるが、上記の健康診断や調査が認められる事業の必要性を、特定し一般化することは困難である。なぜなら、この種の判断は、それぞれの事業に固有な特殊性と結びついているからである。参考となる裁判事例として、精神障害でないが、エイズの抗体検査を受けなかった同性愛者の看護人を解雇したことにつき、経営上の必要性を認めたものがある(Leckelt v. Board of Commissioners of Hospital District No. 1. 909 F. 2d 820, 1990)。

なお、この種の健康診断や調査の結果は秘密とされるが、必要性がある場合にのみ、監督者(supervisors)や支配人(managers)・救急安全員(first aid and safety personnel)・ADAの実施状況を監督する政府職員に知らされる(29 CFR 1630. 14(b)1, (c)1)。

2 秘密保持について

既述のとおり、精神障害をもつ求職者や被用者は、もし配慮が必要ならば、自己の障害や必要とする配慮に関わる情報を、使用者に自発的に提供しなければならない。そして使用者は、これらの情報に基づいて差別をしてはならないし、情報に関する守秘義務がある。また健康診断等の結果についても、原則として守秘義務が課せられる。

身体障害の場合と異なり、精神疾患のような見えにくい(hidden)障害をもつ被用者に対して、使用者が秘密を保持しつつ配慮するということは、「不当な特権を受けている」という他の被用者の反感や、彼らの勤労意欲の低下を招き、

ひいては使用者に対する信頼感の崩壊をもたらすおそれがある。

しかしADAでは、他の被用者の勤労意欲に対する否定的影響は、過度な負担を主張する正当な根拠とはならないのであるから、使用者はオリエンテーション等を実施して、周囲の人々の理解を得、勤労意欲の低下を防止するよう努めることが必要である。しかし、このオリエンテーションについても、ADAの秘密保持の要請からして、その内容は特定の個人や特定の障害に関わるものであってはならないことは勿論である⁽¹⁵⁾。

3 直接的脅威 (direct threat) について

使用者は、ある障害者を雇用することによって、第三者の健康や安全が直接的な脅威にさらされる場合には、雇用を要求されない⁽¹⁶⁾。この直接的な脅威とは、「合理的配慮によって除去することができない、第三者の健康または安全に対する重大な危険」をいうが (101(3)条)、ある人が直接的脅威を与えるかどうかの決定は、個別的評価に基づくものであり、これは現在最も流布している医学的知識と最も通用している客観的な証拠による医学的診断に依拠したものであることが必要とされる (29 CFR 1630.2(r))。

したがって使用者は、「精神障害イコール危険」という抽象的・主観的な考えに基づいて、それだけで障害者の雇用を拒むことはできない。そして、特定の危険とその危険をもたらす特定の行為を示し、合理的配慮によってその脅威を除去できないか、または配慮が使用者にとって過度の負担となることを、立証する必要がある⁽¹⁷⁾。

前述のように、一部の「精神障害者」の暴力行為によって、社会には、「精神障害者」全般に対する抽象的なおそれ・不安が存在しており、マスコミによる「精神障害者」の犯罪率の誇張が、その傾向を助長している。しかし大統領精神保健委員会 (the President's Commission on Mental Health) は、注目すべき以下の見解を明らかにしている。

「物語やドラマで表現される、いわゆる精神疾患患者による殺人といった突発的な暴力は、現実というよりもフィクションである。重度の精神障害者は、引っ込みがちであり、無関心であり、びくびくしている傾向がある。

我々は、暴力的な精神疾患患者も存在することを否定はしないが、しかし、精神疾患患者が本質的に暴力的な人間であるという考えには反対する。」⁽¹⁸⁾

さて、過去にリハビリテーション法下で提起された訴訟で、「精神障害者」の安全性の抗弁について争われた事例はあるのだろうか。

Doe v. Region 13 Mental Health Mental Retardation Commission (704 F 2d 1402, 1983) 判決が、その一例である。原告は、精神的な問題を理由に精神医学ソーシャルワーカーの職を解雇された。原告は優秀であったが時折自殺をはかり、彼女の状態について証言した医師はすべて、彼女の自殺願望は患者に伝わりやすいとした。裁判所は使用者側の言い分を採用し、次のように判断したのである。

「差別的悪意が無い場合であって、被用者が接触する患者に対して脅威を与えられと思われる慢性的な悪化状態が存在することにつき異論のない証拠がある場合には、504条に違反しない。」

なお、この「直接的脅威」の概念については問題がある。それは、直接的脅威が第三者に対するもののみをさすのか、それとも自分自身に対するものも含む概念であるのかについて、法文と雇用機会平等委員会の施行規則との間に違いがあることである。

法文は、「直接的脅威とは、合理的な配慮によって除去できない、第三者の健康または安全に対する重大な危険を意味する」と規定しているが(101(3)条)、雇用機会平等委員会の施行規則は、「合理的配慮によって除去したり減らすことのできない、その人自身または第三者の健康または安全を害する実質的危険」(29 CFR 1630.2(r))として、自身に対するものも含めて解釈している(下線筆者)。

