

北海道教育大学旭川校

平成 18 年度 卒業論文

障害者の外出に関する考察

コミュニティ計画コース 4 年

3411 齋藤 麻希

はじめに

障害者にとって措置型福祉中心の時代は施設に入所し「衣食住」が満たされれば基本的な生活は確保できていた。この時期には、施設居住者だけでなく、在宅でも「10 数年間あるいは 20 数年間、家から一步も外に出たことがない」「電車やバスに乗ったことがない」という人が実に多く存在していた。家庭の中で暮らす障害のある人の「外出」は、自立への大きなバリアであった。

しかしながら、ノーマライゼーションの考え方が出てきてから措置型福祉から地域型福祉、すなわち「在宅生活を前提とし、そのうえに福祉を」という考え方に転換が始まった。地域で生活する場合、「働く」、「学ぶ」、「遊ぶ」、「病院へ行く」、「買い物をする」など、なにをとっても外出できなければ、生活そのものが成り立たない。

外出は生活を便利にするうえでも、暮らしに刺激を与えるという意味でも重要である。外出といっても、自分自身で車を運転する人、家族の運転で外出する人、バスや公共交通機関を利用する人とさまざまである。障害者の外出を保障することは、人としての尊厳をもって、その人らしく暮らしていく上で必要不可欠である。

では、今日障害者の外出状況は実際どのようになっているのであろうか。

平成 8 年度厚生省身体障害者実態調査によれば、障害者の 8 割は過去 1 年間に外出しているが、毎日外出しているものは 3 分の 1 にとどまっている、と述べられている。

本論では外出を日常生活の重要な一部として位置づけることで、障害者の外出を改めてとりあげ、障害者の外出調査等を行い、外出を阻害するものは何であるか、また外出を支えているものは何かを把握することを試みている。

第 1 章では、障害について取り上げ、障害者という特別な人がいるのではないのに、障害者福祉とは何であるのか、障害者福祉の基礎理論である障害の概念、障害者の福祉を考えていく上で、わが国の障害者の実態を把握することが必要であり、人数・年齢構成・程度等基本的な事項について述べている。

第 2 章では、わが国の障害者福祉がどのように生成・発展してきたのかを、単に事象を追うのではなく、その背景となる時代状況と関連づけ述べている。また障害者の高齢化が進んでおり介護保険制度の基本的な適用関係について述べている。

第 3 章では公共交通機関を利用した外出支援や、障害のある人の住みよいまちづくりのための施策について述べている。

第 4 章では実際に障害者 21 名に対して行った外出実態調査について方法、結果、考察をまとめている。

障害のある人を取り巻く環境は変化し続けている一方で、新たな課題、問題点も浮き上がってきている。平成 17 年度においては、平成 16 年度の「障害者基本法」の改正に引き続き、雇用・生活支援・教育・生活環境等の主要分野において、障害者施策の推進に関する重要な制度改正が相次ぎ、障害のある人の自立と社会参加を促進するための取組みが進展したが、バリアフリー化に対する理解に欠ける企業行動が社会問題化した。

障害のある人に対する理解と関心が深まり、障害の有無にかかわらず、国民誰もが社会の一員として生きがいをもって暮らすことができる「共生社会」が近い将来、実現することを本編は企図している。

第1章 障害とは

日本語の「障害」は非常に多様な意味で使われる。比較的によく使われるのは機能障害としての「障害」であるが、活動制限の意味でも、参加制約の意味でも使われる。また「あの人は立派に障害を克服した」などという場合には、ふつう「体験としての障害」の意味である。一般語としての「障害」は「何かをする際の妨げ・障壁」の意味であり、環境因子を意味する。

このようにある意味では便利な言葉をもっているおかげで、「障害」が示す意味の違いにあまり注意しないのがふつうである。

第1節 障害者福祉について

ある社会において身体的・精神的機能に障害のある人々が、どのような生活を送っているのかは、その社会の政治・経済・文化の総合的な発展レベルを端的に示すものである。その社会が真に公正で豊かなものか、その成熟度が一目で判断できる尺度であるとも言える。

具体的に評価されるべきは、「障害」に対する人々の理解と行動である。個々の人生にとって何が「障害」となっているのか、何によってもたらされているのかを含め「障害」の本質を理解しているか。そしてその「障害」を軽減除去するためにはどのように社会環境を改善し、資源や機会を分かち合っているかである。

人間社会は二つの世界大戦を経験して、遂に人権を守ることを基本とした国際連合（国連）を設立した。その国連は設立後四半世紀を経てようやくにして障害のある人々についての権利に関する行動をとった。

障害者の権利宣言（1975年）では、「障害のある人」を次のように定義した。「障害のある人（disabled person）という言葉は、先天的か否かにかかわらず、身体的または精神的能力の不全のために、通常の個人または社会生活に必要なことを確保することが、自分自身では完全にまたは部分的にできない人のことを意味する。」長い間、見過ごされ無視されてきた傷害のある人々に関し、基本的権利と侵されやすい具体的な権利を明らかにし加盟国へその保障を求めたのである。

さらに国連は1981年の「国際障害者年」に、発展度合いを問わず、どの社会においてもその人口の10%は障害のある人々であり、しかもその数は急激に増加していることを明らかにした。そして権利擁護を求めて国内的及び国際的行動を要請したのである。

特に高齢化が進む現代社会の人間のライフサイクルには生老病死に加えて障害がある。厳密に言えば、現代では何も障害のない一生を送る人は皆無であろう。国連の定義は、従来の障害者観である気の毒な人、弱い人、不幸な人、すべてに保護の必要な責任の果たせない人といったものを否定し、「障害のある人とは、その社会の他の異なったニーズをもつ特別な集団と考えるべきでなく、通常的人間的ニーズを満たすのに特別な困難をもつ普通の市民と考えられるべきである。（1980年国連総会決議「国際障害者年行動計

画」)と、新たな障害者観を示した。ここでさらに強調されたのは、「障害という問題はある個人とその環境との関係としてとらえることが、より建設的な解決の方法であることは、ますます明らかになりつつある。多くの場合、社会環境が人間の日常生活での身体や精神への影響を決定する。社会は今なお身体的・精神的能力を完全に備えた人々のみの要求を満たすことを概して行っている。物理環境、保健・社会サービス、教育、労働機会、スポーツを含む文化的・社会的生活全体を障害のある人々にとって利用しやすいように整える義務を社会は負っている。これは単に障害者のみならず、全ての人々にとっても利益となるものである。ある社会がその構成員のいくらかの人々を閉め出すような場合、それは弱くもろい社会なのである。」とした。そして障害者問題の解決は「すべての人々の社会 (A society for all) づくりにつながることを明らかにしたのである。

1998 (平成 10) 年、乙武洋匡が「障害は不便であるが、不幸ではない」と述べ大きな共感を巻き起こした。現代人は多くの障害をもつからこそ皆で支え合うことが必要であり、誰もが直面する障害は必ずしも不幸なことではなく積極的に生きる機会であるとした新たな障害者観がわが社会にも広がりはじめている。

「ノーマライゼーション」と「リハビリテーション」は障害者福祉の理念であり実践目標でもある。リハビリテーションとは復興を意味する言葉であり、心身機能に障害のある人々が、人間としての権利を取り戻すことへの支援の全体を指すものである。現在、わが国で使われているリハビリテーションが“リハビリ”などと称されて、機能訓練や医学的なものに狭く使われていることは大きな誤りである。リハビリテーションの意義は如何に重い障害であろうとも元に戻ることや好ましい状態になるといった消極的なものではなく、積極的に生きがいを見いだすことにある。元に戻るのではなく新たに生きることである。

個人の人生を変革する手段を提供する「リハビリテーション」が取り組みられ、さらに社会環境そのものを改善する「ノーマライゼーション」に取り組んできた障害者福祉の進展は、人間が生まれながらにもっていた人権を回復する歴史でもあり、真に公正で豊かな「すべての人々の社会づくり」の過程でもある。

したがって、障害者福祉の視点の一つは、それが自分を含め全ての人々にとっての基本的課題でもあることを理解することにある。改めて言うまでもなく、人は一人ひとり違う存在であり、背丈や体重が異なるように、手足や内臓のはたらきである身体機能も、頭のはたらきである精神機能も一人ひとり異なり、差がある。人の一生では、誰もが心身機能の完璧なままで生きる期間は案外短いことにも気づかされる。人生の途中で、また幼児期から、病気や事故などによって心身機能の喪失を経験することは、自分や家族にも当然にあることなのである。大切なのは心身機能の喪失があっても、如何に積極的な生き方ができるかは自分を含めたすべての人の課題であることへの理解である。

またもう一つの重要な課題は、リハビリテーションやノーマライゼーション理念の発

展に比べ、それを実現するための具体的施策・サービスの発展が大きく遅れていることである。人間の尊厳に関わる高い理念と現実には、理念からはほど遠いことのギャップを埋める具体的施策や方法を開発し、その費用を社会全体で負担する努力をして、実践していかなければならないのである。例えば、わが国の多くの障害のある人々が病院や施設などで生活し地域社会に参加できないことなど、あるべき姿からほど遠い現実の解決をどのように進めてゆくのかを具体的に考え改革を支援することである。

昨今の社会政策では、財源不足を理由にして障害者福祉の積極的意義を過小評価している状況が続いている。

障害のある人々の現状を学び、これらの人々の自立と社会参加の可能性と、リハビリテーションの積極的意義とノーマライゼーションの努力を理解することは、自分自身を含めたすべての人の生きてゆく上での課題と解決策を識ることにほかならない。

第2節 障害の概念

「障害」には「心身レベルの障害」「活動レベルの障害」「社会生活レベルの障害」の3つのレベルがある。このように3つのレベルに分けてみる考え方は、近年、医療や教育、雇用など多くの分野で広く取り入れられるようになってきた。これは世界保健機構（WHO）が1980年に発表した「国際障害分類」の影響によるところが大きい。「国際障害分類」は「病気やけがの諸帰結」を整理したもので、病気・けがが「顕在化」したものが機能障害（impairment）そのために実際の生活のなかでの活動能力が制約されることが能力障害（disability）さらにそのために通常の社会的役割を果たせなくなることが社会的不利（handicap）とされる。「心身レベルの障害」と表したのは機能障害、「活動レベルの障害」と表したのは能力障害、「社会生活レベルの障害」と表したのは社会的不利のことである。これらの関係は（図1）の概念モデルに表される。

図1 国際障害者分類 1980年版の障害のモデル

出典：障害者福祉論 第4版

この国際障害分類は2001（平成13）年のWHO総会で改正され、名前も国際生活機能分類（ICF）となった。ICFの枠組みは（図2）のように、環境が位置づけられて、人間と環境との相互作用モデルとなっており（環境因子と性・年齢などの個人因子を合わせて背景因子という）、機能障害を「心身機能・身体構造」、能力障害を「活動」、社会的不利を「参加」とし、また病気だけでなく加齢も含む「健康状態」とするなど肯定的表現をとっている。心身機能・身体構造、活動、参加の総称が「生活機能（functioning）」であり、それが問題を抱えた否定的な側面はそれぞれ「機能障害」「活動制限（活動障害）」「参

加制約（参加障害）」と呼び、その総称を「障害（disability）」と呼ぶ。また、各次元・要素が相互に関連し合っていることを双方向の矢印で示す。

図2 国際生活機能分類（ICF）の構成要素間の相互作用

出典：障害者福祉論 第4版

分類の面では、心身機能・身体構造が機能の分類と構造の分類に区分けされ、活動と参加は一つの分類にまとめられ、新たに環境因子の分類が作成され、全体で1400項目以上のカテゴリーをもつ分類となった。国際障害分類の簡単な7項目の社会的不利分類に比べると「活動と参加」分類ははるかに社会生活を詳しく取り上げているが、活動の次元と参加の次元を分類上で分離するに至らず、今後課題を残した。

