

第14回 総合リハビリテーション研究大会報告書 1991.12.5・6

変革期における リハビリテーションを問う

財団法人日本障害者リハビリテーション協会

第14回 総合リハビリテーション研究大会報告書 1991.12.5・6

変革期における リハビリテーションを問う

財団法人日本障害者リハビリテーション協会

変革期におけるリハビリテーションを問う

— その現状と発展の方向 —



日本障害者リハビリテーション協会副会長大谷藤郎氏あいさつ



実行委員長小川孟氏あいさつ



正村公宏氏と小川孟氏との対談



司 会



シンポジウム II



分科会 B-③



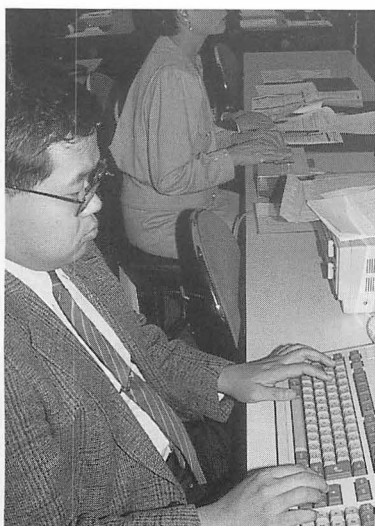
全体の風景



会場内質問



会場内参加者



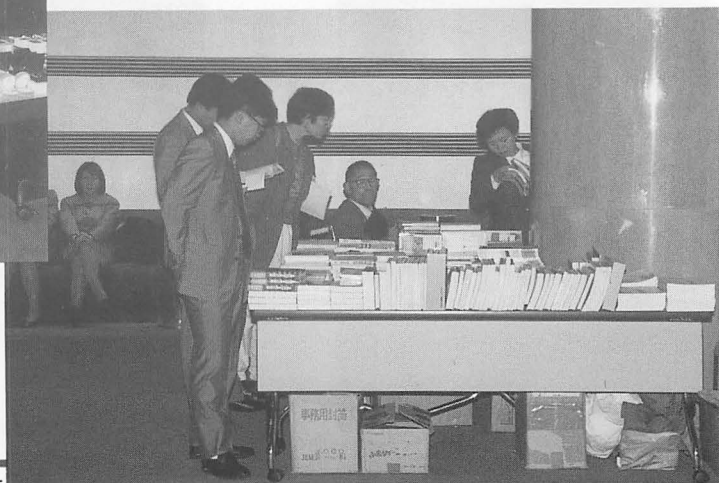
ステノポコンの操作



受 付



会場ではナイスハートショップパレットの販売が行われた



書籍販売コーナー

発刊にあたって

第14回総合リハビリテーション研究大会

実行委員長 小川 孟

第14回総合リハビリテーション研究大会は、例年にくらべて押し詰まった時期の開催となりましたが、全国各地から多くの方々にご参加くださいまして、盛会のうちに終わることができましたことを感謝いたします。

この研究大会の東京開催は4年ぶりでした。1988年には第16回リハビリテーション世界会議が東京で開かれ、95カ国から2,800人が参加しました。その後遺症もありまして、総合リハビリテーション研究大会は、1989年は札幌市で、1990年は北九州市でと、2年続けてそれぞれの地元の関係者をお願いして大変お骨折りをいただき、お蔭さまで特色のある研究大会が開かれ好評を博しました。

さて今回のテーマは、「変革期におけるリハビリテーションを問う。－その現状と発展の方向－」でした。何をもちて今を変革期ととらえるのか、という議論は実行委員会の段階でもありましたが、正村先生の基調講演において、リハビリテーションをとりまく経済的、社会的状況は、成長から成熟社会への変革期にあるとする厳しい将来展望が示されました。リハビリテーションの理念やサービスの実施に関しては、報告、シンポジウム、分科会において、障害者の範囲の拡大、意識の変化、ニーズの多様化などにもなう法律・制度の改正や社会環境の整備、専門技術の進歩や新しい機器の開発などが紹介され、新たな対応について討議されました。また、地域社会におけるリハビリテーションの充実に向けて、各地の事例紹介や今後の

課題などが話し合われました。障害をもつ当事者からのリハビリテーション体験を通じての提言は、これからのサービスのあり方を考える上で多くの示唆を与えるものでした。

変革は他の国々との関係にも及んでいます。リハビリテーションに関連する専門知識、技術のほとんどを先進諸国から学んできたわが国ですが、いまや発展途上国への技術協力や人材育成を期待されており、海外リポートからその一端が紹介されました。韓国障害者リハビリテーション協会徐会長も韓国の現状について貴重な報告をされました。

この研究大会がめざすリハビリテーション実施の総合性は、地域社会におけるサービスが充実されていく段階において、その重要性がますます認識されつつあることを感じました。しかし、開会のあいさつでも申し上げましたが、14年前、この研究大会の前身である「リハビリテーション交流セミナー'77」で砂原茂一先生が話されたことを思い起こすと、変革期であればこそリハビリテーションの理念の確認と関係者の合意が必要であり、この分野に加わる若い人々に伝えていく責任があることを痛感しました。

やや盛り沢山であったとも思える第14回総合リハビリテーション研究大会でしたが、ここに報告書としてまとめることができました。“変革を求められているのは誰か？”というリハビリテーション従事者自らへの問い掛けも含めて、2日間にわたって展開されたプログラム

を再考していただければ幸いです。

余談ですが、今回の研究大会には初めて回数
がつけられました。1977年に有志が意気統合
して、まさに手作りで始めた「リハビリテーシ
ョン交流セミナー」まで逆上ってみますと、当
初は毎年開催できるとは思っていませんでした
し、むしろ回数をつけることによる拘束からは
自由でありたいと考えていたくらいでした。と
ころが、リハビリテーションの各分野を超えた
知識、技術の交流が必要だと考える方々に励ま
され、支えられて、数えてみれば14回というこ
とになりました。主催者である日本障害者リハ

ビリテーション協会としても、主要事業の一つ
であるこの研究大会を今後も継続していく意思
を、回数をつけることによって明確に示そうと
いうお考えがあったのかもしれませんが。

これで次回は第15回ということになります
が、開催予定として大阪が名乗りを挙げてくだ
さいましたことをご報告しておきます。

最後になりましたが、演者、報告者、シンポ
ジストなどを快くお引き受けくださった皆様な
らびに実行委員の皆様にご改めて感謝申し上げま
す。

1992年3月

目 次

発刊にあたって

開会式…………… 3

基調講演・対談…………… 7

シンポジウムⅠ……………25

リハビリテーション・マンパワーを考える

シンポジウムⅡ

地域社会におけるリハビリテーションの到達点と課題

私のリハビリテーション体験……………67

各分野からの最新報告……………77

海外レポート……………91

分科会…………… 105

第14回総合リハビリテーション研究大会開催要綱…………… 183

プログラム…………… 184

第14回総合リハビリテーション研究大会参加者からの

アンケート集計結果…………… 187

第14回総合リハビリテーション研究大会実行委員会名簿…………… 192

e

“開会式

あいさつ

大谷 藤郎

(日本障害者リハビリテーション協会副会長)

おはようございます。主催団体である日本障害者リハビリテーション協会会長の太幸博邦に代わりまして、皆さんに心から歓迎のごあいさつを申し上げます。

ただいま小川実行委員長からお話がありましたように、この総合リハビリテーション研究大会は、職業、社会、医学、教育などさまざまな分野のリハビリテーション関係者、各職種、各界、そういう方々の交流を通じまして、リハビリテーションを社会の中で大きいエネルギーとして推進していくことが重要な目標であると考えております。

小川実行委員長初め、実行委員会の皆さん方の大変なご努力ででき上がったプログラムに基づいて、本日は正村先生の基調講演を初め、各分野の方々のご発表、ご検討がございます。特に障害を受けて、リハビリテーションを自ら経験された方々の貴重なご発表も含まれております。今、実行委員長が申されたように、私たちは、そこに新しい、変革期のリハビリテーションの姿をかいま見る気持ちがいたします。

私個人のことを申し上げて恐縮でございますが、私は、リハビリテーションと申しましても、ハンセン病、精神障害、あるいは難病、こういった分野の関係でリハビリテーションの仕事をしてまいりましたので、リハビリテーションの流れから申しますと、少数派ということになるかもしれません。しかし、リハビリテーションの本当の意味は、少数者の発言を認め、少数者に権利の議席を与えることであります。弱者の人権も健常者の人権も「共に生きる」という立場で平等であり、お互いに尊重し合うことであ

ると思います。この精神なくしては、単にリハビリテーションの技術だけが進んでもこれは何もならない。むしろ後退するということがございます。

「変革期におけるリハビリテーション」、私は、またこれを別に、「激動期におけるリハビリテーション」と呼んでもいいのではないかと個人的に思っております。

最近、国際貢献ということが経済界でやかましく言われておりますし、国会ではPKO法案が議論されております。しかし、我が国が本当に世界の中で国際国家として、平和国家として尊敬されるための条件は一体何なのか。こういう激動期の世界の中で大きい一つの事件に遭遇して、我が国が思い切って世界がびっくりするようなことを行うことだけなのか。

基本的には、私たちが長年にわたって障害をもつ少数者の方々と共に生きる社会を作ること、実現していくこと、これこそが、国際社会の中で我が国の真の存在を認められる所以ではありませんでしょうか。そういう意味で、私はこの研究大会には、我が協会は非力で、十分なご後援ができないのは申し訳なく存じますが、しかし、この小さい催しは我が国の将来にとって非常に大きい意味があると、皆さん方と共に自信を持ちたいと思うわけでございます。

しばしば、北欧の福祉国家は人口が少数のゆえをもって実現できるのであって、我が国のような人口大国にとってはそのようなことは夢物語であるとなす論者もございます。しかし私は、人口大国、企業大国においてこそ、スウ

エーデン、デンマークを上回る本当の意味の国民一人一人の幸せ、共に生きる社会の実現を目指す、そういうことこそ本当の我が国社会が努力すべきことであるし、努力すれば実現可能なのではないか。結果はともかく、実現可能にする我々の努力こそが真実に世界から認められ、尊敬される所以ではないかと思っている次第でございます。

せっかくの研究大会に結集されております皆さんに、くどい話をするをお詫びいたしまして、どうかこの2日間、私も皆さんと一緒に勉強したいと思います。成果が挙げられますよう皆さんにお願い申し上げまして、私のごあいさつといたします。

どうもありがとうございました。

● ● 基調講演・対談

福祉社会におけるリハビリテーション

正村 公宏

(専修大学教授)

たくさんの方の前で何かお話を申し上げるといことは慣れてるほうでございますが、きょうは大変上がっております。分野を越えたりリハビリテーションについての共同の研究のために、それぞれの分野の大変な専門家の皆さん方が多数お集まりの中で、私のような者が意味のあるお話を申し上げられるかどうか大変心もとなく思っております。

全体の司会をしていらっしゃる上田先生のお誘いを受けまして、『自立と共生を語る』という対談集に参加させていただきました。今回も上田先生から直接お電話をいただいて、このこと出てまいったわけでございます。それから飯田先生は、10年ぐらい前になりますでしょうか、神奈川県総合福祉政策を立案するというところで研究活動をやらせていただきましたときに、弘済学園へお邪魔して、大変感銘を受けました。

このようにいろいろな形でかわらせていただいた方々のお誘いをお断りするわけにはいかなないという気持ちで参加させていただきました。皆さん方と専門が違いますので、私の立場から少し違った見方からということになるかもしれませんが、何か申し上げてみたいと思います。

変革の時代

まず最初に、まさにきょうの研究大会のテーマであります「変革期におけるリハビリテーション」、**変革期**という言葉について申し上げた

と思います。

私の専門は経済でございますが、日本の経済と社会の全体を見ましたときに、非常に大きな変化の時代に来ているということは疑いもないと思います。私どもの専門の研究分野から眺めますと、人口構成の非常に大きな変動が日本の社会の様相を変えていくと思います。今までは日本の社会では高齢化という側面が議論されてまいりました。しかし、私どもから見ますと、高齢化のもう一つその裏側にあるものとして、生産年齢人口の縮小、したがって、またそれを反映した労働力人口の縮小が予想を越えて急速に進むということの方がむしろ重要だと思っております。

いろいろな議論がございますが、1995年ごろを境に生産年齢人口は縮小の方向、つまり、少しずつ増加してきたものが減少の方向に向かうであろうと予想されます。労働力人口が増加から減少に転ずる時期はもうちょっと先になるだろうと予想されます。それは、女性の労働力率——職業参加率と言った方がいいかもしれませんが、その職業参加率が上がっていますので、生産年齢人口が下がっても労働力人口、つまり、労働という言葉は余りよくないのですが、職業に参加している、あるいは失業者も含めまして職業に参加しようとしている人たちの数がもうちょっと伸び続けます。そのため、2000年ぐらいを境に労働力人口が増加から減少に転ずるであろうと予想されております。数ヵ月前に経済審議会の中に設けられました2010年委

員会という研究委員会、私も関与させてもらいましたが、そこで出しました報告書で行われている推計は、そういうおおよその展望になっております。

さらにもう一つ、私ども日本の経済を観察してまいりました人間にとって重要であると思えますのは、環境の問題であります。ご承知のように、地球規模の環境問題は、想像を越えて深刻になっております。しかし、地球規模の環境問題だけではございませんで、日本の国内の環境問題も、かつてとは様相が変わっておりますが、やはり依然として深刻でありますし、新しい問題が次々と発生しております。いわゆる公害問題が騒がれた時代とは違いますけれども、環境の制約ということが非常に重大になりつつあります。

ともかくこれまでの日本の経済は成長ということを目指して進んでまいりましたが、成長ということが目標である時代はとくに終わっていると思えます。際限のない成長が許されるわけではありません。そしてまた、成長を続けようと思っても、それができないという状況に追い込まれていくことは明らかだと思います。そういう中で、私は、いわば成長経済から成熟社会への移行ということを明確に目的としてもたなければならないと考えるわけです。成長経済から成熟社会への移行、あるいは成熟社会への転換ということを推進しなければならない。はっきりした目的意識をもって、はっきりした方法論をもって、成長経済から成熟社会へという転換を推進しなければならないと考えるわけがあります。

経済一般の話冒頭に申し上げましたが、福祉の問題、あるいはきょうのこの研究大会の主題でありますリハビリテーション、いろいろな意味のハンディキャップを負っている人たちのリハビリテーションの問題も、そういう大きな流れの中に位置づけて考えることが重要ではないかと思えますし、そういう位置づけの中で考えていくことが非常に意味があるのではないかと私なりに考えているわけがあります。

福祉国家から福祉社会へ

ご承知のように、ヨーロッパの先進的な福祉国家を築き上げてきた諸国も現在さまざま問題を抱えておまして、専門の皆さん方には改めて申し上げるまでもないことではありますが、福祉国家ではなくて福祉社会を目指そう、あるいは福祉国家から福祉社会へということが言われるようになっております。福祉国家がこのままでは問題であるということは、実は福祉国家を推進してきた人たち自身が非常に早い時期から問題にしてきたことでありまして、福祉国家に対する攻撃的な批判者の側だけが福祉国家の欠陥を問題にしてきたわけではないわけがあります。

スウェーデン福祉国家の推進に大きな役割を果たしました経済学者のグンナー・ミュダール先生も、例えば既に1960年の時点で「福祉国家を越えて」ということを提起されました。一つは、それぞれの福祉国家のあり方の問題です。最初は国家がいわばいろいろなことを請け負ってやってきたけれども、これでは国民が受動的になってしまう、あるいは無関心になってしまう、国家にやってもらえばいいという空気になってしまう、これは我々が目指しているものとは違う。福祉国家の第2段階は、もっとさまざまな主体が、さまざまな人間が、自分から参加するという状態をつくっていかなければいけない、ということをおっしゃられたわけがあります。

1960年に書かれましたアメリカのイエール大学での講義の記録なのですが、この本の中でもう一つミュダール先生が強調しておられたのは、一つ一つの国家の中の福祉ではなくて世界全体の福祉を考えなければいけない、福祉世界を目指すことが必要だということです。これも先ほど既にご指摘がありましたように、日本の国際化ということの中で私たちが真剣に考えなければならない問題であろうと思えます。経済の国際化だけではなくて、経済とか、ましてや軍事といった面の貢献を議論するだけではな

く、むしろそれ以上に世界中の人々が安心して暮らせる状態をつくり出すにはどうしたらいいかということ、これだけの経済力を実現した国の国民として真剣に考える責任があると思います。

そのことは同時に、一体私たちは経済は豊かになったけれども、人間らしい社会をつくったと言えるのだろうかという、自分自身にはね返ってくる問題だと思います。そのことを改めて問わなければならない時代にある。そういう意味でも非常に大きな意味のある変化の時代にあります。ただ、その変化は必ずいい方向へ行くとは言えません。間違った方向にいくかもしれないし、あるいは何もしないうちに、あっという間に非常にひどい状態に日本の社会が変わっていくかもしれません。そういうきわどい状況の中に我々は置かれていると考えるべきではないかと、最近、私は強く考えるわけであります。

まともな福祉国家になりきれなかった日本

日本の場合には、私の評価といいますか、印象を一言で言うならば、まともな福祉国家にもなり得なかった、なり切れなかったといいたいでしょうか。福祉国家が既に実現してきたいろいろな制度を日本もそれなりに取り入れてまいりました。国民全体が医療保険の対象になる、国民全体が年金保険の対象になる、そういう国民皆保険、みんなが社会保険に入るという制度化は既に実現されております。そこそこに制度は成熟してまいりましたから、年金の水準も上がってまいりました。見かけは福祉国家と似ております。しかし、本当に福祉国家らしい安心できる老後、障害者を家族が抱えたときに安心できる生活が得られるのか。

本当の安心というのはないんですね。ハンディキャップを負っているということは消えないわけでありますから、大変なんです。高齢化して間もなく死を迎える。その過程でさまざまな病気に直面し、いろいろな障害に直面する。これは大変苦しいことありますし、不安は消えないわけであります。1人1人の人間にとって

の不安を完全に消すことはできない。これは生き物である以上、仕方がない。だからといって、これをほうっておくのではなくて、可能な限り社会がサポートし、助け合う、その仕組みをつくろうということだと思いますが、その助け合うという仕組みができて上がっているかという、決してそうではない。それだけではございません。例えば年金制度、よく見ますと、これから人口構成が大きく変わる中で、財源の面で財政の裏づけをきちんとつけていく必要があるし、将来厳しい時代が来ることがわかっているから、今のうちに生活環境を整備したり、社会福祉施設をつくったり、そういうことがやられているかという、残念ながらそうではない。

金余り現象が起こりまして、土地の値段が上がったり株の値段が上がったり、さらには日本人は、海を越えてニューヨークの地所を買ったり、映画会社を買ったりしているわけであります。しかしながら、本当に金が余っているのか、あるいはやるのが国内にはもうなくなったのかといったら、決してそうでないことはご承知のとおりであります。私は東京都下に住んでおりますけれども、東京都の実態を見れば、まさに土地がないとか地価が上がっているという状況の中で、福祉施設は圧倒的に依然として不足しているわけであります。

私ごとになりますが、私自身、28歳になるダウン症の障害者を抱えて、家内と3人4脚で生きております。一番心配なのは、自分たちが病気で倒れたときどうなるのだろうか、自分たちが年をとっていますから先に死んでしまったときに、後は本当に託すことができるのだろうか、そういう不安は消えないわけであります。障害者を抱えている家族はみんな同じように恐らく直視しているか、目をつぶってそれを見ないようにしているかという態度の違いはあるかもしれませんが、自分の生と死の問題、息子、あるいは娘の生と死の問題を抱えて生きています。そういう現実に対して社会からサポートされているという感覚は非常に乏

しい。これが日本の現実、私はそう思っております。

疑似福祉国家

したがって、見かけは福祉国家にかなり似たことをやっているけれども、本物の福祉国家ではないというので、疑似コレラというのと同じで、私は疑似福祉国家だと呼んでいるわけがあります。福祉国家と呼ばないにしては、似たことをいろいろおやりになっていますから。

例えば障害者の方たちを抱えた親たちの中には、自閉症の方などもそうでありますけれども、自閉症の方というのは普通の障害者施設で扱いにくいということもあるものですから、独立の施設をつくりたいという運動をいろいろおやりになっていますね。私の知っている方も関係していらっしゃる。東京都内には土地がございませんから、千葉県とかに土地を確保してつくります。自分たちでお金を出してつくるんですね。厚生省が補助金をくださらないわけではないけれども、私に言わせると、ここに厚生省の方がいらっしゃるかもしれません、厚生省の雑誌にもつい書いてしまったんですが、大変欺瞞的なことをやっていたらっしゃるのではないかと。疑似と言ったり、欺瞞と言ったり、ちょっとどぎついですけれども。

つまり、補助はしていますよという弁解はできるでしょう、一銭も出していないわけではありませんから。でも、それは補助と言えるのでしょうか。障害をもつ子供を抱えて四苦八苦している親が、自分でお金を出して自分で運動をして、そして、自分たちで一生懸命専門の職員を探し回って施設をつくっている。施設はつくったけれども、定員が限られていますから、その中心になった人たちが自分の子供たちを入れられないんです。自分の子供たちは別の施設に預けている。そういう現実をたくさんいろいろなところで見ますと、福祉国家と呼ばないわけにはいかないにしても、これは疑似だと。政府は何もやっていないわけではないけれども、かなり欺瞞的だということを言わざるを得ない

気持ちになるわけでありませう。

「効率」の意味

私が申し上げたいのは、ほんとうの効率ということなんです。効率というのは経済学者が好んで使う言葉です。効率優先から何とか優先へと言うんですけども、私はここであえてそうではないんだということを申し上げておきます。効率ということは非常に重要なのであります。ただし、効率というのはどういうことかというのと、能率とは違うと思うのです。これを間違っで教える経済学者がたくさんいます。効率というのは何か。本当は、目的に対して手段が適切に選ばれているかどうかということだと思えます。そう理解しますと、効率というのは、効率優先から何とか優先へと簡単に言ってしまえない非常に重い意味があると思うんです。

もし私たちが効率、効率ということを言いながら、環境をどんどん壊してしまっで将来の世代が住めないような地球をつくっているとすれば、それは本当の効率ではないわけですね。人間が生きるという基本的な目的に反することをやっているわけでありませうから。私は、本当の意味の効率ということは、やはりきちんと中心に据えて考えるべきだろうと思えます。素人のくせに生意気なことを言いますが、恐らくリハビリテーションということにとって目的は何か。1人1人の人間を見つめて、この人たちの生きていく姿をできるだけ正常な状態に近づける。正常な状態に近づけると言ってもハンディキャップを消すわけにはいかないとすれば、その中で人間としての充実した生き方ができるようにいろいろな形のサポートをすることがリハビリテーションだと思えます。

私の勝手な解釈で申しわけありませんが、そうだとすれば、そのためにどういう手段を組み合わせることが一番うまくいくかということを考えるのが効率だと思えますし、効率という言葉は簡単に捨てないでいただきたい。本当の意味で、まず何が目的かということを見失ってはならない。手段であるものが目的になってしま

うというのはたくさんあるわけです。成長が手段であったのに成長が目的になってしまった、そういうことがたくさんあるわけですから、本当の目的は何なのかということを考える。その目的にとって一番有効な手段がきちんと組み合わせられているかどうかということを考えるべきだと思います。

医療の分野、福祉の分野、教育の分野の専門家だけではなくて、さまざまな分野の専門家の方々がリハビリテーションという目的のために協力しなければならないというのは、それ以外に有効にこの問題をを進めることはできないからだと思います。イフィシェンシーというのは、イフェクティブネスというのと同じだとお考えください。有効性ということなんだとお考えいただきたいと思うのです。本物の経済学のためにそのことは一言弁明しておく必要があると思ったわけでありまして。経済学者はそういいかげんではありませんで、効率の意味を私のように考えている経済学者は、少数派かもしれませんけれども、いないわけではないということをご機会にご記憶いただきたいと思うのです。

地域社会の中で暮らす

さてそこで、ノーマライゼーションということがしばしば言われております。つまり、リハビリテーションの基本的な考え方につながるとは思います。福祉の分野でもできるだけノーマルな暮らし方をハンディキャップを負っている人たちに保障しましょうということです。「ノーマルな」というのは「正常な」と訳しますが、「普通の」と言った方が日本語としてはいいかもしれません。普通の暮らしに近い状態で過ごせるようにするということです。何でもかんでもちょっとハンディキャップが重くなったら老人ホームへ入れてしまう。というやり方は妥当でない。とくに日本では老人ホームは山のかげにあったり、町から遠いんですよね。

私の息子の通っている施設から、最近、もし入所型施設への希望があるのなら申し出て下さい、いくつか枠がとれましたというんです

ね。そのとれた枠というのが、一つは調布の新しい施設だというんですが、もう一つは、何と岩手県なんです。それから秋田県でしたかね。秋田県に子供を入れてしまったらどうなるんでしょう。会いに行くのは大変ですよ。やっばりうば捨てじゃないけれども、子捨てのような感じがぬぐえません。そういう施設へ子どもを入れてしまったら、家内は多分何ヵ月か飯が食べられなくなると思います。現実にそういう親の話はたくさんありますけれども。

そういうことではなくて、できるだけ今まで暮らしてきた家で、できるだけ家族と近いところで、できるだけ地域社会の中で暮らせるようにしようじゃないかということです。できるだけということであって、ハンディキャップの重さに応じて対応はきちんと考えていかなければいけません。何でもかんでもではないと思います。ノーマライゼーションというのは、できるだけ普通の暮らしを保障するということです。そのことは裏返せば、障害者や高齢者やいろんな意味でのハンディキャップを負っている人たちが町の中にいる、そういう町こそがノーマル、普通の人間らしい社会なんだ、そういう考え方だと思うんですね。

そういう中で、たった一つのキーワードを言いなさいと言われたら、「自立」ということかなと思うわけでありまして。つまり、みずから立つ、自立する。ハンディキャップを負っている人たちも、それぞれの置かれた状況の中で1人の人間として自立することができるようにサポートしてあげるということだと思います。至れり尽くせり面倒を見てあげることが福祉だというふうには考えないのが私は大事だと思います。そのことは皆さん方のようなリハビリテーションとか福祉とか教育とか、特にハンディキャップを負った子供たちの教育をなさっている方たちは十分にわかっていらっしゃるけれども、普通の人たちがそのことを理解できるようにすることが福祉社会づくりの一番大事なところだと私は思います。自分で立つのを助けてあげる、サポートしてあげる。助けるというのは

変な言葉ですが、協力するということですね。

自立は自活ではない

ただ、私はそれにつけ加えさせていただきま
すと、自立ということを言うときに幾つか注釈
が要ると思うのであります。大学の教師は注釈
が好きでありまして、本を書くときは注釈をい
っぱい書きます。私は本を書くときは注釈を余
りつけないようにしているんです、読みにくく
なりますから。そのくせ講演のときに注釈をつ
けるのはちょっと変ですけども、自立という
言葉に二つか三つ注釈をつけさせていただきま
す。

一つは、自立ということを自活というふう
に考えない方がいいということ。自立とい
うと自活だと思ってしまう方がいるんです。つ
まり、自分でお金を稼ぐようにしてあげなけれ
ばいけないんだ、それが自立なんだと考えてし
まう方がいないわけではないんですね。私自
身、息子との関連で、家内が中心であります
ので私はその助手でしかありませんが、ずっと
いろいろな方とつき合ってきました。非常に重
い障害をもったお子さんをもっている親の場
合、将来の自立というのを自活とイメージしま
して、この子は自立なんていうことはできない
から、けがをしないように預かっておいてくだ
さい、そういう姿勢で施設に子供を連れてくる
方が割に多いですね。つまり、重ければ重いほ
どそうになってしまう。

しかし、自活が自立なのかといたら、そう
ではないと私は思うんです。自活できない人
にとっても自立という方向づけというのはある
と思うんです。できるだけ自分の周辺のことを
自分でやるということもそうです。気持ちの上
で自分のことは自分で責任を負うという、そう
いう気持ちをもつようにしていくというのは、
自活できないほど重くてもあるわけ。周辺の
自立ということも重要なんですね。周辺の自
立もできない、食事もうまく自分で食べられ
ない状態がいつまでも続いていたら、本当に
親はもたなくなりますから、施設へ入れてし
まうとい

うことになるのが早くなりますでしょう。ノ
ーマルな暮らしをできるだけ保障しようと思
ったら、身のことは一歩でも二歩でも前進さ
せることが重要ですし、また、そうすること
でその子自身の精神状態も変わってくるわ
けなんですね。

日本では寝たきり老人というのをつくっ
てしまいましたが、寝たまま1日、昼も夜も
天井を見て暮らすという暮らし方ではなく
て、昼間は車いすで正面を見て暮らすとい
う暮らし方をしてさしあげる、そういうこと
ができるようにするということは精神構造を
変えますよね。これは専門の皆さん方に教
えていただくべきことですが、多分そうだ
ろうと私は思います。だから、ちゃんとそ
うして暮らしができるようにするというこ
とだって自立なんです。私は、自立は自活
ではないと考えます。自活というゴールを
自立と錯覚しない方がいい、間違えない
方がいい。

自活は大事なんですけれども、自活でき
る方が自活するということは、それはお
金を稼ぐことが重要であるとか、福祉の
措置費を節約することが重要であるとい
う意味ではなくて、おれは自活している
んだという自負心が持てる状態が大事
なんです。そういう可能性がある方には
そういう機会をうんとつくるのが課題
だと思います。ですから、私は、自立
というのはゴール、ここまで到達しな
きゃだめだよという、マラソンの
ゴールのように、ひもが引張
ってあるゴールなのではなくて、こ
っちを指さなきゃだめだよという、
オリエンテーション、方向なんだ
と考えているのであります。

自立を機械的に考えない

もう一つ私が感じておりますのは、自立
という言葉は機械的に考えない。特に
自立ということを余り突き放した感
じで考えないことが重要だと思
います。自立ということを進める
ためには、どうしても心のつなが
りを大事にすることが大事では
ないか。これは私の全く個人的な
経験でございますが、自分の息子
と28年間のつ

き合いを通しまして感ずることです。大きくなってきたら手をつながないようにしなさい、もう大きくなったんだから手をつながないで歩きなさいというように、大きくなってきた障害者を子供扱いしない方がいい、手をつながない方がいいということが指導書には大抵書かれてあります。でも、これはケース・バイ・ケースだと思います。その子の状態をよく見て対応するという事だろうと思います。

私の息子の場合には、小さいとき非常に多動的で、親なんか見向きもしないでどこへでもすっ飛んでしまう子供でした。病院へ連れていっても、病院の廊下をたーっと走って行って、もうそろそろ振り返ってくれるのではないかと、淡い期待を抱いて見ているのですが、全然我々を無視してドアをあけて外へ出ていってしまうという、そういう子供だったんですね。それが10代のなかばになって、自分の方から親の手を求めようになってきた。そのとき家内が私に相談をもちかけまして、こういうふうに彼の行動が変わったんだけど、お兄さんなんだから手をつながないようにしようねと言うべきなのかどうなのかというわけです。

私も家内もそこで完全に一致しましたのは、彼の今までの行動を考えたら、これは突き放すべきではないんだ、手をつないでやるべきだ、こっちから子供扱いをして手をつながない方がいいけれども、彼が求めてきたらつないでやろうではないかということです。親との心のつながりが芽生えているわけですから、それを大事にした方がいいのではないかというのが私どもの結論でありまして、そういうふうにやってみたわけですね。私のささやかな経験ですが、自立する志が育つということと、人とのつながりを大事にする、人との心のつながりに気がついていくということとは並行していくのであって、あれかこれかではないんだということを痛感いたしました。しばらくしますと、彼はごく自然に手をつながなくても親と肩を並べて歩く。母親は遅いですから、ちょっと自分の方が早くて前へ行ってしまうと、曲がり角で後

ろを振り返ってちゃんと待っている。玄関へ到着すれば、自分でドアをあけて、母親が郵便受けから郵便物を出すのをちゃんと待っているというふうになるんです。気持ちがつながついてくんですね。ですから、ささやかなことを申し上げて恐縮ですが、自立も機械的に考えない、自立ということを言うのなら、その子その子の状況をよく見るということと、必ず突き放さないで心のつながりを大切にすることが重要ではないかと私は思うのであります。

専門家、ボランティアに望むこと——個人的体験から——

手短かに締めくくりをさせていただきます。私はリハビリテーションの専門家でもないし、障害児教育の専門家でもありませんが、ささやかな個人的な体験を通して自分の社会観の再構築を絶えずしてきたつもりでございます。そういう立場から見ますと、1人1人の子供、あるいは1人1人の高齢者、ハンディキャップを負っている1人1人の人をきちんと周りの人たちが見詰めていることができるかどうかということが大事だと思います。

ボランティアの方たちに対しても私はそういうことをお願いするわけです。ボランティアの青年の集まりなどいろいろ話を聞かせてもらって一緒に議論したことがありますけれども、施設の側をお願いしたいのは、ボランティアをただの助っ人だと思わないでほしいということです。ボランティアで無報酬で仕事をしているけれども、プロなんだ、プロなんだということは研究心をもつことなんだ。研究心をもつということは、ハンディキャップト・ピープルの1人1人をちゃんと見詰める目をもつということではないかと、そういうふうにボランティアの方々にも福祉の専門家の方々にも申し上げているわけがあります。

もう一つ、私がこういう機会にいつも申し上げていることは、ハンディキャップを負った人、高齢者とか、実際にリハビリテーションの対象になっている障害を負っている方々、脳血

管障害で動けなくなった方もいらっしゃるでしょうし、生まれたときからのハンディキャップもあるでしょうし、いろいろありますけれども、障害をもっている人だけを見詰めるのではなくて、その人を支えている家族を視野の中に入れてくださいということです。たまにそういう福祉の分野で働きたいという若い人に会いますと、私はその話を必ず申し上げることにしております。

家族はいろいろあります。勝手なことを言う家族もいますし、見当違いのことを言う家族もいます。ママゴンになり過ぎて子供をだめにしちゃっている人が障害児の親御さんにもいるんですね。自立をそれこそ機械的に考えて、あれをやりなさい、これをやりなさいと一生懸命押し込んで心理的にだめにしちゃっている、破壊的な結果をもたらすということがあるわけです。そういう人たちに対して、それではだめだということをやんと言えらる専門の方が必要です。

他方、やはり専門の皆さん方は専門のお立場でたくさんのお患者さんなりたくさんのお障害者の方を見ていらっしゃいます。若い職員の方もいらっしゃいますけれども、経験豊富な職員の方もいらっしゃると思います。しかし、障害者なり高齢者なりを抱えている家族は、四六時中その人と一緒に暮らして、ときには何十年間もずっとつき合っ苦闘してきているわけですから、非常に素朴な意見しかもっていないかもしれないけれども、何かがあるはずなんです。そういう家族と対話できないような職員であってはまずいのではないかと。

息子を施設にやりながら、そういうふう感じたことがないわけではないんですね。この先生は話をしても意味があるなという感じがあると

きはどうれしいことはありません。この先生は、話をしてもむだだなということも少なくないのが現実です。指導員の方とかですね。親は人質にとられていると言うんですね、だから、先生には言えないと言うんです。施設の方は、その気持ちをわかっておいていただきたいと思うんです。親はなかなか本当のことは言いません。ですから、家族の人たちに本当のことを率直に言ってもらえるかどうかということは、障害者などを扱っていらっしゃる施設の職員の合格か不合格かの線ではないでしょうか。

それは私は親の立場から率直に申し上げているんですけども、ハンディキャップを負っている人を中心にいろんな専門家の方たち、医療の方、福祉の方、教育の方、いろいろですが、日本は余りにも連携がなさ過ぎると思います。それから、障害者とその家族、そしてとくに地域社会に暮らしているハンディキャップを負った人々、そういう人々をきちんと見詰めているかどうかというのは、これは社会のクオリティー、社会の質を決めると私は思っているんですね。そういうふうな状態をつくり出すことが、とりもなおさず福祉社会へということでもありますし、そのために必要ならお金をもっとかけるべきだ。その方法論が確立すれば、お金をかけることを強く要求すべきだと私は思うんです。

経済学者ですから、最後はお金の話になりましたけれども、その話を詳しく申し上げる時間がございません。ちょっと超過をしたと思いますが、とりあえず私の問題提起の意味での発言をさせていただきました。ご清聴を心から感謝申し上げます。どうもありがとうございます。(拍手)

小川 お話を伺っていて、やっとエンジンが温まってきたなと思うところで……、このまま続けていただいた方がよかったかもしれないですね。

最初は、日本、あるいは世界の今置かれているさまざまな環境、あるいはこれからの方向などについて触れられ、その中での日本であり、その中での福祉であると、こういうお話でした。ちょっと心配なのは、日本は際どい状況にある。変化というものは、いつでもいい方向へ行くわけではなく、日本はまかり間違えばひどい社会になる可能性すらあるんだというご指摘があったことです。またリハビリテーション、あるいは福祉の分野の充実のためには本当の意味の効率を考えた方法論を確立して、財政の裏付けをきちんとしていくというお話もありましたが、来年の予算は相当きびしいとも聞いており、将来の問題ではなくて、すでに目の前に経済的には難しい問題が出ているようです。そのあたりについて先生がお話し足りなかったようなところ、あるいはもう少し詳しくお話をさせていただけたらと思います。

臨調の誤り

正村 さらに1時間半必要であるかのような大問題を冒頭から小川先生に突きつけられたんですが、簡単に申し上げますと、今まさに財政のお話がありましたが、財政というのはその国全体の資源をどういうふうに割り振るかということのために政府が握っている一番大事なところでもありますから、政府の姿勢がそこにあらわれるわけがあります。

日本の財政の姿について一言で言えば、経済力にふさわしいゆとりとバランスの保障される生活を築き上げる条件を財政の面から築いていないというのが現実だと思います。1980年代のはじめに、臨調つまり臨時行政調査会が行政

改革を提起したわけであります。行財政改革とも言います。行政改革と財政改革を提起したわけですけれども、その行財政改革を本当にやっただろうかと思えます。国鉄、電電を民営化するというのは目立ちますが、ほかはほとんどないんですね。そして、何を言ったかということ、増税なき財政再建ということで切り詰め、切り詰めをやったわけです。1980年代、成長経済から成熟社会へという転換の非常に大事な時期に切り詰めをやったわけです。切り詰めをまた国民も要求せざるを得なかった面があると思います。なぜならば行政の姿が時代に合わなくなって、むだ使いがたくさんあるという現実を目にしていますから、増税どころではないということになったわけであります。

しかし、私は増税なき財政再建というのは、戦術としてはわかるけれども、長期的な国家の戦略としては間違いだだと思います。それから、将来高齢化社会が来るので負担がふえる、だから今のうちに財政を切り詰めて増税もしないし、社会保険料も上げないという対応をしたんですけれども、将来負担が重くなるから今のうちに切り詰める、今のうちに負担を軽くするというのは間違いなんですね。あれは錯覚に基づく議論だったと思うんです。

なぜならば、将来の世代の負担をふやさないためには、今のうちにきちんと国民の納得のいく方法で行政を変えて、増税をして、福祉の準備をこれだけやります。社会資本をこれだけやります。住宅もこうしますということをやって、そのお金はある程度増税でお願いしますよというようにする必要があったのです。公債ばかりたくさん出しますと、将来公債の元利償還の負担がふえますから、それは将来の世代が払うわけです。皆さんのお子さんなりお孫さんにあたる世代が負担させられるわけですから、だから増税をお願いしますと政府はいうべきだっ

たのです。社会保険料も今のうちに上げてください、そうすることで厚生年金の積み立てであるお金がなくならないようにしましょう、そうすれば将来の世代の負担を軽くできる、ということ。そのようにしてこそ、65歳以上年齢が25%を超えるような超高齢化社会が来ても、そのときの現役の世代の負担が過大にならないようにすることができるんですね。

世代と世代の関係を考えないで、世代が変わっていくということを考えないで、将来負担が重くなりますから今のうちに財政をスリムにしますというのは、頭のいい人が考えたこととは思えない。しかし、そういう錯覚というのはあるんですね。あるいはベテンだったのかも知れない。多くの方がそのベテンにかかった。ベテンと言っちゃ悪いですね、本人もそう信じていたのかもしれませんが。だまされた。私は、これは間違いだと言いつけたんですけども、私のような者が言っても聞いてもらえるような状態ではありません。無視されてきたわけです。

10年たちました。ゴールドプランとかいろいろございますけれども、今先生がおっしゃったように、早くも財政が苦しくなっているわけです。1990年度の予算で特例公債脱却ができたんだと政府は言ったわけですけども、あれはバブルのおかげが非常に大きい。バブル経済、つまり株価が上がって、それに関連する取引のいろいろな税金が入ってきた。それから、土地が上がったために相続税が上がったとか、法人がぼろもうけした一部が税金で入ってきたとか。バブル経済のバブルというのはあぶくという意味です。音が似ていて、おもしろいですね。あぶく経済のおかげで財政も、建設公債は残っていますけれども、特例公債脱却ができた。

私は審議会の委員はなるべく断っているんですが、財政制度審議会の委員を何となくうっかり引き受けてしまいました。そこで大蔵省の方たちと会う機会がありますから、社会資本整備もやります、ゴールドプランもやります、いろ

いろプランがあるでしょう、でも、90年代の財政の財源の裏づけができていませんよというわけです。消費税をお入れになったけれども、わずか3%、安定財源というにはほど遠い。所得税は不公平ですから、年々減税しなきゃいけません。それもやっていないじゃないですか。一遍こっきり。そういう状態で財政はもたないですよということを言うわけです。

この会場のすぐ近くに大蔵省がありますが、大蔵省の審議会というのは議論させるのが嫌いでありまして、議論させないんですね。会議の時間は非常に短いんですね。報告で、ちょこちょこ質問して終わり。部長長さんが何かしゃべると、それで時間がつぶれて終わってしまうんですね。一応そうそうたる顔触れではあるんですけども、私は皮肉と嫌味を言う性格なものですから、こういう時間の設定をしたのは、きょうは議論をさせたくないおつもりですねと言うわけです。つまり、まじめな議論、財政をどうするかという議論をついにやらなかったと思うんです。インナーサークルだけじゃなくて公にもやらなかった。

私はさっき、最後にお金の話をちよろっと申し上げて逃げてしまったのですが、本当はこれは私の専門分野ですから言いたいことがたくさんあるわけです。それは、つまりやろうと思えばできる。なぜなら日本の産業の国際競争力は世界一なんです。どう考えても抜群なんです。勃興なんていうものじゃなくて、トップを走っているわけです。そのトップを走って経済力が豊かな国が、その経済力を何のために使うかがわからない。何のために使うかがわからないということが端的に財政の貧しさに反映されていると思っています。お答えにならなかったかもしれませんが、そういうふうに私は思っています。

小川 臨調の話が出ましたけれども、先生は臨調の考え方は間違いだと、こういうふうを書いておられますし、安上がり福祉的な発想がそれによってノーマライゼーションの言葉の中に忍び込んでしまったと、このようにも書いておら

れますね。ですから、このときには恐らくこれほど経済が落ち込んで、あるいは成長が低下していくという予想はなくて、なおこのようにおっしゃられていたわけですかね。

正村 成長率というのは循環変動しますから、バブル経済の時代に6%近い実質成長をやったわけです。昨年度も5.5%とか言っているんですけども、これは高過ぎるんですね。必ず低くなるわけです。しかし、低くなり過ぎては困る。低くなり過ぎないようにするためには、金融と財政と両方で支えてバランスのとれた成長ができていくように運営する必要があるんですね。対外不均衡、黒字がふえ過ぎるという心配もあります。景気がいいときこそ落ち込むときを見越して、財政の姿を整えて、90年代にはどうしたらいいか、財源の基盤をどう確立するかということを考えるべきだと思っていたわけですね。

臨調について言いますならば、いいこともいろいろ言っているんですね。言っているけれども、いいことを言っている部分は作文に終わっている部分が非常に多い。日本の審議会というのは作文を山ほど積み重ねますけれども、ほとんど実行しない。都合の悪いことは、省庁間調整でみんな丸く角をとってしまいますから、やるべきことをシャープに問題提起することができない。今の日本の意思決定の仕組みというのは、転換の時代を本当にうまく乗り切っていくための意思決定をするのには適していないと思うんですね。

「効率的」に考える

今ちょっとお話がありましたノーマライゼーションという考え方を本当に機軸にして福祉のあり方を考え直して、そして、その中で何をすべきかということを社会全体、国家全体の問題として提起していけば、私はノーマライゼーションの問題は社会福祉のあり方であるだけではなくて、社会のあり方の問題ですし、社会のあり方であるということは経済のあり方の問題でもあると思うんですね。そういう中できちんと

位置づけていけば人間らしい、人間として充実した社会を築くということが提起できるはずです。経済だけが豊かなのではなくて、バランスのとれたゆとりのあるいい社会をつくっていくという目標が、少数者のためばかりではなくて、少数者の声ということを先ほど先生がおっしゃいましたけれども、少数者の声の大事にされている社会は、多数にとっても安心のできる安定したい暮らしをつくることになります。その目標設定を80年代に政治の世界でやってほしかったと思うんですけども、それはなかったと思うんです。

そのために、増税なき財政再建という言葉に象徴される非常に狭い戦術論、増税なき財政再建ということを行わないと経費膨張がとまらないという、そういう戦術論なんですね。軍用語を使うのは余りよくありませんが、長期的なストラテジックな考え方、戦略的な考え方、長期をにらんで何をするかということが議論できない。ですから、例えば福祉の問題を議論するときも、在宅福祉の方が施設福祉よりは結局お金がかかりませんよという話が前面に出てしまうんですね。お金がかかるかかからないかで在宅福祉か施設福祉かを選択するのでは絶対にならないと思うんです。そうじゃなくて、この人たちに本当に必要だということであればお金がかかってもやるべきなんですね。

ノーマライゼーションを提起されている方たちが在宅福祉が重要だとおっしゃっているのは、お金がかからないからおっしゃっているのではなくて、収容、隔離、保護型の施策ばかりやっていたら、ハンディキャップを負っている方たちの本当の人間らしい生き方を保障することにならないから、だから在宅を考えましょうということでしょう。しかし、在宅をやるならばそれだけのサポートをするシステムをきちんとつくらないと惨めになります。だから、お金をかけるべきことはかけましょう、こっちがお金がかかるかもしれないけれども、やるということであるはずなんですね。結果としてやってみたら、スウェーデンでもデンマークでも、在

宅でやった方が、立派な福祉施設をつくるよりは金がかからないよということかもしれません。ただし、基準が違うんですね。

向こうは老人ホームだって個室でやっているわけでしょう。こっちは、何人もの方をベッドに寝かせきりにしてしまうという福祉施設ですから。向こうの施設とこっちの施設のお金のかけ方も人的資源の投入の仕方も違うわけですからね。だから、向こうの方たちが言っている在宅はお金が結果としてはかからないよというのは、我々が考えるときは相当注意して議論をしなければいけないと思うんです。

小川 私どもの社会では、在宅は余計金がかかるんじゃないかという声すら既に出ていますね。

正村 今の日本の施設でおやりになっていることを前提に考えて、そして、在宅福祉の方をヨーロッパでやっているようなもうちょっと手厚いやり方でやろうと思ったら、それは在宅の方がお金がかかるに決まっているんです。でも、それは金がかかってもうやろうじゃないですかということが基本であるべきなんです。

経済学者が福祉を扱うときに注意しなければいけないのは、お金の勘定を先に出してしまうんですね。在宅の方がかからないという議論を先に出してしまうということが間々あるんですね。経済学者の発想は本当はそれではいけないんですね。どういうシステムが人間にとって一番好ましいか。際限もなくお金をかけることができないことは、それは明らかなんです。やっぱり資源に限りがあります。しかし、どちらが安上がりかということから議論をはじめてはいけません。

小川 そこで効率ということが……。

正村 そうです。ですから、本当にその目的にとってどちらが有効かということをきちんと考える。それがお金がかけられないのか、かけられるものなのかというのは最後にチェックしなければいけませんけれども、こっちの方が安上がりですよという言い方は、まさに安物買いになりますよね。銭失いですよ。だれも満足しな

い福祉をやる。日本の社会はそういうことが進行しているのではないのでしょうか。

深刻な人材の問題

小川 やっている側だけが満足しているのでは困りますね。余り時間がありませんが、お話の中でも触れておられた、障害をもつお子さんの父親の立場から見たご家族の戦争のような毎日というのは、「ダウン症の子をもって」という先生の著書に詳しいんですが……。どうも医師や施設の職員の対応が適切でなかったり、あるいは歯がゆかったり、例えばインフォームしない、あるいはできないのかもしれませんが、そういう医者がいたり、親が問題を投げかけたときに一緒に考えてくれる人間の力量のない職員がいる、といったご指摘があります。

これは決して弁解にはならないと思います。歴史的に浅いということで、専門職としての確立がそれぞれの分野でできているところ、できかかっているところ、あるいはまだできていないようなところもあるわけです。そういう状態の中で人材確保が極めて困難だという問題が出てきてしまいました。専門職の育成と充足という将来展望ということですが、先生も「福祉社会の道」という対談集の中で、どうもこの分野というのは、そう言っちゃ悪いけれども、みんな他のいいところへ行って、ここを唯一の職場としている方もいると思うけれども、一般的に見て優秀な人が福祉の世界へ集まっているとはとても言いたいということをお話になっています。

仮に金があっても、働く人がそこにいないことにはどんな制度も法律も生きてこないわけですが、人材の問題について、利用者の立場からこれは非常に大きな問題だと思うんです。残った時間、ごくかいつまんでお考えをお聞かせ願えればと思います。

正村 日本の将来について私は非常に危惧をしております、ほとんどと言っておきます、完全にはないんですけれども、ほとんど絶望に近い状態なんですね。それは、やっぱり人材の

配分の問題だと思うんです。もう一つ言えば教育ですよ。子供たちがどう育っているか。どういう環境でどういう育てられ方をしているか、子供たちがどう育っているかということ、どういう分野にどういう形で人材が配分されているかということが、30年、50年の展望の中で、国家、社会のあり方を決めると思います。

自分を語れない学生

福祉の分野だけが問題なのではないと思います。日本の教育は余りにも狭い、個人的な、非常に変な物差しでの成功の手段になっていると思います。受験戦争はまさにそうなんですけれども、ですから、本当に力量のある人間を育てることになっていない。もし力量のある人間が育っているとしたら、今のようなあんなひどい教育をやっても人間は損なわれないんだという、そういう証拠だと思うんです。お笑いになりましたが、私はまじめに申し上げているんです。

私どものところへやってくる学生を見ても、物すごい競争の中でふるい分けられて、率直に言えますけれども、君の偏差値だったら専修大学ぐらいだよと言われてやってくる。あるいはもうちょっと上を受けたんだけど、落っこっちゃったということで、がっかりしているわけです。正村ゼミというのは厳しいゼミだとか、夏休みもなくなっちゃうとか、友達をなくすとか、いろいろなことを言われながら、あえてやってくるわけです。

ところが、日本人の青年たちは議論ができません。自分の意見をもつように育てられていないんです。人のいうことを受け入れる、受容力はあるんです。ノートをとるのはうまいし、みんな受け入れる。私はノートをとるのが下手なんですけれども。彼らはノートをとるのがうまいですね。見事です。だけれども、自分の意見を言いなさいと言うと、ないんです。意見をもたない。語らないということは、考えないということなんです。あの人はいつも黙っていて奥ゆかしそうだと思う人にとまにしゃ

べってもらいと、がっかりしますね。そういうものだと思うんです。能弁はいけませんが、いい意味での雄弁といいたいでしょうか、自分で自分の意見を語れるということは非常に重要なことです。おしゃべりばかりやって何もしないというのは困りますけれども。ともかく学生はしゃべれないわけですよ。2年、3年、4年と3年間、私は学生の指導をしますけれども、変わるんです。物すごく変わります。語るようになりますよ。

最近、私のゼミを卒業して日本銀行へ入った学生が、追い出しコンパで言うんです。自分が入ったときには、正村ゼミというのは、変わったやつがいっぱいて、個性的な学生ばかりが集まっているんだと思ったというんです。でも、3年間やってみて気がついたのは、正村ゼミに入ると個性的になることを発見したということです。そういうことを言い置いて卒業していったんです。これは私は気がつかなかったんです。個性的という言葉自体余り使わなかったし、自分でそう思わなかったんです。彼らがそう思ったということは、教えられました。私のゼミの特徴は、自由な空気の中で議論をさせるということです。私の言うことを鵜呑みにした学生は、私には評価されないわけです。「でも先生」と言う学生を私は評価するんです。「でも先生」ってあだ名をつけられた学生も何人かいますけれども、私が何か言うと必ず「でも先生」と言って、疑問を述べはじめるわけです。それを私は歓迎します。相当間違っているとしても、「でも先生」といって、粘る姿勢、そのエネルギーを私は評価するわけです。

潜在力を見つけて伸ばす

そういうふうにやってみますと、これだけ日本の教育がめっちゃくちゃになっていても、人間で大したものだと思うんです。それは私が「ダウン症の子をもって」というささやかな本を書いたときに、自分の息子について書いたのと同じことなんですけれども。彼はダウン症の中では非常に重い子なんです。障害が非常に重い。

言語は今全く出ませんし、理解力が非常に低いんですけども、彼の頭はこれほどぶっ壊れていても——本人の前では言いませんよ。本人に言っても本人はそのことの意味は全然わからないんですが、——これだけぶっ壊れていても、コンピュータとして考えれば、人間というのはすごい、と書いたことがあるんです。

学生はそれとは全然次元が違いますけれども、別にぶっ壊れているわけじゃありませんが、教育を通じて破壊されているわけですよ。物すごくパッシブにされていた学生が、3年間つき合ったら、彼ら同士のつき合いもありますし、私とのつき合いもありますが、個性的になるんですね。可能性がないわけではない。だから、**ほとんど**と申し上げた。次に絶望的と来るんですが、全く絶望していないのは、可能性がないわけではないと思うからです。それは、やっぱり人間のもっているポテンシャル、人間のもっている潜在力だと思います。それを見つけて伸ばすということをやらないといけないと思います。

率直に申し上げて、どんな職域、どんな分野であっても全部の人間が立派であるはずがないんですね。それは、私たち大学の中身を見ていればよくわかります。きょうは大学教育批判をする場所ではありませんから申し上げるのは適当でないかもしれませんが、率直に言って、相当ひどいわけですよ。学生に対して責任をもっているのかなという先生がいないわけではありませんし、完全に破産した学問に一生懸命がみついて学生に教えている人だっていないわけじゃない。

日本における福祉の位置

私は、3%の人が優秀で、そして頑張って、その人たちが埋もれなければ、世の中はよくなると思うんですね。ただし、その3%が5%になったり10%になったり、そのときによって変わるんですけども、それは私が社会に対してベシミスティックになっているかオプティミスティックになるか、そのときの気分によって数

字が動くのです。だから、私自身の気分のバロメータなんですけれども。福祉の分野では、そのパーセンテージが低いか高いかといたら、私は、ほかの分野に比べて決して低くはないと思うんです。政治を引き合いに出すのがいいかどうかちょっとわかりませんが、政治とか大学教育というようにいろいろ挙げていたら、福祉の分野で仕事をなさっている方は本当にやる気になっていらっしゃるな、本当にいい方がいるなという、そのパーセンテージは決して低くはないと思うんです。でも、これをもう一段階上げないと、福祉の分野で皆さんが熱心にやっていたら、それが社会全体を変えていくエネルギーになかなかならないという、そういうことを私は非常に感ずるんですね。

やっぱり物すごい産業主義に毒されている。企業中心社会になり過ぎている。ちょっと逆説的ですけども、普通の青年たちがいろいろ自分の選ぶ職業分野の中のごく普通の職業分野の一つとして福祉を考えるようにならなかったら、日本の社会における福祉というのはやっぱり片隅の問題になってしまうと思うんですね。小川 立派なお仕事をしておられますねと言われる間はだめですね。

正村 立派なお仕事ならまだよろしいんですけども。ネットワーキングという自発的な市民運動のことを議論する会議で知り合った高校生が、福祉の施設へ行くボランティア活動をやっているんですけども、友達に話をすると、おまえ、何て暗いことをやっているんだ、やめろと言われるというんですね。5、6年前ですけども、今もその雰囲気は変わっていないと思いますね。

それから、ことしの夏でしたでしょうか、ボランティア活動をやっている青年たち、学生もいましたし、既に社会人になっている人たちもいましたけれども、大体20代の方が主ですが、そういう集まりで話をしました。その中で、やっぱり同じようなことがあるんですね。それは友達に言われるのではなくて、ある大学の女子学生の方で非常に熱心にボランティアサークル

でもって福祉施設の仕事をやっているんですね、しかし、両親が反対なんです。本人はどう言っているかということ、今、自分のやっていることは人のためではなくて、自分のためにも非常にプラスになっている、充実している、だけど、一つだけつらいことがある、親が反対している、だから、ときどき母親と衝突すると言っているんですね。それは、その母親だけを責められないのであって、日本の社会における福祉の位置づけを象徴していると私は思うんですね。そこを変えなければいけませんね。どうやって変えるのかというのはよくわかりませんが。

ですから、福祉の問題は福祉の問題なのではなくて、教育の問題でもあるし、日本の社会の優先順位の問題でもある。何でもかんでも銀行へ行きたいと思っている人を福祉に引っ張った

ってろくなことにはなりませんけれども、しかし、ポテンシャルのあるいろいろな人材が福祉も自分の進みうる一つの分野として考えられるという状態にならなければ、福祉社会などということとはとても言えないだろうと思うんですね。ただ、私は可能性が全くないわけではないと思っています。

小川 ありがとうございます。

私も用意してきたことをまだまだ聞きたいんです。皆さんも全員がフラストレーションということでは、企画としては大変ぐあいが悪いんですが、時間が超過いたしましたので、心を残しながら一応このプログラムは終わりにいたしたいと思います。どうもありがとうございました。(拍手)

シンポジウムⅠ

リハビリテーション・マンパワーを考える

シンポジウムⅡ

地域社会におけるリハビリテーションの到達点と課題

リハビリテーション・マンパワーを考える

座長 寺山久美子

(東京都立医療技術短期大学)

三ツ木任一

(放送大学)

一口に「リハビリテーション・マンパワー」といっても、その領域は広い。「医学的リハビリテーション」の分野では、医師、看護婦、理学療法士、作業療法士、義肢装具士など医療免許職種が中心になって仕事が行われる。「職業的リハビリテーション」の分野では、職業カウンセラーの他、各種の職業訓練指導員、職業指導員、生活指導員等の人材が必要とされる。また、「社会的リハビリテーション」の分野では、社会福祉士、介護福祉士といった免許職種の数は少なく、現実には寮母、介護人、生活指導員といった「生活」領域の援助・指導を行う人材が沢山要求される。一方では視覚、聴覚、言語、肢体等各障害に対応した高度の指導技術をもつ指導系職種も不可欠である。「教育的リハビリテーション」の分野では、障害児の重度・重複化、多様化、少人数化に伴い、きめ細かな高度の指導技術をもつ人材がますます要求されている。

一方、「地域リハビリテーション」は、在宅の障害者を地域のリハビリテーションネットワークの中で支援していこうという考えである。行政上の「保健」「医療」「福祉」「教育」「労働」などの仕組みを「リハビリテーション」という横系でつなぎ、有効なサービスを提供していかなくてはならない。そのためには「サービスコーディネーター」もしくは「チームリーダー」と

もいべきリハ・チームの中心的人材の育成が急がれている。

「ゴールドプラン」推進の中、厚生省はマンパワー対策を重視し、看護婦、ホームヘルパー、理学療法士・作業療法士等の人材確保を挙げている。「リハビリテーション・マンパワー対策」もこの一環としてぜひ位置づけていただきたい。

今回のシンポジウムでは、免許職種として明確な位置づけをなされていないリハビリテーション・マンパワーを中心に取り上げた。

マンパワー対策を考える時の定石に従って、以下の4つの視点にポイントを置いてシンポジスト4名の方々にはご発言いただいた。

1. マンパワーの発掘

若者減が予想される今後、どのようにしたら「有能でハートのある人々に、リハビリテーションの分野で働いてもらえるか」を考える。

2. マンパワーの養成

卒前教育の在り方など「専門職をめざしての養成」の在り方を考える。

3. マンパワーの研修

「生涯教育」の立場に立った系統的研修の在り方等を考える。

4. マンパワーの定着化

魅力ある職業としてのリハビリテーション専門職にするにはどうするべきかを考える。

シンポジストとしては以下の4名にご登壇いただいた。

1. 行政の立場から；栃本一三郎氏（厚生省社会局庶務課）

現在厚生省が押し進めているマンパワー確保対策を中心に、グローバルな視点からご発言いただく。

2. 職業カウンセラーの立場から；知原阿稚子氏（兵庫障害者職業センター）

新しい専門職として注目されている「職業カウンセラー」の現状と課題を中心にご発言いただく。

3. 更生相談所、福祉事務所の障害者福祉担当者の立場から；仁科章氏（長野県身体障害者リハビリテーションセンター）

「社会的リハビリテーション」を担う職種は、免許資格制度のないものが多い。その現状と課題を中心にご発言いただく。

4. 「地域リハビリテーション」時代の人材養成の立場から；鈴木五郎氏（全国社会福祉協議会）

高齢化社会における社会福祉施設の人材確

保・養成の現状と課題を中心にご発言いただく。

以上の他、以下の3名の方に指定発言をお願いした。

1. 理学療法士の立場から；滝野勝昭氏（日本理学療法士協会）

2. 作業療法士の立場から；長谷川元氏（日本作業療法士協会）

3. 地域リハビリテーションワーカーの立場から；小谷節子氏（東京都足立区東部障害福祉総合センター）

時間が短く、十分な討議ができなかったことは残念であったが、各シンポジスト、指定発言者には、ずっしりと重い「リハビリテーション・マンパワーの現状、課題、将来への提言」をいただいたと考えている。会場からの唯一の発言者から「言語治療士の資格制度の必要性」を提言いただいた。この件も最重点課題の一つであろう。

