

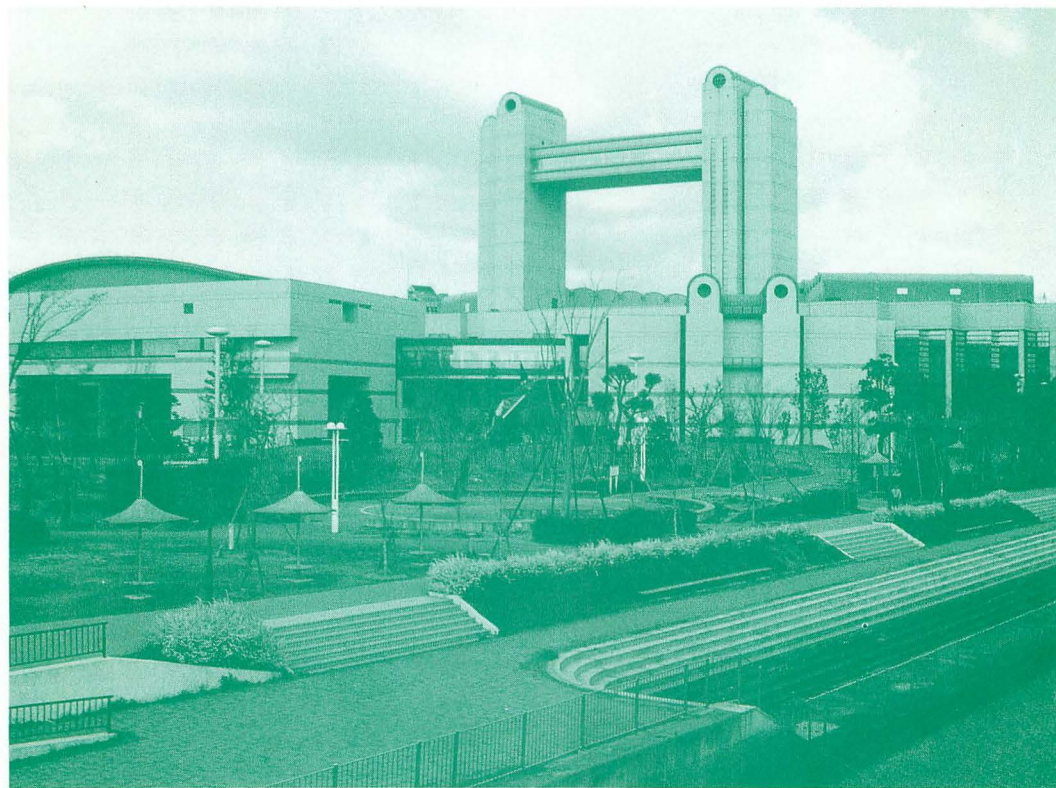
日本障害者リハビリテーション協会30周年記念

第17回総合リハビリテーション研究大会報告書

1994.12.15・16 名古屋国際会議場

現場の視点で考える

アジアから地域から



財団法人 日本障害者リハビリテーション協会
第17回総合リハビリテーション研究大会実行委員会

日本障害者リハビリテーション協会30周年記念

第17回総合リハビリテーション研究大会報告書

1994.12.15-16 名古屋国際会議場

現場の視点で考える

アジアから地域から

財団法人 日本障害者リハビリテーション協会
第17回総合リハビリテーション研究大会実行委員会



● 開 会



● 山下眞臣日本障害者リハ協会会長



● 村地俊二実行委員長



● アジア各国からの参加者紹介



● 上田 敏 日本障害者リハ協会副会長



● スグニヤ・スリプラチャ氏 (タイ)



● シンポジウム I 「CBRと国際協力」

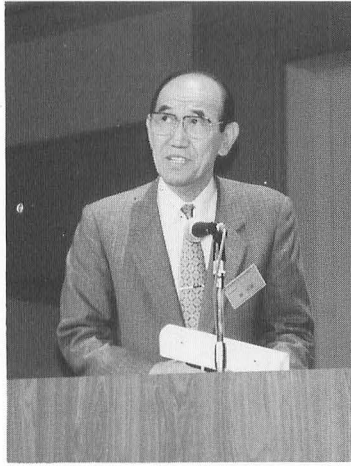


● ハンドヨ・チャンドラクスマ氏 (インドネシア)



● 崔 鍾吉氏 (大韓民国)

● プレゼンテーション「愛知のリハビリテーション実践活動の紹介」から



● 座長 児島美都子 龍谷大教授 ● 奏 安雄 ゆたか福祉会理事長 ● 山田昭義 A J U 自立の家常務理事



● 島崎春樹 あさみどりの会専務理事



● 上村数洋氏

● シンポジウム II

「重度・重複障害者（児）の在宅援助」



● 第1分科会



● 第2分科会



● 第3分科会



● 第4分科会から



山形積治氏



畠山卓朗氏



小田博道氏

● 全体会（各分科会座長）



● 交流会スナップ



● JANNET参加団体パネル展示



● 戦後50年
「文学に見る
障害者像」
(障害者の芸術を
顕彰する会)



目 次

開 会

主催者あいさつ	山下 真臣	1
開催にあたって	村地 俊二	2

記念講演

日本のリハビリテーション —過去・現在・未来—	上田 敏	3
-------------------------------	------------	---

アジアからの視点

開発途上国のリハビリテーションの展望 —タイの経験—

スグニヤ・スリプラチャ	13	
シンポジウム I 「CBRと国際協力」	座長：富田 輝司	24
□障害者を中心としたCBRの試み	高嶺 豊	24
□CBR分野における理学療法の国際協力	田口 順子	27
□リハビリテーション領域における国際協力を通じて、 アジアのCBRに学ぼう	小林 明子	29
□CBRと国際協力	ハンドヨ・チャンドラクスマ	33
韓国の障害者リハビリテーション	崔 鍾吉	40

第3分科会

「日本における国際交流・研修活動をどう深めるか」	座長：池住 義憲	43
□国際協力事業団（JICA）におけるリハビリテーション 分野の研修	穂積 武寛	43
□日本障害者リハビリテーション協会の研修活動	上野 悦子	45
□精神薄弱福祉コース	沼田千好子	46
□アガベ交換研修プログラム	飯島 蘭子	48

地域からの視点

障害者の社会参加を支えるもの	上村 数洋	59
----------------------	-------------	----

シンポジウム II 「重度・重複障害者(児)の在宅援助 —その可能性と困難性—

座長：万歳登茂子	72	
□重度・重複障害者(児)の在宅援助 —行政の立場から—	渡辺 次男	73
□重症心身障害児者の地域支援システム構築	遠藤 六朗	76
□重度障害者のデイセンター（通所活動施設）と地域生活支援	柴田 洋弥	81
□重度・重複障害者(児)のための施設づくり	中井香代子	85
□第2分科会の討議から	峰島 厚	89

プレゼンテーション「愛知のリハビリテーション実践活動の紹介」

座長：児島美都子	97	
□肢体不自由児の運動機能の発達障害について	三田 勝己	97
□障害者の労働の場の確保と生活向上へ向けての活動	秦 安雄	100
□重度身体障害者の在宅生活向上を図る活動	山田 昭義	105

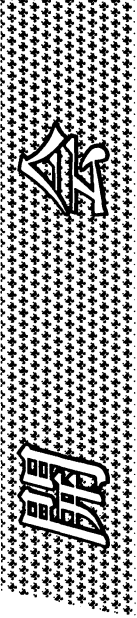
□心身障害児の療育援助活動の展開	島崎 春樹	108
□高次脳機能障害者の職業リハビリテーション	尋木 佐一	111
第1分科会「地域における新しい生活づくり・しごとづくりとネットワーキング」		
	座長：柴田 謙治	116
□野方の福祉を考える会の活動	北川 侑子	116
□住民主体の仕事づくり・生きがいづくり	久富 靖	119
□地域をリハビる	高石 伸人	123
□障害者の就労支援に関わるボランティア活動	竹中 ナミ	126
第2分科会「家族・家庭を支える地域社会の課題」		
	座長：峰島 厚	135
□精神障害者の家族の保護・扶養の実態と課題	池末 亨	136
□重度身体障害者にとっての「二つの家族」と地域社会	平川 毅彦	144
□知的障害者のグループホーム作りに見る親ばなれ・子ばなれ	小邑 弘光	148
□高齢障害者の一人暮らしと地域社会	宮田 鈴枝	152
第4分科会「障害者の生活環境とサポートテクノロジー」		
	座長：三田 勝己	163
	原田 雅司	
□重度重複障害者のコミュニケーション支援	山形 積治	164
□肢体不自由者の生活支援機器	畠山 卓朗	165
□障害者の地域生活保障のための空間モデルと現代的課題	桜井 康宏	168
□障害者の雇用と就労のための環境整備	小田 博道	173
□障害者の自立生活と社会参加を促進するために	原田 雅司	177

全体会・閉会

全体会	座長：鈴木 清覚	185
閉会のあいさつ	永井 肇	194

資料

1. 第17回総合リハビリテーション研究大会参加者内訳	195
2. アンケート集約結果	196
3. 開催要項	215



主催者あいさつ

山下 眞 臣

(日本障害者リハビリテーション協会会長)

この度、協会創立30周年記念「第17回総合リハビリテーション研究大会」が、ここ愛知県名古屋市において開催されるに当たり、主催者として一言ご挨拶申し上げます。

この研究大会は、昭和52年(1977)障害者のリハビリテーション関係者、障害当事者をはじめ、さまざまな分野の方々の交流を目的として始められ、昭和62年以降当協会が主宰するようになりました。「交流セミナー」と呼ばれていた当初より、多くの関係者によって支えられ育てられ、ここに第17回目の大会を迎えることができましたことは、まことにご同慶に耐えませぬ。

今回は、愛知県心身障害者コロニー名誉総長であられる村地俊二先生を委員長とする実行委員会の皆様によって企画され、テーマは「現場の視点で考える ー地域から、アジアからー」ですが、まことに時宜を得た計画でありまして深く敬意を表します。

参加者の皆様の活発な意見交換を通じて、初期の目的を達成されるよう念願してやみません。

さて今日は、わが国を含めアジア太平洋地域における障害者問題の展開にとって、大変重要

な時期であります。昨年「アジア太平洋障害者の十年」がスタートし、わが国の障害者施策の「新長期計画」も策定され、本年は画期的ともいえる「障害者基本法」が全面的に施行され、地方自治体においても本格的な取り組みが開始されつつあります。

すべての市民が豊かな生活を送ることができ、社会の実現を目指すとともに、すべての人々の可能性を確信するリハビリテーションの発展充実こそが「万人・共生の社会づくり」の基礎となるものと信じます。

私ども協会は、創設30周年を機に初心にたちかえり、新時代に相応しい障害者のリハビリテーションの開拓・推進に努力してまいりたいと存じます。この研究大会の成果は、それを支える大きなエネルギーになるものといえましよう。

終わりに、この研究大会の開催に当たり、多大のご支援を賜りました愛知県および名古屋市並びに社会福祉・医療事業団に対し、深甚なる感謝の意を表します。また、ご後援、ご協賛いただきました諸団体に対し、厚く御礼申し上げます。ご挨拶といたします。

開催にあたって

村 地 俊 二

(第17回総合リハビリテーション研究大会実行委員長)

(愛知県心身障害者コロニー名誉総長)

皆さんお早うございます。本日から2日間この名古屋の地で、また新しい国際会議場において、第17回総合リハビリテーション研究大会を開くことになりましたが、全国からようこそお越しいただきました。厚くお礼申し上げ、また心から歓迎を申し上げたいと存じます。

ただ今も、山下会長さんからお話がありましたように、本年は日本障害者リハビリテーション協会が設立されて30周年にあたるお目出度い、またエポックの年でございます、その記念事業として本研究大会を名古屋市で開催できますことは、まことに光栄であり有意義なものと存じております。

さて、本名古屋大会は、メインテーマを「現場の視点で考える」といたしましたが、それは、地域でがんばっておられる実践者の方々と、リハビリテーションの各分野の研究者の人たちが一体となって、市民・住民のリハビリテーション・ニーズに応えうる、トータル・リハビリテーションのあり方を考える場といたしたいと期待しているのでございます。

そして、また本年は「アジア太平洋障害者の十年」の2年目でありますので、アジア・太平洋沿岸の諸国が、それぞれ、その国で障害者を含む国民の福祉にとって真に必要なものは何であるか、そして、わが日本はどのような形でそれらの諸国と連携し協調していくべきかを求めて、真摯な討議をいたしたいとの思いで「地域から、アジアから」を特に加えた次第でございます。

障害を持つとか持たないということは、ただ人間の存在様式あるいは生存様式の多様性を示

すにすぎないと私は常々考えておりますし、障害の有無とか軽重というものは、もとより人間の生命の本質の差を表すものではなく、その尊厳には何ら変わるところはないという考えのもとに、リハビリテーションの数々の営みも、すべての人を普通の生活、ありのままの生活に近づけたい、みんなと一緒に社会活動をしたい、そういう願いからなのであります。

そうした最新の具体的な活動が、この2日間の大会における講演、シンポジウムあるいは分科会を通じて、熱心に語られ論じられることと存じます。それが、地域からの視点とアジアからの視点の二つの流れでプログラムが企画されております。

本研究大会において、トータル・リハビリテーションの意味を改めて問い直し、さらに実践の場にフィードバックして、新しい更なる前進をしようという、またとない機会になるように、そして、日本障害者リハビリテーション協会設立30周年を記念するに相応しい研究大会になるように、各地からご参加いただきました皆様方の絶大なるご支援ご協力を心からお願い申し上げます。

また、この研究大会のために、有形無形の数々のご支援をいただきました愛知県、名古屋市をはじめ多くの方々に厚くお礼申し上げます。

実行委員会一同で準備に一所懸命努力はいたしましたでしたが、何分この広大な施設でございますし、その一部を使うためいろいろご不自由ご不便をおかけすることも少なくないと存じますが、何とぞご寛容のほどお願い申しあげまして、実行委員長の挨拶といたします。

紀念講演

記念講演

「日本のリハビリテーション —過去・現在・未来—」

上 田 敏

(日本障害者リハビリテーション協会副会長)

ただ今、ご紹介いただきました上田でございます。今日のこの立派な会に記念講演をさせていただくことになりましたことを大変光栄に感じております。また、このような立派な会場で、よく準備された会を組織なさった実行委員会の皆様方に心からお礼を申しあげたいと思います。

先程からお話がございますように、今年はリハビリテーション協会の30周年でございます、12月の2日に戸山サンライズにおきまして、非常に多くの各界の有名な方々がお集まりくださり、記念式典が行われました。この日本リハビリテーション協会が設立されました1964年という年は、その前後に日本のリハビリテーション界にとりまして、非常に意義深いことがいくつも同時に起こった年でございます。

例えば、その前の年、1963年に日本リハビリテーション医学会が創立されました。

それから、日本最初の理学療法士、作業療法士の学校でございます国立療養所東京病院附属リハビリテーション学院が開校されました。また、多少私事になりますけれども、東京大学の附属病院にリハビリテーション部というものができましたのもその年でございます。

これは、大学病院に初めて本格的なリハビリテーション部門ができたということでは、やはり意義のあったことだろうと思います。

それから、このリハビリテーション協会ができました次の年、1965年ですが、日本で最初のリハビリテーションに関する国際会議でございます「第3回汎太平洋リハビリテーション会議」

が開かれました。これがリハ協の初仕事として行われたわけでございます。これは、リハビリテーション・インターナショナルと言い「RI」と略されますけれども、そこの地域会議でございます、今は「アジア・太平洋地域リハビリテーション会議」と名前を変えまして、第10回が来年インドネシアのジャカルタで開かれるということになっていますが、この第3回が日本で開かれたということは実は非常に大きな意義のあることでございます。

それは、なぜかと申しますと、これからお話ししますようにリハビリテーションというのは、非常に多くの専門の方が集まって協力するという総合的なものでなければならぬわけでありましたが、その総合ということはなかなか難しい。意識して努力していかなければ作っていくことができないものでありまして、この総合リハビリテーション研究大会というものも、まさにその目的のために行われているものなのでございます。

この1965年に開かれました第3回汎太平洋リハビリテーション会議というものは、それまでばらばらにそれぞれの分野で、いわば閉じこもって活動しておりましたリハビリテーションの各分野の広い範囲の方々が、初めて一堂に会して共通の問題としてリハビリテーションの諸問題について語り合ったという記念すべき機会であったわけであります。私個人をとりましても、その時に初めて医学的なリハビリテーション以外の分野の方、社会リハビリテーション、職業リ

ハビリテーション、あるいは教育リハビリテーションの方々と知り合いになりまして、その後そういう方々と協力しながらいろいろな仕事を進めてきたということがございます。

これは、日本のリハビリテーションの世界にとって画期的なできごとであったと思います。

今から31年前の1963年から65年にいたる3年ばかりの間に、それまで日本において蓄積されてきておりましたリハビリテーションに関する非常に大きなエネルギー、しかしそれはまだ結集されないでいたエネルギーが1つのものになりまして、いわば一斉に堰をきったかのように溢れだし流れだしたというふうに言えるのではないかと思います。31年前のこの頃が、その後のリハビリテーションの発展の出発点になったというてよろしいのではないかと思います。

そういう意味で日本障害者リハビリテーション協会の30周年を祝うのではなくて、日本のリハビリテーション全体の30周年を祝うという気持ちで今日と明日の会議は進めていただきたいと思ひます。

しかし、今日私に与えられました題は「日本のリハビリテーションの過去・現在・未来」ということとございます。そうすると、その過去というものが決して30年前まで遡ればよいというものではありません。もっともっと古い、それこそ100年にもわたる先人たちの努力があったわけでありまして、ですから、それまでの積みあげの上に今日があるわけとございますので、それを振り返るといふところから今日のお話しを始めたいと思ひます。

リハビリテーションとは

本題にはいる前に、リハビリテーションということが、今日お集まりの方にはそういう誤解はないと思ひますが、依然として誤解をされていることが多いので、リハビリテーションとは何であるのかということについてちょっと申し上げたいと思ひます。

リハビリテーションといふのは訓練という意

味だといふふうにおられるのが一般でございます。新聞やテレビなどで取りあげられる場合にはリハビリテーション・イコール訓練といふふうにお解されております。しかし、もともとの英語の言葉の意味は、障害のために人間らしく生きることが困難になっている人の、人間らしく生きる権利の回復ということとあります。即ち、「全人間的復権」ということで、一言で言へばそういうふうにおすべきものであります。訓練といふものは、それを實現するためのたくさんある手段のうちの1つにすぎないわけとあります。

振り返ってみますとリハビリテーションといふ言葉の使われ方は、中世のヨーロッパにおきましては身分や地位の回復、あるいはキリスト教に關係しては破門の取り消し、といふところからはじまっております。近代にいたって無実の罪の取り消し、いわゆる名誉回復、あるいは復権ですが、そういう意味に広がりました。更に現代にはいりましては、いわゆる更生です。悪の道からの更生、犯罪者の社会復帰といふところまで広がってきているわけとあります。今申しあげました言葉の意味は、現在でも広く使われているわけとあります。障害のある人々について使われるようになったのは第一次大戦の終わり頃からといふ、比較的新しいこととあります。

リハビリテーションが指しているもので、もう1つ大事なことはリハビリテーションは障害を對象とするといふことがよく理解されておりますが、それだけではなくて、障害のある人を對象にしているわけとあります。障害だけを對象としているわけではありません。

その点では医学において、従来は医学といふものは病気だけを對象としていたことに對して反省されておきまして、病気を對象とするのではなくて、病気を持っている人を對象とすべきだといふふうにお考え方が変わってきている、そういう考え方をリハビリテーションではもっとも早く實現したわけとあります。

障害のある人にとって、その人の障害といふ

部分はごく一部であって、それ以外に健全な機能や能力が非常にたくさんあり、障害者というものを理解する場合に障害だけを考えるというのは非常に間違ったことでありまして、障害を持つと同時に健全な機能や能力を、あるいは隠れた能力、引き出せば引き出すことができる潜在能力を非常にたくさん持っているのだということを理解しなければいけないわけでありまして。従ってリハビリテーションというのは、障害を軽減する、つまりマイナスをできるだけ減らして限りなくゼロに近づけるということだけではないのであります。

従来の医学モデル、古い医学モデルというものにどうしても影響を受けまして、医学というのは病気を治すことだというふうに考えられています。そうすると、リハビリテーションというもの（医学だけに限らず、社会的その他多くのものがありますが）、障害を減らすことだというふうに理解されやすくなってきます。それもいたしますが、決してそれだけではなく隠れた潜在能力を開発し、増進し、発揮させるということがリハビリテーションのもう1つの重要な面でありまして、それがプラスの増大であります。マイナスをできるだけ減らすこととプラスをできるだけ増大させるということによって、それをたし合わせた結果、最終の結果としては最高のQOL、これを「人生の質」というふうに私は訳したいと思いますが、それを達成するというのがリハビリテーションの目的なのであります。従って、悪いところだけを見てはいけません。その人の隠れた能力を見つけ出すということが、リハビリテーションの重要な役割であります。これは、医学的リハビリテーションに限らずリハビリテーションの全てについて言えることだと思います。

その最もいい例が、イギリスのホーキング博士でありまして、ホーキング博士は声を出すこともできない、歩くことはもちろんできない。しかし、僅かに動く手の力で電動車いすとコンピューターと人工音声合成装置を操作しまして立派な研究をし、講演をし、日本にも何度も来

ていて世界的な業績をあげています。

マイナスがどんなに重くても、障害がどんなに重くても、それを上回るプラスがあれば非常に高いQOLを実現することができるということでありまして、我々は全ての人がホーキング博士になることができるわけではありませんが、多くの人についてまだまだ隠されている能力があるはずで、それを発見し発展させるということがリハビリテーションの重要な役割であるわけです。

過去から現在へ

リハビリテーション対象者の広がり

ここから歴史にはいりたいと思います。

日本のリハビリテーションというものを大げかみに振り返ってみたいと思います。そうしますと、非常に面白いことに気がつきます。リハビリテーション対象者が、歴史的にどんどん広がってきた。それが、丁度ひとり人間の発達史を反映するかのよう、子どもから始まりまして青年にいき、成人にいき、高齢者に行くというふうに、丁度人が成長していくのと同じように対象者が広がっていったということでありまして。

戦前におきましては、高木憲次先生という本当に優れたパイオニアがおられまして、その方が「肢体不自由児」という言葉もつくられたし、「療育」という言葉も先生がつくられたのであります。肢体不自由児の療育ということを大正年間から強く提唱されまして、様々な努力を払って小児の肢体不自由、特にポリオというものが非常に問題だったわけでありまして、その療育というものが日本で戦前目覚ましく進展いたしました。

戦争中には戦傷兵、切断とか盲とかいろいろ戦傷による障害者というものがたくさんでまして、軍事保護院を中心としまして戦傷兵に対するリハビリテーションですけど、職業訓練も含めた自立のための訓練というものが行なわれました。今日ここに持ってまいりました「義肢

に血のかようまで」。これは、私、古本屋で見つけました。これは、訓練をする方の軍医中佐の方が書いた本でございます。

それから、障害者本人が右手を失って左手で絵を書いて、また絵書きとして復帰したという方が文章も絵も左手で書いたという「雙手に生きる」という本を持ってきました。

もちろん、極めて軍国主義的な本でありまして、今読むと抵抗を感じることもたくさんありますけども、戦争中の戦傷兵に対するリハビリテーションの経験というものは、戦後に受けつがれて技術的にそれは役立ったわけでありまして。ただし、戦争の時代には小児に対するリハビリテーションは圧迫されてしまったり、あるいは整枝療護園が空襲で焼けてしまったりというようなことで、戦争に伴うマイナスというものもまた非常に大きかったわけでございます。

戦後になりますと、この軍事保護院において発展した技術がアメリカの影響もありまして、国立身体障害者更生指導所というものが戦後いち早く軍事保護院の技術者を中心に設立されて、兵隊というものはなくなったわけですから、民間の一般人のための主として青年から若い成人のためのリハビリテーション活動が広がってまいりました。

身体障害者福祉法というものも、戦後間もなく作られました。もちろん、同時に児童福祉法もつくられまして、ここで小児から成人までのリハビリテーションの体制が、一応形だけではできたということでございます。

しかし、その後時代が急速に変化してまいりまして、寿命が非常に延びまして、人口全体の高齢化ということが問題になるに従いまして、1960年代におきまして、主に温泉地で脳卒中のリハビリテーションというものが急速に普及いたしました。高齢者が対象に入ってきたわけでありまして。しかし、その場合には日本の特殊性といたしまして、温泉地で高齢者のリハビリテーションが始まったということに伴うマイナスということもございまして、患者さんがたくさん住んでいる都市部において都市型のリハビリテ-

ーションが始まるというのが1970年代までに乗り越えられたということでございます。

更に、あらゆる障害につきまして一層の高齢化が進むと、これは高齢になってから障害を持つようになる脳卒中などの病気というだけでなく、脊髄損傷のような比較的若い時になった方の高齢化ということによって、新しい問題がいろいろと生じてくるということ、脳性麻痺の高齢化に伴う問題、ジストロフィーというものが昔は20才までしか生きられないといわれたのが、技術の進歩によりまして長く生きられるようになって、高齢化の問題がおこってくるというような形で高齢化、それから重度化、ということが大きな問題となってまいりました。

小児リハビリテーションのあゆみ

第2の問題でございますけども、もう1つ興味あることに気がつきます。

日本の小児のリハビリテーションのあゆみというものをもう少し細かく見てみますと、リハビリテーションの対象というものを肢体不自由だけではなくて視覚障害、聴覚障害、知的障害というものを広く考えなければいけないわけですが、そういう見地からしますと、肢体不自由児のリハビリテーションというものはかなり出発点が遅れたわけでありまして。

盲聾児の教育というものは、明治のはじめに始まっているわけでありまして、これは東京訓盲院というものが明治9年(1876年)でありますから、もう120年ほど前にできております。聾学校は、これにちょっと遅れましたけれど、10年ぐらいの遅れで始まっております。従って、盲聾児の教育というものは100年以上の歴史を持っているわけでありまして。精神薄弱、あるいは知的障害児の教育というものは、明治42年(1909年)に「白川学園」が設立されたのが最初ですから、盲・聾教育には30年ほど遅れて始まったわけです。肢体不自由児の施設「柏学園」というところで始められました。この施設ができましたのが大正10年(1921年)ですから、盲聾児

の教育に比べますと50年の遅れをもっておりません。

しかし、この柏学園というのは、まだ収容的な色彩が強くて、本当の意味で学校として肢体不自由児の教育が始まりましたのが昭和7年(1932年)、東京市立の光明学校、今の光明養護学校であります。そして、肢体不自由児にとっては教育だけではなくて、医学との協力が必要だという意味で、高木先生の言われた療育というものが本当に実現いたしましたのは昭和17年(1942年)、整肢療護園が設立された時であります。1942年というのは戦争が始まっていた時代でありまして、整肢療護園は、この3年後には空襲のために焼けてしまうわけであります。

「全人間的復権」としてのリハビリテーション

なぜこういうふうに盲聾児の教育に比べて肢体不自由児のリハビリテーションが遅れたのかということを考えてみますと、これは私の考え方でありまして皆様方の考え方もあろうかと思いますが、視覚障害、聴覚障害のリハビリテーション、あるいは知的発達障害のリハビリテーションは比較的教育の分野の方々の努力だけでもできる部分が非常に大きいと思います。しかし、それに比べて肢体不自由児の持っている問題というのは、もっと複雑でありまして、教育1つ取りましても教育者と医学関係者との緊密な協力がなければ実現しえなかったものではないか。

それぞれ異なる分野、教育分野と医学分野というものは歴史の違い、よって立つ哲学の違い、価値観の違いという意味で非常に違った分野なのでございまして、それらが協力するということが非常に難しいことであり、また1942年という段階で遅れはしましたが、それが実現したということは大きな意義があったというふうに思うわけであります。それは、全人間的復権としてのリハビリテーションの理念の形成過程ということと関係してくるわけであります。

高木先生が、「療育」という形で新しい言葉

を作ったわけでありましたが、これを最初に申しあげましたリハビリテーションの理念と比較いたしますと、この療育というのは、治療の「療」と教育の「育」を加え合わせてつくった言葉なんですけれども、治療は、現在いう医学的リハビリテーションにあたります。教育は高木先生の考えでは一般教育と職業教育の両方を含んでおりましたから、教育的リハビリテーションと職業的リハビリテーションの大きな部分を含んでいます。今言われているリハビリテーションの4つの部門のうちの3つまでを含んだ考え方であるという意味で当時においては非常に先進的な総合的な思想であったと思います。

ただ、歴史的な制約でございますけれども、社会的リハビリテーション、あるいは、障害者福祉にあたる面だけは欠けていたと言わざるを得ないわけであります。ですから、総合的なものとしてのリハビリテーションの思想の形成というものは、最初は医学は医学だけ、教育は教育だけ、職業は職業だけ、社会福祉は福祉だけというばらばらな形でいたものが、この高木先生の時代に至って少なくともそのうちの3つだけは療育という形で統合されなければならないという思想になり、高木先生がそれを言い出したのは大正年間でございますが、それが実現するまでは昭和17年までという長い時間、20年ぐらいの時間がかかってできたわけであります。

総合リハビリテーションの理念と実際

更に、戦後にいたって、あるいは戦後もかなりたった第3回汎太平洋リハビリテーション会議の頃になって、やっと、社会リハを含めた4つの分野が手を結ばなければいけないという、本当の総合的なリハビリテーションの思想というものに到達したということができないのではないかと思います。私はこれをいろんな本に模式図で示したりしていますが、リハビリテーションがトータルなものになっていくためには、やはりいくつかの段階があるだろうと思うわけあります。

第1段階は、それまでばらばらであった各分野が、リハビリテーションという共通の理念をもちまして、その統合を目指していく時期であります。

第2段階は、一応の統合は達成しましたが、しかし、まだそれぞれの分野の間に壁がかなりありまして、他の分野のことについてはお互いに知識が少なく、自分たちの分野の中にどうしても閉じこもりがちになっている。第1段階よりはいいのですが、障害者がニーズに応じていろいろな部門の間を自由に行き来したり、あるいは同時にいくつものサービスを受けるといった状態にはいたっていない。

第3段階というのは、最も望ましい状態ですが、トータルなリハビリテーションというものが実現いたしまして、その中のそれぞれの分野は、そのそれぞれの側面であって、お互いに他の分野のこともよく知っていて、よく交流していて、障害者のニーズに応じていくらでもお互いに協力したり、紹介したりすることができるという段階に到達しているということになります。

これは模式的な考え方ではありますが、今、我々がどこにいるのかということを考える1つの手段にはなると思います。

日本を1つ取りましても地域によっても違いますし、いろいろな疾患の分野によっても違いますし、今、我々は第2段階だとか第3段階だとかいうことは簡単には言えません。しかし、こういう第3段階を目指して進んでいかなければいけないわけがあります。

リハビリテーション技術の進歩

これまで理念の上での変化について述べてきましたが、振り返ってみますと技術の面でも多くの進歩がございました。技術の面の進歩というものは、リハビリテーションの対象疾患の拡大ということに如実に現れてまいります。

戦前においてリハビリテーションの対象となった疾患は、活動的な疾患は全くなくなって、障

害だけが残るようなものでした。それを欠陥治療と申しました。病気としては治った、しかし欠陥が残ったということで、疾患がなくなって障害を残したものの、その代表はポリオであり、切断であり、あるいは主として先天性の盲聾であったわけであります。こういうものに対するリハビリテーションの技術、これは医学だけではなくて教育も職業もみんな含めてですけども、そういうものは割に早く確立されております。

戦後になって疾患と障害とが共存するものが加わってまいりました。その典型的なものは筋ジストロフィーであり慢性関節リウマチであります。また脳卒中、脊髄損傷などもそれに近い性格をもっています。脳性麻痺も20才、30才、40才ぐらいになると様々な2次障害が現れてくるということがわかっております。

更に、最近では癌とか白血病などの生命の危険が大きい、そして体力消耗を主な障害としているグループに対するリハビリテーションというようなものも行なわれるようになってまいりました。これは、単に対象が広がったということではなくてリハビリテーションの技術が進歩したことによって、それまではとても対象にならないと思っていた人たちに対してもリハビリテーションが役立つようになったということ、つまり技術の進歩ということの反映であります。

もう1つの広がった対象としましては、高齢化によって顕著になってきたものがございまして、糖尿病による中途失明、あるいは中途の難聴が進んで中途の失聴ということが、高齢化に伴って大きな問題となってまいりました。

また、脳性麻痺の2次障害、脊髄損傷者の高齢化、更には老年痴呆ということも避けることができない問題として、そのリハビリテーションということも考えなければならなくなりましたし、現実にはいろんな試みが行なわれるようになってまいりました。

このように技術の進歩と、それをサポートする社会的な様々な制度の進歩、国民の意識の向上、そういうことが相まってリハビリテーションの対象というものは非常に広がってまいり

ました。ある考え方からすれば、医学の対象は全てリハビリテーションの対象でもあるというふうに考えることすらできるわけですが、そういうふうにあまりにも概念を拡大するというのではなくて、従来のリハビリテーションというものが徐々に着実に広がってきただけでも、既に相当広い範囲のものを対象とするようになったということが言えるわけがあります。

専門職の教育・研修

それに伴いまして、リハビリテーションの専門職の教育や研修も進展してまいりました。

これは、私の得意な分野であります医学の分野に限らせていただきますけども、先程申しあげましたように日本リハビリテーション医学会がつくられましたのが、31年前の昭和38年(1963年)、それからリハビリテーション学院ということで理学療法士、作業療法士の教育が始まりましたのも同じ年。その3年後には、初めての卒業生がでまして国家試験が行なわれました。そして、国家試験の合格者によって日本理学療法士協会、日本作業療法士協会という専門職団体がつくられました。

それから、最初の大学におけるリハビリテーション医学の講座というものが確立されたのが、独協医大に昭和49年(1974年)につくられたのが最初です。それは、まだまだ我々の希望するほどには広がっておりませんが、それでも全国10大学に講座ができておりますし、不完全講座あるいは診療科という形で教授職があるというのが、その他10数ヶ所、合計20数ヶ所の大学にあります。

理学療法士、作業療法士の教育は、はじめは3年間の専門学校教育であったわけですが、短期大学という形になりましたのは、金沢大学に医療短期大学が昭和54年(1979年)にできたのが初めてでございます。

それから、リハビリテーション医学の専門医の制度がつくられましたのが昭和55年(1980年)、義肢装具士の制度ができて国家試験が行なわれ

ましたのが昭和63年(1988年)、そして、待望の理学療法士、作業療法士の4年制大学における教育というものが始まりましたのが2年前(平成4年、1992年)の広島大学医学部の保健学科。これは、今年になりまして3ヶ所に広がってきております。

この30年間の間には、ごく小さなわずかなところから出発しまして、いわば高度成長を成し遂げてきたということができると思います。これは驚かれるかもしれませんが、理学療法士、作業療法士の学校の人口に対する割合におきましては、日本はアメリカとほとんど差がございません。ですから、日本は世界の1、2を争う状態になってきております。質はどうかということは大きな問題でございます。アメリカの場合には4年制大学がほとんどでありますから、そういう点では質はまだ及びませんが、しかし、それだけこの30年間に相当な高度成長を成し遂げたということはできると思います。

これは、経済成長に支えられた面があったことはもちろん否定できませんが、それだけではなくて、リハビリテーション関係の専門家の努力によるところが大きいことは言うまでもございません。

リハビリテーションにおけるエトスの形成

この間におきまして、こういう具体的な形に現れたものだけではなくて、リハビリテーションの精神と申しますか、リハビリテーションのエトスという言葉を私は使いたいのですけれども、リハビリテーションにたずさわる人間が共通に持つところのものの考え方、あるいは行動様式、あるいは価値観、そういうものが徐々に形成されてきたということが非常に大事なことであろうと私は思います。

これは、数えあげればきりがないのでありますけれども、一番大事なのは患者、障害者の持つプラスの側面に敏感なことだと思います。先程も申しましたようにマイナスだけを見るのではなくて人間のプラスの面を重視するというこ

と。ですから、私はリハビリテーション医学は「プラスの医学」であるというふうに言っておりますし、リハビリテーション全体は「プラスの科学」であるというべきではないかと思えます。

それから、障害者の自立を尊重するということです。援助をするというのは自立を目指す援助であるべきだということです。これに共通しますけれども、自己決定権を尊重するということ、これについてはちょっと詳しく述べます。

家族、地域、社会への働きかけ、つまり本人に対する働きかけだけではなくて、その周囲にも働きかけて、障害者と健常者とが共に生きていく、共生の実現を重視するというのもリハビリテーションの大事なエトスではないかと思えます。

常に実際の生活を中心に考えること、これも非常に大事です。これは、我々医学関係者が陥りがちな危険でありますけれども、あるいは他の専門でも同様だと思いますが、我々専門家が障害者と接するのは多くの場合病院とか、施設とか、学校とか、あるいは相談所の窓口とかです。

しかし、そういうところでは本当の生活をしている姿を見ているわけではないので、そういうところにいる障害者は仮の姿であって、我々はその姿を通して、本当の毎日生活している姿というものを見るべく努力をしていかなければいけないということです。そういう考え方、大事なものは本当の家庭や地域における生活の姿なのだということ、そういうエトスは徐々につくられつつあると思えます。

もう1つは、障害者の持っている問題は〇×思考では決して解決できないものでありまして、細かなグラデーションを持ったきめ細かな見方をしていくのでなければならぬということも、1つの大事なエトスだと思います。

また、リハビリテーションというものは後始末の医学だというふうに考えられやすいのですが、決してそうではないので、障害を持った人のこれからの人生のプランニングをし、一緒にそれを作っていくんだということがリハビリテ

ションでありますから、「先見性」というものが重要でありまして、それを「目的指向的」に努力をしていくということ、後始末とは正反対のものであるということでもあります。それは、とりもなおさず、患者、障害者の人生全体を考えて、当面のことを解決すればいいのではなくて、その人の一生にわたっての目標を立ててやっていく。従って、一生にわたってのつき合いになるということでもあります。

最後に、こういうものを支えるものとして本当のオプティミズムを持つということです。これは何もしなくてもいずれ良くなるよという楽天的な考え方というのではなくて、本当の意味でのオプティミズム、つまり決して希望を失わないということでありまして、例えば病気は治らない、障害は治らないでも、人生を良くすることはできるというのがリハビリテーションのエトスのもっとも根本的に大事なことであろうかと思えます。

少し戻りまして、患者さんの自己決定権の尊重ということでもありますけれども、これは「インフォームドコンセント」ということが医学の世界では強調されてきておりますが、リハビリテーションの世界では、インフォームドコンセントからさらに一歩進めて「インフォームド・コオペレーション」、十分な説明を受けた上での協力ということ、これは患者さんと家族とが、あるいは障害を持った方と家族とが、専門家と一緒に協力するということにいかんければいけないと思えます。

現在から未来へ 一残された課題一

ここまででは過去でありまして、未来というのは過去を踏まえて過去の延長線上に未来があると思えますから、未来について申し上げたいと思えますが、未来において残された課題というものは、1つは地域リハビリテーションをいかにして建設していくかということだと思います。

地域リハビリテーションというものは言葉の

上では叫ばれておりますけども、その実現されている姿は極めてまちまちでありまして、その定義もはっきりしないわけであります。

トータルリハビリテーションの4つの分野の間の関係、その間の障害を持った人の流れでありますけれども、この4つの分野の間で必要に応じてスムーズにサービスが次々と受けられていくということが大事です。逆に言えば、障害を持った人が次々と必要となる部分をスムーズに流れていくことができる。もちろん、流れているだけでなく、子どもの場合には医学的リハビリテーションと教育リハビリテーションを同時に平行して受けるというように同時平行して利用できる。それが、全部地域の中でこういうサービスが受けられるということが大事であります。

地域リハビリテーションというものには、行政とか地域住民、障害者団体、ボランティアという人たちが専門家集団と同時に加わっていかなければいけないわけで、理想的にはこういう人たちが地域リハビリテーション協議会というものをつくって地域社会の中で、たくさんのサービスが十分に受けられるというシステムになっていかなければいけないわけであります。これが、これからの日本のあらゆる場所で、こういうシステムをつくっていくということが重要なことであろうかと思えます。

この場合に、エトスとしてもう1つ追加したいことがございまして、「協業」ということであります。つまり、専門の違う考え方の違う人が一緒に仕事をするということは、その人自身が変わっていかなければいけないわけです。協業ができるようにならないといけない。単なる分立的分業ではなくて、医学的な分野における協業の例をあげれば、理学療法士、作業療法士、言語療法士というような専門家は今までは分立的にばらばらに別々にやるというふうにかえられがちでしたが、実は患者さんはひとりで、そのひとりのニーズというものは重層しているものなので、役割分担は違っても対象とするものはひとつであるというように協業が

できなければいけないわけであります。これは、医学の中だけではなくて、医学と教育、医学と職業、その他4つの分野のそれぞれが、こういうふうに協業ができる、そういう仕事のスタイルを身につけ他の分野に対する理解を深めることが重要だと思います。

こういうエトスは、今やっと始まったばかりでありまして、これを深めていき我々みんながそれを身につけるといことが、今後のために重要なことではないかと思えます。

もう1つの残された問題は、国際化ということでもあります。

今日、明日のこの研究大会のプログラムにも国際的な問題がたくさん取りあげられます。

日本の国際的な責任というものは非常に重くなってきていると思えます。特に、アジア・太平洋障害者の10年の推進におきまして、日本は重要な役割を演じつつあります。そのためには、皆さん自身が国際的に活動できる人になっていただきたい。これは、語学だけの問題ではありません。やはり、アジア、太平洋、あるいは世界全体の中で日本の置かれている位置というもの、日本の責任というものに対する十分な広い視野が必要でございます。文化的な背景の違い、習慣の違い、そういうものを十分理解できて異った文化をもった社会の中に溶けこみ、自分の一部を変えて、それこそ文化的に違った人たちと協業ができる、協力ができる、というエトスを身につけていくという努力が必要であります。

それと、もう1つ、私は大江健三郎さんの真似をするわけではありませんけども、日本人が本当に国際社会に出ていって、国際社会で受け入れられ、尊敬され、できれば愛される、そういう存在になるために、特にアジアに行くためには、日本人は過去の責任、特に戦争責任というものに対して目をそむけることは許されないと思えます。戦争責任は、アジアの国々に対して迷惑をかけ非常に損害を与えたという事実、これはこれから100年をかけて償っていかねばいけないものであります。何も卑屈になる必要はないのでありますけども、その責任を感

じているということは大事なことではないかと思ひます。そういうように、真面目に努力することによって、大江さんの使った言葉ですが、ディーセントな日本人、これは最近上品と訳されておりますが、上品ともちょっとニュアンスが違ふのでありまして、控え目なという意味もあります。ディーセントという言葉は、非常にニュアンスに富んだ言葉で日本語に訳しにくいんでありますが、控え目であり、また上品であ

るということは責任感のあるということでもあるわけではす。

リハビリテーションの分野で、日本人がアジアを中心とした世界各国に貢献し、その貢献の仕方がディーセントであるというふうにいわれるようになりたいものだ、皆さん自身がそうやっていただきたいということを申し上げまして私の話はこれで終らせていただきたいと思ひます。

どうも、ご静聴ありがとうございました。

アジアからの視点

特別講演 I

「開発途上国のリハビリテーションの展望－タイの経験－」

スグニヤ・スリプラチャ

(Sugnya Sriprachya-Anunt)

タイ・シリントン国立医療リハビリテーションセンター所長

座長：松井亮輔（日本障害者雇用促進協会審議役）

座長：なぜタイなのかという疑問もあるかと思いますが、私がたまたまタイを長く知っているということと、私どもの日本障害者雇用促進協会が、昨年末タイにおいてセミナーをやりましたが、その際に第17回総合リハ研究大会実行委員会のメンバーになっていらっしゃいます鈴木清覚さんから、是非いい講師を紹介して欲しいということでタイの関係者とお話して今日のスグニヤさんを紹介いただいたわけであります。

スグニヤ：本日は総合リハビリテーション研究大会にお招きをいただきまして、タイにおけるリハビリテーションの実情についてお話できる機会を与えられましたことにお礼申し上げます。

たいと存じます。

1 障害者のおかれている状況

タイは198,000平方マイルの国土を有し、4地方と76県から成っています。各地方の中でも発達している市は次のとおりです。

中央地方 — 首都バンコク

北部地方 — チェンマイ

北東地方 — コンケン

南部地方 — ソンクラ

国の統計局は1991年に健康面接調査を実施し、国民5,700万人のうち約100万人が、身体的、精神的障害を有すると報告しています。その内訳は次のとおりです。

障 害 の 種 別	障害者の比率 (%)		
	男	女	計
タイ王国全体			
上肢または下肢の切断	13.8	8.1	11.6
片眼失明	8.9	10.2	9.4
両眼失明	2.8	7.5	4.6
言語障害	4.2	7.4	5.4
聴覚障害	11.6	15.8	13.2
その他の聴覚障害	2.5	0.9	1.9
完全または不完全まひ	9.9	10.0	10.0
口唇または口蓋裂	1.9	2.0	2.0
肢体不自由	21.1	17.1	19.6
精神病	5.0	4.5	4.8
精神遅滞	9.9	10.2	10.0
脊柱の側彎症または後彎症	1.7	1.2	1.5
その他又は不詳	11.3	8.7	10.3

同一のサンプルで同時に保健省が身体障害について検診を行ったところ、その数は200万人を超えることがわかりました。適切な診療器具があれば、問題の規模はずっと大きいことは明白になるでしょう。

また、国の統計局の統計的なデータによると、障害者の87%は都会でない地域に住んでいることを示しています。とくに東北地方は、そのうちの約39%を占めています。小学校・中学校の学齢である7歳から14歳までの障害のある子ども達は、およそ107,814人で、学校に行っているのは7%にすぎません。15才以上の障害者は898,450人で、その53%は就労していません。総人口のデータと比較してみると、全国では7歳から14歳までの学齢児は約1,000万人いて85%が学校に行っています。13才以上は4,100万人で75%が就労しており、職を持たないのは2%に過ぎません。これらの実態からみて、タイの障害者は、教育及び雇用についての機会が制約されていると言えます。

2 現在のリハビリテーションのプログラムとサービス

タイにおける国が行う公的サービス：保健省による医療サービス、教育省による基礎教育、労働福祉省による職業・社会サービスに大別されます。

リハビリテーション・サービスは、1981年の国際障害者年と1983年から1992年に至る国連・障害者の十年を契機に、比較的緩やかな発展をみせています。

リハビリテーション・サービスは、それぞれの状況に合わせて提供されます。

3 医学的リハビリテーション

医学的リハビリテーションは、以下のことが標準とされなければなりません。

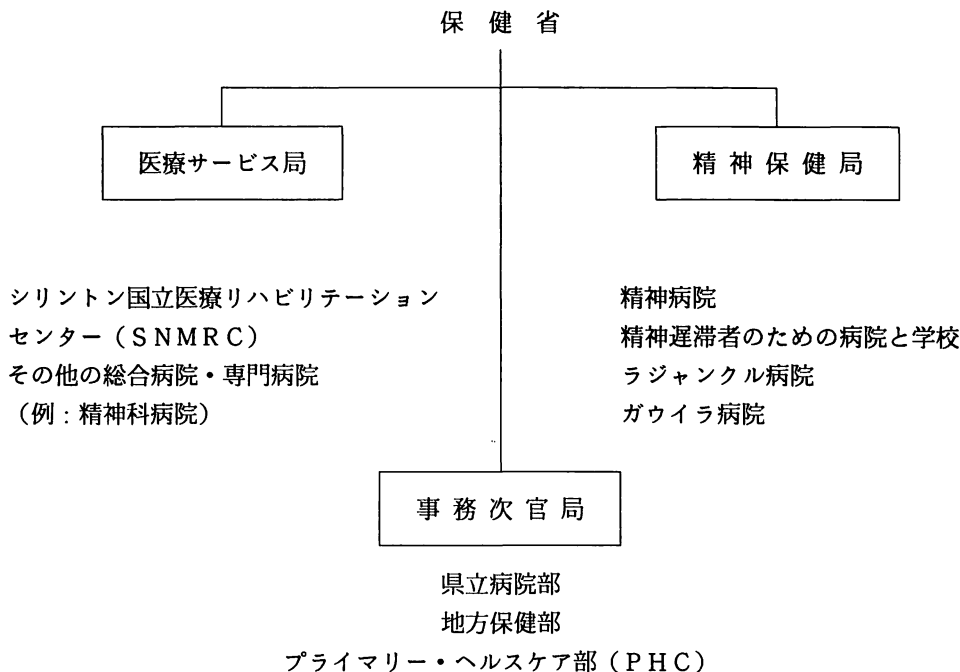
- (1) 医師をリーダーとするパラメディカルの専門家によるリハビリテーション・チームの編成
- (2) リハビリテーションを受ける入院患者のための専用の病棟またはベッドの整備
各省が異なった目的で設置した限られた病院のうち、上記の基準を充たすのは次のとおりで、たいてい大都市に設置されています。

病 院 名	ベッド数	所管機関	所 在 市
チェンマイ大学病院	60	大 学	チェンマイ市
シリラ病院	10	Affair	
プラモンクックラオ病院	60	Defence	
退役軍人病院	70		バンコック市
サワンカニワス・リハビリテーション・センター（赤十字）	30		または近隣地区
神経科病院	60		
ラジャヌクル病院（精神遅滞児のための病院）	610	保健省	
ガウイラ病院	60	〃	チェンマイ市
20カ所の精神病院（精神病患者のための）	3000		各地方の大都市
	1,000		

次の図は保健省のうちリハビリテーション・サービス部門を中心とした組織であります。医療サービス局及び精神保健局は地方の機関に対する技術提供を行います。

すべての地方の機関は事務次官局の3つの部門の管轄下にあります。県立病院部は、県立病院すべてのスーパーバイズを行っています。その対象数は、92の県立病院と17の広域病院（そ

れぞれ500以上のベッドを有する）と75の総合病院（それぞれ250～500のベッドを有する）であります。地方保健部は、県保健部・地域病院・保健所を掌握しています。プライマリー・ヘルスケア（PHC）部は、地域のPHCセンター、保健ボランティア、地域リーダーによって構成され、主な役割は地域住民の健康増進と病気の管理であります。



次の図は医学的リハビリテーションにおける紹介システムで、サービスおよび技術支援面での中央と地方組織の関係を示したものであります。

理想としては、県立病院は理学療法や機能回復訓練、補装具の交付を行うだけでなく、専門的検査や補装具を使う訓練を行うリハビリテーション・サービスを提供すべきであります。現在、それをやっているのは2つの広域病院の30ベッドだけであります。

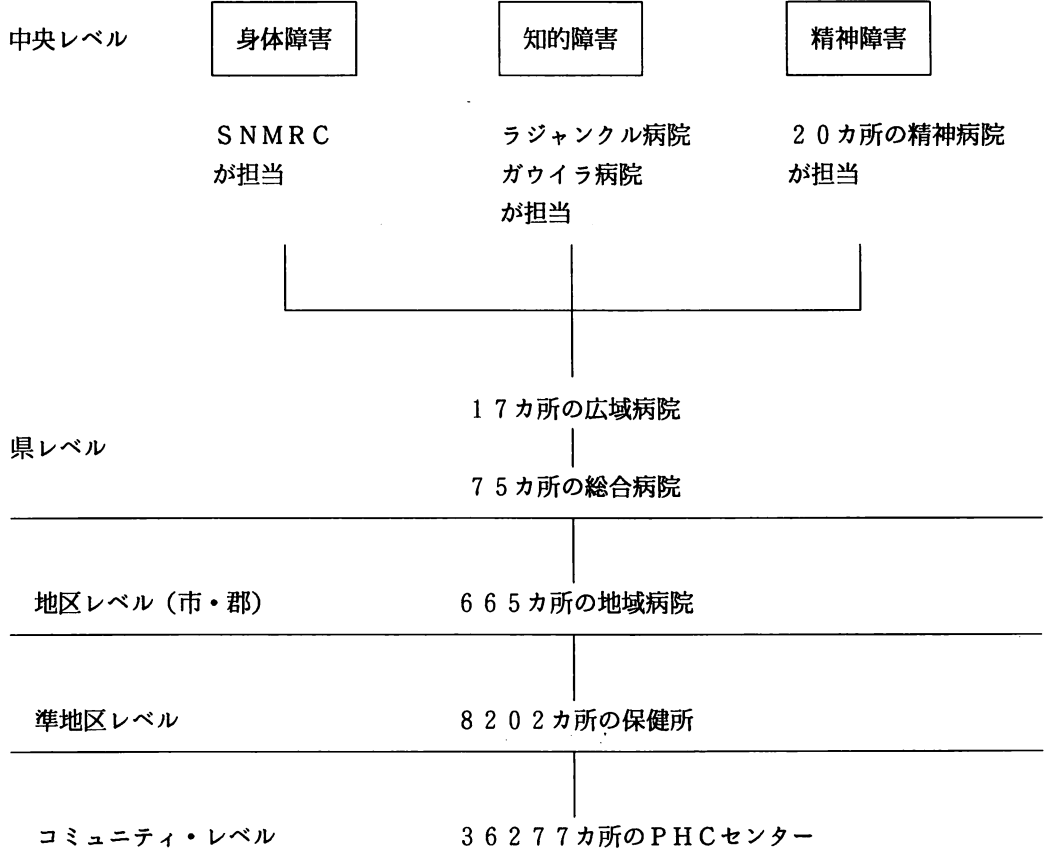
諸専門分野からなる、チームを構成する、真の総合的リハビリテーションの概念に近づこう

としているところは、どの県立病院にも見い出されません。

リハビリテーション・サービスよりむしろ病気を治すことが促進され、パラメディカル専門職は短期間の治療に専念しなければならず、長期間続けられるリハビリテーション・ケアを無視することとなります。

県立病院で身体障害者にサービスを提供するマンパワーの現状は、農村地域におけるリハビリテーション・チームの不足、ひいては公衆保健制度における医学的リハビリテーション・サービスの不足を示しています。

医学的リハビリテーションの紹介システム



専門職の種類	専門職の数		県立病院の配置数		備考
	国全体	県立病院	広域病院	総合病院	
リハビリテーション医師	163	13	8	3	義肢装具製作部門があるのは40カ所にすぎない
理学療法士	1096	200	17	75	
作業療法士	100～				
	150	20	17	0	
義肢装具士	153	100	17	72	

4 教育的リハビリテーション

身体的および知的障害のある児童の教育は、教育省一般教育局、特殊教育部が所管しています。その構成は下記の通りであります。

(1) 視覚障害児教育

盲学校は5校あって、2校は公立、3校は私立であります。特殊教育部とともに普通学級における統合教育プログラムも組織されています。

統合教育プログラムで学ぶ盲児は564名います。

(2) 聴覚障害児教育

聴覚障害児の公立寄宿学校は15校あって、そのうち2校はバンコクにあり、他は地方にあります。バンコクの6校と地方の3校（寄宿制の福祉学校）では、統合教育プログラムが行われています。この9校で3,301名の聴覚障害児と22名の難聴児が統合教育プログラムに参加しています。

(3) 肢体不自由児教育

肢体不自由児教育がスタートした1955年は、タイでポリオが蔓延した頃でした。心ある女性達は王室の援助（王女の母H.R.H）の下で肢体不自由児福祉財団を設立しました。財団は病院にいる子ども達のベッドサイドで教えるボランティアを、医師、看護婦、医学・看護学生の中に求めました。特殊教育課がその児童達の教育に教師を割り当てるようになったのは、財団が活動を始めてから3年後のことです。現在、学校で教育を受けている肢体不自由児は224名います。

(4) 知的障害児教育

知的障害児の学校は9校でバンコクにある2校は、王室（女王）の援助による精神遅滞者福祉財団により運営されています。地方にある7校は、一般教育部特殊教育課の所管であります。

特殊教育課では、学習障害児を普通学校に特別クラスを組織することで、教育することについて、いくつかの関係機関の調整を行っています。1,290名の知的障害児と803名の学習障害児が学校に行っています。

(5) 慢性疾患で長期入院している児童の教育
特殊教育では、肝臓障害・骨の欠陥・血液の疾病のような慢性疾患で入院している児童のために、病院の治療と専門的な教育プログラムを共に行えるクラスを設置すべきです。

現在、このプログラムで教育を受けている入院中の児童は383名います。

(6) 社会的障害児の教育

教育の機会を奪われている社会的不利な立場にある児童に対する教育は、普通学校の義務制の初等教育クラスに出席させることで行われます。しかし、彼らは、ハンセン病隔離地区、山間地の部族地区、人里離れた孤立した地区の家族制の児童であります。

福祉学校は寄宿制学校であります。生徒は中学段階に達するまでこの学校に滞在します。現在、31の福祉学校に19,882名の生徒が学んでいます。

5 職業・社会リハビリテーション

障害者の職業リハビリテーションおよび福祉は、労働福祉省の社会福祉局の所管であります。障害者に対するサービスは二分されます。

(1) 福祉サービス

6種類の福祉施設があります。

- 成人障害者施設 3カ所 900名
- 知的障害児施設 2カ所 1,200名
- 肢体不自由児施設 1カ所 500名
- 精神障害者のハーフウェイホーム 2カ所 400名

また社会福祉局は、生活のための経済援助、自営業開業資金あるいは自営業拡大のための資金について援助しています。

(2) 職業訓練プログラム

6カ所の職業訓練センターで600名が訓練を受け、1カ所の授産施設で50名が就労しています。同じ労働福祉省の下で、社会保険事務所は労災補償基金についての責任を持ち、労災リハビリテーションセンターを1カ所設置しています。それらとは別に、教育省職業学校局の下に

ある職業学校のいくつかでは、ある種の身体障害者を統合するプログラムに着手した。

6 障害者の自助活動

障害の種別により4つの団体があります。

タイ身体障害者協会。タイ盲人協会。タイ聾者協会。タイ知的障害児協会であります。

身体障害者の団体は、いろいろな県で組織化が促進されています。これまでに、16の障害者団体、6つの盲人団体、3つの聾者団体が設立されています。これらの団体の目的は、団体のメンバーと障害者仲間に情報提供することおよび相談にのることです。車いすの修理工場も活動の一つです。この活動は日本の団体の援助を受けています。

全ての種別の障害者から成る全国協議会の委員長は、障害者の自助活動を発展させるための焦点ともいえるべき委員会を設けるべく、これらの団体の代表から選ばれます。

全国協議会は、情報提供の責任を持つと共に、セミナー開催による論議の活発化、約500名におよぶリーダー養成のための4コースの訓練プログラムを実施します。

全国協議会の前会長は、タイ障害者援助財団と協力して、地域の作業所設置を進めようとしています。この計画には日本の関係団体の援助があります。

7 1991年のリハビリテーション法およびアジア太平洋障害者の10年のインパクト

1991年リハビリテーション法および第7次社会経済開発計画（1992-1996年）リハビリテーション計画は、この10年間の成果であります。リハビリテーション法は、障害者の権利の保障およびリハビリテーション・サービス・システムの発展に強いインパクトを与えました。

法を履行するために国の調整委員会および7つの下部委員会が設置される一方、その下部レベルでのそれらの実施にかかわる立案者および

職員を大いに鼓舞しています。政府および障害者自身の、あるいは障害者のためのNGOによる協力体制で、一般市民の意識を啓発し、地域の支持を得ることが必要とされます。

保健省は、医学的リハビリテーションにおいて、地域ベース方式を活用するとともに、全てのレベルの病院の能力を高めることにより、リハビリテーション・サービスに関する紹介システムを強化することを計画しています。障害の予防は、一般的予防だけではなく、早期発見早期対応による二次障害の防止を含んでいます。

医学的リハビリテーションは、少なくとも広域病院で実施されるべきで、すべてのサービスは無料で提供されます。

教育省は、各県に特殊教育センターを設置し、障害児の基礎的教育を整備するための重要な責任を持たせようと計画しています。教材の作成はその必須の責任であります。

労働福祉省では、ソーシャルワーカーは、障害のある人々を見つけ出し、彼らを登録し、そして総合的リハビリテーションにより、彼らの発達を支援するため積極的に仕事をするよう命じられています。

職業リハビリテーションを支えるために、リハビリテーション法に基づき職業基金が設けられています。

障害者のアクセシビリティを確保するために、基準を設定し省令を起草する作業を行っています。

アジア太平洋障害者の10年に関して、情報交流、技術移転および技術援助を支援するための域内ネットワークおよび協力は、途上国にも連鎖反応を引き起こす力やパワーを増大させるために有効であります。

8 タイで完全参加と平等を実現させるための課題

(1) 社会の意識

すべてのレベルの行政関係者だけでなく、障害者、その家族、地域の人々は、障害問題に対

する誤解と否定的な態度を変えなければならないことに気づくべきであります。

コミュニティリーダーあるいは様々な分野で影響力のある人々の支援を得て展開されるマスメディアによる意識の啓発は、障害者の完全参加と平等の目標に向けて、コミュニティの発展を促進することができます。

(2) コミュニケーション、情報、教育

様々な形の情報および教育は、人々がリハビリテーション・プログラムやサービスを支援し協力するための態度やノウハウが持てるよう援助します。行政と障害者を含むNGOは、この課題に取り組み、コミュニケーションの流れをよくし、目標に近づけるようにしなければなりません。

(3) 人的資源の開発

全てのレベルの行政および障害者を含むNGOマンパワーの開発は、障害者の総合的リハビリテーションおよび復権を成しとげるために、チームとして効果的な仕事と一緒にできるようにするのに必要なことであります。開発すべき3つの領域は、

- － マネジメント
- － 専門的技能、
- － 調査・開発の技能

であります。これらの技能を習得した職員は、訓練・プロジェクト管理の指導、調査・開発の指導にあたる要員となります。

彼らは、タイ国内のリハビリテーション・サービスの充実でも、また域内ネットワークおよび協力でも主要な役割を果たすことでしょう。

(4) リハビリテーション・サービス・システムの強化

全国リハビリテーション委員会あるいはその下部委員会は、以下の領域のサービス・システム強化をその方針とすべきであります。

① 調整

多分野の調整を行う委員会は、実施を支援する方法を含む、サービスの発展の方向を決定するため、国の委員会の計画や活動をモデルに、あらゆるレベルで設けられなければなりません。

② 紹介システム

各レベルで、適当なサービスを提供するための責任ある職員または組織の体制が整備されなければなりません。

③ プログラム

総合的かつ多専門分野のプログラムは明確に定義され、フォローされなければなりません。

障害者の人としての尊厳とコミュニティにおける積極的参加を保障するため、自立生活技術訓練プログラムと地域作業所の設立が、いずれかの部門により支援されるべきであります。

障害者の自立のための地域作業所を、日本の例にならってできるかぎり速やかに設立し、国内に広めていくことは、域内協力の好事例として世界的に報告されることになるでしょう。

(5) データおよび統計資料収集の充実

本年ちょうど、障害者および医学的リハビリテーションのデータを組織的に中央で収集するための省内ワーキンググループを設置する提案が受け入れられました。集められたデータは、計画、監視、評価および予算の配分を求めるのに必要であります。

障害の統計、医学的リハビリテーション、教育的リハビリテーション、職業的リハビリテーション、社会的リハビリテーションに関するデータベース・システムはそれぞれの分野の調整機関によって設立されるべきであります。

(6) 車椅子、義肢装具の製作

国の方針は、SNMRCの支援の下に、登録された全ての障害者に対して医学的リハビリテーション・サービスを無料で提供することです。

今までのところ、適切な車椅子は、マッケン研究所と身体障害者協会で小規模で製作されているだけで、まだ、国全体のニーズに応じることができるほどではありません。

補装具製作についても同様の状況であって、輸入品は全体のニーズにこたえるにはあまりにも高価であります。

国内でこれらのものを大量生産することは、補装具給付サービスだけでなく教育および研修

にとっても最良の解決策でもあります。生産される数が大きくなれば、近隣の開発途上国も、高品質のものを低価格で享受できることとなります。

9 日本はどのようにタイの努力を支援することができるか。

日本は、障害者の障害を代償すべく高度の技術をもつ施設ベースのアプローチだけでなく、在宅ケアや職業リハビリテーションを支援するための地域ベースのアプローチでも、総合的リハビリテーション・プログラムについて長い経験を持っています。その上、日本は、アジアの開発途上国のリハビリテーション・サービスの発展を支援するための域内協力およびネットワークのリーダーであると考えられます。

タイのリハビリテーション医学の発展は、他の医学分野と比べ遅れています。他の開発途上国と同様、タイにおいても最も発達した都市にのみリハビリテーション・サービスが存在しています。

農村地域における人材、施設、他の資源の不足は、「全ての人のためのリハビリテーション」発展のための大きな問題であります。しかしながら、近隣諸国のいくつかは、内部対立や長期間にわたる戦争のため、社会・経済の発展はわずかでしかありません。タイは、日本の支援と協力で、こうした近隣諸国に対する技術援助や支援を行う役割を担うことなのでしょう。

そして、日本はタイの努力を次のことで支援することができます。

(1) 地域作業所の設立とその拡充

日本が全国的に設置した地域作業所は、世界的にもCBRの最もよい例であります。この成功はとても印象的で、他の国でもそれをモデルとすることができるかどうかはとても興味深いことです。

今、一つの地域作業所を設立するために、日本のいくつかの団体がタイを支援しています。私たちはこの支援を必要としており、成功すれ

ば、広く普及させるために世界的に報告されることになるでしょう。

(2) 高度技術で義肢装具部品の大量生産についての調査および開発

義肢装具は障害のある肢体の代償となり、障害者の生活をコミュニティへ積極的に参加するよう変えることができます。障害者が金持ちであるか貧しいかどうかでなく、適切な義肢装具の代償により彼らの生活を楽しむべきであります。これらの器具の価格が高いことは、全ての開発途上国におけるリハビリテーション・サービスに大きい障害となっています。日本は先端技術のリーダーとして認められています。SNMRCは、義肢装具を大量生産するための調査および開発について、兵庫県総合リハビリテーションセンターに技術援助を要請しました。この計画が成功すると、タイおよび近隣の荒廃した国々の多くの障害者に利益をもたらすことなのでしょう。

(3) 人的資源の開発

タイは、ある程度リハビリテーション職員を養成できますが、これらの職員には長期リハビリテーション・ケアや多くの専門的プログラムの経験が限られています。特に、眼科および耳鼻咽喉科の医者は、彼らの研修コースで医学的リハビリテーションについて何も学んでいません。地域および国レベルの要員となるリハビリテーション職員の養成するため、タイに研修センターを設置するよう支援することが必要であります。これはタイのリハビリテーション職員およびその他の職員だけではなく近隣諸国の職員養成にも役立つものであります。

座長：ここで会場の皆さんからの質問を受けたいと思います。

質問：私は、肢体不自由児施設で働いている江口と申します。今から10数年前にタイのバンコクの療育をやっている施設を見学をしたことがあります。

その時に、ポリオの方が相当おられたんですが、現在は肢体不自由児はどういう方々が一番

多いんでしょうか。ポリオとか結核の方々がまだおられるんでしょうか。日本では6割から7割が脳性麻痺のお子さんですけど。その辺の事情を教えてください。

スグニヤ： タイにおいても古いケースはいるわけですが、新しいケースに関してはポリオはほとんどいません。ですから、日本と同様、タイでも肢体不自由児の多くは脳性麻痺になっております。

先程、私の話の中でふれました面接調査は、特に重度の人たちを中心にやっているものですから障害者全体については把握してないわけですが、知的障害児については、もっと多いはず。現在の統計では、障害児の10%は知的障害となっておりますが、この数字はもっと多いだろうと思います。

質問： 障害者の施設で働いているものですが、地域作業所の設立について、日本のいくつかの団体がタイを支援しているとうかがいましたが、どのような団体の方がどのような支援をしているのか具体的に教えていただけたらありがたいなと思います。

スグニヤ： RNN（あじあ太平洋障害者の十年推進NGOネットワーク）のメンバーでみえているタイのナロンさんの団体が、前から地域作業所をつくりたいという希望を持っていらしゃって、日本サイドでは、全国社会福祉協議会授産施設協議会、共同作業所全国連絡会、日本障害者リハビリテーション協会の3団体がそれを支援することになっています。とりあえずシリントン・リハビリテーションセンターのOTの部屋を活用してスタートするということが決まっております、作業の内容は印刷とコンピュータトレーニングです。

日本の外務省による小規模援助というのがございますが、日本のNGO団体の支援基金と外務省の小規模援助とを組み合わせた事業として来年早々スタートということで現在準備が進んでおります。

座長： 今のご質問は、上田先生のお話の最後の部分で日本がアジア地域の障害分野で、指

導的な役割を今後進めていかなければいけないとおっしゃったことに関連したご質問でございまして、具体的にどのようなアクションをこれからとろうとされているのか、特にこの障害者分野について各国のニーズを的確にとらえながらそれに応じた援助というものをどのような形でこれから進めるべきか、あるいは進めようとしているのか、その辺のところを少しかみくだいてお願いしたいということです。

上田： 今後の課題というところで述べたのですが、リハビリテーションに関する国際協力というものは、決してこれまでも実績がなかったわけではなくて、日本の国際協力の歴史というものもかなり長いわけです。

特に、そのうちで大事なステップであったのは、1988年、今から6年前であります。第16回のリハビリテーション・インターナショナルの世界会議が東京で開かれまして、その時にアジアの地域からたくさんの方が来られました。そして、我々はその方々と日本で実際にリハビリテーションを進めている人たちとの直接の交流の機会をつくりたいと思ひまして、東京および神奈川あたりまでかなり広い地域に関して1日その目的に用ひまして、施設見学、そしてその施設では見学をするだけではなくてセミナーを行なってどういう活動をそのセンターで行なっているかというようなことをやったわけです。それによって、世界中の方々、特にアジアから来られた方々に、日本の活動の実際というものを知っていただきましたし、個人的に知り合いになっていただいたことがあります。

それが、1つの大きなきっかけであって、日本のリハビリテーションというものが、日本というものが経済的な先進国であるだけでなくリハビリテーションの分野においてもいろいろな試みをやって活動しているということが認識されまして、そういうところのきっかけによって人的な交流が始まって国際協力が始まったということがございます。

それとは別に、一般のリハビリテーションの

ではなくて、一般の国際協力の中に障害者の問題が自然にはいつてくるという形であったり、あるいは医療の面での協力が先にあって、そのうちに障害者の問題がはいつてきたりとか、あるいは車いすを送る運動であるとか、極めて様々な形で我々リハビリテーションの世界とは別の広い世界のいろんな分野で、非常に多くの団体がアジア地域に対するリハビリテーションと関係する、障害問題と関係する協力活動というのが、ここ10年ぐらいの間に広く行なわれてきているということに3年ぐらい前に我々は気づきました。それが、全くばらばらに行なわれておまして、同じようなプロジェクトが同じ国に全然日本の違った団体から行なわれていたりとか、その間にお互いに全く知らないということがありましたのでこれはいけない、お互いの方にコーディネーションが必要であるということで、昨年、松井さんが中心になって準備されまして、明日お話しになると思いますが、名古屋の池住さんとかが中心になりまして、障害分野において国際協力を行なっている日本のNGO団体の連絡協議会、それをJANNETと略称で言っておりますが、それが昨年つくられまして、ゆるい連合体ですけども、お互いに情報を交換して効率的なアジア地域への地域協力を進めていこうということが始まりました。

これは、全て民間団体の集まりでありますけれども、公的な国の資金、あるいは多くの基金、福祉基金、そういうものを利用したり、あるいは郵政省の国際ボランティア貯金の援助を受けたりというような形で、公的及び私的な努力が一体になって進めていくものであります。そういう組織もできましたし、そういうものを基盤にして更に一層進めていきたいというふうに思っているわけです。

質 問： 私はインドネシアから来ました。タイでは、CBRに対する課題と目標はどのくらい進んでいますか？

スグニヤ： CBRというのはなかなか難しい要素があるわけで、基本的には地域の参加、その地域の住民の協力なしにはもちろんやれない

わけです。ですから、地域がその気になるような教育活動を行なうということと、それから一旦スタートしたCBR活動をいかに維持するかという、そういう地域の意識と経済的な裏づけが不可欠です。実際のところタイにおいては、CBR活動は全国レベルで行われているわけではなく、いくつかの県のいくつかの村を選んで行なっているにすぎないところであります。

問題は、県のレベルには相当数のスタッフはいるわけですが、県レベル以下のところにスタッフはなかなかいないわけです。保健省の場合は村のレベルまでヘルスセンターがございまして、そこには看護婦が配置されていて、その看護婦にCBRワーカーとしての仕事がやれるような教育をするというプログラムがスタートしています。

保健省の場合は、ヘルスケアをやる保健所は村のレベルまであるわけですが、教育とか福祉分野については県のレベルの組織にとどまっています。

ですから、地域の中で総合的なリハビリテーションをやる場合に、医療以外のカウンタートがないことが問題になります。ところがタイの場合も、政府は財政事情もあって公務員は現状維持で増やせないという中で、地域にたりない人材をどう確保し、どう必要なニーズに対応していくのかという問題があります。

座 長： 上田先生が、言いたくないところがあるということですので、この場をお借りして発言していただきたいと思います。よろしくお願ひします。

上 田： 先程、座長の先生からも未来に関する部分がちょっとはしおってしまったというコメントをいただきまして、本当にその通りで申しわけないと思っております。これからの問題を考える場合に大事なこととしてもう1つ、各分野の専門性を深めるということを強調したいと思ひます。

先程は、総合性ということの意味でトータルなリハビリテーションの見方、それからそれを実際に実現するためには協業する、自分たちの

狭い専門性ばかりとじこもらないで協業するということの必要性を申しあげましたが、それだけを強調いたしますと、専門性を否定してみんなで同じことを一緒にやれというふうに言っているかのように聞こえてしまう危険があるわけです。

最後のスライドでもそうならないように同じことをやっているようでも、ある面から見ると同じようにやっているように見えても、別の角度から見ればそれぞれ違った役割をはたしているんだと、専門性を持っているんだということを言ったつもりの方なんです、説明がたりませんでした。

専門性という点では先程の教育の面でも理学療法士、作業療法士の例をとりましても高卒3年から短大になり4年制大学になる。これは、アメリカでは既に大学院教育ということも普通になってきているわけですから、そういうふうな教育内容が専門性を高めていくということの

必要性はあるわけです。

それから、医師の場合も、単に医師であればいいというのではなくて、リハビリテーションの専門医の教育というものをもっともっと充実させる必要があります。他の教育の分野においても、職業の分野においても、社会リハビリテーションの分野においても、やはり専門性を高めていくということは、それぞれの分野で必要であるわけです。

ただ、専門性を深めていくと狭くなりがちで、いわゆる専門ばかりになってしまいます。そういうことではいけないので、総合性と専門性との2つの柱を車の両輪として進めていくということが今後のリハビリテーションのあり方として、リハビリテーションの従事者のあり方として大事なのではないか。それを追加させていただきたいと思います。

座長： 上田先生、どうもありがとうございました。

シンポジウム I

「CBRと国際協力」

座長：富田輝司（日本福祉大学教授）

シンポジスト：高嶺 豊（国連アジア太平洋経済社会委員会障害者問題専門官）

田口順子（日本理学療法士協会国際渉外部長）

小林明子（アジア福祉研究所主宰）

ハンドヨ・チャンドラクスマ

（Handjo Tjandrakusuma：インドネシア・CBRソロセンター所長）

座長： 皆さんこんにちは。私が日本福祉大学の富田と申します。今日は、このシンポジウムを進めさせていただきます。シンポジウムでとりあつかう課題は「CBRと国際協力」、4人の方にお話をさせていただきます。

私たちの周りでいろんなことが起こっています。そして、そういった出来事が何か新しいものをつくりあげるプロセス、あるいは転換期のように思えることもしばしばございます。

国民、国家という考え方が揺れはじめています。そして、新しい地球社会の構築が進んでいるのかもしれませんが。“国際”という言葉はもう古いのではないかと、学生によく言っているわけですが、“国際”という時には、既に“国”という考え方が私たちの中にあるわけです。そういった中で揺れる社会、あるいは揺れる国家の中で、今、「CBRと国際協力」と題してシンポジウムを開けることは意義深いのではないかと考えております。

“リハビリテーション”という言葉はもう古いのではないかと。これからの課題は“ハビリテーション”なのではないかと。21世紀にむけて新しい人間の生き方をつくりあげていく。そして、障害だとか健常だとかいう言葉が、おそらくこれから通用しなくなる時代、人を中心にした生き方の構築、それも様々な生活文化を背負った人たちが、その特殊性を発揮しながら同じ場所で共に生きていかなければいけない時代にむけ

での、シナリオづくりではないかと考えております。

そういったシナリオの出発点を4人の方にお話ししていただいて、皆さんのこれからの活動、あるいはこれからの考え方に活かしていただければと思っております。

最初に、高嶺 豊さん。太平洋経済社会委員会の障害者問題専門官、E S C A Pと言いますが、そこに勤務されている方で、アジア・太平洋障害者10年の事務局がバンコクにございますけれども、その事務局のお仕事にも励まれている方です。

私は、ハワイ大学で高嶺さんのことを聞いて、バンコクでディスコはしませんでした。食事を一緒にしたことがございます。高嶺 豊さんをご紹介します。どうぞ、よろしく。

障害者を中心にしたCBRの試み

高嶺： ご紹介にあずかりました高嶺 豊と申します。

現在、バンコクで障害者問題のプロジェクトを実施しております。

1993年から2002年までのアジア・太平洋障害者の10年というものもE S C A Pの決議で宣言されまして、その辺の仕事もいろいろ係わってやってきました。

今日は、「CBRと国際協力」コミュニティ・

ベイスト・リハビリテーションというふうには言われていますけど、それについてできれば障害者団体を視点においたところから皆さんに発表したいと思っております。私の仕事自体、アジア・太平洋地域における障害者団体の育成と強化というプロジェクトをやっております。そういう立場からお話をしたいと思っております。

皆さんご存じのように国連の障害者の10年が1992年に終りまして、その間に開発途上国の障害者のリハビリテーションの提供の手段として、このコミュニティ・ベース・アプローチというのが大変注目を集め、現在この地域でも様々な開発途上国で実施されるようになっております。いろんな手法が紹介されておまして、特にWHOなどがCBRマニュアルをだしております、それが多くの言語に翻訳されて利用されています。それと同時に、よく引き合いにだされるのがメキシコにおけるプロヒモというCBRのプロジェクトがありまして、これは障害者を中心にしたCBRということでよく知られているところです。

このように様々なモデルが出現してサービスの目的がリハビリテーション教育、あるいは医療リハビリテーション以外に教育、職業などの分野に利用されるようになってきております。

国連の3つの機関、ILO、ユネスコ、それとWHOがCBRに関するポジションペーパーというのを発表しています。このペーパーは3機関の共通した認諾から書かれたものです。このCBRのペーパーを参考にして定義だけをお話したいのですが、「CBRは全ての障害者のリハビリテーション、機会の均等化、及び社会への統合のためのコミュニティ開発の中の一戦略である。CBRは、障害者自身、その家族、コミュニティ及び適切な保健、教育、職業、社会福祉サービスの結合された努力でもって実施されるものである。」というふうに一般的なCBRの定義としております。

この定義を見て2つの点だけ強調したいのです。

1つは、CBRがリハビリテーションだけで

なく、機会の均等化を含む広い分野に広がってきているということ、もう1つは障害者自身のこのCBRへの参加が重要であるというのがあると思います。このペーパーを通じて全てのCBRの段階において障害者自身の参加をあおぐべきであるということがうたわれております。

これから私がお話したいのは、CBRの分野において障害者が積極的に係わるべきであるというふうにはうたわれていますが、現実のプロジェクトというのはそこまでいっていないということです。

そこで、障害者自身がこのCBRにどのような形で係わっていくべきであるかということを中心に、今年の11月に障害者を対象にしたワークショップが、インドネシアのソロで開かれました。障害者をどのようにしてもっと積極的にCBRの中に導入するか、あるいは障害者団体自身でCBRを運営するためには、どのような方法があるのかということが協議されました。

その中で、デービットバーナーさんというプロヒモの協力者がいらっしゃり、発表をしておられたので、その人の内容をご紹介したいと思います。

デービットバーナーさんは、「CBRへの障害者の役割の強化をはかるためには障害者団体の強化が必要であり、その団体の障害者リーダーのCBRへの関心を、もっと高めていかなければいけない」というふうにおっしゃっております。

それから、CBRのゴールをこれまでの単なるリハビリテーションから、もっと障害者のエンパワメントと呼ばれていますけども、障害者がその障害の克服以上に障害を一つの人格として、それを誇りとして生きていけると言いますか、そういうふうな段階にいたることを、それをエンパワメントと呼ばれていますけども、そこまでめざすべきではないかというふうにおっしゃっております。

もう1つバーナーさんがおっしゃった大変印象的なお話があるので紹介します。

これは、プロヒモの創設者になった障害者の

お話しなのですが、もともとメキシコの村ではプライマリ・ヘルスケアプログラムがあったわけですね。そのための保健ワーカーを訓練するために村で人選が行われました。たまたまその中で何人かが障害を持った方だったわけですね。

その時は、障害者だから力仕事は無理なので、彼らは何もやってないからやってもらおうという軽い気持ちで障害者が保健ワーカーとして選ばれたわけです。

ところが、実際にふたをあけてみますと、その障害を持ったワーカーが最高の保健ワーカーとなったというふうに彼は言っています。障害を持ったワーカーは一番長く仕事をして一生懸命働き、彼自身片隅にやられる存在であるということから、他の障害を持った女性とかマイナリティのグループと同化して理解を示すことができた。ワーカーとなった障害者は、その仕事をやることによって自分自身の重要な立場とその村の中でも中心的な役割を得て、彼自身が生き甲斐を見出すことができた、というふうに彼はプロヒモの創設者となった障害者を描いておられます。

バーナーさんが障害者の人がCBRをやるのにむいているという点として、次の5つの理由をあげておられます。

1つは、障害を直接経験していること。

2つ目に、インサイダーとしての視点と、あるいは障害を持っている人としての、ピアとしての理解があって彼らのニーズを適格に把握することができる。

3つ目に、他の障害者、あるいは家族、地域社会に対してワーカー自身が大変いいお手本となることができる。

4つ目に、ピアカウンセリングと呼んでいますが、障害者同志のサポートが提供できて、問題解決にあたってパートナーとしての役割が果たせるというふうな点を指摘しておられます。

直接障害者がCBRに係わった結果として、仕事の質が向上して様々な創造性が加わったとおっしゃっておられました。

それと同時に地域社会の人々が障害者に対す

る見方が変わって、障害者の実際に持っている能力に対する尊敬の念も培われてきたというふうにいっています。また、障害者が実際のプロジェクトに係わることによって、障害者の様々な技能が高めることができたとおっしゃっております。

このプロヒモのプロジェクトを見ておきますと、長い間アメリカで始まった自立生活運動といくつか似かよった面が見えてくると思います。

これは、2つを一緒にするわけではないのですが、アメリカでおこったIL運動と申しますが、障害を持つアメリカ人法の制定の原動力になったと言われておりますけれども、この自立生活センター自体、コミュニティ・ベイスト・アプローチじゃないかというふうに思うわけです。

そのIL運動も、その当時のリハビリテーションの施設を中心にしたサービス提供から、そこに反発をして障害者が地域の中で生活するために必要なサービスを提供する拠点としてできたわけです。その中で、重要なサービスの要件としてピアカウンセリングとアドボカシー（権利擁護）、それと障害者への直接的なサービス、この3つが基本的な重要なサービスだといわれております。

この視点からしますと、今お話ししましたメキシコの障害者によるCBRも、ほとんど似たような様相を持っているということがわかると思います。

我々もCBRと言いますと、これは開発途上国のプログラムだ、自立生活運動だと言うと、これは先進国のアプローチだと思いがちなんですが、こういうふうにつきつめてみますと、ILもCBRも途上国、先進国という単純な縦割ができないと思います。いわゆる先進国で行なわれている障害者に対するアプローチが、実際にはCBRの方法として開発途上国でも実現されるんじゃないかと私は提案したいんですね。

CBRと国際協力ということで2つほど提案したいのですが、1つはIL運動の中でピアカウンセリングという手法がとられておりますけ

ども、これはCBRを通じて開発途上国でも可能になるのではないかと、その辺の協力が必要じゃないかというふうに思っております。

CBRで開発された技術と申しますか、これは必ずしも先程申しあげましたように開発途上国だけに適用するのではなくて、我々日本が障害者の問題を考えるのに、重要な示唆を与えてくれると思うのです。

そういう意味で日本の障害者、あるいはリハビリテーション関係の方と、いわゆる途上国の方々の間での研究、あるいは実際にそういうプロジェクトをやっていく上での交流が必要じゃないかと思えます。

