

# 障害者制度改革に対する意見要望

「内閣府地域フォーラム」(2011年1月15日)

# 事前提出の意見要望

## 社会福祉法人宇都宮市障害者福祉連合会

障がい者の移動及び情報保障の充実について

高齢者、障がい者等の移動等の円滑化の促進に関する法律の趣旨である障がい者の自立した日常生活や社会生活を確保するため、公共交通機関の旅客施設及び車両や道路、公共施設並びに建物の構造及び設備の改善を図り、障がい者の移動上及び施設の利用上の利便性、安全性の向上の促進の早期実現をお願いしたい。特に、重度の視覚障がい者の移動支援については、地域での暮らしを支援する観点から、早急に自立支援給付の同行援護を実現してほしい。

また、聴覚・視覚障がい者等の情報を取得することが難しい障がい者にとって、コミュニケーションの確保や生活情報の獲得は、真の社会参加を実現するための基礎的な条件です。すべての聴覚・視覚障がい者にコミュニケーション・情報アクセスの権利を保障する法制度の早期実現をお願いしたい。

## 特定非営利活動法人 おひさまクラブ

### 1. 「第一次意見」の「情報アクセス・コミュニケーション保障」について

手話通訳などと同様に、障害特性に応じた支援方策をお願いします。「障害者権利条約」第2条では「言語とは、音声言語だけでなく手話その他の形態の非音声言語等をいう。」となっていますが、知的障害や発達障害があり「言語」を十分に使いこなせずコミュニケーション能力が十分でない障害者への支援のあり方を検討してください。知的障害や発達障害のある人はコミュニケーション能力が不十分なため、刑事訴訟手続きで不利な扱いをされたり、冤罪のリスクがあります。

### 2. 障害特性に応じた「合理的配慮」のガイドラインについて

採用面接をする以前に障害を理由として門前払いに近い形で採用を拒否されることがあります。「障害を理由とした差別」を禁止する障害者差別禁止法を制定し、雇用を支援してください。また、障害者雇用率の向上を図るだけでなく、障害特性に応じた雇用の「合理的配慮」のガイドラインを示してください。

### 3. 知的障害者などの成年後見制度の改善

後見人は侵襲的医療行為について被後見人に代わり同意することができない、被後見人は選挙権が認められない、後見人は被後見人の葬式を行えないなど、問題があります。「権利を制限して権利を守る」という後見制度が、障害者の権利を守るために十分機能するように見直してください。

### 4. グループホーム・ケアホームの充実について

グループホームの世話人の資質の向上のため、研修を増やすとともに、ふさわしい待遇を検討してください。

## きょうされん栃木支部(一会員より)

### 1 自立支援法改正の動きや制度改革の推移、障がい団体の率直な意見を耳にしながら感じることは、自立支援法成立の過程と同じように、連携の難しさ、これだけ多い障がい団体間の合意形成(連携)の難しさを感じます。

しかしながら、現在の制度改革のムーブメントは、障がい者問題の解決にとって、千変一遇のチャンスであり、この機会にどれだけ現状を改善させ前に進めていけるかがこれからの障害者の生活を形作っていくのは間違いないと思います。いま、

今年の夏は、中高年の山登りの遭難事故が多発しましたが、そのことに言及した記事があったのである

ほどと思い、いまの制度改革をめぐる現状を見ると自戒せねばならないことだなと感じました。曰く、「道に迷ったら、もう一度確実に分かっていたところまで戻ることが最善の方法だ。もし体力があれば、山の頂に上って、自分の位置を確かめるのがベスト。」だそうです。登山口や、ルートのすぐ近くで遭難したケースをみると、方向が分からなくなったことの恐ろしさを感じます。

勿論、いまの制度改革にそのまま適用してしまうのはまちがいでしょうが、一考の価値はあるのではないのでしょうか。

では、私たちのスタートラインはどこにあったのでしょうか。私は、障害者の権利条約だと思います。条約の採択には、世界は勿論、日本でも日本障害フォーラムに大同団結し、日本の障害者団体の総力を挙げて代表団を派遣し、その成立に貢献したのではないのでしょうか。ですから、条約の内容と採択の経過に立ち返り、私たちの行くべき道への合意をつくっていくことが大切ではないのでしょうか。もう一つは、障害者自立支援法違憲訴訟原告団・弁護団と国（厚生省）との基本合意文書です。そこで、障害者自立支援法は無廃止と約束しているのですが、大切なことは障がいある人々の立場から、現在の法律は憲法違反だといっていることです。

確実に分かっているスタートラインは、この2つの成果だと思います。自分自身この成果の大切なポイントはこうだと考えています。一つは、「わたしたちぬきに私たちのことを決めないで」という当事者主体の制度づくりだと思います。当事者が生き生きと自分らしい人生を送る環境をつくっていくことは、家族にとっても豊かな暮らしを保障するものだし、事業者にとってもやりがいに通じるものではないのでしょうか。そうならねばならないのではないのでしょうか。

二つ目は、一つ目の前提になるのですが、同じ人間として、障がい者とどう向き合えるのかということではないのでしょうか。障害者の権利条約に記されている中身は、世界では決して先進的な内容でなく、中・後進国でも実施できる内容だそうです。ましては、日本では...です。その基本は、「障がい者ば自分の人生について決める力があり、社会の一員として誇りを持って生活する主人公だ」といっています。そのためには、障がい者がほかの人たちと平等に社会資源を利用できるようにする」よう定めています。そうした人間として平等に生きる権利を持つ存在として障がい者をとらえることが大切ではないかと思っています。

自分自身も障害ある人間として感じるのは、家族もサービス提供者も行政もみんな大切な人たちです。でも、まず当事者を関係者と同じ一個の権利の主体としてとらえていただけないかということです。今ある現状は決して障がい者を人間扱いしている社会とは感じられないのです。一步住んでいる町から出ると支援が受けられない、一週間の入浴や排せつ回数が決められている。一生1万円の給料と障害者年金で親のすねをかじる生活を見ても、慣れっこになっている社会。100歳以上のお年寄りが生きているのかいないのかが分からない社会と通じるのではないですか。制度のあれこれではなく、根本が人間的ではないのだと思います。

きょうされんは、制度改革についていくつかの文書を提案していますが、是非、制度改革の動きが、一つ一つの団体を区別して、差異を強調しながら、またぞろ混迷に陥らないようにするためにも、二つの重要なスタートラインを忘れないようにしていただきたいと思います。

## 自立生活センターとちぎ

### 地域生活について

どんなに重度の障害者でも自ら選択した地域で、自分らしく自立した生活がおくれるように 24 時間介護保障をお願いします。どこの市町村に住んでも必要なニーズに応 24 時間介護制度を全国すべての市町村で実施できるようにしてください。

また、地域生活するには、24 時間介護保障だけではなく、ヘルパーの利用制限を無くし、シームレスな支援をお願いいたします。

権利条約は、他者（健常者）と同じ生活ができるようにという趣旨

### ・入院中の介護保障

重度障害者が入院中でも、日ごろから介助に慣れたヘルパーを使えるような制度にしてください。看護師では、はじめてあった障害者に適切な介護することは出来なく、褥瘡などが出来てしまい退院するということがあります。

また、通院時の院内介助ですが、病院内の介助は、基本的には院内スタッフとあるが、患者さんの数からみても院内スタッフが対応できるような状況ではなく、慣れたヘルパーが介助できるような制度にしてください。

・通年に渡る通学、就労の場合の介助などの利用制限が課されていますが、こちらも使えるようにしてください。

・重度訪問介護や移動支援で「原則として1日を超える外出を除く」とされているが、1日の範囲内の制限を付ける理由が分かりません。

市町村によって制限が無いところがあります。

・ヘルパー・介護職員の行える医療的ケアの範囲を吸引・経管栄養以外にも広げてください。

現在、厚労省医事課（医師法の担当部署）との話し合いでは、今検討会が行われていて2012年4月から解禁予定の吸引と経管栄養「以外」の、いろんな医療的ケア（浣腸・膀胱（留置）カテーテルの管理・摘便・創傷処置などなど）は医行為か否かが決まっていないグレーゾーンということで、合意しています。

・家族同居でも家族介護を強制しないでニーズに沿ったヘルパー派遣をしてほしい。

### 地域移行について

施設入所中でもヘルパーを使える様にしてください。施設から地域で生活する準備をするにもヘルパーを利用した生活を学習するのに大切である。

・施設入所中でも外出時にヘルパーを使えるようにしてください。

・地域で生活するためには、地域で自分らしく生活されている障害者（障害者団体）から、ピア・カウンセリング、自立生活プログラム等、地域で生活するための方法を受講できるような制度にしてください。（施設入居中の障害者も対象に含めて）

### 移動支援について

外出問題は、就労をはじめあらゆる社会参加の基底に位置しており、当事者にとっては長年重要課題のひとつです。

・栃木県では、公共交通機関が未整備であり、公共交通機関での移動が困難です。措置制度の時代にはガイドヘルパーが障害者の自宅の自動車などを運転して移動介護を行える制度でした。このような以前使っていた制度を使えるようにしてください。

・移動支援は地域支援事業なので、市町村の判断によりますが、対象者を障害手帳の等級で区別するところが多いようです。等級で制度が使えるのではなく、その方の

ニーズにより、使えるようにしてください。

- ・福祉タクシーのチケットについては、全員一律支給ではなく、障害の程度や1人暮らしや家族が送迎できない世帯など、その移動環境に合わせて支給金額を増やしてほしい。(移動支援では、個人ごとに違う支給量をしています)

