



第20回総合リハビリテーション研究大会 報告書

# 日本のリハビリテーション — 何ができたか、これから何を —

The 20th National Rehabilitation Conference

## “REHABILITATION of JAPAN” What have we achieved? What should we do?



財団法人日本障害者リハビリテーション協会

# 日本のリハビリテーション

## 1日目 開会式



日本障害者リハビリテーション協会会長  
山下 真臣



実行委員長  
小川 孟

## 記念講演



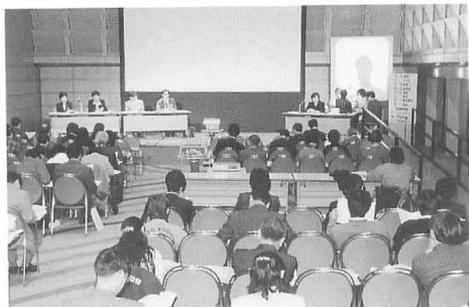
# シンポジウム I



# 鼎談



## 2日目 分科会



分科会 1



分科会 2



分科会 3



分科会 4



分科会 5



分科会 6



分科会 7



分科会 8



分科会 9



分科会 10



分科会 11



分科会 12



分科会 13



国際分科会

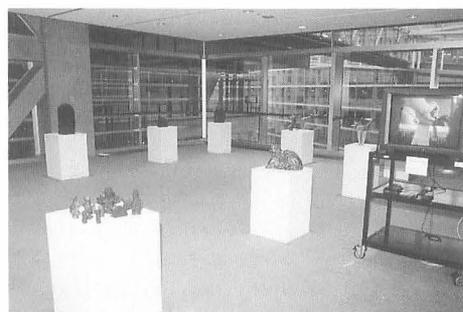
# 3 日目 シンポジウム



## 交流会



## 展示



## 目次

開会の挨拶	小川 孟	5
記念講演『いのちの可能性とリハビリテーション』	柳田 邦男	7
シンポジウム1『ユーザーの採点－日本のリハビリテーションサービスを評価する－』		17
	座長：定藤 丈弘	
	発言者：加藤真規子	
	田中 徹二	
	廉田 俊二	
鼎談『交流から始まって20年－リハの基本理念と実践を語る－』		33
	上田 敏	
	小川 孟	
	手塚 直樹	
<分科会>		49
分科会1『地域生活支援と通所施設』		
まとめ	座長：赤塚 光子	50
「通所施設の概要」	柴田 洋弥	51
「地域生活を支える共同作業所」	西海 洋一	53
「家族支援を中心に」	松村 昌子	55
「精神障害者主体の通所施設」	小林 紀子	58
分科会2『今日の課題から明日の障害児教育を開く』		
まとめ	座長：小鴨 英夫	60
「視覚障害教育の立場から」	藤井 聰尚	61
「聴覚障害教育の立場から」	草薙 進郎	62
「肢体不自由教育の立場から」	村田 茂	64
「病弱教育の立場から」	山本 昌邦	66
「知的発達障害教育の立場から－課題と展望－」	松矢 勝宏	67
分科会3『高齢障害者の地域リハビリテーション』		
ねらい	座長：大川 弥生	69
「地域リハビリテーション中核施設（市立）の立場から」	伊藤 利之	69
「一般病院（私立）の立場から」	額川 啓子	72
「在宅介護支援センター（私的病院立）の立場から」	伊藤 隆夫	74
「訪問看護ステーション（医師会立）の立場から」	高砂 裕子	76
「訪問看護ステーション（私的病院立）の立場から」	岡本我開命	78

## 目次

### 分科会4『福祉のまちづくりの進展』

ま と め	座 長：野村  歆	80
「障害をもつ人の立場から」	大須賀郁夫	81
「やさしいまち東京の実現に向けて」	薄  厚一	82
「建築分野から考える」	高橋  儀平	84
「交通からみた福祉のまちづくりの進展」	秋山  哲男	86
「鳥の目、虫の目、歴史の目」	大熊由紀子	87

### 分科会5『生活の潤いースポーツ・芸術・レクリエーション』

ね ら い	座 長：川島  一彦	88
「スポーツ・文化・レクリエーション」	山崎  泰広	88
「障害と芸術」	播磨  靖夫	89

### 分科会6『必要な情報を得るために』

ま と め	座 長：清原  慶子	90
「聴覚障害者にとっての情報・コミュニケーションをめぐる問題点の 現状とそれを解決するための課題」	大槻  芳子	92
「視覚障害者向け情報サービスの現状と課題」	田中  徹二	93
「情報の役割」	堀込真理子	95

### 分科会7『地域生活等支援事業への期待と新たな展開』

ま と め	座 長：川関  和俊	97
「地域生活等支援事業の概要」	奥野  英子	98
「自立生活支援センターとしての役割」	平下  耕三	100
「滋賀県甲賀郡障害者生活支援センターの取り組み」	北岡  賢剛	101
「精神障害者地域生活支援事業」	三石麻友美	104

### 分科会8『社会参加を実現する新たな就労』

ま と め	座 長：朝日  雅也	106
「雇用促進対策としての就労支援」	相澤  欽一	107
「養護学校での就職をめざした進路指導」	坂井  聡	110
「雇用支援センターでの実践から」	栗原  久	112
「地域に密着した就労支援」	志賀  利一	114

### 分科会9『施設の現状と体系を考える』

ね ら い	座 長：杉原  素子	117
「雇用・就労の場の関係者として」	岩田  克彦	117
「生活援助の場の関係者として」	萩田  秋雄	119
「心身障害児・者の施設の関係者として」	末光  茂	120
「総合相談支援の場の関係者として」	黒田大治郎	122

## 分科会10『教えます、市町村障害者計画づくりの心と技

ま と め	座 長： 田所 裕二	125
「住民と共につくる障害者計画」	中島 利男	127
「バリアフリー社会をめざして」	豊吉 正之	127
「地域における障害者の自立支援をめざして」	仲村加代子	128

## 分科会11『ケアマネジメントとマンパワー養成』

ね ら い	座 長： 橋本 泰子	132
「自立生活センターでのマンパワー養成の経験者として」	野口 俊彦	133
「ケアマネジメント人材の養成経験から」	新津ふみ子	133
「卒前卒後教育のあり方ー保健医療に関わる教育者の立場から」	永原 久栄	134
「ケアマネジメントの研究者、研修指導者の立場から」	白澤 政和	136

## 分科会12『施設で地域で「人権」の確立は…』

ね ら い	座 長： 白井 俊子	138
「『すてっぷ』に現れた知的障害者更正施設の問題事例」	高村 浩	139
「障害者の人権問題についての運動経過と今後の課題」	吉本 哲夫	140
「精神障害者の人権について」	池末美穂子	141
「施設での人権侵害と人権確立への努力」	佐伯 道夫	143

## 分科会13『生活支援機器とスポーツ・文化機器の展望』

ね ら い	座 長： 磯崎 弘司	145
「生活を支える機器から人生を支える機器へ」	田中 理	145
「機器使用の問題点と工夫」	森山 早苗	147
「21世紀のリハビリテーションをユーザーの立場から」	大塚 晴康	150
「視覚障害者と福祉機器」	高橋 玲子	151

## 国際分科会1『日本のリハビリテーションと障害者施策を評価する』

## 国際分科会2『各国間のリハビリテーションにおける国際協力』

「義肢装具のNGO活動を中心として」	座 長： 池住 義憲	154
「インドネシアのCBRにおける国際協力活動」	田澤 英二	154
	工藤 俊輔	155

## シンポジウム2『リハビリテーションのこれからーサービスの視点と方向性ー』

座 長 : 成田すみれ  
 シンポジスト: 藤井 克徳  
 光野 有次  
 柳 尚夫

第20回記念大会を終えるにあたって次	板山 賢治	184
回開催地からのメッセージ	澤村 誠志	187
閉会の辞	手塚 直樹	188

## &lt; 資 料 &gt;

開催要項		189
プログラム		191
実行委員会委員一覧		195

## 開 会 挨 拶

実行委員長 小 川 孟

皆様、よくおいでくださいました。全国各地から、また今回は海外からも予想を越える多くの方々がご参加くださいました。準備に当たりました実行委員を代表して、心からお礼を申し上げ、また皆様を歓迎いたしたいと思います。

午前中に行われましたWHOセミナーとの合同開会式にご出席くださった方もおいでになります。改めて第20回を記念する総合リハビリテーション研究大会開会のご挨拶をさせていただきます。

この大会は、ご存じの方も多いと思いますが、障害をもつ方々に対するリハビリテーションサービスに従事している医療、保健、福祉、教育、あるいは職業、さらには建築、その他の工学に関係するさまざまな分野の専門職が、お互いに交流して情報を交換したり、他の分野のことを学んだりすることによって、総合的なサービス、いわゆるトータル・リハビリテーションを実践しようと、1977年に「リハビリテーション交流セミナー」を開催したのが始まりでした。そのとき、すでに我が国では身体障害者福祉法が施行されてから、28年が経っておりました。また、精神薄弱者福祉法が施行されてから17年、現在の障害者基本法の前身であります心身障害者対策基本法が施行されてから7年が経過しておりました。

また、国際的には障害者リハビリテーションの組織であるリハビリテーションインターナショナルが、国連に先立ちまして、1970年代を「リハビリテーションの10年」とする活動を展開しておりました。我が国ではリハビリテーションというのは外来語でして、「更生」という日本語に置き換えられて、役所の課の名前にも使われ、法律制度にもうたわれておりましたが、そのリハビリテーションが目指すところの基本的な考え方、あるいは理念といったようなものについては、十分に理

解されていたとは言えなかったと思います。これは私自身を振り返ってそう思うのですが、1977年の最初の交流セミナーで、基調講演をされた砂原先生の言葉をお借りすれば、「リハビリテーションはようやく我が国に定着しつつあるが、その基本理念についての合意が成立しているかどうか、極めて疑わしい」という状態でした。砂原先生はさらに続けて、「リハビリテーションは数多くの専門家の協力を必要とする、極めて学際的な営みであるとともに、分割し難い一人の人格としての障害者に対する、全人間的接近であるべきであるから、関係者の思想統一が有効なリハビリテーション推進のための不可欠な前提であると考えられる」と、このように話しておられます。

それから20年経ちました。さまざまな変革がリハビリテーションの分野のみならず、国の内外に起こりました。さまざまな分野での激動の時代であったということもできると思います。国連の「国際障害者年」という大きなイベントもありました。この研究大会については、今回の大会全体のテーマがこの20年を振り返り、また21世紀へ向けて新たな出発をしようということですが、実は本日発売の本がございます。

『リハビリテーションの理念と実践～21世紀へのメッセージ』という本です。

これはこの20年間、この研究大会が毎年行ってきた中の基調講演や特別講演を収録した、いわばこの研究大会の歴史でございます。

現在の総理大臣橋本龍太郎氏がかつて大蔵大臣だったときの基調講演、大江健三郎氏がお話しになった国際会議のときの講演、また、当時の横路北海道知事の講演も収録されております。

どうぞ21世紀へのメッセージとして、これをお読みいただくことを是非おすすめしたいと思います。

## 開会挨拶

す。

今日、リハビリテーションはノーマライゼーションと並び、国、都道府県、さらには市町村の障害者計画、障害者プラン策定の基本理念に掲げられています。したがって障害をもつ方々やその保護者が、自らの選択によって最適な社会生活をすることができるように、専門の立場から援助する私たちの役割は、一層多様に、また広範になってまいりました。

今回のプログラムにある分科会の数、その種類が、この実情を物語っているのではないかと思います。

専門分野ごとの活動は、ますます盛んになりまして、9月には京都で国際リハビリテーション医学会が開催されました。先週から今週にかけて、重度の障害をもつ方々の働く問題を考える国際セ

ミナーも開催されています。

このような動向は、リハビリテーションの基本理念の共有と、総合的なサービスの提供のために、ときに各分野の専門職が一堂に集まって、互いに学び合う総合リハビリテーション研究大会の重要性をますます高めるものであると思います。

今回は例年より1日多い3日間にわたる開催です。WHO国際セミナーも同時に開催されています。記念講演には、柳田邦男先生がご多忙の中、ご講演をご快諾くださいました。どうかこの機会を十分に活用されて、新たな交流の輪を海外の方たちへも広げていただきたいと思います。大会の期間を通じて、各分科会において、また休憩時間のロビーにおきましても、活発な話し合いが行われますよう、皆様の積極的なご参加をお願いいたしまして、開会のごあいさつといたします。

# 記念講演

いのちの可能性とリハビリテーション  
作家 柳田邦男

【 記念講演 】

## いのちの可能性とリハビリテーション

作家 柳田邦男

### はじめに — 私の視点

リハビリテーションを総合的な立場で発展させようというこの研究大会が、もう20年も歴史を重ねたということで、大変素晴らしいことだと思いますし、今後の発展をお祈りしたいと思います。

今日は「いのちの可能性とリハビリテーション」という題で、少し時間をいただいて、お話をさせていただきます。私はノンフィクション作家として、現代の日本の社会と人間が直面している問題、またそれらの内に潜む問題をえぐり出して、これからの我々の生き方を考える手掛かりをつかもうという視点で、作品を書いてきているわけです。自分なりにこのリハビリテーション医学、あるいはその取り組みの問題について、いろいろと考えること、感じるがありますので、そのことを話させていただきたいと思います。

作家というものは、社会学者、政治学者、経済学者と違いまして、自分自身にいちばん興味があって、自分の心の中とか、生き方とかに、非常にこだわる立場にあるわけです。それだけに世の中を見る場合も、具体的な一人ひとりの人間の生き方というものに大変興味を抱いて、そういう視点から作品を書くことになります。知的にも感情的にも、こういう関心の向け方を私は「現場感覚」という言葉でずっと言ってきたのです。これはとても大事なことではないかと思っています。あまりにもサイエンティフィックに物事をとらえたり、科学の論理だけにとらわれてしまったり、あるいは理想的すぎたり、観念的すぎたりしないで、いつも一人ひとりの人間を大事にして見ていくという視点です。

哲学者の中村雄二郎先生が、岩波新書で『臨床

の知』という本をお書きになっておられます。医学における臨床という概念をより広く、社会や人間を見る場合に応用的に使い、新しいキーワードとして「臨床の知」という新しい知識構築の方法を提起されておられるのですが、その「臨床の知」という発想は「現場感覚」という対象のとらえ方に非常に近いなと思いました。中村先生も「現場感覚」というのは面白い、とおっしゃってくださったのです。

そんなことで今日の講演も、学問的な知識について話すのではなくて、私が自分の目で見、耳で聞き、あるいはお会いした一人ひとりの生き方や人生、あるいはそういう人に対する専門家の支援の取り組みといったものを話して、そういうなかから人間が持っている驚くべきいのちの可能性を探り出してみたい。そういうなかでリハビリテーションというものが、いかに大事なものかということも、また述べていきたいと思っております。

限られた時間ですので、多くの体験のなかから、エピソードを5つに絞って話したいと思います。

1つは若い障害児が秘めているいのちの可能性。

2つ目は厳しい病気の手術を受けて重い障害が残っても、なお新しい人生を取り戻す可能性。

3つ目は寝たきり老人を大幅に減らす訪問リハビリ、在宅リハビリがもたらす可能性。

4つ目が最先端医療の新しい治療法が訴えかけるリハビリテーションのさらなる重要性について。

5つ目にがんの終末期医療に求められるリハビリテーションの視点。

そうした5つのエピソードを話していきたいと思っております。

## 1 障害児の可能性

最初の、障害児の秘められた可能性ですが、私はNHK厚生文化事業団主催の障害福祉賞のお手伝いをしているものですから、毎年様々な障害者の方々、あるいはそういう障害者を育てられたご家族の方、養護職員の方など、多くの方々と出会うのですが、しばらく前に出会った宮崎市の山本順子さんという方がお子様を育てられた記録は、本当に感動的なものでした。

山本さんは22歳で、結婚後間もなく長男A君を出産されました。A君は出産直後、重い二分脊椎と診断され、そのときお医者さんからお母さんが言われたことは、「このような重い障害ですと、手術をすれば24カ月生きた例があります」という言葉だったのです。これはお医者さんとしては慎重な言葉使いだったのですが、やはり親とすれば2年しか生きられないのか、それもそういう例が希にあるというだけのことなのかということ、絶望的になって、親子心中を思ったのです。多くの若いお母さんにとって、そうした重い障害の子を持つことが大変なショックであることは、新生児治療室でしばしば見られることです。でも、山本順子さんの場合、実のお母様が一喝した、「順子、死ぬのはやめなさい。この子がかわいじゃろ」という言葉が、心中を思いとどまらせた。母親の直感というのでしょうか、自分の娘が何か心に思いつめているのを見て取って、そういうことを言ったのです。順子さんはハッとになって、とにかく死にもの狂いで育ててみようと思ひ、それから可能なかぎりいろいろな小児科を訪ねたり、いろいろな施設を訪ね歩いて、治療と養育に努め、気がつけば2年、3年と経っていた。そういう中で周囲から、障害児一人だけを育てると、あまりにも過保護的になったり、あるいは思いつめたりしすぎるから、子どもは多いほうがいと助言をされて、2人目のお子さんを出産された。

A君は成長するにつれて、驚くべきいのちの可能性を発揮しました。二分脊椎に水頭症まで併発しておられたのですが、あらゆる治療を受けなが

ら育っていきました。とても辛い治療だったということです。水頭症の水を抜くために、ポンプを頭に埋め込むとか、あるいは車椅子に乗って動くリハビリテーションとか、小さい子にとっては非常に辛かったにちがいないと思うのです。

やがて養護学校の中学部2年になったときに、郵政省主催の全国手紙作文コンクールに自ら応募しました。そしてその最優秀作品に選ばれたのです。その作文のほんの一部を読んでみます。

「僕は生きてみようと考えていました。苦しいときにこそ消極的な考えはやめて自分を見ると、残されたもの、むしろこの身体が教えてくれたものがあります。まず自由に考えられる心があります。一気に40回も腕立て伏せができる腕があります。そして足を支えてくれる杖があり、心を支えてくれる家族や友達がいます」。

こんな作文を書くほどになったのです。しかもA君がそこまで成長しただけではなくて、母親の順子さんも10年間に、大変大きく成長しました。わが子をここまで育てることができたのは、周囲の支えてくれた人々がたくさんいたからだと考え、その恩返しにと一生懸命勉強して保母と、社会福祉士の資格を取り、ちょうど10年経った32歳の春に、地元の精神薄弱者授産施設の指導員に就きました。また弟のB君も非常にお兄さん思いで、お兄さんがいじめられそうになるとそれをかばうような、とてもたくましい育ち方をしました。

このエピソードを振り返ってみると、大変重要なことを語っているように思うのです。

第1に人間のいのち、とくに幼きいのちというのは、医学の常識・通念を超えた驚くべき可能性を秘めていて、そうしたものが周囲の努力によって引き出されたときに、大変大きな実りを結ぶということ。

第2に、母親の愛の強さというのはすごいということ。

そして第3に、障害者であるA君自身だけでなく、弟のB君、そしてお母さんである順子さん、それぞれが大きく成長したということ。

こうしたことが一人の障害者の成育のなかで見

られたと感じました。

## 2 手術後障害からの再生

2つ目のエピソードは、手術後障害からの再生ということです。ある中年の主婦が食道がん手術で失った声を、自力で取り戻した体験です。この方も長年親しく付き合っておりますが、食道がんを手術したときに、声帯を含む喉から食道を全部摘出してしまいました。当然声を失ったわけです。その方は野武歌子さんとおっしゃいますが、40代半ばでその手術を受けたのです。もともととても美しいメゾソプラノの声を持っておりまして、コーラスにも入っておられただけに、声を失ったショックは大きくて、何とかもう一度声を取り戻したいということでお医者さんに相談したところ、食道発声をする銀鈴会を紹介されたのです。そこに入って訓練をしようとしたのですが、ハッと気がつけば自分には食道がない。食道発声はできないという二重のショックを受けたわけです。

しかし、歌子さんはそれで絶望しないで、何とかほかの方法はないかということでお医者さんに相談すると、食道まで無いと声を出したという例はまだ学会でも聞いたことがないということです。でも、歌子さんはあきらめずにありとあらゆる努力をして、声を絞り出せないかと努力をしたのです。そして、2年もかかって、とうとう声を出すことに成功しました。それは食べすぎたりしたときにお腹からげっぷが出ますが、あのように胃の方からグッと何かを絞り出すようにする。そうすると声が出たのです。最初は人と話をしていて、「ああ、そう。そう、そう」というときの「そ」が出たのだそうです。そのうちに、自分の息子さんが朝寝ぼうしているのを起こすときに「こらっ」と叫んだら、その「ら」が出たのだと言うのです。歌子さんは思いがけず努力が実って、普通の言葉がしゃべれるようになって、私の所にもときどき電話をかけてきますが、最近では普通に会話をします。

しかも歌子さんはそういう自分の実績を何とか人のために生かしたいということで、がんセンター

などで声帯を失って落ち込んでいる患者さんや、あるいは手術後立ち直るのに困難な患者さんのためにカウンセラーの役割をしている。自分で体験した人の話というのは、病を背負う人、あるいは障害を背負ってしまった人にとっては、とても励みになるわけです。

このエピソードから私が学んだことは、

第1に先ほどと似たように、医学の経験的な常識を超えたところでも、人間の身体というものは驚くような可能性を発揮することがあるということ。

第2に、患者自身が、前例がなくても何とか希望の目標を実現しようとする情熱、工夫、努力というものが、とても大きな役割を果たすということ。

第3に、不可能を可能にした体験は、絶望の淵にある同病者、あるいは障害者に対して希望や勇気を与えるうえでとても大きな役割を果たすということです。

## 3 「ねたきり」激減の「訪問リハビリ」

3つ目のエピソードは、寝たきを減少させる訪問リハビリ、あるいは在宅リハビリがもたらす可能性についてです。

これはリハビリテーションの分野では非常に有名になっている事例ですが、私にとっては、その活動を知ったときに大きな感動があったものですから、ぜひここでも紹介させていただきたいと思えます。広島県東部の山間部にある御調町の公立みつき総合病院の山口昇先生の取り組みです。

1977年、当時45歳だった山口先生は一般外科医だったのですが、田舎の病院なのでどんな患者でも切らなければならない。脳卒中患者が来ると脳神経外科医がやることまでやっておられた。そして多くの脳卒中患者のいのちを救い、病院内でできるリハビリの後に家に帰す、という繰り返しをしていました。

そんなことを数年続けるうちにハッと気がつけば、救命した患者の大半が再び病院に戻っている。ひどい褥瘡を作ったり、寝たきりの老人になった

りして、家にいられなくなったのです。それを見て、山口先生は一体自分が外科医としてメスを振るうということにはどんな意味があるのだろうか、自分に問いかけたわけです。

よく調べると、過疎の農村地帯のため、若い人たちの人手がなく、家に帰ったお年寄りはおムツをして寝かされ放しになっている。何のリハビリテーションのケアもない。また家の中に段差の大きい田舎の家では、とても行動が難しい。お風呂もままにならないというような生活をしている。山口先生は、これではいくらメスを振るっても、人間のいのちを救ったことにはならないと考え、自分が病院長であったこともありまして、新しいシステムを考えました。

そして1982年ごろから、本格的な訪問リハビリを始めたのです。保健婦とPT（理学療法士）、またはOT（作業療法士）をペアにして、車で退院後の脳卒中患者の訪問リハビリを始めた。それは、単に身体のリハビリテーションをするだけでなく、家の中のライフスタイルを改善するために、家の中の段差をなくしたり、手摺りを付けたり、風呂を改善したりして行動を可能にし、また車椅子を貸し出して、できるだけ動くよう、行動するように指導するという取り組みでした。

また、山口先生がそういう仕事をするうえで、大きな壁になったのは行政縦割主義でした。行政的ないろいろな手続をするうえで、窓口が保健所、医療機関、役所の福祉係というふうに分かれていて、患者、家族がとても大変だということで、これを町長さんと話し合い、病院長が市の職員となって福祉行政の責任者の役割を果たして、そうした保健、医療、福祉の手続きの窓口を病院の中に1本化したわけです。

以上のような対応は住民サービスとしては、非常に画期的だったわけです。その成果は10年経ってはつきりました。1990年を迎えたときに、人口わずか7,000～8,000人の村で、高齢化が高く、65歳以上の高齢者が1,700人ほどの町ですが、そのなかで80年当初、寝たきり老人が実に56人もいたのです。それが90年を迎えたときに

3分の1の18人に減っていました。これは大変素晴らしい成績だと思います。

このエピソードが語るものを列挙すると、

1番目に、脳卒中のように後遺症の残る病気の患者に対しては、急性期の治療だけではなく、継続的なリハビリテーションを含めた治療プログラムに取り組んでいくシステムが必要だ、ということ。

