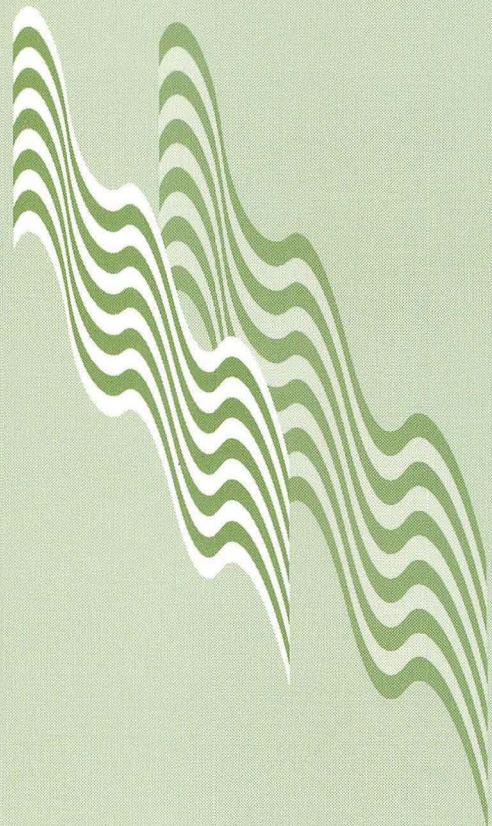


# リハビリテーション・ サービスの質を問う

第16回 総合リハビリテーション研究大会報告書

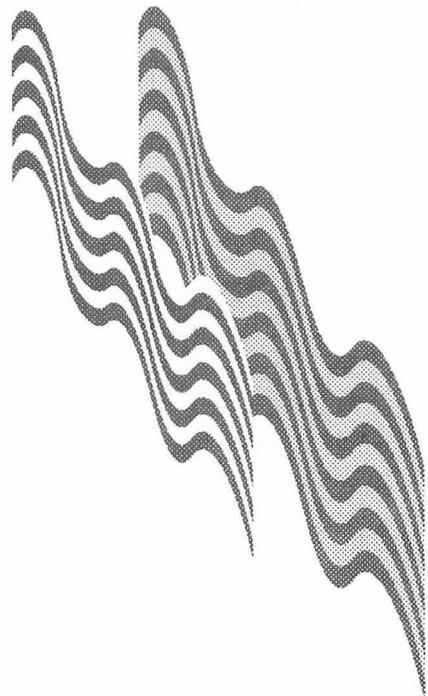
1993.11.13・14



財団法人 日本障害者リハビリテーション協会

# リハビリテーション・ サービスの質を問う

第16回 総合リハビリテーション研究大会報告書 1993.11.13・14



財団法人 日本障害者リハビリテーション協会



●日本障害者リハビリテーション協会副会長  
上田 敏 氏



●寺山久美子実行委員長



●全体風景



●対談(一番ヶ瀬・寺山両氏)



●シンポジウム



●参加者



●プログラム進行は実行委員の方々にお願いした



●受付



●ロビー風景



●手話通訳



●要約筆記



交流会



● 次回開催地からのあいさつ

## 目 次

### 開 会

主催者あいさつ.....	上田 敏 .....	1
開催にあたって.....	寺山久美子 .....	2

### 特別講演 I

我が国における社会福祉改革の動向とリハビリテーション.....	大橋 謙策 .....	7
---------------------------------	-------------	---

### 特別講演 II

リハビリテーション・サービスに期待するもの .....	一番ヶ瀬康子 .....	25
-----------------------------	--------------	----

私のリハビリテーション体験.....	山口 信雄 .....	41
	田中みどり .....	43
	小西 玲子 .....	46

### 各分野からの最新報告

学習障害 .....	牟田 悅子 .....	51
I L O第159号条約批准による職業リハビリテーションの変化.....	松井 亮輔 .....	54
自閉症－最近の動向－ .....	清水 康夫 .....	56
最近の電動車いす .....	井上 剛伸 .....	58

### 国際リポート

世界精神保健連盟1993年世界会議報告 .....	浅井 邦彦 .....	63
国連・アジア太平洋障害者の十年 .....	丸山 一郎 .....	68
A D A（障害をもつアメリカ国民法）の実施状況 .....	都築 繁幸 .....	71
イギリスのコミュニティケア法と障害高齢者 .....	田端 光美 .....	75

### 分科会

#### 第一分科会 重度障害者－地域生活と働く生活の質を問う－

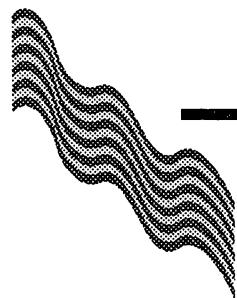
まとめ .....	<座長>伊藤 利之 .....	81
	<座長>池田 劇 .....	82
重度の障害をもつ人の地域生活 .....	日浦美智江 .....	83
在宅障害者の生活環境支援の立場から.....	渡邊 慎一 .....	85
重度障害者の労働の意義と実践の実際 .....	藤井 克徳 .....	89
働く生活の立場から .....	野津 真 .....	91

#### 第二分科会 高齢障害者－地域ケアの質を問う－

まとめ .....	<座長>竹内 孝仁 .....	96
地域ケアの質を問う－医療の立場から－.....	旭 俊臣 .....	97
地域ケアの質を問う－保健の立場から－.....	足立 紀子 .....	99

地域ケアの質を問う－福祉の立場から－	橋本 泰子	103
地域ケアの質を問う－相談機関の立場から－	国光登志子	105
第三分科会 障害児－教育の質を問う－		
まとめ	<座長>三ツ木任一	110
療育の質を問う－医師の立場から－	児玉 和夫	111
療育の質を問う－保育者の立場から－	平山美枝子	113
教育からみたリハビリテーション・サービスと当面する課題	青柳 勝久	121
療育の質を問う－親の立場から－	永島 弘子	122
シンポジウム		
リハビリテーション・サービスの質を高めるために		127
<座長>小川 孟		
<シンポジスト>上田 敏		
調 一興		
野村 歓		
三浦 和		
村田 信男		
閉会		
閉会のあいさつ	寺山久美子	145
次回開催地から	高濱 潔	147
資料		
1. 開催要綱		151
2. プログラム		152
3. アンケート集計結果		155
4. 第16回総合リハビリテーション研究大会実行委員会委員一覧		161

開 会



---

# 主催者あいさつ

上田 敏

(日本障害者リハビリテーション協会副会長)

おはようございます。

本日は、土曜日の朝早くから、また、天候の悪いところお集まりいただきまして、ありがとうございました。

本来ならば、会長の山下真臣がごあいさつ申しあげるところでございますが、また、ご存じのように昨年までのこの総合リハビリテーション研究大会でごあいさつ申しあげておりました、前会長の太宰博邦先生\*が、今年の春会長をご勇退になりました、名誉会長として引き続きご指導をいただいております。そのあとに新しい会長として、山下氏が就任いたしまして、ぜひ、会長となられてのこの第一回目のきょうの機会に、皆様にごあいさつ申しあげたいと申しておりましたが、やむを得ない緊急の用事が生じまして、私が代理でごあいさつ申しあげることになりました。

さて、この総合リハビリテーション研究大会でございますが、もう早いもので16回を数えることになりました。これは、はじめは少人数のボランティアの集まりで、自主的にリハビリテーション各分野の専門の枠を越えた交流が必要だという考え方で、昭和52年、1977年に「リハビリテーション交流セミナー」ということではじまったわけでございます。

3回ほど、自分たちのお金を出し合う、自主的な形でやってまいりまして、それから、日本障害者リハビリテーション協会が主催団体とな

るという形で、また途中で規模を大きくいたしまして、名称も「総合リハビリテーション研究大会」に変わりまして今日に至っております。

ただ、その出発点でありますボランティア精神と申しますか、実際にリハビリテーションの現場で働いている人たち、中堅、若手の人たちが中心になってプランをたて、その時々の重要な問題を考えていくという精神は続いていると思います。

今回は、「リハビリテーション・サービスの質を問う」という非常に重要なテーマで開かれます。今年は皆様ご存じのとおり、「国連・障害者の十年」が昨年で終わりを告げましたあとに続きまして、「アジア太平洋障害者の十年」の第一年目にあたります。ちょうどけさの朝日新聞に、10月に沖縄において「沖縄NGO会議」というものが日本が主唱して開かれた、という記事がでてありました。このアジア地域における障害者の十年がちょうどはじまつた記念すべき年でもございます。

そういう時でござりますので、きょう、あすの会議はいろいろな意味で意義深いものがあると思います。

どうか、皆様積極的にご参加をいただいて、その成果を全国に持ち帰っていただきたいと思います。

以上をもちまして、私のごあいさつとさせていただきます。どうもありがとうございました。

---

\*当協会 太宰博邦名誉会長は、1994年1月4日に83歳で逝去されました。

# 開催にあたって

実行委員長 寺 山 久美子

〔第16回総合リハビリテーション研究大会〕  
〔実行委員長  
〔東京都立医療技術短期大学〕〕

寺山でございます。

私は雨女ではありませんので、私が何かやる時は必ず晴れるわけですが、実行委員の中に不心得者がいるようでございまして、きょうは天気が何かぐずぐずしていますけれども、ご参加くださいましてありがとうございました。

昨年12月に大阪で第15回総合リハビリテーション研究大会が開催されました。その時の常任委員会で第16回の大会は東京でやるということが決まりまして、私が実行委員長を拝命しました。その時に考えたことは、まず、実行委員会を組織することでございます。先ほどの上田先生のお話ですと、今は中堅、若手のバリバリのボランティア精神の持ち主が実行委員をやるということです。中堅、若手かどうかわかりませんが、医学的リハビリテーション、教育的リハビリテーション、職業的リハビリテーション、社会リハビリテーションというリハビリテーション各分野の現役の大変活躍をされている先生方に、ご多忙にもかかわらず実行委員になっていただきまして、この1年準備させていただきました。

次に決めましたことはテーマでございますが、第14回の大会はこの会場で、小川孟実行委員長で行いました。その時は、「変革期におけるリハビリテーション」というテーマでした。ちょうどその頃、その前後を挟んで福祉関係八法の改正があって「地域の時代」がはじまろうとしていましたし、また世界的にみるとアメリカではADA法がちょうど施行されて、大変リハビ

リテーション界も障害者をめぐる状況が変わってきてているということで、このようなテーマが設定されたかと思います。

昨年は大阪でしたが、「21世紀を展望する既存の枠組みを越えた連携」ということで、主に職業的なリハビリテーションに関係のある方たちや企業の人たちも含めて広い連携を模索した研究大会でした。

さて今年ですが、引き続き2年大変大きなグローバルな視点で幅の広い模索をしたということですので、この時期は、少し足元を固めてみようかということになりました。

今回のテーマは、「リハビリテーション・サービスの質を問う」です。折しもADA法ができたり、あるいはわが国でも障害者主導の自立生活への取り組みや社会参加が大変進んでいるわけです。つまりリハビリテーション・サービスの受け手の側が非常に力をつけてきているということです。これは大変結構なことですけれども、そうなりますと私どもリハ・サービスを提供する側としましては、これでいいのだろうかと自己点検を迫られて、さらに高度のリハ・サービスを提供しなければならない状況がここにあるのではないか、と思っておりました。今回いい機会ですので、自己点検、アセスメントをこのあたりとして、21世紀に向けてサービスを提供する側としての私どもの姿勢を正して、今後何をすべきかということを考えてみようではないかということになりました。

したがって、プログラムを見ていただきます

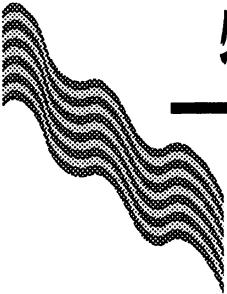
とわかりますが、まず、特別講演をきょうとあすお願いしております。これは基調講演のつもりでございます。本日このあとに行われます講演は、大橋謙策先生にお願いしておりますが、制度や政策という面でリハビリテーション関連の政策についての昨日、今日、明日というようなところをまず押さえていただこうと思っております。それからあすの講演は一番ケ瀬康子先生でございます。一番ケ瀬先生はリハビリテーション・サービスの受け手の方も、それから提供者の側の方々にも大変ご理解の深い先生で、先生からは、リハビリテーション・サービスに求められるもの、ということについて鋭い切り口でお話いただければ、という願いを込めて特別講演Ⅱとさせていただきました。

次に、本日11時15分からは、障害者ご自身からのお話、大変期待しておりますが、リハビリテーション・サービスを受けてどうだったか、これから何を期待するかということをお話いただければと思っています。そして午後になりますが、それを受けまして、各論といいましょうか、分科会を3つ用意いたしました。どれも大変大きな問題をかかえておりますが、第一分科会の重度障害者の問題では、特に精神障害者について配慮したつもりです。第二分科会では、高齢障害者、これは皆様ご存じの今大変大きな問題です。そして第三分科会は障害児の療育のことを取りあげました。総合リハビリテーション研究大会とうたっておりますけれども、発達期にある障害児のリハビリテーションについては、実践はあるのですが、特殊教育と

いう分野で隔離されて行われているという感じがどうも否めなくて、本大会の場でもう一度リハの立場から少し問い合わせていただきたい、という私たち実行委員の願いもありまして3つの分科会を作りました。ここで徹底的に討論していただきたいわけですが、それを受けましてあすの最後では、その総括と今後に向けてこれからどうしたらよいのかということの大型のシンポジウムを企画いたしました。

以上が大体プログラムの概要です。その他に今回は東京で行われるということ、また霞ヶ関に近い大会会場ということもあって、最新のリハビリテーション情報を皆様方に提供できるチャンスということで本日は「各分野からの最新報告」、そしてあすは「国際レポート」を用意しております。

最後に、私は実行委員長として3つのことをお願いしたいと思います。第一番目として、積極的にこの2日間討論に参加していただき、今まで皆様方が提供されているサービスについての自己点検とあすへの課題を整理する場として、積極的な参加をお願いいたします。それから2番目は、ぜひ最新の情報をつかんでいってほしいと思います。3番目は、せっかく300名のリハビリテーション・サービスの提供者としての仲間がお集まりですので、本日の交流会もありますが、ぜひ1人でも多くの仲間と話をし合って、仲間作りをしていただきたい。そしてあすへの活力を充電してまた月曜日から職場に望んできただきたい、と考えております。では2日間よろしくお願ひいたします。



## 特別講演Ⅰ 特別講演Ⅱ・対談

---

---

## 特別講演Ⅰ

# 我が国における社会福祉改革の動向とリハビリテーション

大橋謙策

(日本社会事業大学)

おはようございます。ただいまご紹介いただきました日本社会事業大学の大橋でございます。

私自身は、今ご紹介いただきましたように、地域福祉が専門でございまして、障害者福祉、あるいはリハビリテーションということについては、いわば素人でございます。また与えられたテーマ、社会福祉政策の改革動向という問題につきましても、私は必ずしも福祉政策そのものを専攻しているわけではありませんので、十分お答えできるかどうかわかりません。が、地域福祉という視点から、今日の社会福祉改革の動向をどう見るのか、それが素人ながら、私なりに考えるリハビリテーションというものに、どういう影響を持つのかということについて、問題提起をさせていただくということで、きょうお引き受けさせていただきました。

お手元の資料にレジュメがあるかと思います。そしてきょう席上に別刷りで配らせていただきました特別講演資料のⅠ、Ⅱがあるかと思いますので、それを参考にしていただきながら話を聞いていただければと思っております。

時間がもう1時間弱しかありませんので、事例をあげて説明するというわけにいきません。ある意味では、ぶっきらぼうにポイントだけをお伝えすることになるかと思いますが、お許しをいただければと思っております。

きょう私が皆さん方に問題提起をしたいと思いましたのは4つございます。1つは、今、座長の佐藤先生からお話をございましたように、

1990年の八法改正なり、あるいは各区市町村、全国3,258の区市町村でつくられている老人保健福祉計画というものが、一体どういう意味を持ってきたのかということについて、改めて確認をいただきたい。これが1点でございます。

2点目には、障害をもっている人の地域自立生活支援のあり方というのは一体どうなのかということを、私がかかわらせていただいた東京の豊島区や、いくつかの区市町村の計画づくりの中から、若干問題提起をさせていただきたいということです。とりわけその中で、第2次行動計画と呼ばれる障害者福祉計画の中にどういうものが盛り込まれたのかということを、二、三含めて一緒に話をさせていただくかもしれません。そして最後に時間があれば、今後日本はどういう方向へ行くのかという意味で、いわば地域福祉法とも呼ばれるものをつくるべきかどうかということについて問題提起をさせていただきたい、と今思っているところでございます。

### 八法改正の意味－社会福祉行政の計画化

さて、1990年の八法改正の持つ意味ですが、この改正の内容というのは、もう皆さん、よくご承知かと思いますので、ここでは説明しませんが、その八法改正の趣旨は、団体委任事務化された社会福祉行政を計画的に実施する这样一个に一つのポイントがあるかと思います。社会福祉行政を計画的に実施するということは、何も老人保健福祉の分野だけの問題ではなくて、

児童福祉であれ、障害者福祉であれ、あらゆる分野における福祉行政の計画化ということを求めているのだと、私は理解しているわけです。

しかし、残念ながら多くの関係者は、その中でとりあえず計画を策定する際に、法定化された老人保健福祉計画にのみ目がいっておりません。けれども、実際に老人保健福祉計画をつくってまいりますと、その分野は、単に老人保健福祉計画にとどまらないという事態がいろいろ出てくるわけです。そういう意味では、我々が積極的にこの改革の動向を受けとめるならば、各区市町村の社会福祉行政全般の計画化という視点をきちんと入れておくことが必要ではないでしょうか。

ただ、今まで機関委任事務の中で、福祉事務所をはじめとした福祉行政が指示待ち行政であったために、社会福祉行政全般を企画・計画行政に切りかえるのには無理があります。そこで、当面焦眉の課題である老人保健福祉計画に絞って、いわば計画化を法定化したということなんだろうと私は理解しているわけです。したがって、力のあるところは、老人保健福祉計画を包含して、社会福祉行政全般にかかる計画化というものを考えておく必要があるのではないかでしょう。それは、イギリスやスウェーデンなどの福祉先進諸国といわれる国々の動向を見ても、まさにそうなのではないか、こう思っているわけです。

計画化していくということは、言葉をかえていいますと、福祉は消費、金食い虫ではなくて、状況によっては、福祉でまちづくりが可能だということを考えられる時代になったということあります。これは大変なことでございます。市町村の保健、福祉、文化を向上させることが、結果的にはまちづくりにつながり、それが投資的な意味合いにもつながるのです。そういう意味も含めて、我々は、区市町村の社会福祉行政の計画化の持つ意味を考えてみる必要があるのではないかと思います。

その際に、投資的な意味合いというのは、單に区市町村の中にある社会資源だけを活用して、

自己完結的な計画をつくるということでは決してありません。農村であるならば、都市の資源をどう活用するか、都市の高齢者と農村の高齢者をどう交流させるかということも視野に入れた計画をつくることによって、結果的には福祉でまちづくりということになるのです。

多分皆さん方、今まででは高齢者や障害者の福祉のまちづくりという考え方を中心にされてこられたと思いますが、私は、「福祉のまちづくり」ではなくて、「福祉でまちづくり」だという時代になってきているんだと思います。この計画行政ということの持つ意味を考えておかないと、結果的には、社会福祉行政関係者は後で非常に後悔をするのではないかと、実践的に計画をつくる中でも実感しているところでござります。

### 社会福祉施設のあり方

一方、全国には5万2,000を超える社会福祉施設があります。従来の社会福祉施設は、法律の上で47種類、厚生省の通知などを入れますと84種類ぐらいに、非常にきめ細かく分類されております。社会福祉施設だけでも80種類を超えるほどの分類になっています。我々は、その分類された中で、あるべきリハビリなり、あるべきサービスというものを考えてきたくらいがなきにしもあらずで、それを打破するために、「施設の社会化」ということを議論してまいりました。私自身も、この20年来、施設の社会化ということをいってまいりましたけれども、もう「施設の社会化」の時代ではないのではないかと思います。逆に、区市町村の地域福祉全般のありようを考えて、その中で社会福祉施設がどう位置づくのかという論理の立て方をしないと、社会福祉施設自体の経営自体が成り立たないのではないかでしょうか。

今まででは、家族が見るか施設を利用するかという非常に二者択一的なところがありましたけれども、その中間に在宅福祉サービスというものが加わり、そしてその在宅福祉サービスが整備充実してくる中で、住民が在宅サービスを求

めるのか、長期入所型の施設を求めるのかということの選択が入ってまいりました。そのことにかかわって、各区市町村がそのサービスの総量を考え、そのサービスの総量をどういう形で分配するのかということを計画しているわけです。

そうしますと、「施設の社会化」という論議のレベルではもう成り立ちません。各区市町村全体の社会福祉サービスの総量なり、そのデリバリーの方法とは何なのかという観点で、入所型社会福祉施設はどういう位置と役割を果たし、在宅福祉サービスはどういう位置と役割を果たすのかという論議をしなければならない時代になってきているんだと思います。これは大変大きな意味を持っております。

施設長研修会などでも、私は、従来の「施設の社会化」論でいけば、結果的には施設はつぶれますよという話まで、いろんな事例をあげながら出させていただいております。従来の分類主義に基づいた社会福祉施設におけるサービスと、そのサービスを開放し、改革していくための「社会化」論というレベルではない、違った発想の視点から社会福祉施設のありようを考えなければならない時期に来ているのではないかと思うのです。

### 八法改正と、福祉教育の重要性

そういう意味では、今度の八法改正は非常に重要な意味を持っております。どれだけこれら影響があるかを理解した上で八法改正したのかわかりませんが、結果的には、この八法改正というのは、文字どおり日本の社会福祉のありようを根本的に問い合わせ、コペルニクス的転回ではないかと私は考えています。それぐらい大きな内容ではないかと思います。

しかも、この改革に関していいますと、リハビリテーションの中には「社会リハビリテーション」という言葉があるわけですし、「教育リハビリテーション」という言葉があるわけです。それがどの程度の広がりと深みを持つのか、私はよく存じ上げておりません。けれども、今

度の八法改正は、在宅福祉サービスというものを制度化したわけですし、在宅福祉サービスを制度化することは、これはいや応なしに地域住民の理解と協力を必要とするわけです。つまり、従来の入所型社会福祉施設において提供するサービス以上に、地域住民の理解と協力を求めなければやっていかれないということです。地域住民の理解と協力を得るということと、社会リハ、あるいは教育リハというものがどうかかわっているのかということも、今後詰めてみなければならないのではないかと思います。

日本全国の国民の意識は、正直なところ、老人福祉問題には関心を持ちました。どこの市町村で調査をやっても、90%を超える人、世代を超えてほぼ90%の人が、老人福祉問題には関心を寄せております。しかし、身体障害者福祉問題についての関心度はどうかといえば、私がかかわらせていただいた十いくつの市町村の調査でも、大体30%です。ましてや精神薄弱者や精神障害者の問題については5%いかないのが実態です。そういう状況の中で、在宅福祉サービスをしていくことを考えると大変なことです。

リハビリテーションの分野において、地域住民の理解と協力を得るということは、偏見や差別をなくすということではなく、もっと違う観点で、地域住民が障害者問題を自らの問題としてとらえられるような、認識の発展なり、あるいはそのような認識を高めるための方法論について考えるべきではないでしょうか。具体的にいうならば、福祉教育について、どれだけリハビリテーションの分野において論議をされてきているのかということも少し考えていただけるとありがたい、と思っているわけです。

社会福祉の認識と理解をどう深め、そして地域で生きていくために、どのような協力体制を住民が持ち得るのかということについて、ぜひ論議を深めていただけるとありがたい、と思っているわけです。

入所型社会福祉施設の場合には、やや一般的、抽象的に地域住民の理解ということをいっていればよかった部分がなきにしもあらずだと思

ます。けれども、在宅福祉サービスというのは、日々、隣近所のレベルで生活している障害をもった方々に対する認識と協力の問題で、一部の関係者というわけにはいかないわけです。

厚生省が1990年の八法改正の中で、社会福祉事業法の3条の2の中に、地域住民の理解と協力という項目を入れました。そして昨年の社会福祉事業法の改正を受けて、この4月には、厚生省が国民の社会福祉に参加することに関する基本指針を出しましたし、この7月には、ボランティア活動の中長期の方針について、中央社会福祉審議会の地域福祉分科会が意見具申をいたしました。立て続けに国のレベルにおいて、ボランティア活動や福祉教育のありようについて問題提起をしたというのは、まさに在宅福祉サービスという状況、その進展状況の中で、地域住民の理解と協力というものが非常に大きな意味を持っているということではないでしょうか。このことにリハビリテーション関係の職員の方々がどう関与し、障害をもった方に対する理解を高め、どのような方法で住民の認識を深めていくのかも、今後非常に大きな課題になってくると思います。そのことがなくて、社会リハビリテーションとか、教育リハビリテーションというのは、逆にいえばあり得るのかという問題も、あえて素人なりに問題提起をさせていただきたいと思っているわけです。

事実、今度の八法改正の中では、社会福祉サービスを必要とする者は、社会、経済、文化その他あらゆる活動に参加する機会を与えられると述べています。それを受け、現国会に上程されている障害者基本法、1970年の心身障害者対策基本法をいわば全面改正した障害者基本法の中でも、従来の自立論ではなくて、障害をもった人も、社会、経済、文化その他あらゆる活動に参加をすることを述べているわけです。それは、一部の関係者だけが標榜しても事柄は進まないわけで、それを受けとめる住民の方の認識と、住民の方の文化という問題が当然問われるわけです。そのことが社会リハナリ、教育リハという面では深くかかわってくるので

はないでしょうか。リハビリテーションという機能論からいきますと、ついつい専門職とクライアントとの関係という論議になってくるかもしれません、そのリハビリテーションが成り立つ条件としての精神的な環境ということを考えますと、それらの問題は大変重要ではないかと思います。

地域福祉の分野において、福祉教育というのは非常に重要な課題になってまいりました。もう20年来、そのありようについて論議をしてまいりましたけれども、ぜひこの機会にリハビリテーション関係者の皆さんにも、福祉教育のありようについて関心を持っていただければありがたいと思うわけです。

そのように、私は、今回の八法改正は非常に重要な意味を持っていると思います。時間があれば、私なりの解説を含めて、そのことが今後どう日本の社会福祉を変えていくのか述べたいところですが、時間が限られておりますので、この程度にさせていただきます。

#### 地域自立生活支援のあり方—自立生活とは

次に、私が考えている障害をもっている人々の地域自立生活支援のあり方ということについて触れてみたいと思います。

私は、社会福祉とは何か、地域福祉とは何かという論議をする際に、我々が目的にする、あるいは目標とするものは一体何だろうか、社会福祉の目標、あるいは地域福祉の目標とは何だろうかと考えるときに、非常に重要な問題は自立生活というもののとらえ方ではないだろうかと思っているわけです。

障害者福祉の分野においても、アメリカの自立生活運動の影響を受けて、随分自立生活という論議がされております。私は、従来の自立生活のとらえ方というのはやや狭かったのではないかと考えられてなりません。従来は経済的に自立する、身体的に自立する、あるいは職業的に自立するという考え方があるが、日本の社会福祉六法の中では強かったように思うのです。

しかし、福祉サービスを必要とする者が、社

会、経済、文化その他あらゆる活動に参加する機会を与えられると、社会福祉事業法の基本理念が変えられました。そういう状況を踏まえますと、その自立生活は従来の自立生活ではないのではないかというのが、私の意見です。私は、社会福祉というのは、ある意味では人間に生まれてよかった、人間として幸福を追求したい、そういうことが何らかの事由によって十分でないときに、その十分でないところを援助して、そして、この世に生きとし生ける者が、すべて生きてよかった、幸せになりたい、その思いを実現できるようにしてあげることではないかと思っております。言葉をかえていうならば、動物にない人間に許されている特性、人間の特性というものを豊かに自己実現することをどう援助するかが社会福祉の重要な目的であり、目標ではないかと私は考えています。その視点から考える自立生活には、私は6つの領域があると思います。

### 自立生活の6つの領域

1つは、「労働的・経済的自立」です。

従来は、やや経済的自立というものを強く打ち出し過ぎました。しかし、定年退職しても、障害をもっていても、やはり働くということが人間を成長させる側面であるわけとして、外なる自然に働きかけることによって、内なる自然を発達させるという側面は、私はやはり非常に大事だろうと思っております。そういう意味では、働いて経済的収入が多いか少ないかという、経済的収入に着目して働くことを発想したのはまずいと思います。労働それ自体に意味があるということから、私は労働的自立ということを1つ考えたいと思っております。

2つ目には、人間というのは、やはり何らかの形で自己表現したいということがあります。

いろんな芸術活動、文化活動、スポーツ活動がありますが、それらはいずれも、ある意味では、自分の内なるものを外に表現するという営みだろうと思います。そのような営みを「精神的・文化的自立」と考えてみました。文化的と

いうのは、メンタルカルチャーだけではなくて、フィジカルカルチャー、身体的な表現としてのスポーツも含めて、私は文化的自立と考えたいと思っているわけです。

3つ目は、「身体的・健康的自立」です。

従来は、身体障害者福祉法の考え方見られるように、欠損している部分をどう援助していくのかと、考えがちでしたけれども、それだけではなくて、心のメンタルな面も含めて、健康的自立ということを考えていいくのではないだろうかと思います。なぜ社会福祉サービスを利用している人たちは笑わないのでしょうか。笑えないのでしょうか。何か社会福祉施設が明るく笑っていると不思議なような感を持っている、そういう関係者が多いように思えてならないわけです。しかし、私は、笑いというものはもっと大事にすべきではないだろうかと思うわけです。

日本の社会事業の歴史をひもときますと、実は笑うということが非常に大きな意味を持っているわけです。笑えるということの持つ意味を、我々は社会福祉サービスの中で考えていただきたい、こう思っているわけです。サービスの質を問うというのは、直接的なケアの水準がいいだけではなくて、ある意味では、これらの自立生活のとらえ方にかかわってくるわけです。そして、その自立生活の中の一つとして、笑いという問題も重要です。そういう意味では健康的自立ということを、WHOの考え方ではありませんが、ぜひ考えていただきたいのです。

4つ目は、「社会関係的自立」です。

高度経済成長のときには、男はみんな自立しているといわれました。それは経済的自立でした。昭和30年代に家庭の主婦論争というのがありました、「婦人公論」や「朝日ジャーナル」の誌上で、家庭の主婦は自立しているのか、していないのかという論議をいたしました。その際に、男たちはみんな自立している。家庭の主婦は働いていないから自立していない、こういう実に単純な論議の自立論をやりました。

今はどうでしょうか。人生80年時代になって、

60歳で定年退職して、その後の男性はみんな「ぬれ落ち葉」だ、「わしも族」だ、こういわれていて、まさに社会関係的に自立していない。慶應義塾大学の小此木啓吾先生が「家庭のない家族の時代」という書物の中で、男は疑似同性愛社会で生きていないかという問題提起をしています。まさに男の社会関係は狭くて、会社をやめれば全然人間関係がなくて、妻の後ろについていく「わしも族」であり、「ぬれ落ち葉族」だ、というわけです。このような問題を考えますと、社会関係の広がりがどれだけあるかというのは非常に大きいと思います。

この論議について一つの事例をあげれば、目黒区の障害者に関する計画をつくっている際に——きょうも手話通訳をやっていただいておりますが、私は聴覚障害の方からこんな問題を投げかけられました。『あなた方は愚痴をこぼすにしても、世間話をするにしても、自由にやっているでしょう。あなた方は、聴覚障害者がいるときには手話通訳をつければ、サービスはそれでいいと考えているでしょう。しかし我々だって、世間話をしたい、愚痴もこぼしたい。それを、手話通訳がやってくれるのか』というのです。我々は、聴覚障害者の福祉サービスは手話通訳、このように論議を考えがちです。

ところが、聴覚障害者が自分の夫婦の悩み、愚痴、会社の愚痴、それをどこでしゃべるのでしょうか。我々はついつい福祉サービスというと、聴覚障害者に対して手話通訳を提供、派遣すれば、それでサービスはいいんだと思いがちです。しかし、実は結果的には、聴覚障害者は自由に話し、交流するたまり場がないために、社会関係的には非常に狭くなっているんだという問題提起をされまして、私は、我々福祉関係者の盲点を指摘されたような気になりました。皆さんはリハビリテーションの関係者ですから、そんなことはないのかもしれません、私は、ついついとらえ方が狭かったのかな、と感じました。人間にとって、社会関係の広がりがどれだけあるかは大切です。お酒を飲みたい、愚痴もこぼしたい、世間話もしたい、そういう目的

ではないけれども、そこに憩いがあり、触れ合がある、喜びがあるという、そういう社会関係の広がりについて、どれほど理解していたんだろうかと教えられました。

これから社会福祉の中では、ついつい在宅福祉サービスを機能的に提供すればいいと考える方がいらっしゃるかもしれません、私はそうではないと思います。この9月に、NHKがデンマークの孤独な老人たちについて放映をいたしました。ナイトケアに来た看護婦さんに、もう少しいてほしい、もう少し話をしてほしいういう、あのひとり暮らしのお年寄りの思いは、まさに機能的に在宅福祉サービスを提供すれば事足りるのではないことを我々に物語っているわけです。そこで、社会関係的な広がりとは、一体何なんだろうかと私は考えるわけです。この社会関係的な広がりというものを考えれば、地域住民の社会福祉に対する認識と広がりについて考えておかなければならないということは明らかなわけです。それが先ほどいった福祉教育の問題です。

5番目は、「生活技術的な自立」です。

私も、長らく東京の三多摩や渋谷区を中心にながら、障害者の青年学級に携わってまいりました。障害者青年学級に携わってくる中で、生活技術的自立をどう身につけさせていくのかということが、私にとっては大きな課題でした。よくいわれることですけれども、あいさつができないとか、買い物ができないということも含めて、普通の人間ならば、家庭の中で意図的に教えられるのではなくて、無意図的に覚えていく、身につけていく、いわば形成の部分ということがあります。

人間の「教育」と「形成」という概念について考えてみると、「教育」というのは、やや意図的な、目的意識的な、組織的な営みだ、と考えられます。一方、「形成」というのは、見ず知らずのうちに身につけていくものと考えられます。料理の名前、買い物の仕方、こういうものは、わざわざ学校教育のように意図的にやる部分もありますけれども、多くの場合は、親

と一緒にあってとか、社会生活の中で、見るともなしに、聞くともなしに身につけていくものです。そのような形成の部分がたくさんあります。

しかし、障害をもっている人の場合には、この見るともなしに見るとか、聞くともなしに聞くという、無意識のうちに身につけていく形成の機能が非常に弱いことに、私はあるとき気がつきました。まさにその部分は、専門職論議をやる人にとっては見えにくい部分です。しかし、そのところをうんと土台を膨らませてあげない限り、障害をもった青年たちが地域で生活することはできないのです。そこで私は、障害者の青年学級の中で、生活技術能力をどうするかを非常に大事に考えたときがありました。

6つ目は、「政治的・契約的自立」です。

障害をもっている方や高齢者も、やはり政治の主人公として自分の意思表示をし、どういうサービスを利用するのか、選択する主体者です。私もあり偉そうなことはいえませんが、私は、授業をやるたびに学生に評価を書いてもらいます。きょうの授業でわかったこと、わからなくて質問したいこと、きょうの授業についての評価——しゃべり方が早過ぎるとか、板書が汚いとか、いろんなことを評価してもらいます。学生の中には、聞いているのか聞いていないのか、授業態度が悪いのにもかかわらず、その評価表は非常にきつくて、大橋がいっていることはけしからんとかいうようなことを書いてある場合もあります。私も人間ですから、授業態度が悪いくせに、こんなことが書けるのかなんて思ったりするわけです。つまり人間というのは、人から批判されますとそれを素直に受けられません。後ではそうだったなと思うんだけれども、その場ではついつい反応がきつくなります。

そういう意味では、サービスを利用している人たちの選択権、評価権を認めることは、自分自身の自己改造を問われることだという思いを、いつもするわけでございます。私はできているとはいいません。しかし、一生懸命自己改造していくこうという方向だけは考えています。そ

いう意味では、今回、「リハビリテーション・サービスの質を問う」というのは、まさにサービスを利用する人たちと皆さん方とが契約をしており、そして契約の主体であるサービスの利用者がさまざまな批判をし、発言することを我々が受け入れる、そういうことだと思います。これは大変なことでございます。

この部分については、既に1990年にイギリスでは、国民保健サービスおよびコミュニティケア法という法律の中で、サービスのチェック方式がきちんと法定化されています。多分これについては、日本女子大学の田端先生が明日話をされると思います。あるいはスウェーデンなどでは、もう行政一般のオンブズマンとは違う意味のオンブズマンも出はじめました。そんなことを考えますと、日本でも、多摩療護園だとか、いくつかのところでの実践があるわけですが、福祉サービスにおけるサービスの利用者の政治的な、契約的な主体、自立というものを、我々がどう考えるかというのも大きな課題だと思います。

このように私は、自立生活をもっと広くとらえないといけないのではないかと考えます。つまり、サービスの質を問う、サービスをチェックするということは、そのサービスをチェックする視点と枠組みが当然問われるわけです。その枠組みとは何かといえば、少なくともこの自立生活の6つの枠組みを視野に置きながら考えてみたいものだ、このように私は考えているところでございます。

#### 地域自立生活支援とは

そのようなことを考えた上で、障害をもっている人が地域でどう生活していくのかということに関していくつか考えてみたいと思います。私は、障害をもった方々の自立生活の支援、あるいは在宅福祉サービスについて考えるときに、非常に気をつけなければならないことは、どのような視点からアプローチするかという点だと思います。家族が障害をもった人を介護するのが当たり前だということを前提にして、その家

族の介護負担があまりにも多いから、それを軽減するというレスパイトケア的な視点からのアプローチをするのか。あるいは、家族と離れて、障害をもった方が施設に入所し、その入所した施設においては、365日・24時間ケアを受け、利用できるわけですが、その入所型施設を分解をして、地域において必要と求めに応じて利用できるような在宅福祉サービスを考えるのか。この2つのアプローチは、在宅福祉サービスのとらえ方として根本的な違いがあると私は思います。

残念ながら日本の場合には、長らく在宅サービスが法定化されていなかったということもあるって、ややもすると、家族の介護負担を軽減するという意味でのレスパイトケアの論議が主流になりがちです。そこには、家族が障害をもっている人を見るのが当たり前だという論議があるのではないかでしょうか。20歳までは親の扶養が問われるという家族観と、20歳を過ぎてからの障害をもっている人の家族観とは私は違うと思います。その家族観自体をもう一度改めて問い合わせなければ、障害をもった方のリハビリテーションという論議は、そう簡単には成り立たないと私は思うわけです。それはあくまでも理念型であって、実際はそうならない。しかし、あるべき方向は何かといえば、私は、家族が見るのは当たり前だということを前提にして負担を軽減するということでは、在宅サービスのありようは、十分にならないと思っています。悪くすれば、安上がり行政になってしまうではないか、こう指摘されてもやむを得ません。

また、障害をもった方が施設に入所した場合に、そこでは濃密な24時間・365日ケアを受けるわけですが、その施設は、やはり30人だ、50人だという施設であり、集団生活であり、自分が住んでいた地域から離れて、そこで生活しなければなりません。そこには生活の継続性というのがないわけです。在宅福祉サービスは、施設に入るのと同じで、施設で提供しているサービスをできるだけ細かく分解をして、その細かく分解されたサービスを、住民の必要と求

めに応じて利用できるようにするという発想で在宅サービスを整備していくのかという方法があります。これは実に非常に大きな違いです。

きょうは、その在宅サービスの図式を示して丁寧にお話ししている時間はありませんが、これはぜひ頭に入れておいていただきたいと思います。日本人が持っている家族が見るのが当たり前だという論議をもっと止揚して、社会的にサービスを提供することの意味を考えて、その上でなおかつ親子の情愛とか、兄弟の情愛という自然的な情愛をどう加味するかを考えておきませんといけないのでしょうか。そのことが見えていないものですから、3世代同居といっておりながら、実際には「寝たきり日中ひとり暮らし」という人たちがいっぱいいるわけです。3世代同居といえば、形の上では家族が見ていることになりますけれども、地域に入って計画づくりを行い、座談会をやっていますと、いろんな問題が出てきます。それはみんな「寝たきり日中ひとり暮らし」なんです。まくら元におにぎりを2つぐらい置いて、ウーロン茶の缶を置いて、それで家族は出かけちゃう。それで家族介護能力があると考える方が無理なのではないか、そんな思いがするわけでございます。

そのように、在宅福祉サービスを家族介護能力を前提にしたレスパイトケアから発想するのが、——私のレスパイトケアの使い方は間違っているかもしれません、1人の障害をもっている人が地域で生活できるようなサービスというものを、施設サービスで考えるか、在宅サービスの立場で考えるか、これは大きな違いではないだろうか、私はこのように思うわけです。

したがいまして、私がかかわった障害者福祉計画などにおいても、家族の介護負担能力を軽減するという発想ではまずいのではないだろうか。家族自身だって自己実現する希望を持っているはずです。家族自体だって自己実現する、いわば権利というものを持っているのではないでしょうか。自分の子供がたまたま障害をもって生まれたから、その親はずうっとその子供の

面倒を見なくてはならないということになるのでしょうか。もっと素直に親は親の生活をする。だけれども、親子の情愛として接するということの違いを我々は考えてみてもよろしいのではないだろうかと思うのです。

あちこちの在宅サービスの中身を見ますと、リフレッシュ事業であれ、何であれ、まだまだ在宅サービスの量が少ないし、はじまったばかりです。——今の政策がけしからんといつてゐるではありません。ただ私がいいたいのは、方向をどう考えて、その方向を目指して、我々はどう努力するかということが大事なんだという問題提起です。それを一足飛びにできるはずありませんから、当然今やっているようなことを積み重ねていき、在宅サービスの量がふえることによって、結果的に質が変わってくるという部分もあると思います。時間はかかるかもしれませんけれども、方向としては、その方向でいかないといけないのではないだろうかと思います。

### 地域自立生活支援の実例

それでは、そのようなことを踏まえて、私が実際にかかわったいくつかの例を先にお話をしたいと思います。

まず、資料Ⅰは、きょう座長をやっていただいております佐藤久夫先生などと一緒に、東京都の豊島区、人口25万人の都市ですが、そこで『障害者の地域自立生活推進・豊島プラン』をつくらせていただきましたその資料です。これは、「国連・障害者の10年」が終わって、第2次行動計画をつくるにかかわって出てきたものです。豊島区の場合には、先に「高齢社会対策大綱」を決めていたために、東京都がいう障害者、高齢者、児童福祉問題も含めた地域福祉全般の計画は必ずしも十分にできていない中で、障害者計画だけがやや整理された形になっているくらいがなきにしもあらずです。そのプランでは、第1の目的は、障害者の在宅での自立生活の支援を考えましょうということです。それをやっていくためには、精神的にも、物理

的にも住みやすい福祉のまちづくりを目指さなければならないということです。

そして、「行政が行う区民に対するあらゆる相談や情報提供やサービスの提供について、社会福祉の視点から見直しをする」とあります。言葉をかえていえば、行政の福祉化をやらざるを得ないということで、かつて行政の文化化というのがありましたけれども、行政の福祉化ということです。

うまくいかかどうかわかりませんが、既に私がかかわっております沖縄県の浦添市では、行政の福祉化ということで、あらゆるセクションの予算に福祉予算の上乗せをするということです。福祉部が要求するのではなくて、企画・財政の方から行政の福祉化として、あらゆる予算の部門に福祉の視点の上乗せをするというものです。それが何%になるかはこれから詰めがあるそうですが、その動きがもう出ているわけです。我々、行政の福祉化ということをここ1年ぐらい、いってまいりましたけれども、既に実際にそれを受けてやらざるを得ない状況があります。建物をつくるにしろ、何をやるにしても、常に視覚障害者や聴覚障害者、あるいは肢体不自由の方のことも視野に入れながら、福祉の視点でみんなが利用でき、利用しやすいという、そのことをやっていくための費用として、従来の予算の算定の基礎に必ずプラスして何%かを掛けることが、企画・財政の方から提案されているのです。これは、率は低いかもしれないけれども、1つの新しい動きではないだろうかと、考えているわけです。

障害者の自立生活支援をやっていくためには、どう見ても——目的の終わりにあるように、「障害者の生活と日常生活に関わりの多い、近隣での住民組織」、そこにおける障害者理解の促進というものが必要になってくるのではないだろうかということです。

それでは、その場合障害をもった方というのは一体何なのかということですが、私ども豊島区の場合には、従来の身体障害者福祉法、精神薄弱者福祉法の分野における障害者だけではな

くて、第2節のところで、「本計画が念頭に置く障害者の範囲は、生まれながらに身体的、精神的に障害があり、社会生活上にハンディキャップをもつ人、あるいはその後の疾病、事故、戦争、被爆、精神疾患や特殊疾病などに起因して、社会生活をおくる上でハンディキャップがある人を対象とします」ということで、難病と精神障害の方も含めております。

今度の障害者基本法は、精神障害者の方も包含しているわけですが、難病の方はどうでしょうか。私は医療の専門家ではありませんのでよくわかりませんが、私は、実際にいろんなことを見聞きしております、その治療的なキュアの時期は別として、それ以外かなりの部分、難病の方は在宅サービスを必要としているのではないかでしょうか。かつて白木博次先生がまとめられた難病の人たちに対するサービスのあり方の論議の中で、医療だけではなく、やはり社会生活上のサービスの重要性を非常に強く指摘されたと私は思います。ついでに難病というと、医療対象だと考えてしまいますが、医療行為の対象である部分と同時に、いわば生活上の課題を抱えているのではないかでしょうか。それに対する援助というのも考えてしかるべきではないでしょうか、このように思っているわけです。それで、私どもは難病も入れさせていただきました。これに関しては、東京の狛江市だとか、目黒区などでも、全部難病の方々を包含して計画づくりをやっております。

次の第3節では、障害者福祉の理念として中ほどに「これから障害者福祉は、個々人に個人差があるのと同じで障害は単なる属性であり、障害のあるなしにより差別しない“個人の尊厳と人間性の尊重”の思想による全員参加の社会づくりにあると考えられます」と述べています。また、その3、4行後ですが、「当事者としてのセルフヘルプ活動やピアカウンセリングにみられるように、障害をもつ人としての社会的貢献も含めた主体的な立場からの社会福祉への参加が必要不可欠となります」と述べております。

「障害をもつ人としての社会的貢献も含めた

主体的な立場から社会福祉への参加が必要不可欠」という部分についてですが、きょう司会をされている三ツ木先生などと一緒にかかわらせていただきました東京の目黒区の場合には、『障害をもっている人も、社会的責務、国民的責務を果たすべきだ』というぐらいの言葉を使ってほしい。障害をもっている人は受け身的過ぎた。いろいろサービスを利用させてもらわなくちゃいけない部分はたくさんあるけれども、もっと主体的にサービスを選択すると同時に、一人の主人公として社会的責務、国民的責務を果たすべきだ』という意見が、障害者団体の方々から非常に強く出されました。やはり私は障害者関係の世界は動いているんだ、まさに新しい動きになっているなということをつくづく実感をするわけです。

きょうは目黒区の資料を持ってまいりませんでしたけれども、まさにそういう動きがあるということです。まさにピープルファーストであり、普通の区民なんだ、障害者が先にありきではなくて、区民としての責務があり、区民として必要があれば、必要なサービスを利用してほしいということを障害者団体の方々が声高らかにいっているわけです。このような声を聞いて、本当にここ10年の動きというものは大きかったのではないか、ということを私は実感しているところです。

第3節「障害者福祉の理念」の後半に、「障害者自身の権利としての行政の政策決定過程への参加を推進し」とございます。障害者自身も、よりよきパートナーとして積極的に地域活動に参加することを明確にしました。東大和市の場合は、後ほどお話ししますけれども、『サービスを利用する人もサービスの提供者だ。そういう意味では、障害をもっている人がいろんなサービスを利用する。その障害者自身もサービスの提供者になり得る。ボランティア活動できるということをやっぱり大事にしていく。それがそのピープルファーストじゃないだろうか』と我々は考えました。したがって、その後に「障害をもった区民も、もたない区民も

同じ区民として、在宅での自立した生活をしていく」と述べられているわけです。

そのような理念を踏まえて、豊島区では、障害者福祉の視点として7つをあげました。

1. 障害の概念の拡大
2. 在宅での自立生活の支援
3. 当事者である障害者の行政政策決定過程への参加
4. 当事者である障害者が福祉サービスを主に活用する能力の向上への援助
5. 社会福祉サービスの共済の視点による展開
6. 障害者専用思想の克服
7. 障害者の当事者としての相互援助活動への支援

という7つです。また、具体的にどう障害者福祉の基本目標を設定するかということでは、1から8つほどあげました。

1. 在宅での自立生活支援のために「当事者への直接支援」の実施
2. 「家族への支援」の実施
3. 「地域による支援を醸成するための条件整備」の実施
4. 「企業・一般団体による支援を醸成するための条件整備」の実施
5. 「当事者の組織化と当事者相互の援助活動への支援」の実施
6. 入所施設等の整備
7. 障害の発生予防と早期発見
8. 行政のあらゆる分野での福祉の展開

こんな目標を豊島区のプランでは出させていただきました。

もう1つ、ご参考までにと思いまして、資料Ⅱを持ってまいりました。これは、東京都東大和市の地域福祉計画の案です。東大和市は人口7万5,000人です。まだこの東大和市の計画は最終報告になっておりませんから、若干、文言等が直る部分がありますけれども、ほぼ中間報告として了承された段階で、きょうお持ちしました。

まず、『高齢者地域自立支援サービスシステ

ム【イメージ図】』をご覧ください。私どもは高齢者の地域自立生活を支援する場合に、もう人口7万5,000人で1サービス地区という発想では無理だと考えました。図の下の方に、サービス地区は8つに分けるとあります。つまり、人口7万5,000人を8つの地区に分けて、できるだけ身近なところで在宅サービスを総合的に利用できるようにしましょうということです。

#### 在宅サービス地区のあり方

この考え方には、今回の八法改正の中に明確になっておりませんでした。だから、多くの市町村がやっている計画づくりは、ややもすると数字合わせになってしまいます。高齢者の出現率が何%、だから、デイサービスは何カ所、こうなるわけです。極端にいえば1中学校1つのデイサービス、1中学校1つの介護支援センター、といわれているから、その数だけあればいいやという数字合わせになります。しかし、私どもは、デンマークやスウェーデン、あるいはイギリスなどの例を考えてみましても、在宅福祉サービスをきめ細かくやっていくためには、1行政区1在宅サービス地区という発想では無理があると考えているのです。

したがって、東大和市の場合は、人口7万5,000人で8つに分けられています。東京の狛江市は人口7万人で4つ、岩手県の遠野市では人口2万8,000人で8つです。そのように分けられた根拠としては、地域の広さ、人口の密度の違いといったいろんなことがあるわけです。イギリスの例でいえば、ロンドンのイズリントン区では、人口17万5,000人で24で、ケンジントン・アンド・チャーチル区では、人口13万人で5つです。ストックホルムは人口58万人で18です。それからデンマークのヘルシンガーというのは、人口5万6,000人で7つです。そういうデンマークやスウェーデン、イギリスの動向を見ましても、私は、どうしても在宅サービス地区というものを持ち込まないとダメではないか、そうしないと、身近なところで気軽に利用できるようにならないのではないかと考えるの

です。

### センターの役割

そういうことを前提にした上で、センターの役割は何かといえば、保健と福祉を一緒にすることです。公衆衛生審議会の意見具申がこの7月に出ました。これによればもう保健所の中の対人保健サービスは、できるだけ市町村レベルにおろしましょうということです。保健と福祉をつなげる。デンマークがうまくいったのは、医療と保健と福祉の連携が非常にうまくいっているからです。スウェーデンでは、1992年のエーデル改革で、高齢者の医療と保健と福祉は、全部市町村で一元化しました。スウェーデンは長らく、医療は県のレベル、福祉は市町村のレベルと分かれておりましたけれども、もうそれはだめだということで、1992年のエーデル改革で、高齢者については一元化しました。またイギリスが「国民保健サービスとコミュニティケア法」で一元化しようというのもまさにそういうことです。イギリスについては、田端先生からまたご報告をいただくと思いますが、そんなことを考えますと、私は、できるだけ市町村で保健と福祉を一元化し、そして在宅サービスはもっときめ細かく分けるという「第3の分権化」の時代ではないかと思います。

