

シリーズ「岩手の再生」特別編

NPO 法人岩手地域総合研究所「くらし・福祉」調査研究部会公開講座

障がいのある人もない人も 共に暮らし続ける地域を目指して！！

《障がい児(者)の福祉、その歴史と制度、現状と課題》

細田重憲・川畑昌子・藤村ゆみ子・大森 勉
玉山恵理子・山下純子・工藤宏行



主催 NPO 法人岩手地域総合研究所
共催 岩手県社会保障推進協議会
岩手県生活と健康を守る会連合会
盛岡生活と健康を守る会

「障がいのある人もない人も
共に暮らし続ける地域を目指して！！」

目 次

発刊にあたって

岩手県地域総合研究所 理事長 井上 博夫
「くらし・福祉」調査研究部会事務局 村山 繁 ・・・・1

I 第1回公開講座（2020年3月23日開催）

テーマ 「障害者福祉、その歴史と制度、現状と課題（1）」
講師 社会福祉法人岩手更生会理事長 細田 重憲・・・4

II 第2回公開講座（2020年7月27日開催）

テーマ 「障害者福祉、その歴史と制度、現状と課題（2）」
講師 社会福祉法人岩手更生会理事長 細田 重憲・・・31

III 第3回公開講座（2020年9月29日開催）

テーマ 「障がい者福祉、当事者、関係者の思いと訴え」
挨拶
コーディネーター
社会福祉法人岩手更生会理事長 細田 重憲 ・・・・63
報告者 「重度障がい者が地域で暮らせる社会づくりを目指して」
CIL もりおか代表 川畑 昌子 ・・・・64
報告者 「重症心身障がい児（者）の親として、地域に生きる当事者の
思いや願い」
岩手県重症心身障がい児（者）を守る会副会長
藤村 ゆみ子 ・・・・72
報告者 「障がい者福祉について～共生社会の実現を目指して」
盛岡市保健福祉部障がい福祉課課長補佐
大森 勉 ・・・・86

質疑応答

コーディネーター

社会福祉法人岩手更生会理事長 細田 重憲 99

IV 第4回公開講座 (2021年5月24日開催)

テーマ 「知的・精神・発達障がい者への支援について考えます」

挨拶

コーディネーター

社会福祉法人岩手更生会理事長 細田 重憲 104

報告者 「知的障がい者への就労支援、地域生活支援について考えます」

社会福祉法人岩手更生会障害者支援施設緑生園

業務課長 玉山 恵理子 106

報告者 「精神の障がいがあっても、当事者もその家族もあきらめることなく、自分の人生を生きることができます」

社会福祉法人みやま会障害福祉サービス事業所

みやまサービス管理者 山下 純子 114

報告者 「精神の障がいのあるないよりも、困り感に目を向けて支援を考えていきます」

盛岡市基幹相談支援センター所長

工藤 宏行 124

質疑応答

コーディネーター

社会福祉法人岩手更生会前理事長 細田 重憲 134

講師3人への意見・質問・感想及びその回答 137

V 第5回公開講座 (2021年7月5日開催)

テーマ 「障害者福祉、これまでの振り返りと残した課題」

講師

社会福祉法人岩手更生会前理事長

細田 重憲 144

会場報告者

岩手県社会保障推進協議会事務局次長

高橋 貴志子 156

会場報告者

盛岡生活と健康を守る会事務局次長

市沢 節子 160

質疑応答

講師

社会福祉法人岩手更生会前理事長

ブックレット

「障がいのある人もない人も

共に暮らし続ける地域を目指して！！」の発刊にあたって

岩手地域総合研究所 理事長 井上 博夫
「くらし・福祉」調査研究部会事務局 村山 繁

2016年7月26日未明に、神奈川県相模原市の障害者入居施設「津久井やまゆり園」で起きた障がい者殺人事件は、国民全体に大きなショックを与えました。岩手地域総合研究所が設置している「くらし・福祉」調査研究部会のなかでも、怒りや悲しみの思いがあふれ、二度とあってはならないことであると一致しました。そしてさらに話し合ううちに、果たして私たちは障がい児（者）のことをどこまで分かっているのだろうかとの思いに至りました。

そこで、「くらし・福祉」調査研究部会が、調査研究の一環として「障がい児（者）福祉をめぐる現状と課題等」をテーマとし、このことについて広く市民、関係者との共通理解を深め、住み慣れた地域で共に生きるための一助とすることを目的として、当研究会の理事で社会福祉法人岩手更生会理事長（当時）でもある細田重憲さんの全面的なご協力をいただくとともに、岩手県社会保障推進協議会並びに岩手県生活と健康を守る会連合会及び盛岡生活と健康を守る会と共催しながら連続公開講座を開くこととしました。

また、今回の講座では、「住み慣れた地域で共に生きる」という趣旨に従い、講演と併せて障がい児（者）福祉の分野で活躍されている方の活動報告や、ご家族からのお話をいただき議論を深めることとしました。

取り上げたテーマは次の5つです。

第1回～第2回は「障害者福祉、その歴史と制度、現状と課題」と題した細田重憲さんによる講演でした。講演では、NHKで制作した映画が放映されるとともに、障がい者福祉を理解するための前提、障がい者福祉の歴史、そして障がい者福祉の制度について説明をいただきました。

第3回は、「障がい者福祉、当事者、関係者の思いと訴え」と題して、3人の方から活動報告をいただきました。一人目は川畑昌子さんです。ご自身が重度身体障がい者であるという立場から「重度障がい者が地域で暮らせる社会づくりを目指して」を、二人目は、藤村ゆみ子さんです。重症心身障がい児（者）の親の立場から「重症心身障がい児（者）の親として、地域に生き

る当事者の思いや願い」を、三人目は、大森 勉さんです。福祉行政を担っている立場から「盛岡市の障がい者福祉の状況（共生社会の実現を目指して）」を報告していただきました。なお大森さんの報告については、本人の希望により資料のみの掲載とさせていただきました。

第4回は、「知的、精神、発達障がい者への支援について考える」と題して、3人の方から活動報告をいただきました。一人目は玉山恵理子さんです。知的障害児施設で働いている立場から「知的障がい者の就労支援、地域生活支援の課題を考える」を、二人目は、山下純子さんです。精神障害者支援施設で働いている立場から「精神の障がいがあっても、当事者もその家族もあきらめることなく、自分の人生を生きることができます」を、三人目は工藤宏行さんです。障害者総合相談支援施設で働いている立場から「精神の障がいのあるないよりも、困り感に目を向けて支援を考えていきます」を報告していただきました。

最後の第5回は、第1回目及び第2回目の講師であった細田重憲さんから「障害者福祉、これまでの振り返りと残した課題」と題して講演をいただきました。残された課題として、「災害弱者としての障害者」と「コロナ禍における障害者の暮らしにくさ（差別）について」の二点が説明されました。

第1回目は、2020年3月23日に開催しました。当所の予定では2020年度中に終了の予定でしたが、何度も延期となり、2021年7月5日の開催で終了となりました。新型コロナウイルスの感染状況を見ながらの開催のためこのようになりましたが、無事終えることができ、細田重憲さんはじめ報告者や関係者の皆様方にはこの場をお借りして心から感謝と御礼を申し上げます。

なお、講師及び報告者の皆様方から貴重な資料をいただいておりますが、紙面の関係上掲載することができずお詫び申し上げます。このブックレットの掲載内容と資料は、岩手地域総合研究所のホームページに掲載しておりますので、ホームページをご覧ください。

ホームページ <http://isouken.org/>

いずれの回も、岩手の現実に即した具体的な問題提起がなされており、今後の岩手におけるさらなる障がい児（者）福祉の推進に生かしていただければと願っております。

なお、本稿は、公開講座での講演に基づき、講演者が加筆、修正等を行ったものです。

岩手地域総合研究所「くらし・福祉」調査研究部会 第1回公開講座

「障害者福祉、その歴史と制度、現状と課題（1）」

社会福祉法人岩手更生会理事長 細田重憲

1、はじめに

みなさん、こんにちは。ご紹介いただきました
ました細田と申します。どうぞよろしく
お願いいたします。ご挨拶をいただいた
地域総研の副理事長の佐藤嘉夫先生とは
岩手県立大学でいろいろとお付き合いや
ご指導をいただいたということもありま
して、こういう形での機会を持たせてい
ただいてありがとうございます。では座って話をさせていただきます。



今、ご紹介がありましたように私は県の職員として長く勤めておりまして、
その中でも子供に関わることと、障害者にかかわる仕事に携わっております。
そのあと大学で障害者にかかわることなどを学生に伝えてきました。今は社
会福祉法人岩手更生会、この施設は緑生園という施設、名前を聞いたことが
あるでしょうか、以前は市内太田橋のたもとにありました。今は湯沢団地の
手前に移っておりますが、ここの施設などを経営している社会福祉法人の理
事長をしております、というよりさせられております。この施設の創設者は
中野芳幸といいまして、盛岡の歳末助け合い運動を始めるなど、非常に著名
な、人々の記憶に残っている人であります。また機会を改めてお話をするこ
とがあるかもしれません。「岩手の保健」という国保連が出している雑誌の
今回 3 月に出たものに多少そのことが書いてありますのでご覧いただけれ
ばと思います。

(1) 障害者福祉との関わり（自己紹介をかねて）

それでは資料を見ながらお話をしたいと思います。また、途中、NHK で 4
年ほど前に放送した「戦後 70 年」という番組の中に障害者福祉の歴史を取
り上げたものがありますので、それを入れながらお話をしたいと思います。

初めに私の自己紹介を兼ねましていくつかお伝えしておきたいと思いま

す。私がどんなことをしてきたかということでもあります。行政の担当として、障害者にかかわる計画をつくったり、福祉施設の整備をしたり、障害者団体や役員方々などと様々な交流があったりということでも仕事をして参りました。施設の整備というのは私自身の中では非常に大きなウェイトをもっておりまして、計画を作ったり、どういう施設をつくるかということなどをみんなと一緒に考えながらやるわけです。例えば奥中山に県立中山の園という施設があるのをご存知でしょうか。非常に大きな施設です。これをつくるときに末端で多少かかわりました。それから盛岡で言いますと太田の園という民間の施設があります。そのような民間施設のいくつかをつくることにお手伝いをいたしました。

全国的に見ますと、1980年代の初頭というのは、ちょうど国際障害者年というのがありまして、あとで映像も出てきますが、そのとき何が言われたかといいますと、障害者も地域で暮らすということを一生涯懸命考えようということでした。ところが岩手県では、やはり遅れていたということなのでしょう。80年代の真ん中ぐらまでいっぱい施設ができるという時代でありました。その頃に施設整備の仕事をしておりました。

障害者団体との交流で言いますと、記憶に残っている方は桜井政太郎さんという方でございます。ご存知の方はおられるでしょうか。視覚障害で、盲学校の先生をやりながら、視覚障害者協会の会長を長く勤められました。もう亡くなられたのですが、彼が残したものは、盛岡にあります視覚障害者のための手で見る博物館です。全国にも例がない、触ってみる博物館です。これは彼が亡くなったときに閉鎖しかけたようなのですが、彼の志を継ぐ人が今やってくださっておりまして、全国の盲学校が修学旅行で盛岡に来て訪れていくということも行われているようです。盛岡の隠れた名所と言っては怒られますけども、そういう貴重な資源だと思います。何度かお話を伺って、感銘を受けました。

それから社会福祉法人の役員ということで、知的障害の施設、精神障害者を支援する事業所の経営をやっております。緑生園という知的障害者施設は、就労に繋げるということを目指して50年以上過ぎました。数百人の卒園生を就労の場に送り出していますが、現在は就労できるような方がなかなか入ってこなくて、昨日も理事会と評議員会があったのですが、これからの中心的な課題は、障害者の高齢化で、障害者の看取りということも考えなければならなくなるという話をしましたら、評議員の方から、それは障害者の施

設でやることなのか、高齢者の施設でやることじゃないのという意見がありました。その通りなのですが、現実には、とくに知的障害の方々というのは高齢者の施設、高齢者の福祉の中ではちょっと受け入れがたいところがありまして、私どもで考えていく必要があるのではないかと、思ったりしております。障害のある方の高齢化、看取り、そういう人たちの生活の場としての施設の将来像をこれからどう考えていけばいいかという非常に大きな問題を抱えております。

それから今、県や盛岡市の仕事を二つさせていただいております。ひとつは、「障害のある人もない人も共に学び共に生きる岩手県づくり条例推進協議会」の委員長です。これは県が平成22年に条例をつくりまして、障害のある人もない人も全ての県民が共に暮らし続けていける地域づくりを進めよう、そのために障害者に対する差別をなくそう、ということが根底にある条例です。もうひとつは、盛岡市の社会福祉審議会委員、障害者専門分科会の会長として10年ほど勤めております。

資料には書かなかったのですが、大学の教員として向き合ったことの中に、障害のある方々を大学に入学させたあとどうするかということについて、たまたま担当として関わることがありました。といいますのは、一般の入試ではなくてAO(アドミッション・オフィス)入試といって、学科試験ではなくて面接を中心として合否を決める選抜方法がありまして、そこに応募してきた二人の方を県立大学社会福祉学部に入學できるようにしたということなのです。一人は聴覚障害の方、一人は重い肢体不自由の方でした。まだできてからそんなに経っていない大学なものですから、障害の方の入學というのは例がほとんどなかったようでありまして、入學後どうするという話になりました。聴覚障害の方は、障害の程度は重いというわけではなかったのですが、口述主体の大学の授業をほかの学生と同じように受けるのは難しいから、ノートを取る人をそばに付けて授業をすることにしました。それでも解決できないことがいくつかありました。例えば英語の授業はどうするとかいっぱいありました。それから肢体不自由の方の場合は、教室の机というのは椅子が固定になっておりまして、車椅子の方は使いづらい構造になっていましたので、それを付け替えて授業を受けるようにしておりました。大学をつくる時にバリアフリーということはかなり考えてつくった建物ではありましたが、実際一人一人に合わせるとなると、いくつも課題がある。そんなことも大学の教員として経験いたしました。

(2) お話をする上でのいくつかの前提

① 障害者の暮らしにかかわる制度は広い

(2) お話をする上でのいくつかの前提

① 障害者の暮らしにかかわる制度は広い。

年齢（出生前から高齢期まで）、就学前、少年期、青年期等のライフステージに応じ、いくつもの制度が関わる（以下は例示）

- ・保健、医療（出生前から高齢期まで、公費負担医療制度）
- ・教育、福祉（特別支援教育、福祉教育 手帳制度、障害福祉サービス）
- ・就労・雇用（一般就労、保護的就労、雇用率制度）
- ・税、年金、手当（所得保障）
- ・住居・住宅、交通・移動、まちづくり
- ・情報保障（手話、点訳、音声訳、放送における字幕）
- ・基本的人権の保障（裁判、差別禁止、虐待の防止） 等

次に、今日映像を見ますので、いくつか前提として、ちょっと理屈っぽい話で申し訳ないですがお話しします。

まずひとつは、障害者の暮らしにかかわる制度は非常に幅が広いということです。福祉の分野でも高齢者福祉というのは主に高齢者のことで、児童福祉というのは子どもとその家庭のことですが、障害者の場合は年齢が、出生前から高齢期まで長くかかわる。出生前というのは妊娠しているときの診察ですが、生まれたあとの健診までずっと広くかかわっております。これが母子保健の制度です。それから、学校に入る前、少年期、青年期のライフステージに応じていくつもの制度がかかわっております。例えば就学前で言いますと、障害児保育がありますし、障害のある子どもたちの通所の施設、あるいは通所のサービスのようなものもあります。以下は例示として書いてあります。

医療の分野で言うと、公費負担の医療制度というものがあります。公費負担というのは、我々が窓口で払う 3 割分の全部あるいは一部を公費で払うということです。例えば難病の方の医療とか、精神障害の方の通院の医療は公費負担という制度があります。教育は特別支援学校とか、普通学校の中の特別支援学級です。福祉には手帳制度などもあります。

就労・雇用では、企業などでの一般就労、福祉施設などでの保護的な就労

があります。我が国では障害者の雇用率というものを法律で決めております。民間の企業であれば今年の3月から2.3%になっています。従業員が43.5人以上の企業は障害者を1人雇わなければならないという制度上の決まりです。それから税、年金、手当というのは、年金による所得の保障、税における障害者控除というものがあります。住居・住宅・交通・移動、まちづくりというのは、例えば盛岡市内のバスでもこの頃ノンステップのバスが増えています。これは高齢者や障害者が移動しやすいようにということを出てきたものだと思います。仙台の駅前では水平の移動と垂直の移動が、車椅子の方でも容易にできるようにつくられております。これらはバリアフリー化の取り組みによって実現しているものです。

情報の保障というのは、手話、点訳、音声訳、放送における字幕などがかわっております。20年ほど前ですと、放送に字幕を入れるというのはなかなか難しく、とくにニュースだと非常に難しいと言われていましたが、今は相当の数の字幕が入るようになっております。私の母親は耳がとても遠くなっておりますので、音を出さないで字幕が入るようにしてテレビを見ておりますが、そういうことも今はできるようになっております。それから、基本的人権の保障など施策の幅は広いということをご確認いただきたいと思っております。

② 障害者施設の理念となることば

○ノーマライゼーション

ふたつ目は、障害者施策の理念となる言葉を紹介いたします。

ひとつはノーマライゼーションという言葉です。聞いたことがおありでしょうか。ノーマルというのは当たり前とか普通ということで、ライズというのは「(そのような状態に)していく」ということです。これは私が考えてつくった訳ですので厳密に正確かどうかというのにはありますが、障害があってもなくても誰もが(自分の選んだ)地域の中で(家族とともに)、その人らしく暮らしていけるようにしていく(それを当たり前にしていく)。それがノーマライゼーションの考え方だということです。

これだけ見ると当たり前だと思うのですが、歴史がありまして、ノーマライゼーションという言葉の提唱し世の中に広めたのは、デンマークのバンク・ミケルセンという人です。この人は第二次大戦中にナチス・ドイツの捕虜になって捕虜生活を経験しました。戦争が終わってデンマークに戻り、政

府の障害者担当になって、障害者の施設を視察したとき、たぶん日本の今ある福祉施設とはかなり違い、規模の大きい病院のようなものだと思いますが、それを見たときに、これはナチスの収容所と同じだと感じたと言われています。それはどういうことかと言いますと、決まった時間に利用者が一斉に同じことをする。7時になれば起きて、8時になればご飯を食べて、9時になれば働いてということです。なおかつ施設が人里離れた郊外にあって、規模も大きいということです。もちろん家族とも離れているわけです。そういう形ではなくて、地域の中で、自分の選んだ暮らし方ができるようにするというのがノーマライゼーションだということです。大規模施設への収容や隔離というものがあってはいけないという反省から、障害者は一人ひとり自分の意志で自分の選んだ地域で暮らすということを考えたいということです。

○ リハビリテーション

次に出てくるのが、リハビリテーションという考え方です。僕たちは通常リハビリとかリハと言っておりまして、脳卒中のあとや骨折をしたあとに機能を回復するという医療的な手順としてリハビリテーションということを考えてしまうのですが、研究者の方は、リハビリテーションはそういうものではあるけれども、もともと障害を負ったことによって失った様々な権利を回復するというのがリハビリテーションの意味だというふうに話しています。これはなかなか難しく、私なども、そうは言うけどどうということなのと思ったりするのですが、リハビリテーションというのはただ単に訓練をするということだけではなくて人間としての権利の回復だということです。従って、単なる医療行為だけではないというような理解であります。

○ インクルージョン

もうひとつは、インクルージョンです。これは教育の中から言われてきた言葉です。障害のある子ども一人ひとりに、最善の教育を統合された環境の中で行う、社会から排除せず社会の中に包み込むということで、今は日本では社会福祉の中心的な理念として使われるようになりました。ノーマライゼーションもそうですが、障害者だけではなく、高齢者やひとり親など社会的弱者といわれる人たちも含んで広く使われています。インクルージョンの場合は、そのような人たちを社会から排除してはいけないという考え方でいわれることが多いと思います。

③ 国連「障害者の権利条約」

3 つ目です。これも前提としてということで話をしておきたいのですが、2006 年 12 月に国連総会で障害者の権利条約というものが採択されました。一言でいうと、障害者が、社会から差別されたり排除されたりしないで、ひとりの市民として平等に暮らしていくことができるためにどうするかというのを条約として定めた。大事業でした。

条約は、世界各国が、条約に沿ってそれぞれの国の法律や制度を見直し、変えていくことを求める、拘束力を持ったもののご理解をください。じつは、障害者については第二次世界大戦が終わったあと、「知的障害者の権利宣言」とか「障害者の権利宣言」が国連によって出されているのです。宣言というのは、言い方が雑になりますが、出しっぱなしなのです。条約は世界のそれぞれの国を縛るという意味で実効性が全く違うということでもあります。

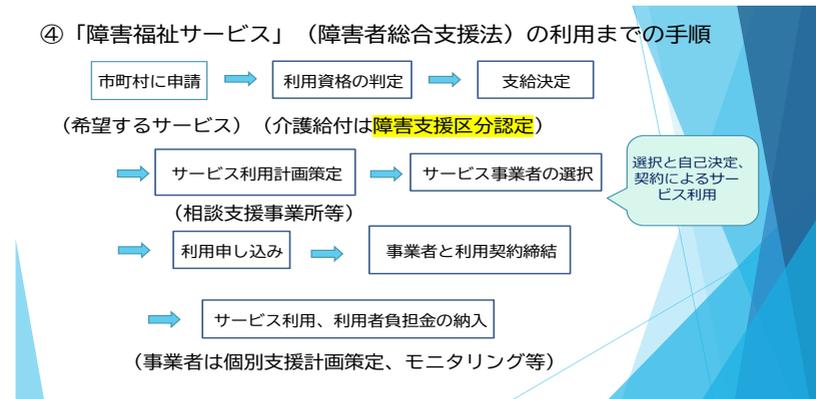
それから大事なポイントのひとつが、「障害の社会モデル」ということです。我々はどうしても目の前に障害のある方がいると、障害はその人の中にあるもの、その人が抱えている問題と考えるのですが、障害の問題というのは、その人とその人が暮らす社会との関わりの中で発生しているという理解の仕方をします。私が本で読んだことを言うのですが、日本の障害のある方々がアメリカに行った。車椅子の方などを考えていただいているのですが、アメリカにいる間は自分たちが障害者だということをあまり意識しなかった。日本に戻って来て空港に降りた途端に、やっぱり俺たちは障害者だと思ったということです。つまり、環境がどうであるかによってその人の障害の考え方とか受け止め方が違ってくる。あるいは生活のしづらさも違ってくるということだと思います。そこで、変わるべき障害者個人ではなく社会の側だという主張になります。これは大事なところだと思います。ちょっと理屈っぽくて難しいところですが、ご確認いただければと思います。

もう一つのポイントは差別の禁止です。この差別には 2 つあると言っています。一つは障害を理由とする差別です。例えば障害者だから採用しないとか、障害があるから入学させないというようなことです。これはわかりやすいのです。もうひとつが、合理的配慮をしないことによる差別です。合理的配慮というのは何かというと、さっき大学の話をしましたが、大学が入学試験を行って学生を入学させたとき、その人が障害をもっていたとしても、可能な限り他の学生と同じように勉強できる仕組みをつくるというのが

合理的配慮です。もうひとつ別の例で言うと、車椅子の人を社員にしたとすれば、その人が通路を通りやすいように広げるとか、作業のテーブルを車椅子の人に合わせるとか、そういうことです。ただし、体力を超えて無理をしてくださいとまでは求めています。小さな工場が障害者を雇ったときに、エレベータを付けることが必須だとは言ってないのです。客観的に必要で、できる範囲のことをしなければ差別になるということです。

そのほかに権利条約では、手話というのは言語だとか、障害者が誰とどこで暮らすかは個人の選択(権利)であるとか、女性障害者の権利、性的な虐待などの対象ということも含めた権利などについても明記をしております。これが権利条約というもので、日本、あるいは世界各国の障害者福祉、障害者施策というのはこの条約に基づいて、あるいはこの条約の中身に近づけようということ動いているというふうにご理解ください。

④ 「障害福祉サービス」(障害者総合支援法)の利用までの手順



4つ目は、障害福祉サービスです。これは障害者総合支援法という法律でサービスを提供しているのですが、その利用の手順をお話しします。これは手順を全部覚えてくださいというのではなくて、今、障害福祉サービスを利用するというのは、利用者がサービスを選ぶということと、個人としてサービス事業者と契約を結んで使うという、選択、自己決定、契約という言い方をしますが、そういう手順になっているということをご理解ください。選ぶと言っても選ぶ余地がどれぐらいあるとか、対等の立場で契約と言っても、その中身をわかる手段があるとか、そういうことが課題としては出てきま

すが、とりあえず仕組みではこうだということを覚えておいてもらえればと思います。

介護保険が始まったときに、福祉サービスの中では初めてこの仕組みが入ったのです。介護保険は要介護認定を受けてサービスをどれぐらい使えるかというのが金額ベースで決まってきます。それをケアマネージャーという専門職と相談して、どのサービスをどれだけ使うかということを組み合わせて決めて、選んだ老人施設などの事業者と契約をして使うことになります。それと同じような手順です。選択と自己決定、契約によるサービスの利用が基本になるということをご理解いただきたいと思います。

⑤ 障害者手帳制度

5つ目は障害者手帳制度です。障害者には3つの手帳制度がありますのでお話をしたいと思います。

ひとつは、「身体障害者手帳」で身体障害者福祉法により定められています。手帳としては比較的知られていると思いますが、我が国の場合は、身体障害の認定を受けた人にはこの手帳が交付される、だから手帳を持っている人が身体障害者だということです。例えば目が見えないと言っても手帳を持っていないと統計上は身体障害者にカウントされません。

種別としては肢体不自由とか音声機能、視覚、聴覚の障害などがあり、最近多いのが内部障害で肺機能とか心臓機能の障害が非常に多いです。等級は1級から6級まで、1、2級は重度ということになっております。もうひとつ区分がありまして、1種、2種と手帳に書いてあります。1種何級とか2種何級と書いてあります。1種、2種というのはJRの運賃割引の区分なのです。1種というのは本人とその介助者が半額割引になります。2種というのは本人だけ割引になります。身体障害者手帳は都道府県知事が発行しています。

今、全国で400数十万件です。かつて担当していたとき、発行した手帳の数で県内には身体障害者が何人いますと説明するのですが、部下職員から、実はそんなにいませんよと言われました。何だと思ったら、亡くなくても手帳を返さない人が結構いる。そこで身体障害者の数は統計上やや多めになっている気がします。

「療育手帳」というのは、知的障害の子どもから大人までが対象ですが、じつはこの手帳制度は、身体障害者手帳と違い、法律上は根拠がないのです。

国の通知によって都道府県が実施しています。従って名称も、「療育手帳」というのは広く使われていますが、東京都は「愛の手帳」と言っております。

この手帳に示される障害の程度はA(重度)とB(中軽度)です。取得は任意で、私が30代の頃はなかなか取得者が増えなかったのですが、その後運賃の割引制度ができたりして今は相当数の人が持つようになっております。

もうひとつが、精神保健福祉手帳です。精神保健福祉法という法律により発行されております。1級から3級までありまして、都道府県知事が交付します。県の福祉総合相談センターという機関が中央通りのひとつ裏の通りにあります。その中にある精神保健福祉センターで判定等を行い発行しています。この手帳の取得は非常に伸びが悪かった記憶があります。なぜかという、JRの旅客運賃割引対象外でメリットが少なかったということです。最近までバスも割引対象にしてくれなかったのです。あとで申し上げますが、1977年には、脳性麻痺者の組織・青い芝の会による川崎駅前でのバス占拠市でバスを占拠、2000年には精神科を抜け出した少年が福岡県で高速バスを乗っ取った事件がありました。そんなこともあって、移動をサポートする必要があるかどうかというようなことが議論になっていたようです。私も現役の頃、県のバス協会に何とか割引を実施してほしいと要請に行ったことがあります。それはもう十数年前ですが、何年前前から岩手県でも精神障害者の手帳を出せばバス運賃が割引になっています。

この手帳でひとつ思い出があるのは、精神障害者に割引などを付けるためには本人確認が必要になります。そこで国では手帳に顔写真を張ることにしたのですが、これに対して当事者の方々はかなり反発をしました。悩ましい問題でしたが大きなトラブルにはならず現在まで来ています。

⑥ 福祉サービス提供における基本的考え方

次は福祉サービス提供の基本的な考え方ということです。人間としての尊厳の保持を何よりも大事にしよう、ということが、障害に限らずどのサービスにも共通する基本的考えです。それから、先ほどお話した、サービスを選んで自分で決めて契約をして使うということも基本です。事業者との対等な関係で契約し、利用するのですが、実際は情報のバランスが非対称、つまり事業者には情報が多くあるが利用者には少ないということがあるわけです。そこをどう下支えするかということがあります。

それから行政などによる権利の擁護です。私は事業者側、経営者の立場で

もありますが、利用者にはいいサービスを提供するためにサービスの質の向上を図ることが強く求められておりますし、情報開示とか説明責任ということも事業者としては必要なことです。

⑦ 「障がい」「障害」「障碍」

それから言葉の問題です。表記の問題と言葉自体がいいかどうかという二つの問題があります。「障がい」、「障害」、「障碍」の3通りの表記がありまして、法律上は「障害」で障害者基本法など、法律はこの「害」を使っております。戦前は「障碍」が使われていましたが、戦後になって当用漢字から碍の字が外れてしまったのです。

お手許に参考として耳鼻咽喉科のお医者さんが書いた文章(『『障害』は『障碍』(障礙)と表記すべきである。))を付けておきました。これはネットで見つけたのですが、「敗戦後のどたばたに乗じて当用漢字表ができた。漢字の使用をわずか1850字に制限するという理不尽なもので、その中で碍という字が消えてしまっただけでこうなった」と述べております。あとでお読みください。

何で「障害」が使われたかよくわからないとのお医者さんも言っておりました。障も害も「さわり」(さまたげ)の意味なのですが、害は他人を害するということなので、当事者の方々からこれは嫌だということがずっとありました。

それだけではなくて、そもそも「障害」という言葉自体が適切ではないという声は根強くありました。国のレベルでも私達も何かいい言葉はないかなとずっと考えたのですが、残念ながら適切な用語ながら見つからなかった。そんなことに業を煮やしたというわけではないのですが、岩手県では市町村も含めて、法律などにかかわる場合を除いて害を平仮名にして「障がい」と書くようにしています。他県でも同じようにしている県がいくつもあります。ただ、「障がい」自体が不適切だという問題は依然として残ります。誰もいい言葉が浮かんでこないということなのです。僕自身は様々な問題があることを承知しながら、今回は漢字の害をそのまま使うことにいたしました。

2 障害者福祉の歴史

(1) 古代社会成立以前(原始共同体社会)

次は、障害者の歴史についてです。(1)は科学的かどうかということも

ありますが、障害者の歴史では結構有名な話で、50～60年前にイラクの遺跡から発掘されたネアンデルタール人の数万年前の骨格から、その中に明らかに障害のあった人、当時は平均的に30歳までしか生きなかつたのですが、この人は40～50歳ぐらいまで生きていたということで、障害のある人が大事にされていたのではないかということを示す例だと考えられています。じつは、この遺跡の中の人骨があるところには花粉がいっぱいあったそうです。昨日の岩手日報の風土計に花粉症の話があって、洞窟の中で花粉が見つかって、やはり人は花を大事にしていたということが出てきますが、障害者もそんなふうにして大事にされていたらしいです。

これも本からの受け売りですが、後世なら差別を受けていただろう知的障害者が社会的に有利な処遇、つまり神様の使いとして尊敬されていたということがある。日本では古事記や日本書紀の中に国生み神話というのがありまして、イザナギとイザナミからできた子どもの蛭子(ヒルコ)は身体がぐねぐねしていたというのです。これもいろいろ説があるようです。そこで流されるのですが、のちに恵比寿として帰ってくる。これを黄泉(よみ)がえりと言っているのです。このあと観ていただく映像に花田春兆さんという方が出てきます。もう亡くなったのですが、重い障害のある文学者です。七福神はみんな障害者の集まりだと言っています。

今、法政大学で総長をやっている田中優子先生をご存知でしょうか、いつも和服を着てテレビに出ている方です。田中さんがまだ若い頃、洋服を着て花田さんと対談をしていて、アカデミックな世界でいうと花田説はちょっとどうかと言っているのですが、花田さんは、でも蛭子(ヒルコ)は恵比寿だと。漫画家の蛭子能収(えびすよしかず)さんの蛭子はこっちですよ。これは科学的にどうのこうのというよりもそういう話があるということです。いずれ人を喜ばせる、人を幸せにするような存在だ、障害者は昔はそう言われたんだと花田さんは一生懸命話しています。

(2) 農耕社会

しかし、農耕社会ができあがると労働力になりえない人は差別(排除)の対象にされました。働かず食べるだけの穀つぶし。この言葉は、じつは戦争中にも出てきて、この後の映像でも出演者の藤井さん(視覚障害者)が「障害者は穀つぶしと言われた」と説明しておりますので気を付けてご覧ください。

(3) 養老律令 (757 年)

日本では 757 年に養老律令という法律ができて、労役や兵役を免除される人として障害者を 3 つに区分しております。一つ目の区分は目、耳、手足。ふたつ目の区分、痴というのは白痴です。今でいう非常に重い知的な障害です。瘖というのは声が出ない。侏儒というのは小人ということです。三つ目の区分、一番重いのが篤疾、精神障害とか両目が見えないとか足が動かないという人たちです。

(4) 明石覚一による視覚障害者の組織化 (1360 年)

それから、1300 年代中頃に視覚障害者で明石覚一という非常に優れた人がいたようで、政治に取り入って、検校という身分制度をつくって認められたのです。視覚障害者だけの身分制度。検校が一番偉くて、時代劇を見ると何とか検校と言って、だいたい悪者なのが出ております。それから別当、勾当、座頭という身分制度があります。これは江戸時代になると崩れたと書いてありますが、そういう制度がありました。

「座頭市シリーズ」は勝新太郎が演じて今もテレビで 1 週間に 1 回ぐらいいやっていますが、座頭市というのは座頭の市、名前が市です。市という名前は結構視覚障害の方が多いですね。身分と名前です。それから、仙台の中心部には勾当台という地名があります。伊達政宗に寵愛された花村勾当という盲目の狂歌師の屋敷があった高台ということです。視覚障害は、明治になってからも教育制度は比較的早い段階で学校ができておりますので、権力とうまく繋がったという流れがあるのかなと思います。

(5) 明治国家での差別の体制化

明治国家になりますと、差別がしっかり固定されてきます。主には知的障害の人たちですが、まず公民権が否定される。欠格条項として瘋癲白痴があげられる。それから、教育から疎外されます。就学免除、これは 1900 年のことです。じつは就学猶予・免除というのは、中身は多少変わっているかもしれないませんが、1978 年まで続いていました。それから医療からの疎外ということで、とくに精神薄弱の方は治らない、治療ができないということで医療の対象からは外されてしまっていたということがあります。