WHOが国際比較や統計を主な目的としてきたのに対して、わが国で個別援助の視点から障害の構造に関する理論的検討を行ってきた上田敏氏は、「体験としての障害」の重要性を提起している。これは前記の3つのレベルが客観的次元の障害であるのに対して、障害者自身がその障害をそう受け止めるかという主観の次元に関するものである。3つのレベルの障害の発生によって、その本人が自らを嘆いて過度に依存的になったり、逆に世間をのろい攻撃的になったりすることはしばしばみられることであるが、一方ではこのような自己に対する否定的態度を克服し、心身に不自由なところが残っても人間としての価値に変化はなく、何ら恥じることなく新しい人生を歩んでいく姿勢をもてる人も多い。客観的次元の3つの障害とこの「体験としての障害」を合わせて、障害の4つの側面ということもある。

障害の構造的な理解とは、全体としての障害現象をいくつかの構成要素とその相互作用関係としてみたり理解したりすることである。その代表的な例がWHOの国際障害分類や国際生活機能分類のモデルである。いままでは障害現象を漠然と全体としてのみ見ることが多かったように思われる。森だけを見て木をみななかった、逆に森を見ずに木だけを見てきたのである。障害の構造的な理解とは、森を見て、木を見て、さらに全体としてまた森を見

るといような見方のことである。全体としての障害の克服、特に「参加」のための実践的方策を明らかにするために構造的理解は必要となってくる。機能障害が残っても（装具や訓練により）活動制限をなくす可能性はあり、これらが残っても（人的サービスや環境改善によって）参加制約をなくす可能性はある。障害のレベルの間には「相対的な独立性」があるのである。これは例えば機能障害を契機として活動制限が生まれるが、後者は前者に100%規定されるものではなく、重い機能障害があっても活動制限を小さなものにする可能性があることを意味する。

こうした理解をもとに、個々の障害者について3つのレベルの障害と「体験としての障害」、さらには環境因子を正確に評価し、それぞれがどのように関連しているか、特に参加制約がどのようなメカニズムで生まれているかを分析し、各障害を最小限にし、参加制約に至るメカニズムを断ち切るようなアプローチを考えることが可能になる。このアプローチには病気や機能障害の治療も、活動制限の代償（歩行に代えて車椅子で移動するなど）も、「体験としての障害」への心理的支援も含まれ、あるいは直接参加制約を克服するための年金支給や職場の受入れ体制の確立（サービスを含む環境の改善）など、個々の事例に応じて可能なものはすべて含まれる。こうした総合的、並行的努力の結果として参加制約が克服・軽減されるのである。

第3節 障害者の実態

障害者の総数は、身体障害者（児）が最も多くて351万6600人、知的障害者（児）が45万9100人、そして精神障害者が258万4000人の計約656万人と推計されている。全体的には、在宅の障害者が90.0%と圧倒的に多く、施設に入所または入院している障害者は10.0%である。障害の種類別にみると、知的障害者（児）は施設に入所している割合が、身体障害者（児）の5.4%、精神障害者の13.3%に比べて28.3%と高い。また、在宅の障害者（児）は、身体障害者（児）の332万6900人が最も多く、精神障害者の223万9100人、知的障害者（児）の32万9200人の順である。（表1）

表1 障害者数

		総数	在宅者	施設入所者
身体障害者	18歳未満	9.0万人	8.2万人	0.8万人
	18歳以上	342.6万人	324.5万人	18.1万人
	合計	351.6万人(28人)	332.7万人(27人)	18.1万人
知的障害者	18歳未満	10.3万人	9.4万人	0.9万人
	18歳以上	34.2万人	22.1万人	12.1万人
	年齢不詳	1.4万人	1.4万人	0.0万人
	合計	45.9万人(4人)	32.9万人(3人)	13.0万人(1人)
精神障害者	20歳未満	14.2万人	13.9万人	0.3万人
	20歳以上	243.6万人	209.5万人	34.1万人
	年齢不詳	0.6万人	0.5万人	0.1万人

	合計	258.4 万人(21 人)	223.9 万人(18 人)	34.5 万人(3 人)
--	----	----------------	----------------	--------------

出典：内閣府（2006）

< 障害児 >

身体障害児

(単位：人，()内は構成比%)

調査年度	総数	視覚障害	聴覚・言語障害	肢体不自由	内部障害
2001 年 (平成 13)	81,900 (100.0)	4,800 (5.9)	15,200 (18.6)	47,700 (58.2)	14,200 (17.3)
1996 年 (平成 8)	81,600 (100.0)	5,600 (6.9)	16,400 (20.1)	41,400 (50.7)	18,200 (22.3)

在宅の身体障害児は、8 万 1900 人と推計され、肢体不自由児が 4 万 7700 人（58.2%）と最も多く、聴覚・言語障害児 1 万 5200 人（18.6%）、内部障害児が 1 万 4200 人（17.3%）、視覚障害児が 4800 人（5.9%）である。年齢階層別に見ると、10～14 歳が 2 万 8900 人（35.3%）と多くなっている。（表 2，3）

表 2 障害者別身体障害児数

出典：内閣府（2006）

表 3 身体障害児の年齢階層状況

(単位：人，()内は構成比%)

調査年度	総数	0～4 歳	5～9 歳	10～14 歳	15～17 歳	不詳
2001 年 (平成 13)	81,900 (100.0)	13,500 (16.5)	23,100 (28.2)	28,900 (35.3)	15,400 (18.8)	1,000 (1.2)
1996 年 (平成 8)	81,600 (100.0)	17,700 (21.7)	21,100 (25.9)	25,800 (31.6)	15,500 (19.0)	1,400 (1.7)

出典：内閣府（2006）

知的障害児

在宅の知的障害児数は、9 万 3600 人と推計されている。障害の程度をみると、「最重度」が 1 万 7800 人（19.1%）、「重度」が 3 万 700 人（32.8%）、「中度」が 1 万 7800 人（19.1%）、「軽度」が 1 万 8300 人（19.5%）である。「最重度」と「重度」を合わせると 51.9%であり、重度の障害児が過半数を占めている。（表 4）

表 4 知的障害児の年齢階層別障害程度状況

(単位：人，()内は構成比%)

	総数	最重度	重度	中度	軽度	不詳
総数	93,600 (100.0)	17,800 (19.1)	30,700 (32.8)	17,800 (19.1)	18,300 (19.5)	9,000 (9.6)
0～4 歳	12,400	2,400	3,000	1,600	3,000	2,400

5～9 歳	30,100	5,000	10,800	7,400	4,600	2,200
10～14 歳	33,100	7,200	11,200	5,800	6,200	2,600
15～17 歳	18,000	3,200	5,600	3,000	4,400	1,800

出典：内閣府（2006）

<身体障害者>

在宅の障害種類別の身体障害者数をみると、「肢体不自由」の割合が圧倒的に多く、324万5000人中174万9000人（53.9％）を占めている。1996（平成8）年と比較して2001（平成13）年の調査結果では、肢体不自由者と内部障害者の増加が特徴的である。

（表5）

表5 障害種類別身体障害者数

（単位：人，（ ）内は構成比％）

調査年度	総数	視覚障害	聴覚・言語障害	肢体不自由	内部障害
2001 年 (平成13)	3,245,000 (100.0)	301,000 (9.3)	346,000 (10.7)	1,749,000 (53.9)	849,000 (26.2)
1996 年 (平成8)	2,933,000 (100.0)	305,000 (10.4)	350,000 (11.9)	1,657,000 (56.5)	621,000 (21.2)

出典：内閣府（2006）

年齢階層別状況は、65歳以上の身体障害者が増加し、在宅の身体障害者全体の61.8％を占め、1996（平成8）年の54.1％を上回り、6割に達している。特に、70歳以上の身体障害者が増加し、1996（平成8）年の40.2％から2001（平成13）年には45.7％となっている。（表6）

表6 身体障害者の年齢階層別状況

（単位：人，（ ）内は構成比％）

	総数	18～19 歳	20～29 歳	30～39 歳	40～49 歳	50～59 歳	60～64 歳
2001 年 (平成13)	3,245,000 (100.0)	11,000 (0.3)	70,000 (2.2)	93,000 (2.9)	213,000 (6.6)	468,000 (14.4)	363,000 (11.2)
1996 年 (平成8)	2,933,000 (100.0)	8,000 (0.3)	72,000 (2.5)	111,000 (3.8)	242,000 (8.3)	435,000 (14.8)	378,000 (12.9)

65～69 歳	70 歳以上	不詳
522,000 (16.1)	1,482,000 (45.7)	22,000 (0.7)
408,000 (13.9)	1,179,000 (40.2)	99,000 (3.4)

出典：内閣府（2006）

< 知的障害者 >

厚生労働省の「知的障害児（者）基礎調査」2000（平成 12）年の調査結果によると、知的障害者の総数は 34 万 2300 人である。（表 7）

表 7 知的障害者の総数
（単位：人，（ ）内は構成比％）

調査年度	総数	在宅	施設入所者
2000 年 （平成 12）	342,300 (100.0)	221,200 (64.6)	121,100 (35.4)
1995 年 （平成 7）	300,500 (100.0)	195,300 (65.0)	105,200 (35.0)

出典：内閣府（2006）

在宅の知的障害者の障害程度状況をみると、「重度」の者が最も多く 27.0％を占めている。次いで「中度」の者が 25.9％、「軽度」の者が 23.6％、「最重度」の者が 12.1％となっている。（表 8）

表 8 知的障害者の年齢階層別障害程度状況
（単位：人，（ ）内は構成比％）

	総数	最重度	重度	中度	軽度	不詳
総数	221,200 (100.0)	26,700 (12.1)	59,700 (27.0)	57,400 (25.9)	52,100 (23.6)	25,300 (11.4)
18～19 歳	15,600	2,200	4,400	3,400	4,800	800
20～29 歳	79,800	12,000	24,100	19,000	18,000	6,600
30～39 歳	50,700	5,600	12,000	12,800	13,200	7,000
40～49 歳	37,700	3,400	9,400	9,800	9,800	5,200
50～59 歳	22,500	2,000	6,200	6,800	4,200	3,200
60～64 歳	5,600	800	1,400	1,800	1,000	600
65 歳以上	9,200	600	2,200	3,600	1,000	1,800

出典：内閣府（2006）

< 精神障害者 >

2002（平成 14）年患者調査によると、知的障害者を除く精神障害者は、全体で約 258 万人と推定されている。そのなかで、精神病院に入院している者は約 34 万人、社会復帰施設に入所している者及びグループホームを利用している者は約 1 万人、在宅で生活している者は約 224 万人と推計されている。

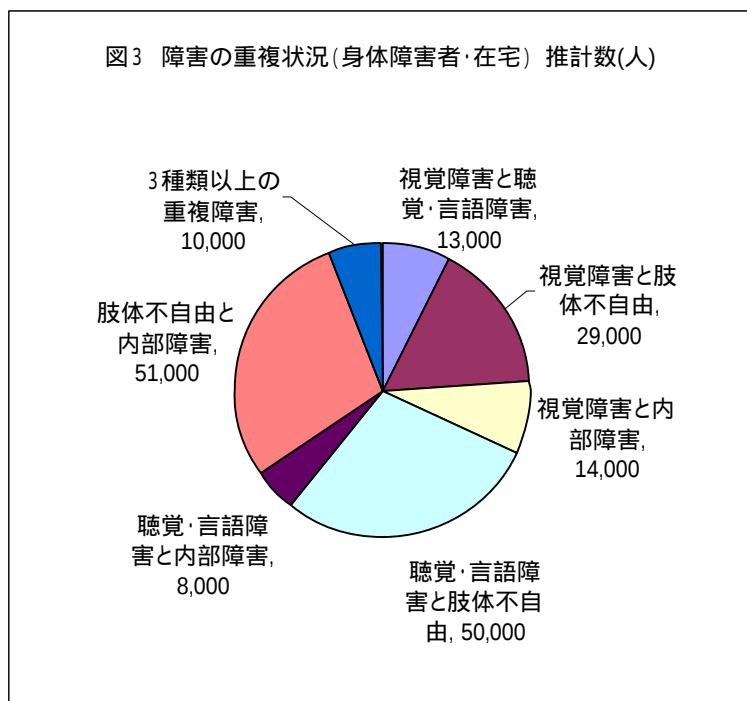
< 難病・重複障害者 >

難病

広範囲に難病そのものの実態を調査した報告書は出されていないが、厚生労働省は特定疾患治療研究事業対象疾患の医療受給者証交付件数を取りまとめている。これによると患者数は平成 16 年度末で約 54 万 2000 人である。