相談事業について

- ・相談支援をするには、相談業務にかかわる者の資質が大きく影響します。

資格を持っているか否かでなく、障害者の意見を尊重し、支援できる方がいつでも気軽に相談できるような体制をお願いします。

障害当事者によるピア・カウンセリングは、地域生活する上で、エンパワーメントにもつながり重要な支援だと思います。

その他について

- ・自立支援協議会に重度の障害当事者など介護サービス利用者を入れ、障害当事者の意見が反映できるようにしてください。

## 栃木県オストミー協会

- (1) 県行政組織の縦割り制度の改善をお願いします。

私たちオストメイトは、(用語説明：オストミーとは人工肛門・人工膀胱のことをいい、オストメイトとは人工肛門・人工膀胱を造設した人をいいます。)オストメイトトイレ及び障がい者用トイレを使用しますが、外見上は全く健常者と変わらず、使用した時に健常者と間違えられ疑いの視線を浴びます。全国どこの県でも同じ状況です。

この視線のため、使用したくとも使用しないで我慢している方が大勢いるため、ブロックサインを出して理解して頂こうとポスターを自分たちで作成しました。県障害福祉課の支援を受けて、県庁の障害者トイレ及びオストメイトトイレに貼って頂こうと障害福祉課にポスターを持参してお願いしましたが、県庁の建屋を管理する課から反対され貼り付けが不可となりました。

全国では初めての試みで栃木県全域に実行したいと市町にもお願いしました。各市町ではやって頂けた所と、やっていただけない所があります。その障害にならなければ理解できないこともあろうかと思いますが、行政の縦割り制度を是非改善して頂きたい。

- (2) 各市町での補装具給付のバラツキ改善をお願いします。

私たちオストメイトは補装具の給付を受けていますが、市町により給付基準が異なり、格差が生じています。障がい者としてどこに籍を置いても同じ待遇となるように改善をして頂きたい。また、災害時における備え(避難所にポータブルオストメイトトイレ設置)も同様をお願いします。

- (3) 障害の認定基準の見直しをお願いします。

排泄するという事は人権の最も基本的な問題であり人権中の生命権です。

直腸や膀胱がないということは本来の排泄が出来ないことであり、人権の基本的なところに障害を起こしているのがオストメイトです。排泄は人の基本的な権利であります。

オストメイトにとって最大の悩みは、排便、排尿の処理です。手術により肛門や膀胱を切除し、代わりにストーマと呼ばれる排泄口を腹部に造設し、パウチという補装具を腹部に貼っていますが、括約筋がないため、便意をコントロール出来ません。このため一時たりとも補装具を外しておくことは出来ません。

障害認定基準の見直しをお願い致します。(補装具や器具を付けない状態での判定)

## 特定非営利活動法人栃木県車椅子の会

身体障害者の地域生活に於いては移動と情報を確実に確保し役割を持って参加することにあると考えます。

### 1、バリアフリーの推進

栃木県内の公共施設及び大規模な施設のバリアフリー状況を平成 16 年に行ないました。県内約 2000 箇所の調査を行い車椅子生活者でも利用出来る施設は 1200 箇所あまり約 60%でした。

22 年に再度確認しましたが施設のバリアフリーは進んでいません、これは公共施設の新築や改修が進んでいないためと民間の施設も改修が進みません、新規大型店舗などは良くなっていますが、小規模店はバリアフリーになっておらず車椅子でも利用できる施設の率としては下がっている実感があります。

社会参加の第一歩は外出すること、行く先がバリアフリーでなくては出かけることも出来ません。

税制の優遇処置などでバリアフリー施設の増加策を図ってほしいと思います。

又、公共施設のバリアフリーの実施について期限をつけた改善計画を作してほしいです。

第 2 次意見・・・P 5 0

### 2、地域で生活する支援体制の整備について

権利条約にうたわれている、自己選択・自己決定の原則と「私たち抜きでわたしたちのことを決めないで欲しい」は現実では選択する材料があまりにも少ないと思います。

選ぶにも選ぶ事が出来ない状況に置かれています、その地域で生活する手段が一つしかないことが多いからです。

地域における支援団体や施設の拡充を計画的に行なってほしいです。

第 2 次意見・・・P 2 7

### 3、情報の提供について

視覚・聴覚の障がいを持つ人の社会参加に情報を提供する事は欠かせません。

手話・点字・要約筆記の人員要請とボランティアの育成を急ぐ必要があります。

又、情報保証にかかわる費用は公費で賄えるようにすべきです。

第 2 次意見・・・P 5 2

### 4、心の問題を教育から

県内の小中学校の体験学習で多く訪れていますが、子供たちが障害者と触れ合う機会が無くどう接してよいか分からないで居ます。

障がいを持った同年代の仲間は別世界に住んで居るような感覚で居るのではないかとされます。これでは優しさを育む教育は出来ないと思われれます。

障害のある人もない人も同じ立場で同じ席で教育を受けることが出来れば、自然と触れ合う機会が多くなり、優しさを育む心を養うことができると思います。

第 2 次意見・・・P 3 5

### 5、医療

障がいを持つ人の健康管理は常時行なわれなければなりません

障害者は健康と体調の管理が第一の仕事なのです。

定期的に関節の可動部を動かすことが必要だが、外来リハビリが制限されていることもあり関節部の異常をきたすことがある。

又、いくつかの診療科に診てもらわなければならないため総合病院に通院することが多いが総合病院が近く

に無く遠距離通院を余儀なくされている場合があるので通院にかかる費用の支援も検討して欲しい。

第2次意見・・・P36

#### 6、性の問題

障害があっても健康な子供を持つことは可能です。

脊髄損傷による車椅子生活者を始め多くの障害者は子供を持つことが可能ですが

不妊治療にかかる費用が多額で障害者の収入では治療を受けられず子供を授かることが出来ないことが多い。

子供を授かって生活に張りが出る、又、大きくなった子供は介助や支援をしてくれることが期待できるので是非、不妊治療の支援をお願いしたい。

第2次意見・・・P36

#### 7、脊損センターの設置要望について

脊髄損傷による麻痺の状態は個人差が大きく他の疾病とは違った健康管理・治療が必要となる。このために専門の治療をしてくれる病棟を持つ脊損センターを各県に設置されるよう要望します。

第2次意見・・・P36

#### 8、無年金障害者の解消

障害者の1級2級の手帳があっても障害者年金の対象にならない人がいます。

障害者基礎年金が他の年金とリンクしているため、どの年金にも加入していない時期に怪我をしたり病気で障がいを持つと無年金者になってしまうのです。

障がいを持った人の生活を保障するためにも重度障害を持つ人には全員に障害基礎年金の支給がされるようにすべきです。

第2次意見・・・P58

#### 9、中途障害者向けのピアサポート活動の充実

人生の中ほどで怪我や病気により突然重度の障害を持った人にとって、精神的なリハビリは不可欠です。

専門家による相談支援も必要ですが、一番有効なのは同じような経験を持つ人が相談者となって支援するのがもっとも精神的に立ち直れる方法と考えられます。

このような劇的な変化に対応するため仲間の意見を述べることを法的に確立していただきたいと思っています。

第2次意見・・・P43

#### 10、難治とされている病気・怪我に対する医学的治療と研究の推進

脊髄損傷は医学的に治療出来ないとされていますが、最近の研究ではiPS細胞を利用することにより、動物実験では治療できることが分かってきました。

iPS細胞を利用して様々な病気や怪我の治療に役立つことが言われておりますので、是非研究を進め、早い時期に治療が受けられるよう国を挙げて支援していただきたいです。

第2次意見・・・P38

## 栃木頸髄損傷損連絡会

### 外出支援について

頸損者の外出困難にする要因には、体温調節、介助者の確保、移動手段の確保、公共交通機関の未整備、長距離移動の困難さが挙げられます。

外出問題は、就労をはじめあらゆる社会参加の基底に位置しており、当事者にとっては長年重要課題のひとつです。

栃木県では、公共交通機関が未整備状態で、自動車保有率もトップクラスであり、宇都宮駅を中心とした交通システムです。駅を経由しないと目的地に移動できないのが現状です。また、ノンステップバス等は、中核市の宇都宮でさえ、駅前通り以外は本数が少なく、今後も運行本数が増える可能性は低く、採算の取れない路線は、廃止し、縮小の方向です。今後一層移動手段の確保しにくい現状です。また、福祉タクシーを使う場合は、重度心身障がい者にタクシー料金の一部を助成をだすところがありますが、料金が高く手軽には使えません。料金が安い有償輸送をする事業所もあるようですが、採算が取れないのが実態のようです。

このようなことを総合的に考えると、措置制度の時代にはガイドヘルパーが障害者の自宅の自動車などを運転して移動介護を行える制度でした。その方法が公共交通機関が発達していない地方では、社会参加にもつながると思いますので、ヘルパーの運転での制度に戻して利用しやすくしてください。

道路運送法上は障害者の車（や障害者が借りてきた車）ならヘルパーが運転しても問題ありません。

## (社) 栃木県視覚障害者福祉協会

一人の視覚障害者が日常生活や社会生活を営むには、以下のような点に対して不自由を感じながら生活しております。この不自由さが改善されるようご理解とご検討をいただければと思います。

### 1、移動（同行援護）の自由の改善を

- (1) 社会の人々は自由な時間に自由に行動し、豊かな食生活をしております。しかし、視覚障害者は行動の制限によって、豊かな食生活を営むことが出来ないのが現状です。
- (2) 日常生活を豊かにするため、外出の制限を改善されたい。
- (3) 緊急時における必要不可欠の外出が出来るよう、制度の充実を図られたい。

### 2、情報提供とコミュニケーション事業が連係された制度の充実を

- (1) 社会の人々は、視覚によって情報の80%が得られます。視覚障害者は、残りの20%の情報で生活しております。この点を理解され、十分な情報が得られるよう制度の充実を図っていただきたい。
- (2) 責任ある行動をするには、署名や文字を書くことが求められます。この不自由さが改善されるよう、制度の充実をお願いしたい。