2番目に、そのためには在宅リハビリテーションの支援体制が必要であること。

3番目に、日本の住宅とライフスタイルを、障害者向きに改善改装をする必要があり、そうしたものに對する公的な支援が必要だということ。

4番目に患者が公的サービスを受けやすくするために、行政面での保健、医療、福祉の一体化が取られることが望まれること。

5番目に医師は、自分の専門分野の治療だけで完結するのではなく、後遺症を抱えた患者のその後への視野を持つ必要があるということ。

そして6番目に、都市部では別の形での取り組みが必要であろうということ。公立みつぎ総合病院の訪問リハビリは山村、あるいは農村型の取り組みとして成功した例ですが、都市部においてはなかなかこうもいかないさまざまな問題がある。では都市部では何もできないかということ、そうではない。例えば横浜市のように行政が障害者及びその家庭に対して財政的な援助をして、いろいろな在宅ケア、あるいは在宅リハビリ、さらには家の改築の補助まで含めてやっているという取り組みがあります。また農村部の取り組みにしても、新潟県のゆきぐに大和総合病院のように、施設内にデイケア・ルームを設けたり、在宅ケア部を充実させたりして、医療と福祉を一体化した医療福祉施設の取り組みもありますし、各地で地域の事情に見合ったさまざまな形で在宅ケア、在宅リハビリに取り組んでいる姿を見ることが出来ます。

そうしたさまざまな取り組みを総合的にまとめて、これからリハビリテーションの地域システムを全国的に広めていく指針を探るべき時期に来ていると思うのです。

#### 4 脳治療革命と重要度を増すリハビリテーション

4つ目のエピソードです。

これは最近私、息子を脳死状態から死に至らしめた体験から、重大な脳障害を負ってしまった患者を救命する道はないのかと、そういう個人的な関心の向け方もありまして、90年代になってから新しく登場してきた、重い脳損傷患者に対する画期的な治療法としての脳低体温療法に関心を持ちまして、ずっと継続的に取材してきました。

この脳低体温療法を始めたのは、日本大学板橋病院救命センターの林成之教授ですが、この板橋病院救命センターに、足掛け3年ぐらい通って、さまざまな患者さんに出会い、あるいは医療者の取り組みを見てきました。

交通事故による頭部外傷、あるいは脳卒中などの患者に対して、脳低体温療法を施しますと、従来の標準的治療では絶望とされ、打つ手がないとされた患者が蘇生し、回復して、なかには何の障害もなく社会復帰をしている方も続出しているのです。

その方法は、ベッドの上に水冷マットを敷き、さらに身体の上にも水冷のブランケットを使い、そして全身を32度から33度ぐらいに冷やして、それを短くて数日、長いと10日前後も身体を冷やし続け、そして脳の保護と再生を目指すわけです。簡単に言えばそうなのですが、ただ冷やせばいいかというところではなくて、麻酔療法とか人工呼吸器を付けた全身管理とか、あるいは薬などを使ったさまざまな対応、さらには低体温にすると非常に免疫低下がありまして、肺炎を起こしやすいのでその感染症予防の特別な対策を取るとか、まさに「集中治療」という言葉そのままの取り組みをするわけです。

その成果は、今年の初めに、ここ数年間のデータをまとめたところによりますと、脳低体温療法を施した重症の脳障害患者75人、これは先ほど言いましたように交通事故による頭部外傷や、くも膜下出血などによる脳内出血の患者などですが、

そのうちほとんど後遺症を残さずに社会や家庭に復帰した人が35人、47%に上り、素晴らしい成績です。その方々は、従来の標準治療ではこの世にいなかったかもしれない方々なのです。例えば、練馬区の主婦の場合、治療から回復して3年以上になりますが、自転車を乗り回し、野良仕事をし、2キロでも3キロでも買い物に出るといような生活をしておられます。

それから、若干の障害を残した方が12人、16%。重い障害を残した方が4人、5%。植物状態に入った人が5人、7%。亡くなった方が19人、25%という成績です。これは驚くべき成績です。

しかし、それでもなお脳の損傷があまりにも大きかったがゆえに、重い後遺症が残ってしまった人が若干出るといことは現実には避けられない問題ですから、そういう患者の術後対策に目を向ける必要があります。

その重い後遺症が残った一例として、一人の青年の場合を話してみたいと思います。中村英世さんとおっしゃいます。新宿に住んでおられて、ご自身も日本大学医学部を出たお医者さんで、26歳の研修医でした。95年6月17日の未明、東京新宿で交通事故を起こし、脳に重大な損傷を受け、近くのT病院に運ばれましたが、打つ手はないと言われて、治療を見放されました。実際、そのときすでに前頭葉は、骨折した頭蓋底から外に飛び出しておりまして、どう見ても助かる患者ではなかったのです。しかし、お父さんがここで最期を迎えるのはあまりにも忍びない、せめて母校で看取りたいということで、日大板橋病院に救急車で転送しました。そしてそこで手術を受けて、脳低体温療法を施されたわけです。

その結果、蘇生したのですが、意識はなかなか戻りませんでした。何と4カ月半、昏睡状態のまま、つまり植物症と言っていい状態が続きましたが、最後にホルモンを使った補充療法で急速に脳の神経機能が回復し始めて、4カ月半経った11月1日に、初めて名前を聞くと「中村英世」と自分で言いました。それから年が明けた96年1月には簡単な会話ができるようになりました。7カ月目

の1月19日からリハビリテーションが開始され、車椅子で病院内のリハビリテーションルームに毎日通い始めました。また腰、背中、首はぐにゃぐにゃで、自分では車椅子にも乗り換えられない状態でしたが、お父さん、お母さんがものすごく情熱的に毎日ケアをしました。また病院のスタッフもよく看ました。まだそれでも食べられない状態でした。栄養はお腹に管を埋め込んだ胃ろう（ガストロストーマ）から補給していて、口からスプーン1杯のものを食べるのに、30分も1時間もかかるぐらいでしたし、またそれを食べると吐くということがしばしばあるという状態でした。

それでも1年経った96年の初夏のころには、本人がリハビリテーションをする意欲が次第に出てきて、言葉もはっきりしてきました。歩行器による歩行訓練が始まりました。家族、お父さん、お母さん、それに療法士、または看護婦さんが支えて、3人がかりでやっと立って歩くような状態でした。秋が来て、オセロゲームなどによる知的なリハビリテーションが始まり、オセロゲームがきちんとできるようになりました。そして、2年近く経った97年春、間接補助具を付ければ自分で立って歩けるようになりました。知的活動の面では、会話がとても滑らかに出来るようになり、ユーモアが出るようになりました。

このときはすでに一般病棟に移っていたのですが、同室にがんが進行してしまった患者さんがいると、仲間の医師が来るわけですね。そして診て帰ると、中村英世さんはお父さんに「あの患者さんは膀胱がんで、もう骨に転移しているんだ」というようなことを言うんです。それでお父さんが冗談に「俺も年だからがんかもしれないな」と言うと、英世さんが「いや、もう転移して末期かもしれないよ」なんて冗談を言う。そしてちゃんとお医者さんらしく「痰は出る？」と聞く。お父さんは「いや、痰は出ない、咳も出ない」「ああ、それじゃあ大丈夫だ」というような会話になる。そんなところまで戻りました。

前頭葉が外へ飛び出してしまった青年が、そこまで回復する。私はずっと見ていましたが、本当

に信じられない気持ちですね。そして97年の夏を迎えたわけですが、やはり大学病院の一般病棟ではリハビリテーションに限界があり、どうしてもそれ以上進まない。いまだ自分で食べることもできないということで、お父さんが、この半年ぐらい四方八方に手を尽くして、浜松の病院にリハビリテーションと嚥下障害の専門家がいることがわかり、そちらに転院しました。そうすると、そこには2カ月半ほどしかいませんでしたが、やはり専門のリハビリテーションの指導を受けるとすごいなと思いました。それは大きな進展があったのです。

まず一つは、胃ろうが旧式のものだったものを新式の取外しが可能なものにして、しかし、できるだけ胃ろうから入れるのではなく、口から入れる指導をした。それから薬も相当いろいろなものをたくさん飲んでいたわけですが、それを最少限に整理して少なくした。その結果、吐くのがぴたっとなくなりました。そして自分の口で、かなり積極的にご飯を食べられるようになりました。それから歩く能力、足の力もついてきて、2カ月半の最後の週、自分の足で普通のお風呂に入りました。それまでは機械式の、いわゆる寝たきり老人式のお風呂の入れ方だったのが、自分の足でお風呂に入ったのです。そのときに英世さんは絶叫しました。「感激だ」と。それはお母さんにとっては忘れられない瞬間だということです。そしてこの秋には再び東京の国立国際医療センターに移りまして、顔面再建の整形手術を待つという状態になっています。

この中村英世さんの例だけでなく、たくさんの方のエピソードをもとに、先端医療とリハビリテーションの関係について私が感じたことを申し上げます。

1つは大学病院や一般総合病院における救命センターとリハビリテーション部門の連携が不十分であって、縦割診療の弊害がいま限界にきているのではないかとということです。

2つ目は、一般病院、大学病院では院内のリハビリテーションの体制が必ずしも十分ではないと

いうことです。

3つ目は、患者家族が自分で外部のリハビリテーション施設を探さなければならないときの大変さ。どこも予約待ち、2、3カ月は待たされる。そして入っても3カ月で出される。そうした施設のマンパワー不足ゆえに高齢化が進み、またこうした先端医療が進む中で、救命には成功してもリハビリ段階になって、取り付く島がないような事態になるということがしばしば見られるわけです。これはこれからの医療のあり方として大きな問題です。

4つ目。患者とリハビリテーションスタッフの間に、相性みたいなものがある、その背景にはスタッフのさまざまな資質や能力の問題があるのではなかろうかと感じました。一人の患者のリハビリテーションの長いプロセスを見ていると、その間に専門の療法士が頻りに交代します。そうすると相性の良い、あるいは患者のどのような機能回復を目指さなければいけないか、ということをしっかり見たうえでコミュニケーションを取って、専門的対応をする療法士と、非常に定番的な、定形的なことしかやらない療法士と、その成果の差は非常に大きいと思いました。皆さん、とても体力を使って苦勞されているのはわかるのですが、やはり個人差という問題も患者側、障害者側から見ると、大きい問題だということなのです。

5つ目に、一般診療科の医師のリハビリテーションに対する関心が、驚くほど低いということなのです。自分の専門領域の治療をすればそれで完結するという考え、そして、リハビリテーションの専門家があとはやってくれるだろう、という非常に分断した考え方を持っているということ。

6つ目は、家族の愛と努力というものが、患者の再生と意欲に極めて大きな役割を果たすということ。それは専門的な、医学的な取り組みに劣らないほど、大きな意味を持っているということです。その問題について、私は中村さんのことを書いた作品のなかで、こんな表現を書きました。「肉親というものは、たとえ患者の反応がなくても、限りなく患者と会話は交わすものだ。患者の

目に、唇に、肩や胸に、手や足に、どこかにある古い怪我の痕やほくろにさえも、互いに共有した時間と人生と、さらには愛する者の人格全体を読み取りながら、いままさに生を実感できる一瞬一瞬をかけがえなく大事に思う。その心情は、患者が脳死状態に陥った場合でも変わらない。もし医師が家族を寄せつけない場で、意識のない患者とのみ接し続けるなら、医師の目に映る患者は、ただ代謝活動をしているだけの生物体でしかないだろう。だが、ベッドサイドで、家族が患者の体をさすり、言葉をかけ、喜びや悲しみの感情をさらけ出している時間と空間のなかに医師が共に立ったとき、医師の目に映る患者は全く違った姿に――つまり家族と精神性を共有し合いながら、大事な時間を生きている人間として――立ち上がってくるだろう」と、こんなことを書いたのですが、本当に半年も意識がなく、もう絶望かと思われた植物状態の患者が、言葉を取り戻し、知性を取り戻し、身体機能も徐々にではあっても取り戻していくそのプロセスを見るとき、それを支えた肉親の力というのは大きいなということを感じます。

## 5 終末期医療とリハビリテーション

5番目のエピソード。終末期医療とリハビリテーションです。私は長年、がん終末期医療の問題に取り組んできました。その理由の一つは、現代の医学があまりにも、たこ壺的な専門分野の細分化が激しいなかで、患者一人ひとりの人格全体を見ていくような医療の取り組みを再構築していくうえで、この終末期医療の発想と取り組み方に大きな問題提起が含まれていると考えたからです。がんの末期患者は身体的にも、精神的にも重い傷を背負っています。そのような状況に置かれてもなお、本人は人生の最後の大事な時間を生きようとしている。その大事な時間を輝いて生きるには、その人なりの人生の完成を可能にするような医療の取り組みとしてリハビリテーションのチャンスを提供することが、重要ではなかろうかと思えます。死を前にした人に対し、何がリハビリテーションだという人もいますが、それは全く逆ではな

かろうかと思うのです。時間が短いからこそリハビリテーションが必要なのではなかろうか。

二人の身近な体験を紹介します。

一人は私の義兄です。膵臓がんの末期とわかり、ある国立病院で治療法もなく、予後3カ月と言われました。すでに黄疸症状はひどく、食べることもできないような状態でした。私は手を尽くして義兄のQOL（クオリティ・オブ・ライフ）を高めるためにはどうすればいいか調べた結果、その道を探し出しました。そこで病院を変わり、お腹を開いて膵臓に電子線を当てる術中照射を施し、同時に胆道と十二指腸のバイパス手術を受けました。その結果、がんは一次的に抑えられ、また消化器の機能が回復して全身状態が急速に良くなり、食事も通常にできるようになりました。そして退院して自宅で療養の傍ら、もともと剣道の指南として若者の育成に当たっていたものですから、道場に戻って、大声をかけて子供たちを指導する日を2カ月ほど送ることができました。最終的には、がんの合併症としての心筋梗塞で亡くなりましたが、最初の医師が予後3カ月と言った予測をはるかに超える11カ月間、QOLをかなり高く維持して過ごすことができました。こうした治療はたとえ治癒に結びつかなくても、残された日々をより良く生きるためのリハビリテーションの効果をもたらしたと言うことができると思います。

もう一人は在宅ホスピスケアによって、油絵の大作を完成させた画家です。

その方は伊勢偉智郎さんとおっしゃいまして、72歳の夏、肺がんの末期と突然診断され、余命数カ月と言われました。そして精密検査と抗がん剤、放射線による治療が始まろうとしたとき、ご本人はたとえ多少の延命ができて、絵を描けないまま最期を迎える治療を続けるだけでは意味がないと言って、治療を断わり、退院して自宅に戻り、在宅ホスピスケアを選びました。東京には、がんの末期患者を在宅でケアする、在宅ホスピスケアのサービスをするお医者さんや看護婦さんの体制があるものですから、そのお世話になりました。そして余命数カ月どころか年を超え、春になり、

8カ月ほど経ったときに、酸素を吸いながらほとんど食べられないのに、徹夜をして絵を描き続け、油絵100号の大作「やすらぎ」と題する作品を完成させました。そして光陽会という絵画展に出品して、見事入選しました。その後2カ月余り穏やかな自宅での生活をして亡くなりました。

この2つのエピソードが語るものとして、次のようなことを感じます。

1つは、末期患者のターミナルケアにおいても、残り少ない時間を有意義に過ごすためのリハビリテーションの支援が必要であるということ。

2つ目は、この場合のリハビリテーションには、身体機能の活性化に役立つ治療行為も必要であろうということ。治療行為自体が、リハビリテーションの意味を持つということです。

3つ目は、患者の精神生活が高揚するような支援のあり方の重要性です。精神生活が活発になると、身体の生理機能まで活性化されて、余命にプラスに働くということは、在宅ケアに取り組んでいるドクターたちが最近しばしば語ることです。

## 7つの提言

以上、5つの分野について私の数少ない体験のなかから、その語りかけているものを読み取ってみました。それらをまとめて提言をしてみたいと思います。

第1、医療者や福祉スタッフは、通念や経験に捕らわれずに、人間のいのちのダイナミックな可能性に対して謙虚になり、あらゆる可能性を目指して努力すべきではなかろうかということ。

第2、これからの医療は、疾患の治療で完結するのではなく、リハビリテーションまで含めた総合的な取り組みを目指すシステムを構築すべきだということ。そのためには、大学病院や一般総合病院において、診療科別の縦割診療やたこ壺診療を廃して、横断的な連携による診療システムを作る必要がある。そこには当然のことながら、治療の早い段階から福祉関係のスタッフが参加することが必要です。

この問題に関して、重要だと思うのは、治療に

当るドクター一人ひとりの問題意識と取り組み方です。患者さんが一体これからの人生と生活をどのような形で送ろうとしているのかをしっかりととらえ、それに対してどういう医療と福祉の支援が必要かという全体展望のプログラムを作り、それを必要に応じてほかの診療科ないし福祉施設へ患者さんが自分で持って歩けるようにする。そんなサービスのあり方も、これからの課題だと思います。

第3、医学教育や看護教育において、リハビリテーションのカリキュラムを強化する。すべての大学病院にリハビリテーション科と、十分なリハビリテーションセンターが設けられるべきであること。

第4、医療機関と福祉施設との連携、一体化を強化する必要がある。都市部や農山部など、それぞれの地域の特性に見合ったさまざまな地域性を発明していく必要がある。

第5、在宅医療こそ、いのちを活性化する大きな要因になることを考慮して、在宅ケア、訪問リハビリテーションを全国的に普及する。

第6、患者・障害者自身および家族による可能性追及の熱意と努力を重視して、それを最大限に高揚させるように支援する。医療現場においては、現代の医学というものは、完全看護という名の下に、家族を排除する傾向が強い。そういうものを

いま改めて見直す必要があるのではなかろうかと思えます。

第7、終末期医療においても、リハビリテーションは格別に重要であること。とりわけ心のリハビリテーションは重視すべきであることを認識すること。

以上が、今日紹介した5つのケースから私が感じ取った、今後への提言です。この研究大会が、障害者のリハビリテーション問題に取り組むさまざまな分野の人々による討議を通して、以上に述べた私の提言の実現に向かって、アクセルを踏む役割を果たしてくださることを期待したいと思います。

最後にもう一言、付け加えさせていただきます。

今年(1997年)のノーベル平和賞がNGOのICBL、地雷禁止国際キャンペーンと、その世話人のジョディ・ウィリアムさんに送られたことに、私は心からの喜びを申し上げます。

失明や手足を失わせることを目的とする対人地雷による犠牲者は、世界でいま22分に一人の割合で死傷者を生み出しています。犠牲者の多くは、一般市民です。戦争が終わったあとでさえ障害者をつくり出すこのような兵器は、一刻も早く廃絶すべきであり、さらには戦争のない平和な世界こそ、人類の究極のリハビリテーションの行為だと思います。どうもありがとうございました。

# シンポジウム 1

## ユーザーの採点

－日本のリハビリテーションサービスを評価する－

座長 定藤 丈弘（大阪府立大学社会福祉学部）

発言者 加藤真規子（全国精神障害者団体連合会）

田中 徹二（日本点字図書館）

廉田 俊二（メインストリーム協会）

【 シンポジウム 1 】

## ユーザーの採点 ー日本のリハビリテーションサービスを評価するー

座長 定藤 丈弘（大阪府立大学社会福祉学部）

発言者 加藤 真規子（全国精神障害者団体会）

田中 徹二（日本点字図書館）

廉田 俊二（メインストリーム協会）

○定藤（座長）こんにちは。いま、司会の方からお話がありましたように「ユーザーの採点」ということで、「日本のリハビリテーションサービスを評価する」という大きなタイトルをいただきまして、切り口をどうしようかと感じております。

### はじめに・評価の視点

○定藤 このテーマが出てきました理念的な背景には、この20年間の「国際障害者年」の展開、それから私ども重度障害者を主体とする、障害者の自立生活運動の国際的な発展などもありました。これまでお医者さんとか教師、あるいは訓練士等、専門家の皆さんの主導によって、障害者の福祉施策とかりハビリテーション施策の計画とか決定、運営、こういうものがかなり一方的に行われてきました。伝統的には「リハビリテーション・モデル」というのですが、これを我々は勝手に「医療モデル」と呼んでおります。それに対する弊害への反省がかなりなされてきました。

その「医療モデル」では、どうしても障害者をサービスの受け手とか保護の対象という捉え方をしてきました。どんな重い障害をもつ人も、やはり自己決定権を持つ生活主体者として尊重するような「自立生活モデル」をもっと重視していかなければいけない。そういう方向が、我が国のリハビリテーション界でも注目されるようになってきました。そのことがこのタイトルで、20周年でシンポジウムをやる必要性を感じるようになった一つの背景にあるのではないのでしょうか。レジュメ

の19頁を見ていただけましたら、今日の私どものシンポジウムの内容が出ております。

このような自立生活モデルは、障害者の生活に影響を及ぼすいろいろなサービスや施策の計画、運営などに対しても、障害者がサービスの利用者、ユーザーの立場から、もっと主導権を発揮する必要がある。いわゆる「コンシューマー・コントロール」を目指すことが自立生活モデルのアプローチであります。

確かに情報化が進み、技術が進むかもしれませんが、専門家にはもうちょっと謙虚になってほしい。専門家には、そのための対等なパートナーとなることを、自立生活モデルというのは求めています。そして、この自立生活モデルはアメリカをはじめ、国際的にも従来のリハビリテーション界のパラダイム転換という点にもかなり貢献しております。同時に、何といたっても、重度障害者の地域自立生活の形成に非常に大きな成果を挙げてきたという実態、貢献があるわけです。

このシンポジウムでは、このような自立生活モデルの立場といたしましうか、サービス利用者である当事者の立場から、日本のリハビリテーションサービスの評価を試みるような狙いであります。ただ、これを言いますとちょっと固くなり過ぎま

して、「1時間15分でリハビリテーションサービスをどこまでやるんや」ということでありまして、とても全体の切り口はできません。そう言いながら、大きくは3つぐらいのポイントから、それぞれに少しずつご発言をいただいて、評価の代わりにさせていただきたいと思っております。

今日は3人の方が出ておられますが、それぞれ別の障害をもっておられます。それぞれの障害の立場から、この20年間の個人的な生活みたいなものを少し振り返りながら、統計的なデータを出して「どうや」と言うよりも、その感覚からそれにかかわるような、身近にかかわられたリハビリテーションサービスに対する評価をしていきたい。そういう趣旨で考えておりますので、一つ、そう固くならないで、ご協力をよろしくお願ひしたいと思ひます。

19頁に書いておりますように、私なりに評価の視点を大きく4つぐらいに整理してみました。一つは障害者に対する捉え方、これが何といってもいちばん基礎になります。なんぼええことを言っても、やはり障害者は保護を受ける者としか見られない。それはやはり、生活主体者として尊重する視点がどれほどあるのか。あるいは、新しい自立観というもの。それから、2つ目はリハビリテーションサービスの社会的目標に関する評価。3つ目は特に自立生活レベルでの個人の自立の確立。4番目は社会生活レベルでの障害者の自立の確立。この4つぐらいの視点をと最初は思っておりましたが、今日は、大きく3つぐらいのところから話を進めさせていただきたいと思ひます。

まず1番目に、それぞれの障害の紹介と、20年間の歩みを見ながら、それぞれの立場から障害者観が多少変わってきたのか、あまり変わっていないのか。このことをまず最初に、それぞれ5分ずつぐらいお話をさせていただきたいと思ひます。2つ目は、特にリハビリテーションの社会的目標、それから個人の自立生活について。最後は社会生活レベルでの課題という形で、それぞれ5分ずつぐらいお話をさせていただきたいと思ひます。

それぞれ自己紹介をさせていただきますが、まず、

司会の私も一応重度障害者ですので、まず私から簡単に申し上げます。

### 「障害」と世間の眼

私は奇しくも、この20年間はちょうど障害者になった20年間なのです。厳密に言いますと、1976年の12月14日に交通事故で首の骨を折りました。私の常識で言うと、首の骨を折ったらもうあかん、死ぬ、と思っていたのですが、どうやら助けてくださった。そういう点では、医療リハビリテーションにいつも文句は言っておりますけれども、貢献には感謝しております。最初ぐらい上げておかないと。生かして、延長してもらっている、というのはそれなりの効果がありますので。

しかし、すぐ、四肢麻痺の車椅子になりました。ところが、私は当時、大阪府立大学の前身の大阪社会事業短期大学の講師をしておりまして、職場の良さもあったのでしょうが、私の悪運の強さということもあったのでしょうか、1977年の10月1日には職場復帰をいたしました。76年の12月に事故に遭いまして、77年の10月1日に復帰ですから、休職期間は10カ月弱です。これは素晴らしい日本記録であるとホラを吹いております。

最初の2、3年は、重い障害をもっているから、「どこまで持つんや」とか「どんな介助がどれだけ要るんや」というようなことを言われておりましたが、障害と病気は違ひまして、ほとんど病気はしておりません。多少の健康管理をして、もちろん医療機関にはずっとかかっておりますけれども、20年間、ほとんど無欠席で、この10月1日でちょうど職場復帰20周年を迎えております。