座長： どうも、ありがとうございます。

次は、社団法人日本理学療法士協会の国際渉外部長をされております田口順子さんです。田口さんは、神奈川リハビリテーション病院の理学療法課長もされております。

田口さん、よろしく願います。

CBR分野における理学療法の国際協力

田口： 日本理学療法士協会では、昨年よりインドネシアのソロ市におけるCBR活動に参加させていただいております。実施母体は、財政的な支援を国際医療交流財団に、また実際の実施計画については日本理学療法士協会があたり、国際渉外部が中心となって進めさせていただいております。

これまでも国際技術協力につきましては側面的な援助を、援助というか支援の形で中国リハビリテーションセンターをはじめ、専門家等の派遣、また青年海外協力隊では今まで理学療法士の派遣は、80名を超えております。

一昨年横浜で開催いたしました学会におきましても、そのメインテーマを国際的視野に立った理学療法といたしまして、我々の技術提供をどうすべきかというディスカッションをいたしました。既にそのような状況にはいると思えます。その折りに、アジアのCBRに関するシンポジウムも開催いたしまして、本日出席

いただいておりますハンドヨ先生にもおいでいただきました。以来、私ども協会の会員の間にも海外指向、それから国際協力への関心は急速に高まってきております。

国際協力への専門集団の組織が、あるいは個人が目向けることで国際的視野を養い、海外でも通用する技術者の育成につながるばかりか、国内的にも貴重な人材育成の場となっていることは見逃がせません。協会組織として会員の国際理解を深める一端として、どのように私どもがCBRへ取り組んでいるかを少し述べさせていただきますと思います。

スライドをお願いいたします。

私どものインドネシア、ソロにおけるCBRは5か年計画の中で進めさせていただいておりますが、今回2年目にはいっております。実施母体は、このような財団と協会で、派遣先はインドネシアのソロCBRセンター、派遣期間は毎年1回3ヶ月、派遣人員は毎年1ないし2名、研修との交流がございますので、向こうからも理学療法士を中心として毎年1回3ヶ月、受け入れ人数は2名となっております。派遣期間、受け入れ期間が双方ともに3ヶ月というのが短いか長いかという問題がありますが、職場の関係上今のところ非常に適切に3ヶ月が有効に使われていると感じております。

去年は、私も参りまして現地調査をしました。現地に入ってみますと、現場で調整しなければいけないことがたくさんありまして、そういった調整を行いました。

第2次の今年も、村落で具体的な活動にはいっております。MRUと大げさに書きましたけど巡回型のリハビリテーションへ参加、それからフィールドワーカーの技術レベルを調査いたしました。協力活動として具体的には小児の評価表の導入、訓練・療法のプログラム化、おもちゃの導入など、それからワゴン車を1台日本理学療法士協会から提供いたしまして、有効に村落を巡回しております。

また、おもちゃのリソースセンターを設置しました。

インドネシアには27の州がありますが、黄色で書いた段階から私どものアクセスが始まります。村から村内地区、町内会、隣組と、隣組というのは5ないし30の家族が1つの隣組になっていますし、町内会というのは5つからそういった家族の集合体であり、村内の地区というのは5つから10のそういった部落のかたまりであり、CBRの現場はここが中心となっております。

フィールドワーカーと言いますのは、ハンドヨさんが、タイではヘルスワーカーと言う呼び方をしていると午前中伺いましたが、大学卒、特に心理だとか福祉、あるいは経済を卒業された人たちが、村落に入っているキーパーソンでCBRセンターでは10人雇用されております。その人たちに対する私どもの技術移転が重要な役割としてあります。

従って、理学療法士がマン・ツー・マンで技術を村民に提供サービスするという場面はほとんどなくて、その村落のキーパーソンであるフィールドワーカーに対しての技術移転をすることが主たる業務になっております。そういう人たちの活動としましては全般にCBRだけではなくて、井戸掘りもそうですし、婦人会の活動の役割も含めて地域社会開発の中の何割かがCBRの活動というふうになっておりますが、障害者の発見、相談業務、状況把握、サービス提供の改革と方策と、それから村落におけるCBRチームの組織化、こういった役割がございます。

フィールドワークへの技術移転協力としましては、CBRのコンセプトの共通理解、あるいは上田先生のおっしゃった協業というふうな、そういったコンセプトでしょうか。

それから、婦人会、PKKと言いますが、こうした活動の利用、おもちゃのリソースセンターの設置、早期発見、早期療育というふうなことでフィールドワーカーを通しての講習会、実地指導を開始しております。

これが、実際の場面ですが、むこうにメガネをかけているのは第2次派遣隊の久野研二という理学療法士ですが、こちらに座っている人がフィールドワーカーです。定期検診といいます

か、こういった独特の体重計にのせてという村落での一時的な臨時保健所みたいな場面でございます。

このスライドは早期発見ということで評価表にもとづいてフィールドワーカーへ教えているところです。

これは、おもちゃのリソースセンターを設置するにあたって、フィールドワーカーにおもちゃを通してどういうふう環境づくりをしていくかということ、それから技術的な指導をしているところです。こういった手づくりの平行棒です、結構役に立っているんです。

このスライドは、私どもが参りましたディーバル村の重障の下半身麻痺のポリオの人ですが、35才の男性で、4人家族の生計をひとりで立てております。日本で言いますと畳がわりの竹のむしろですね。これを編みまして、そして優先的に村人がこの人から購入していくわけです。そういった協力の仕方、これも1つのCBRの形ではないかと思えます。

このスライドは、今回私どもの派遣者が設置いたしましたリソースセンターで、CBRセンターの図書室におもちゃを、日本から購入していきましたものの、現地購入したもの、あるいは手づくりでつくったものを含めまして、こういうふうに置いてあります。置いてあるだけでなくフィールドワーカーが持ちだして各村落へ持っていく、というふうに資料が整えられております。

これは、今回巡回車を寄贈できまして念願の夢でありましたけども、新車の三菱ワゴンです。新車のキーをハンドヨさんにお渡ししているところで贈呈式をしているところです。非常に有効に活用されておまして、3ヶ月の派遣期間はこちらに乗って村落を回りますが、後の9ヶ月はCBRセンターでメンテナンスがてらおいていただきまして、とりわけ日本からの多い視察団の空港送迎用に優先的に使っていただいています。横に英語と日本語でちゃんと日本理学療法士協会のロゴと字が書いてあります。

9月に1週間でしたけども、いわゆる派遣を

するばかりでなく国内活動の支援に支えられて、いわゆる国内外の協同作業がうまく円滑にいくわけで、そういうふうな現地を1回見ましょと、関心の高い会員を募りまして15名でCBRの見学に参りました。全員非常に強いインパクトを受けて帰りまして、更に国内に帰りましてもそういった方面の勉強を継続しているようでよかったなと思っております。年内に参加者による報告書を発行する予定であります。

理学療法士の技術移転能力としては、何と言いましても現場に入るのでから10名のフィールドワーカーで英語ができる人はただひとりです。従って、現地の村人では英語のわかる人はいないわけですから、現地語を理解するというところで言語能力がまず問われると思います。

それから、広い視野を持ったフレキシブルな基礎技術が必要だということ、それから伝達能力と指導能力、こういったものが必須条件ではないかと思えます。

以上、スライドありがとうございました。

まだ始まったばかりの私どものCBRへの一端をご紹介しましたが、これまでの活動の中から言えますことは、まず第1に理学療法士がCBRの中で技術の提供のできる場面は非常に多いことがわかりました。

それから、2番目に障害児の早期発見、早期療育の時期からその人の人生を通して、どの時期からでも、どの年齢からでも、どういう疾患でも技術が提供できること。

3番目には、現場のニーズに沿った住民参加型のCBRでは、私どもの技術はいつでもどこでも役に立ちそうであること。

4番目に、このシンポジウムのテーマが「CBRと国際協力」となっておりますが、私どもはいかに協力するかという上下の視点から考えるのではなく、私たちのプロジェクトを進める中で、協力できることよりいかに多くのことを学んでこれたかということの価値資産の方が大きいように思います。

従って、私はこのテーマとしましては「CBRと国際交流」という感覚で受けとめておりま

す。

私どもの計画いたしました学ぶためのCBR協力プロジェクト5ヶ年計画が、これからもハンドヨ先生をはじめ本日参加して下さった現地のCBRのスタッフ、ミスター、ヘリーその他の方々の支援、ご指導を得ながら是非とも実りをもって終了をさせ、次へのステップへと発展させていきたいと思っております。

ご静聴、ありがとうございました。

座長： どうも、ありがとうございました。

田口さんからは「CBR分野における理学療法国際協力」という題でインドネシアを中心にした活躍をご報告いただきました。田口さん、名前を国際協力から国際交流に変えようということで、ついでにその題も変えていきたいと思えます。

次は、リハビリテーションにおける国際協力を通してアジアのCBR実践に学ぼうという田口さんのおっしゃったことを引きついで、アジア福祉研究所の小林明子さん、小林さんは、中部女子短期大学の講師もされております。どうぞ、よろしく。

リハビリテーション領域における国際協力を通じて、アジアのCBR実践に学ぼう

小林： 私とアジアの出会いは10年ほど前です。青年海外協力隊の障害者福祉分野の隊員として3年間マレーシアで暮らしたことに始まりました。マレーシアでの体験は、私にアジア人としての認識を確認させ、新たに多くの価値観を与えてくれました。

それは、私が仕事とした障害者福祉リハビリテーションに関しても同様でありました。確かに、日本の制度や技術は他のアジア諸国に比べると進んでいるかもしれませんが、しかし、日本の国民ひとりひとりがどれほど主体的に障害者の問題に意識を持ち、専門家たちは障害を持つ人たちをどれほど全人的に援助しているのでしょうか。日本以外のアジア諸国では政府の援助は皆無に等しく、制度面では未整備な国が大

変多いのです。

しかし、だからこそそれを自分たちの力で何とかしなければならぬとエネルギーに活動する障害者や専門家、一般の人々に出会い、私は目を見はりました。中でも日本が大いに研究しなければならないのは、アジア各地に急速に広がってきているCBR、そしてその国際協力のあり方でありましょう。CBR実践を組織的に支援する欧米諸国の国際協力活動が活発にみられていました。しかし、日本のそれはまだまだ数は少ないです。

今回は、最初にCBRについて、とりわけマレーシアとフィリピンを例にアジアにおける動向を述べます。

日本の国際協力とCBRの係わりについて、青年海外協力隊の活動事例を中心に説明をいたします。つづいてCBRの研究と研究機関について述べ、日本の現状も説明いたします。最後に、まとめと提言を行ないます。

最初に、CBRの歴史について述べます。

CBRは、1976年にWHOによって初めて紹介されました。79年、CBRの最初のマニュアル、「トレーニング・ザ・ディスエイブル・イン・ザ・コミュニティ」ができました。

そして、79年から82年までの3年間、アジア中南米の9ヶ月でマニュアルを使い、試験的な取り組みが行なわれました。

国連障害者の10年の行動計画の中で、CBR実践の症例が勧告として盛りこまれました。

82年には3年間の試験プロジェクトの評価を行ない、今後ともCBRの普及拡大を目指し、理論や実践方法マニュアルの充実と調査研究を強化する方向で意見書がまとまりました。

以後、83年よりマニュアルの現地語への翻訳が行なわれユニセフ、UNHCR、FAO、ILOなどの協力を得て、CBRの実践は途上国の各地に波及していきました。

90年前後、各地で開かれる障害者関係の世界会議には必ずCBRの分科会が設置されるようになりました。

日本では、1987年、東京で行なわれたRI

(リハビリテーション・インターナショナル)の世界会議で初めてCBRの分科会が設置されました。

このスライドは、マレーシアのマラッカのCBR現場です。自分自身、聴覚障害を持つ青年が年小児に手話を指導しているところです。

CBRは、当初医療・保健的な側面が強くなりました。しかし、各国で実践が行われる中、それぞれの国や地域の社会・経済・文化的な背景に応じて、実施主体や規模によって対象となる障害やそのアプローチの方法や内容は少しずつ変化をしてくれています。

CBRとは、地域開発の概念が基礎にあります。地域住民と障害者が一体となり障害者が一生自立して地域で生活していけるような地域を創造する、そういう地域変革の思想でもあります。その際、専門家の役割は、病院や施設から地域に出向いて、その知識を地域住民にわかりやすく教えるという側面が重要であり、専門家が直接行なう治療的なりハビリテーションはごく一部にすぎません。CBRの普及のための的確なCBRワーカーの選出、CBRワーカーのトレーニング、CBRについてのマニュアルなどがが必要です。

実施の際、地域にある人や機関ネットワークなど全ての地域にある資源を利用します。また、よい実践を行なうためには調査が重要です。また、実践のなかみを評価する方法も重要です。

次に、CBRの実践の広がりをマレーシアとフィリピンの例をあげ紹介いたします。

マレーシアでは1982年、トレガノ州でWHOと福祉省によって障害者の実態調査が行なわれ、翌年初のCBRパイロットプロジェクトが開始、福祉省の職員がWHOの専門家によってトレーニングを受け、またマニュアルをマレーシア語に翻訳する作業が行なわれました。

以後は、スライドのように各地でNGOとともに実践が行なわれています。

89年頃より日本の青年海外協力隊隊員がCBR現場で活動を開始しました。

次に、フィリピンのNGOノルフィルは、ノ

ルウェーの知的障害者協会が国連障害者の10年をきっかけに、アジア・アフリカ13か国で開始したプログラムの1つです。ノルウェーのODA予算をとりつけ、ノルウェー知的障害者協会と連携し、障害者の自立支援のCBRプログラムを開始しました。

最初に、障害児の母親とスタッフ数名をノルウェー政府の奨学金でマラヤ大学に学ばせ、CBRワーカーのトレーニングコースを設置し、CBRワーカーの養成を行ない、マニラ郊外セブ島でCBRプログラムを開始しています。そして、現在約50名のスタッフをかかえています。

このスライドは、ノルフィルの活動例です。

今、ここにいるのは訓練を受けた障害児の母親が、自分の地域の障害児の家庭訪問を実施しているところです。普段面倒をみている姉に遊び方の指導をしています。

この養豚場の前に立っているのは、18才の知的障害を持つ青年です。

この養豚場の建設と雄雌2頭の豚を購入する資金を借り、養豚のトレーニングを受けました。1年後に増えた豚を売って彼女は見事に借金を返済し、今では立派な養豚場の経営者です。豚の売買やその他のマネジメントはプロジェクトがバックアップしています。

このスライドは、地域の職業訓練のセンターです。ここは、あくまでも訓練の場であり数か月後、彼女たちは自宅で手芸品をつくりプロジェクトが販売ベースにのせています。

このスライドは、ノルフィルの年間予算総額ですが、約300万ペソです。そのうち半分はフィリピン側が政府からの資金と募金で、残りの半分をノルウェーが支払います。その際、ノルウェーの政府はODAから120万ペソ、残り30万ペソをノルウェー知的障害者協会が民間からの募金で賄っています。

このようにノルウェー政府は、ノルウェー国民が行なう国際協力の様々なプログラムに関して、運営費の80%を政府が賄い、残りの20%はNGO自身が支出するという国内のNGOが国際協力をしやすい仕組みになっています。

さて、日本の場合スライドのように大きく4種類の協力形態が考えられます。その中で、これまでCBRとの係わりが深くみられたのは、ヘレンケラー協会のネパール盲人のためのCBRプロジェクトや、青年海外協力隊の隊員のCBR現場への派遣、PT協会がジムテフと協同でおこなっているインドネシアCBRセンターへのPT派遣なのであります。

また、キリスト教医療奉仕団もバングラデシュでCBRの実施を準備中であります。

また、リハビリテーション協会は、インドネシアのソロCBRセンターで開催されたCBRワークショップのために会議開催や渡航費の援助を行なっていますが、全体としてまだまだ数が少ないのです。

このスライドは、日本の協力でバンコック郊外に建てられた労災リハビリテーションセンターです。大変立派で日本と変わらない建物です。このように中の機材も全部日本から持っていったものです。

このスライドは、ネパールの協力隊の関係しているCBRワーカーの家庭訪問です。

さて、人材派遣では一番数の多い青年海外協力隊とCBRについて述べます。

青年海外協力隊は、1976年以来、障害者リハビリ福祉分野に数多くの専門家を派遣し、その数は年々増加傾向にあります。職種は、理学療法士、作業療法士、養護。養護の内訳というのは、施設指導員や障害児教育の教師などです。

派遣国は、アジア、アフリカ、中南米、太平洋州など20か国以上を超え、中でもマレーシアは他国に比べ圧倒的に数が多く、既に50名以上の協力隊員が派遣されています。

そこで、マレーシアの派遣場所の変化を調べますと、黒いところは施設です。それから、白いところはデイケアです。1988年頃までは派遣先の90%以上が入所型の施設でした。

ところが、1988年以降になると派遣先はデイケアセンター、中央福祉事務所、養護学校などと種類が増え、中でも左の黄色い横線、このスライドはCBRセンターですが、CBR現場へ

の派遣が30%以上占めるようになってきています。

このスライドは、協力隊の作業療法士の隊員がCBRセンターで母親指導中のものです。

当領域の国際協力を行なうにあたり、その実践を定期的に評価し、更に協力の方法を一般化していくための調査研究は大変重要であります。

スライドに見られるように、欧米諸国は近年盛んになったCBRの実践に対して、また大学などの研究機関がバックアップしてアジアにフィールドを持ち、大学の研究者が現地の研究者とともに研究を深めています。イギリス、カナダ、アメリカ、ノルウェー、スウェーデンなどです。

このスライドは、カナダのクィーンズ大学の先生を中心に企画されたインドネシアのソロCBRセンターでのCBRワークショップの1例です。

このように、欧米の先進国がこぞってアジアのCBR現場で国際協力を行ないCBR研究を行なっている一方、アジアの中の先進国日本はどうでありましょうか。残念ながらCBRを組織的に研究する機関はなく、当分野での実践の積み重ねが学問的に研究されていません。

国際的な時代の流れの中で、CBRは今や途上国の障害者の福祉リハビリ分野において大変重要な課題であります。そして、日本の当分野における国際協力の場としてCBRは深く係わりつつあります。また、欧米諸国はアジアのCBR実践、資金援助や調査研究を積極的に行なっていますけれども、日本は当分野において研究が遅れています。

CBRにおける国際協力は、日本のリハビリ・福祉の専門家、障害者自身や学生が幅広く活躍できる可能性を持っています。

そこで、私は2つの提案をしたいと思います。

まず、日本の当分野における国際協力の充実をはかるために、CBR実践の評価分析・研究、当分野の国際協力の蓄積を研究する場が是非必要であるということです。

そして、次に今後当分野における国際協力により若い人を巻き込んで底辺を広げていくため

に、リハビリテーションや福祉教育の中に、人とディスカッションできる程度の英語の能力をつけるカリキュラムが是非必要であると思います。

今、日本がCBRに取り組むことは、日本の福祉やリハビリテーションの専門家たちが、改めて日本の地域福祉や地域リハビリテーションのあり方を見つめなおすよい機会であると思います。国際協力は、一方で協力を行ないながら、実は前述のような自国の福祉へのフィードバックや相手国とのシェアリングも行ないません。高齢化社会を支えていく地域のシステムを、いかに築いていくかという課題を背負っている日本が、アジア諸国への国際協力を通して新たなアジア型福祉の創造の可能性も見いだせるに違いありません。

それを具体的に実践する場として、CBRは大変有効であると思います。

1987年の本研究大会で、小島 蓉子先生を司会にリハビリテーションの国際協力というシンポジウムが行なわれています。シンポジストとして参加された当時のRIのスーザン・ハーマン女史がシンポジウムの中で、人と科学と金という3つの資源に恵まれた日本こそ、世界のリハビリテーションの国際協力推進の指導者たるにふさわしい国と語っています。

あれから既に7年を経た今日、日本の当分野における国際協力はいかなる進展が見られたでありますでしょうか。以上です。ご静聴ありがとうございました。

座長： どうも、ありがとうございました。

小林さんの国際交流の体験からいろいろご紹介いただきながら、私たちが学んだこと、あるいは学ぶべきことを示唆していただいたということで非常にうれしく思います。同時に小林さんのお話を聞きながら、日本の大学の役割は何だろうかということを、自分なりに問いかけているところです。

もう1つは、なぜ日本は20年遅れて走るのだろうか。もう少しスピードをあげられないか。76年にCBRが提起されて、やっとCBRが1

つの大きな地域開発、あるいは国際交流、国際協力の中心課題になってきた、なぜそうなんだろうかと、もう少しスピードを速めることができないのかということをも自分自身で考えております。

次に、お話しいただきますのはハンドヨ・チャンドラクスマさん。

インドネシアのソロCBRセンターの所長をされております。CBRと国際協力ということでお話ししたいと思っております。

CBRと国際協力

ハンドヨ： 皆さん、こんにちは。最初に私の紹介をしたいと思っておりますが、私はCBRリハビリテーションセンターのディレクターであります。この団体をご承知の方が多くかと思っておりますが、数多くの国際協力のもとに様々な事業が進められております。

今日、私はCBRに関するいくつかの経験を、皆さんと一緒に共有をしたいと思っております。特に、国際協力のもとで進められているCBRということに限定をいたします。

皆さんのお手許に配られております私の発題の日本語訳がありますが、そこには6つの例が書かれてあります。

1番目がCBRの実践をどのように強めていくか等々、全部で6項目ありますので詳細はこちらの方をご覧ください。

6項目、皆さんのおもとの資料には訳されておりますけれども、今日は限られた時間でありまして、4番目のところのサウス・ツー・サウスコーポレーションに焦点を合わせて最初の時間を使いたいと思っております。

CBRソロセンターは、私たちはバングラデシュにおいて同じくCBRを広めていくための協力をしています。資金的には日本の協力を得ながらこれを行なっていますが、これは大変興味深いことだと私は思っております。つまり、途上国でありますインドネシアが、そこで培ってきた経験をバングラデシュの国に行き、バ

ングラデシュの人たちと共に共有をする、南から南への経験の共有の関係であります。

このサウス・ツー・サウスコーポレーション、南と南の国の間の国による協力、この表現は100%正しい表現とは言えないと思っております。と言いますのは、この南と南の協力関係を可能にしておりますのが先進国の人たちの協力であります。具体的に言いますと、日本のNGOからの財政的な支援とともに、このサウス・ツー・サウスコーポレーションが成り立っています。

最初に、どのように協力をしているかということですが、私どもがバングラデシュに行きます。そこへ行って、30のバングラデシュのNGOの人たちと会い、じっくりと話し合い、特にバングラデシュにおける状況を現場訪問しそれぞれの状況を理解し、そうしますと話し合いを通しまして様々なアイデアがでてまいります。その過程で計画をいたします。その計画をそのバングラデシュの国のNGOの人たちにまたもどすわけです。

そういうふうにして計画されますCBRプログラムは、30のバングラデシュのNGOが実施主体になります。CBRソロセンターは、それを間接的に必要な協力をする。そして、財政的に日本のNGOがそれを可能にしていく、そういう協力関係であります。

私どもが考えております今後の計画と言いますのは、3年後にCBRソロセンターはこのバングラデシュに直接間接係わることから引きまして、ほとんどの部分が30のバングラデシュの人たちによるNGOによって賄われていくということです。

もう1つ重要な経験を皆さんと共有したいと思っております。

それは、そうした国際協力を通じまして、多くのことを私たちが得ることができるということでもあります。具体的に言いますと、CBRに関する新しいアイデアを、私はそうした国際協力をする過程を通じまして学ぶことができます。CBRというのは、その考え方、内容を方法ともに次々に新しい経験を積み重ねていく

中で、新しいものが培われてきております。

特に、今日焦点をあてたいのは、このCBRを進めていく上で、地域開発、社会開発の方法をどのようにCBRに取りこんでいくことができるか、パーティシパトリー・ルーラル・アプレイザル。これは参加型の村人による農村開発評価（PRA）といいますが、そのことについてふれたいと思います。

CBRを地域開発、村づくり、社会づくりという領域の中で考えていくということであり。しかも障害分野においてという範囲であります。

第1点は、社会にあります。ありとあらゆる資源を活用して、このCBRというものをより発展をさせていく。

2つ目には、その地域に住んでいる人たちの生活の質を向上させていく。

いろいろな方法が、このPRAということですが、先程見ていただきましたスライドは村人が自分たちの村の地図を自分たちでつくり。一緒につくり。そして、難しい言葉を使うのではなくいろいろなサイン、図柄を活用いたします。学校がどこにあるか、また村のどこに障害を持つ人が住んでいるか等々。そして、そうした過程を通じまして村の人たちが障害を持っている人の問題を、自分たちの問題としてみんなで考えていく、そういうことに大きく貢献をしています。そのやり方というのは非常に自由な雰囲気です。ですから、立ったり座ったり、寝ころんだり、また初めに村の地図づくりをこういうふうにしなさいというふうに指導するというのではなくて、村の人たちが自分たちの思い通りに自由につくる、そういうことから始めます。

このスライドはよく見えませんが、村人たちが自分たちでつくった村の地図であります。この地図ができあがりますと、私たちは質問を村人にいたします。みんながつくった地図のうちで障害者はどこに住んでいますか？ 障害を持つ人はいますか？ どこに住んでいますか？ その住んでいる地域に1つのマークを置きます。そして、そういう過程の中で大変面白い話し合いが

おこっているのです、それを紹介します。

ある人が、このうちには障害者がいると言います。しかし、それを聞いた他の村人は、いやそこにはいないというディスカッションになります。話し合いが進んでいきまして、更に具体的にあそこのうちに住んでいる誰々は障害者だ。そうすると、いや違う、彼は歩ける等々。そうした話し合いが大切でありまして、その話し合いの過程を通して障害を持つ人、障害とは何かということをも自分たちの言葉で定義をしていくわけ。専門家が定義をしたものとは違う自分たちの言葉で定義をしていく。

そして、更に障害を持つ人たちにとってどうい問題があるかということをもみんなで話し合っていきます。小グループに分かれて、また少し大きくしたグループに分かれて、更に自分たちの住んでいる地域・村の状況というものを、つまりインフォメーションを自分たちで発掘をしていきます。共有をしていきます。それは、大変正確なものでありまして、自分たちの言葉で細かいところまでが集まってきます。

このように、参加型、村人が主体になって進めていく調査研究というもの、大変に意味があるものであると思います。

私たちCBRソロセンターの職員、つまり専門家のもっている役割は何かと言いますと、それはファシリテーターであります。そうした村人が主体になって問題を発掘し地図をつくり話し合っていく、それを可能にやらせていくファシリテーターであります。プロフェッショナルの役割は、ファシリテーターであります。成果や結果をもたらすのは全て村人たちということでもあります。

そして、今ご覧いただいているスライドであります。この表をつくることを一緒に行ないますが、これをつくる時に2つのグループに分けてつくり。1つは、障害を持つ人だけのグループ、もう1つは障害を持たない人だけのグループ、そしてそれぞれで円を書きながら課題に取り組みます。左側に描かれている図は障害を持つ人のグ

グループです。右側が障害を持たない人のグループの人たちがつくった表であります。

このスライドは、障害を持つ人たちのグループが書いた表であります。

この表は、中央に赤く塗ってありますのが障害を持つ人の問題であります。それにどういふ人たちが近く、もしくは重なり、もしくは関連をしているかということを示している表であるわけですが、ご覧いただきますとおり、この赤い輪にふれている、つまり障害を持つ人のニーズにふれて関連をして係わっているのは家族だけでありまして、それ以外のボランティアグループ、いろんな施設、婦人グループ等は障害を持つ人の真のニーズから遠いところに円が描かれています。これは、障害を持たない人たちがこのように理解をしているということを示しています。

このスライドは、障害を持たない人たちのグループがつくった表であります。障害者のニーズにどういふグループがどういふふうに関与をしているかということですが、ご覧いただくとおりに、これによりますと全てのグループ、全ての団体、全ての人たちが障害者の問題もしくは障害者のニーズに皆が係わっているという表であります。

最初に見ていただいた障害者のグループがつくった表との大きな違い、ご覧いただけるでしょうか。

このエクササイズは、障害を持つ人が地域のためにどういふ計画づくりをしたらいいかということに大変重要であります。村人によるこのエクササイズを通して、地域で村の人たちがどのように問題を自分たちの問題として解決をしていくかという計画づくりであります。

このプロセスぬきには計画ということは私にはあり得ないと思います。共にみんなが働いていくということ、そこでの専門家、もしくはワーカーとしてはどういふ係わり方、姿勢をもったらいいのでしょうか。このエクササイズは、何が私たちの地域にとって重要な大切な問題か、解決されるべき重要な問題かを話し合っている

ところであります。

まず最初に、村の人たちにこのエクササイズの中で話し合いをしてもらいます。村の問題をあげていき、そしてどの問題が最も解決されるべき大切な問題かということで石をそれぞれ置いていきます。たくさん置いていきますが、だんだんそれをしばっていきまして、どれがその中では大切かというふうに優先順位をつけていくわけであります。

そして、大切なのはこの村の中での、特に障害に関する事柄でできましたのは、障害を持つグループと持たないグループと同時並行して行ないます。そして、そこからでてくる結果というものは著しく異なります。

プロフェッショナルとして私は、このエクササイズを通して、特にCBRで働く、またはそれに携わる者としてとても大切なことを学んでいます。つまり、私たち専門家が正しいと思っていること、これはこうだと理解していることがそうではないということに私はあつたからであります。

そして、このエクササイズから私たちはどのように村の人たちが役割を担い、村人の参加型によるアプローチというものがいかに大切かということがわかりました。

このように、CBRをこれから進めていく上で新しい方法、考え方というものが次々でてきたわけですが、これはまさに国際協力の結果で現われてきたものであります。日本のNGOも含めて違うNGOの人たちの協力があって、そしてこうした新しい学びというものが与えられたわけです。

このエクササイズを通じてできました結果というのは、ただその地域の人たちだけにとつて大きな意味があるということに限らず、国際社会、他の国々も共通して大切なものだと思っています。

このようにCBRをこれから進めていく上で更によい方法、更によい内容、アプローチというものが私はあると思いますが、そういうものは国際協力、共に協力し合って働いていくこと

を通じて可能になっていくことと思っています。

更に深く関心のある方がいましたら私はペーパーを持ってありますからご遠慮なくおいください。ありがとうございました。

座長： どうも、ありがとうございました。

CBRと国際協力について、国際協力の形態の中からいくつかを取りだして、私たちに提言をしていただきました。実は、明日の朝、ラオスの東北部の田舎に出るのですが、そこで今行なっていることが、このPRA（参加型農村開発評価）ということで、ひとり仲間を得たような心強い気持をしております。

4人の話を伺って、国際協力という1つの活動から、いかに私たち自身も学ぶことができるか。今日、お体を悪くされて欠席された中沢先生のレジメを見てますと、最初に錯覚、日本は進んでいるというような錯覚、それから思いあがり、無関心の3つのことが書いてありますが、その3つの意味がこの4人の方々の発言の中に、にじんでいたのではないかと私自身考えております。

ということは、やはり共に学ぶということ、そして障害を持った人を中心に私たちが学んでいくということ、今までどちらかというと専門家というものが、障害を持った人を専門家の枠の中にはめこんで仕事をしてきた。そうではなしに、やはりひとりひとりの人たちの要請に応えることができる、これからの生活の新しい体系をつくっていかねばいけいけいではないか。そういった意味でもリハビリテーションではなくて、未来にむけたハビリテーションの動きがおこって、そこから発生してくれればいかなと私自身思っております。

質疑応答にはいたいと思います。それでは、パネルの方で言っておきたいことがありましたらお伺いしたいと思います。よろしいですか？

それでは、ご自由に質問なさってください。

質 疑

質 問： バングラデシュから来たシヒドル・

ハックです。

4人のシンポジスト皆さんにお聞きしたいことですが、皆さんCBRのことをいろいろお話ししていただきましたが、施設、あるいは組織のサポートなしにどれくらい長期にわたって続けられるのか、ということをお伺いしたいと思います。具体的に言いますと、障害を持った方の就労についてなんです、どなたもそのことについてはふれていらっしゃるなかなったと思うのですが、障害者が例えば何か製品をつくってそれを売ろうとしても、もう少し組織的にそれに取組まなければ、それをうまく市場に流通させてそれを買ってもらおうということに結びつかないのではないかと思います。その辺もう少し施設、あるいは大きな組織がしっかりと取り組んでいかなければいけないと思うのですがいかがでしょうか？

座長： それでは高嶺さんをお願いします。

高 嶺： 今、ハックさんの質問で、このCBRのプロジェクトの維持と継続といいますが、その問題について、施設とか他の支援なしでもやっていけるのかどうかという質問だと思うのですが、このプログラムの維持と継続に関しては2つの重要な要素があると先程紹介したポジションペーパーで言っています。1つは国のサポートが将来的な維持につながる。もう1つは、フィールドワーカーのモチベーション、地域で仕事をするCBRのワーカーがどれだけ継続的に働けるかというその2つが大変重要なファクターだということに言われています。

最初は、CBRがNGOや部落だけのモチベーションじゃなくて、国として地方の組織ですか、村、郡、あるいは県、あるいは国のきちんとした施策が将来つくられるべきだろうということが一つ。

もう1つは、その地域の中で働くCBRワーカーを、いかにリクルートして訓練をして長くそちらで仕事をしてもらうか。その中で私が提案をしました障害を持っている人の能力、あるいは智恵とかを十分に利用していかねばいけいけいということがあると思うのです。障害を

持っているということは、それだけで障害問題に対する取り組みというものに半分はいつている、ということが言えると思います。プログラムを継続する1つの要素として、障害者の持っている能力を活用するべきだということだと思います。

先程、ハンドヨさんがいろんなチャートを出してお話しをしていましたけども、障害を持っている人自身のリハビリテーション、あるいは障害者問題に対する見方と村人の持っている見方も違うし、恐らくいわゆる専門家という方の持っている障害者問題に対する見方というのは大変な違いがでてくると思います。

そういうことで、障害を持っている人の問題をきちんとおさえるためには、できるだけ障害を持っている人を、積極的に参加させてプログラムを運営していくことだと思います。

小林： 私は、CBRの最終的な目的というのは、障害を持った人が地域の中である程度の職業を持って、ある程度の稼ぎを得て自立ができるということだと思っています。

その際に、人間の一生としてCBRはいろんな過程があって、小さい子どもの教育とか早期療育とかにかなりターゲットを置いているプロジェクトも多いのですが、人間の一生の中で子どもの時期というよりも非常に長い時期というのが、学校とか教育を卒業した後の一生の時期だと思います。

だから、職業に関しては私は一番重要に考えています。

あの中で説明したピッグプロジェクトなどは面白い例として取りあげたのですが、あれは知的障害を持った人が自立する1つのプロセスとして、ピッグプロジェクトだけでなくチキンプロジェクトとかいくつかの動物を飼育して、それを売ってお金に変えてというようなプロジェクトがたくさんありますが、そういうことで知的障害を持っている人でも自立ができるというところでは、日本ではなかなか見られない。農業が地域で行なわれている国だからこそのプロジェクトだなと思っています。

日本の場合、どうしても大企業の下請け的なことで、あまり儲けがないけれども、機能訓練等も兼ねてやっているようなことが多いようです。しかし、それだとなかなか経済的な自立というところまでいかないということがありますので、アジアで見たいいろんなプロジェクトのようにターゲットを個人の生活を支えてゆくところにおく必要があると思います。

ハンドヨ： 私のバングラデシュにおけるCBRプロジェクトの継続性、維持性についてのご質問でしたが、大変私は重要な指摘をしていただいたと思います。

先程お話しをしましたように、バングラデシュにおけるCBRのプロジェクトは、私たちソロの人たちも出向きましたが、30のバングラデシュのNGOの人たちとともに、その人たちがむしろ主体になって計画をしました。しかし、すぐに根ざすというのではなくて、そのCBRの新しい考え方とやり方が根ざすには4、5年はかかると思います。

ですから、すぐに離れてしまうということではなくて、それが根ざすまで共に協同をしていくということが大切だと思います。

小林： プロジェクトを継続維持していくという点では、私は例えば日本が国際協力をする場合に、ODAをそういう意味では有効に使うということを期待したいと思っています。

今までの箱型のたくさんのお金を1つのセンターをつくるために使うというのではなくて、小さいプロジェクトに末長く10年、20年と継続的にワーカーの維持とかそのプロジェクトの維持のためにお金を費やすということは非常に大事なことです。こういうことこそCBRから学び国際協力の一つの手法として、日本のODAの仕事の仕方の中に取り入れてほしいと思っています。

高嶺： それに関連して発言をしたいのですが、こういうCBRの形ですと、どうしても国が主導であるということよりも、NGOが中心になってこれから社会問題に関しては、どんどん進出していかなければいけないと思うんです

ね。

先程、小林さんが紹介したノルウェーのODAでもNGOに関して途上国の開発に関して8割の国庫負担がある。2割は自分たちでやる。実は、その同じような形がスウェーデンでも行われているんですね。スウェーデンでは障害者団体が14集まりまして、そこで途上国の支援のためのファンデーション(基金)をつくっていますね。

スウェーデンの場合ですと、その予算の9割が国からの支援で、各障害者団体が途上国に出かけていきまして、いろんな支援協力活動をやっていますけども、それにファンデーションから資金がでる。そういうような形で、将来きめ細かい形で協力をやっていくのであればNGOにODAが利用できるような形が是非必要だと思うんです。

私の場合、障害者の動きを中心にしたCBRはどうかということなんですけど、特に障害者というのは教育の程度も、あるいはその教育の機会すらないという方が多いんですが、それについて教育なしでそういうプログラムの運営ができるんだろうかというのがハックスさんの質問の中にありました。

実は、ハックスさんは、バングラデシュで自分でNGOを運営している方なんです。彼の組織も障害者が中心になったNGOで、農村地域の中に入りまして、そこでCBRのプロジェクトをやっております。

これは、彼に聞いた方が一番いいと思うんですけど、彼の話ですと、彼は大学教育を受けたエリートですけど、彼が地域にでましていろんな形でのノンフォーマルなエデュケーションを支援したいということを言っているんです。それによって教育がなくても、そういうノンフォーマルな教育でもって障害者リーダーを見つけることが可能だというようなことをおっしゃっていました。各地域で障害者のリーダーを発掘して彼らにいろんな情報を与えてそちらで活動してもらおう。

アジア・太平洋地域の障害者の運動を見てき

ているんですけど、その1つの大きな弱点として、どうしても障害者のエリートといいますか教育を受けた障害者が、基本的には都市地区を中心にした活動が目立つわけです。ですから、障害者自身の活動にしても地域の中にはいけないんですね。農村地域の問題を取りあげてないんです。どうしても都会の障害者の問題しかでてこない。

ですから、こういう面で、ハックスさんがしていますように、障害者の団体が中心となって農村地域にでて、そちらの問題を掘りさげて、あるいは障害者を見つけて、その農村地域の中でやってもらう。これが、今、障害者団体のかかえている大きな課題だと思います。

座長：他に質問はございますでしょうか。

質問：日本福祉大学の学生で佐野と申します。、ハンドヨさんにお尋ねしたいんですけど、このように地域でリハビリテーションをおこなっていくということですが、このアジアでの実践の中で単に障害者が地域で生きやすくしていくと、障害者をケアしていただくだけでなく小林さんの話の中にもありましたけど、地域社会そのものを変革をしていくということが話されましたが、地域の変革ということは、結局その国や社会全体の変革につながっていくんじゃないかと思うんです。

最終的なゴールはどこかということなんですけど、国の社会の仕組みとか経済の仕組みそのものに問題がある、そこを変えていくのだという方向にいくんじゃないかと思うんです。そういった活動の中で、例えばインドネシア政府の近代化政策そのものとぶつかっていく、そういう方向もあると思いますので、その社会全体の変革というものと地域のリハビリテーションというものが、どのように結びついてゴールを設定されているのかということをお尋ねしたいと思います。

ハンドヨ：CBRプログラムというのは地域開発、社会づくりという概念の中でとらえられるものであって、そのうちの一つだということでは先程申しあげた通りです。

従って、このCBRプログラムで私たちが最も大切にしているのは、この地域の人たち村人たちを強めていくということにあります。そのために必要なインフォメーションを自分たちで発掘し合い、そして一緒に計画をし合っていく。そこでは村人たちは自分たちで自分たちの地域づくりに責任を担っていくわけです。

インドネシアの政治状況の中では、こうした動きは政府と相反するというようなことでは私はないと理解をしています。

政府、それから地域にいる民衆・人々と政府が協力をし合って前に進んでいるということが言えると思います。政府だけが全てやるべきだというふうにも思っていませんし、地域住民が全てをやるべきだということではもちろんなくて、双方がそれぞれ同じ目的にむかいながら協力をし合っていくということが大切だと思います。

特に、ヘルスポストが日本でいう保健所、もしくは保健所支所に相当するのが各地域にあります。これは政府のヘルスセンターではありますが、各地域にありますので、地域の組織、地域の人々と大変密接な協力関係をもっています。

むしろ私たち地域住民から見ると、そうした政府のシステムを一つの資源、社会的な仕組みとしての資源リソースとして用いていきながらよい協力関係、協働関係を進めていく。例えば、毎月1回5才児の人たちの体重測定等、検診をしながら早期発見に努めていくということですとか、私たちが地域で、先程申しました農村参加型の問題発掘作業（PRA）。これは、そういうことをしていく時に、まず政府によく説明をします。こういうねらいで、こういう内容でこういう方法でやります。その結果、誰がベネフィットを得るかということを確認に十分に説明をします。そういうもとで政府と協力関係を持ちながら、今のCBRプログラムを進めています。

障害分野での働きの問題というのは、それ自体が政府と大きな摩擦を生ずるという問題では

私の経験からないと思っています。

座長： どうも、ありがとうございました。

小林： 私は、福井県から来ているんですけど、このCBRの研究をしながらアジアにでかけていって、CBRのプロジェクトのワーカーたちと話し合ったり見たりしながら、また福井に帰ってきて自分たちの地域で様々な問題を解決していく時に力を得ています。

ALSという難病の患者さんの団体を民間で支援しています。支援の中で行政がやっていることと民間が行っていることを、いかに効果的に利用しあってゆくか、また更に改善していくとする時のエネルギーをCBRの実践から得ているような気がします。

座長： どうも、ありがとうございました。

私が、最近通いはじめた病院に小鳥と少年という彫刻があるんですね。うちのすぐ側なんですけど。作者の名前を見たら、山下 清と書いてあるんです。恐らく、彼は彼なりに社会の中で様々なサポートを受けたでしょうけど、あいった小鳥と少年という木彫をつくった。そして、そこに来る患者さんたちが、その木彫との係わりの中から山下 清のことを思い出しながら病気とともに生きている。そういったことが、恐らく将来、あるいはどこかの美術館にもっと多くの人に見られるように、見られるだけじゃなく、そこに心の係わりがおこってくるのではないか、そしてお互いに美しい心の風景を描きながら、21世紀の共に生きる社会を築いていくことができると思っています。今日は、おわりではなくて出発点として、英語ではコメントというんですけど、コメントだという形で閉会させていただきたいと思います。いたらない座長でしたけど、どうぞお許しください。どうも、ありがとうございました。

「韓国の障害者リハビリテーション」

崔 鍾 吉

(Choi Jong Kil)

(韓国障害者リハビリテーション協会企画部長)

日本障害者リハビリテーション協会

奥山事務局長

このリハビリテーション協会の30周年にあたりまして、わざわざ韓国からレポーターをお願いをしたことにはちょっと経緯がございます。リハ協がJICAから「専門家コース」と「障害者のリーダーコース」という2つの研修事業の委託を受けておりますが、その専門家コースの方々を中心といたしましてランナップという組織があります。リハビリテーション・アクション・ネットワーク・アジア・パシフィックという組織で、通称ランナップと呼んでおります。是非皆さんこの組織をお忘れなく。日本で研修をされ、現地の国々において、その国のリハビリテーションの推進のために核となって働いていただいている方々で組織されています。

昨年ソウルで第1回の会合がございまして、その時に、日本と韓国は昔から兄弟の間柄であり、アジア・太平洋の障害者の10年のスタートを機して、両国が相協力し、アジア・太平洋のために持てる技術、あるいは協力、交流を推進していく、両輪のような形で進めていこうということが、両国協会の会長によるステートメントとして発表されました。このような経緯から、チョイ・ヤン・キルさんに韓国の現状をご報告いただくこととなりました。

チョイ： 皆様、こんにちは。韓国障害者のリハビリテーションについてご紹介申し上げるこ

とができて非常に光栄と思います。

私は、チョイ・ヤン・キルと申します。1984年から障害者リハビリテーションの仕事をはじめました。今は、韓国障害者リハビリテーション協会企画部長です。私の仕事は障害者リハビリテーションに関する研究調査、広報、国際交流などの仕事です。1992年国際社会福祉協議会日本国委員会が主催した「アジアのソーシャルワーカーのための日本プログラム」に参加したことがあります。

最近、韓国では障害者のリハビリテーション等、福祉プログラムの推進が非常に目立つようになりました。特に、法律面で障害者福祉法と障害者雇用促進法が制定されたことがその特徴です。

さる1988年、障害者オリンピック大会（パラリンピック大会）がソウルで開催されましたことは、韓国政府が障害者問題を正面で解決し始める契機になりました。同時にこのパラリンピックが、韓国国民が障害者問題を理解し始める契機にもなりました。そして、韓国社会にも変化がおこりました。即ち、不十分ですが、障害者が公共施設にアクセスできるよう全地区で法律が一部改正されました。

また、障害者の権利を侵害したり制限する制度とか規制が変わりはじめました。ソウルパラリンピックの際は、障害者に対する偏見とか間違った考えを変えるための国民的なキャンペー

ンも実施されました。

これから、韓国障害者福祉の現状とその内容をご説明します。

1. 障害者の数

韓国の障害別人数をご紹介しますと、韓国政府である保健社会部、こちらの厚生省になりますが、1990年に発表した障害者の人数は約100万名と最近公表しました。これは韓国総人口の2.21%です。その内、55万7000名の身体障害者、8万2000名の知的障害者、6万2000名の視覚障害者、25万名の聴覚障害者などです。

政府では5年毎に発表しますが、この数字は障害者福祉法による政府がケアするための政策的な数字であると私たちは思います。実際には約200万以上の障害者があると私たちは推測しております。

2. 障害者福祉に関する大統領委員会の活動

障害者福祉問題大統領対策委員会の活動ぶりをご紹介します。

1988年、臨時的な機構として、韓国大統領に障害者に関する総合的な福祉対策を検討して勧告するためにこの委員会がつけられました。これが、障害者問題を韓国大統領に直接報告する初めての重要な機会にもなりました。

この委員会は、7つの政府機関から副長官、こちらの次官になりますが、12名の民間の福祉分野の指導者によってつけられました。この委員会で、障害者福祉を向上するための77個の勧告案をつくりました。この勧告が適切な政策になって実施されるには時間がかかりますが、この委員会がつくった対策が政府政策方向を決める重要なガイドラインになりました。

3. 障害者福祉法と障害者雇用促進法

障害者福祉法改正と障害者雇用促進法制定に

ついて申し上げます。

1989年12月障害者福祉法が改正されました。過去の法律は、今私たちが直面しているいろいろなことを達成するにはその範囲が狭いし、非現実的であると判断されました。新しく改正された福祉法が今障害者問題に対する基本法になっております。新しい法は、総合的な福祉計画をたてて、それを実行する役割と障害発生予防、また障害者の生活水準を高める原動力になっております。

また、1989年には、雇用促進法が制定されました。この法によって、障害者が自立して生活するために、職業問題カウンセリング、職業あつ旋などができるようになりました。

また、この法には就職クォーター制度もあります。現実的には、この法律はよくできて、障害者職業リハビリテーションの基本的な基盤を提供することになりました。この法律を最もよく適用するには、まだ努力と時間がかかると思います。

4. 障害者の登録

次は、障害者登録制度に対して申し上げます。

1989年11月から政府が登録制度を実施しました。この制度を発表して以来、1994年6月まで27万6000名だけが登録をしました。この制度が不振だった理由は、これによって政府から障害者が受ける福祉利益が、まだ障害者たちが要求する水準にまではとどいていないということです。政府では、今これに対する対策を検討しております。

5. 障害の予防

次は、障害発生予防に対して政府では、次のような対策を立てて予防、または早期発見、早期治療のためいろいろな政策を実施しております。

まずは、妊娠不能健康チェック、2番目は、幼児のワクチン注射実施、3番目は、先天的障

害の有無のチェックなどです。

6. 障害者の福祉施設の拡大

次は、障害者福祉施設の拡充です。現在、全国に171の障害者福祉施設があります。また162の自立作業のためのワークショップがあります。毎年これらの施設が政府のお金によって増加傾向にあります。

7. 教育の機会の拡大

1988年以来、7か所の特殊学校、普通学校の特殊学級が438に増えました。韓国聴覚障害者のための手話も広く普及しております。

8. 雇用機会の促進

次は、雇用拡大面ですが、前に説明したとおり障害者雇用は、韓国ではクォーター制度です。300人以上の従業員がいる会社は総員の2%にあたる障害者を義務的に雇用しなさいという法律です。これは、中央政府と地方団体も同じです。2%の義務雇用率を定めた雇用促進法によるものです。

このクォーター制度に違反する会社は罰金を国に出します。このお金が、日本のお金で約100億円ぐらいに積まりました。この基金は、クォーター制度による障害者を雇用した会社に支援金として与えるか、または障害者の職業訓練のために使われています。

9. おわりに

韓国では短期間に、障害者の問題がいろいろな面で変わりました。でも、「完全参加と平等」という我々の目標を実現するためには、まだまだ解決しなければならない難題が山積しております。

今、幸いに1993年から2002年までの「アジア・太平洋障害者10年」の2年目に入っています。私たちは、アジア・太平洋地域は広いし、また文化社会的立場がおのおの違いますが、成長と繁栄が約束できる可能性は十分あると理解しております。地域協力と共栄に対して未来を展望してみますと明るい未来が確実に見えます。我々が、共に力を合わせて協力をするならば我々の地域は明るい全人類のための社会が建設されると私は確信しております。

ありがとうございました。

第3分科会

「日本における国際交流・研修活動をどう深めるか」

座長：池住 義憲（アジア保健研修所事務局長）

発言者：上野 悦子（日本障害者リハビリテーション協会
国際課長）

沼田 千好子（日本精神薄弱者福祉連盟）

穂積 武寛（国際協力事業団〔JICA〕）

飯島 蘭子（アガベ身体障害者作業センター）

座長：今から4人の方にひとり10分以内という目途でお話をさせていただきます。順番ですが、最初に、国際協力事業団東京国際研修センターの穂積さん。その後に、上野さん、それから沼田さん、最後に飯島さんというふうにさせていただきます。

今のような順番にしますのは、穂積さんはJICA、JICAからの委託を受けて研修を進めています日本障害者リハビリテーション協会の上野さん、それから、同じくJICAからの委託を受けて研修を進めています日本精神薄弱者福祉連盟の沼田 千好子さん、政府関係および関連の3人の方に先に発言していただいて、その後にNGO、民間の団体でありますアガベ身体障害者作業センターの飯島さんからというふうにいたしましょう。

それでは、穂積さん、お願いします。テーマは、「日本における国際交流、研修活動をどう進めるか」ですから、キーワードとしては、障害分野、CBR、国際協力もしくは国際交流。そして、この分科会では、人づくり人の養成、この4つが、この分科会のキーワードになるだろうと思います。それでは、お願いします。

国際協力事業団（JICA）におけるリハビリテーション分野の研修

穂積：国際協力事業団の東京国際研修セン

ターというところで研修の担当しております穂積と申します。

JICAの何たるやということについては私のレジュメを読んでいただければわかりただけのと、もっと詳しく知りたい方は新宿の国際協力事業団総務部の広報課に問い合わせいただければ山ほど資料がいただけますので、そこら辺の話はかいつまんでということになります。

日本から途上国への資金の流れという形を表しましたが、JICAはどこにあたるかということですね。政府の開発援助と、その実施機関として設立された部分で、その中の2国間贈与という部分、技術協力と無償資金協力とに分かれています。この部分をJICAが担当しております。

私は、その中で研修員の受け入れという部分をやっているんですけども、数字をいくつか出しますと集団研修としていくつか紹介しましたが、JICA全体ではいろんな分野、福祉を含め農業、工業を含めまして全部で年間370の集団研修を実施しております。研修員の数でいいますと年間約7000人受け入れております。

それでは、私は後あとみなさんの方と質疑応答という形で話をしますので、いくつかの問題点の提示、それからこれからの展望、行動の方向課題というようなことでいくつかトピックをご提示申しあげたいと思います。

問題点としましては、レジュメの方にも2つほど書きましたけども、1つには、この分野への要請の少なさがあげられます。

その背景には、技術協力ということで我々も大きな旗印を掲げてやっておりますので社会基盤（インフラ）の方の要請がどうしても優先度が高く、この分野での要請がなかなかJICAの方にあがってこないという現実がございます。それから、研修の部分では当然海外からこの分野の関係者を呼んでいるわけなんですけども、その候補者の資質という部分で政府を通してやるという一番の大前提があるものですから、政府の息のかかった人しかこれないというジレンマがございます。

それは、どういうことかと言うと、この分野で大きな役割をはたしている、また中心的な役割をはたすべきNGOの関係者の方々が現実にこのJICAのスキームになかなかのってこれない。現実に何人かが来てらっしゃいますけども、政府との連絡がうまくいなくて申し込みが間に合わなかったという事例を私も数多く知っています。

どうしてもJICAのお相手というのは、アジアに限らず中近東、アフリカ、大洋州、中南米全世界にわたっておりますので、日本での研修も大前提としまして英語でおこなうということでもあります。そうすると、英語ができる人に限られてしまうという大きな足かせがあります。いくつか研修の形態としまして、国別にコースを組むとか地域別に組むとかフランス語の研修を組んだりとかいうことはやっておりますけども、それは数的には少ないのが現状です。

研修の内容の方の問題がございます。我々もODAという国家の予算にしばられておりますので、また百何十ヶ国という国を相手にしておりますので、その百何十ヶ国全てを1つのコースに招待するわけにもいきません。1回に招待できるのはせいぜい十数ヶ国。そのうちから10を選ぶというような形になっています。そこには1ヶ国1名という原則がございます。そうすると1年に1回、1ヶ国から1名という

非常に限られた機会しか与えることができない。そうすると、援助効率という大きな問題を我々はいつも頭の中に置いて仕事をしなければなりません。

それから、研修の内容の適用性の問題もあります。日本で研修をして教えたことがはたしてお国に帰ってそのまま使えるものかどうかという問題。その意味では、インフラの部分というのは、既にエスタブリッシュされた技術というのは、既に厳然としてありまして、それは明らかにその分野では日本は世界をリードしております。技術移転がほぼ言葉の意味どおり成り立つ部分なんですけども、この障害者福祉の分野では、今までの全体会の中でもありましたように、日本が進んでいるという感覚はなかなかそのままでは成立しないという部分が大きくあります。

ですから、JICAにとってもこの分野というのは、独自の取り組みをそれ独特の考えで臨まなければならない部分なんですけども、いかんせん要請が少ないということもありまして、案件数も少なくJICAとしてこの分野に対する方針というものは具体的なものはないというのが現状です。

今、1つは、研修員を受け入れる他にボランティアですとか専門家の方々に出させていただいているわけですけども、その分野での日本での人材不足、国際協力に行っていただける人材不足ですね、という問題もあります。それが、だいたい問題点です。それを受けて、これからの展望というか課題を、いくつか個人的な考えも含めて申し上げます。

1つ、要請をこちらにあげてもらうためには、NGOの方々、障害者の方々がより積極的に自国で啓蒙活動を推進していただきたい。国のトータルな発展のためには障害者という部分を避けて通れないんだという認識を、より強く中央政府が持つようにしていただきたいということがございます。

2つ目には、日本も含めて言えることなんですけども、NGOとGO、NGOのグループの間でのネットワークづくり、それからNGOのネッ

トワークと地方および中央政府との連絡をより密にさせていただきたいということがございます。どうしても、JICAの援助ですと、2国間、政府間の事業になりますので政府を通して全ての連絡情報を提供していくことになります。

そこで、政府とNGOの間の連絡が薄いと適当な候補者があがってこないとか、途上国の政府関係者がその話をどこへ持っていったらいいか具体的にわからないとか、そういったような問題が出てきます。是非ネットワークづくり、チャンネルづくりをしていった方がいいのではないか。

3番目としては、既存のコースの見直しを常にかけていかなければならないであろう。レジュメに書いたこういったコース構成でいいのだろうか。コースの目的はこれでいいのだろうか。コースに呼ぶ人の対象はどういう人を呼んだらいいのだろうか。先程申しあげたような日本での研修の制限を考えると、研修の対象者は一体どのようなレベルの人であるべきなのか、内容はどういうことを目的にすべきかということは常に問うていかなければならない問題だと思います。

これは、私どもの問題でもあるんですが、いろいろな研修、それから海外協力隊、専門家派遣、第2国・第3国研修、それから国際協力専門員といったいろいろなJICAはメニューを持っておりますので、それをうまく組み合わせて使えないか。

このJICAが持っているスキームを組み合わせるといのは、我々もこれからやっていたいかなければならないということで進めておりました、それはパッケージ協力とかアンブレラ協力というような言葉で言われています。具体的には、フィリピンの理数科教育の育成に対する協力がその1例としてあげられます。

最後に、人材不足についてですが、これからこの分野に携わるであろう若い方々もたくさんおられると思いますのでアジアの中の日本、世界の中の日本という意識を持ってどんどん外へ出て行ってほしい。そのために、海外協力隊や

専門家派遣といった機会をどんどん活用してほしい。JICAは、そのためのお手伝いをさせていただきますので、是非これを見逃していただきたくない。

そして、ベテランの方々には、この分野ではJICAは何分にも確固たる方針を持っておりませんので、その部分でお手伝いいただくためにも国際協力専門員というような形で、JICAの事業の1つでもあります国際協力の要員の育成という部分に携わっていただけると、我々としても非常に力強い味方を得ることになると思います。ここで終わりたいと思います。

座長：ありがとうございました。引きつづいて上野さん。

日本障害者リハビリテーション協会の研修活動

上野：リハビリテーション協会の上野悦子です。

JICAの委託を受けた研修が具体的にどのような形でおこなわれているかということの説明したいと思います。

リハビリテーション協会はJICAの委託を受けて84年から障害者リハビリテーションに携わる指導者の研修を実施してきました。86年からリハビリテーションの専門家コースと障害者リーダーコースとに分かれまして現在にいたっております。今年の修了時点で両コースを合わせて31か国から195人が参加しました。主にアジア・太平洋地域ですが、他に中南米やアフリカからも参加しております。

期間は7週間で、それぞれ10名ずつ。内容は、専門家コースは89年からサブテーマを職業リハビリテーションと授産施設の運営管理にしばって進めてまいりました。内容は、日本の国全体のことが理解できるような講義や見学の他、個別のニーズに合わせた小グループによる研修、そして地方研修として今年は福島にも行きました。

リーダーコースの方は、参加者は障害者運動をしている障害団体のリーダーで自ら障害を持

つ人々が対象になっております。内容は、専門家コースと同様に日本の国全体のことを理解できるように講義、見学として国レベルの施設などの他に自立生活センターや作業所などの見学も含めております。また、身体障害者スポーツ大会の視察も含めておりまして、今年は大愛県で行われた大会を視察し、その直前には名古屋市総合リハビリテーションセンターですとかゆたか福祉会などの見学させていただきました。このように多くの方々のご協力のもとに実施されております。

また、両コースとも企画委員会を設けてプログラムの作成にあたっております。リーダーコースの企画委員会は全員が障害のある人たちが構成されております。両コースともプログラムの一部をオープンにしまして関係者や関心のある人々も参加できるような機会を設けております。いずれにしても、日本の現状を理解してもらうということが目的になっております。

それでは、どのような問題点があるかと言いますと、先程穂積さんが指摘されたように、研修に参加する人のニーズとこちらで用意したプログラムの内容が必ずしも合っていないということがあげられます。これは、研修の情報提供の流れと選考方法が関係していると思います。

JICAの研修は政府間ベースでおこなわれますので、研修参加者を選ぶのは各国の政府になります。情報提供も日本政府から各国政府に行われておりますので、選考にあたってNGOを含む研修を本当に必要とする人のところに情報がゆきわたっているのかどうかというのがよくわからない状況です。また、グループ研修でするので柔軟性を持って対応することが非常に難しいということもあげられます。

これらは、JICAの枠の中で実施する以上はどうしてもつきまとう制限なわけですが、私どもが加盟しているリハビリテーション国際ショナルやアジアのNGOのネットワークなどを通していろいろ調査してみますと、ニーズが高いということがこちらでよくわかっているわけです。

リハビリテーション協会は1991年にJICAのコースに参加した人たちを対象にした同窓会セミナーを開催いたしました。その時、25人ほど招待しまして、今後どのような活動をしていくのかということをお話した結果、活発な情報交換の場がほしいということで参加者全員が発起人となって同窓会組織であるRANAPという名称の組織が誕生しました。「リハビリテーション従事者行動ネットワーク」と日本語では申しております。

RANAPのメンバーは、今や国連ESCAP決議のアジア太平洋障害者の10年(1993-2002)を推進する上でキーパーソンとなって活躍しておりまして、これももとはと言えばJICAの研修を地道に続けてきた成果であると言えます。

今後は、穂積さんの指摘にもありましたが、RANAPやアジアのNGOのネットワークなどを通して日本とアジアのNGO間、また日本国内でのNGO間の協力、また官と民の協力など、あらゆる場面での連携プレイが大事だと思いますし、そのことがより効果的な研修を可能にしていくと思います。そのためにも様々なネットワークの拡大をはかっていきたいと思っております。

座長： それでは、ひきつづいて沼田さん、お願いします。

精神薄弱福祉コース

沼田： 日本精神薄弱者福祉連盟の沼田でございます。

私ども日本精神薄弱者福祉連盟が精神薄弱福祉コースをJICAの委託ではじめまして、今年で15年になります。この間に、約30か国から130名の研修生を受けています。

研修の対象については、この15年間でJICAとかなりすったもんだをしまして……。と言いますのは、先程穂積さん上野さんもおっしゃったように、NGOから実際に研修が必要だと思われる方をお招きすることが難しい状況にあるからです。各国から私どもがつきあげをくって、

JICAに何とかしてほしいと言ったのですがうまく行きませんでした。最近はおきりめまして行政官、国公立の学校、または施設長という方を対象としています。

ただ、やってみますと、これは必要だと思うのです。こういう方たちは実際に予算を握っていらして、サービスを作る立場にあるわけですから。NGOの方をお招びしたいことは変わりありませんが、こういう研修を続けるべきだと思います。期間は3か月です。

目的としましては、日本のサービスを見ていただいて、それを一例として各国のサービスを考えていただくということです。テーマは、地域での暮らしということにしています。

レジュメの50ページに簡単な図がありますが3か月を3つに分けて、その1つを見学にあてています。この見学では東京近辺でのサービスをざっと見ていただきます。予防からはじまりまして早期教育、それから学校教育、そして自立訓練、そして大人になってからのサービスというようなことを見ていただきます。

次に、実習にはいります。実習のプログラムは、個々の研修生と学びたいことや興味があることについて話し合っ作製し、個別に近い形で行っています。期間は1ヶ月です。

あと2週間ぐらいを討論にあてています。討論のテーマは結婚に関してですか、親の関与・役割に関してです。各国でできていないことを考えていただくことを目的としています。

問題点としましては、ODAのお金を使うということで、しほりが多いことが原因になっています。例えば、見学期間では、1日1か所どこかに伺って見学をさせていただき、そこで討論をするという形になっています。これは「税金のムダ使いをせず効率良い研修を行う」為です。この1日1か所、それを毎日というのはかなり厳しいスケジュールなんです。研修生の国のサービスの成熟度によっても違ふんですけども、その国のサービスがかなり成熟していたり、または日本に近いことをやっているところの研修生というのは、これかというように自国とやっ

ているものと比べたり、ここが違ふなというふう理解が早いんですけど、全くそういうことを聞いたことも見たこともないという国から来た人にとっては毎日1か所どこかを見て、そのことを消化するというのは難しいんです。そういうことで、理解に差ができてしまうという問題点があります。

もう1つは、最初の問題点と関連するんですけど、見学期間中に新しい情報が洪水のようにガンガン流しますから、次の実習のところで研修のことを深めてくださいというのがこちらの要求なんですけど、それは難しく、あっあっと言っているうちに終わってしまうみたいなおすべりなところがあるんです。そういうところが問題点だと思っています。

課題としましては、対象が行政官であったり国公立の施設長、または学校長なんですけども、彼らが国に帰って何かプロジェクトをおこそうとした場合に、色々な面でNGOの支援が必要になります。ただ、NGOと国との関係が必ずしもスムーズにいったない場合が多くて、それがうまくいかないというのが彼らのかかえている問題でして、その対象国のNGOとの関係をどのようにして結べるのかということがこれからの課題だと思います。

私どものコースというのはやりっぱなしの感がありまして、見てください、こんなふうなんですよ、じゃあ何とかしてくださいねと言っても、実際に帰ってからそれを実現するのに新たな問題にぶつかっていく。その協力をこれからどうしていけばいいのか、きちんと考えなければと思います。

座長： 今、3人つづけて発題をいただきましたけども、JICAの委託を受けている日本精神薄弱者福祉連盟、それから日本障害者リハビリテーション協会。

次をお願いする飯島さんは、NGOで立場・視点が今までの3者とは少し異なりますけどそのあたりを踏まえてお願いします。

アガベ交換研修プログラム

飯島： 皆さん、こんにちは。アガベの飯島です。アガベ交換研修プログラムは、社会福祉法人日本キリスト教奉仕団の運営する神奈川県座間市にありますアガベ身体障害者作業センターが実施母体となっております。日本キリスト教奉仕団は、ここにご出席の皆様の中にはララ物資をご存じの方もいらっしゃるかと思います。私も実はララ物資のミルクのおかげで大きくなったひとりでございます。

その窓口として最初おりましたが、戦後の貧しい時を経まして、これから何をしたらいいのかという時に、丁度E S C A Pの会がバンコックで開かれまして、過去30年の間に急速に発展した日本の社会福祉事業から受けた恩恵を、福祉途上国である東南アジアの国々にお返しすべきだと考えまして、障害を持った人々のために働く福祉途上国の指導者の養成を最優先事項とするのが、日本キリスト教奉仕団の使命ではないかと考えまして1980年に第1回目のアガベ交換研修プログラムを開催しました。

今年で第15回目を先月終わりました。そして、この15年の間にアジアの12か国の国から合計48名の研修生が終了して母国に帰っております。数字の上から見ますと、本当にささやかな研修でございまして、研修費用は全て日本の皆様方の温かいご寄付に支えられ、それから研修もボランティアの方々のお力を本当にお借りして今までできてきた研修であります。

こうして振り返ってみますと、15年の間に第1回目の修了生が母国に帰りまして、その人達が今度はひとり立ちをして、自分で施設を開いていくというような私どものアガベ交換研修プログラムにとりましては、修了生の支援もするというような段階にはいってきました。そのおかげには本当に多くの方々のお支えがあったということを感謝の心でいつも振り返っております。

この研修プログラムは、毎年6月から10月まで5か月間アガベに宿泊して行われております。

その選考は、必ず日本キリスト教奉仕団のボードメンバー、またはアガベからの職員が書類選考が終わりましてから、この人たちを呼びたいという人たちのところに出かけていきまして面接をいたします。

その面接を通しまして、この方々に来ていただいて研修を受けてもらいたいということでお呼びするわけなんですけれども、今まで多くて毎年4名、いろんな都合でその4名を研修することが維持できなくて一番少なくて2名というような時期もございました。

本年は、過去15年間の研修生の母国に帰ってからの仕事はどういうふうになっているのかということ神奈川県から調査するように依頼を受けまして、その調査をいたしました。

その結果、各現地に出向いて研修生にいろいろ話を聞きましたところ、もう一度帰って再研修をさせてほしいという声があがりましたので、その要望に応えまして15回目の研修はリフレッシュコースと名づけまして4名に再来日してもらいました。みんな要職についている人たちですので、国を長いこと離れられませんでしたから1か月の短期間で専門コースに焦点を絞りましていたしました。タイから1名、インドから3名、合計4名のリフレッシュコースを10月から11月の初旬までかけていたしました。私としましては、ほっとしております、これからその報告書の作成にはいるところでございます。

私どもの研修につきましては数がたくさんございませんが、リーフレットにいたしまして準備した紙がございますので、後程お読みになっていただけたらおわかりいただけるかと思えます。少人数ですので、その利点を研修プログラムをつくる者としては力をいれてよい研修ができるように努力しています。日本語の勉強、日本の社会福祉一般について学んだ後、福祉施設、病院、作業所を訪問し現場での実習にはいります。

週末は日本の文化を通して、私どもと一緒に交流の場も味わっていただきたいということか

らホームステイが全部はいります。そして家庭生活も味わってもらような研修になっています。その間にいろいろ国際会議とか、私どもは日本キリスト教奉仕団でキリスト教の精神にもとづいてやっておりますので、教会の皆様方との交流もありまして、その集会にも参加し意見交換をすることにしてあります。

キリスト教と申しましたが、母国に帰っても地道にしっかりと活動していただきたいというところに焦点を置いておりますので、研修生を選考する際にはキリスト教でなくてはいけないということはありません。5か月間学んだ後、各国に帰って行くわけです。

今もって母国で地道に活動をしてきている修了生の一番多い国がインドなんです。インドからは今22名の修了生が、特にインドのへき地でもって活躍してくれています。

彼らから得た情報ですが、インドの数字がなかなか見つからなかったものですから、皆様にもおわかりいただきたいと思ひまして手紙を出してもらいました。返事によりますと、インドは今総人口が確かなものではございませんが9億からもう少しでいるようです。その内、障害を持った人たちは人口の約9%から10%近くにまでのぼっているようでして約8000万人から9000万ちょっと欠けるくらいになっているようです。それで、障害を持った人たちの中で知的障害を持った人たちが一番多く2200万人いるようです。

施設が、どれくらいあるのかということになりますと、インドの場合国の施設が全体で600あるそうです。その中でも国が経営しているのが25%、残りの75%がNGO関係だそうです。

アガベの研修に参加してくれています研修生たちも全部NGO関係の組織を通してきておりますが、修了生の一人がひとり立ちをして日本の国際ボランティア貯金給付金が交付されました。それはコミュニティセンターとして発展していくように支援をしようとしておりますが、たまたまインドにそういうセンターができようとしていますが、私どもとしましては、日本の

若い皆さん方が東南アジアにも興味を示していただいて、あちこちにできあがっているそういう施設に自ら足を運んでいただいて実際に体験をしていただきながらこの社会福祉問題を、私どものアガベの精神であります、ともに苦しみを分かち合い、そして生きていくというそういう姿勢で、また歴史の負債も踏まえまして、謙虚にアジアの人たちと同じ立場に立っているような問題を解決していけたらいいなという願いがあります。

座長： どうも、ありがとうございました。

ご質問があればその場で手をあげていただいで……。

質 疑

質 問： こういう研修をやる時に、日本ではなくてアジアの他の地域でやる研修をつくった方がよりたくさんの人を受け入れることができるし、地域的にも日本の文化や社会と全くかけ離れていない似たようなアジアの人たちが集えるところでやる方がより有効じゃないかなと常々思ってるんですけど。そういうような研修の仕方というのは今後日本の協力の中でできないもののでしょうか。特に、JICAの穂積さんの方に聞きたいと思います。

穂 積： 援助のスキームとしてはあります。

我々が、第2国第3国研修とっているものです。第3国研修は、その例を1つだけ、私も第3国研修の実績をくったんですが、その中で障害者の分野で見つけられたのはこの1つだけでした。DPIのセミナーですね。これをJICAの第3国研修という形でやっています。第3国研修というのは研修の場が日本から途上国に移ったという話です。

それで、通常日本に複数の国から来ていただくんですが、研修の場をある国におきまして、その周辺諸国から受け入れるという形をとります。これも、いくつか条件がありまして、それをきちんと研修をやってくれる母体があるということですね。それから、施設等があるという

ようなことなんですけれど。

メリットとしましては、日本にわざわざ呼ぶよりも安くつくということと、それから中南米なんかの場合ですと、スペイン語で研修をおこなうことができますので、その意味では言語の障害をある程度取りのぞくことができるということが出来ます。

これは、ある意味では日本からいろいろな形で先生に行っていただくとかいうことになりしますので、第3国研修数を増やしていかなければいけないという方向ではやっておりますけれども、まだまだ全体の中では少数ですね。

更に、研修の場をその国に移して、例えばタイでタイの国内の人たちを対象におこなうというのが第2国研修と言われる形で、これは第3国研修よりももっと歴史は浅くて、つい最近はじまった形態でございます、事例もわずか数コースぐらいしかございませんけれども。結局それは、日本でかって受け入れた人たちが講師となり指導者となって、現地で自分の国の人たちに知識を広めるという形をとるものです。

他には、専門家が出ていった方々が現地でセミナーをおこなうというような形態もございません。

飯 島： アガペでは正式にはなっておりませんが、現地で研修とまではいかないかもわかりませんが、日本のボランティアの方々に支援していただきまして一緒に働いていただきながらワークショップということで、今一番要望がでてるのが自助具制作なんです。それとか車いすの修理とか、ちょっと一緒にやればいろんなものがなってしまうというのが使われないままになっているというので、そういうようなワークショップをNGOでもしてもらえないだろうかという声が出ておまして、私どもの研修と並行に年に一度そういう国のニーズにそったワークショップを日本の若い人たちのボランティアを募りまして一緒に汗を流して働いてやっていこうというようなことも来年からはじめようと思っています。

沼 田： アジアで研修をした方が効果的じゃ

ないかという議論は私どもの方でも企画委員会の中で絶えず出ております。

92年にJICAの方でミッションを派遣する機会がありまして、国はマレーシアとシンガポールだったんですが、その時の報告書を見ますと、今後の提案として1つは第3国研修をやってほしい、もう1つはCBRの担い手の養成を行ってほしいという2点が出ているわけですね。

日本でおこなう研修でも効果はあると思っております。目から鱗が落ちるような体験を参加者の方々がされているわけなんです。例えば、今年専門家に参加されたシンガポールの方なんですが、この方は横浜にあるレストランで知的障害の人たちが働いていた。そこで、キャッシャーとして知的障害の人が働いていたのを見て、それまでは知的障害の人が働くということを考えたこともなかったけれども、シンガポールでもできるのではないかという確信を得たといえますね。

また、あるリーダーコースに来たフィリピンの人ですけども、重度の障害を持つ人が瞬き1つでテレビの操作をしていたのを見た。ブルネイの人は、白杖をつけて日本で視覚障害の人がひとりで歩いているのを見たということで、そのように障害を持つ人が持つ恐れだとか躊躇だとかを、いろいろな方法で取りのぞいていく解決方法を多く見ることができたということで目に見えない部分で伝わっていく部分も大きいというように考えております。

座 長： ありがとうございます。どうぞ。

意 見： 兵庫県の県立総合リハビリテーションセンターの澤村と言います。私もJICAのプログラムにいくつか参加させていただきました。

ISPOと言いまして国際義肢装具協会という仕事を20数年間やらせていただきまして、東南アジアのインターナショナルコンサルタントを20年間勤めております。

その中で、最近例えばタイランドのパタヤで、コンセンサス・カンファレンスをやったり、それから来年はプノンペンで、アプロペレート・

テクノロジーと言いまして、アジアに300万人ほどの足の切断の患者がいるわけですが、その人たちに対する義足の部品をどういうふうにつくろうかというコンセンサ・カンファレンスですけど、そういうことをやるわけですが、スポンサーを一生懸命捜しておるんです。ISPOだけではいけませんので、プノンペンの方についてはUSエイド、これは日本でいうと日本のJICAと一緒にプログラムだと思えますが。それで、プログラムの中はWHO、それからICRCとかILOとかが参加いたしまして、国際協力の中でそういったセミナーをやるわけですね。

その予算の使い道は別にその国の人だけでなく、たくさんの人の参加を要請するわけですが、講師も欧米からたくさん参加するわけです。そうでないとクオリティがよくない。日本からだけですとクオリティが低いんじゃないかという感じが私はいたします。そういうような関係で、USエイドのお金を使ってやるわけです。

今やそういう状態の中でJICAにその話を持っていったとしても、JICAの方は日本人だけでないと困りますとか、規制がたくさんありまして、ニーズに合わない。それが、僕にとっては大変な問題でありまして、なんでこれだけ国際協力をやりながら日本が国際音痴なのかというような感じが大変するわけでございます。

そういう意味において、義肢なんかにおいては足を切断する技術から義足を合わせる技術、そして義足を供給するシステムということになりますと、人ともと金とが全部ひっついてくるわけです。

ところが、人の教育を厚生省でやりましょう、物の配布は私の関係ではありません。これは、通産省の仕事ですというような話になりますと、全部縦割りの行政はズタズタに切られましてニーズに合わない。

従いまして、窮余の策として私は全国の市民マラソンの会にお願いしまして、ランナーズエイドという組織、これもNGOでしょうけども、

ひとりひとりマラソンに参加している市民から100円ずついただく組織をつくりました。今年は、7万人の人が走ってくれましたので700万集まったんですが、それをアジアに供給しようとしてるんですが、そういったNGOとODAの仕事をうまく合わせてやっていかないと本当のニーズに合わない。どうかフレキシビリティを持った対応をしていただきたい。

JICAに行くといつも大変僕は不愉快な思いをして……(笑い)。特に、外務省に行きますと、本当にこんな人と一緒にしとってどうなのかという腹立たしい感じで帰ってくるんですけど、もう少しニーズをよく理解していただいて、もう少し国際的に上手につき合っていて本当の意味でニーズに合うような仕事をしようじゃありませんか。私の提言でございます。座長：今の澤村さんのことに関連して応援演説でも結構ですが関連のご意見でも結構ですけどありませんか。

質問：パキスタンの盲人会連合のメモンです。

穂積さんがおっしゃいましたように発展途上国からの要請がないとか、うまく資源とかお金がわたらないとかおっしゃいましたけど、そういう場合に政府ではなくてNGOの方をうまくお使いになることはできないでしょうか。

特に、日本にもそういうNGOが来ておりますので、新しいネットワークもできております。政府よりもそういうところが柔軟にできると思えますが、そういうところにお金を出すことはできないでしょうか。

それから、JICAの研修プログラムに参加する時にNGOを通して、そのアプリケーションが送られてきて、それによる選考の手順とかの変更とかということも考えられるのでしょうか。

穂積：今の質問された事項は、今現存している業務の流れですね。これを本当に大きく変えることに係りますので、ここで私が何か皆様の希望にそのようなことを言って変に希望を持っていただくのはかえってマイナスかと思ひ

ますので、あえてそういうことは申しあげません。

1つ、日本からNGOへ直接お金が行くルートとしましては、JICAの所掌ではないんですけども、無償資金協力の一部として小規模無償というのがあります。小規模無償は、現地のNGOと日本の代表部ですね。大使館、または領事館との直接の契約合意にもとづいて資金が送られます。ですから、これは本当にNGOと日本との直接のコンタクトができるという貴重な機会であるかと思います。

JICAが直接、そのNGOとコンタクトできるかということについては、政府間協力という一番のファンデーションの上に乗って事業を展開しておりますので、要はその土俵をちょっとはみだすことになります。

その方が方針としてこの分野では有効ではないかということについては私も思いますので、これから私の日々の仕事の中で折りあるごとにそういったことをいろいろな人に提案していくことぐらいしか私はこの場でお約束できません。

実際にそうなるのかと聞かれても、はっきり言ってさあと首をかしげるしかないという頼りない返事なんですけど……。

座長： 委託で研修を受けてやっておられる沼田さん上野さん。研修生を決定するのはJICAの方で決めて送られてくるんですか、それともそれぞれで選考するんですか。

沼田： JICA、委託先と管轄省庁の合同で決めます。

座長： この部分では、NGOが参加者研修生の選考で係わってやっているわけですね。そうですね。

質問： JICAの穂積さんの発言で、第3国研修で障害インターナショナルの研修に資金が出たということで、実際にNGOにお金が出るということでしたら、そういう方法でもってNGOビジョンネットワークというフォーラムができていますけど、その会議などでもそういう資金が使えるものかどうかお聞きしたい。

2つ目は、こういうJICAの資金を使って

できれば日本の人が他の途上国を訪問してそちらで交流を深めるということにも使えるようにしてほしいことなんですけど、それが可能かどうかというのを聞きたい。

穂積： 我々の研修事業に対する要請というのは原則として政府から出るんですが、研修の中に国際機関の枠がございまして、国際機関の方からこういった研修員を受け入れてくれとか、こういったセミナーをやるんだけど第2国第3国研修のスキームでやってくれないかというような話が出た時にはそれに応じるという形態を取っております。

私もこの第3国研修は担当したことがないので設立の背景を全然知らないんですけども、恐らくそういうような形でDPIからこちらの方へ……。ただ、DPIの方からJICAへ直接来たかどうかということに関しては私も確信を全然持てません。

国際機関という枠が現実にはございますので、そういった国際的なネットワークを通じてJICAに、間に外務省とかがはいりかまわかりませんが、コンタクトを取るということは可能であると思います。

それから、途上国の状況を見るということなんですけど、1つにはこちらから研修のフォローアップの1つとしまして、定期的にくつつかの国に評価のためのフォローアップ調査団を出すということはやっております。

私どもの事業団の中にも企画部という部門がございまして、プロジェクトの立ちあげは全てそこが基本的に窓口になるわけですけども。そこが仕事としてプロジェクトの発掘のためのプロジェクト形成の調査団を各国に出しているわけでございます。

そういったプロジェクト形成、どういったニーズがあるのかというような調査団がこの分野で出ているのかどうかと聞かれると私はわからないんですけど、多分ないんじゃないかという気がしますが、そういったスキームを活用する可能性はございます。

座長： はい、ありがとうございます。

質問： JICAのこの研修コースについて
の問題点は2つあると思います。

1つは、研修の応募要領が送られてきてから
応募するまでの期間が極めて短い。このために
適当な候補者をあげることができないという点。

それから、もう1点は、政府ベースでやるわけ
ですから、日本としては政府から推薦してきた人
を取らざるを得ないわけでしょうけれども、政府
から推薦された人の資格を十分検討していただき
て、その方々が研修後その研修の目的である障
害者のリハビリテーションの高揚のためにしっ
かり働ける人なのかどうかということを見極め
てもらいたい。

でないと、日本に来てショッピングとか旅行
とかということでおわって後は何も残らないとい
うことになりかねない。

ですから、さっきに言った2点について十分
の考慮をお願いしたい。

穂積： ナロンさんがおっしゃられたような
情報をもってから、応募に必要な書類を出せとい
われるまでの時間が非常に短い。ひどい場合
は自分の国を出発する3日前にインフォメー
ションをもらったというような場合もありまし
て、どうしてそうなっちゃうのか我々も首をかし
げているというか相手の国の中で我々のつくっ
たパンフレットはどこに眠っていたんだろうと…
…。

原則としては、半年前にパンフレットはつく
られまして送られるんですが、1つには相手国
の政府の中でインフォメーションがどんどんわ
たっていく際にもものすごい時間がかかっている
というような状況があるように思います。

例えば、相手国の窓口機関と仰々しく言っ
ていますが、訪ねてみますと小さなオフィスに担
当者がひとりという感じですね。その人が、そ
の国に関するJICAの研修コースのパンフレッ
トを一手に握って関係する省庁に送るといっ
ような業務をやっているわけなんです。ですから、
当然その人がいない場合にはずうっとその机の
上にパンフレットが山積みになったままといっ
ような状況もございます。

また、その人から行って省庁の窓口の担当者
の所でも机の上で寝たままというような状況も
ありまして、どうも相手国の中にはいってから
時間がかかるというのは我々の身内にあります
在外事務所の人からはよく聞く話であります。

もう1つ、資格要件をきっちり見てくれとい
う話についてはごもっとも申しあげるしか
ないんですが、一応私どもとしてはきちんとその
コースのパンフレットの中に資格要件を設定し
ております。基本的には要請書の中にその人の
現職務内容、その人が帰国してからどういう仕
事につく予定であるのかというようなことを書
かせる項目がありまして、それを材料に判断を
しています。

いかにもワンパラグラフとか数行の文章で書
かれておりますので、とてもじゃないですがど
も、その人がどれくらい重要なキーパーソンで
あるのかというようなことまではなかなか読み
きれないというのも事実でして、来てみてなん
でこの人が来ちゃったのだろうとこちらで首を
かしげることがあるというのも事実です。