文字が書けない、文字が読めないということは、個人の財産管理やプライバシーが守られないことがしばしばあることを理解されたい。

### 3、バリアフリーおよびユニバーサルデザインの充実ならびに福祉の心の教育の充実を

視覚障害者は、十分なバリアフリーやユニバーサルデザインが整ってもそれらを使いこなせず、社会の心の支えがなければ目的地へ行くことや目的を達成することが出来ません。このような事情を理解され、福祉の心を育てる教育の充実を求めるところです。

### 4、ホームヘルパー利用の改善を

ホームヘルパーを利用するにあたり、今の制度では、介護保険や障害者自立支援法の矛盾によって、視覚障害者が日常生活面や入院状態にあるとき、ホームヘルパーの利用が出来ず大変不自由しております。

この不自由が改善され、安心して入院や闘病生活が出来るよう、制度の改善を求めたいです。

#### 5、視覚障害者の自立と社会参加の促進を促すためのリハビリテーション制度の充実を

今の医療点数制度では、視覚障害者の自立や社会参加を促進するためのリハビリテーション制度はありません。したがって、他の障害者と比較すると視覚障害者の自立に要する歳月は大変長くなります。このため、一日も早く自立されるよう、リハビリテーション制度の設置を求めるところです。

以上、述べてきた問題点が一日も早く改善され、制度の充実が図られますことを望みます。また、私たちは制度の充実ばかりではなく、地域社会の温かな心の支えによって生きがいを感じる場所が多いです。したがって、地域福祉作りをしていただければ、一人の人間として、安心して安らかな生きがいのある生活が出来ることを知っていただければ幸いです。

### 特定非営利活動法人栃木県障害施設・事業協会

- ・介護保険との統合を前提とした制度による障害程度区分は、知的障害者の特性を反映したものとなっておりません。また、市区町村によって区分認定や支給決定にばらつきがあります。支援の必要性や個人のニーズを重視した全国共通の客観的な視点に基づいた尺度を作ってください。
- ・自己選択と自己決定の理念を重視し、現行制度による利用制限を見直してください。
- ・事業の利用を昼夜分離としているにもかかわらず、施設入所支援に関わる職員を本来日中支援にあたるべき職員で穴埋めさせていることから、日中活動サービスの質の低下を招いています。
- ・障害者の「安全と安心」を保障する制度として国、地方行政が責任を持つ制度とすることが必要です。
- ・グループホーム・ケアホームの夜間支援を含めた体制の充実を図ってください。
- ・医療的ケアを必要とする利用者は、事業所の利用が制限されます。本人や家族にも許されている程度の医療行為については事業所の支援スタッフにも、認めてください。そして、その範囲を広げてください。これにより、多くの利用希望者が、事業所選択の範囲を広げる事ができます。

### 栃木県社会就労センター協議会

1. 平成 25 年 8 月から施行予定の「総合福祉法案」における就労支援の場・活動支援の場等の体系の提案
  - ・別紙資料（平成 22 年 12 月 16 日セルフ協障害者制度改革対応特別委員会（常任協議員会）で承認済み、ただし、今後の協議員総会に向けて変更の可能性もあり）
2. 障害者制度改革の推進のための第二次意見から
  - 第 2 次意見では福祉的就労という言葉がなくなり、労働施策中心となってしまっている。
  - 新体系移行に伴い、福祉的就労の利用者は 20 万人以上になるが労働施策に移行できない 8 割以上の利用者の働く場がなくなってしまう恐れがある。
  - 「支援雇用型」と「作業支援事業」の両立が障害者の働く場として重要である。
3. セルフ協が目指しているのは、雇用の場が活動の場では割り切れない働く場の必要性
  - ・そして、何処にいても、対等であることに変わりはないこと。
4. 障害保健関係予算の飛躍的な増額が必要
  - 障害者分野の施策支出と対国民所得および対国内総生産比は、日本（1.2%、0.88%）に対し、アメリカ（1.82%、1.47%）、ドイツ（3.97%、2.95%）、スウェーデン（8.45%、6.02%）であり（2005 年度 OECD レポート）、日本の障害保健福祉関係予算は諸外国と比べ、格段に低い水準にある。

## 栃木県肢体不自由児者父母の会連合会

重度重複化する障害者、親と子の高齢化と共に社会環境の変化と福祉施策もめまぐるしく展開、今までにない転換期を迎えるなか、障害者権利条約の批准に向けて「障害者基本法」の改定と障害者自立支援法に代わる障害者総合福祉法（仮称）の制定作業が進められている現在、父母の会の原点である、ノーマライゼーション社会を実表することであり、新たな場障害者福祉のビジョンを拓くため種々の課題解決に向けて父母の会の会員の真剣な意見・要望を実現することを目的とする。

### 意見・要望

1. 障害者年金・特別障害者手当等を拡大し、所得保障の充実を早急に図るとともに地域社会で自立した生活が営めるよう、所得・給付制限の緩和「住宅手当」の創設を図られたい。
2. 多様化する重度障害（医療的ケアを必要とする障害者を含む）のショートステイ施設の増設・増床および事業運営を助成し保護者の支援を図られたい。
3. 親の高齢化に伴い緊急一時短期入所の必要度が増している。療護施設・重心施設等の福祉施設で対応できるよう支援（財政支援を含む）を図られたい。
4. 公共施設及び交通機関のバリアフリー推進のためエレベーターの設置の義務化などさらなる指導強化（国土交通省）を図られたい。  
さらなる指導強聴く（国土交通省）を園もれたい。
5. 相談支援のプロセス（程度区分）の見直し（障害者本人の生活設計に沿った物差しへの切り替え）を検討されたい。
6. 日中活動、グループホーム・ケアホーム住まい方の支援・地域支援事業等の見直しと、自治体の役割分野の担当、日中活動の場所の設定、家賃補助の検討。
7. 特別支援教育の在り方について、障害者権利条約の目的を達成するのに「インクルーシブ教育」を構築するのに常に場を共にすることを追求される、就学先の決め方については「保護者・本人の意見と学校・教育委員会の意見の一致」障害のある子は原則として特別支援学校へ、障害のない子は普通校へと就学先を分ける現行の法制度は障害の有無で異なる取り扱いをしており、権利条約の規定に合わない等の意見、普通学校でもニーズに応じた支援を（合理的配慮）提供される不備の悩みである。（文部科学省）

## 栃木県自閉症協会

障がい者制度改革推進会議において、制度の谷間をなくす考えに大いに期待をしています。

< 障害者制度改革に期待し評価していること >

- ・ 基本的考え方...障害について「社会モデル」的観点からの新たな位置づけについて

障害の捉え方を医学的モデルから社会的モデルに国民全体に意識改革を図るということについては、自閉症をはじめとする発達障害の（特に知的遅れの無い）人たちのように、外見からは分かりにくい社会生活の上で大変な困難を抱えている人たちにとって、非常に意味のある改革であり、大いに期待するものです。

< 希望すること >

- ・ 言語・コミュニケーションの保障について

手話通訳、点字等の支援と同様に、知的障害や自閉症をはじめとする発達障害のある人たちに対しては、障害特性に合った具体的な視覚的支援、構造化等を取り入れて、コミュニケーションの保障を図ってください。教育現場においても、同様に望みます。

- ・ 教育について

インクルーシブ教育を押し進めるに当たって、障害特性に合わせた合理的配慮を保障されることが不可欠です。合理的配慮のないインクルーシブ教育は発達障害のある子どもたちにとって、かえって混乱を招き、二次障害を引き起こす要因にもなりかねません。

また、教職員の専門性についても重要です。特別支援教育は、障害の有無やその他の個々の違いを認識しつつ、様々な人々が生き生きと活躍できる共生社会の形成の基礎となるものであり、障害のない子どもたちにとっても意味をもつものだと思います。「特別なニーズをもつ子ども」の主体性を尊重しつつ、できる支援のかたちとは何かを考えていく本当の意味での特別支援教育を目指してほしいと思います。

義務教育だけでなく、高校、大学においても同様に希望します。

#### ・地域生活について

障害のある人たちが家族に依存することなく、当たり前のように地域で暮せるように、地域社会の環境整備と人的支援体制の強化を望みます。

既存の入所施設、グループホーム、ケアホーム以外にも、様々な個別のニーズに応じた形態、例えば、既存のグループホームと入所施設の間隔的なもので、独身寮のような形態（共有スペースと個室の両方が確保されていて、世話人が常駐している）も考えられます。また、それらの施設を利用し将来の自立に向けて体験ができるようなショートステイや、住み慣れた自宅にヘルパーが訪ねて、それぞれのニーズに応じた支援をしてくれるような居宅支援サービスの充実を望みます。

さらに、すべてのサービスにおいて障害特性を十分に理解した方が関わられるよう支援者を養成するとともに、手帳のあるなしに拘わらず合理的配慮のもとに利用できる多様なサービスを整備し、親亡き後まで安心して暮らせる支援システムの構築を強く望みます。

## 栃木県重症心身障害児(者)を守る会

### (1) 重症心身障害児者の入所施設について

障がい者制度改革推進会議において、『施設から地域移行を！』の意見があると開きます。地域移行そのものに反対するものではありませんが、重症心身障害児者は常に医療を必要とし、その命を守る為に医療を伴った入所施設は必要不可欠です。重症心身障害児施設の存続を強く訴えます。

重症心身障害児は18才を越えても、医療的観点からも福祉的観点から見ても発達支援が欠かせません。従って、18才という年令で区別するのではなく、いわゆる『児・者一貫』の制度の維持を要望します。

近年、産院において重症化した乳児が増加傾向にあると言われていています。NICUを退所した超重症児の受け入れ先として、重症心身障害児施設の高度医療の充実が必要です。

### (2) 重症心身障害児者の在宅支援について

緊急時のよりどころとして、重症心身障害児者をよく知る医療機関は絶対に必要です。このことから重症心身障害児施設はなくてはならない存在と言えます。更には医療が可能な短期入所施設の大幅な増設と既存の更なる充実を強く要望します。