一言だけ申しますと、そこら辺のところはどう違ってきたかと言うと、当時は「こんな重度障害者の大学教員は私一人や」と言うて、勝手に決めつけて思っておりましたが、この20年で、大学教授のレベルで言いますと、多少地殻変動があったんやないかと思ひます。特に、今年から去年にかけては、最重度期の障害者の人が次々と大学に、福祉だけではなくて、いろいろな領域に採用されるようになってきた。そこら辺は、少し見るべき

ものがあるのかなと。私の例が良かったのかな、というところで。一応、その辺にさせていただきますと思います。

それでは、それぞれの発言者の方に5分ぐらいで、個人史ということを含めまして、よろしくお願ひしたいと思います。最初は、メインストリーム協会の廉田俊二さんのほうからお願いします。

### 褒められ癖

○廉田 こんにちは。兵庫県の西宮という所からやってきました。西宮で障害者の自立生活センター「メインストリーム協会」というのをやっています。私は車椅子に乗っています。14歳のときに体育館の屋根から落ちて、それから車椅子になりました。ですから、もう20年ちょっと越えていて、定藤先生よりは実は1年ほど先輩になるわけです。

中学校で怪我をしたあと、高校は普通高校に入学しました。今から当時を思い出すと、車椅子で普通高校に行くということは新聞に載るぐらい珍しいことでした。今では、障害があって普通の高校、中学校に行くことはだんだん珍しくもなくなってきたのですが、当時はえらい新聞をにぎわせました。そういうときは必ず褒められるのです。「よう頑張った」とか。多分、それがあかんかったと思うのですが、それがきっかけで褒められ癖がついてしまいました。

障害者観の話になりますが、その後、高校、大学と普通に入学しました。大学に入った当時は独り暮らしをしました。独り暮らしをしている際には、別に頑張っている大学生でも何でもなかったのです。福祉のことにも興味がなかったし、普通の大学生でした。親が一生懸命働いて、月初めになったら仕送りを送ってくれて。その仕送りが入ったときだけ、一瞬金持ちになりますよね。これで、友だちみんなにおごってやろうかなと。結構、僕はええやつなんです。だから、おごるのが好きなんです。居酒屋とかによく行っていました。

居酒屋に行けば、全然知らない酔っ払いのおっさんからよく「兄ちゃん、何で足、悪いねん」というふうに話しかけられます。「いや、体育館の

屋根から落ちてましてね」という話をすると、「ああ、そうか」と。「それでも、あんた偉いな」と、ここでもまた褒められるわけです。「あんた、偉いで。こんな所へ飲みに来て」とよく言われたのですが、よくよく考えたら全然偉いわけではなくて、普通だったら「親から仕送りもらっとんやったら、ちゃんと勉強せんかい」というほうが筋でしょう。多分、これも障害者観で、おそらく当時は、「障害をもっている人は家でひっそりと暮らしてて、外なんかに出えへんのとちがうか」というふうになが思っているところに、横で飲んでるから、「あんた、偉いな」という話になったのだと思います。

もう少し続けて言いますと、僕は大学3年のころから家に居候を置くようになりました。独り暮らしをしていたのですが、4つぐらい年下の居候が僕の家に住みつくようになりました。彼は、僕が飲みに行こうと言ったら必ずついてきます。一緒についてきて、飲み屋に行くとは全然知らんおっさんがやはり話しかけてくるわけです。「兄ちゃん、どないしたんや」と。それで、「偉いな」と、ここでまた良い気分させてくれるわけです。でも、そのあと、居候のほうに話に移りまして、「そっちの若い兄ちゃんは何やねん」と聞かれて、彼は「いや、私は廉田さんと一緒に暮らしています」と。その瞬間にそのおっさん、何を思ったのか「あっ、ボランティアやな」と。ここでいきなり彼はボランティアに変わるわけです。よくよく考えてみたら、家賃を払っているのは僕だし、こっちがボランティアちがうかというふうに思うわけです。そういうふうにして、障害者を取りまく人は心優しく、天使のような、素晴らしい人なのではないかということで、必ず彼も褒められていました。そんなことがいくつかありました。

高校に入学したときに褒められ癖がついた、そのあと、高校入学ごときで新聞とかテレビに出たのですが、それがきっかけで、大学に入ってからテレビや新聞をにぎあわせたらという気がありました。

僕がこういう福祉の世界に入るきっかけになっ

たのは、「TRY」というグループを作ったからです。それは大阪から東京まで、車椅子で歩こうやないかと。僕自身、大学時代から旅ばかりしていきまして、あちこち放浪していたのですが、自分の得意な分野を活かしてと思いきまして。大阪～東京間にはJRで約110ぐらいの駅がありますが、そこを歩いて、各駅に寄って、駅長さんに「車椅子でも使えるような設備にしてくださいよ」という話をしながら行こうと、若い友だち3人で始めた活動でした。

それも、軽い気持でした。ただ歩いた旅だけだったら、新聞も載せてくれへんやろう。ちょっとエエことしようかということで、全然本気ではなかったのだけれども、駅に寄って駅長さんと話をしているうちに、結構、こちらも真剣になってきました。当時、まだJRではなくて国鉄だったのですが、客扱いをしてくれへんわけです。駅長さんと話をしようと思っても、「帰って、帰って」とか「あんたら、ややこしいな」とか言われて、相手にしてくれなかったのです。そういうことがきっかけで、こらいかん。社会そのものを変えなあかんのとちゃうかな、という気にさせてくれたのが「TRY」という活動でした。

### 20年経って変わったこと

あと、この20年間で少し変わったことは、僕があちこちで講演できるようになったことです。良いことですね、お金がいっぱい入ってきますし。講演ができるようになって、リハビリテーションの世界だけはちょっと遅れていましたよ。僕を呼ぶときは、患者の一人として呼ぶわけです。「患者体験を話してくれ」と言って。ほかの所に講演に行ったら、お金も3万なり5万なりをちゃんと包んでくれるのに、リハビリテーションの世界では必ず図書券とか弁当とかでごまかされておきまして、「まあしゃあないか」と思いながらちょっとずつ付き合っていたわけです。最近、特に学校関係においては、当事者が行って話をしたり、あるいは車椅子の扱い方を指導したりというふうに、この20年間のうちにすごく変わってきたのではな

いかと思います。

最後に一つだけ言いますと、障害者観そのものはいろいろな場面では変わってきていますけれども、根本的なところでは障害者のイメージは変わっていないのではないかと僕は思います。やはり、かわいそうであって、気の毒であって、弱者という存在であって、最近では少し、小学生なんか聞いてみると「すごい人」というのが出てきました。これは新しいパターンで、結構気持が良いのです。「すごい人」「頑張る人」という言葉が出てきましたが、それはテレビの影響、かたよった情報ですけれど。テレビを見ていますと、よく2時間ドラマに障害者が登場します。浜木綿子も出ていますけれども、必ず泣かしますね。結局、障害を克服して、苦勞して、頑張っている、ああいうものを見ていたら「頑張っている人」というふうな雰囲気になるのだと思うのです。障害者には頑張っている人もおるけど、頑張っていないやつの方が多いような気がします。テレビで登場する場合の障害者の出方は、やはり不幸の象徴であったり、あるいは知的障害を扱う場合は純粋な人間、心がきれいなという（知的障害でも、根性が悪い人はぎょうさんおるのですが）。そういった象徴としてしか出てこないところをみると、障害者観そのものの根本的なところではあまり変わっていないのではないかと。

僕の友だち、脳性麻痺の男性ですが、彼が今度結婚して子どもができるんです。予定日が12月9日です。12月9日というのは「障害者の日」ですね。「良かったやん、絶対障害者が生まれるわ」と。「お前に似ててええなあ」という話を笑い話でしています。これは冗談ですが、僕らの中では結構マジで言っているのです。どこの家庭でも、普通、子どもが生まれたら喜ばしいことですよね。「おめでとう」と、お祝いをもらったりするのですが、さあ、障害児者が生まれるときに、同じような気持で「おめでとう」と言えるかどうか。一線置いてしまうのではないかと現実には、未だに絶対ありますね。そこからしても、やはり根幹の部分では障害者は不幸の象徴であったり、素直

に喜べない、何だか大きな壁があるように思います。ちょっと長くなってしまいましたが、そういう自己紹介で終わりたいと思います。

○定藤 本当に長くなりまして、2分半も延長されまして。ついでに一言、彼は「車いす市民全国集会代表者」という肩書きも持っています。

これで、ガラが悪い関西弁を終わらして、あとは流暢な標準語が出てまいります。それでは、日本点字図書館の田中徹二さん、よろしくお願ひします。

### 失明40年の経験から

○田中 私は定藤先生とか、廉田さんと違ひまして、失明して40年を越えました。大学1年のときに網膜剥離にかかりまして、それからずっと盲人の生活を送っているわけです。40年前といひますと、「リハビリテーション」という概念も全くなひころです。視覚障害者の場合も、生活訓練とかはなくて、社会復帰するためにはどうすればいいかという情報もありませんでした。いろいろ相談したのですが、結局、あん摩、マッサージ、鍼の資格を取っておかなければ駄目だということになりました。

そのころ、盲学校にも理療科の課程が当然ありましたが、東京には3年課程がありませんでした。しかし、国立の東京光明寮には3年間の課程があつて、鍼、マッサージの資格を取ったわけです。今、所沢にある国立身障者リハビリテーション・センターの理療教育部になっています。

それからいろいろありましたけれども、この交流セミナーが始まった20年前には、東京都心身障害者福祉センターの視覚障害科で、中途失明者の指導とか相談を担当していました。ですから、実際にユーザーでもあつたわけですが、20年前には、また専門家の一員でもあつたことになりまひ。

そのセンターで、非常にたくさんの中途失明者の人たちの相談を受けたり、訓練中にいろいろな話をしていて、社会とのかかわりで考えさせられたことがいくつかありました。20年前までだけではなひ、私が失明したころからのことで、たいへ

ん変わったなということが二つあります。まず、それをお話したいと思ひます。

一つは、中途失明しても障害年金の充実によって、経済的に非常に安定した状態になってきているということなんです。40年前の東京光明寮では、私のクラスのほとんどは、生活保護を受けざるを得ないという状況でした。その後、特に厚生年金の障害年金が非常に充実してきたことで、経済的な安定が失明者の心理的な安定につながっているということを感じまひ。

それからもう一つは、結婚していた女性が、昔は失明したことによって離婚されることが非常に多かつたということなんです。そんな女性が自立するためには、あん摩、鍼、灸の勉強をしなければならぬという状況になっていました。ですから、40年前の東京光明寮のクラスには、かなり女性がいました。

それがだんだん減ってきてまして、20年前のころあたりになりますと、失明してもそのまま家庭の主婦として生活している例が多くなってきました。特に大都市圏では生活訓練が普及してきたということもありますが、やはり家族や地域の意識が変わり、理解が生まれてきたことが影響していると思ひます。

### 「国際障害者年」以後の変化

それと同じように、白杖を持って一人で歩いていると、「どこへ行きますか」とか「大丈夫ですか」という声がかかってくるのが非常に多くなつてきています。特に、「国際障害者年」のあたりから増えてきています。今では、東京や大阪とかの大都市では、一人で歩いていても困るということが全くありません。昔は、場所がわからずうろろろしていて、やっと人が来たようなので、思いきって声をかけると、そのまま黙つて行つてしまふということがしょっちゅうでした。今では、こちらから声をかけることなんかほとんどなく、少しでもうろろろしているとすぐ誰かが声をかけてくださる。ずいぶん、世の中の意識が変わつたなと思ひます。

ただ、それは表面的なものだけかもしれませんし、声をかけてくださる人というのは全体から見ますと非常に少ない数だと思います。それ以外の方たちの場合には、やはり目が見えないということで、全人格を失ってしまったのだと感じているのではないかと。例えば、一人で食事もできないというふうになってしまうことが、まだまだあるのではないかと。目の悪い人に会ったことがない、目が悪いというのがどんなことかわからないというのが原因だと思います。

○定藤 どうも、ありがとうございます。

### 不登校へのプレッシャーから

続きまして、全国精神障害者団体連合会の加藤真規子さん、どうぞよろしくお願ひします。

○加藤 私は不登校から始まった、「非定型精神病」という病名を持っている患者です。43歳になりました。発病は小学校6年のころからですから、この中では田中さんの次に、その意味では先輩だということになります。

私が訴えたいこと、今までどうだったかという、やはりプロセスがあって、私の分岐点は私の前を歩かないで、私の後ろを歩いてくれる医療者たちにめぐり会ったところから私は変わってきたと思います。「あなたの病気はこういう病気だから、この薬を飲みなさい。そして、多分、あなたはこれぐらい良くなるだろう。そうしたら、今度は学校に行けるようになるよ」とか、「働いたらどうですか」というような見通しなど、25年前は何もありませんでした。そういう説明は母とか、父に与えられていました。

そういうふうにして私は中学、高校を出ていないのですが、大検で大学に受かりまして、社会福祉のほうへ進もうと思っていたのですが、25歳のとき、実習があって、実習で挫折したのです。同じ患者同士でありながら、どう話しているのかわからないということがありまして、その指導員から「この人は自分の感情を押さえているから、自分の感じていることが訴えられないんだ」というふうに言われたのです。

それからもう一つ、「この人は」、私のことですが、「何が楽しくて生きているのかわからない」と言われて、悔しくて悔しくてたまりませんでした。その話をアルバイト先の医者、一応P先生としておきますが、P先生にこぼしたのです。そうしたら、P先生は9時間、私の話を聞き続けてくれました。そして、最後にこう言ったのです。「あなた、なかなか良い線行ってるよ。あなただったら、突然、仕事の最中に電話をかけてきて、『10年先に世界はありますか』という患者さんの言葉に、あなたはきっと耳を傾けることができる。あなた、なかなか良い線行ってるよ」と言われたとき、私はそれまでずっとかたくなに、「失敗してはいけない」と思っていたのが、「失敗してもいいんだ」という障害者観、人間観が変わりました。失敗しないと成長しない、ということ私は25歳まで気がつかないままだったので、それから私は前向きに歩き始めるようになりました。

お医者さんたちにはお願いしたいのは、その先生が9時間話を聞いてくれたみたいに、患者の顔が浮かぶような医療をお医者さんができるようなシステムに、日本も変わっていけばいいと思います。そして、専門家も私たちの前を歩くのではなくて、支援者であるということをよく理解してほしいと思います。

親子関係も、私が悪かったときにはもうメチャメチャでした。母が私に殺されるか、私が母の言いなりになって精神病院に入院するか、というような葛藤をやっておりました。母が85歳になって、いま、私が再発して寝たきりになったとしますと、姉たちは「甘やかすな」と言いますけれども、親子そろって「馬鹿な親子だ」と医者に言われたのですが、私が自殺を図って薬を貯め飲みしたんですね。そのとき、母と一緒に病院に行って、85歳の母が「この子が動くまで、私はじっと寝ないで待っていたんです」と言ったら、「馬鹿な親子だ。そんなことがあったら救急車を呼んで入院させればいいんだ」と言われたときに、私は初めてその先生を良い先生だと思いました。母はにこにこ笑いながら、「良い先生だね」と言って帰ってい

きました。

医師は、医療に徹してほしいと思います。福祉や労働の分野は、ここにたくさん見えているパラメディカル・スタッフと言うのでしょうか、その人たちに任せてもらいたい。そして、その方たちにも医者の方にも訴えたいのは、リハビリテーションの主役は地域であり、本人であるということをお伝えしたいと思います。以上です。

○定藤 どうも、ありがとうございました。思わず、拍手が出るほどでした。もう、これで終わろうかなという気分になってまいりましたが、そうはまいりません。とても大切な、障害者観の変化と専門家とのかかわりについて、一つ結論めいたものが出たような感じがします。

#### 自立と介助について

続きまして、2番目の課題のほうに入っていきたいと思います。まず、廉田さんのほうから、リハビリテーションサービスの社会的目標に対する評価、それから個人の生活レベルでの自立の問題等について、お話していただきたいと思います。

○廉田 私のように、自分のことが自分でできる者にとっての「自立」ということ自体はもう20年前から、特に医療的なリハビリを中心にどんどん進められてきました。脊損レベルの障害の人は病院に入院する期間があっても、そのあとは自宅に帰ったり、独り暮らしをしたりということがどんどん可能になっていったと思うのです。ただし、医療的なリハビリテーション、あるいは専門家主導の中では、介助を必要とする障害者、脳性麻痺の重度の障害の人たちの自立という部分では、なかなか進んでこなかったのが現実ではないかという感じが私の中ではしています。それが少しずつ変わってきたのが、アメリカから「自己決定による自立」という概念が入ってきて、それを当事者主体の「自立生活センター」なるものが中心に進めてきた中で少しずつ重度障害者の要介助の人たちの自立ができてきたのではないかと思います。

例えば、介助が必要な者にとっての生活にはどんなものがあったかと言うと、親と一緒に暮らし

て、親兄弟が介助をするか。あるいは近所のボランティア、ボランティアセンターなどに登録しているボランティアの人が、たまに親の代わりに少し手伝うか。もしくは、同じような形で、行政のホームヘルパーがやるか。それもずっとではなく、スポット的な形で障害者の家に来て、家族全体の支えになっていくというような形でのサービスはありましたが、本人が独立した生活をするということまでにはいきませんでした。

もう一つは、施設入居というパターンがあります。やはり、施設の中での自立ということは、そういう話もいくぶんか出ましたけれども、いろいろ管理されている中で十分な自立生活とは呼べないのではないか。アメリカから入ってきた「自己決定による自立」までは、自分でお金を稼いで初めて「自立」ということだったと思うのです。それが生活のリズムを自分で組み立てること、決めることで、自立なのだ。それも、他人の介助者を使って自立するという考え方が入ってきた。その中で介助者を障害者自身が自分で選択して、自分が雇い主になって自分の生活を組み立てて、その介助者をうまく使って自立するという、そういう新しい形が出てきて、初めて、それはここ10年にならないぐらいのことですが、そこから本当の自立が少しずつ現実になってきたのではないか。

#### 介助保障とILプログラム

この20年の間で変わったことは、介助者がボランティアであることが当たり前だったのが、有料・お金が介在することのほう主流になってきましたし、大事な部分では、「そのお金、ほな誰が出すねん」と。「自分で働いて出せ」言われても、働く所も何もないんやけど、どうしたらえんやろうというところで、さらに制度的にも「介助保障」という形で、介助者を雇うためのお金がきちんと、市なり県なりからおりようになった地域が増えてきているところです。

僕たちの住む兵庫県西宮は、全国的にはまだまだそんなに進んでいる所ではなくて、介助に必要なお金というのは1カ月あたり190時間が保障さ

れており、お金の換算すると31万1,500円が1カ月に出来ます。ただ、東京都内ですともう少し、細かい額は毎年変わるので知らないですが、100万ぐらい出る地域もあって、進んでいる所ではそれぐらい介助者を雇うためのお金が出る。そういう制度が出来てきて、介助を必要とする人たちの生活のスタイル（他人の介助者を使って生活するというもの）が、まだまだ一部の活動家である障害者しかなかなか現実のものにはならないですが、そういった形で実現していると思います。

もう一度言いますと、専門家指導で進められた中で、抜けおちたものは、重度障害者が自立生活をするときのプログラムみたいなもので、それがまだまだなかったのではないかと。僕たちは「I-Lプログラム」と呼んでいます、その中では機能的なことはほとんど入っていません。まず金銭管理、自分がお金をどこからきちんと確保するのか。1カ月にどれくらい使うのかということから始まって、人権という部分、世の中のおかしいこと、不平等なこと、そういったところを自分の中できちんと捉えて、さらに自分を守るという意味で、「セルフ・アドボケイト」という言い方をしますけれども、自分で自分の人権を守っていくという力を身につける。そして、きちんと自己主張できるようになる。介助者を使うときに、有料、お金が介在するからといって、介助者を使いやすくなったわけではないのです。介助者を見つけやすくはなりますが、人間関係においてはボランティアより難しい部分も出てきます。そういうふうに、きちんと介助者を管理する能力を身につけて、人間関係を保つためのプログラム、こうやって人間関係をうまく作っていくんだというプログラムを持ったり、あるいは家探しの方法だったり、そういった生活にかかわる細かな部分で、機能的ではない、自分で自分のことをするという機能ではない部分、考え方であったり発言であったり、自己主張というところでのプログラムを多く組み入れて、あとは体験することを重んじています。

外出する際にも考え方だけでなく、実際に介助者を使って外出する、宿泊するということを自分

の家で、家を通じて練習しながら、最終的にはアパートを借りて自立していくというシステムを自立生活センターが中心になって、当事者が自分たちの経験を活かして伝えていくという形でプログラムが進められています。ロールプレイという形の中で、実際に自分の役割分担、例えば親を説得する練習から家を借りる練習、そういったやり取りの中で、少しずつ現実のものに近付ける形で能力を身につけていく、というプログラムが自立生活センターの中で進められて、それがいまの一つの自立生活のモデルという形になってきていると思います。

これがこの20年間で、僕が感じている中で大きな変化だと思います。いままでは、介助が必要な障害者は自立できないものというふうに、決めつけられていた。ただ、この20年間で大きな変化はありましたが、いま言ったのは太平洋側の一部の都市だけの話であって、日本海側とか、地方へ行きますと、まだまだ昔のままの考え方が残っている所がたくさんあることも現実だなと思っています。以上です。

### 福祉の町づくり

○定藤 時間がおしせまって、最後の方が発表する権利がなくなってきたのですが、廉田さんのところで補足していただきたかったのは、「社会参加の機会」のところで、外出を含めた福祉のまちづくりの課題を言っていたいただきたかったのですが、これは私のほうで補足させていただきます。

1990年代の初めから「福祉のまちづくり条例」が都道府県に普及しており、廉田さんの兵庫県では震災の反省を受けまして、かなり画期的な「まちづくり条例」ができております。ただ、廉田さんがそれを意識されないほど、行政の官僚主導にできているという大きな問題点を抱えております。それからもう一つ、「社会参加の機会の平等」のところで、1992年に兵庫県の市立尼崎高校で重度障害者の入学拒否事件が起こりまして、それに対する地方裁判所での裁判が行われました。その結果、障害者のほうが全面勝訴するという形で、高

等教育機会の平等にとっては活期的な、学校選択権の保障等を含めての判決がございました。この点の意義を少し補足させていただきます。

### 視覚障害の職業と教育

続きまして田中さん、お願いします。自立生活の趣旨から言うと、視覚障害者の場合はややニュアンスが違うのですが、そのあたりの課題をお願いします。

○田中 視覚障害者の場合には、今お話しがあった「IL運動」とは少しニュアンスが異なります。

江戸時代から鍼、あん摩、それに琴とかの音曲などで、自立している盲人がたくさんいました。金貸しをしている人もいました。みんな、座という組織で、徒党を組んで生活をしていました。

盲人は、一人で歩くことはなかなかできないとか、文字が読めないとかありますが、口だけは非常に達者で、盲人の集まりはたいへんにぎやかです。もちろん、行政などに対しても非常に大きい声で、圧力団体的な働きをいろいろしてまして、そういう意味で言えば、自己決定とか自立プログラムなどは自分で解決しています。家庭の中でも、例えば男性だったら、一家の大黒柱としての地位を保っています。口うるさく、生きている例が非常に多いのです。

話題を変えまして、社会参加という観点からみてみます。教育の問題、職業の問題について少しお話ししたいと思います。

教育では、統合教育が言われて久しいのですが、視覚障害者の場合は非常に進んでいません。徐々に数は少しずつ増えていますが、小・中・高校を含めて、全国で何十人という段階です。全国に70校の盲学校がありますから、それを基点として、そこで専門教育を受けるのがいいというのが文部省の考えです。

ところが、実際はどうかと言えば、盲学校の小学部6年間あるうち、生徒が3人とか4人しかいない例があります。それに対して、先生は20人いるというような学校が地方で増えてきています。昨日、話を聞いたのですが、データによりますと、

普通の学校の生徒一人に対する教育費と比べて、特殊学校の場合は10倍の教育費がかかっているということです。経済的な効果で言うと、非常に無駄なことをしていると思います。

そういうことなら、盲学校で余っている先生たちのノウハウを地域の統合教育の中で活かしていくことができないのか。そうしたことはなかなか行われれないというのが非常に大きな課題だと思っています。盲学校で学ばなければならない場合に比べて、小さいときから一般校で勉強していると、その子どもたちは社会参加しやすくなるということがあると思います。

もう一つは職業のことです。私は最初に、国立東京光明寮であん摩とか鍼の勉強をしたとお話ししました。この体制は、今も全く変わっていません。視覚障害者なら、これという職業はないということです。要するに、職業は文部行政と厚生行政に任されていて、労働行政の職業リハビリテーションとして、視覚障害者の職業開拓、あるいは職業訓練というのは皆無に等しいと言ってもいい。電話交換手の訓練とかコンピュータ・プログラマーの訓練が細々と行われていますが、全体から見ますとほとんどないという状況です。この辺が非常に問題だと思っています。労働行政として、やはりきちっと前向きに視覚障害者の職業リハビリテーションについて取り組んでいかないと、どうしても社会参加し難いという状況が出てくるのではないかと思います。

