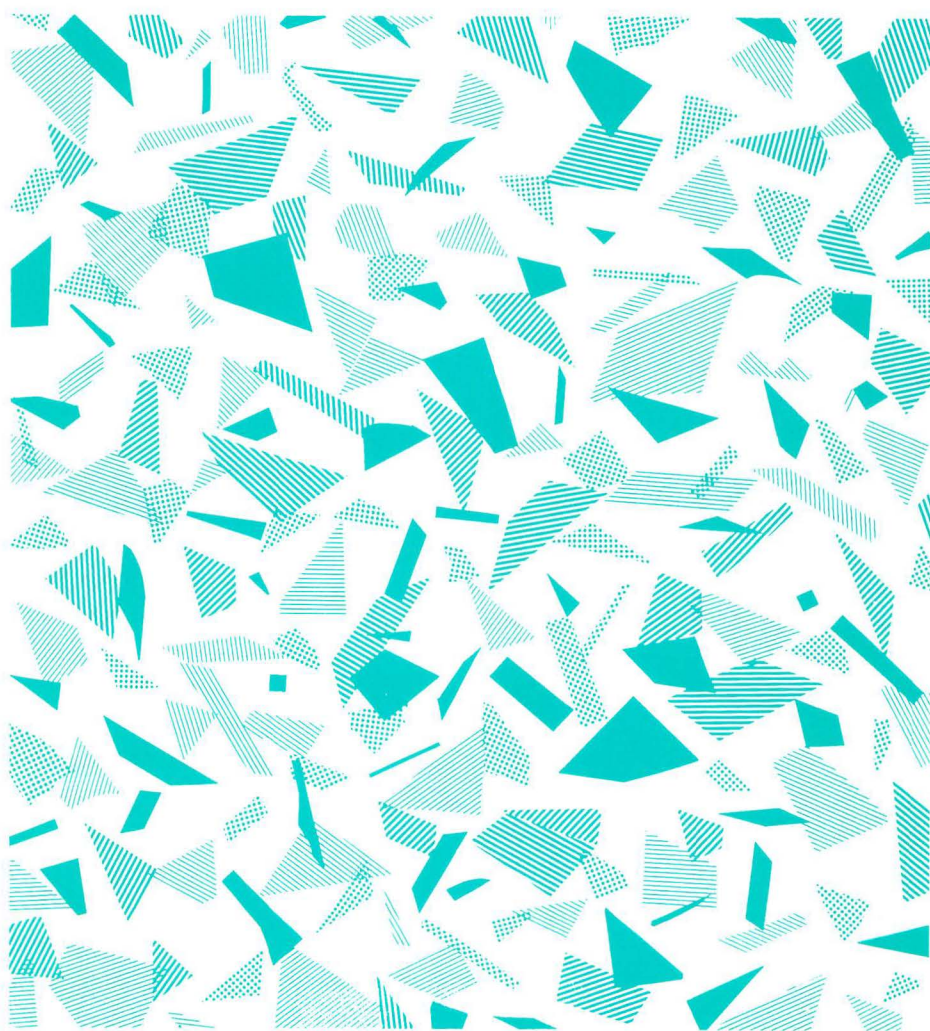


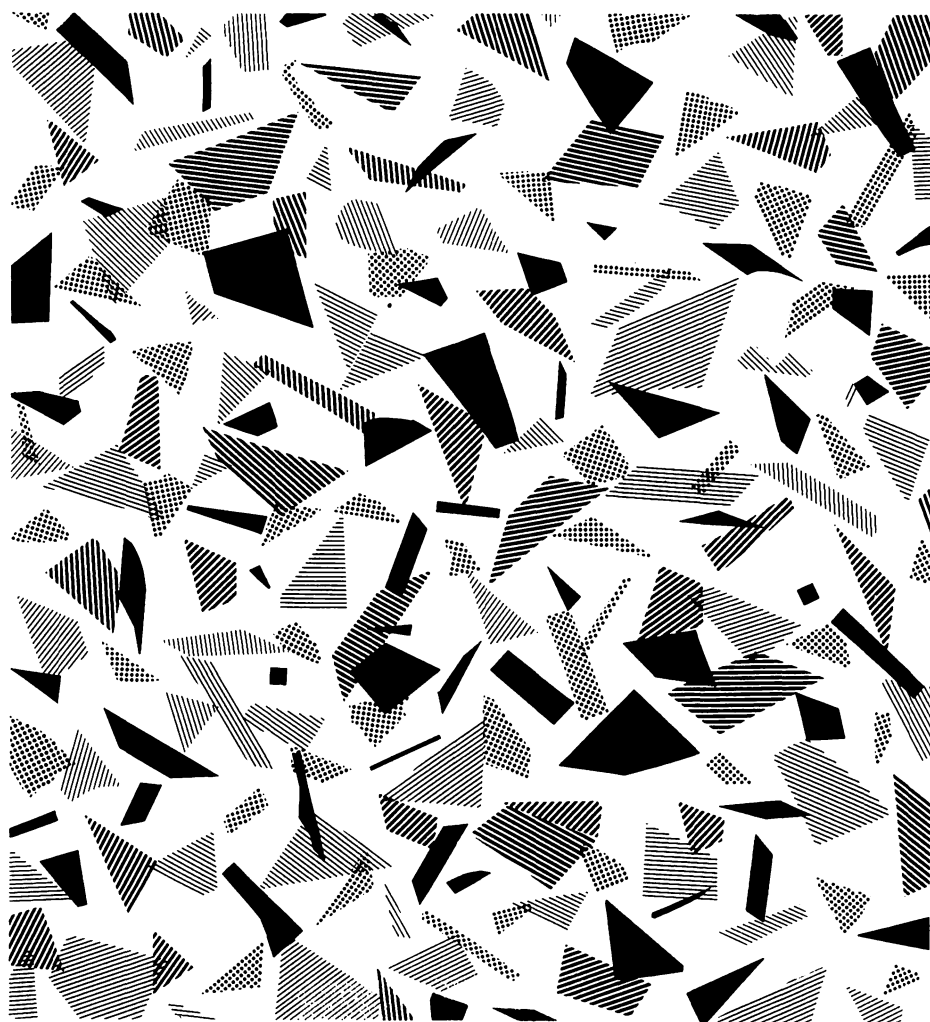
# リハビリテーションの 新たなる展開

—障害者施策の転換期にあたって—



# リハビリテーションの 新たなる展開

—障害者施策の転換期にあたって—



# リハビリテーションの新たなる展開 — 障害者施策の転換期にあたって —



日本障害者リハビリテーション協会会長  
山下 真臣 氏



実行委員長 調 一興 氏



全体会



第1分科会



第2分科会



参加者



総括シンポジウム



ナイトディスカッション



分科会会場で



受付



交流会



## 目 次

### 開 会

主催者あいさつ .....	山下 眞臣	5
実行委員長あいさつ .....	調 一興	7

### 基調講演

リハビリテーションの新たな展開 -障害者施策の転換期にあたって-	板山 賢治	11
----------------------------------	-------	----

### トピック

特別なニーズ教育とインクルージョン教育 .....	清水 貞夫	25
精神保健福祉法の制定をめぐって .....	天野 宗和	36
知的障害者の能力開発と企業就労の新たな展開 .....	関 宏之	39
高次脳機能障害と障害認定 .....	大橋 正洋	40
ウェルフェアテクノハウス構想 .....	池田 喜一	43

### 第1分科会「災害と地域生活」

まとめ .....	[座長] 丸山 一郎	51
聴覚障害者救援対策本部活動経過報告 .....	高木 成	52
重度障害（自閉傾向）の息子を抱えて .....	出来 竝江	55
障害者支援センターの設置とその活動 .....	亀井 勝	58
災害時における施設の役割 .....	清水 明彦	60
災害と地域生活—行政の役割— .....	吉岡 崇	64

### 第2分科会「社会リハの概念と実践」

まとめ .....	[座長] 大木 勉	71
社会リハビリテーションの概念の体系化に向けて .....	奥野 英子	72
身体障害者更生施設における社会リハビリテーションの実践 .....	大塚 庸次	76
地域における社会リハビリテーションの実践 .....	高橋流里子	82

### 第3分科会「障害者と情報保障」

まとめ .....	[座長] 中野 敏子	89
聴覚障害者の情報保障 .....	高田 英一	90
情報アクセス・コミュニケーションは人権 .....	菌部 英夫	93
視覚障害者と情報の障害—現状と提言— .....	牧田 克輔	96
知的障害者における情報保障 .....	松友 了	100
人間が情報に追い回される時代 .....	寺田 純一	104

### 第4分科会「地域生活と介護」

まとめ .....	[座長] 橋本 泰子	109
これからの在宅ケア .....	井上千津子	110
通所施設のなかで .....	日浦美智江	112
重度の障害者が地域で生活していくために .....	高橋 幸恵	113
障害者プランの策定に向けて .....	梶尾 雅宏	116

## 私からの提言(1)

### 生活体験を通しての提言

聴覚障害の立場から ..... 井上 薫 121

私の願い ..... 阿部 八重 122

内部障害者（腎機能障害者）からの当面の3つの願い ..... 木村 妙子 123

## 私からの提言(2)

シンポジウム - 障害者運動を通して - ..... 129

[座長] 手塚 直樹

[シンポジスト] 山城 完治

広田 和子

三澤 了

## 総括シンポジウム

リハビリテーションの新たな展開 - 障害者施策の転換期にあたって - ..... 149

[座長] 小川 孟

伊藤 利之

[シンポジスト] 調 一興

高松 鶴吉

大熊由紀子

尾上 浩二

## 閉 会

閉会のあいさつ ..... 手塚 直樹 177

次回開催地から ..... 中込 直 178

## 資 料

(1)開催要綱 ..... 181

(2)プログラム ..... 182

(3)アンケート結果 ..... 184

(4)実行委員会委員一覧 ..... 188



# ■ 開 会 ■

主催者あいさつ 山下 眞臣

実行委員長あいさつ 調 一興

---

## 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

第18回総合リハビリテーション研究大会の開催に当たり、主催者として一言ごあいさつ申し上げます。

本年は兵庫県開催ということで、兵庫県リハビリテーションセンターを中心に準備が進められておりましたがご承知の大震災で、急遽この神奈川県葉山町「中央福祉学院」においての開催ということに変更されました。

先ずは、実行委員会の皆さまをはじめ、関係者各位のご労苦に対し心からお礼を申し上げる次第でございます。

この研究大会は、昭和52年に「リハビリテーション交流セミナー」として、いわゆる医学・教育・職業・社会のリハビリテーション専門の分野で、日常業務に携わる人々や研究者が一堂に会して、それぞれの分野の課題を学び合い、障害当事者の参加を得て互いに交流しようという目的で始められたのでございます。

当初は、資金もなく有志の手弁当で企画され、開催されたのでございますが、好評を得て以後毎年続くことになったわけでございます。

昭和56年の国際障害者年には「国際リハビリテーション交流セミナー」ということで外国からも多くの著名な専門家を招聘いたしたところでございます。

その翌年からは地方での開催という要望が高まり、福岡市を皮切りに、仙台、横浜、札幌、北九州、大阪、そして昨年は愛知と続き、参加者は年々増えてまいったわけでございます。

さて、国際障害者年以来、我が国の障害者施策は大きく前進をいたしました。

「完全参加と平等」と「ノーマライゼーション」という理念を具現する共生の社会づくりは、21世紀へ向けての国民的課題であります。

そのさきがけとして3年前に始まった「アジア・太平洋障害者の十年」、それと、これに連動した政府の「障害者施策に関する新長期計画」が策定されました。また、障害者基本法の成立に端を発し、精神保健福祉法の改正それに続きまして、建設省関係の高齢者・障害者の利用に関するいわゆるハートビル法、郵政省の通信・放送利用円滑化法などをはじめとして、政府施策全般にわたり、障害者施策の展開をみておるところでございます。

また、厚生省におかれましては、多年の懸案であった障害者行政の一元化を図るということで、現在、官房に障害者に関する部を作るという要求をして、その実現に努力しておられると承っております。

リハビリテーションにかかわっております我々としては、これらの動向を注意深く見守っていく必要があるという認識に立ちまして、今後のリハビリテーションサービスのあるべき姿について共に考える機会にいたいと存する次第でございます。

今回は、多様な実践報告や研究発表に加えて、こうした動向をふまえた政策課題についての論議も、予定しておるところでございます。

ホテルのあるこの会場で、気楽なディスカッションの場も用意しております。多くの方

々との交流を期待しております。ご

す。  
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神奈川県及び社会

福祉・医療事業団、全国社会福祉協議会中央  
福祉学院に対し、厚く御礼を申し上げまして  
開会のごあいさついたします。

---

## 実行委員長あいさつ

調 一 興

第18回総合リハビリテーション研究大会実行委員長  
東京コロニー理事長

今日はこうしてたくさんの方にお集まりいただきましたことに、まず感謝申し上げます。

この研究大会は、山下会長があいさつで述べられたような目的で、昭和52年にリハビリテーション交流セミナーということで始まりました。そして、ただいま紹介がありましたが、昭和56年には国際リハビリテーション交流セミナーということで開かれました。このときにはアメリカから、3年ほど前に亡くなったエド・ロバーツ氏が、鉄の肺を入れて参加をして感動的な講演をしました。また、いまカナダにおられる、国際的にも著名な、精神科医の林宗義先生を招聘しました。このときの林宗義先生のお話はいまも示唆に富んでおりますが、精神障害者の問題について次のように述べておられます。「精神科の医療と福祉は、それぞれ別の分野である。役割と体系を整理した上で、医療と福祉の間に大きな橋を架けることが、精神障害者の社会生活をつくる上での原則である」と。日本では医療と福祉は一体のものであるという論調がありますが、医療と福祉は別のものであるということをはっきりさせた上で、大きな橋を架けることが、精神障害者の社会生活を保障する基本であるということ、その国際セミナーで述べられたことを、私はいまでも忘れません。

「国際障害者年」以来我が国の障害者対策は、量的にも質的にも大きく前進しました。しかし、障害者福祉の基本として使用されております用語、すなわち「完全参加と平等」

「ノーマライゼーション」「インテグレーション」「リハビリテーション」「QOL」「バリアフリー」、これらの理念からみれば、我が国の障害者対策においては、まだまだ多くの課題が残されていることは明らかであります。

3年前に始まった「アジア・太平洋障害者の十年」と、それと連動した政府の「障害者施策に関する新長期計画」に基づいて、いくつかの新法が制定され、障害者基本法の成立をはじめとする障害者関係法律の改正も行われました。また、関係各省庁による障害者施策が取りまとめられて、実施に移されつつあります。

これらの現実を見る限り、障害者に対する施策は、全体として進んでいると言えるではありません。そして新しい法律や法改正、あるいは諸施策は、徐々に効果をもたらすであろうことも予測できなくはありません。しかし、ここ数年の障害者関係の予算の推移を注意深く見てみますと、ほとんど横這いであり、自然増にとどまっております。また、施策は焦点が基本的な理念に沿ったものになっておりません。ここに根本的な問題があると思います。形だけがつくられて中身が伴っていないのであります。

重度身体障害者の地域での自立生活は、現在でも極めて困難であります。精神薄弱者の3分の1強の約9万人が施設生活であります。現在もなお入所施設は増え続けております。「国際障害者年」あるいは「国連・障害者の

十年」の間に、毎年 3,000人以上の若い知的障害者を、本人の意思とは無関係に施設に送り続けてきておるのであります。精神障害者は 108万人のうち、34万人が入院生活を続けておりました、社会生活を営む条件の整備は遅々として進んでおりません。

新しく介護保険制度が、高齢者介護対策をテーマとして急ピッチに進められております。障害者を含めた介護制度を作るには、「ゴールドプラン」に基づいて計画的に進められている高齢者対策と、障害者対策との間の大きな格差が問題であるという認識があります。保険制度の是非についても検討が必要でありましょう。

以上述べたような状況の中でようやく政府与党や厚生省などで、より具体的な障害者対策が必要であるとの認識が深まっております、基本的な理念に沿った本格的な施策確立へ向けての動きが見られるようになっております。すなわち、厚生省の障害者保健福祉施策推進本部が7月25日に出しました中間報告であります。その他、総理府障害者対策推進本部が各省庁に対して、重点施策をこの12月末までにまとめるようにということで動いて

おります。与党もそういったことについて活発な動きをしております。

今回はこういう情勢の下で、実践報告や研究発表に加えて、こうした動向を念頭において政策課題について、かなりの時間を割いて議論をすることにしております。既に厚生省では、障害者保健福祉部を大臣官房に設置するということを決定しておりますが、この年末に予定されている厚生省障害者保健施策推進本部最終報告と、同時に発表される可能性のあるそれらの関係省庁の重点施策（このあと12月18日「障害者プラン」として政府決定）が、より良い内容となることを目指して、私たちは行動しつつ見つめているところであります。

また今回は、夜間ディスカッションというプログラムを企画しております、多少のアルコールを入れながら、気楽にディスカッションをしようというような場も用意しております。どうかこのプログラムにも、できるだけ多くの方がご参加くださるようお願いをして、私のあいさつを終わりにしたいと思います。ありがとうございました。

## ■ 基 調 講 演 ■

リハビリテーションの新たなる展開  
— 障害者施策の転換期にあたって —

板山 賢治

## リハビリテーションの新たなる展開

－障害者施策の転換期にあたって－

板山賢治

日本障害者リハビリテーション協会副会長

本日は、最近の障害者施策がどのような動きを示しているか、そんなことを考えながら、これからのリハビリテーションについて考えるきっかけになるお話ができたかと思っております。私のお話から人それぞれに何かをお感じいただけたら有り難いと思います。

私は現在いろいろな障害者の問題、団体などにかかわっています。今日も視力障害者団体のリーダーの何人かがお見えでございますが、このごろ私がかかわっている団体で、さまざまなグループが集まりを持ちます。その都度、今度理事長になったのだから出て来い、ということでお呼びをいただきます。

奈良県の壺坂寺で盲老人ホームの人たちの集まりがあったことです。盲老人ホームは、できた昭和30年代の後半と比べてみて、内容的にひとつも充実してきていない。「国際障害者年」以後の10年、一体何が我々の生活、我々の仕事の現場を変えてきたかというような述懐を聞かされます。あるいは、点字図書館関係の集まりがあります。この情報化社会、この素晴らしいデジタルを中心とするマルチメディアの進歩の中で、視覚障害者の情報、コミュニケーションのために、どれだけ政府の手が打たれたかというようなことについて、問題提起をされるのであります。あるいはあんま・マッサージ・鍼灸、三療という分野で働く視覚障害者の皆さんから、我々の仕事はだんだんに晴眼者、目の自由がある

人々に侵略されてきている、かつて7割を占めた盲人のあんま・マッサージ・鍼灸の職場が、今や3割を切ろうとしているのではないか、一体国際障害者年以後、日本の障害者施策は我々をどのように考えて、我々の働く場をどうつくろうとしているのだろうか、というような問題提起も受けます。

私は先ほど司会者から、来年は古希という、希に到達するであろう年齢に達する人間だというご紹介をいただきました。そういう年になりますと、私たちの仲間も時々病気になったり、脳血管障害で倒れます。そのようなときに、私に相談がありますと、国立身体障害者リハビリテーションセンターに行って診てもらったらどうかとすすめます。そうすると入院となることがよくあります。緊急入院の間はいいのでありますが、いずれは退院をしなければいけません。奥様から、住宅の改造をしなければ、車椅子で暮らす体制を作らなければ、家に帰って来てもらっても困るという話を聞きます。家に帰っても、通院をしてリハビリテーションを受ける所がない。一体日本の施策は障害者の暮らしをどこまで変える、支える体制になってきているのだろうかというようなことを、しみじみと感ずるのであります。

聴覚障害者の人たちにつきましても、確かに、先般の参議院選挙の政見放送で、手話は比例区だけ採用されました。それ以外の選挙

に、手話通訳をなぜつけようとししないのか。コミュニケーションがいちばん大切ならうあ者にとって、母なる言葉、手話をなぜもっとろう学校教育の中に取り入れてくれないのか。そんな声も私たちを強く強く責めるのであります。

確かに日本の障害者対策は、先ほど来ごあいさつにもありましたように、「国際障害者年」以降、第一次「国連障害者の十年」等を通して、あるいは「新長期計画」に至る政府の努力等もありまして、法律や制度は、これから申し上げますように改善されてまいりました。サービスも、メニューとしては増えてきた。しかしながら本当に、1人ひとりの障害者の暮らしを変えるような役割を果たしているであろうか。これがいま問いかけられているのであります。

新しい時代のリハビリテーションというのは、決して新しいものが突然出てくるのではありません。私たちの長い間の努力によってつくり上げられてきた、法律や施策や制度、専門機関、あるいは専門職を、1人ひとりの障害者の暮らしの中に、人間らしく生きていこうとする努力の中に、どう結びつけていくか、生かしていくか。それが私たちリハビリテーション関係者に問いかけられている課題ではないかと、思うのであります。

そんなことを考えながら、これから少しお話をし、皆さん方と一緒に考えるきっかけにさせていただければ有り難いと思うのであります。

### 最近における障害者施策の急進展

レジュメの最初のところは「最近における施策の展開は急ピッチで進んでいる」。「急進展」と書きました。このことはすでに山下会長や調実行委員長のあいさつにも出てまいりましたので、簡単に触れるだけにとどめます。

ついこの3年あまりの間に、展開された施

策や法律の改善の状況の跡を辿って見ますと、8項目もの政策・施策が出てくるのであります。全員参加の社会づくりを目指しての「新長期計画」のスタート、「アジア・太平洋障害者の十年」のスタートももちろんその背景にあるわけではありますが、また「福祉用具の研究開発及び普及の促進に関する法律」といった全く予想もしなかったような法律ができて上がったのであります。さらには、先ほどお話がありましたが、「身体障害者の利便の増進に資する通信、放送に関する法律」すらもできてまいりました。そして私たちの長年の努力、あるいは集大成と言ってもよい「障害者基本法」という形に結実いたしました。また、多年、懸案でありました障害者の定義も明確に「三障害を対象とする」と定められましたし、「障害者の日」も、法律で12月9日と明記されたのであります。また、国民の協力、事業主や地方自治体の責務等についても規定がされ、第1回の「障害者白書」が国会に報告されました。障害者計画を中央も地方も作らなければいけないという時代を迎える、そんな基礎づくりがなされたのであります。

そして建設省は「ハートビル法」を作り、また、これも多年の懸案でありました精神保健の分野に関して「精神障害者の福祉に関する法律」が誕生したのであります。まさに全国精神障害者家族会連合会をはじめとする、関係団体の長い間の苦労が実るという形になってきたのであります。

厚生省は障害者保健福祉推進本部を設置することとして、去る7月に中間報告を発表し、この12月を期して、私たちが多年主張しておりました「数値目標を持つ計画」、「老人対策におけるゴールドプランに対応するようなものを、障害者福祉の保健福祉においても作る」ということに、いま踏み切ろうとしているのであります。

さらには、障害者の生活、情報、文化に関する情報ネットワークを作ろう。将来は、1



人ひとりの障害者が家庭でパソコンのスイッチ1つ押せば、欲しい生活文化情報を手にすることができる時代をつくろう。そんなことも当協会を拠点にして、いま始まろうとしているのであります。これは今年の2回の補正予算を通して、ハード面、ソフト面について手当がされ、恐らくこの5、6年のうちには、この夢も実現するのではないかとと思われるところまで来ているのであります。

まさに「急展開」をしている日本の障害者施策ではないかと思うのでありますが、実はここに1つの陥し穴もあるのであります。先ほど申しましたように、1人ひとりの障害者にとって、本当にこういった法律や施策が生かされているか。我々の暮らしを変えるように、それが中身のあるものになっているかどうか。これがいま問いかけているように思うのであります。リハビリテーションの第一線において苦勞し、取り組んでいる私たち関係者がお互いに考えなければならないのは、ここにあるのではないかと考えておるのであります。障害者施策の真の目標は、1人ひとりの障害者が持っている問題解決のために、各種の資源を生かし、その可能性を生かしながら、人間らしい暮らしを実現していくところに究極の目標があるのですから、このように展開するさまざまな施策や制度が、法律が、予算が、どのように生かされるかを見極めなければ、本当の私たちの使命は終わったことにならないのであります。そういう意味で、私たちの活動をいま一遍振り返り、点検をしてみる必要があるように思っているのであります。

### 障害者施策における90年体制の確立

さて、このように急展開を遂げている障害者施策ではありますが、そこには1つ、共通の流れがございます。従来「国際障害者年」前後まで、障害者施策と言いますと、イコール福祉。精神薄弱者福祉も身体障害者福祉も、

あるいは精神障害者に関しましても、まずは「福祉法を作れ」といった、それが障害者施策でいちばん早く手を着けなければいけない分野だと言われてまいりました。精神障害者についてもそうでありましたし、すべての障害者対策はイコール福祉。「それは厚生省だ」と、こんなふうに言われていたのであります。ここ数年間における急展開は、「障害者対策はイコール福祉ではなく、政治、政策そのものである。社会全体の問題だ」と、いまは捉えられようとしているように思われます。私はこれは素晴らしい進歩ではないかと思うのであります。

文部省も労働省も、そして郵政省も建設省も自治省も、すべての省庁がこれに取り組みなければいけないという雰囲気だけはできてきた。だから法律が変わり、対策が打ち出されたら、こう言ってもいいように思うのであります。それは同時に、他の社会的な政策的な基盤がある程度でき、残されているものをよくよく調べてみたら、それは障害者問題であった、と言ってもいいのかもしれない。しかしどんな原因であろうと、障害者対策イコール福祉、イコール厚生省。せいぜい文部省、労働省という時代から、全省庁、全政策が、障害者問題に目を向けなければいけない時代を迎えているという点では、素晴らしいことだと思っております。

そしてもう1つ、国がすべての責任を持つという体制から、地方主権の時代が変わりつつあります。福祉全般を通してそうでありませんが、福祉地方主権時代がいまつくられようとしています。身体障害者福祉はもちろん、精神薄弱者福祉も、あるいは精神障害者福祉もそのような方向に向かいつつあります。確かに精神薄弱者の分野における措置権、決定権等は、まだ知事の権限に残っているものもあります。精神障害者対策も行政の末端、保健所レベルにおける実施体制という問題も残っています。市町村が本当に自分たちの責任

だと受け止めている向きは、まだ極めて少ない。それも事実であります。いま大きく国、都道府県レベルから、市町村への福祉主権時代が進行しつつあることを、私たちは確認をしなければいけないと思うのであります。

このように障害者対策イコール福祉からの脱却。全政策が障害者対策を視野に入れながら展開する。そして、市町村主権の時代が来ている。私はこれを「障害者対策における90年体制」と呼びたいのであります。

昭和25年、1950年の「新生活保護法」の確立をもって、いわゆる「50年体制」が日本の福祉であったと言われていました。そしてそれが40年続いた。この50年体制を打破するところに、新しい日本の福祉があるということ、いま福祉改革が進んでいますが、私はいま日本の障害者対策は「総合政策」「市町村障害者福祉主権」というものを踏まえて、90年体制が確立しつつある、ようやくそこに到達したと言いたいののであります。この「90年体制」の確立こそが、これから残されている10年の課題ではないかと思っているのであります。ですから私たちの目は単に福祉という分野だけではなくて、さまざまな政策、さまざまな部面にわたる障害者問題解決への国民的・政策的努力をどのように組み立てていくかに向けられなければいけませんし、同時に、それが具体化されるのは市町村という、私たちの身近な自治体であるということに目を向けながら、ここに90年体制としての障害者政策の確立を考えなければいけないと、思っているのであります。

#### 新長期計画の4つのポイント

さて、急展開をする中で新しい流れが生まれてきておりますが、こうした新しい方向を支えているものとしてさまざまな理念や考え方があるように思います。レジュメにも少し書いておきましたが、完全参加と平等を目指す「国際障害者年」以後のノーマライゼーシ

ョン理念やリハビリテーションの理念というものへの考え方に支えられて、こうした対策、施策は展開されようとしています。とりわけ政府は、「万人がともに生きる」「万人共生のための社会に向けて」ということをスローガンにして「障害者対策に関する新長期計画」を作りました。私はこの計画には4つのポイントがあるように思っております。

そのポイントは、まず、国民、市民、そして障害者を含む相互の理解の促進と交流の推進ということが、1つの柱になっているように思うのであります。啓発・広報、あるいは障害者と一般市民との交流、国際交流等、さまざまな形を通してこれを推進しようということが1つのポイントになっています。

2つ目として、社会そのものが障害者の自立、あるいは人間らしい暮らしを実現していくための、基盤づくりに取り組まなければいけないとも言っておるのであります。そしてそれは障害をもつ子供たちを含む障害者の育成や教育の部面、あるいは雇用・就業、さらにはスポーツやレクリエーション、文化活動なども含めて幅広い形で社会が、障害者の自立、人間らしい暮らし実現のための基盤を用意していかなければいけないということを、強調しているように思うのであります。

3つ目は、障害者1人ひとりの日々の暮らしの中に、それが実現できるような基盤をつくらなければいけない。それは保健であり、医療であり、所得保障であり、あるいは社会参加の機会づくりであると思うのであります。

4つ目のポイントは、物理的な環境も含めて、住み良い社会環境を用意するといったことが強調されていると思うのであります。それは具体的に言えば福祉の町づくりであり、あるいは、時に緊急災害への対応であり、防犯、安全の確保であるというようなことにも、目が向けられておるのであります。

私はこれらをこの「新長期計画10年」の4つのポイントと受け止めておるのであります

が、しかしここにもまた1つ大きな問題がございます。やはりこういった長期計画が推進される中で、本当に大切なことは、障害をもつ1人ひとりの暮らしが変わっていくこと、人間らしい暮らしが実現できることだと思っておりますが、そのために何が必要なのか。この点が私が最後に申し上げたいことですが、その前にもう1つだけ申し上げたいことがございます。

### 障害者関連施策にも目を向ける

それは、「関連施策の展開」ということでございます。これも1つ忘れてはいけないことだと思っております。障害者施策が90年体制の確立に向けて、急ピッチで展開していると申しましたが、それと同時に私どもは、障害者関連施策にも目を向けておかなければいけないように思います。

具体的に1つ申し上げますと、この7月4日に社会保障制度審議会から、日本の社会保障体制の再構築についての勧告が出されました。先ほどあいさつをされた山下会長もこの制度審議会の委員になっておられます。この制度審の勧告は、日本の戦後50年の社会保障の展開の中で、その節目節目に、それからの方向を示唆する重要な鍵を握る勧告であったことが、たびたびありました。今回の勧告もまた21世紀という新しい時代、新しい社会に向けての日本の社会保障のあり方を示唆するキーワードを、いくつか持っているのであります。

皆様に、これはぜひお読みいただきたいのであります。その中に二つ三つ、大変大事なことがあるのであります。1つはこういう言葉であります。「日本の社会保障において取り残されてきた大きな問題は、社会福祉にかかわる問題である。心身に障害をもつ人々、高齢となって家族的あるいは社会的介護を必要とする人々などに対する生存権の保障は、従来、ともすると最低限の措置にとどまった。

今後は人間の尊厳の理念に立つ社会保障の体系の中に、明確に位置づけられ対応を講じられなければならない」。この一節は大変重要な意味を持っていると思います。社会保障制度は憲法に基づき、生存権を国家の責任で保障するものとして整備されてきました。具体的には、心身の障害や社会的状況、さらには高齢、健康等の事情により、生活の維持に困難な事態が生じた場合には、国家が責任を持って対処するのが社会保障の体制であります。今後、生活水準の上昇に伴い、生活保障のあり方が多様化し、ここに社会保障の受け手の側に認められるべき選択権の問題が生じてくる。その選択の幅は、生存権の枠を越えて拡大していくであろう。このような多くの問題が従来の社会保障制度の枠を越えて、その理念の実現化を要請するものとして立ち現れてくる。まさに21世紀、これからの我が国が当面するさまざまな社会問題、特に心身に障害をもつ人々や介護を要する高齢者などの登場によって、社会保障が取り組まなければならない課題を、生存権の保障として、人間の権利としてそれを守る仕組みを、体系的に整備しなければいけないことを明確に宣言しているのであります。そして重度障害者、高齢者などの介護の制度化を提言し、障害者対策の重要性も指摘されておるのであります。

介護保険問題は、今日新聞やテレビで議論されていますが、こうした勧告をバックにして、いま制度化への道を辿ろうとしているのであります。

この「社会保障制度審議会勧告」。私たちはこういうものをしっかりと見つめながら、日本の障害者施策のこれから、リハビリテーション活動のこれからの、目を向けなければいけないのであります。

### 関連施策の展開とともに障害者施策も前進する

さらに、昨年12月16日に、「エンゼルプ

ラン」というものが発表されました。これは子供の問題を中心とする子育て支援社会づくりのためのプログラムであります。従来、ともすると遅れがちであった子供の問題に目が向けられた。21世紀、日本の重要なテーマは少子高齢社会への対応だということを、政策的にも確認したということで、重要な意味を持っています。そしてこの子育ての中には、障害をもつ子供たちの問題もしっかりと位置づけられなければいけない。さらに今年の7月26日、新たな高齢者介護についてのシステムの確立が、検討委員会から発表されました。これはまさに、介護保険システムの導入を目指す動きの出発点でもあったわけでありませ

ん。こういう動きの中で、障害者対策はなぜ取り残されているのか。「エンゼルプラン」が生まれ「ゴールドプラン」が創られ、そして「高齢者介護システム」が提言される。なのに、障害者対策に関する確たる動きがないではないか。ここが私どもに寄せられた障害者関係団体、ならびに障害者の人たちの焦り、注文であったように思うのであります。しかし行政、政策というものは、決してあるグループだけを取り残すものではありません。政策の整合性、バランスというのは大変重視されているテーマであります。高齢者対策が「ゴールドプラン」を中心に推進され、子供の問題が「エンゼルプラン」を中心に推進される。このような状況で障害者対策を放っておいてはいけないという声が出てくるのは、当然であります。こうした関係施策が展開する中で、障害者対策もまた一緒に前進する、という確信を持っていいと思っているのであります。問題はその時期を、誰がどのような形で火をつけ、アクセルを踏むかということにかかってくるように、思っておるのであります。

こういう背景があって厚生省は障害者保健福祉推進本部をつくり、そしてその中間報告を出し、12月末をもって、新しい展開をと考

えておられるようであります。しかしながら、いつもしっかりと見極めておかなければいけないことはその将来の方向であります、例えば介護保険の問題にしても、若い障害者の介護が対象になるのかと言えば、ならないということも、考えておかなければいけないと思うのであります。高齢者介護保険でありますから、その給付の対象は、いま高齢者の定義であります65歳以上の人が介護を要する状態になれば、給付をされるでしょうが、30歳や40歳の障害者の介護に給付がなされるということを、予定してはいけないと思うのであります。

政策的に高齢者介護保険を作るためには、65歳未満の若年層の要介護者についての給付は、別な体系でやるのだ、そうしなければ介護保険そのものの成立が難しい、というような政策判断が、恐らく下されるに違いない。そうしますと、若年障害者に対する介護の体制は、介護保険に期待することは無理だ。だとすれば、その介護保険の関連施策としての障害者の介護対策は、保険ではなくて一般対策として確立しなければいけない。そういう声を私たちはしっかりと上げなければいけない。それに対するプログラムを政府に、自治体に要求しなければいけないように、思うのであります。

まだ介護保険の具体的な姿が表に出てきていません。いま、公聴会などが開かれておりますが、さまざまな意見が出ています。その中には、障害者も加えよという意見もあります。しかし、私は政策的にみて恐らく若年障害者の介護は、別な体系でやるという選択がなされるのではないかという予感を持っています。

もう1つ、高齢者の身辺介助を中心とする介護と、障害者の介助は違うということも、基本的に考えておかなければいけないのであります。

今朝、私は素晴らしいメモを頂戴しました。

支援を受けながら自立できる体制をつくる  
ことが、これからの障害者対策や障害者福祉  
施設で取り組まなければならない方向だ。障  
害者は介助付き自立を目指す、そういう捉え  
方をすべきではないかというものです。その  
介助付き自立、その拠点として施設があり、  
地域の中で介助付き自立を促進する支援体  
制づくりが大切なことでもあります。自立に  
はさまざまな形がありますが、もし介助付  
き自立を目指すのが障害者の介護であれば、  
それは寝たきりや痴呆性のお年寄りを介護  
する介護保険が目指す介護とは、質的にも  
ひろがりとしても大きな差があることも事  
実であります。私どもは障害者介助につい  
ては、別な体系、観点で、まさに障害者  
独自の介助というものの定義を定め、こ  
れに対する支援システムを、どういう仕組  
みで制度化していくかを、考えなければい  
けないかと思っていますのであります。

しかしながら、このように老人や子供に  
関する施策が展開していくほど、それとの  
比較において、障害者対策をなんとかしな  
ければいけないという政治的・政策的ニ  
ーズ、世論が湧き起こってくることも、私  
たちは期待をしいのであります。しかし、  
それに火をつけアクセルを踏み、どうい  
う方向づけをして、どこにゴールを目指  
すかということ、私たち関係者自身がし  
っかりと勉強をし、問題提起をし、時に  
は誘導していかなければいけない面があ  
ることも、事実であります。

## 我が国の障害者施策の行方

そんな意味で障害者施策の急進展、関  
連施策が展開していく中で、日本の障害  
者施策は将来どのような方向に行くのか。  
これを考えてみたいと思うのであります。  
しかし今日はリハビリテーションにかか  
わる私たちの集まりでありますから、リ  
ハビリテーション分野において、このよ  
うな動きをどのように受け止め、どう  
対応していったら良いかについて、少  
しお話をしてみたいと思っています。

最近の障害者施策の進展はすべて障害  
者の自立を目指す運動、人間らしく生き  
ていく基盤づくり、あるいは社会参加や  
機会均等を実現することに、焦点があ  
るように思うのであります。私どもは従  
来、伝統的なリハビリテーション分野  
を医学的リハビリテーション、教育的  
リハビリテーション（あるいは心理的  
リハビリテーション）、そして職業的  
リハビリテーション、社会的リハビリ  
テーションと、大きく4つないしは5つ  
に分けていたのですが、実は最近、この  
分け方を少し整理してみる必要がある  
かと思っていますのであります。すでに  
小島蓉子先生をはじめ、先覚者はその  
ような意味で、リハビリテーションの  
定義を私たちに提示してくださってお  
りました。私のレジュメ「2 リハビリテ  
ーションのこれから」のところに少し書  
いておきましたが、そうした先輩各位の  
研究の成果、努力等が実って、国連は  
「国連・障害者の十年」、そして第二  
次の十年の展開の中で「障害者に関す  
る世界行動計画」及び「障害者の機会  
均等に関する標準規則」というものを  
制定しました。この制定にあたってその  
定義を明確にし、予防とリハビリテー  
ションという概念、そしてもう1つ、  
「機会均等化」という概念をはっきり  
と打ち出しているのであります。私  
たちがこれから取り組むリハビリテ  
ーション分野における諸活動におい  
ても、この定義の整理は大変参考に  
なるのではないかと思ひ、あえてレ  
ジュメに書きました。特に「リハビリ  
テーション」と「機会の均等化」に  
関する概念の整理は、大変重要だと思  
っております。ともしますと従来私  
どもは、社会的リハビリテーションは、  
障害者自身が社会的に自立していく、  
社会参加していくという個人個人の  
努力と同時に、もう1つ、その障害  
者が社会に参加できる、機会均等化  
ができるような社会サイドの条件整  
備を含むものであると理解している  
ことがしばしばでありました。これは  
私の不勉強でもあったわけですが、  
それを「リ

ハビリテーションとは、「1人ひとりの障害者への働きかけを中心とするプロセスをいう」と整理してくれたように思うのであります。そして、そうした個人の自立、社会参加が可能であるような社会サイドの条件整備、社会を変えていく努力を、「機会均等化」という表現で整理していくことは、これからの施策を考えていくときに、大変有効ではないかと思っただけであります。

この点については最近素晴らしい本ができております。今日もあとで第2分科会の発言者として参加されますが、私たちの仲間である奥野英子さん、そしていまは亡き小島蓉子さんが中心になってまとめられた、国際リハビリテーション協会を中心とする研究の成果が、『新社会リハビリテーション』という本になっております。関心のある人は目をお通しいただきたいと思えます。この本の中で、私たちがこれから目指すべきリハビリテーション分野の諸活動に対する、理論的な整理もしていただいているように思うので、あえてご紹介したわけであります。

この「機会均等化に関する標準規則」の中で私が特に注目いたしましたのは、目標分野が8つありまして、物理的な環境アクセス、あるいは情報やコミュニケーションに関する利便性ということ、強く主張している点であります。障害者1人ひとりが社会参加する、平等な生活を実現するための努力をする。そうした努力は、リハビリテーションの諸活動を通してなされるであろう。そして、そうした努力を受け止める社会が変わっていかねばいけない。それが「機会均等化に関する標準規則」の目指すものであると、理解しているのであります。「機会の均等化」とは、物理的環境の改善や情報・コミュニケーションなどのアクセスを、より便利なものにしていくということが、1つの目標でありましょう。2つ目は、教育についても統合教育を目指すべしです。しかしこれはある程度の妥協がさ

れていまして、特殊教育もまたあっていいと、言っているようであります。3番目の雇用・就業につきましても、人権としての就労を基本理念にして、一般雇用あるいは授産・保護雇用等を通して取り組むよう指摘しております。4番目は収入、所得の保障、生活の基盤としての条件づくりが必要だということでありまして。5番目に、家庭生活と個人の尊厳が守られるような社会条件をつくれともうたっておるのであります。また、文化活動やレクリエーション、スポーツ等についての受け入れ体制、条件整備も強調されています。さらに、これは国連の特殊性でありましょうが、この機会均等に関する準則では、日本の場合はともすると見過ごされがちな、宗教の問題にまで触れております。21世紀の日本のリハビリテーションを考えるときに、こういったこともまた、私たちの参考になるような気がするのであります。

#### リハ関係者としての取り組み

そこで、このように障害者施策や関連施策、さらにはリハビリテーションの考え方等が変化する中で、私たちに投げかけられている課題は一体何でありましょうか。先ほど調実行委員長のお話にもありましたが、この研究大会は昭和52年に、教育や医学、工学、福祉等々、それまでさまざまな分野に分立していたリハビリテーションの専門領域の研究や活動を、横につなぐことをめざして「リハビリテーション交流セミナー」ということで生まれました。大変素晴らしいことであります。そして国際交流をも含むセミナーとして開催されてきました。障害の種別を越え、専門領域を越えて、関係者がここに集まる。そして当事者の皆さんにもご参加をいただく。専門職の皆さんの姿勢、あるいは関係行政関係者の取り組み、障害当事者団体等の取り組みが、この研究大会に結集しているのでありまして、大変有り難いことであります。しかしながら、

いま日本の障害者リハビリテーション、あるいはそのための施策は大きく変わってきておりますから、我々も絶えずこれに目を向けて、リハビリテーション関係者として、なすべきことを明らかにしていかなければいけないと思うのであります。

実は昨日厚生省に寄って参りました。いま厚生省は障害者保健福祉推進本部、その最終的な目標を実現するために悪戦苦闘をしております。いま私どもは12月に出される「数値目標」を持った障害者計画、仮にその名前を「ゴールドプラン」に対して「ノーマライゼーションプラン」などという言葉を使って呼ぶとすれば、その目標が数値を持って、より良いものになったらなあ大変期待をしております。また、いま3局に分かれている障害者福祉行政が一元化され、官房に障害者保健福祉部ができるという。しかし、問題はその中身なのであります。単に組織が変わるだけではいけない。本当の意味で、障害者施策が一元化、総合化されるであろうか。そんなことを固唾を呑んで見守っているのであります。昨日あたりの感触では大変に厳しい。良いことだから、本部の中間報告が発表されて、行政的に手続きをすれば、それが実現できる、そんなものではないということを、密かに痛感して帰って来たのであります。

私たち関係者が手を束ねて傍観している間に、本当にこうあってほしいという願いは雲散霧消するかもしれない。そのような危険すら感ずる。私たち関係者が、どういう取り組みをするか、実はここに大きな問題があるように思うのであります。行政関係者の努力には大いに期待をし、また考えてもらわねばならないのであります。この障害福祉にかかわる係長や課長さん、行政官がどれだけの姿勢をもって取り組むかが、その結果にかなり大きな差をもたらすということを、ぜひお考えおきいただきたいのであります。今日この研究大会の席上に厚生省の局長や課長が来て、

皆さんの本当の声を受け止めて、これはやらなければいかなあと思って帰ってもらうような、そういう機会も作らなければいけないのではないかと、いま感じているのであります。1人の係長や課長が動くことが、1つの法律を変えることよりも、大きなメリットを持つということも、国レベル、県レベル、市町村レベルにおいてお考えいただきたいようにも、思っておるのであります。我々が良いことだからぜひ実現してほしいと思っても、それは簡単な努力で実現できるものではありません。それを支える広い裾野、大きなエネルギーが必要だということを、私自身の体験の中で感ずるのであります。これからのリハビリテーション関係者が取り組む1つのテーマとして、何がなされるべきかをぜひ、この機会にお考えいただきたいように思うのであります。

もう1つ、先ほど障害者福祉、障害者施策における90年体制は、市町村主権の時代だ、と申しましたが、この点についても同様だと思うのであります。3,300の市町村で、「障害者基本法」にいう「障害者基本計画」をどれだけつくっているかということ、昨日総理府に聞いてみました。総理府が現在持っている数字では300ぐらいの市町村が「障害者基本計画」をつくったと言っています。市町村の数は3,300あり、その中で300ですから1割、10%にも及ばない数の市町村が作ったにすぎません。つくる計画を持っているのが1,100ぐらいだと言っていました。合わせて1,400。残りの2,000余りは、計画すら持っていないということになるのであります。ぜひ皆さんが働いておられる地域の市町村に、時にその様子を聞き、その必要性を説いていただきたいのであります。

国際障害者年第二次の十年である「アジア・太平洋障害者の十年」推進のために、日本身体障害者団体連合会、全国社会福祉協議会、JD（日本障害者協議会）、そして当協会の

4 団体で、「新・障害者の十年推進会議」というのを組織しております。この会議の名前において近く、12月3日から始まります第1回の「障害者週間」に全市町村長宛てに「障害者計画をつくっていますか、つくる計画がありますか」、「障害者担当の係はありますか、人はいますか」ということについて、アンケートを出すことを計画しております。これはアンケート調査であると同時に、アンケートを通して「障害者基本計画」をぜひつくってほしいという、ソーシャルアクションでもあるわけであります。これがよい結果となるためには皆さんが、地元の市町村長にお声をかけてくださることが、極めて適切で有効であります。ぜひそういった動きもありますことを含めてこの集まりを、リハビリテーション関係者として、何をなすべきかも考える機会にさせていただければ、有り難いように思うのであります。

3つ目に私が言いたいことは、さまざまな施策や制度やメニューは用意されてきた、少しずつ増えていることも事実ですが、障害者の具体的な暮らしは変わらない、というのではいけないということです。それを変えるのは実践にあたる私たちリハビリテーション関係者の努力であります。実力をつけ、障害者の信頼を得て、ともに完全参加と平等を実現するために取り組む毎日の活動の中に、その鍵があると、こう言いたいのであります。私たちリハビリテーション専門職は、本当に障害者の自立と生活、人権実現のための認識を持っているであろうか。本当の専門職としての実力を身につけつつあるかということも、問われているように思っているのであります。

さらには、リハビリテーション専門職は時に障害者のある人を、能力の低い人、対象者というような捉え方をしていないか。良きパートナーになっているかどうかとも問われているように思うのであります。ある人はこう言いました。「このごろ障害者施設に働く人々

は、老人ホームに働く人々に比べて、介護福祉士や社会福祉士の資格を取ろうとする人が少ない。これで本当に、1人の人間としての障害者の良きパートナーとしての専門職に成り得るであろうか」。私たち関係者は、そうした専門職者としてのモラルと実質的实力を身につけることに、取り組まなければいけないように考えるのであります。「リハビリテーション従事者倫理綱領」なんていうものが必要になるときも近いのではないかと考えております。

### まとめにかえて

この研究大会は第18回を迎えました。20回がもう間近であります。私は20回大会あたりにおいて、この研究大会という名前自体を考え直してよいときが来ているのではないかと、とも思うのであります。第一部が研究大会、第二部がリハビリテーション大会というように、研究という字を外してほしいようにも、個人的には思うのであります。そして、我々リハビリテーション専門職や関係団体、当事者の方など、第一部の研究大会で話し合われたことを、第二部で決議文としてまとめていただくときが、近づいているように思うのであります。専門領域、働く分野、障害の種別を越えて結集した私たちが、新しい時代におけるリハビリテーション従事者として、何を求め何を期待しているか、その意思を明らかにする場があってもいいのではないかと、思うのであります。いつまでも情報交換と研究成果の発表の場であってはいけないのではないかと、思うのであります。これはぜひ常任委員会での検討を通して、20回大会あたりを目指して、そういうものをお考えいただきたいと思うのであります。

障害者福祉の展開、さまざまな関連施策の展開の中で日本のリハビリテーション関係者が、どのような方向に歩みを進めるか。これは大変に重要な意味を持っておりまして、こ



の研究大会、そしてそれをさらに発展させたリハビリテーション大会といったものに、1年1年発展していきますことを、心から期待したいのであります。今日私は、本日予定されております、トピックでのさまざまな分野からの提言や分科会、また明日のプログラムの内容については、一切触れることはいたし

ませんでした。最近の急進展する障害者施策と、我々リハビリテーション関係者がどのような取り組みをしていったらよいのか、私が考えていることをいくつか申し上げまして、ご参考に供しました。ご清聴ありがとうございました。

## トピック

特別なニーズ教育とインクルージョン教育	清水 貞夫
精神保健福祉法の制定をめぐって	天野 宗和
知的障害者の能力開発と企業就労の新たな展開	関 宏之
高次脳機能障害と障害認定	大橋 正洋
ウェルフェアテクノハウス構想	池田 喜一

## 特別なニーズ教育とインクルージョン教育

清水 貞夫  
宮城教育大学教授

### 1 障害児教育を支える論理

障害児教育という制度は、学習や社会適上の困難を抱えた子どもの一部である障害児（特に知的遅滞を示す子ども）、それも教育法制上で対象規定された障害児の救済システムと考えられている。だが、通常学級で教育指導上の困難を惹起させる子どもの中から障害児だけを判別することは簡単なことではない。障害児がもつとされる障害病理は、明白に確認できるものから、推測されるに過ぎないものまで、連続的事象であり、障害は非障害と連続し、その程度は多様である。また、それだけでなく、障害病理が生活の営みにとって阻害要因（disability）を引き起こす程度は、単純に障害病理の種類や程度だけが決定要因にならない。そのため、学校教育で特別に救済対象となる障害の種類と程度が「判別基準」として示されている。その「判別基準」は、特定の歴史・社会的文脈の中で学校教育が特別な救済対象児の範囲を示すという性格をもつことから、医学的というよりも、優れて教育施策的性質（学校教育学的性質）をもったもので、可変的なものである。学校教育の場では、通常学級内で教育的対応ができない児童生徒として顕在化することから（障害病理の明白で機能レベルが重篤に発達の遅れた児童生徒は就学前に顕在化する）、通常学級の教育条件などによって規定される。本来的には、学校教育で使用している障害児対象規定である「判別基準」は、学校教育の

機能である学習指導（知識・技能の再生産）と人格の形成（社会化）という目的に照らして、通常学級での教育指導になじまない程度を明示する指標を使用すべきであると考えられる。

だが、「判別基準」は基本的には医学的あるいは心理学的な障害概念をもとにしたものになっている。そのため、障害児教育は、対象範囲を拡大して困難を抱える子どもを多く抱え込もうとすると、新しい障害概念を新規に採用するか、困難を抱える子どもをより多く包摂するように障害概念内容を修正するか（例えば、精神遅滞定義に含まれる範囲を変更するなど）、障害概念を柔軟に適用して非障害児も救済対象にするか、の3つの方策しかない。障害児教育としての「特殊教育」は、初期においては、通常教育で教育的対応できない子どもを障害病理に関係なく「混合」させて対象としてきたが、整備の過程で、非障害児を排除して名実ともに障害児教育にならんとしてきた（これが実現しているか否かははなはだ疑問ではあるが）。また、新しい障害概念を添加あるいは分化させるかたちで対象範囲を拡大してきた。近年では、「情緒障害」に続いて「学習障害」を学校教育上の障害概念に新規に加える方向が障害児教育界では議論されている（合衆国では、注意欠陥症候群が同じ方向で議論され、日本の障害児心理学研究者にも追従する者もいる）。

ところで、障害児教育は、その対象児を医学的あるいは心理学的な障害定義に合致する

か否かで判別するということから、対象児を個人内に病理をもつ子どもとして把握していると言える。この考え方は、通俗的には、医療モデルあるいは欠陥モデルといわれるのである。対象児は、何よりも、特定の学校環境下（場面）で、教師との相互作用、子ども相互の相互作用、学習内容との相互作用の中で、困難を抱えた子どもとして顕在化する。彼らに対する教育指導の困難は単一ではなく複雑な要因の函数として生起してくる。それにもかかわらず、彼らの教育指導の困難は個人内病理と結びついて生起しているものとして理解されるのである。その結果として、個人内病理と学習や行動での逸脱を因果論的に結び付けることが単純にはできないにもかかわらず、それが“推測”あるいは“仮定”されて、教育活動が治療的に組織されたりする。

障害児教育は、こうした論理に支えられて進展してきたのである。そこでは、障害児教育の進展は、一面では、障害概念の新規の添加と分化の歴史とみることができる。また、障害児が個人内病理をもち、特別な教育指導が必要とされるということで、障害児教育の拡充が進められた。こうした拡充の進展の下で、学校教育から排除されていた重度あるいは重複障害児にも教育が保障されるようになった。だが、他方で、この論理は、障害児教育を通常教育から切り離すように機能したことも確かである。障害児は障害児教育システムで教育的に対応し、通常教育は障害児を守備範囲としないかのような錯誤を生み出したのである。しかし、障害児は、通常教育の中で教育困難児の一部として顕在化し、個人内病理が短絡的にその教育困難につながっているわけではない。個人内病理があっても通常教育で教育指導できる子どもも存在する。障害児が通常教育での教育指導になじむか否かは通常教育のあり方にかかわっているのである。こうした認識は、障害児教育の見直しを求めているとともに、通常教育の見直しをも

同時に求めている。学校改革は、通常教育のあり方だけを問うだけでなく、障害児教育のあり方を含めて論じられなければならないのである。

## 2 障害児教育の見直しの方向

—ウォーノック報告<sup>1)</sup>—

障害児教育の進展を支える論理は、1970年代になって、批判の対象になり、合衆国では“カテゴリーなしの特殊教育（noncategorical special education）”<sup>2)</sup>の主張が登場する。当時、合衆国では、重度重複障害児の学校教育への組み込みが各地の訴訟で確定し、それと同時進行で、情緒障害と学習障害が特殊教育を提供される対象としての障害概念になる。それは、通常教育で教育指導できないにもかかわらず、法制の規定する障害概念範囲外であることで子どもに対しても特別な教育指導を提供する必要性が叫ばれたことによる。その叫びに、障害児教育は、新規の障害概念を制度化することで、その対象範囲を拡大したのであった。換言すれば、学習や社会適応上の「失敗（fail）」を子どもの個人内病理に帰属させて、その子どもへの対応を考えるという論理で、新規の障害概念が法制化されたのである。これに対して、病理・心理的な障害概念を子どもに添付しないで、特別な教育指導を提供すべきとの論議は、“カテゴリーなしの特殊教育”として主張され、実際、1972年には、この立場はマサチューセッツ教育法（Chapter 762）で採用された。そこでは、障害カテゴリーが廃棄されて特別な教育指導の対象は「特別なニーズをもつ子ども（Children with Special Needs）」として一括されたのである。ただし、合衆国では、連邦法（全障害児教育法、Education for All Handicapped Children; PL. 94-142）で障害種別ごとに障害児をカウントし、そのカウント数に応じて補助金が支出されるために、“カテゴリーなしの特殊教育”はすべての州政府

が採用するところとはなっていない。

しかし、こうした動向の典型は、イギリスのウォーノック報告（1978年）であろう。ウォーノック報告は、各種の障害カテゴリーに代えて「特別な教育的ニーズ（special educational needs）」（以下ではSENと略記する）という用語で、学校教育で教育（学習）困難を示す子どもを掌握し、必要とするサービスを提供することを提案したのである。こうした提案の背景には、旧来の障害カテゴリー別の障害児教育への批判があった。

すなわち、①障害名が子どもにスティグマを貼付することになり自己意識を劣化させる、②障害の種別と程度の同定は必ずしも子どもが必要としている教育措置を明示しない、③同一障害種別であっても子どもが必要とする教育上のニーズには個人差がある、④障害の程度は連続した事象であるにもかかわらず、いずれかの点で線引きをして障害児教育の提供を決定するのでは不公正である、⑤障害が学習上の困難につながっているか否かは、学習上の環境整備とかわり相対的なものである、などが、障害カテゴリー別の障害児教育の弱点として主張されたのである。こうした主張をもとに、障害児と非障害児という子どもの2分法の解消をめざして、子どもの学習困難は、子どもの所持する知識・技能・経験と子どもに要求を突きつける学習場面との相互作用におけるミスマッチの結果とみなされ、そこに「付加的な援助・支援」を必要とするところにSENが生起すると考えられた。そして、SENに対応した「教育上の措置（educational provisions）」が講じられなければならないとしたのである。障害は医学的あるいは心理学的診断概念であるが、SENは社会・教育学的概念であり、SENは相互作用的・相対的な性質をもつことが強調され、「付加的な援助・支援」である「教育上の措置」は障害児（特殊）学校の専有でなく通常の学校にも及ぶとされた。ここでは、旧来の

障害を主因とする学習困難に加えて、さまざまな要因による学習困難が、通常学校内での「付加的な援助・支援」の対象と考えられたのである。

ウォーノック報告は、大きな議論を巻き起こしながらも、1981年教育法以降の諸法で具体化が進められた。いかなる状態がSENと認定され、SENと認定された子どもは学校でいかなる地位を占めることになるのか。SENが新しいスティグマにならないか。通常の教育的ニーズとSENの境界は何をもって区分し、いかなる特別なサービスを「SENの子ども」に提供するのか。こうした議論や論争が今日においても続いている。また、現実には、サッチャー主義の財政緊縮政策のもとで十分な財政的な裏付けがないために、ウォーノック報告が通常教育内でのSENへの対応というスタンスを強調したにもかかわらず、障害児学級や障害児学校での「教育上の措置」あるいは「付加的な援助・支援」が従来と同じように維持されていると批判され、SENの認定に地域間・学校間格差が生まれているとも言われる。だが、「SENをもつ子ども（children with special educational needs）」という概念を提起することで、医学モデルあるいは欠陥モデルによる障害児把握から訣別し、障害児と非障害児という子ども分類における2分法にとらわれずに「SENの子ども」に通常教育を含めて「特別なサービス」を用意する方向は、今後も概念の明確化がなされなければならないが、歓迎されるべきことのように思われる。

しかしながら、こうした見方は、世界的に見たとき、必ずしも、障害児（特殊）教育制度を現実に変革するまでに浸透しているとは言えない。障害児教育の改革が各国で主張され続けていることは事実であっても、学校教育でのSEN認定あるいは障害認定は、公教育の対象とされる児童生徒の中で、通常教育に加えて特別な財政措置を必要とする特別な

教育措置を講じる対象範囲を明確化させる行為であり、教育経費の配分にかかわる事項であることから、障害カテゴリー別の障害児教育を確立している諸国では、その枠組みを簡単にくずすことができないという事情がある。加えて、障害カテゴリー別の障害児教育を確立していない諸国では、盲・聾という伝統的な障害カテゴリーの障害児教育が確立していても、情緒障害、軽度精神遅滞、学習障害などの新規の障害カテゴリーが未成立であるとともに、「SENの子ども」として問題になる子どもたちへの「特別な教育指導やサービス」にまで財源を割り振りできない状況があるのであろう。だが、後述するように、今日では、ユネスコが、ストリート・チルドレン、就労を余儀なくされる児童、貧困や慢性的栄養失調の児童など、社会・経済・文化的な要因で学校教育から利益を得ていない子どもを「SENの子ども」として把握して、そうした子どもを含めて、すべての子どもに教育を保障するためにSEN概念を世界に普及していることを等閑にはいけない。