津曲裕次という研究者は、「近代社会とその制度は、精神薄弱者を阻害することによって成立し、形をととのえて来た」と述べています。もうひとつは優生学です。相模原で起きた障害者殺傷事件のときにも言われましたが、

生きていても世の中のためにならないような人たちは子孫を残すようなことをしてはいけないというようなことが言われた時代があります。20世紀の入り口はそういうこともあって、隔離と断種の時代だということをお話しております。

さらに精神障害についての話です。精神障害者に対する「私宅監置制度」が1900年に精神病患者看護法という法律で出てきます。病院で監置ことと共に自宅でも監置できるということを公認した。そして座敷牢ができました。当時、東京帝大医学部の呉秀三という精神科医は実際に私宅監置の状況などを調べて1918年に発表しました。彼は語っています。

「被監置者の運命は実に憐れむべきまた悲しむべきものなり。それ一度監置せらるるや、陰鬱・狭隘なる一室に跼蹐(きよくせき 体を縮める)して、医薬の給せらるることなく、看護の至れるなく、家族はなおこの如くにして多少ともその回春の機の来たらんことを期待するものあり。殊に知らず、此の如くして病勢は日に日に痴呆に傾きゆきて、治すべきものも不治に自然の数なることを。これにおいてか病者はついに終生幽囚の身となりて再び天日を仰ぐに由なきは無限徒刑囚にも似て却ってはるかにこれに劣るものというべし。我邦十何万の精神病患者は実にこの病を受けたるの不幸のほか、この邦に生まれたるの不幸を重ねるものというべし。」

我が国の精神障害者は二重の不幸のなかにある、という最後の一節は今でも教科書などに出てまいります。

(6) 映像を理解するためのいくつかのキーワード

そのほかに映像を理解するためのいくつかのキーワードということで軽くお話をしておきます。ひとつは、身体障害者福祉法という法律が1949年にできました。障害者の中でも身体障害者が先行してできるということのひとつご承知ください。できた当時は、傷痍軍人をどうするかという問題意識が強くて、重い障害者の人はこの対象になっていなかったのです。訓練をすれば何とか働けるような人だけを対象にしてスタートしたという歴史があります。

二つ目は、障害児就学の義務化です。これは1979年に就学猶予や免除がやっとなくなります。それまでは児童福祉施設が学齢障害児の生活をカバーしていた。学校に行けないわけですから、どこに行くかという福祉のほうに来るしかなかったわけです。1979年から就学が義務化されましたが、養

護学校に入ることが基本でしたので、普通学校は選べないということで、普通学校入学を希望する親との争いなどがいろいろ出てきます。映像では小児まひのため就学できなかった人が、高齢になった今通学している場面があります。学校の門をくぐるのが一生の夢だったと語る場面は、いつ見ても感動させられます。

これも映像に出てきますが、脳性麻痺者の当事者組織「青い芝の会」の川崎でのバス闘争です。70年代後半ですね。会員が車椅子での乗車を拒否されたことに対するバスの占拠などの実力行使による抗議行動です。社会の注目を浴びて障害者の移動の権利やバリアフリー化についての問題提起になりましたが、その手段に批判も強かった。それから、重度障害者の息子を殺した母親について、全国的に可哀想な人だと減刑嘆願がおきたのですが、青い芝の会はそれに対して抗議行動を起こした。なぜかというと、母による子殺しを許せば自分たちの命はどうなってもいいことになるからです。彼らが発した「母よ殺すな」は社会に対する強い異議申し立てでした。その行動は同名の書籍として今でも読まれています。

それから国際障害者年（1981）です。言葉としては「完全参加と平等」というスローガンが出てきますので覚えておいてください。国際障害者年のような活動があって初めて、地域での活動の場としての福祉作業所のような、障害者が日中暮らす場というもの地域の中にできてくるという流れがあります。

次に基礎年金制度（1986年）です。これは国際障害者年のあとの日本の様々な動きの中で出てきたもので、満足すべきものではないのですが、障害者が基礎年金を受けることができるようになりました。それまでは福祉年金という月額数千円の年金でしたが、基礎年金は金額的に数万円の年金になって、何とかこれで生活のベースができるということになりました。もうひとつは、無拠出です。掛け金を払ってなくても20歳から受けられるという仕組みになりました。年金と言っていますが財源は税なのです。これによって障害のある人が地域の中で暮らすということの経済的な基盤（所得保障）が一応できたということになると思います。

ついではなげれば、基礎年金制度は国民全てを対象としており、これまで個人の年金権が確立されていなかった専業主婦なども自分の年金（老齢基礎年金）をもてるようになりました。また、雇われて働いている人は1階が基礎年金、2階は厚生年金などの被用者年金という二階建ての構造ができて、

現在に繋がっています。大きな改革でした。

それから、障害者自立支援法が2005年にできました。これは身体、知的、精神の3つの障害について、福祉サービスを統合して、介護系のサービスに加え就労系の新たなサービスを導入した。もうひとつは、国が財源の1/2を負担するというのを義務化した。ただし問題になったのは、介護保険と同じで応益負担という仕組みを入れたのです。応益というのは、介護保険もそうですが、10万円サービスを使うと1万円払う、定率で1割払うということです。障害者のサービスも同じように考えた。なぜかという、将来介護保険と一緒にしようということで、いろんな仕組みを介護保険と同じようなものにしたのです。

ここで障害当事者には次のような問題がおきました。作業所に行って何千円かの工賃をもらう。それだけではもちろん生活できないのですが、働いた報酬として受けることができます。だけど、新しい法律では負担金として払う分が増えて、働いても赤字になってしまうという人がたくさん出てきた。そこで障害者にとって「益」とは何だ、サービスを受けて初めてほかの人と同じように社会の中で暮らしていけるのに、果たしてそれが利益なのかという問いかけが発せられました。そして当事者が原告となって自立支援法違憲訴訟が起きました。そのあと政権交代などもあったのですが、法改正で応能負担に戻り、現在は、中身の改正をし、介護保険法との統合は断念した障害者総合支援法に引き継がれているということです。

ここまでお話をしましたが、映像をご覧いただきたいと思います。NHKが2015年に「戦後70年」というシリーズの第1回として放映したものです。

(映像)

さて、いかがでしたでしょうか。70年を30分にしてありますのでわかりづらいところもあったかもしれませんが、補足的に言いますと、1949年に身体障害者福祉法ができるときには、さっきも話しましたが、我が国の政府は最初は傷痍軍人、戦争で傷を負った人たちをどうするかということを中心に考えて制度をつくった。重い障害者は更生の見込みがないということで、訓練をすれば更生できる人を中心に考えた。そこに対しては占領軍からかなりクレームがついて身体障害者全体を対象にするような制度としてスタートしたということがあります。ただし、いろんな法律がそうなのですが、最初は身体障害の人で

始まって、例えば身体障害者福祉法は1949年にできますが、知的障害は、当時は精神薄弱と言いましたが、これは1960年ですから十数年遅れているわけです。それから、それができたとしても非常に重い障害の人たちは就学猶予・免除があり、行き場所がないという状態で、有名な作家の水上勉さんが「拝啓池田総理大臣殿」という有名な手紙を書いてマスコミに取り上げられて、重い障害の人たちの政策もやっと動き始める、従って、障害によって時間差が結構あったと考えていただいてもよろしいと思います。

それから教育のことで言いますと、盲と聾の人たちの教育は戦争前の早い時期からあるのですが、それ以外の障害については戦後になっても猶予・免除という制度がありました。今日、テレビのニュースや新聞などで宮城まり子さんが亡くなったということが出ておりました。あの方は私からすると、小学生の頃聴いた「ガード下の靴みがき」という歌で覚えた人なのですが、歌手をしながら障害児の施設をつくりました。1968年に「ねむの木学園」という施設をつくっておりますが、そのきっかけは肢体不自由です。その子たちには教育の場がなかった、学校に行けなかった。そこで、その子たちをどうするかと考えて肢体不自由児の施設をつくった。制度としては、児童福祉法に肢体不自由児施設はあったのですが、病院の機能をもった施設だったのです。盛岡に都南の園という施設がありました。今は県立療育センターとなって矢巾に移りましたが、この施設も病院なのです。専門のお医者さんがいて、そこに子どもたちがいるという、病院と施設の二枚看板でした。宮城さんは、そうではなくて、肢体不自由児の養護施設、子どもたちがそこで暮らしていけるような設備が整った教育の場をつくりたいと考えて施設をつくって、そこに学校の分校をもってきた。そのようにして教育を保障してきたということだと思います。

3 障害者福祉の制度

(1) 障害者に関わる法令・制度は幅が広く、所管省庁も数が多い

障害者福祉の制度ということで今日は入り口だけお話をしたいと思います。冒頭で申し上げたように障害者福祉にかかわる法令・制度は非常に幅が広くて所管省庁も数が多いのです。これからお話しする障害者基本法という障害者施策の基本になる法律は、内閣府が所管しています。内閣府の中でも共生社会担当という部署になっています。時間がある方は内閣府のホームページをご覧くださいなのですが、内閣府の所掌範囲はものすごく広くて、その中の共生社会施策分野の中に障害者が入っています。

次はみなさんに先ほどお話をいたしましたので繰り返すことはしませんが、JR の運賃割引制度やバスの割引制度などが障害者にとって非常に大事な制度だということで手帳制度と絡めてお話をいたしました。それから、テレビの字幕や手話通訳の話なども障害者への情報保障としてお話をいたしました。

それから、民法という法律には成年後見という制度があります。これは障害者にとってとても大事な制度です。使う人は少ないのですが、高齢になってからの財産管理や意思決定に関わる制度です。それから、相続のことも大事です。2 日ほど前の朝日新聞に障害者の財産をどうするかという記事が出ておりました。相続にかかわることはなかなか解決がつきがたい問題です。例えば兄弟の中に重い障害者がいて親が亡くなったときに相続をどうするかという話は、親がきちんと遺言で書いておいてくれば、そこに後見人をつけて財産を管理運用することができるのですが、それがないとすると、そもそも相続の権利はあっても相続できるかどうか危ういということも出てくる可能性があります。民法はとても重要な法律です。

もうひとつ福祉制度の中の問題として今あるのは、65 歳以上の高齢障害者への介護サービスです。みんな介護保険制度に入っておりますので、65 歳になると介護保険を使うことが優先なのですが、実際は、とくに知的障害が重い人の場合は、高齢者施設ではなかなか受け止めてくれないということがありまして、障害者サービスの中で年を取ってからもケアしていくことが多い。そこで私も今、経営するにいたる高齢者を将来どうするかという悩ましい問題に直面しているというわけです。同じ福祉制度だから仲良くやったらいいのではないかと思うかもしれませんが、そうはいかない。

これにはもうひとつ問題がありまして、昨日職員と話をしていた僕も忘れていたなと思ったのが、障害者サービスは基本的に応能負担なのです。サービスを目一杯使っても本人の所得に応じて払えばいい。多くの障害者は所得が低く認定されませんので負担はゼロなのですが、介護保険に移りますと応益負担となり 1 割負担になってしまう。そうなれば年金収入だけでは払いきれないような場合も出てくるのです。制度間に溝のようなものがあって、そこがなくなればいいなということをお話したところです。

(2) 障害者基本法

次に障害者の制度の中の一番の基本の制度として障害者基本法という制度があります。この制度について簡単にお話をして終わりたいと思います。この

法律は1970年に心身障害者対策基本法としてスタートし、93年に障害者基本法となり、何度かの改正を経て現在になります。そもそも対策という言葉が入っていることが直感的には気になるどころでした。

この法律は、障害者にかかわる医療、介護、年金などの問題の基本方向を定めるということになっています。先ほどの障害者の権利条約を受けて、2011年には障害者の定義や差別の禁止等の規定を改正いたしました。また、この法律によって国、都道府県、市町村は障害者に関する基本的な計画をつくることになっておりまして、私は盛岡市の審議会の委員ですが、2月にあった審議会では盛岡市の障害者計画の改定について審議をいたしました。

今日は最後になりますが、この法律第2条には障害者の定義があります。これが権利条約を受けてかなり書きぶりが変わってまいりまして、みなさんにお話をしておきたいと思います。

まず第2条の1号を掲げておきます。

障害者 身体障害、知的障害、精神障害（発達障害を含む）その他の心身の機能の障害（以下「障害」と総称する。）がある者であつて、障害及び社会的障壁により継続的に日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける状態にあるものをいう。

まず、身体障害、知的障害、精神障害を一般に三障害と言っております。精神障害の中に発達障害を含んで、障害者というときにはまず三障害だといっています。なお、知的障害も病類の分類でいうと精神障害の中に入るわけですが、障害としては独立しています。

次に「その他の心身の機能の障害」があります。ここに入るのとは何かと言えば、一つは難病です。難病というのは、ご承知のように治療法がない、あるいは医療費が非常にかかるということで、国が指定して医療費の助成も行っている三百種類以上の病気です。難病の患者には心身機能の障害が出てくる方がたくさんおられます。例えばALS（筋萎縮性側索硬化症）は身体機能の障害ですから障害という定義の中に入れております。ほかに、交通事故などで脳が損傷し、心身の機能に障害が起きる高次脳機能障害もここに含まれます。

それから。ここがポイントなのですが、「障害及び社会的障壁により」とあります。障害というのは個人の中にある様々な障害、機能的な不全ということですが、もうひとつは、社会的障壁です。映像の前のお話で社会モデルということをお話ししましたが、社会的障壁というのは社会の側にある障壁（バリアー）ということです。例えば障害者は穀つぶしというふうな言い方をします。

そういうことは社会の側にある差別意識や無理解です。よく問題にされるのが盲導犬を連れてレストランに入ったら犬を連れて来ないでと言われた。社会の側でなかなか理解をしていない。盲導犬とか介助犬というのは障害のある人にとっては身体の一部なのです。我々が眼鏡をかけるのと同じことなのです。これを犬だということで、わからないわけではないのですが、理解が行き届いていない。こういう社会的障壁は、意識、制度、慣行など広い範囲に存在しています。

このような社会の側にあるバリアーによって「継続的に日常生活及び社会生活に相当な制限を受ける」、ここも大事なところですよ。日常生活つまり普段の暮らしだけではなく、社会生活、様々な活動に参加する、映画を見たり、音楽を聴いたり、いろんな催しや会合に参加をするということも相当な制限を受ける、つまり自分の力ではなかなかできがたいということです。

「障害及び社会的障壁により」というのは、両方が影響してということになるわけですが、障害者が変わるのではなくて社会が変わらなければいけない。そのバリアーを社会が低くしていく、変えていく、なくしていくというのが権利条約の趣旨なのです。それを基本法の中でも定義の中に入れ込んだということでご理解をいただければいいかと思います。

先ほどの説明の中では障害の医学モデルという言い方に矢印が付いておりました。社会モデルと対になるのが医学モデルという考え方です。医学モデルというのは、障害を治療の対象、個人に対して治療やリハビリ、言葉の狭い意味でのリハビリで働きかけをすることで障害を軽減するという、医療と患者とのかかわりを中心に考えているのが医学モデルなのですが、ここには社会の側の問題という視点がないのです。

ここでは、社会モデルという考えによって障害者が定義され、この定義を基にして日本の今ある様々な法律は成り立っているということを確認しておきましょう。

あとから配った紙がありまして、これは額縁から障害者という言葉がずり落ちておりまして、しかも下にはシュレッダーの切り込みが入っております。設置したのは、知的障害のある人が描いたアートをネクタイやハンカチなどにして販売するベンチャー企業、岩手県花巻市にあります。社長の松田崇弥さんは、安倍総理が国会で「桜を見る会」招待者名簿の廃棄について、障害者がやったと言ったことで怒ったということなのです。花巻の石鳥谷にルンビニー苑という施設があるのですが、そこに「るんびにい美術館」があります。お聞きにな

った方もあると思いますが、そこで利用者の方々が作品を作って展示をしております。その作品を見て松田さんのところでネクタイなどいろんなものにして売り出しているという非常に新しい形の仕事をされているところです。

障害という言葉がいいかどうか改めて思い立ったと書いてあります。今日お話しした中に害を平仮名に言い換えたのは一歩前進であると言っていいかもしれませんが、当事者からすると根本的な解決ではないということをお話したつもりです。そのことがたまたま新聞に出ておりましたのでコピーを取って持って参りました。あとでまたご覧いただければと思います。この写真の中に、この国のいちばんの障害は「障害者」という言葉だと書いてあります。今日はここまでにさせていただいて何か質問などがあればお願いします。

《質疑応答》

Q ふたつお聞きしたいことがあります。ひとつは、障害者権利条約についてですが、権利条約は国連で採択されてから日本で批准されるまでにちょっと時間がかかっているということです。世界的に言うと、141番目ですよ。何でそんなに時間がかかったのかということです。もうひとつは、JRの割引制度ですが、現在民間の鉄道会社なので、民間企業のサービスで行われているものなのかどうか。だとすると、他の私鉄はどうなっているのか。とくに気になったのは、三陸鉄道が全線開通しましたが、三鉄はどうなっているのか。それから、岩手県交通はどうなっているのかをご存知でしたらお願いします。

A 障害者権利条約についてですが、2006年12月に国連総会でぎりぎりで通ったのですが、日本が批准したのは2014年ですね。ですから7年ぐらい時間があります。それは我が国の国内の法律をいろいろと整備するのに時間がかかったということになると思います。難しいことが2つ、3つありまして、ひとつは、障害者自立支援法という法律が非常に当事者からは評判が悪かった。それをどう直すかという問題があった。それから、障害者差別解消法と障害者虐待防止法という法律を新しくつくったのです。その法律をちゃんとつくるといって多少時間がかかったということがあると思います。差別は

禁止ではなく解消となりましたが、そこにも議論があったようです。もうひとつ言えば、東日本大震災があったことで、そのところの作業が十分進まなかったということもあるのかもしれませんが。いずれ時間はかかりすぎて世界の国から見ると遅いところがあるかと思います。

それから教育の問題があります。我が国の教育形態と権利条約で考えている教育の形態が合わないので、その調整がかなり難しかったのではないかと考えています。たぶん日本は批准するにあたって留保をつけていると思います。権利条約の言っているようにはなっていないけれども、日本はこういう形進めるという言い方をしていると思います。いずれ遅いという感じは否めないと私は思っています。

それから後者ですが、バスは精神障害者まで含めて割引になっております。ただ三陸鉄道とか IGR は確認をしていなかったのも、すいません。たぶんやっていると思います。JR も民間なので自前の割引規則でやっておりますから、ほかもできると思います。

(注 2021年7月時点で、両社とも精神障害者を含めた運賃割引を行っています。)

Q その財源はどうしているのですか。

A 自分のところで。結局、運ぶけど収入がないという話ですよ。あるものを出すんじゃないで、運ぶけど入ってこないという話なので、飛行機もそうですね。ただ、バスの場合は映像にもあったような事件もあって、精神障害者に対して利便を与えることは必要かどうかということと、事件があったので、よりそこについて否定的な感情がバスの会社にはあったようです。何度かバス会社にも頼みに行ったことがあるのですが、あまりいい返事をもらえないことが続きました。今はやっておられると思います。

精神障害の方の場合は、通院の医療費は公費負担でほとんどみているわけですが、足がない。車の免許を持っていない方がたくさんおられますので、自転車とかで動けないことはないかもしれませんが、かかっている病院が近くにないという方もおられますので、バスや電車での移動が必要な方はたくさんおられると思います。

Q 障害者というのは誰が命名したのですか。よく厚労省はいろんな用語を作

るじゃないですか。

A 誰というのはちょっとわからない。

Q もう一つ質問します。障害者に対して健常者という言い方をしますが、そんなもの全然なしだというようにしても悪くはないんですよね。

A 一時期、今から20年ぐらい前ですが、ある意味、新自由主義的な傾向があったかなという気はするのですが、障害者も働くことが必要だし、働けるという意見があって、それは間違いではないのですが、働くことだけを優先するようなことに行き過ぎたような気がして気になっていました。そのときに障害者という言い方ではなくてチャレンジドという言い方をしようという意見がありました。チャレンジドというのは神様から挑戦することを義務付けられた、そういう宿命を自分にもっている人、といった言い方なのです。なるほどなと思ったのですが、それをあまり強く主張すれば、障害者に何かひとつの形を押し付けるような気もしていました。だから、やはり言い換えというのも難しいなと思います。たぶん障害という言葉は明治以降だと思います。いろんな法律の中に出てくるのは昭和に入ってからだと思います。盲とか聾というのはそれなりの呼び方をしておりますので、調べておきます。

Q 同じように介護というのもなかったのを厚生省が最近つくったと思うのです。

Q 実際、英語などでは障害者はどのように表現しているのですか。

A アメリカだとディスアビリティという言い方をします。それを日本では障害者と訳していますが、アメリカに1990年にできた「障害のあるアメリカ人法(Americans with Disabilities Act)」という法律があります。要は能力的に不十分(不利)なアメリカ人という言い方です。アメリカンと先に出てくる、つまりみんなアメリカ人で、その中で能力障害のある人、ということです。とてもすごい国だなとこの法律を見たときに思いましたが、それを日本では障害のあるアメリカ人法というふうに言って、意味が少し弱まっているようにすけれども。

- Q 先ほど健常者という言葉が出ましたが、私の教わった先生は健障者という言葉を使ったらよいのではという話をしていました。障害の障を使って、健やかに障りがあるというように書くのですが・・・。
- Q いわゆる手帳主義ということで数を把握しているようですが、低い級の人たちは何もしないということもあるようですし、申請は任意ですから、そうすると先ほど400数十万とお話がありましたが、実態としては遥かに上回る支えられるべき人たちはいるのだらうと思うのですが、それはどんな形で把握されているのですか。
- A たぶん把握できない。というか、今、新しく障害者になってくる方というのは年配の方が多いのです。でも年配の方はほとんどの人は何らかの障害状態になるのですが、申請まで来ないのです。
- Q 証明を出すと言いながらも、それ以前の問題として、若い層の中でも頑張っているけども何となく社会から疎外されているという方もたくさんいると思うのですが、障害者という認定は受けたくないということもあり、実態はどうかという形で把握されているものなのか。
- A 手帳を返していない人もありまして、たぶん膨らみすぎていると思うのです。国では推計によって数の把握を行っていますが、厳密にこういう状態にある人がちゃんとカウントされているかというところでしょうか、とくに高齢者を中心に。ただ、障害者自立支援法ができてから十数年になりますが、この法律は手帳主義から離れたのです。手帳がなくてもその人の状態を見てサービスにつなげるというやり方をしております。例えば身体障害でも、手帳がなくても介護が必要なら障害者の介護を受けることができるということにはなっています。なので、逆に手帳を持つ意味は何かというと、例えば運賃の割引とかメリットのある部分だけになっているかもしれないです。
- Q 行政としての把握、あるいは何らかのデータとして公表されるという場合、手帳でなくても実態で把握した数が出されているというふうに理解したら

いいのか。

A ところが、このあいだ市役所で会議をやったのですが、障害者の数というときどうしても手帳しか抛りどころがないのです。障害者のほうのセクションで考えていくと手帳以外抛りどころがないのです。介護サービスを受けている人の中で障害がどれぐらいかというのは介護サービスのほうではわかりませんので、介護度などしかわかりませんので、そこは少し合っていないところがあるのです。

Q 1億2000万のうち400何万でそんなに大騒ぎすることないという話になっちゃいますが、実際にはもっと多い。本当にどこが前提になっているのか。

A 推定値で言うと、身体障害は今500万前後ということですが、水膨れということもあるだろうし、まだ入っていない人もいるかもしれない。知的障害は子どもと大人を合わせて100万ぐらいだと思います。精神障害は400万弱ぐらいです。だから、たぶん1000万に近い数字になる。単純にいうとそういうことになる。

Q 今日はどうもありがとうございました。東日本大震災で障害者の方の死亡率が2倍だったというようなお話があったのですが、障害者の方の人権問題などが軽んじられたというようなことなののでしょうか。例えば日本には精神病院が世界の1/5が集まっているということで、ちょっと聞いたのですが、福島に結構精神病棟があったということで、その障害者の死亡があったみたいですが、当時のニュースなんかではあまり障害者の問題というのは大きく取り上げられませんでした。それはどういうことなのですか。

A 私も今お答えできるほどの材料がないのですが、2倍ぐらいあったという話は言われます。正直言って私自身はデータを見て追求したということがないので、今は何とも言いかねるところです。ただ、ごく普通に考えると、例えば高齢者もそうですが、避難するということについて考えると、自分の力で避難できるかということがあります。それから、避難したとしても、避難した場での生活自体が非常にハードなものになってくるので、そこで亡くなったりすることもあり得る話だというふうには思います。数的なものでは把

握をしていないので申し訳ありません。把握できないのかもしれないですね。

参加者 I 福島の精神病院の話については、精神科の入院施設があった病院が避難指示区域に入ったのです。それで病院自体が避難しなきゃいけないというふうになったときに、その入院患者について受け入れ先の病院で改めて診療と診察をした結果、入院は必要ないというのがほとんどになったというニュースは見ました。

A 社会的入院と言うことですね。

参加者 K それは原発がらみですか。

参加者 I もちろん。津波での話ではないと思います。

岩手地域総合研究所「くらし・福祉」調査研究部会 第2回公開講座

「障害者福祉、その歴史と制度、現状と課題（2）」

社会福祉法人岩手更生会理事長 細田重憲

はじめに

ご紹介をいただきました細田でございます。よろしくお願いたします。いま佐藤先生からもご紹介いただきましたが、行政の中で障害関係の仕事が多くしました。それから、県立大学に移り教員の末席で6年ほど、そしてその後、社会福祉法人の理事長やNPO法人の理事長をしながら、これらは非常勤の仕事であり生業ではないのですが、県



や市のいくつかの役目をお引き受けしております。そういう中で見たり聞いたり勉強したりしたことなどをみなさんにお伝えしたいと思っています。

いつも思うのですが、こういう機会に資料をひっくり返したりして勉強し直しますと、かなりのことを忘れております。たくさん資料を見ながら、こんな資料をいつ集めたかとか、あるいは、こんなことを知らないで仕事をしてたのかと思うようなことも何度もありまして、本当に恥ずかしい気がするのです。そういうことは見せないようにしてこういう場に立っているつもりです。何回も同じことを勉強し直して、あるいは思い出してお話をしているということをご理解いただきたいと思います。前回は3月23日でした。まだその頃はマスクをしないでやっていたような気がいたします。そのあと新型コロナの第一波が来ました。その時にお話をしていたと思いますが、当時、達増知事が記者発表をするとき、後ろに手話通訳の人が立つのですが、手話通訳の方は口の動きでも言葉を伝えますので、マスクをしているとそれができなくなるのでどうするのか、という話でした。今は、手話通訳の方はフェイスガードを使っています。一つひとつづつかりながら世の中は動いていくのだなと思いました。今朝のニュースでも取り上げていましたように、昨日がやまゆり学園の事件から4年目ということで、様々な議論が出されております。障害のある方の

命が軽んじられていいはずはないのですが、植松さんという犯人、あの方を悪者にして全て終わってしまうのではないかと利用者のご家族、ご遺族が気にしておられます。我々の中にもどこかにそういう感情がないのか。そういうことをちゃんと掘り起こして議論をしておかないといけないのではないかとこの声も出ております。時間がかかった分、考えなければいけないことが深まってきているのではないかと、そういう思いで4年目を考えました。

1 前回の振り返り

さて、今日は2回目です。前回おいでにならなかった方もいると思いますので、振り返りを簡単にさせていただきたいと思います。資料は皆さんのお手元に配ってございます。この頃になってにわか追加をしたり間違いに気づいたりしましたので若干の訂正をしました。それから2枚の紙がいつていると思います。これは途中で使いますが、合理的配慮の事例を載せています。それもあとでお話をしたいと思います。

(1) 話の前提

① 障害者に関する制度は幅が広い

前回、まずお話の前提ということで、障害者に関する制度は幅が広いということをお話ししました。福祉、医療から交通、住宅など。分野だけでなく年齢も出産前から高齢期まですべてに関わっている。ここはあとで触れますのでこの程度にしておきます。

② 障害者施策の理念となる言葉

障害者福祉の理念になる言葉としてノーマライゼーション、リハビリテーション、インクルージョンについてお話ししました。ノーマライゼーションとインクルージョンは福祉全体の理念としてもあげられることが多くあります。

③ 国連「障害者の権利条約」2006

2006年12月に国連総会で採択された「障害者権利条約」は、障害は、個人の中にある障害と社会の側にある障壁の相互作用だと理解する「障害の社会モデル」にたっています。また、条約が禁ずる差別は、障害を理由とする差別と合理的配慮をしないことによる差別の二つの類型です。

そのほかに様々な障害者の権利を書いています。居住の自由という

のは、どこで誰と暮らすかは本人が決めることだという考え方です。歴史的に見ると、遠く離れた施設の中に本人の意思に寄らず入れられるとか、自分の人生を自分で決められなかった。それから、女性障害者の権利というのは、性的な虐待を含めて暴力や差別からの自由、手話は言語というのは、健聴者にとっての音声言語と同様に、聾者にとっては手話が言語だと認めた画期的な規定です。日本でも都道府県で手話言語条例を制定しているところが半分以上になっています。いま岩手県でもその検討に入りつつあるようです。権利条約の規定が具体化され始めています。

④ 障害福祉サービスの利用までの手順

ここでは選択と自己決定、契約というキーワードが出てきます。そのほかに相談支援という機能があります。介護保険にはケアマネジメントがあって、ケアマネージャーという専門職がありますが、同じような機能です。障害者の権利をしっかり守るために具体的なサービスについて相談・調整するという仕組みが障害者総合支援法の中に入っているということです。

⑤ 障害者手帳制度

3つの手帳制度がありますが、メリットもあるけど格差もあるということです。これもあとで触れたいと思います。

⑥ 福祉サービスの提供における基本的な考え方

これは社会福祉法という法律に書かれております。人間としての尊厳の保持が大前提です。選択とか自己決定です。その裏打ちとして、情報的に弱い立場にある障害当事者の権利を守るための仕組みを制度的に考えないといけないということです。

⑦ 用語の問題

「障害」「障がい」「障碍」、どれも同じ「しょうがい」なのですが、「害」という字をどうにかして避けたいということもあり、岩手県ではひらがなの「がい」という字を使っております。「碍」というのは、さえぎるという意味です。戦前にはこの字を使っていたようですが、戦後は当用漢字に載らなかったものですから、「害」という字を当てはめました。使われた当事者はたまらないので、これを言い換えようといういろいろ考えたのですが、良い言葉が出てこないということで今でも使っているということです。

(2) 障害者福祉の歴史

映像を見るための前提として、障害者福祉の歴史に触れました。古代社会成立以前には特別な存在だったのではないかと、障害者と思われる人のお墓は、洞窟の中の一番高いところにあったという話があります。ただ、農耕社会になると身分の違いが出てきて、働けない人は穀つぶしだといわれます。日本の律令制度では、養老律令の中に、労役や兵役を免除するための障害者の区分のようなものがありました。

それから、座頭市の例で申し上げましたが、障害者の中で比較的組織化が早く、身分制度がはっきりしていたのは盲人の組織でした。上位の人たちはかなり権力を持って裕福な生活をしたようです。それから、明治になってからは差別が体制的に行われたということで、公民権や教育や医療からの疎外・排除、また、精神障害者には私宅監置が制度として認められていたことも話しました。

(3) 映像資料

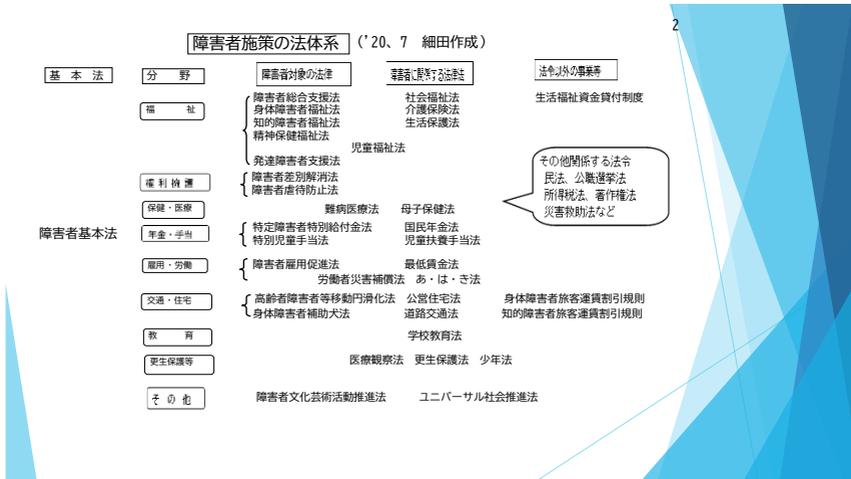
NHK が 2015 年に放映した「戦後 70 年」という番組の中から、障害者福祉の映像を見ました。戦後初めての立法として 1949 年に「身体障害者福祉法」ができたこと、障害児の就学の義務化が 1979 年になってやっと実現したことを見ました。それまでは義務教育といいながら、障害児や病弱児などは就学猶予や免除ということで、結果として学校教育から排除されていました。

それから、青い芝の会という当事者団体は 70 年代に非常に激しい運動を展開した映像もありました。バスを占拠したり、バスの前に座り込んだりなど、その形態はともかくとして、そういう運動の考え方が今でも伝わっています。

障害者運動にとって画期的だった国際障害者年、憲法違反だとして訴訟が起きた障害者自立支援法についても映像で確認しました。

前回はおおよそこういうことをお話しました。

2 障害者福祉の制度



ここからが今日のお話です。

まず障害者福祉の制度について取り上げます。制度の話をお話すると面白くないので、大まかなところでご理解をいただければと思います。

冒頭で話したように、障害者に関わる法令や制度というのは数が多く、生まれる前から高齢期まで、福祉、保健・医療から年金、住宅、情報など非常に幅が広い。福祉に関連する制度の中でこれだけ幅広いのは障害者施策だけだと思います。

① 障害者基本法

この法律は文字通り障害者関係法の基本的位置にあります。内閣府の共生社会担当という部署が担当しています。ちなみに災害が起きると災害救助法というものが発令されることがあり、かつてこれは厚生労働省の所管でありましたが、今は災害対策として一本化され、これも内閣府に移っています。内閣府はいろんな施策分野を持っていて、大きすぎる、これでもいいのかという議論が今でもあります。

障害者については、福祉は厚労省、教育は文科省、住宅や交通、街づくりは国土交通省など具体的な施策は各省が所管していて、内閣府は障害者基本法を所管し、「障害者白書」の刊行などとりまとめた立場で関わって

います。障害者差別解消法という法律があとで出てきますが、これも内閣府が所管をしている法律です。

② 資格や免許制度における障害者欠格条項

ちょっと堅苦しい話になりますが、資格や免許を定めた法律があります。これは障害者のためにつくった法律ではなくて、例えば医師法で医師の資格を規定するというレベルの話です。法律の中には、精神障害者や視覚障害者、聴覚障害者などには資格・免許を与えないと規定していた法律がかつてかなりありました。20世紀から21世紀に変わるあたりに、この直しが相当強力に行われました。63本位の法律だったと思うのですが、見直しをしました。