本シンポジウムを踏まえ、今後各々の立場から「リハビリテーション専門職種」の量と質の充実に向け、努力を継続していただきたいと切望する。

リハビリテーション・マンパワーを考える

栃本一三郎

（厚生省社会局庶務課）

厚生省社会局の栃本でございます。今から10分程度、最近のマンパワーをめぐる問題についてお話ししたいと思います。

現在、皆さんご承知のように、我が国の社会福祉は非常な変革期ということでありまして、一番代表的なものは、これも皆さんはもちろんご承知のことと思いますが、昨年6月に福祉関係の8本の法律が変わったということござ

います。これは、昭和26年に社会福祉事業法ができて、初めての抜本的な改正ということが言えると思います。

年金や医療については、適時適切なときに大きな改革が行われております。例えば昭和48年、この年は福祉元年と言われた年ですが、そのときに例えば年金がスライド制になるとか、また老人医療費が無料化になるとか、さらに高

額療養費支給制度ができるとか、そういう形で改革が行われています。また、その10年後には老人保健法というのができましたし、さらに昭和62年の国民年金法の一部改正によって、国民年金が名実ともに我が国の基礎的年金となったというような経緯がございます。このように、年金や医療については、その時々で大きな改革が行われているのですが、どうも福祉の方はそうとは言えません。それぞれ、例えば老人福祉法であるとか、そのような新しい法律ができて、その範囲は大変大きな広がりを見せたわけですが、その基本となるような考え方については、ようやく昨年6月の福祉8法の改正で始まったということであるかと思えます。

福祉8法の改正というのは、本来、法律名称は、地域において福祉の基盤を整備する法という法律名でございました。法律ができる1カ月くらい前までは、地域において福祉の基盤を整備する法という法律名と言っていたわけなのですが、最後に老人福祉法等の一部改正というような法律名になってしまいました。これは、私どもからしますと大変残念なことではないかと思えます。と申しますのは、先ほど先生からお話がありましたけれども、これから社会的リハであるとか、また地域において福祉を実現するノーマライゼーションであるとか、インテグレーションということが言われるわけですが、地域における福祉の基盤を整備するんだというようなことで、単に老人福祉だけをやるというのではなくて身障福祉であるとか、母子・寡婦の福祉サービスであるとか、児童であるとか、さまざまな福祉というものを地域で実現する。豊かなサービスを提供する。そのような考え方でこれからの日本の福祉を変えていこうということでありましたから、名称が老人福祉法等の一部改正になってしまって、多少残念だなという気がいたします。

昨年、福祉8法の改正が行われた2カ月後の8月に、厚生省で保健医療・福祉マンパワー対策本部というものが設置されました。看護婦さん不足の問題、また看護婦さんなどの勤務条件の

問題は非常に国民の命にかかわることですから、これは緊急的な課題であるわけです。また、ゴールドプランというのが平成元年の12月にできたわけですが、それを支えるだけの人が確保できるのだろうかというような視点から、設置されたということでございます。

ご承知のように、保健医療・マンパワー対策本部の福祉関係の部分だけのことで限定してお話しさせていただきますと、ホームヘルパー10万人ということが言われていますが、それ以外に、老人保健施設が28万床であるとか、特別養護老人ホームが24万床であるとか、在宅介護支援センターが1万カ所であるとか、そういうことを言われるわけです。これを実際の人数に換算しますと、27万人くらい必要だと言われております。ともすれば、ホームヘルパーだけ人数で示されていますので、ホームヘルパーの10万人を確保するのが非常に大変だなというような議論が行われるわけですが、実は施設で仕事をされる寮母さんなども全部合わせますと27万人以上必要である。平成11年の末には、そのくらい必要であるというふうに言われています。現在どのくらい確保されているかといいますと、9万人くらいですから、残りの18万人くらいを今後確保しなければいけないということです。

ただ、問題はそのように単純ではありませんで、例えば東京都でマンパワーの将来予測、需給計画というのを立てたときに、東京都の場合、離職率を1割と置いています。現在、福祉関係の施設で離職率は年間6.9%程度ということですが、直接介護に携わる方々の離職率はさらに高いと思います。ということから、平成11年度末に27万人必要だと言っても、実際にそれだけを確保すればいいということではなくて、27万人確保するためには、それにかかりの数を掛けないと達成できないということです。この計算の仕方についてはいろいろあるわけですが、大体30万台のかなり後半といえますか、そのくらいの数が実は必要なんだということではなからうかと思えます。

しかも、ご承知のように、十か年戦略だけが介護関係の仕事をするわけではありません。十か年戦略外の障害者関係の施設などの数はカウントされていません。さらにシルバービジネスという世界がありますので、これも今後かなり大きな市場になるということを考えますと、先ほどの27万人という数をかなり上回る数を確保しなければいけないということになるかと思えます。

ところが、これは労働省などの推計でよく示されることですが、2000年には大体559万人ほど労働力が不足するというふうに言われております。2000年ですから、ちょうど十か年戦略の終了したときということになるかと思えますが、さらにその10年後の2010年には、910万人くらい。日本の人口は1億人以上ですが、全産業で900万人くらい労働力が不足するということになるわけです。それで、十か年戦略の最終年次である平成11年には、高齢化率は16%くらいになるわけですが、ADLの機能喪失が著しくふえていく年齢である後期高齢層の数は、1.数%しか実は上昇いたしません。むしろ2000年から2010年にかけて75歳以上人口である後期高齢層が非常にふえるということで、これは大変な問題になるというふうに言われております。そのようなことから、マンパワー対策本部を設置したということでございます。

これについては、これまたご承知のことかと思えますが、ことしの3月に中間報告を出させていただきました。その中で、今後の福祉社会をどういう形で築いていくかということですが、昭和62年にできた社会福祉士、介護福祉士の資格制度をてこにして人材の養成、確保を図るということでございます。社会福祉士、介護福祉士の国家資格ができて、介護福祉士については、現在登録されている方が1万4,000人以上になっております。制度ができてまだ数年でございますけれども、かなりの数が確保できたということで、これを将来的には年間1万人を養成する体制に持っていくということ、中間報告では述べております。施設であれ、

ホームヘルパーであれ、その中心となる基幹的な仕事をされる方々については、介護福祉士がその職を担っていくということで、年間1万人養成するというところでございます。

さらに、介護福祉士は試験で合格される場合と、養成施設で資格を取られる場合と2種類あるわけです。養成施設については、現在、全国で119カ所ございますけれども、定員が5,700人程度ということですが、強力な養成体制を築くために、この数をさらにふやすということでございます。その場合、非常に問題になりますのは、その養成施設で介護技術であるとか介護福祉関係のいろんな科目を教えられる先生をどのように確保するかということです。実は、残念ながら介護福祉学といいますが、介護技術については十分な理論化、学問的なものは必ずしも確立していないということですので、むしろそのような介護福祉士を育てるための教員を養成する、ないしはそういう学問体系をきちっと整備するというのを、平成4年度から重点的に行いたいということがございます。

先ほど先生から、人材の発掘と確保ということのお話があったわけですが、やはりこれから非常に人材が不足する。量的にも、質的にも非常に厳しい時代になるということですので、養成施設というものを、いわば人材の安定供給体制として位置づけるということでございます。言ってみれば、石油の原油をスポット買いという形で確保する、スポット買いになりますと、原油の質もよくない。さらに値段も非常に乱高下するというものですから、むしろそうではなくて、石油の長期安定供給体制を図るようなことと同じような形で、養成施設に入学してくる学生をつかまえる。さらに、その人たちを福祉の世界に送り込むということです。

ただ問題は、その人材を養成したとしても、そこに定着できるような職場になっていなければいけないということであるかと思えます。残念ながら、現在の我が国の福祉の職場は、ほかの産業分野に比べて秀でていないことは言えないわけでして、ある意味では非常に厳しい

環境にあるということだと思います。ですから、単に人員を確保するというだけでは、今後、立ち行かなくなるということで、例えば社会福祉法人のあり方であるとか、現在のさまざまな給与体系のあり方についても改善していくということが課題になっております。

そういうわけで、これまた新聞等で報道されておりますが、来年の2月の通常国会には、人材確保のための社会福祉事業法の改正案を提出させていただくということで、今、作業をしております。せっかくこの福祉の世界に入っただいたのですから、その仕事を続けられる環境であることがやはり一番重要であると思われまます。非常に創造的であり、なおかつ豊かな人間性が支える。さらに日常生活を総合的に支える仕事。また、高度な技術によって成り立つような仕事。そういうものが一生の仕事として続けられるように、職場環境といいますか、労働環境を整えるという作業を、法案の作成をしながら整備に努めたいということでございます。これはやはりリハビリテーション関係の人材確保という面でも、まさに同じようなことが言えるかと思えます。社会福祉士、介護福祉士の資格制度をつくりまして、福祉の世界が非常に専門的な仕事なんだ、だれにでもできる仕事ではないんだということで、社会的評価を高める。社会的なイメージアップ。しかも、イメージアップというのは、単に化粧をするということではなくて、専門的な中身を高める。それによっ

て社会的評価を高めるんだ。それをてこに、給与面、処遇面で改善を図るという正攻法といいますか、そういう形で進んでいくということになるかと思えます。

ヨーロッパの福祉先進国で、福祉先進国という国はありますけれども、残念ながら、福祉の仕事をしている人たちの社会的なステータスといいますか、職業的威信といいますか、そういうものが高いとは決して言えないと思います。いろんな福祉関係の方々がヨーロッパなどへ行かれて、あちらの福祉関係の人と会われて、いろいろ話をされているときは、仲間内ということもあって——仲間内と言うとあれなんです、必ずしもそういう話にならないかと思えますが、やはりヨーロッパの先進国の中でも、福祉の仕事、特に直接介護する仕事とか、そういうことは社会的な評価が高いかどうかといいますと、必ずしも高くないということです。そのような轍は踏まないといいますか、我が国が初めてのそういうような仕事をする人たちの社会的ステータスが高い先進国になるというような心づもりで、現在、作業をしているということでございます。

詳細にわたっては、後ほどの討論の中で触れさせていただきたいと思えます。またご質問等でお答えしたいと思えます。ここで一応区切らせていただきます。どうもありがとうございます。

リハビリテーション・マンパワーを考える

知原 阿 稚 子

(兵庫障害者職業センター)

1987年の雇用促進法の改正により、「職業リハビリテーション」という用語が初めて労働関係の法律で使用されました。そして職業リハビリテーションサービスを実施する機関の一つとして障害者職業センターが法律上位置づけられ、そこで業務に携わる障害者職業カウンセラーが専門職として認められました。労働関係における初めての障害者関係専門職といえるものです。

労働大臣指定の試験に合格した後、1年間の研修を終え、障害者職業カウンセラーとなり、以後5年、10年次研修、海外研修等が予定されています。

現在全国の広域・地域障害者職業センターに300名程度が配属されていますが、まだまだ新しい分野の専門職として課題は多くあります。

東京に最初の職業センターができてから今年で20年、全国都道府県に職業センターができてから10年と、短い期間ですが、その間に業務の内容も次々に増加してきました。

職業評価から職業評価を活用する方向へ

当初は職業安定所で紹介・斡旋が難しい職業的中度・重度の障害者に対して心理テストや職業適性検査を実施して、雇用促進の援助をするといった評価・相談業務を中心として行っていましたが、対象とする障害者の重度・重複化に伴い、短期の評価からより長期の評価方法として、ワークサンプル法や実際の職場で実習する中で評価する「職務試行法」等が取り入れられ

るようになりました。

またさらに評価の結果すぐに雇用が難しい障害者に対して「職業講習」や「職業準備訓練」等も行うようになり、平成2年度から東京と兵庫のセンターにおいては、「職域開発援助事業」という新しい取り組みが試行されています。

このようななかで、障害者職業カウンセラーの業務は多様化し、また対象とする障害も精神薄弱者、精神障害者、身体障害者のみでなく、難病等障害手帳に該当しないが職業的重度の障害がある者等幅広い人たちが対象となっています。少ない人員で多くの業務を抱え、個々の障害者に応じた幅広く、柔軟な対応をするためには、より専門的に深く業務を遂行できないし、カウンセラーの専門性とは何か等相反する課題の中で試行錯誤を重ねています。

「職域開発援助事業」という新しいサービスにより変わったこと

「職域開発援助事業」とは、従来の援護措置を利用してもすぐに就職が難しい障害者に対して、事業所の場をかりて1～5カ月間、援助者（事業所側から技術支援パートナー、職業センター側から生活支援パートナー）がついて、雇用レベルに達するまで教育訓練を実施する制度です。

実際の職場では訓練とはいえ、失敗が許されない厳しい状況の中で、人間関係や、仕事など障害者が感じるプレッシャーは大きなものがあります。職場という変化の多い環境の中で援助

するためには、どのような負荷に弱い人なのか、負荷を与えられたときにどのように援助すれば乗り越えられる人なのか、単なる職業能力の評価のみでなく、障害者の全体像を理解する必要があります。「がんばればできる」という精神論ではなく、より科学的、専門的な人間を理解する眼でどのような援助が必要なのか的確に評価しなければなりません。

そしてまた困難を乗り越える援助は、障害者のみでなく、障害者をとりまく環境づくりも必要です。障害者の家族を支えるため、地域、出身施設や学校などの支援体制をつくる。

また雇用してもらうためには、その障害者がいなくては困るという仕事を作り出したり、職場の中で援助をしてもらえる雰囲気や、環境づくり、さらにその事業所を支える職業安定所の支援づくりなどコーディネイト役も重要な仕事になってきます。

労働行政におけるサービスは、雇用を中心として職業能力に焦点をあてた取り組みが展開されてきましたが、障害の重度化・多様化の中で、生活支援という福祉行政のノウハウを取り入れた援助を加味することによって、更により多くの障害者が雇用の場に入っていけるのではないのでしょうか。

また職場は、仕事をする場のみでなく、人生の多くの時間をついやす生活の場でもあります。職場生活が充実して始めて、職業意欲も喚起できるのではないのでしょうか。

職業センターではこのような多岐にわたる業

務をこなすために非常勤の職員（生活支援パートナー、準備訓練指導員、職業講習指導員、OA機器インストラクター）が増加しています。専門的に充実したサービスを提供するためには、将来的には正規職員にすることが必要でしょう。しかし、障害者のニーズが多様化し、個々のニーズにあったサービスを提供するためには、ボランティア始め、いろいろな立場の専門職がそれぞれの立場でないとできない役割を担い、横の連携をつくっていかなければならないことも今現在とても必要なことです。

おわりに

障害者の職業的自立を援助する仕事に携わる中で、私自身も自立し、多くのことを学びました。また多くの障害者のお母さんから、自分の子育てについて学び、励まされました。「自立」というのは障害者のみの課題ではなく、子どもにとっても、女性にとっても、そしてまた、これから高齢化社会に向かう中で高齢者にとっても、大きな課題となっています。そしてまた自立していると思われていた男性にとっても、いまや生活面で自立していない「濡れ落ち葉族」等と評されたりしています。「自立」はすべての人の課題であり、非常に奥の深い目標です。互いに自立を助け合う対等の立場にたつて援助し、援助される輪づくりがあつてはじめて、リハビリテーション・マンパワーの施策は生きてくるのではないのでしょうか。

福祉事務所・身体障害者更生相談所におけるリハビリテーション・マンパワーを考える

仁科 章

(長野県身体障害者リハビリテーションセンター)

私は、現在長野県身体障害者リハビリテーションセンターで身体障害者更生相談所ケースワーカーとしての業務に携わっています。福祉事務所勤務の経験も含め、福祉事務所・身体障害者更生相談所におけるリハビリテーション・マンパワーについて考えてみたいと思います。

まず、福祉行政の現場において“リハビリテーション”という言葉をどのように理解しているか、みてみたい。病院等医療機関で受ける“医学的リハビリテーション”を“リハビリテーション”と理解している人が大半と考えられます。免許資格のリハビリテーション関係職員はそれぞれ養成機関で専門教育を受け、専門職として職域を持ち働いていますが、他方、福祉職員の資格はあまり明確にされていません。その資格としては、社会事業法による社会福祉主事の有資格者で足りるとされ、配置されています。リハビリテーション関係の学習・専門知識を持たなくとも業務に携わる人がほとんどと言えます。このため、業務とのかかわりで、リハビリテーションに対する理解度が左右されると言えます。

本県では幸い当センターが身体障害者更生援護施設（肢体更生30名・重度更生110名）、病院（80床）、補装具製作施設と身体障害者更生相談所を併設しているため、リハビリテーション推進体制が予めセットされており、福祉関係職員もセンターとの業務のかかわりからリハビリテーションへの理解を深めていける環境にある

と言えます。

近年の身体障害者福祉の傾向として、成人病に起因する脳血管障害や交通・災害事故による後遺症として身体障害を持つ人が増加する中、リハビリテーションによる訓練を経た社会的自立を旨とするケースも当然多く扱うようになります。また、市町村レベルでの保健・医療・福祉の連携が進むと共に、福祉職員も医療的分野、リハビリテーションへの理解を深めていかなければ本来の福祉の目標も達成できないという状況になっています。リハビリテーションにかかる相談には、福祉事務所の地区担当員、身体障害者福祉司等が担当する訳ですが、専門的基礎が裏付けとしてないため“障害に即したリハビリ訓練の可能性は？”と言われると、的確な判断としては医師、機能訓練士他リハビリテーション関係職員の評価・診断を待たねばなりません。担当者としては頭の中にある程度リハビリ訓練の可能性の判断を行い、先を見通した相談を行わなければなりません。専門的な裏付けのなさが担当者としては痛感されます。

ここで、具体的な事例として、長野県下の福祉事務所身体障害者福祉司の状況についてのアンケート結果をみてみましょう（表）。

調査結果から伺えることとして、身体障害者福祉司の資質では、社会福祉主事と経験（2年以上）を資格とし、比較的3年周期で人事異動され、かつ、専門性に対してはほとんどの人が「専門的な研修・学習が必要」と答えていると言

表 身体障害者福祉司実態調査結果

調査対象

長野県下福祉事務所の身体障害者福祉司28名（無回答1名）

＜性・年齢別＞

	20-29歳	30-39歳	40-49歳	50-59歳	計
男	5	12	3	0	20
女	0	0	6	1	7
計	5	12	9	1	27
(比率)	18.5	44.5	33.3	3.7	100.0

＜採用区分別＞

	一般行政職	福祉職	技術職	その他	計
計	21	6	0	0	27
(比率)	77.8	23.2	0	0	100.0

＜最終学歴別＞

	福祉系4年制大学	その他4年制大学	短大・専門学校	高校	中学校	その他	計
計	7	13	2	5	0	0	27
(比率)	25.9	48.2	7.4	18.5	0	0	100.0

＜経験・身体障害者福祉司＞

	1年未満	1-2年未満	2-3年未満	3-4年未満	4年	5年	6年	9年	計
計	11	7	1	4	0	2	1	1	27
(比率)	40.8	25.9	3.7	14.8	0	7.4	3.7	3.7	100.0

＜資格1・社会福祉主事＞

	有資格	無資格	無回答	計
計	20	5	2	27
(比率)	74.1	18.5	7.4	100.0

＜資格2・身体障害者福祉司＞

	有資格	無資格	計
計	19	8	27
(比率)	70.4	29.6	100.0

＜専門性＞

	現状で十分	専門的な研修・学習が必要	その他	計
計	1	26	0	27
(比率)	3.7	96.3	0	100.0

＜今後必要な研修・学習＞

※ 複数回答

	事務手続き	福祉用具の給付	施設入所	更生医療	ケースワーク	医学的知識	介護技術	リハビリテーション	その他	計
計	5	11	7	9	11	20	7	9	3	82
(比率)	18.5	40.7	25.9	33.3	40.7	74.1	25.9	33.3	11.1	303.5

えます。ここでは、福祉事務所での窓口として、専門性の欠除を思いながらも、研修・学習への意欲が大きいと理解されます。リハビリテーション・医学的知識への専門研修の機会に恵まれるか、自助努力を行うかにかかっていると考えられます。私の経験から言えることは、

福祉職場に身を置く人間として、リハビリテーション及び身体障害者等に関する医学的知識を得ようとしても、身近かに理解可能な図書等の入手が困難といえます。リハビリテーション関係者や医師他の助言・指導が不可欠といえます。また福祉事務所内では、身体障害者福祉司はこ

のような状況にもかかわらず、身体障害者福祉の専門家として地区担当員への助言・指導の立場に位置付けられています。このため、外部からの働きかけ、研修・学習情報の提供が鍵と言えます。

また、地方公務員であり2～3年で担当者が異動することが通例であり、専門性の蓄積ができていくことも、専門性を育む環境になっていないと言えます。このため、個人の力量に頼らざるを得ない状況を生んでいます。福祉行政職員の専門性がしばしば問題になり、一般行政職の職員との人事上の昇進の格差が福祉行政職員の意欲の欠除等を生んでいます。社会福祉士・介護福祉士の免許資格制度は発足したものの、福祉現場では相変わらず専門性が取りざたされています。高齢化社会への対応として、福祉人材養成確保対策が避けて通れない課題と認識されてきた現在、併わせて解決しなければならない問題と言えます。

いずれにしても、地域のニーズに応える職員としては、資格の有無を問わず、自己研鑽等を自ら行い業務に携わらなければならない現状があります。

次に、身体障害者更生相談所の現状については、福祉事務所と同様、福祉職場としてケースワーカー他職員が配置されています。福祉事務所と異なるのは、各都道府県に1ないしは数カ所設置であり、判定・相談専門機関と位置付けられていることです。このため、リハビリテーション専門領域と当初から連携を持った設置形態が考えられ、リハビリテーション関係職域の専門性を福祉行政職員も理解し易く、連携を持った業務が行える条件が整えられています。各都道府県の設置形態により事情は大きく異なりますが、リハビリセンター形式の設置・併設の

身体障害者更生相談所にあつては、専門職員からの助言・情報が得やすいと言えます。

なお、身体障害者更生相談所で扱う相談・判定ケースの多くが、医療機関での治療・訓練が一応終了し、さらに機能回復等訓練のため福祉事務所に来所・相談し判定依頼されるケースです。ここでは、福祉事務所での調査・社会的診断とともに、医療機関での治療・訓練経過が相談のポイントとなります。この点から、福祉関係職員のマンパワーと共に、医療機関におけるリハビリテーション関係職員とその周辺に位置する医療ケースワーカー（MSW）のマンパワーも生かすことを忘れてはならないと言えます。

昨年6月いわゆる福祉八法改正が行われ、町村への措置権の委譲、身体障害者更生相談所の専門性強化等が図られ、実施されようとしています。以上述べてきた問題点はそのまま残され、町村窓口担当者への専門的指導・助言について業務として増したと言えます。リハビリテーションに対する地域ニーズに応えるため、直接窓口である町村担当者の理解・資質向上も今後重要となります。

以上、福祉事務所・身体障害者更生相談所におけるリハビリテーション・マンパワー確保について考えてきましたが、量的確保とともに、専門性の確保のため、研修・学習機会を増やすこと、情報提供が大切と言えます。

また、身体障害者更生相談所業務に位置付けられていますが、地域リハビリテーション事業の推進の1つとしての意識啓発事業を実施することは、社会的理解・人材確保のうえからも併わせて進めていく必要があります。

リハビリテーション・マンパワーを考える

鈴木五郎

(全国社会福祉協議会)

ご紹介いただいた鈴木です。

「リハビリテーション・マンパワーを考える」ということで、結論からいうと、二つのことを問題意識として考えています。

私自身、不勉強でよくわからないんですが、一つは、高齢社会に向かって、障害者福祉の領域を中心として、リハビリテーション・マンパワーの確保について、全体の社会福祉—私は社会福祉です—社会福祉領域の中で、リハビリテーション・マンパワーの確保は、どういう位置づけになるのかなというのがよくわかりません。二つ目は、栃本専門官からもお話がございましたが、社会福祉関係8法の改正で社会福祉全体のキーワードが地域福祉ということで、地域福祉、市町村福祉の時代ということで進み始めているわけですけれども、この地域福祉とか、市町村福祉、あるいは在宅福祉とのかかわりで、リハビリテーション・マンパワーがどういう位置づけになっているのか。この二つともが余りよく見えないうことがあります。私の不勉強によるところだと思います。

きょうご参加の皆さんの名簿を拝見しても、大方は大体都道府県レベルというか、国公立の施設、相談機関等の方が多数でございまして、名簿を拝見して、ああ、そうか、リハビリテーション・マンパワー専門家がかなり集団としてそろっているのは大体都道府県とか、広域、かなり大きい施設レベルであって、市町村、地域レベルには、私どもの仕事のかかわりでもさまざま、関係のご議論が出てきますけれども、十

分な必要ははっきりしているんですが、位置づけがされていない。議論されていないのかなと思います。これは、いろいろ皆さんからご反論があったり、ご意見があったりすると思います。また教えていただければありがたいと思います。

ちょうどあすの朝の8時半から自民党本部で、人材確保、マンパワー対策で、全社協の意見が聞きたいということで、私どもの団体として出かけていって、社会部会の先生方に要望するところなんです、主としてやはり社会福祉施設と在宅福祉の柱で意見を述べることにしております。

その中で、リハビリテーションのマンパワーの問題も当然位置づけられてくるというか、位置づけて法を持っていかなければいけないわけなんですけれども、そこでは、先ほど座長さんの整理されたのでいけば、リハビリテーションの免許職種というよりは、介護系、あるいは指導系の非免許職種の領域が主となると思うんです。施設と在宅の柱で若干申し上げますと、障害児者の施設リハのスタッフの方と協同します施設の職員全体の問題として、現場からはこの1、2年、かなり深刻な、採用困難の悲鳴に近い声が上がって始めております。社会福祉系の大学等を歩いても、ほとんど相手にしてもらえない。全然応募者も来ない。理事長さん、施設長さん等からかなりさまざまな意見も寄せられるようになってきた。特にこれは、以前にもそういうことがありましたが、採用困難は、精薄と

か、障害福祉分野からまず一番割合が高くあらわれてきているように思います。これが5年、10年、20年と、先ほどもお話があったとおり、長期的にかなり深刻な事態に進んでいきそうだと思います。

全社協の経営者協議会の調査によりますと、社会福祉マンパワーの7割は中途雇用であります。新卒は約3割で、中途雇用が非常に多いわけですが、その両方についてどのように確保していくのか、対策をいろいろ立てていかなきゃいけない。施設の場合には、構造的に人を採用しにくい問題をさまざま抱えているので、構造改善といいますか、社会福祉施設現場のあり方そのものも変えていかなきゃいけないと思っています。

例えば特養だけでも、これからゴールドプランで1,500カ所前後が新設されていきますけれども、1法人1施設のような形で、小規模零細施設を大量につくり出していくということは、マンパワー確保の上から問題があります。やっぱり採用されたら、将来は、ある人は施設長にもなれるという道が開かれていなきゃいけないし、また人事異動の一定の幅がやっぱり確保されているということは非常に大事なことだと思います。1法人複数施設化ということは今、組織的に大きな目標に掲げ始めておりますけれども、そういう規模拡大の問題とか、あるいは採用時期が非常に年度末で、ほかの産業ではみんな就職が決まっちゃったころになってから、募集をかけるという問題でありますとか、さまざま構造的な問題がありまして、それらを改善していくということが、一つ大きな目標になってきています。

給与の問題につきましても、今の措置費の体系の中では、必ずしも長期の勤続が保障された状態になっておりませんので、やはり長期勤続、ベテランの職員を確保していけるような給与財源の確保の問題でありますとか、労働時間の完全週休2日制の見込みはまだ立っておりませんが、そういう見込みをどのようにつけていくか。福利厚生、職場のイメージアップ等々た

くさんの問題を抱えておまして、ただ、余り悲観論じゃなくて、それら一つ一つをこのように改善をしていきたいということで、全社協でも、この半年ぐらいかけて、ここに11種類の施設の全国組織の事務局を持ってありますけれども、在宅も含めて皆さんの共同作業で、やや中期的な社会福祉の施設、在宅職場の改善目標の提言ということで大体まとまりました。近々発表をしようと思っておりますけれども、目標を明らかにして、施設の抱える構造的な問題も改善をしていきたいと考えております。その大部分は、厚生省や国会にいろいろお願いをしなければいけないことがほとんどですが、そのような目標を掲げて動き出しております。その中で、施設現場で働いていただきリハビリテーションのスタッフの皆さんについても、同様な改善を図っていくということだと思います。

それから、社会福祉事業法の2条でも主要な在宅サービスが位置づけられまして、障害児者、高齢者等の主要なサービスが位置づけられて、日本の社会福祉事業の中で、在宅サービスを土台にした施設福祉といいますか、一元的な事業が展開される画期的な時代に入りつつあると思います。釈迦に説法だと思いますが、施設事業と違って、在宅福祉サービスは現状ではばらばらサービスであります。老人保健法が改正されまして、いよいよ本格的に訪問看護サービスも実施されることになりました。ゴールドプランで、ホームヘルパーの配置も出されてきております。大変すばらしいことだと思いますが、私は不案内で、それらとの関連で、OTやPTや、その他さまざまなりハのスタッフ関連位置づけはどうなっているのかなというのがよくわかりません。

先進的な施設では、さまざまいい連携がされている例も伺うことがありますので、そのところも非常に重要なように思いますが、全体とすると、現状では、在宅サービスをどのように横につなげてコーディネートしていくか、だれがその処遇の総合的な診断をし、対象者のニー

ズの変化を読み取ってサービス内容を組みかえていくのか、そのコーディネーターの役割、あるいは人の配置ということがはっきりしていません。先進的な市町村では、なかなかいい連携プレー、組み合わせが進み始めておりますので、私は、答えは現場にあると思っておりますけれども、現場のいい実践をくみ上げながら、日本の家庭、あるいは地域、風土に合った在宅サービスのやり方を改善、工夫していくところに差しかかっていると思います。その中で、何度も言いますが、リハビリテーションのスタッフをどのようなかわり、位置づけにしていくのか、あるいは財政的に配置を保障していくのかということが、ほとんど見えていないことが一つの大きい課題でないかなと思っています。

最後に、施設、在宅と並んで、もう一つ大きくボランティア、あるいはボランティア周辺領域の問題が一つあると思います。リハビリテーションを進めていくときに、ボランティアの皆さんの参加、いろいろ協力を得ていくということは、地域レベルでは非常に重要な課題だと思います。

時間がありませんから、一つだけ申し上げるんですが、そのボランティア活動の延長線上で、この数年来、住民参加型在宅サービスが非常に伸びてきております。現在、全国で300組織以上になり、年々ふえております。これが大体1時間600円とか、700円ぐらい利用料をいただいて、家事、介護援助サービスを行う。主婦を中心としたパワーでございますが、一定の研修を行って、組織的にそういう事業を展開していこうということで、ボランティア組織、生

活協同組合、農協、社会福祉協議会等々さまざまな団体が登場してきております。これは、ある意味では、既存の公的なホームヘルプ事業のあり方に対するカウンターパワーとして登場してきた。公的サービスが、手続きは時間がかかる。働く方の都合で、ニーズに合わせて必ずしも来てくれないということも、批判勢力的な意味で伸びてきているということもあると思うんです。非常に繁盛し始めているところもございます。

これだけでホームヘルプ、家事援助サービスがいけるということでもありませんので、最終的には公的サービスの改善、こういう住民参加型とのいい連携プレーをつくり上げていかなきゃいけないと思いますが、この住民参加型サービスの中でかなり進んだところでは、公的なホームヘルプサービスよりも、むしろこちらの方で難病の患者さんのホームヘルプ、その他困難ケースへの対応がかなり出てきている。逆転しているんじゃないかということが、このホールでも毎年1回全国会議を開いているんですが、毎年のようにそのことが問題として出されてきております。

以上、終わりますけれども、施設、在宅、ボランティア活動、あるいはその関連領域を含めまして、市町村、地域レベルでは、リハビリテーションの位置づけというのが、理念的には大分昔から議論されてきているようですが、現実的な問題意識として、どういう位置づけになっていくのかなというのがよく見えないということが最大の問題かなと思います。

以上です。

作業療法士協会の立場から

長谷川 元

(社団法人日本作業療法士協会副会長)

作業療法士はリハビリテーションチームの一構成員として、患者・障害者のニーズに奉仕するために存在する医療関係の専門職種である。

(社)日本作業療法士協会は作業療法を次のように定義している。

「作業療法とは身体または精神に障害のあるもの、またはそれが予測される者に対し、その主体的な生活の獲得を図るため、諸機能の回復、維持および開発を促す作業活動を用いておこなう治療・訓練・指導および援助をいう」

作業療法士の身分制度が法制化されたのは1964年、第一回の国家試験は翌65年実施されている。

日本作業療法士協会の設立は第一回の国家試験に合格し、はじめての作業療法士免許を取得した20名で1965年9月25日に発足している。

社団法人の認可は、1981年3月19日、この年は国際障害者年であった。

現在作業療法士を養成する教育機関は33校、そのうち文部省系の国公立大学に敷設された医療技術短期大学が13校、厚生省系の専門学校が20校、すべてが3年の養成課程で夜間の私立の養成校が4年制で行っている。養成総定員数700名。

平成4年広島大学の医学部に保健学科の一課程として設置される見通しとなっている。また、同様の4年制学士課程での設置の動きが各地で活発になってきている。

作業療法士有資格者5,270名、協会に加盟している会員数4,455名11月末日現在で、組織率

は約84%となっている。

1963年清瀬の国立療養所に最初のリハビリテーション学院が開校して28年が経過し、現在は33校の養成課程があるが、本格的な養成は1980年代以降で、作業療法士を構成している年代層は極めて若く、平均年齢は27歳代で女性が圧倒的に多く70%を越えている。

作業療法士の需要・供給の見直し

厚生省では、我が国の将来の超高齢社会の急速な伸展に向けての保健・福祉サービスの充実を図るため「高齢者保健福祉推進10カ年戦略」を策定、これに基づく各種事業が展開されている中で、作業療法士に関わる事業が多く含まれている。その実現のためには現在の需要・供給の体制では困難であり、医療審議会で検討の結果、平成3年8月その見直しに関する答申がなされた。

それによると平成11年を目標に15,800名の作業療法士が必要とされている。

作業療法が担当する分野

一般身体障害・精神障害・発達障害・高齢障害等の医学的リハビリテーション、各種障害によりもたらされた生活障害、教育・職業に適応するうえで不都合となる事柄に対する取り組み、援助等々広範な関わりが期待されている。

これらのことから、その、所属する場所は一般総合病院・大学病院・リハビリテーション専門病院・労災病院・老人専門病院・精神神経科

関係の病院・小児専門病院・難病・慢性疾患・ホスピス等の各種医療機関。

保健所・保健センター等の保健機関

障害者更生相談所・障害福祉センター・肢体不自由児者センター・障害児通園施設・療護施設・福祉授産施設・生活ホームなどの福祉関係機関。

教育研究所・養護学校・教育相談センター等の教育機関。

各種老人ホーム・デイケアセンター・在宅介護支援センター等の高齢者関係施設。

各種研究所

行政関係

作業療法士養成施設

今後の課題

(1) 養成施設の拡充、資質の向上と、優良人材

確保のためには学士課程での対応が必要、(2) 地元の人材を育てることにより定着化が見込めるので、義務教育・高校教育で、リハビリテーションの紹介等の取り組み、(3) 生涯教育のシステム化とその支援、(4) 女性が多く、潜在化の対策のために、人材バンクの制度化と、研修システムの構築、(5) 診療報酬の大幅アップ等による財政的基盤整備、(6) 職場環境の整備、(7) 研究等による動機付けのシステム化、(8) 職能団体の育成・強化、(9) 看護の日と同様「リハビリの日」の制度化等々課題は山積しているが、高齢社会の充実と障害者のノーマライゼーションの実現のための取り組みは緊急課題と言えよう。

また、国民の障害者に対する理解を高揚する目的で、12月9日を「障害者の日」としての休日化の促進を期待したい。

リハビリテーション・マンパワーを考える

滝野勝昭

(社団法人日本理学療法士協会理事 帝京大学医学部附属病院リハビリテーション部)

はじめに

今日の日本は既に世界史中で例をみない急速な勢いで高齢者社会へとむかっている。そしてこの勢いは益々進行し来世紀前半には、そのピークに達することが既に国の告示やマスコミによってあきらかにされている。高齢者社会を招来した因子は、社会情勢の安定と各界の発展が長寿人間を誕生させたことと、一方では家族構成の変化と個々の人間性を尊重した結果として出生率の低下を促進したことがあげられる。

リハビリテーションはこれまでも社会情勢の変化に応じて種々な対応をしてきた。21世紀を目の前にした日本が今取り組むべきことは、

高齢者社会と障害者を考慮した医療及び福祉を連携した包括的リハビリテーションであると考えられる。それには人口減少の状況の中で意欲的に取り組んでゆく人材を確保するのは重要な課題である。

1. 理学療法士の就業施設別数

理学療法士数の推移は、昭和40年に「理学療法士・作業療法士法」が制定されてから各地に養成校が設立され、徐々に増加して昭和56年には3,000人を越えた。その後、社会の要望に従い医療行政の施策の結果として急激な増加傾向を示し、現在1万人を数えるに至った。この

内本協会会員は約9,300人である。会員の平成2年の就業施設をみると、大学病院、総合病院、一般病院、老人病院等の医療機関勤務者が約78%、教育機関に勤務している者が約3%であり、施設及び行政機関等が10数%になっている。理学療法士の誕生当初は数が少なかったこともあり、医療機関に限定されていたが、現在では国の高齢者及び障害者福祉対策等により、医療機関外に勤める理学療法士も徐々に増えつつある。しかし全体の傾向としては医療機関に就職を希望する者が多く、福祉分野を満たすまでには到底及んでいないのが実情である。

2. 日本理学療法士協会が検討している問題

日本の土壌で理学療法士が医療及び福祉の中で、今後より一層の発展と社会的貢献を果たすべくには、幾つかの問題を解決しなくてはならない。この基盤となるのは理学療法士が自らの研鑽と資質の向上に努めることである。その上で次に掲げる問題に取り組むべきと考える。第1は教育制度の改革である。現在の養成課程は3年制の専門学校又は医療短期大学であるが、職業の内容や社会からの期待に応える上からも、現状のカリキュラムを消化してゆくには甚だ無理があるので、早期に4年制大学の制度を導入すべきである。既に欧米では4年制大学が主流であり、隣国の韓国も4年制大学に移行している。理学療法士が国際社会の中で活躍してゆくためにも避けて通れない問題である。第2は業務独占の問題がある。言うまでもなく理学療法士は国家試験を合格した者が資格を与えられるのであり、法に示されている理学療法は理学療法士が責任を以て担うべきである。しかし歴史的な経緯もあるので、他の職種の間にも尊重して解決すべきである。第3は開業権の獲得である。理学療法士が社会に対しきめ細かいサービスをしてゆくには、開業権を得て活動してゆくことが最も適していると考えられる。現実的には開業医をはじめとした関連職種との連携が

医療と福祉を充実させるのに良い方法ではないだろうか。勿論、開業すれば社会の評価は厳しいこともあり、振り落とされる者が出ることは覚悟しなければならない。

3. 今後の課題

医療及び福祉の面で、今後理学療法士という職業に魅力を感じて仲間入りしてくる人材を確保するには、「理学療法士」という職業がどのようなものなのか多くの人に理解して頂くのが先決である。昨今リハビリテーションは世間一般の用語になりつつあるが、理学療法(士)となると理解度が極めて低いので、理学療法士自らが理学療法(士)をPRしてゆくことが大切である。

次に前項の諸問題と関連した各々の事項をあげると、(1)社会的位置付け、(2)関連職種との連携、(3)教育カリキュラムの問題等である。(1)については、医療の中では十分とは言えないものの形造りが進行しているが、福祉の中ではまだまだ不安な要素が窺える。また現在の学歴社会からみると、理学療法士の教育制度は不利と言わざるを得ない。(2)については職域は、医療のなかではある程度区分されているが、福祉においては役割分担が必ずしも明確ではない。また多職種が関連して仕事をしているので、職種間の連携が大切である。(3)については福祉や生活環境、社会学などの分野を盛り込んだ教育カリキュラムを作成する必要がある。

現在、国の施策では「ゴールドプラン」にみられるように、医療から福祉へと力入れが変換してきている。これに伴い関与する職種の増員計画が進められているが、恒久的な人材確保と魅力ある職種として定着させてゆくには、現存する諸問題を解決しておくことが何よりも重要である。医療と福祉を担ってゆく原点は人なのである。

地域リハビリテーションの場でのマンパワーを考える

小谷 節子

(東京都足立区東部障害福祉総合センター)

我職場は身体障害者福祉センターB型と、精神薄弱者の通所更生、通所授産施設が寄り集まり構成された施設である。

職員も、保母、福祉指導、作業療法士、理学療法士、言語療法士、看護婦、事務他に非常勤医師等が混在し、チームアプローチを前提に処遇を行い、これらの職員は地域リハビリテーションのまさに最前線で仕事をしているといった自負を持っている。

しかし、日々センターに持ち込まれるニーズへの対応や、事業化、行政サイドから投げかけられる地域リハセンターとしての役割遂行には、四苦八苦しつつ、雑多な業務に忙殺されているのが現状である。

この業務の量質に圧倒されながら、痛感するのは地域リハのサービスメニューの不足と同時に肝心の地域リハ部門の特にコーディネーターや、ケースマネージャー的役割を荷える者の人材不足である。

理学療法士、作業療法士、といった職種には欠員補充に、センター発足以来奔走させられている。

ソーシャルワーカーは東京都の場合“福祉指導”といった大卒レベルの採用枠が設けられている。しかし、配属される職場は児童・老人・精薄・身障・精神・医療と幅がある。通所施設の生活指導や、作業指導員としてラインに位置づけられた場合、“ソーシャルケースワーカー”としての業務とは異なるところとなり、例えば脳

卒中後遺症者のリハスタッフとのチームアプローチの1メンバーとしては、知識・経験・技術等に足並みのそろわないところが生じる。

また、福祉指導はその専門領域や、専門性の未確立等から、行政の場での人事上の問題も存在する。福祉現場の待遇等の側面からすれば、公務員の場合恵まれ、採用時の人材確保は良好といえる。しかし、採用後、専門職として鍛えられる環境には乏しく、業績の積み上げや、適切な評価も得がたく、経験主義や、マンネリに陥りかねない状況がある。

一方、行政の機構は事務職のポストは多様にあっても、専門職のポストは極めて限られている。それだけに昇進機会も少なく、少数職種故発言力も乏しくなる。

しかし、地域リハの領域は新しいだけに課題が山積しており、今の時期こそ、地域のニーズを適確に把握し、政策に反映させていく責任は大きい。このためには専門職制度の導入といった人事制度の改善や、資格の制度化に期待する一方、今のタイミングを看過すわけにいかない。

まずは地域リハスタッフの社会的評価を高める努力が重要で、中でも、専門職として業務確立が遅れているソーシャルワーク領域の強化は急を要する。

このことのためには、現場はとかく近視眼的、主観的、独善的に陥りやすいといった指摘や反省をもとに、この点の改善策として福祉現

場と大学や、研究機関等との交流や連携を強化し、内容豊かで、科学的、かつ説得力ある実践や、理論化、政策提言へと構築する戦略が重要と考えている。このことが、延いては地域センターの存在を対外的に明示する機会となり、同

時に、リハスタッフ全体のモラルアップ、質の向上や育成につながるものと考えているからである。

関係機関の援助、協力をあらためて、切に願うところである。

地域社会におけるリハビリテーションの到達点と課題

座長 澤村 誠志

(兵庫県リハビリテーションセンター)

奥野 英子

(国立身体障害者リハビリテーションセンター)

わが国は、戦後の荒廃から立上がり、経済成長が社会保障を支えるとの基本的な理念から、経済優先政策をとってきた。そのため、経済成長には最も効率の悪い産業である医療や福祉政策がおろそかにされてきたといえる。欧米先進国に比較してGNPに占める医療、福祉予算枠が著しく低いことがこれを裏づけている。しかし、経済成長が上限に達した現状の中で、これからはより良い生活の質を目指した成熟社会を形成しなければならない。従来のような入院、入所優先施策から、地域社会における在宅医療、在宅社会サービスを優先する施策に大きく変遷すべき時期にきている。平成5年4月から施行される福祉八法の改正による市町村への権限委譲の方向づけはむしろ遅すぎた選択と言わざるを得ない。

さて、国際的にみた場合は、ヨーロッパ福祉先進国ではすでに1970年代の第一次石油ショックを契機に、入所、入院ケアよりも、より良いQOLを目指して在宅医療、在宅ケア中心政策へと変換を図った。最近のデンマークでは1988年7月より、個室の特養ホームよりも更により在宅に近づけるために、ホームの新設を止め、保護住宅重視政策を打出した。スウェーデンでは、老人医療を県から市町村へ移管する方向にあり、英国では、地域におけるコミュニティ白書を出し、地域での自立生活運動、ノーマ

ライゼーションへと医療と社会サービスの統合化を目指している。

このような先進国での地域でのケアに対して、開発途上国では異なった立場から、地域リハ(Community Based Rehabilitation)を重要視する動きが著明となった。つまり開発途上国では、貧困、栄養障害、未就学からくる無知、伝染病などによる多様な障害の発生を見ており、これに対する地域住民の障害に対する偏見、誤解とか迷信などがあって、障害をもった人々にとって住みよい環境とはいえない。そこで、地域に入りこんで、住民ぐるみで地域基盤そのものを作っていくとする活動が、CBRと呼ばれるものである。

わが国の地域におけるリハ活動は、この開発途上国と先進国との間に位置すると思われる。わが国としては開発途上国から地域作りの心を学ぶ必要があり、また、先進国の地域からは自立生活支援、ノーマライゼーションの理念を学ぶ必要があるかと思われる。

このような現状の中で、わが国における地域におけるリハ活動の理念を整理すると、障害をもつ人々や介護を必要とする老人が、住み慣れた所に続いて住み、そこに住んでいる人々と共に、一生安心して生き生きとした生活が送れるように、保健、医療や福祉など生活にかかわるすべての人々が行う活動を指すと思われる。

この地域社会におけるリハビリテーション活動を支える因子として、地域の医療・保健・福祉の連携を図るネットワーク、在宅介護支援センター、テクノエイドセンターなど拠点場所の整備、市町村首長の姿勢、地域リハビリシステムの構築、マンパワーの確保、住環境、地域のアクセシビリティ、交通機関、障害者の自立生活運動、そして住民参加のあり方など多くの問題が関連している。

このような動向の中で、“変革期におけるリハビリテーションを問う”という本研究大会のテーマにふさわしい「地域社会におけるリハビリテーションの到達点と課題」がシンポジウムに取り上げられた。現在、わが国の将来のあるべき姿を示唆する色々な地域で様々なリハ活動が展開されている。今回のシンポジウムでは、それらのパイオニアの方々に御参加いただいた。まず、長崎の僻地、離島における地域リハの実践活動を行っておられる浜村明徳先生が、

ついで横浜という大都市のリハ中核センターを中心とする保健・医療・福祉の連携について、伊藤利之先生、そして現在のネックとなっている役所の縦割り機構を見事に克服して、大阪府大東市で保健医療福祉センターを作られ、住民参加を実践されている山本和儀先生、最後に北海道札幌市を中心に、生活寮やグループホームを通じて幅広い障害をもつ人々の自立生活、ノーマライゼーションにとりくんでおられる忍博次先生に夫々貴重な御経験をお話いただいた。果たしてこのシンポジウムで到達点がみきわめられたか、問題を残す結果となったが、地域に根づいたパイオニアの人々の努力の積重ねがあれば、かなりの点まで到達しうるとの示唆が得られたと思う。このシンポジウムを通じて、今後すべての住民が幸せになれる暖かい地域社会を目指しての一步としての役割を果たせたと思う。

地域社会におけるリハビリテーションの到達点と課題

— 離島・辺地の現状と課題 —

浜村明徳

(国立療養所長崎病院理学診療科)

長崎県の離島

長崎県には、朝鮮半島とおおよそ50km位置にある対馬、玄界灘に浮かぶ壱岐、キリシタン渡来で名高い平戸、東シナ海に面した五島列島などのほか、県本土に沿って点在する島々などおおよそ600の離島があり、そのうち人が生活する島はおおよそ60あると言われる。

かつて、海上交通の要として県本土より先進的であった島も数多い。明治以降、資本主義経済の発展に伴い離島化が始まり、交通機関や産

業構造の変化、それによる雇用機会や賃金の格差、文化・教育的環境の差などによって“過疎化”してきた。離島面積は県総面積の45%であるが人口は18%であり、依然として人口の流出が続いている。またどの離島も“高齢化”が特徴である。一方、社会福祉資源では、“医療資源の乏しさ”、特に医師や看護婦不足が過去のいづれの時代も大きな行政課題になるくらいであった。

長崎県の離島医療施策

表1に、主な離島医療の施策について紹介した。離島医療圏組合に所属する基幹病院だけで1,000余りの病床を有している。リハビリテーションに関しては、およそ10年前までは県本土まで来なければ入院治療ができなかったが、現在、中核的な病院においては運動療法施設が整えられた。医師については、医学就学制度（ドクターバンク制度）により供給の見通しが一定程度成り立つが、リハビリテーション専門職については制度の保障もなく供給に苦勞が耐えない。

離島・辺地のリハビリテーション活動経過

表2に、活動の経過を紹介した。老人保健法が始まった昭和58年、県のモデル事業として離島における地域リハビリテーション活動を取り組んだことが契機となって、離島基幹病院のリハビリテーション治療体制が整備され始めた。

地域リハビリテーション

離島でも都市部と同じようなりハビリテーションやケアが提供できないかと考え、仲間と共に幾つかの試みを行って来た。それらの試みの基本となっている地域リハビリテーションの考え方について紹介する。

地域リハビリテーションを“障害によって様々な問題を抱えつつ在宅生活を営む人々の、健全な生活を取り戻すことまたそれを維持して行くことを目的とする、リハの立場から実践されるどころの総合的でしかも継続的な地域総体による活動”と考え、実践活動（表3）において

表1

長崎県の主な 離島医療施策	
昭和	
31年	僻地診療所の建設 (現在19施設)
36年	巡回診療の実施
43年	離島医療圏組合の設立 (現在、9基幹病院 経営)
45年	医学修学制度の発足
46年	ヘリコプターで患者搬送開始
49年	離島医療情報システム開始
49年	離島医療医師センター (ドクター・バンク)の設立
50年	離島親元病院制度開始 (僻地中核病院の指定)
59年	離島医療INS活用事業の開始 離島基幹病院でのリハ体制開始

表2 離島・辺地の活動経過

	昭和										平成				
	53年	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	1	2	3	4
《全県レベル》															
“リハ協議会”	-----														
“地域リハ推進事業” (県モデル事業)	-----														
市町村単独の 地域リハ活動	-----														
《離島・辺地》															
基幹病院リハ体制	-----														
民間病院リハ体制	-----														
中離島病院リハ体制	-----														
機能訓練・訪問指導	-----														
デイサービス事業 (県単・国庫事業)	-----														
地域リハ組織化	-----														

表3

地域リハの具体的活動	
1. 直接的援助活動（在宅リハ活動）	医療→老人デイケア、訪問看護など 保健→機能訓練事業、訪問指導など 福祉→デイサービス事業、ホームヘルプ事業など
2. 地域リハの組織化活動（地域リハ・システム作り）	必要な人に求められるサービスを適確に提供できる体制作り
3. 一般の人々への働きかけ	

は、老人や家族が障害を乗り越える力を維持し増強できるための直接的援助活動（在宅リハ活動）、必要な人に求められるサービスを適確に提供できる体制作り、つまり地域リハビリテーションの組織化活動（システム・ネットワーク作り）、周りの人々がこの問題を理解し、人と人との支え合いが可能となるよう一般の人々へ働きかけてゆくことなどを柱とした活動を継続してきた。

活動の実際

地元のリハビリテーション・ケアのスタッフと共に、地元のリハビリテーション・ケアの考え方、実情に応じて、可能な援助の模索やシステムの構築に向け努めている。活動の実際はスライドで紹介した。

活動の到達点と課題

何を基準にして到達点を考えるか難しい。本県では、常々“本土なみ”という言葉が用いられる。県本土が目標に達している訳ではないが、この言葉には離島・辺地で生活するものの願いが込められているように思われる。そこで、活動の要点となる事柄を県本土と比較した（表4）。

医療のマンパワーでは、医師数がおよそ1/2であるが、PTも1/2となっている。しかし、県本土の病院が高度・専門医療志向の傾向があるのに比べ、離島の基幹病院は総じて地域活動に理解があり、病院ぐるみで取り組んでいる所も少なくない。従って、少ない数ではあるが専門職の地域に対する姿勢は極めて積極的で、離

表4 地域リハの到達点
◎目標の1つは、“県本土なみ”

	離島・辺地	県本土
医療のマン・パワー	医師、PT およそ1/2 (医師 約90人/人口10万)	1 (約190人)
基幹病院の姿勢	理解あり～積極的 (包括医療を目指す)	無理解～消極的 (高度・専門医療)
医師会の理解	一部理解 受け入れ、抵抗なし	一部理解 抵抗あり
リハ専門職の姿勢	積極的～何らかの活動 (リーダーとしても)	一部は積極的 ～無理解
保健活動	マン・パワーは 3/2 機能訓練事業 30町/32町	1 45町/47町
福祉活動	マン・パワーは 1 デイ・サービス事業 23町/32町	1 40町/47町
組織化活動	島内の積極的活動も	

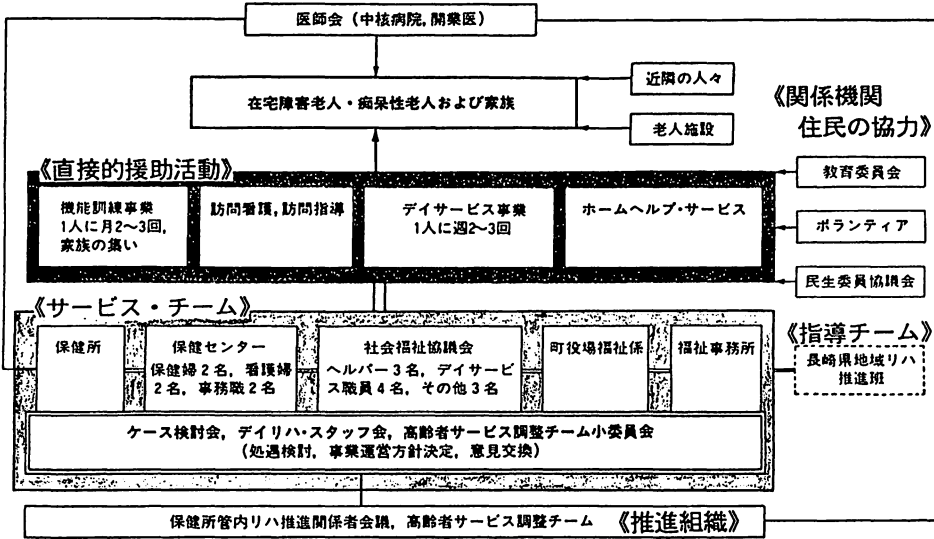
島の理学療法士などが中心となった地域組織も生まれている。急性期のリハビリテーションから地域活動まで幅広く活動する専門職が多い。

地域リハビリテーションに関係する保健・福祉活動では、県本土の活動と遜色ない活動が行われていると判断している。医療の資源が乏しいがゆえに、保健・福祉の強化が求められた結果とも思われる。

地域リハビリテーションの組織化活動では、町ぐるみ・島ぐるみの活動が始まっており、島という限られた地域であるだけに協力態勢はむしろ県本土より優れている所が多い。人間関係のつながりがいまだに強く、理解を得られれば活動的な組織が生まれやすい。図1に、辺地のシステム化されつつある活動を紹介した。特別な取り組みがなされている訳ではないが、今ある社会資源を有効に活用しようと町全体で取り組まれている。

離島や辺地の今後の課題は、本質的には県本土と変わる所はない。我が国の地域リハビリテーション推進の全体的な課題については省略する。高齢化の進む離島・辺地では、かかわるスタッフの強化が何にも増して求められる所である。現在の活動姿勢とマンパワーの充実があれば、県本土以上の活動が展開できる可能性を持っていると言ってもよい。最低限の体制は整備しても、医師のように“ドクター・バンク”制度で養成できない理学療法士や作業療法士を確保し増員して行くことは容易なことではない。地元出身の理学療法士や作業療法士が徐々に増

図1



Y町における地域リハ活動（人口 6,000人）

えつつあるものの、研修や教育の機会を作り技術の向上を目指すとするれば、閉ざされた離島という世界で少人数でしか活動できない彼らを支

えるシステムが求められよう。人材の確保と育成に課題は集約される。

地域社会におけるリハビリテーションの到達点と課題

—地域の拠点とネットワーク—

伊藤利之

(横浜市総合リハビリテーションセンター障害者更生相談所)

はじめに

横浜市において、総合リハビリテーションセンターを中核とした地域リハビリテーション活動（以下CBRと略す）に取り組んできた経験から、CBRの地域における拠点とネットワークがどの程度進んだか、関係する周辺の問題を含めて、その到達点と今後の課題について報告する。

1. CBRの概念

CBRは、リハビリテーション理念の地域における具体的な実践活動の中から提起されてきた貴重な経験に基づく実践論であり、その概念は未だ確立されたとはいえない。上田の報告によると、WHOは1986年のヨーロッパ地域会議で、「CBRは臨床的な実践手法というよりはリハビリテーションという人間サービスを、地域の中に生活する全障害者に供給していく社会リ

ハビリテーションの戦略である」として、病院や入所施設などのリハビリテーション施設が、地域で生活している障害者が利用できるサービスの一つとして存在している条件下では、「optimum community care: (障害者の) 最適な地域ケア」という新しい概念の導入が必要であることを主張している。また、沢村は「地域リハビリテーションは、地域を基盤として障害者・患者に対する包括的な保健医療・福祉サービス体系の中で組織化され、発症後の早期リハから、在宅・施設ケアまでを含んだ一連の継続性をもつ活動である」と述べ、地域生活を基盤とした保健・医療・福祉の一貫したサービスシステムの必要性を主張している。

要するに、CBRが目指すものは、障害者がその生活の場である地域社会で、より豊かで適切なケアが受けられるようにすることである。そのためには、これまで縦割で行ってきた保健・医療・福祉のサービス体系を再構築するとともに、欠落しているサービスを補填し、地域生活の視点から一貫したリハビリテーションのサービスシステムを作り上げることである。内容的には、医学的リハビリテーションを基盤としながらも社会リハビリテーションのサービスが中心であり、その充実こそ重要であるといえよう。

2. 地域の拠点づくり（センター機能）

このような概念を念頭に、CBRの活動を展開するにはいくつかの条件を整備しなければならないが、なかでも、CBRをバックアップする法的あるいは経済的基盤と、事業を発展的に推進する中核機関の存在は重要である。事業の一部だけを担う機関や組織だけでこれを行うことは適当ではないであろう。特に、現状の行政機関は本来業務だけで手一杯であり、他の機関と連携した業務を自ら進んで計画・実行できる条件は皆無といえよう。したがって、たとえ条件が整わず中核機関が存在しない場合でも、CBRを推進する責任の所在は明確にする必要があるし、そこが事務的責任だけにとどまらず、実際

的活動の一端を担っていることが条件である。そうでなければ活動上の真のニーズは把握できないであろう。

中核機関の役割は、CBRに関する情報の収集、問題点の整理と体系化、将来計画などを進めることであるが、リハビリテーションに関する社会資源は、保健・医療・福祉の法体系に基づいて設置されているものが多く、CBRの視点でこれらを整理した場合、実際には利用できなかったり、適当なサービスを提供する資源が欠落したりしているのが現状である。したがって、これらの不足あるいは欠落しているサービスを調整したり、補ったりする必要がある。また、CBRに必要な社会資源は、わが国においては行政機関の関与する率が高いことから、中核機関は一定の行政権限を有するか、それと密接な連携ができる条件にあることが重要である。