後者の雇用機会平等委員会施行規則の解釈をとれば、投薬その他の合理的配慮によってコントロールできない、自殺や自傷行為の危険がある「精神障害者」は、直接的脅威を与えるものとして保護されないことになると考えられるが、この自身に対する侵害行為には、生命を脅かすものから軽微なものまで様々なレベルがあり、どこまでを対象範囲とするのかは、問題であろう。

V さいごに

アメリカにおける障害者の権利保障は、身体障害者に重点をおいて発展してきた。そしてその一方で、「精神障害者」の権利保障は、これに数段、遅れてきたことは、残念ながら事実である。

その事実はそのとして認めるとしても、ADAが、「精神障害者」の権利保障の上で果たす役割は、評価されるべきであろう。本法の制定によって、障害の存在や障害の経歴に基づく差別を禁止し有資格の「精神障害者」について雇用の機会を保障したこと、事前の健康診断や調査を禁止し雇用の決定の際に存在しがちな偏見を除去したこと、直接的脅威についても個別具体的に対応する必要性を強調し「精神障害者」は危険であるとの一般的な判断を退けたこと等は、かれらの権利保障にとって、十分とはいえぬまでも、その一步前進を促すものと思われるからである。

わが国においても、精神障害者施策をすすめるために、抽象的にではなく、より具体的な言葉でその中味について語ることが、現在、必要とされている。ひとつの先駆的なアメリカの法であるADAを、いたずらに批判するのではなく、そこから参考とすべき点は学びとる姿勢が大切であろう。

注：

- (1) 田中邦夫「障害をもつアメリカ人に関する法律施行後の反響と対応」, レファレンス, 1994-3
- (2) John W. Parry, "Mental Disabilities under The ADA", *MPDLR*, vol. 17, no. 1, 1993, p.100参照。なお、同論文は、「これらの人々を保護するか、または排除するのかという緊張関係が、この法律のうちに存在することは驚くにあたらない。なぜならば連邦議会には、精神障害者を適用除外しようという有力な意見があったからである。」と述べている。
- (3) 本法の成立経緯・内容・課題については、拙稿「米国におけるADA法の成立と課題」(上)(下)早稲田大学大学院法研論集61・63号, 1992参照。
- (4) James G. Frierson, *The ADA*, 1992, p.329以下
- (5) NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH, DEINSTITUTIONALIZATION POLICY AND HOMELESSNESS 2, 1990
- (6) James G. Frierson, *op. cit.* (4) p.312以下
- (7) *Forrisi V. Bowen*, 794 F 2D 931 (1986), *Daley V. Koch*, 892 F 2D 212 (1989)
- (8) John W. Parry, *op. cit.* (2) p.103
- (9) Loretta K. Haggard, "Reasonable Accommodation of Individuals with Mental Disabilities and Psychoactive Substance Use Disorders under Title 1 of The ADA", *JOURNAL OF URBAN AND CONTEMPORARY LAW*, vol.43, 1993, p.362 - 365
- (10) 「精神分裂病の長期経過において、生活技能の多寡や質は、精神症状よりも重要な意義をもつことが指摘されている。これは分裂病患者のもっているストレスへの脆弱性に対して、薬物療法などともに生活技能が防御因子として働くためと考えられる。」池淵恵美「生活技能訓練とその評価」, *精神科診断学*, vol.5-2, no. 18, 1994, p.174
- (11) John F. Fielder, *Mental Disabilities and the ADA*, 1994, p.10
- (12) リハビリテーション法503条に基づいて、精神障害者または情緒障害者に対してなされた配慮として一般的なもの、①同僚や監督者の教育-47.4%、②仕事

の再割当 - 22.8%、③他の仕事への移動 - 21.1%、④労働時間の調整 - 15.8%、
⑤その他の労働過程の変更 - 15.8%、⑥付加的な訓練 - 14.0%であった。Janet
Lowder Hamilton, "New Protections for Persons with Mental Illness
in The Workplace under The ADA of 1990", *CLEVELAND STATE LAW
REVIEW*, vol.40, 1992, p.82

- (13) Loretta K. Haggard, *op.cit.* (9) p.369
- (14) Bonnie Milstein, Leonard Rubenstein, and Renee CYR, "THE ADA",
CLEARINGHOUSE REVIEW, MARCH, 1991, p.1243および、John W. Parry,
op.cit. (2) p.106 以下参照。
- (15) Janet Lowder Hamilton, *op.cit.* (12) p.94, AMERICAN BAR ASSOCIATION,
The ADA and People with Mental Illness, 1993, p.38
- (16) この「直接的脅威」の概念が障害者関係法に登場したのは、公正住宅修正法がは
じめてである。
- (17) AMERICAN BAR ASSOCIATION, *op.cit.* (15) p.29
- (18) Janet Lowder Hamilton, *op.cit.* (12) p.95