重複障害者

重複障害者は 17 万 5000 人と推計されている。重複障害者のタイプの状況は、最も多い重複のタイプが「肢体不自由と内部障害」5 万 1000 人（29.1%）である。次いで「聴覚・言語障害と肢体不自由」28.6%、「視覚障害と肢体不自由」16.6%となっている。（図 3）



出典：内閣府（2006）

第2章 わが国における障害者施策の変遷

第1節 国際障害者年まで

<戦前>

明治政府の成立により時代は大きく変化し、人々の生産・生活様式は、激変を余儀なくされた。とりわけ農民の窮乏化ははなはだしく、農民一揆が頂点に達した1874（明治7）年に制定されたのが恤救規則である。これは、生活困窮者一般に対して一定の米代を支給するものであったが、「廢疾」者として障害者もその対象に含まれた。しかし本規則は、わずかでも労働能力のある者は対象外とし、しかも人民相互の情誼と隣保相扶という相互扶助が強調されていたため、実際に救済された障害者は、ごく少数にすぎなかった。

金融恐慌（1927年）や世界恐慌（1929年）は大量の失業者を生み出し、社会不安は増大した。この危機的状況に、もはや恤救規則は対応不可能であった。

そのため、かわって制定されたのが1929（昭和4）年の救護法である。本法は、恤救規則とは異なり、貧困者救援を国の義務とし、はじめて「障碍者」を対象として明記した。しかし、ここにおいても彼らは生活困窮者の一種としてとらえられるのみで福祉の視点はなかったのである。

このように、戦前においては、一般の障害者に対する福祉施策として、ほとんどみられるべきものはない。ただし、戦争遂行や戦時労働力確保の必要から、傷痍軍人・産業障害者については、軍事救護、軍事保護院、労働者年金保険等により、特別に援護施策が実施された。

なお、1938（昭和13）年には、社会福祉法の前身にあたる社会事業法が制定された。ただ戦時体制下に成立した本法は、社会事業への財政的支援よりもむしろ指導・監督・管理を目的とするものであった。

<終戦から国際障害者年まで（1945～1980年）>

・1945～1954年

1945（昭和20）年8月に戦争は終結したが、総スラム化といわれるなかで生活をおくる人々に対し、緊急援護策を講じることが必要とされた。障害者にとってこの時期は、「更生」を目的とする身体障害者福祉法の成立に代表されるように、「職業能力の回復を中心とした時代」である。1946（昭和21）年、日本国憲法が公布され、大日本帝国憲法になかった生存権が初めて規定された。以後の社会福祉関係法はこの生存権の理念に基づいて成立する。

わが国の障害者福祉施策は、1947（昭和22）年、「すべての国民は、児童が心身ともに健やかに生まれ、且つ、育成されるよう努めなければならない」（第1条）とする児童福祉法が成立したことに始まる。これにより、18歳未満の障害児に対する援護・保護・指導が実施されることになった。

1949（昭和24）年には、18歳以上の身体障害者を対象とする身体障害者福祉法が成立

し、わが国で初めてその名称に「障害者福祉」を用いる法律が誕生した。ただ同法は、職業的な更生を目的としており、その可能性の乏しい重度障害者を対象から除外した。

1950(昭和25)年、精神病院の設置を義務づける精神衛生法が制定された。また同年、現行生活保護法が制定された。

1951(昭和26)年には、社会事業に代わり、社会福祉事業の基本法としての社会福祉事業法が制定された。これは公的監督の見地から社会福祉事業二種に分けて定義し、福祉事務所の設置義務を定めたものである。

・1955～1969年

高度経済成長期に入り国民生活は一変する。産業構造の変化や核家族化の進行にしたがい、家族の扶養・介護能力は低下し、障害者とりわけ重度障害者を社会的に支えることが必要とされた。そこで、重度身体障害者更生援護施設(1963(昭和38)年)や重度身体障害者授産施設(1964(昭和39)年)が創設され、施設機能強化を中心とする施策が展開された。その他、重度精神薄弱児扶養手当法の制定(1964(昭和39)年)、身体障害者相談員・身体障害者家庭奉仕員派遣制度の創設(1967(昭和42)年)、重度障害者に対する日常生活用具の支給(1969(昭和44)年)が行われる等、この時期は「重度障害者への対応の時代」とされる。

国民皆年金体制を目指して1959(昭和34)年に国民年金法が制定された。これにより、拋出制の障害年金と無拋出制の障害福祉年金が設けられた。

1960(昭和35)年には、精神薄弱者福祉法と身体障害者雇用促進法が制定された。前者により、それまでの福祉の谷間におかれていた18歳以上の精神薄弱者のための福祉サービスが実施されることになった。

・1970～1980年

障害者施策を実施する省庁が多岐にわたり、しかも相互の連携が不十分であったため、障害者がサービスを利用するに際して不都合をきたしていた。そこで、総合性・一貫性のある施策を求める声が関係者から出され、1970(昭和45)年に制定されたのが心身障害者対策基本法である。これは、心身障害者施策における国、地方公共団体の責務を明らかにするとともに、心身障害の予防・福祉施策に関する基本的事項を定めている。

このように障害者福祉における「施策の総合化」が図られたが、1973(昭和48)年秋のオイルショック以降、いわゆる「福祉見直し論」が展開されることとなった。

第2節 国際障害者年(1981年)以降

「完全参加と平等」をテーマとした国際障害者年(1981年)と、これに続く「国連・障害者の十年」(1983～1992年)を契機に、わが国の障害者政策は、ノーマライゼーションや自立の理念に基づく「在宅施策強化と社会参加促進」にその重点を移す。その一方で、福祉の国庫負担削減を背景に、受益者負担強化が行われた。

国際障害者年を契機に1980(昭和55)年に総理府に設置された国際障害者年推進本部は、1982(昭和57)年、「障害者対策に関する長期計画」を策定した。なお民間において

も、1980（昭和 55）年、障害種別やイデオロギーの違いを超えて多数の障害者団体が集まり、国際障害者年日本推進協議会¹が結成されている。

1986（昭和 61）年の国民年金法の改正により障害者基礎年金制度が創設され、障害者の所得保障に大きく道を開いた。

同年の「地方公共団体の執行機関が国の機関として行う事務の整理及び合理化に関する法律」によって、機関委任事務であった身体障害者福祉法や精神障害者福祉法や精神薄弱者福祉法における措置が、団体委任事務化された。

1987（昭和 62）年、身体障害者雇用促進法は「障害者の雇用の促進等に関する法律」と改称された。これは、身体障害者、精神薄弱者、精神障害者を含むすべての障害者を対象とし、精神薄弱者については実雇用率に算定できることになった。さらに同年、マンパワー対策として「社会福祉士及び介護福祉士法」が制定され、障害者対策推進本部（1982（昭和 57）年に国際障害者年推進本部から改組）は「『障害者対策に関する長期計画』後期重点施策」を策定した。

1990（平成 2）年には、前年の福祉関係三審議会合同企画分科会意見具申「今後の社会福祉のあり方について」に示された市町村の役割重視や在宅福祉の充実等の基本的な考え方を受けて、老人福祉法等の一部を改正する法律（以下、「福祉関係八法改正」という）が制定された。これによって、障害者の在宅福祉サービスの法定化や身体障害者福祉関係事務の市町村への一元化等が図られた。

1993（平成 5）年、障害者対策推進本部において、「障害者対策に関する新長期計画—全員参加の社会づくりをめざして—」が策定された。またこの年には、「福祉用具の研究開発及び普及の促進に関する法律」「身体障害者の利便の増進に資する通信・放送身体障害者利用円滑化事業の推進に関する法律」「障害者基本法」が成立した。このうち障害者基本法は、心身障害者対策基本法の改正によるものであり、対象となる障害の範囲を「身体障害、精神薄弱又は精神障害」として明確化し、障害者の日や国による障害者基本計画の策定について定めた。

1994（平成 6）年には「高齢者、身体障害者等が円滑に利用できる特定建築物の建築の促進に関する法律」（通称「ハートビル法」）が制定され、障害者基本法に基づいた初の『障害者白書』が刊行された。

1995（平成 7）年、障害者対策推進本部で、「障害者プラン～ノーマライゼーション 7ヵ年戦略～」が策定された。これは、先の「障害者対策に関する新長期計画」の具体化を図るための重点施策実施計画であり、数値目標設定等、施策の具体的目標を盛り込み障害者施策の強力な推進を図ること、保健福祉分野にとどまらず幅広い施策分野について総合的・横断的に取り込み、関係省庁が連携協力して施策を効果的に推進していくことに特色があるとされる。

1996（平成 8）年 7 月、障害保健福祉部が厚生省（現・厚生労働省）に設置され、障害

¹ 1993（平成 5）年から「日本障害者協議会」となる。

者施策に総合的に取り組む体制の整備が図られた。同年 10 月、身体障害者福祉審議会、中央児童福祉審議会障害福祉部会、公衆衛生審議会精神保健福祉部会の行動企画分科会が設置され、障害者福祉施策全般の見直しについて審議されることになった。この分科会は、1997(平成 9)年 12 月に中間報告を、そして 1999(平成 11)年 1 月に意見具申を行った。この意見具申では、障害者福祉サービスを新しい利用制度に移行すること、サービスの水準の確保と利用者の保護を図ること、障害者の参画を支援する必要があること等を述べている。

1999(平成 11)年、高齢社会への対応・障害者福祉充実のため、自己決定尊重・残存能力活用・ノーマライゼーション等の新しい理念と、本人保護という従来からの理念との調和を図り、弾力的で利用しやすい制度構築を目指し、民法の一部を改正する法律等「成年後見制度」関連四法が成立した。これは、法定後見制度の改正、「任意後見制度」の創設、「成年後見登記制度」の創設を主な内容とする。

2000(平成 12)年には、「高齢者、身体障害者等の公共交通機関を利用した移動の円滑化の促進に関する法律」(通称「交通バリアフリー法」)と、「社会福祉の増進のための社会福祉事業法等の一部を改正する等の法律」が成立した。前者は、高齢者や身体障害者等の公共交通機関による移動の利便性及び安全性の向上を図り、公共の福祉の増進に資することを目的とするものである。後者は社会福祉事業法をはじめ八つの法律を改正するものであるが、特に身体障害者福祉法や知的障害者福祉法、児童福祉法(障害児関係)は、従来の措置制度を廃止し利用制度に移行すること、知的障害者福祉・障害児福祉に関する事務を市町村に委譲すること、障害者の地域生活を支援する事業を法定化することを、主な柱としている。

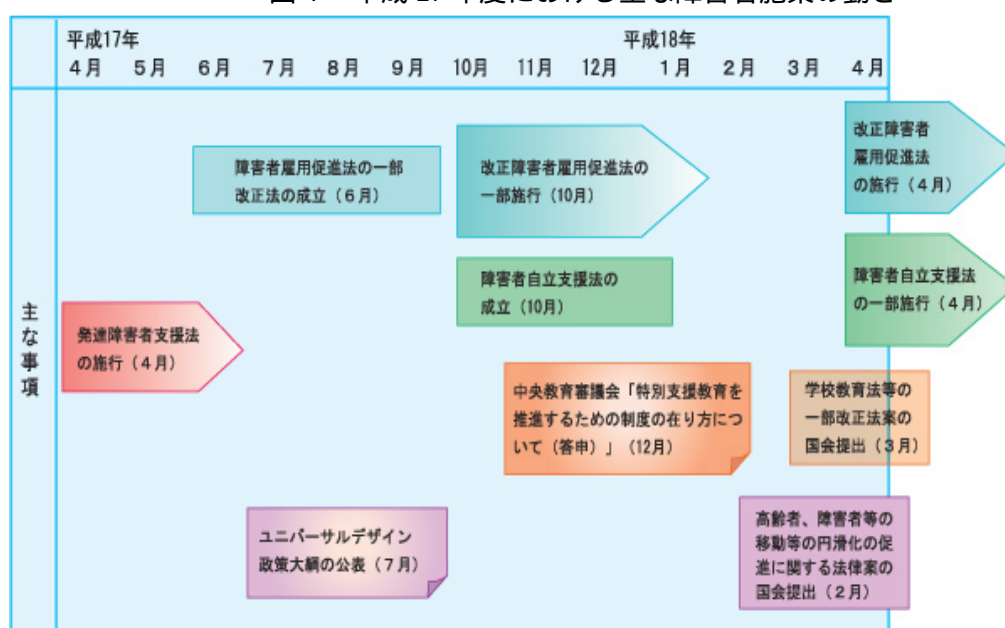
2000(平成 13)年には、「道路交通法の一部を改正する法律」と「障害者等に係る欠格事由の適正等を図るための医師法等の一部を改正する法律」が成立した。これらは、障害者に係る欠格条項が、障害者の社会参加を阻む不当な要因とならないよう、制度の見直しをすすめたことによる。