これは、JICAが制度として持っているわ
けではないんですが、JICAの在外事務所の中
にはそういった状況があるということで候補
になった人を事務所に呼んで、どうしてお前は
このコースにはいたいのかというふう面接を
して、その結果を私のところへ送ってきてく
れるという事務所が数少ないながらございます。

よほど不明瞭な場合は事務所を通して本人に
あえてコンタクトをして、より詳細な業務内
容を提出させたりというような形なるべく資格
要件に合った人を入れる努力はしております。

座長： ありがとうございます。

質問： 私は、韓国からアジア・太平洋ネッ
トワーク会議のためにこちらへ来ましたが、東
京で会議があった時に補装具・義手・義足に対
して私は話をしたことがあるんですが、恥ずか
しい話ですが韓国では交通事故がたくさん毎日
おきています。戦争の時に切断された人たちも
たくさんおられます。この人たちが使う補装具を
つくる人は国家検定制度がまだありません。こ

の人たちは、どこで習ったかというを見て聞きながら習いました。

また、自分が障害者になって事故がおきて切断されて自分の足が切られた後に自分で使ってみて自分自身で勉強して、こういうテクニカルエンジニアになった人がいます。この場合国家的に資格を持った人がひとりもないという話です。

こういう補装具をつくる人たちはスクーリングがありませんので、私ができるのは J I C A のプログラムの中に補装具トレーニングコースがリハビリテーションセンターの中にありますが、この J I C A のプログラムによってこのコースに入るためには、韓国では難しい英語の国家試験を受けます。60点以上とった人だけしかここに入れないので、今、本当に切断者の補装具をつくっている人が、全然来れないんです。

私は、東京の会議でこういう人たちのために日本まで来る必要はないし、トレーニングコースをつくってこの国あの国と短期間にまわりながらこういうテクニカルエイドに対する技術交流をしたどうかというのが私の考えです。

それから、この J I C A のプログラムにタイランドのナルンさんがお話しされたように、この障害者プログラムに入るには、外国語（英語）を上手に話すことが一番重要でしょうけれど、その人が障害者であるという理由を一番上の資格にして、障害者がこのプログラムの中に入れるようにしたら、このプログラムを通じて自分もいろんなインフォメーションを受けて、自分の国に帰って何か役立つ仕事ができるようになり、障害を持たない人はなるべくこの J I C A のプログラムに入れないようにしたらどうかというのが私の提案です。ありがとうございます。

座長： ご質問というよりご意見ご提案ということで今後に向けてというので受けとめることにしましょう。

今の第3国研修は、先程から話が出ています C B R、コミュニティ・ベースト・リハビリテーションを変えてコミュニティ・ベースト・トレ

ニング、C B T と言ってもいいかもしれませんがね。その地の文化、価値観に根ざしてという貴重なご提案ありがとうございます。

意見： 日本障害者リハビリテーション協会の丹羽でございます。

J I C A の穂積さんからご説明がございましたので補足するわけではございませんけども、J I C A も最近いろんな規則がありますけどもフレキシビリティという面で成長してきているんじゃないかと私は思います。

私は、長い間、I L O という国際機関におりまして、かつてはビュオクラティックな組織の中で働いておったんですが、I L O はもともと政府機関でございまして政府の要請がないと援助をしないという建て前を長い間とっておりまして、ここ10年ぐらい前からそういうことでなしに N G O からの要請がありまして、それに応えるという方向に動いております。ただし、N G O からの直接の要請というわけにはいきませんので N G O が政府を通して援助を求めてきた場合には I L O の援助を直接 N G O に与えることができる。そういうふうになっております。

現に J I C A もそういう方向に向かっているんじゃないかと思いますが、先月私は第3国へ E P I の訓練セミナーの講師として招かれてインドネシアへ行っておりました。その場合も本当の要請はインドネシアの N G O から日本の E P I に対して要請があったわけですね。けども、J I C A の方は J I C A のお金を使うためには2国間協定の原則にもとづかなければならないということで形式的に日本の外務省を通してアレンジメントをしたわけでございますけども、実際の要請はインドネシアの N G O から日本の N G O に要請があったと私は思います。実際には、J I C A はそれをやってくださったと理解しております。

さっきハックさんの方からご質問がありましたけども、数年前に私は J I C A の調査団として中近東に行ったことがございますけども、障害者の問題で J I C A ベースで民間の専門家を

送りこんでいろんな調査をするという事例もございます。ですから、JICAも随分変わってきた。今後もますますフレキシビリティを生かしてNGOが働きやすいような場を広げていただけたらいいと希望しております。

座長： はい、ありがとうございました。

質問： 名古屋のわっぱの会の斎藤と申します。

先程のシンポジウムとか48ページのレジュメのところ、このCBRは我が国の従来の発展途上国への援助のあり方を根本から問いなおせるともいわれているというふうに記載されておりますけども、先程の各シンポジストの方のご発言で、どういふに今の国内の研修というものが見直しをされているということがよくわからなかった、その辺を教えていただきたいと思うんです。私どもの考えからすると、日本の福祉というものは従来施設収容中心主義でやってきまして、それを見直す中で在宅福祉というものを地域福祉というものが言われておるわけですけども、それは不十分であって十分な公的福祉や公的保障はないし、さりとて障害者の自立運動を支えていくような体制もないし、そしてもともと本来日本の中であった近隣の助け合いということもだんだん失われてきている。そういう中でアジアの人たちにこれといって誇るようなものがあるのかどうかというのを非常に疑問に思うんですけども。そういう観点から言いましてもアジアの方たちが何を日本で研修したいのかという思いと、こちらが用意する研修とのそういったギャップが生じてこないのかということもお聞きをしたい。

それから、日本で学んだことが本当に役に立ってアジアの各国に帰ってどんなふうにかかされているのかということも是非お聞きしたいんです。要点だけでもいいですからこんなふうなことがあるということをお聞きしたいと思えます。

座長： そうですね。これは4人のパネラーの方だけに限らずシンポジウムで発言をした小林さんなんか特にその内容、日本の福祉の見直

しになるフィードバックがたくさんということもありましたがどなたかいかがでしょうか。

アジアのCBRを学ぶ過程で、むしろ私たち日本社会に多くのフィードバックを与えられているということです。沼田さん。

沼田： 研修を通してたくさん与えられているかと言われると、それはあまりないというふうにお答えしなければいけません。と言いますのは、私どものコースの研修生というのは行政官ですとか国公立の人が多いものですから、実際にCBRに携わっている方というのは少ないんです。

日本で地域のCBRがそんなに誇れるものではないのに研修生に何を見ていただけるのかというご質問なんですけど、研修生が何を学んでいられるのか、そして何を参考にされるのかというのはこちらで決めることではないと思っております。つまり、日本のシステムはずばらしいからあなたの国で作ってくださいというのではなく、日本の現状を見てあなたの国のサービスを考えてくださいということです。例えば施設福祉が必要だと思われる方もありますし、それはそれでどうぞという気持ちでいます。

ただ、研修のテーマはCBRというか日本の地域福祉ということにしています。日本でこういうCBR、地域福祉をやっているのやっってくださいというわけではなくて、日本にこれだけのリソースがあってその資源をどのようにネットワークをしてこの地域ではこういうふうにかかっている暮らしを支えるようにやっていますということを見ていただいています。その中で研修生が、これは使えるというものは国に帰ってやってもらっています。

例えば、マレーシアから来た地方行政官でしたけども、ほとんど何もない地方だったんです。その人は、北海道の過疎での幼児の療育というのを見ていきまして、そこは過疎地域での療育を大施設から、例えば月に1回、2週間に1回職員が派遣されていって、そこにやってくる幼児の保母さんたちとコンタクトをとりながらやっていたんですけども。

それで、マレーシアの地域でそういうものをつくりました。廃屋になっている元の県のオフィスを使いまして、そこで幼児の療育をはじめました。それは大きな近隣の病院からOT・PTが通ってきて、あとは地域のおじさん、おばさんたちがその子たちの面倒をみるというようなものでした。ですから、日本と同じもの、見たものをそのまま使うものでなくても、国情に合わせて何かしらかえてサービスを作っています。

座長： はい、飯島さん。

飯島： 私どもの研修にみえる研修生の例をとりましてもCBRを見たいという研修生も近年多いんです。特に、地域に根ざした活動ということでいろいろまわって研修をしてもらいますが、彼らが言ってくれますことは、やはり日本に来てよかった。それは、地域で女性が母親が障害を持った人々と一緒に行政と手を組んで一生懸命難関を乗り越えていっているという少しずつの働きが変えていくことにもなるので、今回10数年ぶりに来た人たちは一般の市民が日本の女性、特に母親が本当に真剣になって取り組んでいるということは驚きでしたと言って、帰ったら親も一緒に取り組んでいきたいというふうに言っていました。何がというところではなく私たちが気がつかないところでも視点はこういうものを見たいという強い願いで来ていますから何かを持って帰っていつてくれているようで、それが5年10年先に母国で根ざしていつてくれればいいのではないかと考えています。

座長： はい、ありがとうございます。

穂積： 私の書いたレジュメで紹介したこの分野でのJICAの研修コースの名前の中に指導者という名前が多く入っているのがおわかりかと思うんですが、これが私たちが日本での研修に期待する基本的な姿勢を表していると思います。日本でやるのは、最先端の人々というよりは、その人たちを自国に帰ってから養成する仕事を担う指導者の資質向上であるということです。

それは、年1回、1か国から1名という限定された機会です。最大限の援助効率を得るためには、

そのような設定が望ましかろうという考えに基づいています。現実に今年の2月に精神薄弱福祉コースのフォローアップで3か国ほど訪問しましたが、その中で帰国研修生に会った際に、あのコースでは私はあのアイデアに気に入った、あのスキームが気に入った、あの制度を非常に感銘に受けたので、今積極的に働きかけている、国でこういうような運動を後押ししたと具体的に私たちにレスポンスを返してくれたのは、ある程度それなりのポジションにある人たちで、現実に過去には最先端で障害者の方々と同じ向き合っている看護婦の人ですとか、特殊教育の先生とかを受け入れたことがあるんですけども、そういう人たちに会って話を聞いて、あなたは自国に帰ってから研修成果をどのように生かしていますかと聞くと、彼らは首をかしげてお互いに目くばせしてニッコリ笑って、日本での体験はよかったという感想を述べるにとどまってしまうということがあります。

日本での今の研修形態で最大の援助効果を得るためには指導者養成という形で進めていくのが妥当ではないかという考えであります。

座長： はい、ありがとうございます。

質問： 私は、中国の留学生、テレビと申します。今、日本福祉大学で勉強をしています。二木先生のゼミ生なんです。

私の質問なんですが、アガベ交換研修についてです。アガベの具体的な研修の内容は何ですか？ 社会福祉の研修が中心なのか国際交流を中心に行っているのか、それともキリスト教の宣伝を中心に行っているのか質問がありますけども…

座長： じゃあ、飯島さん。

飯島： 障害を持った人々のリハビリテーションです。ボケーション・リハビリテーションの研修に従事している指導者の人材育成です。

その前に、一般的な日本の社会福祉がどうなっているかということもわかっていただきたいということで一般的な講座を得まして、職業訓練、アガベは授産施設ですから、実際にアガベで研修をしてもらいます。そして、既に専門を持っ

ている人でしたならば、その専門に即して、例えば知的障害、耳の悪い方々、目の悪い方々の施設に勤めている人たちでしたらば、その専門教育・研修を1か月して合計5か月の社会福祉の勉強をしてもらいます。

座長： 詳細は、アガペの後に資料がありますからそれをご覧いただくとより詳しくわかると思います。最後にハンドヨさん。

意見： JICAの方に、政府は大型の計画とかそのプロジェクトについてやるわけですが、民間は、スケールの小さいものをできるわけですが、そういうものが一緒に協調できるようなことでやったらどうか。

政府を通してやりますと、政府はそういうことがわからないので民間はわかっていてもそのやり方を政府は知らないということもありますのでそういうことも考慮してやっていただきたいと思います。

質問： こういったトレーニングの情報はどうやったら得られますか。

穂積： 情報に関しては、基本的に現地のJICA事務所、それが無い場合は日本の大使館または領事館を通していただければ、その年度にどのようなコースが割りあてられているかという情報は入手できると思います。

座長： この分科会は、国際交流・研修活動をどう深めるかということですが、国際協力といった時に、ハンドヨさんも指摘してくださいましたが財政協力ですとか機材・資材の協力とかありますが、今日は限定して人づくり、特に障害分野に取り組んでいくワーカー、人づくり、そのための研修の場をどういうふうに今後つくっていったらいいだろうかということでもちました。

多くの質問がJICAに行きましたけども、私たちの税金でもって大きな働きをしていますので、だからこそ私たちは責任を持っていますし、関心を持っていますし、期待を持ちながら、みんなで一緒によくしていきましょうということだと思います。そういうふうに持ち帰っていただいて、総裁にどうぞお伝えください(笑)。

それから、今日はとても重要なことが多々出まして、私もメモをいっぱい取ったんですが記録につけ加えて報告書の中にでも少しでも入ったらと思うんです。

1つは、研修のニーズをどういうふうに見出すか、どう把握するか、どう理解するか、誰がどのようにそのニーズを把握するのか。これは、研修を考えた時にとても大切なことです。

2つ目に、そういうニーズに応えるためにどういう研修内容の研修をどういう方法論でやるか。もちろん、その前後には対象、人数、場所。日本でやるかそれぞれのアジア各地でやるか、期間、財政的なこと、言葉、それから評価をどうするのか、たくさんいろいろな重要なことがあります。

そういうニーズに合った研修をするための体制づくりをどうしたらいいか。これが、3番目に大きな私たちが今後考えていくべき課題としてあげられると思います。体制づくりというのは、どういうシステムをつくっていったらいいか、政府とNGO、NGOとNGO、国と国、それから地域と地域。私は、体制づくりというのはハードな分だけでなく人と人との、または人々と人々との関係づくりだと思っています。持っているリソースを共有し合いながらどういうふうに進めていったらいいか。

今日の分科会ではネットワーキングという言葉ですとか、研修指導者のトレーニングという言葉で語られたと思います。リハビリテーションを考えた時に上田先生の基調講演にあった医学的リハビリテーション・職業的リハビリテーション・教育的リハビリテーション、そして社会的リハビリテーション、この4つの中では、私たちは技術を向上するためのトレーニングと人間性開発というような人間の持っている潜在的な力を高めていくトレーニングという2つが私はあると思います。

その方法でハンドヨさんの短い話の中に多くの示唆が私たち日本にいるものとして受けとめなければいけないんじゃないかというのを感じました。それは、コミュニティベースといった

時の理解の仕方ですね。その地域の人たちによって……。

石を置きながら問題を発掘したり円をかくというのがありますが、あれはパーティシパトリー・ルーラル・アプレイザルと言いましてインドの社会では1980年代の中頃から随分実施されています。それから、言葉を変えていえば、パーティシパトリー・ピープルズ・プランニング、またはピープルズ・パーティシパトリー・プランニング、PPPと言います。それは、何か状況ニーズを発掘する時にパーティシパトリー・アクション・リサーチ、村人主体の問題発掘のプロセスということと意味するところは同じです。

それから、研修をします時にエージェンシーが中心の研修、カリキュラム中心の研修ではなくて参加中心の参加者主体の研修方法論。これを英語ではパーティシパトリー・トレーニング・メソドロジー、PTMというふうに言います。

1980年代のはじめからこうした事柄が、特にアジアの中では多く試行錯誤的に行われてきま

して、今こういう考え方で研修活動を進めていくので日本は相対的に遅れているんじゃないかという焦りもあります。

今日は、私は司会進行でしたので内容的なことはお話しできませんが、私はアジア保健研修所(AHI)というところで働いておりますが、政府の方とも連絡をとりながらこうした新しいパーティシパトリーなハンドヨさんが示してくださったような、その地域の人たちが主体になって問題発掘をし解決方法を見出ししていくような研修というものがこれから更に必要になってきているのではないかと思います。

言いたらないことたくさんあると思いますが、記録の方と問題点を整理させていただいて、今後それぞれが現場に帰った後、1つの参考になればこの分科会は1つの成果というふうに言えるのではないかと思います。

第3分科会は、一応これでおわりとさせていただきます。どうも、ありがとうございました。

地域からの視点

特別講演Ⅱ

「障害者の社会参加を支えるもの」

上村 数洋

(頸髄損傷者連絡会・岐阜、ALD岐阜)

畠山卓朗（横浜市総合リハビリテーションセンター企画研究室主査）

それでは、特別講演のⅡをはじめさせていただきます。座長をおおせつかりました横浜市総合リハビリセンターの畠山と申します。よろしくお願ひします。

本日、ご講演いただきますのは岐阜県にお住まいの上村 数洋さんです。上村さんは、頸髄損傷という障害を持ちながらこれまでご自分の生活を力強く切り開いてこられました。また、最近では障害を持つ人々のよきアドバイザーとして活躍をされています。それでは、上村さんにお話をお伺ひしたいと思います。よろしくお願ひします。

上村： 皆さん、はじめまして。上村です。

今、すごくドキドキしています。こんな大切な催しに出していただいて、自分がすごくいい勉強をさせていただけるという感激とともに、今回のお話をいただいた時に、自分の能力というか、自分が日常日々の生活の中で、障害に負けないように闘うだけが精一杯の私のような者が、こういうところに出していただけるお話をいただいて、何も皆さんの前で話をするような材料がないものですから断わればよかったんですけど、どういうわけか元気な時に女性からもてなかった反動が今きているせいか、人から声をかけていただきますと断わるということを忘れてしまひまして、安易に引き受けてしまったものですから、昨日からこの催しの中でいろんな先生がいろんなお話をされるのを聞いて、何

か自分だけがすごく不つり合ひで場違いなところへ出されているような気がして反省しております。

今さら逃げて帰るわけにはいきませんので、お昼までの間つまらない話しかできませんが、頭の中で今日のお昼は何を食べようと考えていただひ構いませんので少しお時間をいただひたいと思います。

それでは、スライドをお願いいたします。

スライドを使うことで、もしこの会場の中に視覚障害者の方がみえましたら、私は自分自身手が全く動かないものですから原稿を用意してもめくれないことと、いつからかスライドを使って話をする癖がついてしまいましたので、私のスライドは昨日、今日、皆さんがご覧になったスライドに比べて自分がパソコンでつくるものですから、そのパソコンの画面でつくったものをカメラで写しますので、今既に写っているのを見ていただひればわかりますように変形しています。これは、スライドの係の方が悪いのじゃなくて、私の方のつくり方のせいですので我慢してください。

今回、在宅重度障害者から見た地域リハビリテーションというタイトルをいただいたのですが、私が地域リハビリテーションについてとやかく言えるような立場ではありませんので、この在宅重度障害者からの「から」を、在宅重度障害者に見る地域リハビリテーションというふう置き換えて聞いていただひれば幸いです。

ここに、最初からあげましたが、この会場に

障害を持った方がたくさんみえる
 と思ったものですから、どちらか
 というと、そういう方むけにこの
 ようなものをつくりました。

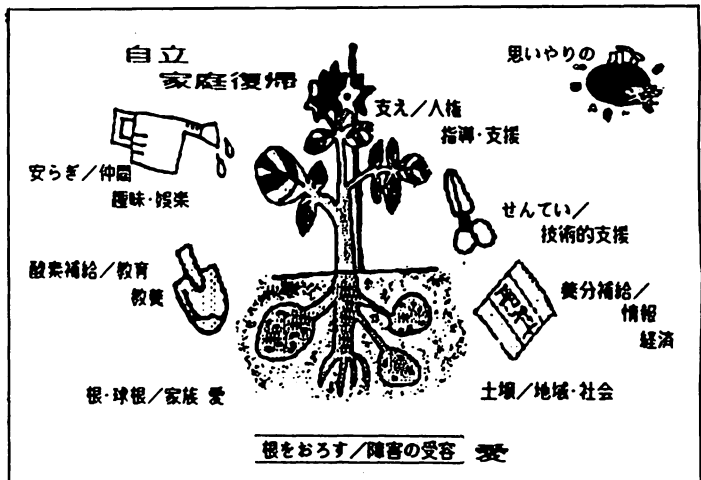
私たち障害を持った者にとって、
 自分の障害をいかに早く理解して、
 それを認めるか、このことという
 のはそれ以降の自分の生活を築い
 ていく上で、よりたくさんの理解
 者を得る上でも、とても大切なこ
 とだと思えます。それから、私た
 ちは普段家庭の中では、私に限ら
 ず、障害をお持ちの方は、自分の
 障害を忘れて生活ができると思
 います。でも、それを今度は家庭か

ら出た時にいかに長い時間自分の障害が忘れ
 られるか、そういう時間が持てるかということが、
 私たちの生活がより豊かに幸せになるものじゃ
 ないかと思っています。

これは、今回のレジュメにものせさせていた
 だいておりますが、私たちが、社会へ参加して
 いく過程、復帰とか、自立をしていこうとい
 うことを、私なりに勝手にこんな植物に例えてみ
 ました。植物が芽を出して茎を伸ばし、葉を広
 げ花を咲かせて、やがて実をつける、その過程
 にすごく似ていると思います。というのは、先
 程お話したように自分の障害をできるだけ早く
 認めることが、根をはることにともなうと思
 いますし、茎を伸ばしていった時に倒れないよう
 に、また養分をくれるような地域の土壌も地域の理
 解も必要だと思えます。

それから、経済的な面も含めて、支えてくれ
 る家族の愛、そういったことも必要だと思
 います。そして、茎を伸ばしていく中で、余分な方
 向に枝がいかにないように剪定をしたり、夏の日
 照りなんかの時に、水をくれる周りの支援、そ
 ういったこともとても大切だと思えます。

最終的には、この地上に恵みの光を与えてく
 れる太陽のような、温かい社会の心があれば一
 番うれしいことですし、重要なことだと思
 っております。



ここで、私の日常生活にふれさせていただき
 たいと思います。

これは、今から14年前にけがをした時の当時
 のものです。そして、娘は、現在高校1年生に
 なっておりますが、この当時3才半でした。私
 自身この当時、自分の不注意から交通事故で頸
 髄損傷になったわけですが、自分が寝たきり
 の生活になるのはどういふものかということが
 あまりピンと来ていませんでした。

この当時、私の中にあった不安とか悩みとか
 いうのは、この娘を将来いかに育てていったら
 いいのかとか、それまで社会の片隅の中で、ま
 がりなりにもたくさんの方と係わりを持って仕
 事をしてきたんですが、その仕事ができなくな
 ることによって、自分だけが社会からどんど
 ん取り残されていくような、そんな不安とか、途
 絶感といいますか、そのことに悩まされていた
 ように思います。そんな私が、今日こうして皆
 さんの前に出させていただけるようになったこ
 れまでを振り返ってみますと、私を支えてくれ
 た大きな要因が3つあったように思います。そ
 れを私は宝物と言っています。

その1番目は家族の愛です。

それから、2番目は、先程、私をご紹介いた
 だきました畠山先生をはじめとする福祉機器を
 研究開発されるリハ工学と言えいいのか、支

援技術の部門で働かれる研究者の方、そこから生まれてくる福祉機器、そういったものとの出会いがあったと思います。

そして、3番目は、そこから自分の気持ちが前に向いて社会へ出ていくことによって、新たにいろんな方と出会う。そこから大きなものを学んだような気がします。

この1つ1つについて簡単にご紹介したいと思います。

これは、今から12年半ほど前に病院から退院しまして、まがりなりに住宅改造をしたお風呂で、娘が背伸びしたような格好で私の頭を洗ってくれているところです。この時の感激というのは今だに覚えております。

これは、皆さんご存じのように手動のハンドリフターですが、日常生活の中でベッドから車いすの移動、車いすからベット、または入浴、そういったことをこのようなリフターを使って妻の介護のもとに暮らしております。

これは、説明するまでもありません。リフト付きの車です。後程ご紹介しますが、私の住んでいます岐阜県の郡上郡というのは、本当に山奥なものですから、公的な交通機関に頼ることができません。だから、いろんな情報を集めるためにも外出する唯一の道具として、このような車をまっ先に手に入れました。そして、家族とともに行動をはじめました。

2番目の支援技術との出会いについてですが、私がまず生活の場にまっ先に取り入れたのが、ここに書きました環境制御装置というものです。これは、改めて私が説明するまでもないと思いますが、事前に自分の使いたい身のまわりの機器とか家庭電化製品を15種類までつなぐことができます。そして、それぞれの障害に合わせたスイッチを選んで、そのスイッチを操作することによってそれらの機器を動かすことができます。私の場合は、手が使えないものですから、息を吸ったり吹いたりするスイッチでこの装置を利用しております。これが紹介しました息を吸ったり吹いたりすることで動かす呼吸スイッチというものです。

これが、呼吸スイッチを吹きながら電動ギャッチベッドをあげているところです。

これは皆さんご存じだと思いますが、NTTから出ています「ふれあいS」という電話でモデルチェンジをした2台目です。この電話は、受話器を取ることなく、またダイヤルに手をふれることなく私たちのような者でも息を吸ったり吹いたりすることで電話もかけられますし、かかってきた電話を受けることもできます。

それで、この電話が使えるようになったということで、それまでひとりで留守番をするということがとても大きな不安材料だったんですが、電話がかけられるようになったことで、介護をしてくれる妻がどこへ行くのか行き先の電話番号さえはっきりしておれば、電話をかけることによっていつでも呼び出せるという安心感から留守番できる時間がどんどん増えてきました。

これは、何でもない市販のラジカセですが、手が使えないものですから、電話がかかってきたりとか、私は元気な時から神経質なものですから、今回のレジュメなんかの原稿の話をいただいても、夜寝てても気になって眠れないんです。それで、夜中に原稿がフッと浮んでくると、朝まで忘れないようにと思っていると寝不足になるものですから、このようなカセットを環境制御装置につないで置いて夜中に電源を入れて吹きこむんです。次の日に再生をしながらワープロを打つんですが、夜中に勝手に電源を入れてゴソゴソやっていると、妻や子どもが何事かと思ってとんでくるのがよくありました。

これも市販の玄関モニター用のテレビです。これをつけて環境制御装置に連動した玄関錠を利用することによって来客を家の中に入れたり、最近は少し横着になりまして、ここに写ってその日の気分で出会いたくない人の時にはインターホンに出ないとか、押し売りの時は全く応答をしないと、そんなことにも利用をしております。

これは、今から12年程前のものになりますが、ワープロの小型キーボードです。

病院のリハビリで少し電動カナタイプを習っ

たんですが、電動カナタイプは漢字が使えなかったものですから、漢字が使えたらというそれだけのことで、当時ワープロが60万、70万とする時代で、メーカーも3社ぐらいしかでておりませんでした。飛びつきました。

その当時のワープロというのは、今のワープロに比べたらはるかに機能が悪くて横並びのキーボードで、私たちのように口に棒をくわえて打つものにとっては、端から端までキーを押すということはすごく疲れます。それを見るに見かねた研究所の畠山先生が、ここに写っているような市販のキーボードの3分の1ほどのキーボードをつくっていただきました。これが、できたことによってワープロがより身近なものになりました。

これは、ちょっと宣伝になりますが、ワープロが使えるようになりまして、とにかくそのうれしさから片っ端から友だちとか知人に手紙を書きました。でも、そうそう手紙を書く相手なんてないものですから、その喜びをどういうふうに伝えようかと考えた末、よく新聞とか雑誌を見ていると文章の募集が出ているんです。

それで、そういったのに応募します。意外と障害者が応募してきたというお情けも多分にあったかもしれませんが、すごくいい確率で賞をいただきました。安い時は2万円ぐらいから最高20万円ぐらいいただいたこともありまして、働くことはできないんですけど、その賞金で娘のものを買ってやったりできました。その喜びがあって、ついついのめりこみまして……。

最近、ちょっと遠のいておりますが、これによって結構いろんなものが購入できましたし、賞金が入った時に、それまで欲しかった電化製品なんかを買うものですから、近くの電器屋さんなんか、何かを頼むと、「おっまた何か賞金が入ったか」なんて言ってくれるまでになりました。

ワープロで文字が自分のものになりましたら、私は欲張りなものですから、さらに自分の気持ちを人に伝えるために絵とか図を書きたくなりました。そこで、何とかそれを実現してほしい

ということでお願いしてできてきたのが、ここに写っていますキーボードマウスというパソコンの入力装置です。

これは、同じように、口の先から伸びています棒の先にありますタブレットと言いますが、縦10cm、横15cmぐらいの中にキーボードの機能と絵や図を書くためのマウスの機能が全て含まれております。

これは、今から何年も前ですが、娘が夏休みの工作で、丁度瀬戸大橋ができた時に「つり橋をつくってみたい」と言ったものですから、私はもし元気で手が動いていましたら親ばかりですから全部自分でつくって、「おいっ持っていけ」と言ったと思うんですけど、それができない悲しさで、このような下手な絵を書きまして、この絵をもとに娘に「ここはこんな材料を買ってこい」、「ここは何cmぐらいに切れ」、「ここはこんなふうにしたらいいぞ」という説明をしました。それで、できたつり橋の工作がこれです。

パソコンとかワープロという元気な方にすると、何か冷たいとか難しいとか思われるかもしれないんですけど、私たち全く手の使えない障害者にとっては、こういう親子のスキンシップと言えればいいですか。コミュニケーションの手段にもなりうるわけです。

それから、これは何年前に本が読みたいということから、自分で考えたページめくり機を図に表したものです。当時ページめくり機というのは、結構輸入品も含めてありましたけど、高い割にはなかなか思うようには使えないとか、操作ミスがおきるということで、自分で考えたこれでもということで、近くの大工さんにつくっていただきました。それを使いながら読書をしているところです。これは、すごい大ぶりでありましてあまりお勧めではないんですが、一応こんな新聞めくり機も考えましてつくってもらいました。これを使うことによって1面から最後の面まで新聞を読むことができます。ただし、これは動かない癖に目だけが2.0という特典があるおかげなんです。

そうしたパソコンを使っていく中で身のまわ

りの福祉機器の使いにくいところとか、こんなものがあつたらいいとか、それからいろんな研究所の先生方が試作されたものを使わせていただいて、その改良点なんかを言わせていただくようなことにもパソコンを使うことができるようになりました。

その中のこれは1つで、例えば私たちが、車いすに降りる時に従来ですとお尻の下にシートをしてつりさげてもらって移っていたんです。そのシートというのはお尻の下からぬけないものですから、自宅にいる時はいいんですけど外出する時は見た目は悪いんです。だから、何とかそれを簡単ににお尻の下からぬけるようなものを、という取り組みの時のものです。

これは、まだ完成品ではないんですが、試作品の段階で試めさせていただいているところです。

そういった中で、今から9年前に日本リハビリテーション工学協会というのが日本にできました。その中で、あくまでも障害者の立場から参加して、いろいろ福祉機器に対する使い勝手とか意見を言ってみないかと誘っていただきました。それまで、私は病院を出てから遠出も外泊も一度もしたことがなかったんですが、その時に恐る恐る参加をしまして2泊3日無事に過ごすことができました。

それから、自信がついたというのか、毎年その時期が近づくと、社交辞令ですけどいろんな先生方から「今年も来いよ」とか、「お前が来ると面白いから絶対に来いよ」なんていうお手紙なんかいただいて、ついそれに乗ってでかけております。そういうところへ出ていくことによって、その場所で、また新たに開発された福祉機器と出会い、試させていただいて、どんどん情報が入ってきます。

これは、起立補助機とって私たちのように一生車いすの生活しかできないと思っていたものが、この装置を使うことによって立つことができました。これは、はじめて立ったものですから、こわごわ立ってまして、一時はやりました映画のキョンシーじゃないんですけど、何か

幽霊のように立っていますが、この時の立った視界からながめた景色というのはすごく感動的でした。

参考までに、車いす生活をしている者が立つということは、血行がよくなるとか、内臓の動きがよくなるとか、それ以外にも運動まではいかななくても立つことで骨がもろくなることが防げるそうです。

これは、何年前かに私が描いた絵の1枚ですが、何とかパソコンが使えることを、同じような要望を持った、同じような障害を持つ人に伝えることができないかということで、このような絵を書きはじめました。時節柄、こんなものを選んできましたけど、なかなか猫に見てもらえませんが……。

これは、メザシですが、これを書く時には生のいわしを買ってきてもらいまして、それを見ながら書いてたんです。1日で書けないものだから冷蔵庫に入れてもらって、冷凍しておいては何日かかけて書いているうちに順番にひからびてきまして、最終的には、いい具合とこんなメザシにしてしまいました。そういう絵を書いていく中で、たまたま作業療法ジャーナルの編集者の方が「面白いから」ということで、その月刊誌の表紙に3年間使っていただくこともできました。

パソコンの使い方の中に、もう1つ私が情報を手に入れたり、いろいろたくさんの方とお話をする手段として現在パソコン通信をしております。このパソコン通信をすることによって、私たちのように家から出る機会が極端に少ないものでも自宅にいながら遠くに離れた多くの方、その中には大学の先生もあり、お医者さんもあり、主婦もあり、学生さんもあり、本当にたくさんの方と知り合うことができました。

そんな通信の中のひとりで、この子は真紀ちゃんと言いますが、重度の脳性まひの方で表出言語もなく一部分しか動かない子ですが、この子が何時間もかけてノンタッチキーボードとワンセンサーを使って、ある日パソコン通信の画面の中に、「今度カラオケオフをやりませんか」

と書いてきたんです。

そうしたら、反響がものすごくって障害者仲間の人たちが、「やろうやろう」ということで、その話で盛りあがったんです。

場所も決めて、いよいよ日にちが迫ってきた2日ほど前ですけど、カラオケオフの幹事を選んだ比較的障害の軽い方から電話がかかってきて、「本当にできるんだろうか、真紀ちゃんたちはカラオケに誘ったら失礼じゃないんだろうか」という電話がかかってきたんです。私もそれを聞いて、一瞬そうかなと思ったんですけど、そこまで来た話を急にやめるのも変なものですから、成り行き任せでやろうということで、当日会場に行ったんです。

そうしたら、我々の予想は、ふっ飛びまして、私のように音痴だからと言ってみんなの歌を聞いて1曲もうたわなかったものに比べましたら、この真紀ちゃんは各小節ごとの頭の音だけは出しながら全身でリズムをとっているんですね。誰よりもカラオケを楽しんでいるんですね。それには、すごい感動を覚えました。

これは、そういう通信の中で知り合ったひとりの方が、ある日「今度うちの娘が結婚する」と書いてこられました。

私は、その結婚というのが自分の娘とダブリまして、まだまだ自分の娘は、10年も15年も先にしか結婚なんてことはないと思うんですが、その時には、それまでは頑張って生きて結婚式に出たいと思ってるもんですから、その人に「何が何でも結婚式に出た方がいいよ、例え羽織、袴を借りてでも」と言ったんです。

でも、その人は「車いすに1日2時間しか座ってられないから結婚式に出ない」と言われたものですから、おせっかいなことに、奥さんにまで「絶対に引っぱって行ってください」と言いました。そのことを私は無責任にもきれいに忘れていたんです。それから2、3か月してからこの写真が入った手紙がとどきまして、「お前のおかげで結婚式に貸し衣装でなくて羽織、袴を新調して思い切って出たら、2時間どころか5時間でも6時間でも車いすに座ってられ

て、結婚式から披露宴の最後まで出ることができたから本当にお前のおかげだ」と、この写真をいただいたんです。私は、何か自分の目標ができたような気がして、この写真を本人の許可をいただいて本日皆さんに紹介するようなわけです。

最近、そういうパソコン機器も含めてですが、福祉機器を新しく開発されたものを使わせていただくこともあってテレビとか新聞に何回かとりあげられたことがあります。

そのことによって、全国の同じような障害を持った方とか家族の方から相談を受ける機会がどんどん増えてきました。そんな時、私たち障害者は悲しいかなその日の自分の体調とか気分によってどの方にも万遍なく均等にお応えすることができないものですから、いろいろ考えた末、暇な時を使って文章を打ったり、さし絵を書いたり、写真をはったりして相談内容の多いようなものをつくってコピーをしては、送っていたんです。

またまた本当に幸せなことに、それに目をとめていただいた出版社の方から3年前、こんな1冊の本にさせていただきました。先程の山田さんではないんですけど、よかったら手に入れて読んでください。そうすると、わずかでですけど印税らしいものが入ってきて、小遣いが増えますので……。

今まで、あんなこともできるようになった、こんなこともできるようになったと自慢をしたようにとられたかもしれませんが、私たち障害を持つものにとって、支援技術というのはとても大きな役割をはたしてくれると思います。

その役割を大きく分けると、機能の促進と言いますか、今までご紹介したような真紀ちゃんの例に見るように、表出言語もなくて全く動けなくて何もできないという人でも、パソコン通信ができてたくさんの人と知り合うことができたり、そういう本来隠されていた能力とか、人によっては判断できない引き出すことができなような能力を、今の技術の進歩が引き出し

てくれると思います。

もう1つは、可能性の拡大、私のように今から14年前にけがをした時は一生寝たきりだとか3年もばいいなんて言われたんですが、今はいろんなことに挑戦ができるようになりました。そういう可能性をどんどん広げてくれると思います。それと同時に介護にあたってくれる家族とか、そういうことに従事してみえる方たちの負担を減らし、また介護に係わる時間を大幅に減少してくれる、そういう役割を持っていると思います。私たちにとって、いろんな技術に支えられてできることがあるということは、即生きていく自信につながると思っています。

私もそういう支援技術に支えられて生きる自信ができました。そのことによって、これは今から5年前ですが、岐阜県の梶原知事がテレビで対談をさせてくれるというお話をいただいたんです。それまで私は、冬場は雪が降りますし、10月の終わり11月のはじめから翌年の3月いっぱいぐらいまでは、寒いと痙攣がひどいものですから全く出なくて冬眠と称して自宅に閉じこもっていました。でも、折角知事さんがテレビで対談をしていただけるんだからということ思いきって出かけていってみますと、気を張っていたせいか意外と寒さがこたえなくて体がもったんです。

それが、自分の中で大きな自信につながりまして、それ以降冬でも出かけるようになりました。そういった意味では、知事さんにはいい機会をいただいたと思って感謝しております。

これは、鹿児島県の福祉大会に呼んでいただいた時のものです。

この会場で板山先生がみえていませんが、今から3年前に日米障害者会議に参加する機会をいただいて、板山先生たちにアメリカまで連れて行っていただきました。その時のアメリカ側の司会者の写真で、右端の方のはかの有名なジュディ・ヒューマンさんで、現在のクリントン大統領の教育省のリハビリテーション部長を務めてみえるようです。

この時、アメリカへ連れて行っていただいたことで、自分自身が25時間近くの長旅によく耐えたということもさることながら、この会議にアメリカから参加されていた代表の障害者の方たちが、生意気なようですけど、日本の障害者と比べて目の輝きから、体から溢れるパワーというんですか、すごいものを持ってみえるというものを感じてきたんです。

それともう1つ、その時にたまたま向こうが私たちに見る機会を与えてくれた行事の1つの中で、馬の上に乗っている小さなお子さんは脳性まひの方です。日本だったら脳性まひの子を馬に乗せるなんてことは周りが絶対にさせないと思います。アメリカでは、本人やその家族が望めばどんなことにでもチャレンジさせてくれると言いますか、この子も話によれば最初は痙攣がひどくて誰かが側で支えていないと乗ってられなかったんですが、最近では馬に乗る楽しさから、そういった痙攣がどんどん減ってきてひとりでもこうして乗られるようです。そういう障害者に可能性を与えてくれるとか、いくら重度の障害を持っていてもどんどん受け入れて、社会も要職に就かせてくれるというアメリカの風土というのは、日本も見習っていかなければいけない部分だと思って感心してきました。

これは、今までお話をしてきたようなことをまとめるような感じですが、私たちが社会に参加するということは社会に参加をしていけば、そこから情報とか知識がどんどん得られます。それが入ってくると自分の中に自信がつき、発言の機会も増えると思いますし、社会性も備わって来ると思っています。

そうすると、さらに社会に入っていく、入っていけばまた情報、知識が増える。このサークルがどんどん大きくなって来ると思っています。

だから、我々にとってはとても社会参加というのは大きな要因だと思っております。

今までいろんなこと、あれもやっています、これもやっていますと、自分の生活を紹介してきましたが、そういういろんな機器を購入する

にあたって、私たち重度の者が、山奥に住んでいますと働くこともできません。だから、少しでも生活を安定させるには、一番手軽にできる方法は妻に働きに出てもらうことです。でもこのあたり、私は古いと言われるかもしれませんが、一家の主である男がうちの中におりまして、女を働きに出すというのはすごい抵抗があったんですが、やむを得ないということで現在も働いてもらっています。

これは、妻が障害を持った就学前の子どもさんたちの指導に携わせてもらっている様子ですが、最初の頃は月に1回ボランティアで出ていました。それが月に2回になり、週に1回になり週に2回になっていくことでどんどん増えていきまして、最近では月曜から金曜までフルに働いております。

よくしたもので、最近女房のいない方がパソコンなんかに向かっていましてはかどりまして、日曜日とか土曜日に女房が私のうしろをバタバタ掃除してくれてますと何か落ち着かなくて、そんな生活が変化もしております。

そういう生活の中で、昼間一人であるものですから、パソコンだけに向かっていっているわけにもいきませんし、できるだけ生活のなかみを増やしたいということで、こんなマグネット式の将棋盤を使いながらひとり将棋もしたりしております。

これは、ひとりである時、家族や娘なんかピアノをひいたりする時に自分だけポツンとしているのもさみしいものですから、何かいい楽器はないかと考えましたら、手が使えなくても息を吸ったり吹いたりするだけで使えるハーモニカがありまして、それを何とか自分で吹こうということで、こんな取り組みもしております。

元気な時に、娘が成長盛りだったものですから、よく写真を写しておりました。いろんなことができるようになって気持ちが落ち着いてきますと、そういう趣味とか娯楽の部分に気がいくようになりました。そこで、「何とかカメラを写すことができないですか」とまたまたお願いをしました。

そこで、できたのがこのカメラで、現在一番新しいものは息を吸ったり吹いたりするだけでカメラのアングルと言いますか、上下左右、それからズームレンズのテレ、ワイド、それからフォーカス、シャッター全てがきれるようなところまでできております。

それまで外出する時は、女房にいろんなところについていってもらっていたんですが、働きに出ていくようになると、自分一人でうちの中ばかりにいるのもいやですし、出ていく機会を断わるのもおしいものですから、何とか一人で出ていきたいということで、電動車いすに乗りたいたいと思うようになりました。それまで私たちのように手が使えない者が使える電動車いすは確かにありました。

でも、顎で操作するものしかなくて、私は何かそれが体に合わないし疲れるということでもいやだったものですから、何とか私のように肩だけしかあがらない者でも使えるような電動車いすをつくってくださいとお願ひして出来たのが、ここに写ってますし、現在私が乗っている電動車いすです。参考までに、私のわずかに動く肩を持ち上げることによって脇の下にスイッチが入ってまして、そのスイッチで前進したり、バックしたり、左右に曲がったりできるものです。

私の住んでいます郡上は別なんですけど、ちょっと取り組みをしています可児市の方では、ここに写っていますようなリフトつきの車を貸し出ししてくれる制度があります。それと、運転ボランティアなんかがありまして、そういった方の介助のもとに一人でいろんな催しとかいろんな所へも出かけられるようになりました。

ここから、私の住んでいます郡上郡白鳥町という山奥をご紹介します。このように冬になりますと一面雪が降ります。一冬の降雪量は2メートルを超すか超さないくらいになります。私自身もこういった初雪が降った日に、自分の不注意から谷川に落ちていきまして頸損になりました。雪が降るものですから、ある意味では仕

方がないと言えば仕方がないんですが、これは私の町の役場です。

雪が降ることと、こういうお役所の建物というのは威厳を保つためか床が高いんですね。だから、私たち車いすの者には、なかなか大変です。

これも国保白鳥病院で、公の病院ですが、このように階段がありまして、なかなか車いすの者にとっては厄介なものです。

これは、近くの喫茶店ですが、喫茶店に行こうと思っても、このように階段がありまして、喫茶店1つにもすぐには行きません。

最近では、わが家3人も、娘までが車の中から、私のはいれる喫茶店を見つけるコツを覚えまして、選んで喫茶店にはいるような状況です。

最初にお話したように、公的な交通機関はバスかこのような第3セクターの長良川鉄道と言いましてレールバスなんです。これは、入り口が狭くて、ステップが3段ほどあるんです。だから、私たちには現段階では無用のものです。リフトつきの車で出かけていきます。出かけていきますと、確かに公的な施設には車いすのマークの駐車場がありますが、このように車が止まっています、なかなか止めることもできません。

これは、たまたま東京なんかに出かけていく時に、駅のホームで車いすをつっていたところなんです。こういう時も電動車いすと手動を使い分けているんです。なぜかと言うと、駅員さんをお願いすると、向こうから来ながら、「おっいいぞ、軽い車いすだから早く来い、早く来い」と言われてるのを聞いたものですから、電動車いすでは何となく気がひけるんです。

これは、岐阜県庁の中にあります車いすマークのついたエレベーターです。県庁へ行ってエレベーターを使いたくても、この横にもいくつか普通のエレベーターがあるんですが、いつもこのように満杯で、すぐに使えたことがないんです。

この写真を写す時も、決してやらせではなくて、女房に「エレベーターが着いて人がいっぱい

いのにシャッターをきれよ」と言って、「少ない時は写すな」と言ってたんです。すると、一番最初に着いたエレベーターが、このような状態でした。

最近、皆さんもご存じのようにノーマライゼーションとかバリアフリーだとかいう言葉が叫ばれるようになりまして、私たちにとっては受け入れる社会とか住みやすい社会をつくらうということで取り組んでいただいとてありがたいと思っております。

私が、先程自分が住んでいます町のことをご紹介しましたが、そういったことを確かに早く改善されて車いすでも動けるようになればいいと思いますが、そういうことを急いでくれと言うよりも、私が今すぐ気にしていますのは、この一番下にあります地域格差の問題なんです。

というのは、本当なら福祉が市町村におりてきまして、よりきめの細かな地域に合った福祉を目指しているはずなんです、私の住んでいます町を含めて岐阜県の中でも約半数、全国でも恐らく5割近くあると思うんですが、在宅福祉の3本柱であるホームヘルパーなどの制度、これが高齢者だけで障害者は対象にしてもらっていません。こういったことが現実におきていますから、これらのことの方が私は気になりますし、早く解決してほしいなと思っております。

これは、後でご紹介しますが、私たちがつくっています会に初めて参加してくれました仲間です。

この彼は、けがをしてから6年ぐらいになるんですが、岐阜県の山奥に住んでいて、病院を退院してから一度も外に出たことがなくて、その催しにも、このようなストレッチャーで参加してきたんです。

このストレッチャーに対して参加者が「どうしてそんなものに乗っているんだ」と言ったら、彼は「僕はこれしか乗れないと思ってたし、僕に乗れるようなものがないと思ってた」と言うんです。結局、情報が大幅に不足しているんですね。だから、こういった意味も含めて情報などが、もっともっと一人ひとりの障害者の手も

とに伝わっていくシステムが必要だと思ひます。

今、紹介しました彼のように、地方へ行けば行くほど、病院を退院すると家庭の中に入ってしまう。その間に何も無いんですね。もちろん、働くところまではいかなくともいいんですが、その間にもっともっと何か障害者が生甲斐を見つけれられるようなものがあるといいはずですし、欲しいと思ひています。

例えば、今日ご説明したような福祉機器、支援技術、福祉の制度とか、それをひっくるめて、私たちに合うように研究された、そういったものがあったとしても、それがそのまま即私たち障害者が利用できるかという、決してそうじゃないと思ひます。というのは、障害が一人ひとり違うこともあります。生活環境が違うこともあります。それから、今日はよくても明日になると障害が重くなる進行性の方もあります。そういった1つ1つの違いと、制度とか福祉機器とか支援技術とかを結びつける、さらにそこに支援の支援といったことも大切だと思ひます。

もう1つは、地域格差の問題だとか、地域の中に私たち障害者と身近に接して指導をさせていただける人材の育成とか確保とか、最近では技術がどんどん進んできて、障害者でもパソコンなどで働けるようになりました。

そういうものが発達してくると、それを持つ人と持てない人、それから、それを使いこなせる人と使いこなせない人の間で新たな障害が生まれてくると思ひます。だから、それをなくすサポート体制とか、そういったものを、経済的に持てない人をどうしたらいいのかという、そういう経済的な問題まで含めてこれからは取り組んでいただかないといけなないんじゃないかと思ひておられます。

突然、映画の「座頭市」のビデオのケースを写しましたが、決してこれはふざけて出したわけじゃなくて、日本というのはすごく大昔から福祉国家だったと思ひます。というのは、江戸時代、この「座頭市」でもわかるように目の不自由な方には「座頭」という制度までつくっ

て職業を与えてくれていたと思ひます。

最近、日本の家庭からどんどん消えてますが、縁側に靴をぬぐ縁石というんですか、石がよくありました。これは、お年寄りとか子どもとか、縁側に直接座れないような人への配慮だったと思ひます。早くいえば、現在のスロープと同じだと思ひます。そういう古くから日本には障害者だけでなく、人に優しい配慮という心、それからこれは戦争と結びつたからいけないんですが、隣組制度という助け合う風土というのは育っていたと思ひます。

現在でも、このスライドは、よくスーパーの裏側などにある、荷物をおろす一段高くなっている配送用のプラットホームですが、これなども障害者ではないんですが、そこで働く人たちがトラックの高い荷台に荷物を乗せたりおろしたりする負担を少しでも減らそうという配慮だと思ひます。こういう配慮が私たちの身の周りにいっぱい存在していると思ひます。こういったものが広がって福祉の方にもくれば何も特別な取り組みではないような気がしております。

これは、リフトつきの路線バスです。それを利用している時のものですが、現在いろんなところでリフトつきの路線バスを走らせようという動きがありますが、必ずしも私はこういう動きは賛成でなくて、むしろ反対なんです。というのは、先日ある障害者の機関誌の中に、東京に路線バスが走って何年かになるが、1日中リフトバスに車いすの人が乗ってなかった日があるようなことが書かれていました。

それと、路線バスにリフトがついていても、これを利用できるのは車いすを使用している者だけで、松葉杖の方とかお年寄りとか、それから妊婦さんとか、そういった方は相変わらずステップを利用しないといけなないわけなんです。

ここに写っていますのは、たまたま今年ドイツへ行かれた私の知り合いが向こうで写して送ってくれた写真をスライドにしたんです。

私が、3年前にアメリカへ行った時にも実際に経験をしてきたんですが、外国にはこのように油圧で車高がさがったり斜めになって、歩道

と一緒の高さになるバスがあるんですね。それと、歩道がないところではこのようにスロープが車から出てきて、わずかな傾斜だけで乗り降りできるんです。これからは、こういった社会的弱者といわれる誰でもが使える車を走らそうじゃないかという取り組みに、私たち障害者も含めて取り組んでいくべきじゃないかなと思っています。

これは、3年前アメリカに行った時見たんですが、例えば今お話しした油圧でさがるようなバスを走らせようとする、きつと「高い」「お金がかかる」という反対が出ると思います。何もそういう高価なものを求めなくても、これはアメリカであったんですが、バス停の横にキャスターのついたこのような鉄製のスロープが置いてあるんです。バスが来ると、これを誰かが動かしてくれまして、乗りこめるんです。これでも十分対応ができるんじゃないかと思うんです。

これは、私が事務局を置いている市内にあるスーパーの駐車場なんです、ここの駐車場は以前はいつ行っても、車いすマークのところがいっぱいで止めることができませんでした。

ある日からこのように鎖がついたんです。そしたら、全く止める人がなくなって、いつ行っても私のように介助者が運転してくれる者の場合はすぐに止められるからすごくいいんです。でも、これは絶対におかしいと思って私はスーパーへ聞きにいったんです。

そうしたら、この鎖をかける発端になったのは、私と同じように介護をされている立場の人が文句を行っていったから、スーパーとして急遽やったというんです。

このように、私たちの周りには、障害を持った者が社会に望んでいく時に、一つ間違うと、自分の立場だけで発言したりすると、かえって自分たちが住みにくい社会をつくるんじゃないかなという思いでご紹介をしました。

福祉には、物質的な福祉と内面的な福祉があると思います。いろいろ設備なんかを整える方は物質的なものだと思います。そして、物質的

な福祉ばかり求めますと、お金もかかりますし、それが実現するまでにはとても長い時間がかかると思います。

もちろん、この物質的な福祉も求めていけないといけないんですが、これから私たちが望まないといけないのは、それと並行しながら内面の福祉というか、困った時にずっと来て助けていただける、先程のエレベーターの時に言い忘れたんですが、アメリカに行った時にエレベーターの近くに寄っていくと、それまで一番早く着くエレベーターの前にたくさん待っていた人たちがドアをあけて待っていてくれて、それ以外の人は、さっと次に来るエレベーターの方へ移られるんですね。エレベーターが1本しかないところは階段でどんどんのぼられたんです。そういう人の気くばりというのは、これから私たちが社会に参加していく中でとても大切なことではないかと思っています。

最近、私たち障害者も含めて、またマスコミも含めてですが、障害者が何か目新しいことをしたり何か変わったことをするとではやしてくれず、でも、障害者が社会的な常識からはずれたこととか、何か間違ったことをした時に叱ってくれる人が何人いるかということ、意外とないもので、「いいわいいわ障害者だから、黙っていよう、我慢しておこう」という人が多いと思うんです。それは、決して私たち障害者を持つ者にとって思いやりでも何でもないとだと思っうんです。

それとか、新幹線に車いすの人が閉じこめられて車庫まで行ってしまったとか、駅のエレベーターに閉じこめられて翌朝まで見つけられなかったという話題がありました。確かに、そういう設備が整ってないために障害者が一人で動けないことは罪だと思います。

でも現実問題として、そういうことがまだ実現しない中で私たちが生活をしていく時に、本当に駅側などの責任だと一方的に言っているのかなという気がするんです。私たち障害者を持っていても、配慮とか気配りとか思いやりということができるはずなんです。

もちろん、そういった事故がおきないような設備にしてもらうように声をあげていかないといけないんですが、それと並行しながら、自分で自分の身を守る最低限の努力だけは常にしていかないと、社会から逆に「障害者何をやとる」と言われるような気がしています。

そういったいろんな思いがありまして、私たちが住む岐阜県の中で、何とか少しでも福祉がよくなるようにという思いが募ってきました。一方的に、声を出して要求ばかりしてはおかしいと思って、とにかく自分たち、同じような障害を持つ仲間同志集まって、情報交換をしながら高め合っていくということで一昨年から頸髄損傷者の会もつくりました。それとALD、地域生活を支援するための情報を提供していくということでも現在取り組んでおります。

これは、頸損の集まりの様子です。このように岐阜県は、交通手段がないんですが、本当にへき地からたくさんの方が集まってきてくれます。

そうした活動の中で、私たち重度の者が働くことはできませんが、何とか就労の道を模索していくということでも、とりあえず現在ここに取上げています「夢旅人」という機関誌をつくっております。この機関誌づくりに関しては、私と同じような重度の四肢まひの頸損の者が3人から4人でパソコン通信とか、最近のDTPソフトなんかを使い自分たちで印刷の版下までつくって機関誌を発行しております。現在、発行部数が650にまで来ております。これもまた山田さんの真似ではないんですが、よかったら購読会員になってください。

そういう活動と並行しながら、仲間同志、よそで頑張っている障害者のビデオを見たりしながら勉強会も開いております。これは、仲間同志で少しでも何かができるようになるということでも、ワープロ教室なんかを開いて取り組んでいる時のものです。

日本では、「障害」という漢字2文字で全ての障害を表現されていますし、この障害という

漢字を使うことをきらい若い人たちがたくさん出てきています。これは、私が生意気に言うまでもないんですが、本当ですと障害の中には、私たちが生まれたり、また中途の人の場合は、受傷による機能的な障害の部分と、もう1つは、社会へ参加していこうとした時に新たに生まれてくる障害・障壁との2つがあると思うんです。

これからの時代は、最初にご紹介したように支援技術だとか制度だとかいろんなことで、私たちが本来持っている機能的な障害は障害と感じなくていい時代に入ってきていると思うんです。むしろ、社会に入っていくための障害・障壁をなくしていかなければいけないと思いますし、下に書いてありますが3年前にアメリカに行った時に耳にした言葉に、ピープルファーストという言葉がありました。「健常者・障害者という前に、まず一人の人間として……。」という意味でこの言葉にすごく感激しまして機会あるごとに使わせていただいているんですが、そういうふうになればいいなと思っております。

山奥の、夜8時になればお店がみんなまっとうしてしまうようなところに住んでいますが、最近このような24時間のコンビニエンスストアが私の町にも2つできました。これは、東海北陸自動車道がどんどん延びていまして、現在は美並村まで延びております。平成9年には私の町まで延びてくるらしいんです。ただし、この高速道路は美濃市までは通常的高速道路ですが、そこから以北は片側1車線の高速度道路で、高速度道路とは言えないと思いますが、私たち地方に住む者にとっては、この高速度道路が延びていくとともに、地域格差もなくなり、田舎にも福祉の波がおしよせてくるだろうなと私は大いに期待して、いつもこの下を通っているわけです。

最後になりましたが、何年も自分に言い聞かすように使っていますが、今の高速度道路しかり、世の中の展開しかり、私が受傷しました14年前は全く何もできませんでした。世の中がどんどん進んでいくおかげで現在こうして皆さんの前にお出せさせていただいたり、またいろんなことができるようになりました。これから10年と言

わないまでも5年先には、もっと世の中が変わってくると思うんです。

例えば、今障害と言われていた人が障害者でなくなって、今重度の障害者という人が単なる障害者になる時代も絶対来ないとは言えないと思うんです。だから、私は常にここに書いたように「夢と希望」だけは持ち続けて頑張りたいと思っておりますので、今後とも皆さんの温かいご支援をお願いしたいと思えます。

今回このような大切な催しに出させていただきました関係者の皆さん、それから事務局の皆さんにこの場を借りまして心よりお礼申しあげます。ありがとうございました。

座長：上村さんとは、10数年来のおつき合いをさせていただいております。その間、私だけではなくて多くのリハエンジニアを育てられました。最後に、上村さんに感謝の拍手をお願いします。

シンポジウムⅡ

「重度・重複障害者（児）の在宅援助 — その可能性と困難性 —」

座長：万 歳 登茂子（名古屋市総合リハビリテーションセンターリハ部長）
シンポジスト：遠 藤 六 朗（第二びわこ学園副園長）
渡 辺 次 男（厚生省児童家庭局障害福祉課障害者福祉専門官）
柴 田 洋 弥（武蔵野市障害者総合センター）
中 井 香代子（名古屋撫〔ぶな〕の森）
峰 島 厚（第2分科会座長・江南女子短期大学教授）

座長：それでは、はじめさせていただきます。私は、今紹介をいただきました万歳と言います。

この非常に難しいテーマを取りあげさせていただきましたのは、昭和54年に養護学校がの義務教育化ということになりました。それまで、非常に重度で在宅で就学猶予ということで過ごしていた重度、重複障害の障害児が学校に通うようになりました。これは意義深いことだと思います。

ところが、15年たちまして彼らが卒業することになりました。卒業したけれど、卒業後重度である、重複の障害であるということで、既存の施設ではどれもマッチするものがなかったわけです。

あるとするならば、通所回数の少ないデイサービスがあるぐらいだったわけなんです。まずこういう人たちをどうしたらいいのだろうかということが、新たな問題になってきたということで難しいこの問題を今日取りあげてみました。

この難しい問題に現在立ち向かってみえる方を、シンポジストにお招きしてお話を進めたいと思います。このシンポジウムというのは、先程からお話していますように難しいものですから結論が出るものではないと思います。ですから、シンポジストの方に、このリハビリテーション研究大会のメインテーマであります、

現場の視点から考えていることを述べていただいて、フロアの方から皆さんと一緒に考えていきたいと思います。

進め方は、最初に5名の方をお願いした内容をお話していただいて、そのあと続けてシンポジストの方にお話ししていただきたいと思います。まず、最初に厚生省の児童家庭局障害福祉専門官でいらっしゃる渡辺さんから、行政の立場からということでこの問題をお話ししていただくと思います。

まず、最初に問題を提起していただくということで現状と今後の展望についてお話ししていただきます。つづきまして、第二びわこ学園の副園長でいらっしゃる遠藤さんから重度心身障害児入所施設であるこの第二びわこ学園が地域支援として取り組んでみえる滋賀県の重度障害者の地域授業ということについてお話をさせていただいて、そして施設として持っている医療や訓練などのノウハウを重度の人たちの在宅援助にいかにか活用していくかというお話をお願いします。

そして、3番目に武蔵野障害者総合センターの柴田さんから知的障害の面から重度の障害者が在宅生活を送るための問題点ということに関しまして、現在行ってみえます精神薄弱者通所更生施設で行っているデイセンターというもの

を通してお話をさせていただこうと思います。それに加えて、現在対応する十分な制度がないわけですから、この制度をいかに国に制度化として働きかけていくか。そのためのネットワークの必要性についても少しお話をさせていただこうかなと思っています。

それから、4番目には、ぶなの森の中井さん。中井さんは、6年前より重度障害者の施設づくりを中心になって進めてみえました。今年の4月に、その念願の施設を開所されましたが、その開所されるまでの間にいろんな施設の情報を集められました。そして、いろいろ勉強されてきました。

その中で、いろいろな問題にぶつかったこととお話ししていただきます。中井さんのお話の中からは可能性よりも困難性の方が多分多いんじゃないかなと思うのですが、それに加えて将来に向けての問題ということも是非お話の中に入れていただこうかと思っています。

最後に、峰島さんから昨日の第2分科会、家族・家庭を支える地域社会の課題で座長をしていただきました。その中で話し合われた重度重複障害者と家族、それからその家族を支える地域の問題ということに関してお話をさせていただこうかと思っています。その後フロアの方から一緒に考えていこうかと思っています。

まず、最初に渡辺さん、よろしく願いいたします。

重度・重複障害者(児)の在宅援助(行政の立場から)

ー重症心身障害(児)者を中心にしてー

渡 辺：厚生省で障害福祉専門官をしております渡辺と申します。

私は、重症心身障害児の場合を例にとりまして、行政の立場からこの障害の重い人たちに対する対応について少しお話しをしたいと思います。

ご承知のように、我が国の障害福祉は昭和56年の「国際障害者年」、そして58年からはじま

りました「国連障害者の10年」を経てノーマライゼーションの理念の普及・定着とともに質的に大きく転換しました。

それは、端的に言えば、それまでの施設福祉を中心とした考え方から地域福祉を中心とした考え方への転換であるわけですが、このことは平成2年の福祉関連8法の改正の中で今後の方向として明確に位置づけられました。

特に、障害の重い人たち、そして障害が重複する人たちの福祉は、主として入所施設を中心にして対応してきましたが、このような人たちについても、可能な限り生まれ育った地域の中で障害のない人たちとともに生活をしていきたい、あるいはさせたいという希望が高まっています。

重度・重複障害といわれる人たちの豊かな地域生活を実現するためには、彼らを支える人の問題をはじめとして施設・設備、そして、財政上の問題等地域の中に援助システムを構築していく上で、クリアしなければならない課題は山積みにしており、行政としての本格的な取り組みは今その緒についたばかりであるといえます。

昨年3月、総理府にあります障害者対策推進本部から、これからの10年を展望した障害者対策に関する新長期計画が発表されましたが、その中心テーマは「障害者の自立と社会参加の促進」ということであり、5つの基本的な考え方の1つとして「障害の重度化・重複化への対応」ということがあげられております。

ここでは、最初にお話しいたしましたように重症心身障害児(者)の例をとりまして現状と今後の展望ということについて少しお話ししたいと思います。重症心身障害児、大変しゃべりにくいものですから重症児というふうに、特別なことがない限りそういう言葉で表現させていただきます。

まず、対応の経緯と現在の状況ということですが。重症児の問題は昭和30年代に社会問題として注目を集めるようになり、昭和42年に児童福祉法の一部が改正され、医療法にもとづく病院としての機能を持った重症心身障害児施設が

新たに児童福祉施設として位置づけられました。

そして、当時の重症児についての認識はおおよそ次のようでありました。4つほどあげますが、

- ① 重症児は寝たきりの小さな子どもで終日ベッドで過ごす以外にない。
- ② その介護を家庭で行うことは経済的・技術的に見て困難であり、社会的にも理解が乏しく困窮を極めている。
- ③ 重症児の場合は、その障害の内容から見て濃厚な医療的な管理が不可欠である。
- ④ どんなに手厚く養育しても大半が10代なかばまでに死亡する。

以上のような背景から重症児は、重症心身障害児施設のような医療的な管理の整備されたところでなければ十分なケアが困難であり、そしてそこで例え短い一生であっても手厚くケアされること、そういうことが彼らの人としての尊厳を守る唯一の方法であるというふうには当時は考えられておりました。

しかし、昭和54年養護学校の設置の義務化、そして国際障害者年、国連障害者の10年を通してノーマライゼーションの理念が国民の間に浸透・定着する中で、在宅指向が高まってきました。

つまり、昭和54年の養護学校の義務制の実施によって、それまで就学猶予を余儀なくされていた重症児も通学が可能になりました。

しかしながら、彼らのための通園の場は、まだ制度化されていませんでしたので、卒業と同時に日常的に通う場や活動の場がなくなってしまい、社会との接点が希薄な過去の在宅生活へ逆もどりするか、あるいは施設に入所するか選択の道はありませんでした。一部の人たちは、地域の小規模作業所に受け入れてもらうということもありましたが、そのような人たちは極少数でしかありませんでしたので、養護学校の卒業生を中心に卒業後の通園の場に対する要望が高まってきました。

また、ノーマライゼーションの思想の浸透・定着は、地域社会の障害者に対する障害者観と

いうものに変化をもたらし、そのことが障害児(者)をもつ親の障害者観への影響を与え、家庭内で療育することへの意欲というものをもちこたえました。もちろん、それは医学の進歩、それからこれまでの様々な福祉施策の向上などが、大きな支えになっていたことはいまでもないことだと思います。

ですから、これまでは施設に入れたいけれども、空きベッドがないために仕方なく在宅を余儀なくされているといった、いわば消極的な在宅から、現在では社会にあるいろいろな制度をできる限り活用し、親が元気なうちはできる限り在宅で療育し面倒をみていきたいという、いわば積極的な在宅へと親の意識は変わってきているのではないかと思います。

さらに、重症児の実態として昭和38年の島田療育園の開設以来、重症児のための施設の整備に国も努めてきましたが、現実に重症心身障害児施設に入所している重症児は3分の1ほどであり、残る3分の2は在宅であるという実態があります。

このような在宅指向の高まり、それからその3分の2は在宅であるという現実を踏まえて国は施設整備を進める一方で、在宅サービスの充実、充実といえるかどうかは評価が分かれるところだと思いますが、在宅サービスの充実に努めてきております。

具体的な在宅者のためのサービスとしては、重症児だけを想定したものと限りませんが、いろいろなものがありますがいくつか例をあげますと、例えば昭和42年から児童相談所を中心にして重症児のための訪問指導をはじめております。それから、昭和47年からは、全国重症心身障害児(者)を守る会の行っている療育相談事業に対する助成を国として始めております。

それから、昭和51年からはじめていた緊急保護事業、現在の短期入所事業、いわゆるショートステイですが、これに巡回療育相談、あるいは短期療育事業等を加えまして、昭和55年から施設のオープン化事業、つまり施設がこれまでに蓄えてきた人的・物的機能を、地域で生活し

ている障害者のためにも活用していただくという、いわゆる施設のオープン化事業というものをはじめています。

それから、ホームヘルパーの派遣ということも昭和45年から始めております。その他にも手当等の経済支援の充実、そして補装具の交付や修理、育成医療の給付、日常生活用具の給付等の事業等も制度化されております。

また、特筆される動きとしては、皆さんご存じの方もあるかと思いますが、横浜市にあります訪問の家「朋」、あるいは愛知県の愛光園のように、現在ある制度を利用して、つまり精神薄弱者通所更生施設という形をとりながら、主に重症心身障害児のための通園の場を確保しようという新しい試みもできました。

在宅の重症児を支えるための施策は、年々、徐々にではありますが、充実してきておりますが、彼らの在宅生活を支えるための施策の質的な転換、つまりこれまでの対応から一歩踏みだした対応がはじまったのは、平成元年度の重症心身障害児通園モデル事業の開始からといえます。

この事業は、「在宅の重症心身障害児者に対して通園の方法により日常生活動作、運動機能の訓練等を行い、在宅重症心身障害児者の福祉の増進に資する」というもので、これまでは十分な医療的な管理が保障された入所施設で対応するという方向から、先程申しましたように養護学校の義務化から派生した在宅指向の高まり、そして3分の2は在宅であるという現実を踏まえて通園という方法での対応に本格的に国として取り組もうとしたわけです。

具体的には医療法にもとづく病院であると同時に児童福祉施設でもある5つの重症心身障害児施設にモデル的な通園の場を設けまして、その可能性を探ることにしました。この事業はモデルの段階ではありましたが、大変好評でありまして、多くのところから早く一般事業化してほしいという要望もでておりましたが、その一方でいくつかの問題点も指摘されました。

1つは、この事業は1か所あたり15人ほどの

通園というものを想定したものでありましたが、毎日15名の重症児に来ていただくためには、相当広域から来ていただかなければならないということで、具体的には通園に1時間以上もかかるという人もいたということです。

もう1つは、医療的な管理が不可欠だということで、重症心身障害児施設に併設という形をとりましたが、県によっては重症心身障害児施設がないところもあり、この事業を一般事業化した時に、これらのところではそこに住んでいる重症児たちはこの通園の場に通うことはできない、そういう恩恵を受けられないということがありました。そこで、これらの課題を解決するために、平成5年度から1日の通園者が5名ほどの小規模型のモデル事業を5か所ではじめました。

そして、この事業の実施施設は重症心身障害児施設等というふうにしまして、この「等」というところが大事なところです。つまり、医療法にもとづく病院としての設備が整った重症心身障害児施設以外でも実施できる可能性について検討をはじめました。

実際のモデル事業としては重症心身障害児の施設3か所、それから病院としての機能を持っている肢体不自由児施設1か所、それから精神薄弱者通所更生施設1か所ではじめました。その通所更生施設の1か所というのが先程申しあげました愛知県の愛光園であるわけです。

このモデル事業とは別に、もう1つ大事な事業をはじめております。それは、平成2年からはじめた「心身障害児通園施設機能充実モデル事業」です。

この事業は、通園施設に重複障害児が通えるように、必要な職員を配置するというものでありまして、必ずしも重症児を想定したものではありませんでしたが、結果として精神薄弱児通園施設に重症心身障害児を措置することが可能になりました。

このように、まだモデルの段階ですが重症心身障害児(者)についてもようやく通園の場の確保への道が開けたわけです。

最後に、今後の課題と将来の展望ということですが、まず我々がしなければならないこと、それは今申しあげましたモデル事業というモデルをはずして、できるだけ早く一般事業化して、日本中の全ての重症児がその通園という方法で必要な療育を受けられるような場を確保することだというふうに考えています。

また、重症児の場合は、その障害の特性から医療的なケアということは、無視できない大変大きな問題だと思います。従って、医療的な機能を持っていない施設が通園事業を実施する場合に、施設との関係の中で医療を保障するシステムを地域の中にどう構築していくかといった問題が、これからの大きな問題になってくるのではないかというふうに思っております。以上です。

座長：ありがとうございました。

まずは、問題を提起していただいたということで、その中のモデル事業の1つとして第二びわこ学園の取り組みを遠藤さんからお話していただきたいと思います。

重症心身障害児者の地域支援システム構築

遠藤：滋賀県にあります重症心身障害児施設第二びわこ学園の遠藤と申します。

滋賀県の障害者福祉施策というのは市町村レベル、それから福祉圏域、そして滋賀県全体の3つの階層によって障害者の福祉施策が進められてきました。とりわけ、学校にあがる前の時期の乳幼児期におきましては乳幼児検診、障害の早期発見。それで、第2次的に早期療育の場を保障する。第3次的には滋賀県全体では総合療育センターを持っています。そのように学校にあがる前の時期には比較的システムが構築されています。

また、滋賀県においては養護学校の校区もほぼ、完全ではないんですが、福祉圏域とマッチングするように、そういう努力がはかられてきています。そうしてきますと、養護学校卒業後のシステム、つまり青年・成人期のシステムを、

どのようにつくっていくかということが大きな課題になっているところです。

昨年、滋賀県は障害者対策新長期構想を発表しまして、その中におきまして福祉圏域での障害者地域総合ケアシステムの構築をうたっております。今回私が報告しますのは、現在県内で5か所の通園事業を展開して、第二びわこ学園が補助なり委託を受けて実施しておりますけれども、その経験を踏まえながら重症心身障害児（者）、あるいは重度障害者のシステム構築の可能性について述べてみたいと思います。

スライドをお願いします。

滋賀県の福祉圏

滋賀県人口

1,261,342人 (1993年10月1日現在)

滋賀県内重症児者数 (1993年度中央・彦根児相登録数)

257名



滋賀県の人口は126万人。県内に2つの児童相談所がありまして、湖北福祉圏、愛犬福祉圏、これが彦根児童相談所、あとのエリアは中央児童相談所が管轄しておりまして、昨年度の計では257名の重症心身障害児(者)の方が登録されております。私どもは、推定値としては240名と思ったんですけども、若干それを上回っているのは、京都、大阪の方から流入してきて

いるということが伺われます。

それで、福祉圏域は、7つあります。琵琶湖を囲みまして時計回りに湖北福祉圏、愛犬福祉圏、湖東福祉圏、甲賀福祉圏、湖南福祉圏、大津福祉圏、そして湖西福祉圏。大津福祉圏と湖南福祉圏は、だいたい人口が50万で南部の方に集中しているということがいえると思います。

第一びわこ学園は1B、第二びわこ学園は2Bと略記

事業名	実施	開設日数
滋賀県重症児通園モデル事業(2B通園)	2B	週5日
草津市重度障害者通園療育事業	1B	週1日
滋賀県重度障害者通所生活訓練援助事業		
大津通園(所在地:大津)	1B	週5日
愛犬通園(所在地:彦根)	2B	週5日
湖北通園(所在地:長浜)	2B	週5日
湖東通園(所在地:未定)1995年4月開設予定		週5日

1994年度は約40名が利用 1995年度は約60名(予定)

第二びわこ学園は、創立以来地域の方に係わっていくということでも、いろいろな事業を展開してきていますけれども、障害者外来相談、訪問事業、通園事業、短期入所事業などです。

重症心身障害児(者)の方については、事前の診察などを行っておりますけれども、第一びわこ学園、第二びわこ学園を合わせて約200ケースが登録されて事前診察等を行っております。

訪問事業は、中央児童相談所、彦根児童相談所の重症児巡回訪問事業に協力しまして必要に応じて訪問看護を行う。

とりわけ、彦根児童相談所に関しては12年間取り組んできていまして、だいたいひとりの方について年間2、3回の訪問になっています。その中で健康相談であるとか日常の状態把握、あるいは時によっては生活介護相談なり、リハビリスタッフが行きまして生活の中でのポジショニングとかリハ相談を行っているとかいうことがあります。この彦根相談所の訪問事業の中から通園事業を利用されるという方がみえておられます。

それから、通園事業は、後に述べます。短期入所事業については、先程も渡辺さんが述べましたが、長期入所と短期入所であったものを今年度から通園事業が拡大したということもありまして、有目的・有期限入園のベッド数を設けました。

緊急入園と書いてありますけど入院のようなもので、この通園の対象者の方が緊急を要する入院が必要な時に、施設の側にベッドが用意さ

れてないと非常に困りますので、そのために緊急入院用のベッドを1床設けたということがあります。

現在、通園事業については、表2のような事業をおこなっています。

第二びわこ学園では、第二びわこ学園が現在展開している3つの通園について年に1回全ての通園者に対して検診をやっています。我々の成人病検診のようなものですが、年に1回保障してやっていますが、これをやっていると顕在化していく可能性のある成人病が発見されておりまして、だいたい60から70%そういう可能性を持っているなということがあります。また、第二びわこ学園に併設していないところの通園事業に関しては、月に1回医療相談をやっています。これは今年度の上半期の実績で42件あります。主に、癲癇、消化器、腎疾患、貧血、皮膚、これは家庭での不衛生にともなう湿疹とかの問題ですけれども、耳鼻科的な問題、あるいは不眠。こういうふうな年1回の検診、あるいは月に1回の医療相談の中で医療的なフォローをしています。

さらに、必要なものがでてくると、今年度につきましては、これは短期入所ですけど、通園の中から有目的・有期限入園をして何らかの治療なり、療育的な目的を達成するということが必要になってきておりまして、第二びわこ学園の通園で1件、湖北通園で1件、愛犬通園で1件。とりわけ、この愛犬通園の1件というのは、緊急入園をされておりましてレジュメにもあり

まずミオクローヌス性癲癇による退行性疾患なわけで、風邪をひく度に退行をしていくという疾患を持っています。けれども、保護者の方は、この子が悪くなる前に世の中で一緒に暮らしたい。そのために通園も利用したいという方でありまして、こういう方々のためにも緊急入院用のベッドを確保したという背景がございます。

彦根児相の重症児（者）巡回訪問から通園に利用される方が現在6名から7名おられるんですけど、この多くは30代のなかばぐらいの方です。今までの養護学校に行くとか、そういう経験がなくて長いこと在宅の中で暮らし、しかも家族の中で大事に見守られてきた方々です。

私が、在宅期間の長い人の課題を自立の問題というふうにとらえたのは、そういう方々の巡回訪問、それから通園に迎える時に他者から、あるいは他人から介護を受けることの経験の大切さということを痛感しているわけです。

滋賀県の北部の場合には、家族共同体というか、そういうものが強くて、それが他人を家の中に迎え入れるということを拒否されるご家庭もあります。そういうご家庭に対してねばり強く訪問しながら信頼関係をつくっていくという経過があるわけですが、そういう意味で、我々が訪問をした時に「今日はだっこしてあげられなかったね」というようなことがあるわけですね。

だっこするだけでも筋緊張が強くて、あるいはそのことによって発熱をおこすとか、そういう経験をしてまいりました。けれども、そのように他者から介護を受ける、もっと基本的にふれ合えるという経験、このことが自立という面から見た時に最初の一步になるんじゃないかという意味で私は取りあげたわけです。

また、通園に来た時にも母親からしか食事を介護してもらえなかったという経験が長いものですから、我々スタッフからスプーン介助を受けるということが拒否される。我々スタッフもすごく悩むわけですが、だいたい3か月ぐらいかかって、ようやく食べはじめたという経験がありますけども、そういう経験の中で自立

の意味というのは、介護の意味は基本的な仲立ちをして他者との関係をつくっていくところを発見させられました。

また、これは生活のリズムであるとか、健康面、例えば20代後半ぐらいになってくると成人期的な疾患、糖尿病であるとか、あるいは腎臓的な問題ですね。意外と腎結石が多いんです。それは、なぜかと言いますと、在宅でおられた時に水分補給が少ないんです。凝縮尿によって腎結石が多くなるということがありまして、そのようなことでの指導が必要ではないか。それから、栄養面でも非常に偏っていたりします。

私は、ここでも経験しているのは、「栄養的にみて間違っているよ」と言うことはすごく簡単なんですけど、家族の中で一生懸命頑張っているわけですね。そのことを言うのは簡単なんですけど、家族と私たちとの信頼関係を損ねないように、そこには家族の方々のこの人たちを受け入れていくキャパシティなり、そういうものをちゃんと見ながら進めていくことが必要だなということも経験させられています。

養護学校卒業の方ではなくて、長いこと在宅でいた方々が通園することになったとき、通園することだけでも拒否される方もおられたんです。自分から離されると思うんでしょうね。1日朝来て、また夕方帰る、それが、通園であることを理解してもらうようにすすめています。

また、こういうケースもあります。いわゆるショートステイ（短期一時保護入園）を利用された方がたまたま第二びわこ学園の方に来ましてショートステイですから、その目的がおわったら、もう帰ってもよろしいわけですが、ドクターが私の方へ来まして、このまま返しては困ると、とても癲癇発作のコントロールの状態が悪い、血中濃度の管理もよくない。あるいは、栄養状態が悪くて、ビタミン欠乏でくる病であったんですね。そういうこともあって医療的なケアがどうしても必要であるから家に帰るならどうしても通園へ行かせてほしい。長浜の通園に来るようにしました。

もちろん、最初は週1回レベルからなんです

けど、その中で月1回の通園の医療相談、あるいは外来で改善されて今日に来ている。現在は、週2回通いだして、恐らく週5日行きたいなということになるんじゃないか。これは、逆にうれしいことではありますが、1日利用定員の枠からみて、その調整というのは難しいということになるわけですね。

このように私が述べてきましたのは、第二びわこ学園が来年度は通園を4か所運営をしていくわけですけども、それが第二びわこ学園の持っている技術なりノウハウなりを最大に通園、あるいは地域に返していくという場になっているというようなバックアップがあります。

重症児者の地域支援システム構築の可能性

家庭

在宅介護支援
地域社会参加支援



地域の中核としての通園＝障害者福祉圏域支援センター（仮称）

医療機能の整備、各種相談事業（福祉圏在住の障害者の医療リハビリ、相談）
二次性障害や成人期疾患等への対応
障害者健診の実施

レスパイト
コーディネーターの設置（圏域対応）
ホームヘルプ



入所施設（重症児施設） 入所施設の地域化

有目的有期限入園
短期入所
長期入所

自ずとこれからの重症心身障害児（者）のシステム構築というところで、私が考えていますのは表3のとおりです。このことは滋賀県の方にも施策提言とか問題提起を行っているわけですけども、まず福祉圏域の拠点として、とりわけ重症児（者）や重度障害者の通園には医療リハビリ体制はかせないというふうには思っています。それを核にしまして各地の相談事業ができないかなということなんです。地域の通園、これがイコール障害者の福祉圏域での支援センターになってほしいなという個人的な願いです。その中に、医療機能の整備、各種相談事業を入れていく。

こういうものがおきた時に、その福祉圏域の

中にあります通所授産とか小規模作業所、そういうところへ通っている方々の健康問題、その中に二次障害の問題があるわけですが、二次障害や成人期疾患等への対応は可能じゃないか、あるいは障害者の成人病検診のようなものが実施できないか。そういうものを用意しながら、その中にレスパイト機能、コーディネート機能を障害種別じゃなくて圏域毎に整備する必要があるんじゃないか。

それから、ホームヘルプ機能ですね。このことを核にしながら家庭への在宅支援と、この人たちの地域社会参加支援を行っていくべきじゃないか。そして、施設は、それを全体的にバックアップしていく。

入所施設も入所施設の地域化をはかりながら有目的・有期限入園、あるいは短期入所、こういうことを増やしていく必要があるんじゃないかなということを考えています。現在、なかなか長期措置以外に有目的・有期限とかを増やすということは経営的には、かなりリスクが高いんです。これは、この中で施設関係者の方はわかりだと思んですけど、そういう意味では、施設が地域の中に伸ばしていくということは厳しいんですけど、やっていきたいなと思います。以上です。

座長：どうも、ありがとうございました。

遠藤さんからは、施設の立場からこういった重度の方がどうやって在宅で地域で生活していくかということをお話いただきました。次に、柴田さん、よろしく願いいたします。

重度障害者のデイセンター（通所活動施設）と地域生活支援

柴田：「重度・重複障害者」というふうになっておりまして、重度・重複障害者が何を意味するかということですが……。

一般には、重症心身障害、つまり重度の知的障害と重度の身体障害を合わせもつ人という理解をされることが多いわけですが、重複障害にはいろんな重複障害がありまして、特に重度の知的障害と自閉症、その他の重複障害があります。それから、さらに重複障害ではなくても實際上授産施設とか作業所などでの、いわゆる福祉就労が不可能な人たち、それにはついていけない人たちもおります。

そういう意味で、もっと幅広く重度の人たちと呼ぶことにいたしまして、そういう重度の障害者の問題についてお話をしたいと思います。

最も、その身体的に重度であることだけとりますと、そのこと自体は現在では社会生活上必ずしも就労ができないということもありません。私の武蔵野障害者総合センターにも車いすに乗って生活している人が、コンピューターの仕事をかなり高い工賃収益を得ているというよう

なこともあります。それとは違って作業などが難しい人、1日作業をすることが難しい人というような意味で使いたいと思います。

このような作業の難しいような人たちが一体どういうようなところへ通っているのかということなんですが、養護学校設置義務化後こういう人たちがどんどん卒業して地域社会に出てきているわけですね。

主に、今までとは違った傾向としては先程から問題となっております重障害者、それからもう1つは重度の自閉症を合併している人たちが主に顕著に表れてきているというふうに思います。その他、さらにいわゆる発達期の障害だけではなくて、一旦社会生活をはじめた後で脳血管障害であるとか、あるいは交通事故であるとかで今までの機能が低下しまして、その中で特に知的な機能が低下した人なども非常に社会適応が難しいということがあります。この人たちも現在の制度の中ではなかなか昼間通うところがないというような問題が出ております。そういう意味での重い障害を持っている人が利用をしている通所施設の種類としましては、資料にいくつかあげておきました。