### 3 インテグレーションの推進と「SENの子ども」

1981年教育法につながったウォーノック報告は、SENという概念を定立することで、明白に障害児と認定できない子どもに限定しないかたちで、特別な教育サービスの対象を拡大する方向を示した。だが、ウォーノック報告は単にそれだけのことではなかった。1970年代後半以降、障害児教育では、旧来の分離的なサービスの提供が批判され、インテグレーションが唱導された。ウォーノック報告が、そうした世界的な障害児（特殊）教育見直しの趨勢を無視することはなかった。実際、ウォーノック報告が「付加的援助（any form of additional help）」を必要とする子どもとして推定したのは20%にのぼり、少なくとも、そのうちの18%は通常の学校で学ぶ子

もであった。こうした多数にのぼる子どもを分離された場で特別な教育サービスを提供することには困難があり不可能なことであった。こうした事情を踏まえて、ウォーノック報告は、「SENをもつ子ども」の多数が通常の学校で判明し、そこで援助を受けることを明言している。そして、通常学校内での「付加的援助」の提供方式として、次の4つを指摘している。

- (Ⅰ)必要とする援助かサポートをともなった通常学級での教育
- (Ⅱ)特別な学級ないしはユニット、または、他のサポート提供の場への抽出をともなった通常学級での教育
- (Ⅲ)常学級に出席する時間があり、通常の学校で行われるコミュニティでの活動や課外活動に完全に参加をするかたちをとる特別な学級ないしはユニットでの教育
- (Ⅳ)当該通常学校と社会的な接触をもつ特別な学級ないしはユニットでフルタイムの教育指導

このように、ウォーノック報告は、通常の教育措置から極めて特別と考えられる教育措置にいたるまで連続体を構成するかたちで教育措置をSENの子どもに用意しなければ、連続的に事象であるSENへの対応となり得ないと考えたのである。それと同時に、ウォーノック報告は、重度障害児や高度行動障害児などについて障害児（特殊）学校の必要性を指摘していることも忘れてはならない。同報告は、障害児（特殊）学校と通常学校のリソースを共有するなどで共同を強めることを推奨し、インテグレーションには、位置的統合（locational integration）、機能的統合（functional integration）、社会的統合（social integration）の3形態があったとした。障害児（特殊）学校と通常学校との連携では、両者が、敷地を共有したり、リソースや教育プログラムとか社会経験の共同を推奨

し、障害児（特殊）学校がリソース・センターとして機能することを構想している。むしろ、ウォーノック報告は、障害児（特殊）学校のもつ機能の新たな「拡充（extention）」を勧めたともいえる。こうした立場は、より強力にインテグレーション推進を唱導する立場からは、現実妥協的過ぎる故に落胆さるものであったことは確かである。

以上は、ウォーノック報告の概要であるが、世界の障害児教育の趨勢が可能な限りのインテグレーションの推進に向かっていることは事実である。だが、各国では、学校教育の歴史と伝統、ならびに通常教育（通常学級の学級定員など）の条件、また、履修内容基準の明確度・強制度・密度、さらに「特別な教育サービス」の対象範囲が異なり、インテグレーションの実情は異なっている。合衆国では、LRE（最少制約環境）という司法概念をもとにしてメインストリーミングの名称のもとにインテグレーションが推進されてきたが、全障害カテゴリーで1985～90年にかけてリソースルームでの教育（リソースでの教育指導が学習時間の21～61%になる場合）から通常学級での教育（学習時間の20%以下の抽出指導を伴う場合を含めて）へとシフトが起こりながらも（1985-86年度と1989-90年度を比べると全障害カテゴリーで6%のシフト）、障害カテゴリー種別で差異があり、精神遅滞児でも、通常学級への教育措置が増加しながらも、全体としては、障害種別の中で、固定式障害（特殊）学級に引き続き教育措置され続けている、と報告<sup>39</sup>されている。イギリスでは、1981年以降、地域によっては、障害児（特殊）学校の閉鎖があるなど、「SENの子ども」が障害児（特殊）学校よりも通常学校で教育を受ける傾向を強めているが、地域間格差があるとともに、未だ多数が分離学校で学ぶ実態が大きくかわってはいないようである。<sup>42</sup>しかし、分離学校と通常学校との間で、多様なリンクが生まれてきていると言われる。<sup>52</sup>

英米における状況と比較して、日本における実態は、学習障害が障害カテゴリーの種別に加えられていないなど「特別な教育指導とサービス」の対象が狭く学齢人口の0.89%が障害児教育を受給しているにとどまり、「特別な教育指導とサービス」を受けないまま通常学級に在籍する者が少なくないとも言われている。<sup>62</sup>また、1993年度から「通級による指導」が制度化されながらも、通常学級に在籍しながら「特別な教育指導とサービス」を受けられる体制が未整備の状態であり続けている。

いずれにしろ、インテグレーションの潮流は、障害児（特殊）教育のあり方に変化をもたらすことは明白であろう。それは、インテグレーションが、障害児者が社会の主権者であり、マージナルな存在ではないという障害者観におけるパラダイム・シフトに淵源するものであり、それを否定することはできないからであろう。だが、インテグレーションの推進は、「特別な教育指導とサービス」を受けられる権利を障害児に否定するものでないということを確認しておかなければならない。すなわち、教育におけるインテグレーションは、「特別な教育指導とサービス」なしに通常学校あるいは通常学級に障害児を投げむこと（ダンピング）ではない。また、「特別な教育指導とサービス」の提供を特定の場所に頑強に結び付けないこと、とくに分離された教育の場での「特別な教育指導とサービス」の提供だけが障害児（特殊）教育ではなく通常教育の場でも障害児（特殊）教育が可能な限り行われ、その可能性を拡大するということである。

現在の障害児（特殊）教育の改革のドライブは、一方で、障害概念の見直しであり、他方では、インテグレーションの推進である。この2つをキー・コンセプトとしながら、障害児（特殊）教育の改革が目指されているのである。ウォーノック報告は、この2つのキー・コンセプトを盛り込んだ報告書だったのである。そして、前者は、概念定義上の曖昧さを

含みながらも、SEN概念に収斂し、後者は、今日では、多くの論争を含みながらも、インクルージョンという用語で包括されてきているのである。

#### 4 特別なニーズ教育及びインクルージョン教育

今日、障害児教育は大きく変革されようとしている。その変革の基礎には、学校教育における障害概念の見直しであり、インテグレーションの推進である。前者は、「SENの子ども」への教育として「特別なニーズ教育」という用語が使用され始めた。後者は、今や、「インクルージョン教育」という用語が新規に登場して唱導されている。これら二つが、障害児教育改革の鍵概念である。

障害概念の見直しは、まずもって、学校教育における医学あるいは欠陥モデルからの訣別であり、その訣別は、医学および関連学問分野が障害病理の医学的・病理的診断を障害カテゴリーによって行うことを否定するものではない。むしろ、教育サービスを提供するシステムとしての学校機関が、サービス提供の対象と方式を規定するものとして、適切な子ども分類をもつべきであるとする主張である。医学は、独自の学問的専門性と役割をもち、障害病理を把握して医学的対処を試みる。これは当然の論理である。障害概念や定義は、対人サービス分野では、サービス対象の範囲を決定し呼称する機能をもつものであるから、当該の対人サービス分野で適切な範囲と呼称が採用されるべきであるということである。学校教育で子どもが「特別な教育指導やサービス」対象になるのは、当該児童生徒が学習困難や行動不適応を示したときであり、それは「障害」としてではなく「教育的ニーズ」として把握して必要な教育的対応をとるべきであるとするのが新しい見方である。

こうした障害概念の見直しの動向は、AAMR（全米精神遅滞協会）の新しい精神遅滞

定義（1993年）<sup>72</sup> にも見て取ることができる。AAMRは、その障害定義（概念）を「ニーズ」として把握する方向を明白に示し、時代の動向を反映させている。AAMRは、個人の知的・適応スキルは、当該個人が生活する環境に関係し、社会的サポートの質や量とも関係した状態として把握するサポート・モデルを提起し、精神遅滞の診断は、4次元3段階プロセス（精神遅滞と適応スキルの診断、心理／情緒状態の把握、身体・健康状態と病因の把握、環境要因の把握という4次元と、知的障害定義への適合、個人の「強さ」と「弱さ」の両面の評価、個人の必要とするサポートの質量の明瞭化の3段階）により、それは、個別的なニーズと必要なサポートの種類と量を明らかにする過程であるというパラダイムを提起した。AAMRの精神遅滞定義は、精神遅滞を環境（家庭、就労社会、学校、地域社会）との相互関係の中で把握する立場を明らかにしたばかりか、精神遅滞者を当該環境の中でニーズをもちサポートを要求する権利主体と認識したのである。換言すれば、SEN概念の背景をなす論理は、AAMRの精神遅滞定義に反映していると言える。こうした理解をするなら、SEN概念の革新性は、障害概念を見直し、今日の障害理解に即しながら、障害を医学あるいは心理学的モデルからサポート・モデルに変換したということである。

今日、国際社会で、「SENの子ども」に対する教育を「特別なニーズ教育」と呼称して、その普及に尽力しているのがユネスコである。ユネスコは、「すべての者に教育（Education for All）」を保障するために尽力してきたが、就学を拒まれている子どもの多くが障害児だけでない「特別なニーズ」をもつとの認識をもち、1994年6月には、「特別なニーズ教育に関するサラマンカ宣言(The Salamanca Statement)」と「行動のための大綱(Framework for Action)」を採択するに



たる。<sup>87)</sup>

次に、インテグレーションは、今日、インクルージョンあるいはインクルージョン教育 (inclusive education) という用語を使用して推進されるにいたっている。誰がいつ、インテグレーションという用語をインクルージョン教育という用語に代えたかは寡聞にして知らないが、インテグレーションあるいはメインストリーミングが分離された障害児を通常教育に向けて近接させたり統合することを推進するのに対して、多様なニーズをもつ子どもを包摂した通常教育の構築を目指し、多様性共存の学校教育を通常教育の改革として追求しようとするのがインクルージョンでありインクルージョン教育である。ここには、視点の変化がある。すなわち、インテグレーションあるいはメインストリーミングは、障害児 (特殊) 教育分野を基点にしながら通常教育への接近の問題として追求されてきたが、インテグレーションを通常教育の改革として捉え直して推進しようとしたときに、インテグレーションはインクルージョン教育になると理解できるであろう。通常教育は、障害児などが「失敗 (fail) 」する場であり、そこから「SENの子ども」が生み出されるという事実に注目し、それを改革することなくして、インテグレーションの進展はないとの認識が根底にあるとも言えよう。その意味で、特に、通常教育のカリキュラムを障害児を含めた多様性を包摂できるようにするという改革がインクルージョン教育の核心があると言える。窪島務氏は、「通常の学級のカリキュラムに障害児を統合することを追求するインテグレーションが、結局うまくいかなかったことの帰結である」<sup>88)</sup>と述べているが、確かに、そうした側面をもっているが、インクルージョン教育は先ずもって通常教育の改革をめざすと理解されるべきである。事実、合衆国でのインクルージョン教育の論議は、地方教育学区レベルでの通常教育改革を意味する

レストラクチャリング (restructuring) と結合している。すなわち、通常教育の改革視点からインテグレーションを把握し直すとインクルージョン教育になると考えられる。

だが、インクルージョン教育は、世界を華々しく巡っているが、その主張には人によって差異がある。その共通項をあえて列記すれば、①障害児を含むすべての子どもが、地域の学校への可能な限り就学する、②「特別な教育指導とサービス」の提供を特定の固定した場所に限定しないで、必要に応じて児童生徒と教師にサポートとして提供する、③通常学校の学習環境を可能な限り多様性を包摂した共同協同の場にするすることで障害児を析出する場でなくする、④障害児への「特別な教育指導とサービス」の質と量は、障害の程度と直接的には関係しないと考える、などを指摘できるであろう。インクルージョン唱導者は、インクルージョンがダンプングを意味していないと公言している。そのため、「特別なニーズ」をもつ児童生徒が通常学級に在籍するとき、補助教師やサポートが提供されるべきであると主張する。だが、インクルージョン反対論者は、インクルージョンが障害者に対してサービスの連続体 (the continuum of services) を用意することを排除すると理解され実行されることに強い懸念を表明している。インクルージョン唱導者は、おしなべて、障害児が可能な限りの地域の学校に就学することを主張するが、例外があつてしかるべきであるとする主張もある。我々としては、インクルージョン教育が障害児教育の改革である以上に通常教育の改革であることを見落としてはならないばかりか、合衆国でも<sup>10)</sup>、その主張の中身は多様であることを見落とすべきではないであろう。

インクルージョン教育は、ユネスコが、今日、「特別なニーズ教育」と一体のものとして強力に唱導するものとなっている。既述の「サマランカ宣言」と「行動のための大綱」

で、学校教育がインクルージョン教育になることで「特別なニーズ教育」が推進されるという見地を明確にしている。これら2文書は、障害児の通常教育へのインテグレーションという国際的潮流を意識しながら、「SENの子ども」を含めて「すべての者に教育」を実現するために、インクルージョン教育の原則を採用するよう各国に求めている。インクルージョン教育は障害児教育だけでなく通常教育の見直しと改革であるが、ユネスコが強く意識しているのも、「すべての者に教育」を保障する一環として通常教育の改革としてのインクルージョン教育である。世界には、経済・社会発展上の諸理由で、義務教育学校に就学できない子どもを多く抱えた諸国が存在している。そして、就学できない子どもには障害児が少なからず含まれているのである。こうした状況で、「すべての者に教育」を保障するためには、学校教育が、障害児を含めて「SENの子ども」を対象として、どれだけインクルージョン教育を実現し得るかが問題になる。ユネスコがインクルージョン教育を唱導する立場は、ここにある。ここでも、インクルージョン教育の主張が通常教育の改革の唱導であることを確認できよう。

## 5 今日の日本における通常教育改革問題

今日、通常教育は大きな困難に直面している。通常教育は、いじめ、自殺、不登校の問題にいかに対応するかで困惑を深めている。そればかりでなく、学習についていけない子どもがかなり存在することも指摘されている。そうした中で、学校現場では、少なくとも子どもが「癒し」を必要としている事実が指摘されるとともに、基礎的な学力をいかに子どもに保障するかが論議されている。こうした状況は、医学・心理学的診断によって障害児と認定された児童生徒だけが、「特別な教育サービス」を必要としているのではないと受けとめることができる。すなわち、「SENの

子ども」が通常学級に在籍し、「救済」を必要としているという事実が存在するということである。

こうした状況下で、文部行政は「学習指導要録」の改訂とかかわって、知識・理解よりも意欲・態度を相対的に重視する「新しい学力観」、つまり、知識・理解だけを偏重するのではない学力観を唱導しはじめた。文部省・高岡浩二教育課程企画官は、「これまで知識や技能を共通的に身につけることを重視して進められてきた学習指導を根本的に見直す必要がある」と主張し、「新しい学力観に立つ学習指導は、（指導する必要がある知識や技能ではなく）（筆者加筆）子どもが自ら考え主体的に判断し、表現できる資質や能力の育成を基礎的・基本的な内容の中核をなすものにとらえ、子ども自らの力によって獲得することを基本とする必要がある」と言う。そして、高岡は、「基礎的・基本的な内容は、弾力性や多様性のあるもの」と把握されるべきで、「関心・意欲・態度、思考力、判断力、表現力などの能力、技能、知識・理解などの資質や能力を指している。なかでも、子どもたちの自己実現に生きて働く関心・意欲・態度や思考力、判断力、表現力などの能力は、これからの教育において中核をなすものである」と言う。<sup>11)</sup>

こうした「新しい学力観」は、知識・技能の獲得よりも関心・意欲・態度を先ずもって重視する「学力観」とだけ把握するなら、子どもが通常教育で学習上の困難のために障害児（特殊）教育システムに移ることを否定することになるばかりか、学習上の困難を示す障害児がより通常教育への教育活動に参加できるようにする「学力観」と言える。障害児が障害児（特殊）教育システムで教育を受けるのは、当該障害児が通常教育の用意するカリキュラムでは適切な教育保障にならないからであるが、通常教育のカリキュラムが子どもが獲得し消化するものとして設定されなく

なるなら、障害児、特に、精神遅滞児の場合、通常教育の中へのインテグレーションは飛躍的に進むことになる。

しかしながら、学校教育は、3Rと言われる読書算の基礎知識・技能を授けなくなるのであろうか。その点で、「新しい学力観」は、各学年での指導目標と指導項目を示した学習指導要領を廃止するということとセットで提起されてはいない。学習指導要領で示された基礎知識・技能の教授＝学習は維持されつづけるのである。むしろ、学習指導要領に示された指導目標と指導項目は、むしろ、週5日制の実施のなかで、盛り沢山になっていることが教育現場では批判の対象になっている。換言すれば、「新しい学力観」は、学校知に対する児童生徒の全体的な著しい衰弱傾向の顕在化の状況に対応するために、学校現場に関心・意欲・態度のさらなる鼓舞をもとめたに過ぎないし、履修すべき内容で修得すべきないように示されていない日本のカリキュラムの性格を改めて明らかにしたに過ぎないとも言える。このように「新しい学力観」理解をすると、「新しい学力観」は、日本のカリキュラムが履修すべき内容を明示したもので修得すべき内容を明示したものではないことを改めて公的に宣言したと言える。これは、履修すべき内容の修得を公教育の守備範囲内から市場原理下に置くことを述べたと言えるかもしれない。それは、関心・意欲・態度を引き出す活動の展開を学校教育として先ずもって重視し、基礎知識・技能の修得は塾などのダブル・スクーリングに依存させようとするものだからである。学校教育が、このような変質をとげるなら、基礎知識・技能の修得は子どもの社会・経済・文化的背景に強く影響されて、社会・経済・文化的に不利な立場の子どもが「落ちこぼれ」、ますます関心・意欲・態度を喪失することになるであろう。事実、この点の危惧を駒林邦男氏が明確に指摘している。<sup>12)</sup> これは、通常教育が

「SENの子ども」を多出するようになることを意味し、インクルージョン教育とはかけ離れることを意味している。

とまれ、「新しい学力観」の行く末を論じるのが本稿の目的ではない。通常教育の学校改革が「新しい学力観」でなくとも、その改革内容は、障害児(特殊)教育に連動するものであるから、通常教育の改革は、障害児(特殊)教育と連動して論じられなければならないと主張したかったのである。その点で、通常教育界に見られる改革論議で、障害児(特殊)教育を視野にいられた議論は寡聞ながら見当たらないように思われてしかたがない。

## 6. 今日における障害児教育改革論議

通常教育における学校改革が、障害児教育を視野に入れることなく論議されていることを指摘した。障害児(特殊)教育分野でも、通常教育と同様に改革論議がさかんになってきているが、障害児(特殊)教育分野での論議も、また、通常教育での論議と同じことが言えるように思われる。

障害児(特殊)教育分野では、一方で、合衆国から持ち込まれた「学習障害」を「特別な教育サービス」の対象範囲として障害概念の一つに加える方向で議論が進んでいる。これは、学習上の困難を医学・心理学的診断名を付して、「特別な教育サービス」の対象となる障害種別を拡大するという伝統的な方向の踏襲である。他方、平成5年度から、精神遅滞児を除く軽度障害児を対象として「通級による指導」が公的なものとして制度化されて、通常学級に在籍しながら「特別な教育サービス」を受ける方向が認知されている。この「通級による指導」は、教員の過員対策的性格をもち、制度化されていなかった下で行われていた通級指導を公認したという性格をこえないもので、障害児(特殊)教育を変革するものになってはいない。

しかし、こうした行政レベルでの施策とは

別に、社会の少子化傾向を反映しながら、少人数学級の増加、重度障害児の障害児(特殊)学級在籍の増加、障害児(特殊)学校高等部の拡大傾向などを受けつつ、日本の障害児(特殊)教育をいかに改革するかについての論議が展開されている。そうした論議のうちで、SENという概念で障害児(特殊)教育をとらえ直す方向は、山口薫氏が、将来の方向として「心身に障害がなくとも特別な教育的ニーズがあれば特殊教育の対象にする方向を目指す」<sup>13)</sup>と述べている。

SEN概念で子どもを把握する方向は、一つに、医学・心理学的な障害カテゴリー別の障害児(特殊)教育の改革をめざすものではあるが、その点で、日本の障害児(特殊)教育は、厳密な意味で、障害カテゴリー別の障害児(特殊)教育が法制で規定されながらも運営が非障害カテゴリー別の障害児(特殊)教育運営になっているという事情がある。そのため、障害カテゴリー的学級編制をより強く求めることが、非障害カテゴリー的運営で実質的に教育条件の改善につながるという利点をもっている。こうした状況下で、SENという包括的な概念を導入することが教育条件の改善につながらない側面をもっているのである。また、SEN概念で子どもを把握することは、障害児に限定しないで障害児(特殊)教育の対象を拡大する方向であるが、この点でも、前述の山口薫の意見は別にして、障害児(特殊)教育家の見解は必ずしも明確とはいえない。

例えば、宮崎典男氏は、「通常の学級には、通常の教育課程を履修することがやや困難、あるいは著しく困難な子どもが2～3%いると推測される」と述べながら、「障害児教育関係教師は、これまで培ってきた指導内容・方法を通常の教育の中で生かすよい時期と心得ることが必要である」と述べるにとどまっている。<sup>14)</sup>宮崎は、通常学級で履修上の著しい困難を抱える子どもについて言及しながらも、それが障害児(特殊)教育教師の「心得」

の問題にされ、障害児(特殊)教育の対象拡大を必ずしも意図しているわけではない。さらに、SEN概念という子ども把握は、障害児(特殊)教育を障害児(特殊)学校や障害児(特殊)学級という場での教育と把握する見方の変革であるが、障害児(特殊)教育関係者の期待に反して、「通級による指導」が制度変革上の意義が現状では大きくないが故に、通常学級に障害児が在籍するとき、「配慮による指導」の徹底あるいは教師加配を宮崎が主張しているくらいで、十分な改革論議に発展していない。

だが、筆者を含めて、「特別なニーズ教育とインテグレーション学会」が設立され、日本的な「SENの子ども」の教育を障害児(特殊)教育の改革とからめて探求しようとしている人たちがいることを付言しておきたい。例えば、渡部昭男氏は、障害児(特殊)学校や障害児(特殊)学級に限定されないかたちで、「特別な教育的ニーズ」に対応する教育が存在し、そのうちで「障害故に特別な教育的ニーズをもつ障害児」の教育が障害児教育として概念化している。<sup>15)</sup>筆者としては、通常学級でのカリキュラムでは履修が困難なために別に用意される「特別な教育指導」と、作業療法、理学療法、言語治療、学校カウンセラー、医療的ケアなど教師以外の専門家が提供する「特別なサービス/サポート」の2種類を区分して、これらの双方あるいは一方が、その必要性が障害故に発生しているか否かに関係なくニーズ判定を受けたら障害カテゴリーのレイブリングなしに、提供されるべきであると考えている。いずれにしろ、日本においては、SEN概念をもとに通常教育と障害児(特殊)教育をいかに変革するかは、これからの課題であると言えよう。

それにもかかわらず、今日、障害児(特殊)教育関係者は、通常教育の改革と障害児(特殊)教育の改革が不可分であると十分に意識しているようには思われぬ。通常教育の改

革は、障害児(特殊)教育に改革につながり、障害児(特殊)教育の改革は通常教育の改革と関係するものである。こうした認識をもとに、障害児(特殊)教育関係者は、通常教育の改革論議に参入すべきであり、通常教育改革論者は、障害児(特殊)教育の改革論議に参入すべきであろう。そうでなければ、教育学は通常教育学と障害児(特殊)教育学に二分され、両者は対比的構図で共存構図にはならないであろう。

#### 注及び引用

- 1) ウォーノック報告については、高石道明「1981年法の施行状況及び1988年法と特殊教育の関連」(国立特殊教育総合研究所「世界の特殊教育(Ⅲ)」, 1991年)、日本盲人福祉研究会「英国の障害児教育—ウォーノック報告にみる改革への道」(1980年)などを参照のこと。
- 2) 合衆国での「カテゴリーなしの特殊教育」については、清水貞夫「合衆国におけるカテゴリーなしの特殊教育の進展とその問題」(宮城教育大学紀要第29巻、1994年)を参照されたい。
- 3) Sawyer, R. J. and McLaughlin, M. J. Is Integration of Students with Disabilities Happening? : An analysis of National Data Trends over Time. In press in Remedial and Special Education. 1995.
- 4) O' Hanlon, C, Special Education Integration in Europe, Fulton Publishers, 1993, pp. 135-147.
- 5) Meijer, C. W., Pij, S. J. and Hegarty, S. (eds.) New Perspectives in Special Education ; A six-country study of integration. Routledge, 1994, pp. 79-94.
- 6) 通常学級の在籍する障害児の実態については、中村尚子「通常の学級に在籍する障害児の教育に関する調査・研究の動向」(障害者問題研究, No. 77, p. 58-69)が参考になる。また、東京多摩地区小学校長会研究集録(平成6年度版)では、全小学校児童の0.4%の障害児が通常学級に在籍し、その数は障害児(特殊)学級在籍児童より多いと報告されている。さらに、国立特殊教育研究所「教科学習に特異な困難を示す児童生徒の類型化と指導法の研究」(平成7年7月)では、参集と国語の両教科で2年以上学力水準の遅れがある子どもは小学校5～6年生で約5パーセントいると報告されている。
- 7) AAMRのよる新しい知的障害定義については、清水貞夫「AAMRによる新しい精神遅滞遅滞定義」愛護, 第40巻6号、1993年を参照されたい。
- 8) 「サマランカ宣言」及び「行動大綱」は「障害者教育科学」No. 31, 1995. pp. 60-75. に訳出されている。
- 9) 茂木俊彦他編著「障害児教育改革の展望」全障研出版部、1995年
- 10) 合衆国で、インクルージョンに否定的態度をとっているのは、全米教員連盟(AFT)、全米学習障害協会(The L. D. Association of America)、全米盲人協会及び全米盲教育協会の合同部会(the American Council of the Blind et al.,) などが、多くの障害者団体と障害児者教育・研究団体が、障害者に対するサービスの連続体を否定することに反対している。
- 11) 高岡浩二「子どもを中心とした学校教育の創造を目指して」文部省「初等教育資料」平成4年6月号、
- 12) 駒林邦男「“新しい学力観”批判」岩手大学教育学部研究年報第53巻1号、pp. 85-106. 1993年。
- 13) 山口薫・金子健著「特殊教育の展望」日本文化科学社、1992年
- 14) 宮崎典男「障害児教育改革論」明治図書、1995年
- 15) 渡部昭男「第6章 特殊教育」「基本法コメントール 教育関係法」日本評論社, p. 140-141. 1992年

# 精神保健福祉法の制定をめぐって

天野 宗和

埼玉県立精神保健総合センター  
相談部技術協力課長

皆様もご存知のとおり、「精神保健福祉法」というのは通称で「精神保健法」が改正され「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」というのが正式な名称です。

ここまでに至る歴史を少し振り返りますと、レジメにありますように明治33年に治安の要請が強い「私宅監置」を中心とした「精神病院法」ができました。大正8年に「精神病院法」ができ道府県が精神病院を設置するように定められましたが、一向に進展しませんでした。この頃、大正7年ですが東京帝国医科大学教授で巣鴨病院長であった呉秀三先生が全国の私宅監置の状況を調査し、有名な言葉として「この病を受けたる不幸の他に、この国に生まれたるの不幸を重するものというべし」がありますが、諸外国に比べまだこの言葉が現在も生きている気がしてなりません。

諸外国だけでなく、最近は全国の間格差が広がっており、「この病を受けたる不幸の他に、この県、市に生まれたる不幸を重するものというべし」といってもいいような全国状況でもあります。

昭和20年代までは、薬物療法が未発達で収容保護が主たる対処方法で、社会防衛的機能に重点が置かれていました。

昭和30年代から40年代前半にかけて精神病院が大増設されました。それは、施設整備費と運営費に公費補助を導入したからで、昭和30年に4万4,000床だった病床数が昭和45年には25万床、平成6年では36万床となってい

ます。

先程、この県に生まれたる不幸と言いましたが、各県や市の事業、制度、マンパワーなどを一応置いておいても、都道府県別の人口万対病床数をみると西高東低で16.08床（神奈川）から57.5床（鹿児島）まで3.6倍の開きがあります。

在院日数でみると、山形県は298.6日で和歌山県は697.1日となっています。鹿児島県は神奈川県より3.6倍も入院しなければならない患者さんが多いのか、和歌山県の患者さんは、山形県より2倍以上治りの悪い患者さんが多いのか、どうしても納得がいきません。

昔、私たちが小学生の頃、通学途上や近所に一人言を言ったり、一人笑いをしている人たちが今から思えばいました。子供心に「変な人、かわいそうな人」と思っていました。「怖い人」という印象は残っていません。そのころの方がノーマライゼーションが進んでいたように思えます。精神障害者が病院に大量に隔離されたことにより、地域から精神障害者が消えました。「分裂病男云々、錯乱男殺人」などが新聞やマスコミでさわがれ、分裂病のイメージができ、今もある現在の偏見、差別につながっています。

家族会や当事者の抗議で最近のマスコミの取り扱いには配慮がなされてきていますが、まだまだ問題はあります。

昭和41年の精神衛生法の改正は、ライシャワー駐日米大使刺傷事件、精神保健法は宇

都宮病院事件と事件があって改正されるというのが日本の精神保健行政の歴史でした。

しかし、「国連・障害者の10年」それに続く「アジア太平洋障害者の10年」アメリカの「ADA（障害を持つアメリカ人法）」の成立、などの世界の潮流のなかで、平成5年に「心身障害者対策基本法」が24年ぶりに改正され「障害者基本法」ができました。

また、保健、医療、福祉の統合化を目指し地域保健の新たな体系を構築するとされる「地域保健法」が平成6年12月に成立いたしました。

このような背景の中で、「精神保健法」は改正され「精神保健福祉法」が成立いたしました。要点は次のとおりです。

#### <改正の要点>

#### 1. 精神障害者の社会復帰のための福祉施策の充実

##### (1) 法体系全体における福祉施策の位置づけの強化

###### ・法律名の変更

「精神保健法」→「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」

###### ・法律の目的

これまでの「医療及び保護」「社会復帰の促進」「国民の精神的健康の保持増進」に加え、「自立と社会参加の促進のための援助」という福祉の要素を位置づけた。

- ・「保健及び福祉」の章を新たに設けた。
- ・精神保健センター、地方精神保健審議会、精神保健相談員に福祉の業務を加え、名称も変更。

##### (2) 精神障害者保健福祉手帳の創設

##### (3) 社会復帰施設、事業の充実

- ・社会復帰施設として、生活訓練施設（援護寮）、授産施設、福祉ホーム、福祉工場の4施設類型の規定を法律上明記した。
- ・通院患者リハビリテーション事業の法定化（社会適応訓練事業）

(4) 正しい知識の普及啓発や相談指導等の地域精神保健福祉施策の充実と市町村の役割の明示

#### 2. より良い精神医療の確保等

##### (1) 精神保健指定医制度の充実

- ・医療保護入院等を行う精神病院では常勤の指定医を置くこととした。
- ・指定医の5年ごとの研修の受講を促進するための措置を講じた。

##### (2) 医療保護入院の際の告知義務の徹底

- ・人権保護のための入院時の告知義務について、精神障害者の症状に照らして告知を延期できる旨の例外規定に、4週間の期限制限を設けた。

##### (3) 通院公費負担医療の事務等の合理化

- ・認定の有効期限を延長（6か月→2年）
- ・手帳の交付を受けた者について通院公費の認定を省略

#### 3. 公費負担医療の公費優先の見直し（保険優先化）

制度発足当時以来の精神医療の進歩や、医療保険制度の充実等の諸状況の変化を踏まえ、これまでの公費優先の仕組みを保険優先の仕組みに改めた。

#### <現状と課題>

現在、全国の病院に入院している約34万人の患者さんの内、2割から3割が社会的入院と言われています。昭和62年精神保健法から平成6年2月までに援護寮49、福祉ホーム55、通所授産施設46、入所授産施設2、グループホーム89しかできていません。

このような現状の中で、精神病院協会では最近「こころのケアセンター」が必要だ、と提言しています。「社会復帰施設の整備が根強い社会的偏見により地域の住民の反対がある。また、施設といっても医療的配慮が欠けているので安心して生活していける”第2の家庭”としての『こころのケアホーム』の需要が今後ますます広がってくる」という

ノーマライゼーションの立場と逆行する方向の意見も出されてきています。この意見に対してはグループホーム等の住む場所を地域にたくさん作り、作業所、いこいの家等の生活する場を創設していかねばなりません、関係者の頑張りで不可能だとは思いません。

精神保健ボランティア講座には定員の倍以上の申し込みがあり住民の意識、こころの病に関する関心は非常に変化してきています。ボランティア講座中でのデイケアや作業所の見学で障害者と接すると、参加者は今までの自分の考えていた障害者観を変えてしまいます。

ボランティアや地域の民生委員や住民の協力をえながら、地域の社会資源を増やしていくことがいま求められています。そのためにも、現在棚上げになっているPSW、臨床心理士の国家資格化を実現させ、地域で障害者の生活を支えるマンパワーを増やすことが必要です。

今回の精神障害者保健福祉手帳のメリットは、通院公費負担の手続きの簡略化、障害者控除等の税制措置（1級）、生活保護の障害者加算（2級まで）、公共施設の利用料の減免等がありますが、メリットはあまりありま

せん。それにもかかわらず手帳の申請に1万5,000円かかったという話も聞きました。

写真を貼るか貼らないか、証明書として手帳はいる、いらぬ、他の障害者の手帳が現在に至るまでに時間がかかったと聞いていますが、精神障害者の場合も当事者の意見が煮つまらなければならぬし、メリットが増えれば大きく変化すると思われま

す。今回の法は、歴史的な経過から言えば、精神障害者福祉が法的に位置づけられたという意味では前進ですが、長年に渡り全国精神障害者家族連合会が要求し続けてきた精神障害者福祉法とは違ふし、当事者の一部から批判があるように、医療法に名目的な福祉をつけただけであるとも言えます。

将来的には、すべての障害者の福祉法が1本になるべきで、“揺れる障害者”である配慮もありながら、今後も大きく改正されていかなければならないと思ひます。併せて他の関連法律、たとえば看護基準の見直し、就労の問題では障害者の雇用率のカウントに精神障害者を入れる、欠格条項の撤廃、など精神障害者を取り巻く法的な偏見差別をどのように国は取り組んでくれるのか、今回の改正が出発点だと思ひます。



---

# 知的障害者の能力開発と企業就労の新たな展開

関 宏 之

大阪市職業リハビリテーションセンター所長

昭和58年度を境に、養護学校高等部を卒業した知的障害者の就労者と施設入所者数が逆転し、「ノーマライゼーション」や「機会の均等化」が叫ばれている今日でもこの傾向に改善の兆しはない。さまざまな制約から就労を断念せざるを得ない場合もあり、企業就労が最適の選択だとはいえないが、本人ではなく、周囲の都合によって就労機会が奪われて一生を施設で過ごしたり、就職したものの適切な支援がないために離職して社会の片隅でひっそりと暮らしている人達がいるという現状が看過されていられない。

労働省は、障害者能開校や能開施設での能力開発を拡充し、障害者職業センターでも職域開発援助事業として行っていたサポートッド・エンプロイメントを作業所にまで適用したり、障害者雇用支援センターを設置するなど、地域における就労支援のための新たな施策を打ち出している。また、先進的な地方自治体でも就労支援事業を制度化して雇用の促進や継続を図ろうとしている。しかしながら、拠点施策であり、知的障害者の就労ニーズに応えうる資源が整備されたわけではない。

地域には、職安・職業センターなどがあり、

また、社会福祉施設（更生施設・授産施設・通勤寮・作業所など）や育成会などの団体も活躍している。就労支援に向けてのこれらの機関や団体の有機的な連携がいわれて久しいが、自己完結的な業務に終始している。

このようなさなか、地味な事業だが、労働省は、1994年度より、知的障害者の保護者・支援者・事業主などに向けて、雇用に関する情報提供・支援を行うなどして、職業自立を支援・推進することを目的とした「精神薄弱者の職業的自立援助事業」を全日本精神薄弱者育成会に委託した。職業自立の援助に関する冊子を作成して配布するとともに、それにもとづいて各地で「職業的自立援助セミナー」を開催することとされている。

昨年度は、冊子「今からでも早くはない・今でも遅くはない」に基づいて、大阪・仙台・北九州でセミナーを開催し、1995年度には5カ所で開催する。今、新しい冊子の作成準備もしている。単発的な事業が多いなかで、地域の社会資源の連携を促して、知的障害者の就労を支援しようとするこの試みはささやかだが、正に時宜を得たものだといえる。

---

# 高次脳機能障害と障害認定

－脳外傷患者における問題点－

大橋 正洋

神奈川リハビリテーション病院

リハビリテーション部長

病気や怪我で脳に損傷が及ぶと、さまざまな症状や障害が出現する。ところで身体の障害は、外見から障害があることや程度を判断しやすい。また身体障害は、いままでできていた動作ができなくなる主な原因でもある。したがって身体障害に対する治療法や福祉的サービスは、いろいろと工夫されてきた。しかしできていた動作ができなくなる原因としては、高次脳機能障害が原因であることも少なくない。ところが高次脳機能障害は、外見からその性質や程度を判定しにくい。したがって治療法や福祉的サービスについて十分な検討がされていない問題でもある。このような矛盾は、すでに多くの方々によって指摘されている。トピックの内容は、残念ながら上に述べたような矛盾の解決方法が見つかったという報告ではない。総合リハビリテーション病院で最近見ることが多くなっている脳外傷患者の状況を紹介するものである。なぜならば多くの脳外傷患者にとって高次脳機能障害への対応方法を確立することは極めて重要だからである。

1988年から1991年の3年間に、神奈川リハビリテーション病院へリハビリテーション目的で入院した脳外傷患者は170名であった。その特長は10代、20代の若者が圧倒的に多く、また男女比が約5対1と男性に多いことである。働き手となるべきこれらの人々が効果的に社会復帰できるかどうかは、社会経済学的見地からも重要な課題と考えられる。ちなみに脳外傷受傷原因の4分の3は交通事故であった。

脳外傷患者は、関節拘縮、運動麻痺、記憶力低下、人格変化など極めて多彩な症状あるいは障害をもっている。したがって理学療法士や作業療法士が身体障害への対応を行うだけでは不十分である。たとえば臨床心理士が、高次脳機能障害の評価や訓練を行う必要がある。また脳外傷患者の家族は、突然の事故に引き続く命が助かるかどうかの不安な時期に引き続いて、リハビリテーション病院では重大な障害が残ることを宣告される。このような状況にある患者の家族へは、ソーシャルワーカーがカウンセリングを行い、さらには病院入院だけでは解決できない問題に、長期的にどう対応すべきかを示すことが重要になる。このように脳外傷患者のリハビリテーションには、多くの専門職種による総合的なかわりが必要である。

退院時の状況をまとめてみると、復学や復職ができなくなったために社会的処遇が決まらず、とりあえず自宅復帰して家族と生活するようにと勧めざるを得なかった場合が170例中70例と多数を占めた。社会的処遇が決まらなかった症例について、その理由を明らかにできた場合を検討してみた。その結果、復学あるいは復職できなかった理由は、身体障害20例、知的障害22例、対人関係を正常に行うことができないという心理社会的障害12例となった。すなわち若年男性に多い脳外傷患者を復職・復学させるためには、麻痺など身体障害への対応だけでなく、認知・記憶障害や対人関係維持の障害、すなわち高次脳機能障害に配慮したプログラムが必要と言うこと

になる。

交通事故などで、高速に動いている状態の頭部が道路などに激突すると、前頭葉と側頭葉が高頻度に損傷される。前頭葉の機能は、物事を計画すること、周囲の状況に合わせた柔軟な対応をすること、自分の行動を抑制すること、あるいは意欲的に物事に取り組むこと、などとされている。いっぽう側頭葉には、記憶の重要な中枢があるとされている。もし前頭葉や側頭葉に損傷を受けて、今述べたような高次脳機能障害をもつに至ると、現代生活に適應することが極めて困難になることを容易に想像することができる。

さて昨年、脳外傷患者のリハビリテーションを行っている施設にアンケート調査をする機会があった。知的障害へのプログラムに関しては、大多数の施設が不足していると回答していた。また不足していることと理由としては、専門スタッフがいない、あるいは確立されたプログラムがそもそも存在しないという回答が多数であった。

重症頭部外傷から急性期を切り抜けて、同じ時期にリハビリテーション病棟に入院した3症例について紹介する。いずれも20代半ばの男性で、1人は右片麻痺と知能および記憶障害、1人は知的に正常であったが重度の四肢麻痺、そして残りの1人は身体障害はないものの重度の記憶障害および人格変化があった。3例とも障害が重度なため社会的な展望がひらけず、家族と生活しながら外来通院を続けた。3例の家族には、情報を交換したり共にレクリエーションを楽しんだりする頻繁な交流があった。この3例について、6年間外来で経過を見ることができた。その結果、身体障害が主たる問題であった2例では、わずかずつの機能改善があり、社会性向上を目的として身体障害者更生援護施設を利用できるようになった。記憶障害と人格変化、すなわち高次脳機能障害が問題となっていた残りの1例についてだが、制度上、この症例だけ

は身体障害者更生施設を利用することができない。またこの症例が施設に適應できるかどうかには不安もあった。しかし他の2人の仲間がこの人の問題点を補ってくれることに期待して、さらに施設への不適應があれば退所していただくことを条件に、同じ施設に入所させることができた。

前述の各リハビリテーション施設に対するアンケートでは、脳外傷リハビリテーションに不足している事柄として、行動障害や知的障害に対する評価訓練プログラムが確立されていないこと、社会的受け皿がないこと、身障法で後天的な知的障害の認定がされないこと、などの問題点が多数の意見として指摘されていた。

さて高次脳機能とは何かについて簡単にまとめておく。高次脳機能とは複雑な精神活動を営むのに必要な脳機能のことである。高次脳機能は、大脳のいくつかのパートの連携作業で行われている。したがってシステムとしての冗長性あるいは余裕があることになる。余裕のないシステムでは、中枢が破壊されるとその機能が完全に失われる。しかし高次脳機能の場合には、脳の一部が破壊されても、残存している脳により機能が代償されることに期待できる。高次脳機能障害による症状としては、失行・失認・失語・健忘症・意欲注意力障害・痴呆などがあげられる。ロシアの神経心理学者であるルリアは、高次脳機能障害にリハビリテーション訓練を行えると主張している。その考え方は高次脳機能障害について精密な評価を行った後に、障害されていない脳機能を再編成して、機能を代償させようとするものである。

つぎに脳外傷などの結果、主として高次脳機能障害が残った患者を、身体障害者福祉法で処遇する場合の問題点を考えてみる。身障法による障害者の規定の中に高次脳機能障害は含まれていない。したがって、在宅サービスや身体障害者更生施設などを利用できない

問題がある。ここで高次脳機能障害に関する処遇上の課題を考えてみると、まず高次脳機能障害を医学的に判定する基準がないことを指摘できる。また福祉的サービスを行うと決めた場合に、どのような援助をすべきかの検討も十分ではない。おそらく必要な援助とは、長期生活施設の提供、生活訓練あるいは職業訓練を受ける場の提供、能力代償に必要な事柄の提供、家族への負担軽減措置、就労を維持するための援助などが考えられる。いっばう身体障害者福祉法以外の、知的障害または精神障害として処遇することで問題が解決するかどうかの可能性についての検討も必要だ。

さてここで脳外傷リハビリテーションについて活発な動きを示している米国の状況を簡単に説明する。NHIFすなわち National Head Injury Foundationは、1980年に脳外傷患者の家族8人が、患者のための社会的資源を探す目的で会合を開き、それをきっかけに発足している。その後10年以内に、会員が2万人近くに増加し、さらに脳外傷患者の治療に携わる専門家7,000人が参加することになっている。この協会の主な活動は、脳外傷に関する情報提供と治療研究への援助を行うことがある。1986年に、この協会が関連した脳外傷治療研究費の総額は4,400万ドルで、これを現在の通貨レートで日本円に換算すると、36億円の研究が行われたことになる。NHIFが発行した脳外傷治療を行う全米施設の名簿1995年版は、電話帳のような厚さがある。

この中には、米国各地域別に脳外傷リハビリテーション施設について、その所在と、それぞれの場所で提供されるプログラム、スタッフの構成、ベッド数などが示されている。さらに患者の立場で施設を選択する場合の注意点、訴訟が必要な場合の弁護士の選び方、脳外傷に関する用語の解説、脳外傷患者の援助を行う米国のさまざまな組織などについての情報が示されている。米国の脳外傷リハビリテーション病院の一例を、その病院のパンフレットから紹介する。米国シアトルのNorthwest病院内にある脳外傷患者のための施設には、ハリウッドの映画のセットのような町並みができている。この施設では、記憶や見当識など高次脳機能障害のある患者の治療を行っている。患者が実際の町に出掛ける前に、この架空の町並みの中で買い物や銀行のキャッシュカードを扱う練習をするものようである。

まとめにかえて、最後に高次脳機能障害にかかわる課題として追加すべきことを挙げておく。それは、これらの障害者がどのような不利益を被っているかについて社会的啓発が必要ということである。ただしその場合には、高次脳機能障害者について、年齢、傷病名、あるいは障害種別などの、どのようなグループ単位でまとめることが適当かを検討する必要がある。その上で、社会的連携のための当事者グループを形成し、情報交換を行える場が必要と考えている。

# ウェルフェアテクノハウス構想

池田 喜一

機械技術研究所ロボット工学部  
福祉応用研究室主任研究員

我が国の凄まじい速さの高齢化に伴い、自立促進・介護軽減という課題がクローズアップされてきた。これらの課題を解決する手段として福祉機器の開発があるが、なかなか世の中に普及していないのが現状である。その打開策として考えられたのが、福祉の現場の提供である。すなわち、ウェルフェアテクノ

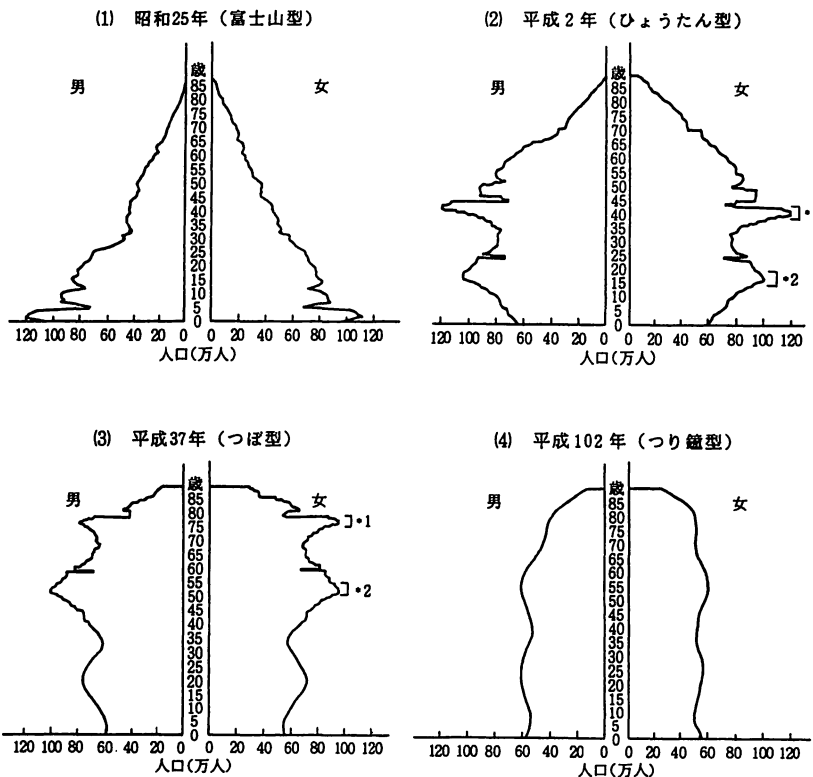
ハウスである。

図1に人口ピラミッドの推移を示す。1950年には富士山型をしており65歳以上の高齢化率は5%以下でした。その40年後の1990年には、ひょうたん型の人口構成となり、その高齢化率は13%を越えていました。さらに30年後の2025年には、壺型に変わって行き4人に

1人は高齢者、すなわち25%の高齢化率になると予想されている。さらに2090年には安定した釣り鐘式の人口構成になるものと推計されている。

図2に主要先進国の65歳以上の人口割合を示す。日本では65歳以上の高齢者の割合が、1970年には7%であったものが1995年には倍の14%になっている。その7%から14%になるまでの倍加する期間が1つの高齢化速度の指標になる。日本では25年、アメリカでは65年、ドイツでは45年、スウェーデンでは85年と日本に比べて遙かに長い時間をかけて高齢化している。この時間の短さが、行政上の立ち遅れや施策の遅れ等に影響を及ぼすことになる。

図1 人口ピラミッドの推移

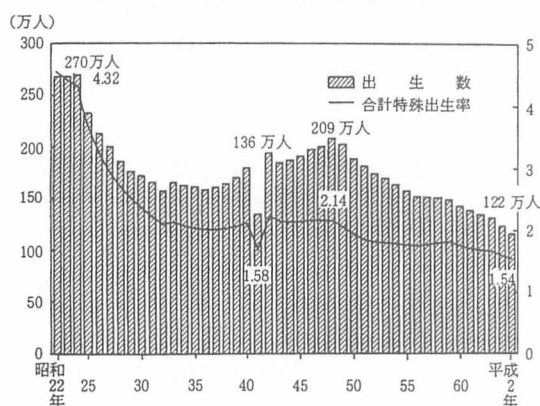


資料：(1)及び(2)は総務庁統計局「国勢調査」  
(3)及び(4)は厚生省人口問題研究所「日本の将来推計人口  
(平成3年6月暫定推計(中位推計))」  
注：・1 第1次ベビーブーム世代  
・2 第2次ベビーブーム世代

図2 主要先進国の65歳以上の人口割合

65歳以上人口割合	日本	アメリカ	ドイツ	スウェーデン
7%	1970	1945	1930	1890
10%	1985	1975	1955	1950
14%	1995	2010	1975	1975
7->14%	25	65	45	85
20%	2015	-	2015	2015

図3 出生数および合計特殊出生率の推移



資料：厚生省大臣官房統計情報部「人口動態統計」

図3に1人の女性が一生に産む子供の数、いわゆる合計特殊出生率の推移を示す。昭和22年（1947年）から単調に減少しており、平成7年（1995年）では1.47を下回っている。この2つの関係から明らかなように、将来的にも子供の数が少なく高齢者の数が増えることから、若い人たちにとって介護負担が今後増えていくことが予想される。

図4に家族構成比の推移を示す。特に、65歳以上の高齢者のいる世帯に着目すると、3世代世帯の割合は1972年には55.8%であったものが、17年後の1989年には40.7%と、この17年間に15%以上も低下していることがわかる。また、核家族化も進み、夫婦のみの世帯は11.3%から20.9%とかなり多くなっている。さらに単独世帯数も増えている。このように20年前には半数以上が3世代世帯でお年寄りを若い人たちが介護する形をとっていま

したが、近年では核家族化に伴い、高齢者が高齢者の面倒を見るあるいは単独世帯での生活となっている。今後さらにこのような悲惨な状況が深まっていくものと思われる。

一方、その状況に対応する介護機器として、例えば、多機能車椅子、多機能ベッド等がある。図5に多機能車椅子を示す。フットレストやアームレストが取り外し自由になっている他、アルミ製であるため軽量化されている。また、図6に多機能ベッドを示す。横になっている患者の足を持ち上げたり、上半身を持ち上げたり、全体を上下することもできるようになっている。

研究開発の段階では、NEDO

（新エネルギー・産業技術総合開発機構）の補助金による入浴介護用リフター（図7参照）がある。この基本構造は突っ張り棒になっている支柱から突き出たアーム先端からスリングがぶら下がり、人が乗れるようになっている。またその動力としては、水道の水圧を用いてリフトの上下を行っている。

さらに国のプロジェクトとしては、デジタル補聴器（図8参照）がある。通常の補聴器はアナログ式であるため周波数別の感度調節は難しく、高齢者は高い周波数の感度だけが低下していることから、その帯域のレベルだけを高めれば良いが、とても困難である。アナログ式では難しいその調整をデジタル式では簡単に行うことができ、またノイズも上手くカットすることができる。そのため、多様な高齢者の耳の特徴に合わせた補聴器ができる。

しかし、現在まで多くの福祉機器が開発されてきたが、なかなか世の中に普及されていないという現状がある。その反省に立って、通産省では福祉機器開発における福祉現場を提供することから、ウェルフェアテクノハウス（以後、略してWTHとよぶ）構想を展開している。

図9にWTH調布の全景を示す。3階建て

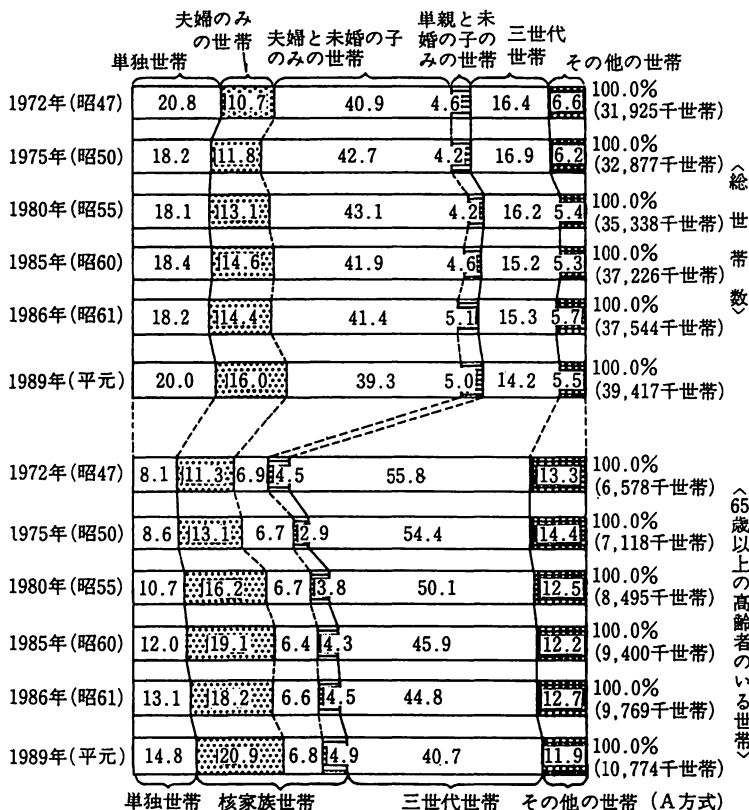
で、2階は自立支援機器が配置され、3階は介護支援機器が配置されている。すでに全国に7棟（札幌、調布、鴨川、静岡、大阪、大分、新居浜）が建てられ、さらに今年度、新たに6棟が追加整備され、現在、合計13カ所が全国に展開されることになる。

ウェルフェアテクノハウスの目的は、①一般の方に現在ある先進的な福祉機器を見て、触って、体験してもらうことで、福祉機器の啓蒙・普及を図る場、②現在あるいは今後開発される福祉機器の改良、改善のための研究及び実験の場、を提供することにある。①の啓蒙活動については、一般の方に建物の中を見てもらい、図10のアンケートを書いてもらっている。始めに、どのようなメディアで知ったか、福祉機器に対する関心度について、設備機器に対する関心度等について聞いている。

図11にWITH内にある福祉機器に関する関心度（興味の有無）の集計結果を示す。右の数値は、11月17日現在での関心度のトータルを示す。興味の順から、非常時に周囲の人達に連絡するコールボタン、多機能ベッドそして浴用チェアである。さらに、インターホン、天井走行用リフターそして昇降式流し台等にも興味が持たれていることがわかる。

図12に住宅設備における関心度の年代比較を示す。30歳代から50歳代は介護する観点から、段差なしの建物あるいは廊下の幅等の介護のために必要な余剰空間、浴室や台所に関心が高かった。また、70歳代以上の方達は、できるだけ自立して歩きたいということから、階段の

図4 家族構成比の推移



資料：昭和60年以前は、厚生省「厚生行政基礎調査報告」  
昭和61年は、厚生省「国民生活基礎調査」

高さ、ホームエレベーターあるいは床暖房に関心があった。

次に、機器の改善ということで滞在実験を行った。図13に、歩行障害者の方が電動車椅子に乗りキッチンにある電動昇降式流し台のスイッチを押しているところの写真を示す。このスイッチはフラットになっているため、指の力が弱いと押しているうち動いて、隣のスイッチを押すことがあった。また、電動車椅子に付いているコントローラーが流しの角に当たってしまい流しの下に入り込めず、蛇口まで手が届かなかった。スイッチについては、その表面を摩擦係数の大きなもので覆う等の改善が必要であり、また、コントローラーについては、リンク機構等で動かせるようにしておくといよい。

電動式食器棚では、降りてもそこまで手が

図5 多機能車椅子



図6 多機能ベッド

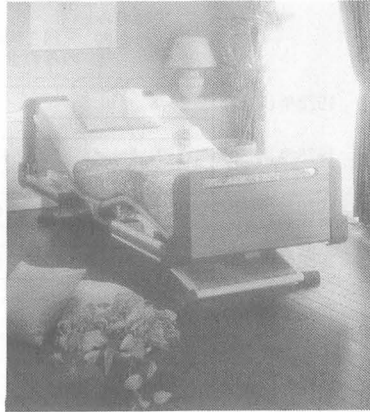


図7 介護用リフター

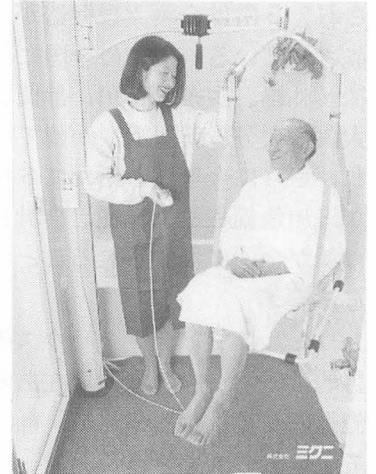
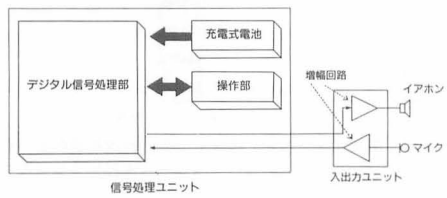


図8 デジタル補聴器

携帯型デジタル補聴器の構成図



完成予想図



図9 WTH調布の全景





届かないということから、降りてからさらに手前に入る機構の付加が必要である。また、横型の洗濯機では、車椅子を用いた場合、洗濯機の奥まで手が届かないことがあった。高さ調節や薄型にする等の必要性が感じられる。

さらに、車椅子から階段昇降機への移乗では、介助するケースワーカーのスペースが十分にとれないため、ケースワーカーが階段を一步上がったところで移乗しなければならないことがあった。非常に苦しい体勢での移乗となる。ここでは階段昇降機を回転できるようにしたり、階段付近の空間を多く取れるようにすることが必要となる。

このように、WTH内にはいろいろな問題点がある。当然良いところもあり、悪いところもある。しかし、ここでの問題点は決して悪いことではなく、それらの点を整理し指摘して行くところにウェルフェアテクノハウスの目的がある。ここではそのいくつかの問題点に対する解決策を示した。

図14に各地のウェルフェアテクノハウスの研究内容を示す。調査内容については、滞在実験、機器の性能評価実験、操作性・安全性の実験、介護負担評価実験等が考えられている。また、ウェルフェアテクノハウス調布内には、動くものの速度、加速度あるいは圧力分布等を計測する機器、さら

図10 WHT見学アンケート

下記のアンケートについて、今後の活動の参考にさせていただきたいと思います。ご協力をお願いいたします。

1) ウェルフェアテクノハウスをどの媒体でお知りになりましたか？

- A. 新聞 B. テレビ C. 情報誌 D. 広告  E. 知人  
F. その他 ( )

2) 福祉機器の関心の度合いを記入して下さい。

(◎: 是非必要 ○: ある程度必要 △: あれば良い ×: いらぬ)  
コメント

- |          |       |                  |
|----------|-------|------------------|
| 玄関       | ( ◎ ) | スロープ             |
|          | ( ○ ) | 自動ドア             |
|          | ( △ ) | 段差昇降機            |
| 廊下・階段    | ( △ ) | ホームエレベータ         |
|          | ( ○ ) | 階段昇降機            |
| キッチン     | ( △ ) | 昇降式流し台           |
|          | ( ○ ) | 可動式食器棚           |
| ダイニングルーム | ( ○ ) | ホームバスシステム        |
|          | ( ◎ ) | インターフォン          |
| 風呂場      | ( ○ ) | 固定式リフター          |
|          | ( ◎ ) | 浴用チェアー           |
|          | ( ◎ ) | 横型洗濯機            |
| トイレ      | ( △ ) | 便座昇降機            |
|          | ( △ ) | 可動式肘掛け           |
|          | ( ○ ) | コールボタン           |
| 居間・寝室    | ( △ ) | 昇降式座椅子           |
|          | ( × ) | 天井走行用リフター (全自動)  |
|          | ( × ) | 天井走行用リフター (手動式)  |
|          | ( △ ) | 多機能ベッド           |
|          | ( △ ) | 環境制御装置 (調布だけに設置) |
|          | ( △ ) | カーテン自動開閉機        |
|          | ( ○ ) | 雨戸自動開閉機          |
| その他      | ( ○ ) | 手動車椅子            |
|          | ( ○ ) | 電動車椅子            |

裏面につづく ↓

に心拍、脈波、筋電あるいは脳波等の生体計測機器があり、いつでも自由に計測できる準備ができています。

最後に、今後の展開として以下の6つを示す。

- 1) 啓蒙活動を展開するために、見学会の充実、アンケートの充実。

- 2 各種パターンの高齢者の自立・介護に関する宿泊実験。例えば、80歳代の被介護者に対して60歳代の介護者というような、いろいろな組み合わせが可能である。
- 3 従来ある福祉機器の性能評価実験。
- 4 今後開発する機器の性能評価実験。
- 5 ウェルフェアテクノハウスの情報を発信するためのシンポジウム、研究会の開催。
- 6 全国的な展開。

図11 福祉機器に関する関心度

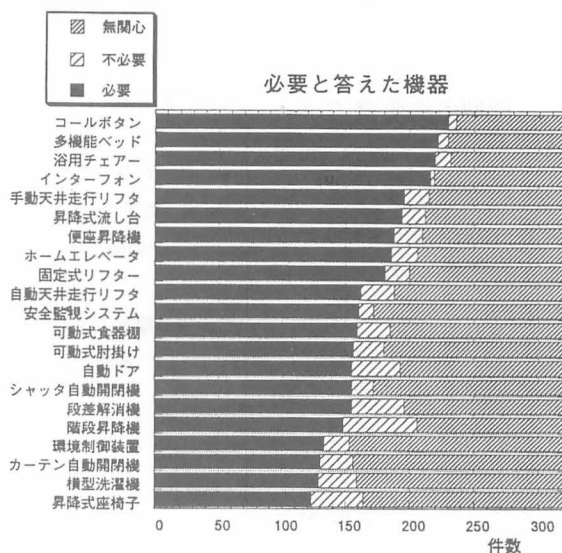


図12 住宅設備についての関心度の年代比較

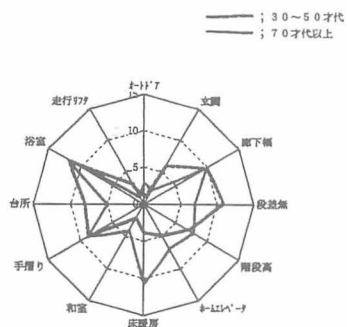


図13 歩行障害者の方が電動車いすに乗り...



