

# 社会福祉基礎構造改革期における3障害統一施策と 労働・福祉・教育の連携及び展開

Work, Welfare and Education :  
Cooperation and Social Welfare Development for People with Disabilities  
During the Period of Fundamental Reform of United Policy

Arbete, Vålfärd och Utbildning :  
Samarbete och Utveckling av Social Vålfärd för Personer med Handikapp  
under en Period av Grundläggande Reformering av den Gemensamma  
Riktlinjen/Policyen

研究員 草刈 いづみ  
Izumi Kusakari

## 要 旨

社会において医療や福祉などを充実させていこうとすれば、財政的にしっかりとした基盤をもって賄うことが必要である。しかし今、それがぐらついている。背景には、わが国が少子高齢化時代を迎えていることや、長引く景気の低迷などがあるだろう。けれども、働いて納めた年金を確実に受給することや、必要な医療を受けられること、住みなれた地域で安心して生活を続けられることは、人が年月とともに老いていくことを避けられないのと同様に、誰もが願わずにいられないことでもある。

これらを保障する社会保障制度は現代社会が成熟するに伴い人が当然に受けることのできる権利として確立されてきたが、十分な保障を賄うに足る財政力をどう確保していくかについては、医療をはじめ社会福祉関連諸分野の法制度の改正にみられるように、国策として対応が図られている。そしてその方向性のひとつに、社会的弱者とされる人々が支援を受けながら地域生活を継続できるようにするしくみを、ソーシャルインクルージョン<sup>\*1</sup>の理念に基づく施策として掲げ、各種制度を展開している<sup>1</sup>。しかしその裏には社会保障の中でも財源不足が深刻化している医療費の問題がある。主に医療費を増大させているとされている高齢者や、その心身の特性上医療が必要とされる障害者らの社会的入院を減らし、地域で医療以外の様々なサービスや支援（これには当然家族の負担も含まれる）を使いこなして生活を営むことを、権利獲得の思想の発達の結果としてよりも、主に医療費対策として導入し保障制度の向上と謳っているのが我が国の社会保障制度なのである。

ところで本稿では、こうした見せかけの社会保障制度改革の対象となり大きく影響を受けている障害者と高齢者を共に調査の対象とした。法体系、制度の属性は異なるかもしれないが、常に最重要なのはそれらの制度の下に実際の地域生活がどのように営まれ、どのように支援されているかである。鳥取県鳥取市、島根県出雲市、アメリカ合衆国ペンシルバニア州フィラデルフィア市およびメリーランド州エルクリッジ市、台湾、スウェーデン・ストックホルム市の事例を調査し、関連法を挙げて比較している。また、法整備の早・遅に関わらず、そのしくみ、有用性、柔軟性について考察し、さらに地域の特性や文化・慣習の違いが制度設計に影響を及ぼす可能性についても示唆した。

1 本稿は各種思想の是非を問う趣旨でない旨、付記しておく。

国家・自治体の財政難が取りざたされる昨今、上述した財政基盤に最低限必要な予算措置を講ずることすら厳しい状況が続いている。また、個人負担にも限界が生じているのは多くの人々が実感されていることであろう。無償ボランティアや奉仕活動も体系が確立しているとはいえ、ますます増加の一途をたどる利用者への十分な対応は困難である。今後は国においても地域においても、同じコストでいかに合理的な運営を行い、実際の利用者に対して柔軟できめ細かな対応ができる制度を構築していくかが、わたし達の生活に密着した課題の一つとなるだろう。

キーワード：社会保障、ノーマライゼーション、ソーシャルインクルージョン、地域生活、自己決定権

## Summary

When we intend to enrich a health and welfare system in society, it requires us to have a solid foundation to cover it financially. But now the system is unstable. As one reason, the Japanese population is aging faster and the birthrate is also decreasing year by year compare to other countries. The economic prospects are still in the dark after a long, hard time. Still we can't help sitting and waiting but hoping receiving a pension for our work. We believe that we have rights to receive appropriate medical care, rights to live peacefully in our own region.

Japanese government has been amending all laws and systems to finance them as they are urgent problems. One of their directions is 'Social Inclusion', which supports disadvantaged people to be able to live in safely in their communities. This report will study how people are supported by social welfare systems in 4 countries (United States of America, Taiwan, Sweden, and Japan). It will also compare the laws and systems that have been effective as well as the flexibility within their cultures, religions, difference of race, etc., and how it would effect to each of these systems.

The recent financial difficulties of local governments bring us severe difficulties to manage all budgets. People know that the personal expenses have been increasing and both the government and we can't pay these expenses anymore. Voluntary work is not a good option for all. We need to keep thinking a best way to develop a good system that works for all. It's performance must be quite high in both expense and flexibility.

Keywords: social security, normalization, social inclusion, regional living, right of self-determination

## Sammanfattning

När vi avser att berika hälso- och välfärdssystemet i ett samhälle, krävs det att vi har en stabil grund för att täcka kostnaderna. Men nu är systemet instabilt. En orsak är att den japanska befolkningen åldras fortare och födelsetalen sjunker år efter år jämfört med andra länder. Utsikterna för ekonomin är fortfarande mörka efter en lång och svår tid. Trots det kan vi inte hjälpa/gör annat än att sitta och vänta och hoppas på att få pension för vårt arbete. Vi anser att vi har rättigheter som att få tillfredställande vård och ett fridsamt liv i vår egen region.

Japans regering har förändrat alla lagar och sättet att finansiera dem eftersom det är ett akut problem. Ett av besluten är "Social Inclusion" (ung. Social inkludering/tillhörighet) som stöder funktionshindrade människor så att de kan leva säkert i samhället. Den här rapporten visar hur människor får stöd av det sociala välfärdssystemet i fyra länder (USA, Taiwan, Sverige och Japan). Rapporten kommer även att jämföra lagar och system som varit effektiva så väl som flexibla inom deras respektive kultur, religion, olika härkomst etc. och hur det skulle kunna påverka vart och ett av dess system.

De senaste finansiella svårigheterna för lokala styren i landsting, och kommuner bidrar till svåra budgetproblem. Allmänheten vet att personalkostnaderna har ökat och att varken regeringen eller vi själva har råd att betala dessa utgifter längre. Volontärarbete är inte en bra lösning för alla. Vi måste fortsätta att hitta det bästa sättet att utveckla ett bra system som passar för alla. Resultatet måste vara bra när det gäller kostnader och flexibilitet.

## 1.はじめに

医療福祉分野の社会政策について考える上で、少子高齢化や景気の低迷による財源不足の問題は避けて通れない。国が豊かになり、産業が発達し、食生活や生活文化が豊かになる一方で、同じように充実していかなければならないのが医療や福祉といった社会保障<sup>\*2</sup>の分野である。しかし、65歳以上の高齢者が5人に1人となった現在、生産年齢人口で支えてきた各種制度が崩壊を始めている。高齢者の数を例に取れば、昭和35年（1960年）には1人の高齢者を11.2人で支えていたのに対して、平成21年（2009年）には1.3人が1人の高齢者を支える状態となっている（図1）。さらに、少子化により生産年齢人口<sup>\*3</sup>が緩やかに減少を始めており、長引く景気の低迷も失業や就職難などの新たな問題を生み出している。生産力そのものが落ちているのである。

一方、社会保障については、大きく社会保険<sup>\*4</sup>、社会福祉<sup>\*5</sup>、公的扶助<sup>\*6</sup>、保健医療・公衆衛生<sup>\*7</sup>の4つの分野で構成されており（図2）、その費用（給付額）は増大し続けている（図3）。このような状況に対応するため、国はさまざまな制度改革を実施し、財源確保と持続可能な制度設計を模索してきた。しかし、わたしたちの日々の暮らしには費用負担はもちろんのこと、目に見えない日常生活上の様々な負担が要求される。こうした広義の負担が、個人個人で背負うに重すぎると感じられた時、人々の社

会保障施策への不満が飽和し噴出するのである。

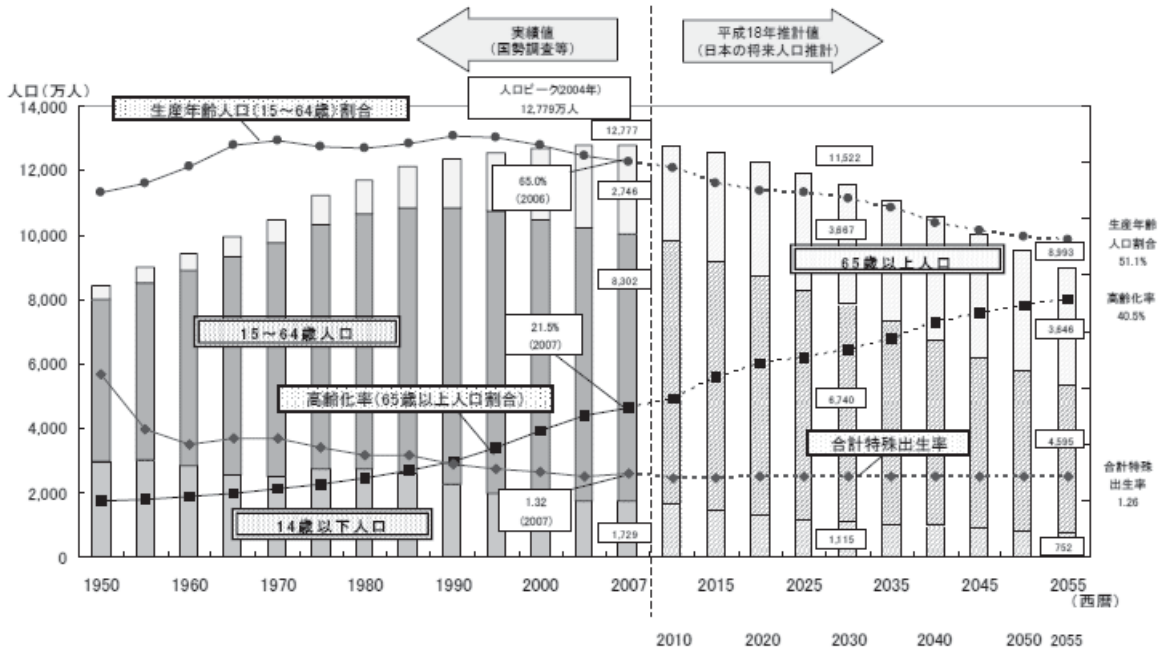
言うまでもなく、福祉事業や医療や介護といったサービス・支援の提供は法に基づいて行われている。そこでまず、本稿では1章で近年の我が国の法体系を俯瞰し、それらと諸外国の制度の変遷とを比較する。さらに2章では、これらの法律の下で実際の地域生活がどのように営まれているのかを調査結果をもとにまとめ、問題点を提起した。そして3章において各地域で実施されている対応策や運用事例を紹介し、なぜ事例のような有効な取り組みが可能なかを地域性や文化などにも触れながら考察した。

社会保障分野は多岐にわたるため、本稿はすべての法を網羅するものではないことをお断りしておく。また、高齢者、障害者の地域生活に直接関連のある諸制度について理解を深めておくことは、わたし達の社会を支える社会福祉分野の施策がどう変えられようとしているのか、改善だと言いつつながらどんなふうに手が加えられようとしているのかについて関心を持って見守るきっかけになるはずである。近い将来、立て続けに改正が行われようとしている高齢者・障害者の地域生活にかかる諸制度を中心に論考している。

なお、本文末に別途注釈（文中右肩に\*付数字のあるもの）を設け、福祉分野でよく用いられる用語や制度、法律等の解説を試み、特別な知識がなくても理解できるよう配慮した。必要に応じて参照していただき、福祉分野の法制度や事業について一人で

図1 我が国の人口の推移

○我が国の人口は2004年にピークを迎え、減少局面に入っている。2055年には9000万人を割り込み、高齢化率は40%を超えると推計されている



資料: 2005年までは総務省統計局「国勢調査」、2007年は総務省統計局「推計人口(年報)」、2010年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成18年12月推計)中位推計」

出所: 厚生労働省HP: 戦後社会保障制度史

図2 社会保障制度とは

社会保障制度は、国民の「安心」や生活の「安定」を支えるセーフティネット。  
社会保険、社会福祉、公的扶助、保健医療・公衆衛生からなり、人々の生活を生涯にわたって支えるものである。

① 社会保険(年金・医療・介護)

国民が病気、けが、出産、死亡、老齢、障害、失業など生活の困難をもたらすいろいろな事故(保険事故)に遭遇した場合に一定の給付を行い、その生活の安定を図ることを目的とした強制加入の保険制度

- 病気やけがをした場合に誰もが安心して医療にかかることのできる医療保険
- 老齢・障害・死亡等に伴う稼働所得の減少を補填し、高齢者、障害者及び遺族の生活を所得面から保障する年金制度
- 加齢に伴い要介護状態となった者を社会全体で支える介護保険 など

② 社会福祉

障害者、母子家庭など社会生活をする上で様々なハンディキャップを負っている国民が、そのハンディキャップを克服して、安心して社会生活を営めるよう、公的な支援を行う制度

- 高齢者、障害者等が円滑に社会生活を営むことができるよう、在宅サービス、施設サービスを提供する社会福祉
- 児童の健全育成や子育てを支援する児童福祉 など

③ 公的扶助

生活に困窮する国民に対して、最低限度の生活を保障し、自立を助けようとする制度

- 健康で文化的な最低限度の生活を保障し、その自立を助長する生活保護制度

④ 保健医療・公衆衛生

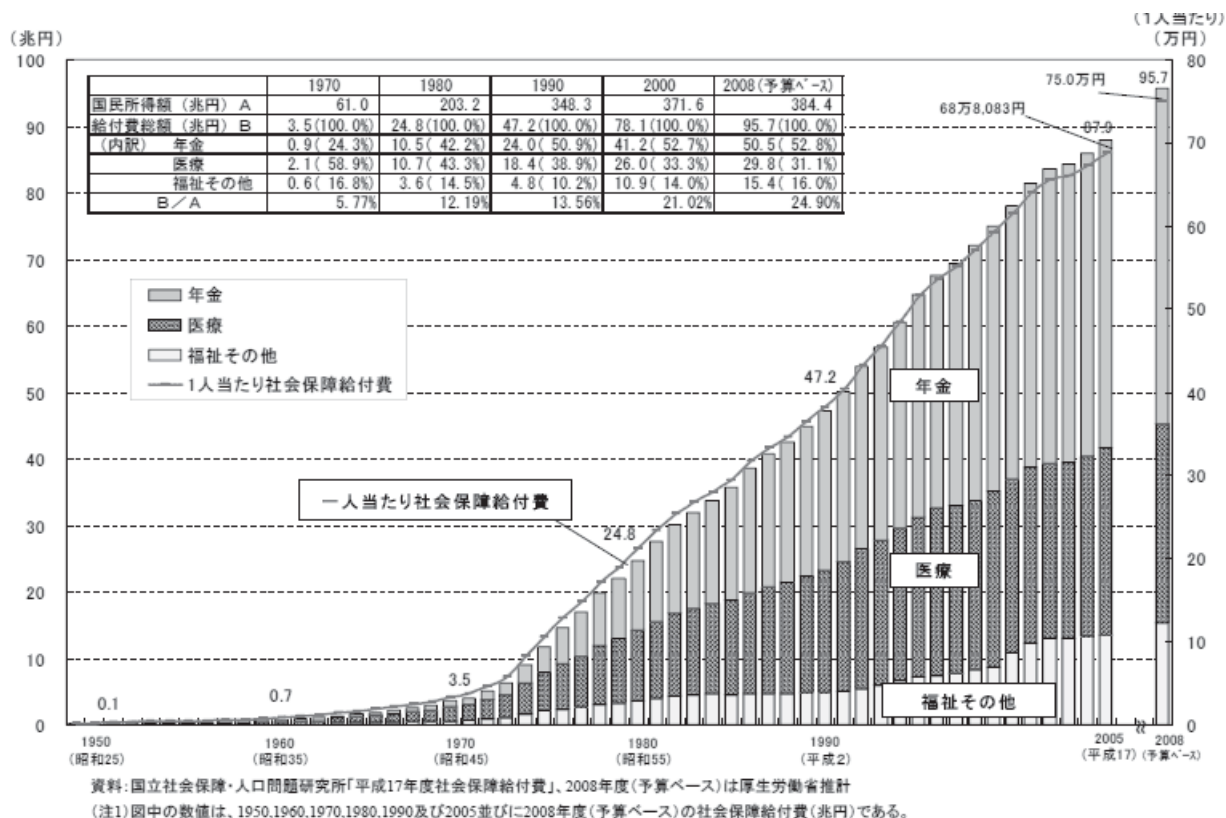
国民が健康に生活できるよう様々な事項についての予防、衛生のための制度

- 医師その他の医療従事者や病院などが提供する医療サービス
- 疾病予防、健康づくりなどの保健事業
- 母性の健康を保持、増進するとともに、心身ともに健全な児童の出生と育成を増進するための母子保健
- 食品や医薬品の安全性を確保する公衆衛生 など