ただ、公務員試験とか教員採用試験とか、点字で受験できる範囲が少しずつ広がっていますから、そういう方面に進出していくチャンスもあるわけです。しかし、点字で試験を受けるというのはなかなか中途失明者、特にリハビリテーションを必要とする中途失明者にとっては難しいことです。その人たちに対しては、職場復帰を含めて労働行政の取組みを期待したいと思います。

○定藤 ありがとうございます。「日常生活と自立」というところでは、歴史的なものもありません。視覚障害の領域での進展はあるのですが、しかしいまおっしゃった点、「社会参加機会の平

等」という、そのいちばん骨格になります統合教育、統合雇用ということでは非常に厳しい現実には置かれている。この十数年間、若干の変化はあるけれども、大きな変化はないという、重要な問題提起をいただきました。

### 課題山積、精神の分野

続きます加藤さん、たいへん重要な課題がいっぱいあるのですが、お願いいたします。

○加藤 まず言えるのは、さっき、85歳の母が「私が動くまで、じっと見守ってくれた」というのは、私の良い思い出になって、私のエネルギーになるとは思います。でも保護者制度という制度において、精神科には「保護者制度」というのがあって、退院、入院、リハビリテーション、すべてその人たちに任せられるという制度がありますが、家族を社会資源に使うべきではないと私は思います。これを声を大にして言いたいと思います。

仕事の面を言えば「欠格条項」というのがありまして、条令を入れれば500ぐらい残っています。また、地方に行けば、銭湯にも「精神障害者は入れません」という貼り紙がしてある所がまだあると思います。そのような差別があるということです。雇用率も、労働省のカウントではこれはもうゼロです。では、私たちが何をして生きているかと言えば、私たちの目標としているのは、「障害があるからこそできる仕事」を私たちは誇りを持ってしていきたいと思います。それはいままで、リハビリテーションの中になかったとも言える「当事者参加」の視点を持ったピアカウンセリングやピアサポート、支え合いを、私たちは自信を持って仕事として取り上げていきたいと思っています。

そして、生活保護をもらってアパートで暮らすわけですが、精神障害者は障害者であるがゆえに入居できる公営住宅の特別枠がございません。「どうしてないのですか」というふうに建設省に聞きに行ったら、「精神障害者が単身生活できるほど回復しているならば、民間アパートに入ればいいじゃないか」という感覚でした。民間アパー

トを生保で探すのはたいへんな苦勞です。理解のある不動産屋さんを見つけなければなりません。でも、それを少しずつ進めていって、いま、生活保護をもらって単身生活をしている精神障害者が非常に増えてきたのが、この20年間の変化だったのではないかと思います。

○定藤 ずいぶんきっちりと、時間をお守りいただいて。まだまだ聞きたかったのですが。次の課題とかかわってきますが、非常に重要な問題提起をいただいております。最初に申されました仕事との点で、欠格条項規定が多いということは、公共サービス業も含めて、利用制限規定が圧倒的に多い。精神保健法では、わずか4つ、5つぐらいの改正しかされていない。これで差別のない世の中なのかという、非常に重い課題があるというご指摘がありました。

それから、家族を資源として入れることは反対ということの意味を多少補足させていただきます。ものすごく、重要なことをおっしゃっておられます。やはり、社会的リハビリテーションを目標とする地域自立生活を形成していくためには、いろいろな居住選択肢のパターンがなければいけません。つまり病院での生活、それから親同居の生活以外の豊かな選択肢がなければいけない。ところが、やはり家族同居で、家族資源を強制するような政策が結果的に圧倒的に取られている。このことに対して非常に問題があるというご趣旨ですね。そのことについての重要なご指摘をされました。

### 社会参加へ向けて

その他、住宅入居額等を含めたような問題点を指摘していただく中で、障害をもつ立場からの雇用、働くということをどういう視点からとらえていくかという、非常に大切な指摘をいただいたと思います。

それでは、3番目の点に入っていきたいと思います。いま、地域での自立生活を権利として保障していく。あるいは、社会参加の機会の平等を達成していくという、その視点からの問題点等と、この20年間のことを自立ということも含めて、2

つお話いただいたわけです。最後に社会生活レベルでの自立度といいますか、障害者がサービス等を利用する場合、ユーザーとしての利用者主導の確立というのがやはり重要なポイントになっております。はたして、この20年間、そういうユーザー主導の体制みたいなものが、専門リハビリテーションサービス等、施設の運営を含めまして、この辺どうなのかということで、まとめも兼ねていきたいと思います。廉田さん、よろしいですか。

○廉田 先ほど、定藤先生から「まちづくり条令」のことを少し触れていただきました。内容はそれでいいのですが、特に神戸、西宮、兵庫の場合は、震災を期にまちづくりみたいなものが、その前から「まちづくり条令」はあったのですが、もう一度見直しがされて、中身的には以前よりは良いものにはなりました。しかしその過程としましては、例えば条令を作る際、当事者がちゃんと入って、意見が反映されたかということ、実はそういうふうなことはないのです。もともと、あの条令自体、別に障害者から作ってくれと言ったものではなくて、県知事が勝手に作りたくて作って、「日本でいちばんや」というだけで作ったものなので、中身は充実していなかったのです。例えば、条令を作る際の委員会がありますが、その委員に選ばれている人は72団体から選ばれていて、その中に含まれている当事者というのは僅か2団体です。身体障害者連合会の代表者と、老人の会の代表者の2団体だけでした。身体障害者連合会の代表者というのも、老人と変わらないような人なのですが、それは置いておきます。

#### 当事者主体での展開

そういった形で、当事者が主体として、いろいろなものにくい込んでいける力を身につけているかということ、現実はまだまだ、そこまで行っていない部分がたくさんあります。例えば、僕は自立生活センターをやっていると申しましたが、それ自体もあまり日本では認知されていない部分があるし、知らない方もいらっしゃると思います。自立生活センターというのは施設ではなくて、地域

の中で普通に生活していこうというのを目指して、やっている中身は大きく3つの柱があります。一つは、介助者を派遣したり、あるいはさっき言ったような自立のプログラムを持ったりというサービスの役割をしていること。2つ目は制度づくり。「アドボカシー」と呼ばれる権利擁護のための運動的な役割を持ちながら制度づくりをしていく。3つ目、ここは大事な部分だと思うのですが、当事者主体の運営体であるということ。これまでは障害者は何もできない、力のない団体で、悪く言えば世の中の役たらず、お荷物のように思われていたのですが、環境を変えたり、自分たちに合った仕事、自分たちに向いている仕事をすれば、これだけ社会参加でき、社会貢献ができるのだという、一つのモデルになる。この3つを大きな柱としてやってきました。

アメリカでは、この自立生活センターが核になってどんどん重度障害者が自立しています。アメリカ国内には400カ所ぐらいの自立生活センターがあるわけですが、日本でも7、8年前から、そういう自立生活センターが少しずつできはじめて、いまは全国に73カ所あります。それをまとめている「日本自立生活センター協議会」というのがありまして、そこに73団体加盟している形になっています。実際に介助者を派遣したり、障害者の自立を支えている核にどれだけなっているかということ、現実には約20団体ぐらいしか十分な活動ができていないのではないかということです。

それはなぜかと言うと、自立生活センターを運営するための予算を公的な資金として組んでもらえない状況が各地にあるからです。その点、東京の自立生活センターは、地方の自立生活センターと比べたらそれなりの運営ができるわけですが、地方に行きますとすごく難しい状況になっています。

#### 制度を生かす

そんな際に、96年から「市町村障害者生活支援事業」というのが厚生省から発表されました。96年に3団体、今年97年に3団体、合計6団体が自

立生活センターとして、その支援事業を受け入れるようになったのです。僅か6団体であって、結局はまだまだ障害者主体でやっていくには信用できないとか信頼できないとか、委託事業としては出来ないなというような行政との関係が、未だに続いています。悪い例でいきますと、自立になかなかつながらない療護施設がその制度を獲得して、本当に自立につながっていくのか。

もう一つは、社協です。社協はこれまで老人のことを中心にしてきて、障害者のことをちょっと置き去りにしてきた部分があると思うのですが、これをきっかけに社協も頑張ろうやという形で動いてはいます。しかし、実際、僕たち当事者の立場からすれば、社協では広く浅いサービスはできるけれども、さっきから言っているような重度障害者の自立を支えるまでのサービスが本当にできるのだろうかという疑問もあって、自立生活センターと社協の支援事業の取り合いみたいな部分があったりしてます。ちょっと、こちらに回してほしいなという思いがあります。そういう中で、やはりまだまだ保護される存在であったり、あるいはサービスを提供される側であるところからは十分抜け出ていない現実が、肝心なところでいつも出てくるのではないかという感じがしています。

○定藤 ありがとうございます。いまの施設のところで、特に重度肢体不自由者等の入所施設、療護施設等があるわけですが、そこでの運営への参加といいますか、その体制ができるかどうかという課題。同時に、いろいろな形で専門家にいじめられますので、職員さんは集団の中では強いですから、その人権侵害に対する基本的な制度的保障ということは、やはりいま出ておりますように施設オンブズマン制度みたいなものにしていく必要が、一部課題としてある。最近、その動きがちょっと出てきたということは一つの評価であり、今後の課題として追加させていただきたいと思えます。それでは田中さん、お願いします。

#### 感覚障害のリハビリテーション

○田中 日本盲人会連合が結成されたのが昭和23

年ですから、来年で50周年になります。ろうあ連盟は今年50周年をしましたので、結成は1年前だと思います。こうした団体の結成が身体障害者福祉法の制定に、ある意味で圧力になったのではないかと、当事者の方たちは話しています。ですから、「目が見えなければ何もできないのだから、手厚く保護しなければいけない」というようなことがあったのかなかったのかはわかりませんが、全体的な障害者のレベルから見ますと、身体障害者はかなり高いレベルのサービスを受けている状況ではないかと思えます。

障害者プランの7カ年戦略の中で、数値目標が出ていますけれども、視覚障害者の立場で見ますと、特に大きく変わるところがあまりないような感じがしています。

このような状況ですから、ここでは、行政への働きかけということではなくて、基本的な話になるかもしれませんが、視覚障害者のリハビリテーションについてお話ししたいと思えます。

ところが、ここでも、この20年間あまり変わっていないというのが実情です。一つは、眼科の医療とリハビリテーションとの関係です。私が失明したときも、前後で1年半ほど病院に入院していましたが、医師からは、「もう、これ以上見えるようにはならないから、何か進路を考えなさい」というような言葉は一言も聞きませんでした。多分、母親なんかにはそのことを話していたと思うのですが、家族も直接私には言えなかったと思います。点字を持ってきて、読ませたりしながら、だんだん悟られました。これは今もほとんど変わっていません。東京、大阪のごく一部の病院では、失明して回復の見込みがない人に対しては、すぐリハビリテーションの関係者が接触できるような方式を取っていますが、大部分の眼科医はまだそういうことを考えていない。本人に対して、「もう見えるようにはならないよ」とは言わないというのが実態です。それによって、リハビリテーションをする機会を失うといいますか、2年、3年を無為に過ごしてしまうような状況がずっと続いています。

もう一つは、リハビリテーションが進まないのは医師だけの責任ではなくて、受け入れるほう、つまり生活訓練センター、あるいは地域での生活訓練というものがないのも問題です。最近、東京とか大阪のような大都市では、こうしたセンター、あるいは在宅指導が徐々に普及してきています。しかし、まだ地域差が非常にあり、ない地域は全くない。歩行訓練士とかの専門家がいけない地域がたくさんあって、これを全国的なレベルで普及させていかないと、それこそ視覚障害者がその地域で自立した生活を送れないような状況があると思います。最近では、岐阜や金沢あたりで始まっていますが、特に在宅の視覚障害者に対するリハビリテーション訓練という体制が、全国レベルで早く確立しないと、これからの視覚障害者のリハビリテーションにとって大きな問題を残すだろうと思います。

#### ピアサポートと専門家

○定藤 ありがとうございます。最後に、加藤さんのほうで、問題、ポイントのご指摘をよろしくお願いします。

○加藤 私は去年の秋、ボストンに一人旅をしました。そこで、解放出版社から出ている『精神障害者自らの手で』という本を書いたジュリー・チェンバレンさんという方にお世話になりました。その人にすごく励まされました。「私、再発しちゃったのよ」と言ったら、その人が「再発はネ、加藤さん、再発は成長のチャンスなんだよ。ちょっと恥ずかしいことじゃないよ」と言われました。私たちは再発を自分も恐れているし、まわりも恐れている、なかなか大きなことにチャレンジできないということがあると思いますが、私はこれから言う3つの社会資源は将来的には当事者に委ねてほしいと思っています。

一つは、精神障害者の小規模作業所が非常に増えてまして、1,200に迫る勢いです。この作業所がたとえば、昼ご飯をみんなで作って、みんなで会計をつけて、みんなで談話するというような地域の拠点であったとしても、患者会が成長していくに

はどうしても拠点が必要です。作業所がもっと、当事者主体にならないかと思います。

それから地域支援センター、病院立の地域支援センターがいま出来ようとしています。つまり、自立生活モデルにも治療モデルが入り込み始めているということに、私は危機感を感じています。いま、私たちはピアサポートセンターを作ろうとして準備をしています。「ピアサポート」というのは名前のとおり、患者さんが患者の援護をする、支援をするということです。メニューについては、廉田さんが言われたこととあまり変わりません。ピアカウンセリングや自立生活プログラム、ピアサポートミーティングをやって、そしてショートステイもできるように、大きなソファを3つ買込みました。そういうものがはぐくめるのは、東京にある「東京都地域振興福祉財団」という存在がNPOやNGOに525万円程度のお金を出してくれるということが、とても大きな問題だと思います。この「地域振興基金」という制度が、全国に波及していけばいいなと思っています。

それから「精神医療審査会」が、これも医師が指導権を握っていて、ここも医療モデルになっているということに私は不満を感じています。当事者を参加させるべきではないかと思います。そして、「当事者」という中に家族が入っている。家族との関係は、非常に病状をも左右します。家族も疲れます。私は、「家族の専門家です」という人が現れてもいいと思います。家族の癒される場、そういう場も増えていけばいいなと思っています。そして、私たちが当然、生まれながらに持っている人権を守るために、患者本人と弁護士で組んだ民間の権利擁護システムが、日本に少しずつ芽映えていけばいいなというふうに望んでいます。以上です。

○定藤 ありがとうございます。いまの加藤さんのまとめは、うっとりするほど問題点のポイント整理をしていただいていたいました。いま、自治体の「障害者プラン」が組まれていますけれども、その中でも各当事者が出てくる。特に、精神障害の当事者が出てこられるということは、家族もそ

うでしょうが、そのこともこれから非常に、いますぐの課題としても非常に大きなインパクトを持っていると思います。

### ユーザーの評価

今日はユーザーの立場から「サービスの評価と視点」ということで、実は私自身、論点を少し整理するために、わざわざポイントを言わないで、格好良くまとめようと思っていたら、それを言う時間がなくなってしまいました。その視点からずっとやっていたらいいのですが、エラいことになってしまいました。つまり、ユーザーの立場からサービス評価をする場合は、確かに自分のニーズができるだけ充足されること、あるいは継続的に充足されること、それから使いやすいこと、シンプルで便利である等々の基準があると思うのですが、それだけでは絶対駄目だと。やはり、使う側のサービスの選択権、決定権が本当に保障されているということ。これなくして、何ぼサービスと技術を向上させて、質を高めて「だから、あんたら使ってええやないか」と言ったのでは、本当のサービスの評価にはつながらないのではないかと。

実は、廉田さんを含めていままで言われたことは、そんな立派なものもできたとしても、全然知らない所で作られていって、何で「我々のものや」という意識ができるんやということでした。やはり選択権、決定権があるということは、もちろん意思決定をするために十分な情報を提供してもらわなければいけませんし、それからサービスを拒否する権利といえますか、サービスの選択肢が作られていって、その中で拒否をするような権利が認められるということ。でも、やはり決定的に大事なものはサービスの計画、立案と、運営過程に問題を持つ当事者がきちりと参加できて、専門家とのパートナーシップがきちり作られた上でサービスが出来上がっていく。これなくして、本当の意味でのサービスの評価、何ぼ技術が進歩してもそれだけでは駄目だと。

それが、自立生活運動と医療モデルとのパラダ

イムの対決という形で、良い意味でお互いに学びながら出てきた。そこのところ、専門家と当事者がホンマに喧嘩するのではなくて、対等なパートナーシップを組んでやっていく。それからもう一つ、例えば不法な決定が出された場合の不服申立てのシステムみたいなもの、これも確立させてもらわないと。決定権はあるけど、不服が決定されて、それはもう放ったらかしということではいけませんので。そのことがいま言いましたような、オンブズマン等々の制度の背景になってきているのではないかという気がします。

### 地域生活と権利擁護システム

いまの話も現実的な課題ですが、制度的な課題として感じておりますのは、やはり地域自立生活を権利として保障するという体制を浸透させていかなければあかん。これは2の課題で申し上げました。そのためにはともかく、地域での居住選択肢を多様化していかなあかん。加藤さんがおっしゃったように、親の同居という、親の資源に期待するようなことだけはやめたい。つまり、それを期待している以上、何ぼ言うても成人の自立はないわけです。親亡きあと、どう越えるか。その辺の体制を作っていくために、たいへん近い将来、「施設もグループホームを」ということをまだ言うとするわけですが、そこから、どこかで施設建設を凍結するぐらいの方向性というか、脱施設化政策の展開みたいなものを視野に入れた地域自立生活の確立みたいなものを、是非とも、専門家を中心にした総合リハビリテーションセンターの大会と我々で。私、当事者としては非常に中途半端で、半分専門家で、半分障害者の運動団体からは、廉田君のようにネグレクトされているところもあるのですが、そこが共同してやっていくような体制を作るべきである。

それからもう一つ、田中さんがかなり切実な形で言っておられたのですが、教育とか雇用というところでの、平等化という点ではものすごく遅れているという実態。いろいろな資格制限を崩していくためには、我々もそうですが、差別に対して、

リハビリテーションを含めて、ちょっと日本的な甘さがあるといいますか、何とかしてそういうものに対しては、日本的な差別禁止規定、我々は「JDA」、「ADA」に代わる「JDA」と言っているのですが、それに近いものをコンセンサスとして作っていかないと、この厳しい現実はちょっと乗り越えていかれへんのやないか。

そういう目標と、それから権利擁護システムということを加藤さんが言われましたが、サービスの不備に対する苦情申立てとか不服申立て、独自の権利擁護機関を含めた、特に、いまいちばん深刻なのは、行政の専門家集団の日本における官僚制です。苦情申立て機構さえまともにならないわけで

す。不備のところで不審死とか、いろいろなことが起こった段階でも、それに対しての処理もできないような。行政の方もたくさん来ておられると思うのですが、そういう意味の申立て機構みたいなものを作っていく中で、サービスの向上を図っていく必要があるのではないかということで、時間を勝手にオーバーさせていただきました。申し訳ありませんでした。

それでは、これで私たちのシンポジウムを終わりにさせていただきます。最後に3人の方を含めて、拍手をお願いしたいと思います。どうも、ありがとうございました。

# 鼎 談

交流から始まって20年  
ーリハの基本理念と実践を語るー

上田 敏（帝京平成大学情報学部）  
小川 孟（津山みのり学園）  
手塚 直樹（静岡県立大学短期大学部）

【 鼎 談 】

## 交流から始まって20年 — リハの基本理念と実践を語る —

上 田 敏（帝京平成大学情報学部）

小 川 孟（津山みのり学園）

手 塚 直 樹（静岡県立大学短期大学部）

### 国際障害者年を前にして

○手塚 この総合リハビリテーション研究大会が初めて開催されましたのは1977年に、日本都市センターでした。全国から200人を超える方々がお集まりくださいました。第1回目のリハビリテーション交流セミナーの実行委員長は鉄道弘済会の理事で、第二次世界大戦後、逸早く日本の身体障害者福祉法を手掛けられた当時の、厚生省更生課長の松本征二さんでした。それから事務局は東京コロニーに引き受けていただきました。

1977年という年は、1981年の「国際障害者年」を前にして、国際的にも国内的にも障害者福祉、リハビリテーションというものが大きく動こうとしていた時期でした。

1965年の「汎太平洋リハビリテーション会議」、1971年の「職業リハビリテーションセミナー」、こうした大きな国際会議の経過の中で各分野の先生方が共通して「交流を図っていこう」という願いをもち、それが国際障害者年に向けて具体的に動き始めている時期でもあったと思うわけです。

このようなことの中で第1回目の「総合リハビリテーション交流セミナー」が開かれたわけです。

このセミナーの初めは各分野の専門家の人たちの情報交換をしよう、交流をしよう、そして協力体制を作っていこうということで、10人程度の人

が手弁当で集まり、いろいろと準備し、企画し、そして運営を進めたのがそもそもの始まりです。ですから、このリハビリテーション研究大会の本当のものは任意の人たちの任意の集まりであったわけです。

その中には、いまはもうおられませんが整形外科護園の小池文英先生ですとか、日本女子大学の小島先生ですとか、それから早稲田大学教授でその後参議院議員になられました横溝克己先生ですとか、それからここにおいでの上田さん、小川さん、そして私もそのメンバーの1人でした。そのような人たちによってスタートが切られたわけです。

最初は交流ということが大きな狙いでしたので「交流セミナー」ということで進められました。その後、1981年の「国際障害者年」の年に「国際障害者リハビリテーションセミナー」が開かれました。この時にはすでに、今日の主催団体であります日本障害者リハビリテーション協会の主催で行いまして、それがずっと発展してまいりまして今日に至っております。「交流」という思想・理念は今日まで続いているわけでございます。

このようなことで20年間歩んできたわけですが、その間、日本の福祉というもの、それからリハビリテーションというものは大きな変化をしてきたと思います。ある意味からいくと想像以上だったと思うのです。こうした20年の経過のそれぞれの

ポイントになるような事柄、その当時の考え方、実状というものが今日にどのような影響を与えているのか、どのような結果をもたらしているのか、それを踏まえて、21世紀に向けてこれからどうしていこうとするのか、そうしたことに焦点を当てながら、これから鼎談を進めてまいりたいと思います。

### 第1回交流セミナー回顧

第1回目の「総合リハビリテーション交流セミナー」は有志の協力の中で行われてきた、ということはいま申し上げました。当時は医学リハ、あるいは教育リハ、職業リハ、社会リハとの連携がまだまだ不十分な中で、それでも国際会議を通して統合せざるを得なかった、というような背景の中で当事者の人たちが集まって企画してきたという経験がございます。このころ小川さんはすでに、日本のいちばん初期の段階のワークショップ「アガペ」を神奈川県座間で開催されておりました。当時のその若さと行動力というのは新鮮で私も後輩にとりましては驚異的であったわけです。小川さんの実践的な専門家としての原点は、そこにあったのだと思っています。

国際交流という中でいろいろな方が「アガペ」などを訪れる中で専門家との交流が始まったというようなこと、その辺のことは小川さんがいちばんよく知っておられますので、小川さんのほうからお話をいただきたいと思います。

○小川 年齢的に言えば、回顧談ならばいくらでもできると思うのですが、最近のことになるとほとんど、ついさっきのことまで忘れる。ですから、できるだけ古い話のところだけ分担をしたいと思います。どういうふうに整理をして話をしたいのか、歴史小説的に言うと蘭学事始めというような感じが浮かぶのです。それは私自身もそうですけれども、恐らく医学の分野もそうであったし、あるいは教育とか、そのほかの分野でも新しいリハビリテーションという概念とか、あるいはそういう技術というものを先進国からポツン、ポツンと持ち帰って来る人がいて、それがだんだんと広

がりをはじめていたということが背景としてあったと思うのです。

### 社会・慈善事業からリハビリテーションへ

私はソーシャルワーカーですから、社会福祉の仕事からその後、障害者の職業的な分野にかかわるようになってきたわけです。とにかく戦後は戦災孤児（この言葉自体はもう古いですがけれども）、それに対しては児童福祉、それから戦災に遭った家族、あるいは引揚者への生活保護が施策の主流でした。ですから障害をもった人に対する施策というものも、戦傷者をはじめとして保護の対象として、あるいは社会福祉的な分野で行うものとされてきました。

我が国には社会事業とか、慈善事業とかいうものが戦前からあって、そういうものは篤志家やるものと考えられていました。それを篤志家でもない、いわばサラリーマンみたいな感じの者が新しいリハビリテーションというサービスを持ち帰って、それを始めるというのは、日本の社会事業にとっては今までと質の違うものだったと思うのです。

