

第22回総合リハビリテーション研究大会

地域におけるリハビリテーションの実践

総合リハビリテーションを問い直す

報告書

財団法人日本障害者リハビリテーション協会



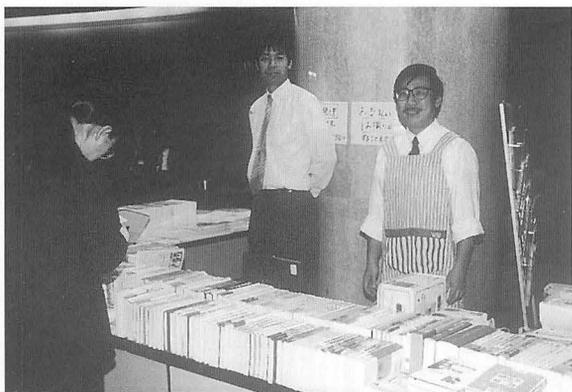
地域におけるリハビリテーションの実践

Background text containing various Japanese characters and words related to rehabilitation, such as 'リハビリテーション' (rehabilitation), '報告書' (report), and '実践' (practice).

第22回総合リハビリテーション研究大会

～地域におけるリハビリテーションの実践～

全社協
灘尾ホール



受付



実行委員長
手塚直樹



副実行委員長
三ツ木任一



チャンピオンレポート 地域におけるリハビリテーションの実践



小林繁市(伊達市)



司会 三ツ木任一(放送大学)



堤 愛子(町田市)



江上直子(和歌山市)



成田すみれ(横浜市)



フロアから

海外から



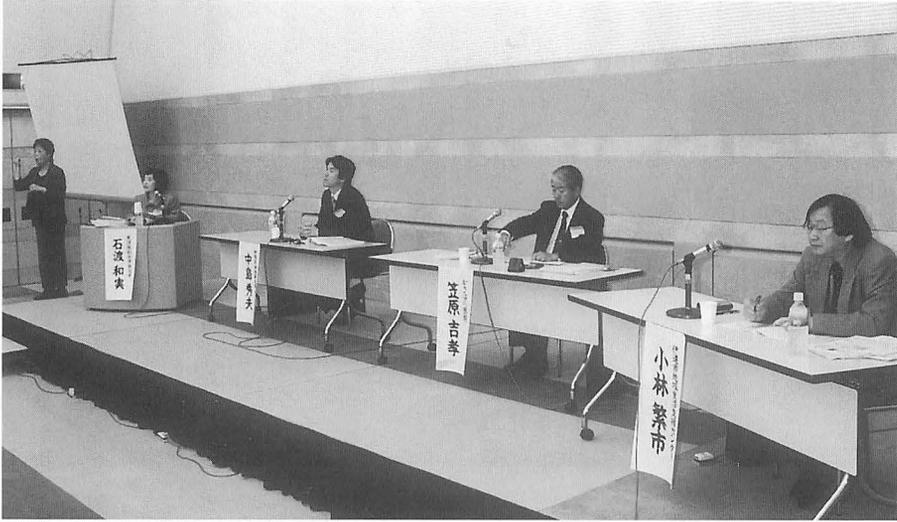
交流会



交流会



分科会 1



伊達市地域生活支援センター 小林繁市



甲賀郡生活支援センター 中島秀夫

分科会 2



分科会 3



メインストリーム協会 佐藤 聡



町田ヒューマンネットワーク 堤愛子



パソコン字幕



分科会報告



東洋英和女学院大学 石渡和美



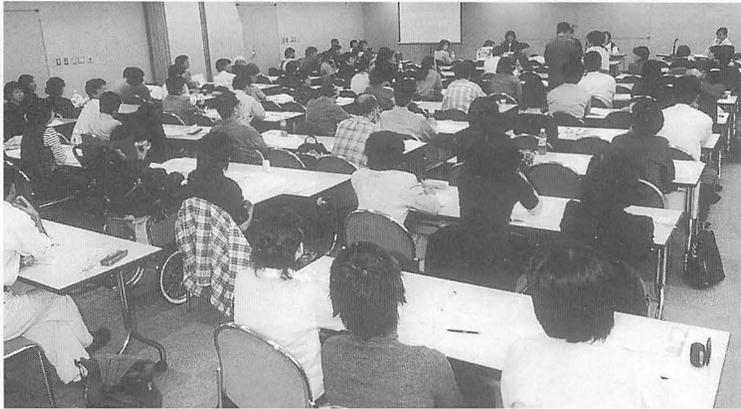
司会 日本障害者雇用促進協会 指田忠司



日本福祉大学 池末美穂子



立教大学 赤塚光子



パネルディスカッション

脳外傷者のリハビリテーション



司会 横浜市総合リハ 伊藤利之



脳外傷友の会ナナ 東川悦子



神奈川県総合リハ 大橋正洋



名古屋市総合リハ 阿部順子



東京女子医科大学病院 比留間ちづ子



神奈川県総合リハ 生方克之

目 次

開会の挨拶	板山 賢治	3
開催にあたって	手塚 直樹	4
対 談『社会福祉基礎構造改革とリハビリテーション』		5
	司会：藤井 克徳 三浦 文夫 調 一興	
チャンピオンレポート ―地域におけるリハビリテーションの実践―		17
	司会：三ツ木任一	
(1) 施設を出て町に暮らす	小林 繁市	19
(2) その人らしい生活を地域で築くために	江上 直子	25
(3) 障害当事者による自立生活のサポート活動	堤 愛子	31
(4) 地域におけるリハビリテーションの実践	成田すみれ	36
分科会 1『地域生活の実現と支援ネットワーク』	司会：石渡 和実	
滋賀県甲賀郡のサービス調整会議の取り組みから	中島 秀夫	41
地域生活の実現と支援ネットワーク	笠原 吉孝	42
本人及び親の立場から	小林 繁市	43
分科会 2『生活の定着と求められる支援』	司会：池末美穂子	
地域における精神科リハビリテーションの試み	永山 盛秀	44
精神科医療と地域生活支援の接点を考える	川関 和俊	46
その人らしい生活を地域で築くために	江上 直子	48
分科会 3『自立生活に向けたピアサポートの実践』	司会：赤塚 光子	
自立生活に向けたピアサポートの実践 ～メインストリーム協会～	佐藤 聡	49
リハビリテーションサービスの提供とピアサポート	丸山 一郎	52
自立生活サポートの実践例から	堤 愛子	54
分科会報告	司会：指田 忠司	56
分科会 1	石渡 和実	57
分科会 2	池末美穂子	60
分科会 3	赤塚 光子	63
パネルディスカッション『脳外傷者のリハビリテーション』		66
	司会：伊藤 利之 パネラー 東川 悦子 大橋 正洋 比留間ちづ子 阿部 順子 生方 克之	
閉会の挨拶	三ツ木任一	82
次回開催地から	江口壽榮夫	83
資 料		84
当日配布資料		87

開会の挨拶

日本障害者リハビリテーション協会副会長
板山賢治

第22回研究大会に全国から300人を越えるみなさまに参加をいただき、ありがとうございました。

この総合リハビリテーション研究大会は22回を数えましたが、専門分野を越え、それぞれの立場から横につながる情報交換の場として、また研究者と障害当事者、行政と現場実践者などが、ともに集い考える場としてこの大会を続けてきました。幸い関係者や実行委員会のご協力により、今日まで発展してきました。厚く感謝申し上げます。

いま日本の社会福祉、とりわけ障害者分野は大きな転機を迎えようとしています。

社会福祉構造改革という意味については、三浦先生、調先生の対談を通してご理解いただき、障害者施策の方向についても参考にさせていただきたいと存じます。

私たちがいま直面しているのは介護保険問題です。政治的な動きもありますが、来年4月、矢は弓を離れ、実現に向け取り組まなければならない。これは障害者施策との関連では大きな問題を抱えてのスタートです。

まず基本的に64歳までの重度重複障害者は対象にならない。40歳から保険料を拠出しても、64歳までは給付対象にならない。また、39歳以下の若年障害者問題もあり、法のものとの平等にもとる仕組みが残っています。疎外された障害者への介護は障害者施策一般、つまり障害者プランなどで市町村がサービスを提供する、と政府は約束しました。しかし肝心の3250の市区町村においては、障

害者計画をいまだに半分くらいしか策定していません。障害者計画すらない残りの市町村は介護保険に遜色のない介護を、重度障害者に提供できるのか。たいへん難しい問題を私たちに投げかけています。皆様方の市町村はどうでしょうか。

また、介護度が目安となりますが、リハビリテーションで介護度が軽減されると介護保険のサービスも低下していきます。長い間私たちが突き付けられているリハビリテーションによる障害の軽減、自立生活力の回復、社会生活力の開発に伴うサービスの低下というリハビリテーションの意義が改めて問われています。介護度によって給付額が変化する介護保険によって、リハビリテーションを軽視し、リハビリテーションをやめようとする福祉施設、市町村が出てくるということを感じなければなりません。これに対してどのように対処していくか。地域リハビリテーション展開のうえで当局、障害者自身、家族にこうした価値観の問いかけをしていくことも我々専門家の立場から考えなければなりません。

この大会がそうした問題についての新しい方向を、ともに学び、情報交換し、発信できる一つの場となれば、主催者としてこのうえない慶びであります。

ご参会の皆様方はもちろん、パネラー、分科会での報告者のかたがたに心からの感謝を申し述べ、開会の挨拶とします。

開催に当たって

静岡県立大学

手塚直樹

このセミナーは実行委員会で準備してきました。委員長の手塚です。

地域におけるリハビリテーションの実践 -総合リハビリテーションを問い直す- ということで、第22回総合リハビリテーション研究大会を開催させていただきましたところ、定員の300人を越え、全国各地からご参加くださいました。感謝申し上げます。

この第22回総合リハビリテーション研究大会、今年は東京開催ですが来年は2000年、高知で開催する予定です。四半世紀をまさに皆さんとともに歩んできたこととなります。この時代の流れのなかで最近は大変大きく変化してきたと実感するわけですが、何が変わってきたか。本当にいろいろ変わっていますが、物事のとらえ方が変わってきました。サービスを提供する側だけでなく、利用者である障害者を主体に考えているということ。また、自己選択、自己決定を尊重するということ。そのためには的確な情報が確保されなければならない。そして特に、弱い立場の人への配慮を十分にしないといけない。こうした基本的な変化に的確に対応することを十分に認識しなければなりません。

こうした視点にたったとき、従来の各分野ごとのリハビリテーションが、単に「総合リハビリテーション」というとらえ方で、それは本当に正しいのか。主体者である障害者の存在が、本当に尊重されているか。また、総合リハビリテーションというものが、障害者の立場にたって提供されているか。それらの事柄について検討作業を進めていく必要があると考えます。従いまして、今回のリハビリテーション研究大会は、「総合リハビリテーションの問い直し」をテーマとして確認した

ところでは。

このセミナーにおいて中心になるのは、全国各地で行われている「地域に密着した実践」を中心的テーマにおいて、その報告にもとづいて、三つの分科会でさらに新しい情報を加える。それが今回の中心プログラムです。そして、障害者主体の総合的な地域におけるリハビリテーションというものはどういうものであるかということ、このセミナーを通して検討したいというのが狙いです。

また、政策課題である社会福祉基礎構造改革、いまご挨拶にもありましたように、皆様方たいへん関心の深いところですが、社会福祉基礎構造改革とリハビリテーションの関連が、いまひとつ分かりにくい。そこで三浦先生、調先生の対談を藤井さんの司会で進めます。それをプログラムの最初においています。

また、現在もっとも関心が深まっているのは、脳外傷者のリハビリテーションです。リハビリテーションの実践をということで、最後にパネルディスカッションを設定しました。

実行委員として、必ずしも十分な準備とはいきませんでした。最大の努力はしました。不行き届きも多々あると思いますがお許しください。また自主的な準備をしてくださったのは、主催者である日本障害者リハビリテーション協会の職員の方々でした。心から感謝を申し上げます。そして手話通訳、要約筆記、多くのボランティアの方に心から感謝を申し上げます。皆さんの積極的なご参加をいただいて、このセミナーが進むことを願っています。

どうもありがとうございました。

【 対 談 】

社会福祉基礎構造改革とリハビリテーション

司 会 共同作業所全国連絡会 藤 井 克 徳
 対談者 武蔵野女子大学教授 三 浦 文 夫
 日本障害者協議会代表 調 一 興

はじめに

○藤井 一昨年11月に忽然と社会福祉基礎構造改革が姿を現し、2年ほどたちました。この間さまざまな論議を呼び、意見もたくさん出されましたし、また憶測も呼んでいます。奇しくも今日から始まった第146回臨時国会には、この社会福祉基礎構造改革の一連の改正法案の上程は困難であるということが伝わってきました。来年の通常国会で審議され、おそらく通過するだろうと思われませんが、今日のこの対談では、社会福祉基礎構造改革の全体像と概要を正確におさえ、わが国の障害者政策の到達状況、あわせて基礎構造改革を踏まえての今後の課題、あるいはリハビリテーション従事者の実践上の課題などを深めていければと思っています。

本来、対談はお二人で話し合うわけですが、鼎談にはならないけれども対談プラスワンということで、私も多少なりとも加わらせていただきたいと思っています。

さて、三浦さんは、民間を代表して社会福祉基礎構造改革分科会の委員をされました。調さんは民間のさまざまな団体、とくにJDを代表されています。まず冒頭に三浦さんから、今回の社会福祉基礎構造改革の概要と、議論の簡単な経過をご説明いただけるのでしょうか。

社会福祉構造改革の流れと障害者関係福祉

○三浦 今回の社会福祉基礎構造改革については、

1997年に突然に出てきたというよりも、その10年くらい前から社会福祉の制度改革の議論は出ていました。現在の社会福祉の基本的な制度的枠組みや事業運営の原理原則は、昭和20年代半ばにつくられました。それが、これだけの時間を経過し、そのままでは通用しなくなるというのは明らかです。その意味で、1985年くらいから、社会福祉の制度全体の見直しを行わなければならないという議論が展開しはじめています。当時は福祉関係三審議会合同企画分科会というものができ、福祉全体についての見直しが議論され、その結果の一部が1990年の社会福祉8法の改正につながったわけです。

そのような問題意識は一貫していました。今回の基礎構造改革についても、基本的には、戦後間もなく構築された制度を21世紀に向けて新しく組み直していかなければならないという問題意識で引き継いできているものだと思います。ただ、90年代に入って、社会福祉をめぐる状況は大きく変わってきました。80年代に論議された以上にこの時期の変化は非常に大きかったということが、今回の基礎構造改革にさらに拍車をかけることになった、ひとつの背景ではないかと思います。

90年代の動きとして、たとえば介護保険が登場してきました。介護保険によって、医療分野だけでなく、社会福祉にも大きなインパクトを与えることはご存知のとおりです。あるいは97年には児童福祉法が改正されました。その2年ほど前から、とくに保育所をめぐる検討されてきたのですが、

その結論を踏まえて児童福祉法等の改正が行われました。

その他、例の岡光事件に象徴される、社会福祉法人等における不祥事件も起こりました。このことは単なる岡光個人の問題だけでなく、制度そのものにそのことを生み出す条件があったのではないかということを含めて、社会福祉の制度全体を見直さなければならないという議論の背景のひとつにもなりました。国全体の動きのなかでは、規制緩和と分権化の動きが進んできています。

そのような背景を踏まえて、1998年、厚生省内部において「今後の社会福祉のあり方について」という主要な論点の整理を行っています。それを受けて、中央社会福祉審議会に社会福祉構造改革分科会が設けられ、社会福祉の基礎構造改革について論議されるようになった、という経緯かと思えます。

障害関係福祉法のかかわり

しかし、障害者福祉関係でいうなら、別の道筋を考えておかなければならないでしょう。たとえば1995年に障害者基本法が制定され、精神障害者を障害者という範疇に組み込むということが行われました。1996年には厚生省は組織改変を行い、大臣官房のなかに障害保健福祉部をつくりました。身体障害者、知的障害者、精神障害者に対する諸対策を一括して行政として進めるような部ができたのです。

そして同年10月から、それまで身体障害、知的障害、精神障害は審議会は別であったものが、施策を総合化する必要があるということから、障害者保健福祉関係三審議会の合同企画分科会が設置されました。そこでの大きな役割は、三分野に共通する事項の検討、さらに今後の障害者の施策のあり方を検討していくということです。たしか調さんもこの合同企画分科会の委員でしたか、そこで論議を重ねてきたなかで、1997年12月に「今後の障害者保健福祉施策のあり方について」という中間報告が出されています。

ですから、この段階までは、社会福祉の基礎構

造改革とは別途のかたちで進められてきましたが、基礎構造改革の議論が、同じく1997年12月から中央社会福祉審議会の分科会で開始されてきたということがあり、それ以降、基礎構造改革と障害者施策のあり方についてという観点からの論議を展開してきています。具体的には、1993年3月から合同企画分科会の主要なテーマとして、障害者福祉分野では基礎構造改革をどのように受け止めるのかということでの論議を重ねてきました。その間、障害者団体との協議を行ったり、国としても各方面との調整を図りながら、この議論を進めてきたわけです。

そして1998年6月、中央社会福祉審議会の社会福祉基礎構造改革分科会から中間のまとめが出され、それまで議論されたおおよそのことが整理されました。さらに、この中間のまとめについて、中央社会福祉審議会でも関係者の意見を聴取しながら、全国的なシンポジウム等を行ったり、さまざまな意見を加味しながら議論を重ねてきています。

一方、障害者関係では、この問題について精力的に合同企画分科会で検討するというかたちをとってきました。

1998年12月、基礎構造改革について追加意見というかたちで報告をまとめていますが、これは中間のまとめに加えてさらに強調すべき点や、曖昧だった部分などに踏み込んだものです。

この追加意見に基づき、厚生省内部において法案化するという作業を行ってきました。そして1999年8月10日、厚生大臣から基礎構造改革関連の法案、8法改正についての大綱が諮問されました。この諮問を受けて9月30日に答申を行い、基本的にこの方向でよろしいという了承の意見を出しています。

障害者関係についても、この問題についての論議を行ってきました。とくに法律の問題になると、たとえば身体障害者福祉法や知的障害者福祉法等、法律が分かれていますから、それぞれの審議会等において、同じく諮問を受けて9月30日、趣旨については賛成であるという意見を付しています。

民間からのアプローチ

○藤井 基礎構造改革の議論は、障害者分野の審議と並行して、中央社会福祉審議会の社会福祉構造改革分科会で議論が進んできた、ということでした。これに対して民間団体等からさまざまな意見、あるいは論議を呼びましたが、調さん、JDはどのように対処してきたのか、いかがでしょうか。

○調 私はいま、日本障害者協議会の代表という役割を仰せつかっています。その立場から、日本の障害者施策は現状はどうであり、そして何をしなければならぬのかということ絶えず思い続けているなかで、この基礎構造改革をどうとらえ、どのように取り組むべきかというような対応してきたつもりです。

1998年11月、基礎構造改革の主要な論点が出されましたが、そこにはかなり刺激的なことが書いてありました。私はこれについて社会援護局長と4回ヒアリングに出て意見を述べる機会がありました。また、基礎構造改革と障害者施策との連動という点では、大臣官房障害保健福祉部長と4回、議論してきました。その他、課長さんたちも半日くらい時間をかけてじっくり話し合う機会をつくってもらったりしました。

措置制度の是非？

当初私が感じたのは、これは大変大きなことが始まるということでした。しかし、社会福祉全体の構造改革といっても、現場で働いている者にはなかなかわからない。つまり、障害者福祉の分野や老人福祉の分野など、個々の分野についてはある程度わかるけれども、「日本の社会福祉構造全体を本格的に検討するということになると、とても……」という人は非常に多いのです。ということは、現場サイドで活動している人たちの意見を反映することにならないのではないかということをお心配したりしました。私も、社会福祉事業法等いろいろな法律を改めて読み直したりして、主要な論点が出て3カ月後くらい、あるところへこれ

に対する考え方、問題点を発表するというかたちをとることができました。

主要な論点で目につくのは、措置制度が槍玉にあがっているということです。私は、措置制度については、これをそのまま維持することにこだわる立場ではありませんでしたが、しかし、あまりにも「措置制度がすべての悪」という論じ方がされているというのが私の問題意識でした。

「選択」と言うけれど

「対等性」「選択できない」「利用しにくい施設」「創意工夫をする誘引に欠ける」「事業者補助のため腐敗を起こす」など、悪いところばかりあげてありましたが、それでは、たとえば対等性ということについて、いったいどういう制度にすればそれが実現できるのかということについては、まったく触れていません。選択できないということについても、障害者が働く施設といえ、三分の一の市町村都道府県にしか設置されていません。制度的な不備から選択できる余地がまったくないなかで、「選択できない」云々とは言い過ぎではないか、選択できる条件をどうつくるかという政策の具体化が先に行われ強調されるべきではないか。それらの保障を前提にしたうえで、選択性や対等性など論じるべきであるという視点で、私はヒアリングでは問題提起をしてきました。

家族介護から社会介護へ

社会福祉基礎構造改革という場合、たとえば日本では少子高齢化が進み、家族の機能や構造が大きく変化しています。そういうなかで、民法の扶養義務は法律には書いてありますが、実態では空文化しています。ところが、障害者だけがその影響を受けます。もうそろそろ、家族によるケアから社会的ケアに切り替えていかなければなりません。障害者分野で稼働能力の低い人は、依然として入所施設に依存して暮らすか、家族に依存して暮らすか、という二つの選択肢しかありません。親から独立して地域で暮らすという条件はまったくない。この依存から脱却するという施策を講じ

てこそ、障害福祉分野の構造改革といえるのではないのでしょうか。そういう施策を並行して講じて、障害者の側にきちんとした条件がつけられなければ、これは言葉だけに終わってしまうのではないかと、ということを主張してきました。

精神障害者の問題

もうひとつ、精神障害者の問題があります。精神障害者の福祉施策は、量においても質においてもきわめて低い現状にあります。施設の運営費も知的障害の2分の1、身体障害の3分の2の単価です。しかも量的にきわめて数は少ないのです。

それに対して社会援護局長は、現状の精神障害者の施設補助単価が低いのは納得できないとおっしゃるのですが、しかし、基礎構造改革で最後にまとめられたもののなかに精神障害者の問題が入っているのでしょうか。身体障害者と知的障害者のことは書くけれど、精神障害者の問題は枠外であるという扱いには問題があります。これは、扱いに問題があるのか、行政がひとつの部にまとまるといいながらも、保健、医療、福祉を一本にした法律なのだから、そういうことは事実上できないということなのか。しっかり見つめなおさなければならないのではないかと思います。

○藤井 本質的な問題に入る前に、今日の参加者はリハビリテーション従事者も多く、しかもテーマが「社会福祉基礎構造改革とリハビリテーション」です。三浦さん、今回の基礎構造改革はリハビリテーションという観点からみればどのようなことがいえるのか、かいつまんでお話いただけますか。

制度の改革と理念の転換

○三浦 基礎構造改革の文章のなかには、改革の必要性、改革の理念や社会福祉の目的が書かれています。これらについては、長い間社会福祉関係者が苦労して培ってきたことを、ある意味で集約しています。私たちはこの理念と目的を十分かみしめてみる必要がありはしないかと思います。

つまり、今後の20年、30年を考えていく場合、

制度自身は動いていきますが、基本的な考え方については合意を得る必要はありはしないか、ということです。今回の基礎構造改革は、制度の改革と受け止められがちですが、私は、基本的な理念について大きく転換を迫ってきているのではないかと、その確認をしているのではないかと思うわけです。したがって、リハビリテーションの概念についても、そのレベルで議論しなければならないと思っています。

ごく簡単に、今回の改革の理念なり、社会福祉の目的をあげてみますと、大きくは4点あります。

ひとつは、成熟社会における生活についての自己責任原則を強く打ち出しています。生活を自分の責任で行っていくというのは、ある意味では当たり前です。ただし、それができない場合、社会福祉の支援が必要になってきます。

その次に、従来の社会福祉と異なって、すべての国民が自己責任で自立を達成できない場合、それを社会全体の精神にのっとって支援をする、ということが出てきています。ここで注意していただきたいのは「すべての国民」という部分です。従来の特定のグループに対する対策から広げて全国民を対象としているということ、私たちは十分にとらえておく必要があるかと思います。障害者の問題についても、障害をもつがゆえに特別なニーズが出てきますが、それについては障害の有無に関わりなく支援するという思想がここに入っています。

もうひとつ、この考え方のなかには、今まで障害者自身の自立ということがいわれてきましたが、しかし、障害者のなかには自己責任で生活している人もずいぶんいます。その人にとって必要なことは、たとえば社会的ニーズが出てきた場合それを充足することです。今までは、ニーズをもつ人の自立を丸抱えで援助しようという発想がありましたが、そこを社会福祉のニーズに着目し、それを解決することによって、あとは自己責任で、という考え方があるといわれています。

個人の尊厳・ノーマライゼーション

第2点目に、「個人は人としての尊厳をもって、家庭や地域のなかで障害の有無や年齢に関わりなく、その人らしい安心ある生活が送れるような自立を支援する」ということが出てきますが、そこにはいくつか重要な議論があります。ひとつは「個人が人としての尊厳をもって」ということです。ここで人間の尊厳論をもう一度確認してきたということは、十分考えなければならないことではないかと思います。人間の尊厳の根拠になっているのは命の問題だと思えます。障害者であれ、誰であれ、それぞれ生き、育っていくという可能性をもっている。たぶん、リハビリテーションの基本的な精神もそこにあるのだらうと思います。そのへんを謳い上げているということがひとつあります。もうひとつ基本的人権の内容をなしているのは自由です。自由ということについては、国家ではなく神が与えたものです。さらに、すべての人間は生まれながらにして平等であること、一人ひとりがかけがえのない人間であるということ、そういう発想が「個人が人としての尊厳を」ということに含まれる内容ではないかと思います。おそらくリハビリテーションの議論もそこから出発しているのではないのでしょうか。

さらに一歩進めて、「家庭や地域のなかでその人らしい自立を」、また「障害の有無や年齢に関わりなく」ということを謳っています。これも、長年障害福祉関係の人たちが努力されてきた、そしてそれが一般化されてきたノーマライゼーションの議論を組み込んでいるのではないかと私には思われます。家庭や地域のなかで自立してということは、当たり前な生活です。いかなる障害をもとうと、どういう年齢であろうと、それを達成していこうというところに、ノーマライゼーションの発想が出てきていると私は受け止めています。

さらに重要なことは「その人らしい自立」ということです。たとえば障害者のいろいろな運動や動きを見ていますと、87年に身体障害者福祉法の見直しを行っていますが、そのとき、自立という

ことを、職業的自立や経済的な自立だけを意味するものなら大変狭いものであるという批判を加えています。それぞれの人たちの生活力をどうするのかということであり、その頃出てきたアメリカのIL運動でいえば、自己決定すること自身、自立につながる重要な要素であるということが謳われています。全面的な介助を受ける身であっても、なおかつ自分自身の意思の自由が確立される場合、それは自立につながるというように自立の概念が広がってきたのは、長い間の障害者運動やリハビリテーションの成果のではないかと考えています。つまり、今回の基礎構造改革のなかでは、リハビリテーションという言葉自体は出てきませんが、しかし、リハビリテーションの今までの考え方、あるいは到達点といえるかどうかわかりませんが、そういうものを含んでいると受け止めていいのではないかと思います。

利用者本位へ

ただ、私が審議会のなかでも繰り返し申し上げたのは、自立という概念と同時にもうひとつ、社会的な参加ということも大事な目標になるということです。残念ながらそのことが曖昧になって抜けているのです。この点が明確にならなかったことは、障害福祉関係のなかで、今回の基礎構造改革はいったい何なのかということ、改めて問わなければならないひとつの理論的な根拠は、そこにありはしないかと思っています。

加えて申し上げるなら、このような基礎構造改革の理念のもとに社会福祉を支えるためには、国民全体の支え合い、さらには国と地方公共団体の責任ということが謳われていると受け止めてよろしいかと思います。

この理念は、すぐに実現できるものではありません。だからこそ「理念」なのです。理念、目的を具体的に実現するために、いろいろな制度等見直ししていかなければなりません。そのなかの重要な柱のひとつが、利用者本位の社会福祉制度への組み替えであったり、サービスの質の向上であったり、社会福祉の新しい推進、地域福祉だったり

する、ということではないかと思えます。

構造改革、拙速を憂慮

○藤井 言葉として具体的には出てこないが、理念のなかに読み取ることができるだろうというお話でしたが、この理論のもとで、さらに障害者の地域生活の改善が進んでいくのかどうか、調さん、いかがでしょうか。

○調 リハビリテーションの理念と基礎構造改革は、三浦さんがおっしゃったようなことだと私も思います。社会生活を送っていくにはさまざまな困難があります。その過程にリハビリテーションの専門家が関わり、解決していくという役割があります。それは、福祉のどういう分野についても、言葉として「リハビリテーション」を使わなくても、リハビリテーション分野に働いている人たちの役割は必ずあると考えています。

いま三浦さんは、理念はなかなか実現できない、だからこそ「理念」なのだといわれました。障害者の権利宣言が出されたのは1975年ですが、それ以前の1970年にわが国では障害者対策基本法が制定されています。そのなかにもすでに「すべての障害者は個人としての尊厳が重んぜられ、その尊厳にふさわしい処遇を保障される権利を有する」と書かれています。改正された障害者基本法では、これにさらに「社会的・文化的、あらゆる活動に参加する場が与えられるものとする」というふうに広げています。政府でもノーマライゼーション、完全参加と平等、バリアフリー、リハビリテーション、QOLなどはキーワードであると示されています。

今回の構造改革の議論より先に、障害関係の三審議会の合同企画分科会が開かれており、障害者プランをより具体化するという作業に入っていました。障害の種別を越えて基本的な問題について整理し、具体的に施策化していこうということでしたが、これがある時期、基礎構造改革の議論の様子を見なければ進められないということで中断して、議論が深められないままになっています。

そういう全体の動きのなかで、社会的なシステ

ムとして障害者が地域で暮らせるという方向に向けて、せめて道筋をつけてほしいと思ったのですが、それが、三浦さんの言葉を借りれば、「理念は理念であって、実現するには時間がかかる」ということでは困ると思うのです。その意味では、今回の基礎構造改革では大事な問題がほとんどすべて先送りされたということから、私は反対はしないが、賛成もしないという立場です。

理念の実現性

○三浦 おっしゃるように、基礎構造改革が始まるときには、すでに障害関係の中間のまとめは出ています。そこでの基本的な理念は、障害者の自立と社会経済活動への参画、主体性・選択性の確立、地域での支え合いです。本来ならこれらを基礎構造改革のなかに全面的に取り入れなければならなかったかと思いますが、社会経済活動への参画については必ずしもはっきりしていないという点では、私個人としては問題があるかと思っています。

ただ、これは基礎構造改革では触れないということではありません。地域福祉の推進という重要な課題のなかに、自立と社会参加という議論を組み込んでいきますから、否定しているわけではないのだと思います。

それから、理念は実現できないということではなく、理念とは常にそこに戻って考えるべきこと、ということなのです。施策をつくったり、運用したりする場合立ち戻るべきところと考える必要はありはしないか、と思っています。

ついでに発言させていただければ、一人ひとり平等であるということは、まさにそのとおりです。ただ、これを人権というかたちで汲み取る場合、たとえば、人間は生まれながらにして平等であるということは、17世紀くらいからその思想が芽吹き、18世紀をかけて確立されてきました。続いて、市民的権利というかたちの民主主義の問題に入ってきて、1920年代になると、社会権というものが人権として定着してきます。それに加えていま改めて、ノーマライゼーションを含めて社会への参

加という議論が出てきています。これは私は新しい人権だと思います。だからこそ、障害者の人権といわれたのだと思います。

そのときの人間観は、個人は生まれながらに平等という意味での自然保護的な平等ということは当然ですが、それと同時に、障害者も含めてそれぞれが社会を構成する有力な一員なのだという認識のうえにたって、あらゆる機会に参画をということが出てきていると思います。ですから、リハビリテーションの考え方のなかには、「社会的な存在としての障害者」という受け止め方が根底にあるのではないのでしょうか。そういう意味で、いまや障害者の社会参画の議論は、人権というかたちで組み込んでいいのではないかと考えています。そして、それらのものをどう実現するか。基本的人権がいろいろな行動の基本になるように、いま申し上げたことを含めて、絶えずそれを問題にしなければなりません。その具体的な方法として、利用者本位のサービスの形態をどうするか、あるいはサービスの質だとか、地域福祉というような議論として展開していくわけです。ここのところで、いま申し上げた理念がどのようなかたちで具体化するのかということを追及しなければならないのではないかと考えています。

競争原理・市場原理

○藤井 今回の基礎構造改革のなかでは、競争原理、市場原理という言葉が、とくに中間のまとめでは出ていました。障害分野に競争原理、市場原理という言葉は似つかわしくないのではないかと議論もありますが。

○三浦 私も同じように考えています。ただ、その場合に、市場原理と競争原理をイコールにしてはいけないのではないかとと思うのです。需給を科学メカニズムで調整するのが市場原理です。それを進めていくときに出てくるのが、多様な供給主体間の競争です。

競争イコール市場原理ということになっているようですが、私は、市場原理においてだけでなく、競争は十分ありうると思います。つまり、複数の

供給主体があれば競争が生まれます。それは、利潤追求でなくても起こりうるのではないかと考えています。

今回の基礎構造改革の論議のなかで、競争原理の重要性と市場原理が混乱しているのではないかという気がしないでもありません。主要な論点では、市場原理ということがかなり出ていましたが、そこでいうのは競争原理のことだったと思うのです。基礎構造改革の場合には、市場原理ということについては薄められ、どちらかという競争という原理が出てきています。

具体的な問題になりますと、措置制度をなくした場合それをどうするのか、競争原理ということが問題になってきますから、こういうものはもっと高めなければならないという点については、私は異論はありません。ただ、市場原理ということになると、簡単にいえば、民間事業者が営利事業者を含めて社会福祉分野に参入してきます。社会福祉自身が、本当に競争原理だけで処理できるかどうか。競争原理を中心とするかたちで社会福祉というものを考えるということについては、大きな躊躇いを感じざるをえません。競争原理が導入されるにしても、社会福祉のなかでそれが有効に機能するためには、条件等きちんとならなければ、市場原理はそう簡単に入ってこないだろうと思っています。

営利の介護事業と措置制度

私自身は、市場原理という言葉については否定はしませんが、そのとき入るにはルールがあります。そのルールをつくったうえで、多様な民間事業者の参入ということ考えたほうがいいのではないかと考えています。

たとえば障害者分野で、株式会社のような利潤の極大化を図るようなかたちでの市場原理はおそらく働かないでしょう。障害者分野でいろいろな事業を行っていく場合、利益が出ること自身、決して間違いではありませんが、それがさらに事業を拡大する方向に進むということになると、むしろ非営利団体に近いのだらうと思います。その意

味で、障害者分野の場合などは、全体的に言えば手放しの市場原理というものは浸透しにくいのではないか。そのための条件整備が必要であろう、というふうに受け止めています。

○調 障害者分野では、東京都には脳性マヒ者等介護人派遣手当があり、すでに業者が介護事業に積極的に参入しています。この例からみて、在宅サービスのある部分には業者が入ってくる可能性があります。

ただ、そこで効率だけを追求されるとするなら、非常に問題です。企業は社会福祉を目的としているわけではないので、そこについてはなんらかの制約がなければ、おかしくなるでしょう。