法律の中には絶対的欠格条項と呼ばれる条項をもっているものがありました。例えば精神障害と診断を受けた人は誰でもその資格を取ることができないという規定です。それに対して、一律禁止はおかしい、精神障害者も様々ではないか、薬を飲んでコントロールできている人もいるし、症状が治まっている人もいる。見直すべきだということでした。

ここに薬剤師の例を書いてみました。薬剤師資格は聴覚障害者ではとれない。これは絶対的欠格条項でした。この規定が廃止されました。また、視覚障害者については絶対的から相対的欠格条項になりました。相対的欠格条項というのは、視覚障害が全部とれないわけではなくて、ある一定の状態にある人はとれないが、それ以外は良いという規定の仕方です。精神障害は相対的のままでした。これにより聴覚障害の方でも薬剤師になる道が生まれてきて実際に資格を取った方もおります。

精神障害については、栄養士や調理師のように制限が全廃された例、毒物劇物取扱責任者のように絶対的から相対的になった例がありますが、相対的欠格となっている法律が多いです。

③ 情報保障

それから、テレビ放送への字幕の挿入、公的な行事等における手話通訳、要約筆記の配置なども障害のある方への情報保障として必要不可欠です。今日は佐藤さんをご参加いただいておりますが、佐藤さんの隣で要約筆記のお二人が交代で書いて説明をしておられます。本当にご苦労様です。ありがとうございます。僕は、初めはゆっくり話しているのですが、気づか

ないうちに早口になってしまって、書く方から怒られたりします。

要約筆記には手書きとパソコンで入力するものがあります。パソコンでは、キーワードのようなものは変換を容易にしておく、原稿があるものは打ち込んでおく、などでスピードアップができるようです。会議とか研修会で、半分ボーとして聞いておりますと、要約筆記は少しあとから表示されるので、そうか、こういうことだったのかとわかることがあり、助けられることもあります。誰にでもやさしい活動だと思っています。

④ JRの運賃割引など

法律ではないのですが、JRには障害者の運賃割引を定めた旅客運賃割引規則があります。また私鉄、IGR、三陸鉄道もそうですが、バス会社等による料金割引制度、市町村等による公共料金の割引制度も障害者にとっては非常に大事な制度になっております。鉄道、バス、航空会社、JALとANAは確認ができましたが、精神を含めた3つの手帳が割引対象になっておりました。

バスは何年か前までは精神障害の方は対象になってなかったのです。前回話しましたが、私も県職員の頃バス会社に行って要請したことがありますが、そのときはまだ少し考えさせてくださいというような話でした。これも歴史的には経緯があります。川崎のバス闘争のようなことがあったので、バスを割引することについての正義名分のようなものがバス会社からみるとなかったということがあったようです。いずれここに書いてあるような割引制度というものがあります。

身体障害者の手帳には1種、2種と書いてありまして、これは障害の等級ではなくて、介助者が必要かどうかという判断なのです。1種というのは介助者が必要なことで、本人と介助者が割引になります。2種というのは本人だけ割引になります。それ以外にもNHKの受信料などに割引制度があり、いわて生協のHPには宅配の配達料の割引をしていることが載っています。

⑤ 高齢障害者と介護保険

最後に触れますけども、福祉制度の中にある問題として高齢障害者への福祉サービスをどうするかということがあります。制度上、65歳以上の高齢障害者への介護系のサービスは介護保険が優先するのですが、実際は

介護保険では見てくれない。私が役員をしております法人でも70歳ぐらいの高齢で知的障害の方がおられますが、残念ながら十分な介護がある介護保険施設に移ることは難しいようです。

だから、いま私どもの悩みというのは、この人たちの終の棲家（ついのすみか）をどうするか、言葉はあまり良くないのですが、この人たちはどこで死ぬのか、このまま我々の施設にいいのか、ということです。障害者施設と介護保険の特養を比べたら、人の配置、特養の場合は原則個室か少人数になっておりますが、障害のほうはまだそこまでいいと思っております。生活の環境とすれば高齢者施設のほうがいいと思うのですが、残念ながらそこまでいいないのです。

⑥ 障害者施策の法体系

障害者に係る施策を私が分野分けをして表にしてみました。何度か申し上げたように非常に幅が広い。最近調べていてわかったのですが、障害者文化芸術活動推進法とか、ユニバーサル社会推進法とか、議員立法でできた法律のようですが、最近も新しい法律ができています。

表では「障害者対象の法律」と「障害者に関係する法律」を区分しました。児童福祉法が両方に足をかけるように置かれているのは、児童福祉法は子どもを対象とする法律ですが、子どもの中の障害児についても福祉サービスその他の規定があるので、このような位置にしました。そういう法律がいくつかあると思います。

障害者に関係する法律のところに、「あ・は・き法」と書いてあります。あん摩、はり、きゅう、マッサージ師法という法律の略称です。資格の法律です。これは視覚障害者が専売特許のようにしていた資格・職業なのですが、20年ほど前、規制緩和の一環で、晴眼者でも入れる養成校が県内に設置されることになり、障害者の方々から強い反対が起きました。僕は、障害者の側で仕事をしていたので、学校開設には違和感を覚えました。職業選択の自由という名分もあり、障害者の働く場を守るという当事者の声とどう調整するか、この法律をめぐる議論したことを覚えております。

その他関係する法律として、民法、これは成年後見制度と呼ばれるもので、様々な法律行為を自分でできない方を支援する仕組みが民法にあります。障害者だけでなく認知症の高齢者などを含め該当します。それから、公職選挙法です。これは選挙のときの投票の仕方とか、広報の仕方とかです。

それから、所得税法における障害者控除です。あと著作権法というのは、墨字で書かれた著作を視覚障害者用に点字化、音声化するため著作権上の扱いです。障害や福祉に関わる本の奥付をご覧いただくと、点字化、音声化することに著者の了解を得ています、と書かれていることがあります。

災害救助法では、災害時の障害者の避難、避難所の運営、福祉避難所など、近年大きな災害が発生するので話題になっているように思います。僕も東日本大震災以来調べたり考えたりしているのですが、障害者一人一人の避難と支援について、現実はなかなか進みません。これはまたあとで触れましょう。

このように様々な法律が関わっているということを具体的に表しておきました。

(1) 障害者基本法

まず障害者基本法についてです。さっきの表では一番左側に書いてありました。基本法ですのでこのように位置づけをしてみたのですが、障害者施策の全てについて基本的な方向を定めているということのほか、障害者の定義、障害者に関する基本計画の策定義務などが規定されています。

1970年にできた心身障害者対策基本法が始まりで、1993年に名称を変更して障害者基本法になります。初めは身体障害と知的障害が対象で心身障害者と言った。そこに精神障害が加わったので名称が変わりました。

障害者の定義については前回の説明に少し付け足します。今日の冒頭で国連の権利条約は「障害の社会モデル」よっているということをお話いたしました。障害者というのは、身体、知的、精神障害（発達障害を含む）、その他の心身の機能の障害ということで、ここにはいわゆる三障害と、その他の心身の障害として難病や高次脳機能障害が入っております。障害者というのはそういう人たちであって、次が一番肝なところです。「障害及び社会的障壁により」というところです。私たちは、目が見えないとか音声十分でないなど、障害というのは個人の中にあるものと考えてしまいがちですが、障害というのはそれだけではないというのが次の言葉です。「及び社会的障壁」。社会的障壁とは何かというと、社会の側にある様々なバリアです。社会の側で障害のある人に対して敷居を高くしてしまう。あるいは門を閉ざしてしまうということがあるために、両方が影響して日常生活及び社会生活に相当の制限を受ける状態にある。これも家の中の暮らし

だけではなくて、仕事や社会での活動も含むという注釈をつけておきました。これが障害者基本法で我が国の障害者というのはこういう人たちですよという定義です。もう一回言うと、本人の中にある障害と社会の側にあるバリア、両方が影響して毎日の生活や社会生活に相当の制限を受ける状態にある。しかも継続的に相当の制限を受けるということです。

それから、障害者基本計画についてです。障害者については、この計画と障害者総合支援法に基づく「障害福祉計画」と2つ計画があります。今みなさんに見ていただいた障害者基本法に基づく計画というのは、盛岡市で言いますと、盛岡市障害者福祉計画です。これは110ページぐらいあるもので頭のところだけ持ってきました。目次と一番後ろに体系が書いてあります。ご覧いただきたいと思います。

(2) 障害者福祉の法

障害者福祉の法律ということで、身体、知的、精神及び児童福祉法、さらに障害者総合支援法という法律です。お手元の表をご覧ください。もともとの姿というのは、身体、知的、児童、精神保健福祉という法律があってそれぞれサービスを提供しておりました。2003年に支援費制度という仕組みをつくりまして、福祉サービスの提供について、各法律共通に、在宅サービスと施設入所サービスを市町村に一元化する、利用者はサービス事業者と契約してサービスを使うという方式にしました。かつては措置とあって、サービス利用については行政が決定をするという方式を取っておりましたが、これを改めました。つまり介護保険と同じような仕組みを導入したということです。介護保険は、ケアマネージャーがサービスをある程度見繕ってくれますから、見繕ったものを持って事業者と契約をするという仕組みです。そこに自己決定とか選択という問題が入るといった説明になっているわけです。

障害者についても同じことをしようということで支援費制度というものをつくって、さらに、各法律の福祉サービスを一元化して障害者自立支援法という法律にしました。それが、いろいろ議論があって改正されて今の障害者総合支援法になっています。身体、知的、児童福祉、精神保健福祉法は今でも残っています。何が残っているかということ、手帳制度、その他の福祉サービス、職権措置という言葉が書いてあります。

障害者自立支援法は、できたときからいくつかの重要な問題が当事者な

どから指摘されていました。一つは、新たに導入された障害程度区分です。その認定は、介護保険の要介護認定と同じ仕組みだったので、障害者の場合は、どういうことができるかというところもちゃんと見るべきだ、要介護認定と同じ仕組みはおかしいという批判が出ました。

もうひとつ、サービス利用者の負担が1割の「応益負担」という、これも介護保険と同じ負担方式になりました。障害者の方々がここに非常に厳しく反応したわけです。なぜかという、障害のある人たちは、社会の中でほかの人たちと同じように活動するためには社会の支えが必要です。そのためにサービスを受ければそれが利益だということになって1割負担になる。それはおかしいという反発がありました。

具体的な例として、それまで作業所で働いて僅かな工賃を得ていた人たちが、実際に1割負担になれば、工賃より高いお金を払わなければならない、ということなどが出てきて、自立支援法の違憲訴訟が起きたわけです。自民党から民主党に政権交代になる少し前のことで、当時、自民党政権で鈴木俊一さんが厚生労働大臣だった記憶があるのですが、一生懸命努力をされて、1割の応益負担は応能負担に戻して法改正をして、さらに障害程度区分認定も改めることにして現在の障害者総合支援法ができました。

また、障害者自立支援法ができたときには、障害児支援も自立支援法の中にほとんど取り込んだのですが、障害児に関わるものは児童福祉法にほとんど戻して、一部いまの総合支援法で使えるものもありますが、基本的には障害者は総合支援法で、障害児は児童福祉法でサービスをするという体系になっております。

出すのを忘れておりましたが、お金の問題で経緯がありました。支援費制度をつくるときに障害者福祉担当をしていましたのでよく覚えているのですが、国は非常に意欲的で、障害者が、措置ではなく自分で選んでサービスを使えるようになる、このサービスについては上限を設けない、必要なところに使えるようにしたいという話だったのです。これはいいなと思っていました。ところが始まってみるとサービス量の増加に国の予算が追いつかなくなり、実際にお金を使った地方自治体に対する補助金が削減されるという事態になりました。地方自治体も混乱したわけです。

そこで自立支援法では、大蔵省（当時）と折衝して、国は地方自治体が使ったサービス費の2分の1を義務的に負担しなければならないことにしたのですが、その見返りのようにして利用者には1割の応益負担が導入さ

れたという経緯です。

① 身体障害者福祉法

身体障害者福祉法では、身体障害の種別とか程度を規定しております。1級から6級までありまして、1、2級は重度という取り扱いになっています。それから、1種、2種というのはJRの旅客運賃割引の際の目安になるものです。身体障害者更生相談所は、相談判定機関で県が設置することになっており、岩手県では福祉総合相談センターの中にあります。

社会参加の施設として、視聴覚障害者情報提供施設というのが本県では視聴覚障害者情報センターとして、駅前のアイーナの中に設置されています。先ほどの要約筆記などの研修会もここで主催をしております。

もうひとつ、職権による措置があります。一般的には、申し込みをして、契約をしてサービスを使うのですが、意思表示ができない人や、身体機能が衰えて直ちにサービスを必要とするが自分の力では手続きができない人がいます。そういう場合には、市町村長が職権でサービスに繋げることができるという規定があります。このような場合、例外的に措置という方式が残っています。次の知的障害者福祉法でも同じです。

② 知的障害者福祉法

実は知的障害者福祉法には知的障害の定義がないです。知的障害者更生相談所というのが県の機関としてあり、そこで「療育手帳」という手帳交付のための判定をする（18歳未満は児童相談所が行う）のですが、この手帳自体も身体障害者手帳と違って法律上には規定がない。都道府県が決めることになっています。なぜかというと、知的障害の場合は、単にIQ（知能指数）だけでは決められない。様々な活動能力、生活能力などいろんな要素があるので、一律に線を引くことが非常に難しいということで定義を持っていない。そこは都道府県の判断に委ねているということになっています。

かつて全国の会議に行ったときに、他の県ではIQいくらまで手帳を出しているか、という質問が出て、うちは80でも出しているとか、うちは70以上には全然出していないとか、自閉的な傾向が強いケースには80でも出しているとか、そんなやりとりがありました。線引きが難しいというのはその通りだと思います。都道府県がうまく判断をして、障害当事者に

とっていい判断をしてくださいればいいのかなと思います。

この法律ではもうひとつ、成年後見制度に関わって裁判所に審判を請求するとか、後見を行う者を推薦するとか、本人ができないようなことについて市町村長が行えるという規定が出ております。

③ 精神保健福祉法

歴史的には精神衛生法、精神保健法、精神保健福祉法と名称が変わり、福祉が入ったのは1995年からです。もともとは精神障害者に対する医療をどうするかという法律でした。専門機関として精神保健福祉センターが福祉総合相談センターの中にあります。保健所と同じで所長は医師ということになっていますが、その確保も難しいことがあります。

ここの大きな仕事は、精神医療審査会の事務です。今日の話の本筋とは関係ないのですが、精神障害の方について本人の意思によらない入院形態を法律が認めております。ひとつは措置入院と言って、自傷他害、自分を傷つけるとか他人を害する恐れがある、そういう場合に都道府県知事は強制的に入院させることができます。ただし、資格のある指定医2人が判断しなければいけない。もう一つは医療保護入院です。医療の必要性は認められているが、本人は自分で病院にかかる気持ちが場合、家族が同意をすることで本人の意思によらずに入院することができる。

これら入院形態について、法律が求めているのは適正な入院の確保、つまり状態が治まったら入院のランクを下げてくださいということです。6か月とか1年ごとに病院から報告書をもって、専門家が審査をして、症状が改善している場合、例えば措置入院だった人を医療保護入院にする。措置入院だと身体拘束があります。医療保護入院なら任意入院にする、診査して入院形態を適正にしていくことが必要になるわけです。その審査会の事務を精神保健センターがやっておりました。これが大きな仕事ですが、そのほかに精神保健福祉手帳を発行しております。

④ 障害者総合支援法

お話しておりますように、障害者自立支援法の問題を解決する必要があり、また、時期的に、障害者権利条約を日本でも批准するために国内の法律もそこに合わせて整合を図る必要があったことから、この法律ができました。

それ以前、とくに入所型の施設は24時間同じ建物の中で暮らしており、昼のメニューは決まっておらず施設に任されていました。分業によってサービスの目的をはっきりさせる、生活に変化をつけるのは、僕はいいことだと思います。ただし、例えば介護給付の中の重度訪問介護のようにほとんど24時間介護が必要な方々に対する給付というのは、裁判になった例もあるのですが、なかなか十分な給付を市町村が認めてくれないこともあったりして、そのあたりをしっかりとっていないと障害者の方々が地域で安心して暮らせるところに届かない可能性があります。

最近見た新聞記事ですが、札幌で、日本でたぶんそこだけだと言っておりましたが、重度訪問介護というメニューによりサービスを500何十時間受ける際に、その中の100時間ぐらいは自分がアシスタントを決めてその人からサービスを受けるということを札幌市が認めていると書いてありました。通常は指契約した指定事業者からヘルパーが来る、そうすると規定による報酬が支払われます。500時間のうち100時間分は自分でサービスをしてくれる人を選ぶ。例えば決められた報酬が1時間2000円だとすると、20万円分は知っている人やボランティアに1時間1000円で頼む。そうすると倍の時間使えることとなりますね。夜中の空き時間帯がなくなる。停電があったり、災害があったりしたときになかなか外と連絡が取れなかったりすることが出てくる。そのときにサービスの空白があると、命にかかわることがありますから、空白をできるだけ少なくすることができる。パーソナルアシスタントと言っていましたが、そういう形もできています。

メニューがたくさんあるのですが、障害の種別とか程度で利用できるサービスは異なっておりまして、一人のひとが全部使えるわけではありません。障害の重い人であれば結構使えるサービスがあるのですが、かなり限られているとお考えください。

お金のことについて言うと、国がサービス費用の半分を持つのですが、前に話したように、負担金という義務的なお金に戻ったわけです。ただし、

市町村が選択して実施する地域生活支援事業は補助金ということで、利用が増えれば事業が頭打ちになる可能性があります。利用者の負担は応能負担です。

もうひとつ大事なのは、障害福祉計画と言いまして、全ての市町村で3年ごとに計画をつくることになっています。今、回覧しているのは盛岡市でいま使っている計画です。サービスのメニューごとに3年間でどのくらい増やすかという見通しが書かれております。資料ではサービスの手続きについても書いてありますが、介護と訓練の場合は少し違うということなどがあります。これは省略をします。



(3) その他の障害者にかかわる法律

その他の法律として、発達障害者支援法、身体障害者補助犬法、バリアフリー新法というものが障害者に関わる法律としてはあります。

バリアフリー新法については前回お話をしたと思いますが、盛岡駅の西口の整備はこの法律を使ったのではなかったかと思います。車いすでも垂直移動、水平移動が容易になりました。

障害者差別解消法では、権利条約を受けて、差別とは障害を理由とする差別、合理的配慮をしないことによる差別だと規定しました。障害を理由とする差別は国も民間も義務ですが、合理的配慮の提供については、民間等は努力義務とされています。これについてはあとで触れます。合理的配慮とは何かというと、障害のある人から個別的にバリアの除去を求められた場合、行政機関、事業者は負担が重すぎない範囲で対応に努めなければならない、ということです。これはあとで事例を見ます。

それから、障害者雇用促進法です。この法律により障害者雇用率が定められていて、民間企業は2.2%、行政機関等は2.5%です。簡単に言うと45人以上雇っている企業は1人障害者を雇わなければならない。あとは従業員数に応じて増やしていくということです。来年(2021年)3月からは民間は2.3%に上がります。実際の雇用率はどのくらいかということ、民間が2.1%、国等は2.3%です。2~3年前に国で問題が発覚しました。雇

ったことにして雇っていなかったとか、不正がありました雇用率を達成できていなかった。実は雇用率未達成の罰則があるのは民間だけなのです。行政機関は悪いことをしないことになっておりますので、罰則がないわけです。民間企業は未達成なら不足分一人につき月 5 万円払わなければならない。そこで努力している民間事業者から強い批判が出たのでした。

そのほかに障害者虐待防止法の虐待の種類について、児童の虐待と違う点だけ申し上げておきます。虐待を行う者として独自に想定されているのが、施設の従事者と使用者(障害者を雇っている人)という2つです。児童の場合も施設の従事者というのは児童福祉法の中に書いてあるのですが、一応載せておきました。虐待の種類として、身体、性的、心理的、ネグレクトまでは同じなのですが、経済的虐待というのがここに加わっています。これは高齢者の虐待にも同じものが入っています。障害者や高齢者から金品をだまし取ったりするという話です。県職員時代にかかなりいろんな事例に関わりまして、県議会でもお叱りを受けたりしたことがあります。例えば施設の職員が利用者の年金を預かって勝手に使ったとか、もっと酷かったのは、今はそういう制度を使っていないのですが、職親と言って例えば農家とか自分で工場をやっている人のところに住み込みで働く。その事業主が働いている障害者に賃金も払わないで長時間労働させるとか、まことに原始的な事例がありました。県は何を見ているのかと怒られたりしました。

令和元年度の虐待の発生状況ですが、養護者の虐待は5000件ぐらい通報があって、認定したのが1600件です。福祉施設従事者が2600件あって、認定したのが592件で()内は岩手県の数字です。使用者による虐待は600件ほどということです。昨年度に児童相談所が対応した児童虐待件数は19万件になっていることから比べると数的には少ないのですが、ただ中身的に非常に深刻なものもあるだろうと考えています。

次の国民年金法の基礎年金は、障害者にとっては本当に大事な制度です。20歳になると障害の程度によってではありませんが、拠出なしで基礎年金が受けられるという制度です。20歳からの所得保障ということで1986年の国民年金法改正で実現したわけです。いま2級だと781,700円、老齢基礎年金と同じです。1級は重度の方ですが、2級の額×1.25ということで、そのほかに子供がいれば加算がついたりします。社会保険の中のひとつの仕組みなのですが、財源は本人たちが掛けていませんから税です。

3 福祉サービスの利用～事例による検討

事例を 3 つほど用意しておきました。これは私が多少見たり聞いたりしている事例です。

(事例 1)

60 歳代・男性・単身、障害支援区分 4、障害支援区分というのは障害の程度ではなくて生活をする上でどのぐらいの支援が必要かという区分で、4 ですから結構重いです。療育手帳 B、これは A・B があります。知的障害の IQ を中心に見た程度でいうと軽いです。そのほかに精神保健福祉手帳 1 級を持っています。つまり、知的障害と精神障害が一緒にあるということです。病気が知的障害、統合失調症。利用しているサービスは施設入所支援、生活介護、相談支援事業所です。収入は年金の 1 級。

成育歴を見ていきますと、小さい時は児童相談所が関わっています。13 歳で精神分裂病のために入院をしています。学校に戻っても適応困難でまた入院。そのあと、お父さんが亡くなってお母さんと暮らすのですが、母は働いても解雇されたりして生活保護をずっと受けていたということです。54 歳の時、お母さんが倒れました。倒れたということもなかなか理解ができなくて 3 日後にやっと救急車を呼んで、本人も入院しました。身寄りがなくなって私どもの施設に来て、55 歳ですが、生活介護と施設入所支援を受けるようになりました。

現在、何をしているかという、転倒を繰り返して硬膜下血腫で車椅子を使っています。また誤嚥性（ごえんせい）の肺炎を繰り返して入院したりしています。入院するためには身元引受人が必要なのですが、もうお兄さんはいないので、血のつながらないお兄さんの奥さんが身元引受人になっていたのですが、辞退をされて、いま施設長が身元引受人になっています。後見人を選んだほうがいいのか、ということから、とくに病院から胃ろうを使う可能性があると言われたこともありまして、盛岡市の成年後見制度の利用を支援する事業を使おうとしています。市長が後見を申し立てて後見人を決定するのですが、盛岡市の予算では枠が 2 人しかありません。なかなか取れないのです。無理じゃないかなと言われていたのですが、やっと取れました。これからどうするかは難しいのですが、胃ろうをしなくてもよくなったので現在は施設で生活をしております。純粹の知的障害というだけではなくて、

精神障害も持っておられる方ということです。

(事例 2)

2 人目の方です。40 歳代・男性・単身、身元引受人は伯母さんです。障害支援区分 3 ですから、中度ぐらいです。療育手帳は B。知的な能力で言いますと、IQ が境界値ですから、いろんなことの判断が自分でほぼできる。ただし、身体障害者手帳 1 種 2 級です。脳内出血によって身体障害が発生しました。今は、私どもが運営するグループホームで暮らしています。就労移行支援というサービスを使っていますが、障害基礎年金 1 級の収入で暮らしています。

両親が小さい時に離婚をして伯母宅に引き取られ、両親が成育にほとんど関わっていない。中学校に入学するのですが、知的な能力のこともあったので養護学校に転校して寄宿舎で生活をします。中等部を終わって障害者施設に入所しました。まだ身体障害がないので施設の中では活動的な利用者で、私も一緒にラグビーをしましたが、とても上手なプレーヤーでした。施設を出て飲食店に就職をして、非常に良い従業員だとありがたがられました。20 歳から基礎年金を受けております。グループホームを利用し、年金と給料で暮らしていたと思います。ところが、40 歳になりまして脳内出血でグループホームから救急搬送されます。片方麻痺が残り、杖をつきながら非常にゆっくり歩いています。復職したいということでしたが、職場の中の階段の昇降とか、何かするにもほかの人の支援が必要だということでは叶いませんでした。ここに合理的配慮という問題が出てくるのですが、そのような経過がありました。今は「就労移行支援」サービスを利用しており、今後は他の施設の就労継続支援 B 型事業所に移って仕事をする予定になっています。

(事例 3)

事例 3 は、子どもの事例です。10 代・男性、療育手帳 A、疾病は自閉症。利用したサービスは、1 歳 6 か月健診、乳幼児の診査、保健所親子教室、児童発達支援事業所、知的障害などの児童の施設です。現在は「放課後等デイサービス」を使っております。親が特別児童扶養手当を受けています。

1 歳 6 か月の健診で、視線が合わない、笑わないという指摘がありました。2 歳を過ぎてもしゃべらない、かんしゃくを起こす、極端な偏食などがあり総合診査を受けました。盛岡市乳幼児総合診査(もりっ子健診)は、年間 100 件ぐらいあるそうです。その結果、療育が必要だということで、保健所の親

子教室に参加をしたり、県立療育センターを見学したり、盛岡市の母子通園事業(わらしこ教室)を利用しました。3歳の時に療育センターで自閉症と診断されて市立ひまわり学園への通所を希望。療育手帳を取得して、保育所に入りました。障害児のほうではなくて普通の保育所に入ったのです。保育所には、児童福祉法による保育所等訪問支援事業というのがあります。これは、ひまわり学園のような障害児専門の施設から職員が保育所に行って、障害児を担当している保育士にアドバイスするという事業で、頻度はそんなに高くないと思うのですが、その支援もありました。

そして、この後は創作に近いのですが、学校は特別支援学校に入りました。7歳で放課後等デイサービス、これは学童保育の障害児版です。障害のある子が放課後、まだ親が仕事などで家におらず行き場がない場合に、放課後等デイサービスが利用できます。この頃、盛岡でもかなり増えてきました。

このサービスが広がるまでは、障害児を持つお母さんたちはとても大変でした。余談になりますが、かなり前に、一関の国立療養所に設置された支援学校で見たことです。毎朝、親(母親)が、市内だけでなく近隣の市町村から子どもを連れてくる。一度家に帰っても2時過ぎにはまた出てこなければならぬから、少し遠いところの人は待っているしかない。そこに放課後等デイサービスがあれば夕方まで見てもらえて、日中はパートで働くこともできる、という要望がかなり出ていました。昔はそういう場がなかったので苦労されたと思います。

本人は、それから高等部に入って、卒業後を見据えて作業所を見学しているという事例です。

4 合理的配慮について

補足として合理的配慮ということについて、事例を紹介します。分かりにくい言葉ですが、内閣府では障害者差別解消法をスタートさせるときに、差別とは、障害を理由とする差別と合理的配慮をするべき時にしない差別の二つがあると規定はしましたが、個々の事例について、ここからが差別だと線が引けるような基準は示すことができませんでした。我が国ではそもそもそれがはっきりしていない。障害を理由に入場を断るといった、はっきりした事例はいいのですが、いわゆるグレーゾーンが広くて、簡単には差別かどうか判断できない。

そこで、差別と思われる事例を積み重ねていって、そこから差別について

の共通認識を育てていきたいと、事例の収集を続けてきました。以下では、そこに集められて事例からいくつか紹介します。

(1) 肢体不自由の事例

人工呼吸器を使用しており、外出中はバッテリーで駆動しているので、もし可能であれば店舗などで充電させてほしい。

ここでの合理的配慮は、飲食店で配席するときコンセントに近い場所に案内し、コンセントを使ってもいいとお伝えしたことです。他人のところに行って勝手にコンセントを使ったら、電気をタダで使ってとなります。簡単なようですが、ここまでの配慮には人工呼吸器についての理解が必要です。

(2) 精神障害・重症心身障害の事例

次は精神障害です。調子が悪い場合に薬を飲んで少し休みたいときがあるが、職場で同僚の目があると気が引けてしまう。それから重症心身障害です。車イスがリクライニングのため、スーパーの会計時にレジに並ぶことも横を通ることも難しい。

最初の事例では、服薬と小休止ができるように別室を設けて、必要に応じて休憩を認めることとしました。休憩時間が決まっていますが、障害の特性を踏まえて特別扱いしたのです。ここが合理的配慮なのです。また、本人の希望を踏まえて障害状況についての理解を促すための研修を行った。つまり、周りの人がわかってくれなければいけないということです。障害者の定義にあったように、障害者の暮らしにくさには社会の側の障壁も関係しています。周りの人たちが理解してくれないというバリアがあるわけです。そこを下げるために研修をする。多少理想的に書いてありますが、そういうことがあります。

次の例では、レジにおいて会計の順番が来るまで店員が買い物かごを預かり、順番になったときに声をかけるようにし、それまでは広いところで待てるような配慮がほしいということです。障害者のために人をつけることまでは難しいのでしょうかね。

(3) 視覚障害の事例

- ① 視覚障害者の就労を支援するための機器が職場にない。そこで読み上げソフト、音声点字携帯情報端末、拡大読書機などの支援機器を購入し

た。

これは、本当かどうかはよくわからないのですが、これもしっかりした対応です。専門的な機器だから、本人とよく話して対応したのだと思います。

- ② 避難所ではラジオから情報収集することになるが、周囲からうるさいので止めてほしいと言われてしまう。

東日本大震災のときもこれに類する話は結構ありました。配慮すべきことは簡単です。ラジオに合わせてイヤホンも備蓄することにする。しかし、このぐらいの配慮があるだけで全然違うということですね。

(4) 同一場面における対応

次は1つの場面で、どうすることが差別なのか、合理的配慮なのか、環境の整備なのかということです。公共施設を利用したいのだが、車イスを使っているため出入り口にある段差を乗り越えることができないので、職員に手伝ってほしい。

差別的な取り扱いになるのは、正当な理由なく障害者の利用を拒む。今はあまりこういうことをするところはないと思います。

合理的配慮としては、職員が手伝いをする。段差に携帯スロープを架ける。

環境の整備としては、携帯スロープを購入してそこにつけておく。段差を解消する。

差別的な取り扱いから環境の整備まで書いてあります。

(5) 不当な差別的取り扱い、合理的配慮の不提供に当たらない事例

これもなかなかシビアですが、不当な差別的取り扱い、合理的配慮の不提供に当たらない事例です。つまり、これは差別ではないという事例です。

障害者割引という制度があります。さっき少し説明しました。身体障害と知的障害には適用されて、精神障害者には適用されない場合には、不当な差別的取り扱いとなるか。精神障害者の方から見たらどうかという話です。この話はちょっと重いですね。この説明をみなさんどう思いますか。障害者割引は、障害者を障害者でないものと比べて優遇する取扱い、いわゆる「積極的改善措置」となるので、一部の障害種別のみを対象にしたものであっても、不当な差別的取り扱いには当たらない、と書いています。つまり、普通よりも引き上げようとしている、だけど全部を引き上げるわけにはいかない。そ

の場合、引き上げられない人から見て差別になるかということ、そうは言えない。ただし、正当な理由なく障害種別によって取り扱いに差が生じることは望ましくないので、精神障害者に対する割引への理解と協力を得て、多くの事業者で取り組みが広がっていくことが期待されます。

あんまりきれいに書いてありますのでちょっと…と思ったのですが、近年、精神障害の方は旅客割引、バスとか私鉄とかでも割引になるようになってきました。

(6) 新聞記事から

さて、これは新聞記事からなので答えは出しておりません。みなさん考えてください。

「誰もが利用する大浴場の洗い場に、車イスごと入ってくる人を見かけたら、あなたはと思うでしょうか。」

県西部の入浴施設で今年、「車イスごと大浴場に入りたい」と訴えた障害者の男性に、施設側は「車イスは脱衣所まで」の見解を示した。障害者差別解消法は民間事業者に対し、障害者からの要望には過重な負担にならない範囲で「合理的配慮」を提供することを努力義務としている。ただし、どこまでの「配慮」が妥当なのか、線引きが難しいケースもある。入浴施設を例に考えました

実は、この事例は本人の希望通りにはなっていません。入浴施設側にも理由があります。中が滑る、車イスが入るような広い間口がないなどです。それはそれでもっともなこととも思います。なので、障害学が専門の石川という静岡県立大学の先生も、これはなかなか難しいですねとおっしゃっていました。結論的に言うと、うまくいかない事例なのですが、今まで入れていたところもあるようです。

私が経験したのは、親しい先輩で車イスの方がいるのですが、彼と一緒に温泉に入ったことがあります。確かに脱衣所まで車イスで入れます。脱衣所と浴室は段差があるので車イスは行けないのです。先輩は車イスから降りて、お尻で滑るようにして浴室に入って風呂に浸かったという記憶があります。もう20何年前の話です。このあたりはなかなか調整が難しいことだと思っています。

5 いくつかの課題

(1) 高齢障害者のケア、終の棲家

さて、いくつかの課題ということで、今日の話の関係だけでいくつか考えてみました。ひとつは、高齢障害者のケアと終の棲家をどうするかということが非常に難しい課題になっています。65歳を超えた高齢障害者にはいろんな課題があります。そもそも終の棲家をどう考えればいいのか。現在の施設機能では老人施設との格差が大きすぎる。さっき申し上げたとおりです。ただ、入所型の施設からできるだけ地域の中で生活をする場をつくりたいという気持ちもあります。しかし、地域で生活することになると介護・介助をどうするかという問題があります。今のグループホームというのは、世話人さんがいるだけなのです。介護などの技能はないのです。高齢者の住宅などは外からホームヘルパーなどを入れていますが、そういう機能をつけられるかどうか。介護保険でやるという手もありますが、負担が1割に上がってしまいます。障害者の制度と介護保険は少し違いますので、そこも難しい問題です。

(2) 働くということへの備え

次に働くということへの備えです。総合支援法の就労移行支援は利用期間が原則2年間です。1年の延長は可能ですが、短い期間に働く力、礼儀、金銭管理、コミュニケーションなどを身に着けるといのはなかなか難しいなと思っています。私どもの施設は40数年、就労移行をずっとやってきましたが、今は就労移行に来る人自体が少なくなってきました。とは言いながら、社会の求める水準にちゃんと合わせようとする、あるいはその人が一生働いて食えるような、働ける力をつけるというのはとても難しいことだなと思っておりまして、ここは悩ましい。なぜかという、今から20年ぐらい前に障害者自立支援法ができたときには、働くということを中心に据えて、障害者が働いて税金を払えるようにしたいという思いがみなさん強かったのです。そこで、就労移行とか就労継続が入ったのですが、実際には就労移行はなかなか伸びてこない。就労継続のB型という、施設内就労で工賃を払う必要がない型に人が集中してしまっている。A型は私どもでやっているまめ工房やカナン牧場のように、最低賃金を払って雇用するというのがA型です。B型は施設の中での作業です。