例えば、措置施設としては精神薄弱者の通所更生施設というのがあります。これについては後でお話をしますが、本来的には重い人のための施設ではないんですね。本来は軽い人のための施設。職場に就職をさせるためのと言いましょいか、そういう訓練施設であって授産施設よりも軽い人が通って来るということを想定してつくられた制度なんですね。それが、現実には、かなり重度の人が通っているというような実態があります。

それから、身体障害者の場合には授産施設以外には、デイサービスしかありません。

デイサービスは、現在の補助金の枠内で考えますと、毎日通所をしてもらっては職員体制ができない、それだけの補助金がついておりませんので、たいていのところは通所日数を1週間に2日とかいうように限定せざるを得ません。そうすると、毎日通所をしたい人たちは行き先

がない。そこで、身体障害者が現在の制度を使おうとすると授産制度しかないんですね。国の制度では。

身体障害者の通所授産施設ではありますが、実際に大半の利用者が重度の知的障害と重度の身体障害の両方を合わせ持っているという、そのような通所授産施設が首都圏には増えてきております。それから、精神薄弱者の通所授産にも重度の人はかなり入ってはおりますけれども、この場合は更生がありますのでそちらの方に流れております。

補助金の施設としては、さっき言いましたようにデイサービスというのがあります。精神薄弱者にもつくられました。

このデイサービス事業なんです、現在のところは週5日間受け入れられるような体制にはなっておりませんので、その点に非常に大きな弱点があるんですね。実際には、地方自治体が、この国のデイサービス事業を使って、さらにその上に補助金を上積みして毎日通所にしているというようなところもあります。

私のところの武蔵野にありますデイセンターふれあいという在宅障害者のデイセンターがありますが、これもベースは国のデイサービス事業を使い、それに市が補助金を上乘せて毎日通所にしています。

それから、身体障害者B型センター。これは、本来的には建物なんですけれども、このB型センターというものをつくって、その中に自治体が独自に重度の障害者、これは身体障害者、知的障害者を問わず重度の障害者の通所部門を設けるというような形のもので、東京都内には相当にあります。こういうものが、およそ30数か所ありますね。

それから、先程からお話しになっている重症心身障害児(者)通園モデル事業。これも国の制度はこうなんですけれども、この他に名古屋の制度もありますが、東京都では東京都民生局が作り出した重症心身障害者の通園施設というのがあります。

この重心通所の場合も完全医療型と言いましょ

うか、いわゆる病院に併設した通所と、そうではない診療所対応のものがあります。私は今武蔵野ですが、その前に国立市の障害者センターの所長をしておりました。その枠の中に民生局対応の重心通所をつくったわけですが、それは診療所がありまして、ごく近くのお医者さんの協力を得るという形で地域の医師会が運営する診療所というのがある。実際には、お医者さんはそこに常駐しているわけではなくて何かあったらすぐ対応してもらえるとという形で運営されておりました。

都内に区立のものも含めまして11か所になりますが、約半数弱が完全な医療対応ができるもの、あと半数強は毎日お医者さんがいるというわけではないという形で運営されております。それぞれに特徴がありまして、通う人も自ずと分かれてきております。気管切開等で常時お医者さんが必要な人たちは医療制度の整ったところへ通います。医療が充実している反面、日中に行います様々な活動、社会参加であるとか、あるいは文化的な活動とかという面はかなり制限される。それほど幅広い活動が行えるわけではありません。

それに対して、医療の手薄な方は、その反面積極的に喫茶店に出かけたり散歩に出かけたり様々な社会活動を展開する。活動面では内容が豊富であるということがいえます。

それぞれのよさというのがありますし、それぞれ補い合う関係にあるというふうに思います。そのようなものが地方ではできつつあります。

その他に、障害者通所援護事業とか精神薄弱者通所援護事業、これは普通小規模作業所と呼ばれているものですね。この小規模作業所と呼ばれるものに重度の人たちが通っているという事例が大変多いわけですね。地方にいくほど多いんですね。

この小規模作業所というのは現在は国の補助制度が大変貧弱、年間100万程度の補助しかない。それに都道府県、あるいは市町村などが補助金を上乘せしているところもありまして、この格差は大変大きいですね。東京では、年間20

00万円ぐらいの補助金をもらって運営している小規模の作業所もありますから、そういうところと年間100万円ですべてやっているところではかなりの格差があります。

そういうところに、いろんな意味の重度の障害をお持ちの人たちが通っている。なぜかと言うと、今言いましたようないろんな制度や施設はあるわけですが、実際にその地域にはそういうものがないという場合には小規模作業所に入って行く。それをほっておけないということで小規模の人たちが必死になって支えているというのが現状です。

今言いましたような制度は、いずれも重度の人が毎日通えるような本来そういう制度ではありませんので、どこも運営には大変苦勞をしています。

その1つとして、通所更生施設のお話をします。

精神薄弱者通所更生施設と言いますのは、本来は障害が授産よりもさらに軽い人を対象にして、その人を企業に就職させていくための通過訓練施設としてつくられたわけですね。

従って、職員数も通所授産よりは少ないんです。

今から15年ほど前に、重度者のための施設がないものですから、横浜市がこの通所更生施設に市単独で職員を増やしまして、そして重度の人のための施設をつくったわけですね。それが、この15年間に全国的に大変普及しまして、現在全国で200か所の通所更生がありますが、その大半はこのような重度者のための受け入れということ意識して運営されている施設です。

中には、同じ通所更生施設でも、従来と同じように軽い人を受け入れて毎年何人も就職させているという通所更生もはあるわけです。

それから、比較的障害の重い人はお断りして授産施設とかわからないような運営をしているところもかなりあります。

最近の傾向としては、どんどん重度化しております。現在には重度の知的障害の人の数、それから身体障害の合併している率、あるいは

自閉症の合併している率、どれをとりましても精神薄弱者入所の更生施設よりもさらに重度化をしております。

特に、自閉症に関しましては、現在利用している人の12%が自閉症ないしは自閉傾向を持つというような数字が出てきております。

この他に、横浜がそのように通所更生施設を重度施設として使いはじめた同じ頃に東京都は心身障害者生活実習所という都独自の制度をつくりました。それは、重度の身体障害を持つか、または重度の精神薄弱を持つか、いずれかの人を対象にしたわけですね。

従って、現在の縦割りの法律制度にはなじみませんので都独自の制度で運営をしてきました。これが、ある程度充実してきたんですが、途中から方向が変わりまして、約10年前からは生活実習所を増やすよりも通所更生施設にしてそれに区とか市が補助金を上乗せして生活実習所と同じように運営するというようなところが増えてきております。

現在、東京都内には137か所の重度の障害者が通っている作業中心ではない通所の施設があります。その内約25か所が生活実習所、残りの25か所が通所更生、合わせて50か所があります。

それから、B型センターか身障のデイサービス、これらが約40か所あります。

それから、重症心身障害の通所が11か所、残り約35か所が小規模通所訓練事業というふうに言われています。この小規模訓練事業は補助金制度で行われておりまして経営状態は大変悪いわけですが、それでも……。

通所更生施設なり、重症心身なり、生活実習所なり、あるいはB型センターなりを一生懸命つくって対応している区と、ほとんどそういう手を打たない区がありまして、これは名前をあげると語弊があるかもしれませんが、同じ東京都内23区の中でも相当の格差があります。

そういう対応がおくれている区では、このような小規模の作業所のようなものが残っております。行政がきちんと対応しているところでは、小規模で重度者を受け入れているということは

もはやありません。

そういうような状態の中で、今後重度障害者のデイセンターという問題を提案しているわけです。それは、現在の制度どれをとりましても帯に短し褌にも短いという、どちらにしても長いものはないんです。いずれにせよ間に合わないものばかりなんです。

これは、きちんとした制度をつくる必要があるだろうということでデイセンターというものを提案しております。

そのなかみですが、先程滋賀県でありましたように、対象は小さな地域、通える範囲ですね。いろんな障害をお持ちの方が通える。多機能であるということ。希望すれば週5日通えて5時間から6時間はそこでいろんな活動ができる。そのようなものが必要だと思います。

もう1つ大事なポイントは、これは通過訓練型ではないということです。それは、どういうことかと言うと、訓練施設でもない、指導施設でもない。これは、おとなとして生活をする施設であって社会参加をする。そこで自己実現をはかる、友だちをつくる、そういう施設でありますから、ここでは指導とか訓練というのはごく一部であって、ある目的を持ってだけ行われるでしょうけれども、指導・訓練が全体の目的ではないということになります。

現在の通所施設でも、特に精神薄弱者の関係に多いんですが、食事指導とか外出訓練とか調理実習とか宿泊訓練とか。とにかく何でも訓練とか指導とかいう名前がついておまして、そこで働いている人は先生と呼ばれて、そこに通っている人は園生とか寮生とか呼ばれて生徒扱いというふうな施設が、まだかなりあります。

これは、基本的におとなとして的人格権の侵害ではないかというふうに思います。障害が重いからといって一生生徒で終わっていいはずがない、一生訓練で終わっていいはずがないわけでありまして、訓練というのはある成果を目指して、ある目的のもとに短期間行うものであります。基本的なおとなとしての生活を保障する、

そういうデイセンターというものが必要だろうというふうに思います。

問題点としましては、現在あるデイサービス制度と毎日通所型のデイセンターというものをどういうふうにつなげていくのかということ、それから現在ある通所更生施設も新しいデイセンターに大半は移行することになると思いますが、そういうデイセンターというのは現在の措置費制度との絡みで措置制度として残すのがいいのか、介護保険などの問題もあります。新しい仕組みの中でどういう制度として位置づけていけばいいのか。

さらに、通所の問題だけではなくて重度障害者については、生活を成り立たせるための様々な制度が大変おこなわれております。住まいの場所、グループホームもありませんし、地域生活に対する支援システムは大幅におこなわれておりますから、これらの問題をどう充実させるか、その中のデイセンターということでもありますから、それらの問題もこれからの大きな課題として残されております。

いずれにせよ、そういう中で私たちは今までお互いにばらばらにいたわけですけれども、ようやく全国社会福祉協議会の中で心身障害児(者)団体連絡協議会で重度障害者のデイセンターを研究するという会がはじまったばかりであります。

また、関東の通所更生部会が主催しまして、障害種別を問わず全国の重度の障害者の通所施設のリーダー職員の研修会を昨年からはじめたばかりであります。200人集まって熱心に討議しましたが、今年も200名全国から集まってやります。お互いに英語やドイツ語やフランス語をしゃべる人が集まってしゃべっているみたいなもんで、重心関係の人も来れば身体障害関係の人も来れば知的障害関係の施設の人も来る。そういう関係者が来まして、使っている言葉はみんな違います。その中でお互いに共通理解をつくりあげるところから私たちが運動がはじまったばかりというところで一旦おわらせていただきたいと思います。ありがとうございます。

ました。

座長：ありがとうございました。

柴田さんからは、新しいデイセンターという提案がありました。

次に中井さんから実際に今年の4月にできたばかりのほやほやの施設をつくられましたその経過、苦労話なども含めて今後の問題点を定義していただこうかと思えます。お願いします。

重度・重複障害者(児)のための施設づくり

中井：今、柴田さんからデイセンターという素晴らしい提案がありまして、そのようなものが実現しておれば私たちは子どもをお願いしますと言っておればすむ立場だったかもしれないと思いつつ伺っておりました。

私たちは、重い障害を持つ親たちでつくっております任意団体という小さな団体でございます。

卒業後、子どもたちがどういうふうになるのだろうかということをまず心配しはじめて考えましたところ昭和54年の養護学校義務化以降、経管栄養の子どもとか、痰がからむからしょっちゅう親がついていなければならないというような子ども、また重度・重複で身体障害も最重度だけれども、知的の障害もあるという子どもたちが一応は養護学校も縦割りになっておりまして、肢体不自由児養護、精神薄弱者養護、盲、聾と分かれておりますが、義務教育になりましたからは全ての通学を希望する子どもたちを受け入れてもらえるようになり、また名古屋市の場合は高等部は義務教育ではありませんけれども希望する肢体不自由児は、とりあえず現状としては受け入れていただいているという実績ができております。

そして、18才になると、この人たちが社会に出ていったところ受け入れ先がない。

先程、厚生省の専門官の方からのお話の中に重心施設というのは幼くして亡くなる予定の人たちという話、当初その制度ができた頃はこのお話がありましたが、私どもの子どもたちは

学校に通うということでもとても大きな生きる力を与えられて、生きる力を強くしながらいろいろ学ぶこともあるという形で生きながらえることができるようになってきたと私は受けとめております。そういうデータもあるそうですが、同じように重い人も在宅でおかれている、または施設内におかれているという形よりも家庭から地域を通して養護学校に通学するということでもリズムもでき張り合いもでき、そしてそういう移動を含む学校での生活が生きる力となってこの子たちを18才になっても、これから先のことをどうしようかというところをほしいと思う子どもたちに育ていけるようにしてくれたのだと思っております。

その子どもたちが、卒業していった時どうなるかというところでは、皆様方のお話にておりましたように縦割り行政の中で重度・重複の人たちの制度はまるでない。そして、手のかかる重い人たちはデイサービスというところで運がよければ受け入れてもらえる。また、デイサービスをやっていっしょなところでは「定員がないんだから申し出れば入れてあげるよ」とおっしゃっているところもあるということが、私たちがあちこち見学に行ったりしてわかりましたが、その現状を見ると職員が手いっぱい過労で倒れそうになっている。結局は、そうおっしゃってくださっても入る枠はないという現実がわかったわけです。

そこで、私たちは親たちを中心とした施設づくりに取り組まざるを得ない。この子どもたちが通うところが必要だという現実がわかってしまった関係者という立場で、それに取り組みはじめることになりました。通うところが必要ということは夏休み40日間子どもたちがどうなるかという短い期間ではありますが、その様子を見ただけでも明らかなんですね。9月になると1学期にした取り組みがすっかり無くなってしまったと先生がなげくほどに訓練も学習も後もどりにしている。少し動ける子どもはパニックになって家の中でものを投げたりということもある。

40日間が在宅という状態におかれた、その短い期間でもそうになってしまう。

これは、どこか日中活動をするところを家庭でないと求めていかなければということになりました。

ところが、東京や京都とか学校関係の方のご支援の多い地域もあるようですが、愛知県の場合は学校関係の方も行政の方もそういう施設づくりを指導してくれたり推奨してくださる方たちがおいでにならないということで自分たちが仲間づくりからはじめてやってきました。

重い障害を持った親たちは当初からあきらめている人が多くて私たちに何ができるか。これは、重度な子どもをかかえていますので、養護学校に子どもが行っている間はつきそいを要求されている一部の親の他は動けます。しかし、家に帰るとその子どもをかかえずうっと介助をしなければならない。もちろん、主婦業もしなければならない。子どもが遠い地方から離れた養護学校に通っているということで、地域の人たちとのつながりもとても希薄であって子ども会に入れてもらうとかそういうこともできないし、障害のために学童保育にも入れないしということで親たちはあきらめざるを得ない、動くのがとても難しいという状態の中でひとりずつ声かけをしながら仲間づくりをしなければならないということではじめました。

そして、大事なことは学習という形でした。1月に1回ぐらいの頻度で制度がどうなっているのか、私たちが望むような通所施設がどうしたらできるのだろうか、そのなかみはどういうものをつくれば障害の重い子どもたちに適するのでしょうかということを講師の方々にご無理を言ってお願ひしたり見学をしたりして学習することを繰返しました。こういう障害の人たちの自立というのは何なのだろうかということを考えました。

とても重い障害を持っていますから経済的自立だとか授産所で働いて、それなりの仕事をしていくということもおぼつかない。こういう人たちは、一生自立できないのか。また知的にも

3か月の壁を越えてない者もいれば1才前後という者もいる。そこで、いわゆる世間でいう学習はとてもできていかない。身体は、寝たきりで思うように動かない。身の自立も経済的な自立も精神的な自立も何もかなわないのではないかということになるんですけど、私たちはそうではない人として生まれてきたということで、この人たちの障害はこの人たちの責任ではないし、親の目から見ると不自由な体でとても頑張っている毎日です。それだけでも忍耐力とか、こういう人たちがいて私たちの手足が動くということがどんなにありがたいことなのかということもわかるし、いろいろ人の痛みを感じるといこともできるという意味での社会貢献がこの人たちはできるのではないか。

では、自立はどんなふうなのかというふう考えたのですが、愛知教育大学の松下先生とか他のいろいろな先生方のご指導もいただき私たちが考えましたこの人たちの自立ということは、どんな人の介助であっても日常生活が送れるということ。それは、先程の第二びわこ学園の遠藤さんがおっしゃいましたように、だきあげただけでも緊張が走ってしまって何もできなくなる。そういう重度の障害の人もいっぱいいるわけですが、やはりこの人たちが自立するためには、どんな人の介助でも日常生活を円滑に進めていけること、それから地域社会のどんな人でも一緒にいきあえるということ、そして暮らしていく中で自分が生甲斐と喜びを見いだして日常を送ることができること、それをもってこの人たちの自立と考えていこうというふうに私たちは考えました。

そして、それはたす通所施設をなんとかつくっていこう。それには、千差万別な障害を持っている人たちに個別の取り組みができること、そしてやはり養護学校で力がついたということは1か所に家庭の中において、訪問の先生が来てくださるというのでは得られない大きな力がついたと思っておりますが、それは通っていくこと、リラックスする家庭ときちんと日中

活動で頑張っていこうという周りにも仲間や先生がいて親・兄弟がいない、そういう2つの場を持ってその間を通っていくということで大きな力になったと思っておりますので、通所の施設をつくらうということを考えました。それが、私たちが7年間学習してきた結論と言えると思います。

行政への制度要求ということも長い間、会報を読んでいただいたり、陳情ということをして2回いたしましたりしてやってまいりました。

これは、縦割り行政の中で、どちらかの障害をあきらめなければならない。知恵遅れの方を重視してもらってエレベーターもないところではないといけないよ。身体障害の方だったらコンピューターでもばんばん打ってちょっとした介助があればきちんとやってください、ハードウェアさえしっかりすればいいでしょうということできている制度では、とても追いつかないので何とか重度・重複の人たちもそれなりの職員配置をしていただけて、それなりの支援がしていただける施設を望みたいということで行政への制度要求を繰り返してまいりました。

また、資金づくりは手づくり品をつくらったり、廃品回収をしたり、賛助会員を募ったり、寄付を募ったり、シンポジウムをしたりして世間へアピールをしたりということで、どんなところでも自分たちの必要をお話をして協力してもらおうということで長年やってまいりました。

これには、親たちの足並みがそろわないとか、自分たちの先行きが見えていかないということに対するあせりとか、何でこんなことをやらなくてはいけないのかという愚痴とか、いろいろなことがございましたけれども、何とか継続はしてきました。

地域や市民への理解の要請というところですが、何とかお願いして賛助会員になっていただいた方に会報を読んでいただく。またシンポジウムを催す。地域にはビラ配りをしたり、拠点を置いていた地域ではその区政協力員さんとかご近所の方とか、そういう方をお呼びして地域懇談会を開くとか、そういう形でいろんな要

請をしてきました。

私たちが、地域に施設を開いても全くポツンとしていて周りの方と没交渉でしたら、塀の高い施設の中にいるのと全く同じことになってしまうということもありまして、地域の方たちへの理解ということは大事に思ってきましたが、この点はとても難しいことではなかなか十分な成果をあげておりません。

行政にアピールするために、実績づくりというか自分たちがどんな施設がほしいのかということを試行してみようということで、この春に開所します前を遡りまして3年半、養護学校に通っております子どもたちは週6日通っておりますのに、その後他の取り組みをするのは大変ですので月1回しかできませんでしたが、日曜作業所という取り組みをし、そこでいろいろなことをやってまいりました。

私たちのところにいる重い障害を持った人には、もちろんマン・ツー・マンが望ましいけれども最低10人の通所者が集まっていた場合6、7人のよくわかってくれる専従の職員さんがいなければやっていけない、介助にあたる人がいなければやっていけないという結論に達しまして、それも行政へのお願いの資料といたしました。

そういう活動を経まして、今発表なさいました皆様方の認可の立派な施設とは違いましてプレハブの粗末な建物ですけれども、ここでこの春「ぶなの家」という前の小さな無認可の施設を開所いたしました。

そして、行政への制度要求は名古屋市が市の単独事業として重症心身障害児小規模通所援護事業というものを新たにつくらしてくださいまして適用第一号ということで今年度助成を受けることができました。

私どもの願いのとおり重い障害の人たちが日常生活動作訓練ということで、いわゆる小規模作業所ではないので作業に専念しているという内容ではないということをお認めいただいたわけです。

1つ問題として、どうしてもこれでないとい

けないのでしょうかということでも名古屋市をお願いしたけれどもかなわなかったところは、重症心身障害児小規模通所施設というところであるという位置づけなんです。

これは、対象のところに書いてありますように義務教育修了後の入所心身障害児（者）のための場所であるということになっておりますにもかかわらず、重症心身障害児の小規模施設であるという位置づけ、これは縦割りで制度がない、福祉の方の制度では身体障害者の福祉法と精神薄弱者福祉法と縦割りになっております、重症心身と言われなくても重度・重複の人たちのための施設もないということで、重症心身という言葉は児童福祉法にのっとっている重症心身障害児施設しかないのであって、その小規模版であるという認識を持たれていらっしゃる、こういう形になって児（者）としてくださいと言ったんですが、それも退けられて児ということになっております。

そのように成人をして障害が重複しておって、作業なり授産なりについていけない人たちのための制度は国の制度として皆無だということです。

でも、おかげ様で職員2人分の助成をいただくことができまして、今年度は実際問題として871万の助成をいただくことができ、それで足りてはおりませんが、おなの森からの助成で思ったより楽に運営していくことができおります。

中身は、どういうふうかと言いますと、通所者が6名、男3、女3、18才から27才まででございます。そして、障害のレベルは全員身体障害は1級です。そして3人までが療育の方も最重度の1度を持っております。それから、療育のない方のもものでは進行性の筋ジストロフィーのものもおりまして夜中呼吸器をつけて次の日の活動にそなえておりますし、また日中はできれば30分おき、遅くとも1時間おきぐらいに体位変換をして休みをいれていかなければ活動できないという重度の身障の人も含んでおるということです。

それで、制度としては職員が2人分の助成としていただいておりますけれども、現実には3人であっております、だいたい4人ぐらい来る日の方が多いもんですから、それで何とかまわっていくということです。

そして、取り組み内容は、緑色の紙のたばねである最後のところに、取り組み内容ということで2週間サイクルをのせております。このような取り組み内容でやっておりますが、いろいろな社会参加と学習というふうな両方の位置づけで、例えば銀行に口座を開きに行くとか、そういう取り組みも職員が考えてやっていくんですが、銀行には一度も行ったことがないというのが全員でありました。そんなふうにしてその人の必要な社会参加と学習のための取り組みをメインとしてやっております。

そして、医療との連携というところですが、今、申しあげてきたような重い障害のものが重心施設という小規模版であるという言われ方をしておりますが、当初のお考えの重症児というのは常時医療が必要ということで設定されていたようだけれども、授産にはとてもなじまないし、とても手厚い介護がいる重い障害を持った人でも毎日医療の接した場になくても医療は大事なことではあるけれども大丈夫という人も養護学校が義務化した後、大勢出てきていますので、そういう人たちの新たな制度を要求したいなというふうに思っているのです。

現在、医療の連携はおなの家でどうやっているかと言うと、年3回の検診と、ゆくゆくはカルテ保存をしてだんだん親が医療機関にも通わないでもいいようにしていきたいなと思っております。途中ですが、また後で時間があれば……。座長：中井さんには、後で将来の展望について、最後に皆さんと話し合うところで発言をお願いしたいと思います。

昨日の第2分科会の方で家族がいかに地域と結びついていくかということで座長をなさいました峰島先生からお願いします。

家族・家庭を支える地域社会の課題

峰 島：ただ今紹介していただきました峰島です。昨日、第2分科会で家族・家庭を支える地域社会の課題ということで、この座長を務めさせていただきました。

その討議を踏まえてということでこれから報告いたしますけれども、昨日の分科会の討議は重度・重複の障害者に視点をあててというものではないものですから、その点で少し私の方からアレンジさせていただいて、それともう1つは私の研究ということから考えて、実践論というような視点から少しお話をさせていただきたいと思います。

1つは、家族の介護を中心とした困難の実態ということですが、これは昨日の分科会で重度・重複の障害者に視点をあてたわけではありませんけれども、さらに幅広い形で様々な角度から実態が出されまして、非常に深刻であるということが明らかにされました。本人の自立を支援するためにも実際には家族全体の自立を支援しなければならないという状況でした。特に、主要な介助者である母親の健康状態が深刻であるということが出されて、統計では9割の方が健康状態について何らかの異常を訴えているというデータも出されております。

さらに、もう1つつけ加えますと、家族の今の実態が深刻であると同時に、これをどういうように解決するかということで見通しとか展望が十分もてていないということも出されておりました。

先程からお話がありますように空きがないとか、あるいは場合によっては今ある施設に入れるよりもうちの方がいいというような指摘もかなりありました。こういう事実は、重い人に視点をあてた場合にはもっと顕著な形で出るだろうと思います。

ただ、実際にこれをどう見るのかということで私の方で少し提案をさせていただきたいと思っています。重度・重複障害者についても基本的には在宅生活の展望、あるいは可能性をつかもう

と思った場合には、それを担ってきた家族の長い歴史、これを消極的あるいは積極的な事実としてみるのかその評価を私自身まだできないんですけれど、事実としてはここに力が蓄積されてきているということは疑いもないこととしてあるだろうと思います。現実にはこれをどう発展させるかという課題として見ていく必要があるだろうと思います。

その際に事実として昨日の実態調査でもいろいろ指摘されたわけですが、家族が介護を中心にして担っているわけですが、その実態は非常にぎりぎりの状態で余裕なくて深刻な切羽つまったという形になっているわけです。今まで蓄積されたものを正しく発展させるということでは、様々な問題とか考えの問題も含めまして、先に解決すべき課題があるということを見ていく必要があるだろうと思います。これが、家族の実態からということで問題提起されていると思います。

それから、昨日の分科会でも出された議論ですが、こういうようにして家族で担ってきた事実を発展させていく上での「ある過程」とか「ある取り組み」が必要なのではないか。これは、私自身、重い人も含めて考えていく必要があるだろうと思います。

例えば、昨日のレポートではグループホーム、親子の関係を空間的に分離するわけですが、実際には親からすると子離れという表現がされました。

それから、実際に精神障害者をかかえている家族の中で子どもの自立を疎外するような親の介助の仕方が指摘されるわけですが、それは親の介助の負担を軽減することによって介助の考え方はかなり変わってくるんじゃないかというような指摘もありました。

いわゆる実際の状況でみますと、対等でない介助とか、あるいは従属の関係になってしまうような扶養関係とか、あるいは束縛し合うような親子関係の実態があるわけです。これらはまさしく今まで蓄積されてきた私的な育児といいたいと思うんですけれど、これが社会化され

ていないがための問題として考えてしかるべきだろうと思います。

そういう点では、第一に負担を軽減してゆとりのある介助とか、あるいは扶養とか、あるいは親子関係を築くことによってかなり考え方は変わってくるのではないかと思います。

さらに第二に、自分だけがやってきたことを客観化して見る機会をつくる必要があります。どんな人でも介助を受けられるようにという形で指摘がありましたけれども、他人に介助してもらうことで自分の介助のやり方を考えるというようにいくつかの取り組みも昨日出されました。自分だけしかできないとか、お母さんだけにしかわからないというようなものを実際には客観化してそれを考えることで社会化して受けつぐものもできてくるんじゃないだろうかという。これは親の場合には言えるだろうと思います。

もう1つ、本人についても昨日の分科会では身体障害を持っている方、および当事者の方からも報告していただきましたし、岡崎の5人の身体障害の生活史を調査した報告も出されましたし、それからグループホームの経験も出されました。

例えば、身体障害者のご本人の方から9つの在宅のサービスの制度を使って8年間ひとり生活をしているというような報告がありました。いずれも、今まで守られたり保護された過程から実際に自分自身の生活をつくりはじめるということで制度を活用して、かつ友だちをつくりつつ、あるいはボランティアをつくりつつというような形で実際に考え方を変えながら現実に自分の生活をつくりだしているということが報告されました。

ただ、実際に、それはどういうようにして変わっていったのかという過程は残念ながら昨日の討議では明らかにされませんでした。

現実には、重い人と考えた場合にも自分の生活を築いていく、自分自身から生甲斐を持ってそれを実現していくために築いていく、となっていく過程には、昨日の報告でも共通してしまし

たが、生活を築く力を新たに獲得していった人たちの経験の中には個人の力ではなくて運動とか集団の取り組みがそれぞれありました。

そういう点では、重い人にも可能かどうかという議論は成立するとは思いますが、そういう力がでてくるのは必ずしも個人の力ではなくて、集団の中でいろんな試行錯誤を経ながら集団の中でつくられる力として考えていく必要があるのではなからうかということ昨日の討議から学んだところです。

もう1点だけ指摘します。

それは、昨日の分科会の討議ではされなかったことですが、重い人の今後の方向を考えるということで1つの提案をします。先程からもいくつか議論が既に出ておりますけれども、重度重複の人たちが今いるところの力を発展させるという視点で考えたら、確かにその人に合った居場所がないという問題は指摘しなければなりません。そして、さらにどのような居場所をつくるかという視点の1つとして、ひとりぼっちではなくて集団を保障するというような視点で考えた場合には今後の方向も別の角度から考えられるのではないだろうかということも思っています。

先程の指摘でも通所の授産施設、あるいは無認可の小規模作業所の中には確かに重い人たちは私が知る限りでも1人2人というのがポツポツといろんなところに入っているわけですね。そこで、1人2人というようなことで考えると、ただでさえ厳しい条件の中で大変ですし、その人に合った仕事ということで1人2人のために全体をとということが非常に困難だという実態があって、そしてついていけないとか就労は無理であるとか、あるいは場合によっては無視されているというようなことが言われるわけです。

それを1人2人しかと考えないで、その人たちに合った視点をあてるような取り組みが可能な、場合によっては数人ぐらゐの集団をいろんなところにつくるといったような形で考えた場合については必ずしもそうではないだろうと私自身は考えています。

そうすると、集団という形で考えると、いろんな集団がいるということでは自分の一步手前に行く集団が日常的にいるわけですし、私は作業についても背伸びをして一生懸命頑張らなくてはならないというのは1日やるのは無理だけれども15分ぐらいは他で働いている人たちと一緒にやってやってみるとか、あるいは重い人たちだけではなかなかできないけれども、みんなでワーヘッワーヘッ言いながらできるようなものをやることもできる。その上に、数人いればその人たちに視点をあてたような固有の取り組みもできる。

こういうようにして考えると職員配置は、それにふさわしいものをつくる必要があるわけです。その人たちに合った場所をつくるということでは施設というような考え方だけでなく、その人たちに必要な集団をどうようにして保障するかと考えると、もっとももっといろんな形のを考えられるんじゃないか。その点を話して私の話をとりあえずおわります。

座長：ありがとうございました。

昨日の分科会では重度・重複障害児のことはでてこなかったようですが、その辺のことをうまくまとめていただきました。

それでは、シンポジストの方とフロアの方で残された時間、話し合っていきたいと思います。中井さんには、残念ながら時間がなくて4番目の「将来展望と問題点」は、レジュメの方でわかりやすくあげてありますので、参考にしていただくこととしますが、この「将来展望と問題点」の中で見ただけではうまく説明できない、もう少し言葉でお話ししたいという項目を2、3お話ししていただきたいなと思います。

それから、フロアの方も手をあげてご意見を述べてください。

補足と質疑

中井：それでは、「将来展望と問題点」というところでいろいろ項目をあげておりますけれども、法人格取得に向けての問題点というところ

を説明させていただきます。

法人になるには、福祉施設を運営しないといけないということで法人格を取ると施設開所が同時でないといけないということですので、何らかの施設を今ある制度の上で開いて中を変えていこうというのはとても難しい話ですが、国の制度に私どものほしい施設がないものですから、制度をつくっていただいてからでないとか看板となかみと一緒に法人がとれないということがありまして、その辺はどうしていったらいいのかと悩んで考えております。

先程、柴田さんから出ましたようにそういう新しいものを何とかネットワークを組んでつくっていくというところでの活動に大いに期待しているものです。

それから、グループホームのことですが、知的障害などの軽い人たちのグループホームがぼちぼちでてきているということですが、重い重複障害の人ほど通うということの与える大きな刺激と生きる力がとても大切なことだと受けとめておりますので、何とかして小人数の地域の中でのグループホームをつくっていくことができないうかと考えております。そして、知的障害はあまりないけれども、とても身体障害が重くて全てに介助がいる人たちが相模原とかあちこちのグループホームで自立した暮らしをしていらっしゃるという例も見えてきたりしまして、私たちは地域に潜在しているボランティアとかそういう方たちの力を何とか結集活用する手段はないだろうか。

そういう人たちの力を借りて24時間の介助を望むものに与えられるという、例えば、食事づくり入浴、夜中の体位交換とか、トイレ自立のできてない人は夜中のおむつ交換とかそういうことも含むシステムが何とかできないかということで、それにはコーディネイトする人たち、自分で自分の生活プログラムを介助者に示すことができない人のための生活プログラマーの人たち、ケースワーカーの人たち、そういう人たちを周りにいっぱいつくっていったって実現できないだろうかと考えています。

座 長：ありがとうございました。それでは、フロアの方ご意見があれば手をあげてください。いかがですか？

シンポジウムの中から各市町村諸々の独自事業でできているということに関しましてどなたでいきましょうか。柴田さん、よろしく願います。

柴 田：先程、説明がたりなかったんですが、通所更生施設の中に渡辺専門官からも話がありました。重症心身障害者専門とっていいぐらいの通所更生施設が既に何か所かできているんですね。

それから、自閉症専門の通所更生施設というものもありまして、私のところは重症心身の人であれば自閉症の人もある。一緒に同じ空間で同じように活動するということは大変難しいことですので、それぞれにグループ分けをして数人の小グループで活動しております。

今の通所更生にはいろんな障害の人たちが実際に通ってきているわけですが、制度的には先程言いましたように、それほど手厚い職員数が保障されておきませんので県とか市がそれなりの補助金を出してくれるところはやれるけれど、出してくれないところはできないというような地域格差が大変生じているというような実態です。

地方自治体が独自の制度をつくっていることについて、先程東京都の例をいくつかあげましたけれども、栃木県に〇市という人口10万人ぐらいの町がありますが、ここで昨年精神薄弱者入所更生施設が1か所オープンしたわけです。その町にとってみれば、唯一の福祉施設なんです。またたく間に、町と福祉施設との間に話が進みまして、入所施設にくっつけて身体障害者のデイサービスをはじめました。

あるAさんという人、この人は重複障害なんです。昼間のデイサービスは身体障害者手帳を使って毎日そこへ通ってくる。緊急に必要になると、今度は療育手帳を使って、つまり知的障害者という扱いを受けて入所施設を利用するというようなやり方をしています。

そこに、さらに高齢者のデイサービスもやってくれということではじめた。障害児のデイサービスもやってくれということでそれもはじめた。

こういうように急速に事業を拡大しているわけですけども、やってみると小さな地方の町では障害種別に高齢者と障害者を分けることすら大変難しいというような実態がありまして、今後の方向性としては通える範囲で多機能な通所施設、そういうようなものが必要じゃないかと思えます。

そういう例は、どんどんできているんですよ。あっちの県でも、こっちの町でも始めたというような感じで、身体障害と知的障害の区別をしないで重度の障害者のデイサービスというような形で始めているところが増えてきていますね。

座 長：はい、ということは渡辺さん、国のモデル事業というものと、今言った各市町村の独自事業というのをどうとらえてみえるでしょうか。

渡 辺：大きな方向としては、今、柴田さんが言われた方向に向かっておるのではないかと私自身も思っております。障害種別に、さらに細かくしていくことが本当にいいのかということが一つあります。

もう1つは、これから地方分権の方向が強まり、ますます市町村のはたす役割が大きくなっていくと考えられます。その中で障害種別に細分化することによって、たとえば重症心身障害児は全国に3万人前後といわれていますが、小さな市町村ということになるとほとんどないところもあるはず。そうなると、細分化があまりし過ぎると市町村で対応しきれなくなってしまうという問題も出てくるのではないかなという心配もしております。

先程、モデル事業の一般化ということを行いました。現時点ではそういう方向で我々は進めようとしておりますが、今年9月22日に厚生省の中に事務次官を長とする「障害者保健福祉施策推進本部」というものが設けられまして、

1年間かけてこれからの障害福祉全体の大きな枠組みについて検討していくというふうになっております。

その中でどういう結論が出てくるかわかりませんが、その流れというのを見てみますと、障害種別を越えた対応ということも検討課題になっています。

座長：ありがとうございました。

いかがでしょうか、フロアの方からご意見はありませんでしょうか？

それでは、先程医療がどれくらい必要かという問題がありましたけれども、遠藤さん、いかがでしょうか。実際、施設としてやっておりまして、各演者の方が医療のことを述べてみえたと思うんですけど、柴田さんでしたか、医療が多過ぎると自立活動が低調になってくる。その辺の調査具合というのはどんなふうにお考えでしょうか？

遠藤：今年度、滋賀県とのやり取りの中で課題としてどういう医療のサービス供給体制をつくったらいのかという宿題を承っていることはあるんです。

そこで、第一びわこ学園なり第二びわこ学園があるところは、その日に悪かったらすぐに来て風邪ひいたとか癲癇がおきたとか、そういうところでの薬など対応ができるんですけども、遠隔地でやっている通園事業の場合、現在のところ先程お見せしたようなところでは対応ができていますけれども、将来的にいろいろ問題が出てくるわけですね。

例えば、食事をしている時に、いつの間にか肺の中に入っている。そういう誤嚥なんですけれども、何気なしにやっけていてもレントゲンで造影してみると誤嚥がおきているとかいうものが見つかってきています。そういうものへの対応、あるいは癲癇はその通りなんですけれども……。

それから、呼吸器関係のところですね。これが、通園のところでは一番気を使うところなわけですね。

そう考えると、県にいただいている予算のところでは看護婦雇用の人件費がついてないんで

す。ついていないけれども、びわこ学園としては、これは必要だからということで看護婦雇用を独自にしています、少なくともそういう対応ができるということと、その時に地域の地域の医療機関とちゃんとタイアップできているということが最低必要なんじゃないかなと思います。

それで、医療リハビリ体制を欠かせないというのは、昨日のシンポジストの打ち合わせの中にあっただけですけど、医療はいらぬとかそういうことではなくて、どういうレベルの、あるいはどういう質の医療サービスが必要なのかということと、それぞれの地域の中での医療資源の確保状況の中で、それは当然ネットワークをつくっていくべきではないかなと思います。

座長：ありがとうございました。

この事に関してフロアの方から何かご意見がありますでしょうか。

今、滋賀県の方でも宿題がでているとのことですけど。

それでは、中井さん、課題の中でもあったと思うのですが、また先程の問題点のところでは省かせていただきましたが、実際に地域の医療機関とどのような連携をとったらよいか、その辺りについて理想とかありますでしょうか。

中井：重い障害を持った人たちは年を経るに従って、2次障害がとてきつくなってくるんですね。いわゆる病院のベッドで行う医療というよりは医療機関の指示のもとにきちんとやれるいろいろな理学療法士さんのやる訓練とか、日頃日常的な取り組みの中でもOTさんに入ってもらっていくとか、また自分で運動して体操もできる人たちではないので、そういう配慮を日常的な取り組みの中で朝から晩までの間にそういう行き届いたアプローチの仕方でやっていくということが一番望んでおりますけれども。

その他に、現実ではいろんな施設に通わせていらっしゃるご家庭では学校なり施設なりに通うこと、ほとんどの者が癲癇も持っておりますから定期的に薬をもらいに行くこと、その他に訓練などで通うこと、それをみんな家族の力で

与えている状況なんですけれども、それが何とか保障されていくような日中活動の場ができるとういう重い人たちのグループホームもつくりやすいのではないかと考えています。

検診とか投薬が必要な人に投薬が日中施設で得られるようになるということ、それからきちんとした指示のもとで訓練がゆきとどいて得られるということ、最低そのところを望んで、その他は重篤な医療施設が必要で、そことタイアップしていないといけないという設置が難しくなるということで何とか自由な形でできるだけ小さい地域で遠くから通わなくてもいいようにしていただけることを望んでいます。

遠 藤：僕が、一番注目しているのは滋賀県でも乳幼児検診とか障害の早期発見が随分早い時期から行われて、早い時期に医療を利用するという保護者の訓練という言葉はあまりよくないですけど、そういうことができだしてきているわけですね。そのことが、できてきているからこのような通園事業も可能になったということも大事なこととして踏まえておく必要があると思います。

座 長：フロアの中にも、生活の中で訓練をとりこむ、その可能性とかPTの方、OTの方、それから指導員の方みえると思うのですが、先程中井さんの方から提案がありました、実際にやる面ではどうなんだろうかということで指導員の方PTの方おいでの方、どなたかコメントがいただけませんか。

柴 田：先程の話の中にもありましたが、重症心身の分野は「児童」という扱いなんです。25歳過ぎてても30歳を過ぎてても「児」なんです。これは、やっぱり基本的にはおかしい。また、「療育」という言葉が使われるんですね。

治療も必要だし教育も必要かもしれないけれども、それは部分的であって、おとなとしての人生を支えるという、どういう言葉がいいかわかりませんが、例えば「援助」であるとか、そういうような姿勢が基本的に必要ではないかと思うんですね。

東京のほとんどの施設でも、訓練施設なんで

す。「何とか訓練施設」「何とか実習所」とか「更生施設」とかね。ここで「練習したら次に何かいいことがあるよ」という時に「訓練」というんですね。訓練で人生が終わってしまうということは、これは人格権の問題としておかしいと思いますね。

今まで児童を対象にやってきた内容をおとなの問題としてどう練り直すかということ、私たちはやらなければいけない。今までやってきた、例えば自閉症の治療とだとか療育だとか重症心身障害児の治療だとか教育だとかいうものを、おとなの問題として、練り直すという、そういうワンクッションをおかなければいけない。そのところをどう対応するかというのが現場の私たちの問題として考えているわけです。

座 長：フロアの方でも気になっている方はあると思うのですが、渡辺さんは児童家庭局ということで、今の「児」と「者」の問題は難しいことはわかっておりますけれど、あえて厚生省としましては、この重症心身障害児をある程度年齢が来たら者に変える方向というのはどんな現状なんでしょうか。

渡 辺：現在のシステムの中ですと、大人の問題は精神薄弱の問題を除いては社会・援護局の更生課が所管しておりますので、我々のところではその対応ができないというのが現実です。しかし、重症心身障害児については、これまでの経緯もありまして、児童家庭局の障害福祉課というところで所管をしています。

最初に言いましたように、かつては10代で亡くなってしまった人が非常に多かったという現実がありまして、そのために重症心身障害児施設という範囲で対応してきたわけですが、現在の姿を見ても平均年齢が重症心身障害児施設でも20才を超えているところがほとんどというような状況ですから、これは何らかの対応をしなければいけないと私自身も感じております。

ただ、この問題につきましては先程申しあげましたように今年9月22日にできました「障害者保健福祉施策推進本部」で縦割りがこのまま

でいいのかということ、それから18才で処遇が変わるということは本当にこれでいいのかということも検討される予定になっております。

座長：明るい回答をいただきましたが…。

フロアの方、どうぞ……。

質問：日本ALS協会の福井支部の事務局長をしています小林です。

重度の方の問題に難病の患者さんのことがなかなか取りあげられないように思うんですけれども。進行性の難病の患者さんの場合ですと、どんどん病気が進行するわけで、その時に私は患者さんと接していると思うのは、悪くなって車いすが必要になってくる時期になると手帳の申請をします。

やっと2級を取るのに申請をして取ったなと思うと、すぐに悪くなって1級になるんですね。そして、その申請の過程で1回申請してその手帳を取るのに3か月とか4か月とか時間がかかって、そして車いすでできた時期には乗れなくなってしまったりとか。そういう行政上のおそい対応というのが気になるんです。

それと申請する時に患者さんの方から判定する場所に出向かなければいけないというようなことも多々ありまして、大変さというか、これだけ在宅ということが言われている時に何でもそちらに行かないとなかなか判定ができないというのも1つ大変だなと思います。

それと、車いすだけでなくコミュニケーション機器などの申請などもそうですけれど、申請すると、決定するまでに非常に時間がかかる。そうしているうちに患者さんがどんどん悪くなっていってしまうというようなことで進行性ということも視点に入れた重度の方の対応というのが必要ではないかと思うんですけれど……。

座長：どなたでもという私でもよろしいですか。

今のことで、各市町村の在宅の身体障害者法の中で在宅者の訪問診査といういい制度があるはずですから、昨日も少し話題に出ていたのですが、いろんな制度があるんですけれど皆さん意外とご存じないんですよ。いかにその

制度をうまく使っていくかということだと思うのですが……。峰島さん、先程のお話の中で8種類のいろんな制度を使って単身生活をしてみえる方がありましたが、それをうまく使えるコツと言うんですか何かありましたでしょうか。峰島：詳しく聞いているわけじゃないんですけども、制度自体は申請主義ですので、実際に知らないと使えないというのが、まずあって、昨日報告された方はそういうのを知る機会を自分で学ぶということも含めていろんな形でされている。

それが1つと、もう1つは今ある制度がその人にとって全部うまい具合になっているかという点も必ずしもそうでなくて一長一短あるものがあるわけですね。その点では昨日のお話の方も9つの制度を使っているという形でお話をされましたけれども、それが全て合ってるわけでなくて私に合うようにこういうようにしてくれという形の個人の交渉ももちろんありますけれども、実は運動もあったんです。

その辺は、手続的に時期をどうするかという問題と、それから本人が必要としているものが今の制度でピシッと合うものがあればいいわけなんですけれども、必ずしもそうではないのでその両方を考えていく必要があるだろうと思います。

座長：他にフロアの方からご意見がございませうでしょうか。

質問：豊中で小規模作業所の運営をしているものなんですけれど……。

私もそうなんですけれど、地域で24時間介護体制をボランティアの方とかヘルパーの方だとか、そういう人たちに支えられて24時間体制で生活をやっているものなんです。

第1分科会で、地域での障害者の自立ということについて発言されてたんですけど、現状だとそういうボランティアの方だとかは不安定な状況で、公的な介護システムがなければ私たち障害者というのは地域で生活しようと思ってもできません。

私は、施設に入った経験があるので施設とい

うのはあまり広くない経験を持っていますので入りたくないんです。施設というのは、あくまでも社会資源の1つだと思うんですね。

生活の場を捨てずというのは無理があると思うんで、これから考えていかないけないのは個々のニーズに応じたシステムが大切になってくると思うんです。そこで、教育にしても労働にしてもそうです、生活にしてもそうなんですが、設備がどれだけよくても精神面において情報不足だとか不安だと思っているのを除かないと、地域で生活をするということはすごく難しくなってくると思うんですね。それをどう今後解消できるのかと考える時、今、高齢者の方でゴールドプランというのが厚生省の方から出されていますけれども、そこで医療と保健と福祉の連携と先程は言われましたけれどもソーシャルワーカーが必要になってくるのではないかと思いますけれど、その辺をどう具体的にお考えになっているのかお聞かせいただきたいなと思います。

座長：今のご質問は、個々の人びとに合わせたものが必要だということは、このことは全部のシンポジストの方が皆さんおっしゃっておいりました。今の質問の中でボランティア、それからソーシャルワーカーがうまく働く必要、個々の障害者に合わせた支援をするにはボランティア、それからソーシャルワーカーのことが必要だということだけをピックアップさせていただいて、渡辺さんでよろしいでしょうか。

渡辺：僕は厚生省の専門官になりまして、まだ3年しかたっておりません。それまでの20年間、精神薄弱者の施設で働いてきました。

施設で20年間働いて、厚生省に来まして、今僕が強く反省していることは、僕が知らない制度が実にたくさんあったということです。

施設で働いていた頃の私がそうであったように、活用できる制度であっても、知らない方が多いのではないのでしょうか。それらの制度をう

まく組み合わせればかなりの生活が今の制度の中でもできるんじゃないかなと思います。

私は、先日、早期発見から療育へとどうつながっていくか、制度がどうなっているのかということ調べてみましたが、その時に感じたことは制度としては確かにできている。しかしながら、そこをつなぐ人がいないというのが最大の問題だなと感じました。それをソーシャルワーカーといったらいいのか、どういう人がいいのか僕もわかりませんけれども。

結局、たまたまいい人に出会った時に、非常にいいサービスが受けられる、しかし、そういう人に出会わない、その方たちの方が多いんじゃないかなという気がします。そういう人の場合には十分な制度がありながらそれを利用できないということになります。

そういう意味では、制度をいろんな形でさらに整えていく必要もありますが、そこを支える人、あるいはつなぐ人をどう養成し、そこに配置していくかということも1つの大きな問題ではないかなと思っています。

座長：ありがとうございました。

時間も来ましたが、今日はフロアから1つも質問のないシンポジウムになってしまうかと心配していましたが、最後に非常にいい質問がありましてありがとうございました。

今日ここにご参加の方は、皆さん全部が重度障害者に直接関わっている方ではないと思いますが、いつまた係わるかわかりません。

それで、最後の意見のところがありましたように、みんながいろんな制度を勉強し、その制度をいかにうまく使うかということに尽きるかと思っています。是非皆さんいろんな勉強会に出られていろんなことを聞いて、それをうまく使えるようにしたいなと思います。少し時間がオーバーしましたが、ご協力ありがとうございました。

プレゼンテーション

「愛知のリハビリテーション実践活動の紹介」

座長：児島美都子（龍谷大学社会学部教授）
報告者：三田勝巳（愛知県心身障害者コロニー発達障害研究所治療学部長）
秦安雄（社会福祉法人ゆたか福祉会理事長）
山田昭義（社会福祉法人A J U 自立の家常務理事）
島崎春樹（社会福祉法人あさみどりの会専務理事）
尋木佐一（名古屋総合リハビリテーションセンター職能開発課長）

司会：今日はじめのプログラムは「愛知のリハビリテーション実践活動の紹介」のテーマで、この地域で活躍している方々の発表を聞きたいと思います。座長は龍谷大学社会学部教授の児島美都子先生にお願いしておりますので、よろしくをお願いします。

座長：ご紹介いただきました龍谷大学の児島でございます。今回の交流セミナーのテーマは、「現場の視点で考える」ということですが、レジュメの63ページをお開きください。そこに、今日の報告者が並んでおりますが、文字どおり現場の視点で考え、実践をしてこられた方々です。

最初の演者は、愛知県心身障害者コロニーの三田勝巳さん。ご専門は、生体信号処理というちょっと聞きなれない名前ですが、愛知県コロニーの研究所で約20年間運動機能障害のリハビリテーションに取り組んでこられました。それでは、三田さん、よろしく願いいたします。

肢体不自由児の運動機能の発達障害について

三田：スライドをお願いします。私は、愛知県心身障害者コロニー発達障害研究所に勤めております三田でございます。

愛知県コロニーでは発達障害研究所を設置し

て、発達障害に係わる様々な研究的な活動を行っております。研究の課題は3つに大別されますが、第1は発達障害の発生と原因、あるいはそのメカニズム、その予防対策を目指すものです。第2は、心身障害者の精神機能、身体機能の維持改善をはかる7と8のところですが、治療教育の方法であります。第3は、9番目の社会福祉に関する研究でございます。

私が、所属しております、ここの赤く書いた7番目の治療学部は治療教育の課題の一端を担う部門でございます。特に、今回は私たちの運動機能障害のリハビリテーションに関する研究の方針について、次にその研究成果の一部を紹介させていただきます。

運動機能障害のリハビリテーションは、第一次世界大戦による戦傷者の治療と社会復帰のニーズに答えて着手されたといえます。そして、1930年代のポリオという大きな問題と取り組むことによって、学問的あるいは技術的基礎を形成してまいりました。さらに、1940年代後半からは、その主題を脳性まひや脳血管障害など中枢性の障害へ移行し、整形外科学、あるいは神経学を基盤とした診断や治療・訓練が幾多の成果をもたらしてまいりました。

運動機能障害のリハビリテーションにおける医学と工学との係わりを見てみます。

リハ医学では治療や訓練によって機能の回復

を目指してまいりました。一方、リハ工学の方では機能を代行する補装具や代行機器の開発に携わってまいりました。そして、両分野とも輝かしい成果をあげてまいりました。しかし、同時により効果的なリハビリテーションを実現する上で、様々な問題も指摘されてまいりました。つまり、リハ医学では障害の評価や機能訓練が経験的な手段に依存しがちであるとの指摘がなされております。また、リハ工学ではテクノロジーに傾倒するあまり、実用にならない多くの機械を生みだしてまいりました。

若干専門的になりますが、私たちはその対策としまして、1つには豊かな生物学的な知識を蓄積する医学、とりわけメカニズムを追及する、この生理学、もう1つは、優れた数理工学的な手法をもちます工学、この2つを融合しましたリハビリテーション生理学なる概念を提案してまいりました。つまり、リハ生理学とは、障害を受けた機能を定量的に計測・解析して障害の背景やメカニズムを明らかにし、そこで得られた知識をもとに効果的なリハビリテーションを実現しようとするものであります。私たちは、対象とする運動機能の要素化、あるいは体系化を行いました。ここにあげました一番上のところですが、つまり障害が重度になるほど生命にかかわる機能に注意を払わなければなりません。そこで、調節・適用といった自律神経機能を取りあげ生存の要素といたします。生存の要素が確保された段階では身体を動かす動きの要素が必要となります。このために、まず他動的であっても手指や体幹が十分に動く状態、つまり柔軟性が必要となります。次いで動くための駆動力である筋力が加わり、さらに意のままに動きを調整するものの制御性、あるいは調節能力があげられます。最後に、獲得された動きを実用的に活用するには長時間持続する能力、即ち持続の要素が必要となります。そこでは、まず局所的な筋持久力を確保し、つづいて心肺機能も動員する全身持久力の改善をはかります。このように運動機能障害のリハビリテーションを考える際には、その機能に生存・動き・持続

という順序をつけ、それぞれの要素における障害のメカニズムや背景を明らかにし、これを基盤として評価法・機能訓練法・支援機器を検討していくことが肝要であると思います。

それでは、こうした概念にもとづいて行ってきました具体的な研究、特にこの生存の要素にかかわる研究の一部をご紹介させていただきたいと思います。重度の肢体不自由を持つ人たちは長期の臥床を余儀なくされて、自力で寝返りすらできない方が多く見られます。長期にわたる臥床生活は体力を著しく低下させます。健康にも大きな障害をもたらします。時には、生命を脅かすこともあります。ここに示しましたように、安静臥床が引きおこす弊害は全身諸器官におよびます。水平臥位では身体諸器官に加わる重力の影響が著しく減少し擬似的に無重力状態になります。つまり、この状態は重力のない宇宙空間になぞらえることができます。宇宙飛行士は長期にわたって無重力環境に滞在する結果、飛行中または飛行後も様々な機能障害を訴えます。

先般、宇宙飛行士の向井さんも、もともとは心臓外科医でしたが、宇宙を飛ぶことの苛酷さについて興味深い話をされておられます。その機能低下は、寝たきりの人たちと共通しております。ここに示しましたように飛行中、あるいは飛行後に様々な機能障害が宇宙飛行士に見られます。

再び寝たきりの人たちに話をもどします。水平臥床の状態、つまり循環系に対する重力の影響が著しく減少した状態が続きますと、循環調節機能の低下を生むこととなります。しかしながら、地球上にいる限り依然と重力は存在するわけですから寝具に接する体表面は圧迫されます。やがて褥瘡を生むこととなります。そこで、この2つの対局した障害を取りあげることにします。まず、下半身陰圧負荷法と呼ばれる方法によって、重障心身障害児の循環調節機能を分析した研究を紹介させていただきます。時間があれば、もう1つの話題、新合織のマットレスを使いました床ずれの予防についてお話をさせ

ていただきます。

重症心身障害児、以下重症児と略しておくことにします。重症児は、寝たきりの人たちが約25%を占めております。日常の医療行為や生活の介助のために座位や立位をとりますとチアノーゼや浮腫、脳貧血をおもわせるような顔色の変化がしばしばみられます。こうした状態は、長期臥床に伴う循環調節機能の低下を推察させ、生存の要素にかかわる大きな問題となります。循環調節機能を検査する際の重力負荷としましては、写真の上を示しましたような下半身陰圧負荷装置を利用しました。この装置は英語では略してLBNPと呼ばれております。LBNPは下半身を減圧することによって、上半身の血液を下へ送りこみ貯溜させる方法です。つまり、寝たまゝの状態、循環機能に対して立位や座位と同様な効果を発生することができます。LBNP法は、もともと宇宙医学の分野で開発され、循環調節機能の評価や維持改善に使われております。この先端的な科学技術を重度の運動機能障害者に導入したのは今回がはじめてであります。

それでは、専門的になりますが重力負荷に対する循環反応について見ていきたいと思えます。一般に私たちが座位の状態から立位になりますと、約100mmHgの圧力差が心臓と下肢との間に発生いたします。そうしますと、血液が下肢に貯溜することになります。この血液の貯溜は今度もどる静脈還流と言いますが、つまり心臓にもどる血液の量を減らし、さらにその結果とし心臓が1回拍出する度に送り出す血液量、ここでは1回拍出量と書いてございますが、この1回拍出量が減少してまいります。その結果として血圧の低下を生むこととなります。血圧が低下しますと、私たちの脳にいけます血液が減りますので、ある一定レベルより低下してまいりますと脳貧血がおこり立位が不可能となります。これを防御するために、ここにあげましたような2つの防御装置が私たちの体の中ですみやかに働きます。つまり1つは、心拍数が増加して1回拍出量の不足を補います。また、血管

が収縮しまして末梢血管抵抗といわれる血管の抵抗が増えてまいります。これらの、一連の反応によって血圧が回復して私たちは立位を継続することが可能になるわけです。

LBNPに対する重症児の反応を見てまいります。この図はLBNPを加えない状態と負荷を加えた場合の血圧の変化を見たものです。実線は、健常な方の回帰直線です。破線の方は、標準残差と言われるもので、この点線より上のものが正常域というふうに考えることができます。一般に健常な場合には重力負荷、あるいは立位に対して平均血圧というのはほとんど変化しないか若干増加するのが一般です。そこで、この回帰分析をもとにして、点線より上にあった重症児、青丸で示してありますが、これを血圧維持群H1というふうに表わすことにします。そして、血圧が低下したものの、つまり立位をとった時に血圧が低下してしまう赤い人たちのことを血圧低下群と呼びます。これをH2といたします。

私たちの体にある2つの重要な補償機構が、正常に働いているかどうかを見ることにいたします。健常者の方は白丸で示してあります。心拍数は無負荷の状態から負荷をかけますと上ってまいります。これは、正常な結果ですが青色の血圧維持群といわれた方はほとんど上がりが見られません。赤丸の血圧低下群としました方たちはかえって心拍数があがるどころか下がってまいりました。

もう1つの補償機構であります血管の収縮というものを見てまいります。ここでは、ノルエピネフリンと書いてありますが、末梢血管の抵抗の指標としてノルエピネフリンというホルモンを見たものです。健常者のノルエピネフリン濃度は無負荷より有意な増加を示します。重障者の場合もLBNP負荷時に増加傾向が見られますが、その増加率は健常者に比べて少なく、特にH2群の増加率は健常群と有意な違いを示しました。

こうした結果をまとめてみますと、血圧維持群H1の循環反応は質的には健常群と類似して

いると見ることはできます。しかし、量的には非常に緩慢であり循環調節機能の機能低下ということを推察させます。一方、この血圧低下群の方を見ますと、本来増大すべき心拍数に低下が見られますし、ノルエピネフリンの変化もほとんど見られません。これは、単に機能の低下ということではなく循環機能の機能不全という重篤な状態を推察させるものです。

さて、大切なことは、ともに寝たきりであるH1、H2の間で循環調節機能に違いが生じた背景を見てみますとH1群の大半の人たちはよりかかりの座位や食事保育の時間に定期的に座位姿勢をとることがありました。一方、H2の方、機能不全を呈したH2についてはこうした機会が全くありません。このことは循環調節機能を維持する上で定期的な抗重力姿勢、立位や座位が極めて重要な役割をはたすことを確認させるものです。なお、LBNPは無重力に起因する体液の減少を防ぎ、圧反射機構という血圧を調節する機構を刺激することが証明されています。スペースシャトルの中でも積極的に使われております。寝たきりの重障者の循環調節機能を改善する上でも、LBNPは非常に有効な方法になるものと考えております。

リハ生理工学の概念および生存の要素に関する具体的な研究の一部を紹介させていただきました。

この課題以外にも様々な研究を進めております。なお、リハ生理工学は私たちのマイナーな提案にすぎません。しかし、多くの具体的な課題と取り組む中でその方法論の体系化と一般化をはかっていきたいと思っております。

ご静聴、ありがとうございました。

座長：ありがとうございました。ちょっと難しかったかもしれませんが、安静の弊害について学問的な基礎研究というところでお話をいただけたかと思えます。

次の演者は、秦 安雄先生。ゆたか福祉会理事長という肩書きをお持ちですが、一方で日本福祉大学教授として福祉教育にずっと携わっておられます。先生の教え子とともに始められ

ましたゆたか福祉会にも創設以来ずっとかかわっておられます。それでは、秦先生お願いいたします。

障害者の労働の場の確保と生活向上へ向けての活動

秦：スライドをお願いします。右の方は主として施設の設立経過を示します。

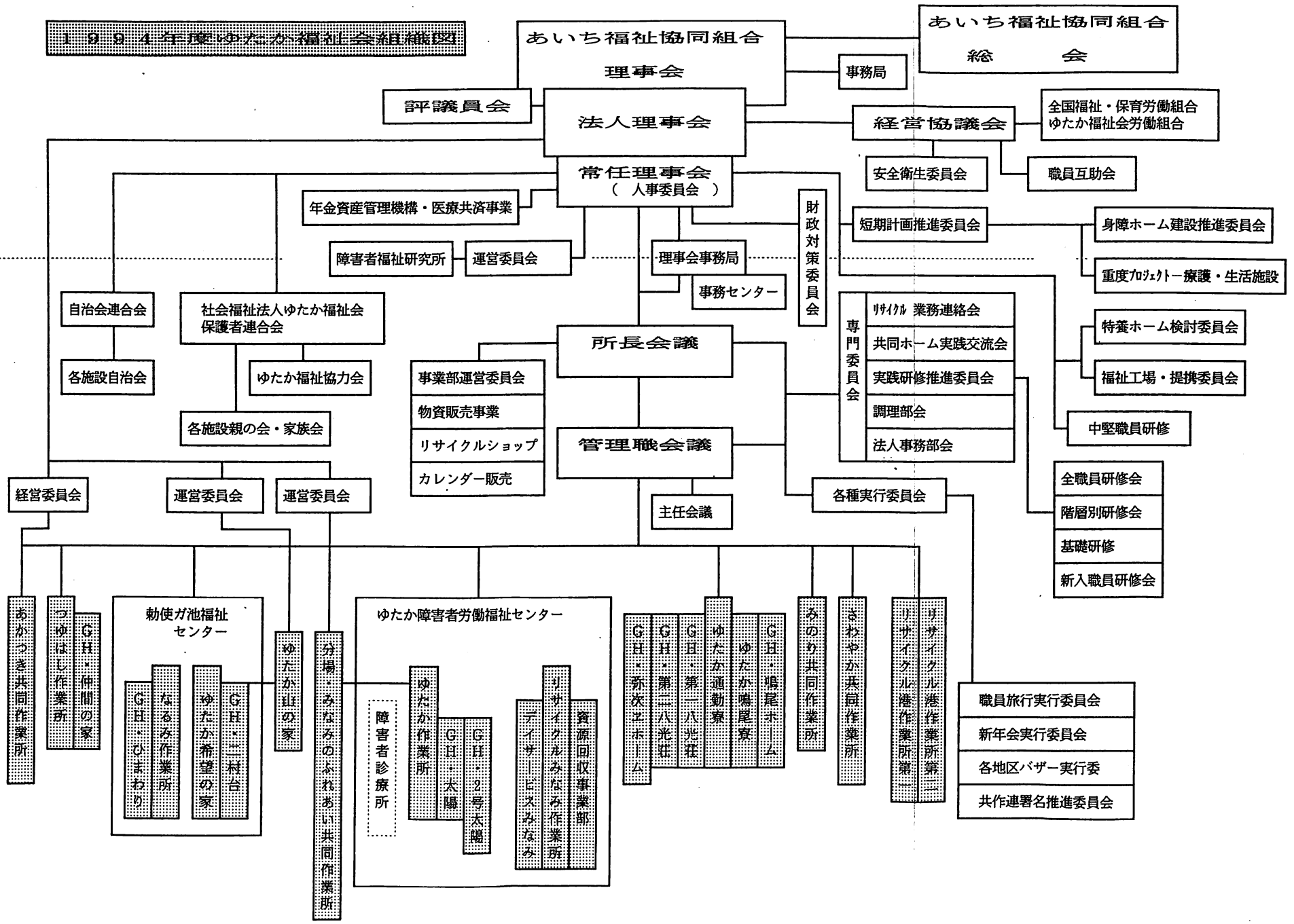
1969年、昭和44年ですが、ゆたか共同作業所。実は、左のプレハブが一番最初のもので認可にあたって右の方の大変みすばらしい建物で、25年前に出発したわけです。ゆたか共同作業所から出発したゆたか福祉会は本年3月で事業開始25周年を迎えることになりました。ゆたか福祉会の事業の到達点、そして目指すもの、課題について簡単に報告をいたしたいと思えます。

左の方でご覧いただきますとおわかりだと思いますけども、一口に言いまして、総合的で多様な一貫性のある施設・事業等になってきつつあるということです。そして、青年・成人期の障害者の労働と生活の必要に応える事業として取り組まれています。障害者の皆さんの多様な働く場として、精神薄弱者授産施設、身体障害者授産施設、無認可小規模作業所合計10か所(要項66頁参照)。そして、生活の場として精神薄弱者更生施設、通勤寮、福祉ホーム、グループホーム(9か所)合計12か所。利用者が、作業所の方253、生活施設の方が112。その他、資源回収の事業、受託事業、そしてデイサービス、短期療育事業、ショートステイ等があります。また、岐阜県下ですけれども山の家、木の実農場なども制度にはありませんけれども法外施設として運営をしています。

これは、ゆたか福祉会の組織図(別表)でして随分複雑多岐で、こちらが施設部門ですが、あとは運営の組織やプロジェクトの研修組織だとか長期構想のプロジェクトチームだとかいろいろあります。施設の地域分布を示しているんですが、南区それから中川区、港区、緑区、そして師勝町にもありまして、それぞれのプロッ

1994年度ゆたか福祉会組織図

↑ 経営機構 ↓
↓ 管理・運営機構 ↓



クの体制をとっているわけですが、南区を中心に
にして展開されています。

それで、現在の職員数は正規には142、非常
勤27合計169名となります。会計の規模で言
いますと、これは決算ですけど93年度は約15
億4000万という規模になっております。このス
ライドは、授産会計ですけども、売上高の
89年度から93年度までです。昨年度の決算状況
が、総計約1億9000万です。

障害者の人たちを仲間という呼び方をしてい
るわけですけども、仲間のひとりあたりの月平
均給与額ですけども、作業所によって障害の重
い人と軽い人の比率がいろいろございまして格
差がございまして、さわやか作業所というのは
パンをつくっている無認可の小規模作業所です
が、比較的軽い人たちということになるんでし
ょうか。平均で47,000円。リサイクルは身体障
害者の授産施設ですけども平均43,000円、空き瓶
とか空き缶の分別収集されたものを処理してい
るという作業所です。

それから、ゆたか作業所、一番古いところ、
このゆたか作業所を移転改築した新しいところ
で作業をしているわけですけども、平均24,000
円。つゆはしは、廃油を回収して無公害の石鹸
をつくるということを主な仕事にしています。
みのり作業所、なるみ作業所、あかつき作業所
は比較的障害が重いということで平均4,600～
7,000円の額になっています。

授産協の方の資料を借用して全国的にどうな
っているか見てみます。これは、昭和63年度の実
績ですけども、月額工賃で身体障害者のこの
あたりは28,000円になっています。それから身
体障害者の授産施設ですね。精神薄弱者の授産
施設でありますと、平均が1万円を切るという
ような額になっている。こちらが通所で、これ
もだいたいそうですね。

こういうことと比較でゆたか福祉会での授産
の事業が全国の平均をかなり上回っていると
ころ、もちろん障害の重さとかいろいろありま
すけれども、そういう点での実績をあげている
かと思います。

ゆたか福祉会の事業の展開、歩みは詳しい年
表を掲載してありますので、そちらの方をご覧
いただきたいと思います。

スライドで各施設の外形をみます。これがみ
のり共同作業所、第2号の施設です。第1号の
ゆたか作業所ができて、20名定員の作業所
です。すぐ待機者がいたということで、すぐに共同
作業所へ出発しました。今年の4月に新しく移
転改築、定員増をいたしまして3階建ての立派
な建物になっています。丁度エアロビクスをや
っていたところがありましたのでちょっと写して
きました。

第3番目のなるみ作業所が右の建物です。左
の方は、希望の家になっていますが、ここのな
るみ共同作業所という形で無認可で出発しま
して、皆さん方の協力で運動を通じて資金を集
めたりしながらも新しく認可施設になってい
っているわけです。

ここまでは、個人の借地利用の土地なんです
けども、以後、ゆたか福祉会の事業が大変大き
く展開していることの中には、愛知県はじめ、
特に名古屋市が土地を貸与してくださるとい
うような行政の大変なバックアップがあって、他
県にない有利な条件の中でここまで来ているん
じゃないか。そういう点で行政のバックアップ
というのは非常に大きな力だということに思
っています。

ここは、ゆたか作業所、新築・改築と定員増
で移転してきたところ。そして資源の再利
用ということで、これも清掃労働組合とか障
害者団体の方たちと協力して資源再利用、それ
から高齢者や障害者の働く場づくりというこ
とですが、リサイクルみなみ作業所という形
で瓶、缶の処理をする作業所です。ここには、
先程のゆたか作業所が移転してここで仕事
をするようになってきていますし、この土地は
名古屋市にお借りしているものです。これも全
景ですが、右側がゆたか作業所、左の方がリ
サイクルみなみ作業所で分別収集されたもの
が運ばれてきているわけです。

これは、ゆたか作業所の中で「共作連ふきん」

と言っていますが、台所で使うかやふきんです。それを縫製現場でつくっているところの場面です。ここはリサイクル作業所の中で、ガラスビンやカレットがベルトコンベアで回ってくるのを色で分別したり、それからそのまま使える生き瓶といって使えるものを取り出す作業です。上の方では下からあがっていったのを白、緑、茶、黒と色分けをしている作業なんです。これが、先程の2階から分別されたものが分けられて、こういう形で出されて業者に持っていったかということになっているわけです。これは、鉄なりアルミの缶をベルトコンベアの上で磁石でもって分けられ、つぶされブロックになります。

これは、つゆはし作業所です。これも名古屋市の土地に建っているわけです。ここは、石鹼をつくっていきまして、この中に廃油とカセイソーダを入れます。かなりの温度で煮えだぎっているところです。これは、できた石けんを上にあげる装置です。

これは、師勝町のあかつき共同作業所で、無認可の共同作業所ではじまりましたが、ゆたか福祉会の中にとりあえず参加をするということで、ゆたか福祉会が軒下を貸しているような形になるんです。そういう形で、ふれあい作業所も無認可の作業所が、ゆたか福祉会の施設として参加しています。

これが、ふれあい作業所でゆたか作業所の分場になっています。20名未満ですから分場で出発をしているわけです。ゆくゆくは認可施設にしたいという要望があります。

これが、新しく出発した港の資源選別センターということで環境事業局が土地・建物を用意して、そこの委託をゆたか福祉会が受けています。これは、先程の市のリサイクルみなみと同じ作業の中身になります。機械装置ですけど新しい装置が導入されています。

これは、パンのリサイクルショップで新しく移ったところですが、パン工場の中は写してありませんけれども、ここでお店も開いているということです。

今までのスライドは働く施設ですが、つぎは生活の場です。

ここは、なるみ作業所とゆたか希望の家の更生施設が併存している場所です。右の方がなるみ作業所、左の方が希望の家更生施設です。

これが、希望の家です。生活施設の中核になるものです。それぞれの作業所や施設がバックアップ施設としてあり、そこで自立して生活ができるような力を持った人たちが、グループホームで生活をしています。これ以後、福祉ホームやグループホームの紹介になります。

これが、二村台のグループホームです。1軒家を借りて立派な建物ですけど個室をつくり共有の部屋をつくり、そこに指導員がひとりという配置で地域で生活をする場所になっています。

これは、なるみ作業所のグループホームです。これが建物です。これも長屋を借りているわけですね。こういうのを借りている場合は10万円前後の家賃で、高いところ安いところいろいろあります。これは内部ですが、お風呂の入り方ということで指導員がいろいろ工夫をされているわけです。

ゆたかホーム太陽ですが、ゆたか作業所で仕事をしている仲間の自宅を1軒借りて、本人と他の仲間が生活をするという形をとっています。ここには、隣に空き地がありまして、新築で4000万かかりましたが、左がその全く新しいグループホーム、ここは利用料は40,000円でなくて60,000円と高いのですが、新しいグループホームの1つとして存在しています。右側の太陽の家が第1で左が第2ということになります。これは通勤寮です。通勤寮を中心に就労とくらしのネットワークを形成しています。

これは、長屋を借りた弥次エホームになります。これが第1八光荘です。これはアパートです。ここが第2八光荘で、この下には食堂とか入浴もできるようになっていて、近くのグループホームに住んだり、あるいは独立してアパートやマンションで生活をしている仲間たちが集まって交流ができる場をつくっています。

これがその奥にあります第2八光荘。

このスライドは、たまたま学生と周りに住んでいるグループホームの仲間たちが集まって交流会を開いた場面です。真ん中に結婚して近くのマンションに住まっている仲間がいて、子どもさんが生まれて育てているわけです。あと結婚している仲間もこの中に2組いますし婚約をしている仲間も2組ぐらいいるようですが、学生たちの印象によりますと全く普通の人たちと変わらない。あとから家庭訪問をしたりグループホームの訪問もしたようですが、鉛をしゃぶっていた母親が、うちへ帰って子どもを見る顔は母親の顔になっていた、というような印象を述べていました。丁度、青春まったただ中で、学生たちと同じ世代の人たちというようなことでした。

一言だけまとめてみます。基本は障害者の権利保障、人間に値する生存・発達への権利の保障を目指すということで進めています。障害者や家族のねがいに依拠すると、それに応えて、ねがいをどう実現するか、そしてそのためには現行制度を最大限に活用し、改善していくこと、制度がない場合は新たな制度を創設するという視点で、しかも地域住民の方たち、関係の諸団体の協力や共同を得て、協同の力で拡充し発展してきているということが一番の基本にあるわけです。運営については仲間たちを主人公として民主的な運営を目指して地域と連帯しながら施設づくりをしていく。

就労と暮らしのネットワークづくりということで、地域に住み働く条件として、通勤寮をセンターとしてグループホームをいくつか用意し、地域の企業に就職をしているという状況をつくりだしています。

将来構想を策定し、当面の課題として、これは全国的にも共通ですが、身体障害者の療護施設、あるいは精神薄弱者の更生施設が定員一杯で待機者が多い、それらの施設をつくり、さらに力を持った人たちが働いて高い収入が得られるような福祉工場などを設置する。そしてさらに高齢障害者、あるいは職員も親たちのことも含めて特別養護老人ホームをつくる必要がある。

というようなことで、将来的な計画をいろいろ考え、推進しているところです。以上でおわります。

座長：ゆたか福祉会は、29の施設の責任を持っておられるそうで、それを15分でお話しいただけるというのはとても無理な話だったと思います。

次の報告者は、山田 昭義さん。昨日のシンポジウムで当事者の参加がC B Rにとって大変大事だというご指摘がございましたが、山田昭義さんは当事者であり、またA J U自立の家は当事者がつくった地域のリハビリの拠点だということで、どうぞよろしく願いたします。

重度身体障害者の在宅生活向上を図る活動

山田：紹介いただきました山田でございます。レジュメを出せということで出しまして、ここに来て一番にパラパラと読みましたら、たった3行書いてあるだけで大変だなと思いながら、「わしは学者先生と違うんだからええだろう」と言ったら、うちの職員が「山田さんいいですよ。眠たくなるから書きこめということ言えば理解してもらえますよ」と言いましたので、眠たくなった人はここで書きこんでいただきましたと思います。

それから、もう1つは皆さんの手もとに黄色か水色のパンフレットが入っておるし、我々ドラゴンズブルーと言っておりますが、『優しい心をありがとう』というパンフレットも入ってる。これを、ちょっと見ていただきたいと思います。これは、後援会の会報です。1口1,000円でよかったら入ってくださいという宣伝をしたいと思ひまして入れました。皆さんのこういう善意でうちの自立の家は成り立っております。

それから、こういうB4の半分に折ったのがあります。これは、A J U自立の家の中でわだちコンピュータハウスというのがあります。ここでは、コンピューター、パソコンと汎用機の小さいのを使って実態調査の集計なんかを非常に得意としております。ですから、老人保健福

社計画の時には、今は東洋大学に変わられましたけど大友先生とか県大の小國先生とか宮本先生、あるいは杉崎先生に手伝ってもらって愛知県の88市町村あるそうですけども、11の市町村の集計と計画を仕事として受け取りましたものですから、そのおかげで去年までは潤いまして、先程ゆたかの方から出ておりましたけど、数字を見ておって、「うんうちは約倍だな」と思いました。昨年1年間の平均の給与月額で84,000円ぐらいでした。8万円だからいいだろうと思っていますけども、一応我々としてはつくった時から月10万円を目標にして頑張ろうということでやっております。なかなか10万円にはとどきませんが、是非皆さんの中で先生が多いということです。研究の中で調査がありましたらA J Uわだちコンピュータハウス方にご用命いただければ幸いです。

実は、A J U自立の家とはというふうに書いてありますけども、座長の児島先生からお話がありました。当事者運動でA J Uはどうしてできてきたのかということからお話させていただきます。昭和48年に我々車いすの仲間が外に出ようということで動きはじめました。その時にたまたま偶然キャンプに大学の先生にひとり来てもらうといいということで、朝日新聞の厚生文化事業団に誰か紹介してもらえませんかと言ったら児島先生に来ていただいた。その時、児島先生から、「障害者も勉強せないかんよ」と、スウェーデンとデンマークの話をしていただいて、「あっちの方でもはじめからああいうふうになっていたのではなくて、障害者の人が声を出してああいうふうになったのだからあなたたちも勉強しなさい、1年間勉強したら福祉事務所の窓口に座とるぐらいなれるよ」というのがきっかけで、それから第4日曜日は「愛知県重度障害者の生活をよくする会」という名前になったんですけども、「よくする会」と言っています。よくする会は、それ以来、今年で21年になりますけども、児島先生とご主人の長先生が今でもずっとボランティアで第4日曜日に勉強会を続けています。

そういう勉強会の中から国際障害者年の次の年、昭和57年に児島先生の方から、移動と働く問題と自立ということを中心に勉強しようという事の中で、働く場としてわだちコンピュータハウスというのができてきたわけです。わだちコンピュータハウスは昭和59年に無認可でスタートし、当時はA J Uわだち作業所ということでした。それが、きっかけでわだちコンピュータハウスは、平成2年に法人になったものです。法人になってわだちコンピュータハウスと福祉ホーム、いわゆる僕らは下宿屋といっています。下宿屋だから4年たったら出ていけということで、4年たちましてひとりを除いて全部が出ていきました。

それから、もう1つはデイセンター。いわゆるホームに来れない、もっと重度の人を受けとめる場としてデイセンターをつくらうということで、3つの施設を何とかうまく機能させて施設ができないか。どちらかというと、我々は障害者運動をしてきたものですから、施設があった方がいいか、ない方がいいかと言ったら、ない方がいいにきまるとる。ない方がいいということで運動してきた仲間が、施設をどうやってつくっていくかということが我々の課題だったわけです。我々は福祉ホーム、いわゆる下宿屋をベースにして、3つの施設を運営しております。

ですから、どういうふうにするかと言うと、地域社会の中で生活をしていきたい。そのためには何がいるのかと言うと、昨年の10月から名古屋市との折衝が非常にうまくいきまして、自立支援事業という国の支援をうまく活用しまして下宿屋を出た人が全く寝たきり、いわゆる筋ジストロフィー正確にはウェルドリッヒ病の人がおるんですけど、指先が少ししか動かない彼女でも、朝7時から夜11時まで、その人によって原則5時間、上限7時間ケアスタッフを派遣することによってその人の生活を支える。しかも緊急の場合、例えば今日熱が出ました、あるいはどこかに行きました、あるいは夜中にトイレに行ってひっくり返りましたという時にはす

ぐにとんでいって、少なくとも今我々が派遣しておるところで言いますと、20分以内にはとんでいって対応できるような形になってしておく。そういうのを9人利用しています。それも朝7時から夜11時まで自分としてはこの時間がほしいということで話し合っただけでその人に行く。今7時間派遣しておる人が2人おられます。5時間がほとんどで4時間がひとりということで派遣しております。

我々としては、この場で専門の人たちが多いということをお願いしたいのは、僕はもう1つ全国自立生活センター協議会の全国の代表という形で活動をしています。これは、自立生活センターを全国に広げていこうというもので、当事者運動の最たるものであり、我々の自負として一番先頭を走っておるものだと思っております。これは、今まで施設におった。例えば、ホームで言えば下宿屋に来た仲間で、愛知県で今重症心身施設のこぼと学園から療護施設に行って療護施設からうちの下宿屋に来た仲間が、近い将来地域社会の中で生活をしていく。これは、10年前には絶対に考えられなかったことだし、我々がなければ彼は恐らく一生もの心ついた時から一生を施設で終わってしまうだろう。

また、今施設が、どうなんだということを我々今非常に問題にしていかなければいけない。日本の福祉というのは基本的に施設の上に成り立っていると思う。愛知県で言えばコロニーもそうでしょう。私もゆたか作業所もそうでしょう。全てが施設の上に乗っかっておるんだ。ここに僕らは問題を感じております。

例えば、療護施設でもそうです。ついこの間我々が施設の勉強会をはじめて次に我々が下宿屋で、優等生ばかりじゃありませんので、行かない人たちの受け皿をどうつくるのかといった時に、施設というものが見えてくるけども、施設じゃない、しかも自立支援でどうにもできない部分をどう受けとめるかということを考えていこうよということで、最終的には我々も療護施設みたいなものが必要だという認識を持っております。そうじゃない部分をどう受けとめて

いくのかということにいくと、現実の施設の上に乗っかるとという部分で、その施設が障害者の願いを聞いておるかという聞いてない。受けとめておるかという受けとめていない。申しわけないけどもこう言わざるを得ないだろう。

例えば、働く場所でもそうです。身体障害者の授産所というのはあまり満員になっていかない。それは何でか。月々の手当を見てもわかる。お前障害者だからと言われると返す言葉がないけれども、月々うちで8万何ぼですよ。8万何ぼで職員として皆さん勤めますかと僕いつも言うんですよ。すると、勤められない。障害者だからいい。ここのギャップをどう埋めていくのかということの解決がないと身体障害は授産所には行かないだろうということになってしまっているんじゃないか。

また、療護施設でいえば、この間メモしたものがありませんが、朝5時半から起こされる。お昼も夜もそうですけども、食事は25分以内に食べなければいけない。

更生援護施設はというと、まだ電動車いすすらない。しかも一生訓練、訓練、訓練……で終わっていかねばならないというところに非常に疑問を感じておる障害者が、山ほどおるんだということを理解してもらわないと福祉の問題は解決してこない。

重複障害とかいろんな問題を僕らもかかえております。だから、一概に全てを解決できるとは思いませんけども、何かそこに障害を持った人に響くものを我々が出していかなければいけないんじゃないか。

AJU自立の家は、今24人ぐらい職員がおります。その中の8人が世間で言う1種1級の障害を持った職員です。そして、わだちコンピュータハウスは8万いくらだと言いましたけど、トイレ介助、食事介助を延べ22人の者が必要であるということを知ってもらおうと、意外に障害が軽いからいいとか、重いとか安いとかということじゃないんじゃないかと思っております。そういう部分で皆様のご協力をお願いしたいと思