施設の経営については、民間事業者が参入してきても、営利ということは考えられませんから、ないだろうと思います。全体として少ないお金で、いろいろな工夫をして効率を高めていくということについては、私たちも努力していかなければならないだろうと思います。

○藤井 主要な論点が発表された時期は、国では財政改革という大きな旗頭がありました。全体に緊縮財政で、公的責任が薄まってくるのではないかということがいわれ、「措置制度から契約へ」ということでも、その本質は費用負担が地方自治体や本人に負われ、国の責任が曖昧になってくるのではないかという意見もありますが、三浦さん、いかがでしょうか。

○三浦 むしろ、従来の公的責任論は硬直していたのではないのでしょうか。従来の社会福祉を構築する場合の公的責任論は、いわば憲法でいえば25条論で進めてきたわけです。今回の基礎構造改革での議論では、25条を否定したのではなく、13条（個人の尊重と幸福追求の権利）をも踏まえて、その両者を結びつけたかたちで今回の問題が出てきているのではないかと私は理解しています。さらに、しいていえば14条（法の下の平等）を踏まえたうえで、もっと総括的なかたちで公的責任を考えなければならないのではないかと思うわけです。

公的責任・措置制度から選択へ

具体的にいえば措置制度がそうですが、公的責任において生存権を保障するということは当然です。そして、その場合に出てくるサービスその他についての選択は個人に委ねるといふかたちですから、その分については私は大きく後退しているとは思いません。従来は、公的責任を狭く理解しすぎていた、それをもっと広げたものだと思います。

逆にいえば、公的な責任はもう少し別なかたちで広がってくるだろうと思っています。たとえば措置制度は、一括して行政処分だといいますが、内容的に分析してみれば、ニーズの把握は誰がどう行うのか、行政の権限で行うのかという議論があります。そのニーズに対して、必要なサービスの情報を誰がどう与えるか。さらに、具体的なサービスの調整・斡旋を誰が行うのか、自分で選択するのかどうか。そのときの費用は誰が、どのようにもつのか。そのように、いくつかのレベルで措置論を議論しなければなりません。

たとえばニーズの判定について、行政が専門性をもたないかたちでの判定でよかったのか、どうか。専門家が加わるというかたちがあつていいのではないか。また、情報の提供についても、行政が行わなければならないと同時に、サービス提供者自身も情報を提供していかなければならないのではないか。サービスの利用についても、行政がすべて丸抱えでパターン化して提供するというのではなく、選択の余地をどこにみていくのか。サービスを提供する事業や施設に対して、公費その他はどのように関わってくるのか。

このようにいくつかのレベルの議論があるにもかかわらず、「措置制度をなくして契約へ」という乱暴な議論が出てきているのではないのでしょうか。措置制度から契約へと移行していくためには、いくつかの条件をクリアするなかで、いくつかの対応の仕方があるのだろうと思っています。

公から民へ、事態は好転するか？

今回の基礎構造改革で身体障害者福祉法において利用料の助成方式が出ますが、そういう流れのなかでとらえていくのなら、「措置制度から契約へ」というひとつのプロセスと考えていいのでしょうか、利用料については従来通り考えていこうという発想が出ているのだらうと思います。

その意味で、公的責任論も、何もかも丸抱えでやるというのではなく、公的にもいろいろなかたちにブレークダウンし、どの部分については公的責任で負うべきなのかということについて整理していかなければならないのではないかと思います。

そういうなかで、公的責任が後退したとはいちがいにいえないのではないかと、むしろ公的責任論がもっと広い分野に展開してくる、というふうには私は受け止めています。

○調 厚生省の文章によると措置制度は、対象者にサービスを請求する権利がない、また対象者がサービスの実施主体を選択できない、というふうに書かれています。しかし、かつて私たちは、措置制度については、「施設入所や在宅サービスを受けることが適当であると判断できる人については、本人の意思に反しない限り、措置しなければならない」というような説明を受けた覚えがあります。ですから、「対象者にサービスを請求する権利がない」「サービスの実施主体を選択できない」と説明していることに関しては不思議に感じます。本来措置制度というものは、私たちがかつて説明を受けたようなものとして動いてきたのではないかと思うのです。

なにか措置制度をすべて「悪人」にして、それを軸にして構造改革を進めるというかたちになっています。精神障害者については措置制度はない、利用制度であるということがあるのでしょうか、基礎構造改革の全体像のなかに精神障害者の問題を入れていないということなども、ここにポイントがあろうかと思えます。そういう意味では、公的責任は一步後退した、民にかなりの責任が移ったと理解しておくことが正しいと私は思います。

○三浦 措置制度については行政処分行為であり、だから改めなければならないという説明になっていますが、実際の措置となってくると、いまおっしゃったように、本人の意思を十分に参酌することとは、運用上は当然のことです。

選択の条件整備を

じつは、1990年の8法改正に至る、合同企画分科会の最後の総会の席上で措置制度の議論が出て、えらくもめた問題です。そのとき出されたのは、「その方向性はわかるが、いまは無理だろう」ということです。それは、選択できるほどサービスがないということもあるし、国民自身にも選択できる能力があるか、また情報の問題もあったと思います。ですから、当面は措置制度を維持しなければならないが、その間できる限り本人の意向を反映できるような運用を図るべき、とされました。

おっしゃるように、措置制度において本人の意向を十分参酌するということなのですが、1990年の議論からこの間、今回出そうとしているのは、本人の意向を十分参酌して、そして最終的にはどうするかということです。たとえば本人の希望だけで参酌できない場合どうするか。サービスが足らなくて選択できない場合どうするか、というような極限の議論になってきますと、どうしても行政責任で行うというのが措置制度として残してきた部分だと思います。

私は、今回の基礎構造改革で措置制度がすべてなくなったとは思っていません。障害者福祉の利用料負担方式など見ていきますと、行政が直接関わってきているということについてはあまり変わりはありませんし、さらに情報提供の義務が市町村に与えられています。場合によってはサービスの調整まで行わなければなりません。

そういう点からすれば、措置制度から大きく離れたとはいえませんが、方向としては、行政がすべて処理をするのではなく、本人自身の自己責任において決定できる方式に組み替えていこうというのが、今回の流れだと思います。

したがって、今回の基礎構造改革で措置制度が

大きくクローズアップされていますが、方向性として、その方向について確認することと、現実それぞれをどのようなかたちで展開していくかというなかで、具体的なかたちが追求されるべきではないかと思っています。

○調 措置制度は完全に廃止されませんでした。緊急の場合等例外的にはありますが、制度は残されています。

○三浦 もちろんそうです。たとえば旧教護院のような、性格上措置しなければならないものは残されています。

○藤井 そこで、理念はわかったけれども、実態が好転するのかということ。たとえば精神障害者の社会的入院が減らない、全国で障害者の法定施設が設置されている市町村は4割ほどしかない。こういった実態が変わらないのであれば、その理念は、理念ではなく妄想、空想ではないかという意見もあります。

○三浦 たとえば、利用者本人が自己決定することについては反対する人はあまりいないと思います。知的障害者は自己判断力がない、無理だという意見もありますが、しかし、自己判断力がなければそれを行政が肩代わりするのではなく、その人をいちばんよく知っている人たちが十分代替できるような仕組みをつくっておかなければならないわけです。

日本では、本人が判断できなければ行政がすべて肩代わりするというかたちですが、しかし、行政にそれほど専門性があるのかという点については問題があります。そういった条件をつくっていくということを考えていかなければ、措置制度をなくし本人の選択に任せるというのには、なかなか時間がかかるのではないかと思います。

ですから、私には、そう慌てないで進めるべきだ、という思いがあるのです。理念が変わったからすぐ実態も変わっていくというのではなく、方向が出たのですから、その方向に向かって実現していくために一つひとつ詰めていかなければならない。たとえば調さんがいわれたように、選択できるだけのサービス量の整備ということ、この

機会にさまざまなかたちで訴えていかなければならないのではないのでしょうか。さらにまた、利用者がサービスを選択することを支援する仕組みをどうつくっていくのかなど、一つひとつ積み上げていかなければならないと思っています。

地域で共に暮らすために

○藤井 最後になりますが、今日的に残っている基本政策、およびリハビリテーション従事者としての今後の課題というようなことについて、調さん、いかがでしょうか。

○調 どんなに障害が重くても、地域のなかで他の市民と同じような生活を送ることができる、その条件をどうつくるかということが障害者問題の基本的テーマです。そのためには、所得保障がひとつ大きな問題になります。日本では、障害者は家族に依存しているという現状があり、家族会や育成会も、自分の子どもに対して所得保障をしてほしいということをお願いできない、「親亡きあとは頼みます」というレベルの運動です。障害者プランでも無年金者については触れられてはいますが、これさえ手をつけられていません。いったい年金で保障できるのか。また考え方として、今の手帳制度、すなわち障害認定制度を改めて、一人ひとりの障害者に何が必要かという視点に立ってサービス内容を決めていく方法にすることが望ましいと思います。稼働能力の低い人にしぼって生活できる所得保障をしていくということも、詰めていかなければならないと思います。要するに、地域でどう生きていけるのか。施設のなかで暮らせても、なぜ地域では暮らせないのかということは、絶えず問いつづけていかなければならないと思います。

そういうなかで、今回の基礎構造改革で評価できる部分は、たとえば通所授産は定員を20名から10名にするなどの点で、これははっきり書いてあります。これは明らかに、地域で就労する場が足りないために非常に勢いで増えている小規模作業所問題が念頭にあるわけです。

全国5200の小規模作業所に7万の人たちが就労

しています。この人たちに、授産レベルの措置額と同額の補助金を出すことはむずかしいという議論があります。このことに対して安易に妥協すると、同じ作業をする通所施設が新しい制度としてできるということになりかねません。といて、そこで頑張り通すと、いつまでも無認可のままです。

ですから、このあたりについてはしっかり考えて結論を出していかなければなりません。すべての小規模作業所がきちんとした補助金の額を含めて対応されるよう、全体として取り組んでいかなければならないのではないかと考えています。とにかくたくさんの方がいますが、みんなで力をあわせて行動していかなければならないと思います。

構造改革と当事者参加

○三浦 今日的に残っている課題として、まずひとつは、サービスの質をどう高めるかということです。そのなかで、社会福祉に従事する人の質をどう高めるか、リハビリテーションワーカーがもつ力量を十分発揮できるような人的資源の確保とその質の向上が大変重要だということを痛感しています。

もうひとつは情報開示の問題です。とくにハンディキャップをもつ人たちのことを考えると、情報開示ということについては問題にしなればなりません。さらに、サービスの評価問題はもっと真剣に考慮していいのではないかと思います。それは、サービス提供者だけでなく、利用者自身の評価、オンブズマンを含めて第三者機関の評価など、検討していいのではないかと考えています。こういったことを障害者分野ではもう一度議論していただく必要がありはしないかと考えています。

それから基礎構造改革と障害者関係、両方にわたることとして、統合化の議論は大変むずかしいという気がします。せっかく精神保健福祉の対策など入ってきたわけですが、これがなかなかうまく入り込んでいません。まして今回の基礎構造改革のなかには精神障害者については一言も出てき

ません。そのへんの総合化をいったいどう進めるのか。これは、昔からいわれながらも大変むずかしい議論であり、どうやって深めていくかということは大きな課題だと思います。

もうひとつ、自立の問題と結びつけて、障害者自身の参加の問題は大変重要かと思っています。これは、障害者福祉の中間まとめにおいては強調されていますが、今後ともあらゆる機会に、スローガンではなく現実的なかたちで参画・参加を進める必要があるかと思っています。たとえば障害者のためのいろいろな援助が出てくる場合でも、当事者自身の力量を高めていくための参画・参加論は重要です。そのあたりをもう少し具体的につめていく必要がありはしないかと考えています。

介護保険と障害者

もうひとつの大きな議論として、地域福祉という議論がこれからの基本だと思います。障害者問題においても、これから地域における自立をどう達成していくのか、そのために地域福祉というものをどう構築するかということが出てきています。このあたりのことも、基礎構造改革でも大きなテーマとしながらも内容としては必ずしも明らかになっていません。これを障害者の立場から、たとえば地域福祉の計画をどのように障害者プランと結びつけるかなど、具体的につめていくことが重要ではないかと思っています。

また、当面の課題ということになれば、2005年の介護保険の全面的見直しまでの間に、介護保険と障害者の関係をはっきりさせなければならないと思います。審議会でも議論している部分ですが、いったい介護というなかに社会参加等を含めたかたちのものをどうやって持ち込んでくるかということも含めて、介護保険とのからみでの検討があっているかと思っています。

もうひとつ、一貫して日本の基礎構造改革等々、障害者問題もそうなのですが、その根には生活保護制度が手つかずで残っています。戦後の社会福祉の展開を見ても、生活保護事業は基礎になってきています。現在の救護施設など精神障害

者の人たちが多いということを考えていくと、生活保護の改革問題がこれから大きな議論になるだろうと思っています。

○藤井 もっと議論を深めていきたいのですが、残念ながら時間となりました。冒頭申し上げたように、基礎構造改革については今国会での上程はむずかしくなりました。さきほどから出ているよ

うに、その中身を吟味してみると明暗交錯という状態で、したがって、全面反対あるいは全面賛成ではなく、いいところをどう伸ばしていくのか、そして問題点をどう消去していくのかという立場で立ち向かっていくことが肝要なことだろうと思います。中途半端な感じもしますが、今日は両先生ありがとうございました。

【チャンピオン・レポート】

地域におけるリハビリテーションの実践

司会：三ツ木任一

- | | |
|--|-------|
| (1) 施設を出て町に暮らす | 小林 繁市 |
| (2) その人らしい生活を地域で築くために
-地域支援センターの活動を通して- | 江上 直子 |
| (3) 障害当事者による自立生活のサポート活動 | 堤 愛子 |
| (4) 地域におけるリハビリテーションの実践 | 成田すみれ |

この企画が生まれたわけ、そしてそのねらいは

放送大学 三ツ木 任一

ねらい

三ツ木／皆さんこんにちは。これからチャンピオン・レポートを始めます。午後1時から約3時間にわたって、我が国の障害者にかかわる実践活動のなかから、私ども実行委員会で選りすぐった四つの先進的な実践を、それぞれの分野のエキスパートに、ご報告いただきます。

そのご報告を通して、それぞれ実践の場での活動ぶりを見て、「あ、これが本物のリハビリテーションなんじゃないか」といったものを、皆さんに探り当てていただくという趣向です。

このチャンピオン・レポートをイントロダクションとして、明日の午前に分科会が三つ設定されています。実をいいますと、言い方を変えるとこれからのご報告は、明日の分科会にどれだけ参加者を動員できるかのコンペになっている訳です。持ち時間は一人40分で、休憩時間を取ります。

今大会のプログラムの構成で、午前の対談は客

寄せの目玉企画でしたが、午後のチャンピオンレポートと明日の分科会、そして最後のパネルディスカッションまでを一つの流れととらえて、リハビリテーションって何だったのかをしつこく追求してみたいと考えています。

この企画の生まれたわけ

この研究大会は、リハビリテーション交流セミナーから数えて22回になります。戦後間もなくアメリカから仕入れてきたリハビリテーションという概念や方法が、50年たった現在も、障害者にかかわる各分野で必ずしも共通理解されてないというのが、この企画の発端です。具体的には、リハビリテーションという用語をほとんど使わない障害分野や領域が、社会リハビリテーションの分野もやっと市民権を得たかなといったところです。「リハビリテーション」という用語自体も、そのときどきで使われ方が違っていったようです。

長年やればやるほど、リハビリテーションなる

ものの本来の意味がよく分からなくなりました。

私が20年間勤めていた東京都心身障害者福祉センターでは、昭和40年代後半から60年代にかけ、「リハビリテーション」に代わる日本語を本気で考えてみました。

最初に思いついたのが「地域生活援助」でした。地域生活援助はそのうちポピュラーな言葉になってしまったのであきらめました。しばらくして「参加促進技術」という言葉を使いましたが、これはあまりはやらずに立ち消えてしまいました。「リハビリテーション」が日本に定着しなかったのはなぜでしょうか。ということで、リハビリテーションそして総合リハビリテーションの本来の意味をもう一度吟味してみようというのがこの企画のねらいです。

誰かが持ち出した「チャンピオン・レポート」という言葉は初耳でしたが、もっともらしいので、

使うことにしました。チャンピオン・レポートって何と聞かれて、私が即座に「とびきり上玉の」と説明したらウケたので、今日もそれを使わせていただきます。

今日報告いただく方はそれぞれの分野のエキスパートで、今日のこのセッションはお一人40分間、好きなようにやってくださいとお願いしてあります。それぞれの実践を40分でプレゼンテーションしてもらおう。スライドやビデオ、OHPなどを使って、楽しいプレゼンテーションして下さると思います。

小林さんが登壇される前に、ビデオを数分見ていただきます。

実はこのビデオは放送大学の教材で、以前現地取材させていただいたものです。では、ビデオをお願いします。

実践報告の一番手は伊達市の小林繁市さんです。

【実践報告1】

施設を出て町に暮らす

小林 繁市

伊達市地域生活支援センター

町で暮らす旭寮の朝（ビデオ）

・（虫の音）知的障害者総合援護施設「太陽の園」の近くから、伊達市内を展望しています。室蘭本線の伊達紋別駅から市街地を車で数分行くと、伊達市地域生活支援センターがあり、その中に通勤センター旭寮があります。入寮生の出勤前の朝の日課が始まります。寮生は個室を使っていますので、そこでの生活はすべて自分でとりしきるようになっていきます。通勤寮での生活訓練の効果がだいぶあらわれているようですね。掃除機の使い方も堂に入っています。

・（いただきまーす）

朝夕の食事は、調理員の方と寮生が協力して自分たちで用意します。出勤に合わせてそれぞれが食卓につきます。これはお昼の弁当箱ですね。自分で弁当を詰めていきます。後始末も自分たちでします。通勤寮からはやく地域の生活に移りたい人たちが毎日がんばっています。7時半頃になると旭寮前の道に集まります。この人は阿部君といいますが、のちほど職場を訪問したいと思います。

・（あれ、ずいぶん時間早いなあ）

近くのグループホームの人たちも旭寮に顔を出してから、ここで一緒に待っています。職場によって、歩いて行く人、自転車の人、お迎えの車で行く人、さまざまです。早く職場に行きたいという雰囲気がうかがえますね。

・これは製菓会社のマイクロバスです。ここには何人かの人たちが一緒に乗り合わせています。寮生の皆さんを送り出してから、センターの朝の連絡会議がもたれます。

北海道伊達市

用意させてもらいました「施設を出て町に暮らす」という資料で、伊達の町の地域生活支援の様子について説明したいと思います。

いまビデオで紹介された伊達市は、北海道の片田舎にある農業漁業を基幹産業とした人口3万5千の小さな町です。その小さな田舎町に、ビデオにあった通勤センター旭寮を中心として、グループホームやアパートなどで暮らしている人、結婚してカップルで暮らしている人など、241名が地域生活支援センターの援助を受けながら暮らしています。私たちのセンターには、障害を持つ人達の暮らしの様子や支援の様子を見たいと、年間千人くらいの人が訪れますが、ビデオにあったように以前に三ツ木先生も訪れて下さいました。

「施設を出て町に暮らす」の出版

伊達市を訪れる人が、急に増えてきたのは4、5年前からのことです。その理由は2つあると思われる。一つは、私共が出版した「施設を出て町に暮らす」という本を読んで、伊達市に興味を持っていただいた方々です。この本は現在第7刷になっておりますが、もし買って読んでいただければ、私たちの所に2割の印税が入り、それが伊達市の地域生活推進基金になります。

この本は最初、入所定員400名の知的障害者総合援護施設「北海道立太陽の園」に、出版の依頼がありました。その内容は、太陽の園におけるリハビリテーションシステム、つまり生活自立プログラム、職業自立プログラム、体力作りなどの自立プログラムによって、どのように入所者の能力開発が図られ、そしてどのように社会復帰を進めているかを具体的に紹介してほしい、ということでした。当初私たちも、それにあわせて原稿を書

きました。しかし実際には、知的障害を持つ人達が施設に入って再び社会に戻れるのは全国平均で1%位、太陽の園でも3%程度で、他の圧倒的多くの人は一生にわたって施設で暮らすこととなります。そういった意味においては、現在の知的障害者の施設におけるリハビリテーションシステムは、ほとんどその機能を発揮していないのです。

そこで、私たちは発想を転換しました。もし町の中で暮らすのに10の力が必要だとしたら、これまでのように本人達に10の力をつけようとするのではなく、8の力を持っている人には2の支援を、5の力をもっている人は5の支援を、合わせて10の力になれば町に暮らせるのではないかと考えたのです。

私にはこの眼鏡があるので、後ろの方の席までよく見えます。車の運転もできます。私は一生涯この眼鏡をなくすることはできません。もう身体の一部になっています。同じように知的障害を持つ人達には、どこで暮らしても、一生涯「人の支援」という「眼鏡」が必要なのです。こうした考え方のもとに、一人一人の能力をどう高めていくかという視点ではなく、支援のメガネをどう作っていくかということはこの本のメインテーマにしました。この本を読んだかたがたのうち、こうしたテーマに共感して下さった方々が、わざわざ伊達までおいで下さる訳です。

バンクミケルセン記念賞を受賞して

もう一つの理由は、1994年に「第1回N・E・バンクミケルセン記念賞」を受賞したことです。ノーマライゼーションという福祉の理念があります。これは「障害をもつ人も持たない人も同じ市民として地域の中で共に生きる」という共生理念です。この理念を提唱した人は、バンク・ミケルセンというデンマークの人で、今からちょうど40年前の1959年に、この理念がデンマークの法律になりました。この方が1990年に亡くなり、その偉業を讃えようということからバンク・ミケルセン記念財団ができ、その財団の事業として記念賞が設けら

れました。その第1回を伊達市がいただいて、このことにより私たちの実践が全国に知られるようになったのです。

バンクミケルセンが提唱したノーマライゼーションの理念は、日本では「正常化」と訳されています。正常な状態にしていこう、ノーマルな状態にしていこう、という運動理念ですが、その前提には、今はノーマルな状態でない、アブノーマルな状態だからノーマルな状態にしていこうという考え方があります。では、何がノーマルで何がアブノーマルなのか、ということになります。今まで私たちが福祉や教育の中で取り組んできたことは、障害を持つ人たちはノーマルな人ではない、アブノーマルな人たちだから、なんとかノーマルな人に近づけようという考え方がありました。こうした考え方に沿って、施設でもなんとか健常者に近づけようと、日々更生訓練を重ねています。

私は身体障害者です。右足が左足より3センチメートル短く、太さも3分の2位しかありません。どんなにがんばっても、同じ足の長さにはならないのです。ですから、バンクミケルセンが主張したノーマライゼーションという理念からみれば、障害をもっているからといって、あるいは年を取って弱い立場になったからといって、一般社会から分離して人里離れた施設で生活したり、訓練したり、教育したりするのは、ノーマルな状態ではないということになります。障害を持つ人も持たない人も同じ市民として町のなかで隣り合わせて暮らす、それがノーマルな社会なんだ、というのがノーマライゼーションの理念です。こうした理念の提唱者であるバンクミケルセン記念賞をいただいたことは、大変な名誉だと思っています。

デンマークとの違い

バンクミケルセンはデンマークの人です。ですから第2回はデンマークから選ぼうということになりました。ところが、デンマークではなかなか該当者がなかったそうです。なぜかといいますと、デンマークでは、障害を持つ人達が地域の中に住むのは当たり前のことです。ですから、伊達市の

ように障害を持つ人たちが町の中にたくさん住んでいるからといって、賞の対象にはならないのです。また障害を持つ人達が伊達にたくさん集まるのは、どこかに締め出すところがあるからで、それぞれの市町村でしっかり支えることができれば、一つの町に集中することはありません。ですから、伊達のようにたくさん障害を持つ人達が住んでいるという町はデンマークではあり得ない訳です。

最近のデンマークでは、QOLが最大の課題となっています。さらにその中で最大のテーマは、性や結婚の問題です。そこで第2回バンクミケルセン記念賞は、その問題に取り組んでいる大学の先生が受賞しました。これまで私たちは、この賞をいただいたことに対して名誉だと思ってきましたが、ある意味では、これは日本の福祉の後進性の証明でもある訳です。

伊達市では、今も毎年10人ぐらいは障害をもつ人たちが増えています。施設から出て町に住む人もいるし、他の市町村から引っ越して来る人もいます。道内だけでなく、道外からも引っ越して来ます。1カ所に障害をもつ人たちが集中するのは、決して正常な状態ではない、ノーマライゼーションではないと思います。ですから、伊達のようにたくさん障害を持つ人達が集まっている町が、本当にバンクミケルセン記念賞に値するのか、と考えてしまいます。

障害者が暮らす住居マップ

資料の伊達市内住居図マップを参照して下さい。これは障害をもつ人たちの暮らしの場です。62番まで番号がありますが、グループホームやアパートの名前です。2番に猿橋アパート（5戸）とありますが、これは5戸の猿橋さんのアパートを借りているという意味です。これらを合計しますと80戸になりますが、これらの住居に障害を持つ人達が一人暮らししたり、カップルやグループで暮らしています。ごく少数ですが、家族と暮らしている人もいます。これらの住居に住んでいる241人の人達を支援するためのセンターが、私が勤務する伊達市地域生活支援センターです。

伊達市地域生活支援センター

伊達市地域生活支援センターは二つの機能を持っています。一つは、先ほどビデオで紹介していただいた「通勤センター旭寮」と、もう一つは「地域援助センターらいむ」です。通勤センター旭寮の入寮期間は原則として2年です。原則ですから、短い人は6か月、長い人で3年以上の人もいます。現在の平均の在園年数は1年9か月です。ここでの役割は、ビデオで食事のシーンや掃除のシーンなどがありましたが、入寮者に対して身辺、調理、金銭、余暇、健康管理、対人関係の調整等、独立自活に必要な指導援助を行い、社会適応能力を高めて地域生活の実現を図ることです。いわゆる「育ての機能」です。

それにあわせて、経過観察の機能があります。本人がはたしてどの程度の力をもっているのか。グループホームやアパートで暮らすためには、どのような支援が必要か。一緒に暮らす仲間はどうのような組み合わせがいいのか。いろいろ観察しながら、本人達とも具体的に相談して、地域に移るにあたっての具体的な支援計画を作成します。

通勤寮から出てグループホームやアパートなどに移ると、支援は「地域援助センターらいむ」に移ります。以前は指導部門「通勤センター旭寮」しかなかったのですが、地域生活者の増加に伴って、新たに地域生活者の支援部門「地域援助センターらいむ」を併設しました。この二つを総称して「伊達市地域生活支援センター」と言っています。

支援センターは現在241名の障害を持つ人達を支援していますが、これらの人たちの83%は、知的障害者総合援護施設「太陽の園」の出身者です。太陽の園は入所定員400名の北海道立の施設として、全道各地の市町村から入所しました。昭和43年に開設されて以来これまで約700名の人達が卒園していますが、そのうち200名は卒園時に出身地に戻れずに伊達市に住むことになりました。このように、現在伊達市に住んでいる人の大部分は、伊達市で生まれ育った人達でなく、他市町村の出身者なのです。

二つの基本理念

太陽の園が開設されたとき、二つの基本理念がありました。

一つは「一生涯の援助」です。当時はまだまだ施設が足りない、福祉が貧困な時代で、家族の多くは、障害をもつ人をかかえて苦しんでいました。こうした状況のなかで、一生涯にわたって面倒をみてくれる施設がほしいというのが、当時の親の思いでした。こうした親の切なる願いを受けて、必要であれば一生涯お世話しますということを旗印にして、太陽の園は誕生しました。狭き門を突破して太陽の園に子供を入れることのできた親たちは、「これでこの子を残して安心して死ぬる」とか、「施設にお願いできたので、これで私たち夫婦も普通の暮らしができる」と喜びました。これに対して、私たち職員も「任せてください。一生涯、責任をもってお世話します」と胸を張って答えていました。この「一生涯にわたる援助」が、第一の基本理念です。

もう一つは、「ともに生きる」ということです。太陽の園は、日本で最初の公立コロニーと言われていて、106ヘクタールという広大な敷地の中で、牛や豚を飼ったり、畑や田圃を耕したり、炭を焼いたりして、400名の入所者と121名（当時）の職員が一生涯にわたって、一つの生活共同体として暮らして行こうという考えがありました。しかしコロニーの中で、施設のなかでということが前提でした。

しかし、本人達にきくと、「町のなかで普通に暮らしたい」という人がほとんどでした。また将来「結婚したい」という人もいました。こうした本人たちの願いを受けて、私たちは、町のなかで暮らせるように、いわば社会復帰への取り組みを開始します。こうした実践の成果が実り、開設以来30年の歩みの中で、今は200名以上の人達が伊達市の普通の市民として暮らすまでになりました。

太陽の園創立時の二つの理念は今も生きています。伊達にいる限り、施設で暮らしても、町の中で暮らしても、誰とどこで暮らしていても、「一

生涯にわたって支援する」ということは今も変わっていません。しかし、それは施設の中でという限られたものではなく、伊達市の中で一生涯にわたって支援する、と言うふうに大きく広がってきています。

もう一つの「ともに生きる」ということも、施設のなかだけでともに生きるのではなく、伊達市民3万5千人のなかで、ともに生きていく、そんなふうに、施設という狭い枠から出て、「まちづくり」と言う考え方に変わってきました。施設ではなく「町のなかで一生涯にわたって支援をする」、そして「町の中で障害をもつ人ももたない人もともに生きる」というのが、今の基本的な考え方です。

先ほど紹介した町に暮らしている人たちの住宅は、すべて民家で、一般の住宅を借りて住んでいます。これらの家は、支援センターから2キロくらいの、町の真ん中にあります。知的障害をもつ人達の多くは車の運転ができません。歩くか、自転車で移動することになりますので、町の便利な所でなければ暮らせないのです。車のある人はどこに住んでも暮らせませんが、ない人は町の中でないと暮らせません。これまでは、障害をもつ人を隅っこに追いやって、障害を持たない人が町の真ん中を独占していましたが、これは逆ではないかと思えます。支援センターから2キロ位の距離というのは、本人たちが自由に来られる、気軽に寄れる距離ということです。実際的には、借家は町の中にしかありません。辺鄙なところに住宅を作っても、借りてくれる人がいないわけです。ですから、借家中心で住居を確保して行きますと、当然町のなか集中するということになります。

多様なホームの支援形態

資料の3ページは、地域住居を開設して行った経過です。平成10年度だけでも、16戸の住居を開設しています。たくさん住居が開設されていることに驚く方もいるかも知れませんが、人生は待つてはくれません。知的障害をもつ人たちの支援にあたって、よく「のんき・こんき・げんき」、

ということがいわれます。しかし私たちがのんきにしていると、最も人生の可能性のある時期を失ってしまいます。ですから私たちは制度があってもなくても、できる限りニーズに応じて住居を開設するようにしています。

この表の住居形態の欄に、(同居) というのがありますが、これはグループホームにヘルパーさん、いわゆる世話人さんが一緒に暮らしているという意味です。(6H) というのは、ヘルパーさんが朝方2時間、夕方4時間合わせて6時間通って来るということです。(2H)、(3H) は、夕方2時間、あるいは3時間通ってきます。このように、障害をもつ人たちのニーズに合わせてグループホームの支援形態も多様です。29番目のホーム「いしずえ」は(24H) となっていますが、これは24時間ケアの必要なホームです。今伊達市では障害の重い人や高齢の人たちの社会参加を進めています。これらのホームは2人の世話人さんの交代勤務で24時間のケアを行っています。

この10月新たに2カ所のホームを開設しましたが、一カ所は高齢のために、おしっこが極端に近かったり、少し痴呆のある人達を対象にしたホームです。ここは世話人さんが3人交替でお世話をします。もう一つのホームは、知的障害者と精神障害者が一緒に暮らすグループホームです。このように、グループホームは入居者に合わせて多様な支援形態を取っています。

支援ネットワーク

4ページを参照して下さい。私が勤務する「伊達市地域生活支援センター」は2つの役割を持っています。一つは「地域生活者支援機能」、いわゆる本人支援の役割です。もう一つは、「支援ネットワーク推進機能」、町づくりの役割です。

一つ目の地域生活支援機能、つまり本人支援は、さらに2つの機能に分かれます。通勤寮としての「育て」の機能です。もう一つは、地域に暮らしている人達の支援機能で、この役割は地域援助センターらいむが担っています。「らいむ」は本人たちが付けた名前です。漢字にすると「来夢」とな

ります。来る夢、つまり夢がかなえられるように、という意味です。地域に暮らしている人たちは、アパート等での単身生活、カップルでの結婚生活、4～5人の仲間との共同生活、家族との在宅生活、の4種類です。どこに暮らしていても、一生涯にわたって支援していくというのが、私たちのポリシーです。私たちの最も大きな仕事は、一人一人に合わせた支援の眼鏡づくりです。単身生活の人、結婚している人、共同生活している人、在宅の人、それぞれに合わせた「支援計画」をどう作っていくのかということが最大のテーマです。結婚している人は、なんでもできる人が対象と言うイメージがあるかと思いますが、そうではなくて、食事を作れない人もいます。このカップルは世話人さんに食事を作ってもらいます。これまで知的障害を持つ人達にとって、結婚はとてもハードルが高いものでした。しかし、支援の仕組みをつくっていくことによって、結婚が可能となる人は一杯いるような気がします。

もう一つの支援ネットワーク推進機能は、まちづくりです。資料4ページの支援ネットワーク推進機能の体系図の中に、行政との連携、家族の会との連携、事業主との連携、学校との連携、施設との連携、支援者との連携、本人たちとの連携とあり、さらにその下に伊達市障害者団体連絡協議会(事務局)、伊達市地域生活推進会議(事務局)、西胆振心身障害者職親会(事務局)など、支援センターと密接な連携を持つ12の団体が紹介されています。これらの団体の括弧内に事務局とあるのは、支援センターが事務局を担っているということで、全部で9の団体の事務局を担っています。このように支援センターはたくさんの事務局を担っておりますので、これら事務局の仕事は、私たちの仕事の4割くらいを占めています。

なぜこんなにもたくさんの事務局を担っているのかと言いますと、もう一度伊達市内住居図マップを参照して下さい。伊達の町にはたくさんのグループホームがあります。80の事業所で、200人くらいの人達が働いています。地域共同作業所も8カ所あります。高等養護学校や入所、通所の施

設もあります。いろいろな支援の場があるということは、ご理解頂けたかと思いますが、これがバラバラだと意味がありません。

この住居図マップには、目に見えない細かい網の目がはりめぐらされています。この網の目を紡いで行くのが、私たちの支援の基本理念です。よく人生は綱渡りといいますが、障害をもつ人たちの人生は、まさに綱渡りの連続です。いまは不況で、今年の4月からこれまでで11人が失業しました。しかし、私たちの所では、失業した次の日から、地域共同作業所に通います。在宅の人で、家族の支援が困難になれば、施設やグループホームに入居します。施設から出て、もし失敗したら、またいつでも施設に戻れます。このように切れ目のない支援が可能です。サーカスでも綱渡りをする場合、いつおっこつても言いように、下に安全ネットを張り巡らします。

施設や学校だけでは、それぞれは「点」にしかなり過ぎません。ですから、施設の機能を大きくしたり、建物を立派にしたとしても、それだけでは大きな点、立派な点にすぎず、そこに暮らす障害をもつ人達は、しょせん点の中で生きることになります。私たちの支援の基本は、たとえ障害をもっていたとしても「市民として暮らす」ことにあります。ですから地域の中のいろいろな社会資源をつないでいくことが重要です。ではどうしてつないでいくのか。そのためにはさまざまな組織をつかって、人間関係をつないでいくことが必要です。このようにして人間関係をつくり、線をつないで行く。この線がたくさんできて、網の目になります。これを私たちは「地域を紡ぐ」といいます。この網の目によって本人たちは一生涯が保障され、自立的な人生を送ることになります。