※これらの分類については、昭和25年及び昭和37年の社会保障制度審議会の勧告に沿った分類に基づいている。

出所: 厚生労働省HP: 戦後社会保障制度史

図3 社会保障給付額の推移



出所：厚生労働省HP：戦後社会保障制度史

も多くの方に関心を持っていただければ幸いです。

## 1. 近年の我が国の法体系と諸外国の制度

### 1.1 日本

我が国の社会福祉の法体系については明治時代の恤救(ジュッキウ)規則<sup>\*8</sup>(以下、各法施行年度等については表1を参照されたい)を近代国家としての福祉施策のスタートとすれば、戦前、戦後、そして現在まで経済成長とともに拡充され財源や利用者負担の問題による見直し、よりきめ細かで実態にあった制度設計のための改正等を幾度となく経ている。特に近年は長引く経済不調や少子高齢社会の到来に影響を受け、持続可能な制度や個人負担、財源の確保が課題となっているところである。本稿で取り上げる障害者と高齢者については、1949年(昭和24年)に戦傷者対策として身体障害者福祉法<sup>\*9</sup>が、1963年(昭和38年)に老人福祉法<sup>\*10</sup>が制定されたのがはじめてであり、以後、障害者福祉施策について

は精神衛生法<sup>\*11</sup>(1987年～精神保健法<sup>\*12</sup>)、精神薄弱者福祉法<sup>\*13</sup>(現・知的障害者福祉法<sup>\*14</sup>)、心身障害者対策基本法<sup>\*15</sup>、障害者基本法<sup>\*16</sup>、精神保健福祉法<sup>\*17</sup>などが制定や改定を繰り返され、戦傷者のみならずあらゆる障害に対応した基本的制度の確立と、生活に密着した福祉支援を保障するための福祉法が整備されてきた。そうして、2005年には障害の別にかかわらずサービスを提供する仕組みを盛り込んだ障害者自立支援法<sup>\*18</sup>が制定された。また高齢者については老人保健法<sup>\*19</sup>(現、高齢者の医療の確保に関する法律<sup>\*20</sup>)が1982年(昭和57年)に制定され、財政圧迫の主因であるとされる高齢者の医療費について一部自己負担を求め、予防医療を推進するなどしたが、財政的な課題が改善されないため、最終的に2008年(平成20年4月)から後期高齢者医療制度<sup>\*21</sup>が施行された。さらにこの間、2000年に主に高齢者福祉を扱う介護保険法<sup>\*22</sup>が施行されている。

次に、最近制定された社会保障関連分野の法制度

表 1. 社会保障関連法・制度の流れ（厚生労働省HPを参考に筆者作成（ ）は特に記載のない限り公布年）

	日 本	ア メ リ カ	スウェーデン
第 2 次世界大戦以前			救貧対策 (1853)
	恤救規則 (1874)		
	健康保険制度 (1927年施行)	職業リハビリテーション法 (1920)	
昭和20年代 (1945-1954) (戦後の緊急援護と基盤整備 (救貧))	身体障害者福祉法 (1949)		
	精神衛生法 (1950)		
	生活保護法 (1950)		
戦後の混乱・栄養改善 伝染病予防と生活援護			
昭和30・40年代 (1955-1974)  (国民皆保険・皆年金と社会 保障制度の発展 (防貧))	国民年金法 (1959)		
	身体障害者雇用促進法 (1960)	ベトナム戦争 (1960-1995)	
	精神薄弱者福祉法 (1960)		
	国民皆保険達成 (1961)		
	国民年金法 (1961年徴収開始)		
	老人福祉法 (1963)	精神遅滞者発達福祉法 (1963)	
	高度経済成長、生活水準の向 上	公民権法 (1964)	
	心身障害者対策基本法 (1970)		援護法 (1967)
昭和50・60年代 (1975-1988) (安定経済成長への移行と社 会保障制度の見直し) 高度経済成長の終焉・行財政 改革		リハビリテーション法 (1973)	
		全障害児教育法 (1975)	
	高齢者の医療の確保 に関する法 (1982)		
	老人保健法 (1982)		
	精神保健法 (1987)		新援護法 (1985)
平成以降 (1989-)  (少子高齢化社会に対応した 社会保障制度の構造改革)  少子化問題 バブル経済崩壊と長期低迷		ADA法 (1990)	
		障害児教育法 (1990)	
	介護労働者の雇用管理の改善等 に関する法律 (1992)		エーデル改革 (1992)
	障害者基本法 (1993)		
			L S S 法 (1994)
	精神保健福祉法 (1995)		
			サラ法 (1997)
	介護保険制度 (2000年施行)		
	交通バリアフリー法 (2000)		
障害者自立支援法 (2006年施行)			
後期高齢者医療制度 (2008年施行)			

のうち、高齢者や障害者が地域生活を営む上で直接かかわりが大きいと思われる3つの法：介護保険法・障害者自立支援法・後期高齢者医療制度を取り上げ施行年代順に俯瞰する。

### 1. 1. 1 介護保険制度の導入

高齢者の生活援助については、家長制度やムラ社会などの歴史的背景があったこともあり主に家族や親族により行われてきた。しかし明治7年に制定された恤救規則では、血縁的、地縁的な助け合いの精神を基本としながらも、それに頼ることができず身寄りがない「無告ノ窮民」で、70歳以上の重病ま

たは老衰で生産活動に従事できない極貧のものを対象に一定の米代を支給することを保障した。昭和38年の老人福祉法では、「老人の福祉に関する原理を明らかにするとともに、老人に対し、その心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な措置を講じ、もって老人の福祉を図ることを目的とする」と掲げ、医療費の給付や施設、ホームヘルプなど幅広く補償を行ってきたが、高齢者数の増加や財政への圧迫が著しいという点から医療部分を切り離し、老人保健法を制定 (1982年) した。しかし世界的に類を見ない高齢化とライフスタイルの変化、核家族の増加による家族介護の限界など様々な問題から老

人福祉を取り巻く状況は改善せず、健康づくりや社会的入院による医療費の増加を防ぐことなど総合的な老人保健対策が求められるようになったのである。こうした中、政府は加入者すべてが介護を必要とする状態となっても自立した生活を続けられるよう、それまで「措置」として老人ホームなどへの入所を決定してきた方法を改め、新たな社会保険システムとして介護保険制度を導入するに至った。

(制度の概要)

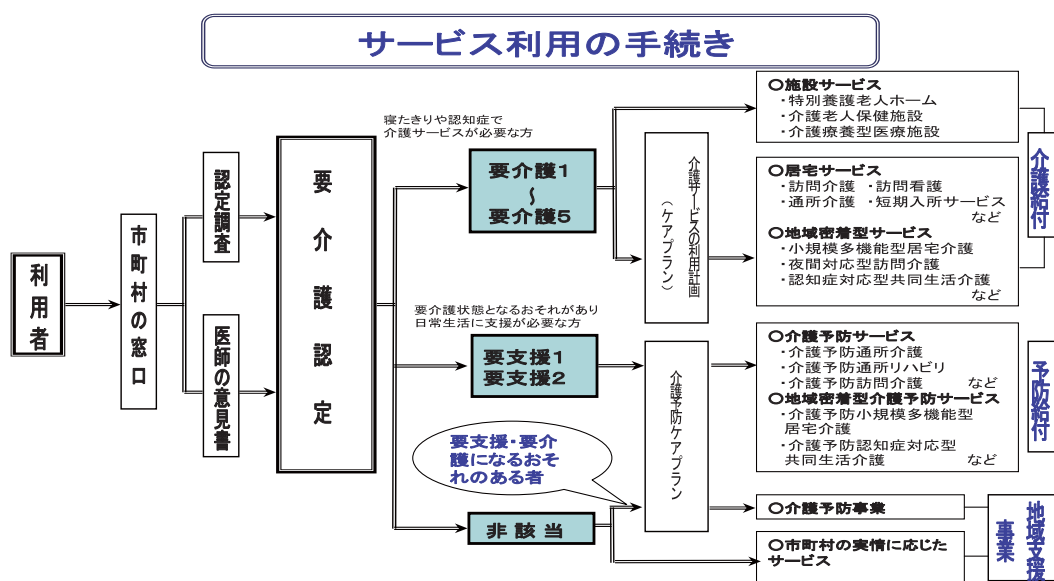
介護保険制度は強制加入の保険制度であり、40歳以上の者が保険料を負担する。65歳以上になれば原因を問わずサービスを利用できるが、40歳から65歳未満の間は加齢による病気（特定疾病<sup>\*23</sup>）が原因で介護や支援が必要と判定されたときのみ、サービスを利用することができる。しかし介護保険制度は、サービスの提供だけではなく介護予防事業も担うため、判定により、要支援・要介護など区分が細かく設定され、状態に応じて3か月から24か月ごとに再判定を行う。これにより要支援と判定された場合には、市町村が設置する地域包括センターのマネジメントにより、通所によるリハビリなど適切な予防事業を受けることができ、要介護の場合に

は介護サービス事業所等の提供するサービスを受給することが可能である。またどちらの場合でも必要に応じて住宅改修等の給付<sup>\*24</sup>を受けることが可能となる<sup>2</sup>。

(課題)

しかし、導入から10年が経過した現在もお、保険料の負担や支払方法をはじめ、実際にサービスを利用する際の手続きや、支援・サービスの内容についての理解が浸透しているとはいえない。長所短所が表裏一体であるともいえるが、サービスの種類や事業所数が増えるとともに、認定区分が細かく設定され選択肢も増えた分、仕組みや手続きは煩雑なものとなった。単身で暮らす人々や老老介護などのケースにおいては相談窓口や権利擁護は必須であるが、必ずしも充実されているとはいえず、窓口担当者の説明が不十分なため、利用者が右往左往するなどの苦情も寄せられている。介護が必要となっても住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるとの制度の趣旨ではあるが、介護保険の認定を受けてから自らのサービスを選択するまでのキーパーソンとなるケアマネジャー<sup>\*25</sup>を使いこなせている高齢者がどれだけいるかについても疑問が残る。

図4 介護保険制度とは



出所：厚生労働省HP：介護保険制度の概要

2 本文未注<sup>\*24</sup> および図4. 厚生労働省の資料を参照いただきたい。

さらに、財政面でも超高齢化社会をにらんで給付の増大は免れない事態となっており、財源確保と負担の増大、サービス提供にかかる人材確保なども喫緊の課題である。(平成4年には介護労働者の雇用管理の改善等に関する法律が施行されている<sup>\*26)</sup>)

### 1. 1. 2 障害者自立支援法の施行

2006年、日本政府は障害者自立支援法を施行した。

この法律は障害を有する人々が地域で自立した生活を営むことができるよう支援することを謳ったものである。施行についてはさまざまな議論があったのであるが、表向きには従来の3障害(身体、知的、精神)別々だった支援法を統一することでサービス利用体系を分かりやすくし、個人から一定の料金を徴収してサービスを提供することで安定した支援を確保することができるとした。また、利用者と自治体、国の負担区分を明確にし、持続可能な制度の構築を目指すとしていた。施行までにはそれまでサービスの利用について行政による措置が主流であったことに対する改正が試みられてきたが、具体的な内容の統一には至らないまま、政府はこの制度を半ば強行に制定した。医療から介護、地域生活へと対象者を移行させることで同時期に世論の動きもあった医療費の増加問題につき、社会的入院の削減や診療報酬の改定による病床数、施設数の調整を図るとともに、地域における介護・福祉系サービスの充実を自治体単位の運営も含め、促進しようとした。

(法の目指したものと地域)

障害者自立支援法はそのサービス受給にかかる障害程度区分の判定をはじめ、利用料金の負担や自らの地域生活に必要なサービスの選定と組み合わせ、事業者との契約・交渉などの一部分を介護保険法に倣っているとされている。しかし、それまで自己管理に慣れていなかった障害者にとって、自らのサービスを自らコーディネートすることや支払い能力の適切な判定がなされるかどうか、料金体系等には大きな不安や抵抗があった。

また、障害者の地域生活については少子高齢化が進む中、増加してきた高齢者層への福祉施策の一部

としてもハード・ソフト両面での整備が政府主導で取り組まれてきており、バリアフリー<sup>\*27)</sup>やユニバーサルデザイン<sup>\*28)</sup>、ノーマライゼーション<sup>\*29)</sup>、アクセシビリティ<sup>\*30)</sup>、ソーシャルインクルージョンなどの言葉が一般には整理されないまま次々と具体化されてきた経過がある。

(進む地域生活支援)

こうした施策の進む中、かつて措置により施設等で暮らすことを余儀なくされていた人々も、地域での生活を選択し、またそうすることを勧められるようになった。特にこれまで措置という形で施設内で生涯を終えることの多かった精神疾患や知的障害者においては、生活のあり方について大きく転換が図られた。これにはもちろん、障害者の権利の擁護と自己決定権<sup>\*31)</sup>についての運動の高まりも背景にあるが、同時に高齢者の社会的入院<sup>\*32)</sup>が医療費高騰の原因のひとつとして取り上げられたことも関連がないとはいえず、高齢者である、障害者であるにかかわらず、地域で生活が可能な限り必要な支援を受けながら地域生活を継続すること、医療ではなく、予防や進行を遅らせるためのリハビリテーション、機能訓練や日中一時支援等が重視され、推し進められることとなった。

(課題)

健常な高齢者と違い、障害者は地域生活において必ず何かしらの支援を必要とするが、この場合、障害の種類や程度により自己決定に支障がある場合がある。また現在の制度では、障害者が完全に独立して地域生活を継続するにはまだまだ支援体制が不十分であり、家族や血縁・地縁関係者によるきめ細かな支援のもとにその生活が成り立っているといえる。ただし、こうして障害者の地域生活を支えてきた家族も高齢化しているという現実がある。身体的にも精神的にも重度の障害を有する重症心身障害者<sup>\*33)</sup>を例に挙げてみると、医学や医療技術の進歩により障害のある人々の数は減少するよりもむしろ増加しているのではないかとされ、また寿命も延びたため、生活介助を行ってきた両親や家族が高齢化し、70



代、80代となってきた（草刈：2009）のである。このようなことから、成年後見人制度の拡充が図られたり、グループホームや通所作業所が普及しているが、そのほとんどがNPO法人等による運営でありボランティア的な要素が強く、地域特性や内容、運営、費用面等で不十分と言わざるを得ない。

### 1. 1. 3 後期高齢者医療制度

高齢者の医療の確保については、昭和38年に老人福祉法が施行されて以来、紆余曲折を経てきた。しかし医療部分を切り離して施行された老人保健法においても、財政面での改善が見られず、とうとう2008年に75歳以上の後期高齢者の医療のみを切り離して運営する後期高齢者医療制度が発足した。これは都道府県単位で運営する医療保険制度であり、医療費の多い後期高齢者を健康保険から切り離して運営させることで若年世代の保険料の高齢者医療費への拠出を抑制し、高齢者にも負担を求め、財政運営の責任の明確化・安定化を図ることとされていた。しかし、若年世代の負担は高齢者医療への支援金という形で継続され、経営が破たんする健保組合が続出した。また激変緩和のため、保険料については導入後2年間、最高9割の軽減が設定されており必要な財源が確保できていたかどうかについては不明である。徴収方法についても混乱が多く、基本的に介護保険同様、年金からの引き取り方を指定しているが、前年度課税所得が確定するまでは前年度に賦課された保険料のまま引き取りが行われてしまう。このため、過不足が納付書での調整になったり、その都度明細が送られてくる上、介護保険料との混同など、高齢者には理解しづらい点も問題となっている。