このような視点から、横浜市では1987年10月、CBRを軸とした総合リハビリテーションセンターを開設、地域サービス室を独立させ、在宅を余儀なくされている重度障害児者に対する訪問サービス、老人保健法に基づく機能訓練事業や特別養護老人ホームへの技術援助などを行っている。ちなみに、地域サービス室の構成員は、事務職の課長－1、係長を含むケースワーカー－6、保健婦－2、PT－6、OT－3であり、その他の職種は必要に応じて他の職場からの応援ということになっている。図1は、在宅リハサービスの依頼から訪問までの流れを示したものであるが、この事業は、センターの総合相談窓口を担っている障害者更生相談所と一体的に運用されており、身体障害者福祉法や精神薄弱者福祉法の判定業務とも連動している。要するに、厚生省通知に基づく身体障害者更生相談所を軸としたCBRの推進事業は、実質的には総合リハビリテーションセンター地域サービス室が担っている。なお、平成2年10月現在、全国に存在するリハビリテーションセンターで障害者更生相談所が併設されているのは、未だ15カ所、24%に過ぎず、この形態が必ずしも主流とはいえないが、徐々に増えているようであ

る。一方、CBRを進めるには地域生活のニーズに適した具体的なサービスが提供できる体制が必要である。特に機器開発などの技術開発機能は、自宅でも手軽に使用できる介助機器の開発など、CBRチームをバックアップする機能の一つとして重要である。もちろん、この機能は中核機関の役割として位置づけることが適当で、障害者とその家族の生活をより豊かにするためにも、各種の技術開発とそれに見合った供給システムを有する必要がある。そのためには、医師をはじめとする臨床家だけでなく、工学技術者など専門スタッフの存在が不可欠であり、福祉機器業者や建築業者との連携も重要である。横浜市総合リハビリテーションセンターでは、このような役割をエンジニア6名を配置した企画開発研究室が担っており、医師やPT・OT、STなどとの連携により、種々の機器開発を行っている。

なお、このような技術開発と相まって人材の養成が必要なのはいうまでもなく、病院や施設で経験のある専門職でも、地域社会では新人と見なさなければならないことも多々見受けられるので、積極的に地域社会へ出ていく実践的な研修体制が必要である。我々は現在、CBRをバックアップするこれらの技術開発が、機器や建築関係のハード面だけでなく、ベッド↔車椅子間の移乗や入浴の介助法などソフト面にも及ぶことから、いずれその指導マニュアルを作る必要があると考え、計画を具体化している。

3. 関係機関とのネットワーク

CBRの活動を実施するには地域関係機関とのネットワークが不可欠である。しかし、この連携は総論賛成各論反対という事態を生じることがしばしばあり、実践的には決して容易なことではない。そこで、ともすれば中核施設にそのすべての機能をもたせるという大がかりな構想になりかねず、その結果は一極集中を生み、地域性を失ってサービスの低下を招くことは明らかである。CBRの観点からすると、日常生活を支える保健・医療・福祉のサービス機関は、障

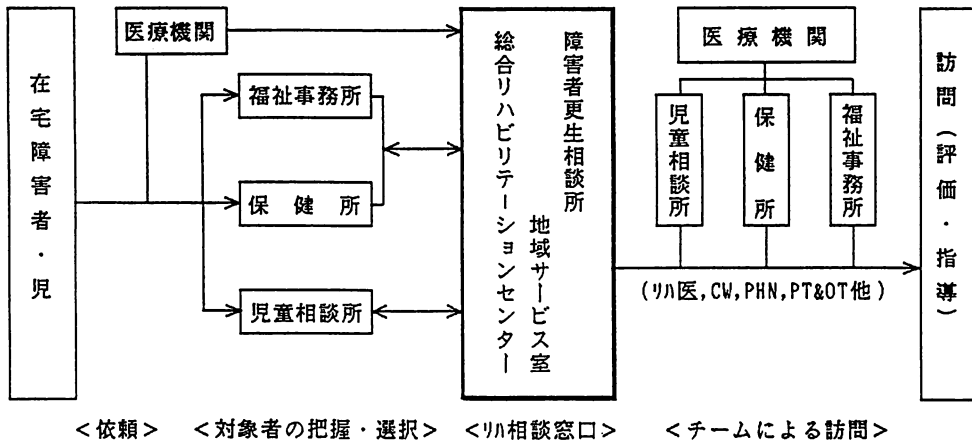
害者やその家族がいつでも相談に行ける距離にあることが適当なことはいうまでもないことである。したがって、一極集中型よりも分散型の方が望ましく、それだけに機関の連携システムが重視されなければならないであろう。ちなみに、関係機関との連携システムを実際に機能させるには、中核機関がそのすべてのサービスを受け持つのではなく、必要なサービスのうち、ニーズの高い技術的に有効なサービスを分担できるようにすることであり、これらのサービス活動を通して、関係各機関との日常的な連携を図ることが肝要である。

横浜市では、すでにある神奈川県総合リハビリテーションセンターと役割分担し、通院・通所を中心とした通過型施設として総合リハビリテーションセンターを建設、関連機関との連携を重視してきた。その結果、現状では保健所や福祉事務所などの行政機関とその周辺におけるネットワークが進み、リハビリテーションに関する限り、保健と福祉の基盤整備には一定の成果が得られている。しかし、医療機関との連携は、未だ医師同士のレベルにとどまっており、後述する対象者の早期把握の問題を含めて今後の課題となっている。

また、「地域リハビリテーション協議会」のような連絡会を組織することにより、保健・医療・福祉の基盤整備や総合調整を行うとともに、CBRに關係する機関や施設、障害者団体との交流を図り、ニーズの把握、連携の方法などについて検討する必要がある。対象者の処遇に関わる日常的な業務連携と、協議会のような情報交換の場の両者が機能していることが重要である。横浜市においても、本年ようやく、障害者更生相談所を軸に「地域リハビリテーション協議会」の発足にこぎつけたが、この会をてこに、さらにCBRのシステム化を図りたいと考えている。ちなみに、全国の更生相談所の中で、厚生省の通知にしたがって本協議会を設置しているのは、平成3年7月現在、15縣市、27%に過ぎない。しかも、現状ではその形態もまちまちで、単なる研修会しか行っていないところもあ

図1

在宅リハビリテーション・サービス（横浜市）



るが、どのような形であれ、協議会が設置されることはCBRを進める上で前進だと思われるので、今後の発展を期待したいところである。

4. 対象者の把握と選定システム

CBRの対象としては、家族や他人の援助なしでは外出することのできない、比較的重度の障害者に最もニーズが高く、中でも移乗・移動や入浴動作など、介助に多大な「力」を必要とするADLの援助が求められている。これらの対象では、その生活の場で各種のサービスを受ける方が、病院や施設に入院・入所してサービスを受けるより効果的と思われ、訓練などによる機能の回復はこれ以上期待できないと判断されるものである。この他、単独で外出が可能なものではデイケア・サービスなどが有効であり、寝たきりの重度の障害者ではヘルパー派遣などのニーズが高くなっている。

これらの対象者をどのような方法で把握するのか、私どもは現在、保健所の訪問看護事業及び福祉事務所の身体障害者福祉事業を基盤に、主に保健婦と身障担当のケースワーカーに対象者の把握と選択を委ねている。しかし、果たしてこれが適切かといえ、医療情報の乏しさや対象者の早期把握の不十分さなど問題点も多い。この点を解決するために、今後は第一次ルートとして、最も早くニーズを掌握できる医療機

関、特に地域の基幹病院となっている総合病院との直接連携のシステムが必要だと考えている。その上で、第二次ルートとして現在の地域行政機関からのルート、第三次には、身体障害者手帳からの情報によりチェックする体制を確立することを目指している。

対象者を把握する上でいま一つ重要なことはプライバシーの保護である。一機関や一施設だけの関わりだったこれまでの体制とは違い、CBRでは多くの関係機関とその職員が連携をとるため、対象者の個人情報には厳重に管理する必要がある。何よりも、最初は本人または保護者からの申請に基づかなければならないであろう。医療機関の誰がCBRのニーズをチェックし、必要に応じてそのサービス・システムを情報提供するのか、申請の受け付けおよび連絡は誰が行うのが適切か、解決しなければならない問題は多いが、とにかく、医療機関の誰かにこれらのマネジメントを担ってもらわなければならない。ちなみに、私どもが今具体化を図っているのは、前述した基幹病院の医療ケースワーカーにキーパーソンになってもらうことである。

5. リハビリテーション・チームの形成

CBRは医師や看護婦の個人レベルの活動ではうまく機能しない。疾病や外傷に起因した障

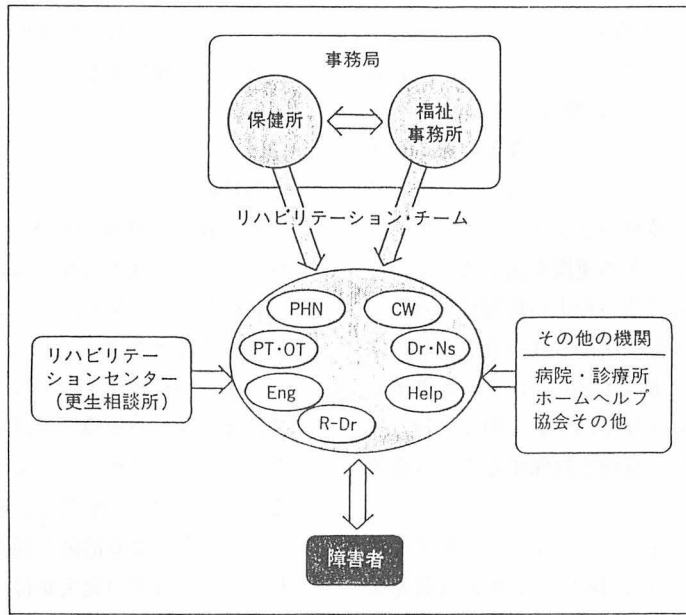


図2 横浜市における地域リハビリテーション・チーム

害を対象とする限りチーム・アプローチが必要であり、PTやOTなど医学的リハビリテーションのスタッフがこれに参加することは必須の条件である。しかし、地域社会の場で展開されるCBRの活動では、医学的側面だけでなく、教育、社会、職業的側面からのアプローチが求められることも当然であり、前述したように、CBRは「リハビリテーションという人間サービスを地域の中に生活する全障害者に供給していく社会リハビリテーションの戦略」であることを考慮すると、社会リハビリテーションを担うスタッフの参加もまた必須の条件といえよう。

これら専門スタッフがチームワークをもって活動するためには、リハビリテーション・ゴールを見据えながらスタッフをどこでどのように機能させるか、的確に判断して計画を実行しなければならない。そのためには、チーム・リーダーが必要であるし、スタッフの数が増えればチームを調整するコーディネーターの存在も重要である。それでは誰がリーダーにふさわしく、誰がコーディネーターに適切かといえば、それはチーム内の相互関係で自ずと決まるものであり、現状では職種や人を限定することは困難である。なお、これらのチームは各地域単位

CBRの活動条件

1. 地域の拠点づくり（センター機能）
 - (1) 事業の推進責任
 - (2) 既存サービスの補填事業
 - (3) 行政権限の確保
 - (4) 専門スタッフの配置
 - (5) 技術開発機能
 - (6) 研修条件の整備
2. 関係機関とのネットワーク
 - (1) 中核機関を中心とした分散型
 - (2) 日常的な業務連携
 - (3) 地域リハビリテーション協議会の設置
3. 対象者の把握と選定システム
 - (1) 対象とそのニーズ把握
 - (2) 早期把握（医療機関との連携）
 - (3) プライバシーの保護
4. リハビリテーション・チームの形成
 - (1) チーム構成（医学的リハ、社会リハの専門職の参加）
 - (2) リーダー、コーディネーターの存在
5. 社会資源の確保と育成

ごとに常設されていることが望ましいが、たとえその時々形成されるものであっても、チーム形成の体制ができていればとりあえずはよしとすべきであろう。図2は、横浜市におけるリハビリテーション・チームを示したものであるが、対象者の多くが重度障害者で、かつ高齢者が多いこともあり、未だ教育や職業サイドとの連携が不十分である。今後の大きな課題といえよう。

6. 社会資源の確保と育成

障害者が地域社会で生活していくために必要な社会資源は、医師、保健婦、看護婦、PT、OT、ケースワーカー、ヘルパーなどの派遣システムにとどまらない。入浴や給食サービス、リネンサービスなど多種多様なサービスシステムが必要であり、それとの連携を図ることで、これらの資源を身近で使いやすい状態にすることが肝要である。実際に使える社会資源がどの位あるか、その質と量でCBRのレベルが決まるといっても過言ではなく、CBRを担うチームにとってこれらの社会資源を確保することは必須の条件である。

横浜市では、現在ホームヘルパーの確保と育成に力を注いでおり、我々も介護法の指導など、研修会や現場での指導に積極的に取り組んでいる。しかし、その数は現在2,000名を越しており、現状ではとても補いきれるものではな

い。ヘルパーの確保も重要であるが、それ以上に彼等の研修対策が急務となっているのが実情である。

おわりに

表に我々の経験からまとめたCBRの活動条件を示した。我々自身、未だこれらの条件を満たし得ないが、今後、さらにCBRの充実に向けて事業の拡大を図りたいと考えている。また、このような行政サイドからの取り組みに加えて、今後は、小規模で小回りのきく、きめ細かなサービスが求められるようになると予想されるため、CBRについても、競争の原理に基づいた民間の力による活動の展開が必要である。これらの社会資源の充実が得られなければ、より適切な、豊かな地域ケアを提供することはできないであろう。

地域社会におけるリハビリテーションの到達点と課題

山本和儀

(大東市保健医療福祉センター)

はじめに

大東市ではリハビリテーション課において、①0才から高齢者に至るまでの全ライフステージに応じた地域リハビリテーションの計画と実施②行政・民間関係機関との連携と協働③市民啓発と参加・研修の三つの柱をたてノーマライゼーションの理念に基づき地域リハビリテーションを推進している。そして、障害をもつ人々に対する直接的なアプローチだけでなく、その家族をも含めた生活障害に対する支援を地域リハビリテーションの目的としている。生活障害

に対する支援は福祉行政として市町村で行うことがもっとも自然なことであり市町村行政の原点であると考えている。

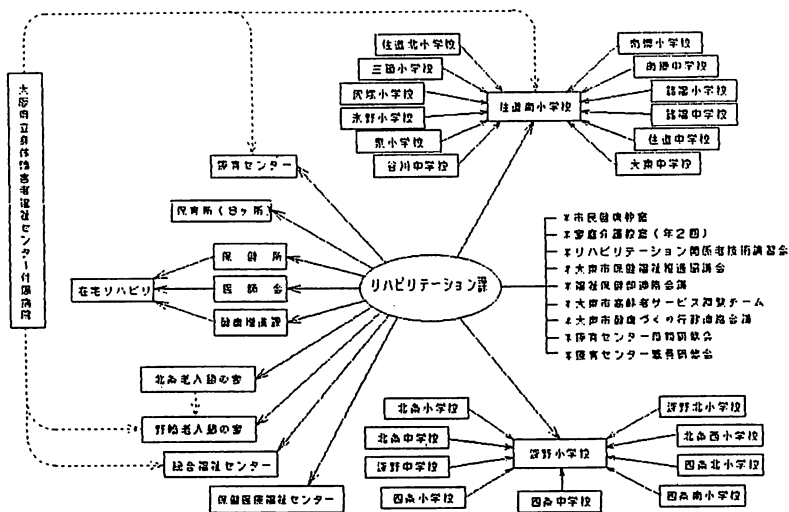
大東市の地域リハビリテーションの実践

リハビリテーション課では、乳幼児から老人までを対象に、住みなれた地域社会で安心して生き生きと暮らせるように地域リハビリテーションを推進している。

①療育訓練指導

乳幼児については、療育センター、保育所(8

大東市の地域リハビリテーションシステム図



カ所の全市立保育所)、幼稚園において療育訓練指導を行っている。全保育所に訓練室を設けている。大東市では昭和54年に障害児教育基本方針を策定し、すべての小中学校(小学校15校、中学校8校)への通学の保障と教育の一環としての訓練を実施している。

義務教育終了後は総合福祉センターでの訓練指導を継続している。老人保健法による機能訓練事業は総合福祉センター、北条老人憩の家、野崎老人憩の家、保健医療福祉センターの4カ所で行っている。保健医療福祉センターでは乳幼児から老人まで利用している。

訪問リハビリは保健婦との同伴訪問や医師会医師との訪問を行ったり、理学療法士、作業療法士などの訪問も行っている。(乳幼児から老人までを対象)

②連携

リハビリテーション課の業務の多くは関係機関との連携のうえに成り立っている。その一部の例を次に述べる。

1) 保健所との連携

- ・ 難病を中心とした保健婦と理学療法士、作業療法士の同伴訪問による訪問リハビリ。
- ・ パーキンソン病患者と家族の集い、痴呆性老人と家族の集い、ひとり暮らし老人の集

い等のグループワークを共同事業として行っている。

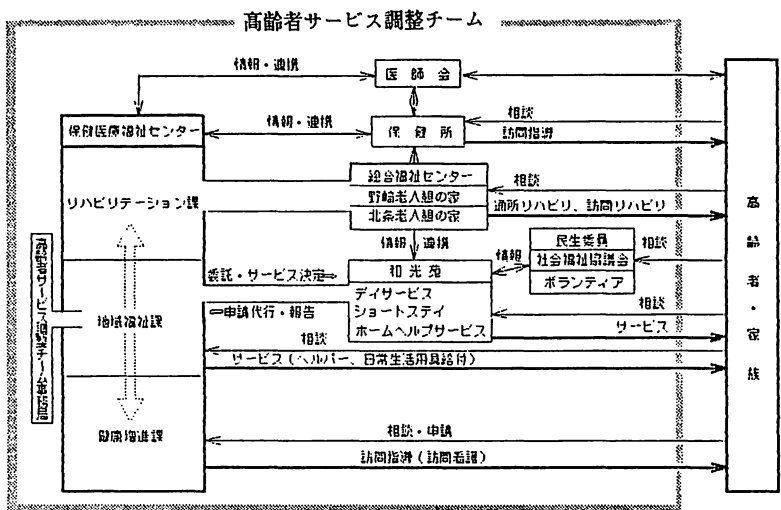
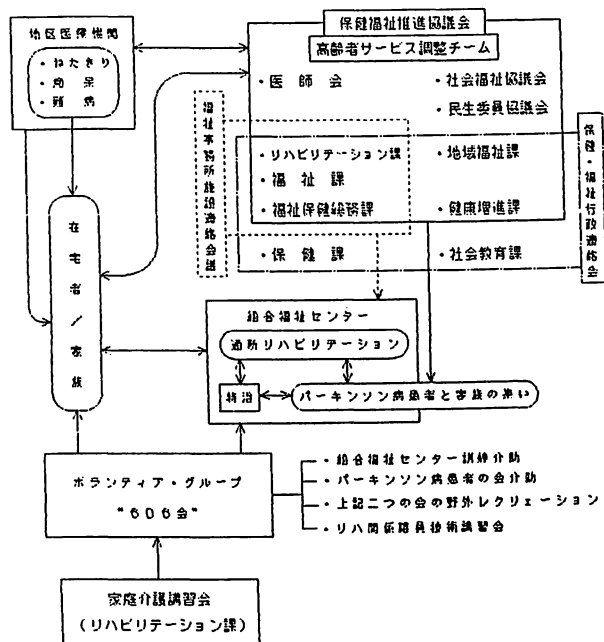
- ・ 保健所が事務局として保健福祉を推進する大東市保健福祉推進協議会と脳卒中の情報を入院中など早期に把握し訪問リハビリや通所リハビリにつなげる脳卒中地域ケア推進事業を行っている。

2) その他高齢者サービス調整チームやヘルスパイオニアタウン事業を行ったりする健康づくり行政連絡会等があり、また介護ボランティア「606会」とリハビリテーション課が協働し地域リハビリテーションを推進している。

③啓発、研修

地域リハビリテーションを推進するためには市民参加が大切な要素であり、そのために啓発、研修を行っている。

- ・ 昭和63年よりリハビリテーション祭り(大会)を毎年開催し市民に地域リハビリテーションの理解を深めてもらうようにしている。
- ・ 家庭介護講習会の開催(年2回)
- ・ ボランティアやリハビリに携わっている職員等を対象のリハビリ技術講習会の開催(毎月)
- ・ 療育センターや小中学校、高等学校の教員



および保護者に対する研修会を行っている。

おわりに

本年4月に保健医療福祉センターをオープンした。実際の在宅保健福祉サービスを提供する3課が一つのフロアに配置されている。構成はホームヘルパーの派遣、在宅サービス供給ステーション(介護支援センター、ショートステイ、デイサービス)を所管する地域福祉課、訪問指導(看護)を行う健康増進課、地域リハビ

リテーションを推進するリハビリテーション課である。この3課が統合したかたちで保健福祉サービスを一体的に提供している。

今後の課題として障害者だけでなく、痴呆性老人をはじめ精神科領域の地域リハビリテーションの取り組みをすすめる中学校区単位の地域に憩の家的なものや生活ホームを増していくことなどがあげられる。

また地域リハビリテーションにおけるマンパワーの増大、大東市の地域リハビリテーションシステムを普遍化し広めることである。

地域社会におけるリハビリテーションの到達点と課題

一障害者の地域社会における自立生活運動一

忍 博次

(北星学園大学)

わたくしは国際障害者年以後、この10年間に北海道という地域社会を舞台に自立生活あるいはノーマライゼーションのために行政はどんな努力をしたか、また障害をもつ人達自身が、これらの目的達成のためにどんな自助努力を重ねたかに焦点を合わせて検討し、今日の到達点と課題点を考えたい。さらに自立やノーマライゼーションは地域住民と分離して考えられない。障害者に対する偏見がこの10年間に減少を示したか、また地域に障害者が居住するということが一自分の身近に住む—ということに対しどんな意識をもっているか検討してみたい。

(1) この10年の行政施策の展開

自立を維持発展させていくためには、自立へのニーズを行政が政策対象として認知し、自立を支える条件を制度化していくことが重要である。北海道では歴史的に精神薄弱児(者)育成会、肢体不自由児社会福祉連合など親の会の活動は、良き指導者もあり盛んであった。この親の会の要求に対して行政も柔軟であった。全国平均と比較して障害者施設が多い一つの条件に、親の会の運動の成果があることは否定できない。道立太陽の園も道立福祉村も当時の知事が障害児の親の訴えに応えた結果である。その道立施設から次々と自立や施設内を含めて、ノーマライゼーションの実験が行われているのである。

国際障害者年を前後して、北海道で制度化された自立あるいはノーマライゼーションを促進

するための事業にどんなものがあるであろうか。表1の○印は北海道単独事業であり、数字は事業の開始年である。何と自立と社会参加の促進に含まれる事業のうち地域で暮らし、通所で働く場を用意し、スポーツの振興を援助するなどの施策の大部分は国際障害者年以後つぐられ、しかも北海道単独事業が多いのが目につく。

(2) 生活寮とグループホーム

国際障害者年は障害者(児)施設にノーマライゼーションの衝撃をあたえた。その思想をいち早く実践していったのが渡島コロニーや太陽の園の福祉実践であった。この実践を支えようとしたのが「精神薄弱者自立促進援助事業費補助事業」であった。その後同じような趣旨で国が法制化したのが精神薄弱者グループホーム運営事業であった。生活寮は北海道の単独事業であり、北海道の施設が最も先進的に切り開いていった精神薄弱者の地域自立のホームである。グループホームも生活の内容に関して変わらない。

この表2は生活寮設置状況である。現在38カ所、243人、グループホームは39カ所、176人が生活し、そこから地域の職場、通所授産施設等に通っている。札幌市の三和荘や三和ハイツの生活は1カ月一人約5万程度で生活可能というが、生活はつつましい。いまはほとんど施設からのコントロールはなく、何か相談事があった時に手を差し延べる程度だという。しかし地

表1

【障害者福祉の充実のための主な事業】

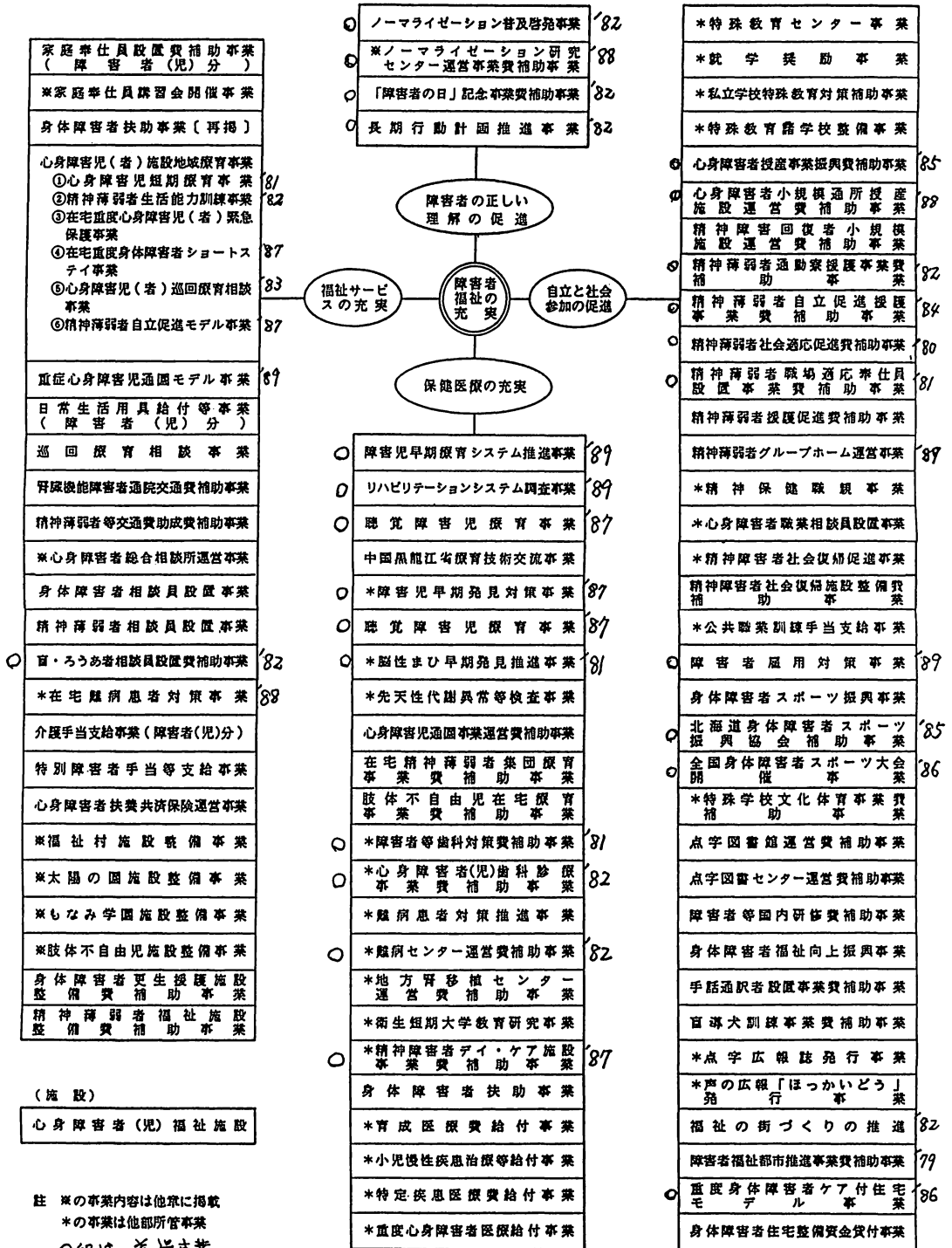


表2

生 活 寮 設 置 状 況
(平成3年度)

市 町 村	生 活 寮 の 状 況		
	名 称	設 置 経 営 主 体	定 員
札 幌 市	第一生活寮	札幌市精神薄弱者育成会	8
	第二生活寮	"	8
	第三生活寮	"	8
	第五生活寮	"	8
	白石生活寮	札幌市精神薄弱者職親会	6
	菟水生活寮	"	8
	生活寮ノビロ	札幌療育会	6
	ノビロ第二生活寮	"	6
	さざ波生活寮	札幌この実会	4
	みなみ野生活寮	"	4
	やまなみ生活寮	"	4
	三和ハイツ	札幌三和福祉会	6
	こずえ荘	"	4
	小 計		80
江 別 市	明生寮	長井学園	4
	ようき寮	古川睦夫	6
函 館 市	ききょう荘	侑愛会	8
	小 計		14
上 磯 町	ともえ荘	侑愛会	8
	おしま荘	"	8
	明和荘	"	8
	ななえ荘	"	8
	小 計		32
黒松内町	つくし寮	黒松内つくし園	7
	すみれ寮	れいめいの里後援会	9
古 平 町	丸山寮	"	8
	小 計		17
栗 山 町	ノビロ栗山寮	札幌療育会	8
旭 川 市	豊聖寮	旭聖会	6
富良野市	麻町生活寮	富良野あさひ郷	4
剣 淵 町	あけぼの荘	剣淵北斗会	4
苫小牧市	マイルドホーム	緑星の里	4
伊 達 市	旭町栄寮	高木洋子	8
	ひまわり寮	太陽の園連合父母会	8
	きずな寮	"	5
	元町生活寮	"	4
	小 計		25
室 蘭 市	つくし寮	室蘭地方心身障害者職親会	5
	はばたき寮	"	5
	小 計		10
浦 河 町	えふえ寮	浦河向陽会	8
静 内 町	家庭寮	静内ベテカリ	9
池 田 町	池田生活寮	北勝光生会	5
釧 路 市	つくし寮	釧路市精神薄弱者育成会	6
計	38箇寮		243

域の圧力から権利を守り、地域に統合していくのは大変なようである。地域に居を構えるのは12月がよいという。何故かという、大雪の時に近所の除雪もして心証をよくするのだという、涙ぐましい努力も聞かされた。次の表3はこれらの所在を地図におとしたものである。道央、伊達（太陽の園）、上磯地区に圧倒的に多い。施設の努力がうかがい知れる。

(3) 小規模授産施設

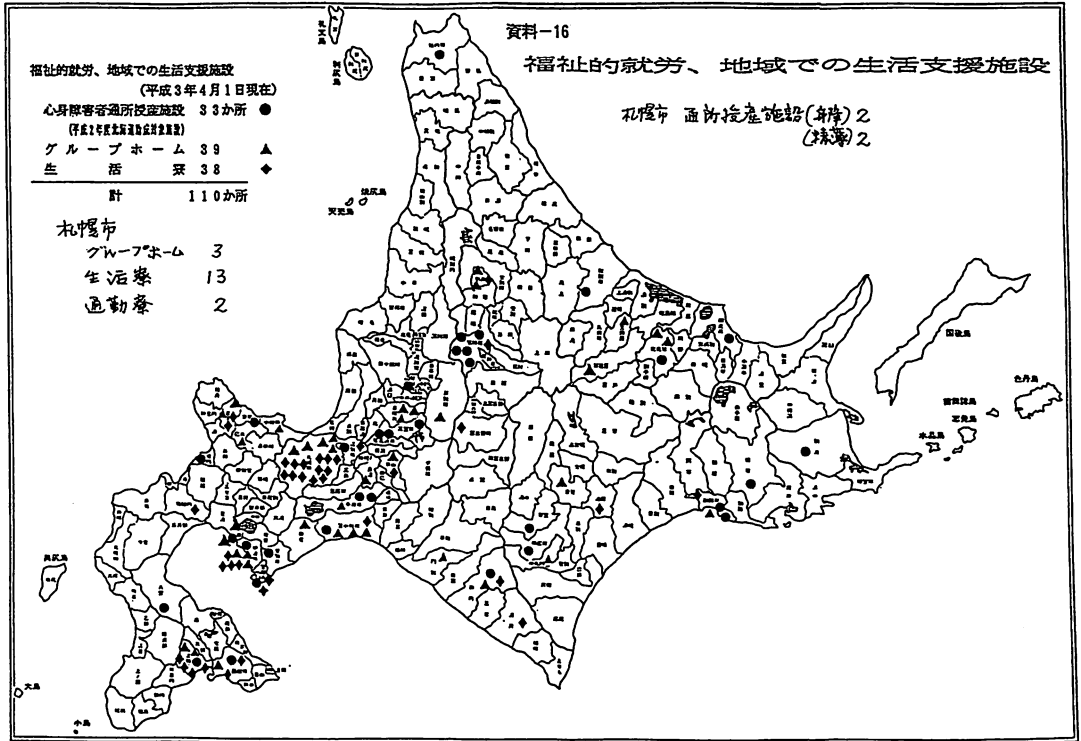
地域で生活できても、働く場はなかなか見つからない。また倒産、解雇などで新たな働く場

が欲しい。そんな人達が小規模授産施設あるいは作業所を、自立の拠点として作りだした。わずかな公的助成も1988年からできるようになった。表4は全道の小規模授産施設の設置状況である。全部で76カ所、職種は多岐にわたっているが助成をうけていないところを加えると100をこえる。問題は、「補助が少なく運営が苦しい」「障害が重く指導に困難」「親の援助に頼ることが多い」等である。

(4) ケア付き住宅

精神遅滞者に比べ、重度身体障害者の自立は

表3



はかばかしくない。自立生活のためには地域で生活できる住宅が必要である。いちご会を中心に道当局に対し、強い運動があった。それは福祉村建設の時の施設ノーマライゼーション要求に対する延長上の運動であった。

知事はその思想と要求を公約に取り入れる。審議会(心身協)で3年間の討議をへて、「生活自立の促進についてーケア付き住宅の実現にむけてー」意見具申(1983)。1986年北海道が独自の政策として、第2種公営住宅にケアセンターを付設した「ケアを必要とする重度障害者のための住宅」ができた。

問題はこの施策をうけてくれる自治体がまだ一カ所だけであること、アテンダントの退職が多く、いままでに30人以上を数えること、入居までに自立訓練、動機づけが必要なことなどである。入居者の満足度は高い。

(5) 地域住民の受け入れ

自立のためにグループホーム、ケア付き住宅の必要性は高まっているのにも関わらず、地域

住民の受け入れは温かいものとはいえない。表5は4年程前に、近所にケア付き住宅が作られることに対する住民の意識を調査したものである。「反対、他の場所に」「自分の隣は嫌」など、積極、消極的反対を含めて、反対は約10%である。積極的賛成は16.5%である。自由は尊重すべきが多いが、施設建設反対運動の経験からみると、この人達の多くは消極的反対に近いと見なければならない。

次の表6は近所にケア付き住宅ができることに、反対、権利容認、援助の三つの態度にどんな属性があるか測定した結果である。援助をしようという人たちは、どちらかという、高年令で、小さい街にすみ、福祉拡大に対して自己責任が大きくなるのもやむを得ないと思っている。拒否層の都市の低所得層で、これ以上の福祉拡大を願わない男性に多い。

(6) 自助グループの発生

自助グループの発生は国際障害者年以後の特徴であろう。自立やノーマライゼーションを推

表4

平成2年度心身障害者小規模通所授産施設の設置状況(平成2年10月1日現在)

(単位:円)

施設名	所在地	設置主体	開設年月日	補助開始年数	平均利用人員	職員数	総事業費	ランク	追加補助額	作業内容
1 小規模通所施設 なでしこ作業所	江別市	手をつなぐ親の会	53.7.10	63	11人	1(1)人	4,040,197	B	820,000	紙器加工 手芸 包装
2 心身障害者小規模施設 ちとせ	千歳市	千歳市	60.8.1	63	9	3(1)	3,610,000	A	720,000	縫製 ダンボール組立
3 心身障害者通所施設 ちとせ	千歳市	千歳市	58.8.1	63	11	1	2,950,000	B	820,000	ダンボールの組立他
4 おしま第一共働作業所	上磯町	手をつなぐ親の会	61.4.1	1	11	1	6,440,000	B	820,000	ウニ箱製作
5 かつら共同作業所	八雲町	手をつなぐ親の会	58.10.4	63	19	2	10,401,000	C	500,000	紙器加工 印刷作業 包装 他
6 岩内やすらぎ職能訓練所	岩内町	障害児親の会	55.5.1	63	5	1	1,040,000	A	520,000	手芸 縫製 農水産加工 包装 他
7 余市町心身障害者施設 はまなす学園	余市町	心身障害者親の会	53.5.24	63	10	4(1)	3,400,000	B	820,000	服飾 リンゴ製作 皮革工業
8 こぶし共同作業所	岩見沢市	精養者育成会	58.4.8	1	11	5(4)	4,763,000	B	820,000	印刷 縫製 箱組立
9 こくわ共同作業所	岩見沢市	作業所運営委員会	59.7.15	1	5	1	4,386,275	A	720,000	手芸 縫工 他
10 神居福祉作業所	旭川市	神居福祉作業所	59.4.1	63	12	4(1)	6,974,000	B	820,000	しめ縄製作 食品加工 農業 木工 包装
11 ふれあい授産所	旭川市	障害者親の会	59.6.1	63	9	2(2)	6,859,983	A	720,000	カーゴロープ加工 印刷 木工
12 花咲ボプラ作業所	旭川市	手をつなぐ親の会	60.9.27	1	14	2	6,027,611	B	820,000	手芸 食品加工 包装 他
13 管内障害者共同作業所「手づくり工房木産館」	稚内市	運営委員会	61.6.14	63	19	4	8,105,618	C	930,000	木工 縫工 水産加工
14 北見市心身障害者共同作業所	北見市	手をつなぐ親の会	60.4.16	63	18	5	8,922,775	C	930,000	手芸 印刷 園芸他
15 紋別市いきいき陶芸会	紋別市	心身障害者福祉協会	61.5.1	63	9	3(3)	1,806,680	A	720,000	陶芸
16 室蘭市小規模生活訓練所	室蘭市	精養者育成会	52.4.1	63	18	4(1)	2,650,000	C	930,000	縫製 手芸 印刷 園芸 他
17 苫小牧市手をつなぐ親の会小規模授産所	苫小牧市	手をつなぐ親の会	56.11.17	63	17	3(1)	1,860,000	C	930,000	印刷 さおり製り 下着作業
18 登別市小規模通所施設 すすかけ作業所	登別市	登別市	60.4.21	63	6	1	2,642,000	A	720,000	紙器 園芸 紙器加工 クラクション作り
19 伊達市あさひまち作業所	伊達市	手をつなぐ親の会	61.2.1	1	10	2(2)	834,000	B	417,000	袋製木工製品加工 ロープ加工 水産加工
20 はまなす第一共同作業所	帯広市	精養者育成会	60.11.1	63	11	3(2)	2,487,576	B	820,000	木工 縫製 箱組立 他
21 小規模授産所こぶし作業所	釧路市	心身障害者福祉協会	54.4.1	63	10	1	3,170,000	B	820,000	紙器 しいたけ栽培 他
22 鳳鳴精神障害者育成会 つくし作業所	釧路市	精養者育成会	60.11.20	63	11	1	6,312,000	B	820,000	珍珠加工 割箸包装
23 しずない小規模授産所	静内町	静内町精神障害者育成会	63.7.1	1	7	2(2)	1,440,000	A	720,000	印刷 木工
24 手づくり工房あかしあ	旭川市	アカシア旭川支部	63.4.1	63	8	3(2)	5,788,178	A	720,000	皮革手芸 紙工芸 木工
25 スワンの家	別海町	心身障害者(児)育成施設協議会	63.4.1	63	5	1	3,523,132	A	720,000	ウエス加工 木工 紙製品 他
26 おしま第二共働作業所	函館市	高齢精神障害者育成会	61.9.1	2	7	1	8,083,000	A	720,000	印刷
27 砂川市つむぎの家	砂川市	砂川市つむぎの家	61.7.20	2	5	3(2)	3,000,000	A	720,000	織物 毛糸つむぎ
28 コスモス	標茶町	手をつなぐ親の会	1.11.11	2	6	1	1,440,000	A	720,000	農作業 木工加工 食品加工
29 アットホームめむろ	芽室町	アットホームめむろ作業所運営委員会	2.1.10	2	6	2	4,840,000	A	720,000	木工、縫製
30 父母の会第1作業所	伊達市	太陽の児童発達センター	2.10.1	2	8	2	720,000	A	360,000	製パン及び弁当調理
31 にしきヨッパ(日土ロビーラザールハウス)	登別市	手をつなぐ親の会	2.8.1	2	5	4(4)	2,270,000	A	480,000	お焼き等食品販売
32 小規模作業所いちばん星	虻田町	虻田町精神障害者育成会	2.4.1	2	5	1	3,415,000	A	720,000	製菓会社下請け 箱折
33 ななかまど共同作業所	三笠市	三笠市社協	2.4.1	2	8	2	2,887,000	A	720,000	木工加工 文化しゅう 化石レプリカ
34 永山友愛作業所	旭川市	永山友愛会	2.4.1	2	7	2	2,470,000	A	720,000	産廃工 縫製 農工品 他
35 東走市手をつなぐ親の会小規模作業所	網走市	手をつなぐ親の会	2.4.1	2	5	1	1,500,000	A	720,000	ウエス作り 紙器作り 手芸
36 心身障害者通所施設 白老町心身障害者福祉施設協議会	白老町	白老町心身障害者福祉施設協議会	2.10.1	2	8	1(1)	3,415,000	A	360,000	軒花、しめ縄
計					346	80(30)	144,447,025		26,077,000	

() は、非常勤再掲

63年度 19、元年度 25、2年度 36 (Aランク 20、Bランク 11、Cランク 5)

札幌市 40ヶ所

表5

近所にケア付き住宅が建設されることについての意見の選択

意見	人数(%)
(1) そのような住宅が、自分の近所につくられるのは反対なので、反対の意思を表わす	12 (1.5)
(2) できれば他の場所につくってもらいたい	42 (5.4)
(3) 障害者も居住の場所を選ぶ権利があるので、その自由は尊重すべきだ	529(67.8)
(4) 近所に来るのはかまわないが、自分の隣には来てもらいたくない	15 (1.9)
(5) 自分もできるかぎり援助するが、みんなでボランティア組織をつくり、積極的に援助して行きたい	129(16.5)
(6) 無回答	53 (6.8)

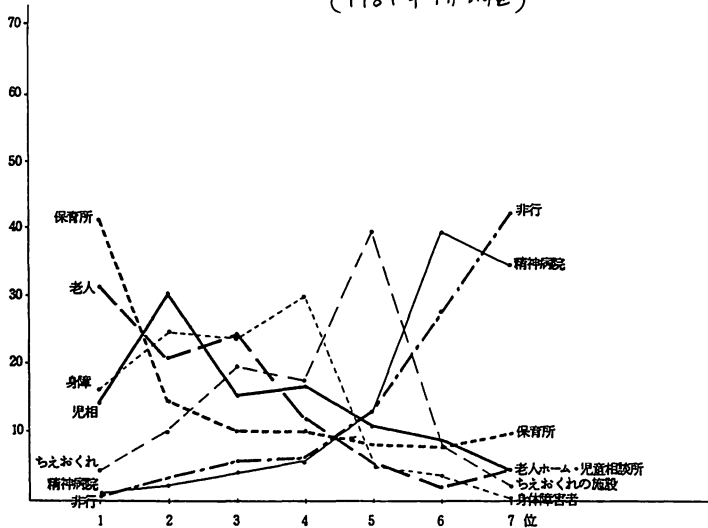
1987 調査

表6 近所にケア付き住宅が来るとしたらあなたは どうしますか

并政変化管理論2型(KHSPSS)より

問	答	件数	拒			権 利 容 認			援 助			
			-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1	
性 別	1. 男	379										
	2. 女	401		0.32								
年 齢	1. ~40歳	283					0.76					
	2. 40~60	322								0.34		
	3. 60~	175									0.22	
職 業	1. 雇 用 者	166										0.48
	2. 雇 用 主	239										
	3. 主婦・無職	375		0.57								0.31
家 屋	1. 自 家	289										
	2. 借 家	304										
	3. 住込み等	187			0.35							
家族タイプ	1. 夫 婦	589										
	2. 核・拡大	138										
	3. そ の 他	53										
収 入	1. ~300万円	148			0.40							
	2. 300~600	49										
	3. 600~	141							0.34			
地 域	1. 大 都 市	279			0.34							
	2. 中 都 市	312										
	3. 町	189										0.53
福祉財源観	1. 自己負担	308			0.54							
	2. 福祉不拡大	168			0.76							0.53
	3. 国家責任	304										
老後対策観	1. 貯金・年金	152										
	2. 保 険	71			0.84							0.36
	3. そ の 他	557										

表7 近所に設置されてもよいと思う社会福祉施設(1)
(1989年9月調査)



進する一つの力であろう。彼らは障害者のアイデンティティを求めつつ、自立をもとめ、相互に経験を交流し、知識を交換し、自立の条件獲得のために環境の改善や行政主体に運動をする。しかしアメリカや東京のグループと比較すると、北海道の自助グループの数は少ないし、札幌に偏っている。以前活動していた筈だと思って探してみたら、消滅していたグループもあった。以下ノーマライゼーション研究センターで情報をえたグループである。

1. メビウスの会 (代表、我妻武、講読会員170 (障害者120、健常者50)。活動 (ミニコミ紙発行、冬季情報提供、コンサート企画、街づくり、啓蒙活動)。課題 (人材確保、資金の自立、活動の継続性など)。
2. 北海道身体障害者アカシア会 (代表、安部幸子、会員約100人)。活動 (会報「アカシア」の発行、レク活動の実施、町づくり点検と運動)。
3. 気軽に町に出る障害者応援センター (代表、土井正三、会員70、当事者30、応援者40)。活動 (外出行動の応援、合同レクの実施、介助講習会の実施、会報の発行)。
4. 全道庁労組札幌総支部身体障害者連絡協議会 (代表、西村正樹、会員22 - 当事者のみ)。活動 (職場環境の改善、労働条件の改善、障害者雇用の促進)。課題 (上記活動の

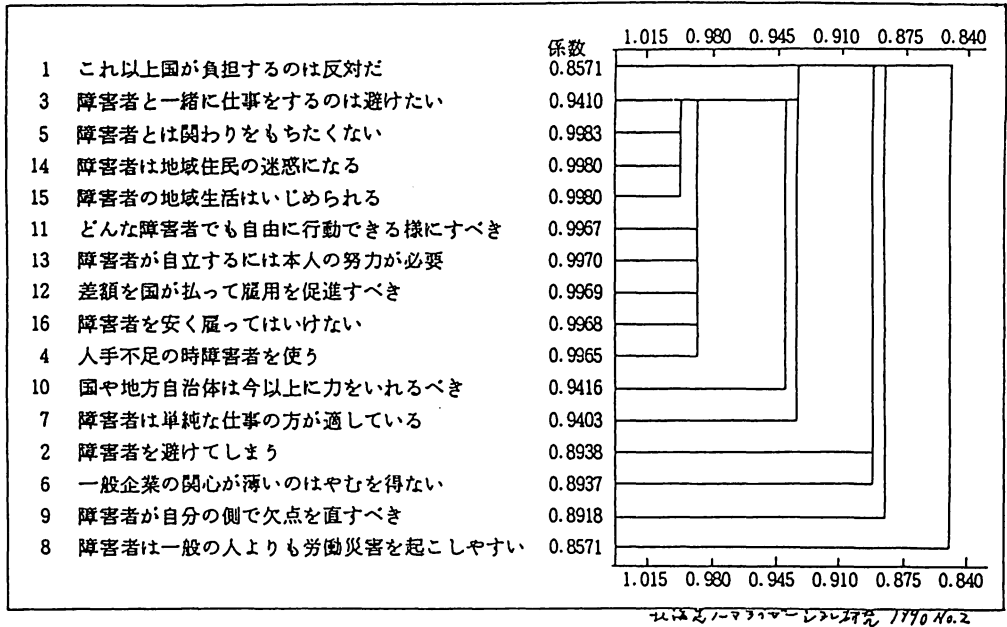
達成)。

5. コミュニティセンターふれあい (代表、浜田勝男、会員80、当事者45、健常者35、運転ボランティア80人)。活動 (移送サービス車両2、作業所の運営 - ワプロ印刷、木工、煙草販売)。課題 (公的補助の拡大、若年ボランティアの確保、車両の維持更新、活動の継続性)。
6. いちご会 (代表、小山内美智子、会員20、スタッフ9人)。活動 (1. 自立生活運動 - ケア付き住宅を作る運動、全身性障害者介助料の要求など。2. ケアサービスの提供 - 有料 -、介助スタッフ60名、3. 自立生活訓練プログラムの実施、4. ピアカウンセリングの実施)。4. 課題 (移送サービスの不足、介護をうけるための経済的制約、介助訓練)。

(7) 障害者に対する偏見

この10年、障害者福祉をめぐって、北海道ではノーマライゼーション・エリア事業、触れ合い広場、ノーマライゼーションセンター設立と研究、啓蒙活動等さまざまなキャンペーンが行われた。当然地域住民の福祉や障害者に対する態度が好転したのではないかと考えた。調査の結果、この仮説は覆された。表7は各種の施設が近所に来ることに対する態度を現したものである。最も嫌われている施設は、非行施設と精神病院である。次に心理的距離の遠いのはちえ

図1 偏見の意見に対するクラスターアナリシスによるデンドログラム



おくれの施設と身体障害者の施設であった。改めて障害者に対する偏見を測定しクラスターアナリシスを試みたところ、図1のようなデンドログラムをえた。そのクラスターに命名するとすれば第1の範疇は「一緒に仕事をしたくない」「関わりを持ちたくない」「地域住民の迷惑になる」などの「憐びんと迷惑感」。第2は「環境の改造」「差別的雇用」「本人の努力」などの「権利性の否定」。第3は「能力に対する誤解や忌避感」「環境よりも障害者に対する要求の優先」などの「差別の容認」である。これらは障害者に対する偏見の基本的要素として考えることができる。

国際障害者年を経て、このような態度がどのように変容したか、今回の調査(1989)と1975年実施の調査とを、9つの同じ調査項目で比較してみた。対象は違うが調査方法は同じである(表8)。

「一緒に仕事をするのを避けたい」「関わりは持ちたくない」「企業の関心の薄いのは止むを得ない」「障害者の側で欠点をなおすべき」など幾つかの意見で若干態度は好転しているが、

「障害者は住民の迷惑になる」「障害者を安く雇ってはいけない」「人手不足の時雇えばよい」などは逆に非常に非好意的になっている。全般に中立意見が多く、態度を曖昧にする傾向が強くみられた。

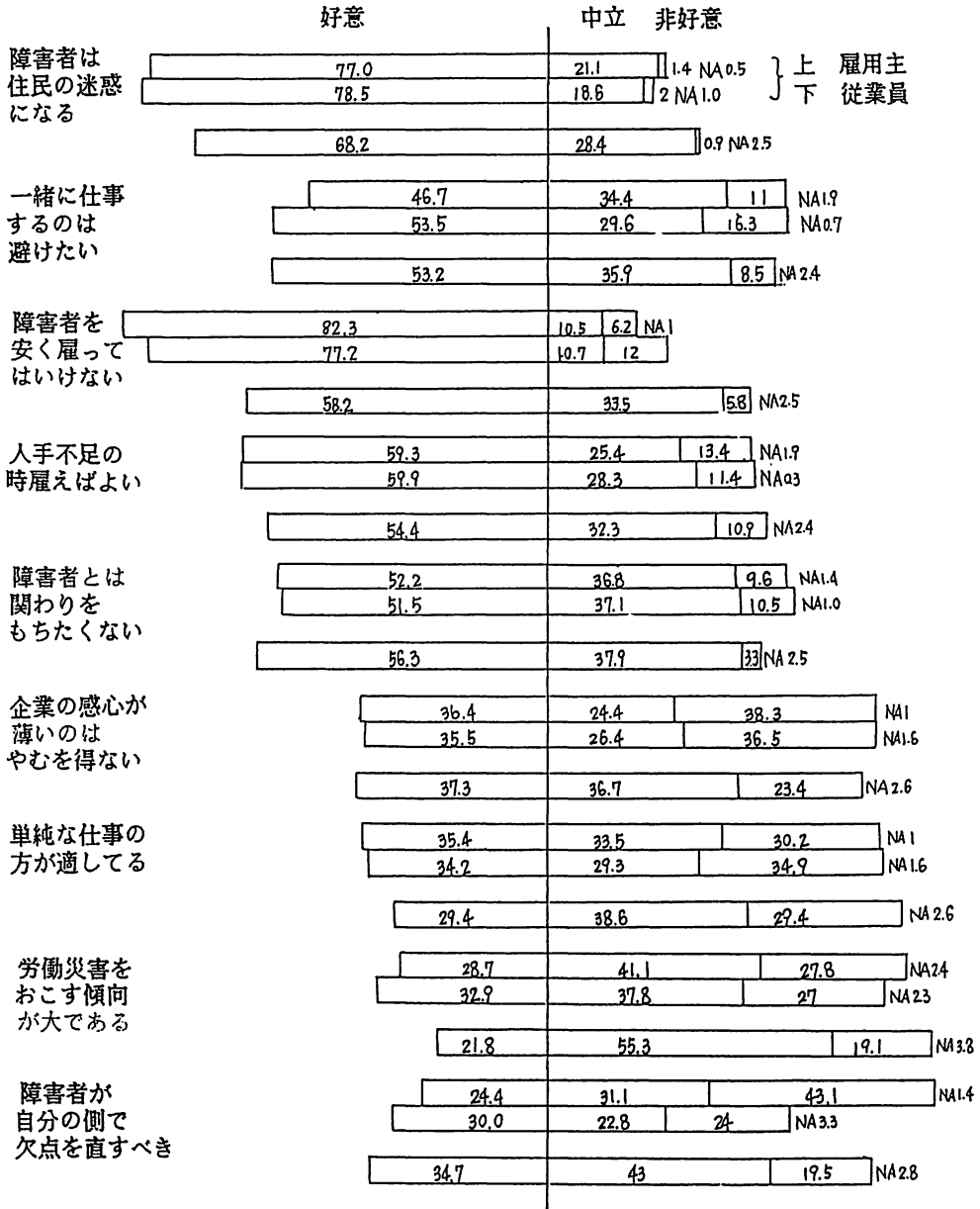
(8) 結び

障害者や関係者の努力にも関わらず自立を巡る環境は厳しいと見なければならぬ。確かに行政的努力は進み、自立も進みつつあるかのように見える。しかし多くの人は福祉にも障害者にも無関心であり、関わりをもつことを避けている。建て前では肯定し、理解を示すように見えても、本音は否定的であるか、直接接触し責任を負うことを厭う。この意識改革は難しい。

自立やノーマライゼーションは、居住環境の整備、在宅福祉サービスの拡大、社会保障の充実、社会支援グループ、近隣の理解によって支えられる。国はやっと在宅福祉にむけて福祉関係8法の改正を行った。在宅ケア一つをとってみても、自立の条件整備はいま始まったばかりといえるのかも知れない。

表8

1975年調査と今回(1989)調査の比較



私のリハビリテーション体験

私が今考えていること

浦川 久代

(徳島県精神薄弱者愛育会若竹通動寮)

“普通の生活をしたい”と私はいつも思っています。

いつごろから“普通”ということにこだわるようになったのか、と考えると、物心がついた時、多分、大人になりかけた頃だと思えます。

子供の頃の私の普通の生活が、“施設”という特別な建物の中であって、そこで経験した生活にたいして、子供の頃は自分が障害をもっているから仕方がないとあきらめ、なんといわれても我慢をしていたのですが、大人になり、職場で一般社会の人とかかわりをもつようになって、精神薄弱といわれる私たちと障害をもっていない普通の人はどこがちがうのだろう？という疑問をもつようになったことがきっかけでした。

私は最初、縫製工場で働きましたが、そこは寮があって、私と同じぐらいの能力の人もいました。でも、その人達は子供時代を普通に父母のいる家庭で過ごし、普通に普通の学校に行き、卒業後にその会社に来たようでした。その人達は私とは比較にならないほど常識的なことをたくさんしていたし、物事にたいして積極的でした。施設育ちの私がしらないことをたくさんしていて私は圧倒されながらも勉強になったように思います。人とのふれあいで自分が大きくなったようでしたが、結局それは社会人としては失敗しました。あまりにも私にしたいことが多すぎてすべてのことをしてしまっただけです。でも後悔はしていません。家族との関係もその人たちは普通に私は普通ではないと感じました。そんなことがあって19歳の時生まれて初めて自分の家族と一緒に住むよ

うになりました。私は自分に“普通”をとりもどそうと焦って悩みました。でもそれはやっぱり不可能なことでした。私自身が家族になじめなかったことにも原因はあると思います。考えてみると生まれてすぐから18年もはなれて生活した家族がうまくいくわけはありません。そして、それ以上に私が精神薄弱児の施設に入っていたということで家族のみ目がどこがちがうのです。差別をいつも感じて私はだんだんなにするのもいやになって家の中で会話ができなくなりました。私は相談するひとも話相手もなく希望のない状態でどうにもできなく暗い毎日を過ごしていました。どうして自分は施設に入ったんだろう、施設って何だろう、と思いました。普通の人にくらべ物事をしらないから、計算ができないから、字をしらないから、といってもどうして心の中までも知恵おくれとして計ることができるのでしょうか？私がもし普通に家庭で育っていたらすこしは今の私とちがっていたかもしれないと思いました。それでも施設でいるよりは普通だと思って仕事には行っていました。ところが家族との関係がうまくいかない私は10年たって自分の意思ではなく、また施設に入ることになってしまったのです。

そこは通動寮でした。通動寮は内容的には子供の施設とは違っていましたが、社会の人のみ目はやはり“施設の人”という特別の感じでした。どこへいっても差別感がついてまわりました。自分の人生はいつも施設から離れることができないのだと改めて思いました。通動寮では働くことと、生活の方法もいろいろ教えていました。そこで知り合って結婚をしていく

ひとなち
人達もいたようです。

私もそれなりにがんばってみようと思なおし、職場に通い始めましたが、通勤寮の生活も一応集団生活で苦しいものでした。

少したって同じ寮生でいた男性と知り合い、いろんな話をするようになりました。

一度はなにもかもあきらめたような自分ですが、その人との出会いによって、だんだん楽しい事が多くなりました。彼と私は家族関係でも、にたような経験がありますし施設経験もあります。私は自分と同じ立場にたって支えてくれる人がほしかったのです。幸いに通勤寮の職員は私たちを暖かく応援してくれ、私達は結婚したのですが一方で通勤寮の職員に応援してもらってする結婚に疑問を感じていました。素直になれなかったのです。その後、結婚生活を続けるについて、通勤寮から様々な応援を受けてきましたが、やはり疑問でしたし、現在も施設出身という差別感はずきまっています。

私が“普通”にこだわってしまうのは今までの生き方からきていると思います。

結婚後も施設にたいして反感を感じたり、地域の中で悩んだりしながら、その都度やはり相談できるのは私の好きでない施設、通勤寮の職員でした。先生と寮生という関係がずっと続くことに悩んでいましたが、最近になってわかったことがあります。

それは、嫌いなはずの施設であって、今でも関わりたくない、と思っているのに、いつの間にか私は自分の意思をくみとってくれることや主張をきちんと聞いてくれるそんな関わりの中で、心が明るくなって来つつあるのに気がつ

いたのです。普通の人間としてつきあっていくお互いのありかたをずっと求めていたのだ、それが普通なんだ、ということです。いろんな場で自分の思っているまを意見として言ったりすることで知合いも多くなりました。

考えてみると私は子供の時から30年近く、ほとんど自分の意思で生活することがなかったのです。家族、施設職員、そのほか周囲の人の意思がいつも優先でした。

これから自分の意思で生きられる、と思えた時、初めて前向きになれるような気がします。

主人と二人で作っていく家庭があるのも充実しています。

長い間、職場での差別感に悩んでいたのですが、しばらくは主人に働いてもらって専業主婦をさせてもらいながら少し勉強をしています。

毎日の料理も楽しんでます。地域の中でのボランティア活動などに参加することも考えています。

そして将来は子供がほしいと願っています。子供ができたなら私たちは子供を責任もって育てられる親になりたいと話合っています。暖かい家庭を自分で作りたいのです。子供を育てることで、心配な事は、施設出身者ということで、私たちが差別を受けるのは仕方がないけれど子供にはそんな思いをさせたくありません。

そのためには私たちは社会に対してなにをしていったらいいのか、ということを考えます。

それから今は、いろんな人に会って、普通として当たり前に見てくれる人がいることに対して今までの気持ちやすこしづつ溶けていっているように思います。

視覚障害者としてのリハビリテーション 経験から

吉 泉 豊 晴

(労働省国際労働課)

1. リハビリテーションにまつわる経験

12歳で失明した後、中学、高校と盲学校で学び、一般の大学を卒業してから国立身体障害者リハビリテーションセンターで生活訓練（3カ月間）、国立職業リハビリテーションセンターで情報処理技術等の訓練（11カ月間）を受講した。訓練終了後に労働省へ入省し、現在は海外労働情報室に勤務している。