(3) 報酬体系、資格、職員確保

それから、報酬体系、資格、職員確保です。これも私のぼやきみたいなものですが、今の施設が受け取る報酬というのは、本体がかつてに比べると非常に細くなっておりまして、例えば資格のある人を多数雇ったとか、成果を上げたということで加算が入らないとちゃんとした給料も払えないような仕組みになっております。若い職員を教育し経験を積ませ、資格も取らせて加算を取れるような仕組みをつくれればいいのですが、そもそも障害者施設に来る学生があまりいない。私は大学の教員もしていましたが、大学の社会福祉学部を終わっても障害者施設にはなかなか来ない。何故だろうと思っているのですが、将来への影響も小さくはないですね。一方で古い職員は高齢化していきます。何とか若い世代に繋いでいきたいと考えていますが、なかなか良い道を見いだせないでいます。

今回はこの程度にしておいて、もし次回以降必要があれば、重い障害の方とか重複の障害の方とか、あるいは最近県でも取り上げられていますが、病児、たとえば呼吸器を付けたりするような子どもたちがいます。そういう子どもたちの生活がコロナでだいぶ話題になりましたが、親たちから話を聞いて、そういう人たちをどうするかということも考えていきたいと思っています。雑駁な話でしたが、ここで終わりたいと思います。ご清聴ありがとうございました。

《質疑応答》

Q 有難うございました。川口と言います。これだけ複雑多岐で、法令によってサービスが違う、所轄官庁も違うということがよくわかったのですが、一市民から言えば、一番身近なところは市町村役場ですよ。今回のコロナの関係でどういう支援がされるのかということも政府が出してきた様々な補助事業があります。市民サイドから言えば、どこに行けば自分にとって救済できるのかということで、私は滝沢市のほうに総合受付をちゃんと作って、そこに行けばあなたにとって一番ベストなサービスはこういうことだとわかるようにしてもらいたいということで、設置させることができた

のです。それと同じようにこの問題についても、例えば障害福祉課というところに行けば専門の方がおられて、あなたはこういうサービスが受けられるということを適切に援助してくれる、相談にのってくれるというのが日常的に行われているのかどうか。住民課や税務課や福祉課などは一般にはありますが、障害福祉課という形で独立して市町村役場にあるのですか。

- A 障害福祉課を置いているのはたぶん盛岡だけじゃないですかね。どうでしょうか。結構障害者の方々が来て相談されているのを何度も見かけております。ただ、職員の方々のウイングの広がりといいますか、現実と制度をどうするかというところを中心にしても、コロナ禍かでの生活のような、多少想像力を働かせなければいけないような問題は、慣れというか、多少訓練をされた職員がいないと難しいんじゃないかと思います。今ある制度とどうするかというのは役所の仕事ですからできるとは思いますが、そうじゃなくて、もう少し幅広くものを考えてみてということになると難しそう。僕もじつは気にしています、県にそういうことを話してみたのですが、障害のある方が差別を受けているとか、不利益を受けているということについて、少しアンテナを高くして見て、材料を集めるとか、そういうことを県でもやってほしいと思っています。ご指摘のことについて言いますと、盛岡であれば障害福祉課が一番有力な窓口だと思います。その場で解決がつかなくても、考えてもらうという意味で問題提起をされるということは大いに意味があると思います。ほかだと障害を課として置いているところはあるでしょうか。

参加者 宮古市は置いてあります。

- A 宮古とか北上はどうだったかと思いますが、単独で課を置けるところは高齢者に比べると数が少ないかもしれません。

川口さん 問題だね。

- A これも昔話になりますが、福祉総合相談センターをつくったときにワンストップで問題解決できるような場所にしようということで、総合相談窓口というのをつくって、人も配置してやってはいたのですが、だんだんそ

れが崩れていって、またそれぞれの相談機能のほうに戻ってしまいました。だから、普段総合性が必要な程の相談があまりないのかもしれないかもしれません。

Q 米山と申します。私は見かけよりずっと年を取っておりまして、私の子どもの頃の話ですが、心身に障害のある人とか、年を取って障害を負ってしまった人とかを、恥ずかしがって昔は外に出さなかったのです。ですから、脳梗塞になって半身動けない年寄りとか、持って生まれた障害で外の人には見せられないという人たちをお金持ちの家では座敷牢と言って、小さな建物の中に押し込めてそこから出さなかったのです。私のわりと近いところにもそういう人がいまして、その部屋の中から、あー！という女の子の叫び声が聞こえるのですが、何だったかわからないのです。親に聞いても、聞くもんじゃない、知らんぷりしてなさいと言われて。それから、引きずって歩くお年寄りさんも、もし見かけたら珍しがって立ち止まって眺めていたものです。それが、いま私の住んでいるわりと近いところに障害の方々の方々の施設がありまして、20~30 人ぐらいの集団で歩道を歩いています。でも、いま誰も立ち止まって眺めたり、振り返って見たりはしません。当然のようにすれ違って、そういうふうは何十年の間にいろんな制度ができて、その中でもっと良くしようという努力をして、それをもっと国民に知らせて、もっと力強いものにしようという努力してきた細田様のような方々が、ずっと長い間、こうして運動を続けてらして今日になるのだなと理解しました。ありがとうございました。

A 座敷牢というのは、精神障害者には法律で認められた私宅監置制度という仕組みがあって、それについてはNHKで 2 年ぐらい前に映像で流しました。沖縄の事例ですが、見ると気持ちがとても寒くなるような思いでした。機会があればご覧いただきたいと思います。私が 40 代ぐらいの頃までは、外に出すということに親たちはとても慎重でして、例えば知的障害の療育手帳という制度がございます。これは、いま岩手県では 12000 人ぐらいかと思います。今から 35 年ぐらい前は 5000 人ぐらいでした。手帳を取ろうとしないでください。今、なぜ 12000 人ぐらいになったかということ、手帳制度に経済的なメリットがついたということもあると思います。いろんな人たちが手帳を取るようになって社会の中で発言するようになったということも大きいかなと思っています。だから、私が行政の立場で

どうしたということよりも、当事者の方とかご家族の方が声を上げてこられたということが、ほかの人たちを元気づけたという気がしております、それは皆さんのご努力かなと思っています。

Q 非常に勉強になりました。ありがとうございました。私は精神障害者の家族相談員になっているのですが、昨年の11月から始まって3家族を担当して、月2回くらいやっているのですが、感じたことだけ申し上げます。精神障害者の方々は中度障害なのです。人生の中で何でこの障害になったのかわからないというケースが様々なのです。中学校からなった方、だいたい20代前半です。薬を飲まないで就職をしたけれど、いろんなストレスの中でまたなってしまった。問題は家族がなかなか対応の仕方がわからないというのがひとつあります。だいたい3~4割は社会福祉支援サービスを使えないというのが精神障害者の実態です。そこで私が考えるのは、ボトムアップしなければだめだなと思っています。座敷牢の話もありましたが、今はお薬が良くなっていますので、昔のような長期入院ではなく、国策として外に向かっている。ですから、厚生労働省で地域包括ケアシステムがあります。日本の精神科医療というのは、私立病院が多いものですから、国策として一気にはできないのです。それぞれの私立病院がたくさんあるので、ベルギーとかイタリアのようにベット数を思いっきり減らして地域の訪問診療を中心に組み立てることがなかなか困難なのです。少しずつ良くなってきているのですが、ただ問題は先ほど言いましたように中度障害なので家族の負担が重いということと、3~4割が福祉サービスを使えない。とくに病識の問題があります。僕は障害じゃない。それを全体的にレベルアップしなければならない。そのためにはどうするかなんです。インフォーマルサービス、例えば社協さんのところでの取り組みとか、実際、仙北町ではプログラムが始まっています。あと、家族の方がすごく勉強しているのです。家族会の方々に家族教室などで保健所からアウトソーシングしてほしいのです。そうしないと障害者の本当の大変なところを知って勉強している方々の知識をもっと生かす方法を取れないかなと思っています。

それから、盛岡は地域活動支援センターにしっかりしたところがないのです。どう作っていくかということについて突っ込んだ議論がないのです。この前も市役所に行って相談支援事業所の人とか、訪問看護ステーション

の人と勉強会をしました。どういう形だとご家族も安心して、当事者の方もチャレンジして、いろんなところにケアサポートして活動できるかという、盛岡は病院が多くて、なかなか難しく見えにくいんです。気仙地区は非常にケアサポートとか家族教室とかいろいろあって、人口も5万人程度でわかりやすいのですが、盛岡は非常に難しいですね。そこら辺のところをあとで細田さんと意見交換したいなと思って来ました。

あと、JR 運賃については、大手私鉄では西鉄だけやっています。九州の家族会の人たちは西鉄を応援しましょうということになっていました。パラリンピックも来るので、何とかこの機会に JR 運賃をやってもらいたいです。知的障害者の方は平成3年ですよ。身体の方が昭和26年です。精神はまだなってないのです。そのところを細田さんはいろんなところでご活躍だと思うので活動していただきたいと思います。またあとでどうぞよろしく願いいたします。

Q 初めて参加しました。あと3回ほどやるということなのですが、障害を抱えている家族の人たちは、ほとんど接点がないですよ。なかなか出てこられないということのほか、偏見を恐れるということがありますので、また、私の近辺にはかなりの発達障害の方が、しかも40~50歳になっている方々がいらっやして、ここへ来る前も、もう50なんだけれど父親と2人で生活をしているという話を聞いて、どうやって親が亡くなったとき老後を過ごすのかということが、なかなかできそうでできない実態が永遠と続いています。そういうことも含めて今回も勉強会をやっていますが、たぶんいろんなところで小さい勉強会をやっているようなのですが、それがなかなか広がらないということを私はすごく感じるので、そういう意味で、もう少しお考えいただきたいなと思ひまして発言しました。

Q 初めて参加しました。ナカムラと申します。私は、高齢者の一人暮らしを訪問したりしています。健常者ですが、やはり世間に迷惑をかけたくないという方が結構いらっやいます。日本人の特徴なんでしょうか、人様に迷惑をかけたくない。いずれかけなきやならなくなるんだろうなと思うのですが。あと、精神障害とかあっても隠したがりですね。地域の中にそういう方がいらっやると思ひますし、引きこもっているような感じで、家族も隠すような感じで、そういう人たちが

気軽に相談できるようになればいいなと思っています。

- A ありがとうございます。当事者の方々の活動で、数はまだ少ないとおっしゃっていましたが、そういう形で活動をしていくということの意味は本当に大きいなと思っています。私も話をよくお聞きするので、広げていながら行政を動かすことにも繋げていきたいと思うので、そのやり方をどうするかということと一緒に考えていきたいです。それから、同じようなことなのかもしれませんが、それぞれ当事者の方とか、家族の方とかいろいろなところでよく勉強をしておられまして、とても深い知識をお持ちになっておられることはよくわかります。わかりますが、その問題をどうやって世の中を動かす回路につなげられるかということを考えていく必要があるのかなと思っておりました。私も役に立てることがあればお手伝いできればなと思います。

相談体制というか、何か有効なアドバイスができるような人たちが身近にいるかどうかというのはとても大事なのですが、残念ながらそこが一番弱くて、障害者の場合も相談員という制度はあるのですが、数がそんなに多くないです。身近にはなかなか言えない状況ですし、考えも様々だったりすることがありまして、非常に難しいところはあるなと思います。民生委員の方々などの力量をつけていただくために、包括的に何か勉強するというのも大事ですが、地域の中の特別な課題に参加してもらって民生委員の方に慣れてもらうということのほうが大事かなと思います。全部をやるというのは難しいので、何か特別なことにかかわってもらって、その中から普遍的なこととか、広く使えるようなやり方とか、関わり方のようなものを勉強していただくのがいいのかなと思ったりしております。それにしても民生委員の人材難ということもあるようですが、ただ心強いと思うのは比較的年齢が若い女性の方々が民生委員になっておられて、私の地域でも活動的にやっておられますので、そういう方々に少し問題意識を広げて持ってもらえればありがたいなと思います。どうしても高齢者のほうに行ってしまうのですね。悪いことではないのですが、その陰に障害を持った方がおられるとか、あるいは発達障害の方がおられるとか、そういったことにはなかなか馴染みがないのかもしれませんが、そのところを何かみなさんに勉強していただけるような関係をつくれればなと思っています。ありがとうございました。

司会 先ほど女性の方から要望があったのですが、本人を含めて家族の方がたくさん困ってらっしゃるというか、実際そういう方が多いと思います。家族の方も含めて、地域総研で勉強会でもやればと言っていたのですが、何か企画できればということで、もう少し考えさせていただきたいなと思います。

岩手地域総合研究所「くらし・福祉」調査研究部会 第3回公開講座

「障がい者福祉、当事者、関係者の思いと訴え」

コーディネーター：社会福祉法人岩手更生会理事長 細田重憲

みなさん、こんにちは。第3回目の公開講座になります。第1回目、2回目は障がい者福祉にかかわる制度あるいは歴史ということについて概略をお伝えしました。3回目は当事者の方あるいは障がい者福祉にかかわっている方々、行政関係者の方々からご意見、声をききたいというご要望を受けまして、川畑さんとそれから藤村さんと大森さんとお三方にお忙しい中を参加していただきました。特に川畑さんは重い障がいをお持ちの方でございますけれども、この会場でお話をするというつもりでお話をしましたら、とんでもないと、コロナの中で自分自身の感染のことも心配しなければならないということで、こちらがその辺の配慮が足りなかったのですが、申し出をいただいてこういうリモートでなら参加できますよということでご難くそういう形をとらせていただきました。事務局の方にはこのリモート扱いなどいろいろ勉強していただいたようすけれども、そういう経過もありまして今日の会となりました。また、藤村さん、大森さんにはお忙しい中お出かけいただきましたので、それぞれお三方から30分くらいでお話しをいただいて、そのあとに皆さんから質問を受けたいと思っています。できるだけ時間を取りたいと思いますので、どうぞどういふことでも構いません。お話しを聞きながら質問することなど考えておいていただければというふうに思います。



みなさん、こんにちは。第3回目の公開講座になります。第1回目、2回目は障がい者福祉にかかわる制度あるいは歴史ということについて概略をお伝えしました。3回目は当事者の方あるいは障がい者福祉にかかわっている方々、行政関係者の方々からご意見、声をききたいというご要望を受けまして、川畑さんとそれから藤村さんと大森さんとお三方にお忙しい中を参加していただきました。特に川畑さんは重い障がいをお持ちの方でございますけれども、この会場でお話をするというつもりでお話をしましたら、とんでもないと、コロナの中で自分自身の感染のことも心配しなければならないということで、こちらがその辺の配慮が足りなかったのですが、申し出をいただいてこういうリモートでなら参加できますよということでご難くそういう形をとらせていただきました。事務局の方にはこのリモート扱いなどいろいろ勉強していただいたようすけれども、そういう経過もありまして今日の会となりました。また、藤村さん、大森さんにはお忙しい中お出かけいただきましたので、それぞれお三方から30分くらいでお話しをいただいて、そのあとに皆さんから質問を受けたいと思っています。できるだけ時間を取りたいと思いますので、どうぞどういふことでも構いません。お話しを聞きながら質問することなど考えておいていただければというふうに思います。

今日の順序でございますが、次第にありますように、まずC I Lもりおか代表の川畑さんからリモート参加でお話しをいただき、次にこの場で藤村さん、大森さんからそれぞれまたお話しをいただくことにしたいと思います。資料がお手元にもありますが、パワーポイントでも掲示をされることになっております。それでは早速進めてまいりたいと思います。

活動報告

「重度障がい者が地域で暮らせる社会づくりを目指して」

CILもりおか代表 川畑昌子

自己紹介

今日は、「重度障がい者が地域で暮らせる社会づくりを目指して」と題してお話をさせていただきます。本日は、私が障がい者である立場からと、自分と同じように障がいのある仲間が地域の中でともに暮らしていける社会づくりを目指して活動していることを述べさせていただきます。



私は身体に障がいがあります。生まれつきの障がいです。関節拘縮症と言われる10万人にひとりの出生率で生まれくるという、関節が動かない障がいがあります。運動機能としては、手足、首、顎、肩、肘など、全部の指の関節が拘縮している状態です。動く範囲がとても狭く、筋肉が育たないため自力で運動することができません。日常生活は電動車椅子を使っています。手足の変形、指先が曲がっていて、脊髄が左側に大きく湾曲しているという状態です。日常生活では、深夜の寝返り、排泄、衣類の脱ぎ着、食事、洗濯、掃除、入浴、外出など、日常生活に介護を必要とする状態です。

私は、生まれてから6歳まで病院でほとんど生活をしていました。実家には少ししかいた記憶がありません。6～18歳までは、岩手県立療育センター、盛岡となん支援学校（編集部注：当時は県立都南の園）で生活をしました。18～19歳まで1年だけ実家で暮らしました。その後、39歳まで実家に近い身体障がい者支援施設で暮らしおりました。39歳のとき、施設を出て障がい福祉サービスを利用しながらアパートでの生活を始めました。40歳のときに障がい当事者の任意団体「CIL(自立生活センター)もりおか」を設立しました。それから17年が経過しています。

少しさかのぼりますが、高等部を卒業後、身体障がい者支援施設に入所しました。19歳から39歳までいた施設は、障がいのため常に介護を必要と

し、家庭では介護を受けることができない最重度の障がい者を入所させ、医学的管理のもとに必要な保護を行うという施設でした。50～60人定員の障がい者がいつも、同じ顔を見て、同じ日程で、食事やお風呂を与えられ、社会とかけ離れた建物の中で何十年も生きていく場所です。自分で選んだ道であればそこに生きがいを見出せたかもしれませんが、介助が必要な障がい者が生きる道は、施設に入る以外はなく、そこでは諦めしか生まれませんでした。でも、なぜ自分はこの生活に納得していないのに続けているのか、自分自身に問いかけ答えを探す年月でした。

自立生活運動との出会い

そのような日常を送る中で、先に施設を出た友人から情報もらい、ある研修会に参加しました。研修案内には、「障がい者介護保障」「介護制度の種類」と見たこともないような字が書かれていて、しかし、これからの自分に関わる話だろうから行ってみようと思出席をしました。そこで、自立生活運動というキーワードに出会いました。障がい者の自立生活運動とは、誰もが、人としてあたりまえのことがあたりまえにでき、その人が望む場所で、望む支援を受けて、その人らしく生きていけるように、必要な制度や社会の人の意識を新しくつくり変えていく活動です。障がい者が自ら動いて権利擁護活動を基盤に地域を変えていくことに生きがいをもちながら、安心で安全な暮らしができるようにするための活動です。私の運命を変えた考え方でした。

私はずっと前から施設を出たいと、もがき続けていました。管理されているだけで、一般社会とは、かけ離れ隔離された生活ではなく、自分の意思のある生活をしたと考えました。それから、これまでの39年間の施設生活から離れようと決め準備を始めたのでした。自分が施設を出て、自分と同じように生活したいという人の自立する道をつくる。そのことに意義があると考えました。しかし、施設を出る、一人で暮らす、介助者を探す、運動を共にする仲間をつくる、という行動を起こすためには、決意を固め、家族や施設の了解を取り、協力者を集めるという高いハードルを超えなければなりません。その中でも家族の説得は大きなハードルでした。並行して、住む地域の障がい福祉課に相談をしました。まもなく、使える福祉制度とサービスを使って「ひとり暮らし」の準備を始めました。車椅子利用者が住めるアパートはなかなか見つかりませんが、ようやく、いま住んでいるアパートが見つかりました。住む環境が整ったら、次は介護の制度とサービス、

申請手続きをしなければいけません。介助者が決まったところで、いよいよ施設の措置を切り、地域生活への扉は開かれました。

私の活動

私の今の活動についてお話します。私は、週に4~5回「CIL もりおか」で重度訪問介護を受けながら、生きづらさを感じている障がい者の相談に乗ったり、ピア・カウンセリングを行ったり、社会生活経験が乏しい重度障がい者が経験を積んでいくためのプログラムを行っています。私自身も障がい者同士で行うピア・カウンセリングなど、障がい者同士の心の支え合いがないと生きていけません。この現在進行形の暮らしを、ひとりでも多くの障がい者に伝えて自立する道をつくりたいと活動をしています。

CIL もりおか

「CIL もりおか」についてお話をします。Center for Independent Living、この頭文字を取ってCIL と日本では呼ばれています。自立生活センターは、障がいを持つ当事者(自立経験者)が中心となって、健常者スタッフ

(介助コーディネーター、介助ヘルパー)と協力しながら、障がい者の地域生活を応援していく運動体であり事業体です。CIL もりおかは、17年前に設立されました。先に自立を経験している障がい者

スタッフが中心となって、同じように障がいがある仲間の相談に乗り、自立をサポートする活動を行います。誰のものでもないその人の人生を、楽しく、自由に、自分自身が責任を持ちながら、社会の中で人と混ざり合いながら自分らしい生活ができることを目標として、生活全般にわたってサポートを行います。組織は、会員、賛助会員で構成されています。障がい当事者と健常者スタッフがおります。

具体的にどんな活動をしているかと言いますと、障がい者同士で行うピア・カウンセリング、日常生活を地域の中で行っていくための経験を学ぶ自立生活プログラム、生活ノウハウを学ぶ自立生活プログラムの実施、相談に

♥ CILは、
どんな活動をするところ？

- 有料介助サービス
- ピア・カウンセリング
- 自立生活プログラム
- 相談。情報提供
- 社会を変える運動をする。

♥ 組織

- 会員
- 賛助会員
- 障害当事者スタッフ
- 健常者スタッフ

乗る、情報提供をする、社会を変えていく運動をする、そして有料でのヘルパー、介助サービスを行っています。

CIL もりおかでの活動

CIL もりおかは、地域の障がい当事者、ご家族の方たちとともに、福祉制度の改善を行政に求める活動をしています。また、地域の方、障がい当事者のみなさんと、お花見会やクリスマス会などの季節行事をして、障がい者の地域生活への理解を深めていく活動をしています。自立生活プログラムでは、地域で生活していくための日常生活上の工夫や社会資源を当事者が当事者に伝えていく活動をしています。自立生活プログラムでは、作りたいメニューをヘルパーさんに当事者自身が指示を出しながら料理をしてもらう方法を学んでいます。

ピア・カウンセリング講座では、障がい当事者が心の聴き合いを行い、障がい当事者自身がエンパワーメントしていくためのピア・カウンセリング講座を行っています。高等学校で社会人講話を行っています。障がい者の生活について、障がい者のことを知ってもらうための社会人講話を行っています。



また、自立生活プログラムでは、浴室にも介護リフトなど福祉用具を設置すれば、民間のアパートでも生活できることを伝えていきます。アパートの作りによっては、玄関にスロープを設置すれば出入りができるようになることなどを伝えていきます。

車がなくても、スーパー、病院、学校、公共施設などに移動ができる公共交通機関が増えることを望み、定期的にバリアフリー調査を行い、改善を要望したり、障がい者自身がまちを歩くことなどを行っています。

ひとにやさしい駐車場利用証制度

「ひとにやさしい駐車場利用証制度」というものがあります。公共施設や商業施設など、不特定多数の人が訪れる「公共施設」には、いわゆる車椅子マークがある駐車場が設置されていますが、駐車区画の設置目的や意義が十分理解されていないことから、必要のない方が車を停めてしまい、本当に必

要としている方が停めることができなくて困っています、ということがありました。このことについて、CIL もりおかとして、真に必要な方が車を停めることができるようにという意見を述べる機会がありました。

現在の法令において、この駐車区画の利用対象者が必ずしも明確ではないため、外見だけではわからない障がいがある方が、必要のないのに車を停めていると疑われてトラブルになるなどの問題がありました。そこで岩手県では、車椅子使用駐車施設の利用対象者を明らかにする「利用証」を交付し、利用対象者であることが誰にでもわかる「ひとにやさしい駐車場利用証」を交付する制度を実施しています。このことを障がい者に伝えています。

障がい者の人権を守り、差別をなくすために

障がい者の人権を守り、差別をなくすために、介助保障やバリアフリーなど障がいを持つ人が、あたりまえに暮らしていくことができるような環境づくりのための話し合いの機会を持つこと、障がい者の生活に関わることに障がい者自身が発言し、社会に向けての働きかけを行っていきます。これは、ボウリングイベントの開催をしたときの写真です。真ん中は、地域の花火大会を見学したときの写真です。そして、施設の夏祭りに参加したときの写真です。

施設では今のこの時代であっても、異性介助が当たり前のようにされて、女性であることも大事にされていない状況だと耳に入ってきます。この社会の中で誰の心の中にも、優生思想というものが大なり小なりあるのだと思います。でも、この世界に生を受けて生まれてきたという一点においてはみなと同じです。女性であること、障がい女性の人権が守られること、そのことを、これからも声を上げていきたいと思います。

精神障がい者の運賃割引を進める岩手県連絡会議の活動

精神障がい者の運賃割引を進める岩手県連絡会議と共同で活動を行いました。精神の手帳提示によるバス運賃割引を目指して、実行委員会の活動を開始し、平成 28 年 4 月より手帳提示によるバス運賃の割引が実施されています。バス協会に提出した署名は 10,599 筆となりました。岩手県交通と岩手県北バス、JR バス東北の 3 社が、精神のバス運賃を半額にするようになりました。身体障がい者と知的障がい者には同様の割引制度がありましたが、精神障がい者にはこれまで適用されていませんでした。

強制不妊手術と優生思想に対するデモ行進

2018年5月には、強制不妊手術と優生思想に対するデモ行進が行われました。「いまこそ優生思想を考える～強制不妊手術の歴史から」というシンポジウムがありました。旧優生保護法(1948～1996)のもとで行われていた障がい者の強制不妊手術。障がい者が、いかに著しい人権侵害を受けてきたかを学びました。強制不妊手術と優生思想に対するデモ行進があり、仙台駅からおよそ2km行進しました。

旧優生保護法は障がいのある人や遺伝性の疾患のある人を、「不良」と定義づけ存在しました。1996年に、母体保護法に変わってからも、未だ優生思想として社会に根付いています。優生手術の被害者だけではなく、障がい者への偏見・差別として今も生きています。2016年に起こった津久井・やまゆり園障がい者殺傷事件からも、優生思想が根底にあることは明らかです。障がいを持った人、障がいを持って生まれてくるかもしれない子どもは、この社会にあってはいけない、いないほうがいい存在としていまでもって見られています。

バリアフリー化が進んでバスや電車に乗れるようになって、社会のそこそこに本音として優生思想があります。なぜなら、障がいを理由にお店や学校や病院に断られることがたくさんあるからです。なぜなら、出生前診断で胎児に障がいが見つければ、9割の人が中絶を選ぶというからです。障がい者はできないことが多いし、世話がかかり、公費を受けて生きていかざるを得ない状況があります。しかし、いつの時代でも一定数の障がい者は必ず存在するし、誰も、いつか障がいになる可能性を持っていると考えたら、殺してよい命、殺されても仕方のない命など、誰が決められるというのでしょうか。生きる価値のないものは排除するという、人が人の価値を決めるということがあっていいわけがありません。それは、今は障がい者でなくてもいつか障がいになってしまうかもしれない、自分の命をも否定してしまうことになるからです。いつの日か、障がい者が生まれてくることも、普通に暮らすことも否定されない社会になる日が来ることを望みます。一人ひとりが絶対に自分の心の中にないとは言い切れない自分の内面を見つめ続けられることが必要だと思います。

「風は生きよという」映画上映会

「風は生きよという」という映画上映会を行いました。人工呼吸器ユーザーの地域生活の様子を映し出した映画です。国会の中で「尊厳死法制化」という、死ぬ権利とか死ぬ自由ということが議論されてきています。その法案の中に、患者が延命措置を望まない場合、生命維持装置を含む医療的な処置を止めることができる、というような文章も入っています。その生命維持装置の中に人工呼吸器も含まれるので、この法律がもし通ると、人工呼吸器を使っている人、使わなければならない人が「尊厳死」のターゲットになっていく危険があります。人工呼吸器を使いながらも地域で生きていくことができるのだという情報が知られていないために、そんな生き方までして延命されたくないと思ってしまうことで、私は人工呼吸器を使いませんという選択をしてしまう人が多いのです。そのことを変えていくためには、自分たちの姿を知ってもらうことが大事なんじゃないか。この映画を作った仲間たちのメッセージを、一人でも多くの人に伝えたいために上映会を行いました。

喀痰吸引登録申請手数料撤廃活動

喀痰吸引登録申請手数料撤廃の活動です。医療従事者が喀痰吸引や経管栄養などの医療的ケアを行うためには、都道府県にヘルパー登録申請費用を支払い、個人登録をしなければなりません。その申請手数料は、都道府県で任意に設定されておりますが、地域によっては非常に高額になっています。またサービスのリスクが高いなどの理由から、医療的ケアが必要な障がい児（者）、高齢者の受け入れとなる事業所が少ないのが現状です。

他県の自立生活センターで、この手数料撤廃のための署名を集めるということで、CIL もりおかも協力をしました。署名を都道府県に提出して、その後、喀痰吸引手数料がその県でも廃止されたという報告がありました。

新型コロナウイルス禍におけるインクルーシブ社会の実現に向けて

新型コロナウイルス禍により、ウイルス感染への不安及び対策の遅れや不備などから、様々な差別や排除、分断が生じています。世界的な感染拡大は、医療資源の逼迫を引き起こしており、すでに国外では、高齢者や重度障がい者に人工呼吸器の装着をしないというガイドラインを作って対応している国も出てきていると聞きます。こうした障がいを理由とした命の選別という優生思想に対して、断固反対の声を上げていかなければなりません。どのような状況下においても障がいの有無に関わらず、等しくすべての人が医

療にアクセスできるようにしてほしいと思います。

時代の経過とともに、施設から地域移行へという考えが進んできてはおります。支援学校から進学、一般就労、福祉的就労、生活介護、在宅、グループホーム、と選択肢は増えてきておりますが、障がいには、身体障がい、知的障がい、精神障がい、内部障がい、発達障がい、難病などたくさんの障がいを持っている人がいます。しかし、障がいがあってもなくても、普通に地域で生きていく仲間です。日々、障がい者の生活支援の現場では多くの課題が生まれてきていますが、私たちは直接的に関わっている方の声や、声を出せないでいる障がい者の心的心声を発信し続けていきますので、今後ともご理解、ご協力をお願いいたします。これで私の話を終わります。どうもありがとうございました。

活動報告

「重症心身障がい児（者）の親として地域に生きる 当事者の思いや願い」

岩手県重症心身障がい児（者）を守る会副会長 藤村ゆみ子

自己紹介

こんにちは。岩手県重症心身障がい児（者）を守る会副会長をしております藤村ゆみ子と申します。先ほどお話ししていた川畑さんとは、うちの息子が0歳児のときからお手伝いをしてもらっています。私は保育士だったのですが、重症心身障がい児の子どもを産んだ親御さんたちは、23年前になります、



大抵の方はお仕事を続けていくことができませんでした。それというのは、社会福祉資源、お母さんが働くために重度の子どもたちを育てながら仕事を続けていく資源がほとんどありませんでした。私が産んだときもほとんどなかったのです。保育園に通うのに保育園から家まで送ってくれるとか、学校が終わったら、今では児童発達支援事業所とか、放課後等デイサービスというものがあるのですが、そういうのも23年前にはひとつもありませんでした。その頃は、働くという意識が、重い子どもたちを産んだお母さんたちには全くなかったのです。でも、私はそのまま働きたかったのです。どうして働きたかったかというと、保育園のときに障がい子どもたちを受け持っていました。統合保育と言っていたのですが、その頃からダウン症のお子さんとか、知的障がいがあるお子さんたちを保育園に預けていて、岩大の加藤先生がちょうど学習会を立ち上げているところで、加藤先生の教室に行き、障がいの子の統合保育をどうするかという勉強もしていて、ちょうど保育園に勤めてから3年目ぐらいからずっと加藤先生、鎌田先生たちと一緒に勉強をしていました。障がいの子が産まれても普通に保育所に入れたり、小学校に入ったりというのが、どこか自分

の中では当たり前だったのです。なので、仕事を辞めるという意識が私にはなくて、さて、どうしようということで今までやってきました。

保育士として30年間、南仙北保育園という、赤坂病院さんがやっている保育園のほうで働いて、7年前にうちの息子が高校を卒業して行き先がないというときに、これは仕事をするためにも行き先がなければ仕事をするどころじゃないなということで辞めまして、息子が入るグループホームの立ち上げのお手伝いをさせていただいて、いま息子はグループホームに入っております。20歳のときに保育士になり、30年保育士をして、いま放課後等デイサービスで7年間お仕事をしているので、年齢はもう58歳になります。

この写真は、お兄ちゃんが高校3年生のときで、息子が中学校のときです。お兄ちゃんが働くと、もうどこにも出かけることができないなと思ひまして、ましてや重度の子がいるので、この子はこう見えても何もしゃべれないし、自分で食べられないし、うんちもできません。その子と一緒に旅行することなんてないだろうなと思って、思い切って沖縄に行きました。沖縄のホテルです。飛行機会社もこの頃は障がいの子を乗せるシートベルトみたいなのをちゃんと用意してくれて、とっても快適でした。いま首里城が燃えてなくなりましたが、首里城に行ったら、障がい者の方どうぞ先に来てくださいと言って、すごい行列で並んでいるのに一番最初に通されて、見たこともない裏口のほうに車椅子が通るところはこっちですと言って、息子のおかげでとってもいい思いをして帰って来ました。どこに行っても全く並ばず、水族館に行っても並ばず、いいところばかりで、息子のおかげだねと言って帰って来たのを思い出します。

重症心身障がい児(者)・超重症児・者重症心身障がい児(者)というのは、話すこともできず、歩くこともできない重い障がいを抱えている子ども・成人です。身体障害者手帳1・2級かつ療育手帳Aを持っています。超重症児・者になると、常に医学的管理下に置かなければ、呼吸をすることも栄養を取ることにも困難な障がいです。大島分類という表があるのですが、その青いところの1～4に相当します。重症心身障がい児・者とは、重度の肢体不自由と重度の知

【重症心身障がい児(者)とは】

・重度の肢体不自由と重度の知的障害とが重複した状態にある子ども（成人）

【医療的ケア(医ケア)児とは】

- ・医療的ケアのある児童：医ケア児
- ・呼吸器管理：人工呼吸器装着・気管内挿管・気管切開（カニューレ設置）・たん吸引
- ・食事機能：中心静脈栄養・経管・経口栄養（胃瘻・腸瘻）