さらに、2年ごとの保険料の見直しを都道府県の運営主体単位で行うため、高齢者が医療を受給すればするほど居住地域の保険料が上昇するシステムとなっているのである。

（制度改正と現場での混乱）

当初の目的のひとつであったはずの、高齢者の医療の確保が可能となったかどうかは別として、制度

導入後には様々な問題が生じた。なぜ75歳以上という年齢で切り分けるのか。現役で働き、社会保険に加入していた人とその扶養者は、今まで勤務先と折半して負担していた保険料が2倍になり、個人個人に賦課されることとなった。また国民健康保険に加入していた人も、それまで世帯主に対して課税されていたものが個人ごとの算定により個別に納付することとなり、徴収方法も年金からの引き取り（特別徴収）と納付書による納付（普通徴収）、口座振替などの支払い方法が混同、さらに75歳以上で世帯主であり、同一世帯内に若年世代の加入者がいる場合には、自ら後期高齢者として保険料を納付しつつ、75歳未満の加入者の保険料についても賦課されるといったことが生じた。このような支払い方法や保険料については、制度導入時の特例措置として一定期間一定額を免除・減免するなどの激変緩和措置が取られているが、2年経過した時点ですでに制度そのものの見直しや改正、廃止への動きが出、現在は平成25年4月をめどに新たな制度へ移行することが予定されている。

しかし、広域連合として都道府県単位で整備したシステムや、国民健康保険の運営についての改正などの負担、他の制度との関連や体制の立て直しについては決して無視できるものではない。財源の問題も含め今まで以上に慎重に議論を重ねなければ短期間での制度移行は単にわたしたち加入者や利用者の負担や不安を増すだけであろう。

## 1. 2 アメリカ合衆国

アメリカ合衆国には、ADA法<sup>\*34</sup>（障害を持つアメリカ人法 1990年施行）という大きな法律が存在する。影響力という点でも、その力の及ぶ範囲においても非常に広範であり、ノーマライゼーションの思想を具体化しているもっとも進んだ法律とされているため、これを取り上げる。

また、以降アメリカ合衆国をはじめとする海外の社会保障体系について紹介していくが、その充実には、権利獲得のための様々な思想の発達が民衆レベルにとどまらず国家・行政において充実されている点が日本と異なることに注目して欲しい。

筆者が訪問したフィラデルフィア市役所では、アメリカにおいても障害者への支援については戦傷病者対策がはじまりだという話を聞いた。またそれゆえに身体障害者への対策が主流であったとも伺った。これは1920年の職業リハビリテーション法<sup>\*35</sup>など傷痍軍人を対象とした法・制度整備について言及したものである。

渡米前に調査に協力をいただいた鳥取県鳥取市においては、重症心身障害児・者の育成会活動を行う上で会員の高齢化に悩み、会の存続、活動の意義についても大きな課題を抱えていたのであるが、ほかの障害と連携して権利を勝ち取り、制度改正へ提言を行うなどについても最近はその力が弱まっているとのことであった。また新規会員の勧誘の際にも、若い世代では重症心身障害であるという受け入れ方よりも、身体の障害が重いだけ、と捉えている保護者も多く（その結果、重症心身関連の集まりに参加しない）、認識の隔たりを感じるといった意見、3障害（身体・精神・知的障害）間の当事者同士による差別的な概念等についても言及されるに至り、同様の課題があるかどうかについてフィラデルフィア市役所にて担当者に問うたところ、確かに同様の課題があるとの回答を得た。

アメリカでは1920年に遡り、職業リハビリテーション法制定の後、肢体不自由児や視覚障害者への法整備が行われると、1963年には精神遅滞者福祉法<sup>\*36</sup>、1975年に全障害児教育法<sup>\*37</sup>が施行されて教育や福祉施策の充実も進められてきた。

アメリカでのひとつの運動の契機はベトナム戦争である。現在でこそPTSD<sup>\*38</sup>などの言葉も広く理解されはじめているが戦争で米国でもベトナムでも多くの被害者、負傷者を出し泥沼化していく中、反戦運動が高まり、すでに始まっていた公民権運動の流れも受け、様々なエンパワーメント運動<sup>\*39</sup>がより活発になっていった。障害を有する人々もこうした市民活動の影響を受け、自己決定や個人主義、独立といった思想を発達させていくこととなる。また、ノーマライゼーションの思想や自立生活運動が脱施設化の動きを促し、1973年のリハビリテーション法<sup>\*40</sup>で市民生活を営む権利が定められると、そ

の後の自助・自立運動やリハビリテーションの重要性、雇用や差別の撤廃を求める運動がさらなる高まりを見せ、各州ごとに自立生活支援サービスや在宅支援サービスなどが普及していき、ついにADA法が1990年に制定された。

アメリカ合衆国はご承知の通り、多民族・複数人種から構成されており、その文化、宗教、生活習慣から価値観にいたるまでバラエティに富んでいる。同一民族・人種により構成されており、ほぼ日本全国どこでもたいてい似たような文化と習慣による生活に慣れている私たちには到理解しがたい観念のようなものが存在しても不思議はなかろう。しかしだからこそ、社会的少数であるマイノリティの人々の公民権獲得運動やエンパワーメントへの活動が、こうした権利獲得のための結束や誰もが何かしらのマイノリティであるというような共通理解を生む潜在的基盤となっているのかもしれない。

ADA法では2008年の改正<sup>\*41</sup>を受け、これまで以上に広い枠で障害が認定されることとなった。後述するが、障害があるということが認定されれば、この法の下に保護されることとなる。つまり、この法律で謳う大きな4つの柱、「雇用」、「公共サービス」、「公共施設での取扱い」、「電話通信」において障害があることを理由に差別されないことが保障されるのである。

### 1.2.1 ADA法

1990年に制定されたこの法律は、「Americans with Disabilities Act of 1990」、「障害を持つアメリカ人法」と言われ、障害による差別を禁止する公民権法の一つである。この法律は障害者が、「雇用」、「公共サービス」、「公共施設での取扱い」、「電話通信」の4つの分野で差別的扱いを受けることのないよう規定されたものである。

障害者の雇用については、働く権利と共に、就労が自立した生活への基盤となること、また就労の機会を得られないことが福祉の費用の増大につながり、働いていないことによる生活コストの増大を伴うとの考えから重要視されている。また公共サービス、公共施設での取扱いについては不特定多数が利用

する可能性がある限り、すべての人々が利用できるよう整備することが義務付けられている。電話通信の分野においても障害の程度や種類に関わらずアクセスできることが求められるのである。

さらに2008年には改正が行われ、「日常的な活動」の定義<sup>\*42</sup>がより具体的に示されることとなった。例を挙げてみると、各種身体機能、つまり免疫システムや内臓機能、呼吸・循環器系統、生殖機能などの不全も障害と認定されるに至った。また、薬物や補助的装具等により仮にこうした障害が日常生活上支障のない範囲まで回復もしくは取り除かれる場合においても障害者と認められることになり変わりが無いうえ、回復期や安定期にあっても可能性がある限りは障害者と認定されることとなった。

このような法の下、アメリカ合衆国における公共施策や設備、事業者の負うべき義務は大きいと考えられる。ノーマライゼーションや4つの柱の達成のため、どれだけ努力を行っているかが常に監視される。また、訴訟社会でもあるアメリカ合衆国では、障害を有する人々がより権利を主張しやすく、認められやすい環境を提供する意味合いも大きいと考えられる。

### 1.3 スウェーデン王国

スウェーデンで取り上げたいのは、知的障害者を中心とした法整備とその発展である。1967年に知的障害者を保護から援護へという思想の下に制定された援護法<sup>\*43</sup>の定着を待って1985年に新援護法<sup>\*44</sup>を制定している。新援護法では対象障害を知的障害者から広げ、小児精神や中途罹患者もその対象とした。さらに自己決定権や地域生活・自立の促進を目指し、1994年のL S S法<sup>\*45</sup>でその達成を掲げている。

スウェーデンでは早くから福祉国家政策が主要な政策として捉えられており、1900年代にはすでに救貧対策が公的に行われていた。ここでもノーマライゼーションの思想と脱施設、脱病院化への動きが原動力となり施設の撤廃や地域生活の重要性が認識され、サービス受給者の自己決定権に関する取組みが精力的に行われるようになったのである。ただし、

ストックホルム市を訪問した際の調査結果から考えると、必ずしも法整備どおり徹底しているとはいえない側面もある。財政難や財源不足のもたらす影響は、高度経済成長期に策定されたり設定されたシステムや負担を維持するには大きすぎ、社会的にも移民の受け入れ、事業の民営化、就労の問題や高齢化社会の到来などで社会環境が大きく変わり新たな課題が発生している。またスウェーデンにおいて障害者の就労や作業所への通所という場合には、かなり本格的で安定した労働力の提供を求められる。わが国のリハビリや日中一時支援を兼ねた作業所への通所とは全く意味合いが違うことに注意したい。確かに高福祉ではあるがそれに見合う高負担をいつまで担い続けられるかは今後の制度の運用や改革に委ねられており、我が国同様高齢化が進む中でのさらなる合理化が進む可能性がある。

#### 1.3.1 援護法

ノーマライゼーションの動きはデンマークでの施設入所者の親の会がもとになっている。活動を通じてデンマークのバンク＝ミケルセンにより生み出され、国際会議等を通じてスウェーデンへ伝わることとなった。スウェーデン知的障害者育成会のベングト・ニリエはこれを成文化し、社会的な変革をもたらす基礎を作り上げた。こうした活動を背景に、1967年に制定された援護法では、それまで施設が隔離や保護といった色合いが濃かったことに対しノーマライゼーションの思想を取り入れ、保護から援護へ生活環境の質の改善を目指した。しかし施設から地域への生活拠点の移動や、学習の場の確保などの取組が行われる中、より具体的な援護のあり方が求められるようになり、新援護法の制定へとつながるのである。

#### 1.3.2 新援護法

新援護法は援護法制定後18年経過した1985年に制定された。この法では、今まで知的障害者を対象に取り組みされてきた改善に、中途知的障害者や小児精神障害者も組み入れるなど対象枠を広げたことや、障害のある人が地域で可能な限り健常者と同じ生活

を営めるような具体的方策を示したこと、入所施設解体の方針を定めたこと、自己決定権について言及したことなどが特徴的である。援護法の制定後、実に18年かけて浸透させてきたノーマライゼーションの思想をベースに、広く社会での共通理解と受け入れ、そして施設解体まで言及されたことは、まさにソーシャルインクルージョンの考え方につながる大きな転換であると考えられる。

### 1.3.3 LSS法

それからさらに8年経過した1993年、スウェーデン政府は新援護法に変わり新たにLSS法を制定した。特筆すべきは援護法の保護から援護への転換、そして新援護法で援護から権利の具体化と保障への取組みがLSS法においては権利の達成へ結実した点であろう。さらに対象範囲を機能的障害を持つ人とし実質にはすべての障害者を対象としたこと、驚くべきことに実際に施設解体に着手した点である。

(課題)

しかし、前述したように、国やコミュニン<sup>\*46</sup>の財政危機はこうした取り組みを支え切れなくなってきた。かつてゆりかごから墓場までと言われた高福祉の国にあっても経済不況の影響は免れず、地方分権の促進や民間委託などにより合理化が図られた。こうした対策は人材や財源の節約を促し、福祉分野の水準の低下を量らずとも招く結果となったのである。

### 1.4 各国制度の発達と展開

わが国とアメリカ合衆国、スウェーデンの法体系と段階的な制度制定の流れや権利獲得への運動等がかいつまんで見ただけでも、いわゆる救貧対策や戦傷患者への支援、救済制度が同時期に高まりのあった公民権運動やノーマライゼーションの思想の普及などの影響を大きく受けながら発展してきたことがうかがえる。また時期の相違はあれ、それまで施設に隔離・保護され、教育の機会を保障されないなど

の待遇に対する不満が活動の原動力ともなり、地域における生活や自立への願い、自己決定や選択肢の増強、グループホーム<sup>\*47</sup>や居宅支援、さらに進んで施設解体にまで発展したと考えられる。

また障害者と同じく、医療機関に頼りきりになるのではなく個々のQOL<sup>3</sup>をより高めるためにも地域での生活を継続し寿命をまっとうすることが幸福であると唱え始められた高齢者の生活と必要な医療の確保についても、財政的にどのように負担していくのか、医療保障の範囲や生活の質<sup>\*48</sup>についてはどうかなど、近い将来多くの国々が直面する課題が生じてきており、高齢化の先進国であるわが国の対策や動向については、単純な経費節減やそのための予防事業・健康づくりに終始するのではなく、ここまで見てきたように広く社会福祉施策の発展と思想の動きに適ったものであることが求められるだろう。

## 2. 法の下地域生活

(地域生活とそれぞれの課題点の提起)

1章では、必ずしもすべてではないが近年の法体系とその発展の経緯について3つの国を例に挙げて見てきた。では実際の地域生活はどのように営まれ、どのような課題があるのだろうか。法律や制度は私たちの暮らしを支える様々な行為の元となるものにはあるが、日常生活上、必ずしも熟知されなければならないものではない。しかし、それゆえに理不尽な扱いを受けたり、受けられるべきものを受けられないといったケースは多々、生じる。

また法や制度にはどうしても隙間が生じ、法ではカバーできない、制度から漏れてしまうケースもある。それでは、そのような部分に自治体や民間事業、NPOなどはどんな取り組みが可能なのだろうか。

本章では、実際の地域生活の様子についていくつかの支援団体等への聞き取り調査の結果を示しながら、課題を提起してみたい(調査先については表2を参照のこと)。

3 Quality Of Life の頭文字をとったもの。生活の質。

表 2. 聞き取り・アンケート調査実施機関及び被聴取者氏名

国名	機関または組織名	所在地	被聴取者	聴取者	年月
日本	国府町心身障害児・者育成会	鳥取市国府町稲葉丘2-206	会長 疋田邦夫 事務局 疋田信子	草刈	2009.1
	障害者通所小規模作業所ワークセンターひまわり	鳥取市国府町糸谷16-26	所長 山崎都		
	島根県重症心身障害児・者を守る会	島根県出雲市小山町307-11003	事務局長 芦矢京子		
アメリカ合衆国	City of Philadelphia Office of the Mayor Mayor's commission on people with disabilities	1401 J.F.K. BLVD. Room 900 MSB Philadelphia, PA 19102	Assistant Deputy Mayor Roger A. Margulies Accessibility compliance specialist Charles W. Horton, Jr.	草刈	2008.11
	United Cerebral Palsy of Philadelphia and Vicinity	102 East Mermaid Lane Philadelphia, PA 19118-9931	Director, MSW J. Joseph Scullin		
	Deep run Elementary School	6925 Old Waterloo Road Elkridge, MD 21075	Student Assistant, Special Education Team Kimberly Tsao		
台湾	Eden Social Welfare Foundation 伊甸社會福利基金會	166臺北市文山區萬美街一段55號3樓	Occupational Therapist 卓政翰		2009.1
スウェーデン	Lijeholms Gården Dagcenter	Fågelsångsvägen 11-15 117 68 Stockholm	Anna-Lena Wallbom	見学のみのみ	2009.11
	Ekenbergs dagliga verksamhet	Gröndalsvägen 204 117 69 Stockholm	Anita Iggendal		
	Glasade Gången	Tellusborgsvägen 71 126 37 Hägersten	Eva Hjalmarsson		
	Hallen Dagcenter	Lövgatan 43-45 169 32 Solna			