その上で〔イメージ図〕では、理念として、「我々は24時間・365日、高齢者サービスを行う」と書いています。

それから、システムの考え方の中の「V」で「サービス利用対象者を年齢によって、区分する。おおむね50歳以上の障害者への支援システムは、本システムによるものとする」とあります。つまり、50歳以上の障害をもっている方々の在宅サービスは、基本的には高齢者のサービスと同じ発想でやりましょうということです。

きょう障害高齢者の問題が出ておりましたけれども、障害高齢者の問題というのは、言葉をかえといえば、高齢者サービスを充実させることであり、結果的には、50歳以上の障害をもつた方は、高齢者と同じようなサービスをやれる

じゃないかと我々は考えています。

それでは、50歳以前の方というはどうかというと、中途障害のことも含め、家族構成などいろいろな問題があります。そこで、私どもは『障害者地域生活自立支援生活サービスシステム』というものをつくりました。このシステムでは、東大和市に自立生活支援センターを1つつくり、デイサービス機能、訪問サービス、訓練指導など、総合相談からずっとやっていく。同時に、もう小規模作業所というレベルだけではなくて、障害者就業センターをつくり、その就業センターのブランチとして共同作業所を置きましょうという計画です。

この考え方は、先ほどいいましたように、三ツ木先生と一緒にやらせていただいた目黒区の場合などでも同じような考え方です。もう総合的な就業センターをつくろう、障害者地域福祉財団ぐらいをつくろうじゃないかという話になってきてているわけです。

小規模作業所をどうするかというのも大変重要ですが、ある意味では、それを区市町村ごとに全部統合して、それをブランチ的にやっていくという発想も、私はあってもよろしいのではないか、こんな思いでいるわけです。

### 総合的な地域福祉計画の必要性

詳しいことは、後で読んでいただくことにいたしまして、このように東大和市では、高齢者も、障害者も、ひとり親家庭も全部含めて地域福祉計画をつくっているわけです。

沖縄県の浦添市の場合には、この障害者の分野においても、どういう出現率があり、どういうサービスがあるかというサービスのニーズ調査をきちんとして、そしてそれに見合うサービスの総合量を確定して今作業をしているわけです。

法定化されたのは老人保健福祉計画ですけれども、実際に老人保健福祉計画を進めていけば、在宅サービスが中心になります。それを進めていくと、障害者、ひとり親の問題だって同じではないか。なのに、高齢者だけやるという分類

主義的なサービスはまずいのではないかということ、障害者の問題や児童の問題まで広げて、広く地域福祉計画を今つくっているわけです。もちろん濃淡があります。国に求められている老人保健福祉計画の数字をきちんと合わせていく必要上、とりあえず重点は老人保健福祉計画になります。しかし、大きな網は、障害者問題、ひとり親問題、子供の問題も含めて、地域福祉はどうあったらいいのかという論議になっていくわけです。

したがって、冒頭に述べましたように、従来の拠点施設の考え方をどう拡大していくかというレベルではなくて、全体の計画はどうなのかということをいつも視野に置きながら、そのサービスのありようを考えていかねばならない時代になったのではないかと、考えているわけです。

最後に

時間が来たようですから、これ以上話はできません。問題提起だけで終わりましたけれども、また機会がありましたら話をさせていただきたいと思います。

事実、今度の障害者基本法の中では、もうこの法案が通れば、各市町村で障害者福祉計画をつくりなさいということをいっているわけです。そういう意味では、私は、法定化されたからつくるという受け身の姿勢ではなくて、本当に障害をもった人の地域自立生活を進めていくこと

は、子供の問題や大人の問題と同じなんだということを考えてほしいのです。私はあちこちでいうんですが、老人福祉問題は障害者問題です。高齢化社会の問題は子供の問題です。車いすで安心して歩ける街というのは、乳母車で安心して歩ける街なんです。だから、車いすマークのお便所をやめて、車いすマークのところに、必ず乳母車マークをつけてください。乳母車で赤ちゃんをつれている若い親たちが、どこのお便所に入ろうかと心配したり、自分がお便所に入っているあいだに子供がさらわれるんじゃないかと心配をしないでも済むよう、車いすマークのお便所と一緒に使うことがあってもいいのではないでしょうか。それが障害者だけの施設をつくるということではなくて、障害者専用施設、専用思想の克服につながるのではないかでしょうか。それこそノーマライゼーションではないでしょうか。老人福祉は障害者問題であり、障害者問題は児童福祉問題であり、老人福祉問題は児童福祉問題なのです。このようにトータルにとらえて、市町村の「福祉でまちづくり」ということをぜひ考えていただきたいと心からお願いをいたします。そのためにも、住民の福祉意識を変えるための福祉教育をやらないと、もうどうしようもないところに来ているのではないかと思っているところです。

大変どうも失礼いたしました。ありがとうございました。（拍手）

## 資料 I

# 『障害者の地域自立生活推進・豊島プラン』

1993年2月

## 第2章 障害者福祉計画の基本的な考え方

### 第1節 目的

豊島区では、昭和56年の国際障害者年を契機として、障害者に対する施策の充実・強化を図ってきました。

これまで、ともすれば、障害者福祉の中心的課題は施設サービスの整備・充実や障害者への理解の促進や啓発でした。

しかし、今日では、住み慣れた地域での普通の生活を求める障害者自身の願いを背景として、障害者福祉は在宅での自立生活への支援が中心的課題となりつつあります。

その実現を図っていくためには、在宅での生活を可能ならしめる住宅整備や在宅自立生活に必要な各種在宅保健福祉サービスの整備と、障害者本人への支援、家族の介護負担軽減や、家族の個々の生活を重視した支援が必要です。

本計画においては、これまでの福祉施策を十分踏まえた上で、それらをより総合的、体系的に展開できるように指針と施策を定めました。その第一義的目的は、“障害者の在宅での自立生活の支援”です。

本計画は、“障害者が地域で生活することがあたりまえなこと”として、障害者は、障害をもった区民であり、障害をもたない区民と同様な区民生活・社会生活を享受できるように、在宅での自立生活の支援サービスの構築と、精神的・物理的に住みやすい福祉のまちづくりを目指し、障害者福祉を計画的に推進することを目的としています。

そのためには、社会福祉行政担当部課だけの対応ではなく、行政組織のあらゆる分野において“社会福祉の視点による”行政施策の展開を図る必要があります。

ます。

それは具体的には、あらゆる行政分野で障害者に対する十分な配慮・条件整備を行うことであり、行政が行う区民に対するあらゆる相談や情報提供やサービスの提供について、社会福祉の視点から見直しをすることです。言葉を変えて言えば、行政のあらゆる分野において、施策の実施に際して、障害者の視点と障害者への配慮を忘れずに展開することは、「行政の福祉化」とも言えます。

また、障害者の在宅での自立生活を保障していくためには、行政の努力のみならず、地域の住民による福祉コミュニティの形成が不可欠です。とりわけ、障害者の生活と日常生活に関わりの多い、近隣での住民組織（町会や自治会等）において、関係者の障害者理解の促進や障害者の在宅での自立生活を見守り、援助できるような組織を形成していくことが求められています。

行政は、このようなコミュニティの形成に向けた条件整備をしていく必要があります。

### 第2節 本計画が念頭に置く障害者の範囲

本計画が念頭に置く障害者の範囲は、生まれながらに身体的、精神的に障害があり、社会生活上にハンディキャップをもつ人、あるいはその後の疾病、事故、戦争、被爆、精神疾患や特殊疾病などに起因して、社会生活をおくる上でハンディキャップがある人を対象とします。

従来、障害者福祉の施策の展開が不十分であった精神障害者、特殊疾病患者等についてもこの計画では包含しています。

本計画の特徴の一つは、このように対象となる障害者の範囲を広げたことにあります。

### 第3節 障害者福祉の理念

国際障害者年行動計画（1979年・国連）では、『障害者などを閉め出す社会は弱くてもろい社会であり、障害者はその社会の他の者と異なったニーズをもつ特別な市民と考えるべきではなく、通常の人間的ニーズを満たすのに特別の困難をもつ普通の市民と考えられるべきである』としています。

また、東京都「ノーマライゼーション推進東京プラン」では、『ノーマライゼーションの理念が広く定着し、だれもが人間らしく暮せるよう、人間としての権利が守られ、かつ人間としての尊厳がいさかも損なわれることがない社会』の実現を提唱しています。

これからの障害者福祉は、個々人に個人差があるのと同じで障害は単なる属性であり、障害のあるなしにより差別しない“個人の尊厳と人間性の尊重”的思想による全員参加の社会づくりにあると考えられます。

このような社会の実現のためには、障害者自身もまた、社会福祉サービスを受けるという受動的立場にとどまらず、障害を有している人だからこそ分かるという意味合いにおいて、障害を有している当事者としてのセルフヘルプ活動やピアカウンセリング（当事者が援助者としての役割を担うこと）にみられるように、障害をもつ人としての社会的貢献も含めた主体的な立場からの社会福祉への参加が必要不可欠となります。

これから10年は、21世紀への橋渡しであり、新たな社会観、価値規範が求められます。そこでは、国際障害者年で言われた「ともに生きる」から、ともに生きるを越えて、“共に生きるのはあたりまえ”とする新しい“福祉文化”的創造による福祉社会を希求していくこととなるでしょう。

「国連・障害者の10年」の中心的スローガンであったノーマライゼーションの思想を具現化するためにも、一人ひとりの障害者が地域で自立して生活できる社会が、実現されなければなりません。

ところで、在宅での自立生活支援とは、在宅保健福祉サービスの充実にとどまらず、社会的な活動や経済的な活動への参加をも可能とすることです。

従来、障害者福祉における「自立」観は狭く、身体的自立や経済的自立が中心でした。これからの「自立」観は、もっと広く、社会、文化、経済その他あらゆる活動への参加を踏まえ、一般区民と同じような区民生活が享受できる「自立生活」をイメージすることが必要です。

そのためには、日常生活用具の品質向上と利用法の簡便化、高度な機器の導入によるコミュニケーション手段の保障、そして、障害者にあらゆる社会的な参加の機会を保障し、日常的な移動についても可能となる福祉のまちづくりが必要です。

企業が求めてきた生産性・労働観を改め、障害者を雇用したり、障害者がものおじしないで文化、社会活動を行っていくようになるためには、国民の人間観、障害者観を改めると同時に社会システムそれ自体を変えていく必要があります。

そのような考えを豊島区で実現していくためにも、行政はその理念を具体化する施策を積極的に推進する必要があります。しかしながら、それは行政だけでできるものではありません。

区内にある諸々の団体、企業、商店街等の協力も必要となります。

障害者が“在宅での自立生活”を行えるようにするためには、行政と住民・諸団体との協働が欠かせません。

まさに、精神的にも、あらゆる人々が障害者問題に関心と理解を深め、協力する“福祉のまちづくり”が求められています。

ところで、これまでの障害者行動計画において、ややもすると取り組みが十分でなかった知的障害者・精神障害者への社会福祉サービスにおいて、とりわけ自立生活への視点は弱いものでした。

本計画では、これらの人々への自立生活支援のより一層の充実を目指しています。

また、障害者の個人の尊厳と人間性の尊重の具体的施策として、障害者自身の権利としての行政の政策決定過程への参加を推進し、障害者自身も、より良きパートナーとして積極的に地域活動に参加する

ことを明確にしました。

そのためにも当事者団体の組織化を進展し、その活動が活性化し、障害者団体が自立かつ自律し、福祉のまちづくりの第一線の活動を担えるような活動が望されます。

このように、今後の障害者福祉の理念は、障害者を意識することなく、障害をもった区民も、もたない区民も同じ区民として、在宅での自立した生活をしていくことになり、それこそがノーマライゼーションの思想の具体的な展開です。

それは、新しい人間観、社会観にもとづいた社会システムを作っていくことであり、「新しい福祉文化」を構築することです。

#### 第4節 障害者福祉の視点

このような理念を基調とした今後の障害者福祉の視点は、以下のように考えることができます。

1. 障害の概念の拡大
2. 在宅での自立生活の支援
3. 当事者である障害者の行政政策決定過程への参加
4. 当事者である障害者が福祉サービスを主体的に活用する能力の向上への援助

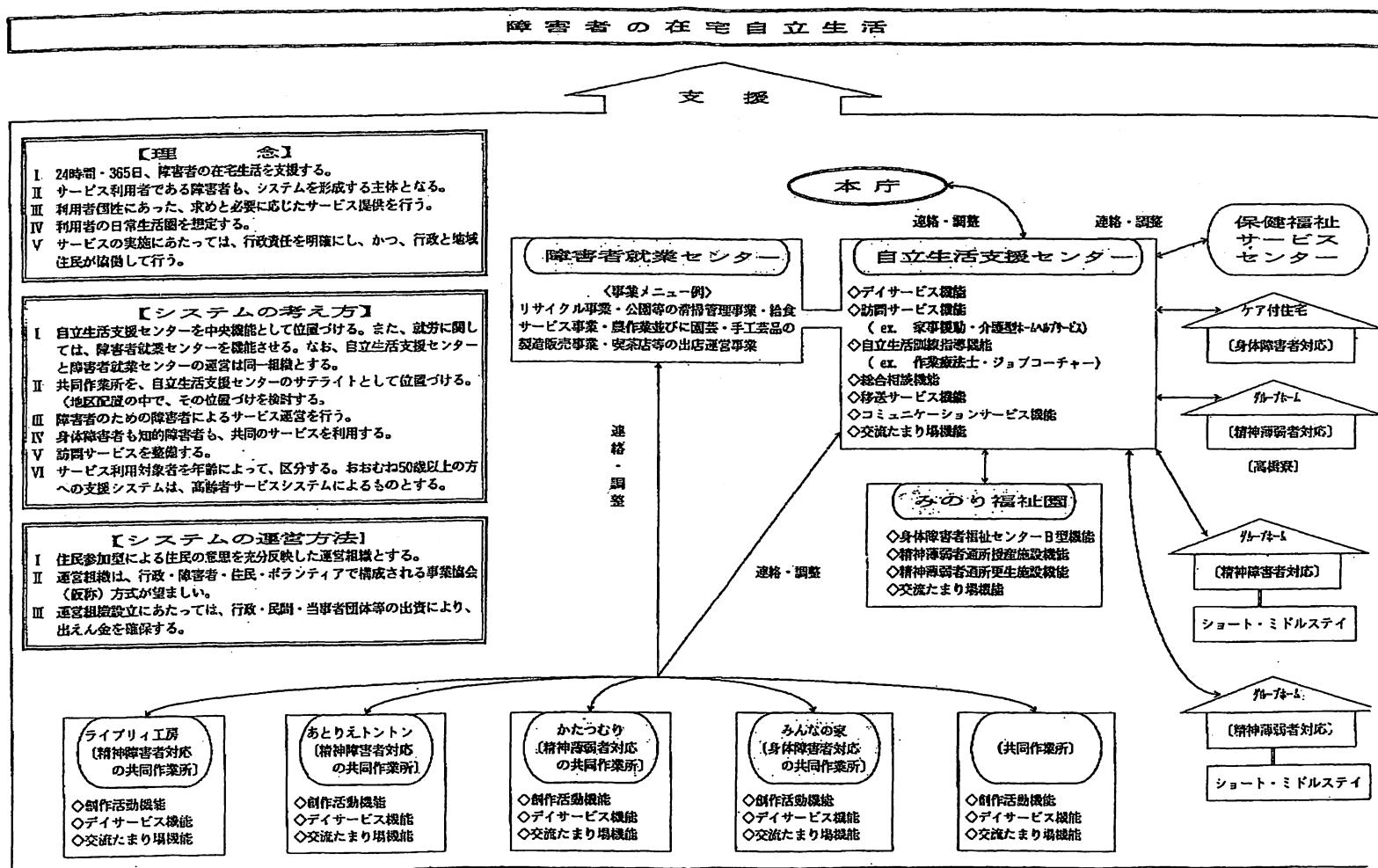
5. 社会福祉サービスの共済の視点による展開
6. 障害者専用思想の克服(社会資源の多目的化)
7. 障害者の当事者としての相互援助活動への支援

#### 第5節 基本目標

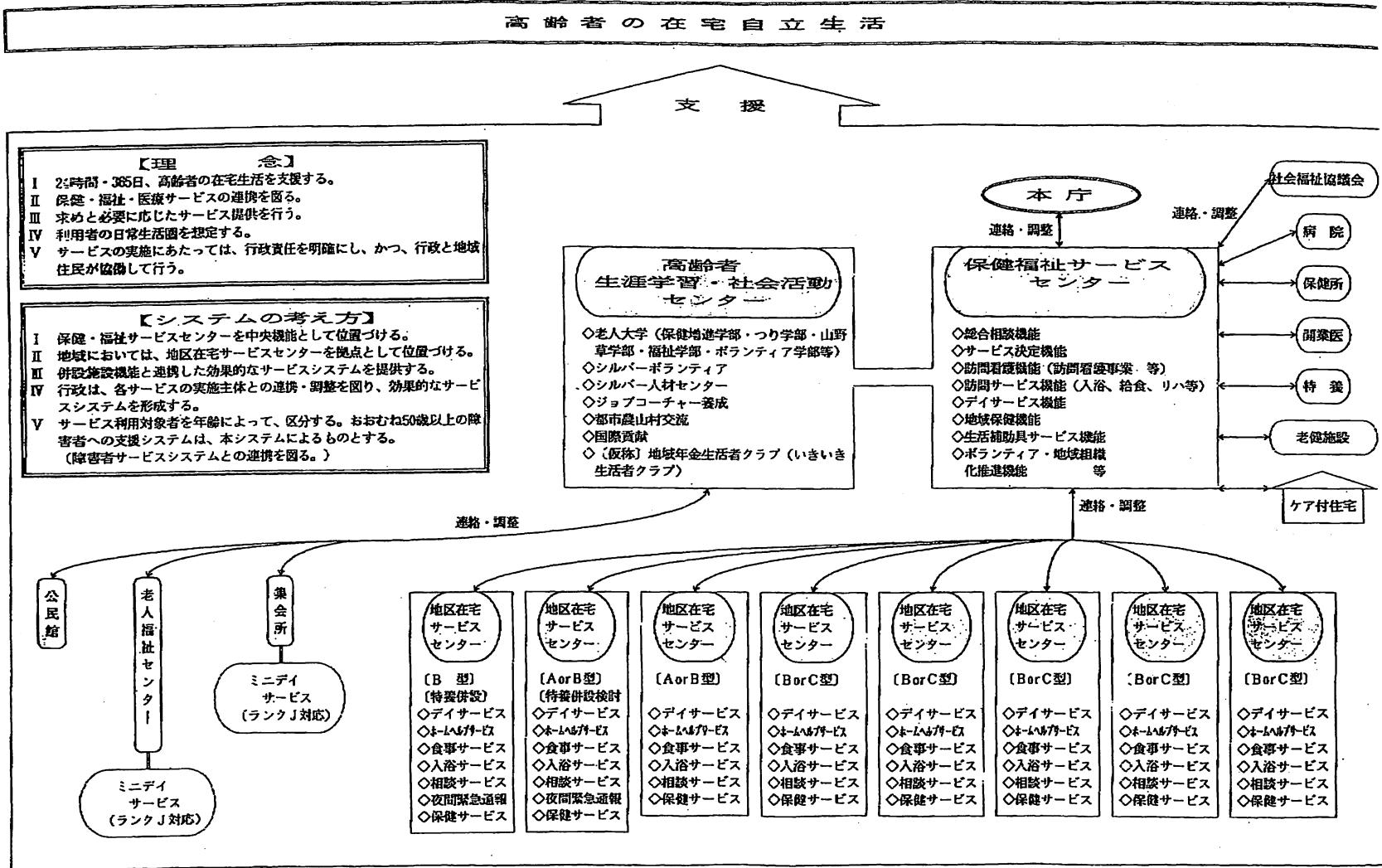
このような理念及び視点を基調として、障害者福祉の基本目標を以下のように設定します。

1. 在宅での自立生活支援のために  
「当事者への直接支援」の実施
2. 在宅での自立生活支援のために  
「家族への支援」の実施
3. 在宅での自立生活支援のために  
「地域による支援を醸成するための条件整備」の実施
4. 在宅での自立生活支援のために  
「企業・一般団体による支援を醸成するための条件整備」の実施
5. 在宅での自立生活支援のために  
「当事者の組織化と当事者相互の援助活動への支援」の実施
6. 入所施設等の整備
7. 障害の発生予防と早期発見
8. 行政のあらゆる分野での福祉的展開

## 障害者地域自立生活支援サービスシステム【イメージ図】



# 高齢者地域自立生活支援サービスシステム【イメージ図】



## リハビリテーション・サービスに期待するもの

一番ヶ瀬康子

(日本女子大学)

### リドマイドの人たちとのかかわり

私がリハビリテーションとかなりかかわりを持ちましたのは、ただいまご紹介にありましたサリドマイドの人たちのボランティア活動をしていたときのことです。サリドマイドの問題については、既にご存じのことだと思いますので詳しくは申しませんけれども、二十数年前、この両上肢の障害の子供たちが生まれて、そして、家族の人たちはショックを受けて、ある親は自殺を考える、また家庭崩壊、その中で、ようやくレンツ博士の研究に基づいて、ご存じのサリドマイド禍が薬のせいである、薬害である、ということがわかったわけでございます。

そのころから、この裁判をめぐりまして、いろいろな調査をしようということが、私どもボランティアの中で話し合われました。とにかく全国、このサリドマイドだと思われる人たちに、直接その方のお宅に伺って、そして生活の中でどんな苦労があるか、どこに問題があるのかということを克明に記録をし、その中から被害の大きさを具体的に示しつつこの問題を提起していこう、こういうことがボランティアの中で話し合われたわけでございます。

今から二十数年前でございますから、私も若かったし、また、学生たちも非常に意気に燃えておりまして、それこそ九州から北海道まで手分けをして伺った次第でございます。その後、そのとき調査したものをまとめましたものは、後に裁判の証言のときに配りまして、そして一つの役割を果たしたと自負をしているわけでござ

ります。実は、この障害ゆえに困難なこと、だめなことをどのようにして乗り切ったか、また、工夫をすれば可能になったことなどを克明に記したもののが、横浜市立大学附属病院の土屋弘吉先生がサリドマイドにかかわっておられた関係から、大川嗣雄先生のお目にとまったわけでございます。お二方とも、もう故人になられましたけれども、土屋先生や大川先生はサリドマイドのボランティア活動をしているさなかに、随分いろんな意味で教えていただいたリハビリテーション関係の先生でいらっしゃるんです。

とくに大川先生は、私どもの調査に非常に関心を持たれまして、私どもは、リハビリテーションのこともADLその他のこともあまり知らなかった。むしろ家政学部出身、生活ということを念頭に置いて、そのころ生活学というものを提起しておりましたから、生活そのもののサイドから克明に記録をするということから出発をしたわけでありますから、このリハビリの専門の先生から見れば随分変わった要素だったというふうに思でのございます。ところが、大川先生はそれをごらんになって、日本女子大学の研究室にしばしば来られました。そして、こういう調査が自分たちの専門の中でも、もっとなされなければならない、ということをおっしゃりながら、共同討議をさせていただきました。その理由というのは、そのサリドマイドの子供たちが、横浜市立大学附属病院の大川先生のところへ伺った時にできることとできないことと、それから、私の方が調査をした日常生活

の中で、家庭の中でできることとできないことにかなりの差がある、あるいは違いがあるということが、大川先生が一番気になさった点ではないかと思うのであります。

子供でありますから、恐らく病院に行くと緊張をすると思うんですね。それからまた、緊張すればいろんな点でできないこともふえてくるでしょうし、あるいはミスも起こるでしょうし、いろんな意味で、どうもそこに誤差というか、違いがある。しかし、子供たちが生涯を送っていくのは別に病院の中ではないわけでありますから、やはり日常生活そのものの中でこの障害を克服していくような、そういうあり方を考えていかざるを得ないのでということになりますと、一体どうすればいいのかということが、いくつか課題として出てきたわけでございます。

この調査と一緒にやりました仲間に住居学科の小川信子先生という先生がおられます。小川先生は住生活論というのを担当している方であります、住生活というものがどうあって、はじめてそこで住みやすさと能率、安全が生まれるかということを日ごろ研究しておられますので、そのことをかなり応用された調査票だったわけでございます。したがって、そこでは裁判のときなども、日本の医療、リハビリテーションの当時の状態からいえば、かなり需要に対しても供給不足の体制などももちろん指摘いたしましたけれども、一方で、その住生活あるいは住宅保障のあり方、きょうは後からアメリカの障害者法のお話があるわけで、そういう風潮の問題についても問題を提起させていただいたわけであります。

今、サリドマイドの子供たち 306人はかなり元気な人たちが多くて、それぞれの生涯を送っているわけでありますけれども、そういうボランティアの人たちや専門の先生方の援助によって、とにかくこの障害を乗り越えて生活をしているわけであります。余談でありますけれども、恐らく来年ぐらいに出るだろうと思うのですが、サリドマイド障害を乗り越えて、という当事者の自分史を含んだものを出版しようと張り切っ

ておりますから、それなどが出ると、よりわかつていただけると思います。

私は、そのサリドマイドの人たちとおつき合いをしているうちに、こういうことに気がつきました。それは、同じような障害、インペアメント、ディスアビリティをもっていても、実は、非常によく何でもできる、代替部位を使って何でもできる人とそうでない人がいる。これはむしろ、逆にいうと、障害が多少軽くても、重い人よりできないことが多い人がかなりいるという事実に気がついたわけであります。それでは、一体そういう違いが何から生じるんだろうということで、私ども、大体個人カードがあるものですから、いろいろ話し合いをしたことがあります。はっきりいって、二つ山場があるということに気がつきました。

### 家族の対応

一つの点は、そのサリドマイドの子供たちが生まれたときに、その子供に対する母親、さらに父親、家族の対応というものがどうであったかということが、どうもその後のその子のあり方に非常に大きな影響があるのではないかという事実でございます。この子が生まれて、もう本当に打ちひしがれて、隠すようにして、「ふびんだふびんだ」と何でもやってしまった親と、そうではなく、その苦しみ、悲しみから立ち直って、この子が本当に幸せをつかむために自立をしていけるように努力をしようと考えて、かなり自立を促す努力をされてこられた親と、双方おられるわけでありますが、どうしても後者の子供たちの方ができることがかなり多いという事実でございます。

### 就学時の学校の対応

それから、もう一つの山場というのは、実は就学の時点の問題でございます。もちろん、幼稚園、保育園の段階のことでもございますけれども、就学の段階で親の方々が随分教育委員会へかけ合い、運動をされました。私も一緒に伺ったことがございますが、そういうときに教育委

員会は、学校当局がいいといえば受け入れる。それで学校で会議がなされると、PTAが反対だとか障害をもった子供を見たことがないから責任を持てないといって拒否をされたところもございます。ところがそうではなくて、積極的に受け入れられた子供たちもかなりおりまして、その場合に、どうしても通常の学校で積極的に受け入れる先生方がおられた場合とそうでもない場合では、やはりかなりできることとできないことがある。それから、生涯の中で非常に大事な友達、仲間、人脈などがかなりの違いがある。こういうことに気がついたわけでございます。

一方、そういう日本のサリドマイドの子供たちのことを考えましたときに、スウェーデンと同じ時期に生まれたサリドマイドの子供たちとの比較検討をしたりいたしました。今、サリドマイドの子供たちは、もうそれぞれ成人になりまして、いわば当事者というか、「いしづえ」という財団の評議員にそれぞれなって、活発に会議をやっております。国際会議もやっておりまして、そのリーダーシップをスウェーデンのサリドマイドの方が握っておりますが、自己紹介するときに、お互いにまず、私たちはサリドマイドだといって自己紹介をしようというようなことを呼びかけたりして、私は、見事な立ち上がりを見せていくと思ったのでございます。

このサリドマイドの問題をきっかけにしまして、リハビリテーションに私の関心が高まっております中で、いくつかの体験をしておりますが、特にきょうは、あと二つのことを申し上げたいと思います。

### 福祉文化学会の設立

一つは、先ほど福祉文化学会の会長だというご紹介をしていただきました。これはどういう思いでつくった学会であったかというと、福祉が救貧対策で終わっては何にもならないということはいうまでもありませんが、一方でバンク・ミケルセン、ご存じのノーマライゼーションの主唱者がこうすることをいっているんですね。

ノーマライゼーションという考え方には、法哲学的思想と同時に、文化的視点で述べた言葉である、という講演をしている一説がございます。私はこれに非常に関心と興味を持ちました。つまり、福祉というものが受け身で、与えられたものとして制度の中でおさまるものではなくて、まさに人間らしいやり方を追求してつくり出していくものだ。したがって、福祉そのものが文化でなければならないということを日ごろから考えていたものでありますから、そういうミケルセンの言葉等に触発をされまして、思い切って仲間に呼びかけて、福祉文化学会という学会をつくったわけでございます。

この会員のメンバーというのは、先ほど寺山さんが、私は映画監督になりたかったということをばらしてしまったんですが、映画をつくっておられる方とか、あるいはノンフィクションを書く作家ですね。あるいは建築家の方とか、あるいはジャーナリスト、福祉そのものの専門家ではないけれども、福祉について非常に温かく、かつ真剣で積極的なまなざしを寄せている方たちに集まっていたわけでございます。

福祉文化学会が注目をしている一つのボランタリーなグループがございます。

### 「ゆきわりそう」の活動

私は顧問もしておりますが、「ゆきわりそう」というグループでございます。このグループは、豊島区に民間のアパートを一つ借りまして、そこで、今の社会福祉制度ではこぼれてい、あるいは対応できない方たちを受けとめるということを熱心にやってもらいました。たとえば、精神保健法になりまして、実際に病院から「今年のお正月は家でお過ごしになってください」という通知がある家庭に参ります。ところが、今までそうではなかった。受け取った方が、20年ぶりにそれを受け取った。年老いたお母さんは、弟にはいってあるけれども、弟のお嫁さんや弟の子供には、そういうおばさんがいることはいっていないというのです。そのときに、突如、お正月だから家に帰れといっ

て家に来られたのでは、弟の家庭もどうなるかわからない。どうしようと、大変悩むわけです。結果的に、「ゆきわりそう」に相談をされて、民間アパートの一室をお貸ししましょうということになりました。そこでこの正月、20年ぶりに親子水入らずに、そこでは食事サービスをしておりますが、その食事サービスのおせち料理をいただきながら何日間か過ごして、また病院にその方は戻られた。これが一番すごいなと思ったボランティア活動でございます。そういうようにいろんなことをやっております。

また、脳性まひの青年たちが養護学校を卒業した後、何もすることがない。地域でといつても、養護学校は点々と遠くにありますから、地域の仲間はない。家でじっとしている。でも、彼らは復帰したい。そういう人たちをめぐっていろんな活動をしておりますが、その活動の中で、最も画期的な活動というのはこういう活動でございます。

### 第九とゆきわりそう

ある日、この指導者の姥山さんという方であります、私のところに回り回って来られまして、「先生、今度、うちの青年たちとボランティアの人たちと一緒にベートーベンの第九シンフォニーを歌いたいと思うんです。『歓喜の歌』を歌いたいと思うんだけれどもどうでしょう」とおっしゃるから、「それはいいじゃない。

『歓喜の歌』、あんなすばらしい歌はないからぜひやってごらんさい。それまではよかったです、その後私は、まさかその人が東京フィルハーモニーに飛び込むとは思わなかったんです。東京フィルハーモニーに飛び込んだんですね。東京フィルハーモニーの方に、「おたくの演奏会のときに、「ゆきわりそう」のグループを参加させてください」と願い出たわけでございます。勇気のある人だと思います。そうしたら、東京フィルハーモニーではさすがにびっくりして、時間のフォローが大変ですけれどもやりましょう、ということになりました。

結果として、そこからソプラノとテノールの歌

手の方が指導者としてそのコーラスグループのところへ行かれました。ボランティアの方も含めて、その世話役の青年たちやその他いろいろな障害をもつ方々に、実際に、東京フィルハーモニーから来られた方が、発声その他をちょっとやって見たら、びっくりしたんですね。ご存じのとおり、脳性まひの青年たちは、言語障害で声が出ない。ボランティアといっても高齢に近い、あるいは高齢者の方が多いですから、声帯がかたくて高い音が出ない。これでよくと思われたのだと思うんですが、どうしようかと迷われた結果、第5パートというのをつくられました。つまり、「歓喜の歌」は4部合唱であります、第5パートというのをつくられた。私のところに楽譜を送ってこられて、これなら先生も歌えるだろうということで誘われたんですが、忙しくて、結果的には練習できなかったんです。音域を狭くしてあるから、高い音とか、あるいは上がり下がりの音域が少ないのでございます。これを第5パートとして、ベートーベンには悪いけれども、そこで作曲してくださいました。それから練習がはじまったわけでございます。これは5年前、上野の文化会館で、東京フィルハーモニーの第九シンフォニーの演奏の中で、最後の「歓喜の歌」に出演いたしまして、堂々と歌って、大変感銘を皆さんに与えたことは、マスコミその他で紹介されましたから、ご存じかと思います。

実は、その後の話があるんですけれども、一応大成功。その大成功は何がもたらしたかということについての記録を書こうということで、早速記録が書かれまして、「心で歌う目で歌う歓喜の歌」というこの本が出たわけあります。出版記念会がございました。私も序文を書きましたので、そこへ呼ばれて参加をしたわけであります。そして、第5パートを歌ったんですけども、その後、一人ひとり、出演した人、あるいはその家族の人から感想を聞こうということになりました。その中で、私は四つ、非常に印象に残っている感想がございました。

一つの感想は、脳性まひの青年であります。

自分はあの「歓喜の歌」を聴衆がいっぱいいる中で、上野の文化会館で歌い終わった瞬間、「ああ、自分の人生はもう不可能ということはないだろう。これから何でもやっていけるんじゃないかな」というふうに思えたということをいっておりました。お母さんがこうすることをいいました。「この子が毎日毎日、第5パートですけれども、ドイツ語で歌わなきゃほかと合いません。ドイツ語で歌い続けた。そのうちに、声帯が少しどうかなったんでしょうか、普通の言葉まで非常にクリアになってきたんだ」ということをおっしゃいました。

それからまた、定年後のある男性の方が、自分は定年になって何にもやることがなくて、夜は早く寝て、朝は遅く起きて、食事は朝昼一緒にしてというような生活をしていたけれども、ここに参加することによって、かつての企業に勤めていたときよりも規則正しくなった。自分が風邪をひいて休んだら、あの子供たちの、青年たちの車いすはだれが押すんだろうと思うと、おのずから生活リズムを厳しく守るようになつた。

主婦が方がいわれました。自分はうつ的傾向が強くて、うつ病に陥っていたけれども、このグループに参加することによって、いつの間にかうつが治ったように思う。こういう感想を漏らされたわけでございます。

このグループは、毎年池袋の文化会館などで公演をしておりましたが、今年、ボンのベートーベンセンターで、ドイツの人たちと一緒にコーラスを交えた第九の演奏をして、この前帰ってまいりました。これもNHKのテレビなどに出ていたのでご存じだと思います。私のところには、行く前、それから行っている間もファックスがきましたし、それから、帰ってからビデオができましたので拝見いたしましたけれども、そういう中で、いくつかのことを学んだものです。やはりこの青年たちが一生懸命歌っている中で、本当にそれまで出なかった声も出るようになったし、それから食欲も進み、また、自分のことも多少できるようになったと

いう事実は何だろうということでございます。

### 思いの共有と自己実現

さらに、そのボンへ行った青年たち、この旅行を組んでコーラスグループを指導した先生方がいっておられましたけれども、自分たちはプロの芸術家であるから、少なくとも厳しく、そして、障害者だからといって手を緩めることなく指導した。時々それにめげて、脱落しそうになった人たちがいたんですが、そのとき指導者の人たちがいって、彼らが共感して意欲的な言葉は何だったかというと、「ベートーベンも障害者だったのよ」という言葉だそうです。ご存じのとおり、ベートーベンは第五の『運命』のころから聴覚がだんだん衰えてまいりまして、第九シンフォニーのときは、完全に聴覚がだめだったわけでございます。そのことをリーダーの人たちが伝えると、いろんな障害をもった人たちが、障害をもったベートーベンがつくった歌を私たちが歌えないというはずはない、心で歌えるんだ、歌うんだと。これがやはりボンでの演奏を大成功に導いた大きなきっかけだったということでございます。

私は、福祉、リハビリテーションの実践でもそうだと思いますけれども、相手の方との共感がそこに介在しない限り、そのお互いの意欲というのは盛りあがらない。ベートーベンは障害者だったんだよというこの言葉で、どれくらい障害をもった方が励まされたかわからない。そして、思い切り「歓喜の歌」、愛、愛、愛、人間皆仲間、これはなかにし礼さんの訳ですけれども、これをドイツ語で歌って、そして、本当に人間皆仲間なんだというベートーベンの思いを共有することによって、彼らは自己実現をし、そして、その中で見事にボンでの演奏も大成功裏におさめて帰ってきた。こういうことだろうと思います。

私はこのボランティアグループの持っている一つの注目すべき点は、実は、その障害をもっている青年たちがやりたい、あるいはやってみたいと思うことを必ず受けとめようとしている

点です。

たとえば乗馬、誰でも馬に乗ってみたいといふのは子供の夢なんですね。私も子供の夢を実現して馬に乗っていたんですけども、ところが、日本では乗馬なんていうのはブルジョアのスポーツだなんて変な決めつけがあって、それっきりの人もいるんですが、このグループは乗馬クラブをつくりました。特に自閉症の傾向のある子供にとっては乗馬というのはとてもいいし、イギリスのサリドマイドのボランティアグループも、乗馬をサリドマイドの青年たちにさせることによってバランス感覚を養っている。こういう新しい切り開きを加えていっている。

この前「ユメ伝」というのをやったんですね。どういうことかというと、とにかくマラソンをやりたい。もう今テレビを見ていると、マラソンというのは本当に手に汗を握るようなスポーツでありますし、あれは人生の縮図のようで、非常に私どもも感動します。障害をもつその人たちがマラソンをやりたい。それで「ユメ伝」というのを群馬県でやりましたけれども、その際のコーチ、リーダーに、実はオリンピックに出られた増田明美選手を呼んできたわけです。増田さんと話してみると、精いっぱい正式の基本を教えるというのがその基本的考え方だ。手の動かし方、足の踏み出し方も正式のオリンピック選手のやり方でありますから、もちろん、そうできるわけではありません。しかし、それをイメージしながらやることによって、実は少しでも進むことができるということでございまして、大変マラソンの効果をおさめたようでございます。

#### 変化しているボランティア活動

もう一つ、私のこの経験の中から申し上げてみたいと思います。それはこの前のことございます。日本レクリエーション協会というところが最近、福祉レクリエーションということを非常に熱心にいっているんですが、遊学大賞というのを出しておりまして、その懸賞論文を募集していて、今年のテーマが「ボランティア」

というテーマだったんですね。それで、私のところに審査委員長依頼の話が来まして、お受けしました。六十数編集まりまして、それを読みながら感じたのですが、非常にボランティアに関するあり方が変わってきてる様に思いました。論文の応募者の最高年齢は83歳、最低年齢は8歳、非常に幅が広い。それから、女性が多いかと思ったら、そうでもない。男性の方が結構多い。5位ほど入賞者を決めましたけれども、1位、2位、3位とも男性の方で、女性は若い人が二人、かつてボランティアは主婦の独占物のようにいっておりましたけれども、そうではなくなってきたな、ということを感じました。

その第1位の方の話であります。この方については、審査委員会でも本当に感動しました。かなり特殊な事例ではあるけれども、もう全員一致で最優秀賞に推したんですね。それは、リハビリテーションの過程の中におけるボランティアということを訴えるものでした。正式にはちょっと違うと思うんですけども、とにかく今、リハビリテーションを受けておられる。その施設の中から書かれたボランティア活動という題で書かれたものを読んでみたんですが、こういう方であります。

ドライブをしていた。ところが事故に遭われた。ご本人が気がつかれたのは事故から30日後ぐらい。もう全身が痛くて、それでも、ふっと目を覚ましときに耳元に入った最初の言葉は「気の毒にね。奥さんも子供さんも亡くなったのよ」という言葉だった。非常にショックを受けて、もう生きていけないと思った。まあ、だけれども、何日かたつ中で、奇跡ともいえるような命を得たことを考えてみると、自分はただ自分の意思で生きているのではない、生かされているんだということに気がついて、それから少しずつリハビリをやるようになった。そうしたら、ワーカーの方がおっしゃったんですね。ある程度進んだときでどうか、「あなたの一番好きなことは何でしたか。今でもやりたいと思っていることは何ですか」ということだったようあります。

その方は学生時代から山岳部の部員だった。自分は山登りが大好きだった。今でも山に登ってみたいと思うとおっしゃったんだと思います。そうしたら、ワーカーの方が「ああ、そうですか。それなら近所の低い山から少しずつ TRYしてみましょう」。それで山登りをされた。山といっても丘みたいなものですけれども、それもはじめは苦しかったけれども、そのうちに登れるようになった。そうしたら、その同じところにおられる方が、あなたが丘に行くのなら、私もちょっと行ってみたいから一緒に行きましょう、連れていってください。それでグループができた。その方は、グループのリーダー、世話役というよりボランティアになったわけです。それによってものすごくこの方は意欲が出てきたんですね。結果的に、まだそこにいらっしゃるんですけども、毎日の生きがいは自分の今やっているボランティアだと、ここを退院した後も自分はそういうことをやり続けたい、という趣旨の論文でございました。

私どもはこれを最優秀作にしたんですが、ついでにあと二つの論文についてご紹介します。2位も男性の方ですが、この方はボランティアでその余暇開発士になられ、レクリエーション活動を通じて、精神障害者の作業所でボランタリーな活動をしている方でございます。精神障害者は怖いと思っていたけれども、本当に楽しいときには、の人たちは私たちと同じなんだというのがよくわかった。そのうちに、私たち以上にまじめに真剣に人生を生きている人たちというのがわかったということを書いておられました。3位の方も男性の方でして、この方は定年退職後、地域のシニアボランティアということをリーダーでやっているという方でございました。

そういう体験をずうっとしていく中で、リハビリテーションというものへの私の思いはますます深まるのでありますが、ここ一時、リハビリテーションに対する需要というのは、高齢社会の到来、あるいはさまざまな障害の広がりや、それ以上にいろいろな場面で需要が拡大する一

方だろうと思います。拡大するばかりではない、本来この障害というのは、一人ひとり違うわけであるだけに、多様化はもっと広がってくるように思います。

### 今、悩んでいること －最後の課題－

それに対して、私は最後の課題かなと思って今考えておりますのは、一番病気として問題なのは精神障害者の方ですね。私は、板橋に住んでおりますが、板橋に松沢病院を退院された方の当事者グループがありますけれども、偶然その方とお知り合いになったために電話相談のボランティアをせざるを得なくなってきたました。それをしておりますけれども、電話を聞いていたたびに、本当にこの方たちはどうなるんだろう。要するに身体の障害をおもちの方は、その身体的障害がみんな違うけれども、その障害に応じた対応がある。

精神障害の方の場合、どういうあり方を考えればいいか。これについてはとても私も悩んでおり、何もわからないと今迷っているところでございます。ただ一つ、その当事者および家族の方の書かれた原稿、その方たちが出されておられるミニコミ誌に対応が出ている場合があります。このミニコミを読むのが私の大変な楽しみであり、勉強であります、そのミニコミの中でこういう一節がありましたので紹介しておきます。これが一番私の中で印象に残っている原稿であります。娘を社会復帰させましたという、母親の体験談です。

基本は、辛抱強くすることです。

1. 復元力を信じ抜く。底に着いたならば浮き上がるるものと見る。余計なことは言わないように厳しくする。自らに厳しくする。
2. 経験することを恐れない。勇気を持つこと。再発を怖がらないこと。無理をしなければよくなると信じること。
3. 毎日しっかり指示をする。部屋から出られないのねと言って理解を示す。
4. 慌てない。いつも急がせないように、安

心できる舞台装置を用意しておくこと。

5. 違いを大切にして、毎日褒めて、自信づけをしていく。これが最高の薬。
6. 沈んでいたら、休養していると思う。話が伝わらなかったり沈んでいるとは言わないで、気遣いを小まめにしていく。
7. もろ刃の刃に注意をして、深い思い入れをする。役立つ相手と害になるその相手を考える。
8. 楽しい場づくりをする。食事どきは豪華なムードを演出する。

これは精神障害の方に対する、お母さんが苦労して自分で編み出してこられたいわばチェックポイントだと思うのであります。この方の場合は、また再発をされたようではありますけれども、それでもまた、同じように努力しておられるんだろうと思います。

リハビリテーション・サービスの提供者に期待すること

私は、リハビリテーションの領域が広がり、多様化し、またますます需要の拡大がなされて

いる中で、模索しながらこのリハビリテーションのあり方の中へ、どういうリハビリテーションのワーカーの方が、その実践を進めていかれるかということについて、もしかしたら、多少は参考になるかもしれませんし、あるいは、ならないかもしれませんのが、ささやかな体験をご紹介したにすぎません。

私は、リハビリテーションに限らず、福祉サービス、ソーシャルワークもそうありますけれども、結局は相手と自らとの共同作業であり、そして共感と、そのままに共通の輪の中から相互に工夫をし、もっと大げさにいえば、文化として常に作り出していくあり方というものがやはり必要なのではないかなど、日ごろ思っているわけであります。そういう意味では、専門技術を習得するときに、お互いに磨いていくということと同時に、幅広く、人間とは何かというあたりのことを生涯の課題として詰めていくことが、意外と技術を高めるためにも必要なことではないかと思っている次第でございます。

以上で問題の提起を終わらせていただきます。  
(拍手)

## 対談

一番ヶ瀬康子・寺山久美子

寺山 それでは、あと残された時間が20分ほどあるそうですので、私、皆様方の代表としまして、今のお話、問題提起も含めて伺ったわけですが、もう少し詳しくお話を伺いたいと思います。また、今回の大会では「リハビリテーション・サービスの質を問う」というテーマを設定しましたので、その辺についても先生なりのお考えをもう少し伺ってみたいと思います。

### サリドマイドと電動義手

まずサリドマイドのお話、大変興味深く拝聴いたしました。私自身も、実は昭和37年にこの世界に入って、まず取り組んだのがサリドマイドだったのですから、それで先生とは、また別の面で体験があります。あの当時、電動義手を開発して、厚生省が何とか手のかわりにということで支給しましたね。それをつけて、日常生活動作の訓練をした経験があります。結果的にはあれは使用できなくて、残された上肢やほかの代償機能を使った方がずっと有益だし、発達を伸ばすという点で非常に苦い体験というか、これは私のリハビリテーションの専門職としてのマイナスの面というか、いつも戒めに使っていることなんですけれども、専門職としての技術提供が惨敗に終わったなということがあるんです。先生のお話で、今日、三百何人が、それなりに元気に、それぞれの活動を当事者としてされているというお話、大変いい結果になって喜んでいるわけですが、そのあたりのことを、専門職がかかわってきた過程を、何か先生のご感想がありましたらお願ひします。

### 日常生活の中での工夫

一番ヶ瀬 電動義手の話は、これは、実は国際

障害者年のときに吉森こずえさんという障害の重い方をテレビ番組で取りあげて、非常に注目されました。その中でも出ていましたが、徳島大学の方が開発をされたのですが、どうも最後まで使い切れなかったということです。

私は調査の中で、整肢療護園でその電動義手の指導を受けたことのある埼玉に住んでおられる方のお宅を訪ねたときに、お父さんがこうおっしゃったんですね。「この義手は、まず第一に子供に重過ぎる。でも、子供は、つけておくと楽しいから、おもちゃに使っているだけ。壊れても近所の電気屋さんは全然直してくれない。直し方がわからない。そうすると、結局、徳島大学に送らなきゃならない。そうすると、その間は待ていなきゃならない。この義手は子供は背中が曲がってしまうくらい重い。壊れたときはどうするか。簡単には直らない」。そして、結果的には日ごろの生活の役に立たない、こういうことだったと思うんですね。私は、やはり日常生活そのものが生きていく基盤ですから、その中からの工夫を発想しないと、結局はすぐれたものでも役に立たなくなっていくんじゃないかなという気がするわけです。

### 生活の中でとらえるリハ・サービス

同じようなことにつながると思うのですが、スウェーデンの高齢化社会をいろいろ考えていく中で、国際シンポジウムをやったとき、スウェーデンの女医さんが来られて、こういうことをおっしゃったのが、どこかつながらりがあるんだと思うんです。その人によると、ちょうどまだスウェーデンが高齢者を寝かせっきりにしていたころ、イワン・ヨハンソンというジャーナリストが「これがスウェーデン人の最後か」

とマスコミを動員して、非常に厳しい批判をした。自分は、若い医者として非常にショックを受けた。一生懸命やっているのに、どうしてそんなにいわれるんだろう。

そのうちにふと気がついた。その結果、自分は自分たちが習ってきた医学を全部捨てようと思った。何に気がついたかというと、自分たちが習ってきた医学は、病人を治すという医学だったんだ。障害をもっている人や、高齢者の人が抱えている病気は薬、検査、ベッドに寝かせていても治らないんだ。すると、その人のその病気、これは障害を含めてですが、そこそこの人が生涯つき合っていくことができるようなり方を教えることが、あるいはそういう治療をすることが大事なんだということがわかった。したがって、病気と生涯つき合っていくことができるような医療のあり方というのはどんなあり方ですかと聞きましたら、それは、とにかく医者だけではない。それ以外に看護婦、レクリエーションワーカー、あるいはリハビリテーションの方、ボランティア、大勢の役割を持った人をどんどん入れるようにしていったということなんですね。

これは、さっきの電動義手につながる一つのあり方だろうと思うんです。電動義手だけでなんて思うと、これは大変。日常生活の中で、その障害を乗り越えて人生を生き抜けるリハビリテーション、それは何だろうか。その方の技術もありましょうし、あるいはその方の励ましもあります。同時に、いろんな方とのチームプレーが必要だということじゃないかと思うんですけども、そこはどうなんでしょうかね。

寺山 全くそのとおりじゃないかと思うんです。先生のお話の中で、サリドマイドを通じて、非常におもしろかったのは、大川嗣雄先生はお亡くなりになりましたけれども（リハビリテーション医学を日本で引っ張っていかれたリーダーの一人でした。）、私は、大川先生がサリドマイドのお仕事をこんなに一生懸命やっておられたというのを今はじめて伺って、改めて「ああ、すごかったんだな」と先生の隠れた面も発

見したように思ったんです。

大川先生が診療室で診る、いわば今日でいうところの「できるADL」ですか、訓練すればできる、あるいは「やってごらん」といえばできるADLと、その当時、先生が、もう二十数年も前、おうちの中へ訪ねていって、実際に彼女らが生活をしながら「やっているADL」とのギャップに気づかれたというお話、さすが問題提起は鋭かったなと思いました。今回の「リハビリテーション・サービスの質を問う」というテーマについて、きのうからそういう話が若干進んでいるわけですが、生活をどれだけ知っているか、点ではなくてどれだけ連続面の中で生活をとらえながら援助していくかないと失敗するかというお話が、サリドマイドの電動義手も技術のつなぎ以外にもあったのかなと思います。

その点で、先生がサリドマイドのところでお話しになりました、一時期、生活学というものを提唱されておられたというお話で、この生活学というのは、非常にリハビリテーションを業とする者にとっては魅力的に聞こえるんですけども、その辺のところをちょっとお願ひします。

#### 生活学とは

一番ヶ瀬 生活学というのは、早稲田大学の建築の先生だった今和次郎という先生が提唱されたのですが、この先生は柳田国男先生のお弟子さんでした。柳田先生は日本に残っているいいものを発見した。そういう意味で過去に目を向けているけれども、自分は現代に目を向けているんだということから、現代の生活に関心を持って、大変幅の広い問題提起をしてこられたんです。そこから出発をしている学問なんですね。学問というよりもあまり学問らしくない学問で、寺山さんが、私をウォッチングしているとおしゃったけれども、ウォッチングからはじまる学問なんです。とにかく変わったもの、あるいは興味のあるもの、はっと思うものをウォッチングしながら、そのウォッチングを克

明に記録して、その記録の中から、どうなんだろう、ああなんだろうという関係を発見しながら、それをまた分析してみるということなんですね。

だから「はじめに理論ありき」ではない。はじめに理論があって、それに当てはめるのではなくて、本当に日ごろの課題がら気がついたことを記録し、そして「ああ、どうなんだろう」ということをとらえていく。ある意味では現象学だという人もいるんですね。だから、因果関係ではない、意味作用だという認識論につながるという人もいるんですけども、そう難しく考えることはないんです。たとえば「おばあさんの原宿」というのがこの学会の成果にあるんです。これは共同研究です。何で巣鴨のあそこに、おばあさんがあんなにたくさん集まるんだろうというのを何日間かウォッチングしたんです。克明に記録して、いろんなおもしろいことが発見された。これは、平凡社から本が出ていますからごらんいただきたいと思います。