重症心身障害児者の通園施設の法定化を求めます。そして、重症心身障害児施設に併設した通園施設の増設を望みます。加えて18才という年令に関係なくサービスが受けられる体制も必要です。

### (3) 重症心身障害児の教育について

障がい者制度改革推進会議においてインクルーシブ教育について論じられていますが、重症心身障害児はその障害の特殊性から一般の学校における教育は困難と考えます。保護者の学籍選択の自由は尊重しますが、現行の特別支援学校の更なる設備等の充実と教員の技量研鑽を図る事で、より高い専門性を備えた教育を期待します。

## 社団法人栃木県精神障害者援護会「やしお会」

当会では精神障害の障害評価と人権尊重の観点から見た医療の課題について、「第二次意見素案」に対しての意見をまとめた。

### 1. 第二次意見に関して

#### 1) 支給決定の仕組みに関して…障害の評価について

(障害者基本法ではないが…)

現在の障害者自立支援法の障害程度区分に精神障害や知的障害が反映されにくいことは周知の事実であり、これから改善されてくるものと思うが、経過の不安定さを持つ精神障害については、やはりこの「生活のしづらさ」や継続した関わりの重要性を強調し、更なる理解を求めたい。障害者基本法や自立支援法は三障害に対応するものとなっているものの、経過の不安定さを持つ精神障害については内容的に十分に鑑みられているとはいえず、結果として福祉サービスの報酬も低く見積もられている。

グループホームは最も報酬の低い事業であるが、症状の悪化の際には頻繁な受診や内服の支援及び看護、関係機関との密接な連絡など濃厚な支援が必要となる。事業は利用者が安定し平穏無事な状態に合わせて運営できるわけではない。

また、就労継続支援や就労移行支援についても同様で、常に健康の管理や生活支援までを同時に行っている。

障害者制度全般に係る課題として、精神障害についての適正な障害評価を求める。

#### 2) 労働及び雇用に関して

精神障害者の雇用義務化には異論なし。

(障害者基本法ではないが…)

現在の障害者自立支援法においては就労後のアフターフォローについては全く対応できていない。これは制度的な欠陥である。就労時点で福祉サービスの請求対象からは外れてしまい、その後のフォローアップは障害者職業センター等の公的機関と支援にあっていた民間法人の任意の取り組みに委ねられている状態である。公的機関のフォローは半年程度の期間であり、その後は支援を行ってきた民間法人が全くの無報酬でフォローを続けている。平成 18 年の自立支援法施行以来、すでに現事業利用者よりも就労後のフォロー利用者の方が多数となっている事業所もあり、現場では十分な対応ができず苦慮している。

病状や生活経過の不安定さは精神障害の特性であり、職業生活の継続については適宜対応できる支援者との繋がりが必要な条件となっている。

生活経過の不安定さを持つ障害者に対して、職業生活継続の為にマンパワーが是非とも必要である。

#### 3) 「社会的入院の解消」… 十分な情報提供 24 時間 365 日の相談支援

これでは解消しないと思われる。「こころの健康政策構想会議」提言では 精神保健医療福祉一体の 365 日 24 時間サービス 多職種チームによるアウトリーチを提案し、その実現のための財源とマンパワー確保の方法として、 精神科病床の半減 精神科特例の廃止を提示している。

この方法によれば現在の社会的入院を解消し、新たな社会的入院を予防できるものと考えられる。

「非自発的医療に～」に関する本文記述後段に「ニーズに基づく必要精神科病床数を割り出し、それを超えた部分は国の責任で削減させる」とあるが、現在のマンパワーと精神科特例の廃止ありきで、それを根拠に病床数を割り出し、削減を進めるべきではないか。その方が現実的と考える。さもないと何をニーズと捉えるかによって大きく数字が動く可能性もある。

#### 4) 「非自発的医療に係る人権尊重の観点からの適正手続の確保等」

第三者機関の監視を強めること 保護者制度を廃止し公的機関がその役割を果たす、とあるが、それで

十分か。

非自発的入院に係る患者の人権をより尊重していく方向性に異論はない。

しかし非自発的入院の問題の本質は、悪化を未然に防ぎ早期に対処できていないことにある。アウトリーチと対極にある「病院に来れば診る」という医療の体質や地域の精神保健機能の低さこそが課題である。この整備がなされない限り、保護者制度を廃止しても家族や病気を持つ当事者の苦労は変わりようがない。

更にその背景には、多くの責任を医師が負っている現在の医療体制にも課題が大きいと考える。精神科の医師は一日数十人の外来患者をこなす中で、精神科特例により多くの入院患者を受持ち、その全てに対して指示をしなければならない。医師も疲れている。他の職種はその指示の範囲での業務となり、その専門性を発揮する機会が少ない。

更に我国の場合は、その医師は病院経営者でもあるから尚更権限は大きいものになっている。

非自発的入院の決定過程においても多職種や公的機関などとの合議で決定されるなど、医師の独占業務でなくしていく工夫が必要と考える。

## 2. その他

今後の精神保健・福祉サービス体制のあるべき姿については、本年5月、前・長妻厚生労働大臣の諮問に対する回答としての「こころの健康政策構想会議」における「精神疾患対策基本法（仮称）」制定の提言という形でまとめられている。これは専門家・当事者・家族、総勢90名にのぼる会議によるものであり、当事者・家族のニーズを基本として作り上げられたものである。

今後の「基本的な方向」のまとめにあたっては十分に整合性をもった上ですすめて頂きたい。

## 栃木県遷延性意識障害患者・家族の会「らいめい」

### 遷延性意識障害者の現状

遷延性意識障害とは嘗て植物症（植物状態）と言われ、原因は、脳血管障害、頭部外傷（事故等による）低酸素脳症等の脳損傷を原因とする一次中枢性神経系と、脳損傷以外（糖尿病や肝性脳症等）の二次中枢性神経系の意識障害がある。その判断基準として1976年に日本脳神経学会が次の6項目を満たす状態が、いかなる医療の努力によっても、殆ど改善する事がなく、満3ヶ月以上経過した場合と定義された。

自力で移動出来ない 自力で摂取出来ない 尿尿失禁状態である 目は物を追うが認識は出来ない

「手を握れ」「口を開け」などの簡単な命令に応じる事もあるがそれ以上の意思疎通が出来ない  
声は出すが意味のある発語は出来ない。

しかしこれらの判定は必ずしも全ての患者に当てはまるものでなく、個々の患者により症状はまちまちで、私見になりますが、むしろ下記具体的表現の方が分かり易いと思います。

### 四肢麻痺、コミュニケーション不能、体温調整不能、尿尿失禁状態、身体拘縮、気管切開、胃瘻造設、全面介助要

実は1997年の障害者自立支援法の中で、重度障害者包括支援の対象として遷延性意識障害と明記されたことにより、ようやく福祉制度上において遷延性意識障害と言う障害が明確に位置づけられました。

しかしながら、今回自立支援法が廃案となり、新規総合障害福祉法に変わる中での、障害者制度改革推進会議の発足により、総合的な障害制度の抜本的見直しが縷々なされ、既に遷延性意識障害に関しても、推進会議の中で、私どもの母体である全国遷延性意識障害者・家族の会による現状及び問題提起のヒヤリングがなされていることは大変結構な事であると思います。特に第一次意見書で、障害者を「障害あるもの」とせず、社会構成の一員として考えるべきとしている点、共感出来る。また障害者の医療、施設、行政は

従来、すべて医学ヱルにより決められていたのを、社会ヱルに切り替えて仕切りなおすべきとの意見は尊重されるべきものである。

しかしながら遷延性意識障害の場合には一般に症状がぼやけ、ややもすると軽く受け止められることがしばしば見受けられるため、障害者間の差別と誤解をなくすため以下の意見を申し述べた

### 基本的施策に対する意見の具体例

#### 1) 遷延性意識障害の場合には障害者一人ではなく、介護者との二人三脚としての、社会ヱルの構築が必要

第一次、第二次意見書とも、具体例になると、殆どの項目で、遷延性意識障害者の置かれた立場を擁護する文脈が見当たらない。どうも第一次、二次意見者での根底にあるのは、どんな重度の障害でも自立でき、自己主張が出来るものとして扱われており、残念ながら自からの意思伝達が不能な遷延性意識障害者が社会生活上の人権を配慮した内容の文脈は見当たりません。

先ず遷延性意識障害者は自分の意思を他人に全く伝えられないこと。まして自立、自己主張することは不可能です。日常生活の全てにおいて、24時間看護・介護者の全面援助なくしては一人の人間（または人格）として社会生活を送ることは出来ません。

自分の身体に異常（痛み、かゆみ、が起こっても、また外的な要因、若しくは危害が加えられても、四肢麻痺の為、手足を含む身体は動かず、当然声も出せず、その危険な状況を自己で感知しても、他に伝える事が出来ません。従って看護者・介護者が患者より一時も眼を離すことが出来ないのが現状です。如何に在宅療養での介護が大変であるか、容易に判断される場所であると考えますが、それ故、もはや介護者の身体的、精神的な疲労は限界をはるかに超えております。

病院療養では看護師の不足のため、全て家族の介護が現実が必要です。病院、在宅療養に拘わらず、身体移動時には介護者の不注意による一瞬の隙に、重大事故、延いては生命に拘わる危険な場合が多々あります。今回、こう言う人たちも当然、幸せな生活権利を保障する制度に改革して行くのが推進会議の役割であると信じておりますが、前述の通り、このような重度の障害者を擁護する内容の文脈が見当たりません。是非とも遷延性意識障害の場合には障害者一人ではなく、二人三脚としての、終始、家族を含む介護者とが関係する社会ヱルの構築が必要と考えます。