ます。

最後に、名古屋で今年「ゆめびっくあいち」ということで身障スポーツ大会をしました。我々は3年に1回ずつガイドマップをつくっていますが、身障スポーツ大会があると各行政がガイドマップをつくります。しかしほとんど業者まかせです。我々のは名古屋市から委託を受けて今年8版目です。是非見ていただきたいし、外で1,500円で売っております。業者がつくるものと障害者がつくるものとの違いというものはあると思います。それを是非受けとめていただけるためにも1,500円で買って行っていただけたらいいな。

最初と最後が宣伝になりましたけども、どうもありがとうございました。

座長：ありがとうございました。発言内容には、かなり挑戦的な問いかけもありましたので後で討論をお願いしたいと思います。

次は、あさみどりの会の島崎春樹さん。ボランティア活動の中から生まれた会があさみどりの会。愛知県でも長い古い歴史を持った会があります。記念講演の中で上田先生が日本のリハビリは小児の領域からはじまったと言われましたが、愛知でもはじまりは小児の領域でございます。その草分けである島崎さん、よろしくお願いたします。

心身障害児の療育援助活動の展開

島崎：この地でささやかな活動をしておりますあさみどりの会のことを少しお話しさせていただきますと思います。

私たちが、行動をおこしたのは1959年頃でしょうか。30数年前になりますが、詩人であるとか、国語の教師であるとか、塾の先生であるとか、そういうような子どもにかかわる人たちの数人が子どもの生活を考える、子どもの精神衛生を考える、そういうことの勉強会をしておりまして、「青い空」という雑誌を出しておったんですね。そのグループのひとりが、特殊学級の担任になられたということで、その子ども

たちのことを8ミリ映画で記録をしたり、親子の合宿をやったりすることにグループの仲間がみんなして参加するようになった。

そこで、知恵遅れといわれる子どもたちこのメンバーが出会ってしまったんです。その時に、私どもの法人の設立者になりました伊藤方文さんという人がおります。15年前に亡くなられてまして、私がお後継者のような感じになったんですが、その人の文章の中に、いわゆる知恵遅れの子どもとかかわるようになった時の感想ですけども、「私は純真なこの子らの仲間に加えてもらったおかげで、それまでの私の生きざまを少しずつ変容させられることになっていった。そして、その生きざまがもうぬきさしにならない状態になってしまったなと自分でも気づいたのが、糸賀一雄先生の『この子らを世の光に』という言葉にガククリとうなだれた頃で、その後の私は一途にこの子らに導かれるままに生きてきたといえよう」と、その当時のショックを書いていらっします。

結局、そういうことに気づいてからは、このメンバーは知能に障害を持った子どもたちのことを焦点にしぼって活動していこうということに決めました。このようにして、あさみどりの会の運動が起こっていったのです。

その後、知恵遅れて一体どんな子なんだろうというようなことで、精神科の人とか臨床心理学者とかいろんな人のところをこのグループは尋ねるようになります。そして、そういう人たちがその後ボランティアとして参加してくれるようになって、グループのメンバーが広がっていったわけでございます。

そういう中で、こういう知恵遅れの子どもたちのことはあまりにも社会の人は知らなさすぎるんじゃないか。たまたま伊藤さんは、記録映画をつくる技術を持っていましたので、盛んに啓発映画をつくりました。例えば、「あなたはお存じですか」。障害の発生の原因について説明する映画ですね。あるいは、糸賀先生の「この子らを世の光に」を映画化したり、「広がれ愛の波紋」とか「コミュニティケアへの道」と

か、私が、その後受けついであつたのを入れますと、この20年間で10本ほどの映画を製作しております。そして、中には台湾とか韓国に売ったこともございます。

その後出版活動も盛んにやまして、例えば「赤ちゃんの脳」であるとか、この障害の問題をいかに伝えるか、それは一般社会の人に伝えるだけじゃなくて障害児の親にもっときちんと知ってもらおう、あるいは職員に知ってもらおうという職員教育もあります。

それから、研修活動では私がこの時からあさみどりの会に参加したのですが、昭和43年からボランティアの研修会を開いてまいりました。あれ以来27年目になりますけれども、この研修を受けた人は延べ2千数百人にのびります。現在では、57回目か8回目になっております。1講座が12回ずつの講座をやっています。それから、一般の啓発のためのシンポジウム等もやっています。

結局、一貫して、なぜこの知的障害児に焦点をしばって活動を展開してきたかという、それは心身に障害を持った子の問題に取り組んでいくということは全ての子どもたち、あるいは全ての人の人たちの幸せにつながる課題なんだ。この問題を解決したら社会全体の問題が解決していくんだという観点に立って活動してきたということでもあります。特にこの頃、今から20数年前の障害児たちはどこへも通うところがない。特に重い自閉症児、多動な自閉症児、そういう人たちをかかえた家庭は地獄のようだという訴えを盛んにしていたわけです。

そういうことで、1966年（昭和41年）には療育相談所を開設しております。そして、そういう人たちを何とかしなければいかんということで、名古屋中どこか貸してもらふ部屋がないのかと歩いて、ようやく城北カトリック教会という教会の1部屋をお借りして幼児の集団訓練をはじめたのが1969年でございます。わずか週1回か2回の療育でありますけれども、その子どもがすばらしい変化をすることにびっくりした親たちが、何とか専用の場所をつくってほ

しいとって積み立てをしたり運動をはじめました。それが実って、さわらび園という通園施設が誕生しました。

その通園施設をつくるにあたっては、名古屋市に土地を貸していただきました。名古屋で障害者の福祉施設に最初に名古屋市の土地を提供されたのは、この時がはじめてであろうと思います。1972年に、さわらび園が誕生いたしました。

しかし、幼児の療育をはじめてみて、お母さんたちとお話をしますと心のバランスが悪いんですね。非常に防衛的ですし狭いし、そういうお母さんと圧倒的長時間子どもは過ごすわけですから、この子たちをしっかりと育てるためにはお母さんへの援助が必要です。母子通園を行い一貫して親の援助と子どもの援助を並行してやっています。しかし、これにはかなり行政的なしほりとの抵抗がありまして、今だに葛藤が続いておりますけれども、母子通園やめろ、バスを買って通園させろとかね。そういうようなしほりがちょいちょいございまして、大変苦労をしています。

どう考えても、お母さんへのアプローチをした方が子どもが発達するということで私どもがやり続けてきたという経緯があるわけでございます。このことは、早期発見・早期療育ということは今から20数年前に、とにかく打ちこんでいったのは、いわゆる予防福祉といえますか、どうにもならなくなった人たちがたくさんおられて、例えば愛知県コロニーができた当時、あそこへ収容されてきた人が四つんばいでしか歩かない、食べるのも犬のように手をつかわないで食べる人がいたとか、そういうのを見るにつけて幼児期からの育てをきちんとやることによって、予防的な福祉ができるんじゃないか。そういう点では、家庭に対する援助というのをかなり重視してまいりました。

さて、その後私どもも今から13年前に成人施設、通所授産ですが、今私が所長をやっておりますけれども、それをつくることになるわけですが、知的障害児の行き先に見えているのは入所更生

施設しかないのか。愛知県の8か年福祉戦略というのを拝見いたしましたけども、その中に出てくるのは待機を解消しなければいけないから更生施設の定員を倍増しなければいけないということですし、名古屋市におきましても、みんな待ってみるからつくらなければいかんという傾向が非常に強いわけであります。

子どもはノーマライゼーションというものと完全参加と平等というのが大変空しく聞こえるような昨今でありますけども、それを叫んでいるだけで現実に、特に子どもが担当しております知的障害については進まない。しかも幼児期の対応、学齢期の対応、青年期の対応。学齢期になると学校教育の範疇になるとか、それぞれの文部省であるとか厚生省であるとかという行政の壁が厚いのかどうか。学校へ幼児通園施設から送り出すと霧の彼方へ行ってしまふ。それぞれのテリトリーの中で自己完結型の処遇が行われている。しかもその自己完結型のところでいじくりまわされていて、養護学校の先生がおっしゃるのは年々重度化していますとか、あるいは厚生省の誰かが立派な名前をつけてくれたんですが、強度行動障害なんていう人が増えている。これだけ教育にお金を使ってたくさん先生を雇って、施設をたくさんつくって、それなのになぜそういう人がどんどん増えていくのか。誠になさけない現状ではないかと私は思うわけです。

そういう中で、パブリックな部分では幼児期から成人、あるいは死ぬまでの一貫した生涯のライフサイクルを見通した、一貫した体系的援助というのは望めないんじゃないかというふうに感じるようになりまして、私はとにかく家族をキーマンにしていかなければならない。特に、父親をキーマンとして子どもが5才の時点から、10年のサイクルを2スパンでプログラムを完成させるという父親のグループをつくりまして計画を立てております。ハード面では、父親たちが積み立てをしまして10年目には1億というお金をつくっておこうよ。1億という自己資金があれば、そこへ行政から資金を導入したり借入

金を導入したりして、この子たちが地域社会の中で暮らせるような、しかもなるべく小規模な場所で働けるような場所を保障していこうじゃないか。そのためには父親とか家族がソフトの面でしっかりと勉強をしていく。

さっき山田さんがおっしゃいましたが、障害者自身も勉強をしなければいけない。障害児の親も一生懸命勉強していこうじゃないかと、今4つの父親を軸としたグループが取り組んでいるところであります。

ある重い自閉症をもつ父親が言いましたのは、ノーマライゼーションと言うけれども、今のこの社会の状況を見ておきますと、今の社会に、とても我が子をノーマライズする気にはなれない。何とか社会の一角にこの子たちが安心して暮らせる場所をつくっていく。それは、大きな入所型の施設では決してないんだ。そういうようなことを、お金も貯めながらしっかり勉強をしているところであります。その4つの父親のグループの1つは、海部郡の方ですが二百数十坪の土地を10人ほどで確保いたしました。

18人のもう1つのグループは家を1軒、今子どもが4年生の時点で将来のグループホームの第1号館だといって手に入れた。そんな活動をやっております。

今、私は施設を建設いたしております。なるべく小さい、最低基準の最小限度の施設をつくらうということで名古屋市にご協力をいただいて30人の入所更生施設と20人の通所授産施設の複合施設をつくっておりますが、何とかこの入所施設は、15才で義務教育を終了したらすぐに更生施設に入っていただいて、親元ではどうしても自立へ接近できない部分について、施設と家族と協力しながら施設を1つのトレーニングのステーションとして、その人の持てる能力のいっぱいのところまで近づけて、その間に親たちが働き盛りですので地域社会の中で受け皿を用意していただいて送り出す。何とか施設から出す流れと言いますか、施設とは去る場所であるという流れを何とかつくっていけないだろうか。そういう意味での知的障害者のリハビリテー

ション施設であり、たくさんのスモールグループがあちこちにあって、そのキーステーションとしての役割をはたすような施設活動を展開していくことができるならば、施設というものが従来の施設というイメージから今1つ脱皮できるんじゃないか。そういうことを目指して私なりに実践をいたしております。失礼いたしました。

座長：これからの大きな課題であります、高次脳機能障害の職業リハビリテーションに先駆的に取り組んでおられます、名古屋市総合リハビリテーションセンターの尋木佐一さんをお願いいたします。

高次脳機能障害者の職業リハビリテーション

尋木：

1. はじめに

高次の機能障害者の職業的な社会参加の課題に対する職業リハビリテーションの方法について、どんな障害なのか、そしてどのような方法や手段で安定就労につなげていったらいいのかといったことについて、高次脳機能障害の中でも特に重たい障害が残ると言われている脳外傷者について報告をさせていただきたいと思います。事業主やご家族、あるいは就労援助をされている方々に気持ちが伝われば幸いです。

まず、施設紹介をさせていただきます。

リハビリテーションセンターは医療部門、調査研究・開発部門、訓練指導部門として更生施設、視覚訓練指導、それから職リハ部門により構成されています。そのほか敷地内に更生相談所、福祉スポーツセンターがはいています。

リハセンターは脳血管障害や脳外傷の方の利用が大変多く、職リハ部門の利用については更生施設の入所と通所部門で受け入れています。国の措置では対象はいずれも肢体不自由の方になります。それでは対象が限定されるために、肢体不自由以外の身体障害者や手帳を持っていない高次脳機能障害を対象とできるように名古屋市の単独事業がつくられました。あとでふれ

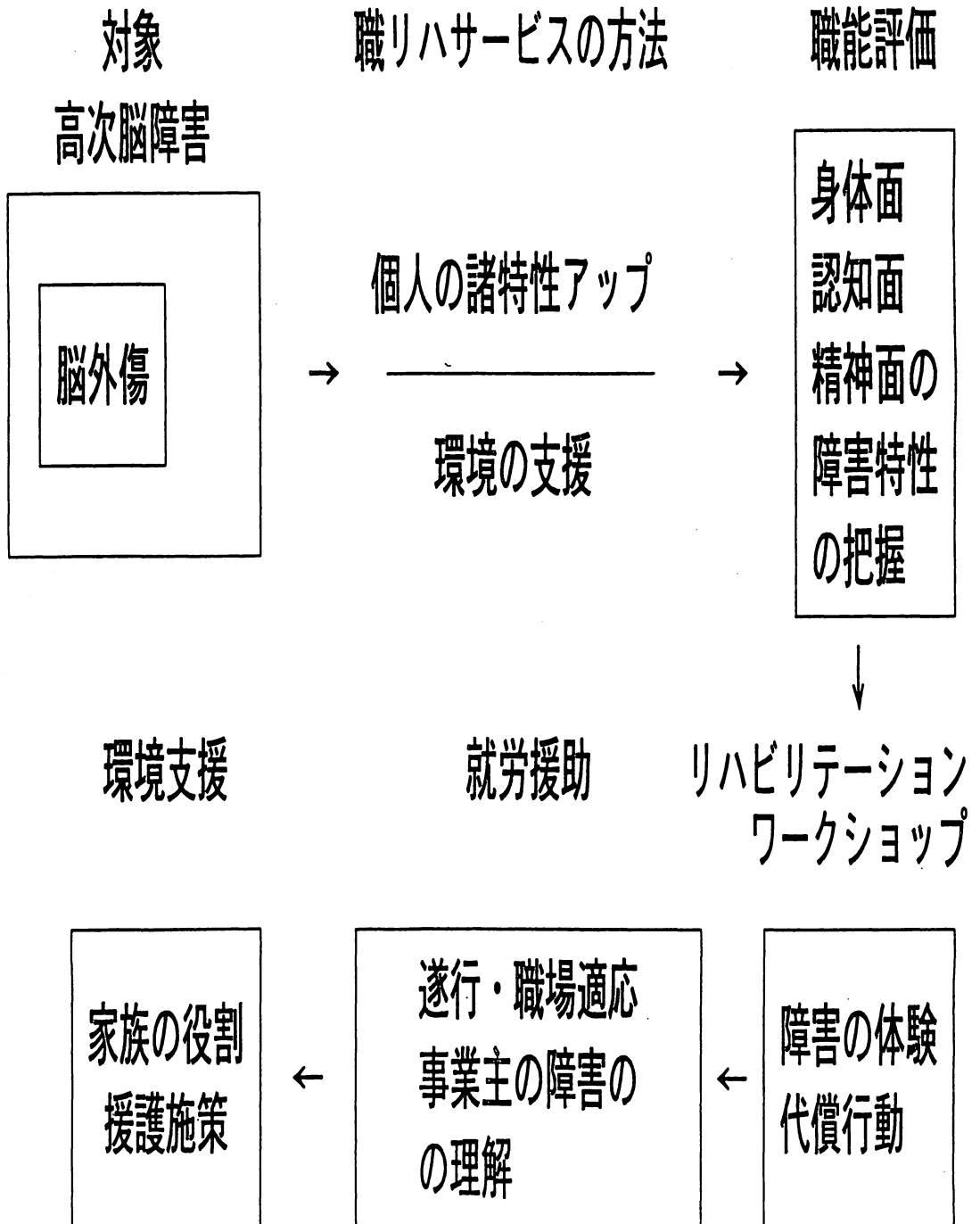
ます事例もこのサービスの対象者です。毎年利用者の1/3くらいの方が一般就労し、福祉的就労を含めると半数以上の方が就労につながっております。

本日は、図のような流れで報告させていただきます。まず、高次の機能障害の中でも特にとらえにくい脳外傷についてその障害特性について概観いたします。

次に職業リハビリテーションは個人の特性と個人をとりまく環境の両面からはたらきかけますが、どちらも大事だったりどちらかにウェイトがかかる場合もあります。本日は職場の理解や働きやすい職務設計などの職業環境の他、家族や制度の支援がないととても働けないという事例を紹介させていただきます。

職業リハビリテーションでは、就労にもっていくためにはその人の職業的な「障害を知る」、そのためには目に見えにくい高次の機能障害をその人がどのように「体験するか」。次に経験した後に「代償行動の修得」が可能なのかということがテーマになろうかと思います。そして、最後に就労の条件、支援環境の課題を提示しながらまとめていきたいと思っています。

報告の骨子



2. 職業的に障害となるのはどんなことか

(1) 事例にみる障害特性

高次の機能障害とは、脳の高次の機能である認知や記憶、注意、思考、判断などが障害された状態のことです。

脳外傷（外傷性脳損傷）の特徴や問題点は①情緒不安定、人格変化、易激怒性、易興奮性、脱抑制的な行動などの精神的な面。②発達年齢よりも未熟だったり問題行動など。

③失調、振セン、運動緩慢などがあります。身体障害者手帳が交付されないくらい身体障害は軽いという人も多くこの場合、後遺症として認知や行動面が障害されていて職業的には重度の障害をもつということが大きな問題となっています。

以下に事例をとおしながら、職リハアプローチの各段階でみられる職業的な問題及び援助方法について紹介していきたいと思います。

男性、交通事故による脳挫傷の結果身体障害は手帳がでないくらい軽いが認知・行動・精神面で障害が残存。

受傷前は9年間病院で事務職をしていました。受傷後は3年間で8回以上離転職を繰り返した後、困り果てて当センターに相談にみえました。

性格的には非常に軽くなって、コミュニケーション面では会話参加のタイミングも無視して介入したり、会話の主題とズレた返答が返ってきたりというふうでした。指摘すると興奮して激怒するといったことの繰り返しでした。行動面でも今までにない妙な行動が増え、母の買い物に同行しては試食コーナーの食べ歩きがとまりませんでした。また、必要でもないものを買わされて金銭的に大きな損害をこうむるということもありました。

以上の生活と職業行動をまとめると、このようになります。

①行動について選択や遂行には基本的な技能が欠如しているので、毎日のスケジュールは父母が管理している。

②安定した職業生活には至らず、離転職は一時的なこととがらは考えにくい。

③職業行動については多くの失敗をしているにもかかわらず、自己の能力について把握されておらず自己の有能性を主張している。

④支援環境は両親のみで、父母は疲れていました。

そこで、個人の能力向上の可能性について、どの程度有能性を獲得できるかは探索が必要でしたが、むしろ個人の能力向上と職業環境や支援環境がお互い近寄ってくることによっていかに適応の質を高めるかが重要と思われました。

(2) 職リハアプローチでは

①障害を知るためには体験した種々の心理検査や要素的な作業ワークサンプルでは、中度の記憶障害はありましたが知的にはノーマル領域でした。また、職業に共通して要求される知的・精神機能は平均と比較的良好でした。

②しかし、場面設定の実際的な作業検査や模擬的なワークショップなどの実際的な場面、さらに職業実習など応用的場面では見通しをもった行動ができない、不注意の多発、手順修得に相当時間を要する、作業速度のムラなど多くの問題が出現しました。

以上の職業的障害の要因は、行きあたりばったりの問題解決行動であって、例えばミスの原因を考えられない、つまり再学習がなかなかできない。原因と結果、目標と手段という二者関係、あるいは必要な情報を取り出したり、それを統合したりする情報処理のコントロール力が低下しているというようなことが考えられるのではないかとことです。

さらに、自己覚知という面では体験しても自分に障害があるということがわかりにくいので障害が自覚できない。従って代償行動がなかなか修得できないことがあります。

(3) 就労援助、就労の条件、生活面の条件

就職活動については身体障害者手帳が取得できない場合も多いので、自ずと競争的な労働市場での一般対応になります。スライドで見ただいたように日によって仕事の出来ばえにムラがある、仕事を覚えるのに相当時間を要するなどの問題は職場の理解が必要となってきます。

また、標準化されたテスト場面では障害が現れないが、実際の、応用的な場面に近づくほど障害が出現する特徴は、訓練センターと実際の職場がもっと緊密に連携しあって移行されなければならぬことを示唆しています。

さらに生活条件としては家族の理解や援助が必要な場合が多く、家族の中での適切感情温度の維持や適切な消費行動の指導などが重要で、生活に密着した援助は継続的になされる必要があります。

3. まとめ

認知・行動面の障害が職業生活に重大な影響を及ぼし、かつ身体障害者手帳が取得できない高次脳機能障害者が安定して働けるようになるためには、医療リハから中断することなく社会リハ、職リハへつなぐことが必要です。就労に関する要因は、①職歴、生活歴 ②知能、認知面の程度 ③障害の自覚と補償行動の修得 ④家族、職場、ワーカーの長期支援 ⑤福祉、労働の施策の拡大などでそのアプローチはまだ始まったばかりですが、その人にあった環境が用意できれば外的環境には適応していつうまく就労している場合が多いのです。

身体障害者福祉法の対象とはならない高次脳機能障害者の制度化にご尽力をお願いして終わりといたします。

座長：ありがとうございます。折角の機会ですので参加という意味を尊重して、会場の皆様方から2人にしぼってご発言をいただきたいと思います。お手をおあげいただけますか。

質 疑

質問：岐阜市社会福祉事業団身体障害者のデイサービスセンターに勤めます長谷川と申します。

三田先生にお聞きしたいんですが、LBNPのいろんな効果を判定されたようですけど、その時の被験者の数とか、あるいは1日あたりの回数とか時間、有意差の判定方法について教え

ていただきたいと思います。

座長：はい、ちょっとお待ちください。他にお手をおあげになった方いらっしゃいますか。質問だけ最初に出していただいてお答えいただきます。

質問：小林と申します。今日、難しいお話をなさってくださったお2人の先生に、専門家として一般の方々に優しい言葉でわかりやすく、リハビリテーションの場合に具体的なことをお話してくださる先生がいらっしゃらないなということを感じているんですけど。そういう意味で、今日のようなお話を一般の方々にわかりやすく地域に出向いてお話してくださる機会があるかどうか、それからそういう機会が少ないとすれば、つくってくださるようお願いをしたいと思うんですけども……。

座長：それでは、最初のご質問は三田先生、次のご質問を尋木先生にお願いいたします。

三田：先にLBNPの件についてお答えさせていただきます。

私たちが、この研究をはじめましたきっかけと言いますのは、実は私たちの所に「こぼと学園」という重症心身障害児の施設があります。遠足を年2回やるんですが、その時2週間ぐらい前から子どもたちを起しておいた方がバスに乗った時に顔色がいいという。起してないとどうも顔色が悪い、難しい顔をしているという、そういう保母さんのお話をいただいたのがきっかけです。つまり、寝たきりになっていますと立ちくらみがおこりやすい状態になっているのが事実です。

それで、ご質問のお答えなんですが、1日にどれくらい、あるいは何回ぐらい起したらいいのかということは今もってまだわかっておりません。ただ、私たちの基本的な考えは、今までは時々食事でおこしていただいたり保育で起していただいたりしているお子さんたちの方が機能の低下が少ないという事実です。全く寝たきりの状態で食事をさせていただくのではなく、あるいは横になった状態で保育をするのではなく是非起して座らせてあげているような日常活動

を進めていただいたらいい結果ができるのではないかというふうに思います。事実、そういうことを試みられている施設を訪問しましたところ重症児の施設なんですけども、顔つきすら随分明るくなっているというのが事実です。

それから、もう1つのご質問なんですけど、二分脊椎を守る会で時々こういうお話をさせていただいておりますけども、時間を十分にいただいた時にはある程度の技術的な言葉を使わざるを得ない部分がありますので、予め解説をしながら内容を理解していただいでご両親あるいは年長のお子さんたちには聞いていただいでいるということです。以上です。

座長：はい、それでは次に尋木……。

尋木：3点ほどお話しさせていただきますと、私達の仕事はどうしても外的環境とのやり取りで成り立っていますので、このような質問は尤もなことでございます。それで、1点目には私どもの仕事というのは、昨日からお話になっていますように医療リハ・社会リハ・職リハという一貫した流れがあってはじめて成立するものでございますので、是非ネットワークを組んで勉強会をやっていきたいと思っております。名古屋では、例えば養護学校を卒業した方に対する連続したサービスのあり方や従事者の勉強のための連絡協議会があります。そういった活動が活発になっているところです。

もう1つは、一般と申されましたけど、特に家族へのサービスといたしましては、名古屋市総合リハビリテーションセンターの場合はプロジェクトをつくりまして、家族の方にわかりやすい冊子「脳外傷者のマネージメント」を目下製作中でございます、これからシンポジウムで司会されますドクターを中心にプロジェクトが組まれているところでございます。それを配布するというようなことに今後なっていくかなと思います。

3点目ですが、私たちは職業人ではございま

すけれども、地域に住んでいる者でございます、地域の中でどう自分たちの専門性を活用していくかというような視点が重要だと思います。

私事でございますけども、少年野球のコーチをやっているんですけども、野球以外で保護者同志の知り合い度が深くなり、家族に脳卒中がいて障害をもって生きるということに話が広がったり、また地域の社協から勉強会に招かれたり、そこでさらに民生委員を通じて個別相談があったりというふうに発展していったケースもございます。そういったことでよろしいでしょうか。座長：はい、ありがとうございます。まだ、ご意見があろうかと思いますが、時間の制約がありますので、これでおわらせていただきます。

最後に、まとめるという役割もありますので1分間時間をいただきたいと思います。

今のような難しい話というふうには小林さんは表現されましたが、難しいけれども基本的な基礎的な研究というのは、とても大事なんだということがわかったということも言外にこめられていたと思います。

そういう交流ができるのが、この交流セミナーのいいところではないかと思えます。

昨日のシンポジウムで国連の専門官の高嶺さんが、地域リハビリテーションというのは、国が指導するものではなくて下からつくっていくという視点が大事だということを言われたと思えますが、愛知の地域リハビリは下からつくったものが多いと言えるのではないかと思います。

もちろん、愛知が全国から学ばなければならぬこともたくさんあると思うんですけども、何もなかった20年前、その20年間に築いてきたプロセスが、または経験が少しでも皆様方のお役に立てれば大変幸いだと思えます。簡単ではございますが、まとめにかえさせていただきます。

それでは、これでおわらせていただきます。ご協力ありがとうございます。

第1分科会

「地域における新しい生活づくり・しごとづくりと ネットワーキング」

座長：柴田謙治（愛知教育大学総合科学課程人間社会コース助手）
発言者：北川侑子（野方の福祉を考える会コーディネーター）
竹中ナミ（プロップ・ステーション代表）
久富靖（名古屋勤労市民生活協同組合事務局）
高石伸人（直方市社会福祉協議会）

座長：本日は、4人の方に発言をお願いしてあります。早速、北川さんお願いします。

野方の福祉を考える会の活動

北川：東京からまいりました中野区の野方の福祉を考える会の北川と申します。日本では、世界に例のないスピードで高齢化が進行いたしております。行政施策の充実を手をこまねいて待ってはられなく、東京中野区の野方の地域では、住民が助け合いの仕組みをつくりまして、老人にとどまることなく、地域の人たちの誰にとっても住みよいまちを目指して、平成元年4月に野方の福祉を考える会を設立しました。そして、すぐに在宅サービスに取り組みはじめました。実践と学習と問題提起、これを3つの柱にして以来活動を続けています。

老人問題から出発して仕組みをつくるまでに、地域の人たちで毎月1回話し合いを重ねて6年間かかりました。この野方の福祉を考える会の母体は、野方住区協議会と申します。

この住区協議会というのは中野区独自のものでありまして、地域の問題を地域の住民で話し合い解決していくための住民組織であります。この住民組織の運営がスムーズにいくように区がバックアップをしております。ある意味で区の支援があって、この住民組織である野方の福祉

を考える会を産みだすことができたともいえます。

野方の福祉を考える会のことについてお話をさせていただきますけれども、野方地域と言いますのは東京都中野区の北部にありまして、人口は約2万5000人の地域でございます。中野区の全人口は約30万人でございます。

野方の福祉を考える会の特徴をかいつまんで申し上げます。

まず1つは、住民が主体で活動をし、行政はこの会に事務所を提供しております。利用者と協力者を結びつけ連絡調整をするコーディネーターは専門職を置かずに、住民7人が交代で行っております。サービスは原則として有料・有償で1時間500円です。サービスは年中無休、24時間体制であるということです。今まで利用依頼にはほとんど断ることなく応えてまいりました。といいますのは、これまで潜在的であったニーズを掘り起こしていく、そういうことが住民の活動にもあったと思いましたので、依頼にはあまり断らずに応えてまいりました。

どういう活動をしているかはレジメに書いてございます。1つ事例を紹介させていただきます。

「心病む四季子さんと共に」というタイトルをつけさせていただきました。この事例に係わる発端から少しお話をさせていただきます。こ

のケースに係わりはじめて今年で5年目になります。

発端は、平成元年11月、野方の福祉を考える会が開設して間もなくの頃でございました。保健婦さんからの相談がございました。この方は、当時39才の女性。仮名ですけど四季子さんと呼ばします。精神の病気のために入院中でございました。四季子さんは、地域の支えがあれば何とか家で暮らしていける人なので、野方の福祉を考える会でお世話してもらえないだろうか。本人も退院を希望しているということでございました。

私個人としては、どんな障害があっても住みなれた家で暮らしていける条件をつくっていきたくておりました。けれども、私ひとりがどんなに頑張ってもできるものではありません。

野方の福祉を考える会には、先程申しましたようにコーディネーターが7人います。この7人のコーディネーターの同意を得ることからはじめなければなりません。そこで、コーディネーター会議に保健婦さんと精神科のお医者様に出席をしていただきまして、どんなサービスを私たちがすれば、その四季子さんの在宅を支えることができるのかについて説明をしていただきました。

ご本人は、自発性の欠如、ひとりにしておくとか何もせずに自分の部屋に閉じこもってしまう人で10年ほど前に発病したということです。お母さんは、糖尿病と心臓病、それに痴呆症も少しおありの方です。けれども、自分のことは何とかおできになるということでした。

その四季子さんについては、私たちがどういうことをするかと申しますと、一緒にお昼を食べる。それは調理をしてもよし、それからお弁当を買ってきてよし、店屋物を取ってもよし、とにかく一緒にお昼を食べてほしいということ。それから、2番目は、服薬の確認をすること。3番目として、身の回りのことが自分でできるように援助してほしい。しかも毎日5年くらいは細く長くお世話が必要である。

人との関係ができれば病気がよくなる可能性が大きい、ということでございました。話を聞けば聞くほど、はたして私たちにできるかしらと不安になります。コーディネーターの何人かは私たちには荷が重い、難しいと、消極的な人もいましたけども、結論として引き受けることにしました。

保健婦の協力に対する考え方といたしまして、チームで対応すること、保健婦の協力を得ること、それから記録をつけること、ケース会議と学習会の開催をしていくこと。以上のことを私どもは考えました。

そこで年があけてすぐに協力員4人を決めました。全員女性で、年齢は30代、40代、50代、70代の方々に、そのうちおひとりだけは以前病院の看護婦さんをしていた人ですけども、他の人たちは精神障害の人にかかわるのははじめてでございます。はじめての場面では、必ず保健婦さんが同行すること、なれるまでは協力員が2人でペアで活動することを条件にいたしました。

活動の経過ですけども、いきなり退院なさってから係わるよりも、入院中に面会を重ねながらお互いに知り合うことからはじめた方がいいのではないかとということで月に2回協力員はペアで病院で面会し、なれるに従ってひとりで行くようにしました。協力員は、それぞれ差し入れに工夫をこらしながら面会をつづけました。

次に、退院の準備としまして、自宅に帰る練習がはじまりました。日帰りから2泊3泊と日数を延ばしていきました。自宅泊まりの日は協力員が訪問し、食事をし、お掃除を一緒にしておりました。

平成2年8月、四季子さんは退院をいたしました。退院の感想として、やっぱり家が落ち着きますと彼女は言っておりました。退院直後は週6日、1日2時間協力員は訪問をしました。自立を考えながら家事援助を中心に活動をいたしました。なれるに従って回数を減らしていきました。回数を減らしたところで、お母さんが心臓の発作で突然亡くなりました。平成2年12

月のことでございました。四季子さんは、お通夜には喪服を着て参加することはできましたけれども、お母さんとの結びつきが非常に強かった彼女のショックははかり知れないものがあったと思います。

翌週、お母さんが亡くなった後の援助の方法について精神科のお医者さんを交えて学習会を開きました。お母さんが占めていた心のすき間に妄想がはいりこまないよう頻繁な訪問が必要なこと、何もしなくてもいい、側にいることが何よりの薬だというアドバイスをお医者様にいただきました。

お母さんが亡くなって、四季子さんにとってははじめてのひとり暮らしがはじまりました。四季子さんは、お母さんの死をなかなか受けとめることができませんでした。母は、死んでいません。薬で眠っているだけですというようなことも言っておりました。そして、食事もほとんど取らなくなったこともございますけども、ほぼ1か月で立ちなおることができました。この頃から1か月の訪問予定表に入浴、掃除、洗濯、買い物など曜日ごとの日課を書きこんで渡すようにいたしました。

平成3年4月頃、四季子さんはめざましい変化を見せ協力員を喜ばせました。このままよくなるのかと思うほどに非常に変化を見せた時期でございます。

学習会で協力員の今後のつき合い方の姿勢として、親しくなりすぎず適当な距離を保ってつき合いを持続すること、ひとりで親密につき合うよりも複数でほどほどのつき合いが望ましい。それから、四季子さんの自由を保障するというお医者様からのアドバイスをいただきました。

お母さんが、亡くなりまして8か月を過ぎた頃だったと思います。近隣の方から四季子さんの様子がおかしい、大声をだして道路を歩いているという連絡が朝早くはいつてきました。すぐに協力員に様子を見に行ってくださいました。その時には、臨時に薬を飲んでいただいて病状は何とかおさまったのですが、その時近隣の方

たちは、精神障害者のひとり暮らしをどう考えているのかと、非難めいた気持ちを持っていらっしやいました。

そんなことがありまして、一度近隣の人たちと話し合いを持った方がいいということになりました。近隣の方々と保健婦さんと野方の福祉を考える会と民生委員13名が集まりました。

その話し合いの席で協力員は四季子さんの様子を実に素直に語ってくれました。保健婦という専門職ではなく、同じ地域に住むボランティアが自分の言葉で語ることに真実が伝わります。

そこでわかったことは近隣の方々の一番の不安は、保健所の閉庁日、最近土曜、日曜、祝祭日保健所はお休みでございますけども、その閉庁日に緊急の連絡先がないということです。そこで、早速私たちは自分の自宅の電話番号を書いて近隣の方々にお渡しいたしました。近隣の方々に夜中でも結構です。いつでもお困りのことがあったらお電話をくださいと言いました。その後、3度ほど近隣の方からお電話がありましたが、いつも幸いにしてお昼間でした。その都度協力員がすぐにつけました。

その後は、四季子さんを温かく見守ってくださるようになんなん近隣の方々が変わってくださいました。話し合いを持つまでは近隣の方々と目が合っても話をするのがなかったんですが、だんだんそういうことがあって協力員と近隣の方々は話をするようになりました。今日は調子がよさそうとか、今日は悪そう、調子が悪い時には服装がチグハグ、そんなことを近隣の方々はよく見ていてくれます。今では、よき理解者に近隣の方々はなってくださいました。

現在、四季子さんは服薬、通院、身の回りのことはだいたいできるようになりました。訪問の時に協力員と歌をうたったりお茶を飲んだりするようになくなりました。今後は人間関係をどう広げていくかが課題でございます。

引き受けた時には5年くらい見てほしいとお医者さんに言われたんですけど、正直言って5年つづけられると思いませんでした。なぜ5年

つづけられたのか、いろんな要因が考えられますけど、1つは専門家の支援が得られたことです。保健婦さんにいつでもSOSがだせました。保健婦さんの不在の時には直接病院に連絡をとることができました。それから、精神科のお医者さんに時に応じてアドバイスを受けることができました。こうした二重にも三重にも支援体制があることで素人の私たちは安心して活動することができました。

もう1つは、ひとりでかかわっていなかったこと、仲間がいたということです。そして、何より四季子さんが家で暮らしたいと望んでいたから5年つづけることができたと思います。協力員は、ひとりが週1回のペースで5年間、暑い日も雨の日も、必ず予定日には訪問をしてくれました。

そして、近頃では四季子さんの様子が心配な時には、夜の訪問を自発的にしてくれる協力員もでてまいりました。協力員は妄想の時のつき合い方も非常に上手になりました。最近では、自然につき合えるようになったと言っております。

最近の学習会では、あと7年ぐらいはサポートが必要だと病院のPSWは言うております。現在、週3回訪問をいたしておりますけれども、今後は回数を減らしたりメンバーを変えていくということも考えていくつもりです。

私たちの活動を5年間通して、住民としてどういう意味があるのかというふうに私は考えました。1つは、補完的な役割でございます。本来、行政としてするのが当然だけでも、行政ができないからとりあえず住民が代わってする。これまでの活動の大部分は補完的な役割が多かったのですけれども、今年度より急激に減少してきました。

中野区の場合、高齢者のための登録ホームヘルパーを採用しまして、そのホームヘルパーが活動するようになったこと、それが住民が肩代わりしていく量が減ってきたというように思います。

それから、つなぎの役割があります。まだま

だ日本のお役所はお上という意識があります。私たちが中にはいりながら、だんだん行政へつないでいく。

それから、先駆的な役割。新しいことに取り組みながら何年か後には行政に制度化をせよという前提としながら活動をする。この先駆的な活動。時間も労力もエネルギーもいりませんが、住民としては一番わくわくするものです。

それから、住民独自の役割、住民がかかわった方が味がでる活動、そういう4つの役割があるのではないかなと私は思います。

私たちは、老人問題から出発して、誰にとっても住みよい地域を目指している中で、たまたま精神障害者のサポートをするようになったということでございます。精神障害者が家で暮らしていくにはまだまだ難しいのが現状でございます。

スウェーデンでも、こういう住民の活動からはじまって、ああいう福祉の充実した国になったといわれております。そういう意味で私たちは今後も頑張っていきたいと思っております。

私たちの活動は、まず実践をし記録をまとめる過程で次のステップを見だし、更に実践を重ねるというパターンで定着をしてきました。今後もこのような方向で活動をし、地域の人たちの理解を求めながら、時には行政の手を借りたり行政に手を貸したりしながら、より豊かな地域をつくっていきたくて考えております。

これでおわらせていただきます。

座長： ありがとうございます。さらっとご報告をしていただきましたが、さらっとこれだけのことをなさっていたというところにすぐ味があると思います。

それでは、つづきまして久富 靖さんをお願いいたします。

住民主体の仕事づくり・生きがいづくり

久 富： 名古屋勤労市民生協のコープくらしたすけあいの会というところで仕事をしており

ます久富です。

生協と言いますと、安心、安全な食品を販売しておるというイメージが100%かと思いますが、くらしたすけあいの会とかくらしのたすけあいの会とか生協によって呼び方が様々ですが、ホームヘルプサービスも行っております。

今、全国で40生協が活動をしております。ほとんどが家事援助サービスということでございます。掃除、洗濯、買い物、調理、あるいはベビーシッター、話し相手といったことです。昨年度1年間、およそ40の生協の活動時間の累計は、およそ35万時間ということになっております。

今日、私はその生協の職員ということではなくて地域に住むひとりとして、主として高齢者の方々の生甲斐づくり、それに結びつく仕事づくりということに焦点をあてて少しお話をしてみたいと思っております。

高齢者や障害者の皆さん方が生甲斐を持って生活をできるか、あるいは生甲斐のないままに生活をしておるか、この辺の意味合いは大きいと思います。それは、毎日の生活が単に楽しいか楽しくないかということだけではなくて、例えば生甲斐を持って生活をしておりますと、年を取っても生き生きと毎日をすごすことができる。あるいは、生甲斐のない生活を送っておりますと精神的にも肉体的にも不健全な状況を招きやすい。そういったことだろうと思っております。

お年寄りの皆さん方、あるいは障害を持った皆さん方の生甲斐づくり、これは仕事ということが100%ではありませんが、仕事を通しての生甲斐づくりというものはかなり大きなウェットをもっているというふうに思います。

従って、仕事づくりというものは生甲斐づくりと直結するがゆえに、予防的社会福祉の一環であり、重視されなければならないというふうに考えます。この仕事づくりと言いましても、高齢者のお仕事ですから多様な選択肢が必要だと思います。業種は、もちろんのことですが、長い人生経験を通じて培ってこられた知識・経

験・技能といったもの、そういうものを生かした仕事、あるいは1週間に2日か3日働く。1回の労働時間というのは2、3時間であったり、あるいは希望する方はフルタイムで働いていただいたりするような、多様な選択肢が必要だと考えております。

お年寄りには、収入をとまなう仕事よりもボランティア活動をというふうにおっしゃる方もあります。もっともだと思いますが、私は収入をとまなう活動とボランティア活動というものは共存するものだと考えております。

なぜ住民主体の仕事づくりが必要なのか。それは、レジユメの②③のところに書きました社会的な背景があるというふうに思っております。

まず、1つは国の貧困な高齢者雇用政策ということでございます。今、国の高齢者雇用政策というのは、高齢者の範疇に入らない64才までが雇用政策の対象になっております。65才以上の方に対しては、シルバー人材センターがあるのではないかというような反論があるかもしれませんが、これは短期的臨時的な仕事のあっ旋にすぎません。レジユメに書きましたような軽作業とか、あるいは庭仕事、大工さんの仕事、家事援助活動、あて名書きといったものが中心になっているようでございます。

また、高齢者事業団というものがあります。これは、ビルのメンテナンスだとか、あるいは広場の草刈りといったことがその仕事の中心になっております。

また、高年齢者雇用安定法という法律もあります。最近できた法律ですが、これも65才までの方の継続雇用を政策課題にしているということでありまして、65才以上の雇用を云々するものではありません。65才以上の方は政策的に何の対象かといえば、これは福祉の対象と言わざるを得ないと思います。

つまり、国は64才までは働いてください。65才以上は、もう働かなくても結構です。どうぞ福祉の方のお世話になってください。そういうふうになっているように思われます。

障害者の法定雇用率、これが満たされていない

ということも事実でございます。罰金さえ払えばよいというような考え方の企業が多いと聞いております。

③のところでは、総務庁の老人対策室というところが5年に1回、「老人の生活と意識」についての国際比較調査を実施しています。一番新しいのは、今から3年前、平成3年の秋から冬にかけて調査した資料でございます。欧米3か国と日本、韓国合計5か国からそれぞれ60才以上のお年寄り1000人を抽出しましてアンケート調査を実施したものです。

それによりますと、老後の夫は妻と家事を平等に分担すべきだと考えている方は、アメリカが60%、日本はわずか5%しかいない。そういう数字がでております。病気、心配事の相談相手は誰ですかという設問に対しては、アメリカやイギリス、ドイツは家族だけでなく友人・知人にも相談します。日本と韓国は家族だけですというふうに答えた方がほとんどです。親しい友人がいますかという設問に対しては、アメリカ、ドイツは60%がイエスと答えております。日本は10%ということです。

こういう調査を見て感じますことは、要するに日本の高齢男性は自立・自助の意欲に欠けている。あるいは、地域で孤立をしている。地域のネットワークもできていない。そういうことが言えるのだらうと思っております。従って、住民主体の仕事づくり生甲斐づくりというものが非常に急がれている。それが現実だというふうに思っております。

生協が模索している仕事づくり生甲斐づくりは、一体どういうことがあるのかということですよ。

先程申しあげましたように、高齢者の皆さん方が長年培ってこられました知識とか技能とか経験、そういうものを活用した仕事づくり。しかし、これはまだ模索の段階です。これが具体的にあって、こういう成果があがりましたというような話は聞いておりません。

その下のところホームヘルプサービス、生活援助型食事サービス、デイサービス、特別養護

老人ホームなど福祉施設の運営というところ。これは、一部の生協でかなりの成果をあげております。40ほどの生協でホームヘルプサービスがおこなわれております。これは、今後もどんどん増えていくという傾向にあると思います。生活援助型食事サービス、この辺は一番弱いところですが、模索が盛んにおこなわれております。デイサービス、現実にはやっておる生協があります。生活クラブ生協神奈川です。3か所でデイサービスを実施しております。特別養護老人ホームをつくった生協もあります。具体的には、生活クラブ生協神奈川とコープこうべでございます。この2つは、社会福祉法人をつくりまして特別養護老人ホームを建設し運営しています。

地域における仕事づくり、生き甲斐づくりというものは、まだ緒についたばかりだと思います。一部の住民有志によるホームヘルプサービス、デイサービス、生活援助型食事サービスなどは全国的に盛んになってきましたが、これは仕事づくりとか生き甲斐づくりというより、在宅福祉が全面に出ています。老人会などでは、資源回収や再生、公有地の管理、街路樹の手入れなど、さまざまな実践を試みているが明確な展望はなく、模索の段階にあると思います。

ところで、昨年度政府が発表した国民生活白書によれば、我が国の50歳以上の有職者のうち、生き甲斐は仕事だけという人は8割以上を占めています。定年ということによって、ただ一つの生き甲斐を奪われてしまった人たちは、当惑するばかりです。長くなった高齢期の生活の質的向上を考えると、地域における仕事づくり、生き甲斐づくりの必要性は、高齢化の進行とともに高まる一方といえます。

仕事づくり生甲斐づくりを進めるための必要な条件ということですが、私は住民側に求められることは何かということをお話し申し上げたいと思います。絶対に必要なことは職場人間から地域人間への脱皮ということだと思います。意識の変革ということですよ。日本の男性は仕事だけが生甲斐という生活を送ってきました。今

でもそういう方が多いと思います。

従って、地域とは無縁の生活を送ってきました。地域とは、自分の家が単にそこにあるだけということにすぎませんでした。そういう方々が定年ということになって、ただ1つの生甲斐をもぎとられてしまう。生甲斐がなくなってしまふ。何とか地域と向き合って生活をしていきたいと思いますが、地域についての知識が全くない。あるいは、人脈もない。さあどうしたらいいのかよくわからないというようなことで粗大ごみになる。あるいは、ぬれ落ち葉になる。ぬれ落ち葉としての存在も奥さんに疎んじられるようになりますと、次にはテレビしかない。友だちはテレビだけである。そういう生活を送ってらっしゃる高齢者は結構おいでになると思います。そういう生活は心身ともに不健全な状況をもたらします。

この辺の意識の変革ということ、地域の人間として生きるという、そういう意識をはっきりと固めるということ、これが大切だということふうに思っております。地域と向き合って生活をするということは、地域活動へ参加をすることだと思えます。

地域活動に参加することの意味、それは単にもぎとられた生甲斐を補填するだけのものなのか、それともそれ以外に何か意味があるのかということですが、私は大きな意味があると思っております。地域にはいろんな団体があります。自治会とか町内会とか、あるいは子ども会とか老人会、婦人会、あるいはボランティア団体とかがありまして様々な活動を展開しております。そういう活動に積極的に参加するということは大きな意味を持っています。

それは、どうしてかと言いますと、そういう日常的な活動は周囲に対する無償の活動であるからです。いわば幅広いボランティア活動だということができます。身の回りの日常的な地域活動を改めて見直してみんなで進んで参加するという風土の中ではじめて福祉のボランティア活動というものが盛んになっていく。日常的なボランティア活動を無視して、あるいはないが

しろにして福祉のボランティア活動だけを活性化させるということは非常に難しいことではないか。一時的に活性化できたと見えても、それは持続性があるのだろうかというようなことを思います。

要するに、地域活動の第一の価値というものは、周囲に対する無償の活動だから、無償の奉仕だから、そういうところにあるというふうに思っております。

2つ目というのは、日常的な地域活動に従事することによって政治や行政の仕組みとか実態といったものが実感として理解できる、実感として受けとめることができるということだと思えます。地域活動に従事しておりませんと、行政の矛盾といったことを観念的には理解することができるけれども、実感として理解することはできないと思えます。観念的に理解することと実感として受けとめるのでは随分大きな開きがあると思っております。

実感として受けとめるということは、やがてその矛盾を何とか解消したいというような住民側からの運動に発展する可能性がある。従って、実感として受けとめる必要があるというふうに思っております。

繰返しますと、住民が身の回りで小さなボランティア活動を日常的に続けていく内に、その地域住民の間には連帯感が芽える。これは、まさに福祉風土、まちづくりの原点ではないか。そして、福祉のボランティア活動の母胎ではないかということです。

また、身の回りの活動に参加しておりますと、地域が見えてくる。同時に政治・行政の仕組みとか実態といったもの、よいところも悪いところも含めて、そういったものが次第に実感として受けとめることができるようになる。その実感として受けとめたものは矛盾を是正しようとする働きに発展する可能性を持っている。この2つの意味合いがあるのではないかというふうを考えております。

おしまいに、地域によって福祉サービスのレベルの高いところ、あるいは相対的に低いとこ

ろ、地域によって様々ですが、その行政サービスのレベルというものはどこに起因するののかということを考えたいと思います。私たちは、住民が自分たちのレベルにふさわしい政治や行政しか期待できないのではないかと考えております。

地域活動、この場合の地域活動というのは単に狭い地域、1つの町内会というような具合に狭い地域でおこなわれる活動だけではなく地域社会において営まれる様々な実践活動という意味も含んでおりますが、そういう地域活動を通じて政治・行政と住民との関係を明らかにしていくことは、行政に対するインパクトを強めると同時に、一方で主権在民の意識を高めることとなります。それは結局、行政サービスの水準を規定することにつながるわけでありまして、これからの私たちは、主体的に仕事づくり、生き甲斐づくりを進めていくに際して、黙って実践活動をしているだけではダメ、実践活動と要求運動を並行して進めていくことが大切であろうと考えている次第でございます。

大変不十分ですが時間がたちましたので、これでおわらせていただきます。

座長： ありがとうございます。つづきましては、そのような住民の活動、これを側面から支える役割をいたします社会福祉協議会。その活動について高石さんをお願いします。

地域をリハビる

高石： 高石といいます。直方市というと、魁皇というお相撲さんがおりますが、この人の出身地であります。北九州の少し南の旧産炭地筑豊の一隅にある人口6万2000人の小都市というふうなところでありますでしょうか。

今日は、障害を持った方たちとの係わりを軸に、お話しをしたいと思います。

77年ぐらいからのことなんですけど、それまで障害を持った方たちが環境的にも制度的にも、このまちで生きていく条件というのはいかにも

不整備な状況でした。

77年にたまたま脊髄損傷の方が社協をお尋ねになって、生活福祉資金というのを借りたいということでお見えになったのが出会いのきっかけで、私が傍らでお話を聞いていますと友だちがいない、まちに出られないという思いをお母さんが語られていまして、それで家庭訪問をすることになりました。

それが、きっかけで彼と一緒に地域をいろいろまわりはじめたわけでありまして。身障者福祉会というのがあるんですが、あまり動いてくれない、重度の方がいないというようなことで、78年に何とか若い人たちの組織を社協でつくってこうということで、ゼロの会という、つまりゼロから出発しようじゃないかということでそういう会をつくったのが出発点でした。

これは、まちに出よう、まちを変えようということをやテーマにして毎月集まって、少しずつまちの中へ出ていって、環境点検をするとかそういうことからはじめたわけでありまして。

それで、たまたまその会の中にポリオの方ですけれども、仕事をしたい。何をしたいのかということ、市役所の職員になりたい。市役所みたら障害を持った人がはいっとらんじゃないかということで、みんなで優先採用の要求運動をしていこうということになりまして、市職員優先採用要求というのをだしたわけでありまして。これが、2年かかって、やっと彼がはいれるということになって、そのあたりから行政への障害者の生活の基本的条件の保障の要求というものを、少しずつだしていったわけでありまして。

並行して、行政要求だけでなく自分たちでもどんどんまちに出ていきながらまちの状況、まちの環境、特に精神的な障壁というのを変えていかないかんのではないかとということで、国障年あたりから月例車いすでまちを歩く会というのを、現在も続けています。128回になりますけど、毎月第1日曜日に直方市のまちの繁華街にみんなでくりだすということをやっております、これは市街地の環境整備の要求に結びつけるための点検だとか。とにかく難しいことを

言わずに、まちに出ていろんな人と係わるような場をつくらないかん。あるいは、買い物をするということも「なかなかできんとバイ」というようなこともあったり、家で親とのトラブルとか地域の人たちから冷たい目で見られるとか、そういう話をみんなで喫茶店で話すような時間もとりながら続けていったわけです。

つまり、そのあたりで物理的な環境の問題、それから制度的な環境の問題、そのあたりを少しずつ意識的につくり変えていこうという方向を打ち出してきました。

ただ、そうしていく中でゼロの会だけが突出しているんじゃないかと。6万ぐらいの都市ですから、そういう批判とか若い連中が偉そうにしているというようなことがあってこれはやばいかなというのがありました。

それから、もう1つは国障年にかかわって行政だけで長期行動計画をつくらうという方向があって、住民が全くはいてないじゃないか、当事者の要求というのは反映されていないんじゃないかということで、もういっぺん社協の方に集まってもらって当事者組織の連合体みたいなもので、障害者の住みよい風土づくりを進める会というんですけど、これを81年2月に結成して、市職員の優先採用の問題などをもういっぺんいろんな団体の統一要求という形でだしていけるような組織体をつくらうということじゃないかということで結成をしたわけでありました。

その頃持ちあがってきたのが、第2章に書いてあります全盲の男の子なんですけど、田丸敬一郎というんですけど、九州ではじめて普通学級にはいりたいということを要求としてだしてきたわけです。彼は、保育園で目の見える子と一緒に育ってきましたので、親ごさんも難しいかもしれないけど、可能性にかけたいということで相談に見えたことがきっかけで、それは是非応援していこうということになりました。このような例は全国にその当時32例あったと思います。

実現した方々を講師として社協の企画でどんどん呼び出して、それからマスコミの方にも継続して支援していただくということとか、支援

者の組織化、これは教科書づくりの問題もありましたし、田舎のことですから手をつなぐ親たちの会というのはこれに反対しました。目の不自由な方は盲学校へ行くのがいいんじゃないかとか、そういうことじゃなくて彼の普通の要求として受けとめていきたい。そのためには、できるだけ僕らが支援体制をつくらうって、それから考えてみようじゃないかというふうに親の会さんとも話し合いをしながら、そういう啓発も並行して社協の方で連続シンポジウムをうつとかいう形でやってきました。

教育委員会の方も、そういう住民の支援というのか多くの人たちが彼をフォローしているというようなことを感じていく中で、これは通さないわけにはいかないんじゃないかということとで先にOKをだす。現場の先生の方がちょっと待ってくれという話になったりするということもありました。

83年になったら、ある知的障害の方が障害が重いという理由で施設を追い出されるということがあって相談に見えました。行政が昼間の生活を保障できるのかというやり取りが先にあって、これもそう簡単に行政は、はい何とかしましょうかと言わないわけで、行政要求の傍ら自分らでボランティアさんの手で通園施設を実際にやらいこうということで、直方に小規模通園施設をつくる会というのをくらうって、つくるための会だけ実際に運営していくという形をとって、これは7年後に行政の補助金を引きだすという取り組みになるわけですけど、そういうことも次々に問題がでておりました。

そういうようなことをやりながら片方で自分たち当事者を含めて住民が気軽に集まる場がほしいねという。公的な施設って、その辺でいっぱい限界があるねという話をしている86年に我が家の敷地の中にそういうたまり場をつくらうという、障害を持った人たちと一緒に集まるちくほう共学舎「虫の家」というのがたまり場の名称です。虫の目の視点で人や社会を見たいねという願いでつくらうんですけども……。そういうたまり場をつくらうしました。

これは、作業所というふうに言うともたらないとか、緊急避難の場である。つまり、障害を持った方が家庭から親とけんかをして泊まりにくる場になったりとかいろんなふうに変える場です。

ここには、1代目が脳性麻痺の全身性の障害を持った人、2代目がしゃべの事でいえば精神分裂と精神薄弱という2つのラベルをはられている人、そして3代目が全身性の障害の方が住んでいます。

そういうふうになんか少しずつ筑豊の中でも虫の家が中心となって自立生活という動きができましたので、介護支援センターをつくらないとかんということで、社協と虫の家が、この辺は公私混同なんですけど、タイアップする形で介護支援センターというのをこの10月から発足させています。時給500円なんですかなかなか集まってくれないというようなところがあります。

そういう自前の活動を片方でやっています、83年から92年までの10年間にいろんなことをやってきたような気がするけど、何か変わったかという話をみんなですべてとあんまり変わっちゃらんバイということになって、みなで集まろうということで総括集会をしたら、その中で聴覚障害の方が、結局俺たちのことは何も変わっちゃらんという話をグバッとされまして、手話通訳がおらんやないかという話になって筑豊には専従という形ではないんです。福岡県には3、4市ぐらいしかないのかな。これはほったらかしてきたねということで、みんなでもういっぺん話し合いをやって、この10年を契機にこの専従者通訳問題というのを障害者団体の共通課題にして、多くの住民に呼びかけて何とか実現させていこうじゃないかということ、去年から課題にして取り組んでいるところです。今年の4月からやっと専従ではなくて手話通訳兼任者までこぎつけてまして、ここにでてくるまでに要望書をこの辺は社協職員の役割なのかと思いますが、このようなしかけは僕が書いて、僕は知らん顔して交渉にはついていくというふうにしてやっています。合わせて社協の方で音頭を

取って、去年の12月から行政に長期行動計画を先につくられる前に、自分らで住民側から長期行動計画をつくらうじゃないかということで、社協で17回会議してきて、11月に一応できました。決して専門家といわれる人たちがはいてない分だけ、不適切な部分もあるかもしれないけど、そこには当事者の肉声がいっぱいこめられているし、そういう意味では、これは大事してほしいということで、今行政に送りこんで、多くの住民の方々に読んでもらいたいということでPRをしているところです。

更に、今後は、そういう傍らで専従通訳問題を含め、基本的な生活条件というのは行政がきちんと保障すべきだと、社協が全国的に事業体化、見える社協化、委託事業先として好都合になっている時だけに、僕は社協の役割というのはあるんじゃないか。そういう当事者の側、住民の側に立ちつづけて、時に行政と対立しても、それが自治ということなんだろうと思うから、それと同時に社協というのはボランティアの人たちを組織化することも大事な仕事で、そういう要求と自前のことというのは両方やっていく、そういうセンター的な役割を社協というのにはたすべきだというふうに思っております。

それで、最後に今からの課題というのはグループホームだとかまちの中に障害を持った人たちが気軽にいれる店、情報センターを兼ねた店、そういうものをつくっていきたいということで、これもプロジェクトをつくって今検討中であります。

エピローグ。今社協は人をつなげるかという。

1つには、これまでのことを振り返って思うのは当事者の組織化、特に小都市とか田舎の方での当事者組織化というのは非常に難しいですね。なかなか言いだしっぺがでてこないという。そういう意味では、社協あたりがひとりひとりのところでSOSを発信しているところにバチッとアンテナを立ててその声をひろっていくとか、そういう役割というのは社協にはありそうな気がする。まだできるかもしれないと思っているところがあります。その人を中

心にした当事者の組織化、つまり権利擁護という視点に立った当事者の組織化という役割が大きいんじゃないか。

それから2つ目に、住民意識の変革、あるいは住民主体が問われるだろうと思います。直方の場合、リーダー層に焦点をあてながら市民塾という、本当は筑豊民塾とつけたかったんです。筑豊というのは様々な人権問題のつぼでありますので、そうつけたかったんだけどちょっと抵抗があるかなということで譲って市民塾ということにしました。

ここでは、高齢者・障害者・子どもたちの問題というのはもちろんですけども、アイヌ民族の問題、それから在日の問題、原発、水俣、沖縄、そして筑豊、それから様々な新しい運動のあり方にも学ぼうということです。

それもアイヌ民族の問題でいえば、このほど議員になられました萱野さんを直接呼んでくるという形できちんとその人の立場で語ってもらわないと、ただご紹介教養主義の市民塾ではいけないということがあります。そういう形でラジカルなというひんしゅくをかっった部分もありますが、命、人権、平和、自治というか、そのあたりをキーワードにした塾というのを継続的に50回にわたってやってきています。

そういう学習活動のかたわら柔らかいものもやっています。福祉まつりとかよこいと運動会とかいうのもやりますし、少し固めのやつもやるという形でやっています。ソーシャルアクション、行政へのアクションももちろんだけど、市民にわかりやすいソーシャルアクションも必要だろう。

もう1つ、小地域での支え合いという。確かに、行政にやってもらわないといけないことがいっぱいあるけど人の肌に合った関係づくりというのが社協の1つの大きな役割だろうというふうに思っています。その辺は、小地域でAさんBさんを「どけんすとな」という、そういう支え合い、地域組織化というんですけど、そのあたりの役割も大事だろうと思います。

いずれにしても、そういうことを通じてハン

ディを持った人たちが文化をつくっていく。その人たちの文化というのは、実は結構面白いぞ。スロープができた。スロープにみんなお世話になっとなるんじゃないかという。そういう視点でまちを変えていく。それが、僕はもう1つのしゃばづくりということになっていくんじゃないかと思っております。

丁度時間だと思しますのでおわります。

座長： ありがとうございます。住民の持つエネルギー、あるいは当事者のエネルギー、それが感じられてきたと言いますか、だめ押しではありませんが、当事者で斬新な活動をはじめられた竹中さんをお願いします。

障害者の就労支援に関わる、

ボランティア活動

竹中： 皆さん、こんにちは。プロップステーションの竹中と申します。

皆さん、大変刺激的な話が3名の方からつづきまして、私も大変勉強させていただいてるんですが……。

OHPを使いながらお話をしてみたいと思います。

名前は竹中 ナミというんですが、世間の皆さんからはナミネエと呼ばれていますのでお気軽にナミネエと呼んでいただいたらうれしいなと思います。

大阪ボランティア協会というところは非常にユニークな活動をしている人たちが多いところで、コテコテの関西というようなんです。その中で特にケバイのが私でございまして、こういう会に来ると誰やこんなところにオカマバーのママ呼んだのはと言われましても平気です。

何をやってるかということなんですが、障害を持つ人たちの自立の支援にコンピューターを使おうという活動をしています。今日おこしの方でコンピューターをバリバリ使える方おられます？ 仕事とか趣味とかで……。ひとりもおられません？ そしたら、ワープロぐらいだったら打てる。ワープロはかなりいらっしゃいま

すね。コンピューターなんかは全然さわれない？
あるいは、コンピューターきらい？ コンピューターはきらいじゃないし、何か役に立つやろうと思うけど自分には無縁と思う方。手をあげない人は一体何？

それで、私たちの組織の名称をプロップステーションと呼んでいるんですが、このプロップというのは支え合うという意味の言葉です。その支え合いの材料にコンピューターを使おうじゃないかということなんですが、今の会場の皆さんの反応を聞くと、とてもじゃないがコンピューターのような冷たい機械が、人を支え合う道具になるわけがないと目がシラッとしてますので、支え合いになるということをお話ししたいと思います。

最初に書いてあるんですが、「みんなでプロップ、それが私たちの合言葉」。カッコいいでしょう。コンピューターを媒体にして障害を持つ人たちの自立と社会参加、その後なんですけど雇用の創出。

今日、実は前半のパネルの前にも全体の会合があって、あの時最後に雇用の問題についてはどうなんやと、あるいは国の施策全体の中ではどうなんやというような、住民がやっているCBR運動というのが、国の施策とぶつかってくるような時代が近々来るんじゃないだろうかというようなお話があったんです。

実は、理念でも障害を持つ人にとって、今一番山が高いと言いますか谷が深いと言いますか、それが雇用の創出というか雇用の促進という部分なんですね。これを何とか私たちはコンピューターを媒体としてやってみようじゃないか、全体の自立の中の特に雇用の部分にしばってみようじゃないかという主旨を持っています。支え合いを意味する言葉で、その下にいろいろ活動の内容を書いてますが、もう少しわかりやすく図にしたものがあります。

これが組織図ですが、プロップステーション、一応顧問という先生方がおられます。それから、役員会というのがあって、そこに事務局があって機関誌編集部門、機関誌の名称がフランカー

というんです。年に4回、季節ごとに出しています。

それから、障害者向けのコンピューターのセミナーの部門があってパソコン通信の部門があって、それから実務営業部門があって、シンポジウムの部門があって、曾我部さんという理科の先生ですが、アフリカで熱気球が落ちて首の骨をおられて最重度の障害者になられた彼女にコンピューターを使った授業ができるように支援をしている。そういう部門ですね。それから、視覚障害の方の部門。これは、全盲の男の子たちが数名おりましてフリーのプログラマーをやっているんですが、この子らのグループ。

こういうふうに見ると、すごく大きな組織みたいなんですが、事務局というところには私ひとりしかいない。事務局のスペースは畳一畳という裏話です。

コンピューターのセミナーについてちょっと詳しく言いますと、障害を持つ人を対象にしたコンピューターのスクールというのを毎週2回やっております。水曜日の夜と金曜日の夜なんですけど、水曜日の方がアップルコンピューターとかNECの98シリーズとかいう機械の2つのセミナーをやっているんです。どちらも障害者の人たちにとっても非常ににくい夜間なんです。なんで夜間かと言うと、私はこのコンピューターのセミナーの目的を雇用の創出というか、就労の促進というところにおいていますので、このコンピューターのセミナーの中で、何とか企業人の人たちと出会っていただいて企業の人たち、特にエンジニアの方たち、だいたいはまず障害者のことをほとんどご存じないんですが、そういう方たちと障害者の方にじかに会ってもらって、そこでお互いが現状を教え合いっこをする。持っている知識をお互いがお互いしか持っていない知識を、交換し合いっこするという場にしたいというのがコンピューターのセミナーです。

どういう人たちがボランティアでかかわってくださっているかと言いますと、一番上が顧問の先生、太田 茂先生、次は中野秀夫先生、早

瀬 昇さん。早瀬さんがボランティア協会の事務局長、太田先生は障害者とハイテクを結ぶ活動で日本のオーソリティといわれている方です。通産省が、コンピューターなどハイテク機器のアクセシビリティ指針といって障害を持つ人や高齢者にとって優しいコンピューターにしていこうと、よりいい道具になるようなものにしていこうという指針を出した、その指針の案をつくられたのが太田先生なんです。

中野先生というのは、大阪大学の通信工学の助教授なんです、関西ネットワーク接続協会、略してウィックと言うんですが、これがいろんな書物で話題になっているインターネット、世界を結ぶパソコン通信とパソコン通信をつないで挙げ句のはてに世界をつないで、例えば首相官邸というようなところへ、あるいはクリントン大統領へ、家から誰でもパソコンでお手紙が出せるというものです。そういう方の専門家でいらっしゃいます。なおかつこういうネットワークこそがこれからの障害を持つ人の雇用の創出に、最も大きな情報のインフラになっていくであろうということをおっしゃっている先生です。

早瀬さんは、私たちの事務所を無償で使わせていただく以上にいろんなご支援をくださっているということで、この3人の先生に顧問にはいついていただいて、ボランティアのメインスタッフと書いてますけど、ご覧のようにほとんどが企業人、あるいはデザイナーさんとか開発のエンジニアさんとか、こういう方々がいらっしゃる。

ここに名前があがっているのはメインの方ばかりです。この中でメインのスタッフというのはコンピューターの超プロの方ばかりで、普通でしたら会社で新人研修なんかでコンピューターのことを指導されるといったら、2、3時間教えて10万とか20万とかお取りになるような先生方が、ずらずらと並ばれているわけです。

それ以外に下にサブのスタッフと書いてありますけど、このサブのスタッフという方々はコンピューターに精通されてなくてもいい、ちょっ

と知っていればいい。メインの先生が前で教えられたことを障害者の方がきちんと聞きとれていなかった。あるいは、教えてもらった通りの操作ができなかった。あるいは、非常に操作がしにくかった。先生、質問とか言いたかったけどもすばやく言葉が出ないとか、すばやく手があげられないとか、いろんな状況がありますね。それから耳の聞こえない方の場合には手話の通訳がつくことも必要ですし、そういった意味でサブのスタッフはそんなに精通してなくてもよく、約30名。全体ではもうちょっと人数は増えてると思います。

一応こんなメンバーが私たちの呼びかけに応じてボランティアで活動していただいております。

役員の説明をしますと、私が代表兼用務員さん兼何でもかんでもありで、こうやって広報に来てるんですが、そういうふうには何でも屋です。

私自身は、娘が重症心身障害者ということで22才になるんですけどね。その娘がおりまして、こういう活動をして今日にいたっているんですが、2番目のセミナー担当役員の榊原というのは二分脊椎という生まれた時から下半身不随というお嬢ちゃんが、今年小学校におあがりになった若いパパです。企業のエンジニアさんです。

坂上 正というのが、関西学院というところでラグビーの選手をやっていて首の骨を折って、自分自身電動車いすに乗って自宅が農家兼マンション経営をされているんですが、そういった経営管理をコンピューターでやってらっしゃるという事務能力の高い人です。

それから、鈴木茂明。彼はもとエンジニアだったんです。彼は、はじめメインスタッフというところのボランティアで来たんです。お父さんが、脳卒中で倒れられて10数年お母様が介護されている。本人は、介護の手伝いをやらずにこんなボランティア三昧やっている人間だったんですけど、私たちの活動の中でこういうセミナー部門のより高いレベルで仕事に直結するような部門をつくらうということで、それに大阪市の助成金が認められまして、今年の8月からマン

ションの1室でコンピューターを5、6台並べて、ここの職員セミナーで勉強された方をより以上高めて、実際の企業の仕事ができるようにしていくという部門をつくった時に、その専従の所長さんがいるということになりまして、この鈴木に白羽の矢があたってしまいまして、給料は半分以下になってしまいました。彼は、エンジニアをやめてプロップウイングという実務の部門の方の所長になっています。

私たちのスタッフは80名ぐらいいて全員がボランティアなんですけど、彼ひとりだけが有給という栄えある有給職員ということになっております。

こういうメンバーでこんなことをやっています。

それで、現在、私たちのこんな活動が思惑通りに企業だとか、そういう社会的に認知を受けつつあるかということなんですけど、それをご覧いただきたいと思います。この機関誌が丁度10号になるんですけど、この記念として応援してくださっている方の一覧をつけたんです。

まず、本会活動への支援団体・企業一覧とかでカッコよく書いてあるんですけど、ボランティア協会ですね。大阪府から地域福祉振興助成金をいただきました。大阪市からプロップウイングの助成が決まったり、朝日新聞の厚生文化事業団、毎日新聞さんの社会事業団という福祉的な団体がつづきまして、アップルコンピューターさん。アップルさんからは、マッキントッシュ11台が、その11台が壊れそうになったので、あと10台もらいますということで21台もらいました。その21台は、できるだけ持ち運びのできるのにしてほしいというのをお願いしまして障害者の皆さん車いすに積んで毎週1回家で予習・復習をしながらこられているわけですね。

それから、日本電気さん。日本電気さんは、いわゆるNECと呼んでいるあそこですが、毎週私たちに最新鋭のコンピューターが並んだ会場を無償で開放してくださっています。

電気通信普及財団さん。これは、NTT関係の財団だそうなんですけど、パソコン通信の方の機

械の整備をするための助成をくださっており、日本船舶振興会さん、ここからもいただいきました。

大阪コミュニティ財団さん。これは、こういう助成財団として大阪ではじめてできた、大阪の商工会議所の中にある財団です。

それから、経団連さん。経団連さんの1%クラブというところで推薦をいただきまして、いろんな企業にここの団体に助成してやっておくんはれやという推薦リストがあるんですけど、それにのせていただきました。ライオンズさんのチャリティファンドなどなどがつづきまして……。

コンピューターというのは、実はソフトがなければただの箱という言葉が聞かれたことがあるかと思うんですけど、コンピューターだけでは何もできない。コンピューターを動かすのは、こういうフロッピーというようなものをいれてはじめて計算ができた。動くというのはそこから始まるんですけど、計算ができたりデータベースがつくれたり文章が書けたりするんですけど、それが実は高い。こんなフロッピー1枚2万、3万というのはざらなんですよ。高いのになると十何万、二十何万、プロでお仕事で使うのになると百数十万、二百何万だのというような世界なんで、私たちが公益的な活動としてやる時に、違法コピーというのでは事業ができませんから、セミナーをしたいからということでソフトの開発会社にお問い合わせまして、「一太郎」とかいうワープロソフトなんかは皆さんよくご存じじゃないかと思うんですけど、それから「桐」というようなデータベースとか日本で一般的にいろんな方がお使いになっている、シェアの高いところのソフトを、全部開発されている会社から教育するだけのものを頂戴しているとか、無償で借りるという格好をとるんですけどね。そういう形でやらせていただいています。

この役員4人でまとまった金額を出して自分たちでつくって、今だに赤字といいますか、プロップウイングを立ち上げる時は助成金をくれ

るんですけど、立ちあげた後はお金をくれないんですよ。ついに私は500万借金をかかえておりまして、あんたを信用して貸してやろう、利子はいらんというってくれる人がいますから、500万の借金で身をしばられて悲しそうに苦悔に身を沈めている私なんですけど、全員ボランティアで頑張っています。

最後に、障害者の雇用の促進のために何が一番必要か、何をしようとしているかということ、私たちはすごい野望を持っておりまして、国のシステムを変える、これを私たちの夢にしています。

憲法というと、すぐ9条の話ばかりがでるんですけど、私たちが関心を寄せている憲法というのは国民の義務というやつです。国民の義務に教育と就労と納税というのがあつて、教育というのは、障害を持つ方は昭和54年まで受けんでもいいと言われていました。

うちの娘は54年に小学校にはいったんで、最重度だから猶予になるところなんですけど、猶予にならずに訪問教育ということで、週に2回ぐらい先生が2時間ぐらい来るという生徒になったんです。こんな形で教育に関しては54年度に義務化になった。それでも、その義務化というのは養護学校の義務化というのが頭についちゃいましたから、結局一般の人たちと勉強することは、国としては推進しないよという形の義務化で今日まで来てます。

その先の就労と納税の義務に関しては、これは一切障害者に対しては保障はしていません。その1.6%という数値も、雇用率はある程度罰金を払えばそれで逃れるという形で、企業の方もさほど切迫感を感じてないのです。

ですけれども、私たちはこういう形で企業に切りこんでいくというか、企業もこういうことで貢献活動ができるんだと、前向きにこういう活動を支援していくところを是非見せて頂戴ということで切りこんでいっています。企業が変わってほしいというのが1つ。

それと、国の施策に対して障害を持つ人がきちんと憲法の義務がはたせるように、納税者に

なっていけるように、そしてプロップという言葉は支え合いと最初に言いましたように、障害者は支えられるだけじゃなくて、一般の方々と一緒に国を支え住民として地域を支える側にまわれる人というのが私の切なる願いです。

うちの娘は、最重度の心身障害者で22才で生後2、3か月ぐらいの赤ちゃんの状態なんですけど、そういった重度の子どもたちとか、あるいは痴呆性のお年寄りであるとか難病の人であるとか、本当の意味で福祉で彼らから社会貢献をすることが難しいという状況の人たちを守るためのお金を、きちんと出してくださる側に他の方はたくさんなれるということをいっぱい見てきましたので、障害を持つ方の潜在能力を信じて私はやっております。

どうも、ありがとうございました。

討議・質疑

座長： 私なりのまとめをさせていただきます。事実として、こういう形で生活づくりや仕事づくりがおこなわれている。それを何となく知っていただけたかもしれません。

皆さんが、実際に生活をしている地域に帰って、高石さんのような人はいないよ、うちは野方の福祉を考える会のような会はないよというところに考えがいつてしまうかもしれませんが、その場合、皆さんの地域で発展する可能性がある活動をどう支えるかというふうにお考えいただけたらと思います。

こういった活動は多様であり、その中にはしなやかな活動があったり、あるいは直方の事例のように一見我々が聞いているとすごく順調に進んできたようですが、毎回毎回ある時期ごとに振り返ってどうしたらいいんだろうかと考えながら地道に広げてきた、そういう面があるかと思っています。

あるいは、直方のように専門家も含めて支えてきた所もありますが、住民によるサービスという点に特徴があるでしょう。あるいは、住民だけでやる限界があるかもしれないがその中で

専門家とどう協同してきたか、そういった非常に大事なところがあった。これは、今日のご参加の施設とか作業所の専門家の方、あるいはケースワーカーの専門家の方と共有できるところであればいいかと思います。

そういったサービスの提供、エネルギーの中で当事者もボランティアも、あるいは地域全体も主体形成されていく、そういったものがあるんじゃないか。それは、まさに住民が成熟していく実際に活動する中で、あるべき姿についてこれだけ考えることができる。

更に行政との関係についてもゆったりとした形で冷静に話を交換できる、そういう能力があったと言っているかと思います。

その中で、皆さんにご理解いただけたらと思いますのが、自分たちの活動だけをやるのではない。自分たちもこれだけ頑張っているんだから行政も同じように自立してほしい。そういうところで行政とのかかわりが問題になるかと思っています。

日本の社会福祉は行政が自前でやる時期が非常に少ない。むしろ民間に任せる中でやってきて、その中で独自の権力構造、行政は自分では何かをせずにお金を流す中でやってきた。民間でも独自の権力構造ができた。その中で、住民運動がおこった頃というのは、そういった社会的な盛り上がりがあり自治体の首長を代えた。それによって通りやすかった。それが過ぎてしまった今はどうか。

1つは、そうあってもインフォーマルな影響力で、民生委員さんが強いところでは民生委員さんをヨイショし、施設が強いところでは施設をヨイショし、そういった権力構造のすき間を何とか縫ったりして、あるいは行政と話し合う中で一生懸命何かをつくってきた。そういう面があるかと思っています。

私が、愛知にはじめて来たのは3年前ですが、県段階の職員で「ほいで先生、お金がないだよね」というところがありました。その瞬間、こういう水準なのかと、つまりちゃんと科学的に調査を持ちだして、これだからここまででは

きるがここから先はできないという成熟した行政能力ではなくって、お金がないからという水準なんだなと。住民が、これだけ住んでいるところで果たしてこれでいいだろうかということを感じました。

日本の社会の中で、住民全体が歴史的には福祉を厄介者として見てきた。ところが、国際障害者年を通じて住民が福祉を厄介者として見る状態から大部変わってきた面もあると思います。行政も国づくりの中で産業基盤の整備だけで福祉を厄介者として見てきた。

行政は、まだ変わりきれていず、例えば芸術文化センターをつくる時にお金をやり取りしたり、美術館を誘致する時にお金を出したりと、そういうところは融資していて、その中で、もしかしたら福祉行政の職員もしんどいのかも。そういったことも若干感じております。

その中でご発言の皆さんからこんなことをもっとつっこみたい。あるいは、皆さんからももっとつっこんだ議論をしたい。そういう時間にしたいと思います。ご自由にどうぞ。

久 富： さっき高石さんのお話にわくわくしたんですが、その中で思ったのは市民塾をやられていて、そこでアイヌ問題や原発や水俣というすごくオルタナティブな運動をしている人たちと直接ふれ合う場を設けているということで、いわゆるお利口さんの市民講座だけじゃいけないということやられているなということで感銘したんですが、その中で当然おこるであろう対行政であったり、反体制というものはいつてくるわけですから行政との軋轢があったり市民との軋轢もあると思いますが、そういうものをどうかわして、もしくはどう相手に説得しているのかということと、そういう講座を通してそこに参加されている方がもう1つのしゃぼということで、そのしゃぼのイメージが今どれくらいできてきているのかということをお聞きしたいと思います。

高 石： 多分、想像のとおりというか、社協というのは半官半民的印象を多くの方はお持ちだろうと思います。うちの場合は、事務局長は

行政の退職者でありまして、僕は事務局次長というところにおるんですけど、その分今おっしゃるように風あたりが強いというほど風を感じていないんですけど、それは結構ありますね。

それから、企画にチェックがはいったり……。こういうものはあきらめていただけるといえるものはあるというか、しつこくやっていると、もうしらんというか、勝手にやれというか、そういうのはありますね。うちの機関誌は「少数者」というんですけど、この題名が気に入らぬとか、なかみが12月号はライ予防法を考えるということですけど……。これは、福祉の今の問題とはずれているじゃないかみたいなことはずうっと言われてきましたけども、これは構わずにやってきたということが1つあります。

それから、おっしゃるように地域のいろんなボスさんたちが社協の中には役員としてはいっていて、その人たちもいろいろ影では言っているでしょうけども、僕は結構腰が低いんです。愛嬌もいい方ですし、うまくつき合うことにしています。ただ、譲れないところはあるという感じにつき合っています。

市民塾をやってきたのは、当事者、ボランティアの人たちのリーダーが外堀を埋めていくというか、社協の外堀をそんなふうにしてどんどん埋めていくことによって、気がついたら役員さんたちは少数派になっていたかもしれないというようなことはなかなかないだろうけど、そんなふうにしたと思っています。

もう1つのしゃべのイメージというのは、少数のグループのネットワークで異種交流ネットワークという集まりを、今年から企画しはじめているんです。つまり、大きな組織をつくることはやめてちいさなグループをできるだけ多くつくるという、つまり多数派の側を少数に解体していくというイメージなんです。だから、拠点づくりというのは建物というふうにしてなくて、人間関係も含めたグループづくりという地域イメージを持っています。

もちろん、縦軸として小地域というのも1つ考えているんですけど、田舎のことですから地

域というのは長がつく人が偉いと思っているらしくて、なかなかうまく組織が運ばないですね。そういう意味で、崩し方としては小グループづくりというところに視点を置きたい。そこに必ずハンディを持った当事者が参画しているというか、そこに在日の人とかがいてくれるので自然に問題が深まっていくというか、そういう筑豊の地域のある種の面白さというのもまだあります。そんな感じですね。

久 富： 公民協同という言葉があります。公と民間が協力して働くといったようなことですね。要するに、民間の活力と行政の援助をどういう具合にうまく結びつけるかということにつきると思います。そのために、地域福祉振興基金というものを各自治体が設けています。

全部の自治体があるかどうか知りませんが、多くの自治体はそういう基金を持っている。その運用益と言いますか、利子でもっていろんな民間の福祉活動を援助しているという自治体がたくさんあります。

私は、の中で非常にいい例と非常によくない例を2つあげましてご参考にしていただけたらというふうに思います。

よくない例から言いますと、これは名古屋市です。

どうしてよくないのかと言うと、ボランティア団体は頭から助成しないということになっております。どういう団体ならいいのかと言いますと、例えば社会福祉法人は助成の対象になります。それから、行政の息のかかった団体はよろしいということになっております。ですが、名もないボランティア団体は一切だめです。門前払いです。

いい方は、東京都ということですが、東京都地域福祉振興基金の助成基準というものは社会福祉法人はもちろんよろしい、公益法人も結構、それから公社など第3セクターもよろしい。それ以外に任意の民間団体という1項目がはいっております。助成の対象にならない、門前払いになるのは営利団体だけです。これは、あたり前のことだというふうに思います。

助成のはじまった昭和63年度から平成5年度まで、東京都の助成の実績というものを調べてみました。全部で210団体に助成しております。その中で、任意の民間団体というのが135団体、実に65%を占めています。東京都の場合には、助成の基準として先駆的・開拓的・実験的な事業ということになっています。

要するに、ハングリーな民間団体は先駆的・開拓的・実験的な事業をおこなえるような自由な発想だとか大胆な取り組みが見られるということだと思います。

例えば、措置費だとか各種の助成金でもって最低限の経営を保障されておる、そういった社会福祉法人には、意外と自由な発想だとか大胆な取り組みはしにくいのかなという感じを持っております。それが35%にしかすぎない。そういう実績になっておるのではないかというふうに思っております。団体の格だけで頭から対象を選別してしまう。これは、公民協同にはならないだろうというふうに思ってお大変情けなく感じているということでございます。以上です。

質問：名古屋市のリハビリテーションセンターで職能指導員をやっております桂川といいます。

竹中さんの活動に非常に興味を持ったんですけど、企業の人の名前とかがでてきたんですけど、障害者の方が会おうという話なんですけど、例えば障害者の方はどうやってこのセミナーに参加するとか募集するとかという形を取っているんでしょうか？

竹中：募集というのは、こういう機関誌でもしますし、口コミでもやりますし、パソコン通信のネットワークを持っていますのでそれでもやるんですが、基本的には新聞報道です。