2002(平成 14)年 5 月に、身体障害者補助犬法が成立した。本法は、身体障害者補助犬(以下「補助犬」という)とは、盲導犬、介助犬、聴導犬で、他人に迷惑を及ぼさない等適切な行動をとる能力があり、厚生労働大臣の指定法人の認定を受けたものであること、国等、公共交通事業者、不特定多数が利用する施設の管理者は、補助犬の同伴を拒んではならないこと、国等を除く事業主や住宅を管理するものは、身体障害者が補助犬を使用することを拒まないように努めなければならないこと、使用者は施設利用の際、訓練された補助犬であることを表示すること、使用者は補助犬の衛生に努め、行動を適切に管理しなければならないこと、訓練事業者は獣医師等と連携して良質な補助犬を育成、必要に応じて再訓練すること、国と地方公共団体は補助犬の役割について国民の理解を深めるための措置を講じ、国民も使用者に対し必要な協力に努めること等を定める。また同年 12 月、「障害者基本計画」が閣議決定され、「重点施策実施 5 か年計画」(新障害

者プラン）が障害者施策推進本部において決定された。「障害者基本計画」は1993（平成5）年の「障害者対策に関する新長期計画」にかわる新たな計画であり、国民だれもが人格と個性を尊重して相互に支え合う共生社会の実現を理念とする。そしてこの計画の前期5年間の重点施策と達成目標を掲げたのが、「重点施策実施5か年計画」である。

平成17年度は、障害者の自立と社会参加を促進するための制度的な取組みが大きく進展した1年であった。（図4）

図4 平成17年度における主な障害者施策の動き



出典：内閣府（2006）

2004（平成16）年5月、「障害者基本法の一部を改正する法律」が成立した。この改正で、障害者に対する障害を理由とする差別その他権利利益を侵害する行為をしてはならないこと、都道府県及び市町村は障害者計画を策定しなければならないこと、中央障害者施策推進協議会を設置すること等が定められた。

また同年12月、「特定障害者に対する特別障害給付金の支給に関する法律」と「発達障害支援法」が成立した。特定障害者に対する特別障害給付金の支給に関する法律は、1986（昭和61）年3月末までの国民年金任意加入対象であった被用者の配偶者、1991（平成3）年3月末までの国民年金任意加入対象であった学生のいずれかで、加入していなかった間に障害を負ったことにより障害基礎年金を受給していない者に対し、「特別障害給付金」を支給することを定めた。また、発達障害者支援法は、発達障害者を早期に発見し、発達支援を行うことに関する国及び地方公共団体の責務を明らかにするとともに、学校教育や就労等における支援を図るものであり、発達障害の定義（自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害その他これに類する脳機能の障害であって症状が通常低年齢において発現するもの）、地域における一貫した支援、

関係機関の連携、専門家の確保、発達障害の理解促進などを具体的内容とする。

2005（平成 17）年 6 月、「障害者の雇用の促進等に関する法律の一部を改正する法律」が成立した。これは、精神障害者に障害者雇用率制度や障害者雇用納付金制度を適用し、精神障害者の雇用対策を強化する、障害者雇用納付金制度における特例調整金・特例報奨金を支給し、在宅就業障害者の支援を行う、障害者福祉施策との有機的な連携を図ることを内容とする。そして 10 月には、障害の種別にかかわらず、共通の制度下で福祉サービス等を一元的に提供する仕組みとなる「障害者自立支援法」が成立し、2006（平成 18）年 4 月から一部試行、10 月より全面施行された。

さらに、同年 2 月には、2005（平成 17）年 7 月に公表された「ユニバーサルデザイン政策大綱」等を踏まえ、高齢者、障害者等の円滑な移動及び建築物等の施設の円滑な利用の確保に関する施策を総合的に推進するため、主務大臣による基本方針並びに旅客施設、建築物等の構造及び設備の基準の策定等を内容とする「高齢者、障害者等の移動等の円滑化の促進に関する法律案」が第 164 回国会に提出された。

また、同年 3 月には、2005（平成 17）年 12 月の中央教育審議会答申の提言を踏まえ、障害のある児童生徒等の個々のニーズに柔軟に対応し、適切な指導及び支援を行う観点から、複数の障害種別に対応した教育を実施することができる特別支援学校制度を創設することや、小中学校等における特別支援教育を推進することにより、障害のある児童生徒等の教育の一層の充実を図ることなどを内容とする「学校教育法等の一部を改正する法律案」が第 164 回通常国会に提出された。

表 9 は、省庁別の取組みを表にしたものである。ここからもわが国における障害者施策の一定の充実を見ることができる。しかし内容が不十分であったり、改正の必要な施策もある。また、行政窓口も個々の施策ごとに異なるという問題がある。障害者の必要としているサービスが、障害の種別ではなくニーズに着目して提供されるような施策の体系化が求められる時期にきているといえる。

障害の有無にかかわらず、国民誰もが相互に人格と個性を尊重し支え合う「共生社会」の実現を図ることは、21 世紀におけるわが国のあり方を考える上での最重要課題の一つである。

表9 各省庁別にみた主な障害者施策一覧

	分類	関係法令等
内閣府	障害者基本計画の策定、啓発広報（障害者週間の集い、障害者施策総合推進地方会議、心の輪を広げる障害者理解促進事業等）など	障害者基本法など
警察庁	信号機への視覚障害者用付加装置等の設置、駐車禁止規制除外措置、自動車運転適性相談など	社会資本整備重点計画法、交通安全施設等整備事業の推進に関する法律、道路交通法など
総務省	NHK 放送受信料の減免、郵便料金の減免、税制上の配慮（地方税）	放送法、有線テレビジョン放送法、電気通信事業法、身体障害者の利便の推進に資する通信・放送身体障害者利用円滑事業の推進に関する法律、地方税、郵便法など
法務省	人権相談所の設置（各法務局・地方法務局及びその支局に常設）など	
外務省	障害者リハビリテーション関係分野に対する技術協力	国際協力機構など
財務省	税制上の配慮（国税）	所得税法、消費税法、相続税法、租税特別措置法、関税定率法など
文部科学省	特別支援教育など	学校教育法、盲学校・聾学校及び養護学校への就学奨励に関する法律、学校保健法、発達障害者支援法など
厚生労働省	障害の予防、早期発見・治療、各種の福祉措置、生活保障、医療措置など 雇用対策、職業訓練、労働者災害補償など	母子保健法、児童福祉法、身体障害者福祉法、知的障害者福祉法、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、発達障害者支援法、特別児童扶養手当等の支給に関する法律、戦傷病者特別援護法、生活保護法、国民年金法、厚生年金保険法、障害者の雇用の促進等に関する法律、雇用対策法、職業安定法、職業能力開発促進法、労働者災害補償保険法、障害者自立支援法など
農林水産省	障害者に配慮した農山漁村の生活環境整備、障害者の食生活環境の改善	
経済産業省	福祉関係機器の開発、機器の標準化など	工業標準化、福祉用具の研究開発及び普及の促進に関する法律など
国土交通省	公共交通施設の改善など 障害者向け公営住宅の供給、都市機構住宅・公庫住宅にかかる優遇措置、官庁施設及び道路等の改善、有料道路の通行料金割引措置など 土砂災害特別警戒区域における災害時要援護者関連施設等の開発行為に対する許可制	高齢者、身体障害者等の公共交通機関を利用した移動の円滑化の促進に関する法律 高齢者、身体障害者等が円滑に利用できる特定建築物の建築の促進に関する法律 公営住宅法、都市再生機構内規、住宅金融公庫法、土砂災害警戒区域等における土砂災害防止対策の推進に関する法律など

出典：内閣府（2006）

第3節 介護保険法

わが国は急速な高齢社会を迎え、障害者においても高齢化が進んでいる。また加齢による身体機能の低下から障害を抱える人も増えている。そのため障害者と高齢者の間には共通する問題も多い。

2000（平成12）年4月より介護保険制度が導入され、65歳以上の障害者は要介護・要支援状態になった場合、介護保険と障害者施策とで共通する在宅介護サービスは介護保険からの保険給付となる。このように、高齢の障害者に対するサービスは介護保険制度の理解が重要となってくる。

1）介護保険制度創設のねらい

わが国においては、人口の高齢化の進展に伴って、寝たきりや痴呆などにより介護を必要とする高齢者が急速に増加している。このことは、核家族化の進展などによる家族の介護機能の変化などとあいまって、介護問題をより深刻化させる一因となっている。今日、高齢者介護問題は国民の老後生活における最大の不安要因となっている。

高齢者に対する介護サービスは、従来は医療と老人福祉と老人保健の三つの異なる制度のもとで行われていたが、利用手続きや費用負担の面で不均衡となっていることなど、利用者の立場に立った総合的なサービス提供、サービス利用のしやすさ、効率的なサービス提供の観点などからさまざまな問題が指摘された。

高齢社会の進展に伴って、誰もが相当程度の確率で、自らが介護を必要とする状態になったり、介護を必要とする状態となった老親を介護する可能性がある。さらに、今後、急速に高齢化が進むことから、介護を必要とする高齢者がさらに急増することが見込まれている。

これらを踏まえ、現行制度の再構築を図り、国民の共同連帯の理念に基づき、社会全体で介護を必要とする者の介護を支える新たな仕組みとして介護保険制度が創設された。

介護保険法は、1997（平成9）年12月9日に第141回臨時国会において可決成立し、1961（昭和36）年の国民皆保険達成以来の新しい社会保険制度として、同月17日に公布された。

本制度の成立に関連する事柄としては、21世紀に向けた高齢者介護制度のあり方については1994（平成6）年3月に高齢社会福祉ビジョン懇談会が取りまとめた「21世紀福祉ビジョン」において、誰もが介護を受けることができる新たな仕組みの構築が提言されている。また、同年12月の高齢者介護・自立支援システム研究会が取りまとめた報告書では、高齢者の自立支援という基本理念のもと、介護に関連する既存制度を再編成し、社会保険方式による新たな仕組みの創設を目指すことが提言された。

これらの報告や、1995（平成7）年7月の社会保障制度審議会の勧告を踏まえ、介護保険法の法案は、老人保健福祉審議会や与党三党のワーキングチーム等における検討を経て、1996（平成8）年11月29日に国会に提出され、以来約1年間にわたる国会審議を経て成立したものである。施行は、一部を除き2000（平成12）年4月1日である。

介護保険制度は、利用者の選択により、保健・医療・福祉にわたる介護サービスを総合

的に利用できる仕組みを導入するものである。また、従来、市町村自らまたはその委託を受けたものに限られてきた福祉サービスの提供主体を、民間企業など広く多様な主体に拡げることにより、サービスの質の向上と地域の実情に応じた介護サービス基盤の拡充を図ろうとするものである。さらに、社会保険制度とすることにより、給付と負担の関係について国民の理解を得ながら、今後増加が見込まれる介護費用を支えていこうとするものである。

本法の目的は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病などにより要介護状態（常時介護を要すると見込まれる状態）となり、介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等が、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行い、国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることである。

介護保険制度の保険給付は、被保険者の要介護状態または要介護状態となるおそれがある状態に対して行うものであるが、次の事項について配慮して行われなければならないとされている。

被保険者の要介護状態の固定化につながることのないよう、サービス提供が迅速に行われる必要がある。また、保険給付は、要介護状態の軽減、悪化の防止、要介護状態の予防に資するよう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない。