#### 2) 「難病、その他希少疾患等」を「難病及び遷延性意識障害、その他希少疾患等」に修正必要。

遷延性意識障害は、最重度障害とされている神経難病の ALS と同等、若しくは遷延性意識障害は意思伝達が出来ないことを考えればそれ以上の重度障害でありながら、今だ、国の実態調査もなく、難病にも、特定疾患にも入っておらず、医学ヱル上での差別が甚だしいものです。

従って先ず、第二次意見書の4)健康、医療の[難病、その他希少疾患等に対する適切なサービス提供及び調査研究の推進]の中で、難病、その他希少疾患等(以下難病等という)を難病及び遷延性意識障害、その他希少疾患等(以下、「難病及び遷延性意識障害等」という)に修正願います。

今後、遷延性意識障害を社会ヱルで取り扱う場合には、意思伝達の出来ない最重度障害者として、他の障害と一線を画す意味で、また障害の大枠から特例として個別に取り出して検討されるべきものであるため、是非、文面に遷延性意識障害を明記願います。

#### 3) 地域生活では遷延性意識障害者は長期入院できる病院・施設の拡充が必要

基本的施策関係1) 地域生活の[地域移行]の中で、論じられている内容は、遷延性意識障害者とは全く逆の考えで、その理由は次の通りです。

既に述べた如く、遷延性意識障害は確定した治療法がなく、病院・施設から敬遠され、治療が長引くと診療報酬面から儲からないと、病院を強制的に出され、病院から病院へと転々とさせられております。

家族は川べり等、希望する病院を探すのに、心魂尽き果てております。また運よく病院が見付かって入院出来ても病院側は家族にまた次の病院を探すように言われます。

一方、国の政策として以前より在宅療養を推奨しているものの、全ての患者が在宅に移れるものでもなく、まして病院側から、在宅療養のちゃんとした準備・指導もなく、在宅療養に移行を暗に強要されております。本来入院者が在宅療養に移る場合は、病院での適正な治療がほぼ終了し、ここまで回復すれば、在宅でも問題ないと医師が判断したあとに、在宅療養に移るのが普通ですが、遷延性意識障害の場合は、医師からは、「どこの病院に行っても治療は同じで、ただ寝ているだけ」と言われ、在宅療養と言う選択肢のない選択を迫られます。在宅療養での治療に対しても、特段の指示がなく、殆どの病院ではその処方家族に丸投げしているのが現状です。

一方、遷延性意識障害患者の場合には在宅ではただ寝ているだけではなく、機能回復に向けた看護川べり-ションが必要です。もちろん在宅ではそう言う川べり-リが自動的に天から振って来る訳でなく、家族が必死の思いで、情報収集した中から、獲得できることで、毎日の生活介護に加え、この機能回復の専門的で過酷な川べり-リを実施するため、どの家族もわが身を犠牲にして取り組まなければなりません。特に中途障害者の介護者の年齢は高く、「らいめい」代表である私自身、実は3度の入退院を繰り返しており、既に数々のドクターストップを受け、何時倒れても可笑しくない状態ですが、それでも、川べり-りを止めることは出来ません。現在のAさんも良く遣って貰えますが、専門的訓練を積んでいる訳ではなく、危険なところは家族が遣らざるを得ません。このための身体の疲労は筆舌に尽くし難いものです。

従って、栃木県遷延性意識障害者・家族の会、家族の24時間介護の大変さを緩和して欲しいがために、長期入院の出来る病院・施設の設定を訴え続けております。遷延性意識障害は将に、医療と福祉の谷間にあり、早急に遷延性意識障害者の家族のための、レスパイト、グループホーム、ケアホーム等の法制化を切に望みます。

## 栃木県知的障害児(者)施設保護者会連絡協議会

本会の要望は全国知的障害者施設家族連合会（全施連）と同じ内容で要望します。

「知的障害者が安心して暮らせる入所施設の存続を求める」

- (1)知的障害者が安心・安全に暮らせる24時間、昼夜一貫型支援の入所施設存続を求めます。
- (2)障害者を程度区分で機械的に振り分け、福祉サービスを制限する障害程度区分は即時撤廃し、本人に必要な支援・サービスが受けられる制度を早急に変更してください。
- (3)障害者自立支援法廃止宣言を矛盾する新体系移行は施設の利用に任せてください。
- (4)福祉サービスにかかる報酬の額制は日学生に戻してください。

栃木県としての要望事項

災害対策が栃木県として遅れている（神戸震災の教訓が生かされていない）

神戸の問題点

- (1)病院に行っても混乱していて、時間がかかり薬をもらえなかった。
- (2)避難所暮らしで、当時養護学校4年生の子にパニックが起きて夜眠れなかった。（仮設住宅が障害者専用の個室がほしかった。）
- (3)障害者施設が壊れた利用者30人と職員が大阪のある施設に全員（1ヶ月）お世話になった。

他県の災害時の取り組み状況は、医師会、弁護士会、歯科医師会、薬剤師会その他横の連携が取れている県もある。栃木県は現在、医師会と看護師会をみの連携との事（県議会一般質問答弁より）薬がもらえない神戸と同じようになる可能性がある。

保護者会として、栃木県障害施設・事業協会と災害を想定した横の連絡の必要性を 12 月の合同研修会で取り組みを呼びかけた。(県行政から各市町への指導を要望します。)

## 栃木県中途失聴・難聴者協会

身体障害者福祉法の聴覚障害者認定の見直し

日本の身体障害者福祉法の聴覚障害認定基準(両耳 70dB 以上の障害)と等級は国際基準(両耳 40dB 以上の障害)を逸脱しており、多くの聴覚障害者を福祉法の対象から排除している。

身体障害者福祉法の等級見直しをすべきであり、コミュニケーションに困っている全ての聴覚障害者を対象にした制度にしてください。

## 栃木県聴覚障害者協会

当会は日常のコミュニケーション手段に主に手話を使うろう者の集合であり、栃木県内に於いて 70 年の歴史を有する団体である。

今回の「障害者制度改革に対する意見・要望」第一次意見について基本的に賛成する。

以下、各項について、事例などを述べたい。

### 8) 情報アクセス・コミュニケーション保障

聴覚障害者が一番直面するのがコミュニケーションの保障、及び情報アクセスの問題である。現在の社会は音声言語によるコミュニケーション、情報が中心であり、聴覚障害者(ろう者、難聴者、中途失聴者)は耳より音声が入らず、視覚による言語である手話または文字でコミュニケーションを取るという別の言語手段を持っている。視覚障害との重複障害者である盲ろう者にいたっては、視覚も利用できないので、手先の触覚による、点字または触手話を使用する。

その結果、音声情報が入手出来ない。そのために手話通訳者、要約筆記者等の情報支援者の質、量の拡充を望みたい。しかし、手話通訳者、要約筆記者の身分保障は低く、職業としては成り立ちにくい。そのためほとんどの手話通訳者、要約筆記者はボランティア身分として主婦が多い。このような状況では聴覚障害者の「労働及び雇用」「教育」「医療」問題は解決できない。また、その手話通訳者の数が絶対的に足りなく、多くの聴覚障害者は日常の生活には何とか筆談等で生活しているが、学校、銀行等公的な機関、商業施設ももっと手話の出来る人を増やすべきである。病院、学校、銀行、商業施設等が手話の出来る人、手話通訳者を準備できないために、手話通訳者派遣制度があるわけだが、障害者自立支援法の応益負担の考え方の例で、栃木県内では病院、学校の面談、PTA 会合、銀行、商業施設において手話通訳を利用するのに聴覚障害者から利用料(1 時間 150 円)を徴収する例があった。障害者自立支援法設立から栃木県内の聴覚障害者団体及び支援者団体で運動を進め、平成 22 年 4 月には手話通訳の利用料を徴収している行政はなくなったが、学校での担任教師との面談、PTA 会合で子供の同級生の親と会話するのに聴覚障害者のみがお金を払うというという考えは異常としかおもえない。

同様に考えた場合、視覚障害者のガイドヘルパー制度が視覚障害者の利用負担なのはおかしいと思う。視覚障害者がガイドヘルパーを利用して社会にできることもコミュニケーション手段と理解する。

### 1) 労働及び雇用

聴覚障害者は他の障害者と比べ比較的の身体の行動障害が少なく、就労しやすいが定着率が低い。これはコミュニケーション問題により職場でコミュニケーションが取れない、精神的に孤立するなどがある。また周囲が聴覚障害者に対するコミュニケーション手段の無理解があり、聴覚障害者のエンパワーメントを引き出せない状況もある。またエンパワーメントの環境も都市部と地方で、差が大きく、聴覚障害者の

大都市集中を招いている。

## 2) 教育

インクルーシブ教育の理念は理解するが、ろう、盲、盲ろうの子供たちの場合は、普通学校にインクルーシブすることが必ずしも社会的なインクルージョンにはつながらずむしろ学校内で孤立する例もある。子供、学生が自らの可能性を最大限に引き出すのを助けるものとして、

盲、聾学校という分離教育の選択肢を選べることは評価する。

現状、栃木県内に於いて、小、中学校は「難聴学級」を設置するなど聴覚障害児に支援体制はあるが、高校は全くなく、個人の努力、家族の支援でしのいでいる状況である。例えば、40人学級の中に難聴学生1名とか、教師の無理解で、黒板に向かってしゃべっている。クラスメートのノートを見せてもらって。教師の話をレコーダーに取って、家族にテープ起こししてもらってるなどである。

大学においても現在県内で聴覚障害学生が在籍しているがどうかは情報が無いが、授業支援の進んでいる大都市圏の大学に進学するか、希望する大学に聴障者に対する授業支援がない場合は入学してから授業支援の準備を始めることとなる。また原則として大学内で授業支援体制を組むこととなっているため 学内で学生ボランティアを募集し、ノートテーカーなど養成となる。学外からの支援も専門科目のためボランティアレベルの手話通訳、ノートテーカーでは人数的にも質的にも対応できない。手話通訳者等情報支援者の身分保障を向上し、高度な知識、専門知識を持った情報支援者の養成が望まれる。