## 2.1 日本

(国府町心身障害児・者育成会：鳥取県鳥取市国府町)

鳥取県鳥取市国府町は鳥取県の東部、鳥取市の東に位置する人口8,722人（平成22年9月30日現在：鳥取市HPより）の町である。（2004年11月1日に鳥取市に合併されている。）この地域で活動を行っている国府町重症心身障害児・者育成会がある。平成21年度時点で会員は25名でありそのほとんどが障害を有する子どもの保護者である。しかしその保護者の多くは高齢者であり活動の継続や意義について再考を迫られている状態である。平成22年度で36回の総会を迎えたこの会は、会則が施行されてからでも29年にわたり活動を続けていることとなる。会の活動テーマの中心は、自分たちが高齢化し、障害を有する子どもたちも中年期（30-50代）に差し掛かる現在、保護者や家族、親族が亡き後どのようにして子どもたちの生活を保持していくかというものであり、わが国の社会福祉各施策が施設から地域へ、保護から自立へと進む中でのジレンマを

抱えている。確かに、地域で自立した生活を営むとは聞こえが良い。しかし重症心身障害児・者においては、その日常生活に医療・福祉両面からの手厚い支援を必要とする（三浦：2008）。

2008年に施行された障害者自立支援法では、サービスを自ら選択し、事業者を選定して契約するなど障害の重い重症者にとっては、到底自分自身でマネジメントや管理ができるものではなかった（草刈：2009）。さらに、障害を持つわが子が高齢化してくると、介護保険制度との兼ね合いや、老人施設で果たしてこれまで同様のケアが受けられるのか費用負担はどうなるのかといった課題が、自らも高齢者である保護者自身の眼前にぶら下がっているのである。こうした中、保護者の立場も在宅で介護を続けているものと施設に入所させているもの、障害を有する子どもの年齢層や心身の状態により意見や考え方が大きく乖離してきた（草刈：2009）。各種障害者の団体や組織において連帯感が希薄になり、もしくは会員数が減少し、かつて団体交渉や提言等により権利を勝ち取ってきた時代を経験した世代にとっては

心細く感じられている。

では最近の活動方法はどのようなものなのであろうか。もちろん、若い世代であっても団結や団体行動の重要性を感じ積極的に活動に参加している者もある。しかし情報化社会の中で、多くはインターネットや各種メディアを通じて必要な情報が日本全国だけでなく世界中から取り寄せられる。ボランティア活動やNPOなどの活動のあり方も、目的や志をひとした仲間が集まりグループを形成する手法が主流である。確かにそうした活動のほうが、障害の種別により強制的に枠決めされてしまう団体よりも自発的な参加を伴いやすく、自ら選んで参加することで活動への意欲も湧くであろう。もう一方で施設や学校などに属する保護者によるグループの形成が挙げられる。これらは組織運営上必要な団体であるが、同じ機関を利用する者同士、より施設運営を向上させ、機能を監督する意味においても重要な役割を担う。ただし、これについても負担に感じている保護者は多く、在宅で支援を続けながら生活している保護者にとっては体力的にも時間的にも余分な負担以外の何物でもないかもしれない。

ではいったい、このような状況への効果的な支援法とは何であろうか。筆者は2009年の調査で、重症心身障害児・者を抱える保護者や家族への支援こそ充実されるべきではないかとの視点に立ち、様々な考察を試みた。結果、地域での生活を促進していく以上、これまで以上にきめ細かでバラエティ豊かな在宅支援が必要であるとともに、障害を有する人自身や保護者、家族介護者、支援者などが垣根なく意見を出し合い、取り組みを続けていくことが必要であると報告した。ともすれば、権利の主張に消極的であったり、意見を出すことをためらうことが美德とされる風潮もあるわが国であるが、障害を有しながらの生活状況について最も良く理解しているのは障害者自身、また、常時介護したり、施設に通うなどしてケアを続けている保護者や家族たちなのである。

課題点：高齢化する家族や保護者の不安にどう対応するのか

地域生活を継続するに際し、足りていない

サービスとは一体何か

団体活動の維持は必要なのだろうか

(障害者通所小規模作業所・ワークセンターひまわり)

地域での自立した生活が施策として推進されている以上、育成会での保護者のおかれている状況からも推察されるように、仮に保護者や家族が亡くなった後でも障害者が地域生活を継続すること、地域生活が選択できることの重要性が導かれた。そのためには保護者が安心して障害者や高齢者を託せる場所、親族や家族以外で親身になってくれる場所、そして社会とのつながりを構築していかなければならない。最終的には、つまりソーシャルインクルージョンの理念の達成のためには社会的弱者とされる人々（本稿では高齢者や障害者）が保護者や親族を頼らなくても地域で支えられるシステムが完成しなければならないのだけれど、いったいどのような取組みがなされているのだろうか。この地域で障害者の通所小規模作業所の運営を行っているワークセンターひまわりにおいて、日中支援を担っている支援員を中心に調査を行った。

1章で述べたとおり、わが国の障害者小規模作業所のあり方は、すべてではないが障害を有する子どもの保護者が中心となり、日中を安心して過ごせる場所の提供をとの思いから自助活動の一環として取り組みを始めた経過がある。体制整備が整っておらず、資金面でも人的資源も充足していないため日中一時支援的な色合いが濃く、ともすれば日中を預かって過ごさせることだけに終始しがちな中であって、当該センターでは障害者の機能訓練をうまく組み入れた軽作業を行い、挨拶、食事、排泄などの基本的な生活習慣の習得についても積極的に取組みながら支援を継続していた。さらに、軽度の障害者だけではなく精神・知的の障害が比較的重い障害者も可能な限り受け入れ、必要に応じてマンツーマン体制を取るなどしてその日常生活を支えている。当然、賃金も支払われ、一日の様子は細かく連絡ノートに記載される。こうした支援体制を通じて保護者との信頼関係を築き、保護者自身も安心して日中を過ごせる

ような配慮が行われているのである。

また、指導員自身の研修はもちろん、平日の昼間に役所へ出向きにくい保護者や、制度やサービスなどの知識に通じない保護者などのため、各種制度や法について学び、適切な助言を行うなど、少しでも家族や保護者を含めた利用者の地域生活が円滑で、負担の軽いものとなるような努力を重ねている。

2008年の障害者自立支援法以後は、小規模作業所のあり方や補助金の交付基準などにも変化が生じた。これは、自立支援の名のもとにそれまでの小規模作業所を地域生活支援センターや障害福祉サービス事業所とし、在宅や入所の障害者の地域生活への移行を支援する機能を充実させようとしたものである。自立支援法に基づく新たなサービス体系に移行するには法人格の取得が必要であり、当該作業所が存在する鳥取県でも平成19年度に補助金助成制度の見直しを行い、以降、新体系への移行を推進してきた。当該センターはこの流れを受け、平成21年4月に鳥取県八頭町に事務所を置き、就労継続支援、生活介護、児童デイサービス、地域生活支援事業（日中一時支援）の4事業を展開している。また、同県ではこの制度に伴い、工賃3倍計画<sup>4</sup>を策定し、

推進している。こうして、障害者の賃金水準を引き上げよう、作業所を法人化して地域生活支援事業などの委託契約を行えるようにし、行政が実施するサービスの一端を担ってもらおうとする取り組みがスタートしているが、工賃については、県全体平均で平成18年度の10,983円から21年度の13,437円と微増はしているものの3倍には程遠い額である。さらに、就労継続支援A型事業所（雇用契約型）の賃金については平成18年度の93,370円から21年度には76,896円に下降している（図5）。県では作業所への作業発注など県発注を行ったり、発注を呼び掛けるなどの働きかけを行っているが経済情勢も芳しくない中で大幅な伸びは期待できないであろう。

#### 課題点

- 小規模作業所における就労支援・機能訓練・日中一時支援のバランスと指導員の確保
- 日中の過ごし方について保護者・本人・施設・指導員間の調整
- 請負作業の受注と工賃の安定化
- 指導員賃金の確保

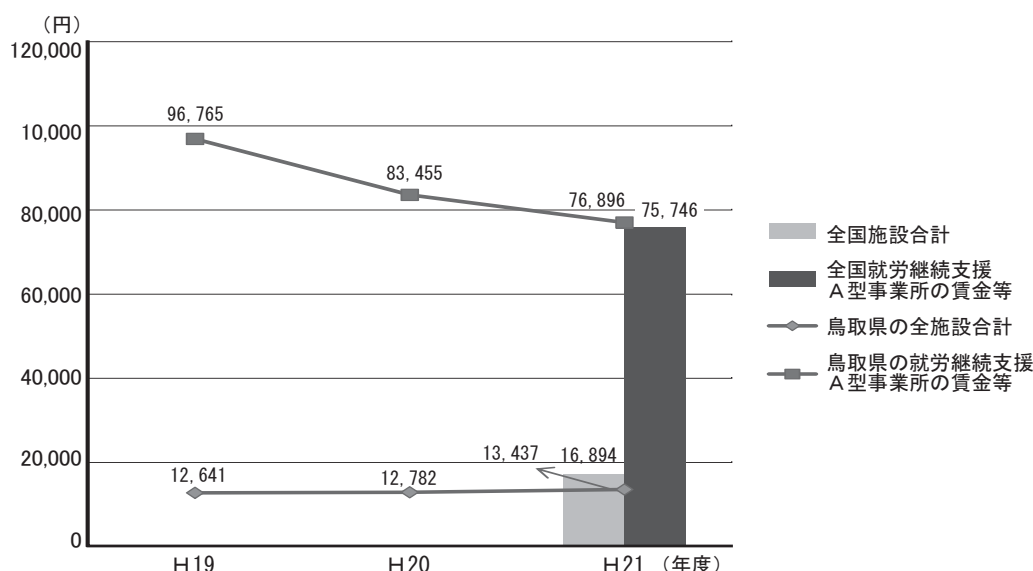


図5 鳥取県の工賃（1人当たりの月額平均工賃金額）

出所：鳥取県 HP（脚注4参照）  
及び厚生労働省 HP <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000002sre.html>を参考に作成

4 鳥取県小規模作業所等工賃3倍計画事業  
[http://db.pref.tottori.jp/yosan/22Yosan\\_Koukai.nsf/0/dc4b4ee620d094cf492576bf0001ee89?OpenDocument](http://db.pref.tottori.jp/yosan/22Yosan_Koukai.nsf/0/dc4b4ee620d094cf492576bf0001ee89?OpenDocument)

(島根県重症心身障害児(者)を守る会：島根県出雲市)

島根県出雲市は島根県の中東部に位置し、県内で2番目の人口、144,842人(2010年11月推計値：出雲市HPより)を抱える。在宅でお子さんの支援を続けていらっしゃる当会の会員の方に調査をお願いした。ある程度医療的なケアのできる介護サービス事業所と契約し、ヘルパー派遣を利用することで、保護者や家族の生活にゆとりが生まれる。パソコンに向かう時間も少しは確保できるとのことであった。守る会の活動を通じては、会員から、役所や病院での対応に対する不満、担当者ごとに説明が違い大変な思いをしたなどの意見が寄せられたこともあった。ただでさえ役所に行くのにも一苦勞、時間や障害のある家族の体調を見ながらの訪問とならざるを得ないのに、簡単に再度来るように言われたり、書類の不備を指摘されたりで何度も足を運ばなければならないことなどは、重症心身障害児・者をケアしている保護者や家族にとって大変な負担となる。また、若年世代との思考の隔たりや先天・後天による意見の食い違い、病院まで遠い地域に生活している障害者の通院や移送の問題、かかりつけ医や担当医の転勤移動や変更、同様に小児科から成人医療へ切り替わる際の対応への不安をはじめ、医療機関の偏在、専門医の不足等に関する悩みなども多いようである。

課題点

- 行政や病院への対応面での要望
- 医療機関の偏在による受診の不便さと専門医不足
- 医療的ケアに対応できる介護事業所の確保

## 2.2 アメリカ合衆国

(ペンシルバニア州フィラデルフィア市)

フィラデルフィア市はアメリカ合衆国ペンシルバニア州の南東部にある都市である。2005年の人口は市域で1,470,151人である(United states meTropolitan areaより)。治安は良いとは言えないようで、いたるところに警察官の姿が見え、パトロールが行われており、区域ごとに危険度が異なっ

ている。特にセンターシティを含む中心部をドーナツ状に取り巻くように危険度の高い(治安の悪い)地域があるが、センターシティと郊外は比較的安全だということである。フィラデルフィア市ではADA法の施行後、市としてアクセシビリティの向上に力を入れている。

MCPD (Mayor's Commission on People with Disabilities)<sup>\*49</sup>を設け、さらにその中に複数のセクション<sup>\*50</sup>を設置して障害者の地域生活を支援している。MCPDはADA法タイトルII(公的機関のサービスおよび差別を扱う規定)に基づき、公的分野のアクセシビリティ強化、障害者自身の積極的な活動と自己評価の促進、市当局の会議への同席、障害者雇用の促進、生活上のすべての場面における障害のある人々の参画、印刷物等による必要な情報の提供などを推進することを目標としているが、ここでは職員自身が障害を有していることも稀ではなく、あらゆる生活支援をコーディネートしたり市民の意見や連絡を直接受け付けるなどの業務に携わっている。(写真1)



写真1 「フィラデルフィア市役所 分庁舎」  
9階にMCPD Officeがある<sup>5)</sup>

1章でみたようにADA法を具体化していくことは生易しいことではない。生活・居住環境、交通のバリアフリーに取り組むには費用もかかる。またすべての障害に対応するためには、情報発信もインターネット、手紙、電話、FAXなどあらゆる方法で行い、また受け付ける。障害の種類別にガイドブックを作成(写真2)し、その障害への理解の助けとな

5 写真については、アメリカ合衆国は2008年11月、スウェーデンは2009年11月にいずれも草刈撮影





写真2 「高齢者や身体障害者向けのガイドブック」補助制度の案内等が記されている

る基礎資料を載せたり、受けられる支援を案内したりするだけでなく、各種サークルや自助グループ、イベント、関連機関・施設や保護者のための勉強会など幅広く紹介している。HPからは各分野のADAコーディネータへのアクセス方法も案内されており、日常生活上で必要なあらゆる手続が網羅されているという印象だ。HPで言えば、こうした案内は今やわが国でもどの自治体においても取り組まれていることと思うが、障害者福祉の部門から他のすべての分野へのアクセスを案内するという方法はあまりないであろう。いわば、障害のある人向けのトップページのような機能を果たしている。

また、フィラデルフィア市では就労の機会についても着目しており、障害があってもIT関連や芸術分野で秀でていることが多いため、コンテストなどを定期的に開催して参加者を募り社会参加や能力発揮を奨励しているとのことであった。雇用については、従来、エントリーレベルの業務（電話交換やメッセージャーなど）にしか携わることができないことが多く、多くの障害者が一人の人間として能力を評価し、きちんとした責任ある業務を与えてほしいと訴えている。また担当部署では近くベビーブーム世代が大量に退職する時期になるため、そうした機会に少しでも多くの障害者を雇用してもらえたらと望んでいるが、昨今の景気状況では難しいかもしれない。

調査に協力いただいた職員自身が障害を有していたこともあり、当事者の意見として、「障害があっても就労し、賃金を得たい、便利の良い住宅に住みたいという一般的な願いは誰もが持っている。手伝ってもらおう存在、助けてもらおう存在という見方ではなく、環境やシステムなどをどう変えれば、障害のある人が自分で切り抜かれるのか、自分で身の回りのことを行えるのかという視点に立った支援の仕方が望ましい」という話が聞かれた。たとえば、段差のある通路を通る時、呼べば介助者が来るシステムを考えるのではなく、段差自体を解消すれば、誰の手を煩わせることもなく通行できる、といった類の考え方である。こうした思想こそがノーマライゼーションであり、単なるユニバーサルデザインの組み合わせでバリアフリーを唱えているのとはわけが違う。