私は、20年こういう活動をしていまして就労の問題にしばってこれを何とかせなかんなどいうことでプロップステーションを شدしたのは3年前からなんですけど、20年ほど前から様々な身障の方々と一緒に自立活動をやっていましたので、いろいろ私らが100回叫ぶより新聞の1行を見るところの効果というのはよくわ

かっております。広報担当だから新聞社の方の社会面で福祉を熱心に応援されているような記者さんとか、そういう方のおつき合いが長かったものですから生徒さんの募集であるとか、それからボランティアさんの募集とか、ほぼ各新聞横並びで全紙にのせていただくみたいな形です。

来られる時というのは、原則的にコンピューターを勉強することによって自分自身がこんなことをやりたい。それは趣味でもいいですし、職業に就きたいでもいいし、まず意欲を持っていること。それ以外は部所の制限はありません。

来年からは、シニアということで年齢の高い方にも広げようと思っておりますので、全く年齢も男女別も障害者別も関係なく募集をしています。

来ることが困難な人の場合に、障害を持つ人が自立に向かう時に、今一番欠けているのはご本人のコーディネーター能力だと思うんですね。そのコーディネーター能力をまず私たちのセミナーに来るために発揮していただくという、その送迎のボランティアさんを自分で捜してご覧なさいという言い方ですね。

手話通訳のグループなどもたくさんありますが、もし通訳が必要な方の場合は、自分で手話の通訳さんがローテーションを組んで毎週セミナーについてきてくださらないか捜してご覧ということからはじめます。そこで、「あなたのところでしてくれへんのやったらやめるわ」という方なら、来なくてもいいですとはっきり言います。

頑張るって本当に来たい方はされます。全く自分で手も足も動かない方の場合は、全く自分で車いすがこげないわけですからボランティアさんを見つけれ、必死で声かけをされたり、それをきっかけに介助のコーディネーターをしているグループと会おうとか、そういったことで来られます。

けども、それだけ熱心に来られようとしても、来れない時がでてきますよね。ボランティアさんのご都合とかで。そういう時には対応をこちらがきちんとしますが、基本的には自分

自身でコーディネートをして自分に必要なサポートを捜してきていただく。来られた以上は、全てこちらでサポートします。この方の努力でどうしても見つからなかった場合の対応はします。

それから、訪問という形も取っています。どうしてもその方が来れない時には、訪問という形も取っていますし、特にパソコン通信の場合というのは、コンピューターはできるけどパソコン通信はセッティングというのがややこしいものがありまして、そういうところは全部ボランティアさんがその方のご自宅に走ります。コンピューターを買われる時も東京では秋葉原だそうですけど、大阪では日本橋という電気街があってコンピューターの安いところの津々浦々を知っているようなボランティアさんが、障害者の方を連れて一緒に値切りに歩くとかいうような形で、とにかくご本人が希望さえもたれば様々な必要なサポート、ご本人がそれをコーディネートする意欲さえもたれば道は伝授できるという状況になっております。

質 問： ご本人さんの希望する、例えば仕事に就きたいというレベルとか趣味でやりたいレベルがあると思うんですけども、仕事に就きたいレベルを希望してもやってみてできないことってありますよね。コンピューターを扱うにはそれだけの高い能力がいると思うんですけど、それに合わなかったりするということがありますか？

竹 中： 当然あります。ほとんどそうじゃないですか。皆さんだって万一習いたいと思っ

て、これで仕事ができたらなと思っても、多分習いに行って、それが仕事にできる人というのは50人か100人にひとりぐらいじゃないですか。

ですけれども、コンピューターが様々な道具に使えるということが、今わかっている以上はそれにふれたというか、その基本の部分を知ったということでその方の人生が広がりますね。それは、私たちしみじみ感じます。

特に、パソコン通信で北は青森から南は大分まで重度の障害者の方の会員がいっぱいいますけれど、そういう方があたかも時間も距離も飛び越えて自分の好きな時間に、あたかもその障害がご本人にないかのごとく変身できる。私はナミネエですという一言を言うのに5分ぐらいかかる方も行では1行なんです。変身願望が人間にはあるみたいで、パソコン通信する人は男の人が女の人の名前で作ったりとか、そういった楽しみも含めて、コミュニケーションツールとしてのパソコンを楽しむということでも、可能性はいっぱいあります。

座 長： ありがとうございます。この場で意見の交流ができなくても、皆さんが地域とか職場に帰って何かをはじめるきっかけの種ができることを祈っております。

事例発表の皆様、並びに手話通訳をしてくださった皆様、おなかの大きな方から身体の不自由の方々、裏方で筆記なり機器なりを設定してくださった皆様に、最後にお礼を申し上げます。ありがとうございます。

第2分科会

「家族・家庭を支える地域社会の課題」

座長：峰 島 厚（江南女子短期大学教授）
発言者：池 末 亨（東京学芸大学助教授）
平 川 毅 彦（愛知県立大学助教授）
小 邑 弘 光（ゆたか福祉会つゆはし作業所長）
宮 田 鈴 枝（愛知県障害者（児）の生活と権利を守る
連絡協議会顧問）

座長：私の方からこの分科会の趣旨について提案させていただきます。

リハビリテーションの効果を高め継続性を保つためには、生活の拠点である家族・家庭のニーズにも応えていく必要があります。折しも国際家族年は、「家族から始まる小さなデモクラシー」をスローガンにかかげていますが、障害者リハビリテーションにとってもこの課題は重要な意味をもってきています。国連・障害者の10年は、障害者の自立そしてそのキー概念として自己決定を提起しましたが、それらの個としての人権保障の具体化は、生活の拠点である家族・家庭あるいは住まいからはじまるといえます。

しかし、家族に扶養を押しつけ、貧しい援助施策で家族に扶養責任をも転嫁してきた長い歴史は、解決すべき多くの問題を提起しています。例えば、障害者をもつ家族は、今なお、家族自体が肩身の狭い想いを強いられる実態があります。貧しい家族への援助施策のもとで、障害者を含む家族構成員が、互いに犠牲となる等して人権を削りあって個を保障している実態もあります。さらに、扶養や養育が家族内の閉ざされた狭い関係の中でしか蓄積されず、それ以外の援助や援助者をひき出す壁になっている実態、等々もあります。

これらはいずれも、障害者が自己決定し、家族や地域、行政等の援助を対等平等に堂々と受

けていくことを困難にしています。長年の生活によって形成されてきた意識と、それを醸成してきた物的環境の、両方の問題が重なり合っているだけに複雑です。

この分科会では、こうした問題の実態と課題を明らかにすることを重点にします。具体的なニーズを明らかにしてリハビリテーションの方法を検討することも求められていますが、各論でなく総論としてとりあえず討議したい。障害者の個としての人権保障にあたって、家族・家庭がどのような問題を抱え、位置を担っているのか、その実態と課題を明らかにしつつ、地域社会として援助すべき方向を探っていきたいと考えています。

この分科会については事前に4人の発言者を指定しております。それぞれ家族・家庭の問題について精神障害の分野、身体障害の分野、それから知的障害の分野、それから高齢で実際にひとり暮らしをされている障害者の方という形でそれぞれ20分ほど実態と課題について発言していただき、残りの時間はフロアの方も含めて一緒に討議をしていくという形で進めさせていただきたいと思います。

それでは、最初に、東京学芸大学助教授の池末先生です。「精神障害者の家族の保護・扶養の実態と課題」についてお願いします。

精神障害者の家族の保護・扶養の実態と課題

池 末：全国精神障害者家族会連合会は平成3年11月に精神障害者とその家族の福祉ニーズに関する調査を実施しました。これは、全国8300人ぐらいの家族を対象にした調査ですが、医療の状況、経済生活、制度利用など様々な角度から精神障害者の実態を明らかにしていますが、家族の生活の困難度について入院している人よりも在宅での家族の負担、それから父親と母親を比較するとはるかに母親の負担が著しいこと

を分析しています。

そこで、東京都精神障害者家族会連合会で、私は副会長をしておりますけども、平成4年に対象を在宅の精神障害者をかかえる母親にしぼって、その負担度を様々な角度から分析し、本人および家族に対する社会的援助のあり方を検討するための基礎資料を得るために実態調査をおこないました。

1. 調査の内容は以下に書いてあるとおりです。私のゼミの学生6人に協力をしてもらっておこないました。

1. 調査の内容

(1) 郵送調査

- 1) 基礎的項目(本人の年齢、性別、病名、病歴、家族構成など)
- 2) 母親の健康状態(ストレスなどの症状、本人の病気と母親の健康状態の関係等)
- 3) 本人に対する母親の関わり具合(食事、掃除、洗濯、金銭管理、服薬管理)
- 4) 本人との関わり以外の生活(家族会活動、近所付き合い、趣味、旅行など)
- 5) 本人の状態、社会資源の活用度(本人の精神状態、グループホーム等)

(2) 面接調査(発病から現在に至るまでの本人と母親の関係について)

2. 調査の方法

(1) 調査基準日 1992年11月1日

(2) 調査日程 1992年 7月～8月……調査内容・対象・方法の検討、設問設計

9月29日……各家族会に対する対象者抽出の依頼

10月27日……調査票発送(290通)

11月 ……………調査表集計(有効回答168通)

12月 ……………訪問・面接調査(15件)

1993年 1月～4月……分析、報告書作成

2. 調査結果の概要。これは、【資料1】を参照しながら説明をさせていただきます。

問11を見てください。本人の世話を誰が何割ぐらいしているかということなんですけども、本人の世話をしているのがほとんどが母親で父親や兄弟はあまり係わりをもっていないことがわかります。母親が世話をしている割合が8割と9割と10割のこの3つをたすと60%以上にな

ります。それに比べて、父親・兄弟はゼロ割と1割と2割に集中しております。

それから、次に問16を見てください。本人が病気になる前に比べ母親の健康状態はどうか。やや思わしくない、思わしくないを合わせると5割以上になります。

問16の2。本人の病気と母親の健康状態の関係で思わしくないと答えた人の割合はどうかということで、大いにある、ややあると答えた人

問11 本人の世話を誰が何割ぐらいしているか

項目	人数 (%)		
	母親	父親	兄弟
0割		34(24.6)	13(20.6)
1割	1(0.6)	37(26.8)	27(42.9)
2割	1(0.6)	32(23.2)	9(14.3)
3割	4(2.4)	15(10.9)	2(3.2)
4割	6(3.6)	9(6.5)	
5割	21(12.5)	10(7.2)	
6割	11(6.5)	1(0.7)	
7割	16(9.5)		
8割	32(19.0)		
9割	33(19.6)		
10割	43(25.6)		
回答なし		10(7.2)	12(19.0)
合計	168(100.0)	138(100.0)	63(100.0)

問16 本人が病気になる前に比べ母親の健康状態はどうか

項目	人数 (%)
変わらない	51(30.4)
やや思わしくない	77(45.8)
思わしくない	19(11.3)
回答なし	21(12.5)
合計	168(100.0)

問16-2 本人の病気と母親の健康状態の関係(問16で「やや思わしくない」と答えた方のみ)

項目	人数 (%)
大いにある	39(39.0)
ややある	48(48.0)
あまりない	11(11.0)
わからない	2(2.0)
合計	100(100.0)

問23 家族会に出席しての具体的なメリット

項目	人数 (%)
病気についての知識が増えた	115(84.6)
同じ立場の仲間(家族)と知り合えて、孤立感がなくなった	114(83.8)
明るく積極的に毎日を過ごすようになった	61(44.9)
本人と気楽につき合えるようになった	67(49.3)
福祉医療の諸制度・社会資源等の利用ができるようになった	84(61.8)
その他	24(17.6)

(複数回答、対象者136名)

問17 本人の日常生活(5項目)についての母親との関係

A 食事の支度

項目	人数 (%)
ほとんど母親	111(66.1)
母親が主で本人が従	37(22.0)
本人が主で母親が従	3(1.8)
ほとんど本人	3(1.8)
その他	1(0.6)
回答なし	13(7.7)
合計	168(100.0)

C 洗濯

項目	人数 (%)
ほとんど母親	111(66.1)
母親が主で本人が従	26(15.5)
本人が主で母親が従	5(3.0)
ほとんど本人	12(7.1)
その他	3(1.8)
回答なし	11(6.5)
合計	168(100.0)

E 服薬管理

項目	人数 (%)
ほとんど母親	25(14.9)
母親が主で本人が従	18(10.7)
本人が主で母親が従	34(20.2)
ほとんど本人	82(48.8)
その他	6(3.6)
回答なし	3(1.8)
合計	168(100.0)

B 掃除

項目	人数 (%)
ほとんど母親	87(51.8)
母親が主で本人が従	46(27.4)
本人が主で母親が従	9(5.4)
ほとんど本人	8(4.8)
その他	6(3.6)
回答なし	12(7.1)
合計	168(100.0)

D 金銭管理

項目	人数 (%)
ほとんど母親	58(34.5)
母親が主で本人が従	42(25.0)
本人が主で母親が従	15(8.9)
ほとんど本人	43(25.6)
その他	8(4.8)
回答なし	2(1.2)
合計	168(100.0)

問24 家族会以外の近所づきあい

項目	人数 (%)
よくする	59(35.1)
普通	70(41.7)
あまりしない	19(11.3)
しない	8(4.8)
回答なし	12(7.1)
合計	168(100.0)

問19 本人と母親の話し合う話題、主に話しかける人

項目	人数	母親	本人	両方
病気や症状について	121(5)	42	43	33
病院・作業所などについて	118(9)	24	53	37
本人・家族の今後について	107(4)	37	18	50
日常生活態度について	123(5)	74	17	31
最近の話題について	130(8)	32	33	61
休日の過ごし方について	99(1)	27	30	40
友達などとの交際について	100(1)	41	18	38
その他	40(2)	9	19	6
あまり話しはしない	18	-	-	-

(複数回答、()内は「最もよく話し合う」と答えた人数)

問30 本人は現在の状態についてどう考えているか

項目	人数 (%)
満足している	25(14.9)
やむをえない	88(52.4)
わからない	17(10.1)
他のことをしたい	35(20.8)
回答なし	3(1.8)
合計	168(100.0)

問31 母親は、本人の現在の状態についてどう考えているか

項目	人数 (%)
満足している	19(11.3)
やむをえない	94(56.0)
他のことをさせたい	51(30.4)
回答なし	4(2.4)
合計	168(100.0)

問33 グループホームの利用

項目	人数 (%)
すぐにも利用させたい	20(11.9)
家族が世話をできなくなったら利用する	46(27.4)
本人が希望したら利用させたい	76(45.2)
利用させたくない	10(6.0)
その他	11(6.5)
回答なし	5(3.0)
合計	168(100.0)

問25 近所づきあいの際、本人のことを話すか

項目	人数 (%)
話をする	34(20.2)
あまり話さない	59(35.1)
まったく話さない	62(36.9)
回答なし	13(7.7)
合計	168(100.0)

が全体の9割近くになっています。そういうことから母親の健康状態と本人の病気とは大いに関係があるということがわかります。

次に、問17がA B C D Eとありますが、そこをご覧ください。食事、掃除、洗濯を誰がしているか。ほとんど母親が主で、本人が従。それをたしますと8割から9割という状態で母親が中心に行っています。服薬管理、金銭管理は変化がありますけども、母親が全面的に本人の世話をしているという状態がわかります。

問19の方を見ていただきたいのですが、本人と母親の話し合う話題ということで見ますと、2番目の病院、作業所などについては本人から話しかける割合が多いのですが、その下の本人、家族の今後について、あるいは日常生活態度については母親から話しかける割合が圧倒的に多くなってきています。これを見ますと、母親が話したいことと本人が話したいことの意識にかなりのずれがある。日常生活態度などについて母親の話すことは、「あんたしっかりしなきゃだめよ」とかの小言が多い、そういう関係があるということがわかります。

問23、家族会に出席してのメリットということで、病気についての知識が増えたとか、同じ立場の仲間とも知り合えて孤独感がなくなったなどの回答がでております。これは、東京都の家族会連合会の会員を対象にした調査ですけど、東京都の家族会には約1000人の会員がいます。精神障害の数が100人にひとりと言われておりますので、その数から推測しますと1%ぐらいの人しか家族会には加入していないということがわかります。それ以外の人たちは、そういう悩みを話し合える仲間もなく非常に苦しんでいるということが推測されます。

東京都では、つい最近ですけど、東京都の家族会連合会で「道しるべ」という冊子を1万部刷って保健所とか福祉事務所、病院などに配布をしました。この中には、家族会活動とは何か、家族の悩みをどう解決すればいいか。相談医療機関、福祉施設にはどういうところがあって、どういう利用ができるか、仕事の関係の職安と

か、職業センターではどういう精神障害者の制度があるか、福祉制度、年金・手当、生活保護などの紹介、医療保障制度などを家族にわかるような形でつくって大変好評です。

こういうような形で、悩んで孤立している家族を何とか家族会に集めたいという取り組みもしております。そういう中でひとりひとりがかかえこまないでみんなで協力し合いながら考えていくということがでてくるのではないかと思います。

次に、問24、25を見てください。ここで、近所づき合いはよくする、普通というのを合わせますと8割近くになっているんですけど、その中で25の方で近所づき合いの際、本人のことを話すかどうかということでは、あまり話さない、全く話さないということで、隣近所でお子さんどうですかという話をすると思うんですが、精神の場合にはそういう話をしない、隠している、その分つき合いが十分できないというふうなことが窺われます。

問30と31。本人は、現在の状態についてどう考えているか、母親は本人の現在の状態についてどう考えているかということで、やむを得ないという意見が半数以上占めていますけども、他のことをしたいという部分、それから母親の場合他のことをさせたいということで本人は他のことをしたいはそれほど多くないんですが、母親の方はこれじゃだめだから他のことをさせたい。ここでも本人と母親の意識のずれが窺われます。

問33、グループホームの利用。これは、私も非常に驚いたんですけども、すぐにでも利用をさせたい、家族が世話できなくなったら利用する、本人が希望したら利用させたい。これを合わせますと、9割近い人たちがグループホームのことに注目しております。

それから、資料2の方にうつります。資料1は、単純集計なんですけど、資料2の方は母親の年齢別の分析です。

問10を見てください。50代の場合は5.8%、

精神障害者の家族の保護・扶養の実態と課題
資料2

問10 同居中の家族構成

項目	人数(%)	50~59才	60~69才	70才以上
両親と本人	75(44.9)	16(30.8)	40(56.3)	19(43.2)
母親と本人	30(18.0)	3(5.8)	13(18.3)	14(31.8)
両親と兄弟と本人	45(26.9)	25(48.1)	12(16.9)	8(18.2)
その他	17(10.2)	8(15.4)	6(8.5)	3(6.8)
合計	167(100.0)	52(100.0)	71(100.0)	44(100.0)

問11 本人の世話を家族の中で母親が何割ぐらいしているか

項目	人数(%)	50~59才	60~69才	70才以上
1割	1(0.6)	1(1.9)		
2割	1(0.6)		1(1.4)	
3割	4(2.4)	2(3.8)	2(2.8)	
4割	6(3.6)	2(3.8)	3(4.2)	1(2.3)
5割	21(12.5)	6(11.5)	6(8.3)	9(20.5)
6割	11(6.5)	4(7.7)	5(6.9)	2(4.5)
7割	16(9.5)	7(13.5)	7(9.7)	2(4.5)
8割	32(19.0)	11(21.2)	14(19.4)	7(15.9)
9割	33(19.6)	11(21.2)	17(23.6)	5(11.4)
10割	43(25.6)	8(15.4)	17(23.6)	18(40.9)
合計	168(100.0)	52(100.0)	72(100.0)	44(100.0)

E 服薬管理

項目	人数(%)	50~59才	60~69才	70才以上
ほとんど母親	25(15.2)	7(13.5)	10(14.0)	8(18.6)
母親が主で本人が従	18(10.9)	6(11.5)	6(8.6)	6(14.0)
本人が主で母親が従	34(20.6)	16(30.8)	13(18.6)	5(11.6)
ほとんど本人	82(49.7)	20(38.5)	40(57.1)	22(51.2)
その他	6(3.6)	3(5.8)	1(1.4)	2(4.7)
合計	165(100.0)	52(100.0)	70(100.0)	43(100.0)

問20 母親の生活全体の中での本人に対する関わり割合

項目	人数(%)	50~59才	60~69才	70才以上
4割以下	51(33.1)	22(43.1)	23(33.8)	6(17.1)
5割	42(27.3)	11(21.6)	18(26.5)	13(37.1)
6割以上	61(39.6)	18(35.3)	27(39.7)	16(45.7)
合計	154(100.0)	51(100.0)	68(100.0)	35(100.0)

問17 本人の日常生活(5項目)についての母親との関係

A 食事の支援

項目	人数(%)	50~59才	60~69才	70才以上
ほとんど母親	111(71.6)	36(72.0)	50(76.9)	25(62.5)
母親が主で本人が従	37(23.9)	10(20.0)	13(20.0)	14(35.0)
本人が主で母親が従	3(1.9)	2(4.0)		1(2.5)
ほとんど本人	3(1.9)	1(2.0)	2(3.1)	
その他	1(0.6)	1(2.0)		
合計	155(100.0)	50(100.0)	65(100.0)	40(100.0)

B 掃除

項目	人数(%)	50~59才	60~69才	70才以上
ほとんど母親	87(55.8)	31(62.0)	34(51.5)	22(55.0)
母親が主で本人が従	46(29.5)	12(24.0)	21(31.8)	13(32.5)
本人が主で母親が従	9(5.8)	3(6.0)	4(6.1)	2(5.0)
ほとんど本人	8(5.1)	2(4.0)	6(9.1)	
その他	6(3.8)	2(4.0)	1(1.5)	3(7.5)
合計	156(100.0)	50(100.0)	66(100.0)	40(100.0)

C 洗濯

項目	人数(%)	50~59才	60~69才	70才以上
ほとんど母親	111(70.7)	38(76.0)	46(68.6)	27(67.5)
母親が主で本人が従	26(16.6)	5(10.0)	15(22.4)	6(15.0)
本人が主で母親が従	5(3.2)	3(6.0)	1(1.5)	1(2.5)
ほとんど本人	12(7.6)	3(6.0)	4(6.0)	5(12.5)
その他	3(1.9)	1(2.0)	1(1.5)	1(2.5)
合計	157(100.0)	50(100.0)	67(100.0)	40(100.0)

D 金銭管理

項目	人数(%)	50~59才	60~69才	70才以上
ほとんど母親	58(34.9)	16(31.0)	26(36.6)	16(37.2)
母親が主で本人が従	42(25.3)	15(28.8)	15(21.1)	12(28.0)
本人が主で母親が従	15(9.0)	4(7.7)	7(9.9)	4(9.3)
ほとんど本人	43(25.9)	15(28.8)	18(25.4)	10(23.3)
その他	8(4.8)	2(3.8)	5(7.0)	1(2.3)
合計	166(100.0)	52(100.0)	71(100.0)	43(100.0)

問33 グループホームの利用

項目	人数(%)	50~59才	60~69才	70才以上
すぐにも利用させたい	20(12.3)	9(17.6)	6(8.6)	5(11.9)
家族が世話をできなくなったら利用する	46(28.2)	12(23.5)	17(24.3)	17(40.5)
本人が希望したら利用させたい	76(46.6)	25(49.0)	40(57.1)	11(26.2)
利用させたくない	10(6.1)	3(5.9)	1(1.4)	6(14.3)
その他	11(6.7)	2(3.9)	6(8.6)	3(7.1)
合計	163(100.0)	51(100.0)	70(100.0)	42(100.0)

【表7】本人は現在の状況についてどう考えているか(問30)と、本人の生活状況(問29)との関係

	会社員	アルバイト	家事手洗い	作業所 マイ・ア	何も しない	入院中	その他	合計(%)
満足している	1(20.0)	5(38.5)	1(5.0)	13(20.6)		1(7.7)	4(30.8)	25(16.3)
やむをえない	3(60.0)	7(53.8)	13(65.0)	33(52.4)	13(50.0)	5(38.5)	7(53.8)	81(52.9)
わからない	1(20.0)		1(5.0)	5(7.9)	5(19.2)	2(15.4)	1(7.7)	15(9.8)
他のことをしたい		1(7.7)	5(25.0)	12(19.0)	8(30.8)	5(38.5)	1(7.7)	32(20.9)
合計	5(100)	13(100)	20(100)	63(100)	26(100)	13(100)	13(100)	153(100.0)

【表8】母親は本人の現在の状況についてどう考えているか(問31)と、本人の生活状況(問29)との関係

	会社員	アルバイト	家事手洗い	作業所 マイ・ア	何も しない	入院中	その他	合計(%)
満足している	3(60.0)	3(23.1)	1(5.0)	9(14.5)			2(15.4)	18(11.8)
やむをえない	1(20.0)	9(69.2)	7(35.0)	41(66.1)	16(61.5)	9(69.2)	5(38.5)	88(57.9)
他の事をさせたい	1(20.0)	1(7.7)	12(60.0)	12(19.4)	10(38.5)	4(30.8)	6(46.2)	46(30.3)
合計	5(100)	13(100)	20(100)	62(100)	26(100)	13(100)	13(100)	152(100.0)

それが60代18.3%、70代になると31.8%と母親と本人だけの世帯構成が高齢化すればするほど増えてきています。

問11. 本人の世話を家族の中で母親が何割ぐらいしているかということですが、ここでも10割のところを見ていただきたいのですが、50代で15.4%、60代で23.6%、70代になると40.9%ということで高齢化すればするほど母親べったり、母親と本人だけの生活というのが時間的にも長くなるということがでております。

問20は、母親の生活全体の中での本人に対する係わりの割合。これを見ましても高齢になればなるほど母親の生活全体の中で本人に対する係わりの割合が増えているということがわかります。70才以上で6割以上のところが45.7%という数字になっております。

次に、問17のA B C D E、食事の仕度、掃除、洗濯、金銭管理、それから服薬管理とあります。これを見ますと、20年も30年もつき合っていれば、だんだんと本人が食事でも掃除でも洗濯でも、少しずつでもできるようになるのではないかと淡い期待をいできて分析をしたんですけども、ほとんど変わらない。20年たっても30年たっても母親と本人と一緒に生活をしている場合には母親が中心になって食事、掃除、洗濯、本人の身の回りのことをしている。そういう結果が伺われます。

問33、グループホームの利用。ここで見ますと、50代と70代ではちょっとした違いがあります。50代の場合は、本人が希望したら利用させたいというのが49%と一番多くなっているんですけども、70代を見ますと、家族が世話ができなくなったら利用するが17人40.5%ということで、50代の母親と70代の母親で意識の違いがあります。70代の母親が目いっぱい頑張ってるというあたりがよくでてきていると思います。

表7と表8というのは、問30と問29のクロス集計。表7が本人の意識、表8の方は母親の意識とのかけ合わせです。これでもやむを得ないというのが全体的に圧倒的に多いんですけども、

その中で満足をしているというところで何もしていない人で満足している人はひとりもいません。

作業所、デイケアに通っている人、アルバイト、あるいは会社員などの場合には満足しているという人が数はそれほど多くないんですけども、他のものに比べると満足の度が高いということは何かそういう場の提供があると本人も充実した感じを持つし、母親も充実した感じを持つということが窺われます。そうした意味でも、そういう社会的な制度、施策を充実していく必要があるのではないかと思います。調査結果の説明は以上です。

3. 面接調査の概要

面接調査、これも15件おこなったんですけども、6人の学生が2人1組で5件ずつそれぞれ担当して1時間から1時間半ぐらいかけてやりました。面接をした学生が異口同音に言っていたのは非常にショックを受けた、自分がもし母親の立場であればとくに耐えられなくなっている。あるいは、もうおかしくなっているのではないか、よくこういうことに耐えているなどというような感想を持っていましたが、10年も20年も場合によっては30年もつき合っていると、それがあたり前というふうになっているという調査結果がでております。

医療機関から適切な支援が得られず家族の協力もなく負担を母親が一身に背負っている。その結果、ストレスがたまり本人との関係も悪くなっている。食事、掃除、洗濯などやらせればできるのについ手を出してしまう。本人にやらせるより自分がやった方が楽などの本人の自立を疎外するような係わり方をしている傾向が強いというのがでてきます。

ひとりの例だけ取りあげてみたいと思います。この人は、78才の母親と50才の本人の2人暮らしなんですけど、30数年間そういう生活がつづいています。その間、病院を何か所も点々と変えています。自殺未遂を何回かおこしています。そういう中で、本人と父親は小さい頃から仲が悪くて言い争いがたえなかったので、現在は父

親は長男の家において顔を合わせることは、ここ10数年皆無だそうです。兄弟も本人の病気には無関心で娘は母親以外の家族とはほとんど会っていないということで、母親は週1回だけ長男の家に行って父親と会って身の回りの世話をしている。それ以外は母親と娘だけの生活ということで、母親は医師やカウンセラーに様々なアドバイスを受けていて何が正しいのかわからないで混乱をしているという状態がずうっと続いています。食事の仕度を本人に任すと、できあいのものばかり買ってきて食べるのでつつい母親が全部している。本人は、常に母親べったりの状態、外にも出たがらない。そういうような状態が面々と書いてありますけど、そういう状態がこの人に限らず15件面接した人たちの大方の傾向でした。

4. 調査結果にもとづく提言

今回の調査結果で様々な側面から母親は目の前のことに必死で、ゆとりを持って本人と係わることなどとてもできない状態であることが明らかにされました。

15件の面接調査を見ても母親が頑張れば頑張るほどそれが裏目にでてくるのがたくさんありました。本人の状態をよい方向に向けていくためには母親にこれ以上の負担を求めるのではなくて母親の負担を軽減し、それ以外の方法を考える必要があるのではないかと。そうした中で、これまでとは違った母親と本人との関係を新たにつくっていくことができるのではないだろうか。

そのために、私的扶養から社会的扶養へという発想の転換が必要だと思います。

グループホームの利用について様々な条件つきであるが9割近い母親が利用させたいと答えています。ここには、本人の全てのことを一身に背負ってきた母親の卒直な気持ちが表れていると思います。

現在の状態をやむを得ないと半数以上の母親が考えているが、その母親たちにしても遅々として進まない精神障害者の福祉施策にあきらめの気持ちを持っているから、「やむを得ない」

と思うのであって、これでよいと思っているわけでは決してないと考えます。

他の障害者の分野ではかなり以前からおこなわれている「自立生活訓練事業」やホームヘルパー制度を精神障害者の分野でも普及し作業所やデイケアが利用者の希望に十分応えられるよう、質・量ともに拡充され精神障害者の障害を配慮した雇用の場が確保され、そして昨年度からはじまったグループホームが各地域に必要なだけ確保され「利用してよかった」という内容になっていった時、母親の状況は大きく変わると思います。

そうなった時、母親が本人とつき合うことが「病気を再発させる要因」から、母親は、本人が地域で自立した生活をしていくための有効な社会資源の1つに変化していくと思われます。

東京都ではグループホームが現在14か所あります。去年7か所でしたから倍に増えました。来年度の精神保健課の概算予算要求では35か所を要求していて、恐らくこれは実施されると思います。去年から今年、今年から来年とグループホームの数が増えています。ところが、行政がつくってくれるわけではなくて、家族会など地域の作業所だとかの運動に係わっている人たちが血のにじむような思いで必死になってつくっていて、数が増えてきているということです。

私は八王子に住んでいますけども、昨年7月にはじめてのグループホームをつくりました。その時に自己資金が約300万円必要でした。家族の人たちから1000円、2000円という寄付をもらって病院や関係者からももらったんですけども、300万円集めるのにとっても大変な苦勞をしました。それから、不動産屋を何件も回って断られてやっと見つけて、スタートしました。5人のグループホームでしたけども、そこに30数人の希望がありました。

スタートしてからも問題があって職員はととても大変です。ひとりではとてもできなくて多勢の関係者が協力をしています。そういう中でグループホームの需要が、八王子でももっとつくってほしいとあって、本当に大変なんですけ

ど、来年の4月に新たに2ついっぺんにつくることを決めています。今、そのための準備で職員を中心に関係している人たちは大変な思いをしています。

それと同じようなことが東京都の全域で35か所、今の14か所から倍以上になるわけですけど、そういう努力をして広げている、という実態があります。

来年、精神保健法の改正があります。その中で、今までの精神保健医療の分野から福祉を重視するということがうたわれています。具体的には、精神障害者にも手帳を、それからホームヘルパー、他にもいくつかありますけれど、3点のみ提起します。

手帳を厚生省の案では保健所と考えていますが、これは身障・精薄と横並びの障害者と考えた場合には福祉事務所で手帳を交付するという考えが必要だと思います。

ホームヘルパーの派遣事業を制度化しなければいけない。これは、訪問看護があればことたりるのではないかという考え方が多くの関係者の中にありますが、保健医療と福祉は違うことで、福祉的な援助が精神障害者にも必要だと思います。

最後に、今、精神の施設は第2種社会福祉事業になっています。これを身障・精薄並みに第1種の事業にする。これも絶対的に必要なことだと思います。そうしたことで、今まで市町村は精神の福祉に関係ないという考え方が克服できれば市町村それぞれの地域で精神障害者を福祉の対象として援助していく、そういうようなことがでてくると思います。

座長： どうも、ありがとうございます。「重度身体障害者にとっての二つの家族と地域社会」について愛知県立大学の平川さんお願いします。

重度身体障害者にとっての

「二つの家族」と地域社会

平川： 愛知県立大学の平川です。

座長の峰島先生から今日のお話をいただきました時、比較的軽い気持ちでお受けしました。ところが、いざここでの発表を前提として準備をはじめますと、大きな問題が待ち構えていることに気づきまして、愕然としました。一言で申しますと、家族と地域社会、この2つを同時に扱うことというのは無謀なことではないだろうかということです。

過去の研究をざっと見わたしますと、現在の我々が生きております社会がかかえる諸問題を解決をするための、最後のよりどころとして家族か地域社会かのどちらか1つという選択がしばしば迫られてきたわけです。

つまり、一方のグループでは、家族というものはもう解体しているから地域社会こそが重要であり、地域社会を再建しなければならないのだという主張があります。他方、解体しているのは地域社会なのであって、家族こそが最後のよりどころなんだというような主張。この2つが一緒に存在してきたわけです。

もっともこれはあくまでも理屈の上でして、日常生活を営んでいる個人から、更に障害当事者の生活を考えますと、こうした家族か地域社会かどちらかという議論は不十分であるということはいうまでもありません。しかし、だからと言いまして、安易に家族と地域社会とを一まとめにすることもできません。

一番の問題は家族、地域社会いずれもひとりひとりの生活の実感に裏づけられている、日常的な用語であるということにあります。家族、地域社会ないし一般的に「地域」と呼ばれているものは個別性が強く、同じ言葉を使っているものも、それを使っている人の社会背景によって随分異ってきます。

そこで、家族と地域社会という考え方を整理して障害当事者にとっての家族、地域社会の意義と課題とを考えてみたいと思います。

そこで、まず家族の方です。

これは、本人自身からみて大きく2つのタイプに分けることができます。つまり、自分が生まれた時から育ててもらった家族と、自分が大

人になってから配偶者と一緒につくる家族です。

はじめの方の家族は、定位家族、親の家族というふうに言うておきます。後半の方は、生殖家族、自分の家族というふうに家族社会学の領域では一般に呼ばれております。

このように家族を2つに分類した上で重度身体障害者の生活を考えますと、彼らの家族生活の意味内容も随分異ったものになるかと思えます。そして、従来の重度身体障害者の家族と言われる場合に、その多くははじめの方の定位家族の方を意味していることが多かったのではないかと思います。

そして、在宅生活という言葉が親との同居生活と等しいものであると考えられていた場合、家族というものがさすものは定位家族を示すだけで十分だったのではないかというふうに思われます。ところが、親の家族からはなれて、自分の生活を模索しようとする障害者が我が国でも登場するようになりまして、家族が定位家族という言葉では不十分になってきたわけです。

既に定着しました自立生活という文脈で、彼らの生活が家から出ると表現される時、それはあくまでも自分の親の家族である定位家族から出ることであって、自分自身が家族をつくること、そこまで否定しているわけではないからです。つまり、定位家族という考え方に加えて、自分の家族をつくり子どもを産み育てるという生殖家族の考え方が必要になるわけです。

もっとも、この生殖家族という表現自体には若干抵抗を感じております。というのも、私自身結婚してかなりになるんですけど、子どもに恵まれていないからです。子どもを持たないと家族自身は家族を形成していないのかという問題がおきてしまいます。まさに、これは私自身の「現場の視点」でもあります。そこで、定位家族と対をなしている生殖家族には、子どもがいるのかどうかということではなく、血縁というものさえも問わない、一種の擬制的な家族関係、血縁を問わないで一緒に住むことを中心とするような家族関係を含んでいるというふうに考えたいと思います。ここまで生殖家族の範

囲を広げた時、恐らく会場の皆様でもお気づきの方もいらっしゃるかもしれませんが、一種の「コミュン」と呼ばれるような地域社会に近いものになってくるわけです。

先程あげられましたようなグループホームなどでの生活形態というものは、まさに定位家族から離れ、かつ血縁などにとられない自分の家族と呼べるような生活のあり方なのかもしれません。そして、このように範囲を広げてまいりますと、例えば「福祉コミュニティ」であるとか「地域コミュニティ」といった考え方の接点も生まれてくるわけです。

次に、地域社会と呼ばれているものの側から家族との接点をさぐることにしたいと思います。

この「地域社会」、あるいは「地域」という存在は使用する人々にとってかなり違いがあるわけです。重度身体障害者の生活をここでは基準として地域社会というものがどのような意味で使われてきたのかということを列挙いたしますと、大ざっぱに次の5つぐらいになるんじゃないか。それぞれの立場で様々な地域、あるいは地域社会というものが使われてきたのではないかとということが明らかになります。

一番目の「在宅生活モデル」と名づけたものを考えますと、これは定位家族をつつみこむもので、いわば施設と反対の極に位置しているものというふうに考えられます。近隣ですとか小学校区などといった近隣というようなイメージともかなり重なり合うものじゃないかと思えます。

これに対して、2番目の「自立生活モデル」というもので考え合わせますと、これは定位家族と収容型施設とのどちらにも属さない空間というふうに扱われているようです。ただ、その実態というものは必ずしもはっきりしていないような気がいたします。

他方、この3番目の「開かれた施設モデル」、施設の側にひきつけて考えた場合、地域というようなことは「開かれた施設モデル」とでもいうような言葉で語ることができるのではないかと思います。家族と反対の極に位置しているの

かもしれません。

それから、4番目の「行政区画モデル」、これが恐らく今日会場に来られている方々で、一番使われる機会も多いのではないのかと思いますが、「行政区画モデル」というものは、いわゆる市町村等々、各種の施策の単位であり、また運動をおこす団体からみると要求をするための単位でもあります。一番はじめにふれましたような、「在宅生活モデル」と同じくらい多くの頻度で使われているのではないかと思われます。

最後に5番目の「社会関係モデル」ですけれども、「ネットワーク」、あるいは「福祉コミュニティ」の概念とかなり近似しておりまして、必ずしも空間的に完結するような広がりをもっているとは限らないと思います。友人関係であるとかボランティアの広がりなどでとらえられるものです。場合によっては、障害当事者が行っているパソコン通信ネットワークなんていうものも、この「社会関係モデル」としての地域社会の中にはいってくるのではないかと思います。

このように地域社会の概念を整理しますと、はじめの方で検討をいたしました家族との接点も一層明らかになってくるかと思えます。そこで、こうした概念整理の作業と現場の事例から引き出されたものをつき合わせて今後の課題等々を提示してみたいと思います。

私自身は、ここ1、2年ほど愛知県の岡崎市で重度身体障害者の生活史を聞きとるという作業を行ってまいりました。ここから紹介します事例もその事例の中から引き出されたものというふうに考えていただきたいと思えます。

ここで、紹介する事例というものは、愛知県の三河地方の中心都市の1つである岡崎市で生活をしております重度身体障害者5名、30才台の未婚男性2名。この2人はいずれも脳性麻痺です。それから、40才代既婚女性2名。ひとりには脊損で、もうひとりにはポリオの後遺症です。それから、もうひとり40才台の既婚男性が1名。これは脳性麻痺です。この5人へのライフヒストリー、生活史を中心とした面接調査から引き

出された内容です。

限られた時間ですので、ひとりひとりの事例をここで紹介することはできません。個別の事例に関しては、愛知県立大学の文学部紀要に収録された拙稿をお読みいただければと思います(平川毅彦「愛知県岡崎市における重度身体障害者の生活史と『地域社会』」愛知県立大学文学部論集第43号, 1994年, 49-71頁)。

ここでは、これらの事例から導き出された課題だけを提示したいと思います。

まず、彼らの生活の背景を考慮いたしますと、彼らが育ってきた家族や自分の家族、そして様々なタイプの「地域社会」との関連性が明らかになります。

一言で述べるのならば行政区画としての地域社会とは別に、こうした区画を越える「広い範囲の地域社会」と世帯を中心とした「狭い範囲の地域社会」という2つが彼らの生活の中にも存在しているということ、それから「親と一緒に暮らす」のか「離れて暮らす」のかということが、「親からの生活の援助」とははっきりと対応しているわけではないということが明らかになりました。

まず、「広い範囲の地域社会」を規定する要因として学校があげられます。

学校教育という点では、学齢期に養護学校がどこに位置していたのか。就学が義務化される以前なのか以降なのか。更に、当事者の家族成員が通学のためのフルタイムの介助者として同伴できるのかどうかということが大きな要因となっています。

例えば、40才代のM S氏は、普通小学校の途中で学校教育を受ける機会を失いました。両親が共稼ぎのために学校に行けなかったためです。40才代の岡崎市内の人は岡崎市内に養護学校ができるまでは名古屋市内の養護学校に通学しなければなりません。また、岡崎市内の養護学校に通学するため30才台のS Tさんは家族全員を伴って学校の近くに転居しています。

両親とも働いていたために30才代のA Hさんは中等部近くまで在宅という形で籍はあったん

ですけど通学をすることはできませんでした。対象者が通学をしていた岡崎養護学校は現在でも岡崎市よりもはるかに広い範囲を通学区としておりまして、我々が健常者の感覚で考える「学校」＝「地元」＝「近隣」という発想を難しくしております。

その反対に、この卒業生でつくりあげられている同窓生のネットワークは岡崎市という行政範囲をはるかに越えたものになっております。そのため地域社会での活動と彼らが言った場合に必ずしも岡崎市というような行政区画に限定されないということがおこってきます。

他方、「狭い地域社会」の方は養護学校卒業後の就職の難しさというものが影響しているかと思えます。岡崎養護学校高等部を卒業した後、定まった職に就くことが容易でないというのは本研究の対象者だけではないと思えます。作業所や授産所への通所を考慮したとしても学校卒業後の彼らの生活空間は世帯を中心とした範囲に限られ、広い範囲の広がりを持ちにくいと考えることができます。養護学校の通学区という視点から考えた場合とは反対にこうして相対的に狭い範囲の地域社会がつくりあげられます。そして、在宅生活が中心となるのであれば、この狭い範囲の地域社会というものははじめに述べた家族とほぼ同じ範囲になるのではないのかということが考えられます。

今度は、家族の側から地域社会を見ようとすると厄介な問題が生じてきます。特に、親との同居・別居と親からの生活援助という関係は極めて複雑です。障害者の在宅生活は、自分の親の家族成員との同居と同義語とされることが少なくありません。他方、自立生活では親の家族から離れたひとり暮らしとイメージされることが多くなります。

ところが、障害者同志が夫婦の人、ひとり暮らしで親から離れている人という事例ではどちらにもうまくあてはまらないわけです。いずれも同じ市内に居住する自分の親のかなり手厚い援助を受けながら、親から離れた生活を営んでいるからです。しかも障害者夫婦の場合は、主

な介助者としての親というのはあくまでも夫方の親に限定されているわけです。

他方、A Hさんというのは自分の親と同居しているわけなんですけど、かなり強い独立性を維持しようとしています。A Hさんは電動車を利用して家業の手伝いをしています。そしてこうした仕事を通じて「地域社会」で自分のプライベートな空間を見つけだしてきました。A Hさんは、ひとり暮らしをしたいと考えてはいますが、現時点では自分の親からほとんど介助を受けています。

ともかく細かいことはさておき、「親の家族との同居による在宅生活」と、「ボランティアの手を借りたひとり暮らし」との間にも実は多様な生活形態というものが存在しているわけです。これらの全てに安易に「地域生活」という言葉をあてはめると、大切なところが見えなくなってしまうのではないのかというふうに思えます。また、生活援助および介助という要因を考慮した場合、家族そのものを単に2つに分けていいのかどうかということについても、さらなる修正が必要になるのかもしれない。

以上、理屈っぽい話をしまりまして大変失礼しましたけども、私が行ってまいりました経験的な調査というものは、極めて限られた範囲のものでしかありません。また、対象者も30才台、40才台の重度身体障害者に限られています。彼ら彼女らは、いずれも青年期を障害者として経験をして、そこから自分は何者なのかという考え方をつくってきたわけで、高齢者で中途障害者になった場合等々とは、かなり事情が異っているのかもしれない。

私が、勉強させていただいている岡崎市という人口30万規模の地方都市の事例だからこそ、こんなふうに親が近くに住んでいるのではないのかとか、地域社会というものもかなり人間関係が濃いのではないだろうかという考え方もでてくるのかもしれない。

しかし、しばしばこのような文脈で語られる「地域社会」というものが、東京や大阪、そしてこの地区では名古屋市というような大都市で

あるということを考えますと、岡崎という人口30万程度の地方都市における、重度身体障害者の地域社会における生活を検討すること、それはその他の地方都市においてもかなり通用する要素をもっているのではないかと考えています。

「家族」と「地域社会」という日常生活でもしばしば使用される言葉が示す内容を整理しまして、現実の生活と対応させながら導いていくことによって、ひとりひとりの生活をしている個別のケースということを見落とすことなく、なおかつ同時にある程度の抽象的な要素を持った理論的な検討も可能になるのではないのかと思います。

そして、私自身としまして「地域社会とは何か」、あるいはそこでの「家族とは何か」という時に、恐らくこれは決して重度身体障害者だけではなく、たまたま運よく障害を持っていない人間にとっても同じような意味で「家族」とか「地域社会」ということを考えるためにも使うことができるのではないのかと思います。そして、私自身にとって地域社会はひとりひとりが成長していく上で様々な人と接して、様々な経験をしてきた蓄積ではないだろうかと考えております。

このように考えるのならば、安易に「地域」、あるいは「地域社会」に全部目落とすことなく話を持っていくのではなくて、このような多様なタイプの、あるいはさきに述べましたような「家族」と対応させながら、個別の事例を考えていこうというような、発展的な検討ができるのではないのかと思います。

座長： どうも、ありがとうございました。

それでは次に「知的障害者のグループホームづくりに見る親離れ子離れ」について小邑さん、お願いします。

知的障害者のグループホーム作りを見る

親ばなれ・子ばなれ

小 邑： つゆはし作業所の小邑です。

私どもはグループホームをつくっていくとい

うことだけではなくて、障害者が地域の中で、大手をふって生きぬいていくような仕組みをつくっていく。つまり障害者問題を解決をするところ、戦略方針を置いている法人であります。

障害者に何もさせないで大事にするというのではなくて、地域社会の中で生きぬいていく、そういうシステムをどうつくっていくのかという、その1つとしてのグループホームと考えてお聞きいただければいいと思います。

私どもの法人は大小とりまぜて29ほどの事業所を持っているわけですが、さらに今後も施設づくりをしたり検討をしているのがたくさんあります。近々、愛知県の設定楽町の方に福祉村をつくるということで、大きな理想を掲げて具体化のために奮闘をしているところでもあります。

グループホームを1989年に開所しまして数年になりますので、問題も整理されてきております。ホームづくり運動の過程についてふれながら今日の問題はどこにあるのかについて簡単に述べたいと思います。

私どもの作業所が開所したのは1983年4月1日のことであります。認可直後の親の会で、親なき後の「共同ホーム」づくりというのが役員より提案され承認されました。毎月親の方は3000円ずつの積み立てをはじめていったわけです。認可後入所した親の感想は、「うちの子どもが仕事ができるかどうかわからないのに、共同ホームをつくるなんていうのは本当に夢の夢、どうしている人たちだろう」というものでした。けれど、無認可時代の人たちにとってみればあたり前の話であったわけです。

グループホームと言いますと、どうしても法律の範囲の制約の多いものということになってしまいますが、そうでなくてもっと障害者の願いや希望をうんと盛りこんだものと考えて、私たちは「共同ホーム」という言葉を使い、かなり広い範囲をカバーしております。通勤寮だとか福祉ホームを含めて「共同ホーム」というふ

うに考えています。

認可直後に親の会で話し合われたように、「親亡き後」ということでありますが、これはマスコミ受けもするし、世間の協力も引き出しやすいし、そういう点では金集めもやりやすい等、いろいろな点でメリットが世間的にはあるわけです。しかし、「親亡き後」というのはその実現を永遠の彼方におしやってしまうという、大変大きな問題を持っているわけですし、例え実現したにせよ親は実現の時にはもうすることがないわけでありまして、何しろ死んだ後を想定してつくっているわけでありましてから。

これでは問題があるということで「親亡き後」ということではなくて、「親も子も安心して長生きをするための共同ホームづくり」、あるいは「親も子も安心して長生きをするための生きるシステムづくり」という、ここに最大のポイントを置いたわけでありまして。

この考えは、この運動の過程でいろんなところを見学したり調査をしたりした中で親の方から出てきた考え方でありまして。

いずれにしても、3000円の積み立て金があるわけでありまして、これを使って何とかしようということで、1986年借家を借りまして半年間全員を対象としてひとり1週間共同ホームの実習をしています。この実習や実習の前後大変大きな取り組みをしております。

あちこちの見学会をやりまして、民主的に運営されているところもあれば、「こういう人たちに買い物させると食べ物でも何でもいらんものでも買ってくるからそういう人にやらせない」とか、「お料理をさせると水をジャージャー出すから損だから、この人たちにはやらせない」という方針を持っている大変なところもあるわけですから、そういうところもきちんと教訓を引き出してきただけであります。仲間たちも1泊旅行にひっかけて似かよった施設を見学するとか、あるいは買い物実習をするとか、そういう経験をしながら「自立宣言」をする。仲間たちが自立宣言をするというようなことを取り組んできたわけでありまして。

自立宣言の内容は「朝ご飯を食べよう」とか、普通に考えたら何だと思ってしまうもの、「食器を洗います」、「朝顔を洗います」、なんていうのも自立宣言の1つでありますし、「タンズから服をだして自分で着ます」とか普通に考えたらこれが自立だろうかと思えるような事柄も大変大事な自立の1つと考えて大いに取り組んできたわけでありまして。

当時障害児を持つ親の皆さんの気持は深刻な状況にあったわけでありまして。

例えば、「贅沢な願いだけれども」という1つの歌があります。これも私どもの運動の中で生まれてきたオリジナル曲であります。

「鏡の中で笑うあなた、はじめてつけた口紅、ピンクのスカートよく似合う年頃の娘、見とれている私の髪は過ぎし日々のしるし、気がつけば白いものがいつの間にか。とても贅沢な願いだけど、あなたより1日だけ長生きをしたい」というわけでありまして。こんな親の気持を受けとめ、取り組みの後には必ずそういう人たちの感想や実感を述べ合ってまとめをしていく。そういうことをしてきたわけですから。その感想文を読みますと、その取り組みの後の反省会という名目ではあるけれども、反省ではなくて今度は、ああしたい、こうしたい、ホームができたら仏壇を置こうとか、そういう願いがいっぱいでてくるわけです。

その中で面白い取り組みがありまして、自立をするためにはご飯をつくらせるとかみそ汁をつくらせるとかということが重要な取り組みであるわけですね。ある人は、毎朝毎朝卵焼きを数か月にわたって、お母さんと一緒につくったという実践も生まれているわけです。生卵を割るなんていうのは、知的障害者とか脳性麻痺の人にとっては、中間動作ですから極めて苦手なわけです。これを毎朝毎朝、数か月にわたって取り組んだお母さんもすごいと思いますけど、とにもかくにも目玉焼きができるという実践もこの中で生まれているわけでありまして。

1989年の4月1日に名古屋市にできました新たな制度を使いまして、生活ホーム仲間の家と

いう共同ホームを開所いたしました。

ここで、私どもが気になりますのは、こういうホームをつくりますと、地域の皆さんが反対運動をおこしたり非常に極端な場合には排斥運動をおこしたり、そういう地域との摩擦を非常に心配するわけです。私たちは地域に根づくため、ごあいさつコンサートをやったり、バザーを開いたりしているわけです。

このごあいさつコンサートの中でできたのが先程のような歌だとか「私のはじめての名前」だとか全てオリジナルなんですけど自分たちの実感や願いを歌にしたものです。それから、ホームの中庭でその地域の皆さんから提供されたものを持ち寄ってバザーを開いたりする、そういう地域に根ざす取り組みというのを何かをやる度にやってきたわけでありまして。

このホームを開きまして、原則として1週間とか10日ほとんど寝たきりに近いような人はホームを見学するとか、あるいは1泊2日とか2泊3日とかそういうような長短期も含めまして全員を対象とした実習をやったわけでありまして。これは、全ての仲間たちと全ての家族、全ての職員が係わってボランティアの皆さんにもお力ぞえを得てやるわけでありまして。

グループホームと言いますのは、脆弱な基盤しか持っていないわけでありまして、一応公的な制度で運営されていますから、こういう実習というのは受け入れられない制度でありますけど、そこのところはいろんな工夫をしながら居住と合わせて実習を繰返し繰返ししてきたわけでありまして。

その実習だとか居住をする中で様々な教訓もたくさんできたわけでありまして。

途中、事情で移転をするということもあったわけでありまして、落ち着いた生活にはいって、この共同ホームの中で居住をしている人というのが4人ばかりおります。それ以外に実習のスペースというのがありまして、それを使って実習を繰り返すというようなことを何回も何回も積み重ねてきたわけでありまして、こういうことを積み重ねてまいりますと、障害者の皆

さんや家族の中に大きな変化が生まれてくるわけでありまして。

この共同ホームというのは、知的障害者がはじめてつくりだした家庭だということがいえると思います。もともと我が国の歴史の中では、知的障害者の住み家と言いますのは、収容施設というようなまとめて面倒をみるという発想のものが長い歴史を支配してきました。

プライベートな生活を保障すると言いますか、自立をしていくということできますと多分通動寮が一番早かったと思いますが、それでも20年そこそこの歴史しかありませんし、全国的に言いますと50数個しかありませんからほとんど影響力はない。福祉ホームにいたっては、もっと歴史が浅いし数はもっと少ないわけでありまして。

グループホームというのは、それぞれの自治体や国がやるものをいれますと相当たくさんできておりますし、毎年毎年数が増えていますから、やがて天下の大道の1つになると思うわけでありまして、この実践の中から、これがはじめて障害者がつくりだした家庭になるのではないかと思います。

親から自立し自己決定ができる生活の場面を持って、生き生きとした生活が生まれてきているわけでありまして。週末になると、自分のうちに帰るといふよりも自分のうちへ「行ってくる」と、お客様として帰っていくわけです。今までは介護してもらっていたうちがお客様になっていくということが生まれてくるわけでありまして。

また、その家庭そのものは手がすぐわけですから、お母さんは老人に対するボランティアをやったり作業所のつくっている商品をあちこちの人に広めたり、今の時期になりますとカレンダーを売ってボーナス資金をつくったりするわけでありまして。四国の八十八か所に団体で行く時には、その団体さんの間に作業所のことを訴えたり自分の子どもが行っている共同ホームのことを訴えたりして、その団体の参加者を作業所の後援会にしようというような実践も生まれてきているわけでありまして。

ですから、障害者が自立して自分の生活の拠点をつくって、そこで生き生きと生活をしていくということと、もう1つ手のすいた親が大変社会的に大きな貢献をするということが同時進行をしていくわけであります。

しかし、必ずしもそんなことばかりではなくて、長い日本の障害者政策が色濃く反映をいたしまして、親子の関係が自立的でないという家庭もよく見えてくるわけであります。例えば、言葉で表現するならば、家庭での躰を絶対化し、その延長としての共同ホームの存在を期待し、うちでやっていることと同じことを共同ホームがやらないとよくないホームだと評価する風潮があったりで、いろいろと問題も顕在化してくるということになるわけであります。

一方、共同ホームの運営上の問題からしますと、公的責任が大変あいまいな制度であります。公的責任ということでは脆弱な基盤しか持っていない。法律にもなっていない。単なる要項で運営されているというようなものであります。また、人的体制、財政の大変脆弱な施設であります。国の制度でいきますと、ひとりのパートの世話人による援助と管理。パートの職員さんでありますから、ちょっとのぞいて「みんな元気でやっているわね」と声をかける程度ですまさないような制度であるわけであります。幸いにして愛知県や名古屋市の場合には指導員の格づけがされておりますけど、そういう点では多少いいわけであります。しかし、たったひとりの指導員によって全ての生活と全ての援助がなされていかなければならないという点では、働く側、管理運営をする側からいきますと非常に厳しい職場であります。

こうした、障害者にとってすばらしいという側面と、あるいはこういう運営をすることを通して親の新たな問題、あるいは制度上の様々な枠組みの問題等が見えてきたわけであります。

これから、どうしていくのかが大切なことかと考えます。単にこのグループホームというのは、親に死に別れて困っている障害者の寝る場所を提供するというようなものではないわけで

あります。

両親と死に別れて、障害者は23年生きていくという計算上の数字がでてきますが、この23年間というのは泣いても笑っても、こういうところで生きていかなければいけないわけであります。そうしますと、こういうところが社会的に整備をされていかないと、親はなかなか安心して自分の人生というのを子どもとは別枠でつくっていくとか、あるいは、子どもを手離れた後の人生を社会のために貢献をするということもできないわけであります。

親からの自立というのがうんと追及されなければいけないわけでありますが、それは同時に親の生甲斐づくりも一緒に考えていかなければいけないということであります。それから、躰というのが家庭内で蓄積されているだけですが、それを引きつぐ人がいない。それは、大変個性の強いものでありまして、そのことを基準にして共同ホームの実践を善し悪しというように決めこんでしまうような実態から早くぬけだして、共同ホームの実践とすり合わせながら、個別的な実践を社会的財産に昇華させて共有財産として蓄積する。そういう必要がでてきていると思います。

もう1つは、この制度が大変脆弱な基盤しか持っておりません。しかし、どんなに脆弱な基盤であろうとも障害者の当面の要求、あるいは部分的な要求でも満たすならば、この制度を使っていく。そして、この制度を使いながらこの制度と闘い、この制度を変えていく。こうしていかないと障害者の未来というのは見えてこないわけであります。制度の枠の範囲内で事業をするというのではなくて、制度の枠組みそのものを変えていく、拡大していくという視点と努力が求められるのではないかと思います。

座長： どうも、ありがとうございました。

最後に「高齢障害者のひとり暮らしと地域社会」について宮田さんの方からお願いします。

高齢障害者の一人暮らしと地域社会

宮田：ご紹介いただきました宮田です。

私の場合は高齢になった障害を持つ当事者として、公団住宅での実生活を通して、8年になった自立生活のお話をさせていただくということで、私にとってはどの話も非常に生々しい話で一応組み立ててまいりました。

最初に、私のこれまでの人生の流れを大づかみにお話をしておきたいと思います。

昭和4年1月に名古屋市で生まれました。ただ今65才です。障害等級は身体障害者福祉法ができた時に、1種2級という認定を受けておりますが、昭和62年に再交付の申請をいたしまして、ただ今1種1級です。これは、症状の進行によるものです。

7人兄弟の2番目、長女として育ちまして、女学校の2年生の時、13才でしたが、慢性関節リウマチを発病しました。時が太平洋戦争の2年目で、「戦争のために薬がなくて手当てのしようがない」と初診の時に言われまして、シップ薬をもらっただけでした。4年生から軍需工場に学徒動員で通い、秋口に倒れて以来、病床で連日連夜の空襲という状況になっていく中で、医療が全く受けられずに病気は進行するままとなって両手足に障害を残しました。

今日、午前の上田先生の記念講演がございましたけれども、戦後のリハビリの話の中に疾患と障害とが共存するものということで、筋ジストロフィーや慢性関節リウマチなどあげられておりましたが、病気の性格上、今も悪いところが増えることに加えて、老化問題などがかかえてきて、そのあたりにふれてお話をしたいと思います。

敗戦の時は、16才でした。その後の10年間は在宅生活をいたしまして、26才で就労、これで社会との係わりができて、急速に自分の視野が広がりました。それとともに地域社会の皆さんとの人間関係も豊かにふくらんでいきまして、働く意味というのを自分も大切なものとして実感しております。

56才までの30年におよぶ就労と、それから30

才なかばから参加してきました障害者運動など、この間の私の社会参加とか社会活動は本当に私の手足となって支えてくれた両親あってのものだったと思っております。

その両親が、56才の時に相次いで世を去りまして、私は親がいなくなった後は、自立をするというのを希望して長年胸にあたためておりましたので、その時点で自立生活を目指して両親と住んでいた家を去って、ひとり暮らしをはじめ今日にいたっております。

そして、現在の公団住宅での8年のひとり暮らしを通して、これからも住みなれた地域社会の中で、できる限り今の住宅で、主体的に自分の人生をなお築いていきたいという願いを持っています。そのことは多くの障害者の立場も含めて発言をしていくこととなると思います。

最初に、親がなくなると自分の人生はその時点でおわりだと昭和20年代までは思っていました。先程もお母さんが「あなたより1日だけ長生きをしたい」と願う歌の紹介がありましたけれども、私の母もこういっておりました。「お前よりも1日早くも1日遅くも死ぬのはいやだ。だから一緒に死ぬのが一番幸せじゃないか。」そんな親子の認識の中から、現在ひとり暮らしが8年継続しているということは、全国各地の運動で障害者問題の施策がかなり前進してきたということが背景にあるのと、それから私自身が障害者運動の中でみなさんとともに、生活実態の中から、人間らしく生きるための要求を持って、医療費の無料化やタクシー料金の補助制度など、多くの制度を実現したり改善したりというような運動に参加してきたので、それに希望を持ち、ひとりでも何とか暮らしが成り立つというような予測のもとに転居いたしました。

住宅は、公団の1DKです。生活費は、今年から老齢基礎年金になりまして、それから、父が残しました恩給の扶助料、それに県の在宅重度障害者手当で現在12万円弱です。しかし、昨年までは障害基礎年金でしたので8万ばかりの年金でずうっと長年赤字生活を続けてまいりました。

生活の支えとなる最も大きな部分として、年金をはじめいろんな制度の利用というのがありますが、私はただ今9つばかりの制度を活用しております。

医療費の助成、補装具の交付。これは、両足裏に補高具と呼んでる装具としてつけております。それから、今日乗ってまいりました電動車いす。それから、日常生活用具の給付は、両手の指が変形しておりまして、自分で歯ブラシが使えませんので電動歯ブラシの給付を受けました。

それから、外出には、一般の交通機関は使えません。15年から20年ぐらい前までは市バスも地下鉄も利用しておりました。結局、リウマチが進行してきて現在はバス停や駅まで歩けないとか地下鉄の階段がだめということで外出はもっぱらタクシーです。これは料金の助成制度があります。それを利用しております。今日のように電動車いすで来ます時は、3年ほど前に事業化しましたリフトタクシーを利用して来ました。

一番生活の部分で大きな支えになっているのがホームヘルパー制度です。現在、週1回3時間の割合で掃除・洗濯・調理などをお願いしております。

あとは、テレビの放送受信料の全額免除とか水道・下水道の使用料の免除。それから、参政権でいえば、投票所まで歩いていくのが大変ということで在宅投票に切り替えました。

先程、手足になってくれた両親ということを申しあげましたが、親が生きていた時は靴下などは親にはかせてもらっていました。それは時間の問題です。自分でする今では冬の朝の着替えは、くつ下も含めてどうしても1時間かかります。据え膳・据え床・据え風呂で働いて、そして運動をしていましたので、うちに帰れば食事ができてお風呂にはいって、そして寝るというバタンキューですむというような生活をしていましたが、両親が亡くなってからは、日常生活の一切を自分がすることになったわけです。

そのためには、ソックスエイドを使い、自分

の手では頬とか顎の届かない顔を枝を足したフェイスブラシで洗うとか、牛乳パックをあけるための自助具、それから蛇口の水道栓を回す道具だとかドアノブの回しとか洗濯物を干したり取りいれたりする手づくりの道具とか、本が好きで本をよく読むんですけど、本箱の上段の方が手が届かなくて取りだせませんので道具を使っております。

その他にもお風呂の出入りに自分の足では入ったりできませんので、固定できるような板をわたして、お尻を乗せてから足も入れて安全に入る工夫しています。トイレには、手すりに代わる棒を設けまして、しゃがむ時立ちあがる時にすがっております。

それから、肘が伸びませんし、手指が曲がっていて、普通の洋服ダンスに洋服をかけるというのはできませんので、注文品の本箱の一角に洋服がけを低いところにつくっていただいて、そこで重宝に使っております。いすは体に合った手づくりのものをつくっていただいており、寝台とか鏡台にはキャスターをつけまして、いすももちろんですが、自由に動くようにしております。

外出についてですけど、働き始めてから50才までは、ほとんど毎日出ていたわけですが。ひとり暮らしをはじめましてからは、現在週に平均3回ぐらい出ております。この場合、先程話しましたタクシーの料金補助というのはチケットが月割りにしますと4回の往復分しかございませんので私にとっては非常に不十分ですね。

何に外出するかと言いますと、通院はもちろん、障害者運動関係の会議や学習、時には講座の受講とか、いろんな集会や文化的な行事などに参加しています。で、ある月などは30回以上も外出しましたので、タクシー料金の補助チケットを使いましても3万円を越す出費になってしまったんですね。家賃が2万8700円なものですから、支出の6割が家賃と外出のための交通費で占めてしまったこともあって、タクシー代が自分にはストレスになっています。

しかし、今は体力も衰えてきまして、昼から

のことに参加し、また夜の会議に参加するという事はなかなかできなくなり、1日何か1つということで、しかもそれに加えて送迎の保障をしていただく場合を優先するというそんな選択をしています。

タクシーの場合は、なるべく相乗りをしていくとか、そういうような工夫も仕合っています。

さて、私が60才になった時です。60才というと還暦でお祝いをされることがまだ残っていますね。私どもでは正月になると兄弟が集まります。そこで、私は60才なんだ60才なんだと言いましたら、ああそうかと。でも「何か食べて騒いでおわるというのもつまらないから、今までのことを本にまとめて出版したらどう」というような提案が弟からでまして、そうしよう、その時に合わせてお祝いをしようということになりました。ところが、それから4年間たってしまったんですね。

なぜかという、おびただし資料がこちらにゴロリこちらにゴロリと積みこんであります、それが整理できないのです。自分の生活を日々やっていくだけで精一杯ですから手つかずになっているわけです。自分の半生の歴史を整理していく上で、そういうものに目を通したい気持ちがあって、そんな状況で過ぎていったんですが、たまたまある方を介しまして2部の大学に行っている学生さんが去年から係わってくださいました。その資料を整理し自分史といえるかどうかわかりませんが、それをつくるために協力をしていただけることになりました。それで、みるみる資料は片付いていきました。今年の5月からもう一人学生さんが加わってくださったのですが、その間にも、障害者関係などの依頼で書くこともかなり割りこんでいきます。なかなか自分史作りが進みません。

10年ぐらい前まででしたら徹夜で原稿を書くということもできていたんです。それが、そういう体力もなくなりました。そのうえ、手で原稿用紙に字を埋めていくのが1日に2枚くらいでそれ以上は書けなくなってしまうという状況になってきています。こんな状況で手伝って

ただいて、今遅々としてですけど何とか学生さんたちが卒業される来年にはまとめたいと思っております。去年、お正月に協力して下さっている学生さんに年賀状を出したんですけど、その時にこんな文面を出しております。

「120枚の年賀状を書きながらこの1枚は特別な思いです。〇〇さんのご協力で滞留していた(動脈硬化)、私の暮らしに血が流れはじめたのですから、今、私の胸はとても温かいです。ご無理のない限りで新年もよろしくお願い申し上げます。」

そんな風で1年がたってきたんですけど、今年も協力いただいて、完成への意欲を継続しています。今、私にできることは、自分の生活の歴史から障害者の生きてきた1つのケースとして、自分史が時代を背負う若い人たちへのメッセージとなるよう本を残すことだと思っています。

それから、もう1つホームヘルパーさんが週1回来てくださっているという話をしましたけれども、それでは、不十分さを感じはじめて、ここ数年週2回にならないかと申し出てきたんですけども、それは多くの独居や寝たきりの老人が増える中で私ぐらいの状況ですと週1回以上にはなりえないということです。

一昨年暮れにこれからどうしようか、自分でやりきれないなという状況になったんですね。その時、たまたま地域の婦人運動をやっている方が用件があって尋ねてくれましたが、その時言うつもりもなかったのに思わずほとぼしるように自分の実状を訴えていました。野菜を洗って刻むというところからやるのは大変だから、例えばほうれん草など茹でたものをいただいて、私がそれを素材にしておかずをつくるから、そういう協力していただけませんかと言いましたら、その方はすぐ他の人にも話をされて、次の日から2人で交互につくったものを持ってきてくださるようになったんですね。それで、立ちなおれたのです。この社会というのは話をし訴えると、動きが出てくるものだなということとそのことから学びました。

その後、その中のおひとりが昨年の夏に引っ越しされるということで、皆さんが話し合いをされまして、今度は6人のお仲間を集めて1週間の担当曜日を決められて、ほとんど毎日夕食のおかずを届けてくださるようなことが続いたわけです。「お正月と盆が来たようだよ」という感想を述べ、本当にうれしく、ほっとしました。

その中に、今年にはいりましてから、またひとりが前半ぐらいで引っ越ししますという話とか、働いてなかった方が働くようになったとか。それが5人まで30代の若いお母さんだったものですから、就学前の小さなお子さんを持っている方たちばかりだったんです。寒いにつけ暑いにつけ、お母さんの足音と子どもさんの足音が連なってきて持ってきてくださる。寒い時は大変だなと思っていました。

ところが、働きはじめたお母さんの方ではだんだん持ってくるが大変になったんですね。自分のおうちのことがあるし子どもがあるということで、見ている中にこれは大変だから、無理はされない方がいいわということで、無理しないでお電話いただければ1日ぐらい何とかありますからということでやっています、そういうように相手の方の状況が変化してくれば、気持ちがあっても協力できないという方が何人かでてこられました。

とうとう今年の春先に集まってどうしようかという話し合いがされて、「当面私はまだ続けます」という方おふたりが残られて、今ヘルパーさんが金曜日ですので、月曜日と水曜日におかずを持ってきていただき、私にとってはありがたい順調に流れています。が、それがおひとりでも欠けたりすると問題が新たに出てきてしまいます。

こうしたことを通して、ボランティアでは安定的に供給できないという問題が実感されました。私だけではなく地域にはいっぱい老人も障害者もひとり暮らし、あるいは夫婦でお住まいになっています。そういう家庭の希望者に給食サービス、宅配サービスがあったらどんなに安

心か。私がどんなに皆さんから温かい心や生きるための支えをいただいたかということを思いますと、地域社会の中に公的にそういうものが実現することが必要だと痛感し、直面する課題として訴えていきたいことです。

時間ですので。ここで一度打ち切って、また後に補足させていただきます。

討議・質疑

座長： どうも、ありがとうございます。

これから、4人の発言者も含めまして皆さんと意見交換という形で進行させていただきたいと思います。

4人の方からは、家族内の民主主義と自立の問題、あるいは家族の扶養責任、特に、社会的な扶養との問題。それから、家族・家庭を単位とする地域社会での生活の問題ということで、いろんな形で問題提起がありましたけども、討議はどの点にしぼるという形を特にせず全体としては家族の問題をどのように解決していくのかという改善方向について議論をしたいと考えております。どの点を改善すべきか、あるいは研究の課題等の今後の方向について、それぞれ意見をいただきたいと思います。

どうぞ、フロアの方からも発言をお願いしたいと思います。

質問： 池末先生をお願いしたいのですが、所属は、地域療育センターの増田と申します。精神障害者の手帳のことですけど、保健所ではなく福祉事務所でということなんですけど、どのように違うんでしょうか。

座長： こういうような質問がありましたら最初に受けましょうか。

よろしいでしょうか。その点に限ってということで池末さん、お願いします。

池末： 例えば、地域精神医学会とか精神病院協会、それからPSW協会なんかでもそこら辺はあいまいな態度というか、どっちでもいいんじゃないかみたいな考え方を持っています。

私は、家族会の立場から全国精神障害者家族

会連合会を通じて、厚生省の方に絶対に福祉事務所であればまずいという意見をあげているんですけども、その理由としては保健所というのは保健の機関です。福祉事務所というのは福祉の機関です。身障・精薄も手帳は福祉事務所を通して交付されています。

ということで、今回の基本法の改正で身障・精薄と同じように精神が福祉の対象者となったわけですから、その交付の窓口は当然福祉事務所であればいけないと思います。

理屈はそういうことですが、実態としては現在市町村では精神障害者の問題というのは、医療保健の問題で自分たちの問題ではないという考え方が行政の中に強くあります。保健行政の中で処理すればいいんじゃないかということが、今回の法改正でもそのままになってしまうと、いつまでたっても自治体が精神障害者のことをきちんと対応しようとしません。基本法が制定されて、それぞれの市町村でも障害者の基本計画をつくるということが努力規定になっています。当然、そうすると精神障害者も含まれます。その場合に、手帳の交付の窓口が福祉事務所でないということはおかしいですね。

ヘルパー制度というのも今回の法改正の中では具体的には検討されておられません。精神障害者の社会参加促進事業という8億円のモデル事業の中に、かろうじて足をつっこんでいるというだけで、これもどう考えても身障・精薄並みに法改正の中で法律にもとづく事業として、ヘルパーの派遣というのも含まれなければいけないと思うんですが、その部分も含まれていません。

そんなことも含めて手帳の窓口は福祉事務所、保健機関でない福祉の機関である福祉事務所と考えています。

座長： それでは、討議にはいっていきますので、どなたか口火を切っていただきたいと思いますがいかがでしょうか。発言者の方も挙手をしてください。

質問： 豊中で市議員をやっています。

今の話、精神障害者の手帳に関係した話をし

たいんですけども。精神障害者の場合、今の現状を見ると、早く福祉サービスをやっていかないといけないというのがありますけど、いざ手帳をとということになると私たち障害者もそうなんですけども、手帳で重度とか軽度とか中度という感じで……。精神障害者の手帳になると、また問題が多くでてくるんじゃないかと思うんです。

私の仲間にはいっぱい精神障害者もいるわけですが、手帳をつくる時とか手帳がいいのかどうかこれも問題なんですけども、身体障害者の手帳がどういうふうにつくられたかという、戦後に戦争で帰ってきた人の救済のためのそういう状態からつくられたというのがあると思います。それから見直さないですうときいているわけですね。

だから、この問題はもっと討議してほしいというのが私の意見です。

座長： よろしいですか。全体として討議は家族、あるいは家庭の問題という形で少ししばらくさせていただきますので、もちろん精神障害者の手帳の交付の問題も検討しなければならない課題だろうとは思いますが、できますればここではちょっと置かせていただくということでご了承願えますでしょうか。

質問： ここでは、家族のタイトルでお話をしていただいて結構なんですけども、講師でおいでの方にも私からお願いしたいのです。

池末： 精神障害者が手帳を取ることはいろいろ問題があるということで、一般の会場の人たちに誤解を受けるといけないので少し補足させていただきますと思います。

現在の手帳は身障でも精薄でもそうですけど、申請主義ですから、本人が取りたくないと言えば取らない。それは、当然のことです。それから、現在の福祉サービスの制度では手帳をもとにして様々なサービスが受けられるようになっています。私も将来は、例えば身障でいえば1級から6級まで細かく分かれているあんな制度をなくして手帳がなくても必要な人には必要な援助を受けられる制度になった方がレタテルを

はらなくていいと思うんですけど、現在それを急に変えることはできない。そういう中で精神障害者が福祉サービスを受けるためには希望する人には、手帳を交付するということが現段階ではどうしても必要なことだということをお補足しておきます。

座長： すみません。討議は、もっと課題はあるかと思いますが、この点についてはこれで切らせていただくということでもよろしくお願ひしたいと思ひます。

それでは、家族・家庭の問題について皆さんの方からこういう問題があるんじゃないか、更にもっとこういうふうにして検討をしていく必要があるのではないかとということでもご意見を伺ひたいと思ひます。

質問： つゆはしの仲間の家で働いています河原というものです。先程、小邑所長からいろんな報告があったと思ひますが、具体的に少し話しをしながら家族の問題についてちょっと深めていきたいと思ひます。つゆはしホームの中で今2か月ばかり交代で実習をはじめていますが、その中でいくつかわかってきたことがあります。1つは、障害としては軽いのではないかと思ひれる方がたくさんいらっしゃるんですが、そうじゃなくてもいろんな問題があるわけなんです。

1つは、自分の生活を自分でなかなか律しきれない部分が多かった方がいます。例えば、もう少しいろんなことができるのではないか。知的には軽度といわれている人が雨が降って作業所から帰ってきた時に、雨が降ったからタオルを借りてふこうよといっても、ただつたつたいてふいてくださいという形になってしまったり。それから仲間の意見の中で「本当は洗濯もしなければいけないし掃除もしなければいけないんだけど家ではやらないんだよ。買い物に行きたくても外に行けられないんだよ」という話がいくつか出たんです。

それは、どういうことなのかなと考へてみた場合に、やっぱりお母さんたちの中には私がこの子をみなければこの子は生きていけないん

じゃないかという思ひだとか、今育てなければいけないのは私なんだということで、お母さん方の生活の範囲だとか、生活の価値観の中で子どもの生活の範囲や価値観を見てしまっている。うんと自由にできないものですから、どこかに出かける時も一緒、何々する時も一緒でなかなか仲間たちの生活が広がっていかないというのが見えてきました。やはり、それは家族の中の親子関係の問題が如実に表れているんじゃないかと思ひます。

もう一方、グループホームで生活をしている仲間たち、全てよしとは言ひませんが、そういう中でも障害の重い仲間たちが、つゆはしのグループホームでは生活をしてるんですね。そういう中で、親と離れて洗濯もするわけなんですけど、そういう生活の中の教育力と同時に社会の中の教育力もたくさんグループホームの中にはあるんですね。

例えば、小型ラジオの乾電池がなくなったから仲間が買いに行くわけなんです。そうすると、お店の人が小型ラジオを持つと、子どもっぽいですけど、おなかがすいて大変だということで、そういう形でお店屋さんが取りかえて買い物ができていく。障害が重い仲間も買い物ができてしまうとか、あれを買ってきてと言うとお金を持って行って足りなければ5円たりなかったと言って帰ってくるとか。そういう中で仲間たちが買い物ができていく、そういう社会の教育力があったりする。

今週は、1000円のお小遣いを渡しましようということで、1000円の小遣いを渡すとむっちゃくちゃ買ってしまう時もあるわけなんです。1日に500円、600円と買ってしまう時があるんですけど、その仲間はお金がなくて何も買えないから今日は我慢をしているとか、そういう形で自分でものを考へて、自分の生活を律していく状況ができあがっていきます。このような社会の中での教育力がはたして家庭の中でどれだけ十分にできるだろうか。今の状況の中では困難になっている家庭がたくさんあるんじゃないかと思ひています。

そういう点では、もっと障害者の人たちが社会の中へ出ていける条件があればと思うんですが、今のところ残念ながらそういう条件があまりにも弱いということが家庭の問題も大きくしているのではないかと考えています。

座長： どうも、ありがとうございました。他にどうぞ。

質問： 日本福祉大学の学生で久保と言います。先生方に聞きたいのですが、家庭における介護問題は本当に個別的で潜在的だと思うんです。それをどう社会問題として顕在化させるためにはどのような方法を使っていくのか、その後どう解決していくのか、現場職員の立場からどういう視点を持ってらっしゃるのか聞きたいんですけど、その上で他の方々にも自分の家庭からとか、そういうやっていけることを考えてもらいたいと思います。

座長： 主旨は、家庭内における介護を社会問題として社会的な援助を引き出せるようにはつきりさせるかということです。

これは、発言者だけではなく他の方もこの点について、どう思うのかということがあれば出していただきたいと思います。

池末： 私は、八王子の家族会の会長をしております。毎月例会を持っていて、その中でお母さんたちがいろんな話を出してきます。そういう中で、今話題になっているのがグループホームの話です。元気なうちは、私が面倒をみたいとか、やっぱり切り離した方がいいんじゃないとか。

1年の実践がありますから、そこら辺がどうかというのがひとりひとりが自分の家族関係で親子関係がどうなのかということをお互いに話してみんなで話し合える状況になってきています。

これは、八王子だけでなく、今年で3回目ですけども、東京都の家族会連合会では1泊2日の泊まりこみの研修会というのを毎年やっていて、その中で毎年グループホーム、地域と家族との関係というのを研修会の中にも取り入れていて、その中で今言ったような個別な問題を

社会的な問題として明らかにして、その社会的な制度を利用するという考えも家族の中に少しずつですけれども出てきています。

そういう背景の中で一挙にグループホームが35か所ということも出てきているので、そういう個別な家庭の条件と社会的ないろいろな条件とを結びつける作業というのがとっても必要なんだなと思います。

平川： 介護の問題で、私は当事者だけにインタビューをしているんです。そして、できればその親御さんにもインタビューをしたいというふうなところにもっていきますと強く反対をされるんですね。

親から見た家族と子どもから見た家族との違いを調べたかたんですけども、当事者の気持ちを害したくないので、どうしてというようなことでいろいろ話していくと、親が望んでいる子どもに対しての介護と子どもが望んでいる介護とはどうもずれがあるみたいですね。

そして、小さなうちから親御さんが一生懸命頑張って介護の体制をつくってきたんですけども、必ずしもそれがその子どもから見た場合望ましいものではないようになっている。あるいは、極端な場合、完璧なものができ過ぎてしまっていて、子どもが何か自分で仕事をする余裕すらない。非常に窮屈なものに感じてしまう。そんなものがあるような気がするんです。

私は、もっと子どもからの要望が出てこない、あるいは子どもの方からどんな介護をしてほしいのかというものができて、親とちゃんと話をしていけるような条件が出てこないとなかなか家族からもっと広がっていく要望の問題というのは出てこないような気がいたします。

座長： これでよろしいですか。今の点について会場の方でご意見がありましたらどうぞ。

質問： 北海道特殊教育センターの福井と申します。

ちょっと年代を下げて乳幼児早期発見・早期治療という場面で障害のある子どもが生まれてきて、お父さん、お母さんが動揺をしている。そういう中で地域のいろいろな医療が援助してく

れている。その時に、お父さん、お母さんが頑張っていて子育てをなさいと励まして、そういうような動揺から一生懸命子育てをしていこうと頑張っていく過程の中で自分の生活をしていくという自信とか気持ちとか、そういうのがだんだん力強くわいてきて自分の一定の生活様式というものを各自でつくりあげてしまったんじゃないかな。その中で、だんだん大人になって親離れ子離れする時に上手にそれが段階的にできていない。そんなような気もしてならないんです。

あまり励まされて自信を持ち過ぎて強くなってしまうと、逆にそこからぬけ出せなくなってしまうというのもあるのかなと思ったんです。

座長： 今、乳幼児の頃からの問題として同じ点が指摘されたと思うんです。こうあるべきというような形で議論をすると難しいんですけど、実際うまくいってないということなんですか。もう少し実態も含めて出していただきたいと思います。

質問： 小邑先生をお願いします。

グループホームについて公的責任のあいまいさ、人的財政の弱さが指摘されていますけれど、この財政や人の問題で、障害者の親が手伝った場合の負担と言いますか、公的に金が出るとして親が時間があいた時に手伝った時に可能かどうか。

ちょっと参考のために質問の主旨を別の角度で説明させていただきます。私は、肢体不自由教育を長いことやっております、職員がたりないのは給食の時でしたので、食事の時に手伝ってくれるお母さんにパートで市の方から出してもらったんです。職員が増えますと教育はなかなかやりにくいものですから最少限の職員でやる方法を取った時に親にパートの時間給を出したんです。実に、それはうまくいったんです。そういうことから質問をさせていただきました。以上です。

座長： お名前と所属を……。

質問： 兵庫県リハビリテーションセンターの富永です。

座長： 小邑さんのグループホームにおける財政等の問題ですね。よろしいですか、小邑さん。

小邑： 財政が非常に脆弱であるということは、日本の社会福祉全般にわたってそうであると思うんです。いわゆる直接介護とか、あるいは直接処遇に親の参加を求めるとことは私たちの所ではあまりないわけです。それには、いろんな問題があります。

例えば、実習の時なんか自分の子どもがいない時に飯をつくってもらおうとか、そういうたぐいのことは経過的にはしょっちゅうやったわけです。その時には、多少のお金を親の会に還元をする。親の会で学習に使うとか教育に使うとか、そういう使い方をさせていただくような、そういうものとしてやったことはありますけど、手がたりないから親の力を直接仰ぐというような考え方をしたことはないわけです。