職業訓練受講当時、音声出力機能を装備したワープロがあり、それを活用すれば視覚障害者にも一般文書の処理が行えるのではないかと考えられ、それが就職の一つの要因となった。そのため就職前3カ月間ほどはワープロの訓練が中心とされた。しかし、この時に最も苦労したのは機器の操作をマスターすることではなく漢字を習得することである。従来、点字は表音文字として体系化されてきたため盲学校では正規の形では漢字教育が行われていない。そのため、ワープロの登場により技術的には視覚障害者が一般文字を書けるようになったものの、それまで求められなかった漢字の知識が必要とされるようになった。

最近の技術の進歩にはめざましいものがある。健常者が用いる機器の開発に比べ、マーケットの狭い障害者用機器の開発が遅れがちであるという問題はあるが、それなりに開発が進められている。そうした状況下で、「この機器の活用が障害者の可能性を拡大する。」と大きくPRされることが多い。しかし、現実に技術の応用がどの程度具体化し得るものなのか、どのような問題があるのかをリハビリテーションの観点、教育の観点等様々の角度から専門的に検

討すべきではないだろうか。視覚障害者とワープロの場合に限らず、『技術のことは技術者に任せる』というだけでは問題解決につながらないケースが少なくないと思う。

2. 柔軟なリハビリテーション過程の設定

就職した後に失明する人の場合、全く新たな技能を習得して職業に就くよりも従来の経験と人間関係を生かす意味で職場復帰することが望ましい。また、新たな技能を習得する場合に比べ職場復帰の方が短期間のうちに職業に就くことができ、所得の面でも安定し易い。以前と同じ業務に就くことが難しい場合には、別の業務に就くということでもいいであろう。

現実には、徐々にではあっても障害者に対する理解の深まりなどにより視覚障害者の職場復帰例が増えてきている。また、以前は復帰した後比較的短期間のうちに辞職する者が多かったが、長期にわたり継続するケースが増えてきた。

この中途失明者の問題を考える場合、一つのネックとなるのが医療から生活訓練及び職業に係る訓練に至るまでの一貫したサポートである。失明者は、失明した当初にあっては精神的不安定の中で自らの能力を客観的に判断することが難しい。職場に復帰しようと積極的に考える人は少ない。そのような状況の下で本人や家族に対しカウンセリングを行い及び雇用主を啓発することが重要であることは言うまでもない。

医療の段階等できるだけ早期から将来の見通しをつけて、受障者に合った自立生活のための

訓練、職業に係る訓練をコーディネートすることが肝要であろう。そして、そのためには訓練過程を柔軟な形に設定しておく必要がある。

例えば、英国の視覚障害者のための職業訓練校においては本格的な技能習得の訓練コースのほか週あたり10時間のコース、5時間のコース及び2時間のコースが設けられており、期間も一定ではなく必要に応じて定められる。こうし

た弾力的訓練設定は、特に中途受障者の職場復帰には有効である。

医療、福祉、職業とそれぞれ行政制度的には別々となっても、横の連携を充実することによって一貫したサポートの体制を実現する必要がある。また、それを容易なものとするため訓練過程を更に柔軟なものすることに配慮すべきであると考える。

私のリハビリテーション体験

萩生田千津子

(女優)

ご紹介いただきました萩生田です。どうぞよろしく願いいたします。

私は、昭和57年に交通事故で首の骨を折りまして、頸髄損傷の身となりました。車いすになりまして、先ほどの吉泉さんからのお話もそうですけれども、中途障害者は、自分の障害を受容するまでにとっても時間がかかります。受容したのはいいのですが、今度は、受容してからどう生きていくかということが、本当に一番大きな問題になっていくわけです。

私の場合は、本当にいろんな意味でラッキーでした。入院当初は、指も、手も、足も動かない丸太ん棒のような状態で、「あなたはもう一生歩けない。一生寝たきり」と言われました。私は寝たくないんだと思っていたんですけども、寝かされっきりでした。寝たっきりというのは本人の意思で言うことであって、その時の寝たっきりというのは私の意思ではありませんでした。寝かされっきりというのはわかります。寝たっきりという言葉は、非常に失礼だなと思いました。よく寝たきり老人と言いますが、本人は寝たくて寝ているわけじゃないだろうと思います。寝かされっきり老人なんです。私は、そこで、ちょっとした微妙な言葉

のニュアンスの違いかもしれませんが、大きな大きな違いがあるとその言葉でも思っておりました。「私は寝たきりになんかならないぞ、寝たっきりなんてとんでもない」と思っていました。私は女優をやっておりましたけれども、こういう状態になりまして、現職復帰は難しいかな、もうだめかなとあきらめておりましたが、小説家の水上勉先生が私の病院を訪ねてくださいまして、私はこれだけは言うまい、ずっとこの言葉だけは言えないと思っていた言葉を先生に言ってしまっていたわけです。「先生、もう私、女優ができなくなっちゃいました」と。これを言ってしまったら、私は自分のハンディを認めることになるし、そして私がまた、小学校の3年生から女優になることしか考えてこなかった自分の人生がこれで終わってしまうと思っていたので、これは主人にも言わないできました。この世界と縁を切りたくない。シナリオを書いてでも、とりあえずはつないでいこうと思っていたのですが、私の中で、いろいろツツパっていたもろもろのことが先生とお会いした途端に、バラバラッと崩れ落ちていったような気がしました。そうしたら、水上先生が、私の感覚のない手をしっかり握ってくださいまし

て、こうおっしゃいました。「おまえさん、何を言うとのや。飛んだり、はねたりだけが女優やない。世の中にはな、くずはないんや。要らんものは一つもない。人間かて同じや。くずはおらん、要らんで生まれてきたものは一人もおらん。みんな必要があつてこの世に生まれてきてんのや。何かするために、この世に命をもらてんのや。おまえさんも、もう一度もろた命やろ。命使こうてみい。命を使うって書いて使命と言うのや。失うたものは考えるな。残されたものを生かせ。おまえさんには声が残っているやないか。語りゃええやんか、語りゃ」。そして、先生がそうおっしゃって、竹でつくった文楽人形一座の旗上げをするので、語り手として戻ってこないか、舞台に戻ってこないかという話を私にしてくださいました。「琵琶と尺八がおまえさんを助ける。人形がおまえさんのかわりに芝居する。おまえさんは、人形に魂を吹き込んでくれりゃ、それでええんじや」と言ってくださいました。

何でこんなに熱心に言ってくくださるんだろうなと思いました。ふっと気がつきましたら、先生にも車いすのお嬢さんがあったことに気づかされたわけです。二分脊椎という生まれついでのお病気を持ったお嬢さんでした。そのお嬢さんにも言われました。「萩生田さん、車いすの女優がいたっていいじゃない……。車いすは私たちの足でしょう。松葉づえはその人の足じゃない。白いつえはその人の目だし、補聴器はその人の耳だし、近眼だから、老眼だから眼鏡をかけているんでしょう。みんな、不自由なものをそういうもので補っているだけじゃない……。眼鏡をかけた俳優がいるんだったら、車いすに乗った俳優がいたっていいじゃない……」。私は、その言葉を言われたときに「ああ、そうか」と思いました。でも、手もぶらぶらだし、皆さんもご存じかもしれませんが、肺活量も3分の1ほどに減っておりましたので、私たちのような頸髄損傷者には、声を出す仕事、声を出す作業が一番苦しい作業なわけです。その世界にもう一度飛び込むということは、本当

に大きな勇気も要りましたし、周りにも大変なセンセーションを巻き起こしました。

まず、病院がそうでした。社会復帰が先か、リハビリが先かということになりまして、とりあえず現職復帰をすることが大きな問題でした。こういう状態になって、現職復帰するケースはまれですし、しかもこういう世界に現職復帰をするのはもっともつとまれなことでしたので、病院でいろんなカンファレンスの結果、社会復帰が先だろう、リハビリは後からでもついてくるからということになり、社会復帰をさせていただきます。そして、1年足らずで病院を退院しまして、本当はあと半年残っていたんですけれども、それから1カ月半のおけいこに入り、昭和58年の10月4日に復帰第一声を上げさせていただきます。1週間9ステージ、1時間50分のひとり語り、七つの声色を使い分けての「越前竹人形」の語りは、もう体力の限界などとうに過ぎて、点滴と流動食のみで……。じゃ、何がそれを支えていたか。気力だけだったような気がします。気力のみで闘いだっただ、そんな気がします。気力は何かをさせるんだなということ、そのときに私は教えられた気がしました。

それから、車いすの女優誕生と、新聞、ラジオ、などあちこちで騒がれ始めました。私は、今でも思うんですけれども、私をニュースで見るような世の中ではいけないと思っております。車いすの女優の誕生、車いすの女優と、まず先に車いすがつくことがニュースで出てくること自体、私は、まだまだ世の中の方たちの中に、先ほど浦川さんがおっしゃったように、当たり前ではないという気持ちがあるのではないかと思います。

例えば、前に全盲の弁護士、大阪に誕生という記事を新聞で拝見しました。なぜ先に全盲が出てくるのか。そういうハンディキャップが先に出てくるということがニュースになっていくということがちょっとまだ問題ではないか。でも、それが当たり前になっていくためには、だれかが布石をしなければならぬ。だれかが

石を投げなければならないとすれば、私が車いすの女優と言われても、とりあえずはいいであろうと今は思っております。そういうことがニュースになること自体は、やっぱりまだまだ、よくも悪くも差別かなという気がします。そういう意味では、私にとってのリハビリは、病院でのリハビリも、もちろんリハビリでしたけれども、社会に出てからの方が、私にとってはずっとずっとリハビリでした。大変大きなリハビリになりました。

現在、私は、子供たちと離れて暮らしております。事故直後から、子供たちは山形の妹夫婦のところへ養育をゆだね、9年余りになりますけれども、今も離れて暮らしております。子供たちは、ハンディキャップを背負った私という親を持って、随分いじめに会ってきました。「おまえの母さん、寝たきり老人」と。先ほど言った寝たきりという言葉が、全部老人につながっていく現実というのは悲しいなと思いました。

また「あんた、居候のくせに」と、小学校の一、二年生で「居候」というわかるはずがない言葉を言われてしまう。それから、私の友達の子供が言われた言葉ですけれども、「おまえの親を、障害物競争のとき、そこへ置いておけばいいじゃないか」とか、そういういじめ、これは大変大きな暴力です。直接手を下して殴る、けるという暴力も先日あって、死にまで至らしめた事件がありましたけれども、それも大きな暴力で、いじめですが、この言葉の暴力は目に見えないだけに本当に大きな傷を与えていくわけです。でも、私は、子供たちを乗り越えさせてあげるわけにはいきません。乗り越えるのは子供たち自身です。

じゃ、子供たちに、私は何ができるのか。とりあえずは私は、私自身のために、まず明るく元気に生きていくこと。周りの人間に、私が、とにかく明るく元気で生きているよということがわかれば子供たちにも伝わっていくのではないか。ひいては周りのためにもなっていくであろう。子供を守るには、私がまず元気で明るく

生きていくこと、それしかない。そう思いました。そんな子供とのかかわり、家族とのかかわり、そして周りとかかわりの中で、私はここまで来させていただきました。

妹に言いました。「もうお勉強の方はともかく、とにかく明るく元気に育ててくれればいいから」。今そのとおりに育っています。実際、明るく元気もいいんですけども、お勉強の方はともかくと言ったところも、そのとおりに育ってくれまして、受験を控えて、頭を痛めているようなところもあるんですが、とにかく明るく元気で生きているということが、私にとっては大きな支えです。

元気で生きるといえば、周りの方々からよく言われる言葉があります。子供もそうです。私もそうです。あと、家族の者、主人や母もそうです。いつも言われる言葉、「頑張っていますね」「頑張りますね」「頑張ってくださいね」と言われるわけです。あの頑張るという言葉の落とし穴、本当に私は今まで何度も何度も感じてきました。「頑張ってね」と無責任に言ってしまう。あの「頑張ってね」というのは何と残酷なことか。私は、これでも精いっぱい頑張っているんだ。これ以上どうすればいいんだと思う時でも「頑張ってね」と言って、励ましてくださる気持ちはありがたいのですけれども、もうこれ以上の残酷な言葉はないなと思うときもありました。主人や、母とか、家族、みんなそうですけれども、子供たちもよく言われる「頑張ってね」「頑張ってね」もう聞き飽きたと子供はいいいます。「何で私たちだけ頑張らなきゃいけないの。何で世の中の人、みんなも一緒に頑張らないの……」と子供は言います。「そうだね。私も頑張るから、あなたも頑張ろうね。それが本当だよ」と子供と言います。その「頑張ってね」という言葉は便利でとてもいいような気がしますが、こんな怖い落とし穴はないなと……。

頑張るって、疲れるんです。「頑張ってね」「頑張っていますね」と言われる言葉にこたえなければならない疲労感、きっと皆さんもいる

んな形でおっしゃられたことがあるかと思いませんけれども、これが非常に疲れるわけです。私たちは当たり前で暮らしているのです。障害者が頑張らなければならない風潮を私はおかしいと思っています。健常者だって、頑張れる人は頑張っていますし、頑張れない人は頑張っています。障害者だって、頑張れる人は頑張っていますし、頑張れない人は頑張っています。そういう意味では、一人の人間としてどう生きていけるか、どう生きていくかが大切なのではないか。頑張る頑張らないかはその人自身の問題であって、ハンディキャップの問題ではないと私は考えています。ハンディキャップはその人の個性です。

これまで私は、お下の部分で、いろいろ失敗をしながら、つまりときどきお漏らしをした

り、公演の最中に下痢などをしたり、いろんなことに会って来ていますけれども、これからも子供たちに語りを続けながら、「これが私です」ということを伝えて行きたいと思っています。うちまみれになるのも私です。おしっこだらけになっているのも私自身です。私は、これ以上の何物でもないし、これ以下の何物でもない、たった一人の人間、一つしか与えられていない命を持った私は人間です。切ったら皆さんと同じ赤い血が流れている一人の人間です。今、私は体の感覚は失っていますがけれども、心の感覚だけは豊かにして、子供たちに民話や童話の語りをこれからも命の限り、声の続く限り語り続けていきたいと思っています。

どうもありがとうございました。

〃 各分野からの最新報告

成人脳性麻痺の二次障害

—どこまで分かったかどうすれば防げるか—

安藤 徳彦

(神奈川リハビリテーションセンター)

1. 序文

労働は経済的効果だけが目的ではなく、自己を実現する手段としての価値も大きい。障害者の就労の意義もこれと同様である。しかし成人脳性麻痺者に発生する二次障害はこの機会を奪うことが稀でない。この問題を検討することは医療従事者の重要課題と思われる。

今回は成人脳性麻痺者の二次障害の実態調査結果を報告し、その原因を施設生活者の調査から考察し、さらに健康管理上の問題を検討報告する。

2. 障害者労働医療研究会の調査結果

(1) 調査対象

障害者の就労と医療の問題の調査・研究を目的に、障害者労働医療研究会が発足し、脳性麻痺の二次障害の実態調査を実施した。

調査対象は共同作業所全国連絡会（以下共作連と略称）に加盟する小規模作業所143カ所と社団法人ゼンコロに加盟する42カ所で、回答率は共作連が58%350人、ゼンコロが67%336人であった。

(2) ADLの動作機能の低下

ADL能力が低下したと回答した人が全体の36%存在した。そこで対象を、移動動作と食事動作について障害程度別に分類して分析した。両方の動作が普通にできるグループを第1群とし、移動が手離し歩行で、食事が中等度障害の

グループを第2群とした。以下番号が増えると障害が強くなり、第7群は移動も食事も全介助を要するグループである。

動作機能が低下する出現頻度を障害程度と年齢別に比較検討した。共作連もゼンコロも障害程度が強いほど動作機能の低下出現頻度は増加していた。またどの障害程度でも年齢が上がるほど動作機能の低下出現頻度が高かった。

次に疲労の蓄積程度と動作機能の低下出現頻度との関係を検討した。疲労の蓄積する人がそうでない人よりも動作機能の低下出現頻度が高かった。

次に、こり・しびれ・痛みなどの症状の出現頻度と動作機能の低下との関係を検討した。症状を感じる人に機能低下の出現頻度が高くなる傾向を認めた。

続いて施設形態による結果の差を比較検討した。共作連加盟施設を認可施設と無認可施設に区分して、ゼンコロと共に障害程度別に動作機能の低下出現頻度を比較検討した結果、ADL自立の第1群では共作連無認可施設が40%で、ゼンコロの19%に比較して明らかに出現頻度が高率であった。共作連認可施設は両者の中間であった。

(3) 調査結果のまとめ

動作機能の低下する出現頻度がかなり高率であった。機能の低下出現頻度は年齢、疲労蓄積、こり・しびれ・痛みなどの症状、施設形態

などの差と比較的密接な関係があった。

3. 施設生活者の移動能力低下調査報告

次に、上に述べた機能低下の発生原因を検討する手がかりとして、施設生活者の調査結果を報告する。

(1) 調査対象

調査対象は当県療護施設の40歳以上の脳性麻痺者53人である。この施設は定数180床でPT3人、OT2人が常駐する。

(2) 結果

移動能力の低下した人が17人存在した。低下の原因は頸椎症がもっとも多く10人で、骨折臥床が3人であった。

頸椎症による移動能力低下例10人をみると、頸椎症が発症する前は7人が独歩可能で、3人が車椅子自立であったが、全例が歩行不可能になり、3人は全介助の状態に低下していた。また、頸椎症が発症した時の年齢は若い年齢層に多い。頸椎症の内訳は頸椎症性脊髄症が5人、KEEGAN型の解離性上肢運動麻痺が3人、環軸椎亜脱臼が1人、頸椎根症が1人であった。脳性麻痺の麻痺型は不随意運動型が6人で多数を占める。広瀬、西原らは不随意運動が頸椎症発生の原因として重要で、前後屈運動に加えて回旋と側屈運動が頸椎の変性を引き起こす原因になると述べている。

頸椎症以外の原因による移動能力低下の程度は比較的軽い。

(3) 脳性麻痺の頸椎症の診断と治療

服部は頸椎症性脊髄症を脊髄の障害部位によって、麻痺型を3型に分類している。第1型は脊髄の中心部損傷型で、上肢の運動障害、感覚障害、筋萎縮が主体で、下肢には障害を認めないもの、第2型は錘体路にも障害が及んだもので、下肢の痙性麻痺による運動障害で歩行障害が特徴的なもの、第3型は脊髄が横断的にほぼ全域に障害が及び、上下肢と体幹の運動・感覚

障害、排尿排便障害も加わる。

頸椎症性脊髄症の自覚症状は手足のしびれ感、脱力感、細かい動作の障害、歩行障害が多い。手指では屈伸運動が遅くなって、細かい作業もできなくなる。歩行障害は特徴的で、股関節・膝関節の動きが固くなり、足を振り出すことが難しく、爪先を地面に摺って、つまづいて転倒しやすい。

KEEGAN型の頸椎症に伴う解離性上肢運動麻痺では最初の症状は上肢の挙上障害が多く、肩甲骨周辺から上腕にかけて筋萎縮と筋力低下が著しい。

脳性麻痺固有の運動麻痺に頸椎症による運動麻痺が重複すると、診断を確定することが非常に難しい。言語障害・麻痺の重複・レントゲン撮影の難しさ等が診断の遅れる原因になる。脊椎疾患を診断する手段としてCTやMRIが有力な武器だが、不随意運動が活用を困難にしている。しかし頸椎症では、治療成績は診断時期に左右され、脊髄の可逆性を喪失してしまっただけでは治療効果も得難いので、早期診断がきわめて重要である。単純レントゲン撮影像では脊柱管前後径が狭くなることが重要な所見となる。

治療は不随意運動や筋緊張を軽減することが根治的な治療法といえるが、これは極めて困難である。一般的な治療法として、筋緊張を軽減する筋弛緩剤や、疼痛を鎮める鎮痛剤が利用される。同様の目的で、頸椎の牽引や低周波治療、ホットパックなどの温熱治療も試みられる。頸椎装具は頭部を支え、頸椎の過度の運動を抑制する目的で利用される。しかし固定が強固に過ぎると、日常の生活動作に対する障害が大きだけでなく、全身の筋緊張や不随意運動を増大させることもある。頸椎装具には多種類の素材と形状のものがあり、柔らかいスポンジを素材にしたものが日常の使用には阻害性が比較的低いと思われる。

外科的治療法として頸椎前方固定術、脊柱管拡大術がある。固定術は頸椎椎体間に前方から骨を移植して固定することにより、脊柱の運動

を抑えて骨きょくの増殖を防ぐことを意図する方法である。拡大術は椎弓を後方から開いて頸髓の走行路である脊柱間を拡大して、脊髄の圧迫を取り除くものである。両者を同時に行うこともありうる。手術の施行後は頸椎を強固に固定して、早期の離床が必要だが、この目的のためにはHALO VESTが利用されるようになってほぼ満足すべき成果が得られるようになった。

問題は固定した頸椎の上下の部位に、さらに同様の変化が起きないことの保証である。これに確定的な結論をえるには、手術を実施するようになってから後の時間的経過が不足しているが、長友は前方固定術後6年の経過例をまじえて比較的長期間の予後調査を実施し、手術を受けたものの機能的予後は、受けなかったものに比較すると良好であったと報告している。

4. 成人脳性麻痺者の健康管理上の問題

以上の調査では脳性麻痺の健康管理上の問題を明らかにできていない。そこで、同じ療護施設で死亡した脳性麻痺者を検討し、次に、現在在園中の高齢脳性麻痺者の症状と比較することで、問題の所在を明らかにすることを試みた。

(1) 死亡例の検討

同施設の死亡例は11人であった。死亡時平均年齢は45±13歳で、40歳代50歳代に多い。死亡原因は大多数が解剖不可能であったために確定できていないが、呼吸器感染症が4人、腸閉塞・誤嚥・直腸癌が各1人、不明3人とされている。

(2) 健康管理上の問題の検討

次に同施設で生活する1989年現在で50歳以上の脳性麻痺者35人の健康管理上の問題を紹介する。方法は医療記録を適宜的に調査検討した。

結果は半数近くが年間2回以上の頻度で呼吸器感染症で発熱を繰り返している。罹病期間も比較的長く、単なる感冒・咽頭炎以外に、気管

支炎・肺炎になる例もある。または発熱時に嘔吐する例が多く、誤嚥と重なる例も稀でない。

また大多数が便秘傾向にあり、1/3が下剤・座薬・浣腸を連用している。使用量が過剰だと下痢状の軟便になり、中断すると便秘になる。そのためか繰り返し腹満・吐き気・嘔吐を訴える人がいる。嘔吐は呼吸器感染症と重なると症状を複雑にする。

転倒・外傷も多い。約1/3が1年に2回以上は転倒・外傷を繰り返している。5人が骨折を起こし、うち3人は大腿骨頸部骨折、1人が上腕骨骨折であった。

(3) 問題を解決する方策

重症心身障害児に肺炎・突然死・腸閉塞等の多いことが指摘されているが、医療態勢の強化でこれが減少したという報告もあり、施設の貧弱な健康管理体制の改善が強く望まれる。しかし緊急治療体制だけでなく、普段から呼吸訓練や排痰訓練を、周辺の介護者指導も含めて励行しておくことも重要であろう。また坐位保持装置などにより姿勢を正しくすることも、体幹の変形を予防し、呼吸機能を維持し、栄養改善にもつながることが指摘されている。

便秘に対しては、食事内容の検討と、規則的な排便時間の設定が当然実行されるべきである。また、不規則な下剤の使用は胃腸症状を複雑にしているようである。断続的な下剤使用でなく、適切な分量を定期的に服用することがむしろ有効かもしれない。

健常者でも高齢では骨の萎縮が進行して、骨折を起こしやすい。若い頃から頻回に転倒する脳性麻痺者では、事態の重大さに気づくのが遅れる可能性がある。早期の診断と適切な治療が必要だが、一方で、転倒の多い高齢脳性麻痺者には早期に車椅子を処方し、生活環境を整備することも重要である。

5. まとめ

以上で成人脳性麻痺者の機能低下者が多い事実を指摘した。今回の調査段階では、その程度

と原因を明らかにすることはできなかったが、調査・研究を継続することによって、治療方法だけでなく予防対策を確立することが強く期待される。そのためにも、医療・労働・社会的な

面から総合的に検討を進めることが必要である。障害者労働医療研究会の調査・研究は継続されており、機会を改めて成果を報告することができるであろう。

職業準備訓練と職業講習

島崎 敏彦

(障害者職業総合センター)

1. はじめに

日本障害者雇用促進協会の地域障害者職業センター（以下「職業センター」という）では、昭和62年から、基本的労働習慣を身につけさせるための「職業準備訓練」を、また、昭和63年からOA機器の操作技術及び職業に関する知識を付与するための「職業講習」を、年次計画により全国の職業センターに拡大実施している。平成3年度では、「職業準備訓練」は30カ所「職業講習」は32カ所の職業センターで実施されている。

これらの事業の概要を紹介し、ここでは職業準備訓練について、その特徴や効果に焦点をしばって報告したい。

2. 職業準備訓練の概要

職業センターでサービスを行う対象者の障害の重度化・多様化が見られる中で、一層きめ細かな援助がなければ企業のニーズに応じられない障害者が増えてきている。

このため、基礎的な作業能力をもちながらも、職業生活に必要な職場の基本的ルール等の労働習慣が十分に身につけていないために就職が困難な者を対象として、新しいサービスとして昭和60年から「精神薄弱者等職業準備訓練」が試行的に実施されることになった。この成果を踏まえ、昭和62年から「職業準備訓練」が本格実施となったのである。

この訓練の、「基本的な労働習慣を体得させる」という目的に沿うため、職業センターにおいては、実際の職場を想定し、できる限り実際の作業場を忠実に再現した「職業準備訓練室」を設置し、作業を通じて、働く意欲、体力、耐性、危険への配慮等の指導を実施している。

この「職業準備訓練室」は、ワークトレーニング社と名づけられ、いわば職場のシミュレーションのようなものである。職員も社長、専務、工場長、経理部長等々の役割を持ち、その立場を演じることになる。

訓練生は、「社員」のように活動するように向けられ、朝9時までに入社し、タイムカードを押し、体操、朝礼、作業開始そして午後4時に作業を終了し、それに引き続いて後かたずけ、掃除、というように実際の事業所さながらの日課をこなしていく。

訓練期間は8週間であるが、この期間を「基礎トレーニング期」、「集中トレーニング期」、「実践トレーニング期」の3段階に区切って指導が行われている。

「実践トレーニング期」においては、職務試行法（職業センターが事業所へ依頼しそこでの作業実習を行うことにより評価する制度）を活用することもあり、この場合は、事業所での作業体験が、就職へのステップとして直接役立つように位置づけられている。

作業内容は、ボールペンやコンセント等の組

立等の比較的単純な作業や、事業所から作業提供を受け、紙器組立、スリッパの布張り作業等を行っている。

3. 職業講習の概要

職業講習は、OA講習と職業準備講習の二つに大きく分けられる。

OA講習は、視覚障害者、脳性マヒ等の身体障害者を中心に、事務的職業に必要なワープロ、パソコン等のOA機器の基礎的知識及び操作技能等を付与することにより障害を機能的に補完し、職業的な能力の向上を図ろうとするものである。

OA講習の期間は、視覚障害者については6週間、脳性マヒ等のその他の障害者は3週間となっている。

インストラクターの指導のもとに1日実質4時間、個別にカリキュラムを設定して講習を進めていく。

職業準備講習は、職業自立の意欲を喚起させるとともに、職業につくために必要な知識を付与するために、職業講話や事業所見学等を実施するものであり、この対象者は、OA講習受講者と限定せず、広くこのサービスが役立つ者を招き入れることにしている。

職業講話の具体的な内容は、各職業センターによって異なるが、例えば、「職業人としての心構え」・「地域における労働市場の実情」・「職務の基礎知識」・「就職活動の進め方」等である。

各職業センターがこのような講演会を主催することにより、関係機関との連携づくりにも大いに活用できる。

4. 職業準備訓練の実際

筆者自身の職業センターでの体験を通じて、職業準備訓練は、職業センターが行う対障害者サービスをダイナミックに展開しているものとして機能していると考えている。

現在、協会本部では、各職業センターにおける職業準備訓練の取り組みについての事例集を編集集中である。

筆者は、この事例集の編集を担当していたことから、各職業センターの取り組みの様子を知り得る立場にいたことがある。

そこで、この事例集の中から職業準備訓練の特徴を言い当てていると思われる表現を抜き出して紹介しながら、その全体イメージを浮き彫りにしてみたい。

(1) 職業準備訓練の位置づけ

- ① 就職直前の短期間の訓練であり、その中で本人の課題を明確にして、それを克服していくための指導を行う、いわば、就職準備の仕上げの場。
- ② 本人の生活全般に關しての指導も含めた、社会参加への橋渡しの場。
- ③ 8週間の時間をかけて、実際に作業させることにより、よりの確に本人の職業能力を評価する場。
- ④ 本人の課題を明確にし、それを改善することも大切だが、本人の持っている能力を発揮させるには、どういう指導が有効かを見極める場。

上記①～④のように、職業センターにおいて、それぞれ力点の置かれ方が異なるがこれらすべてが職業準備訓練に求められている役割といえる。

(2) 職業準備訓練の効果（事例報告から）

- ① 8週間接する中で、本人に対する指導上の留意点や職業選択のヒント、事業主に本人の特徴を理解してもらうための説明方法を探ることができる。
- ② 本人を立体的、多面的な側面から評価できる。
- ③ 訓練期間中に得られた本人に関する具体的なデータを的確に事業主に提供することができるようになり、職業センターが事業主との調整機能を発揮でき、職場定着指導がやり易くなる。
- ④ 8週間という短期間であっても、職業準備訓練を受けることが、本人にとって大きな刺激となり、また、カウンセラーとの信頼関係も生まれてくる。

職業準備訓練が導入される前の職業センターでは、一日だけの相談や職業能力検査でクライアントのリハビリテーション計画を立てていた。

ところが、この訓練の導入により8週間の中で本人のことを立体的・多面的に理解できるようになり、知り得たデータを職場定着指導に活かすことにより、具体的な援助ができるようになった。

さらに、8週間という時間で、本人とカウンセラーとの信頼関係を深めていくことができるようになったことから、長期的なしかも深いレベルで援助ができるようになった。

(3) 指導のポイント

- ① 本人の「経験による気づき」を支持したり、できるだけ現実の姿を伝えるような指導をする。
- ② 訓練の中で、本人の課題を明確にして、自分の苦手な行動を克服しようとする「動機づけ」をするような指導が大切である。そのためには、まず、本人のできなさを受容させることから始めることが必要。
- ③ 本人の個別的な課題に応じた「場面設定」をすることにより、どんな状況の中で問題行動が出るのか、また、それを未然に防ぐにはどうしたら良いかを把握する。
- ④ 作業遂行能力を高めるのも大切だが職業的自立のためには、生活全般にわたる指導が重要。

指導のポイントをどこに置くかについては、クライアントのかかえている問題によって当然異なるが、クライアントの自己理解を助けること」に指導のポイントを置くことが基本だと思う。そのためには、職業準備訓練の場で、本人の課題に応じた「場面設定」をうまくすることが有効な手段である。「場面設定」をする際は、仕事に関することに限らず、日常生活全般に渡る基本的なことも含める必要がある。

(4) 職業準備訓練の限界

- ① 成長過程において鍛えられるべきこと、あるいは指導されるべきことを「やり過ぎてきている者」に、それらを短期間で指導するのはむずかしい。
- ② 幼少の頃より身につけてきた習慣、態度そして性格面での問題は、改善に時間がかかる。
- ③ ワークトレーニング社は、一般の事業所をできるだけ再現するよう心がけているが、シミュレーションというには限界があり、それは特に人間関係において大きい。
- ④ 「ワークトレーニング社の方が、ずっと楽だ。」という感想が就職経験者から一様に聞かれるが、そのギャップをどう埋めていくかが、今後の課題。
- ⑤ 所詮は、「就労ごっこ」の域をでない観があるのは否めない。

上記①及び②は、多くのクライアントのかかえている職業生活を送る上で支障となる根本的な問題に関するものである。

ここで指摘されるこれらの問題点については、8週間という限られた時間で、改善または解消しきるということは、むずかしい。また、職場のシミュレーションとしての「場面設定」でも生産性のノルマとか職場でのプレッシャーと言った、きびしさの面でやはり限界があり、人間関係については、特にむずかしい課題と感じている。

5. おわりに

職業準備訓練は、一定の限界はあるものの障害者の職業的自立を援助するサービスとして色々な面で大きな役割を果たし得るものである。

今後は、地域をあげてのリハビリテーションサービスという潮流の中で、より良くその機能を発揮するためには、どうしたらよいか、大きな課題である。

広い意味での「職業前訓練」は、それぞれの地域でそれぞれの機関で実施されているが、福

社機関、医療機関及び教育機関が行うべきことと、職業センターが果たすべき役割を明確にしていく作業が、今後は特に重要と思われる。つまり、それぞれの機関において、クライアントの成長過程に応じた訓練・指導をどう分担し、それをどのようにつなげて行くか、ということである。このことが実現されるためには、地域

における職業リハビリテーションネットワークが構成され、機能していることが前提となろう。その中で職業センターが実施している職業準備訓練がどう位置づけられていくかが重要である。職業準備訓練が今後の地域リハビリテーションの展開のカギになり得るよう、努力して行きたい。

肢体不自由養護学校における医療的ケアの動向と対策

—都立養護学校の実情と今後の課題—

青柳 勝久

(東京都立北養護学校)

1. はじめに

東京都は、昭和49年度から国に先がけて希望者全員就学をスローガンに、義務教育の実施に踏みきりました。5年後養護学校の義務制が実施されましたが、従来就学猶予、免除の手続きをしていた重度・重複障害児も養護学校に就学するようになりました。ところで、ここ数年来、重度・重複障害児の多様化が著しくなっております。とくに、経管栄養や痰の吸引等医療的ケアの必要な児童・生徒が就学しております。

例えば、医療関係者の重症心身障害児の検討からの報告もあります。それは、国立精神・神経センターの鈴木文晴医師の調査であります。昭和63年(1988年)4月1日現在島しょを除く東京都在住の6才～14才まで、122万7千人を対象にした調査では、書面や直接面接による結果から、有病率は1000分の0.68と報告があります。さらに、障害の実態が少しずつ明らかになっております。てんかんは全体の84%、視力障害は40%、呼吸障害は30%、摂食障害

は46%とあり、経管栄養児は全体の10%、気管切開あるいはレスピレーター使用児は3%であり、とくに重症心身障害児の84%が在宅児であると報告があります。

こうした状況の下で、医療的ケアの必要な児童・生徒の教育措置や学校生活のあり方について早急に検討する問題がでており、東京都教育委員会は、「医療行為を必要とする児童・生徒の教育措置等検討委員会」を平成2年度発足させ、本年3月答申しております。今回、この答申をもとに以下述べていきます。

2. 医療的ケアを必要とする児童、生徒の現状と問題点

平成2年5月1日現在、都立養護学校に在籍している児童、生徒のうち、①日常生活及び②学校生活(限定された)で医療行為を必要とする状況は表1のとおりであります(医療的ケアの中に医療行為を含めます)。

(表1) 都立肢体不自由養護学校で医療行為を必要とする児童・生徒数 平成2年5月1日現在

学 部	在籍数	①日常生活で医療行為を必要とする児童・生徒数	②学校生活で医療行為を必要とする児童・生徒数
小学部	808	121(15.0%)	26(3.2%)
中学部	470	54(11.5%)	15(3.2%)
高等部	605	39(6.4%)	21(3.5%)
合 計	1,883	214(11.4%)	62(3.3%)

①は、学校・家庭・病院・施設等の生活で医療行為を必要とする場合

②は、①のうち学校生活で医療行為を必要とする場合（分教室、施設内学級及び訪問学級を除く。）

②にあるとおり、こうした児童・生徒が在籍しているのは、訪問学級（先生が児童・生徒の生活している自宅又は施設等を訪問する）で指導を受けてきましたが、通学可能な体力がついてきたので通学籍に措置替えしたり、通学者が肺炎等の疾病により、入院治療後、経管栄養や痰

の吸引が必要になったケースであります。

さて、このような状況で学校で行っている医療行為の件数は表2のとおりであります。児童・生徒によっては、経管とカニューレ等二つ以上複合しております。

(表2) 学校で行っている医療行為の件数（分教室、施設内学級及び訪問学級を除く）

学部	内訳						総件数
	経管栄養	カニューレの管理	吸 引	導 尿	酸素吸入		
小学部	20	1	7	4	0	32	
中学部	5	1	9	4	2	21	
高等部	11	6	13	7	2	39	
合計(件)	36	8	29	15	4	92	

医療行為の総件数 92件

医療行為を複合して必要とする児童・生徒がいるため、児童・生徒数62名と総件数92名は、一致しない。

「経管栄養」 口又は鼻から胃までチューブを挿入し、流動性の栄養物を注入することである。学校では、児童・生徒に既に留置してあるチューブに、給食を流動状に再調理したものを、注入する場合がある。水分補給のための注入も行っている。

「気管カニューレの管理」 気管切開部に器具を装置して気道を確認し、呼吸状態の安定を図ることである。学校では、たんの吸引や気管切開部の衛生状態を保つようにしている。

「たんの吸引」 呼吸機能が微弱で、自力でたんを切ることができない児童・生徒に対して、吸引器を用いてたんの吸引をすることである。学校では、体位や姿勢の変換やタッピング等で排たんのできない場合等に、吸引器を用いている。

「導尿」 自力排尿ができないため、尿道から膀胱までカテーテルを挿入して、尿を導くことである。学校では、自己導尿への指導の一環として行う場合もある。

「酸素吸入」 酸素不足を補うため、各種の濃度の酸素を吸入することである。学校では、鼻にチューブ又はマスクを装着して、学習活動を行いやすいようにしている。

これらの資料からみる限り、医療行為の対応者は保護者又は重症心身障害施設職員の大部分であります。というのは、前年平成元年度都教育委員会の推進委員会第二次報告にもあるとおり、こうしたケースの児童・生徒の対応は原則として保護者又は施設等の職員が行うように指針がでており、学校の職員が対応している例は僅かであります。それは、主に痰の吸引等であり、養護教諭又は看護婦が対応しているのが実情であります。

こうした対応について、以下のような問題点があげられております。それは、

(1) 学校の看護婦が、医師の指示を得ないで痰の吸引や経管栄養等の医療行為を行わざるを得ない場合があること。

現状では、医師と連絡をとりつつ限定された医療行為について、その補助行為ができないか検討の必要がでてきていることです。

(2) 保護者が、痰の吸引や経管栄養等を行う条件で通学籍にしましたが、常時校内で待機できるとは限らない事態が発生した時、学校の教職員が痰の吸引や経管栄養を行わざるを得ない場合があること。

(3) 心身障害児の専門病院が学校の近くにないため、緊急時の対応に困難な場合があること。

(4) 訪問教育が適当と判断されるにもかかわらず、家庭の事情等により通学籍に措置せざるを得ないケースがある等です。

3. 医療的ケアを必要とする児童・生徒の基本的な考え方と具体的対応

現在学校で行われている痰の吸引や経管栄養等は、法律的には医療行為と解釈されています。親権者である保護者の場合は医療行為を行うことが可能ですが、その場合でも①医師が医療行為の危険性の程度と保護者の知識・技能の習得の程度を判断して、保護者が行うことができる具体的事項を指示することであり、②保護者は、その結果を医師に報告するとともに、医師がフォローアップする義務があることを条件にしております。

学校で対応する場合は、学校長を中心に医師の意見を得ながら保護者、保健室の職員（養護教諭及び看護婦）、学級担任等で十分話し合った上で、医療行為を慎重に行う必要があると答申にあります。とくに、学校職員が、保護者の不在等で行う場合については、個々の児童・生徒の障害の状態、身体症状、健康状態を把握の上、医療行為の危険性、難易度及び対応者の技量、経験等によって異なるので、医師と十分相談して、実施する上での判断と指示を医師より具体的に受けることが大切であります。また、保護者の同意を得ておくことをはじめ、医師及び学校関係者の相互理解と協力を築くことが前提であります。

以上の考えに基づいて、学校が対応できる事項を略記すると、答申では、

(1) 対象となる医療行為は、該当児に対して保護者が家庭内でやっている範囲内とすること。

(2) 医師の指示は、可能な限り個別的・具体的に受け、実施の結果については医師に報告すること。

(3) 対象とする児童・生徒の障害の状態・身体症状、健康状態等について十分理解し把握していること。

(4) 児童、生徒の健康状態が安定しており、在校中に急変が予測される状態ではないこと。

(5) 緊急時に、保護者及び医師等と連絡をとれるようにしておくこと。

(6) 保護者とのコミュニケーションを通して信頼関係を築き、学校で行うことについて保護者の同意を得ておくことなどをあげております。

4. 課題解決の具体的方策

これら、学校生活をおくるにあたって医療的ケアの必要な児童・生徒の課題解決にあたって以下項目をあげて、概要を述べるにとどめます。

それは、①就学相談体制の充実、②指導医の配置、③学校保健体制の整備・充実、④教員の研修充実と⑤手引書の作成であります。

①については、現行の相談体制をよりきめ細か

に進めていく為に、医療行為に関する主治医や校医の具体的所見を得ることや養護教諭等を就学相談専門員として委嘱する方法等がでており、実施に努めております。

②学校には、校医がありますが主に保健管理的な仕事が優先されます。個々の児童・生徒の医療的ケアに関する相談や医療上の処置、看護上の配慮についての指示或は指導・助言を得るためには、最低限週1回程度学校を訪問して指導する医師が必要です。肢体不自由校には、従来より整形外科や小児神経科医が個々の児童・生徒の医療上の指示や指導・助言にあっております。これらは、児童・生徒の障害の実態に即した医師の配置であります。このために、東京都教育委員会はモデル校を指定し、医療的ケアの必要な児童・生徒に対する教育のあり方を具体的に研究を深め、各校の実情に応じて条件整備

を図っていくことを答申にあげております。③、④及び⑤については、紙数の関係で省略しますが、いづれも緊急に整備・充実を図っていく重点事項であります。しかし、これらの整備・充実を図っていく上にも、専門とする指導医の実現が第一で、これが基盤となる第一歩であります。

肢体不自由教育は、対象とする児童、生徒が整形医の発見と強力な支援によって、開始しております。早期発見、早期治療の効果によって改善は著しく、医療技術の進歩発達と啓発普及の速さに注目しております。かつて高木憲次先生から、不治永患児といわれた子ども達が、医学の進歩と社会思想の恩恵で、今や教育の主人公として登場しております。この課題にどう応えるか、子ども達は静かに見守っております。

国際障害者スポーツの新展開

初山 泰弘

(国立身体障害者リハビリテーションセンター)

身体障害者リハビリテーションの一手段として導入され活用されてきた障害者スポーツの分野に最近新しい流れが生まれてきた。

より高度の技術を駆使し従来の記録に挑戦し覇を競う選手権大会・強者のための競技スポーツの流れと、各障害別競技種目の統合化の流れである。前者については、国際的には身体障害者スポーツは選手権大会としてすでに従来から実施されていたが、1989年に国際パラリンピック委員会（IPC）が設立されこの傾向は一層拍車がかげられるようになった。わが国も1991年度からジャパンパラリンピック競技大会として陸上競技と水泳に限って選手権大会が実施されその優勝者をパラリンピックに参加させる。

脳性麻痺者と車椅子使用者、切断者などが同一競技種目で競技をする「統合競技または複合競技」は、3～4年前から国際的に試行されていたが、1992年のバルセロナパラリンピックでは競泳などは各種障害者が同一種目で争われることになっている。

障害選手の出場種目は障害の種類と程度で分けられその区分は医学委員会に委ねられていたが、異なった障害者、例えば脳性麻痺と脊髄損傷とを比較してどの程度の障害が同程度と決めるのにはかなり検討を要する。

いづれも障害者が参加するスポーツから障害者が覇を争うスポーツへの転換期の現象ともいえよう。

今後、身体障害者リハビリテーションの立場

からは、従来の全国身体障害者スポーツ大会のような身体障害者が参加するスポーツとジャパ

ンパラリンピックのような覇権のための選手権大会との関連の検討が必要となろう。

コミュニケーション機器の最近の動向

山内 繁

(国立身体障害者リハビリテーションセンター)

昨年来日したホーキング教授がパソコンで宇宙論を講義し、話題を呼んだ。同時に障害者のためのパソコンの利用についての関心も高まっており、工学からの報告として、情報機器に関する話題をいくつか紹介したい。最近では障害者のためのパソコン、情報機器に関する書籍も出版されているし、日本障害者リハビリテーション協会発行の「障害者の福祉」にも、先月、今月とコンピュータ特集が掲載されている。時間の関係もあり、一般的な話はこれらを参考にさせていただくこととし、ここでは、トピックス的に日本における最近の情報機器をいくつか紹介し、日頃感じていることを述べることにする。

まず、ホーキング教授のパソコンについてであるが、これはブック型のパソコンを車椅子に固定し、ジョイスティックで文章入力を可能とするとともに、音声合成によって文章を読み上げることができるようにしたものと考えて良い。同じものを日本で作れるかという質問をよく受けるが、「技術的な困難は何もない。」と答えることにしている。

例として、我々の研究所で開発中の「頭部操作式車椅子」を紹介する。この車椅子はジョイスティックの操作の不可能な重度の脳性麻痺児が、頭部を動かすことによって車椅子を操作できるように開発中のもので、ブック型のパソコンが取り付けられている。患者の頭にはセンサーが取り付けられており、頭の動きを感知し、不随意運動のノイズを除去し、患者の意志どおりに車椅子の制御が行えるようになっている。現在、パ

ソコンはこの制御のためにのみ使っているが、コミュニケーションエイドにも使う予定である。ワープロと音声合成機能のためのコンピュータ利用に比べると技術的にはこの方がはるかに困難である。

これ以外にも、ブック型パソコンを車椅子に取り付け、ワープロ、電話や各種スイッチの切り替えを実現しているのもあり、この種のパソコン利用は今後増加するものと思われる。

以上のようなコンピュータを高度に利用した機器開発に比べると、障害者がコンピュータを利用可能にしたいという要求の方が実際には大きい。コミュニケーション機器として最初に注目されたのはワープロであるが、市販の機械では障害によっては操作の困難な場合がある。

特に頸髄損傷の場合、キーボードの操作が問題となる。このためには、機械式スイッチ、呼吸スイッチなどの他、光を利用した光入力式キーボードも開発されており、ベッドに寝たままでもコンピュータを操作することもできる。

視覚障害者にとっては、スクリーンを読むことができない問題が大きい。スクリーンの文字、コンピュータからのメッセージを音声合成で伝えるものが広く使われつつある。また、中途失明者のためには、漢字の点字コードのかわりに音声合成によって漢字を説明してくれるワープロも開発されている。

聴覚障害者のかたに講演の内容を文字に変換して伝える装置についても、筑波技術短大、国立身体障害者リハビリテーションセンターで独

自に開発されている。いずれも、速記の技術を利用し、コンピュータによって文章を表示できるようになっている。国立身体障害者リハビリテーションセンターで開発した「ステノプロコン」は当日会場で使った。

以上、最近のトピックスをいくつか紹介したが、福祉分野からの先端技術に対する期待が最近特に増大しているが、技術の面から見たコミュニケーションに関する問題点について若干触れておきたい。

第一に音の情報に関する問題がある。例えば、冷蔵庫や暖房器の調子がおかしい場合、健聴者は音の異常から知ることができるが、難聴者、聾者にとっては困難である。コンピュータにとっても、音の情報から機械の異常を判断するのは難しい。

第二に、問題となるのが日本語の機械処理と音声情報の問題である。とくに、日本語の同音異義語の処理は非常に難しい。我々は話を聞く時に意味が聞き取りにくいと、どの漢字にするか考えながら話をきく。仮名だけで書かれた日

本語の意味を理解することはほとんどできない。ワープロの仮名漢字変換で100%正しい漢字を得ることができないのも、仮名だけの文章から正しい仮名漢字混じり文章にすることが人間にも難しいからで、賢い人間にできないことを機械ができる筈がないからである。

日本語の仮名漢字混じり文を正しくコンピュータに入力するためには、日本語の音声認識が可能にならなければ無理であろう。いつ実現するかは予測は困難であるが、10-20年位はかかるだろうと考えている。

最後に、コミュニケーションに関する問題としておそらく最も重大なのは、雲仙の火砕流の時のような災害時に、必要な情報を障害者に伝え、安全に避難誘導するための問題であろう。このような災害に対処するための技術開発は本気でやる必要がある。同時に、機械は100%信用することはできないことを想定しておく必要がある。機械は必ず壊れるので、そのためのバックアップの人間系システムを作っておく必要がある。この点を最後に強調しておきたい。

● ● 海外レポート

国際アビリンピックをめぐる新しい潮流

山下 廣

(静岡労働基準局長、前日本障害者雇用促進協会総務部長)

1. 国際アビリンピックの沿革

国際アビリンピックは障害者の国際的な技能競技大会であり、その目的は、「国際アビリンピック基本原則」⁽⁴⁾によれば、障害者の技能向上、社会経済活動への参加意欲の鼓舞、障害者の能力に対する社会の認識向上、国際親善及び障害者問題に対する政府の関与促進」である。

本大会は1981年の国際障害者年にあたり、長年の国内大会の実績を持つわが国が提唱し、世界各国に呼び掛けてその第1回大会を東京で開催した。同大会には56カ国841人が参加し、大きな成果を収めたことから、これを1回かざりて終わらせず、オリンピックの例にならい4年ごとに継続開催することが関係者の強い念願であった。

しかし、これまでの国際アビリンピックの歩みは、必ずしも順調と言えないものであった。

すなわち、第2回大会は当初オランダで開催される予定であったが、同国の障害者団体の反対があつて中止となり、同国にかわりコロンビアが1985年にボゴタで開催した(54カ国987人参加)。

第3回大会は1989年にフランスで開催される予定であったが、これまた同国の政権交替など国内事情により、中止のやむなきに至った。このため急きよ香港が開催の意思を表明し、本年8月香港で第3回大会が開催されたものである。

このように、国際アビリンピックの継続開催が困難であった背景には、①障害者のみの技能競技はノーマライゼーションの理念に反する、また障害の部位、程度の違いにより判定にあた

っても難点があるとの批判が主としてヨーロッパ諸国に根強いこと②競技種目を先進工業国および開発途上国双方からの参加者にとって魅力あるものにする困難性③国によっては、障害者団体の中で意見の相違が見られること④開催国の経費負担が多であるほか、開発途上国参加者に援助が必要であること⑤継続開催をサポートする国際組織として第2回大会で「国際アビリンピック連合」が結成されたものの、同組織が極めて弱体であること、などの事情が挙げられる。

2. 第3回大会の特徴

第3回大会は上に述べたように、フランス開催の中止という事態に直面し、香港が1990年秋に名乗りをあげ、1年の短期間の準備を経て、8月10日から14日までを会期として開催された。

この大会は香港の心身障害者対策連絡協議会会長ハリー・ファン博士の国際アビリンピックに対する熱意と強いリーダーシップによって実現したものである。同氏は第1回大会当時、共催団体であつたりハビリテーション・インターナショナル(RI)の会長の職にあり、国際アビリンピックの意義の大きさを実感され、第2回大会の際、本大会の継続実施を促進する国際組織として、「国際アビリンピック連合」の結成を提唱された。

ファン博士を委員長とする香港第3回国際アビリンピック組織委員会は、第3回大会を計画するにあたって、国際アビリンピックに関しこれまで指摘されていた種々の問題点を考慮して

次のような考えを新たに導入した。

(1) 国連「障害者の10年」の終期を記念する総合的なイベントとして位置づけ、技能競技のみならず、デモンストレーション、福祉機器展示、民芸品展示即売、国際会議、各種セミナー、ギネス記録をねらうドラゴンダンスなど多角的な内容としたこと。

(2) 技能競技に、障害を持つ者と持たない者が一定比率の人数により協力して課題に取り組む、生活・余暇技能競技（料理、生け花、凧上げ、舞台芸術、不用品再利用の5種目）を新たに取り入れたこと。

この競技では障害を持つ者と持たない者との協力程度が採点上重視された。

(3) 身体障害者だけでなくメンタルな障害者（精神薄弱者）も参加できるようにしたこと。

(4) 職業技能競技については、家具、旋盤等伝統的な技能種目のほかに、CADやコンピュータプログラミングなどの最先端機器を利用した種目を多く取り入れたこと（全体で34種目）。

(5) 競技者に与えられる賞として、金、銀、銅のほか、障害の程度も斟酌した特別賞を設けたこと。

(6) 7人を超える参加国から参加登録料を取ることとしたこと。

(7) 夏期休暇中の大学寮を利用した安価な宿泊施設を用意し、また国際ロータリークラブなどの援助により、開発途上国の参加を促進したこと。

(8) 会期中に「国際アビリンピック連合」の総会を開催し、組織確立を図ったこと（同連合の会長、事務局長は創始国の故を以て日本が担当することになった）。

3. 国際アビリンピックの将来展望

第3回大会の成否は国際アビリンピックの将来に大きな影響を与えるものであったため、わが国は国際アビリンピックの創始国として、最大限の協力を行い、126名の派遣団を送った。

主催者側の発表によれば、第3回大会参加国は約90カ国、2000人と言われている。参加国

はアジア諸国が中心で欧米諸国からの参加者が比較的少なかったこと、準備期間が短かったこともあって大会運営に適切さ、円滑さを欠いた面も見られたことなどの問題も指摘できるが、全体として、障害者の技能向上、社会経済活動への参加意欲の鼓舞、障害者に対する社会の認識向上、国際親善といった国際アビリンピックの目的に大きな貢献をするとともに、今後の国際アビリンピック継続開催に道を開いたものと評価しうるのであろう。

国際アビリンピックは、主催国と国際アビリンピック連合およびRIとの共催で開催されることになっているため、去る9月25～26日ベルリンで開かれたRI年次総会において第3回国際アビリンピックの公式報告がなされた。これに対して、各国代表から積極的に評価、支持する意見が多く述べられ、かつてのような批判的な見解の表明はなかった。また、国際アビリンピック連合の運営委員として、RIの職業委員会とレジャー・レクリエーション・スポーツ委員会の各代表が加わるようになったのも、RIの今後の活動と国際アビリンピックの連携体制を強化する意味で特記すべきであろう。

香港大会につづく第4回国際アビリンピックについては、香港大会ではオーストラリアとオーストリアが候補にあがっていたが、RI年次総会と並行して開かれた国際アビリンピック連合運営委員会およびRI年次総会において、1995～6年の適当な時期に、西オーストラリアのパスで開催されることが最終的に決定した。

第4回大会において、香港大会で導入されたインテグレーションの理念に沿った競技の設定やメンタルな障害者の参加などの新しい試みなどのように受け継がれるか関心が持たれるところである。

いずれにしても国際アビリンピックが、今後、第4回大会でその内容においてさらに充実し、パス開催につづき、将来はヨーロッパでも開催され、世界の障害者が参加する意義ある行事として国際社会に定着することを期待した

い。

最後に、国際アビリンピックの将来にとって、この国際的プロジェクトを生み出したわが国の責任と役割が極めて大きいことを強調したい。前述のように国際アビリンピックの継続開催を推進する国際組織として「国際アビリンピック連合」が香港大会の機会に正式に発足し、同連合の会長に吉本日本障害者雇用促進協会会長、事務局長に七條同協会専務理事が就任された。同連合の加盟国は20数カ国であるが、今後さらに有力加盟国を増やすとともに、技術協

力、情報交換等その活動を強化していく必要がある。

また、国内でも、香港大会の参加を機会に作られた、職業リハビリテーションの分野を中心に余暇・生活分野まで含めた各機関・団体の連絡協力体制を今後とも維持強化していくことが必要であろう。

(注) 1991年8月10日香港で開催された国際アビリンピック連合総会において採択された国際アビリンピックの理念と開催の原則を明らかにした基本文書。

アジア・太平洋リハビリテーションワーカーネットワークの誕生

—日本障害者リハビリテーション協会の行う国際協力事業—

丸山 一郎

(日本障害者リハビリテーション協会)

1988年に東京で国際リハビリテーション協会(RI)の第16回リハビリテーション世界会議が開かれた。RIとは、リハビリテーションの専門家と障害のある人々が活動している国際的組織である。日本障害者リハビリテーション協会は日本でのRI加盟団体であり、東京での世界会議を契機として、さまざまな国際協力事業を行っている。その主な内容について報告する。

その一つは、RIに対する協力事業である。RIには、医療、教育、職業、社会、環境改善、レジャー・レクリエーション、組織の7つの常任委員会があり、それぞれの委員会に専門家を派遣し、協力を行っている。世界会議は4年に一度開かれ、1992年にはアフリカのケニヤで初めて開かれる予定である。日本からも多くの人が参加されるよう協力をお願いしたい。

2番目は、研修事業である(表1参照)。リハビリテーション協会では現在、国際協力事業団

(JICA)の委託を受け、2つの政府研修プログラムを行っている。一つは、「障害者リハビリテーション専門家コース」といい1983年より実施している。もう一つは障害者運動のリーダーを対象とした「障害者リーダーコース」で、1986年から実施している。いずれのコースも、アジア・太平洋地域を中心とした途上国から毎年10名を受け入れ、7週間研修を行っている。両コースとも大変好評を得ている。

JICA主催の研修事業について、他の団体でも行われているものをいくつか紹介する。例えば国立身体障害者リハビリテーションセンターの実施する義肢装具技術者のためのコース、また日本精神薄弱者福祉連盟では精神薄弱者の専門家コースを行っている。さらに新しいものとしては、1990年から始まった身体障害者スポーツ指導員のコースがあげられる。これは日本身体障害者スポーツ協会で行われている。さ

表1 現在日本が主催する、主なりハビリテーション関連研修プログラムと参加者数
政府のプログラム

研修名	受入機関	主催	開始年	現在までの参加者数
障害者リハビリテーション専門家	日本障害者リハビリテーション協会	JICA	1983	87
障害者リーダー	〃	JICA	1986	51
アジア義肢装具製作技術者	国立身体障害者リハビリテーションセンター	JICA	1981	51
精神薄弱者コース	日本精神薄弱者福祉連盟	JICA	1980	104
障害者スポーツ指導者	日本身体障害者スポーツ協会	JICA	1990	19
アジア諸国社会福祉専門家	国際厚生事業団	厚生省	1983	102

表2
民間のプログラム

アジアソーシャルワーカー	国際社協日本委員会	同左	1976	100
アジア児童福祉等従事者	全社協国際児童年実行委員	全社協	1984	38
CBRトレーニング	日本児童問題調査会	同左	1988	13
アガベ交換研修プログラム	アガベ身体障害者作業センター	日本キリスト教奉仕団	1980	40
リハビリテーショントレーニング	国立身体障害者リハビリテーションセンター	清水基金	1987	12

らに政府関連の研修として、厚生省が主催して国際厚生事業団が実施しているアジアの社会福祉行政官のための10週間のコースがあり、参加者の中には障害者リハビリテーション関係の行政官もかなり含まれている。これら6つが政府関係の研修プログラムである。この他、民間でも良いプログラムが行われている。(表2参照) このようなリハビリテーション関係のプログラムを終了した人の数はこれまで600名にも達しており、毎年約100名ずつ増えていくことになる。

ここで国際協力事業のもうひとつの柱を紹介

したい。それは、1990年から5年計画で実施されている、アジア・太平洋地域における協力事業である。特にCBR(地域に根ざしたりハビリテーション)を中心に行っている。

具体的には、1991年8月に香港で第3回国際アビリンピックが開かれた時に、元JICA研修生であるアジア・太平洋地域の専門家や障害者リーダーを12カ国から20名を招へいし、CBRセミナーを開催した。

同年11月にはリハビリテーション協会も協力し、インドネシアでCBRをスタートしようとする人達のセミナーが開かれた。これには近

隣諸国の NGO などの推薦で実際に働いている人達、35名が集まり、大変熱心に行われた。

この他プロジェクトへの協力としては、フィリピン・ネグロス島における CBR プログラムへの協力、そしてタイのグッドウィルインダストリーへの協力を行っている。

国際協力を進める上で人材派遣については苦労が多い。この点についてぜひとも皆様のご協力をお願いしたい。

最後に「アジア・太平洋地域のリハビリテーションワーカーのネットワーク」の発足について報告する。この会の名称は、RANAP (Rehabilitation Action Network for Asia & Pacific) といい、先述した1991年8月に香港で開催された CBR セミナーに参加した研修生の間からの声がかきかけとなっている。その時集まった各国の参加者はきわめて活発であり、セミナーの最後に行われた討論の時間では、今後へ向けての様々な要望や意見が出された。研修生を軸とした組織を作りたい、RI など既存の組織と関連を持ち情報を得たい、など切実なものであった。その場で新しいネットワークを作ろう、ということで意見が一致し、役員を選出も行われた。組織の構成は、会長（香