障害者が町に慣れる、町が障害者に慣れる

いま伊達市にはたくさんの障害をもつ人たちが生活しています。このようにたくさんの人たちが暮らせるようになった背景には、まず本人たちのがんばりがあります。また支援者の努力もあります。しかし一番の理由は、市民の方々が、障害を

もつ人たちとの付き合いが上手になったということです。

これまで私たちは、知的障害を持つ人達のリハビリテーションを進めるにあたって、まず本人たちの障害を軽減することを努力してきました。しかしいくら努力しても、なかなか障害が軽くなるということはありませんでした。治らないのが、障害ということです。それに対して、障害をもたない市民の方は、障害を持つ人達に対する付き合い方がどんどん上手になっていきます。11ページのレジュメに、「人生を切り開く三つの目標」として、①本人の努力、②援助する人たちの支え、③地域の人たちの理解、を掲げています。ずっとこの順番を掲げてきましたが、今は逆だと分かりました。なによりも地域の人たちの理解が大切で、そのうえに援助する人達の支えがあり、さらに本人たちの努力も必要、と今は考えています。これまでは、障害を軽減する、いわば本人を変えるというところにリハビリテーションの重点がおかれすぎたあまり、障害をもつ人達を地域から切り離して更生施設等に入所させてきました。このために、地域の中に障害をもつ人たちはいなくなり、多くの市民のかたがたは障害をもつ人達と触れ合う機会がなくなって、理解することができなくなりました。このことによって助長された差別や偏見が、障害をもつ人たちの地域生活を阻害しているのだと思います。

とても上玉の発表とはいきませんでした。少しでも参考になればと思います。どうもありがとうございました。(拍手)

三ツ木／小林さん楽しいご報告ありがとうございました。さきほど、年間千人の視察者があるという話でしたが、そのなかには行政関係者がいます。小林先生にうかがったら、自分の持ち場に戻って報告する言葉は決まっているそうです。「あれは伊達市だからできたこと、うちでは無理」。伊達市も最初は一人から始めたことを、その人は気付かなかったのでしょうか。小林さん、どうもありがとうございました。(拍手)

【実践報告2】

その人らしい生活を地域で築くために -地域支援センターの活動を通して-

江上直子
麦の郷

三ツ木／それではチャンピオン・レポートその2を始めます。

2番目の報告者は和歌山県麦の郷の江上直子さんです。私は残念なことに麦の郷さんには一度もおじゃましていませんので、うまい紹介ができません。皆さんとご一緒にお聞きしたいと思います。後半スライドをお見せくださるそうですので、楽しみにしています。では江上さん、お願いします。

はじめに

地域で生活する障害をもつ人たちとともに取り組む「麦の郷」を紹介する機会を与えていただき感謝しています。あとでスライドをたくさん見ていただきます。

私自身、両足に障害をもっています。私自身が麦の郷で生活するなかで、障害者観を変えてきた一人です。

障害をもっていると、どうしてもダメなんだとか、長い間そう思ってきている方は多いと思います。私もそういうところがありました。麦の郷では、そういう考え方ではなくて、やれることのほうに目を向けていく考え方を大切にしています。私自身、和歌山から東京まで出て来るのに、移動に障害があっても苦労はないことはないんです。少し前から股関節に違和感があっても、歩くのに、いつもよりしんどくて、今回も来るのが不安でしたが、なんとかやって来ました。

来る間に、泣きそうな思いもしつつ、そこだけ見るとイヤなこと、遠出はイヤというイメージをついもってしまいますが、それを中心に思うんじゃなくて、やれるところをいかにするために、いろ

いろな工夫をして、イヤなイメージを小さくするよう考えないといけないと思いました。

麦の郷のしてきていることは、障害の部分よりも、健康な部分へ注目することです。

環境を操作するといっていますが、環境を触って、人は変わらなくても、環境を変えることで、本人も思っていなかったような力が発揮できるように支援をしています。麦の郷ではそのようにして、さまざまな障害をもつ人が活躍しています。私のように肢体障害をもつ人もいますし、聴覚障害者、精神障害者、知的障害者、内部障害をもつ人もいます。

麦の郷の施設

麦の郷は社会福祉法人一麦会が運営していますが、それを紹介します。

生活の場として、援護寮やグループホームが一つ。また、知的障害をもつ人のグループホーム、そして今年から身体障害者の福祉ホームができました。それから働くことを支援する施設として精神障害者の福祉工場、通所授産施設など、一か所には分場もできています。これは大人の施設ですが、知的障害の幼児の通園施設も去年始まりました。最近では高齢者の支援も手がけはじめ、子供から高齢者までのライフサイクルにわたった施設ができています。

最近では、地域生活支援センターという、地域の小さな拠点が増えてきています。これは麦の郷だけでなく、和歌山県下全域がそうです。麦の郷では地域支援センターとして、和歌山市を対象としたものと、那賀郡を対象としたものとで2か

所。療育等支援制度でやっているセンターが一つ。また高齢者のセンターが昨年から。関連施設で精神科のクリニックが二つあります。今年から訪問看護ステーションも社会福祉法人運営で始めました。

こんなふうにして麦の郷は、障害者との出会いから必要なものを20年かけて作り続けています。

プレハブ・廃品の回収から

ではスライドを使ってお話を続けます。

- ・麦の郷の施設が集中しているところを外から撮ったものです。
- ・これは今のとうって変わって、小さなプレハブです。知的障害をもつ人の小規模作業所から始めたのですが、そこに精神障害者の人も入るようになり精神障害者の作業所を作ろうということでできたのがこれです。今は物置のように使っていますが、こんな小さなところで共同作業所を始めました。
- ・精神障害をもつ人のための共同作業所「憩いの家」、発足の式の様子です。精神障害者も入るようになりましたが、初めは1977年に「たつのこ共同作業所」という、学校を卒業しても行く場がなかった人のための作業所が麦の郷の始まりです。
- ・「たつのこ作業所」で仲間が資金づくりのために廃品回収をやっているところです。
- ・なかなか建物の全体がわかりにくいんですが、これもやっぱり一応二階建てですがプレハブ造りの建物で始めました。
- ・ここから先は、精神障害をもつ人たちへの支援ということに話がしぼられていきますが、精神障害について私たちみんな、何も知らないかったです。普通の市民として出会いました。で、専門家といわれる人たちからは、「どうせやれないんだから無理するな」とか、少し遠目から見られて、「やれるものならやってみろ」とか、そんな批判とか忠告をたくさんいただきました。精神障害について何も知らなかった私たちが一緒にやれている人たちがたくさん生まれてきてるんです。病院にいた人も多かったのですが、地域に出てきて、

充分にやっています。医療のなかでだけしかやれなかったのではなかったんじゃないかと、私たちは答えを出せてきているんじゃないかと自負しています。

資金集めから福祉工場第1号

- ・この写真はJR和歌山駅の前ですが、精神障害をもつ人自身がこうやって襷をかけて、募金箱をもって、自分たちの働く場所がほしいということで、募金を訴えています。
- ・これは、やはり和歌山駅前です。いつも12月にやるんですが、クリスマスの寒い時期に4～5日間やります。路上で色紙をかいてくれる協力者がいて、その場で色紙をかいて、通りがかりの方に買ってもらって、それを集めて麦の郷に寄付をしてくれます。毎年ずっとやっています。
- ・これもそうですが、こういう機会を利用して、自分たちも楽しみながらやっているんです。支援してくださる方もまわりであって、笛、太鼓、そういうものを持ち込んで演奏する人たちが集まってきて、音を出しながら道を行く人の足を止め、支援をしています。
- ・こうやって太鼓を叩くサークルも精神障害をもつ人がやって、お客さんをよんでいます。
- ・そういうたくさんの方に訴えていく機会として、コンサートとかそういうのをときどきやっています。そのポスターなんです。
- ・コンサートの様子です。地元の地域住民の方がたくさん座って来て来てくれています。その様子です。
- ・働く場としては比較的最近できた、精神障害者の福祉工場の前で、働くメンバーが写っている写真です。精神障害者の福祉工場では、全国ではこれが第1号になりました。
- ・その福祉工場のところで撮ってるんですが、福祉工場が始まって1年たったときに記念の行事をしたんです。そのときに集まった人たちと撮った写真です。ここに写っているほとんどの方は、この麦の郷がある地域の住民の方たちなんです。自治会の方とか。こういうふうには、住民の方たちに支えられているという麦の郷の様子です。

・その一周年の記念行事の様子です。右のほうに
いるのは県知事なんです。左のほうにいるのは、
麦の郷ができて、そこを利用するようになってから
結婚した人たちが4組ほど出てきています。その
人たちがこうやって結婚して、幸せにやってま
すということで、一周年のときに並んでいます。
知事がその4組にお祝いみたいなことをやってく
れたので、知事に今度はお礼の記念品を渡してい
ます。

・その結婚した4組の人たちが勢ぞろいしてい
るところなんです。このなかには、左から2組目
の人たちは、まもなく50才になろうかというとき
に、二人とも精神病院をやっと退院してきて、麦
の郷の生活訓練施設に入りました。女性の方のほう
は、何回か退院はしているんですが、退院してい
る期間はすごく短く、通算すればほとんど約30年
くらい、精神病院で過ごすしてきたという人です。
男性のほうは、麦の郷に来るまで8年も入院され
ていました。

・これは、最初に結婚した二人の結婚をお祝い
する会の様子なんです。このときは、第1号とい
うこともあって、みんなで手作りのお祝いをし
ました。

ピネルにちなんで

・以前はプレハブがたくさんありました。これを
福祉工場にするとときに建て替えて、実はこうや
って長い間、自分たちが自由に生きてこれなかつ
たことから、自立へ向かい自分たち自身ががんば
ってやっているということを記念する言葉をここに
掲げました。玄関のわきに位置しているところな
んですが、いつもこれをチラチラと横目で見なが
らみんな入っていきます。そこにこれを飾ってい
ます。

・福祉工場は、ソーシャルファーム・ピネルとい
う名前なんです。ピネルというのは18世紀のフ
ランスの精神科の医師です。そのピネルという人
は、精神を病んでいる人が鎖とかでつながれた状
況を見て、その当時の治療に反発を感じて、その
鎖を断ち切り、もっと違う治療をしようという試

みを始めた医者です。それが私たちの活動に共通
するので、ピネルっていう名前をいただいている
んです。左はピネルさんが鎖を切っているところ
の絵を、地域の画家の方が大きく描いてくださ
り、それを飾っています。

・これは、福祉工場の絵がかかっていたところの
裏側のドアの下のところにおいているものですが、
何だかわかりますか？ 和歌山県内のある精神病
院に使われていた鉄格子なんです。もうこうやっ
て赤錆びていますが、今はそれを外して、強化
ガラスみたいな、なんかそんなふうな造りに替わ
ったようですが、これがずっとおいてあったそう
です。福祉工場を作るときにそれを知っていた
いてきて、こうやっておいてるんです。色々
と考えさせられるものがこみあげてきます。

広がる職種、クリーニングから

・福祉工場の休憩室。畳を敷いてあって、そこ
でお昼休みの休憩に、たばこを吸ったりお茶を飲
んだりしています。

・ここから先は、クリーニングの様子です。

・新聞の記事です。クリーニング士という資格に
合格したということを書いた記事です。このとき
二人が合格しました。もちろん精神障害の人です。
このとき一緒に、精神障害をもたない職員も受験
しましたが、その人は落ちました(笑)。合格した
この人たちの看板でクリーニングの仕事が続け
ることができています。

・これは、配達をしているところです。出来上
った白衣をクリニックに運んでいるところ。配達
も当事者がやっています。

プレハブの頃

・比較的近代的な設備の様子でしたが、これが最
初にやっていたプレハブの工場です。

・これもそのときの、狭くて、ゴミゴミしたなか
で長いこと作業していました。

・これも当時、プレハブのときの休憩室です。さ
っきの休憩室より落ちるんですが、でもここで皆
さん、仲間として、仲間意識を育てていく。休憩

時間とかを通して、生活全体で仲間が育っていき
ました。

・ここからは、印刷の仕事になります。印刷も、
福祉工場の一つです。これは福祉工場になる以前の、
やはりプレハブでやっていたときの様子です。

ウエスづくり、一般の工場へ出勤

・仕事のところを見てもらっていますが、これは
ウエスといって、使い捨ての布の雑巾ですが、製
造販売の建物です。ガレージというか倉庫みたい
な建物を借りてやっていますが、自前で建てたも
のではないんです。青い屋根でつづいているなか
には、2か所ほどウエス部で使わせていただいで
いますが、他にも自動車の修理屋さんやペットシ
ョップが入っていたりします。

- ・これがそのウエス部の入り口です。
- ・作業しているところ。山の布がウエスになっ
ていくんです。
- ・これもそうです。ウエスに作ったものを袋詰め
しているところです。
- ・白いだけでなく、柄物も使って、ウエスとし
ては少し安くなりますが、この布だと、染め工場
で使えなかった製品をただでわけてもらえます。
これがウエスに変身します。
- ・ウエス部の一角で、縫製のところです。最近始
めた新しいところです。
- ・ここから先は、麦の郷の施設から出て、毎日
一般の食品会社へ出かけて行って仕事をしていま
すが、5人のグループで出かけて行ってやってい
ます。その工場の様子。コロッケを中心に冷凍食
品を作る仕事です。今までのところは精神障害を
もつ人たちの働く場を紹介しました。

知的障害者の就労・生活の場

- ・これは知的障害者の授産施設です。パンを作
っています。朝早い時間からパンをこしらえてい
ます。作ったパンを大きなスーパーにコーナーで
おかせてもらっています。
- ・これも授産施設のところで、お菓子を作っ
ているグループです。

・今まで見てもらったのは、かなり本格的な仕事
をしていましたが、なかなか初めて挑戦する人は
たいへんで、こうした軽作業をして、ここで様子
を見ながら、仕事をしたり、人と慣れて、次の仕
事に移っていく、こんな場面も設けています。

- ・これからあと、生活の様子を紹介したいと思っ
ていますが、これは精神障害者の援護寮の建物で
す。
- ・個室です。
- ・食堂です。

地域の自治会長役も

・玄関の自治会長の札です。地域に根ざしてい
くために自治会長をかって出て地域に入り込んでい
こうという作戦でやり始めました。

- ・地域の自治会でやる溝の掃除に、援護寮のメン
バーが、朝はやくから出かけてやっているところ
です。
- ・これも自治会の班長の役で、ゴミ袋か何かを、
地域の人に届けているところです。届けているの
はもちろんメンバーです。
- ・自治会の地区でソフトボール大会。その打ち上
げを、援護寮にみなさんに来ていただいて、交流
をしているところです。
- ・地域との交流。お花見です。
- ・この人は援護寮に精神病院を退院して入って来
て、今ではこの援護寮のスタッフです。給食を主
に担当しています。
- ・これはグループホームの前です。
- ・グループホームでの生活の様子です。グループ
ホームを経て独り暮らしを始める人がどんどん増
えてきています。アパートを借りて、暮らしてい
ます。
- ・独り暮らしの人です。

地域生活支援センター

- ・これは、ログハウスを建ててるんですが、地域
生活支援センターの一つなんです。
- ・ここでの取り組みの中心は、不登校になっ
ている子どもたちの居場所です。

- ・こじか園という障害幼児の施設です。
- ・私が仕事している、和歌山市地域を対象とする支援センターです。こんな、普通の建物でやっています。
- ・中の様子です。みんなが集まってこれる立ち寄り所というか、溜まり場の機能をもっています。
- ・食事の支援もしています。夕食の様子です。
- ・たまにはこんなことも。同じ支援センターの続きなんです、通りに面していたのがわかりましたか？ 店構えになって、リサイクルショップみたいな、バザーの常設店みたいなのをやってるんです。地域のみなさんが買い物にきてくれるので、そういう形で地域との交流が続いています。
- ・たくさん買って来ています。パン工場が出ましたが、そこで作ったパンを持ってきてここでも売っています。
- ・お弁当作りもしています。小さな建物ですが、やれることはなんでも仕事にしようと、メンバーが登場できる場面をたくさん作っています。
- ・これはセンターから訪問しているところです。さきほどの一人暮らしの人です。
- ・ここは当事者サークルの事務局があつて、当事者活動の拠点になっています。そのグループが夏祭に参加しているところです。この活動のなかではピア・カウンセリングということで仲間同士の活動をしています。
- ・さきほどの建物の二階です。ここで、ミニ学習会みたいなことをやっているところです。

高齢者にも対応

高齢者の地域活動支援センターです。元は喫茶店だったところを借りています。

- ・訪問看護ステーションです。さっきグループホームとして紹介した一戸建てなんですが、その後、そのの具合が悪くなってきて、アパートを何室か借りてグループホームにしました。そこが今は訪問看護ステーションになっています。
- ・関連のクリニックです。もう1箇所、2箇所の関連クリニックがあります。
- ・和歌山高齢者生活共同組合というのが今年発足

- しました。6月でしたか、そのときの総会です。
- ・その高齢者協同組合、詳しく説明できないんですが、麦の郷も一緒にかかわって発足しました。ホームヘルパーの養成をしていこうということで、これは私と精神障害者が講師となっています。高齢者協同組合で、どんどん事業を起こして、仕事を作っていこうとしています。その手始めに、養鶏の事業をしています。今はやっとニワトリの雛が入ったところなんです。ニワトリを育てて、よい卵をつくって仕事にしようということです。
- ・最後に紹介するスライドは、精神障害をもつ人の、和歌山県規模での当事者グループの連合会が結成されました。7月ですが、そのときの様子です。

多くの小さな拠点

こういうふうにして、最近では小さな拠点をたくさん増やしています。小規模共同作業所であったり、グループホーム、地域生活支援センター、そういう小さな拠点は麦の郷だけでなく、和歌山県下に広がっています。地域のあちこちから今も新しい動きがどんどん興ってきています。家族会や共同作業所、また自助グループの活動も盛んになってきています。それをネットワークにしてつなげて交流を進め、その交流のなかでまたお互い元気になって、新しいグループが発足し、地域がいまどんどん生き生きとなくなってきています。

受ける側から提供する側へ

当事者活動のなかで、自分たちでサービスを受けるばかりじゃなくて、自分たちが提供者になろうという試みも始まっています。自分たちで作業所を起こそうかということで、いまその資金をどうするかなども話が始まっているところです。

こんなふうに、精神障害者の人も、充分地域で暮らせています。医療のなかに関じ込められていた人たちが多いのです。けれども、専門家たちだけで囲まれていなくてもよかった人たちなんじゃないかなというのを、実感しています。

医療といっても精神医療は一般科の医療にくら

べてすごく低レベルです。そのなかに長い間社会的入院ということで、そこを生活の場にしてきた。地域でやれないのではないかと思われ、そういうふうになされてきたことに憤りも感じます。麦の郷の実践は、障害をもつ人自身ががんばって、人生を築いている実践です。

スライドをたくさん見ていただきましたが、全

体像や時間の流れなどお伝えできなかったかと思います。今度は、ぜひ和歌山にお越しください。三ツ木ノありがとうございました。22年前のモノクロのスライドから、和歌山市周辺に点在するたくさんの方の事業所の近況までの迫りに圧倒されました。

【実践報告3】

障害当事者による自立生活のサポート活動

町田ヒューマンネットワーク
堤 愛子

三ツ木／チャンピオン・レポートの3番目は、町田ヒューマンネットワークの堤愛子さんをお願いします。

皆さんは自立生活援助の拠点である各地の自立生活センターをよくご存知の方もいると思います。あまりお付き合いのない方はぜひこのレポートで当事者からのサービス提供についてご理解いただければと思います。中ごろでビデオの放映があります。それでは堤さん、よろしくお願いします。

現況

私たち町田ヒューマンネットワークは、1989年12月に7人のメンバーで始まりました。今年の12月で10年になります。自立生活センターは障害をもつ当事者が中心で、自分たちに必要なサービスを行うものです。有料の介助派遣、自立生活プログラム、ピア・カウンセリング、リフトつきキャブの運行、また年金などの相談。その他最近では、町田市の教育委員会から委託を受け、市民大学でクラスの運営を頼まれたり、路線バス（リフトつき）の運行について相談にのったりと、行政と連携した活動も増えています。町田ヒューマンネットワークは発足からちょうど10年経ち、スタッフが17人。このうち、障害のない人が4人、残り13人は障害者です。働き方もユニークで、自己申告制。週1日の人から障害をもつ人は週4日まで、障害のない人は週5日まで働けます。「週4日まで」というのは障害年金を受給している場合です。つまり年金をもらっている人のほうが経済的に有利ということで、「週4日まで」という制限を設けています。

障害者運動・自立生活センターのスタート

障害者運動ではだいたい70年代初めから重度の障害をもつ人たちの当事者による自立生活運動がスタートしたと考えています。一般的には、たとえばトイレなど、身辺自立をめざす訓練や職業的な訓練がまずあって、そのうえで自分で生活を作るという考え方だったと思いますが、そういった考えにとらわれていると、障害の重い人は一生自立はできません。一生かかっても歩けるようにならないかもしれないし、がんばって訓練しても着替えができるようにならないかもしれない。またいわゆる企業で普通に働けるようにならないければ自立でないと言われてしまったら、障害の重い人はそれが難しい。だから、身辺自立や経済自立ができなくてもいい、介助者に助けてもらって、生活保護や年金で生計を立てて、自分で自分の暮らしを作っていけば、それは立派な自立。そういう考え方が始まったのは70年の初めです。当時は介助制度も充実していなかったから、ボランティアの人にローテーションで介助に入ってもらい、地域でアパートを借りて暮らす人が増えてきました。

その後国際障害者年をきっかけに、アメリカの自立センターの活動家が日本に来たこともあり、またアメリカに留学する障害者がいたりして、日本にも同じようなセンターを作ろうと、1986年に八王子でヒューマンケア協会ができました。町田ヒューマンネットワークはその3年後にできています。つまり自立生活センターができたことは、障害者の運動に質的变化をもたらしました。何が大きな変化かというのと、「受け手」から「担い手」に変わって来たことです。障害者はそれまで福祉サービスの受け手でしたが、自分たちに必要

なサービスを自分たちで作りに出していくということで、提供する側が変わったということが、質的な変化だととらえています。

自立生活センターの定義はいろいろありますが、いちばん重要なのは、「当事者が運営主体である」ということ。運営委員会や理事会、幹事会などいろいろな呼び名がありますが、「意思決定機関の過半数は障害者自身であり、会の代表と事務局長は障害者であること」これが大きなポイントです。障害のない人は、代表、事務局長にはなれないので、ある意味では「健常者差別」とも言われるような組織です。最初から“平等でない”のがこのセンターです。今は自立生活センターが全国に増えて、約80か所あります。

障害を持ったままで

私たちのモットーは「エンジョイ・自立生活」です。どんなに重い障害をもっている人も人生は一回きりだから、最高に楽しんでいきたいということです。

私たちがめざしているのは、障害をもったままの自分を好きになろうということ。障害のない人をめざすのではなく、障害をもったまま地域で生きることをめざしています。だから、「リハビリテーションって何なんだろう」というのがこのチャンピオン・レポートの一つのテーマですが、私のリハビリテーションの考えは、障害をもったままの自分を好きになり、誇りをもつこと。それが私たちの考えるリハビリテーションです。「リハビリテーション」という言葉が適切かどうかわかりませんが、それがまず自分たちが自立を考えるうえでの第一歩かと思えます。

介助とか自立生活プログラムのなかでよく言っていることなんですけど、たとえばかつては介助というのは、「できることは自分です。できないことは頼んでもいい」といわれていたと思います。自分でがんばって1時間かかって着替えられる人がいたとして、それは大事だと思います。いざというときには、それが生活していくうえで心の支えになります。でも毎日1時間かかるのはたまった

たものではない。その1時間で着替えられる人が介助者を入れることで15分できれば、残りの45分という時間とエネルギーを別のことに振りまけることができる。脳性麻痺でそれほど重くなければ、がんばれば一応身のまわりのことはできますが、それで食事の準備、洗濯、すべて自分でやったら、それだけで1日が終わってしまう。自分でできるが介助者を入れることで、たとえばワープロやパソコン、旅行などをする余裕ができてくる、そうやって自分たちで生活をデザインすること、それが自立ではないかと私たちは考えています。

「車椅子」考

私はきょうは手動の車椅子です。近い距離を動くときや、タクシーを使うときは手動が便利です。町田市内を動き回るときは電動車椅子です。事務所の中では歩いています。つまり自分にとっていちばん居心地のよいことや、便利な方法を選んでいきます。

車椅子にしても、多くの障害者はたとえばまだ歩けるのに車椅子を使うと、親や医者に筋肉が衰えて歩けなくなっちゃうよって言われちゃうらしいんですね。自立生活プログラムに来る人で、歩くのがしんどそうな人に、「車椅子を使ってみれば」と言っても、親にだめだと言われてしまう。でも、私が見ている限り、がんばって歩いている人ほど二次障害になって歩けなくなってしまったりするんですね。それより、自分にとっていちばん居心地のいい方法を選んでいったほうが、長い目で見ても歩く機能を維持できるんじゃないかと思うんです。私は自分で初めて手動車椅子を使ったときに、人生が変わって見えました。ウインドショッピングができる、立ち読みしても疲れない。そういう意味で、エネルギーの節約というか、まわりを見る余裕ができました。歩いていた頃は「歩くこと」に必死でまわりを見る余裕なんかなかったんです。私は車椅子になって10年目くらいですが、本当にずいぶんまわりを見回せるようになりました。そういう意味で、自分の力や生活をコントロールしていくことも、これからの自立生

活には大事なのではないかと思います。

町田ヒューマンネットワークでは、1996年下半期から厚生省の市町村障害者支援事業の委託を受けるようになりました。この事業のなかで画期的だったのは、まずピア・カウンセリングというのが必須事業として認められたこと。もうひとつは、私たちのような法人でない任意団体でも（もちろん既成の法人・団体も）、支援事業を受けられること。「法人等」の「等」の字、これが重要です。これがあるので、私たちも公に認められ、私たちのような小さな団体でも国の委託を受けられるようになった。その2点でこの支援事業は画期的ですが、さらにそれを受けるようになったので、障害者だけでなく、町田の障害のない人に向けてもさまざまな事業ができるようになりました。

障害者のない人向けには、たとえば障害児・者をもつ親を対象にしたプログラムや、障害をもっている人ともたない人が一緒に学ぶ自己主張トレーニングなど、障害をもたない人にも意識的に活動を広げていっています。

ビデオ・Aさんの場合

ここでビデオに移りたいと思います。これはM X-TVが制作したものです。

(ビデオ上映)

今ビデオに登場したAさん(脳性麻痺、30代、男性)の場合は、町田ヒューマンネットワークのさまざまなサービスを総合的に使って自立した例です。住宅探しから始まって、改造、介助者探しなど。Aさんのように24時間介助では、町田ヒューマンネットワークに登録している人たちだけで24時間介助を補うのはとても難しく、個別に専従者を募集するんです。アルバイトニュースなどに募集記事を出して、面接をして決定するということで、仲介して契約するところまで立ち会って、ローテーションを組んでいくという手順で探します。

今のビデオのように、Aさんの場合、個人プログラムとして電動車椅子の練習を行いました。人によっては献立づくりの手伝いや家計簿など、

定期的にピア・カウンセラーが訪問してフォローしたりしています。介助者の管理も代行する場合がありますが、なるべく徐々に自分でできるように、プログラムを組んでいきます。サービスを総合的に利用する人もいるし、部分的に利用する人もいます。住宅サービスだけとか、介助者のローテーションづくりまで手伝うとかもあります。

私たちの権利

さきほども言いましたか、私たちがめざしている自立生活のスタート地点というのは、ピア・カウンセリングなどを通して、本当に自分を好きになること。よく生まれた子供が障害者だということに親がショックを受けますよね。そのマイナスイメージは子供にも伝わります。露骨に言われる場合もあります。「あなたのために手がかかる」とか、「障害があるからできない」と。またそれは言葉だけでなく、障害に対して否定的な眼差しを向けられることは、日常茶飯事です。そのため自分に自信がもてなくなってしまう人は大ぜいいます。

たとえば、私の友人の脳性マヒの女性は、言語障害があるから、「あなたは話さえしなければ障害者に見えないのにね。」って親から言われてきたといいます。またストローを出してものを飲むと、障害者とわかってしまうから、ホットコーヒーを飲みたいと思っても、人前ではジュースを飲んでいたなど、一つひとつが現実的に抑圧なんですよね。

私たちが、障害をもったままの自分を本当に好きになっていくために、自立生活プログラムでやっている「私たちの権利」というものがあります。10項目あって、これを繰り返すことで自分たちの心を励ますことができます。それを紹介します。
<私たちの権利>

ここでいう「権利」とは、社会一般でいう法律的な権利ではありません。もっと人間として基本的なこと、当然のこと、にもかかわらず障害者にとっては大切にされてこなかったことがらです。

① 自分のやりたいことをはっきり言って、それ

を優先する権利

今までは……お母さんや介助者の顔色を見て、自分のやりたいことをひっこめてしまう。

②自分のやりたいことを人を使ってやり、それを自分でしたことにする権利

今までは……迷惑をかけてはいけないと思って人にたのめない。

よくなぞなぞでありますね。「法隆寺を作ったのはだれ?」「聖徳太子」「ちがうよ、答えは大工さん」。私たちは、みんな聖徳太子になればいいんです。そうやって、介助者にやってもらったことを自分がやったと思えばどんなに障害が重くてもハンディはなくなります。

③能力のある平等な人間として尊重される権利

今までは……障害があると自分の能力が低いもののように思ってしまう。

要するに障害者は子供扱いされる場合が多いので、これは平等の人間として見られていいんだよということです。

④危険を冒す権利

今までは……お母さんや介助者に付き添われ、守られていた。

「危険を冒す権利」は日本ではなかなかないですね。たとえば、遊園地でも車椅子に乗っているというだけで、乗れない乗り物がありますね。アメリカの遊園地で乗車拒否がなかったのには驚きました。ちなみに横浜の遊園地では車椅子で乗れるのが4歳以下の子供と同じでショックでしたが、今はどうなっているでしょう。

⑤まちがえる権利

今までは……まちがえるのはバカなことだと思い、だから自分は能力が低いと思ってしまう。

まちがっていいんだよと思えるようになれば安心です。

⑥自分だけの考えをもつ権利

今までは……先生や親に言われるままになっていた。賛成してもらえないと、自分の考えがおかしいと思ってしまう。

これはべつに障害者だけのことではないと思います。人それぞれいろんな感性があって、でもそ

れが変と言われると「そうか」と思っちゃったりして。でも、自分の感じたことというのは大事にしているんだよ、ということです。

⑦思うとおりに「はい」「いいえ」をいう権利

今までは……人に気を遣って自分の気持ちが言えない。

⑧気持ちを変える権利

今までは……一度言ったことを取り消すと、何か言われると思い、取り消すことができない。

⑨「わかりません」「できません」という権利

今までは……「わからない」「できない」というのは、能力がないことを言ってしまうようなことと思ってしまう。

でも、できないことはできないと言っていいんだと思えると、すごく楽になります。自分のありのままでもいいんだよ、ということです。

⑩楽をする権利、からだを気持ちよくする権利

今までは……疲れることやしんどいことも、がんばらなくてはと、やってしまう。

この部分に、すごく気持ちが残るといふか、印象的だと言う人は、けっこういます。「楽しちゃだめ」って、よく言われてますよね。健常者に負けないようにとか、甘えるとか言われるけど、気持ちのいいことは実は「いいこと」なんで、もっと楽をしていいよということを行っています。

といった感じで、「私たちの権利」はまだまだいっぱいあります。みんなで書き出してみましよう、というふうにやっています。たとえば「話を最後まで聞いてもらえる権利」もあります。言語障害の重い人たちは、最後までキチンと聞いてもらえなかったりすることが多いですから。そんなふうにして自分たちのありのままを好きになるために、この権利を呪文のようにしながらうまく活用しています。

自立生活センターの活動を、大急ぎで紹介しました。細かいところは、また明日の第3分科会で話します。ありがとうございます。

三ツ木ノ堤さん、ありがとうございます。私は歯切れのいい彼女の演説は何度も聞いていますが、こういう話が初めての方にはカルチャーショック

だったと思います。

質 疑(会場から)

少し時間がありますので、ディスカッションしましょう。勇気のある方お手を上げてください。

X氏(会場から)／いまの10の権利、聞いていました。耳新しいこともありました。障害児と長く付き合っていますが、いまは幼児にもあてはまるのでしょうか？ 児童ではなく、大人にあてはめるものではないかと。そのへんはいかがでしょうか。

堤／子どもにあてはまらないというのはどのへんですか？

X氏(会場から)／たとえば、人を使って自分のことをする。すると、私たちはたとえば早期なら0才からありますが、僕らはその人の最高能力をいかに引き出すかが目標です。引き出したあとは、いまのが適用できると思いますが、成長期においてはやはり100%迎合するわけにはいかないというのが僕の意見です。

堤／なるほど。ただ私は子供時代にも、できないときには「できなくもていいよ」と言ってほしかったですね。大人になったらできるかも、という希望を捨てることはないけれど、今もし歩けないなら、歩ける人にもものを取ってもらうとか、自分で食べられないから食べさせてもらう、そのことに引け目を感じさせることなく、「恥ずかしいことじゃないんだよ」というのは、子どもにも共通することだし、是非伝えたいと思います。

X氏(会場から)／共通すると思います。それは私

も認めます。でも、それをいつも利用されると困る。自分の子どもを育てているので、ある程度トレーニングしながら能力を伸ばさねばと思います。治療と教育の両方の視点においてです。

堤／かねあいの問題でしょうね。負い目を持たせることはしないでほしい。でも、できる可能性を否定する必要はない。大人でもそうだと思います。大人になればできるわけではない。「できないこと」に引け目を感じさせないでほしいと思います。

X氏(会場から)／それは、子どものほうが可能性が大きいわけですから、はじめから大人と同じレベルで判断すると、私はそれにアグリーできないということです。

堤／進行性の病気もありますので…。

／それはもちろんそうです。私が言っているのは脳性マヒの話です。

三ツ木／このへんがリハビリテーションとILの違いでしょう。そのほかどうぞ。

O氏(会場から)／いまの問題を、明日ちゃんとぜひ、しっかり話していただきたいと思います。それが、このテーマをここにもってきた大事なことのひとつだと思うので。よかれと思ってまわりで援助している皆さん、特に子供の場合は親や教育担当者が、ずっとよかれと思ってしてきたことが、どれだけ子どもにとって抑圧となり、それを取り払うのに、育つのにそれだけの年月が必要なことか。10年なら、その後30年でもその抑圧によってキズついた心は取り戻せない。

三ツ木／堤さん、ありがとうございました。

【実践報告4】

地域におけるリハビリテーションの実践

成田 すみれ

横浜市総合リハビリセンター

三ツ木／4番目は、横浜市総合リハビリセンターの成田さんです。

地域におけるリハビリテーションの実践ということで、センターの代表として横浜総合リハに受けて立っていただく趣向です。では成田さん、よろしくをお願いします。

横浜リハビリテーションセンターの 概要（機能・特徴）

成田／本日は地域におけるリハビリテーションの実践ということで、前者の3人とは異なる人口規模340万人の大都市での障害をもつ市民のための支援体制について少しお話をさせていただきます。