介護保険制度は、わが国に、初めて本格的な介護支援サービス（ケアマネジメント）の仕組みを制度的に位置づけるものである。適切な介護サービス計画（ケアプラン）の策定等を通じ、被保険者の心身の状況、そのおかれている環境等に応じて、被保険者本人の自己決定を最大限尊重し、その選択に基づき、個々人に適した保健・医療・福祉にわたるサービスが、多様な事業者・施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮されなければならない。

高齢者の多くは、要介護状態となっても、住み慣れた地域や環境のなかで親しい家族や隣人とともにそれまでの生活を継続することを望んでいる。保険給付の内容及び水準は、そうした高齢者自身の選択が実現でき、要介護状態となった場合においても、可能な限り、居宅（在宅）において、その能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮されなければならない。

2）介護保険制度の概要

保険者については、介護サービスの地域性や市町村の老人福祉や老人保険事業の実績を考慮し、また高齢者に対するサービスの決定権限が市町村に一元化されているという地方分権の流れも踏まえて、国民に最も身近な行政単位である市町村及び特別区を介護保険制度の保険者（運営主体）としている。そのうえで、国、都道府県、医療保険者、年金保険者が市町村を財政面、事務面から重層的に支援する制度となっている。

介護保険を円滑に実施していくためには、市町村における人的・組織的体制を確立すると

ともに、安定的な財政基盤を構築することが必要である。そのため、介護保険の運営にあたって市町村の枠を超えて広域的に対応することもそのための有効な方策の一つである。広域的な対応としては、広域連合等を設立し、介護保険に関する事務の全体または一部を共同で行う、介護認定審査会を共同設置し要介護認定事務を広域的に実施する、介護保険法に基づく市町村相互財政安定化事業を活用するといったことがある。

被保険者は、40歳以上の者である。これは、40歳以上になると、初老期痴呆や脳卒中による介護ニーズの発生の可能性が高くなるほか、自らの親も介護を要する状態になる可能性が高く、介護保険制度の導入により、家族の介護負担が軽減されるからである。

介護保険法においては被保険者を、市町村の区域内に住所を有する65歳以上の者（第1号被保険者）、市町村の区域内に住所を有する40歳以上65歳未満の医療保険加入者（第2号被保険者）の二つに区分している。第1号被保険者及び第2号被保険者の両者ともに、年齢要件のほか、住所を有することが要件となっている（住所地主義）（表10）

表10 被保険者・受給者・保険料

区分	第1号被保険者	第2号被保険者
対象者	65歳以上の者	40歳以上65歳未満の医療保険加入者
受給権者	・ 要介護者（寝たきり・痴呆） ・ 要支援者（虚弱）	左のうち、特定疾病によるもの
保険料負担	市町村が徴収	医療保険者が医療保険料として徴収し、納付金として一括して納付
賦課・徴収方法	・ 所得段階別定額保険料（低所得者の負担軽減） ・ 年金額一定額以上は年金天引、それ以外は普通徴収	・ 健保：標準報酬×介護保険料率（事業主負担あり） ・ 国保：所得割、均等割等に按分（国庫負担あり）

* 若年障害者については、当面、障害者プランに基づき、公費により総合的、計画的に介護サービス等を提供することにより対応する。

出典：老人福祉論 第4版

要介護者とは、寝たきりや痴呆等の要介護状態にある65歳以上の者、要介護状態にある40歳以上65歳未満の者であって、その要介護状態の原因である身体上または精神上的の障害が特定疾病によって生じたものをいう。要支援者とは、要介護状態となるおそれがある状態にある65歳以上の者、要介護状態となるおそれがある状態にある40歳以上65歳未満の者であって、その要介護状態の原因である身体上または精神上的の障害が特定疾病によって生じたものをいう。

介護保険では、要介護状態にある被保険者（要介護者）または要介護状態となるおそれがある状態にある被保険者（要支援者）に対し保険給付が行われる。その場合、要介護状態要介護状態（または要支援状態）にあるかどうか、その介護の必要の程度（要介護度）を確認するために、被保険者は要介護認定の申請を行わなければならない。申請を受け付

けた市町村は、申請した被保険者の心身の状況に関する調査を行う。この調査は、市町村職員が行うほか、指定居宅介護支援事業者（介護サービス計画作成期間）や介護保険施設に委託することができる。この場合には、これらの事業者等に配置された介護支援専門員（ケアマネージャー）等が調査を行う。

この調査結果とかかりつけ医の意見に基づき、市町村に設置される介護認定審査会（保健・医療・福祉の学識経験者により構成される第三者機関）において審査判定が行われ、その結果に基づき市町村が要介護認定等を行う。このうち、介護認定審査会が行う審査判定業務については、複数市町村による広域的な実施、または都道府県への委託できることとなっている。要介護認定等が行われると、申請日以降に利用したサービスについて給付が受けられる。また、申請日以前に利用したサービスについても、緊急やむを得ないものについては給付の対象となる。

要介護認定等には有効期間が付され、継続してサービスを受けるためには認定の更新を受ける必要がある。また、状態が重くなった場合については、有効期間の途中であっても要介護度の変更の認定を受けることができる。

第3章 外出の支援

第1節 外出の支援の意義と必要性

外出を支援することは、障害がある人の生活を便利にするうえでも、暮らしに刺激を与えるという意味でも重要である。外出といっても、自分自身で車を運転する人、家族の運転で外出する人、バスや電車等の公共交通機関を利用する人と、さまざまである。2000（平成12）年11月15日に、公共交通機関を利用する身体に障害のある人等の移動に係る身体の負担を軽減することにより、その移動の利便性及び安全性の向上を促進することを目的とする、「高齢者、身体障害者の公共交通機関を利用した移動の円滑の促進に関する法律（交通バリアフリー法）」が施行された。「交通バリアフリー法」では、鉄道駅等の旅客施設の新設、大改良及び車両等の新規導入に際しての移動円滑化基準（移動円滑化のために必要な旅客施設及び車両等の構造及び設備に関する基準（平成12年運輸省建設省令第10号））への適合義務を規定している。また、既設の旅客施設・車両等についても移動円滑化基準に適合させるよう努めなければならないこととされている。（表11,12）

表11 車両等のバリアフリー化の状況

		車両等の総数	平成16年度末移動円滑化基準に適合している車両等
鉄軌道車両		51,593	14383(27.9%)
バス		58,197	
	低床バス		13144(22.6%)
	うちノンステップバス		6974(12.0%)
旅客船		1129	79(7.0%)
航空機		474	193(40.7%)

出典：内閣府（2006）

表12 交通バリアフリー法基本方針における目標設定

	車両等の総数	バリアフリー化される車両等の数
鉄軌道車両	約 51,000	約 15,000(約 30%)
乗合バス車両	約 60,000	原則として、10年～15年で低床化された車両に代換 (うちノンステップバス) 約 12,000～15,000 (20～25%)
旅客船	約 1,100	約 550(約 50%)
航空機	約 420	約 180(約 40%)

出典：内閣府（2006）

また、鉄道駅等の旅客施設を中心とした一定の地区において、市町村が作成する基本構想に基づき、旅客施設、周辺道路、駅前広場等の重点的・一体的なバリアフリー化を進め

る制度を導入することを内容としている。

同法に基づき、バリアフリー化の目標や交通事業者等が講ずべき措置、基本構想の指針を示した「移動円滑化の促進に関する基本方針（平成 12 年国家公安委員会、運輸省、建設省、自治省告示第 1 号）」が策定されている。平成 16 年 10 月には、市町村が作成する基本構想の指針となるべき事項について、重点整備地区内の建物も含めた一体的なバリアフリー対応についても配慮されるような基本方針を改正しその旨を明確化した。

公共交通機関はバリアフリーの実現に向けてさまざまな取組みを行っている最中であるが、現状ではまだまだ多くの問題が残っている。また、公共交通機関がほとんど存在しない地域も多い。存在するバリアもあれば、存在しないバリアもあるのである。

外出を困難にしているのはハード面だけではない。障害がある人自身が、外出中に困ったときどうしているか、周りの人々にどのようにお願いしたり相談したりしているのだろうか、またその周りの人々はどんな気持ちでそれを受け止めているのだろうか、こういったソフト面への取組みも重要である。

第 2 節 交通手段の対応と種類

公共交通における交通手段を、乗車密度（縦軸）とトリップ長（横軸：ドア・ツー・ドアサービス・路線）からみた役割を、図のように整理した。（図 5）

図 5 陸上の公共交通の位置づけ

出典：作業療法ジャーナル（2006,7）

LRT・ガイドウェイバス・BRT

LRT（ライトレール・トランジット＝軽量軌道交通）とは高架鉄道、地下鉄よりも一回り小さいシステムの交通機関で、バス以上の輸送力を持つものの、地下鉄よりは簡易な大量交通輸送システムを低コストで建設することを目指して開発が行われた。欧米・日本では富山市（富山ライトレール）でみられる。

ガイドウェイバスはバスが鉄道のように専用軌道をもつシステムで、道路の中央分離帯上などに設けた専用軌道（専用路）を、車両の前後輪付近に取り付けた案内装置の誘導で走る。案内装置を格納すれば、通常のバスとして一般道路を走行できる。アデレード（オーストラリア）やエッセン（ドイツ）等、数カ所でみられ、日本では名古屋市（ゆとりーとらいん）でみられる。

BRT（バス・ラピッド・トランジット＝快速幹線バス輸送）は一般のバスの課題を克服して効率性の高い輸送サービスを行う新しいバスシステムである。技術的には特別に新しいものではないが、専用走行路を確保して、近代的なバス停ないしバス駅を整備し、ハイテク車両を用いて高頻度のサービスを提供するものである。クリチバ（ブラジル）、ソウル（韓国）等でみられる。

DRT

DRT（デマンド・レスポンス・トランスポート＝需要対応型公共交通）とは事前予約によりドア・ツー・ドアサービスに近いサービスを提供する交通システムであり、一般の人、高齢者・障害者等その対象者は多様であるが、一度に大量の輸送は困難で、一般的に数人から十数人までの間である。欧州ではイタリア、英国、スウェーデン等で取り組まれている。スウェーデンは歩行できる障害者・高齢者に対して待ち合わせ場所（停留所のようなもの）を自宅から 150m 以内に設定している。日本では、全国で数十のシステムが動いているがその大半は地方の人口低密度地域である。

ST サービス

ST サービス（スペシャル・トランスポート・サービス）とは、主に高齢者や移動障害者の便宜を図る公共交通サービスのことで、車椅子でも楽に乗降できる、低床の小型バスなどが使用される。定時定路線型・誰でも利用可能な路線バス型サービスは、福祉型コミュニティバスとも呼ばれている。ST サービスにはドア・ツー・ドアサービスのタクシーハイヤー型もある。これらの他に、高齢者・移動障害者限定の固定ルートバスサービス、相乗りタクシー型サービスなどがある。

第3節 ST サービス制度の変遷

1．移動・移送サービス活動初期

1) 誕生・ST サービスの芽生え

わが国の ST サービスの歴史は民間ボランティアの矢田氏の努力から始まった。1960 年代後半矢田氏は米国のリフト付きタクシーを開発すべく自動車会社と交渉して開発したものが、便利な（ハンディ）タクシー（キャブ）、つまりハンディキャブを開発し、同時にボ

ランティア団体として障害者の外出のための運行を開始した。1970 年代中頃から各地のボランティア団体（世田谷・三鷹・杉並・町田）が運行を始めるとともに、行政でも福祉行政を標榜する町田市が行政としていち早く運行を開始（1972 年）したのが「やまゆり号」であった。しかしその後の運行団体はほとんどがボランティア団体であった。その理由は行政が、自らの施策として理解していなかったことによる。また、世田谷区や杉並区、三鷹市等はこうしたボランティア団体に比較的早くから補助を行ってきた。

2）車両の寄贈

1978 年テレビ局の 24 時間チャリティ委員会や各種財団が車両を寄贈することが始まった。ところが 24 時間チャリティ委員会寄贈の車両の利用状況を 1000 件のうち 300 程度回答があったデータから、車両の雨ざらし化（寄贈を受けたが使っていない）が多いことが明らかになった。理由は障害者を送迎すればするほど赤字になり、今までのボランティアとは異なり ST サービスにはかなりのお金がかかるからだ。ちなみに東京地域の NPO の送迎に 1 回当たりの平均運行費用は約 5000 円程度である。