港）、副会長兼広報（フィリピン）、事務局及び会計（日本）、名簿作成（韓国）、交流（マレーシア）、会員（西サモア）である。組織の目的も交流、技術協力、ネットワーク作りの3つにまとまった。以上のような経緯で誕生した RANAP は、リハビリテーションに関して行動するネットワークである。今まで存在したのは、どちらかと言えば、リハビリテーションに関して勉強するためや情報中心のネットワークであったが、RANAP では、アクションを起こしていこう、ということである。ぜひ皆様にもご参加いただきたい。現在のところスタートしたばかりであるが、今後の具体的な計画としては、会員募集、名簿作り、ニュースレターおよびジャーナルの発行、そして、各国での CBR セミナーの開催があげられている。また、そのためのノウハウを提供していくということもあげられる。

RANAP は1988年の世界会議の成果や JICA の研修計画を通じて広がっていくので、いろいろな面でのご協力をお願いしたい。

また、これまで JICA の研修では各県にご協力いただいていた。この場を借りてお礼申し上げます。

中国リハビリテーションセンターへの技術協力

二瓶隆一

(国立身体障害者リハビリテーションセンター)

1. センター建設の経緯

中国には伝統医学としての按摩・鍼・気功・太極拳などは存在するが、近代的なリハビリテーション（以後リハと略す）はまだ未確立の状態であった。中国の障害者数が5,000万人を越えると推計され、中国政府はリハセンターの必要性を痛感していた。1983年に中国リハ医学研究会が発足し、このとき同会はリハ研究セン

ターの建設を提唱し、これに呼応して第6次全国人民大会において、同センターの建設が議案として提出された。この案は直ちに民生部、衛生部を経て國務院で批准され、北京市に建設されることが正式に決定した。

2. 日本政府の援助の経緯

中国政府はリハ研究センターの建設にあた

り、日本政府に対して無償資金協力による援助要請を行った。これを受けて、1985年日本政府は事前調査団を派遣して、建築資機材・医療機器・リハ機器を援助することを決定した。

しかし、中国はリハ臨床・訓練・研究・教育を行う近代的総合リハセンターの設立も運営も未経験で、リハ専門の医師・看護婦・さらに理学療法士 (PT)・作業療法士 (OT)・言語療法士 (ST) などのコメディカルスタッフも存在せず、人材養成と技術面での援助が必須であるとして日本政府に再度援助要請を行った。この目的に対して、プロジェクト技術協力を1986年11月より5年間行うことを決定した。

3. 当時の中国でのリハ認識

中国ではリハという語は「康復」と訳され、北京市でも中日友好病院、首都医科大学、北京医学院を始め、大小50以上のリハセンターと称するものがすでに存在していたが、いずれも医学的認識としては温熱や電気治療を主とした物理療法が主であり、サナトリウムケア（健康旅館）の感じでもあった。

社会的認識としては1984年に身障者福利基金が設立された。85年には自立した障害者の大学入学が許可され、全国1万カ所に100万人程度の福祉工場が、主としてろうあ者に対して存在していた。

また、肢体不自由者の復職は、現場の作業が可能か否かを実際に行わせて判断し、障害者を訓練して職場復帰するという考えはほとんどないようであった。また労働災害や国家災害の障害者では一定の保証もあり、労働意欲もなく、訓練の必要性も認識されていない様子であった。

4. 人材養成のための技術援助の目標

事前調査を行い、目標を主として医学的リハに絞り技術援助することにした。対象障害もさらに限定し、対麻痺（脊髄損傷）、脳性麻痺、片麻痺（脳出血）、切断の四障害に対する技術援助を重点的に行うこととした。社会的、職業的リ

ハの一部もこの援助の中より当然学ばれるであろうし、他の多くの障害のリハも応用問題として、中国独自の力で発展させていくであろうことを期待した。日本からの押しつけではない、中国の国情に適したリハ技術、システムをつくれるように援助し、北京のリハ研究センターが中国の中心となり、独自の力で人材養成のできる人材を養成することを目標に計画を立てた。

5. 中国リハ研究センター施設の概要

北京市の中心より南西に約8km、8万8千平米の敷地の中に、5万1千平米の建物が中国側の施工で建設された。病院214床の他、訓練、外来部門、研究棟、エネルギー棟などである。これに対する無償援助として、建築資機材、リハ医療機器の合計35億円が日本政府から援助された。

1988年10月に病院が落成したが、実際の開院は1989年8月であった。

6. 日本人専門家派遣による人材養成

日本からの派遣はリハ専門職別、障害別の派遣が必要で、全国の大学や医療機関から広範囲の人材を求めた。

a) 医師に対しての研修会

1987年4月より6カ月間、リハ研究センターの医師と中国全土からの医師、計50名余りに対して行われた。リハ医学一般、障害疾患各論のほか、理学療法、作業療法、言語療法、補装具療法、心理、ケースワーク、法制度など広範囲にわたった。広範囲、多専門職を必要としたために30名以上の専門家の派遣が必要となった。この研修会修了者には国家より公式の修了認定書が発行された。

さらに、1991年4月より第2回の4カ月間の医師研修会が行われた。新装となったリハ研究センターで開催され、主として障害別を対象として脊損、片麻痺、脳性麻痺、切断に対するリハ技術を実習、実技指導も併用して行われた。

b) 看護婦、理学療法士 (PT)、作業療法士 (OT) の養成

中国側では技術協力の開始前より中日友好病院の学院内に看護婦、PT、OTの学生100名を依託し3年間の教育を開始していた。これに対して看護婦60名は卒後教育として3カ月間の実務指導を含めての指導を行った。PT・OTに対しては卒前6カ月間、卒後6カ月間、日本人専門家による研修が行われた。この間にPT・OTには日本語教育も併行して行い、その中の優秀な生徒の数名は、その後来日して研修をしている。後期の卒後研修の最中に天安門事件が発生し、派遣専門家全員が危険となり、日本に引き上げ、約8カ月間の空白期間が発生した。90年2月より再開され卒後研修会を修了した。

c) 開院に伴う病棟運営指導

88年10月に病院落成以後、開院に関する準備指導を医師、看護婦、PT、OTを派遣して指導した。各職域間の連絡、指示、処方、病棟運営など細部の調整を行った。

d) チームリハの指導

チームアプローチ法を指導するため、1990年10月より医師、看護婦、PT、OT、ST、義肢補装具製作士(PO)がチームとなり派遣された。脳性麻痺、片麻痺、対麻痺、切断の四グループのチームをそれぞれの病棟に派遣し、実際のリハの評価法、評価議会、ゴール設定、訓練、介助などの日常業務指導を、91年2月まで行った。

e) PT、OTの日本人専門家派遣

PT、OTの日本人専門家が長期に滞在し、学院より養成した中国側のPT、OTに対しての実務指導を継続して指導した。

f) 言語療法士(ST)、義肢装具製作士(PO)の指導

言語療法と義肢補装具製作の技術援助は、90年9月より開始したが、93年11月まで継続して協力を行うことになった。

7. 中国よりの研修生の受入れ

JICA(国際協力事業団)の援助により毎年5名の割合で、医師13名、看護婦5名、研究員4名、PT4名、OT3名、ST1名、ケースワーカー2名を国立リハビリセンターはじめ各地のリハ施設や大学などで受入れ、研修を行った。

私的な基金(NGO)により来日したものが40名あり、医師7名、看護婦18名、PO3名、センター運営管理責任者12名であった。リハ病棟では看護婦が大きな影響力を有することから、全ての婦長を来日させ研修させた。センターのレベルを保つのに役立っている。ODAとNGOとの併用が有効であることが確認された。

8. 中国側独自の動き

援助はあくまで中国側の独自の活動を助けることにあり、中国側も病院の運営を独自に行い、214床の病床は開設以来満床で、現在230床の100%を越える入院率で運営し、91年11月には100床の増床建築を独力で行った。92年にはさらに300床の増床建築の予定である。

パラメジカルで最も重要なPT・OT・STに関しては、91年11月に中国リハビリ協会を独自の力で中国リハ研究センター内に発足させ、今後の活動に大きな期待が寄せられている。

91年には中国身障者保証制度が公布され、中国も身障者に対する認識が活発化し、リハ研究センターとしての動きが期待されるようになっている。

9. 今後の見通し

海外医療協力では、援助が終了すると急速に機能や活動が低下し、その効果に対しての批判が強い。中国においても人材養成には種々配慮をしたとはいえ、そのような危険がないわけではない。日中合同の学会を開催するなどの協力体制をつくり、広い範囲から見守れば、必ず中国にリハは定着するものと思われる。その評価には少なくとも10年掛かるであろう。

韓国における障害者リハビリテーション福祉政策の最近の動向

徐光倫

(韓国障害者リハビリテーション協会)

緒言

国連が1975年、「障害者の権利宣言」を宣布し、1981年を「国際障害者年」と決議するに至って、初めて韓国においても障害者のリハビリテーションと福祉問題が政府の深い関心を喚起するようになったと思われます。

1977年「特殊教育振興法」が制定され、「障害者福祉法」が立法されましたが、これらの動きは、障害者の福祉に対する政府と国民の深い理解と自覚に基づく自発的な動きと言うよりも、むしろ国際的な動きに受動的に追従する形でありましたから、その他これと言うべき政策開発の跡が見えなかったのが実情だと思われます。その証拠として1981年を期して発足した国際障害者年、「国連・障害者の10年」に対する熱意の不足がこれを端的に証明するものと思われます。恐らく経済開発に力を入れる当時の雰囲気からして、容易にうなずけるものと思われます。

1984年に第8回パラリンピックを、夏期オリンピックに次いでソウルで開催することに決まりました。それを契機として、国内の障害者施設と公共施設のアクセスの現状に対する批判と自省の声が高まり、早速これまで単純な収容施設の役割をつとめていた障害者施設を、リハビリテーション施設としての体質改善と、建築法の改正を通じての公共施設のアクセスの改善を急ぐようになりました。かたわら各種法令の障害者の権利を不当に制限する不利益条項の改廃を促し、障害者に対する偏見を除く啓蒙運動が

活発に展開されるようになりました。

「挑戦と克服」「平和と友情」「参与と幸福」をテーマとして盛況裡に終わったパラリンピックは全国民に興奮と感動を与え、国民の障害者に対する認識と、障害者自身の自覚に一大転機をもたらしました。

このような障害者に対する澎湃たる関心と認識の高揚は、当時絶頂に向かった民主化運動と相まって、政府と政治家をして、競って障害者に対する政策開発と立法措置を急ぐ動機賦与の契機を与えました。1988年8月大統領直属諮問機関として、障害者福祉政策委員会が発足し、一年以内に障害者に対する総合対策を建議することになりました。また一方、これまで多分に宣伝の意味が主であった、形式的で断片的な障害者福祉法の大々的な改正案が、政府と各政党の合同案として提出され、また新しく障害者雇用促進法が合同で立案、1989年12月、この二つの法律が国会を通過しました。これら二つの法律はその後改正された特殊教育振興法と共に基本三法として、その適切な運用を通じて効果的福祉政策の展開が期待される次第であります。

では、福祉対策委員会の活動と改正福祉法、雇用促進法に関して、もう少し詳しく説明したいと思います。

障害者福祉対策委員会

保健社会部、労働部、教育部等、関連する7部の次官と12名の民間指導者で構成されたこの

委員会が、次のような11の課題を集中討議し、また一方、公聴会を開催して各界の意見を収斂、1989年8月報告書を大統領に提出し解散しました。

11の課題とは、①障害発生の予防、②医療の保障、③リハビリテーション用具の交付、④教育機会の拡大、⑤就業の保障、⑥所得保障と経済的負担の軽減、⑦障害者福祉施設の拡充、⑧生活環境の造成、⑨国民の理解増進、⑩専門家の養成と研究の活性化、⑪伝達体系の改善、それから⑫推進方法等です。

ここで推奨された障害者福祉対策は77の細部事業に区分され、そのうち予算事業24種、法令制度の改善、行政指導等で推進できる非予算事業53種に分類されました。しかし財源確保の厳しい現状に鑑み、非予算事業を優先的に推進し、予算事業は長短期計画を立て、段階的に推進する原則の下で障害者の要求水準の高い医療・教育及び福祉施設事業を優先的に推進することを進めています。

この報告書で推奨された事業は各々該当する行政部署に優先的に政策に反映するよう伝達されました。その内容において例えば、障害の予防と医療の保障について、

I 母子保健対策の強化

- (1) 妊婦申告並びに母子保健手帳の発行
- (2) 妊婦登録、定期健康診断
- (3) 肝炎と風疹の検査、ワクチン接種の義務化
- (4) 危険な妊産婦の応急医療体系
- (5) 嬰兒・幼児・小児の定期検診
- (6) 新生児の代謝異常、集団検診
- (7) 集団検診と遺伝相談の医療保険並びに保護制度の包含
- (8) 保健所のリハビリテーション機能賦与
保健リハビリテーション要員の配置

II 学校保健機能の強化

III 産業安全対策の強化

IV 交通安全対策の強化

V 障害予防に関する教育広報

VI 研究体制の確立

医療保障

①一定水準以下の低所得障害者に対しては医療の本人負担額を国家が負担

②一定規模以上の病院にリハビリテーション医学科設置義務化

③全国主要大都市のリハビリテーションセンター設置

また伝達体系の整備について、譬えば日本のような福祉事務所のようなシステム導入は行政組織の政策を前提とする事項でもあり、今後研究検討する課題として提示されました。

この報告書はこれから障害者の福祉対策を構想するに当たって、ひとつのガイドラインを示した点においても大きな意義があると思われます。個々で勧奨された多くの事項が、その後立法された福祉法と雇用促進法に反映されました。

1991年8月(29日付)の保健社会部社会福祉政策室の(障害者福祉総合対策建議の)推進報告によりますと、細部事業内容、97件のうち、92.8%に該当する90件において順調に推進中であり、①障害者福祉施設従業員の処遇改善対策、②障害者生業資金融資制度施行、③永久賃貸住宅障害者優先供給制度の実行等が主要な未決懸案として残っていると指摘されています。

次は、改正補完された障害者福祉法(1989.12)について申し上げます。

この改正福祉法は、その内容と体制において極く形式的な法令と見做されました。旧福祉法を大幅に修正補完して、障害者リハビリテーション福祉に関する基本法としての面目を具備するようになりました。この改正法は、7章58条からなり、その目的として障害者に対する福祉対策を総合的に推進し、障害者の自立と保護に必要な事項を整える事により障害者の生活安定を期するにあるとしております。

①障害発生の予防、②医療、③教育、④職業の指導、⑥雇用の促進、⑦文化環境の整備、⑧便宜施設、⑨財政的負担の軽減、⑩生業の支援、⑪生計補助手当支給、⑫リハビリテーション研究等、障害者リハビリテーション福祉に関

する基本的で、包括的条項を全て網羅している基本法的性格を帯びています。ここで、具体的に規定された条項は、①障害者に関する事項を審議し、その政策を政府に建議する義務を持っている保健社会部に、中央障害者福祉委員会を、②各特別市と道（15）に地方障害者福祉委員会を置き、③各市・郡・区（273）に障害者福祉指導員を置いて福祉業務を専従させ、④5年毎に障害者実態調査を施行し、⑤障害者登録制の実施、⑥障害者の一般及びリハビリテーション医療保険費の補助、⑦障害者子女教育費補助、⑧補装具の支援、⑨重度障害者生活補助手当の支給等であります。これらは大部分91年度から実践に移されており、また一部事業は92年度予算に組まれて、現在国会の同意を待機中であります。勿論これら事業の賃金、また量的面において異論が多く、財政的支援は極く不十分であると見做されますが、まずはこれらの事業に国家が着手したという面に意義を置くべきだと思います。（俗に“一さじで腹は満たない”と言っておりますように）

障害者雇用促進法（1989.12）

6章63条で構成されており、障害者に対する自立努力の促求、職業指導、職業訓練、雇用促進、職場の適応指導等、一般的条項に加えて具体的にこれらを実践に移すため、①労働部に障害者雇用促進委員会と雇用促進課を置き、②義務雇用制を導入、国家及び自治団体は2名以上、一般事業場は1～5名の義務雇用率の適用を規定し、③雇用率に達しない所に対しては、最低賃金の60%の負担金の徴収を規定しております。④かかる業務を遂行するために、障害者雇用促進公団の設立（1990.9）を規定し、⑤この事業の運営基金として障害者雇用促進基金の造成、⑥また、障害者職業訓練院の運営、⑦事業場の障害者雇用を補助するための職業生活相談員の配置と⑧職業訓練のための手当支給制を導入しております。

これで職業リハビリテーションの基本構造はでき上がったことになりましたが、障害者の職

業生活に関する知識と経験の不足、この事業に従事する専門人力の不足、第一線の窓口、即ち下部構造の整備不足、職業訓練体制の不備等で、今後この制度が定着するまでには相当の日時がかかると予想されます。ともあれ、この法令が労働能力のある障害者に職場を提供し、社会生活に参加、自立の基盤を持った生活人としての誇りと生きがいを与えるという意味で、この法にかける期待は大きく、障害者リハビリテーション福祉政策の推進において一大転機をもたらすことと期待されます。

この職業リハビリテーション事業は主として労働部所管で推進するようになりましたが、この制度が定着するとしても、一般労働市場に進出できない重度あるいは特殊グループの障害者の就業問題が依然として残る重大な問題で、これは保健社会部の所管として自立作業場、保護作業場等を通じて自立を図ることになります。しかしまだ、その間の事業のけじめがつかっていない現状で今後の課題として残ることになります。

韓国の社会経済的背景と社会保障制度

障害者福祉は社会福祉の一部であり、これはまた社会保障という大きな枠に入ると言えましょう。社会保障制度を支えるのはその国の社会・経済的背景でありますから、これらに関してここで言及したいと思います。

韓国は8,500km²内に4,300万人の人口をかかえ、1km²に431名という世界最高の人口密度を持っています。人口増加率は年0.97%で2020年に人口5,000万人となり、人口増加率零に達すると予想されています。65歳以上の人口は4.73%でまだ若い層が多い方ですが、急激な高齢化が予想されております。平均寿命は（1990年）男子67.1歳、女子73.6歳。都市人口70%、二次産業28.5%、三次産業50.9%と急激な産業構造の変化と共に人口の都市集中現象を示しています。急激な都市化は、住宅問題、衛生と環境問題、公害、交通問題、犯罪の急増等、多くの社会問題を起こしています。1990年度

国民総生産は、2,397億ドル、国民一人当たりの所得は5,600ドル、経済成長率は9.0%、失業率は2.6%と報告されています。年間国家予算は約360億ドル。内訳は防衛費30.4%、教育費22.3%、社会開発費10.4%、経済開発費14.5%等で、国防費等の過重なる負担で相対的に社会開発費が軽い比重を占めていることがわかります。これは政治的発言のように響くかもしれませんが、南北韓の統一と軍備縮小が先行しない限りこの状況の大幅な改善は期待し難く、これが社会開発、社会保障、ひいては社会福祉に対する十分な財源確保の大きな障害要因として作用していると思われます。

社会開発費中、社会保障費は全国家予算の約7%に該当し、これは先進国に較べて格段の差があることが分かります。91年度保健社会部予算は、約20億ドルで、政府一般予算の約5.1%に該当し、社会保障費が約15.5億で医療保健費と医療保護費に約10億ドル、生活保護費が約3億3000万ドルで、未だ未熟状態にあります。国民年金に若干と、残り2億ドル足らずが老人福祉、児童福祉、婦女福祉、その他を含む障害者福祉等、社会福祉に使われています。部を通じての障害者予算も2億ドルならずで、これも大部分文教部傘下の100個以上の特殊学校運営と各種障害者(収容)施設の運営に使われ、残りの予算が在宅障害者のための各種サービスにあてられており、その規模は極く微々たるものと言わざるをえません。今後この部門において、政府の一般の積極的投資と政策的配慮が要望されると言えます。

現在具体的に展開されている事業

上述した福祉法と雇用促進法に関連して、具体的に展開されている事業を次の如く列挙することができます。

- 1 障害者登録事業 (95万人27%)
- 2 社会福祉政策委員会の発足 (1990)
- 3 障害者雇用促進公団の発足 (90.3)
- 4 国立障害者職業訓練院の建立 (91.9)
- 5 国立医療リハビリテーションセンターの建

設 (92年末完工)

- 6 障害者福祉体育会の発足 (1989.5)
- 7 低所得層自己負担医療保健費補助
- 8 低所得層補助器支援拡大
- 9 低所得層生活補助(手当)支給
- 10 障害者子女教育費補助(中学校まで)
- 11 生業資金補助
- 12 重症障害者医療施設拡充
- 13 特殊教育研究所の設置
- 14 障害者総合福祉館増設
- 15 保護作業場の増設
- 16 公共料金割引制度
- 17 不利益法律条項の削除
- 18 各邑・面・洞(3,561)への社会福祉専門家の配置、91年に2,000名、95年に5,000名以上配置予定
- 19 保健所、医療リハビリテーション業務追加
- 20 CBRプログラムの試行(各障害者総合福祉館を中心に)
- 21 グループホーム、システムの試行

考察—今後の課題

韓国においては、前述した如く福祉3法が整備され障害者福祉に対する基本的装置は一段完成されたと言えましょう。しかし、法と制度のみが問題を解決するわけではないので、なにより国を通じて内実ある障害者福祉事業を展開することが重要と思われます。

そのためには、①各種の関連法と制度の運用を審議調整し(重複なき各種事業の効率を高め)新しい政策を建議する権限を持つ中央並びに地方障害者福祉委員会の積極的で活発な活用と、②各種サービス展開において政府の積極的財政支援はもちろん、民間資源の積極的参与が望ましいと言えましょう。それから、③現在推進中の各種事業の有効適切な伝達のためには、行政組織内の効率的伝達体系の確立はもちろん、民間レベルにおいてもこれに相応し協力する伝達体系が、整えられなければならないと思います。④これら行政組織の伝達体系に専門性を賦与するためには、専門行政官制度が導入さ

れるべきであり、また一方⑤各種福祉事業を担当するリハビリテーション福祉専門要員を系統的に養成確保する制度が確立されるべきであると思われます。⑥障害者リハビリテーション福祉の究極的目標が障害者の地域社会内の平等な自立生活にあるためには、障害者の自立を目指す実効性あるプログラム（例えばグループホームシステム、CBRプログラム、インディペンデントプログラム、等）が不断に研究開発されるべきであり、そのための各種研究機関における研究活動が支援、奨励されるべきであると思います。そして何よりも重要なのは、“共に生きる”社会作りを目指す我々は、障害者の福祉の真の意義について全国民の真からの理解と協力精神の啓発に努力すべきと言えましょう。

結びの言葉

韓国において障害者リハビリテーション福祉事業は、最近相当な進展を見せたとはいえ、先進国に較べると非常に立ち遅れの感が深く本格的な事業はこれからだと思えます。しかし私達が考慮している政治経済社会的側面からして

も、今後もこの事業が必ずしも順調にばかり進むとは思いませんが、千里の道も足元よりという諺がありますように、一歩一歩着実に前進すれば近い将来に相当な成果を得られることと信じております。私達ができるだけ試行上誤りを少なくし、着実に前進するためには、これからもっと活発な国際交流を通して各国の経験と知識を学ぶことが切実な問題だと思えます。この点その道でも先進国であり、また隣国でもあり、文化の背景も極く類似している日本の経験と知識は私達にとって非常に裨益する所は大きいと思っております。その意味でもこれからもっと緊密な韓日交流を望んでやみません。

最後に韓国における障害者リハビリテーション福祉政策の最近の動向に関し紹介申し上げる貴重な機会を割愛して下さった日本障害者リハビリテーション協会と障害者リハビリテーション福祉に昼夜尽力なされる同志の皆様のご厚意に深く感激致します。御静聴有難うございました。

(原文日本語)

“分科会”

我が国の障害者に関する法制と対策の課題

座長 調 一 興

(東京コロニー)

(1) わが国の障害者法制は、「心身障害者対策基本法」を理念法としながら、福祉対策の実定法として「身体障害者福祉法」「精神薄弱者福祉法」があり、また「精神保健法」は、精神障害者の福祉にやや足を踏み入れています。

雇用対策のための制度として「障害者の雇用の促進等に関する法律」があります。

(2) 国連による障害者の定義は、①機能形態障害、②能力障害、③社会的不利の三つの側面からその範囲を決めるとしており、これはずでに国際的なコンセンサスを得ています。

しかしわが国では、この定義にそって障害者の範囲が定められているとは言いがたい。わが国独特の障害者の決めかたが行われており、狭く限定的であるといわれています。

その理由は対策基本法の障害者の定義に問題があること。このほかに身体障害、精神薄弱、精神障害など福祉の実定法が障害別に分立していることも、はざまにある障害者を福祉法の対象外に置き去りにしている原因となっているとの意見もあります。

(3) 住宅、公共建造物、交通・運輸など社会生活及び環境問題については、アメリカの ADA のような特別立法をつくるべしとの考え方と、そうではなくノーマライゼーション理念からも特別立法ではなく、例えば公営住宅法、建築基準法、道路交通法、鉄道法などを改正することで、ハンディキャップをもつ人々が自立し、生活しやすい環境をつくる方

が適切であるとする意見があります。

(4) このほか、障害者の人権を守る制度や、各種の政策立案過程に障害者及び代弁者が参加することの制度化を求める声が高まっています。

これらの問題について、時間の許す範囲で論じてみたいと思います。

発言者として立法院から八代参議院議員を、行政府から厚生省社会局松尾更生課長を、また、学識経験者として法政大学の高藤教授をお願いしました。お忙しいところをご出席いただきましてありがとうございました。

八代議員については改めて紹介するまでもありませんが、現政府与党の役員でもあり、国会内でも障害者問題に大きい影響力をもっておられます。

行政側からは本来なら障害福祉課、精神保健課、あるいは労働省からも出席をしていただければ全体をカバーすることになると思いましたが、今回は松尾更生課長に代表していただくことにしました。更生課長としてというよりも、広い立場でお話をしていただきたいと思います。

高藤教授は、国際障害者年日本推進協議会の政策委員会の中で障害者法制を検討する部会長としてずっと在任していただいた方です。そういう立場でお話をさせていただきます。

我が国の障害者に関する法制と対策の課題

八代 英太

(参議院議員)

1. 施策（法体系）の総合化、そして「アクセス法」を目指して

本日はお招きいただきありがとうございます。私は1973年、昭和48年に車椅子になりましたので、もう18年たちました。相当ベテランの域に入って参りましたが、まだまだ勉強中であります。厚生省だけならまだいいのですが、課題が全省庁に広がっておりますので、これからも目一杯の努力が必要だと思っています。

座長から五つのテーマが示されましたが、問題の整理として極めて適切であると思っております。これに沿って申し上げて参りたいと思っております。

まず、法体系の総合化という課題であります。厚生省では担当が別々の局や課に分かれています。問題でありましても、対象者は単一人であったり、同一のグループ、類似のニーズを持った人々である場合が多くあります。問題を担当別に分けるというのは役所の側の論理であって、問題を抱えている側は一体なものですから、部分に分けられたのでは本当の解決にならない筈です。ぜひ、問題を抱えている人の側にとって総合的な対策が講じられるように法体系も行政機構も組み替えていく必要があると考えます。

特に、これからは福祉行政の主人公が国から地方自治体に移っていき、市町村の持つ役割がどんどん重くなっていくわけです。自治体毎の福祉のコンクールの時代になるとよく申し上げ

るんですが、その市町村では、国の機構と異なり、すでに身体障害と精神薄弱とを一つの課が担当しているケースも多くあります。それによるプラスもあるわけですが、地方では一緒、国ではバラバラということでは困るわけです。さらに精神保健関係は、保健所が対応するため、精神障害の方たちの社会復帰ということでは市町村には担当窓口すらないという形になっていきます。

このように、点と線が結ばれておらず、機構や法制度を全面的に見直す必要があることがわかります。現状のままではあまりにもちぐはぐな感じで、障害の種別による格差も益々拡大するおそれがある。地方の実態と国の体系とのつながりも考えながら、というよりも、地方の時代ですから、地方の現場の利益を考え、地方に合わせて国の体系も一本化するぐらいの考え方で、21世紀までに、総合的かつ効率的に施策が行えるように大きく改革する必要があると思います。

総合化という大きな課題に加えて、建築物、交通機関のアクセスについて、計画的に改善を進めることが緊急の課題になっております。これらをまとめた「アクセス法」に相当するものが必要な時期になっているのではないかと考えております。アメリカのADAの衝撃が日本にも伝わってきましたけれども、あれを日本で受け止めるとすれば、主として物理的な環境の問題になるだろうと思います。

社会参加であれ、通学であれ、雇用・就労で

あれ、自立に向けて歩みだそうとしてもまず、家を出たところからたちまち障壁にぶつかる、というのが現状です。これには同時に情報へのアクセスということも含めて考えていく必要があります。情報化社会と呼ばれて久しくなりますが、視聴覚障害を持つ方々にとってのハンディキャップは必要な配慮がなければ益々拡大してしまう恐れがあります。

宮沢総理のいう「生活大国」ということの中身としても、このアクセスの問題は最も重要な内容のひとつであると思います。まさに基盤的に必要なものであります。

とはいえ、法律の形については、まだ明確なコンセンサスはできていないように思いますが、例えば「心身障害者対策基本法」の大改正という形で大きな柱を建て、これを軸にして、個々の省庁の政策を推進、内容を具体化していくというのも一つの案であろうと考えております。

2. 障害者の範囲の規程

次に障害者の範囲の規程の問題ですが、ADAのアメリカではこの法律の対象者数が4,300万人と言われております。これは人口のおよそ17%に当たります。ヨーロッパ各国でも障害者の人口比率は概ね5~10%となっているようです。日本の定義ではこれよりはるかに少ないことになっているわけです。

その理由は、障害者の範囲を、障害名を挙げて範囲を定める「制限列举」方式をとっているためであります。しかし、実際には、難病を始めとして、列举されていない名前の障害等で苦しんでいる人も多く、こうした人々に福祉が及ばないのは大変な問題であります。この「範囲」の規程の仕方の見直しは大きな課題であると思っております。福祉政策が進めば進むほど格差が広がるということにもなりますので、これは早期に解決すべき課題です。

なお、あわせて手帳のカード化なども検討すべきだと考えます。私の手帳は36歳でいただいたものですが、54歳の現在も同じ手帳ですか

ら、写真なんかもう別人のような感じになってしまいました。手帳自身というか、障害の認定それ自身を有期にするというような問題、プライバシーとの関係などいろいろ議論も出てくるでしょうが、高速道路を走るとか、各種割引制度の在り方の改善であるとか、コンピュータ化に対応しやすくなることなどもにらみながら、メリットがあるならば、我々の側から提起していくことも必要ではないかと考えます。

3. 施設制度の在り方について

次に、施設制度の在り方に触れてみます。身障福祉法においては先の法改正で、一定の見直しを行ったところですが、身障は身障、精薄は精薄というように別々に分ける必要がどこまであるのか改めて考えてみるべきではないでしょうか。それに、授産施設のように生活施設と就労施設が一緒になったものは、本来なら分離してあるのが自然ではないかと思えます。先般、高知に行って授産施設の費用徴収の問題で要望を受けましたが、これも生活の場と働く場が一体となっているために起こっている問題であると言えます。東京などでは自治体が肩代わりして問題が見えなくなっているような面もあるようですが、高知では深刻な問題として存在しておりました。費用徴収は生活の場としての施設という部分に係わるわけですが、入所者にしてみれば、徴収される金額と、施設の就労の場としての側面から得られる工賃の額を比較してがくぜんとしている、というのが実態であります。これでは働く意欲が大きくそがれてしまうという訴えに、私も大きくうなずかされました。

また、授産施設は、仕事を身につけて社会に巣立っていく施設とされておりますが、重度障害者の場合、実態として、巣立っていくことが困難な人々も多いわけです。たてまえにこだわるのでなく、この現実在即して、施設体系を再整理する必要があるのではないかと考えております。

4. 精神薄弱者福祉法の理念について

精神薄弱者福祉法の理念について少し触れます。身体障害者福祉法の理念の規程は先に改正しました。精神薄弱者福祉法は、実際に進めている施策の面では、グループホームに見られるように地域での自立生活を促すことに重点が移ってきております。中でもグループホームは毎年100カ所ずつのペースで増加していきまして、大変好評であります。精神薄弱の方々も地域で自立していけるようになって、親離れをしていくという方向が当たり前のこととして皆に認識されるようになり、親自身にとっても「この子より先に死ねない」などと悩まずにすみ、子供の自立を期待できるようになっていく。大変素晴らしい芽が、苗が育ちつつあると思います。

こうした方向を、身障福祉法と同様に、法律の理念としても明確にし、行政の責任の焦点を明らかにするとともに、もう一方で、広く国民の理解と支援を得られるようにする必要がありますと考えます。そうすることで、自立に向かっての当事者の努力をまた一層支援し、激励することになると思います。

5. 無年金者の救済、労災の業務外死亡の遺族の救済

この二つの問題は私の初当選当時の永年の宿題であります。いずれも保険制度の根幹にかかわる問題だと言われておりますが、制度も大切かもしれないが、個々の困っている人々を無視したら、なんのための制度だ、と私は言い

たいところですよ。私は、行政にその気があれば「できる」ことだと思っています。

無年金者の救済は、5年毎に行っている制度の次の見直し、再計算ですね。次は平成6年に予定されておりますので、その段階でできるように今から真剣に考えて欲しい。

労災年金受給者の死亡後の遺族の補償は、死因が業務に起因するかどうかの因果関係の認定によって天と地ほどの境遇の違いとなる。永年被災者につきそい、被災者とともに老い、被災者が死亡したら、その妻はどうやって生活したらよいか、考えるまでもなく気の毒であることはおわかりでしょう。これについては、一定の条件を定めて労働福祉事業で救済する方式でも結構なので、早急に検討してほしいと思います。

最後に、いつも申し上げていることですが、「福祉はジャングルの雨であってはならない」という点を強調しておきたいと思います。つまり、上の方だけに恵みの雨が届き、大木の根の辺りまでは及んでこない、というのがジャングルの雨であります。根っここのことを忘れず、恵みの雨がちゃんと全体にゆきわたるようにしなければなりません。

また、平成4年度予算編成が始まりますが、財源が大変に厳しいと言われております。しかし、他は削っても、福祉予算だけは確保するつもりで臨むとともに、新しい施策については、とにかく種だけは蒔いておいて、それから大きく育てていくつもりで、種蒔きだけは確保したいと思っています。

身体障害者福祉法の当面の課題

松尾 武昌

(厚生省社会局更生課長)

1 身体障害者福祉改正の流れ

○身体障害者の更生



○身体障害者の生活の安定



○身体障害者の社会参加の推進

2 今回の身体障害者福祉法改正の目的

○身体障害者の身近なところ、市町村で福祉行政を担当する

○施設福祉サービスと在宅福祉サービスを一体的に実施する

○そのため、都道府県の施設入所の措置権を町村に移譲する。また、在宅福祉サービスを法律に明記する

3 措置権移譲に伴う課題と対策

○身体障害者福祉行政は障害者個々人のニーズに合わせる必要から第一線の実施機関の判断に委ねる部分が多かった

○そのため、この実施機関には永く身体障害者福祉行政を担当する専門家が配置されていた

○近年、地方公共団体等も人事異動等が多く、身体障害者福祉行政の専門家が少なくなった傾向がみられる

○措置権移譲にあたっては、前述のような情勢を判断する必要がある

○対応策としては次の点を検討する必要がある

・福祉行政担当のマニュアルや、標準的な考え方等の作成

・担当職員の養成・研修

4 国連・障害者の十年の後をどうするか

○現在の「障害者対策に関する長期計画」及びその後期重点施策が平成4年が最終年となる

○この後をどうするかは

・中央心身障害者対策協議会で審議してもらうこととなっている

・その後、政府の障害者対策推進本部で政府の方針を決定することとなる

・現在、同協議会の議論を開始する準備を始めているところである

5 ADAと日本の対応

○基本的にはADAの今後の実施状況をみて我が国なりの対応を検討

○日本は生活環境の整備（建物、道路、交通）が遅れていることは認識している

○身体障害者の身近なところでも、配慮がたらない面もあり、地域住民の理解も必要

6 身体障害の範囲の拡大

○身体障害の範囲の拡大については、各団体から要望が出ていることは認識

○今後の大きな検討課題であり、中長期的に検討が必要

わが国の障害者に関する法則と対策の課題

高藤 昭

(法政大学教授)

はじめに

本日、私が呼ばれましたのは、かつて、この問題について数年にわたって検討してまいりました国際障害者年日本推進協議会の政策委員会、福祉法制プロジェクト（のちに「福祉法制問題検討小委員会」）で私が世話役をしていた関係からと思います。そこで、以下、このプロジェクトで議論しましたことを中心にお話いたします。

ここで問題としましたのは（1）心身障害者対策基本法の改正、（2）障害者権利擁護委員会制度の創設、（3）総合福祉法の制定、の三点でありました。これを順次ご説明申し上げます。

1. 心身障害者対策基本法の改正

この法律ができたのは1970年ですが、その後、世界には障害者福祉について、ノーマライゼーションという新しい理念が登場し、国連においては「精神薄弱者の権利宣言」（1971年）、「障害者の権利宣言」（1975年）の二つの権利宣言が採択されたのち「完全参加と平等」をスローガンとして1981年を国際障害者年といたすような発展がもたらされました。そこで、このような新しい世界的な情勢と障害者保障の理念から心身障害者対策法を抜本的に見直そうということになったものです。

改正すべきものとしてあげられた主な点は以下のようです。

- （1）「障害者」の定義を「いかなる原因によるかを問わず、身体または精神の疾患、形

態異常、または機能障害が長期に継続する者であって、社会生活または日常生活を行うについて相当に不利、困難または不自由な状態におかれているもの」とする。

- （2）法の趣旨を、障害者福祉の新しい理念たるノーマライゼーションや「完全参加と平等」に即したものに切り替え（＝目的規定の改正）、それに応じた障害者権利宣言規定を整備して装いを改める。
- （3）国または地方自治体の施策の策定にあたっては、つねに障害者に対する配慮を加えるべきこと、および障害者の基本的権利が実現されることが目標とされるべきことを明記する。
- （4）障害者福祉の充実のため、および障害者になることを防止するための国、地方公共団体の責務を明確にし、年次行動計画、年次報告書を国会または議会に提出することを義務づける。
- （5）現在の中央協議会を調査審議機関と性格づけ、そのメンバーは障害者またはその代表者を中心とし、その建議を内閣総理大臣は最大限尊重しなければならないこととする。

2. 障害者権利擁護制度の創設

障害者はとかくその権利が侵されがちですが、これを守るための公的権利擁護機関を創設すること。この機関はすべての障害者を対象と

して、権利侵害状態の排除、財産管理、日常生活介護を行う行政委員会的組織として、各都道府県、市町村に設置する（その骨子は後掲）。

3. 総合的福祉法の制定

基本法上の措置を実現するためにはそのことを具体的かつ綿密に規定した福祉法が必要ですが、現在、身体障害者と精神薄弱者については、それぞれ福祉法が制定されていて一定の福祉措置が実現されています。しかしこれが必要なのはこの二つの障害者だけではなく、すべての障害者に共通です。この場合、あらゆる障害者ごとの福祉法を制定してゆくことは大変なことであるばかりか、障害者別の福祉法では、サービスが障害種別に固定されて不融通となること、重複障害者や障害と障害の谷間にある障害者にそれぞれのニーズに応じた適切なサービスの実施が困難になること、などの問題があります。そこで、すべての障害者をその原因、種類のいかんを問わず包括的に対象とした一本の総合福祉法の制定が必要です。このことはそれを所管する行政機関も一本化され、縦割り行政の弊害を取り除くというメリットもあります。また障害者の立場からは簡潔で分かりやすい制度となるわけです。

この総合福祉法制定案は、すでに推進協の国民会議でも確認済みです（ただし、当面の問題としては各障害者団体による個別の福祉法制定要求運動を否定するものではありません）。

むすび

以上、推進協政策委員会・福祉法制プロジェクト（のちに福祉法制問題検討小委員会）で確定されました三点について述べました。すべて重要課題で、今後早急に推進されるべきことですが、緊急度からいえば「2」が最重要です。この点は、アメリカの制度を参考として東京都の予算措置により、ついこの間（1991年10月）、東京都社会福祉協議会内に“精神薄弱者・痴呆性高齢者権利擁護センター”（☎03-3212-0777）が開設されて活動を開始しました。この

ような制度の必要性は全国的なものであり、また法的根拠のない自治体内の制度では業務に限界があります。法律に基づいた国の制度の確立が緊急に要求されています。

（なお、本稿は、1991年12月6日の第14回総合リハビリテーション研究大会での私の講述に若干加筆したものです。）

〔附〕 障害者権利擁護制度案骨子

国際障害者年日本推進協議会行政委員会・福祉法制問題検討小委員会案

（一）（目的）

この制度は、心身障害者対策基本法に規定する障害者の権利を具体的に保障することを目的とする。

（二）（障害者権利擁護委員会の設置）

- （1）都道府県は、都道府県障害者権利擁護委員会（以下、「都道府県委員会」という。）を設置しなければならない。
- （2）市町村は、市町村障害者権利擁護委員会（以下、「市町村委員会」という。）を設置しなければならない。

（三）（都道府県委員会の構成）

- （1）都道府県委員会は、障害者利益代表者2名、弁護士2名、医療、福祉、教育に関する学識経験者5名、家庭裁判所調査官1名、医師1名によって構成される。
- （2）都道府県委員会の委員は、都道府県知事が、関係団体から推薦を受けた者のなかから、議会の同意を得て任命する。
- （3）都道府県委員会の委員長は、委員の互選によって決定する。
- （4）都道府県委員会に事務局を設置し、専任職員を配置する。
- （5）都道府県委員会の経費は、都道府県が支弁する。

（四）（都道府県委員会の職務と権限）

- （1）当該都道府県内の障害者の権利を擁護するために必要な調査および監視を行うこと。

- (2) 前項の調査および監視により、または市町村委員会からの通報があった場合において、障害者の権利が侵害されており、または侵害されるおそれがあると認めるとき、その状況を排除するために必要な権利侵害行為の排除、財産管理、法律行為（訴訟行為を含む。）の代行その他の措置を決定（以下「権利侵害排除措置決定」という。）すること。
- (3) 前項の権利侵害排除措置決定を行った場合には、それを実行するため、必要に応じ、都道府県知事、当該都道府県内にある関係行政機関、市町村長または市町村委員会にその決定を通告し、その決定を実施すべきことを指示すること。この場合においては、その通告または指示を行ったのち一定期間経過後、当該権利侵害排除措置決定の実施経過について評価を行い、必要な措置をとるものとする。
- (4) 前三項の職務を行うために必要があるときは、専門分科会を設置するものとする。
- (5) 市町村委員会に対し、第一項の調査、監視の職務を実行するために必要な協力を求めること。

(五) (都道府県委員会の決定、指示の効力)

(四) - (3) により都道府県委員会から権利侵害排除措置決定の通告および指示を受けた道府県知事、関係行政機関、市町村長、市町村委員会は、その指示に従わなければならない。

(六) (市町村委員会の構成)

- (1) 市町村委員会は、障害者利益代表2名、医療、福祉、教育の学識経験者5名、民生委員1名、児童委員1名、障害者施設関係者1名によって構成される。
- (2) 市町村委員会の経費は、市町村が支弁する。
- (3) (三) - (2)、(3)、(4) は、市町村委員会に準用する。

(七) (市町村委員会の職務と権限)

- (1) 障害者の権利擁護に関する相談に応ずること。
- (2) 障害者の権利擁護に関し、一般市民、公共機関に対し、啓蒙活動を行うこと。
- (3) 当該市町村の区域において、障害者の権利を擁護するために必要な調査および監視を行うこと。
- (4) 前項の調査および監視により、または関係者からの通報により、障害者の権利が侵害されており、または侵害されるおそれがあると認めるときは、ただちにその事実を都道府県委員会に通報すること。
- (5) 前項に規定するもののほか、当該市町村の区域内における障害者の権利の擁護に関する重要な事実その他の情報を、都道府県委員会に通報すること。
- (6) 当該市町村の区域内に居住する障害者に関し、都道府県委員会の権利侵害排除措置決定の通告および指示を受けたときは、その指示にしたがい、財産管理、法律行為（訴訟行為を含む。）その他の適当な措置により、当該決定を実施すること。

(八) (市町村委員会の指示の効力)

(七) - (6) により市町村委員会が権利侵害排除措置命令を実施するために必要な指示をおこなった場合には、市町村長、当該市町村内の関係行政機関、およびその市町村の住民は、これに従わなければならない。

(九) (国の補助)

国は、都道府県または市町村が支弁した費用の一部を補助するものとする。

(注1) 中央に、障害者権利擁護のために必要な、国政に対する意見具申、建議、対策の協議のための 機関（仮称、「中央委員会」）を設ける。

(注2) 都道府県委員会、市町村委員会と地方協議会とを一体化する方向で検討する。

地域社会におけるリハビリテーション活動

—事例をとおして考える—

座長 竹内孝仁

(日本医科大学)

リハビリテーションの最終的な目標は健全な社会生活の獲得にあり、とりわけ生活の基盤である「地域社会生活」は重要な意味あいをもっている。

家庭および地域社会における生活には、医療、保健、福祉が統合され、さらにその地域特性、価値観、文化などが渾然一体となったものである。このため、専門的な働きかけを行う医療、保健、福祉の各分野には密接な連携と協働が求められ、障害をもつ本人にとって社会的対象となる地域住民の参画が必要となってくる。

ところで、障害者や高齢者を治療したり療養を行う機関は、それぞれに医療、保健、福祉のいずれかの分野を担うものとして機能し、対象者もその機能に応じて扱われる。例えば病院は

医療をその機能の中心に据え、医療的ニーズの高い対象者を取扱う。

それぞれに特殊性をもった機能の機関から、上に述べた各分野の統合された場への移行は、対象に応じた働きかけにいくらかずつのちがいを含ませてくる。こうした特性をふまえながら、最終的に地域社会における円満な生活の回復をめざすには、それぞれの立場からどのように働きかけるかの基本的な視点と他職種との連携のあり方、その実践が必要である。

このシンポジウムでは、事例報告を通しながら、それぞれの施設、協議会、行政などの立場と役割、考え方、連携のあり方などを検討していく。

地域リハビリテーション協議会活動と地域リハ計画

埜 正文

(長野県身体障害者リハビリテーションセンター)

1. 身体障害者更生相談所と地域リハビリテーション協議会活動

私は、身体障害者リハビリテーションセン

ターの更生相談室(身体障害者更生相談所)の所属です。更生相談所の業務は、相談・指導(巡回、来所)、身障者施設入所判定、補装具判定、

更生医療判定等です。さらに、昭和61年からは、厚生省通知により、地域リハビリテーション推進事業等が加えられました。

この推進事業の大きな柱として、地域リハビリテーション協議会の設置運営があります。会の目的は、「身障者の更生援護に係る各機関が、相互の有機的連携の下に的確な評価判定等を行うような運用を確保するため、都道府県、指定都市の圏域を単位とする関係機関との連絡協議を行うため」となっています。また、会の事業組織として、施設入所者評価連絡協議会、地域ケア連絡協議会、養護学校の卒後対策連絡協議会、就職促進連絡協議会、補装具適正化連絡協議会があげられています。このように、更生相談所と地域リハビリテーション協議会活動との関連は、国により運営規定が示されています。しかし、長野県の協議会活動は、これとやや色彩を異にしています。

2. 信州リハビリテーション協議会とは

長野県の協議会は、信州リハビリテーション協議会と名づけられています。本会は、兵庫県を参考にして、前述の地域リハ推進事業より先んじて昭和57年に設立しました。この数年前

より、県内のリハ関係医師等による研究会が作られていましたが、それを発展させたものです。

本会の目的は、リハビリテーション関係者の連携を深め、障害者等の福祉の増進を図ることとなっています。事業内容としては、情報提供、啓蒙、研究の各活動が三本柱であり、具体的には、毎年1回の談話会の開催、リハビリテーション関係資料集の発行等があげられます。役員組織は、地元信州大学医学部名誉教授を会長とし、委員としては、県医師会、社協、PT士会、OT士会、身障協、看護協会、医療社会事業協会、職業センター、県社会・衛生行政関係、身障施設協議会等各組織、機関の役員、さらにリハ関係医師等により構成されています。また、身障法15条指定医を対象とする特別会員制度を設けています。

3. 協議会活動の経過、現状、課題

活動の大きな柱である談話会は、今年度で9回を数え、県内主要都市を巡回して開催しています(資料参照)。開催形式は、基調講演とシンポジウムの組合せが多く、テーマとしては、地域リハビリテーション、ボランティア、在宅ケ

信州リハビリテーション談話会

回	年月日	場所	テーマ
1	S. 58. 10. 22(土)	松本市	長野県の地域リハビリテーションの現状と課題
2	59. 11. 17(土)	長野市	長野県における高齢化社会への対応
3	60. 10. 12(土)	諏訪市	障害者の在宅ケアの現状と課題
4	62. 2. 14(土)	松本市	在宅リハビリテーションの効果的な進め方
5	62. 11. 19(木)	上田市	長野県の地域リハビリテーションの現状と課題
6	63. 11. 29(火)	飯田市	リハビリテーションにかかわるボランティアの役割について
7	H. 元. 11. 7(火)	長野市	重度障害児・者の在宅ケアについての諸問題
8	2. 11. 7(水)	松本市	地域リハビリテーションでの保険・医療・福祉の連携の現状を探る
9	3. 10. 29(火)	伊那市	保険・医療・福祉の連携の現状を探る -寝たきりゼロをめざして-

ア、高齢化等の諸問題を取りあげています。シンポジストには、医療、保健、福祉の各領域から選定し、参加の呼びかけも同様に多方面に行っています。参加者は、各回平均2~300人で、民生児童委員、保健婦・看護婦、PT・OT、ヘルパー、福祉事務所職員等が多くなっています。本談話会は各専門家間の連携のための集まりでもありますし、一方では社会への啓蒙の場でもあると言えますが、専門家集団のリーダーとなる医師と一般住民の参加は極わずかな状況です。しかし、医師のリハビリテーションに対する理解を深めてもらうことは非常に重要なことですので、談話会報告書は、前述の特別会員である医師、さらには関係医療機関へも配布しています。医師および一般住民の参加者数は、地域リハビリテーション思想の浸透の重要なバロメーターとも言えましょう。また、談話会報告書とは別に、福祉、医学情報を掲載したリハビリテーション関係資料集を、ほぼ毎年1回、各分野に情報提供として配布しています。

今後の課題もあります。現在まで談話会で掲げてきたテーマ、課題は、身体障害者、その中でもとりわけ肢体不自由者と高齢身体障害者の問題が多く、視覚障害者、聴覚障害者、そして精神障害者、精神薄弱者の問題が少なかったことは否めません。リハビリテーションの対象となる障害者は幅広く、社会全体にその思想を啓蒙していくとすれば、すべてを包含、統合した会議が求められます。長野県内でも、各分野ごとには啓蒙大会が開かれています。今後は、それらの統合されたものができれば良いと考えています。

また、今日与えられたテーマは、「協議会活動と地域リハ計画」となっていますが、現状では、

地域リハ計画を具体的に協議会が立てるということはなく、啓蒙、情報提供をする中で、その基礎固めをしていると言った方が適当だと思います。更生相談所には、各地域の身体障害者のために巡回相談を実施していますが、これは各対象者のリハ計画策定の援助をしていると言っ

4. 保健、医療、福祉の連携について

この問題については、当談話会でも直接的にテーマとしてとりあげ、論議したこともあります。その中で確認されたことは、情報（管理）システムとサービス供給システムを整備することが大切であるということです。このことは多くの方々が言われています。しかし、この二つのシステムを整備していくためには、各分野が共通理解をしていかなければならないことも多々あります。一例としてあげれば、経管栄養者等は福祉施設で処遇できるのか、医療機関で見ていくべきなのか、という問題等です。

また、専門家群のコーディネーターは誰が適任なのか、という問題もあります。

諸々の問題がある中、当談話会の中で、介護者の立場で意見発表された方から、窓口は一本にならないだろうか、という要望が出されたことがありました。同じ福祉の領域でも障害福祉と老人福祉という二本立てになっており、利用しにくいというのです。このことは、ややもすると専門家集団が対象者、介護者抜きの活動になることを戒めるものと認識しています。平成5年の法改正も目前ですが、いつも、障害者、介護者の視点で、連携を考えていきたいものと思っています。

板橋区におけるリハビリテーション活動

－異職種間の連携について－

栗津原 昇

(板橋区立おとしより保健福祉センター)

1. おとしより保健福祉センターのケアシステム

おとしより保健福祉センター（以下「当センター」）は、要介護高齢者にたいして総合的な支援を展開するため、つまり「縦割り行政に横軸」をキーワードに保健、医療、福祉の総合的な支援をしていく拠点として今年4月に開設しました。

当センターにおけるケアシステムについて説明します。

ケアシステムは、①「総合相談窓口におけるニーズの把握」からはじまります。本人や家族の来所による相談、もしくは老人福祉手当受給者台帳、医療機関からの連絡等によるものに対する訪問、によりニーズを把握します。相談窓口の担当は保健婦・ケースワーカーで、いわゆるケアのコーディネーター役を果たします。本年10月までの相談件数は1445件です。②必要な方にたいして「初回訪問」を行います。ケースの状況におおじて、単独訪問又はグループ訪問をします。職種は理学療法士、作業療法士、介護福祉士などが加わります。③ニーズや在宅生活の実態把握にもとづき「カンファレンス」を開きます。担当者どうしのミニカンファレンスとともに、問題のあるケースや処遇困難なケースについては定例カンファレンスにおいて処遇方針を決定します。定例カンファレンスは月3回開催されます。④要介護高齢者にたいする支援は、ケースの状況、時間の経過とともに

にその内容および関わる職種が変化していくものです。それが「調整された総合的なサービス」であり、効果的、効率的なサービスになります。そのためにも⑤「事業の評価および方針決定へのフィードバック」は重要になります。

4月から10月までのセンター全体の訪問実数は686人です。延訪問指導件数は理学療法士581件、作業療法士138件、介護福祉士420件、ケースワーカー441件、保健婦967件等で合計6451件です。以上述べましたように、様々な要介護高齢者支援事業を多くの職種の連携のもとに実施しているのが現状です。住民のニーズが多様化する現在、サービスを受ける側にたってみるといかに調整された支援が適切な時期に受けられるかが要介護高齢者の生活を左右するといっても過言ではありません。

2. 異職種間の連携

連携を図っていくためには基本的には利用者に関わっている異職種間のコミュニケーション、人間関係をどうつくっていくかが基本だと思えます。しかしながら、これほど個人差が著しいものはないといってもよいでしょう。コミュニケーション、人間関係を高めていくためにどのようにシステムとしていくかが重要だと考えます。

当センターの開設前とそれ以後を比較しながら訪問指導等における職種間の連携について当センターで試みていることをのべてみたいと思

います。

①職種間の連携が十分とれるためには、その職種の業務内容が他職種に十分理解されているかが重要です。その職種がしたほうがよい支援もしくはしなければならぬ支援を事業にそって明確にしなければなりません。同時に他職種が行ってもよい支援もしくは他職種に任せることができる支援も検討すべきです。当センター開設前にも指摘されていたことですが、とかくケースを抱え込みやすい傾向にあるようです。たとえば、10年以上にもわたって訪問理学療法や訪問看護を実施していたケースがありました。10年以上にわたる支援がほんとうに必要ならともかく平均訪問実施期間が3年弱というなかで他職種もしくは他機関の支援に結びつけたほうが良いというケースがいたのも事実です。地域ケアに携わる職種間にその職種の業務内容が十分に認識されていないのではないのでしょうか。ケースカンファレンスの場をもって、支援内容を皆で共通認識することができますが、それだけでなくサービスの量についてももっとにつめていく必要があります。同時に、職種が集まって話し合う、決めていく具体的な作業をする会をつくるのが、事業の効果的、効率的運営のためにまた利用者のために必要と考えます。

②従来は各施設または各事業、各職種でそれぞれ台帳を作成し、それにもとづいて互いの情報交換やケースについての処遇方針を検討していました。当センターが開設されるまではそういう傾向にありました。当センターでは福祉、医療、保健にまたがる7職種をそろえています。その結果チームを組んで即時対応できるメリットがありますし、職種毎の連携についても日々方法をつみ重ねていくことができます。

一方で、7職種がそれぞれの職種毎に台帳管理を行っているると連携のとれた総合的な支援にならず、ともすればサービスの過不足やケースの抱え込みといった問題が生じてくると思われました。一番大きな理由は各職種がいったい誰を対象にしているのかがわかりにくいからで

す。十分な連携をつくっていくためには利用者に関して各職種が共有できる一元化された台帳を用意する必要があります。当センターで試みている台帳は、センター全体としてパソコンで管理しています。実績の統計とする一方で、毎月月初めに保健婦、理学療法士、ケースワーカーなど各地区担当者にそれぞれの該当ケースを帳票出力し配付します。自分が訪問していないケースを認識できるメリットがあります。台帳には、7職種共通No.、氏名、住所、実績欄に加え、中心職種を記入する欄があります。そのケースに関わるキイパーソンは誰かという意味です。該当する場合は職種名が略称で記入されます。ケースに関わる職種間のミニカンファレンスでその月における中心職種を決めていきます。キイパーソンをきめていく習慣をつけることによってケースにたいして責任ある対応ができる、同じような状況にあるケースに対してどういった職種が関わっていったらよいのかを考えることができる、などの利点があります。

また、訪問職種を記入する欄があります。そのケースに関わっている職種がわかります。訪問職種の組み合わせについてコード化してあります。コード番号は、単独訪問の001から始まり7職種全部が訪問している場合の127まであります。コード番号一覧表は各人が持っていて、それと照らし合わせることにより毎月毎にケースにどのような職種が関わっているかがわかります。

備考欄には、たとえば訪問頻度等の計画や入浴サービスなどの福祉制度の利用状況などを記入します。

当センター開設から10月までの各職種の訪問状況をみますと各職種が単独に訪問している場合が50%弱をしめています。2職種で訪問している場合は30%です。また4職種以上で訪問している場合も5%あり、ケースの抱える問題の複雑さと十分な連携の必要性を現していると思われま

③各訪問職種の記録情報や様々な福祉制度の受給状況を共有できるか、が重要です。3福祉事

務所、5保健所・保健相談所、当センター間でオンラインシステムが稼働しています。各職種の訪問記録やショートステイなどの福祉制度の利用状況が画面をとおしてわかります。オンライン化のメリットは、訪問指導に限らずリアルタイムに適切な情報を入手することによって効果的な訪問計画の立案や職種間の連携を十分に図ることができ、均一なサービスの提供をもたらす、結果として利用者に還元できることにあります。また、適切な統計や訪問指導内容の分析処理にも役立つものです。現在、連携の不十分さからくるサービスのもれや重複、情報の共有の乏しさからくる職員間の感情的もつれなどは減ってきていると実感しています。

④各職種による訪問記録のファイリングの方法も重要な課題です。

記録については、現在のところ各職種がそれぞれの記録用紙や評価用紙を用いて記入しています。氏名、住所、病名、家族構成、病歴などの各職種に共通な項目については各職種毎の記録用紙に別個に記入される必要性は低く、どうしたら重複をさけることができるのが課題です。各職種が今どのように訪問を計画し、なにを行っているかが誰でも容易にわかる共通のフェイスシートを検討中です。ファイリングについては、各職種毎の記録をひとまとめにし1つに綴じてあります。記録は時間の経過とともに記録用紙が重なっていきます。ファイルの中に各職種毎に分けてとじると、同じ時期の記録をみるのにあちこちのページをめくらなければなり

ません。いまのところ各職種毎に記録用紙の色をかえてどの職種の記録がファイルのどの部分にあるのかわかりやすくなってはいます。いずれにしても、職種が自分の記録の経過をみることができると職種毎に綴じたほうがよいのか、それとも時間の経過にそって各職種の記録をミックスして綴じたほうがよいのか検討中です。

記録の保管については町名別に保管しています。しかしながら保管する場所が狭い、身近にないためにとりだしにくい、などの問題も考えられるところです。

まとめ

異職種間の連携については、基本的には利用者に関わる職種間のコミュニケーションの問題につきると一般的にいわれます。地域活動における連携を阻害する絶対的な条件、つまり、各支援機関には物理的な距離があること、各職種がそれぞれの事業をかかえ時間的、日程的折り合いが尽きにくいこと、があります。

それらをのりこえるために、①各職種の支援内容を皆で明確にしていくこと②各職種共通の台帳の整備が必要なこと③オンラインシステムをどのように有効活用していくか④各職種が容易にみることができる記録票及びフェイスシートの整備が必要なこと、以上のことを今後十分に検討していかなければならないと思っています。

保健・医療・福祉包括システムにおける老人保健施設併設在宅介護支援センターの在宅ケア支援機能

山本明芳

(広島県・御調町老人保健施設みつぎの苑御調町在宅介護支援センター)