また、住宅の問題もある。わが国でも公的運営の住宅は低所得層向けである傾向があるが、収入の少ない障害者はそうした住宅しか選択できない場合がある。フィラデルフィア市でも、公的住宅をバリアフリー住宅に改修して斡旋しているが、治安の悪い地域に公的住宅があり、安くても、またバリアフリーであっても障害者が安心して暮らすことができないなどの問題があるということである。

こうしたことから、MCPDでは教育や雇用、住宅の問題に特に着目して整備を進めている。治安の問題と公的住宅の整備は早急に取り組む必要があるそうである。

課題点：アクセシビリティの一步進んだ実現と利用  
治安や公共サービスの質の向上  
障害者雇用の促進

(UCP: united cerebral palsy of Philadelphia and vicinity)<sup>6</sup>

UCPは脳性まひによる障害を持つ人々を支援する機関である(写真3)。デイケアや通所機能訓練、通所による軽作業などあらゆるプログラムを提供している。特徴としては脳性まひに限らずあらゆる障

6 パンフレット(写真3)参照

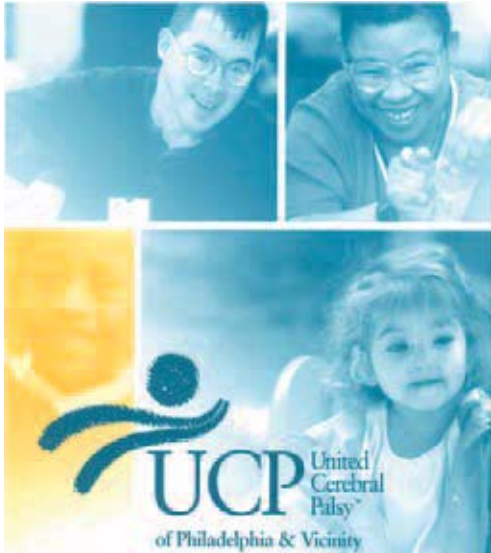


写真3 「UCPのパフレット」



写真4-1 「カラフルな三輪車」



写真4-2 「ゆったりした室内」

害を有する人々へ門戸を開き、支援活動を行っていることである。食事の提供も行い、アレルギーや流動食にも対応できる。作業所や機能訓練に至っては個人の身体にフィットした椅子や器具を作る（写真4）など、その徹底ぶりは一見に資する。特別なあ

つらえには料金もかかるが、利用者に、自分のものだという安心感を与える。また機能面だけに注目するのではなく、カラフルな色彩の採用やデザイン性も考慮し、子どもから大人まで思い入れを持って利用できるよう配慮している。また、そうしたオーダーメイドの器具は使い心地がよく、結果的に作業や訓練も落ち着いて行えるとのことである。

施設の利用に際しては保護者への事前説明や見学はもちろんのこと、サービス利用について、いつでも意見を申し立てることができる。もちろん利用の中止や改善の要求も可能である。仮に、利用者の保護者や家族がいない場合、障害の程度によっては自己管理や意思決定が行えない場合があるが、そのようなときにはその人に最適な支援方法をUCP職員が代理で行うのだそうである。そのため、職員は給与に市からの補助金を入れておらず、中立な立場、公的機関へ意見できる立場を確保している。

医療機関との連携も密であり、虐待の通報や障害者が不当に扱われるなどの連絡を受ければ、すぐさまUCP職員が適切な処置を取る。施設内での作業、またUCPと連携している作業所等における業務の意味合いは、日本の作業所ともスウェーデンの障害者就労とも異なり、基本的にはリハビリと機能訓練を兼ねた日中支援の場である。こうした場の提供と継続が主眼に置かれ、職員が専門意識を持ち、障害者と同じ視点を持つ努力を重ねているとのことであった。

#### 課題点

- ボランティアの確保と地域ワークをどう充実させていくか
- 国にあった活動の仕方、人種・文化・宗教に配慮した取り組み

（メリーランド州エルクリッジ）

メリーランド州はワシントンD.C.に隣接する州である。アメリカ合衆国には1章でみたように1975年の全障害児教育法で障害児の教育が保障されたが、さらに修正されて現在は1990年に障害のある個人教育法となっている。エルクリッジにあるDeep run elementary schoolでは特別教育チーム

を設けて障害のある子どもたちの教育や生活支援にあたっており、送迎サービスも提供している。障害があっても教育の機会が制限されるべきではないというADA法や個人教育法に定めるがごとく、専門支援員を配置、教材開発に力を入れたり、教師にアシスタントを配置し、よりきめ細かな指導、支援体制を取っている。昼食を無料提供するなどのプログラムを取り入れて、学校を敬遠しがちな低所得者層の子どもたちへも就学機会が提供できるような工夫も行っている。こうした取り組みは保護者の意識改革につながる部分も多く、アスペルガー<sup>\*51</sup>やADHD<sup>\*52</sup>、ダウン症<sup>\*53</sup>などの発達障害<sup>\*54</sup>を有する子どもを抱えた保護者への交流会の案内、両親だけではなく祖父母の会、障害に関する勉強会はもちろん、各種ワークショップの開催情報など常に情報提供を怠らず、必要や好みに応じて参加できるようにしている。(写真5：ワークショップ開催の案内チラシ)

#### 課題点

- 情報提供と就学困難な家庭への支援の継続のため、どんな方法が効率的か
- 就学困難者を受け入れ、対処していくことが当然とされている制度下での施設(学校)側の抱える負担とはどのようなものがあるか
- 専門支援員の養成と配置をどう賄うか(特にプライベートスクール以外)



写真5 「ワークショップ開催のチラシ」

### 2.3 スウェーデン王国

(知的障害者通所訪問サービス事業所：成人)

ストックホルム市はスウェーデンの首都で人口は



写真6-1 「Lijeholms Garden Dagcenterの外観」



写真6-2 「Ekenbergs dagliga verksamhetの外観」

市域で818,603人(2009年6月現在)である。人口密度が低いいためか首都とはいえあまり混雑した雰囲気は感じられない。最近では移民の問題が社会問題の一つとして取り上げられているスウェーデンであるが、ストックホルム市内も例外ではないようである。

知的障害のある成人向け施設Lijeholms Garden Dagcenter、重度障害の成人向け施設 Ekenbergs dagliga verksamhet は共にストックホルム市にある(写真6)。

ここでは成人した知的障害者の通所、訪問サービスを提供している。送迎バスも有しており、通所者は元気に通ってくるそうだ。知的障害者が安心して送迎サービスを利用することができるよう、バスの運転手も特別な訓練を受け、障害に対する知識を備えている。建物内にはあらゆる工夫が施されており、時計の代わりに一目で今何の時間なのかわかるような、絵と光で表示された時間表示盤(写真7)があったり、手工芸や歌、楽器演奏などに取り組みながら一日を過ごせるよう工夫されている(写真8)。



写真7-1 「一日の予定表」  
個人ごとに今日は何時に何をするのか絵で示されている。



写真7-2 「光の時計」  
過ぎた時間は光が消えていき、後何時間残っているのか、今何時なのか、視覚的に確認しやすい。



写真8-1 「機織り機」  
作品は販売される



写真8-2 「食堂」  
採光のよい広々とした部屋

職員の担当制もある。数名の障害者を受け持ってミーティングや記録等に責任を持つ。もちろん支援計画も策定し、計画に沿った活動を行っている。職員採用時にはしっかりとした審査が行われ、適性を判断してから雇用するとのことであり、やりがいと

責任感そして人に対するやさしさを備えた人材の確保に努めている。さらに就労後も定期的な研修会への参加や、さらなる学習の機会等が確保され、管理者による面接や日々のミーティングをきめ細かに行うことで支援者の燃えつき防止策も取られている。わが国では福祉関連の職場においては一部職種において労働に見合う対価が得られないなどの問題があるが、ストックホルムでは福祉関連職は評価されており、さほど高収入というわけではないが生活ができないほどではないとのことである。人が好きで支援することが好きな人が、いきいきと働き続けられるような工夫を怠らず、良質な人材育成と確保が利用者の安全で安心な暮らしを守ることになるとの考えがある。

#### (Glasade Gängen)

この施設は厚生施設経営のレストランである。知的障害を有した人々が、それぞれの役割を果たしながらレストランとして機能している好例である(写真9)。ある人は野菜を切る係、ある人は果物係、といった具合にメニューに合わせてそれぞれの作業を分担して行う。配膳、クリーニングやデザート担当の部門もあり、系列にチョコレートをブレンドして商品として製造しているところもある。料理づくりだけではなく知的な障害があるため、金銭收受もPCで工夫し、計算は画面上でお札やコインの画像を押さえて入力すれば、画像で釣銭の量と種類が表示されるなどの工夫がなされている。知的障害があっ



Kök, Bageri, Catering: Tfn: 08-508 23 404

写真9 「Glasade Gängenの紹介パンフレット」

てもこうした機器の扱いを練習し、レジ係としてもきちんと勤務できる。

昼食時は周囲の利用者でにぎわう。もちろん出される料理もプロフェッショナル。申し込めば会議等にも利用でき、会議室も備えている。単に料理づくりや給仕だけではなく、自分たちのユニフォームのクリーニングなども賄ってしまうところがすごい。

(Hallen Dagcenter 総合高齢者施設)

この施設はストックホルムから少し離れたソルナという地域にある。ソルナはスウェーデン東部、ストックホルム県の都市である。施設周辺は静かな住宅街で近くには医療機関も存在している。しかし、もっとも注目すべきは保育園や小・中学校などの教育施設が併設され、高齢者が室内からでも庭で遊ぶ



写真10-1 「Hallen Dagcenter」  
正面玄関



写真10-2 「Hallen Dagcenter」  
中庭の様子。子どもたちが遊んでいることも多い。



写真10-3 「Hallen Dagcenter」  
一室から外を望む



写真10-4 「Hallen Dagcenter」  
内部廊下。ホテルのようでもある。  
扉の奥にはどんな生活があるのだろうか？

子供たちの姿を見守ることができるようになっているところだろう (写真10)。

こうした配置はまちづくりの時点から配慮されなければ困難であろう。また食堂は解放されており、一般の人々もいつでも料金を払って食事を楽しむことができる。もちろん、施設利用者でない高齢者も食堂を利用できる。メニューは高齢者が摂りやすいように調理が工夫されている。

しかし、近年の財政難や民営化により合理化や経費節減対策が進み、以前利用できていたサービスを縮小させられるなどのケースもあるということである。建物内に居住する高齢者が集うことのできるサロンのような部屋があり、職員が2名勤務していた。1名は認知症の進んだ高齢者を相手に連想ゲームのようなクイズを行っており、もう1名はお茶の用意をしていた。キッチンも設置しており、軽い食事やおやつなどが提供されるようである。こうしてなるべく自分の部屋や施設内に閉じこもりきりにならないためのプランがいくつかあるが、各部屋を回ってのサービスは行われなくなってきたとのことである。

課題点

- 合理化によるサービス低下
- 職員の質の確保
- 個人でサービスをマネジメントできない人のためのサポート体制の充実

## 2.4 台湾

(エデン社会福祉財団、台南病院)

台湾については、エデン社会福祉財団及び台南病院に勤務する作業療法士や理学療法士、医師に調査

を行った。エデン社会福祉財団は発達に障害を持つ子どもたちへの支援、中年期に障害者となった人々の自信回復、高齢障害者市民へのサービス提供等に取り組むために設立された財団である。台湾の調査では特に、支援を必要としながらも支援を受けられない、または保護者の理解不足から必要な支援や手当が受けられない障害者についてどのようにアプローチしていくのかを中心に聞き取りを行った。

日本では近年、家庭内や施設内での虐待問題が深刻化している。またアメリカ合衆国と違ってわが国では、通報システムの確立が遅れ、確立されていても機能していないことが多い。また、いくら虐待や犯罪の可能性が疑われても他人の私生活に首を突っ込むことがよしとされない雰囲気もあり、通報が遅れたために悲惨な事件が発生するなどのケースも報告されている。こうしたことから、支援を希望しない者に対してどのように関わりを持っていくのかについては、一見簡単なようで糸口を見つけることが困難な場合もある。調査では、専門支援を拒む理由として経済的な理由や病気の程度、ほかの親族に子どもの状態が知られてしまうことへの恐れ、移動手段がないなどが挙げられた。しかしそれらをそのまま放置するのではなく、両親にとっても経済的に有利で、サービス面でもより役立つ情報（補助制度など）を調べて提案することや、治療方法、リハビリの方法などを根気よく理解してもらうこと、必要であればさらに特別な支援機関との連携を図るなどの工夫を行っていた。また一方で、社会支援を受け取らないという選択もあってよいのではとの意見もあった。いずれにしろ、工夫を重ねたうえで断られることは稀であるとのことであるが、こうした支援の根底には、各種療法士や医師ならではの将来を見越した関わり、つまり障害者が地域で自立した生活を営むには、単に生活環境を整えるだけではなく、本人が高度な教育を受けることや少しでも身体機能を保持し、自分でできることを減らさない工夫が必要であるとの思いが感じられた。

## 課題点

- スーパーや商店街、レストラン、薬局などすべての施設の環境整備
- 家族の、心身両面からのサポートと所得補償
- 社会からサービスを受けながら幸せに暮らす
- 権利の享受を広く理解させること

## 3. 特徴のある取り組み

2章ではそれぞれの国や地域の様子から、今後取り組んでいく必要のある課題をいくつか取りだした。それらをまとめると、主に、①自立した地域生活（すなわち、施設や医療機関における入所や入院による生命の全う以外を指す）に関わるもの、②支援者や団体、ボランティアワークなどの組織活動に関するもの、③障害者の生活の質に関わるもの、④医療的な支援や環境整備、⑤雇用や教育の機会に関するものなど、大きく5つに分けられる。

なるべくどの分野においてもしっかりと保障が確保されるよう努力が重ねられているところではあるが、本章では特に功を奏していると思われる事例を挙げ、検討してみることにする（項目と課題の整理は表3 課題点の整理）。

### 3.1 自立した地域生活に関わる課題

日本における課題は制度が先行してインフラ整備やサービス体系が追いついていないことにある。冒頭に述べたとおり、思想の高まりが国家や行政に浸透していない。

スウェーデンのように知的障害者の地域生活運動から発達した施設解体とまではいかなくても、確かに施設数や病床数を減らしたり、できるだけ地域での生活を促そうとする取組みはすでに始まっている。しかし日本の取組みは、本当に医療なしでは生活できない障害者や高齢者の居場所を奪うものである。地域生活に移行するに必要な準備を整えることなく措置されてしまっている<sup>7</sup>。障害のある人々が地域で自立した生活を営むことが、保護者や家族、支援

7 18歳で小児科から成人医療へと変更せざるを得ない際の、カルテや診療記録の移行、重症心身障害児者の成人医療機関の受診の問題、また施設では同じく20歳や65歳で児童・成人障害者入所施設からそれぞれ成人・老人施設へ移らなければならないが、同じケアが受けられるとは限らない。ほかにも解決されなければならない同様の課題は多くある。

表 3. 課題点の整理

自立した生活① ①活に関わるもの	<ul style="list-style-type: none"> <li>・高齢化する家族や保護者の不安への対応</li> <li>・地域生活で足りていないサービスの確保</li> <li>・医療ケアにも対応できる介護支援事業所と訪問支援員の養成</li> <li>・合理化によるサービス低下や職員の質の確保に関するもの</li> <li>・社会サービスを利用し地域生活を継続するという思想の普及</li> </ul>
支援者や団体、ボランティア② ②などの組織活動に関するもの	<ul style="list-style-type: none"> <li>・団体活動は必要か</li> <li>・指導員の賃金確保</li> <li>・家族への心身両面からのサポートと所得補償</li> </ul>
障害者の生活③ ③の質にかかわるもの	<ul style="list-style-type: none"> <li>・作業所における就労支援、機能訓練、日中一次支援のバランス</li> <li>・指導員の確保</li> <li>・アクセシビリティの向上</li> <li>・治安・公共サービスの向上</li> <li>・国、宗教、文化にあった活動</li> </ul>
医療的な支援④ ④や環境整備	<ul style="list-style-type: none"> <li>・行政や病院での対応の不満</li> <li>・過疎地、医療機関偏在、移動の問題</li> <li>・スーパーや商店街、レストラン、薬局などすべての施設の環境整備</li> </ul>
雇用や教育⑤ ⑤の機会に関するもの	<ul style="list-style-type: none"> <li>・請負作業の受注と工賃の確保</li> <li>・障害者雇用の促進</li> <li>・情報提供と就学困難な家庭への支援の継続</li> </ul>