最初にOHPで若干お手許の資料を補足し、そのあと20分弱リハビリテーションセンターの紹介ビデオがご覧頂きます。最後の10分は、12年間センターで働いてきたなかで、私たちがいまだどんな問題をかかえているか、又今後より良いサービスを市民に提供していくためのいくつかの試みについて話します。

まず配布しておりますお手許の資料を訂正下さい。文中「精神薄弱」という言葉がありますが、現在では使用されていませんので「知的障害」と訂正してください。

それではOHPで。

横浜市総合リハビリテーションセンターは、1987年4月に、横浜市における障害者施策の中核として開設されました。市の障害者福祉審議会の答申を受け、その構想から[ノーマライゼーション、インテグレーションの理念]のもと、地域の障害をもつ市民を支援していくことが目的です。

従来の医療・福祉施設の合体による単なる大型施設とは違い、総合的機能、専門的機能、調整機

能等々の複合的専門機能を中軸とすること特徴です。ここではリハビリテーションにおける各領域の専門職がチームで仕事をし、必要な支援をセンター内のみならず、地域の関係機関や施設との連携をはかりながら、総合的に提供するという意味で、真に総合的・専門的機能を充分発揮できるようにすること、またそのような保健、医療、福祉のサービスを総合的という点で調整的機能を担っています。これらに加えて、更に通所型機能という特色があります。横浜リハビリテーションセンターの12年間の活動を振り返ってもこの点は重要な特徴といえます。

具体的にいえば、事故や疾病などの原因はいろいろあれ、障害を持ちながら人々に対してどう生きるかを支援すること、それが私たちのセンターであると言っても過言ではありません。

地域のセンターとして

具体的には、障害をもつ人の日々の生活、就労や就学といった社会生活、さらに生きがいや楽しみなどを含めた、障害をもちながらの新たな生活スタイルを構築すること、そして新たな障害ともにある生活スタイルの定着と継続を大切に、それらのための方法や手だてや必要な情報提供を、リハビリテーションセンターの職員はともに考え、必要時には提案をし、ともに実践することが主要な活動です。その意味で地域・在宅での生活を担うべき課題をセンターとして支援することは『地域リハビリテーションに徹する』ということかもしれませぬ。この実践活動の一環に併せて更なる特色として、障害をもつ子供の早期発見、療育の機能も具体的事業として用意されています。

このような活動を担う私たちのセンターは、現

在職員は26職種、332名が在籍し、新横浜にあるリハビリテーションセンター本体だけでも168名のスタッフが働いています。

センターの組織機構と目的

実践の具体的内容については、このあとのビデオを見ながらさらに理解していただきたいと思いますが、その前に若干センターについての解説をします。

リハビリテーションセンターでのサービス提供の流れは、図のようになっています。組織的には総合相談部・医療部・福祉部という三部構成です。医療部がある診療所には19床のベッドがありますが、医療課、機能訓練室に分かれていて、障害原因となる疾患等の診断・評価、各種検査・医学的治療、機能訓練、言語訓練・心理治療などのいわゆる医療を軸とした、医学的リハビリテーションサービスを担っています。

福祉部というのは、法定施設の機能を持ち、児童福祉法による三施設、障害者福祉法による成人施設（生活訓練課＝更生施設、職能開発課＝授産施設）ということで、五つの施設からなっています。

これらは、この図でいうと、必要な訓練・評価、それらをさらに深め、地域に戻り、そこでの生活を担うための重要な基本的なサービスを、センターにおいて期間を限定し、目的を定め提供しています。

三つ目の部門として総合相談部があります。総合相談部門では、障害者更生相談所も併設されています。相談部では、地域サービス室、企画研究室、そしてセンター全体の管理運営を担う総務課も含まれます。ここはいわばセンター利用の要となる利用者サービスのマネジメントを担う第一線の窓口でもあります。なお地域サービス室では地域に出向き、リハビリテーション・サービスを展開することが基本業務ですが、またこのワーカーや保健婦は障害者更生相談所のケースワーカーとともに「総合相談」ということで、センター利用の窓口や地域との連携調整も担います。

地域サービス室は、地域への訪問によるリハビリテーション・サービスの提供を「在宅リハ事業」、保健所での乳幼児健診後の発達の遅れやその不安のある子供たちへの早期対応で、療育の早期サービスを導入するための「療育相談事業」を基幹事業としています。また横浜市内にある数多くの民間福祉施設や、障害者の地域作業所、高齢者の関係の施設へリハビリテーションの専門的技術を提供することで、利用者の生活の質の向上に役立てるという「関係機関技術援助事業」も行っています。

企画研究室では、リハビリテーション分野における工学的見地から障害者の生活を支える福祉用具、福祉機器などのこれら福祉用具の利用者に合わせた創作、改良、提供などの活動をしています。

入り口(窓口)から出口まで

それでは、ビデオをお願いします。

まず当センターの窓口としての総合相談部。ここでは障害者やその家族、広く市民がリハビリテーションや障害についての各種相談や照会が可能です。ここを担当するソーシャルワーカーは各種情報提供や、福祉事務所、保健所などと連絡を図り、最適なリハビリテーション・サービスが提供できるようにセンター利用の窓口としての役割を担います。

次に医療部門では医師等による医療サービスが提供されます。医師をはじめ関係職種が診断や障害の医学的評価を行い、その後具体的に理学療法士、作業療法士なども加わり利用者に見合ったリハビリテーション計画や援助方法が検討されます。

代表的な例は機能回復訓練です。運動療法は体の動きを通して機能回復するもの、理学療法士が担当します。作業療法はさまざまな作業を通して行われる機能回復訓練で作業療法士が担当します。より最適な生活のために装具や自助具を作ったり紹介したりもします。さらに、日常生活を可能にするため、障害に合わせた家事動作や日常生活動作訓練なども提供され、身体機能の回復とともに体力の維持と増進のため、スポーツを取り入

れたリハビリテーション活動も行います。

言語の障害のある人々に対しては、言語治療士が訓練を担当し、様々な症状のため個人々に合わせた訓練が行われます。このような訓練は通所のほか、入院や入所という形式で提供されます。

またリハビリテーションの第二段階では、一定期間入所しての身体障害者更生施設での社会生活を送るうえでの必要な技術の習得訓練があります。

週末には家庭での成果を確認するために帰宅訓練も行っています。訓練はセンターだけでなく、外出して電車に乗るための切符を買うなどごくりふれたことも学習プログラムに用意されています。

日常生活に用いられる各種福祉用具は臨床の場でチェックされ、作成されます。医師、工学士、装具士などが一人ひとりに合った対応をします。

リハビリテーションのゴールの一つに、職業に就くことがあります。授産施設では働く意欲と能力を育むために実際の作業を通して働くための基本的ルール、就労に必要な生活スタイルや習慣を獲得するための訓練をおこないます。

また求職相談やどのような方向に進んだらいいかについての職業判定プログラムも用意されています。

センターでの訓練の最終段階として、企業実習があります。実習を終え、就職にあたっては職業カウンセラー、職場責任者などで職場の受け入れ体制の準備など企業側との調整が慎重に進められます。

障害やその原因を早期に発見して、可能な限りの回復と発達を促すことが重要です。

横浜市では、保健所において4か月、1歳6か月で検査をし、障害をもつ可能性のある子供を発見し、必要な早期対応をする療育システムを実施しています。センターでは、保健所や医療機関から紹介された児に対して、診断、評価、療育を行うとともに併せて家族への支援を行います。体の動き、姿勢の反応を確かめながら医学的診断をおこない、医師の診断結果に添って専門スタッフによるマン・ツー・マンの対応が図れています。

このほか、精神発達に問題のある児童にも臨床心理士などが行動評価をおこないます。

子供の成長を促すのは医学的なものだけではありません。遊びや日常生活のなかで子どもらしい成長や発達が促されることから、センターではこうした療育の場に保護者の積極的参加を呼びかけています。

聴力、言語に障害の疑いのある子供には、専門スタッフによる聴力検査を行い、さらに障害のある児に対して、難聴幼児通園施設で言語能力の獲得、コミュニケーション能力の拡大を行います。

障害が重いため在宅生活を余儀なくされている人々には、センターの職員が訪問して、生活に必要な福祉用具の提供、家屋の改造など、様々な援助を行います。

福祉事務所や保健所、医療機関から紹介され、彼らとともに専門職員が合同で訪問し、対象者の障害の程度や住宅環境、生活上の課題等について評価します。これらに基づいて障害者個人々に見合ったリハビリテーションのゴールと援助計画が検討され、また各スタッフの役割も明確化されます。さらにこの合同のカンファレンスでの確認によって、理学療法士、作業療法士などが家庭を訪問し、身体機能の維持や改善のため、日常生活動作の訓練、家族への介護・介助法の指導などサービスを提供します。

住み慣れた家庭や地域で、障害者が自立した快適な生活をおくるためには、また工学的な諸技術を家庭に導入することも有効です。センターでは新しい福祉機器の研究開発に力をそそぐほか、住環境整備の支援なども重要な事業です。住環境の整備にあたっては、センター建築士が一人ひとりに合った改築の具体的な相談に対応します。

各種福祉機器の開発、活用は、文化活動やスポーツにも実用化されています。障害をもつ人々にとっても、文化活動やスポーツにチャレンジすることはあたりまえのことです。

リハビリテーションは障害をもつ人々が専門職の技術や知識を上手に活かしながら、自ら人生や生活を主体的に築いていく人間的な営みです。今

日もまた障害者の明日へのはばたきを援助するため、センターの活動は絶え間なく繰り広げられています。

最後に、私たちの12年間の実践活動を通じ現在リハビリテーションセンターとして課題となっている、また私たちが今後どうすべきかと検討しているいくつかの課題についてお話しします。

OHPを。

今後の課題

私たちリハビリテーションセンターの活動と役割は、地域で市民一人ひとりが、障害をもつ児、高齢者など様々な支援を必要とする市民の後方で、そのような人々を支える専門機関の一つです。340万の市民に対して必要時に専門家の知識や技術が提供され、それが必要な生活の場面で有効に生かされるかどうか、我々の成果を問われるポイントとです。

横浜市ではこのような支援を地域ケアシステムということで、地域で要援護の人々を支える仕組みとして18の行政区ごとに作っています。そして、我々のような後方支援機関や施設は、全市を対象に児童から高齢者までを対象にさまざまな支援活動を担い、かつ一人ひとりの市民を支援しています。実際の日々の地域活動は、私たちもその一端を果たしていますが、むしろ身近な公的機関の福祉事務所や保健所（横浜市では福祉保健サービス課という一体的部門を設置）で、5年前からサービスを展開しています。地域のケースワーカー、保健婦の他に、地域では在宅介護センター、また障害をもつ人々のための地域活動ホームなどでは看護婦や指導員、コーディネーターなど他の福祉や医療関係者も日常活動をしています。

施設、支援グループ、そして当事者グループなど地域でさまざまな施設や機関、人々と一体的に、一人ひとりの生活に協力し、安定した生活を支える役割を持ちながら共に支えています。

私たちが地域でのリハビリテーション活動をすることで、共に働いている保健所、福祉事務所、高齢者関係のケアワーカーなどの人材へも、広く

実践を通して援助対象者個人に最適な生活を考えていくための技術や手法をもつことが有効だという認識が、共有され、理解を深めることができました。このように私たちは具体的に共に働く地域の福祉・保健領域、また地域固有の（民間・非営利）団体でケアを提供する人々へも支援を同時に提供できるのです。

この12年間で最も変化したことは、何よりも対象者の高齢化、障害をもつ人々の重度化・重複化です。このような経過でも援助対象者の生活支援を考えるには、やはり対象者の自立・社会参加・そして一人ひとりにあった質の高い生活を担っていく援助を有効且つ適切に提供していくことが基本と考えます。

福祉機器サービスセンター

340万規模の大規模人口エリアでは、私たちのサービスにも限界があり、またさらに一人ひとりへのきめ細かなサービスを提供していくのは、構造的な課題がありました。そこをどうにか乗り越え、もう少し利用者に見合った、その方たちが望む支援やサービスを必要時適切に提供する仕組みとして、地域の高齢者支援関係センターへの「福祉機器サービスセンター」併設をしました。昨年12月と今年の5月、地域に開設することができました。福祉機器サービスセンターは、リハビリテーションセンターの地域サービス部門の地域分室として機能しています。ここではリハビリに関する専門職、特にセラピストを配置することで、併せて生活を支援する福祉用具や環境整備のシミュレーション、相談体制などを取り揃え、身近なところで必要な時に相談ができる仕組みとして用意しました。さらに、現在3か所しかありませんが、市内全域に全面展開するには、さらにあと2か所の検討が求められています。

介護保険について

最近皆さんが注目している話題の一つに、「介護保険」があります。介護保険の実施にともなって、私たちセンターが保有する『障害者の生活を

支援する視点』を介護に関連する関係者にどう有効に使ってもらうかが急務と考えています。私たちリハビリテーションセンターは、介護保険に関連する例えば福祉用具や環境整備という生活を支える大切なサービスに間接的に情報提供や、共に提案する仕組みを訪問によるリハビリテーション活動で支援できるのではと思っています。そこでは何よりも地域での要介護高齢者を支える、たとえば訪問看護ステーション、ヘルパーステーションなどのサービス提供を担う人材に、私たちが持つ専門技術や知識を、上手に提供し連携することで、より適切なサービス提供が可能になります。

介護サービスの実施体制が本格的に動いたとき、私たちが今まで作ってきた、障害者の生活に役立つようなサービスの仕組み、障害者にかかわるケアマネジメント、障害者支援の新たな方法は、ぜひ役立ててもらいたいと思っています。また、私たちの技術や知識を利用者が体験し、主体的に、必要時いつでも求めてくださるような支援体制を形成していきたいと考えています。

三ツ木／成田さんありがとうございました。

チャンピオン・レポートのご報告はこれで終わりますが、この熱っぽさをぜひ明日の分科会に引

おわりに

最後に、人生の高齢期まで必要に応じて、私たちは地域に存在し、ぜひとも地域の貴重な社会資源の一つでありたいと思っています。センター開設時に利用した子どもたちもいまや学齢期、すでに高校や社会に出て行く年齢となりました。私たちが最初に関わった障害児の療育や支援サービスが、その人の人生にどう活され、どのように人生を豊かにしていくか、私たちも地域の人々と歩みながら、点検する。そういう仕組みができると思います。

必要な時に身近にあって、気付いたら手を差ししのべ、支えることができる、そんな専門機関として、新しい仕組みや視点をより豊かにしていくことが課題です。大きな仕組みのなかで、非常に専門的な、集中したサービス体系をもつ機関が、充分役立っていただけるよう日々職員が努力していることも、皆さんに併せて理解していただければ幸いです。

終わります。ありがとうございました。

(拍手)

き継いで白熱した議論を展開していただきたいと思えます。

【分科会 1】地域生活の実現と支援ネットワーク

滋賀甲賀郡サービス調整会議の取り組みから

甲賀郡障害者就業・生活支援センター 中島 秀夫

はじめに

「地域福祉の時代」といわれて久しい。お題目のごとく、「生まれ育った地域で、みんなとともに暮らす」と言い続けられてきた。しかし地域生活の実態は、本人や家族の頑張りでしか維持できないという厳しい現実があった。ここ数年、日本のあちらこちらで地域生活をサポートするサービスや、支援システムが生まれ始めた。地域で暮らす障害者や家族にとって心強い応援団になりうるだろうか。

心身障害者・サービス調整会議の現状

- ・滋賀県甲賀福祉圏域における地域生活支援の取り組み
 - 心身障害児・者ホームヘルプサービスとサービス調整会議(1995年)
 - 生活支援センター構想(1996年)
- ・地域生活者の実情(合同家庭訪問から)
 - 生活実態とニーズの把握、掘り起こし
- ・サービスの調整(ケアプランにもとづく役割分担)
 - 課題(ニーズ)に即応した解決の提示(プランニング)
- ・サービスの掘り起こしと開発
 - 眠っているサービスの活用と新しいサービスの創出

地域ケアシステムの確立に向けて

- ・相談相手によって左右されない(だれに相談しても同じ結果)
 - 調整会議に集約され同質、同量のサービスが提供される
- ・ニーズの共有と共感(みんなで支える)
 - 一つの機関の頑張りでは、多様な地域の課題に答えられない
- ・役割分担ということはもてる機能を出し合うということ(地域資源評価)
 - ニーズに対して何ができるかを地域に公開する

おわりに

安心して地域で暮らすには、気軽に相談ができる体制と、生活を支援する具体的サービスが必要とされている。しかも、即応性と利便性が必要不可欠な条件である。これまでのようにサービスにニーズを合わせるのではなく、ニーズに即したサービスの提供が求められる。そのためには関係機関がニーズを中心として、それぞれが有する機能やサービスを弾力的に運用し、役割分担していくことが求められているのではない。

【分科会 1】地域生活の実現と支援ネットワーク

本人及び親の立場から

伊達市地域生活支援センター 小林 繁 市

1. 地域生活を実現するための2つの視点

1) 施設を出て地域に暮らす

～施設に暮らしている人達の地域生活への移行～

2) 施設に入らないで地域に暮らす

～今地域で暮らしている人たちの維持継続への支援～

2. リハビリテーションを問い直す

1) みなかけがえのない命、そして人生は一度きり

2) 障害を持つことは不運なことであるが、恥ずかしいことではない

3) すべての人間は幸福を求める権利がある

4) 人間10人10色、10人10味、みんな違ってみんないい

5) 障害者からの解放（オープンマインド）～心のバリアフリー～

①本人のバリア ②家族のバリア

③支援者のバリア ④地域住民のバリア

3. 障害を持つ子の家族の連帯と支援ネットワーク

1) やわらげることのできない親の愛（悲しみ）

2) 消すことのできない将来への不安

3) 家族の共生は最大の「治癒の力」を持つ

①衝撃（ショック）期 ②否認期

③混乱期（怒り、恨み、悲嘆、抑鬱）

④解決への努力期

⑤受容期（同意、寛容、信頼）

4) 障害を持つ子の家族の連帯とピアサポート

①おもちゃ図書館 ②だっこの会

③ファミリーサポートボランティア ④おやじの会

5) 伊達市障害者福祉計画の策定をめぐって～町全体を家族に～

【分科会 1】地域生活の実現と支援ネットワーク

地域生活の実現と支援ネットワーク

かさはら医院 笠原吉孝

***地域生活とは** …地域の生活とは、所謂「娑婆」での生活と考える。娑婆とは、ある国語辞典には「一般の人の暮らす自由な世界」となっている。

地域生活を支援する福祉を、在宅支援の福祉と書き換えた時に、地域＝在宅として、生まれ育った場所即ち親元での生活と混同するケースが多い。事実今尚多くの入所施設で夏休みや正月と称して長期間強制的に親元に障害者を帰している。私でも成人して長期間親元に帰ることは無かった。お互い息苦しい。2、3日で故郷は味わえる。長期帰省、これが一般人・福祉人を含めた多くの人に、地域・在宅福祉のイメージを歪めさせる基になっている。

私は敢えてここで地域生活を娑婆生活と言いつけたい。娑婆という言葉は、刑務所生活から釈放されて戻るときによく使うので、些か下品な言葉に見える。しかし、日本の現状での福祉を考える時に、在宅を娑婆と夢見たい。

「自由な世界で暮らす」意味は、30才や50代の障害者にとっても即親元で暮らす世界とはならない。入所生活が務所と感ずることがあれば、親元以外でも本人が自由を味わえる生活の場を探さなければならない。

***現実を阻害するもの** …娑婆生活の実現を阻害するものは、様々な要因があろうが最大のものとは本人の障害が現状の社会構造で受け入れられ

ないことにある。在宅障害者の生活を支援する社会的資源が薄いと考えられている。その状態で娑婆生活を強行しても自由は得られない。確かに長い歴史から入所施設での生活支援に比べて、地域社会には障害者支援の要素は薄い。

だが、我々は今何故地域社会の社会資源として、入所施設資源を除外するのだろうか。除外はしていないとの反論はあるが、決して大いに使っていない。もし、入所施設が障害者の支援に得意なら、これを娑婆支援にも使えば良い。

しかし、この論理を遂行するには関係者の抵抗が強い。日本の所謂関係者に福祉(幸せ)の遂行よりも、形態の保守に向いている人が多いのではないか。ネットワークを組む前に、この論議を先に済ませなければ進まない。

***障害者支援と医療** …私の立場からこの問題に触れなければならないが、まだ当たり前の世界に成っていないのは恥ずかしい。もう20年も前に福祉に携わった時に申しましたが、医療は福祉の一部だと思う。人間の幸せを得るのには健康は基本になる。即ち、医療は福祉の一要素。この分野の支援が遅れているのは、隔離・分離の福祉が先行して、一般医療界に障害が接しなかったことにある。多くの医療関係者は障害にどう対処すれば良いのか分かっていない。相手を理解できずに、診療に時間がかかるのも逃げの要因。これらを越えなければならない。

【分科会 2】 生活の定着と求められる支援

伴走者としての関わりと自己決定の尊重を

沖縄県ふれあいセンター 永山 盛秀

精神障害者における障害の現れ方は、精神症状の強弱だけでなく、周りの社会環境にも大きく左右されるため、医療の側からの関わりだけでは見えにくい障害がますます見えにくくなってしまいうように思います。

精神障害者を対人関係の上手でない、普通に生活することを困難に感じている生活者としてとらえることで、その人の精神障害の状況にあったリハビリテーションの方向性が見えてくるのではないかと思います。

障害の現れ方は千差万別であっても、生活者である障害者への働きかけ方には多くの共通点が存在するものと思います。

沖縄県のふれあいセンターでは、地域における精神科リハビリテーションの試みとして、『伴走者としての関わりと自己決定の尊重』を目標に掲げて下記のことに取り組んでいます。

1. ふれあいセンターではリハビリテーション事業の主人公が精神障害者自身であることを常に念頭に置くようにしています。

精神障害者のための精神科リハビリテーションなので精神障害者自身がその事業の主人公であることは当たり前のことでしょうけど、ややもすると事業提供者が中心となってしまう、事業のための事業になってしまいますこともあります。

誰が主人公なのかを常に念頭に置くように日常的に心がけることが大切でしょう。

2. ふれあいセンターでは精神障害者がどういう思いで活動に参加しているのかを把握するようにしています。

長い間自宅に引きこもりの状態だった障害者の場合はまず出かけて行ける場所を望んでいます。ひとりぼっちだった生活から脱出するため信頼し合える仲間を求めている場合もあります。

経済的に自立できるために働きたいと願っている障害者も決して少なくありません。

ふれあいセンターでは一人ひとりの参加の動機を大切に受け止めるように心がけています。そのため、参加者が増えることに応じて活動内容も増える傾向にあります。

3. ふれあいセンターでは、精神障害者がどういう活動を望んでいるのかも把握するようにしています。

参加の動機によって望む活動内容も変わってきます。ふれあいセンターでは多岐にわたる要求のすべてに応えることは出来ていませんが、可能な限り対応できるように精一杯努力しています。

4. ふれあいセンターでは活動内容を決める場合に出来るだけみんなの意見が反映できるように全体的話し合いの場を大切にしています。

ふれあいセンターではスタッフだけで活動内容を決めることは全くありません。どのような些細な内容でも常に、主人公である精神障害者たちを中心にみんなで決めるように心がけています。

活動内容を決める場合に、一人ひとりの参加動機が生かされるような内容になることが大切で、そのためにも活動内容を決める過程において民主的な話し合いの場がどう保障されるかが大切でしょう。

ふれあいセンターでは活動内容などを決めるミ

ーティングの運営や進行役は原則として障害者自身が担うようにしています。

5. ふれあいセンターでは活動内容を決める場合のスタッフの関わり方にも気を配っています。

ふれあいセンターではスタッフも対等平等の立場から積極的に発言します。情報量の違いや社会的経験の違いからスタッフ主導になってしまう危険性があることにも気を配る必要があります。

6. ふれあいセンターでは親兄弟姉妹から経済的にも精神的にも自立できるように目指すことを大切にしており、納得いく社会参加への思いも大切にしています。

ふれあいセンターでは「親なき後どうするか」ではなく、親が元気なうちに親や兄弟姉妹が安心できるような経済的にも精神的にも自立して納得いく社会参加が図れることを目指しています。

ふれあいセンターでは親兄弟姉妹にこれ以上の負担をかけないとの立場から、親兄弟姉妹の活動への参加を求めたり依頼することはありません。自分たちの力で運営できることを目指しています。

もちろん、親兄弟姉妹との関係を断つことが目的ではないので、望んで参加する方々については大いに歓迎しているところです。

7. ふれあいセンターでは「おしゃべりタイム」を大切にしています。

精神障害者への支援で最も大切な課題は対人関係で自信を回復させることだと思います。対人関係が上手でないため、相手の思いを受け止めることが困難であったり、自分の思いをうまく伝えき

れないために、人との交流を避けてしまっている場合が少なくありません。

ふれあいセンターではどのような些細な内容であっても、お互い同士で語り合う場面は大切にしています。それは、毎日のミーティングだけでなく、タバコを吸いながらの世間話なども含めて大切にしているのです。

いわゆる「おしゃべりタイム」のなかで、ごく自然に病気のことや服薬している薬のこと、家族のことや仕事のこと、結婚や子育てのことなど、人生を前向きに考えていくような話題がよく語り合われています。

8. ふれあいセンターでは指導者・助言者としての関わりではなく、協力者・伴走者としての関わりができるように心がけています。

ふれあいセンターでは一人ひとりの精神症状の違いや性格・価値観などをその人の個性として尊重し、リハビリテーション事業への関わり方の視点も指導者・助言者としての関わりではなく、協力者・伴走者としての立場を貫くようにしています。

精神障害者が既に出来る課題や出来る可能性のある課題については、そのチャンスを奪わないように、担当を任せるようにしています。

過度の負担になる課題やまだまだ困難と思える課題についてまで、いきなり任せるのではなく、ある程度の流れを作ってから徐々に任せていくように心がけています。

しかし、たいていは任せきれずにチャンスを奪いがちだと思います。その危険性を常に持っていることを念頭に置きながら、協力者・伴走者になれるように努力したいと願っています。

【分科会 2】 生活の定着と求められる支援

精神科医療と地域生活支援の接点を考える

東京都立精神保健福祉センター 川 関 和 俊

1. はじめに

精神障害の特徴として、病気がいったん安定した後も、薬を飲まなかったり、日常生活で過剰なストレスをこうむることで、病状の不安定化や再発が起りやすく、長期間にわたって病気と障害が並行するという点がある。これは精神障害者の援助には医療と福祉の双方が必要である根拠となり、昭和63年の精神保健福祉法で社会復帰施設が盛り込まれ、平成7年の精神保健福祉法で福祉が盛り込まれることになった。

精神科医療はこれまでの歴史から特殊な閉鎖的なものと見なされがちで、事実まだまだ変わっていない面も多く、「いつでも」「どこでも」「だれでも」かかりやすい精神科医療への転換が切に求められている。気軽にかかりにくいのは精神科医療の大きな問題である。医療機関が住んでいる身近な所に少なくして偏在しているという物理的なアクセスの問題とともに、病院の環境を整備し、インフォームド・コンセントや開放的な処遇に力を入れて、心理的にももっと気軽にアクセスできるようになることが重要である。

また、医療の重要性ばかりをあまりに強調しすぎると、医療が抱え込んで保護的・指示的になりすぎ、本来個人が獲得し保持すべき自己管理や意志決定の能力を弱めたり、社会参加の幅を狭めてしまうなどの問題が生じやすい。この点では、精神障害者の援助者が本研究会等で他障害の歴史と現状から学ぶことが多くあると思う。

2. 地域生活支援を志向する精神科医療

精神科医療の過去及び現在の問題点を語ればき

りがない。しかし、最近の精神科医療では地域生活支援の一翼を担っていかこうとする積極面も増えている。最近の変化のよい面を紹介する。

(1) 精神科診療所（クリニック）の増加

精神科を標榜している診療所は全国で約3200か所あり、特に都市部で増えている。身近にあり、かかりやすい長所がある。地域サポートに力を入れている所、神経症やうつ病を主としている所など、内容はさまざまであるが、地域で作業所やグループホーム等の設立に積極的に関与し、精神障害者を支える地域ネットワークの中で役割を果たしている所も増えている。東京都における精神科クリニックの活動を表1に示す。

(2) 病院・診療所の訪問看護

精神障害者に対する訪問看護は昭和61年から医療機関で診療報酬の対象として認められるようになった。また、平成6年には訪問看護ステーションからも精神障害者の訪問看護が認められるようになった。訪問看護は地域で暮らす当事者の不安を和らげ、再発を防止する上で大きな役割を果たしている。またこのような地域支援は、病院自身にとっては、病棟、外来、ワーカー室等の連携により、地域に開かれたハビリテーション活動を活性化させることにつながりうる。また、同様に訪問活動を行う保健所、福祉事務所、さらに今後はホームヘルパー等と連携した地域サポートとして、病院のみで自己完結させない援助が重要である。

(3) 休息入院

軽い病状のうちに1、2か月ほどの任意入院を行い、また地域生活に復帰する。何が何でも入院は絶対避けるという援助では、支える周囲の家族や職員は疲れ切ってしまうし、入院治療は場合に

より必要である。また、早目に短期の入院治療を受け、地域生活に戻るようになれば、本人にとっても入院治療のイメージがよくなり、治療方法としてもっと気軽に選択しやすくなる。

(4) ショートステイ

国の要綱に定められたショートステイは、現在は生活訓練施設（援護寮）のみで行われており、60か所で開催されているのみだが、今年度の精神保健福祉法の改正で平成14年度からは市町村事業としても実施できることになった。

家族の病気や冠婚葬祭などの理由のみならず、家族としばらく距離を置いたほうがよい場合、単身者の疲労回復、公営住宅の補修期間やアパート退去後の再確保までの期間など、利用価値は大きい。

(5) 精神科救急医療システムの整備

一般科医療並みの、近くてかかりやすいシステムが求められる。ショートステイ—休息入院（任意入院）—ソフト救急（医療保護入院中心）—ハード救急（措置入院中心）の一連のものとして整備すべきだが、現在はまだ夜間休日のハード救急のシステム（一般科医療では三次救急に相当）を国の補助金により各県で整備つつある

段階である。

3. まとめ

とかく医療の専門性としては病気を生物学的な視点から見るのが中心となり、患者の生活に着目することがおろそかになりやすい。医療従事者も、地域生活を援助する者に求められる共通の視点として、もっと患者を取り巻く社会的環境的な因子に着目できるようでありたい。

また、最初にも述べたように、医療が手を延ばしすぎると自立と社会参加を阻害しやすい面がある。現状では、社会復帰施設を作るには法人格、土地等の資産、スタッフの確保が必要なことから、医療機関が法人として社会復帰施設を作るケースが多い。これは援助資源を拡げていく歴史の一過程であるかもしれないが、多機関・団体及び多職種が役割分担する中で各々の特徴と専門性を生かして援助の幅を拡げ、その中でユーザーの主体性もより発揮できる方向に進んで行くべきである。精神障害者への援助に携わる者としては、三障害の統合化の大きな動きの中で他障害の援助の歴史と現状に触れながら、特にこのことを強く感じる。

表 1

精神科クリニックの活動	
東京都の場合	
総 数	約 4 5 0 か所
デイケアを実施	9 %
夜間休日診療（夜間は19時以降）	1 8 %
訪問看護を実施	1 4 %
往診する所	2 6 %

【分科会 2】 生活の定着と求められる支援

その人らしい生活を地域で築くために

麦の郷 江上直子

1日めの全体会でも麦の郷からの報告をさせていただいた。そのときは、スライドを使って、麦の郷の施設や活動を紹介することに力点を置いた。そのぶん、2日めの分科会では、私たちが現在直面している問題に、よりせまった形での報告内容になった。以下でその概要を述べる。

1. 3つの生活の場の大切さ

私たちは、障害を持って地域で生活していくためのさまざまな条件づくりを、障害を持つ人たちから学び、必要にせまられて生み出してきた。

その経過から言えることとして、次の3つの場の重要さに気づいていきたい。それは、

- (1) 住まいの場
- (2) 労働や活動の場
- (3) 仲間と出合う場

である。

2. 地域でぶつかっている問題

地域生活支援センターなどの相談活動のなかで、現状の3つの場の条件整備がまだまだ充足していないこと、さらに、どこへも行き場がなく、長期に在宅生活を余儀なくされ続け、その状態が固定化するに至っていることなどに今さらながら改めて気づかされ、ここに焦点をあてたとりくみを考えさせられている。

3. きめこまかい活動づくりを

私たちは、在宅状況が長く、なかなか活動の場へ出てこない人や生活の希望を自分でつたえたり、決定する力によわさをかかえている人と出会うなかで、新たなとりくみの手がかりを探っている。

ホームヘルプサービスのような出向く活動の検討と共に、当事者どうして情報を伝達し合うなど当事者中心の活動への期待がされている。

【分科会 3】自立生活に向けたピアサポートの実践

自立生活へ向けたピアサポートの実践 ～メインストリーム協会～

メインストリーム協会 佐藤 聡

メインストリーム協会とは

メインストリーム協会の目的は、障害者の自立生活を支援することです。障害が重くても、自らの意志で、自由に自立した生活を送る権利を持っています。現在12名のスタッフがおりますが、このうち10名は障害を持つ当事者です。障害者が中心となって運営しております。

1989年に設立したのですが、当時は自立している障害者はほんの2～3人でした。しかし、94年から介助料制度も整い始め、自立生活をする障害者も徐々に増え、今では15名になりました。初期に自立した人は、自立への意欲が非常に強い人達です。新聞を見たり、人づてに聞いたりして向こうからこちらにやってきてくれます。比較的スムーズに自立できますが、すべての人がこのように、積極的なわけではありません。施設での生活が長く続き、経験が不足し、自分への自信を失い、自立への意欲をすぐには持てない人達が沢山おります。これからは、いかにして施設・在宅の人達に自立への意欲を持ってもらうようできるかというのが大きな課題です。

施設・親元から自立生活へ

待っていても、向こうからはなかなか来てくれません。そこで、こちらから施設に出向いて誘うということを始めました。訪ねて行って、仲良くなりどんどん「盛り上げ」ます。そこで、「今度外出の練習をするプログラムをやるんだけどこない？」と誘います。参加してくれたら、そのプログラムを通して、少し自信をつけてもらい、今度

は本格的に自立を目指す自立生活プログラムに誘います。プログラムで様々なことを学び、自信をつけ、自立への意欲を持つようにどんどん、盛り上げていくのです。本人が自立への意志を固めれば、事務所の2階にある自立生活ルームで練習し、自立となります。もちろん、みんながみんなすべてスムーズに行くとは限りません。自立生活を始めたけど、問題が多くて上手くいかないという人もいます。たとえば、お金を計画的に使うことができず、月初めに沢山お金を使ってしまい、月末には介助者に払うお金が無くなってしまったという人や、介助者との関係を上手く作れず、介助者が定着せずにどんどんやめてしまうという人もいます。どういうことが問題になっているかを本人と話し合い、必要であれば個別にプログラムを行います。毎週1回事務所に来てもらい、先週はどうだったかということと話したりします。こういったことを確実に行っていくと、必ず上手くいくようになります。本人もいろいろと大変ですが、施設へ戻りたいといった人は一人もいません。

障害者甲子園

自立を促すために、障害者甲子園という大会もやっています。これは、高校生の障害者を全国から50名西宮に呼んで、地元の高校生50名と一緒に3泊4日で合宿するものです。自立や人権ということを話し合い、交流をします。介助もすべて地元の高校生が行います。この大会に参加するには1つ課題があるのですが、どんなに障害が重くても一人で西宮まで来ることです。移動時間が長く、途中でどうしても介助が必要な人は介助者を認め