御調町は、広島県尾道市の北隣にある人口約8,500人の小さな農村地域で、以前から過疎化と高齢化の問題を抱えており、現在高齢化率21.7%です(表1)。これらの問題に対し、御調町では10年以上前から、公立病院が中心となり保健・医療・福祉の連携と住民の力で、「寝たきりをなくそう」という運動を展開してきました。今日は御調町の保健・医療・福祉の連携システムとその経過を紹介し、現在取り組んでいる問題点をあげてみたいと思います。

まず、御調町における保健・医療・福祉の経緯ですが(図1、表2)、公立みつぎ総合病院が退院患者の寝たきり防止対策として、昭和54年に訪問看護を開始し、後に訪問リハビリも開始して、看護やリハビリの「出前」と住環境の整備に着手しました。また、これも画期的なことですが昭和56年に県立の特養とりハビリ

テーションセンターを誘致して、「モデル的なリハビリによって家庭復帰を目指す」という中間施設的な運用を開始しました。次に、昭和59年に、行政的な縦割りを廃して、機構改革で健康管理センターを作り、病院長がその所長となることによって、保健・医療・福祉の実動部門と指示命令システムを一本化しました。この結果、昭和60年代に入って寝たきり老人の減少という形で実を結んだわけです(図2)。

さらに、厚生省から「中間施設構想」、「寝たきり老人ゼロ作戦」、「高齢者保健福祉推進10か年戦略」などの新機軸が打ち出されるに伴い、平成に入って、老健施設や在宅介護支援センターを開始して、システムの充実を図っています。

現在御調町として力を入れているのは、将来のマンパワー対策としての「福祉バンク制度」

表1 御調町と公立みつぎ総合病院の概要

○ 御調町の概要

人口8,500人、高齢化比率21.7%の農村地域

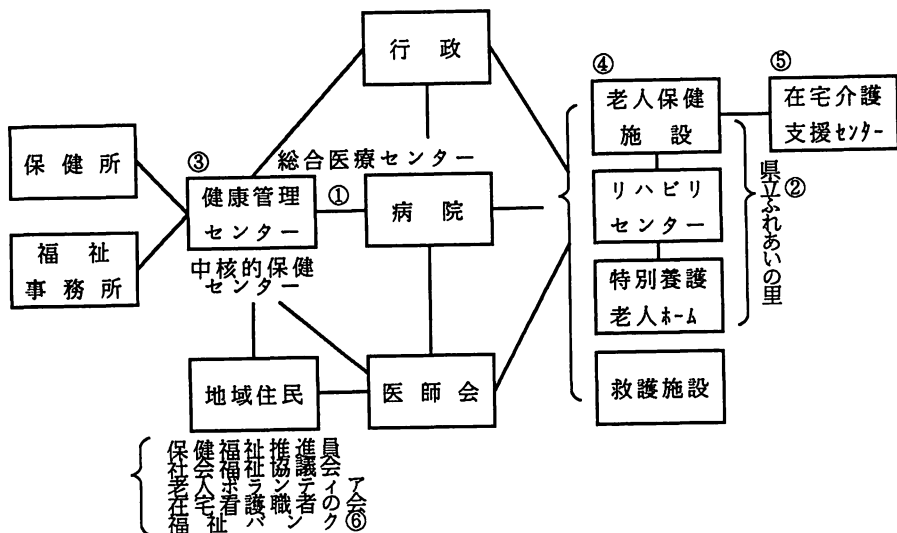
○ 公立みつぎ総合病院の概要

病床数:一般病床220床、診療科目数:15科、職員数:324人(医師30人を含む)
診療圏域人口:7万人、救急病院指定を受け二次・三次医療の機能を備える

で、全く新しい形のボランティアを育成しています(表3)。また、現在開設を検討しているの

が、訪問看護ステーション、老健施設の痴呆専門棟、ケアハウスなどです。

図1 御調町における保健・医療・福祉の連携システム



昭和49~50年	病院の継続看護開始
54年	本格的に訪問看護開始 (病院に保健婦を設置) (後に訪問リハビリを併施---家屋改造)
56年	広島県立ふれあいの里特別養護老人ホーム、老人リハビリテーションセンター開設 .. (リハビリ目的の中間施設の特養)
59年	御調町健康管理センター開設 .. (保健医療福祉統合の機構改革)
60年	御調町の寝たきり老人激減
平成元年	御調町老人保健施設みつぎの苑開設
2年	みつぎの苑に保健婦配置、在宅介護支援センター併設、福祉バンク制度開始 ... (職員だけでは21世紀に対応不可能)
4年	訪問看護ステーション設置予定、老健施設痴呆専門棟設置予定

図2 御調町における在宅寝たきり者数の推移

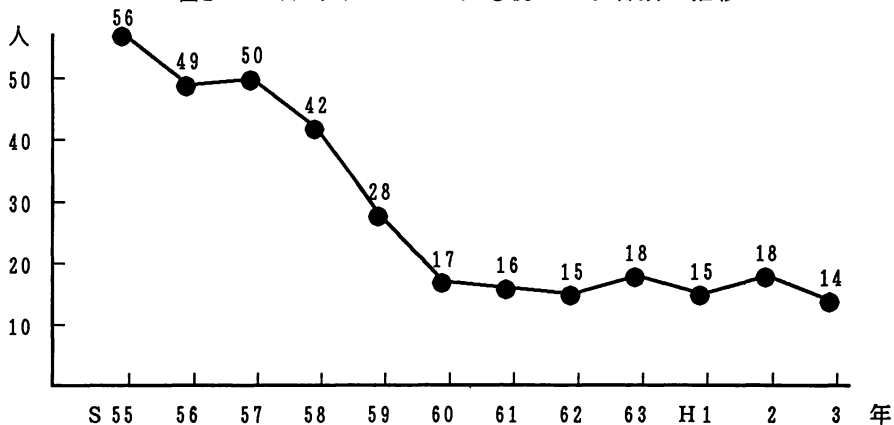


表3 福祉バンク訪問活動状況

平成3年10月末現在

活 動 内 容			
家事援助サービス		介護サービス	
掃除, 洗濯	38件	移動の介助	48件
食事準備	45	排泄の介助	44
話し相手	85	食事の介助	10
庭の清掃, 除草	22	整容	12
買い物	7	入浴の介助	8
外出の同行	20	着かえの介助	14
家屋の補修	14	身体全体の清拭	6
その他	38	湿布等(看護の介助)	16
		その他	48
計	269	計	206
総 計			475

延べ(平成2年12月～3年10月分)

訪問実人員 104人
 訪問延べ人員 226人
 訪問延べ時間 334時間

訪問件数 218件
 訪問家庭数 100世帯

平成3年10月31日現在

協力会員 908人
 利用会員 102人

この経緯を簡単にまとめますと、住民の理解のもとに町ぐるみで進めてきた「寝たきりをなくそう」という運動が、「待ち」の医療から「出ていく」医療、「待ち」の福祉から「出ていく」福祉へと転換させ、現在の保健・医療・福祉の連携システムを充実させつつあると言えます。

次に、老健施設と在宅介護支援センターの紹介をしたいと思います(表4)。

老健施設で一番気を使うのは、病院を退院後入所される方です。そういった方は、病院から退院を勧められてもすぐには家庭復帰できなかつた方なので、ご本人もご家族も在宅療養にはずいぶん不安をお持ちです。そういった方を受け入れ、じっくりと生活面でのリハビリと介護指導をした上で、外泊訓練、家屋改造などの環境調整、訪問指導を行います。そして、退所後の訪問指導、デイケア、ショートステイ、再入所の保証をしながら、不安の要因を一つ一つ取り除き、家庭復帰となります。退所後もフォ

ローを続けながら在宅介護のペースをつかんでいただき、しかも「いざとなったら、また相談すればいい」という安心感のもとに、QOLの向上を目指しています。

次に在宅介護支援センターについて説明します。御調町ではすでに健康管理センターが保健・医療・福祉の総合窓口であり、実動部門として機能していました。厚生省から24時間の総合相談窓口として「在宅介護支援センター」の構想が出されたのをきっかけに、老健施設に併設し、健康管理センターの機能を24時間体制で補うものとしました。

特に当センターの場合、展示コーナーとモデルルームを増設して家族指導に役立てるとともに、保健婦が中心となって健康管理センターや病院の実動部門と連携し、複数の職種による同行訪問を行って、在宅ケアへの視点が多角的になるように配慮しています(表5)。

最後に、現在の問題点を幾つか上げてみたいと思います(表6)。

表4 在宅支援としての老人保健施設、在宅介護支援センターの役割

- 老人保健施設（入所80人、通所20人、県立老人リハビリテーションセンター併設）
 - 自らも訪問の機動力をもつオープンな施設
 - ・入所（リハビリ・環境整備と家族指導により家庭復帰を図る）
 - ・ショートステイ（介護者の事情などによる一時的な入所）
 - ・デイケア（心身の機能維持と日中の介護負担軽減のため送迎）
 - ・訪問指導（退所前訪問、退所後訪問）
 - ・家族介護教室（家族介護知識と技術の啓発）
- 在宅介護支援センター 保健・医療・福祉の実動部門と直結
 - ・24時間体制の相談機能（電話相談・面接相談）
 - ・訪問活動（支援センター自身による訪問）
（複数職種による同行訪問）
 - ・保健・医療・福祉の実動部門（病院、健康管理センター）による在宅ケアとの連携や行政・関係諸機関との連絡調整
 - ・ニーズ調査と介護知識の啓蒙
 - ・在宅介護相談協力員（福祉バンク）との連携
- 老健施設併設のメリット ... 「出て行く」機能と「待ち」の機能の統合
 - ・在宅老人に対して、デイケア、ショートステイで支援（「待ち」の福祉）
 - ・訪問看護、訪問リハビリ、訪問介護、訪問相談
（「出て行く」医療と「出て行く」福祉の連携で寝たきり防止）
（それでもレベルダウンするケースの場合は老健施設に再入所）

表5 在宅介護支援センター活動状況

平成3年度（4月～10月）

実人員115人（町内54人、町外61人）

→（在宅要介護老人への訪問33人）

平成2年度

実人員101人

訪問スタッフ形態内訳		訪問回数	
保健婦（看護婦）訪問		95回	130
療法士訪問		31	
ケースワーカー訪問		4	38.2%
同行訪問	保健婦 + 療法士	55	210
	保健婦 + 介護福祉士	139	
	保健婦 + ケースワーカー	1	61.8%
	介護福祉士 + ホームヘルパー	15	
合計		340	

- ☆ 他市町村への依頼件数 : 40件
（他市町村保健婦、ヘルパー同行訪問も含む）
- ☆ 面接相談件数 : 192件
- ☆ 電話相談件数 : 109件

訪問スタッフ形態内訳		訪問回数	
保健婦（看護婦）訪問		91回	118
療法士訪問		22	
ケースワーカー訪問		5	24.3%
同行訪問	保健婦 + 療法士	86	367
	保健婦 + 介護福祉士	254	
	介護福祉士 + ホームヘルパー	19	75.7%
	保健婦 + ホームヘルパー	8	
合計		485	

- ☆ 他市町村への依頼件数 : 9件
（他市町村保健婦、ヘルパー同行訪問も含む）
- ☆ 面接相談件数 : 128件
- ☆ 電話相談件数 : 80件

表6 現在の問題点

- 現在の老人保健施設の弱点
 - ・年令制限（痴呆は緩和）
 - ・気管切開、人工透析、酸素療法、経管栄養
→ 病院から直接家庭へ
- 保健、医療、福祉の負担額格差の問題
 - ・老人自己負担額の均一化が必要
- 特養不足に伴う問題
 - ・病院や老健での長期化
 - ・施設を「たらいまわし」
- 住民参加の問題
 - ・若年層の参加
 - ・専門職とボランティアの役割分担
 - ・点数制度の普遍化
- ◎ 77・コ・デ・イ・ソツとチエツク機構の不備
 - 保健・医療・福祉情報の統合化が必要
 - ・訪問看護（リハビリ、介護）情報の効率化・共有化と小回りのきく会議
（人のシステムと部門毎の情報化はできているが、情報の統合化が不備）
→ 高齢者基本台帳の作成
（65才以上の保健・医療・福祉情報の統合化）
その他、保健と福祉の記録の統一（市町村老人保健福祉計画）

まず第1に、現在の老健施設の弱点についてですが、老人保健法では、老人医療の対象者の年齢制限は厳密に決められています。最近痴呆の方に対しては老健施設の年齢規定が緩やかになってきましたが、この問題は引き続き検討を必要とします。

老健施設には医療スタッフが常勤し、軽度医療には対応するのですが、気管切開・人口透析・酸素療法・経管栄養といった、常時医療が必要でしかも長期間にわたる患者さんには対応が困難です。こういった方は、病院から直接家庭に退院していただいて通院や訪問看護でフォローしたり、病院で長期に抱えざるをえなくなったりしています。こういったケースにも軽度の医療で長期に対応できる、老人病院や滞在型老健施設、あるいは医療に強い特養があればいいと思われれます。しかし現在の大半の特養は、対象者の高齢化と重度化に悩みながらも人員基準が以前からずっと変わらないままなので、マンパワー不足が問題となっており、特に医療の必要な方に対しては敷居が高くなっています。

次の痴呆については、私どもの施設の建物の構造上、集団生活の困難な中度以上の痴呆性老人は他施設に紹介していました。けれども、来年度は痴呆専用棟の建設を計画しており、やっとそのニーズに対応できる予定です。

第2の問題点は、保健・医療・福祉の負担額の格差の問題です。病院・老健・特養で自己負担の額が異なり、お年寄りの心身の機能や家族の状況でなく、その費用によって行き先が決められているという問題があります。

第3の問題点として、特養不足に伴う、病院入院・老健入所の期間の長期化と、それを避けようとしての老人の「たらいまわし」の現象があげられます。私どもの施設では、そういった方もリハビリ目的の方と平等に、なるべく入所の長期化を避けながら柔軟に対応しています

が、特養不足による「強いられた」在宅生活や「たらいまわし」は、本来の福祉とはほど遠く、衰弱や寝たきりを作り、本人と家族を孤立させかねません。

第4の問題点として、住民参加の問題について触れてみます。現在、御調町では21世紀に備えて、ボランティア時間の点数積み立てを基本とした「福祉バンク」制度を開始し、資料のような実績を積み重ねつつあります。始めてみると、男性の参加者が多かったのが予想外で、住民の関心の高さがうかがえました。これまで健康管理センターが中心となり、各地区で「健康づくり座談会」を地道に積み重ねて来た結果、住民の共通の関心事が「どう年をとるか」であることがわかり、「自分たちの健康は自分たちで守る」という意識を持つに到っているものと思えます。

しかし、若年層の参加がまだ少なく、これからの課題です。また、将来的には、お年寄りや障害者の生活支援のうちどの部分をボランティアにお願いして、どの部分に行政や専門職が責任を持つかを明確にしていくことが必要だと思われます。

さらに、ほかの市町村でも共通して使えるような点数制度になればと思われれます。

最後の問題点として、保健・医療・福祉情報の統合化の必要性があげられます。御調町は、幸い在宅ケアの「人のシステム」と部門毎の記録類は整備しているのですが、一人の人のケア情報についてその複数の部署や担当者に尋ねないとその全貌がわからず、ケア・コーディネーションに支障をきたしています。OA機器の活用によるケア情報の共有化・効率化と、在宅ケア従事スタッフによる小回りのきく会議を現在検討しています。

MR 通園施設から地域療育センターへ

—新しい役割と異職種連携—

中山 修

(横浜市南部地域療育センター)

1. はじめに

私は、15年勤めた川崎市のセンターから現在のセンターに移ってまだ2年目です。

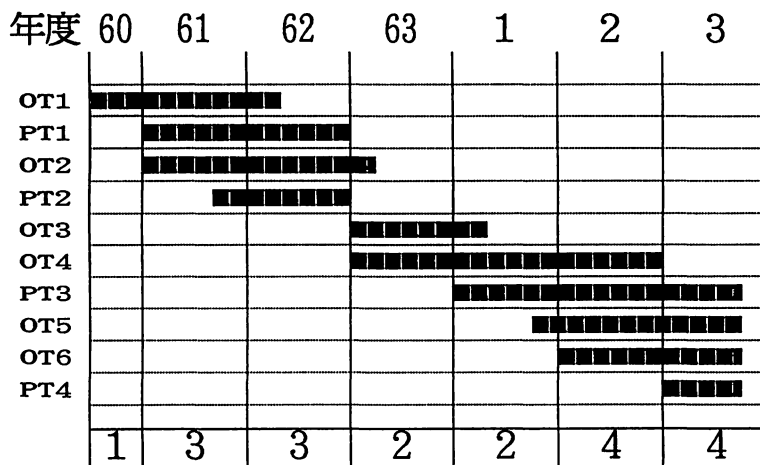
今日は、異職種間の連携ということで、施設そのものを事例として取り上げたいと思います。まだ勤めて間もない施設を取り上げるのは心苦しいのですが、これからの異職種連携を考えると、避けて通れない問題を含んでいると思います、話題提供をさせていただきます。

横浜市では、6カ所の総合通園センターつまり地域療育センターを構想しています。横浜市南部地域療育センターはその第1号施設として、昭和60年に、民間の精神薄弱児通園施設・青い鳥愛児園を公立民営に衣替えして出発しました。それまでの保育職中心の施設から、多くの医療職も加わって、まったく新しい施設に生まれ変わりました。

ところで発足以来7年間の、OT、PTの人の推移です(図1)。

2. 横浜市南部地域療育センター

図1 PT、OTの人の推移(定員5)



定員5人が充足されることがないばかりか、ほとんどが1～2年でやめています。地域に根差した施設なのに核となるべき専門職が一向に根付きません。他の職員以上に、親の不信がつります。対外的にも、あそこには子供を送れないという評価ができかけました。なぜこのような事態になったのか想像していただきながら、地域療育センターの機能について述べたいと思います。

3. 地域療育センターの機能と役割

横浜市の場合は、次のような問題点から、総合通園センターが構想されました。

1. 従来の障害別通園施設では、障害児の重度化・重複化・低年齢化に、設備的にも人的機能の面でも対応しきれない。
2. 従来の施設では、早期発見、早期療育に対応できない。
3. 法的、制度的に、精神薄弱児と肢体不自由児の施設に二分されており、早期療育、地域療育の体系化が困難である。
4. 施設配置が偏在し、広域対応施設となっている。
5. 幼稚園、保育園での障害児保育への専門的指導が、いずれの施設、機関においてもほとんど実施できない。
6. 措置児童だけの施設となっており、地域に開かれた身近な相談指導の場として位置付けられていない。

つまり①療育に関する専門的機能と②それを背景として、様々な社会資源を結び付け障害児を地域社会の主流へ統合していく指導的機能が求められていました。

新しいセンターの役割は次のとおりです。

1. 早期診断・早期療育システムの中核。
2. 療育相談・評価・指導の中核。
3. 0～2歳児の早期療育の実施。
4. 母子通園による系統立てた母親指導。
5. 幼稚園・保育園・学校等への巡回指導。
6. 以上により、地域療育システムの核となり、頼りになる地域の専門施設となる。

4. 通園施設から療育センターへ

横浜市の他のセンターは、建物も人も全く新しく出発していますが、この南部センターは建物は新しいのですが、人はMR通園施設を母体に構成されました。以前と大きく変わった点は以下です。

- 施設内中心 ⇒ 外部への専門的指導も
- 保育職 ⇒ 医師・保育職・専門職
- 精神遅滞児 ⇒ すべての障害とリスク児
- 保育 ⇒ 診療・訓練・療育

機能も役割も新しくなって、働く一人一人にとっても様々な変革が要求されます。特に異職種の連携という点では、療育の専門機能を追究するための内部職種間の連携と、地域の各機関の職種との連携があります。

5. 内部の異職種連携

従来からの職員も、新たに加わった専門職も、第一号施設としての誇りと期待を背負い、意気込んで仕事をはじめました。

はじめのPT・OTの図1に戻ります。

こんなに次々にやめて行くとは、一体何が隠しているのだろうと誰もが思われると思います。定着しないでやめていく職種の倫理を云々する人もいるでしょうし、そのひと自身を問題にする人もいると思います。しかしいずれにしても、みんな新しい職場に様々な期待と夢をもって入って来たのです。では、残った人達に問題があるのでしょうか。

この職場に移ってみると、悪い人も、足を引っ張る人も見当たりません。みんな子供のために一生懸命で、身を粉にして働いています。それこそ民間の情熱と息吹に溢れていました。

ところで、施設における障害児の訓練や保育は、一般的に職種ごとに独立して行われてきました。歴史的な『療育』とは、PT、OT、STの訓練や心理指導や保育等が、ドアや階段で隔られた別々の空間で提供されています。そこで行われる職種間の連携には、暗黙の不可侵条約が成立していて、余程のことがない限り、相手

の指導方法にけちを付けしないで、お互いの知りたいことと知らせたいことを言い合っています。しかも多くの子供たちは、それぞれの場面で自分を使い分けています。訓練では障害や問題に焦点を当ててアプローチしており、子供はいい子で耐えていたり、一対一なので自分を発揮していたりします。一方保育では、障害のことをあまり意識しないで、思いっきり遊べるように設定されています。訓練のときの姿勢や注意はどこかに置き去りにしています。

この実態をそのまま受け入れて、お互いの領分を守って行けば、職種間に問題は起きません。

結局徐々に分かって来たのですが、新しいセンターになり、保育職種もPT、OTも、自分達のそれまでのやり方を大切にしながら、子供のために、相手のやり方に真っ向から切り込んで行ったようです。

こどもがより良く生きて行くために、あるいは保育園等での生活をより逞しいものにするために、施設の中で効果的に力を獲得させようとすると、訓練や遊びや生活の細かい面で、双方の矛盾のない働きかけが要求されます。当然意見のぶつけ合いは必要です。お互いの言い分が分かっても、子供自身が体現してくれるまでには、創造性と工夫と努力が必要ですし、すぐには適切な反応をしてくれません。このような中で、お互いの立脚点の違いを乗り越え、共通理解することは至難の事でした。一方がこけて、どちらにも挫折感が残りました。

施設における保育が、障害児に遊びと生活の場を保障し、親を安心させればよかった時代は終わりました。障害児を地域社会の主流に戻す、あるいはあたり前の生活が送れるようにするには、施設における母子への療育を新しく創造しなければなりません。そのためには、それぞれの職種が一度ドアや階段を取り払い、開かれた空間に出ることも大切です。各職種が子供の療育空間を共有し、それぞれの職種の本来の目的を認識し、お互いの立場を認め合って、当分、忍耐強い模索作業をして行くことが望ま

れます。

双方の職種にとって新しい業務である超早期療育では、うまく機能し始めています。保母、PT、OT、看護婦が、それぞれの専門的な見方、考え方、指導の留意点を、前後のミーティングで話し合い、療育時間帯はどの職種も区別なく保母のように動いています。専門的な指導を、遊びや生活の中に昇華するようにしています。

6. 保健所での連携

地域療育センターの大きな役割のひとつに、保健所の乳幼児健診に専門スタッフを派遣し早期診断、早期療育システムの核となるということがあります。その一つに、4カ月健診でスクリーニングされた子供を対象に、医師、ケースワーカー、OTまたはPTが参加して、保健婦と月1回の療育相談を行っています。

本来の機能は、早期発見し、センターの療育につなげることでした。しかし実際の機能は変わりつつあります。表1は、K保健所の4カ月経過健診の内訳です。相談した子供40人のうち8人がセンターにつながり、その中の4人も程なく改善して相談終了しています。つまり、ほとんどの子供は2~3回の療育相談で改善しています。ここで求められることは、早期発見よりも、相談する親が余計な不安を感じないで子育てに励み、子供の一時的な問題を改善することです。したがって、ここでは訓練的指導よりも親子の「遊び」の指導が求められています。

表1

4カ月療育相談の対象児の内訳

— K保健所平成2年 —

人数 : 40人
初回の月齢 : 平均5カ月 (2~15カ月)
相談回数 : 平均2.6回

センターへつながった子 : 8人
平均相談回数 ; 1.6回
継続指導の子 ; 4人

この親子遊びは、保健婦が、ご自分の地域の子育て教室でも活用して下さっています。

7. 巡回相談の連携

幼稚園、保育園の巡回相談も異職種連携と言えます。

障害児が早期から保育園、幼稚園に入ることがあたりまえとなりました。一昔前は入れてもらえればそれで十分という面もありましたが、今は入った以上は少しでも良い保育をということを保育者も親も期待しています。保育園や幼稚園の先生との連携、コミュニケーションが一層高いレベルで望まれています。統合保育という視点では、施設よりも園の先生の方が専門家です。

「資料をもって聞きに来てください」とか、「よくやっていますね、安心しました」では、専門機関の役割が果たせなくなっています。また、単に障害についてあれこれ説明しても始まりません。園で、先生がどんな点に困っているのか、子供がどんな姿で生活して行けばいいの

か、そのためにはどう配慮すれば良いのかを、子供の生活に即して具体的に伝えられることが大切です。許容してもよい障害と改善すべき障害を、やさしくかみ砕きながらも本質を確実に伝えることが大事になります。うまく伝わると、先生は困ったときに日常的に電話をして下さるようになります。

また巡回相談では、障害児だけでなく園の中で困っている子供達の相談も増えてきました。最近巡回した保育園では、相談を受けた11名のうち障害児は2名だけでした。巡回相談が機能すると、園の先生たちは障害児を特別の存在としてでなく、みんなと同じ子供として接し、要求して下さるようになります。

8. おわりに

子供の生活の場が施設から地域に移りつつあり、まさに変革期です。開かれた施設として、従来の形にとらわれないチームアプローチを、柔軟かつ忍耐強く模索して行こうと思っています。

アクセスと国際シンボルマーク

座長 初山 泰弘

(国立身体障害者リハビリテーションセンター)

「アクセスと国際シンボルマーク」

ICTA (International Commission on Technology and Accessibility) は国際リハビリテーション協会 (RI) の常任委員会の一つとして、障害者の福祉機器・建物・交通などに関する情報の交換、関連セミナーの開催、関連団体との協力などを目的に活動している。国際シンボルマークの紹介なども委員会活動の一つである。1988年東京で開催された RI 総会の ICTA 分科会で委員会としてこの国際シンボルマークの各国の使用状況を調査し、使用基準を作り世界共通の標識として広めることが提案、可決された。

わが国では日本 ICTA 委員会に国際シンボルマーク検討委員会 (寺山久美子委員長) を発足させ、わが国のこのマークに対する解釈、使用方法などを調査する一方、国際シンボルマーク使用指針作成委員会 (野村歆委員長) の下でこのマークの紹介パンフレットの作成を試みた。本分科会はこのような背景を踏まえて身体障害者の使い易い施設を示す国際シンボルマーク (以下マークと略す) の現状と問題点を検討するとともに、今後の対応の具体策を練るために開催されたものである。

野村委員はこのマークの使用目的が多様で使用者、関係者間でさえ必ずしも各国共通の認識の下に使用されていない、このマーク以外にも同様な意味で使用されている記号もあることを報告され、このマークの基準化は国際標準化機構 (ICO) TC 145 (図号) において検討中で

あり、現状では一つの記号ですべてを表すのは困難で、複合記号または組合せ・合成記号を用いる意見もあることなどを国際的な視点から紹介された。

八藤後委員は住環境・職場環境の立場からこのマークのみですべてを表現するのに無理がある、マークで表せる対象者を限定するか幾つかの記号を組み合わせマークの意味を分かり易くする、現状はマークの解釈が一定していない、例えばこのマークがある場所は障害者専用か、障害者優先か、障害者も使用できるという意味かまちまちであり、このような点の検討の必要性を提言された。

秋山氏は都市交通システムの研究者の立場から、表示の意味が不十分、共用、専用の区分がつかないなど指摘され、シルバーシート、都庁内のマークの使用法などを例に挙げモビリティに対する認識が不足している、表示と機能の区別が明らかでない点が現在のマーク使用法と解釈の混乱を誘発している原因であると指摘された。

寺山委員は1989年10月に関連部門を対象に行った調査結果に基づいたいくつかの問題点を指摘され、今後、正しい使用法の普及のためガイドライン、マニュアル作り、評価システム、判定基準などを定め、定期的に使用場所をチェックする体制作りが必要であると提言された。

最後に中村氏は弁理士の立場からこのマークは本来広く使用されるのが目的なので独占されるべきものではなく、商標登録自体に問題があ

るのではないか、表示方法、著作権など検討すべきではないかなど法的立場から助言をされた。

このあと質疑にはいりフロアーから、使用にあたってのマークの大きさ、向きなどについての質問のほか、視覚・聴覚障害者向きの表示ではない、PR不足であるなどの質問、コメントなどがあつた。また車椅子自動車使用者のこのマーク使用上のマナーなどについてのご意見も頂いた。質問はまだ残されていたが時間がオーバーし止むを得ず分科会を閉じた。身体障害者のアクセシビリティを示す国際シンボルマーク

は「何か身体障害者に関連がある記号」とまでは分かって、その意味の解釈、対象とする身体障害者、どのような意味づけかなどについてはまだ社会的に十分に理解されていないと感じられた。委員の中からも、マークと記号を組合せ具体的な表示法の検討が提言された。

まずこのマークの意味を関係者が正しく理解するよう啓蒙活動することが必要であり、その上で問題点の解決を図るよう国際ICTA委員会に提言すべきではないかという印象を得た。

障害者と国際シンボルマーク

野村 敏

(日本大学理工学部)

はじめに

「障害者とシンボルマーク」というテーマで話そうとすると、二つの視点で話題を展開することができる。ひとつは、高齢者・障害者に理解し易い、分かりやすいシンボルマークとはどんなデザインにすれば良いか、という見方であり、もうひとつは、高齢者・障害者を意味するシンボルマークはどんなものがよいか、ということを話題にする方法である。今回の視点は、本分科会の狙いが司会者が話されたように、国際リハビリテーション協会(RI)のICTA委員会が国際シンボルマークの使われ方と問題点について世界的な調査を実施し、さらに国際シンボルマークを正しく普及させようとの狙いから開かれたものであり、その主旨によれば、当然後者の視点で話題を提供しなければならないだろう。

1. 障害者を表すシンボルマークの必要性と使われ方

高齢者・障害者を表すシンボルマークの必要性について明確に論じた文献は、これまで目に触れたことがない。しかし、公共の場で使用されているシンボルマークが持つ一般的な意味から、また障害者を表すシンボルマークが実際にどのように使われているかを分析することによって、その必要性がある程度理解できるのではないだろうか。

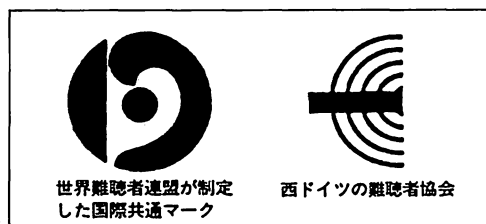
シンボルマークに持たせる意味の最も多いのは、「ここは障害者が利用しやすい施設・設備を整えてあります、どうぞお使いください」というものであり、建築物の入口に貼ったり、便所やスロープ、公衆電話に貼ってあるものである。次の例は、「ここは障害者が使用する場所であるから、障害者以外の方はご遠慮ください」という意味を持たせたものであり、駐車場に最もよく見られる。もうひとつの意味付け

は、「私は障害者であります」という自己表示をする使い方である。たとえば、自動車の後方ガラス面に貼って、障害者が運転をしていることを他人に知らせている。最後は余り例は多くないのだが、「私どもの施設・設備は障害者の人が一人では利用できません、しかし、もし障害者がきたら私どもは親切に対応して利用できるようにして挙げますよ」ということで、バスやタクシーなどの交通機関にしばしば見られるものである。これらの使い方は、現在とてもポピュラーであり、多くの人たちが自然と受け入れている。このように、シンボルマークは多くのことを巧みに語ってくれる便利なものなのである。

2. 障害者を表すシンボルマークと統一化の必要性

それでは障害者を表すシンボルマークにはどんなものがあるのだろうか。聴覚障害者の例をとってお話したい。図1に聴覚障害者を表すシンボルマークを示したが、このほかにも実に多くのマークがある。ひとつひとつにそれぞれの歴史があり、思い入れがあるのだろう。しかし、シンボルマークのもっとも重要なことは、第三者が見たとき、すぐさま何を表しているのかを理解できることである。そんな観点からみるといづれも理解し難いものばかりである。現在障害者が全国各地に旅行することもあるのだから、それにはできるだけ共通するような普及するような素晴らしいデザインにする必要があるのではないか。たまたま聴覚障害者を例にとって説明したが、他の障害者も大同小異である。

図1



3. シンボルマークの国際化

われわれが外国を旅行しているときに空港や駅やその他の公共の場でトイレやエレベーターや非常口のシンボルマークを見つけすぐにその場所が分かるようになっているのは大いに助けられる。と同時にこれから国際化が進む中で、日本人だけが分かるようなシンボルマークはもはや通用しない。シンボルマークの世界にも国際化統一の必要性が高まっている。

それでは国際的に決められている障害者関係のシンボルマークは、というと3種類ある。最も知られているのが、RIで1969年に制定をしたInternational Symbol of Access (ISA) (図2)であり、わが国でも良く知られているものである。この他にも世界盲人連合 (World Blind Union)、世界ろう連盟 (World Federation of the Deaf) がそれぞれ図3、図4のように決めている。

4. 国際シンボルマークの意味と問題点

それではわが国で最もよく普及している国際シンボルマークの、本当の意味が十分に知られているかという、実にあやふやである。このシンボルマークは「障害者が利用できる建築物、施設であることを明確に示している」のである。しかし殆ど正確には捉えられておらず、ある者はこのマークは車いす使用者を表していると思っているし、ある者は車いす使用者が利

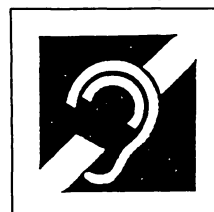
図2 国際シンボルマーク



図3 盲人を表示する国際的標識



図4 世界ろう連盟が定めた聴覚障害者を示す世界共通のシンボルマーク



用できる施設・設備を表すと思っている。実際の使われ方はさらに広範にわたり、さきに述べたように車いす使用者が全く利用できない交通機関の乗車口に貼付されていたりする。

5. 国際シンボルマークとISO

Europe Community を中心とした一組織に国際標準化機構 (International Organization for Standardization) というのがあり、ここで、言語習慣の異なるヨーロッパ各国のさまざまなものの標準化を進めている。その中のひとつに公共機関の図記号を検討する委員会がある (TC145/SC1)。先ほど述べたヨーロッパ各国での空港、駅や公共の場で使用されているマークの多くはこれによって定められたものである。この委員会では障害者に関するマークをどのように組み入れようかという検討もしている。この検討グループは諸般の事情で現在休会中であるが、これまでに話し合われたことを要約すると、さまざまなシンボルマークが要求されるとしてもその数は制限して行くべきである、色彩についても考慮する、これらのシンボルマークは交通機関や公共的建築物に対して障害者の独特あるいは特別な施設の存在を示すのに使用され、しかもそれらが障害者にも一般人にも同様に理解できるものでなければならない、障害者を表すマークを決めこれとこれまで決めた公共用図記号との組合せを考えていく、

ことが話し合われている。そして障害者の国際団体とも協議して行くことになっている。

6. 国際シンボルマークの今後

さきに述べたように、今回このテーマを取り上げた狙いは、国際シンボルマークのもつ意味を少なくとも関係者の皆さんには理解して貰いたいがためである。すなわち、このマークは繰り返しになる部分もあるが、障害者が利用できる建築物、施設であることを明確に示す全世界共通のシンボルマークであること、建築物以外では障害者が利用できる公共輸送機関にも使用することが認められていること、車いす使用者だけではなくて全ての障害者を表していること、そしてもし視覚障害者、聴覚障害者を表すときにはそれぞれの国際連盟が定めたマークを併用しても良いこと、等がRIで決めていることである。各国の使い方が多少異なるのはやむを得ないのだが、わが国ではなるべくこの線に沿って使用されるべきであると思う。そして国際標準化機構のような他の国際機関とも歩調を合わせ、全世界の共通シンボルマークとして通用するものをわが国でも使用すべきであろう。

出典 ベターコミュニケーション協会「忘れないで一聴覚障害者のための配慮を」1987

公共建築物とアクセス

八藤 後 猛

(障害者職業総合センター研究員)

はじめに

現在、わが国の公共建築物において、国際シンボルマークはどのように利用されていて、それらは利用者にとってどのように理解されているのかを考えていきたい。

このマークを評価をする以前の問題として、マークの意味を正しく理解している者は少なく、それだけ認知度が低いことは事実である。アクセスに日頃から関心を持っていた私自身も、最近まで国際シンボルマークの意味を十分に把握していたとはいえなかったのである。

国際シンボルマークの問題点

そこで、こうした現状をふまえたうえで問題点を整理し、マークのあり方について考える材料としたい。

(1) マークのデザインと対象者

第一に、現行の国際シンボルマークから、すべての障害を意味させることは、現実的には無理がある。拡大解釈しても「肢体不自由者全般」を表すことが限界と考えるのが妥当であろう。調査結果においても、このマークが肢体不自由者以外を含むと理解する者は少ない。これは別の視点からみれば、シンボルデザイン自体は、端的に十分な情報を与えている優れたデザインのためともいえる。

第二に、このマーク一つで「すべての障害へのアクセス」を保障したものと表示されると解釈しても、実際には、障害者一人ひとりが環境に対する要求はさまざまである。すべての

人々が利用できる環境を整えることは、ほとんど不可能に近いといってよい。また、仮にこのマークが「すべての障害へのアクセス」を保障したものとしても、肢体不自由者、視覚障害者、聴覚障害者以外の、たとえば内部障害者、精神薄弱者、精神障害者…ほか、単独で建築物にアクセスし、その中を目的に応じて自由に移動することが困難なハンディキャップ者は多く存在する。しかし、現実にはこれらの人々に対して、問題解決となる建築上の技術的なアクセスの手段がとられているとはいいがたく、その手法さえ未知であるといって過言ではない。このような状況で「すべての障害へのアクセス」を保障するというのは、現実的にも無理がある。

(2) 表示される場所と意味

国際シンボルマークの意味を厳密に解釈するならば、建物の内部の各場所に表示することもまちがった使い方となる。しかし、現実には便所、入り口などの建築各部ばかりでなく、バスやタクシー等の車両にまで表示されている。マークの意味は、一般にどのように認識されているかは調査結果に詳しいが、私の周囲でも「障害者用便所」、あるいは「スロープ」などと解釈し、アクセス可能な建築物（全体）であるというより、場所（部分）であると考えているほうが多い。これらの結果は、私の思う感覚とほぼ一致する。

(3) 優先度の解釈

現状では、マークを設置した側と建物を利用

する側、双方が独自に解釈してしまっていると考える。一般に、その概念として、①障害者専用、②障害者優先、③障害者も受け入れられるなどの意味を込めて、設置、あるいは利用者が読みとっているであろう。その一例を表1にまとめた。設置者側は、便所、洗面所、あるいは駅のエレベータにマークを取り付けるとき、これは①専用であって、できるだけ対象を限定して考えることが多いであろう。これが公共の便所、洗面所、駐車場になると、同様に①専用ではあるが、とくに急ぎの場合などは使ってもよいと、やや緩やかな考えをするようになろう。逆に、スロープ、入り口表示、そして間違っただけの典型である、タクシー・バスなどの交通機関は、誰でも使用できる、すなわち③障害者も受け入れられるという意味づけになろう。建築物のエレベータなども、誰もが使えるということアピールしているが、混雑時にはハンディキャップを持たない者が、積極的にゆずるといことが暗黙の了解となっていて、ニュアンスは②優先とした考えに近い。これらの感覚は、多くの者の感覚と共通すると考えるが、一般には解釈はまちまちなうえ、利用者があえてこのように解釈しないなど、混乱を来していることは容易に察しがつく。

今後のあり方（提言）

私の記憶では、1970年の大阪万博において、すでにこのマークが利用されていた。その設置場所は、便所、入り口などで、それらを表す

マークとして公式ハンドブックなどにも採用されている。このマークが、1968年にデザインされ、1969年にRIで採択されたことを考えると、その後わずか数カ月で取り入れられたことになり、多くの者がこれを認識していたことは、驚くべきことである。

これが、現在のシンボルマークを多くの人々に認識させた始まりであり、同時にその誤解も始まっているようである。しかし、国際シンボルマークのあり方については、こうした歴史的な現実をふまえたうえで、最善の方法を考えるべきであろう。

(1) 基本的意味づけ

現実には、建築、設備等を含めて、公共建築物内部の各部にシンボルマークをつけることを認めてはどうであろうか。ひとつの環境で、すべての障害に対応する技術的な裏づけがない今、特定の場所や設備が、同様に特定の障害に対応していることを明示する必要がでてくるのである。

(2) 対象障害者の明確化

シンボルマーク自体は、なんらかのハンディキャップ者を表すものとして、世の中に広く知られている。しかし、肢体不自由者以外の視覚障害者、聴覚障害者、そしてそれ以外の障害は、このマークでは意味づけしにくいことを述べた。感覚器系などの障害では、建築そのものより、情報機器、通信機器、インフォメーションサービスなどの機器・設備、人的援助が中心となろう。そして、それらのサービスが利用可能

表1 公共建築物等の設置者サイドの考え方と場所 (作成： 八藤俊)

「優先」の考え方のランク	設置場所として意識しているところ
①障害者専用	専用通路 駅のホームへのエレベータ
②障害者優先	公共の便所、洗面所、駐車場 一般、公共建築物のエレベータ、エスカレータ
③障害者も受け入れられる	スロープ、入り口表示 タクシー・バスなどの交通機関

①から③へいくほど統合された考えであり、逆ほど個別化、隔離化している

であるという単一機能、障害を、シンボルマークとして表すことが適当であるとする。しかし、感覚器系の障害を、広く理解されやすく端的に表すマークの設定は困難であろう。したがって、サービス対象となる障害をとくに表す必要があるときは、そのマークが理解されるまで、対象者や利用できるサービスを文字で併記する必要があると考える。

(3) 優先度の明示化

優先度の意味づけが、設置者、利用者間で微妙に異なり、混乱を招いていることをすでに述べた。当面は、こうした優先度の段階をマークに表示し、その意味づけを明確にするとよいと考える。

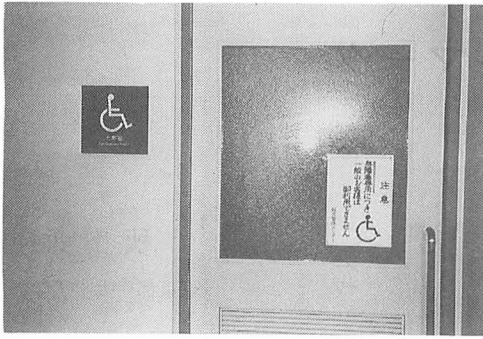
しかし、現状ではそれがあいまいなことから、設置者の意図とは違っても、利用者側が「だれもが利用できるはずだ」、と高齢者等を含めたハンディキャップ者の範囲を拡大したり、「マークがある以上、障害者を排除するのはおかしい」と、これを根拠に生活圏の拡大運動をすすめるといった、二次的な効果も生まれている。これらは、国際シンボルマークの基本概念からは望ましいかたちであると評価できる。こうした事実をふまえると、現在のような過渡期において、ノーマライゼーションの観点からは、①専用、②優先を明確にだされることは適当ではないという一面もある。あくまでも「使用もできる」を目標として、やむを得ない場合のみ、②優先表示を掲げるようにし、①専用化の意味は、あえてマークには持たせないように

すべきであろう。

まとめとして

本来、国際シンボルマークは、すべての環境がバリアフリーであれば必要ないものである。理想をいえば、公共交通機関にあるシルバーシートのように、将来はなくす方向で努力すべきであるとする。

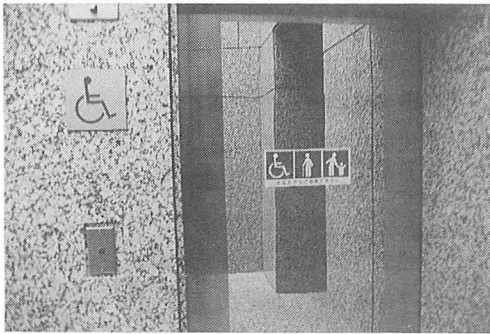
この考え方は、建築物の性格、建築年代によってすでに差があることがわかる。以前、建物にマークがつけてある背景は、わが国ではバリアフリーでないところが建築各所にあり、利用できることをあえて表示する必要があった。しかし、ごく最近の建築物では公共性の高い民間の建物も含め、バリアフリーは当然であり、逆に建物の中でバリアフリーがすべてにいき渡っていないところ、設備などの数が少ないところに表示し、利用できることをあえて表示している。このことは、建築物中のマークの適用範囲がしだいに少なくなっていることになり、前述の目標に近づきつつあるとよいであろう。しかし、現実にはすべての環境をバリアフリーとすることは技術的にも困難なことから、マークは、なんらかの形で残ることになろう。そのためにも、障害ごとに対応するサービスを明確化し、それぞれのマークを建築内部で表示することが必要となる。しかし、これはわが国だけの同意では実施できない。今後とも内外の議論が必要となろう。



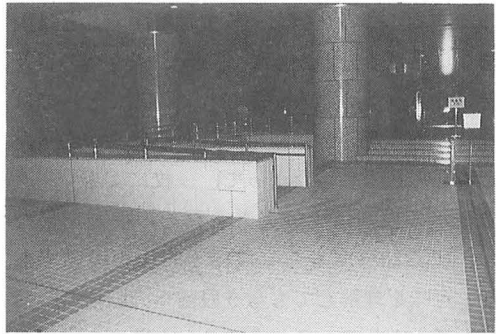
1. 便所 注意書きとして「身障者用につき、一般のお客様は、御利用できません」と書いてある。「専用」であることを、はっきり記している典型例（千葉・幕張メッセ）



3. シンボルマークの記されている駐車場。建物の入口付近にあり、アクセスに便利なことから、他に表示はないものの、「優先利用」の意味あいがあると考えられる。三角の障害物は、係員にどけてもらってから利用することを考えると、「専用」的な位置付けに近い。（千葉・幕張メッセ）



2. 便所 車いす使用者対応であるが、シンボルマークの他に、つえをついた人、大人に連れられた子供のマークが併記され、「どなたでもご利用ください」と書いてある。「受けいられる」、「だれもが使える」を、はっきり記している例（東京都庁）



4. 主要通路（右前方階段）の他に、スロープで上がれる通路があることを、シンボルマークは表している。「だれもが使える」という、選択の幅を広げていることを意味していると思われる。（東京都庁）

交通機関におけるシンボルマーク

秋山 哲男

(東京都立大学工学部)

車いすをデザイン化した国際シンボルマークは、通常の公共サインシステムである道路標識に準拠し、濃いブルーの地に白で車いすを描いたものである。交通においては、道路標識と類似している点で言えば、違和感のない標識の一種と考えられる。だが、道路標識と決定的な違いは、ひとつのマークに何役も演じさせているのである。このたった一枚で理解することは困難なことは十分わかっているが、人々への普及という点（多くの人が認知していること）では一枚であったことは極めて大きな効果があったと考えられる。したがって、一枚によるマークの表示の役割は十分過ぎる程その役割を果たし、広く知ってもらう段階から次の段階である、意味を理解してもらう段階への転換の時期とも考えられる。これらのことを踏まえて、今後の表示のあり方に向けて交通の問題点を探ってみる。

1. 道路等のサインシステムの一部として利用

特に高速道路などには、ドライバーに対して

①方向の表示や②距離の予告がその主要な設置方法である。シンボルマークは、高速道路の車いすトイレの存在の有無、予告、誘導などの機能は十分果たしていよう。

①方向の表示—車いすトイレなど

②距離の表示・予告—高速道路のサービスエリアを事前に予告する

2. 利用できるか否かの判断としての使い方

シンボルマークは、欧米においては少なくともアクセス可能な交通機関の表示として用いられており、障害者と健常者が共用であるか専用であるか否かを問わず表示がなされている。わが国ではこの点に、バス・タクシーにおいて車いす使用者が使えないのに表示がなされており、混乱をまねいている。

①表示と機能の矛盾

バスやタクシーにリフトやスロープが無く、車いす使用者が構造的に使えないのにシンボルマークが用いられている。問題点として誰のためのモビリティ確保なのか、そのための基本理解の不足と同時に、意味を理解がないままのマークの普及などが原因と考えられる。

3. 優先的利用を認める使い方

複数の施設がある場合、優先的利用を意味する使い方（①優先席や②駐車場などで用いられている）である。

①優先席

通称シルバーシートと呼び、座席の色を他の席と色を違え、かつ付近にシンボルマークないしは優先席の表示を行い、高齢者・障害を持つ人の利用に優先権を与えている。だが近年、電車の中ではねたふり症候群（電車の中で若者が立つことを嫌って、席を譲らないこと）がシルバーシートにも横行し、効果が十分得られていない。

②駐車場における表示の誤解

出入口に近い場所に設置し、舗装部分等にシンボルマークを描く方法である。シンボルマークは車いす使用者は勿論、広範囲のハンディキャップを持つ人を含むという理解をしている人はそれほど多くない。ある駐車場で、シンボルマーク表示の駐車場には松葉杖の利用を管理人が拒否することが起きた。これらは、シンボルマークは松葉杖の人を含むということを周知徹底するというより、障害の多様さに対して単一マークの限界とマークの意味を伝える宣伝の不足などの原因による。すなわち複数のコンセプト（多様な障害）を一つ（車いす）に集約できない限界を物語っている。

4. 事前情報としてのシンボルマーク

(1) 車いすガイドマップ等

アクセス可能な施設とそうでない施設を仕分

けるマップなどがこれに該当する。わが国では福祉マップが全国各地で作られているが、企画段階でのねらいが様々なので、実用性において使えるものが少ない。その主な問題点として、①携帯が不便、②人の行動圏が広域であるのに対し、地図自体が限定的な都市にとどまっている、③数年経過すると都市のアクセスレベルが変化し、古くなればなる程使えなくなってくること、④入手が困難であること、などの問題点が指摘できる。

(2) パンフレット

米国のリフト付バスの車内に用意されたパンフレットには、リフト付バスであるかどうかを判断できるように時刻表にシンボルマークを描き、車いす使用者の利用が可能であるか否かを明確に示している。

アクセスと国際シンボルマーク

寺山久美子

(東京都立医療技術短期大学)

国際シンボルマーク普及のための課題

日本のICTA委員会は(財)日本障害者リハビリテーション協会の中に設けられたアクセスに関する委員会です。(初山委員長のもと活動をしてまいりましたが、)この委員会の下に「国際シンボルマーク検討委員会」をつくって国内のInternational Symbol of Access(以下ISA)に関する検討をしようということになりました。

第1回の会合は1989年10月に開かれ、「まずISA国内調査をしよう」ということになりました。メンバーは本分科会のスピーカー達を含め13名でした。

「ISA国内調査」実施の背景は、国内における使用法の混乱が目立ってきたことと、同じような動機ではじめられた国際調査に刺激されたことでした。

「ISA国際調査」はRIのICTA委員会ワーキンググループによって1987年にはじめられ、1988年に東京で開かれた第16回リハビリテーション世界会議におけるICTAセミナーで披露されました。

調査表の配布先は225、主な質問事項は、①ISA使用の有無とその分野、②ISAの配布責任者、③ISAの配布条件、④ISA以外のマークの使用の有無、⑤ISAについての意見、等から成

っていました（表1）。

回収率は、ヨーロッパが最も多く77%、一方中南米諸国からは回答がありませんでした（表1）。

「ISA 国際調査」の結果を要約すると表2のようになります。

「国際シンボルマーク委員会」は、以上の「ISA 国際調査」の結果を踏まえ、「国内におけるISAの受け入れられ方、使用状況の実態を把握する」という目的で、次のような4種類の調査を行うことになりました。

- ① ISAに関する意識調査
- ② ISAに関する地方自治体における実情等の調査
- ③ ISAに関する障害者団体における実情等の調査
- ④ ISAに関する障害者個人における実情等の調査

なお検討委員会での討議の結果、ISAマークのみでなく、表3に示すような3つのマークも併せて調査することになりました。

表1

①調査表の配布先	
RI加盟団体	86
RI準加盟団体	23
RIの各国事務局長	69
ICTA委員	47
225	
(注：1国に複数の加盟団体をもつものもある。 日本は2加盟団体)	
②主な質問事項	
1. ISAの使用の有無とその分野	
2. ISAの配布責任者（団体）	
3. ISAの配布条件（法、指針等による規制の有無）	
4. ISA以外のシンボルマーク使用の有無	
5. ISA使用に関する明確化、再調整の必要性についての意見	
③回収率	
アフリカ（12ヵ国へ配布、33.3%回収）、アラブ諸国（20ヵ国、40%）、アジア太平洋地域（20ヵ国、40%）、ヨーロッパ（26ヵ国、77%）、ラテンアメリカ（8ヵ国、62.5%）、北アメリカ（2ヵ国、50%）、中南米諸国（6ヵ国、0%）。	

一番左は盲人を表示する国際的標識、まん中は世界ろう連盟が定めた聴覚障害者を示す世界共通のシンボルマーク、右は、全国中途失聴者難聴者団体が定めている難聴者を表わす国内で通用するマークです。

「シンボルマークに関する意識調査」は、表4の如く極めて簡単なもので、5分位で終了するものです。

調査対象は、メンバーが教えている学校の学生を中心にきいてみました。総数は667名、女性が多く、しかも20代が多いようです（表5）。

従って、「これをもってわが国の一般市民のISAに対するイメージの持ち方」を必ずしも表しているとはいいい難いようですが、参考にはなりました。

アンケート結果を総括すると、「ISAについては、ほぼ全員、何らかの形で見ているが、その理解の仕方はまちまちで、多くの場合不完全、もしくは誤っている」ことがわかりました。

その他のマークについては、知られていないし理解の仕方も正しいものではないようです。

表2 「ISA 国際調査」結果の要約

1. RI加盟団体の中にもISA使用に関して採択された決議を知らないところがある。簡潔で有効なパンフレットを作成し新たな広報活動を開始させる必要がある。
2. ISA使用に関しての方針を新たにより正確なものにして立てる必要がある。
3. ISA使用許可に関する一定の審査基準を権威ある個人もしくは団体に委ね、RIにおいても確立する必要がある。
4. RIはすべての国に使える設問を設定し、各国語に訳して試用してみるべきである。ISA使用の最低基準が必要である。
5. 視覚障害者、聴覚障害者についてもシンボルマークの必要性がある。国によってはすでに一定のシンボルマークを使っているところがある。デザイン等を明確にし、RIで公式に採択されたものとすべきである。
6. RIは、従来より一層各国及び国際基準機構との連携をとっていくべきである。RIとしてはISOへの代表者を派遣するかワーキンググループ3の招集者の役割をとっていくべきである。

表3



盲人を表示する国際的標識

世界ろう連盟が定めた聴覚障害者を示す世界共通のシンボルマーク


全国中途失聴者難聴者団体が定めている難聴者を表す国内で通用するマーク


表4


「シンボルマークに関する意識調査」表


下に示した4つのシンボルマークについてお尋ねします。あなたはこれらを見たことがありますか。それぞれ該当する番号に○をつけてください。またそのマークがなにを表していると思いますか。「」内にご自由に書いてください。

(実際のシンボルマークは青色もしくは黒色です)

 1. 見たことがある 2. 見たことはない
このシンボルマークは何を表していると思いますか。

 1. 見たことがある 2. 見たことはない
このシンボルマークは何を表していると思いますか。

 1. 見たことがある 2. 見たことはない
このシンボルマークは何を表していると思いますか。

 1. 見たことがある 2. 見たことはない
このシンボルマークは何を表していると思いますか。

最後にあなたの年齢と性別を教えてください。
年齢()歳、性別(男、女)
ご協力ありがとうございました

「地方自治体」「障害者団体」「障害者個人」の三種の対象にも、同様のアンケートを行いました。

内訳は、地方自治体267(回答率70.8%)、障害者団体35(回答率51.5%)、障害者個人499名(回答率、視覚障害者以外の個人49.9%、弱視者51.4%、点字使用者22.3%)でした。

質問事項は、ISA、視覚障害者、聴覚障害者の3つの国際シンボルマークについての使用状況、その必要性等に関する意見を問うたものです。

「障害者個人」についてはここでは割愛させていただいたが、多くの興味深い意見が寄せられました。

以上のアンケートから次のようなことが言えると思われました。

〈地方自治体〉

- ①ほとんどの自治体でISAマークは使用
- ②建物、駐車場、タクシー、バス等に使用
- ③他のマークについてはほとんど不使用
- ④ISAマークの使用基準を持たない団体が多いが(63.5%)、何らかの整備要綱は3割の団体が保持している。
- ⑤ISA普及の努力は感じられる。
- ⑥ISAの購入先は「リハ協」は13.2%と少ない。
- ⑦感覚障害については独自のマークを使用している団体もわずかながらある。

表5

①調査対象者

*男女別

男	女	不明	総数
175	401	91	667

*年齢別

10代	20代	30代	40代	50代	60代	不明	総数
176	326	36	20	12	1	96	667

また「障害者団体」については、「必要ない」というご意見もあったが、ほとんどの団体が「今のところは必要」としていました。

以上のアンケート結果については、本年10月にベルリンで行われたRI総会時における

表6

「地方自治体」「障害者団体」を対象としたアンケート結果より、次のようなことがいえると思われる。

<地方自治体の場合>

1. ISAのマークはほとんどの団体に使用している。
2. 使用している場所は建物、駐車場、公園、広報、駅、タクシー、バス、電車の順である。
3. その他の3つのマークはほとんど使用していない。
4. ISAマークの使用基準を持たない団体が多いが(63.5%)、何らかの整備要綱を持っている団体も3割程度みられる。
5. ISAマーク普及のための積極的取り組みは何らかの形でなされている団体が多いが、20%の団体は特にその計画はしていない。
6. ISAマークの購入先では、本来の配布先である「日本障害者リハビリテーション協会」は13.2%と少ない。
7. 感覚障害者に関しては、独自のマークを作成している団体もわずかながらある。

<障害者団体の場合>

1. ISAの必要性については、ほとんどの団体がそれを認めている。
2. ISAアンケートに関連して、数々の貴重な意見が寄せられて、興味深かった。

ICTA委員会で報告がなされました。

「ISAの課題と今後」については、次の5つにまとめられましょう。

1. 正しい普及

その第一弾として今回使用ガイドラインを作成しました。さらに詳しいマニュアルも必要かも知れません。

2. 評価システムの確立

要は、「アクセシブルな設備、構造か」ということです。「マークが貼ってあるのに使用をことわられた」というようなことのないようにしなければなりません。

3. 整備指針の見直し

多くの地方自治体で整備要綱のようなものが作られています。が、内容の妥当性についてチェックが定期的になされているでしょうか？また「チェックシステム」が確立しているでしょうか？

4. 他のマークとの併用について

ISAマークで「すべての障害を表す」というのには無理があります。RIのICTA委員会も併用を認める方向になりました。

そして、最終的には街全体がアクセシブルで「マークなど特別必要ない」というふうになっていくことが理想でしょう。

国際シンボルマークの法的保護

中村盛夫

(弁理士)

国際シンボルマークが著作権の対象となるか否かは、車椅子をデザイン化した図形である国際シンボルマークが著作物に該当するかどうか

にかかわる。

これに関しては同一とはいえないが、オリンピック標章に関する東京地方裁判所の決定が参

考になる。これは、オリンピック標章は著作権の対象にならないものである、そこで、JOCはオリンピック標章について何の権限も有しないもので、JOCに無断で提灯に五輪マークを使用しているとか、それらの行為は違法行為であるから使用しない方がよい、といったマスコミを通じての宣伝や使用中止の勧奨による営業妨害の禁止を求める仮処分申請に対してなされたものである。

裁判所は、結局は申請を却下したのであるが、その理由の中でオリンピック標章の著作物性について否定する一方、著作物であるとする見解も相応の根拠を有するとした。

さらには、JOC側の不正競争防止法上の主張についてはJOCが営業をなすものではなく保護の対象として予定している営業上の利益を有せず、オリンピック憲章は民間団体の規約にすぎないので公法上の規則にも該当しない、として法的保護に関して否定している。

それでも申請を却下したのは、JOCが著作権を持っているとの主張は相応の根拠を有するし、JOCが著作権を持っているとの見解の表明を行うことは、本件の場合は不法でないとした。

国際シンボルマークにあてはめれば、他人が国際シンボルマークを制作して販売しようとしているのに対して、日本障害者リハビリテーション協会が著作権の主張をしたのに対して、その他人が協会に対して著作権の主張は根拠がないもので、販売する邪魔をしないように求めるものといえる。事情として異なるのは、協会は従来より国際シンボルマークを他人が制作して使用するものについて使用料を徴収するようなことはしていないことである。

現在では企業のCI（コーポレートアイデンティティ）に伴う商標としてデザインされる比較的単純な図形について著作物性を認めるべきであるとする見解もある。これによれば、国際シンボルマークも著作物性を認めて保護すべきであるということになる。