## 4) 医療

聴覚障害者と関係の深い医療機関は耳鼻科であるが、聞こえないことに対する理解が少なく、精神的なケア、社会生活的なケアの知識が不足している。

障害者手帳判定についても医学モデルで判定せず社会モデルで見て判定する知識を求める。

## 栃木県難病団体連絡協議会

### (1) 障害者制度改革のための第二次意見について - 難病患者の立場から

今回、難病当事者が入っていない推進会議でさえ、「障がい」の概念に難病を含めようとしたことは歓迎すべきことだと考えます。しかし、「難病」の概念を特定疾患だけなどに狭く理解するならば、「谷間の解消」どころか新たな谷間の創設になってしまうので、十分な検討がなされなければならないと思います。

### (2) 難病対策の地域での問題点

今回の推進会議の議論には直接関わりはありませんが、私たち難病患者、障害者の地域での問題点のひとつとして取り上げたいと思います。

地域の難病患者のニーズに応えるべく難病相談支援センターが近時全国に設置されました。これ自体はとても嬉しいことなのですが、我が栃木県では、その場所が栃木県健康増進課の一隅にあり、難病患者の誰でもが気楽に相談をしに来られるというような雰囲気にはありません。難病患者の立場に立って、速く独立した場所に移転設置することを要望しております。

### (3) 難病患者の置かれている具体例

次に、個別具体的なお話になりますが、関節リウマチのお話をさせていただきます。効果的な治療法のなかった関節リウマチには、最近、画期的な新薬が発売されました。とてもよくなるので痛み、激痛の中にいた患者にとって、人生観が変わってしまうほどの効果のある薬です。

しかし、ずっと使い続けなければならずしかも高価だという問題があります。月に検査費用を含めて4万5千円の出費を続けなければなりません。そのお金が払えないために使えないと涙ながらに訴えてくる患者さんがいらっしゃいます。

本来このような問題は高額療養費制度が充実されることによって解決されるべきだと思いますが、現在では、所得の格差は治療の格差となってしまうのです。さらに、栃木県では3級の身体障害者に対する医療費助成は行われておらず、出来るだけ、機能障害の少ない発病初期に使った方が効果が高いお薬が、障害の重くなって始めて助成を受けて使えるという不合理な状態になっているのです。

## とちぎ高次脳機能障害友の会

障害のとらえ方が国民全体に意識改革が図られるという事になれば外見からは分からない人たちにも非常に生きやすくなると思います。それにはまだ教育の場にも医療、介護、福祉の場まで、一貫した専門性とその場柔軟に対応できる人材の育成を望みます。外見から分からない障害は他の人に理解を得るまでに相当の時間と労力が必要な今、社会全体何割かの人が対応出来れば混乱を避ける事が出来ると思います。障害者の制度改革に当たってその障害特性を十分に理解し縦割りの制度ではなく他の障害についても幅広く、一括して解る様になれば良いと思います。手帳によって受けられるサービスがとぎれない制度がほしいと思います。タイガーマスク現象が起きている中、やさしい人が世の中には沢山いらっしゃいます。これから共に共生出来る様互いに障害を理解しつつ学べる機会が欲しいと思います。意識向上の為の学習の場として、スポーツや芸術、レクリエーション等障害や手帳の種別の有無等に関係なく交流出来る場を積極的に設ける事が不可欠です。健康な人で有っても明日も健康で有ると言う保障は有りません。その為に一人一人が常に何らかの手助けが必要な時に自然に行動ができる様な社会になる為、学習する場と人材の育成が必要ではないでしょうか？障害とは捉えないで個性であると認められる社会になれる様、願っています。インクルーシブ教育が確保される時、個人の必要に応じた「合理的配慮」は是非とも必要だと思います。互いが個性を認め合いながら学べる場は、今までは有りませんでした。教育の場から慣れて行ければ子供たちが社会人になった時、もう少し、共生出来る社会になって行く事を期待しています。

## とちぎ脳卒中者と家族の会

### 1、障害者雇用について

- ・障害者雇用率制度の改善を図ってください。

障害者雇用率は法律で定められているにもかかわらず、

- ・福祉的就労に就いている障害者の工賃のアップについて

福祉作業所などに通所している障害者の賃金はとても少なく生活の足しにもならないと言われていました。

障害者の生きがいと活力を生かすためにも是非工賃アップの方策を採ってください。

- ・障害者に対する通勤支援、身体介助、職場介助などを障害者雇用促進法の見直しに入れて欲しいです。

### 2、所得保障について

- ・障害者が地域について自立した生活を営むために必要最低限の所得保障がなされるべき

とりあえず障害者年金アップと1・2級だけでなく4級くらいまで障害者年金を支給して欲しい、等級により差別があり過ぎると思います。

### 3、住宅の確保

- ・障害者が生活する賃貸住宅の数があまりにも少なく住み慣れた地域で安心して住んでられない。

- ・家賃等の負担も大きいので助成されるか所得の保証をして欲しい。

- ・住み慣れた地域で安心して生活するために途中で障がいを持った人の為に住宅改修の補助金のアップを

して欲しい。

#### 4、医療費の負担軽減について

- ・医療に係わる経済的負担が大きいので軽減策をとって欲しい。
- ・現在の重身医療補助制度は障がいの思い人が対象となっているが範囲を広げて欲しい。
- ・障害者は継続的に治療する人が多く、治療費の負担は生活レベルに大きく影響します。

#### 5、リハビリの必要性について

- ・中途障害者の後遺症の改善にリハビリによる治療は欠かせません、特に麻痺の残った部位の改善は本人のもっと望む所です。
- ・この為病院でのリハビリ施設の増加と改善をしてください。
- ・その日数も180日で切るのではなく、個々の状態に応じた延長をして欲しいです。
- ・通院サービスの充実も同時に改善してください。

#### 6、バリアフリーの推進について

- ・都会に比べて地方の施設や道路のバリアフリーが遅れているのが目立ちます。
- ・公共施設についてもまだまだ万全とはいえません。
- ・バスもノンステップや低床型がとても少ないのが現状です。
- ・計画的にバリアフリーの推進を図るよう要望します。

#### 7、福祉タクシーの補助金の拡大

- ・重度の後遺症がある場合、自力で動けないものにとって移動に掛かる費用は大きいものとなっています。
- ・公共交通の改善が進まない中で福祉タクシーの利用は欠かせないものとなっています。
- ・福祉タクシー利用に対する補助金の拡大を図ってください。

#### 8、障害者・高齢者駐車場の一般利用者に対する罰金制度の制定

- ・障害者・高齢者駐車場へ障がいがないと思われる人の利用が多く、障がいのある人の利用に支障をきたしています。
- ・注意しても不心得な人は減りません、是非、罰金制度を制定し取り締まって下さい。

#### 9、障害者への情報保証について

- ・災害時における緊急情報の提供を確実にしてください。
- ・移動の困難な障害者の避難場所への移動手段的確保についてあらかじめ計画を立て事前にアクセスを開示してスムーズに誘導できる体制の確保
- ・耳や目、言語に障がいのある人への情報をどのように伝えるのかを計画を立て誰でも適切な場所へ避難できるようにしてください。

### 栃木盲ろう者友の会「ひばり」

盲ろう者は、聴覚障害と視覚障害の二重障害者であり、社会的にまだ認識されているとはいえませんが、4年さえに国連で採択された障害者権利条約に明記されています。日常生活において、自力で聞く情報や見る情報をキャッチできないため情報障害が二次的に生じて、社会自立をはばまれています。さらに、外出なども苦勞が多いありさまです。就労問題も深刻で、一般社会は盲ろう者に適した仕事が提供されず、家に閉じこもっている方がほとんどいます。

現在盲ろう者向けの介護員（通訳介助者）派遣制度が設置されてから5年になり、盲ろう者のニーズに合わせて情報保障サポートや移動サポートなどを受けています。その派遣制度は県から委託されていますが、県の財政事情が厳しく、年間利用時間が240時間と制限されています。そのため情報保障（触手話通訳や

接近手話通訳、拡大筆記通訳など)や移動(買い物かスポーツなど)サポートは利用時間が240時間以上になれば、うち切られてしまうわけで、どうにもなりません。今後の要望として、国や県は盲ろう者の社会自立の完全な実現をすべく、は県制度の年間利用時間の無制限化を図って下さい。

まだ解決されていない盲ろう者の就労問題で低所得で生活している状態です。今の障害者自立支援法では応益負担を毎回支払うとなれば、かえって生活が苦しくなるばかりです。国や県はそういう盲ろう者の生活実態をよく把握し、ひとりでも多く就労できる環境を提供して、一般企業との連携をとるとか、盲ろう者独自の就労施設を設置するなど積極的に雇用促進を図って下さい。

## 財団法人日本ダウン症協会栃木県支部

### ・地域格差について

様々な環境(家族・学校・職場など)の変化によって、不適応(適応障害)を起こしている人たちがいます。

専門機関から、「家庭の中にいる人以外の人々の支援が必要」というアドバイスを受けている会員がいて、そのために、施設や事業所などを探そうにも、施設や事業所が存在しなかったり(例:矢板市・・・他にもあると思いますが)、アドバイスをいただいても、解決の糸口が見つからない現状があります。

受給証のサービス内容が、地域によっては、同じサービスが受けられない状況で、大変困っています。

## 社団法人日本てんかん協会栃木県支部

てんかんのある人(person with epilepsy)の中には、てんかん発作があることで行動の制限や社会的不利を負っている人だけでなく、知的障害、発達障害、高次脳機能障害、重症心身障害、脳性マヒ、視覚障害、統合失調症などをあわせもつ人がいます。すなわち、障害による差別や権利を自己主張できる人もいれば、親などが代弁しなければならない人がいます。私たちの協会にはそういう人たちとてんかん専門医などで構成されています。