いろんなことに私どもは感動を受けました。一つは、おばあさんがお地蔵様にお参りした後、座っていて、みんなでお話をしているのを聞いていて、ちょっとプライバシーに入るなんていうことになるかもしれません、続けてそれを記録しているんですね。それから、そこのお札を売っている人のところへ行って聞いてみる。そうすると、こういうお客様がいるんですね。今までずうっといろんな種類のお札があったけれども、最近、特に売れないとお札が出てきた。そのお札はもうやめよう。そのお札は何かというと「家内安全」なんですよ。つまり、もうおばあさんが、家が安全なんていうのは思えないくらい、逆に家の中に住みにくくなったり。ここで仲よくなったお友達に「うちは、やっぱり嫁さんがうるさいから、うちには来ないでここで会おうね。会えなかったら、私はもうあの世に行ったと思って、あの世で待っているからね」とか、そういう話なんですね。だけれども、意外と交流ができている。

私は、日本のリハビリテーション問題という

のは、難しい言葉でいえば主体形成、私どもは、生活力形成ということをいっているんですけども、そこにはいろんな作用が潜んでいるように思うんです。この問題をどうとらえるかということが、生活学では今非常に大きな課題ですね。そういうことをやっている学問だと思っていただきたい。だから、学問らしくない学問です。でも、おもしろい学問です。今、生活学のシリーズを出していますが、光生館というところで出していますので、ご興味があればどうぞお読みください。その中の生活福祉という巻では、精神障害者のソーシャルワーカーの方が入っておられる、そういうものです。

寺山 ウォッチングなら、リハビリテーションの人たちは大得意ですからやっておられるんだろうけれども、もう少しきめ細かく、もっと肉薄して、自分の対応しておられる当事者の方たちの生活全般についてウォッチングし、正確に現状を把握するということができる。いろいろできますね。

一番ケ瀬 そうですね。やはりその人の長い間の生活の歴史の、特に心のひだを読むこととか、生活といっても、家の中ではそういうおばあさんは多分優等生のおばあさんだと思うんですけども、どういうところで本音が出ているか。そういう広がり、縦の広がりと横の広がりというものを、そして人間というのは、意外とインフォーマルなところで本音が出るだけれども、やっぱりその辺のところを含めたウォッチングが必要ですよね。ところが、意外と型どおりになってしまんですね。面接室のウォッチングなのね。だから、それを補うというか、それを超える一方で、何か研究が必要なんだろうという気がしますね。

寺山 チームワークと先生は先ほどおっしゃいましたけれども、私どもリハビリテーションの場では、まあまあ当たり前ということでやっております。重層的な、複眼的な、多眼的なウォッチングをするためには、やっぱり役割を分けてやれば可能かなと思いますが……。

一番ケ瀬 役割を分けると同時に、密な連携で

すね。お互いの連絡と、お互いのウォッチングしてきたことと、自らのウォッチングの関係みたいなものをどこまで深く読み取れているかですね。

#### リハビリテーションと家族をめぐる問題

寺山 わかりました。

先ほどのサリドマイドのお話に戻させていただきますが、家族の問題、さっきの「おばあさんの原宿」の話でもそうですけれども、家族との対応も、要するにサリドマイドの子がその後伸びたか伸びないかという話の中で、先生に二つあげていただきました。一つは、父親、母親、家族の対応がどうだったかということと、もう一つは、就学の時点で学校側が本当に受け入れて、それを一般ルートに乗せて教育できたかどうかというお話だったと思います。この家族の問題については、リハビリテーションとの関係で、先生はどのようなご意見をお持ちでしょうか。

一番ヶ瀬 この問題が、私は恐らく日本のとうか、ある意味ではアジア圏域、儒教圏などのこれからの方々の中で、大きな意味を持つと思うんです。

たとえば、スウェーデンのサリドマイドの青年たちの調査を比較の意味で少しずつしているんですけども、違うことの一つのポイントは、スウェーデンのサリドマイドの親たちは里親に出しているんです。自分が親であるということをはっきりいっているんですけども、障害児を育てたことのある経験者のところに、子供を里子にして、そこで育てているんですね。というのは、自分がいつまでも一緒にいられるわけないから、この子の幸せのためには、むしろそういうところで育った方がいいんじゃないかな。そこまで自分と子供との関係を考えて育てているんですが、日本のお母さんの場合は抱き込んでしまう。その抱き込みをどうワーカーがさばいていくかというのはとても難しい問題だと思うんです。

たとえば新宿自立体験室の話、ここの人

ちょっと少年を超した人ですけれども、今、グループホームをつくってお二人の方が入っておられる。この前、その体験をめぐって、さらに地域の方がどう考えるか、シンポジウムが行われました。そこで私は司会をやったわけですが、そのときにもやっぱり出てきたのがこの家族ですね。なぜ二人以上入らないか。一生懸命やっているお母さんにいえない、離れられない、あるいはお母さんの生きがいをとってしまうことにならないか。そのように障害をもっている方の場合は、いろんな思いがあるんですね。グループホームに入っておられる方も、家出同然みたいにして入られたんですが、そのときのお母さんへの気の使い方を聞いていますと大変なもの。そういう意味では、日本における家族、とりわけ母子一体感の問題を生活力や主体形成の中でどのようにそれを見詰めながら、あるいはそれをむしろ活用するという逆手もあると思うんですが、やっていこうという問題ですね。

寺山 この家族との関係は、皆様方も現場の中で大変いろんな対応をしているんじゃないかなと思います。

先立って機会があって、アトランタで開かれたりハビリテーション・インターナショナルの年次総会に出席したんですけども、その総会の後、北米地域会議というのがありました。カナダやアメリカの方たちを中心とした会議で、世界各国のリハ関係者が集まったのですが、一番感じたのは、障害者ご自身が大変輝いて、本当に心身ともに充実して、サービスを提供する側へと成長していった方が実に多い。その方は、きょうのテーマのようなサービスの質、高い質のサービスを自分たちも提供して、その結果を発表しておられました。

つまり、カナダやアメリカの障害者の自立生活も、単なるスローガンから実際に実践が随分進んできて、非常にすぐれた障害者が出てきたなということを強く思ったのです。他に、インドネシアや、日本といった、いろんな国からも来ていますね。そのとき最初に思うのは、日本だけでいえば、日本の障害者はここまで行くの

かしら。自立って一体——向こうの方は18歳でもう親から離れて、ひとり暮らしをするのは当たり前という話になっていたから、あのように自立心が高くて輝いている。日本の障害者はここまで行かないし、だめねという話にどうしてもなりがちなんですね。

でも、ちょっと待ってくれという感じで、先ほど一番ヶ瀬先生は、儒教の話とか、むしろ親子の一体感、日本の伝統的な親子の一体感のようなものも活用する。相互依存も自立の一つの形態ではないかという家族単位のお話をするときに、一方では議論がありますね。リハビリテーションから見た家族が、日本は後進国なのかどうかというお話はどうなんでしょうね。

### 親子ぐるみの社会参加

一番ヶ瀬 非常に難しい。これはよくわかりませんが、ただ、たとえば施設などでいろいろサービスを行うときに、親ぐるみで施設が対応するというところもありますが、そのあり方の問題だと思うんですね。私は、「ゆきわりそう」というのがその点見事だと思うのは、「ゆきわりそう」のリーダーの場合は、親がいない方がどれだけいいかわからないとお母さんたちの前ではっきりいっています。「親がいるおかげで、私たちはこれだけやっても、すぐあの子たちをだめにしてしまう」という話をするんです。それは、信頼関係が底辺にあるからだと思いますが、それと同時に、親御さんも、その人のできるいろんなボランティア活動と一緒にやる。知的障害の養護学校を卒業した子供たちも、「ゆきわりそう」にはひとり暮らしの高齢者や、あるいはいろんな方たちがいるのですが、彼らのできる範囲で身の回りの世話をその人たちにするんですね。

そうすると、たとえばトイレの清掃なんていのを受け持った青年は、それだけをやっていい。そうじゃない人は、高齢者の方のお洗濯をやる。それだけをやる。そういうことをやりながら、一方で親たちも、いろんな意味でのボランティア活動をしながら、そこを支えていく。

だから、親子ぐるみで家の中に閉じこもるのでなく、むしろ積極的な社会参加を促すことを通じて、親子ぐるみでそれぞれの自立を結果的に考えていくことが可能なんだと思うんですね。それを無理して切り離そうとしたり、あるいは閉じ込めようとすることが問題だと思います。だから、社会参加のあり方を組織する組織者がそれだけの力量があれば、親子ぐるみなら親子ぐるみで積極的に社会参加することは、それはむしろ大きなエネルギーになっていくし、一種の情緒的なつながりは、ある時期までは立ちあがっていく上に非常に大事なものですね。そういうところをやはり大事にしていくということじゃないでしょうか。

### リハビリテーション・サービスの提供者として

寺山 最後ですけれども、障害者をめぐるボランティア活動が、最近は、男性も含めて随分活発になって、質も高まっているということをいくつか例をあげてお話しeidきました。それで、私ども専門職というんですか、リハビリテーションを業としている者はどうなのかというのが今回のテーマなんですが、先生は最近、日本介護福祉学会というのをおつくりになって、介護福祉士を含めて、広くケアの問題を考えようということになっていますね。今後、介護福祉士はリハビリテーションの重要なメンバーということにこれからますますなっていくと思うのですが、そのことについて、最後に、リハビリテーション・サービスの提供者として、ここは悪いよ、こうした方がいいよと、何か追加することがございましたらお願ひします。

一番ヶ瀬 介護福祉士というのは、ご存じのとおり、ホームヘルパーの方や寮母さんなどのケアワーカーの方です。この方たちをはじめ、社会福祉の専門家、リハビリテーションの方もあるいはそうかもしれません。科学的にいうと、二つのタイプがあると思っているんですね。これは、大塚久雄という経済学者で有名な方がいわれた言葉なんですけれども、一つは、細分化していく、そのすばらしい領域の中で因果関

係を生み出していく。そういう深い深い専門家もあるかもしれません、一方で、人間全体を対象とした総合的な中で自らのあり方をとらえていく、いわばそういう専門性もあるということをいっておられるんです。私はその後者の専門家であるということを明快にしておく必要があるのではないかと思うんです。

つまり、人間というものをどうとらえるかということがそれぞれ問われているということです。私は、ここからここまでリハビリテーションがやるべきことで、ここからここまでホームヘルプサービスがやることで、ここからここまで医師の方がやることだという分業よりも、むしろ一人の人間に対するそれぞれの役割をはっきりさせながらも、相互乗り入れ、協力、そういうものが問われている時代ではないかという気がいたします。

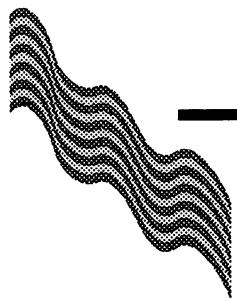
ですから、介護福祉専門学校でもリハビリテーションは必修科目だし、試験科目にもあるのではないかでしょうか。そのくらい大事にしているということは、それだけリハビリテーションの専門性を、介護ということで大事にしながらも、それは同時に、介護という一つの全人的

なケアの中で、全人的な意味でのリハビリテーションを教えていただきたいということ。そうすると、そこで見事なチームプレーができると思うんですね。それがなくて、狭い専門性、技術主義に埋没しますと、これはお互いさま、実際にあまり役に立たない専門家になるんじゃないかな。本当の意味で役に立つということは、私は、やっぱりトータルに人間をとらえて、そこでの自らの役割と、そこでの成果のまたトータルな人間へのカムバックの状態を見詰められる専門性をぜひ私たちにも提供していただければと、このように思うわけです。

寺山 本当にどうありがとうございました。

最後に、とにかく総合的な、包括的な人間をとらえる見方、接し方が大変大事で、その中で、モザイクではなくて相互乗り入れをしながら、全体としてサービスの提供者として、より質を高めていこうというお話、大変感銘深く伺いました。

長時間にわたってお忙しいところを、私どものためにわざわざ時間を割いていただきまして、本当にありがとうございました。（拍手）



# 私のリハビリテーション体験

---

# 私のリハビリテーション体験

山 口 信 雄

(東京都精神障害者団体連合会)

私のリハビリテーション体験としては、病院デイケア、自助グループ活動、作業所、生活技術訓練への7年間の参加をあげることができます。その時期については抄録をご参照ください。

今日はそれら4つの場で体験したことを中心に話し、精神障害者の社会参加と社会復帰を推進するリハビリテーションのあり方について考えたいと思います。

その話に入る前に私自身の病気のはじまりと、病院デイケアを利用するまでのことについて話したいと思います。今にして思えば、私のこの病気のはじまりは、約16年前の27歳の頃で、胃潰瘍と十二指腸潰瘍になり心身症と診断された頃といえます。薬だけでは胃潰瘍と十二指腸潰瘍は治らず、手術を受けました。しかし、その手術後に下痢や眠れない夜が続き、不安や孤独感が出てきて混乱し、自分から松沢病院の精神科を受診しました。これが最初の精神科受診で今も継続しています。身内に精神科受診をしている人がいたので、私も精神病になってしまっておもしろいと思っていました。しかし、自分が精神病といわれた時は、反射的に「精神病ではない」と否定していたことを覚えています。そういわれたことによって恐怖と不安は強まり、さらには他人がどう思うか等が気になり、精神の病気を理解できなくなってしまいました。

その後、自分が精神の病気にかかっていることを認めて、自分の問題を自覚するまでに、長い時間が必要となりました。その間、何回か入院しましたが、大抵は家庭での緊張がストレスになり、父親と対立して入院させられる形となっていました。あの頃に、自分の理解や受け

とめ方のどの部分が病気なのかをいってくれれば、もっと早くに自覚できたのかも知れないと思います。自分の問題を自覚できないままに入退院をくりかえしていましたが、その中で、デイホスピタルとして、松沢病院のデイケアを紹介されました。しかし私はすぐに受け入れられず、見学参加をしてやっと1ヶ月後に納得し、正規のメンバーとして参加することになりました。それは家に1日いなくても良いのでストレスをためないすみました。

デイケアは、利用者とスタッフが話し合いを決めた、週間プログラムにそって活動しています。週4日の活動ですが、私の場合は2日以上利用することといわれました。しかし、参加しても自分のその時の状態に合わせて、横になったり、休んだり、プログラムに参加することが認められました。自分のペースにあった利用を許されたことが良かったと思います。その参加を重ね、日常生活のリズムを取り戻し、体力をつけ、さらには悩みや生活の仕方について、相談できる仲間やスタッフと知り合うなどができました。そして健康を回復し職業技術専門校に入りましたが、学校の雰囲気や先生との意見のちがいに悩み、体調をくずし辞めてしまいました。今思うと、なぜデイケアのスタッフに相談しなかったのか残念です。再びデイケア活動に参加するようになり、今度は最初とはちがって自分なりの利用目的を持ったデイケア参加を試みました。その目的はリラックスしてすごすこと、生活の幅をひろげる、生活を楽しくする、病気の再発を防ぐ等です。こうした私の目的を理解し対応してくれるスタッフにめぐまれ、自

分らしい生き方づくりをすることができています。

やがてデイケアに参加して知った、東京都精神障害者団体連合会に参加するようになりました。この会は5年くらい前に都内の当事者グループ同志の横のつながりを作ることと、ひとりばっちの当事者をなくすことをめざし当事者が中心になって作ったものです。活動の中心は話し合いであり、多数決をとらないため話し合いが長時間になることが多くありました。参加した当初の私は、月1回の例会に参加しました。何か発言するというよりは、当事者に関する情報を得ることや、雰囲気に慣れることで精一杯という感じでした。体調によっては休むこともありましたが、継続して参加する中で皆の話を聞き、討論の内容を理解し、自分なりの意見をいうことができるようになりました。今は役員の1人として参加しています。デイケアとはちがった生活の幅のひろがりができつつあるような気がします。

こうした自助グループ活動に参加して3年が過ぎる頃に、デイケアスタッフから進められ、今年4月から共同作業所として認可された喫茶室「パイン」に、週2回通うことになりました。喫茶室「パイン」は病院内の喫茶店ともいえる場で、仕事としては、一般の喫茶店と同じような内容のものがあります。店を開く準備からトーストを焼く、コーヒーを入れる等のメニューの準備、さらには接客とさまざまな内容があります。そうしたひとつひとつがあらかじめ分担されているわけではないので、その場の状況を判断し、自分のやる仕事を決めなければなりません。私の場合は店に入るとどうしても緊張しますが、ほど良い緊張でその日の仕事を無事やりおえているように思います。仕事をした充実感が1週間のメリハリを作っているようです。最初の頃はいわれたことだけをやっていたのが、そのうち仕事が見えてきて、ひとりで動きすぎることがありました。しかしだんだんと、何人かでグループになり仕事をするために、その他の人の動きを見て、臨機応変に動ける

ようになってきました。一時期疲れすぎて、ギブアップぎみになったことがありましたが、生活技能訓練に参加していたことで、今の自分の状態と気持ちを言葉で表現でき、調子をくずさずにすんだように思います。

また、生活技能訓練は、自分が思ったり考えたりしていることを、相手に的確に伝えることを目ざしています。自分のことを伝える訓練をしたことで、家でもリラックスできるようになってきました。

これまでのデイケア、東京都精神障害者団体連合会、共同作業所、生活技能訓練等の活動をまとめる、この報告の準備の中で、それまで漠然としていた自分の障害が、はっきりしてきたように思います。それは、1日起きていられない、そのため仕事ができない、人とのつき合いの中で、あるいは仕事をする中で気を抜くところがわからず、身心両面で疲れてしまうということです。そうしたことがひどくなるとテレビをみたり、ラジオを聞くことも、本を読むことも、何かを書くこともできなくなり、さらには不眠状態となり、金もない中、「なぜ何のために、なぜ生きなければいけないのか」、「精神病とは何なのか」等考えてしまい、出口が見つからなくなってしまいます。これまで話をしてきた活動への参加が、そういう出口の見つからない状態にならないための自分の安全弁がしがったように思います。

以上、病気とのつきあい方を身につけるための、病院デイケアに参加してからの7年間の取り組みについて述べてきました。この体験に基づき、精神障害者のリハビリテーションの方について私の考えをまとめたいと思います。

私のリハビリテーション活動はデイケアからと述べましたが、医療とは切りはなせない関係にある自分でありますから、本当は治療の開始からリハビリテーションがはじまるともいえると思います。そんな点から考えますと、①患者の話を十分に聞き、状態にあった薬を処方する医師の存在は不可欠です。②また、医師以外に必要に応じて話を聞いてくれる人や、問題の解

決方法を搜してくれる人も重要です。こうした人たちによって当事者自身が病気をもって、前向きに生きることを支えられているのです。次に、③互いに体験を分かち合える仲間も必要です。④さらに人とのつき合いが練習できる場や自分の弱さや強さをわからせ、自分のペース作りを助ける場、ペースを乱さずに仕事ができる

訓練の場等、さまざまな機能を果たす社会復帰施設の設立と内容の充実も必要といえます。

最後になりますが、自分と同じような病気をもった人たちの多くは、他者と心理的に離れすぎても近づいても不安になりやすい面をもっています。自分にかかる人たちには人と人の心の距離を大切にしてほしいと思います。

## 私のリハビリテーション体験

田 中 みどり

(会社員)

はじめに、聴覚障害者についてお話をさせていただきます。

厚生省が、平成3年に実施した「身体障害者実態調査報告」では、現在日本には聴覚障害者といわれている人が、35万8,000人といわれております。

耳の聞こえる人は、耳を抑えて音（自分の声さえも）が聞こえています。ですから、自分自身が「聞こえない」ということを体験し、理解するということが困難です。ですから、「聴覚障害者」という言葉を聞くと、単に“耳の悪い人”または“耳の遠い人”というようなイメージを浮かべる人が多いと思います。

実は、聴覚障害者と一言でいっても、  
①幼少の時から、聞こえの障害をもっている人。  
②言葉を修得してから聞こえなくなった人。  
③音は聞こえるが、言葉の意味が判別できない人。

等、その障害の原因と状況はさまざまです。

まず①の「幼少の時、特に言語修得以前から、聞こえの障害をもっている人」は、スムーズに発音ができないという、言語障害を併せもつ場

合も少なくありません。このように、聴覚障害のために発語に障害をもった人を「ろう者」または「聴覚障害者」といいます。

②の言葉を修得してから聞こえなくなった人を「中途失聴者」といいますが、このような人々は、自分がいいたいことはいえるけれど、相手の話の内容が聞こえないが故に、なかなか分からぬという問題があります。

そして③の場合、補聴器を使用してもすべての音が良く聞き取れる訳ではないので、この場合は難聴者といいますが、会話をスムーズに行っている人はごくわずかです。

三重障害をもったヘレン・ケラーが日本に来日したとき、日本の新聞記者から「もし神様からどれか1つ障害を取ってあげますといわれたら、あなたはどれを選びますか？」という質問がありました。皆さんご存知のことだと思いますが、ヘレン・ケラーはこういいました。「もし1つだけ願いが叶うなら、聞こえるようになりたい」と。人間は言葉を知って、物を考えることができます。これは人間としての生きる喜びを知ることではないでしょうか？

私たち人間は、親や友人とコミュニケーションをすることで、情報を得て言葉や教養を養っています。人とコミュニケーションするということは、どれほど大切なことか分かると思います。話が後先になりますが、私の体験を話させていただきます。私の聴力が落ちてきましたのは、昭和63年のはじめで、病院を転々として最終的に、順天堂大学医学部附属順天堂医院に落ち着きました。

順天堂医院の耳鼻咽喉科で、「原因は聴神経腫瘍です。ただ、耳以外にも腫瘍があるかも知れない。」といわれ、脳神経外科に回され、ここでは「入院して検査の必要あり」といわれましたので、入院して検査をしました。その結果、小脳に2つの大きな腫瘍が見つかり、手術の方は小脳が先で耳は後と決まり、担当医から「もし、この小脳の腫瘍が脳血管内にあれば、成功率が20～30%。最悪の場合は死ぬかも知れない。」といわれていました。しかし、運良く手術が成功し、手術後だんだんと日が経つに連れ、元気になっていきました。

ところが、耳の手術を待っている10日目、突然聞こえなくなってしまいました。同じ病室の人に声をかけたのですが、自分の声が聞こえず、相手も口をパクパクさせている状態で、何をいっているのか分からず、急いでナースコールをし、担当医の指示で聴力検査を行きましたが、全く聴力を失っていました。急いで点滴等の治療を1週間ほど続けましたが回復せず、担当医より「聴力はもう戻らないから、今後のコミュニケーションのために手話を勉強しなさい。」といわれ、目の前が真っ暗になり、毎日毎泣き暮らしていました。

しかし、そういう私に励ましの言葉をかけてくれた人がいました。それは、耳・目・脊髄損傷の三重障害をもった同室の子でした。彼女から、コミュニケーションの方法も教えてもらいました。はじめに筆談、次に手に書いてのコミュニケーション、次に読話といった方法でした。彼女が私に話しかけてくれなかったら、きっと立ち直るきっかけがなかったように思わ

れます。彼女のおかげで、気持ちが少しは楽になり人と話をするようになりました。

この頃、母より順天堂医院にケースワーカーがいることを知らされました。病院内にケースワーカーなどが存在することをこの時ははじめて知りました。病院内にすぐ相談のできる人がいてくださり、気持ちも落ち着くことができました。そしてこのケースワーカーの女性から、すてきな言葉をいただきました。「あなた自身が今までいれば、相手はきっと分かってくれるから。」という言葉です。この言葉で勇気が出、失聴したことを友人に知らせることができました。もし、病院内にケースワーカーなどが存在しなければ、相談する場もないまま、ずっと悩み続けた入院生活だったでしょう。

退院後、手話の講習会に通い、多くの中途失聴者・難聴者と出会うことができました。同等の悩みを持つ人たちと励まし合いながら勉強ができ、また、この講習会で「笑うことの大切さ」を教えていただき、手話と巡り合って良かったと感謝しています。

それからしばらくして、自立への第1歩として、国立身体障害者リハビリテーションセンターへ入所しました。入所してからはじめてろうあ者と共に生活をし、ろうあ者たちの情報量の少なさに驚きと戸惑いがありました。もう少し、聴覚障害者たちが社会に出た後、自立した生活が送れるよう、社会生活のルールやマナーなどを指導する時間を多分に設けてほしいと感じました。しかし、私自身、このろうあ者から自分は障害者なのだという自覚を持って、生きていくことの大切さを学びました。こういった施設があったこと、また第2の人生である障害者として社会に出るための訓練を受けられたことは、とても貴重な準備期間でした。ご指導してくださった諸先生方に感謝しています。このセンターでの思い出のほとんどは、やはり病気との戦いでした。順天堂大学医学部附属順天堂医院で2回もの手術を行ったということです。このときは、左目の腫瘍摘出手術。そして退院後、脊髄の腫瘍が見つかり摘出手術をしました。

完全失聴してからの入院は、果たして担当医とのコミュニケーションが万全であるか心配でしたが、先生方のご理解があり、普通のことは筆談および身振りにて十分コミュニケーションができました。しかし、依然として外来時の聴覚障害者に対する認識の低さを感じます。

情報障害である聴覚障害者に対して、世間でも騒がれているインフォームド・コンセントの大切さを、再認識して欲しいと願っています。

1年に2回の手術。私にとって1年間を棒に振って療養生活をしなければならないという現実に、情緒不安定な状態となり、とても苦しい日々を送っていました。しかし、この精神状態を支えてくれたのは、両親・友人たちでした。

国立身体障害者リハビリテーションセンターを終了し、「沖通信システム(株)」という、障害者に対して大変理解のある企業に就職が決まりました。3日間で指文字を覚えてくれたり、聴覚障害者問題を考えてくれたりと、恵まれた環境での職場です。そして、さあこれからという時に、また悪夢の宣告があり右耳腫瘍の摘出手術を行いました。それに伴い、顔面麻痺が今も続いている。

私は、何度も手術を繰り返していますが、不幸だとは思いません。障害をもったことはとても悲しいけれど、その代わりに多くの人と会うことができました。また、今までと違った見方で世の中を見渡せることができたことは、今思えば障害をもったことに感謝したいくらいです。しかし、手術をして聞こえるようになるならば、また怖い思いをしてでも元に戻して欲しいと思います。音のある世界がどんなに素晴らしいか知っているから…。

私のリハビリテーションといえば肉体のことではなく、精神的なことについてリハビリを受けてきました。もう少し、精神面でのリハビリが受けられる場を増やして欲しいと願います。病院内のケースワーカーがどれだけ心の支えになったか、計り知れない大きな存在感がありました。

聴覚障害者となって日が浅く、まだまだ未知の世界を探りで生きていかなければなりません。これからも悩みや挫折を味わうことが多々あると思いますが、周りの人たちに手を差し伸べていただいて、人生豊かに生きていきたいと思っています。

# 私のリハビリテーション体験

小 西 玲 子

(主婦)

私が下半身機能全廢という障害名で車いす生活に入りましたのは、今から25年程前のことです。当時は、機能訓練の方法などを含め、社会復帰への道程は、現在よりかなり厳しいものがありました。

不幸にして障害をもった者が、どうすれば一人の人間として社会生活を営むことができるか、情報すらなかなか耳に入ってこなかったように思います。そのような環境の中で、私がいくつかの絶望感や挫折感から立ち直り、まがりなりにも今日まで生きて来られたか、その一端をお話ししてみようと思います。

胸椎腫瘍の摘出手術に何度も挑戦したものの、当時の医療技術ではついに及ばず、結果として、車いす生活を宣告された訳ですが、そこに至るまで5、6年もの歳月を病院暮らしをしていました。

結婚2年目の発病で、夫婦としての基盤も固っていなかった幼い家庭は、徐々に崩壊していったのです。

退院はしたものの、身体の自由ばかりか、心の支えであった夫や子供までも失った私は、両親の元に身を寄せ2年余りは、一室に閉じこもり自分の運命を嘆き、引き放された子供の身の上を案じ続けていました。

そんな私を両親はまるで贋れ物に触れるように眺めたり、時には何とか気を引き立たせようと気を揉んでいたようですが、半年、1年と経つうちに、父、母、そして私、三者、三様に具体性のないいらだちが募り、しまいにはお互いの視線すら疎ましく感じるようになっていったのです。

一人になりたかった。どこでも良い。一人きりになって何もかも、空白にできるような時間を持ちたい……、と思いました。

そんな時、新聞に折り込まれてきた1枚の広告<身体障害者自動車教習所>の一文が目につきました。それまで起立することすらできない身体で、車の運転をすることなど夢にも考えられませんでしたので、強い興味を引かれました。

もしそれが可能なら、この爆発しそうな現状から逃がれられるかも知れない……、そう思うと、即座に資料を取り寄せる手配をしました。4、5日して届いたパンフレットに目を通すと、たちまち心は萎えてしまいました。

仮免まで数十時間、教習所まで通う交通手段にまず、行き詰ってしまったのです。現在のように、送迎の便もありませんでしたし、『宿泊設備あり』とは書かれているものの、当時の私の感覚ではとても利用に耐え得るものとは思えないものでした。

一瞬きらめいた期待が大きかっただけに、落胆も大きく、訳の分からない怒りにかられ、そのパンフレットを破り捨てようとする私の手から、父はそれを奪うように取りあげると、黙って部屋を出て行きました。

翌日、朝からどこかへ出かけていた父が昼頃戻ってきますと、

「玲子、教習所へ行って来たよ。所長に会っていろいろと聞いてきた。そして実際に車いすの人が運転しているのも見てきた。詳しくは本人に会ってみないと、というから明日、出直して来ると約束してきたよ。駄目で元々と思って行ってみよう。」

私はびっくりしました。しばらく父の顔をみつめていましたが、やや興奮気味の父に圧倒されて、

「でも、どうやって行けば…。」

「タクシーを使えばいいだろう。」

「タクシー? 車いすを乗せてくれるの?」

「それは、これから聞いてみる。教習所の人は大丈夫といっていた。」

私は迷いました。別の心配があったのです。片道40分、教習所で約1時間、家に帰り着くまでに3時間はみなければなりません。トイレは大丈夫だろか。入院中の脂汗を流しながらの排尿訓練で、車いす用のトイレさえあれば自己排尿は可能になっていましたが、退院以来、一度も外出したことのない私には、出先で使えるトイレがなければどうにもなりません。途中でもし失敗するようなことになったら、恥ずかしさのあまり二度と人前には出られなくなる。ああ、やっぱり無理だ……。

当時の私にはこのような時、どのように対処してよいかという知識さえなかったのです。そんな私の様子に母が口を添えてきました。

「今夜から水分を控えて、明日は用心のためオムツをして行けば大丈夫でしょう。家にいても3、4時間はもつでしょう？」

こうして、娘の再生への望みを叶えさせようとの両親の熱意に励まされて、私の第一歩が始まりました。

タクシーを利用しての父と二人の教習所通いは、大きなおむつカバーと、分厚いオムツに屈辱感と、わずかな安心を託しての出発でしたが、私の心は少しずつ外の世界への開いていきました。

2カ月後、府中の運転試験場で免許証をはじめて手にしたのは、冷たいみぞれの降る師走なかばのことでした。あの時の感激は今も忘ることはできず、20年たった現在でもお守りのように大切に持っています。小さな中古車を買い、はじてのドライブには、地図を片手にした父が私より緊張した面持ちで助手席に座っていましたが、その父も今は他界しました。

このようにしてはじまった私の社会復帰への第一歩でしたが、それまで出口を求めてうごめいていたマグマが一気に噴き出すように活動を開始したのです。

地域の文化活動への参加、自然を求めてのドライブと、走行距離が加算されるごとに、生きることへの意欲と自信がついていったのです。

1年後に、ある身障者のための職場に就職をしましたが、残念ながらここでの生活は再び私を絶望感に導きました。

職員と称する健常者との不思議な上下関係、『障害者のみなさん』と一括した総称ですが扱われることも納得できませんでしたし、障害者同士の奇妙な同列意識や、その生きざまにまるで私自身の翳の部分を見せつけられているような日々に耐え難く、そこは半年余りで退職しました。

次に、友人に勧められて、ある国際援助団体に勤めることになりました。そこは、開発途上国の子供たちに物心両面での援助を目的とした仕事でした。私自身、離婚と同時に逢うことはおろか、その消息すら知らせてもらえない子供への想いも重なって、一途にのめり込んで行きました。

援助する側、される側、その中間点にあって、事務局スタッフの意識は全く平等な立場をとり、互いに人間同士、持てる力を補い合う精神がゆき渡っていました。

私にとっては、健常者ばかりの中にあったため、肉体的には多少ハードな面もありましたが、その他のことで障害者であることを意識させられるようなことは、15年に及ぶ期間、ただの一度もなかったことを大変幸せなことであったと思っています。

息子が14歳になった時、私たち母子は、7年ぶりの再会を果たすことができました。外国の子供たちとはいえ、日々我が子と同じ年頃の子供たちにかかる仕事をしていましたので、離れ住む息子のことは一日として脳裏を離れることはなく、彼が自分の意志で尋ねて来てくれたことは、言葉に尽くせない感動でした。

背丈も伸び、少年というよりはむしろ青年の雰囲気を持った彼を目の前にして、幼い日の面影を探りながら、しみじみと思いました。

生きていて良かった。自暴自棄になって、駄目人間になっていたくて良かった……と。

短い再会時間の後、私の運転する車の助手席に長い脛を折って少し恥ずかしそうに座った息子を駅まで送る途中、「母さん」と言う呼びかけの言葉をはぶいた息子がボツリと「車の運転までするようになってるなんて思わなかった」と言う一言に、私は大きな満足感を覚えました。

彼が1歳になるかならずで発病し、もの心がついてからの彼にとっての母親は、病院のベットに寝たきりか、車いすに乗せられても病院の中をソロソロ押してもらっている姿しか記憶になかったのですから無理もないことだったでしょう。

息子との再会を果たした私は、それまで以上に意欲的になっていましたが、健康面ではかなり無理を重ねてもいました。私生活の面でも、私の再起を見届け、安心したように父が他界した後、文字どおり自活をはじめていました。週1回、市からのヘルパーさんの力を借りてはいましたものの、坐骨部の褥瘡、膀胱障害による発熱などを繰り返し、職場に迷惑をかけたくないとの気持ちから何度か退職を考えたこともありました。が、私のような者の手でも必要としてくださる人々の声に支えられて何とか切り抜けっていました。

4年前、社会情勢の影響で、私たちの事業も次第に拡張されると共に、若いスタッフも増えたのを機会に、ついに退職を決意しました。それは、これ以上無理を重ねると日常生活さえ危

うくなりそうな予感と共に、時間の束縛から逃れて余力のあるうちに、自分の生活を楽しみたい、との思いもあったからでしょう。

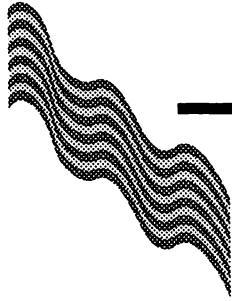
発病当時、諸々の苦しみから逃れるようはじめた短歌は、その後の私の精神面を大きく支えてくれておりましたので、その道をもう少し深めたいとも思っていました。

この春、30年近い年月の間に作りためた作品を、一冊の歌集にまとめ、出版できたことはこの上なく嬉しいことでしたし、それを読んでくださいました多くの人々から寄せられた、熱いメッセージは、私の決して平たんとはいひ難い半生を補うのに十分なものと、深く感謝しています。

職を退くと同時にあるご縁がありまして、車いす障害者のグループにかかり、多くの共通な問題をさまざまな角度から考えるようになりました。現在は、障害者として生きはじめた当初、あれほど、自分の陰をみるような疎ましさで拒絶していた、障害をもつ者同士の世界から学ばねばならなかった大切なことがたくさんあったことに気づき、自分の思い上がりや、認識不足を悔やんでいます。

自ら選んだ孤流ではありましたが、いつの間にか大きな流れの中に合流できたことに安堵感のようなものを覚えています。

息子も今は結婚して、同居こそしておりませんが、彼も嫁も私の生き方に理解を示し、応援をしてくれていますので、『波乱万丈の人生もまた、楽しからずや』の心境にたどりつけるのも、そう遠い日ではないかもしれぬと密かに期待しています。



# 各分野からの最新報告

---

＜各分野からの最新報告＞

## 学習障害

牟田 悅子

(横浜市立養護教育総合センター)

### 1. LD(学習障害)をめぐる動き

LDは障害としては軽度であり、これを障害に含めるべきか否か、普通教育と特殊教育のどちらで扱うべきかといった論議が行われている。LDも子供たちはまさに2つの領域のはざまにいると考えられ、我々に、二分法ではなく、新たに、個に応じた視点を与えてくれる存在であるといえる。個から出発し、一人ひとりのニーズは何かという考え方の必要性を提供してくれる存在である。

1990年に全国学習障害児・者親の会連絡会が発足し、行政への働きかけが行われるようになった。その結果、文部省では1992年に学習障害に関する調査研究協力者会議を招集し、2年間の予定で、LDの定義の検討、指導法の研究を行っている。厚生省でもLDを含めた早期発見、対策についての調査研究を行っている。

同じく1992年には、LDの研究者、教育関係者の集まりである「日本LD学会」が発足し、年次の研究大会、指導者のための研修会、機関紙「LD－研究と実践」の発行などを行っている。

1993年4月に、通級学級による指導についての文部省通達が行われ、軽い障害をもつ子供が、普通学級に籍をおいたまま障害に応じた指導が受けられることが正式に認められた。通級指導の対象としてLDは今回は含まれられていないが、実際には、すでに言語障害学級や情緒障害学級で指導を受けているLDはかなりおり、今後、LDの通級指導の道は開かれてくると思われる。

各地教育委員会でも、教育現場や親の要請を

うけて、LDについての研究、教育の研修を行うところが増え、神奈川県、千葉市など、全教員にLD理解のための手引書を配布したところもある。

このように、LDは教育の領域の中で次第に広がりをみせてきている。現在のこのような状況は、ちょうど米国における30年前の、LDの教育についての補償を求める親を中心とした社会的な動きによって法律制定に発展した社会状況と似ていると思われる。一方、親の会はさらに、LDの就労やその後の援助についてのニーズを訴えており、青年、成人期のLD対策についても今後必要性が出てくると予測される。

### 2. 概念について

#### (1) 定義

日本では、LDの定義は文部省によって検討中であるが、米国で広く受け入れられている、次のようなNJCLD( LDに関する全米合同委員会)による1988年の定義と大きくは変わらないと思われる。

『LDとは、聞く、話す、読む、書く、推理する、ないし算数の諸能力の習得と使用に著しい困難を示す、さまざまな障害群を総称する術語である。これらの障害はその個人に内発するものであって、中枢神経系の機能障害によると推定され、それは全生涯にわたって起こる可能性がある。行動の自己調節や、社会的認知、社会的相互交渉における問題は、LDにもあり得るが、それ自体がLDの本質ではない。LDは他のハンディキャップ状態(例えば、感覚障害、精神遅滞、重度の情緒障害)、

あるいは（文化的な差異、不十分ないし不適切な教え方といった）外的な影響に伴って起こる可能性もあるが、それらの状態や影響の結果そのものではない』

医学領域における定義は、DSMⅢRによる発達障害の分類の中で、広義には特異性発達障害に相等し、狭義には、その中の特異的学力障害（読み障害、書き障害、計算障害）に相等すると考えられる。

### （2）症状

LDの症状は、基本症状、併存しやすい症状、二次症状に分けて考えるとわかりやすい。それらは次のように整理することができるだろう。

基本症状：言語理解・表現、読み、書き、算数の能力における問題

併存しやすい症状：多動、注意集中困難、衝動性、不器用、社会的スキルの障害

二次症状：自信のなさ、無気力、情緒不安定、不登校、非行など

### （3）LDとその周辺

日本の現在の教育状況の中で、典型的なLDだけではなく、その周辺にいる最近の重度化した特殊教育と、平均的な水準が常に求められる普通教育とのはざまにいる子供たちもまた、困難な状態にある。

LDの周辺は、次のように整理できるだろう。

#### ア. 境界線知能、軽度精神遅滞

知的水準がやや低め、あるいは精神遅滞としては高めといった子供たちは、最近の統合教育の流れの中で、普通学級に入ってきている。低学年のうちは部分的に適応できても、学年が上がるにつれ、学力面でも社会性の面でも遅れが目立ってきて、さまざまな二次的問題もおこすようになることが多い。こうした子供たちは、重い遅れの子と一緒に特殊学級に入ってしまっても、そこでも適切な教育が受けられるとは限らない。LDもさることながら、LDの親の会のメンバーの6割以上がこうした子供たちの親で

あることを考えると、知的水準が低め、あるいは精神遅滞としては高めの子供たちが、今もっとも深刻な教育上のニーズをもっているといつてもよいかもしれない。

さらに、LDが適切な教育を受けずに放置されると、小学校高学年、中学生になったとき、知的水準が低下して、軽度精神遅滞と同じような状態になっていることも臨床的に経験することが多い。

#### イ. 高機能自閉症

自閉症は、コミュニケーションと対人関係の発達に質的な障害をもち、常規的行動があることで特徴づけられる症候群であるが、知的機能の高い、比較的良好な発達をしている高機能自閉症児もまた、現在の特殊教育では十分対応されていない。学力的にはついていくことで普通学級に入るが、やはり対人関係などでつまずきやすい。また融通のきかない行動特性から、いじめの対象になることもある。学力でも機械的な知識は豊富でも、論理的思考が苦手で、偏りが大きいことが多い。

#### ウ. 注意欠陥多動性障害（ADHD）

これは、DSMⅢRで分類されている行動障害のひとつで、多動・注意集中困難、衝動性で特徴づけられる障害である。ADHDとLDは重複しやすいが、知的学習面に能力的には問題のないADHDも存在する。しかし、教室では、こうしたADHDの子供はさまざまなトラブルをおこす存在であり、教師にとっては集団指導のしにくい問題児と受けとられる。

このように、LDとその周辺を含めて、普通学級で配慮を必要とする子供といったとらえ方で対策を講じようとする方向もひとつの見識であろう。

### 3. 対応について

#### （1）小学校での対応

学校におけるLDの対応は、まだ正式に行わ

れてはいないが、現在いろいろなかたちで指導が実際にはじまっている。

#### ア. 通級学級で

先にも述べたように、言語障害、情緒障害等の通級学級でLDが指導を受けているところが増えつつある。構音障害が主訴であったが、LDだったケース、緘黙や集団不適応を主訴としたが、やはりLDだったケースもある。現在それぞれの通級学級では、今までの指導法の延長といったかたちでLDを指導しているが、今後はLDのための通級指導を確立させていくことが必要だろう。

#### イ. 巡回指導で

福井県や小田原市では、子供が通級するのではなく、指導者が週に何回かLDのいる学校へ行って、個別指導をするという形態がとられている。人口の少ない地域で通級学級を置くことが困難な場合、このような形態も効果的である。

#### ウ. 普通学級で

普通学級でLDを担任している教師を支援することも必要である。宇都宮市では、年間を通して、普通学級担任のための事例検討会を開き、必要に応じて教育研究所で子供を指導しながら、教室での指導について担任を援助している。

#### エ. 逆交流による精神遅滞特殊学級で

特殊学級に在籍する子供の人数が減っているため、空いた時間、人手を校内のLDの個別的な学習指導にあてるケースもある。

### (2) 中学校以降での対応

小学校に比べるとわずかな対応しかされておらず、高校入試の壁がLDにとってさらに困難な状況をつくり出している。

#### ア. 不登校児のための適応指導教室で

LDやその周辺の子供が不登校状態になっているケースも多く、不登校として対応されている場合もある。十分とはいえないまでも、自信をとり戻し、情緒的安定を計

るという点では適応指導教室もLDにとつてのひとつの可能な場であろう。

#### イ. 通級学級で

LDのための通級学級が東京の世田谷区と東久留米市に誕生した。いずれも親たちの行政への働きかけの結果である。

#### ウ. 高等養護学校で

福岡県、横浜市などがつくっている軽度の精神遅滞を対象とした高等部だけの養護学校では、社会自立を目指した職業教育に力を入れている。こうした教育は、知的水準が低めのLD周辺児にとって必要なものであろう。しかし就労に際しての障害認定は、やや微妙な問題を含むと思われる。

### (3) 病院、相談機関での対応

児童精神科や小児神経科のある病院、児童相談所、教育センターや教育相談室では、LDの相談が増えているため、それに応じた対応をしている所が増えている。病院、相談機関、学校、家庭の連携をうまくとることが、まだ十分とはいえないLDへの対応にとって今もっとも必要であろう。

### 4. 今後の課題について

#### (1) 診断をめぐる問題

文部省によるLDの定義が定まれば、それが良きにつけ悪しきにつけ広まるわけだが、これを単にラベリングに終わらせ、障害をひとつ増やすことだけであれば、大きな問題である。LDは問題が分かりにくいために、対応を導き出すような真の意味での診断をいかに効果的に行うかということが重要である。診断のための専門家のチーム、診断の道具の整備が急務である。

#### (2) 普通教育と特殊教育のはざまにいる子供の教育、個に応じた教育の整備

はじめにも述べたように、LDは、障害と非障害という二分法ではとらえきれない存在であり、教育が、本来の姿である一人ひとりの子供のニーズに応じたものを志向するきっかけにな

る存在といえる。教育全体に変化をもたらす動きにはたらきかけていかなければならない。

(3) 就業における問題、障害認定について  
学校で十分な教育を受けていないLDが就職

につまずくケースも多い。また、重いLDの場合には、成人以降も援助が必要となるだろう。就業のための教育、社会的援助をどうするか、そのための障害認定をどうするかといった問題は今後のもうひとつの課題だろう。

<各分野からの最新報告>

## ILO第159号条約批准による職業リハビリテーションの変化

松井亮輔

(障害者職業総合センター)

国際労働機関(ILO)の「障害者の職業リハビリテーションおよび雇用に関する条約」(ILO第159号条約)は、「完全参加と平等」をテーマとする「国際障害者年」(1981年)およびそれに続く、「国連・障害者の10年」(1983-1992年)へのILOの貢献として1983年のILO総会で採択されたものである。

### 1. 第159号条約の主な内容

同条約は全体では17条からなるが、主な内容は次のとおり。

- ・職業リハビリテーションの目的は、障害者が適当な職業(employment)に就き、これを継続し、およびその職業において向上することを可能にし、それにより障害者の社会における統合または再統合の促進を図ることにある(第1条2)。
- ・この条約は、すべての種類の障害者について適用する(第1条4)。
- ・加盟国は、……障害者の職業リハビリテーションおよび雇用に関する政策を策定し、実施し、および定期的に検討する(第2条)。
- ・前条の政策は、すべての種類の障害者に対し職業リハビリテーションに関する適切な措置

が利用できるようにすることを確保すること、および開かれた労働市場における障害者の雇用機会の増大を図ることを目的とする(第3条)。

- ・第2条の政策は、障害者である労働者と他の労働者との間の機会均等の原則に基づくものとする。……障害者である労働者と他の労働者との間の機会および待遇の実効的な均等を図るために特別な積極的措置は、他の労働者を差別するものとみなしてはならない(第4条)。
- ・加盟国は、障害者の職業指導、職業訓練、職業紹介および雇用に関する事業を担当するリハビリテーション・カウンセラーその他の適切な能力を有する職員を訓練すること、ならびにこれらの職員が利用されることを確保するよう努める(第9条)。

### 2. 同条約批准に向けての国内条件整備

我が国は、1992年6月に同条約を批准したが、批准に向けての準備はそれ以前から徐々にすすめられてきた。

1987年には、身体障害者雇用促進法が「障害者の雇用の促進等に関する法律」に改正され、

同法が対象とする障害者は、「身体または精神に障害があるため、長期にわたり、職業生活に相当の制限を受け、または職業生活を営むことが著しく困難な者」と規定された。つまり、同改正法では、身体障害者に加え、精神薄弱者および精神障害者もその対象とされることとなった。

また、同法は「雇用の促進等のための措置、職業リハビリテーションの措置その他障害者がその能力に適合する職業に就くこと等を通じてその職業生活において自立することを促進するための措置を総合的に講じ、もって障害者の職業の安定を図ることを目的とする。」（第1条）とし、職業リハビリテーションが、はじめて法律の中に明記された。

同法では、職業リハビリテーションは「障害者に対して職業指導、職業訓練、職業紹介その他この法律に定める措置を講じ、その職業生活における自立を図ることをいう。」（第2条2）と規定され、従来雇用促進事業団等によって設置・運営されてきた、地域障害者職業センターおよび広域障害者職業センター（国立職業リハビリテーションセンター〔所沢〕および国立吉備高原職業リハビリテーションセンター等）を同法による職業リハビリテーション施設と位置づけられた。そして、これらの障害者職業センターを技術的に支援するための中核施設として、新たに障害者職業総合センターが設置（1991年10月開設）されることになるとともに、障害者職業センターにおいて専門的なサービス提供に携わる職員として、障害者職業カウンセラーの配置が義務づけられた（第9条1－7）。

### 3. 同条約批准に伴う新たな対応

1992年6月の同条約批准にあわせ、障害者の雇用の促進等に関する法律が同月改正され、次のような対策が新たに講じられることとなった。

- ・障害者の職業リハビリテーションならびに、その雇用の促進および職業の安定に関する施策の基本となる方針（障害者雇用対策基本方針）の策定。この方針の運営期間は、1993年

度から1997年度までの5年間とされている。

- ・障害者の雇い入れ時における一時的助成から、その雇用の継続のための継続的助成への助成金制度の使途の拡大。
- ・精神障害者を雇用する事業主に対する助成金の支給。
- ・精神障害者の公共職業能力開発校への受け入れ。なお、事業主に委託して行われる職場適応訓練制度については、1986年度より精神障害者もその対象とされている。
- ・重度障害者の短時間雇用（週22時間以上、33時間未満）に対する雇用率制度および納付金制度の適用。
- ・職場への適応がより困難な障害者について、それらの障害者が生活している地域内の事業所を活用して生活指導から技能指導までを一貫して行う、職域開発援助事業の実施。
- ・就職が特に困難な重度障害者を対象に、地域レベルにおいて、雇用部門と福祉部門の連携のもとに、個々の障害者の特性に応じた弹力的な職業リハビリテーションを行うとともに、通勤、住宅等の職業生活環境の整備を図るなど総合的な対応等を講ずる、地域障害者雇用推進総合モデル事業の実施。

なお、このモデル事業は、1993年度より埼玉、岡山および熊本の3県で実施されている。

### 4. 今後の課題

前述したように、我が国ではILO第159号条約批准に向けて、それまで対応が遅れていた精神薄弱者および精神障害者に対する職業リハビリテーションおよび雇用対策が徐々に整備されてきた。

一方、地域障害者職業センターを例にとると、1992年度の場合、全利用者約10万2,000人の障害別内訳は、身体障害26%、精神薄弱48%、精神障害10%、その他16%で、いまや身体障害以外の利用者が全体の7割以上を占めるにいたっている。そして、これらの精神薄弱者および精神障害者の多くは、就職上、身体障害者以上に困難な課題を抱えている。こうした実態を踏ま

え、これらの障害者を対象とした職業リハビリテーションおよび雇用対策が、さらに拡充されなければならない。

それに加え、次のような対策が打ち出される必要があろう。

- ・人口の高齢化等に伴い急増する中途障害者等、高齢障害者や重度障害者に対する職業リハビリテーションおよび雇用サービスの拡充。
- ・現在は障害者の範疇には含まれないものの、

職業生活上さまざまな困難な問題を抱える難病や慢性疾患等をもつ人びとの職業的ニーズへの対応。

- ・産業構造の変化や技術革新などに対応した障害者の教育・訓練プログラムの整備。
- ・量とともに、質としての障害者作用の確保。
- ・障害者の職業リハビリテーションおよび雇用分野での国際協力の推進等。

---

#### <各分野からの最新報告>

## 自閉症－最近の動向－

清水 康夫

(横浜市総合リハビリテーションセンター)

最近の自閉症臨床の展開について、つぎの4点をとりあげることにする。

### 1. 障害概念の精緻化

第1には、新しい自閉症概念がこの10年余りの研究成果をもとに再構成されたことである。WHOの国際疾患分類第10版（ICD-10）が出版され、精神障害はそのひとつの章として述べられている（臨床記述と診断ガイドライン、1992；診断基準、1993）。自閉症を含むさまざまな精神障害の臨床と研究は、今後ICD-10から大きな影響を受けるものと予想される。このなかで自閉症は「小児自閉症（Childhood Autism）」という名称が与えられ、上位カテゴリーである広汎性発達障害（Pervasive Developmental Disorder）のもとに近縁の障害群とともに整理されている。