者の日常生活の犠牲の上に成り立つのではいけない。高齢者の日常生活も同様である。わが国では高齢化が進み、懸命に力を尽くしてきた保護者自身が家族の行く末に心を痛み、同時に自らの処遇についても不安を抱えざるを得ない時期にさしかかっている。高齢者の地域生活については、介護保険制度の導入により、サービスを利用しながらの生活が障害者より先行してスタートした。介護保険制度においては、ケアマネジャーが存在し、利用者である高齢者や家族の要望、身体状況等を把握し、判定を睨んで必要なサービスをコーディネートする役割を担っている。しかし障害者自立支援法ではどうだろう。サービスをマネジメントできる人材が不足している。よりよいサービス計画を作成するには、家庭内のあらゆる部分を把握してもらう必要があるだろう。現在のところ地域支援事業や、福祉サービスを提供している事業所などに相談支援機関が設置され支援事業を展開しているが、こうした機関に所属しているケースワーカーや、病院勤務のメディカルソーシャルワーカー

(MSN)、精神科ソーシャルワーカー (PSW) などの連携によりサービスが整えられているのが現状である。

スウェーデンのLSS法では、障害のある人がパーソナルアシスタントを雇うことができる制度を導入した。こうした制度は、まずは家族だけでなんとかしようという固定観念を打ち払うものである。これまでの運動を通じた思想の流れにおいても、障害のために、障害者自身も家族も何かを諦めたり遠慮したりしなくてはならない理由はないのである。ただし、スウェーデンでも課題はある。障害の種類によっては自分自身でどうパーソナルアシスタントを雇用すればよいかわからない人もいるのだ。この部分が障害者の自立支援や自立した生活を促す際の重要な課題となる。自らの生活や命にかかわる部分を自分の意思で判断し選択できる人ばかりではない。誰が意思決定を行うのか。アメリカ合衆国のUCPのように、利用者に関しては職員が決定していくのがよいのだろうか。

施設利用していない人についてはどう捉えればよいだろう。そうした人々の自立生活はどのように支えられていくべきだろうか。形だけの自立生活支援ではなく、本当に個々の生活を重んじるならば、深く掘り下げて考えられなければならない課題である。

また、医療的ケアと居宅支援サービスについても考えるべきである。サービスの内容が細かく設定され、種類が増えたことは良いかもしれないが、契約によっては一つの契約内容で支援できるサービスの内容が非常に限定されるケースもある。また生活というものは、細切れに区切られたものではなく、起床から就寝までつながっている。生活の流れを切り取った部分的な支援は、実は利用しづらい。内容によって支援者が入れ替わり立ち代わりというのもいただけない。一人の支援者が付き添い続けることは負担が大きいかもかもしれないが、一連の生活の流れと区切りにそったサービスのあり方も見直されるべきである。その中には医療的なケアも行える支援員の育成も必要であろうし、訪問看護等、看護師の資格を持った支援員を確保していくことも必要であろう。ただし、こうした支援者に対する所得補償は必ず整

備されるべきである。合理化や経費節減のため、豊かなサービスや、確実な支援が行われなければ、スウェーデンが直面している問題のように、質の面で低下を招くことになる。無味乾燥な支援だけではなく、高齢者総合施設で連想ゲームを行ったり、サロンの様に気楽に地域の人々が入り出し、老若男女が集うランチルームを開放したりすることは金額では計れない効果をもたらしているのだ。

ところで、各国とも家族や障害者自身が障害による制限を受けずに生活できる権利を有し、行使できることを保障している。けれども、ともすれば社会は社会的少数派の意向を排除し、強いもの、より権力のあるものの主導により意思決定がなされがちな現代である。地域生活の中で、社会にこんなことも要求してよいのだ、こんな風に生活できるのだといった認識のレベルの向上がわたしたちみんなに求められている。そのためには、障害を有する人々や家族だけではなく、すべての人々が同様の権利を有していること、誰にとっても便利がよく、誰でも利用でき、誰でも楽しむことができるのかどうかを常に判断できる、問いかけられる力を社会全体で養っていかなければならない。

### 3.2 支援者や団体、ボランティアワークなどの組織活動に関する課題

調査前、アメリカ合衆国では、ボランティア活動、NPOによる民間事業活動がさかんであるのではないかというイメージを持っていた。しかし、そうした活動は必ずしも一朝一夕に動き始めたものではないことに気づかされた。国策や政治的な誘導もあったのかもしれないが、聞き取り調査では、人種や宗教の違い、言葉、文化、国籍など多種多様な人々が集まっているからこそ、社会的少数派である人々の公民権運動や、だれもが何かしらマイノリティに属するのだといった感覚が浸透してきたのだと理解した。また実際そのような背景に基づくあらゆる要求（たとえば、食生活の違いや使ってよい食材、宗教による禁止行為など）に応えていかなければならないためにバラエティに富んだ支援メニューが用意されてきた経緯もある。意を同じくする人々が集まり、

個性豊かな活動を発展してこられたのも、こんな社会背景があったのかもしれない。

わが国では、団体活動、団体交渉により権利や施設整備を勝ち取ってきた経緯もある。「時代」という言葉だけで片付けてはいけないのかもしれないし、一通り整備されたとは決していえないが、過渡期にあることには間違いないのではないだろうか。

情報化社会において誰もが自由にあらゆる情報にアクセスできるようになった。行政主導で作られた政策実現、制度執行のための団体ではなく、わたしたち自身が自由な発想でやりたいことをやりたいように形作っていくスタイルが増えてきているのではないかと考えている。ソーシャルインクルージョンの理念に従えば、障害者も高齢者も、またその家族も、社会全体で心身両面からのサポートを受け、自由に発言し、不都合があれば改善を要求しながら生活していくことができるはずである。確かに大きな改革や大きな事業は担えないかもしれないが、筆者はそうした自発的な活動にも期待を寄せている。インターネットを通じた仲間でもよいし、施設の保護者グループでもかまわない。もちろん同じ病院を利用する、障害が同じといった理由でもかまわない。そこから生み出される団結力と、原動力を上手く導き、コーディネートすることがこれからの行政や支援機関に求められる機能である。小さな物事の達成が大きく波及していく可能性もある。ある地域で可能になったことが、ほかの地域でも認められていくかもしれないのだ。

### 3.3 障害者の生活の質に関わる課題

高齢者の生活介護でも、障害者の地域生活でも、生活の質ということが注目され始めている。ただ生きていけばいいのか、呼吸をしていけばそれで生活していることになるのかどうか。延命治療や社会的入院、寝たきりの問題や認知症への対応などQOLに関わる問題は幅広くある。地域生活の達成を目指す理由のひとつには、まさにこうした一人ひとりのQOLを充実させようという意味が含まれている。

台湾の調査では、誰もが支援を受けて地域生活を謳歌できるのが当然だとする考えが根底にあるよう



に感じられた。病院や施設がいくら快適になっても、自宅や家庭とは違うであろう。また住みなれた地域での生活に愛着を感じる高齢者も多いはずである。QOLは自分で行える身の回りのことが多ければ多いほど高まるのではないだろうか。あれもできない、これもできないではなく、フィラデルフィアの市職員の言葉にあるように、環境やシステムをどう変え、どう調整すればその人が他人の手を借りないで行動できるのかに視点を置いた支援を考えてみることである。また日中を作業所等へ通うのならば、単に食事や排せつなど必要最小限の行為で過ごしてしまうのではなく、より創造的で、生産的であるような取組を是非取り入れてほしい。人間として我慢しなければならないこと、礼節や生活時間のメリハリをつけることができれば、なおよいであろう。こうしたことを支援するには、良質な人的資源の確保が不可欠であり、3.1でも述べたが所得補償もなされるべきである。真に支援を行うことに喜びを感じられるような人材を確保し育成しなければ、継続的な支援は難しい。高齢者や障害の種類によっては目に見えた進歩や効果が得られないこともある。チームワーク、研修やミーティング等を重ね支援側への心身のサポートを充実させなければ、提供ばかりで支援者は消耗してしまう。

### 3.4 医療的な支援や環境整備

行政や医療機関について考えてみよう。こうした機関は当然に高齢者や障害者が利用する確率が高いと考えられ、真っ先に整備が進んでいることと思う。しかし以外にも肝心なところが抜け落ちていたり、支援を必要としている人々のニーズにできていないことがある。それは整備する側が、支援を必要とする人々の現状をきちんと認識していないからだ。意見を募ったり、声を聞いたりするだけでは理解につながらない。まずは意識レベルをあげていくことである。自分以外のほかのどんな人にも使いやすいだろうか。このような文書を貰ったらどの程度理解できるだろう。インターネットを利用していない人も

いるかもしれない。など、物事を審査し、判断する力を備え発揮しなければならない。基準でこうなっているから、定められた事項は守っているから、とりあえず指示のあった分はやったからというような取り組みでは、アクセシビリティの向上にはつながらないのである。指示や基準が間違っているかもしれない。

ストックホルムでは、地下鉄のエレベーター、エスカレーター整備、通路、段差、店舗におけるスロープやリフトなどの整備率が非常に高かった。またフィラデルフィア・センターシティも、整備が進んでいた。ただ単にリフトをつければいいというのではなく、どの位置にあれば便利が良いか、どの角度であれば危険がないかといったことも考慮されている。

鳥根県では医師不足、過疎、高齢化、医療機関の偏在が進む中で、山間地域に住む障害者の利便性について課題が生じている。鳥取県においても市部では比較的選択肢の幅が広いものの、山間部での支援機関、事業所、施設の充足にはまだまだ困難があるだろう。障害があるために居住地を限定されてしまうことはADA法なら不合格である。日本はアメリカではないので、我慢して施設の近くに引っ越すべきであろうか。通所に困難だが家族も働かなくてはならないので、市内にしか住めないだろうか。残念ながらそのような選択を迫られている人々が多いのも現実である。高齢者や障害者に限ったことではない。今や、小さなお子さんを抱え、働いているお母さんたちも子育ての苦悩のひとつとしてこんな現実と直面しているのである。

### 3.5 雇用や教育の機会の確保

鳥取県では工賃3倍計画を立て（厚生労働省では5年で倍増計画<sup>8</sup>）、障害者の就労支援や所得補償に力を入れている。しかし、経済不況は県内の企業にも襲いかかり、作業所に軽作業を発注したくてもできない状況を生んでいる。中小企業ですら、最近では、急な発注を受け即納品といった事態に対応せざるを得ず、在庫を抱えることもままならず、恒常

8 厚生労働省HP <http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/service/shurou.html>

的な業務がないケースもある。一部で回復したという声も聞かれるが、まだまだ厳しい状況に置かれているのが現実だ。また、作業所での作業は、急な発注に対応しにくい。スウェーデンでレストランが成功しているのも、一人の人間が根気よく作業を習得し、その分業の力が合わさってはじめてレストランが成り立っているのである。今日はレジ、今日は皮むき、今日はクリーニングというわけにいかないのが障害者雇用である。作業所の作業の特質も似たような点にある。こんな特性を理解したうえで、どのような仕事ならば安定して継続的にできるのか、全体で考えていく必要がある。また主に雇用契約により就労するA型といわれる作業所の所得も下がっている（図5）ことは、2.1で観たとおりである。どのような事業であれば障害者雇用が安定し、作業内容や工賃が安定するのだろうか。実際の課題点について整理してみよう。

A型作業所の一業種、食品の製造業においては、保存が効かない、販売が固定しない、さばきたくて売り叩いてしまうなどの欠点がある。じっくりと販売できる加工品などは比較的安定するかもしれないが、パンや菓子類は半額やそれ以下にしたところで押し売りになってしまうこともあるということだ。せっかくの製品だから、みんなが無理をして買わなくてはならないと考えられるだろうか。購入することで作業所を支えるのだから当然だと思われるだろうか。

教育の機会についても考えてみよう。障害児保育、障害児教育はかねてより取り組みが進んでいる分野である。心身障害児・者育成会の調査では、かつて就学免除という制度があったという。「学校に来なくてもいいですよ」、「就学は大変でしょうから教育を受けられなくてもいいですよ」という内容の通知が来たそうである。それではいけない、子どもたちに就学の機会をとという運動から、現在まで様々な取り組みが続いている。医療的なケアも、心身のケアも常に必要とする児童を教育施設で預かることは、施設設備の面でも、人的配置の面でもしっかりとした整備が必要である（アメリカ合衆国では当然の権利として保障されている）。わたしたちの先輩が各国

で取り組んできた運動の流れは、どこかに隔離する、閉じ込める、教育をうける機会や就労の機会を奪い、文化的で人間らしい生活を送ることを規制されたことへの反発から始まったのではなかったか。希望や欲望を無視した生活を余儀なくするのではなく、判断能力の有無を問わず可能な限り同じ権利を行使できるように社会全体で支えていこうと活動してきたのである。そしてこのことが、近代の障害者（社会的弱者として高齢者も含む）の地域生活を支える思想の基本なのだ。

#### 4. まとめ

近年制定されたわが国の、介護保険法、障害者自立支援法、後期高齢者医療制度はいずれも、近く見直しや改正が予定されている。

どの制度も、本来は決して私たちの生活を圧迫しようとして制定されたものではないはずである。それなのに、注目されるのはいつも負担の有無で、中でも特に経済的な負担の度合いに議論が集中する。しかしどんなに優れた法であってもすべての人々を満足させることはできないだろうし、社会の構成員として、負担から逃れることもできない。私たちは誰もが一人一人異なった考え、生活、価値観を持っているが、それらは尊重されるべきものでもある反面、同時に互いの支え合いや理解なくしては排除されてしまう危険があるものでもある。誰もが希望や欲望を持ち、理想とする生活を達成したいと考えている。高齢者であっても障害があっても同じ。年齢を重ねることを止めることはできないであろうし、障害を持つことを望まないからといって、そうならないとは限らない。

だからこそ私たちは、私たちみんなの生活を社会全体で互いに支え合っていくことを選択し、社会保障制度の発展と確立として実を結んできた。

また、地域での自立した生活については、自己決定能力が大きく関係する。認知症や知的な障害など、判断や理解が難しくなっている人々の意思や願いをどのように汲み取り、実現していくかは、保護者や親族つまり家族単位の機能に委ねられてきた。けれどもそうした家族の負担で支えられている地域生活

は、決して自立した生活とは言えない。地域生活において求められるサービスを充実する前に考えられなければならないのは、実はそこである。家族や親族以外の人間で、誰が支援を必要としている人の意見を代弁し、利益を守り、より人間らしい生活を実現するサービスを考えられるだろうか。そしてそのような役割を依頼できる相手を、人々はどのように選択し、委ねればいいのかというのだろう。また、人材の育成についてはどうすればよいだろう。

認知症や知的な障害のある人も、もしかするとわたし達に分からないだけで、何か判断能力、伝達能力を有しているのかもしれない。そのように想像すると、今までのような支援体制や制度の押しつけでは閉塞感を覚える。

社会全体で支えていくことは、ソーシャルインクルージョンと言われ、わが国の福祉施策の大きな方針のひとつでもある。しかし、たとえば作業所の製品を率先して購入しなければならない、作業所での仕事が不足しているから、どうしても何か作業を発注しなければならないといったように強制や強迫観念にも似た思いで行うことではない。それよりも、作業内容について検討したり、地域全体ではどのような事業であれば景気や季節に左右されず安定した発注ができるのかといったことを考えることのほうがはるかに有効である。