### ・「第一次意見」に関して

#### 1. 「労働及び雇用」について

障害者雇用促進制度における「障害者」の範囲の見直しは、精神障害を「見なし雇用」から雇用義務化にするだけでなく、「障害者権利条約」の「障害のとらえ方」に基づき、難病や慢性疾患なども対象とする根本的な検討をお願いします。ダブルカウント制度は障害の重い人の雇用促進につながるものですが、障害者の差別にもなりかねません。当事者および支援者の意見を聞いて十分な検討を行ってください。

#### 2. 「情報アクセス・コミュニケーション保障」について

知的障害や発達障害のある人はコミュニケーション能力が不十分なため、災害時の情報提供や避難対応が不十分、行政手続きや刑事訴訟手続きで不利な扱いや冤罪のリスクなどの不利益につながることがあります。「障害者権利条約」第2条では「言語とは、音声言語だけでなく手話その他の形態の非音声言語等をいう。」となっていますが、知的障害や発達障害により「言語」を十分に使いこなせずコミュニケーション能力が十分でない障害者へのコミュニケーション保障のあり方も、視覚障害、聴覚障害、盲ろうと同様に検討してください。

### ・「第二次意見」(障害者制度改革の推進のための第二次意見)に関して

#### 1. 障害者基本法について

##### (1) 「障害の定義」について

障害者基本法は、平成5年の心身障害者対策基本法改正のときに障害者基本法に改名され、平成16年に

さらに改正されました。平成5年および平成16年のいずれの場合も、「てんかん及び自閉症を有する者並びに難病に起因する身体又は精神上の障害を有する者」はこの法律の障害者の範囲に含まれるという付帯決議（附帯決議）がありました。平成16年の附帯決議も「医学的知見の向上等を留意する」という「医学モデル」にとらわれた考え方であり、第二次意見では「障害者権利条約」による「社会モデル」の観点を反映させることを求めていることは評価できます。

身体障害者福祉法、知的障害者福祉法、精神障害者保健福祉法の3つ福祉法を存続させ、注目され始めた発達障害や高次脳機能障害をこれらの福祉法のどこかにはめ込むようでは、「制度の谷間」は解消されないと考えられます。そして、難病を対象とすることはますます不可能と考えられます。これら3つの福祉法をどうすべきか基本的な考え方を示していただきたい。

海外では、基本法第2条にある「継続的に（平成5年法では、『長期にわたり』）日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける者」として、6ヵ月あるいは1年以上にわたる長期疾患や慢性疾患等も含まれ例もあります。

第二次意見には、「すべての障害者」や「障害の種別」という言葉がしばしば出てきますが、「障害の定義」がもう少し具体的に示されなければ、抜本的な改正にはつながらないのではないかと危惧します。障害者権利条約や国際的視野に立った定義の見直しをお願いします。

#### (2) 「地域生活」について

「地域移行」のための多様な選択肢も、「障害の定義」によっては選択肢の内容が変わりかねません。また、多様な選択肢の確保が、地方の財政事情などにより質および量に地域格差が生じることが予想されます。どこの地域に住んでも希望する選択肢を利用できるよう、国としての施策が必要です。

#### (3) 「家族依存の発想からの脱却」と「親なき後問題」の支援について

平成16年の基本法改正では、平成5年法の第24条「障害者の福祉に関する施策の策定及び実施に当たっては、障害者の父母その他障害者の擁護に当たる者がその死後における障害者の生活について懸念することがないよう特に配慮がなされなければならない。」を削除し、「家族依存の発想」からの転換として評価されています。しかし、現実には社会資源不足が改善されていません。「親なき後を“だれか”に託す」ための親の側としての工夫が広がっているという現実を受け止め、“だれか”を家族ではなく社会に変えていく具体的な施策が示されない限り、「脱施設」や「地域生活移行」という言葉は、単なる“きれいごと”にしかなじられない親が少なからず存在します。「親なきあと」問題では、「サポートブック」または「サポートファイル」、「親心の記録」、「遺言ノート」、「きずなノート」、「自閉症の療育カルテ」などの名称で、2008年頃から全国各地で広まりつつあります。これらは、学校生活及び卒後の進路選択のための個別の教育支援計画を補強するために保護者が作成する記録帳のケースがまだ多いようであるが、「親なき後」を社会に託すための成年後見人などの利用も考慮した情報伝達記録が増えつつあります。これは、知的障害、発達障害、精神障害、重症心身障害、遷延性意識障害などをもつ人の親の間では広がりがつつあります。この問題について、推進会議等での議論が聞こえてこないように思います。意思表示が難しい障害のある人の家族にとっては重要な関心事です。家族依存でない「親なき後」の支援を充実する施策を示してください。

#### (4) モニタリング機関の設置・強化

理念を示すだけの基本法ではなく、障害者権利条約のモニタリング機関の設置の義務を明確に規定してください。また、障害者差別禁止法や条例などの制定により、障害者の差別禁止や権利回復を求める裁判での規範となる法律の整備を進める基本法にしてください。

## 2. 「障害」の表記

「障害の定義」で幅広くとらえ、慢性疾患や難病も対象にしたとしても、関係者も含めた社会全体の障害者観が変革されない限りは、「障害者」としての差別を受けたり屈辱感をもつ人が増えるだけです。現状では表記の統一は現実的に不可能と思われます。むしろ、障害についての理解や啓発を推進する施策を進める中で適切な表現に収束するのではないのでしょうか。結論を急がずに検討すべきであると思います。

・総合福祉法（仮称）に関して

#### 1．障害別福祉法の見直しについて

身体障害、知的障害、精神障害、児童は個別の福祉法があります。総合福祉部会の資料によると、総合福祉法は「福祉サービス法」とし現在の4つの福祉法は存続させるという意見もあるように思われます。もしそうになると、「制度の谷間」に置かれる障害ができてしまいます。4つの福祉法のあり方についても十分な検討を行ってください。

#### 2．総合福祉法（仮称）について

総合福祉法（仮称）は、障害者自立支援法に代わる「福祉サービス法」ではなく、また身体障害者福祉法、知的障害者福祉法、精神障害者保健福祉法という障害種別毎の福祉法の再編ではなく、さらに「障害者権利条約」の「社会モデル」に立って、広い障害を対象にした総合的な障害者福祉法としてください。

・てんかんのある人の福祉と権利擁護に関して

#### 1．障害特性に応じた「合理的配慮」のガイドラインについて

てんかんのある人は、採用面接をする以前に障害を理由として門前払いに近い形で採用を拒否されることがあります。「障害を理由とした差別」を禁止する障害者差別禁止法（仮称）を制定し、雇用を支援してください。また、障害者雇用率の向上を図るだけでなく、障害特性に応じた雇用における「合理的配慮」のガイドラインを示してください。米国では ADA に基づく雇用における「合理的配慮」について、雇用機会均等委員会（EEOC）がガイドラインを示しています。その中には、癌、糖尿病、てんかんなども具体的に取り上げられています。また、労働・雇用の分野だけでなく、教育、医療、交通、文化、地域活動、司法・行政など、生活の幅広い分野において「合理的配慮」のガイドラインのようなものを示すために、障害者差別禁止法（仮称）を制定し、「合理的配慮」の検討組織とモニタリング組織をつくってください。

#### 2．てんかんに対する偏見や誤解について

てんかん発作は様々なタイプがあり、意識を失って倒れる発作だけではなく、発作症状に合わせた対応があれば、てんかん発作のないときは他の人と同等に活動できます。発作の影響のある時間は日常生活のごく限られた時間ですが、いつ起きるかわからない発作への不安は当事者にとっては大きく、てんかんの理解不足も加わり、暮らしにくさをもたらします。また、てんかんについての誤解や知識不足から、てんかんであることを告げただけで、就職活動では採用面接を拒否されたり、学校生活では不当な制限を受けたり、福祉サービス利用の受入を拒否されるなどの理不尽な扱いを受けることがあります。社会的理解啓発も必要ですが、雇用主や福祉関係者、教育関係者に対する理解啓発を促進する方策も講じてください。

#### 3．福祉施設におけるてんかん発作による溺死や事故の防止について

知的障害者施設での風呂、プール、周囲の池などでのてんかん発作による溺死が毎年起きています。てんかんのある人の支援のあり方について、福祉施設職員にたいして研修を行ってください。

#### 4．てんかんのある人のケアホームについて。

グループホーム等の世話人は、制度上は専門職でない人を基本としています。専門知識や障害福祉についての知識不足から、知的障害や発達障害のある人にとって生活しにくさをもたらすことがあります。さ

らに、てんかん発作のある人では、てんかん発作への対応ができる世話人が求められます。安心して利用できるように、世話人の資質の向上を図るとともに、専門性をもった世話人が働けるように待遇を改善し、てんかんのある人が利用できるケアホームをつくってください。

・知的障害または発達障害のある人の権利擁護等に関して

てんかんのある人は知的障害や発達障害をあわせもつ人がかなりいます。

#### 1. 成年後見制度の改善について

後見人は侵襲的医療行為について被後見人に代わり同意することができない、被後見人は選挙権がない、後見人は被後見人の葬式を行えないなど、様々な問題があります。「権利を制限して権利を守る」という成年後見制度が、障害者の権利を守るために十分機能するように見直してください。

#### 2. ケアホームおよびグループホーム利用者の余暇支援について

土曜・日曜・祝祭日の福祉サービスは限られています。休日にひきこもることなく充実した生活ができるように、知的障害者等が利用できる余暇活動や文化活動の場を提供してください。