私が何となく社会事業に馴染めなかったのは、ソーシャルワーカーとして、自分の役割がよく分からなかったからです。リハビリテーションの分野に入って働いてみると非常にはっきりと自分の仕事が整理ができる。障害をもつ人をまず受け入れる、それから評価をする。その人たちに対してリハ・プランを立てる。そのプランも一定の期限があって、しかも1年後、2年後にはどうなるであろうという予測をきちっと立てる。そのために必要なサービスを行っていく、というのがリハビリテーションの基本的なプロセスですが、これを学んで、日本の授産施設でやってみたわけです。ところが授産施設というのは福祉施設ですからいろいろと制約がある。もともとこれは、食えない武士のために始めた「授産」という救貧的なもので、つい最近これがセルフ（SELP / Support of Employment, Living and Participation）・社会就労という名前になりました。助産と間違え

てお腹の大きい人が駆け込んで来るということが実際にあったわけですから、そういうところでリハビリテーションをやりようと思っても、どうも保護的体質の施策とはズレがあったような感じは否めません。

### 「交流」の足跡

○手塚 1977年に第1回の交流セミナーが開かれた当時、国際会議で外国の方や国内の関係者と知り合い、その方が訪ねて来られる、そういう中から交流が始まっていった。それが結果として第1回目の交流セミナーに結び付いたというようなことを、小川さんが何かのときにおっしゃったと思うのですが、その当時の様子はどういうことだったのですか。

○小川 そうですね。我が国の社会福祉の分野で障害をもっている人たちへのサービスをしている所、労働行政でも身体障害者職業補導所というのがありまして、お互いの分野がどの程度進んできたかはよく分からなくて…。また、医療、教育、職業、社会といった領域もお互いに交流する機会はほとんどありませんでした。

1972年に第9回の「日本リハビリテーション医学会総会」が横浜で開催されました。その時の会長は横浜市大の名誉教授土屋弘吉先生で、学会の後、セミナーを授産施設で開催してみよう、ということ計画されて、この研究大会の実行委員も長くやられた大川先生が引率者で、私の施設に来られました。約40人ほどのリハ・ドクターが身体障害者の授産施設においでになって、そこでセミナーをやる。そして実際に働いている現場をご覧になりました。私は当時、医療レベルで1人の障害者の将来をどの程度見通して、必要な手術なり治療なりをやってくださっているかと思うことがしばしばありました。

例えば、片麻痺の人ご本人から「自分は、この仕事はちょっときつい」と言われれば、そのとおりしなければならいけれども、ここにドクターがいたならば、専門的な診断をした結果、「別にこの仕事をして医学的には問題ないよ」と一

言いつてくだされば、我々としてはもう安心して「頑張りなさい」と言えるであろう。「やはり医学との連携は非常に必要だ」ということを申し上げましたし、特に「障害をもった人たちが、もともと住んでいた家に帰って、どんな仕事をしてこれから生活していくのか、それを頭に描いての医療ということについてお考えいただきたい。我々にも医療側のいろんな助言がほしい」ということを申し上げました。こんな風に同じリハビリテーションに携わる医療分野の方々との交流が始まったわけで、私は非常に幸せだと思っているのです。

これは余談で不思議なご縁なのですが、そのときから20年経って横浜市に総合リハセンターが出来、土屋先生が横浜市総合リハセンターの初代センター長になりました。その後を私が引き継ぐというようなことになったわけです。

○手塚 ありがとうございます。

上田さんは医学リハの立場、それから国際的にも早くから活躍されてきたわけですが、第1回目の交流セミナーに至る背景を先生のお立場からお話ください。

### リハビリテーション黒船のごとく

○上田 私はその後小川さんと一緒に第1回の交流セミナーのときからずっとやってきたのですが、話はもっとそれより10何年前に遡るのです。日本で初めてリハビリテーションというものを今のように、医学、教育、社会、職業、工学、諸々のものを全部ひっくるめてとらえて、それに携わっている人が一堂に集まろうということが行われたのは1965年です。第3回の「パン・パシフィック・リハビリテーション会議」というのが、リハビリテーション・インターナショナルの地域会議として開かれました。汎太平洋ですから、太平洋の両側ということでアメリカからもたくさんやって来ました。プログラムの骨子を作るのはリハビリテーション・インターナショナルの本部ですから、当時の世界の最先端の考え方で、障害といえは精神障害は当然入ることになる。日本だと、障害といえは身体障害者福祉法で、肢体不自由と聴

覚障害と視覚障害しか認めてなかった時代ですけど、あらゆる種類の障害を対象とするということです。

私は、その準備期間中は、ちょうど1年間アメリカに留学しておりましたお手伝いできませんでしたが、帰って来てすぐに出席させていただいたのです。そのときのプログラムは今も残っていますが、それを見ると、当時の医学界の、かなり代表的な人が出ているのです。こんな人がリハビリテーションに何の関係があるの、というような人もいました。要するに、その時はかき集めで、外国から来た人に引けをとらないような、日本の各分野の一流の人を集めないと恥ずかしい、というので集めたのです。私も帰って来てすぐだったのでが一部の役割は受け持たせていただきました。

ただ、そういう一流の有名な方々は後が続かないのです。その会が終わったらパッとリハビリテーションとは関係がなくなってしまふ。しかし一堂に会してやったということの影響は非常に大きくて、私自身も、小川さんとはちょっと遅れましたが、亡くなられた小島蓉子さんとか、非常に多くの社会リハビリテーション、職業リハビリテーションの関係の方とお知り合いになりました。その後、それらの人たちからの紹介で、だんだんつてをたどっていろんな方とその時にお会いするというような、非常にいい機会になりました。

実は、この汎太平洋会議がきっかけになって、それまでは皆それぞれ別々だ、教育は教育、医学は医学、職業は職業で別々に、バラバラにやっていたのが、リハビリテーションという言葉でならば一つにくくれるのだと、自分たちも仲間なのだとすることを、初めて認識したわけです。

しかし、それが終わってしまうと、いわば一種の「黒船来たる」みたいなもので、黒船が来るといって皆一致団結するのですが、黒船が去ってしまうとまたバラバラになってしまう。しかし、一度そういうことを味わってみた感じは非常にいいものですから、やはり日本でも外国からの外圧ではなくて、自前でそういうものをやれないかという話になりました。

## 交流セミナーの前と第1回まで

実は、第1回の交流セミナーの委員長をなさった松本征二先生が呼びかけて1972年に、小島先生のアメリカでの先生であったライト博士が日本に来られた時を機会に、2日間にわたって「リハビリテーション教育・研究セミナー」というのをやりました。その時も医学と教育、職業、社会、全体のものをやりました。それで「こういうのをまたやりたいですね、毎年はできないけども、外人が来た時だけではなくて自前でやりたいですね」というようなことを言って終わったのが1973年で、それが1977年に生きて「これから毎年こういうものをやろう」という形で実ったのだと思います。

当時の日本では、リハビリテーションをやるうとする人たちは徐々に増えてきていたわけです。リハビリテーションというのは、その理念からして当然総合的でなければいけないはずなのに、ともすれば各分野、各分野の自分たちの城にこもってしまつて、他の分野のことを知ろうとしない。これでは受益者である障害者にはバラバラのサービスが提供されるだけで、リハビリテーションという名前が泣くではないかということ、いま言ったプロセスをたどって、第1回の交流セミナーにまで至ったのだというふうに思います。

○手塚 ありがとうございます。少し話題を変えさせていただきます。上田さんは、いま申しましたように国際的にも早くから活躍されて、日本の特徴というものをよく把握されていたと思いますし、小川さんはキリスト教奉仕団でのご活躍がスタートですから、国際的な視点から日本の特徴というものをご覧になってきたと思うのです。今日に至るまでの、当初の段階での日本のリハビリテーションというものの持っている特徴を、上田さんのほうからお話しいただけますでしょうか。

## 輸入の学問からの脱皮

○上田 日本の特徴という場合に、悪い特徴のほうはすぐに頭に浮かぶのですが、良い特徴を言えといわれるとなかなか難しいですね。

しかし、良いと悪いというのは裏表でありまして、今日の結論を言うてしまうみたいになるのですが、日本のリハビリテーションの特徴といえば、私は、良いも悪いも、とにかく輸入学問であったということだと思っております。輸入学問であり、輸入技術であり、輸入思想であったと。ただし、明治維新の後、日本が西欧の科学、技術、思想を非常に急速に取り入れたのと同じように、非常に急速に輸入して、それをかなり身につけた。これからは輸入ではなくて、日本がいつのまにか最前線、いちばんトップかどうかは別として、いくつかのトップからなるグループのうちに入りましたので、そうなると、これからは自分自身の独自のものを作っていかなければいけない時代になる。これは別にリハビリテーションだけではなくて、あらゆる所でそうだと思うのです。それは、先ほどの話にもありました自立、日本のリハビリテーションが輸入を脱して自立をしなければいけない、という時期にきているのではないかということです。

わずか1年でしたが、私などがアメリカに留学して非常に良かった、非常に勉強になったのは、技術や知識を得たということだけではなくて、むしろリハの精神といいますか、悪い所を見るのではなくてプラスの面を見て、プラスの可能性を見つけ出して、そして、どんなに難しくても諦めずにやるという、開拓者精神といいますか、不屈のオプティミズムというふうに言いたいのですが、そういうものを肌で感じて来たというのが私はいちばよかったと思っています。それを何とか日本でも活かしたいと思ってやってきたわけです。

その時に、やはりこれだけはどうも欠点である、悪い特徴だと思っておりますのは、日本のリハビリテーションは、どちらかというと、先ほど「医学モデル」というふうに言われてきておりますが、私は、あえて「治療医学モデル」と言いたいわけです。リハビリテーション医学というのがありますから、医療モデル全体が悪いと言われるとちょっと困るのです。しかし治療医学モデルの悪い影響がリハビリテーション医学自体の中にまだ非常に強く残っております、プラスの面を伸ばすという考え

よりも、むしろマイナスの面を減らすという、いかにも治療医学的な考え方の尻っぽがなかなか抜けないというところが問題です。これは本当の意味のリハビリテーション思想の輸入がまだ不十分だということです。これを抱えたままで自立にいらってしまうと変な自立になってしまう恐れがある。こういうことを今いちばん痛感しております。

○手塚 いま上田先生が申されましたことは、最近先生が講談社から出されました、『リハビリテーション』という本の中に書かれておられて、私、本当に興味深く読みました。「不屈の樂觀主義」ということで今のことを紹介されております。先生が初めてアメリカに行って不屈の樂觀主義という、あの事例を読んで私も原点を見る思いだったのですが、ちょっとご紹介いただけますでしょうか。

○上田 私がニューヨーク大学で受け持った患者さんの例で、癌で下半身、おへそから下を切って取ってしまった、しかし特殊の義足を作って、ちゃんと歩けるようになって会社に復帰したという例です。このような多くの例を通じて、日本とアメリカとの風土の違いを非常に感じました。やはりアメリカでこそリハビリテーションの思想というのが生まれたのだと。開拓者精神といいますか、どんなに困難があっても必ず頑張れば切り抜けられると。頑張るというだけではなくて、私は「頑張るという言葉を使ってはいけない」ということを本にも書いているのですが、みんなの知恵を集めて知恵をめぐらせれば必ず解決策はあるということです。

これは柳田さんがおっしゃった「いのちの可能性」ということと通じると私は思うのです。樂觀主義というものが根づいている国でリハビリテーションというものが生まれた。これは学ぶに値するというふうに思っております。

○手塚 その本の中で「訓練は頑張らずにスマートにやってください」ということが書いてありますが、上田先生も何かずいぶんお変わりになったような印象をもちます。

## 職リハ分野から

小川さん、今のお話にも関連して、今でも小川さんはJICAの研修生などを指導されていますが、当時を思い返すと、どのような特徴をお感じになっておられましたでしょうか。

○小川 上田さんがおっしゃったように、良い所と悪いところがあるのでしょうか。確かに輸入品なのですが、身体障害者のリハビリテーションというのはこういうのだという、目に見える形の箱型で、そこでやっているサービスはこうです。当時は戸山町にあった国立身体障害者更生指導所、これが要するにリハビリテーションセンターですよ。その中では医療もやり、職能訓練あるいは心理的指導など、全部のメニューが一応揃っているモデルだったと思うのです。それがリハビリテーションサービスということでまず始まって、もちろん法律がないといろんなことができませんから、まず国立の施設でそれが始まる。民間の授産施設はそれの下請けみたいな形で、国立の指導所から就職できなかった人が授産施設にまわって来る。

一方、並行して労働行政で、先ほど言いました身体障害者職業補導所が職業訓練をやっているのです。その両方ともアメリカの影響を受けて、とにかく働けるように、リ・ハビリテーション、あるいはリ・プレースメントということで、要するに元の状態に戻すこと。それがうまくいかなかったら、これはリハビリテーションの失敗であるというように雇用就労が唯一のゴールでした。その後はILや何かで、要するにリハの考え方がガラリと変わってくるわけです。それまではリハビリテーションできる可能性があること、そのリハビリテーションの水準というのは一般の人たちと同じように働けること、それに向けてのサービス、これがリハだというふうにやっていたわけです。

## 評価・判定のこと

リハビリテーションの職業評価というものが最初に入って来ました。教育の方、心理の方などが

いろんな所から学んで日本へ輸入をして来られた。一時期は評価全盛時代で、総合リハ研究大会の委員にも、その方たちが多くおられるます。そういう評価などの手法も、いま考えてみると、やはりアメリカ型だったのではないか。元の職場へ戻すのだと、ひたすらそれを目指して。その可能性のない人は、残念ながらお引き取り願うということになります。その選り分け、一般雇用のレベルを基準にした評価というものがアメリカから入って来たわけ。ところが障害の重い人が対象に含まれるようになると、細かく細かく職業能力を評価しても、適職が見出せない例が増えてきます。結局、評価というものがうまく機能しなくなってきたのです。

○手塚 いま小川さんが言われました評価、特に職業の分野では職業評価というのが逸早く入って来て、「タワー法」だとか、「モダブツ法」だとか、本当に一世を風靡した評価法が入って来ました。

その後、小川さんは、国立職業リハビリテーションセンターの初代の職業指導部長になって、職業評価そのものをやる立場になったわけですが、職業評価というものが今のいろんなサービスに与えている影響というのは、良い意味でも悪い意味でも、どのようにお考えになっていますか。

○小川 全国の障害者更生相談所には、今でも医学的判定、心理職能判定というのがあります。福祉事務所が、この障害者に最も適切なサービスは何かと考えて、難しい場合は更生相談所の専門的なアドバイスを受けることになっています。その更生相談所の心理・職能判定（これは評価とは言わないで判定なのです）が、一体何を基準にして評価をしているのかが、福祉事務所にはよくわからず、障害者にも十分な説明がなされていないことが非常に問題だと思うのです。

## 身障等級、手帳、雇用率 考

あるときから、障害の部位によって適職を判断するのは、あまり意味がなくなっていると思うのです。むしろ雇う側は、とにかく朝きちっと時間に来て、人とうまくコミュニケーションがで

きて、元気よく挨拶ができて、言われたことを間違いなくやれる、というような人であれば、技術その他は会社が教えますということに…。いまは、実際の訓練はむしろオン・ザ・ジョブでやったほうがよろしいという時代になっている。そういう時代になってきて、実際に役立つ評価というのはこれからどういうふうにしていくのか。21世紀へ向けての課題の一つだと思います。

先ほど言い忘れましたが、リハビリテーションという概念が入って来たときに、どういうわけか障害等級を作って、細かく細かく医学的に決めていきました。アメリカにはない方法ですが、障害者手帳の功罪というものも考える必要があるのではないのでしょうか。

先週ある国際会議で聞いたのですが、イギリスが長年行っていた障害者の割当て雇用制度3%を、ついに廃止したと。その理由は、障害をもっている人が障害者であるという認定をされるのが嫌だから、そんなものなしに私は働きますということ、割当て雇用と無関係に働いている障害者が少なくない。そうするとカウントできる障害者が少なくなって、3%は達成できないが、実際に働いている障害者はいる、というおかしな現象が出てきたからです。

そういうことを聞きますと、日本の場合、評価というものが障害者のレッテル貼りだけになっていないか。手帳がないとサービスが受けられない。それも重度の認定を望むような仕組みはおかしいのではないか。社会的自立の困難度を重視するように考え直さなければいけなくなっているのかな、というようなことも感じますね。

### 国際障害者年の衝撃

○手塚 今のお話とも関連があるのですが、「障害」というものをどう捉えていくかということ。これは1981年の国際障害者年のときに、日本に大きな影響を与えた考え方の、完全参加と平等でありますとか、ノーマライゼーションでありますとか、このことが確認されたわけでありまして。それと共に、「障害の3つのレベルの捉え方－機能障

害、能力障害、社会的不利」ということが確認されて、その後非常に大きな影響を与えてきた。このことは国際障害者年の中で、とても大きなことだったと私は思うのです。

すでに1968年にWHOが定義付けておりましたが、私は上田先生の本からそのことを学び、そして実感を持って自分のものにしてきたのですが。3つのレベルで捉えるという捉え方を、上田先生は積極的に日本の中で紹介してこられましたけれども、その影響というか、結果はどういうふうに理解したらよろしいですか。

○上田 どういう影響があったかということとは分からないのですが、1981年の国際交流セミナーの時に私が「障害とは何か」ということを、これは小川さんが開会の挨拶で紹介された本（「リハビリテーションの理念と実践」）に書いております。それが日本ではわりに早かったほうではないかと思いますが、手塚さんがおっしゃるように、確かに前からいろいろと議論はあったのですが、本当に議論が揺れ動いておりまして、それで3つのレベルということで、インペアメント、ディスアビリティ、ハンディキャップというのに確定したのは1980年なのです。それで赤い表紙の『国際障害分類』というのがWHOから出たわけですが。私は作られる過程も少し学んでおりまして、それに独断と偏見なのですが「3つだけでは本当は足りない、4つだ」ということで、私の本にもすでに出ておりますが、主観的な障害を加えています。機能障害、能力障害、社会的不利というのは客観的な障害で、これはWHOがはっきりと定義しているわけですが、それに対応するものとして主観的な体験としての障害というものがある。それもリハビリテーションの対象だということを若気の至りで言ったのです。

それが最近になってやっと欧米でも、心の中の障害というものを重視しなければいけない、ということがだんだん言われるようになってきました。そうすると風の便りで、「そういえば上田という奴が、そんなことを昔言っていたそうだな」というようなことになって、ちょっと日が当たるように

なっているのです。

### 障害論の実践的意義

障害の構造という議論は、「こんなことは不必要だ、単なる屁理屈だ」と言われる方もありますが、私はリハビリテーションのあらゆる分野で共通する考え方として非常に大事なのではないかと考えています。これは実践の武器であって、決して屁理屈ではない。私たちリハビリテーション医学の場にいる人間は、ある意味では1日たりともこの概念を使わずには、障害をもった患者さんのリハビリテーションはできないと考えております。

というのは、先ほどの日本のリハビリテーションの悪い特徴というのにも対応するのですが、障害というものを機能障害だけと考える傾向が、医学の分野では非常に強いのです。それでリハビリテーションというのは機能回復訓練を行って機能障害を良くすることだと考える。逆に言えば、機能障害が良くならなければ能力障害も良くなれないし、社会的不利も解決できない、という基底還元論的考え方が強いのです。しかし障害というものはそうではなくて、機能障害というものが原因になってはいるけれど、それによって起こってくる能力障害というものは、必ずしも機能障害が良くならなくても回復させることができます。

例えば足を切断した場合に、それだけでは歩けない。足の切断というのは形態障害ですが、これ自体を良くすることはできないが、義足をつければ歩行能力という能力障害は解決する。それによって社会生活上のいろんな不利も解決する。逆に、能力障害も機能障害もかなり重い、しかしリハ工学の進歩とか、社会的な受入態勢とかということによって、かなり重度の障害者でも現在は社会活動が十分できる。能力障害が重くて、日常生活の上では全介助であっても、社会的に非常に有意義な生活をしている方はたくさんおられるわけです。あえてイギリスのホーキング博士を引き合いに出すまでもなく、日本にも非常にたくさんそういう方はいらっしゃる。機能障害、能力障害、社会的

不利というレベルは、お互いに関係はあるが、別なレベルであるというふうに考えて、このレベルでうまくいかなくても別のレベルでまだ打つ手がある、というふうに考えるのがリハビリテーション的な考え方です。先ほど、そう簡単には諦めない、不屈なということを言いましたが、このような障害の構造のとらえ方が、そういう考え方を支えているわけです。

### 障害受容のプロセス

心の問題、心の障害というものも、今までの医療も、ほかの分野のことは知りませんが、やはり専門家というものは、表面に表れて目に見えること、あるいは本人が口に出して言うことは気にとめるけれども、いちばん深刻な、なかなか口に出せない、心の中に隠れている問題・悩みまでは、見ようとしなかった。しかしそういう悩みがあるはずだと考えて、それを見つけ出そうという努力を専門家はしなければいけない。見てそれに応える、その問題をも含めて解決するということです。全人間的なリハビリテーションをすることは、やはり障害の構造をそれこそちゃんと踏まえてこういう心の障害をも含めて対処していくことがいちばんいいのです。

職業分野と社会リハの分野と医学リハの協力という、これはどのレベルでの協力なのか。社会的不利のレベルなのか、心理的なレベルの問題なのかと、場合によっては能力障害を解決するための協力なのか、というようなことを整理しながらやっていますと、これは共通の言語が生まれると思うのです。

○手塚 いま上田さんのご説明を聞いていて、私などは、どうもその3つのレベルを段階的に積み重ねるという考え方だったのですが、確かにおっしゃるとおり、段階的に3つを重ねていくという考え方ではないかもしれませんですね。

それから、いま心の問題をお話になりましたが、いわゆる障害の受容、ショックから始まって、解決の努力を経て、やがて障害の受容を得るというプロセスというものを、ちゃんと理論付けられ、

医学の分野の先生たちを中心にして体系付けてくださったのですが、障害の受容のプロセスというのは、どういう過程の中から理論化されてきたのですか。

○上田 あれは実は、キューブラー・ロスの『死の受容』の理論から学んだ点はかなりあるのです。しかし、私の本にも書いていますが、私がそういうことに興味を持って勉強し始めますと、外国の文献では10人ぐらいの方が、それぞれの立場から障害の受容の本質を論じ、また、それに至る段階を論じている。一方でキューブラー・ロスの『死の受容』の段階ということと照らし合わせて考えてみると、一見違うようだけでも10ぐらい並べて見てみると、お互いの共通性が分かってくるという感じで、そういうものを私はただ整理しただけです。

自分自身、患者さんとの体験の中でも、障害の受容の途中の段階だなと感じる人はたくさん経験していたわけですが、それを理論的に整理するのは外国の先行する研究のお世話になったというふうに思います。

○手塚 ありがとうございます。

### ユーザーのIL運動

少し話題を変えて運動論の視点からお話を聞きたいと思います。

今日のシンポジウム1の「ユーザーの採点」の中でも討論されましたが、日本のリハビリテーション、それから障害者福祉というものの展開の中で、運動というものが果たしてきた役割は本当に大きいと思うのです。日本の専門家にとって運動ということ、運動論というひとは最も弱いところでもあると思うのです。運動の視点から、特に「IL運動」を通しての話題を少し話し合ってみてほしいと思うのです。

日本の身体障害者福祉の歴史を眺めて見ますと、昭和40（1965）年頃に、脳性麻痺の方々を中心にして、今までの、「社会の荒波の中で生活していくのは辛い。施設がほしい」という考え方から、「地域の中で生活したい、あの人混みの中で生活

できなかったとしても、自分の家の窓から、あの人混みを見ながら、地域で生活したい」という考え方に大きく変わってきます。このころを境として日本の身体障害者福祉は、地域福祉という方向が明確になってきた。それは当事者たちの運動を通してさらに活発化してきたと思うのです。（そのほかの分野、知的障害者・精神障害者の分野では、いまなお施設中心の考え方が継続されているわけです。知的障害者と言えば、18歳以上の成人およそ30万人のうちの3分の1の10万人以上の方が入所施設で生活している。なお施設がどんどん造られているということで、地域福祉の方向というのはなかなか見出せないのですが……）。

そうした中で1970年代の初めに、カリフォルニア大学の四肢麻痺の学生の「地域の中で生活したい」という願いからIL運動が起こってきた。そのIL運動というのは、人権運動の側面、それから消費者運動としての側面、脱医療・脱施設としての側面、それから地域生活の実現という側面というような、非常に重要ないろいろな側面を持って運動が進められていきました。また、国際障害者年のときには、その総リーダーのエドワート・ロバーツさんが日本にも来られて大きな影響を与えたわけです。

この辺は、先ほど司会をされました定藤先生の紹介によって私たちもいろいろと学ばせていただいているわけです。

### 当事者参加の意義

小川さんにお伺いしたいのですが、IL運動に関連した動向の中では、日本のリハビリテーションとか、あるいは専門家というものに与えた影響はどのようなものであるのか。特に上田さんは先ほど申しました本の中で、自立生活運動の人々からの厳しい批判の中で、それまでの目標だったADLというものがより広いQOLへ転換してきた、転換せざるを得なかったんだと述べられております。この自立生活運動というのが与えた影響は非常に大きいと思うのです。小川さん、いかがでございますでしょうか。