そのためには、まず対象となる高齢者や障害者の疾患の特性、生活実態の現実をていねいに確認し共有することが必要である。そうしなければノーマライゼーションの理念は理解できない。ストックホルムの調査では、日本でも、より付加価値がついて、生産性も高い作業を考えてみてはどうかとの示唆をいただいた。また、すでに国内で障害者雇用を実践している企業では、障害のある人たちが取り組める範囲の業務に仕事として従事してもらうのではなく、作業や仕事内容、システム、方法を障害の種類や程度に応じて作り変え、就業できる環境を提供するという取り組みを実践し、効果をあげている。フィラデルフィアの雇用問題で担当者が発言していたよう

に、従事できる範囲を限定されるのではなく、どう作りかえれば、どういう方法でアプローチすれば同じ仕事をこなせるのかを考えていく。それはほんの少しの通路の幅の拡大であったり、文字を絵に置き換える、文章を音声ガイダンスに変更するといったことかもしれないし、10分に一度の休憩、隔日勤務かもしれない。これは大変だ、非効率だ、業務に支障が出る、と思われるだろうか。けれども、こうした取り組みこそ、ノーマライゼーションとバリアフリーであり、それでもなお人的支援や指導、見守りが必要ならば個別に支えるといった体制を整えることがソーシャルインクルージョンなのである。上記のような印象を持つということは、いかに健常者の基準で物事が進んでいるかを示す、よい例ではなからうか。

## 5. おわりに

イエスタ・エスピン＝アンデルセン<sup>9</sup>はデンマーク出身の社会学者であるが、その福祉国家研究の中で3つの国を比較して福祉レジーム論<sup>10</sup>を提起した。これについて小林はいくつかの課題を提起した（小林：2008）。

そのひとつは、介護と家族の関係、つまり「家族による介護」と「社会化された介護」に着目し、家族による介護の形態が変貌していけば国家による社会政策のありようも変化していくとの見解である。またもうひとつは「社会的扶養」と「社会保険」、そして「社会的扶助」の3つの関係についての課題である。この関係の差異がスウェーデンのような福祉国家のあり方、アメリカのような市場原理を基礎とした国家のあり方という差異を生んでいるとしている。さらに、本稿では言及していないが、アンデルセンの福祉国家研究に登場する3つの国のうちのひとつであるドイツにおいては、家族主義が個人主義に優先し、スウェーデンはその逆であり、アメリカでは境界が曖昧である（夫婦関係が全てに優先する）と示唆した。いずれも重要で興味深い指摘である。冒頭に述べたように、我が国では少子高齢化が進み、

9 イエスタ・エスピン＝アンデルセン（Ghøsta Esping-Andersen）はデンマーク出身の社会学者。

10 レジームとは制度・体制の意。福祉レジーム＝福祉制度。

家族のあり方も急激な変化を遂げた。経済情勢も然りである。それなのに、理念上の形骸化した家族のあり方、使命等が明に、暗に前提にされたままである。現代社会では、法・制度は単なる理想であってはならない。半ば思想布教的な時代はとうの昔に過ぎ去ったと筆者は考えている。激動する現代においては困難なことでもあるが、社会生活の変化に合う制度を考慮し直さなければならない。簡素であり、かつ、いかに柔軟性のある制度に仕上げるかが、ひとつのキーとなるだろう。

介護については、家庭内で賄うには需要が多すぎ、また市場原理で供給するには担い手が少ない。所得補償や負担軽減を行おうにも財源が不足している。「社会的扶養」、「社会保険」、「社会的扶助」で考えれば、社会的に扶養するには支える側が少なすぎ、社会保険は破綻している。残る社会的扶助も目下日本は財源不足に悩んでおり、十分に保障されない。このように考えると実に八方塞がりのような気がする。だからこそ自立支援の波が押し寄せ、見せかけの個人主義や自立生活が謳われている。確かに重要なことであるが、そうした理念を実現するだけの社会基盤が整っているといえるだろうか？スウェーデンは援護法制定からLSS法に移行するまで、実に26年の月日を要した。またアメリカも公民権法がADA法を導くまでに同じ26年の歳月を経ている。そうした長い時間をかけ、じっくりと思想や実際の物質的な整備を行い、社会的支援を要する人々が地域社会で生活できる下地を育んできたのである。それでもなお、課題を孕み、試行錯誤が重ねられているのが現状だ。

障害者の地域生活について言えば、我が国では1993年に障害者基本法が現行法に改正されてから障害者自立支援法が制定されるまで、スウェーデンやアメリカの半分、わずか13年である。年数で比較できるものではないが、我が国の社会保障が揺れ動いているのは確かだ。日本は福祉国家とは言わないまでも、早くから国民皆保険、皆年金制度を確立し、維持してきた。また自助努力の有無に関わらず

被用者保険<sup>11</sup>であっても国民健康保険であっても同じ、一定水準の給付を受けられた。保障を継続しながら、増え続ける社会的扶養者を支えていくには、どのような対策が効果を上げられるのだろうか。

精神的な観点からの疑問も残る。日本が思想の発展という点で成熟していないからだ。扶養される立場の者は委縮して、遠慮しながら生活しなければならないのだろうか。判断能力を有しない者への支援、日々の生活を物心両面から支えている家族の責任や義務の軽減については、社会全体の責任として積極的に対策が講じられるべきだ。フィラデルフィア市での聞き取り調査で担当者が述べたように、誰しも夢を描くことは自由である。国の制度がどうであれ、地域のできる取り組みはあるはずである。予算も、大規模な設備もなしにできること。それは工賃3倍計画を立て、調査を実施して公表することとは違う。利用や購入を心がけ、発注して利益が上がれば自立した生活ができるからよいと考えて終わるのはあまりに場当たりの軽率である。残念だが、それはソーシャルインクルージョンではない。

日本の施策や制度はソーシャルインクルージョンを理念として掲げておきながら実質は全く別のものである。

半日でも、1日でも、作業所に出かけ、作業の様子や支援の様子を見学した人がどのくらいあるだろう。養護学校ではどんな教室でどんな教育をしており、先生や保護者にはどんな苦労があるのかご存じだろうか。労働・福祉・教育のバランスの軸を養っている大切な機関である。卒業後、すぐに生活介助で放り出されるのでは人生はあまりに長い。少しの可能性でも活かし、少しの期間でも長く生産・創造に携わらせたいと願う保護者の想いは、制度により規制されてよいものではない。

高齢者の施設、障害者・高齢者のリハビリ、デイサービス、児童養護の各施設はいかがだろうか。生の声、生の姿、働いて動く力強さは言葉や文章以上に訴える力、表現する力に溢れている。

ノーマライゼーションやソーシャルインクルージョ

11 被用者つまり労働契約に基づいて使用者（雇用者）から賃金を受け取って労働に従事する者のための保健。健康保険のうち国民健康保険以外のもの。

ンの理念は、その始まりから広がり、そして法制度化に至るまで、常に当事者の意思尊重、権利の獲得が中心に据えられてきた。世界に広く普及し、認められた結果、各国で法制度をさらに具現化していくための取組みが進んでいる。もちろんその背景には成熟した思想が国家、市民を問わず、貫かれている。日本の制度は確かに最低限の保障レベルを引き上げ、格差をなくすことに貢献してきた。だがその負担は、思想により支えられてきたものではなく、経済力が負ってきたのだ。経済基盤が破綻した現在、高齢者の問題にしる障害者への支援にしる、社会保障とは財政的な措置——つまり、保険制度的な供給のみによって維持されるべきものなのかを考えなければならない。世界はどう対応しているだろうか。保険制度の破たんや、負担金の徴収では賄えないという現状が、答えを示唆している。

我が国の社会保障制度には思想の成熟が欠落している。国家や行政ではなく社会構成員の一人ひとりであるわたしたちの、社会保障というものへの理解と義務の遂行である。この部分が充足されなければ、どんなに財源確保のための施策を積み重ね、繰り返しても賄い切れず破綻すると共に制度が崩壊することは免れない。国を挙げて強力な制度が推進できないのなら、待っていないで小さな行政単位で取り組みを始めるべきである。

本稿を、社会福祉・医療等の各現場や領域で日々奮闘を続けているすべての人々のために記す。また、筆者自身、知恵と体力の及ぶ限り調査を続けていく所存である。

## 《追記》

本稿執筆中に、財団法人フランスベッドメディカルホームケア研究・助成財団会長、大谷藤郎氏の訃報を知った。大谷会長におかれては当該財団を20年にわたり支えてこられ、そのほか各方面でもご活躍なさっていらしゃった。直接お目にかかる機会は無かったものの、筆者の社会福祉関連の研究については、大谷会長の財団HP内のごあいさつ文に触発されたところが大きく、スウェーデンを取り上げ

たのもこのためであった。

本報告書を、会長様の存命中に財団へお渡しできなかったことは、ひとえに筆者の力不足によるものであり、悔やまれてならない。

そのお人柄と行動力で多くの人々を魅了された、故：大谷藤郎会長に本報告書を捧げる。

ご冥福をお祈りいたします。

## 《謝辞》

本研究にあたり、調査に協力いただいた各機関及び疋田邦夫、疋田信子、山崎都、芦矢京子、Roger A. Margulies、Charles W Horton, Jr.、J. Joseph Scullin、Kimberly Tsao、Chen-Han Cho、Anna Lena Wallbom、Anita Iggendal、Eva Hjalmarsson、澤野正美各氏に厚くお礼申し上げます。また論文作成に際し、友人でもあり各分野で専門知識を有するChih-Hung Cho、Michelle Sparling、William Wood、森好美氏の長期にわたる助言と励まし、どんなリクエストにも迅速かつ適切な対応をくださった鳥取市立用瀬図書館の皆様、海外調査の機会をいただいたフランスベッドメディカルホームケア研究助成財団に対し、この場を借りて心から感謝とお礼を申し上げます。皆様の支援なくして本研究は達成できなかった。

## 《Acknowledgment》

I am deeply grateful to Kunio Hikita, Nobuko Hikita, Miyako Yamasaki, Kyoko Ashiya, Roger A. Margulies, Charles W Horton, Jr., J. Joseph Scullin, Kimberly Tsao, Chen-Han Cho, Anna Lena Willbom, Anita Iggendal, Eva Hjalmarsson, Masami Sawano, and member of all institutions where I visited.

During this study, I have had the support and encouragement of my best friends Chih-Hung Cho, Michelle Sparling, William Wood, Konomi Mori. They lent their expertise at times when I needed them.

I also want to express my special thanks to Mochigase Library which has been wonderful

at fulfilling my request and France Bed Medical Home Care Research Subsidy Foundation who gave me the exciting opportunity and resources to travel abroad.

Without mentioned above, I could not have completed this report.

#### 《Tackord》

Min djupaste tacksamhet går till Kunio Hikita, Nobuko Hikita, Miyako Yamasaki, Kykoko Ashiya, Roger A. Margulies, Charles W Horton Jr., J. Joseph Scullin, Kimberly Tsao, ChenHan Cho, Anna Lena Wallbom, Anita Iggendal, Eva Hjalmarsson, Masami Sawano och alla deltagare på de institutioner jag besökt.

I studien har jag haft stod och uppmuntran av min baste vän ChihHung Cho, Michelle Sparling, William Wood och Konomi Mori. De har lanat mig sin expertis när jag behövt den.

Jag vill också uttrycka mitt särskilda tack till Mochigase bibliotek som har varit underbara och uppfyllt mina förfrågningar och France Bed Medical Home Care Research Subsidy Foundation som gett mig denna spännande möjlighet och resurser för att resa utomlands.

Utan ovannämnda stöd hade jag inte kunna slutföra denna rapport.

#### 《参考文献》

生島一明 (1999) 「福祉のまちづくりの面的な展開 指針策定に関する研究 (その1) —福祉のまちづくり面的展開ガイドライン (実践編) —」、『ASS ISTECH Report 1999』: p19-30  
岩本隆 (2009) 「コンビニエンスストアでの障害者雇用 (精神障害者) —単独支援を通して—」、『職業リハビリテーション研究発表会発表論文集』、

第16号: p58-61

大岡孝之・菅野敦 (2009) 「我が国における障害者労働・福祉施策の変遷とこれからの課題—一般就労に向けての取り組み—」、『東京学芸大学紀要 総合教育科学系』、第60号: p499-513  
大阪ボランティア協会編 (2010) 『福祉小六法 〈2010〉』、中央法規  
草刈いづみ (2009) 「法医学的視点から捉えた重症心身障害児・者とその家族への地域生活支援の在り方」、『第19回研究助成・事業助成報告書』: p1-29  
グスタフ・ストランデル (2008) 「特集 日本社会に貢献する外国人—急速な高齢化が進む日本にスウェーデンの先進的福祉を普及する グスタフ・ストランデルさんに聞く」、『国際人流』、2008-12月号: p7-9  
小林誠一 (2008) 「比較の事例: 高齢者問題と福祉国家のタイプ論—アメリカ・ドイツ・スウェーデン—」、『人間文化』、23巻: p53-64  
椎原弘章 (2008) 「重症心身障害児 (者) の概念と実態」、『小児内科』、vol.40 No.10: p1564-1568  
杉原努 (2010) 「障害児雇用における合理的配慮の導入視点—障害のあるアメリカ人法 (ADA) の現状からの考察—」、『Core Ethics』 vol.6: p253-264  
富田幸子 (2008) 「ここが違う こんなに違う スウェーデンの福祉と教育」、『人権と教育』、第49号: p23-27  
高坂宏一 (2007) 「日本とスウェーデンの人口高齢化—異なる歴史過程の比較から見えてくるもの」、『比較日本文化研究』、第11号: p37-46  
西下彰俊 (2008) 「スウェーデンの高齢者ケア—その光と影を追う—「第19回 社会サービス法改正と高齢者自己負担額設定方法の変化」」、『高齢者住宅財団・財団ニュース』、vol.83: p13-15  
日比野清 (2008) 「海外派遣研究報告—スウェーデン・アメリカにおける高齢者・障害者に対する福祉サービスに関する研究—」、『佐野短期大学研究紀要』、第19号: p241-250  
藤井威 (2009) 「スウェーデン型社会という解答」、

『中央公論』、2009年1月号：p120-132  
藤原瑠美（2012）「医療から福祉に高齢者ケアの軸足を転換したスウェーデン」、水巻中正編著『医療と介護の融合』、日本医療企画：p72-84  
三浦晴邦（2008）「在宅重症心身障害児（者）の医療の現状と問題点」、『小児内科』、vol.40 No.10：p1580-1583  
百瀬優（2009）「アメリカにおける障害者に対する所得補償の歴史と現状(下)—障害年金、公的扶助、就労支援—」、『立教経済学研究』、第63号（2）：p55-81  
がんばれ福祉国家  
<http://www22.ocn.ne.jp/~kguik/index.html>  
（2010.5.26 戦後の社会福祉）  
厚生労働省HP  
<http://www.mhlw.go.jp/index.shtml>  
（2010.5.28障害者の就労支援対策の状況）  
厚生労働省HP  
<http://www.mhlw.go.jp/index.shtml>  
（2010.12.16 障害者自立支援法のあらまし）  
社団法人日本発達障害福祉連盟  
<http://www.gtid.net/jp/index.html>  
（2010.12.17 河東田博「ノーマライゼーションの原理とスウェーデンにおける障害者施策の変遷」『J L NEWS』NO.35）  
障害保健福祉研究情報システム  
<http://www.dinf.ne.jp/index.html>  
（2010.12.17 特集／世界の特殊教育 アメリカ合衆国における障害児教育の動向）  
障害保健福祉研究情報システム  
<http://www.dinf.ne.jp/index.html>  
（2010.12.17特集 米国における障害者政策：自立生活運動に関連して）  
（2010.12.17ソーシャルインクルージョン）  
大山町HP  
<http://www.daisen.jp/>  
（2010.12.16 障害者自立支援法について）  
鳥取県庁HP  
<http://www.pref.tottori.lg.jp/>  
（2010.12.16 工賃の公表）