ますが、親や学校の先生以外の人にして下さいといっています。これは、一人で公共交通機関を利用するという経験を積んでもらいたいためです。障害があると周りが心配して一人で移動するという経験を積むことが非常に少ないのです。本人に力がないからできないわけではありません。経験が無く、自信を持ってないだけです。そこで、この機会に自分の力でやるという経験を持ってもらい、自信をつけて欲しいのです。毎年、大会が近づくと電話がかかってきます。ほとんどが親からです。「うちの子は障害が重くてとても一人で電車になって乗れませんから、私が一緒に付いていきます」というものです。何が心配なのかということをよく聞きます。そして、駅が階段だけで上がれないというのであれば、駅員に話したらちゃんと手伝ってくれますとか、一つ一つ方法を伝え、励ますのです。そうやって、一人で来てもらいます。来るときは緊張した感じだったのが、帰るときには自信満々の顔に変わっています。経験というのはとても大切で、一度できれば、自信がついて次からは何度でもできるのです。

この大会の中で、みんなに自立を勧めます。重度の障害者は自立なんてできるとしてもいない人が沢山います。制度はこういうのがあって、意欲さえあれば自立できるんだということを説明し、その気になったらまた連絡をくれるようにいいます。この大会のあと、西宮に出てきて自立した人もいますし、それぞれの地元で自立していった人も沢山います。

前日の質問に関連して

昨日チャンピオンレポートの時に会場からの質問で、「楽をする権利、からだを気持ちよくする権利、今までは疲れることやしんどいことでも、がんばらなくてとはと、やってしまう。」という話があったが、これは、大人には当てはまっても、子どもには当てはめられないのではないか。子どもは可能性があるから、最大限の機能を身につけるためにリハビリをやらなければいけない。やめて、介助者に頼ってしまったらそこでストップし

てしまう、というご意見がありました。この質問に関連して、少し違う角度からお話したいと思えます。

障害者は社会性がない人が多いとよく言われます。僕はこの意見は現実だと思います。なぜ、障害者は社会性や生活力がないのでしょうか。

例えばここに、障害があっても不安定だけどどうにか自力で歩ける人がいます。この人は、自分で歩くことに非常に強いこだわりがあります。でも、障害があるから、歩くのはとても大変です。多くのエネルギーが必要で、しかも長い距離は歩けません。暑い時期でもないのに汗だくになって、ふらふらになって歩いています。なぜそんなにがんばるのでしょうか。そんなに歩くのが大変ならば、もっと楽な車椅子に乗ればいいと思うのです。車いすを使えば、もっと楽に自由に移動できます。歩くのが大変であれば外出はなかなかできません。外出しないことによって、経験が不足し、本来身につくべき経験や力が身につかなくなっていくのではないのでしょうか。歩けるという能力にこだわることではなく、社会の中で生きるということを中心に考えれば、その為が一番良い方法をとった方がいいと思うのです。

自分でやると10しかできなくても、それを車椅子や介助者を使うことによって、100くらいできるようになる。100できることで、より多くの経験ができ、社会性が身についてくると思うのです。それを僕は重視したいと思うのです。それは、大人も子どもも同じです。

人権意識の重要性

リハビリの専門家と自立生活センターの違いは何かという話が出ました。堤さんは「障害を否定的にとらえるか、肯定的にとらえるかの違い」と言われました。僕はもう一つ付け加えたいと思います。それは、人権意識が高いかどうかということです。自立生活センターの職員は、この人は人権を保障された生活が送れているかどうかということなどを常に考えています。

福祉事務所に行って、制度を使いたいのに断れ

たという話をよく聞きます。その人にとって必要不可欠のものであっても、対象外であれば使えない。あるいは、どんなに必要であってもそのような制度がなければそれ以上はできないと言います。そして、そこですべて終わってしまいます。でも、自立生活センターはそこでは終わりません。制度がなければ要望し、創っていかうと行動します。制度がないのがおかしいのです。誰でも人権を保

障された生活を送る権利があります。だから必要なものは創って行くべきなのです。このサービスや制度で障害者の人権が保障されているのかどうかということを、常に考えることが非常に重要なのです。ですから、障害者に関わる仕事をする人は、人権意識を高めることが必要不可欠だと思います。

【分科会 3】自立生活に向けたピアサポートの実践

リハビリテーションサービスの提供とピアサポート

埼玉県立大学 丸山 一郎

リハビリテーション・プロセスにおける「ピアサポート」を、障害のある人によって提供される専門的（他の人にはできない）サービスや支援とするならば、我が国においても、その歴史は古いといえる。

身体障害者福祉法の制定（1949年）当初から、障害をもつ人自身を身体障害者福祉司や相談担当者として採用することが勧められていた。更生相談所や更生援護施設には多くの障害をもつ人々が専門職員として採用されている。

制度的には1967年からの身体障害者相談員制度が発足して、身体障害をもつ人による相談体制が整備された。現在強調されている「ピアカウンセリング」もここからあったといえよう。

また、盲・ろう・リウマチ・低肺機能・喉頭摘出・オストミーなどの障害団体は、自ら相談事業やリハビリテーション事業を実施しており、政府や地方公共団体の委託や助成をうけている「ピアサポート」の実践である。

リハビリテーションサービスにおいて、現在強調されている「ピアカウンセリング」の重要性が認識されて、「ピアサポート」が専門的サービスとして位置づけられたのは、1960年代の順天堂大学病院リハビリテーション科における盲人自身の松井新二郎氏の起用が最初ではないかと考える。

氏は自らのリハビリテーションサービスを受けた体験をもとにして、失明を受容する事や新たに生きるカウンセリングを行ったのみに止ま

らず、リハビリテーションサービスの改善や新たなサービスの開発に大きな業績を残している。さらに、氏の活動は運動を組織して制度改善などを実現させている。

長年の積極的なリハビリテーションサービスの結果ともいえる米国の障害者運動が、リハビリテーション法を改正して「自立生活サービス」を規定しピアサポートを明確にした。そこでは、従来のリハ・サービスの概念の転換を求めたのである。

この分科会では、我が国でも長年行われてきた障害のある人自身の活動の役割とリハビリテーションサービスにおける「ピアサポート」の現状において、特に自立生活をめざしているピアサポートの考え方を以下のように明らかにした。

○障害のある人々同士には、障害のないものとの間には持ちえない、いわば激変や破局的な状況に陥った体験の共有と共感がある。

その状況を積極的に切り開いてきた自らの経験と現在も障害のある人として直面する課題を、ピアカウンセラーは提供し共有しようとするものであろう。

こうした同士による相談・支援活動は前述したとおり以前から、また現在も多くの団体やグループによって実施されてきた。こうした活動のいわゆる専門職によるものとの違いは、前述した松井

新二郎氏の例のように明らかに実証されている。(会場からも実際に氏のカウンセリングを受けた障害のある女性の強調した発言がなされた。)

また、喉頭摘出やオストミーなどの人々の相談活動の実際には専門職の出る幕は全くないのである。

○日本の自立生活運動において特別強調されているピア・カウンセラーが、こうした他団体の同士支援(ピア・サポート)とは区別をしている理由について、堤愛子氏の考えを聞いた。その違いは、氏の報告にもあるが端的に言えば「“障害”を肯定するか、否定するかである。」であった。「障害をもつ自分たちをそのまま好きであることと、障害を良くないことと否定すること」との違いでもある。また、あえて言えば「障害のある人自身が仲間の相談に応じるときに、行政の側に立つのか障害者の側に立つのかの違い」とも表現した。

氏の強調されたのは相談・支援の本質であり目標のことである。同士である障害をもつ人自身であっても、問題となるのは人生と障害に関する考え方にある。

リハビリテーションにおけるピア・カウンセリング、ピアサポートは、ピア(同士・仲間)の形でなくその本質(障害観や価値観)が問われることである。

[分科会を終えて] 問題としたいのは、「リハビリテーション」が我が国ではますます医学的範疇にとらえられ、あたかも機能訓練の如くに狭く考えられてしまったことである。リハビリテーションはそもそもが、自由やプライバシーを

含め人権の回復をめざす社会的な活動である。ことであるのを忘れている。あえて言えば、障害のある人々の権利回復や社会参加を目指さないものはリハビリテーションサービスとは言えないのである。

重度障害のある人々に対するリハビリテーション・サービスの不在を批判され、半世紀を経過した米国の「職業リハビリテーション法」は約30年前に「リハビリテーション法」に改められ自立生活を規定した。この法律をもとにした我が国初のハビリテーション(更生)法である身体障害者福祉法は施行50周年を迎えているが、リハビリテーションの社会的意義は逆に薄れつつある。

リハビリテーションは、障害があるための不本意な生活を我慢するためのものでもなく、非障害者の平均的な生き方を敗北的に追従することでもない。リハビリテーションは心身に障害のある個人の最大限の自立(自律)を達成し社会的不利を予防して、(消極的に元に戻るのではなく)新たに生きることを支援することである。

だれもが人生において程度の差はあれ自分のまわりの環境の喪失を経験する。その点からはリハビリテーションは、すべての人にとって必要なことなのである。ピアサポートで強調される積極的な障害観は、すべての人に必要なことである。

リハビリテーションを体験した(障害のある)人は、障害のある人々のみならずすべての人々のピア・カウンセラーとして期待されていることを意識して欲しいと考えるものである。

【分科会 3】自立生活に向けたピア・サポートの実践

子どもにこそ、「障害」に対する肯定的なまなざしを

町田ヒューマンネットワーク 堤 愛子

自立生活サポートの実践例から

この分科会では、冒頭3人の発題者からの発言があり、私は、抄録に添って、以下のような実践報告を行った。

町田ヒューマンネットワーク（以下MHNと略す）で行っている自立生活のサポートを、Aさん、Bさんの2人を例に見てみたい。

☆Aさん（女性、30代、脳性マヒ）

母親と2人暮らしの1993年より、自立生活体験アメリカ旅行やピア・カウンセリング集中講座に参加。95年11月、自立生活体験室を1週間利用。96年5月より自立生活スタート。当初は週1回自立生活プログラムを受講する他、献立づくり、金銭管理、ピア・カウンセリングのため、週2回ピア・カウンセラーの訪問による、個別プログラムを受ける。

3年後の現在は、スペシャルクラス（肢体不自由と知的障害を併せ持つ人向けのプログラム）に参加。その他、週1回ピア・カウンセラーが訪問し、介助料の管理を手伝ったり、ピア・カウンセリングを行ったりしている。

☆Bさん（男性、50代 脳性マヒ）

重度障害者授産施設入所中の1994年頃より、自立生活プログラムに参加。96年に自立生活を希望するが、けがにより断念。97年より再び自立生活を希望するが、家族の同意が得られず難航。この間、コミュニケーション支援のための個別プログラムを行う。99年4月より2か月間自立生活体験

室を利用し、実績を積みながら家族を説得。8月よりアパートを借りて自立生活スタート。現在自立生活プログラム「制度に強くなろう」に参加。またピア・カウンセラーがときどき訪問し、手当取得や介助体制の確立を手伝っている。

Aさん、Bさんとも、住宅探し、改造はMHNが全面的に協力。生活費は障害基礎年金、特別障害者手当、重度心身障害者手当等、合計約18万円でまかなっている。手続きは、ピア・カウンセラーが役所に同行し援助を行う。介助はホームヘルパー制度（1日12時間）と、東京都の全身性障害者介護人派遣サービス（1日8時間）を利用。介助者はアルバイトニュースやタウンワークで募集し、ピア・カウンセラーが同席のうえ、面接、決定している。

この2人の場合、MHNの支援サービスをフルに活用し、自立後のフォローも受けているが、利用者の力量によっては、このうちのひとつかふたつ（例、住宅探しと介助者確保のみ）の援助で自立していくケースも多い。

発題者のひとり、丸山一郎さんより「従来からあった身体障害者相談員制度や患者会も、ピア・サポートではないか。昔と今の、どこが違うのか」という、問題提起があり、私は、「重要なのは『昔と今の違い』ではなく、『質の違い』ではないか。つまり、障害者自身が仲間の相談に応じるときに、行政の側に立つのか、障害者の側に立つのか、立つ位置の違いだと思う」と発言したが、会場の宮尾さん（障害者）からは、それに加えて「障害者の側に立って、ときには行政と戦い、社

会変革をしていくのが真のピア・サポート」という、明快な発言をいただいた。私もその解釈に大賛成である。

おとなと子どもは違う？

前日、私のチャンピオンレポートで紹介した「私たちの権利」（自立生活センターの自立生活プログラムで使用しているもの）の中にある「自分のやりたいことを人を使ってやり、それを自分でしたことにする権利」について、参加者から、「おとなの場合は、障害がある程度固定しているからこの『権利』もあてはまるかもしれないが、子どもの場合はまだ伸びる可能性があるから、この『権利』を言ってしまうとまずいのでは」という発言があった。

分科会には、その発言をしてくれた方も参加しており、その議論を分科会に持ち越した形で、さまざまな意見が活発に飛び交った。

会場からは「ピア・カウンセリングと出会って、かたくなだった自分の心がほぐされていった」という体験談や、「子どもの頃、足を手の代わりに使うと『手を使いなさい』と怒られたが、ある年齢になったら、『手を使うのは限界だから、足を使うようにしなさい』と言われ、矛盾を感じた」という障害者の方からの発言、「リハビリテーションとは、可能性を追求し、選択肢を作っていくことではないか」というリハビリテーション従事者の方の発言等、さまざまな印象的な意見があった。

それらの議論を受けて、まとめとして、私は以下のように発言をした。

「自分のやりたいことを人を使ってやり、それを自分のしたことにする権利」には、「介助者の失敗に対する責任を負う義務」も伴う。それはおとなも子どもも同じだと思う。「その人の可能性を追求し、選択肢を広げる」というリハビリテーションの意味も、おとなも子どもも同じだと思う。

おとなと子どもに対し、あえて「違い」がある

とすれば、子どもは価値観が確立していないからこそ、より慎重に向き合っていく必要がある、ということではないか。

たとえば、手の不自由な子どもは「どこまで手を使えるか試して見ようね、ダメだったら、足を使っていいんだよ」とは言われず、「足を使うなんてお行儀が悪い」と、親や周囲の大人から言われてしまう。その中で、「手を使えないのはいけないこと」という価値観が植え付けられていく。それ以外にも、「歩けなかったら車いすを使ってもいいんだよ」ではなく「車いすなんか使うようになったら困るでしょ」、「できないことは人に頼んでもいいんだよ」ではなく「できないと、おとなになってから困るよ」と、半分おどしのように言われてしまいがちだ。「選択肢を広げる」のとは、大違いだ。

私自身、「おとなになってもそんな歩き方していたら困るよ」と言われてきたし、言語障害のある私の友人（脳性マヒ）は、「黙っていれば、ふつうの子どもに見えるのにな」と言われて育ったという。これは、子どもにとってはものすごい抑圧ではないだろうか。そんなふうに、多くの障害者は子どもの頃、「障害、イコールよくないこと」という否定的なまなざしを受けて、障害に対するコンプレックスを植え付けられてきた。

私たちは、ピア・カウンセリングなどを通して、そのような思いを仲間同士で聞き合い、共感しあい、心の傷をいやして、障害をもった自分たちををのままで好きになってきた。リハビリテーション関係者は、まず私たちのそういう思いに耳を傾けてほしい。

この分科会では、障害者自身からも活発な発言がたくさんあった。障害者と専門家が、同じ土俵で意見交換できるようになったこと、そして、専門家と言われる人たちが、私たちの声や活動にきちんと注目してくれているという実感がもてたことが、私にとってはすごく嬉しかった。

分 科 会 報 告

司 会：指田 忠司（日本障害者雇用促進協会）

報告者：分科会1 石渡 和実（東洋英和女学院大学）

分科会2 池末美穂子（日本福祉大学）

分科会3 赤塚 光子（立教大学）

指田／三つの分科会にわかれて、第一分科会は「地域生活の支援」、第二分科会は「生活の定着と求められる支援」、第三分科会は「自立生活に向けたピアサポートの実施」と熱心にご討議いただきました。

それぞれの分科会の司会者3人に、壇上に来ていただいています。第一分科会の石渡さん、第二

分科会の池末さん、第三分科会の赤塚さんが順次内容をまとめてくださいます。

それぞれの分科会の全員が出るわけにはいきませんでしたので、ご出席できなかった分科会の報告を、お聞きください。そして、時間の許す限り、会場からも質問をいただき、分科会の内容を参加者全員で共有したいと思います。

【分科会 1】

地域生活の実現と支援ネットワーク

報告者 石 渡 和 実
(東洋英和女学院大学)

伊達市における知的障害者の支援

「地域生活と支援ネットワーク」ということで、伊達の小林さん、滋賀県の信楽で生活支援センターで実践していらっしゃるコーディネーターの中島さん。障害児者支援の笠原さん、3人の方に発表いただき、いろいろな視点が出ました。まず小林さんの指摘で、知的障害の方に視点をあてました。地域生活をしている89%が、現実には親、兄弟との生活という実態を踏まえ、20歳を過ぎても親兄弟としている支援のあり方、家族支援、地域支援のあり方。本人支援を語れるような地域生活にならないといけないという指摘がありました。そしてあわせて、知的障害関係に福祉サービスの予算がどう配分されるかという、施設に99.2%、地域生活支援では7.8%。このお金の流れは、地域にシフトしていくようなサービス体系を作らなければ、本当の意味で地域生活支援は語れないという指摘でした。

そうすると、ここに来ていらっしゃる方の大半は、失業してしまうことになりかねませんが、現実こういう状況を含めて、新しい支援システムをどう作っていくかというときに、やはりこれまでのサービスが、サービス提供側、施設機関の枠のなかで、本当の意味で利用者が地域で生きることのニーズには、応えていなかったということになります。

滋賀県甲賀のケアマネージメント

滋賀の中島さんから、いま実践でどう苦労しているかという、地域で生きるということの、利用者のニーズの掘り起こしが現実には大きな課題に

なっている。いままでの施設・機関のサービスでは、こういうことしかできないですよ、あるいはそれには応えられませんよというサービスの提供を受けていた利用者は、自分のニーズが何かを明確にしきれない状況に、われわれが追いやってしまったこともあるのではないかと。ニーズの掘り起こしをどうやるか。この辺については、滋賀の実践ではケアマネジメントという言葉で語られますが、まずニーズを掘り起こすときに、支援者が自分の福祉事務所、相談機関で待っているのではなく、支援者が利用者の日常生活に入り込み、いろいろな専門家がプライバシーを侵害しない範囲で、その方の生活に入り込むと、地域生活のニーズが見えてくるという話もありました。ニーズが把握されたときに、ニーズに応えられるサービス提供システムをどうするか。これが現実にはできていない。滋賀の場合、サービス調整会議など、関連機関が一同に会し、利用者のニーズに応じていこうというときに、少しずつ実現できるようになったという話でした。

そしてそのような利用者の方のニーズがまずある。利用者ありきの視点にたつて専門家が力を合わせるという形をとり、サービスのあり方を考えていったことで、甲賀郡の福祉力がアップしたということの中島さんが言われました。

ニーズの共感

また、サービス提供者である専門家、利用者に対する向き合い方も変わってきたとおっしゃっていました。そういうことで、まさに専門家の力も高まって、サービス調整会議の場をうまく使えたことで、専門家の中の情報共有化が、本当の意味

でできた。

ある方は、このような場がまさに福祉力のアップまで言えるようになるためには、たくさんエネルギーと時間が必要とおっしゃいました。利用者のニーズを確認して、専門家が協力しあうところでニーズに応じていくための情報の共有化ができた。

そしてもうひとつ、利用者のニーズへの共感で中島さんは強調されました。今まで、そんなことまでとてもやれないとか、そんなことをいうのはわがままだと、専門家が切ってきた部分が多分にあった。そうではなく、本当に地域で生きようという場合、そこをなんとかしなくてはというニーズへの共感性が、専門家の視点を変えていくことになっていったのではないかというお話。

そんなふうに滋賀ではサービス調整会議が機能してきました。会議の結果、ケアプランを立てるときに、ニーズに応えるためには、すでにある社会資源をどうつないでいくかが求められるし、ないサービスをいかに新しく作るか、サービスの創出にも真剣に取り組んでいるというお話でした。

制度をニーズに応えさせる

このへん昨日あたりからの議論ですが、人生は待つてはくれません。今の貴重な時間をどう輝いた生活にしていくかということのために、ニーズに柔軟に答えるとともに、迅速性、いかに素早くそこに応えられるか、柔軟性をもったサービスを、中島さんは強調されました。ケアマネジメントという言葉で整理できると思いますが、新しいサービスのあり方を滋賀ではやっているということです。

そして伊達の小林さんは、いろいろな問題提起のなかで、やはりこれからの新しい福祉サービスを考えるとき、従来のようなお金の流れも含めて、サービス提供ではなく、新しい制度をどう実現していくか。地域の暮らしを支えるとき、たとえば今、福祉に使われている財源を地域にまわすというだけでも、かなりのニーズに応えられる。地域生活のニーズに応えられるような制度をどう整理

していくかというところが大事。

小林さんも今までのサービスは、支援者中心でそちらに重きがあった。本人のニーズに応えるサービスが、どうあったらいいか問われてくる。

すべての人のQOLとして

こういうなかで今までのリハビリテーション、福祉サービスを考えると、営利中心の支援であったのではないか。本人をどう変えていくか、普通の人に近づけるか。そのような視点だった。そうではなく、これからは本人の生活、徹底してQOLを追求していきたいと。QOLというときに、障害のあるなしにかかわらず、あたりまえに自分が納得できる生き方を、障害のある人も普通の市民として暮らせる支援システムを作ることが大事だと強調され、そのなかでチャンピオン・レポートのレジユメでもありましたが、これからの高齢社会を考えるときに、すべての人が障害者になり得る社会だと考えて、いま障害をもった人が、本当に地域であたりまえに、普通の市民として暮らせるような支援システムができれば、高齢社会になっても恐くない。

こう考えると、「障害者が未来を開く」という言葉が使われていましたが、障害者を支えていくシステムを考えるのは、21世紀の新しい未来を開いていくことにもなるという指摘をしてくださった。今までは障害者を特殊な人と考えて、特定の専門家だけで支援するような流れが現実にあったわけですが、これからリハビリテーションは、そういう普通の市民の暮らしのなかで、障害がある方も十分に暮らせるようなシステムを考えていかなければいけない。ですから人権が盛んにいわれるけれども、同じ人間なんだという共通認識に立って、リハビリテーションも特殊な人ではなく、障害ゆえの特殊なニーズにどう応えていくかという視点で考えなければならない。

そうなったときに、総合リハビリテーションを問い直すのが、今回のテーマです。障害者を特別視するところからはじまったリハビリテーションを、市民として普通に生きてゆく支援のあり方を

考えるという視点で、これからのリハビリテーションが問い直されなければならないだろう。

この話をしてきたなかであらためて、重い障害をもつ人の地域生活は何か、という問いが寄せられ、やはり重い障害者は施設で暮らすしかないのか、という現実がある。

サービスの再構築を

そこで、医師ということで話をいただいた笠原さんから、厳しい指摘がありました。

施設か家庭かということ、私たちは何年議論したのか。ここでずっと停滞していて、まったく一歩も進んでいない。そうではなく、視点を変えて、施設か在宅かというのではなく、選択肢を増やすことも必要だし、たくさんの選択肢をどうつなぎ合わせるかということで、サービスが再構築されなければならないだろう。いろいろな議論があって、21世紀に向かって基礎構造改革が行われていくなかで、よくいわれることですが、痛みを伴わない改革はないという言葉であらためて考え、いま私たちが提供してきたようなサービスを、仕

事を失うことを前提において、私たちが培ってきたノウハウは、新しいサービスのあり方に必ずつなげていくと思います。そのなかで利用者を中核においたニーズに応えるサービスを提供していく専門家に、どうしてなっていくか。ニーズに応えるときには、地域生活という、それぞれの暮らし方をどんな風に豊かにしていくか、となっていくだろう。

そして、昨日のチャンピオン・レポートで小林さんが、「地域を紡ぐ」とおっしゃいました。地域で網渡りの人生を送っている障害者の方を、本当に支えられる網の目をどう張るか？ これは中島さんが言っていましたが、保健医療福祉という専門家で、障害者自身、家族の力をどうネットワークの中に入れ込んでいくか。それが大事になっていくと。地域を紡ぐという小林さんの言葉をひねって、専門家が縦糸なら、その縦糸と本人や市民というような横糸とをどうつなぐか。そのうえで地域を紡ぐということになるのかなど。第3分科会の議論に見えてくればと思います。

【 分科会 2 】

生活の定着と求められる支援

報告者 池 末 美穂子
(日本福祉大学)

第2分科会の報告をします。資料集の20頁です。この分科会は、精神障害者の生活支援をしている報告が多かったので、参加者は30人ちょっとと小じんまりとしていました。進めやすい分科会でした。

沖縄の有限会社「ふれあいセンター」

沖縄のふれあいセンターという作業所から発展した有限会社です。グループホームを抱え込み、自分たちで計画を立てたクリニックも準備中です。形の上では法にもとづく、地域生活支援センターの出先のような内容です。きわめて自由な発想の実践です。さまざまなことがあります、結果的に精神の方が多く、なかには知的障害などの方もおられます。有限会社の作業項目は40種類くらいもあり、まずは入院していた病院の移動販売、スーパーをひらいたり、知的障害、視力障害の方の送迎を行うとか、仲間のなかで生まれた赤ちゃんを、保母の資格をもってる人が当事者同士で保育班を作り育てる、というユニークな活動でした。

そして、経済的、精神的親からの自立と、納得のいく社会参加の試みということ、共通のテーマに活動を進めています。

職員の関わりとして(レジュメ21頁7番)、伴走者として、当事者の体力の把握もし、ときには論争もしながら自己決定を練習する場を作りながら伴走する。それが職員の定義ではないかという提起でした。

「麦の郷」から

麦の郷の江上さんからの報告も続きます。昨日のチャンピオン・レポートで、たくさんのスライ

ドを見せていただきました知的障害者の作業所活動が出発点となり、20年間、知的障害者だけでなく、いろいろな障害者の方、高齢者、児童の分野まで広がった多様な活動という報告でした。しかし江上さんには次々と課題があります。

この活動を通して、生活の定着に必要なものを三つあげるとすれば、①住まい、②日中の活動、③仲間と交流できる場 ですが、限界があります。

具体的な例として、お母さんが亡くなった男性が、日中の活動に参加できない。仲間との交流もなかなかできない。この方を通して、自分で決めていくことに弱さを持ちながら生きている一人ひとりに、麦の郷の今の受け皿では足りない。何と何が必要なのか深刻に考えているというお話でした。

ホームヘルプサービスが、精神のほうはこれから始まる予定ですが、残念なことに地方自治体にお金がなく、介護保険が目の前でもあり、障害者、高齢者などより約30年遅れて始まる精神のホームヘルプ事業は、平成14年まで待たされます。それに向けてのモデル事業を国が指導していますが、まだ1/2しか進んでいません。福祉の理念、方向性は三障害横並びということですが、精神障害者の実態は遅れている、そのような報告でした。

都立精神保健福祉センター

3人目が、川関さんです。東京の精神保健福祉センターの仕事をしておられます。専門は医者です。精神科の医療が、ご存じのとおり遅れていますが、少しずつ改善されています。地域での生活をする人が増えるにしたがい、医療の改革も進んでおり、地域生活を支えるひとつの核としての医

療活動、その方向に一步一步進んでいる。つまり、地域生活のサポートに重点をおいているクリニックが増えている。訪問看護が進んでいる。入院がしやすくなった。ショートステイで1週間程度援護療などで過ごせる。救急医療、地域での生活のかなめといわれていますが、これについても各県ともに努力しています。このようなお話がありました。

そして、後半いくつかの大切なことが出されています。全部お話することにはなりません、まずひとつは、地域生活支援事業は三障害別にスタートしましたが、実際に麦の郷の活動も、沖縄の活動も、障害種別を越えた活動に徐々に移っています。こういう変化を行政のほうが評価し、制度を使いやすくする、ということがありました。

医療を生活のなかにとりこむ

本質的な問題としては、精神の病気だけでなく、長期的に医療とかかわる、医療との関係を持ちながら、生活面で障害に取り組んでいく障害領域というのは他にもあります。特に精神は、医療は遠くにある病院に通うとか、当事者の方が言うように、病気になっただけで充分傷を負っているけれど、治そうと思った病院でも傷を負うというような特別なものにしないで、それを自分たちの生活のなかに持ち込もうという発想です。

そういう方向を目指して、実態を作っていく準備を、沖縄で具体的に始めているという報告でした。

このことは、大変心強いものです。地域の生活を支えるさまざまな形の支援がある。その支援のネットワークの核の一つに医療がある。自分たちの病気だから、自分たちが納得のいく医療活動をしてもらうために、できれば医療法人を作るときに当事者を入れて作っていただきたい。これはさきざきの理想ですが、そういう発想を持つ活動です。

これも含めて、沖縄から新しい発信ができればいいと思います。

自己決定を練習できる場

もうひとつのテーマが、自分で決めていくことに今は弱さがあるという問題です。自己決定能力がないということではないです。さまざまな要素、長い入院や自分で確かめられない悩み、施設生活とか、親や施設の保護の中での生活。自分で決めていくことに弱さをもち続けている。どう克服するかが後半のテーマのひとつになりました。自分で考えて決めていけるような、支える仲間、職員、そして選択できる社会資源。それが基本的に必要だということであらためて再確認したような気がします。

自分で決めていくことに関して、今のことと繰返しになりますが、大切なことを決定することに慣れていない状況にある人、という認識で、決定することに馴れるような活動と、決定の場に参加して意見を言えるような、そういう方向を私たちは目指したいと思います。

当事者の方は、今はどうしても発言できる方に絞られますが、最後の一人まで自分の意見が言えるようになるまで、その方向を目指し見据えていきたいと思います。

所得保障の問題を

最後に、私の感想です。親からの精神的経済的自立に、私たち関係者は注目すべきだと思います。昨日からの話も含めて、方向性、理念は共有化されていると思います。しかし、地域生活の実現のための条件が、あまりにも整備されていないのが現実です。そのときに、医療を自分たちの側に持ち込もうという、発想ともう一つ基礎構造改革に欠けているのは、所得保障の問題です。障害をもつ人の所得保障の検討がまったくないまま構造改革が進んでいます。どんな仲間や活躍の場があっても一人ひとりの不安を解消することにはなっていないのです。また、所得保障があると仕事をしない、というのはウソです。計画的に自分の経済生活ができることで、プライドを持って自分の安心した働きができる人々を私たちは見てきました。

現在約600万人に近い障害者のなかで、障害年金を受けている人は160万人前後です。しかも8割は障害基礎年金です。低額の定額です。1級で8万3000円、2級で6万7000円。無年金者が、3人に1人。さらに身体障害者・精神障害者・知的障害者では年金の趣は変わります。65才以上では老齢年金を受けながらという人も身体障害者には多い。身体障害者でも中途障害者になった人たちに無年金者が多い。また知的障害者は多く自活していますが、軽度の方は受給が難しい。障害認定基礎の問題です。精神も、271万人のなかで受給しているのは30万人と、多数が無年金状態です。

認定基準の問題は、国会や内閣を通さなくてもいい。省令の問題だから厚生省だけで変えられる。生活の障害の評価基準をどう変えさせるかは、私たち障害者側の責任だと思います。私たちは自分の問題にすべきだと思います。8割が障害基礎年金ということは、低額で、生活保護以下の年金です。

生活保護の問題について

いま生活保護は90万人弱です。生活保護基準以下の人が受けたとしたら3倍になります。つまり必要な人の3割しか受けていない。それ以下でも歯をくいしばっているのが現実、特に障害者の中には多いと思います。90万人の9割が、障害者や高齢者や母子です。こういう現実を私たちはどう見るのか。最終的には生活保護があると職員が思っているとしたら、そこから変えないといけないと思います。つまり、生活保護は一時的な困窮に対してのものであってほしいのですが、長期的に受けるということは、長期的に資産調査をされ扶養義務を問われ続けるという問題があります。

それから手当です。東京都は他県に比べてかなり高い介護手当などが支給されていますが、石原都知事になって大きくカットされてきています。現実にある県格差をどうしたらいいか。私は地域で生活を定着させる所得保障の確立をきちんとしなければ、組み立てを間違えるのではと思っています。

【 分科会 3 】

自立生活に向けたピアサポートの実践

報告者 赤塚光子
(立教大学)

はじめに

第3分科会のテーマは「自立生活に向かうピアサポートの実践」ということで、これを受けて地域におけるリハビリテーションの実践を行う分科会。自立生活に向かう支援と、ピアサポートという形で仲間が支援する、という二つがキーワードで、障害がある人の支援でピアサポートを考える。また、ピアサポートの実践、つまり当事者支援の実践のなかで蓄積し、また、解明した支援の仕方について、リハビリテーション関係者が考えなければならないことがいろいろあるのではないかと。これが、分科会の私の問題意識だし、また参加者もそうした課題をもって参加していただけたらと思います。

チャンピオン・レポートから

昨日のレポートのなかで、自立センターが作られた経緯とか実績について、また概念について話されました。そして、ビデオを見て、支援の実際を見ました。そこでは、自立生活、これは自己決定にもとづく地域生活ですが、これを望む人に、ピアサポートが、まずその人の必要に応じて提供される。二つ目には、その人が生活を作りながら提供する。三つ目には、あくまでも本人がどうしたいのかということを出発点にして、継続的な支援もこの考えにもとづいて提供されると。こういうことが示された。そして、ご自分の自立生活においても、また支援のなかでも、呪文のようになえる10項目があります。そのなかに、「自分のやりたいことを人を使ってやり、それを自分でしたことにする権利」をめぐる議論がありました。

分科会で議論していこうということで今日につながりましたが、このことは、リハビリテーションの根幹、あるいは支援の根幹にふれるということで、多くの参加者で熱気にあふれた、というか、ほんとに暑かったんですが。いろいろ議論がありました。

第3分科会の流れ

最初に、分科会の流れですが、今日は堤さんのほかに、メインストリーム協会の佐藤聡さん、埼玉立大学の丸山さんにお話をいただきました。佐藤さん、堤さん、丸山さんの順で、佐藤さんには、「別の自立センターではどうか」、堤さんには「実際に事例を通して具体的なこと」を、丸山さんには「ピア・カウンセリング」について。また前のお二人への質問なども。若干そのなかで印象に残ったことを紹介します。

メインストリーム協会も自立センターで、現在15名くらいいますが、介助者を教育してはいけないうんだ、というのが最初のほうに出てきました。本人が自分の生活を定める。それを大切にする。制度が整ってきてもそこにのらない障害者のために、メインストリーム協会ではきっかけを作って、知識を得るチャンスを作って、そして自立生活を支援する。そのなかで、全部うまくいくかというところでもない。何が問題かというところ、社会性がない。生活力というところに問題がある。特に、お金の管理の問題、あるいは人間関係、介助者との関係も出てくるので、自立生活プログラムということで援助しています。本人が自立生活をしたいときに、家族というのはたいがい一度はいちばん邪魔をするかもしれません。そこにもサポート

しながら支援をしている様子が紹介されました。

町田市の事例と所得保障

堤さんからは、親から離れてのひとり暮らしの事例、施設を出てひとり暮らしをする人の事例。資料集にもありますが、最初の事例ではコミュニケーション障害があって、言葉での意思疎通が難しい方です。その方も、自立されていますが、介助者を選ぶときの話が印象的です。面接に立ち会うのですが、候補者が、介助を受ける人の目を見ているか。そして、コミュニケーションがあるけど、話を聞こうとしているか。これがポイントになると。