ICD-10によれば、小児自閉症は社会的相互交渉の質的異常、言語的および非言語的コミュニケーションの質的異常、そして非常に狭

く常同的な興味・関心という3つの発達的側面で定義されており、それぞれの側面についての行動的特徴を基準に照し合わせて臨床診断がなされる。広汎性発達障害には小児自閉症がその中心概念的に置かれ、その周辺群に非定型自閉症、レット症候群、小児崩壊性障害、アスペルガーリー症候群などが列挙されている。これにより自閉症とその近縁の障害が一連のスペクトルに分類されたといえる。

### 2. 発達の理論研究と輻輳

自閉症の発達病理をより明細化する試みは引き続きなされてきており、それが先に述べた障害概念と診断基準の再構築にも繋がっている。そして自閉症の発達病理を詳説しようとする方向が、発達心理学における認知発達やコミュニケーション発達に関する理論化とも一部が並行するようになっている。このことを第2にあげたい。特に認知に関して、メタ表象とその概念を媒介にした「心の理論」が注目されている。

メタ表象とは、ヒトの表象そのものに対する認知操作である。その真偽判断は客観的事実の認識とは別次元の認知操作であるため、両者の判断結果はかならずしも同一ではない。言外の意味をも含めたヒトとのコミュニケーションを行うには、メタ表象の処理も含んだ認知操作が求められるのである。

自閉症が示す精神機能の著しい不均衡は、発達心理学にとってもヒトの発達原理を解明するうえで病理法的な資料となりうるため、臨床領域と基礎学問との輻輳が生じているようである。すでに自閉症は小児期の精神病というカテゴリーから脱し、発達の障害として位置づけられるようになってから久しい。いわばこの歴史的邂逅がより発展することは、双方の学問分野にとって有益な結果を得ることになるであろう。

### 3. 早期診断と早期治療

第3には、早期診断と早期治療への関心が高まっていることである。我が国で乳幼児健診が制度として普及し、障害の発見技術が向上しつつあることは、この課題を達成するためには諸外国に比べて有利な点である。自閉症の場合、3歳を過ぎるとかなり確実に診断ができるようになるため、3歳児健診が現実的には最も効果を發揮しなければならない発見の場であるといえよう。しかし海外では2歳半でも75%が診断可能である (Gillberg, C., 1990) ことが指摘され、また自閉症の high risk child である年下の同胞を1歳半のときにある一組の行動的特徴で調べておくと、後になって自閉症が発現した同胞が判別された (Baron - Cohen, S. et. al, 1992) などの報告がはじまっている。横浜市内の3保健所における1歳6ヶ月児健診が自閉症の早期発見に対して果たしている役割を我々が調べたところでは、自閉症に対する集団スクリーニング感度は78% (清水ら, 1993) であり、この値は早期スクリーニングとして実用的な高さであった。

このように今後は自閉症も3歳かそれ以前で早期診断されるケースが一般的になってくるも

のと予測され、それに応じた地域における早期治療システムの整備が求められている。

### 4. 生物学的基盤と薬物療法の探求

近年の医用電子機器の発展には目を見張るものがあり、それぞれの機器の特徴に応じてX線CT、PET (ポジトロン放出型CT)、MRI (磁気共鳴画像)、SPECT (単一光子放出型CT) などが自閉症の神経解剖学的研究に用いられている。これらの方法のなかでX線CTによる検査所見は歴史もあって研究報告が多いのであるが、特異的な構造上の異常を指摘することには成功していない。またX線CTは水平断面という限定、軟部組織コントラストの低さ、物質代謝の動的な把握ができないこと、などの限界をもっていることもあり、研究の手段としては次第に他の機器に地位を譲るようになった。PETでは糖代謝を中心に調べられているが、その異変を見る脳部位は同定されていない。一方MRIでは、小脳や脳幹の一部に解剖学的異常があるとの指摘 (Courchesne, E., 1988) が複数の研究グループによってなされている。しかしまだこの種の研究は端緒についたばかりと考えるべきであり、今後の成果に期待が寄せられる。

自閉症の薬物療法はすでに20年以上前からいろいろな薬物について試験的に行われており、公に発表された報告だけでも幾多にのぼる。しかし確かな診断例について二重盲検法を用いた治験となると数は限られてくる。そのなかで我が国で開発され臨床試験で有効との報告がなされていたR-テトラハイドロバイオプテリン (R-THBP) は、最近全国的な規模で二重盲検試験が行われ、その結果が注目された薬物である。しかし残念なことに、この薬物が自閉症状の治療に有効であるとの結論を出すことはできなかった。同じような経緯は、米国において食欲抑制薬であるフェンフルラミンについて出されていた。これらの事実は、今後の自閉症に対する薬物療法の開発に少なからず影響を与えるものと思われる。

＜各分野からの最新報告＞

## 最近の電動車いす

井 上 剛 伸

(国立身体障害者リハビリテーションセンター研究所)

工学分野からの最新報告ということで、電動車いすについてお話しします。

世界的に有名な物理学者、ホーキング博士は、移動の手段として電動車いすを使用されています。このように電動車いすは、手足が不自由な方でも自分で移動することが可能になり、社会生活をする上で非常に有効な機器です。

電動車いすの進歩の方向性は、ひとつには使用の用途を広げるという意味での高機能化ということがあげられます。そして、もうひとつには、通常のジョイスティックが操作できないような重度の障害者でも、電動車いすを使えるようになるという意味で、適応を広げるという進歩の方向があげられます。

はじめに、用途を広げるための機器ですが、これは室内での使用を目的とした電動車いすです。まず、なるべく小さくし、小回りがきくような駆動方法をとり、敷居などの多少の段差を越えられるようになっています。また室内で活動する際に高いところのものがとれないという問題がありますので、椅子が上下に動いてこれを解決しています。

また屋外用の電動車いすでは、電動三輪車があります。これは手足の機能が少し衰えてきて、長い距離を歩くのがきつくなつたが、通常の電動車いすに乗るのは抵抗があるといったような、高齢者の方には非常に有効です。最近道路で、よく見かけるようになってきています。

子供用の電動車いすについては、日本ではまだあまり見かけませんが、欧米ではだいぶ普及しています。子供の頃の自立移動は、実は精神的な発達に非常に大きな役割を果たしています。

いろいろなところへ行って、いろいろなものを見て、いろいろなことを経験して、子供は非常に多くのものを吸収していきます。したがって、手足の不自由な子供でも、なるべく早い時期に自立移動を実現させるべきであり、子供用の電動車いすは、重要な意味を持っています。

また、電動車いすを持ち運びたいというニーズもあります。それに答えるものとして、手動の車いすに、電動ユニットとジョイスティックを取り付けた車いすがあります。本体、ジョイスティック、バッテリー等をすべて取り外して、車のトランクに入れて持ち運ぶことができます。

さらに、先端の部分にスティック状のものを取り付け、電動車いすホッケーができるような、スポーツ用の電動車いすもあります。これは、他にもいろいろな使い方ができます。

一方、適応を広げるための機器についてですが、通常の電動車いすはジョイスティックで操作しますが、ジョイスティックが使えないほど重度の四肢麻痺者でも、どこかしら動かせる部分があります。そこで、その人の得意な動作に合わせて入力装置を作れば、電動車いすを使用できる人が格段に増えるわけです。

簡単な例では、ジョイスティックを握れないような方には固定具を作れば良いわけです。

頸髄損傷等で頸の動きが残っている方を対象とした電動車いすは、あごをジョイスティックの先端にのせ、頸の動きでジョイスティックを操作して、電動車いすを動かすものがあります。このタイプの電動車いすでは、最終的に細かい部分を個人個人に合わせて設定する必要があります。スイッチは、指や舌等、その人の動かせ

る部分に合わせて製作します。

また、重度の脳性まひの方では、確実な動作が獲得できない場合が多くなります。ひとつのタイプとして、ひとつのスイッチのオン・オフ動作ができれば電動車いすを操作できるというものがあります。操作方法は、前、左、後ろ、右と一定間隔でLEDがひとつずつ点灯していく、動きたい方向が点灯したときにスイッチを入れると、その方向へ進み、放すと止まります。しかし、操作に時間がかかるといった問題点もあります。

中には3つ4つの複数のスイッチ入力が可能な方もいますので、その方用に作られたタイプもあります。スイッチはそれぞれの方に合わせて作りますが、たとえば4つのスイッチを操作できる方では、それぞれのスイッチを前進・後進・右旋回・左旋回に割り振り、操作性を非常に向上させることができます。

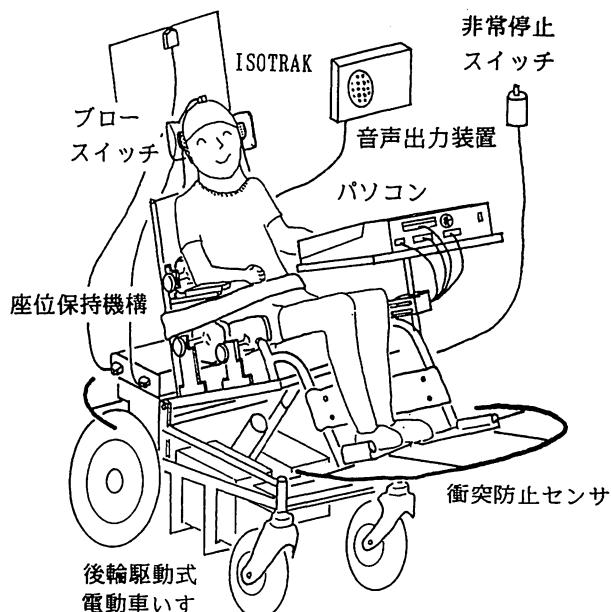
また、声で電動車いすを操作しようという試

みもされていますが、まわりの雑音等の影響で誤動作をしてしまうといった問題点があり、まだ研究の余地が残されている段階です。

自動的に電動車いすを動かすというものもあります。それは磁気を帯びたフェライトというものをあらかじめ地面に塗り、それを検出して電動車いすが自動的に目的地まで行ってくれるというものです。まだ、どのような使い方ができるかを模索している段階だと思いますが、認識力や判断力に障害があり、通常の電動車いすをうまく操作できない方の施設内移動には有効ではないかと思います。

最後に、これも適応を広げる方向性をもつものに入ると思いますが、我々が開発した電動車いすを紹介します。

対象は重度の脳性まひの方で、言葉を話すことはほとんどできず、スイッチの入力も不確実で、辛うじて頭部を動かすことができるといった方です。



頭部操作式電動車いす

まず、プロースイッチを頭で押すことで前進と後退を選びます。この操作は間違えることもありますので、音声出力装置によって声で確認し、もう一度スイッチを押すことで動き出します。進む方向と停止は、センサーで頭の動きを検出しパソコンで処理して行います。実際の操作方法は、それぞれの方の得意な動きに合わせて設定することができます。

我々はまず、対象者の得意な動きを知るために、パソコン上に猫とネズミのキャラクターを出し、頭を動かすと猫が動き、ネズミの方向へ猫を動かすといった、ゲーム的なことをして、検討しました。

今回対象とした方の場合、頷く動作と頸を振る動作が得意であることが分かり、頷くことで停止し、頸を振ることで方向が変わるようにパラメーターを設定しました。

また、脳性まひの方の場合特にしっかりとした姿勢で座るということが、運動機能の重要な要因となりますので、座位保持機構を取り付けました。こうして、環境をしっかり整えた上で、最大限可能な動きを引き出すことが可能となります。

また、安全装置として、介助者が押すとすぐに停止するスイッチと、衝突を防止するセンサーを取り付けました。

さらに、対象の方は言葉を話すこともできないため、パソコンを用いてコミュニケーションもとれるようにしました。

実際には、五十音表をパソコンの画面に表示し、ヘッドレストのスイッチを押すことで操作します。たとえば、右を押すと“あ行”、“か行”と行をスキャンし、左を押すとまず行を確

定します。次に右を押すと“たちつてと”といった具合に文字をスキャンし、左を押して1文字を選ぶといった操作を繰り返して、意志を表現することができます。すなわち、移動するという機能とコミュニケーションをとるという機能の2つをこれ1台で行うことができるわけです。

走行中は、介助者が安全スイッチをもって付き添い、危険な状態になりそうな時は、すぐに電動車いすを停止することができます。通常お母さんが付き添っています。

はじめの走行は、広くて平らな場所ということで、体育館で練習しました。

重度の脳性まひの方の場合、生まれてすぐに障害を負ってしまうため、自分の意志で自分の行きたいところへ行くのははじめてでした。そういう意味で、精神的な面への作用も非常に大きいと思われます。

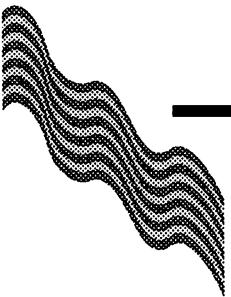
次に、幅が限られている廊下で練習しました。

現在は、屋外での走行を練習しています。

また、対象の方は中学校の卒業式で、この電動車いすを操作して自力で卒業証書をもらいに行くことができました。

このように、非常に重度な障害者の方でも、既存の電動車いすを、その人それぞれに合わせた形でアレンジすることで、自立した移動を可能にすることができます。今後、電動車いすの適応をよりいっそう広げ、多くの方が、自分の行きたいところへ、自力で行けるようになるための一助を担っていきたいと思います。

最後になりましたが、発表中不適切な語尾の使用により、誤解をまねくような表現がございましたことを、お詫び申しあげます。



---

国際リポート

<国際リポート>

## 世界精神保健連盟1993年世界会議報告

浅井邦彦

(世界精神保健連盟1993年世界会議  
組織委員会)

### 1. はじめに

世界精神保健連盟 (World Federation for Mental Health : WFMH) の第20回目の世界会議は、最終日の8月27日の閉会式で、世界各国へ向けて「幕張宣言」(MAKUHARI DECLARATION) を発表して、盛会裡のうちに終った。

「21世紀をめざしての精神保健—テクノロジーと文化、そしてクオリティ・オブ・ライフー」をメインテーマとした今回の世界会議には、62カ国から参加があり、総参加者数は市民への公開講座や、精神保健国際セミナーなどの関連行事なども含めると 5,000人以上に及んだ。組織委員会では、中国・アジア地域、アフリカ諸国、東欧諸国（ロシア、クロアチアなど…）、南米などから70人余りを招待したが、今回初めてWFMH世界会議へ参加した国々も多く、変動する世界と精神保健の問題などについて十分な意見交換ができたことは、大変意義深いことであったと思っている。

### 2. 開会式

開会式には高円宮親王殿下のご臨席とお言葉を賜わり、また郵政省よりすべての人々の精神的健康の保持向上の願いを込めたハートをデザインした記念切手の贈呈があった。また、全国更生保護婦人連盟の島津久子会長も95歳の御高齢にもかかわらず開会式に御参加され、翌日には特別講演をされ、多くの人々が感銘を受けた。

世界精神保健連盟（以下WFMHと略）は、1948年にロンドンで創立された非政府組織（N

G O）で、国連およびその関連機関（ユネスコ、ユニセフなど）の諮問機関であり、WHOとも密接な関係を持ち、今回の世界会議もWHOの共催であった。

開会記念講演はWHOの中嶋宏事務総長によって行われ、西太平洋地域事務局長のサンティ・ハン博士が代読した。精神にハンディキャップをもつ人は人口の6～8%、世界で5億人と推測され、何らかの治療とケアを必要としていること。精神障害者に対する偏見をなくし、精神障害者の生活のQOLを改善するべく国連諸原則が採択された。WHOとWFMHは1948年の創立以来協力関係にあったが、今後重要なのは、自助グループを結集し、当事者の自己決定権を拡大し、精神保健サービスの提供の際、ユーザー（当事者）の希望や意見を反映させるようにしていくことが大切であると述べた。また、WHOシンポジウムでは、精神保健とICD-10について、ノーマン・サルトリウス精神保健部長の特別講演と、米国、中国、インド、日本からの代表によるシンポジウムが持たれ、多くの人々の関心をひいた。

### 3. 精神保健協会デー

1983年のワシントンでの世界会議以来、毎回開かれているもので、精神保健協会とWFMHのメンバー機関の人々の特別行事である。今回は24日に開かれ、WFMHの精神保健協会委員会の委員長であるヒルダ・ロビンス女史（彼女自身ユーザーである）の司会のもとに進められた。日本、台湾、フィリピン、カナダの代表が

基調報告をしたあと、参加各国の精神保健協会の紹介とあいさつがあった。午後はロビンス女史の基調講演と5グループに分かれての分科会が開かれ熱心な話し合いが持たれた。

10年前のワシントン会議では、クリフォード・W・ビアーズをしのんで非常に印象に残る会が持たれたが、ビアーズは重症の精神病による苦しい入院を体験し、精神障害に対する偏見をなくすために、市民とともに精神保健運動の推進に努力し、1930年にはワシントンで第1回の精神保健の世界会議を開催したのであった。この流れが1948年のWF MH誕生に結びついた。

#### 4. WF MH本会議

今回のWF MH世界会議では17のサブテーマが選ばれ、それぞれのテーマごとに、基調講演、基調シンポジウム、分科会（シンポジウム、ワークショップ、口演、ポスター発表、ビデオ発表など）が持たれた。発表演題数は1,000題近くに及び、最も多いときで19セッション同時進行（同時通訳は13セッション同時進行であとは逐次通訳付）で運営された。MESSE（幕張メッセ）、OVTA（海外職業訓練協会センター）、REHA（障害者職業総合センター）の3会場の間はシャトル・バスが巡回し、運営はスムーズに行われた。分科会の発表も15分余りで討論時間もあったので、内外の参加者から評価の高かった通訳者（総勢50人以上）を介して、比較的十分な交流がなされたと思う。

メアリー・ヘミングウェイ・リース記念講演は中村元氏が「東洋のこころとその実際的意義」と題して行い、各国からの参加者に感銘を与えた。またマーガレット・ミード記念講演はカナダのマーガレット・ロック氏によって行われた。

特別講演-1はアメリカのリバーマン氏が「分裂病からの回復」というテーマで、生物、行動学的治療の重要性と消費者運動の発展について講演した。特別講演-2は、ドイツのハインツ・ヘフナー氏が「ドイツ（FRG）における精神保健活動-現代の歴史、組織、機能-」

と題して行い、東西ドイツ統合により、精神保健サービスのアンバランスが生じ水準作成を調整中であると述べた。

サブテーマは大きく2つの柱に分けられる。

#### I.

A. 「変動する世界と精神保健」では、ユージン・B・プロディWF MH事務局長が、「西暦2000年の精神保健；国際的視点」と題する基調講演を行い、5,000万人に及ぶといわれる難民の世界的移動をはじめ、世界中で大きな変化が起こってきている中での精神保健の重要性を説いた。B. 「人口問題と精神保健」では、アメリカのニューマン氏が「人口；個人の生活と公的な政策」と題して行い、社会文化的な背景に基づいた人口政策と精神保健について話した。C. 「テクノロジーとストレス」では、アメリカのハーゲン氏が基調講演を行い、シンポジウムでもストレス・コントロールとストレス管理の重要性が論じられた。D. 「精神保健と宗教・文化」では、オランダのファンデルメルシュ氏が「健康な宗教という西洋の概念についての疑問」というタイトルで、土居健郎氏の司会で講演し、基調シンポジウムでも宗教と精神保健に関し、アメリカ、エジプト、日本、スーダンから重要な報告がなされた。また、比較文化と精神保健、宗教と精神保健、治療システムと文化についてなど12のセッションでも活発な議論が行われた。F. 「児童の権利に関する条約-精神保健との関わり」のセッションでは、ユニセフのライド・リチャード氏が、既に130カ国によって批准された子供に関する国連人権条約（日本はまだ批准していないが、批准予定と聞く）の精神保健との関連について述べ、シンポジウムなどでは、世界各国における子供の虐待、思春期・青年期の精神医学的問題などについて、多くの発表と討論が行われた。J. 「精神保健活動への市民参加」では、アメリカのヒルダ・ロビンス氏が「一般的の支援者は精神保健活動をとおして、偏見をなくし、傷ついた人を助け、病気を予防することができる」というテーマで、

眞のボランティア活動によって国の政策や法律を根本的に変えることもできると述べた。M.「女性；家庭と精神保健」では、イギリスのエディス・モーガン氏が「女性、家族そして精神保健；変化する社会における役割と概念」について基調講演を行い、シンポジウムなどでは、家庭内暴力とりわけ妻への虐待、またこれから女性問題とメンタルヘルスなど多様な問題について活発や討論も行われた。N.「老年期と精神保健」では、カナダの林宗義氏が「加齢と精神保健；アジアの展望」と題する基調講演を行い、アジア諸国では隠退の哲学を根本的に見直し、高齢者の役割と機能を他の同国人や若い世代と関連づけて再構築する必要があると述べた。

## II.

精神障害を有する人たちの人権とリハビリテーションに関するテーマは、もう1つの大きな柱であった。

K.「精神障害者の権利と法制度」では、基調講演で1991年12月17日国連総会で採択された「精神疾患を有する者の保護およびメンタルヘルスケア改善のための諸原則」について、委員長のヘンリー・スチール氏（イギリス）は、この原則は法的なものではなく、受け入れられた最小限のスタンダードであり、ガイドラインであると述べ、シンポジウムなどでは、インフォームド・コンセント、患者擁護制度、司法精神医学について各国からの発表と討論が持たれた。O.「ユーザー活動」のセッションは、ビジネス・ミーティングを含めて終日会合が持たれ、基調講演は、世界精神医療ユーザー連盟会長メアリー・オヘイガン氏（ニュージーランド）が行った。世界各国で精神保健サービスを利用しているユーザーたちは社会での排除や差別に耐えている。利用者による運動は欧米では1970年代にはじまった。利用者の自助グループ活動によって自分を変化させることができることと、政府などに働きかける政治的行動によって人権を守り、精神科的な問題に全人的にかか

わるという新しい考えが生まれたが、こうした活動が全世界に広がることが大切であると述べた。シンポジウムなどでは、イギリス、アメリカ、メキシコ、日本、エジプト、スウェーデン、オランダなどのユーザーがユーザーの政策への参加と権利擁護、自助活動、そして体験発表が行われた。日本各地から参加したユーザーが、世界のユーザーと意見の交換ができたことは極めて意義深いことで、今年の4月に結成された全国精神障害者団体連合会を中心とした活動が今後発展していくこと、各地での精神保健施策の計画と推進にユーザー自身が参加して発言できるよう我が国でもしたいものである。P.「精神障害者と精神薄弱者の福祉と家族」のセッションでは、全家連の滝沢武久氏が基調講演し、シンポジウムでは、台湾、オーストリア、カナダ、日本から家族の代表が家族が患者のリハビリテーションに果たす役割などについて発表が行われた。さらに世界分裂病友の会の代表と全家連の交流も行われた。また、ファミリー・プラクティス、家族の教育などについてのセッションにも多くの参加者がみられた。E.「アルコール・薬物乱用への対応」では、アメリカのフラー氏がアルコール問題の予防について基調講演し、シンポジウムでは、アルコール依存、薬物乱用について各国からの発表と討論が行われた。F.「一次予防の新しい方向」のセッションは、WHOのサルトリウス精神保健部長が基調講演を行い、多くの精神・神経障害は科学的に安全で、有効かつ当事者に受け入れられるような一次予防の手段を講じることによって予防することが述べられた。また、ライフサイクルと自殺予防のシンポジウム、メンタルヘルス・プロモーションと健康教育のセッションでは、各国からの実践研究の成果が発表され、活発な討論が行われた。H.「コミュニティ・ケアの新しい方向」では、秋元波留夫氏が「精神障害者の社会参加を促進するために－共同作業所の活動から－」と題する基調講演をした。コミュニティ・ケア、リハビリテーションとデイケア・サービス、精神保健ネットワーク、危機

介入、居住プログラムなど12の口演セッションとポスターセッションが持たれた。I. 「精神障害者の職業リハビリテーション」では、アメリカのウィリアム・アンソニー氏が「重篤な精神疾患を持つ人の職業リハビリテーション；問題点と神話」と題する基調講演を行い、精神障害者の就労を阻止している6つの誤解とそれに対する6つの改善策を提起した。氏の「精神科リハビリテーション」という最近の著作（日本語版がマインより出版）では、従来の精神科リハビリテーションに関する多くの思い込みと誤りを指摘しているが、実証的で極めて明快な話であった。11のセッションで医療から雇用・就労支援、施設・作業所、職親制度、作業療法と教育などについての発表と討論が持たれた。L. 「臨床および研究の新しい展開」のセッションは、島薗安雄組織委員長が「臨床および研究の新しい展開－精神分裂病患者の行動特性の観察－」と題する基調講演を行い、精神分裂病研究を紹介し、特に行動学的な研究が病像の特徴と脳の異常との関係を結びつけるものとして重要であり、特に氏が長年行ってきた眼球運動が多くの情報を与えてくれることを報告し、各国の参加者は感銘していた。本セッションでは、22のサブテーマに分かれて活発な討論が行われた。サイコオンコロジー、ストレス、生活技能訓練（SST）、芸術療法、薬物療法、認知機能、分子生物学、画像診断、睡眠障害、分裂病の病型、認知と予後、神経生化学などのテーマに多くの演題と参加者があり、臨床・研究の新しい展開を求めて、世界各国で努力している結果が交流された。Q. 「精神障害者の看護と介護」のセッションの基調講演は、外口玉子氏が「“開かれたケアシステム”を実現する政策決定への積極的な参画を」と題して行った。シンポジウムなどでは、精神科看護の機能拡大と役割拡大、とりわけ地域精神保健における看護の役割、さらに臨床心理士および精神科ソーシャルワーカーの精神保健における役割などについて発表と活発な討論が行われた。

## 5. イベント

ウェルカム・レセプション、コングレス・ディナー、千葉ナイトなどの行事も盛会であった。

同伴者プログラムでは、美しい日本庭園、美浜園にある松籟亭で、2日間にわたるお茶会と、O V T Aでの生花、着付、書道は90人近い海外からの参加者が日本の伝統文化を楽しんだ。

レクリエーション・プログラムは24日の世界卓球大会、世界テニス大会が、近くの習志野市で開かれ、忙しいスケジュールの合間に汗をかき、市民も参加して国際交流を深めた。

展示会は、メンタルヘルスに関する活動をしている作業所、ユーザー団体、書店、企業および自治体の参加により3日間開かれ、多くの人々が訪れた。

施設見学も5コース組まれたが、いずれも定員の40人を越え好評であった。

## 6. サテライトおよびポストコングレス

本会議と関連してさまざまな会合が持たれた。23日には、第1回アジア精神保健社会学会議が「社会文化と精神保健」をテーマに開かれた。25日には、日本精神保健連盟主催による「精神保健国際セミナー」が、世界5カ国のユーザーと専門家の参加により開かれ、700人以上の参加者があり、ユーザー活動、とりわけ自助グループ活動や職業リハビリテーションについて、内容の濃い発表があり、日本のユーザー活動の将来に大きなインパクトがあった。

また、28日には、東京で「精神障害者福祉国際セミナー」が全社協と全家連の主催で開かれ、精神障害者の福祉とリハビリテーションについて話し合われた。30日には、「精神障害者の福祉とリハビリテーション」と題した世田谷セミナーが開かれ300人以上が参加し盛況であった。

## 7. 閉会式と「幕張宣言」

最終日の27日は台風11号が直撃し、早朝より交通機関がストップする事態となつたが、各会場でのプログラムは予定どおりに行われ、4時

30分よりの閉会式では、各テーマ委員から各セッションの報告書の提出が行われ、続いて「幕張宣言」が全世界に向けて発表された。なお、今回の世界会議の主要な講演をまとめた報告書が発行されたので、事務局へ申し込んでいただきたい。

6時30分より千葉市の共催でプリンスホテルで開かれたさよならパーティには2,000人余りが参加し、途中からバンドにのって10時近くまで各国の参加者が入り乱れて踊りの輪が拡がり、5日間の別れを惜しんだ。

#### 8. おわりに

24日の夜開かれたWF MH地域会議に続くWF MH年次総会は8時から10時半過ぎまで200人以上が参加して開催され、マックス・アボット会長に続いて、フェデリコ・エンテ新会長（メキシコ）が選ばれ、次期会長にはビバリー・ロング女史（アメリカ）が、名誉幹事に浅井邦彦が、西太平洋地域担当副会長に井上新平氏が選ばれた。

また、1995年のWF MH世界会議はアイルランドのダブリンで8月13日より18日まで開かれ、

1997年にはフィンランドで1999年はチリで世界会議が開催されることが決まった。

23～27日のWF MH世界会議の前21～22日と、後の28～29日の4日間、WF MH理事会が開かれ、朝から晩まで英語づくめの中で苦労した。プリンスホテルの46Fスカイ・バンケット・ルームからの見晴らしは良く、リラックスした雰囲気の会合であった。28日朝には旧理事と新理事の記念写真を撮り、また今回のWF MH世界会議の運営と内容の濃さ、そしてホスピタリティに対して感謝の言葉が読みあげられ、皆のサインとともに私に手渡された。とても素晴らしい会だったと目に涙を浮かべて握手をしてくれたボードメンバーも何人かいて、長年の苦労が報われたと感慨深かった。

3カ月が経過し、多くの人たちから感謝の手紙をいただいたが、今回の世界会議を成功に導いてくださった多くの人たちの協力のたまものであり心から御礼を申しあげたい。この世界会議を機会に、わが国の精神保健が21世紀へ向けて大きく前進するよう幕張宣言の主旨に沿って今後努力していきたい。

#### 資料

### 世界精神保健連盟1993年世界会議

#### 幕張宣言

「21世紀をめざしての精神保健——テクノロジーと文化、そしてクオリティ・オブ・ライフ」をテーマとした世界精神保健連盟1993年世界会議、全ての人間のポジティブ・メンタルヘルスが持つ価値と、精神疾患や精神障害を有する人達の各国における市民としての利権を宣言する。

21世紀に向けて、テクノロジーと社会の急激な変化が世界中でストレスを増加させていく。ストレスコントロールとストレス管理の実践的研究が従前にも増して必要である。人口の急激な増加と貧困、および紛争、体制変動や天災を逃れる難民の世界的移動が各地で見られている。精神的機能障害を軽減・予防する適切な対応策と共に、人間のクオリティ・オブ・ライフを向上することが21世紀へ向けて最大の課題である。

国連が宣言した子供の権利に関する国際条約を各国が批准・実行し、子供の眞の権利保護を21世紀までに達成しなければならない。また全世界が高齢化している中で高齢者の各種能力を活用し、自己評価を高め、健康で活動的なライフサイクルを実現すべきである。

精神保健サービスを受ける人は全て、性別、年齢、民族あるいは障害の別にかかわらず、医療を必要とする一般市民と同様に処遇され、彼らの基本的人権および自由が尊重されなければならない。

1991年12月17日に国連総会で採択された「精神疾患を有する者の保護およびメンタルヘルスケア改善のための諸原則」は各国で遵守されるべき最小限のスタンダードおよびガイドラインである。これらの人権と自由の諸原則のうち、医療におけるインフォームド・コンセントの原則は極めて重要である。

精神保健サービスを利用している人達は社会での孤立や差別および偏見に悩まされていることが多い。精神疾患に対する偏見とスティグマをなくし、効果的で包括的な精神保健サービスを発展させるには、ユーザー自身がサービスの計画、運営、評価に参加する必要がある。これには精神保健の専門家や行政官のみならず、家族も含まなければならない。これを達成するためには、世界精神医療ユーザー連盟の果たす役割が重要である。

人間の歴史・進化における宗教・文化の果たす役割については、21世紀に期待される科学と技術の発展および精神保健の進展との関連で理解を深めていく必要がある。

全ての人がお互いの権利と自由を尊重し、尊敬しあう偏見のない社会を21世紀に実現するために、我々は努力し活動することを宣言する。

1993年8月27日

世界精神保健連盟1993年世界会議

---

<国際リポート>

## 国連・アジア太平洋障害者の十年 (1993~2002年)

丸山一郎

(日本障害者リハビリテーション協会)

国連のアジア太平洋経済社会委員会（E S C A P；エスキップ）が定めた「アジア太平洋障害者の十年」がESCAP（加盟・準加盟58カ国）としては、これまで独自にこのような人道的な国際年を設けたことがないため、初の異例で画期的な決定であったといえる。

新しいこの十年が決議された経過や動き出した取り組みについて報告したい。

### 日本の提案

「国連・障害者の十年（1983~1992年）」が終了しようとする1992年4月のエスキップ総

会（第48回）において、日本を含む33カ国の共同提案により、満場一致で「アジア太平洋障害者の十年」が決議された。「障害者に関する世界行動計画」（1982年国連決議）の実施のため宣言された「国連・障害者の十年」での努力をさらに継続するための決定であった。国連の他の地域ではこのような決議はされていないが、この新しい「十年」が障害問題に取り組む好例として国連総会では賛意を表している。

世界の3分の2といわれる最も人口の多い（したがって障害者数も多い）、また社会・経済的にも最も変化しているアジア太平洋地域

(以下、A／P 地域)において、障害をもつ人々の「完全参加と平等」の実現を目指そうとした背景には、日本の障害関係者の強い働きかけがあった。

日本の障害関係団体は、国際障害者年（1981年）やこれに続く国連・障害者の十年の中で、我が国においては多くの成果が得られたこと、ただし「完全参加と平等」については、その緒についたばかりであることを認識して、次の十年への努力の継続の必要性を国内外に強く提言したのである。特にA／P 地域において、この国際的決議が障害をもつ人々の問題取り組みへの推進力になるとして、日本政府が提案することを強く要望した。国際障害者年日本推進協議会（現 日本障害者協議会）、日本身体障害者団体連合会、日本障害者リハビリテーション協会、全国社会福祉協議会などが、太宰博邦氏の指導のもとに一致した運動を展開し、これに答えて宮沢前総理大臣は日本政府よりの提案を表明したのである。

#### エスキャップ総会決議－行動課題

エスキャップ総会における決議（1992年4月）においては、すべての加盟国と準加盟国政府に対して、

- ①障害者の参加を促進するための政策、特に計画の策定と実施、必要な法律の制定、
  - ②障害者問題に関する国内委員会の設立、
  - ③地域における障害者とその家族への支援、
  - ④教育・リハビリテーション・文化・スポーツなどの拡大、
  - ⑤環境の改善、
- などを提言し、2年ごとの実施状況の報告を求めた。また昨年の総会においては、各国首脳に「完全参加と平等」に関する宣言に署名することを求め、「障害者に関する世界行動計画」の実施に当たり、「行動課題(Agenda for Action)」が決議された（表1）。

表1 行動課題（12の分野）

- |                      |
|----------------------|
| 1. 障害者問題に関する国内委員会の設置 |
| 2. 関係法律の制定           |
| 3. 情報の提供             |
| 4. 国民の認識の促進          |
| 5. 環境改善とコミュニケーション支援  |
| 6. 教育                |
| 7. 訓練と雇用             |
| 8. 障害原因の予防           |
| 9. リハビリテーションサービス     |
| 10. 機器               |
| 11. 自助組織の育成          |
| 12. 地域の協力の促進         |

行動課題に取り組む前提として強調されたのは、A／P 地域において、

- ①栄養不良・疾病・悪質な生活条件・天災・交通・産業事故・紛争や内戦で多くの人々が障害を日々負っていること、
- ②特に障害をもつ子供の数は増加の一途であること、
- ③高齢障害者も増加していること、
- ④障害者の大多数、とりわけ農村地域の障害者の生活を改善しなくてはならないこと、などの事実である。

#### 新十年への取り組み

日本側からの働きかけによって誕生した新たな十年に対して、我が国政府と関係者の積極的な取り組みが期待されている。特に障害関係団体は、国際障害者年と国連の十年がもたらした成果を踏まえて、障害者問題解決へのこれまでの経験をもとに、人材・技術・情報・財源をもって貢献する責任があろう。

こうした中でのA／P 域内初めての動きが、昨年10月の“キャンペーン'93国際NGO会議－障害者の社会参加に関する沖縄会議”であった。

域内の16カ国から障害種別を越えて民間団体（NGO）が集合して、この十年に対する民間の取り組みを推進することを話し合ったのである。この会議には、国際リハビリテーション

協会（R I）、世界盲人連合（W B U）、世界ろう連盟（W F D）、世界精神薄弱者連盟（I L S M H）、障害者インターナショナル（D P I）のA／P地域の代表をはじめ、各国の国内N G O 1,600名が参加して、新たに「アジア太平洋障害者の十年推進N G O 会議」（推進会議）を組織した。推進会議の事務局は日本が引き受けることになったが、「十年」を提唱した前述の日本の4団体は、「新十年推進会議」を結成して、これに当たることとなった。沖縄会議での決議は表2のとおりであるが、このほかに新たな十年を推める「沖縄アピール」と国連や各国政府への勧告もまとめられた。

沖縄会議は今後、A／P地域の各国において十年の啓発と、民間活動の推進、十年の進捗状況を評価・検証するために毎年開催される。

“キャンペーン’94”は1994年7月20日～23日までフィリピン・マカティ市で行われる（この十年のおもなイベントなどは表3を参照されたい）。

日本政府も1993年3月の「障害者対策に関する新長期計画」において、アジア太平洋障害者の十年の推進をあげている。

A／P地域での障害をもつ人々への新たな十年が具体的成果をもたらすようリハビリテーション関係者の協力、特に実際に人を派遣したり受け入れたりする技術協力をさらに期待したい。

表2 沖縄会議での決議

1. 「アジア太平洋障害者の十年推進N G O 会議」（以下推進会議）を組織する。
  - ①この推進会議に参加希望するN G O は10月20日の発起人会に参加すること。
  - ②推進会議は各國持ちまわりで毎年「十年キャンペーンN G O 会議」を開催する。（候補地は1994年フィリピン、1995年インドネシア、1996年ニュージーランド）
  - ③推進会議の活動計画等を準備するワーキンググループを設置すること。
2. 沖縄会議で提案された次の構想・計画の促進をする。
  - ①補装具や福祉機器の「義肢補装具センター（テクニカルセンター）」の実現。特に各國政府への要請につとめること。
  - ②域内のリハビリテーション人材養成および経験・交流等をすすめるためのアジアリハビリテーション研修・資料センターの実現。
  - ③域内協力をすすめるための「人材バンク」の設置。
  - ④W F D アジア地域委員会の「ろう者研修計画」への協力・支援。
  - ⑤W B U 東アジア委員会の「交流計画」への協力・支援。
  - ⑥アジア障害者芸術祭の開催への協力・支援。
  - ⑦その他の事業や、地域で開催される行事への協力。
  - ⑧以上のことを推進するための「民間国際協力基金」の造成。
3. 各国関係N G O は積極的に「十年」の広報・啓発活動を行う。
  - ①国連等による障害者に関する重要な決議等を各國語への翻訳、印刷および配布を行う。
  - ②「十年」関連ニュースレターの発行。
  - ③マスコミ等を活用した啓発活動等の実施。
  - ④「国連障害者の日（12月3日）」に関連したイベントの実現。
  - ⑤「十年」を象徴するロゴマーク案の作成と普及への協力

1993年10月19日

表3 アジア太平洋地域におけるリハビリテーション関連会議・大会開催予定

年	月	開催国	会議・大会予定
1994	7月	フィリピン	「アジア太平洋障害者の十年」キャンペーン'94 マニラ会議
	7月	日本	第2回筋ジストロフィー協会世界連合日本大会
	9月	中国	フェスピック北京大会
	11月	インド	世界精神薄弱者育成会世界会議
	未定	インド	世界ろう連盟アジア・太平洋代表会議
1995	9月	インドネシア	R I アジア・太平洋地域会議
	9月	インドネシア	「アジア太平洋障害者の十年」キャンペーン'95 ジャカルタ会議
	9月	オーストラリア	国際アビリンピック
	未定	オーストラリア	第21回国際てんかん学会議
1996	4月	ニュージーランド	第18回リハビリテーション世界会議
	4月	ニュージーランド	「アジア太平洋障害者の十年」キャンペーン'96
	未定	香港	オークランド会議 世界盲人連合世界会議
1997	未定	日本	国際リハビリテーション医学会第8回世界大会

詳しくは、日本障害者リハビリテーション協会 (FAX 03-5273-1523) へ問い合わせられたい。

#### <国際リポート>

## ADA(障害をもつアメリカ国民法)の実施状況

都 築 繁 幸  
(筑波技術短期大学)

### 1. はじめに

現在、米国の障害児教育や福祉関係者は、障害をもつアメリカ国民法 (Americans with Disabilities Act (ADA); 1990年7月26日制定) に大変強い関心を持っている。

米国における一般的な差別禁止法としては、公民権法(1964)やリハビリテーション法第504条(1973)があげられるが、これらは、障害者に対する差別を部分的に禁じたものであった。そ

れに対してADAは、従来よりもさらに包括的に差別を禁じる法律として提案された。リハビリテーション法第504条において公共施設や住宅などで障害者に対する差別が禁じられるのは、連邦政府もしくは、連邦政府の補助金の交付を受けた機関のサービスや事業の場合だけであった。ところが、ADAは大ざっぱにいえば、障害者に対してすべての公共施設や住宅、交通機関を利用可能にせよ、と命じている。具体的に

は、ショッピングセンター、レストラン、ホテル、オフィスビル、レクリエーション施設、劇場などにおいてすべての障害者が利用できるように配慮する必要がある。

ADAは、社会的影響力が大きく、画期的な法律であるために法案の審議をめぐってさまざまな利害が表面化し、障害者をとりまくアメリカ社会の複雑な様相が見られたのも事実である。障害者団体や公民権運動団体の強力な運動および各種経営者団体などの反発、HIV感染者、アルコール依存症や薬物中毒者などの取り扱いも議論になったようだ。聴覚障害関係で一例をあげれば、電信電話会社のAT&Tは、当時、この法律に基づくサービスを施すためにおよそ450億円の経費が必要だった。しかし、審議過程においては電信電話会社団体も法案そのものに対する反対はなく、事業実施準備期間を置くことによりサービスを提供する打開策が取られ、当初、2年以内に実施すべき案が最終的には3年になるなどの政治折衝が図られた。

ADAの施行は、準備期間をおきながら段階的になされ、制定後30年をかけて履行される。すなわち、2020年を目標に取り組んでいる国家的長期改革である。

本稿では、今、まさにスタートしたばかりであるADAの実施状況について報告する。

## 2. ADAの概要

ADAの概要については他の文献などで詳しく述べられているのでここではほんの骨子のみ述べる。

第1章は雇用問題である。ここでは15人以上の民間事業所において雇用差別を禁止し、障害者にも雇用の機会均等を提供し、雇用の際に障害を理由とした差別を禁止している。有資格障害者が雇用請求したとき、雇用主が障害の故に採用しないとするならば差別であるとされることから訴訟の問題が生ずる。雇用機会均等委員会（EEOC）がこうした苦情を処理する機関として機能を果たすことになる。

第2章は公共サービスの問題を扱っている。

教育、医療、雇用、住宅などのすべての公的サービス部門において有資格障害者に対する差別の禁止をうたっている。スロープ、エレベータ、トイレなどの設置により公的機関によって行われる公的な輸送サービスにおける差別の禁止や、電話、水飲み場などを設置し、すべての交通関係施設を利用可能にすることが盛り込まれている。また、手話通訳のサービスも取り上げられている。

第3章は私的団体によって運営される公共施設およびサービスに言及している。ここでは、商品、サービス、施設などにおける障害故の差別の禁止や、ホテル、レストランなどの私的団体による公共施設、図書館、幼・小・中・高・大学などの教育施設、通園センターや高齢者センターなどの社会サービスセンターが対象となっている。

第4章は、電気通信を扱っており、聴覚障害者と障害をもたない人との間の電話リレーサービスの実施を求めている。

第5章は一般的諸規定にふれている。

以上のように、雇用、生活環境、コミュニケーション問題が骨格となっている。

なお、聴覚障害関係ではADAに先だって、字幕デコーダー法がすでに制定されており、国産品および輸入品にかかわらず、テレビに字幕デコーダーが内蔵されていないとアメリカ国内では販売できないことになっている。

## 3. ADAの対象

アメリカでは4,300万人が何らかの障害をもっているといわれている。この法律を定めるにあたって障害者の定義をめぐって数多くの議論がなされたが、最終的には次のようである。

「障害」という用語は、個人に関しては、「(A)その個人の主要な生活活動の1つまたは2つ以上を実質的に制限する身体的または精神的障害、(B)その障害の記録、または、(C)かかる障害をもつとみなされていること」を意味している。Aに関して状態や症状を特定したものをすべて列挙するのは困難であるとしながら

も、次のようなものを含むとされている。すなわち、整形外科的問題、視覚的問題、話したことばと聴覚障害、脳性まひ、てんかん、筋萎縮症、多発性硬化症、がん、心臓病、糖尿病、精神遅滞、情緒的疾患、特別な学習障害、エイズ、結核、麻酔薬常用者、アルコール中毒などである。

障害者の定義をめぐる議論の中で除外された対象もあった。たとえば、薬物不法使用者、服装倒錯者、同性愛者、両性愛者、性転換者、露出症、のぞき、強迫概念にもとづくギャンブル癖、盗癖者、放火狂などである。

#### 4. 施工日程

A D Aを完全に遂行するには多くの時間と経費を要し、西暦2020年に完成することを目標に取り組んでいる国家的長期計画である。ここでは、主要なものをまとめてみる。実際には今、はじまったばかりであり、施設の改善を必要と

するものは多額の経費を必要とするので暫定期間が置かれており、今後の経済状況との絡みも生まれてこよう。

#### 5. 聴覚障害関係におけるA D Aへの取り組み

今回の法律制定にあたり、強力なリーダーシップを発揮した多くの有力な議員がいる。中でもトム・ハーキン民主党上院議員は、特筆される。トム・ハーキン氏には聴覚障害の兄があり、この運動を進めていくうえで障害者団体と深くかかわりをもっていた。聴覚障害者のみを対象にした教養系の大学として世界で唯一のギャローデット大学は、聴覚障害関係におけるA D Aのキャンペーンには積極的な取り組みを見せた。また、各団体も支援した。以下、具体例を述べる。

啓蒙活動としてギャローデット大学がA D Aに関するセミナーを全米各地で9カ月間開催し

1990年8月25日	第2章 新規に購入するバスと鉄道 第3章 指定公共輸送サービスや路上バス
1992年1月26日	第2章 固定路線システムを運行する公共団体 第2章 車いす使用者 第3章 公共施設 第3章 既存の施設に対する物理的障壁 第3章 既存の施設
1992年7月26日	第1章 25人以上の事業所
1993年7月26日	第2章 既存の主要な駅 第3章 新規の施設 第4章 24時間態勢の電話リレーサービス
1994年7月26日	第1章 15人以上の事業所
1995年7月26日	第2章 列車全体のうち1車両 第2章 アムトラックの車両全体のうち半分
1996年7月26日	第3章 大企業経営の新規の路線バス
1997年7月26日	第3章 小企業経営の新規の路線バス
2000年7月26日	第2章 アムトラックの車両全体
2010年7月26日	第2章 通勤電車主体の主要な駅 第2章 アムトラックの駅
2020年7月26日	第2章 快速電車主体の主要な駅（経費が高いもの）

た。難聴者自立協会が、「聴覚障害者と職場－事業主がADAに対応するための手引き－」やADAの解説ビデオを作成した。

雇用面でいえば、ギャローデット大学の副学長に全米聾啞連盟会長のローゼン・ロスリンさんが1993年7月8日付で着任した。また、州立聾学校の校長に聴覚障害者がここ2、3年で20数名就任した。これは、有資格障害者の発令の例とデフパワーといわれるものが重なりあっていると思われる。

公共施設面では米聾工科大学(NTID)における学生自治会の要求運動が良い例である。ADA制定から半年後の1990年12月のことである。NTIDは、健聴を対象としたロchester工科大学(RIT)の一学部であるが、統合教育を達成していくのに、現状では不備だと学生自治会が大学当局に抗議し、健聴者にアピールする学内デモなどを行った。その結果、RITキャンパス内にTDDを設置したり、学生寮に緊急アラームを取り付けるなどの改善が見られた。

現在、電話リレーサービスはすべての州で実施されている。健聴者や聴覚障害者にかかわらず、電話利用者に対して毎月25セントが基本料金に加算されることになっている。こうしたことを利用したのは電話器であるTDDを各メーカーが競って利用しやすく、安いものを開発したことによる。

## 6. 告訴の実状の一端

ADAに違反した場合、罰則規定が適用される。1993年5月30日現在での様子を述べる。

雇用機会均等委員会(EEOC)では第1章(25人以上の事業所が対象)に関する告訴を9,946件扱った。このうち48%が「差別による

解雇」、26%が「適切な便宜」に関するものであった。

司法省では第2章(1992年1月26日から施行)に関する告訴を1,403件受けた。このうち664件を司法省が、739件を他の連邦機関が調査中である。また、第3章(1992年1月26日から施行)に関する告訴を1,093件受けた。

## 7. おわりに

現在、アメリカは、巨額の財政赤字に悩ませられている。制定当時、ブッシュ大統領が「障害者の自立がないままの状態であったなら、連邦政府、州、地方自治体、そして民間への資金援助は、年に2,000億ドルにものぼります。しかし、障害者に自立の機会が与えられたなら、彼らは、積極的にアメリカの経済活動の本流に加わっていくことでしょう。これがまさにこの法律のねらいとするところなのです」という署名式の演説に集約されるように法案の背後に経済的論理も見え隠れしている。しかし、1973年のリハビリテーション法が制定されたにもかかわらず、障害者は、社会の本流から除外され、隔離、保護される存在として社会生活のさまざまな領域において差別化された偏見に直面してきた。そして、障害者が所有する潜在能力ではなく、「失われた能力」で評価され、「依存」の状態を余儀なくされてきた。障害者自身が世論を形成し、全国規模で展開している自立生活運動、政策決定への参加、地道な政治活動が効を奏したもので、ADAは、アメリカの障害者にとって金字塔ともいえるものである。

ADA制定後間もないために、この法案の効果を結論づけるのは時期尚早であろう。今後の実施状況を見守りたい。

＜国際リポート＞

## イギリスのコミュニティケア法と障害高齢者

田 端 光 美

(日本女子大学)

### 1. コミュニティケア法の制定

1970年代から「施設から地域へ」の政策を開してきたイギリスのコミュニティケア政策については、すでに多くの研究が紹介されているが、1986年に発表された政府監査委員会報告はきわめて重要な意味をもつものであった。すなわち、コミュニティケアが供給多元化とサービス供給量の増大にもかかわらず、必ずしも利用者にとって円滑に、しかも効果的サービスとなっていないという厳しい指摘であり、これに対してサッチャー首相はグリフィス委員会に検討を要請した。政府の積極的対応を求めるグリフィス報告に対するサッチャーの抵抗は大きかったものの、ようやく政府白書「人々のケア—Caring for People」が発表されるに至った。

この中で政府はサービスの提供に際して地方自治体が利用者および介護者を最大限に巻き込む、選択を増加する、柔軟にニーズに対応することを推進し、サービスの実施体制の改革、複雑なニーズへの対応、保健と福祉の連携を強化することを目標とすることを強調した。そして、1990年「国民保健とコミュニティケア法」(National Health Service and Community Care Act 1990)、略称「コミュニティケア法」が成立されたのである。

### 2. 1993年4月までの準備過程

同法によるコミュニティケアの改革を実施するにあたり、各地方自治体は1993年4月までにまず次のような体制の整備が求められた。

それは民間サービスの活用を含め、利用者の

人権をいかに保護するかにもかかわることである。

①1991年4月まで

- ・利用者の苦情申し立て手続きの整備
- ・インスペクションユニット<sup>1)</sup>の設置
- ・精神障害者と薬物、アルコール誤用者ケアに対する特別補助金拠出