図14 各地のWTHの研究内容

ウェルフェアテクノハウスでの研究内容の分類

実験項目	WTHの場所	札幌	函市	鴨川	静岡	大阪	新居浜	大分
① 滞在実験 生活のしやすさのアンケート等		○	○	○	○	○	○	○
② 機器の性能評価実験 機器の動作確認及び機器相互の干渉		△	○	○		○		○
③ 機器の操作性評価実験 機器単体による操作性 (使い勝手)		○	○	○		○	○	○
④ 機器の安全性評価実験 機器の安全性の評価		○	○	○				○
⑤ 身体生理反応実験 機器の動作に伴う身体生理反応実験		○	○			○		
⑥ 介護負担評価実験 腰、腕等に伴う介護負担の評価		○	○			○	○	○
⑦ 自立度評価実験 自立動作における疲労度評価		○	○				○	○
⑧ 双方向通信実験 双方向通信の確立				○	○	○		○
⑨ 住宅環境調査 住宅改造に関する研究		○		○		○		○

# 第 1 分科会

## 災害と地域生活

まとめ [座長] 丸山 一郎

聴覚障害者救援対策本部活動経過報告 高木 成

重度障害（自閉傾向）の息子を抱えて 出来 竝江

障害者支援センターの設置とその活動 亀井 勝

災害時における施設の役割 清水 明彦

災害と地域生活—行政の役割— 吉岡 崇

# ま と め

座長 丸 山 一 郎

全国社会福祉協議会障害福祉部長

阪神・淡路大震災は、大都市直撃という未曾有の大惨事となったが、被災住民の中でも、障害をもつ人々にとっても、多くの犠牲者が出たほか、甚大な被害となり、過酷な体験を強いられた。

被災直後の惨状や、緊急時の対応の欠如や不備、避難所生活や被災家屋での生活の困窮、さらには復興支援の弱さなど、防災対策における障害をもつ人々への配慮の欠如はもとより、そもそも平素の地域生活を支える基盤の弱さが改めて露呈したといえる。

このことは、我が社会の人間的な面における根本的な脆弱さを直視させ、地域社会と行政施策における欠陥についての反省と早急な取り組みを促すものであるが、障害者施策やリハビリテーションサービスにも欠如していた災害に関する視点をも見直しを迫られている。

今回の被災者と直ちに救援活動をされた方を招いて、障害をもつ人々の地域社会と今回の災害について、その実際と対応の実情を検証し、これからの課題につき討議した。

被災された阪神地区からパネラーすべてがこられたが、被災のみならず、救援活動や復興にも携わっておられる方々である。

高木さんには、聴覚障害の人々の被災状況と全日本ろうあ連盟を中心とする救援活動を。出来さんには知的障害の人々の被災状況を。

亀井さんには、震災直後に神戸市内に設け

られた障害者支援センターの活動から見てのさまざまな障害をもつ人々の被害状況と福祉関係者の動きを。

清水さんには、わが国の先駆的事業である重症心身障害児者の通所事業や生活ホームの被災状況や、これらの事業や施設が、災害時に果たした役割を。

吉岡さんには、市行政担当者として、被災した市職員や市の障害をもつ人々への対応を。

それぞれ報告を後述のようにしていただいた。

これらの報告は、地域生活を送っていた障害をもつ人々とその家族が受けた被害の甚大さの一部ではあるものの、改めて多くの障害をもつ人々の地域生活基盤の弱さを示すものであり、防災対策を含め基本的な施策が欠落しており、住民との関係の弱さを示すものであった。典型的な例は、高木さんの報告にあった、聴覚障害者が3日も生き埋めの中で外へ助けを求めていたことであり、災害の情報がテレビ、ラジオからも得られないことができなかったこと、そして避難所の中でも取り残され、水や食事が得られなかったことである。

災害直後の安否の確認も、外部の障害団体等によってようやく一部ができたが、地域で存在していた障害をもつ人々への認識は、緊急時の用を満たすものでは到底なかった。辛うじてあった福祉サービス受給者への確認手段も、自身が被災した上に、遺体処理に追われた福祉施策担当者には不可能であった。

今回の災害で使われたライフラインという

水・電気・ガスといった生活や生命の基本線に加え、障害をもつ人々に関する情報・介助・医療サービスといったライフラインは、そもそもの不十分に震災が追い打ちをかけたのである。

また「まちづくり」のすすんでいたといわれる神戸市においても、避難所のアクセスが全くなかったことや、住民の障害をもつ人々への配慮の不足は、ノーマライゼーションの我が社会での浸透の薄さをも露呈した。

しかしながら、今回の体験の中から学び得たことも多い。それらは、障害者や関係団体、さらには社会福祉施設等の支援活動に発祥した力と、今後の行政との協同活動の可能性である。そしてそのことは、障害をもつ人々が、いかに重度であっても、地域に生活し、地域

活動に参加できるようにすることが、最大の防災対策であることでもある。

重症心身障害児者の地域生活支援の拠点であった「青葉園」（西宮市）の被災体験と復興体験から、清水さんがまとめられた下記のこと、参加者に強い感銘と、これからのリハビリテーション専門職としての仕事に勇気を与えてくれた。すなわち「重い障害をもって地域に生活する障害をもつ人々（と家族）は、その毎日が災害に出逢っているともいえる。この事実を改めて、もう一度根性を入れ直して、再び地震で揺すられてもビクともしない地域生活の確立に向けて活動していかなければならない。」とし、そのための人々の協力のネットワークを訴えたのである。

この分科会を設定したねらいは、この言葉によって完遂された。

---

## 聴覚障害者救援対策本部活動経過報告

高 木 成

阪神・淡路大震災聴覚障害者現地救援対策本部事務局長

### 1 聴覚障害者救援対策本部活動経過報告

1月17日の午前5時46分に未明の激震つまり阪神・淡路大震災（当初は兵庫県南部地震と呼ばれていた）発生直後から全日本ろうあ連盟は、兵庫県・神戸市などに地震被災地の聴覚障害者の安否の確認や情報提供に配慮するように要請すると同時に独自に被災調査を開始しました。その後、事態を重く見た全日本ろうあ連盟は、1月21日に緊急の関係者会議を招集し、神戸ろうあハウスに聴覚障害者救援対策本部を置くことを決定しました。

1月22日に神戸ろうあハウスに聴覚障害者救援対策本部を開設してからの主な救援活動

は下記の通りです。

(1)支援体制（別表 組織図1 改正体制は組織図2）

① 全日本ろうあ連盟は、東京本部事務所内に「全国救援対策本部」（本部長 安藤豊喜）を設置しました。全国の都道府県が被災地の聴覚障害者へ手話通訳の派遣などの支援を行うことを要請、全国的な義援金の募集も行いました。

② 被災地である近畿には「現地救援対策室」（責任者 松本昌行）をおき、主に大阪・京都で救援行動隊や通訳相談要員を調整して現地へ送り、また救援物資は大阪ろうあ会館が集約担当となり、調達と現地への配送を行い

ました。

③「兵庫県聴覚障害者救援対策本部」(本部長 須磨喜三郎)は、神戸ろうあハウスに本部をおき、被災地の聴覚障害者の安否確認や通訳派遣依頼、相談依頼などに対応してきました。この対策本部の下には、姫路・阪神の2つの支部が置かれ、各々の被災地域での調整援助活動と神戸ろうあハウスへの人的・物的後方支援にあたってまいりました。4月12日以降、救援対策本部を現地救援対策本部に改め、事務所も(社)兵庫県聴覚障害者協会の分室に移転しました。対策本部移転に伴い、神戸ろうあハウスに新たに神戸支部を設けました。

## (2)聴覚障害被災者の安否確認

兵庫県聴覚障害者協会、神戸ろうあ協会、全国手話通訳問題研究会兵庫県支部、兵庫県手話サークル連絡会、神戸市手話サークル連絡会のメンバーをはじめ、兵庫県神戸市や全日本ろうあ連盟などの要請にこたえて被災地に入り、救援活動に従事する手話活動者・支援行動隊によって4月25日現在のべ1,600名余りの聴覚障害者の安否の確認を行うことができました。

## (3)支援行動隊の活動

① 近畿各府県および全国からの支援を受けて組織された支援行動隊が神戸市内の580カ所の避難所を、阪神地域内(特に芦屋市・西宮市・他の市を含む)の600カ所の避難所を訪問、約350人の聴覚障害者と面接し、被災後の実情を聴取(手話による読み取りを含む)、当面必要とする日常生活用品や補聴器の電池の支給、補聴器破損者へ寄贈補聴器の支給、手話通訳者派遣依頼、生活相談などに応じました。

② 支援行動隊は、困難な交通事情の下で1月24日以降、神戸ろうあハウスを拠点に、東大阪市から、少し遅れて神戸市から寄贈を受けた70台の自転車を利用して避難所や被災家庭を訪問、被災後の困難な中での生活を励ま

しながら実情を聞きました。

2月3日以後は、さらに阪神青木駅から神戸市東部(東灘区・灘区)での訪問活動を開始した。この活動の中での困難は、神戸ろうあハウスに保管された行動用自転車を現地(青木駅)へ運搬することで、京都聴言福祉会の「いこいの村」よりトラックの提供を受け、自転車を積んで運送しました。

③ 仮設住宅申込後、抽選の結果当たった方は7月はじめ頃まで、仮設住宅への引っ越し関係で家具などを積んで運送しました。件数(4)手話通訳・相談援助活動

① 現在までに救援本部に依頼のあった手話通訳は2月1日から4月25日まで(Tel対応を除く)のべ1900件(阪神支部・淡路支部を含む)、相談援助にあたった120名で、うち48件が継続して相談援助にあたりました。

② 相談援助ケースは、兵庫県の委託する聴覚障害者相談員をはじめ、兵庫県神戸市の要請に応じて全国から派遣された「相当の経験を要する手話通訳者(生活相談員)」の手によって、順次援助・相談の手がさしのべられました。

## (5)被災聴覚障害者への情報提供と支援物資の配布

① 実情を把握しつつある被災した聴覚障害者に適切な情報提供を行うために、支援ニュースを発行、手話による情報提供を行いました。

② 全国から現地対策室(大阪ろうあ会館)を通じて寄せられた救援物資を支援行動隊の協力も得ながら順次配布しました。

③ 朝日新聞厚生事業団などから寄贈されたFAX器(220台)を破損・故障したFAX器と取り替えました。

## 2 現在の活動と現状・課題

### (1)現在の活動

・仮設住宅関係の手続きなどの手話通訳・相談(職業を含む)

- ・神戸市各福祉事務所へ手話奉仕員派遣のためのコーディネート
- ・被災聴覚障害者へ情報提供
- ・大震災関連報告書作成
- ・各ろうあ協会へ市対交渉を進める
- ・その他

(2)現状・課題

窓口への手話通訳者の配置

仮設住宅の申込や斡旋、倒壊家屋根の解体撤去の公費負担申請、義援金の配分申請など、今回の地震災害による様々な行政措置については、神戸市内の各区役所や市町町の窓口で聴覚障害者もたびたび足を運んでいます。目下の緊急課題は、このような被災した聴覚障害者が他の健常被災者と差別なく情報の提供を受けるために、当該窓口で手話通訳者を通じて自由に相談・質問のできる体制を作っていますが、ノウハウ・技術の習得についてもっと研修しなければならないと痛感しております。

他に、仮設住宅申込の結果当たらなかった方に対して励ましをしなければならないこともあり、今は該当者すべて仮設住宅に住んでいても震災前の生活環境など大変違うため、励ましなど相談援助してきました。これまでも求められていたように、当該窓口への手話通訳者配置の強化、また未配置の窓口への新

たな手話通訳者の配置がこれまで以上に切実に求められています。

① 神戸市各区

市内（5区）東灘・灘・須磨・兵庫・長田区に2月6日から5月31日の間、手話通訳者の配置をすることを各区と合意しました。対策本部より神戸市内の奉仕員を中心に通訳者を派遣しています。3月中旬からは中央区、4月からは西区、5月からは垂水区のほうにも派遣しており、現在は垂水・北両区を除いて7区へ派遣しています。（5月まで土曜日を除いて平日午前9時から午後5時まで、6月から8月にかけて毎月・水・金曜日午前9時30分から午後4時30分まで）

9月から毎週月曜日午前9時30分から午後3時30分まで手話奉仕員を配置することになりました。今後は区役所への専任手話通訳者の設置を求めて、働きかけを強める方針です。

② 神戸市外の地域

各市福祉事務所に非嘱託の手話通訳者が設置していますが、公務員に準ずるなみの正職員に切り替えたいという要望書を提出するつもりです。まだ設置されていない市町においては、県や市町の独自の手話通訳者の設置・派遣費用を予算化してくださるよう要望していく方針です。

震災時における課題

1995.6.13作成

問 題 点	要 望
1 災害が起こることを想定し、避難所の場所を確認できていなかった	災害時の避難所一覧表等を作成し周知する
2 災害時、テレビやラジオなどからの情報が得られない (対策本部として読みやすいニュースを作成し、配布して情報提供を図った)	日常からテレビの全番組（特に報道番組）に手話通訳や字幕を挿入「文字の見えるラジオ」が開発、発売と聞いているが十分であれば日常生活用具として給付
3 避難所で救援物資(水や食事なども含む)の配布のアナウンスがあるが聴覚障害のために出遅れた	電光掲示板などの設置 避難者名簿作成時に障害等の有無を把握し、ケアする

問 題 点	要 望
4 水道・電気・ガスなどの故障のため、関係会社に修理の依頼をしようとしても電話のみで連絡ができない	関係会社の連絡をFAXも利用できるようにし、FAX番号を請求書などに明示することを周知
5 行政機関からの震災関連ニュースの読解力の問題（対策本部に相談に来られた人については、わかりやすく説明した）	広報などの編集方法の工夫 行政の相談窓口到手話通訳の設置
6 震災によるFAXの故障、補聴器紛失、電池切れ（協力メーカーより贈呈があり、対応できた）	緊急時の手続きの簡略化 所得制限などの給付、貸与条件緩和、撤廃 公衆FAXの普及
7 職業安定所へ相談に行きたいが、手話協力員が常時配置されていないため、十分に相談できない	職業安定所の手話協力員設置条件の見直し
8 仮設住宅入居期間が短いため将来を考えると不安	入居期間3年に
9 行政機関での各種手続きが手話通訳者がいないためスムーズに手続きできない（対策本部より各区福祉事務所へ通訳者を派遣）	日常より、福祉事務所にろうあ者相談員、手話通訳者を常勤で設置

## 重度障害（自閉傾向）の息子を抱えて

出来 竝江  
神戸市育成会灘支部長

私の家族は、主人、私、知的障害の息子（剛志）、娘の4人で地震発生までは、神戸市の東部に位置する灘区に住んでおりました。

平成7年1月17日早朝、そろそろ起きなければと思っていると、ドスンと家が揺れはじめました。何が何だか分からないうちにまた、グラグラとすごい揺れ、横で寝ていた息子に「剛志、布団を被りなさい。」と声かけし、私も布団を被りジーッとしていました。回りではガチャガチャと何の音だかすごい音がしていました。しばらくすると主人が「オーイ、大丈夫かあ」私が「大丈夫。」と答えているのに何回も「オーイ、オーイ」と叫んでいます。どうも私の返事が聞こえな

いようです。それではと起きかけるのですが、背中に何かあるらしく起きることができません。回りは真っ暗で何も見えず困りましたが、しばらくゴソゴソするうちに、どうにか起きることができました。あとで見ると、タンスが私たちの背中に倒れていたのですが、押入の中断で止まっており、少し隙間ができ、私と息子、命拾いしたようです。

どうにか玄関までたどり着き、曲がったドアから外へ出ました。そのときまた余震でグラッと揺れました。それから家が崩れると危ないということで、公園に避難しました。雪がチラチラ降っていましたが、周囲の変わりようがひどく、まるで悪い夢を見ているよ



うで、寒さを感じているどころではありません。主人は近所の人たちと力を合わせ、埋まっている人を助けたり、会社関係の人の安否確認のため、走り回っておりました。

時間のたつのが分からず、ラジオを聴いてもまだピンときません。救急車、消防車の音がけたたましく鳴り響き、止むことはありません。ヘリコプターもズーッと飛んでいたように思います。何カ所かで黒煙があがり、マンション等が燃えているようですが、消化水がないらしく、消防車も傍まで行き、見守るだけとのことでした。

この状態がいつ収まるかと待っておりましたが、崩れた物は崩れたまま、地面もしょっちゅう揺れております。このままジーッとしてもおられず、今夜寝る場所を確保しなくてはなりません。壊れかけの家は恐くて帰れないし、どこか避難場所を探さなくてはと、区役所に行きました。学校関係が避難場所だということを教えてもらい、近くの灘小学校へ私と息子で場所取りに行きました。どうにか12人分（祖母、叔母、主人、私、息子、娘、隣人6人）の場所を教室に見つけることができました。私たちより遅く学校へ来た人は、すでに教室は満員で、寒い廊下で我慢しておりました。

一応避難場所が確保できると、次は何も食べる物がないのに気づきました。このままではまずい、息子たちがかわいそうだと思います。息子と一緒に買い出しに行きました。いつものスーパーは閉まったまま、いつもの市場は崩れており、店前に人だかりがしております。遺体を置いているようですが、見ずに通りました。

食べ物を探し、家の崩れていない山手へ、山手へと歩き、ようやく開いているパン屋までたどり着きました。私たちの行くのが遅かったらしく、クッキー数袋、ジュース数個しか残っておりません。それでもないよりましと、それを買いました。それから食事にな

るような物を求め、歩き回りましたが収穫はなく、しかたなく小学校へ戻りました。食欲があるのは、息子と一緒に避難しているダウン症の男性だけでした。

夜になり、教室の責任者を決め、それから毛布、食べ物を配ってもらいました。家から持ち出した毛布ともらった毛布にくるまって寝るのですが、私たちが避難している教室には41人登録されており、寝返りすらうてる状態ではありません。ヘリコプターが低空飛行するので、窓ガラスが揺れ、また地震だとビクビクし、なかなか寝ることができません。そのような状態の中、息子だけはいつも通り、「シッコよ、ウンコよ。」と言うなり人をまたいで（踏まないだけでもまじだったかも）トイレに走ります。（私たちは便秘になるのに）主人と私、交互に「すみません。」と言いながら息子の後を追っかけます。水も出ないトイレの後始末は大変でした。

息子も少しは役に立つということを知ってもらおうと救援物資運びを私と息子で手伝ったのですが、息子は少々行動が荒いので、物資をすぐに投げて置こうとします。物によっては壊れたり、傷んだりするのでこれはまずいと思い、3回手伝ってそれから止めました。

主人は震災後1週間くらいから出社しなくてはならなくなり、残った私たちがいろんな当番をしなくてはなりません。仲間の安否も気になりましたが、なかなか動くことができません。

それでもどうにか時間を見つけ、電話をしたり、仲間の家を探しに出かけますが、家も崩れてなかったり、また家はあっても人がいなかったりでなかなか消息がつかめませんでした。

私が灘支部長をしている関係で、育成会事務局からは、いろいろと情報を聞くのですが、悲しいかな私から情報を流す先が分かりませんでした。もう少し調査をすれば、いろんな

手段はあったかも知れませんが、自分の生活で手一杯で、それどころではなかったのが本音です。

プールの水をトイレに運ぶこと、救援物資配り、自衛隊風呂の当番等、避難している皆さんと一緒にいろいろと手伝いをした小学校避難生活を24日間で終え、現在芦屋市にある主人の会社社宅のお世話になり、多分半年後にできるであろう自宅に帰ることを心待ちにして毎日を送っております。

今回の震災では、ワークセンターいわや、みのたに園、あゆみの里等、いろんな施設の先生方がよく動いてくださいました。仲間の安否確認をあのお交通事情の悪い中、一生懸命してくださっておりました。ある施設では、一般の避難場所では窮屈だろうと、わざわざ避難所まで障害者を連れに来てくれ、施設で預かってくれたり、また落ち着き先が見つかるまで取り出せた家財道具を預かってくれた施設もあります。

さて、私の息子は自閉的傾向のある重度知的障害者で現在22才です。ワークセンターいわやという授産施設に通っており、元気だけが取り柄という言葉少ない男性です。振り返ってみますに、震災時特にふだんと変わったことは、小学校避難時にはなかったと思います。イライラした時そばにいる人を噛んだりつねったり、奇声を出したりしますが、そういうことで皆さんに迷惑をかけないように、私たちの方で気を使い外につれ出したりはしておりました。ただ、社宅生活に移った当初、タンス、窓の開け閉めを頻繁にやっておりました。

障害児（者）の場合も、健常者と同様、個人差があります。人によっては、

- ・地震の時に、一人で寝ていた自室に入ろうとせずに、突然そこを指差して大声で泣く
- ・寝つかない、家から出ない、しばらくは5分おきにトイレに行く、少しの音にも敏感になった、長い間自室に入ろうとしない

- ・笑顔がなくなり、言葉が少なくなることが3カ月くらい続いた。
- ・余震のたびにパニックを起こし、寝なかった……等、精神的後遺症が見られたという例も聞いております。

大災害への対応策ですが、災害発生当初は世間全体がパニック状態にあり、助けを求めても無理なので、その何日間は、家族がしっかりと支えあわなければならないと思いますし、また今回はそうした家族が多かったようです。ある調査において、この震災で誰が一番頼りになったかとの質問に、ほとんどの人が、夫や妻、あるいは子供、兄弟と答えております。

それから世の中が少し落ち着いてから、福祉施策を積極的に活用するようにならなければなりません。親自身が非常時のことを考え、民生局、福祉事務所への働きかけを常日頃より心がけておかなければと思います。

私の所属している育成会の情報連絡方法も、会から支部長、支部長から会員というルートが崩れた今回の震災の場合を思いますと、逆ルートとして被災会員から会への連絡方法も考えておく必要があります。被災者自身からの働きかけ、要求等がなければ、どのように困っているのか他人には判断しにくいのですから。

行政に対しては、緊急時に備えて障害児（者）をよく把握していて欲しい、もう少し早い時期より本来の業務遂行できるよう、ボランティア団体等の上手な連携プレイをお願いしたいと思います。

今回の震災への行政の対応策ですが、しあわせの村での「緊急ケアセンターの設置」、障害児（者）が一時的に通いやすい施設へ通うという「施設相互の緊急措置」「他施設を使った分場の設置」「居住施設、通所施設の収容人員の緊急拡大」等いろいろの措置をしてくださったことには感謝しております。

あるアンケート結果に、障害者のための避

難場所が欲しいという声が多かったとあります。当然のことだとは思いますが、なかなか難しい問題だとも思います。親の努力でどうにか一般の方と生活できる程度の障害者であれば、我慢しながらでも避難生活が送れます。障害者のみの云々という場合の障害者は個性が強すぎるので一般の中では無理ということです。そういう障害者のいる家族ばかりが集まった場合、どうなるのでしょうか。何も問題が起らずに避難生活が送れるのでしょうか。

ある例ですが、高齢者と障害者用の寮形式の地域型仮設住宅に入居している家族がおります。その障害者は夜徘徊する、台所をうろつく等するため、高齢者とうまくゆかず、障

害者用の仮設でありながら、当の障害者は収容施設に一時預けられ、家族のみが仮設住宅に残っております。この場合は高齢者との摩擦ですが、障害者家族同士でも問題は起こりうると思います。住宅に関していえば弱者のみの施策というのは、難しい問題があると思います。

今回の震災で育成会関係死者は26人（うち障害者9人）おられます。その中には、親しくしていただいた人もおられ、本当に悲しき思っております。生かされた私たち、その方達の分まで、子供達の将来が少しでも明るくなるよう、がんばらなくてはと思っております。

---

## 障害者支援センターの設置とその活動

亀井 勝

障害者支援センター代表

私は大阪に住んでいますが、この度の阪神・淡路大地震は大阪でも自分の家も壊れると思うぐらい大きな振動があった。

全国社会福祉協議会の障害福祉部から電話があり被害の状況を調査して欲しいという依頼があり現地の各施設に電話をかけた。しかし全くつながらず、そのうちTVやラジオから被害の大きいことが伝えられてきた。

大阪から神戸へは自動車で1時間もかからない距離にある。ところが被災時には5時間以上もかかった。神戸市は東西に長く南北に短い細く長い街である。3本の鉄道と2本の国道が東西に走り、大阪と神戸の間には淀川と武庫川の大きな川が2本ありこの川に架かる橋が壊れた。武庫川に架かる橋は2本しか通れなく神戸への車両はすべてこの2本の橋に集中した。

歩道の上に倒壊した家屋が覆い被さっている。人が歩道を歩けない。バイク、自動車に占有された道路上を縫うように人と自転車が通行する。人は両手に荷物を持ち背中にも荷物を背負っている。時たまけたたましいサイレンの音を響かせたパトカーに先導された緊急車両が走り去る。乗っている荷物は救援物資と遺体を収容するための棺である。

このような状況下で施設や利用者、職員はどうしているのか、何か支援することはできないかということで障害者支援センターが設置された。全社協の全面的なバックアップをもとに県社協のある兵庫県福祉センターの1階の一室に3台の仮設電話（1台はFAX専用）を備え1月23日より活動を開始した。

中心メンバーは大阪のセルフセンターの職員と共作連の近畿地区の職員で、他には東京

リハビリセンターのように職員を常時1名、1カ月以上も派遣していただいたところもあった。ボランティアは全国からおよそ3,000人を超える人たちが集まってきた。多いときは1日に300人を超えた。

被災当時の県福祉センターでは、ガラスは割れ床には細かい破片が飛び散っている。壁は大きくヒビが入り、水道は出ない、便所は使えなく仮設便所が設置されていた。辛うじて電気は通っているものの容量の関係で暖房器が使えなく、夜は底冷えするコンクリートの床の上に眠る日が続いた。

障害者支援センターでは活動を大阪と神戸に分担した。芦屋市より東は大阪の障害者センターを拠点に、神戸市より西は県福祉センターの障害者支援センターを拠点とし、兵庫県に最も隣接している吹田市のセルフ施設に救済物資のセンターを構え救済物資の調達、確保をした。

予測もしない大きな災害であったために活動は全く何もないところから始まった。先ず最初に調査票と調査表を記入するためのマニュアルづくりを始めた。神戸市から避難所所在地の一覧表を、全社協、共作連からは施設（作業所）の一覧表の提供を受けた。しかし神戸市の避難所所在地の一覧表には住所が記入されていないので電話帳をもとに住所を探すことになった。

救済物資の搬送は昼間はとても走れる状況でない。従って夜に運ぶことになる。夜8時頃に出発し翌朝早くに障害者支援センター前に到着するようにした。

最初の内の調査は施設（作業所）の被害状況調査と利用者、職員の安否確認で1週間位の間が終わることができた。どうしても調査できないところがある。焼けたところ、壊れて誰も居ないところである。

調査活動は3人～5人を1チームとし、その構成は一般ボランティアに必ず施設職員を組み入れた。避難所を訪問した場合、避難所

の責任者に障害をもつ人の確認を問うても「知らない」と答えられればそれまでで、問うだけでなく必ず中を探す、この場合探し出せる能力は一般ボランティアよりも施設職員のほうが毎日かかっている以上高いはずである。また、見かけたときの対応も声をかけるのも、家族との会話にも同じことがいえる。

「障害をもって困っている人は電話をしてください」と障害者支援センターの電話番号を記したポスターをセルフで2500枚印刷した。避難所への訪問にはこのポスターをもっていき目につくところに貼りだした。その結果が即、障害者支援センターの電話に表れた。2台の電話器は鳴りっぱなしで障害をもつ人たちにとっては生活の必需品（白杖、補聴器、車椅子、ポータブルトイレ等）を紛失、破損したということである。他にもポリタンクが欲しい、カセットコンロが欲しい等のヘルプコールがあり、そのほとんどについては精力的に対応することができた。白杖1本届けるのに5時間以上もかかった例もある。支援活動は決して派手な活動ではなかった。

避難所への訪問で分かったことは、不法建築物がいかにか災害を大きくしたかということである。建坪率を守らずに建てられた物、道路いっぱい建てられた建物、それらが壊れ道路を覆い救済活動を妨げていた。

また、無認可の小規模作業所に多くの被害が出ていた。30カ所の作業所が損壊し、そのほとんどが無認可の小規模作業所である。家賃や保証金の安い物件であるため老朽化が進んでいたことが原因であろう。特に精神障害をもつ人たちの作業所は本人にとっても、家族にとっても他に掛け替えのないものとなっている。

精神障害をもつ人たちは社会から隔離されたような生活を余儀なくされている。それは精神障害をもつ人たちに対する正しい理解が得られずに偏見や差別がそうさせてきたので

ある。障害者支援センターでは兵庫県と神戸市に作業所の再建、再開を求める申し入れを行い要望書を提出した。このとき、精神障害をもつ人の家族から「みんなで力を合わせる時がきた。これからは堂々と生きていけるように訓練していきます」と話された。

精神障害をもつ人たちは保健婦を中心に活動していた。避難所の中にも精神障害をもつ人たちに対する正しい理解がされないことから、いろいろなハプニングがおこりその度に精神障害についてきっちりと話すことで理解を得てきた。この大惨事を目の当たりにして精神を病まれた人も少なくはなかった。精神障害をもつ人たちへの対応は障害者支援センターに参加していた全国精神障害者家族連合会関係の作業所職員が中心であった。

安否確認はどここの組織にも加入していない障害をもつ人たちにとっては重要だった。

視力障害をもつ人たちの関係団体は障害者支援センターと同じ建物の県福祉センター内に「ハビイー」という支援団体を組織し、視力障害をもつ人たちへの支援活動が行われた。パソコンに会員名簿がインプットされていて立ち上がりも早く、収束も早かった。障害者支援センターへかかってくる視力障害をもつ

人たちのヘルプコールはすべて「ハビイー」で受けてもらうことができた。

神戸市は障害者支援センターに3行政区内の在宅で障害をもつ人たちの名簿を提示し安否確認の依頼をしてきた。約2週間ほどで全部完了した。1行政区1ボランティア団体によって調査方法が異なり、従ってデータの出し方もまた異なることと思われる。

単なる安否確認程度ではこれでよいかもしれないが、もっと詳しいデータを得るには統一した様式を整備することが今後の課題である。

常備薬を服用している内部障害のある人や、精神障害のある人には最小限度の必要事項が記されたカルテや処方箋を個人の責任で保管すべきではないか。

障害をもつ人たちが一般の避難所での避難生活ができない条件がある以上は、障害者施設をはじめ社会福祉施設や養護学校等を障害をもつ人たちの避難所として指定すべきである。避難所に指定されなければ救援物資や災害に対するインフォメーションが届かないという問題があり、特に障害をもつ人たちへのインフォメーションは手話や点字等を用いるが必要である。

---

## 災害時における施設の役割

清水明彦

西宮市社会福祉協議会「青葉園」園長

### 1 青葉園の活動概要

西宮市にある「青葉園」は、西宮市社会福祉協議会が運営する、市内在住の非常に障害の重い人たちの地域活動拠点で、西宮市独自

の法外の通所施設です。

西宮市の重度障害児者の地域生活運動の展開の中で1981年に成立し、15年間活動を続けてきました。日常の通所活動だけでなく、通所者1人ひとりが住むまちの一員として社会

参加していこうと、各々の住むまちの地区行事への積極的参加や地域の人たちとの定例的交流会・懇談会を開くなど、社協運営の特性を活かして、地域住民の主体的な地域福祉活動と連携し、各地域でさまざまな活動を行っています。また、どんなに障害が重くても、地域の一員として暮らし続けていこうと、親以外の介護でも生活していけるよう、地域での生活を広げていくための体験的宿泊や地域生活継続のためのレスパイトサービスの宿泊などの園でのナイトプログラムを続けてきました。そして、将来的にも地域で普通に暮らし続けるため、園に通所する人たちを入居者とする生活ホーム（グループホーム）づくりの運動に発展してきました。

## 2 被災後の青葉園の経過

このたびの震災で、私たちのまち西宮市（人口 震災前約 42.5万・震災後約40万）は大きな被害を受けました。（7/19日現在市内で亡くなった方1,088人 倒壊家屋59,869世帯、最大避難者数 1/19日 44,351人）そして青葉園でも通所者48名のうち9家庭が全壊、10家庭が半壊する等、すべての家庭が何らかの被害を受けています。またみんなでつくりあげてきたグループホーム「あおば生活ホーム」も損壊して住めなくなってしまいました。

### ① 発生直後

園に通う人の多くは、重度重複障害をもつ人で、日常生活の大部分に介護を要し、自力での移動や姿勢の変換も困難な場合がほとんどですので、地震発生直後は、倒壊した家屋の下に埋もれてしまったり、倒れた家具に親子で下敷きになったり、多くの家庭が大変な状況でした。倒壊をまぬがれても室内は物が投げ付けられ、ガラス戸や照明器具が飛び散り、かきまわしたようになっていて、高齢の親が通所者を抱えて脱出するのはまず不可能な状態でしたので、近所の人々の協力で救出されたケースがほとんどでした。また倒壊家屋

の多くは木造2階建てで、1階部分がペしゃんになっており、通所者はみんな1階で暮らしているわけで、多くの人が非常に危険な所で暮らしていたことになります。怪我をした人はいたものの、全員が無事でいられたことが奇跡に思われます。

建物が無事残った園には職員が集まり、バイクや自転車で各通所者の家を回り、昼過ぎには全員の状況把握ができました。この時点で全員と連絡をとれたことは私たち皆にとって大きな励みになりました。

倒壊した家から救出され、毛布にくるまって道路に寝かされていたり、とりあえず近くの駐車場の車の中に避難していたりの状態から、園からワゴン車を出すなどして次々と園に集まり、園は昼ごろには通所者と家族を中心とした30名ぐらいの避難所となりました。

### ② 避難生活

建物は崩れなかったものの園内はひどい有様で、とりあえず必要な毛布や食料品をひっぱり出し、倒れた机やロッカーなどを片付けました。電気のみが非常時の自家発電のおかげで機能していましたが、余震の続く中、水や食料確保のめどもなく、1日目の夜は皆で不安な夜を過ごしました。しかし次の日からとても多くの、私たちの活動を知ってくれていた関係施設や団体が、園の支援にかけつけてくださいました。当初はおにぎりやお米等の食料を、続いて紙おしめ、使いすて食器、カセットコンロなどが次々に届きました。車やバイクで、またたくさんの人たちがリュックを背負い、次々と運んでいただき、人のありがたさをしみじみ感じました。こういった物資については、他団体や地域にも回すことができました。

医療の面では、常用薬が持ち出せなかった、毎日飲まなくてはならない薬がもう少しくなくなるといった状況がありましたが、園で把握していた個人の医療データを頼りに通所者同士で薬を分けあったり、大阪の病院まで出

向いて連絡を取るなど、当初はさまざまな対応を必要としました。まもなく、園の向かいにありいつも診察してもらっている肢体不自由児通園施設の診療所が24時間体制を取って、診察・治療・薬の処方をしてもらえるようになり、また、園に日頃からかかわっているドクターが泊まり込みで、衛生管理や健康管理についての細かい指示を出してくれたので、おかげで1人の重体者を出すことなく避難生活を乗りきることができました。

食事については、当初は園に残っていたお米をかき集め、カセットコンロや炊飯器で炊き出しをしました。その後は関係施設や団体より継続的に食料の補給をいただき、水は浄水場まで車で汲みにいき、親・職員・ボランティアで協力しながら、1日3食、数十人分の炊き出しを続けました。1日のほとんどが食事づくりにおわれている感もありましたが、温かく、通所者が食べやすく、栄養があることを基本に食事づくりを続けたことが、避難しているみんなの健康を維持し、命を守ることにつながったと思います。

入浴については、支援物資でいただいた清拭剤で体を拭いたり、水のいらぬシャンプーを使う日々が続きましたが、市内のボランティアさん宅に「プロパンガスでお風呂が沸かせるので使ってください」と誘っていただいて近所の通所者が定期的に利用させてもらったり、大阪の施設も入浴を組み込んだバスツアーを企画してくださったこともありました。2月末には灯油で沸かせるボイラーを貸していただき、おかげで園でも入浴ができるようになりました。

震災直後から非常に多くのボランティアがかかわってくれました。日頃からかかわってくれていた人は泊まり込みで職員と同じように動いてくれたり、他にも全国から学生を中心に多くの人がかかけつけ、総数にして100名を越えるボランティアが、食事づくり、入浴のサポート、トイレや部屋の掃除、水汲み、

布団干し、通所者との散歩、介護など、それぞれの人が役割をもって主体的に動いて園の生活を支えてくれました。また、他施設からの応援職員は、即戦力となり、精神的にも大きな力となりました。長期に泊まり込んだボランティアは、避難している通所者との関係が深まり、今でもかかわりが続いています。避難生活を維持しながら園の機能を再開させていけたのは、このようなボランティアや応援職員の力が大きかったと思います。

### ③ 通所活動の再開

一方園に避難していない通所者の多くは、家屋の倒壊はまぬがれたものの、ライフラインがストップしている中で、各家庭でがんばっている人がほとんどでした。その人たちに対しては必要な物資や常用薬を届けたり、通院や入浴を支援するなどの訪問活動をはじめました。

家族は余震の恐れからも通所者1人にして外出できない場合も多く、水や食料の確保が大変な毎日が続き、通所者自身は家に閉じこもりきりで、ストレスや孤立感が増していたようです。市外の親戚などに一時避難していた家庭も次々戻ってきだし、何よりも皆の顔がみたいということで、通所再開の必要性を感じたため、2月1日よりとりあえずひと週1回、半日の通所活動を再開しました。まだ市内の交通が混乱しており、かなり時間はかかったものの、リフト車やタクシーで送迎を行い、通所・訪問の2本のラインで日常活動を部分的にはじめていきました。(この頃、園で避難している人たちの家族は住宅確保に走り回り、一般の住宅を確保できたり、住みにくい条件ながらも仮設住宅に移ったりして、少しずつ避難家庭の数が減っていきました。)

4月には、この春に養護学校を卒業した新入の通所者を迎え入れることができ、5月には、通所機能についてはほぼ震災前の状態に戻すことができました。

### ④ 仮設の生活ホームづくり

ところで、今回の震災で、民家を借り上げ園の通所者を入居者としたグループホーム「あおば生活ホーム」が損壊してしまいました。「地域で当たり前に暮らす」という願いからみんなでつくりあげてきた、地域生活の継続の砦となっていたホームを失ったことは、皆にとって大きなショックでした。しかしそんな中で、仮設で生活ホームを建て、生活再建に向けて立ち上がり、活動を進めていきたいという思いが高まってきました。最も障害の重い人の地域生活の復活からスタートすることは、今後の地域復興の方向を明らかにするのではないかとも思われました。

そんな私たちの思いを受けた民間の援助団体が、資金援助をしてくれることになり、仮設の生活ホーム建設のプロジェクトが開始されました。このプロジェクトについてはほんとうにたくさんの支援をいただきました。ある建築の専門家の方は、わざわざ東京から再三出向いてくれ、仮設ホームで暮らすことになる通所者と会い、設計上の指示をしてくれ、完成するまでサポートしてくださいました。また、福祉機器や住宅の専門家によるボランティア集団が、全面的に支援してくれ、仮設ホームの建設は具体的に進められていきました。木材や内装資材、設備機器、電気製品は、プロジェクトに賛同してくれた団体や企業から提供を受け、多くのボランティアも手作業で建設にあたってくれました。そして4月末、園のすぐ隣の公園に、仮設ホームが立派にできあがり、支援してくれた人たちと一緒に完成を祝って、最後まで避難生活を続けていた生活ホーム入居者と、園に残っていた2家庭が仮設ホームに引っ越し、園の避難所機能は終了となりました。

### 3 被災体験から

震災直後の倒壊した町の風景が目に焼きついています。倒壊家屋の多くは、ほとんどが古い木造で、お年寄りや障害をもつ人たちが

多く住んでいました。なぜ最も安全なところに住んでいなければいけない人が、こんなにも危険な場所に住んでいたのかと思わずにはいられませんでした。また、ノーマライゼーション実践を担ってきた地域の中での作業所やグループホームなどが、大きな被害を受けています。結局は、制度的に未整備の中、不十分な基盤の上でこれらの実践が展開されていたことを物語っています。そしてまた、避難生活が終り、ライフラインが復旧していく中で、結局、重度障害者は取り残され、なおライフラインが不十分のまま（介護という重度障害者にとってのライフラインが保障されないまま）での地域生活を余儀なくされ続けていく現実も痛感しました。

お年寄りや障害をもつ人など、弱い立場の人たちは、町の中で、結局危なっかしい状況に追いやられて生き続けていたという事実を身をもって感じ、言葉だけのノーマライゼーションの空しさをつくづく感じました。

この反省のもとに、もう一度根性を入れ直して、地域福祉の展開を進めていかななくてはと考えています。揺すられても壊れない地域生活の確立に向けて活動していかなければならないと思っています。

一方で、この被災体験の中で本当に多くの支援を得て、人のありがたさをしみじみ感じ、人はかかわりの中でこそ生きているものだということを実感しています。住み続けてきたこの西宮で、この関係の中で、皆で一緒にこの状況を切り抜きたいという1人ひとりの思いと、それを支えてくれた人たちによって、被災後の活動は展開されました。

ふりかえてみると、通所者1人ひとりが、家に閉じこもってしまうのではなく、地域の人たちとのかかわりを持ち続けていこうとしてきた地域での活動や、園で宿泊体験を積み重ねてきたナイトプログラム、また、将来もずっと地域で暮らしていきたいと展開してきた生活ホームづくりの運動などが、被災後の



展開を形づくることとなっています。

重い障害をもつ人の災害時の緊急対策の問題についてですが、このことは、日常の地域での平生のあり方抜きには考えられないと思います。災害時には、日常の地域生活支援のシステムがその日常の本来機能を拡大させることにより、非常事態に対応し、多くの支援を得、その力量を高めていくことが大切のように思われます。

日頃の地域活動拠点となる福祉施設等が、取り急ぎ家を失った人たちの家族も含めた避難所となり、外部からの情報を集め、地域内の1人ひとりに必要な情報を送り、連絡を取り合い、また外部に情報を発信し、外部からの支援を得、そして地域内の1人ひとりの家庭に出向いていき支援していく、日ごろの地域活動拠点が避難拠点・情報拠点、そして支援拠点として一本化し、他からの支援を受け入れていき、その機能強化を計っていく体制が妥当なように思われます。

小地域の中で、重い障害をもつ人たちの具体的・実効的な地域生活支援が、障害をもつ本人と地域住民の主体的なかかわりによって、

日常的に展開できていれば、災害時にはそれがそのまま、地域住民皆の救援システムともなり得るのではないのでしょうか。

被災時の避難所ともなる、学校等が障害をもつ人もいつでも利用できるようにしておく等のまちづくりはもちろんのことですが、日ごろから地域連帯の拠点となっているグループホームや活動拠点などが町々にあれば、それがみんなの安心拠点としても機能するのではないのでしょうか。

これからの町の復興はハード面での再建だけで済まされるものではありません。被災体験からの反省をふまえ、どんなに弱い立場の人も地域で豊かに暮らしていけるシステムを、当事者や地域住民の意志と参画で進めていくこそが大切だと思います。そのことが本当の意味の復興ではないのでしょうか。そしてそれこそがノーマライゼーションの具現化そのものであると思います。この体験をくぐり、今こそ本当に1人ひとりが尊重されて支えあっていくまちづくりを進めていかなければと考えています。

---

## 災害と地域生活—行政の役割—

吉 岡 崇

神戸市民政局心身障害者福祉室育成課長

### 1 はじめに

阪神淡路大震災から既に10カ月経ち、一時23万7,000人いた避難者も1,300余人になりました。最近では、復旧復興の槌音も高くなってきています。

当時は、膨大な救援物資や多数の方々ボランティア活動等種々のご支援をいただき誠

にありがとうございました。

神戸市も、平成7年5月に「市民福祉復興プラン」として、震災によって生じた新たなニーズに対応すべく3カ年計画を策定しました。①「生活自立のための支援」 ②「高齢者・障害者・児童などの要援護者へのサービスの拡充」 ③「人にやさしい福祉のまちづくり」の3つの視点から、具体的数値目標を

掲げ計画的に実行する予定です。

## 2 神戸市の地域防災計画

神戸市は、風化の進んだ六甲山地を市街地にかかえ、普段は海と山に囲まれた風光明媚な街として、市民に安らぎを与えている反面、大雨に弱く、それが市民の生命・財産をおびやかすこととなります。過去の大きな災害

(昭和13年7月豪雨＝谷崎潤一郎の細雪の中にも記述されている。昭和36年6月豪雨。昭和42年7月豪雨。)はすべて梅雨期の豪雨によってもたらされています。したがって神戸の災害対策は、まず梅雨期の豪雨に向けられています。

地震については、「六甲変動」と呼ばれている複雑な断層系が発達し、地震に対して必ずしも安全な地質条件にあるものとはいえないとしています。しかし、過去の有史以来の地震の発生状況から推計し、震度階級Ⅴを最高に、南海道、大阪枚方周辺、兵庫県山崎町周辺の震源地を想定して防災計画が作られています。

## 3 震災による被害状況

今回の震災による神戸市内の主な被害状況は以下のとおりです。

### (1) 人的被害

死亡者 4,319人、負傷者14,679人行方不明者 1人(平成7年11月 市災害対策本部)。

身体障害者手帳所持者 50,612人中死者135人(平成7年9月)、療育手帳所持者 5,312人中死亡者 12人(同上)

### (2) 障害者施設の被害

	施設数	全焼	全壊	半壊	一部損壊	設備損壊
障害児者施設	41		1		25	
小規模作業所	32	2	5	4		5
デイサービス	17		2	1	2	2

## 4 被災後の障害者の状況

今回の震災では、多くの市民の生命が奪われただけでなく、生活基盤の家屋が焼失、損壊のほかさまざまな被害があり、市民の生活は大きな影響を受けました。とりわけ日常生活に援護を必要とする障害者にとっては、その影響が時に大きく、断水、停電、ガス供給停止等ライフラインが途絶え、情報不足の中で、困難で不安な日々を過ごされました。

地域の小学校等公的施設が災害時の避難所に指定されていますが、震災当日 497カ所に20万2,000余人が避難され、その後避難者は増え続け、1月24日には、589カ所に23万7,000人弱になりました。

自力あるいは家族や近隣者の援助により無事避難された方も多数おられた反面、エレベーターが故障、車椅子が倒壊した家屋から取り出せずに避難することも困難な障害者もいました。各区の対策本部や福祉事務所に「SOS」が入り対応できたこともありましたが、市職員が災害関連業務に追われ、ボランティアに援助を依頼したこともありました。

一方、避難所での生活も障害者には困難がありました。暖房がなく体調を崩したり、毛布にくるまったままの生活の中で、心身機能が低下する障害者も多数いました。要介護状態で、個人スペースがないため着替え、排泄等に困難をきわめました。

また、設備面で障害者対応ができていない避難所が多く、移動が容易にできない、トイレが使えない等生活上の困難が生じました。

さらに、視・聴覚障害者からは情報が届かないという声も多くありました。

避難所がこのような状態ですから、居住困難にもかかわらず無理をして在宅生活を送った障害者もあり、ライフラインの未復旧、交通機関の遮断、街の状況の激変等のため、水くみ、入浴、救援物資の入手、通院等ができず日常生活も自由にできませんでした。

## 5 要援護者への支援活動

### (1) 安否確認

在宅障害者について、震災直後より、施設やサービス提供機関を通じて利用者の安否確認を行うとともに、福祉事務所の相談活動の中で状況把握に努めたが、市内在住約5万人の障害者の状況把握はなかなか困難でした。

一方、震災直後より、ボランティアグループが安否確認、支援活動を進めていましたが、市として、ボランティアグループの協力を得ることを決定し、障害者のプライバシー保護に十分配慮しつつ、1月下旬より障害者名簿の開示に踏み切りました。そのため住所、氏名等の最低限の情報とし、福祉事務所や育成課で台帳の書き写し作業を行いました。その後、2月中旬から、福祉事務所、保健所職員等による要援護者実態調査（高齢者・児童を含む）を行い、ニーズの把握に努めました。

### (2) 緊急ショートステイ

ほとんどの避難所で、設備面で障害者対応ができていなかったこと、また、在宅の障害者もライフラインの断絶や情報不足等のため日常生活を送るのに多くの困難が生じました。

避難所からの通報や本人、家族からの相談を受けて、福祉事務所で状況把握を行い、障害者施設で緊急ショートステイによる受け入れを行いました。

入所については、1月20日付厚生省通知に基づき、各施設のショートステイ定員を超えての入所や他県市の施設への入所等柔軟な対応がとられました。また、兵庫県社会福祉協議会に障害者支援センターが設置されたほか、大阪府、京都府等にも受け入れ施設のコーディネートを行う窓口が設置され、迅速、円滑な対応が行われました。

平成7年2月21日が最多で、41施設、167人が緊急ショートステイを利用しました。

### (3) 定員枠を越えての入所措置

緊急ショートステイの利用者について、3

月上旬に施設を通じて意向調査をするともに、福祉事務所が状況確認をした結果、帰宅のめどが立たない障害者への対応が必要となりました。市外施設への入所措置を進める一方、厚生省と協議の上、市所管施設の定員枠を越えた入所措置を行った。

また、知的障害者の通所施設についても、震災により失職した障害者等新たなニーズに対応するため定員枠を越え入所を行った。

### (4) 障害者緊急ケアセンター

1月30日より、しあわせの村内に障害者のための二次避難所として障害者緊急ケアセンターを設置し、避難所等での生活が困難な障害者を介護者と共に受け入れた。センターでは公立施設職員やボランティア、愛護協会・療護施設協議会からの応援職員により介護、日常生活訓練等を行った。6月15日の閉鎖までに、介護者を含む46名が利用した。

### (5) 身体障害者手帳・療育手帳の再交付

震災により、身体障害者手帳・療育手帳を破損・紛失した障害者に対し、震災直後は手帳証明書を発行し、その後は身体障害者手帳・療育手帳の再交付を行った。

1月17日～3月31日 再交付件数

身体障害者手帳 516件

療育手帳 56件

### (6) 補装具・日常生活用具の交付

補装具・日常生活用具を被災により紛失したり、破損した障害者に対し、緊急に用具を提供するため、政令指定市等に依頼し救援物資として用具を確保し福祉事務所、保健所等を通じて配布した。一方、営業可能な補装具業者を調査するとともに、通常の事務処理を事後にして補装具・日常生活用具の交付を行った。

1月17日～3月31日

補装具の交付・修理 1,121件

日常生活用具の給付 367件

救援物資として確保した用具

車椅子 464台 杖 700本

補聴器 100台 集尿器 100個

(7) ホームヘルプサービス

高齢者ホームヘルプサービスと同様。

3月末現在派遣世帯 227世帯

(8) 入浴サービス

高齢者入浴サービスと同様。

3月末現在利用者 46人

市内の療護施設が入浴設備を開放し、在宅の被災障害者に対し、送迎による入浴サービスを実施した。

(9) ガイドヘルパーの派遣

震災後の街の状況の激変による新たな外出介護ニーズに対応するため、4月にガイドヘルパーの緊急募集を行い、新たに140名の新規登録を行った。

1月17日～3月31日

延べ派遣数 801件

(10) 全身性障害者介護人派遣事業

地域で自立生活をめざそうとする重度の全身性障害者の日常生活全般の幅広いニーズに応えるため、平成7年度より派遣時数の上限を64時間から96時間に拡大した。

3月末現在派遣数 42人

(11) 手話奉仕員の派遣

兵庫県聴覚障害者協会との連携により

1) 避難所、在宅聴覚障害者に対する手話通訳による情報提供

2) 区窓口（罹災証明・義援金・仮設住宅受付等）への手話通訳者の配置

を行った。

手話通訳者を確保するため、1月27日に兵庫県から各都道府県あて、2月24日には神戸市から各政令指定都市あて手話通訳者の派遣依頼を行い、自治体手話通訳者213名の応援を受けるとともに、手話ボランティア60名および神戸市手話奉仕員派遣制度の登録奉仕員（58名）のうち活動可能な手話奉仕員が合流して活動した。

1月17日～3月31日

手話通訳件数 1,055件

窓口での対応件数 439件

(12) 小規模作業所・デイサービスの復旧支援震災による小規模作業所・デイサービスの被災の状況は

1) 小規模作業所

全焼2 全壊5 半壊4

2) デイサービス

全壊2 半壊4

であった。

このうち建物が使用できなくなった小規模作業所、デイサービス施設については、公園や私有地に朝日新聞厚生文化事業団の援助により、6カ所の仮設作業所・デイサービス施設を建設した。

また、阪神・淡路大震災復興基金（新設・移転費5/6補助）、中央競馬馬主社会福祉財団（修繕・備品3/4補助）等の補助のほか、市として再開のための補助（全焼・全壊80万円・半壊40万円）を行った。

ライフラインの復旧等に伴い、1月下旬より順次再開し、6月末には32カ所の小規模作業所、17カ所のデイサービス施設すべてが再開した。

## 6 震災対応の課題・反省

一番の反省は、本庁・福祉事務所職員が災害関連業務に負われ、被災障害者への対応が不十分であったということです。

また、日頃から地域で暮らす障害者の状況把握に努め、緊急時に迅速に対応できる相談体制、障害者が気軽に援助を求められる相談窓口の役割を福祉事務所が担う必要性を痛感しました。

ただ、今回のような大規模災害の場合、行政の対応には限界があり、地域での支援活動も必要と思います。民生・児童委員活動等在宅障害者の地域見守りシステムの体制づくりも今後の検討課題と考えます。

また、今回の震災ではボランティアが大きな役割を果たしましたが、多数のボランティ

ア団体・個人が独自に活動したため、情報が錯綜し混乱が生じました。ボランティアのコーディネート機関の創設が重要と思います。

さらに、視覚・聴覚障害者に対する災害情報の伝達が不十分であった。彼らに対する情報提供システム作りを検討するとともに、福祉施設に障害者のための避難所や介護用品等のストックヤードとしての機能を持たせる等防災拠点化について検討していく必要があります。

## 7 今後の対策として検討すべきこと

- ①福祉事務所の体制強化（災害時の担当業務の見直し等）、相談体制、援助体制の確率。
- ②在宅障害者の地域見守りシステムの体制づくり（民生・児童委員の活動）。
- ③ボランティア活動コーディネート機能の確立。
- ④情報提供システムづくり
  - ・各区の拠点への文字放送TVの設置。
  - ・情報提供の拠点づくり（各区単位に拠点をつくる）。
  - ・手話奉仕員派遣制度の充実。
- ⑤福祉施設の防災拠点化の検討
  - ・災害に強い施設づくり。
  - ・障害者のための避難所としての役割。
  - ・介護用品のストックヤードとしての役割。

⑥緊急時のショートステイの受け入れがスムーズに行えるシステムづくり。

他にも検討すべき対策は多くあると思いますが、平成7年9月1日付朝日新聞社説に「学ぶべき最大の教訓は、安全には『絶対』ではなく、わが身を守るのはまず自分であり、家族であり、そして地域の人たちだということではなかったか。次にこの計画を近所の人たちと共有できる計画につなげたい。一人暮らしのお年寄りなど災害弱者を救出する手順、それを町内会や自治会規模の計画づくりにつなげる。地域の企業にも参加をぜひ求めたい。

これを自治体の地域防災計画に結びつけ、訓練を通して計画を試みしてみる。そうやって初めて、わが家の防災計画から、自治体の防災計画、国の防災基本計画を生きたものにすることができる。」とっています。