私たちの考え方の基本と言いますのは親の手から離していく。親も子もそれぞれ自立して、自立した人間同士としての関係をつくるという、ここにありますが、それをぬきにした財政上の措置だけでものを考えると大変難しいややこしい問題が出てくると思いますので、それはやらないというのが考え方になっています。

座長： あと、フロアから1、2発言を求めまして、最後に指定発言者の方にもう一言ずつお願いしておわりしたいと思います。フロアの方で発言よろしいでしょうか。

質問： 愛知県立大学の松井です。

先程、介護の問題を顕在化させるという話が出たんで、この場に関係者の方があまりいらっしやらないので、自分自身の経験じゃないので申しわけないんですけど。

先日、滋賀県の方で、特に養護学校に通わせている重度の親と、そこを卒業して地域療育事業に通わせている親の健康調査がおこなわれたんです。今度、大阪でも大々的にやるという話なんですけども、その調査結果の検討に参加した際に、調査の拒否が大変多かったということが出たんですね。

それは、何かと言えば、今ここでこの健康状態を書いて、自分が悪いことを認識すれば、この先介護ができなくなるという悲惨な認識がたくさん出てきて、腰が痛いですかとか寝られますかということについては答えたくないという結果がたくさん出てきて、そういうこと自体を受けとめなくてはいけないという話になったわけです。

結局、そういう意味で顕在化がおさえられているという側面があるんですけれども、それを裏返していえば社会的なサポート体制ができないと、そういう問題が表に出てこない、需要が出てこないという側面があるので、実態調査をしますといつも問題が出てくる。調査してくれて何になるんや、制度が変わるのかという話になる。それとの問題で、ある種の制度やサポート体制なんかを先行させないと、そういう悲惨な実態が出てこないというような問題もあるので少しつけ加えさせていただきました。

座長： はい、どうも。

質問： 身体障害者の更生施設に勤めている職員なんですけども、私どもの施設では成人の身障の方を訓練して社会復帰をさせるという施設です。その方法は、たくさんありまして、例えば機能のいい方は就職をしたりとか、施設を希望している方は施設へ行ったりとか。

最近の傾向ですと、脳卒中の方が多くて、それも稼働年齢の方が多いんです。その中で、最近の例でお話しますけれど、50才ぐらいの男性で入院生活が20年ぐらい続いていた方で、病院からうちの施設にはいられる時も、うちの施設は身の回りのことが自立してないとはいれないんですけど、それでもどうかなという方だったんですけど、実際に訓練していくうちに十分に身の回りのことはできるようになったんです。

その後、その方がどういう選択をされたかという、単身生活をしたいという選択をされたんです。私どもの施設として、希望されたことですから十分応援しましてどうにか単身生活をするのができたんですけど……。私は、熊本県のものなんですけど、熊本は単身ですと、公

的な住宅は借りれないんです。民間のアパートを借りて、できるだけ改造をして本人が暮らせるようにということで行いました。

そうやって3年ぐらい生活をしましたが、週に2回ホームヘルパーさんに来て食事をつくっていただいて、お風呂はそこではいれましたからお風呂には行って、地域の活動に2回ぐらい参加してもらって、これで1週間の生活サイクルができたから大丈夫かなと私たちは思っていたんです。けれど、予期せぬことがおこり体をこわして入院してしまったんです。入院後3週間ぐらいしまして、入院生活がいいと言い出しまして、こちらとしてはそれ以上援助することができなくなってしまって、結局ずうっと病院にいるわけにはいきませんし、単身生活はとでもきつくてできないということで、本人は療護施設を選択したんです。私たちは、もっと頑張ってほしいという気持ちはあったんですけど、それ以上応援することができなかったことをとても残念に思っています。

ということで、一人暮らしを8年間頑張ってらっしゃる宮田さんにご意見を伺いたしたいと思います。

座長： はい、どうもありがとうございます。

ここで議論は切らせていただきまして発言者の方から補足があればということをお願いをしたいんです。

池末： 小邑さんの方からつゆはし作業所では、家族は直接職員には係わってないという話がありましたが、精神の場合、全国で800か所作業所があるうちの7割以上、東京とか神奈川を除くと8割から9割が作業所の所長さんは家族です。

それに、ボランティアとかいろんな方がはいていて、理想論ではわかるんですけど、実態はなかなか難しい。そういう中で軋轢もたくさんあります。私もどっちがいいのかわからないんですけど、そういう現実を無視して家族が直接職務に係わるべきでないという実態は通用しない。

いい面としては自分の子どもだけでなく他

の利用者ともつき合うわけで、その中で客観的な障害者とのつき合い方というのを家族が学べるというそういう利点もあります。ここから先どうなっていくのかわかりませんが、もっともっと家族も職員も当事者も家族と親と子のつき合い方というものを学ばなければいけない。そういう実践の場が精神の作業所とかグループホームでは結構できてきているなと思います。2、3年たったらそういう調査をして、また報告できればと思います。

座長： はい、どうもありがとうございます。

平川： 障害者夫婦で親から主要な介助を受けているという事例を見てみますと、ここまで達することができれば親を「主要な介助者」と見做していいのではないかと考えています。

そして、別居世帯になれば、これがそのまま親が介助ができなくなった場合、かなり極めてスムーズな形で公的なヘルパー等を導入して、そのまま「地域」の中で親に頼らずに生活ができていく形態があるんじゃないのかというように感じています。

小邑： 家族の問題なんですけど、いわゆる親の子育てとか躾だとか教育の問題だとかは作業所との立場から見ますと、けしからんという見方が時々出てくるわけでありませうけども、それは否定されるべきでないと考えているわけです。むしろ、そういうものを大事にして、交流し合いながら全体のものに昇華させてやるという関係をつくらないと単なる対立的な関係だけではまずいというように思っているわけです。

なぜそういうことが出てくるのかと言いますと、親の目の黒いうちはなんていうのがあるんです。親の目の黒いうちは私がという。それは、ひっくり返して言いますと、日本の社会事業はあてにならないという、ここから生まれてきているわけです。そして、その延長上で自分の子どもを介護することが生甲斐になってきている。この悪循環がおこっているわけです。少なくとも知的障害の分野では。

ですから、これを断ち切っていくためには、一緒になって親の生甲斐もつくっていかなく

ばいけない。子どもは親からの自立ということも図っていかなければいけない。これを同時進行させていかないと成功しないと考えているわけです。

宮田： 先程のご質問の回答と合わせてということになりますが、この数年障害を持ちながら長年励まし合って生きてきた仲間たちが毎年一人ずつ療護施設へ入っていきます。

それは、自分の選択で、地域の中でひとり暮らしをはじめたり、障害者同志で結婚をしたりして自立生活を目ざしてきた人たちです。今日リハビリの講演の中でも言われましたように、脳性麻痺の方の場合では、二次障害によって全面介助が必要になって施設へ行かざるを得ない。

ご夫婦が施設に入る時は、夫婦単位の部屋がありませんので、同じ施設へ入りながら別々なんですね。女性は女性の部屋、男性は男性の部屋というように分けられて。

私は、自分の人生でこの先を思う時に、自分は全面介助が必要になった場合、現状ではどこで生活するかは選択の余地がないと思っています。その時点でベッドの空きのある施設に行かざるを得ない、先程もっと地域で頑張っただけだったというお話がありましたけど、ホームヘルパーなど今の支援体制では個人の意欲や努力を生かし支えられない。施設へ入所していった私の友人達も24時間ヘルパー体制があれば、地域での生活が継続できたケースもあります。また、無理が引き起こす二次障害や健康な人に比べて10年、20年早いといわれる老化など健康面での留意も改善できるでしょう。私もできる限り21世紀まで今のところで皆さん共々頑張って、今始まった障害者基本法に基づく新長期計画の成果を見たいと思います。そういうものを自分も受けとってより良い生活を継続できたらなど願っています。

それには、年次の数値目標を明確にした計画をもって、テンポを早く施策を推進していくことが必要ではないでしょうか。障害を持つ人が中高齢期に至っても生きがいを持って生活できるように、社会的な支援システムが本当に急速

に大きな力で前進していかなければノーマライゼーションも定着出来ないというふうに私には思われてなりません。

療護施設に入ったお友だちが希望を失っていくというような実態を目にすると、施設そのものの有様も改善されないと、私はもし自分が施設にはいるということを想定した時に、今まで的人間的に生きたいという思いを抹殺してしか生きられないのかなということを感じてしまうものですから、施設そのものももっと内容的に変っていくということも望みたいと思っています。以上でよろしいでしょうか。

座長：ありがとうございます。

最後に私の方から感想といくつかの研究の課題を提起して、この分科会をおわりたいと思います。

全体の感想としては、実態としては本人の自立を考える上で家族の問題をぬきにして考えることはできないということをいろんな角度から明らかにされたわけですけども、先進的な事例ではなくて全体を考えた場合には実態はかなり深刻であるし、ここでも改善の方向が十分議論できなかったという実態を受けとめる必要があるんじゃないかということを感じました。それが1点目です。

それから、今後の研究課題等について発言者の方々の発言等を聞いて思ったことを何点か言います。1つは、家族の問題が障害種別とか本人、親の年齢によって現れ方が大分違う傾向があるんじゃないか。この辺は、それが一体何に規定されているのかというようなことで検討しながら改善策を進めていく必要があるのではないかと感じました。これが2点目

です。

もう1つは、本人の自立を進めていく上で家族の自立も合わせて考えなければならないという点では、介助をする、あるいは受ける、という介助関係と、それから家族で養う養われるという扶養関係と、親子という血縁ですね。こういうふうな家族構成員の関係という、これを区別しながら本来のあり方の考え方を検討していく必要があるんじゃないかと思いました。これが3点目です。

4点目は、それらの中でいろんな考え方の意識を変えていく必要があるということでは、例えばいろんな形で家族の負担を軽減することで見方が変わるとか実際に経験することでやれるんじゃないかという考え方が変わるというような、こういうふうなのがいくつか出されましたけども、現実には家族と本人の自立をはかる上で空間的に準備すればいいという問題でなくて関係を変えるような、あるいは見方を変えるようないろんな実践とか援助が必要なのではなからうかということを感じました。

まだまだはじめの発言者の報告にありましたように実態としては全体を見わたした場合については非常に深刻なものがあるし、そこを私たちが視野に入れることができたということでは一步到達点にたどりついたのではないだろうかと思いました。

そういう点では、この分科会の討議をはじめとして、これから更に各地でもって研究、あるいは実践運動等を深めていただきたいということでこの分科会をおわりたいと思います。どうも、ありがとうございました。

第4分科会

「障害者の生活環境とサポートテクノロジー」

座長：原田雅司（愛知県心身障害者コロニー副総長）
三田勝巳（同 発達障害研究所治療学部長）
シンポジスト：山形積治（北海道教育大学旭川校教授）
畠山卓朗（横浜市総合リハビリテーションセンター
企画研究室主査）
桜井康宏（福井大学工学部環境設計工学科助教授）
小田博道（社会福祉法人太陽の家
身体障害者職能開発センター開発課長）

三田：私は、愛知県コロニーの三田と申します。今回は、原田先生と一緒に司会をつとめさせていただきます。

はじめにこの分科会、「障害者の生活環境とサポートテクノロジー」の主旨についてふれさせていただきます。これまで障害者の機能、あるいは形態障害を改善する上で医学的な手法が大きな役割を果たしてまいりました。つまり、リハビリテーション医学というのは障害の診断、あるいは治療を科学するということからスタートしてきたということが出来ます。そして、幾多の輝かしい成果をもたらしたことも事実であります。

しかし、急速に発展を遂げてまいりました診断学、あるいは治療学の陰で障害者の日常生活だとか地域での生活、あるいは社会生活の問題は、ともすれば置きざりがちにされたというふうに考えることができます。つまり、申しあげたいことは、生活する人間としての障害者に対する配慮を怠ってきたということを反省すべき点と考えております。

今日、リハビリテーションの概念は医学的な手法による機能や形態障害の克服を目指すという従来の考え方から、障害者の自立、あるいは社会参加を積極的に目指すトータルリハビリテ

ーションへと大きく変遷してきました。様々な言い方はできますが、トータルリハビリテーションは、一つには障害を受けた機能形態を可能な限り回復させるということ、これは当然のことですが、2つとして障害者の生活、地域、社会的環境の整備を促して、3つ目にこれらを効果的に遂行する上で制度的、あるいは組織化をおこなうという3つの側面にわたる努力の蓄積によってはじめて可能になると考えます。

さて、この分科会では障害者の日常生活環境にとどまらず、地域環境、社会環境の支援にまで話題を広げたいと思っております。更に、それぞれの環境における活動を統合する上での制度化の問題についても論議を進展できればと願っております。

今回は、まず日常生活のサポートにつきまして、コミュニケーションの話題を山形先生の方からお話しいたできます。

次に、肢体不自由者の生活支援機器を畠山先生、次いで桜井先生より地域環境に関する話題を取りあげていただきます。

社会環境に関する話題としましては、雇用と就労に関する小田先生の取り組みをご紹介します。

そして、最後に、こうした多岐にわたる支援

活動を統合し、あるいは制度化する上での話題を原田先生よりお話しいただきます。

それでは、分科会をはじめたいと思いますので皆さんのご協力を承りたいと思います。

原 田： それでは一番バッターとして山形先生にお願いしたいと思います。現在は、重症心身障害児のコミュニケーションの援助にご尽力いただいております。今日はその辺のところをテーマにお話しをいただけたと思います。よろしくお願いたします。

重度重複障害者のコミュニケーション支援

山 形： 私は、重症心身障害児のコミュニケーションということで、プレゼンテーションをさせていきたいと思います。

なぜコミュニケーションかと言いますと、情報を自分が発信するということは生きる基本でございます。

旭川市に、重症心身障害児の施設として北海道療育園というのがあります。そこに参りましたところ30才ぐらいまで自分の意志で外界を動かしたことがないという人たちがいるわけです。そういう人たちを見まして何とかその人たちの意志を外に伝えるシステムを開発したいということでこの仕事をはじめたわけです。

それでは、OHPを使いまして説明させていただきます。

重症心身障害児のコミュニケーションの手段といたしまして、現在4種類のものがあると思われれます。第1に、イエス・ノー・サインです。目的に達するまでに時間がかかると、それから対応者の思いこみが多くて実際に障害者が考えていることとは違う方向

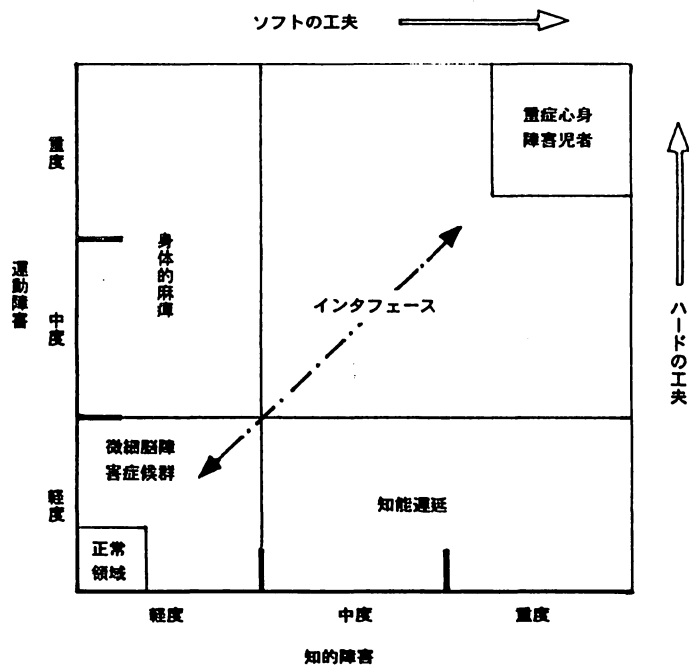
にいてしまうことがあります。それから、あまりにも時間がかかりすぎるのでパニックになったりすることがよく見受けられます。第2に、ボディランゲージというのがあるんですが、これは重度の障害者ではほとんど使用できません。

最近、我々の仲間でトーキングエイドを開発した人がいるのですが、第3番目のトーキングエイドは文字が読めるということが基本ですし、かなり小さなところを目指してキーを押さなければならんということがありまして、重症心身障害者にとっては難しいというのがあります。

第4番目に、シンボルを使うというのが外国なんかでは盛んにやられていますが、対応者がシンボルを見てないとだめですね。いずれについても様々な問題があります。

それから、もう一つは、コミュニケーションというのは自分の口で言って、それが耳にフィードバックがかかることによって、脳の中で特別な働きがあるというふうに考えられます。それで、私どもは、そういったことをやるためにインターフェイスという発想から問題を整理してみようということを考えました。

図-1 2次元平面で示す運動障害と知的障害、ハード及びソフトの工夫によるインタフェースの概念。



扱っています人たちは知的にも身体的にも障害を持っておりますので、この人たちを運動及び知的障害の程度で示す2次元のグラフの中にプロットしてみますと、この2次元のグラフのどこかに位置するわけですけれども。ほぼ重症心身障害児(者)というのは健常者から遠い空間に位置するわけです。そうすると、我々正常なものというのは原点付近にいるわけですから、障害者が発するサインというのは原点付近の人にはわからないんですね。サインを発信しているということは確実なのですが、内容がわからないという面があります。そのために、両者間にインターフェイスという考えが必要になってくるわけです。

それで、運動障害がある場合にはハードの工夫によってある程度コミュニケーションがとれる。それから知的障害がある場合にはソフトの工夫というのが必要だ。ですから、重症心身障害者のコミュニケーション装置を考える場合に、インターフェイスとしてはハードの工夫とソフトの工夫を両方の工夫が必要です。しかも、日常的に使い易いものを開発していかなければならないと思います。

ビデオの用意をお願いしたいと思います。

コンピューターを中心に只今見ていただいたシステムを開発しているわけですけれども。コンピューターの画面に会話したい絵がでますと、この絵を選ぶことによって、HDに蓄えられた音声。これは、PCMで録音してある言葉なんですけれども、それが呼び出されて音声合成されてスピーカから発せられます。選び方としてはタッチパネルという簡単にさわると入力できる装置、キーボードとかシングルスイッチから選択できます。今、VTRに出ましたこの方ですが、通常文字盤を使って自分の主張を通すために4時間ぐらいかかったということです。本システムになりますと、ほんの数分ということで、コミュニケーションの内容も豊かになりQOLが高まります。

我々工学に携わるものが世の中のこういう障害を持った人たちのために、何かを開発したい

という研究者が増えてきました。日本は、普通の生活でのQOLというのはすごく進んでいるんですけども、ハイテクノロジーを用いて障害者のためのQOLを改善するシステムの研究開発が、これからますます盛んになることを願っています。

これは、研究をはじめて2年目なんで、今後ここに示したようないろいろな問題がありますので、皆さんの協力を得ながらいいものを開発していきたいと考えています。

以上でございます。

原田： ありがとうございます。

今まで言語がないということで、介護に、あるいは療育に大変だった子どもたちがこういうタッチトキングのような機械が開発されることによって、心の中までわかるようになり、そしてコミュニケーションがうんと豊かになるということは、これからの療育に画期的な威力を発揮するのではないかなという感じがいたしました。

次に、畠山先生をお願いしたいと思います。

先生は、現在横浜市総合リハビリテーションセンターの企画研究室に勤務されておりまして、畠山先生も山形先生と同じように重度障害者のためのコンピューターコミュニケーションの機器を中心に開発研究をされておりまして、そして、いろいろな専門家のメンバーとチームを組みまして地域にでかけまして、臨床工学サービスを実施しておるといふうに伺っております。

それでは、先生、よろしく願いいたします。

肢体不自由者の生活支援機器

畠山： ただ今ご紹介いただきました横浜リハセンターの畠山です。職種はリハ・エンジニアです。それでは、ビデオを見ていただきたいと思います。

私たちのセンターはオープンして8年目になる日本の中では比較的新しいセンターですが、最大の特徴の一つに訪問サービスがあります。

ワゴン車に機材を積みこみまして直接生活上

で問題をかかえている方のお宅へ伺います。伺う職種は、PT、OT、それからエンジニア、更に担当地区の保健婦さん、あるいはケースワーカーさんにも同行していただく場合もあります。それで、保健婦さんには、特に健康チェック等を中心に行っていただきますが、機器についての知識も伝達していきます。

特に高齢の障害者の場合介護する方も高齢の方ということで、なかなか機器に不慣れということもあります。ですから、十分納得いくまで機器をご説明し、必要があれば貸し出すこともあります。

手すりを付けるといったことから住宅改造などについては、建築士のスタッフがこれにあたります。必要に応じて、業者さんに図面をひいて渡して施工していただき、その後、本当に使えるかどうかのチェックもおこないます。

それから、人のある場所からある場所へ乗せ移すのは非常に労力がある仕事です。特に、腰を痛めたりします。これを少しでも解消しようということで開発したものでテコの原理と回転テーブルを応用して人を乗せ移すものです。ただ、ご覧のように介助者もかなり無理な姿勢が必要です。お年寄りですと場合によっては倒れこんでしまう場合があります。

それで、介助者側にもやさしく介助できるような機構を現在開発しております。丁度、脇の下に両手をさしこんでかかえあげるような動作です。これを、具体的に在宅の方のお宅へ持ちこんで試していくわけです。車いすからソファという高さの違うところを乗せ移すわけです。

それから、横浜市内にはALSの患者さんで、たいへん重症度が高い人口呼吸器を装着しながら在宅で生活しておられる方がおられます。これは市販品ですが、このような天井走行リフターをつけまして、ソフトに持ちあげて特製の車いすに乗って庭へでて日なたぼっこをしようという場面です。

それから、横浜は山とか坂が多く障害を持った方やお年寄りにとっては、ある意味では住みにくいまちだと思います。ですから、玄関から

道路に出るまでに1メートルとか2メートルとか、更には10メートル近く段差があるお宅もあります。このような段差解消機を取りつけることでその方をその地域へつないでいくことができるわけです。

それから、毎週水曜日の午前中に車いすのクリニックをっております。

私たちエンジニアもそこに立ち会いますが、PT、OT、それからドクター、業者さん、あるいはでく工房の方たちが参加しています。体型に合ったいす、それからこういった少し大きくなった脳性麻痺のお子さんの歩行器ですね。動く楽しみを保障する道具だと思いますが、こういったものを個別対応で設計していきます。

昭和54年頃から、私自身が名古屋にいた頃ですが、国内の研究機関の有志が集まって、重度の身体障害者が息で身の回りの生活環境を操作することができる環境制御装置をメーカーの協力で開発しました。また、これはNTTとの共同開発の息でダイヤルすることができる電話機です。手ばなしで話しをすることができます。

それから、パソコンを首から上だけで使えるようなインターフェイスをつくってきました。上村さんの絵は、私が申すまでもなく、高い評価がありまして、商業雑誌の表紙等にも使われております。

それから、これは鹿児島で入院されておられる方のパソコン操作の様子です。筋ジストロフィーの方です。彼は、手に握ったスイッチ、わずか50グラムぐらいの圧力のスイッチですが、それを使って病院以外とパソコンを用いてコミュニケーションされています。

これは、横浜におられるプロの画家の方ですが、筋ジストロフィーです。手を動かす範囲が徐々に狭くなってきたということでキャンパス自体が左右上下に動く電動イーゼルを開発しました。彼は毎年個展を開いています。

これは、家族の記念写真をとりたいたいということで息を吹いてピントを合わせて息を吸ってシャッターをきることができるカメラです。これもシンプルなテクノロジーの利用です。

これは、下半身がまひされた方のスキーです。なかなか安定がとれない方の場合は2本足のスキーもあります。ご自分でリフトに乗ることもできます。こうみると何でもない坂なんですけど、結構急坂なんです。こうして見るとスキー場の暴走族みたいな感じもしますよね。乗りたいという人もたくさんおられるようです。

彼らは、フランスのアルペールビルやノルウェーのリレハンメルでメダルを取ってきた人たちです。私たちの同僚がこういったスキーを約20年ほど前から日本で開発してきました。

当然、こういったものをやっていると危険性もあるわけです。また新たなけがをされることもあります。それを以前は、あぶないからだめだとおっしゃっていたのが、病院のスタッフでした。これに対して、近年では考え方に変化が起きています。すなわち、自己選択、自己決定の精神が大切ということです。スライドの棒グ

分な数ではありません。

利用者のニーズに合った機器を入手するための3つの要素を示します。

一つは、横浜市の場合、在宅訪問リハビリサービスというのがベースにあります。それから、私たちがのようなエンジニアが係わる部分として、機器の選定、評価、それから新たな機器の開発、それまでに市販の機器の改造があります。

それから、3番目に、独自の助成制度をつくらせてきました。これまで、私たちは様々な模索をしてきております。従来からある日常生活用具とか補装具の交付に加えまして、工学サービスを本格的におこなうためのシステムとしまして臨床工学サービスを事業化しました。

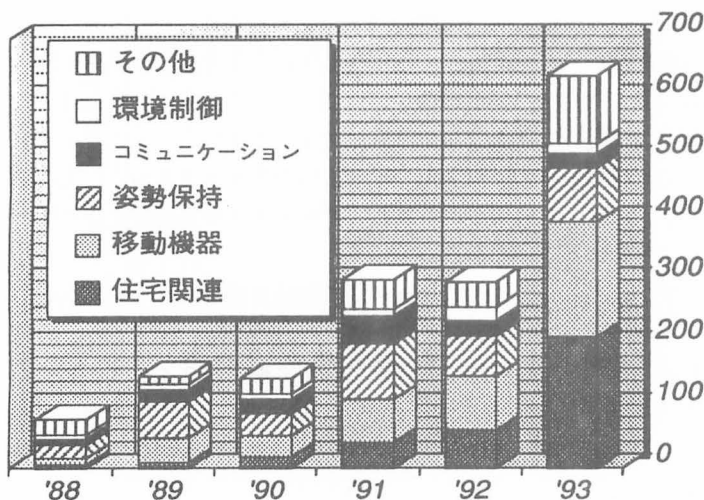
即ち、年間予算を取りまして、サービスに必要な材料を買うわけです。例えば、カーシートを買っておくわけです。それを改造したり部品を組み合わせたりして最少限の費用で最も効率

よくとどけようというのが平成元年からはじまりました臨床工学サービス事業です。

ただ、それだけでは十分ではないということで、次に自立支援機器交付事業、そして更に発展させた障害者・高齢者住環境整備事業へと発展させてきました。

その具体的な事業のアウトラインですが、例えば移動リフター等には機器の購入費として100万円まで助成が受けられます。更に、設置工事費、これは平成5年から付け加えられた制度ですが、設置費に

も40万円助成が出来ます。同様に階段昇降機には100万円、段差解消機には55万円まで、環境制御装置には60万円まで、コミュニケーション機器には30万円まで助成が出来る制度をつくりました。ただし、これは日常生活用具と同じように収入によっての自己負担金が発生する場合があります。



臨床工学サービス件数の推移

ラフは過去6年間の工学サービスの推移を示しております。年々増加の一途をたどりまして昨年は638件の相談が舞い込みました。最初、センターがオープンした時点、4名でスタートしましたが、実際にやっているとニーズが多いということで徐々に増えてきてまして、9名になりました。でも、この9名というのは必ずしも十

ここで、あるひとりの在宅ALSの患者さんの朝の生活の一番目をご紹介したいと思います。

現在、人工呼吸器をつけてみえまして、唯一自分の意志で動かせる首から下の部分は右手の親指が5mm程度です。それも、約15グラム程度でしょうか。その指の動きを使って彼の生活が営まれています。

朝、6時半、彼はきまってこの時間に目をさまします。彼の奥さんは連日深夜にまでおよぶ介護疲れもあり、この時間にはまだ目をさまされていません。彼は、指先に握りしめたスイッチを数回操作して環境制御装置を使ってテレビの電源をいれ、朝のニュース番組のチャンネルに合わせます。15分から30分ほどご覧になった後、一旦テレビを消して目を休め、そして今度はコミュニケーションエイド、これはワープロを搭載しているんですが、それを使って闘病記、これまで発症から現在までのことをずうっとづつおられます。それに、1時間ほどむかわれます。

やはり、ちょっと疲れるということで一旦コミュニケーションエイドの文章を保存して電源を一旦切ります。そして、またテレビの電源をいれて好きなチャンネルに合わせます。丁度その頃、奥さんがおはようと顔をだされます。時計は朝の7時半。

これを聞いていただくとわかるように、ここでは生活が営まれています。彼自身が組み立てた生活ということが重要だと思います。それを支援していくというのが私たちの役目だと考えています。

彼は、「握りつづけるナースコール」という小冊子を出されました。その後の彼の様子ですが、病状が更に進行しまして、現在では眉毛をあげる動作でスイッチ操作をされています。私たちは生活の流れというが、維持できるかどうか心配しました。しかし、彼はそれをひたすら頑張って維持されています。

以上お話ししましたように機器を適切に導入していくことで、障害を持つ人々の生活を大きく変える可能性があると思います。日本のリハ

というのはまだまだ病院型のリハの域を越えてないと思います。

利用者の生活の場とか活動の拠点に、こういった行政とか、リハセンターのスタッフが出かけていく仕組みづくりが必要なのではないかと思っています。

どうも、ご静聴ありがとうございました。

原 田： ありがとうございました。地域にでかけて福祉機器等の利用促進をしながら障害者の自立、社会参加にむけていこうという試みでございまして、特に最後の男性の方のあのスライドは感動的なものがございました。また、後程話題にさせていただいたらありがたいと思います。

それでは、次に第3番バッテリーといたしまして桜井先生にお願いしたいと思います。

よろしく願いいたします。

障害者の地域生活保障のための空間モデルと現代的課題

ーバリア・フリー・デザインから ノーマライゼーションへー

桜 井： ご紹介いただきました福井大学の桜井でございます。

工学の中で建築を専攻しておりますけど、建築というものは工学の中で少し特殊な学科でして、皆さん建築というのはどこでも目に見て感ずることができるわけですが、いわゆる建築物としての構造体をつくるという分野は、力学を中心とした自然科学、テクノロジーの分野で研究が進められるわけですけど、こういう構造体でつくられる内部空間としてどういう空間をつくるのか、あるいはそこにどういう意味をもたせるのか、あるいはその形をどうするのかというデザインの問題ですね。こういったことについてはテクノロジーというよりも社会科学、あるいは芸術に非常に近いという分野になるわけですね。

そういう意味からいきますと、先程のシンポジウムの中のCBRですか、とりわけハンドヨ

所長のまちづくり、地域づくりのお話は私どもの立場からいくと非常に関心のある興味深い勉強させていただいたというふうに思っております。

と同時に、何か違うというものを感ずるわけですが、所詮我々は、そういう社会的なアプローチをしつつも、ものづくり屋と言いますか、ハンドヨ所長のお話の続きを少しご質問したかったんですが、コンセンサス、あるいはビジョンというのをあのようなプロセスを経てどうまとめていくのか、その結果としてどういう『まち』をつくるのかということ、『形』として示すのが我々の仕事ということで、プロセスだけでは建築屋にはならないということなんですね。そういう意味で、社会的なアプローチに注目しつつ最終的には『もの』をつくらなければいけないという矛盾を感じながら研究をしているという立場の人間です。

そういう意味で、今日は理路整然とした研究成果を発表するということはとてもできませんので、福井のまちづくり、あるいは施設づくりに関わってきた経験、それと2年ほど前に、デンマークあたりを少し見てきましたので、そういう経験を中心に考えていることをお話ししたいと思います。

スライドをお願いします。

これは、日頃関心をもっております、『まちづくり』ということはどういうことなのかということなんですが、一番上は、国際障害者年の英文タイトルです。ご承知のように権利行動の主体としての障害者の位置づけの明確化ということです。

それから、現在、行政から民間ディベロッパーまで含めて、『まち』という空間をつくるということを一般的に『まちづくり』というふうにいわれますが、歴史的に見ますと、60年代、70年代まで基本的にはお上が制度として進めてきた都市計画、あるいは地域開発というものに対して住民参加、さらには住民主体という運動的な動きの中で、それらを一つのプロジェクトへの参加ということではなくて、もう少し継続的、

日常的、さらには文化的な概念として『まちづくり』という考え方が育ってきたということですね。

よく「まちづくりや人づくり」というふうに言われますが、基本的には『まちづくり』に参加する住民、行政、そして技術者がともに学習し発達し合う関係と言いますか、そういうものを築きあげながら社会そのものを変革していくんだということが、『まちづくり』というものでしょうというふうに考えております。

それから、私は「障害者とまちづくり」というふうにいつも言うようにしているわけですが、まちづくりの運動、具体的にはいろんな側面を取り組まれています。住まいづくり、あるいは図書館ですとか、子どもの遊び場ですとか、あるいは最近ですと「まちを美しくしよう」とかいろんな運動があるわけですが、その一つとして「福祉のまちづくり」とか、「障害者のまちづくり」というものがあるのではなくて、あらゆる観点からの『まちづくり』を障害者と一緒を考えていくという意味で使っております。

これは、一つの集合住宅の写真ですが、『まちづくり』の基本というのは何よりも住まいづくりにあるということですね。要するに人間というのは集まって生活をする。地球上、あるいは都市の中で集まって住む空間をどうつくるのかということを考えるための素材として、京都の洛西ニュータウンにありますユーコートというコーポラティブ住宅、みんなで協同して土地を購入して協同して建物を建てるという協同組合方式の住宅づくりの事例ですね。

これは、48戸ありますけど、住んでいる家族構成、あるいは経済条件もみんな異なっていますから、住宅の規模、間取りというのは全部違います。それを一つの集合住宅にまとめているというプロジェクトで4つの特徴があるというふうに言われています。

一つは、自由設計ですね。自分の個性を発揮して住宅をつくることができる。それも、前もってそういうものをつくってきて、そのプランを集めて一つのものにするとということではなくて、

そのメンバーが集まる過程、あるいは土地を捜す過程、そしてプロジェクトをまとめていく過程で、お互いの住まいに対する考え方、あるいは『まち』に対する考え方を、お互いに議論をしながらお互いがお互いの個性を発見していく。それで、お互いに教えられながらそれぞれの個性を伸ばすことができる。あるいは、そこへ設計者も絡みながら相互に当初予定もしていなかった自分の個性というものに気がつき、それを空間化していくということで、実に普通の戸建て住宅以上に個性のある住宅の間取り、あるいは形態というものがこの中につくられているわけですね。

そういう意味で、お互いの個性の違い、あるいは個というものを認め合いながら一つの場所に共存していくというスタイルの住宅づくりという特徴が一つあります。

それと、もう一つは、安上がりで住んでいるわけでは必ずしもないわけですが、納得ずくでお金を投資すること、つまり、プライバシーを守りコミュニティを形成するためには、どこにどれだけのお金がかかるかということを議論の過程で納得して住むことができる。お金の面でもそういうことがあるということですね。

それと、もう一つは、そういう過程を通して、一つの人間関係、大きく言えばコミュニティというものを育てながら住まいづくりを進めていく。ですから、普通集合住宅ですと、できあがってから突然居住者がでてきて「隣は何をする人ぞ」ということになるわけですが、このプロジェクトでは、住む時点では既に一定のお互いの近隣関係、人間関係というのが成立してお互いの個性をわかり合っている、というコミュニティを育てながらものづくりを進めていくということですね。

それから、4番目には、その結果としてですけど、それぞれ個性ある住宅をつくるだけではなくて、豊かな共同空間というものを一つのテーマとして、ご覧いただけますように例えば「自然との共生」という、こういう自然を1年間きれいに保つためにはどれだけの管理がいるのか

ということをみんなが納得しながら自然との共生を進めていく。

このような自由設計、それから納得してお金を払う、コミュニティの形成、豊かな共同空間というような特徴を持っている住宅ということ地域の中にどう展開していくのかという一つの勉強の材料になるというふうに思います。

続いて正反対の図面がでてまいりました。集まって住む、それが都市ですが、最近の問題は、そういう集積のメリットを得るための都市に住めなくなってきている。都心部の人口がどんどん減ってきている、集まって住むための場所である都市に住めなくなってきているという、そういう現状があるわけですね。

つまり、都市というのは人間にとって何なのかを問いなおす大きな課題につきつけられているわけです。この写真は、東京、名古屋という大都市ではなくて埼玉県の上尾市という中仙道ぞいの小都市ですね。その中仙道にそった駅前都心部が、今の都市計画の制度、あるいは都市税制のもと、あるいは地価の高騰というもとは住めなくなってきている状態になってきている。そこに民間業者がはいって地上げされると、とんでもない大きいものができて周りがますます住めなくなるということが多くの都市でおこっているわけですね。

そういう中で、この写真のようなプロジェクトでもともと住んでいた人が住みつづける住まいづくりをしているわけです。ここには、不在地主もいますし地主もいますし借家人もいますし借地人もいます。いろんな権利関係を持って住んでいるわけですが、それらの権利が移動すると地価が顕在化します。そうすると高くなりますから、結局出でいかないといけない。いろんな権利関係の人が共同で、住む人も住まない人も含めて共同で建て替えることによって、もと同じ条件で住めるという智慧をしぼっているわけです。

それを行政もいろんな制度で工夫してサポートしていく。自分たちの家を建て替えるだけではなくて公営住宅の延長上にある『地域特賃』

という住宅を上乘せして、もともと住んでいる人の建設負担を軽減する。なおかつ、その住宅の管理を県の住宅供給公社が責任を持っておこなうとか、「都市に住みつづけるためにはどうしたらいいのか」というコンセプトのもとでコンサルタント、設計者、そして行政、あるいは地元の銀行まで含めて、共同してできあがった作品です。最近『上尾方式』といいまして全国的に有名になっているプロジェクトですけど、この上尾の中でもづづいて2番目3番目のプロジェクトが隣接して展開していております。

以上二つの事例でご紹介したように、『まちづくり』の基本というのは都市に住むための場、とりわけ集まって住むための場をどうつくるのかということを中心に考える必要があるというふうに思います。

そういうことを基本に据えながら「障害者とまちづくり」ということを考えていく場合の基本的な概念として整理した図ですが、まん中にありますように障害者の『発達保障』ということを中心に空間の問題としてとらえた場合、それは基本的には『地域での生活』を保障することであろうと考えております。

地域での生活を保障するためには『住む場』の他に、もう一つ『主要な発達の働きかけの場』と書いてありますが、人々のライフステージの中で主要な課題をつくりだす空間を別に、例えば保育とか教育とか労働とか医療とか、そして就労からリタイアした高齢者の日中の生活の場、あるいは重度の障害者の日中の生活の場をどうするかという課題があるかと思いますが、そういう2つの空間核を基本的には地域の中に分けて持つ、なおかつ、その連携がはかれるという関係をどうつくりだしていくかということが基本で、その周りに文化的な観点から豊かな環境、

コミュニティというものが形成される必要があり、さらには、交通情報手段の改善によって自らの欲求に応じてそうした生活圏を広げていける可能性が用意されているというモデルを考えるべきではないかということです。

このような2つの生活空間核を持つという考え方は、福井のまちづくり運動の中で教えられ考えてきた概念ですが、デンマーク、アメリカ等で普及してきたノーマライゼーションの概念の中でも、例えば「生活の条件として住居の条件と仕事の条件と余暇の条件を分ける」ということをうたっているわけですが、それなども空間的に表現すれば、先程言いましたように労働と住まい、その周りに生活圏を形成するという、空間的に言えばそういうふうに表示できるので

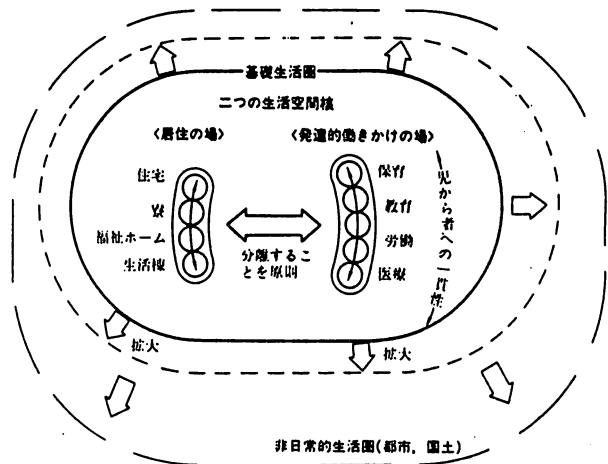
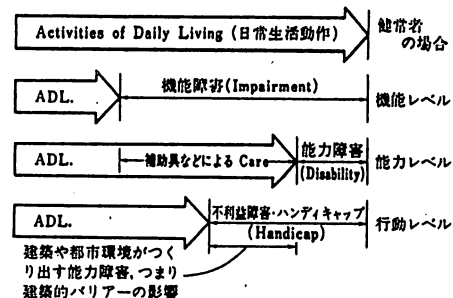


図1. 地域生活保障のための空間モデル



この図は歩行・食事といった日常生活能力の全体像についての概念図である。認識・変換などの能力は別である。身障者の日常的な絶えざる努力と補助具の改善がある限り、ADLは健常者のそれに次第に接近していき克服されていく方向にある。そしてますます、建築的バリアーの存在が問題視されていくのである。

図2. 障害の概念と建築的バリア

はないかと考えております。それから、その下にありますノーマルな生活リズムの形成、これも生活空間核を一定のリズムで往復することによって、そうしたリズムというのはつくられるのではないかというふうに考えております。

この写真は、ご承知の方もおられると思いますが、昭和40年頃に無認可の施設としてはじまった福井の「ハスの実の家」という重度の施設です。基本的には当時どこでも受け入れられることのなかった仲間たちを一般住宅で受け入れる、その中でこのように家庭的な生活が展開されました。

それと近くでの民間の建物を借りあげてつくった日中の生活の場としての作業所、そこでの労働という2つの生活空間の核を確保して福井の商店街を通して毎日基本的には往復する。歩いて10分ぐらいの距離ですけども、そういう生活のリズムがありました。

もちろん、この「ハスの実」の運動については青木園長をはじめ職員の皆さんの様々な努力があるわけですが、それにも増してこういう地域の中でそれも『まち』の中を一定のリズムで生活を展開してきたということが地域とのコミュニケーション、さらにはその地域の皆さんの理解と運動に対する支援ということを勝ちとることに基本的にはつながっているのではないかというふうに考えられるということです。

それが、80年代のなかばになりまして、諸般の事情もあり法人認可をするという運動に取り組んだわけです。土地探しからはじまって展開したわけですが、基本的には現在の制度のもとでは、先程も都市には住めなくなったと言いましたが、市域外へ出ざるを得ないということで、福井のまち中から車で30分ほどの芦原温泉があるまちに移らざるを得ないという状況の中で運動を展開しているということですね。

その中で、これは私が設計に携わった図面ですけど、基本的には最低基準というのがあまりにも低い、ある意味では極めてよくできているわけですが、必要とされる諸室というものを並べるとおわってしまうということ、それから措

置基準を含めた職員体制との問題で建築空間との矛盾が生じざるを得ないということを痛切に感ずるということですね。

それと、設計上の課題としては空間をつくる場合に、人間関係をどう形成するかということで、とりわけ障害者同志、あるいは障害者と職員との集団形成をどうするのかということについて、限られた条件で一定の集団形成を空間的にはかろうとしますと、その科学的根拠というものを明解につかむ必要があるなというのを感じます。つまり、日本では最低基準の問題、あるいはその職員体制の問題というものが豊かな生活空間をつくる大きなネックになっているということと、理論的にはその集団という問題を空間との関わりでもう少し解明する必要があるというふうに考えています。

これから、少し話が飛びましてデンマークの居住施設の実情ですが、デンマークにもいろんな居住空間、必ずしもいわゆる『施設』が全てなくなったわけではなくて、様々な居住空間が用意されています。

これは、かなり重度の重複の障害児のための施設ということで定員30名ほどに対してフルタイムの職員50名、パートタイムも含めて80名の職員で対応しているもので、いろいろ紹介されているように豊かな個室空間とか、共用空間とかもあるということですね。

これは、高齢者のケアつき住宅ということですが、デイセンターに隣接した長屋形式の住宅に夫婦、あるいは単身で住んでおられるというタイプの居住空間。これは、小規模居住施設、『ペンション』といわれている20数名の小規模の知的障害者生活施設です。丁度、職場から帰った後の余暇時間という雰囲気の場合です。全体で20数名ですけれど、4、5人ずつの分棟形式で、それぞれの中に個室とLDK空間をそなえ、かつ全体としての食事レクリエーション空間を他にそなえているというものです。

これは、そうしたところからさらに自立を目指して、こういう一般民家を借りうけて、4、5人で生活をするというグループホームの形態

というようなものです。一般のアパート、住宅にも住んでいるわけですが、そうしたところに対しOTの判断で、必要な住宅改造が自治体の責任で全て行われるということで、こういう一般住宅に対しても住宅改善が進められています。

これらから教えられることは、基本的に多様なメニューが用意されていて、どこに住んでも同じ人権、個性やプライバシーというものが保障されると、あとは自らのライフスタイル、あるいは家庭の事情等で自らが自己決定して選択をするということで、いわゆる近隣住区、学区程度の範囲の中で選択できる住居が用意されていて、一長一短があるということではなくて、基本的にはどこに住んでも同じ権利が保障されるという条件の中で自己決定がなされるということですね。

その中の近隣のおとなの施設として、こういうものもあるという事例なんですけど、これは民間のビルを県と市が借りあげて、位置づけとしては県のアクティビティセンターというような形になっていますが、いわゆるレストランのようなカフェとブティック工房と2階にたまり場的なスペースがあります。これも知的障害者の施設ですけど、これが、1階のカフェ部分でディスコをやったりパーティ等をしたり、あるいはディスカッションの場になります。ここで働いている人は2人ほど職員の方がおられますが、4、5人の知的障害の方が実際にここで働いているということです。これは、手前が工房で、革製品とか人形をつくって、むこうの道路側が、いわゆるお店になっているという働く場をかねた集まる施設ということです。これは、2階の何のことはない普通の住宅の居間のような空間なんですけど、グループホームをでて地域にでようとする人が、いろいろ心配事・悩み事がかかえた時に、ここへ来て先輩に聞く、あるいは職員に聞くというような形でのアドバイスをうける空間になっているということです。

注目すべきは、これらが一応会員制をとっていきまして、自分たちのアイデンティティを確立する場であり、独自の文化をつくる場であると

いう点です。地域の中にインテグレートされながらこの施設そのものは、こうした自分たち自身の集団形成の場になっているという意味で、インテグレートという側面と個性を確立していくという側面を地域の中で統一している場所というふうに言えるということです。

これは、同じように子どもの施設ですが、日本では学童保育にあたる放課後施設、児童館です。こういう児童館の中に障害児もはいるんですが、基本的には学区の子どもは一般的には自転車で来るわけですけども、障害児については学区の子どもの中だけだと人数的にかえって埋没してしまうということがあって、一定程度いくつかの学区から集めて障害者としての集団をつくりながらインテグレートしていくという形で運営しているということです。ここにも「インテグレーション（統合）」と「独自文化」の微妙なバランスがうかがわれます。ちょっと時間をオーバーしまして申しわけございませんでした。

原 田： どうも、ありがとうございます。

本来ならば、もっと聞きたいところなんですけど、時間の持ち時間が決まっておりますので、あえて降壇をしていただきましたのでお許しください。

それでは、次に第4番バッターとしまして、小田先生にお願いしたいと思います。

障害者の雇用と就労のための環境整備

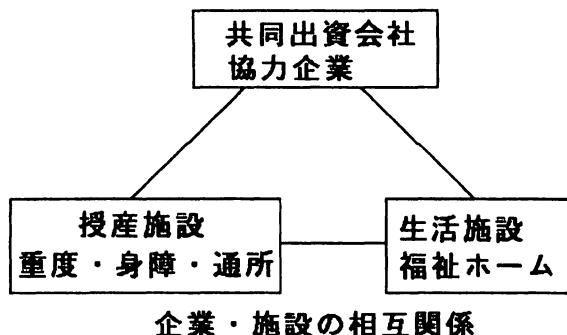
小 田： 太陽の家の小田と申します。

太陽の家というところは、今から約30年前に大分県の別府市に障害者数人が集まってつくった障害者が働く工場です。現在、3か所ありまして、別府地区と愛知県の蒲郡市ですね。それと京都の3か所で障害者が今1060名、健常者が480名、合計1500人以上の人が働いたり生活をする場になっております。

経緯については、今年の6月に少年マガジンに太陽の家の漫画が連載されまして、単行本になっていますのでご存じの方もいるかと思いま

(表1) 共同出資会社

オムロン太陽㈱	(1972)
ソニー・太陽㈱	(1978)
ホンダ太陽㈱	(1981)
三菱商事太陽㈱	(1983)
デンソー太陽㈱	(1984)
オムロン京都太陽㈱	(1985)
ホンダR & D太陽㈱	(1992)



す。

太陽の家の基本的な考え方というのがレジメにも書いてありますように、「世に身心障害者はあっても仕事に障害はありえない」ということです。この理念を実現するための方法論として、そこに4つ書いてあります。

こういったことを方法論としてやっているわけですが、3番目の「慈善ではなく競争原理で」、本来はコマーシャルベースでということを書いていたんですけど、これは障害者同志を競争させるという意味ではありません。

要するに、一般企業と競争しようということとして、つまり納期とか品質とか価格において一般企業と競争できるだけの力をつけようということになります。太陽の家の特徴としては協同出資会社を持っているということです。

これは、太陽の家と色々な企業が資本を出し合ひまして会社をつくっています。そこに、障害者がたくさん雇用されているわけです。

企業は、生産関係の部分を担当してやります。太陽の家は、健康管理とか生活支援とか、そういったところを担当するわけです。

このグラフにもちょっと書いてありますように、そういう協同出資会社という雇用の場にたくさんの障害者が雇用されまして、92年には雇用されている障害者の方がいわゆる授産所で訓練を受けている障害者よりも多くなってまいりました。

ここで、職業能力ということちょっと考えてみたいと思うんですけど、いわゆる職能ですけど、これはいろんな定義の仕方があると思

ます。太陽の家の今までの経験からしますと、だいたい5つぐらいの要素があげられまして、一つ目が意欲、2つ目が知識とか学力ですね。3番目が身体機能、体力とかいったこと、4番目が適応力とか情緒ですね。それから、5番目が環境ということになります。

この5つがありますけど、環境というのはその他の4つとは全く違っています。どういうことかと言いますと、意欲とか知識とかは本人の中にあるということですね。ところが、環境というのは、本人の外にある。そこが決定的に違うわけです。

そもそも人を変えるとかな人の能力を開発するというのは非常に困難なこととして、これは皆さんいろいろ経験されて、そこら辺はよくわかっていると思いますけども、環境というのは本人の外にありますから、それは手をつけやすいわけです。手をつけやすいだけではなくて改善効果が非常に大きいということです。

障害者の就労を考える時に、この環境を変えるということが非常に大切なことになってきます。では、環境というのはどういったものがあるか、どういう構造をしているかということになります。これもレジメの方に表が書いてあります。

その作業者とか集団とか、こういう階層構造になってまして、作業者というのは作業者の体に直結した環境ですね。作業姿勢とか自助具とか治具とかいったものです。それから、集団というのは、作業をする人たちが集まってつくりだす環境です。これは、障害者だけではなく

要素

内容

<p>作業者</p>	<p>作業姿勢：障害に応じた最適の姿勢を確保する。 自助具：日常生活を便利にする道具の利用。 治工具：生産活動に必要な機械器具の利用。</p>
<p>集団</p>	<p>ライン構成：ラインの形状、システムをどうするか。 適性配置：障害・健常作業者をどのように組み合わせるか。 適性配分：誰がどの仕事をどれくらい担当するか。</p>
<p>全体環境</p>	<p>建築設備：バリアフリー環境</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 段差がない。 2. 通路幅の確保。 3. 身障トイレの確保。
<p>制度的環境</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 勤務時間の自由度。 2. 時間に拘束されない生産システム。

て、健常者と障害者の組み合わせとか、AさんBさんをどこに座わせるのかといった問題になります。それと、全体環境、これは建築環境と言い換えてもいいと思います。

基本的には、そこに段差がないとか3つあげていますが、この3つが基本的なものになります。

それと、最後の制度的環境。これは、例えばフレックスタイム制とかパート勤務。日本ではなかなかパートということが市民権を得てなくて、スチュワードさんの問題を労働大臣がかみついたりしましたが、要するにフルタイム働く人だけが労働者なのではないという認識ですね。できる時間、できるだけ働くという考え方です。

それとか他に在宅就労ですね。こういった働き方、こういったものが制度的な環境といえます。

こういった環境の他に障害者の就労を支える要素としては、その他に健康管理ですね。それと、住宅というのがあります。

健康管理について言いますと、最終的には自己管理、要するに障害者本人が自分の主治医になると、そういったことが可能になるように、そういった環境を準備するということが大切に

なってきます。

ここで、スライドを見ていただきたいと思います。

これは、20年ぐらい前の写真です。巻き尺をつくっているところです。このモーターのスイッチをいれたり切ったりして巻き尺をここに巻きこむわけですね。本来は、この機械はフットスイッチですね。足で踏むスイッチでモーターを動かしたり止めたりしていたんですけど、この方は足が使えないということでどうするかということで、ここにリミットスイッチがあります。このリミットスイッチをこのレバーで肘でつくわけですね。こういった工夫を太陽の家は開設当初からずっとつづけてきたわけですね。

これは、サリドマイドの後遺症のある方ですけど、両上肢ともリーチが非常に短くなっていますので、この人のリーチ範囲内に仕事の範囲をもってきているわけですね。机を切り欠いたりして、コンベアになっていて部品が流れるんですけど、接近できるようになっています。それから、ここに部品がありますが、これも自動的に供給されて、すぐ手もとまで自動的に送りこまれるようになっています。こういうことは、仕事ができるようにする工夫です。

これは、この方は身長が非常に低い方でして、

普通の作業いすに座りますと、膝を伸ばしても背中がバックレストにとどかないわけですね。うしろにピタッと座りますと足が伸びたままになって疲れる。どうするかということで、フットレストと背あてを追加したわけです。こういった工夫です。

これは、今のいすです。この方は身長が110cmぐらいしかありませんので、長下肢装具をつけています。座わるにも座面にとどかないわけです。ですから、どうするかということで、空気圧を使って座るところが上下する椅子をつくったわけです。座る時には床から30cmのところまでさげて、そこに乗ってもらってスイッチをいれて50cmのところまでもちあげるんです。こういった工夫で作業姿勢を改善したわけですが、これは6年ぐらい前につくったやつなんです。

ところが、今また問題がでてきていまして、この作業だけをこの人がしていればいいという状況でなくなってきたんです。できるだけいろんな仕事ができるようにという要求が企業の方からもでてくるわけです。本人もこのいすを動かすのにはちょっと力があるんです。一応キャスターをつけているんですけど、空気の供給源を切り換えたり人の手がかかるので、そういったこともひとりでしたいという要求がでてきたわけです。

日本の産業界は空洞化ということで仕事がなくなってきていまして、より能力を求められてきているわけです。

そういった2つの要求があるものですから、また別の新しいいすの設計をやっています。

障害者の雇用が進みますと、どうしても住宅が必要になってきます。これは、太陽の家の中にあります福祉ホームです。全て車いすの人が生活できる構造になっていまして、夫婦用が3戸、それから単身者用が57戸の住宅を持っています。これでも、まだ足りないんですね。民間のアパートとかマンションをどんどん改造して生活できるようにやっているわけです。これは、福祉ホームの中の台所ですね。車いすで使えるようになっています。

これは、今、建設中の新しいホンダ太陽、ホンダと太陽の家が共同出資してつくった会社なんですけど、それが来年の4月オープンということで建設中の工場です。これ全部敷地で4万4000㎡あります。これが、工場棟、ここが食堂棟、あとカラオケルームとか管理棟。ここが住宅になっています。

一応、ここは180名体制ということで計画をしているんですけど、ちょっと離れたところですから、住宅が確保できないわけです。単身者用の住宅と夫婦用の住宅を同時につくろうということで、総工費が21億だそうです。これが、工場がはいるところですよ。これが、住宅棟で、これが家族用です。こっちの長屋になっているのが単身者用です。

こういった工場をつくる時点から住宅を確保するというのは、非常にありがたい話です。ところが、ありがたいんですけど、同時に矛盾も一つかかえこんでいるわけです。どういうことかと言いますと、社宅ですから定年退職したら出なくてはならないということです。定年退職、60才で退職して、例えば車いすの人が民間のアパートを見つけられるかという問題があります。その課題も内在した取り組みになっているわけです。

太陽の家は30年近くなりますから、太陽の家の周辺には退職して近くに家を建てたりアパートに住んだりマンションを買って生活をしている方がたくさんおられます。第2のふるさとになっているわけです。

最後に、現在太陽の家が持っている課題として3つあります。

一つが、より重度の障害者を雇用していこうということですね。そのために、どうするかということです。対策は勤務体制を変えとか、私たちとか企業の生産技術の人とかと一緒に生産性をあげる努力をすとか、そういったことでより重度の人を雇用していこうということが一つです。それは、非常に難しくなっているというのが現状です。

それから、次に働く意志はあるんだけど、ど

うしても社員になれない人たちがいるということです。これは、ひとり雇用しますと年間600万円かかりますから、企業はペイする人しか雇用しないわけです。そうすると、いくら意欲があっても企業ゆえに採用されない人がでてくるわけです。そういう人たちは、例えば授産施設でずうっと生活するのかという課題ですね。そういった人たちのQOLをどう向上させるかという問題が一つあります。

それから、3番目の問題は高齢化の問題です。これは、雇用された障害者にしろ、授産施設とかで生活する障害者にしろ共通の問題です。高齢化の問題は住宅を解決しない限り絶対に解決しないんです。私は、福祉の基礎は住宅である、住宅は福祉の基礎であるとずうっと主張しているんですけど、住宅改造とかを手がけていまして、いつも思うことはなんでこんなつまらん仕事をせないかのかということです。

はじめから、きちんとしたトイレとかお風呂とかがあれば、こんなつまらん苦勞をせんでいいのと思うんです。今のマンションなんかほとんどそうですね。絶対に車いすは使えません。ワンボックスみたいになった、こんなものに私たちがいくら智恵をしばって生活ができるようにしてもマイナスの改善と言いますか、つまらん仕事をしていると思うんです。それと、こういった住宅の問題というのは、決して障害者だけの問題ではないということです。これは、健常者でも全員の問題です。

私は、これをずうっと言っているんです。そうしないと他人事なんですね。障害者のためだとか、そういったことをすると全部人事なんです。ところが、住宅というのは生まれて死ぬまで絶対にそこから離れられないんです。これは、健常者でも障害者でも同じです。

こういったことを健常者と今言っているけど、いつ障害者になるかわからないし、年をとっていくと絶対に障害がでてきますからね。これを解決するのは簡単な問題だと思うんです。

例えば、建築基準法の中で最低基準をトイレは必ず車いすが使えるようにしないと建築を認

めないとか、お風呂は車いすでも十分使えないとだめだと、はじめからそう決めてしまえば簡単な話なんですけど、それをやってないからこれだけみんな苦勞をしているんだと思うんです。そういったことは全て健常者を含んだ問題であるということを私は強調して話をおわりたいと思います。どうも、ありがとうございました。

原 田： どうも、ありがとうございました。4人の方々に発表していただきました。

ここで司会の方を三田先生にバトンタッチいたします。よろしくをお願いします。

三 田： 原田先生は、現在は私どもの愛知県心身障害者コロニーの副総長の責務におつきになっていらっしゃいます。それでは、よろしくをお願いします。

障害者の自立と社会参加を促進するために

－障害者のよりよい生活環境を目指して－

原 田： 今、4人の先生方が、まさしくテクノロジーの問題から、特に障害者の自立、社会参加ということでお話をいただきましたので、私は行政の立場から、今の話と関連させながらこんなふうを考えるということを15分の間でお話ができたらと思っております。

私のタイトルは、「障害者の自立と社会参加を促進するために」ということで、副タイトルは「障害者のよりよい生活環境を目指して」ということで掲げさせていただきました。

私は、障害者の福祉の目標というのは、障害者のハンディキャップを補いまして、普通の生活の維持を確保してあげるということだと思えます。普通の生活というのは、実に簡単な言い方でございますけど、その普通の生活を障害のある方たちがやれるような施策、条件整備をしていくということでもあります。住みなれた地域で、家庭で、安心して暮らしていけるということ、そして可能な限り自立して、積極的に社会参加をしていくということ。そして、普通の人というのは、障害を持たない人ということになるわけですけど、その人たちがあたり前に住ん

でいる、そういう生活水準までに障害者の方々に援助してあげるといことが大事なことであり、それが窮極の目的であると考えています。そのためには、まず一つには障害者自身の機能の回復を図るといのがあります。

それから、その機能の回復をはかりながら、かつその障害のハンディキャップを補充してやるための福祉機器であるとか、あるいは補装具等の開発をしていくといことがもう一つあり、さらにそれを使いながら生活をしていくための物的な環境整備といことも同時に合わせてやっていくことがあげられるといことです。

そして、先程小田先生が申されましたように、この問題はとりもなおさずこれからやってくる私たち自身が高齢化していく、その高齢に自分自身になった時に、実は自分自身がまた障害者になるといことを前提条件において福祉を進めていくとい認識がそれぞれの国民になくてはいかんでないかといことを私はいつも言っているわけで、この障害者問題は実は高齢者問題と全くそれを一にしている。高齢化社会の福祉問題は障害者に原点ありといふに私は思っております。

そういうことを念頭におきながら、障害者の自立、社会参加といことをどういふうに見ていったらいいか考えてみたいと思います。まず、その方策の一つとしては、障害者自身へのアプローチといことで考えていきますと、障害者自身の直接自立に関する支援、要するに「自立支援」の側面と、それから介護する方々の負担の軽減といことからみる「介護支援」い側面があるんではないかと思います。

それから、もう一つは、それを取りまく環境の整備をどうするかといことであり、先程話がでておりました、桜井先生や小田先生の住宅問題であり、まさに環境整備のことであります。

それから、そういう環境整備と障害者の機能のハンディキャップを補ってやった上で、更に私は障害のある方々が本当に生甲斐を持って社会参加をしていくといことが大切だと思います。まさに「太陽の家」の中村先生が主張され

ました、就労することでお金を稼ぎ、税金を払い、我々は負担をかけている者ではなくて、社会に貢献していく立場に立っていくんだとい労働の問題といか就労の問題を、絶対になおざりにはできないと思います。こういった大きな問題の解決の方策として大きく3つの側面から考えられるんではないかと思っております。

まず、一つに、その補装具等の福祉機器の開発普及については、どう考えたらいいのかといこととでございますけども、その1は、まず利用者の多様なニーズをどうやって把握していくのか。視覚障害者、聴覚障害者、体幹障害者、内部障害者、いろんな障害の多様なニーズをその補装具なり福祉機器なり、そういう器具のニーズといものをどうやって、把握していくのかといことと、その把握した結果、それにマッチした器具、機材、そういったものをどういった格好で開発していくかといことが、今ほど話がでていたことになるわけでございます。

それから2つ目に、そういった開発者、開拓者のたゆまぬ地道な熱っぽくて、しかも持続する研究のその熱意といものを、あくまでもつづけていただきながらいいものをつくっていただく。障害者のそれぞれのニーズに合ったものにつくっていただくためには、そういう熱意と同時に、それをバックアップしていくような公的な補助といものを考えていかなければいかなのではないかと思います。

それから、3つ目には、供給するサイド、要するに製造したものを障害者に利用していただくためには、障害者に本当に喜んでいただけるいろんな器具、機材を良質で、安価で、しかも的確に商業ベースに乗せないことにはだめですので、商業ベース、経済ベースに乗けた上で、それを供給していくといようなことを考えていかなざるを得ないではないかと思います。

それで、具体的にどういふうに考えていったらいいかといことを私なりに考えてみますと、開発、開拓するその促進の方法としては、一つには民間の方々の今までの研究があります。そういったものに助成制度を考えてい必要が

あるのではないか。すぐできるかどうかは別です。

2つ目は、国立リハビリテーションセンターであるとか、あるいは工業技術院等で、今、いろいろと研究がなされてきております。更に重点的にそこでやっていただくということも一つあると思います。

それから、先週、兵庫のリハビリテーションセンターを10年ぶりに見させていただきました。非常に立派な病院になっておりましたし、周囲には研究所もございました。もうすぐ研究所の建てかえをするということもございましたけど、そういった地方のリハビリテーションセンターと中央とが上手に関係をとりながら、技術の開発に更に努めていくことも必要ではないかなと思います。

さらに、具体的な話でいきますと、福祉器具、補装具や、日常生活用具といったものの展示センターをあっちこっちにつくって、そこに出来た製品を展示していく必要があるのではないか。それは、皆さん方にも理解をしていただくと同時に利用者にも理解をしてもらい、それから今まで無関心だった人たちにも理解をしていただくのです。例えば、我々愛知県にもございますけど、社協の1階に大々的に展示をしております。あるいは、老人関係であれば、介護支援センターを何ヶ所かつくろうとしていますが、そういうところにいろんな機材を展示して見ていただくということも必要であろうと思います。

それから、3つ目は、家庭奉仕員なりホームヘルパーといわれる人たち、あるいは保健婦さん、そういう方々が日常いろいろ活動していらっしゃいます。そういう器具を使っただいて、その良い・悪い、PRなり批判なりをおおいにやっていただくというようなことも必要なのではないかと思います。

それから、4つ目は、そういった器具ができて、こういうものが使われている、こういう新しいものができたということを情報収集ができるような情報システムセンター、これは愛知県の社協にもございまして、それは、市町村の社

協と結ばれておって、そこでいろんな情報を得られるということで、インプットを広げていこうという試みをしていますけど、そういう情報システムにしていく必要があるんじゃないかと思えます。いろんな機材、器具、日常生活用具、など多品目の器具が並べられリストアップもされており、そういう中から選択ができるというようなことをやっていく必要があるのではなからうか。

5つ目に、マル適マーク、この福祉機器は使い易いですよという標準化、マル適マークのような制度も更に充実・拡大していく必要があろう。

6つ目、社会福祉施設にどんどん試作品として導入する。導入した場合にそういった補助制度的なものも地方公共団体あたりで試してみる。これが、なかなか予算措置ができないんです。やりたいという業者がたくさんいらっしゃいます。しかし、なかなか社会福祉施設には県がOKという格好で紹介するというのが極めてやりにくい状態になっているのが現状です。その辺を上手にクリアしていかなければいかんだろうと思っています。

7つ目は、アフターサービスをきちんとやっていただいて、注文があって使ってみて悪かったら、それを必ずなおしていくような、そういったアフターケアみたいなものをきちんとしていただく。

最後に、地方公共団体なり国なりがこういうものに対して補助制度というものを広げていくということも必要であろうと思います。

国民の意識において、こういうものを使っていくことが大事だということをますます意識されていくことが必要じゃないかなと思います。これが、補装具関係です。

次に、住宅・生活環境の方ですが、これは現在「人にやさしいまちづくり条例」、これも大阪、兵庫が先進県でございまして、愛知県もこの9月議会で全国で3番目に制定いたしました。

こういうことによって、今、桜井先生が申されたようなこと、あるいは小田先生が申された

ようなことを、実際に実効あるものにしていこうということで、条例の中にその精神をうたいスロープをつけるとか段差をなくすとかエスカレーターをつけるということまで規定をしております。

さらにそれを、具体的にするために、今ここにもってきておりますけど、「人にやさしいまちづくり整備指針」、こういったものをつくりまして、例えば道路をつくる時には障害者の車いすに配慮してほしい、新しい建物をつくる時には障害者の方々が利用しやすいようにエスカレーターをつけてほしいし、ドアも広くしてほしい。それから、公園はできるだけ急坂のないところがよろしい。あるいは、電車等に乗った時には視聴覚障害者には案内がきちんとわかるようにしてほしいという具体的な整備方針をここにもりこんで、これをもとにして民間、公共団体はつくっていこうという時代になりつつあります。

それから、3番目に、そういった個人へのアプローチと、個人をとりまく環境の整備と就労の促進ということで、働いてお金をいただいて必要なものを買って、課せられた税金を払っていくことによってひとりの人間として社会に参加していくプライドと自信をもつということになっていけば、当然障害のある方たちの職場の確保ということが大きな課題になります。

そういうことで、今、行政としては一番障害の重い人たちには小規模の授産施設をあちこちにつくっていこう。そして、できるだけ働いていただこうとしています。

幼少時から障害が発見されてリハビリテーションにのっかりながら学校教育をへて社会に出された時に、家庭の中で1日を暮らすということであっては、これは今までの教育が何であったのか、今までのリハビリテーションが何であったのかということになるわけで、必ず何かの仕事に就きながら働けるということが非常に大事なことでありたいと思っておりますし、そういう方向で整備をしつつあります。

それから、もう少し程度がよくなれば、授産

施設に入れるようになっておりますし、次には福祉工場として「太陽の家」と同じような形で生産に従事し、福祉的な措置も受けながら、かつ労働の意欲も高めていこうような施設整備が進みつつあります。

それから、労働部にいけば第3セクターで重度障害者の工場ができております。

それから、一般企業では、法定雇用率1.6ということで、それに達するように今尻を一生懸命にたたいておるという状況であります。障害があってもできる限り働いていける条件整備をしていこうという状況になっております。

最後ですが、いろいろな制度がございます。

ここに書いてございますけど、自立社会参加への諸施策としては、補装具の交付であるとか、日常生活用具の給付であるとか、自動車の改造であるとか、住宅整備資金の貸付であるとか、旅客運賃の割引であるとか、あるいは手当・年金、税の減免、医療費の公費負担、ありとあらゆる制度ができておりますけども、それが全部完備ということではございません。

特に、補装具であるとか、日常生活用具というようなものは実にちまちましたものであって、先の先生方が発表されたようなものはきちんとした格好で公的補助としての品目の中になかなかはいってきておりません。

そういうことでありますので、その辺の拡充・拡大をしていく必要があると思います。

いろいろな諸団体にいろいろな器具を使っただいて、それを厚生省なりに陳情申しあげるということも大事なことだと思います。中央社会福祉審議会では、その器具なり補装具が適格で安くて、そして公平で普及に可能であるというようなものは、それぞれ公的補助の品目に加えこんでいき、厚生省ではそれを予算措置をしていきます。

そこではじめて更生相談所であるとか、あるいは民生課の窓口でそれが交付されるという状況になると思います。だから、そういう要求を主張していく必要があると思います。

一方では、行政機関が積極的にそういうこと

に対してきめの細かい配慮なり気配りをしていく必要もあると思います。

それから、もう一つは、障害者自身が積極的にそういう器具、機材、福祉に関するそういったものを利用していく。それから、介護にあたる人たちもできるだけそういうものを利用していくという意欲の問題もあると思います。

この障害者問題というのは、冒頭に申しましたように老人問題というか、高齢者問題と絶対に切り離せない問題であって、老人問題を語り、高齢者の介護問題を語る時は、必ず障害者のノウハウがベースになっております。

そういうことであって、この障害者問題が高齢者問題をクリアしていくエネルギーの原点であるという認識に立てば、もっと補装具なり補助器具なり環境整備なりは、これから絶対に後退はないと思います。進めていかざるを得ないという事態になっていると思います。4人の方々の報告を取りいれながら私なりに整理をさせていただきました。

どうも、ありがとうございました。

質 疑

三 田： 原田先生、ありがとうございました。

皆さんの方からご質問があれば質疑応答として残りの時間10分を使わせていただきたいと思いますのですが、いかがでしょうか。

質 問： 私は、瓶を洗うリサイクルセンターで働いているものなのですが、山形先生に質問です。ビデオにありました障害を持った方がテレビの端末を見ている場面がありましたが、その方が目が疲れるとか、そういう意志表示をされているんですか？

山 形： お答えいたします。これは、そんなに何時間もやるという問題ではなくて、今のところは実験でやっております、せいぜいひとり20分ぐらい使ってみて使い勝手がどうかとか。

個人個人によって会話のしたい内容が違いますので、僕らの考えとしてはハードディスクに個人用の絵と言葉をいれておいたものをつくっ

て個人個人でそのハードディスクを変えるという。その時に、どういうことが必要かという言葉の研究をしています。

これ本気でやることになりますと、国語とか言語学の先生と一緒にいっていただければ大変いいので、今のところは技術屋と、もうひとりSTの方がはいて研究しています。

今のところ3語までは自動翻訳することになっておりますが、4語、5語ということになりますと言語学、国語学の研究者をいれてどういう語順でやるのが一番いいのかとかいうことを考える必要があります。

もう一つつけ加えますと、カラーと白黒と両方やってみているんですけど、どうしてもカラーという要求が強いのです。障害者の多くは目も悪いわけですから、なるべく画面は大型で軽く安くということで大変矛盾した要求を今追及しているところです。

三 田： いかがでしょうか。はい、どうぞ。

質 問： 豊田市の福祉事業団で理学療法士ですけど。最後に話された原田先生に一つだけお伺いしたいんですけど、広い意味での福祉基盤整備のことをおっしゃってくださったと思うんですけど、その中で装具の関係で、いろんな話をしてくださいましたが、補装具に関してはレンタルということが一つあると思うんです。いわゆる補装具センターみたいなところをつくって、そこにたくさん車いす等を整備しておいて適時貸し出すという方向も一つの手のような気がするんですけど、その辺について先生自身どういうふうと考えてみえるのかなというところを教えていただきたいんですけど……。

原 田： レンタルは、僕が承知している限りは積極的にやっているところは思いつかないんですけど、我々としてはレンタルよりも、車いすに関してはかなり供給が多くて各施設などは正直いってあまっているというようなことも聞いているんです。車いすでも単純な車いすでなくて電動車いすのようなものだったら需要が高いんじゃないかなと思っているんですけど、そうなるともっと高価になりますし、確かにレン

タル方式というのは一つの方法だろうと思います。

ただ、レンタルの場合にどこまでそういったものが修繕だとか、あるいは破損した時の補償だとかいうようなものになった時に、借りの方が安く借りれば貸す方はかなり負担になるし、それに公がどういう格好で関わっていくことになるのか、まだ定まっておられません。方向としては面白い方向だろうと思います。

今、すぐというとうどうなるかわかりませんが、我々がうちだしているのはリサイクルを考えておきまして、使ったのをすぐ捨てるのではなくて、あまっているのを集めてきてそれを有効に使ったらどうかということで各市町村に話をしているんです。

それは、社会福祉事務所なりに集めて使っていただくということで、新しいものをレンタルで貸すのではなくて今まで使ったもので、まだ使えるもの、あまっているものを上手に使ってくれという方向で考えています。車いすだけではなくて、他の器具もです。

三 田： はい、どうぞ。

質 問： 東京の重心の通所施設に勤務しております江崎と申します。

今のレンタルのことも含めまして現場の施設におりますと、行政の日常生活用具等のシステムを利用する場合は、個人に対して行政が対応していくシステムになっておりますので、例えば施設においていろんなものを試したいと思う時に、できればレンタルのような北欧のようなエイドセンターみたいなものが地域にいろいろあれば、電動車いすやコミュニケーションエイドなどいろんなものを試して、その中で障害の人に対して一番合うものを施設でも使っていく、また家庭でも使っていく。そのようなことでセンターのようなものが地域にあればすぐに対応できていくんじゃないかと思うんですけど、今の日本の制度の中でそれが非常に難しい。

それと、現場においても、例えば重心の施設ですと、OTとかPTの配置がござりますが、授産の施設等になりますとOT、PTの配置基

準がありません。職員の配置基準がないような部分で太陽の家のような生活動作とか作業動作等の問題とか、いろんな問題を含めましてリハ工学とのどのような接点を現場の施設で求めていくのかということが難しいと思うんです。

横浜のシステムを聞くとリハセンターの方からどんどん地域の方にでていく。OT、PT、保健婦さんとが合わさってチームをつかってひとりの障害の方をサポートしていく。そういうようなことと施設との関係とが、その辺のシステムがどううまく地域の中でつくっていいのかということが現場としては問題になっているところなんで、そこら辺をお伺いしたいのです。

島 山： 私たちのセンターには、地域サービス室という部署がありまして、そこにOT、PT、ケースワーカー、それから私たちリハ・エンジニアが応援して地域にでていっています。これは個人に対してです。それから、グループホームとか地域作業所、それから施設、病院、これは関係機関に対する援助ということでOT、PTを派遣する仕組みがあります。ただし、これはマンパワーの問題があって、まだまだ十分じゃないと思います。

現在センターは、港北区という新幹線の新横浜駅に近いところに1カ所だけあります。将来は各区に1カ所ずつ福祉機器サービスセンターをつくろう構想もあります。歩いていけるところに、今おっしゃったエイドセンターができることが望ましいと思っています。

十分なお答えにならないかもしれませんが……。

三 田： 時間ですので、あとひとりだけいかがですか。

質 問： 学生で河合といいます。

今、手話通訳されている人がいますよね。山形先生にお伺いしたいと思いますが、どこかの企業が日本語を手話に変える機械というのを今開発しているそうなんですけど、音声で文字に変えとか、音声を手話に変えるというそういった、今手話通訳されている人とかOHP通訳されている人の負担というのを、機械がかわってやってくれるようになるようなものが今ありま

すか？

山 形： 全般的なことはよくわからないんですけど、北大で私の友人が手話を画面でやろうという研究をされておるわけですけど、今手話をされている人は動きが連続なわけですね。連続の中にどうも意味があるらしくて、固定された状態というよりも動きの中にあるらしくて、そここのところが手話を映像化する場合に難しいという話をしておりまして、ある程度の簡単なことはできます。グローブにセンサーをつけてデータベースの中にいれておいてだすというような方法をとっております。

あとは、言葉を文字にするとか文字を言葉にするというのは割とたくさんいろんなものができていますけども、言葉を文字にするというのは、なかなか個人の言葉のスペクトルが違いますので、ある人に対してはうまくいくけども、その機械を他の人に使うとうまくいかないというその段階だと思うんです。技術は、これからどんどん進みますので、ただ今しゃべったことを手話の映像にするとか、文字にするとか、そういうものはここ数年でできると思います。私以外に何か発言がありましたら……。

山 山： 筆記通訳をやられている方の道具に対しては、ペンコンピューターを使ったものを横浜ラポールという障害者スポーツ文化センターの手話通訳されている人たちと一緒に開発しました。もし機会があればぜひご覧ください。

三 田： それでは、時間が参りましたので。

一言だけまとめさせていただきます。畠山先生がスライドの中で指摘されましたが、こういった支援機器は3つの要素が組み合わさって始めてうまく流れるということをお示しいただいたわけですけど、各演者の先生方全て共通するところだと思います。

一つは、こういった機器を開発する側の問題、

いわゆる畠山先生の言葉で言いますとリハビリテーション工学エンジニアということかもしれませんし、それぞれのお立場でどう表現したらいいのかはともかくとしまして、機械そのもの、あるいはソフトウェアそのものを開発していく人たちのアクティビティ、これが一つだと思います。

そして、もう一つは障害のある方とその機械との関係をいかに近づけるか、つまりその機械を障害のある方に最適な形にアクセスしていくかという問題、これは例えば訪問サービスという形もあるでしょうしリハ工学クリニックという形もあると思います。

最後に、必要なことは、いかに公的な助成を受け、公的なシステムをつくりあげていくかという、それは技術的な問題もありますし、経済的な問題もあると思います。それは最後にお話しいただきました原田先生の方から具体的ないくつかのリゾリューションがでたと思います。

ただ、何日もかけてやらなければいけない非常に大きなテーマを、この分科会で集約しようということに無理があります。サポートテクノロジーが単に日常生活の質素な道具を開発するのではなくして、今日取りあげましたような生活の問題、あるいは住宅の問題、地域社会、就労の問題全て含めて、それがサポートであるという認識に私たちが立ちたいと思うわけです。

そして、トータルなものとしてサポートテクノロジー、あるいはサポートサイエンス、あるいはサポートシステムという形で今後発展していけたらというふうに思います。

ここで熱心にご講演をいただきました5人の先生方、合わせて熱心にご参加いただきました皆様に拍手をもってこの会をおわりたいと思います。

どうも、ありがとうございました。

全体会・閉会

全 体 会

座 長：鈴 木 清 覚（全国授産施設協議会調査研究研修委員長）
報告者：柴 田 謙 治（第1分科会座長・愛知教育大学総合科学課程助手）
峰 島 厚（第2分科会座長・江南女子短期大学教授）
池 住 義 憲（第3分科会座長・アジア保健研修所事務局長）
原 田 雅 司（第4分科会座長・愛知県心身障害者コロニー副総長）
三 田 勝 巳（第4分科会座長・愛知県心身障害者コロニー
発達障害研究所治療学部長）

座 長： どうも、ご苦勞様です。今、ご紹介
がありました。所属は全国授産施設協議会と
いうことになっております。日頃は、名古屋で
午前中にプレゼンテーションがありましたゆた
か福祉会で仕事をしております。2日間のあわ
ただしいスケジュールでしたけれどもいかがで
したでしょうか。最後のプログラムということ
です。

2年前に第17回の総合リハの大会を愛知で開
催してはどうかという話があり、17回の歴史の
中で愛知が一度もやってないというようなこと
がありまして、昨日の夜ごあいさつされました
板山先生とか調さんの方から要請を受けて準備
をしまりました。

私たちが、この総合リハの大会の中で意識を
して企画をしまったことは、当面している
障害者の現実的な課題が一体どこにあるのか、
その課題に答えて深めていけるような企画を1
つはつくりたいなと思って準備をしまりました。

もう1つは、名古屋での特徴を生かした大会
にしたいなというふうな思いを持って準備を
しまりました。こうした課題がつながって
いくのは、今日も昨日も議論がありましたように、
まさに地域や現場の中で、あるいは障害者自身
の生活の中で当面している課題、そこが
つかぬかれることによってつながるのではない
かと思っています。

そういう点で、4つのメインになる分科会を
準備をしてきたわけでありまして。

この大会全体のある面でのまとめということ
で、今から第1分科会からそれぞれ報告をお願
いしたいと思います。それでは、柴田先生、よ
ろしくお願いします。

柴 田： お手もとの資料集を拝見していただ
きながら時間を節約していただきたいと思いま
す。第1分科会は31ページをご覧ください。

ねらいにつきましましては、恐らくその資料集で
足りると思います。つまり、狭い意味での地域
で専門的なサービスということではなく、生活
の場としての地域づくり、そういったことがテ
マになります。その時の視点ですが、オータナ
ティブというややこしい言葉を使っています。
社会学の方では、今の新しい住民の活動には、
価値観とか生活を根っこから掘り返す。そうい
ったいい点があるんじゃないかということが言わ
れています。

そういった面と同時に、やむにやまれずやっ
ている部分があり、従って住民の活動でサービ
スが多くなる。それは、公的責任とどう絡むか
ということもありますが、それ以上に活動を通
じて非常に多くのものが得られる。そういう
ことに注目してできた分科会のようなです。早速、
事例の方にいきます。

1つ目、これを全部追っていくときりがござ
いませぬので、大事なところだけになります。

32ページになります。東京都中野区の野方の福祉を考える会、住民参加型の団体です。

ここでは、精神の障害の方の生活を5年間支えてきました。最初、依頼があった時は一緒にお昼ご飯を食べるだけでいい、そばにいてだけでいい。そういうところからきたわけです。その過程で、専門家の方、お医者さん、保健婦さんと勉強会をしながらグループで対応をする。そうやってきました。そこで、33ページでしょうか。活動経過のところをご覧ください。

つまり、最も精神的なショックが大きい母親の死。そういうところを乗り越えるために係わってきた。そういうことを通じて、だんだん精神障害を持った方の日常生活能力、これも回復してきた。自分でご飯をつくれる、買い物もできる。それは、そういう専門家の方との協働の結果といえます。さらに、地域の方との間で、そういう問題がおきたことがありました。つまり、周りの方が精神障害の方のひとり暮らしをどう考えているのかをこの団体に尋ねた。

この団体の方は、一般の住民の方ですが、わかりやすいように地域の方に話し合いをした上で連絡先を明らかにしました。そういう誠意が功を奏したといえます。地域の方の目も好意的になり、例えば今日は精神障害を持った方の服装がいつもと違うようだが状態はどんなんでしょうかと隣人としてそういう話を参加型の団体の人にしてくれるようになった。そういうことがありました。

この活動から住民参加型は行政の補完的な役割ではなく先駆的な活動をする、それが自分たちのポリシーであるとおっしゃったり、あるいは自分たちだけではなくて地域全体に知らせるように勉強会を重ねてノーマライゼーションのまちづくりといった会議を開き、行政の方にも来ていただいて意見を交換する。そういう取り組みをされております。

2つ目の事例、これは36ページになります。久富さんは、生協という立場、それを超えて住民というお立場でご発言くださいました。中身は、高齢者にとって必要な仕事づくりというと