②1992年4月まで

- ・コミュニティケア・プランを地区保健局及び家庭保健サービス部と共同で計画、あるいは保健関係部局の承認のもとで公表

③1993年4月まで

- ・すべての人々（高齢者、身体障害者、知的障害者、精神障害者、HIV保持者）に対するアセスメント手続きの整備
- ・必要財源を地方自治体に委譲

本年9月に訪問調査したイングランドの4自治体の状況をみると、とくに障害のある成人、高齢者に対するケアマネジメント<sup>2)</sup>が重視されている。

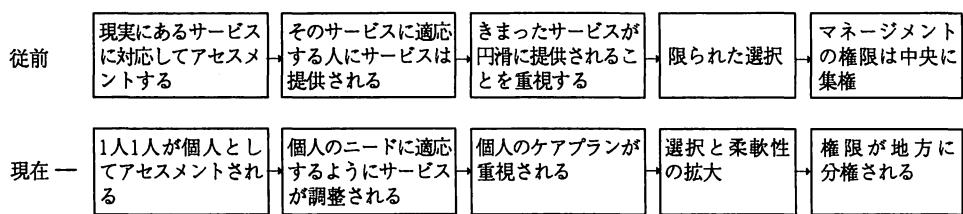
(注) 1)民間施設の質に関するチェック部門

2)従来ケースマネジメントの表現を用いていたが、政府はより適切な用語としてケアマネジメントに統一

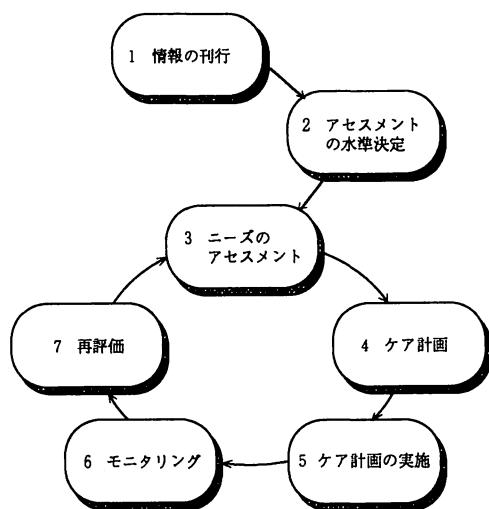
### 3. 新しいコミュニティケアの考え方とケアマネジメント

過去20年以上にわたるコミュニティケア・サービスと最近の考え方を対照すると<図1>のとおりである。ここでとくに強調されることは効果的サービスの発展であり、また利用者一

<図1> コミュニティケアの従前と現在



<図2> ケアマネジメントの構図



人ひとりにとって「継ぎ目のないサービス」(Seamless Service) の提供である。それはとくに長期ケアを必要とする人々に漫然とサービスが提供されればよいのではないことが警告されている。

このようなコミュニティケア・サービスにとくに重要なのはケアマネジメントのシステムであり、アセスメントである。政府指針にみるその構図は<図2>に示すとおりであるが、①情報の刊行はどのようなニーズに対してどのような援助がなされるかを明らかにする。②アセスメントの水準は各自治体の資源、専門機関やスタッフの状況などにかかわり、そのレベルを

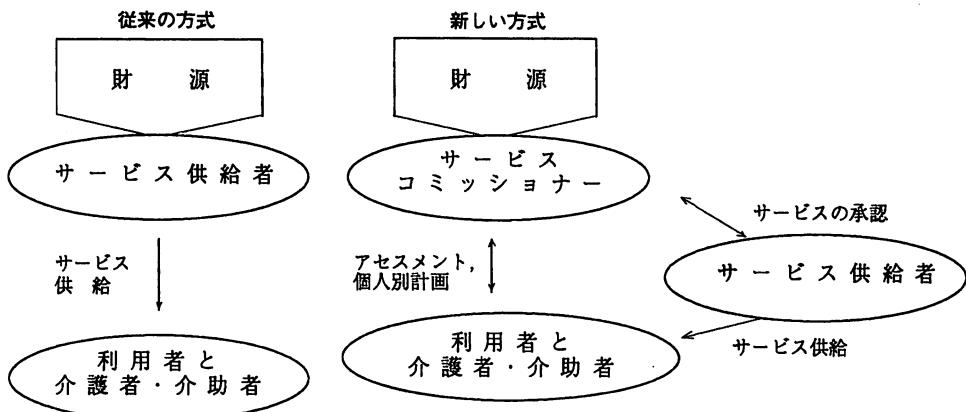
決定する。③は個別ニーズに対する望ましい結果という観点から決定する。④はそれに対するケア計画で、公・民・私・コミュニティの資源から個別に選択し、組み合わせの計画である。その際、利用者の選択によって計画を作成する。⑤ケア計画の実施は財源、資源の開発、ケア提供者とのコーディネートである。援助者の責任は財源をもつ機関のレベルによって相違するのが実情といわれる。⑥ケアの実施結果、さらに状況変化があるので継続的にモニターする。⑦提供したサービスが適切か、サービスが利用者の生活の質の改善に効果的かなど、ケア計画の進展を一定の間隔で再評価し、必要に応じて③のニーズ・アセスメントにつなぐという、いわば循環システムである。

#### 4. サービスの運営

さて利用者にとって、サービスの提供がどのように行われるかは、とりわけ障害をもつ人々にとって大きな関心事である。ちなみに我が国では法による措置以外のサービスについては、民間あるいは市場サービスの利用は利用者自身が手配しなければならない。ここで報告するイギリスの場合は、あくまでも地方自治体社会サービス部の責任でケアマネジメントを実施するシステムであり、したがってその対象者が民間、あるいは市場サービスの利用が必要な場合には、自治体がそれを購入する方式をとる。

<図3>に示したように新しい方式ではケア計画は『サービスコミッショナー』における承

<図3>



認があって、必要なサービスが公・民・私の供給者によって供給される。準備過程に示された財源の委譲は、民間サービスを行政が購入して、サービスを必要とする人に供給する財源でもあることは、コミュニティケア法の制定までにも多くの論議があった点であるが、施設ケアと異なってコミュニティでの生活には、つねに予想される状況変化に対応しうる体制と緊急にサービスを提供できる権限をマネージャーが保持することは、必須の要件であるといえよう。

## 5. 生活の質とリハビリテーション

たとえ長期ケアのニーズをもつ障害者でも施設ケアからコミュニティケアを望ましいとする原理はあらためていうまでもない。しかし、従来はそのサービスが単に処遇の質・量の問題だけではなく、サービス利用者側の原理にサービスの原則が一致していなかったところに問題がある。

そのために何よりも障害をもつ人々にとっては、コミュニティにおいて保健と福祉が連携されてこそ、適切なケアであることはいうまでもない。<図4>はある自治体が具体的なニーズに対するヘルスケアとソーシャルケアの役割を示したものである。ここに示されたように多くのサービスは両者いずれも担い得るサービスであり、適切な運営は各地方自治体の責任によって

計画しうると考えられる。

しかし、サービスを利用する障害者にとっては、ニーズアセスメントの後に障害者自身の選択したライフスタイルの質がいかに改善、あるいは保持されるかに意味がある。したがって障害者自身が個人として尊厳が保たれ、可能な限り自ら選択したライフスタイルをコントロールできること、そのために個別のニーズやコミュニティの供給についてもっとも望ましいものが彼らからも表明されなければならないのである。

そして、サービスの原則としてはあらためて次のことが確認された。

第1に彼あるいは彼女自身がコミュニティの一員であること。第2にコミュニティへの参加。第3は選択の保障。第4は生活力が高められること。第5は人間としての尊厳が維持されること。第6はサービス利用者と介護者にパートナーシップの関係が維持されることである。このような原則が達成されるために、サービス資源の存在委譲に作業療法士の援助機能を重視するイギリスでは、訓練機関やデイケアなどの施設だけでなく、地方自治体社会サービス部のフィールドワーク・チームにも作業療法士を配置し、在宅障害者のアセスメントやケア計画に活動している場合が少なくない。

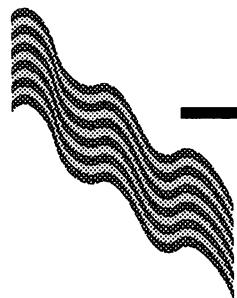
(注) 図1～4はいずれもイギリス保健省資料による。

<図4> ヘルスケアとソーシャルケアの役割

課題	ヘルスケア	両方	ソーシャルケア
家庭管理		○	
通常の洗濯 失禁者の洗濯 失禁への対応	○	○	
機能障害者への補装用具 家庭用補装用具		○	○
食事の準備 摂食のリハビリテーション	○		○
洗面、着脱衣 入浴介助 リフティング： ベッドから室内便器 浴槽		○ ○ ○	
移動介助 動作訓練		○	○
受療管理： 薬 注射 傷の手当て	○	○	
カウンセリング： 健康管理 社会機能 死別	○	○	○
知的障害： 診断 行動をマネージする ケアと支援	○	○	○
精神衛生： 改善 治療 リハビリテーション 社会的支援	○	○ ○	○
薬物／アルコール濫用(misuse)： カウンセリング		○	
H I V / A I D S： 治療 リハビリテーション 社会的支援	○	○	○

分科会

---



---

## 第一分科会「重度障害者」まとめ

# 重度障害者の地域生活の質を問う

座長 伊 藤 利 之

(横浜市総合リハビリテーションセンター  
障害者更生相談所)

重度障害者が住み慣れた地域・在宅で、その一生を家族とともに生活することは並大抵のことではない。そこには多くの援助が必要であり、質の高いリハビリテーション・サービスが求められている。とりわけ、障害の重度性にかかわらず必要なのは社会参加の機会であり、重症心身障害者に対する通所による施設ケアは、ノーマライゼーションの視点からも期待されるところである。また、そのためにも彼らの屋外アクセスを保障することは必須の条件であり、その物理的・経済的問題の解決は、障害者の社会参加を促進する重要な要件といえよう。

そこで今回は、横浜で重症心身障害者の通所ケアに取り組んでいる精神薄弱者更生施設「朋」の活動と、同じく横浜市の住宅環境整備事業の活動を紹介、重度障害者に対するリハビリテーション・サービスの質的課題について検討した。

日浦氏の「朋」における8年間の活動報告によれば、障害者本人としては、(1)健康の維持、(2)生活体験の増加、(3)情緒の発達と自信が身についた、などの成果が得られた。また家族や職員についても、ゆとりの回復、人への信頼など、多くの価値ある成果が得られ、今や、「朋」は地域の中で福祉や医療の拠点になっているとのことであった。これらの成果は、まったく言葉を話すことのできない重度の障害者に対しても、人と人とのふれあいが重要で、その働きかけによっては相互に大きな成果が得られるこことを証

明したものといえよう。とりわけ、地域における福祉拠点としての施設の役割は、今後の地域ケアを展望するうえで極めて示唆的な要件であると思われた。

一方、総合リハビリテーションセンターが中核になって実施している横浜市の住宅環境整備事業は、多くの重度障害者のADLと屋外アクセスを介助者1人だけで可能にしており、在宅生活におけるゆとりの確保と社会参加を促進し得た。しかし渡邊氏の報告によれば、これらの経済的・技術的なサービスはあくまでも家族を中心とした精神的に安定した介護力のあることが前提であり、家族機能の崩壊は地域ケアの土台を覆す基本的な問題である。すなわち、リハビリテーション・サービスの質は、受け手側(ユーザー)の精神的な条件によっても大きく左右されるものだといえよう。

さらに、リハビリテーション・サービスの質の問題を問う場合、サービス内容やそれを提供するシステムだけでなく、サービス提供者の人権意識の希薄さも問題にしなければならない(会場からの意見)。この点はわれわれサービス提供者にとって種々反省しなければならない課題である。しかし、今すぐには答えを出すことのできない永遠のテーマでもあり、インフォームド・コンセントの徹底をはかるとともに、対象者との間に一定の心の距離をおいて付き合うことの大切さが強調されるにとどまった。

## 重度障害者の働く生活へのサービスの質

座長 池田 勇

(障害者職業総合センター)

客観的にはかなり重度の身体的障害があっても就労機会が広くなっている人がある一方で、障害そのものはさほど重度と見えなくとも就労機会が非常に狭い人がいるというように、働く生活との関係で考えると、どういう人を重度障害者といえるかの認識や範囲は、職業的サービスの広がりと社会通念の水準などの進展状況によって異なるという側面がある。今回の分科会では、(1)障害の種類を問わずに、障害が重度であるために一般雇用が難しい人たちに対して法定外のサービスとして就労の場を提供してきている共同作業所の立場から、また、(2)雇用促進の制度、方策の面で立ち遅れていたという意味で重度障害者といえる精神障害者の職業的問題の立場から、2の方にサービスの実情、課題意識を踏まえたサービスの質を問うための話題提起をお願いした。

共同作業所の利用者は、1970年代に知的障害をもつ人が主であったものが、同年代後半は脳性まひ中心となり、1980年代になって精神分裂病後の精神障害が増え、最近では脳卒中、アルコール中毒、てんかん、自閉症、難病、重複障害が目立ってきているという。演者が指摘するように、このすう勢は、共同作業所の数の急増傾向とともに、その時々の制度化されたサービスの質を象徴する現象といえる。他方、重度障害者に対して制度によらずにサービスの提供をするのは大変な努力を要することと思われるが、

これを通じて、個々人での成果だけでなく、二次的障害への対処には医療関係者との共同作業が必要であるというような、サービスのあり方を探るという成果をもあげている。

精神障害者に対する福祉、職業的なサービスの制度化は、身体障害者、精神薄弱者に対するものに比してずっと遅れていたが、最近徐々に制度化の傾向も見られ、それと並行して働く問題へのサービスの質が深まってきている段階といえるようである。この深まりにつれて、長い間、精神障害者の職業的サービスを医療関係者だけが担ってきたという偏りのために、関係者間の理念、概念の統合が欠けるという問題点が顕在化してきており、今後このサービスをもっと進めるためには、医療、福祉、職業関係領域の人々が共通点を持つことの重要性が指摘された。

討論の中では2つのポイントがあげられる。ひとつは内面的なことの重要性で、重度の障害者にとって働くことは苦役になるのではないかという考え方もあるが、過度の負担は避けなければならないとしても、精神的自立にとって大きな意味があるという点が強調された。

もうひとつは、サービスの質には職員の質も重要で、一定の水準と配慮をもって処遇に当たること、人権への配慮が専門職だからこそ留意しなければならないことが指摘された。

## 重度の障害をもつ人の地域生活

日 浦 美智江

(社会福祉法人 訪問の家「朋」)

### はじめに

かねてから私は地域リハビリテーションという言葉の意味を私の考える地域福祉と重ねて解釈してきた。すなわち両者は障害をもった人たちが地域で普通に生きていくためのハード、ソフト両面の条件を整えていくことを目標とするプロセスだと考えるからである。人は誰でも一市民として社会の中で、その人が担える役割を持ちながら生きていくことを幸せというのだと思う。朋は重い障害をもつ青年たちのデイ・アクティビティの場である。学校教育が、そして青年期のデイ・アクティビティの場が重度の障害をもつ人たちの生活にもたらした生活の質の変化を手短かに述べてみたい。

### 1. 学校教育の場で

1972年、全員就学制度に先立つこと7年、横浜市ではどんなに重い障害をもった子供たちにも学校教育の機会を与えるべく横浜市立中村小学校の中に訪問学級を設置した。これはそれまで3年間行われていた、教員の家庭訪問による1対1の教育に、教育としての限界を感じ、グループダイナミックスを利用した指導を試みたいたと考えたからであった。それまで家庭から出て多くの人とのかかわりを体験していない子供たちを学校という場に出すことは大きな勇気がいることであった。しかし、その教育の場で重症心身障害児と呼ばれる子供たちは思いがけない力を見せていった。

学校生活というリズムのある生活と、母親への養育者としての自覚を促し知識と技術を伝えるかかわりは、我が子の養育に自信をつけ、子供たちの健康を守り、それを向上させていった。

多くの人たちとの出会い、教師の一人の人格をもった人としてのかかわり、さまざまな新しい体験は子供たちの情緒の発達を促し、それぞれの思いを表現する力も表情や声、手足の動きも日々多様に、活発になっていった。

一方それまで個々ばらばらに孤立して生活していた家族、わけても母親は仲間に巡り会い、それぞれの思いを語り合う中で、お互いによい相談相手となり、母親学級はピアカウンセリングの場として家族の大きな支えとなった。こうした仲間の誕生は、母親の気持ちの緊張を解き、ゆとりを生み、連帯感が生じる中でそれまでの孤独から解放され、他人への信頼を回復する力を生んだ。

### 2. 朋の誕生

学校生活はいくら有意義で楽しいものであっても有限である。重い障害をもつ子供たちにとって先の生活につながらない卒業式は心から「おめでとう」といえるものではなかった。学校生活で得たものを生かせる場、さらに発展させていく場が必要であった。具体的には、

<本人にとって>

- ・意義ある学校生活（有限）の継続として
- ・自分自身の力を試す場として

- ・青年期の生活体験の場として
  - ・健康管理の場として
  - ・生活の柱作りの場として－生きがいの発見と構成
  - ・人生の終焉をつくる場として
- <家族にとって>
- ・家族の伴走者としての存在
  - ・駆け込み寺としての存在－緊急対応・相談
- これらのこととを充足させることを願って通所施設朋は誕生した。

### 3. 朋の理念

「どんなに障害が重くとも、一人の人間、一市民として、社会の中でふつうに暮していく努力をしたい、そのチャンスを作りたい」日々こう思いながら朋は活動を続けている。朋では、あくまでも活動のイニシアチブをとるのは本人自身であり、医療スタッフもその健康をサポートする役であり、直接かかわるスタッフも青年たちの思いの実現の援助を行う役であると考え、スタッフ間のチームワークを大切にし個々の生活の柱となる社会参加プログラムを作る努力をしている。

### 4. 朋の目標

重い障害をもった人たちのデイ・アクティビティの場として個々のプログラムとは別に朋全体の目標として次のように考えている。わけても地域の中で果たしていく役割は非常に大きく、地域社会へはたらきかけていく朋の青年たちのもつ力の大きさを、私たちスタッフが改めて認識させられている。

1. 施設は「特別な人が集まり、そこに奇麗な人がかかわっている」という社会一般のイメージの払拭
2. メンバー一人ひとりの社会参加のメニューづくりとその橋渡し
3. 母親の社会参加への場の提供と協力
4. 住みよい地域づくりへの参加
  - ・地域行事への協力・参加
  - ・施設の地域解放

- ・ボランティア活動への協力・参加
- ・相談窓口

### 5. 8年間で得たもの

朋も開所して8年が経過しようとしている。かつて医療に守られ静かにベッドの中で生活をするか、家庭で生活することがふさわしいとされた重症心身障害児・者と呼ばれた人たちが、家族の愛と医療にサポートされ活動する場を与えてられることで思いがけない心身の発達成長の姿を見てくれた。もちろん、障害が重ければ重いほど、身体状況の悪化も早い。命を大切にすることと、生きることを大切にすることは違う。しかし生きることを大切にすることは、命を大切にしてはじめて可能になる。生きることを大切にするために命が大切であることに細心の注意を払いながら、青年たちのチャレンジに付き合っていきたいと考えている。

この8年間で得たものを簡単に整理してみたい。

#### メンバー（本人）

- ・健康の維持
- ・生活体験の増加
- ・情緒の発達と自己表現手段の獲得
- ・生きることへの意欲と自信

#### 家族

- ・ゆとりの回復
- ・仲間－ピアカウンセリング
- ・周りの人への信頼
- ・我が子との別れへの準備－子供の自立へ向けてターミナルケア
- ・社会貢献

#### 地域

- ・ふれあいの場
- ・目に心に慣れる－特別な人ではなく
- ・生きることを考える機会

#### 職員

- ・人間のもつあらゆる可能性の再確認
- ・人間の善なるものへの信頼（特に家族とボランティアの方々との関係の中で）
- ・無心の強さの再認識

- ・最も近い存在としての誇りと喜び

### おわりに

「熱があるから休もうというと急に不機嫌になるのですよ」という母親の言葉に「そんなに朋がいいの?」と問うとニコッと笑顔を見せる朋のメンバー。そんな時、朋を作つて良かったという思いでいっぱいになる。本人の力を十分に発揮できる条件を整えないで、あれもだめ、これもだめと周りで決めてしまうことはしたく

ない。障害をもつ人たちの自己実現は容易ではない。本人の努力に加え、周りの援助が不可欠となる。そしてそれは両者にとって決して簡単にできることではない。今障害の重い人たちの地域生活を考えるとき、デイを支えるナイトの生活をどう連携させるかは最も大きな課題だといえる。朋もこの課題と懸命に取り組んでいる最中である。しかしどんなに課題が大きくても互いに同じ人間であることに支えられながら、共に生きる道を探し続け、歩き続けたい。

---

### 第一分科会「重度障害者」

## 在宅障害者の生活環境支援の立場から

渡 邊 慎 一

(横浜市総合リハビリテーションセンター)

### 1. はじめに

横浜市では昭和62年より、横浜市総合リハビリテーション（以下リハと略す）センターを拠点とした在宅重度障害者に対する訪問リハ・サービスを実施している。当市の特徴としては、総合リハ・センターを中心施設とし、既存の保健所、福祉事務所、医療機関などの業務を技術的に援助するとともに、地域リハのシステム化を図っていること、また、在宅障害者の生活を支援するうえで効果的な住宅改造や福祉用具交付事業の整備を推進していることなどである。

今回は、我々が実施している生活環境支援の内容を、症例を通して紹介する。

### 2. 症例 1

#### (1) 現病歴

56歳男性、妻と会社員の娘と同居。平成元

年4月から発語が不明瞭になり職場の同僚から電話の声が聞き取りにくいと指摘された。その後、球麻痺とともに上下肢麻痺が進行し、大学病院にて筋萎縮性側索硬化症（以下、ALSと略す）と診断された。翌年9月には発語困難、屋内伝い歩きとなり、会社は休職となった。平成2年12月に誤嚥による肺炎を起こし、大学病院で3週間の入院治療を受けた。これを契機に経管栄養、ベッド上生活となりADLは全介助で夜間2～3時間おきの体位変換が必要となった。介護者である妻は専業主婦で介護に熱心であった。

#### (2) 把握経路

退院後（平成3年1月）、福祉事務所に対して妻よりホームヘルパーの派遣と入浴サービスの依頼があり、担当ケースワーカーがニーズを把握した。保健所の保健婦との連携に

より、月6回訪問看護婦を派遣、週2回ホームヘルパーを派遣、清拭や体位変換などの保健衛生的管理、主たる介護者である妻への家事援助が行われた。しかし、何とか可能であった指文字が上肢麻痺の進行により読みとりにくくなり、看護婦、ヘルパーなどの介護者との意志伝達が困難になったため、担当保健婦より当センター地域サービス室に、訪問によるリハ・サービスの依頼があった。

#### (3) リハビリテーション計画

平成3年6月にリハ・チームにより評価訪問が実施された。体位変換や吸引などの身の回りの介護に関する応答は、わずかな表情の変化により何とか行われていたが、日常的なコミュニケーションは全くとれていなかった。

評価訪問後のカンファレンスで、在宅生活維持のためのリハビリテーション計画が検討された。訪問看護婦による保健衛生管理の継続実施、介護援助のためヘルパー派遣頻度の増加（週2回→週5回）、また作業療法士とリハ工学技師による訪問活動を行い、コミュニケーション機器導入による実用的コミュニケーション手段の確立を図ることとした。これにあたっては作業療法士がコーディネーターとなり、訪問看護婦、ヘルパー、福祉事務所のケースワーカーと連携をとりつつ実施することとした。また、医学的管理を受けている主治医との連携は、保健所の保健婦が担うことが確認された。

#### (4) 結果

評価訪問直後より、作業療法士とリハ工学技師による訪問サービスを開始した。体位変換による姿勢の変化に対応し、睡眠時間以外は常時使用できること、顔面筋群の筋力がゼロであることから、手指屈筋のわずかな動きを力源とした操作スイッチを製作・使用し実用に至った。これは光電センサーを熱可塑性のスプリント剤で固定し、環境制御装置を介して市販のコミュニケーションエイドを操作するものである。

これにより本人がつくった文章がテレビ画

面に映し出され、介護者との意志疎通がスムーズになり、加えて冗談を伝えるなどなごやかな会話が可能となった。また、環境制御装置を介して呼びベルやテレビの操作が可能となり、生活に広がりが持てた（その後5カ月で死亡）。

本症例は、家族の暖かい愛情に支えられた生活の中で、本人および介護者がともに意志疎通を図りたいという希望があったため、コミュニケーション機器および環境制御装置の導入がスムーズに行えたといえる。これらの機器の導入で介護者との日常的な会話や、テレビの操作が自由に可能となり生活の質は著しく向上した。

### 3. 症例2

#### (1) 現病歴

73歳男性、妻65歳（無職）と2人暮らし。持ち家。平成元年5月、頭部外傷にて四肢不全麻痺となったが、独歩可能で家屋内の日常生活は何とか自立していた。平成2年12月、脳梗塞発症により右片麻痺、平衡機能障害が増強し、車いす生活となり、生活に対する意欲も低下した。介護者である妻は介護に熱心であるが、肝硬変のため疲労しやすく、浴槽への移乗などを必要とする介助は困難であった。なお、経済状況は年金生活で金銭的余裕はない。

#### (2) 把握経路

退院時（平成3年9月）、身体障害者手帳の申請とともにベッド導入の希望があり、福祉事務所担当ケースワーカーが把握し、保健所の保健婦が担当ケースワーカーと連携を取りつつ訪問を開始した。生活状況を捕らえる中で、週1回の老人ホームのデイケア・サービス利用となった。その後、半年が経過し在宅生活がある程度安定し、自宅の浴室を利用して入浴したい、妻1人の介助で車いすで外出できるようにしたいという希望が本人および妻よりあったため、担当保健婦より当センター地域サービス室に、訪問によるリハ・サ

ービス利用の依頼があった。

### (3) 評価訪問時の状況とリハビリテーション計画

平成4年4月にリハ・チームによる評価訪問が実施された。両側上下肢の運動・感覚麻痺の程度は軽いものの、平衡機能障害のため立位は不安定で、自力歩行は不能であった。精神状態に異常は認められず、コミュニケーションも良好であった。日常生活の状況は、自発性が乏しく日中はリビングにて車いす座位で過ごしていた。トイレや食堂などへの移動は、間口の狭さや、段差などから車いすで自立できず、伝い歩きとの併用で監視が必要であった。入浴は週1回、老人ホームの施設入浴を利用しておらず、その他の日は妻が清拭を行っていた。その他、食事・整容・更衣・排泄は妻による準備程度の介助が必要であった。自宅は坂の途中の角地であり、玄関から公道まで10段程度の急な階段がある。そのため屋外へ出ることは困難で、実際にデイケアに通うのも職員3人の介助で移送を行っており、妻1人の介助では日常的に外出することは不可能な状況であった。

評価訪問後のカンファレンスで、在宅生活を維持するとともに生活の質的向上を図るためにリハビリテーション計画が検討された。その結果、具体的な目標を、屋内の移動は車いすで自立、妻1人の介助で浴室での入浴を可能にする、外出も妻1人の介助で可能にすることの3点におき、作業療法士および建築士が継続的に訪問し、その実現のために必要なサービスを提供することとした。

### (4) 結果

車いすで屋内移動を自立するために室間（寝室・廊下・台所）の段差解消をすり付け板で行い、またトイレの戸を交換し間口を広げ、トイレ床面をかさ上げすることで段差を解消し、車いすから便器に安全に乗り移りを可能にした。

入浴については、多目的介功用車いすの導入とともにすのこ等による段差解消により、

妻1人の介助で安全にシャワー浴が可能となった。外出方法については建築士との検討の結果、台所と坂道の間に駐車スペースがあり、台所は最も屋外と高低差が少ないとから、壁の一部を取り壊して廊下と引き戸の出入り口を増築し段差解消機を、またその出入口から公道まではスロープを設けた。これにより、妻1人の介助で屋外へのアクセスが可能となった。これらの住宅改造や段差解消機の設置は横浜市の住環境整備事業を利用し、金銭的負担はなかった。6ヵ月後の訪問時（フォローアップ）には、屋内移動は車いすで自立し、外出はデイケアに限らず、晴天時はほとんど毎日のように散歩で出て、近所の方との交流が活発になり、妻も「何事も積極的に行うようになった」と喜んでいた。

段差解消などによる屋内の環境整備で日常生活の自立度が向上し、行えなかった自宅での入浴が可能になった。また日常的な外出が獲得されたことで、生活の質的向上が得られた症例である。

## 4. 横浜市における在宅障害者の生活環境整備

### (1) システム、チームアプローチ

在宅障害者の生活を支援するには、保健・医療・福祉各分野のサービスを適切にかつ効率的に提供することが必要である。このため横浜市では、症例を通じて紹介したように、横浜市総合リハビリテーションセンターを中心とするチームアプローチを展開している。以下にそのシステムを紹介する。対象者は保健所の訪問看護事業で訪問しているものや、福祉事務所に車いす給付や家屋改造などの指導依頼があったもの、また医療機関から退院後の在宅ケアの依頼があったものである。保健所の保健婦、福祉事務所のケースワーカーなどの担当者とともに、リハビリテーションセンターの医師・作業療法士・理学療法士などのリハビリテーション専門職が合同でチームを形成し、対象者宅を訪問して身体機能や介護者の状況・家屋状況などを評価する。訪

問後、カンファレンスを開催し、在宅生活を継続するために必要なリハビリテーション計画を立案し、処遇方針を決定する。それに基づいてチームメンバーは各機関の責任のもとに役割を分担し、協力してサービスを提供する。年間の対象者数は約600件で、脳血管障害における片麻痺者が約6割を占めている。このうち、作業療法士・理学療法士の継続派遣対象者数は約300件（5～6割）である。

次に、訪問リハビリテーションサービスを実施した後のフォローアップ調査の結果から、サービス内容とその効果について紹介する。

## (2) 訪問によるリハビリテーション・サービス内容と効果

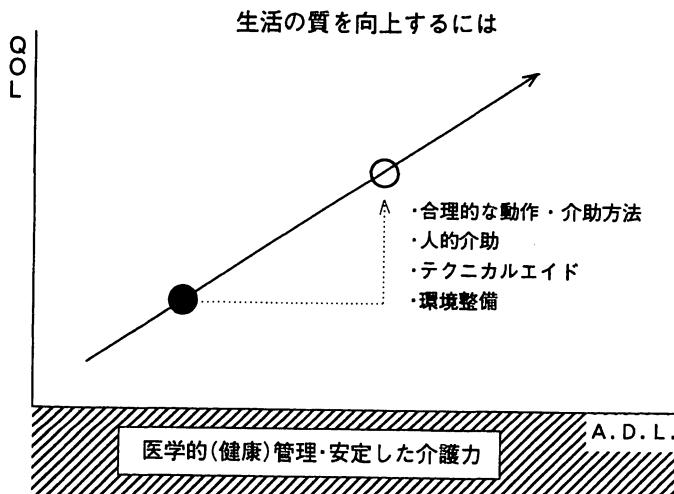
フォローアップ対象者は、平成3年度に当センター作業療法士、理学療法士による継続的訪問サービスを行った141例である。訪問終了後、平均4.7月経過した時点で訪問によるフォローアップ調査を実施した。サービスの内容は、ADL全般にわたっているが、特に指導件数が多い項目は介護負担の大きい「入浴動作」72件（51.1%）、「屋外へのアクセス」44件（31.2%）、また介護頻度の高い「排泄動作」40件（28.4%）、身体機能の維持や健康の維持増進を目的とした機能維持訓練45件であった。具体的には、各項目の動作や介護負担の軽減を図るために、動作指導

や介助方法指導にとどまらず、補装具の交付や家屋環境などの整備を行った。内訳は、住宅改造62例（44.0%）、福祉用具の交付53例（37.6%）、装具の交付が76例（53.9%）であった。

フォローアップ調査時における指導内容の実施状況は「指導通りに行っている」ものが141例中117例（83%）と良好な定着度を示していた。特に、家屋環境の整備や福祉用具の利用と結びついた入浴（90.3%）、排泄（97.5%）、屋外アクセス（90.9%）といったADL項目の定着率は高く、サービス内容についてはほぼ全例が満足されていた。各種の指導や環境整備の結果、入浴や屋外アクセスの介助に要する介護者の人数は平均1.2人、その他のADL項目は平均1.0人であった。また、こうした介護者が得られず、新たにヘルパーなどの人的援助制度を利用したものが23例、改造に際して経済的な法的制度を利用したものが58例であった。このように、総合的なチームアプローチによるサービスの効果は明らかであった。

## 4. まとめ

重度障害者の在宅生活は、(1)対象者の医学的（健康）管理がなされていること、また、(2)人手があるといった物理的な介護力があるだけで



なく、精神的に余裕を持った安定した介護力を有することがその基礎と考える。紹介した症例は、在宅生活の開始当初から、保健所・福祉事務所が連携し、ホームヘルパー導入、訪問看護婦や保健婦による看護・介護援助、デイサービスの利用などが行われ、介護に熱心な妻を中心とした安定した介護力が維持されていた。また、この条件のもと、適切な時期に評価訪問が実施され、コミュニケーション機器・車いすといったテクニカルエイドの導入や、段差解消機・家屋改造などの住環境整備が行われ、生活の質的向上が達成できたといえよう(図)。これらのサービスを提供するには、現状の福祉・保健制度を適切に利用し、総合的なチームアプローチができる体制があること、また福祉・保健制度など社会資源の拡充が必要である。

#### 引用文献

- 1) 伊藤利之、渡邊慎一：C B Rの技術開発と活動

の実際－横浜市総合リハビリテーションセンターの活動－. OTジャーナル 26 : 1078-1084, 1992.

- 2) 青木百合子、渡邊慎一、伊藤利之：在宅生活に有効な福祉機器の適用 3 例. 総合リハ 21:847-850, 1993.
- 3) 伊藤利之：在宅リハ・サービスにおけるチーム・アプローチの効果とケースマネージメントについて. 長寿科学総合研究平成 5 年度研究報告.

#### 参考文献

- 1) 伊藤利之：地域リハビリテーションにおけるネットワーク. 総合リハ 19 : 11-16, 1991.
- 2) 伊藤利之：地域リハビリテーションの活動条件－その基本的な視点－. OTジャーナル 26:60-63, 1992.
- 3) 伊藤利之、渡邊慎一：C B Rチームのあり方と活動の実際－熊本託麻台病院とコスモピア熊本の活動－. OTジャーナル 26 : 504-510, 1992.

---

## 第一分科会「重度障害者」

# 重度障害者の労働の意義と実践の実際

藤井克徳

(共同作業所全国連絡会)

本日のテーマは、「重度障害者の働く質を問う」ですが、人的にも物的にも極めて不十分な条件にある小規模作業所の立場からどの程度本テーマに迫れるか自信はありませんが、可能な範囲で話をしてみたいと思います。

1. 依然として急増続く小規模作業所  
小規模作業所は依然として著しい増加傾向を続けています。その数はとうとう 3,000カ所を

超え、4,000カ所に近づこうとしています。

1993年8月1日現在、都道府県ならびに政令指定都市による補助対象作業所数は3,364カ所で(前年度比347カ所増・共同作業所全国連絡会調査)、補助金制度が確立されていない自治体に設置されている作業所や補助金制度の基準に達しない作業所を合わせると、その実数は3,600カ所を上回るものと推定されます。

問題は法定外事業である小規模作業所がどう

してこんなにも増え続けるのか、ということです。そこには大きく分けて二つの要因を見ることができます。

まずその第一は、成人期にある障害者に対する現行の職業リハビリテーションならびにいわゆる福祉的就労に関する事業や施策が質的にも量的にもきわめて不十分な状況におかれていることがあります。このことは小規模作業所が、授産施設（5つの法律にまたがり12種類に分かれている）の総数1,250カ所の実に3倍近くにもおよんでいることからも明らかで、また1992年7月30日に厚生省より発表された「授産施設制度のあり方に関する提言」の中で「…なお、全国各地に小規模作業所が急増しているが、こうした法定施設の不足、地域偏在がその一因となっている…」というかたちで明言されています。

急増傾向のもう一つの要因は、何といっても当事者（障害をもつ人自身、家族）の意識の変化とエネルギーの発揮があげられます。1970年代前半頃から養護学校や精神病院を卒業・退院してもどこにも行き場のない障害者とその家族、関係者が立ちあがり関連施策の改善を求める運動の展開、さらにそれにとどまることなく運動のエネルギーは、自主的な作業所づくりへと転化していったのです。ここで見逃せない重要な側面として、それまでの障害をもつ人々を対象としてきた職場や授産施設（もちろん全体ではないが）にありがちであった使役的で時として収奪的な就労（作業活動）に対するアンチテーゼ、すなわち開放的な雰囲気で、かつ個々の障害や能力に適した環境の中で働きたい、働くかせてやりたいという障害者自身・関係者の願望が込められていたのです。したがって作業所は、関連施策の不備の補完的・代替的な役割と、もう一方で当事者のニーズに適合した働く場を現実のものにしていきたいとする積極的な側面、こうした二つの側面を併せもつもので、いずれにしても現行の施策の立ちおくれとそれまでの処遇内容に対する防衛反応・警告反応としてとらえることができるのではないでしょうか。

## 2. 障害が重い人々にとっての働くことの意義と働くことを通して得られるもの

障害の重い人々にとっての労働の質を探究していくことに先立って、障害者にとっての働くことの意義について考えていく必要があります。すなわち、働くことの意義や意味の深化度は労働の質の高水準化に運動（比例）関係にあるからです。そこで障害をもつ人々にとって、働くことの意義を考えてみましたが、重要なものとして次の四点をあげることができます。

- ①生活を営むための賃金を得る
- ②自己の実現
- ③社会的地位や立場を得る
- ④社会とのつながりを保つ

これらの諸点については、障害をもつ人々にとってはもちろんのこと、すべての人間に共通するものとしてとらえることができます。障害が重くなるほど、①生活を営むために賃金を得る、よりそれ以外の視点、すなわち、②社会とのつながり、などにウエイトがおかれる場合があるのです。

したがって、障害の有無にかかわらず、働くことの結果として得られる成果についても共通するものを見ることができます。具体的には、①自由になる金銭を得ることができる（障害をもつ人々の場合、生活の糧を得る水準にまでは達しない人も少なくない）、②家族や近所の人からの評価が高くなる、③規則正しい生活や社会性が身につく、④人間関係がひろがり、友達ができる（結果として余暇時間の生活に質的变化をみることができる）、などがあげられます。

このように障害の有無、また軽重にかかわらず働くことは非常に重要な意味をもつもので、まさに地域生活を実質的に裏打ちするものになるのです。

## 3. 障害の重い人々にとっての労働の質を問う

労働の質を問う前に、障害をもつ人々の労働を困難にしているものは何か、これについて考えてみる必要があります。働くことを困難にし

ている要素を少しでも取り除いていくことも労働の質を高めていくことと関係があります。

困難にしているものの第一は、働くための力（労働能力）が厳しいこと、第二に障害をもつ人々の働くことを支える施策・制度が貧しいこと、第三に社会の偏見があること、などをあげることができます。そこで改めて労働の質について考えてみますが、質的な水準を高めていくために次の諸点を追求していく必要があります。その第一は、障害の重い人々を中心にいかにして働くための力を発揮していくことができるか、そのための条件をつくっていくことです。とくに働く力を補完するための自助具や治具の工夫が求められます。第二に、物的・人的条件すなわち労働環境の整備を図っていく必要があります。第三に作業内容のレベルアップを図っていくことです。一般的にみて障害が重くなればなるほど内職的な仕事に就いているケースが少なくなく、労働の質と深くかかわる工賃水準を高めていく視点とも併せ労働内容（作業種目）の改善については力点をおかなければなりません。

第四に職員（援助者）の資質を高めていくことです。我が国においては職業リハビリテーション分野の専門職は乏しく（養成制度そのものに問題がある）この点の改善が求められる。同時に現行においても授産施設など職業リハビリテーション分野に携わる職員の待遇・労働条件は十分ではなく（ましてや小規模作業所の場合はいっそう矛盾が大きい）この点についても検討していかなければなりません。

以上、非常に難ばくではありますが、障害をもつ人々の労働とその質をどう考えていくべきかについて話してきました。小規模作業所という視点から「労働の質」をみると、決して十分なものではなく、そこに多くの課題を見ることができます。しかしながら、障害の重い人々の労働保障が小規模作業所に頼らざるを得ない現実にあり、したがって障害の重い人々の労働の質をいかに高めていくかについては、小規模作業所問題の解消にその答えの基本を見い出すことができるのではないかと思う。

---

### 第一分科会「重度障害者」

## 働く生活の立場から

野 津 真

（東京都立中部総合精神保健センター）

プログラム19ページの池田先生のお話のように「重度障害」という言葉を定義するならば、精神障害者が社会生活の中で体験する困難は、「重度障害」に匹敵するといえるでしょう。しかし、よく考えてみると精神障害が量的な意味でいつも「重度」であるとは限らず、彼らが突

き当たる困難の多くは、決して障害の重さが理由ではなく、そのほかの要因がかなりたくさんあります。その意味で、ここで精神障害についてお話しすることは、今回の研究大会のメインテーマ「リハ・サービスの質を問う」というのに、ふさわしいという

ことができるでしょう。

精神障害者のリハビリテーション専門施設で働いていると、アパートの保証人が見つからなかったり、就職の際に病歴を知らせるかどうかで迷ったり、家族がなかなか理解してくれず協力を得られなかったりと、さまざまな局面で外的な条件が問題を難しくし、ごく限られた選択肢の中からしか選べない不自由さを味わわれます。

加えて、ごく些細な日常的なできごとの中に、病状を悪化させる刺が含まれているという微妙さがあります。また、再発した場合に短期間の休養で回復することもあれば、かなり大量の薬物投与からやり直さねばならなかったりするというよう、対応は多様ですし、再発を決定的な不利にしてしまわないために、周囲との調整を大急ぎでしなければならない、というケースワーク上の難しさもあります。

これらは医療関係者にとっては、臨床実践上によくあるできごとに過ぎないということができますが、立場を変えて家族や雇用主、同僚などの目から見ると、1つひとつが思いがけず、大変なできごとでもあります。ふたつの立場を均等に見渡しながら障害者の利益をはかっていくというのは、リハビリテーションの実際上の要点のひとつであります。

さて、「働く生活の立場から」というのが私に課せられたテーマですが、精神障害者のリハビリテーション施設で働く精神科医としては、対象を精神障害に限らざるを得ません。しかし、せっかくの総合リハビリテーション研究大会ですから、ほかの領域との共通点を探っていくという姿勢が必要でしょう。そのことを頭の片隅におきつつしばらくお話をさせていただきます。

「働く生活」には、就職をめざして努力中の過程と、職についた後それを維持していく過程のふたつがあります。私の属している施設では、主に前者を援助するのですが、医者としてアフターケア外来を担当していれば、当然後者も問題になります。今日は順番に前の方からお話しいたします。

ここで精神障害と概括的に呼んでいますが、中心は精神分裂病です。リハビリテーション過程に入ってくる段階では、急性期の治療は概ね済んでいて、幻覚、妄想、自我障害などの症状は消えているか、かなり軽くなっているのが通常です。薬物の面でも投与量は安定していることが多くなっています。これを維持量といいますが、普通は急性期の治療量に比べてかなり少なくなります。しかし、もちろんこれには程度の差があり、かなり大量の向精神薬を飲んでいる人もあります。

この段階で医学的に問題になるのは陰性症状と呼ばれる症状です。意欲が出てこない、感情の豊かさが損なわれてしまった、会話に乏しくなり引きこもりがちになるなどの状態を、症状と捉えてこう呼んでいます。これについてはいろいろな考えがあり、最初は「施設症」すなわち長期間変化の少ない環境に生活していたために、自然に意欲が低下し、人間的な感情もすり減らされてしまったのだ、とみなす説がありました。また、急性期からの回復過程で、ポスト・サイコティック・デプレッションと呼ばれる抑うつ状態になることが広く認められており、陰性症状がそれとの区別がつきにくいことを指摘する人もあります。最近では、脳の器質的変化との相関を指摘し、陰性症状こそが精神分裂病の基礎的な、あるいは本質的な症状なのだと主張する立場もあります。

この現象自体は昔から認められていたのですが、診断の観点からは幻覚や妄想といった特異な現象に注目した方が精度が高くなるという理由で、しばらくは忘れられていたのだといえます。それがここ10年ほどは再度注目を浴びはじめているのは、やはりリハビリテーションの必要上の要請があったのでしょうか。

いずれにせよ、さあ、これから就職をめざそうというときに、このような状態であることはかなり不利なことです。しかも、現在の薬物療法にはこの症状に特効的なものは見あたりません。そこで、作業療法やレクリエーション療法などが行われています。これは入院中もある

いは退院してから昼間通ってくる、デイケアという治療形態の中でも広く行われています。

今お話ししたのは精神医学の中の症状論の領域でのことですが、ここにそれとは別に障害論という領域があります。WHOの定義による障害概念を精神医学に導入したもので、最近になってようやく医療関係者の間にも定着してきました。

精神科リハビリテーション領域で、長く患者さんたちに接してきた専門家の間では、精神病状ともいいきれない独特の不器用さ、要領の悪さ、環境の変化に弱いことや、対人関係を普通に維持するのが困難であることなどが知られていました。これらは「生活障害」あるいは「生活のしづらさ」という言葉でまとめられたのですが、これと精神分裂病という疾病との関連がなかなか説明しにくかったのです。そこに、

「機能障害」、「能力障害」、「社会的不利」という3段階の図式が入ってきて、一挙に整理されたというわけです。これによって精神科リハビリテーションの方法論がずいぶん見やすくなつたので、私たち後進の者もやりやすくなつたのでした。

たとえば精神障害者にとって大切なのは、医学的治療か福祉か、というなかなかの難問があり、これは長い間容易には埋まらない溝であったのですが、障害論の出現によって止揚、統合され、トータルリハビリテーションの理念に向かって一步を進めたのだといつてよいでしょう。

しかし、理念的整理ができるても、それに伴う技術的な進歩がなければ実態は変わりません。それが現在最も必要とされているのが、職業問題ではないかと私は思っています。職業リハビリテーションという領域に私たちが目を向けるようになったのも、障害論を土台に方法上の研究を積み重ねていきたいと願ったからにほかなりません。

就職への援助に話を戻しますと、昭和40年代から一部の病院では熱心に外勤などの援助が行されていました。就職退院からその後のよろず相談までを、病院の職員がアフターケアとして

行っていたのです。しかし、アフターケアは診療報酬の対象ではありませんでしたし、そのための人手も十分だったわけではありませんから、ほとんど経済効率とは無縁の、献身的援助であったといってもいい過ぎではないでしょう。このころの文献を読んでみると、それぞれの事情や条件にあわせて、きめの細かい工夫がされており、その熱意には頭が下がります。しかし、これらはいずれも実践報告であり、せっかくの経験が理論化され、広く全国に行き渡るところまではいかなかったようです。

さて、ここ10年くらいの全国の病院や社会復帰施設の転帰や予後追跡調査を見ると、概ね30%から50%の就労率を示しています。また、厚生省の通院患者リハビリテーション事業の終了者の転帰も半数くらいが就労したということになっています。

一方労働行政の中では、障害者職業センターが公共職業安定所と連携しながら精神障害者の就職にも力を入れています。最近はじめられた職域開発援助事業の利用者のかなりの部分を精神障害者が占めているようにも聞いています。加えて、一部の地域では医療機関、精神保健センター、保健所、共同作業所と職業センターがかなり緊密な関係を持ちながら仕事を進めているという話もあります。

全体状況は少しずつ前進していて、決して悲観的になる必要はないでしょう。しかし、医学と職業との間に方法や援助技術の上で違いがあるのも事実です。そこで、現在の両領域にまたがる問題点のうち、職業関連の評価と就労のための条件について少し整理してみようと思います。

まず評価についてですが、アメリカのアンソニーたちが、精神障害者の職業リハビリテーションに関する研究をしています。その中で、「医学的診断、あるいは症状評価は職業リハビリテーションの成果を予測しない」とか、「知能、適性、性格などの検査は職業リハビリテーションの成果を予測しない」などという結論を出しています。これはよく考えるとなるほどと

思いますが、かなり衝撃的な断言でもあります。現在のシステムの中では、たとえば障害年金の診断書に就労能力の欄があり、これは医師が書くことになっていますし、職安が求める医師の意見書には症状を書き込むことになっています。また、多くの職業センターのカウンセラーは、ほとんどルーチンにGATBや知能検査、性格検査などを行っているでしょう。しかし、イギリスのワツも、GATBは臨床的な予測能力が低いといい切っていますし、総じて職場という現実に適応する力を、ペーパーテストで計るのは難しそうだということができます。それでは、効果的に評価するにはどのようにすればよいのでしょうか。

就職先の雇用主から寄せられる苦情には、「挨拶をしない」「指示を聞いているのかどうか分からない」「返事がない」「やる気があるのか分からない」などが少なくありません。また、障害者自身が職場で困ることの筆頭にあげるのは、対人関係の難しさです。決して悪意のないはずの注意を、自分だけが嫌がらせをされると受け取ってしまったり、何気ない一言ですっかり引きこもってしまうなどの例は、いくつもあげることができます。これらの把握には実際の作業場面での観察が役に立つでしょう。アンソニーも、作業所や保護的職場における作業適応技能の評価が、最も有用であるといっています。

さて、次の課題として、評価の要素には何を選ぶべきでしょうか。ここで参考になるのが、職業領域で用いられている「ワークパーソナリティ」という概念です。これにはふたつの意味があり、ひとつはある特定の職業についていることで形成されてくる独特のパーソナリティです。もうひとつはどのような職業であれ、職場で普遍的に必要とされる基本的なパーソナリティで、これは職業年齢以前の家庭、学校などの生活において発達するものとされています。今着目するのは後者であり、上にあげた雇用主からの苦情に表されるような諸問題は、ワークパーソナリティの障害、あるいは発達の遅れと

見なせるということです。

関連文献からワークパーソナリティの構成要素を私なりにまとめてみると、次の4点を指摘することができそうです。第1は、役割を受容することができますが、これには規範遵守性や仕事への熱意も含まれるでしょう。次は対人関係ですが、これは同僚に対する関係と、指導者あるいは上司との関係に分けるほうが妥当性が高くなるように思われます。そして最後に指示の理解とそれに対する反応が重要で、特に失敗を恐れる気持ちが強いために、ちょっとした指示さえも過敏に受け取られてしまう、というような現象を把握することができるでしょう。

このようにまとめてみると、先ほど申しあげた生活障害の一部と重なりあうことと、陰性症状の存在とかなり関連がありそうなことが予想できるでしょう。すなわち、この概念において職業領域と医学領域が通じあえる可能性を見るることができます。アンソニーが無効であると指摘した症状評価は、陽性症状に関するものであり、陰性症状についての評価にはおそらく関心が向いていなかったのでしょう。

作業遂行力も当然評価の対象になりますが、ワークパーソナリティを総体的な職業の適不適の指標と考えれば、これはむしろ職種選択の指標とみなすべきでしょう。作業工程を工夫することで対処することも可能でしょうし、職場の実情にあわせた協議や調整が可能な部分と考えられます。

さて次に、就労のための全体的な条件を考えたいのですが、これは環境条件と個体条件に分けることができます。今述べたワークパーソナリティ評価は、個体条件に含まれることになるのですが、服薬の自己管理や体力、日常生活の技能などもその中に含まれるでしょう。それぞれリハビリテーション過程の中でしっかり身につけてもらうべきものですが、あわせて環境条件も整えて行かねばなりません。

そこで、次には環境条件を考えてみると、これは職場条件とサポート体制条件に二分することができます。職場条件は賃金や勤務時間、通

院の保証などの問題のほか、雇用主の理解や医療機関や援助機関と密に連絡をとろうとするかどうかなども含まれるでしょう。また、景気の善し悪しや労働市場全体の動向に影響を受ける部分でもあり、労働行政が主な守備範囲とするところであります。

サポート体制条件は福祉施設と関連の深いところで、住居や所得の保証、家族の協力の度合いや家族自身に対するサポート、さらには自助グループの形成などまでが射程に入ってくることになります。これら全体を視野に納めつつ精神障害者の職業問題を考えるのがこれからの課題ですが、これだけの領域をひとつの機関、ひとりの援助者がカバーできるものではありません。必然的にほかの機関、ほかの援助者と手を結ばなければならぬでしょう。

働く生活のうち、これから就職をめざす段階を、個体条件を主にワークパーソナリティの評価と環境条件の整備についてお話しして参りました。次に仕事を継続するのに必要な条件を考えたいのですが、時間も迫っていますのでごくかいつまんで要点をふたつだけ述べます。ひとつ

は、上にあげた職場条件がそのまま継続に関係するということです。全家連のニーズ調査にもあるように、多くの精神障害者が勤務時間や通院について配慮して欲しいといっています。しかし、これらの配慮を雇用主の好意にばかり頼っていてはしかたないので、それを可能にする制度的な保証が必要だと思われます。

もうひとつは離職をどう捉えるかという問題です。多くの予後調査では対象の過半数（追跡期間が長くなれば90%以上）が離職を経験していることを明らかにしています。しかし、多くの医療関係者は、離職が臨床的には大きなマイナスにならないと考えているようです。よくいわれる「無理のない仕事」という考えの中には、「いつ辞めても良い」という含みがあるのでしおうが、就労援助に費やす莫大なエネルギーと、事業主との信頼関係を考えると、少なくとも組織的に職場を開拓する場合には、離職率を下げていくことの重要性も考えるべきでしょう。

以上、精神障害者の職業問題に関するいくつかの課題をあげました。

ご静聴ありがとうございました。

---

## 第二分科会「高齢障害者」まとめ

# 高齢障害者—地域ケアの質を問う—

座長 竹内 孝仁

(日本医科大学リハビリテーションセンター)