お互いが自分でできることから始め、自助、共助、公助の体制づくりをすることが大切だと思います。

二度とこのような大災害が起きないように祈るとともに、個人、地域、自治体、国が相互協力して、被害を最小限にとどめるシステムづくりをする必要があります。

最後に、神戸市や市民に対して暖かいご支援ありがとうございました。

## 第 2 分科会

### 社会リハの概念と実践

まとめ [座長] 大木 勉

社会リハビリテーションの概念の体系化に向けて 奥野 英子

身体障害者更生施設における社会リハビリテーションの実践 大塚 庸次

地域における社会リハビリテーションの実践 高橋流里子

# ま と め

座長 大 木 勉  
貴峯荘職業更生センター所長

「社会リハビリテーション」ということば程、いいやすくまた分かりにくいものはない。総合リハビリテーションを形成する4つの分野のなかで、医学・職業・教育のリハビリテーションは、格別の説明がなくても、それなりに理解されやすいのに、社会リハビリテーションだけは、その3者以外のすべてといった程度の認識にとどまっているのではないだろうか。

総合リハビリテーション研究大会では、今回はじめて社会リハビリテーションを真正面から取り上げ、「社会リハビリテーションの概念と実践」というテーマの分科会が開催された。予想（30名程度）をはるかに上まわる100人を越す参加者を得ながら、予め心配されたように、「学術的すぎてむずかしかった」「ますますわからなくなってきた」という声に代表されるような結果になってしまった。混乱あるいは不消化に終わるだろうという危惧はあったが、3人の演者とも発表直前まで原稿に手を入れるという熱心さにかかわらず、課題が十分整理され、将来に希望がつけられるような分科会にはなり得なかったことを、まずは素直に反省したい。

奥野専門官は、国際的にも揺れ動いてきた社会リハビリテーションを、「社会生活力（Social Functioning Ability）を身につけることを目的としたプロセス」であり、「障害者福祉」との差異をはっきりさせて、施設サービスや地域サービスのなかに正しく位置

づけ、社会生活力の向上に寄与したいと整理し、提言した。大塚副所長は、自ら勤務する更生施設のプロプログラムの中に、社会生活力の向上のための具体的かつ实际的訓練を組み込んだ実践結果を紹介した。高橋助教授は、PTでありソーシャルワーカーでもある立場からの地域での実体験をこまごまと語った。

もちろん、仮の整理であり実験的試行に類する発表であったが、問題提起としてはいずれも優れていたと思う。

テーマが大きすぎ、唐突でまた時期尚早・準備不足であったということも考えられる。発表の技術・分科会の進め方にも反省材料があったのだろう。反撃が少なかったのは、参加者の日常の実践と関連づける鋭さが欠けていたのと思う。あるいは、参加者にとってみれば、上すべりの論議であったかもしれない。しかし、いつまでも放っておいてよいテーマとは思えない。

3人の演者の発表は、この報告書に記載されているように、内容豊かで視点が明確であり、また実践の重みをもっている。文字でお読みいただければ、十分ご理解いただけるはずである。4つの分科会のうちで、断然トップの100人も集まったことの意味を考えると、多くの人がこのテーマに興味・関心を寄せていることが分かる。「分からないことは、無理に分かろうとしなくてもよい」という意見もあろうが、関心の深さを重くうけとめ、次なる機会の充実と発展を祈りたい。

---

# 社会リハビリテーションの概念の体系化に向けて

奥野英子

厚生省社会・援護局更生課 身体障害者福祉専門官

## 1 はじめに

総合リハビリテーションは医学的リハビリテーション、教育リハビリテーション、職業リハビリテーション、社会リハビリテーションの4分野から構成されていることは周知のとおりです。このリハビリテーションの4分野のなかで「社会リハビリテーション」が分かりにくく、「障害者福祉」と混同され、正しく位置づけられてこなかった現実があります。

1975（昭和50）年に、関東近辺の身体障害者更生施設等の職員や研究者が中心となって「社会リハビリテーション研究会」を設置し、これまでの20年間に120回にわたる研究会を実施してきました。また、日本障害者リハビリテーション協会の国際委員会社会部会においても、「社会リハビリテーションの概念と枠組み」についての検討を始めたところです。

「社会リハビリテーション」と「障害者福祉」の相違を明らかし、その関係を明確化することにより、リハビリテーションの一分野である「社会リハビリテーション」の概念の体系化を図り、「社会リハビリテーション」の具体的プログラム実践の促進に貢献できればと思います。

## 2 「リハビリテーション」の定義と社会リハビリテーションの位置づけ

リハビリテーションについてはこれまでにさまざまな定義がなされています。それらの中でも代表的な定義は以下のとおりです。

### 1) 全米リハビリテーション協議会による定義（1943）

「リハビリテーションとは、障害者が可能な限り、身体的、精神的、社会的及び経済的に最大限度の有用性を獲得するように回復させることである。」

### 2) WHOによる定義（1969）

「リハビリテーションとは、医学的、社会的、教育的、職業的な手段を組み合わせ、かつ相互に調整して、訓練あるいは再訓練することによって、障害者の機能的能力を可能な最高レベルに達せしめること。」

### 3) 国連障害者世界行動計画による定義（1982）

「リハビリテーションとは、身体的、精神的、かつまた社会的に最も適した機能水準の達成を可能とすることによって、各個人が自らの人生を変革していくための手段を提供していくことをめざし、かつ時間を限定したプロセスである。」

上記のとおり、リハビリテーションの代表的な3つの定義において「社会的(social)」という用語が使われていますが、それらは目的概念としてや目的達成のための手段として使用されています。

リハビリテーションは障害がある個人の（に対する）総合的な取り組みですので、分野別に分断することは本来できませんが、広範囲にわたる取り組みであるため、アプローチのための拠点として医学、教育、職業、社会の4分野に整理されているといえるでしょう。



### 3 「社会リハビリテーション」と「障害者福祉」の概念の検討

「社会リハビリテーション」と「障害者福祉」の概念および定義について検討するため、諸文献を当たってみました。両者の概念が日本においては混同していることが明らかになりました。代表的な捉え方は以下のとおりです。

- 1) 上田 敏：障害者福祉事業は社会的リハビリテーションとほとんど同義であり、全体としてのリハビリテーション事業の一部である。（「リハビリテーションを考える」青木書店、1983）
- 2) 三澤義一：身体障害者が社会生活や家庭生活などに適応するための援助を総称して社会リハビリテーションといい、主としてソーシャルワークが関係する部分を社会リハビリテーションと呼ぶこともできる... 障害者の人権の保障から経済的保障、さらに都市改造に至るまで社会リハビリテーションの果たすべき役割は極めて大きなスケールのものとなり、従来いわれていたような狭い意味での「障害者の福祉」とは段違いの規模の仕事になる。（「身体障害者福祉論」中央社会福祉学院、1995）
- 3) 小島蓉子：社会福祉からのアプローチである「障害者福祉」はトータルな社会福祉論の一翼として、政策論的、歴史的、行政的な色彩を内包し... 各種の障害者福祉立法を基底に、障害者ニーズの充足に関連するサービスを組み立てた国家政策を基幹とし、さらに施設、機関、人材など民間セクターの援助分配網を加え、各種障害者に対する全国的な福祉政策論であり、援助科学技術体系としての「リハビリテーション」と基本的に異なる。（「障害者福祉論」中央法規、1992）

また、そのほかの定義・解説をみると「社会リハビリテーション」と「障害者福祉」の

概念が全く逆に捉えられていることも多々ありました。

### 4 「社会リハビリテーション」の概念・定義の変遷

ニューヨークに本部を置く国際リハビリテーション協会(RI)はリハビリテーションに関する代表的国際機関であり、この国際リハビリテーション協会には各種の常置委員会が設けられています。医学委員会、教育委員会、職業委員会などとともに、社会委員会が設置されたのは1961年ですが、社会リハビリテーションの概念は幾多の変遷を経ており、主だった経過は以下のとおりです。

- 1) WHOによる「社会リハビリテーション」の定義(1968)

「社会リハビリテーションは、障害者が家庭、地域社会、職業上の要求に適応できるように援助したり、全体的リハビリテーションの過程を妨げる経済的・社会的な負担を軽減し、障害者を社会に統合または再統合することを目的としたリハビリテーション過程の一部分である。」

- 2) RIによる「社会リハビリテーションの将来のための指針」(1972)

この指針の中で具体的な定義はなされていませんが、「RI社会委員会の関心の焦点は、身体もしくは精神に障害をもつすべての人々の生活条件及び個人の福祉を向上することである。」とし、障害者をめぐる環境として、①物理的環境、②経済的環境、③法的環境、④社会・文化的環境、⑤心理・情緒的環境をあげ、これらの環境を改善することが社会リハビリテーションとして取り組むべき課題である、とまとめています。

- 3) 小島蓉子による「社会リハビリテーション」の定義(1978)

「社会リハビリテーションは、社会関係の中に生きる障害者自身の全人間的発達と権

利を確保し、一方、人を取り巻く社会の側に人間の可能性の開花を阻む社会的障壁があればそれに挑み、障害社会のそのものの再構築（リハビリテーション）を図る社会的努力である。」

#### 4) R I 社会委員会による「社会リハビリテーション」の定義（1986）

R I 社会委員会では 1980年代初頭から“Social Rehabilitation”の定義を検討してきましたが、1986年に以下のような定義を採択しました。

「社会リハビリテーションとは、社会生活力（Social Functioning Ability, 略称 S F A）を高めることを目的としたプロセスである。社会生活力とは、さまざまな社会的な状況の中で、自分のニーズを満たし、一人ひとりにとって可能な最大限の豊かな社会参加を実現する権利を行使する力（ちから）を意味する。」

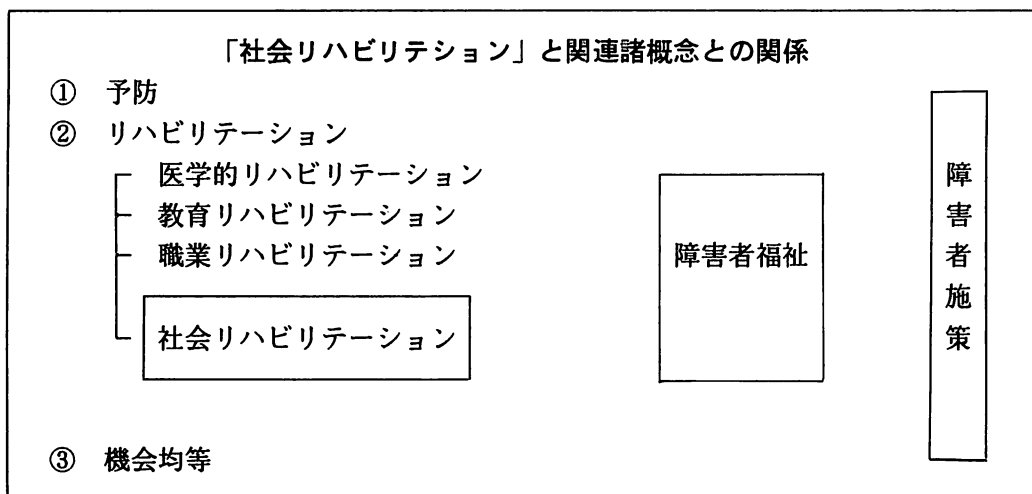
また、この定義の前提として、「機会均

等」の重要性をあげています。

「機会均等とは社会の一般的システム、例えば、物理的、文化的環境、住宅と交通、社会・保健サービス、教育と労働の機会、スポーツやレクリエーション施設等を含む文化・社会的生活をすべての人々に利用可能にすることである。」

#### 5 「社会リハビリテーション」と関連諸概念との関係

以上のように、社会リハビリテーションの概念・定義は国際的にも変遷を経てきました。また、1982年の国連障害者世界行動計画において「障害に関する主要3分野」として、①予防、②リハビリテーション、③機会均等、の3つの概念が整理されました。これらの経過をふまえ、「社会リハビリテーション」と関連諸概念との関連性を以下のように整理したいと思います。



1986（昭和61）年のR I 社会委員会による「社会リハビリテーション」の定義に則り、医学的リハビリテーションにおけるP T訓練、O T訓練等が障害者の機能の回復をめざすと同様に、「社会リハビリテーション」は障害者が主体的に生きていくための社会生活力の向上をめざした訓練・指導・援助・支援であ

り、その実施主体者は障害のある当事者、家族、ソーシャルワーカー、心理職等が中心となります。

「社会リハビリテーション」は、1972年の「社会リハビリテーションのための指針」において明記されたとおり、障害者を取り巻く環境改善への取り組みを重要視していました

が、1982年の国連障害者世界行動計画により「リハビリテーション」と「機会均等」が分けられたことに伴い、障害者を取り巻く環境の改善は「機会均等」に含まれることになりました。「社会リハビリテーション」は、障害者と環境との相互関係を視野にいたした取り組みでもありますので、「機会均等」と非常に重要な関係にあります。

そして、「予防」、「リハビリテーション」、「機会均等」のすべてへの対応として、「障害者施策」があるのではないのでしょうか。従来、障害者に関することはすべて厚生省が対応しなければならぬような風潮がありましたが、「障害者基本法」の制定等に伴い、現在では全省庁による取り組みに拡大されています。障害者の「完全参加と平等」と「ノーマライゼーション」理念の実現をめざす全省庁による取り組みが「障害者施策」といえるでしょう。

## 6 「社会リハビリテーション」と「障害者福祉」の関係

### 1) 社会リハビリテーション

すでに記述したとおり、「社会リハビリテーション」はリハビリテーションの一分野であり、障害がある者の社会生活力を高めるための援助技術の体系、方法および具体的なプログラムです。

### 2) 障害者福祉

リハビリテーションによって障害者の身体的、精神的、職業的、社会的な能力を最大限に高めますが、それでもなお解決されない能力低下と社会的不利に対応するための社会福祉からのアプローチが「障害者福祉」であり、各種の福祉立法を基底に、障害者のニーズを充足するための福祉サービスを提供する制度・施策です。

身体障害者手帳等の交付に基づき障害者福祉サービスを提供するわけですが、具体的に相談援助、医療費の軽減、補装具・日常生活

用具の給付、所得保障、在宅福祉サービス、施設福祉サービス等となります。

## 7 社会リハビリテーションの実施方法

社会リハビリテーションには理念はあっても技術体系がないと批判されてきました。しかし障害者一人ひとりの社会生活力を高めるための訓練・指導・援助・支援は、①ケースワーク、②グループワーク、③コミュニティワーク、④ケアワーク、⑤カウンセリング、⑥アドボカシー（権利擁護）、⑦ソーシャルアクションなどの社会福祉援助技術や臨床心理技術を活用して実施します。これらの援助技術は障害者だけを対象としているわけではありませんが、障害者の社会生活力を高めるための訓練・指導・援助・支援のためにも非常に有効・必須な技術です。

これらの援助技術を活用し、訓練・指導・援助・支援プログラムを実施していくのですが、具体的には、①各種施設におけるプログラムと②地域におけるプログラム、に整理することができます。施設におけるプログラムとしては、先駆的な施設において、生活訓練、社会適応訓練、社会生活技術訓練等の名称で取り組まれています。地域においては、障害のある当事者が運営する自立生活センター等において自立生活訓練やピア・カウンセリングなどが実施されていることも、社会リハビリテーションの具体的なプログラムの一例です。また現在、公的機関および私的研究グループが、社会生活力を高めるためのプログラムについての研究およびマニュアル作りに取り組んでいます。

## 8. まとめ

「社会リハビリテーション」と「障害者福祉」の両概念が日本では明確化されていませんが、医学的リハビリテーションにおけるPT訓練、OT訓練等が障害者の機能の回復をめざし、職業リハビリテーションが職業能力

の獲得をめざすように、「社会リハビリテーション」は社会生活力の向上をめざした訓練・指導・援助・支援を意味します。

今回は試案として「社会リハビリテーション」の概念を提示しましたが、今後も、社会リハビリテーション研究会や日本障害者リハビリテーション協会国際委員会社会部会とともに検討を続け、社会リハビリテーションの

概念の体系をさらに明確にしていくため、その実施方法を具体化し、障害がある者の社会生活力を高める訓練・指導・援助・支援プログラムの実践を促進することに寄与したいと思います。

※参考文献：小島蓉子・奥野英子編著「新・社会リハビリテーション」誠信書房、1994

---

## 身体障害者更生施設における 社会リハビリテーションの実践

大塚 庸次  
七沢更生ホーム副所長

### はじめに

本日は、「身体障害者更生施設における社会リハビリテーションの実践」というテーマで話をしたいと思います。はじめに身体障害者更生施設の現状についてお伝えし、次に更生施設で取り組まれている社会リハについてお話しをしたいと思います。

### 1 身体障害者更生施設の現状と課題

それではまず身体障害者更生施設「以下（更生施設）と略す」の現状について話をしたいと思います。なお本日の更生施設は肢体不自由者の施設に限らせていただきますので予めご承知置きください。

身体障害者の更生「以下（リハビリテーション）という」は、昭和20年代の更生指導所から始まったと言えます。やがて身障法の成立によって肢体更生施設がその役割を引き継ぎました。昭和38年には重度障害者の更生施設として重度身体障害者更生施設「以下（重度更生施設）と略す」も開設されました。

この間一貫して身体障害者の社会復帰の場としてその役割を果たしてまいりました。昭和20年代、30年代と言えばまだまだ施設に対するニーズは収容と保護の時代であったことからすれば、リハビリテーションを前面に出した事業は大変画期的なことであったといえるのではないのでしょうか。

特に昭和56年の国際障害者年以降は、ご承知のように「社会参加と平等」のスローガンのもと、介助を必要とする最重度障害者の自立生活が求められ、更生施設の役割は増えこそすれ減ることはなく、時あたかも福祉のパラダイムは、施設福祉から地域福祉へと大きく転換している時でもありますから有期限の更生施設は、その役割をいかに発揮していくものと思われました。しかし現実はずいぶんかそのような状況になりませんでした。私は全国的な傾向を探ろうと平成2年にアンケートを取ってみました。その結果、肢体更生施設は利用者の減少化傾向に歯止めがかからず、重度更生施設は利用者の長期化に見舞われておりました。時代の先取りでありました更生

施設はその役割を終えようとしているのでしょうか。それにしてもなぜこのような状況に陥ってしまったのでしょうか。本日のテーマであります社会リハの実践とも関連がありますので少しこの原因について触れておきたいと思います。

まず障害者の社会復帰を職業リハを中心としてスタートした肢体更生施設の場合は、労働行政が重度障害者の職業的リハまで取り組むようになったことが一番の原因かと思えます。しかもどちらの施設も介助を要する重度障害者の職業的リハは難しいため介助を要しない重度障害者については競合状態になったと考えられます。一方、重度更生施設の場合ははっきり言って生活施設であります療護施設の不足が一番大きな理由と考えますが、同時に都市部ではリハビリテーション病院の普及が挙げられのではないかと思います。つまり医学的リハが重度更生施設施設と競合状態となっていることが考えられます。中途障害者のほぼ 100%がまずリハ病院を利用しますが、その間に家族の変化が生じたり社会的要因のためにスムーズに退院ができないこと等から、社会的入所として重度更生施設利用するため、必然的に利用期間が長くなっていくわけです。当七沢更生ホームでも脳卒中の方が約5割近く利用しておりますが、その半数以上は単身者で占められ、その多くが生活施設利用待機となっております。

次に更生施設で行われている訓練について少しお話しておきたいと思います。まず身体障害者福祉法では、更生施設の役割を「身体障害者を入所させその更生に必要な治療又は指導を行い、及びその更生に必要な訓練を行う施設とする。」としていますが、ここでいう「治療」は現在ほとんどリハ病院で行われておりますので、リハビリテーションに対する治療よりは合併症等に対する保存的・継続的治療と考えられます。また「指導」に関しては、更生訓練がとどこおりなくできるよ

うに指導することと理解され、どちらかといえば施設生活の適応に向けた指導と解釈できます。また「更生に必要な訓練」については、（身体障害者更生施設等の設備運営について）「以下（施設運営基準）と略す」に詳しく載っていますが、その基本は医学的、職業的、心理的更生が主となっている。ここではこれをリハの三本柱と称しておきたいと思えます。残念ながら本日のテーマであります社会的更生、すなわち社会リハに関しましてはどこにも見当たりません。特に肢体更生施設の場合は、（肢体不自由者更生施設における医学的更生並びに職業的更生に於ける実施の指針について）の通知の中に大変詳しく紹介されている。しかも驚くべきことに本通知は昭和29年のものですから当時の意気込みが強く感じられます。

さて社会リハの存在性のなさに追い打ちをかけるわけではありません、日本リハビリテーション医学会によって編集されました、第二版リハビリテーション白書におきましても、ハッキリと「社会的リハは範囲の曖昧さが課題である」と指摘し、社会的リハと社会福祉とどこがどう違うのかの問いかけています。このようにリハビリテーション関係者からもほとんど認知が得られていないのが現状であります。一方リハビリテーションとつくためでしょうか、福祉関係の学者も社会リハについてはほとんど関心を示していません。

いずれに致しましても社会リハが市民権を得るまでには、まだまだ道遠しの感が致します。社会リハに関する理解者が一人でも多く現れてくれるとを願って次に実践についてお話したいと思います。

## 2 社会的リハのプログラムの紹介

内外の障害者自身の自立生活運動の取り組みとノーマライゼーション思想やリハビリテーション理念の高まりによって、重度障害者の社会参加と平等をさらに進めるために、平

成2年に身体障害者福祉法はその目的を「更生と保護」から「自立と経済活動への参加」へと改正されました。しかし同法が改正されたにもかかわらず、施設運営基準は前のままですから、重度障害者の自立生活すなわち社会リハに取り組んでいくのか明らかになっておりません。アメリカのように当事者が積極的に関係法を改めさせていくことも一つの方法ですし、北欧のように行政が先手をとってノーマライゼーション化を進めていくのも一つのやり方かと思いますが、日本の場合は、せっかくアメリカや北欧にはない障害者の更生施設があるわけですから、これを使わない手はないと思いますが、いかがでしょうか。

こうした状況にもかかわらず全国の先駆的な更生施設は、試行錯誤と創意工夫を凝らしてさまざまな自立生活に向けた援助プログラムを開発してきました。その多くは、肢体更生施設に見ることができますが、最近のリハビリテーションセンターに併設されております重度更生施設においても社会リハを前面に打ち出している施設が出て参りました。ここでは、詳細な紹介は時間の関係で省かせていただきますが、プログラムの名前から想像していただければと思います。社会生活技術訓練、社会適応訓練、自立生活プログラム、社会参加促進プログラム等々があります。

また私が勤務しております七沢更生ホームは、昭和48年にスタート致しましたがその特徴は、神奈川県総合リハセンターの中に位置づけられたことと、肢体更生施設と重度更生施設を一体的に運営していることが挙げられます。「なお余談ですが更生相談所は同一敷地内に入っておりません。」

更生ホームが社会リハらしき援助を始めたきっかけは、重度障害者のリハビリテーション訓練が早々とプラトーに達してしまい、日々施設の中で時間をもてあます障害者が増えてきたからに他なりません。リハの三本柱の限界は施設がオープンするやたちまちやって

きました。やがてこれらの援助を充実させるために、肢体更生施設分の指導員を職員の合意のもと三交代業務から外し、グループワークに専念できるようにして、さまざまなプログラムを整えることができるようになりました（資料1参照）。やがて自立生活運動の刺激を受け、昭和62年に自立実習棟をオープンさせ自立生活訓練を積極的に取り組み始めました。しかし更生ホームの状況も全国的な傾向とあまり大差はなく全介助者や常時要観察者等の増加により三交代職員に負担が多くかかるようになってきております。社会リハの援助については、人も訓練費も全くない中で行っているため、そのしわ寄せがどうしてもこうした形で出てきてしまいます。重度更生施設が社会リハの重要性や必要性を主張しても、法的な支えがないことは予算が全くつかないことを意味しております。したがってこの施設も人と予算のやり繰りに苦勞しているのが現状かと思えます。

### 3 社会リハの今後の進め方

プログラムのことについて話を戻したいと思いますが、更生ホームのプログラム名をみていただければおわかりのように、学習以外は今のところどちらかといえはりハビリテーション訓練の延長線上にあるかと思えます。したがってモデル的には、医学モデルをベースに取り組んでいるかと思いますが、今日のテーマである社会リハの場合は、経験的には医学モデルより生活モデルの視点に立つべきではなかと思っております。この違いの流れ図については試案としてその対比図を作ってみました（資料5参照）。

このように生活モデルは、まずアセスメントがあることを前提にしてみました。アセスメントにつきましては資料の2と3をを参照してください。このモジュールは備考にも書いておきました「社会リハビリテーション研究会」の有志が一昨年より手掛けてきたもの

	プログラム名	プログラムのねらい	時間	場所	
疾患別グループブリーク	脳血管障害 グループ	生活学習	(1)障害について理解を深める(2)福祉制度を学ぶ(3)社会資源の活用の仕方を学ぶ(4)地域で暮らすための情報を得る(5)将来の生活設計を立てる(6)健康管理の方法を学ぶ	毎火曜日 14:10-16:00	2階面接室
		コミュニケーション	(1)コミュニケーションを積極的進める(失語症の方を中心にグループ化を図る)	毎水曜日 14:10-16:00	5階多目的室
		レクリエーション	(1)集団生活に潤いを持つ(2)仲間意識を育む(3)障害の受容を図る	毎木曜日 14:10-16:00	2階ホール
		創作活動	(1)作る喜びを体験する(2)機能の向上を図る(3)趣味の拡大を図る	月一回実施	特に定めず実施
	脳性麻痺者 グループ	生活学習	(1)大人に向けての自覚を育む(2)自立生活意識を涵養する(3)生活管理の自立を促す(4)社会参加の気構えを育てる(5)福祉制度を学ぶ(6)社会資源の活用の方法を学ぶ	月～金 13:10-14:00	2階面接室
		体験学習	(1)外出体験(2)ボランティアの探し方・依頼の仕方を学ぶ(3) 外出計画の方法を学ぶ	月～金 10:10-11:00	5階多目的室
		レクリエーション	(1)余暇の楽しみ方・過ごし方を学ぶ(2)企画立案の仕方を学ぶ	毎木曜日 14:10-16:00	2階食堂
	脊損・頸損者 グループ	生活学習	(1)障害について理解を深める(2)福祉制度を学ぶ(3)社会資源の活用の仕方を学ぶ(4)地域で暮らすための情報を得る(5)将来の生活設計を立てる(6)健康管理の方法を学ぶ	毎水曜日 15:10-16:00	2階面接室
体験学習		(1)外出体験(2)ボランティアの探し方・依頼の仕方を学ぶ(3)先輩を訪ね自立生活の方法を学ぶ	随時		
目的別プログラム	生活技術 プログラム	社会生活自立実習棟訓練	(1)家庭生活全般の技術獲得(2) 単身生活への挑戦を図る(3) 家庭改造の参考資料を得る(4) ボランティアを介して必要な介護内容を自己覚知する(5) 集団生活から離れて生活し自信を深める	-Bコース-和室コース-調コース 随時	自立実習棟 2階の一戸建て
		調理訓練	(1) 献立から買い物を体験する(2) 調理の体験をする(3) ボランティアを介して自分の好みのものを作る(4) 栄養を考えた調理の体験	基礎調理 随時 応用調理 毎木曜	2階 食堂 自立実習棟
	外出技術 プログラム	散歩訓練	(1) 歩行の安定・耐久性の向上(2) 体力の向上(3) 健康の保持 (PTによる訓練終了者を対象にW/C使用者も含め実施)	月・火・木・金曜日 9:10-10:00	中庭・セガ- 外周 自然保護セガ-
		買い物訓練	(1) 買い物を通して様々な経験を積む(2) 店員とのコミュニケーション(3) 安全に店内を移動する(4) 金銭の授受を学ぶ(5) 商品の知識を得る(6) ショッピング・軽食等を通して気分転換を図る	第2・3木曜日 9:10-12:00	大手スーパー デパート
		市街地移動訓練	(1) 市街地歩行の体験(2) 交通マナーの獲得(E w/C含む) (3) 横断歩道の確認(4) 複雑な路面に慣れる(5) 目的地までの移動の体験(6) 方向感覚の体験(7) 困った時の対応を学ぶ	毎水曜日 9:20-12:00	厚木市街地
		一般交通機関利用訓練	(1) 路線バスや電車などの利用訓練(2) 単独移動(R w/C含む) に向けた訓練(3) 基礎訓練コース(4) 応用コース	随時	厚木市街地 自宅まで
一日外出体験	(1) 単独外出が難しい方を対象にした気分転換(2) 訓練の可能性の見極め	第4火曜日 9:50-15:00	厚木市街地 伊勢原市街		
半日外出体験	(1) 重度障害者用外出体験(一日では長すぎる重度障害者用)	第4木曜日9:20-12:00	町田市街		

資料2 SFA（社会生活力）モジュール表

1 自己の認識	2 自己決定の表現
3 コミュニケーションと人間関係	4 介助サービスと介助者
5 時間管理	6 健康管理
7 補装具と福祉機器	8 金銭管理
9 家庭管理	10 セクシュアリティ
11 家庭生活と育児	12 おつきあい
13 身の安全性と危険防止	14 余暇・趣味・スポーツ
15 旅行	16 障害者の社会的立場の認識と社会啓発
17 生涯教育	18 住宅のアクセス
19 公共建築物のアクセス	20 交通のアクセス
21 職業生活の認識	22 地域の社会資源
23 自己擁護	24 法・行政に関する権利擁護
25 人生設計	

※本SFAモジュールについては、社会リハビリテーション研究会が、先駆的なリハビリテーション施設の評価項目とシカゴILセンター・アクセスリビングの「Independent Living Skills Curriculum」のモジュールを参考にして当会が独自に作成したものである。

資料3 ニーズ・アセスメントの参考例

モジュール IV		介助サービスと介助者				
サブ・モジュール	アセスメント	懸念している	懸念していない	不明	目標設定	
		知っている	知らない		する	しない
1	介助サービスの種類について					
2	介助サービスの曜日について					
3	自分のニーズに満たない介助サービスについて					
4	介助者のサービスについて					
5	介助者の履歴と経験のリポートについて					
6	介助者を自分で雇うことについて					

資料4 社会生活支援プログラム・計画表

氏名: (オ) 障害名: (障 碍)	目標 ★生活 拠点 ★社会参加の方法	支援期間 ★開始 平成 年 月 ★終了 平成 年 月
担当生活指導員:		

分 期	項 目	本人の目標設定	家族等の目標設定	課 題 内 容	支 援 内 容	到達度 (達成度感)	実施予定期間	支援担当

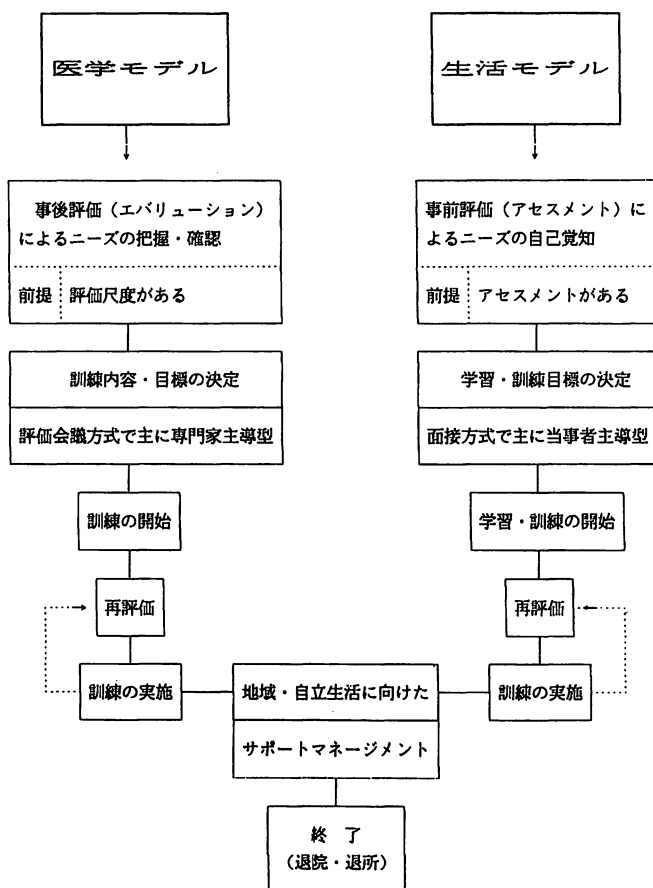


です。この表を参考に社会生活力のアセスメント表を試作してみました。このアセスメントによって障害者自身が自らの目標設定を見だし、その目標に合わせて訓練や学習をどこで行うか場所（自立活動センター、更生施設等）を選択をするわけです。したがって更生施設側からすれば、少なくともアセスメントに基づいた援助プログラムが準備ができていなければ、障害者から選択していただけないことになるわけです。

当更生ホームも、一昨年より試験的にこの方法を取り入れてみようとして検討してみましたが、職員からは賛成が得られませんでした。それは利用者の大多数が中途障害者でありその多くがリハ病院において医学的リハがほぼ終了しているにもかかわらず、更生ホームに行けばさらに良くなるよと言われて来た方々が多く障害の受容が不十分なため、アセスメントどころではなかったからです。このため、施設内部の研究會では、別な方法を考えて取り組み、その結果「社会生活支援プログラム計画表」（ソーシャル・ライフ・サポート・プラン）となりました（資料4参照）。この表の利用の仕方は面接をしながら埋めていきます。したがって社会リハだけでなく医学、職業リハも含めこれから施設を出ていくにあたり必要とされる社会資源の活用も含めトータルに計画が立てられるようにしてあります。また高次脳機能障害や頭部外傷が原因で自己決定が難しい場合は、家族等の協力者から聞きこの表を作成していきます。面接で重要なことは、とにかく当事者が障害をあるがままに受容してきて「何をしたいのか」「何をやってみたのか」の意欲を引き出したり、聞き出すことにあります。

身体障害者の利用者予測はこれからも中途

資料5 医学モデルと生活モデルの対比図（試案）



障害者でしかも重度障害者の方の増加が見込まれています。しかもリハ病院でどんなに医学的リハをしてきても障害者にとってはやはり入所当初は医学的リハや職業的リハがメインであろうと思います。したがって更生施設はまずは医学モデルから入ることはやむを得ないと思いますが、中期以降は生活モデルへと移行し、退所後の生活についてあるいは社会参加の手だてについてを自分自身で考えていけるよう援助することが望ましいと思います。これまではややもすると評価した結果から社会参加の場が規定されてきましたが、障害者自身が障害をあるがままに認めるなかから何をしたいのかに着目できるように援助することは、まさにリハビリテーションの最終

ゴールである全人間的復権に叶っているのではないかと思います。

#### 4 社会生活支援プログラム（ソーシャル・ライフ・サポート・プラン）について

現在、高齢者の福祉、医療、保健では公的介護保険の導入に向けて議論百出しておりますが、身体障害者の関連からみてみますとやはり介護がどうなるのか強い関心がありますが、本日のテーマからずれますので横に置かせていただき、ここでは介護を取り巻くソフト面に着目してみたいと思います。公的介護保険の実践面では、さまざまところでアセスメント、ケアマネジメント、ケアプランなる言葉が飛びかわっており、また関係する文献も急増しております。またケアマネジメントに関する学習会や研究会はドクターを始めとした医療関係者が大変先行しております。それは公的介護保険が医療と福祉の統合化を目指している証左といえるかも知れません。

ここで提案ですが、障害者の場合（高齢者も同様に思いますが先行しているためもう難しいと思われるのでは）、アセスメントに対してはニーズ・アセスメントをケアマネジメントに対してはソーシャル・ライフ・サポート

・マネジメントをケアプランに対してはソーシャル・ライフ・サポート・プログラム（社会生活支援プログラム）を使いたいと思いますが、いかがでしょうか。なぜならば障害者が地域で主体的に楽しく生き活きと生活していくためには、単にケア（介護）という狭い領域だけではなく、本人のニーズに則した生活全体をサポートすることが重要と考えるからです。すなわち疾病や老衰による痴呆老人と同様これから増加が予測されている高次脳機能障害者や頭部外傷者が引き続き地域で生活していくためには、人権のサポートや財産管理の問題等を避けて通ることのできない課題であり、ケアマネジメントだけでは難しくサポートマネジメントが必要と思われるからです。

今後の更生施設は、これまでの医学モデルの評価と訓練に加えて生活モデルの視点にたったソーシャル・ライフ・サポート・マネジメント（社会生活支援プログラム）を障害者と共に地域（コミュニティ）に提供できる力をつけていくことによって、障害者から選択される施設として生き残れるのではないかと思います。

---

## 地域における 社会リハビリテーションの実践

高橋 流里子  
日本社会事業大学助教授

### はじめに

現在、障害児者の多くが在宅で生活をおくり、この傾向はますます拡大するであろう。そのために障害者デイサービス等在宅福祉サ

ービス施策は拡大し、これらにはリハビリテーション活動も含まれている。また、病院等医療機関、保健所等保健機関、福祉機関等多様な機関も「地域リハビリテーション」を実施している。このような「地域リハビリテーシ

ョン」では在宅障害者の訪問等による直接サービスから地域の組織化までを含めた広い範囲の活動を指している。というように地域におけるリハビリテーションは形態、活動内容等さまざまである。しかし、社会リハビリテーション活動はみえにくい。

この報告では地域住民に直接接する市町村福祉行政機関の地域における社会リハビリテーションについて考えたい。そのためにその根拠と活動の一端を報告し、本分科会の論議の素材の提供の役割を果たせればと考えている。

## 1 福祉行政機関と社会リハビリテーションにかかわる機能

まず、市町村は社会福祉法の実施機関であること。

社会福祉八法の改正で町村も身体障害者福祉法、老人福祉法の実施機関になり、措置権である在宅サービスの決定権限をもつ、つまり、提供しうるサービスを手中に収めていることになる。

次に、法律に基づく措置権限には専門的対人援助機能が付随しているのである。福祉事務所が「第一線の現業機関」といわれ、利用者に直接に専門的技術をもって対応する現業活動を特徴とし、これを事務処理行政機関との峻別の指標にしている。そして、リハビリテーションについては「新福祉事務所運営指針」（1971年）で、身体障害者福祉法の運営において福祉事務所がリハビリテーション推進のプロモーターの役割を担う機関と位置づけられている。また、社会福祉八法改正後の身体障害者福祉法は市町村は「直接に、または間接に、社会的更生の方途を指導すること並びにこれに付随する業務を」（第9条3-2）と社会的更生、つまり、社会リハビリテーションの機能も課していることがわかる。というように福祉行政機関に対人援助機能を課せられている。

さらに、住民の生活問題を把握し、保健福祉計画等計画策定とその実施責任があるという地域の社会資源整備責任もある。社会福祉の各法で市町村の業務に「福祉に関する実情の把握」を規定している。このことは管轄地域全域の児童から高齢者までライフサイクルを通し、障害者の程度・種類、問題の種類にかかわらず、ニーズの発見から相談、サービスの提供などに責任をもつことになる。老人福祉法・老人保健法や障害者基本法で市町村の義務・努力業務としている地域の保健・福祉計画は実態をもとに、策定されるはずである。

福祉行政機関は専門的対人援助に付随する福祉法の実施から地域福祉計画までの広範囲の機能をもっているが、なかでも障害者に対する専門的対人援助は、個人の社会生活力を高める援助を伴うならば、社会リハビリテーション活動と解釈できる。

## 2 福祉行政機関の在宅リハビリテーション活動の実態

以上のような機能をもつ福祉行政機関での在宅リハビリテーション活動実態の概略を示す。

この市は東京から40キロ圏内、現在人口7万人、高齢化率約8%で、1982年からこの活動を実施している。この事業は県の事業を市が引き継いだ行政主導で、福祉事務所の法外援助として開始。在宅身体障害児者の生活のし易さをめざして機能訓練、家族への介護指導、相談を業務内容と規定した。当初の主要な業務は、週1回、1回半日勤務の非常勤PTによる家庭訪問による機能訓練であった。手帳や申請の有無にかかわらず本人や家族の承諾でサービスを開始するというように融通性をもって対応したところ、当初とは方法、対象、守備範囲が変化した。

6人の利用者で開始し、1990年代には30人を越えた。表1のように対象者は児童も成人

も、老人もと年齢は幅があること、障害原因の多様さ、肢体不自由児者に知的障害、精神障害との重複している。

利用者との接触はデイサービス職員、ヘルパー、介護支援センター、民間の医療機関保健婦、工務店、ヘルパーやデイサービス職員

を通して本人から、口コミと多様な経路がある。障害、年齢構成の多様さから医療、教育、施設サービス、在宅サービス等のサービスの重複利用が多い(表2)。このことが他の機関や職種との連携・連絡に業務の多くをさかねばならないことになっている(表3、表4)。

表1 平成6年度 障害原因別・年齢別利用者表

	脳卒中	脳性小児マヒ	筋ジストロフィー	重症心身障害	ハートキンソン氏病	頭部外傷	二分脊椎	脊髄損傷	腫瘍	関節症	リウマチ	切断	ホリオ	その他	計
18歳未満		1	2	2					1					1	7
18-64歳	6	6	1		1	2	1	1	1	1	1		1		22
65歳以上	7											1			8
計	13	7	3	2	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	37

男性21人、女性16人

表2 平成6年度 利用者サービス利用状況表

	脳卒中	脳性小児マヒ	筋ジストロフィー	二分脊椎	重症心身障害	ハートキンソン氏病	頭部外傷	脊髄損傷	腫瘍	関節疾患	リウマチ	切断	ホリオ	その他	計
医療 通院中 <sup>1)</sup>	13		2	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	28
訪問看護	3						1								4
教育 専門校・普通校				2											2
養護校 通級			1		1										2
訪問					1										1
福祉 保育所														1	1
障害児通園施設		1							1						2
施設 通所授産施設		2													2
在宅 ホームヘルパー	8	1	1		1	1			1				1		14
福祉 デイサービス	11	2	1				2	1		1		1			19
サービス ショートステイ	4	1													5

1) 障害状況の経過観察も含め年に数回以上通院した人

### 3 援助プロセス

この活動を踏まえて社会リハビリテーションの援助プロセスを見ていく。

#### (1) 对人的援助開始の理由

リハビリテーションへの相談の多くはPT領域の相談でかわり始める。①住宅改造・補装具相談(介護をし易くするための浴室の改造を、車椅子・補装具がほしい、合わない)②機能訓練の相談(寝たきりらしい、関節が

堅くなるのを防ぎたい、転び易くなった、訓練の方法を知りたい)③介助・介護の方法を教えてほしい等である。

#### (2) 自立意識の喚起

ところが、当事者・関係者からの情報収集や観察によりアセスメントをすると、PT領域のみの対応では済まない、内面、人間関係が障害者が主体的な生活形成を阻んでいることが見えてくる。例えば、①大人の障害をもつ家族に幼児語等幼児と同じく対応、本人の意

表3 平成6年度業務方法

手段	件数	備考
家庭訪問	60件(40.8%)	年間4回以上の訪問10人、他職種との同行訪問13件 <sup>2)</sup>
他機関の訪問	56件(38.1%)	内30件が利用者との面談を含む 23回の他機関とのケース会議
電話連絡	30件(20.4%)	家族・本人 11件 他機関・他職種 15件
事務所内業務	1件(0.7%)	
計	147件(100%)	

1) 書類等での他分野・他機関と連絡は除く、2) 福祉事務所職員を除く

表4 平成6年度業務内容

訓練	運動療法	14	18(5.0%)
指導	ADL	4	
相談 チェック	装具・車椅子	70	120(33.3%)
	住宅	16	
	障害相談	18	
	生活相談	8	
	その他	8	
家族 相談	養育・介護方法の援助	14	28(7.8%)
	心理的援助	11	
	その他	3	
他機関 との 連絡・ 連携	ヘルパー	73	194(53.9%)
	ディサービス	61	
	医療機関	12	
	福祉・教育機関	13	
	装具等業者	32	
	その他	3	
計			360(100%)

件数(%)

治療への疑問や不満、病気の進行・心身の衰えへの不安 ③年単位で入浴をしていない、食事内容が貧弱等である。 障害者や家族はこれらを当然のことまたは仕方のないこと受動的なのである。これまで障害を医学的側面から捉え、医学モデルの思考と対応に慣れ、主体性や人権意識が陰に隠れてしまい劣等処遇に疑問をもてず、主体的生活の阻害になっていることに気づけないでいる。多くの地域で生活している障害者や家族のニーズ充足のためにはまず主体的存在の意識化への援助が

きわめて重要になる。

### (3) サービス活用能力の発掘と向上

そして、何かおかしいと感じても、それが漠然としていることが多い。また、必ずしも本人が申し出たサービスがニーズ充足の実現や生活上の具体的問題の解決に至るとは限らない。

何ができるか、何をしたらよいかのことが明らかにされ、ニーズ充足のためのサービスが確定でき、サービス受給資格があっても、利用に対する躊躇、気後れ、サービス利用に伴うスティグマ、サービスの認知度の低さ、行政の硬直した対応等が必要なサービスに結びつかないことが多い。また、自己の障害への認識にも影響を受けるが、福祉制度等サービスを活用して生活を構築するために行動に移しにくい。障害者や家族が使える力をともに確認し、力を形にする、表出することを励まし時に補いながら援助し、その力量を高めて行く。

公的機関で頻繁に面接や連絡を継続的にとり、援助が必要なのはこのような内面に秘めた力が発揮できずに、自己の生活を構築するのに困難を生じている人に対してであろう。こうみえてくると、現実には障害者の自立意識の援助に加え、ニーズ充足のためにサービスを自らで活用する力の減退、または喪失に対する援助が不可欠になる。これらの援助は、近年の社会資源の多様化傾向からケースマネジメント機能にも統合される必要も生じる。

### (4) 機関職種を越えたチームによる援助

障害者がサービスにつながったとしても、サービスの多元化、多様化がかなり進んできたため、援助者たちの目標(保護か自律か)や援助方法における合意、共働が不可欠である。とくに在宅サービス援助者集団のチームワークが強調されなくてはならない。しかし、チーム構成員に共有の視点や職種間の階層性が払拭されておらず、縄張り争いや感情的確執が生じ、障害者に不利益をもたらしている現

この活動では社会福祉協議会に委託されたヘルパー、デイサービス職員、民間医療機関の訪問看護等が同行訪問、障害者をケース会議等で確認の努力をしている。このチームで障害者の他者への意思表示能力を大切にしたい例のホームヘルパーの援助例をみる。ヘルパーは買い物援助には新聞広告を持参、本人が値段の確認やほしい品物のイメージを明確にして決め易くする。そして、献立を決めヘルパーが調理する。こうして障害者が自らの生活を作り上げて行くことを援助するのである。

つまり、ヘルパーも障害者の社会リハビリテーションの一端を担うのである。

リハビリテーションの目標でもある「自立と社会参加」が法に規定されても、いまだに地域の障害者と家族にはその意識が十分定着し、具現化しているわけではない。地域においては措置権やサービスの実施責任をもつ福祉行政機関が専門的対人援助機能を拡充し、この援助プロセスを担うことがその基盤になるであろう。しかし、福祉行政機関へのソーシャルワーカーの配置不備から専門的対人援

助活動の限界や障害者のサービスへの権利性の限界が問題になる。

#### 4 社会資源等地域環境

住民に身近な福祉行政機関の専門的対人援助機能による自律の援助を強調してきたが、社会リハビリテーションは社会資源等地域の環境問題の影響を直接受ける。更生施設の訓練を終了しても、地域の援助集団や障害者自身の力で地域で人生を切り開く力を獲得したとしても、周囲の無理解や利用可能な社会資源とくにヘルパー等マンパワーの問題のために、泣く泣く療護施設や特別養護老人ホームへ入所せざるを得ない実態がある。

また、当事者が住民として主体的活動を行い社会環境づくりに影響を与えているものがあり、その例に自立生活センターがある。とくに、自立生活訓練プログラムは、重度障害者が地域生活を実現するのに役立っている。地域における社会リハビリテーションには、このような活動の支援体制や共働システムとも密接に関係している。

## 第 3 分科会

### 障害者と情報保障

まとめ [座長] 中野 敏子

聴覚障害者の情報保障 高田 英一

情報アクセス・コミュニケーションは人権 菌部 英夫

視覚障害者と情報障害—現状と提言— 牧田 克輔

知的障害者における情報保障 松友 了

人間が情報に追い回される時代 寺田 純一

## ま と め

座長 中野敏子  
明治学院大学教授

#### <情報保障ということ>

近年の情報通信システムの進歩は、まさに「居ながらにして」情報の提供者として、また情報の受け手としての役割を瞬時に担うことを可能にしてくれる。その歩みは止まるところを知らずの勢いである。また、阪神・淡路大震災は、「情報」とは何かをわれわれに改めて問いかける機会となった。「情報」とは何か。

国際障害者年と国連・障害者の十年を経過する中で、障害のある人もあらゆる領域の活動に参加する権利が保障されるべきであるという理念の実現に向けて努力が進められてきた。この理念の実現にかかわる条件の一つに、情報の保障があげられる。

国民としてあるいは市民として、国や地方自治体の政策や施策に精通しその立案・決定過程に影響を与えたり、また自己の権利を行使・擁護したり、あるいは消費者として生活を設計し豊かに暮らすためにも情報の保障は欠くことのできないことである。

障害者基本法に、国および地方公共団体による情報提供に関する制度の整備についての努力義務が規定された。「身体障害者の利便の増進に資する通信・放送身体障害者利用円滑化事業の推進に関する法律」の成立や通産省から出された「障害者等情報処理機器アクセシビリティ指針」なども情報保障の一つの動きであろう。

また、さまざまな援助サービスを活用して

いく上で、サービス利用者への「インフォームド・コンセント」や「自己決定」などが問われている。そこでは、「専門職から利用者へ」の情報は勿論のこと、その情報は、利用者が「必要としている情報」の提供であること、そして、利用者から援助する専門職へ、利用者自身へ、市民へ「情報」をどのように伝えることができるか、その具体的な検討が求められている。

#### <分科会のねらい>

本分科会では、こうした状況を踏まえて、「情報の保障」という課題をどのように考え、どのように実現していったらよいのか、その手がかりを得るために5人の方々からご意見をいただき、フロアを交えた討議を行った。情報の保障には、各々の障害に応じたサービスや個別的な配慮が必要となるといえる。その意味から、5人の発言者の方々には、「情報保障」をめぐる、それぞれ障害種別の課題の特定性に焦点をあてながら発言していただいた。

#### <発言から>

それぞれ、貴重なご発言をいただいた中で、今後の議論を深めていくにあたって、多少、座長としての私見を含めてであることをお許しいただきながら、留意しておきたいいくつかの点をここに述べさせていただきます、分科会のまとめに換えさせていただきますことにする。

第一に、情報保障は新たな人権保障として



取り組んでいかななくてはならない課題であることの再確認（菌部氏）である。

第二には、科学の進歩は「こんなにも情報機器が障害者の日常生活にアクセスし、その生活を豊かにする可能性をもたらしている」という実感とともに、一方で、「安くて」「容易な」という要件が満たされない中で、マルチメディア社会が益々情報に関する「バリアー」の壁の厚さを厚くしているという事実である（牧田氏）。

第三は、外見ではわからないことから派生する「コミュニケーション障害」が語る事実である。すなわち、聴覚障害者の情報の伝達手段を「筆談でわかるはず」と思い込んでしまっている人々、そして手話という手段が「技術を教え込む」ことにいつのまにか替わってしまっている事実である（高田氏）。

第四に、知的障害をもつ人たちのように「情報に参加」できる機会さえない人々へどのように情報保障を展開していくのか（松友氏）。

第五には、情報の前に生活の主体者がいるということである。情報化社会の中で振り回される生活は新たな「ハンディキャップ」を

生む。自分たちの生活をいかに創っていくのかというための「情報」であり、それが生活に役立つ「生活の知恵」としての「情報」ということがいえる（寺田氏）。

そして、情報保障にとって何よりも重要なことは、日常的な人的ネットワークであるといえる。それがあればこそ、たとえ、電気が切れ情報通信機器が使えなくとも、「人」がやってくる。だからこそ、情報通信機器を通しての「情報の保障」が大きな力を持つということである。それは、震災という危機下に証明されたことであった。

最後に、さまざまな人々が生活を共有してこそ、どうしたら「情報の保障」ができるのかを体験として確認することができるということを加えておきたい。「資料を読める人は言語障害のある人の発言もわかるでしょうが」という発言をフロアからいただいた。運営の不手際で分科会の資料を視覚障害の参加者のために準備しなかったことから、体験として確認できたことであった。加えて、運営の不十分さから討議の時間が十分でなかったことをお詫びしておきたい。

---

## 聴覚障害者の情報保障

高田 英一

全日本ろうあ連盟理事長

### 1 聴覚障害者について

障害者といってもその範囲は広く、その障害の内容やレベルは異なるが、一般に目にみえる障害は分かりやすく、目にみえない障害は分かりにくい。聴覚障害者はそういう意味で分かりにくい障害者である。

見たところ健聴者とはかわらない聴覚障害者には、目にみえないメンタル（知的あるいは文化的）な要素が障害となっていることが多く、それが身体的、肉体的要素よりも障害の基本を形成している。

それゆえに、われわれの社会的啓発は聴覚障害者とは何か、何が問題かを説明するとこ

ろからはじめなければならない。それは、どの障害者についてもいえることかもしれない。しかし、「耳が聞こえないこと」「喋れないこと」を理解することは一片の説明では、説明し切れない問題を多く含んでいる。

その一つの例を説明しよう。このたびの「阪神・淡路大震災」で行政に手話通訳者の派遣を要望したときに、行政に「なぜ、手話通訳者が必要か、筆談で用が足りるではないか、口を大きくあけて話せば分かるのではないか」と問う対応があった。

簡単な内容なら「筆談だけで、口を大きくあけて話すだけでコミュニケーションができる聴覚障害者がいること」もあるが、こみいった内容の問題を筆談だけ、口を大きくあけて話すだけで双方が了解に達することが、どんなに困難であるか、それは実際に経験した人にしか分からない。

行政が一方的に自らの意向を伝えることだけが目的なら別である。恐らくこのような質問を発する担当者は、これまで一方的に行政の意向を伝えることしか経験がないに違いない。「阪神・淡路大震災」でなくても、本当に救いを求めるなら聴覚障害者ならずとも、そのような一方的な伝達で納得できるということはない。問題は相談にきた聴覚障害者の反応をまったく無視して、それで納得してしまう、納得を押しつける行政にある。

これは、情報あるいは情報伝達の問題というよりコミュニケーションの問題といった方が正解であろう。だから聴覚障害者にとって問題となるのは、この場合本質的には、情報保障というよりコミュニケーション保障というのが正確であろう。

「筆談で、口を大きくあけて話すことで用が尽くせない」ところに問題がある、ということを理解することは決して容易ではない。

## 2 情報提供について

聴覚障害者は情報障害者といわれる場合も

あるが、上のような事情で私はこの考えに必ずしも賛成ではない。

というのは、情報ということには功利的な響きがある。情報の価値はその効果の高さ、それも現実的、世俗的な利益の程度によって図られる場合が大きい。そして、それらは多くテレビ、ラジオ、電話その他広報機関など一般に広く開放されている各種のメディアを通じて、一方的に提供されるといったイメージである。

しかし、もう1つはこのような功利的な響きのある情報でなく、日常的な雑談や会話、会議など、どちらかといえばパーソナルな場面を通じて得られる情報、あるいはそこでの状況は情報とはいわないであろう。それらはコミュニケーションということが相応しい。

「阪神・淡路大震災」では確かに、聴覚障害者はテレビ、ラジオ、電話その他広報機関などの情報から疎外され、それは社会的な問題として改善の指摘を受けているし、改善は必要である。

しかし、もしこれらが改善されても聴覚障害者にはやはり問題は残るだろう。

「阪神・淡路大震災」の直後では、誰彼なく情報から絶たれてしまう。その場合に必要なのは家族や隣近所のきずなである。ここに日常的なコミュニケーション関係が確立しておればお互いが力になる。

避難所の生活でも同様であろう。大きくはマスメディアに依存していても、例えば、テレビは視覚だけでは内容が理解できない、拡声器でがなり立てる広報車は聴覚障害者には役に立たない、新聞ではタイミングがずれてしまう。口コミでは埒外にある。

しかし、聴覚障害者の近くにいる人達が、聴覚障害者について理解があれば、さらに簡単な手話でも知っておれば、それによって聴覚障害者とコミュニケーションが可能となり、必要に応じて情報は聴覚障害者に保障されることになるだろう。

非常事態にあっても、日常生活においても必要なのはやはり普通の人間的なコミュニケーション関係の確立である。もし、それがあれば、情報はお互いの人間関係の程度、コミュニケーション関係の程度に応じて保障されるであろう。

聴覚障害者に必要なのは、一義的に情報とはいえず、情報障害者ということは適切ではない。

### 3 必要な人間関係の確立

聴覚障害者の社会関係における本質的な問題の1つは、音声語による会話など日常的なコミュニケーション関係が確立できないこと、したがって人間的な相互関係が確立しにくいところにある。それはまた、情報保障の壁になっている。

手話、手話通訳や要約筆記はそういう意味で、聴覚障害者同士の間で、あるいは聴覚障害者とそうでない人達の間で、人間的な相互関係の確立に大きな意義を有し、それは聴覚障害者による自助的組織集団、手話サークル、要約筆記サークルなどの支援集団の拡大などの形で社会的に理解されつつある。行政はそれらの関係を手話通訳制度あるいは要約筆記制度などの形で支援、整備していくことが重要であろう。

逆にいえば「なぜ、手話通訳者が必要か、筆談で、あるいは口を大きくあけて話すことで用が足りるではないか」と問いかける行政の対応こそ、聴覚障害者に対する無理解の証明であり、この無理解が行政の聴覚障害者に対する施策の遅れをもたらしたものである。

そして、この遅れはこの「阪神・淡路大震

災」において、聴覚障害者の緊急を要する手話通訳者派遣の要求に、行政は「なぜ、手話通訳者が必要か、筆談で用が足りるではないか、口を大きくあけて話せば分かるのではないか」と問いかけ、それを納得させて手話通訳者の全国的な派遣を実施に移すために貴重な1週間を越える日数を空費したのである。

災害が起こってからこのような対応では明らかに遅すぎる。行政は常々まず当事者である聴覚障害者の「ことば」に耳を傾けるべきである。そして、日々真剣にその対応を図るべきである。

国や地方自治体など行政によっては、「なぜ、手話通訳者が必要か、筆談で口を大きくあけて話すことで用が足りるではないか」などと初歩的な愚問を発することなく、真剣に耳を傾け、的確な対応が図られているところは少しずつ増えてきている。このような場合、施策の実現は遅々としている場合（それは決してよいことではないが）でも着実に施策は積み上げられていく。しかし、行政の思いつきだけの施策では、仮に大きな財源を費消したとしても無駄遣いに終わってしまうだろう。

聴覚障害者と健聴者のコミュニケーションはその人間的な相互関係の確立に繋がり、それは聴覚障害者の「完全参加と平等」の前提となる。

聴覚障害者と行政のコミュニケーション関係の確立は「完全参加と平等」に至る道筋を保障することになろう。「阪神・淡路大震災」の教訓が正しく生かされることを切に願っている。

---

# 情報アクセス・コミュニケーションは人権

藪部 英夫

全国障害者問題研究会事務局長

## 1 阪神大震災からの2つの教訓

「ワゴン車4台で紙オムツの入った段ボール50箱をもらい、夜8時、学校の玄関前でワゴン車1台分の10数箱を垂水養護学校の先生に渡しました。本当は直接届けたいのですが、交通規制で許可車以外神戸市内に入れないのです」

いなみ野養護学校（兵庫県加古郡）に勤務する市位辰三さん（38歳）は、1月17日の地震発生の翌日から〈みんなのねがいネット〉に救済活動の様子を発信している。

23日19時、「肢体不自由養護学校で紙オムツがたりない」と大手パソコン通信に発信されたSOSは、その夜のうちに各地の小さなパソコン通信にも転送され、翌日には、全国8か所から、じつに1,000枚を越える紙オムツが神戸に送られた。先のメッセージはその活動の一コマだ。

パソコン通信など情報通信ネットワークは「双方向」で、「個人レベルで情報発信」が簡単にできる。しかも電子データは「検索」と「コピー」が可能である。そのため、災害時の安否確認や物や人の不足や流通などの情報交換に抜群の力を発揮した。そこを駆けたのは「電子」ではなく、熱いハートを持った1人ひとりのおもいであり、人間のドラマであった。