的障がいとが重複した状態にある子どもや成人です。医療的ケア児とは、医ケア児とも言います。医療的ケアのある児童：医ケア児。呼吸器管理：人工呼吸器装着・気管内挿管・気管切開とカニューレが設置してあって、そこから呼吸器を入れて、そこから直にたん吸引でたんを吸引するという方。食事機能に関しては、中心静脈栄養、血管から栄養を点滴で入れたり、あとは経管・経口栄養と言って、胃に穴を開けて、そこからチューブで栄養を入れたり、腸に穴を開けて栄養を入れたりする子です。その子たちが、昔は病院で生活していたのですが、いまは在宅で、寝たきりでという、みなさんも岩手日報の新聞とかで読んでいると思いますが、そういう子どもさんたちもたくさんいます。

さて、どのくらいの重症心身障がい児・医療的ケア児がいるのでしょうか。推定ですが、じつはきちんと統計されていません。岩手県では2019年に県のほうで取っていただきましたが、日本では推定43,000人です。岩手県では、重症心身障がい児は246名と言われています。医療的ケア児は195名です。2016年には130人だったのが、3年で1.5倍。その中で入院をしている方が8.2%、在宅は50.3%あります。これは、市町村を通じての岩手県実態調査及びアンケートの中で出てきた数字です。

「日本の小児医療はトップレベルなのですが、支援体制は・・・」と書いています。新生児の死亡率、WHOが2016年に取った統計の中では、1000人出産当たり的人数として、パキスタンでは45.6%の子が亡くなっています。そして日本では、2012年には世界1位(死亡率が低い)でした。それが4年経って、今回の調査では2位になっています。0.9%、1000人で一人亡くなっている程度という形なので、これは一昔前であれば救われなかった命が、現代では救われる可能性がとても高いとても喜ばしいことなのですが、重い障がいを持ちな

から生まれてくる命も増えているということを意味しています。事実「重症心身障がい児」と認定される子どもの数は年々増加しています。大きな問題は、救われた医療的ケアのある子どもの命の行き場が少ないということなのです。

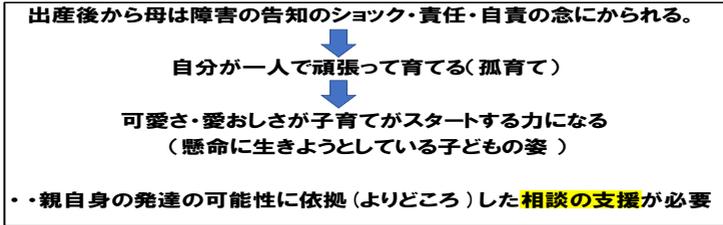
入院から在宅へ

昔、うちの子も2か月入院していたのですが、呼吸器をつけない、医療的ケアが全くなくても2か月入院したのです。いま放課後等デイサービスで働いているのですが、その障がいのお姉ちゃんの子どもさんが、500グラムで生まれたお子さんがいます。その子が2〜3か月ぐらいで、明日退院します。その子は酸素をつけて出てきます。昔だと酸素が取れてから退院するということがあったり、呼吸器が取れてから退院するということがあったのですが、いまは呼吸器をつけても、酸素をつけても、胃ろうがあっても退院するという現実があります。それはなぜかという、国の方針で、お母さんやお父さんがいるお家に帰って子育てを進めていくという在宅の方向に進んでいる現実があります。なぜそうなっているかというと、予算がない、医療費が高いということだと思います。人工呼吸器を装着した2歳児の1か月の医療費というのは、入院すると109万8000円かかります。ただ、在宅になると85%削減されて17万1000円になります。そうすると、国は入院させたほうが予算がたくさん取られるということで、どんどん在宅のほうになり、親もそばで育てたい、どんなに重い障がいがあっても、どんなに医療がかかったとしても家で家族として見たいという思いが相まって在宅というほうに来ているのかなと思います。

一昔前は、重い障がいの子どもたちの多くは、病院入院や障がい児施設に入所していましたが、現在は高齢化社会に伴い医療費が増大しており、急増する社会保障費対策として「入院から在宅へ」の流れがあります。しかし、新生児特定集中治療室(NICU)から出た瞬間から、24時間の子育て(介護)が始まります。医療も始まります。「ほかの兄弟たちに手をかけてあげられない」「仕事をしたくてもできない」「経済的に苦しい」「自分の時間がない」「夫婦の時間が取れない」など、様々な困難があります。また、在宅支援を行う社会的資源が十分ではないため、家族の負担がとて大きいです。

子どもと障がいの受容支援

【子どもと障害の受容支援】



これは、うちの子です。かわいいでしょう。生まれたときは大きさが手のひらでした。大きく見えるのですが、本当に手のひらに乗りました。毎日面会に行き、母乳を届けました。1470 グラム、43 センチの子どもでした。それでも生まれるんですよ。昔は亡くなっていたと思うのですが、25年ぐらい前からは生まれています。

子どもと障がいの受容支援があります。出産後からお母さんは障がいの告知のショックがあったり、責任や自責の念にかられます。自分が一人で頑張ってる孤育てになりやすい。可愛さ・愛おしさが子育てをスタートする力になります。懸命に生きようとしている子どもの姿を目にすると頑張らなくちゃいけないと思うのです。親自身の発達の可能性、親として伸びていく依拠(よりどころ)として相談支援が本当に必要なんだなど。一人で育てていくんじゃなくて、みんなに支えられて育てていきたいなと思っています。

重症心身障がい児の基本的な生活は、ほぼ全てにおいて「全介助」です。24時間です。家族という身近な存在によって「命」が成り立っています。そのため、何よりもその子の命が最優先で、母親は具合が悪くても病院に行かないで治したりもします。そういうときって、気が張っているからでしょうかね。なかなか風邪を引かないのです。私が強いだけかもしれないですが、孤育てになりやすい。また、周りが見えなくなることも多いために癒着がつくられます。この子を誰にも渡したくないというような感じ、渡せば命がなくなるって、旦那にも触らせたくなかったです。うんこを取るのに、うんこをやっていると旦那は逃げました。お前が取ったほういい

だろと。だから、本当に孤育てに自分からなっていくのです。本当に支えてくれる人というのがなくて、ガリガリ自分でやってしまっ、イライラして子育てしているというのが現実でした。ですが、今になってお父さん大事だったなど。お父さんを卒業してお孫さんの世話をすることもたくさんいるようですが、いっぱいお手伝いをしてもらいたい。そういう機会がありましたらお話を聞くだけでもいいですので、支援をしていただきたいなと思います。

子育ての時期

家に帰って来ました。先ほどの写真は、病院の NICU の保育器の中ですが、2 か月後、実家に帰ってきて、お兄ちゃんと対面しているところです。病名は脳性麻痺です。脳室周囲白質軟化症という言葉になります。子育ての時期というのは、親として実感することの支援だったり、子どもの変化、生活の変化への支援、日常の中にある苦労や不安への寄り添いのケアなどが必要になってきます。日常活動の場をつくってほしい。家族支援は子どもが安心して楽しく通う場所の充実だったり、日常の姿を共有することからつながる安心と信頼。仲間をつくる、仲間と出会うことは何よりも心強いことです。子どもにとって療育を受ける大切な場を、親にとっても大切な場としたいと思います。

私は、運よく保育士だったということもあり、保育園に通わせることができました。でも、いま保育園に通うというのがとても難しい現状です。そこを市とか県に、大森さんがいらっしゃっているので、すごい耳が痛い話だと思うのですが、毎日毎日でごめんなさい。訴えています。大森さんや野中さんが悪いわけじゃなくて、国の予算がないというのがすごく大きいんじゃないかなど。福祉に対する予算を本当につけていただきたいなと思います。おっぱいを一生懸命飲んでる我が子が愛おしくて、障がいがあってもこの子で良かった、この子の母で良かったと感ずることができました。子どもの笑顔に癒される毎日の積み重ねが、障がいのあった子の母になって良かったという思いをして育ててきました。協力してくれる仲間づくりをしていったり、具体的な資源の提供をしていくということも、子どもを育てていく上で大切なんだなと思います。

在宅に必要な支援の要望

(幼児期)

在宅に必要な支援の要望。生まれてから在宅になる場合に、相談できる人や

場所、医師・看護師・保健師・医療的コーディネーター・相談支援員等の切れ目のない支援。そして、障がいを持っている子どもたちに必要な情報が得られる、母子手帳に代わるようなサポートブック。母子手帳は普通にもらうのですが、首も座らないし、ご飯も食べられないし、ですから母子手帳を一回も開きません。というか、開くのが悲しかったです。こういうふうに育たないんだな、うちの子は母子手帳がいらぬ子なんだなと思ってしまいました。お兄ちゃんのおときには開いたのですが、弟のこの子のときは母子手帳を開けませんでした。なので、それに代わるサポートブックのようなものがほしいなど。

あと、訪問看護。医療的ケアがあるお母さんは、看護師さんがいる場合は離れてもいいのですが、それ以外は離れることができません。その時間が短いということでお母さんたちが本当に疲弊しています。その時間の延長だったり、結婚式とかお葬式に、預けるところがなくて、自分の親のときにも出られないという現実が今までもありました。そのときの短期入所、ショートステイをしてくれるところ。あとは在宅でも療育が受けられる場所の整備。あとは訪問型の療育。来てくださる療育を受けるところがほしいなど訴えております。

自分は仕事をしながらどうやっていこうか、社会の受け入れ態勢がその頃はとても厳しかったです。この子を育てながら働くということが苦しくて絶望的になることも多かったです。でも、息子を育てて職場復帰をしました。社会資源の壁もあります。仕事を続けていく大変さ、子どもの体調、家族の協力、お兄ちゃんも病気をしますので、そういうときに続けていくというのがすごく苦しかったです。その中で療育センターのすべてのスタッフに支えられて育ててきました。また、自分の職場の仲間にも支えられてきました。

ここに首を乗せている子がうちの子なのですが、水の中だと軽くなるのでこんなに気持ちいい顔をしています。こうやって保育園で育ててもらいました。0～1のときには、一緒に同じクラスにいたのですが、もうお母さんは離れたほうがいいのかと言って、3歳のときからは大きいクラスのほうの担任になりました。ほとんど自分の子は朝に連れて行って、帰りに見るだけというような感じになっていました。そして、保育園を卒業しました。

(学童期)

普通の小学校に通いたいと教育委員会に訴えたのですが、この子を小学校に通わせるためには、トイレについてきてくれますか、お母さんずっといられますか、と言われました。それは仕事を辞めざるをえないことになるので、でき

なかったし、この子にとってもあまりいいことじゃないなということで諦めました。地域のほうでは、年1回、地域の小学校に交流という形で、毎年4年生の社会の勉強の時間に行って、学校の先生と一緒に、こういう子もいるんだよ、こういう学校があるんだよ、と言って勉強をしていただいて、今だとその学校の子どもたち600人ぐらいかな、重症心身障がいの子ってこういう子なんだな、こういう子も近所にいるんだな、ということをお話してもらったように話をしてきました。

在宅で必要な支援の要望(学童期)は、通学するのにお母さんたちが送迎しています。普通の子は送迎しないですね。自分たちで行きますよね。そここのところの送迎の車やバス、添乗の看護師がいただきたいなとか、医療的ケアの子は放課後デイサービスに通うところが少ないです。本当に5本の指に入るくらいのところしかありません。そういうところも増やしてほしいという要望があります。盛岡養護学校(編集部注:当時)を選択して、こうやって毎日ここに元気に暮らしました。寄宿舎もこの頃は入れました。いまは重い子たちも入れない状態だそうです。うちの子は、あんまりそういう子どもたちもいなかったのでも入ることができて、いろんな先生ともつながったり、先輩のお兄ちゃんたちともつながったりして、たくさんいろんな刺激を受けて生活できた、とても楽しい学生生活でした。

卒業したその日に、義理の父が脳梗塞で倒れました。なので、お父さんは卒業式に出ていません。本当に何かイベントがあるという何か起きるんですね。手術をして成功したのですが、次の日からうちの息子はグループホームに入ることになったのですが、その日から熱を出して、病院に1週間入院をして、卒業式から病院入院になりました。もうこういうことがあるんだなというぐらい、この時期は打ち砕かれていましたが、無事に治って、いまグループホームで生活しております。

(成人期)

「親が生涯を終え、そして子どもが生涯を終える、という当たり前のことを・・・」と書いています。子どもの面倒をずっと見ていきたいと思っているのですが、現実には親も歳を取り、いずれは親自身が介護を必要とするようになります。もう私も58歳なのでね。じつは午前中に医療的ケア相談支援専門員の研修があって、守る会のほうからお話してほしいということで、同じような資料を作って、ちょっと手直しをしたら、おととい、徹夜になってしまっ

仕事に行ったのです。前は夜眠くなるくらいで大丈夫だったのですが、やはり60 近くにもなると、徹夜すると午後から腰が痛くなってね。仕事ができなくなるくらいになって、ごめん、早退しますと言いながら笑って早退してきたのですが、だんだん歳だなと感じ始めています。

新しい環境、新しい人、仲間に慣れたり、対応できるようになるためには時間がかかります。この子は重度の子なのですが、ちょっと軽い子ですと、慣れなかったり、いろんな人に触られるのも嫌という子も中にはいます。あと医療的ケアの子ですと、うちの子もですが、ご飯を食べるときにコツがあるのです。食べるのにも慣れるというのですごく時間がかかります。グループホームにうちの息子を入れたときにも、スタッフが24時間ついていないわけじゃないから、慣れるまでに3か月かかると言われました。スタッフが1週間で一回りする、それに慣れるまでかかる。同じく支援や介護をしている方々も対応するまでに時間がかかります。なので、親が子どもの面倒を見られなくなったときにどうするのか。親が病気になったら、先に死んだらどうするのか。子どもよりも1日でもいいから遅く死にたい、と私たちは思っています。どうしても思ってしまうんですね。でも、そう思わなくてもいい世の中になりたいと思います。

うちのおばあちゃんが、孫のけんたろうが生まれてきたときに、3日くらい経ったときかな。「ゆみ子、わたし死ぬとき、けんたろう一緒に連れて死ぬから安心しろ」と言われたとき、この野郎と思いましたがもんね。なんで孫連れていくのさ、あんたのほうが早いでしょってすごいイライラしたことを覚えています。でも、おばあちゃんにとっては、孫も苦しませたくない、母親の私も苦しませたくないと思って言った言葉なんだと思うのです。今ならわかりますけど、あの頃はすごい腹が立ちましたね。でも、そう思いたくなるというのが現実なんだろうなと思います。でも、そうならない世の中になってほしいと思います。

成人になったとき、緊急に親に何かあったときに受け入れてくれる病院とか短期入所。そして災害時にも、普通のところに逃げることがちょっと考えられないです。人工呼吸器をつけている子は、24時間人工呼吸なので、その音がすごかったり、感染のリスクもあります。そういうときの拠点機能の整備も要望したいところです。

グループホームでの生活です。うちの息子は24時間全介助ですが、グループホームにこういう施設がありまして、部屋があって、いま私は運動させないといけないなと思って、仕事が終わって19時～20時30頃まで、体操させた

り、お尻をきれいにしたり、パジャマに着替えさせたりしながら家に帰ってきています。毎日会えるグループホーム、入所だとそうはいかないので。いま岩手県では私の子しか入れていません。それが現実です。なので、こういうグループホームが増えてほしいなと思います。

毎日、生活介護といって通える場所があって、お風呂に入ったり、こうやってお風呂に入るのです。髪を乾かしてもらったり、グループホームの先輩と話をしたり、支援員さんにご飯を食べたり、こういう幸せな毎日を送らせていただいています。本当にうちの息子は幸せだと思います。何もできない息子なのですが、手だけはちょっと動きます。iPadで好きな音楽を押したくて、こうやって押すんです。嫌いな音楽だとこうやってシュッと手を伸ばすと消えるんですね。それが20歳過ぎてから身についたんです。もうびっくりです。好きな音楽が鳴ると手を止めて、こうやって押さなくなるんです。何もできない子でも何かはできるんですね。今でもいい笑顔で笑ってくれています。やはり、いろんな人に関わっているいろんな刺激があって、親だけじゃなく、こういう生活が理想なんだろうなと思います。それができている私は本当に幸せだと思っているので、グループホームにいてもこういうことをいろんなところでわかっただけの活動を続けているという感じです。

母親の気持ち

【まとめ】

- ・大変な子育て、介護で生じる不満や不安、苦悩は、「障害を持っている我が子の笑顔」や「家族の笑顔」「日々接して下さる方々の笑顔」「支援方々の誠実な対応」で信頼が安心となり、「この子を産んでよかった」「この子の父・母で良かった」「この地域で暮らすことができて良かった」「生きてよかった！」と、思えるのだと思います。
- ・最も弱いものが生きていける社会は、どの人にとっても安心して生きることができる社会であると思います。これからも私たちが温かく見守っていただき、必要な時にはどうぞ手を差し伸べていただければ幸いです。
- ・重症心身障害児(者)・医療的ケアの子どもたちが生まれても家族が住む同じ地域で(保育(療育)・教育が受けられ成人となり、生涯を全うできる)安心して暮らしていけるような岩手になってくれることを願います。

母親の気持ちとしては、日々の小さな不満や、不安、子どもへの「健康な体で産んであげられなくてごめんね」「本当に普通の体じゃなくてごめんね」「お母さんのお腹が悪かったんだよね」と常に心の中にあります。兄弟へも「手をか

けれなくてごめんね」「行きたいところに連れて行けなくてごめんね」「ずっと負担をかけてるね」。主人にも八つ当たりをします。今でもしますね。「何で行かなかったの！けんたろうのところに！」と、自分が行けないのを棚に置いて怒鳴ったりしています。健康な体で産めなかった申し訳なさや、いろいろな思いが考えると嘔き出てきます。障がい受容は行きつ戻りつしながら親となっていく、それは親子どちらかが命を全うするまで続くのかもしれない。だから、そういう思いというのはなくならないんだなと思います。けんたろうが亡くなるか、私が亡くなるかまで続いていくのかなと思います。

大変な子育て、介護で生じる不満や不安、苦悩は、「障がいを持っている我が子の笑顔」や「家族の笑顔」「日々接してくださる方々の笑顔」「支援の方々の誠実な対応」で信頼が安心となって、「この子を産んで良かったな」「この子の父・母で良かったな」「この地域で暮らすことができて良かったな」「本当にこの子を生きて産めた私も生きて良かったな」と思えるのだと思います。最も弱いものが生きていける社会は、どの人にとっても安心して生きることができる社会であると思います。これからも私たちが温かく見守っていただき、必要ときにはどうぞ手を差し伸べていただければ幸せです。重症心身障がい児(者)・医療的ケアの子どもたちが生まれても、家族が住む同じ地域で安心して暮らしていけるような岩手になってくれることを願っています。

兄弟の思い

最後に、兄弟の思いということで、兄から2年前に聞き取ったものを見ていただきたいと思います。普段は長男にLINEをしても、「はい」「大丈夫」「わかりました」「考えておきます」「無理です」「嫌です」の単語の返信の一方通行。既読スルーの兄なのですが、今までじつは一度も弟のことをどう思っているか聞いたことがなかったのです。すごい不安だったんですよ。聞けばどうなるかドキドキしていたのですが、ちょうどケアのコーディネーター研修の講師になりまして、兄弟のことを言ってほしいということで聞きました。だいぶ不安でして、しばらく悩みました。いつものように「無理です」とか、既読スルーを覚悟して返信を気にしないと自分に言い聞かせてからLINEを送ってみました。なので、すごい丁寧な言葉なんですよ、我が息子なのに。あとで見て、何でこんな丁寧を書いたんだろうなと思うのですが。

母：「木曜日、重症心身障がい児コーディネーター研修があって、保育遊び親

支援の枠で話す内容なんだけど、けんたろうが弟で、たくみがどんな気持ちで今まで来たか教えていただきたいのです。兄弟の気持ち、どうやっても母には兄弟の気持ちはわからないので、忙しいのに本当にごめん。明日の夜まででいいのでよろしくお願いします。」

そしたら、珍しくすぐ返ってきました。あとで聞いたらコンビニの駐車場で打ったそうです。

兄：「参考にならないっしょ。遠慮とかじゃなく、けんたろうのこと助けなきゃとか思ってみたわけじゃないし、物心つく前にはけんたろうがいて当たり前だったから。内容に沿ったことは言えない。そういうの文句になるけど、家族に対して支援って言葉を使っているのがすごい違和感。」

母：「支援という言葉に違和感を感じてくれてうれしい。母もそうです。家族として当たり前だから。でも関わる福祉関係の人にとっては支援になるんだよ。その関わってくれる方たちへの話だから、兄弟が家族としてどう思って暮らしているのかを伝えて理解して接してもらうためかな。支援じゃなくていい、嫌だったことや思い出とか。」

兄：「嫌だったことは障がい知らない人たちのけんたろうに対する目かな。まあ、知らないから仕方ないんだろうけど。」

母：「じゃあ、父、母には？」

兄：「けんたろうにつくのは母が多かったと思うけど、一人になることはなかったと思うから寂しかったとかはない。すごい親だと思うよ。」

嬉しかったですねえ！ああ、良かった！と思いました。

母：「徳田小の交流とかどう思ってた？」

兄：「何も言われなかったし、友達にも先生にも。単純に普通の勉強しなくてラッキーな時間だった。」

母：「そうか、すごいって何が？」

兄：「けんたろうにつきっきりになったりしなかったと思うし、俺が寂しい思いとかしなかったから、俺が同じ立場になったらできなかったな。」

つきっきりになったりしなかったと言うのですが、現実のところはつききりにはなっていました。でも、たぶん、おばあちゃんがいたり、おじいちゃんがいたり、お父さんの力を借りて、この人が一人だったという思いをしなかったのだと思います。なので、そのことはすごく感謝かな。あと、私もなるべく時間があるときには、お兄ちゃんと接しようということは確かにありました。でも、そこを支えてくれる地域の資源だったり、仲間がいたのだ

と思います。

兄：「本当に普通にうれしい。旅行に行きたかったとかは別れない。」

たぶん行きたかったんですよね。書いてくるということは。でも、行けなかったです。さっきの沖縄旅行が本当に大きなイベントでした。

兄：「けんたろうがいなくてもお母さんは行きたくない派だろうし。」

私も行きたい派ですよ。ただ、ずっと見てないと無理だったんです。息子も小学校1年生から野球クラブに入っていましたので、ずっと野球で遊んでいましたので、休みなんかもずっとそれでした。

兄：「というのもあって、特段嫌だったことはない。」

母：「今はどう思ってる？父、母亡きあととか。」

兄：「面倒くさくて考えたくないって感じ。死なないでくださいって感じ。」

母：「けんたろうがそう？父、母？」

兄：「どっちも。」

母：「我が家の子育て間違っていなかったかな。」

兄：「そうだと思います。」

母：「最後に、けんたろうが兄弟でよかった？」

兄：「よかったと思うよ。」

母：「できれば普通の兄弟のほうがよかったんじゃない？」

兄：「けんたろうのほかにも別にいてほしかったというのはあるが、上においてほしかった。」

そんなの無理な話なので、納得(笑)で終わりました。ああ、兄弟って本当になんだろう、医療的ケアがあろうがなかろうが、重心の子だろうが、兄弟は兄弟なんですよね。それを普通に生きて生活していける場をこれからも頑張って守る会のほうで訴えて、大森さんを泣かせていきたいと思います(笑)ごめんなさい。一緒に良くしていきたいと思いますので、みなさんも協力をお願いしたいと思います。終わります。

《質疑応答》

Q 視覚障がい者の立場から一言です。視覚障がい者で、見えないのと耳が聞こえなくて一苦労している者ですが、ここに来てCIL もりおかを初めて知りました。本当にすばらしい活動だと思いました。資料がないのでよくわからないのですが、中身を覚えたら一緒に頑張って盛岡市内でも、デモ行進をして障がい者を見せて歩きたいと思っています。障がい者の立場から言いたいのは、道路を毎日1時間ぐらい歩いていますが、一番困るのは何かというと、横断するとき自転車の音がないので、よく自転車と接触するのです。自動車は音があるからいいけど、そのとき自転車のベルを鳴らしてほしいということです。杖を上げて横断するので、すごくぶつかるのです。あと、狭い道路に行くと車の音が聞こえなくなってしまう。風の音で耳に入ってこないのです。ですから、いつの間にかクラクションを鳴らさないようになってしまったけど、本当に我々困っているので、できたら声をかけるか、クラクション鳴らすかで何か音を出してほしい。中央通り、大通りはいいけど、本町通りとか、山岸、それより細い道路になればよく接触するのです。

あと、歩いていて困るのは、我々間違っただ道路の真ん中を歩くことがあるのです。そのとき、バスから何から全部止めてしまうのです。誰か声をかけてほしいのですが、誰も声をかけないまま、1分も2分も自動車を止めてしまう状態です。これを困っております。あと、生活保護を受けている方々の医療券問題です。これもCILのみなさん、一緒に頑張ったくなくていきましよう。以上です。

A(川畑さん) 道路を歩くときに声をかけてもらいたいのに、みんな声をかけてくれないというところですが、もっと健常者、障がい者が一緒になって、こういうことがあるんだよということを伝えて、教えていくという機会があればいいなと思います。そういう場を設定したり、知ってもらおうという活動をできればなと思いました。

A(大森さん) 山岸ですと、ほとんど歩道がない。いま工事しているからあるのかな。いずれ視覚障がいの方じゃなくても歩いていると怖い思いをしてしまうような幅員しかない。あそこを飛ばす方はいらっしゃらないですが、私も自転車ではないのですが、バイクで走るときもあります。うしろから車が

来られるとおつと思うことがあります。視覚に障がいのある方が歩いているときに声を誰かかけてくれてもいいなと思います。たぶん子どもだったら危ないと言われるのですが、どうして声をかけてくれないのかなと不思議ではあります。

医療券は、たぶん生活保護を受けたことがない方だとわからないと思うのですが、生活保護を利用している人には保険証がないのです。その代わりに医療券というチケットを申請します。それを持って病院に行くと、要はレセプトそのものです。あれに病院のほうで書いて国保連に請求するのです。簡略化をしていたはずなのですが、平成7年の頃は、市役所まで来て申請をしてハンコを押さないと出さないというやり方だったのが、今は定期的な通院の場合には、先生からも必要かどうかという紙が来るので、まだ必要だということであれば自動的に送っている、そういう流れだったはずだと思います。ただ、足をくじいたとか急な病気になったときには、とりあえず病院に行ってもらって、手続きはあとで市役所に連絡さえしておけば、病院のほうでも連絡を取っていますから大丈夫ですと診てくれるはずですが。私も現場を離れてもう6~7年経っているのですが、今の体制でどんなふうになっているのか、そんなつれないやり方はやってないと思いたいのですが。あと休日、夜間診療用の医療券を渡されているかと思うので、あれはいつもお持ちになって、とりあえずあれを見せていただければ、あとで手続きは必要ですが、とりあえずの代わりにはなると思います。

- Q 盛岡の生活と健康を守る会の鎌沢と申します。課長さんに質問をしたいと思えます。最初に藤村さんの報告で重症心身障がい児の報告がありました。この数字を初めて知りましたが、195名の医療的ケアのうち、在宅が50%を超える。いわゆる半数以上の子どもが自宅に住んでいるということで、非常に私は個人的には問題があるというふうに思っております。なぜならば、もっと行政として心身障がい児を守っていく活動とともに、そういう施設が必要だと思うのです。そういう面では、日本はかなり遅れていると思えます。ヨーロッパ、フランスとかイギリスなどから見ると、ちょっと以前、書物をかじって知識を得ましたが、それから比べても日本は非常に立ち遅れをしていると思えます。ですから、みなさんの障がい者の団体は連携して国に対しても、そういう施設をつくれという要望はしていると思うのですが、もっともっと進めていただきたいと思うし、私たちも協力をしていきたいと思って

おります。そのときに、先ほど市の課長さんから報告がありましたように、障がい者の地域生活の支援拠点などの整備というところがありますよね。この拠点整備の中身と、計画が平成 30 年度、元年度、2 年度とゼロになっていまして、心身障がい児の施設をつくる計画があるのかないのか聞きたいと思います。よろしく申し上げます。

A(大森さん) ちょっと説明が不足していて申し訳ありませんでした。支援拠点というのはハードをつくるという意味合いも若干あるのですが、ソフト的な運用で既存の施設を使っていくというふうなやり方もあります。ですので、施設をつくるという想定にはなっていません。どっかにハコをつくるというのはなくて、まだ結論は出していないのでお答えしにくいところではありますが、ソフト的な方法で担っていく機能を持てるように間もなく、いつとは言えないのですが、きちんと施設間同士で連携を含めて、ルールを作って、お金のなものも担保しないと走り出せないのも、それにもうちょっと時間がかかりますが、具体的などころまで行ってはいました。

これは全国的に同じようなことが言われていることではありますが、拠点というのは、ハコをつくることはほとんどなくて、今ある施設を、例えばどこかをメインにして、その施設の資源、一部屋をみんなで使う、借りるようなイメージで動いているのだと思います。わかりにくいですが、面的整備と言いまして、どこかの入所施設があると必ず一般病床を持っているので、その一部屋をみんなで使う。みんなで使っているのですが、お客さんが来ますので、いつも誰かが予約を入れて使うのですが、緊急に取っておくようなお部屋にすることができればなど考えてはいます。それがここで言っているところの拠点整備なのです。ハコをつくるのではない。ハコをつくと恐ろしいお金がかかるので、既存のものを使いながらやる。ただ、タダでというわけにはいきませんので、そこにはお金がかかります。予算を要求しながらやっていくという予定ではあります。ハコをつくるほうがきれいでもいいのですが、全国的に難しいので既存のものを使ってやっていくという流れになっていました。

A(藤村さん) 昔は措置制度で重い重心の子が生まれたら施設に入所して、そこに面会に行ったりという形があったのですが、今はすごく医療も発達しまして、24 時間呼吸器を家にも持って帰れたり、吸引や酸素とかも在宅で

きるような形になっています。そうすると、お母さんたち親の気持ちとしては、施設に入所するといつも会えるわけじゃないとか、その中の生活で子どもが本当に幸せなのかなというのが、やはり親としてはあると思います。どんなに重い子どもでも家族で育てたい。いま資源がすごく充足してきている状態なので、施設じゃなくて、できる限り在宅で家族のもとで、家族として育てたいという思いがあるので、ハコものというよりは、先ほど大森さんもお話ししていましたが、急に具合悪くなったときに預ける場所とか、在宅に来ていただいて看護をしていただいたり、支援をしていただく中で、どうしても家族では無理だというときには既存の施設のほうにお願いしたりという思いは最終的にはあるかもしれません。ただ、やはり我が子を家族の中で育てたいというのはあるんじゃないかなと思います。それが、在宅に移行しているというのがあるのかもしれない。施設に入れると会いにも行けませんし、こういうコロナになると3~4か月会ってなくて、「窓越しから10分見ているんです」と泣きながら言うお母さんがいます。「自分も体が弱くなって4月に医療センターに入院したんだけど、コロナで10分も会ってられない、家に置いておけばよかった」と泣いているお母さんが3人も4人もいます。なので、我が子を自分の家で育てたいというのはあるのかな。ただ、そのアフターで、大変なときには利用できる場所があるというところが、もっと整備されていってほしいなというのが現実かなと思います。

A(川畑さん) やはり藤村さんが言われるように、家族の中で生活していけるというのが一番いいと思います。そうしたときに、どうしてもだめなときに既存のところに入れるというような状況をつくってあげればいいのかと思います。

コーディネーター：細田さん 今の話は、家だけでやる、施設だけでやるという話じゃなくて、基本的に在宅で暮らすんだけど、そこに支援する厚みがいっぱいないといけな。何かあったときに困るわけです。そこを支える手がないと、じつはそんなにきれいな話ではないですよということもおっしゃっていると思います。ただ、建物をいっぱいつくるとことは現実的に不可能ですから、地域で支えるような仕組みをいっぱい作っていかなくちゃいけないということが大きな課題なのだと思います。これは、高齢者でもそうで

すよね。特養が入れなくなって、結局どうするんだというんなことをやっています。地域で支える力がないと、施設はつくらないということだけで、重い高齢者が片隅に押しやられてしまうということが出てくると思います。そのような課題があるということで、今日はその辺りをみんなで共有できればと思っておりました。まとめにはなりません、時間が来ましたので閉じたいと思います。川畑さん、藤村さん、大森さん、本当に今日はありがとうございました。

岩手地域総合研究所「くらし・福祉」調査研究部会 第4回公開講座

「知的・精神・発達障がい者への支援について考えます。」

コーディネーター 社会福祉法人岩手更生会

理事長 細田重憲

第1回目、第2回目は私の方から、映像や資料をもとに、障がいの概要等についてお話をさせていただきました。第3回目は当事者、あるいは当事者を支えている親ということで、川畑さんには重度の障がい者への自立支援ということで、また、藤村さんには重い障がいを持つ子どもさんの家族ということでお話をいただきました。大森さんは盛岡市役所の障がい福祉課の課長補佐の方ですが、盛岡市の障がい者福祉の現状等についてお話をいただきました。ということで、今日は4回目になります。



今日の趣旨は、知的障がい、精神障がいについてです。障がいの中でも身体障がいについては比較的取り上げられたりすることが多いのですが、知的障がい、精神障がいについては様々な課題がありますが、なかなかみなさんに理解していただけないところがありまして、そこを取り上げました。たぶん年配の方々には失礼なのですが、みなさんが若いときには、こういうことがあるのかということを経験したことがないのかもしれないかもしれませんが、いま発達障がいという、これも障がいの一部ということになっていて、今までの障がいに関わる対応とはかなり違うことが求められておりまして、第一線で苦勞されておられる方からのお話を聞きたいと思って設定をいたしました。障がいというのは、身体障がいだけ考えても、視覚障がいや聴覚障がいの方もおられるし、下肢、上肢、体幹とか、内部障がい、心臓とか肺の障がいの方もいるということで、身体障がいと一括りにできないぐらい多様なわけでございます。さらに知的障がい、精神障がいということで、ひとつのところから全体を見るというのはなかなか難しいことなのです。そうは言いながら、今日は精神と知的というところを通

して、障がいに関わる全体像みたいなものをみなさんと一緒に考えたいということ、発達障がいについては、我々も勉強するということになるのかもしれませんが、現実がこうだということを少し認識したいと思っているところでございます。最初のお話は、社会福祉法人岩手更生会障害者支援施設緑生園です。私がその理事長なので、業務命令で出したわけではないのですが、こういう様々な支援の活動について経験の深い方ということで来ていただきました。玉山さんからお話を伺います。それから、山下さんは社会福祉法人みやま会という、岩手山の国立青少年の家に行く方角にあります。街中からはずっと離れています、そこで地域を相手に仕事をしておられるという方でございます。それから、工藤さんは社会福祉法人千晶会太田の園という施設がありますが、その職員として長く活躍されて、今は盛岡市基幹相談支援センター所長というお立場で、毎日様々な障がい当事者、ご家族の対応に奔走しておられます。なかなか彼と話をするのが難しいことも時にはあるぐらいお忙しい方であります。