○小川 日本のIL運動をやっている方々がいろんな所で発言をされるようになりました。この総合リハ研究大会でも、そういう方の話を何回も聞くようになったと思うのです。先ほどのシンポジウムでも言われましたが、やはり当事者が主役になるのだということを当事者が言い始めた。これは今まであまり考えられなかったことであって、決して言い訳ではないのですが、私たちサービスの提供者は代弁しなければならぬ、ということはいちばんよく知っています。どういう方法で、いかに行くかを考えるのはサービスの提供者と当事者との共同作業である」ということとか……。

### リスクを冒す当事者の権利

1988年に日本でリハビリテーションの世界会議があって、そのポスト kongress としてRI社会委員会がたしか浜松であって、その報告書のことを私は非常によく覚えているのです。その時に、アーヴィン・ケネス・ゾラというアメリカのブランドアイズ大学の教授が話をされているのです。この人はポリオの後遺症で実際に車椅子で動いている方ですが、「障害者の生活内容がどうなるかを判断する権利は誰が持っているのか」「通常のリスクを冒すことは、ある場合に権利である」と。先ほども当事者の方の話の中にあっただけですけれども、「リスクを冒すということには人間の尊厳というものが含まれているんだ」と。反対に行き過ぎた安全、例えばリスクを避けるための環境や機器の整備は、「これが行き過ぎると非人間的な侮辱につながる場合がある」と。こういう言葉を障害をもっている方自身が話されていることに感銘を受けた記憶が、非常に鮮烈に残っています。

逆に言えば、サービスを提供する側は、そう思

っても発言ができない。リスクを冒すことはあなたの権利ですからやっごらんない、と言ったら正しくは取られないと思うのです。こういうようなことがだんだんと積み重ねられて、今では何といても当事者優先である。下手をすると、それを口実に、どうぞ勝手に、というようなことが起きてはいけないうけですけれども。

○手塚 いまいわれた「危険を冒す権利」という言葉を聞いたときには、ちょっとしたショックを受けるというか、非常に新鮮で「なるほど」と思ったのですけれども、上田さん、いかがでしょうか。

○上田 自立生活運動がリハビリテーション、特に私の専門であるリハビリテーション医学に与えた影響は非常に大きいと思うのです。しかし、これもリハビリテーション医学の世界の場合には、アメリカで大きなショックを受けまして、それが日本に伝わって来たという経過があるのです。もちろん小川さんが言われたような、日本でもいろいろな動きに接して私も非常に感銘を受けました。しかし、アメリカで自立生活運動が始まったというようなニュースは、アメリカのリハビリテーションの医学雑誌を読んでいまして割に早く出てきまして、いろんな論文を私も読んで、そして間もなくQOL(クオリティ・オブ・ライフ)を重視しようという動きが出てきたのです。これを「人生の質」というふうには私は言いたいのですが、それをリハビリテーションの最終目標としようということが割に早く出てきた。IL運動からのチャレンジに対してリハビリテーション医学の専門家のほうとしては、どういうふうに対応すればいちばん誠実な対応であるかということを考え、努力した中から出てきた答えがADLではなくてQOLだと。これはやはり障害の重度化ということと、逆に技術が進歩して、重度であっても人間らしく生きることは可能になってきたということから来ている。技術と社会制度ですね。それからIL運動に代表される社会思想だと思いますが、そういうことによってなってきた。

## IL運動のインパクトADLからQOLへ

例えば、私がアメリカで勉強したのは33年前ですが、その当時はADLの自立を目指すということが非常に意味があった時代だったと思うのです。それよりさらに遡れば、リハビリテーション医学というものがアメリカで独立したのは1947年です。これは専門医制度が出来たということですが、そのときに、やはりADLというものがいちばん中心の力を発揮しました。医学の世界というのは、それまで「生命」という価値しかなかったわけですが、初めて「生活」という価値が医学の中に入って来たわけです。生命を救うだけではなくて生活を立てなおすということです。それがADLに象徴されたことで、その後も障害の重度化とともに、かなり重度な障害者でもいろんな機械を使ったりして、ADLは自立させられるというふうに努力してきたわけです。

しかし、それと同時に、先ほど言いましたADLという、能力障害があるところまで良くなれない限り社会的不利は解決できるはずがないという、間違った考え方に落ち込んだ面もあったのです。IL運動というのは自己決定権ということの確認ですから、それさえ貫かれていれば全介助であっても自立しているという思想ですから、これはADLよりもさらに一段高いものに価値があって、ADLというのはそれに従属するもので、非常に重要な場合もあれば、そうではない場合もあるということです。そうすると、それより高い価値というのは、やはりQOLであろうということになります。

これが1970年代の割に早い時期に、アメリカのリハビリテーション医学界でQOLに関するシンポジウムが行われ、そこで専門家とIL運動の方と障害者の代表とが一堂に会して、「QOLの向上ということを目標にしていこう」ということで合意が成り立ったのです。もちろん合意が成り立ったからといって一朝一夕で実現するものではないので、今はまだその実現への過程ですが、しかし目標ははっきりした。目標がはっきりしたき

かけはIL運動にあったわけです。

しかし、それをまたQOLという形で捉え直したのは、リハビリテーション医学の専門家の自主的な選択であった。それはIL運動の側からも賛成してもらえたという感じがあると思います。

○手塚 ありがとうございます。

## 「特殊教育」考

私は親の会運動などにずっと携わってきました。いま話題になっております運動論に関連して、日本の親を中心としました障害者関係団体運動の中で、いろんな団体が統合して大きな運動を行った最大の運動は、1979年の養護学校の義務制の確立、いわゆる全員入学制の問題だったのではないかと思います。それまでは親のほうで「免除してください」と願い出るという極めて不自然な形での猶予・免除願いでした。今までは就学義務の猶予、免除が非常に多かったのですが、それがこれを契機にして減少してくる。

全員入学制ができてきた反面、特殊学級とか特殊教育諸学校というものへの集中化が行われてくる、固定化してくる。それから重度・重複の人たちの教育内容というのは、必ずしも確立してきているとは思えない。相当重い方たちが学校教育を受ける。これは本当に何よりも喜ばしいことではありますが、卒業した後での進路、受け皿というものについてのつながり・整備が極めて不十分です。

こういういろいろな課題を残しているわけですが、最近、思想的に言えばインクルージョンという考え方が日本でも言われはじめてきました。このインクルージョンというのは、特別のニーズに対しての特別の援助を十分にしていこうという考え方です。特殊教育の分野で言えば、インクルージョンというのは個々の障害をもっている児童・生徒のニーズに対して有効な個別的な援助をしていこう、どこにいても援助を受けられるようにしていこうということです。

日本の場合には、特殊学級とか特殊教育諸学校というような、その学校に行かなければ援助が受けられない。アメリカやイギリスの場合は、ど

こにいてもサービスを受けることができる。それで特殊教育の比率が日本では1%、アメリカやイギリスでは10%、20%というようなことが言われているわけです。

先ほどのシンポジウムで田中さんが盲学校の状況を語られました。盲学校という、一つの特殊教育諸学校という箱物の枠の中での特殊教育であります。余裕ができた先生たちのパワーというものを地域の統合教育に役立てていくことができないのか。それは全く今はゼロだというお話がありました。そうした発想というのが、日本の教育の中にはまだまだ不十分です。それは運動の中でしか解決できていかないのかもしれませんが、いちばん最初に申しました日本の専門家は、運動というものに対しては最も弱い部分でありまして、当事者の人たち、親たちが声をあげなければ専門家の人たちは動かない、というようなことも、この運動論の中で大きな問題を提起しているのではないかと思うわけです。

### 専門・専門職、選択肢、自己決定

それでは専門職についてのお話を伺おうと思います。いったい専門職というのは何なのか、現状の中でどういう役割を果たしていくことが期待されているのか。今の運動論とも関連してくるわけですが、このことについて上田さん、小川さんからご意見をいただきたいと思います。上田さん、いかがでしょうか。

○上田 専門職という問題はいろんな角度から論ずることができます。いまのIL思想との関連で言いますと、専門職がいまいちばん要求されていて、日本の現状では、まだいちばんそこが欠けているのは、複数の選択肢を提供できる能力を持たなければならないのに、それがなかなか持っていないということ。先ほど定藤さんも「選択肢を与えろ」ということを言っておられました。

一方において障害者の権利、自己決定権ということを尊重して、一方において専門家の専門性ということも尊重して、それを掛け合わせることでよっていちばん望ましい、高い成果が生まれると

思うのです。そのために専門家にできることは何かと言えば、専門的な知識を総動員して、そして「あなたはこういう環境で、こういう個人史を、歴史を背負ってきた。それで今こういう障害をもっているあなたに、これからリハビリテーション、医学だけではない広い意味のリハビリテーションを行った場合に、あなたにはこういう人生も可能です。しかし、別なこういう人生も可能です。こういう人生も可能です。ただし、あなたが希望していても、あなたの障害の条件からしてできないこともあるでしょう。できないというのは未来永劫にわたってできないということではなくて、人間は努力して壁を打ち破っていくことはできますが、しかし、今はまだできません」と言うこと。これは専門家として、できないこととできることを、はっきり言う責任があると思うのです。

その場合のできることというのは一つでは駄目です。一つしか今まで言わなかった。一つしか言わなくて、これに従うか従わないかということ、俺の言うことをきかないのだったらほかに行ってくれ、というようなことを言っていたから障害者の信用を失っていた。障害者に限らず一般の医療でも、最近ではインフォームドコンセントで選択肢を出して、その優劣、利害得失をよく説明して、その上で治療法を選んでもらう。がんの治療の場合に手術をするのか、化学療法でいくのか、放射線療法でいくのか、それとも何もしないのか。それによって何カ月とか何年生きられるかということ、逆に、生きていたときの状態はこういう苦痛があったり、なかったりする。濃厚な治療をすると命は延びるけれども、その間のQOLは非常に低い、苦痛が多いと。そういう説明をして選択してもらうことが医学では当然やらなければいけないことだ、ということになってきているわけです。

リハビリテーションの分野こそ、そうでなくちゃいけない。「あなたは今の技術からして、これとこれとこれは、あなたが希望しているかもしれないが不可能である。しかし、これとこれとこれは可能です」ということを、障害者自身が考えてもいないような、考えもつかないようなすばらし

い可能性も含めて提示できて、その中から選んでもらうということが、専門家の専門性と、障害者本人の自己決定権とを両立させる唯一の道だと思うのです。それがうまくいけば、障害者は自分で選んだ道であり、専門家は、確実にそれは実現できますと約束したことですからその実現のために両者が協力して努力する、ということはいちばんいい関係が生まれると思うのです。本当にパートナーとしてやれる。

しかし、そのためには専門性というものが一つしか選択肢を思いつかないようでは困るのです。そこがやはり、もっともっと高い専門性が要求されるところで、現実的で、実現可能で、しかもバラエティのある選択肢を提供できるだけの能力を持たなければ専門職とは言えない。厳しいかもしれませんが、自分自身に対する叱咤激励を含めて、そういうふうには言いたいと思います。

○手塚 小川さん、いかがでしょうか。

#### リハ・ソーシャルワーカーを

○小川 リハのサービスシステムがある程度出来上がっていると、当然リハビリテーション・カウンセラーとか、あるいはリハビリテーション・ソーシャルワーカーとか、直接当事者のインテークから、それをずっとフォローしていく役割を持った人がいないと、一人の人のリハビリテーション、さまざまなサービスのコンダクターというのが、事実上不在になってしまう。今はそれに非常に近い形なのです。ですから、是非ともそういうものを作っていないといけないのではないかと。

そのためには、例えばいま福祉系といわれる大学で学んだ人は、リハビリテーションの専門知識をほとんど持たないで現場に入ってくる。逆に医療技術系といわれる所で勉強している人は、医療技術以外に、ほとんど勉強して来ない。こういうことを教育の過程で、もう少しきちっとしていかなければならないと思います。

一方実際に働いている現場ですけれども、どこか外国に行くときに入国管理で「What is your occupation?」と聞かれたりします。そのとき私

は「rehabilitation social worker」と書くのです。それがいちばん簡単で分かりやすいわけです。例えば施設の指導員だからということで「施設の指導員」とはどう書くか。施設の指導員の中身は何をやっているのかというと、そこで呆然と立ちすくんで、いったい俺は何屋なんだろうと思わなければならないくらい、いま施設の指導員というのは、ことリハビリテーションに関しては非常に専門性が薄い。むしろ介護福祉士と言えば、ユーザーから見れば、あの人は介護についての専門的な知識と技術を持っているということで非常によく分かるわけです。施設の指導員と言われると、一体あの人は何をしてくれるのかと。先ほど「さんざっぱら、いじめられましたからね」と障害者がいわれたような印象しか残らないわけです。やはり利用者にも分かりやすく、サービスの専門性を明確にしなければいけない。

学校というのは誰にも分かる所で、その中で教えているのが先生です。ですから障害児の教育も、学校、先生というように非常にはっきり分かる。お医者さんや医療技術者というのはたいてい病院とか、あるいはリハ機関という中で働いているのであって、これもはっきりしている。地域に出て行くにしても拠点がはっきりしているわけです。

ところが職業とか社会ということになると、職場と職種がバーッと広がっていく。社会となると、何かつかみどころがない。ですから、これから専門性を明確にしていくためには、職名なども検討し、リハビリテーションのサービス過程における位置づけや役割を明確にする必要があるでしょう。

私はリハビリテーション・ソーシャルワーカーだと思って仕事をしてきました。ですけれども、この名称を使うには、また小泉厚生大臣にお知恵を拝借しないとイケないかな、というような気もするのですけどね。

○手塚 どうもありがとうございました。

#### 21世紀へ向けて

最後の話題になりますけれども、今後のこと、あと4年で21世紀ですが、21世紀に向けてどうあ

ったらいいのか、ということです。

度々出てまいりますように1981年の「国際障害者年」、それから1983年から1992年までの「国連障害者の十年」、これで本当に大きく変化してまいりました。そしてその一つの帰結として「障害者基本法」が成立し、そして「障害者プラン・ノーマライゼーション7カ年戦略」が出来上がってくる。いま、1993年から2002年の「アジア太平洋の障害者の十年」の今年はちょうど中間年となるわけです。

政府が今後進めていこうという障害者プランは7つの重点項目を掲げていますが、その第1に、地域で共に生活するという地域福祉を位置付けている。第2に、可能な限り職業を通じて自立を図ることで、自立を第2番目に位置付けている。これは政府の姿勢をあらわしていると思うのです。それと同時に、障害の種別を超えていく。そのために厚生省は、今まで3課に分かれておりましたものを障害福祉部ということで一本化して、障害種別を超えていくという施策面からの方向性を出すということです。

それから私が係わっております知的障害に関して言えば、今年4月に障害者雇用促進法が改正されて、知的障害者の雇用も身体障害者と同じように義務制になる。身体障害者の場合には個別的なサービスでいけた部分があるのですが、知的障害者や精神障害者の場合には、地域レベルでの各分野の協力体制、教育、福祉、雇用、そのほかの協力体制がなければ継続的に雇用を進めることができないのです。今回の義務雇用制は、身体障害者と同じ義務雇用になったということはもちろんですが、各分野の協力体制がなければ効果が上がらないということ、それを不可欠の条件として今度の義務雇用化がなされたということに、私は高い評価をしたいと思うのです。

こうした、一連の動向の中で今後、障害者福祉、あるいはリハビリテーション、それから専門家の人たちが、どういう心づもりで21世紀に向けて、その役割を果たしていくのかということについて、最後にまとめのご意見をいただきたいと思います。

### 地域の現場感覚を

○上田 手塚さんがおっしゃったとおりだと思います。地域に生活していて、施設や病院というものも必要に応じて使うということで、それは脱施設化と言っても、そういうものが全然いなくなるということではなくて、やはり病院とか施設とかというものは技術がいちばん集中的にある所ですから、必要であればそこを利用する。そこを拠点として地域にサービスが出て行って提供される。そういうシステムを作っていく。これは良かれ悪しかれ、いま国会に上程されていて、おそらく通るであろう介護保険法案と、それに伴う新介護システムをどういう形のものに作っていくか。これはこれから5、6年がヤマなのだと思います。

その中でリハビリテーションがどういうふうの実質的な役割を果たすか、これは非常に大きな問題だと思います。それによって、今までリハビリテーションの中で、地域リハビリテーション活動という形で積み上げてきたものが実るか実らないか、ということがかなり大きく決定される。逆に言えば、地域リハビリテーション活動の積み重ねというものと、リハビリテーション全体の積み重ねというものは、うまくもっていけば、今度つくられる新しい介護システムの介護の内容を前向きなものにすることに必ず役立つだろうと思います。

介護とリハビリテーションというのは全く対立するもののように考えられやすいのですが、そうではなくて、リハビリテーションの理念と技術に立ち戻れば、自立を求め、その自立の中には身辺自立もあれば、自己決定権の発揮まであるわけですから、それは介護も同じだと思います。介護というものは、やはり「自立を目指す介護」でなければいけない、自立を助ける介護でなくてはいけない。それは今の介護保険法案でも謳っているので。しかし、それが何か水と油みたいに言葉を並べただけになっているのですが、介護の技術と思想の内側にリハビリテーションはどんどん食い込んでいけるし、食い込んでいかなければいけない。それによって介護を受ける人の人権もまた尊

重されるのだ、という思想を持ち込まなければいけないと思います

これは、これから5年、10年ぐらいの単位の、非常に大きな課題だと思います。

○手塚 小川さん、いかがでしょうか。

### 欧米文化の日本的消化を

○小川 理念といったようなものかもしれませんが、1972年にR Iの社会委員会が出したガイドラインの一節に、労働、これはワークですけれども、ワークはほとんどの社会において、経済的自立の手段として、社会的地位の象徴として、またワークそれ自体に価値があるとして高く評価されている。これは今も変わらないと思います。したがって、障害がある者も労働力となるべきであるという考え、これは障害をもつ当事者も、それからその周囲にもあるのです。こういう従来の考え方が今なお多くの障害者に当てはめられている。しかし、「労働以外の人間的価値をないがしろにして労働のみを重視する単純な考え方は、人間生活の多くの側面を無視することになる」とも言われています。

これは1972年に社会委員会が出しているわけですが、私は職業リハの分野でも、これだけ障害の重い人たちが社会就労センターとか、あるいは一般就労をしたいというようになっている時代においては、やはり常にこのことを考えておかないといけないのではないかと思います。

最初に、リハビリテーションというのは輸入品であると申しました。例えば職業リハに関しては、ある意味では弱肉強食の労働慣行を持つアメリカとか、歴史的、文化的にさまざまな背景を持った国から入って来たもので、その元をもう少し考えないというのが、20年30年経ってやっとこのごろ気が付いているような状態です。

例えばノーマライゼーションにしても、デンマ

ークでは1950年代に、この処遇のあり方に変化が現われています。この運動自体、実は1,000ベッドとか1,500ベッドという大規模の精神病院の中に知的障害者が拘束されていた、だから親御さんが救い出したいというふうと考えられたわけです。それでは日本の状態はどうだったかと言うと、やはり同じではないわけです。そういう背景を考えなければいけないのではないかと、ということが一つです。

それから、私がいま住んでいる所を考えると、やはり市町村を土台に考えていかなければならない。厳密に言えば、リハの専門職というのはきわめて希で、実務をやっているのは公務員の事務職ですね。ですから、リハの専門職の充実と同時にリハのサービスを提供することを決定する公務員がリハ・マインドをきちっと持っていたかないと、柳田さんのお話のように、現場感覚とのズレが生じてきます。喜びも悲しみも共有しながらやっているその現場が生き生きとするためには、市町村レベルでのサービスに、公務員の資質向上というものをセットにしていかなければいけないのではないかと思います。

一方的に現場の人数を削減され、予算を削減されてくると、サービスを提供する者と受ける当事者との間で、双方とも一生懸命にやろうと思っても、さまざまな問題で現場が荒れてくるのが心配です。当事者とサービスの従事者がパートナーとして、21世紀に向けてやっていけるような条件が整うよう期待します。

○手塚 ありがとうございます。

先ほどのシンポジウムで加藤さんが「当事者に任せてほしい」と言われましたが、それを改めて尊重すると同時に、当事者の人たちと共に歩んでいく、ということを改めて確認させていただきながら、この鼎談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。

# 分 科 会

- 分科会 1 『地域生活支援と通所施設』
- 分科会 2 『今日の課題から明日の障害児教育を開く』
- 分科会 3 『高齢障害者の地域リハビリテーション』
- 分科会 4 『福祉のまちづくりの進展』
- 分科会 5 『生活の潤い—スポーツ・芸術・レクリエーション』
- 分科会 6 『必要な情報を得るために』
- 分科会 7 『地域生活等支援事業への期待と新たな展開』
- 分科会 8 『社会参加を実現する新たな就労』
- 分科会 9 『施設の現状と体系を考える』
- 分科会 10 『教えます、市町村障害者計画づくりの心と技』
- 分科会 11 『ケアマネジメントとマンパワー養成』
- 分科会 12 『施設で地域で「人権」の確立は…』
- 分科会 13 『生活支援機器とスポーツ・文化機器の展望』
- 国際分科会 1 『日本のリハビリテーションと障害者施策を評価する』
- 国際分科会 2 『各国間のリハビリテーションにおける国際協力』

## 【分科会1】

# 地域生活支援と通所施設

座長：赤塚光子  
東京都心身障害者福祉センター

## ま と め

分科会1「地域生活支援と通所施設」は、分科会7「地域生活等支援事業への期待と課題」とともに「地域生活支援」をテーマとして企画した。本テーマ設定の意図は、ノーマライゼーションの理念を実現すること、すなわち障害があっても、その障害が重度であっても地域での生活を可能にするための支援の方策を考えることである。分科会1では、現状で「地域生活支援」に大きな役割を担っている「通所施設」に焦点をあてた。

話題提供者が所属する施設ではそれぞれ、重度の身体障害者や知的障害者、重複した障害をもつ人、重症心身障害者、自閉という障害をもつ人、また社会復帰のための援護がようやく整備され始めた精神障害がある人を対象とした通所施設において、先駆的な取り組みを行っている。利用者が仲間とともに日中の生活を楽しみ生きがいとする支援、地域生活の継続を支援する実践の状況をお話いただいた。

日中の活動支援の特徴は、次のようにまとめられる。

- ① 利用者の特性を考慮し、利用者の希望にそい、主体性を尊重した支援
- ② 利用者個々にあわせた、創意・工夫に満ちたプログラムの提供
- ③ 地域を基盤に、地域に根ざした活動

また、通所施設には、利用者や家族から地域生活を継続するにあたってのさまざまな課題が投げかけられており、そこへのアプローチも試みられている。それは、以下のようなものである。

- ① 家族が利用者を上手に支え、安定した家庭生活を送る上での支援
- ② 家族が利用者をケアできない事情が生じた場

合の支援

- ③ 利用者が家族から独立して生活できるようにするための支援

こうした取り組みの内容については各話題提供者の報告をご覧いただきたいが、このような施設展開を可能とするものは何かを考えさせられた。それは当然のことながら、「障害のある人、その個人の意思の尊重」が出発点となっているということである。あくまでもここを出発点にすることと同時に、その意思をくみ取りする姿勢や力量が問われているのだとつくづく感じさせられた。

家族支援についても、家族が困っている状況を職員が一緒になってときほぐしていく援助の重要性が再認識された。日常的な家庭内で生じる問題を、どこに相談したら良いのか、これも通所施設が担っていた。

また、話題提供者3氏の施設は、施設体系では精神薄弱者通所更生施設、身体障害者通所授産施設であり、本来の施設目的に合致した対象や内容ではない。もう1氏の精神障害者の通所施設は、法外施設である。今後なお一層必要とされるであろうこのような施設の位置づけについて検討がすすんでいるようであるが、いずれにしろ、施設制度の整備が望まれるところである。

討議では、支援についてより具体的な質問、意見が活発に出された。どれも今後の支援のあり方に関わる重要な内容であったので、紹介しておきたい。

- ① 成人後は、親から独立した生活を考えていく方向にあるが、成人後も親子一緒に生活を望む「本人を支える」ための家族を支える地域生活支援として、ショートステイホーム、パートス

デイホームの制度化が望まれる。各地で実践されてきており、本人の自立のためにも好ましい効果がみられている。

- ② 小規模作業所での重度、重複障害者の受け入れはかなりの負担がある。現状では使える制度を使っていくこと、例えば20人規模の通所授産施設がよい。
- ③ 本人のわかりにくい行動の意味を解きほぐす専門家が必要。それは、特別な職員ではなく、日常関わる職員がその専門家になることが大切。親に安心してもらえる関わりのできる職員になることで、親も職員を信頼していく。
- ④ 養護学校在学生の重度化が進み、医療的ケアが必要な重症心身障害の方の地域生活支援が課題になっている。東京では、数年後には超重症心身障害といわれる人たちが学校生活を終える。通所施設に医療機関のバックアップ体制が欠かせない。医療との連携を現実的に考えていく必要がある。医者、OT、PTを地域のシステムの中で機能できるような状況をつくりたい。
- ⑤ 重度障害者の地域生活の場を今ある資源の活用、通所施設のナイトケアも考えられるが、基本は職住分離であろう。地域のシステムとして、通所施設、グループホームなど小規模の施設がたくさんほしい。