ところで、全障研兵庫支部などの阪神・淡路大震災障害者実態調査委員会の中間報告によれば、流動的な情報や臨時的になされる事項に関する情報は、口コミや掲示、チラシが

有力な手段で、復旧見通しなどの情報は新聞、ラジオ、テレビなどのマスメディアである。また、被災後1週間の情報は70%の人が新聞をあげ、「特に信頼できるメディア」も新聞が85%と群を抜いた。

地震から5日目の21日、被災障害者の様子が東京では朝日新聞夕刊ではじめて報道された。「体で覚えた街壊滅 避難所へも行けず」「視覚障害者 水や食料配布の情報も得られず」の見出しにつづき、「目の不自由な亀山英昭さん（29歳）は、地震で白いつえと義眼をなくした」とはじまる記事は、音声合成装置付きのパソコンを使って新聞もパソコンで「聞いて」いたが停電で使えなくなったこと、SOSを伝えられないうえ、給水や食料配布の情報からも取り残されている、と述べている。電気もない。電話は通じない。とすれば、パソコンはただの箱である。これもまた事実なのだ。

すなわち、生命に直結する緊急連絡のネットワークは、かならずしもハイテク万能ではなく（消防署に緊急連絡が入っても対応できる状況にはなかった）、地域密着型の公務労働者といえる教員や施設職員、保健婦などのマンパワーの充実が基本であろう。そして、情報と情報をつなぎ、人と人とをつなぐ情報通信ネットワークは、そこを基盤にしてさらに価値あるものとなっていく。

## 2 障害者と情報通信ネットワークの意味

<新聞は音で読める>

林英幸さん（25歳）は小さい頃に視力を失

っている。ディスプレイ（画面）に映る文字を音声合成装置で「音読」させて、パソコンを活用する。「最大の魅力は、新聞をはじめとするさまざまな電子情報を手に入れることができることです」。スキャナーを使えば英文であればほぼ 100%電子化された文字として記録できる。だれかに読んでもらうか、点字をつくらせてもらうしかなかったあらゆる印刷物が、瞬時のうちにパソコンで「音読」できる。点字ディスプレイで「点字」として読める。音読されたテープとは違い、電子文字は「検索」と「コピー」機能が抜群だ。彼は、大学を卒業してからコンピュータ企業で、まさに「戦力」として社内のネットワーク環境の整備を担当している。彼への連絡はインターネット経由の電子メールが確実に一番速い。

<ひろがる自己表現の場>

横須賀市の前田豊さん（49歳）は脳性マヒのため言語障害があり、電話でのやりとりにはかなりの困難がある。何度聞きなおしてもわからないと、お互いが申し訳ないような気分にもなってくる。その彼が、日常生活用具のワープロ給付制度を活用して、ワープロ通信をはじめた。詩や歌も作曲する彼にとって、いままでの活動エリアをこえ、自己表現のステージが全国に広がった。「今、通信に夢中で、素敵な恋人が僕の前に現われたようです」はある朝、彼から届いた電子メールだ。

#### <仕事への可能性>

Kさんは42歳。筋ジストロフィー症で入院している病棟から、金沢の共同作業所に週2回ほど通っていた。作業所は、零細下請けやバザー製品づくりがまだまだ主流で、仲間の工賃も月5千円ほどだ。そこで、パソコンに堪能なKさんの技術を仕事に結びつけようと、データ入力作業を始めた。でも、数字を打ち込むだけになりがちで工賃もよくない。そんな折、機械設計事務所の若社長に「CAD（製図ソフト）をやってみないか」といわれた。Kさんは、病棟の図書館で作業し、作成

したファイルをパソコン通信で送る。作業所の工賃の数倍を短時間で稼ぐ。会社の忘年会にも招待された。若社長が雪の中を車椅子ごと送迎してくれたそうだ。

#### <障害者を支援する人たちも>

重度の知的障害者を養育しながら、一方で植物状態となった実母を9年間介護つづけた還暦をむかえる中野区の幹子さん。「眠りつづける母と娘と私だけの生活は、会話らしい会話もなく、また、夜は夫や長女が勤めから帰る頃に私が眠ってしまう日々で、”なんとかして普通の話しをしたい”」のおもいで、ワープロで通信をはじめた。社会とつながり、30数年の子育て記録を整理し、毎週1回、掲載する。その「連載」はもうすぐ200回となる。

#### <新しい人権>

郵政省は「情報アクセス、情報発信は新たな基本的人権」の答申を受け、高齢者・障害者の社会参加支援のための情報通信の在り方に関する調査研究会内に「バリアフリー部会」を設置し、情報の障壁除去のためになにをなすべきか、行政の役割はなにかを明らかにしようとしている。通産省は「アクセシビリティ指針」を改正し、「福祉用具センター」構想をまとめた。厚生省は、「障害者情報ネットワーク」を96年春にスタートさせる。

障害者権利宣言（1975年）が「障害者は同年齢の市民と同等の基本的権利を有する」とうたい、1993年の「障害を持つ人たちの機会均等に関する基準規則」によって、「どのような障害を持つ人に対しても、政府は、情報とコミュニケーションを提供するための方策を開始すべきである」とされた。

情報にアクセスできること、情報を発信し、コミュニケーションできることは現代の基本的人権であり、その権利は知的障害を含めてすべての人たちに保障されなければならない。

### 3 小さいことはちょっと素敵

「大きいことはいいことだ」が、「小さいことはちょっと素敵」だ。前者は400万人近いといわれる大手パソコン通信や世界中で数千万人が利用しているインターネットの世界だ。後者は会員数が数名から大きくても数千名の「草の根BBS (Bulletin Board System)」といわれる小さなネットワークのことである。障害者関係では全国に30近いBBSがあるようだ。

小さいことで人と人が身近に感じられる。オフ会とよぶミーティングも地域に密着し、必要ならばメンバー同士で訪問してパソコン指南もできる。なかば閉じられた見知った関係のオンライン故に、はじめて書けるという話もある。コミュニケーションにとっての価値は密度であるともいえる。

最近の特徴的な動きでは、「講習、学習の機会を」の声が障害者のパソコン通信利用者の増加とともに増えて、講習会活動にとりくむところが多くなった。「在宅就労」も大きなテーマだ。

こうした草の根BBSを大切にし、その結びつきを強めながら必要な情報を交流しあえるネットワークをつくろうというとりくみが、日本障害者協議会の<ネットBBS>だ。インターネットのメーリングリストを利用することで、交流したい情報を電子メールで送ると、登録者全員に配信され、それを各BBSで掲載する。94年秋にはじまったが、現在約15のBBSが協力しあい、1万名程度が共有の情報に接している。

### 4 今後の課題

#### ①日常生活用具にコミュニケーション福祉機器を

自立と社会参加のためのコミュニケーション

福祉機器として、パソコンやソフト、通信モデムなどの個人へのレンタルや購入助成枠の拡大が必要である。

#### ②マンパワーの育成と総合支援システムの確立

福祉事務所等の担当者の研修をきちんと位置づけ、障害と補助機器や具体的な操作の相談などに応えられる人材の育成強化。

さらに、北欧の補助器具センターのようにコミュニケーション福祉機器などに関する地域単位の総合的な支援システムが切望される。

(介護支援センター、郵便局、補助器具センターとの連携)

#### ③サポート活動への支援

障害者へのサポートは、地域のマンパワーをネットワーク化しながら、具体的な在宅の障害者のニーズに応えることだ。そのための行政サイドからの支援が必要だ。

(ばそボラ、技術ボラ、おたすけ隊 講習会活動)

#### ④社会的情報と著作権

著作権の尊重は学校教育やさまざまな機会に強調される必要がある。しかし、たとえば希望する視覚障害者に新聞電子データを届けるスウェーデンの「デジタル新聞」は、地方新聞の購読料と同額で「購読」できる。新聞だけでなく社会的、公共的といえる電子情報の著作権とアクセスについては「同年齢の市民と等しく情報を受けられる」視点から充分検討されなければならない。

#### ⑤インターネットの活用

地球規模での情報交流が可能となったインターネットへの期待は大きい。インターネットのメリットは情報のリンクが簡単にできることだ。国境をこえて、価値ある情報はどんどんつながっていく。障害者のアクセシビリティの保障が今後の課題だ。

---

# 視聴覚障害と情報の障害

－現状と提言－

牧田 克 輔

日本盲人会連合情報部長

## 視覚障害は「情報障害」

「社会参加と自立」に向けて、障害者には制度上の壁、物理的な壁、情報の壁、心の壁、の4つの障壁があるとよく言われる。こうした社会の壁が1つ1つ取り除かれなければ、障害者が共に生きるノーマライゼーション社会は永遠に実現しない。特に、視覚障害者の場合、日々の生活の中で「情報の壁」をどう取り除くか、大きな課題である。

わが国の視覚障害者は1991年11月の厚生省実態調査によると 35万3,000人、身体障害者の13%を占めている。1970年11月の調査では25万人だったから、20年間で10万人も増え、疾病、事故などで視覚障害者は年々増加の傾向にある。そして、視力を失ったすべての者が、この情報化社会の中で、「情報の壁」にぶち当たりどうぶち破るか苦労しているのが現状である。

つまり、墨字（普通の文字）が読めない、書けないことに起因する種々の問題である。社会でのコミュニケーションの大半は普通文字を中心にしたビジュアルな媒体によって行われており、視覚障害者は情報へのアクセスが大変難しい立場に置かれている。視覚障害を「情報障害」というゆえんである。社会とのコミュニケーションが円滑にできないことは、教育や職業をはじめ、日常生活のあらゆる場面で、大きなハンディキャップを負うことになる。

## 点字図書館

このため、視力を失った人たち特有の文字「点字」を利用した点字図書、あるいは音を利用してテープに吹き込んだ録音図書が全国に約90カ所ある点字図書館や一般の公共図書館でサービスされている。

また、週刊の「点字毎日」、月刊の「点字ジャーナル」などの点字雑誌や録音テープも発行されており、それなりに情報が送られている。しかし、活字情報に比べて、質、量ともに大きく劣るのが現状だ。まず、質ではどうしても“3日遅れの新聞”になることだ。つまり、点訳したり音訳したりするためには時間がかかり、週刊の「点字毎日」でさえ、ニュースが10日以上遅れる。文庫本などは平均して録音の場合1カ月、点字の場合3カ月遅れる。人間の興味はせいぜい持続しても1カ月と言われる。録音テープの場合、かろうじてその興味が持続している間に間にあうが、点字本の場合は、エンド・ユーザーの興味はすでに次か、あるいは次の次へ移ってしまったときになってようやく届くことになる。いわゆる“即時性”がまったく無視されているわけだ。また、ニュースの場合、この時間と次に述べる量とも関係するが、ある部分は全文ではなく、要約にならざるを得ないという内容不足も大きな“バリア”になっている。

一方、量的には点字に訳する場合も、録音テープにする場合も大きくふくらむ。例えば、我々が学生時代ポケットに入れて使った英和辞典、点字にするとB5判で100冊にもなる。

一般に文庫本は5冊前後になり、テープは約10時間になる。書棚がすぐ一杯になってしまう。平成5年度の全国点字図書館実態調査によると、全国90カ所の点字図書館の点字図書の蔵書が39万6,940タイトル、録音図書の蔵書が29万3,321タイトル、都道府県レベルの一般図書館より小さいということになる。これが、点字図書館を中心にした視覚障害者の読書環境でもある。

## パソコンの普及と視覚障害者情報ネットワーク

この情報障害というバリアを突き破る一つの手段がパソコンに代表される情報機器の活用である。パソコンの普及と視覚障害者用周辺機器の開発は、視覚障害者の情報環境を一変した。視覚障害者用ワープロの開発は、墨字を独力で書くことをある程度可能にした。また、OCR装置を活用すれば、まだ不完全なものではあるが、自動点訳や自動音訳ができ、これによって、ごく限られた範囲とはいえ、墨字を効率よく読めるようになった。さらに、一般社会で文字情報の電子データ化が進んでいることは、視覚障害者の情報へのアクセスの可能性をさらに拡大するものだ。わが国でも視覚障害者のために既にパソコン通信を利用したいくつかの情報ネットワークが構築されている。新聞、雑誌、図書の墨字データからの直接変換や視覚障害に関する各種情報の提供で、「点字JBニュース」、「てんやく広場」、「盲学校点字情報ネットワークシステム」、「点字・録音図書情報ネットワーク」などがそれである。

### 1 点字JBニュース

「点字JBニュース」は、活字が読めない視覚障害者に新聞などの情報を点字化し、タイムリーに提供することを目的として、社会福祉法人日本盲人会連合を中央実施機関（ホスト）にして都道府県に地方実施機関（地方

端末）を置いて実施されている点字情報ネットワーク事業である。1991年4月に稼働を開始し、1995年10月現在の地方端末の設置状況は38カ所、この地方端末で毎日点字プリントされる部数は約3,000部。その日のニュースがほぼリアルタイムで読めるという“即時性”から、また、一般紙では報道されない視覚障害者関係のニュースがいち早く手に入ることから、視覚障害者にとっては今やなくてはならない“ニュース源”として、今後、ますます利用する視覚障害者が増えるものと期待されている。このネットワークは、ホストである日本盲人会連合が、商用データベース「日経テレコン・総合版」の新聞情報等を点字データ化し、地方端末（視覚障害者団体、点字図書館等）にパソコン通信ネットワークを介して毎日提供、地方端末では、その情報を取捨選択してエンドユーザーに直接手渡したり、郵送したりして届けている。

## 2 てんやく広場

視覚障害者の読書環境の向上を目的にボランティアがパソコンで点訳したデータをパソコン通信ネットで結んでいるのが「てんやく広場」である。1988年秋からスタートしたこのシステムは、ホストコンピュータと全国約60カ所のプリンティングセンター、約200人の視覚障害者ユーザーを電話回線でネット。1万タイトル近いパソコン点訳図書データを中心に、点字・録音図書全国総合目録、点字出版図書目録等13万件に及ぶデータベースを構築し、開放している。各プリンティングセンターでは、3,000人近い点訳ボランティアが活動中で、点訳データは毎月2～300タイトルずつ増加中だ。

ところで、この画期的なパソコン点訳を加えても年間に点字図書、録音図書になるのはせいぜい4,000タイトル、一般の図書出版が年間4万8,000タイトルと言われているから、その1割にも満たないということだ。



これが年々累積されていくから、いかに劣悪な読書環境、情報環境にあるか、皆さんにご理解いただけたと思う。

もちろんすべての出版物を点字や音にして欲しいと私たちは“ゴリ押し”しているわけではない。必要なときに、必要な人に情報が提供できる体制－印刷データから直接点訳、音訳できるようにしておいてほしいわけだ。

### 3 盲学校点字情報ネットワークシステム

盲学校における点字教材や点字図書をパソコン通信を使って全国の盲学校相互間で利用するのがこの「盲学校点字情報ネットワークシステム」である。1993年にスタート。このシステムは、各盲学校に設置されるネットワーク端末装置（通信用端末機、点字プリンタ及び入力専用端末機）と、センター機能を果たすホストコンピュータ（心身障害児教育財団）を結び、教材等の点字化の迅速化、利用の効率化で利用可能な情報量を飛躍的に増大させ、盲学校における教育活動の一層の充実を図っている。

### 4 視覚障害者用図書情報ネットワーク

全国の視覚障害者用図書目録等の情報を商用パソコン通信ネットワーク（PC-VAN）を使って社会福祉法人日本点字図書館（ホスト）が全国の点字図書館（90カ所）に流しているのがこの事業である。1994年1月から実施され、日本点字図書館が管理している視覚障害者用図書（これには国立国会図書館の「全国点字・録音図書総合目録」も入っている）を各点字図書館に提供するとともに、各点字図書館からは、逐次各館製作の図書情報等を入力してもらい、視覚障害者用図書情報の拡充を図るシステムである。

#### 新聞を読んでもくれるサービス

この他、パソコン通信を使わず、有線放送や電話を利用して、“今日の新聞”などを朗

読してくれるボランティア団体や放送組織がある。有線放送を利用して視覚障害者関係のニュースを流しているのはJBS日本福祉放送。先程述べた即時性を重視して、毎朝10時から12時まで全国紙5紙の抜粋を読んでいる。約6,000人が契約していると言われている。

以上がわが国の視覚障害者に対する情報環境であり、点字情報ネットワークの現状である。

#### 安価な端末機器の開発が急務

そこで、視覚障害者の基本的人権の1つである情報を保障するため、3つの提言をした。

先程述べたそれぞれのネットワーク、自宅にパソコンを持つ視覚障害者なら誰でも自由にアクセスできることはいうまでもない。しかし、パソコンを自宅に持って自由に操作できる視覚障害者はわずかに約200人程度、ほんの一握りだ。漢字仮名まじり文を書くワープロだけ操作できる視覚障害者は1,000人を超えているが、したがって、まもなく到来するマルチメディア社会にも対応するには、この情報を受け取る側の視覚障害者個人が手軽に持てる視覚障害者用情報端末機器の開発・実用化が現時点での最大急務である。安価で、しかも点字や音声で簡単に操作できるテープレコーダー並の機器だ。

ところで、近年の傾向として、コンピュータのコマンド入力のグラフィック化が進み、代表的なウィンドウズの画面操作をマウスで視覚的に実行させる傾向にある。このことは、視覚障害者をさらに困難な状況に追い込み、「バリアフリー」とは逆行、視覚障害者がマルチメディア社会から取り残されるのではないかという危惧さえ出てきている。この危惧を払拭するには前述の、①視覚障害者が簡単な操作で扱える機器、②安価に購入できる機器、③点字と音声操作が可能な機器、④代表的なパソコン通信にアクセスできて、容易に

情報の出し入れが可能な機器の4つの条件を満たした視覚障害者用端末機器の開発・実用化しかない。「情報の壁」を突き破り、視覚障害者の情報環境をさらに一新するため、ぜひとも実用化したいものだ。これが提言その1だ。

## 情報機器研究開発をトータルに

視覚障害者の情報環境は今述べた通り、パソコンの普及と視覚障害者用周辺機器の開発により、大いに改善されてきている。しかし健常者に比べ、まだまだであることはご理解いただけたと思う。

このため、さらに改善を図るため、行政サイドでいろいろなプロジェクトが設けられ研究開発が進められている。

大変、喜ばしいことで、

- ①厚生省委託で日本障害者リハビリテーション協会の「障害者情報ネットワーク」を作り
  - ②通産省委託で医療福祉機器研究所が研究開発を進めている「障害者対応マルチメディア・システム」
  - ③郵政省の「高齢者・身体障害者の社会参加のための情報通信の在り方に関する調査研究会」
  - ④同じく郵政省の「視聴覚障害者向け専門放送システムに関する調査研究会」
- などである。

それぞれユニークな、そして必要な研究開発調査であり、多いに推進していただきたい。と同時に一度、これらの研究開発をトータルに見てみる必要があるのではなからうかと思っている。これが2つ目の提言である。

タテ割り行政で局が違えば何をしているかわからない。ましてや省庁が違えばそれこそまったくわからないと言われるが、ユーザーにとってみればどこの省庁だろうが局だろうが関係のないこと。要は情報化社会に取り残されないようにしてもらえれば良いわけで、改めて、これらの研究開発をトータルにダイ

ナミックに見てみることを提言したい。

なお、この提言と合わせて、情報分野ばかりでなく、行動分野でもそうだが、研究開発に止まっている視覚障害者機器がいかに多いことか。実用化していただきたい。マーケットに出していただきたい。

## 視覚障害者向け専用放送局

3つ目の提言は、視覚障害者向け専門放送局の開設である。

冒頭に述べた視覚障害者 35万3,000人のすべてが点字を必要とする障害者、また点字を読める人たちではない。点字を読める視覚障害者は何人いるだろうか。その数字を出した調査はない。ただ、衆参の国政選挙での投票数をみても、約1万3,000票前後、その時々投票率を掛けてみるとおよそ3万人という数字が出てくる。つまり、視覚障害者の90%近くが点字触読が困難で、もちろん活字を読める視覚障害者もあるわけだが、ほとんどが音声情報に依存しているといえる。また、音声で生活情報等が十分に取れる時代になったとも言える。

例えば、前述の全国点字図書館協議会が毎年1回発行している「日本の点字図書館」を過去5年間さかのぼってみると、点字図書の場合、いずれも1館平均の貸出し状況だが、平成元年が1,124タイトル、平成2年が1,003タイトル、平成3年が996タイトル、平成4年が967タイトル、平成5年が925タイトル、一方、録音図書は平成元年が4,626タイトル、平成2年が4,781タイトル、平成3年が4,990タイトル、平成4年が4,963タイトル、平成5年が4,980タイトルだった。録音図書の利用が点字図書に比べ5倍であり、しかも点字触読利用者は、年々下降傾向にあり、逆に録音図書の利用は上昇傾向にあり、視覚障害者が音声で情報を得ている比率の高さが伺える。

点字図書がコンピュータ製作の時代に入ってから、点字図書は比較的容易にかつ早く仕

上がるようになった。しかし、入力、校正、プリントアウト、製本、整理、郵送というプロセスを経なければならず、速報性は望めない。

通信によるデータ・サービスも現段階ではパソコン操作のできる一部の利用者に限られ

ており、前述のとおり、大多数の視覚障害者が容易に使える専用機器を待たなければならない。

視覚障害者向け放送は、音声が主体であり、利便性、速報性、経済性等いずれの観点からも媒体として優位である。

---

## 知的障害者における情報保障

松 友 了

日本精神薄弱者福祉連盟常務理事

### 1 定着する新しい動き

知的障害のある人(People with Intellectual Disability or Handicap)の分野において、新しい動きが定着しようとしている。それは、障害のある本人(Self-Advocate)を中心に据える、すなわち「本人主体」の考え方であり、具体的には「本人参加(参画)」と「自己決定(Self-Determination)」のキーワードで示される種々の取り組みである。我が国においては、身体障害の分野に比べると20年近い遅れであるが、着実に広がっているといえよう。

我が国のこの動きは、国際障害者年(1981)における提起を受け、1989年の全日本精神薄弱者育成会の全国大会(金沢)での「本人分科会」として具体的に始まった。そして、次の年(1980年)の国際知的障害者育成会連盟(International League of Societies for Persons with Mental Handicap/ILSMH. 1995年より Inclusion International/II と変更)の第10回世界会議(パリ)への5人の本人の参加により、理念においても実践においても加速された。そこには、欧米の本人組織である「People First」の動きも影響を与えてい

る。このような中で全日本育成会は彼・彼女らの参加を考慮し、差別的なニュアンスを含む<精神薄弱>を<知的障害>に変更するのみでなく、本人たちの意向に沿って、会の名称から障害名を抜き、「全日本手をつなぐ育成会」と変更するに至ったのである。

つい先日(1995年11月11日・12日の両日)、大分県別府市において、全日本育成会の第44回全国大会が、およそ4,500人の参加者をもって開催され、1,000人近い本人が参加した。そして、全体会においては、例年の著名人による記念講演に代え、本人諸氏によるシンポジウムが開かれたが、その内容といい、運営といい、すべての点で参加者に大きな感動を与えた。

### 2 本人主体と知的障害

知的障害の分野での「本人主体」の取り組みの遅れは、その<障害>及び<そのある人>についての関係者(すなわち、家族と専門家)の奇妙な「理解」に原因がある、といえるであろう。それは、<知的能力>に対する文化的な態度にも影響され、その<障害>を単なる「機能不全(Impairment)」や「能力低下(Disability)」として受け止めるのでな

く、<それがある人>を「社会的に下位の者」とする捉え方(Handicap)である。それゆえ、「知的障害の特殊性」の主張は、特別なニーズへの援助のシステムや技能(skill)を求めることでなく、特別な(低位の)処遇を甘受する現実への道を開いたのである。

知的障害については、古い用語の「精神薄弱」について、精神薄弱者福祉法にその「定義」が欠落していることでわかるとおり、共通概念はわが国では確立されているとはいえない。この面で大きな影響を与えてきた、米国精神遅滞協会(American Association on Mental Retardation/AAMR)の新しい定義<sup>1)</sup>では、「精神遅滞(Mental Retardation)」を「現在の機能の重大な障害を指す。」とし、その内容は、18歳以前におきた、明らかに平均水準以下の「知的能力」と「適応能力」の障害による、としている。

ここで問題なのは「適応スキルの能力」の領域であり、それは「コミュニケーション、身辺自立、家庭生活、社会スキル、地域社会の利用、自己指南、健康と安全、実用的な学業科目、レジャー、労働」と規定され、このうちの2つ以上の領域に障害があること、とされている。これでもわかるとおり、能力障害(Disability)の部分は環境要因によって大きく影響を受け、結果として社会的不利益(Handicap)につながる、ということである。それゆえ、環境(すなわち各種の「障壁」と「援助」)が重視され、論じられなければならない。これまでは、本人の機能障害(Impairment)の面に比重が置かれ過ぎたといえる。

### 3 情報保障の現状と課題

「自己決定」による「本人参加(参画)」を実現するには、その<機会>と<場>が保障されなければならない、それを判断する<情報>が不可欠である。また、情報にアクセスする援助も必要である。ここで問題になるの

は、まさにその<障害>、すなわち<知的障害>の適切な理解であり、そのための援助のシステムと技能である。

現在、知的障害のある人が受け入れられる情報は、量的にも形態的にも著しく少なく、皆無に等しいとさえいえる。情報過多といわれる現在、それらの情報は他者(障害のない者)が一方向的に発信したものでしかなく、彼・彼女らにとってアクセス不能なものである。これは先に論じたように、情報の受信者の<障害>を問題とするのでなく、発信者(提供者)の無策と必要な場合の援助者の不在を論じるべきである。

しからば、知的障害がある人における保障とは何か。関係者の熱意で、全日本育成会をはじめ、各地で実践がなされてきた。その事例をいくつか取り上げる中で、考えてみたいと思う。これらはスウェーデンの実践に学ぶことが多く、紹介者に謝意を表したい<sup>2)</sup>。

明確に本人を意識して出版された本は、私の記憶では「わたしとあなた-愛って性ってなんだろう<sup>3)</sup>」である。これは、スウェーデンの本の翻訳であり、もっとも人間性を求められる性(Sex)について、その理解と享受を権利として説明したものである。「性」というテーマの意外性に加え、本人主体の考え方に、読者は快い衝撃を覚えた。スウェーデンでは、このように本人向けの本が数多く出版されているばかりでなく、彼の地の育成会であるFUBは、ステゲット(STEGET-英語でstepという意味)という本人向けの会報を定期的に発行している。しかし、ここで認識すべき重要なことは、単に「情報誌の発行」ということだけではない。その情報の背景には、本人が参加できる場が、さまざまな場面に用意されている、ということである。

次に私が出会った本は、意外にも行政が作成したものであった。それは、大阪府がいうならば「生活手帳」として作成した「くらしのほほ絵みノート<sup>4)</sup>」という、イラストを多

用したガイドブック（1992年）である。また、全日本育成会は次の年（1993年）に、「自立生活入門ハンドブックーひとりだちするあなたに<sup>5)</sup>」を発行した。このハンドブックは、シリーズとなり毎年発行されている。

ここで注目すべきことは、「自立」や「ひとりだち」「くらし（生活）」ということが、意識的に語られていることである。すなわち、地域の中での主体的な生活を可能にするために、その技能を伝授しようというものである。「主体はあなたです」という認識が確立してきた、といえるであろう。

さらに<主体>を求めたのが、1994年に全日本育成会が上記のハンドブックの第2弾として発行した「わたしにであう本<sup>6)</sup>」である。これは、彼・彼女の<障害>を自らが認め、理解し、受け入れる（受容）ためのガイドブックである。当然ながら、情報は知的障害をもつ本人を対象とし、それが意識してなされなければならない。それは、彼・彼女らの主体性（Identity）の尊重であり、自立への援助が思考されなければならない。そのためには、彼・彼女らの<障害>についての認知と受容を前提とするものである。

なお、この本は、「本人向けの本」と「援助者向けの本」がセットになっている。これは、子どもにおける性的虐待に関する本<sup>7)</sup>を参考にしたものであり、本人の理解とそれについての援助者の役割を考慮したものである。

本人主体は、「本人」が英語で「Self-Advocate」と表記されるように、自らを守ることに行き着く。すなわち、自己の権利についての理解である。この点については、今年、全日本育成会がシリーズの第3弾として「あなたをまもるほうりつの本<sup>8)</sup>」を発行し、東京都権利擁護センター（すてっぷ）が「ホップ君、大きくジャンプ<sup>9)</sup>」を出版した。難解な法律や権利の問題が、わかりやすくイラストや漫画で説明されている。

なお、全日本育成会は、機関誌「手をつな

ぐ<sup>10)</sup>」誌上において、本人を対象としたページを常設している。それは、漫画の連載と本人の投稿を中心に構成されている。どちらかという体験談や意見欄という感じのページである。また、本人の編集と原稿による本として、「私たちにも言わせて<sup>11)</sup>」というシリーズ本を1992年から毎年発行している。

以上、いくつかの情報の手段を、主に印刷物で振り返って見た。それは、提供は主に印刷物である、ということであり、それも数えるくらいしかないということでもある。また、定期発刊といっても年に一度（年刊）ではない。最近、NHK厚生文化事業団<sup>12)</sup>や地方の育成会でビデオを作成している。イラストや漫画以上に有効な手段といえよう。しかし、テレビやラジオ等の放送はなく、身体障害の分野で積極的に利用されているパソコンは、その可能性と有用性については、まだ研究の緒についたといえる<sup>13・14)</sup>。

#### 4 サービスの提供者へ望むこと

さて、最後に育成会を含む、サービスの提供者へ望むことを提示したい。

第1は、<知的障害>の理解である。隠れた障害であり、かつ「理解」や「適応」の障害は、前述したとおり単なる機能や能力の不全（Impairment, Disability）のみでなく、その人の人格の低評価につながり、すべてを本人の責任に課す傾向がある。その時点で、この障害に対する理解は欠落した、といわざるを得ない。本人への障害の認知、理解、受容を求める前に、我々自身が科学的な理解、とくに援助との関係についての理解をもつ必要がある。「わたしにであう本」の編集の過程で、我々がいかに<知的障害>について不十分な理解しかないかを、私は断腸の思いで認識せざるを得なかった。

「わからない」ことが彼・彼女らの<障害>であり、それを援助し、可能にするのが援助者の職務である。また、「わからない」こと

を認知し、理解し、受容することが、回りの人に求められることであり、それゆえ回りの人に対する情報の提供（すなわち、社会啓発）も重要になってくる。

第2は、この〈障害〉のある人への情報提供の技能や方式の開発である。

それは、〈障害〉の理解に規定されるし、専門職の技能の中核を形成すると考えられる。教育・訓練し、彼らの発達を促すことは、決して彼らの〈障害〉を治すことではない。また、指導・教育は、発達期に限定して有効な概念であり、青年期以降は、あるいはそれ以前においても、基本的な姿勢としては「援助」であり、それゆえに援助者の〈能力〉が問われるのである。ましてや、障害の重い人においては特に重要になってくる。

ピクトグラムやマカトン法という、図形や手ぶり（サイン）による情報伝達の技法が研究され、試みられている<sup>15)</sup>。また、文章においての「わかりやすい表現」の検討が必要である。ただ単に「ひらがなのルビをふる」ことで事足るとはいえない。知的障害における援助技術は、まず初めに「相手の表現を理解する」ことが求められ、次に「相手に伝える表現を行う」ことである。そして、それは身ぶり・手ぶり（サイン）から文章表現に至るまで、印刷物から映像、ニューメディアに至るまで、じつにさまざまである。

第3は、援助システムの利用であり、創設である。すなわち、情報提供を助けるマテリアル（物）の利用であり、援助者（団体）の協力要請や育成である。つまり、放送や新聞等を利用することであり、その番組や紙面を作っていくことについて、各方面へ働きかけることである。いうなれば、社会運動(Social Action)への参加である。時には、それ自体を作り上げたり育てたりしなければならない。単に「情報」そのものの内容や提供技術のみを問題にすればよい、という時代ではない。その仕組みについて論じ、関わって行か

なければならない。

#### [注]

- 1) 全日本精神薄弱者育成会：「精神薄弱」とはどのような障害なのか—アメリカでの新しい定義より（今月のもんだい）. 手をつなぐ親たち, No. 444 ; 22~23, 全日本精神薄弱者育成会, 1993・2を参照した。全文は次のとおり。近く翻訳が発刊される。American Association on Mental Retardation (AAMR) : Mental Retardation Definition Classification, and Systems of Support. 9th Edition, 1992 (日本発達障害学会用語委員会監訳：精神遅滞—定義・分類・支援体系, 学苑社/予定)
- 2) 柴田洋弥・尾添和子：知的障害をもつ人の自己決定を支える—スウェーデン・ノーマリゼーションのあゆみ. 大揚社 に多くを負った。筆者は1992年8月、ダスキン企業共同体の資金援助による「広げよう愛の輪運動基金」の〈障害者リーダー海外研修事業〉の責任者としてスウェーデンに行き、実際にその実践を目にした。その際も、理解を深めるために、この本がきわめて有用であった。
- 3) Andersson U., Eklund B. (大井清吉監修・直井京子訳)：わたしとあなた・愛って性ってなんだろう, 社会評論社, 1982・8
- 4) 大阪府：くらしのほほ絵みノート. 1992・35) 全日本育成会：自立生活入門ハンドブック—ひとりだちするあなたに. 1993・2
- 6) 全日本育成会：自立生活ハンドブックⅡ—わたしにであう本. 1994・4
- 7) ロリー・フリーマン (田上時子訳)、キャロル・ディーチ (絵)：わたしのからだだよ!. ビデオ・ドック, 1990・5/ジェニー・ハートロッシ (田上時子訳)：わたしのからだだよ! (教則本). ビデオ・ドック, 1990・5 パトリシア・キーホー (田上時子訳)、キャロル・ディーチ (絵)：ライオンさんにはなそうよ!. ビデオ・ドック, 1991・6/パトリシア・キーホー (田上時子訳)：ライオンさんにはなそう (教則本). ビデオ・ドック, 1991・6
- 8) 全日本育成会：自立生活ハンドブック3—あな

たをまもるほうりつの本、1995・3

9)東京都権利擁護センター(すてっぷ):ホップ君、大きくジャンプ(権利擁護ハンドブック①)、東京都社会福祉協議会・権利擁護センターすてっぷ、1995・3

10)全日本育成会の機関誌「手をつなぐ」は、1993年度より大幅にリニューアルされた。判型もA5からB5に大きくし、名称も「手をつなぐ親たち」から「親たち」を除き、呼称も「指導誌」から「元気の出る情報・交流誌」と変えた。そして、表紙に本人の絵を募集し、漫画(みゆきさん)や発言欄(私たちにも言わせて)、交流欄(ふれあい交流通信)を新設、あるいは充実させた。

11)全日本育成会:「私たちにも言わせて」シリーズ-①ぼくたち私たちのしょうらいについて(1992・10)、②ゆめときぼう(1993・9)③希望へのスタート(1995・3)

12)NHK厚生文化事業団:福祉ビデオシリーズ/知的障害をもつ人の社会参加第1集-地域でくらす、1995・5

13)国立特殊教育総合研究所等において 研究が進

められてきたが、具厚生省心身障害研究の「心身障害児(者)の地域福祉に関する総合的研究(主任研究員 高松鶴吉)において、1993年度より3年計画で始まった。その報告は、現在は下記の通りである。中邑賢龍・大田茂・笠井新一郎:電子機器を利用した知的障害を持つ人々の生活支援に関する研究-電子機器利用可能性の検討。平成5年度報告書;184~191 中邑賢龍・大田茂・笠井新一郎・谷口公彦:知的障害を持つ人々の電子機器利用可能性の検討(1)-音声出力装置を用いたコミュニケーション支援について。平成6年度報告書;313~327

14)佐々木忠之・中島康明・安永啓司・飯田康雄・中村孝夫・田村順一:特集/パソコン利用の実践と課題。月刊実践障害児教育,Vol.270;2~17,学習研究社,1995・12

15)佐々木正美・藤田継道・西村辨作・津田望・東敦子・中邑賢龍・カミングハム久子・望月昭・土谷良巳・片倉信夫:一冊総特集/ことばのない子のことばの指導 月刊実践障害児教育,Vol.266;1~54,学習研究社,1995・8

---

## 人間が情報に追い回される時代

寺田純一

東京青い芝の会事務局長

所得保障や生活の場の問題に取り組んできた私が、「情報保障」をめぐって何を期待されたのか、主催者の意図についての「情報」が得られぬままにここまで来てしまった。

「障害者と情報」という取り合わせでよく話題になるものの一つに、情報機器のアクセス保障の問題があるが、これについて語る資格は私にはない。脳性マヒ者でパソコンネットなどの活動を手広くやっている人は結構いるが、私は文章を書くのにラップトップ型の

ワープロを置いているだけである。辞書を引いたり書物を広げることができなくなるので、デスクトップのパソコンなどは入れない。会の方からはファックスを入れるように言われて久しいが、言を左右にして引き伸ばしている。ただでさえスペースが足りないところ、便利な機器があるからといって住宅事情を無視して買い込んでいたら、基本的な生活が成り立たなくなる。ここ十数年は、本も地域の図書館で借りられるものはなるべく買わない

ようにしている。最近のパソコンの世界ではウィンドウズの普及でキーボードよりもマウスを使っていろいろやる時代になっているが、微妙な動きを要求されるマウス操作は頸椎を痛めかねないので使わない。

情報化で人間生活が豊かになると喧伝されるが、実際には人間が情報に追い回され、追いつめられる時代ではないのか。私などは情報ノイローゼとでもいうべき状態にある。毎日ごそっと入ってくる折り込みなどのチラシ類。何千万円もするマンションからサラ金、ピザの宅配から、はてはアメリカで身体障害者用に開発されたというダッチワイフの通信販売の広告まで入ってくる。ありとあらゆる経済活動がモノやコトを買わせようと押しかけてくる。これが文化なのか。いちいち広げていたら後で束ねるのが大変なので、見ないで捨てる。すると行政の公報など市民生活や活動の上で目を通しておかなければならないものを一緒に捨ててしまい、後であたふたすることになる。電話がかかってくると、たまたまそばにいる場合を除き、受話器にたどりつくまでに1分(呼び出し音20回)位はかかる。たいていは受話器を取る寸前に切れてしまう、といった具合。現在の住所に引っ越した時にコードレスをと考えたこともあるが、持った時にいろいろ余分なところを押してしまうし、落として壊すのが関の山などでやめた。

「釈迦に説法」になるが、欧米では disability の分類として physical, sensory, mental, intellectual という区別がある。mobility handicap という表現もある。これに対して日本では、身体障害の中で視覚障害、聴覚・言語障害、肢体不自由、内部障害という分け方がなされている。脳性マヒ者は肢体不自由の中に位置付けられ、整形外科医が扱うことになっている。

しかし、脳性マヒ者は決して「首から下の」障害ではない。東京青い芝の会では、身体障害者福祉の中で幼い時からの—全身性障害者

を明確に位置付けるよう訴えてきた。「全身性障害者」というのは、「脳性マヒは単なる肢体不自由ではないし、首から下だけの障害ではない」という意味である。そして情報化社会になればなるほど、字を書くことと言語の障害が社会生活の上で大きなハンディキャップになる。歩くという行為は自動車や車いすでかなりの程度代行できるが、窓口での書類の記入など社会生活上字を書くことは、ワープロで代行できないものが多い。情報伝達は相互的なもので、発信がまともにできなくては、受信もうまくいかない。脳性マヒでは言語障害のほかに聴覚や視覚など sensory に属する障害がある場合も少なくない。私の場合も、20代に眼底検査で、乳頭ほっ赤とか乳頭萎縮とかいうのがあってメガネをかけても0.4位にしかならないといわれた。歩いていてよく転ぶので、危ないからメガネはかけないことにした。ワープロも10年来何種類か使ってきたが、機種選びの第1の基準は、機能の数々よりも表示画面の字が大きいかどうかである。英語の辞書を引く時は虫メガネを使う。目の問題が脳性マヒと医学上関係があるのかないのかはさっぱりわからない。聴覚についても調べれば何らかの障害があるかもしれないが、整形外科医に任されている限り問題にはならない。

「幼い時からの全身性障害者」の前段の「幼い時からの」とは、子供の時から家庭や学校で過保護と特殊な環境に置かれてきた結果、社会の荒波の中で生きていくための知恵や経験を身につける機会を奪われてきたことを表している。とりわけ養護学校のような、地域の他の子供たちから隔離された、無菌状態とでもいうべき環境が完備することにより、幼い時からの障害者が幼いままの障害者として成人してゆく状況がむしろ強まっている。ある程度社会的訓練や経験を積んでから障害を負った「中途障害者」との違いがなかなか理解されないために、ことさら「幼い時から



の」を強調せざるを得ないのである。

情報について論じる場合でも、この問題に注意を喚起しないわけにはいかない。社会で生活し活躍している人はさまざまなウルトラCを使っている。重い障害をもっていても社会の中で自ら生きている人には、他人が聞けばあっと驚くようなウルトラCがたくさんある。これを知恵という。情報を理解できる枠組、本物かにせものかを見分け、膨大な情報の中から自分に役立つ情報を選び出してを活用する「知恵」が培われなければ、いかに豊富な情報があっても「馬の耳に念仏」と同じになってしまう。NHKの大河ドラマ「徳川吉宗」の脚本を書いているジェームズ三木氏によると、「知識・情報は勉強によって取り入れることができるが、知恵は遊びを通じてしか身につかない」という。特に「無菌状態」の関係者や、それを支えている人たちにはよく聞いておいてほしい話である。

私の場合、情報を取り込む速度が遅く、6秒間の映画の字幕など、読み切らないうちに消えてしまう。このため、テレビなど早いテンポで勝手に流れて行く現代的メディアよりも、こちらが必要とする時に後戻りして確認ができる旧来の活字文化に依拠する度合いが大きい。ただし、本を読むのもペースはかなり遅いので、量的にはたかが知れている。学習速度の問題は生得のものなのか、それとも幼い時からの障害者故の、成育過程での訓練の欠如の結果なのか、定かではないが、おそらく後者であろう。

ウルトラCにひっかけて、福祉機器に関連した話をひとつ。「福祉機器展に行くより、スーパーの百円均一セールを見て歩いた方がいい」これは私の妻の言いぐさである。彼女は床に物を落とすと、車いすの上から拾えない。出入りの病院で紹介されたのは、9,500

円のリーチャーという福祉機器。彼女は、「孫の手なら100本買える」といって、実際何本か買って来た。ループをつけてあちこちにぶら下げている。なぜひもをつけるか？孫の手自体を落とした時に、他の孫の手で拾えるからだ。天ぷらを揚げる時にはさむ道具として売っていたものも、3本ほど下げている。孫悟空の如意棒を思わせる伸縮可能な孫の手も見つけてきた。この手のものは常時売っているわけではなく、まめに見て歩かないと手に入らない。もちろん百円玉を落としたり拾えないし、「ちょっと拾って」と頼めるような誰かがいつもいる人にとっては、こんな「情報」はくその役にも立たないのである。

最後に言語障害の問題に触れる。私がシンポジウムなどでスピーカーをつとめることは滅多にないが、たまたまあると必ず会場から「誰か通訳しろ」という要求が出てくる。通訳を要求するのは差別であるとかないとかいう議論は古くて新しいが、おそらく決着はつかない。「あなたがわからなければ、ほかの人もわからないのですよ。100%わかって通訳ができる人なんていません」というのが、私の端的な答えである。それを避けるために、あらかじめ決まった発言については文章にして配るのだが、15分の発言原稿を作るのに十数時間かかることに思い至る人がどれだけいるだろうか。語ろうとする側にそれだけの時間をかけた努力は必要なのだが、同時に聞く側に時間をかけてもじっくり聞き取ろうとするゆとりがあれば、コミュニケーションはかなり改善されるのではないかと、という思いが私にはある。「音声補助装置を使い」といわれてくやし涙を流した仲間もいるが、それを使う場合でもたいへん時間がかかる。人間が情報に追い回される現代社会の中で、そのことがますます難しくなっているのではないだろうか。

# 第 4 分科会

## 地域生活と介護

まとめ [座長] 橋本 泰子

これからの在宅ケア 井上千津子

通所施設のなかで 日浦美智江

重度の障害者が地域で生活していくために 高橋 幸恵

障害者プランの策定に向けて 梶尾 雅宏

## ま と め

座長 橋本 泰子  
西南女学院大学教授

18回に及ぶ「総合リハビリテーション研究大会」において、“介護”がテーマとして取り上げられたのは、初めてのことであり、誠に喜ばしいことである。リハビリテーションの概念が広義となり、幅広い取り組みがなされてきたものの、従来のリハビリテーションが現実には医療モデルであったのに対し、生活モデルのリハビリテーションが具体化してきたということであろう。また、言い換えるならば、“生活の質”を深ねていけば、“介護”を抜くことができないことが明らかになってきたということでもあろう。

分科会では、介護を具体的な対応が求められている社会的課題として捉え、

- ①今求められている介護とは、どのようなものなのか（介護の質）
- ②質の高い介護のために、それぞれ何をしなければならないのか。
- ③質の高い介護のために保健・医療・福祉の関係者はいかにして連携をすすめるのか。
- ④介護を担う人材の確保策と養成のあり方
- ⑤新しい高齢者介護システムへの期待と課題

などについて討議した。

意見発表者は、それぞれの学識、経験等を踏まえた幅広い視野から意見を述べられたが、特に印象深かったことは、次のような点であった。

（高橋幸恵氏）

重度の心身障害をもつ子どもの親の立場か

ら意見を発表されたが、障害をもつ者も介護する親も”どちらも素敵な生活を送るために”介護問題は重要な課題とされた。また、重度の障害をもつ者もいろいろな生活形態が確保されるべきこと、そのためにも、従来のリハビリテーション体制に加えて、生活圏内にデイケアと一時入所ケアと医療が確保されるべきと述べられた。

（井上千津子氏）

ご自分がホームヘルパーとして、介護にかかわった体験も踏まえて意見を発表された。介護の概念に触れて、介護とは介護を必要とする人と介護者の願いをかなえることと述べ、今日の在宅ケアにおいては、医療ケアとホームヘルプサービスの両者が不可欠であるとされた。また、これらの業務にかかわる人々は、その連携をすすめるために互いに信頼し合うことが必要と述べられた。またホームヘルプサービスに関しては、サービスの量的整備の必要性和職業としての確立を強調された。

（日浦美智恵氏）

心身に障害をもつ人々の在宅ケアを支える施設「朋」の責任者である氏は、朋の運営方針にも触れながら、介護とは、介護を必要としている人を独立した1人ひとりとして、本人がかくありたいと願う生活を実現させる援助と定義された。介護を必要としている人の在宅ケアにおける通所施設の意義について、本人に対しての、生活のリズムを作ること、他人の中で生きる能力を高めることをあげ、家族に対しても休養ケアを含めた家族を支え

る意義について述べられた。また、在宅ケアにおける医療との連携の必要性にも触れられたが、介護の関係者との関係においては、互いの専門性の尊重を強調された。

(梶尾雅宏氏)

氏は、厚生省において障害者福祉対策の立案に携わる立場から、最近の国の障害者対策について、障害者対策の目標は障害のある人々が、住み慣れた地域で普通に住み続けられるようにする社会の実現であるとされた。現在検討が進んでいる障害者プランの中間報告にも触れて、介護等のサービスの望ましいあり方を実現するために、サービスの量と質の整備の推進を述べられたが、同時に、障害者対策は厚生省のみならず、建設省や運輸省等関係省庁との総合的な計画づくりと推進が必要であることも説かれた。また、中間報告がなされた高齢者の新介護システムにおける介護についても触れられ、障害者の介護との関

係においては、そのサービス水準において、相互に同程度のものであるべきことを強調された。

以上のような意見発表に基づいて、全体討議を行ったが、強調されたのは、介護の概念として、要介護者の主体性のある生き方を保障することであった。

今回の議論の中で十分話し合えなかったことの大きな一つは、施設内の介護の問題であった。これはどう考えるべきことであろうか。また、リハビリテーションとしての枠組みで介護問題を検討すれば、どうしても高齢ではない障害者中心の議論になることも考えさせられたことであった。今後は、痴呆性老人の介護問題にも真剣に取り組むべきことであろう。いずれにしても、高齢ではない障害者の介護問題と高齢者の介護問題は全く同じではないこと痛感させられたことであった。

---

## これからの在宅ケア

井上 千津子  
東海大学教授

### 1 はじめに

高齢化が急テンポですすみ、国民的課題として介護問題が浮上してきている。

多くの高齢者は、できることなら住み慣れた地域で親しい人に囲まれて一生を送りたいという願いをもっている。この誰でもがもっている願いをかなえるためにどうあるべきかを考えてみたい。

### 2 在宅介護の実態

(1) 医療依存度の高い状態で在宅化が進んで

いる。医療法が変わってから、入院が制限され、看護や介護が日常的に必要な状態の人が退院してくる。たとえば、人工呼吸、人工透析、酸素療法、糖尿病によるインスリン療法、じょく創、導尿、TVH、胃ろうなどである。実際には、このようにかんりの医療技術を要する処置に対して、素人である家族が短期間にその手法を身につけて退院してくるわけであり、在宅サービスが不十分の中での在宅介護には問題があるといえる。

(2) 重介護状態による介護量の増大

白内障による視力障害、脳血管障害や骨折

による寝たきり、関節の拘縮やじょく創など運動障害による介護ニーズが増大し、介護負担が高くなっている。

(3) 介護者の高齢化や腰痛、高血圧、関節痛、心臓病、腎臓病などの疾病により治療が必要な状態であり、当然介護不足になり、さらに家事機能が低下し、家庭生活の崩壊に結びついている。

(4) 核家族化や単身者の増加、日中の独り暮らしの増加により、日中の介護力が低下している。

このようなさまざまに理由により、介護力が低下し介護不足になり、病状の悪化へと結びつき、介護量が増大するといった悪循環が発生しているのが在宅介護の現実である。

この悪循環を早期に断ち切る条件をどのように造りだすかが課題となろう。

この悪循環を断ち切るためには、濃密なホームヘルプサービスと適切な医療的バックアップつまり、往診、訪問看護、訪問リハビリなどのサービスが連動して、いつでも、どこでも、必要なときに必要なだけ受けられる体制が不可欠である。

### 3 在宅ケアの条件

#### (1) チームケアの必要

在宅介護を継続するためには、保健、福祉、医療など複数の分野にわたるサービスが必要になる。しかし、複数の分野がバラバラにサービスをしていたのでは、非合理であるばかりでなく、受け入れ側の人間性まで無視することになりかねない。たとえおむつに包まれていようと、全面依存の状態であったとしても、住み慣れた地域で暮らしたいという願いをかなえるためにも、また、家族の人権と生活を守り、家族間の連携や相互扶助による安らぎを高めるためにも、チームケアが必要になる。

#### (2) サービスメニューの拡大とサービス量の充実

福祉分野においてホームヘルパーの増員が見込まれてはいるものの（今年度国の予算では3万5,000人）そのうち7割がパートという現状では、24時間対応の必要性が認識されたとしても質の高いサービスが保証されるか疑問である。やはり、常勤ヘルパーの増員の裏づけが必須条件といえる。さらに在宅介護の3本柱の一つ、ショートステイにしても緊急時や、希望する時間にベットがあいていないなどの理由から、その機能が果たせない場合が多い。また、デイサービスにしても、待機者の増加で利用できる日数が限られている。在宅介護をすすめるうえで大きな期待をよせた在宅支援センターにしても、実戦部隊のない状態では果たして支援の機能が果たせるか疑問である。

ホームヘルプサービスをバックアップする医療、保健の分野にしても、往診をしてくれる医師の数は年々不足し、寝たきりの期間が長くなればなるほど医療から遠ざかっている現状であり、医療の継続と緊急時の対応は難しいといわざるを得ない。

さらに在宅介護にとって不可欠な訪問看護にしても、潤沢にサービスが提供されているわけではない。やはりここでも、人的な不足が大きな障害になっている。訪問リハビリに取り組むOT、PTの姿は地域には見えず、しかもOT、PTは、医学的側面からの管理にとどまっていることが多い。もちろん先駆的に素晴らしい活動事例を目にすることはあるがそれも決して多数とはいえない。実際には病院や施設で回復した機能も、自宅に戻った途端に退行してしまう例は少なくない。

こうした状況の中で求められることは、サービスのメニュー化だけではなく、サービスの絶対量を整備することが必須条件である。

#### (3) 介護の質を高めることの重要性

介護福祉士という国家資格が法制化され、すでに7年の歳月が経過し、全国的に介護福祉士が6万人有余が誕生している。しかし、

資格はとったもののその資格が社会的に位置づけられていないという事実がある。

介護にかかわる者が、誇りをもってライフワークとして選ぶことができる職業としての擁立が必要である。

#### 4 まとめ

サービスを充実するために、介護問題を自分たちの問題としてとらえ、与えられるサービスからサービスをつくっていくという姿勢をもつべきであり、サービスを生活の場に引き寄せ、生かしていくことがなによりも重要であろう。

---

---

## 通所施設のなかで

日 浦 美智江  
訪問の家「朋」施設長

### はじめに

まず最初に介護を「かくありたいと願う本人の願いや行動を実現させる援助」と考えたいと思います。従って決定はあくまで本人であるべきで介護は本人ができないところを補うものであるということが大切だと思っています。

そんな前提にたって朋という重度で重複して障害のある人たちの通所施設での実践を述べてみたいと思います。

朋のメンバーの特徴は、

- (1) 全介助を要する
- (2) 表現する力が弱くコミュニケーションが難しい
- (3) 健康的に注意を要する
- (4) 年齢にふさわしい経験に乏しい

ということが言えると思います。

そんなメンバーの地域生活の援助で配慮していることをいくつかあげてみます。

### 1 本人が心地よい環境を整えること

身体的には部屋の温度・湿度・採光、痛みはないだろうか、呼吸は苦しくないかなどで

姿勢のチェックや健康状態の把握は大切です。心理的には安心できる人間関係をつくっているかどうか、ありのままを受け入れその存在を大切に考えてくれる人たちに囲まれているかどうかはその人の心地よい環境のなかで最も大きな要素だといえます。

### 2 本人が好む状態をつくる

本人の表現が弱くコミュニケーションがとりにくい人たちの場合、その人に関する情報をできるだけ多く家族や関係者から得ることは大切です。加えて細かい観察をしながら表情、身体の動きなどから本人の意思の確認をしますが、確認が難しい場合、仮説をたてて行動し、観察そして評価をし、また次の行動につないでいきます。青年としての経験をできるだけ増やしたいと考えていますが、その場合大切なのが職員の想像力と創造力だと思っています。想像する基点はもし私だったらということだと思いますが、一方同じ人間は2人いないという視点を忘れてと独りよがり的一方的な援助になる危険性があることに注意しています。その人の今後の生活に有効だと私たちが考えるのものをカンファレンスで

討議しプログラム化していきますが、健康的に大丈夫かということを中心に、その人の周りに人という財産をできるだけ増やしていきたいと、人との出会いを多くもつようになっています。

### 3 他の機関との連携

朋のメンバー、重症の障害をもつ人たちにとって医療との連携は欠かせません。幸い朋には3年前に施設内に開設した朋診療所があります。医療が生活のパートナーになることで、みんなの生活の幅は大きくなり、さらにいつもと違う様子の発見と早い処置で入院回数が減ってきました。いま重度の人の地域生活を語る時、その大半は家族によって支えられている現実があります。家族との連携、家族のレスパイト・緊急時の対応は入所施設との連携ですが、日常生活の援助としての部屋や浴室の改造、福祉機器の導入では県や市リハビリテーションセンターの力が大きな助けになっています。メンバーの大半が重症心身障害児・者ということもあり、児童相談所

も福祉事務所と共に日頃から情報交換に努めています。

### 4 多くの人のかかわりのなかで

1人の人生を1人または一つの機関で担いきることは到底できないことですし、そうしようとするのは逆にとても危険なことだと思います。お互いにその人にかかわる専門性を持ち寄ることでより広く大きく、障害をもった人たちー1人では行動がとれない人たちーの生活を援助したいと思います。あるメンバーが重篤な状態で入院した折り、処置をしながら看護婦の方が、「生きててよ、生きててよ、それだけでいいのだから」と一生懸命話しかけていたとそのメンバーの母親から聞いたことがあります。人と人との関係の原点は「生きてほしい」という気持ちにあると思います。1人の命は多くの人に支えられ、また多くの人を支えています。家族の人の次に本人に近いところにいる人間である自覚をもち、お互いに支え、支えられる人間同士として、共に歩きたいと思います。

---

## 重度の障害者が地域で生活していくために

高橋幸恵

町田市障害児・者を守る会「すみれ会」会長

私の娘は現在20歳、愛の手帳1度、身体障害者手帳1級です。現在島田療育センターのデイケアに通っています。重度重複の娘を20年間育ててきた母親としての現在の思い、感じたことを話させていただきたいと思います。

誕生より娘はとにかく体の弱い子供でした。家にいるより病院の方が中心の生活が続きました。その生活にピリオドのきっかけを作ってくれたのは養護学校小学部への入学ではな

かったでしょうか。訪問教育を覚悟していた私に、教育委員会の方は、「学校に行きましょう」と信じられない言葉でした。入学式の娘の体重は7、8kgで食べるのが嫌いでした。恐縮し、またオロオロする私に先生は言いました。「お母さんまかせて下さい。私たちプロなんですから」私だけの娘だった！私だけのたくさんの不安と苦悩を抱えた娘を共有してくれる人がここにいた！と感謝と同時

に、暖かい感激をいたしました。それから1年。働かなければならなくなった私は、娘を施設に入れることを覚悟しました。覚悟をしながら思い惑い市役所を訪ねたのです。何としても娘を手放したくない、放課後の受入先を捜してほしいと。行政の方の熱意と、施設長や指導員の暖かいご理解により学童保育に入ることができました。学童に入って1年。仕事が終わる学童保育のベビーベッドで眠っている娘を見ている私に、1年生のある男の子が言いました。

「おばちゃん、僕、最初咲ちゃん気持ち悪かったんだ」

「そう。今はどうなの？」

「僕とってもかわいい」

わが家の場合は“保育に欠ける児童”としての『学童』でしたが、障害児の場合はこれだけが『学童』の必要性ではないと思います。もちろん障害を理由に、両親が働いている家庭でさえも入れないのが現実ですが、障害児の場合は、放課後をどうするのかという問題があります。ある調査によると、「家の中で1人で過ごす」が59.2%、「母と2人で」をいれると、65.7% その中で「何もすることがない」が31.5%という数字が出ています。障害児の放課後生活の問題は、単に「保育に欠ける」こども一般の問題だけに解消されず、障害者問題としての性格も併せ持っていると思います。そのためには、指導員の加配など、障害児を受け入れるための条件整備が公的責任によって行われることを希望いたします。また小学校高学年以上の学齢児も放課後を安心して過ごせるような、障害児を対象とした放課後生活の場が確保されなければならないと思います。

その後私は社会福祉協議会の運営する緊急一時保護所の職員を経て、現在は町田市独自といわれる福祉的就労者も含めた通勤寮の寮母をしています。もちろん障害のある娘と一緒に住み込みという形態をとっています。知

的障害者と呼ばれる利用者と重度重複の娘がすてきな共存生活をしています。

今娘は毎日島田療育センターに送迎バスで通っています。週1回は入浴サービスを受けています。この日ばかりは1人でお風呂に入ることになんの後ろめたさを感じることなく、私は入浴できるのです。学校卒業後すぐの進路先は週2日しか通うことのできない療育園でした。そこで半年過ごしたのですが、生活のリズムは目茶苦茶、それが食欲にも影響してくるようになり、当時送迎保障のないため、あきらめていた島田療育センターに自前で送迎体制を作り移りました。重度障害者にとって毎日通所というのがどれほど大切なものなのかということ、痛切に感じた半年でした。