3）運動の拡大

東京地域のボランティア団体（世田谷ミニキャブ区民の会・碓井英一氏）が 1982 年 2 月に初めてシンポジウムを開催し、さまざまな団体が集まるきっかけとなった。そして、その後「東京ハンディキャブ連絡会」がつくられ数年活動を行っていたが、大きな輪にならなかった。そして、この動きを支援する方向性を打ち出したのが東京都社会福祉協議会で、これが「第 1 回移送サービスを考えるつどい」（1988 年）であり、現在も継続している。

福祉振興基金では給食サービス・ケアサービスと並んで移送サービスの財政的援助を 1980 年代後半から開始した。この効果は 1990 年代後半に 1 地団体の平均送迎規模を比較したところ東京都（約 2200 回/年）が、神奈川県（約 660 回/年）の 3 倍の運行規模であったことから、財政的援助の効果がわかる。

2．ST サービスの転換期

1）バスの開発と普及

高齢者・障害者の交通がにわかに脚光を浴び始めたのはバスの技術開発が一段落して以後である。具体的には 1990 年代の初頭のリフト付きバスの出現、1995 年の国のプロジェクトであるコミュニティバスの調査や 1995 年 11 月に運行した武蔵野ムーバス（コミュニティバス）の運行、そして 1997 年のノンステップバスの運行等である。わが国の高齢者対策としてコミュニティバスを運行した自治体はかなりあったが、高齢者対策としては不十分であった。本来の高齢者対策は ST サービスや DRT も加えて総合的に対応することを認識していない自治体が多かった。

2）高齢社会対応と介護保険

1990 年代初頭には高齢者の増加に対してゴールドプラン、高齢社会の十年戦略等、高齢社会対応の兆しが見えはじめてきた。今までは高齢者の施設送迎の対応はあったが個別輸送はなかった。1990 年代後半からわが国は介護保険の兆しが見えてきた。そして、2000

年に入ると介護保険による介護タクシーの時代がやってきた。具体的には高齢者のタクシー等の乗降時の身辺介護である。当初は1回のタクシー利用に2100円（利用者は1割負担の210円）であったが現在では1000円（利用者負担は1割負担）と補助が少なくなった。利用対象者は介護保険対象者に限定されている。また、タクシーについては道路運送法4条で限定で営業許可を受けたタクシー等も出てきている。限定のタクシーとは通常のタクシーのように流しで運行することはできず、主として予約式でサービスを供給するものである。

3．道路運送法

国土交通省では2004年3月16日の自動車交通局長名で「福祉有償運送及び過疎地域有償運送に係る道路運送法80条1項に係る許可取り扱いについて」によりNPOによるボランティア輸送の有償運送（福祉有償運送）を認めた。そして、2006年10月から道路運送法が改正されるが、最初に2004年の主な内容を説明する。

1）許可の枠組み

今回のNPOが運賃を徴収して運行することは道路運送法の有償送還に抵触、つまり白タク行為の法律違反であった。この違法状態のボランティア団体を法的に認めるプロセスが今回の法律の役割である。

運行団体の有償運送（福祉有償運送）を認めるためには、まず団体の資格（NPO）を取得し、市町村設置の運営協議会に許可の申請を行い、ここで妥当と認められた場合に地方公共団体の協力依頼を示して許可申請が運輸支局に行われ、妥当と認められると許可される。

2）運送の条件として主要内容は

運送主体は営利を目的としない組織等、運送の対象は福祉有償運送対象者で、介護保険法の「要介護者」・「要支援者」身体障害者福祉法の「身体障害者」その他として「精神障害者」・「知的障害者」等により単独での移動が困難な者であって、単独で公共交通機関を利用することが困難な者である、使用車両は車椅子・ストレッチャーのためのリフト、スロープ、寝台等が備えられた福祉車両である。運転者は普通二種免許を基本とし、これによりがたい場合は十分な能力および経験を有していると認められることである。

第4節 住宅・建築物のバリアフリー化の推進

1．住宅のバリアフリー化

1）障害のある人に対応した住宅対策の基本的な考え方

住宅は国民生活の重要な基盤であり、障害のある人を含むすべての人々が、生涯を通じて安定とゆとりある住生活を実現できるよう、住宅・住環境の整備を行うことが重要な課題である。このため、良質な住宅ストックの整備を図るとともに、障害のある人が障害の種別、程度、世帯の構成等に応じて、日常生活に適した規模・設備を有する住宅を確保できるようにすることが必要である。

平成13年度を初年度とする第8期住宅建設五か年計画においても、「いきいきとした少子・高齢社会を支える居住環境の整備」に重点的に取り組むこととしている。具体的には、

高齢者、障害のある人等のニーズの多様性等に的確に対応し、加齢等による身体機能の低下や障害が生じた場合にも、基本的にそのまま住み続けることができる住宅の供給及び普及、社会福祉施設との併設の推進等医療・保健・福祉施策との連携の強化並びに住環境の整備により、居住安定の確保を図ることとしている。

また、社会資本整備審議会住宅地分科会において取りまとめられた答申「新たな住宅政策に対応した制度的枠組みについて」は、これまでの住宅や住宅資金の公的直接供給を中心とする住宅政策の制度的枠組みを抜本的に見直し、市場機能やストックを重視した住宅政策への本格的転換を図っていくことが提言されている。今後は、この答申を十分尊重して住宅政策を展開していく。

このため、住生活の安定の確保及び向上の促進に関する施策について、基本的理念及び国、地方公共団体等の責務を定めるとともに、国及び都道府県による基本的な計画の策定等を内容とする「住生活基本法案」を第 164 回国会に提出した。

2) 設計、設備の面で障害のある人に配慮した住宅の供給(表 13)

表 13 公営住宅等の障害者世帯向け住宅建設個数

年度	公営住宅建設個数	都市機構(公団)住宅の優遇措置個数		
		賃貸	分譲	計
平成 12 年	237	5,948	212	6,160
平成 13 年	204	5,381	123	5,504
平成 14 年	161	4,842	149	4,991
平成 15 年	140	4,050	45	4,095
平成 16 年	132	2,157	0	2,157

出典：内閣府（2006）

公営住宅等

新設のすべての公営住宅について、平成 3 年度より、設計・設備の面で障害のある人等に配慮し、加齢等による身体機能の低下等に対応した住宅を標準仕様として順次供給している。既設の公営住宅の改善を行う場合にも、可能な限り障害のある人等に配慮した住宅改善を行うこととしている。

障害者向け公営住宅の建設に当たっては、規模の大きなものや特別の設備を設置するものに対しては、工事費に係る補助金を特例的に増額している。

入居者の募集・選考においては、障害者世帯は、特に住宅困窮度が高いものとして、事業主体の裁量により一定の上限の下、入居者の収入基準を緩和するとともに、当選率の優遇、別枠選考等の措置を講じている。なお、「公営住宅法施行令」の改正により、平成 18 年 2 月から身体に障害のある人に加え、精神障害のある人、知的障害のある人についても単身入居を可能とした。

民間事業者等が一定の基準に適合する良質な賃貸住宅を整備する場合に、建設費や家賃の減額に要する費用の一部を助成するなどの支援を行う「高齢者向け優良賃貸住宅制

度」を設けて、高齢者向けの賃貸住宅の普及を図っており、この制度においては、都道府県知事等の裁量により一定の障害者世帯について別枠選考等の措置ができるものとしている。改良住宅等についても、設計・設備の面で公営住宅に準じた取扱いをしている。

公団賃貸住宅（都市機構住宅）

新設のすべての公団賃貸住宅（都市機構住宅）について、平成 3 年度より、設計・設備の面で障害のある人等に配慮し加齢等による身体機能の低下等に対応した住宅を標準仕様として順次供給している。既存の賃貸住宅についても、障害のある人等に配慮した住宅改善を実施している。

障害のある人を含む世帯に対しては入居基準収入額の緩和、1 階又はエレベーター停止階への住宅変更、新規賃貸住宅募集時の当選率の優遇等の措置が講じられている。

公社賃貸住宅

公社賃貸住宅については、平成 7 年度より、設計・設備の面で障害のある人等に配慮し、加齢等による身体機能の低下等に対応した住宅を標準仕様として順次供給している。

民間住宅の誘導

民間住宅については、平成 13 年 8 月に高齢者の居住の安定確保に関する法律に基づき、高齢者の居住する住宅の設計に係る指針を策定し、身体機能が低下した場合にも住み続けられるような住宅の設計上の配慮事項を示し、普及を促進している。

住宅金融公庫、沖縄振興開発金融公庫にあいては、障害のある人等に配慮した住宅として、上記の指針に基づき定められた基準に適合する住宅等一定の良質な住宅に対して、金利の優遇を行っている（1 戸当たり床面積が 175 m²以下の住宅について、適用を行っている）。

新築住宅については、上記の基準に適合する住宅の場合（150 万円/戸）、ホームエレベーター、階段昇降機、車いす対応キッチンユニットなどの設備を併設する場合（250 万円/戸）、障害のある人等が同居し比較的規模の大きな住宅を建設する場合（300 万円/戸）に融資の増額を行っている。

3) 住宅リフォーム

障害のある人の健やかな住生活を実現するため、既存住宅ストックを障害のある人の生活や家族の介護に配慮した、障害のある人の住みやすい住宅へと改造していくことが求められている。このため、適切な設計・施工ができる専門家を育成するため（財）住宅リフォーム・紛争処理支援センターにおいて、工務店向けに障害のある人にも対応した「高齢化対応住宅リフォームマニュアル」を作成し、その普及を図るとともに、増改築相談員等に対し、当マニュアルを用いて研修を行っている。

住宅リフォームを行うに当たっては、住宅分野と保健福祉分野の連携による適切な相談体制の確立が必要である。このため、関係省庁間の密接な連携の下、国及び地方公共団体において、障害のある人が住みやすい住宅改築、介護機器相談体制を整備している。

障害のある人等の居宅を建築関係の専門家等が訪問し、家屋の構造や障害の程度を踏

まえた住宅改造に関する適切なアドバイスを行う「住宅改良ヘルパー制度」が平成 5 年から設けられている。

住宅金融公庫、沖縄振興開発金融公庫においては、住宅の改良につき、段差解消等のバリアフリー化、障害のある人が日常生活を支障なく営むことができるように必要な設備を設置する工事等を行う場合には、平成 10 年度より融資を大幅に増額している（530 万→1000 万円等）。

4) 福祉・医療施策との連携

障害のある人の生活に関連したサービスを備えた住宅の設備を行うため、公営住宅等を建設する際の社会福祉施設等の併設・合築などを推進している。また、障害のある人の共同生活を支援することを目的とするグループホーム事業を公営住宅制度に位置付け、一定の要件下で、社会福祉法人等に公営住宅を使用させることができるものとしている。

福祉施策と連携した生活支援サービス付き公営住宅（シルバーハウジング）においては、事業主体の長が特に必要と認める場合に、障害者世帯の入居を可能としている。

障害のある人等の生活しやすい市街地環境の形成を図るため、住宅市街地整備総合支援事業、有料建築物等整備事業、市街地再開発事業等において、平成 9 年度より、デイサービスセンター、保育所等の社会福祉施設等を合築・併設する事業で、一定の条件を満たすものに対し、建築主体工事費の一部を補助対象に上乘せしている。

2. 建築物のバリアフリー化

1) 官庁施設のバリアフリー化

官庁施設の整備においては、昭和 48 年度以降、公共職業安定所、法務局、税務署等の窓口業務を行う官署、合同庁舎等について、車椅子使用者の利用を考慮したスロープ、肢体不自由者用のトイレの設置や視覚に障害のある人の利用を考慮した構内通路の整備等、所要の措置を講じてきた。

更にきめ細かい障害者・高齢者施策を推進するため、建築設計基準を定め、平成 14 年度からは、窓口業務を行う官署が入居する官庁施設について、障害のある人、高齢者等すべての人が円滑かつ快適に施設を利用できるよう、窓口業務を行う事務室の出入口の自動ドア化、多機能トイレの設置等による高度なバリアフリー化を目指した整備を推進している。また平成 22 年度までに、窓口業務を行う官署が入居するすべての既存施設について、手すり、スロープ、自動ドア、エレベーター（延べ面積 1000 m²以上の施設を対象）等の改修を実施することとしている。