なお、みなさまのお手元に資料として3人のレジメが入っているかと思えます。そのあとに、私が一応作っておいたのですが、発達障がいの法的定義というものがあります。それから、質問・意見の用紙がございまして、3人の方からお話をいただいたあとで質疑を行いたいと思えます。できるだけやり取りをすることが一番勉強になると思えますので、簡単でいいですから書いていただいて、それに答えていきながらお互いの認識を共通化し深めたいと思えます。それでは最初に玉山恵理子さんからお話を伺いたいと思えます。

活動報告

「知的障がい者の就労支援、地域生活支援の課題を考えます。」

社会福祉法人岩手更生会障がい者支援施設緑生園

業務課長 玉山恵理子

自己紹介

障がい者支援施設緑生園の玉山と申します。緑生園はサービスの支援の中にラグビーを取り入れています。私自身もラグビー生活にどっぷり浸かっておりまして、もうすぐ前も後ろもわからないぐらい真っ黒に日焼けするのですが、まだ白いうちにみなさんにお会いできてよかったです。本日はよろしく願いいたします。



今日は、とくに知的障がいの方の就労支援と地域移行支援における現状と課題についてお話ししたいと思います。みなさんのご家族やご近所にも障がいを持った方がおりますでしょうか。じつは私も家族に障がいを持っている者がおります。この写真は私の姪っ子です。妹の子です。この3月に支援学校の高等部を卒業して、自宅から就労継続支援B型事業所に通勤しています。この子の存在が、現在私が働く原点となっています。

緑生園について簡単にご説明いたします。緑生園は、昭和41年に開設されました。現在はこのようなサービスを展開しております。同法人では、就労継続支援A型事業所「まめ工房・緑の郷」を運営しておりまして、お豆腐の製造や販売を行っています。基本理念は、「いかなる人も人として認められる社会」です。

就労支援の課題

それでは、就労支援の課題についてお話しします。緑生園はこれまで約500名の卒業生が一般就労をしております。とても真面目なので、その働きぶりを

障害者支援施設 緑生園の概要

昭和41年 岩手県では民間第一号の知的障害者施設として開設

施設入所支援	定員45名
生活介護	定員43名
就労移行支援	定員12名
共同生活援助	定員54名（10か所）



短期入所 日中一時 相談支援
自立生活援助

評価していただいています。数十年勤務を続けている方が多くおります。このように緑生園は50年以上にわたって、障がい者の就労支援を行っているわけです。では、現在の就労支援はどうなっているのかお話ししたいと思います。現在、就労支援を行っているサービスは就労移行支援と言います。このサービスは、就職を目指す方に就職に必要とされる支援を行っておりまして、2年以内に一般就労を目指してもらおうというものです。これからの説明で出てくる就労継続支援A型事業所、B型事業所についても簡単に説明します。まずA型事業所ですが、これは障がいのある方が雇用契約を結び、一般就労が難しい方に支援をしながら働ける場を提供するものです。将来的に一般就労を目指します。次にB型事業所は、障がいのある方で一般就労が困難な方を対象にした福祉サービスです。短時間から働くことが可能な事業所です。作業内容は軽作業が多く、事業所とは雇用契約を結ばないために、賃金ではなく工賃が支払われます。その工賃というのは最低賃金を下回ることが多いのですが、自分のペースで働くことができます。さっきお話しした私の姪っ子からも「初工賃をもらってきたよ」とメールが来ました。1か月働いて、残業代込みで10,600円の工賃でした。緑生園の就労移行支援のメンバーです。

施設利用者の状況

では、どのような方が利用されているのでしょうか。個人情報もございますので、マル秘でお願いいたします。まずはAさん、60歳です。この方は軽犯罪歴があります。仕事はしたいけれど、受け入れ先や行く当てがなくして緑生園を利用し始めました。Aさんには放浪癖もあって、年に何度も緑生園からいなくなってしまう。その度に私たち職員は連日捜索しますし、警察にも捜索願を提出しています。例えば、就職したあとも住んでいる場所からいなくなっ

まったり、再犯の可能性もあるんじゃないかという不安もあって、この先も福祉的なサポートが必要だと思われました。そこで一般就労を諦めて、就労継続支援B型事業所を利用し、金銭管理などの福祉サービスを使いながら、単身アパートでの生活をするようになりました。次にBさんです。この方は普通高校を卒業して一度、一般就労をしています。ただ、そのときに周囲とのコミュニケーションでつまずき、仕事を辞めてしまいます。そして、初めて発達障がいと診断されて緑生園の利用を始めた方です。最初は自分自身の障がいを認める

触法の方の就職

再犯の心配から就職が難しい 同じ理由で住まいの確保も困難

福祉的サポートの継続で本人も職場にも安心感を与える

障害特性の理解

障害者を雇うことへの不安 コミュニケーションのとおりづらさ

苦手なこと

- 物事を判断することや、臨機応変な対応を行うこと
- 一度に大量の情報処理すること
(仕事やルールを覚える際には一般の方より時間がかかる)
- 抽象的な指示やニュアンスの理解、場の空気を読むこと

職員と一緒に実習に入ることで苦手なことの対処方法や障害特性を理解してもらう

ことができなくて、ほかの利用者さんをバカにしてケンカになることも度々ありました。実習をしてもすぐに「これは自分に合った仕事じゃないです。なんでこんな仕事を紹介したんですか」と言って、途中で辞めて帰ってきてしまいました。結局、一般就労はできず、就労継続支援A型事業所を利用し始めますが、ここでもトラブルが相次ぎ仕事を辞めてしまいます。同じ理由でグループホームも自分には合わないと思われ、転居してしまいます。現在はご自宅にいらっしゃいます。ご家族が本当に困っているのですが、ご本人は人のせいばかりして、なかなか現実を受け入れることが難しい状態です。これも、この方の障がいゆえの特徴です。普通高校を卒業してから障がいがあるということ診断されるといった方たちが、ここ数年増えてきているように感じます。次にCさんです。この方も軽犯罪歴があるのですが、様々な職場実習を重ねますが、飽きやすく2年間のサービス期間には就職することができませんでした。そこでサービスを延長しています。独り言や独特の行動特徴があって、障がいについて理解がない職場では、なかなか彼を受け入れてもらえませんでした。例えば急にジャンプをしたり、手をひらひらさせたり、そういうことを理解してもらうことが難しかったです。なので、実習先の担当者の方に彼の障がい特性について説明することから始めました。担当者だけではなく、一緒に働くおばさんたちに

も説明しています。あとは、本人が慣れるまで、周囲が彼に慣れるまで、職員と一緒に職場実習をしています。そうすると、飽きやすかったCさんが7時間も勤務に耐えられるようになって、仕事中は独り言や独特の行動も我慢できるようになりました。現在は大きな酒屋さんで働いております。時々私が買い物に行くと「いらっしやいませ」と元気に挨拶をしてくれます。次にDさんです。この方は、39歳のときに突然脳出血で倒れています。緑生園を卒業して、そのあと20年ほど焼肉店でキムチを製造する仕事をしていました。自分で機械操作もして、職場ではなくてはならない存在だと言われるほどでした。右半身麻痺になって、それでも職場復帰をしたくてリハビリを頑張りました。でも、思い通りに動かなくなって、前のように仕事ができないということを実感し、退職しました。その後、緑生園の就労移行支援を利用し始めています。現在は、就労継続支援B型事業所で軽作業をしています。給与面も下がってはいるのですが、「たくさんの仲間にくまれて働けるということが何より幸せです」と話しています。Eさんは、支援学校を卒業後、様々な施設を転々とします。この方は集中力がなく、働きたいという意欲もなく、緑生園の作業も度々さぼります。だけど、自己評価がとても高く、ほかの利用者へ指図ばかりしてトラブルを起こします。先日も彼と面談をしましたが、どんな仕事に興味があるのか聞くと、「自分は音楽関係で起業したいと思います」と答えています。この方には何度も職場見学を実施し、自分が興味を持てる職種を探すことから始めました。先日、お寿司屋さんを見学し、初めて実習してやってもいいかなという前向きな発言が出てきました。今は毎日の作業が終わったあとに、今日の作業態度について振り返りを行っています。どんなにさぼっていても、自分は頑張りましたというような高い自己評価が続いていたのですが、少しずつではありますが、自分のことを的確に評価できるようになってきました。Fさんは、運転免許を取得しておりまして、ずば抜けた作業能力のある方です。緑生園では農作業をするので機械も使います。草刈り機を使ったり、小さな耕運機を使って畑を耕したりするのですが、それも問題なく使うことができます。ただし、この方は就職をした経験もありますが、その就職をしたところで指示以外のことを良かれと思ってやってしまい大失敗につながっています。緑生園でも良かれと思って不調だった扇風機を直そうとして再起不能にしまったり、動かなくなった草刈り機を直そうとして再起不能にしまったり、彼は指示を最後まで聞くことが難しいので、指示通りの仕事ができません。ひとつのことを淡々とこなすことができなくて、あれやこれやと取り掛かってしまい、これは今す

ることじゃないでしょう、というふうな注意を受けています。能力がとても高いのに本当にもったいない。これも彼の障がいの特性のひとつです。毎日の作業の中で、指示を最後まで聞くことを根気強く支援しているところです。いま実習を重ねておりまして、間もなく就職が決まりそうなのですが、ちょっと心配です。

施設による福祉的なサポート

緑生園のグループホーム

盛岡市内10か所

すべて賃貸契約
グループホームとして建設2か所
8か所は貸家（普通の一軒家）



このようにいろいろな課題を持った方が緑生園を利用されておりましたし、現在も利用している方もいます。軽犯罪を犯した方も年々多くなってきています。再犯の可能性から行く場所がなくなって、緑生園の利用を始める方もいます。また、受け入れを会社から断られることも度々あります。そういったときには、私たち福祉的なサポートがあると、本人はもちろんですが、就職した会社にも安心感を与えることができます。あとは、障がいがゆえに就職できない。就職できないのでお金がない。お金がないから、また犯罪をおかしてしまうという負の連鎖をおかさないためにも私たちは就労支援に力を入れています。また職場では、障がい者を雇うことへの不安やコミュニケーションの不安があるとよくお話しされます。そのようなときには、彼らが得意な仕事はこういうことですという話をします。あと苦手なことについてもお話をしています。例えば、物事を判断することや臨機応変な対応を行うこと。一度に大量の情報を処理すること。抽象的な指示やニュアンスの理解、場の空気を読むこと。こういったことが、彼らが苦手としているところです。スーパーの精肉部門に就職した方のために職場の方が写真付きの指示書を作ってくれました。これを作ってくれたことで、パックにシールを張る際のミスが無くなったと聞いております。

職員と一緒に実習に入ることによって苦手なことの対処方法や障がい特性を理解してもらおうことが大事だと思います。そのほかにも様々な難しさがあります。例えば知的能力だけではなく、成育歴や家庭環境などから就労支援の前に生活支援にも力を入れなければならないこともありますし、精神疾患を持っている方もおります。彼ら一人ひとりに合わせた支援が必要とされます。緑生園の支援メニューは、農作業や委託作業が多かったのですが、いま利用されている方々はコミュニケーションに課題を持っている方が増えてきています。昔は職場の方から「仕事はミスが多いけれど、挨拶と返事がいいんだよね」という評価をいただきました。「職場には必要な存在だよ」と言われたことも多かったのですが、今は挨拶や返事さえできない方々があります。就職後の従業員との関係がうまくいかなくなって、退職したいという訴えが出てくることも多く聞かれます。どうしてもコミュニケーション能力の支援が必要とされています。現在、その支援メニューを準備しているところです。また、自己評価が高すぎたり、逆に低すぎる方もいます。実習を重ねることで自分自身の課題を知ること、得意とすることを増やす機会を増やすことが必要とされています。さらに就職後、その職場に定着できるかという不安が本人ばかりではなく、会社にもあります。定期的に職場訪問を重ね、フォローする必要があります。これは、これからお話しするグループホームでも大切は仕事のひとつとなっています。

地域生活支援の課題

続きまして、地域生活支援の課題についてお話しします。緑生園は盛岡市内に10か所のグループホームがあります。グループホームとして建設したのは2か所だけで、ほかは普通の一軒家を賃貸契約して使っています。現在54名の方が利用しています。ホームからそれぞれの職場へ通勤しています。一つひとつのホームに世話人さんと呼ばれる方が、60～70代の方が多いのですが、食事の支援や生活支援を行っています。また、職員が巡回してお金の使い方や会社での困りごと、通院や買い物支援などを行っています。私がグループホームの担当になったとき、本当に大変でした。まず、新しくグループホームを借りようとしても、「障がいがある人には貸せません」「近所に小さい女の子がいるので、何かされそうで怖い」ということがよくありました。やっと契約ができるようになったとしても、近所の方々から「障がいを持った人が住んでは困る」という反対にあったこともあります。実際に生活をしていても、近隣住民からの苦情が相次ぎます。例えば、たばこの煙が隣の家まで漂ってくるので、たばこを吸

わせないでほしい。彼らがこっちを見ているので、見ないように指導してほしいという苦情がありました。結局このホームには、近隣住民の希望があつて目隠しのための壁を付けることになってしまいました。あとゴミ問題はとても多いです。彼らにとって細かい分別は本当に難しい作業で、実際に間違ってしまったこともあるのですが、間違ったゴミがあると、あそこのグループホームの人じゃないかというふうに言われることもありました。私が一番愕然としたのは、集団登校をしている小学生にグループホームの利用者さんが、おはようございますと挨拶をしたところ、不審者だと言われて通報されてしまったことでした。これには私も障がい者に対する差別だと憤りを感じています。ただ、これは私たち職員が彼らを理解してもらふ努力が足りなかったんだなということ、それが原因だったんだなということに気づきました。それからグループホームとして利用する前に、地域のみなさんに一軒一軒みんなまで回って挨拶するようにしました。すると、「会社に勤めているんですか」「きちんと挨拶できるんですね」「世話人さんがいつもいるのは安心ですね」「何か困ったことがあったら家に来てよ」というようなお話をされて、快く迎えてくれました。そして、地域の当番や行事に積極的に参加するようになりました。若い人が少なくなつたから、バレーボール大会のときに出てもらつて助かつたという声も聞かれます。さらに、冬には除雪作業をしたり、お庭の除草作業など奉仕活動をすることで感謝されるまでになりました。地域の一員として認められるようになったんだなと思いました。先ほどお話した目隠しの壁は、現在は取り外すことができています。

地域生活支援

緑生園の地域生活支援を図にしてみました。まず、緑生園の施設入所で基本的な生活支援を身につけてもらいます。そしてグループホームでの生活が始まります。ここには緑生園の職員が巡回し、必要に応じて会社訪問や自立に向けた支援をしております。グループホームで生活をしながら、将来は一人暮らしがしたいという希望が出てくるのですが、何か困ったことがあったらどうしよう、会社で何かあったらどうしよう、いろんな契約はどうしたらいいのかわからないという心配があり、なかなか単身生活に踏み出すことができない方もいます。緑生園には自立生活援助というサービスがあり、単身で生活を始めた方のアパートを緑生園の職員が巡回し、困っていることを把握して支援しています。このように緑生園がバックアップすることで、彼らが安心して生活する

ことができますし、また地域も安心して彼らを見守ることができるようになると思います。障がいを持った方が社会の一員として就労できるよう、また地域の一員として幸せに生活できるように緑生園は取り組んでいきたいなと思っております。ご清聴ありがとうございました。

細田さん

有難うございました。ひとつの施設に 50 人、グループホームに 50 人、100 人ぐらいのところなのですが、じつに様々な課題に日常的に取り組まなければいけないということがお分かりいただけたかなと思います。それから、玉山さんの話の中にもありましたように、知的障がい者の福祉サービスをする場ということになるのですが、実際に入っておられる方は、犯罪をおかした方もいれば、お年寄りの方もいれば、精神障がいや発達障がいの方もいるので、冒頭申し上げましたように、ひとつの障がいだけで何かが完結するということはほとんどあり得ないような話だと思っています。これからお二方の話を含めてご確認いただければよろしいかと思います。それでは 2 番目の方をお願いしたいと思います。

活動報告

「精神の障がいがあっても、当事者もその家族もあきらめることなく、自分の人生を生きることができます。」

社会福祉法人みやま会障害福祉サービス事業所
みやまサービス管理者 山下純子

自己紹介

社会福祉法人みやま会の山下と申します。どうぞよろしく申し上げます。私はみやま会で精神障がいの障害福祉のサービスに携わる前は、精神科の病院に長く勤めておりました。地域で福祉のサービスに関わるようになってからはまだ10年ぐらいなので、まだまだ駆け出しのようなどころもございません。



私は、日頃の業務とは別に、地域で精神の人たちに対する支援をどういうふうにしたらいいのかという思いのある人たちで集まっているいろいろ勉強や研究をしているのですが、そこで出会った人たちと一緒に調査したニーズ調査の結果で出会ったり、勉強会で出会った大学の先生のお話などを私なりに咀嚼したものをお伝えしたいなと思っています。みやま会でやっている支援ではないということを最初にお伝えしておきます。できたらいいなと思う支援ではあるのですが、まだ道半ばというか、なかなか遠いものはあります。

初めに

今回案内のお手紙をいただいたときに、「あきらめることなく自分の人生を生きることができます」とすっかり言い切っていたので、その文章を見てすごくプレッシャーがかかって、これはやばいなと思ったのですが、実際にそういう支援が必要な状況になっているというふうには考えています。今日お話しさせていただくのは、平成23年に盛岡地域で精神の障がいを持っている当事者さん、ご家族さんが訪問の形のサービスをどのぐらい必要としているのかを調

べるニーズ調査を行いました。そのまとめについてのお話と、障がいがあってもご本人もご家族も自分の人生を諦めることなく生きるためにどんな支援があったらいいのだろうかということを、いろんな先生から勉強させていただいて伺ったことを少しまとめてお伝えしたいと思います。

ニーズ調査の内容

ニーズ調査ですが、平成 23 年に大同生命の助成金をいただいて調べたものです。地域でお家に訪問して何かをしてくれるサービス、精神障がいの方たちが利用できるサービスについての調査と、それが現状どうなっているかということ調べて、盛岡の医療圏域 8 市町村、盛岡、滝沢、雫石、紫波、矢巾、葛巻、八幡平、岩手・・・いわゆる盛岡の医療圏域と言われる中で、どのような訪問支援を求めているのかということ調べました。各市町村を回って、地域で訪問して地域住民のメンタルヘルスに関わっているのは保健師さんということで、精神の障がいを担当される保健師さんにお話を伺いました。精神保健福祉法という精神障がいの医療や福祉に関わる法律があるのですが、そういったものが変わったり、障害者総合支援法という新しい法律ができたりして、そ

(1) 地域の保健師の現状

- ・ 市町村の保健師の人数は減少している。
- ・ 精神保健福祉法の改正や、障害者総合支援法の施行で福祉サービスの提供主体が市町村になったことなどで、保健師の業務量は増えている。

①時間がなく、家庭訪問が困難

②相談支援は業務委託されており、地域で暮らす当事者や家族の現状が行政に届きにくい。都市部はより顕著。

のサービスを市町村がやりましょうということでお仕事がすごく増えたということです。業務量が多いけれども保健師さんの人数は行政の効率化で減っていて、人数が減ったのに仕事が増えて、家庭訪問に行きたくても時間が取れないというお話をされていました。障がい福祉サービス、もしくは相談支援という、地域の障がいを持っている人の困りごとを市町村が主体となって支援してくださいというものが総合支援法の中でも書いてあるのですが、実際に困っているご家庭に相談のために訪問に行くのは保健師さんではなくて、委託を受けている相談支援事業所の相談員さんということが多くて、行政の保健師さんが

直接家族や当事者さんに会ってお話を聞くという機会はあまりない。こうでしたというのを情報共有という形で行政のほうに声は届くと思うのですが、実際に行って家庭の状況を見るということが少なく、どんなことに困っているのかという一人ひとりの困りごとの声がなかなか行政に届きにくい状況があるなど感じました。それが大きなまちになればなるほど、そういった傾向が強かったです。

当事者の家族の訴え

れから、当事者のご家族さんから一人ひとり何軒かお話を伺うことができました。みなさんおっしゃっていたのが、通院を継続していくための支援が大変

(2) - 1 当事者家族の現状

- 受診を支援する家族の負担が大きい。
- 異変を感じてから受診につながるまでの苦労
- 状態悪化時の苦労
「まず連れてきて」と言われ途方に暮れる
精神症状により近所とトラブル
家族への暴力
- やむを得ず警察に頼るも、その後の家族関係に悪影響
- 定期通院の負担(時間、交通の便、付き添い)

だと。例えば八幡平市の奥の方から盛岡市内の精神科病院に通院するのに、本人ひとりでは大変だから家族が付き添ったりしなければいけないし、2時間ぐらいかけて病院に行っても先生は5分ぐらしか話を聞いてくれなくて、また1か月後と言われるけれど、それをずっと続けていかなきゃいけないのが大変だし、調子が悪くなればなるほど本人は病院に行きたくないと言うので、どうやって病院に連れて行ったらいいのか。病院に電話をしても、「まず連れてきてください」と言われて、それができなくて困っているのに、そうやっているうちに体調が悪くなってご近所とトラブルになったり、家族への暴力が起きてしまったり、通院を続けていくのが大変だと。何よりも大変だったのが、調子がよろしくないときに1回目の精神科を受診するまでがすごく大変だったと。本人はどこもおかしくない、ただ家族から見ると放っておける状態じゃないということで、病院に行く行かないで揉めて、その後の家族関係に影響したり、家の中で大変なことが起きて警察に頼って受診せざるを得なかったり。そのあと家に戻ってきてから、「あのとき警察を呼んだよね。何も悪いことしていな

いのに」とずっとと言われて、家族関係が本当に大変だということをおっしゃっていました。あとは、精神の病気というのがどんなものなのか知らない中でお薬を出されたり、入院になっても詳しい情報を病院のほうから何も説明されたことがなかった。この先どうなるのか本当に不安しかなかったというお話でした。地域にこういう支援があるとか、福祉のサービスが使えるとか、障害年金があることとか、そういったことも最初の段階では全く情報がなくて、先の全く見えないトンネルみたいな感じで戸惑いしかなかったということです。どこかに相談に行くとか、情報を取るとか、そんなことを考える余裕もなかったです。あとは、精神の障がいを持っているということを周囲の人が知ったら本人にどういうふうに接するだろうかと、いろいろな偏見が心配で近い人にも相談ができない。本人の調子が良くなって片時も目が離せないんだけど、家族も仕事にいかなければならない。やむなく介護のために仕事を辞めざるを得なかったりと、今までの生活が一変したということです。中には訪問看護と言って、看護師さんに家に来ていただいて支援をしてもらっている方もいました。ただ現状の訪問看護は、「お変わりないですか」とか、「お薬飲めていますか」という医療的な側面からの支援が主なので、ご家族自身の体を心配してくれたり、ご家族さん自身の悩みを聞いてくれたりしたことはないというお話です。病気が重くなればなるほど精神障がいの方は人との関りを拒む傾向が強いので、病状が重くなって深刻になればなるほど外には出づらくなる。ご家族も相談や支援を求めづらくなるという状況がありました。なので、ご家族さん自身の人生を支えるというか、ご家庭を支えるものが本当にないなというふうに思いました。

当事者の訴え

当事者さんにもお話を聞いています。回復されてコミュニケーションが可能になった方たちなので、調子の悪かったことを思い出しながら、地域でどういう支援があったらいいかということを知りました。体調には波があるので、それによって同じことでもできたり、できなかったりする。ヘルパーさんに来ていただいたこともあるけど、毎回同じ支援内容ではなくて、そのときの体調に合わせた支援がほしいというお話がありました。あとは、調子が悪くなると言葉でうまく説明できなくなるので、日頃から自分のことを理解してほしい。あと信頼のおける人に支援してほしい。どんな人が良いかというのは、好みだったり、いろいろだとは思いますが、してほしいことをしないと、自

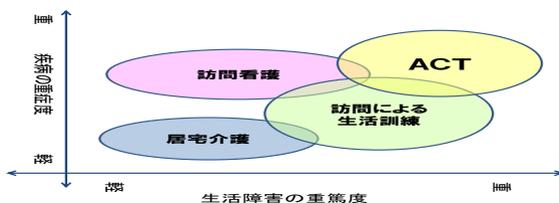
分が大事にしているものを大事にしてくれるとか、些細なことだと思いますが、そういうことの積み重ねで、この人は良い、この人は良くないというのはあるようです。信頼できる人かどうかというのは、来てくれる人に対して求めるものとしてウェイトは大きいようです。あとは自分たちの希望に沿って支援をしてほしい。例えば、よく引き合いに出されるのが、訪問したときに昼間なのに窓も閉め切って、カーテンも閉めて暮らしているのを、「今日は天気が良いから開けましょうね」と開けられるのが嫌な方もいる。外からの視線が気になって開けられないというふうな状況もあったりするので、どうするのがいいのか、晴れている日は窓を開けるのが普通でしょうではなくて、もう少し細やかにどうしてほしいのかを聞いた上で支援をしてほしい。あとは、その人らしい暮らし、自分が大事にしている暮らし方、そうやるよりもこうするほうが早いとか、こういうふうにしたほうがいいのかではなくて、その人が大事にしている暮らし方を手助けするものがあるというふうにお話をしていました。現状だと調子が悪いときは、入院しましよとなりがちですが、即入院ではなく、「病院以外に休める場所があったらいいのに」という希望があります。地域生活に役立つツールとしてクライシスプランというのがありますが、調子が悪くなったときにこうしてほしいというものを予め支援者や家族や友人に、このぐらい調子が悪いときはこうしてほしい、いよいよこういうふうになったらこうしてほしいというような申し合わせ書みたいなものを作って持っている方もいます。「〇〇病院に入院させるのだけはやめてくれ」と書いてあった人もいます。なので、そういった細かいことを信頼できる人に預けて、自分がコミュニケーションが難しくなったときには「クライシスプランの通りをお願いします」ということができればいいなということです。あとは、日頃から気軽に立ち寄れる居場所、障がい福祉サービスとは違うところだと思うのですが、まちの中に自分がいても良い場所がほしいというニュアンスのお話でした。例えば喫茶店のマスターと仲良くなって気軽にいろんなこととお話できたらいいなという希望もありました。まとめると、自分たちの精神障がいの特性を理解してほしい。人としての価値観や大事にしている思いも含めて理解してほしい。支援してくれる人は信頼のおける人であってほしい。単に支援者として頼れる人というよりは、お互いに相談しながら、自分はこういうふう生きていったらいいのかということをお話しし合えるパートナーみたいな、上でも下でもなくフラットな関係の支援者を希望していました。あと地域の中での居場所。調子が悪いときに入院以外に休める場所がほしいというお話がありました。なので、

障がい福祉サービスという事業所から来てくれる支援も必要なのですが、まちの中で受給者証や手帳とか、そういうものが必要じゃない、ひとりの住んでいる住民として安らげる場所や人、そういうものを望んでいるというお話でした。

希望する支援の内容

そこで、どういう支援があったらいいのかということなのですが、いま精神科の医療は変わらないといけないターニングポイントに来ていると思うのです。日本の精神科医療は入院ベースの治療なのです。世界一精神科のベッド数が多いです。ご存知の方もいらっしゃると思いますが、世界中の精神科のベッドの2割ぐらいが日本にあるというふうに言われます。メンタルヘルスの先進国であるイギリスやアメリカのほうは、1950年ぐらいに多くの精神疾患を持つ人たちを病院に集めて入院中心で治療をするのは治療効果としても良くない、あと大勢の人を効率的に管理するためには、どうしても人権侵害の側面がある。もうひとつは、入院費用が国家予算をだいぶ圧迫しているということもあって、入院中心の精神科の医療はやめようということで、地域でケアしていきましょうというふうな舵を切ったのです。ただ、日本だけは精神科の病院をどんどん作って、世界で一番精神病床の多い国になっています。いま国もこれを変えようという動きにはなっているのですが、なかなかそっちに動いてきていないというのが現状です。

アウトリーチ型の生活支援



出典：品川真佐子・吉田光爾・武田敦子(2012)
「訪問による生活訓練事業の進め方」
NPO法人地域精神保健機構

人口 1,000 人に対してどのぐらいの精神科のベッド数があるのかという統計があるのですが、例えばイギリスはメンタルヘルスで結構進んでいます、1,000 人に対してのベッド数が 0.5 床、1 もないです。日本は 2.7 床です。精神科の病院を早々と閉じたイタリアでは 0.1 床です。ちょっと計算してみたのですが、盛岡圏域に精神科の大きな病院がいくつかあるのですが、全部足した

ら 1500 床ぐらいありました。それを盛岡圏域の人口に合わせてみたら、例えばイギリス並みにベッド数を減らすと、盛岡圏域で 250 床ぐらい、精神科の病院ひとつぐらいの割合です。イタリアと同じぐらいのベッド数にしようと思ったら、盛岡圏域で 50 床ぐらいでした。盛岡の精神科で入院できるベッドは 50 と聞いてみなさんどう思いますか。もっというだろうというふうに思いますか。ベッドを減らした国はどうしているかという、病院で働いていた人たちを地域の支援で働いてもらうように変えたのです。なので、メンタルヘルスの先進国ではいろんな形の地域のケアが充実している。精神科の病院はベッドをだいぶ減らしました。その代わりに地域で、入院しなくても、重い精神障がいがあっても生活できるようにいろんな訪問をしてくれる支援の形があります。日本にもあるものなのですが、ACT という支援の形があります。重い精神障がいを持つ人も地域で生活できるように 24 時間 365 日、専門職の人が支援できる体制をつくって支援に当たっています。これまでの支援は、福祉サービスは福祉事業所が、医療サービスは医療事業所がというふうに関わっているのですが、ACT (包括型地域生活支援プログラム) というものは、ひとつの事業所の中にお医者さん、看護師さん、作業療法士さん、就労支援のスタッフまでいて、同じ事業所から医療から福祉まで切れ目なくサービスを提供できるような形を取っています。それから、リカバリー志向のプログラムです。リカバリーという言葉を知っていますか。今までの精神科医療は、良くなったら退院、病気が治ったら退院だったのです。福祉サービスも良くなったら B 型に通いましょう、もう少し良くなったら就労しましょうというふうになるにつれていろんなサービスが増えてくる形になっているのです。ただ、重い障がいを持っていて人との関係がなかなか築きにくい方は、だいたいご家族だけで支えられていて法的な支援が全く入っていないということが多くあって、そこをどうにかしないといけないのがあります。あとは、良くなったら何かする、良くなったら働くという考えだと、精神疾患は寛解と言って、落ち着きましたという状況はあるのですが、なかなか完治まで時間がかかったり、良くなった、悪くなったが測りにくいところがあって、良くなったらこうしましょうというステップアップをしていく支援がご本人には馴染まないことが多くて、今やりたいことがどうしてできないんだということで、新しい悩みが生まれて調子を崩すということもあるので、本人がやりたいことに沿って、本人の持っている力を使って、できるだけ住んでいる地域の中でケアしていくのが精神障がいの人たちには合っているというふ

うな根拠もあります。日本の中にも ACT の支援はちょっとずつ増えてきてはいるのですが、東北にはまだ仙台しかありません。なかなか増えてこないという現状があります。先ほどイギリスのお話をしましたが、イギリスではいろんな形の訪問のチームがあります。家庭医と言って、地区ごとに決まったお医者さんにかかるのですが、そこで精神の病気があるかもしれないというふうになったら、初めて精神科の専門病院を紹介されるという形だそうです。コミュニティ精神保健チームというところがあるのですが、日本で言う保健所のようなところだそうです。保健所でも訪問のチームをたくさん持っていて、必要に応じて保健所から各家庭に訪問のチームが行って支援をする。いいなと思ったのは、初回のエピソードという、体調が悪くなって精神科の治療が必要なのかどうかよくわからないときに、いきなり先生が来て病院に連れていくとか、いきなり治療をするのではなくて、専門のスタッフが行ってご本人の家庭の様子や状況を見て、治療が必要なのか、入院が必要なのか、別な形での支援がいいのかというのを判断してくれる訪問があります。ご家族の生活を支えるための訪問のチームもありますし、急に調子が悪くなって本人が不安になったときに 24 時間来てくれる形のチームもありますし、いろいろな目的を持ったチームがたくさんスタンバイしていて、入院というものを使わないで済むメンタルヘルスの支援体制ができていて、日本もこういうふうになればいいのにな、と思っています。ちょっと私の話だけではさわりにしかならないので、興味のある方は調べていろいろ見ていただきたいです。

新しい治療方法

精神科のほうでちょっと前にブームになったのは、オープンダイアログという、対話による治療というのが脚光を浴びたのですが、お薬や入院ではなくて、精神的に不調になったお宅にお医者さん、看護師さん、精神保健福祉士など専門職の人がチームで訪問して、ご本人やご家族、お友達も入ったりするのですが、ひたすら対話を繰り返す。お話をするというところで精神的に良くなっていく。お薬の力ではない対話の力で精神の病気が良くなっていくというオープンダイアログという手法というか、考え方というか、ちょっと一言で表現するのが難しいのですが、ご本人が話をしているのをひたすら聞く。治療を受けましょうという説得ではないです。ご本人が何をどうしたいのか、何に困っているのか、ご家族が何をどうしたいのかというのをひたすら聞いて、専門家は専門家同士でこういう状況にあるんだけど、こういうところは良いとこ

ろで、こういうところは支援が必要かもしれないという治療の話をご本人とご家族の前でミーティングをして、それをご本人さんたちが見たり、会話に入ったりしながら、その繰り返しで精神の病気が良くなっていくというオープンダイアログというものも日本の中にも入ってきていました。興味のある方はNHKのハートネットで特集もされていたので、ネットで調べていただければ見ることができます。もうひとつは、メリデン版訪問家族支援と言って、イギリスの家庭訪問に行くチームの人たちが研修を受けて、これができるようになって家庭訪問に行っているのですが、ご家族は精神の病気のある方がいらっしゃることで、これまでできていた家族間のコミュニケーションが非常にできなくなっている。私も家庭訪問をさせていただいたときに、ご家族がご本人のいないところで、本人にどう関わっていいかわからない、どう声をかけていいかわからないという悩みを聞きますし、本人は本人で家族が自分にすごい気を遣って腫れ物に触るような扱いを受けていることがストレスだというふうにおっしゃるのですが、みんなで話をしましょうと言うと、それはなかなかできないと言うのです。病気になる以前はたぶん家族は家族としていろんな話もできたり、病気がなくてもできていない家庭もありますが、病がそこに入ってきたことによって家族間で本来は話をして解決していける問題が解決できない状態になっている。そこがうまくコミュニケーションが取れるようにポジティブなお話の仕方などを家族で練習して、家族の問題を家族間で解決していけるように支援していく方法としてメリデン版訪問家族支援というものがあります。精神障がいのお宅に行って、いろいろお話を伺って、一番大変なのは妄想とか、幻聴というよりは、家族とコミュニケーションが取れない、家族間で仕事や結婚のことだったり、お金の使い方だったり、話し合いたいけど話し合いにならない、関係がよろしくなくなることが一番大変な**こと**のように感じます。なので、病気が良くなるというのも大事なのですが、家族間で必要な日常会話を取り戻せるような支援も精神障がいのご家族さんやご本人さんに必要だなと思っています。