今、私の住んでいる町田市のある作業所が無認可施設から、法内作業所にしようとして計画をし、東京都のご理解もいただき、実現にむかっています。ここに通所している青年達の障害は重度です。現在ボランティアさんも含めて、ほとんど1対1に近い処遇をしています。それが法内になった場合7.5対1、重度加算をいれても6.5対1にしかならないという現実に愕然としてしまいます。これだけの指導員の数では青年達が通所することさえ保障できません。ましてやより豊かな内容等望めるわけがありません。無認可のままでは、職員の身分等不安定な部分が多いということで、法人化を決定したのですが、今、直接処遇をよくするために、市の加算をお願いしたり、親の配置をしたりと、大変苦勞をしています。

娘の通っている島田療育センターのデイケアは東京都の単独事業です。一刻も早く国の段階での重度障害者のための通所施設の位置づけをしていただきたく思います。

今、娘は20歳になりました。介護者である私は40歳を越しました。娘の体は小さいのですが、自分の体をコントロールできない分だけ介護者への負担は大きくなります。慢性的



な腰の痛みを感じ、いつまで抱えることができるのかなと不安を感じるようになってきました。私が所属している会のお母さんたちともよく親の加齢と介護の困難、体の不調が話題になります。3年前に会で介護者の生活状況についてアンケートをとりました。子供の介助にかかわる時間は、平均7時間43分（通学通所日）と9時間4分（在宅日）です。NHKが1990年に行った「一般主婦の生活時間」では、乳幼児をもつ主婦で2時間55分、40代の主婦で32分です。一般に子供が成長し、親から自立していく様子が伺えますが、私たち介護者は同年代でも、1日平均8時間近くも子供を介助しなければなりません。健康状態では、腰痛、頭痛等で41.4%の人が不調を訴えています。

養護学校が全員就学になり、重度の子供たちも学校に通うことができるようになりました。それは子供たちの健康を助長し、親は障害児を家族と共に地域と一緒に生きること自信をもち、喜びを味わってきました。でも、歳をとることに逆らうことはできず、しかしここまで地域で過ごしてきた彼らを遠くの施設に入れることはできません。どうしたら住みなれた地域で一生を終えることができるのか、親が切羽つまった状況に追い込まれる前に環境を整えてやりたいと思うのです。今「地域福祉」と言われています。しかしそれが介護者の過度の負担の上になりたてはないでしょうか。

在宅の生活をしながら、介護者も障害者も素敵に暮らしていけるにはどうしたらよいか。介護者に過度の負担がなく、そして障害者本人にも豊かな生活を送るためには

#### 1) 通所の場

- 週5日以上
- 直接処遇者の数
- 入浴サービス
- 送迎の保障

2) 緊急の時だけではないレスパイトも含む保護事業

3) 宿泊体験のできる場

4) 安心して受診できる医療（生活圏内）相談もできる機関として

娘はある大学病院を主治医として、月1回受診をし、てんかんの薬をもらっていますが、本当の主治医は自宅より2時間かかる、障害者専門の病院だと思っています。生まれてから、何カ所の病院を訪ねたでしょうか…。

総合的に障害者を診れる医療機関が、生活圏内に必要です。

5) 学童児には、放課後の生活の場を

今までは親が介護をしていく上での生活の条件を述べましたが、我が子は、障害者本人は、果たしていつまで親と一緒に生活を望んでいるのだろうかとも思ってしまいます。障害者であっても、いろんな生活形態を望んでもいいのではないのでしょうか。またそれは親にとっても同様のことが言えると思います。住み慣れた地域で自然に自立生活を重度障害者もすることができるのではないのでしょうか。知的障害者の通勤寮で寮母をやりはじめた当初は、彼らの生活が、我が子の生活とは全く違うものとしかうつりませんでした。重度障害者は施設に入るしかないと思っていました。しかし10年間一緒に生活をしてきて、彼らとの違いはケアの度合いだけではないかと思うようになりました。中軽度の人たちの生活寮やグループホームができてきています。重度障害者が地域で生きる時、どのような生活形態がよいのか分かりません。医療のバックは必ず必要です。人手もたくさん必要です。非常にお金がかかります。国の制度として、確立していただきたいと思います。

親としての思いを話させていただきました。「障害児・者の親は、最も見近に接している

社会人であり、したがって、最もよく代弁できる社会人である」という言葉のある先生の本で読ませていただいたことがあります。しかし、一番我が子の力、要求、願いが見えに

くい、また見ようとしめない立場になりやすいこともあると思います。一番近い関係者だという自負を持ちながら、障害者の親としての願いを伝えていきたいと思います。

---

## 障害者プランの策定に向けて

梶尾 雅 宏

厚生省社会・援護局更生課課長補佐

厚生省では、障害のある人々が社会の構成員としてふつうに生活を送れる社会の実現のためには、地域において障害者施策を計画的に整備していくことが必要であるとの認識のもと、ニーズに基づく供給量の把握、財源等なお検討すべき課題は多いが、昨年9月以来の障害者保健福祉施策推進本部での検討について、中間的に、今後の施策の基本的な方向と骨格を示した（「障害者保健福祉施策推進本部中間報告」本年7月）。

中間報告では、介護等のサービスの提供に関して、障害者の生活を支援するためのサービスがなお質、量ともに十分でないとの認識のもと、「障害者のニーズに的確に応え、また高齢者の場合に比して遜色のない介護等のサービス供給体制を整備していく必要がある」、サービスの質の向上のため、「各々の障害の状況の評価を踏まえた介護等のサービスの望ましい在り方を明確化し、地域における様々な社会資源を活用した適切なサービス提供の方法を確立していくことが重要である」とそれぞれ指摘している。

ここでいう「高齢者の場合に比して遜色のない」という表現について、「高齢者より上にはならない」という意味ではないか、といった懸念が寄せられているところであるが、厚生省としては、同じように介護の必要な高

齢者と障害者には、同じように介護サービスが提供されるべき、という基本認識のもと、さらに障害者については、活動年齢にあることや、ガイドヘルプなど障害者特有のニーズもあることに配慮したサービス量を確保していこうという趣旨であり、そうした考えに基づいて、現在策定作業中の障害者プランにも数値目標を盛り込んでいきたいと考えているところである。

障害者プランの策定作業については、中間報告を受け、年末までの完成を目指して現在鋭意作業を進めているところである。厚生省としては、高齢者の新ゴールドプラン、正式名称は「高齢者保健福祉推進十か年戦略」、これと同様に、保健福祉分野の計画として策定することを考えていたが、障害者の生活全般を支える計画とするためには、保健福祉分野だけでなく、雇用、教育、まちのバリアフリー化など関係省庁一体となった取り組みが必要であり、政府全体でプランをつくるべきであるとの強い意向が、与党3党から構成される「与党福祉プロジェクト」から示されている。これを受け、現在、総理府の障害者対策推進本部担当室が中心となって、政府全体の取り組みとしての障害者プランを策定すべく取り組んでいる。

なお、障害者対策推進本部においては、既に平成5年3月に「障害者対策に関する新長期計画」を策定しているが、今回策定しようとしている障害者プランは、その重点施策実施計画としての位置づけで、数値目標を設定するなど具体的な施策目標をできるだけ盛り込んだ形のものとしたい、また、厚生省以外の各省庁についても、短い作業時間ながら、極力具体的な書き込みをしてほしい、と考えているところである。

いずれにせよ、昨年の新ゴールドプランやエンゼルプランは、予算編成前に策定し、これを受けた初年度たる平成7年度予算編成という過程を経ているものであり、今回の障害者プランについても、同じような過程をたどりたいと考えている。大量の赤字国債の発行が必要とされるなど厳しい財政状況の中ではあるが、ぜひともいいプランをつくりたく、残り時間も短くなってきたが、最大限努力していきたい。

中間報告において、「地域における様々な社会資源を活用した適切なサービス提供の方法を確立していくことが重要である」と述べているが、その具体化に向けて、この夏から有識者による検討会を設け、ガイドラインの策定等を通じたサービスの全体的な質的向上を目指している。検討会全体としては、身体障害、知的障害、精神障害に共通する検討会であるが、障害の種別ごとに部会を設けて、それぞれ作業を進めているところである。

高齢者に関する介護問題に関しては、老人保健福祉審議会において、本年2月以来、高

齢者介護の基本的在り方や介護サービス及び費用保障の在り方についてさまざまな角度から審議が行われ、本年7月に「新たな高齢者介護システムの確立について（中間報告）」が公表された。中間報告では、介護を必要とする高齢者誰もが、身近に、いつでもどこでも、スムーズに介護サービスを利用できるような仕組みを実現するため、

- (1) 高齢者介護に対する社会的支援体制の整備
  - (2) 利用者本位のサービス体系の確立
  - (3) 社会連帯による介護費用の確保
- の3点を基本的な考え方として提示している。

同審議会は、9月に再開し、同中間報告を踏まえ、介護基盤の整備や介護支援体制の在り方、社会保険システムにおける具体的な制度設計などについて、さらに具体的な検討を進めている。

現在、特に各論点ごとに詰めた議論を行うために、老人保健福祉審議会の中に、新たな高齢者介護システムにおける介護サービスの具体的な在り方について検討を行う「介護給付分科会」、高齢者介護の費用保障に関し、社会保険システムの具体的な在り方について検討を行う「制度分科会」、及び高齢者介護における予防やリハビリの充実、介護サービスを担う施設整備や人材の養成確保の具体的な在り方について検討を行う「基盤整備分科会」の3分科会を設けて検討を進めているところである。

当初、年内に老人保健福祉審議会のとりまとめを、というスケジュールを考えていたが、とりまとめは年明けになるのではないかと、というのが、現在の進捗状況である。

## ■ 私からの提言(1) ■

生活体験を通しての提言

聴覚障害の立場から 井上 薫

私の願い 阿部 八重

内部障害者（腎機能障害者）からの当面の3つの願い 木村 妙子

## 聴覚障害の立場から

井上 薫

横浜市聴覚障害者協会手話講習会講師

1 聴覚障害者向けテレビ番組は、手話ニュースの他に、民放は1放送局につき週1～2本に過ぎず、大半は都道府県や市がスポンサーになった行政の広報番組であり、量的にも質的にも不十分である。

アニメ…字幕付はサザエさん、ドラエモンしかない。アンパンマン、セーラムーン、ドラゴンボール、スラムダンクを子供と楽しみたい。

ドラマ…字幕付はチャンバラが多い。

例：水戸黄門、鬼平犯科帳等。  
トレンディドラマにはほとんどない。場所によって字幕付でも見られないこともある。

ニュース…手話ニュースは昼5分、夜10分のみ。しかも3チャンネルである。

阪神大震災の時、神戸では4日間手話ニュースがストップされた。被害を受けた聴障者は正確な情報を得られず、不安な日々を過ごした。避難所でも、水、食事の配給、お風呂等の時間の放送が聞こえない。このように健聴者優先の社会は、聴障者に「いつ、どこで、何かが起きた時、きわめて不安で悲しい事実」である。聴障者だけでなく、他の障害者も一方的に苦しむのは不公平である。

電車、バス、駅で電光板をよく見かけるようになったが、行先と次の駅名のみ。事故があった時、緊急放送が聞こえない私達には不安である。すぐ緊急放送が流れるよう、工夫してもらえば心強い。

2 5年前から私の住む市は粗大ゴミは申請制となった。パンフレットを見ると、電話で申請をする。聴障者の場合はどうなるのか？

健聴の友人に聞いてもらったところ、親と一緒に暮らしている方が多いと思ったので、考えていなかったとのこと。聴障夫婦の場合はどうなるのか？ そのことを新聞の地元のコラムに訴えた。環境事務局事務所は、もともとファックスを持っているが、公表すると一般の人からの連絡も予想され、すぐ公表するのは無理である。近所の人に頼んで電話してくれる方法を…、という答えだった。冷たい反応に、市の聴障協が抗議をして、現在はファックスで申請できるようになっている。他の市では、そのようなケースがないそうです。

3 今年4月に行われた統一地方選挙の時、自分の住んでいる区の立候補者から聴障者にぜひ講演の内容を分かっしてほしいので、手話通訳をという話が持ちかけられ、公平的に立候補者全員に手話通訳をと思って、手話通訳派遣協会と選挙管理委員会へ直談判したところ、今の法律では無理といとも簡単にことわられてしまった。手話サークルの有志のおかげではじめから希望していた候補者の通訳をしてもらい、はじめて演説の内容がよく理解できた。「福祉向上」と口をすっぱくして言ってもその声は聴障者に届かず、棄権してしまう人も少なくありません。7月の参議院の比例代表の政見放送に手話通訳がついたが、

まだまだです。

4 地元で、「地域の福祉」について市民ディスカッションがあった。手話サークルの協力で手話通訳がつき、いろいろと意見（公の場所にファックスがない等）を言うことができた。そのおかげで、市と区の広報、区の案内紙に、ファックス番号が電話番号と一緒に乗せられるようになった。手話通訳がいなかったら参加しなかったと思う。手話サークルとの連携も大切だと痛感した。ただし、残念なことに、税務署へ質問のファックスを出したところ、なかなか返事をくれず、しかもどうやって調べたのか、実家の母の所へ「息子さんからファックスをもらったが、息子さんにそのように言って下さい。」という内容の電話がかかって来た。書くのはめんどくさいから電話で伝言してもらおうという聴障者を無視した態度に、がく然とし、情けなくなっていました。

5 去年の春から駅前の交番に「交通訪問者

探知自動通報装置及び会話装置」が設置されました。不在交番に来訪者があったとき、赤外線センサーが探知して、自動的に本署につながり、本署の警察官と会話ができる便利なシステムですが、聴障者の場合どうでしょうか。訪ねても、不在のため、会話装置があっても話しができず、あらためて訪ねてきたときもまた不在で、あきらめて帰った無念さもありました。健聴者にとっては便利なものでも、聴障者にとっては不便なものもあるのです。せっぱ詰まったときにかけ込んでも、駄目だったらと思うとゾッとします。このようなシステムはこれからも増えつつあるそうです。神奈川県警察は何を考えているのでしょうか？ 不在にする場合はFAXを置くとか、思いやりがないのでしょうか？ 東京の24時間手話交番が羨ましい限りです。聴障者は見かけだけで健聴者と変わらないため、重く見られていないケースが多い。暮らしやすい社会にするよう、小さなことでも遠慮せずに言えるようにしたいと思っています。

## 私の願い

阿部 八重  
さくら会会員

さくら会の阿部八重です。

さくら会は、4年前にできました。多田さん、高坂さん、島田さん達と、育成会の東京大会の時、発表した人達で集まり、この会をなくしたくないと、さくら会を作りました。

こういう会がふえてほしいと思います。そして交流したいと思います。

今年の6月にスウェーデンに行きました。

スウェーデンでは、障害のおもい人や、知的障害の人もいっしょに街の中でくらししていました。アパートや、地域の人といっしょにくらしていました。私達は、こういうのが望みです。

こういうのが、日本にもできたらと思います。

クルマイスの人は、道にもものがあったら、通れません。

誰かがなおしてあげなくてはならないし、つえをついている人も道に自転車などあったら通れません。誰かが教えてあげなくてはなりません。私は、みんなが助け合って生きていきたい。耳のきこえない人にも、助けが必要な人々はみんな、街の中で助け合って生きていきたい。

施設はイヤです。

プライバシーがありません。お酒を飲みに行くこともできません。

自由がないのがイヤです。のぞき窓から見られるのもイヤです。かってに決められるのもイヤです。自分のことは自分で決めたいです。

職場でも、なぜ知的障害者が一番はじめにくびになるのでしょうか。仕事に遊んでいる人がくびになればいいのにと思います。

これでおわります。

---

## 内部障害者（腎機能障害者）からの 当面の3つの願い

木村 妙子

東京都腎臓病患者連絡協議会事務局

まずこの第18回リハビリテーション研究大会の場で透析患者である私に「私からの提言」というテーマでの発言の機会を与えていただいたことに感謝いたします。というのは、この大会も研究者が多く参加しておられるようで、いつも与える側の立場の方々が多いと思うのですが、私たち障害者・与えられる側の意見というものを汲み上げるルートがありませんのでは？と、思っていたからです。

今日は座長の手塚さんからも打ち合せの時に、要旨にとらわれず何でも話してよいからお許しをいただいたので、3つほど提言をいたしたいと思います。前お2人の提言者が体験に根ざした分かりやすい、心に響くお話でしたのに、私は多言で早口でお聞きづらくて、恐縮ですが、腎機能障害者は腎臓が障害を受けているのであり、他の雄弁な肢体不自由の身体障害者の方と同様に、障害者それぞれの個性を認めて、お許しいただきたいと思

います。

皆様ご承知のことでしょうが、腎機能障害とはどういうものか簡単にお話ししたいと思います。腎臓は内臓器で体の背中側、肋骨の下あたり背骨の両側にその人の握りこぶしぐらいの大きさで空豆の形をして付いています。人間が食べた食物が消化吸收され、血液中で、活用されたあとの物質の滓をこしとり、必要なものを再吸収して、最終的に老廃物と水分を膀胱を通じて体外に排泄する臓器です。心臓にしても肝臓にしても人間の臓器はどれも24時間営業、年中無休ですが、腎臓は血液流量が特に多らしく、いったん、ダメージを受けるとつぎつぎと細胞が破壊され、腎不全に陥ります。そうすると、身体の中に老廃物と水がどんどん溜ってきて、死に至ってしまいます。私は腎不全になってつくづく思いました。尾籠な話で申し訳ないのですが、大と名付けられている腸管の方から出る廃棄物は、

一週間出なくても死にはしません。それに比べ、腎臓から出る小の方は一週間出なかったら大変です。腎臓病の知識を一般に普及したいと患者会でも運動していますが、本当に名前を逆にしたいくらいです。

この腎不全による死から逃れるために、血液透析という治療法を人工腎臓の機械によって週3回受けることで生き延びているのが私たち腎機能障害者です。従来障害者の枠には収まりきらない存在です。腎臓が機能的にも器質的にも障害を受けていて使いものにならないということでは障害者として固定した症状という条件に合致します。しかし、透析の長期合併症により、骨粗鬆症で骨折して足が不自由になるかもしれないし、アミロイドの沈着によって手首が動かなくなり、ドアのノブさえ回せなくなるかもしれないという進行する症状をも含めて考えると病人ということになります。

ここで第一の願いですが、障害者政策の転換点にあたって、障害者の認定基準枠の拡大を声を大にして要望します。私たち腎不全患者は1972年、お金の切れ目が命の切れ目という厳しい現実の前に立ち上り、障害者の認定を各方面の方々のご理解と協力により、受けることができるようになりました。その結果、医療費の心配なく延命でき、全国では7万人もの会員を組織することができました。誰でも、いつでも、どこでも、透析を受けることができる社会制度を運動により確保することができました。けれども、今現在、難病患者の方や老人の病人でちょっとした条件を満たさないために、障害者に認定されず、苦しんでおられる方がたくさんいます。当事者運動をするにも自分が病人では動くこともできず、家族は働かなくてはなりませんから、なかなか世論に訴えることもできず困っています。当局に枠の拡大を要望するしかありません。

第2点は要介護の問題です。私たちは一日おきに通院して透析を受けていられる間は

いのですが、長期透析の合併症や他の病気が発症して動けなくなったとき、透析をどうするか、大問題となります。年齢制限のため老人施設には入れず、たとえ高齢でも、特別養護老人ホームでは一日おきの通院に対応できないとして入所を拒否されてしまいます。透析施設はサテライトのところが多く、入院施設のある病院は数少ないのです。その病院に入院できたとしても、ベッドと透析室との往復が残りの人生のすべてということになりかねません。今問題になっている介護保険にしても、障害者は入れないとか、保険の掛金だけとって、いざとなったら介護サービスは基盤がないので受けられないというのでは税金と保険料の二重取りではないでしょうか。また無年金者のように、保険料の払えない人の救済はどうするのでしょうか。

老人保健法の改悪で痛感したように、一度悪い制度ができてしまうと、弱者はどうしようもありません。体験的に話してよいということなので、私事になりますが、母が1981年に脳硬塞で倒れて、昨年10月に亡くなりました。私が透析23年になりますので、透析人生の半分以上自分の透析と母の介護で過ごしました。その苦労はともかく、母が最後の2年間の入院時、内科病棟に入院している間は、食事のワゴンも温かいものと冷たいものが区切れている最新式のものでした。けれども、私が透析のため一日おきにどうしても留守になるので退院はもう少しとお願いした途端に、老人専門の病棟に移され、ドクターの人数は全病棟8床5室あと個室が2床4室1床2室で1名、ナースの数も減って、おむつ交換は時間制、エイドさんは食事介助でとろろいものとハンバーグと酢のものを平気で、ごちゃまぜにして、口に突っ込むような人もいるし、ちょっと食べられなくなると、すぐ鼻から管を入れる経口栄養にしてしまうし、ワゴンは旧式のものだし、ベッドカーテンも古いし、タオルケットは透けて見えるほどボロだし、



ベッド自体も頭の方だけジャッキになっていて、足の方はだめというのが多く、困りました。こんなにも、老人医療の保険点数が包括化され、さらに逓減制になった結果が露骨に出ているのかと悲しくなりました。戦後50年を生き抜いて働いた結果がこうです。日本の老人が病気になるかわいそうです。

介護保険も公的などと付けているので、内容をよく把握しないでとにかく賛成すると怖いような気がします。老人介護を何とかしてほしいという切実な願いを逆手に取って、国民をだますようなことはしてほしくありません。要介護問題を本当に国の手で取り扱い、新ゴールドプランを充実することによって、私たち透析患者が要介護になっても安心して長生きできる社会制度を作してほしいのです。

第3点は腎機能障害者に対する心理的リハビリテーションの必要性です。私たち透析患者が透析を宣告されるのは透析をしなければ死にますという死の告知と同じなのですが、透析療法を受ければ生き延びられるので、ガンの告知のように社会問題化はしていません。しかし、体験的にいえば、私が透析導入したころは、機械の台数も少なく、まだ、身体障害者に認定されていなかったのも、社会保険本人だけが10割給付で、透析することができた時代でした。私のような者が生き延びるより、誰か他の人が機械を使った方が良く、塩分制限と厳しい水分制限(1日・200ミリリットル)をして、針を2本刺されて、生きていくのはいやだと尿毒症で熱も40度くらいの頭で考えました。当時は外シャンと言ひ、シリコンの管を血管に刺して血液を循環させていたので、夜中にその外シャントを抜こうとしました。動脈に刺してあるので抜けば大量出血します。ベッドサイドでその頃は、私を看病してくれていた母が目を覚まして、隣室の病

友が先生に知らせてくれ、一命を取り留めましたが、5年間は立ち直れませんでした。持ち前の根性と、母をはじめ、兄夫婦の愛情でなんとか生きることができました。そして、患者会の先輩の生きる姿を見て、励ましを受けて、自分も会活動に参加することによって生きてこられたと思います。

透析施設にはソーシャルワーカーのいない病院も多いですし、医師サイドも救命しているので、それでよしということなのでしょう。か、今にいたるまで、制度上で心理的に病気の悩みを聞いてくれる人には出会ったことはありませんでした。患者会活動をしていても、自己管理が上手くいかなくて、体調は悪く、仕事も失い、妻には去られ(逆もありますが)また自棄になり体調を悪くするという悪循環に陥っている患者がいます。会にも入らず、もちろんスタッフともあまり話さず、本当に見ていると、なんとかしてあげられないかと思うのですが、人間的力量が自分がないのでどうすることもできません。障害者対策の転換点というのなら、もう少し、ゆとりを持った制度にして、内部障害者に対しても心理的リハビリテーションを行えるようにしてほしいと思います。お断りしておきますが、透析患者のなかにはハンディを乗り越えて、社会復帰している人がたくさんいますし、1991年の全腎協の実態調査では一般健常者に比べれば、やはり社会的弱者ですが、男性の6割、女性の2割が収入のある就労をしています。それでも心が立ち直れば、もっと元気になる患者がたくさんいるのですから、何とか救ってほしいものです。

なにか、長いだけで自分でもよく理解できていない点もあり、お聞きにくかったことと思います。失礼いたしました。

## ■ 私からの提言(2) ■

シンポジウム

－障害者運動を通して－

[座長] 手塚 直樹

[シンポジスト] 山城 完治

広田 和子

三澤 了

## 障害者運動を通して

座長：手塚直樹（全日本育成会常務理事）

シンポジスト：山城完治（東京視力障害者の生活と権利を守る会事務局長）

広田和子（神奈川県精神障害者連絡協議会事務局次長）

三澤了（障害者の生活保障を要求する連絡会議代表）

---

手塚（座長） これから「障害者運動を通して」というテーマで、シンポジウムを行いたいと思います。シンポジストの皆さんは、それぞれのお立場から長年にわたり障害者運動のリーダーとして活躍していられています。そうした障害者運動を通して、いま強く思っていることなどを中心に、ご提言していただくことになっております。

それでは、シンポジストのご紹介をさせていただきます。いちばん手前が、東京視力障害者の生活と権利を守る会事務局長の山城完治さんです。次が、神奈川県精神障害者連絡協議会事務局次長の広田和子さんです。最後が、障害者の生活保障を要求する連絡会議代表の三澤了さんです。早速ですが、自己紹介と運動の内容等を含めて、率直なご提言をいただきたいと思います。それでは山城完治さん、よろしく願いいたします。

### 視覚障害者の3つの不自由

山城 山城です。よろしく願いします。ちょっとあがっていますが、一生懸命、できるだけ思っていることを話したいと思っています。私は「弱視」といって、少し見えるのですが、左が0.01で、右が光が見える程度の視力です。私は、東京視力障害者の生活と権利を守る会、愛称で「東視協」と呼んでい

ますが、そこで運動をしています。今日は、私のレジュメにそって、お話をしたいと思っています。

私は、今回お話をするにあたり3つの大きな柱を立てました。これは運動や生活にもかわると思うのですが、大切なことは3つあると思います。1つは、いま自分がどこにいるのか、どこに足を突っ込んでいるのか、どのように立っているのか、という問題です。2つ目は、どこを向くのか、また、どう構えるのかという問題です。それから、3つ目は、どのように歩くのか、走るのか、歩むのか。このような内容で話をしたいと思っています。

さて、1番目の問題です。私は視覚障害者の「完全参加と平等」を実現するために、いま自分たちが置かれているものとして、3つの不自由と3つの遅れということを考えています。3つの不自由というのは、歩行、移動の不自由、情報の入手と発信の不自由、就労の不自由です。それから、3つの遅れは、障害を補うための制度や技術開発の遅れ、視覚障害啓蒙の遅れ。そして3番目は、これは非常に大きい問題ですが、障害者差別など人権と民主主義の遅れ。これを克服していくことが私たちの課題だと思っています。3つの不自由というのは、医療で言えば対症療法と覚えていただければいいのではないかと思います。

す。それに対して3つの遅れというのは、原因療法、根本療法だといえるのではないかと考えています。

今日は、特に3つの不自由の問題について話をしたいと思います。まず歩行、移動の問題ですが、ここでは2つお話しします。1つは、駅のホームからの転落の問題です。昨年、私たちは東京で調査をしました。100人にアンケートをとったのですが、視覚障害者全体で50人がホームからの転落を経験しているのです。全盲者に至っては、3人に2人がホームから落ちているのです。

私はその状況から、駅のホームというのは視覚障害者にとっては綱渡りのようなもので、そこにある点字ブロックは命綱である、と考えました。昨年の12月から今年の11月までに、3人の方がホームから転落して亡くなっているのです。そして1人は、大腿骨を骨折するという瀕死の状態です。それだけではありません。最近またホームの転落の調査をしました。まだ結果がまとまっていないので、残念ながら発表はできませんが、ホーム転落者を100人集めるといえるのは、簡単なことなのです。そのくらい視覚障害者はホームから落ちている、怪我をしている、ということが分かっています。その問題の解決に、私たちは取り組みたいと思っているのです。

取り組むポイントは、3つあります。まずは、点字ブロックの敷設の問題です。これは命綱ですから、点字ブロックを敷設させていく。

それから、ホーム要員の確保の問題です。今年の11月に神奈川県で転落した人は、電車の車両と車両の間から落ちて亡くなっているのです。これは、ホーム要員がいれば電車は止められたのです。落ちたときに見つけられれば、電車を止められたわけですが、動いてしまったものだから、死んでしまった。そういうことで、どうしてもホーム要員がいなければいけないという状況があります。

それから、3つ目は、ホーム・ドア方式というものです。ホームが壁になっていて、電車のドアがあくと壁が開くようになっているホーム・ドア方式を実現することは、大切だと思います。最近、自殺者が多いですが、これは、その防止にも役立つ。もうそういう時代になっている、と私たちは思っています。

2番目は、読み書きの不自由の問題です。10年ほど前、私の友だちが「ラブレターを書きたいんだけど、自分じゃ墨字のラブレターは書けないしな」とポツリと言ったのです。断っておきますが、これは私ではありません。そういう話を聞いて、「なるほどな」と思いました。しかし、技術の開発が進んでいく中で、点字ワープロができてきて、いまはラブレターが書けるのです。けれども、まだ読めない。それから、書類の書き込みなどはできないという状況があります。そういう問題は、私たちの問題として、非常に大切な問題です。それから、差別の問題として言うと、点字の選挙公報さえ法律では認められていないのです。公職選挙法では、点字公報を作ることは認めていない。そういう実態さえあるわけなのです。このように、読み書きの問題はいろいろあります。

3つ目の不自由は、就労の問題です。これは1つだけ挙げておきますと、東京都の職員に障害者の採用試験がありますが、その中に点字試験がないのです。ということは、視覚障害者は障害者ではないということなのでしょう。どのように考えているのか分かりませんが、非常に不満です。こういういろいろな問題があるわけですが、私たちは、こういった問題を解決していきたいと考えています。なお、3つの遅れについては、今回省きます。

### どう構えるか

それから、私たちの運動の受け止め方の問題ですが、私は、まず、いろいろなことがあったら真正面で受け止める、ということは大

切にしています。例えば野球の守備でいうと、真っ直、真正面でボールを取るということです。真正面で取らないと、あとの送球などの処理がうまくできませんからね。そういう意味で、やはり真正面から受け止めるということは大切です。余談ですが、村山首相が、沖縄の米軍の暴行事件の問題で、この間のニュースで何だか訳の分からないことを言っていました。「今度は私が苦しむ番です」とか言って署名をするそうですね。「苦しむ番」というのは、どういう意味なのでしょう。沖縄の人の苦しみが分かっているのでしょうか。あれは、物事を正面からとらえていない一例だと思いました。

それから、2つ目は、一步踏み込んで対処するという事です。テニスを見ているとよく分かるのですが、テニスでは、いいボールを返す人は、必ず一步踏み込んで返しているのです。踏み込まない人のボールは、後ろに下がるから、ボールとボールが上に上がってしまう。だから、相手にボレーをされてしまうわけです。そういうのを見ていると、やはり踏み込むということは大切だな、と思います。自分でも、積極的になっていない問題については、何だか傍観者的に受け止めてしまうことがあるので、そういう面で、自分にも注意したいなと思っています。

3つ目は、運動を広く見ていくという問題です。これは団結の問題になると思うのですが、一言言いたいと思います。これは他の団体のことです。あまり詳しくは言いたくないのですが、「JBニュース」という点字のニュースに、日盲連という団体が、消費税が上がったときに「障害者には配慮しなさいよ」というようなことを社会党に申し入れをした、ということが書いてありました。これを読んだとき、私は非常に疑問に思いました。日盲連さんは消費税に対して正面から取り組んでいないのではないか、財源の問題を考えた、広くみんなと団結していく方向を見定

めていないのではないか、ということをお私に思いました。日盲連さんのような責任のある団体は、消費税に反対する障害者全体のこと、国民全体のことを広く見て運動に取り組む必要があるのではないかな、と思いましたので、これを、「広く見る」ということの1つの例にしたいと思ったわけです。運動の構えとか方向については、そういうことを思っています。

### 障害者運動の進め方

3つ目は、どのように歩むかという問題です。私は、レジュメに「知、主、闘、共」というスローガンを挙げています。大体、自分のスローガンも忘れてしまうので、言葉を短くすれば覚えていられるだろうと、このようにしているわけです。

「知」というのは、知るということです。事実と道理を知るということでしょう。私は、知るということは位置エネルギーだと思っています。ゴムを十分に引っ張って、放すわけです。そうしないと運動は力になっていかないという意味で、私にとって知るということは位置エネルギーだ、と思っています。だから知らなければいけないのだ、と言いつ聞かせているわけです。

2つ目の「主」は「主人公」の「主」です。先ほど「3つの不自由」ということを言いましたが、これは「主」に関係があるのです。3つの不自由は、視覚障害者が正面から受け止めて、先頭に立って解決していかなければいけない。そういう意味で、私は、3つの不自由を解決していく運動の主人公は私たちである、と位置づけているのです。この問題は視覚障害者であれば誰も引くことのできない課題である、と考えているわけです。

それでは自分はどうなのか、ということですが、私は、やはりできるだけ運動に積極的に取り組みたいと思っています。ある場面では運動の主人公になりたいと思いますし、要

求によっては、いろいろな視覚障害者が主人公になっていかざるを得ないし、いかなければいけないと思っています。例えば私たちの会で要求を集めますが、そのときには、なるべく会員が主人公になるように、会員の要求を集めるようにしていこうという努力をしています。そういう意味で、「主」というのは非常に大切だ、と思っています。

次に「闘」ですが、私は、闘いというのは、司法、立法、行政に対してバランスよくやっ  
ていかなければいけない、と思っています。私のところでいうと、やはり裁判は弱いですね。裁判は非常に難しいです。裁判闘争をやっていくというのは、非常にエネルギーが要ることですし、1人だけではできませんから、会を挙げて、国民みんなで闘っていかなければいけないという意味で、司法に対する闘いというのは弱いと思っています。それから政治の問題でも、政治的に高まっていかなければいけません。政治で政策を決めていくわけですから、私たちも政治にどんどん取り組んでいかなければいけないと思うのです。行政については、いろいろやっていると思いますので、司法、立法、行政にバランスよく、ということですよ。

2つ目は、国や自治体に総合的に働きかけていかなければいけないということです。国は全視協という団体がやっていますし、都は東視協がやっています。そして区は、私たちは東視協豊島支部というのを作り、3年連続請願採択、3年連続区長交渉をやりました。あまり威張ることではありませんが、今年も4年連続の請願採択を目指して、この間請願を提出してきました。このように、地域でもやるし、国でもやるし、都でもやる、というようにやっていかなければいけないと思っています。

#### 広くみんなと一緒に

次の「共」は、広く皆さんと一緒に、とも

にやるということです。これが私たちは非常に弱いといえますか、まだ遅れているところだと思えます。そして、最後に私が言いたいのは、視覚障害者問題にも積極的に一緒に取り組んでほしい、ということです。私は目が悪いので、一生懸命やっているつもりなのですが、力がなくて、どんなに頑張っても、なかなか先へ進みません。やはり目の見える人や、いろいろな人の力がほしいのです。視覚障害者問題だけではありませんが、いろいろな問題を頑張るには、皆さんと協力をして、知恵を絞ってやっていきたいと思っています。私たちの運動は、目の見えない者ばかりで何から何までやるわけですよ。ですから、視覚障害者問題にも、どんどん皆さんの力をいただきたいをお願いをして、発言を終わりたいと思います。どうもありがとうございました。手塚 山城完治さんに「3つの不自由」と「3つの遅れ」ということを中心にご提言をいただきました。最後には、「みんなの力がほしい」ということで言葉を結ばれました。それでは、次は広田和子さんです。よろしくお願いたします。

#### 精神の病気と薬の副作用

広田 広田です。精神障害者の立場からお話させていただきますが、病名は、1983年4月1日に通院が始まったときから「精神分裂病」です。当時の症状としては、出社拒否が続いていました。たまたま、山城さんが米軍の話をされましたが、私自身は、米軍基地の中で保護された経験を持っています。そのとき、警察が米軍基地の中まで来たのですが、私の身上調べを家のほうへ電話であれこれ問い合わせ、それで何も政治的な活動歴が出なかったの、「どうぞ、お引き取りください」ということになりました。そのときに警察官が、うちの母に「『和子さんは、おかしいですよ』と言った」と今年母から聞きました。現在母は80歳になりますが、当時は68歳で、

警察官に「おかしい」と言われた一言で、私は精神病院に行くことになりました。そして、結果として精神病院に行ったことで、障害が重くなったのです。

いま日本にどのぐらい精神障害者がいるかと申しますと、一応、厚生省の統計では108万人という数字が出ています（95年12月発行の『障害者白書』では推定157万人）。これは昭和58年の数字です。ただ、精神障害者の問題は、過去において非常に治安的な要素が強かったために、精神障害者に関する調査への反対運動も強く、実質、現在我が国にどのぐらいいるかということは、明確な数字は行政もつかんでいないのが現状です。もし皆さんが、心の病にかかったり、精神の病気になったときに、安心して医療にかかれるだろうかと言われたときに、私は残念ながら「安心してかかれませんが」とお話ししておきたいと思えます。だから現在安心してかかれるようにいろいろと活動しています。

私自身も、今日は体験談ということではないので、話をはしょりますが、83年に通院を始めて、88年に先生が「薬を飲み忘れていることがあるんじゃないか」と聞いたときに、私は5年間先生とつき合ってきたから、信頼関係があると思って、何気なく「ええ」と答えたら、いきなり「注射を打ちます」ということで、全くインフォームド・コンセントがなく、注射が打たれました。デポ剤という効果が1カ月くらい持続する注射です。

その副作用が出ました。いまこうして座ってしゃべっていますが、いちばん悪いときには、22時間、アカシジアという症状ですが、徘徊症になりました。着座不能、正座不能になって、よだれを垂らして、先ほど隣の山城さんが、片方の目が0.01という視力だというお話をされましたが、私は視力も0.1から0.01に下がって、耳も聞こえなくなり、匂いもしなくなり、ケーキを食べても、おすしを食べても、鉛のような味がしました。つまり

幻覚です。ありとあらゆる幻覚が出た。これは精神医療に携わっている人でないと分からないのですが、向精神薬はとても強いのです。便秘なども起こしますので、患者によっては、本当に下から出ないで、上から戻ってきて窒息死したりするような、そういう事例もあるのです。私自身も、ものすごい便秘で、本当に生き地獄のような中を、毎日、毎日過ごしていました。そのために、鍵と鉄格子の中に29日間、緊急入院したのです。

家族もそうなのですが、はたから見てみますと、症状が悪くなったと思う人が多いのです。症状の部分もあるのですが、私のような場合は副作用、症状ではなくて副作用が症状に見えてしまうということなのです。よだれを垂らして、背中を丸めて、「死にたいのよ。死にたいのよ」と言って、トボトボ、トボトボと歩いているのです。いましゃべる時にもこういうふうには水を飲んでいますが、これも薬の副作用です。現在も向精神薬を多量に飲まないで一睡もできない。飲んで、疲れると眠れない。昨日は、こちらに来て床が変わったので、あまりよく眠れていないのです。普段、大体12時間ぐらい横になっています。見かけは、ちょっと元気そうに見えますが、12時間ぐらい横になっていないと、非常に疲れる。何をしても疲れやすいし、副作用で喉が絶えず乾く。人によっては舌が絶えず出てくるというような、いろいろな副作用があります。だから、向精神薬が昭和30年代にできたと言われて、日本の精神医学は進んだと言われていますが、いまでもそれを飲んでいる人にとっては、とても辛い毎日があります。

#### 偏見と差別

それで、私が入院した鍵と鉄格子が、どうしてそういう背景があるかといいますと、要録集の47ページに古屋龍太さんという人が精神科特例の話を書いています。精神科特例というのは、他科の診療科目よりも精神科は、

医者は3分の1でいい、看護は3分の2でいい、ということになるのです。本来、精神科というのは、普通の科目よりももっと先生とコミュニケーションをとらなければいけないはずなのに、このような安上がりの医療になっているのです。そして点数も安い。だから、一般よりも半分以下の入院費用ということですから、それとマンパワー不足です。この中に精神の関係からの参加者がどれだけおられるかわかりませんが、同じ福祉の職場、また同じ医療の人の、精神の医療に就いている人に対する偏見や差別があるということも、スタッフから聞きます。

そして、障害者基本法に一昨年やっと精神障害者が入りました。「最初から精神障害者を入れようという声があったけれども、残念ながら、他の障害者から『あの気遣いたちは入れたくない』という声があって、一昨年まで入ることができなかった」と聞いたことがあります。障害者間の中の偏見、差別、そしてスタッフの中の偏見、差別、そして地域の中の偏見、差別。私が通院を始めた83年4月1日から今日までに、13名の自殺者と9名の突然死をした人がいます。それは、私の仲間だったり、友だちだったり、知人だったりという人です。そういう関係で22人死んでいるのです。これは、普通のことではないと思います。私は49歳ですが、みんな、ほとんど私より年下の人です。ある日、突然亡くなる。ある日、突然電車に飛び込む。ある日、突然洗剤を飲んで死んでしまう。そしてお通夜やお葬式のときに、約8割は「お焼香に来ないでくれ」と言われる。「精神病院の友だちは来ないでくれ」、「精神障害者は来ないでくれ」、「精神病の患者は来ないでくれ」、「仲間は来ないでくれ」。これは、家族を責めることはできないのです。そういう社会が存在していると思います。

去年、日本病院地域精神医学会という学会が名古屋であり、10何人も当事者が参加し

ました。今日も当事者が3人出ていますが、当事者が10何人も学会に出るということは非常に珍しいということで、「NHKのニュースに出てくれ」という話になりました。私は「地元の人に出てもらったほうがいいでしょう」と言ったのですけれども、「名古屋の人は、『マスコミに出るとバッシングに遭うと困るから出られない』ということ」で、私が出たのです。そのときに、名古屋のNHKから電話があって、「広田和子さんが精神障害者としてNHKの東海地方のニュースに出ることについて、親、兄弟、親類一同に了解を取ってくれ」と言われました。

それから、私は「らくらく・バンド」という音楽のバンドもやっているのですが、このバンドが新聞に取り上げられたときに記者が「仮名にするのか、本名にするのか」と私に聞いたのです。このようなことを聞くこと自体が、もう一般的ではないと思います。私は「写真も出て、普通に生きようというのだから、当然、本名が出るんじゃないんですか」と言ったのですが、結果的には「A子さん」で出た。長いこと話すと時間が足りませんので省きますが、それは、その新聞社の東京本社内で90年9月に話し合った結果、精神障害者を実名で出してしまったら、「あの新聞社は、何で精神障害者を実名で出してしまったの」と思われたら困るということでした。よく精神障害者が事件を起こしたときに、報道機関は、精神障害者の人権を守るという形で匿名にしますが、私は、そのときに、「ああ、これは報道機関の偏見だ」と思うのです。

そういう状況の中で、鍵と鉄格子の中に、いま34万8,000人がいます。そのうちの約3分の1、12万人ぐらいは、これは厚生省の調査結果ですが、社会的入院、つまり社会に受け皿さえあれば、いつでも出られるという人たちです。しかし、私の知り合いの病院のスタッフたちは「もっともっと、6割はいるよ」と言うのです。半分以上は出られる状態であ



る。しかし、出られない。家族は高齢になって引き取れない。または、いなくなっているのです。

## 生活障害

それから、私のレジメの中にもありますが、あるシンポジウムで、他の障害者は全部当事者が出ていたのですが、精神だけはなぜか著名な専門家が出ていました。いきなり出てきて、「精神分裂病の人は、ご飯も炊けなければ、味噌汁も作れない」と言ったのです。私は、ご飯は炊けません。でも、炊飯器が炊いてくれます。お米さえといて、水を入れてスイッチを入れれば、炊飯器は使えるのです。でも、長いこと病院にいてそういう炊飯器があることさえ知らない入院患者がいっぱいいるのは現実です。今日の朝、私はトーストを1枚食べました。病院は、温かい食事を出そうと思っても、トーストまでは出せないのです。トーストがあることを知らない。トースターがあることを知らない。それから生活保護で入院していると、日用品費が2万2,690円出ます。けれども、病院がお小遣いを管理しますので1万円札を見たことがない。

それからバスです。私は、横浜に住んでいます。それで、生活保護ですから無料パスが出ていますので、それで乗っていますが、バスもそうで、おつりがどこから出てくるのか、おつりとして出てくるのか、または両替をするのか、後ろから券を取って乗るのか、そういうようなことを全く知らないのです。私が若いころは、車掌さんがいました。車掌さんがいたころに入院した人は、後ろから乗っていいのか、前から乗っていいのか分かりません。こういうことを、生活障害というのです。

バンドで、ちゃんこ鍋屋に行きました。何にも手をつけられない人がいます。「どうしたの」と聞くと、登校拒否をしていて、会社も行っていなくて、お母さんと2人だけで向き合っ

て食事をしていたので、鍋ものは初めて食べる、それで「鍋の食べ方が分からない」というのです。そこで、「鍋は食べられないよ。こういうふうにとって食べるのよ」と仲間が教えてあげると、本来ならば楽しく会話をしながら鍋料理を食べるのに、夢中になって鍋料理を食べて、慌てて駆けて帰ってしまった。そして、夜中の12時ごろ電話があった。「どうしたの」と聞くと、「食べすぎちゃって、お腹をこわした」と言う。それで私は、「じゃあ、この次は食べすぎないようにね」と話をしました。そういうような皆さんが笑うような生活、浦島太郎のような生活があるのです。

そういう人は、動作も非常にゆっくりです。けれども、社会の動きはとても早い。私も、病院を退院して1年間、作業所通所後3カ所に就労しました。2カ所目は362日、9時から8時まで稼働していて、外国人労働者と共存でした。そこで、「あなた、そこが障害だよ」と、零細企業の社長が言う。そういう中で、こっちが「ノー」、「ノー」と会社側に言っていけないと、どんどんその歯車の中に入れていってしまう。

精神障害者は、見かけは分からないから、うちでグダグダしているとか、どこへも行かないとか、いろいろ言われるのです。今は昔と違って、コンビニがあります。あれは、みんないいと言いますね。昔だと、例えば八百屋だと、「おじさん、これ1個」と言うのだけれども、コンビニだったらほしいものを持ってきてお金を出せば、何にもコミュニケーションがなくて買える。それと、夜は暗いから人目をはばからず買える。そういうような精神障害者がたくさんいます。

## 心の豊かさ

私は、91年にアメリカに行きました。日本はアメリカに敗戦して、戦後、民主主義が日本に入ってきたと言うけれども、アメリカか

ら何を学んだのでしょうか。今年も、アイルランドへ行ってきました。こう言うのと、いかにもお金がありそうですが、実は生活保護で、助成金やカンパで行っています。そうすると、生活保護の福祉事務所の係長さんたちが、「私でさえ行ったことのない海外へ、あなたは何で行く」みたいに言うのです。社長の奥さんも、そうでした。「社長夫人の私でさえ行ったことのない海外旅行へ行く、あなたは何様なの」と言うから、「はい、精神障害者様です」といった言い方をしたのですが、それは私のキャラクターだから言えるので、実際は言えない人が多くて、「何で行くの」と言われた時点で行けなくなってしまう人もいるし、病状を崩す人もいます。でも、私たち精神障害者も、社会に近づく努力をしているのです。

アイルランドやアメリカへ行ってみると分かるのですが、「日本は経済大国だ」などというのはおこがましい。消費大国だと思います。夏の夜は夜風が入ってくるから、バスは窓を開ければいいのに冷房を入れている。そういうような、ものすごい消費大国だと思います。それで障害者の社会資源は、アメリカで見ると、365日、24時間システムでオープンしている。しかし経済は、アフター・ファイブと土、日は休んでいる。日本はどうでしょうか。経済は365日、24時間動いている。しかし、多くの社会資源は、土、日が休みです。その辺は、物がこれだけ豊かになったのだから、少しは心の豊かさを取り戻していかなければいけないと思います。それは、とりもなおさず、ここにおられる、まだ障害をもってない人も過ごしやすいことなのではないか、と考えています。それと、「働かなければ人並ではない」という眼差しが、障害者の生活を生きづらくさせているのです。

本当に、言ったら切りがないのです。先ほどの生活体験を通しての提言で、阿部さんが施設の話をしていました。生活保護施設とい

うのがありますが、その入所者のうち約8割が精神障害者です。どのくらいのお金が使えますか。現物支給なのです。横浜市から5,000円出ています。たったそれだけなのです。あと、シャツを並べておいて、それを取る。そういうような所もあるのです。そして精神障害者の作業所は、いま全国で963カ所、神奈川県内で102カ所です。グループホームもできてきています。しかし、何十万人と言われる社会的入院患者が社会で生きていくために必要な数のグループ・ホームは国では作り切れない。

### 精神医療施策の遅れ

民間の住居を借りて住む場合など、家族の高齢化を考えると公的保証人制度が必要です。多種の社会資源が必要です。精神病院に入院すると、保護者が必要なのです。私は盲腸でも入院したことがあるのですが、別に保護者は要りませんでした。でも、精神病院は本人と医師の契約でなく、保護者と医師との契約になっています。また、ここに面会についての「厚生省保健医療局精神保健課長通達」というのがあります。盲腸で私が入院しているのだったら、「広田和子さんは、何号室に入院していますか」とお見舞いに来たら、教えてください。でも、精神病院は教えません。多くの病院は、面会は家族だけなのです。それは家族にとっても負担だし、本人にとっても、社会とかけ離れている、そういう社会がこの豊かな日本にあることを、先進国でいちばん遅れているという精神障害者の施策、精神医療の施策があることを、ぜひ知っていただきたいと思います。時間がきましたので、また後ほどつけ加えさせていただきたいと思います。ありがとうございました。

手塚 広田さん、どうもありがとうございます。それでは三澤さん、お願いいたします。

## 障害者が地域の中で自立していく条件整備

三澤 障害連の三澤と申します。よろしくお願ひします。いまのお2人のお話が、たいへん感動的といいますか、非常に現実的で生々しいお話でしたので、このあと、障害者施策全体の、抽象的、概念的な話をしようと思う私は、少し話しにくいな、というのが正直なところです。それから、手塚さんからは、15分を必ず守れというお話なので、手話通訳の方には申し訳ないのですが、少し早口でしゃべることになってしまうと思いますが、ご了承ください。

昨日から言われていますが、障害者を取り巻く施策というのが非常に目まぐるしく展開しているというのは、誰が見てもそういう状況にあると思います。いま、私たち当事者運動の側も、国の各省庁なり自治体から出てくるさまざまなプランだとか、方針、制度的な計画案といったものが次から次に出てきて、それを読みこなすのに精一杯で、運動として新しいものを当事者から提起して、作り出していくということに、なかなかこちらがイニシアティブをとって動き出すことができにくいので、若干のいら立ち、あるいはジレンマ的なものを感じている、というのが現状だろうと思います。

その中で、厚生省が出した保健福祉施策推進本部の中間報告というのが7月に出て、12月にはそれがもう最終報告的な形でまとめられて、「障害者プラン」という形で出される、ということが伝えられているわけです。その中で、その目的なり理念なりのところでは、これまでずっと障害者運動が言い続けてきた「障害者の自立」とか、「障害者の人間としての尊厳」とか、「地域で自立していく条件整備」といったことが、国なり自治体が出てくるものの中にも、言葉としては非常に数多くちりばめられています。

「ノーマライゼーションを実現するための」

という「ノーマライゼーション」という言葉が、いちばん多く報告書の中にも出されていたと思うのですが、どうしたら、本当の意味で誰もが、どんな障害をもっている、地域の中で1人の人間として権利を行使して生きていける状況を作り出していくことになるのかということになると、いま、お2人のお話にあったように、まだまだ多くの差別なり偏見なりというのが渦巻いています。制度的にも、障害者を1人の個人、1人の独立した人間という形で位置づけようとしめない制度的な縛りというか枠組みが、まだまだ多く残っているのだと思うのです。「障害者は本当に独立した個人だ」という位置づけには、まだまだなり得ていません。

具体的には、各種の施策が、いわゆる扶養義務規定的なものがあって、所得制限だとか、あるいは、その施策を個人として受け入れるのではなく、いわゆる親や兄弟の付属物的な扱いのところでは障害者が扱われているという状況というのは、まだまだ払拭されていない。制度としてそれがまだ残っているというのが、いまの現実だと認識しています。それを打ち崩していくことを、障害者運動の1つの大きな課題としなければならないと思うのです。これからさまざまな形で展開される施策策定、あるいは施策の推進という中で、いちばん基本としなければならないのは、やはり障害者の権利に基づいたものであることが、まず大原則として打ち立てられなければならないと思います。それまでの、どちらかというと思恵であったり保護であったりという立脚点から展開されてきた各種の施策を総ざらえする形で、改めて、1人の人間の権利というものをどこまで大切にしていくのか、どこまで重要なものとしていくのか、という形で施策を展開していくということが、まず大原則として打ち立てられなければならないと考えております。

障害者が地域の中で自立して生きていくと

というのは、どういう報告であっても、どういう計画案であっても、まず言われていると思うのです。基本的な法律の中で、障害者の地域での自立と社会経済活動を支援するというのは、障害者基本法の理念なり目的という形で出されているわけです。しかし、障害者が地域で自立して生きていくということはどういうことなのか、ということになると、いま出されていたような障害者に対するあからさまな、あるいは隠された偏見なり差別なりというものを一切許さないぞ、差別を全面的に禁止していくぞということが、さまざまな施策の大原則として打ち立てられる必要がある、と考えています。

具体的に障害者が地域で生きていくということになると、やはり地域で生きていける条件整備というのが、まず必要ではないかと考えています。地域で生きていく条件というのは、さまざまなものがありますが、共通して基本的なものとしては、人間はこの社会で生きていくためには、やはり経済活動をしなければならない。そして、経済的に社会の中で生きていくということになると、経済的な能力というのがきちんと身につけられなければならない。それは、1つは雇用の場の拡大です。一般社会の人と同じレベルで障害をもつ人が働き、給料をもらい、それでそれぞれの生活を作り上げていく、というのが1つの形です。

現実にはまだまだ雇用の対象になりにくい、就労に適しにくい障害をもった人たちが数多くいますので、その場合には、年金を中心とする所得保障が的確な形で行われているというのが、経済的な能力をそれぞれの形で障害者が身につけることができる、ということだと思います。

それから、生活の拠点として生きていくことができる住まいが、きちんとした形で保障されていくこと。障害に合った住環境を自分のものとしていくということ。どういう街で

も、どういう地域でも、どんな障害があっても自由に動いていける、そういう条件整備も必要であるということです。

次に、社会の中で、さまざまな形で社会に参加して活動していける場をきちんと保障していくこと。そして、必要な人には、必要なときに、必要な量の分だけ介助が提供されるような、そういう介助システムが的確に整備されることも必要です。

そういう5つの課題というのが、まず基本的な原則としてあるのだと思います。それ以外に、教育の問題であったり、医療の問題であったり、さまざまな条件整備というのがまだまだ必要になってくるわけです。地域で生活をしていくということを実現するためには、これらの経済的な自立、住宅の確保、移動の自由、社会活動の場の保障、必要な介助を受けることのできる条件整備、こういう条件を、やはりきちんとした形で作り出していく、障害をもつ人それぞれが、自分の選択、あるいは自分の決定によってそれを使いこなしていき、地域の中で1人の人間として暮らしていくことができるような条件整備をしていくべきである、と考えます。

#### 当事者側の政策提起能力を高める

それぞれの課題に関しては、やはりその課題の整備の仕方というのがあると思うのですが、基本的には、当事者がニーズをきちんと打ち出し、そのニーズに沿った形でそれぞれの課題の整備をしていくというのが、まず大原則になっていかなければならないと思います。従来は、どちらかという当事者抜きで、あるいは当事者の意見はほんの参考という形で聞かれていました。いわゆる専門家という人たちが、彼らにはこれぐらいのものは必要だろう、このぐらいの条件を整えてあげないといけな、こういう形で条件を作っておかないと、彼らは危ないであろうとか、生きていくのにフォローしてあげなければいけない、

保護してあげなければいけないという観点で、それぞれの施策が作られてきた傾向が強いと思うのです。しかし、これからは、施策を展開する上では、やはり当事者が中心になっていくべきであるし、当事者の意見によって、当事者のニーズによってそれぞれの施策が整備されていくということが、必要であろうと考えます。

我々の運動としては、そういう形にもっていきたい、というのがあるわけですが、そういう場合に、やはり当事者の政策提起能力というものを、もっともっと当事者の側でつけていく必要があるということは、いま痛切に感じております。政策を学び、政策を自ら打ち出していくという機会を、当事者側がもっと積極的に求めていく必要があるし、それから能力を高めるために、当事者だけの力ではなく、ここにお集まりの皆さんのような専門家と対等な形でともに学び合い、ともに作り合う力を合わせていくような、そういう政策提起能力を高め、あるいは施策を展開させていくための能力を高め、ということが、当事者としては必要であろうと考えています。

#### 当事者と専門家がパートナーシップを結ぶ

そのときに、私たち当事者の側から専門家の皆さんにお願いしたいのは、新しい社会状況、新しい社会政策を作っていく上での、本当の意味のパートナーという位置づけを当事者に与えるべきだと考えます。お互いに学び合う部分というのは非常に多いし、ただ一方的に専門家が対象としての当事者を導くという図式は、もうそろそろ解消して、お互いが導き合うことが必要だと思うのです。本当の意味でのパートナーシップを打ち立てていくというのが、これからの状況ではないかという気がします。

#### これからの障害者運動に求められるもの

そして、さまざまな社会的な条件整備のときに、先ほど山城さんからは、国や自治体双方から展開させていくというお話がありましたが、1人ひとりの障害者が身近な地域で、自分の本当に身近なところから地域を変えていく、地域の中でさまざまな新しい試みを展開させ、それを国のほうできちんと全体的な制度にさせていくという方向も、もっともっと大きい道筋として作っていく必要があるのではないかと思います。特に私たち障害者の地域の介助・介護条件ということを見ても、いま私たちの周りでは、いわゆる全身性介護人派遣事業というような形での介助サービスのものが、地域で起こり始めています。

これは、いわゆる国のホームヘルパー制度を、当事者が本当に使いやすいような形で作らせていこう、という運動の1つの結果で、県レベルでは、東京、埼玉、神奈川、兵庫、市としては大阪市という、いくつかの先進的な自治体で動き出している、いま急速に全身性介護人派遣事業のようなことが各自治体の中で動き出しているというか、整備され始めています。それを全国的なものにさせていった中で、いわゆる国の介助制度、いま公的介護保険制度がさまざまな形で論議されていますが、それに強く影響させていくような、そういう役割が必要になってくるのだと思います。

ついでにお話しすれば、いまの公的介護保険制度、あるいは、いま出されている『新たな高齢者介護システムに関して』という報告書を見ても、障害者当事者の側から意見を言っていく、あるいは、障害者が自立生活運動の中で勝ち得てきた理念なり方法なりというものを、高齢者介助の中にももっともっと強く影響させていくということが必要である、と考えています。そういう役割を、今後はますます障害者当事者運動が、いままでの要求

運動は要求運動で、これからもまだまだ必要になってくるし、それから、差別を糾弾するというか、いまある差別を許さないという姿勢での運動というのもまだまだ必要である、ということは前提として、その上でもう一段上というか、政策的なところに踏み込むような運動展開が、障害者当事者運動に求められている状況だと思います。

重ねてお話ししますが、そういう状況の中で、専門家の皆さんとは、本当の意味で対等なパートナーシップというものをきちんと作り出して行って、新しい社会を作り出す力をお互いに高めていきたいと考えております。時間が来ましたので、以上です。

#### [質疑応答]

手塚 どうもありがとうございました。いま、山城さんと広田さんと三澤さんから、それぞれのお立場に立ってのご提言がありました。フロアの皆様方、ご質問なり、ご意見なり、どうぞ積極的によろしく願いいたします。

寺田 昨日の情報保障の分科会で発言した、東京青い芝の会の寺田と申します。私たちは、幼いときからの全身性障害者であるということ、障害が全身性であるということの、2つの面から強調してきたのですが、先ほど広田さんから、「社会的な浦島太郎」と端的な発言がありました。社会から隔離されてきたことによる障害という問題と医療の薬物の副作用のことを言われました。社会から隔離されてきたことによる問題は、私たちが幼いときからの障害による問題として強調してきたものと非常に共通していると思います。そういう意味で、広田さんのお話を感動を持ってお聞きしたのですが、私たち幼いときからの障害者が、幼いままの障害者として成人し、高齢化してきたその原因の1つとして、養護学校のように無菌状態ともいふべき環境というものが整備されていたことにあると思いま