ころです。つまり、生甲斐といった面、あるいはそれ以上に生甲斐を持つことが1つの予防的福祉になるという、そういった考え方です。生協が、どういった活動をするか、それは36ページの一番下の方、そこに列挙してあったり、37ページの一番上の方で列挙されています。

ただ、はじめたばかりですから、場所によってうまくいっているところもあれば、そうじゃないところもあります。活動によって軌道に乗っているものもあれば、そうじゃないものもあるというところのようです。

久富さんの最もおっしゃりたかったことは、37ページで書いてありますが、こういったことを進めていくために住民自身が職場人間から地域人間に変わらなければいけないということです。さらに、そういうふうな地域人間になることによって、活動を実際に行う中で行政、あるいは広い意味での政治、その実際を実感することができる。その中で育ってくる住民の意識が行政サービスのレベルを規定することが大事なんじゃないか。そういった実践活動と要求運動の両方を行うところが大事じゃないかというところの提起です。

事例の3つ目。これは、38ページ、高石さんのものになります。

前の2つは、住民による自主的な活動でしたが、これは社会福祉協議会による、つまり専門家による自主的な活動の支援です。事例の全体、これは39ページの横の長い表です。これをご覧ください。

最初の頃に、ゼロの会という障害者の集まりをつくった時、孤立した人、そういった人の集まる場所をつくろう。今度は集まってくるうちに、雇用保障をどうしたらいいか、それでは市役所での就労をお願いしてみよう。そういうことから出発します。

ちょっと時期的に飛びますが、虫の家といったたまり場をつくる。自分の自宅を開放して。その中で、話をしながら国際障害者の10年ですが、私は専門外で言葉が正確でなければ失礼します。その総括集会を行って、どうも我々でやっ

てきた中で聴覚の方についての活動がぬけてるんじゃないか。そこをちゃんとやろう。市にお願いして兼任ではありますが通訳の方を設置していただく。そういった行動計画、これをつくるのを役所に任せるのではなくて住民が自主的にやっつけていこうということになります。

こういう一見順調に見えますが、やはり節目節目でそれぞれのことを反省して、その中で新しい活動をちゃんとつくっていく。あるいは、個人が一番SOSを発している声、これを大事に拾っていく。そういったことがありました。あるいは、住民主体、住民自治を実現する上で学習会を重ねてきたところもあります。

最後の事例が、34ページの竹中ナミさんのものになります。これは、障害者の自立と社会参加のために、そしてさらに雇用を創出するためにコンピューターを使おうというところです。活動を支えてくれる団体は35ページにあります。いろいろな会社がコンピューターを寄付してくれたりしています。それで、セミナーを開くことによって企業の人と障害者が出会う場所、そういったものがつくられてきました。

竹中さんの夢は障害者が支えられるだけではなくて、むしろ国や地域をよくしていく、そういった主としての役割をはたしていきたいということでした。

こういった事実から活動内容は先駆的であり、それも専門家の方によって支えられることでもっと発展するところがあります。あるいは、住民が主体としてこれだけ成熟してきたと言えます。

従って、課題として、1つがこれから行政の方がこういった住民の成熟を受けてどういうふうになさってくださるかがあげられます。特に、福祉分野で法律で住民参加の規定はありませんが、高齢者保健福祉計画の中で先進的な自治体は委員会をつくって声を聞く。こういった政策決定過程の変化もあります。それを支えるものは、行政自身もお金がなくても知恵を使って一緒に考えていこうという成熟、そういった姿勢があることなんです。

最後になりますが、専門家の方、これはサー

ビスを提供するだけではなくて政策の決定過程の中でも、その知識の故に、非常に大きな力があるんじゃないか。従って、住民の声を一緒に学んでいく中でそういった協力をつくっていったら、前に進んでいくように大きな役割をはたしてくださるんじゃないかと思います。

座長： どうも、ありがとうございました。

昨日のCBRの議論を通して、最終的には自らの参加、当事者参加をはじめ地域を変えていく、行政のシステムをつくりだしていくというところにあったと思いますが、それを具体的に事例で深めていただいた分科会かなと思います。

それでは第2分科会、峰島先生、お願いします。

峰島： 先程少し報告しましたので、それに補足する形で分科会の討議を紹介したいと思います。

第2分科会については、今年が国際家族年ということもありますし、それに合わせて発言者は障害の種別で精神障害、身体障害、知的障害、さらに高齢障害者という形で、いろいろな障害種別・階層で実態を出しながらそれぞれ交流しようということで企画をしました。

全体に共通して家族のなかの民主主義の問題、それから介護責任、あるいは扶養責任と家族の問題、それから家族、あるいは家庭と地域の問題。この3つの視点から様々な実態・問題点が報告されました。資料も合わせてしております。

先程もシンポジウムで紹介しましたように、精神障害者を例に非常に深刻な実態が統計的に明らかにされております。特に、資料で単純集計と年齢別の集計がでておりますけれども、単純集計では母親の健康問題についての深刻な実態がでておりますし、年齢別の集計では母親と本人の意識のずれが生じてきている問題とかさらに精神障害固有とっていいのかわかりませんが、母親自体が年を重ねても子どもをお世話したいというのは一貫して変わらないという深刻な実態を示すデータもだされております。これは、詳しくでておりますので、是非読んでい

それから、多くの質問がJICAの研修活動に集まったわけですが、例えば、研修生選考の手順、基準、資格審査、どこを通じて情報がどこから得られるのか。JICAとしてNGOへの資金援助、もしくはNGOと直接・間接連絡をとりながら研修活動を進めていく柔軟性があるか否かということでした。

このように、多くの質問がJICAに集まりましたのはJICAに関して批判的という視点からではないと私は理解をしています。税金で成り立って、かなり大規模に行われている事業ですから私たちの問題としてJICAの研修をより意味あるものにみんなでしていきましょうという視点から提言・提案が質問という形でなされたのではないかと考えています。

ですから、これは何らかの形で分科会としてまとめて、参考資料というような形としてJICAの方へ送ることができれば建設的な方向に行くのではないかと考えています。事務局でご検討をいただけたらと思っています。

座長を務めさせていただいた者として、所感も含めて3点、問題の提起という形でさせていただいて報告にかえたいと思います。

1つは、私が昨日感じましたのは、何のための研修か、何のための研修活動かということをお私たちがもっと深める必要があるのではないかと。これは、冒頭にも言いましたが、CBRを促進するために、または障害者の方が各地域にあってそれぞれ自立をしていく、「完全参加と平等」の結果自立をしていく、そのための研修活動といわれているわけですが、さらに踏みこんで私たちはCBRをどう理解をしているか。コミュニティ・ベイストと英語で言いますが、これをどう理解するかということとはとても大切だと思っています。地域におけるリハビリテーションではないと思います。地域の人々によるリハビリテーション。つまりそこでは、主体が地域住民で、それを可能ならしめる役割を専門家集団である私たちが担っている。

なぜコミュニティ・ベイストなのか、その深い考え方、価値観ですとか、さらに私たちは学

習を続けていく必要があると思います。特に、この点に関しては昨日ハンドヨさんがスライドを用いて農村開発の参加型の評価方法の紹介がありました、あれはとても示唆に富んでいると思います。

2点目ですが、研修活動と言いました時に、これは私自身も含めて思うわけですが、研修指導の側にいる私たちの研修が必要だということ。つまり私たち自身がたえず学び続けながら変わっていかなければいけない。既存の枠組みにとらわれて研修活動というものを固定化していくものではなくて、常に新たなものを学びとりながらより意味のある枠組みをつくっていかなければいけない。そのための柔軟性と生き方が私たちに求められているのではないかと。

3点目ですが、参加型ということが研修活動でも多くとらえられています。福祉活動そのものも参加型、住民主体、住民参加ということが言われていますが、参加型ということをもっと私たちは真剣に考えていく必要があるのではないかと。

例えば、調査研究、問題発掘、問題分析、解決法の選定、もしくは計画・実施・モニタリング・評価と一連の動きがあるわけですが、誰がそれをするのか、誰がそれを支えていくのか。この誰がという部分、これはパーティシパトリー、つまり参加型評価、参加型計画法といった時に全て必要になってくるわけです。

そこで、私の見た範囲で一番障害になっているのは専門家集団の係わりが住民を主体ならしめることを阻止しているというケースが多々あるように思います。今後、こうしたことに留意して障害分野における研修活動というものをさらに深めていければと思っています。

座長：池住さん自身は長いこと保健医療の分野ですが、アジアの人たちの研修を担当されていて示唆に富んだまとめもいただいたんですが、私もアジア・太平洋障害者の10年がはじまる中で、これまでの我国の国際的な視野の偏重というかヨーロッパ・アメリカ型から本格的にアジアの人々との交流や連帯を深めなけ

ればならないということを感じさせられているわけでありませう。

参加者の皆さんには、あらゆる角度で、一時は国際会議をやっているのではないかという雰囲気にもなりましたけれども、大いに関心を持ち我が国の障害者の運動課題の1つの中心に据えていく必要があるのかなと思っております。

最後の第4分科会になりますが、原田さん、どうぞ。

原 田： 第4分科会のまとめを報告させていただきます。54ページを見ていただきたいと思っております。「障害者の生活環境とサポートテクノロジー」というテーマで分科会を開きました。

この分科会は、座長2人で分担しました。その理由といたしましては、この分科会が障害者の生活を支援する補装具であるとか、あるいは福祉器具等の開発・普及という側面と障害者を取りかこむ生活環境をどう改善していくかという2つの側面からアプローチしていくということで開かれたわけでございます。

この分科会のシンポジストは、5名いたわけでございますけれども、そのうち4名の方々が物理、電気、機械、建築、人間工学、あるいは臨床工学といった立場から、いわゆる生活する人間、もっというならば全人間性の回復、さらに平たく言うならば障害のある方々が普通の生活をどういう格好で維持していけるのか、どこまで保障していけるのかという課題を臨床工学、あるいは人間工学的な立場からアプローチしていこうという分科会でございます、今後ますます重要であり、かつ期待される分野であります。そういうことから、大変興味深い、しかも新しい報告がなされました。

その内容につきましては三田先生の方から簡潔にご報告をいただくことになっております。よろしく申し上げます。

三 田： それでは、要録集55ページ以降の各論につきまして、簡単にご報告させていただきます。この生活環境とサポートテクノロジーという分科会につきましては4つの流れをつけてみました。

1つは、日常生活におけるサポートの問題、それからもう少し広げた地域環境におけるサポート、それから社会環境におけるサポートという4つの流れの中で、いかにサポートテクノロジーをとらえるかということを考えてみたわけですね。

特に、サポートテクノロジーと言いますと、椅子とかりふたとかいう小さな機器、あるいは単体の機器をイメージしがちですが、実際にサポートテクノロジーというのは個から全体へわたる広い範囲に流れなければいけないと考えたわけでございます。

それで、日常生活につきましては、山形先生、これは北海道教育大学の物理の先生でございますけれども、山形先生のトーキングエイドの問題を取りあげさせていただきました。特に、従来型のワープロ式のトーキングエイドではなく、生活動作に密着した絵で見せるトーキングエイドというようなものをご紹介いただいたわけですが、これは重症心身障害児の人たちのコミュニケーションの問題に非常に役立つという報告をいただきました。

次に、57ページでございますけれども、横浜市の総合リハビリテーションセンターの畠山先生からは、まさに肢体不自由者の生活支援機器という演題で様々なサポート機器、例えば移動介助機器、あるいは歩行器、電話など環境制御装置にいたるまで多岐にわたるご報告をいただきました。そこで注目されるのは、こういった機器の開発のみでなく、横浜市の総合リハビリテーションセンターではリハ工学クリニックといわれる機器の相談をするためのクリニックを開設されているということでございます。これは、車いす外来とか装具外来に匹敵するサポート機器についての相談の窓口、あるいは改良の窓口が開かれているという新しい試みでございます。もう1つは、機器を購入するための助成システムを自ら開拓されまして横浜市との協力を得ながら機器の助成についても様々な試みをされております。つまり、申しあげたいことは、サポートシステムという理想像が現在追及されているということでございます。恐らく、これ

が日本の先駆的な形になるかと思ひますし、これが一般化される日もそう遠くないと思ひております。

次の課題でございますけれども、地域環境におけるサポートテクノロジーという範疇になるわけですが、これが59ページでございます。福井大学の建築を専攻されました桜井先生から障害者のまちづくり、桜井先生の言葉を借りますと、障害者とまちづくりというコンセプトのもとにまちづくりの理念をご紹介いただきました。そして、先生のお考えでは地域での生活保障の基本、特に建築というハードウェアと言ひますか、その基本としまして居住の場としての部分と発達的な働きかけの場というように表現されましたけれども、小さい頃には保育の問題がありますし、大きくなりますと教育、さらにおとなになりますと労働という新しい地域環境が必要になってくるわけですが、こういった流れの中で発達的な働きかけの場としての建築の考え方というのをご紹介いただきました。

3番目でございますが、これは自立の上で是非とも獲得可能になればという誰しもが希望する問題ですが、これが雇用と就労の問題でございます。61ページからですが、太陽の家の成果というのは皆さんご存じのように雇用という面では様々な問題があるかもしれませんが、ある意味でのサクセスストーリーを中村先生のご努力によってつくられてきたことは皆さんご存じだと思います。この中で、小田先生が、お話しされましたのは雇用に対しては5つの問題を解決しなければならぬという。つまり、意欲・知識・身体機能・適応力・環境という5つの問題なんです。特に、今回取りあげていただきましたサポートテクノロジーという面からは本人の外にある問題としての最もテクノロジーとして近づきやすい環境の問題をいかに改善して就労のための整備をするかという問題を取りあげていただきました。

最後に、こうした3つの環境が個々に動くのではなくして、各環境におけるサポートテクノロジーの総合化・統合化、あるいは制度化とい

う問題を私どもの愛知県コロニーの副総長であります原田先生からお話をいただきました。ご提案の中には、9つの重要な提案が含まれておりましたけれども、私なりにまとめさせていただきますと4つにまとめられるかと思ひます。つまり、制度化をしていく上で必要なことは4つに集約されるんじゃないかと思ひます。まず、専門的な研究・開発をとにかく維持するということが基本でございます。例えば、リハセンターなどの専門機関と民間企業との連携というのが必要になってまいります。第2番目は、様々な提案されました、あるいは製品としての試作品をユーザーの方に提供して評価を受け最適なものと改良していくという連携体制が必要になると思ひます。3つ目は、行政から民間への助成制度、あるいは製品購入時の助成ということが不可欠になると思ひますが、従来型ではなく何が必要であるかということをもう一度再検討する必要があると思ひます。4つ目としまして、こうした様々な新しいサポートテクノロジーというのが出ております。これは、先程の万歳先生のシンポジウムのところにもありましたけれども、どういう制度が世の中にある、それをいかに活用することが大切かという、つまり私たちが勉強しなければいけないということなんです。このサポートテクノロジーにつきましても情報システムセンターのような情報を公開するような場をつくっていく必要があるというようにお話をいただきました。

全体をまとめさせていただきますと、3つのことが三位一体になる必要があるかと考えます。つまり、サポートテクノロジーを有機化していくためには、まず開発がしっかり各専門分野で行われることが第1点です。次には、ユーザーとの間の評価と最適化の交流というのがどうしても不可決になります。最後には、こういったものが助成されるような制度化が確立するという必要があります。まさに、上田先生が、第1日目の記念講演の中でおっしゃいましたように、この分野についても個々の活動が分化されているわけですが、こういった1つ1つの活動

がバリアフリーという形をとっていかないと本当のものにはならないと思います。私たちは、今回工学系の人間がこの分科会で講演をさせていただいたわけですが、こういった新しい試みに対してわかりにくい部分も多々あったと思います。機会を得られますならば、それぞれの演者が喜んでご参加させていただけるとと思いますので、またお時間を取っていただいてそれぞれの交流をさせていただきたいと思います。機会を与えていただければ幸いに思っております。以上でございます。

座長： どうも、ありがとうございました。愛知には、たくさんの自動車産業をはじめ工業の技術が集中しているところなんです、それ自身が障害者の生活を改善していくということにどの辺まで結びついておよんでくるのかということを重視した分科会として、特別に設けたわけですが、いろんな角度から交流がされたと思います。昨日から今日にかけていろんな分野のいろんな課題が交流がされたと思います。そういう意味では、それが解決される方向を見いだしたかどうかという点で言いますと、まだまだ大きな課題を残しているかなと思います。全体として、それぞれの分科会の座長の方のまとめにありましたように、大きな基本方向は明らかになってきたのではないかなと思います。

いずれにせよ、国連障害者の10年にはじまる国連の動きや、その後が続きますアジア・太平洋の10年の中で全体としての理念というのは明

確に据えられてきたのではないかと思っております。それは、権利保障でありノーマライゼーションだということです。

重度・重複障害者の問題を巡るシンポジウムを聞いておりましたが、今の分科会の報告を聞いていまして、これらの理念は我々自身が語るにはさみしい現状かなと思いますが、いずれにしろそういうのを前提にしながらここにお集まりの皆さんを含めてノーマライゼーションの提唱者でありますバンクミ・ケルセンは自由や平等や博愛も大事だけれども、それにつけ加えて連帯が大事であるというような話をされています。そういう意味では、我々自身が地域の中で、昨日も上田先生がお話しされましたけれども、専門の進化を前提にしながら協業化という力を合わせていく方向でどう進んでいけるのかということが一層今日の問題を解決していく上で大きな課題になってきているように思います。

時間の管理が厳しくて皆さんにも大変慌ただしい思いをさせたのではないかと思います。しかし、我々実行委員会の方では本当に今日の課題をあらゆる角度から取りあげたり深めてみたいという思いからの2日間の企画でありました。座長の皆さん、参加者の皆さん、ご苦労様でございました。

全国でこうした課題を持ちよって新しい動きをつくりだしていただくことをお願いしてまとめにかえさせていただきます。ありがとうございました。

閉会のあいさつ

永井 肇

(第17回総合リハビリテーション研究大会実行委員会副委員長)

(名古屋市総合リハビリテーションセンター長)

主催者を代表して閉会のご挨拶を申し上げます。

ここに第17回総合リハビリテーション研究大会を、恙なく終了することができました。これもひとえに、日本障害者リハビリテーション協会山下会長、ならびに村地実行委員長のご指導のもとに、実行委員の皆様、幹事会の皆様、事務局の方々のご努力いただいたお陰と感謝いたします。

しかも、今回は600名におよぶ皆様をご参集くださいまして、2日間にわたって大変熱心に参加され、活発な質疑応答もあり、その上、アジア諸国からのご参加もあって華を添えていただきました。大変有意義な研究大会で、実のあるものであったと自負しております。

この2日間、私どもが担当いたしました事務局としまして、精一杯努力いたしましたけれども、なにしろ不慣れなことばかりでありまして、皆様にご迷惑をおかけし、不行き届きの点が多々あったことをお詫び申し上げたいと思います。

来年は、私どもの名古屋大会より、さらに、おそらく立派な大会になるよう、兵庫県リハビリテーションセンター長の澤村先生が会をお世話いただくことになっております。

終わりになりましたが、主催者を代表いたしまして、会員の皆様に心から感謝を捧げ、また、明日から皆様がお元気で、各現場においてお仕事をなさいますようお祈りして閉会の辞に代えたいと思います。有り難うございました。

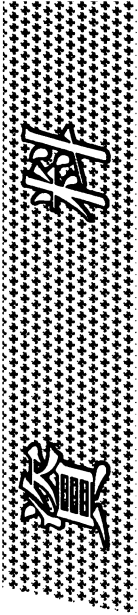
このあと、次期開催地の兵庫県立総合リハビリテーションセンター澤村誠志所長からご挨拶がありましたが、ご承知のとおり阪神・淡路大震災により、交通機関・宿舍等の被害が大きいため、第18回研究大会を神戸市で開催することができなくなりました。

そのため、澤村誠志所長とご相談した結果、ご挨拶を報告書に登載しないことといたしましたのでご了承願います。

なお、第18回総合リハビリテーション研究大会は、下記の通り行われますので、ご案内申し上げます。

日 時：平成7年12月12日(火)・13日(水)

場 所：新中央社会福祉研修センター（仮称：神奈川県・葉山）〔事務局〕



第17回総合リハビリテーション研究大会参加者内訳

【参加者数】

① 大会当日までに登録された者	535名
② 当日参加申込者	13名
③ 座長・講師等（実行委員・幹事を除く）	34名
④ 協会役員・事務局	4名
⑤ NGO会議参加者（協会関係者を含む）	13名
⑥ 実行委員・幹事	28名
計	627名
他に、大会運営にあたった職員等	36名

1. 従事分野別

医療・保健	77
教 育	27
職業・雇用	23
福 祉	233
工 学	11
学生その他	150
未 記 入	14

合 計 535

2. 分科会別

第1分科会	121
第2分科会	144
第3分科会	95
第4分科会	162
不 明	13

合 計 535

3. 地方別参加者

北海道・東北	4
関東（東京を除く）	32
東 京 都	37
中部（愛知・名古屋を除く）	35
愛 知 県	202
名古屋市	126
近 畿	73
中国・四国	12
九州・沖縄	14

合 計 535

4. 交流会参加者

一般参加者	108
講 師 等	32
日本障害者リハ協会	15
NGO会議参加者	13
実行委員会・幹事等	20

合 計 188

※1, 2, 3は、大会当日までに登録された者のみの分類。

第17回総合リハビリテーション研究大会
アンケート集約結果

回収枚数 86枚

1. 今回のプログラムの中で、関心を持たれた題目を教えてください
頭の数字は同意見の回答数

- 25 特別講演Ⅱ「在宅障害者からみた地域リハビリテーション」
- 19 シンポジウムⅠ「CBRと国際協力」
- 14 記念講演「日本のリハビリテーション ー過去・現在・未来ー」
- 14 シンポジウムⅡ「重度・重複障害者（児）の在宅援助 ーその可能性と困難性ー」
- 12 プレゼンテーション「愛知のリハビリテーション実践活動の紹介」
- 8 第4分科会「障害者の生活環境とサポートテクノロジー」
- 6 第1分科会「地域における新しい生活づくり・しごとづくりとネットワーキング」
- 5 第2分科会「家族・家庭を支える地域社会の課題」
- 4 ハンドヨ氏のバングラデシュにおけるCBR活動の報告（シンポジウムⅠ）
- 4 第3分科会「日本における国際交流・研修活動をどう深めるか」
- 3 障害者の社会参加を支えるもの
- 3 ほとんど全部
- 2 知的障害者のグループホームづくりにみる親ばなれ子ばなれ（第2分科会）
- 2 重度障害者のデイセンターと地域生活支援（シンポジウムⅡ）
重度重複障害者のための施設づくり（シンポジウムⅡ）
特別講演Ⅰ「発展途上国のリハビリテーション」
デイセンターシステムと各地方自治体の独自性ある取り組み
重度重複障害者のコミュニケーション支援（第4分科会）

【題目以外の記述内容】

- テーマ「現場の視点で考える」これは非常に大切なことだと日頃感じているので、各現場で活躍されている人たちの考えを聞いてみたかった。
- 地域リハ、特にCBRについて興味があったが、要するにまちまちな実験試行が行われているにすぎないとの印象。
- 病院勤務ですので、患者の自立に向けてたいへん参考になりました。頸損連絡会ALD岐阜の上村数洋先生のお話に心をうたれました。
- 第3分科会「日本における国際交流と研修活動をどう深めるか」に興味があって参加しました。他国の方の質問がたくさんあり、自分自身の考えが井の中の蛙であることを知った。
- 「CBRと国際協力」で日本の地域リハの取り組みとCBRの関係が良くわかった。
- 知的障害者施設の職員だが、広く多方面の話（研究）を吸収したかったから。
- 講義や本などでたびたびお名前をうかがう上田先生のお話が聞けてとても感激しております。
- 2日目の「在宅障害者からみた地域リハ」の上村さんの話がとても良かったです。パ

ソコンが、障害者にとってあたたかいもの、コミュニケーションの一部という言葉にはっとさせられました。

- 途上国のリハビリテーション、CBRについて実際に海外の方からのお話を直接うかがうことができたこと
- 「地域における新しい生活づくり・しごとづくりとネットワーキング」で、障害者にとって授産所・作業所などが本当にいいのか？ 重度の人が社会参加するためにはやはり大切な場なのだろうと思うけれど……と、いろいろ考えさせられた。
- 上村氏の特別講演はよく整理され、前向きの姿勢と努力に感銘を受けた。
- 全体に言えることであるが、現場に近い人・当事者に近い位置にいる方々の話は、熱っぽくて大変面白かった。しかし、どの話にも行政のタテ割に対する問題点が山盛り出されていたのに、その解決には、まるで磁石のS極とN極のように、きっちりとリンクすることはあり得ないような感じをうける。こんなことは今さら言うことではないが、税金や選挙の法は大きく騒いですぐ結論が出るのに、なぜ、政策にあげられる福祉が足踏みばかりなのか？ 福祉に関する様々な法に対して、新しいアプローチの方法論というのはこちらのサイドから。
- 分科会、しかし、テーマにあった話し合いがされなくて残念。

2. この研究大会でどのようなことが参考になりましたか。

【CBR・国際協力】

- CBRという言葉の意味（アジアの実際）
- CBRという言葉を知りました
- 海外での福祉活動（CBR）
- 日頃は現在自分が生活している周辺での様子しか理解していなかったが、今回参加させていただいて、日本の、さらにアジアにおける日本の現状の一部でも知ることができ勉強になりました。
- 国際協力の現状と重度重複障害児者とその家族等の実践活動の状況について。
- 国際的な活動の様子。全然知らなかったので勉強になりました。
- その後の活動報告（例えばCBR活動）や、逆に日本から研修に行く方法（福祉専門職でも、海外研修・協力の機会が与えられているか）等の体験談も交えて聞きたい。
- 今回のテーマなので特に強く感じたのだと思いますが、日本の中だけでなく外国との連携も強くなっていることを知り、眼を開かれるような気がしました。又、実践している方の生の声をたくさん聞くことが出来、心にひびきました。
- 他国の福祉について、自分のしてきたことは小さなものであったと思う。目の前のこと、他へのことをもっと知ることを教えてもらった。何をやるにもお金が必要なのですね。他国の福祉にお手伝い出来るときには協力したい。
- CBRの考え方を学べて良かった。
- CBRの考え方。
- アジアから学ぶということ。
- CBRについての考え方。
- CBRということと福祉コミュニティがどこかでつながるように思われ、今後、CBRをもっと勉強し参考にしたいと思いました。

- CBRと国際協力、より一層の勉強が必要であることを再認識した。
- 現在のCBRの方向性が見えたこと。
- CBRとIL運動というのは、途上国、先進国という区別はなく、「地域の中で障害者がより主体的に自立して生活していけるよう、地域・社会を変えていくこと」という同じ内容であること。CBRの重要性。
- 日本だけでなく、各国の現状を知ることができました。今後の課題が明確であり、何をしていくべきかを考えさせられました。
- タイを始めアジアの問題を考えることは、実は自分たちのことを見つめ直すことでもあると気づいた。日本で失われたもので良い点がアジアに残っている。アジアに学ぶという視点。
- JICAについてよくわかった。
- リハ活動が世界で行われているということを知ったこと。種々の方法でリハビリに取り組んでいることを知ったこと。

【障害者理解】

- 「在宅障害者からみた地域リハビリテーション」で重度障害者の体験談
- 上村さんからは、もっときびしい指摘があるかと思った。
- 上村数洋氏の講演。身体障害者の生活、社会参加のための方法・手段等知らなかったことが多く、たいへんためになったと思います。一つ残念なことは、地域社会の生活で、身近な近所の間人間関係や自治体との関わりについてお話を聞けなかったことです。
- 施設に依存するばかりでなく、社会的に自立したい（在宅や就職など）という障害者もった方の意見が聞けたこと。
- 障害者の方から見た社会
- 障害者に対して社会がどのような形で関わっているのか、また、関わろうと努力しているかということ。障害者の実際の声が聞けたこと。
- 障害者側からの意見・考え方。様々な分野における専門家や当事者の方々から視点のことなる話を伺うことができた
- 障害者の立場を理解することが、今の自分に欠けていたのでは。障害者自身が意欲を持つことが、障害を克服することに大切。与えられるリハではダメだと感じた。
- 実際に障害をもつ人を全面的に出していただくと、問題点がはっきり見えてくるように思います。お話がすごくわかりやすいですし、がんばって生きている姿が感動的ですし、生活器具のすばらしさを感じました。
- 障害者からの発表・発言により、自分自身の地域リハに対する取り組みの振り返りの機会、方向性
- 私は病院という狭いところでの考えであったように思います。いろんな施設で、障害者に関わって頑張っておられる先生方を知ることが出来ました。私も頑張らねばと思いました。
- 私は看護婦ですが、私に何が出来るかという視点と、どうあるべきかとの視点、それは福祉や医療を受ける側の意見や生活ぶりがその答えを出してくれたように思う。
- あらためて障害者の人権を考え直すチャンスであったと思う。
- 重度ならば施設に行くしかないのだろうかと思案していましたが、地域で生きていく

ことを多くの人たちが考えていることに勇気を得、又、軽度（or 中度）でこそグループホームの対象、自分のことができなければ対象になれないのかというも、考え方の問題と思われました。

- 「施設はないほうがいい」「施設はニーズにできていない」の言葉が重たかったです。「受けとめるフリはしてくれるが受けとめていない」これは、ハンドヨさんの村の調査で障害をもった人たちが、考えてくれるのは家族だけ、障害をもたない人はほとんどが考えていると思っているという結果と重ねて、ものすごくこれから考えていくべきことだなと思いました。いちばんえらい人が考え直して見直して行くべきじゃないでしょうか。
- 障害者を持った親が積極的に活動している話を聞いたこと。
- 重度の障害者が利用可能な福祉機器が数多く開発されていること。重症心身障害児・者の在宅支援の取り組みが各地でされており、それが自地域でも可能なのではないかとということ。
- 重症者の方の受け入れ。
- 重症者の施策や動きがよくわかった。
- 障害者の枠を越え意見交換がなされたことが良かったと思う。
- 分科会で「重症心身障害児のコミュニケーション」がとても参考になりました。10月後半、肢体不自由児養護学校に実習にいったのですが、担当した子どもが、まさしくこの問題（コミュニケーション獲得）とぶつかっていました。こういった技術が早く学校に、各子どもの手にとわたることを望みます。
- 日本での重度・重複障害者（児）に対する施策がきちんとした形で見えてきて、今後どうすればいいか考えるチャンスになったこと。
- 障害者の生活機器の開発進歩について。
- 日本という国、国民のことを考えさせられた。障害を持っている人と持っていない人の考え方の違い。支援機器によって動ける範囲の多いこと。
- 高次脳機能障害のリハビリテーション、初めて知った事実だった。手帳が出ないとは信じられない話だ。上村さんの話、一言で言い表せないがとてもよかった。一つ一つの話が勉強になった。この大会でいろいろ学んだ。そのことを忘れてしまわず、うまく消化していきたい。
- 障害者の方は自分の障害を早く認めることによって、まわりの人に認めてもらうことができるし、又、協力もしてもらえること、自分から努力することで未来が広がって明るい姿が見えてくるということ。
- 自分は第4分科会に参加させていただいた。そこで、サポートテクノロジーにより、障害者のQOLを向上させるなど、なくてはならないものであり、今後さらに開発が進んでいって欲しいものだと思い、サポートテクノロジーの活用が大事だということが参考になった。
- 環境制御装置について

【全体的に】

- 上田先生の体系的な講演
- 記念講演 → 我々の目指す考え方がとても見えてきた、貴重な話だった。

- リハビリテーションの考え方、どうしてもせまく考えてしまいがちですが、上田先生の講演を始め各報告をみていますと、殆どの人が含まれること、総合リハの大会の意味である。
- 30年のあゆみ、経済発展と共に急速な歩みがあったと思います。ソフト面での整備が追いついていないように思います。教育問題も大事ですね。
 今後、日本人に求められている課題として、違うものを受け入れて見方を変えていくということ。各地域でノーマライゼーションをすすめるためがんばっている皆さんの話が聞けておもしろかったです。
 国の政策として地域福祉といっていますが、これを住民の側からどのようにすすめていくのか、そのやり方については、地域福祉をよりよくしていくことができること、独自の制度もつくりながら逆アプローチをしていくことの大切さを学んだ。しかし、なみなみならぬ努力が必要であるということです。
- 精薄・肢体不自由以外のところ（指導員をしているので）
- 地域リハビリテーションの様々な活動
- リハビリテーションの本質的な考え方。
- リハビリテーションが訓練に限らないということ。CBRとの関連性。
- 施設の抱える諸問題
- リハ生理工学的視点
- 制度や現状の福祉の問題点
- 毎回のことであるが、自分の領域以外の分野の現状と問題点を知ることができるのが、この会の良い点だと思います。ex. 精神障害者福祉法についての考え方、共同作業所の現状と問題点、グループホームの現状と問題点 等。
- 幅広くリハの活動の最近情報が得られた。
- いろんな部門の関係者からの実践内容を聞くことができた。
- 更に就労の意義を感じました。
- 制度はたくさんあるという厚生省の渡辺さんの話。
- やはり、それぞれの実践報告などは自分の仕事をふりかえるいい機会になります。
- 総合リハ、地域福祉、CBRなど、視点は違うものの課題は共通するものが多く、多分野の協力関係、お互いのことを良く知ることがまず大事だと痛感した。
- 専門家の持つ考え、現場で働く人々の考え、また障害者自身からの考えなど、いろんな立場からの意見・課題が聞けたことが良かった。
- 地域という視点を巡っての様々な分野の活動を知ることができました。
- 地域における障害者のおかれている立場やリハビリテーションについての、とらえられ方について知り学ぶことができよかった。
- 様々な立場の方から意見が聞けたことと、リハビリテーションの社会的な意味について参考になるような話が聞けたこと。
- 他の障害のリハビリテーションの状況
- 自分が関わったり学んだりしていること以外の分野の人たちから、さまざまなお話を伺い、意見交換することで、視野を広げていくことができた。
- まだまだ勉強不足で、おどろくことや、勉強になることだらけでした。地域に根ざしたリハの必要性、課題がみえてきました。

- リハは幅広いということ。
- 「地域に根ざしたモノ」を目指して、こんなにも様々な活動が行われているかと思った。誰もが暮らしやすい地域づくり、ノーマライゼーションというのは永遠のテーマかなと思った。どんな活動でも、これが一番というのではないと思った。上を目指して向上していくことがまだまだ必要だと思った。
- 行政面と実際に障害者が思っていることがかなりあるということ。
- 多くの視点から学ぶ必要があることに気がついた。
- 全体の障害者福祉の動向と今後について参考になった。知的にレベルのよい人は何かと考えていけるが、知的障害で重い人は社会から取り残されていく。
- 知らなかったことが多すぎて、多くのことが学べたように思います。
- 普段、自分が直接関わらない障害を持っている方の問題や海外でのことを、少しでも知ることができて刺激になりました。また、専門外のリハ工学の分野、もう少し手軽に情報が手に入ればと思います。
- 今まで、工学分野でのことにしか興味がなく、行政サイドについては、こちらからのアプローチである、つまり嘆願書などのありきたりのものであると思っていましたが、例えば、医療分野、もしくは心理面からの相法からのアプローチによって、福祉が成り立っていくといったことが（簡単にわかるようなことが）理解でき参考になりました。
- 私は福祉研究大会に参加するのは初めてですが、熱心にパワーをもって接していらっしゃる方がほんとに多くいらっしゃることに改めて驚いたのですが、それとともにあまりに普通社会（一般生活）に済む人々の意識の差の違い、また、関心のなさなどのギャップを感じたというのが正直なところです。

3. 今後の研究大会で、どのようなテーマを取り上げたらよいと思われませんか。

- 重度の障害者自身の意見を聞きたい。
- 山田昭義さんの意見がそのまま討論されず、流れていったのがおかしいなと思った。時間のこともあるから仕方ないですよ。もう少し聞きたかったです。本当にひとりひとりの人間は価値観が違うのをひとりひとりが満足いくようにというのはむずかしいと思う。私たちはひとりひとりをわかりたいけれどやっぱり人間同志むずかしい。
- 地域で頑張っておられる障害者の方の直接の話、そうした障害者を支え努力されている指導者の方の話を聞きたい。
- 「障害当事者からみたリハビリテーションの現状と課題」
- 実際障害を持った人を全面的に出していただくと問題点をはっきり見えてくるように思います。お話がすごくわかりやすいですし、がんばって生きている姿が感動的ですし、生活器具のすばらしさを感じました。
- 自立生活プログラムの推進・現状・問題点（サービス提供者側の声ではなく、もっと当事者の声が聞きたいが）。
- 在宅からグループホームを自立した生活を出来るようにする為には。障害者の自立に向けて。
- 重度・重複障害者や自閉症者、重度の知的障害者・行動障害者の在宅援助について

- 介護の場面で、リハビリが関わってどうだったか、また、どのようなリハビリ援助で効果があったかなど。
- 介護におけるケース・マネジメントのとりくみに関して。ケース・マネジメントのシステムは、これまで、ケース・マネジメントと云わなくても、それに近いことをニーズに合わせて適切な処遇を考えると実行していると考えられる。あらためて、概念を提示することで焦点の当たる意味はある。自立・支援の観点から議論・検討されるとよいと思う。
- 地域においての在宅をいかに支えるか（重複障害者）。
- リハビリテーションの訪問サービスについて。
- 訪問リハビリテーションについて。
- 地域社会でのリハビリテーション。
- 地域に根ざしたリハビリテーションのあり方。又、それを前提とした時にみえてくる行政制度（現行）の問題点、あり方の提言。
- 地域に根ざしていくのであれば、シンポジウムⅡの中井さんの言われた「どんな人の介助でも日常生活を送る」というところで、誰にでもできる介助、有効的運動などを、医師やOT、PTなどから聞けたらと思う。
- 痴呆老人が増えている中で、その人たちへのリハビリといったものを取り上げていただけたらと思います。
- 老人分野も入れるべき。
- 高齢者問題の中のリハビリテーション。
- 高齢者のリハビリテーションについて。
- 高齢者の在宅介護におけるリハビリテーション。
- 高齢化社会におけるホームヘルパー、24時間体制のシステム等。
- 特別養護老人ホームにおけるリハビリテーション。
- 高齢者問題と障害者問題。私自身スウェーデンの福祉・政策に興味があるのですが、いずれも次回のテーマになっていますし、盛り込まれています。
- 人権問題、特に精神薄弱者と身近な者との関係。身近な家族、指導員が一番その人のことを考えているはずなのに、一番差別していないだろうか？
- 「市町村格差の出現とその改善方法」
- 福祉の実態・現状、又、それをどう克服していく活動・取り組み。
- 先進的な取り組み。
- 上田敏先生の講演の中で「協業」という考え方があげられましたが、ぜひその実践例を知りたいと思います。

- 生活者としての障害者サポート（今回のサポートテクノロジーのような、リハ工学的部分も含めて、いかにQOLを充実していけるか）。
- 家屋改造等の住まいについて、建築する側（業者）の考えや意見も聞きたい。
- 福祉機器について、① 工学、使用者（＝障害者）、それをつなぐ人について、② 福祉機器を使うことがどういった影響を与えているか。

- リハビリテーション活動に関する先進国の取り組みの現状と課題。

- その後の活動報告（例えばC B R活動）や逆に日本から研修に行く方法（福祉専門職でも海外研修・協力の機会が与えられているのか）等の体験談も交えて聞きたい。
- 今回のように、身近の福祉と国際的な福祉を少し続けていってほしい。
- 国際的な視野はもち続けるべきだと思う。
- C B Rに関わるさまざまな職種間の連絡調整を誰が行っていくかについて。
- 「国際的視野をふまえて、C B Rをとりくんでいた例」テーマをとりあげたらどうでしょうか？（外国の活動から日本は何を学ぶか、どう自国のC B Rに反映させていったらいいのか）

- 入所施設および通所施設に専任・兼任いずれかのS Wを設置する方向性。
- 施設の中で長期入所している人のサポートについて（本人の意志でいるのではなく、親・兄弟の援助が受けられない人、小さな時から施設生活が中心で家族の一員となっていない人、以上のような家族に対してどのように対応したらよいか？）。
- 障害者というとりえ方ではなく、一般の福祉（生前～死後）のシステムの検討を取り上げていただけたら。

- 既存の福祉制度の具体的な利用。
- 医学的リハ以外の分野でのリハの推進がまだまだ弱いように思います。これらの到達点が明らかになるような企画であれば。「地域リハの日本の先進的な取り組みは」等。
- 具体的な地域生活への施策・方法・実態。
- テーマではありませんが、活動の中で乗り越えた壁と共に乗り越えられた要因を紹介していただきたいと思いました。
- 制度の見方。ケース検討（インシデントプロセス）。リハビリ（医療に関する）についてもっと含めたほうが良いと思う。
- 「障害児者に係わる者の育成・養成について」 現在、医師についても教師についても、障害児者についての専門知識がないままに、現場に立たされているのが現状ではないでしょうか。

- ボランティアの問題。
- 医療的なものとの関わり。
- 生活・労働などいくつかのポイントをしぼり、様々な障害分野からの報告。
- 精神障害者関係。
- 精神医学関係（心理的サポート、カウンセリング）。
- 視覚・聴覚・内部障害などに対する社会的リハビリテーション・アプローチ。
- 自閉症関係。
- 障害者（身体障害者・知的障害者）のスポーツ活動のとりくみ（プラスの部分のリハ）
- 職業問題関係。
- 障害者の雇用について。
- こんな場所（センターの機能などや地域に根ざしているもの、老人や障害者などが職業をする場）があったらというテーマ。

- 同じようなテーマでもよい。
- 今回と同じく地域との取り組み。
- 今回同様、現場（どこでも現場だと思いますが）からの報告・分科会でよろしいんじゃないでしょうか。
- 過去・現在・未来。具体的には過去にテーマにした事項・講演者・発言者、その時点と今がどう変化したか、社会・自身・研究内容等、そして今後どうなるのかに興味を持ちます。
- 現場で働く専門家と障害を持つ当事者の方との両者が意見交流できるようなテーマ。今回は、一方的な専門家の立場からの視点でしたので。
- 現状をとらえたうえで今後のリハビリテーションのあり方。
- 以前もありましたが、連携の問題をもっと深くとりあげてほしい。特に、保健のかかわりがこの大会では見えにくいと思います。
- 例えば、「障害者」といった言葉自体が差別語のように思われ、これにかわる言葉や福祉についてもですが、言語についてのテーマが必要になってくると思われます。
- 健常者（第三者）であるから言えることかもしれないが、看護する側からの身の発信ではなく、当事者からの成長した記録、楽しむことの意味、喜ぶことについての発表・発信など、もっと彼らにも光のあたるテーマがあると良いと思う。
- 今の20代の職員、今後新しく採用されていく職員、いわゆる新世代は概して「人権」「人間性」の欠如、理念の欠けた教育を受けている。そして一旦信じたら他の意見を寄せ付けない。これは一歩間違うととんでもない方向へ進んでいく。冷めた世代。このへんをどうしていくのか。こういうのはごく一部のことは思うが、職員だけでなく、地域社会でもそんな感じになってきつつある。人と人との関係希薄。こういったことをふまえて、今後テーマを取り上げて考えていかないと「理想」と「現実」の乖離に終わると思う。でもリハビリ大会で考えることでもないかもしれない。

4. 今後の研究大会を活性化するヒントを教えてください。

- 分科会を増やしたほうが議論ができておもしろい。
- 資料の事前配布はできないでしょうか。
- 資料を先に配っておく。
- 事前に資料をもらいたい。そうすれば、当日聞きたいポイントや質問など、あらかじめ用意することができ発表だけでなく、ディスカッションできるのではないか。
- やはりPRが第一では。
- 今までこういった大会があることを知らず、今回初めて参加させてもらったわけですが、もっと当たり前のようなのですが、対外的にアピールをしてもらいたいです。
- 全国から多くの実践者が集まっておられるようなので、ポスター、セッションなど、更にDisc-ussionできる機会が有効では？
- 今までOTの研修会に参加してきましたが、その狭い世界の中で専門性を高めていくことも必要ですが、こうして様々な人たちが集まって違う価値観からの話ができること

は、広い視野を持つ上でとても貴重だと思いました。これからも、どんどん日本以外の国の人たちを呼んでのディスカッションやいろいろな人が参加でき、参加者全員がテーマを共有できることを望みます。

- 話が聞き取り易いよう、ゆっくり話して欲しいです。
- 時間に余裕をもったプログラミングを。分科会をもっと少人数化し一人一回発言の持てるような雰囲気。
- 時間の余裕がもう少し欲しいと思います。
- 興味の持てる話ばかりだったが、外国の方の報告をよりわかりやすく（同時通訳など）して欲しかった。又、OHPが細かすぎて見づらかった。
- 「行政面」「医療面」「現場」という3つのところで、いつもおかしいと思うところを出して話し合ってもらったら本当の意味でのシンポジウムになるのでは……。又、会場の中で聞きたいことを用紙に記入し、2日目のシンポジウムで戦わせるとか……。
- 厚生省、県、市町村の福祉に携わっている者、又、地域の人たちとみんなで考えること。
- 各市町村のリハビリテーション活動の推進または展開について取り扱ってほしい。
- 今回のように学生などに宣伝することはよいことであったと思う。しかし、医系学生の参加はあまりなかったと思うので、もっと医系学生に宣伝し、参加を促すようにしたほうがよいと思う。
- 学生をもっと呼ぶ。
- ゆとりあるプログラムであってほしい。研究・実践発表は一つずつ時間をしっかりとって行ってほしい。その間の休憩時間をとることがより集中を促す。勉強できると思います。分科会の時間も短かったと思います。
- シンポジウムにおいては、会場の中から質問が出るように、あらかじめ準備しておいたらいかがですか。
- リハビリテーションを行っていく上で、協業していくべき職業（例えばPT、OT、看護婦など）の方からの意見も聞いてみたいと思います。
- 障害のある人もない人も「自分が」でなく、本当にお互いを思いやれるようになったら、素晴らしい研究会になるのではないのでしょうか。
- 障害をもった方の自主的な参加。
- リハビリテーションの分野によってわけて、順に行っていたほうがわかりやすく、会場からも意見が出やすかったのではないだろうか。また、シンポジウムⅡのように座長が話のポイントをまとめて伝えたくて発言のほうが聞きやすいように思えた。
- 研究成果を現実化するための手段にしてほしいです。
- それぞれの地域における活動を具体的にあげてもらおう。例えば「～市の取り組み」という形で事例をあげる。
- より多くの人に呼びかけ、もっと様々な立場の人から発表してもらいたい。
- 一般市民などにも広く呼びかけ、PRして様々な人たちに聞いてもらうこと。
- 討論する時間がないので、最低でも1時間は討論できる時間を分科会などで設けてはどうでしょうか。
- もう少し少数化できれば、もっとつっこんだ会議になるのではないかと。
- 時間をもう少し多くとれたら、もっとのびのびと発言者が話せたらと思います。体験

してきたこと、問題をどのように解決してきたかということなど、実践の立場というのを深められたらいいです。問題点をあげることで、それについて話し合う場を設ける。

- シンポジウム：一人一人の発言に十分な時間がない。相互の議論が少ない。フロアとかみ合わない。いっそのこと、分科会形式により、テーマ別に一人一人に十分な時間を与えたらどうか。
- 住民の声 → 障害者本人（団体が主体）としての声が強い要求のように感じます。そして、その活動を介して社会に認められてきています。でも、住民の中には、強い要求とは思われないけれど、個人には重要な要求があります。そんな細々なことと思われることについても考えられる場であればと思います。
- 障害者をもっと意見を言える場をつくとよい。
- 今回のように、ケースの方ご自身の講演もとってもよかった。
- 同一テーマに対して、障害者にかかわっている立場と、受け手である障害者の発言・発表のできる企画。
- もっともっと多くの、それも専門家だけでなく多種多様な職業の人が参加できるといいかもかもしれません。
- もっと病院の若い看護婦の参加を呼びかけてください。看護学会のように参加しやすいアピールを。
- 1日目の質問者の中にもいらっしゃいましたが、確かにデータ解析などの話は堅く難しいし、海外の話もスライドを見て原稿を読まれるだけではあまり意味を見ない気がする。学者の報告会ではないので、もっと思ったことを話してほしい（その人の言葉で）し、生の声が聞けるような話が聞きたい。
- 実践発表はおもしろいですね。……もっと論議しやすいようにして。本日の論議の中で出された問題提起 “制度を学ぶ”
- リハビリを助ける具体的な器具・用具展示がほしい。又、このような援助器具をつくってくれるメーカーの全国一覧表などがあると尚よいと思う。
- 外国人スピーカーの場合、同時にせよ、その都度にせよ通訳を通じて実施してほしい。行政批判の勇ましい方々の話も結構だが、結局、金の援助をあてにしているのだから、あまり一方的な言い分ばかりでは鼻につくので、もっと押さえてほしい。
- 分科会の出入り自由にしてみたら？と思いますが。
- 自分たちの施設の概要を述べるのを少なめにして、もっと中身を濃くしてほしい。問題点をどう受けとめ、どのように解決策を出してきたのかの取り組みなど。
- ① マスコミへの宣伝、事前に地元テレビ局・新聞社等に情報・宣伝を強化しておく。
② 学生への広報、③ 来年度の宣伝、④ このようなアンケートからの意見を充分くみ取る。
- もっと障害者や一般方に広報されたいかがでしょう。
- リハビリテーションの各分野で用いられる用語・概念について、知らない意見がありました。基礎講座等基本的な学習ができる場面の設定があれば如何でしょうか。
- 大石順教さんの様に、身体に障害があっても心の障害になってはならないの様に、多くの障害者が、やって貰うのが当たり前前気持ちを脱し生きる希望を持つように実践されている方の話を取り上げて欲しい。
- 他の専門家たちそれぞれの集まりとは異なり、横断的な集まり討議の場であること、

幅広い問題に触れることができることが、この会のよいところであると思います。今後も、このスタンスをくずさずに、かつ統合的問題も常に扱い、かつ、ユーザーである人、主体者である人々の参加をもっと促進していくことが必要と思われる。

5. 今回の研究大会の感想、印象、問題点、その他お気づきのことをご記入ください。

- 多数、多種の方の参加をみて、自分自身が活性化した。
- とても良い勉強になりました。実践内容もよく理解できた。
- 「CBRと国際協力」では大変参考になりました。
- 非常に多彩で多様な内容だった。難を言えば余りに多様すぎて、一つ一つの議論が深まらない点があった。参加費用のリーズナブルさは驚きです（2日分の昼食込みで、）。スタッフの皆さんの準備等も大変だったことですが、気持ちよく参加できました。
- 学生の身分で、このような専門的・国際的な大会に出席できたことを感謝しております。今まで学んできたことと結びつけながら社会に生かしていけたらと思っています。
- 今日のような短時間でリハビリテーションを、地域から国際化まで、様々な角度で勉強することができました。私のような若者でも、分科会ではわかりやすく講演をきくことができました。どうもありがとうございます。
- 記念講演で上田敏先生のお話が聞いて大変よかった。
- 様々な分野、視点からの話を伺え大変勉強になったと思います。今後、広くリハビリテーションを勉強していく上で、その基本的な考え方や現状における問題、課題を理解できたことは大きいと思います。限られた時間の中で話をしなければならないということで、各発言者の方々、座長の方々ご苦労なさったと思いますが、今後とも、このような多職種の人々と現場の方々、当事者の方々の意見交換ができる場として研究大会が継続して行って頂きたいと思います。
- 大変勉強になりました。
- はじめて、こういった研究大会に参加しました。様々な現場で働く私たちが（私はまだ学生ですが）常に、最新の情報と課題に目を向け、行動をおこしていくことが必要なのだと感じました。また参加できたと思います。
- 皆さんが、それぞれとてもとてもとても考えてみえる方たちだと思いました。地球の上の人間の数だけ分のやり方が必要だと思いました。
- 昼食が両日ともすごくおいしかったです。学生で参加したので現場の生の実践のレポートや方向性を学べるよい機会になったと思います。来年も参加して自分の将来の道への示唆にしたいと思っています（現場の福祉職志望です）。
- 初めて参加しました。大きな大会でおどろきました。いろいろな問題をいろんな方面の方から述べられていて非常に勉強になりました。
- たいへん内容がこい。しかし、その分、理解をしついでいくのがたいへん。特に手話通訳の人が……。しかし、同時通訳、手話通訳などが大変充実していて大会を支えている人に感謝したい。
- 立派な会場であるが、慣れるまで迷うことが多い。食堂レストランの近くのトイレがわからなかった。大会と関係ないが、参加者も多く、よく準備された運営でした。お世

話様でした。

- こういう大会に参加するのは2度目で、いろいろな人の意見が聞けて刺激になった。そこから得るものも沢山あった。特に、特別講演では私自身の生き方や生活を振り返り、もっとこれからの自分の生き方を考えてみたいと思った。私よりずっと輝いている人生を送られている、一所懸命生きておられる姿に感動した。
- 肢体不自由児をもつ親として、将来に向けての不安がある中で、上村先生のお話に感動しました。これからも、もっといろいろな方々のお話が聞けたらと思います。
- 障害を持った人が参加することは、専門職の自分にとって刺激となりました。今後も上村さんのような話を聞きたい。
- 障害児を持つ親としてすごく勉強になりました。我が子はまだ小さいので、これから先の未来、生きていくことが明るく感じることができました。まだまだ、がんばらねばならない点が山積みされているのですが……。社会に貢献できる人間に育てていきたいと思っています。
- 広い快適な会場で、お弁当を配るシステムもよく大変よかったです。有り難うございました。
- 会場がよかったです。お弁当が用意されていたこと。
- 短い時間に、本当に参考になる沢山の講演が聴け有り難く思っております。会場も広く、座席が空間が広くよかったです。明るさも充分でした。手話通訳、速記とも初めての経験でした。
- ① とても環境的に恵まれていた、会場がよかったです。広い会場で、机の上でゆっくり資料を見ることができた。
 - ② 昼食が6,000円の会費に含まれているとは知らなかった。安価で便利だった。
 - ③ 上村数洋さんの講演はとても感動しました。現在の福祉・医療の現状で、立派に自立している人々の紹介は、私たち従事者を励ます力となる。
 - ④ OHPの筆記は驚き、私は初めて見ました。ご苦労様。
 - ⑤ 発表者は時間厳守、守らねば降壇させる勇気を司会者は持ってもらいたい。後々の迷惑になるので。
 - ⑥ 演者への注文、スライドが暗かったり見にくいものが多い。
 - ⑦ 手話・OHP筆記・参加者への配慮がよかったです。
- 2日間の中で、いろいろ感激し驚き、得るものがたくさんありました。ただ、あまりに盛り沢山すぎて時間が足りず、消化されない面がありました。もう少ししばってもよいのではないのでしょうか。
- 大勢の方々のお世話有り難うございました。会場の中が広すぎて少々迷いましたが……。午前・午後1回づつ休憩が欲しかった。16日は、午後にあってほっとした。
- 内容的には充実しており、障害者に関する問題を多角的に扱ったので優れていると思う。
- 座長からフロアの発言者の所属・氏名発言の指示がなかったように思います。外国からの出席者・発言者のレジュメをもう少しわかりやすくしてあればよかったですのではないのでしょうか。最後に、準備された関係者の方々大変だったのでしょうか、全般として快適に過ごさせて頂きました。有り難うございました。
- 分科会の場の設定（討議できるよう）、話しやすい、一方的でないようにしていた

けたら……。人数的に多くて困難だったかもしれない。

- ① 公的体制の責任について質問がでて、それなりに答えるように運営されていないことに疑問を感じます。特に重度・重複の問題を考える際に当事者がボランティアを組織していく力量を持たない状況の中で、いったい、誰が何をしていくのか、日本の貧困な福祉を実感しました。スウェーデンやデンマークでは、一人の障害者が地域に暮らしていくために必要なサービスは、すべて国や地方が提供していく、そのためのコーディネートは専門家を配置していると、はっきり答えられた姿を思いかえしながら、なら、なぜ日本は、当事者・家族にだけしわよせがいつてしまうのか、是非その答えを教えてくださいたいと思います。
- ② 日本の障害者運動の連帯のなさを実感しました。各地の実践を知る機会があまりにもすくない。制度を知ることも少なければ、がんばっている団体がどこにあるか知る機会もない、→ 是非、分野ごとの活動をまとめたものがあれば、もっとかわっていくのではないのでしょうか。
- 研究大会とは関係ないと思いますが、
 - ① 今の福祉は、障害者へのサービスが中心で、施設の中で働いている職員に対しては、何が職員を守ってくれるのか？（施設の中で事故が起きたとき。少ない職員での対応）
 - ② 障害者を持つ親（家族への）教育（大切な家族の一人だということ）。
 - ③ 福祉事務所の情報・知識不足、対応のいい加減さ（引継がされていない。施設まかせである）
 - ④ 現場の人の話をもっと聞きたいと思いました（きたないところをきちんと見ている人）
 - ⑤ これからの施設のあり方。
- 地域といっても社会資源等で比較的（絶対的に）恵まれている都市部の人たちの発言が主のように思われました。実際、小さい市町村での取り組み、困難性（全くその気がないとか）そんな声が聞きたい。なかなか社会資源を活用できない人たちが、地域をつくるにはどうする（どうしている）のだろうか。
- 長い時間、通しの講演はとても疲れる。
- 専門的な話が多く勉強になった反面、もっと時間をかけゆっくり細かく聞きたかった。
- 時間の配分に余裕を。
- 座長が、発言者の時間制限を厳しくしながら、自分はよけいな発言をする。自分の好みを、十分な説明・理由をいわないで押しつけるなど。

参加者が広がりをもっているのはよいが、討論が深まらないおそれがある？！
- 分科会を増やす。OHP・手話には感心させられました。
- 高齢者の問題にしろ、障害者の問題にしろ、今までは施設へと言ったことが当たり前のようにとらえられてきた中で、「その人らしく」という気持ちを大切にしたとき、もっともっと地域でみんなとごく普通に生活できるようなことを考えていくべきだと強く思いました。
- 分科会の内容について（選択の際に）テーマのみでなく、もう少し補足する説明があると、選択する場合に、より自分自身の勉強したいものを選べると思います。
- 発言者の人数と設定時間に無理がある。

- ① もっと休憩時間を含めて、余裕をもってプログラムを設定する。
- ② 発言者に対して、事前に時間厳守の意識をうえつけること。
- ③ 時間を超えた場合はベルを鳴らして警告する。

といった対応策を考えられたい。

- お話をされる方が皆さん要職に就いてみえるせいか、非常に難しい話をされたことが残念。専門用語、難い説明の仕方等改善されなければ、現場で働く人々、それを目指す人々など一般の方々にはわかりにくいままで、CBRが広まらないと思います。
- 初めて参加しましたが、内容が高度でいろいろと参考になりました。ただ一つ気になったのが、某大学の学生たちが、他人の発言中にいじめ問題について討論していました。周りの人たちの迷惑も考えられない程度の人たちが、偉そうな福祉論を唱えながら明日の福祉に携わるのかと思うと、日本の福祉も先が知れてるなどと思います。開催地は、福祉系の大学が近くはないほうがよいと思います。
- 地域の中で統合（社会資源活用の際の）とは、どのくらい進んでいるのだろうかと思った。例えば、障害児の放課後対策、学童保育など。特殊学級（養護学校）に通っていれば、家庭・学校の2点間だけの生活なのだろうか。障害児の「人間的復権」とは、と考えた。アジアと日本とどのくらいつながれるのか、と関心を持っていたが正直言うとよくわからなかった。「リハビリテーション」が何であるか、深く知れた気はするが、かえってまとまらなくなってしまった。
- 会場の大きさに比べてスライドが見にくい。国際報告の内容が形式的。
- あまり盛りだくさんすぎたのではないでしょうか。しかし、学ぼうとして来ている人たちばかりなのでよいかもかもしれませんが。ある程度準備がないと発言しにくかった。CBRの話でいろいろなことをはじめて知りました。
- 行事が多すぎてつかれる。
- 手話通訳の他に、OHPによる解説も行われていましたが、手書きのスปีトと話の内容に無理があるようで、健常者から拝見いたしましたかぎりでは、かなり難しい感がいたします。これだけワープロが広がりOA機器も充実してきた時代にあって、サポートテクノロジーとしてはあまりにもお粗末な実態を見たような気がします。少なくとも会場が「国際デザイン……」と付く以上、その会場内で行われる会議をサポートする機器は、さすがと言われるようなもの・方法論を展開してほしかったと、この2日間ずーと頭にこびりついていました。
- 講師の方の人数をもう少し少しぼって、一人一人の話をじっくり聞きたかったです。「重度・重複障害者（児）の在宅援助」のところで、もう少し実践の中身のことが聞きたかったです。ex. デイサービス・プログラムの具体的な内容、当事者の気持ちを引き出していくためのアドバイスなど。
- いつも、このような研究大会に参加して思うのは、行政の遅れである。今回は行政だけでなく、日本という国全体や、国民についても少々腹立たしく思った。「頭」だけ動いて、本当の意味での福祉と言うことが話されていない。「福祉、福祉」と云うばかりで、国全体に反映されていない。まだまだ「障害」目に見えるものだけとらえ「心」を感じてもらえないと云うことを痛感した。
- 発言者の話すスปีトが早すぎる人がおられ、手話通訳の方がつらそうでした。
- 施設をなくし地域化の流れであることはわかるが、地域に帰っても重心の具体的な支

援活動、公的な援助がまだまだ少ないことを改めて感じた。高齢者のゴールドプランのように、もう少し在宅 支援を強化してほしい。

- 初めて参加したが、全国（+アジア）の参加があり、もっと地域（各都道府県）の方との意見交換の場がほしい。まとが広すぎる。
- どの発言者も自治体としての福祉事務所が情報の窓口であるとは考えてみえないようで、自治体への期待のなさを感じられました。福祉事務所の窓口にいる私自身とても制度の概要すら知っているとは言えませんが、窓口に来て、又は電話等でお尋ねいただいた方には将来への生活を考慮してアドバイスしたいと心がけております。情報収集は福祉事務所の窓口を利用いただき、行政としての窓口の多様な情報提供・アドバイスの適切化向上を図ることを考えていただきたいと思います。
- 行政の方もいたのかと思った。いいと思った。それならば、もっと制度面なんかの困難をもっと言ったらいいと思う。センターや養成所などこんなのができればよいというのをあげてみるなど。
- 幅広いテーマ、また広い地域にわたっての話が続き非常に参考になりました。ただ（限られた時間の中では難しいと思いますが）時間に追い立てられるような印象を受け、シンポジストや講師もせかされて早口になってしまい、言いつ放し聞き放しになった感があります。シンポジストの人数を減らす、あるいはテーマを一つ二つ削るなどすれば、もう少しおちついて話を聞けたように思います。（特に外国からの講師の場合は通訳時間も含め、かなりの余裕が必要だと思いました。）
- もりだくさんで、表面上は分かっても、具体的なこと（もっとくわしいこと）は分かりづらかったところがある。
- 私は、重症児施設に勤める者ですが、働きだして3年目、今まで機能的な面にばかり気をとられていた。その人を全体的に見ること（その考えというか、見る視点）を忘れていたように思います。技術の前に、その人にどう関わっていくのか、その人が生活していく上で何が必要か、私は何にアプローチできるのかを考えることが大事ではないかと思いました。その上で、具体的な方法がおのずとみえてくるのではないのでしょうか。
- OHPは、レジュメのように前もって用意し、アンダーラインを引く形にしないと意味がないと思う。CBRをはじめて知ったので何も分かりませんでした（事業内容ばかりで表面的なことしか吸収できなかった。）
実行委員会の皆様ご苦労さまでした。
- 外国の方のスピーチ、打ち合わせ不足では？ ありがとうございます。刺激を受けました。
- 会場が広いため、スライドが見づらかった。CBR活動の報告の前提として、アジア各国における障害者問題の現状をもっと詳しく知りたかった。
- ① 発表時間が一杯で演者にも失礼だし、参加者は聞き手にまわってしまう。演者の数をもう少し少なくして時間的に余裕を持てるようにしてほしい。
② スライドの質にバラツキがあり、見にくいものもあった。スクリーンが大きいのもっと大きく写すことはできないのだろうか。
③ 翻訳をスライドでやるのは失敗だったと思う。
- ① 外国の方のお話の時、インターホンなどを用いての同時通訳できないでしょうか（時間が2倍かかり無駄です）。

- ② 後ろの方にいましたので、スライド・OHPの内容が全然分かりませんでした。
 - ③ 内容的には勉強になりよかったですと思います。
 - ④ 分科会の司会・進行、もっと上手だったら良かったのでは……。
 - ⑤ 発言者の方々の時間を厳守していただきたいと思います。
- 外国の方(タイ)が自国語で話すのはよいが、通訳体制がもう少しスムーズにいけばよいと思う。インドネシアのハンドヨ・チャンドラクスマ所長さんの会話は通訳者とのコンビネーションがうまくとれて聞きやすく良く理解できた。
- ① 全体的に良かったと思う。
- ② 折角、アジア各地の人がみえたので、その方達の話を通訳もしっかりつけてもう少し聞きたい。
- 話の内容が難しいわりに一人あたりの発表時間が短く、早口であわただしく終わってしまうことが多かった。多くの人に発表してもらうのはたいへんよいことだが、たくさん呼んでも実のある発表を充分してもらえないなら問題ではないでしょうか。
- 研究発表であり、簡潔で良かったのですが、各時間が短い。
- 時間にゆとりがなかった。
- ① シンポジウムにおいて発言者がまとまっていなかったため、何をいつているのかわからなくなってきていたためもう少しまとめた形で発言してほしい。
- ② 質疑応答にとどまらず分科会ではディスカッションができればよいのではないだろうか。又、もう少し分科会を細かくわけたほうがよいのではないだろうか。
- ③ 分科会の時間が短かった(発言を聞いているだけでおわってしまい充実しなかったように思える)。
- ① 外国人の方々に対する配慮(通訳・ビデオのスライドなど)をもう少ししてほしい。
- ② 各職場からの代表者を設けて、各方面からの意見を求める。
- ③ 現場の実状、仕事の実状をもっと述べてほしい。
- ④ 発言者の言葉を書きとってOHPで拡大して示していたが、ただそのまま書くよりも、少しまとめて書いた方がよいのでは……。漢字の間違いも多くて結構その人の語学力が見える。
- せっかくの講演だったが、タイのスグンヤさんの講演は英ゴがわからない者にとってはスライドではほとんどわからなくもったいないと思った。ハンドヨさんのように通訳をしていただきたかった。
- 要約筆記者や手話通訳者はとてもたいへんでごろうさまでした。ただ文字のまちがい、用ゴのまちがいがかかり多かったので周りでサポートしてほしいと思いました。
- 報告のみに終わりがちな感じがしました。時間が足りないので仕方がないのでしょうか。
- シンポジストの方々ももっとポイントをしばって簡潔にまとめていただきたいです。あとからいろいろつけ足されても論点がぼやけるだけです。それから問題点をただ出すだけでなく、それに対し、具体的にどう対処していくべきかまでを話していただければ、もう少し意見がでやすかったのではないのでしょうか。
- ① 会場についてエレベーターや車いすトイレがあって障害者に高齢者に使いやすい。いろいろと整っているいろんな会合に、イベントに使われていくことと思う。それ

について、障害者や高齢者の団体が使用する場合、より利用しやすいよう料金を半額とか優先して使えるとか、していくとよいのではないか。ふつうの団体が利用できる施設は市内に県内に他にいろいろあると思う。

② アジア諸国の参加者が、どこの国の人たちが来ているのか1回聞いただけではよくわからなかった。

③ 聴覚障害の人にはとてもわかりずらかったと思う。テキストにないことは事前にその内容をOHPの人に伝えておけばいいのでは？

① 外国語の発表については、発表内容をの訳をビデオなりで流すようにしたらいかがですか。

② シンポジウムにおける報告時間15分はみじかいです。報告数が少なくても、もう少し長い時間とった方がよい。

③ 冊子の中に、CBR、JICA……等の用語の説明も入れたら、初めて参加する人にとってわかりやすいように思います。

特別講演のズクニヤさんのお話に日本語の通訳をしっかりとつけてほしかった。難しいお話のうえに、話すスピードがあまりにも速すぎて、手話通訳・OHPもついていけなく大変であったと思う。また、健聴者の方も聞きづらかったと思う。

会場のことであるが、舞台上上がるスロープは介助者が利用できない(すべり止めがない為、くつがすべってしまい車いすがおせない)そのため大変危険であった。

前大会のときに土・日の開催だと休日出勤などいろいろ調整がむずかしいという意見で今大会は平日になっていますが、仕事を休んで大会に参加する者にとっては、せめて金・土とかにさせていただけると、私の場合一日休むだけですみますので(二日間は休みにくい)少し考えてみていただければいいなと思います。

大会の中身と関係はないですが、この研究大会では体の不自由な人も多いと思います。それなのに、何故交流会は立食なのでしょう。

短い時間の研究発表は、発表する人にとってみると満足しなかったと思います。もっと時間が必要な気がしました。

私は聴覚障害を持っています。手話通訳・要約筆記(OHP)があつて助かりましたが、まだ不十分です。そこで、ぜひとも次からは手話通訳、OHP通訳はもちろんとしてノートテイク、ループアンテナ設置をお願いしたいと思います。以下にその理由を述べます。

① ループアンテナは、軽度の難聴者で補聴器を使用している者なら、誰でも活用でき、話し手の声がマイク→ループアンテナを通して直接補聴器にはいるので、話し手の声ははっきりと聞くことができます。ただし、これだけでは不十分な難聴者もいます。そのような難聴者は手話通訳・OHP通訳・ノートテイクをも活用することになります。

② ノートテイクは、話し手の話を全てノートに書き記すのですが、かなりの労力を伴うため、聴覚障害者1人に対し最低限2人、ノートテイカーとしてつけてもらうことが条件です。聴覚障害者を間に挟むようにノートテイカーが座る形で、ノートテイクしてもらえるようにお願いします。ノートテイクは一人が書いている間はもう一人の方は休憩してもらい、おおよそB5一枚(片面)書き終わったら交替すると、

ノートテイクの疲労が蓄積し難いと思いますので、このようなノートテイクの方法をお願いします。(手話通訳・OHP通訳によって話し手の話はおおよそわかりますが、自分のノートが書けないので、ノートテイクしてもらいたいと思います)

- ③ 手話通訳・OHP通訳は、これまでどおり保障をお願いします。ただ、手話通訳・OHP通訳において発言者や司会など壇上に上がって話をする方が原稿をつくり、その原稿をそのまま話すというだけであれば、大会までに手話通訳者・OHP通訳者に原稿のコピーを渡してください。OHP通訳者は事前にOHPロールに原稿内容を書き写すことができますし、手話通訳者も手話表現の確認ができます。また、手話通訳には今大会2日目のように話してのすぐ隣に立ち通訳するようお願いいたします。そうすると、聴覚障害者の視界に話し手と通訳者が入り、話の流れや雰囲気、何について話しているのかが分かり易くなります。話し手と通訳者が離れていると、私たちは通訳だけを見て、話し手がどんな気持ちで話しているかが全くわかりません。次に手話通訳は、話し手が何かを話している間は続けるものですから、スライドで会場を暗くしても、話し手と通訳者にはスポットを当ててください(今大会2日目はこのようになされていました)。そのことによって、手話通訳がはっきり見え、私たち聴覚障害者にも話の内容がよく分かります。

次に、話し手(壇上に上がって話をされる方)にお願いがあります。それは、もっとゆっくり話をしてほしいということです。あまりに速くお話をされるので、手話通訳やOHP通訳は遅れがちです。さらに今大会では準備されなかったノートテイクも話についていくのが大変です。私の友人も頑張ってノートを取っているのですが、全然ノートできず困っています。時間にせまられ早口になりがちなのは十分に分かりますが、メモすらとれないのでは聞くだけで終わってしまい大変困ります。

次回からは、壇上で話す人は早口で話さないよう前もってお伝えください。

以上、長々と書きましたが、次回から全て実施していただければ、この総合リハビリテーション研究大会における聴覚障害者に対するバリアフリーがかなり進むことと思います。どうかよろしくお願いします。

また、視覚障害者の方に対しても点字プログラムを渡すのみならず、大会中使用されるスライドやビデオの状態、説明、解説をする方をつけてはどうでしょうか。視覚障害の方々には、視覚的なイメージを細かく解説すれば、どのような状況なのかを把握できるという話を聞きましたので、ここに記しました。

簡単に記しましたが、いろんな障害者団体に問い合わせれば、しっかりしたことがわかるとお思いますので、お問い合わせの上、実施されてはどうでしょうか。

いろいろ差し出がましい事ばかり述べましたが、お役に立てれば幸いです。以上です。

~~~~~

【以上のアンケートの回答文は、できるだけ原文どおり紹介できるよう努めました。ひらがなだけでは意味がわかりにくいところを漢字にしたり、誤字を訂正したり、前後を入れ替えたりして、書かれた趣旨が分かるように手を入れさせていただきました。また、判読不明の部分については一部省略しています。事務局】

## 第17回総合リハビリテーション研究大会開催要項

1. テーマ：現場の視点で考える　－ 地域から、アジアから　－
2. 日時：平成6年12月15日（木）・16日（金）
3. 会場：名古屋国際会議場（白鳥センチュリープラザ）  
名古屋市熱田区熱田西町1番1号
4. 定員：500名
5. 参加費：一般6,000円、学生3,000円  
（2日間の参加費、昼食代、資料・報告書代を含む）
6. 交流会費：一般4,000円、学生2,000円
7. 主催：財団法人 日本障害者リハビリテーション協会  
第17回総合リハビリテーション研究大会実行委員会
8. 後援：厚生省、労働省、文部省、愛知県、名古屋市、全国社会福祉協議会、日本障害者雇用促進協会、社会福祉・医療事業団、愛知県社会福祉協議会、名古屋市社会福祉協議会、(財)社会福祉ひろめ会
9. 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、日本義肢装具士協会、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、全日本特殊教育研究連盟、日本身体障害者団体連合会、日本リハビリテーション工学協会、日本精神薄弱者愛護協会、日本発達障害学会、日本精神衛生会、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、全国精神障害者家族連合会、共同作業所全国連絡会、視覚障害リハビリテーション協会、全国精神障害者社会復帰施設協議会、日本医療社会事業協会、日本言語療法士協会、日本社会福祉士会、日本手話通訳士協会、日本障害者協議会、日本リハビリテーション看護学会、国際協力事業団（JICA）
10. 運営：第17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

## テーマ 「現場の視点で考える」

12月15日(木) 第1日

|       |                                                                                                                                                                                                                 |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 9:00  | 受付                                                                                                                                                                                                              |
| 10:00 | 開会式 主催者・来賓挨拶                                                                                                                                                                                                    |
| 10:15 | 記念講演 司会：永井肇（名古屋市総合リハビリテーションセンター長）<br>「日本のリハビリテーション — 過去・現在・未来 —」<br>上田 敏（日本障害者リハビリテーション協会副会長）                                                                                                                   |
| 11:00 | 特別講演Ⅰ 司会：松井亮輔（日本障害者雇用促進協会審議役）<br>「開発途上国のリハビリテーションの展望 — タイの経験 —」<br>スグニヤ・スリプラチャ<br>（タイ・シリントン国立医療リハビリテーションセンター所長）                                                                                                 |
| 12:00 | 昼食                                                                                                                                                                                                              |
| 13:00 | シンポジウムⅠ「CBRと国際協力」<br>座長：富田輝司（日本福祉大学教授）<br>発言者：中澤 健（日本社会事業大学社会事業研究所客員教授）<br>高嶺 豊（国連アジア太平洋経済社会委員会障害者問題専門官）<br>田口順子（日本理学療法士協会国際渉外部長）<br>小林明子（アジア福祉研究所主宰）<br>ハンドヨ・チャンドラ・クスマ<br>（インドネシア・CBRソロセンター所長）                 |
| 15:00 | 国際報告 司会：奥山元保（日本障害者リハビリテーション協会事務局長）<br>「韓国の障害者リハビリテーション」<br>崔 鍾吉（韓国障害者リハビリテーション協会企画部長）                                                                                                                           |
| 15:20 | 休憩                                                                                                                                                                                                              |
| 15:30 | 分科会 ※4会場で同時開催<br>第1分科会 2号館3階234会議室<br>「地域における新しい生活づくり・しごとづくりとネットワークング」<br>座長：柴田謙治（愛知教育大学総合科学課程人間社会コース助手）<br>発言者：北川侑子（野方の福祉を考える会コーディネーター）<br>竹中ナミ（プロップステーション代表）<br>久富 靖（名古屋勤労市民生活協同組合事務局）<br>高石伸人（福岡県直方市社会福祉協議会） |

# — 地域から、アジアから —

12月15日(木) 第1日

|       |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 15:30 | <p><b>第2分科会</b> 4号館3階431・432会議室<br/>「家族・家庭を支える地域社会の課題」<br/>座長：峰島 厚（江南女子短期大学教授）<br/>発言者：池末 亨（東京学芸大学助教授）<br/>平川毅彦（愛知県立大学助教授）<br/>小邑弘光（ゆたか福祉会つゆはし作業所長）<br/>宮田鈴枝（愛知県障害者（児）の生活と権利を守る連絡協議会顧問）</p>                                                                                     |
|       | <p><b>第3分科会</b> 2号館3階232・233会議室<br/>「日本における国際交流・研修活動をどう深めるか」<br/>座長：池住義憲（アジア保健研修所事務局長）<br/>発言者：上野悦子（日本障害者リハビリテーション協会国際課長）<br/>沼田千好子（日本精神薄弱者福祉連盟）<br/>穂積武寛 国際協力事業団（JICA）<br/>飯島蘭子（アガベ身体障害者作業センター）</p>                                                                            |
|       | <p><b>第4分科会</b> 4号館1階白鳥ホール（全体会場）<br/>「障害者の生活環境とサポートテクノロジー」<br/>座長：原田雅司（愛知県心身障害者コロニー副総長）<br/>三田勝巳（同 発達障害研究所治療学部長）<br/>発言者：山形積治（北海道教育大学旭川校教授）<br/>畠山卓朗（横浜市総合リハビリテーションセンター企画研究室主査）<br/>桜井康宏（福井大学工学部環境設計工学科助教授）<br/>小田博道（社会福祉法人太陽の家身体障害者職能開発センター開発課長）<br/>原田雅司（愛知県心身障害者コロニー副総長）</p> |
| 17:30 | <p><b>分科会終了予定</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 18:00 | <p><b>交流会</b> 司会：二木 立（日本福祉大学教授） 3号館地下レストラン</p>                                                                                                                                                                                                                                  |



12月16日(金) 第2日

|       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 9:30  | <p>プレゼンテーション 司会：児島美都子（龍谷大学社会学部教授）<br/>「愛知のリハビリテーション実践活動の紹介」</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● 肢体不自由児の運動機能の発達障害について<br/>三田勝巳（愛知県心身障害者コロニー発達障害研究所治療学部長）</li><li>● 障害者の労働の場の確保と生活向上へ向けての活動<br/>秦 安雄（ゆたか福祉会理事長）</li><li>● 重度身体障害者の在宅生活向上を図る活動<br/>山田昭義（A J U自立の家専務理事）</li><li>● 心身障害児の療育援助活動の展開<br/>島崎春樹（あさみどりの会専務理事）</li><li>● 高次脳機能障害者の職業リハビリテーション<br/>尋木佐一（名古屋市総合リハビリテーションセンター職能開発課長）</li></ul> |
| 11:00 | <p>特別講演Ⅱ 司会：畠山卓朗（横浜市総合リハビリテーションセンター企画研究室主査）<br/>「在宅重度障害者からみた地域リハビリテーション」<br/>上村数洋（頸髄損傷者連絡会・ALD岐阜）</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 12:00 | <p>昼 食</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 13:00 | <p>シンポジウムⅡ<br/>「重度・重複障害者（児）の在宅援助 ― その可能性と困難性 ―」<br/>座 長：万歳登茂子（名古屋市総合リハビリテーションセンター附属病院リハビリテーション部長）<br/>発言者：遠藤六朗（重症心身障害児施設第二びわこ学園副園長）<br/>渡辺次男（厚生省児童家庭局障害福祉課障害福祉専門官）<br/>柴田洋弥（武蔵野市障害者総合センター）<br/>中井香代子（名古屋撫（ぶな）の森）<br/>峰島 厚（江南女子短期大学教授）</p>                                                                                                                                                                |
| 15:15 | <p>全体会<br/>座 長：鈴木清覚（全国授産施設協議会調査研究研修委員長）<br/>報告者：各分科会座長</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 16:15 | <p>閉会式 主催者挨拶・次期開催者挨拶</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

## 第17回総合リハビリテーション研究大会実行委員名簿

|        |                                    |
|--------|------------------------------------|
| 大会会長   | 山下 真 臣 (日本障害者リハビリテーション協会会長)        |
| 実行委員長  | 村 地 俊 二 (愛知県立看護短期大学学長)             |
| 実行副委員長 | 永 井 肇 (名古屋市総合リハビリテーションセンター長)       |
| 実行委員   | 児 島 美都子 (龍谷大学社会学部教授)               |
|        | 高 森 敬 久 (仏教大学社会学部教授)               |
|        | 村 上 英 治 (椙山女学園大学教授)                |
|        | 秦 安 雄 (日本福祉大学教授)                   |
|        | 加 藤 孝 正 (同朋大学社会福祉学部教授)             |
|        | 野 村 彰 治 (愛知県社会福祉協議会常務理事)           |
|        | 上 野 悌 司 (名古屋市社会福祉協議会常務理事)          |
|        | 谷 口 清太郎 (愛知県雇用促進協会会長)              |
|        | 六 鹿 義 一 (愛知県身体障害者福祉団体連合会会長)        |
|        | 梅 村 忠 雄 (名古屋市身体障害者福祉連合会会長)         |
|        | 鈴 木 峯 保 (愛知県精神薄弱者愛護協会会長)           |
|        | 丹 羽 一 郎 (愛知県精神薄弱者育成会会長)            |
|        | 牧 野 正 男 (名古屋手をつなぐ親の会理事長)           |
|        | 大 竹 肇 (愛知県精神障害者家族会会長)              |
|        | 鬼 頭 豊 (愛知県特殊学校長会会長・大府養護学校長)        |
|        | 安 井 俊 夫 (愛知県民生部長)                  |
|        | 下 方 幸 夫 (愛知県労働部長)                  |
|        | 澤 宏 紀 (愛知県衛生部長)                    |
|        | 棚 橋 邦 夫 (名古屋市民生局長)                 |
|        | 渡 邊 晋 (名古屋市衛生局長)                   |
|        | 小 川 修 平 (愛知県心身障害者コロニー総長)           |
|        | 猪 飼 通 夫 (名古屋市総合リハビリテーションセンター附属病院長) |

## 第 17 回総合リハビリテーション研究大会幹事会委員

| 氏 名          | 所 属                                    |
|--------------|----------------------------------------|
| 二木 立         | 日本福祉大学教授                               |
| 峰島 厚         | 江南女子短期大学教授                             |
| 大曾根 寛        | 愛知県立大学文学部助教授                           |
| 柴田 謙治        | 愛知教育大学総合科学課程人間社会コース                    |
| 菊池 利彦        | 愛知県民生部障害援護課長                           |
| 渡辺 勸持        | 愛知県心身障害者コロニー発達障害研究所社会福祉学部長             |
| 三田 勝巳        | 愛知県心身障害者コロニー発達障害研究所治療学部長               |
| 池住 義憲        | アジア保健研修所（AHI）事務局長                      |
| 水谷 正度        | 愛知県障害者職業センター所長                         |
| 平手 信正        | 愛知県社会福祉協議会事務局長                         |
| 田中 進         | 名古屋市民生局障害施設課長                          |
| 万歳登茂子        | 名古屋市総合リハビリテーションセンター附属病院<br>リハビリテーション部長 |
| 奥山 元保        | 日本障害者リハビリテーション協会事務局長                   |
| 鈴木 清覚        | 全国授産施設協議会調査研究研修委員長                     |
| 高濱 潔         | 名古屋市総合リハビリテーションセンター副センター長              |
| <b>【事務局】</b> |                                        |
| 五藤 博         | 名古屋市総合リハビリテーションセンター総務部長                |
| 有賀 和行        | 名古屋市総合リハビリテーションセンター福祉部長                |
| 伊藤 行雄        | 名古屋市身体障害者更生相談所長                        |

**第17回総合リハビリテーション研究大会事務局**

〒467 名古屋市瑞穂区弥富町字密柑山1番地の2  
名古屋市総合リハビリテーションセンター内  
TEL (052)835-3811 FAX (052)835-3745

**THE 30**  
anniversary

この事業は、社会福祉・医療事業団の長寿社会福祉基金助成事業の一環として、行なったものです。