地域ケアの質は、最終的にはサービスの受け手と提供者の間でどのようなケアが行われているかにある。ところがそのように行われるケアは、それを支え、ある意味では決定づけるさまざまな要素によって成り立っている。いい換えれば「質」の論議は、「質の高いケアをつくり出す」要素の論議を伴い、この分科会の発言、討議もそこに集約された。

ケアの基本的視点として、受け手の個別性を尊重したケアであるべきこと（橋本氏）、その際に高齢者をどのような人たちとして認識すべきかが問題で、加齢・健康・心理・社会・家族など生活の長い歴史をもった人たちとしてとらえておく必要があること、したがって通り一片のケアで応じるべき対象ではないことが述べられた（足立氏）。これらはケアにおける対象の認識として基本に据えられるべきであろう。こうした視点は受け手の主体性・個別性の尊重と、その結果として生活の質を重視したケアへの出発点をもつくり出すはずである。

ところでケアは一人の提供者や単一の職種では完結せず、質の高いケアは保証されない。チーム・ケアが原則である。ここから検討すべき問題は、チームを構成する個々のメンバーのチーム・ワークづくりをどうするかということと、その基本となる地域ケアの本質に対する理解をどのようにはかっていくかがある。

専門職のチームワークは、いわれているほど簡単につくられない。まず大切なことは個々の専門性を互いに尊重しあう態度が必要であり、その上で日常的な触れあいがチーム・ケアを実

際的に押し進める。この意味で、サービス調整チーム、ケーススタディの機会をつくり出すことが必要で有効である（旭氏）。

地域ケアの本質は「生活支援」である。一方ケアの提供者は、それぞれ医療・保健・福祉の各分野に所属する。

我が国ははじめて高齢者の地域ケアという課題に直面していて、伝統的な医療・保健・福祉がこの問題について大きな変革を迫られている。地域ケアにおける医療は、病院医療や病院看護の「出前」ではなく（旭氏）、保健も従来の疾病予防の枠を越えていく必要がある。すべては「生活」のもつ統合化され個別的なものに対して、その質の向上をはかるを中心据え、各専門領域が自らのあり方を変えていく必要がある。

こうした地域ケアの本質への問いかけは、その中における専門家の役割へと発展する。

生活とは絶えることなく連続・継続していくものである。とりわけ衣・食・住という言葉に代表される日々の営みは生活の基本であり、これを支えるサービスの重みは理解されなければならない。この典型が「食事」にある。1カ月に1度、あるいは週に1度の食事サービスは、地域ケアの質から眺めてどうか。

こうした日常的なサービスとは違って、多くの専門家によるサービスは、病気など特殊化された問題への対処を中心としている。

日常的な生活課題へのサービスと、特殊化されたサービスとの正当な位置づけ・役割分担の認識がすぐれた地域ケアの協働を生む母体とな

ろう。

最後にこれまで述べたケアを支える仕組みづくりがある。ケアのプロセスは、相談—アセスメント—サービス提供—モニタリング（再評価）に大別される。

このプロセスを保証するハードづくりが急がれねばならず、保健・福祉それに医療を連結させる行政機関と、そこでの総合相談体制が不可欠である（国光氏）。こうした機関の設置は相談件数の急増、つまり潜在化していた地域ニーズの顕在化を呼び起こし、結果的には各種のサービスを受けて生活の支えを得る人たちが増えしていくことになる。地域ニーズの顕在化は、現行諸制度の問題点も浮かび上がらせ、したがってニーズに合った十分なサービスの不足も明らかにする。これらは地域ケアを豊かにする

貴重な資料となるはずである。

これに関連して地域ケアは広義の「公的サービス」では不十分であることも明らかとなり、住民の参画をどのようにはかっていくかも重要な課題として浮かび上がってくる。単なる啓蒙に終わることなく、実際のケアへの参画を呼びかけ実現していくことが大切だろう。

以上の問題とは別に、専門職の「教育」の問題がある。現在のところ各分野における地域ケア教育は不十分である。今後の実践をとおして教育課題を明らかにして、教育現場に取り込んでいくことが必要となろう。いずれにしても「ケアの質を問う」ことは、ケアをつくり出している各要素それぞれのあり方を問うことなしには不可能であるといえる。

---

## 第二分科会「高齢障害者」

# 地域ケアの質を問う

## —医療の立場から—

旭 俊臣

(旭神経内科病院)

### はじめに

「地域ケアの質を問う」ことを論ずる前に筆者の病院および併設老人保健施設での活動状況と、病院の所在する松戸市における地域ケア事業の現状について述べる。その後これまでの経験を通して、地域ケアの質の問題点とその対策について述べる。

### 当院および併設老人保健施設「栗ヶ沢デイホーム」の状況

当院は、主として脳卒中やパーキンソン病な

ど神経内科疾患の神経内科的治療とリハビリ治療を目的として昭和58年1月、19床の診療所として開設した。寝たきりになった患者に対して、往診や訪問看護をはじめた。昭和63年には、リハビリ後、障害の固定した脳卒中患者や痴呆患者を対象としたデイケアを開始した。平成2年、在宅ケアを促進するために、老人保健施設（以下老健施設と略す）を開設した。当院では現在主として、入院治療と外来治療の一貫として、薬物療法以外、リハビリ、デイホスピタルを行っている。デイホスピタルでは、P.T.による

個別のリハビリとOTによるデイケアを行っている。老健施設での入所者は、主として歩行不能で当院より退院してきた患者と、寝たきりで在宅ケアを受けている患者である。入所中のケアは主として、生活リハビリ、看護・介護などを行っている。入所期間は平均1カ月で、退所者のうち80%は自宅へ帰っている。デイケアは、痴呆、軽度身障者、重度身障者などのグループ別に分けて行っている。在宅ケアには、往診、訪問看護以外に、少数ではあるが、訪問リハも行っている。その他、ボランティアの育成、地域への在宅ケア啓蒙活動なども行っている。

### 松戸市地域ケア活動

松戸市は、現在人口46万人、高齢化率は7.5%で全国平均に比較すると低い。しかし、老人は、昭和60年よりかなり増加してきた。そこで松戸市では、昭和61年 在宅寝たきり老人の調査が行われた。その結果、在宅療養を希望する老人が多く、これらの老人の在宅ケアのためには、往診、訪問看護、ヘルパー派遣、特別養護老人ホームへの短期入所などが必要であると報告された。松戸市は昭和63年に、厚生省より訪問看護等在宅ケア総合推進モデル事業の指定を受け、この事業を開始し、同時に高齢者サービス調整チーム会議も行われるようになった。この会議は、医療・保健・福祉関係者が集まり、主として在宅療養中の老人に対するケース検討を行った。

このモデル事業をきっかけとして、寝たきり老人に対する在宅ケアが促進されてきた。平成2年には、在宅痴呆老人の実態調査が行われた。在宅痴呆老人は、1,200人で、寝たきり老人よりも多く、さらに入院入所施設も少ないため、在宅ケアを続けるためには、往診、訪問指導、訪問看護、地域リハビリ、デイケア、ナイトケア、短期入所、ヘルパー派遣など医療・保健・福祉サービスの充実が、寝たきり老人以上に必要であることが報告された。

### 地域ケアの質の問題点

以上述べてきた当院、老健施設の状況および松戸市の地域ケア事業を通して、地域ケアの質の問題点について考えてみたい。第一に医療・保健・福祉関係者の在宅医療に対する意識の問題である。病院医療は、病状悪化時に入院して専門科別に治療を受ける、いわば臓器別、受動的医療である。それに対して、在宅医療は、病状慢性期に、医師、看護婦、理学療法士などが老人宅に出向いて行う、全人的、能動的医療であり、慢性期には、老人にとって病院医療よりも在宅医療の方が重要であることに関して、各関係者間で意識の相違が見られる。第二に、在宅医療を在宅障害老人に提供していくために、在宅ケアを中心とした地域ケアが重要であることが各関係者間に熟知されていないことである。第三に、地域ケアの質を向上させるためには、医療・保健・福祉関係者の連携が必要となってくるが、現在この連携が不十分である。その原因としては、これらの分野の関係者は、病院や福祉施設内での連携活動には慣れていても、地域での連携には慣れていないと考えられる。

### 今後の対策

地域ケアの質の向上のためには、問題点の中で述べた、在宅医療、地域ケアおよび関係者間の連携の重要性などについて、啓蒙活動を行うことが大切である。この活動として松戸市では、昭和63年より訪問看護のモデル事業とともに、高齢者サービス調整チーム会議を行ってきた。この会議の目的は高齢者の多様なニーズに対応し、個々の高齢者に見合う最も適切な保健・福祉・医療等にかかわる各種サービスを総合的に調整・推進することとなっている。この会議の構成メンバーは、松戸市立病院、松戸医師会、松戸保健所、松戸市役所（保健・福祉部）、松戸市社会福祉協議会、特別養護老人ホームの実務担当者等、十数名である。

この会議では、主として、脳卒中後遺症、痴呆性疾患等を有して在宅生活を送っている老人についての症例検討を行った。医療・保健・福

祉に関する問題点を取り上げ、その問題解決のための対策、各種サービスの提供などを検討した。そしてこの会議で検討された対策、各種サービスが実際に提供され、数カ月後にその結果報告がなされ、もし問題が解決されない時には再度検討された。このような実務的会議が毎月1回、数年にわたって行われた。その結果、

在宅医療、地域ケアの重要性がこの会議の構成メンバーの間で認識され、医療・保健・福祉の連携が促進され、地域ケアの質の向上へつながった。今後さらに関係者以外の一般住民に対しても、地域ケアに関する啓蒙活動を行っていくことが、質の向上につながると考えられる。

---

## 第二分科会「高齢障害者」

# 地域ケアの質を問う

## —保健の立場から—

足 立 紀 子  
(世田谷区衛生部)

### 1. はじめに

訪問看護・リハビリ事業を担当して9年目になる保健婦です。私が、この事業を進めていく上で、最も重視しているのがまさに本日のテーマですが、このような機会に改めてそれを問い合わせることは、私にとっても大変貴重な機会となることを感謝いたします。

保健の立場というのは、何となく表現の難しい立場です。医療のように診断と治療の結果を明確に示すことができない要素を多分に含んでいるからです。

看護という概念もまた、同様に範囲が広く、医療の中に位置づけられる看護はもちろん、疾患予防という健康教育活動や保健指導も看護の中に含まれます。リハビリという場合にも、医療の中に位置づけられていいながら、地域では、「生活リハビリ」という言葉に象徴されるように、生活支援を中心とした機能であったりします。

このように、保健の範囲というのは、幅広く、

あいまいなのですが、とりあえず私は、「疾病を予防し、悪化を防ぎ、合併症を防ぐ予防活動」と「すべての健康レベルにおいて、それ以上レベルダウンさせない健康維持活動」そして「心身両面における健康の増進、生きがいの増進」といったものを、保健の領域ととらえて話を進めさせていただきます。

さて、現在私は、約90名の訪問看護婦、P.T.、O.T.、S.T.の方たちと訪問指導事業に従事しております。この事業は、法的には、保健事業でありながら、実は、医療と保健の両面の要素を含んだものであります。

ご承知のように、平成4年「老人保健法」改正により、老人訪問看護制度ができたことにより、訪問看護は医療、訪問指導は保健とカテゴリーが明確に区分されました。何が変わったかというと、看護が独自の機能として保険診療制度に取り入れられたということです。

しかし、私にとっては、現行の訪問指導であっても、訪問看護であっても等しくケア・

サービスの質を問われていることに変わりはありません。ただ、訪問看護療養費が、保険診療で低く抑えられると、「良質のマンパワー」確保は困難ですから、ケアの質に大変大きな影響を与えることになります。

いずれにしましても、本日は、私が日頃の仕事をとおして考えさせられる「ケアの質」「サービスの質」について、保健婦、看護婦、P T、O T、S Tそして家庭奉仕員、ボランティアの方たちとの連携を含めてその現状と今後の課題を述べてみようと思います。

## 2. 高齢者への地域ケアにおける保健の役割

私ども、保健領域に携わるもの役割を一言でいっててしまえば、「健康という視点から“生活”を支える」ことです。

このことを実践するためには、どうしても高齢障害者の心身および社会環境についての理解が不可欠になります。

たとえば、私が高齢障害者のケア上大切にしている特徴の一つに「歴史の長さ」の尊重ということがあります。これには、4つの歴史があります。

### ①社会を構成する人間(社会人)としての歴史

価値観の確立、できあがった人格をもつた個人

### ②健康および病気との付き合いの歴史

長年付き合ってきた自分の身体への愛着と自信、また最後まで付き合っていかなければならぬ病気や障害

### ③家族との歴史

60年連れ添った夫婦、いがみ合ってきた夫婦、親子、嫁姑の関係などさまざまな生活の歴史が「現在」を規定しているということ

### ④加齢現象という心身機能のレベルダウンの過程という歴史

その過程を自身がじっと見つめてきたという事実

このように高齢者の場合、「長い歴史」という側面からだけみても、大変重いものを併せ

持っております。したがって、この方たちへのケアが通り一片の画一的なものでは、ほとんど彼らのニーズには応えられないということあります。

これらの特徴を踏まえた個別性の高いケアというのは、結局『レベルダウンしていく心身機能と社会生活(家庭生活)とをどう折り合いをつけ、生活を支えていくか』ということだろうと思います。

そのために、保健従事者の役割は、高齢者自身が“自分の健康を受け入れながらも自分らしさを維持できる”状態を目標に技量を高めていくことにあるといつてもよいと思います。

## 3. 地域ケアの「質」とは何か

すべての仕事には、そのシステムの有効性、効率性あるいはマンパワーの効果的な活用、出来高つまり量、経済効果などの評価が求められます、なかでも「質」の評価ほど計り難いものはありません。

特に、ケアの評価という受け手の主觀によりやすい部分とケア提供側の技量の評価は必ずしも一致しません。たとえば、もしまだ経験の浅い技術的には不十分と思われる訪問看護婦が清拭したとき、受け手に“ああ、いい気持ち、生き返ったようだ”といわれた場合、きっとこの訪問看護婦は“質の良い”ケアを提供したといっていいと思います。また、私はまだ未熟だなと思っている訪問看護婦がある老夫婦を訪問して、“あなたが来てくれると私たちはやっぱりもう少し頑張って生きていこうと思うんですよ”といわれた場合、老夫婦にとって訪問看護婦は、“希望の星”であり、“質の良い”ケア提供者なのだと思います。このように、個人の評価でも見方によって、かなり違ってきます。

次に、褥瘡ケアを例にとってみると、これは、かなり明瞭にそのナースの褥瘡に関するアセスメント能力、技術、指導力といった面が浮き彫りにされ評価しやすい一面を持っています。

しかし、この場合でさえ、地域ケアの質は一個人の質だけでは必ずしも評価できません。つ

まり、そこに一緒にかかわっているホームヘルパーの介護方針や介護技術、P T、O Tによる指導助言の内容、療養環境、家族の理解度と行動力そして主治医のかかわりかた、治療方針などが絡み合って、褥瘡は良くなったり悪くなったりします。

地域ケアは、これらのすべての人々や機関との「チームアプローチの質」が良くなければ質が良いとはいえないと思います。

もう一つ入浴サービスを例にとってみます。一般に入浴サービスの回数は、サービスの量という見方として評価を受けると思います。しかし、本当にそれでよいでしょうか。

現在、世田谷区では、入浴サービスは、月3回です。当初1回でしたから、このこと自体は評価できます。しかし、この回数についての価値判断が異なると入浴サービスの質的評価はかなり違ってきます。

私たちは、毎日何の疑問も持たず入浴しています。にもかかわらず、寝たきりの高齢者を毎日入浴させようという発想はありません。現実的でないという介護上の問題ばかりではなく、勝手に“寝たきりなんだから、週1回でよい、3日に1回でよい”という考え方をいつの間にかしているということです。

各自治体は現在、保健福祉計画の策定に取り組んでいると思いますが、寝たきり高齢者対策として、入浴サービスの毎日実施を目指している町や村があるでしょうか。

回数という一見「量」の評価にみえるケアサービスも実は「質」の問題であります。なぜなら、ご承知のように入浴がもたらす心身への効果は、垢をとることだけではありません。皮膚のトラブルを軽減し、褥瘡を改善させ、安眠を促し、爽快感によって快い一日を過ごし、拘縮予防や運動機能の維持、レベルアップにつながっていきます。

これは、「質」以外の何ものでもありません。わずか入浴サービスの回数一つとっても、サービス提供側の物差しで勝手に都合の良い評価をしています。

以上地域ケアの質とは何かについて述べましたが、さらには、これを誰が何で計るかということが大切になります。

ケアの受け手の評価を客観的に示す手段やシステムがどうしても必要になります。

#### 4. 実践例から学ぶケアの質について

ケアの質を示すいくつかの事例を紹介します。

##### [事例A] 脳卒中後遺症の歌人の場合

バルーンカテーテルをつけ、失意のどん底にあった彼が、家族の協力を得て現在も論評を続けている。訪問ナースの継続的な励ましも一つ役割を担っていると思う。

##### [事例B] 入院の度に、寝たきり状態になったが、ある退院のときから訪問P Tがかかわるようになってほとんど病前の生活を送り、大好きだった喫茶店でコーヒーを飲み、本を読み、翻訳したり本来の自分を取り戻し、自宅で亡くなった。訪問P Tの個別性を大切にしたアプローチの意義は大きい。

##### [事例C] 脳卒中後遺症の主婦が、杖歩行が可能になって退院したが、在宅生活とのギャップは大きく、スーパーマーケットへ買い物に行くことができない。訪問P Tは、マーケットの開店時刻を利用してエスカレーターの昇降練習に取り組んだ。現在、彼女は日常生活を取り戻したばかりでなく、地域ボランティア活動をしている。

##### [事例D] 日中一人になる失語症、片麻痺、車いす生活の人が、チームの援助で買い物ができたり、友の会に参加したり、自主的な活動をしながら毎日頑張っている。

このほか、ケアの質を表す例がたくさんあり、これらは、個のレベルから集団のレベルそしてチームのレベルによる地域ケアといえるかと思います。

一方では、次のような専門職による指導援助という名のケアがあり、大変反省させられます。

- ・時々思い出したように訪問して、ただ見ていくだけの訪問指導。

- 点滴や処置だけして、背中や腕を丸出しのまま帰ってしまう医師の往診の延長、代替のような訪問看護。

先日は、保健所からの訪問で、このような例がありました。

肝硬変でベッド上安静の患者さんですが、家族との関係が大変悪く、食べ物の買い物ひとつお嫁さんにしてもらえない。したがって、日中おにぎり一つとか缶詰とか悲しい思いをして過ごしているということを、枕元で延々と聞き取りながら、栄養のチェックが必要だから5日間の食事表をつけるようにいったという話がありました。

この話を聞いて、私は本当に怒りました。何という感性の鈍い保健婦かと。その人の生活や羞恥心やプライドを全く無視したケアだからです。

結局、このように見ていきますと、地域ケアの質というのは、先に述べたサービス提供側の“個”的資質が問われると同時に、人が交替しても同質のサービスが提供できる“集団もしくは組織の質”そして、地域で生活が維持できるための他の福祉サービスなどとの連携が成立している“ケアチームの質”的三つの質を指すことになると思います。

したがって、地域ケアの質の良否は、個人の資質、集団の構成や育ち方、連携のあり方によって決まるといつてもよいのではないでしょうか。

## 5. ケアの質を向上させるために

最後に、ケアの質を向上させるために必要な事項について3点申しあげてみたいと思います。

一つは、サービス提供者が備えるべき条件です。ただこれは、専門職であれば当然それぞれの専門領域について深い学習と訓練を必要とすることは当然のこととしてここでは省きます。

大変経験的ですが、今、知識、技術偏重の時代にあって特に重要なことがあります。それは、まず、“感性”です。第二が前向きな姿勢です。そして、行動力つまり実践力です。

在宅ケアでは、そこで出会うさまざまな状況について鋭く問題の本質を捕えかつ、そのことを十分にかみ砕いて相手方の力量に応じた提案や支援策を考えねばなりません。ですから、この出発点において感性が鈍いとすべての援助プログラムは的の外れたものになっていきます。

姿勢というのは、前傾か後傾かにより、あるいは完全に後ろ向きになっているかにより、問題解決の糸口がつかめるか否かが決まります。積極的な前傾姿勢は、きっとまわりの人たちをも注目させ解決の糸口をつかむことになると思います。

実践力は、ごくあたりまえです。在宅ケアは、実践以外の何ものでもありません。口先だけでは誰も動きません。

ケアの質を向上させる2番目の課題は、連携のあり方だと思います。有効な連携を進めていくために大切な条件がいくつかあります。

相手方（組織、人、機能、条件など）への正しい理解、こちら側の責任の果たし方、協調性、柔軟性など諸々の要素がありますが、関係機関であれ職種であれお互いに尊重し合える関係づくりへの努力が必要だと思います。

3番目は、評価システムを作っていくことだと思います。つまり、地域ケアという雑多な生活支援を医療、看護、介護、運動機能、家族、経済などさまざまな角度から評価し、さらには、それを総合的に評価するシステムが必要です。

これには、どうしても、今はやりのケースマネージメント能力を高める必要や、専門職としてのケースマネージャーの育成、さらにはケアサービス組織のあり方や位置づけなどいくつかの課題があります。

日本で、評価システムをどんな形で置くかは、個々の組織やそこにいる私ども自身がこれから考えいかなければならぬと思います。そのためにも、今している仕事の整理やまとめと分析を積み重ねていくことが重要かと思います。

最後に、評価システムの問題は、それに先立ってケースマネージャーやコーディネーター育成のための系統立った教育システムが必要だ

日本の在宅ケアは、さまざまな条件を整備し、体系づけてはじまっています。それぞれのところが必要に迫られてはじまり、後から法律や制度ができていくなどバラバラに発達してきました。

したがって、今やっと、医療も保健も福祉も、

それぞれに地域ケアとしての保健医療福祉の統合体をめざして努力はじめたということだと思います。

これらの課題について、私もさらに勉強してまいりたいと思っております。

ご静聴ありがとうございました。

## 第二分科会「高齢障害者」

# 地域ケアの質を問う —福祉の立場から—

橋本泰子  
(弘済ケアセンター)

“地域ケア”の概念はまだ確立してはいない。保健・医療・福祉の関係者で共通した概念の整理を急がなければならない。“地域リハビリテーション”についても同様のことがいえるであろう。

ここでは、地域ケアを、一人ひとりの市民が可能な限り長い在宅生活が保障され、これに引き続いて同じ地域で入院・入所の生活が保障されること、そしてそれぞれの場における日常生活が市民として、より自律的で安定したものであるようにする制度とサービス（インフォーマルなサービスを含む）のすべてと考えたい。

今、生活障害をもつ高齢者たちは、それぞれが望む暮らしを何とか安らかに営んでいるであろうか。多くの人が人生80年を送ることができるようにになったのに、長生きしたゆえにさまざまに苦しみに直面している人に出会うことが少なくない。“生かされて生きる長寿”では、決して幸せとはいえないことをみんなよく知っている。たとえ心身の機能が低下しようとも、一人ひとりの高齢者が長生きできてよかったと思うような生活が保障されなければならない。

地域ケアにおけるサービスの質の保証は、生活障害をもつ市民の、個々の保健・医療・福祉ニーズをいかに充たしうるかに他ならない。具体的にこれを達成するためには、

- ①地域にいかに多くのサービスメニューを用意し、その量を確保するか、またそのサービスの質を確保するか
  - ②サービスの提供方法において、サービス利用者の主体性がいかに尊重されるか
- この二つの条件（ハードとソフト）整備が不可欠である。

①のサービス整備においては、サービスメニューが豊富に用意され、その量と質が確保されることによって、はじめてサービスの選択が可能となる。一人ひとりの主体性のある暮らしは、“暮らしの選択肢”が豊かに準備されなければ実現しない。そのためには、まずは公的サービスの整備が課題となるが、さまざまなサービスの準備とその提供方法を考えられなければならないし、インフォーマルなサービスを創り出し参加をうる活動も極めて重要である。公的サービスを中心とするフォーマルサービス

だけでは、生活の質が保証されないだけでなく、在宅生活そのものが成り立たない。

②のサービス利用者の意志を大切にするサービスの提供のあり方については、サービスニーズを可能な限り早く発見し、適切なサービス利用に早急につなぐ“仕組み”を作らなければならぬが、何よりも大切なことは、援助する専門職などの姿勢・態度の問題である。

たとえば、無意識であるにせよ、「福祉機器を使わせよう」、「与えよう」という言葉づかいでは、サービス利用者の主体性のある生活を実現しえないのはいうまでもない。サービス利用者と援助者の関係は、真に対等なものでなければならない。常に“目の高さを同じにする”関係を維持することからすべてがはじまると言え思ふのである。我々は、いつも謙虚でありたい。

もう一つ、保健・医療・福祉関係者の連携における援助者の姿勢について触れたい。この連携の困難さに関しては、当事者はみんなよく知っていることである。それぞれアイデンティティをもち、固有の援助方法をもつ専門職が対等な関係で力を合わせることは容易ではない。特に所属機関を異にする専門職の連携については絶望的とする極端な声さえある。

しかし、なぜ連携が必要なのか、原点に立ち帰って考えてみる必要があると思う。多くの高齢者が生活障害をもって暮らすようになった今日、その生活障害の状況は多様である。多様な生活障害を除去・軽減して、安定した在宅生活を維持するためには、保健・医療・福祉サービスを統合的、効果的に活用することが不可欠である。

サービスニーズをもつ高齢者に焦点をあてて考えれば、合理的に効果的にサービスを提供するためには、サービス提供の調整が必要であることははっきりしている。保健・医療・福祉に携わる関係者の連携は目的のではなくて、サービスの統合的、効果的な提供のための手段にすぎないことが見えてくる。

サービス提供者の論理ではなく、サービス利用者の論理で考えることが大切なのであろう。いつもサービス利用者が主体であり、利用者と援助者の目の高さが同じであること、そして、援助者集団の目の高さもまた等しくなければならないと考える。

地域ケアの質の確保は、サービス利用者の意見を重視する援助者の姿勢に負うところが多いのではないか。

---

## 第二分科会「高齢障害者」

# 地域ケアの質を問う

## －相談機関の立場から－

国 光 登志子

(板橋区立おとしより保健福祉センター)

全国の自治体で策定されている老人保健福祉計画では、保健福祉サービスの周知や利用の便宜を図るという観点から、情報提供や相談体制の重要性が指摘され、具体的には総合相談機関や窓口の設置が目標にあげられている。

実際、一人の老人が援護やサービスを受けるために本人や家族が複数の窓口を訪れなければならない不便さは早急に解決すべき課題である。しかし、総合相談窓口を開設すれば質の高いケアにつながるという点では疑問がある。

板橋区では他の自治体に先駆けて高齢者のあらゆる相談を受け、それを支援する目的で昭和61年、交通にも便利な区役所内の福祉事務所に老人総合相談室を設置した。この相談室の特徴は専門スタッフの配置であり、福祉制度に精通した相談員の配置、保健所保健婦の週1回派遣、職業相談員、痴呆相談のための専門医も確保され、従来の福祉事務所の相談機能を大幅にレベルアップし住民からも歓迎された。特に福祉の相談に保健婦が加わると介護や健康、医療に関しては具体的、積極的な助言や指導が得られ、同じ相談に対しても受けとめる者によって対応が異なることを関係者は痛感した。

その後、窓口は1カ所では足りないと他の福祉事務所にも広がり3カ所になったが、相談件数が増加し関係機関が本来業務で繁忙になると、該当するサービスや制度がないものは相談係所管ケースとして蓄積され、2回目、3回目の相談に対しても話を聞くだけ、慰めるだけで総合

相談窓口は具体的な解決に向けて機能しなくなってしまった。

関係者からは、在宅ケアを本格的に推進するためには、

- ①総合相談窓口相互の情報の共有化を図る。そのため個人の相談や利用サービスのデータベースを作成し、継続性を確保する。
  - ②相談からケアへの連続性を保つために窓口機能と訪問機能を一体的に運営する。
  - ③緊急性、即応性をもたせる。
  - ④チームケアを実施する。
  - ⑤サービス調整機関とする。
- 以上の機能を備えた拠点となる中核機関が求められ、おとしより保健福祉センター開設への動きとなっていました。

平成3年4月に開設された当センターは、したがって相談機関であると同時にケアの実施機関であり、サービス調整機関である。オンラインの導入により高齢者の総合相談窓口は4カ所となり、誰でも、どこでも、いつでも、どんな相談にも対応することになったが、区民は窓口を設置している機関の特徴をしっかりとられており、2年間の実績からみると下記のことがいえる。

1. 当センターの相談窓口は(図1)のとおり在宅ケアシステムのスタートラインに位置づけられており、地域を担当している保健婦とケースワーカーが当番制で窓口を担当する。
  - ケアの視点で相談を受ける。

- 窓口から具体的ケアに早く結びつける。
2. 4カ所目の窓口が設置された平成3年度の相談件数は対前年比で2.42倍に急増した(図2)。
3. 相談窓口4カ所の相談内容別件数を比較すると、ショートステイ、看護介護、福祉機器など在宅に関する相談の増加が著しい(図3)。  
○従来は在宅ケアの中身が具体的に見えず相談のしようがなかった。ケアが相談を掘り起こしている。
4. 相談機関別相談内容を見ると、交通にも便利でさまざまな手続きのついでに立ち寄れる区役所内の窓口にはすべての相談が多数寄せられ、当センターにはケアに関する相談が集中している(図4)。
- 窓口による相談内容の違いはそれぞれの機関のバックアップ機能による影響が大きい。
5. 当センターの相談から初回訪問までの日数は(図5)、職種別訪問実数・延べ回数は(図6)、チームケアの状況は(図7)のとおりである。

図1 一おとしより保健福祉センター 在宅ケアシステム

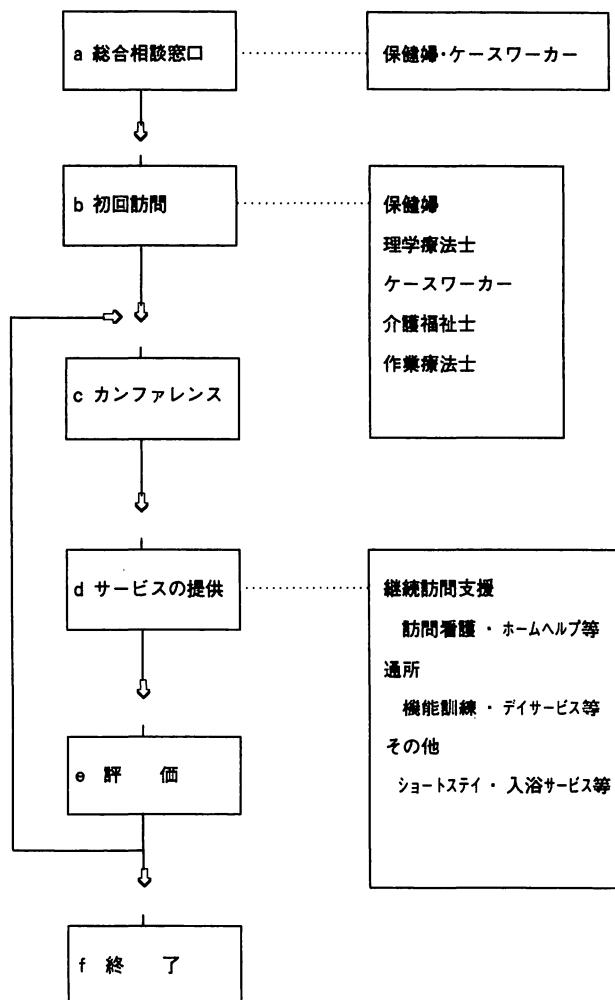
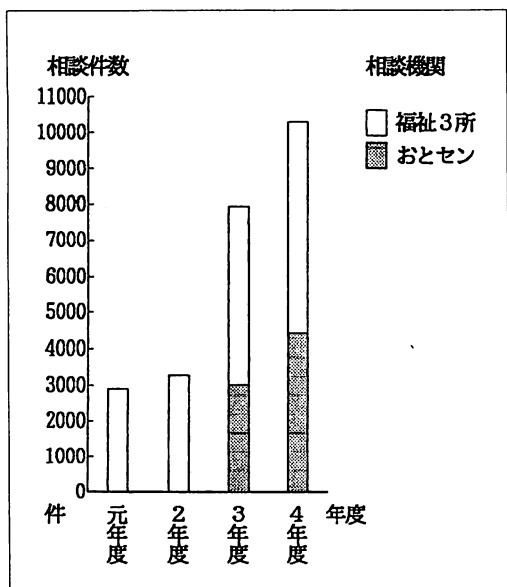


図2 相談機関別相談件数の推移  
(元年～4年) 福祉事務所&おとセン



- タイミングを失したケアは役に立たない。
- わずかなサービスでも早期に導入すれば、予防的効果を発揮する。
- 問題解決困難ケースに対してもチームでかかわれば解決の糸口が見えてくるし、負担を分担できる。

6. 理学療法士による初回訪問の把握経路を昭和63年度と平成4年度で対比すると、本人家族からの直接的な要請による訪問が20.2%から48.8%に増え、手当受給者リストからの間接的な把握が24.2%から3.2%に減少した(図8)。
- 在宅者に対してPT、OTが何をしてくれる人か知られるようになり、福祉機器の利用、住宅改造、日常動作の改善など解決すべき課題が生活の場にまで広がってきた。

図3 相談内容別件数の比較 (3年&4年)

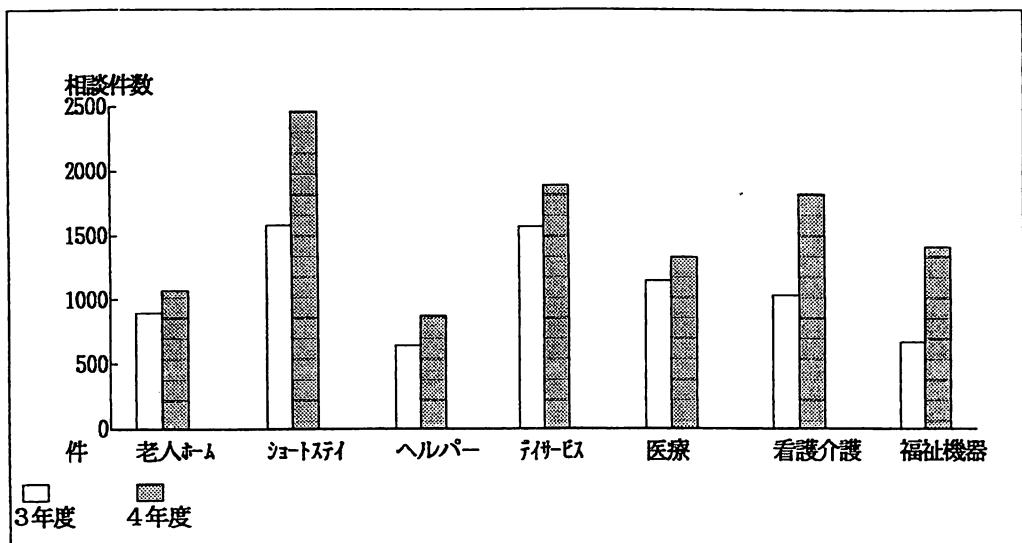


図4 機関別相談内容（福祉事務所3所、おとセン）4年度相談

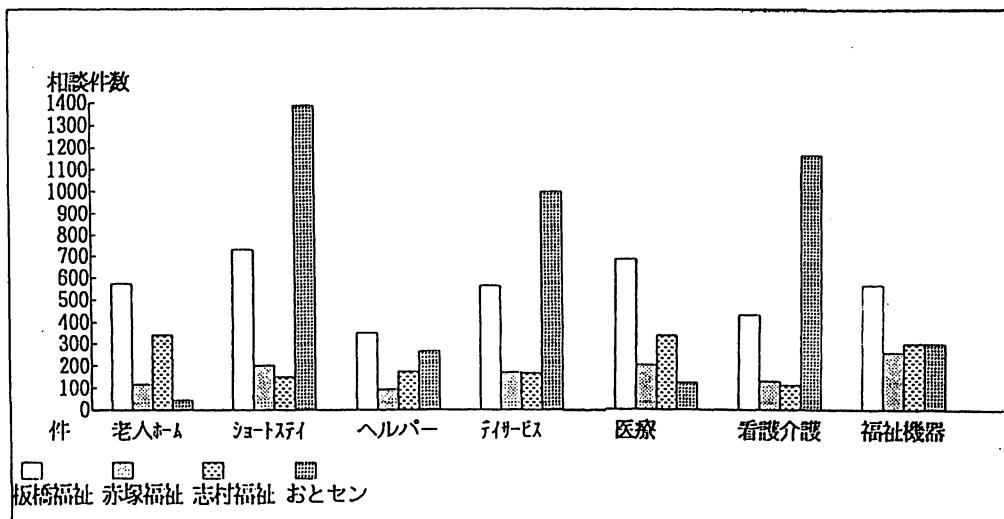


図5 相談から初回訪問までの日数 (H4.4～4.6 相談指導第2係分)

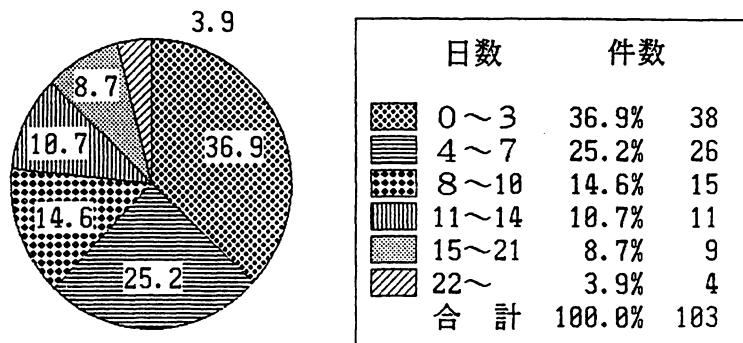


図6 平成4年度職種別訪問実人員・延回数

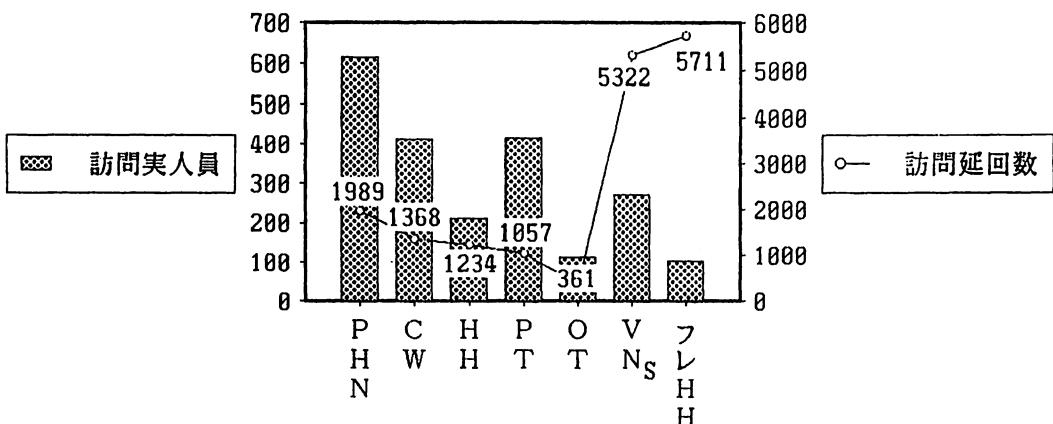


図7 訪問職種の組み合わせ

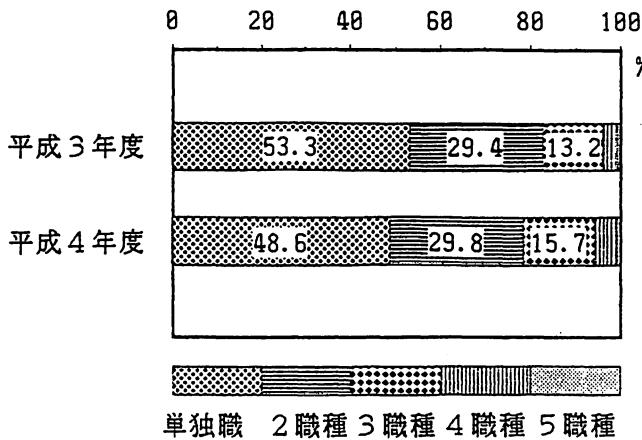
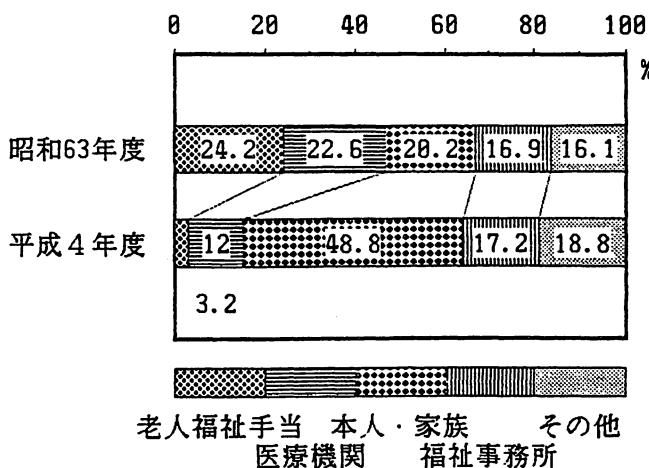


図8 把握経路



ケアの質を高める相談機関の役割は、当センターの2年間の実績から見えてきた課題に対する取り組みであろう。連続性のあるケアを保証していくためには十分なサービスの量が確保されることが絶対条件であり、メニューの豊かさとサービスの適用条件の緩和は連動させなければならない。制度をつくれば

いざれにも該当しないはざまが新たに発生てくる現状では、相談機関は相談者のニーズを既存の制度に振り分けるだけでなく、ケアの結果をフィードバックして制度を変え、サービスを創り出していく原動力とならなければならない。

---

### 第三分科「障害児」まとめ

## 障害児－療育の質を問う－

座長 三ツ木 任一

(放送大学)

本分科会では、「療育」を障害をもつ子供たちを対象としたリハビリテーション・サービスととらえ、高松鶴吉氏の「療育とは注意深く特別に設定された子育てである」という定義を受けて、論議を展開した。

まず、脳性まひ児、精神遅滞児など発達障害をもつ子供たちを対象とした療育の現状と問題点を、医師、保育者、教師、そして親の立場から鋭く指摘していただいた。

児玉氏は、療育の質はよくなってきたと前置きして、最近20年間の肢体不自由児施設の推移を述べ、重度障害児、重症心身障害児でも家庭で養育する時代になってきたこと、診療時に約半数の父親が同行するなど父親の療育への参加が重視されてきていることを指摘した。

平山氏は、保育者の役割を、子供への援助、家族への援助、子供にかかわる機関への援助の三つの側面から述べ、障害児保育のシステムはかなり整備されてきていること、何かができるようになることよりも、人とかかわることの楽しさを体験させることの重要性を指摘した。

青柳氏は、経験年数3～4年の若年の教員が大半を占めている養護学校の教員構成の歪みから、児童生徒の障害の重度化、多様化に対応しきれず、教育技術の積み上げが困難な現状を指摘した。

永島氏は、養護学校を卒業した二人の青年の生活、生き方を比較して、親の養育態度、親自身の生き方の重要性を指摘した。

問題提起を受けて、参加者全員による活発な討論がなされた。

まず、平山氏の「障害をもつ子供をもった親

自身の自己受容への援助」について賛同する発言があった。従来、親の障害受容は、障害をもつ我が子の受容といったレベルで論じられていたが、療育のプロセスにおける専門職員の援助、親同士のカウンセリングなどで、親自身の自己受容を重視する必要があることを確認した。

就学前の療育については、肢体不自由児施設、通園施設、保育園、幼稚園などとのネットワークが重要で、地域の通園施設がコーディネーターとしての役割を果たしていることが報告された。平山氏が紹介した渋谷区立心身障害者福祉センター乳幼児部門の取り組みは、関係機関との連携についての格好なモデルとなるものと思われる。幼稚園・保育園に通いながら併せてセンターも利用している子供一人ひとりについて、月1回訪園して連携を図っていることは特筆される。

学齢期の療育については、多くの発言がなされた。通園施設の職員からは、養護学校に入学してしまえば一安心という親の意識と、学校と家庭の往き来だけで、地域とのつながりが絶たれた障害をもつ子供の成育環境が指摘された。

また、養護学校が地域から隔離されていて、小・中・高の12年間、どのような教育がなされているか外からはうかがい知れない、いわゆるブラックボックスについての批判も述べられた。医療的ケアのニーズの高いハイリスク児が増えていることから、抱え込んだら教育一辺倒のこれまでの養護学校の体制を変革し、その子供の必要とするさまざまなサービスをそれぞれの専門機関・施設から適切に受けられるように風通しをよくすることが求められている。医療機関

との緊密な連携、医療、リハビリテーション専門職員の配置を図るとともに、学校外活動を充実させるなどの地域生活への援助が強く望まれる。

教員の資質、専門性の向上については、教員の養成・任用制度の改善、充実が期待されるが、教員に限らず、その場にふさわしい人材を得るのは至難のわざといえよう。

学校から社会への移行については、地域の作業所の職員から、生徒に現場実習をさせる前に、まず教員自身が作業所での生活を体験すべきではないか、卒業後どこか預かってもらえるところがあればよいといった消極的な姿勢ではなしに、学校生活で積み上げた成果を引き継いでいける進路先を見定めて欲しいといった、養護学校の進路指導に対する発言があった。

自閉症者の成人施設の医師からは、精神薄弱養護学校で優等生とされていた子供たちが、施設の中でよくパニックを起こす事例が紹介された。とかく枠にはめてしまいがちな学校教育が、

指示されたことはよくやるが自分ではどうしたらよいか分からない子供を育てているのではないかろうか。

養育における専門職員のかかわりは、親の子育ての援助者の域を出ない。子育ての最高責任者はいうまでもなく親であるはずだが、療育ということばにとらわれると、親はひたすら専門職員にお任せするという傾向がみられる。療育の場で我が子がどのようなサービスを受けているのか、そのサービスの質は適当なのか、不足しているサービスはどこで埋め合わせたらよいのか、このままお任せしておいていつか憂き目を見る事はないのかといった、サービスの消費者としての積極的な役割が問われているはずである。いつか親業から解放されて、我が子と大人同士の関係になるために、親自身の人生設計を大切にすること、その実現のために療育の専門職員が最大限の援助をすることが、今、問われているように思われる。

### 第三分科会「障害児」

## 療育の質を問う —医師の立場から—

児玉和夫

(心身障害児総合医療療育センター  
むらさき愛育園)

### 1. 療育背景の変遷

私が現在の施設に勤めだしたのが昭和49年ですからもう20年前になります。この20年間で療育の背景は随分変わりました。20年前は、まだまだ肢体不自由児施設でしか教育や訓練を受けられないというところが多かったため、元気でかなり生活面でも自立能力があり、かつ知的能

力も結構ある子供たちが沢山入っていました。それが現在ではそうした子供たちはまず施設には入りません。入る必要もない訳です。昭和51年(東京では49年)からはいわゆる養護学校義務化が実施され、少なくとも施設に入らなくても教育を受けられるようになったことが大きかったと思います。

昭和50年代に入ると、特に脳性麻痺を中心とした早期診断と早期訓練が盛んになりますが、この努力は同時に乳幼児期からの療育システムの構築を促進しました。早期から訓練も育児指導や援助が得られるようになると、今度は障害児通園施設の質が問われ出します。早期から専門の訓練士などと接してきたため、幼児期後半でもそうした専門指導がない旧来の通園では対応できなくなってしまいます。それまでは概ね3歳以上の集団保育が可能な子供たちを集めて保育プログラムを組んでいたのが、次第に専門指導は専門機関に、保育は保育園か幼稚園へ、という流れになっていきます。もちろん通園施設の方でも専門スタッフを入れたり、乳幼児からの個別指導を開始するなどの努力を続けてきたため、現在では中軽度の障害の場合、幼児期初期までは通園機関、後期は保育園などという傾向が定着してきました。この流れはさらに学校教育まで及び、普通学級進学の希望が増えてきています。反面、養護学校や施設にはかなり障害が重複して重い子供たちが集まることになります。

重症心身障害児といわれる心身の障害が非常に重い子供たち（児童福祉法上では20歳を過ぎても児童扱いをされ、重症心身障害児施設に入ることになります）のための施設は、大幅に不足すると思われていました。しかし、少なくとも日本の都市部では就学年齢の80%以上は在宅で、しかも今すぐには施設に入れたくないという積極的・在宅生活をしています。逆に施設側が在宅生活の援助のために努力する段階になっています。

かつて日本では、療育機関に子供と一緒に来るのは母親だけではないか、と有名な外国の先生から批判されたことがあります。しかし最近では外来では約半数以上がご両親でお見えになります。

イギリスで経験したことですが、地域セラピストという人たちがいて、交通事故で脳に障害を受けた日本の少女の訓練のために病院に通ってきててくれていました。退院して元の学校に戻

るときは、今度はその地域のセラピストに引き継いでいくのです。アメリカから帰った子供の場合は（アメリカは地域差が大きいのでこれは恵まれた地域の話ですが）、小学校に入ると20人くらいのクラスに担任と副担任に加えて必要なセラピストが入り、さらにその子供の場合は日本語もわかるスタッフも付けてくれて、皆で一緒に時間もあれば、一人ひとりの子供に必要な時間もとってくれるということでした。

こうした流れをみていくと、障害をもった子供たちを一定の施設、通園、指導機関などの流れに入れていくのではなく、それぞれの生活の場にどう療育サービスを提供していくのか、という時代になってきていると思います。

## 2. これから療育

療育、もっと狭くみてリハビリテーションと子供たちとの関係を見ると、最初にみたように、どれだけその子供一人ひとりの人生、心の成長に役立っていけるか、という「質」が問われていると思います。まだまだ日本の療育は制度に合わせる、というところがある、地域の役所の相談窓口でも事務職から回されてきただけの人が型通りの案内しかしてくれないという苦情が寄せられてきます。肢体不自由児施設でも、大勢の子供が入っていても理学療法士さんが数名いるだけ、というところも少なくありません。どう考えてみても一番育てなくてはならないのは、もちろん運動機能は大事なのですが、最終的には心です。心がないリハビリテーションでは意味がありません。一定のプログラムの中に子供たちを閉じ込めると、その世界しか知らない育ち方をする恐れがあります。もっと積極的に心を育てたい。しかしそのための施設での心理や言語などのスタッフ配置は非常に少ない現状です。

制度を見ても、たとえば保育園と通園機関の両方に通うことは二重措置ということで認められませんし、一生同じ施設で生活する運命にある重症心身障害児を地域の作業所や重心通園機関に出かけさせたいと願っても、これも措置が

重なるということで認められません。学校の話が随分出ていましたが、学校教育の場に教師以外の専門スタッフが出入りすることは原則としてできないことになっていますし、どこをみても子供たちや障害者が制度で分断されてしまっています。もっと障害をもった子供たち、人た

ちの実際の生活、営みでの必要に応じて制度やスタッフが動けるようにならなければならないと思います。21世紀への夢を描く前に、現実の要請がそうなってきてていると思います。21世紀にはそうしたばやきが聞かれなくなることを願っています。

---

### 第三分科会「障害児」

## 療育の質を問う

### －保育者の立場から－

平山 美枝子

(渋谷区立心身障害者福祉センター)

私は発達障害をもつ子供とその家族が、地域の中でごく当たり前の生活が送れるように援助していくことが地域センターの役割と考えています。

今日は限られた時間の中で、何らかの援助を求めて渋谷区立心身障害者福祉センター（以下センター）の門をくぐられた子供とその保護者の方たちへ、試行錯誤しながら取り組んできていることを話させていただき、皆さんと一緒に今後の方向を探ることができればと思っています。

#### 1. 保育者の役割

まず、保育者の立場からということで、私は療育機関で働く保育者の役割を次のように考えています。

ひとつは、発達の可塑性の高い敏感期にある乳幼児の成長・発達を援助していく直接処遇の担い手であるということです。もうひとつは、専門スタッフや子供にかかる機関に対して、子供のキーパーソンとしての役目があり、広い

視野に立って子供のライフステージにかかわっていくことが求められます。

そして保育者の子供に向かう姿勢として、私は常に子供のその時々の心にふれながら、子供全体をとらえ、子供が今一番求めているものを大切にして、全体的な援助をしていきたいと考えています。

現在、各施設の職員構成を見ますと、保育者の意識・持てる力が、その施設の処遇内容やサービス内容などへ大きく関与しているのが現状ではないでしょうか。そのためにも保育者が自らの役割を再確認し、施設機能の充実を図っていくことが必要です。