す。そういうことを昨日の分科会では問題にしました。司会の中野先生からも、会場には養護学校の関係者の方がたくさん来ていたので、「これについて、何かご意見がある方」と言って水を向けたのですが、無菌状態というかなり挑発的な言葉で提起したにもかかわらず、それに対する養護学校関係者からの反発らしきものは全く聞かれなかったので、この研究大会にしてはいささか活気に欠けるのではないか、という印象を持ちました。広田さんの言われたような精神（障害）の問題などに、社会の関心が次第に高まっていますが、私たち幼いときからの全身性障害の位置づけは、ますます影が薄くなっているように思われて、あえて強調しているのです。そういうことと広田さんのお話と関連して、いま一度注意を喚起していただければと思って、発言をいたしました。

手塚 どうもありがとうございました。ただいまの発言は、東京青い芝の会の寺田さんからの発言でした。

井上 山城さんにお伺いしたいと思います。先ほど、選挙の投票に点字がない、というようにお話がありましたね。県と市の選挙管理委員会というところに、申請といいましょうか、要求しましたでしょうか。また、それで断られたのでしょうか。点字版は、本来ならば県と市の選挙管理委員会が作るべきものだと思います。そのことについて、どうお考えでしょうか。

手塚 先ほどの山城さんの提言の中で、選挙公報には点字は認められていない、という発言がありました。それに対して、どのように運動を進めて、それに対する反応、回答等はどのようなのか、というご質問の内容でした。山城さん、よろしく願いします。

山城 ちょっと早口で、舌足らずで申し訳ありませんでした。政見などを書いた点字の選挙公報というのが、公職選挙法で認められていないのです。実際は、そういうことは認め

られていませんが、「選挙のお知らせ」といった名前を変えて、国政選挙や都知事選挙や都議会選挙等々で作っているのです。それは、「選挙のお知らせ」なのです。普通だったら、「選挙公報」と出るでしょう。けれども、点字の場合は、少し遠慮して、名前を変えて、「お知らせ」という抜粋版でしか出ないのです。それは、点字の選挙公報というのは当たり前のもので、それを公職選挙法で認めていないからです。だから、法的にいうと、あれは法外なのです。法外な話だなと思えますが、そういうことなのです。

私たちは、もちろん自治省に言っています。兵庫のほうでテープのお知らせを作ったら、自治省がこれにクレームをつけて、「何だ、これは法律違反じゃないか」と押さえにかかったのです。それから、私のところだから言いますが、豊島区で、初めは「選挙公報」として出たのです。私は、「やった」と思いました。「これでいくんですか。選挙公報ですね」と言ったら、豊島区も調べたのですね。「ご免なさい。『お知らせ』で我慢してください」と言われました。そういう意味なのです。だから、地方では、「『お知らせ』ということで発行しなさい」ということで、たくさん実現していますが、選挙公報としては認められていない。はっきり言えば、まだ点字を一人前と認めていない、3分の一人前ぐらいだと国のほうは扱っている、と理解していただきたいと思えます。

手塚 そのほか、いかがですか。

太田 千葉県第一更生園の太田と申します。皆さんに質問というよりは、お願いをしたいと思えます。まず広田さんのお話を聞いて、私は昨日までは精神科医とっていなかったのですが、先ほどの発言で精神科医と名乗ってしまったことを、大変ビビっております。朝日新聞に、ずっと昔、「ルポ・精神病棟」というのがあって、そういうのをまた思い出しました。

実は、私も施設長で、かつて精神病院にもおりましたものですから、感じますのは、確かに厚生省の雰囲気が変わったり、意向が変わってきて、計画の段階では、障害者団体の代表や、あるいは障害者の意見を聞く形に、だんだんできてきていますが、作ったもの、例えば社会福祉施設、あるいは民間病院まではなかなか難しいと思いますが、公的な精神病院の姿勢がどうであるか、それを利用者の側からチェックするということをしていかないと、やはり専門家集団だけでは駄目だと思えるのです。真面目な専門家は、どういう形にしていけばいいか、やはり悩んでいるのです。というのは、自分も当事者ではないのです。例えば広田さんのように精神病院を卒業された方が見て、精神病院というのは、あるとすれば、こういうことが望ましいと。例えば保護室などは、どうしても必要なのです。いま広田さんはそういう状況ではないのですが、場合によっては保護室も必要だと思えるのです。ですから、そういう場合に、どんな形が望ましいのか。

企業でも、いま社外重役などというシステムが少しずつ広がっていますが、こういう公的な社会福祉施設あるいは医療施設に、やはり民間のお目付役というか、チェックする人が必要だと思えるのです。確かに社会福祉施設などには理事会というのがあるのですが、これは形式的で行政に都合のいい人材が選ばれるのが普通です。ですから、理事会は当てになりません。障害者団体の方、あるいは利用する団体の方が、そういうところをチェックできるようなシステムができればいいと思うのです。おそらく、なかなか難しいでしょう。先ほど山城さんが、民主主義はまだ日本では徹底されていない、というようなこともおっしゃいましたが、そういうことをまた考えていただければと思えます。

手塚 どうもありがとうございました。専門

家集団では限界があるから、利用者の側からチェックしてほしい、というご提言でした。あとで、まとめの中で、そのことを含めて、ご提言いただきたいと思います。

久保田 東京の目黒区立の作業所の職員で、久保田と申します。三澤さんにお聞きしたいと思います。政策形成能力というお話がありました。先ほど「生活体験を通しての提言」で発言者の木村さんもおっしゃっていましたが、福祉法の改正で、いままで県レベル、国レベルだったものが市町村に下りてくる。そうなるのと自治体で政策を作ることが必要だ、といまあちこちで言われてきていて、自治体の職員も、上で言われたのではなくて、自分たちで政策を作らなければいけないというので、いろいろ勉強もしているところなのです。けれどもどんな方法がいいのか。自治体でやる場合には、例えば自分の頭で考えるだけではなくて、いろいろあちこちの自治体でやっていると思うのですが、障害者団体の方と一緒に懇談の場を持って、そこでいろいろ要望などを聞いて、それはどう解決すればいいか、と予算を考えて、対策を研究していくという方法かと思うのです。

そうではなくて、むしろ当事者のほうから政策形成能力を作るのだ、というのは素晴らしいと思うのですが、具体的には、いまどのへんで悩んでいらっしゃるのか。あるいは、自治体職員に、もっとそのへんのところで、こういうふうによれ、そのほうが政策形成がやれるのだ、というようなお話があるかなと思うのですが、そのへんを教えてくださいと思うのです。

手塚 三澤さんにあとでお願いします。そのほか、いかがですか。

尾上 私は、大阪で福祉のまちづくり条例の制定運動にかかわっている、尾上と申します。先ほどの当事者参加、あるいはチェック機構ということに関連してですが、いま、施策だ

けではなくて、いろいろな企業や、いろいろなところで、「人にやさしい」とか「何々にやさしい」というのがすごく言われるようになっていっていると思うのです。実は、大阪の福祉のまちづくりで、いまいちばん問題になっているのが、JRが作ったタッチパネル式の券売機なのです。

山城さんにあとでお聞きしたいのですが、ご存じのとおり、「人にやさしい券売機」というスローガンなのに、全然視覚障害者には使えない。しかも、私たち車椅子の者にとっても、あれは斜めから見るので、すごく使いにくいのです。ですから、「人にやさしい（障害者には厳しい）」券売機なのかな、と思っているのです。「人にやさしい」とか「ともに」ということはすごく言われるようにはなっているのですが、どうも私たち障害者の立場、利用者の立場からすると、果たしてどうなのかな、と思うようなことも多々あるわけです。そういう意味で、ああいう商品の開発も含めて、もっともっと当事者が参加していくべきではないかと思うのですが、視覚障害者の立場から何かご意見があれば、聞かせていただきたいと思っています。

もう1つ、私は大阪に住んでいるのですが、実は、大阪では、精神医療ではいろいろな問題があるのです。もう20年ぐらい前に暴行事件で死亡事件が起きて、また10年前にも起きた。新聞でも触れているわけですが、そういうふうには、表に出ているだけで3回ほど事件を起こしている病院が、いまだに経営ができています。ご存じのとおり、精神保健法になった段階で、都道府県段階での精神医療審査会ができて、本当はそこでチェックができることになっているはずなのですが、いまだに大阪ではそういうことが起きている。果たしてその審査会をどうしていくのか、あるいは、そこに当事者が参加できているのか、あるいは、参加の上でどういう権限を持たせるべきかという点について、ご意見があればお聞き



したいと思っています。

手塚 ありがとうございます。まだ、ご質問、ご意見があるかと思いますが、時間が迫ってまいりました。いま、大きく3つの質問が出ました。1つは、当事者からのチェックということ。第2は、三澤さんに対する質問で、当事者からの施策提起を市町村ではどのような形でそれを受け止めていったらいいのかということ。第3は、精神障害者事件に関連しての審査会への当事者参加ということです。当事者参加については2つのテーマが出てまいりました。これら大きく3つのことを含めまして、お三方それぞれの立場から、3分程度ずつでまとめをしていただければと思います。それでは山城さんから、よろしくお願ひします。

山城 タッチパネルの件で、「出た」と思いましたので、言わせていただきます。JR東日本もやろうとしましたが、私たちは猛反発をしたのです。何しろ切符というのは、全盲の者にとっては、買って確認できないわけです。何を買ったのか、もしかしたら違うのを売りつけられたのではないか、と思っているわけです。それが買うときに確認できないようでは、これは券売機ではない。あれは欠陥品だ、と私は主張したのです。全くそのとおりです。

それから、当事者問題の話でいうと、マスコミに出たり、JRに行ったりしていますが、私がいちばん感じたのは、何か施策をやる前に、当事者に相談するというシステムがない、ということです。いつも後追いになって、「作っちゃったけど、あんまり改善できないけど、どう」という聞き方をするわけです。それを、作るときに、地域、障害者、消費者団体、その他いろいろな声を聞いてやるような社会システムづくりにしないと駄目だと思います。

それから、豊島区で請願をやって、豊島区の議員さんや行政の人たちと一緒に、池袋の

駅点検をやったのです。池袋の駅点検をやって、そのあとに懇談会をやったのです。障害者問題を取り上げてもらったという意味では、初めての経験だったのですが、そういうことを、議会やあちこちで論議していく必要があるなと思いました。それで、池袋の駅の改善をするということで採択されたのですが、そういう取り組みが必要だということです。

もう1つ、原宿のシャンゼリゼ通りに点字ブロックをつけてほしいという要求が出たので、この間、商店街の人と話し合いました。商店街の人たちは、点字ブロックというと初めは「胸に槍を刺された思いだ」と言いました。「黄色」と言われたら、もうギクッとしたと。つまり、黄色は目立つからつけないわけです。シャンゼリゼって、しゃれているでしょう。そこに、何千万という点字ブロックをつけるというのです。商店街の人たちは、黄色にしたくないということがあり、いろいろ論議した結果、何とか黄色に近い中国の御影石を選んでもらって、「これで、お願ひしたい」ということで、一応話がつかしました。このように、行政はもちろんですが、これからは民間にも手を広げて、運動を強めていく必要があるな、と感じました。

最後に、先ほど申し上げましたが、そういう知恵、情報、力というものが、まだまだ決定的に私たちに不足しているのです。私たちの小さな節穴から見ているような狭い視野と、力のない力で、何とかできるだけのことをやっているというのが、いまの視覚障害者運動の現状ではないかなと思っているのです。そういう意味で、パートナーといえますか、一緒に力を合わせて、運動をもっともっと進めていきたいなと思っています。

手塚 ありがとうございます。それでは広田さん、お願ひいたします。

広田 尾上さんのご質問について私の知っている範囲でお答えさせていただくと、精神医療審査会は、15名の委員のうち9名が精神科

医で、4名が弁護士とか検事とか判事とか人権擁護委員会委員、あと2名は学識経験者ではないかと思えます。当事者は入っていません。これは、厚生省が法律で定めて決めているのです。実際に私は精神医療人権センターのスタッフもしているのですが、その審査会があることを、学習不足でついこの間まで知りませんでした。知らない人が多いので、神奈川の場合だと、審査会があることを県のたよりに載せてくれ、何しろ密室なのだから開かれなければいけない、ということを行っているのです。

去年、神奈川でも越川記念病院問題というのが起きました。180名のうち12名が1年間のうちに突然死しても、精神保健法でも、医療法でも、医療を罰することはできないのです。例えば暴行事件のような刑事事件になれば、罰することはできるのです。それから、損害賠償のような民事になれば、それは裁判になるけれども、ただ死んだというだけでは、それが何人いても、「おかしいね」と言うだけで、患者仲間では、「薬が多かったんじゃないかな」とか、いろいろなことが出ますが、そこは全く密室です。どうしたら、そこが開かれていくのか。精神障害者も自己決定能力があるのだ、保護者なんか必要ないんだ、と私たちは言い続けてきているわけですが、実際には、家族に病名を告知して本人には知らされていなかったりしていることももちろんあります。今回の阪神大震災でもそうですが、本人には薬を告知されていない場合も多いのです。だから、医療機関が全滅したときに、自分が何の薬を飲んでいたか分からないわけです。「それを言ってほしい」といま言っているのですが、行政のほうから病院の側へなかなか出してもらえません。このように、病名も、薬の名前さえも知らないでかかっている患者が、大勢いるのです。

それから「ペイシェント・アドボカシー」、患者の権利養護というのが欧米では進んでい

て、私が病院のOGだとしたら、そういう人が入院している患者さんをサポートして、病院側や行政にもものを言っていけるようなシステムに対し、欧米では行政がお金を出しているのです。でも、それは日本では本当に程遠い。そのへんを考えると、逆に私たちも、どうしたらいいのかと思ってしまいます。オンブズマン制度とか、いろいろ行政に言うけれども、なかなかそれにつながらないし、神奈川の例でいうと、神奈川は日本でいちばん人口に対し精神病院の病床のパーセンテージが少ないのです。そうすると、入院患者を入れてもらうために県が頭を下げる必要はないという関係で、これはどこの行政にも言えることなのですが、とても医師会とか病院協会に弱いということがあるのです。

ただ、患者も黙って見ているだけではないと思います。審査会が妥当かどうかは分かりませんが、そのようなチェック機関に、当事者をただ1人入れたということではなくて、複数が本当に入って、見ているんだよ、というようなシステムがないといけないと思うのです。いまいろいろな委員会がありますが、1人出てくれということになると、逆に当事者の意見を聴いたとアリバイづくりに使われているのではないかと思うこともあります。

私は今回、厚生省の動きでよかったと思うことがありました。手帳が精神障害者に出ました。それがいいかどうかは、いろいろな意見があります。現実の問題として、「ほしくないよ」と言う人もいれば、「手帳に写真をつけないほうがいい」と言う人もいます。私などは、身分証明書がないから、つけたほうがいいと思うのです。しかし逆に、つけられない人もいるという現実があります。つけられないから、他の障害者並のサービスは今回は見送りたいというような意見も、報道で見たりします。こういった現実の中で、その精神障害者手帳の説明とヒアリングが、全国5

カ所の会場で開かれたのです。そのときに、厚生省精神保健課が、過去の精神障害者施策について謝罪をしたのです。私が行った東京会場では、450人ぐらいの人が集まりました。そして、雷が鳴る日だったのですが、当事者が、「この雷は、厚生省に対する我々精神障害者のこれまでの怒りだ」という形で発言して、すごい拍手が来たのです。

このように、何か行われるときに1人委員を入れて、「とにかく聞いたよ」ということではなくて、情報をオープンにして、みんなから意見を聞くような開かれた行政、開かれた医療というものが今後はぜひ必要だと思います。そして、その中で自分がどういうものを選択して、どう自己決定して、どう自己責任を持って生きていくか、ということが社会参加だと考えています。それがなかなか程遠いのですが、ぜひ、今日ここに来た皆さんには、精神障害者に関する書物も読んでいただきたいと思います。

ただ、1つ注意していただかなければならないことがあります。神奈川で精神保健ボランティア講座というのをやっているのですが、なまじっか知識として知ると、「あの人は被害妄想ね」ということになりがちです。例えば、私がアメリカから帰ってきたときに、「このごろ来なかったね」と肉屋さんに言われたので、「ちょっとアメリカに会議に行ってきた」と言ったら、肉屋の奥さんが出てきて、「そうか、そうか、アメリカに行きたいと思っていたら、とうとうアメリカに行ってきたと思っちゃったのか。可哀想にね」と言ったのです。その人は、精神病院の看護婦さんですよ。だから、ここにおられる福祉の仕事に携わっている人にも言えると思うのですが、自分が見ている障害者だけが障害者だ、と固定観念を持ってしまうと、全体の精神障害者像の中での、障害者が見えないのです。障害は、150万人いれば1人ひとり違う。私は、ある意味では障害は個性だと思っていますか

ら、自分が見た範囲内での限定つきの知ったかぶりをしていただいているのは非常に困ると思います。太田さんのご質問については、私はまず精神科特例を見直す必要があると考えています。

手塚 ありがとうございます。それでは三澤さん、お願いします。

三澤 いま広田さんがおっしゃったことと、わりと重なることがあるのですが、当事者の意見を聞くというときに、広田さんからは形式的だというお話がありました。障害をもっている人間を入れておけば当事者参加だということではない、ということが1つあると思います。その問題でいちばん大きなデメリットを被っていたり、その問題でいちばん大きな問題を抱えている人間を入れていくというのが、本当の意味で当事者参加だと思うのです。特に国の各種の施策審議会がありますが、例えば移動の問題、運輸問題を論議する審議会には、日常的に階段の前で立ち止まらざるを得ない、電動車椅子なり歩行困難の人がきちんと入ってその問題を提起していくのが、本当の意味での当事者参加だと思いますし、いま広田さんからお話があったように、1人や2人入れるということだけではなく、障害者の問題を論じるときには一定の割合で当事者が入っているというのが、1つ絶対条件だと思います。

それから、自治体レベルで、身近なところからきちんと政策を作り出し、あるいは地域を変えていこうというときに、まだまだ地域自治体では、どちらかという障害者は怖がられてしまうのです。障害者はうるさいやつらだとか、ちょっと非常識なこともやっていたりすることも、多くあったので、障害者が来るとややこしいなとか、面倒くさいなとか、嫌だなという思いが先に立ってしまうというのが、少なからずあったと思うのです。しかし、これからはもうそれを払拭しましょうと。ただ、何か要望を聞きますよだ

けではなくて、やはり頭を悩まして、というところで動くべきだと思います。

5月に総理府のほうから、市町村計画の策定指針というものが出されました。しかし、あのままでは我々は困るということで、私たちが作る策定指針というのをいま出し直して、12月9日に発表しようと思っています。12月9日に私たちは障害者政策全国研究集会という集会をやろうと思っているのですが、これは今回が第1回で、ずっと継続させていこうと思っています。そういう場に専門家の方たちに数多く出てきていただいて、その中で一

緒に政策作を学んでいきたいと考えています。よろしくをお願いします。

手塚 どうもありがとうございました。まだ、いろいろとご意見があるかとも思いますが、時間がまいりました。シンポジストの皆様、それぞれの運動を通しての貴重な、積極的なご意見、ご提言をいただきました。また、フロアの皆様方、長時間にわたりまして本当に積極的なご参加をいただき、ありがとうございました。シンポジストの山城さん、広田さん、三澤さんに、もう1度拍手をお願いいたします。どうもありがとうございました。

## ■ 総括シンポジウム ■

リハビリテーションの新たなる展開  
— 障害者施策の転換期にあたって —

[座長] 小川 孟

伊藤 利之

[シンポジスト] 調 一興

高松 鶴吉

大熊由紀子

尾上 浩二

## リハビリテーションの新たなる展開

—障害者施策の転換期にあたって—

座長 小 川 孟（津山みのり学園顧問）  
伊 藤 利 之（横浜市障害者更生相談所所長）  
シンポジスト 調 一 興（東京コロニー理事長）  
高 松 鶴 吉（西南女学院大学教授）  
大 熊 由紀子（朝日新聞論説委員）  
尾 上 浩 二（障害者情報ネットワーク世話人）

---

伊藤（座長） 今大会の最後を締めくくるシンポジウムを、「リハビリテーションの新たなる展開—障害者施策の転換期にあたって—」という大会テーマに沿って進めさせていただきます。シンポジストの方々は、もう皆さんよくご存じだと思いますが、簡単にそのプロフィールをご紹介します。

まず1番バッターですが、本大会の実行委員長であります調一興さんです。昨日の大会の冒頭にもご紹介がありましたように、現在の役職は社会福祉法人東京コロニーの理事長、そして日本障害者協議会の代表です。現在取り組んでいらっしゃる仕事は、社会就労センター、授産施設の制度改革、障害者保健福祉施策の確立、ノーマライゼーションプランの策定など広範にわたり、その実現に向けて運動を進めていらっしゃいます。

2番バッターは、高松鶴吉さんです。ご存じのように北九州市立総合療育センターで長い間所長としてお仕事をされておられて、本年の3月に、ご本人は「クビ」と書いておりますが、定年で退職されました。現在は西南女学院大学の保健福祉学科の教授でいらっ

しゃいます。そのほかに、全社協の重度障害者通所活動施設、デイセンターに関する委員会のチェアマンで、厚生省の心身障害研究の主任研究者でもあります。

さて、3番手は尾上浩二さんです。尾上さんは障害者総合情報ネットワーク世話人、『ジョイフル・ビギン』の編集長です。「駅にエレベーターを！福祉の街づくり条例を！大阪府民の会」の事務局長でもいらっしゃいます。1960年大阪市でお生まれになりまして、小学校の6年間を養護学校、施設で過ごされました。そして大阪市立大学に入学後に、サークル活動をきっかけとして、障害者運動の世界に飛び込まれたそうです。その後、大阪中部障害者開放センターの設立にかかわり、大阪市に対してグループホーム制度や、介護制度の充実を働きかけていらっしゃいます。リフト付きバス制定運動や、大阪府福祉のまちづくり条例制定の運動に、当事者の立場から取り組んでおられます。現在は特に大阪市の新長期計画をいかに実効性を持たせるかということで、さまざまな働きかけをされているということです。最近の著書ですが、「震

災が問うまちづくり条例」、これは『福祉労働』69号に集録されております。ほかに「市町村障害者基本計画策定指針・まちづくりの分析と評価」などがあります。

最後は野球でいえば4番バッター、主砲ですが、今回はラストバッターでもあります。朝日新聞の論説委員、大熊由紀子さんです。東京大学の教養学科で科学史と科学哲学を専攻されまして、卒業後、ただちに朝日新聞社に入社されています。1984年から論説委員となり、主として医療、福祉の社説を担当されているということです。中央社会福祉審議会、国民生活審議会各委員、全国ボランティア活動振興センター運営委員、東京大学医学部非常勤講師などもされております。著作は『寝たきり老人のいる国いない国一真の豊かさへの挑戦』、これはぶどう社から出ておりますが、この本は日本の福祉を変えた本としてベストセラーになりました。そのほか、『ほんとうの長寿社会を求めて一市町村からの新しい波一』、『心のプリズム』、『女性科学ジャーナリストの目』など、多数の著作があります。

シンポジウムの進め方ですが、シンポジストの顔ぶれを見れば、話し出したらキリがないだろうと思います。したがって、おひとり10分間と、まず制限しまして、それぞれご自分の主張をしていただく。その上で、お互いシンポジスト同士のディスカッションをしていただこうと思います。その後、30分間をフロアの皆様方とのディスカッションの時間にしたいと考えております。

小川（座長） それでは早速、シンポジウムに入りたいと思いますが、もう始まりますと座長の口を挟む余地はなくなりますので、最初に少し話をさせていただきたいと思います。

昨日の基調講演で、板山さんのお話の中に、今回のテーマに関係のあるさまざまな出来事、あるいは施策、そして、これからの方向等についてご紹介がありました。おそらく皆さん

もいくつか鮮明に頭に残っているのではないかと思います。私も伺っておりまして、例えば障害者のニーズというのはいわゆる福祉だけなのかと。それはイコール厚生行政だけに期待されるものなのか。むしろそうではなくて、これからは国の施策全体の問題に、障害者に対するさまざまな施策がかかわってくるのか。あるいは社会保障審議会の勧告で、特に心身に障害をもった人々、また介護の必要な高齢者、こういう人々の生存権というのは、これまで最低限の保障にとどまっていたけれども、これからは人間の尊厳を保障するものへと、やはり衣替えをしていかなければならないといったようなことのご紹介がありました。

また、法律や制度が次々と変わりつつありますが、それが個々の障害をもった人々に本当に役に立つのか。市町村へとどんどん役割が下りていきますが、ご参加の皆さんが現在働いている現場に、それがどのようによい変化として影響があるのかどうか、こういうようなことが板山さんの基調講演を伺いながら、記憶に残っております。

ただ、そのときに紹介されました例えば障害者基本法、あるいは今日これから話題の中心になると思われる障害者保健福祉の推進、これについての中間報告、こういうことが紹介されました。そこで皆さんにお尋ねしますが、障害者基本法あるいは中間報告というのを読んだという方は、どのくらいいらっしゃるでしょうか。読んでいない方がけっこう大勢しゃしゃいますね。おそらくシンポジストの方はこういう状況を踏まえて、これからの話を展開していくのではないかと思います。

それでは早速、調さんから「私はこう考える」というご意見をお願いしたいと思います。

#### 中間報告を評価する

調 私のレジュメには、こういうことについて話したい、という項目をあげました。しか

し、これを全部話したらとても時間が足りなくなります。また、私が出しておいた原稿では「総括シンポジウム・レジュメ」だけにしておいたのですが、事務局のほうで「現状から総合へ向けて」という私が考えたこととは違った表題をつけてくれています。それはともかくとして、時間が限られているので、ここで早口でしゃべることになります。レジュメの項目に沿って、ポイントだけをポンポンと話したいと思います。散漫になりますが、お許しをいただきたいと思います。

まず最初の1の「障害者の生活の実情と施策について」というのは、保健福祉施策についてというのが正確です。そして、①の「障害者の生活」は現状と生活の実情といった意味なのですが、ここは一言で言うておきますと、重い障害者が地域で生活できる地域コミュニティケアのシステムができていない、地域で生活できる条件が欠落している。ノーマライゼーションとか完全参加と平等と言いながら、そこに焦点を当てた施策が進められていない。したがって、重い障害者や、あるいは自分で自分の生活を律することができないレベルの障害者は、地域で生活することが極めて困難である、という状況であると申し上げておきます。

それから「厚生省保健福祉施策推進本部中間報告をどう見るか」。これは参加者のうち半分ほど読んでいない人がいますが、これをいま解説するわけにいきませんから、ポイントだけを申し上げます。私は中間報告を評価するという立場であります。従来にはない、地域で障害者が自立するというのを支援するということに焦点を当てた施策に、ようやく踏み込んだなという点で評価をする。そして、障害の種別を超えて横断的に、さらに市町村を主体にして、そして数値目標、年次計画といったようなスタンス、それからいわゆる行政組織についての役割分担、市町村域、複数市町村域、都道府県域、これがそれぞれ

の役割分担をする。さらに厚生省の障害者行政の一元化を図る。これはすでに厚生省が発表したとおりであります。こういった内容の基調について評価をするということです。

#### 中間報告のいくつかの問題点

保健福祉施策推進本部の中間報告については評価できる。したがって、この基調に沿って最終報告をまとめる作業をしてほしいというのが、厚生省や与党に対する要望、あるいは野党にも協力を求めるということで動いていますが、いくつか問題点がある。1つは自立の条件として、住まい、介護、働く場または活動の場、この3本を柱にしていますが、所得保障が欠落しているという点です。この点は強く求めていかなければならないと思っています。

市町村が中心になるといっても、財政的な裏づけがきちんとなされないと、責任だけ押しつけるということになる。あるいは相当な配慮をしないと、若干の格差は仕方がないにしても、限度を超えた格差が出てくる可能性がある。このへんの歯止めをどうするか。現に東京都と例えば山口県を比較してみると、非常に大きな格差がある。スウェーデンと日本に住んでいるくらいの格差がある。すでに日本の都道府県レベルでそういう格差があるわけです。

それから、重度障害者のための活動の場として、日本の施設で欠落しているデイサービス機能を持つ施設、デイサービスセンターという言い方で中間報告に出てきますが、障害の種別を超えて、通所のデイサービス機能を持つ施設をきちんと制度化することが必要であるということです。

施設制度が障害者の種別ごとになっているものだから、40種類近くになっているのです。授産施設だけでも12種類になっています。こんなことでは地域で展開できるはずがなく、施設制度全体の体系を見直す必要がある。見



直しながら数値目標を出す必要があること等、その他いくつかありますが省略します。

それから、市町村の計画ですが、これは司会者の問題提起にもありましたが、総理府は平成8年度に市町村障害者計画を策定するように、都道府県を通して要請をしました。三澤（了）さんは障害者の側からはあれでは駄目だとおっしゃっていますが、とにかく8年度ということで出しました。高齢者の保健福祉計画と違って義務ではありません。ですけども、都道府県の協力を得て、最大限なんとかまとめてもらうという努力をするということですが、この場合、ここでどれだけしっかりした中身の障害者計画を作るかということが、これからは非常に重要になります。特に精神障害の問題が、私は非常に気になっております。というのは現在の所管が保健所です。都道府県レベルで、市町村に下りていません。これは障害児も知的障害者もそうですが、知的障害者は福祉事務所が所管していますので市町村から見るという所にあります。精神障害については保健所が施設の入所、あるいは手帳の交付等の権限を持っていて、市町村には責任も権限もないのです。したがって、市町村計画から精神障害者が欠落するという可能性がある。このことを問題にしていかなければならないと、申し上げておきます。何とかして、市町村計画の中に精神障害者も含めた計画を作らせるような行動をしなければならぬと思っています。

### 政策建議をして制度化させる

次にノーマライゼーションプランについて話をします。私はまず、厚生省に保健福祉計画のしっかりしたものを作ってほしいと思っていました。ところが与党やその他の関係があって、この12月に各省庁、宮内庁と防衛庁を除く関係省庁の障害者施策を、新長期計画は非常に抽象的ですけども、その後具体化したものを、厚生省の保健福祉計画と一緒に

発表するという流れになっています。そのために我々は各省庁に対して、具体的な要望を持って回っています。単なる要求では駄目なので、具体案をもっていまはやっていますが、ともかく急ピッチで動く必要があるということです。

本格的なノーマライゼーションプランというところまでいかないにしても、可能な限り具体的な内容のものを策定されるように動かなければならないなと思っています。

最後に、政府国会に向けてということですが、これは与党、野党も含めて動いていますが、大蔵大臣が財政危機宣言をしました。来年度は11兆何千億お金が足りないと言っています。そこで、厚生省がいろいろなやりくりをして、お金を作るという努力もしているようですが、とても足りません。予算がつかなければ、とても数値目標のきちんとしたものはできません。腰砕けに終わるということは明らかです。必ず政治がイニシアティブを取って、ちゃんと予算をつける。ゴールドプランの場合もそうでした。あれは政治が動いたのです。ですから、国会を動かすということに全力を上げないといけない。民間の政策建議、行政のとりまとめというプロセスを経て、それを本当のものにするためには政治が動くという条件を作っていく。それを我々はずっと追いかけていかなければいけないと思っています。以上です。

小川 調さんとしては中間報告に対して一応の評価を与えている、ということですが、これはあくまでもいくつかの欠けている点をきちんと補完して、同時に最終報告へ向かってトーンダウンしないようにと、こういうお話だったと思います。1つだけ聞きたいのですが、板山さんの話にもありました障害をもっている人たちに対する施策ではなくて、いわゆる介護保険の問題です。介護保険に高齢者だけでなく、障害をもっている人もなぜ含めないのか、という議論がいろいろありました。

板山さんとしては、これは実際には難しいのではないかと、やはり施策としては高齢者に限定をして、その中に障害をもっている人が含まれなければこれは別に施策を立てざるを得ないのではないかと、積極的に、障害をもっている人たちも介護保険の中に加えるべきだという論調ではなかったように思います。これについて調さんは、どう考えておられますか。

### 介護保険—障害者と高齢者の介護は一体化すべき—

調 これは高松先生からも昨日「調さんどうするんだ」と言われたのです。高松先生からこのお話が出ると思っていて、その後で私が何か言わなければならないかなと思っている問題でした。基本的には高齢者の介護というのは、やはり加齢による障害なのですから、その障害者の介護と高齢者の介護を制度的に分けるということは、基本的に賛成できないというのが私の考え方です。しかし、介護のことを保険でいきなり出してきて、いま障害者をどうするか、障害者も含めてという議論になって、しかも来年の5月にはもう法案を出すというのです。この前もタイムスケジュールはどう考えているのだと聞いたら、5月には法案を出すと。まだ中身もよく検討していないのに、そういうサイクルでやられたのでは、とてもではない。私たちは障害者の介護はどうするのかと、社会・援護局の更生課長、あるいは社会・援護局長に要望を含めてただしたところ、障害者の介護は保険ではなく、公費でやるという方向で考えたいと、そういう答えでした。大体ゴールドプランを作ったとき、全国に1万カ所介護支援センターを作ると決めたときに、なぜ高齢者だけに限定するのだ、なぜ同じ地域で介護を必要とする人はすべて対象にしないのか、と強くその不合理を問うたのです。しかし、ガンとして「これは高齢者のための制度であります。だ

から障害者は対象にしません」と。厚生省の中のこのタテ割りに、今度は社会・援護局が逆にカチンときているのではないかと思います。いろいろなことが反映していると思います。したがって、介護保険については、長期的にはやはり一体化すべきだと考えます。ただ、障害者の介護あるいは介助というのは、別な要素もありますから、そのことも十分配慮した上での介護の仕組み、中身や体系を作らなければいけないということがあるので、少し時間をかけて作ることが必要だと思えます。

小川 それでは高松さん、本シンポジウムの主題の「障害者施策の転換期にあたって」、お考えになっていることをお話したいと思えます。

### 地域の高校に入学を

高松 私は障害児とその親という世界で仕事をしてきましたから、当然ながら私はそのところから話をするだろうと、司会をされる小川さんから念を押されています。その視点から見て、3つの願いを申し上げます。

1番目はすべての子供はすべての校区に入学させて欲しいということです。でも誤解していないでいただきたいのは特殊教育廃止論者でないことです。実際のところは世界の中で、特殊な学級や学校が全くないという地域は、極めて例外的で、障害をもった子供たちの教育の場が、すべて普通の学校で解決するかどうかということは、まだ人類的なレベルで実験中というところで、私はそこまで言う勇氣はありません。ありませんが、小学校の1年生のときには同じ学校に入って行って1学期かあるいはできれば1年、一緒に暮らすということで、その子はその校区における子ども仲間の市民権のようなものを得ることができる。友だちができる。その仲間の子供たちは運動会にでも、発表会にでも、何かの学校の行事のときにも、土曜日の活動でも、

「あの何とかちゃんがいるじゃないの」と思い出し、その子を招待し参加させるのではないか、そんな関係が生まれる。

ですから、その子が2年生のときに遠い養護学校に通うようになって、その子は校区で多くの友だちをもち続けるのであって、だからこそ、その子が大きくなって地域に帰ってきたときには当然のように迎えられる、その町の住民になり得る。

しかし、現在の状態は、小学校に上がる時点で右へ左へと別れて、全然経験もなく、交流もなく、ときどきは交流も少しはできてきましたが、大人になってから帰ってくるという、そういう異国人風な状況で地域に帰ってくるのです。ですから現在の子供の教育状態は、ノーマライゼーションという思想には全く合わないことになる。それで私はそのことを願っているのです。

### 親業の定年制

2番目に願っていることは、およそ75とか85とか、髪の毛が真っ白になって、いかにも疲れたという顔をされているお母さんが、なお大きくなった障害をもったもう青年ではなく、壮年になっている人を介護しているというこの状態は、いかにも我が国における福祉の後進性を象徴するものと思われるのです。それにはさまざまな情愛的なものも含まれますから、そう簡単には割り切れないが、ともかくも私は親としての務め、親業は定年制にしたい。少なくとも自分が人生の務めを一応果たしたと。老年期に入るとそんなに遅くとも65歳までには、社会的な扶与、社会的な介護の手を差し延べなければならぬと思います。しかし、これは現実のところ、まだ解決していないのです。

### 文部省と厚生省のタテ割り行政の格差

3番目は高等部を卒業した、私はいつも養護学校高等部の卒業式に出席しますが、あの

華やかに「おめでとう」と祝福されて門を出て行った後の彼らには、行くところがない。すべての子供たちがいないわけではありませんが、重度の子供たちには道がないのです。その子供たちは、いってみれば豪華な宮殿といったら悪いかもしれませんが、およそ年間700万から800万ぐらいの教育費でもって本当に大切に育てられてきて、その宮殿の門を出ると行く所がなく、その宮殿の前にスラムを作り出しているという印象なのです。

自分たちの手で、親が集まりボランティアを集め、善意の人々の応援を得て、小さな小規模作業所を作って、これはもう20年前から始まっています。そして現在すでに3,800カ所といわれている急成長企業です。これほど我が国において、もし産業というのならば、こんなに急上昇で成長している産業はないでしょう。しかし残念ながら、これはやはり産業ではないのです。政府はこの小規模作業所に、年間100万円の応援をしています。その作業所が仮に20人の人がいたとすると、1人の割り当ては5万円です。700万円から5万円になっている。この大きな格差が文部省と厚生省というタテ割りの行政なのです。

教育をするのは国の義務である。だが、障害者の生活を保障するのは国の義務ではない、というこの違いには、本当に憤りを感じます。仮にその3,800カ所の小規模作業所に年間500万円差し上げたとしても、そのお金は190億円です。その190億円が我が国にとって大変大きな出費になるのかどうかと考えますと、この最近のバブルの後始末のために、本当に驚くような兆単位のお金が動く姿を見て、この格差は何だと思うのです。我々に未来があるのかといったらオーバーだけど、ないとはいえない。確かに、10年前、20年前を振り返れば、我々の世界は大いに前進しているとはいえる。でもやはり悔しく思います。これは国の作り方を改めるべきと、さまざまな所でいわれている一連の思いの延長上に、この私

たちの福祉もあるという気がするのです。

生産者論理で進む有害性、これはもはや情性であるということの人々は感じている。GNPをさらに拡大するという方向に国の未来はないということは、ほとんどの皆さんが承知をしておられる。けれど情性でもって、この大きな船はその方向に進んでいる、そういう状態で、我々の福祉をどう作っていくかということなのです。

### 介護保険は障害者問題を補うもの

介護保険についての私の姿勢を明らかにせよと言われますが、私は第1に、私もその一員となった高齢者問題は年金問題と障害問題につきまわっていると思っています。障害者の問題は高齢であろうが、若年であろうが、そこにあるのは障害者問題だから、それを高齢者として切っていったあのセクショナリズムを問題にしたいと思います。ですからできれば戻してほしい。高齢障害者だけ特別にというのも、障害者の介護という視点からすると、これも原理的に言えばやはりおかしい。

また、私はこの前、たまたま電話でお話した正村公宏さんという有名な経済学者のご意見によれば、「それは先生本来は税金だよ。税金のほうをはるかに公平性もあるし、当然そうあるべきではないかと私は思っている」と言われました。ですから税金か保険かということも、本当は議論すべきだったのでしょう。だが、なぜ、これほど単純化して、いそいで介護保険を通していきたいのか、その思いについて私もかなり分かっているつもりです。ですから、いま水をかけていいのだろうか、と、大いに悩んでいるところです。

小川 いま高松さんがおっしゃるように、バブルの崩壊のつけをどうするかについては、それこそ総理大臣、大蔵大臣が必死になって考えるべきですが、障害をもっている人たちの福祉、あるいは障害者の介助といったようなことについて、予算がなければ真っ先に切

り捨てていくというような位置づけになっているということは、全く腹立たしいことです。

また、サービスの格差というようなことも、板山さんは基調講演で「介護保険は高齢者対象であるけれども、障害をもっている人の介護についても、必ずそれは、施策の整合性というものが、常に配慮されているのだ」というふうに言われました。しかし、高松さんの話ですと、バスで送り迎えをし、1人年間700万円から800万円という、障害をもっているお子さんたちの義務教育のための費用が、同じ子供が一旦学校を出た途端になくなり、地域の作業所すらなかったり、あるいはそこへ通うのももちろん自分で通っていくというような状態に、まさに落ち込むということになります。そういうさまざまなサービスの欠陥というものを、もろに体験していかなければならない障害をもつ当事者の人たちにとっては、いろいろな思いがあると思うのですが、尾上さんから、そのあたりのお話を伺いたいと思います。

### 中間報告の内容をどう実効あるものにさせていくか

尾上 昨日からずっと参加をさせていただいて、1つのキーワードが障害者施策の転換期ということなのかなと思いながら聞いていました。午前中の精神障害の立場からの広田さんの提言を、すごく感銘を持って、かつ私の幼いときのことを思い出しながら聞いておりました。といいますのは、先ほど司会の方からご紹介いただきましたとおり、私は小学校のときに肢体不自由児施設にいたのです。もういまから20数年前ですから、いまはだいぶ変わっているだろうと思うのですが、そのときのその施設では、手術をすればするほど障害が重くなる、そういうことがいくらでも起きていました。ですから私にとってリハビリテーションというと、そういう経験から「無理矢理にされて、痛い思いをして、実際

の生活には役立たない」という強い印象が残っています。こういうリハビリテーションの研究大会の前で言うのも非常に申し訳ないことですが、20数年のことで、私はそういったことを思い出しながら広田さんのお話を聞いておりました。

実はその転換期ということに絡めて言いますと、中間報告を、読んでおられない人もいられるようなので、ちょっと説明をしますと、調さんが言われたとおり、その基調といいますか、基本的なトーンというのは、私たちも評価できる、あるいはこれを実効性を持って実施させていきたいという立場です。なぜかという、この中で地域における自立と社会参加の支援ということで次のようなことが書かれています。要約をしますと、「これまでの障害者関係の施策では、障害者を地域の一員としてとらえるよりも、地域から離れた収容施設で、障害を克服するための専門的な処遇を行うことに重点が置かれてきた。あるいは精神障害についても、かつては大型の精神病院を作って、収容医療を図ることが施策の中心をなしていた」というように、はっきりその問題を指摘した上で、これからはいわば「地域において、普通に生活できるような条件整備をするのだ」と述べています。しかも、もう1つ言っています。「その地域での条件整備といったときに、いまだにサービスは質量とも絶対的に不足をしているのだ」と。いままでノーマライゼーションということは国際障害者年で言われてきたわけですが、大阪弁で言うと、「絵に描いた餅は食べられへんで」ということを、よく行政交渉などでは言っておりました。いろいろなお題目のようなものは、いろいろな行政文書につくわけですが、実際に、ではこの状態のどこがノーマライゼーションなのか、という実感を持っていたわけです。今回、ここまで踏み込んだ問題点の指摘がされています。私は学生時代からこういう活動を始めて、今年で19年目なので

す。おそらく19年前だったら、障害者運動の、しかも「過激」といわれる障害者運動の基調と言ってもおかしくないぐらいのことなのかなと。そういう意味ではやはりこの18年、20年の間に、転換というか、その理念だけではなくて、ここに書かれていることをどうさせていくかということが、問題の転換期になっているのかなという感じがしております。

### 中間報告と最終報告で注目している3つの課題

その上で、中間報告と、これから出される最終報告について、私なりに思っていることを、3点ほどお話をしたいと思います。

私はずっと大阪生まれの大阪育ち、難波っ子ですので、中央省庁のことはともあれ、大阪での現状から見たら、ぜひこれは最終報告に盛り込んでいただきたいということがいくつかあります。

1つはやはり実効性ある計画にするために、先ほど言われた数値目標や年次計画ということが、中間報告では必要だと書かれているぐらいで、具体的に国としてはこうやるのだというのがないわけです。大阪は全国に先がけて、大阪府も大阪市も新長期計画を昨年にかけて、大阪府も大阪市も新長期計画を昨年にかけて、私的に住んでいる大阪市でしたら、理念的には結構いい内容になっているのではないかと評価をしているのです。例えば「機会平等」であるとか、あるいは「自立生活の確立」、あるいは「権利の平等保障」といったことまで含めて、かなり書いているわけなのです。しかし、実はその新長期計画ができて、今年の予算はすごく伸びるぞと思ったわけなのですが、期待は大きく裏切られました。要は先ほどお話がありましたとおり、バブルがはじけて、いまの税収の落ち込みの中で、障害者施策というのは、ここ2、3年ピタッと止まっているというのが、いまの大阪の現状だと私は思っています。

なぜかという、よくよく見てみますと、

結局民政局関係、福祉関連予算というのを概算でパッと取った上で、まず不況ですから生活保護が伸びる。ゴールドプランは10年計画、あるいはエンゼルプランも計画ができてきている。その予算を取ったら、障害に新しい施策を展開するお金は残っていないという状況があるのではないかと、思っています。ゴールドプランとエンゼルプランの狭間の中で障害者施策は一体どうなるのかと思っていますので、ぜひそういう意味で数値目標、年次計画はどうなるのかと注目しております。

もう1点思っておりますことは、この中で障害横断的な施策、展開ということが何回か出ております。調さんがおっしゃられたとおり、精神障害者についてはどうなるのか、私も同様の危惧を持っています。

もう1つ、併せて言っておきますと、障害者基本法成立のときに、付帯決議で、「てんかん、自閉症、難病等では長期にわたり生活の困難を伴う人は、この法律でいう障害者であるというように、障害者の範疇に入れるのだ」という付帯決議があります。そういったことも含めて、きちんと障害を横断の中に入れてたいと思います。これが2つ目です。

3つ目ですが、午前中の提起の中で、三澤さんから基本課題として、所得、住まい、移動、活動の場、介護の5点の提起がありました。調さんがおっしゃられたとおり所得保障が全く抜けているのです。それともう1つは、介護の問題。中間報告でも介護サービスは今後最も重要な課題であるとはっきり書いているのですが、どうも今後の方向ということでは「望ましいあり方を検討する、ニード把握をする」というレベルでとどまっていて、踏み込んだ提起がされていないように思います。ですから所得保障と併せてその介護の部分がどうなるのかということが、注目をしている3つ目の課題です。

その上で、やはり国からどんどんそういう意味で追風ようになっていただきたいと思います。

いますのと、同時にやはり私たちが住んでいる市町村、私の町はどう変わるのだろうかという夢を思い描けるようなものにしていきたいなと思います。この中間報告と併せて、市町村の基本計画がどうなるかということが、非常に気にかかっております。

市町村障害者計画策定指針は、本文が20ページ、資料を入れたら100ページ近い資料だったと思うのですが、思わず「わあ、すごい詳細やな。果たして市町村でどこまでこれを読みこなせるかな」と思いました。そして、思い出したのがゴールドプランのときに、横におられる大熊さんがたしか書かれていたと思うのですが、どこかのシンクタンクに任せっきりで、自治体行政としては何ひとつ、調査も何もやらなかったというところもある。もしかしたらシンクタンクにも任せずに、いわば何々市、何々町という名前だけ変わって、その策定指針に毛の生えたぐらいになってしまわないかなと、思ったりするわけです。そうではなくて、それぞれの市町村でユニークなものができ上がってほしいと思うわけです。その点から私たちは、午前中から何度も出ております当事者参加ということ、ぜひとも実現をしたいと思っています。

#### 計画への障害者の参画

これは午前中の話にもありましたが、いままでの当事者参加というのは、まず行政なり、いろいろところで内容がほぼ固まった段階で、「これでいいですよ」という、そこで形だけ意見を聞くのが当事者参加だったわけですが、ニード調査の段階から含めて当事者参加ができるか、大熊さんの言葉を借りれば「参加」から「参画」へということができるとかどうかということかなと思っています。

これは大阪市などで、私はいま施策推進協議会の委員をさせていただいていることもあって提起をしているのですが、行政がやるニーズ調査はもちろんやらなければいけないの

だけれども、行政がやる調査は基礎的な調査、あるいは概括的な数量的な調査が中心になるだろうと思います。でも、例えば私なり誰々なりの1日の介護はどんなものが必要なのか、そういうサンプル調査的なものというのは、やはり障害者団体、障害者グループが全面協力しないと、いわゆるプライバシーの問題と合わせて難しい部分があるだろうと思います。障害者グループや障害者団体がいろいろな調査資料をそれなりに集めてきている。それも含めて、そのニーズ把握の参考資料にしたいなと思います。

もう1点思いますのが、市町村中心のサービスというのが、もう1つの策定指針なり中間報告の基本理念なわけです。全くそのとおりだとは思いますが、これが本当にいいものをめぐる競争になればいいと思うわけなのです。市町村中心、市町村への権限委譲というのは、もう10年前ぐらいから言われているのですが、この10年間というのは悪い方向へ向かっての市町村、地域格差の拡大だったのかなという感じがするわけです。

といいますのは、以前神奈川で活動されていて、いま福島に戻っておられる白石さんという私の大先輩がいるわけなのですが、彼に大阪に来ていただいて講演をお願いしたとき、「よくいろいろな所で日本とアメリカ、日本とスウェーデンの違いということが議論になる。これはこれですごく大切なことだけれども、それ以上に東京と福島とかのほうが、よほど格差がある。日本と国外よりも、市町村の格差のほうがはるかに大きいのだ」という話をしてもらったのを思い出します。市町村中心のサービスをやるべきだという限りは、本当に権限と同時に財源やマンパワーも含めて市町村に移っていくようにしていただきたい。そうしないと、結局数値目標を作って、後は市町村がやれと言って、市町村も頑張っていて、それなりのいろいろなユニークなものを作っても、実際には実施できないということ

になってしまいます。そういう意味での裏づけというものもぜひ求めていきたいなと思っています。そういったことも含めて、今度12月9日に、私たちは1回目の障害者政策研究集会をやろうと思っています。この市町村の基本計画が、果たして来年度まででどこまでできるのかというような心もとないところもありますが、むしろこれがきっかけになって、どんどん当事者がいろいろな提起をして、いろいろなアイデアが盛り込まれていく、そういういわば当事者運動、あるいは当事者と一緒にパートナーシップを持った専門家の人たちの意見が飛び交う、盛り上がっていくような時期にしていきたいな、それが転換期ということのかなという思いを持っています。

小川 市町村の障害者計画については、昨日、板山さんのお話の中で全国3,300市町村のうち、計画を作っているのは290、作る予定があるというのが1,100というご紹介がありました。ゴールドプランのときのように、いちばん潤ったのは計画の策定を受託した会社であったというようなことがないようにしていかねばならないと思うのです。尾上さんのいう実効ある法律、数値目標、年次計画ということですが、よく読んで見ると、努めなければならない、努めてできなければ仕方ない、何々を置くことができる、置かなくてもかまわない、というように解釈される表現が多いのに気がつきます。ですから、私どもは専門家の意見がそれぞれの地域に反映されるような努力をしていく必要があると思います。

さて、大熊さんが『寝たきり老人のいる国 いない国』を書かれてから5年が経ちました。大熊さんがその中で、「日本の貧しい福祉や医療、その背後にある貧しい政治や貧しい文化が、何10万人の寝たきり状態のお年寄りを作り出していることは間違いない」と書いておられるのですが、これを障害者をもった人

々と置き換えても、どうも5年前から状態はあまり変わっていないような感じがいたします。

いままで3人の発言者がお話になられたことも踏まえて、大熊さんからお話を伺いたいと思います。

### かわってきた日本の福祉

大熊 ご紹介ありがとうございました。変わらないのではないかという悲しいお話でしたが、私もそう思っていたのです。いま私は『日本の医療福祉を変えようとした70の社説』という本を書いている最中で、なかなか書けないで困っているのですが、10年間に書いた社説を並べまして、ずっと見てみると、変わらないと思っていたけど、結構変わっていたという感じがしてきました。「言葉は魔術」というのがいちばん最初の章なのですが、少なくとも「寝たきり老人」という言葉は、心ある人は使わなくなって、「要介護のお年寄り」とか、「寝かせきりの高齢者」という言葉を使ってくださるようになりました。精神薄弱や、授産施設という当事者を傷つける言葉も改められつつあります。「ボケても誇りを」「雑居をやめよう」「隔離はいやだ」という章があるのですが、これもほんのちょっとずつですが、昨日お話になった日浦先生、清水先生たちがそうではないものをどんどん作り上げていらっしゃいます。

5つ目の章が「ダイヤモンドプランを」というのもです。この「ダイヤモンド」という言葉そのものはまだ採用になっていませんが、ノーマライゼーションプランといった形で、少しずつ実現しつつあるのではないかと思うのです。

まず何よりも私自身が変わっております。『寝たきり老人のいる国いない国』という本は5年前に出たのですが、それは8年前の朝日新聞のシンポジウムが原型になりました。そのときのタイトルは「真の豊かさへの挑戦」

というもので、そこに私は当事者の人に出たことと考えると、三澤さんに出たことと考えると、そしたら一緒に出ましたスウェーデンから来た人が、「何で知的にハンディキャップをもっている人をシンポジストに入れないのだ」とすごく非難されました。私は8年前のそのときにはキョトンとしていました。話が捗らなくなってしまうのではないかと当時の私は思ったわけです。その後だんだんお付き合いをしているうちに改心しまして、4年前に「老いても、障害をもっても輝くために」というシンポジウムをしましたときは、知的なハンディのある方にシンポジストをお願いしました。今日お出になった広田さんや耳のご不自由な井上さんとか、尾上さんは紙上参加をしていただき、それからさくら会の人にも出ていただきました。そこでは、聴衆の皆さんは、「知的なハンディキャップをもっている方たちが話されることが、すごくよく分かる」と大評判でした。ほかの弁が立つと思っている人よりも、センテンスがすごく短くて、言うべきことをきちんと考えて話してくださったからです。今日の発言を伺っても、広田さんも阿部さんも井上さんも山城さんもメッセージがスーッと頭に入りました。今日、皆様が聞いて感銘されたならば、何かの催しをするときには、当事者の方を入れようよと、ご本人に代わって、まず提言していただきたいと思います。

それから変わったことの2番目は、障害者プランの中間報告の冒頭には、「真に豊かな成熟社会とは、経済活動が拡大した社会ではなく、すべての人が障害の有無や程度を問わず、生き生きと暮らしていけるような社会である」と書いてあることです。『寝たきり老人のいる国いない国』の最後のところに私はこう書きました。「真の豊かさとは何か、この問いが日本のあちこちで語られるようになりました。真の豊かさは物や金ではない。潤いのある住環境だ。多様な価値観が認められ



る社会だ。選択肢の豊富さだ。個性的な余暇だ。友情だ。自己決定が尊重されることだ。そう人々は言うようになりまし。ただ、無意識のうちに、五体満足で健康な自分自身を念頭に置いて、真の豊かさが語られているのです。それだけでは、ただの豊かさにすぎないと私は思います。老いた人も障害をもった人も、同じように潤いのある住環境を持つことができ、多様な価値観や豊富な選択肢を保障され、個性的な余暇や友情や恋愛を味わうことができ、自己決定が尊重される、それもごくさりげなく、当たり前でできる、そういう社会ができてこそ、真の豊かな社会なのではないでしょうか」と。それと同じ考え方が、この中間報告の、しかも冒頭に書いてあったので、「まあ、5年前に比べると、厚生省も変わった」と思ったわけです。

### 中間報告への注文

中間報告を取り上げた社説で、3つほど注文をしました。

1つは、これから12月に向けて作られるものは、国際的な水準にかなうものであってほしい。

2つ目は障害の種別を超えたいろいろな試みが、例えば自立生活センターや横浜市、大阪府をはじめいろいろな所でされているから、それを参考にしてほしい。

3つ目は当事者の参画。アメリカやヨーロッパでは障害をもつ人たちが行政官として入っています。日本では行政官の中にいないのだから、よその国以上に当事者の参加ではなく参画を、と書きました。この国際的な水準の達成について、今日ここにおられる方は、もっといろいろな提言をしてほしいなと思うのです。広田さんは2度も外国にいらっしやっしたし、尾上さんも始終いらっしやっています。それはやはり一握りの方たちです。国際的な水準から見て日本がどのように遅れているかというのは、今日ここにいらっしやる

皆さんたちがいろいろな国に行って、もう分かっていることについて、それをもっともっと広報、宣伝をしていただきたいわけです。

今年カナダに行ってきた。カナダには日本の精神病院を訪ねたことがある精神病の当事者の方たちがおられます。彼らにとっても本当に驚くべき体験だったそうです。訪ねた病院は、そういう人を受け入れるくらいですから、非常に進歩的な精神病院だったのですが、そこの雑居の所を見て、カナダの当事者はみんな口がきけなくなって、その後、ちょっと調子が悪くなってしまっていて、カナダに帰ってからも、あの日本の精神病院を思うと精神状態が不安定になるという、それが日本の進歩的な精神科医が長になっている精神病院のありさまで。カナダの人たちが日本で泣き出しそうになったのを見て、日本の当事者の方たちは、「ああ、日本はそれほどひどかったのか」と、がっくりされたということです。この違いを、皆様はもっといろいろな人に教えていただきたいなと思います。

障害の種別を超えるということでも、皆様の発言が重要です。専門家も当事者も、障害ということと自分の障害、自分が支援している障害のことに、つい頭がいてしまいがちですが、そのお隣、その隣、その隣ということに常に気をつけて、自分のことを訴えるときには、ついでにといっは何ですが、ほかの障害も一緒に抱き合わせにして世の中に言っていけないと、この中間報告もまともな最終報告にならないのではないかと心配しております。

### 中間報告をいい最終報告にするために

介護保険まで話していると時間がなくなってしまうのでそれは後にして、中間報告をいい最終報告にするためには、調さんがあちこちの政党へ行って言っておられるのを、皆様でもっと助ける、目に見える運動をしないとイケないのではないかと思います。例えば薬

害でエイズになられた方たちの支援者が、黄いハンカチを振って厚生省を取り囲みました。あれですべてが解決しているわけではないですが、少なくともいろいろな人たちが関心を持ちました。でもあれは最初は非常に小さな、私の所に相談に見えたときには、学生さんが5人で一生懸命やっているけれども、30人集まるかどうか心配だ。わずか30人しか集まらないで厚生省の前で抗議したら、かえって馬鹿にされてしまうから、どうしましょうというようなお話で見えました。結局何千人もが集まり、その映像が繰り返し放映され、世間の関心が集まるようになりました。障害者プランでは、厚生省を包囲するよりも、大蔵省を包囲したほうが、少しオリジナリティがあるかなと思うのです。

一昨日会ったドイツの施設長さんから、こんな話を聞きました。彼女たちは4年前にボンで、お年寄りが使うベッドの上に縛られた老人の大きなパネルを乗せて、それをガラガラ町の中を引っ張って、「いまのように少ない人手だと、あなたたちはゆくゆくこうやって縛られるようになりますよ」というデモをやったそうです。これも大変絵になったそうで、大変効果があって人手が増えたというようなこともおっしゃっておいりました。ADAを作った今文部省局長のジュディ・ヒューマンさんも4度だか5度だか逮捕されたということですから、この中から逮捕者が出るくらい過激にやらないと、実のある最終報告にならないのではないかと考えております。

### 専門職の量的不足が質の低下をもたらす

小川 かつてリハビリテーションに従事する者は、障害をもっている人の代弁者という意識を結構持っていたと思うのです。ですから国に対してさまざまな要求をするということも、自分たちの問題ではなく、自分たちがサービスを提供しようとしているその人たちのためなのだというようなことで、割合と頑張

ったのですが、時代は変わって、いま主役は障害をもっている人たちだと。障害をもっている人たちから見れば、リハビリテーションに従事している人は、必ずしも自分らの味方ではないと、尾上さんも言ったように、「さんざっぱらやってもらったけど、あまり役には立たなかった」というようなご意見もあるわけです。