⑥ 親からの分離は、一人一人の育ち方にあった本人にも不安のない形で援助すべき。しかし、親と一緒に住むかどうかは個人の選択の問題であり、母子分離しなくてはならないということではない。

- ⑦ 母子分離のためにということで、無理をして親子の関係をこじらせていたり、また障害があることで早く分離をさせすぎているきらいもある。それぞれの生活が充実していく関係となるようが望ましい。親子の関係を整えていく援助、その時の親の大変さへの援助が足りない。将来が見えないための親の不安に、その時その時に相談にのる家族援助が必要である。
- ⑧ 制度化されていない精神障害者のクラブハウスは参加者の自立や就労支援に意義がある。各地で取り組みが始まっており、小規模作業所においても自立支援のプログラムが実施され始めている。過渡的雇用も、今後取り組みたい事業である。
- ⑨ 施設の小規模化は、人間関係が細やかにスムーズに進むことから是非すすめたい。障害別にする必要はなく、それぞれの持ち味を生かした施設づくりが考えられる。
- 引き続き、実践の深まりと議論の継続が期待されていよう。

## 重度知的障害者の通所施設と地域生活支援

柴田 洋 弥

デイセンター山びこ

知的障害の重い人が、地域社会の中でその人らしい人生を送るために、まず必要になるのが日中の活動の場です。しかし授産作業の困難な人の通所施設制度は無いので、さまざまな制度を使っています。通所更生施設は、本来は短期間で一定の生活技能を身につけるための訓練施設であり、重度の人を想定していませんから職員数等が不十分です。デイサービス事業は、生きがいを満たすという目的は合っているのですが、運営費が十分ではなく、毎日通所を認めない市があります。法外

の小規模作業所では運営費不足がもっと深刻です。最近ではさまざまな活動を行い「〇〇アクティビティセンター」という施設名の通所授産施設が増えています。しかしいずれも、障害の重い人に十分に対応できる条件がありませんので、新たな制度を求める声が強まっています。

その代表的な案が、全国社会福祉協議会より平成8年5月に発表された「障害者活動センター」案で、概ね次のような内容です。

- (1) 多様な障害に対応…知的障害・身体障害・重

症心身障害・精神障害等、中途障害を含む多様な社会的重度の人を対象とする。ただし、障害の違いによって活動内容を変える事もでき、一人ひとりに合った活動をする。

(2) 長期利用・生きがい重視…訓練・指導を目的とする有期限施設ではなく、社会参加・生きがいを重視し、昼間の生活を長く支える場である。

(3) 通所日数等…1週間に5日間、1日6時間程度利用でき、個人により減らしたり、他のサービスとの併用もできる。昼食と送迎は選択制とし、一部自己負担がある。

(4) 活動内容…創作・作業活動、文化・レクリエーション活動、健康の維持増進の活動を行う。作業収益のある場合は出来高払いの工賃を支払う。

(5) 援助の基本姿勢…どんなに障害が重くても希望や意思があるので、利用者の自己決定を尊重する。利用者の個性や長所に共感し、それがもっと光り輝くように援助する。利用者の人格を尊重し、子ども扱いや生徒扱いをしない。安心感や信頼感を損なうことを職員はしてはならない。重度知的障害者などとのコミュニケーション方法を工夫する。

(6) 規模…定員はおおむね20名程度とし、数名程度にして他の種別施設と複合したり、分場を設けたりできる。基準面積は、利用者一人当たり25㎡とするが、弾力的に考慮する。

(7) 職員体制と医療…利用者3人に対して直接援助職員1名を基準とし、社会福祉士や看護婦を置く。他の専門職や介護職員を実態に応じて加える。医療機関と密接に連携すれば、医療管理が必要な利用者を受け入れることもできる。

この活動センター構想は、各種障害関係者が初めて共通の理解を持ち、訓練中心ではなく生きがいを重視するという共通の方向性を確認したことに大きな意義があります。しかし、①数名程度の小規模な通所の場合数カ所でネットワークを作って運営したり、②通所授産施設等で混合で受け入れて重度加算の補助金を付ける、等の方法も考えられます。

次に、暮らしの場が課題になります。従来は24

時間対応の精神薄弱者入所更生施設が数多く作られてきましたが、社会の目が届きにくいので人権侵害事件を生じやすく、また目的が「指導・訓練」である事も職員による体罰を生じやすくしています。

そこで、厚生省の障害者関係の審議会では、新たに20名程度の「生活施設」の制度を作る案が検討されています。更生施設が通過型・有期限のハビリ施設であるのに対して、生活施設はそこで生きがいのある人生を送るための長期利用施設であり、また昼間は他の通所施設に通うこともできる、という案です。

数名規模のグループホームについても、障害がある程度重い人が利用できるようにしようと検討されていますが、本格的な重度の人についてはコストがかかりすぎるので、生活施設で対応しようという案になっています。しかし大都市の中では、20名の生活施設を建設するよりも、マンション等の中にグループホームを開く方が、必要な障害者数に応じて作ればよいので無駄がなく、はるかに低コストではないでしょうか。

また、成人になれば親元から独立するのが一般的ですが、重度知的障害者の場合は、一緒にずっと暮らしたいと希望する家庭が多く、そのためには、ショートステイ、パートステイの制度を整えることが必要です。

ショートステイについては、毎日の通所や通学を続けながら、夜だけ泊まれるシステムが大切で、そのためには身近な所に小さなショートステイ・ホームがあり、①緊急一時保護、②本人の体験宿泊、③家族の休養の目的で利用できることが必要です。

「パートステイ」というのは、兵庫県宝塚市等を参考に私が名付けた新しい考え方で、毎週1泊～5泊ホームに泊まり他の曜日は家庭に泊まる、そして日中は同じ通所施設に通う、というように、家庭とホームの両方の生活を長期にわたって続ける方法です。ずっと家族と一緒に暮らしたい、しかし毎日一緒ではお互いに疲れてしまう、という人には最も合っています。

将来は、援助サービスに必要なお金が、施設という建物ではなく障害者個人に付き、障害者が

自分で選んで様々なサービスを組み合わせて受けられるようなシステムになれば良いと思います。

## 実践報告 地域生活を支える共同作業所

西 海 洋 一  
府中共同作業所

### 1、府中共同作業所の概要

#### ①小規模作業所としての13年間

「どんなに障害が重くても地域で暮らしたい、仲間を持ちたい、働きたい」という障害のある方、家族の願いのもと、1979年4月に府中市肢体不自由児者父母の会が母体となり小規模作業所「府中共同作業所」が開所されました。中心となった家族の方々は、養護学校全員就学の運動を頑張ってきた重度重複障害の重い障害のある子供を抱えた家族で、養護学校卒業後の進路についても在学中より考えていました。当時、府中市には、障害の重い方が通所できる成人期の施設が無く、家族、養護学校教員、関係者が自らの手で施設を作らざるを得ない状況でした。

府中共同作業所を開所するにあたっては、地域の中で行き場がなく在宅で生活している障害のある方の実態調査を行い、通所する所員の方を掘り起こしてスタートしました。運営状況は、当時は小規模作業所の運営補助金も不十分（都、市合わせて300万円程度）であったため、関係者がバザーや物資販売などで自己資金を作りながらの施設運営でした。

1985年4月には、府中共同作業所に続く2つめの小規模作業所「育ちの家」を開所しました。育ちの家では、重症心身障害のある方も受け入れ、この状況に合った実践を試行錯誤の中で行ってきました。

府中共同作業所の設立当初より、広いスペースで一人ひとりの状況に合わせた実践、安定した運営を考え、法定施設化を目標に粘り強く行政交渉、自己資金づくりを行ってきました。13年間に渡る重度障害者の日中の活動の評価、地域の中での支援者の拡大などを背景に、府中市の行政支援のも

と、1992年3月に法人認可（社会福祉法人あけぼの福祉会）、同年5月に身体障害者通所授産施設「府中共同作業所」が開所されました。

#### ②身体障害者通所授産施設としての新たなスタート

活動スペースが広がったことで、作業スペースと食事スペースが別々に確保されたり（以前は、作業所している物を片づけ食事）、一人に1台ミシンなど作業の機械が配置できたり、重度障害の方にゆったりとしたスペースでの実践が展開できる環境が整い、職員も実践での工夫が広がり充実してきたことは言うまでもありません。

法定内施設となり日中の活動の場面では、一定の充実を見ることができましたが、通所の保障（送迎）、家庭への支援、緊急一時、レスパイト、第2作業所など地域での生活を支える活動の課題は山積みです。

### 2、府中共同作業所の実践（処遇）内容

府中共同作業所では、労働を主軸とした「がんばる班」（所員21名）、重症心身障害のある方8名で構成する「あおぞら班」に分かれて活動を行っています。

#### ①がんばる班

作業単位でグループ構成をしています。具体的には、木工製品を作っている木工部（7名）、台ふきんを作っているふきん部（9名）、布製品部（2名）、総務部（2名）の4グループで活動しています。

各部共にミシンや木工の機械など導入していますが、個々の機械には使い易いように自助具（片手で動かすことができるようにスイッチなどを工夫）を付けて、障害の状況に応じて作業ができるように工夫しています。

総務部に関しては、施設内で作られた製品の管

理と所員の給料計算・準備を行っています。

#### ②あおぞら班

重症心身障害のある方が生き甲斐をもって仲間と共に健康に過ごせるよう、「健康を守る」「生活を豊かにする」「労働意欲を育てる」という、3つの目標に沿って日々の実践を行っています。

週3回（月、水、金）午前中の時間に作業を行っています。小さいサイズの枕をミシンと枕の中身のパイプを入れる機械を使って作っています。ミシン、パイプを入れる機械は共に引っ張る力や押す力で動くように工夫してあります。

毎日午後の時間は、リハビリ的な内容で職員とできる限りマンツーマンで身体を動かして変形や拘縮を防ぐ取り組みをしています。

その他、認識レベルで小グループに分かれた取り組みも行っています。

#### ③給食

4種類の形態の給食を提供しています。「通常食」「一口大」「刻み」「ペースト」の4種類ですが、所員の体調に合わせて柔軟に対応しています。

#### ④全体の活動として

##### ・販売活動

地域のお祭り、スーパーでの店頭販売、福祉ショップでの実演販売など積極的に自主製品の販売活動を行っています。

##### ・自治会活動

所員が中心となり自治会を構成し、職員は援助者として参加しています。施設内での行事の企画や学習会（自立について、グループホームについてなど）自治会が主体となり企画をしています。

### 3、地域支援活動の現状と将来展望

#### ①通所保障

現状の法制度上の通所施設には、制度として送迎の概念がないため送迎に関しては苦勞をしています。

96年度より全員の送迎を施設で行っています。以前は、何人かの家族の方に自己送迎をお願いしていましたが、家族の都合（病気など）で本人が元気でありながら通所できないという状況が続き、

思い切って全員送迎に踏み切りました。毎日6～7コースの送迎をリフトバス6台、マイクロバス1台で行っています。

自治体からの補助金としては、送迎に関する補助金（車両維持管理費、送迎アルバイト人件費補助など）として約360万円受けていますが、到底十分ではありません。

通所施設は、所員の方が施設へ来ることができなければ職員は仕事できません。

#### ②緊急一時保護

現状では必要に迫られて（冠婚葬祭、家族の病気など）、東京都の「心身障害者（児）緊急一時保護（在宅保護）」の制度を活用し職員で対応しています。具体的には、家族が急用の際に施設に残って、入浴、夕食を済ませて帰宅したり、家庭での介護（特に入浴）が厳しい状況の際に入浴して帰宅すること（送迎付）などを行っています。

法人の新たな事業として「緊急一時・レスパイト事業」を95年度より検討を始め、実態調査（ニーズ調査）の実施など事業実現に向けて進み出しているところです。

#### ③地域開放事業—ワープロ・パソコン・タイプライト教室

国の施設機能強化推進費を受けて、月に1回地域在住の障害のある方を対象にワープロ・パソコン・タイプライト教室を開催しています。講師は、養護学校教員、施設職員、ボランティアで構成しています。

#### ④その他

現在、府中共同作業所が定員を充足しているため、今後養護学校を卒業する方や地域で行き場の無い在宅の方などの受け皿として第2作業所の設立に向け95年度より養護学校在校生家族、在校生養護学校の教員、施設職員で検討委員会を発足し、地域在住の障害のある方の実態調査や現行制度の学習など進めている状況です。

地域で安心して暮らせる条件づくりを社会福祉法人あけぼの福祉会としてできるところから一歩一歩前進し始めたところです。

## 実践報告 家族支援を中心に

松村 昌子

大阪市 風の子そだち園 園長

### 1. 風の子そだち園の活動紹介と基本的な考え方

(スライドを通して)

①本人の主体性を尊重し、対人関係を整えながら、自発的に物事に取り組めるよう、人を避けるのではなく、人と一緒に生活することが喜びとなるような活動を行なっている。そのため、今自分がしている活動の結果が分かりやすく理解ができ、それが人に認められる、自分も嬉しい。結果として自分に対する自信を取り戻す等を通して、生活に意欲や積極性を引き出し、人とのコミュニケーションが上手になるよう援助する。

②このように、通園してくる人に対して充実した生活を保障することは大切である。しかし、通ってくるのが難しい、また、通ってきているとしても、人を避けたりこだわりが強く周りの人や物事に無関心である等、本人の日常生活や家族との生活が安定していない人も多い。そうした人々に対する援助は、家族と協力して行なわなければ不可能である。そのために、家族を支援することは、通所施設にとっては大切な役割である。

### 2. 本人を理解し、地域生活を支えるための家族援助

①本人の問題行動が家族との生活を困難にする  
《本人の問題行動》

- ・こだわりが強く、生活が不自然なものになっている。
- ・暴力をふるうので、家族が腫れ物に触るような接し方をする。
- ・不安が強い、集団に入れない等、施設に通いにくい状態。また、家に引きこもる。生活時間のずれや、昼夜逆転の生活等。
- ・大声で叫ぶ、近所を裸で歩き回るなど、近所とのトラブルが絶えない。

《家族関係がうまくいかない現状》

- ・本人への接し方について、夫婦・きょうだい・

祖父母等の間で意見が食い違い、トラブルになる。家族間で話し合いができない。

- ・母親が「誰にも相談できない」、「分かってもらえない」と本人を抱え込み、他の人が手伝えなくなる。母親が孤立する。
- ・きょうだいに情緒不安、いじめ、学習不振、非行、不登校等が出てくる。

《障害者本人と家族の状態は相関関係》

本人の状態は、本人が生活している周囲の人たちの関わり方に強い影響を受け、問題行動を作り出す。しかし、その本人の問題行動を家族だけで理解し受け止めることは、大変困難であり、障害者の家族は、本人の状態に左右されることが多い。本人はまた、その影響を受けて、問題行動が一層難しくなる。そうした相関関係にある。

②本当に必要な家族援助とは

現在、ショートステイ・レスパイトサービス・ガイドヘルパー等、多くのメニューが整いつつあるが、家族に対する一時的な援助ではあっても、本人を理解し家族の関係を良くしていくための援助ではない。家族が疲れて地域生活が困難にならないよう、家族と良い関係を作りながら本人が自立していくための家族援助でなくてはならない。

必要な援助とは

- ・相談援助 : 本人や家族が困っていること、悩んでいることを、いつでも相談できる場所があり、一緒に考えてくれる人がいること。
- ・本人理解の援助 : 援助者(保育園・幼稚園・学校・施設関係者)と家族は、本人の立場に立って、問題行動を含めた分かりにくい行動や表現の意味を、理解し対応する。
- ・具体的な援助 : 本人と家族の関係が良くなるような援助を具体的に行なう(ショートステイ、訪問、送迎、レスパイトサービス等)。

### 3. 援助を通して本人の生活が安定した事例

#### ① 生育歴

A君は最重度の知的障害。体重120キロを超過。18歳時の発達年齢は2歳3ヶ月（新K式発達テスト）。母子家庭で、母親は高齢である。発作のため服薬。幼児期は多動。小学校4年生頃から、人を突きとばす等の行動。養護学校中学部頃から自傷行為が出る。こだわりが強く、何かをし始めると最後までしないと気が済まない。母親にも同じ行為を何度も強要し、片時も離れない。思いどおりにならないと、母親に殴りかかる、髪の毛を食いちぎる等して怒る。園に来るとすぐに、花や人工芝・絨毯等をむしって口に入れる、タオルを洗濯して干すなど、ひとしきり済ませるとさっさと家に帰りがかる。しかし、帰宅途中も母親に腹を立てて殴りかかるなど、帰宅さえスムーズにできない。家庭や外でも、朝、布団からなかなか出ず、身支度をぐずって準備に時間がかかり登園できない、道で裸になって排便する、缶コーヒーやジュースをがぶ飲みし、過食・嘔吐を繰り返す、大量のトイレットペーパーをトイレに詰め込む、近所を裸で歩いたりドアを叩いて回ったりし、近所から苦情が出る等、大変な状況であった。

母親は言い聞かせても納得しないA君に腹を立て、厳しく叱りつけるため、余計に腹を立て、ますます暴力をふるうといった悪循環が続く。母親は手に負えずにA君を縛り付けたり外へ逃げたりと、普通の家庭生活とは程遠い状況であった。母親は苛立ち、A君の行動の意味を考える余裕がない。一緒には生活していけないと、せっぱ詰まった感情になったり、A君や自分のことを誰も分かってくれないと腹を立て、A君が周囲に迷惑をかけても「Aがするもん、しょうがない」と開き直ったりする。また、夏休みなど長期の休園は一人では見ることができないと不安を抱く。

#### ② 援助の実際と成果

職員は根気よく推測・確認しながら、A君の行動の意味や意思・気持ちを理解し、本人の好きなドライブを通して本人との関係を作った。また、母親と離れると苛立ち、職員を激しく叩く、髪を

食いちぎる等して怒る時には、本人の寂しい気持ちを体ごと受け止めて慰めた。

家でトラブルが起きて、母親から登園できない旨の電話が入ると職員は訪問し、話を聞いて何が原因だったのかを推測し、A君に確認しながら、母親がA君の行動の意味を理解できるよう援助した。また、A君が家から出にくくなった時期には、毎朝職員が訪問、朝の支度を手伝いながら、母子がスムーズに登園できるように働きかけた。他にも長期休暇中の療育や、生活合宿等を通して、A君と職員との関係を深めると共に、母親が安心感と休息の時間を得られるよう援助した。

このような、母親が困難と感じる部分の援助を通して、母親は職員の本人に対するかかわりかたを目の前で見、問題行動にみえる本人の行動の意味や理解の仕方を知る。次第に母親の本人への対応が変化した。こうした中でA君は言葉が増え、説明すると「しゃあないな」と納得できることが増えた。母親も「いつでも助けて貰える」という安心感を持ってA君とつきあえるようになり、母子の関係が安定した。入園5年目の冬休み明けには「初めて人並みのお正月ができました」との母親の言葉が聞けるまでになった。

### 4. 家族援助が難しく、精神病院から施設入所に至った事例

#### ① 生育歴

B君は中度の知的障害。通園開始時21歳。父、母、本人の3人家族。自営。自閉的だったが、1歳半頃には母親の後追いなどが見られる。専門機関の指導で2歳に保育園入園。泣いて母親との分離を嫌がり、集団から離れて、いつも隅で一人いるので、母親は不安でいったん退園させる。しかし、「過保護はためにならない」、「集団生活が大切」と言われ、再び幼稚園へ。就園後、本人は泣いても無駄と分かると泣かなくなり、涙の代わりに目に唾をつけて登園。地域の小学校（養護学級）に入学後も母親と離れ難かったが、「甘やかしては駄目」と言われて従う。その後、中学校前半までは、集団には馴染めないが、おとなしい「良い子」として育つ。

中学校3年頃から、学校で力の弱い他生徒を突き飛ばす、家で大声を上げる、父親に殴りかかるなどの行動が出始める。学校でも家庭でも「暴力生徒」、「怖い」という感情を抱かれ、本人は両親、特に本人に対して力で押さえようとする父親をひどく避けるようになる。以降、養護学校高等部卒業まで登校拒否、精神病院への緊急的な入退院を繰り返し、卒業後は施設入所。2年半の施設入所の後、一緒に暮らしたいとの母親の強い希望で帰宅、当園に入る。

## ②援助の実際と限界

当初は緊張が強く、表情が暗く硬い。常に相手や周囲の意向に添うように行動し、自分の意思や感情をストレートに表さない。活動を「仕事」と呼び、「Bちゃん仕事好き」と言っただけで全く手を休めず、必死の形相で取り組む。少し休もうと誘いかけても、「仕事楽しい。もっとする」と言って応じないかと思うと突然パニックに陥る。

個別な対応には「頭をなでて」等、スキンシップを強く求め、明るく穏やかな表情を見せる。母親に対して自分を「可愛い」、「小さい」と独特の言葉で表す、顎やすね毛を血だらけになりながらとことん抜こうとしては、「ボク女の子、B子。そうやな、お母さん」と言う等、自分を女の子として扱い、優しく甘えさせて欲しいという気持ちを、独特の言い方で表現する。こうした表現の意味を母親が理解できず、戸惑ったり怖いと不安になって逃げ腰になると、腹を立てて殴るという行動が出てくる。

同時に、「勝敗は嫌、引き分けがいい」、「環状線に乗りたい」等自分の気持ちを表現する言葉も増え、時折パニックを起こしながらも、職員は本人の気持ちを理解しやすくなる。また「頭をなでて」といったスキンシップや、「僕女の子」、「ネックレスする。可愛い」といった言葉は、小さい時に甘えられなかった思い、「甘えたい！女の子だったら優しくしてくれるのではないか」という本人の必死な思いを表している言葉だと理解し、本人の気持ちや表現の意味を家族に伝え、これまでに足りなかったものをもう一度補ってほしいと

説得する。また園も、訪問や宿泊の援助を積極的に行なう等、努力を重ねたが、父母にはこれまでの指導や助言と正反対であるため、本人を理解するところまではいかず、強い本人の言動に脅えたり戸惑ったり、本人を受け止める気力がなくなる。前に入所していた施設から「こうした子どもを家庭で見るのは無理だ」と言われた父親は、前入所施設と相談して精神病院に入院させ、その後、入所施設に移る。当園を退園して8年にもなるが、今も年1～2回は帰省の後に入所施設へ行かずに、当園を訪れ、投薬のためかうつろな目をしながらも、なじみのある職員に「お父さんお母さんに言うたらあかん。警察にも言うたらあかん。福祉事務所にも施設の先生にも言うたらあかん。」「電車に乗って遠くへ行きたい」、「〇〇園イヤ、そだち園がいい」と、必死で訴えるのである。こうした本人の声を聞く時、私たちは本人が本当に望んでいることを、両親を含めた周りの人たちが理解できていないことを知らされるとともに、これまで関係してきた専門家や関係者の責任の大きさを強く感じざるを得ない。

## 5. まとめと考察

2つの事例で述べたように、障害がある人の地域生活を支えていくためには、家族が困っていることに対して具体的な援助（訪問・送迎・宿泊等）をしながら、家族には本人への理解が深まるよう、本人には行動上の問題が減り普通の気持ちが通じ合う生活ができるよう、双方への働きかけが不可欠である。しかし、成人の場合、今まで長い年月をかけて作られた問題行動、本人の人への不信感、家族関係のこじれ、家族の専門家に対する不信感等、考えるべき問題が山積している。その解決には多大な努力と時間を要する。しかし、そうすることによって、困難なケースでも大多数は家族の本人に対する理解が深まり、家族との関係は改善されていく。90%以上が重度である風の子そだち園で、施設入所を希望する人は現在全くいない。

しかし、これだけの努力や時間をかけなければ改善されない本人の問題行動や、人への不信感を

持つようになった背景を考える必要がある。B君の事例にみられるように、多くのケースは幼児期から児童期、成人期を通して「早く集団に入れて、訓練をしなければいけない」と、本人の意思や感情を理解せず、一方的な指導訓練が行なわれている。それらによって、「自分にはちゃんとできないのだ」と、親は子育てに自信を失い、我が子の気持ちや行動が理解できなくなっていく。こうしたケースは非常に多い。B君の場合、母親は小さい頃から集団に入れることを不安に思いながら専

門家の意見に従い、結果として一人息子でありながら、親子の心の絆を断ち切らざるを得ない結果になった。従って、障害のある人が健常者と同様に、地域で生き生きと生活していくためには、先にも述べたように、障害が発見された時から一貫して、家族の立場に立った相談援助、本人の状態の適確な理解、家族と本人双方を支えていく具体的な援助など、家族の力をつけていく支援態勢を築き上げることが不可欠である。