国際シンボルマーク自体についても、デザイ

ンした当時デンマークの女学生であったスサネコフオード（Susanne Koefoed）がおり、スカンジナビア学生デザイン連合を通じて国際リハビリテーション協会（RI）に寄贈されたものであるという経緯がある。

そして、各国における導入、広報及び使用の監視は、各国の加盟団体（日本では日本障害者リハビリテーション協会）に委ねられ、各国の団体はいわば、合法的使用管理権を有するということになる。

このようなことから日本障害者リハビリテーション協会はRIより著作権の管理を委ねられているとの法的な構成も可能である。

著作権があるとすれば日本障害者リハビリテーション協会に無断で国際シンボルマークを制作したり頒布したり、使用すると著作権の侵害ということになる。

著作物性は個々具体的に判断されるので国際シンボルマークが著作物に該当しないものであると断言することはできないが、実際の裁判事件になった場合には著作物性を否定される可能性が高いものといえる。

これは、国際シンボルマークが従来どのように取り扱われてきたかも問題となるからである。

たとえば、国際シンボルマークを使用するための統一した基準を設定して広く公開し、国際シンボルマークを貼付したいものの申請があった場合に基準に合致するものか否か審査乃至検査する機関（あるいは代行機関）があり、これを通ったものに国際シンボルマークを表示したシールないしプレートを交付するといったことを継続して行っており、このことが広く一般常識となっているような事情があったり、または、日本では国際シンボルマークを表示するシールやプレートはRIが基本的には独占して販売しており、少なくとも統一した基準を満足したものについて交付して表示されているといった事実の積み重ねがあれば何らかの法的保護を図るような理論構成を考えやすいが、このような背景、事情がないからである。

まず、実体として何らかの保護してほしい対象が現れて、次第にそれが社会的に重要性を増してきて社会的に認知され、何となく権利的なものと扱われ、既存の法律を適用することによりあるいは法解釈により適用範囲を広げて保護し、それが最終的には立法化されて具体的な権利となる段階を踏むものだからである。国際シンボルマークの本来的な法的保護は最終的には立法化されて権利となることが望ましいようであるが、国際シンボルマークが国際的な団体とはいっても民間団体で採択されたものであること、現実の一般人の認識水準、将来変更される可能性もあること、などを総合すると日本では立法化されて保護される可能性はほとんどないものである。

ちなみに、オリンピックの標章に関してはオリンピックシンボルの保護に関するナイロビ条約があり、1982年9月25日発効しているが日本は現時点で加入していない。

オリンピックの標章や国際シンボルマークは創作者の死後何年の存続期間があり、消滅したら自由な使用が可能となるといった著作権の考え方と基本的になじまないものといえる。オリンピックの標章でいえば著作権の対象であるとしても現在では期間が満了している。

現在、確実な法的保護の対象となっているのは、商標登録を受けていることである。

国際シンボルマーク自体を商標にし、印刷物を含む商品の区分第26類の商品を指定商品として登録第1562455号として昭和58年1月28日登録されている。

この商標権により日本障害者リハビリテーション協会は他人が印刷物に商標として国際シンボルマークを使用したときはやめさせることが

できる。

誤解のないように付け加えれば、他人が国際シンボルマークをシールに印刷して販売しても商標としての使用ではないのでこの商標権をもとにやめさせることはできない。

そこで、現在のところ国際シンボルマーク自体の法的保護といっても、どのような保護が望ましいのかを日本障害者リハビリテーション協会が模索し、決定して活動をしなければならないものといえる。

最近、比較的詳しい国際シンボルマークについてのパンフレットを作成したが、本来ならば国際シンボルマークを導入したときに作成し、広く配布すべきであったものと思われる。

国際シンボルマークを独占して制作し、提供しているものでもないことから、国際シンボルマークの意味内容の周知徹底を図るために前記パンフレットの配布などの広報活動を通じて、関係者の理解協力を求めるといった活動をする以外にないものと思われる。

最後に、国際シンボルマークの使用管理権限に基づく日本障害者リハビリテーション協会の活動例の一部を掲げる。

1. 国際シンボルマークを表示した道路標識を個人が意匠登録を受けたので、無効審判を請求し、昭和54年無効とした。
2. プレハブメーカーの国際シンボルマークを含む商標登録出願について取り下げを求めたところ、要請を受け入れて出願を取り下げる。
3. 書籍に国際シンボルマークが紹介されていたが、記述が誤っていたので訂正を求めたところ、次の版から記述を訂正する旨の確約を得る。

リハビリテーションにおけるインフォームド・コンセントを考える

座長 森 秀子

(東京都心身障害者福祉センター)

インフォームド・コンセント（以下、ICという）に関する当分科会では、木下健治氏（弁護士、東京都立医療技術短期大学）、澤俊二氏（作業療法士、慶応義塾大学月が瀬リハビリテーションセンター）、森秀子（福祉技術、東京都心身障害者福祉センター）が報告を行った後、中嶋和夫氏（福祉技術、東京都心身障害者福祉センター）が指定発言を行った。発表内容については要旨を参照されたい。

木下氏は、ICとは「情報を与えられた上での承諾または同意を意味する」と、定義し、IC法理の歴史を米、独を初め諸外国や日本の判例について紹介した。

日本の医療におけるICは医師の説明義務違反として捉えられており、説明は医師の裁量の範囲で、患者の選択権は認めないのが現状であるが、医師会は「複数の処置やライフスタイルに影響を及ぼす治療については、説明の有無のみではなく、方法も問われ、選択権を認める」方向に動いていること。そして、ICのリハビリへの適用は「診療内容を選択枝を含めて患者に十分理解できるように説明した後で同意を得て診療を行うべきである」との見解を報告した。

澤氏は、ご自身の体験から「医師・患者間の偽の信頼関係」にふれた後、作業療法士（以下、OT）のリーダーとして診療に携わっている立場から100カ所のリハビリ施設に対して実施した調査結果を報告した。氏によれば、ICは既に大部分の施設で実施されている。こうした現状

をふまえて、特にライフスタイルを転換する必要があるような障害の診療には患者と治療者間のICだけではなく、診療チーム内のICルールの確立が必要であること、OTとしては「契約意識」を持つことが必要で、そのための実践手段とシステムを患者および他職種の人達と共同で作りあげるべきであることを指摘し、そのためには今後リハ医療全体として早急に「クライアント教育システム」の確立に取り組むべきであるとの提案をおこなった。

森からは福祉の領域で心身障害児を育てている親への情報サービスを通して、実際に親とのICを実施してきた立場から多専門職種によって構成されるチームにおいて徹している基本的ルールおよびサービスシステムと実践の手続き等について報告した。

以上3人の報告者が主としてDue Processについて報告したのに対し、中嶋氏は専門家としての今後の課題として、技術的な側面から指定発言を行った。氏は情報サービスを担う要となるケースマネージャーとして親に向き合う立場から、ICを進めるに当たって必要なことはリハ・プログラムを相手に提示する際に専門家にとって最も重要なことは「障害（WHOの分類でいうI.D.Hの側面）の現状評価・予測に基づいて、目標をどう設定し、サービスはどう提供され、その効果をどう期待するかを明確にする」という「目標設定技術」であることを指摘した。

以上の報告に続いて、会場の参加者との質疑

応答、討議がなされた。

4人の提案が法的手続きや技術を主たる内容にしていたことによるものか、会場からはサービスの提供者と受け手というクールな契約関係の成立以前に、個人としての人間関係のあり方がリハ・サービスの効果をあげる重要なファクターになっているという指摘のもとに、これとICのさまざまな微妙な問題があることが示唆された。

個人としての信頼関係を越えてサービス提供

者と利用者が自立した対等な契約関係を結べるようになるためには専門家にも患者側にも基礎教育が必要である。欧米では既に両者にとってのそれらの実例、教科書は数多い。

ICは今回初めて取りあげられたテーマであるが、これを契機に医療のみならず教育、職業、福祉等多様なリハ領域において今後それぞれに学習会を重ね、近い将来、さらに前進した見解を持ち寄って分科会を開きたい。

作業療法とインフォームド・コンセント

澤 俊二

(慶応義塾大学月が瀬リハビリテーションセンター)

この10年間、ICについての個人的な体験(口くう癌の告知体験)からも医療に携わる者として、良く洞察された説明もしくは提案はクライアント中心の医療の基礎を為すものと強く確信するに至りました。そこで今回リハビリテーション医療の作業療法士(以下OTと略します)の立場から、作業療法の世界ではどのようにインフォームドコンセント(以下ICと略します)が認識され、現場においてどのように実践されているかをアンケート調査をしましたので、提示し、私が考えるこれからのOTにとってのICについて述べたいとおもいます。

【方法】

1990年12月、成人の身体障害を扱う100施設で働くOT100人に対し『OTとIC』について手紙によるアンケート調査を行いました。

【結果】

アンケートの結果、70人(70%)の解答を得ました。OT経験は、1-3年が32%、4-6年が29%、7-9年が17%、10年以上が22%で

した。OTへの処方は、リハビリテーション医が55%、整形外科医が46%、内科医が42%でした。以下、質問項目ごとにその結果を述べていきます。

1. ICに関する理解と実際は、『ICを聞いたことがあるか』に関しては、「有り」が67%、「無し」が32%でした。平成1年から2年にかけて知った人が68%でした。“IC”の意味するものについては、全体の93%の人が身近なものとして感じていました。しかし、『院内及びOT内でICについて協議・申し合わせがあるか』については、「有り」が9%にすぎず、予後、入院期間、長期ゴールを主治医から説明をすることなどが申し合わせとしてされていたにすぎませんでした。
2. OT開始時の作業療法に関する説明と契約については、「説明文書を渡し同意のサインをとる」契約のやり方は見られず、「口頭で説明」されているのが現状でした。
3. 中枢性上肢運動麻痺の予後告知は、脳卒中

の上肢片マヒ患者においてOT場面でよく直面する重要な事項です。

予後告知を「していない」OTは20%でしたが、「クライアントによりしている」OTは67%、「必ずしている」OTは13%で、「している」OTは、合わせると80%に達していました。また、経験年数別で見ると、「していない」OTは、経験年数の少ないほど多く、経験10年以上のOTではありませんでした。逆に「必ずしている」OTでは、経験年数の多い順に多く、これらから、OTの経験年数により、予後告知の実行頻度が異なることを知ることができました。「していない」OTの理由としては、予後告知は医師の仕事としたものが65%であり、利手交換を通して自然にわからせるとしたOTが残りの35%でした。「している」OTでは、『誰が告げるか』については、「OTのみ」が16%、「OTと医師」が70%、「スタッフ全員」が9%、「その他」として、カンファレンス時誰が告知をするかを決める、としていました。『誰に告げるか』については、「本人のみ」は、6%と少なく、「本人及び家族」が90%、「その他」として、必要なら職場、をあげていました。『いつ告げるか』については、「特に決めていない」が70%と圧倒的に多く、「決まった時がきたら自動的にする」と答えたOTも10%いました。『誰と相談するか』については、「しない」が18%と少なく、「他のOT」、「PT」、「医師」、「チーム全員」などと、なんらかの形をとって他者と相談をしていることが判明しました。

4. 「作業療法とIC」に関する意見に関して、一つのまとまった意見としては、OTにとって、ICは医療実施上最も基本的な倫理であるというものでした。つまり、作業療法を進める時、クライアント及び家族への十分な説明と同意を得ることは、治療効果や障害受容をはかる上で当然のことながら必要であるとするものでした。それは、法的にOTを守るために行うのではなく、クライアント自身が納得しなければOTが進まないことを意味しています。実施する上で、本当にクライアントが望むのかどうか

の確認を何度も行うことと、クライアントがOTの説明をどう受けとめているかをしっかり見抜く力が必要であり、さらに、分かりやすく説明をするためには、工夫が必要であり、OT紹介のパンフレットや、施設での共通のパンフレットが必要であるし、根気良く、何度も丁寧に話すことも大切であると述べています。そして、告知をしても、本当の納得を得るまでには長期間観察する必要があり、障害受容の一つのステップとの認識があるとの意見でした。もう一つの意見は、医療チーム内、特に医師との立場の違いに悩むものでした。つまり、OTの治療を進める上で予後の告知は避けて通れないものですが、医師がクライアントに説明しなかったり、説明があったことをOTに知らせなかったり、また、OTの考えと異なる告知がなされたりで、医師に困惑することが多く、また、OT自身が告知を医師をさしおいて行っていいものかどうかでまよったことが多いのです。そのため、食い違いがない範囲内で職種に許された予後説明の場が必要であるとか、患者のプラスになる告知についてチーム内でのルール確立と、意思統一が必要であるという意見が出されていました。

【考案】

1. OTにとってのICの意義について、砂原は「慢性病や障害の場合の医療は基本的には医療者と患者との共同作業であり、情報公開を原則とした人間関係の上に成り立っている。ICという形の自己決定権があくまで尊重されなければならない。(中略)医療者は患者に対し専門的立場からの説得はできるが、自己決定権を奪うことはできない」と、ICについてリハビリテーション医療の現場に即した提言をしています。今回の調査からも、患者自身の納得を得てOTを進めるICの重要性が強く出されており、OTにとってICは、医療者としての倫理であり、治療を進める上での、自己チェックとしての意義を有していると考えます。

2. OTと予後告知：癌告知については、日本の医師の1%が積極的にいき、10数%ができるだ

けずるとしているのに対し、今回の調査において中枢性の上肢運動麻痺の予後告知を、80%近くのOTが行っている事実は重いと感じます。予後告知がOTにとってたいへん身近な問題であり、そこから起こる苦悩も大きいと推察されます。それは、生命に直接かかわることがないとはいえ、クライアントのその後のライフサイクルの転換を迫る障害の予後告知にOTが関わっていることは、OTがクライアントのライフサイクルに身をもって関与しようとする姿勢の現れと言えます。ここで問題となっているのは、予後告知がどんな目的で、いつ、誰が、どんな形で伝えるか、どのようにフォローするかについて、チーム内でコンセンサスが得られる形で論議されていない場合が多いということです。OTのみの判断で予後告知がなされるとすれば、チームとしての機能放棄につながります。しかし、現状では、そのチームさえ成り立たない人間関係、特に医師との関係があることは事実であり、ICをふくめてどうチームを作っていくか大きな課題といえます。

また、OTが予後を告知してよいかどうかアンケートのなかで提起された問題であります。医療の最終責任者である医師が告知することのほうが、クライアントに納得を得やすく混乱も防げるし、他医療者も医師への“おまかせ”ですみ気分的に責任が軽くすみますが、逆に、患者の状況を詳しく知る立場のOTが、クライアントに対する細やかな配慮で説明することは、仕事の責任上当然とも言えます。原則として、医師が予後告知を行った方が良いと考えますが、医師のみで行うことにも弊害がありましょう。現実、「OTと医師」での併用が70%を占めていました。今後専門職としてのPT.OT. ST.NSの経験と意見をどう組み合わせるかを考慮することが、クライアントにとってプラスになるリハチームでの告知アプローチであるといえましょう。

それには、チーム内の“IC”ルールの確立も必要であります。チームメンバーへの、「いつ」「誰が」「どういう理由」「どのような」告知を行

うか等を表明し、意志統一をはかり、結果を知らせ合う厳格な交互作業を習慣化することです。クライアントへのICとともに、チーム内の“IC”を確立することも重要であると考えます。

3. さて、OTの今後のICに関する提言を最後にしたいと思います。まず、クライアントへの作業療法開始時の説明に関し、回答のあったすべてのOTが説明書や契約形式なしで行っている現状でした。これは、社会契約意識の乏しい日本の医療の現状を見るようであります。今後、クライアントに正確な判断を得るためには、OTの発想を大きく変える必要を感じます。ICの重要性を十分認識しているOTにとって必要なことは、いわゆる契約意識をOTが持つことであると考えます。そして、そのための実践手段とシステムをクライアントや他職種の人達と共同して作りあげていくことです。クライアントの将来を常に視点に入れながら、契約者としてのクライアントにその都度正確な情報を伝え納得をえて進める、そのために必要なら開始時に限らずパンフレットなどを作製し、同意を得たことを確認しながら進めることが大切であると考えます。そして、OTは様々な実践案を提案するいいポジションにいると思います。

次に、ICを、OT個人レベルから施設レベルに押し上げることが必要です。それにはクライアント教育システムの確立が必要です。米国病院協会調査(1975年時点)では、85%の病院が教育担当責任者を任命してクライアント教育を行っています。昨年見学したハワイ大学のリハセンターでは、入院時、疾患別に分かれたすべての情報、これには疾患について、各部門の説明、薬物、ADL、退院後の業者の利用などを網羅した冊子をSWが渡し、その後その冊子に個人情報を入れ込んでいき、かつ家族を含めた教育を細かく行っていました。リハビリテーション医療全体としても是非取り組まなければならない緊急課題と言えます。

【結語】

OTとICに関するアンケート調査を通して、

ICの重要性、予告告知とチーム医療のあり方、OT及びクライアント教育システムの確立に關し述べました。保険制度のなか、作業療法は、クライアントとの契約関係意識の乏しい職種の一つであります。その中でICを育てるには、クライアントのニーズに今後きちんに対応していく契約意識をどう育てていくかが大きな課題として迫ってきております。学校教育、卒後教育、臨床での組織内での教育等、意識と実践を今後作業療法の世界に呼びかけていくつもりです。

【参考文献】

- ①日野原重明編：ターミナルケア医学、医学書院
- ②砂原茂一：専門職としての倫理、理・作・療法、17.3, 1983
- ③木村利人：いのちを考えるーバイオエシックスのすすめー日本評論社、1987
- ④澤俊二：OTとInformed Consent、作業療法ジャーナル、25.4, 1991

幼児科におけるインフォームド・コンセントの実践についての報告

森 秀子

(東京都心身障害者福祉センター)

東京都心身障害者福祉センター幼児科では心身に障害のある乳幼児を家庭で育てている親を対象に、育児に関するあらゆる問題について相談を受け付け、必要な知識・技術を情報として提供する業務（「育児に関する情報サービス」）を行っている。

この業務は、個別福祉プログラムのモデルとして昭和57年から開始し、ほぼ10年を経てシステムとして仕上げてきた。

1. 利用者の側に立つインフォームド・コンセント (IC)

ICを提唱する際に明言すべきことは、「福祉の主人公は、障害者自身である」ということである。どんなに重度の障害を持っている人でも、意思能力の弱い幼若の子どもといえどもこの原則に変わりはない。当科の対象は子どもであるが、「育児に関する主体者」は親であるた

め、直接の主人公は親となる。

当科のサービスの目的は障害のある子どものハンディキャップ（障害そのものではなく、障害に対する偏見、無理解、環境条件の不備などによって生じる）の予防・解消にある。

その目的を明確にして親自身が求めるニーズに対して専門的知識、技術を駆使して情報の提供を行う。すべての作業は科を挙げてこの目的に向けて行われている。

2. 情報サービス運用の原則

(1) 親主導の原則

親主導と呼ぶのは、育児はあくまで親が主体で行うもので、専門家が介入する性質のものではない。専門家の仕事は親の欲している専門技術や個別の情報、福祉サービスを提供することであり、親はこれらを基礎にして家庭独自の育児方針や、家族の経済条件等を考え合わせ、自

ら育児プログラムを作成するのが仕事であるという役割分担を明確にする意味をこめている。そのねらいは障害児を抱えた親が育児に自信を持ち、安心して地域で生活できるよう、家族が必要とする直接・間接の諸々の種類の情報提供を行うことにある。

当科における親主導の原則は、少なくとも自分の家庭の家族生活、育児方針については親に主導権があるという考えによる。

専門家に親自らプログラムを作成する時の判断根拠にする子どもの障害の状態や将来予測、利用できる福祉サービスなどの情報を提供してもらい、自分の方針と照らし合わせて、役に立つものを選択し、自分でプログラムを決定する自由を保障（障害のある人だけに用意されたコースを選択しないことも含めて）するものである。

すべてを専門家にお任せという態度をやめて、生活まで支配されることには「NO」といえる親が子どもにとっては必要であるが、そうなるには専門家に遠慮なくニーズを表明し、最適な回答を引き出すという発想の転換が必要になる。つまり、現状では福祉の専門家と利用者の立場を逆転する位の発想の転換がなければICは成立しないと考える。

(2) 納得ずくの原則

納得ずくの原則は、親が求めている「知りたい」、「教えて欲しい」というニーズ内容について、個別の評価に基づいた、客観的根拠のある回答をすることに徹することである。

障害についての宣言を行った上で、ハンディキャップを解消するという目的に関して、専門家にできることはほんのわずかであること、たとえば、親のニーズ「知能を伸ばして欲しい」、「ことばを話せるようにしてやりたい」、「脳性まひを治して歩けるようにしたい」等々、親が子どもの障害を治してやりたいと願う気持ちを理解しつつ、そのまま受け止めるのではなく、科学的・客観的な根拠のある回答を提供することを原則とする。また、ニーズを解決する方法も、検査や評価、資料収集、調査の方法、所要

期間、提供できる内容の概要等について必ず同意を得た上で作業を開始する。

(3) 文書の交換の原則

ここでいう文書は親から提出される相談書とセンター幼児科からの報告書をさす。

文書の交換は親と専門家が対等な関係にあることを保障したもので、親のニーズをそのまま受けとめる（親は専門家に「やってほしいこと」や、「知りたいこと」を相談内容として箇条書きにする）。

つまり、障害児を抱えた親の主訴の背景になるものを専門家の勝手な解釈によって憶測し「真のニーズは云々」とはしないのが原則である。健常者中心の社会状況の中では、障害に起因する当たりまえの現象が出現率が少数であるが故に病理と見なされる誤りがよくあるため、まず、字句を尊重し確認する。

親のニーズの解決策である回答は必ず報告書の形で文書にする。専門家にとって、専門的な知識や技術その他の情報を口頭で伝えるだけでなく、文書にするということは、莫大な労力を必要とするが、文書があるというメリットは多々あり、いくつかのデメリットをはるかに越えている。最大のメリットは、その文書をもとに事実を解明し、障害や発達に関する情報内容を確認し共有する材料とした上で、育児の指針とすることができることである。

(4) 情報の公開、個人情報の保護

当科においては、育児に関する情報提供に必要で収集した検査結果、評価内容等は当人の求めに応じてすべて公開すると同時に知り得た個人情報については、育児のための解決策の資料以外の目的で使用したりせず、たとえ公的機関から提出を求められた場合であっても親の承諾なしには公開しないことを原則としている。

3. 業務の運営システム

以上の原則を実態化するため、以下のポイントで運用上の手順と工夫を行う。

(1) 職員について

①職員と親は対等な契約関係にあることを常

- に意識化し、この観点で作業し、対応する。
- ②職種間の対等な関係を明確にし、チームワークをスムーズに運ぶために役職や職種によらない新しい役割分担を実施。例えば、
- a. 入り口から出口まで一貫した窓口の役割を担うケースマネージャーの役を置く他、親と職員、職員間の日程調整を行う等コーディネーターを置き、流れを潤滑にする。これは個人関係のマイナス面を防ぐためにも役立つ。
 - b. ニーズ解決を分担するケース会議は職員全員が参加し相互理解を促し、それぞれの専門領域と関連領域を分担する。ニーズの種類によっては領域をまたがったり、越えたりするものが多く、常に共同での開発的な取り組みを行う必要が生ずるためである。
 - c. 回答は報告書の形にするので、分脈、文体の統一など文書内容はもちろん、文書作法についてもチェックが必要のため、複数の目でチェックする。
- ③回答内容は客観的事実に基づいた信頼性の高い内容に絞って記述するよう専門的知識、技術の洗練を常に心掛けている。
- ④文書や資料の作成のために技術の習得が必要になる。文書作成はパソコンと各種ソフトを駆使して行っているため職員はOJTによる自己研鑽に務めている。
- また、データベースの蓄積、システム作りにも力点をおき、質の高いサービスを利用者に公平に提供することを心がけている。
- ⑤ニーズ解決の技術についてフローチャートを作成し、常に点検して最適なフローに入れ換える作業を行う。
- ⑥専門職として最も重要な仕事であるが、データの蓄積を行い、障害別の発達の法則

を解明し、モデルを作成する技術開発に日々取り組んでいる。

(2) 子どもについて

正常との比較によって、標準に近づくという考えは一切持たない。障害の種類や程度によって発達の到達点、スピードは個々の子どもによって異なることを前提に個性を尊重し、環境整備をすることを原則とする。

障害、発達年齢、生活年齢等によって出現する行動には一定の法則があるが、これを発達モデルと呼んで、個々の子どもが発達の妥当な範囲にあることを判断する。

本来の発達現象は人為的には変えられないというのが当科の考え方である。親の育児は余程誤った情報で縛らない限り大部分妥当な範囲にあるので、親を信頼し自信を持たせる。

4. 今後に向けての課題

(1) 法的側面

ICを一般化し、通常業務において実施する場合にネックとなっている法の問題、例えば「措置権」がある。法制度の改正には長い道程が必要であるので、当面は運用面でICを実態化し、土壌を開拓することが必要と考える。

(2) 専門家の側の心構え

福祉サービスは障害のある人の申請によって提供されることになっているが、障害のある人が主人公であるという意識の変換を日常的に徹底する教育が必要である。

(3) 利用者の側の意識変革

甘えと保護の情緒的な関係の濃い日本の社会的土壌において「面倒をみる」、「依存する」という両者の関係をいかに改善するかが課題である。この点については専門家の側に責任があり、利用者の自立意識を最大限尊重する関係の樹立から始めるべきである。

リハビリテーションにおけるインフォームド・コンセントを考える

木下 健治

(弁護士)

1. 「インフォームド・コンセント」「IC」とは何か。

インフォームド・コンセントは、「情報を与えられたうえでの承諾（または同意）を意味するとされている。

医師と患者との間で、現在、重視されている事柄である。

2. IC法理の歴史

(1) ニュールンベルグ綱領（1947年）

ニュールンベルグ裁判で、ナチスが、人道に反する人体実験を、被験者に加えていたことが明らかとなったことから、医学的な実験には、被験者の同意が必要であるとの綱領が作られた。

(2) 世界医師会における宣言

ニュールンベルグ裁判で、衝撃を受けた世界医師会では、医の倫理的問題として、人体実験をとりあげ、1964年に、「ヘルシンキ宣言」を発表した。

この中で、被験者の自由意志によるインフォームド・コンセント（内容を知らされた上での研究または治療についての同意）が示されている。

(3) アメリカ病院協会の「患者の権利章典に関する宣言」

1972年理事会で承認され、患者は、何らかの処置や治療を始める前に、インフォームド・コンセントを与えるのに必要な情報を医師から受

ける権利があることを明言している。

(4) 「患者の権利に関するリスボン宣言」

1981年の世界医師会の宣言で、患者は、十分な説明を受けた後に治療を受け入れるか、または、それを拒否する権利を有すると述べた。

(5) 「生命倫理に関するアメリカ大統領委員会の最終報告書」

これは、1983年の報告書で、「説明と同意」は、医療の場における意思決定の中軸であり、これを促進することが、患者や医師にとって有益であると報告している。

(6) 「説明と同意」についての報告（日本医師会生命倫理懇談会）（1990年）がされた。

3. IC法理の外国の裁判の傾向

1957年、ソルゴ対スタインフォード大学事件で、アメリカ連邦最高裁は医師説明義務違反を認める判決を下し、1960年のネイタンス対クライン事件判決で医師の説明が不十分なままで行われた患者の同意は、法的に意味を持たないという判断を示している。

ドイツでは、1950年代に、医師の説明義務を認める判決が出されている。

4. 日本の医療におけるインフォームド・コンセント（日本の医療における医師と患者との間の「インフォームド・コンセント」の内容）

医師は、医療行為を実施する場合には、事前に医療行為の内容（実施方法）、当該医療行為に

付随して生ずる可能性のある危険性ないし副作用、実施によって得られる効果等について、患者に十分に説明し、これらの説明内容について、患者に十分に説明し、これらの説明内容についての十分な理解に基づく患者の承諾を得なければならないという考え方が、日本の医療では、インフォームド・コンセントの内容とされており、法的には、「医師の説明義務違反」の問題として、とらえられている。

5. 日本の医療における説明義務違反の判例

(1) 1971.5.19 (東京地裁、昭46.5.19判決)

日本の医療では、患者は医師まかせだったが、「患者の承諾なき乳房剥出事件」で、承諾を得ないでなされた手術は、患者の身体に対する違法な侵害であることを明言したうえで、承諾を求めるにあたって、その前提として、病状及び手術の必要性に関する医師の説明が必要であるとの判断が示されている。

(2) 1981.6.19 (最高裁、昭56.6.19判決)

頭蓋骨陥没骨折の傷害を受けた患者の開頭手術を行う医師の説明義務の範囲について、手術の内容及びこれに伴う危険性についての医師の説明義務を認めた判決が出された。

(3) 1985.4.22 (東京高裁、昭60.4.22判決)

麻疹から麻疹脳炎を発症し重篤な障害を生じた小児の診療に当たった開業医の説明義務について、「他に代替可能な治療方法が存在する場合には、その内容、効果、危険性について説明すべきか」について、消極的な判断を示した。この判断理由は医師の裁量の範囲内で、患者に選択権を認めるものではないというものである。

(4) その他の判例

説明義務に関する判例としては、承諾の前提としての説明義務があり、これには①手術等の侵襲に対する患者の承認をうるための説明義務があり、前記、最高裁判決は、これに属する。次に②ライフ・スタイルの決定に影響を及ぼす療法の選択についての患者の自己決定権の行使の前提としての説明義務、これには、卵管結紮不妊手術後の妊娠につき、「現在のところ100

パーセント完全な避妊方法はないこと、本件手術のほかにも避妊方法はありうること及び本件手術と他の避妊方法との利害得失等を充分説明し、患者がこれらを考慮したうえ、なお本件手術の実施を求めるか否かを決定できるようにする義務が存すると解するのが相当である。」とした、大阪高裁、昭和61.7.16判決がある。これは、ライフ・スタイルの決定については、他の療法の説明義務を認めたものである。次に、転医勧告義務としての説明義務に関し、昭和51年2月出生の極小未熟児が、未熟児網膜症により失明した事件につき、担当眼科医が、他の専門医による診療治療を受けさせる説明をしなかった過失が認められた最高裁、昭60.3.26判決がある。さらに、治療結果を報告するための説明義務として、虫垂手術後の虫垂残置に関し、再手術の必要を説明する義務違反を認めた福岡地裁小倉支部、昭58.3.29判決がある。また、医師法23条の療養指導のための説明義務として、古釘を踏んで負傷した患者を診察した医師について、破傷風についての説明義務についてふれた福岡高裁、昭53.6.26判決がある。

6. IC法理の発展

IC法理は、患者の自己決定権の理念を医療に重視させる傾向にある。

前記日本医師会報告では、『そもそも「説明と同意」がアメリカで問題になったとき、その際の基本原理として、どのようなことが考えられたのであろうか。医療における「説明と同意」とは、厳密にいうと、「医療の一連の行為の中で、与えられる複数の処置について、医師がその義務として患者に十分に情報を与えた上で、それについて何を選ぶかを決定するシステム」ということである。』としている。

IC法理は、日常診療のみならず、臓器移植、生命維持治療の中止、人体実験等、さまざまな場で、適用されていくものである。

7. IC法理のリハビリへの適用

IC法理は、リハビリ部門においても、重要な

法理として発展していくこととなると思う。
医療の進歩、福祉の充実のためにも、今後と

も各分野において、IC法理を研究し、発展させていかねばならない。

精神障害者の地域リハビリテーションの展望

座長 野津 真

(東京都立中部総合精神保健センター)

この分科会では従来の病院内リハから一步離れて、地域社会資源の役割と機能、関係機関相互の連携、法・制度の現状と問題点などを幾つかの視点から浮き彫りにすることをねらった。特に職業問題と住居問題は、精神障害者個々の病理や治療のプロセスとは別のところで解決を図らなければならない側面を持ち、これからの地域リハのメインテーマであると考えられる。

話題提供をお願いしたのは、東京障害者職業センター多摩支所の職業カウンセラー野中由彦氏、東京都立中部総合精神保健センターの作業療法士成崎ひとみ氏、やどかりの里代表の谷中輝雄氏で、それぞれリハビリテーションの第一線の現場で、日々実践されている方々である。

個々の発表内容は本誌に掲載されるのでそれをご覧いただくことにして、ここでは全体を通して現在何が問題になっているのかを概観してみたい。

野中氏はまず問題を社会の側、個人の側に分けて整理しているが、衝撃的であったのは東京都立労働研究所の報告を引いて示された、大部分の企業が精神障害者を雇用にむかないとみなしている事実である。雇用主が精神障害をどう理解するか大きなポイントがあるのは間違いないとしても、一般に持つであろう不安を解消できるような体制の整備も必要であろう。広報・啓発活動の重要性もさることながら、実質的な支援を可能にするには何が大切か考えなければならない。

また個人の側（障害者側）では、変化に対する脆弱性、基礎体力の問題、再発不安と露見恐怖（この言葉は初めて耳にするが、実際を良く表しているように思う）などの側面をあげているが、なによりも生活基盤をどう援助するかが大切だと強調している。そして具体的な援助は、一緒に考え、一緒に行動することに尽きると主張している。

ところで、個別のケースワークが不可欠である一方、様々な援助を組織的に行うにはどのような「仕組み」が必要なのだろうか。この問題にあるヒントを与えるのが、谷中氏のやどかりの里の経験であろう。20年に及ぶ施設運営と障害者とのかかわりは、むしろ援助する側に意識の変化をもたらしたと氏は言う。すなわち、訓練をして社会に通用する人間にするというそれまでの考え方を改め、資源を使い分け上手に利用するような生き方を選択すること。あるいは、利用可能な資源を積極的に開発することや能力の不足は別の形で補えば良いとみなすことなどが大切であると強調した。

言葉を変えれば自立概念にふくらみを持たせ、様々な形の自立を認めて行こうという方向であろう。この考え方の具体化として、授産寮に授産施設を加えて在宅ケアの支援センターにしていくというやどかりの里の運営方針が示された。

リハビリテーションの方法として、保護と訓練という二つの要素をどのように組み合わせる

かという問題は、なかなか難しく容易に答えは出ないのだが、それぞれの立場や条件によって工夫を加えることになるのであろう。

成崎氏は、中部センターの作業訓練部門の就労援助活動を報告したが、公的な社会復帰専門施設として職業安定所との連携を組織化する試みと、就労前訓練プログラムの紹介がその内容であった。後者は最近評判の高いSST (Social Skills Training: 生活技術訓練) の技法を応用したもので、注意深く適応すればかなりの効果を期待できるものと考えられる。ただ、報告ではふれられなかったが、作業訓練部門が訓練一本槍の指導を行っているのではなく、基本的には無理なく通えるようなプログラム運営を心がけていることを付け加えておきたい。

全体を通して、地域リハビリテーションのこ

れからの方向は Disability レベルでの訓練可能性と Handicap レベルでの社会資源開発、組織化された援助プログラム、法制度の整備などが焦点になるであろうと、改めて認識させられた分科会であった。最後にフロアから障害者自身の立場から、病気の治癒のとらえかた、自立の問題、雇用主側の態度などについて発言があった。いずれも短い時間では十分検討しきれない重要な問題だが、次の機会の課題としたい。

60人ほども参加いただいた分科会だったが、司会者の不手際で討論の時間を十分取ることができず申し訳なかったと反省している。しかし、考える材料はたっぷりあったというところでご容赦を願いたい。

精神障害者の地域リハビリテーション

—生活する場と働く場—

野中由彦

(東京障害者職業センター多摩支所)

はじめに

東京障害者職業センター多摩支所での精神障害者就労援助の実践経験(主に職業カウンセリング、それを効果的たらしめるための職業能力・適性等の評価、公共職業安定所への同行、事業所への同行、事業所に対する受入れに関する相談助言、適応援助等)をとおして、という立場から、主に精神障害者と身体障害者や精神薄弱者の就労に係る問題の違いを睨みながら、精神障害者の就労援助に関するお話をさせていただく。

地域障害者職業センターを利用する精神障害者は働く意志と一定以上の能力を有し、かつ、

職業センターを利用しようとする積極的な意志のある人たちが多く、出席者が直接知っておられる精神障害者とは若干層が異なっていると思われる。障害者観はみている障害者によって形成されるという性格のものようだ。精神障害者をどう見てその問題をどう考えるかという基本的な点で多少ずれがあるかも知れないことをお断りしておきたい。

まず、精神障害者の就労に関する全体状況としては、依然として厳しい、というのが実感である。概観すると、「十分に働ける人は精神障害者としてではなく一般求職者としてやっている。不十分だが働ける人の一部が各種の制度や

施設を部分的、断片的に利用しながら悪戦苦闘している。その他の精神障害者の多くは労働市場への参画を願望しているが現実感が伴っていない。援助する側は、それぞれが一人一人について悪戦苦闘している。」といった状況に映る。

1. 他の障害者と比較した場合の精神障害者の就労に係る問題の特徴

私の地域障害者職業センターでの経験の上からは、他の障害者と比較した場合の精神障害者の就労に係る問題の特徴は、次のとおりまとめられる。

(1) 社会の側

①職業リハビリテーションサービスへの乗り遅れ

身体障害者や精神薄弱者に比べて、職業リハビリテーションサービスに乗るのが歴史的にずっと遅れた。法改正により、1988年度から精神障害者も職業リハビリテーションの対象となったが、十分に参画できているとは言い難い状況である。精神障害者の特性を十分に加味した社会的な就労援助制度は未だ貧弱であると言わざるを得ない。対応する側も、知識・技術が必ずしも一般化しているとは言えず、この新しい人々に対してどう対応してよいのか、難しさを感じている様子である。地域間相違も無視できないものがある。

この度、ILO条約第159号（障害者の職業リハビリテーションに関する条約）が批准される見通しとなったので、これを契機にまた積極的な流れが出てくる可能性がある。

②各種制度の適用から独自の制度へ

精神障害者の社会的リハビリテーションは、身体障害者、精神薄弱者に対して保証されている各種制度を精神障害者に対しても適用することに当面の目標が置かれている。これは、現実的・具体的であり、当面このように展開されるであろう。しかし、必ずしも身体障害者や精神薄弱者を念頭に

置いて作られた制度が、そのまま精神障害者に当てはまるとは限らない。精神障害者の特性に応じて大幅に修正するか、または、独自の制度なりを創設していくこととしないと十分な活用は図れないようである。

③精神障害の認定の問題

精神障害者に対して身体障害者手帳、療育手帳に相当する認定の問題が一部で論議され始めている。公的な援助を制度化するためには、認定の問題は避けて通れないためである。

認定の方式を定めることは可能と聞いているが、認定を受けることによって、明らかで実際的な利益が得られるのでなければ意味がない。今のところ、その実際の利益が認められないという声が強いの。

また、安易にこれを進めると、現に今企業で何とかやれている精神障害者に対する、いわゆる掘り起こしの問題が生じる。これは、多くの人にたいへんな苦痛を強いものである。噂が流れるだけでも露見恐怖を倍加させることになる懸念もある。人権保護の立場からも慎重を期すことが必要である。その他にも解決されなければならない問題も多く、まずは条件整備の段階と思われる。

④企業からは依然として敬遠の傾向

依然として企業からは敬遠されている傾向が強い。

東京都立労働研究所が1990年3月に発表した「中高年障害者の就労と生活に関する調査」によると、東京都内の事業所823社（うち現に障害者を雇用している事業所805社）のうち、精神障害者が雇用に向くと答えている企業は、わずか12社（1.5%）、雇用に向かないと答えている企業は675社（82.0%）、実際に精神障害者を雇用している企業は18社（2.2%）となっており、これは、いずれも他の障害種類と比較して最も厳しい数字となっている。精神障

害者を取り巻く雇用環境が非常に厳しいことを物語っている。

ここで「精神障害」をどうとらえて回答しているかがポイントであるが、この調査では一般的理解に任されている。上手に理解を促していけば多少なりとも雇用に向くとするパーセンテージを上げ、雇用に向かないとするパーセンテージを下げることは可能ではないかとも考えられる。

企業では、精神障害者の問題はかなり一般的な問題となりつつあるようだ。採用後に発病した精神障害者にはなんとか援助の手を差し伸べようとする人が多い。一方、精神障害者を新たに受け入れることには厳しい姿勢をとることが多いということをよく聞く。

(2) 個人の側

職業人としての精神障害者を見ると、一般に次のような印象がある。総じて言えば、全体的、継続的な援助（Total and Continuous Supporting）が必要な人々ということになるか。

①課題が多岐

一部の身体障害者のように「残存能力を評価しそれに見合った適職をはっきりさせる」という旧式の方法だけでは不十分な人が多い。職業生活の基礎となっている様々な事に課題のある人が多い。作業への適応、職場への適応、職業生活への適応と、どの領域にも課題がある人が多い。

②全体的・継続的の支えが必要

完全な職業自立というのは難しく、継続的の支えが必要な人が多い。部分的、一時的援助で足りるのではなく、全体的、継続的なサポートを必要とする人が多い。地域障害者職業センターでも一人あたりの相談回数が最も多くなっている。

③多面的の支えが必要

医療の支え、住居に関する支え、職場での支え、金銭的な支え、余暇活動の支え、地域社会の支えと多面的の支えが必要な人が

多い。

④生活基盤の援助が必要

生活する場が問題となる人が多い。精神障害者に限らず、働く生活を豊かなものにし、働く生活を継続するためには生活基盤が不可欠である。多くの精神障害者が生活基盤を欠いているか、貧弱であるというハンデキャップを有している。住居もアパート等での一人暮らしであることが少なくない。家族とは連絡が切れているか、有っても薄いものであったりすることが珍しくない。生活基盤に関する適切な援助が不可欠である。

⑤変化に弱い

変化に対して非常に弱い面がある人が多い。このため、職場への定着が難しく離職・転職が多くなっている。

⑥基礎体力に課題

疲れやすく基礎体力に課題を持つ人が多い。勤務時間も8時間労働が当てはまらず、経験的には2時間、4時間、6時間が単位となることが多い。

⑦生活管理が難しい

生活管理が難しい人が多い。部分的にできても全体的なまとまりのあるバランスのとれた生活管理が難しい人が多い。

⑧生活の楽しみが少ない

遊びや生活での楽しみがあまりない人が多い。

⑨告知が問題

障害を明かすか否かの告知が問題になる人が多い。それぞれの精神障害者について明かして守られる人権と隠して守られる人権が具体的に何であるかの検討が必要である。

⑩再発不安と露見恐怖の重荷

働く時にたいへんな重荷を背負う人が多い。病気がまた悪くなるのではないかとという再発不安と病気があることを他の人に知られるのではないかとという露見恐怖である。いずれもたいへんな恐怖・不安である。

それだけでも大きなハンデキャップである。

2. 精神障害者の就労問題に係る基本的観点

(1) 働くことはよいことか

精神障害者の職業リハビリテーションは、人間として満ち足りた生活を目指して全体的に行われるべきものである。働くことがはたして本来によいことかどうかの認識が第一歩である。これは基本的には、本人が決める事である。

医療からは、無目的、無為の生活から目的ある、一定の社会的役割を持った有為な生活への転換が治療効果のうえからも好ましいとする意見が大半であるという印象だ。

一方、働くために動き回っている精神障害者は、かえって働く事に振り回されて病気を悪化させているのではないかという指摘もある。生活臨床の観点からは、働く能力があるにも拘らず自ら積極的に動こうとしないことによって安定している人（受動型）、働く能力には課題が多いながらも積極的に動き回ろうとする人（能動型）に2極分化している傾向が見られる。

働くことについては、精神障害者に限らず、①基本的人権の側面、②社会経済的な側面、の2点から総合的に考えたい。働きたいとする精神障害者は、やはり、その希望、能力・適性、社会的受け入れ等に応じた最も合っている仕事（ベスト・フィット・ジョブ）に就いて、働くことによってしか得られないものを得る機会を保証されなければならない。それを保証していくのが専門家の役割と考える。

(2) 病気の治癒が前提か、「治しながら」か

精神障害者の職業リハビリテーションでは、病気からの回復がある程度達成されていないと援助のしようがないのが現状である。職業リハビリテーションは病気が軽快してからの話だというのが常識的である。公共職業安定所でも「医師が働いてよいと言っているのであれば職業紹介はできない」というのが現実である。

しかし、治るのを待っているだけでは、何十年もを治療に費やし、治癒できたときには既に

老いたる身となっていた、ということにもなりかねない。これでは、リハビリテーションの意味を為さない。「治しながら」という考え方に切り替えなければ救われない人が多い。医療には少なくともこの「治しながら働くことに馴染む水準」にまでは引き上げてもらいたい。

(3) 病者と回復者

精神障害者の就労援助を効果的なものとするには、病気についての正しい理解が欠かせない。現場で実際に援助を行うに当たっては、次のように分けて考えることが必要かつ現実的である。

①MENTALY ILL PEOPLE (MENTALY DISORDER) = 精神病者。現に病者であり病気が治っていない者

②MENTALY RESTORED = 精神障害回復者。過去に病気を経験したが、現在は痕跡はとどめている場合もあるものの病気は回復し、服薬等により状態の維持・改善が可能な者

就労援助の対象は、働く意志と能力がある人はすべて受け入れられるべきである。常識的には、②が直ちに就労を援助すべき対象ということになる。

3. 精神障害者就労援助の具体的方法

(1) 効果的な技法は現在模索中という段階

精神障害者の職業リハビリテーションにおける効果的な技法は、現在模索中という段階と考えるのが適当と思われるが、効果的な方法として一部が述べられてきている。それは、

①援助付きの就労

②集団就労

③共同作業所をベースキャンプとして就労を目指す方法

④生活技能訓練 (SST)

⑤職業準備訓練

⑥職域開発援助事業

等である。

(2) 就労援助の具体的方法

精神障害者の就労援助の方法は、何も複雑に

考える必要はなく、本人と一緒に考え、一緒に行動することが最も現実的で効果的である。これは地域障害者職業センターを利用する精神障害者のほとんどがカウンセラーに対して望んでいる事でもある。

第1のポイントは、医療も含めた本人へのトータル、かつ継続的なアプローチである。第2のポイントは最も身近な関係で本人を援助しているキーパーソンに対しての周囲の専門家の援助である。

(3) 段階的就労が効果的

精神障害者が働いてうまくやっていけるようにするためには、就労時間を徐々に延ばしていく段階的就労が効果的である。それも、同じ職場での同じ作業で段階的に進めることが効果的である。

通院患者リハビリテーション事業、職場適応訓練は就労時間の制約があり、段階的就労に馴染む者にとって利用しにくいという話を聞く。職場適応訓練の利用状況は、東京都では平成元年度2名、平成2年度2名に留まっている。精神障害者の特性を十分に加味した就労援助制度が望まれている。

(4) 告知するか否か

精神障害者として告知して就職するのがよいかどうかについては慎重な議論がなされている。

現状では告知しなければ他に方法のない人が告知している場合が多い。

告知は医療の場での告知と職業リハビリテーションの場での告知とは目的も性格も異なる。職業リハビリテーションの場における告知の方法について技術向上が望まれる。

おわりに

(1) 社会的、全体的改善が必要

個人個人について悪戦苦闘していてもどうしようもない面がある。社会的、全体的改善が図られなければならない。この問題は個人的な問題に限らず社会全体の問題である。

(2) 予防が最大の課題

精神障害者のリハビリテーションの今後の最大の課題は、他の障害と同様、予防である。関係者は、精神障害を生み出さないため、精神障害の程度を可能な限り軽いものとどめるため、また、できる限り早期のできる限り完全なリハビリテーションの完遂のための努力を続けていかなければならないと考える。

精神障害者と就労

成崎ひとみ

(東京都立中部総合精神保健センター)

1. はじめに

人それぞれの生き方が異なるように、精神障害者の生き方も人によって様々である。

生活の目標を「就労」には置かず、趣味や自分の楽しみを育てていくことに置いている人もいる。また、同じ病を持つ者どうして作業を行

うことができる作業所へ通うことを希望する人もいる。

しかし、将来の目標について「働きたい」「自分にできる仕事がしたい」と答える精神障害者が大変多い。

精神障害者が働く意味は、普通の人と同じよ

うに、経済的自立のための手段を得ることであり、社会人としての自尊心や所属欲求を充足することである。

精神障害者のリハビリテーションの中で、スタッフが就労援助に費やす時間とエネルギーは相当なものがあるが、残念なことに失敗に終わることが多く、「働ける場が欲しい」という精神障害者のニーズに応えられていないのが現状である。

中部総合精神保健センター（以下「中部センター」）・作業訓練部門では、精神障害者の「働きたい」というニーズに少しでも応えていくために、昨年より職業安定所との組織的連携による職場開拓や、就労準備のためのプログラムを新設するなど、就労援助のための新しい試みをいくつか実施している。

今回は、中部センター（作業訓練）での職業前訓練と就労援助について、最近実施している新しい試みも加えて報告したい。

2. 作業訓練部門と就労前訓練

中部センターは、精神障害者の専門的な社会復帰施設として先駆的な役割を担ってきた世田谷リハビリテーションセンターと精神衛生センター機能を統合し、昭和60年4月に発足した施設である。

デイケアⅠ（作業訓練）

メンバー構成

30～40代が多い（平均35歳位）

最年少18才 最年長63才

男女比は3：1で男性が多い

最近は、若い人や女性メンバーも少しづつ増えてきている

目的

作業訓練に重点をおいているが、職業訓練校のような狭義の技能習得を目的とするものではなく、社会生活を送るために基本的に必要な、生活のリズムをつける・対人関係者を改善し友人を作り孤独な状態から脱出する・集中力や持続

力をつける・自信を取り戻す、などを目的としている。

月	火	水	木	金
木工・工作・クリーニング・手芸	同左	スタッフミーティング	料理グループ 同左	同左
木工・生活技能訓練・クリーニング・自主活動	スポーツ		音楽 造形	就労セミナー 小グループ活動

{プログラム}

1. メンバーは木工・クリーニング・ワープロ・工作・手工芸の5種目の中のどれかに所属する。午前中は、決まった作業を固定したメンバーで継続的に行うことにより、メンバー同士が交流や友人づくりをしやすい。また継続的な作業をとおして集中力・根気・持続力・対人強調・社会常識などを養うことができ、かつ作品の完成により達成感を味わうことができる。
2. 工作・手工芸種目は、集団に慣れ、自発性や興味関心呼び起こし、自身を回復しやすくするため自由な雰囲気、作業色は比較的薄い。
木工・クリーニング・ワープロ種目は、技術指導員の指示に従いながら作業する場面が多く、就労前訓練的な色合が比較的濃い。
3. 生活技能訓練
思考障害、知的障害、認知の混乱のために社会生活がスムーズにいかないメンバーに対し、現実的で積み上げ可能な目標を設定し、かつ小段階に分けてロールプレイすること

などにより、生活に必要な獲得できるように指導している。

4. 音楽・造形

クラブ活動（趣味）的な意味づけで実施されているプログラムなので、メンバーがのびのびと楽しく参加できるように配慮している。

造形種目では「キミコ方式」という、誰でも絵が描ける技法を取入れることにより、メンバーが不安や苦手意識をもたずに参加することができるようにしている。

5. 就労セミナー

非常設プログラム（年5回実施・1回4単位）
就労に必要な心構えや具体的な技能を、講義とロールプレイにより集中的に習得できることを目的している。

「就労開拓編」と「就労定着編」がある。

これらのプログラム全体をとおして、精神障害者が日常生活能力を高め、社会性を身につけていくように援助もしている。

3. 就労能力の獲得・向上

就労前訓練として生活のリズムを整えたり、作業能力や対人関係能力を高めるなど、精神障害者の基本的日常生活能力を高め、社会性を身につけていくよう働きかけていく必要があることは述べた。

しかし、入院歴が長く履歴書に空白の多い場合に履歴書の書き方を工夫したり、緊張や不安に弱く焦りやすい精神障害者に、就労面接での上手な受け答えの仕方を十分に練習する機会を

与え、不安や焦りを軽減させるなど、就労活動に具体的に必要とされる技能についても、木目の細かい指導・援助をしていく必要がある。

また、実際に採用されたとしても、気転がきかないため言われたことだけしか行わず、周囲が忙しくても手伝わなかったために、就労意欲は十分にあるのに、働く気がないと判断されクビになる等、職場でのマナーや常識、指示や命令の受け方や報告の仕方などについて知らない障害者も多く、これらについても具体的に訓練し、技能を習得できるよう援助していくことが大切である。

精神障害者が、就労に必要な心構えや技能をより効果的に獲得できるように、中部センター作業訓練部門では、今春より日頃の訓練プログラムに加え表1のような集中プログラム「就労セミナー」を開設し、精神障害者の対人的・職業的能力の向上を図っている。

精神障害者の多くは就労経験に乏しく、就労についての具体的なイメージを持っていないので、「職場開拓に必要なスキル」では、メンバーとスタッフによる十分なロールプレイ練習の次の段階として、庶務係長などのメンバーにとっては馴染のない職員に面接官になってもらっての練習の場を設定し、より本番に近い形でメンバーが練習できるなどの工夫を行っている。

また、「職場定着に必要なスキル」では、[郵便物の仕分け作業][在庫管理の照合]など作業場面を設定し、具体的な作業（仕事）を実際にしながら、指示・命令の受け方や報告の仕方、やる気を見せる言動などを練習できるようにする

生活のリズムを整える	昼夜逆転の生活から規則正しい生活を取り戻すサラリーマンやOLのような就労生活時間の練習と規則正しい習慣を獲得する
体力を養う 服装や身だしなみ	就労生活に最低限必要な体力を養う 清潔な衣服を身につける・髭をそる・髪を整えるなど、社会人としてのマナーを身につける
作業能力を高める 対人関係の改善	就労するための心構え・集中力・持続力・理解力要領等を身につける 対人関係における基本的な信頼感・協調性を取りもどしたり、育てる常識やエチケットも学び、習得する

表1

職場開拓に必要なスキル	職場定着に必要なスキル
仕事選びのポイント 履歴書の書き方・工夫の仕方 電話での求職の仕方 就労面接の受け方 面接で気を付けること 面接中の態度 面接官の質問に答える 面接官に質問する	職場での挨拶 職場でのマナーと身だしなみ 指示・命令の受け方 報告の仕方 やる気を見せる言動 注意や助言の受け方 話しかける時のエチケット 話を聞く時のエチケット

など、就労セミナーでは、できる限り実際に近い場面を設定して練習できるように工夫している。

また、精神障害者の対人的・社会的行動の特徴として、緊張が強く疲れやすい・融通がきかず変化に対応できにくい・細部にこだわり総合的理解ができにくい・人との適切な距離を取るのが困難・学習の積み重ねや応用が難しいなどがあげられるが、就労セミナーではこれらの行動特性を改善するよう訓練・援助すると同時に、精神障害者自身がこれらの行動特性を自覚し、無理のない、適当な職種や勤務時間を選べるようになるよう働きかけている。

[集団アルバイトの実施]

精神障害者が就労する時の不安や緊張は大変なものがある。

しかし、同じ仲間が何人かで就労し、お互いに支え合い・励まし合うことで、不安や緊張を緩和することができる。

中部センター通所部門では、就労前訓練のひとつとして9年前からお中元とお歳暮の時期に2週間、デパートの配送センターへ集団でアルバイト（10～15人位）に行っている。

参加メンバーの80%以上がアルバイトを成し遂げることができ、達成感や自信を得ている。

また、自分の現在の能力や問題点を知るチャンスにもなり、集団アルバイト終了後の訓練の目標をより具体的に設定することができる。

4. 精神障害者と就労

地域で生活している精神障害者を就労能力により、分類すると次の3タイプに分けることができる。

{タイプⅠ}

発病前の状態にほぼ回復し、一般社会人と同様の就労生活を送れる人たち。

一般の人たちと同様に職業安定所の一般窓口・各種求職情報誌・新聞広告・縁故や知人を活用して就労する。

その数は精神障害者の数%と少ない。

{タイプⅡ}

作業能力は高いが心理的な脆さが目立つ人たちや、能力障害が中程度に残存している人たち。

その数は精神障害者の2/3以上と大変多く、就労援助の対象者となる人たちであり、支援者・支援場があれば就労生活を送ることができる。

職業安定所の特別援護部門や障害者職業センター等から職場を紹介してもらい、精神障害者と担当職員と一緒に面接に出向き、緊張が強く疲れやすい・真面目だが機転がきかない等の行動特性を理解してもらったうえで就労する。

しかし、精神障害者が病名を明らかにして雇用してくれる企業はほとんどなく、採用してもらえたとしても、賃金が一般の人より低いのが

現状である。

〔タイプⅢ〕

機能・能力障害等が著しく残存しており、支援者・支援場があっても就労生活が難しい人たち。

その数は数%と少ない。

〔新しい就労援助の試み〕

精神障害者の就労援助の実施にあたり、今までは職業安定所との組織的連携は非常に乏しい状況であった。

しかし昨年の秋、渋谷職業安定所より「精神障害者の雇用については、障害の程度や適性の判断が難しい・職業紹介をしても職場側からは精神障害者は長続きしないといわれてしまう等の問題を抱え困っているが、中部センターの協力を得て雇用促進に取り組みたい」というありがたい申し入れがあり、以前より職安との組織的連携の必要性を痛感していた中部センター・作業訓練部門では積極的に協力し、精神障害者

の就労援助に取り組んできた。

方法は、職業安定所に一般の方の求人票を出している事業所の中から、中部センターの職員が精神障害者が働けそうな事業所をいくつか選び、その事業所に職安の職員が電話を入れ精神障害者の雇用について打診し、わずかでも良い反応のあった事業所に中部センターの職員が詳しい説明に向き、職場を開拓するというものである。

今年に入ってからには渋谷職安に加え五反田職安とも連携を持ち始めている。

事業所45カ所余りに打診したところ10カ所から良い反応があり、中部センターの職員が説明に向いた。精神障害者の方が働く場として不相当と判断し、中部センター側から断わらせて頂いた職場が4カ所ある。断らせて頂いた理由は、季節労働であること・作業環境が良くないこと・作業内容に危険があるなどである。また職場側からは雇用の承諾を得られたが、適当な人材がないため雇用が延期されている職場

表2

職場定着できない主な理由	職場定着のための援助内容
病気がバレるのではないかと不安や恐怖がいつもある	病気をオープンにして就職
なかなか仕事が覚えられない	中部センターの職員が初日は一緒に勤務し具体的に作業を教えると共に、職場の方にゆっくりした丁寧な指導を依頼する
作業スピードについていけない	スピードのあまり要求されない作業を選択させてもらう
体力が持たない	本人の体力等にあった就労時間からスタートし、徐々に時間を延長していく
残業を頼まれると断れず、生活のリズムを崩す	残業による弊害を職場に説明し、当分の間は残業をさせないようにしてもらう
悩みを相談できる人が傍にいない	中部センターの職員が随時、職場訪問や電話連絡を実施し、相談にのり指導・援助する。
対人関係が下手で友人ができず、孤立する	場合によっては仲間2～3人で就労することで、安心感をもたせる
通院や調子の悪いときに休みが取れない	通院や調子の悪いときの休みが保障されている
時給や昇給などの待遇を交渉することが苦手	本人と職場の間に中部センター職員が入り、調整していく

が2カ所ある。

開拓された職場4カ所に、7名の精神障害者の方々が実際に就職する機会を得ることができた。(資料参照)

また、職業安定所との連携により開拓できた職場に、精神障害者がよりスムーズに定着できるように、職場の暖かい理解と協力を得て、スピードを要求されない簡単な作業を選ぶ、無理のない就労時間から始める等の職場条件の整備をはじめ、障害者の特に緊張の強い就労初日に中部センターの職員と一緒に勤務し、具体的に作業を教えるなど、表2のような工夫をしている。

時給や交通費の支給などについては、精神障害者だからといって差別を受けることなく、一般の人と同等の条件で勤務している。

また、障害者・職場側のニーズによるタイムリーな職場訪問を行うことはもちろんであるが、はじめのうちは、要請がなくても定期的に職場に顔を出すことで、障害者・職場側双方に安心感を持って頂けるようにもしている。

就職することのできた7名の内5名の方が就労継続している。

《事例紹介》

K・Sさん 男 41才

国立大学2年生の時、両親の離婚をきっかけに発病。

治療し退院、就労するが数週間から数カ月で病状悪化し再入院、ということを繰り返す。

中部センター(作業訓練)には、「継続的就労ができるようになる」という目標をもって昨年の8月より通所開始。

規則正しい生活のリズム作りや集中力・持続力などはスムーズに改善されたが、理屈っぽく、自分の偏った考えにこだわり、他者の意見をきかない、高学歴にこだわり一流志向が強い等の問題点はなかなか改善されなかった。

ワープロ種目に在籍するが、理解力・記憶力の低下を認めようとせず、講師や職員の教え方が悪いからだ、と高圧的に反論するなどの場面

も多く見られた。また、利用当初は、資格取得に強いこだわり持っていたが、職業訓練校を受験し失敗に終わった今年の1月頃より、現在の自分の能力を素直に認められるようになり、ワープロ種目でも、分からないことを素直に質問し、かつ忘れないようにメモを取るなどの変化が見られるようになった。