そうしますと、どうもリハビリテーションに従事している者は、自分らは先頭になかなか立てなくて、やはり先頭に立つのは障害をもっている人たちだと考えるようになります。今日ここに参加している皆さんは、障害をもっている人たちに対して、窓口で、あるいは施設で直接仕事をしているので、個々の対象に応じるのが精一杯で全体の流れというものが見えなくなる、関心はあるが暇がないというのが実態だと思うのです。けれども、私ども従事者がきちんとした仕事をするためには与えられている条件について考えなければなりません。大熊さんも書かれているのですが、日本の専門職の技術、知識のレベルはどうか。量的な不足が質の低下をもたらしている面もあるのではないか。このあたりは私も全く同感で、特に対人サービスの場合は、やはりある程度の絶対量がないと、いくら1人ひとりが質が高くても、1人ではできないという仕事があるわけです。

そのために、大熊さんとしては「優しさ、思いやりが押しつぶされる勤務体制にあるのではないか」と大変同情的に見てくださっているのですが、尾上さんもそういう意味ではサービスの絶対量、質の不足というものを指摘されておられたわけです。

ひとわりお話をいただいたのですが、あれだけではどうも意を尽くせない。ほかの人の話を聞いていて、やはりちょっと気になるというようなことが当然あると思いますので、振り出しに戻って調さんいかがですか。

## 我々が転換期をつくる

調 転換期というのは我々が転換期を作るといふ姿勢が必要なのだということです。それが1つです。これはどうしても考えなければならぬ。障害者の範囲が狭い。依然として制限列举です。基本法の定義は誤りであるということ、これはやはりどこかで直してもらわなければいけないです。自閉症の人は、愛の手帳ももらえない人がたくさんいます。この前、障害福祉課長に会ったとき、「ちゃんと対応すると言ったでしょう」「いや、対応できない」「そんなら話が違うではないか」という話になりました。障害福祉課が対応できると言ったので我々は納得したのに、このような具合です。日本の障害者は441万人で3.6%、アメリカは4,300万で約20%、スウェーデンは15%、ヨーロッパが6%から10%と、日本は本当に障害者は少ないのか。このことは昨日のトピックで頭部外傷になった方の事例がありました。18歳過ぎて知的障害になっても、精神薄弱者福祉法の適応は受けられない。障害の状態にあっても、対象にならないという話ほとんどない。日本の障害者の決め方を、根本的に見直す必要があるということです。ここのところを抑えておかないと、どんなにいい制度ができて、その制度から外されている障害者が、外にたくさんできるということになる、ということ念頭に置いておかなければいけないなと思います。これは誤りであるということ、きちんと言い続けていく必要があります。

それから今日、午前中のプログラムのシンポジストの広田さんが言いましたが、障害者という人間はいない。精神障害者という人間もない。知的障害者という人間もない。Aさんがあり、Bさんがおり、Cさんがいる。そのとおりなのです。私なども授産施設などという名前はやめよう、今度は社会就労センターということでやろうということになりま

した。まだ国は法律を変えてくれませんが、みんな一緒にやって何の問題もないのです。精神障害、知的障害、身体障害を全部含める施設を新しく作って実際に始めました。多少の問題はあります。ありますがそれは整理がついていくのです。別々に施設を作る必要はないのです。タテ割りでやったものだから、マンパワーが非常に問題になった。私は身体障害者のことは分かるけれども、ほかの障害のことは分からない。知的障害者のことは分かるが、ほかは分からない。これはおかしい。障害者のことはすべて、知的障害者も精神障害者も身体障害者も分からなければおかしい。しかも基本的にはAさんでありBさんなのです。1人ひとりみんな違う。同じ精神障害でも広田さんと、うちにいる1人ひとりのいろいろな人は全く違う。みんな1人ひとりが違うことと同じようなものです。ただ、ハンディキャップの違いが多少ある、程度の差があるというだけのことです。そのところをしっかりと考えて、要するに障害の種別を超えるという意味は、そういう障害の種別オンリーの措置施設を作るといふことも含めて、マンパワーの問題にも深くかかわっているということなのだと思います。

それからもう1つは、特に法務省にいま問題提起をしているのですが、扶養義務の範囲の問題です。精神障害者の場合は保護者と表現は変わりましたが、実際は保護義務です。これは民法の扶養義務の範囲が2親等まで、裁判所の判断によっては3親等までとなっていることからくるのです。これは近代社会の家族制度ではないのです。日本はもう核家族化して直系制家族は崩壊しているのです。そして夫婦制家族なのです。ここのところを直させないと、高齢者の介護の問題にしても、障害者の自立の問題にしても、親からの独立ということをも前提に考えていった場合の、非常に重要な問題なのです。

それから精神障害というだけで離婚理由に

なるとか、あるいは禁治産者、準禁治産者に  
すぐしてしまうのではなく、「後見人」とい  
う言葉はよくないという言葉の問題がありま  
すが、要するに後見人制度の問題について本  
格的にやはり取り組んでいくということは非  
常に重要です。これは我々も法務省にすでに  
要望を出して、日本障害者協議会ではプロジ  
ェクトを作って、法律の専門家を入れて、作  
業の検討を始めましたが、絶対にこれはやら  
なければいけない。そうしないと自立につな  
がらない。いつも家族依存です。60歳の障害  
者を80歳の親が面倒を見なければならぬと  
いう状態が、改善されないのです。このへん  
の問題について、積極的に対応していかなけ  
ればならぬ。

私は法制審議会の委員会やらいろいろな所  
を回って、とにかく食いついていく。嫁舅の  
問題だってトラブルが起きているのです。  
夫婦制社会なのだから。障害をもたない人た  
ちは、成人したら独立しているのです。親も  
子離れをしていくのに、障害者の場合にはそ  
れができないようないろいろな不利な法制に  
やはりぶつかるのです。この問題がありますが、  
この時期に特に問題意識にしておいて  
いただきたい。そして、障害の状態にありなが  
ら障害者福祉法の対象外となることから救う  
という問題は、基本法だけの問題ではありま  
せん。障害者総合福祉法といったことを、ど  
こで日程に乗せるかが問題です。今度3つが  
一緒になりますが、ここで障害者総合福祉法  
に向けて、どう取り組むかということが、障  
害の状態でありながら、障害者福祉の対象か  
ら外すということを起こさない最善の方法で  
あると私どもは考えておまして、いま日本  
障害者協議会の下で、総合福祉法のプロジ  
ェクトを動かしているところです。

小川 高松さん、いま調さんが先ほど高松さ  
んのおっしゃった親業定年65歳というのと関  
係のある介護の問題をお話になりましたが、  
そのあたりを含めて、そのほかどうぞ補足が

ありましたらお話をお願いしたいと思います。

## 生き方を選べる環境づくり

高松 親と子が一緒に暮らして悪いかとい  
うと、悪いことはないと思うのです。だって普  
通の人もそういう生活をしている人がいます。  
ですから障害をもった人が、親と一緒に暮ら  
しているということは、何も悪いことではな  
いのです。我々が問題にしたいと思ってい  
ることは、1人で生きていきたいという子供は、  
いつかは親の家から出ていくというのは普通  
の姿であって、その普通の姿を、障害をもつ  
がゆえに実現できないという、その状況をい  
かに変えるかということなのです。ですから、  
すべての親と子が別れろと、そういうものを  
いまここで言う必要は何もないのです。です  
けど、1人で暮らしたいという子が、障害が  
重いがゆえにそれが実現できない。あるいは  
それを心配して親が引き止める。私はよく言  
われます。「私が引き止めるのは、子離れで  
きないつまらない親と先生は思うかもしれな  
いが、親離れしろ、子離れしろと言って、こ  
の子はどこへ行ったらいいのですか」と言  
います。だって行く所はないことはない。ちょ  
っと離れるが居住の施設がある。ありますけ  
れども、この町で暮らしたいという願いがあ  
る。ボランティアの十分なサポートを得て1  
人でアパート暮らしをしている人もいます。  
グループホームを作り始めている人々もいる  
が、普遍的にそういう姿が実現できるように、  
実は1人ひとりの家庭を、いかに私たちがサ  
ポートしていくかということが、結局は私た  
ちのいまの課題なのです。

私は65歳ですからよく分かりますが、いつ  
までも子供の面倒をみなくてはならないとい  
うのは、ある意味での諦めでもあり、ある意  
味では喜びでもあるが、やはり辛いものでし  
ょう。実際、私の家庭では子供たちは離れて  
しまって、もとの2人だけの夫婦に戻ってし  
まって2人で暮らしています。そういうのが普

通の生活です。それができない状況、子供にとっては1人になって出ていきたいけれども、出ていけないという状況、親にとっても夫婦だけでゆっくりした老後を暮らしたいと思っても、それが許してもらえない状況、こういう状況をどう解決するかということだと思のです。ですから親も子も一緒に暮らしたいと思うのなら、当然ながらそこに介護力が入ってきたら、それでいいではないですか。とにかくいまの状況はせつな過ぎるのです。80歳になっても、85歳になっても、やがて50歳になる子供を一生懸命、もうこうなったら意地になっているというか、本当に親と子が共棲しているというか、本当に一体化しているという状況で、いまさら離れることはできないという状況に追い込まれている。そういう状態ができてしまっている方々には、心からお詫びしなければならぬし、いまから親と子がそういう方向に追い込まれていくことがないように思っているのです。

#### 障害者の介護の問題は我々が提案すればよい

小川 そうすると、いま高齢者の介護保険の問題に絡んで、障害をもっている人たちの介護を一体どういう形でやっていくのかということが話題になっていますが、先生の考え方だと、具体的にどんな方法にしていけばよいと思われませんか。調さんは現在の扶養義務制度それ自体を根本的に変えていかなければとも言っておられますが。

高松 財源がどうであろうと、高齢者の介護が実現したならばこうしようという必要はないと思のです。障害者の介護の問題は、我々が提案していったらいい。高齢者の介護が実現するから、障害者のほうもやってくれというのではなくて、それはそれ、これはこれではないでしょうか。ですから、実は私は介護というのは一元的に考えていただきたいと思いました。現実はどうなっていくか分からないのですが、市町村の窓口のところから、

介護のサービスを実践していくところにおいて、どうしたら混乱が起こらなくて、シンプルファイズされていくかと思っているのです。私はやはり一元化したほうが、基本的にはいいと思っていますが、いろいろな人のお話を聞くと、老人の介護といまからの人生を持っている人の介護とは、ニュアンスが違うという意見もある。そうかなあと思ったり、それなら付加的に何かをつければいいのではないか、という意見も分かります。しっかりした形で、我々の世界における介護が実現するならば、財源が税金であろうとも保険であろうともどちらでもいいのです。しかし実際のところ、では障害者に関する介護の問題を、いつ、どこで、誰がどのようにディスカッションし、煮詰めてきたかということがあるのか。ですから我々のプログラムとして、障害者介護のテーマを1つのプログラムとして提出することができるのか、したいものだと思います。

少なくとも私はまだそういう仕事には全く参画していません。

小川 尾上さんそういう情報についてはどうですか。

#### 「介護」に対するとらえ方の違い

尾上 私は大阪に住んでいるのでそんなに情報があるわけではないのですが。ただ、実際にいま介護保険で選択性、あるいは権利性ということが言われているのですが、では障害者の場合はどうなるのかと思わけです。障害者はいまのままでいいのかということなのです。同時に先ほどの高齢と障害の当事者の間では、そんなに大きな違いはないと思のですが、日本のタテ割り行政ということ前提にすると、かなり発想が違うのかなという感じがするわけ。というのは、私が住んでいる大阪市を例にとりますと、ホームヘルパー制度は、高齢者福祉課が主導権を持っていて、それで一緒に65歳以下の障害者にも派

遣されるわけです。私たちの要望などを含めて話をしても、どうも何を言っているのか話が理解されない。私たちの提案の仕方もまずいかもしれませんが、どうやら高齢者福祉という介護は、1つは「家族介護力」というか、それが前提になっているようです。つまり基本はあくまでも家族が介護するので、でも家族だけでやっていたら大変だし、倒れて共倒れになったら施設の数も足りないしということで、いわば家族介護力を長持ちさせる、維持させるために介護をつけるのだという発想が、全部が全部でないにしても、見え隠れしてしまう、これがまず1つです。ですから、当事者本人の自立支援なのか、家族の介護力を前提にして、それを支えるということなのかということの違いがまず1つ、そこらへんの議論をきちんとしておかないといけないなと思います。

高松 独居老人だって多いではないですか。  
尾上 でも大体要介護状態で、いわば日本の場合、いわゆる寝かせつきり状態、要介護状態になって、独居の場合だったら、もう施設に行くのが当たり前というのが、高齢福祉のニュアンスではないかと思っています。

高松 大熊さんそうなのでしょう。

### 家族の介護力に頼る時代よさようなら

大熊 いえ、変わりつつあります。大阪って進んでいるのかなと思っていたのですが、案外遅れているのかな。例えば東京の足立区の柳原地区ですと、独居の要介護のお年寄りのところに夜中にヘルパーさんと看護婦さんが組になってやって来て、自宅で暮らせるように支えるということをやっています。それをやっているヘルパーさんや看護婦さんは、独居の方のほうがかえってやりやすい。なまじお嫁さんなどがいると、そのお嫁さんがいろいろと邪魔をするとか、気がねしなければならぬということ。日本の厚生省ですら、老人保健福祉計画のマニュアルを作ったとき

に、「家庭の介護力に過大な期待をかけないように、留意されたい」ということはしてはいけませんというのを、出したくらいですから、本当は日本もそっちに向かって変わらなければいけないのではないかと思います。

高松先生が要介護の身になったとき、尾上さんがまだ若くて、障害をもっていらっしゃるのと、さほど違わないような気がするのです。障害をもっている人は障害をもっている人で、年齢で区切るべきではないと私は思っていますし、「家族の介護力に頼る時代よさようなら」としなければいけないと思っています。社会保障制度審議会のほうは、これからゆくゆく福祉は個人単位にしていかなければいけないという方向を建議しているように記憶しています。

小川 何か介護にこだわっているようですが、障害をもっている人たちへの地域でのサービスというものが、施設サービスに代わって強調される。これは当然介護というものが充実してこない、そんなものは地域で実現しないわけです。ですから、65歳以上で介護を必要とする人たちの問題以上に、それこそ生まれたときから、ずっと介護を要する子供、少年、青年、そして壮年と、このあたりをずっと抱えていかなければならない家族介護という問題のほうが、よほど深刻ではないかと思うのです。長さも長いですし…。

尾上さんにお聞きしますが、いま格別24時間介護してもらわなければ困るということではないですね。親との関係、一時期尾上さんのグループなども、親との関係は非常に険悪な状態になったことがありましたね。ですから、いわゆる介護をしてもらわざるを得ないほど、障害の重い人にとっての親の介護、他人介護というようなことについて、もう少し当事者からのご意見がありましたら伺いたいと思います。

当事者支援、本人支援のための介護

尾上 実は私は大阪の「青い芝の会」という団体もやっているのです。いまから20年ぐらい前、障害者がそれぞれアパートを借りて自立生活をしようとしたときに、真っ先に反対されるのが、施設にいる人だったら、その施設のいわゆる専門家、そして在宅の人でしたら親だったわけです。

私たちの中では「親は敵である」という言い方まで含めてあったわけです。つまり、いまから翻って考えれば、親や専門家と言われている人たちぐらいしか、障害者と接していなかった、そういう社会状況の反映だったのかなと思ったりもするわけなのです。ただ、いわゆる親離れ、子離れの問題、あるいは先ほどの当事者支援、本人支援なのかどうか、すごく大切なのではないかとということを最近改めて思いました。私どものセンターはグループホームなどもやっているわけなのですが、それでいろいろな親御さんの会に呼ばれてグループホームのノウハウなども含めて講演をしたりするのです。そのときに、「親なき後のグループホーム」といったスローガンがあります。いや、これは違うと、別に頭ごなしには言いませんが、親が元気なうちから自立をするのですと話します。それこそ親が例えば65、70になるということは、障害者本人にとってみれば30、40になっているということです。これは別に障害者、健常者を問わずだと思のですが、それまでいわば自分のことを何一つ決める機会を与えられなくて、それで、じゃあいまから、親が倒れたから自立をしましょうということは、絶対に無理とは言わないですし、あるいはいまからでも遅くはないとも思いますが、大変です。若いときから自立するほうが、よほど楽だと思うわけです。それが先ほど障害者の場合、より当事者支援、本人支援であるということが、いまの日本の社会状況の中では強調しなければいけないのかなと思うことです。

## 当事者参加—大阪市の場合—

介護の問題から離れてもう2点ほどお話ししたいと思います。先ほどから当事者参加ということをお話ししているわけですが、実は大阪市には、その新長期計画の進捗、運用を司るものとして、障害者施策推進協議会というところがあるわけです。そこにはそれぞれ大阪市の局長も含めて、いろいろな偉い人たちがたくさんいるわけですが、その中に当事者委員が5名いるわけです。視覚、聴覚、肢体はもちろん、さらに精神と知的に関しては家族ではなくて本人が入るようになりました。もちろん家族の意見など聞く必要はないというわけではありません。いままで知的障害や精神障害の人たちの意見というのは、家族が代弁するという形でできました。まだ1回しかやっていないからこれからだと思うのですが、それこそ局長クラスの人たちの中で、例えば知的障害の人が発言するためには、ファシリテーターというか、それこそ行政用語など分かりにくい言葉だらけですから、分かりやすく説明をする、そういうアドバイザー、ファシリテーター的な役割の人がきちんとついて、発言をする。あるいは精神障害者の人も当事者として提起していく。そういう知的障害、精神障害の人たちも、当事者として施策推進協議会に参加できていることを報告しておきたいと思います。先ほど大阪市の悪いことばかり言っていましたが、大阪市は一方でやっていることはやっているのですよということを、ちょっと言っておかないといけなかなと、そうしないと大阪に帰れなくなるかなと思いますので（笑）お話ししました。

## 資格制限の問題は人権の問題

もう1点、先ほどの資格制限の問題を調さんが言われましたが、実は私の連合会は聴覚障害なのですが、12月9日にある集会の人権分科会で、欠格条項を調べようということで、

パソコンに向かって、ここ1、2週間ぐらい徹夜で打ち込んでいるのです。ちょっと正確な数は忘れましたが、禁治産者、準禁治産者を入れると300件ぐらいあるのです。中にはそれこそ笑い話のようなものもあります。例えば、馬主というか、馬のオーナーにもなれない。私たちは2人とも猫が好きなのですが、猫のオーナーにはなれるのかなという笑い話もしているのですが、本当に何でこんなものまでに資格制限があるのというくらいある。これがいまの日本の現状です。これは12月9日の人権分科会で資料として出すわけです。今回バリアフリーというのがずっと言われているのですが、どうもかつて国の新長期計画を作るときには、バリアフリーというのは物理的なものだけではなくて、制度的な壁とか、文化、情報面の壁も取るのだといていたのが、またバリアフリーというのは福祉のまちづくり、建物だけのような形に戻ってしまっている気がします。そういう意味で、改めてもう一度、資格制限、欠格条項の問題を人権の問題としてとらえ直していかなければいけないかなと思っています。

小川 ありがとうございます。それでは大熊さんどうぞ。

### 介護保険は税金でやった方がいい

大熊 先ほど言い残したのは介護保険のことですが、私自身はこういう生活支援のサービスは、本来税金でやったほうがいいと思っています。理由は公平であるということです。保険だと保険を払えない人はどうするかとか、そういう問題が出てきますから。それからそのほうが安いです。例えば、この間デンマーク人とオランダ人とドイツ人のシンポジウムがあって、そのときデンマーク人が、「皆さんが思っているほど、我々はお金を使っているんじゃないですよ」と言ったので、ぜひその数字を知らせてくれと言いまして、この間返事がきました。それによると、GDPに占

める社会保障費の割合はデンマークが16%で、オランダとドイツが19%です。家族が介護したりなどしなくても、24時間巡回型ホームヘルプのおかげで安心して自宅で暮らせるデンマークのほうが、医療費も安くてすむ、そして全体としてもオランダ、ドイツより安いということが分かりました。なぜかという、それは税金で全部を一体的にやっていますから、税金のつけを保険に回して、あとは知らんぷりみたいな、日本のような状態になっていないからだろうと思います。

というわけで、本来は税金論者なのですが、この日本ではちょっと見回しても、どこの政党も増税を提案しそうもありません。自民党も新進党も言わない、共産党は所得税はいいと言うのですが、消費税は駄目というわけで、どうも増税は駄目らしい。そして、建設省やら運輸省やら農林省には要らない港湾や農道のためのお金がたくさん税金から分配されているけれども、あれを吐き出させる甲斐性もどうも厚生省にはないらしい（笑）というので、泣く泣く公的介護保険も仕方がないかなという心境にいまあるわけなのです。まだ社説にはそこまではっきり書いていませんが。

そうなる、障害をもっている人はどうするか。私は本来は高齢者と障害者を分けるべきではないと思います。「知的障害」という言葉を社説で使い始めたのも、いわゆる痴呆のお年寄りというのは、高齢の知的障害者である、寝たきり老人といわれている人は高齢の身体障害者であるということで、つながりをつけたいという意味で、「障害」という言葉はあまり好きではないのですが、使い始めているわけです。介助が必要だという意味では共通なのだから、一緒の基盤のほうがいいのではないかと思っているのです。

厚生省のお役人が必ず言う、「税金の措置と違って、権利性と選択性がございますから、この公的介護保険はとていいものです」というのに私は腹を立てました。そこで、中央



社会福祉審議会の前半で公的介護保険、後半で例の中間報告と一緒に報告されたときに、こう尋ねました。「前半では保険にすれば、権利性と選択性がでてくるとおっしゃったけれども、そうなると、税金で介助を提供する障害者のほうは、権利性もなければ選択性もないことですか」と。両方ともすごく困ってしまって答えがなくて、後で「ああいうきついことを聞かれて困りました」、といった具合で、矛盾していることは厚生省の人も、どうも分かっているようなのです。

ただ、もう1つ、判断を迷っていることがあります。障害分野も保険にしてしまうと、いま障害福祉で使っている税金まで大蔵省に取り上げられてしまうと、元も子もないということがあるのです。保険、税金、どちらのほうが本当にお金がたくさんつくか、要はお金がくればいいわけですが、それをもう少し現場の皆さんからよく伺ってから、きちんと書こうかなと思っています。いまの年寄りは何もを言えない、言わないように育てられていますから、お年寄りだけを対象にした介護保険だとレベルがすごく低くなってしまう恐れがあります。そこに広田さんやら尾上さんがガアガア言えば、水準が上がるのではないかなという期待もあるわけですが、逆にそのことを厚生省は察知して入れないのかなと邪推をしたりしている次第です。

### 障害者計画を市町村単位で行う効果

それから先ほど尾上さんが市町村に下りてくることのマイナス面を言われたのですが、私はやりようによっては、市町村に下りたことをうまく利用して、1点豪華、2点豪華でいくつかの町を立派に育て、それを比較して世の中に発表していくということによって、低い所を高い所に引き上げるという戦略はどうだろうかという気がします。例えばこの会場には磁気ループが引き回してあるのかどうかちょっと確かめていないのですが、東京な

どでは磁気ループがある会場は、めったにありません。徳島県にはいろいろな会場に磁気、電気のコードのようなものが引き回してあるか、埋め込んであって、アンプがありますので、こうやってしゃべると、補聴器にきれいな音が直に入るという仕掛けがあります。それがなぜ徳島にあるかということ、そこにとっても活動的な難聴の方がおられるからできた。その徳島があるから、四国の隣の町などは具合が悪くなって、まねるようになりました。もう少し経つと、それが全国に広がっていくということになるかもしれません。尾上さんが活躍するから、東京に比べれば大阪の公共輸送機関はよくなっていきまして、私が東京の審議会などで、「大阪に比べると東京はだいぶひどいですよ」と言うと、担当者は非常に誇りを傷つけられたような感じをもつようです。

先ほど『本当の長寿社会を求めて』という2冊目の本を紹介してくださったのですが、あるフォーラムをまとめたもので、それには「市町村からの新しい波」という題名をつけました。これはデンマークの高齢者福祉を世界一のレベルに押し上げたアンデルセンさんという教授で元大臣の人が、「これは市町村同士が競争したから、デンマークとスウェーデンが競争したからなったのだ」という話を聞きまして、格差ができるということはいいことなのだと発想を変えました。ただ、格差があるとしつこく何度も何度も言うことによって、下のほうのレベルの町長さんや村長さんや市長さんが落選するように持っていかなければ、このことは解決しないだろうと思います。

いま牛久という町が、障害福祉でいい動きをしているのです。それはいろいろな障害の団体が一緒になっていることと、その中心人物の事務局長の女性が4人の子育てをして、英語塾の先生をしていたので、すごく褒めるのが上手なのが特徴です。お役人がちょっと

こっちを向いてくれたら、ものすごく感謝をする。町長さんが仮に講演会を聞きに来たら、それを褒めまくるとかというようなことをして福祉水準を上げています。そんなことから、これは国単位でやるよりは、市町村単位でやったほうが効果があるかなと思っています。小川 いろいろなヒントを伺って国体を連想しました。国体の主催県がずっと優勝するという自治体の競争意識が福祉施策にも生かされるとすばらしいですね。リハビリテーション研究大会を開いたその県は、がぜんリハビリテーションが充実してくるというようなことになるといいと思うのですが。

調さん補足がありましたらどうぞ。

#### 子どもが成人したら互いの扶養義務を免除する

調 補足ではなくて高松先生、私は扶養義務の範囲について、要するに子供が親の扶養義務を持たない、子供が成人になったら、独立した存在として認める、親が扶養する義務が免除される、その代わり親権もなくなるという、この関係が大事だと思うのです。

子供は結婚して、また次の世代を育てる。そして夫婦はお互いに扶養義務を持って、自分たちの老後の準備をし生きていくという、こういうサイクルがいま近代社会のサイクルです。そういう前提で親子が同居したりするのは、これは別に、むしろ家族機能を大事にするということは非常にいいことだけれども、そこだけはきちんと整理をしたほうがいい。そうしないと、ハンディキャップをもった者が、いろいろな法律で不利な影響を受けるという現状があるのです。そういうことを問題にしているのでして、むしろ自然な関係で親子、兄弟というのは逆にうまくいくと、私は思うのです。

それから、介護の問題については私は最初に申し上げていたから、改めて介護の問題について申し上げることはありません。

伊藤 ご協力いただきましてありがとうございます。ありがとうございました。

それでは、10分間ほどここで休憩を取らせていただきまして、その間にフロアの皆様、各シンポジストの方々にご質問やご意見があれば、ご用意いただきたいと思います。

#### 〔質疑応答〕

伊藤 それではこれからの時間、フロアの皆様とディスカッションをしたいと思います。質問というよりは、ご意見、あるいは主張をぜひしていただきたいと思います。ご所属とお名前を言って、どなたとディスカッションしたいのかご指名いただいて、ぜひご意見をいただきたいと思いますので、よろしく願いいたします。

#### 介護保険の財源とマンパワー

太田（千葉県第一更生園） 介護保険の財源について、大熊さんと高松先生にご意見を伺いたいです。昨年の秋ごろ、千葉県庁に所属する医師の県庁医師会というのがありました。そのときに厚生省のある局長が来て、私どもの先輩でもありましたから、わりと気楽に話されたのだと思うのですが、いま厚生省が抱えているいくつかの話をされたところで介護保険の話が出ました。

そのときに、介護保険を導入するにあたって、医療法人、社会福祉法人という形態があるけれども、仮にこれが社会福祉法人に介護保険を入れてくると、違う形態の法人にしなければいけないのではないかという内部での議論があるということをお話されたのです。私は、そのときも質問をしたのですが、あまりディスカッションする機会がなくて、その後、同じ県庁に所属しています衛生部のある課長、厚生省から出向していますが、彼もドクターですので、いろいろ話を聞いたのですが、介護保険を導入するにあたってのモデルは医療

保険であったと彼は言うわけです。厚生省全体がそう思っていたかどうか分かりませんが、彼の認識はそうでした。日本で医療保険が急速に広まっていった。それを見ると、介護保険も急速に広まるであろうと言っていたわけですが、私はそれを聞いていて、疑問に思ったことが2つあります。1つは医療保険というのはあくまでも利潤追求型だと私は思っています。ですから税金の対象になるわけですが、介護保険という形でやりますと、やはり利潤追求型にならざるを得ないと思っています。そうすると、本当の意味でのいいサービスが得られるだろうか。医療保険が始まって、医療法人、あるいはクリニックが全国津々浦々、無医村はないわけではなかったのでしょうかが広まっていったけれども、そこにいろいろな問題が起こってきたはずです。

もう1つは日本はキュアの面では例えばCTとかMRAとか、高度な機械はかなり先進国並みにあるいは先進国並み以上に広まったのですが、肝心のケアの部分は随分医療の中で見落とされた。そのことが、また介護保険できちんとできるだろうかということです。1つは先ほど言いましたように利潤追求型にどうしてもなるのではなかろうかということと、もう1つはマンパワーの確保はどうされるのだろうか。やはり介護というのはマンパワーですが、日本の場合は少子・高齢社会がどんどん進む。そうするとどうなるのだろうか。例えば医療保険が入ったときに、これは最近ではそういう病院はないかもしれませんが、私が知っている病院では、国際協力の下に、ネパールかどこかの女性を何人か連れて来まして、見習看護婦にして、准看護婦にして、看護婦にしていくという養成過程も、かつてはあったわけですから、そういうマンパワーの確保についてもどうなのだろうか。私はやはり財源の問題はどうでもいいのではなくて、やはり将来の質を確保するのなら、ここは特に中央社会福祉審議会の委員で

ある大熊さんにも頑張ってください、やはり財源の面でも質を追求するようなものを考えていただきたい。この件について高松先生にもぜひご意見を伺いたい。以上です。

伊藤 まとめませんけれども、よろしいでしょうか、それでは大熊さんのほうからお願いします。

#### まずは財源の確保から

大熊 まずマンパワーのほうですが、これは少子・高齢化といっても、それほど心配することはないと私は思っています。例えばホームヘルパーさんは10年前にもっと増やさなければと書いたときは、デンマークの20分の1でしたが、その後ゴールドプランができて10万人計画、新ゴールドプランで17万人計画になり、いま新々ゴールドプランというのを言っている人たちがいて、それは30万人と言っております。ここまでくると、デンマークのほぼ半分ですから、50万人ぐらいのヘルパーさんがいれば、デンマークのように自宅で暮らしたり、高松先生は自宅で介護を受けながら暮らせるということになると思います。そして、その50万人というのをほかの数字と比べてみると、いま専業主婦の女性は1,200万人おりますし、おまわりさんは50万人ぐらいいるし、学校の先生は75万人ぐらいいるわけで、5~60万人のヘルパーさんというのは、そんなに恐ろしい数ではないのであって、確保しようと思えば、いくらでもできる。むしろ高松先生たちが一生懸命養成していらっしゃる人たちが、就職先がなくて困っているというような状況があります。なぜ就職先がないかというと、市町村にお金がないからということですから、やはり財源を何とか確保しなければいけないだろうと思います。その場合、外人労働者を使おうというのは、特に介護のような深く文化に根ざした分野では、とんでもないことではないかと思っています。

## 質を高くするために

それからいま介護保険のことについて、医療関係者、病院関係者はものすごい関心を持っておりませんが、その関心の持ち方は、この財源がきたら、これでどうやって自分たちが得しようかという話です。いま特別養護老人ホームは1人当たりの床面積が8. 数㎡が、この間の基準改正で10㎡にまでなりました。病院は4.3㎡という所に、いまギューギュー人を押し込めているわけで、人手の質もあまり芳しくない。でも「そこに要介護の老人がいる」というだけで、介護保険からお金を持ってこようとしております。これには絶対反対だというのは、すでにほかの論説委員の了承も得て、社説に書いてあります。少なくとも国際レベルからみると低い低い日本の特別養護老人ホームぐらいのレベルにまでならなかったら、その病院で介護されているお年寄りのところにお金がいくようになってはいけないということです。質が確保されなければ、介護保険のお金はいかないというようなことでもしないと、質は確保できないだろうと思います。

この間来たドイツの特養ホーム施設長フィッシュさんの話によりますと、きちんと資格を持った人が50%いるということ、それから施設は1人当たり12㎡というのが当然の基準で、これも低すぎるということになっているということです。ドイツという国は、ヨーロッパの中では大変後進国のほうですから、それよりはましなレベルをクリアしなければと思います。

それから利潤追求の件ですが、私も、病院は最初の隠れたシルバービジネスではないかと思っているくらいです。ポアするというと人を殺せるように、「抑制」という言葉でご老人を平気で縛ってしまうという、ああいうようなものが許されているのは、需要と供給がマッチしていないからです。もう行く所が

ないから、泣く泣くあそこへ行くということですから、保険になれば質がよくなるとか、選択性が増すとか、権利性が増すということはないのであって、やはり供給量が確保されてこそ、質とか権利性とか、選択性が出てくるのではないかと考えております。

## 福祉関係職のイメージアップを図る

高松 何を話したらいいのか、ちょっと分からないのですが。私はいま福祉関係の学生を養成している大学の教官になったのです。先ほど大熊さんがおっしゃってくださったが、「かなりやる気のある人だな、いまの20歳の日本の若い女性というのは、なかなかいけるよ」という気が、実は私にもあるのです。そういう子供たちがいま一生懸命心配しているのは卒業した後就職できるかということとして、多分できないだろう、極めて厳しいだろうねというのが客観的な観察です。ホームヘルパーになるのをいやとは多分言わないと思うのだけど、しかし、いまのホームヘルパーならなりたがりはいらないと思うのです。それは調さんがおっしゃっていたけれども、70%がパートで、要するに熱き心を持った、少し時間的に余裕のある奥様のパートというイメージの人々が70%ということです。正式な職員となったホームヘルパーの人たちが、胸をそらしていい仕事をしていますわよと言えるイメージを持てるか、ということがあります。最近看護婦さんの仕事もだんだん社会的にも尊ばれる仕事として認識が変わってきておりますが、ホームヘルパーの仕事もそれと同じ程度に認めてもらうようになっていけばと思っております。

私は介護保険の問題について先ほどから税金のほうがいいとか、障害者を足手まといだからといった感じで、あまりにも早急に走って、とにかくこれを成立させたいという厚生省の焦りのようなものがあって、もうしょうがないと目をつぶるのがいいのかと悩んでい

ると言ったかと思うのです。実は今朝の日経にちょうどタイミングよくこういうのが出てきました。それは来年度の予算で国債の発行が20兆円に迫る。赤字国債が最高10兆円で、要するに政府はこれで300兆円の借金を持つことになったと書かれています。また例の消費税が97年4月には5%にするということももう決まったのだそうですが、あれは確か福祉関係に使うものと聞いていました。また介護にかかるお金は4兆円で始まり、最後は7兆円ぐらい要するのだという話を聞きます。7兆円のうち、老人医療費が8兆円かかっているのうち1兆円は介護にかかわる費用になっているのだから、その1兆円を持ってくると6兆円の財源があればいいのだという話でした。

一方では消費税1%を上げると3兆円の収入があるという話も聞いていましたから、それなら2%増やすということになっているのだから、その2%は6兆円でちょうどいいではないか、税金でやれるではないかという感じを持っていたのです。ところが、そこにもきちんと書いてありますが、この2%分は赤字で大変な一般財源の方で使われるようにすでにプログラムされている。しかも、来年度の予算がきついというだけでなく、その次の年もいかに赤字国債を返していくかという、大変厳しい財政の中で仕事をしていくのだから、そういうことを考えると、何としてでも来年の夏までには通したいと言われる厚生省の気持ちも、ああ分かるなという気がして、不完全でも実現することがいいと思ったりしているのです。

伊藤 ありがとうございます。時間がギリギリのところまでできていますので、もうおひとりどうぞ。

#### 介護と総合リハビリテーションの関係

大友（栃木県障害福祉課） 4人の先生方に1人ひとりお聞きしたいのですが、時間の関

係もありますので、それは司会者にお任せします。いま介護保険等の問題が出ているわけですが、その中で介護と総合リハビリテーションという関係をどのように考えたらいいか、ということをお聞きしたいわけです。昨日からのお話の中で、介護保険をめぐるのは高齢関係と障害関係では、ちょっと割り切れない表現が実はあるわけですが、政策制度のいろいろな裏側の議論は置いておいて、介護というものを総合リハビリテーションの視点からどう考えていくかということが、やはり問われるのかなと思うわけです。

昨日、実は第2分科会で、厚生省の専門官から、社会リハビリテーションに関する見解が私案として出されました。簡単に申し上げますと、社会リハビリテーションの考え方は技術援助過程と、政策制度関係の両者で構成されるという言い方をされておりまして、そのポイントは「社会生活能力を高めるすべてのプロセス」といいますか、そんなふうな規定をされておりまして、しかも、その技術援助の多くはソーシャルワークである、という言い方をしているわけです。

そういう観点から考えて、今回注目されている介護というものが、本質的に日本のいわば総合リハビリテーションを推進するにあたって、どういう位置を占め、どういう1つの角度から考えられるべきなのかということ、やはり問うことが必要なのではないだろうかと思ったりはしています。この研究大会のテーマは、「総合リハビリテーション」という観点ですから、ぜひともそういう点からの迫り方に関する見解というのものも、明確にしておく必要があるのかなと、思った次第です。そういう観点で、時間の許す限り、どなたからかお話いただければと思います。

伊藤 大変大きなテーマなのですが、どなたか、お手を挙げる方はいらっしゃいませんか。あるいは会場からこの問題についてご発言なさる方はいらっしゃいませんか。

とくにソーシャルリハビリテーションの分野の方がいいでしょうか。

調 これは学問的に言わなくてもいいでしょう。だってリハビリテーションというのはやはり障害者の自立度を高めていく、あるいは自立のためのサービスをしていく仕事です。その中に社会リハビリテーションがある。私は社会リハビリテーションとか、社会的リハビリテーションという言葉は、どうも喉から下に落ちないのです。所得保障であったり、住まいの問題であったり、介護の問題であったり、移動の問題であったり、あるいは情報サービスの問題であったり、そういう総合的な、障害の種別や程度によりますが、サービスがあって、医学、教育、職業といった分野と全体がある中で、その障害の種別や程度などそれぞれの条件において、サービスを組み合わせるということの中の1つが介護である、と私はとらえています。

したがって、リハビリテーションの中に包み込むということは、私はあまり考えないほうなのですが、やはりいまリハビリテーションにかかわっている人が集まっているので、あえてリハビリテーションということの中で、社会、あるいは社会リハビリテーションの位置づけで介護が含まれるという整理になるのではないかと思います。

伊藤 リハビリテーションを技術的なものと位置づけるとすれば、介護や福祉という問題は、それを補う、あるいはそれと両輪を成す関係にあるものだと思います。

制限時間がきていますが、もうおひとりということで手を挙げていらっしゃる方がいますのでよろしいでしょうか。

### 義務教育の改革についての議論を

松矢（東京学芸大学） 昨日の基調講演で板山さんから障害者の問題はすべて福祉、厚生省が担当する、ということは問題であって、この障害者基本法というのは、障害者施策全

体の見直しでなければならない。このことが基調になって、午後の討論も、今日のシンポジウムもそうなっていると思いますので、そんな立場から少し私の意見を述べさせていただきます。

午前中のシンポジウムの討議の際に、寺田さんの方からも、養護学校関係者はどうしているかというようなことがあったり、また高松先生からもすべての子供たちを校区の学校で教育していくという、教育の改革を進めるべきであるということも、最初に指摘されました。そういう観点で、私も今回はこの研究大会のプログラム委員長という立場なのですが、昨日の「トピック」で宮城教育大学の清水先生から、特別なニーズ教育とインテグレーションということで情報提供していただきました。実は明日、第1回の「特別ニーズ教育とインテグレーション学会」というのが立ち上がるわけです。そこではまさに高松先生がおっしゃった、それがテーマです。明日はシンポジウムから始まりますが、日本の障害児教育のリーダーである山口薫先生の提言があります。すでにこの10月に仙台で障害児学級の先生方の研究大会がありましたが、そこでも山口先生は通常の教育の改革、少なくとも1学級20名ぐらいの通常学級の児童数という、そういう教育改革を進めながら、やはり小学校の教育はすべて校区で受けるべきではないかという提言をなさっております。おそらくそういうことが明日から始まっていきます。私は寺田さんの問題提起、これはもう国際障害者年から私は政策委員をおおせつかって、寺田さんとは一緒にそのことをずっと言われてまいりましたので、いつも気持ちが重いのですが、やっていかなければいけないのではないかと考えています。そのタイミングとしては、これは大熊さんに大いにやっていただきたいのですが、再来年、1997年は学校教育法制定50年です。今年が戦後50年ということで、だいが戦争の問題が取り上げられま

したが、ぜひ新聞で、すべての子供の学校教育ということで、キャンペーンを打ってほしいのです。私はやはり義務教育の改革ということが、うんと議論されていかなければいけないと思います。すべての子供が、障害児も含めて、いじめの問題もすべて、そういういじめられている子供たちの問題を解決する、すべての子供たちの教育ということを実現させるためには、非常にタイミングとしてはい

いのではないか。そういう時期が50年でありますので、大いにやっていただきたいと思います。以上です。

伊藤 ありがとうございます。座長として全体をまとめようかと思っていたのですが、今大会のプログラム委員長から、最後にごあいさつをいただきましたので、これを持ちましてシンポジウムを閉じさせていただきたいと思います。どうもありがとうございました。

## ■ 閉 会 ■

閉会のあいさつ 手塚 直樹

次回開催地から 中込 直



## 閉会のあいさつ

手塚直樹

第18回総合リハビリテーション研究大会副実行委員長  
全日本育成会常務理事

第18回リハビリテーション研究大会は、皆様のご協力により、昨日から今日にかけて、本島に内容の豊かな、素晴らしい大会が持てましたことを感謝申し上げます。講演者、シンポジスト、進行に当たってくださいました方々はもちろんですが、最後まで積極的にご参加いただきましたフロアの皆様方に、心から感謝申し上げます。どうもありがとうございました。また、この大会は、日本障害者リハビリテーション協会が主催しておりますが、裏方としてとどこおりなく開催してく

ださいました事務局の皆様に、心からお礼を申し上げます。

本日お昼休みの常任委員会で、来年は岡山県で開催することが決まりました。事務局をお引き受けくださいますのは、社会福祉法人旭川荘です。旭川療育園の中込先生から、ご挨拶をいただきたいと思えます。

皆様のご協力によりまして、この大会を無事に終えましたことのお礼を述べ、閉会の言葉とさせていただきます。どうもありがとうございました。

## 次回開催地から

中 込 直  
旭川療育園

本来なら理事長の江草がご挨拶させていただくところですが、ちょうど北京の方へ出張していて、明日まで帰ってまいりませんので、代わりに私が時期大会のご案内させていただきます。

本日のお昼休みに開かれたこの研究大会の常任委員会で、来年は岡山での開催という決定をいただきました。旭川荘の職員一同、協力させていただきたいと思っております。

日時は来年の12月14日、15日（土、日曜日）になります。ちょっと寒い時期ですが、会場の都合などでやむを得ずこの時期に決定させていただきました。

場所は、先ほど岡山市というご紹介がありました。岡山県倉敷市の川崎医療福祉大学を会場にして開催させていただきます。会場は700名はいるような広い部屋がありますので、多数の方のご参加を希望いたします。

大会テーマは「21世紀のリハビリテーション」ということをタイトルにやってみようかと考えております。

それから特別講演は、まだ案ですが、韓国や、上海のリハビリテーションについてのお話をうかがおうかということを考えております。韓国のリハビリテーションの話を、韓国障害者連盟の宋先生から、上海のリハビリテーションについてのお話を上海リハビリテーション医学会の会長で衛生局副局長の周先生からお伺いするという予定を立てております。

これから実行委員会でいろいろ意見を出し合って進めていく予定になっております。

寒い時期になりますが、広くて、きれいな会場ですので、皆さまお誘い合わせのうえ、ぜひご参加下さい。

よろしく願いいたします。是非たくさんの方々の参加を希望しております。

## ■ 資 料 ■

- (1)開催要綱
- (2)プログラム
- (3)アンケート結果
- (4)実行委員会委員一覧

# 第18回総合リハビリテーション研究大会

## 開 催 要 綱

大会テーマ： リハビリテーションの新たな展開 - 障害者施策の転換期にあたって -

日 時： 平成7年11月23日（木・祝）・24日（金）

会 場： 中央福祉学院（ロフォス湘南）  
〒240-01神奈川県三浦郡葉山町上山口1560  
TEL:0468-58-0721 FAX:0468-58-0724

定 員： 300名

参加費： 7,000円（2日間の資料代、昼食代、報告書代を含む）  
\*1日だけの参加も同額

主 催： 財団法人日本障害者リハビリテーション協会

後 援： 厚生省、労働省、文部省、東京都、神奈川県、全国社会福祉協議会、  
日本障害者雇用促進協会、社会福祉・医療事業団

協 賛： 共同作業所全国連絡会、視覚障害リハビリテーション協会、全国精神障害者家族会連合会、全国精神障害者社会復帰施設協議会、全国特殊教育推進連盟、全日本精神薄弱者育成会、全日本特殊教育研究連盟、聴覚障害者精神保健研究会、聴覚障害者問題研究会、テクノエイド協会、日本医療社会事業協会、日本介護福祉士養成施設協会、日本義肢協会、日本義肢装具学会、日本義肢装具士協会、日本言語療法士協会、日本作業療法士協会、日本社会事業学校連盟、日本社会福祉士会、日本手話通訳士協会、日本障害者協議会、日本職業リハビリテーション学会、日本身体障害者団体連合会、日本精神医学ソーシャル・ワーカー協会、日本精神衛生会、日本精神科看護技術協会、日本精神薄弱者愛護協会、日本ソーシャル・ワーカー協会、日本聴能言語士協会、日本発達障害学会、日本病院・地域精神医学会、日本保健福祉学会、日本理学療法士協会、日本リハビリテーション医学会、日本リハビリテーション看護学会、日本リハビリテーション工学協会、リハビリテーション・ソーシャル・ワーク研究会

## プログラム

11月23日（木・祝） 第1日

- 9:00 受付
- 10:00 開会
- 10:15 基調講演 座長：寺山久美子  
(東京都立医療技術短期大学教授)
- 「リハビリテーションの新たな展開 - 障害者施策の転換期にあたって -」  
板山賢治 (日本障害者リハビリテーション協会副会長)
- 11:30 昼食
- 12:30 トピック 座長：野村 敏  
(日本大学教授)
- (1) 特別なニーズ教育とインクルージョン教育  
清水貞夫 (宮城教育大学教授)
  - (2) 精神保健福祉法の制定をめぐって  
天野宗和 (埼玉県立精神保健総合センター相談部技術協力課長)
  - (3) 知的障害者の能力開発と企業就労の新たな展開  
関 宏之 (大阪市職業リハビリテーションセンター所長)
  - (4) 高次脳機能障害と障害認定  
大橋正洋 (神奈川リハビリテーション病院リハビリテーション部長)
  - (5) ウェルフェアテクノハウス構想  
池田喜一 (機械技術研究所ロボット工学部福祉応用研究室主任研究員)
- 14:30 休憩

11月23日（木・祝） 第1日

- 15:00 分科会 \* 4会場で同時開催
- 第1分科会「災害と地域生活」
- 座長：丸山一郎 (全国社会福祉協議会障害福祉部長)
- 発言者：高木 成 (阪神・淡路大震災聴覚障害者現地救援対策本部事務局長)
- 出来竝江 (神戸市育成会灘支部長)
- 亀井 勝 (障害者支援センター代表)
- 清水明彦 (西宮市社会福祉協議会「青葉園」園長)
- 吉岡 崇 (神戸市民生局心身障害福祉室育成課長)
- 第2分科会「社会リハの概念と実践」
- 座長：大木 勉 (貴峯荘職業更生センター所長)
- 発言者：奥野英子 (厚生省社会・援護局更生課身体障害者福祉専門官)
- 大塚庸次 (七沢更生ホーム副所長)
- 高橋流里子 (日本社会事業大学助教授)

### 第3分科会「障害者と情報保障」

- 座長：中野敏子（明治学院大学教授）  
発言者：高田英一（全日本ろうあ連盟理事長）  
          齒部英夫（全国障害者問題研究会事務局長）  
          牧田克輔（日本盲人会連合情報部長）  
          松友 了（日本精神薄弱者福祉連盟常務理事）  
          寺田純一（東京青い芝の会事務局長）

### 第4分科会「地域生活と介護」

- 座長：橋本泰子（西南女学院大学教授）  
発言者：井上千津子（東海大学教授）  
          日浦美智江（訪問の家“朋”施設長）  
          高橋幸恵（町田市障害児・者を守る会“すみれ会”会長）  
          梶尾雅宏（厚生省社会・援護局更生課課長補佐）

17:30 交流会

19:30 ナイト・ディスカッション

進路指導・生涯支援

精神障害者の医療と福祉をめぐる

障害者の文化・芸術・遊び

自由討議

11月24日（金） 第2日

9:15 私からの提言

座長：手塚直樹  
（全日本育成会常務理事）

(1)生活体験を通しての提言

井上 薫（横浜市聴覚障害者協会手話講習会講師）

阿部八重（さくら会会員）

木村妙子（東京都腎臓病患者連絡協議会事務局）

(2)シンポジウム - 障害者運動を通して -

山城完治（東京視力障害者の生活と権利を守る会事務局長）

広田和子（神奈川県精神障害者連絡協議会事務局次長）

三澤 了（障害者の生活保障を要求する連絡会議代表）

12:00 昼食

13:00 総括シンポジウム

「リハビリテーションの新たな展開 - 障害者施策の転換期にあたって -」

座長：小川 孟（津山みのり学園顧問）、伊藤利之（横浜市障害者更生相談所所長）

シンポジスト：調 一興（東京コロニー理事長）

高松鶴吉（西南女学院大学教授）

大熊由紀子（朝日新聞論説委員）

尾上浩二（障害者総合情報ネットワーク世話人）

15:30 閉会

---

## 第18回総合リハビリテーション研究大会 アンケート結果

---

今回の研究大会の感想及び今後の開催にあたっての提案事項について、参加者からアンケートにより意見を求めた（回答数21）。

類似している意見等は、重複掲載を省き、事務局でまとめさせていただいた。  
内容は、次の通りである。

### 1. 今回の研究大会についての感想

#### (1) 大会テーマ・プログラム内容

- ・たいへん漠然とした大きなテーマであったと思う。政策から見たもの（大きい話）、当事者からの生活体験（小さい話）が混ざり合って、参加する側の姿勢が不安定だった。
- ・テーマが少し散漫だったような気もするが、分科会は、その点非常にしぼり込まれていて、興味深いと感じた。
- ・自分自身の仕事の位置、現在の方向性（流れ）を改めて確認することができたこと。気づきの多い、また視野の広がる内容だった。
- ・いろいろな方面のリハビリテーションの取り組み、とらえ方、今後の課題が情報として得られてよかった。（同様意見 他1）
- ・専門家の方からの話だけでなく、それぞれ障害のある方からの話を聞くことができ、現状を再確認することができた。
- ・今、何を問題にしている、どのようにそれぞれの分野で働きかけなくてはいけないのか、考えさせられた。
- ・いろいろな障害のことが盛り込まれていて、専門分野と他の分野との違いについて学べてよかったと思う。
- ・全般的によかった。2日目午後のシンポジウムは盛り上がってすばらしかった。大熊講師の発言が光った。
- ・板山氏の明快な基調講演をはじめ、予想以上に充実した内容であり、事前の準備打ち合わせもかなり綿密であると推測される。
- ・多種多様なプログラムの中で選択できるということは、とてもよかったと思う。
- ・当事者の声を聞くことができとても現実的でよいと思うが、具体的対応について検討できれば…。

- ・障害者施策の過渡期にあることを大会に参加して実感した。今後の展開に期待したいと思う。また、2日目の障害者の提言については、生の声を聞けたこと、今まで与えられていた福祉が障害者自らが福祉を変え、運営していく時代だと思った。
- ・2日目の「私からの提言」、当事者からの提起は貴重だった。もっとこうした場、機会をこれまでも企画すべきだったと反省する一方で、今後は必須（プログラム）のものと実感した。
- ・当事者の発言に多くの感銘を受けた。やはりいつも思うことであるが、リハビリテーション関係者は何らかの形で、聞く機会があると思うので、ぜひ多くの人に聞いてもらう方法を考えていただきたい。
- ・2日目の当事者の方々のメッセージには感動した。地方都市では、障害者団体となると自分たち団体の利益誘導に終始することが多く、幅広く考え歩んでいきにくい状況がある。こういう声を聞いてもらえると少しは違うのかと思った。また、午後のシンポジウムは、とても分かりやすく、いろんな視点が参考になった。地方都市であることや自分自身の不勉強で最新情報が入りにくいなか、この大会に参加すると障害者に関する全体の動きも入手できて、今後にとっても有意義である。
- ・前回（第17回）も参加したが、前回と比べると今回の方がのめりこんで聞き入る内容のものが多く充実した2日間で、たくさんの宿題をもらった気がする。多分、当事者の方の生々しい意見が本音のところでも聞くことができたからだと思う。私の場合、医療機関に勤務していて作業所のこと、精神障害者、知的障害者、障害児教育などは、うとい分野であるが、この大会によって、日本における障害者問題を全体的に学習することができ、改めて専門家としての自分の位置に気づくことができた。

## (2) 運営について

- ・フロアーからの質問は、質問カードのようなものを作って配布すれば、もっといろいろな人からでたように思う。また、分科会（第2）は、あまりにも人数が多過ぎたため、活気のある交流には程遠く終わってしまい、残念だった。同テーマで、交流の際にでも小グループを作っては、よかったのではないかな。
- ・今までより、ずいぶんメニューがゆったりしたようで、ありがたかった。
- ・逗子駅からのアクセスについて、予め参加者の交通手段を調査し、対応策を検討してほしい。（視覚障害の人が、満員のバスに乗車していた）
- ・原稿や資料など、一部には配布されずに会が進められ、わかりにくく残念だった。はじめる前に必要資料をチェックしてほしい。
- ・視覚障害者の参加者への配慮が欠けていたと思う。私たちは、レジメで話の筋など「情報」をより正しく受け止められたが、点字などのレジメの用意がなかったようで、私たちの大会にはふさわしくなかったと思う。



### (3) その他

- ・現在最もホットな課題は、介護・介助の問題である。このテーマは、進行形であるだけに、リハビリテーション関係者としてどうかかわっていくのか、どう提言していくのかなどを含めた発言が欲しかった。
- ・会場は少し不便ではあったが、たいへん居心地のよいスペースだった。
- ・会場・設備も立派であり、運営も良好である。
- ・研修施設と宿泊施設が一体で、他のことを気にせず、会に臨めた。研修に集中するには、よい施設だと感じた。
- ・交通が不便なのが残念。参加者も昨年に比べ、半分以下に思われた。すばらしい研究大会なので、ぜひ大勢の人に参加してほしいと思っている。
- ・私は、看護職の立場から目の前の障害者のケアのことだけに目を向けていた自分が、とても恥ずかしい思いがした。特に福祉のこと、特に政治的背景に無関心であったことを深く反省している。

## 2. これからの研究大会について、希望すること

### (1) 大会テーマ

- ・就労保障、所得保障
- ・時代を反映したもの
- ・リハビリテーションの質の向上
- ・現場、当事者を中心にしたもの（トピック、生活体験でできたようなテーマに絞る）
- ・今回でも出た「当事者、専門家のそれぞれの役割について」もっと深く考えていきたい。
- ・当事者の参加ということで、おそらく不可欠になるであろうと思われる社会リハについて、取り上げてほしい。（同様意見 他1）
- ・リハ資源の統合、有機的連携

### (2) プログラム

- ・施策や方法論に至るまで具体的な議論（財源をどうするか、とか、ケースワークについてなど）が欲しい。
- ・障害当事者にウエイトをおくことが望ましい。
- ・「現場」で分けた分科会や若い世代の分科会があってもよいと思う。
- ・講演ばかりでなく、テーマについて実践している人。第一線で活躍している人の話を聞いてみたい。
- ・社会リハに関し当事者の意見を聞きたい。

- ・障害者施設における体系の在り方。
- ・施設における障害者のQOLについて
- ・介護保険制度について
- ・施策の解説など、専門スタッフと当事者が共に学べるようなもの。
- ・今回の「阪神大震災」をテーマにした分科会など、その時のテーマにすることに意義があるものについて、どんどん取り入れてほしい。
- ・一般市民への啓発も含めての試みというところで、リハビリテーション教育の在り方のような話があればと思う。理由として、「リハビリテーション」を「訓練」と同義にとらえている人も多く、一般理解を広げていくには、どうすべきかという悩みがあるため。
- ・リハビリテーションに関する調査研究の発表
- ・フロアでの話し合い形式も取り入れてほしい。
- ・5～6人位の小グループの話し合いをもつ。
- ・展示イベント（福祉機器、情報機器）
- ・デンマーク、スウェーデン等の身障施策・施設等の映画がみたい。

### (3) その他

- ・諸先輩方の考えをたくさん聞き、議論できれば嬉しい。
- ・現在、急進歩している分野なので、その流れについてこれていない者がたくさんいると思う。現場の勉強不足と反省するが、このような大会がその差（知る者、知らない者）をうめる内容をもっともてば、リハビリの世界の進歩につながると思う。
- ・資料に分科会の内容を予め詳しく書いてもらった方が選びやすい。
- ・各種資料（事前に準備するレジメや当日配布する発表者などの資料）のサイズをA4に統一してはどうか。
- ・「機会均等」によってようやくこれまでのマクロの社会リハが解放された気がする。20周年の研究大会では、ぜひ初期の頃のリハビリテーション交流セミナーに戻し、厚生省だけでなく、すべての省庁が取り組んでいる社会リハビリテーション（機会均等化）の交流・発表の場となってほしい。特に政策決定者、行政マンには参加してほしい。
- ・できれば、企業側の参加を期待する。
- ・土木、建築関係者の参加（シンポジスト、提言者、一般参加者）
- ・自治体首長、議員の参加
- ・海外からのリハビリテーション関係者の参加
- ・開催地元県のリハ関係者、障害者、行政関係者の参加（地元への刺激のため）

## 第18回総合リハビリテーション研究大会 実行委員会

実行委員長	調 一 興	東京コロニー理事長
副実行委員長	手塚 直 樹	全日本育成会常務理事
〃	伊 藤 利 之	横浜市障害者更生相談所所長
[運営委員会]		
委員長	三ツ木 任 一	放送大学教授
副委員長	成 田 すみれ	横浜市総合リハビリテーションセンター 地域サービス室係長
委 員	小 川 恵 子	目黒区社会福祉事業団リハビリテーション課長
〃	川 原 直 治	全国授産施設協議会協議員
〃	永 原 久 栄	浴風会病院リハビリテーション科室長
〃	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 担当係長
[プログラム委員会]		
委員長	松 矢 勝 宏	東京学芸大学教授
副委員長	野 村 敏 敏	日本大学理工学部教授
委 員	大 橋 正 洋	神奈川リハビリテーション病院 リハビリテーション部長
〃	佐 藤 久 夫	日本社会事業大学教授
〃	竹 内 孝 仁	日本医科大学教授
〃	田 中 徹 二	日本点字図書館館長
〃	野 沢 克 哉	東京都心身障害者福祉センター就労援助科
〃	藤 井 克 徳	共同作業所全国連絡会事務局長
〃	古 屋 龍 太	国立精神・神経センター武蔵病院 精神科ソーシャルワーカー
〃	溝 口 謙	横浜市養護教育総合センター相談指導室指導主査
[資料広報委員会]		
委員長	池 田 勲	障害者職業総合センター統括研究員
副委員長	大 木 勉	貴峯荘職業更生センター所長
委 員	滝 沢 武 久	全国精神障害者家族会連合会常務理事
〃	寺 山 久美子	東京都立医療技術短期大学教授
〃	福 岡 稔	全日本特殊教育研究連盟常任理事・事務局長

### 第18回総合リハビリテーション研究大会事務局

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

この事業は、社会福祉・医療事業団（長寿社会福祉基金）の社会福祉振興事業の一環として、行ったものです。