2) 人にやさしい建築物の整備

デパート、ホテル等の多数の人々が利用する建築物を、障害のある人等が利用しやすくするためには、昇降装置の設置、廊下の幅員等の確保、各種設備の充実等を図る必要がある。このため、「高齢者、身体障害者等が円滑に利用できる特定建築物の建築の促進に関する法律（ハートビル法）」を改正し、特別特定建築物の建築等についての利用

円滑化基準への適合義務化、認定建築物に対する支援措置の拡大、所管行政庁（建築主事を置く市町村長等）への権限委譲等の措置を講じた（平成 15 年 4 月 1 日施行）

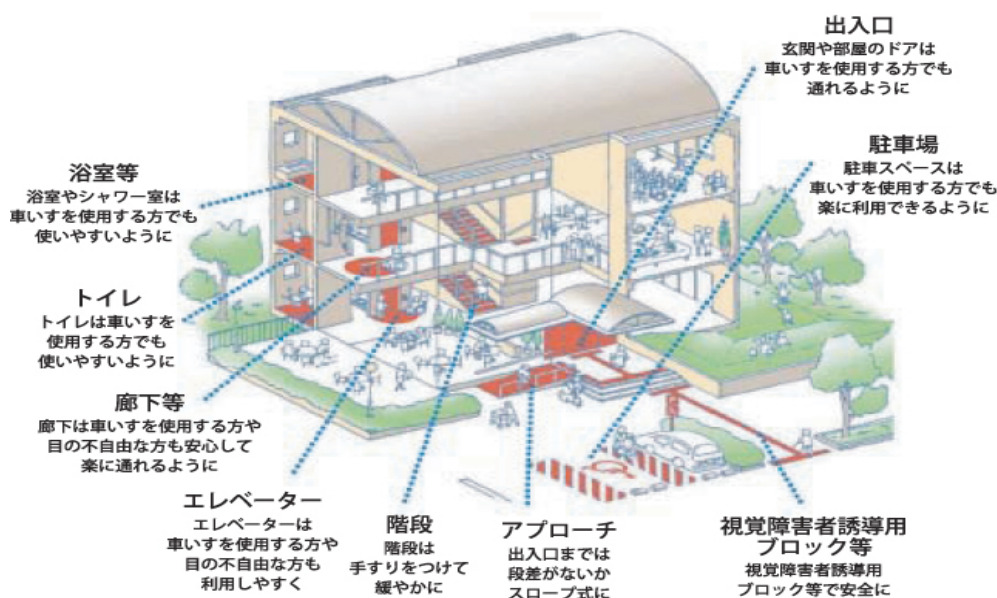
3)「ハートビル法」に伴う助成

「ハートビル法」に基づき、身体に障害のある人等が円滑に利用できる特定建築物の廊下・階段等に関する基準を定め、特定建築物の建築主への指導・助言を行っている。

また、「ハートビル法」に基づく認定を受けた優良な建築物（認定建築物）のうち一定のものに対して、身体に障害のある人等の利用に配慮したエレベーター、幅の広い廊下等の施設整備に対する補助制度（人にやさしいまちづくり事業）や税制上の特例措置（所得税・法人税における割増償却等）のほか、日本政策投資銀行や中小企業金融公庫等の政府系金融機関による融資制度として、「人にやさしい建築物（ハートフルビルディング）整備事業」等の支援措置が設けられている。

だれもが社会の構成員として地域において安心して生活できるようにするため、生活の基盤である建築・住宅におけるバリアフリー化を促進することを目的として、地方公共団体、都市基盤整備公団（平成 16 年 7 月に独立行政法人都市再生機構へ移行）等の特殊法人、建築・福祉に関する公益法人をメンバーとする「人にやさしい建築・住宅推進協議会」が、平成 8 年 4 月に設立されるとともに、全国各地に地域協議会が設立され、相互に連携を図りつつ、身体に障害のある人等の利用に配慮した建築・住宅の整備を推進している。（図 6）

図 6 ハートビル



出典：平成 18 年度版障害者白書

4) 表示方法の統一

点字表示

多くの公共施設では、設置された製品等に点字表示を付すことによる情報提供が進みつ

つあるが、点字の表示方法については統一されていないのが現状である。今後、更に拡大するであろう点字による情報提供において、表示方法の混乱を避けるため、その標準化を目指し、平成 15 年度より点字表示に対する利用者のニーズの把握、国内実態調査等の調査研究を行い、標準化のための検討を行った。平成 17 年度は「高齢者・障害者配慮設計指針—点字の表示原則及び点字表示方法—公共施設・設備（JIST0921）」が制定された。

案内用図記号

不特定多数の人々が利用する交通施設、観光施設、スポーツ文化施設、商業施設などの公共施設や企業内の施設において、文字や言語によらず対象物、概念又は状態に関する情報を提供する図形（案内用図記号）は、一見してその表現内容を理解できる、遠方からの視認性に優れている、言語の知識を要しないといった利点があり、一般の人だけでなく、視力の低下した高齢者や障害のある人、さらに外国人等でも用意に理解することができ、文字や言語に比べて優れた情報提供手段である。

案内用図記号については、その標準となるものを示すため、平成 13 年 3 月に案内用図記号 125 項目を策定し、このうち 104 項目が平成 14 年 3 月に JIS として制定された。

第 5 節 まとめ

障害のある人のすみよい環境の基盤づくりである「交通バリアフリー法」「ハートビル法」が施行され、ハード面でのバリアが少しずつ無くなってきている。しかし、平成 18 年 1 月には、全国に事業展開しているビジネスホテル事業者において、その 63 の物件で、建築基準法に基づく完了検査を受けた後に、車椅子利用者用駐車施設の撤去や指定された容積率を超える増築などの改造が行われ、ハートビル法違反のほか関係法令に違反した状態で建築物が使用されていたという事案が判明した。このような事案発生の背景には、バリアフリー化に対する意識の低さが見られる。今後、さらに徹底した教育活動、広報活動等を通じた「心のバリアフリー」を推進していく必要があると考える。

第4章 障害者の外出実態

第1節 はじめに

「外に出たい」という素朴な願いから始まったとされる障害者の外出、移動への取り組みは、建物、駅などの障害者用トイレ、エレベーター、スロープ、点字ブロックの設置、段差の解消など多くの成果をもたらしている。特に、「国際障害者年」とそれにつづく「国連・障害者の10年」を契機とする障害者施策の前進の中で、「人に優しい建築物整備促進事業」(建設省)、「障害者や高齢者にやさしいまちづくり推進事業」(厚生省)の障害者へ配慮した空間づくり、安全な移動の確保への対応がなされてきた。今日では、「バリアフリー」「すべての人にやさしい」をキャッチフレーズにした乗り物、住宅などの商品開発も活発である。

今日、障害者の外出はどのようなになっているのだろうか。

平成8年度厚生省身体障害者実態調査によれば、障害者の8割は過去1年間に外出しているが、毎日外出しているものは3分の1にとどまっている、と述べられている。

このような状況において障害者の外出を改めてとりあげ、障害者の外出に対する意識調査、ADL²能力調査を行い、外出を阻害しているものが何であるか把握することを試みることにした。

第2節 方法

<調査対象者>

A 病院の外来リハビリ通院患者 53 名を対象とし、その中から無作為に選んだ男女 21 名に対し、聞き取り調査及び日常生活動作評価 (Barthel Index) を行った。

<調査項目>

聞き取り調査

- ・ 基本的属性→性別、年齢、疾患名(発症日)、世帯構成、家屋について(一軒家・アパート、マンション)、年収
- ・ 身体的項目→1年間の転倒の有無、視力・聴力(会話、テレビの視聴に不自由するか否か、本が読めるか)
- ・ 心理的項目→主観的健康感(普段自分で健康だと思うか)、外出の好き・嫌い(現在・以前)
- ・ 外出頻度→隣近所へ行く、買い物へ行くなど通院以外の外出の回数
- ・ 日常生活動作評価→Barthel Index を使用(食事、整容、更衣、トイレ動作、排便自制、排尿自制、入浴、移動、移乗、階段昇降の10項目100点)

² Activities of Daily Living (日常生活動作) の頭文字をとったものである。食事、整容、更衣などを言う。評価方法として Barthel Index (参考資料参照) がある。

第3節 結果

	年齢	性別	世帯構成	年収	職業	移動	転倒有無	主観的健康感	BI	外出頻度	
1	79	女	夫婦	300万	主婦	独歩	無	不健康	100	週1回	25
2	70	女	夫婦	300万	主婦	独歩	無	不健康	100	週4回	100
3	63	男	単独	100万	工員	独歩	無	健康	100	毎日	180
4	78	女	子ども同居	100万	農業	独歩	有	不健康	100	週1回	25
5	63	女	夫婦	300万	主婦	独歩	有	不健康	90	月1回	6
6	83	女	子ども同居	100万	主婦	車椅子併用	有	不健康	55	半年1回	1
7	82	男	子ども同居	200万	工員	車椅子併用	無	不健康	65	週2回	50
8	61	女	夫婦	300万	主婦	独歩	無	健康	95	毎日	180
9	67	男	夫婦	200万	工員	独歩	無	不健康	100	毎日	180
10	65	男	夫婦	300万	事務職	車椅子併用	有	不健康	60	週3回	75
11	46	男	親と同居	150万	事務職	独歩	有	健康	95	週3回	75
12	55	男	子ども同居	400万	工員	車椅子	有	不健康	75	月2回	12
13	65	男	子ども同居	800万	会社経営	車椅子	有	不健康	20	週1回	25
14	77	女	グループホーム	200万	主婦	車椅子併用	有	健康	65	週1回	25
15	77	男	夫婦	350万	公務員	独歩	無	不健康	90	月2回	12
16	64	男	夫婦	400万	工員	独歩	無	健康	100	毎日	180
17	61	男	夫婦	500万	会社経営	車椅子	無	不健康	50	2ヶ月1回	3
18	55	男	子ども同居	300万	工員	独歩	無	不健康	95	週3回	75
19	62	男	子ども同居	400万	公務員	独歩	無	健康	95	週3回	75
20	65	男	夫婦	600万	農業	独歩	無	不健康	100	毎日	180
21	51	女	子ども同居	700万	主婦	車椅子併用	有	不健康	80	週1回	25

基本的属性は、男性 13 名、女性 8 名、平均年齢 66.1 歳であった。世帯構成は、単独世帯 1 名、夫婦世帯 10 名、子ども・親と同居世帯 9 名、その他（グループホーム）1 名であった。家屋については一軒家 19 名、マンション 1 名、その他 1 名であった。年収は 100 万円～800 万円の範囲で平均年収 333 万円であった。職業は現在の職業もしくは以前の職業を回答していただいた。主婦 7 名、工員 6 名、農業 2 名、事務職 2 名、公務員 2 名、会社経営 2 名であった。移動方法については介助や監視なしで 45m 以上歩ける場合は杖・装具使用していても独歩可能とした。また、屋内は歩行していても屋外では車椅子を使用している場合は車椅子併用とした。独歩 13 名、車椅子併用 5 名、車椅子 3 名であった。転倒の有無はここ 1 年間について回答していただいた。転倒有 9 名、無 12 名であった。主観的健康感については普段から健康だと感じている人は 6 名、感じない人は 15 名であった。BI は最高得点 100 点が 7 名、95 点 4 名、90 点 2 名、80 点 1 名、75 点 1 名、6 点 2 名、60

点 1 名、55 点 1 名、50 点 1 名、20 点 1 名だった。外出頻度は半年（180 日）に 1 回を 1 とし、点数化し毎日外出すると 180 とした。

第 4 節 考察

障害者の外出状況は、内容はともかくとして外出しているかどうかだけを見る限りでは 1 週間のうちに 1 回は外出している人が 16 名と 76%の人が外出しており、割と外出していると考えられる。