## 社会福祉法人晃丘会「ひばり」

「障害者」の表記について

### ・「障害者」「障害のある人、障害を持つ人」とすべきではないでしょうか？

「障害者権利条約」は「Convention on the Rights of Persons with Disabilities」の訳ですが、「パーソンズ ウィズ ディスアビリティズ」は「障害者」ではなく、「障害のある人」と訳されるべきだと考えます。1990年の「Americans with Disabilities Act」は、日本においても「障害のあるアメリカ人法」という訳が一般的となっているかと思いますが、これに習って「障害のある人の権利条約」とすべきではないかと考えます。

公の表記において障害者というときは「障害を持つ人」の意であるとの見解も出されていますが、日本人のどれだけの人がそのことを知っているのでしょうか？

「障害者」といった場合、障害がその人の個性や特性の一部であるという表現ではなく、その人が存在しているうえで切り離せないものであるかのような表現となると考えます。人格に配慮した言い方ではなく、差別さえも含まれているように思います。

「障害者権利条約」も、新しく検討されている「障害者総合福祉法」も、社会における障害を持った人の立場を変えていこうというパラダイムチェンジの中心となっていくものであると考えます。その名称に「障害者」という言葉を使うのか。「障害のある人」という言葉を使うのか。

「障害のある人」という表現を選択することは、人々の考え方を変えていく力へとつながっていくことであると考えます。ご検討いただけますよう、お願いします。

### ・「障害者」「要支援者」としては、どうでしょうか？

障害者と呼ばれる人たちは、「生活していくうえで、何らかの支援を必要としている人」とであると思います。つまり、「要支援者」とであると考えます。

「障害者」に代わる言葉として、ご検討していただければと思います。

入所支援にサービス管理責任者が配置されていないことについて

### ・入所支援にサービス管理責任者が配置されていないことについて、疑問を感じます。

入所支援においては、本人のニーズに基づいた支援を提供することの難しい場面が、多くあると思われます。例えば、夕食の時間を夜の7時くらいにしてほしいとの要望があっても、職員の配置体制上、なか

なかその要望に応じてあげられない現状があります。暑い夏の夕暮れ時に、外に出て夕涼みをしたいとの要望に応えることでさえも、職員の配置体制上、難しい現状です。

こうした、利用者さんのニーズに応えることの難しい場面が多いと感じる入所支援において、サービス管理責任者が置かれないのは何故なのでしょう？入所支援が今後縮小されていく傾向にあるからなのでしょう？地域移行の考え方は大いに歓迎するところですが、入所支援はすぐにはなくなるものではなく、当面は継続されるはずで、その間、入所支援を支える職員は、本人のニーズに応えることが難しい支援の中で、権利擁護を徹底しようとしていく社会の変化に応じていくことを求められることとなります。こうした難しさを抱える入所支援にこそ、サービス管理責任者が必要であると考えます。また、サービス管理責任者を配置すれば、難しい問題が解決できるということでもありません。入所支援における職員の配置基準や配置加算の見直しが行われないうち、利用者さんのニーズを実現できない現状を大きく変えることは出来ないと考えます。

障害者権利条約の求める障害のある人の生活と、入所施設での生活の現状とにあるギャップはあまりにも大きいと考えます。このギャップを改善しないまま、権利条約の批准は出来ないと考えます。

地域移行を実現化していくための間の期間限定の措置としてでも、何らかの配慮を行ってほしいと考えます。

## 当日提出の意見要望

### A 園の職員

まずは、「障害者」という名前を変えなければいけません。例えば「要支援者」など、マイナスをイメージさせるレッテルを変えなければ、一般的なイメージ変革になりません。

また、障害者施設では、「地域移行」ということで、「施設から地域へ」と話がさまざまところで出ています。では、そこでいう「地域」とは何なのでしょう？施設は地域ではないのでしょうか？施設で数十年生活している方にとって、そこはもう住まいとなっている方もいます。施設に住所を置いている方でも、地域の回覧板が回ってこない施設も多くある様です。私たちは施設が地域の一部となる様にアプローチを変えていかなければいけないと思います。

「自立」という言葉にも疑問を感じています。自立へ向かう・・・「自立」とは何なのか？ハンディをもつ人々はそれぞれちがった形で社会貢献ができます。それ以上何をしたら自立したことになるのか？それぞれの形で社会貢献していることは、もう社会の一員として認められるべきである。社会全体がよりよい社会になるためには、そうした根本的な考えから見直さなければいけないと思います。

### K 施設の会員

大変勉強になりました。政治の分野で解決しなければならないことと、地域で支援することの大切さを特に感じました。特に就労問題は教育を含めて支援が大切だと思いました。

### 障害をもつ子の親

「社会モデル」(これ自体は大切なことであると思うし、望む社会である)を推進するための具体的な方策をきちんと検討して欲しい。

社会資源が地域に整備されていない中に、障害をもった者が、どのようにしたら自立生活をきちっと望むような形で地域生活がおくれるかとても不安である。親なきあとの負担は大きい。

自立や自己実現するために自己主張がうまくできない人や発達途上の子どもたちの支援において、すべて物質的に介護保険医統合されてしまい、小手先だけの改革にならないようにしてほしい。

差別については、小学校の教諭から、普通の教育が受けられないような子どもの場合は特殊教育を受けられる専門学校があり、そこへ入学すればいいと言われた理もしたことがある。とりまく相手の意識改革が必要と思われます。

## F 協会の会員

制度改革推進会議には障がい当事者の方が多く参加されていることは大変頼もしいことだと思います。しかし、ありとあらゆる障がいをもつ方がいらして、そのなかでも今回、声を大にしてご意見をあげていらっしゃるの、今ある処遇に対してやはりご不満をお持ちの方だろうと思います。一方で、声を大にされていない障がい者の方というのは、現状の制度でとりあえず満足されている方ということになるのではないのでしょうか。ではそういう方というのは具体的にはどんな方たちかと言えば、今現在はすでに施設に入所して、そこで日中活動と夜間の支援を獲得されている方ということになります。つまり、これまでの処遇でとりあえず満足されている方で親御さんも安心されている方であり、その状況は保障されてはじめて「満足される状態」でいられるということを理解していただきたいのです。だからこそ、大きな声として叫ばれていないのですが、実は施設入所についても、まるで悪のように言われ、脱施設と叫ぶ前にあきらかに入所施設で暮らすことで救われる親子がいること、家族がいること、知的な障がいや自閉症的な傾向にある人達がいることを知ってほしいのです。そこで暮らし、そこで働き、一般の方達に迷惑をかけずにいられる現状を最低でも維持してほしいのです。ところが自立支援法では、日割りで土・日は900円の費用しか保障してもらえません。知的な障がいや自閉的な傾向からくる問題行動(地域で暮らすことが困難な特異な行動)は、土・日・祭日に治まるものではありません。どうか、土・日・祭日も月から金のウィークデイと同額の報酬単価に改訂していただくか、月額を支給をお願いしたく思います。また、障がい者施設に入所している人達は高齢になると介護保険を払わされますが、そのメリットは一つもありません。例えば、車椅子が借りたい、歩行器が借りたい、ベッドが借りたいと、福祉用具のレンタルすら不可能です。なぜ一定の年齢になると介護保険料だけ払わされて、そこで行われるサービスが一つも使えないのでしょうか？保険料を取り立てない、もしくは制限を付けたとしてもあるサービスは利用できる、そのどちらかにしていただきたいと思うのです。

## V 協会の会員

私は当事者であると同時に相談支援専門員として地域で暮らす障がい者の支援を行っています。普段の業務を通じて思うことを書かせていただきます。

障がい特性に配慮した職員配置を！

相談支援事業は「一事業所(1人)ですべての障がいに対応」という地域が大半で、専門外(大半は精神障)の相談に苦悩しています。可能であれば、各自治体毎にアドバイザーを配置し、相談支援専門員のサポートをお願いします。

ピアスタッフが働きやすい環境づくりを

当事者が相談支援にあたることで、違った視点で支援を行うことができ、より効果的な支援んが期待できます。障がいのある当事者が相談支援業務にたずさわれるように環境を整えてほしいです。

## M 連絡会の会員

推進会議の第二次意見がとりまとめられている最中、厚労省は「自立支援法の一部改正法案」を提出し、委員会採択されています。また、文科省は特別支援教育に関する委員会の“中間まとめ”論点整理と称して、推進会議の報告（第二次意見）と矛盾する内容の報告を出しパブコメを求めています。

推進会議と省庁の間の断絶、ミスコミュニケーションをどうクリアしていくのでしょうか？

どうか民主党政権下で、障害者の社会的自立に対する抜本的な制度転換、原則の明確化を実現してください。

## U 協会の会員

障害者専用駐車場満車のとき、一般の駐車場に移動させられけがをしたときは自己不注意となるのでしょうか。

## S 会の会員

三障害は一緒と言いながら、実際のサービス対応にはかなりの差が見られるので、精神の方も、知的や身体と同じようにしてほしい。

精神障害の発症は思春期に発症することが多いので、高校の授業の中で生徒に周知させると同時に、教員、特に養護教諭にはよく知らしめることが大事なので、きちんと制度化して欲しい。ガンと同様、精神病も早期発見、早期治療がきわめて大切、有効なので、学校で取り扱うようにすることがきわめて大切。また、差別や虐待を防ぐ上でも重要である。

自立支援法以来、作業所等にも通えないひきこもっている患者さんが大打撃をこうむっています。精神障害の人はむしろそういう人達の割合が多いのです。そういう人達にアウトリーチで働きかける制度を望みます。

イギリスではダリー係数を採用しているので、精神障害は三大疾患に入っています。日本でもそうして欲しい。一生涯のうちで「3人に1人」は精神障害に犯されると言われています。そのような点を考えるとき、日本の精神障害への取り組みは誠に貧弱という他ない。心ある人はもう少し子孫に有益な制度を考えるべきであろう。