そのほか、制度についての話がありました。東京都町田市ですが、所得保障としては、東京都では重度身障者手当を含めて、年金手当は18万円ちょっと。所得保障ですね。それから介助の問題もあり、東京都の全身性障害者看護人派遣制度、ホームヘルパーの事業、合わせると町田では24時間介護ができています。そしてそこで、受け取る介護料を介助者に給金として払っているということでした。町田でも、自立センターが仲介するとももらえるけど、一人でいくともえられない。所得と介助保障の問題。これは東京だからかもしれませんが、そういうふうにはいられないわけで、この問題は大きな問題です。

ピアカウンセラーのはしりは

丸山さんのお話。今まで、自立生活センターとか、ピア・カウンセリング、ピアサポートがなかったわけではないが、福祉事務所とか、リハビリテーション法としての身体障害者福祉法ができたとき、障害をもつ人自身をカウンセラーとして配置したこともあるし、1967年には相談員制度ができて、当事者や親が相談員になっている。障害団体も、ピア・カウンセリング、あるいはピアサポートなどもしている。また、順天堂大学のカウンセラー、盲人の松井新次郎さんがやっていて、いろいろ拡大の貢献もあった。丸山さんからは、当事者がやっているサポートと専門家のサポート、

それから従来のピアサポート、どこが違うのかという問いかけがあって2人から返事がありました。

議論異論「障害」の受容論

昨日の議論で、「やりたいことは人を使ってやってもいい」というのは、大人にはいいけど子どもには違うんじゃないか。結論として、大人と子どもは違う、という意見がありました。子どもは人格形成の途中だから判断力がまだついていないし、人を頼むということを安易に認めるべきではない。また、リハビリテーションは、可能性を見ることが、生活における選択肢を広げていくことだ。本人の価値を認めることで、それは大人も子どもも同じ。また訓練が重要だということもある、という意見もありました。当事者の方から、小さい頃から、足を使うな、上肢を使えと言われて、もっと大きくなったら、足を使いなさいと、その一貫性の無さの話。またインドネシアの方で、小さいときの訓練が強制的であったと。そして堤さんの発言ですが、判断力が充分でないからこそ、慎重におこなってほしい、と。子どもというのは、甘える、なまけると大人が簡単に判断しなくても、いいくらいの力をもっている。で、もっと子供の可能性を探ることをお願いしたい。皆さんはどうお考えでしょうか。

そのほか、自立支援でのピアサポートの効果ですが、障害の重軽ではなく、社会生活力が重要で、サービスが適宜提供されることが大事で重要。また、ピア・カウンセリングについては、言葉にできない問題が障害をもつ人にはある。それを吐き出すピア・カウンセリングが重要と、再確認しました。自分を甦らせ、新しい自分を発見する、というのが大事。丸山さんから言われた当事者が提供するサービスと、従来のサービスの違い。このへんは、リハビリテーションの進展によって違ってきている。

その前提のなかで、ひとつは障害のとらえ方が違う。堤さんは障害を肯定するか否定するかと表現されました。障害というのは、打ち勝ったり克服したり、負けないでがんばるものではなく、あ

りのままに認めて、できないところを支援する、という考え方でした。

二つ目。障害のある人の意思が、リハビリテーションの過程においてどう尊重されるか。小さいことでも大きいことでも。本人がどうしたいのか、それがきちんととらえられる必要がある。もっといろいろありますが、この自立センターの支援から学ぶものがあるのではないか。パイオニア的存在です。しかし当事者と専門家の距離が悲しいくらいある。ここをもっと埋めるような努力が必要じゃないかという発言もありました。これに対して堤さんは、「私たちはリハビリテーションに対していろいろな思いがある」と。私たちはどう受け止めたらよいのか。

当事者 vs 専門家

このリハビリテーション研究大会において、当事者の方に参加していただきました。かなり前から「あなたの受けたリハビリテーションはどうですか？」ということはあった。いよいよ当事者がリハビリテーションという言葉を使うかどうかは

別にして、地域生活支援をおこなっているそのやり方、考え方について、私たちは何なんなのかということをもっと知りたい。もっといえば専門家が同じようにできるのか、あるいはできないとしたら、どう役割分担するのか。リハ全体でどう関係をもち支援をするのか、これらが今後の大きな課題だだろうと思います。

国際障害者年以降、また障害者プランでも、施策、政策過程への当事者の参加が重要視されているが、これもままならないと発言がありました。

リハビリテーションの過程、生活作り、当事者の参加、これをしっかり考えていかななくてはならない。これを私の報告とします。

指田／ありがとうございました。いま1～3までの分科会の司会者からそれぞれ盛りたくさんの発表でした。

以上で分科会の報告を終了します。どうもありがとうございました。

【パネルディスカッション】

脳外傷者のリハビリテーション

司会：伊藤 利之（横浜市総合リハビリテーションセンター）

パネラー：東川 悦子（脳外傷友の会・ナナ）

／脳外傷友の会の現状

大橋 正洋（神奈川県総合リハビリテーションセンター）

／脳外傷者のリハビリテーション

比留間ちづ子（東京女子医科大学病院）

／脳外傷者のリハビリテーション

阿部 順子（名古屋市総合リハビリテーションセンター）

／認知・行動障害と対応-心理の立場から-

生方 克之（神奈川県総合リハビリテーションセンター）

／脳外傷者を取り巻く社会状況について

問題の背景

伊藤／今回、「脳外傷者のリハビリテーション」というテーマを掲げたのは、脳外傷、また高次脳機能障害という言葉が飛び交っていて、新聞紙上でも国会でも取り上げられていることから、高次脳機能障害について理解を深めていただきたいと思ったからです。なお、テーマとして「脳外傷者の」としたのは、「高次脳機能障害の」とした場合には範囲が広くなりすぎ話がまとまらないと考えたからです。要するに中途の脳障害。そのなかで肢体障害とは別に、高次脳機能に障害のある人がいて、今の福祉の狭間になっているということです。

今日の狙いは、高次脳機能の問題についての理解を深めていただくことが第一点。同時に、彼らのリハビリテーションの過程をどうしたらいいかを検討することです。いわゆるリハビリテーションは機能訓練に限定されているように思われて、医療の中で行われることになっています。しかし、脳外傷による高次脳機能障害のある人は医療だけ

ではどうにもならない。このため総合リハビリテーションセンターのようなところに集まっています。ですから、本来的に身体障害者福祉法で扱うべきなのか、精神障害者福祉法なのか知的障害者福祉法なのか、その受け皿としてのジャンルの問題があります。この点が二点目です。

三点目は、いろいろなサービスが未開発のなか、脳外傷者の方々に対するリハビリテーションや生活保障をどうしたらいいか。当面の対策、たとえば、東川さんの、ナナの会のような家族会。脳性マヒの方、知的障害の方の間では、家族会は当たり前なのですが、そういう輪を広げないといけない。当面の対策、方向性を検討したいと思います。

最初に脳外傷に伴う高次脳機能障害。具体的に生じる問題について、脳外傷友の会（神奈川のリハビリテーションセンターで発足した家族会です。）の東川さんに実態をお話しいたします。

交通事故→50日間意識不明の後

東川／私の息子が、6年前に交通事故にあい、私も障害者の親になりました。息子は、50日間意識

不明で神奈川リハビリテーションセンターにお世話になり、大橋先生のリハビリテーションを受けるようになりました。受傷当時は、生死も危ぶまれました。よくいって植物状態だろうということでしたが奇蹟的回復をし、早期のリハビリを受けさせていただき、現在では歩行も自立し、正規就労はまだですが、パートで一応なんとか生活はしています。受傷後2年目くらいがいちばん難しく、前の職業には復帰できない。心身的に親子ともストレスがたまり、彼は自暴自棄になっていて、毎日「飛び降りてやる」とか、死ぬことばかり考えていたようでした。

ナナの会発足まで

そのころ大橋先生に、「こういう患者さん、この交通戦争の世の中だからたくさんいるだろうに、どうして会がないのか」とお話ししたら、「東川さん、やってください、必要は感じているけれども、旗を振ってくれる人がいない」と言われました。しかしすぐに1人で動くこともできずにいましたが、3年前に声をかけていただいて、同じようなことを考えている人がいるから来てみないか、と。その晩、現在の副会長を紹介していただきました。そして先生方のご協力をえて、1年後つまり今から2年前に会を立ち上げました。脳外傷友の会は、名古屋では半年早くできていました。将来ネットワーク化をはかるために、どこでできた会かがすぐ分かる名前をつけようと、名古屋市立総合リハビリテーションセンターのある瑞穂区の地名から「瑞穂」、こちらは神奈川リハのある厚木市七沢の七から「ナナ」にしました。去年2月に交流シンポジウムをやらせていただき、全国に会を作ってネットワーク化したいと呼びかけました。それに応えて、札幌の方に「コロポックル」ができました。今日も作業療法士の先生、また更生相談所の方とか、ご専門の先生がたくさんおいでになっていらっしゃると思います。

全国ネットを

まだ全国に三つしか脳外傷友の会がないし、ほ

かに高次脳機能障害の会はありますが、足して4つ。これではまだまだ全国ネットではないので、お帰りになられたらぜひ作っていただきたく、ご協力、ご支援をお願いします。

話がそれましたが、私どもの会は、29頁にありますが、北海道を除く東日本を引き受けていて、青森まで会員がいます。東京・埼玉・福島あたりまでは10人くらい。宮城、青森がお一人ずつ。なぜか秋田、山形、栃木、群馬はいません。現在は150名あまりの会員を擁しています。ほとんど交通事故によるもので8割を占めます。交通事故の特性から、20代～40代が80%。したがって、私どもの願いは、若年の中途障害者の多い会ですから、ぜひ社会復帰をさせたい。適切なりハビリテーションを受けて就労し、もちろん福祉的就労もふくみますが、社会に出て活躍してもらいたい。それが願いです。交通事故という社会現象に関わりがあり、道路事情や安全教育対策の充実により発生を予防できる障害でありながらかつ又誰でもがなり得る危険も併せ持つ障害であり、極めて現代性のある障害者団体と考えています。社会復帰を目指さすことを会の最大の目標と考えています。

ある手紙・「診断」までの遠い道のり

どんな問題があるかということですが、最近の相談の手紙を読ませていただきます。

「私の姉は10年前に事故にあい、脳に損傷を受け回復の見込みがありません。後遺症もよく分からず、検査を受けています。脳の損傷は、ボケが始まった老人と同じで、知能低下も指摘されています。この診断をもらうまでが大変で、共に暮らしていれば、上記のことは分かります。しかし、それが外的な面では認めてもらえず、苦労しました。障害年金の申請をもらうとき、医師から『どこも悪くないのに年金をもらうなんてずうずうしい。元気な人間に診断は出せない』。医者言葉とは思えませんでした。嘘を書いてというわけではないのですが、しかたなく神経科に担当をかえてもらいましたが、検査前はやはり冷たい態度で、けっきょく知能検査の結果を見て、信じてもらえま

した。家族にはつらいことでした。」

このお姉さんは、ときどき「わたしが治るのかな」と、こちらがどつきりするようなことを言うそうです。家族も身体を壊してしまって、今後は、共倒れになるのでは、という不安のお手紙でした。

一命を得たあとに

もう1例。この方は昨年12月、単身赴任先で御主人が事故にあい、身元不明のまま、救急病院に。病院では2度の手術のあと、「1週間以内の脳死の確立が高く、万一もし助かっても、植物状態はまぬがれず、2週間以内に肺炎で死ぬ確率が90%」と絶望的なことを言われました。医学の進歩で死はまぬがれましたが、頭の中がどうしようもないほど壊れたら、どうして生きて行けばいいのでしょうか、と書いておられます。

また知識不足でよくなるチャンスを見逃すことのないように、4ヶ月間、膨大な資料を集め、看護しました。ところが、自分自身も入院したり、精神も安定せず、途方に暮れているとのこと。九州の病院から転院させたいけど、受け入れてくれない。非常に苦勞されています。こういう方が多いのではないかと思います。このあたり、適切なアドバイスを、家族会としては何もできませんで苦勞しています。相談所の先生などから「医療機関があれば教えてくれ」などとも言われます。それは反対じゃないかと思えます。まだ未熟な会で苦勞しております。ただ、会のスローガンとして、「一人はみんなのため、みんなは一人のために」と掲げてきました。もしも皆さんの地域にこういう方がいれば、ご紹介ください。今後とも脳外傷友の会およびナナの会への支援をお願いします。

伊藤ノありがとうございました。

脳外傷とは

次は神奈川県総合リハビリテーションセンターの大橋さんから、医学的な面からどんなことが起きているかお話をいただきます。

大橋さんは、リハビリテーション医学界の草分

けの一人ですが、アメリカに長く留学されていたので、アメリカの事情も加えてお話をさせていただきたいと思います。よろしくをお願いします。

大橋ノスライドをお願いします。最初に脳外傷という言葉の説明をします。脳外傷と頭部外傷はどのように違うのでしょうか。ここに図があります。頭部外傷は脳外傷を包含する広い概念の言葉です。なぜわざわざ脳外傷と言うかですが、脳外傷者の発生率を救急病院に問い合わせると、頭部を打撲したけれど脳に損傷が無い人の数が沢山入ってしまいます。

リハビリテーションが必要な方は脳外傷のほうですから、脳外傷を頭部外傷から厳密に区別したいのです。ところで脳外傷の中には、さらに脳挫傷、急性硬膜下血腫などの診断名が入ります。さて、医学的診断をどのように行うかですが、現在は画像診断が発達しています。脳CT検査は、頭部をX線で撮り、それをコンピュータで処理すると脳を輪切りして見たような画像を得ることができます。脳外科医は、これらの画像を見て脳に何がおきているかを知り、手術が必要かななどを判断できます。右側は脳MRIですが、磁気力で脳CTと同様な脳の断面画像を得ることができます。

急性期の脳外傷者の画像をお目にかけてみます。白いリングのようなものが頭蓋骨。大脳は左右対称であるはずですが、この人の場合、大脳が左へ向かってひしやがっています。真ん中の黒いところは、脳室といって脊髄液が貯まっているところ。健常者では左右対称に蝶々のような形に見えます。この人の場合、脳硬膜下血腫が三日月のような形で存在しており、これが脳を圧迫し、脳室も左右非対称になっています。脳外科医が、救命の目的で頭蓋骨の一部を外し、血腫を取り除きました。ところが手術後に脳CTを撮影したら、今後は反対側に硬膜外血腫ができていた。直ちに再手術が行われています。急性期にこれだけの事件が起きたので、脳全体が萎縮してしまいました。この脳の画像を見ただけで、この人に重い後遺症が残ったことが推測できます。しかし正確な障害は、患者さんを見ないと分かりません。この人の場合、決し

て植物状態になったわけではなく、車いすに座り、食事も自分でできます。しかし、元々おとなしい人だったのが、事故後は大声を出して、両親にも反抗するようになってしまいました。救急医療の進歩で、命を助けることはできますが、これだけの大きな脳の変化はもとに戻せません。

問題点・何が障害か

神奈川県リハビリテーション病院に、5年間で170人の脳外傷者がリハビリテーション目的で入院されました。圧倒的に男性が多く、年齢の若い人が多い。そのへんが脳血管障害による脳損傷と違う点です。受傷原因で一番多いのは交通事故。したがって脳外傷者を少なくするには、まず交通事故を減らすべきです。次が転落、高齢者に多い受傷原因です。その方たちの障害ですが、麻痺、失語症などさまざまです。なぜ多様な症状が出現するかというと、脳の各部分の役割が決まっています。どの部分が破壊されたかによって、個別の症状が出現するからです。ところで身体障害がなくても、認知障害などが問題で入院された方もいました。神奈川県リハビリテーション病院は、総合リハビリテーションセンター内に併設された福祉施設があり、職業リハビリテーションなど多様な対応ができます。脳外傷リハビリテーションに関わった職種を見ますと、ソーシャルワーカーは100%、理学療法士もほぼ100%、ついで作業療法、臨床心理士となります。さらに言語療法や体育などの対応もありました。ところで一般の病院で、入院リハビリテーション治療を行おうとすると、診療報酬の対象となる職種は理学療法、作業療法、言語療法だけです。したがって普通の病院では、脳外傷リハビリテーションは限定された内容にならざるを得ません。退院時の状況ですが、復職・復学した方、介護を受けている方だけでなく、方針が決まらないまま退院となった人がかなりいます。このことが問題です。なぜ方向が決まらないかというと、大雑把にいったら身体障害が重い、知的障害が残っている、あるいは情緒や行動面の問題などがあるためです。つまり脳外傷の患者さんは、

身体障害以外に知的能力、対人能力、社会性などの問題が大きいということです。脳外傷者に病院で行えるリハビリテーションは、長い経過の中の最初の一部分に過ぎません。医学的リハビリテーションが終了した後、この人たちをどこにバトンタッチするか、それが問題です。

高次脳機能障害と若年痴呆

高次脳機能障害という言葉を少し説明します。高次脳機能障害は、日本のリハビリテーション分野では、かなり昔から使われている言葉です。最近ではメディアでも使われるようになってきました。それに対して、厚生省でこの問題を調査する委員会ができ、そこでは高次脳機能障害は適切ではないということで若年痴呆という言葉が提案されています。その理由は、高次脳機能障害は造語であって、欧米使われている言葉を正確に訳すと高次皮質機能障害とすべきだからということです。ただ、厚生省の委員会が推す若年痴呆という言葉にも、「痴呆」が日本のサービスになじむかどうかという語感の問題があります。高次脳機能障害とは何かですが、リハビリテーション用語辞典には、痴呆、意識障害、失語など、脳の機能が低下しているものは何でも含まれる広い概念として説明されています。ですから治療を考える場合は、高次脳機能障害というよりも、失語症などの症状名を言うほうがいい。ただ脳外傷では、一人の患者さんがいくつもの症状をもっていることもあり、そうすると高次脳機能障害があると言ってしまった方が便利ということもあります。

米国では「脳外傷法」

高次脳機能障害者や脳外傷者の問題は、新聞や放送などのメディアで取り上げられています。この論点は、既存の医療や福祉サービスで、対応できていないことがあるのではないかといいものです。ところで米国の事情をご紹介しますと、俗に「脳外傷法」と呼ばれている法律が制定されています。これは脳外傷に関する基礎的研究、革新的対応などに、年間850万ドル、すなわち約10億円

を国費で出すことを決めたものです。脳外傷は、数ある障害の中でも特別な扱いがされているようです。

法律で後押しされた資金援助を受けて、全米17カ所のリハビリテーションセンターが、脳外傷リハビリテーションモデルセンターとして、脳外傷の医学的治療、リハビリテーション、就労までを研究しています。この研究内容は、インターネットのホームページで見ることができます。米国の脳外傷当事者組織は、きわめて強力です。米国の脳外傷リハビリテーションについては、インターネット上でまずこの団体のホームページを見ると良いです。アメリカでは、脳外傷は流行病とまで言われています。つまり米国では脳外傷の発生率が高く、脳外傷の結果として慢性障害をもつ人の数が多いのでしょう。したがって特別な法律が制定されるまでになっているのだろうと推測されます。そこで米国では、急性期の医療的リハビリテーションに続く、さまざまなプログラムも提案されています。

伊藤／ありがとうございました。脳外傷者の特徴についてお話しいただきました。

いずれにしても肢体の障害がある場合と、記憶の障害や発動性の障害などのように目に見えない障害だけの人がいるということで、この目に見えないということも問題であると。

脳外傷の作業療法

脳外傷者のリハビリテーション、どんなものが必要か。まずはOTの立場から、東京女子医科大学の比留間さん。彼女は今回の運営部長です。責任ある立場からお願いします。比留間／よろしくをお願いします。今回の運営には、作業療法士の方も多く参加していただき、ありがとうございます。

脳外傷のリハビリテーションということで、高次脳のリハを含めて作業療法でできることは、大きく分けて、身体面と精神面、生活の行動面を兼ねあわせてやるものです。

回復期の段階で、いかに主体的自立へもってい

くか、さまざまな場面での作業療法があります。

大切な問題として対処すべきものの一つが、脳外傷のリハビリテーションではないかと思えます。

各種の行動障害を伴うものです。また、スライドにあったように、脳の損傷なので、損傷された機能を取り戻すことは、直接行うのは困難です。しかし人間の回復力というのがありまして、どのように適用していくか、脳の活性を使えるというのは、切れてしまった神経ではないということがあります。可塑性を信じて回復する部分がある。このへんは変数だと思います。

また、社会経験、人生の価値観、あるときは力になり、あるときはかえって新しく人生の課題に取り組むのが困難になる。本人だけでなく、家族や職場の方々も変化を受け入れられないという状況があり、そのことが問題になることがあります。

作業療法の方法としては、追加したレジメに書きました。

具体的対処の方法

作業療法の切り口からいうと、具体的には、対処の方法は3点あります。

まず、人間が人間としての存在という水準。それから、その方が、多様な存在つまり自分自身を考えるのに、精神医学的な水準。機能障害、機能の問題が3つ目。局所機能、たとえば失語、失行など、行動表現を用いるときに使用するものです。記憶や注意（火を付けっぱなしとか音の注意とか）など、局所機能として分類することがあります。

神経心理学的水準。脳には、覚醒水準というのがあります。あるときは冴えて、あるときは注意がともなわない。そういう変化があると思えます。

もう一つは言語、空間。単に言葉を使うという機能ではなく、言葉を介してイメージを受け取る。そういう概念のとらえ方や、頭の中の転移とか、場面の設定をする、そういった機能があると思えます。それらがうまく合わせられて機能が出せるのですが、その統合機能がもし崩れているとしたら、局所の能力はあっても、CT像のようにばら

ばらになってしまう。そうすると、多様な障害の姿がありますが、本人にはどうしようもないかもしれないし、つながり方にバラバラなものがありますから、対処を見定めることが、基本的な対応の仕方になると思います。

そして、急性期について。

資料の下に九つの四角があります。矢印をつないで。さっきのCT像にあった、キノコの付け根の部分に、統合や記憶の部分があります。海馬は記憶も影響しますが、また価値判断の部分、情動部分の一部にあります。興味のあることをお願いしても動けない部分とか、また、常に動いてしまったり、こう動こうというときにモデルがあるんですが、そういう機能も一緒に損傷されているということもあります。

それで、私たちはリハビリテーションのときにはまず、基本的にはこのようなベースになる身体治療が必要なので、やはり、快い動きになるようにする。それは、PTであったり身体機能的なOTであったりもしますが、基本的には、動きをリズムに、また脳の拡張のレクリエーション、グループ活動ややりとり、幼稚にもみえますが、塗り絵をしたり、家族とお話したりというところからはじめます。また、実質的には生活動作、トイレや食事など、なんだか分からないで食べていることもあれば、他にもいろいろありますので、そういう身のまわりの動作、前にやっていた動作をそのまま使うことは、自分の損傷がかえって反復されて非常に心痛くなるものです。従って違う枠組みで、職業に向けた、前段階の多様な、電卓やワープロを使ったりの具体的な動きの中で、つまっていることを作業療法でやります。

具体的動作の積み重ねを

作業療法で注意を要するのは、まず身体の動きと精神の動き。ほんとうにそれをやりたいのかどうかという情緒。自分自身に対するたたかひと思ひます。ちょっと気に入らなくて、どうなだめても「やだ」とおっしゃる人もいますが、それは、自分が何に困っているか、なかなかはっきりでき

ないんで、違う行動で出してしまう。あるいはそのままストレートになる。ある患者さんは、なにか伝えたいときにはとにかく、ぎゅっとつねったり、やっつてと言うと必ず「やだ」という反応をするとか、それなりの表現があります。本人の中では、何かを表現したいのに出てこないときに、何かに投影してやるのが、リハビリテーションの初期では必要です。対応する行動が増えていくと、その都度判断しなければならない。それを支えるには、できる能力を積み重ねることで、幼稚とかばかばかしいということではなく、年齢に合った、また本人の好みの動きを、TVゲームやショッピングやお食事会などで、具体的な動作を積み重ねることが必要です。

社会的リハビリテーション

実際にはこのような方たちが、病院の中だけでは病院の行動だけしかできませんから、社会的な活動で練習したいのです。いざ退院しようとか、次のステップへというときに、「こんな状態では受け入れられない」と断られることもあります。問題は、いかに具体的な訓練ができるかということ。

また、発達的に治っていく部分の多いことでもありますから、治りながらライフステージに沿う形で成長していく、療育と同じパターンで受け取りながら次のステップを踏むという段取りが必要です。これは長い、5年くらいの間隔でステップを組んでやります。長い間を全部リハビリテーションにするのではなく、社会生活をしながらステップアップしていく仕組みが必要でしょう。これは、病院の中のリハビリテーションでなく、社会的なリハビリテーションです。しかし、やはりリハビリテーションである以上、本人が必要なときに必要な対応がとれることが必要でしょう。以上です。
伊藤／ありがとうございました。

脳外傷、特に高次脳について浮き彫りになってきました。リハビリテーションの方法について、やや難しかったかもしれませんが、今後どうするか、大きな課題が残っています。

ではもう一つ。

臨床心理の立場から

脳外傷の方にかかわっている専門職のなかに心理という職種があります。大切な分野です。名古屋の阿部さんは、今話題になっている障害者版のケアマネジメント体制整備検討委員会の部会長として活躍中の方です。宣伝を兼ねてお願いします。阿部／私は臨床心理士です。その立場でお話をしたいと思います。

比留間さんが「こんな状態では受け入れられない」と言われる、受け入れ側のリハビリテーションセンターで働いています。

「こんな状態では受け入れられない」と言われるように、退院後、社会生活に戻る際に適応が難しいのが、脳外傷の人です。私どものリハビリテーションセンターは、医療から社会、職業までの総合的な一貫したサービスを提供していて、いろいろなスタッフが揃っています。私からは総合リハビリテーションセンターというところで、どう取り組んでいるのか、全体的な話と心理に関する話、最後に私どもが課題としていることを宣伝をかねて紹介します。

まず、リハビリテーションにおける脳外傷者への援助の基本ですが、私たちは目標を安定した社会生活ができることにおいています。脳外傷の人は混乱した状況では何も学べない、今まで学んでいたこともダメになってしまうのです。彼らにとって安定した状態を作ることが大切です。安定した社会生活を送れるようになると、社会生活のなかでいろいろ学べるようになりますが、そのベースができてないと挫折の繰り返しです。

リハセンターでは安定した社会生活の基盤づくりを学びます。援助の方法は適応モデルを用いて説明しています。

認知障害、行動障害は、現実の場で何かをやらうとした時に初めて問題として表われます。問題がどうして起こるをかきちんと説明して、行動を修正し、望ましい行動を教育する。この教育的アプローチを全員が一致して行うことが大切です。

私たちは全員一致のシステムアプローチと呼んでいます。目標も方法も共有しながらかかわる人全員で一致したアプローチをすることが、最大の決め手になります。いつでも、どこでも、誰からも同じようにフィードバックされることで彼らはどう行動し、対処したらよいかを学びます。自ら自分の行動をコントロールし、障害に対処する補償行動を身につけていきます。しかし脳外傷の方が皆認識が進むわけではありません。大橋先生のお話のように、認識することが難しい方もいます。その場合は、周囲が、問題が起こりそうな場面を遠ざけたり、問題行動が起こりにくい環境を作るなど生活の枠組を作るのも大切です。

リハビリテーションセンターでは、この方のような環境で、どのような対応をすればよいか、ご本人が対処できることと、周りが対処しなければいけないことを見極めていきます。しかし、社会生活に戻っても、想定した環境が崩れた場合にはそこで問題がおきてきますのでその場で介入や調整をし、安定した社会生活が送れるようにします。

障害の認識＝自己認識

社会生活に移行する段階では低下した能力の回復よりも補償行動の獲得が大切です。補償行動を身につけるには二つの方法があります。

記憶が低下した人にはメモを活用します。彼らは情報処理能力が制限されてきていますので、一つずつ片付ける方法を学ぶことが大切です。たとえば歩行が困難な方が車椅子の操作を覚えたり、片手が麻痺した人が両手を使ってやっていたことを片手だけでできるように訓練するのと同じです。しかし脳外傷の人はなかなか自分の障害が分かりにくいので、車椅子や片手の人のように簡単にはいきません。また車椅子に乗れてかなり自由に動けるようになったとしても、段差があったりすると人の手を借りる必要があります。堤さんは自立生活運動のなかで、人の手を借りることを、介助を依頼する方法を学ぶと言いましたが、それと同じことが脳外傷の方にも必要です。いくら認知障

害を代償することができてもすべてを解決することはできません。いちばん必要なことは、社会の支援を活用することです。彼らは自分で解決したい思いが強いので、援助を活用することに抵抗があって、自分で解決しようとして逆に問題を大きくしてしまいがちです。どうにもならない事態に追い込んでしまったり、パニックにもなるのです。社会的支援の活用が戦略として重要です。

つい先日、精神障害の作業所に行った方の話ですが、自分に障害があることが認識できない方で車に乗って作業所に行ってしまう。交通事故を起こしたのですが、交渉ができない。相手は怒りだして、結局その人は慌てて作業所へかけこみ、作業所の指導員が間に入って説明し、ようやく折り合いがつかしました。指導員が彼に言ったことは「指導員、家族、警察のどれかを呼ぶようにして、自分では言わないようにしましょう」ということです。2度目の事故のときは、警察を呼んで、警察官が間に入って解決しています。そういうことを4回くり返しました。今は車で通わなくてもいい地域の作業所に通っています。交通事故という問題が起こりにくい環境に移ったわけです。交通事故を起こさないように。

リハビリテーションセンターでいくら訓練しても、こういう事態が起きなければ、それに対する戦略は学べませんから、作業所でもリハビリテーションセンターと同じ手法で援助することで脳外傷の方に対処法を学んでいただくことが必要です。

このような対処戦略が自分でかなり使えるようになるためには、自分の障害を認識しておくことが大切です。専門用語では「自己認識」といっていますが、これは認知障害と行動障害の接点にある概念です。自分の障害を認識できないのが脳外傷の人の特徴です。自分の障害は外から見ても自分でも分かりにくいのです。この自己認識が進んでいくと、対処戦略を自分で活用することができるようになります。

実態調査に学ぶ

実態調査を2月に行いました。このなかでスト

レスを感じている家族が8割いました。その原因として、脳外傷の方が「自分の障害を分かっていない」「人が変わった」と、多くの家族が言っています。

自己認識には5つのレベルを考えています。このレベルをあげていくと適応範囲が広がります。
①まったく気付いていない。②漠然と気付いていて、障害を否定しない。③部分的に気付いていて、自分の障害について説明ができる。④自分の障害を具体的に述べ、補償行動をとる。⑤問題を予測して補償行動を活用する。

なかなか⑤のレベルまでいくのは難しいです。脳血管障害者もさまざまですが、自己認識でいえば3ヶ月単位で変化していきます。ですから私たちがかかっている目の前で大きく変わる。ところが脳外傷の人は3～10年かかります。なかなか変わりません。しかし長いスパンで見ると変わっていきます。また脳血管障害者の場合は、気付いたときに、何もできなくなったと自分を責めて落ち込む。ところが脳外傷の人は、自分を責めるよりは、「相手にさせられた」とか「なんで助けたんだ」などと周りを責めます。これが大きな違いです。家族、援助者はつらい。この二つのこと、すなわち変化に長い時間がかかるということと、障害に気付いたときに起きる周囲を責める行動が、家族も援助者も疲れさせてしまいます。脳外傷は手強いというのが、援助者と家族の実感です。

認知リハビリテーション、カウンセリング

認知障害、行動障害がどういうもので、どのようにリハビリテーションをするのか、具体的には「脳外傷者の社会生活を支援するリハビリテーション」の本を参考にしてください。

心理としては何をしているのかお話しします。

本人に対しては、認知リハビリテーションとカウンセリングの二つを行っています。認知リハビリテーションについては先の本の中で詳しくふれています。

もう一つ重要な役割は、環境へのアプローチです。彼らの障害は、とりまく人が理解し、対応の

仕方を学ぶことが必要です。そのための援助をするのが心理の大きな役割です。家族、スタッフ、社会の人たちを教育する。もう一つは「支える」。脳外傷者と共にいる家族や、援助者が疲れるので、彼らの愚痴を聞くのも大きな役割です。

「ちっともかわらない」「またトラブルがおきた」などの愚痴を聞くだけではだめです。聞きながら、3年、6年、10年後、どのように変わるかという他の脳外傷者のモデルを示すことで、家族や援助者に希望をあたえることが大切です。

今後の課題

最後に名古屋リハが今とりくんでいるの課題を三つお話しします。

まずは障害の認定です。脳外傷者は年金にしろ、事故の補償にしろ、なかなか認めてもらえない、分かってもらえないということで苦労しています。客観的な基準の試案を出せたらいいなと思って、新しいプロジェクトを立ち上げたところです。

二つ目、訓練の場とスタッフとノウハウ。全国のマスコミで紹介してもらったおかげで、相談や問い合わせがひっきりなしです。困っているのは、自分たちの住んでいるところで訓練を受けたいという相談です。残念ながらありません、と言うとがっかりされる。名古屋に来てもらっても、長い期間の援助はできませんから、その方の住む地域で援助していただきたい。私たちができそうなこととして、各地で援助できる場所を作るお手伝いをしたい、と脳外傷者を支援する専門家養成講習会を企画しました。

すでにいろいろなところでチラシを配布しています。100名定員です。ちょっとがっかりしたのは、申し込まれている方の地域が偏っている。関東地域がダントツで、次に北海道。けっきょく、当事者の家族会のある地域からは問い合わせはあるが、何もなかったところからは申し込みがない。ぜひ、関東以外の方たちに来てくださいというお誘いです。それからたとえ講習会をしても、それは口火にすぎません。量は足りませんし、各地にできるわけではない。けっきょく偏っていて関東、

名古屋にしかない。その問題は解決しない。ぜひ、口火を各地に付けていただいて、どこに住んでも同じように援助を受けられるように、各地にそういう拠点を、そして人材を育成する行政的な施策をお願いしたい。

三つ目が長期的に彼らを支えるシステムが必要です。昨日、小林さんが「網の目を作る」とおっしゃいましたが、名古屋リハでは当事者活動を支援したり授産施設などにノウハウを伝えて彼らを支援するシステムを作ってきました。でも、まだ足りないと思います。当然名古屋だけでなく全国各地で網の目が必要です。

最後にもう一つ。脳外傷交流セミナーを紹介します。当事者だけでなく、ぜひ援助者も参加して、「網の目を作る」ことに関心と協力をお願いしたいと思います。

伊藤ノありがとうございました

認定の難しさと施設制度の狭間

続きまして神奈川県総合リハビリテーションセンターの生方さんから、いままで抜けていた職業リハビリテーションにもふれていただきたいと思います。あとは社会保障の問題などもあるかと思いますが、よろしくをお願いします。

生方ノ神奈川県リハビリテーション病院でソーシャルワーカーをしています。脳外傷（高次脳機能障害）者が地域生活で社会参加を図って行くための援助を行うことは難しく、脳外傷者に関わりをもつ福祉従事者にとっても、脳外傷への対応は課題になっています。我々も脳外傷者をどう援助するか、常に葛藤を持っています。

地域に戻ってから相談するところがないという課題、就労できないのに保障制度が思うように活用できないというような経済的な面の課題、各種リハビリテーションや社会参加のための機会をつくりにくという面から援助が難しくなっています。そのため、社会的な面から脳外傷者の課題と現状をとらえたいと思います。