細田さん

有難うございました。僕たちが普段考えたり見たり聞いたりしていることを超えた様々な活動や考え方があるんだなということがよく分かったと思います。

活動報告

「精神の障がいのあるないよりも、困り感に目を向けて支援を考えていきます。」

盛岡市基幹相談支援センター所長 工藤宏行

自己紹介

基幹相談支援センターの工藤と申します。私は、基本的には障がいをお持ちの方の生活相談を含めた相談によるセンターで仕事をさせていただいております。障がい関係の仕事をし始めて34年ぐらいになってしまいました。あと何年かで定年という歳になってしまっていて感慨深いものがあるのですが、前のお二人がとてもきちんとした報告をされたので、私はどちらかという相談の中で今見えているかなり俗っぽいお話をさせていただきたいと思います。



障がい者の状況

相談の仕事をし始めて20年ぐらいになるのですが、とくに盛岡はここ10年ぐらいで様子が激変しているというのがあって、みなさんにもそのことをお伝えできればありがたいかなと思っております。盛岡市でいま身体障がいの手帳を持っている方は何人ぐらいいらっしゃるかご存知ですか。だいたい1万人ぐらいです。人口が30万を切っていますからね。その中で1万の手帳が出ているのですが、かなりの方々は65歳以上の方です。元々の身体障がいというよりも高齢になって身体障がいを持たれた方々が多いので、1万という数字も元々の障がいでない方々が多いのです。盛岡の身障手帳の数は減っているんだそうです。その次に多かったのは、療育手帳で知的に遅れのある方だったのです。これはちょっとずつ安定的に増えている。障がいの中で非常に様子が変わっているのが、精神障がいの方の手帳です。前は身体障がいの手帳、知的障がいの手帳、精神の手帳という順番だったのですが、ひっくり返りました。いま

一番多いのは身体の手帳。次に多いのが精神の手帳。そして療育手帳という順番に変わっています。これは、この圏域でも人口が多いところから順番にひっくり返っているようです。盛岡が最初にひっくり返って、次に滝沢なので、たぶん人口が多いまちほど少しずつひっくり返っていくのかなと思って見えます。ただ、精神の方の手帳は元々取る人が少ないので、偏見が強かったですから、本当の数で言うと精神の方は手帳を持っている人の数ではなくて、精神科に通院するときに使う自立支援医療という、精神科に通うときに安くなると言いますか、補助を受けられる保険証みたいなものがあるのですが、こっちの手帳で見ると倍近くの数になるのです。1万の身障手帳、自立支援医療という精神科に通うための保険証は4,000を超えています。知的障がい2,000を超えるというような感じに盛岡はなっています。

相談の内容の変化

私が相談の仕事を始めたときは、知的障がいの方が中心の仕事だったので、今でいう支援学校、昔でいう養護学校に子どもさんを通わせているお父さん、お母さんからの相談が中心でした。あるいは、ご本人もどちらかという軽度の知的な障がいがあって、地域で暮らしていらっしやったり、どこかに勤めてもなかなか仕事ができないとか、そういう方の相談が中心でしたが、今そういう相談はほとんどありません。今はどちらかという、障がいというよりは困って来てる。お金がない、仕事がない、人とトラブルになる、ご本人からの相談よりも関係機関からの相談が圧倒的に多いです。

いま一番多いだろうと思われるのは精神科の病院です。前と違って結構退院させるのです。長く入院した人ではなくて、3か月とか、今回入院したんだけど、次に退院するときにお家には帰れないから、出るところを探す手伝いをしてほしい、あるいは出たときに日中に何かするようなどころを探す手伝いをしてほしい、そういうご相談が圧倒的に多くなっています。さっき山下さんのお話にもありましたが、この圏域に精神科の病院がすごくあります。異常に多いのです。7つぐらい入院病棟を持っている精神科の病院があります。岩手県のほかの地域の病院の数を合わせても同じぐらいというか、半分ぐらいここにあるみたいですけどね。人口で言うと、1/3ぐらいが盛岡広域圏というところに集まっていますが、たぶん福祉の資源は半分超えたぐらいが盛岡のこの辺に集まっているというぐらい様子が変わっていると思います。そういう意味では、前と違って障がいそのものというよりも、これで困った、あるいは相談

を受けている人たちが、お金がないから困ったとか、生活ができないから困ったとか相談に来るけど、その人が障がいを持っているから他の支援機関と連携を図ることが多くなっています。中でも最も多いのが精神の障がいを持たれた方と、発達障がいと呼ばれるタイプの診断名がついた方、あるいはそれが疑われるタイプの方々です。非常に多くなっています。うちのセンターの相談の7割ぐらいになっているんじゃないでしょうか。それと私の個人的な印象ですけど、精神障がいの方でも統合神経失調症という病名の方の相談がとんと無くなりました。多いのは、双極性とか、解離性とか、そういうタイプの前はあまり聞かなかった難しい病名をお持ちの方々の相談がうちのセンターは多いかなというのを感じています。

最近のグループホーム

そういう相談の方々が増えましたが、盛岡だと社会資源も精神に対応する人たちが増えているのです。とくに日本の国では制度が変わってから、どちらかという利用者さんに合わせて会社が事業を作るようになりました。さっきグループホームや施設の話を生園さんがしていましたが、私も社会福祉法人の職員です。山下さんもそうですし、最初にお話された方もみんなそうです。そこが福祉のサービスのほとんどだったのです。今は株式会社とか、そういうところがいっぱいサービスに入ってきて、この地域だと社会福祉法人のほうで圧倒的に少なくなりました。前は社会福祉法人がやっているところが圧倒的に多くて、ちょっとNPOがあったり、親の会さんがやっている共同作業所があったりという時代がありましたけど、この地域ではあつという間に逆転してしまっています。いま社会福祉法人は少ないほうだと思います。グループホームも生園さんは10か所持っているというお話をされましたが、いま盛岡圏域にグループホームはたぶん400~450箇所じゃないですよ。たぶん岩手県内でグループホームが空いていて使える地域はこの地域だけです。たぶん常に空いています。なぜかという、回転するのです。元々グループホームは私のところもそうですし、生園さんもそうですけど、だいたい入居する人をあてにして作ったりする。あの人とこの人が入るからと言ってグループホームを増やしてきました。最近では株式会社さんがグループホームを作るので、グループホームを作ってから入る人を募集します。それと精神の方のグループホームが増えたので、いま知的の方のグループホームより精神の方のグループホームのほうが多いんじゃないでしょうか。精神の方が入っているグループホームは盛岡圏域で

は回転するのです。具合が悪くなって入院する、元々グループホームに入りたい人は少なく、本当は家族のもとか、自立して暮らしたいのです。ただ、退院するときの条件で病院とご家族からグループホームに入るなら退院してもいいという人が結構多くて、あまりグループホームに望んで入るとい人はそんなに多くないと思います。そうすると当然ですが、グループホームから出たい。だからグループホームが回転する。この間集まったときは、うちで3つ空いていますとか、こっちで1つ空いていますという話がありました。先月満床でも、今月満床とは限らない。新しいグループホームもできています。ちょっと前の流行りは、保護犬、保護猫と一緒に暮らしませんかというグループホームです。全国チェーンになったようですが。ほんのちょっと前から始まったのは、高齢者の有料老人ホームから転換したというグループホームが出てきています。部屋はいっぱいあるし、当然バリアフリーです。そこを有料老人ホームから障がい者のグループホームに転換したというタイプが、この地区で2つぐらい出てきています。最近、花巻辺りでは建設屋さんがグループホームをやっているところがあるのです。チラシを作っています。利用者さん募集じゃなくて、グループホームをやりませんかというチラシです。うちが建ててあげますというやつですね。ただ、だから良いかという、確かにグループホームやサービスは増えていますが、前と違っていろんなものが出てきています。グループホームもご飯を出してくれて、ちょっと支援のサービスが付いているタイプのグループホームから、去年の春ぐらいにできましたが、重身と呼ばれるかなり寝たきり介護に近いタイプの方々のお世話ができるグループホーム。それから、ほかの地域から来てやってくださっていますが、行動障害と呼ばれる、パニックがあったり、行動に問題を抱えているの方々を中心に見てくれるグループホームまで、同じグループホームでも中身が全然違います。なので、グループホームが空いています。でも、どんなグループホームが空いているか、入りたい人とちゃんとマッチするか、グループホームという単語は一緒ですけど、応援してもらえる内容やサービスは別々です。食事が出る、お金の管理を手伝ってくれる、薬の様子を見てくれる、通院は全部送迎しますというグループホームもあります。たぶん緑生園さんもそうですね。知的のグループホームはだいたいそうです。通院は職員がついて全部送迎付きですから。精神のグループホームでは考えられません。職員が病院に全部ついて行って、一緒に診察室に入って、薬をもらって帰ってくるというのは知的では当然ですよ。というふうに中身が全然違うのです。そういうグループホームがてんでばらばらにでき

ている。なので、今は空き状況を掴むのに大変です。一応集まっている人たちで空き状況を集計してホームページに載せたりしていますが、いま空いていまずというデータを集めるのは大変なので、どうしてもちょっと前の話になってしまうので、問い合わせると、それはもう埋まったとか、その代わり空いているところも出てきたり、新しいところも出てきます。

B型就労支援施設

昔は相談を受けるとその人が入れる施設を探して歩きました。頼みに行っただけです。今は会社さんが作られるので、逆に商業的に来ます。新しい事業所ができるとパンフレットを持って、誰かお客さんがいたらぜひご紹介してほしいと。なので、盛岡辺りではB型と呼ばれる、通って工賃をもらうところは、来年も再来年も入れる予定はありませんというタイプのB型から、全然お客さんが来なくて困っているのでもぜひ誰か紹介してくださいというB型までいろいろです。なおかつ、前はだいたいB型や作業所は郊外にありました。今はまちの真ん中です。菜園とか、大通り、南大通りとか、そういうところはあまり送迎がありませんね。昔は送迎するというのは普通だったのですが、今はまちの中の便利なところにあるので送迎なし。送迎なしということは、自分で送迎がなくても通える力のある方が通っているのです。中身を見ると精神に疾患を持たれている方とか、発達障がいを持たれている方々が通っていることがすごく多いです。まちの中に結構あって、時々びっくりします。この間びっくりしたのは、川徳を集団で歩いていて、何だろうと思ったら、川徳の前の神社にみんなで朝拝みに行っていると言っていました。逆に言うとまちの真ん中にもそういうものが出てきている。ただ、やはり内容や状況は正直言うといろいろです。大通りにラーメン屋さんがあるのを知っていますか。映画館通りでラーメン屋さんをやっている事業所がありますよね。タンメンが専門みたいですが、いろんな形が出てきている。農家をやってらっしゃったり、まちの中でお店をやっていたり、いろんな形がありますが、昔と違ってそういう事業所はゴールではなくなっています。

私が相談の仕事をしたときは、学校を卒業して通所の施設に通うというのはある意味ゴールだったのです。そこに所属をしている間に、その事業所や作業所が、だんだんうちで働いている人たちの親も歳を取ってきてグループホームが必要だから、グループホームを作っていこうとか、あるいはお父さん、お母さんが病気になったときに泊まれるものが必要だからショートステイも作

ろうとか、卒業してどこかに所属するというのはある意味ゴールでした。今はほとんどゴールではありません。手段です。卒業して働きに行って工賃をもらうところ、卒業して訓練を受けて一般の会社への就職を目指すところです。

さて、ほとんどの通所に保護者会がありません。あるのを見たことがないです。あるところもなくなっていると思います。前はそこに所属するので保護者さんがそこを応援していた。少しずつ大きくなっていって、そこに来た人たちを支えていくスタイルなのですが、今は様子が違ってきます。その代わり選択ができたり、いろんなことをやっている。だから、施設を道具として使えなければならない。何のためにそこに行き、次は何を目指すのか、次にどこに行くのかというのを相談する側やご家族が考えなければいけないタイプになっていると思っています。ある意味一見すると、いっぱい増えて選べるようになって良かったように見えるけれど、逆に言うと選ばなきゃいけないなくなったし、次のことをきちんと考えなきゃいけないなくなったと思います。

グループホーム入所者の高齢化

私もグループホームに住んでいて20年ぐらいになります。うちのグループホームもメンバーの様子が変わりました。50ぐらいで入った人も70を超えていますからね。入ったときはB型に元気に通っていたのに、いま半分は高齢者のデイサービスに行っています。うちにいる人の半分は杖を突いて歩いています。ただ、足腰が弱ってグループホームの中で車イスになったらうちのグループホームではもうだめです。そういうハードがないので、車イスで暮らせるようにはできていない。そうすると、その介護ができるところに移らなきゃいけない。そういうこともそれぞれ出てきています。

保護者の高齢化

あと私たちの相談で多くなっているのは、8050です。親御さんが80代、息子さん、娘さんが50代。だいたい80代の親御さんたちの介護になって、高齢者で言うと包括支援センターというところが相談に乗って、お父さん、お母さん入所しましょうと言ったときに初めてお父さん、お母さんの年金や貯金が全部そっちに行きます。そうすると、じつは家にいた50代の息子や娘が暮らせなくなるというパターンが結構出てきて、包括支援センターのほうから、この息子と娘を何とかしてほしい、たぶん障がい者でしょうから、とうちに来る。だけど、障がい者でしょう、と何の根拠があって言っているのかという根拠が

じつははっきりしない。病院に通っているわけじゃないし、手帳を持っているわけじゃないし、でもずっと家にいましたと。なので、高齢者の包括センターさんがそういう相談を拾ってくる。見てみると傾向として、ニュータウンが多いです。なおかつ、ご両親が公務員の場合が極めて多いです。県庁の職員さん、学校の先生、悪口を言っているのではなくて、なぜかという、経済的に安定していて、社会的にも安定しているから、子どもさんをちゃんと抱えていくのです。抱えられるのです。逆に言うと弱いご家庭はもっと先に問題が出てきます。ずっと見られるから、あるいは頑張ってきたからこそ、本当に親御さんが頑張れなくなったときに、問題が初めて出て来ることは決して少なくない。

不登校、引きこもり相談の増加

私たちの相談でもうひとつ増えているのは、不登校、引きこもりです。前は支援学校からの相談がほとんどでしたが、いま支援学校はルートができています。学校を卒業したらB型とか、就職とか、進路の先生も頑張るし、学校も頑張っています。ただ難しいのは、精神、発達系の方々が結構通ってらっしゃる普通高校。大学も関係ないです。一時、岩大、県大、盛大とか多かったのですが、東京大学卒とか、もっと良い学校を出られた方々も結構いらっしやいます。高校もだんだん下がってきて、前は軽度知的の方が多かったのですが、私立高校の方が多かったのですが、最近は単位制、定時制とか、そういうタイプの高校に行って、理由を見てみると、学校に通えなかった、不登校だった、いじめを受けたのでそういう学校に通っている方が結構増えていて、中には単位制や定時制に移ったあとに、こっちも人間関係とかあって通えなくて中退になっている生徒が多いのです。就労支援に私たちが入ると中卒になってしまうのです。なので、いろんな人たちが出てきているなというのを感じています。そこから病院に通ってみませんか、手帳を取ってみませんかというお話になるのですが、うちのスタッフに言っています。無理やり障がい者にしないようにしましょうねと。

困り感に対応

まずは何に困っているか、その困り感に何で対応できるか、その対応できる手段のひとつが、もしかしたら診断だし、手帳だし、障がい者の福祉サービスだし、何のために手段として使うのかということを考えて支援が必要になっている。就労支援もいっぱいあるので、障がい者の就労支援もありますが、生活

保護にも就労支援があります。若者にもあります。いろんな就労支援の中でご本人にとって何が一番必要なことなのか、何が良いのか、あるいはご本人が選ぶこともあります。障がい者の支援だけは嫌だという人ももちろんいます。ただ客観的に見ていると、たぶん自分がそっち側にいるからなのですが、一番就労支援で実態として充実しているのは障がい者です。昔から施設があって具体的な現場を持っているので、緑生園さんも老舗中の老舗です。とんでもないノウハウと実績を持っています。逆に言うと障がい者は、そういう施設をやってきたという現場を持っているので強いと思います。ただ、最近は相談にいらっしゃる方がだいぶ変わってきています。前は就労支援の一番中心は作業をちゃんと繰り返して働く習慣をつけることがとても大事だったのです。いま課題を持っている方々は、どちらかというと継続的に同じことを繰り返して作業習慣をつけるのがあまり得意じゃない人が結構いて、技術はあるのですが、ちゃんと落ち着いて継続的に発揮するというのがなかなか難しい人がいらっしゃいます。これはどう支援したらいいのかなと、とても難しく思います。ただ、そういう支援がどこも必要な時代になっているのかなと思います。こういうのが東京だと街のど真ん中であって、盛岡辺りでも普通になっているというのが今の実態だというふうに思っています。

新しい形態の支援施設

それから、放課後児童デイサービスというのを知っていますか。障がいを持った子どもの学童保育です。この辺は50社を超えています。盛岡資本でないところがいっぱいあります。代々木ゼミがやっていたり、全国チェーン展開をしています。いま大阪からも入ってきています。この間もチラシを持ってきたのですが、書いてある内容はカタカナが多くて何を言っているのかわからないのです。エビデンスとかいっぱい出てきて、お願いだから日本語で書いてほしいのですが。ただ、そういう事業所を見てみると、盛岡と日本のあっちこっちの施設で5月1日同時オープンとか、福祉事業所でそういう感覚はほとんどなかったです。最近出てきているのはフランチャイズです。ローソンやサンクスのようにフランチャイズになって施設をやりませんか、事業所から相談を受けてこっちがびっくりしました。全然関係ない職種の人が来たのです。うちで今度福祉事業所をやりますと。B型とかA型をやるんですかと聞いたら、本業とは全く違う、フランチャイズでと言って、マニュアルを見せられました。ローソンやサンクスのようにオーナーになる。そういう展開もこんなところに

入ってきているのかと。ただ問題なのは、そういうところをちゃんと手段として使えるかだと思うのです。確かに大丈夫か、これっでもしかしてお金だけじゃないのという不安もありますが、フランチャイズで展開している様子を見ると、間違いなく技術や支援方法はすごくレベルが高いのかなと思うような内容もあるのです。ただ、それをちゃんと上手に使えるかというのが大事なところかなと思っています。なので、ぜひお付き合いして、どんな特徴があって、何に手段として使えるのかというのはわかっていかないといけないし、そういうところと連携するというのが大事かなと思っています。なので、障がい者の福祉サービスだけで物を考えられなくなってきたのです。お金がないと言ったら、こっちで考えられるのはせいぜい障害者年金なのです。それ以外だと生活保護だったり、あるいはいろんなことを考えると、障がい者のサービスだけではやっていけないし、普通に地域で暮らしているので障がいじゃない福祉の制度だったり、いろんなものを連携して使っていかなきゃいけないし、それを分かっている専門機関とお付き合いしないとやっていけない。

専門機関との関わり方

さっきお話しした 8050 だと、お父さん、お母さんの相談に乗っているケアマネージャーさんとか、介護の施設と連携しないとやっていけません。お金をどうするのか、お父さん、お母さんの介護料を払いながら息子、娘のこと、残った家はどうするのか、お墓はどうするのか。その話をすると必ずうちの若い職員に言われます。どうして所長は必ずお墓と言うんですかと。だってお父さん、お母さんが入るところをちゃんとしなきゃ駄目だと思わないかと言ったら、よく分からないと。まあ、アマゾンで和尚さんと呼ばますから、別にお寺さんに入らなくてもいいのかもしれないけれど、結構アパートで単身で暮らしていたり、グループホームでも最近お骨を持っている人が多いです。お父さん、お母さんのお骨を持っていてお寺さんにはまだ入っていないとか、感覚も変わっているのだと思いますが、そうなるとお寺さんとの付き合いは障がい者福祉かと言われるとなかなかね…。そういうことも含めて、地域で暮らしているのでいろんなことがつながっていかなくちゃいけないし、それを全部障がい者の福祉でやるのではなくて、その道のプロや専門の人が地域にいるので、その人たちとつながって支援していくというのが今の形として必要なことなのだろうなと思っています。中途半端なお話になりましたが、結構盛岡辺りでもそういうことが普通にありますというお話をさせていただきました。ありがとうございます

ました。

コーディネーター細田さん

有難うございました。今日お話を聞いていて共通することは、福祉のサービスは大事なのですが、そこだけに留まらないで様々な個別具体に関われるような支援が必要なんだということがあるのかなと思います。それを求められているけど、なかなか現実には制度という縦割りでやってきていて、工藤さんのお話しだとそこもかなり厳しくなっているよ、ということだと思います。

《質疑応答》

Q 私はいま 85 歳ですが、私よりも 8 歳年下の妹が生まれたときから障がいを持っていて、学校を卒業して、そのあと施設で作業をしたりしていました。私より 2 つ上の姉が 4 年前まで世話をしていたのですが、その姉も亡くなりました。

妹はスコーレ高校の近くの施設にしばらく入っていたのですが、そこで生活ができなくなっていま荻野病院に入っています。兄弟が 8 人もいるんだけど、みんな県外にいて身内というのは私しかいないのです。荻野病院に移されてから月 1 回面接ができたけど、新型コロナの関係で去年も今年も面接ができなくなりました。その妹が亡くなったらどうしたらいいのか困っている状態ですので、そのことについて教えてほしいのです。

A(報告者・工藤さん) 今お元気なうちに成年後見と言われる後見人をつけてあげてことをぜひ考えていただいていいのではないかなと思います。例えば、妹さんがこれから先ほかのところに移るとか、病院に行かなくなきゃいけないときに、きちんと妹さんのお金も使い、移るところも選んでくれるお手伝いを

する後見人と呼ばれる人をきちんと設けてもらうのが大事かなど。申し立てられる人がお元気なときに申し立てていただきたいと思うので、私たちもそうですし、専門のところもあるので、できれば妹さんに代わって後見してくれる人を付けるというのが大事かなと思います。

Q 妹は意識も何もなくて入院したままです。ただ、その病院に看護師をしている姪っ子がいるのですが、姉が死んでから誰が妹の後見人になっているのかわからないのですが。

A(報告者・工藤さん) 後見人は最終的には裁判所が決めるので、必ず親族だからなれるとも限らないのです。当然、この人になれるという申し立てもできるのですが、裁判所は後見人に相応しいか、大丈夫かということもやるので、基本的には裁判所が最終的に後見人を決定します。申し込みしないときけないので、できれば周りの方で申し込みができる方がお元気なときに考えられたほうがいいんじゃないかなと思います。

Q 入所型施設というのはもういらんんじゃないかと。さっき精神科の病院は病床を減らすという話もありましたが、入所型施設はまだある。高齢者の世界は特養をいっぱい作らなきゃいけないみたいになっているわけですが、知的障がいの入所型施設の意義とか意味をどう考えますか。

A(報告者・玉山さん) 脱施設入所というところから考えると、いま一番利用を希望されるのが施設入所です。週に何件も病院や個人から、空きがありませんかという問い合わせがあるのは施設入所で、常に満床状態です。いま利用されている就労移行の方たちは、説明した通り触法の方たちが出所しても、出所後の行き先がない場合、就労支援プラス行き先がなくて施設入所を利用するということで必要だなというのと、あと生活支援ですね。そういう面でも施設入所の意味、意義はそこだと考えますが。

A(コーディネーター細田さん) これも怒られるかもしれないけど、身の回りのこととか、挨拶とか、そういうことをきちんと教える場所が案外もないんですよ。入所型施設の職員はプライドを持っているとすれば、私たちはそういうことをちゃんとやっているんだという、社会に出てちゃんとやれ

るようにしているという気持ちはあると思います。工藤さんのお話のように新しいところがいっぱい出ていますが、技術をつけるということでも大事なことはあると思のですが、ひとりの人が生涯暮らしていくことを考えたときに大事なことは何かということを入所型施設もちゃんと考えていかきやいけないという気はしております。

Q 先ほど触法の話が出たので、再犯防止推進法という法律があるわけで、知的障がい、発達障がいの方々の再犯や累犯の問題を法制度的に解決できなかったのが、何とか法務省も動いて、都道府県レベルではどう進めるか計画ができていますと思いますが、ほとんどの方はそんな法律があるのかというぐらいだろうなと思っていて、よく福祉制度が刑務所に負けると。絶対福祉の世話にはなりたくない、刑務所だったらいいという人たちがたくさんいて、刑務所が福祉施設化しているという現実もあります。例えば女性福祉ということ考えたときに、売春防止法などのところもそうですが、発達障がいや知的障がい、精神障がいを持つ女性の方々が福祉ではなくて風俗に行く。だから、累犯や再犯の方々の障がいを持つような方々については、福祉が刑務所に負けるし、女性の場合は風俗に負けるという、なかなか福祉関係者とすると悔しい思いがあって、そういうことがあるということだけご紹介させていただきたい。ぜひとも再犯防止推進法という法律があるということをご紹介させていただければと思います。

コーディネーター細田さん

さて、予定された時間になりましたので今回はここで閉じさせていただいて、5回目を7月に開催する予定にしていますので、まとめということでやり取りをすることができればと思っております。今日はどうも有難うございました。

三人の講師への質問に対する文書回答

①玉山恵里子さんへの質問・意見及び感想・回答

〈質問・意見①〉

GH、挨拶を行ったこと。なるほどなあと聞きました。知的の方々の難しさ（生きてくうちに習得できた技。例えばウソ）。事後報告で事が大きくなってしまいうことがあある難しさを感じる日々です。それでも日々頑張っている姿に元気づけられます。

〈感想・回答①〉

知的の方々の難しさ（生きていくうちに習得できた技…）

緑生園は主に知的障がいの方々が多く生活しています。中には過去に緑生園を一度卒園し就職をしていましたが、様々な理由で離職し、再度、緑生園で生活を始める方もおります。

家族と生活をしていたものの、親が亡くなり、兄弟姉妹との生活がうまくいかなくなる方、軽犯罪を繰り返し、家族のもとには戻れなくなってしまった方、単身で生活していたが、離職し、生活ができなくなってしまった方等。

生きていく上で身に着けてしまった悪い「知恵」について、例えば、万引きや窃盗品をリサイクルショップで換金すること、最近ではネット詐欺など。

彼らには経済的な自立を促すための支援をしています。就職できる力をつけること、仕事を継続できる力をつけることで生きていく力を養ってもらっています。

仕事に就けない→お金がない→生活ができない→窃盗→仕事に就けない→といった魔のスパイラルを断つためにも適切な支援と、福祉的サポートの力が必要だと思います。

〈質問・意見②〉

一つの障がいでだけでなく、複数の障がいを持った時の生活の困難さを抱えられた当事者の苦しみをどう共有していますか。

〈感想・回答②〉

複数の障がいを持った時の生活の困難さについて

先日の講座でもお話した、知的障がいがある方が脳出血で片麻痺になってしまった人、また、知的障がいがある方が精神疾患を患ってしまう人、このような方々が、緑生園の入所施設で生活する上では特に大きな問題はありませんが、

例えば、地域で生活を継続できるかという難しい課題も出てきます。

片麻痺になってしまった方については、離職してしまった他、利用していたグループホームを退去しました。ただ、ご本人が地域での生活を希望されていたので、別のグループホームに転居し、手すりの設置や段差を解消する工事をしています。また、世話人が介護福祉士の資格もあつたことから、様々な配慮をする事で、地域生活が継続することができるようになりました。

精神疾患を患った方については、症状から、地域生活（グループホームでの生活）を断念せざるを得ませんでした。もう少し、職員の体制が整っていれば継続も可能だったかもしれません。

そのような方々が幸せに、希望した生活を継続できるよう、他のサービス機関や、行政、医師などと相談、支援会議を開催しています。様々な分野からの意見を聞く事で、新たな打開策を見いだせることが多々あります。

複数の障がいを持った方、あるいはそうではなくても、「困難さ」に寄り添うことを心掛けています。それは、家族に知的障がいを持つ者がいるから、より強く思うことなのかもしれません。困難なことを取り除いてあげるだけではなく、それを乗り越える力、方法についても一緒に身に着けるようにしています。

《意見・質問③》

高齢になってきて、自分の生活を支援なしに生きられなくなっている。障がいを持っている方々とサービスを受ける立場で考えると共通点があると思っていた。支援を受けるようになって、すごく腹の立つこと（各支援団体の責任者）が高齢イコール認知症者とこちらのいうことを真面目に聞いてくれずきちんと向き合ってくれない。

《感想・回答③》

あらためて利用者さんのことばに傾聴することを肝に銘じます

私は施設内で「苦情受付担当者」という立場でもあります。利用者さんからの苦情の多くは、職員の言動や、職員対応の遅れなどです。

ベテラン職員でも、これまでの経験からご意見をくださった方と同じように決めつけた対応や発言をすることで、利用者さんを傷つけてしまうことがあります。

私自身、軽く聞き流してしまうこともあります。あらためて利用者さんのことばに傾聴すること、肝に銘じます。ありがとうございました。

《質問・意見④》

GH, 近隣住民からの苦情に対して「壁を作る」で終わるのではなく理解してもらおう努力→参考になります。

《感想・回答④》

利用者さんの幸せのために頑張ります

近隣住民になるべくご迷惑をかけないように・・・そればかり考えてきました。でも、この件があつてからは、地域の一員として生活できるようにという気持ちに変わりました。

利用者さんの障がいの程度によっては災害時にはどうしても地域住民の力が必要になります。逆に地域住民の力になることも考えられます。

これからも悔しい思い、辛い思いをすることがあるかもしれませんが、利用者さんの幸せのために頑張ります。

②山下純子さんへの質問・意見及び感想・回答

《質問・意見①》

ホッとできる居場所づくりしていきたいですね。他国に比べても日本の入院ベッド数の多さに驚きました。転換していくことの難しさは感じますが、意識を変えていくことの必要性を強く感じます。地域で多種（多職種）で関わりサポートしていくという流れになってきていると思われるが、現状の難しさも強く感じます。できることから取り掛かることの重ね作業が必要かと感じます。オープンダイアログはとっても興味深いお話でした。

《感想・回答①》

ホッとできる居場所づくりしていきたいですね。

ほっとできる居場所は、精神障害のある方だけでなく、心が疲弊して病んでしまいそうな人にとっても、そういった場所が必要であると思っています。

意識を変えていくことの必要性を強く感じます。

意識改革は重要と思います。一つは世界の精神科医療は地域ケアが当たり前になっていることを多くの人に知って欲しい。地域ケアが充実すれば必ずしも入院に頼らなくても良い事を知ることが必要だと思います。もう一つは、回復の定義です。目指すところを“病気の完治”“発症前と全く同じ状態に戻る”ことこそが社会復帰には必須“という考えから、精神障害

という困難さを抱えながらも、意義ある、満足できる人生を目指す「リカバリー」指向へと変えていくことも必要だと思います。

地域で多職種の人たちがサポートしていく流れになっていますが、現状の難しさを感じます。

いまある地域の訪問の支援は、居宅介護事業所からはヘルパーが、訪問看護ステーションからは看護師が、相談支援事業所からは相談員がというように事業所ごとに専門職が関わることがほとんどです。精神障害の方は人付き合いに不安や過度の緊張を感じる方が多いため、何人もの支援者が代わる代わる訪問するのは当事者にとって負担が大きく、訪問を拒否されることもあります。また、それぞれの事業所間で協同していくのは関わる事業所が多いほど難しくなります。

ACT チームは一つのチームが多職種編成であるため、当事者本人のニーズが変化しても、同じチームで支援を継続していけるため、当事者本人の負担は少なく、信頼できるスタッフに伴走してもらえる安心感があります。しかし、現在の日本での ACT チームの支援は、訪問看護の診療報酬で行っている事業所が多く、1日に多くの訪問をすることで収益が上がるものになっており、エリアが広く移動に時間がかかり 1日に訪問できる件数を増やせない岩手県のような地域ではなかなか事業が成り立たないことが課題です。

オープンダイアログとは対話の意味

ダイアログとは「対話」という意味だそうです。オープンダイアログとは「開かれた対話」。対話とは何か？という質問に斎藤環医師は、議論、説得、説明など、相手にわからせよう、伝えよう、意見を変えてやろうという意図のやり取りは対話ではない。と仰っています。医師も患者も家族もその他専門職も上下関係はなく、フラットな立場で対話を続けることが目的で治療の成果は対話の副産物なのだから。大変興味深いです。普段の自分是对話が出来ているだろうか？振り返ってみると出来ていないことが多いなあと感じます。

また、精神障害のある子または親や兄弟との関りに悩むご家族は大変多くいらしゃって、お互いに気を使い合って自然な会話ができなくなり、さらにそれがストレスになって・・・という悪循環になってしまうことが良く見られます。もしかしたら、家族間の対話が出来るといつの間にか消えていく悩みもあるように思います。

《質問・意見②》

精神科を持つ高齢者施設で働いたことがあります。施設内で、入院患者でも軽い人にはできる仕事（散髪屋さんだった患者さんが院内で散髪をしていた。配膳とか入浴介助など・・・）その後退院となる。

《感想・回答②》

関りの中で、その方の健康的な部分を一つ一つ見つけていきます

精神障害は中途障害の方が多いですので、以前の仕事での高い技術を持っている方も多くおられます。精神障害により、その人の全てが障害されるわけではなく、健康的な部分が多くあります。関りの中で、その方の健康的な部分を一つ一つ見つけていくと、障害の部分はだんだん影が薄くなっていくように感じます。

《質問・意見③》

障がいを持っていても家庭だけでなく開かれた場所がやはり是非必要では？独立せずに生活していける場があったら当事者にとってはどれ程うれしいのではないかと。

《感想・回答③》

開かれた場所が必要と思います

障害を持つ人を家族だけで支えるのは無理がありますが、家族がご自身のことを後回しにして献身的に当事者を支えているのが日本の現状です。支援を拒否し、引きこもっておられる方の中には、過去の望まない医療や支援で傷ついたことがトラウマとなっている場合もあります。ACT等のアウトリーチ（訪問）による支援により、家族以外に信頼できる支援者ができることが、開かれた場所への第一歩になると考えます。

当事者自身の希望する暮らしが実現できることが一番

独立を自立と読み替えてお話しますが、日頃は「自立したくない」という相談は少なく、「自立したい」「自立して欲しい」という相談が多いです。面談では、ご本人やご家族の話される「自立」が“具体的にはどのようなことになるのか”を詳しく伺うようにしています。というのは、自立といっても経済的な自立、精神的な自立、住まいを別にする自立、など「自立」の意味は広いからです。そして自立の時期は人それぞれでいいと思っています。また、自立した生活とは、“なんでも一人でできること”ではなく、“必要な支援を自身で選択できることだ”と思いますので、遠慮なく社会資源を活用していくことをお勧めします。また、そういった障害福祉サービスを利用することに対して、周囲は