3月からは就労セミナーに参加。指示・命令の受け方や報告の仕方、注意や助言の受け方等をとおして、理屈っぽく言い訳の多い話し方が徐々に改善されていった。また、就労した初期に緊張しやすく疲労しやすい等の、就労で失敗する原因とその対処方法を学んでいく過程で、過去の就労で自分が就労継続できなかった理由を整理することができ、高望みせず病気を分かちてもらった就労を希望してくるまでになった。

6月より渋谷職安との連携により開拓した職場に就労。短時間の勤務から始めさせてもらうなどの配慮をしてもらい、スムーズに定着ができ、現在ではフルタイム勤務している。

指示された仕事をメモし、丁寧に真面目に取り組む姿勢は、職場側からも高い評価を得ている。

このまま行けば来春には正社員になる予定である。

5. 今後の課題

今回は、社会復帰施設である中部センター・作業訓練部門での精神障害者の就労援助を、最近の取り組みも含めて報告した。

職業安定所との連携による職場開拓などの実施により、ある程度の成果を挙げることができたが、精神障害者の就職が拡大されていくためには、まだまだ沢山の課題が山積みになっている。

(1) 精神障害者の就労能力の向上

就労できる精神障害者を一人でも多くするため、基本的な生活能力の獲得・向上に加え、就労に必要な心構えや具体的な技能の獲得など精神障害者の就労能力の獲得・

向上のための社会復帰訓練の充実を図っていく必要がある。

(2) 職場条件の整備

精神障害者が病気を隠さずに就労できる職場を、職業安定所との連携経験を活かしながら、今後も職場を開拓していくとともに、精神障害者の方々の対人的・社会的行動特性を雇用者側に理解してもらい、対処技法を学んでもらうことが、今後の職場拡大には不可欠である。そのためにも雇用者向けの指導マニュアルを作成していく必要がある。

(3) 支援体制の整備

職業安定所・障害者職業センター・保健所・共同作業所・医療機関等との組織的協力体制を密にしなが、医療・福祉・労働など多職種の関係者が、精神障害者・職場双方のニーズに、タイムリーで適切な援助が継続的にできる支援体制の整備を進めていく必要がある。

(4) 職業リハビリテーション体制の確立

精神障害者の就労援助に関する制度としては、協力事業所での就労体験を通しての職能訓練に主眼をおいた通院患者リハビリテーション事業（職親制度）があるが、利用期限が通算3年と限られており、3年間では一般就労まで到達し難い障害者に対するその後の就労保障がなされてい

ない。

また、職業適応訓練も昭和61年度から精神障害者も利用できるようになったが、訓練期間（原則6カ月）終了後に正式雇用の見込のある者が対象という制約があり、今のままでは利用できる障害者が限られる。

今後は上記二つの制度の運用を、精神障害者の特性に応じた弾力性のあるものに整備していく必要がある。

さらに、障害の質と程度に即した就労の場を長期的に保障するための保護雇用制度の確立も不可欠である。

参考文献

- 1) 秋元波留夫編：21世紀に向けてのメンタルヘルス，ぶどう社，1991
- 2) 安井秀作：職業リハビリテーション，中央法規出版，1989
- 3) 岡上和雄編：精神障害者の就労援助，牧野出版，1988
- 4) 宮崎和子：精神障害者の就労実態および行動特性とその対処方法，職業リハ Vol.1 1987
- 5) 野津真、菱山珠夫、原田誠一：就労援助における機能評価の実際，臨床精神医学 1989

職安との連携により開拓した職場

	職場内容	条件	現状
A	コンピューター連続用紙の封入封緘作業 障害者の受け入れに前向き 明るく・近代的ビル 恵比寿駅より徒歩5分	時給 680円 パート雇用 正社員への道あり	昨年12月末より男性3名が実際に働きに行きだしたが、1名は一か月後調子を崩したのでセンター側からストップをかけた 4月より男性1名が加わり現在は3名就労中
B	マーキングペンの組み立て作業 上田駅より徒歩10分	時給 600円 パート雇用 女性のみ	事業所の雇用についての承諾は得られ、適当な人材がいれば、何時からでも雇ってもらえることになっている
C	電気部品の検査と簡単な手入れ作業 仕事場が狭い、休憩室がない、4～5名の主婦と常時雑談をしながらの作業 初台駅より徒歩5分	時給 700円 パート雇用	精神障害者が働く場として適当と思われないので中部センター側から断らせて頂いた
D	ダンボール作りと運搬作業 参宮橋駅より徒歩6分	時給 720円 パート雇用	事業所側から断られる。理由は中部センターからの説明を受けた後も、精神障害者雇用への不安が取り除かれなかったため
E	婦人服の倉庫管理 仕事は正社員がついて指示する 現場の指導者は受け入れに前向き 鮫洲駅より徒歩8分	時給 900円 パート雇用 グループ雇用	事業所の雇用についての承諾は得られ、適当な人材がいれば、何時からでも雇ってもらえることになっている
F	婦人服・和装小物の商品管理と値札付け作業 五反田駅より徒歩10分	時給 750円 パート雇用 季節雇用	季節雇用であり常時仕事があるわけではないため、中部センター側から断らせて頂いた
G	婦人服製品の検品 五反田駅より徒歩10分	時給 850円 パート雇用 季節雇用	同 上
H	携帯電話部品の組み立て・検品 五反田駅より徒歩5分	時給 800円 パート雇用	今年の4月から女性1名が働きにいていたが能力不足のため、3か月後中部センター側からストップをかけた 仕事の内容は根気を要するが簡単であり、職場の理解や協力体制には問題はなかった
I	ゴルフボールの整理・検品 障害者の受け入れに理解ある職場 武蔵小山駅から徒歩10分	時給 750円 パート雇用 正社員への道あり	今年の5月から男性1名が働きにいている職場側は、時間をかけてもいいので将来的には正社員になってほしい、と好意的
J	精密部品の製造 簡単な穴あけ作業 鮫洲駅より徒歩6分	時給 800円 パート雇用	今年の7月より男性1名が働きだしている 職場は養護学校の職場訓練所にもなっており、条件は良い
K	樹脂絶縁体の加工 西小山駅より徒歩8分	時給 750円 パート雇用	複雑なうえ、多少の危険性のある仕事 中部センター側・職場側の双方で就労は困難との結論に至る

(1990年10月から1991年7月まで)

やどかりの里の実践と今後の課題

谷中輝雄

(やどかりの里理事長)

はじめに

やどかりの里の実践は地域の中で精神障害者が暮らしていくための生活の支えをどうつくるかにあった。22年間がそのための取り組みであった。ちょうど20年目に精神障害者社会復帰施設（援護寮・通所授産）を建設し、生活支援の拠点とした。そこで見えてきたものは生活の支えとしての拠点としてのケアセンターは一つの資源にしすぎないということであった。生活する場、働く場などごくあたりまえの生活をなりたいたせていくためには必要な資源を地域社会の中に生み出していかなければならないこと。さらには、私達の考えの変更を求められていることであった。

20年間、共同生活に始まり、グループ活動、セルフ・ヘルプ・グループの組織化など社会復帰活動を手がけてきたものの、地域の中で生活することのできるネットワークづくりはまさにこれから始まるのだと今後の課題性の大きさとまどいを感じている。今回は社会復帰施設をケアセンターとして機能させ、必要なものをその周辺部につくりだしてきたここ2年間を中心に述べることにする。

1. 生活の拠点・ケアセンター

精神保健法に基づく社会復帰施設づくりにはさまざまな批判があった。私達も危惧をした。“施設”をつくってどうするか。地域ケアの時代に施設づくりは時代に逆行することにならないかといった問題であった。やどかりの里は地

域ケアを志向してきて、いこいの家を中心とした人と人とのネットワークづくりを推進してきた。精神分裂病者の70名前後は毎年支えてきた。当事者は今のままでよいという。家族の方々もお金のかかることは困るという。職員のみがこのままではやどかりの里はつぶれてしまうという。（当時予算規模年間3,000万円、人件費1,800万円、公的補助85万円、スタッフ10名）結局職員の声が他を圧倒して施設建設を決意した。援護寮と通所授産の複合施設建設へと名のりをあげた。

土地代5,000万円、建設費1億5千万円（約9,000万円が公的補助金）で2億円。うち1億1千万円が自己負担分。大変な苦戦のうえ建物は建った。これをどう利用するかで何度となく変更をした。最終的には、ケアセンターとして仲間づくりのグループ活動を中心にして、文化サークルから職業プログラムまでを必要において組織化することになった。通所授産では、宿泊は休息入所。長期入院者のための生活支援、緊急時の宿泊としてショート・ステイ型とした。援護寮は2年間を期間とした生活訓練施設であるが、在宅を中心として考え、原則として日曜は帰宅、月曜休館とした。

従来の小さいながらいこいの家として緊急時の宿泊、たまり場としての茶の間、仲間づくりのグループ、いつでも仲間がいて、相談できる相手のいるやどかりの里をそのまま施設の中に入れたのである。24時間電話の相談の部分もそのまま機能させたのである。

施設は施設であっても収容施設でなく、利用施設として出発したのであった。建物が大きくなった分だけ、地域交流や文化サークル的なものなど活動が広がった。しかしながら、問題性ははっきりとしてきた。まず、宿泊部門では一番多い利用が休息のための宿舎利用であった。そのためあって、緊急に際しての宿泊は激減した。その点は大きな利点と考えられたが、体調を崩した人と休息のための人とが同じ空間にいるとどちらにもよくないことが明確になった。さらに、生活訓練の方にとっての食事づくりは大切であるが、休息のための人にとっては食事の提供が大切となって、これまた同じ空間での異なる方法はまずいことに気づかされた。そこで、最も利用の多い休息のための宿泊として介護寮の宿舎を利用することにした。緊急時には別棟の宿舎をあてることにした。自活生活を必要とする人はアパートを借り、そこにスタッフが外向いて支援することにした。

こうしてケアセンターでは食事の提供を中心に風呂に入って、カラオケをして泊ったり、夜は家に帰る人もいて、地域の中でのいこいの場としての機能を果たし始めた。

授産というとは一般的には働く場と考える。仲間づくりのグループ活動を基本として、文化サークルから職業プログラムまで多彩なメニューを用意したのである。働くというと訓練と労働という考えが混在化してしまう。そこで、働く場は小規模作業所を始め一般企業など外側に求め、ケアセンターの中では訓練として一定期間を就労に結びつけるためとした。現実はいケア的なデイサービスを受ける人がほとんどで、ワープロ教室、革工芸、印刷といった就労へと訓練を希望する人は少なく、グループ活動にかたまっていく。将来的には就労訓練的なものも外側に求めていくことを検討中である。こうして、訓練的なものというよりも、デイプログラムを中心にしたいこいの場的なものが中心的な機能となり、生活の支えのためのセンターとなっていった。

2. 生活の場

ケアセンターを中心にして、その周辺に生活の場を確保しなければならなくなった。まずは退院後帰るべき家を持たない人の問題である。そこで、社団法人がアパートの一室を借りることにして、そこを永続的な生活の場とすることにした。10～15年間もの長期入院者の場合は病院から外泊という形式で宿泊利用をする。(火曜～日曜まで)退院してやる気になれば、アパートに入居して、宿泊利用をする。一週間のうち半分をアパートの方で生活し、徐々に日数を多くするという形をとる。

さらに、一人暮らしに不安の方の場合はケア付住宅(一軒家にスタッフ宿直)に入ってもらい。慣れて一人生活や共同生活ができればスタッフを引きあげさせる。ハーフウェイハウスの発想でなく、永続的なハウスに住みついてもらうという発想である。そこで、困難な日常生活のことをスタッフが支援する形をとる。

アパートの入居者は一つのアパートに4～5名を一つの単位としてグループホームを形成させる。一般の人と一緒に生活形態として、一カ所には電話を設置し、ケアセンターと結ぶようにする。

ケア付住居もスタッフが宿直をしなくてもやれるようになれば、ゆくゆくは4～5名の単位のグループホームとしていく。

3. 働く場

現段階ではケアセンター周辺部に多様な小規模作業所づくりである。目下、当事者16名からなる作業所、福祉の店(売店)がある。今後希望者により、さまざまな作業所を用意し、働く場づくりをする。

従来の職親もさらに開拓していく。事業所(N.S.P印刷、やどかり出版)も企業力をつけて、働く場として提供できるようにと考えている。

将来的には企業と提携して、福祉作業所をつくっていくことも検討中である。

一般就労を目標としてさまざまな挑戦を試み

たが、安定性に欠け、定着率はよくない。そこで、その人なりに働く場を見つけること。働くことがかならずしも、労働としての賃金を中心に考えなくてもよい。やりがいや生きがいをみつけていくことでもよい。そのためには、新しい働く場を開拓しなければならない。市民と共に働く場づくりをしたり、市民参加型の働く場があってもよい。

働く場も生活を支えるための一資源と考え、資源を開発していくことが大切と考える。

4. 考え方の変更とかかわりの変化

地域の中に生活の支えのための拠点と生活支援のため人と場づくりを推進していく中で考え方の変更気づかされた。従来、社会復帰の考えには、失われた力を再びとりもどすための訓練が中心であった。我々の実践はそのままの状態でも生活を可能にしていく条件とは何かを求めていくと、訓練というよりも、困っていることを補てんするという考えになっていく。その人なりに生活をしていくうえで、必要なものは何か、どうしたらそのものを手に入れられるか、適切な援助によって、生活が可能になれば、

それを受け入れていこうというものである。

当然かかわりに変化が生じてくる。人並みの生活ができるためにと考えて、学習したり、自信づけをさせたり、いわゆる訓練と考えたものを極力薄め、その人なりの生活を認め必要なものをつくりだしたり、探し求めたり、支え手を用意したりともっばら生活を可能にしていくための環境づくりや条件づくりを進めていくことが重要な働きとなってきた。

さらには、その人の願いや欲求と提供する素材（人、物、金、制度等）とがうまくかみあっているかどうか大切な視点となってくる。

その人がそれらの素材を活用し、自分のものにしていけているかどうか重要なことになるのである。そして、そのことによって、その人なりのゆとりとゆたかさが生活のうえで拡がりをもっていけているのか否かが問題となってくるのである。

我々の実践課題は生活の支えを中心にして精神障害者の社会参加を促進することであり、可能なかぎり、生活の場、働く場等必要な資源を地域社会の中につくりだしていくことでもある。

学校から社会への移行

座長 小鴨 英夫

(淑徳大学)

1. テーマ設定の理由

わが国では、1979年4月より養護学校教育の義務制が実施され、それから10年余が経過した。その間、養護学校においては在籍児童生徒の障害の重度化、重複化そして多様化に伴い、かって経験したことのない多くの課題に直面している。そのなかでも、卒業後の進路と生活をめぐる課題は、その最も大きなものの一つである。

障害児にとって学校における生活と社会の生活には大きな隔たりがあり、そのためその間の橋渡しをするための特別な手立てが必要である。障害をもつ生徒の学校から社会への移行の問題は、障害児教育関係の教師はもちろん、リハビリテーション専門家にとっても大きな関心事である。

文部省の統計によると、特殊教育諸学校（盲学校、ろう学校、養護学校）の高等部（本科）卒業生は約35%が就職しているにすぎず（1990年3月卒業生）、他は施設入所、進学または在宅というのが現状である。このような実状から障害者の雇用促進、社会サービスの拡大、在宅者の生活の質の向上などが、卒業生の将来の生活を規定する上に決定的な要因となる。

1988年東京で開催された第16回リハビリテーション世界会議でも、学校から社会への移行のテーマがとりあげられ、障害児が学校から社会への移行に際しては、学校、家庭、公的機関、施設、民間企業等の連携およびそれに加えて、進路相談およびあつ旋活動の実施充実など

が強調された。

今回は、学校側（精神薄弱、肢体不自由養護学校）とリハビリテーション関係機関の両者から、学校から社会への移行についてそれぞれが果たす役割と現状と問題点などについて話題が提供された。

2. 障害児に対する職業教育

精神薄弱養護学校における職業教育が他の特殊教育諸学校と異なる点は、特定の職業に関する専門科目を設け、その専門的知識・技能を授けることをねらうものではなく、将来、職業人としての望ましい態度・習慣を身につけさせることをねらいとしているところである。そして職業教育は、作業学習と校外実習の形態を主流として長い間続けられてきたのであるが、最近、在籍生徒の障害が重くなってきたことにより、単に生計を立てる職業につく準備の教育から社会的労働に参加できることへの教育へと職業教育の本質に迫る問題を提起している。一方、肢体不自由養護学校に在籍する生徒も障害が非常に重くなってきており、職業自立が著しく困難もしくは不可能と思われる生徒も多い。そのため一般的な職業教育から職業前教育へ、また職業前訓練へとその内容の修正を迫られているのが実情である。しかし、教育現場としては、指導の困難性ととともにその進路をどのように確立したらよいか最も困難な点であり、これらの課題を解決するためには地道な取り組みが必要であり、重複障害者に対する職種や職務

内容、生活技能を高める実践的研究が望まれるところである。勿論、職業教育において職業に必要な知識、技能を習得することは重要なことである。特に技能の習得については、養護・訓練（なかでも職能訓練）と密接な関連を図り指導することが大切である。それと共に職業に必要な態度育成について、例えば、好ましい人間関係の保ち方（あいさつ、言葉使いなど）、持続性や忍耐力、職務に対する責任感などの育成などについて重視することが必要であろう。

3. 学校から社会への移行を図る段階での協力

学校から職場への橋渡しを進める段階では職業相談、職業的能力・適性の判定、職業あっ旋、職業適応指導などが行われる。この種の業務を直接担当する機関としては各都道府県の障害者職業センターや公共職業安定所があり、障害者への対応が進んできている。また、就職が困難

な者のために、授産施設、福祉作業所、共同作業所など様々な保護的就労の場が多く用意されるようになってきており、今後ますます、学校がその種の施設と協力関係をもつことの必要性が高まってきている。卒業後のアフターケアとしても諸機関との相互協力は不可欠であり、なかでも在宅障害者の諸問題の解決のためには重要なことである。

最後に、移行プログラムの必要性について触れておきたい。既に1985年のOECD/CERI報告やAPEID特殊教育地域セミナーでもその重要性は指摘されているところである。この移行プログラムには一人ひとりの障害児の将来を展望するもので、自己理解、自立生活技能、人間関係・社会的技能、作業態度および習慣、レジャー技能等の指導要素が含まれるもので、早期の実践確立が望まれるところである。

精神薄弱養護学校高等部の現状と課題

関 陽 郎

(東京都立白鷺養護学校)

精神薄弱養護学校の高等部は、平成元年の統計で、学校数305校、生徒数22,514人に達しました。義務教育段階の小学部、中学部とくらべると、約1万人ほど少ないが、その差はだんだんと縮まり、逆転することが予想されます。現に、学校によっては、7割を高等部が占めているところもあります。

進学率を他の障害とくらべると、高等部で学ぶ生徒は、盲、ろう学校では9割近くに達している、養護学校でも、病弱を別にして、肢体不自由より低い数字で、約6割強となっています。まだ進学率は低いといえましょう。

近年の特徴は、高等部だけの養護学校（県によっては、高等養護学校という名称のところもあります。）の設置が目立っています。

高等部単独校は、平成3年度現在、16の都道府県において、分校の形のものも含めて30校を超え、今後の設置を計画、予定している県も少なくありません。

高等部に入学する生徒の出身校は5つに分けることができます。第1は自校の中学部、第2は他校の中学部、第3は他障害の学校、第4は中学校の通常学級、第5は中学校の特殊学級（心身障害学級）です。

近年の特徴は、中学校特殊学級からの進学者の激増です。この背景には、一般に、中学校を卒業して就職する者が殆どいなくなり、社会でも、受け入れ側の企業が高校卒業程度18才を就職の前提とするようになったこと。保護者がより長い学校生活を希望するようになったこと。将来の安定した社会生活のためには、変化の激しい青年期に対する学校教育の必要という考えが浸透してきたことなどが挙げられると思います。

精神薄弱養護学校の教育内容は、それを定める高等部学習指導要領に学科制が明記されなかったこともあり、ごく少数の高等養護学校を除き、305校中291校が普通科であります。

社会自立・参加の達成を目指す高等部にあって、普通科とはいえ、その中心は作業学習を中心とする職業教育であります。

作業学習の実際についてはスライドでご紹介したとおりですが、そのねらいは技術・技能の修得ではなく、働く意欲、態度の育成が主眼です。このつみ上げに立って、卒業後の進路に関連して、一般の事業所や施設での現場実習を行っています。

新学習指導要領によって、職業教育のいっそうの充実を図るために、専門教育を主とする学科を設けることができるようになりました。新しい教科として家政、農業、工業が設けられた他、地域の実態に応じた教科を設けることができるようになったのです。新学習指導要領へ移行期間が終り、本格実施となる平成6年頃には、都道府県によっては、高等部単独校を中心に専門学科を設置するところがふえるのではないかと思います。

高等部卒業後の進路の状況ですが、統計では、企業への就労が次第に低下して約3割台になっていること、通所授産、通所更生施設等への進路が増加していることが目立ちます。この間の養護学校中学部からの進学者増、とくに中学校特殊学級からの進学者増と重ね合わせて考えてみると、社会情勢の変化に責任をかぶせてしまうことはできない、軽度の生徒の職業自立の

力を十分に伸ばしていないという批判は当たっているといわなければならないと思います。

しかし、社会の変化は急速で、単純労働の激減、労働の質の高度化に十分対応するには高等部の教育のみで対応できるかという問題は残ります。高等部と企業を結びつける何等かの職業訓練システムが、高等部の職業教育の充実とあわせて必要であると思います。

現状から精神薄弱養護学校の課題を次のようにまとめることができます。

第1は高等部進学を希望をみたく高等部の設置促進です。

第2は多様な生徒の進学と、その能力に応じた、きめ細かな教育の実現のためには、小、中、高の併置校と、高等部のみの学校を分けて設置する方向を進めるべきだと思います。

第3には、とくに高等部単独校では、生徒、地域の実態に応じた職業教育の充実のために、専門学科の設置を積極的に行うべきだと思います。

第4に精神薄弱養護学校の職業教育は、技術を第1に教えこむのではなく、働く意欲、態度、習慣、基礎技能を育てることにあります。その基礎には、心身の健康、体力、身辺自立を中心とする生活の力があり、相まって社会自立を達成できるということ、特に強調したいと思います。

第5に、一般企業への就労、適応には、高等部教育だけでは十分ではない、卒業後、何等かの訓練システム（職業訓練校、援助つき雇用等）の充実が必要であると思います。

第6に、一般企業就労以外の進路を取る生徒のために、各々の地域において福祉工場、授産所、通所更生施設等がもっとたくさん用意される必要があります。今後全国的に高等部進学希望が増加し、実質上、高等部全員就学といった状況が実現することを予想してのことです。

若干の補足をさせていただきたいと思います。

第1は基礎・基本の大切さとその徹底ということです。

例えば企業への就労ですが、採用に当たって企業が求めるものはそう難しいものではありません。よくいわれることですが、「挨拶返事ができる」「自力で自宅から会社まで来れる」「着替えなど身のまわりのことが自分でできる」「ひもが結べる」「なまえ、住所が言えて書ける」「時計がよめる」「100ぐらいまでかぞえることができる」「お金分かる」などです。現在の作業学習にしても、専門学科の職業教育にしても、土台としてきちんと身につけなければならないことなのです。基礎、基本をゆるがせにはならないのです。

第2に、どの企業でも言うことは、「家庭の協力」です。安定した進路の実現には、学校、家庭、福祉、労働の緊密な協力、連携が必要です。言うまでもないことかも知れませんが。

第3に余暇利用の力をつけることです。コマースに「働くだけが人生か」というのがあります。週休2日制の時代を迎えて、働く以外の時間をどう過したらよいかもてあますようでは困ります。それでは何のために生きているのか分からなくなります。

高等部教育の重要な部分が、職業教育と並んで、余暇をどのように楽しく、張り合いをもっ

て生きるかという学習に当てられなければなりません。その内容は様々で、スポーツをはじめいろいろな趣味を育てることで、それを通して人とかかわりを豊かにするものであってほしいと思います。しかし、その基礎は、何かに向けて積極的にかかわろうという態度です。生涯学習の基礎を育てることと言うこともできると思います。

卒業生の余暇、休日の過ごし方の中で、日曜日の青年学級や学校開放活動への参加の占める部分が大いことからみて、受け皿としての青年学級等の社会教育の充実、それとかかわるボランティアの養成が益々重要であると思います。

第4に、教育の成否は、指導に当たる教師の資質によるところが大いことは言うまでもないことで、高等部の教師の養成、資質向上のための現職教育の重要性であります。とりわけ作業学習にあつては、生徒の理解を前提として、まず自ら働く人として、生徒とともに汗を流す教師、専門的な力を十分に持つ教師が求められます。

以上で補足を含め私の報告を終わります。

学校から社会への移行

— 肢体不自由養護学校教育の現状と課題 —

林 友三

(東京都立府中養護学校)

はじめに

「学校から社会への移行」というテーマについて、東京都の肢体不自由養護学校の状態を踏まえて述べる。

周知のように、都立肢体不自由養護学校の児

童生徒の実態は、重度・重複化及び多様化している。この理由は、希望する肢体不自由生徒で、通学の可能な生徒は、全員受け入れているからである。

教育のプログラムが決まっいて、そのプロ

グラムに適する生徒を受け入れるのではなく、今までの教育経験を生かしながら、入学した生徒の実態に応じて、毎年プログラムを再編成している。

この過程で留意していることは、教育活動の企画の段階から、障害の重い生徒の参加を前提としていることである。また、自立とはなにか、といった用語の検討の際にも、必ず障害の重い生徒にも当てはまる考え方を明らかにするよう努めていることがある。

教育内容・方法については、障害の重い生徒に対する工夫は、きめ細かに行うので、そこの成果や知見は、軽い生徒の教育にも応用できるようである。

都立肢体不自由養護学校では、すべての教育活動において、障害の重い児童生徒を含めて考えているという状況にある。

学校から社会への移行プログラムも、障害の程度や重複の状態を問わずに、全員が対象になることが望ましいと思われる。

ここでは、学校から社会への移行プログラムに関係が深いと思われる都立府中養護学校の「地域実習」を紹介する。

1. 地域実習の目的

一人一人の生徒が、在学中も卒業後も、地域の人間として24時間豊かな生活が営めるように次の目標を定めている。

- (1) その生活の基盤となる自分の住む町地域について、活動を通して理解を深める。
- (2) 地域での集団活動を通して、地域の友達のことを知るとともに、自分についての理解を深める。

2. 地域実習の方針・留意事項

実際の活動期間は1週間であるが、計画には1年間を要している。各地域に別れて保護者と共に活動するので、教員間の共通理解を深めるため細かく方針を立てている。

- (1) 親子の自主性を生かし、意欲的に活動できるよう教員は援助者となる。また、教員も、共

に学ぶという姿勢をもつ。

(2) 生徒、保護者、教員の三者で協力して地域実習を作りあげていく。

(3) 家庭の事情等のある保護者については、学級担任や地域担当の教員が、負担の軽減を図る。

(4) 実習場所は、地域の施設を利用する。施設利用の申し込みは、保護者が行うが、学校から早めに連絡しておく。

(5) 福祉事務所等の見学をする。

(6) 指導形態については、指導内容等に応じて、集団で活動したり個別の指導をしたり臨機応変に対応する。

(7) 実習ノートは、各生徒（または保護者）が記入する。

3. 地域実習への経過

昭和52年の開校当初は、校内作業、校内作業学習、校外現場実習を進路指導にかかわる実習として実施してきた。この3種の実習のどれかを各生徒に実施してきた。

昭和54年度から、これらの実習に参加できない生徒を対象に地域での実習を行うことにした。これは、校外現場実習の一環として、作業活動以外の内容を考えたものである。この実習の目標の一部として、地域の福祉の実態を知ること、また、福祉事務所や市役所をとおして行政に働きかけていくことが挙げられた。

昭和59年度からは、可能な生徒に対する校外現場実習と全生徒を対象とする地域実習を実施することになった。地域で生きることは、全生徒に共通のことであるので、作業能力の有無にかかわらず地域で活動し学ぶことは当然のことと考えたのである。

毎年内容・方法の改善を目指しているが、地域実習の具体的内容・方法は、次のとおりである。

4. 参加者とグループ編成

高等部生徒全員、保護者、高等部全教員の三者が参加し、各地域（各区市単位）ごとに1年～

3年のグループを編成する。教員も各地域を分担する

5. M市グループの地域実習の例

(1) 対象者 1年2名、2年5名、3年3名 計10名

(2) 地域会（生徒・保護者・教員の三者で構成）での事前準備

第1回から第5回まで5回の地域会を開催し準備を行った。

(3) 実習の状況

①第1日目 ボランティアセンター

午前は、保健所を見学し、保健所の仕事について説明を聞く。私立の障害者作業所を見学する。

午後は、ボランティアセンターにおいて、午前の見学の整理と地域の施設を載せた地図作りをする。重度の生徒は、地図を彩る色紙ちぎりをする。

②第2日目 B型センター

1日中全員で手芸をする。2種類用意し、自分のできる手芸を選ばせ、生徒を保護者と教員が援助する。

③第3日目 ボランティアセンター

駅前のNTTに集合し見学する。徒歩で、公共職業安定所に行き、求職登録等について窓口の職員の話聞く。ボランティアセンターに行く途中のレストランで会食する。午後は、見学のまとめと地図作り、手芸の続き等を行う。

④第4日目 B型センター

一日中、手芸の完成、地図の完成を目指して活動する。

⑤第5日目 ボランティアセンター

最終日は土曜日で、午前だけ活動する。反省会を行い、手芸作品の批評会、地図を完成させること、報告会に向けて感想をまとめる活動を行う。

(4) 他の地域における地域実習の内容

列挙すると、次の活動がある。

地域内を実際に歩く。福祉バスを使い市内を一周する。映画を観賞する。市の歴史を調べ

る。市に車椅子で歩ける町づくりの要望を出す。駅に施設改善の要望を出す。スーパーマーケット等で買物をする。図書館に行き、利用券を作る。

6. スライドによる紹介

(1) ボーリング

地域のボーリング場で、松葉杖の生徒及び車椅子の生徒がボウリングを行っている様子を紹介した。車椅子の生徒は、ボーリング場に備えてある板のスロープを使ってボーリングができることを紹介した。

(2) 調理

地域の福祉センターで、保護者と生徒が協力して行った調理実習を紹介した。

7. 地域実習の成果

地域実習の成果として、次のことが挙げられる。

(1) 市役所見学、公共施設利用などにより、地域との直接的な関係の足掛かりができたこと。

(2) 保護者の我が子への見方が総合的になるとともに、他の生徒を理解しようとする心が芽生えたこと。

(3) 生徒自身が自己理解を深めたこと。

8. 今後の課題

地域実習を通して、地域による施設設置の状況等の環境の違い、福祉行政そのものの違いがあることが明らかになった。また、生徒一人一人の実態の違い、進路を考える時の保護者のそれぞれの違いがある。

これらを踏まえて、学校の教育活動が卒業後の社会での活動につなげ、生かされるように、地域実習の活動内容・方法を工夫し改善していくことが、学校の教員に課せられた課題である。

この課題解決のために、地域の関係機関との連絡を密にし、地域に住む人々への啓発活動を続けることが必要である。

おわりに

学校から社会への移行プログラムに関係が深いと思われる地域実習の状況を紹介した。

今年も地域実習が行われた。報告会には、保護者も参加し、各地域の成果を競いあっていた。感想や意見を聞きながら考えたことは、ここでも、教育の基本と考えられている啐啄同時の考えが大切と思われる。

学校が社会の受け入れの不十分さを指摘し福祉や労働の側から、学校教育の不十分さを指摘しても、課題の解決にはならない。

本人の自主性及び保護者の考えを尊重しながらも、学校、福祉、労働、地域関係機関が連携し、なにができるかを考え、実行していくことが大切と思われる。

学校から社会への移行

一育つ環境と働く環境の間のギャップ

西村 晋二

(障害者職業総合センター)

私は、東京障害者職業センターの多摩支所という職業相談機関で、この10月まで、働いておりました。その障害者職業センター（以下：職業センター）の立場から、そこでの業務や経験を通じて感じていることを中心にお話したいと思います。

職業センターは、皆さんもご存じのとおり、職業安定所の障害者業務を専門の立場からバックアップすることを主な役割として、昭和47年に東京に開設されたのですが、一般的には障害者の職業問題の相談機関です。

職業センターの障害別利用状況の流れを振り返って見ますと、対象の障害種別が相当な早さで変化してきております。一言でいうと、身体障害者の利用が年々少なくなり、知的・精神的障害者が急激に増えてきております。東京職業センターの場合、昭和47年の開設当時、身体障害者が76.3%と圧倒的多数を占め、精神薄弱者や精神障害者は僅かに23.7%の利用でした。それが身体障害者雇用促進法が改正になり、企業の障害者雇用が「努力目標」から「法的義務」

に変わった翌年の昭和52年には、身体障害者と精神薄弱者や精神障害者がちょうど半々ずつの50対50になっておりました。そして現在は、知的・精神的障害者群が70%を超え、開該当時のちょうど逆の比率になり、身体障害者の来所が30%を割る状態にまでなってきております。

ちなみに、多摩支所の現状（平成2年度）は、多摩が居住地域という理由もあるのでしょうか、身体障害者の割合がやや多く、35.1%。そして、精神薄弱者が39.1%、精神障害者が10.1%。その他は、約15.7%です。この「その他」は精神薄弱者の周辺群というか、療育手帳は持っていないのですが、種々の特性が精神薄弱者に非常に近い方々です。現在は単純な精神薄弱者が減少し、他の障害を重複した精神薄弱者とこの精神薄弱の周辺群が次第に増えてきているという新しい変化が見られます。

この東京センターでの障害の変遷は、一職業センターの現象や傾向、そして一職業センターの問題であるのではなく、大きな社会の中の流

れの一つであると私は捉えております。この変遷に関連して感じますことは、身体障害者に対して社会は相当理解してきているし、馴れてきているな、ということであり、精神薄弱者や精神障害者に対して、まだまだ社会的理解が行き渡っていないし、社会はまだまだ馴れていないなということです。「理解が行き渡っていない」「馴れていない」ために社会の中での連携プレイがうまくできていない、ということがいろいろ起こります。毎日の業務の中で感じている、その一つをお話したいと思います。

精神薄弱者に限ったことではなく、他の障害者にも最近はあることですが、「育つ環境」と「働く環境」との間にギャップがあり、そのギャップが次第が大きくなってきているのではないのでしょうか。そのギャップを特に感じるのは、新たに社会に出ようとする、年の若い障害者達についてです。

多摩支所に新しく来所する障害者のうち、約40%が特殊教育諸学校に在学中の生徒達、つまり年の若い障害者達です。全国の職業センターの統計を見ますと、全国平均で、72%という高率で特殊教育諸学校の生徒たち、つまり年の若い障害者達を扱っています。多摩支所の場合、組織が小さいものですから、学校側にどういう生徒を職業相談に連れてきてほしいか、ということで、次のようなお願いをしております。学校で進路に困っているケース。働かせたいが、働けるんだらうか、というような生徒。あるいは学校と家庭とで意見が合わない生徒、つまり学校では働いた方がいいと考えるが、家庭ではまだ働くのには賛成できない。あるいはその逆の場合の生徒達です。

先ほど、「育つ環境」と「働く環境」の間のギャップが大きくなってきているのではないかと申し上げました。そのギャップの一つとして「立場」があります。彼らが「育つ環境」で置かれている「立場」と「働く環境」で置かれる「立場」の間には相当大きなギャップがあります。彼らは家庭でも学校でも、私たちから見ると、実質的にやはり「王様」の扱いを受けているし、

「主人公」の立場であるように思います。年齢や形としての関係では、お父さん、お母さんが上にいて、子供がその下にいる。先生が上にいて、その下に生徒がいる。そして会社や工場でも上に上司がいて彼らがその下にいる、というように形は同じように縦の関係になっている。しかし「育つ環境」では、その縦の関係がそのまま実質的に縦の関係ではなく、その間に「特別な配慮」があるのではないのでしょうか。「特別な配慮」そのものは決して悪いものではなく、私たちが幼い頃は受けていたものですが、成長するに従って次第に希薄になって、取り除かれる頃には社会への適応性や耐性がほぼ身についてきている。その「特別な配慮」は、先生も親たちも意識して配慮している。しかし、子供たちから、その「特別な配慮」は全く見えていません。しかも、あまりにも長い間、育つ環境どこでも、何をするにしても配慮されていることによって、その配慮のあることが「普通」の状態となってしまう。しかし「働く環境」の会社や工場では、組織という縦の関係、企業側が相当配慮しても上下の関係があり、家庭や学校の「特別な配慮」には及ばない。「育つ環境」から「働く環境」に入った場合、その「働く環境」が「普通」でないように感じるようになってしまう。そしてこの縦の関係は職場の生活全体に浸透しており、その職場に馴れ、適応するまで時間もかかるし、苦勞もしなければならない、という状態です。

二番目のギャップは指導法や言葉などです。これはチョコレート会社に就職した精神薄弱の女の子の話です。「会社でみんながいじめる。」という訴えがあって行ってみました。

その子は廊下と階段を掃除するように言われます。その廊下や階段は、白いビニールが敷かれ、従業員たちがその上を、白い長靴を履き、白い制服を着て忙しく立ち働いております。そこを彼女がモップで拭くわけですが、学校の拭き方と同じようにモップを余り絞らずに拭いてしまうからでしょうか、白いビニールの廊下は雑巾バケツの水をまいたような状態になってし

まいます。「もっと丁寧に拭いてちょうだい」など、何日間か優しく注意を受けた後、絞り方についての指導があったようです。ただし少し離れたところからです。「真ん中を持ってちゃんと絞りなさい。」という言葉でした。彼女は「はい、わかりました。」と元気に返事しましたが、翌日も廊下は同じ状態でした。彼女は「真ん中」という言葉も「ちゃんと」という言葉も知っています。しかし何の「真ん中」なのか、どの辺が「真ん中」なのか、どの程度が「ちゃんと」なのか、分かったようで分かっていない状態だったようです。次第に工場長の声は厳しいものになっていったようです。こんなことが包装でも、箱づめでもあったようです。そんな訳で彼女の口から「みんなが私をいじめる。」という言葉になって出てしまいます。

こんな時、家庭や学校ではどんな教え方をするのでしょうか。肩を並べ、手を取りながら、その場その場に合った具体的な教え方で、何度も繰り返し教え、何度も繰り返し復習させながら、しかも誉めながら教えるのではないのでしょうか。使う言葉にしても、「ここ」を持って、「こういうように」絞りなさい、と言い、「真ん中」や「ちゃんと」等の抽象的な表現で遠くから教えようとはしないでしょう。若い精神薄弱者たちはこんな指導法で社会に出るまで育てられ、社会に出るとさきほど話したような指導に突然変わります。こんな時には彼女らは「会社に行くと、みんなが私をいじめる。」という表現をします。こんなことは彼女らにとって大変な状況なのではないのでしょうか。

「ここ」や「こういうように」というような話し方は、障害を持つ子供達それぞれに特有の言葉や話し方があって、彼らは長い間、その言葉、その話し方で育ち、生活してきたのではないのでしょうか。その言葉や話し方を「生活言語」と言うなら、社会に出るまでその「生活言語」で生活し、社会に出ると「生活言語」ではない言葉、つまり「社会的言語」に突然変わるのではないのでしょうか。指導方法についても全く同じことが言えるのではないのでしょうか。

その他頑張り方、休みの取り方等にしても、育つ環境では、周囲が理解しているその子なりの頑張り方であれば十分に認めてもらえるし、本人が求めればいつでも休ませてもらえます。しかし、社会に出ると、最初はともかくとして、周囲と一緒に働いている人達と、同じではなくとも、合うような頑張り方、休み方を求められるし、企業的な頑張り、企業的な休み方が求められます。これらのどちらがいいか悪いかというのではなくて、事実としてそういう状態にある。そのことは、彼らが「働く環境」に適応していく時、非常に大きなハンディになると言えるということです。

ちなみに、精神薄弱者についての啓蒙のための事業所の調査ですが、雇うことが決まって一緒に働く前に、「どんなことが心配か。」つまり「不安感」の調査をし、雇ってしばらく経ってから「どんなことで困っているか。」つまり「負担感」を調査した例があります。この調査で「不安感」の方には余り出てこなかった「負担感」があります。その第一位は指導方法、訓練方法、教育方法、あるいは育て方、適応のさせ方が非常に難しいというものです。企業も非常に困っていることが分かる結果だと思えます。

もう一つ挙げるならば、身につける習慣の違いがあります。例えば、私たち一般の社会で当たり前としていることが、彼らの育つ環境でも当たり前とされているだろうか。或いは彼らが当たり前としていることは、一般の社会でも当たり前としているだろうか。もしその両者が違うとすると、彼らが実社会に入る時大変な苦勞をすることになるという実例です。例えば、「おはよう」や「さよなら」という挨拶の声の掛け方。

私が、小学2年時の療育キャンプで知り合っていて、その後ずっとつき合っている両上肢が不自由で聴覚にも障害のある子がおります。彼はろう学校の3年の1学期から、彼に関係する専門家集団がプロジェクトチームを組んで、就職活動を始めたのですがなかなか決まりませんでした。幸いなことに専攻科2年の終わりに大手

スーパーに入ることができました。4月1日に正式採用になりましたが、4月の末にやってみて「みんながいじめ。」と訴えます。よく聞くと「意地悪をする」ということでした。さらに追求しますと、「誰も挨拶をしない」ことも意地悪の内容にありました。最初どういう意味か理解できませんでしたが、幼い頃からの彼と私との挨拶を思い出して、納得しました。その挨拶は、私の方から声を掛けますと、彼は顔を上げてニコッと笑ってコクンとうなずく。それが彼の挨拶で誰の場合も、いつでも、どこでも同じでした。幼いときからずっと社会に出るまで続いていました。彼に挨拶をしない人は、お互いに知らない人、そして喧嘩した場合や意地悪な人だけでした。会社に入ってみると、顔見知りであり、喧嘩もしていないのに、支店長を除いてだれも挨拶してきません。これまで自分から挨拶する必要が全くなかった彼にとってみると、顔見知りでありながら挨拶してこないということは、意地悪以外の何物でもありませんでした。そして意地悪をするということは、彼をみんなが「いじめ。」というのが彼の結論でした。

「いじめ」ではないこと、新入社員のとるべき態度などを二時間ほど教え、彼の「分かった」という返事で帰りました。しかし、驚くなかれ、一カ月後再度訪ねてきた彼は全く同じ内容の訴えを全く同じようにしたのでした。習慣化したものがいかに強力に彼らの内面に根付き、それを除去できるまでいかに彼らが苦しまなければならないかが分かります。

その他、「お客さまは神様です」という考え方等についても同じ事が言えます。障害がなく、社会的経験をたくさんしている私たちの場合ですと痛切に内容や感覚が分かるのですが、障害があって社会的経験をたくさんできなかった彼らの場合、自分の方が、お客様やお得意さんのために犠牲になることがどうしても合点がいかない、納得ができないというようなことが起こって、「いじめられる」という感じになるようです。

さきほど、教育の現場でのご努力や大変さが種々話されました。私は、一般企業で働こうとする障害者達にとって種々のギャップがあり、それを乗り越えるために大変な苦勞と努力をしている。そして年の若い障害者達を受け入れる企業側も、同じように大変な苦勞と努力をしている、というお話をいたしました。その育成サイドと雇用サイドのギャップが大きいということは、育成サイドが正しいとか間違っているとか、或いは雇用サイドが正しいとか、間違っているなどという次元の問題ではなく、新たに対処の方策が必要だということだと私は思っています。

最初に話しましたように、職業センターの主な対象障害が、身体障害から精神薄弱や精神障害などの障害に大きく変わってきていますが、それに関連して、現場で最も強く感じますことは、社会に出ようとする障害の種類が大きく変わってきているのに、その社会的に「新しい」障害者達の社会参加の方法論が以前の障害者達のためのものであり、合わなくなっているものが少なくなく、「新しい」方法論が必要だということです。先ほどのギャップの解決のためにも、「育成サイド」や「雇用サイド」、そして職業センターのようなその間に立つ機関等がやらなければならないことがまだまだあるでしょうが、その他に新しい考え方、精神薄弱者や精神障害者によりふさわしい方法論が新たに必要なのではないでしょうか。現在社会で行われているより、もっとまだまだ積極的に「支える」という考え方や方法が考えられなくてはならないのではないかと思います。生活管理的にも、職場の中の日常生活にしても、地域生活のためにも、そして必要なら医療的にも「支え」が職業生活を続けて行くために必要なのではないかと思います。それもより積極的に、より組織的に実施しなければならないのではないのでしょうか。つまり身体障害者の場合と精神薄弱や精神障害の場合、或いは軽度と重度の場合、リハビリテーションや社会参加の方法論をいろいろ別に考え、対応するようにしなければなら

ないのではないかと考えます。現在は、専門家は別としても、社会的には相当混同があり、彼らに合わない考え方や方法を押つけているのではないのでしょうか。そしてこの混同が障害者自身、家族、そして事業所で一緒に働く人達を、必要以上に苦しめたり、苦勞させたりしているのではないのでしょうか。

この「支え」の他に、職業生活を安定させる

ために「適職さえ判れば…」と適職のみを重視し、「適職万能論」とでもいうべき考え方、精神薄弱者の職業的に育てようとする時、技能習得を中心に考え、働く時の土台とでもいうべき準備性や「支え」を重視しない考え方等々、種々ありますが、次の機会に回したいと思いません。

学校から社会へ

―受けとめる地域の立場から―

山本多賀子

(世田谷区立総合福祉センター)

世田谷区立総合福祉センター（以下センターと言う）は、平成元年4月にオープンした心身障害者の利用施設である。身体障害者福祉法の身体障害者センターB型として補助金を受けているが、対象も機能も幅広い多目的なセンターで、区内の障害者の在宅生活の援助を主たる目的としている。

世田谷区では、区内の公立私立の通所施設について、養護学校の卒業生を中心とした入所調整を行っており、通所先がなくて在宅になる卒業生を出さないように区として努力をしている。センターでもその一環として若年障害者の通所訓練事業を行っている。これは、他の区内の通所施設とちがって、一年間の期限つきで週3日の通所であり、重度のグループと軽度のグループがある。重度のグループは、一部区内の通所施設の補完的な役割をにない、他の施設で受入れがむずかしかったケースを、ざん定的に受け入れ、次年度に向けて訓練をする。障害の多様化、重複化に加えて、医療的ケア、視覚、聴覚障害との合併の問題もある。これらの問題

は、区の施設整備を含めて考えていく必要がある。

軽度のグループは、卒業直接のケースよりもむしろ就労した後の不適応で再出発を目指すケースや、普通校で適切な進路を見出せなかったケースの進路相談を目的にした処遇を必要とするケースが多い。オープンしてみると、予想以上に軽度グループの対象者の相談が多く、軽度から境界線級の障害者の問題を痛感させられる。

世田谷区としては、現在、保護的就労の場作りに力を入れており、公的な建物の清掃作業や受付、喫茶店等に就労をすすめている。そのため専門的な援助も、センターの役割である。

卒業生の進路については、学校との連けいが重要であるが、現状では必ずしも十分とは言えない。養護学校の進路担当者とは個別のケースの進路をめぐって連絡をとり合うわけであるが、区の情報は十分に知られていないし、動きもおそい。学校の進路担当者は、毎年入れかわる場合が多いので、できれば年度の早い時期か

ら連けいをとって情報交換できることがのぞましい。進路に迷う生徒については、進路相談とかたちでセンターを活用してほしい。センターでは、専門職もいるので評価を生かした相談に応じることができる。区全体としての学校

との連けい強化を目的としたシステムを作っていきながら、一人一人の障害者のよりよい進路を柔軟に作り出していく努力を、両者の協力ですすめていきたいと思う。

第14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：変革期におけるリハビリテーションを問う
ーその現状と発展の方向ー

日 時：平成3年12月5日（木）・6日（金）

会 場：全社協ホール
〒100 東京都千代田区霞が関3-3-2
電話 03-3581-7851

定 員：300名

参 加 費：6,000円（報告書、資料代を含む）

懇 親 会 費：4,000円

主 催：財団法人日本障害者リハビリテーション協会

後 援：厚生省、労働省、文部省、東京都、全国社会福祉協議会、日本障害者雇用促進協会

協 賛：日本リハビリテーション医学会、日本理学療法士協会、日本作業療法士協会、日本聴能言語士協会、日本言語療法士協会、日本ソーシャルワーカー協会、日本精神医学ソーシャル・ワーカー協会、リハビリテーション・ソーシャルワーク研究会、日本リハビリテーション看護研究会、日本精神科看護技術協会、テクノエイド協会、日本義肢装具学会、日本義肢協会、義肢装具士技術者協会、日本職業リハビリテーション学会、全国特殊教育推進連盟、全日本精神薄弱者育成会、日本精神薄弱者愛護協会、日本精神薄弱研究協会、全日本特殊教育研究連盟、日本精神衛生会、全国精神障害者家族会連合会、共同作業所全国連絡会、日本社会事業学校連盟、日本保健福祉学会、日本介護福祉士養成施設協会

運 営：第14回総合リハビリテーション研究大会実行委員会

プログラム

12/5 第1日

9:00	受付
10:00	開会式
10:20	基調講演・対談 「福祉社会におけるリハビリテーション」 正村公宏（専修大学教授） ☆講演の後、座長との対談 座長：小川 孟
11:30	私のリハビリテーション体験 座長：手塚直樹 (1) 浦川久代（徳島県精神薄弱者愛育会若竹通勤寮） (2) 吉泉豊晴（労働省国際労働課） (3) 萩生田千津子（女優）
12:30	昼食
13:30	各分野からの最新報告 座長：小島蓉子 (1) 「成人脳性麻痺の二次障害—どこまで分かったか、どうすれば防げるか」 安藤徳彦（神奈川リハビリテーションセンター） (2) 「職業準備訓練と職業講習」 島崎敏彦（日本障害者雇用促進協会） (3) 「肢体不自由養護学校における医療ケアの動向と対策」 青柳勝久（東京都立北養護学校） (4) 「国際障害者スポーツの新展開」 初山泰弘（国立身体障害者リハビリテーションセンター） (5) 「コミュニケーション機器の最新の動向」 山内 繁（国立身体障害者リハビリテーションセンター）
15:00	休憩
15:15	シンポジウムI 「リハビリテーション・マンパワーを考える」 座長：寺山久美子 三ッ木任一 ■シンポジスト／ 栃本一三郎（厚生省社会局庶務課） 知原阿稚子（兵庫障害者職業センター） 仁科 章（長野県身体障害者リハビリテーションセンター） 鈴木五郎（全国社会福祉協議会）
17:30	懇親会

9:30

分科会 (3会場で同時進行)

A-①我が国の障害者に関する法制と対策の課題

座長：調 一興

●話題提供者

八代英太 (参議院議員)

松尾武昌 (厚生省社会局更生課長)

高藤 昭 (法政大学社会学部)

A-②アクセスと国際シンボルマーク

座長：初山泰弘

●話題提供者

野村 敏 (日本大学理工学部)

八藤後猛 (障害者職業総合センター)

秋山哲男 (東京都立大学工学部)

寺山久美子 (東京都立医療技術短期大学)

中村盛夫 (弁理士)

A-③精神障害者の地域リハビリテーションの展望

-生活の場と働く場-

座長：野津 真

●話題提供者

野中由彦 (東京障害者職業センター多摩支所)

成崎ひとみ (東京都立中部総合精神保健センター)

谷中輝雄 (やどかりの里)

11:10

分科会

B-①地域社会におけるリハビリテーション活動

-事例をとおして考える-

座長：竹内孝仁

●話題提供者

埜 正文 (長野県身体障害者リハビリテーションセンター)

粟津原昇 (板橋区立おとしより保健福祉センター)

山本明芳 (みつぎの苑)

中山 修 (横浜市南部地域療育センター)

B-②リハビリテーションにおけるインフォームド・コンセントを考える
座長：森 秀子

●話題提供者

木下健治（弁護士、東京都立医療技術短期大学）

森 秀子（東京都心身障害者福祉センター）

澤 俊二（慶応大学月が瀬リハビリテーションセンター）

中嶋和夫（東京都心身障害者福祉センター）

B-③学校から社会への移行

座長：小嶋英夫

●話題提供者

関 陽郎（東京都立白鷺養護学校）

林 友三（東京都立府中養護学校）

西村晋二（障害者職業総合センター）

山本多賀子（世田谷区立総合福祉センター）

12:30

昼食

13:30

海外レポート

座長：佐藤久夫

(1) 国際アビリンピックをめぐる新しい潮流

山下 廣（静岡労働基準局）

(2) アジア・太平洋地域の障害ワーカーネットワークの誕生

丸山一郎（日本障害者リハビリテーション協会）

(3) 中国リハビリテーションセンターへの技術協力

二瓶隆一（国立身体障害者リハビリテーションセンター）

(4) 韓国障害者対策の急展開

徐 光倫（Seo, Kwang-Yoon M.D.）（韓国障害者リハビリテーション協会）

14:30

休憩

14:45

シンポジウムⅡ

「地域社会におけるリハビリテーションの到達点と課題」

座長：澤村誠志

奥野英子

■シンポジスト／

浜村明德（国立療養所長崎病院）

伊藤利之（横浜市障害者更生相談所）

山本和儀（大阪府大東市保健医療福祉センター）

忍 博次（北星学園大学）

16:15

閉会式

第14回総合リハビリテーション研究大会

参加者からのアンケート集計結果

今回、参加者にアンケート用紙（別表参照）を配布し、研究大会についての意見を求めた。アンケート用紙および集計結果は次のとおりである。

アンケート用紙

第14回総合リハビリテーション研究大会にご参加くださりましてありがとうございました。

お手数ですが、下記事項にご記入のうえ、アンケート回収箱にお入れ願います。

1. これからの総合リハビリテーション研究大会にはどのようなプログラムを希望されますか？

(1) 全体テーマ []

(2) 主題または基調講演
演題 []

演者 []

(3) 講演または分科会の課題
課題 []

演者または発題者 []

(4) シンポジウムのテーマ
[]

(5) その他の希望
[]

2. この研究大会は、原則として東京と東京以外の場所で毎年交互に開催する計画ですが、これでよいと思われますか？

[はい いいえ（提案：)]

3. 東京以外の場所で開催を希望される候補地があればご記入願います。

[]

ありがとうございました。

総合リハビリテーション研究大会常任委員会

アンケート集計結果

1. 今後の総合リハビリテーション研究大会への希望

(1) 全体のテーマ

- － 真のノーマライゼーションをめざして
- － ノーマライゼーションとケア付き住宅をとりまく社会的・人的ケアの役割
- － 地域リハビリテーションのあり方
- － 21世紀のリハビリテーション
- － リハビリテーションの基本と実践
- － 人権とリハビリテーション
- － 当事者（障害者）の参加（主体的参加）
- － 障害者が語る日本のリハビリテーションの現在・未来
- － 重度障害者の就労問題
- － 「医療」「保健」「福祉」のネットワーク
- － 障害者の生活・環境
- － 就労、教育、医療、生活、テクノロジー等のように各々特集的なものを

(2) 主題または基調講演（演題）

- － リハビリテーションと人権
- － 21世紀のリハビリテーション
- － いま社会はどう動いているのか
- － 経済原則と福祉国家
- － 生き方
- － 自分のリハビリテーション
- － リハビリテーションにおける当事者（障害者）の参加
- － 世界の中に地域（CBR）が、地域の中に世界が
- － 地域（コミュニティ）とは何か
 - 町村レベルでの地域リハをどうすすめるか（市民運動としての福祉）
- － 在宅福祉について

(3) 講演または分科会の課題

- － リハビリテーションにおけるインフォームド・コンセント
- － カウンセリングに関して
- － 障害者の施設から地域・社会へのスムーズな移行
- － 地域福祉

- － 社会の障害者の受け入れ方、見方の不理解など（今回の学校から社会への移行のようなもので）
- － 地域で暮らすグループホーム（身体、精薄、精神障害、老人、暮らしの様々なタイプのあり方）
- － 住宅・グループホーム・生活寮・施設・ケア付き住宅等生活の場の課題と方向性
- － 施設長の話（理想・運営・現状・何が必要か）
- － B型センターの役割とあり方
- － 障害者の結婚
- － 二次障害について
- － 生活の質の追及
- － 共同作業所・小規模作業所など法外の福祉実践について
- － リハビリテーション・ネットワークの形成
- － 主題の各分野における特徴的レポートを課題としたもの

(4) シンポジウムのテーマ

- － 障害者雇用の現状と課題：就労している障害者、および障害者を雇用している企業担当者からの話
- － 地域社会におけるリハビリテーションの質的向上について
- － 在宅福祉サービスの今後の課題
- － 施設と脱施設化
- － 老人・障害者・その他リハを受ける本人の本音と、家族の気持ちを語らせる
- － 障害者の自立：自らの生活の確立にむけての条件
- － 人材の養成・研修について
- － （今年に引き続き）リハビリテーションのマンパワーを考える、特に地域での暮らしを支えるという視点から
- － より実地的な福祉機器の紹介、情報源の紹介など
- － 建築基準法改正の必要性を明らかにするテーマ
- － 脳性マヒ者に関するもの
- － リハビリテーションと障害児教育

(5) その他の希望

1) 今回のプログラムの内容について

- － 時間の制約がありすぎて情報の提示のみにとどまりすぎている。もっと焦点

を絞り込んで演者も限定した方が良い。

- － もう少し時間をとって討論までできるようにしてほしい。
- － 要点を絞り込んだ短時間のスピーチの後、スピーカー同士のディスカッションを取り入れるとよいと思う。
- － シンポジウムは、基調講演をさらに深めるために各分野の先生の主張をアレンジしてほしい。
- － 分科会の数は3つ位にして、そのうち1つに体育系のテーマを入れてほしい。
- － もっと一般参加者から発言する機会を与えてほしい。
- － 分科会では一般参加者の発言を求めたい。もっと障害者の体験・質問を許してほしい。
- － 各分野からの最新報告は、分科会形式の方がよかったのではないか。
- － 「私のリハビリテーション体験」は良かったので継続してほしい。
- － テーマは良かったと思う。正村公宏先生は、障害者にとってとても良い話であった。障害者の立場を理解されている。

2) プログラムについての今後の希望

- － 福祉事務所・市町村の第一線職員の専門職としてのあり方について研究討議を深めていただきたい。
- － 報告、特に実践報告（現場からのレポート）を豊富にしてほしい。
- － その年の主たる研究レポートの紹介（資料として）をプログラムに取り入れてほしい。
- － ボランティアについて（退職者、老人などへの財政的支援によるボランティア活用の実質化など）考えるプログラムがほしい。
- － 重度障害者（職業的重度の意）の就労例を知りたい。
- － いかに施設入所している障害者を施設から地域に戻すか、について取り上げてほしい。
- － 地域援助の具体的報告例
- － 教育と医療・福祉の連携のあり方、課題
- － 法制、政策、機構という社会の基本的仕組みの変革が行われなくてはならないのになかなか進まないことについて、徹底的な論議を聞きたい。
- － 改正された社会福祉関係八法が平成5年からすべて施行される。そこで今回は我々をとりまく法制度について徹底的に検討してはどうか。今ある法制度がどう生かされるべきか、それが他法とどう関係しているか、“効率”よく生かされるには何が必要かなどを徹底的に討議すべきだろう。

「第14回総合リハビリテーション研究大会」実行委員会名簿

(五十音順)

実行委員長	小川 孟 (横浜市総合リハビリテーションセンター)
副実行委員長	上田 敏 (東京大学医学部)
	小島蓉子 (日本女子大学)
委 員	秋山哲男 (東京都立大学工学部)
	新井 宏 (全国社会福祉協議会)
	飯田雅子 (鉄道弘済会総合福祉センター弘済学園)
	伊藤利之 (横浜市障害者更生相談所)
	奥野英子 (国立身体障害者リハビリテーションセンター)
	黒川幸雄 (国立療養所東京病院附属リハビリテーション学院)
	佐藤久夫 (日本社会事業大学)
	調 一興 (東京コロニー)
	手塚直樹 (国立職業リハビリテーションセンター)
	寺山久美子 (東京都立医療技術短期大学)
	野津 眞 (東京都立中部総合精神保健センター)
	野村 歆 (日本大学理工学部)
	初山泰弘 (国立身体障害者リハビリテーションセンター)
	原田之稔 (全日本精神薄弱者育成会)
	三浦 和 (全国特殊教育推進連盟)
	三ツ木任一 (放送大学)
	村田信男 (東京都立中部総合精神保健センター)
	山内 繁 (国立身体障害者リハビリテーションセンター)
	米川一充 (国立職業リハビリテーションセンター)

第14回総合リハビリテーション研究大会'91事務局

〒162 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内
TEL (03)5273-0601 FAX (03)5273-1523