福岡教育大学 旧FD研究会 障害児教育・通常教育関連分科会  
<http://www.fukuoka-edu.ac.jp/~dohira/FD/index.html>  
（2010.12.17 平成13年度 障害のある学生への支援 —福岡教育大学の取り組み—）  
ようこそ林智樹のホームページへ  
<http://www5c.biglobe.ne.jp/~kinjou-h/index.htm>  
（2010.12.17 「自己選択と契約の実効性を確保するために」『手話通訳問題研究』第79号）  
（2010.12.17 「エンパワメント」『手話通訳問題研究』第72号）  
（2010.12.17 「障害者福祉の歴史」『ともに学ぶ障害者福祉』みらい）  
立教大学坂田研究室のページ  
<http://www2.rikkyo.ac.jp/web/ssakata/>  
（2010.12.17 「社会福祉の制度体系」）  
立命館大学グローバルVOEプログラム「生存学」創成拠点 <http://www.arsvi.com/>  
（2010.5.24 『NPOが変える！？—非営利組織の社会学（1994年度社会調査実習報告書）』第1章）  
City of Philadelphia <http://www.phila.gov/>  
（2010.12.17 Accessible Philadelphia）

## 《用語解説》

### \* 1 ソーシャルインクルージョン

「すべての人々を孤独や孤立、排除や摩擦から援護し、健康で文化的な生活の実現につなげるよう、社会の構成員として包み支え合う」という理念

### \* 2 社会保障

社会的な、または社会的な原因から生じる心配や不安のない状態を実現させるための保障

### \* 3 生産年齢人口

年齢別人口のうち労働力の中核をなす15歳以上65歳未満の人口層

### \* 4 社会保険

国民が生活する上での疾病、高齢化、失業、労働災害、介護などの自己に備えて、事前に強制加入の保険に入ることにより、事故が起こった時に現金または現物給付により生活を保障する相互扶助の仕組み

### \* 5 社会福祉

社会構成員の幸福な状態をもたらすための制度、政策、実践など

### \* 6 公的扶助

貧困に陥った人々に対し、国と地方自治体が最低限度の生活を保障する制度

### \* 7 保健医療・公衆衛生

地域社会の人々の健康の保持・増進を図り、疾病を予防するため行われる医療、公私の保健機関や諸組織によって行われる衛生活動

### \* 8 恤救規則（じゅっきゆうきそく）

1874年に制定された明治政府の公的救済制度

### \* 9 身体障害者福祉法

1949年、傷痍軍人と一般の身体障害者の救済対策として制定された法律

### \* 10 老人福祉法

老人の福祉に関する原理を明らかにするとともに、老人に対し心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な措置を講じ、持って老人の福祉を図ることを目的として制定された法律

### \* 11 精神衛生法

精神障害者の医療及び保護を行い、精神障害の発生予防に努めることによって国民の精神的健康の保持向上を図るため1950年に制定された

### \* 12 精神保健法

精神疾患の予防及び精神疾患者の医療及び社会復帰に関して必要な事項を規定することにより国民の精神健康増進に寄与することを目的としたもの

### \* 13 精神薄弱者福祉法

知的障害者の構成と保護を行うことにより、その福祉の増進を図ることを目的とする。1960年制定

### \* 14 知的障害者福祉法

知的障害者の自立と社会経済活動への参加を促進するため、知的障害者を援助するとともに必要な保護を行い、持って知的障害者の福祉を図ることを目的としたもの

### \* 15 心身障害者対策基本法

心身障害者対策に関する国、地方公共団体等の責務を明らかにするとともに、心身障害の発生の予防に関する施策および医療、訓練、保護、教育、雇用の促進、年金

の支給等の心身障害者の福祉に関する施策の基本となる事項を定め、もって心身障害者対策の総合的推進を図ることを目的としている

### \* 16 障害者基本法

障害者の自立及び社会参加の支援等のための施策に関し、基本的理念を定め、および国、地方公共団体等の責務を明らかにするとともに、障害者の自立及び社会参加の支援等のための施策の基本となる事項を定めること等により、障害者の自立及び社会参加の支援等のための施策を総合的かつ計画的に推進し、もって障害者の福祉を増進することを目的としたもの

### \* 17 精神保健福祉法

精神障害者等の医療及び保護を行い、その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援助を行い、ならびにその発生の予防その他国民の精神的健康の保持及び増進に努めることによって、精神障害者等の福祉の増進及び国民の精神保健の向上を図ることを目的としたもの

### \* 18 障害者自立支援法

障害者の地域生活と就労を進め、自立を支援する観点から、障害者基本法の基本理念にのっとり、これまで障害種別ごとに異なる法律に基づいて自立支援の観点から提供されてきた福祉サービス、公的負担医療等について、共通の制度の下で一元的に提供する仕組みを創設することとし、自立支援給付の対象者、内容、手続き等、地域生活支援事業、サービスの整備のための計画の作成、費用の負担等を定めるとともに、精神保健福祉法等の関連法律について所要の改正を行う。

### \* 19 老人保健法

国民の老後における健康の保持と適切な医療の確保を図るため、疾病の予防、治療、機能訓練等の保険事業を総合的に実施し、持って国民保健の向上及び老人福祉の増進を図ることを目的とする。

### \* 20 高齢者の医療の確保に関する法律

国民の高齢期における適切な医療の確保を図るため、医療費の適正化を推進するための計画の作成および保険者による健康審査等の実施に関する措置を講ずるとともに、高齢者の医療について国民の共同連帯の理念に基づき前期高齢者にかかる保険者間の費用負担の調整、後期高齢者に対する適切な医療の

### \* 21 後期高齢者医療制度

日本国内に住む75歳以上の後期高齢者全員と、前期高齢者（65歳～74歳）で障害のある者を対象とする、他の健康保険とは独立した日本の医療保険制度。

### \* 22 介護保険法

高齢の要介護者等に対して、社会保険方式により、保健・医療・福祉サービスを提供することを定めた法律。2000年4月1日施行。

### \* 23 介護保険における特定疾病の範囲

#### 1 初老期の痴呆

アルツハイマー病 ピック病 脳血管性痴呆 クロイツフェルト・ヤコブ病等

#### 2 脳血管疾患

脳出血 脳梗塞等

#### 3 筋委縮性側索硬化症（ALS）

#### 4 パーキンソン病



- 5 脊椎小脳変性症
- 6 シャイ・ドレーガー症候群
- 7 糖尿病性  
腎症・網膜症・神経障害
- 8 閉塞性動脈硬化症
- 9 慢性閉塞性肺疾患  
肺気腫、慢性気管支炎、気管支喘息、びまん性汎細  
気管支炎
- 10 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形  
性関節症
- 11 慢性関節リュウマチ
- 12 後縦靭帯硬化症
- 13 脊柱管狭窄症
- 14 骨粗鬆症による骨折
- 15 早老症（ウェルナー症候群）
- \*24 介護保険における給付の範囲  
給付の共通部分である介護給付と予防給付、市区町村  
が独自に行う市町村特別給付がある。保険給付には居宅  
サービス、施設サービス、居宅介護支援、福祉用具購入  
や住宅改修、高額介護サービスなどがある。  
詳しくは厚生労働省  
HP<http://www.mhlw.go.jp/index/shtml>
- \*25 ケアマネージャー  
介護支援専門員。2000年4月から始まった介護保険  
制度において、遥支援または要介護と認定された人が適  
切な介護サービスを受けられるようにするために、介護  
サービス計画（ケアプラン）を作成する専門職
- \*26 介護労働者の雇用管理の改善等に関する法律  
我が国における急速な高齢化の進展等に伴い、介護関  
係業務にかかる労働力への需要が増大していることにか  
んがみ、介護労働者について、その雇用管理の改善、能  
力の開発及び向上等に関する措置を講ずることにより、  
介護関係業務に係る労働力の確保に資するとともに、介  
護労働者の福祉の増進を図ることを目的としたもの。
- \*27 バリアフリー  
障害者を含む高齢者等の社会生活弱者が社会生活に参  
加する上で生活の支障となる物理的な障害や精神的な障  
壁を取り除くための施策、若しくは具体的に障害を取り  
除いた状態をいう。一般的には障害者が利用する上で  
の障壁が取り除かれた状態として広く使われている。
- \*28 ユニバーサルデザイン  
文化・言語・国籍の違い、老若男女といった差異、障  
害・能力の如何を問わずに利用することができる施設・  
製品・情報の設計をいう。
- \*29 ノーマライゼーション  
1960年代に北欧諸国からの社会福祉活動から始まっ  
た理念の一つ。障害をノーマルにするということではな  
く、障害者の住居・教育・労働・余暇などの生活の条件  
を可能な限り障害のない人の生活条件と同じようにする  
ことであるとする考え。
- \*30 アクセシビリティ  
高齢者・障害者を含む誰もが様々な製品や建物、サー  
ビスなどを支障なく利用できるかどうか、または利用し  
やすさの度合い。
- \*31 自己決定権  
自らの生命や生活に関して、本人自身が決定できる権  
利。
- \*32 社会的入院  
医学的には入院の必要がなく、財田腕の量よ湯が可能  
であるにもかかわらず、ケアの担い手がいないなど家庭  
の事情や引き取り拒否により、病院で生活している状態。
- \*33 重症心身障害児・者  
重度の知的障害及び重度の肢体不自由が重複している  
児童（児童福祉法第43条の4）、また成人にあってはそ  
の者。
- \*34 ADA法  
1990年7月に制定された障害者のための社会保障法  
のひとつ。官民を問わず雇用や交通機関、公共施設の利  
用、言語、聴覚障害者の電話利用などあらゆる分野で障  
害者の差別を禁じ機会平等を保障する法。
- \*35 職業リハビリテーション法  
軍人以外の障害者についても社会や職業復帰するため  
の訓練が必要と認識され1920年に制定された法律。
- \*36 精神遅滞者福祉法  
1963年にアメリカで制定された知的障害者の福祉に  
関する法律
- \*37 全障害児教育法  
1975年に制定されたアメリカ合衆国における障害児  
教育行政の基本的な連邦法。  
すべての障害児が、その特有なニーズを満たすために  
構想された特別な教育および関連サービスを協調した無  
償で適切な公教育をうけることができるような状態にし  
ておくことを保障すること。障害児とその保護者の権利  
が守られることを保障すること。すべての障害児の教育  
を提供する州と地方自治体への援助をすること。障害児  
を教育する努力の効果を評価し保障することを目的とし  
ている。
- \*38 PTSD  
Post Traumatic Stress Disorder（心的外傷後スト  
レス障害）  
強烈なトラウマ体験（心的外傷）がストレス現（スト  
レッサー）になり、心身に支障をきたし、社会生活にも  
影響を及ぼすストレス障害。
- \*39 エンパワーメント運動  
援護の必要な人々が自らの力を身につけることにより、  
自らに対しても社会に対しても問題の解決を果たしてい  
くこと、その運動。
- \*40 リハビリテーション法  
1973年に制定された。障害児・者の人権保障を目的  
にあらゆる差別を禁止すること、一市民としての権利行  
使と市民生活の享受の保障を目的としている。
- \*41 ADA法 2008年改正  
「主な日常的動作の範囲の拡大」  
日常的な活動の行動部分につき、具体的に示す  
「身体機能を追加」  
行動や活動への制限だけではなく、免疫システム、正  
常な細胞の成長、消化機能、腸機能、膀胱機能、脳神経  
機能、呼吸機能、循環機能、内分泌機能、生殖機能など  
機能不全も対象となる  
「薬物や補助技術を判断基準から除外」  
薬物の服用や補装具の利用により機能、行動への制限  
が取り去られたとしても、それらを使用しない状態で判

断される。

「症状・障害の可能性を重視」

また状態が安定しているときも、将来にわたる可能性を考慮し、完治の見込みがなければ対象となる。

「障害差別関連訴訟」

障害がある（日常生活上に支障がある）ために差別を受けたと判断された場合には、たとえそれが障害があると見做される者であってもADA法の適用を受ける

「採用試験時の配慮」

#### \*42 日常的な活動の定義 ADA法

改正前まではADL (Activities of Daily Living) 日常生活動作、生活する上で必要な基本動作は食事、排泄、入浴、歩行といったものであったが、改正後は読む、集中する、話す、呼吸する、学ぶ等の具体的な項目が掲げられた

#### \*43 援護法

1967年にスウェーデンで制定された。保護から援護へという知的障害者福祉の新しい概念を提示し、全員就学を制度的に確立した。ノーマライゼーションの理念を組み込み、居住環境の質的な改善を求め、施設中心の処遇の見直しを唱えた。

#### \*44 新援護法

援護法をより具体化したもの。1985年に制定された。知的障害者だけでなく中途知的障害者や小児精神病患者も対象範囲に含め、特別な権利とそれを受ける権利を明示した。また入所施設解体方針を示し、地域生活のための物的・人的援助のあり方を明示した。

#### \*45 LSS法

LSS（一定の機能的な障害を有する人々の援助とサービスに関する法律）法は1993年に施行された法律。保護から援護へ、援護から権利保障へと動いてきた法体系をついに権利の達成と自己決定権につき保障し、対象者をすべての障害を持つ人へ拡大した。

#### \*46 コミュン(Kommun)

スウェーデンの基礎自治体。日本の市町村のようなもの。ただし人口や面積の指定はない。

#### \*47 グループホーム

病気や障害などで生活に困難を抱えた人たちが、専門スタッフ等の援助を受けながら少人数で一般の住宅に共同生活する社会的介護の形態。

#### \*48 生活の質

最近ではQOL (quality of life) ともいわれる。財産や仕事だけではなく住宅環境や心身の健康、教育、レクリエーション活動など様々な観点で、人がどれだけ人間らしい生活を送っているかを考えるもの。

#### \*49 MCPD Mayor's commission on people with disabilities

MCPDでは4つの目標を掲げている

- 1 people with disabilities want to live as independently as possible and in the community if possible, not in institutions
- 2 people with disabilities seek the 'American Dream' sought by people without disabilities
- 3 people with disabilities do not want to be stereotyped but appreciated for their individual talents
- 4 people with disabilities have contributions to

make to the community

2008年11月時点で取り組んでいる項目として、市の建物やプログラムがすべての市民にとって利用しやすいかどうかのアンケート調査、障害者の経営者を増やすこと、障害者雇用を促進するためのビデオ編集、フィラデルフィア市のすべてのタクシー会社へのバリアフリー車両の導入、建築業者や開発業者へのユニバーサルデザインを取り入れた障害者のための住宅の建築ガイドの作成がある。

MCPDで重点事項とされているのは教育、雇用、住宅問題である。

詳しくはMCPD

#### \*50 委員会のセクション

芸術・カルチャー/バリアフリーデザイン/教育/雇用/健康・福祉サービス/住宅/輸送・移動支援/選挙・投票/レクリエーション/居住(登録)/健康行動学(健康科学)

#### \*51 アスペルガー

アスペルガー症候群 (Asperger syndrome) 社会性・興味・コミュニケーションについて特異性が認めら得る広汎性発達障害（人間の基本的な機能の発達遅滞を特徴とする）である。

#### \*52 ADHD

Attention deficit hyperactivity disorder 注意欠陥多動性障害、注意欠陥多動症候群。

年齢あるいは発達に不釣り合いな注意力及び衝動性、多動性を特徴とする行動の障害で社会的な活動や学業の機能に障害をきたすもの。

特徴として、集中力が持続できず、注意が散漫になる。絶えず落ち着かず動きまわる。衝動的で興奮しやすいなどがある。

#### \*53 ダウン症

ダウン症候群 (Down syndrome) 体細胞の21番染色体が1本余分に存在し、計3本（トリソミー症）持つことによって発症する先天性の疾患群。ダウン症候群様顔貌、心臓、消化管、血液等の疾患が発症する頻度が高い。

#### \*54 発達障害

Developmental disorders

先天的な様々な要因によって主に乳児期から幼児期にかけてその特性が現れ始める発達遅延。精神・知的な障害や身体的な障害を伴うこともある。