温かく寛容でいられる社会にしていかなければと思います。

当事者が生活を変えたいと思った時に、あるは変えざるを得なくなった時に、信頼できる支援者とつながれることを切に願います。

《質問・意見④》

地域ケアの先進諸国。ACT、家族支援、オープンダイアログ等、とても興味深く、もっと時間があれば・・・と感じました。とても短く感じました。

《感想・回答④》

今後とも一緒に

持ち時間に対して内容を欲張りすぎた感があり、うまくまとめられず申し訳ありませんでした。しかし、これらのキーワードだけでも記憶にとどめていただけたら幸いです。今の日本の精神科医療や地域ケアは変わらなければならないこと、もっとよい方法があることを知って頂き、メンタルヘルス、精神科医療、地域ケア、家族支援の充実を一緒に進めて頂けたら嬉しいです。

③工藤宏行さんへの質問・意見及び感想・回答

《質問・意見①》

障がい者福祉の多様性、変化に驚いた。この多様性にどうついていけるか心配！

《感想・回答①》

盛岡市基幹相談支援センターのご利用を

地域の相談の仕組みを使って、情報を探し比較し、選んでいただきたいと思えます。しかし、地域ごとで相談の仕組み、利用できる社会資源、サービスは質・量ともに大きく異なっています。地域の相談の入り口として基幹相談支援センターや市町村が委託している相談支援事業をご利用いただければと思います。

《質問・意見②》

昔の福祉と言われ・・・そうなんだあと

《感想・回答②》

措置制度から契約制度に変わったことが契機

ごめんなさい！若ぶるつもりも、以前の事を否定するつもりもありません。やはり、措置制度から契約制度に変わったことが、文化も含めて良くも、悪くも大きくじわじわと変えたように、思います。

関係機関の責任、福祉事業者の意識、当事者・家族を取り巻く環境と意識などなど私はこれを一度、地域として振り返り分析し、今後の地域ごとのデザインを見直すべきと思っています。今の様子にはそうなった理由というか、構造があり今後どうしていくのか、ぜひ、地域の様々な分野の方たちとの意見交換を期待します。

《質問・意見③》

近い将来、グループホームに入りたいと（コロナが落ち着いたら）と思っているが、その時どこに相談したらいいのか。情報は自宅の電話だけなので相談先が知りたい。

《感想・回答③》

盛岡市基幹相談支援センターがお手伝いします

ぜひ、ご自分がお住まいの地域の相談支援事業所（基幹・委託・計画相談）か、役所の障がい担当課にお尋ねください。不明な時は、盛岡市基幹相談支援センターの担当・工藤がどこに相談すればよいか、お手伝いいたします。地域で暮らされるとき、何が心配ですか？ どんなお手伝いが必要ですか？（例えば食事の準備が、片付けや洗濯が、家計のやりくりが、一人でいるのが不安等など・・・）解決したい困りごとに合わせて、住まう形を考えたほうが良いと思います。

「障害者福祉、これまでの振り返りと残した課題」

講師 社会福祉法人岩手更生会前理事長 細田重憲

はじめに

ご紹介いただきました細田でございます。これまで4回お話しする場を与えていただきました。つたない話とつたない進行でしたが、たくさんの方に参加をいただき大変ありがたいことだと思っております。また、講師で来ていただいた皆さん、私もじっくりお話を聞くのが初めてという方もおられたのですが、それぞれ立派なお話をしてくださったなと思って感謝しております。



今日はまとめということで今までの講座を振り返りながら、いくつか課題についてお話をしたいと思っております。何回か来られた方はお気づきかと思いますが、こうやって私がお話をすることと、実際に当事者やご家族であったり、サポートする施設の職員が感じている課題や問題というのは、根っこの深さがかなり違うと言いますか、個別的でもありますが、問題としては意味では深刻であったりして、僕が話したことだけでは伝わりにくいことが、生の声として出され、直接的、具体的に理解いただけたのではないかと思います。

I これまでの振り返り

1 第1回～第2回「障害者福祉 その歴史と制度、現状と課題」

(1) いくつかの前提

そこで何回かやったことを少しまとめてみました。第1回、第2回では、主に私のほうからお話を申し上げました。NHKで放映した映像などを見ていただいて、極めて基礎的なことではありますが、皆さんにお伝えを致しました。

最初に障害問題を考えるいくつかの前提を話しました。

始めに障害者の暮らしに関わる制度は巾広いことを述べました。ここに暮らしと書いたのは、福祉という狭い枠からだけでは、障害のある人のことをト一

タルに捉えるのは難しいので暮らしと書きました。福祉、保健・医療、教育、労働、住宅、年金とずっと並べてあります。与えられたテーマは「障害者の福祉」でしたが、障害者の問題は福祉からだけでは考えきれない、そこをしっかりと確認をして進めようと思いました。

次に障害者福祉の理念とされる言葉としてノーマライゼーション、リハビリテーション、インクルージョンという言葉があることを述べました。とくにノーマライゼーションという言葉は、今は障害者福祉だけではなくて福祉全体のキーワードになっている言葉でとして大事です。



三番目に障害者問題を考えるよりどころとしての国連障害者権利条約について述べました。今から 15 年前になります。国連で採択されたものです。権利保障に関するこれまでの国際的 efforts の到達点と総括していいのだらうと思います。いま考えられるレベルでは一番到達度が高いというふうに考えていいと思います。映像の中でご覧になってご記憶にあるかと思いますが、視覚障害の藤井さんという障害者運動の先頭に立ってきた方が、権利条約のことを「我々はこれを北極星に例えている」と言いました。そこを見ながら前に前に進んでいくという趣旨だと思います。

この権利条約のポイントの一つが差別の禁止なのですが、それには「障害を理由とする差別」と「合理的配慮を行わない差別」という 2 つがあります。合理的配慮というのはちょっと難しい概念なのですが、その中身はあとでパンフレットをお渡ししますのでご覧いただきたいと思います。

四番目に障害者総合支援法という法律をお話ししました。この法律では、障害のある人にかかわる福祉サービスを一元的に提供しています。サービスのポイントは、ひとつは介護です。もうひとつは就労です。それから障害支援区分というものを使って、この人にどういう支援が必要かということを見客観的に見するための区分を作りました。最初は介護保険と同じ区分だったので障害当事者の方から非常に評判が悪かった。区分するための調査項目は介護保険と同じだったので、障害者には合わないという批判がありました。総合支援法では「障害支援区分」に改められています。そのほかに、事業者との契約によってサービスを使うとか、応能負担という利用者負担の仕組みなどを確認しました。

五つ目は障害者手帳です。これは3種類あるということをお話ししました。身体と知的と精神保健です。

身体障害の場合は、1級から6級まで等級があり、例えば視覚障害なら視力によって、この人は1級とか、2級とはっきり決まり手帳が出ます。知的障害の場合は、法律には手帳の規定も障害程度の基準も書かれていない。療育手帳という名称がほとんどですが、各県の知的障害者相談所、あるいは児童相談所が状態を判断してAとB、Aは重度で、Bはそれ以外ということで手帳を発行しています。精神保健福祉手帳は、精神障害者の手帳です。

この中で、手帳所持者が障害者の数として捉えられるのは身体障害者だけで、療育手帳と精神保健福祉手帳は、取得は任意となっています。

身体と知的の手帳は、例えば交通運賃の割引など経済的なメリットがあるのですが、精神障害にはJRの運賃割引制度は適用されていません。ただ、私鉄とバスについては、関係者のご努力によって岩手県では運賃割引が行われています。

六つ目に、福祉サービス利用における基本的な考え方として、人間としての尊厳の保持、自己選択、権利擁護などを述べました。

(2) 障害者福祉の歴史

障害者福祉の歴史ということについていくつか話をしました。

明治の体制下では、障害のある人については、明らかに最初から差別され疎外をされていたということを津曲裕次さんの著作を基にお話ししました。公民権や教育、医療からの疎外、私宅監置制度という、自宅の中の鍵をかけた部屋で精神障害者を監置することが法的に認められた制度がありました。

映像で「戦後70年」を見ていただいて、いくつかのキーワードを基にお話をして映像の理解をしていただきました。とくに国際障害者年、障害基礎年金制度の創設は非常に大事なことだと思っております。

また、障害者自立支援法と書いてありますが、これは今の総合支援法の前身ですが、自立支援法ができたときに障害当事者からは様々な批判が出ました。

ひとつは、さっき申し上げました障害支援区分というのが、障害程度区分という言葉だったのですが、認定をする基準が介護保険と同じだということで、障害と介護は違うのではないかという声が出ました。

もうひとつは、負担の仕組みが介護保険と同じように応益負担という、使った分量に応じて負担をするという仕組みに変わったわけです。介護保険でおわ

かりの方も多いと思いますが、例えば介護保険でサービスを10万円使うと、普通であれば1割負担するわけです。その仕組みを障害者制度にも取り入れようとしたということです。ほかの人と同じレベルで生活をする、社会に関わるために必要なサービスは利益とは違うのではないかということが障害当事者の強い意見でありました。この自立支援法は憲法違反だということで全国的に裁判になって、岩手県でも確か裁判が起きたと思いますが、自民党の政権から民主党の政権になったときに和解をしていて、その過程で自立支援法の負担の仕方は応能負担、本人の所得などに応じて払うことになっています。今は法律として自立支援という名称はないのですが、そういう歴史的な経過があったということです。

(3) 障害者福祉の制度

障害者福祉の制度については、冒頭で申し上げたとおり、障害者福祉に関わる法令は数が多く、多くの省庁が関係しています。ところが、65歳以上の高齢障害者への介護サービスはどっちが担当するかという問題があって、本来であれば65歳以上は介護保険の対象ですから、介護サービスでやると制度上はなっているのですが、実際は、例えば特養が空いていなければ、障害者施設に入っている人は、居るところがあるからいいのではないかという話になる。

今日も、私が役員をしている緑生園という施設で打ち合わせをしたときに、たまたまこういう話が出ました。すぐ近くに特養があるのですが、普段行き来をしているものですから、緑生園に入所している方をそこに入所させたいと思って職員が一生懸命交渉しています。前向きに考えていただいて入所できそうなのですが、ただ6人部屋ということで、うちの施設は4人だからかえって居住環境が落ちるのではないかということと、もうひとつは、お金がかかります。障害者は応能負担ですが、高齢者のほうに行くと同様負担になるので、本人には貯金が200万ぐらいしかないそうで、下手すると1年で底をついてしまう。さてこれからどうしよう、生活保護を受けることになるしかないかな、とそんな話をしておりました。

それから、法律において欠格条項というものがあります。障害のある人はこういう仕事には就けないとか、こういう資格は与えられないと書いてあるものがあります。かなり無くなってはいるのですが、まだいくつが残っています。これはあまり詳しくやると時間がなくなりますのでこの程度にしておきます。

それから、障害者基本法という法律では、障害者の定義についてお話をしま

した。僕たちは、障害というのは本人の中にあるものだというふうに考えてしまいます。そのことだけを見てしまうことが多いのですが、障害者基本法では、障害者が暮らしづらいのは本人の中にある障害と、本人の外側の社会が作っている障壁によって日常生活と社会活動に継続的に不便があるということを行っています。障害だけではなくて、「障害と社会的障壁により」と言った意味はとても大きいわけです。障害とだけ言っていると、つまり本人の中にあるものだけだと言っていると、治療をしたり、リハビリテーションをしたりするという、本人の努力で治していけばいいというところに考えがつかなくなってしまいます。そうではなくて、それはあるけれども社会の側にも様々な問題があるという視点に立てば、変わるべきは本人ではなくて社会だという理解になるということです。障害者権利条約というのは、何が画期的かという、こういう社会の側の問題ということをしつかり確認をしたということで、社会モデルと言っていますが、その社会モデルの考え方が基本法の中にも入っているということです。

次に、障害者福祉の法としていくつか挙げておきました。その他の法律として、発達障害者支援法、身体障害者補助犬法などがあります。

福祉サービスの利用については、いくつか事例を申し上げて検討してみました。就労移行や放課後デイの利用者、そういう方々の個別のケースを挙げて見ていきました。

それから、合理的配慮の提供事例というものも見ていただきました。私は県の「障がいのある人もない人も共に学び共に生きる岩手県づくり条例推進協議会」という会の座長のようなことをやっております、県で作ったパンフレットがありますのでお渡しします。これは差別と虐待をなくしようということを書いています。どういうものが差別なのか、合理的配慮というのはどういうことなのか、あるいは虐待についての類型についても絵入りで書かれています。話を聞きながらで結構ですので目を通してください。

いくつかの課題として申し上げたのは、高齢障害者のケア。働くということは大変なことですが、それへの備え、仕組みをちゃんと作らなきゃいけない。もうひとつは、施設の支えるほうの内側の話なのですが、報酬の体系が成果主義みたいなことがあります、なかなか普通にやっているとお金が上がってこないという痛いところがあります。それから、職員も資格を取っていくことで、資格を充足すれば施設全体としては報酬が上がるという仕組みになっています。そこで職員に何とか資格を取って良い仕事をするという条件にしてほしいと思っていますが、普通の仕事の中で勉強をして資格を取っていくことは難し

いところがあるようです。

何よりも困っているのが職員の確保です。本当に人が来ないのです。大変です。とくにある程度経験があったり、知識があったりする人を職員として採用して即戦力にしたいと思うのですが、残念ながらそういう方は来てくれない。そういう方が来てくれないと言うと、来てくれた人に失礼になるのですが、こういう仕事でもしたいと思って来られる方がまだなんとかありますから、辛うじてやっていますが、施設側は選ぶ余裕もなく、何とかお願いしますと言って人を得ている状態です。

2 第3回「障がい当事者、保護者関係者の思いと訴え」

(1) 川端昌子さん (CIL もりおか代表)

さて、2回僕がお話をして、そのあと何人かの方にお話をさせていただきました。

ひとりには川畑昌子さん。「CIL もりおか」という組織です。CIL というのは「Center for Independent Living」自立生活を送りたい人のセンターという意味ですが、当事者主体のサービス機関です。これは、障害当事者がそれぞれ主体となってサービスの提供をするし、受ける側でもあるということです。川畑さんはリモートで参加していただきました。地域総研でも初めての試みでした。川畑さんは車イスで介助者がいなければ動けないという方でしたし、外に出て感染するということも非常に恐れておりました。感染をしたら自分も生きていられないかもしれない、しかし参加してお話したいということで、リモートでお話をさせていただきました。

20年障害者施設で暮らし、その後自立生活運動というものと出会って、いまサービスを使いながら一人暮らしをしております。ここにCILのことが書いてありますが、自分たちだけの運動をするという組織ではなくて、例えば精神障害者の運賃割引や喀痰吸引の登録手数料の撤廃、強制不妊手術と優性思想に反対するデモに参加するなど、ご本人は自分の力だけでは動くことはできないのですが、様々な活動に参加をしております。そして、障害者の人権を守り、女性障害者の立場から、コロナの中で人工呼吸器装着問題などについてお話をさせていただきました。

(2) 藤村ゆみ子さん (岩手県重症心身障がい児(者)を守る会副会長)

お二人目が、藤村ゆみ子さんです。重症心身障がい児(者)を守る会の副会長

でした。重症心身障がい児(者)の親として、子育てから会の取り組みまで、思っていることをお話していただきました。写真なども入れていただいて、非常に細かなところまでお話をいただいたと思っております。重い障がいがある子どもさんに、施設入所ではなくて在宅生活を選んだので、24時間自分たちがケアをしなきゃいけない。つまり命を預かっている。とくにその中で父親への支援が不可欠だということをお話になって、このあたり私も教えられたなど思っておりました。我々も母親が子どもの面倒を見て、父親は外で仕事ということで感覚的に割り切ってしまうのですが、そうだとしても父親がどう関わられるかということ、そのための支援をどうするかということをしっかり考える必要があることを認識しました。

ここでお話をするのがいいかどうかですが、先日岩手日報を見ていましたら、障害者差別解消法という法律が5月に改正になったのですが、本県から出ている参議院議員の横沢高德さんが5月27日に改正案質疑において、差別解消法の差別というのは本人だけ対象にしているが、家族も対象に入れるべきじゃないかという提案をされたという記事が載っております。本人に対する差別だけが対象であれば、家族がそれによって差別を受けている可能性があることが置き忘れられてしまうということです。この提案は法律上まだ反映されていないようなのですが、あとで調べておきたいと思います。

藤村さんはライフサイクルの各時期に必要な支援ということで、24時間一緒にいるけど、青年期になると親離れ・子離れしないといけない、共依存から脱却しなければいけない。もうひとつは、病院が中心になりがちですが、病院以外で安心して生活できる場が欲しいということをおっしゃっていました。最も弱いものが生きていける社会は、どの人にとっても安心して生きていける社会ではないでしょうかということでもまとめていただきました。

(3) 大森 勉さん(盛岡市障がい保健福祉課課長補佐)

それから盛岡市の大森さんは、福祉の担当者としてキャリアの長い方ですが、盛岡市の障害者福祉の状況についてお話をいただきました。障害者の福祉実施計画というのは、国がおおよその枠組みを決めて、これに沿って盛岡ではどのくらい進んだかということなどを書くことになってはいますが、例えば通所サービスの利用から一般就労への移行が、元年度では目標が66人に対し移行できたのが47人だったということで、一般就労に移ることの難しさ、それを市の立場でどう対応していくか苦勞されていることなどが説明されまし

た。

3 第4回「知的、精神、発達障がい者への支援を考える」

4回目は今年の5月にありました。始めに、第6期の盛岡市障がい福祉実施計画を回覧で見てくださいました。この計画は総合支援法の中で3年ごとに各市町村が作るようになっていて、令和3年度から5年度までの計画を3月末までに作りました。個別のサービスメニューについて、今後3年間での目標値などを示す、数値的な計画です。私は盛岡市の社会福祉審議会の障がい者部会の座長もやっております、この計画案に意見をいう立場でした。今年はコロナ禍で会議ができず文章になりましたが、いくつか意見を述べました。

今回は、現場でサービス提供にあたっているヴェテランの3人にお話をさせていただきました。

知的障害者施設の玉山さん、精神障害者施設の山下さん、基幹相談支援センターの工藤さんの三人です。

(1) 玉山恵理子さん(社会福祉法人岩手更生会緑生園業務課長)

1人目の玉山さんは、私が理事長をしている緑生園の業務課長です。障害者の地域生活支援ということで、施設の実績、現状を話したほかに、現在関わっている方々というのは、犯罪歴を持っていたり、発達障害があったり、施設を転々としたり、働くことが難しいと思われる脳出血から再起を目指しているなど様々な利用者があること。仕事に就くことだけではなくて、その前提となるコミュニケーションに非常に難しさがあり、自己評価と我々の客観的な評価、あるいは事業主の評価との食い違いもあって、職場の定着がなかなか難しいということから、まさに一人ひとりに合わせた支援とコミュニケーションの支援が大事だということもお話をされました。

また地域生活支援については、住まいの場としてのグループホームという制度があって、緑生園では10か所持っており拡大したいが、地域の中に偏見があって新しいホームの開拓が難しい、また消防法の制約から普通の住宅では転用が難しいなどの問題があること、地域との関りでも、タバコを吸っていると煙が来ると言ってお叱りを受けたことなど、日常的にいろんな問題と向き合っていることが話されました。

付け足しで言えば、今日施設で聞いてきた古い建物を使っているグループホームの話です。利用者も冬は寒いなど言っているし、大家さんからはそろそろ

壊したいのでどこか別のところを見つけてくれと言われて、新しい物件を探し始めていたら、住宅の建設会社から、家主さんが作って貸すという方式でどうだろうかという提案があったと言っていました。まだ決まったわけではないですが、このように物件があって、障害者が地域で暮らして働きに行けるような状況をこれからもつくってあげればいいのですが。

(2) 山下純子さん (社会福祉法人みやま会精神保健福祉士・作業療法士)

それから山下さんは、精神障害者の施設で相談支援などを行っていて、作業療法士の資格も持っているという方です。もう 10 年近く前になるのですが、「盛岡広域圏における包括型地域生活支援プログラムに対するニーズ調査」ということをやっておられて、そのことについてご報告をいただきました。ひとつは、保健師が多忙。コロナになって保健師のことをいろいろ言われるようになりましたが、じつは精神障害の分野では、特に専門的な経験のある保健師の数が足りないということはすでに 10 年ほど前からあったということです。それから精神障害について言えば、受診に関わる家族の負担が重い。離職をするという場合もあったということです。訪問看護も家族の悩みまでは支援してもらえないということがありました。

そこで山下さんは ACT という重い精神障害を対象にしている医師等のチームによる 24 時間の支援、本人の希望に沿ったオーダーメイドのサービスというふうなことを何とか岩手でも根付かせたいということでやっておられます。全国的にもまだそんなに数が多いわけではないのですが、こういう活動をしてもらえます。

(3) 工藤宏行さん (盛岡市基幹相談支援センター所長、社会福祉法人千晶会)

それから工藤宏行さんは、障害ということを前提にしてではなくて、何に困っているのか、その困っていることに対してどうすればいいのかということを表に出して、様々な人たちの支援活動をしていて、その中には、発達障害の人もあるし、不登校や虐待を受けている人もいます。現場として見ると、高齢化やひとり親世帯など、相当現場が変わっているし家族も変わっているということなどを話していただきました。工藤さんは、支援というのは、ゴールではなくてツールなのだと。本人が自立をしていくためのツールであって、支援者というのはどっちかというとゴールに辿り着かせることを目標にしがちだが、あくまでもツールであとは本人が決めていくようにしていくことが大事だと考

えておられました。

II 災害弱者としての障害者

今日は私が残した課題ということで、ひとつは「災害弱者としての障害者」ということについてお話をします。阪神淡路大震災のあと新潟でも大きな地震があり、「災害弱者」ということが問題視され、注目され始めました。東日本大震災を経て、災害弱者への対応は真剣に取り組まなければならない、ということで、法律が大きく変わりました。災害対策基本法という法律が抜本的に改正され、「避難行動要支援者名簿」の作成、つまり一人で避難できないような人たちの名簿を作ることと、その人たちの「個別計画」まで、これは義務ではないのですが、作成が求められました。

もうひとつは、避難所というのが体育館の中にただダンボールを敷いて寝ることだけではなくて、例えば女性や授乳する母親への配慮など生活の質も考えることが求められるようになりました。アレルギーへの対応など、僕などはちょっと無理かなと思うようなことまで必要になってきました。

このように災害時の対応については制度的にはかなり進んできました。しかし一番肝心な個別計画の作成がなかなか進んでいません。実際の支援についても地域の中で誰が支援するかということまで決められていない、そこには地域におけるマンパワーの問題があります。

障害者であれ、高齢者であれ、自分の力で避難ができない人については手が付かなかったとっていいのだらうと思います。そんなことを今日は別刷りで資料1・資料2というのをに入れておきました。これもあとでお読みいただきたいのですが、資料2では個別計画の岩手県の状況について、朝日新聞の記事です。一昨年の9月ですから少し古いですが岩手県のことを書いた記事です。それから資料1は、大規模災いが起きたら死ぬしかないという、ちょっとショッキングな見出しではありますが、障害当事者の方や家族が避難ということはどういうふうに考えているかについての記事であります。

本年5月に災害対策基本法が改正をされました。さっき横沢さんのことで申し上げましたが、要支援の一人ひとりの個別計画を作ることについて「市町村の努力義務」になり、任意から一歩進んで、何とかやっってくださいというところまではなかったということです。市町村にも何とかしてもらいたいと思いますが、どうも私が何年か前にお話を聞いた限りでは、優先順位はそう高くはない、市町村が優先的に取り組まなければならない課題だということところまでの意識

はなかったように思います。しかし、静岡の熱海でおきたような災害はここ毎年のように起きているわけですから、もっと前向きに考えてほしいと思っています。

Ⅲ コロナ禍における障害者の暮らしにくさ（差別）について

もうひとつは、障害者の暮らしにくさ(差別)ということです。雇用からの排除、これは障害者だけじゃなくて様々な弱い立場にある人が、雇用、情報、社会のネットワークから排除されています。移動の困難さ、端的に言うと、ワクチンの接種場所へ移動できるかということについても差別が起きています。様々な形で普通の人と同じような活動をする機会が失われているという例があると思います。

それから、NHKのニュースで次のような事例が紹介されていました。一人暮らし、全盲の女性に市役所からワクチン接種券が送られてきた。しかし女性は封筒の中身を知ることができず、内容を知って自ら申し込みなどに動くこともできない。このことを知った市は次のような対応を考えました。封筒の表に点字で接種券であることを表記しました。これで一件落着になるのでしょうか。みなさんどう考えますか。ひとつは、そういう対応をしたことについては良いことですし、個別に対応したという意味ではそれなりに評価をすべきです。しかし女性は接種まで辿り着けるでしょうか。辿り着けないとすれば、どんな問題が残っているでしょうか。さっきの災がいの個別支援と同じことだと思えます。そんなに難しい事例ではないと思いますが、深刻な事例だと思えます。どうぞお考えいただきたいなと思います。

連続公開講座に参加して（会場発言）

岩手県社会保障推進協議会事務局次長 高橋貴志子

保健所の保健師としての振り返り

こんにちは。岩手県社会保障推進協議会の高橋と言います。今日は話題提供ということで何を話したらいいのかなと考えながらおりましたが、私は数年前まで関東地方の保健所で保健師をしていました。30 数年間ですね。そして、こちらのほうに戻ってきました。



保健所の保健師というのは、当時は赤ちゃんの健診やいろんな難病患者さん、精神障がいがあるなしに関わらずいろんな相談を受けておまして、母子保健というのをやっていたときは、お子さんが障がいを持って生まれる、例えばダウン症のお子さんとか、心臓に障がいを持って生まれるとか、そういったお母さん方に関わる中で、最初はものすごく打ちひしがれて、私のせいでこんな子を産んでしまったという話がよくあって、泣き暮れているのですが、そういうお母さんたちをつなげる役割ですね。いわゆるグループをみんなで作って、その中で学び合いながら障がいを持つ子どもたちにどういうふうに関わっていったらいいのか、どういう資源を使ったらいいのかということと一緒に学び、共に成長するというような仕事などもしてまいりました。

また、重症心身障がい児のお子さん、寝たきりで人工呼吸器を付けているお子さんは、そうそう病院には行けないので在宅で見る。でもお母さんがひとり頑張ってみても限界があるわけですね。そういうところに私たちも訪問をしますが、私たちにも限界がある。関東地方のある程度お金のある自治体だったものですから、訪問看護を無償で提供するように予算を組んで、定期的に専門の看護師さんを要請して、定期的にそのお宅に毎週何曜日はその看護師さんに入ってもらおうというような資源を作ることなどもやってまいりました。

まだまだ制度が本当になかったので、例えば精神の作業所づくりとか、グループホームづくりとか、そういったことも保健所の保健師が、家族会の親や病

院のケースワーカーさんと一緒に時間外で勉強会をしながらやってきました。そこからいま何十年経って先日のお話の中で、精神のグループホームも今や民間が積極的にやっているというのを聞いて、隔世の感があります。私たちがそういうホームが無いからホームづくりしようと言っていたときから比べると、そういう民間も含めて、ある意味広がっているんだなということを思いました。

ただ残念ながら、私たちが働いていた保健所は統廃合でどんどん数を少なくされて、身近なサービスは全部市町村にやってくださいと。保健所は本当に特別な難しいような方の相談をすればいいとなったものですから、住民の方との接点が本当にごく限られてしまってきた。だから保健師たちもそれなりにいろんな経験をして、いろんな技術が身につくはずなのですが、なかなか保健師自身も成長が緩やかになってしまおうと言いますか、そういう状況に変化してきています。今日はそんな昔話をあれこれということではなかったのですが、いま新型コロナで保健所のことがすごく取り上げられていますので、全国の保健所が本当に少なくなって、本来やるべき仕事ができいないというところにコロナが来て、今の状況になっているという点では、保健所の機能の強化とか、あり方というものを岩手県の中でもこれから考えていかなきゃいけない課題ではないかなと思っています。

医療費の仕組み

今日は、いっぱいある中でひとつだけ絞ってみたのですが、みなさんのお手元に「医療費の仕組み」という資料をお渡ししています。障がいを持っている方たちの福祉制度についてはいろいろと広がってきている部分もあります。同じく医療についても広がってきた部分と、逆に狭められてきている部分があるということと一緒に確認をしてみたいなと思います。これは、ほかの資料から抜粋したものです。公的医療保険制度、みなさんは様々な医療保険をお使いになっていると思いますが、ライフステージに応じて公的医療保険制度というものがあります。そして、障がいを持った方やお子さんや高齢者というのは、どうしても病気になることが多いですね。小さい時はしょっちゅう熱を出して小児科に行きましたとか、そういった方々のために国の制度として自立支援医療、育成医療、厚生医療、精神通院医療、先ほど先生の資料にもありました。それから、小児慢性特定疾病医療費助成と言って、長期間病気によって医療が必要なお子さんには一応18歳、20歳まで継続可なのですが、年齢を区切って助成が行われているものもあります。

ただ、この医療費助成は私が何十年前に保健師をやっていたときからあるのですが、その当時は確かに病気の数は少なかったのですが、重い軽いにかかわらずその病気と診断されれば医療費が助成されていたのです。ところが、疾病ごとの重症度区分と書いてありますが、同じ病名でも重症か重症じゃないかという判断をされて、そうじゃない方は差別化されているということに変わってきています。難病の医療費助成も同様です。前は病気の数がもうちょっと少なかったのですが、その代わり重症度認定というのはなくて、難病と診断されれば医療費の助成があったのです。変な話、東京都は慢性肝炎というものにも医療費の助成をしていた時期があったのですが、他県ではそれをやっていないから、わざわざ東京都に住民票を移して医療費を受けていたという方もいるぐらい、要は慢性的に治療が必要な人にとっては必要な制度ではあるのですが、それも重症度区分によって外されたりしているということなので、その辺りも問題かなというふうに思います。

制度改善のための要求運動の大切さ

国がこういった助成制度をやっている、それに加えて各自治体でも子どもの医療費助成とか、重度障がい者の医療費助成制度を、それぞれ自治体によって対象の等級とか、自己負担等は違いがあるのですが、その人たちにとって医療は欠かすことができないものであるということで、お母さんやお父さんたちの要求、医療機関からの要望に応じて自治体でも様々な医療費助成を行っているということがあります。ただ、いまの医療というのは保険からだんだん外されてきているものがありますよね。例えば湿布とか、前は病院で出されていたものが自己負担と言われるものがあります。そういうように保険外併用療養と言うのですが、お金がかかる部分と、それから障がいを持っている方が医療機関にかかるにしても、特殊な病気であったり状態であったりすると、遠い病院に行かなきゃいけないから、そのための交通費や宿泊費とかいろいろかかりますよね。だから、そういったものも含めて治療の一部と見なして、自治体によっては交通費を一部助成しますというところも出てきています。

私が何を言いたいのかというと、例えば子ども医療費助成制度ですと、いま岩手県も中学生まで現物給付、それから各自治体は高校まで医療費の無料化にしているところもあります。それは本当にみなさんの運動で少しずつ広げてきているのです。おそらく障がいを持った子どもの親御さんや病気を持った子どもの親御さんたちもいろんな部分で自治体やいろんなところに要望をされ

ていると思うのです。でも考えてみると、病気があってもなくても安心して医療にいつでもかかれる体制というのは、病気のあるなし、障がいのあるなしにかかわらず、私たちだっていつ障がいを持つようになるかわからない。そういうことを考えると、そういった運動は、その分野、そのステージじゃなくて、みんなで取り組めるともっといいのかなというふうな問題意識で「医療費の仕組み」というのを出してみました。

いま各自治体が子どもの医療費助成制度をやっていますが、国は、そういうことを各自治体でやると補助金を削りますというペナルティを課しているのです。それに対して全国知事会が、そんなことをしないでくださいと、必要な医療を受けるのに補助金を削らないでくださいと知事会は毎年意見を上げています。その結果、いま就学前までのお子さんに対して無料化した自治体にペナルティはしなくなりました。だから、それもやはり運動だと思うのです。併せて重症心身障がい児やひとり親家庭の人たちの医療についてもペナルティをやっていますから、同じようにペナルティをかけないでくださいという運動をしていかないといけないのではないかなと思っています。

連続講座に参加して（会場発言）

盛岡生活と健康を守る会事務局次長 市沢節子

弟のことについて

盛岡生活と健康を守る会の市沢です。私には2つ下の弟がいます。小学生の頃から、てんかんの発作がありまして、ちょっと発作が強いと大変なのです。親がまだ若いうちは面倒を見られたのですが、弟が20歳ぐらいになってくると親も力がなくなってきましたから、抑えきれなくなるのです。それで、せいわ病院のほうに頼んで入院させてもらっていたのですが、ちょっと面会に行かないと「面会に来ない」と電話がかかってくるのです。親が活着ている間は良かったのですが、死んでから私もなかなか行けなくて、「面会に来ない」としょっちゅう電話がかかってきます。1~2か月に1回何とか行っていますけど、そのときは普通にしゃべっているのですが、ちょっとスイッチが入ると…。何年か前に東京都の都知事選の選挙があった日に「俺、東京さ行ってくるから」「何しに行くんだ」と言ったら、「選挙に出る」と言われてびっくりしたことがあります。「あんたお金あるのか」と言ったら、「うん、少しはある」と言うのですが、「選挙に出るなら家を借りたり、選挙人あれしたり、何億もかかるんだよ」と言ったら、「そっか、じゃあだめだな」なんてケロッとして言うのです。そういうことがあるから今まで弟のことはなるべくしゃべらないように隠してきましたけど、両親が亡くなってから私が身元引受人になったものですから、せいわ病院に入院していますけど、迷惑をかけるかもしれませんがお願いしますということは言ってあります。たまに真面目になって話をしたりしていますが、親が入院させてくれたことについては大変感謝しています。私ひとりでは面倒は見きれないという状態なので、今はたまに電話がかかってくると、また行かなくちゃいけないかなという思いだけです、とにかく弟が先に逝くのを悪いですが願っています。私が先に逝くと最後まで世話をしてくれる人がいないので、それがいま一番、考えている



ことです。

著者紹介

第1回・第2回・第5回講座講師

第3回・第4回コーディネーター

細田 重憲 (ほそだ しげのり)

社会福祉法人岩手更生会理事長 (当時)

第3回講座活動報告

川畑 昌子 (かわはた まさこ)

CIL もりおか代表

藤村 ゆみ子 (ふじむら ゆみこ)

岩手県重症心身障がい児 (者) を守る会副会長

大森 勉 (おおもり つとむ)

盛岡市保健福祉部障がい福祉課長補佐 (当時)

第4回講座活動報告

玉山 恵理子 (たまやま えりこ)

社会福祉法人岩手更生会障害者支援施設緑生園業務課長

山下 純子 (やました じゅんこ)

社会福祉法人みやま会障害福祉サービス事業所みやま
サービス管理者

工藤 宏行 (くどう ひろゆき)

盛岡市基幹相談支援センター所長

第5回講座会場発表

高橋 貴志子 (たかはし きしこ)

岩手県社会保障推進協議会事務局次長

市沢 節子 (いちざわ せつこ)

盛岡生活と健康を守る会事務局次長

障がいのある人もない人も
共に暮らし続ける地域を目指して！！

2021年11月1日発行

発行者 岩手地域総合研究所
020-0021 盛岡市中央通2-8-21
TEL (FAX) 019-624-6715
e-mail i-chiikisouken@salsa.ocn.ne.jp
HP <http://isouken.org/>