#### 2. リハビリテーション・サービスとは

私は「リハビリテーション・サービス」ということを、発達障害をもつ子供が地域の中で自己実現していくために求めている、子供の側に立った援助活動とおさえてみました。そこで大切にしたいのは、あくまで子供の側に立ったという視点です。

援助活動の内容は、(1)子供への援助、(2)家族への援助、(3)子供にかかわる機関への援助、です。

### 3. 現在、センターでは……乳幼児部門の現状

次に療育の現状についてということで、法外施設である当センター乳幼児部門での実践を通して話させていただきます。

#### (1) 乳幼児部門のあらまし

センターでは施設機能として通園機能と相談機能を併せもち、個々のニーズに柔軟に対応し

ていきたいと考え、乳幼児部門として資料1のような取り組みをしています。

職員構成は心理（係長を含む）2名、P.T.・O.T各1名、看護婦（成人クラス兼務を含む）2名、福祉指導3名、保母11名総勢20名です。S.T.は非常勤（週1日）、ドクターも非常勤（月1日）です。

#### (2) 子供への発達援助

次に、子供への発達援助については、資料2を参照してください。

### 資料1

## 乳幼児部門のあらまし

1993. 4

早期に子供の問題を相談でき適切な処遇が受けられるように 保健所・病院・児童相談所・福祉事務所・保育園・幼稚園などと連携をはかります。

関係機関との連携

幼稚園・保育園との連携

幼稚園や保育園を併用している子供たちのために グループ指導、定期的な防護などを行っています。園とのより円滑な連携をはかるために公開保育などのとりくみも行っています。

子供たちが地域の人々の中で育まれ 生活していくようにと考え 次の場に向けて 保護者の方と一緒にとりくんでいます。

就園・就学に向けて

アフター・ケア

卒園した子供たちが 培った力を次の場で 充分、發揮していくように 必要に応じて就学先と連携しながら 保護者の方と一緒に考えとりくんでいます。  
□就学相談(園・認定)  
□就園・就学

子供の発達全般について 心配ごと、悩みごとなどなんでも相談に応じています。  
相談は0才から受けています。  
電話相談も行っています。

窓口相談

見学・面接

医師による相談

広い場所で思いきりからだを使ってあそんだり、玩具などを使って実際に親子あるいは職員とあそぶ場面をとうして、どんなかかわりが必要かと一緒に考えてています。

グループ指導】  
【個別指導】  
グループのとき  
ひや一日の話をね  
して心の遊びを  
実りかた 遊びを確  
めています。  
自分から手の根  
まりひいきグル  
ープを組し 売り合  
かげる遊びを  
ています。

行事  
保護者会  
(つくしんほ) 生活指導

音楽療法

リハビリ相談

子供の運動面の問題や 機能訓練、補装具の相談などを整形外科医が行います。(月1回)  
訓練は医師の指示のもとに理学療法士・作業療法士があたります。

ことばの相談

ことばのおくれ、構音やきこえの問題などの相談を言語療法士が行います。(週1回)

訪問・訪園相談

スタッフが保育園・幼稚園や家庭に訪問して 直接、相談を受けています。

卒園児グループ

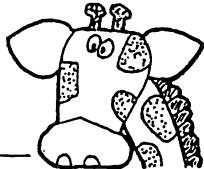
卒園している子供たちが楽しめるようになってます。  
また、おさん同士で協賛会をしながら子供たちとお話し、ええあっていくとりくみがます。

子供たちが地域の中で それぞれの力を充分に発揮して生活していくように センターではさまざまな援助を行っています！



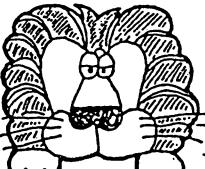
## ’93 年度のグループ編成

この他にも低年齢グループや出会いグループなど子供の状況に合わせたグループができる予定です。



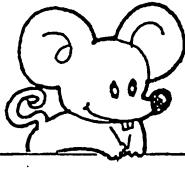
♥週4～5回 ♥6名程度  
♥4～5歳

単独通園が主となるグループです。家庭からより広い生活空間の中での活動をベースに広がるふれあいや経験を通して、一人一人の子供の全体的な成長・発達を見守っていくところです。運動あそび・感覚あそび・プール・行事・交流などの活動を行い、毎日の積み重ねを大切にしながら興味や経験を広げていきます。また、健康に注意し、生活リズムを整え少しづつ身の回りのことも身につけていきます。状況に合わせて訪問指導や次の場に向けてのとりくみを行います。



♥週3回 ♥6名程度  
♥おむね3歳

来所してまだ日の浅いお母さんと子供のグループです。母子通園が基本ですが、状況によっては単独通園が加わることもあります。お母さんと一緒に遊ぶことを通して、あそびの楽しさを共感し合い、しっかりとお母さんとの関係を築いていくことが大切なねらいのひとつです。また、小さな子供にとっては健康と生活リズムを整えていくこともとても大切です。これらを土台にいろいろなあそびや人との出会いを経験し、一人一人の発達をお母さんと一緒に考えていきます。また、一人一人の興味・関心を満たすことで子供の気持ちの安定をはかり、基本的に必要な運動・感覚刺激を豊かに取り入れ、生活経験を広げます。その中で、お母さんとともに子供のはつづきをとらえていきます。



♥週3回 ♥6～7名  
♥2～3歳

母子通園のグループです。お母さんと一緒に遊ぶことを通して、あそびの楽しさを共感し合い、しっかりとお母さんとの関係を築いていくことが大切なものがあります。お母さんと一緒に遊ぶことを通して、あそびの楽しさを共感し合い、しっかりとお母さんとの関係を築いていきます。また、一人一人の興味・関心を満たすことで子供の気持ちの安定をはかり、基本的に必要な運動・感覚刺激を豊かに取り入れ、生活経験を広げます。その中で、お母さんとともに子供のはつづきをとらえていきます。

きりんグループ

らいおんグループ

ねずみグループ

## くじらグループ

♥週1～2回 ♥6名程度

保育園・幼稚園に通いながらセンターに通園する子供たちのグループです。小集団で子供のベースを大切にしながら、お母さんと一緒にそれぞれの子供の状況・発達に合わせたとりくみを行っていきます。また、就園先で楽しくのびのびすごすためにお母さんと一緒に考え、定期的訪園など園と連携をはかっています。



♥水曜 午後 ♥5～6名程度

全日、保育園・幼稚園に通っている子供たちで午後センターに来ます。一人一人の状況・発達に合わせて個別対応を中心に行なう訪問指導も行います。幼稚園児や保育園児との交流もとりくみます。

じるかグループ

センターではまずお母さんと一緒に通園してもらっています（母子通園）。子どもの年齢や状態を考慮しながら、子どもだけで登降園する（単独通園）ことも考えていきます。

子供のニーズに応じた取り組みをどのような体制で行なうことが、親子にとってより良いか、また、どのように職員の効率的な動きをつくれるかということを考えて、グルーピングを考えていきます。これは毎年頭を悩ませ、時間を要するところです。

前年度から全グループで通園事業と相談活動を兼務し、センターに求められるニーズの把握と今後のあり方についてを全職員で考えていこうと取り組んでいます。そして今年度は専門スタッフも各グループに配置して職員体制を組み、新たな取り組みを試みています。資料には載っていませんが、7月から低年齢の「ひよこグループ」がスタートしています。各グループのねらいや取り組み内容は資料2を参照してください。その中の「きりんグループ」は、重複障害をもつ子供が毎日通ってくるグループです。で、PT・OT・看護婦のかかわりが多くなります。そこでは、週1回定期的にスタッフ会議を持ち、情報交換をしながら子供の処遇にあたっています。

私たちは一人ひとりの子供に適切な発達援助がなされているかという視点で、日々、子供へのかかわりについて話し合いがされていかなくてはなりません。しかしながら、十分な時間がとれずに、必要最少限の子供の情報交換に終わってしまうこともあります。話し合いの場が職員相互の研さんの場となるように、その持ち方などについて検討していく必要があります。

次に子供の発達援助を考える時、私たちはどうしても障害や遅れに目がいき、「そこをなんとかしたい」と思う親御さんと共に「このことができるようになって欲しい」と指導・訓練が開始されるのですが、私はその親御さんの思いを受けとめながら、子供を全体としてとらえ、乳幼児期に特に大切にしていきたいと思っています。

それは、私たちは人とのかかわり、関係の中で生きています。子供たちにも人と共にいること、相手にされること、そして人にかかわることが心地よく、楽しいという経験をたくさんさ

せ、コミュニケーション意欲を育んでいきたいと思います。

「何かができるようになる」ということも大切ですが、私はまず子供の内面に基本的な対人意識を育て、親子関係を培いながら人との関係を広げていきたいと考えています。

このことを基本にしながら、一人ひとりの子供の発達課題をアプローチし、その子の持てる力が發揮されるように援助することが大切と考えています。

### (3) 保護者（家族）への子育て援助

家族への援助を考える時、子供の主たる養育者である母親へのサポートが主な取り組みとなります。

まず、母親の精神的な安定を図り、母親が子育てにポジティブな気持ちで臨めるように援助していくことが大切です。

そのため、さまざまな取り組みを通しながら、私は次の2つのことに重点をおいてアプローチをしています。

ひとつは、「障害をもつ我が子をひとりの子供」として受容していくことへの援助です。そしてもうひとつは、主たる養育者となる母親が、障害をもつ子供を持った自分自身を自己受容していくことへの援助です。あるがままの子供を受け入れ、子育てを両親で楽しめる家庭作りへの援助ができればと考えています。資料3を参考してください。センターでは、母子で一緒に通ってきてもらうことやグループを共にしている母親と職員での話し合いの場、そして親子がほっとできる家庭に職員が出向く訪問指導などを通してアプローチをしています。

このように保護者への取り組みを行っていくには、保護者との信頼関係を培っていくことが前提となります。信頼関係を培っていくには、保育者自身のフレームで親をとらえるのではなく、今ある親そのものに沿うことが大切と考えています。

母親が肩の力を抜いて、子供がいきいきと生活できる環境作りをしていくための援助へ向けて、職員の自己研さんが求められます。

## さまざまなりくみを通して

### 母子通園のねらい

#### ☆ 母と子のあそびの場

子どももとあそんであげるとか、あそばなければといった気持ちでなくお母さん自身があそびを楽しめ、子どもの気持ちをしっかりうけとめてあげることが子どもの力強い成長へつながっていくと思います。

私たちも、こうした親子のかかわりの場を大切にしながら、子どもを見る目、変化を気づく目を、一緒に磨いていきたいと思います。

#### ☆ 母と子の絆の育ち

子どもが小さければ小さいほどお母さんとの絆は密接です。母子のゆたかな関係は、子どもの発達において大切な土台となるのです。

この時期にお母さんと子どもが一緒にあそび、かかわりあう中で十分に楽しみ、満足し、安定した関係をもてることが大事なことになってきます。

その中ではぐくまれていくお母さんへの信頼感と子どもへのお母さんの愛情が相互にからみあって人間関係のひろがりの芽も育ちます。

#### ☆ 障害の理解、子どもへのかかわり方

障害の正しい理解や、発達の道すじを知りながら子どもの姿をつかみ、ひとりひとりの個性を生かした、よりふさわしいかかわり方を見つけていくことが大切です。

そのために、お母さんと一緒に、子どもの状態をとらえ、成長の節々での課題にとりくみ、育ちを見守っていきたいと思います。

またお母さんどうしがでいい、悩みや不安をわかちあう中から、おおらかな気持ちで子どもを受けとめていく力がうまれることを願っています。

#### ☆ とりまく人々と共に

子どもの生活のベースとなる家庭が、安定した教育環境となるよう、家族ぐるみの理解、協力が大事になります。

更に、地域でゆたかにのびのびと過ごせるような環境づくりのために、子どもを中心に、親やまわりの人々が知恵を出し合いながら、ともに学び、育ち合う関係を広げ、深めていきたいと思います。

## つくしんば

センターでは、保護者の方々のつながりを深め、お互いに理解し合いながら、職員といっしょになって、子どものことを考えていくことをねらい、定期的な話し合いの場（つくしんば）を設けています。

### □ グループつくしんば

ここでのつくしんばは、一番基本になる話し合いの場です。保護者や職員との出会いの中で、その時々の気持ちが出せる場、と考えています。またグループのとりくみや子どもの発達などについて共に考えていきたいと思っています。

\*各グループ月1～2回実施

\*テーマによっては、グループの枠を超えたとりくみも考えていきます。

### □ 合同つくしんば

それぞれのグループの様子やセンター全体の動きなどを理解し合う場で、年度の始めと終わりに行います。

保護者と職員が共に広い視野で、子どものことを学び合っていくことをねらいとして、講演会を年2回行います。

### □ 子どもをとりまく人々とともに

子どもたちが暮らしやすい環境づくりにむけて、母親のみならず、家族ぐるみで考えていくようになると願っています。更に家族や私達をはじめ関係者が軸になり、地域の中で、豊かに暮らしていくようにと、理解の輪を広げていきたいと思います。

特にお父さんや家族の方々にむけて次のような計画をしています。

家族の集い 家族参観 療育講座 夏祭り オープンハウス（11月祭）

## 訪問指導

年齢の小さいお子さんがよりのびのびと活動できる家庭でのとりくみです。

お子さんの家庭での様子を見ながら、具体的なかかわりについて一緒に考えていきます。

日頃考えていることをお母さんとじっくり話し合ったり、家族の他の方とも接することができと考えています。

地域での遊びの場や子どもたちとのふれあいが広がるよう一緒に外に出たりもします。

## 関係機関にむけたとりくみ

### 《ねらい》

区内の障害児やその家族が、安心して豊かに暮らしていく地域作りのために、障害児を取り巻く様々な関係機関との連携を図る。

### 《とりくみ内容》

1. 関係機関職員連絡懇談会
2. 保健所との連携
3. 幼稚園・保育園との連携
4. その他… P R 活動等

#### 1. 関係機関職員連絡懇談会

保健所・病院・児童相談所・福祉事務所等、関係機関の職員とのつながりを持ち、センターの方を考えると共に、今後のより良い方向をさぐっていくことをねらいとして年2回取り組んでいる。

#### ▼出席依頼機関

保育係長	恵比寿保健相談所	東京都児童相談センター
区立保育園園長会幹事	幡ヶ谷保健相談所	福祉部保護課相談係長
私立保育園園長会幹事	保育相談所	精神薄弱福祉主査
私立幼稚園園長会幹事	こどもの城	身体障害福祉主査
学童館館長会	北療 城南分園	児童福祉センター
就学相談担当主査	日赤医療センター	東京都心身障害者福祉センター-幼児科
就学相談担当相談員	心身障害学級担任会まとめ役	渋谷区保健所

#### 2. 保健（相談）所との連携

3所とのよりスムーズな連携を図っていくことをねらいとして、年1～2回情報交換会及び勉強会等をとりくんでいる。

今年度は一ヶ所から要請があり、月1回行われる経過観察に職員が出向している。

### 3. 幼稚園・保育園との連携

#### (1) 統合保育・教育を考えるとりくみ

区内幼稚園・保育園の先生たちと障害児の保育・教育を共に考え、地域の連携を図ることをねらいとして年3回取り組んでいる。

〔年間計画〕

- 第1回 公開保育と講演会
- 第2回 懇談会（実践報告を通して）
- 第3回 事例を通して

#### (2) 就園児のとりくみ…今年度で3年目に入る

幼稚園・保育園に通いながら併せてセンターにも通ってきている子どもについて、園での適応をはかり、共に子どもの発達援助をしていくことをねらいとして、月1回 定期的に訪園するなどして園との連携を図っている。

### 4. PR活動

何らかの援助を必要としている子どもとその家族が気軽にセンターを利用できるようにとパンフレットを作製し、公共施設・病院・子どもに関わる機関等に配布している。

#### (4) 子供にかかる機関との連携

地域センターは、援助を必要としている子供とその家族になんらかの援助の手を差しのべ、さまざまなニーズに応えていくため、どうしても関係機関との連携が必要になってきます。渋谷区の場合、行政レベルでのシステム作りはできていません。必要性を感じているセンターが積極的に働きかけていくことでそのパイプができ、連携が保たれているのが現状です。資料4にあげていることは、現在センターで取り組んでいる内容です。

早期療育がいわれた昭和50年代は保健所とのパイプ作りに積極的に取り組み、早期対応を目指しました。現在は特に幼稚園・保育園との滑らかな関係作りに力を注ぎ、インテグレーションの促進と充実を図るように取り組んでいます。

以上センターでの現状についてお話ししました。

### 4. 今、求められていること

最後に今求められていること、今後の課題と

考えていることを述べたいと思います。

発達障害をもつ子供が早い時期からセンターを訪れるようになり、そしてこの子供たちの生活の場が幼稚園・保育園へと広がってきており、現在、地域の療育機関として求められる質の高いサービス、つまりニーズに対する適切な援助がなされているかということが問われていると思います。

多様化するニーズに応えていくには、専門スタッフとのチームプレーはもちろんのこと、やはり施設機能の充実を図っていくことが必要です。そして子供にかかる機関がお互いに顔なじみになり、必要なときに必要な援助がすぐに受けられる、なされるという関係作りが必要です。子供とその家族を共に援助し、地域の中で安心して暮らしていくことのできるネットワーク作りが求められています。

以上のような地域ケアの視点にたって、個々のニーズに応じた援助活動をしていくには、どうしても職員の育成が当面の課題と考えています。

---

### 第三分科会「障害児」

## 教育からみたリハビリテーション・サービスと当面する課題

青柳勝久  
(東京都立北養護学校)

### 手と足で実践するチームワークを

私は、昭和30年代から東京の整肢療護園の時からずっと肢体不自由児とつきあってきました。しかも教育という分野からかかわってきましたが、その間ずっとよく話題にされたことは、チームワーク論がありました。当時の療護園は、あらゆる職種の方々と肢体不自由児の療育にあたらねばならぬ時代でしたから、医師はじめ医療関係の専門家や周辺の方々および教員などを交えた総合的な活動でした。この方面に並々ならぬ関心と見識をもっていた高木憲次先生はよく、各専門分野の方々が相互にオーバーラップするようにと、互いに境界(分野)を越えて療育という仕事に励んでもらいたいと話されました。つまり現代の学際といわれていることの実践であり、越訴という用語をよく使われてありました。

現在、公立の養護学校(肢体不自由)における就学してくる児童・生徒の障害の状態に即して指導に必要な教員の数は、普通校より手厚く教員対児童・生徒の比率はおよそ1対2に近づいております。地域によっては多少のバラつきはありますが、公的な統計資料によれば、教員と在籍者(児童・生徒のこと)の総数を単純比率してみると上述のとおりとなります。

このことは、学級に複数の教員を配属して指導することであり、チームティーチングといわれる指導法の導入であります。最近の都心部や都市周辺の学校では、病弱・虚弱を伴う重症心身障害児も就学してきており、学校において

は従来の考え方では対処することが困難なケースの児童・生徒も義務教育の下で学習しております。とくに訪問教育制度もありますが、いずれにしても教員が児童・生徒について細心の観察と健康安全および管理について常に注意を払い安心して学校生活が送れるために、校内で教員はじめ他の職種の方とチームを組んで指導することが重要であります。ところで、職種の違うチームワークとはやや異なり、同一職種の教員では、人間関係で教員同士がコミュニケーション障害をおこして円滑な学級・学年経営を欠くといった弱点が時にでてきます。教員の資質として最も根幹となる人格の完成をめざすために、自己の専門性を高めること、他の専門性の尊重とそこで得られた業績を常に全体の業績として質を高めていく態度が身についていない点などが反省させられます。

### アンバランスな教員構成

養護学校の教員構成は、都市部の例でみると以下のとおりであります。

- ①平均年齢では、ろう学校の男性40歳を除くと、盲・養護学校ともに36~38歳で男女の比率は、女性が54.9%で養護学校が圧倒的に多い(普通小学校は女性の教員が多い)。
- ②経験年数をみると、盲・ろう学校は男女ともに6~7年に対して、養護学校は男女ともに5年弱である。

この経験年数の教員を学部別にみると、盲・ろう学校では中・高等部に4~9年、10

年以上の者が合わせて約60～70%占めているのに対し、養護学校では約55%で、3年未満の者が約45%占めている。

以上のように、養護学校は若年層の教員構成であり、経験年数も浅いという実態であります。これは、構造的な問題ではないかと論議されました。こうした現状を踏まえて教育の質の向上をはかるには、どうするかまず問題点をあげてみます。

- ①経験豊かなベテラン教員が育っていない。
- ②すべてが未知への挑戦であり、実践した貴重な成果を、体系づけて質の高い指導方法
  - ・内容に積みあげられず、対症療法的になりやすい。
- ③高等部の生徒が卒業する段階にきても、経験豊富な教員のスタッフは望めず、経験年数7年以上は約25%である。
- ④義務制実施後20年近くなるが、教員の転勤が多く、流動的で学校という箱物はできて

も、中味の充実（量から質へ）が切実な課題となっている。

- ⑤近年就学してくる児童・生徒の障害の状態はめまぐるしく、従来の教員として必要な専門知識だけでは足りず、医療面のスタッフと連携体制（これがチームワークなのだが）をとらなければならない。

この他に、課題はたくさんあり現場では行政と一緒にになって、一つひとつの難題に挑戦しているが、教育・医療・福祉といった行政間の効果的なネットワークづくりを学校から、地域に定着していくよう率先して関係機関などに働きかけていくことが大切であります。とくに、この種（肢体不自由教育）の教員養成をめざす大学が、非常に少ないと根本から早急に改善しなければならないことは、三澤義一氏の障害児のための教師教育にも明確に指摘しているとおりであります。福祉のまちづくりをめざす心身障害児の地域理解推進事業は重要な活動です。

---

### 第三分科会「障害児」

## 療育の質を問う

### —親の立場から—

永島 弘子

(全国肢体不自由養護学校PTA  
連合会事務局)

私は子供が3人おり、第二子の長男が脳性まひと知的障害を併せもっています。東京の板橋区にずっと住んでいまして、地域とのかかわりや肢体不自由養護学校とのかかわりの中で学んだこと、気づいたこと、親として考えなければならないことを話します。

まず、三ツ木先生からお話をありましたよう

に、療育とは「注意深く特別に設定された子育て」であり、子育ての最高責任者は親であるということで、自分で責任をまっとうしているのかギクリとしましたが、どんなことを誰がいつ、注意深く特別に設定された子育てをするのかが、大切なことであるわけです。

発言の順からいくと、養護学校卒業後の人

ことを話していいようなので、ある事例をあげてみます。

A君とB君とします。両者とも20歳そこで、現在は電動車いすを使用する男性です。A君は、ADL全介助、言語は不明瞭。B君は、食事介助等は必要なく言語もはっきりしています。A君は小規模校、B君は大規模校に通学していました。

A君は、今、自分の意志をワープロを使って通信文を定期的に発行し、広い範囲に伝えたり、ボランティアさんたちとのさまざまなサークル活動に参加し、趣味となったカメラ撮影で受賞したり、カラオケで歌い飲みに出かけたりと、まさにその年代の青年と同様の体験をしています。

B君は、温厚な性格で、読書したりなど自ら外出することはあまりありませんでした。

この春、二人は同じ通所施設に通いはじめ、A君が自分より機能的には可能なのに何でいろいろなことをやってみないのかと、B君に話しかけてくれ、さそいをかけてくれるようになり、B君も外出の体験を増やしていく、この夏、将棋大会に出場するなど行動範囲が広がり、私たちを驚かせてくれています。

この二人の違いは、機能的な問題や単に性格というだけでは納得できないことがあります。20年間にわたる生活の仕方、生き方、体験の質と量によって大きく違ってきたのだとご理解いただけると思います。

障害が重かったり重複していたりすると、本人の自己主張や行動に大きな制約がありますが、それとは別に、親の考え方や親自身の生き方に特に左右される、あるいは支配されることの方が大きいといえます。

親や子育てにかかる人々が「障害をもった子供たち自身が、地域の中で主体的に生きてい

くのだ」という考えを持っているかどうかが重要なことなのです。

医療機関や福祉機関、教育機関が療育にかかる情報をたくさん提供していると思いますが、親同士が情報を提供しあう必要性を感じています。

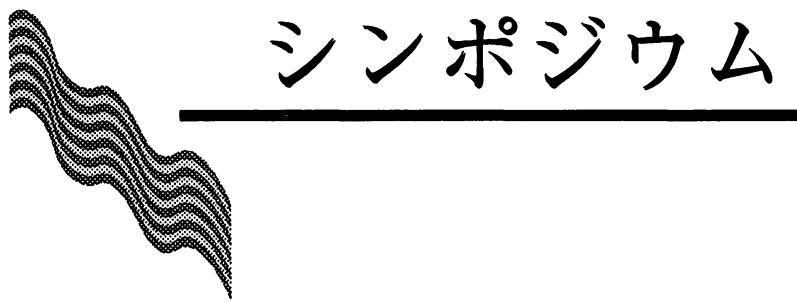
A君とB君の例のように、障害をもつ本人にとってロールモデルとの出逢いは重要な意味を持っていますが、親にとっても、他の親の育て方や生き方、障害者のさまざまな生き方を知ることも大切なことです。

本人が主体的に生きていくために必要な地域サービスは、国・都・区・民間などで現在でもさまざまな制度や企画があります。しかし、不足の部分もたくさんあります。今提供されている地域でのサービスを使うにしても、情報がバラバラだったり、手続きの方法が繁雑だったり、利用制限枠がいろいろとついていたりします。

親にも本人にもさまざまな体験をとおして育っていって欲しいのですが、障害児・者を抱える家庭内の状況（たとえば、母親が運転できない。小さい子供や他に面倒をみなければならない家族がいる。母親自身に体力がない。気力がない。）が整わないこともあります。やればいいと思ってもやれる力量がないこともあるのです。

地域の中で、親も子も主体的に生きていくためには、地域での多様なサービスメニューが提供されることと、これを使っていく家庭の養育力をつける援助も同時に提供することが望されます。

最後に学校教育に関しては、個のニーズにこたえる教育をして欲しいと願っています。教員には、親の意見もしっかり聞くが、親を説得できる力量も持ってほしいものです。



---

## シンポジウム

# リハビリテーション・サービスの質を高めるために

座 長	小川 孟 (津山みのり学園)
シンポジスト	上田 敏 (帝京大学)
	調 一興 (東京コロニー)
	野村 歓 (日本大学)
	三浦 和 (全国特殊教育推進連盟)
	村田信男 (東京都立中部総合精神保健センター)

座長（小川） それでは「リハビリテーション・サービスの質を高めるために」というテーマで、今回の大会の総括といった意味もありますシンポジウムをはじめたいと思います。

シンポジストの方々は、今さらご紹介するまでもない皆さんですが、はじめての方もいらっしゃると思いますので、ごく簡単にご紹介させていただきます。

上田さんは、現在、帝京大学医学部の教授で、市原病院のリハビリテーション科で臨床にも携わっておいでです。

次に予定しておりました小鴨さんは、どうしてもご都合が悪く、三浦さんにお願いをしました。大変急なことで、先生にはご迷惑をおかけして申しわけなかったのですが、ご快諾をいただきました。現在、全国特殊教育推進連盟副理事長をされております。

調さんは、午前中のプログラムでもいろいろご紹介がありました「アジア太平洋障害者の10年」、これを我が国で推進をしていく中心的な団体として新たにできた日本障害者協議会の代表をされております。また全国授産施設協議会の会長でもあります。

野村さんは、日本大学理工学部の建築学科助教授で、また多くの自治体の障害者まちづくり

などにも先駆的な活躍をされております。

村田さんは、東京都立中部総合精神保健センターの地域保健部長として、また精神障害者のリハについて活発な活動をしておられます。

以上の方々から、日ごろお考えになっていること、それに先ほど各分科会の座長の方から報告された問題を踏まえて、ご発言をお願いして、その後、フロアの皆さんからの活発なご意見なども伺いながら進めていきたいと思います。

それでは最初に、上田先生からお願ひいたします。

上田 このシンポジウムは、ただいまの各分科会のご報告を受けまして、なるべくそれと関係づけてお話をるようにというご注文でした。しかし、お聞きになりましたように、非常に多彩な問題が出されておりますし、昨日来のそのほかのプログラムでも、非常にたくさんの問題が投げかけられておりますので、それにうまくかみ合うようにお話しすることは大変難しいと思います。ただ、できるだけそういう方向でお話ししてみたいと思います。

### 縦の質と横の質

私は、リハビリテーション医学、あるいは医学的リハビリテーションの立場でありますので、

リハビリテーション・サービスの質を高めるためにどうしたらいいかとか、現在どこに問題があるかということは、日ごろから考えることが多いのです。しかし、きのうからのお話を伺っておりまして、やはり質にも2種類あるのではないかと考えるようになりました。といいますのは、仮に縦横と分けてみまして、縦の質というべきものと横の質というべきものがあるのではないか。

それはどういう意味かと申しますと、日本のリハビリテーション医学も、リハビリテーション医学会が今年でちょうど30周年を迎えるように、ほぼ30年の歴史があるわけです。出発点におきましては非常に遅れていた状態からはじまりまして、この30年間に相当急激に成長したと思います。トップレベルだけで比較いたしますと、諸外国にそんなに引けをとらない。これは、量の面はまた別にして、質の面で研究発表の内容などで比較しますと、かなりいい線までできたといっていいかと思います。しかし、それは、いわゆる縦の質でありまして、トップレベルとか、ピークとか比喩でいいますように、どれだけ高いかということの質をいっているわけです。

しかし、日本の場合、特にそうなのですが、リハビリテーションの理念、技術、あるいは知識なりが、医学一般の中で、どれだけ横に広がっているかということ、これを横の質といいたいわけですけれども、その点において非常に問題があるといわざるを得ないわけです。

たとえば昨日、当事者からのリハビリテーション体験を伺ったわけです。その中で、精神障害者の山口さんのお話では、病院のデイケア、病院から紹介された共同作業所というように、リハビリテーションのコースに比較的順調に乗ってきたのかなという感じがいたしますが、ほかの2人の場合には、お話を伺っていても、なかなかリハビリテーションが出てこない。リハビリテーションにぶつからないで、いろいろと迷った道を通られて、だいぶ遅ればせながらリハビリテーションの道にぶつかる、やっと

めぐり会うということになる。我々リハビリテーションの専門家として聞いておりますと、なかなかまどろっこしい、いつまでたっても出会わないんだなという感じがする。しかし、やはりこれが現状だろうと思います。

たとえば田中さんの場合に、聴力を失って、医師、あるいは看護婦から、その場合の適切な対処の仕方は何も教えられないで、同室の患者から教えられて、やっと救われるきっかけを得たということです。これはどうも病気の性質から脳外科であったらしい。もしこれが耳鼻科であれば、もう少しよかったかもしれないなと思いながら聞いていました。医学一般のどの専門でも、障害というものは発生し得るわけです。それなのにそれがリハビリテーションになかなかつながらないわけです。

また小西さんの場合には、30年近く前のことですけれども、恐らく神経内科の病院に入院していらっしゃったんだろうと思います。そうしますと、整形外科だったら、もう少し早く、障害者が運転できる自動車の存在を教えてもらえたかもしれない。リハビリテーション科もそのころから少しづつはじまっておりましたから、もう私のところに来てくれていたら違っていたのにな、そういう気持ちを持って聞きました。要するにリハビリテーションに関する知識の横の広がりがそれだけ非常に少ない。整形外科はまだいいんですけども、耳鼻科、脳外科、神経内科などの専門の先生方の中に、自分の専門からリハビリテーションにつないでいく本当の糸口だけでもいいから、そういうことを知っている人が非常に少ない。そういう意味で、横の広がりの質は非常に問題があるのではないか。

#### 卒後研修カリキュラム

これは底を広げていくということ、ピークを高くするだけではなくて、一般医療全体の中に、リハビリテーションの認識を広げていくことも、我々医学的リハビリテーションの専門家の非常に重要な責任だということです。一つの例でありますけれども、最近、リハビリテーション医

学会におきまして、卒後研修のカリキュラムをいろいろ検討して設定いたしました。リハビリテーション専門家になるためのカリキュラムは、以前から標準案をつくって提示してきたのですけれども、今回はじめて、リハビリテーション以外の専門の医師の卒後研修において、リハビリテーションに関して、最低限これだけの知識は持ってもらいたいという案をつくりました。

しかし、これをほかの科の、リハビリテーションには直接関係のない一般の医師の卒後研修、2年間の卒後研修を厚生省が推進しているわけありますが、その中にどのように入れていくかということは我々の非常に大きな今後の課題です。

ですから、質ということを考える場合に、ともすれば、世界に肩を並べる高いレベルの研究をするという縦の方ばかりを考えがちですけれども、それだけではなくて、医療全般の中にこれを普及させる、最低限の知識を普及し、障害をもった患者さんが、なるべく早く早くむだな回り道をしないで、リハビリテーション・サービスにコンタクトがとれるという状況ができるだけ早くつくり出したいと思っております。これは、特に医療の世界が、障害をもつ方々と最初に接觸するところですので、そこからリハビリテーションへの道筋をできるだけむだがなくいけるようにすることが医療の責任であろうと思っている次第です。

座長 では、三浦先生、お願ひいたします。

三浦 上田先生は、どんぴしゃりの時間で終了したようですが、私はピンチヒッターではなくてピンチランナーですから、どこをどのように走ってしまうのかわかりませんけれども、ちょっとだけ…。

まずこの参加者名簿を見ましたら、参加者が二百何十名いる中で、教員という現場に近い、また現場直接関係者と思われる人が8名、ここに登録されています。そのうちの2人は研究所などの指導主事という形ですので、2人引きますと6人なんです。その6人の中から校長2人を引きますと、現場で実際に子供に携わってい

る方は4名ということになります。270分の4という、教師がここに参加しないということの意味を考えていかなくてはなりません。

やはり「リハビリテーション」という言葉がつきますと、かつては教育リハビリという形で、たとえば盲学校、ろう学校、特に盲学校は、もう間もなく110年を迎えるという歴史がありますし、盲教育そのものは、どちらかというと教育の方から、盲人の社会育成ということではじまったわけです。肢体不自由の場合だと、病院などの関係のところから養護学校が生まれてきたといつても過言ではありません。

こういう歴史性もいろいろありますと、先ほど第二分科会が第一分科会で、伝統的、あるいは既成の医療云々から脱却した道は何かというお話をございました。盲教育、ろう教育の場合には、それぞれの教育の存在の意味のようなものが歴史性で貫かれておりますので、それがまたこういう会議には臨みにくいという一つの枠があるような気もしています。

養護学校の場合、きょうここに何人かいらっしゃるとおり、実際に周りの人から援助をいただきたい、あるいは周りと支援関係を結びたい、という気持ちがあるんだろうと思うんです。

### 学校教育の問題点

その1つの最たるものは、訪問教育の問題です。先ほど第一分科会の中で、横浜の訪問教育の卒業生が「学校生活は有意義であった」という評価がなされていて、卒業後それをどうつなげていくかということで、地域に重度障害者の通所施設をつくった、こういうお話をございました。私は、日ごろ訪問教育、あるいは訪問学級というものは、決して障害の重いお子さんばかり、要するに医療的にケアを有する形を伴いながらというものでなくて、もっと訪問教育の枠組みを広げていくような仕方、仕組みを考えていってもいいのではないか。それに対するニーズがあれば、教師が出向き、医療、保健関係の方も出向くという形のものを進めていいのではないかと思っております。

ところが、残念ながら学校教育というのは、そういう出城の教育というのはなかなか不安なんですね。そして、どうするかというと、子供を一ヵ所に集めることになります。集めるとどうなるかというと、たくさん子供が集まってきて、そこにまた教員がたくさん集まつくるという、実に何ともいえない大規模形態を有していきます。そうすると、どういうことが課題として出てくるかというと、子供を中心としたケース会議のようなものができるにくい。もしケース会議のようなものをつくっていくとすると、必ず医療スタッフを招かなくてはならないし、高等部になったときは、必ず地域の人に入ってきていただいて、卒業後のことはどうするかという話がある。福祉の問題などを含めましていろいろ出てくるのではないか。

2つ目は、先ほどお隣りの調先生と話をしたときに、旭川での裁判の問題が話題になりました。これは、その話題の前にちょっと考えてはいたのですが、要するに、就学指導問題というのは相当吟味する必要があると思います。積極的に就学指導するが、一方では、消極的に就学指導をしない。これは極論ですけれども、そういう微妙なところがある。といいますのは、学校へ入れる、来てもらいたいという就学指導の当初の指導から、中途の点検、これがなかなか思うようにいっていないのが実情ではないか。要するに子供が学校に入って、どれだけ伸びたか、あるいは伸びにくかったかということを含めて、中途点検を行い、そして卒業期に決算報告をする。そういう機会をつくる必要があるのではないか。これが一つ。

それから、通級による指導が今年から制度化されます。これが交流教育ないしは統合教育の問題とどうつながるのか。こういう問題を提起して、終わりにいたします。

#### 就労の問題

座長 続いて、調さんお願いいたします。

調 2人の話を聞いていたらえらく時間が短いな。とにかく話をしますが、時間が過ぎたら

ちょっとといってください。

最初にまず申しあげたいんですが、リハビリテーション・サービスの質・量を含めて、これに深くかかわりのある「心身障害者対策基本法」が今度「障害者基本法」になります。これが12日に衆議院を通過したという情報があったと思いますが、16日に参議院の厚生委員会で議論をされて、うまくいけば、17日の参議院本会議で可決される、今そういう流れで動いております。

この前、この「障害者基本法」が衆議院で通過しました。その時、僕はもう当然参議院で通過すると思って、方々を歩いて「いよいよ今度の国会で通ります」といっていたら通らなかつたのです。今国会は政治改革で非常に微妙でしょう。これは、下手をすると強行採決、解散ということにならんとも限らんので、僕は、2回も国会回りをしているんですが、今度これをほったらかして解散したら、全部今の議員は落とすということぐらいのことで、ひとつご協力ををお願いいたします。(笑) 最初にこのことを申しあげておきます。これだけは通して解散するならしろということで、注目をしておきたいと思うんです。

本題に入りますが、障害者あるいは障害児にかかわっているすべての人々は、障害者当事者を含めてですが、障害者問題の基本は生まれ育った地域、他の地域への移動の自由をもちろん保障をしながら、生まれ育った地域で必要なリハビリテーション・サービス、福祉サービスを受けながら、その地域で住民とともに生活できる条件をどうつくるかということがリハビリテーション・サービスの基本的なテーマであるという立場で、教育、医療、職業、あるいは社会的いろいろな分野も、この1点に集約して物を考え行動することが必要であります。このような基本的立場で日本障害者協議会の活動もこれから進めていかなければいかんと思っています。

#### 障害者の雇用状況

そういう観点で若干のことを申し述べます。

まず私が三十何年やっている、職業リハビリテーションの分野、これは、今度の労働省の発表で見ますと、この不況の中にもかかわらず、1.36の雇用率から1.41と0.05ポイント雇用率がアップしたという発表がありました。この理由は、重度精神薄弱者をダブルカウントしたということが一つあります。重度障害者1人を2人と数えたという部分がある。それから、週22時間以上就労する場合には常用雇用とみなす。そういう労働者の施策が機能して、この場合は、重度の場合でも1人とカウントする。これが今度の調査ではじめてカウントされました。これで大体0.03が自動的にアップしている。実質0.02。しかし、今のこの不況の中で0.02%の雇用率が高まったということは、まずまず日本の労働省の雇用対策は、こういう厳しい中で多少上に向いていると評価してもいいかなと思っています。

ただし、昭和63年に今の法律、「障害者の雇用の促進等に関する法律」ができるまでの「身体障害者雇用促進法」は、本来、ILOの職業更生に関する勧告－99号勧告、これを本来は「障害者」と訳さなきゃいかんところを「身体障害者」と、長い間、意識的誤訳といっていますが、身体障害者にこだわり続けてきました。その結果、精神薄弱者については雇用率に今度入れましたけれども、精神障害者については、今研究を始めたという段階であるという点で、そのサービスの質も、量も、国際的に見て非常に遅れた状態にある。

これに引きずられて、福祉的就労のといわれる授産的就労、あるいは小規模作業所における就労の条件も、身体障害者については上田先生式に縦のレベルでいうと、技術的な側面から見ると、トップは先進国のレベルにある。職業リハビリテーションの技術についても、トップレベルにあるといえると思います。

しかし、横のレベル、全体として見ると、精神薄弱や精神障害の分野についてはこれからという段階です。精神薄弱については、たくさんのお施設があります。全国で600を超えまし

たけれども、非常にレベルが低い。1ヶ月の工賃がわずか1万円以下という状況があります。これは、障害者に能力がないのではなくて、施設長や職員の側に問題がある。したがって、障害者の能力が伸びない。逆につぶされておるといつてもいい。そういうサービスの質の状態にある。これはあげて労働省の責任である。労働省の方が見えているのを承知して、これから大いにやってもらわなければいかんからいいますが、私はそのように思います。

小規模作業所は、授産施設が5つの法律で12のタイプに分かれている。この制度を一日も早く解消しないと地域に対応できない。生まれ育った地域で雇用につけない人たちは、そこで働く条件をつくるということができないという状況が継続する。

先週、滋賀県で授産の職員研修をやりました。私は以前からかかわっていましたけれども、滋賀県では中学校区につづつ小規模作業所をつくっています。今73あるんですよ。そこでは中学校区ごとに福祉エリアをつくって、作業所を－これは無認可ですよ、無認可の作業所を73カ所作った。あと3つつくると、全部の中学校区に一つの作業所ができますことになります。

この作業所は、身体障害者、精神薄弱者、精神障害者、3つの障害が混合で利用しています。中学校区につづつ作業所をつくるとなると、障害種別ごとの縦割りの現行制度ではとてもやっていけないということでありまして、県の障害福祉課長が懇親会の席上で「国が、精神障害を認めないのはけしからん」といっていた。私は「滋賀県の方針は、我々授産施設協議会の方針と完全に一致する。共同闘争をやりましょう」と申しあげましたけれども、そういうところもある。その辺の問題をどう解決するかということが、サービスの中身との関係で非常に大事でしょう。私が最初に申しあげた地域での生活という点で非常に重要であると思います。

今年の8月の共同作業所全国連絡会の発表によると、小規模作業所が3,348あります。授産施設は1,300、この数が表すように、地域で生

活する重度障害者のための適切な通所の授産施設の絶対数が非常に不足している。ここでは障害者に対するリハビリテーション・サービスとあえていいますが、この非常な遅れが存在しているということあります。こういう問題をどう解決するか。極端にいうと、私は、小規模作業所の人たちに「政府に対して反乱を起こしなさい。そのくらいの気概を持って立ち向かわないと、この小規模問題は解決しません」といっています。そのくらいのことが必要です。小規模作業所はいまや3,350ですよ。ついこの前まで、3,000といっていたのに…。

### 地域生活の保障

それから、地域リハビリテーション・サービスの問題です。今度、厚生省の授産制度検討委員会で授産施設は入所タイプをやめましょうという結論を出しました。今まで入所している人たちを地域に返す。そのため、地域で支える住まいの問題、介護の問題、所得保障の問題、移動に対する保障の問題、地域のリハビリテーション・サービス・システム、これをきっちりつくってもらわなければ困るということを施設関係者も含めて対応しないといけない。精神病院に入院している人たちも、実は3分の1近くは退院できるんです。こういう意味では病院も施設化しているという側面がある。生活保護の救護施設には、約1万7,000人入所していますが、全部障害者であります。ここでは生活保護行政のもとで、障害者福祉の理念に沿わない処遇を受けております。

また、精神薄弱者の入所更生施設は、通過施設として法律的には位置づけておるにもかわらず、生活施設化しており、リハビリテーションの理念と方法が存在していない状態になっている。これは、施設の問題以前の問題だ。こういう施設で7万人の人たちが、中途半端な形で暮らしておるというのは異常であるということあります。

最後に、精神障害者については、今度「障害者基本法」に入りますが、精神障害者の定義さ

えまだ不明確である。結核や腎臓病というのは障害者ではない、心臓病も障害者ではない。ひとつ結果として、一定のハンディキャップをもつ人が障害として定義される。精神薄弱者も含めて精神障害と定義された。お上が決めてくれなくては、いつまでも関係専門家は問題提起できないのか。こういう定義をつくるべきだという提起を政府に決めてくれというばかりではだめなのです。我々が、内部障害を身体障害者と定義するときには、厚生省に具体的に提案しました。反論ができないまでの案をたたいてつくった。そういう作業が必要なんです。

精神障害者福祉をどう進めるかということを、上田先生にいわせると、横に広がっていないということですが、精神科医療は、本来、リハビリテーションの理念と方法が非常に大事なはずなのに、それが実践されていない。これが大きな問題なんです。ここのところをきちんとしないと、精神障害の社会復帰はなかなか実現できないということを申しあげて終わります。

座長 次は、今、調さんが最後にふれられた精神障害の分野の村田さんです。どう受けてお立ちになるか、よろしくお願ひいたします。

### 求められる医療関係者の意識の変化

村田 何か私がしかられているような感じで話を聞いていましたけれども、医療の専門領域からまず一般論的に考えた場合、我々医療関係者の最初の目標はやはり生命の保持にあると思うんです。それは昔も今も変わりないと思います。その延長線上に生活の充足度があり、さらに人生の達成感も包含して質的に変化してきているのが現状だろうと思います。

最近のがん患者へのホスピスの問題などがその典型例と考えます。このように医療の領域の射程距離が伸びるにしたがって、たとえば生活の充足度というところで、医療は福祉や労働、教育などと接点を持ち、さらに人生の達成感というところまで触れることによって、哲学や宗教などの領域とも接点を持ってきてている。リハビリテーションの質の問題を考える場合も、

このような社会的趨勢を踏まえたうえで考えるべきであると思うわけです。そういう意味で、サービスの提供者、専門職としての医療関係者の意識の変化が、非常に大きな問題として求められているのではないでしょうか。要するに、狭い意味での医療技術だけではなくて、それとも含めた奥深い視点からの医療的な視野の広さが専門家として求められるのではないか。

先ほどの分科会でも、研修医のあり方、卒後研修のあり方が問題として出ておりましたけれども、やはりこういう問題は、専門家になってから考えるというのではなくて、教育の段階から既にカリキュラムの中に取り組まれていかなければならぬし、実習などにも組まれていくことが、これから必要になってくるのではないかと考える次第です。

2番目に、質の問題を考えるわけですが、質の問題にはかなり価値意識がかかわるのでそういう意味では主観的要因が占める比重が大きい。それを客観的に評価することは、おのずとそこに限界や制約があると思います。特に当事者と関係者の間で不一致の場合もありうるということです。したがって、サービス提供者の価値意識に基づくものを、もしかしたら当事者に投影しているのではないかということを、特に医療関係者は常に留意すべきではないかと思うわけです。

先ほどの分科会の報告でもありましたような当事者の主体性、選択権というインフォームド・コンセントの問題は、精神障害者の領域においても、今回の精神保健法の見直しの中でも非常に大きな問題になっております。そのように当事者の主体性、選択権を重視するという意味での質的な留意、それがこれから私たちの領域でも大きく問われてくるのではないだろうかと思ひます。

#### 量的保証が質を高める

3番目に、このような質を問う場合、それは量的なものに客観的に置きかえることの限界はありますけれども、ある程度の量的保証が質的

なものを高めることも確かだと思います。先ほど調さんにしかられたように、精神障害者のサービスは質以前の問題である、まだまだ量的にも非常に不十分である。したがって、まだ質を問う段階ではないわけですけれども、たとえば小規模共同作業所がまだ法外施設であるということ一つとっても、精神障害者に対する福祉制度のこのような不備など量的レベルでの不備が質的内容を貧弱にしているという現実は明らかであります。したがって、そういう意味での量的な整備、たとえば予算、施設、マンパワーなどがまず求められるのではないかと思います。そして、そのような量的な拡大が、質的な高まりにつながっていくと思います。

#### WDL (Way of Daily Living)

4番目に、ちょっと問題の視点がずれるかもしれませんのが、精神障害者の場合、ADLという概念とQOLという概念との中間概念として、WDLという概念を置くことによって、質的な問題を考える手がかりが、より具体的になると考えますのでちょっとご紹介したいと思います。

このWDLというのは、“Way of Daily Living”という言葉の称語で、東京大学精神科の教授だった臺弘先生が提唱しているものです。精神障害者の場合、いわゆる身体障害者の課題である個別的な日常生活などのADLはあまり問題にならない。これだと精神障害者は障害とはならない。何が問題になってくるかというと、もう一段高次の生活者としての統合した生活の振る舞い、生活の仕方、そういうところに障害がある。したがって、それはADLというレベルではなかなかとらえにくいで、WDLという概念の方が私は適しているのではないかと思うので、例をあげて紹介します。

たとえば、対人関係での振る舞いのまずさとか、作業の手順の困難さ、あるいは自己判断、自己決定などがしにくい、こういうようなレベルです。こういうADLより一段高次の生活の質の内容により近いものを考えていくということが、質的な問題を考える上で具体的な手がかかる

りに、精神障害の場合はなりやすいのではないかと思うのです。

最後に、結論は調さんと全く同じで、究極の目的は、やはり障害者の方の地域での生活をどうやって保証していくかということに尽きるのではないかと思うわけです。具体的には、「医職住」の保証、この医療と職業と住居の保証を、ソフトとハードの両側面で、どれほど量的に留意するか、どれほど質的なものに転化していくかということになるのではないかと思うわけです。

特にソフトの面では、一つは、専門職の質と量の問題が問われています。これは、先ほどの分科会でも専門職の意識の問題ということでいわれてきました。たとえば障害者に対する人権意識の問題からインフォームド・コンセントの問題が顕在化してきました。

もう一つは、当事者のみならず、家族へのケアの大切さということも、質的なサービスの充実をはかるうえでは欠かすことのできないものであるということも先ほど述べられたと思います。やはり家族の気持ちにゆとりができるということが、結果的に障害者の方のリハビリテーションの質を高めるものにつながっていくのではないか。そういう意味で、我々は当事者のみならず家族も含めた、そして関係者と一体化した地域での医職住づくりをやっていくということが必要ではないかと思う次第です。

### 障害者にとっての働くことの意味

特に「職」の問題については、先ほど第一分科会で、働くことの意味、労働観について討議がなされていたようです。精神障害者に限らず障害者にとって働くということを考えるとき、最初に頭に浮かぶ言葉は「人はパンのみにて生きるにあらず」です。この簡潔ななかなか含蓄のある有名な言葉は、二つの問題を提起していると私は思うわけです。

一つは、人間が生きていくためにはパンが必要不可欠であるがゆえに、人はパンのために働くという人間の生存にかかわる問題です。もう

一つは、人はパンのみでなくて、ほかにも生活するために大切なものがあるということを示唆していると思うわけです。前者が、生命を維持するための物質的なパンであるのに対して、後者は、いわばQOLにつながる精神的なパンであると思います。

すべての人は、程度の差こそあれ、他者とのかかわりの中で必要とされるような役割を果たす価値ある存在であると自ら実感し、また周囲からそのような評価を受けたいと願っていると思います。そのような集団の中での役割意識や達成感、それらを通じて得られる所属感や連帯感が自らの精神的安定と充足につながり、アイデンティティという表現に集約されるのだろうと思います。そして、それは働くということを通じて得られることが多いことを、たとえば、小規模共同作業所で働いている精神障害者の人たちが象徴的に示しているように思います。

障害者の雇用の問題を考えるとき、やはり「労働」の役割と「労働力」とを分けて考えるということが、両者の混乱を防ぐためにも必要なことのように思われます。程度の差はある、障害ゆえに労働力は低く、自らの糊口をしのぐパンを得るのさえも難しい場合も当然あります。それが今述べたような働くことの意味や役割を低くしたり、否定することにはならないからです。障害者を含めたすべての人の働くことの意義や役割を踏まえたうえで、障害ゆえに労働力の低い人たちに対して働く場を制度的に保証することが、物心両面でのパンを保証することになるのではないかと思います。「人はパンのみにて生きるにあらず」という非常に簡潔な含蓄のある言葉をこのように複眼的な視点で理解して障害者の働くことの意味や働く場の制度的保証の問題を検討していくことがリハビリテーション・サービスの質を考えるためにも大切ではないかと思います。

座長 それでは、最後に野村さん、お願いいいたします。

野村 村田先生が、医職住の重要性ということで、私の分野にうまくつなげてくださいました。

こういう温かい配慮がリハビリテーション・サービスには大変重要ではないかと思います。  
(笑)