さきほど阿部さんからもお話がありましたが、脳外傷者で高次脳機能障害ある方の社会生活への

影響についてですが、まず感じるのは、社会の障害理解の不足です。障害をもつ人の行動が、努力していないとかで片付けられ、脳外傷者が社会的に誤解や孤立してしまうということがあります。医療・福祉関係の援助者たちにも間でも脳外傷や高次脳機能障害について十分理解されていない現状があります。

また、ご家族も葛藤がつよい状態におかれます。家族も身近にいながら、どう対応してよいのか、あるいはどう働きかければ社会に出られるのか光が見えないで悩んでいる方たちがおります。

実際には福祉的な生活支援の側面から見ると、脳外傷の人は現在の障害者福祉制度である知的・精神・身体の制度の枠では、くりにくい方たちです。ですから、社会的ハンディキャップが大きくても、障害者手帳の等級では軽度になってしまうこともあります。

また、ホームヘルパー派遣を受けられる等級に認定されて、派遣を受けても家事などの援助だけでは脳外傷の方の問題が解決しない場合が多くあります。

人や社会と交流できる機会を作ることが大切であり、作業所の活用なども重要です。しかし、行動面の障害があると作業所でもうまくいかないことや、本人に病識がなくて嫌がることもあるために利用に結びつかないことも珍しくありません。

生活の場を求めて

それから、脳外傷者の生活課題は、将来の生活基盤が不安定なことです。福祉施設での生活施設には、療護施設、グループホームなどがあります。しかし、脳外傷者で高次脳機能障害により生活が一人で行えない人が利用できる生活施設は、ほとんどありません。たとえば、知的障害や精神障害のグループホームなら、誰かが声をかけ、生活の管理の援助を行えば生活できる程度でないか実際には利用が出来にくいようです。外出すると一人で帰って来られないような人では利用が難しいこととなります。肢体不自由が重ければ療護施設というものもありますが、軽度者は原則利用できません

し、身体介助を行う体制が中心のため、高次脳機能障害を持つ利用者の対応に療護施設が戸惑っていることもよく耳にします。こうした状況で、家族がみられなくなったらどうなるのだろうと考えてしまいます。家族や本人は将来の不安をどこに持っていけばよいのかも判りません。病院は生活の場所ではありませんし、精神科の病院でも地域に返すことが課題になっている時代に、精神科治療の対象ではないといわれる脳外傷者を入院させることには大きな問題があります。ですから、脳外傷者が生活しやすい場所をどのようにして考えていけば良いかはとても深刻で重要なことです。

窓口はどこ

情報提供や相談の機関も未整備です。脳外傷で高次脳機能障害のある方は、どこに相談に行けばいいのかわかりしていません。福祉事務所でも分からない、保健所でも分からない。ではどこに？ というのが問題です。高次脳機能障害、脳外傷を理解するスタッフも地域にはあまりおりません。

福祉サービスだけではなく、財産管理の問題もあります。障害の自己認識ができていないために、ふつうの商行為であっても、勧誘などで契約をしてしまったりということがあります。そういう面では、権利擁護的な面も含めての対応が整備されるべきです。

リハビリテーションの面では、リハビリテーションを受けていない脳外傷者もたくさんいます。軽度の記憶障害、情緒不安定な方たちです。脳外科では退院になって自宅で生活しています。その人たちは、たとえばTVの報道を見て、自分は脳外傷者ですか、と聞いてくる人たちもおります。病院では治ったと言われたが、物忘れもはげしいし、何かしても上手くできないがなぜか判らないでいるのです。TVなどの情報で初めて障害であると気付いたという方も多く、障害に関する情報が得られていないことが判ります。

診療報酬の面でも病院のリハビリテーションには限界があります。現在の医療制度では脳外傷者の

リハビリテーションは難しい状況におかれています。これは、臨床心理士などが働く場所が限られるという意味でもあります。

職業への壁

職業については、先にもお話がありましたがい若い受傷者が多い。その年齢層は働き盛り、あるいはこれから社会に出ようという人たちなので、その人たちにとって社会参加は大きなテーマです。特に就労したいというニーズは高くあります。若い人の受傷は社会的な損失も大きいのですが、本人や家族にとっても社会参加のうえで職業というのが大きな関心になっています。しかし、結果的に見ると、その方たちの復職・就職は難しいものがあります。新規の就労ならば、会社が面接時に障害を判らなくて採用したということがあります。しかし、会社も本人もストレスが高まるだけになってしまったということもあります。

この方たちに必要なのは、身体的な制限よりも、周囲の正しい障害理解や作業処理能力、作業環境の調整です。仕事の手順や約束を忘れる、相手の顔色が読めない。そういうことが上手くいかずに離職している人が多いのではないかと思います。作業環境や職場の障害理解がとても重要になります。

中には就労しているだけでもいいじゃないかと周囲から言われている方でも、仕事が本人にはかなりのストレスになって、家以外でストレスを発散できず、仕事を始めてから家で暴れて困っているという方もおります。

一貫性を欠く職業リハビリテーション

職業リハビリテーションと医学的・心理社会的リハビリテーションが分離している現状があります。治療的リハビリテーションから心理社会的リハビリテーション、職業的リハビリテーションまで一貫してできるところはほとんどありません。現状では、リハビリテーション病院や身体障害者更生施設でのリハビリテーションの後に職業的訓練を受けるために、地域障害者職業センターなど

の職業リハビリテーション分野に進むこととなります。職業リハビリテーションにとっても、障害の特性を理解した上での職場環境作り援助が必要になると思いますが、病院や福祉関係の専門機関から高次脳機能障害に関する医学的・心理的情報が流れるシステムはありません。脳外傷者の職業のことを考える場合は、連携が大切になります。

脳外傷者の職業リハビリテーションの機関の曖昧さという課題もあります。どこの機関につながればいいのか、それを判断できる専門機関が少ないという現状もあります。こういう状態であれば授産施設が適しているとか、地域障害者職業センターが適しているとか、そういうことがなかなか振り分けられません。

どこの機関が何をしているのか。あるいは福祉施策を含めた援助が可能なのかなど情報も、一般化していません。

職域開発とか援助付き雇用は、脳外傷者の就労にとって大切な事業です。これをどう活用しようかといつも思っていますが、この事業自体が不足していること、定員が決まっていること、連携が上手く行くかということなどの課題があります。

就労については、簡易作業から始め途中まで上手くいくと、職場の方がやりがいがあるだろうと本人のことを考えてもっと難しい仕事を提供し、結果として失敗してしまうことがあります。これは障害の自己認識ができていないためや、職場が障害の特性を理解していない場合に起こります。ですから、援助者が障害を理解して、職場環境の調整を行う。そのためには、医学的、心理社会的リハビリテーションと職業的リハビリテーションの連携が必要なわけです。

「認定」と所得保障

障害程度の基準を設けているものには、各障害者福祉法、公的年金制度、労災制度、自動車保険制度、民間生命保険制度などがあります。各障害者福祉法以外は、身体・知的・精神の障害の状態を総合的に認定することになってはいますが、実際には、脳外傷者の障害認定における不利は経済的

な保障に関して顕著だと思えます。

障害者手帳制度に関連しての公共料金や税金の控除など、年金制度では高次脳機能障害内容が正確に診断書に反映されることが難しいことなどがあります。

また、自動車保険や労災保険では、脳損傷の障害認定が、生活の制限の程度からみると不利ではないかと感じます。高次脳機能障害では、診察時間内では判断しにくいことや、実際には障害により就労ができずにいても、労働能力の喪失が軽く判断される例を経験します。働き盛りの男性がぜんぜん復職できる状態ではない。家族の名前すら覚えられない状態でも、民間生命保険では高度障害と認められず、住宅ローンも相殺されず経済的に困窮するとう方もおりました。しかも、奥さんは付き添っていなければならぬので、経済的には一層困難な状態になります。

障害の認定については、認定基準の問題と診断書を書く病院や医師のおかれている環境も問題になっていると思えます。

「専門性」と「支援」の強化

「脳外傷者のリハビリテーションと福祉の現状と今後への期待」についてですが、現状では身体・知的・精神の各分野ごとに福祉施策の対象が決められており、対象外の方たちもでてしまっております。しかし、福祉サービスにおける障害種別ごとの壁はだんだんなくなる方向になっていくと思えます。そうすると一層総合的な援助や適性を評価することが可能な専門機関の強化が必要になると思えます。例えば、どの分野のリハビリテーション施設がその人にあっているかなどの判断も必要になるわけです。同時に脳外傷に関して援助者の養成も必要になるとおもいます。

なお、脳外傷者援助の今後への期待としては、リハビリテーションと生活支援（福祉法的サービス）をある程度分けて考える必要があると思えます。つまり、リハビリテーションに関しては医学的、心理的援助や社会生活力の向上などの援助が医療保険の枠に縛られず一貫して行なわれ、職業

的リハビリテーションが必要な者には、その方面に移行できるシステムが必要だと思えます。

生活支援については、身体や精神などの枠によらず、生活面で必要なケアや生活場所の確保などの援助が受けられるシステムが必要であると思えます。

最後に、脳外傷の専門の支援機関が欲しいと思えますし、地域で脳外傷者が相談に行けるような機関の整備が望まれます。以上です。

伊藤ノありがとうございました。

自己認識の阻害と社会制度

これでパネラーの話を終わります。脳外傷者の状態が分かっていただけだと思います。

少なくとも脳外傷に伴う障害は、脳の広範な器質的な障害で、知的、精神、肢体にわたる、多様な障害。同時に中途障害で若年者に多いので、長期にわたります。長期に見なければ分かりませんから、予後予測が難しい。

また自己認識が阻害されているので、肢体の障害等がないと分かりにくい障害です。その関係で、社会的に認知されていない。それがさまざまな社会福祉制度にも影響しています。

非常に深刻ですが、本人が努力しないからと見られてしまう。それ自体が阻害されていると見なければならぬと思えます。

パネラーからどうしても追加したいことがあればそれを先にして、その後、フロアから質問等ご意見をいただきたいと思えます。パネラーの方、どうですか？

比留間ノいま、伊藤先生が障害者の全体像をまとめていただきましたが、私たちの具体的な訓練を見ると、体の障害が大きく占めているのではと思うんです。自己認識の問題とか社会的には問題になります。職業的行動や動作で、たとえば自分の指先が分かっているとか、動きが伝わらないとか、具体的な身体自体の障害が基本にあって、結果的にそれが不調和感や不安に変わったり、人間そのもの悪いところばかりを認識しているのではなく、自分はそうでないと思いたい否定の気持

ちがあったり。たとえばキャップをはめるにしても、うまくいかなかったり、動作が下手になっているのに、結果的に自己認識の問題ということもあるのでは。だからちゃんと見ていないのではと。それが分かればプロセスも組めると思うんです。

センターを訪れる三つのパターン

伊藤／ありがとうございました。他にございますか？

阿部／私たちのリハビリテーションセンターに来る人には三つのパターンがあります。

一つは病院を退院すると同時にリハセンターに紹介されて来るケース。

二つ目は友の会の活動が紹介されることになって、退院後在宅で生活していたが、脳外傷であることが分かってセンターに来られる、事故から3、4年経ったケース。

そして三つ目のケースですが最近、事故から10～20年も経った人が来るようになったのです。10年以上何をしてきたかという、トラブルばかりで、家族は心中まで思い詰めていたような人たちなんです。一つ目の病院からすぐ来る人たちは、障害は分かっているけれども早期から介入や、訓練ができるので、問題が出ないうちに比較的上手に適応できるようになります。二つ目の事故から3～4年の人は、必ず一度は挫折した経験があります。ここまでは、なんとかうまく援助できるようになりました。ところが最後の三つ目のタイプの方たち、すなわち10年20年トラブル続きの人たちは、誤った行動パターンがすっかり身につけてしまっていて、非常に難物です。ここがいま一番困っているところです。やはり早期に、きちんとリハのルートに乗せることが、絶対必要だと思っています。

伊藤／他にありませんか？ どうぞ、大橋さん。

病院で出来ること、その役割

大橋／リハビリテーション病院で何が出来るか、あるいはその役割を述べます。以前、リハビリテーション医の教育を行っている施設にアンケート

調査をしました。その結果、脳外傷者を年間に1人か2人しか治療していない施設が80%以上でした。脳外傷による知的障害へ、治療プログラムを用意しているかという質問には、そういうプログラムはないという答えがほとんどでした。リハビリテーションは受傷から早期に行うべきです。早期には、気管切開、骨折などの合併症が多く、病院の治療としてやるべきことが沢山あります。まず医学的安定化を図り、ついで基本的な機能訓練を行い、さらに障害像を見極めて、的確な情報提供を行うことが必要です。今後の生活でどういう問題が予測されて、どこに相談することができるか。このような情報提供をしないといけないのに、医者も脳外傷の障害についてきちんと知らない。急性期には、正確な予後を予測することが難しく、植物人間になるとか、命が危ないとか説明したのに、実際には命が助かっている。言っていることが違うんじゃないか、と感じられたご家族も多いと思います。命に関わることすらそのような具合ですから、その後の障害に関する予測や情報提供は、なかなか上手に行われぬ。これについては医療者が、障害像をきちんと把握して、的確な情報を提供できるようにする努力が必要だと思います。

伊藤／ありがとうございました。東川さん何かありますか？

情報をどこまで

東川／家族会の立場からいうと、入会の理由は、まず「情報がない。情報を知りたい」という会員さんがほとんどです。

神奈川や名古屋のような大きなリハビリテーションセンターのある病院では、わりあい情報を得ているようです。私の息子のように、退院するときに、「予後はよくない」と言われたこと。この一言で覚悟ができました。私は20数年障害児教育をしていました。脳にどう障害が残るかという予測はありましたので、その覚悟はできていたと思いますが、一般の方はほとんどお分かりにならない。命が助かった時点で、先ほどの方のように、

バラ色になって、よかった、元に戻るのではないかと期待してしまう。ロビーにおいた会報にもありますが、「なおる、きっと」という一文が書かれていて、そういう思いで日々暮らす親御さんと現実とのずれが非常に大きいです。病院の先生方からの確な情報をお願いしたいと思います。人間ですから、将来を見据えて長いスパンで見なければならぬと阿部先生も言われましたが、それは難しいかもしれないが、ある程度の情報を伝えて退院させていただきたい。それがつかめていない方が多いので、家族も本人も混乱していらっしゃると思います。

伊藤／ありがとうございます。フロアからご意見は？

教えてください コミュニケーション障害では

会場から／船橋から来ました。私どもでは生活支援を行っています。残念ながら千葉県では、ここ1カ所しかやっていないため、身体障害者だけでなく、知的、精神障害もしています。

最近、外傷ではありませんが、脳機能障害の方も相談にみえます。障害者が教えるパソコン教室に週一回来ていきます。40歳くらいの人で、前働いたことがあるらしいが、親御さんも一生懸命で家族会にもかかわっています。

教えていただきたいのは二つあります。一つは、コミュニケーションに失語症のあるいは認識障害というか、スムーズな会話の交換がないという方に対しては、頻繁に言葉をかけたほうがいいのか。相手が返事をしなくても話したほうがいいのか。あるいは自然にまかせるのがいいのか。現場での対応の仕方について、どんなふうを考えていらっしゃるか。もう一つは、生活支援事業は地域における社会資源を活用するということですが、このような人に何が地域にあるのか私どもにも分からない。

今まで話があったように、行政は手帳に載っていない、年金の対象にもなっていないと、はっきりした対応をしない。では、千葉県、特に船橋近辺にもしあれば教えていただきたい。リハビリ的

な機関がない現状のなかで、地元でどういう社会資源を掘り起こしたらよいか分からない。それについて、以上二つ、お考えを教えてくださいと思います。

伊藤／分かりました。これは阿部さんか比留間さんから答えてください。

コミュニケーションは積極的に

比留間／病院のほうでリハも受けてきたのならば、第1のコミュニケーションと第2の活用では、船橋の近くでしたら千葉のリハセンターがあります。そこで能力、職能判定をしに行くのが一つだと思います。生活支援センターでどんな支援が要るか、ですが、本人も家族が選択できなかったり、使ってみていなければ、その余裕はないと思いますので、できるだけ専門家を引っ張り込んでくるのが正しい方法かと思います。

一番目のコミュニケーションの方法については、失語症なのか認知障害なのかについて、話しかけてかえってくるのが分かれば、うるさくなければ、そのつど話しかけて応答をとってみるというのが正しいかなと思います。

パソコンを教えたときに、意味を理解しなくても頷く人がいます、分かってなくても「うん」と。先に進めないで「今いったことをやってみて」とか、「順序を言ってみて」とか、確認をしていくことは失礼でないと思います。

伊藤／ありがとうございます。この話を続けると長くなるのでまたあとで。他にいらっしゃいますか？

施策を進めるキーワードは

奥山／日本障害者リハビリテーション協会の奥山です。脳外傷者の全体像についてよく分かりました。それから「分からない」ということも分かりました。これは制度として、行政にもの言う場合に、脳外傷者では私はだめだと思うんですね。

話を伺ってなんとなく分かったことは、脳の働きをコントロールして人間の行動があるわけで、脳のコントロール機能障害と理解していいのか。

あるいは、脳外傷の症状に対する施策を進める場合に適当な共通なキーワード、言葉というものが、学問的にあるなら教えていただきたいと思います。大橋先生、教えていただければと。

大橋／リハビリテーション学会の用語委員会をやっていましたが、キーワード類の科学的根拠を厳密に規定することは難しい場合が多いようです。これについては先ほど、高次脳機能障害という言葉にも用語的には問題があることを述べました。それでは、行政に働きかける場合に脳外傷として制度改善を訴えることが適当であるのかどうか。状況にもよりますが、アメリカの場合には、脳外傷の発生頻度が高いことが、脳外傷として行政に働きかけて成功した理由の一つだと思います。日本の場合どうするかということですが、脳外傷の発生率に関する実態調査はなく、脳外傷の結果障害をもつ方がどれくらいいるかも分かりません。アメリカほどではないけれど、他の患者に比べるとかなりの数になるのかもしれない。そうであるなら脳外傷としてまとめることが必要になります。また脳外傷者の年齢は若く、職業リハビリテーションなどの幅広い施策の対応が必要です。したがって高次脳機能障害というくりではなく、脳外傷を合い言葉に制度を見直すように働きかけを続け、その結果、良い方向に制度の改善が得られれば、低酸素性脳症など他の原因で後天性脳損傷を受けた方にも制度改善の恩恵があるのではないのでしょうか。いま脳外傷友の会は、脳外傷という言葉でとりあえずまとまって、それで行政に働きかけようという立場です。

伊藤／ありがとうございました。

「身体障害者」並の認定とサービスを

さまざまな障害があることは分かったと思いますが、こういう人たちに対するリハビリテーションをどう保障するか。病院で医者が知らないことが問題だと。それを広めていくにしても、さまざまな制度が伴わないと、制度の狭間に落ちてしまう問題がある。

とりあえずリハビリテーション面では身体障害

として対応されていることが多いですが、国会答弁では、現在では精神障害として扱われている。この点について意見をいただきたいと思います。どうでしょう。

生方／リハビリテーションについて言えることは、私個人としては身体障害者としてのサービスを受けることが必要と考えています。在宅サービスについては障害種別による分け方がだんだんとなくなってくるかもしれません。しかし、脳外傷の方の社会生活のためには、どのような援助により本人自身の力と環境が整えられるかということが重要になります。そのため、リハビリテーションという視点は欠かせません。身体障害者更生施設には、PT、OTなど多様な職種が入っています。こうした取り組みによって脳外傷者の社会生活のしやすさが図られることが大切であると思います。

リハビリテーションおよび施設というはっきりした枠組みが必要だと思います。

伊藤／他には？

東川／たしかに私もそう考えます。脳も体の一部であるということから、身体障害者というくりで見てほしいという声も多いです。ただ非常に難しい部分がありまして、私の息子も、身体等級では5級なんです。問題にすべきは、頭の中身なんです。それについての認定は何もなかったのです。たとえば、生命保険の保障などは一切出ませんでした。自動車事故の示談も、私の息子は被害者だったのですが、頭の中身の問題を認定してもらうのに非常に骨が折れました。身体5級ということだけでは、軽いですね。最初の段階では賠償のお金も非常に低い基準で算定されてしまったんです。弁護士をつけて交渉するのに苦勞しました。現実にもそういうことで苦勞している方が多いんですね。身体障害と認めていただきたいというのはたしかなんです。現実にはとても難しいということをご理解いただきたいです。

苦勞する「認定」

伊藤／いまのお話では肢体の障害だけなのか、ということですね。よく年金もそうですが、生命保

陰の診断書にはこういう問題があります。ADL、日常生活の判断です。他人の介助が必要かどうか基準があるようです。医者理解も必要ですが、麻痺があってもできないわけではない。このため「できる」とつけると対象になりません。我々が「指示があればできる」と書けば、やらないだけと思われる。それ事態が障害なんだということを知ってもらうのに大変苦労します。社会的認知が高まれば、このような障害がある、と認めてもらえるようになるでしょう。

どうもリハビリテーションの過程では肢体障害と同じように、身体障害の枠の中でやったほうがいい。しかし、阿部さんの話のように3、6、10年となると肢体障害ではなくて、精神障害と似たりよったりになる。そうになるとまだまだ難しい。国が進めている身体、知的、精神障害に関するサービスの相互乗り入れが進めば解決できる部分もあるかと。生活障害としての地域、在宅での生活における障害に対する対応では、サービスの相互乗り入れも一つの方法です。ただ、リハビリテーションの過程では違うのではないかと。精神障害、知的障害の方とは違った観点が必要です。そこにおいては単なるサービスではすまないという気がします……。

どうしても最後に一言という方いらっしゃいますか？

「重度」を視野の中に

会場からリハビリテーションの中で、脳挫傷の認定が、身体障害者の認定でいいという話でしたが、脳障害の方はほとんど重度の知的障害の患者さんもよく見かけるんですね。こういう人たちは重複という形で、知的と身体障害の認定を申請する。だとすると、脳挫傷の若年の方たちも、そういったときに、ただ単に身体障害者だけの判定でその人の将来を法的に援護することよりも、知的障害

者と身体障害者との重複というのがあるのだから、すべての障害の人も重複障害という大きな視野の中で、運動をしていくのも一つの方法だと思いますが？ いかがでしょうか。

伊藤ノいまのお話はその通りだと思います。今の枠組みではそうですが、今進めているような形で将来いけば、サービスの相互乗り入れが現実のものとなる。そうすれば、重複だろうと単独だろうと、必要なサービスが提供される。その基盤整備ができる。問題は、サービスに専門性があり、その点が残るかもしれない。いずれにしても知的障害、身体障害だからと、それぞれのサービスしか受けられないのでは困る。サービスの相互乗り入れと同時に専門性をどう深めるかが問題だと思います。

アメリカの水準を目指して

当面どうするかということですが、サービスを提供する側としては、脳外傷の方々が抱えている高次脳機能障害に対するリハビリテーション技術の開発、さまざまな資源の開発が重要です。一方それをするためには家族の会が全国に広がるのが力になる。

アメリカを目指して、今日を基点に全国で友の会など、組織作りを進めていきたいし、皆さんにはサービス提供者として、脳外傷の方の障害を理解していただきたいと思います。

以上をもってこのパネルディスカッションを閉じさせていただきたいと思います。ご協力ありがとうございました。

司会ノ2時間におよぶパネルディスカッション、ありがとうございました。あわせて、点字、手話、パソコン字幕の担当の方、ありがとうございました。(拍手)

【 閉 会 】

閉会の挨拶

三ツ木 任 一
放送大学

交流セミナーからの積み重ね

研究大会のプログラムは、とどこおりなく終わりました。あと数分で閉会になります。今回初めての方も、何度も参加された方もいらっしゃいましょうが、これまでと今回のプログラム、ニュアンスが違います。今回のプログラムは、一貫した脈絡で、とにかく参加者に自分が何をしにきたのか理解していただきたかった。このことは、今回の実行委員会のメンバー構成のおかげです。

この研究会は、前身がリハビリテーション交流セミナーという名称で10回継続されました。発足したのは1977年。中に世界会議が入りましたので、はずした年もありますが、ちょうど今回が22回目です。私事ですが、第1回のセミナーのときに、首都圏のリハビリテーション関係者、私たちの大先輩と我々中堅が中心になってやりました。とにかく、2回は手弁当でやって、赤字が出たら頭割りするという覚悟で。3回から日本障害者リハビリテーション協会の行事としてやっています。

考えると、4歳になった中堅が、先輩たちからおだてられたりしていろいろ役割をさせていただき、この20何年かの経過のなかで、リハビリテーション協会の一員として、大きな勉強をしました。よく考えますと、実行委員の世代交代が遅きに失しておりまして、今年は思い切って一まわり半、若返りました。

脱皮して企画を

ですから、これまでのひっかかりのこだわりをもたない人が中心なので、今回のような、多少思い切ったプログラム構成になりました。

従来この会は、リハビリテーション職員の研究

会だったので、障害者の参加については、会費を払えばどうぞということでも多少、消極的でしたが、今回は、障害をもつ人がサービスをもつ自立生活センターのこともあって、障害をもつ人たちのアプローチと、リハビリテーション関係職員のアプローチをぶつけてみることができました。これも若返った実行委員の発案で、どうぞ、この研究大会が若い方に台頭していただけるような、その最初の年として位置づけていただければと思っています。

記念誌「リハビリテーションの理念と実践」

リハビリテーションの概念とか、サービス提供の仕方も、この20何年ですいぶん変わってきました。そのことは、20回を記念して作った、「リハビリテーションの理念と実践」という厚い冊子を（売ろうと思っていたら、もう店じまいしてしましますが、）何らかの方法でご覧いただければ、リハビリテーション概念そのものが時代で変わってきたとよく理解できます。

こだわりをすてて、これからのリハビリテーションという新しいとらえ方を我々は追究する必要があります。その意味で、パネルディスカッションは、新しい課題をテーマにしている、このなかに、これからのリハビリテーションのひとつの方向づけがあったのではないかと思っています。

お礼

とにかく、これで2日間のプログラムが終わりましたが、この間に、対談者、報告者、そして縁の下の力持ちをしてくださった通訳の方、あるいは、スライド、ビデオの準備をしていただいた方、

また大勢の学生ボランティアの皆さん、最後になりましたがリハビリテーションの事務局、そしてちょっと（持ち上げました）今回の実行委員の皆さんに厚くお礼申し上げます。

それと、今日の昼休みに、本大会の常任委員会が催されまして、来年の開催地は高知県。再来年は、候補にあがっているところから早急に決めようと

いうことになっています。

ぜひこれからも重ねて参加くださいますようお願いして、ご挨拶とします。みなさま、ありがとうございました。

司会／それでは、来年の23回を予定している高知県、吉備国際大学の江口さんから。

【 次期開催地から 】

四国・高知へどうぞ

江 口 壽榮夫
吉備国際大学

半分高知県、半分岡山で生活しています。高橋紀子さんの会が引き受けるということで、私は実行委員長です。メンバーが主体なんです。

予告をさせていただきますと、テーマは「20世紀のリハビリテーション白書」です。悪く言えば世紀末となりますが、それを踏み台にしていこうと、来年の21日（土）と22日（日）、高知県のど真ん中にあります県民文化ホールでやることになっています。

ちょっと予告しますと、橋本大二郎さんというユニークな県知事がいて、来月が3回目の立候補になるようですが、一日目に時間をとっていただいています。たとえば鼎談とか、対談とか、考えています。橋本大二郎さんに出させていただきます。

分科会については、障害別ではなく。たとえば20歳までとか、高齢者とか、ライフステージで分けてみようじゃないかと考えています。

そして初めての四国開催ですので、四国4県に

よびかけまして、4県の活動報告も予定しています。

パネルディスカッションも。高知県には大学が4つあり、工科大学ではテクノロジーをやっているので、その方を交えながら、医療工学や、さらにソーシャルネットワーク、など。

高知にいらっしゃるなら、飛行機もありますが、瀬戸大橋もごきますので、どうかぜひ多数の参加をいただきたいと思います。今日は障害をもった方もたくさんおいでです。もちろん高知県にも障害をもつ人がいます。ぜひお越しください。

（拍手）

司会／ありがとうございました。では、これもちまして終了させていただきます。2日間、どうもありがとうございました。また来年お目にかかれることを楽しみにしています。（拍手）

第22回総合リハビリテーション研究大会 開 催 要 綱

大会テーマ **地域におけるリハビリテーションの実践**
—総合リハビリテーションを問い直す—

- ★期 日 1999年10月29日(金)～30日(土)
- ★会 場 全社協 灘尾ホール・5階会議室
- ★主 催 財団法人日本障害者リハビリテーション協会
〒100-8980東京都千代田区霞ヶ関 3-3-2 TEL:03-3580-0988 FAX:03-3581-7865
- ★後 援 総理府障害者施策推進本部、厚生省、労働省、文部省、通商産業省、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

ご挨拶—開催にあたって—

皆様、本日はようこそ第22回総合リハビリテーション研究大会にお越し下さいました。心より歓迎申し上げます。

障害のある人々の自立と社会参加を目指す総合リハビリテーションの研究と実践は、四半世紀に及ぶ実績を積み重ねてまいりました。現在では、障害のある人々が住み慣れた地域社会において、一人ひとりに相応しい自立生活の実現を目標に支援すること、すなわち「地域生活支援」がリハビリテーションのキーワードとして理解されるまでになってきています。今や皆様方の実践を中核として、全国各地において地域生活支援を目指すリハビリテーションの実践活動が広がりをみせています。

この総合リハビリテーション研究大会は毎年開催され、多くの皆様方のご支援により年々発展を遂げてまいりました。

本研究大会においては、半世紀ぶりに行われる社会福祉事業法の改正を中心とした社会福祉の構造改革について、具体的内容やリハビリテーションとの関連について対談が行われます。また、実践報告や分科会では、地域における先駆的な実践の活動報告をしていただき、わが国のリハビリテーションの到達点や現状を確認し、今後の課題や展望を検討していただきます。また、パネルディスカッションでは、「脳外傷者」をモデルに、リハビリテーションの実践に向けた課題や展望を議論していただきます。

変貌する社会経済情勢のもと、新たなリハビリテーションの展望を開くことのできるよう、大会プログラムを用意致したつもりであります。

本研究大会が、皆様にとって実りある2日間となりますよう、心より望んでおります。

1999年10月29日

財団法人日本障害者リハビリテーション協会

会 長 山 下 眞 臣

第22回総合リハビリテーション研究大会

実行委員長 手 塚 直 樹

お知らせとお願い

- ◇受付時間 10月29日(金) 午前9:30～
10月30日(土) 午前9:00～
- ◇会場案内 2日目午前の分科会会場は、次頁のプログラムをご覧ください。その他は、すべて全社協
・灘尾ホールが会場となります。
- ◇名札 2日間ともご着用下さい。
- ◇喫煙 会場内はすべて禁煙です。喫煙は所定の場所にてお願いいたします。
- ◇手荷物等 クロークを用意いたしますので、ご利用下さい。
- ◆交流会 1日目の午後5時より、新霞ヶ関ビル5階・全社協会議室にて行います。
- ◇昼食 会場内ビルレストラン及び周辺飲食店等で、各自おとり下さい。
- ◇展示 展示パネルを灘尾ホール会場内に設置しております。どうぞご覧ください。
- ◇書籍販売 灘尾ホールロビー内にコーナーを設けておりますのでご利用下さい。
- ◆手話通訳 下記のプログラムに配置しております。(変更の場合あり)
1日目終日：全日程
2日目午前：分科会1「地域生活の実現と支援ネットワーク」
午後：全日程
- ◆要約筆記 下記のプログラムに配置しております。(変更の場合あり)
1日目終日：全日程
2日目午前：分科会3「自立生活に向けたピアサポートの実践」
午後：全日程
- ◇報告書 本研究大会の報告書は、後日参加者に郵送いたします。
- ◇大会本部 新霞ヶ関ビル3階に設置しております。
(全社協・灘尾ホール 代表電話：03-3580-0988)

プログラム

- 10月29日(金) 第1日
- 9:30 受付
 - 10:00 開会の挨拶
山下真臣(日本障害者リハビリテーション協会)
開催にあたって 手塚直樹(静岡県立大学)
 - 10:15 対談
「社会福祉基礎構造改革とリハビリテーション」
三浦文夫(武蔵野女子大学)
調一興(日本障害者協議会)
司会：藤井克徳(共同作業所全国連絡会)
 - 11:45 昼食

資料(開催要綱)

- 13:00 チャンピオンレポート ―地域におけるリハビリテーションの実践―
司会：三ツ木任一（放送大学）
(1) 小林繁市（伊達市地域生活支援センター／伊達市）
(2) 江上直子（麦の郷／和歌山市）
(3) 堤 愛子（町田ヒューマンネットワーク／町田市）
(4) 成田すみれ（横浜市総合リハビリテーションセンター／横浜市）
17:00 交流会（新霞ヶ関ビル5階・全社協会議室）

10月30日(土) 第2日

- 9:30 分科会1『地域生活の実現と支援ネットワーク』 灘尾ホール
司会：石渡和実（東洋英和女学院大学）
発言者：中島秀夫（甲賀郡障害者就業・生活支援センター）
笠原吉孝（かさはら医院）
小林繁市（伊達市地域生活支援センター）

- 分科会2『生活の定着と求められる支援』 第1・2会議室
司会：池末美穂子（日本福祉大学）
発言者：永山 盛秀（沖縄県ふれあいセンター）
川関 和俊（東京都立精神保健福祉センター）
江上 直子（麦の郷）

- 分科会3『自立生活に向けたピアサポートの実践』 第3～第5会議室
司会：赤塚 光子（立教大学）
発言者：佐藤 聡（メインストリーム協会）
丸山 一郎（埼玉県立大学）
堤 愛子（町田ヒューマンネットワーク）

12:00 昼食

13:00 分科会報告

- 司会：指田忠司（日本障害者雇用促進協会）
報告者：石渡和実（東洋英和女学院大学）
池末美穂子（日本福祉大学）
赤塚光子（立教大学）

14:10 パネルディスカッション『脳外傷者のリハビリテーション』

- 司会：伊藤利之（横浜市総合リハビリテーションセンター）
パネラー：東川悦子（脳外傷友の会・ナナ）
大橋正洋（神奈川県総合リハビリテーションセンター）
比留間ちづ子（東京女子医科大学病院）
阿部順子（名古屋市総合リハビリテーションセンター）
生方克之（神奈川県総合リハビリテーションセンター）

16:30 閉会の挨拶 三ツ木任一（放送大学）

次回開催地から 江口壽榮夫（吉備国際大学）

当日配付資料

- ① チャンピオンレポート実践報告2 小林 繁市 提供分—— 87～93頁
- ② チャンピオンレポート実践報告3 成田すみれ 提供分—— 94～95頁

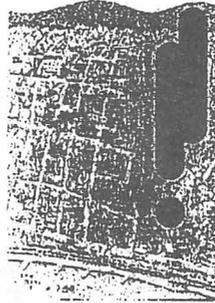
当日配付資料①

注 文 書

●太陽の園・旭寮編
**施設を出て
 町に暮らす**

●発行所：ぶどう社

- 1章 共に生きる町
町の位置と中で暮らす／施設から町へ
私たちが目指すもの
- 2章 町での暮らしを支える
いまで、仲間たちは／地域援助センターの役割
心と体の支援団体／地域生活援助を発展させた力は
- 3章 暮らして楽しむ仲間たち
一人一人の人生の下りに／障害が重くても／日々の
営み／余暇活動／自主活動／暮らしを支える市民たち
- 4章 生活援助の実態
住まい／食生活／健康／金銭管理／人間関係／恋愛や
結婚／社会人として／広がる援助の幅
- 5章 就労援助の実態
就労援助はどのように変わってきたか／企業就労援助
働き続けるための支え／福祉的就労援助