<全体を通して>

・外出頻度と性別

毎日外出している人は 5 名中男性が 4 名、女性が 1 名で女性は外出しても週に数回程度の人が多く見られた。女性のための平均年齢は 66.5 歳で 8 名中 7 名が専業主婦であった。この年代の女性は家庭を守ることが当たり前で、外出し自分だけが楽しむという機会がほとんどなかった。また夫の給料を使って外出することを躊躇し、控えめな性格の方が多い世代でもある。特に高齢になればその傾向は強くなっていると考えられる。聞き取り調査ではほとんどの女性が「人に迷惑をかけたくない」「人の手を煩わせたくない」「迷惑をかけてまで外出しなくても良い」などの意見が聞かれた。そのため、「国のお世話になる」と感じる介護保険サービスなどの福祉サービスを使うことにも強い抵抗を感じる事が多く、なかなかサービスを利用することが「当然の権利」という思考にならないため、外出頻度が少ない原因となっている。今後、様々な福祉サービスの利用を促すにあたって周知方法を検討していく必要があるのではないかと考える。

・外出頻度と年収

これらについては、特に傾向を見つけることはできなかった。しかし、BI の点数が低くても年収が高いとそれほど外出頻度に影響がなく、極端に外出が少ないということはなかった。〔13〕の方は BI20 点でほとんどの動作において介助が必要であるが外出頻度は週 1 回となっている。車椅子生活になってからは外出しやすいように車を購入している。〔6〕の方は BI55 点であるが外出頻度は半年 1 回程度である。年収が障害者の外出に大きな影響を与えているとは一概には言えないが、BI が低くても年収が高ければ外出頻度は少なくはないのではないかと考えられる。

・外出頻度と移動・転倒有無

これらの関連は、毎日外出している 5 名の移動方法は独歩で、1 年間の転倒が無い人達であった。移動方法が独歩か車椅子においては、車椅子を利用している方が外出頻度が少ない傾向にある。車椅子を利用するということは外出する際、少なからず人の手を借りなければならない場面があり、それに抵抗を感じたり、申し訳ないという気持ちから外出を妨げていると考える。独歩可能な人達は好きな時に移動することができ、人の手を借りることがほとんどないため外出頻度が多い傾向にあると考えられる。また、転倒を頻繁にするということは下肢の筋力低下からくるバランス能力の低下が認められることが多い。そのため歩行の際にも常に転倒の危険性があり、外出することを控えるようになっていると思

われる。また外出先（屋外）で車椅子を使用することにも抵抗があるように感じられた。転倒傾向のある人が外出を控えると、更に下肢の筋力低下がおこり寝たきりになってしまいうことも考えられるため外出を促していく必要がある。

・外出頻度と主観的健康感

これらの関連は、健康と感じていると答えた 4 名の外出頻度は高かった。しかし、健康と感じない人でも毎日外出している人も見られた。これらは、健康と感じないために外出することで、体力をつけ健康になろうという考えからこのような結果が出たと思われる。障害を抱える人は健康と感ずることが少なく、聞き取り調査を行った方々の多くは進行性疾患（パーキンソン病、筋萎縮性側索硬化症など）で病気の理解もされていたため特に健康と感ずない人が多くいたのではないかと考えられる。

・外出頻度と Barthel Index

毎日外出している人 4 名は 100 点もしくは 95 点と高得点であった。しかし、BI が 100 点であっても外出頻度が週に 1 回の人もしれば、BI が低くても週に 1 回以上外出している人もおり、単純に点数が高ければ外出頻度も比例するとは言えない。

・今回の聞き取り調査を行った方々は自宅から外来リハビリに通ってきているため、元々ある程度の外出能力のある人達であった。そのため、公共交通機関やバリアフリーなどは外出に大きな影響を与えてはいなかった。外出が困難で障害の重度な場合には公共交通機関や建物のバリアフリーなどのハード面が大きく影響してくるのではないかと考えられる。全員の家屋状況を調査することは出来なかったが、21 名中 5 名は障害を抱えてから自宅をバリアフリー化している。この 5 名の方は、BI などが低くてもそれほど外出頻度が少なくなっていない。この要因は、バリアフリーを行うことによって外出しやすい環境であることと、バリアフリーにするという事は本人や同居人の生活環境に対する意識が高いためであると思われる。また、今回の聞き取り調査では BI の点数高い方の外出を阻害するものは、「障害」というよりも「加齢」による身体機能の低下による影響が考えられ、外出できる状態であるにもかかわらず外出しない障害者は心理・社会的要因が（社会的役割の喪失、家庭内役割の喪失、趣味生きがいや近隣・知人・友人との交流の減少など）が関連しているのではないかと考えられる。

< 個別 >

・〔5〕の女性は BI90 点と日常生活のほとんどが自立しており、63 歳という年齢にも関わらず外出頻度が月 1 回と他の BI 同点数の方や同年収の方と比べると極端に外出頻度が少ない。このように外出頻度が少ない原因としていくつか考えられる。まず、子ども（娘）が歩いて 5 分という近所に住んでいるため、何か困ったことがあれば全て娘が行ってくれていることである。家事や買い物なども娘が頻繁に行ってくれているため、わざわざ外出する必要がないのである。娘も「私がしなければ」という気持ちがあり、本人は他人が家に入ることに抵抗があるため、介護サービスを利用しておらず、全ての面で娘に依存しきっているという環境が外出を阻害する一つの原因となっている。また、独歩可能であるが、

歩行の際に杖を使用し、足部にプラスチックの装具を付けなくてはならない。そのため、人に歩いているところを見られたくないという思いが強く、外出が少なくなっている。このような原因から身体機能は高くても外出頻度が極端に少なくなっている。

・〔6〕の女性は、今回の聞き取り調査において、最も外出が少なく、半年に1回程度で、年齢も83歳と最も高齢であった。娘2人と同居している方で、身の事は子ども達が行っている。特徴として転倒の頻度が多く、月1回は転倒している。そのため、一人で動くことを子ども達から止められており、日中は腰掛けていたり、寝ていることがほとんどで活動性が低下している。このような状態が続けば「寝たきり」になってしまう危険もある。早い段階で介護サービス等の利用を行うことで、症状の改善を行うことができ、転倒リスクも減り外出しやすい状態になるのではないかとと思われる。ただ外出を促すだけではなくその人にあったサービスを提供し、質の高い生活を送ることを支援していかなければならない。

・唯一、女性で毎日外出していた〔8〕の方は、BIも高く、主体的健康観も「健康」であり、1年間の転倒も無かった。障害を抱える以前から習い事などを行っており、外出を日頃から頻繁に行っていた。そのため交友関係が広く、今でも積極的に一人で友人宅などに出かけて行っている。女性で、同じようなBIの点数であっても交友関係が広い人は、外出頻度が少なくならないのではないかとと思われる。

第5節 まとめ

今回の調査では、聞き取り調査を通して外出頻度との関連をまとめ、特徴をみてきた。調査対象が自宅からの外来通院患者であり、ある程度外出能力のある方たちであった。そのために、移動方法も独歩や車椅子併用と能力が高く、外出頻度もそれほど少なくなかった。また、外出を阻害しているものは「障害」よりも「加齢」によるものが多いと考えられる。対象者が重度な障害者であったらまた違う結果が出て、新たな問題点・課題が浮かび上がってくるものと思われる。

おわりに

外出は日々の暮らしに刺激を与えるとともに、人の生活を豊かにする上で極めて意味のある活動と考えられる。それは障害を抱える人にとっても同様である。

障害を抱えた人にとって外出を阻害するものは、障害の程度や環境によってさまざまである。軽度の障害であっても重度の障害であっても、誰しもが外出を容易にすることが出来なければならない。

今後、障害を抱える人の外出に必要となってくるものを考えていくと、公共交通機関については、「交通バリアフリー法」が試行され、少しずつ障害者の利用しやすい状況になってきている。しかし福祉先進国のヨーロッパ諸国から見るとまだまだ足元にも及ばない状況である。車両等のバリアフリー化の状況は、第3章でも述べたように、平成16年度末で鉄軌道車両は27.9%、バスは低床バス22.6%うちノンステップバス12.0%、旅客船7.0%、航空機40.7%である。全国どこでも障害を抱える人が利用できるまでにはまだまだ時間がかかる。すべてのバスがノンステップになることで杖を使う人、車椅子を使う人など誰もが、どの場所でも、安全に利用することができるのである。また、歩道についても少しでも段差があることで歩行時や車椅子操作時にバランスを崩しやすく、解消されることが望ましい。建物については、「ハートビル法」によって建物のバリアフリー化が進んでいる。一方、先に述べたビジネスホテルのような例が散見される。このような事案発生の背景にはバリアフリー化に対する意識の低さが見られ、教育活動や広報活動を通じた「心のバリアフリー」を推進することが必要である。小さい頃から学校教育のなかでも福祉教育のなかでハード面ソフト面両方からバリアフリーについて学習が必要であると思われる。

障害を抱える人を取り巻く我々の意識改革は重要ということは言うまでもない。しかし、逆に障害を抱える人々の意識改革も必要と考える。現代は、自立にばかり目を向け共生の大切さを忘れがちである。障害を抱える人は他人に迷惑をかけてはいけないと教えられてきた。一方で自立を尊重するあまり他人と関われない人が増え、ひずみがでているように思われる。自立は大切であるが心の自立が重要である。他人の助けを借りないことではない。お互い手を貸すほうも借りるほうも躊躇せず当たり前に支えあっていくことができれば、外出だけではなく他の場面でも障害を抱える人々のバリアが少なくなると考える。

これからは、障害を抱える人だけではなく、「年齢や性別、体の自由・不自由、近く・行動能力等の違いに関係なく、すべての人が快適に暮らせるようにすること」というノーマライゼーションの考え方、「すべての人の身体的な機能上の能力は環境上のバリアを除くと高くなる。だからユニバーサルデザイン(UD)は広範囲で普遍的なものであり、すべての人が利用する環境ニーズに関わる」といったUDの概念が、行政・研究者・障害者当事者・現場で携わる人々の中により一層浸透し、さまざまな政策や対策に結びつけていく必要がある。

参考文献・参照 HP

- ・ 秋山哲男, 2006, 「交通のバリアフリー法の意味と交通まちづくり」『OT ジャーナル』40(8):840-849.
- ・ 秋山哲男, 1993, 『高齢者の住まいと交通』日本評論社
- ・ 上田敏, 2000, 『目でみるリハビリテーション医学』東京大学出版会
- ・ 交通エコロジーモビリティ財団, 2001, 『公共交通機関旅客施設の移動円滑化整備ガイドライン』
- ・ 澤村誠志, 2001, 「地域リハビリテーションの理念と福祉のまちづくりの実践」『OT ジャーナル』35(5):480-486.
- ・ 杉野緑, 1999, 「障害者の外出実態に示される福祉的課題—G 市道路等のバリアフリー調査結果による—」『日本福祉大学社会福祉論集』第 101 号
- ・ 高橋憲二, 1997, 「障害者福祉の新しい展開—自立と共生への視座—」『島根女子短期大学紀要』vol.35,25-36
- ・ 高畑隆, 2001, 「自立生活とエンパワメント」『埼玉県立大学紀要』vol.3,117-123.
- ・ 津田英二, 2000, 「『障害文化』概念の意義と課題—共生の社会教育のための理論構築に向けて—」『神戸大学発達科学部研究紀要』第 7 巻第 2 号
- ・ 内閣府, 2006, 『障害者白書（平成 18 年版）』
- ・ 野村みどり, 1998, 『バリアフリーの生活環境論』医歯薬出版株式会社
- ・ 宮澤真奈美, 2001, 『ADL 作業療法の戦略・戦術・技術』三輪書店
- ・ 横山博子 / 芳賀博 / 安村誠司, 2005, 「外出頻度の低い『閉じこもり』高齢者の特徴に関する研究—自立度の差に着目して—」『老年社会科学』26(4):424-437.

< 参照 HP >

- ・ 厚生労働省 HP 介護予防のための生活機能評価に関するマニュアル 2005 :
<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/topics/051221/>
- ・ 厚生労働省 HP 国際生活機能分類 :
<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2002/08/h0805-1.html>
- ・ 国土交通省 HP ユニバーサルデザイン政策大綱 2005 :
http://www.mhlw.go.jp/kisha/kisha05/01/010711_.html