### 生活環境教育の現状

まず、私は自己批判からはじめます。というのは「あなたは、建築分野でサービスを十分提供しているか」といわれますと「ノー」と答えざるを得ないわけです。ただ、それをいうだけではなくて、どうしてかという原因を私はいくつかあげてみます。一番最初は、実は上田先生がお話をされていた縦横の関係です。どうも私どもの建築学会、人数ばかり多いわけですが、建築学会としてこういう方面的ガイドラインは一切ありませんし、また教育システムにおいても十分ではありません。

たまたま今年の建築学会で、「国連・障害者の十年」という反省を我々はいたしました。それで、私は、それぞれの大学で、こういう方面的の教育をしているかということを調査してもらつたところ、実は100以上ある大学で、障害者、高齢者の生活環境について教育をしている大学は40%以下であります。しかもほとんどが1時間、2時間という大変短い時間しか教育をしていない。というよりは、教える先生がいないといった方が実は正しいかもしれません。

ただ、大変手前みそですが、私どもの大学では、半年にわたってそういう授業を私が担当しておりますし、あるいは「設計・製図」の中で、公衆トイレ、交番をつくりなさいという課題があるので、その中で、必ず車いす用トイレは入れなさいという設計条件を入れて、少しでも多くの学生に理解をしてもらおうとしていることを加えておきます。

したがって、そういう教育を受けていない、実際に働いている設計者、建築家は、自ら進んで計画をすることなく、恐らく義務的に、施主からいわれた、あるいは地方自治体からいわれたからやるという姿勢であろうかと思います。そういう中で出てくる作品には、利便性の高い、しかもデザインの高いものはなかなか出てこな

いと私は思います。

第2番目に、制度ができていない、ということです。先ほどのプログラムでADAという法律のことをお話をいただきましたが、日本の場合には、多くの場合が整備要綱という形で法的拘束力が大変弱い。できても条例という段階でございます。

ただ、私個人の意見として申しあげますが、きのう大橋先生が、福祉のまちづくりではなくて、福祉でまちづくりというお話をされましたけれども、もっと広い概念で、市民の権利、あるいは国民の権利として、もっと強く訴える方法が、日本にはぜひとも必要ではないか。少なくともADAの場合には、やはり国民の権利という視点でずっと貫かれていたと私は思っています。

### ニーズに適したサービスが提供されていない

第3番目ですが、きのうから聞いておりまして、私の一つの共通点として出てきたのは、サービスが十分でないということは、その生活のニーズに適したサービスが提供されていないのではないか、ということにかなり共通されると思います。それを私の分野でいいと、たとえば住宅を改造をするときには、私どもは、とにかくその人の生活すべてをじっくり見て、その中で、この人にとって何が必要かということを考えるわけです。

また、福祉用具という世界で、きのう渡邊さんがお話しくださいましたけれども、これもかなり技術的には進んでいるわけですが、どうももう一つ見てみると、渡邊さんのところは別として、全体的に開発が生活のニーズに合って、本当に福祉用具が開発されているんだろうか。どうも私は、違うような気がいたします。

この間、韓国の万博で、何と日本のメルドッグという盲導犬ロボットといいますか、日本で研究開発されたけれども実用化に至らない福祉機器が一番人気があったという大変皮肉な結果も実は出ているわけであります。

福祉用具のことでもう二つ、私が申しあげた

いことは、一つは、やはりフィッティング、適合ということです。すなわち機器の開発はいいけれども、その機器が人間に對して本当にうまく適合しているのかどうか。それを実施する人々は一体日本どこにいるんだろうか。ここをしっかりしないと、やはり本当に障害者のニーズに合った機器は、たとえ開発されても十分に使いこなせないのでないだろうかと思います。これは、先ほど午前中のお話にあった電動義手のお話にも、実はつながってくるのではないかと思います。

それに合わせて支給体制ということがございます。日本の場合には、日常生活用具などは、収入制限、あるいは障害等級に焦点を当てて、支給制限をしているわけですが、その中に生活のニーズを見て、提供しようということはない、と私は思います。外国で申しあげますと、大抵の場合、お医者さんが入った、いわゆる判定委員会があって、そこで、何がこの人に必要かということをはっきりと見きわめたうえで、無償で大体レンタルをするというのが先進国のスタイルです。

それからもう一つ申しあげますと、まちづくりという面では、個々の、たとえば車いす用のスロープ、あるいはトイレといった個々の部分はできるのですが、あるところでは、車いす用のトイレの目の前に実は階段があって、車いすでトイレに行けない。トータルで見た場合に、大変連続性がないと私は思います。

これは、駅で電車に乗ったり降りたり、バスに乗ったり、あるいはどこかの目的地に歩いていく途中の問題ですね。すなわち、個々の問題をつなげる接合部分が、現在のこういった環境条件を大変悪くしている。その辺のことをもっと考えなければ、この環境上のサービスは、いくらたっても問題が残ってくるであろうと思います。

もう一つ、そこにつけ加えますが、今までの問題になかったことですけれども、在宅ケアが日本で盛んに行われるようになってきました。しかしこの中に、イギリス、スウェーデン、あ

るいはデンマークなどで通常行われている移送サービス、高齢者や障害者が、ある目的を持ってどこに行くときのその移動の保証がほとんどされていません。これも連続性の保証ということで、私は大きな問題ではないかと思います。

### コミュニケーションの重要性

その次に、きのう、きょうお話を聞いていて、もう一つ気がついたのは、やはりマンパワーの問題です。マンパワーといいますか、サービスの提供者の質といっては大変おこがましいのでありますけれども、そういう話がかなりたくさん出ました。しかし私は、もう少しそれを進めて、ハードとソフト、人間と環境との間の問題に、何かもう少し我々は目を向けるべきではないだろうかと思いました。

最後に、今回のお話ではほとんど出てこなかった中に、痴呆性老人の問題がございます。たとえば日本のいろいろな施設での痴呆性老人の処遇といたしましては、居室の中でいろいろな問題行動を起こす。問題行動を起こすから、部屋の中には何も置かないということがよく行われております。それによって問題行動がなくなった。それは当たり前の話ですね。一方で、徘徊をするから、それでは徘徊用の廊下をつくる。これは、現実に老人保健施設の建築の指導要領の中に入っています。本当にこういうことが正しいんだろうかと私は思います。

一時、そういった問題が出てきたときに、たとえば寝たきりの老人の問題ですが、外国ではどうなんだろうかといって見に行って、いなかつたという話があります。それでは、痴呆性老人の生活環境が外国ではどうなっているんだろうと見に行くと、ほとんどそういう特別な配慮はされていないくて、ごくごく普通の環境のもとで行われている。これは、そういう環境の問題以前に、痴呆性老人とそれを処遇する人のコミュニケーションの問題で、外国ではかなりいろいろな問題が起こる前に解決しているのではないだろうかと私は、実は今は考えているところです。そういうことになると、すべての問題

を環境ということで解決するのではなくて、その前に、我々環境をつくる側と、サービスをする側との問題をやはり整理をする必要がある。

私ども建築学の人たちは、いろいろと今、痴呆性老人の施設に行って、「ウォッキング」といって、一体痴呆性老人は何を考えて、どういう行動をしているのかということを時系列別にずっとチェックをしている段階でございます。そのことも併せて申しあげたいと思います。

時間があまりありませんので、私の結語をいいますと、我々研究者、あるいは専門職というのは、学識経験、生活無経験になることなく——ここが大事なんです——やはりユーザーの生活を謙虚な姿勢で見ることによって、そのユーザーから教わることが実に多いということに気づくべきではないだろうか。これが私の結語でございます。

座長 大変急がせて申しわけありません。まだまだ発表し残したことが多いと思います。

フロアの皆さんには、各分科会の報告を聞き、シンポジストの発表を聞いて、中には、既に質問を用意されている方もいるのではないかと思います。ここで、本当に今度こそは時間をオーバーしないで、ほんの一言ずつ、もしこれだけは追加しておきたいということがございましたら、シンポジストの方々、上田先生から順番にお話をいただきたいと思います。

上田先生、ございますか。

上田 先ほどとは全く違った問題ですが、二、三の方が触れられましたことで、やはり一番大事なことは、ちょうど今、野村先生が、学識経験者は生活無経験者とイコールになりがちだと私は受け取ったんですけども、それは本当にそのとおりです。特にリハビリテーション医学の分野でも、我々は、患者さんの工夫、あるいは家族の工夫しておられる方に学ぶことが多いわけです。あるいは問題を解決するときにも、我々も新しい問題にぶつかって、生活している患者さん本人や家族の方と一緒にいろいろと工夫してみて、うまく問題の解決に至る。そういうことが非常に多いわけです。我々もも

ちろんいろいろと考えますけれども、我々の仕事のかなりの部分は、ある患者さんでうまくいった経験を違う患者さんに教えてあげる。それは、ある患者さんでは、そこに到達するまでにかなり時間がかかったことを、もっと早い時期に同じ問題を持っている患者さんに教えてあげられて、そういう経験が何度もうまくいったということが続きますと、もうこれは一つの法則として、こういうやり方でやればいいんだと一つの学問になっていくわけですが、そういうことが非常に多いわけで、これは、ある意味では我々の一つの楽しみであります。

ですから、患者さんの要求に耳を傾け、患者さんの生活ができるだけ知ろうとするということは、リハビリテーション医学のほんとうの根本にあるものなんですが、そこが、なかなか生物学的な方向からアプローチしてきた従来の医学の考え方とくい違うところがあります。そしてリハビリテーションに興味を持って入ってくる若いドクターたちも、学校で教わってきたことは、人間を生物学的な立場から見ることであった。生活者として見るというのではなくて、生物としてそのメカニズムが狂ったのをどのようにして修理するかということに重点を置いて教わってきているという点で、リハビリテーションの一番大事なところを身につけるまでにちょっと時間がかかる、そこに気づくまでに時間がかかるということが、我々が教えていて非常に苦労するところです。

#### 当事者自身の自己主張

それから、我々専門家が、そのように後輩を育てるということと同時に、当事者自身の方に、もっと自己主張をしていただきたい、権利の主張をしていただきたい。これはなかなか難しい注文であることは確かなんですが、私は1年間、アメリカで臨床の勉強をしまして、そこでカルチャーショックを受けました。

それは、患者さんたちが非常に自己主張をする。自己主張といっても、決してこうしてくれ、ああしてくれという無理無体なことをいうので

はなくて、しつこく質問をしてくるということです。「こういう治療はどういう効果があるんですか」「なぜやるんですか」「ほかにいい方法はないんですか」ということを、こちらは語学力がないものですから、それを一生懸命説明するのに大変でした。そこで1年間働いて、何とか説明ができるようになって帰ってきて、日本の患者さんに接しましたら、日本の患者さんは全く質問をしないということに、逆カルチャーショックを受けました。

これは決して責任転嫁をするわけではありません。日本の文化というものはアメリカと違いますし、また日本の医者の多くが、患者が質問しても「そんなことは知らないともいいんだ」とはねつてしまふということが大いにあるんだろうと思います。しかし、それにもかかわらず、我々専門家も努力いたしますけれども、障害者、患者の方々も、ぜひ自己主張をなるべくうまい形で、摩擦を起こさないような形で、しかし、しつこくあきらめずにやっていただきたいと思います。それが質を高める一番大事な要因ではないかと思うわけです。

座長 三浦先生、いかがですか。

### 周りとの連携

三浦 第三分科会で、養護学校教育批判、あるいは教師の力量を問うというのがだいぶ出ました。これについて、私は学校現場ずっと仕事をしてきたものですから、身につまされるような感じが大いにしたわけでございます。実際問題として、今、私たちが教育上で仕事してきたのは、学校を建てる、就学義務猶予・免除ではなくせということで、随分自分たちの経験でも、区役所などに出向いたこと也有ったわけですが、今一生懸命その体制上の問題で広げていったら、中身が空洞化してしまったのか。そういう想いがとてもするわけです。

ただ、実体論としては、たとえば肢体不自由の場合でいいますと、教育の内部では、今、攝食の指導から、導尿の問題などいろいろ含めて、ある意味では医療的ケアと目されるようなこと

まで、教師がやっているという事実があるわけです。

その問題と、もう一方で今問われているのは、学校が次なる場と、あるいは前の場との連携の問題ということが出てきているわけです。これについても、教育の世界では、地域理解推進のような形で指定校を設けたりしていろいろやっているのですが、それらが集大成する形で、周りの人たちに何をどう支援してもらうか、教育の質を高めるためにどうするかというところになかなかなりにくい。私もそうですが、どうも内部の方へと自己批判が向いていく。そういう感じがやはり教育の中にあるのではないか。守りの教育の方へ、今度はむしろ周りの人たちの支援が欲しい。もう少し積極的に学校をのぞいてくださいといいたいんです。どういうことかというと、父親が学校に来ても、どうするということは少ないんですね。どちらかというと、母親が来てやることの方が多い。

先ほど第三分科会の報告でA君とB君の問題が出ました。そのA君のお父さんのことを聞いて、どのお父さんかというのはわかるわけです。その人は自分の子供とどのくらい一緒に生活をしていたか。そして、どのように子供の克服意欲をつけていったか。父親の努力の大切さを考えます。一方、ある母親の場合、今、現在その子供は在宅をしておりますが、その趣味、特技の生活を伸ばそうとしている。教師の力量を問うと同時に、第三分科会で親御さんが「私はこのようにしている」という情報をお互いに提供し合うことが今欠けているのではないかということをいわれていました。まさしく今ささやかな形ながら、だれがどういうようなことを自分の力で、また他人の援助を上手に受けながらやっているか、という紹介をお互いにするということも質の向上につながるのじゃないか。それだけお話し申しあげて先ほどの時間の不足分を補わせていただきました。

## 日本のリハ・サービスの現状

座長 皆さんのお話でどなたも触れられるのは、やはり障害をもった方々中心にサービスが展開されなければならないということです。頭では分かっていて、しかし、それがなかなかサービスの現場、あるいは毎日の活動の中では忘れられがちだ。改めてそのことを確認していかなければならぬというお話をしました。また、いろいろな技術などがいくら高いレベルにあっても、その提供者一人ひとりの資質によってサービスの質が左右される。

そういう話を伺っておりながら、私は、日本のリハビリテーション・サービスの多くの部分が、いわゆる公的サービス、役所のサービスであり、また、民間の施設のサービスといつても、実はそのサービスは強い公的な規制のもとで、こういう種類のサービスはこれだけの人数で、このぐらいの広さの中で、こういう設備を使ってやりなさいと、費用を含めて制約されることを感じます。これはあくまで最低なんだから、民間の努力でそれ以上いくらやろうとも、構わないことにはなっていますけれども、現実問題としては、その最低基準が最高の基準になってしまっているわけですね。

ですから、障害をもつ人や家族が身近なサービスを求めて訪れる相談窓口、その多くは公的機関ですが、その量と質の拡充が重要だと思います。相談窓口に座っている人のまず最初のサービスの質、これによってその後のリハビリテーションが左右されるといっても過言ではないと思います。現状は非常に限られた選択ですけれども、さまざまなサービスのどれを選択するかということも、実は相談窓口、あるいは判定窓口でほぼ決められたような形で行き先を指定される。このようなことは、やはり公的サービスの質の問題として考えいかなければならないでしょう。

またサービスの種類によっては、量的に限られた範囲内で、質の向上を考えるのには、非常に無理があるものもあります。絶対的に1対1でなければこのサービスはできない、あるいは

3人のクライエントに対して1人の専門職という割合でなければ、サービスの質が維持できないんだ。そういう類のことも、末端の現場では少ないので、マンパワーの一定量が確保されないとサービスの質の向上が困難な面もあるのではないかということを皆さんの話を伺って感じたわけです。

非常に残り時間が少ないので、お約束どおりフロアからの声も聞きたいと思いますので、どうぞ用意をされていました方がございましたら、手をあげていただきたいと思います。

## [質疑応答]

加納（脳卒中者友の会あけぼの会） 私は兵庫県から参りました。上田先生がおっしゃいましたように、確かにリハビリテーションは、質、量とともに変わってきたということは、私もこの13年間の障害の中で感じております。ただ私は、そういう質の向上ということについても、つい最近でしたけれども、理学療法士協会の先生とお会いしましたら、今、政府の方は、6カ月以上のリハビリということになれば、作業療法も理学療法もやらせない。つまり、保険外の世話になることになっているように私は聞いたんですね。そういうことではやっぱりだめじゃないかということで、調先生が先ほど強烈におっしゃられましたが、私どもは、サービスを受ける側としては、非常にそういう点で不満を持っていますから、一緒に専門家の人も加えて運動を強めていかなきゃならんということを私は考えました。

小口 この研究会とのつき合いは、実は障害者、精神薄弱者の方々が、僕が総評の生活局における当時、自分たちの生活保障の問題で要求をはじめたときからはじまっています。僕は調さんとは一緒だったんですが、国際障害者年の中で、基礎年金の適用の問題については、いかかお手伝いができたと思っております。

私はたまたま十二、三年、社会保険審議会の委員をやっておりました。老人保健法の問題について、日本の医療保障制度は、企業内福祉の

立場であって、患者は加齢するに従って医療費がかかるけれども、制度上は、一番金を持ってる大企業は、一番診療率が少なくて、工場が一番たくさんある。一方では、地域の国民健康保険はたれ流されて、一番受診機会の多い患者を引き受けている。こういうたれ流し構造をやめなければだめだということで主張して、老人保健法が提起されたときに、総評は一つも反対しませんでした。

結果として、今までいくらか老人医療の問題はそこだけはできたのですが、今回、この研究大会に参加してみて、先ほどの村田先生がおっしゃった医職住の問題、上田先生がいわれた患者の権利主張の問題などは、常々私は労働運動をやっていましたから、地域でも、組合の中でもそういうことはいっておるんです。何よりも皆さん方の専門の立場での熱い討論を聞きながら、しみじみと僕が矛盾を感じるのは、医療保険制度というのを地域に戻さなきゃならないと思うわけです。今までのような組合健保、共済短期、あるいはそれぞれの職域でやってるようなことは、地域の実際の治療と、横の連携と、費用のコストの問題、そういうものがばらばらになっているわけですね。身近な話で、沢内村(岩手県)の経験がありますが、あれは、保健課長と病院長と同じ人がやっているんですね。ですから、その一体性がああいう効率をもたらしたと私は非常に痛感しています。

医療保険制度はもう地域に保険者を置く。最近の例でいえば、医療圏の問題もありますから、そういうものを含めて、医療圏で保険者を決めて、その地域で徴収をして、その地域で医療機関と患者と自治体とが責任をとり合うという関係に持っていくないと、今までの縦型健保のままでは医職住にならない。また、それは同時に、効率性の問題から見ても問題がある。こういうことを非常に痛感しておるわけです。だから、そういうことを痛感したということを感想で述べて、皆さん方と連帯したいと思っています。

座長 ほかにございますか。

川崎（滋賀県障害者更生相談所） 先ほど調先

生からちょっとPRをいただきました滋賀県でございます。そのことではないのですが、実はリハビリテーション、医療の問題です。私どもの滋賀県でも、農村部に行きますと、非常に医療の面でも弱い面がございまして、一般に脳卒中などは今盛んに取り組まれておるのですが、それ以外の障害、たとえば脊髄症の変性とか、側索のような障害をもった人たちについては、ほとんど病院も、一定の治療を得ればすぐ退院ということで、在宅ケアが主体になるわけなのです。

そのことについて、大変失礼なんですが、地域の福祉関係者も、あるいは町村の保健婦さんなども、どうしたらいいのかということで非常に対応が難しい。ましてその介護体制が非常に弱いというケースになりますと、そこにいろんな問題が生じて、複合した問題を抱えた家庭が非常に困っている。私ども更生相談所は、そういうところにある意味で助言指導などに入るんですけども、実は今度権限移譲ということで、非常に広域のところを担当することになりました。その面でも、物理的に非常に問題が出てまいります。

滋賀県のような小さな県では、2時間くらいでカバーできるのですが、それでも全県をカバーすることは、更生相談所の人員ではとてもできない。今度の権限移譲で、身障福祉司が1人配置されました。更生相談所に置くという法律上の改正がありました。実質的に今は1人しか増員されなかったということが、近畿各府県でも多いのです。このような人員体制の中では、物理的にも対応できない。そのような中で町村の力量を高めていく。しかし、それを支援する体制が非常に弱い、その辺の問題があるわけです。特に医療の面で痛感するのですが、その辺のところを今後どのようにしていくのか、上田先生なりにお伺いできたらありがたいと思います。

座長 私も全く同じようなことを考えておりました。重度の障害者といっても、これはまた、非常に重さの度合いに幅がありまして、今のお

話では、それに「最」をつけるか、あるいは「超」をつけるか。そういう方々が必ずしも肢体不自由だけでなく、精神薄弱、あるいは精神障害の方々の中には含まれているわけです。そういうさまざまな問題を抱えている方も含めて、やはりすべての障害者は地域へ返せ、施設には入所すべきではないということで果たしていいのかどうか。私も、そのあたりは当事者の意思を含めて検討すべき課題だと思っております。

医療的な問題、特に農村地帯などにおけるそれについて、上田先生へのご指名ですので、お答えいただきたいと思います。

上田 これは医療だけの問題ではないので、私がお答えするのが適切かどうかわかりませんが、私は、地域でのリハビリテーション、あるいはケアが必要だということは、施設を全否定するのではないと思うんですね。欧米におきましても、福祉的な施設の数は日本よりはるかに多いわけです。日本の場合は、病院のベッドが、いわゆる半ば社会的入院という形で、本来ならば福祉施設にいた方が、ずっと本人にとっても幸せであるはずの人が病院の中にいるという形になっています。これは研究によりますと、人口当たりの病院のベッド数と特別養護老人ホーム、あるいはナーシングホームなどのベッド数を足しますと、これは世界中先進国ではほとんど同じになる。その比率が違うわけで、日本の場合には病院が多過ぎて、福祉施設は諸外国に比べて非常に少ない。

それは非常なひずみでありますけれども、しかしそれは、どんな先進国でも、施設でなければケアしきれない。在宅サービスはどんなに進んでいっても、すべて在宅でできるわけではないということでありまして、日本の場合には、両方が足りないのだと思います。施設の量と質ともやはり足りない。地域のサービスはもっと足りない。したがって、地域の方に、より重点を置いて整備しなければいけないということは正しいと思いますが、だから、施設は要らなくなるんだとか、あるいは施設の質の向上、数の

増加は考えなくていいんだということには決してならないのではないかと思います。

ほかの方のご意見も伺ってください。

座長 都市型のリハセンター、かつて私がいたところですけれども、その更生相談所長の伊藤先生、今のお話について何かございましたらお願ひできますか。

伊藤 地域のリハビリテーションをどう進めるかというのは、今、上田先生がお話のように、必ずしも在宅サービスだけではありませんし、さまざまの施設、あるいは病院が、地域型に再編成されなければならないだろうと思います。今、私が考えているのは、地域ケアについて配慮した新しい法律に基づく施設では、そのため準備されていますから比較的地域に開放されていますし、地域ケアにフィットしているのです。しかし、古くからあった、以前の法律によってつくられた施設や機関が、地域ケアのために、再整備されていないというところが非常に問題です。そこをどうスクラップして新しい形にするかという課題です。そこに勤めている私たち自身の姿勢がなかなか変わらないといいますか、何か非常に不安であるということも大変大きな問題ではないかと思っているところで、地域リハビリテーションについては更生相談所が軸になれといいますから、更生相談所が軸になりたいとは思っていますが、残念ながら私たちだけではどうにもならないというところもございます。

それで、地方自治体との関係でいえば、自分たちの市町村と、あるいは県や市と協力をして、「地域リハビリテーション協議会」のようなものを設置して連携を強化していく必要があるでしょうけれど、一方では、実態として、そういう話し合いだけではなくて、一步進めた実際的な施策を具体化してほしいと思っています。

特に病院についていえば、たとえば、その何床かのベッドを地域ケアのためにいつも開放する。つまり、地域で重度の障害をおもちの方々が医療的な問題でお困りになったときに、病院がいつでもそのためにベッドを開放する。

たとえば5床なり、3床なり、いつでもそのために用意されているという形に変えていく必要があるのではないか。そういう一步をまず踏み出してほしいと思っているところです。

野村 私の記憶がそれほど間違えていなければ、高齢者に限りますと、たしか今、自宅で生活をしている人が大体95%、施設に入っている人が1.5%だったと思います。それで病院が3.5%だったと思います。上田先生がおっしゃったように、日本の場合には、病院にいる人が大変多いわけですが、ただ、そこで皆さんのが治療を受けているというわけではなくて、家に帰れないために、在院している人も実は大変多いわけですね。そういう事実を踏まえながら、これから私は、その地域の中では、自分の家と施設と病院がうまくネットワーク化して、さらに中間施設といわれる施設も含めてコミュニティの中にうまく根づいて、それがお互いに関連を持ちながら動いていくということ、これが一番大事だと思うんです。

先ほどの重度のような方、これは午前中に一番ケ瀬先生のお話にもありましたように、いろいろな公的サービスの間で落ちて入れない人たちがたくさんいるわけです。そういうことを考えると、私は、すべてが病院、すべてが施設ということではなくて、最終的には、やはりその本人と家族が選択ができるということですね。その選択ができる場をいろいろと用意をしておくということが、私は地域で一番重要なことではないかと思っています。すなわち、私の立場でいうと、高齢者や障害者の居住の場は、あくまでも住宅が基盤ではあるけれども、それだけではなくて、施設と病院をうまくミックスした考え方方がこれから必要ではないかと私はとらえ

ています。

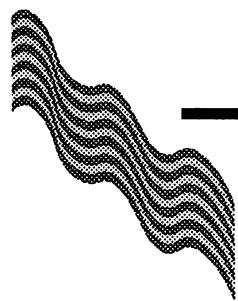
座長 今回の大会は、サービスを提供する者の側から質を高めるために、あるいは質を問うということで、さまざまな論議が展開されてまいりましたけれども、私がたまたま思い出すのは、亡くなられた砂原茂一先生が、「特に不合理と思われるような患者の反応とか、あるいはこれは一見誤った選択ではないかと思われるような選択であっても、それは、やはり最終的には当事者の選択が優先する」という意味のことをいわれていたと思うんですね。

今回、私たちが提供するサービスの質を考えるという中で、やはり当事者、サービスの利用者といいますか、ユーザーの人権、あるいはその方たちの人格の尊重を最優先に考えていくということが繰り返しいろいろな方からいわれました。恐らくこれは、もっと論議を深めていかないと、専門職として当然果たさなければならない役割とか、あるいはそこで与えなければならないような助言について、だんだんと消極的になって、とにかく当事者優先だ、ご本人がいいうんだから、それでいいじゃないか、ということにならないとも限らない。どのあたりまでいえば、権利の侵害にならないか。非常に微妙な問題も、恐らく現場では多くの人が経験をしていると思います。これらのことと含めてサービスの提供者が自ら考える質の問題はさらに繰り返し考えていかなければならない問題だと思います。

時間が参りましたので、この最後のシンポジウム、必ずしも満足はいただけなかったと思いますけれども、終了をさせていただきます。どうもありがとうございました。（拍手）

閉会

---



# 閉会のあいさつ

寺 山 久美子

(第16回総合リハビリテーション研究大会  
実行委員会委員長)

どうも皆様2日間たいへんごくろうさまでした。

何とか、大会運営のほうも事故もなく、無事に終了することができましたようで、実行委員一同たいへんほっとしております。

開会式の時に私がごあいさつ申しあげましたときに、皆様方に3つのお願ひをしたと思います。繰り返しますと、第一番目は、「積極的にこの2日間熱烈参加をしていただきたい」、と申しあげました。今回、プログラムを作成するにあたり、とくに次のことに配慮いたしました。まず、どうも従来この大会には、高齢障害者の問題が何かこうついてこない、高齢者は高齢者、障害者は障害者で、別々のところでやっているような感じがしております、そのへんのところ何とかならないか、というねらいがあったわけです。それから障害児の問題ですが、これもまた、別のところでやっているなあ、という感じがありました。ところが、ここ数年の世の中の動きで、それは別々ではなく徐々にインテグレートされてきているということで、本大会でもこれをライフステージごとに連続性の中でつかまえたいというお話がありまして、少し配慮させていただきました。また、浅井先生からWFMHの報告がありましたが、精神障害者のリハビリテーションについては最も遅れている部分のひとつなので、これも何とか本大会でポイントにしたいと考えました。

そういう私どもの隠れた配慮があったわけですが、これが成功したでしょうか。ともあれ、積極的にご参加いただけたでしょうか。

2番目は、最新の情報を届けたつもりで

すが、いかがでしたでしょうか。なかなかおもしろかった、知らないことが分かってよかった、耳よりな情報をつかんだよ、という感じを持っていただけましたでしょうか。それが、2番目でございます。

3番目が、せっかく300名の方々がお集まりですから、ぜひ一人でも多くの方々との交流を深めて、あすへの活力としていただきたいと思いましたが、これも成功されたでしょうか。

今回はしつこくですね、普通こういうことはしないのが通例のようですが、3分科会のあともう一度集まっていただいて、プログラムの再統合をはかってみました。皆様方には少ししつこいかなあ、と思いましたけれども、結果的には、今回の「リハビリテーション・サービスの質を問う」というテーマについて、多様な問題、複合的な問題、共通の問題、さまざまな問題提起があって、それを再確認できてよかったのかな、と自画自賛しているわけです。

まとめは、小川孟先生がしてくださいましたので繰り返しませんが、私は2日間の中でいくつかのキーワードをみつけようということでやりましたところ、こういうものは、いかがでしょうか。

「生活」あるいは「生活の熟知」。ウォッチングの話がでしたが、まず、「生活」というキーワード。それから、「地域」「地域生活」「在宅」あるいは「在宅生活を中心」。それから、「ユーザー主導」ということがたくさんでした。それから、「ユーザー自身の自己主張」。それから、「人権尊重」。人権侵害にならないように、との言葉がでました。それから、

そのユーザーとのインフォームド・コンセント、という言葉で表しましたが、こういった問題。それから今回の大会では質を問いましたが、量の話もあるではないか、まだ、質の段階ではない、量のレベルだけれども、同時に質も問おうと、「量」の話もしました。それから、アトランダムに申しあげますが、「家族」の問題。リハビリテーションを支える家族の問題、これは大きかったです。それから、「ボランティア」の話。一番ケ瀬先生のお話に随分でしたが、「住民参加」あるいは「住民の理解」というようなお話がありました。それから、何といつてもこれは共通の問題、抽出事項でしたけれども、「リハビリテーション従事者の質」の問題ですね。それから、「リハビリテーション・サービスのアセスメント」「評価あるいは計画・実施に対するアセスメント」も大事であろうというようなお話がでした。また、今回は東京での開催ですが、参加者は全国各地からいらっしゃいました、東京でもトップクラスのお話だよ、というようなお話をたくさんまでして、「地域格差」というキーワードがでした。それで、最後に「専門家の教育の問題」「卒前・卒後の教育の問題」というようなキーワードがだされたと思います。そのほかにも、たくさんありましたが…。

結局、午前中の一番ケ瀬先生が講演の最後におっしゃられた専門性ということですが、技術だけでは限界があると…。それプラス人間の力、人間を追及する、あるいは人間を磨く、自分自身を磨くということが重要なのではないか、というようなお話でした。これは、上田先生が先

ほど良い言葉でおっしゃったと思うのですが、私なりに思うと、技術的なところは縦の質の問題につながり、人間を磨くというようなことは横の質の問題へと発達するのかなあ、というようなことを思いました。

いずれにせよ、皆さん、たいへん言葉の名人でございまして、たくさんいい言葉を残してくださいましたと思います。「学識経験あり、しかし生活経験未経験」というようなことにならないように、この2日間で学んだたくさんのことや提起されたことを次の大会までどこまで皆さん方が達成し、向上できたかということを楽しみにして、次に譲りたいと思います。

なお、本大会は、いろいろな方に支えていただきました。まず、要約筆記、手話通訳の皆様方にたいへん感謝申しあげます。そのほか、この大会運営をやっていただきました旭通信社の皆様方、それから、この全社協ホールの管理をしていただいて、設営などにご協力をいただきましたホール管理室の皆様方。そして、リハ協の事務局の皆様方に感謝申しあげます。

最後に、たいへん残念なことです、昨年の大会までとても元気でこの大会の中心に華やいでおられた小島蓉子先生が、今年の3月に亡くなられました。私ども、たいへんな損失をしたと思っています。小島蓉子先生にも感謝しつつ、この一年間大会の準備をさせていただきましたことを報告させていただきます。

ともあれ、2日間皆様方、どうもたいへんご協力ありがとうございました。お疲れさまでございました。

## 次回開催地から

高 濱 潔

(名古屋市福祉健康センター)

ご紹介をうけました、名古屋市福祉健康センターの高浜と申します。

名は体を表しておりませんが、私どもの施設の実体は、総合リハビリテーションセンターでございます。設立から4年たっております。

実は、この大会を名古屋でやらないか、というお話は以前もあったようですが、その時はまだセンターができたばかりで、勘弁してくださいと一度は逃げているということだそうです。今回は逃げられないということで、この夏前にお話があったときに関係者と相談して、やりましょう、ということになりました。しかし、昨日、今日とこのような立派な大会が行われるのを見まして、ここで返上できるものなら返上しようかしら、どちらかと思っているのですが、そんな恥ずかしいこともできません。

実は、関係者、特に地元の研究者といろいろ協議いたしまして、来年の12月15日・16日に開催するということで計画をたてています。なぜ、こんなに遅いのかと疑問を抱かれると思いますが、来年愛知県で国体が開催されます。そのあと、11月12日・13日には、第30回全国身体障害者スポーツ大会が名古屋で開かれます。そちらの方も私ども応援しなくてはなりませんので、12月15・16日でご勘弁いただきたいと思います。

会場は熱田神宮のそばにあります、名古屋の国際会議場、通称、センチュリープラザという

ところを予定しております。

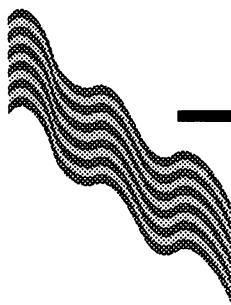
大会の中身のことですが、まだおまかんな輪郭しか作っておりませんけれども、午前中の丸山先生の話にもあったように、今年「アジア太平洋障害者の十年」がスタートしました。また、私どものセンターにも、近くにA H I (アジア保健研修所)があるという関係で、マレーシア、タイ、フィリピンなどいろいろな国の方がおみえになります。そういう方がいつもおっしゃるのは、日本に行っていろいろ勉強するのだけれど、もっと生の声でいろいろ交流をしたいということを聞かされておるわけでございます。

そんなわけで、きちんと整理しておりませんけれども、来年は地域とアジアその両方の現場の視点で考えるという、メインタイトルを考えております。現場の視点で考える、それも地域、いわゆる日本というローカルな地域、さらにはアジアという地球規模での地域、そしてもうひとつは、地域の形成する家族といったものを切り口にして、リハビリテーションの質の向上を、来年も引き続き現場の皆さんを中心にして論議を深めることをできれば大変良いのではないかと、そのような気がしている次第です。

どうか、皆さん方お誘い合わせのうえ、来年また名古屋でお会いしたいと思います。どうぞよろしくお願いいたします。ありがとうございました。

# 資料

---



1. 開催要綱
2. プログラム
3. アンケート集計結果
4. 実行委員会委員一覧

## 第 16 回総合リハビリテーション研究大会 開 催 要 約

### 大会テーマ：リハビリテーション・サービスの質を問う

日 時：平成 5 年 11 月 13 日（土）・14 日（日）

会 場：全社協ホール

定 員：300 名

参 加 費：10,000 円（2 日間の参加費・昼食代、報告書代、交流会費含む）  
\* 1 日のみの参加者も同額。

主 催：財団法人日本障害者リハビリテーション協会

後 援：厚生省、労働省、文部省、東京都、全国社会福祉協議会、  
日本障害者雇用促進協会、社会福祉・医療事業団

協 賛：共同作業所全国連絡会、視覚障害リハビリテーション協会、全国精神障害者  
家族会連合会、全国精神障害者社会復帰施設協議会、全国特殊教育推進連盟、  
全日本特殊教育研究連盟、テクノエイド協会、日本医療社会事業協会、日本  
介護福祉士養成施設協会、日本義肢協会、日本義肢装具学会、日本義肢装具  
士協会、日本言語療法士協会、日本作業療法士協会、日本社会事業学校連盟、  
日本社会福祉士会、日本手話通訳士協会、日本障害者協議会、日本職業リハ  
ビリテーション学会、日本身体障害者団体連合会、日本精神医学ソーシャル  
・ワーカー協会、日本精神衛生会、日本精神科看護技術協会、日本精神薄弱  
者愛護協会、日本ソーシャル・ワーカー協会、日本聴能言語士協会、日本発  
達障害学会、日本保健福祉学会、日本理学療法士協会、日本リハビリテーシ  
ョン医学会、日本リハビリテーション看護学会、日本リハビリテーション工  
学協会、リハビリテーション・ソーシャル・ワーク研究会

運 営：第 16 回総合リハビリテーション研究大会実行委員会

資料 2

プログラム

11月13日 第1回

9:00	受付	
10:00	開会	
10:15	特別講演Ⅰ 「我が国における社会福祉改革の動向とリハビリテーション」 大橋謙策（日本社会事業大学）	座長：佐藤久夫
11:15	私のリハビリテーション体験 —リハ・サービスの質を問う— (1)山口信雄（東京都精神障害者団体連合会） (2)田中みどり（会社員） (3)小西玲子（主婦）	座長：手塚直樹
12:15	昼食	
13:15	各分野からの最新報告 (1)学習障害 牟田悦子（横浜市立養護教育総合センター） (2)ILLO第159号条約批准による職業リハビリテーションの変化 松井亮輔（障害者職業総合センター） (3)自閉症－最近の動向－ 清水康夫（横浜市総合リハビリテーションセンター） (4)最近の電動車いす 井上剛伸（国立身体障害者リハビリテーションセンター研究所）	座長：野村 歆
14:45	休憩	
15:00	分科会（3会場で同時進行） 第一分科会「重度障害者」 テーマ：「地域生活と働く生活の質を問う」 発言者：《在宅生活の立場から》 日浦美智江（訪問の家“朋”） 《在宅障害者の生活環境支援の立場から》 渡邊慎一（横浜市総合リハビリテーションセンター）	座長：伊藤利之 池田 勇

## 11月13日 第1回

### 《働く生活の立場から》

藤井克徳（共同作業所全国連絡会）

野津 真（東京都立中部総合精神保健センター）

### 第二分科会「高齢障害者」

座長：竹内孝仁

テーマ：「地域ケアの質を問う」

発言者：《医療の立場から》

旭 俊臣（旭神経内科病院）

《保健の立場から》

足立紀子（世田谷区衛生部）

《福祉の立場から》

橋本泰子（弘済ケアセンター）

《相談機関の立場から》

国光登志子（板橋区立おとしより保健福祉センター）

### 第三分科会「障害児」

座長：三ツ木任一

テーマ：「療育の質を問う」

発言者：《医師の立場から》

児玉和夫（心身障害児総合医療療育センターむらさき愛育園）

《保育者の立場から》

平山美枝子（渋谷区立心身障害者福祉センター）

《教師の立場から》

青柳勝久（東京都立北養護学校）

《親の立場から》

永島弘子（全国肢体不自由養護学校PTA連合会事務局）

17:45

交流会

## 11月14日 第2日

9:30	特別講演Ⅱ 「リハビリテーション・サービスに期待するもの」 一番ヶ瀬康子（日本女子大学）	座長：寺山久美子
10:45	国際リポート (1)世界精神保健連盟1993年世界会議報告 浅井邦彦（世界精神保健連盟1993年世界会議組織委員会） (2)アジア・太平洋障害者の十年 丸山一郎（日本障害者リハビリテーション協会） (3)ADA（障害をもつアメリカ国民法）実施状況 都築繁幸（筑波技術短期大学） (4)イギリスのコミュニティケア法と障害高齢者 田端光美（日本女子大学）	座長：奥野英子
12:15	昼 食	
13:15	シンポジウム 「リハビリテーション・サービスの質を高めるために」 報告者：各分科会座長 発言者：上田 敏（帝京大学） 調 一興（東京コロニー） 野村 歓（日本大学） 三浦 和（全国特殊教育推進連盟） 村田信男（東京都立中部総合精神保健センター）	座長：小川 孟
15:45	閉 会	

## 第16回総合リハビリテーション研究大会 アンケート集計結果

1. これから総合リハビリテーション研究大会には、どのようなプログラムを希望しますか。

### (1)全体テーマ

- ・リハビリテーション・ゴールとは
- ・リハビリテーション理念 一リハの心を全国民へ一
- ・リハビリテーション・サービスの質を問う Part 2
- ・文化としてのリハビリテーション
- ・アフターケアのあり方
- ・地域リハビリテーションの現状と課題
- ・社会参加の推進
- ・障害とは
- ・地域におけるリハビリテーションの広がり
- ・地域での暮らしとリハビリテーション
- ・地域福祉のあり方、かかわり方、在宅ケアについて
- ・リハビリテーションのネットワーク
- ・医療・保健・福祉の連携の問題
- ・医・職・住のリハビリテーションをどう連携させるか
- ・医療と福祉の連携と専門家の役割
- ・リハビリテーション従事者の連携について
- ・総合リハビリテーション関係機関とのケアネットワークづくりについて

### (2)主題または基調講演

- ・従来のリハビリテーションと自立生活プログラム
- ・地域リハビリテーションの将来方向 [リハを受けた側]
- ・新代知能社会は、福祉社会たりうるか? [堺屋太一]
- ・地域リハに関して 一外国から学ぶことは何か一 [澤村誠志]
- ・地域での暮らしを守るために 一専門職としての我々の役割一
- ・専門職としての認識
- ・地域障害者計画

演者のみ：上田 敏氏の話

澤村誠志氏の話

山本和儀氏の話

### (3)講演または分科会のテーマ

- ・外傷性脳損傷者のリハビリテーション・プログラム（講演）
- ・地域リハビリテーションの現状（大都市、町村、病院、施設）
- ・地域の医療・保健・福祉・教育のリハビリテーションの広がり
- ・重度身体障害者、重度知的障害者、精神障害者、高齢者の地域での暮らしを支えるリハビリテーション
- ・老人デイサービス
- ・老人医療
- ・痴呆老人のケア
- ・老人サービスと障害者サービス
- ・重複障害者のリハビリテーション
- ・精神障害者の人権問題
- ・障害者基本法について
- ・脳に原因をもつ障害について（脳血管障害、頭部外傷について）
- ・障害者の自立と社会参加
- ・障害者スポーツ [初山泰弘]
- ・リハビリテーション・サービスの質について
- ・医療と福祉を必要とする人（難病など）について、地方で活躍している人の話

### (4)シンポジウムのテーマ

- ・地域リハビリテーションの課題（代表的な実践者による）
- ・リハビリテーションの対象者は誰か（法制度から、医学的見地から、当事者の立場から、など）
- ・聴覚障害者と精神障害者の問題
- ・痴呆性老人へのかかわり方
- ・リハビリテーションと人権
- ・ネットワーク構築のための効果的な働きかけについて
- ・ネットワーク機関の役割および役割づくりについて
- ・地域住民に対する働きかけについて

## (5) その他の希望

- ・各分野からの最新レポートは毎回プログラムに入れてほしい。
- ・障害者自身の生の声も貴重である。
- ・実例的な報告を多くしてほしい。
- ・QOL向上のためにハイテクをどのように利用できるか。その現状と可能性について。
- ・移動
- ・住宅問題
- ・ピアカウンセリング
- ・副島洋明さんの話
- ・ボランティア活動のあり方について
- ・保健、医療、福祉の継続されたリハのサービス・システムモデルを取り上げて、そのサービス内容を問うテーマを設定してほしい。
- ・施設内の処遇問題（職員資質向上をいかに図るか）、オンブズマン制度、など
- ・障害をもつ人が各人の住む地域において自己実現を果たすうえで、バリアとなる“地域住民の意識”に対し、専門家としてどんなアプローチが必要か、また現実になされているか、論議をしたい。
- ・高齢障害者は、脳血管障害が原因の方が多いのではないかと思います。それに対するアプローチ（認知心理学や神経心理学など）の最近の動向について報告していただければと思います。
- ・モデル的に実践しているCBRを例に取り上げ、システム、財源、課題、職員研修などに分割し、議論を進めてほしい。
- ・提供者として、質を高めるために悪い例（二度と繰り返さないため）や、良い例を通じて、リハやケアの理念を再確認するようなプログラム。
- ・基本概念が大きく隔たった理解でさまざまな議論がされている。そのため、ほとんど議論がかみ合わない。「障害とは」「高齢者とは」「身障者とは」「重度障害者とは」といったことについて、改めて基本概念の偏り、隔たりを修正したうえでの研究会であればと思う。
- ・現在は、最重度または重度重複障害者（児）に対してスポットをあてる時にきているのではないでしょうか。また、この会は、身体障害、ろう・盲に対しての話題が中心となっている。これは、シンポジストや講演者がリハビリテーション対象全体の一部の分野から選ばれていることからもいえるように思われるが、いかがなものであろうか。
- ・もっと現場に近い視点での内容に期待したい。

## 2. 東京以外の場所での開催希望地

北海道： 北海道

東 北： 仙台市

関 東： 神奈川県、横浜市

中 部： 名古屋市、福井県、石川県

近 畿： 大阪、京都、関西方面

中国・四国： 神戸市、岡山市、広島市、中国・四国地区

その他： 利便性から、新幹線の沿線。東京－大阪交互開催でもよい。

## 3. 今回の大会についての感想

### (1)全体の感想

- ・専門家のみが分かった話で当事者にとってはわかりにくかった。もっと学びたいと思った。
- ・今回はじめての参加でしたが、自分の仕事を改めて見つめることができました。今後は、地域でネットワークづくりに生かしていきたいと思う。
- ・障害とりハビリテーションを多分野でみることができ面白かった（特に普段かかわりのない教育と障害児）。
- ・地域による差、サービス提供者、提供システムによる差を実感させられるものだった。
- ・時代の流れにマッチした大会であったと思います。話題が多く深まりが難しい面があるので、若干焦点を絞ってはどうでしょうか。
- ・大変重要なタイミングのよいテーマである。よかったです。
- ・概ねよかったです。1日目の昼休みに上映したビデオを2日目のレポートの中でやるのは無駄。ほとんどの人が見ました。
- ・大変有意義でした。新しい情報がよくわかった。
- ・レベルの高い研究が多く参考になった。
- ・通常は、身体障害者関係の業務を行っているので、精神障害者のことについての話を聞く機会はありませんでした。その意味で精神障害者の体験談や最近の動向を聞くことができたのは、有意義であったと思います。また、仕事上悩むことが多いのですが、ほかの皆さんも同じような悩みや課題をもっていることを知り、心強く思いました。参加者については、もっと行政の方々の参加をお願いしたいと思います。
- ・はじめて参加しましたが、たいへん勉強になりました。私の職場でも地道に活動していくたらと思います。

- ・総花的であった。すべての問題の底に流れる「人権」の問題に触れることが少なく、非常に残念であった。「リハビリテーション・サービスの質を問う」といながら、特に当事者の方からの提起が少ないと思った。
- ・限られた範囲のテーマに絞らず、幅広い分野での内容、および関係者側の反省、課題すべき点が見いだされ、目から鱗が落ちる思いです。たいへん興味深く勉強になる2日間でした。来年もまた参加したいと思います。

## (2)プログラムについて

- ・講演の時間が短かった。1時間半～2時間が必要ではないか。
- ・当事者3人の発言はどんな講演よりも実際的で、より厳しい内容を（サービスの質の問題として）含んでいると思いました。感動的であったとともに、改めて自分の仕事の仕方について考えさせられました。（同様意見、他2件）
- ・第一分科会の発言者、日浦氏の“朋”の活動報告が印象深かったです。専門職としての専門性の向上も重要ですが、同時に地域住民として生活者として、どう生きどう生活するかということが、福祉を常態として地域に定着させ、根本から土壌を変革していくうえでの、ベースであったと思いました。
- ・実例をあげての就労の話があれば良かったと思います。
- ・最新の情勢などの情報発表は良いと思うが、時間的制約があるので、資料など（論文など）の配布や発表者の数を3人にするなどの工夫がほしい。また、質問などの時間がなくなってしまったのは残念であった。ただし、大会そのものは、有意義なものであったと思います。
- ・ある発言者の姿勢に共感できない。高飛車である。悩みながら語りかけるのが福祉の現状であろう。
- ・内容が、数や行政的施策中心になり、一人ひとりがどう人間らしく生きているか、その人々にどうサービスしてきたかがボケていたのは残念。
- ・もっと若い熱意をもってサービスを提供している人々の話を聞きたい。人間を語る人間の生き方をもっともっと語り合いたい。
- ・フロアとシンポジスト間のディスカッションが少ない（時間がない）。
- ・講演やシンポジウムは、フロアからの意見が全く取り入れられていない。質問用紙を用いるなどすれば、簡単に多少の意見を取り入れた内容になる。
- ・地域の声が聞こえない。東京の感覚で話が進められる。
- ・一部のレポーターを除いて報告要旨などが十分準備されていたことは、参加者として有益な時間を持てた。
- ・時間的余裕がなく、せっかくの講師の方の話が急ぎ足になってしまったのが残念。

### (3)運営について

- ・OHPやスライドの文字が小さくて読みにくい。その代わり、資料（概要）を配布してほしい。暗い中で見ながらメモをとるのは苦労する。（同様意見、他2件）
- ・海外情報の紹介は情報交換のうえでたいせつで、その資料配布には今後とも意を尽くしてください。事務局の方々の配慮に感謝します。
- ・応募の時に手話が必要かどうかは聞いていますが、要約筆記のことを聞いていないのは、いずれにせよ、準備するからですか。
- ・業者を使いお金がかかっている会ですが、前と比べ、名簿や資料が貧弱です。
- ・参加者の人数確認をフロアーでしていたが、カチカチとうるさかった。
- ・次年度の研究大会の案内を前年度参加者に送ってください。
- ・密度が高く、手話・要約筆記の方がたいへんだと思います。
- ・大会が円滑に進めるため多くのスタッフの力は、たいへんごくろうさまでした。  
特に手話通訳や要約筆記の方に敬意を表します。

### (4)その他の意見

- ・会費1万円では参加できない人もいる。参加費と食事代、懇親会費は区分したらどうか。
- ・開催日は、土・日ではなく、別の日程でお願いしたい。土曜日にかかるのはやむを得ないが、日曜日にかかると代休が取りづらい職種もあると思われる。
- ・自由研究課題も募ったらどうか。
- ・今回、医・職・住についてのスタッフだけで、機器についての専門分野がない。今後は福祉機器の利用についてもっと深めてほしい。特に電子工学面。
- ・専門職の教育カリキュラムの再考を実現してほしい。
- ・障害者の幅が広いため、内容が豊富であったが、限られた時間のため、内容の薄さを感じた。日数を増やすか、障害別に研究大会を開催してはどうか。
- ・もっと参加者の実践が交流できる場（自分たちのことが宣伝できるスペースなど）が必要である。
- ・「さまざまなりハ関係者の交流を図る」という点でも、非常に意義のあることだと思います。最新情報の時間をもう少し、できれば分科会形式でとれないものでしょうか。
- ・QOLの時代である。マンネリ化せず、会の内容もその質を問い合わせたものにしてほしい。期待している。
- ・私は福祉研究者なので、福祉に関する視点は、いやというほど聞いています。  
もっと、リハビリテーションという視点を明確に示す内容、独立性をだしてほしい。

## 第16回総合リハビリテーション研究大会実行委員会

(五十音順)

- 実行委員長 寺山久美子（東京都立医療技術短期大学）  
副実行委員長 伊藤利之（横浜市障害者更生相談所）  
野村 歆（日本大学理工学部）  
委 員 青柳勝久（東京都立北養護学校）  
池田 勇（障害者職業総合センター）  
奥野英子（国立身体障害者リハビリテーションセンター）  
倉方厚子（東京都聴覚障害者連盟）  
黒川幸雄（国立療養所東京病院附属リハビリテーション学院）  
佐藤久夫（日本社会事業大学）  
竹内孝仁（日本医科大学リハビリテーションセンター）  
田中理（横浜市総合リハビリテーションセンター）  
田中徹二（日本点字図書館）  
手塚直樹（全日本精神薄弱者育成会）  
富岡詔子（信州大学医療技術短期大学部）  
新津ふみ子（財）総合保健推進財団ケア・コーディネーション研究所  
野津真（東京都立中部精神保健センター）  
橋本泰子（弘済ケアセンター）  
三ツ木任一（放送大学）  
山内繁（国立身体障害者リハビリテーションセンター研究所）

### 第16回総合リハビリテーション研究大会事務局

〒162 東京都新宿区戸山1丁目22番1号

（財）日本障害者リハビリテーション協会

TEL (03)5273-0601 FAX (03)5273-1523