◎障害福祉の新しい流れ◎

施設を出て 町に暮らす

知的障害をもつ人たちの地域生活援助の実態

太陽の園・旭寮

定価一六〇〇円 A5判・綴装・カバー紙

●最寄の書店にご注文ください。
 ●お急ぎの場合は小売へ。
 (代金は後払いです)

ぶどう社

〒101 東京都千代田区神田神保町2-10-407
 TEL 03-3234-1450 FAX 03-3234-1925



3万5千の町の中に、
 二〇〇人の知的障害者が
 暮らしている！
 それを可能にした
 社会自立への挑戦と、
 地域生活援助の展開を
 生き生きと伝える！

新刊・好評発売中！



怒
 ノーマリゼーションから

を切り開いて誕生した道立
 太陽の園の考え方はノーマ
 リゼーションとは逆だっ
 た。障害のある人は社会の
 荒波の中より、施設で保護
 されて暮らす方が幸せだと
 職員は考え、親は「これで
 安心して死ぬ」と喜んだ。
 だが、本人たちの多く
 は、施設で一生を終わら
 ない、町の中で暮らした
 い、結婚したい、就職した
 いと望んだ。
 ・願いをかなえる拠点とし
 て登場したのが旭寮だ。住
 居の確保も引越しの手
 配、仕事探しはもちろん、
 確定申告や恋のさあでの
 調整まで。スタッフの応援
 は二十四時間態勢で、実
 きの細かい。

共に暮らす町

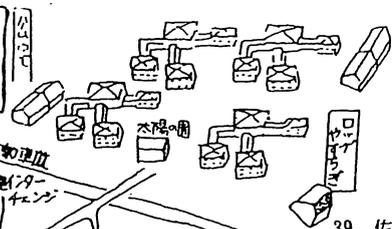
この町には、知的
 なハンディのある
 人々二百十五人
 が、ノーマリゼーションの
 思想そのままに暮らす。ふ
 つつこの家やアパートに住
 み、仕事をもち、恋をして
 結婚し、コンサートや旅行
 を楽しむ。
 『ノーマリゼーションの
 父・N・E・バンクIIミケ
 ルセン』(ミネルヴァ書
 房)によれば、この思想は
 一九五三年に登場し、六年
 後に法律化された。
 その九年後に伊達の山林

伊達の町では、ごくふつ
 うにこんな風景が見られ
 る。計算ができなくてレジ
 ンでまごごしている知的な
 ハンディのあるお客。店員
 が財布を受け取って必要な
 代金をとりだして財布を返
 す。その間、他のお客は文
 句もいわず、じっと待つて
 いる。
 「表彰に値するものは、伊
 達の人々です」。寮長の小
 林繁市さんの言葉である。

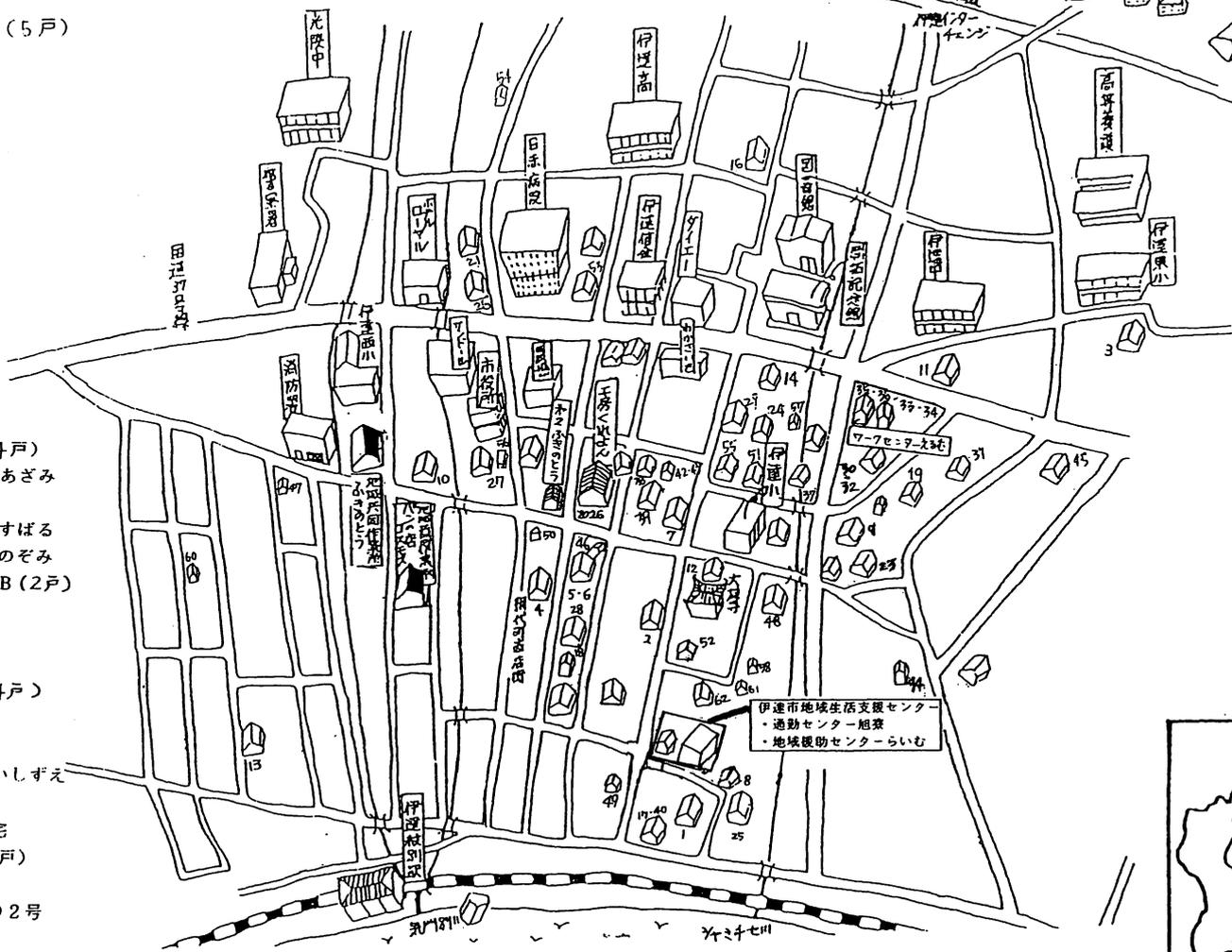
〈雪〉

伊達市内住居図マツ

北流産入時の概
 児童 100名
 児童 200名
 児童 100名
 児童 20名



1. 栄寮
2. 猿橋アパート (5戸)
3. すみれ寮
4. アップル
5. ひまわり寮
6. トマト (3戸)
7. 岡田下宿
8. さくら
9. きずな寮
10. 半田下宿
11. きぼうホーム
12. 元町
13. 第二さくら寮
14. 明日香
15. 生活寮元町
16. つばさ
17. マンション旭(4戸)
18. グループホームあざみ
19. 舟岡
20. グループホームすばる
21. グループホームのぞみ
22. ヴィラヒラモトB (2戸)
23. 舟岡ハイツ
24. マーガレット
25. コーポ旭
26. 及川コーポ (4戸)
27. 岩崎アパート
28. はるか
29. グループホームいしずえ
30. たんぼぼ
31. にれの木公営住宅
32. ハヤセハイツ (4戸)
33. オリーブ
34. ヴィラヒラモトD 2号
35. 平本ホーム
36. 平本ホーム2号
37. 金山ハウス
38. 小野借家



39. 佐藤借家
40. 旭ホーム(2戸)
41. 旭マンション
42. 小野借家
43. 小野借家(2戸)
44. 石川ホーム
45. ハウスYou66
46. 中野ホーム
47. 宅建ホーム
48. 大西借家
49. 寺嶋借家
50. HKハイム
51. 大井借家
52. 近藤借家
53. コーポ梅本
54. 湘南
55. 梅本
56. 鹿島ハイツ
57. 丸子ホーム
58. 水島借家
59. れもん
60. 山下マンション
61. 北斗
62. 平成寮



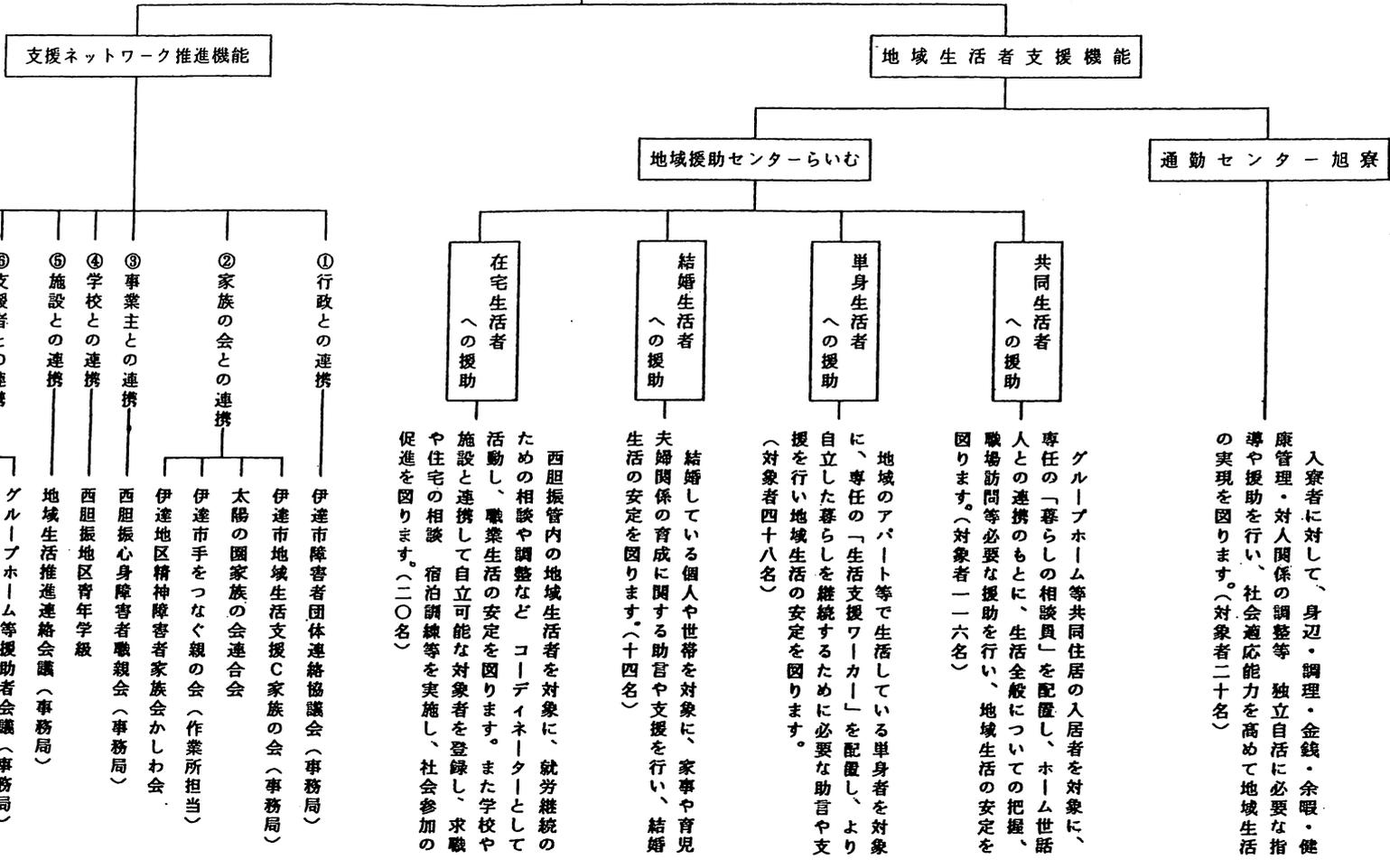
伊達市地域生活支援センター・道立太陽の園が支援する地域住居一覧

平成11年4月1日現在

No	住居名	住所	地域生活者		住居形態	開設年月	バックアップ施設	備考	
			男	女					
1	栄寮	旭町	8		生活寮(同居)	53. 8	支援センター	北海道認可(昭59)	
2	猿橋アパート(5戸)	旭町	6		自立アパート	56. 5	支援センター		
3	すみれ寮	弄月町	8		専用下宿(同居)	56. 9	支援センター		
4	アップル	網代町	8		グループホーム(6H)	58. 12	支援センター		厚生省認可(平8)
5	ひまわり寮	旭町	1	7	生活寮(同居)	60. 2	支援センター		北海道認可(昭59)
6	トマト(3戸)	旭町	1	2	自立アパート	60. 2	支援センター		
7	岡田下宿	元町	1		一般下宿(同居)	60. 11	支援センター	厚生省認可(平8)	
8	さくら	旭町	6		グループホーム(6H)	61. 3	支援センター		
9	きずな寮	舟岡町	5		生活寮(6H)	61. 6	支援センター	北海道認可(昭62)	
10	半田下宿	大町	5		一般下宿(同居)	61. 12	支援センター	北海道認可(昭62)	
11	きぼうホーム	舟岡町		12	生活実習ホーム(同居)	62. 1	太陽(希)		
12	元町	元町	6		ケア付ホーム(3H)	62. 1	太陽(希)	北海道認可(昭62)	
13	第二さくら寮	山下町	4		ケア付ホーム(6H)	62. 4	支援センター		
14	明日香	元町	1		生活実習ホーム(2H)	62. 4	太陽(希)	北海道認可(昭62)	
15	生活寮元町	元町	4	1	生活寮(6H)	62. 11	支援センター		
16	つばさ	竹原町	6		グループホーム(6H)	63. 3	支援センター	厚生省認可(平7)	
17	マンション旭(4戸)	旭町	2	2	自立アパート	63. 9	支援センター	厚生省認可(平元)	
18	グループホームあざみ	旭町	5		グループホーム(6H)	63. 9	支援センター		
19	舟岡	舟岡町		3	ケア付ホーム(2H)	元. 4	太陽(希)	厚生省認可(平元)	
20	グループホームすばる	舟岡町	4		グループホーム(6H)	元. 4	支援センター		
21	グループホームのぞみ	末永町	4		グループホーム(6H)	元. 4	支援センター	厚生省認可(平元)	
22	ヴィラヒラモトB(2戸)	元町	3	3	ケア付アパート(6H)	元. 6	支援センター	厚生省認可(平元)	
23	舟岡ハイツ	舟岡町	1	1	自立アパート(結婚)	元. 10	支援センター		
24	マーガレット	梅本町		3	生活実習ホーム(2H)	元. 11	太陽(青)	厚生省認可(平元)	
25	コーポ旭	旭町	2		自立アパート	元. 12	支援センター		
26	及川コーポ(4戸)	末永町	1	3	自立アパート	2. 6	支援センター	厚生省認可(平10)	
27	岩崎アパート	鹿島町	1	3	自立アパート	2. 7	支援センター		
28	はるか	旭町	4		グループホーム(6H)	2. 7	支援センター	厚生省認可(平5)	
29	グループホームいしずえ	元町	4		グループホーム(24B型)	2. 9	支援センター	厚生省認可(平4)	
30	たんぼぼ	舟岡町	6		グループホーム(6H)	2. 11	支援センター	厚生省認可(平9)	
31	にれの木公営住宅	舟岡町	1	1	自立アパート(結婚)	2. 11	支援センター		
32	ハヤセハイツ(4戸)	舟岡町	4		自立アパート	6. 3	支援センター	厚生省認可(平9)	
33	オリーブ	舟岡町	4		グループホーム(6H)	6. 3	支援センター		
34	ヴィラヒラモトD2号	舟岡町		3	自立アパート(6H)	6. 3	支援センター	厚生省認可(平6)	
35	平本ホーム	舟岡町	6		グループホーム(6H)	6. 3	支援センター		
36	平本ホーム2号	舟岡町	6		ケア付ホーム(6H)	6. 3	支援センター	厚生省認可(平10)	
37	金山ハウス	舟岡町		3	ケア付ホーム(2H)	6. 4	太陽(希)		
38	小野借家	元町	1	1	自立アパート(結婚)	6. 11	支援センター	厚生省認可(平10)	
39	佐藤借家	元町	1	1	自立アパート(結婚)	7. 3	支援センター		
40	旭ホーム(2戸)	旭町	4		ケア付アパート(6H)	8. 4	支援センター	厚生省認可(平10)	
41	旭マンション	旭町	1	1	自立アパート(結婚)	9. 3	支援センター		
42	小野借家	元町	1	1	自立アパート(結婚)	9. 7	支援センター	厚生省認可(平10)	
43	小野借家(2戸)	元町		2	自立アパート	9. 7	支援センター		
44	石川ホーム	旭町	5		グループホーム(6H)	9. 9	支援センター	厚生省認可(平10)	
45	ハウスYOU66	舟岡町		1	自立アパート	10. 2	支援センター		
46	中野ホーム	旭町	4		グループホーム(6H)	10. 4	支援センター	厚生省認可(平10)	
47	宅建ホーム	山下町	1		自立アパート	10. 4	支援センター	厚生省認可(平10)	
48	大西借家	舟岡町	1		自立アパート	10. 4	支援センター		
49	寺島借家	旭町	1	1	自立アパート(結婚)	10. 6	支援センター	厚生省認可(平10)	
50	HKハイム	鹿島町	1		自立アパート	10. 7	支援センター		
51	大井借家	梅本町	1		自立アパート	10. 7	支援センター	厚生省認可(平10)	
52	近藤借家	旭町	1		自立アパート	10. 7	支援センター		
53	コーポ梅本	梅本町		2	自立アパート	10. 7	支援センター	厚生省認可(平10)	
54	湘南	末永町		5	生活実習ホーム(3H)	10. 7	太陽(希)		
55	梅本	梅本町		2	生活実習ホーム(3H)	10. 7	太陽(希)	厚生省認可(平10)	
56	鹿島ハイツ	鹿島町	1		自立アパート	10. 8	支援センター		
57	丸子ホーム	梅本町		4	生活実習ホーム(5H)	10. 8	太陽(二)	厚生省認可(平10)	
58	水島借家	旭町	1		自立アパート	10. 10	支援センター		
59	れもん	舟岡町		4	ケア付ホーム(6H)	10. 10	支援センター	厚生省認可(平10)	
60	山下マンション	山下町	1		自立アパート	11. 2	支援センター		
61	北斗	旭町	3		生活実習ホーム(6H)	11. 4	支援センター		

住居形態の()内の同居、2H、3H、5H、6H、24Hは世話人の援助形態

伊達市地域生活支援センター



地域生活支援システム

暮らし

グループホーム(国制度)	13カ所	54人
生活寮(道制度)	4	24
ケア付きホーム(無認可)	5	30
民間ホーム	3	14
アパート・借家	45	64
家庭		35
通動寮		20
地域生活実習	8	33
合計	78	274

伊達市地域生活支援センター

伊達市地域生活支援センター
太陽の園地域生活支援センター(仮称)

企業就労

企業就労	雇用		176人
	職場実習	77事業所	21
	小計	77	197
福祉的就労	地域共同作業所	6	58
	太陽の園通所授産	1	20
	太陽の園地域作業科	1	20
	小計	8	98
合計		82	295

活動

西胆振地区 青年学級	西胆振管内の地域生活者を対象に年7回、お花見、スポーツ、旅行等の行事を実施。
地域生活者 自治会 「わかば会」	伊達に住む地域生活者の自治会、機関紙の発行、旅行、学習会、ボランティア活動を実施。(会員190名)
武者太鼓	地域生活者の和太鼓サークル、郷土芸能として活躍。(メンバー22名)
習いごと	地域の人達に混じって華道、茶道、日本舞踊、手話、料理などに通う。(46名)

暮らしの相談員

職種	人数	業務内容	
暮らしの相談員	16	・職場、住居の訪問・相談 ・買物、通院等の支援	
共同住居 世話人	同居	3	・食事の提供 ・健康の把握 ・金銭管理支援 ・住宅の維持支援 ・相談
	24H	2	
	6H	19	
	5H	1	
	3H	4	
	2H	1	
給食センター調理員	2	・A P生活者への食事提供	
経理員	2	・財産管理事務等	
共同作業所職員	20	・福祉的就労の支援	
職場適応率社員	7	・通動介助、連絡調整	
計	77		

伊達市手をつなぐ育成会

伊達市手をつなぐ育成会	共同作業所3カ所運営、レクリエーション、療育キャンプ、研修会
太陽の園家族の会連合会	共同作業所2カ所運営、入院互助会、財産管理事業
伊達市地域生活支援センター 家族の会	財産管理、給食サービス、生活寮等地域住居の運営
精神障害者家族の会かしわ会	共同作業所の運営、余暇活動の支援
西胆振心身障害者職員の会	障害者の雇用促進、余暇活動の支援、職場適応率社員の配置
伊達市障害者団体連絡協議会	行政・教育・労働・福祉関係者の連携と情報交換
地域生活推進連絡会議	太陽の園・伊達市地域生活支援センター支援者の連絡調整と事業の実施
伊達市地域共同作業所等 連絡協議会	伊達市の福祉的就労の拡充、作業所職員の研修会
グループホーム等支援者会	地域生活支援センターと世話人、暮らしの相談員の連絡調整

Ⅲ 太陽の園の支援システム

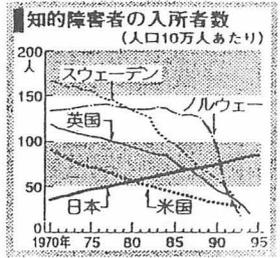
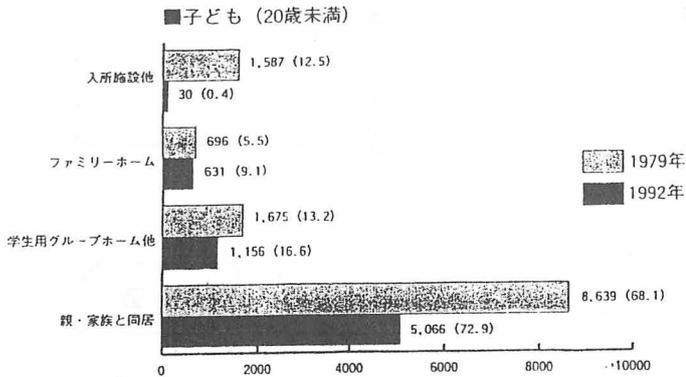
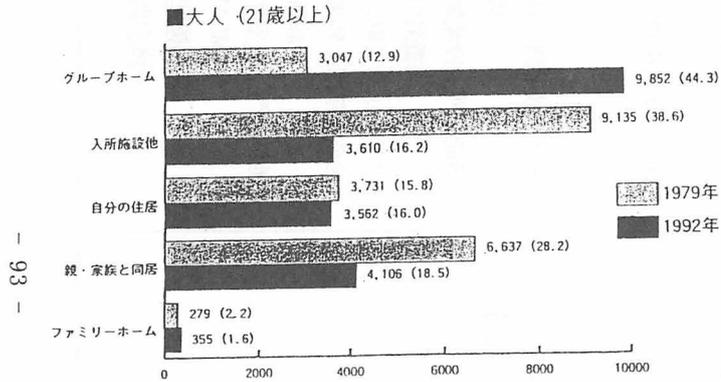
1 太陽の園の地域生活移行プログラム

平成11年4月1日現在

	施設	地域トレーニング	地域
生活自立プログラム	<p>園内生活 → 園内生活実習 → 地域生活実習 → 地域生活 (70戸 241名)</p> <p>(4学園 400名) (職員公宅での自活訓練) (地域住居での自活訓練)</p> <p>↓ (12戸 27名) ↓ (8戸 33名)</p> <ul style="list-style-type: none"> ひまわり学園 (児童・100名) 第一青葉学園 (更生・100名) → 6戸 14名 第二青葉学園 (更生・100名) → 1戸 4名 希望ヶ丘学園 (授産・100名) → 5戸 9名 	<p>地域生活実習</p> <p>(地域住居での自活訓練)</p> <p>(8戸 33名)</p> <ul style="list-style-type: none"> 第一青葉学園 1戸 女 3名 通勤センター 1名 第二青葉学園 1戸 男 4名 希望ヶ丘学園 3戸 男 18名 3戸 女 8名 	<p>地域生活 (70戸 241名)</p> <ul style="list-style-type: none"> 通勤センター 20名 グループホーム (国) 13戸 54名 生活寮 (道) 4戸 24名 ケア付きホーム (無許可) 5戸 30名 民間ホーム 3戸 14名 アパート 45戸 64名 在宅 35名
	<p>園内作業 → 職場実習 → 就 労</p> <p>(17科 336名)</p> <ul style="list-style-type: none"> ディケア 療育1科 (11名) ・療育2科 (14名) ・療護科 (10名) 基礎訓練課 窯業科 (29名) きのご科 (29名) ・園芸科 (29名) 林産科 (25名) 職業訓練課 木工科 (27名) ・クリーニング科 (19名) 縫工科 (30名) ・げんこつ窯 (21名) ・家事科 (6名) 農産課 乳牛科 (16名) ・農林科 (23名) ・養鶏科 (12名) 農耕科 (15名) 	<p>職場実習</p> <ul style="list-style-type: none"> 職場引率実習 (職員が引率して実施) 職場体験実習 (一定期間体験的に実施) 職場訓練実習 (就労を前提として) 一般企業 10社 男 18名 女 4名 地域共同作業所 5ヶ所 男 6名 女 15名 地域作業科 工房くれよん 20名 	<p>就 労</p> <ul style="list-style-type: none"> 一般企業 (72事業所 175名) 正雇用 139名 準雇用 26名 職場適応訓練中 10名 地域共同作業所 (6作業所37名) 太陽の園通所 20名

スウェーデンにおける居住施設の状況

※数字は人数 (%) を表します。



スウェーデンの21歳以上の知的発達障害者の生活の場と日中の学習、活動仕事の場
1992年11月現在 (1993年 スウェーデン社会局全国統計調査による)

	両親家族と同居	ファミリーホーム (里親)	自分の家	グループホーム	訓練用グループホーム	入所施設	その他	合計
就学前保育	3(43)	-(-)	2(29)	1(14)	-(-)	-(-)	1(14)	7(100)
職業教育	106(34)	35(11)	18(6)	48(16)	94(30)	7(2)	4(1)	312(100)
リセナ	3255(19)	198(1)	2149(13)	8358(49)	172(1)	2833(16)	239(1)	17,204(100)
一般企業就職	64(13)	28(5)	240(47)	161(32)	8(2)	2(0)	4(1)	507(100)
福祉工場	71(9)	18(2)	286(36)	405(51)	4(1)	7(1)	3(0)	794(100)
その他	39(8)	18(4)	97(21)	159(34)	16(3)	121(26)	21(4)	471(100)
週15時間以下	568(19)	58(2)	770(26)	720(24)	20(1)	640(22)	162(6)	2,938(100)
合計	4106(19)	355(2)	3562(16)	9852(44)	314(1)	3610(16)	434(2)	22,233(100)

数字は実人数 ()内はパーセンテージを示す。

当日配付資料②

◇横浜市総合リハビリテーションセンターの役割と活動

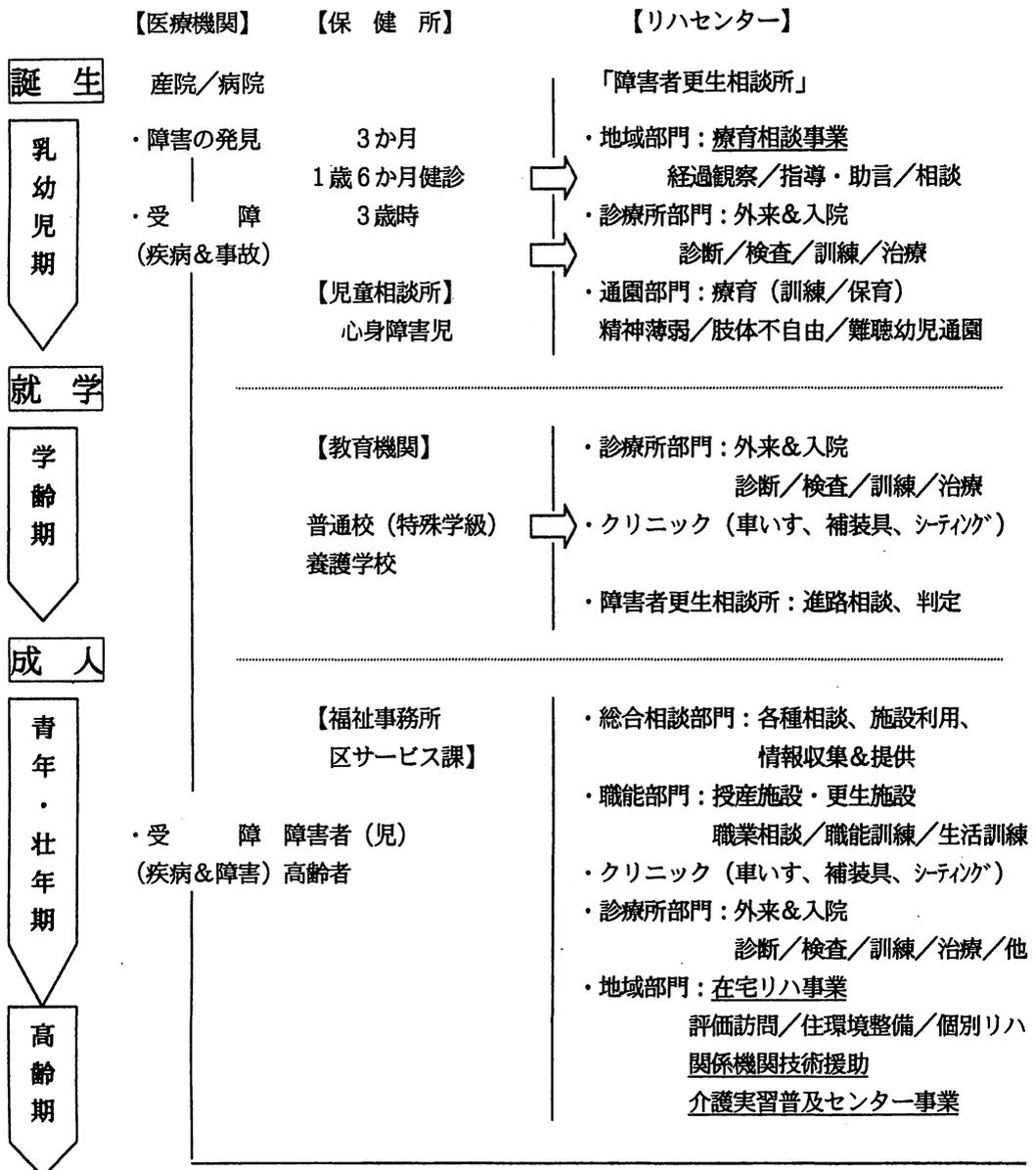
(1) 役割

障害をもつ市民への支援：障害に起因する諸問題の解決・軽減・予防

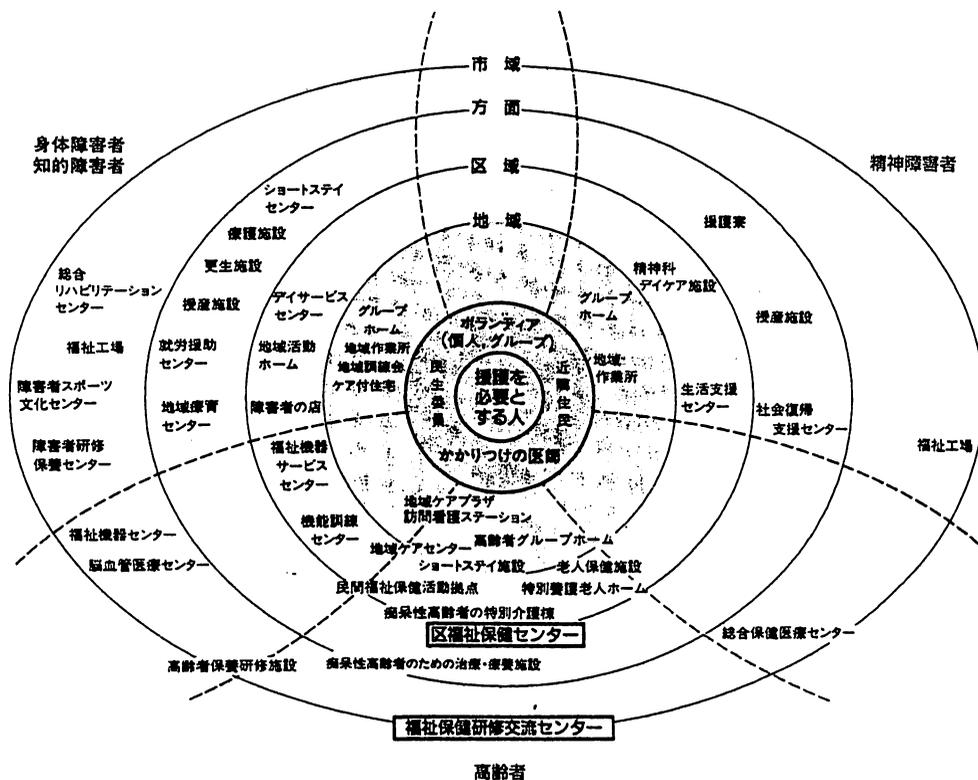
ゴールとして、障害をもつ市民個々の生活や人生設計において、適切な生活スタイルの獲得や自己実現、社会的自立を可能にするための様々な支援を担う

市民とは乳幼児から高齢者まで、各自のライフサイクル（生涯）での各ステージごとの問題や課題へ関わる（リハ以外の障害者関連機関や施設、そのための人材と共に）

(2) 活動



地域ケアシステムの支援体制



【実行委員会】

実行委員長	手塚直樹				
副実行委員長	三ツ木任一				
プログラム部長	成田すみれ				
運営部長	比留間ちづ子				
実行委員	赤塚光子	井口修一	池末美穂子	石渡和実	伊藤利之
	井上恵子	小川 浩	狩野信夫	指田忠司	菌部英夫
	寺島 彰	藤井克徳	松矢勝宏	丸山一郎	八藤後猛

【大会事務局】

奥山元保、河村 宏、小林洋子、宇田川恵美子、山内信重

第22回総合リハビリテーション研究大会 事務局

〒162-0052東京都新宿区戸山1丁目22番1号
財団法人日本障害者リハビリテーション協会
TEL (03) 5273-0601 FAX (03) 5273-1523

この事業は、社会福祉・医療事業団(長寿社会福祉基金)の助成金の交付により行っているものです。

表紙のバックに次の書籍の一部を使わせていただきました。

辞書

三省堂刊「新コンサイス英和辞典」
(SANSEIDO'S NEW CONCISE ENGLISH-JAPANESE DICTIONARY)

開拓社刊「新英英大辞典」
(IDIOMATIC AND SYNTACTIC ENGLISH DICTIONARY)

岩波書店刊「広辞苑(第5版)」

書籍

Frank Bowe 「Handicapping America - Barriers to Disabled People」
HARPER & ROW, PUBLISHERS

砂原茂一著「リハビリテーション」岩波新書

花田春兆著「日本の障害者」中央法規刊

浅野史郎著「豊かな福祉社会への助走 Part2」ぶどう社刊

総合リハビリテーション研究大会 20周年記念誌

「リハビリテーションの理念と実践」から

砂原茂一・津山直一 講演

あとがき(小川 孟)