## 実践報告 精神障害者主体の通所施設

小林 紀子

クラブハウス「はばたき」

人は誰でも病や障害を負っていても、人間として社会参加し、文化的な生活を営む権利が保障されています。しかし実際には、差別や偏見、政策の不備等のため、普通に暮らしたいという当事者の願いが、叶えられずにあります。とりわけ精神の分野は、従来疾病扱いされ、医療圏内で抱え込まれて来たため、他の障害に比べリハビリテーション活動は、著しく遅れをとっています。昭和40年代後半は、精神病院の開放化の波に乗り、多くの患者さんが、社会に就労退院して行きました。昭和51年のオイルショックにより就労先を失った人達のため、日本で初の精神障害者の共同作業所（あさやけ第2作業所）が小平市に誕生しました。一方、病院を退院し地域生活を始めた方達のところを訪問しますと、食生活の貧しさが気になりました。日々の食事が不十分では、折角得た職場で充分働く事が出来ません。日々の食事を提供し社会生活を励ましたい思いから、昭和59年元旦にお正月会を開催しました。地域で单身生活をしていた人や、作業所に通う人達が25名程集まり、一日楽しく遊んで行きました。これを契機に小平市内の保健婦、病院ソーシャルワーカー、共同作業所職員の構成で運営委員会を作り、地域で生活する人達が、気軽に集える場として、共同作業所を借り、ソーシャルクラブを発足しました。月2回の

夕食会から始まりましたが、皆で食卓を囲み、自己紹介、近況報告や話し合い、ゲーム等を行い、交流を深めていきました。時々薬の話、就労問題、人づき合い、結婚問題等のテーマで真剣な討論が展開された事がありました。回を重ねるにつれ、レギュラーメンバーが増え、休日には、ハイキングやカラオケ、一泊旅行、クリスマス会、文集作り、コーラス等プログラムが多彩になって来ました。

クラブの活動を通して、メンバー1人ひとりの集団性、自主性が培われ、運営の役割がメンバーの手で行われる様になって来ました。定例会や文集作り等で触れあう機会が多くなり、メンバー同志の支え合い、地域生活に必要な励まし合う様子が見られる様になりました。（入院時見舞い、引越手伝い、電話連絡、休日の付き合い等）

このクラブを開始当初、顧問の秋元先生から、米国のファウンテンハウス（精神障害者のリハビリテーションモデル）の話聞く機会があり、興味を持ちましたが、1985年に共作連の米国ツアーに参加し、ファウンテンハウスを訪れることが出来ました。

ファウンテンハウスの活動の中には、私たちの行って来たものと共通する部分がある事に気づきましたが、1人ひとりが自信を持ち、生き生きと

行動しているメンバーの態度に、精神障害者の地域リハビリテーションにこのプログラムが有用である事を感じて来ました。以来、従来のクラブをクラブ方式に近づける事を目標に活動して参りました。

1994年6月、ソーシャルクラブの10周年記念に、メンバー4名を含めたクラブハウス見学の米国視察ツアーが実現しました。

そしてメンバーが毎日活動できる場を確保するための運営費を、都の福祉振興財団より頂く事が出来たので、一軒の家を借り上げ、専従スタッフを置き、1996年クラブハウスとしてスタートする事が出来ました。

#### クラブハウスについて

1948年、ニューヨークで4人の元患者だった人達が作ったクラブハウスは「We are not alone」を合い言葉に、精神障害者の自助活動による相互支援活動を基盤とした地域リハビリテーションモデルで、世界18ヶ国で400以上の施設が、世界共

通の運営規約(36項目)に基づいて運営されています。そして「偏見」「自己決定の侵害」「隔離」という三つの共通した社会の障壁(バリア)の克服に向けて努力しています。

クラブハウスでは、メンバーとスタッフが共に各ユニットで働く事により、今まで気付かなかった自分の能力を発見したり、一人の人間として尊重される経験を持つ事が出来ます。活動は強制参加でなく、自分のペースで参加する事が出来ます。

クラブハウスの活動の柱は「過渡的雇用プログラム」です。パートタイムの仕事を一定期間体験し、自信をつけ、一般就労へ移行していく就労プログラムです。過渡的雇用は、クラブハウスのメンバーの権利であり、過去の入院歴や就労体験は問題でなく、本人の能力を発揮し、社会参加していく事が目的とされています。このプログラムが日本の中にも増え、心の病を背負った方々が社会の仲で働き、普通に生活していけるような社会になる事を願い、頑張っていきたいと思います。

## 【分科会 2】

# 今日の課題から明日の障害児教育を開く

座長：小鴨英夫  
淑徳大学

## ま と め

### 【分科会の趣旨】

わが国における障害児教育(特殊教育)は、戦後昭和22年に公布された学校教育法によって正式に制度的な位置づけがなされ、今日、50年を経過した。

その基本的理念は、人権の尊重を中核として児童生徒のもつ可能性を最大限に伸展させようとするものであった。この理念に基づいて、盲、聾学校教育の義務制が昭和23年より、そしてそれより30年遅れた昭和54年より養護学校教育の義務制が実施され、すべての障害児に対して就学のを保障する基盤がほぼ完結されることとなった。

しかし、この間に障害児教育の状況は、かなりの変貌を遂げている。即ち児童生徒の障害の重度、重複化や多様化が進み、今後もますます進行すると考えられること、また、早期教育の充実、障害児と障害をもたない児童生徒が共に学ぶ交流教育、統合教育の推進、通級制学級の制度化、訪問教育、更に職業教育、進路指導を含んだ後期中等教育の拡充など、新たな課題が生起し、現在それらの解決への努力が求められている。

### 【全体概要】

本分科会では、視覚障害、聴覚障害、知的発達障害、肢体不自由、病弱の各障害の5人の教育専門家より、教育の現状とどのような課題が残されているかについて報告を受けた。

#### ・視覚障害教育の立場から

藤井 聡尚(岡山大学教育学部)

#### 『盲学校教育の課題と統合教育の条件整備』

1. 盲学校の現状
  2. 統合教育の課題
  3. 盲学校教育機能の拡大とドイツの取り組み
- ・聴覚障害教育の立場から

草薙 進郎(筑波大学心身障害学系)

### 『聾学校教育の現状と課題』

1. 教育相談と早期教育
  2. コミュニケーション方法
  3. 学力の向上と高等教育
  4. 生活指導と人格形成
  5. 重複障害児の教育
  6. 難聴児の教育
  7. 統合教育と交流教育
  8. 職業教育と雇用
- ・肢体不自由教育の立場から

村田 茂

(国立特殊教育総合研究所名誉所員)

### 『肢体不自由教育の現状と課題』

1. 肢体不自由児の就学の現状と問題点
  2. 養護学校就学者の質的变化と医療的ケア
  3. 「場」にとらわれない「ニーズに応ずる」特別な教育サービスへの転換
- ・病弱教育の立場から

山本 昌邦

(横浜国立大学教育人間科学部)

### 『病弱教育の現状と課題』

1. 病弱教育の変遷と現状
  2. 病弱教育の今日的課題
- (1) 教育機関等の整備
  - (2) 教育対象の拡大
  - (3) 教育内容・方法等の充実
- ・知的発達障害教育の立場から

松矢 勝宏(東京学芸大学教育学部)

### 『知的発達障害教育の課題と展望』

1. 学校教育法制の展望と課題
2. 知的発達障害児教育の現状と課題
3. 将来展望

分科会の後半では、障害幼児、児童、生徒の重度、重複化、多様化の傾向に伴う教育上の諸問題（早期教育の充実、義務教育段階における諸問題、後期中等教育の拡充、学校から社会への移行に関する問題など）に焦点を当てて、21世紀へ向けての障害児教育の展望を行った。

[ディスカッション]

・障害児への支援をみたとき、親、家族への相談、援助は不可欠と思うが、学校教育の中では家族へ

の支援はどのように位置づけられているか。

・就学前療育および学校教育終了後の支援に関して、教育と福祉との連携について（その内容、在り方など）。

・教育界におけるインフォームド・コンセント（説明と同意）は、どの程度保護者に行われるのか。教育の中で将来の見通しをたてる上で大切と思う。

・知的障害児のための高等部専攻科の設置の見通しについて。

## 視覚障害教育の立場から 盲学校教育の課題と統合教育の条件整備

藤井 聰 尚  
岡山大学教育学部

### 1 盲学校の現状

盲学校の児童・生徒数は、昭和34年度のピーク時に比べ、盲学校全体で4割強に落ち込んでいる。小学部では在籍者がいない学年も多く見られる。この原因はなによりも少子化現象によるものであろうが、医療・衛生環境の向上に加えて、保護者の統合教育志向も指摘できよう。児童・生徒の在籍数の減少だけでなく、障害の程度も変容している。盲の児童・生徒が減少し、弱視の児童・生徒が増えている。重度・重複の児童・生徒の増加も著しい。現在では小学部では約7割、中学部では5割近くが、高等部では3割強が重複障害児童・生徒と見られている。盲学校は「盲学校という名前の養護学校」といわれる状態である。この子どもたちには、盲学校が従来積み上げてきた盲教育の方法は必ずしも通用しない。この方法の適用を待ち望んでいるのは、むしろ小・中・高等学校の点字使用児童・生徒である。

### 2 統合教育の課題

東京都と埼玉県でそれぞれ3人の児童が公立小学校に入学したのは昭和50年であった。その翌年からは、首都圏だけではなく、大阪府を中心に近畿圏でも実現した。その後軋轢がありながらも、全国各地で実現している。現在では、小・中・高等学校在籍は100例を越えるまでになっている。

ところが、点字教科書を始めとして、触読用の教材・教具の準備を必要とする児童・生徒に、特別の行政援助は殆ど期待できない。一部の自治体で単独負担で実現している程度である。さらに問題は、小・中学校就学の実態を明らかにする報告が少ないことである。外部からの研究調査も受け入れることに関係者のガードは固い。どのような教材が準備され、指導の配慮が行われているのか不明である場合が多く、我々の共有財産となりがたいことは残念である。

### 3 盲学校教育機能の拡大とドイツの取組み

点字使用児童・生徒の小・中学校就学の整備のためには、早急に学校教育法の改正に踏み切ることが肝要である。障害の種別と程度による教育措置の基準を改正すること。そして盲学校や弱視学級の教育機能を再検討して、小・中学校との連携が組織的に図れるようにすることである。

後者の検討に役立つ取り組みの一つに、ドイツ連邦共和国の「特殊教育の促進」がある。ここでは、盲学校や弱視学校の教育的機能を活用しつつ、通常の学校で視覚障害児童・生徒を教育する取り組みが始まっている。インテグレーションの要求が高まるなかで、10年近い歳月をかけた多くの実験学校の成果がその背景にある。参考としたい所以である。

## 聴覚障害教育の立場から

草 薙 進 郎

筑波大学心身障害学系

昭和22年に学校教育法が制定され、聾学校教育の義務化が、翌23年に実施された。ここに、戦後の聴覚障害教育発展の礎石が築かれた。その後、聴覚障害教育は様々な領域で、急速な発展を遂げてきたが、近年はその課題も多様化し、将来解決を求められている事柄も、多く残されている。ここでは、主要ないくつかの点についてふれたい。

### 1. 教育相談と早期教育

近年、聴覚障害の早期発見に伴い、0歳からの教育相談の必要が高まってきた。幼稚部設置の聾学校では、教育相談を実施しているが、その制度的確立は十分ではない。大阪府や北海道などでは、福祉部などが、早期療育事業として指導員や教員を聾学校などに配置して、両親援助を行っている。その制度的確立と両親援助の在り方についての検討が、今後に求められている。また、3歳からの幼児教育は、聾学校では昭和50年代に定着し、平成2年度より「幼稚部教育要領」が実施された。今後、全体的な発達とともに、とくに認知学習と言語の発達の関連を解明する必要がある。

### 2. コミュニケーション方法

戦前から戦後にかけて口話法が発展してきたが、昭和35年頃より補聴器による聴覚活用が盛んとなり、音声の理解、言語獲得が一段と改善されてきた。一方、昭和43年より栃木県立聾学校が同時法を導入してから、指文字、手話、キュード・スピーチ（昭和44年、京都聾学校）を使用した実践が展開してきた。アメリカでは、1960年代末にあらゆる手段を用いる「トータル・コミュニケーション」の理念が台頭し、幼児段階から手話とスピーチの併用（同時コミュニケーション）が導入された。わが国でも、ごく最近いくつかの聾学校が手話の早期導入の実践を開始している。

文部省から平成5年に「聴覚障害児のコミュニケーション手段に関する調査研究協力者会議報

告」がだされ、各発達段階における児童生徒に適切なコミュニケーション手段を採用する必要が示された。高等部では、手話の知識、技能の指導が認められた。コミュニケーション方法と言語能力、学力の関連についての実践的研究が、今後期待される。

### 3. 学力の向上と高等教育

昭和20年代は、戦前からの言語指導と職業教育の二本柱が中心であったが、30年代に入って教科指導の要請が高まり、全国的に実践が展開してきた。そして、昭和30年代に「9歳レベルの壁」「基礎と対応の教育」が提起され、近年学力の到達度が向上してきたが、個人差も大きくなっている。教科書の使用状況は、平均的にみると高等部で3年程度の遅れがみられるが、対応で学習しているケースもみられる。

昭和40年頃より大学進学が目ざされ始め、進学者が増えてきた。昭和62年に聴覚障害者のための筑波技術短期大学が開設されたこともあって、現在聾学校高等部からの大学進学者は、毎年約40名となっている。今後、学習指導の改善により、さらなる学力の向上が要請されている。また、大学に学ぶ聴覚障害学生に対する手話通訳、ノートテークなどの学習援助や生活援助のサポート・システムの確立が、急務となつている。

### 4. 生活指導と人格形成

教科指導と並んで生活指導が、昭和30年代から重視されてきた。優れた人格の形成は、幼児段階における生活習慣の確立、社会性の形成から、中・高段階での自我の形成、社会参加の自覚、障害の克服にわたって図られてきた。

生活指導の領域は、特別活動、道徳などの中で、さらに学校生活、家庭生活、寄宿舎生活、社会生活との関連の中で指導されてきた。とくに、児童生徒の実践的集団活動を通して、自分の役割の自覚、

立場意識、リーダーシップ、チームワークなどを育てることが図られてきた。現在、聾学校児童の小人数化に伴い、集団活動の工夫が行われている。

卒業生は、社会のさまざまな分野で活躍するようになってきた。聴覚障害者の団体の活動も活発化してきている。国際化や情報化を背景にした21世紀の変化の激しい時代に生きるこの子らに、実践力を備えた優れた人格の形成が求められている。

## 5. 重複障害児の教育

昭和30年代後半より実践的試行が高まり、40年代に入り特別学級の設置が文部省によって認可された。知的障害、情緒障害などを併せ持つ重複障害児のコミュニケーション方法や教育の内容、指導方法など、今後、実践の積み上げに基づく、検討が必要となる。また、進路や社会自立、福祉の面での関係機関の連携が重要である。

## 6. 難聴児の教育

難聴と聾の教育の分化が、昭和30年代に始まりその後急速に進んできた。難聴学級は、当初の固定制より通級制へと変わり、平成5年度より従来の特級学級のほかに、「通級指導教室」の設置も認められるようになった。通級制度の確立によって、通級児童がいれば教員の配置が可能となった。通級制度の在り方とともに指導内容、指導方法の充実が今後の課題となる。

## 7. 統合教育と交流教育

聾学校から通常の学校へ転学していく統合が、昭和40年代に入って盛んとなり、統合教育の問題がいろいろ論議されてきた。当初は、内実の伴わない統合のケースもみられたが、近年は統合の効果を慎重に予測して転学を行うようになってきた。また、聾学校と通常の学校との交流教育も、昭和50年代より積極的に進められてきた。文部省は、昭和54年度より「心身障害児理解推進校制度」を

設けて、交流教育の促進を図ってきた。交流は、保育、スポーツ・文化活動、教科の学習などの面で行われているが、相互に理解し合うことや共に学ぶことが重視されている。

各発達段階における交流教育の在り方について、実践的検討が望まれる。また、統合している聴覚障害児の実態についても、十分把握していく必要がある。そして、統合のための条件整備と共に、統合状況における適切な教育の保障をいかに図っていくべきか、今後の課題である。

## 8. 職業教育と雇用

職業教育は、戦前より社会的自立、職業的自活を目指して重視されてきた。職業科は、被服、木工などは古くからあるが、産業界の発展に伴い機械、写真、歯科技工などが設置され、最近では技術革新に対応して情報処理関係の学科が設けられている。卒業生の雇用は、法律でその促進が図られてきた。高等部本科の卒業生は、大学、専攻科などへの進学が約4割、就職が同じく約4割となっている。製造業への就職が、約6割で最も多く、情報関係などに就く者もいる。近年、エンジニアや公務員などの専門職への就職の希望も増えてきている。

就職後、職場でのコミュニケーション、人間関係などの職場適応や、研修、昇進などの雇用管理、職場環境の整備等、今後も改善が必要である。産業界の発展に伴う職業教育の在り方および職場からの要請に聾学校はどう応えていくのか、今後の課題である。

さて、21世紀の新しい社会に生き、新しい社会を創造していく主人公として、聴覚障害児を育てていくために今何をなすべきかが、強く問われている。

## 肢体不自由教育の立場から

村 田 茂

国立特殊教育総合研究所名誉所員

### 1. 肢体不自由児の就学の現状と問題点

昭和54年(1979)度の養護学校教育義務制施行以後の肢体不自由養護学校数及び在学者数の推移を見ると、学校数(分校を含む)は、15年間に158校から192校と漸増しており、在学者数も一時的に20,000人を超えたが、2～3年もするとやや減少を見せ、その後、18,000人台と横ばいの傾向にある。在学者数について、幼稚部は横ばいで、小学部は減少傾向にあり、中学部は昭和60～61年度を頂点に漸減している。高等部在学者数は、54年以降10年間で5割増になっており、高等部の増加が小・中学部の減少と見合っている。

肢体不自由養護学校在学者数には、訪問教育の児童生徒も含まれており、そこには、学校から遠隔地に居住していて通学が困難なために、訪問教育を受けている場合のほか、障害の程度が重度で重複障害のために、訪問教育の対象になっている例も含まれている。これらの児童生徒に対して、児童生徒同士の触れ合う場を保障するために、登校して集団で指導する機会を増やしたり、居住地の近くに場所を確保して小集団指導の機会を工夫している例が見られる。このような場合、学齢児童生徒の減少による地域の小学校等の空き教室を活用することも考えられるが、現実には、養護学校と小学校の設置者が異なるという行政の枠組みが隘路となっている。このように、今日の訪問教育は、児童生徒のニーズに即したサービスになっているかどうか、大きな課題である。

肢体不自由特殊学級について見ると、昭和53年度に577学級設置されていたのが、養護学校教育義務制実施に伴って、一時は330学級まで減少したが、平成2年(1990)度から急増をみせ、5年間で2倍以上になっており、平成7年度において800学級を超える状況である。在学者数も、養護学校教育義務制実施に伴って半減したが、最近の

学級数急増に伴って増加しつつある。

肢体不自由特殊学級在学者の起因疾患についても、養護学校在学者の場合とほとんど変わらず、全児童生徒の67%が脳性まひ等の脳性疾患によるものである。また、その障害の状態も、ほとんど養護学校在学者と同様の重複障害のある児童生徒が特殊学級に在学している。それは、居住地の近くに肢体不自由養護学校が少なく通学に不便であることと、できるだけ地域の小学校・中学校で教育を受けさせたいとの保護者の意向が反映しているものと思われる。このような保護者の強い意向を受けて、障害の状態がかなり重度の肢体不自由児童生徒については、個別に特定の教員と一緒に付いて通常の学級で教育を受ける例も、いくつかの市町村において見られる。ちなみに、最近における在学者数の増加の割合以上に、肢体不自由特殊学級数が急増しているのは、このような傾向を示唆している。それは、一人の肢体不自由児童生徒につきも名目的に特殊学級を設置して教員を確保して、特定の教員が個別に児童生徒を担当できる方策をとっているからである。

なお、軽度の肢体不自由児童生徒は、ほとんどが小・中学校の通常の学級に在学しており、特別に留意して指導されている例はほとんど無いといってよい。今後、「通級による指導」の適用の拡大など、これらの児童生徒に対する適切な教育措置の工夫が必要である。

### 2. 養護学校就学者の質的变化と医療的ケア

肢体不自由養護学校に就学する児童生徒の障害の状態が、年々、重度・重複化、多様化の傾向が著しい。肢体不自由養護学校が全国各地に設置されるようになった30年前を振り返って見ると、まず昭和40年代は、脳性まひの児童生徒の就学が年々増加して、それが在学児童生徒の70%台に達した。その後、昭和50年代以降は、脳性まひの児童

生徒の在学率は下降し始めて、近年では50%を下回っている。しかし、脳性まひが減少する反面、それ以外の脳性疾患に基づく運動障害の児童生徒が増加していることが目立っている。

すなわち、このことは、主として周産期に原因のある脳性まひが減少していても、それ以外の主として胎生期に原因のある脳性疾患が増加していることを如実に示しているものと考えられる。そして、脳性まひ以外の脳性疾患に基づく者の障害の状態は、肢体不自由が重度であり、加えて知的発達の障害を併せもっているものが多く、このことが、肢体不自由養護学校就学児童生徒の障害の状態の重度化・重複化の主たる理由になっている。

このように就学児童生徒の障害の重度化・重複化が顕著となってきた背景には、医療環境等の変化、周産期医学の発達等が、心身障害の発生状況に影響を及ぼしているということがある。端的には、医学・医療技術の進歩・普及とともに早期対策の推進によって、最近の心身障害の発生の状況が、軽度障害又は重度・重複障害のいずれかへの二極分化の現象を呈しつつある。また、重度障害の大半が中枢神経系の障害であり、①運動障害、②知的障害、③てんかん発作、④行動障害のうち二つ以上を重複しているとされている。そして、ノーマライゼーションの反映として、都市部を中心に、このような障害の重度の障害児に対する医療的介護についても、医療機関や施設における介護から在宅介護に移行する傾向（脱施設化の潮流）が強くなっている。

このような動向が、肢体不自由養護学校に在学（通学）する児童生徒のうち、生命維持や健康管理に配慮を必要とする者が増加していることにつながっている。その中でも、痰の吸引、経管栄養摂取、導尿、酸素吸入、気管切開部の管理等の「医療的ケアの必要」な児童生徒は在学者の10%程度を占めており、ここ数年来、養護学校における取扱いが大きな問題となっている。

このことは、その医療的ケアの質にも関係があるが、これをめぐって医療・教育・福祉の在り方が問われている。そして、今日、この問題の解決抜

きにしては、肢体不自由養護学校における教育が成り立たない状況になりつつある。

### 3. 「場」にとらわれない「ニーズに応ずる」

#### 特別な教育サービスへの転換

我が国の障害児教育（特殊教育）が、制度として確立をみたのは、戦後、新教育制度の発足の時であった。戦前からあった盲学校・聾学校の教育を除けば、養護学校や特殊学級の教育は、その実態や実践が極めて乏しい状況の下で、戦後、制度だけが先行したと言ってもよい。つまり、障害児教育、特に知的障害、肢体不自由、病弱等の子供たちを対象とする教育は、制度が先にあって、実態は後追いという経過をたどってきた。そのようなことから、現在の制度は、障害児の実態に基づいて考えられたものとは、必ずしも言えない。更に、前述のように、今日、障害の発生の実態が大きく変化していると言われているが、そのために、個々の障害児に即して見ると、制度の枠になじめない部分が生じているのも当然である。このような障害児教育の歴史的経緯を踏まえて、今こそ「子供の視点」に立った今後の障害児教育の展望が必要である。

これまで、我が国の障害児教育は、障害児に対する特別な教育の場として、盲学校・聾学校・養護学校及び小学校・中学校の特殊学級という教育機関を整備して、そこに障害児を位置付けることを原則としてきた。また、特別な学校や学級における教育も、できるだけ小学校・中学校における教育をなぞらえてきたと言ってもよい。

障害の状態が比較的軽度の子供（指導上、比較的容易な子供）に対する教育に留っていた頃は、そのような「特別な教育の場」における教育だけでも、相当の成果が上げられたことも事実である。しかし、子供の障害の様相が重度・重複化、多様化となるに従って、そのような様々な障害児に対して、数少ない「特別な教育の場」という枠組みだけでは、とうてい対応ができなくなってきたというのが、現実である。

近年、欧米を中心に、子供の「特別な教育的ニーズ」に合せた援助・サービスという視点が強調

されている。そのような子供は、障害のある子供だけではないが、障害という側面にとらわれない見方は、まさに子供の視点（子供の側からの発想）に立つことを如実に示している。このような

視点から、これからの我が国の障害児教育は、「場」ととらわれない、子供のニーズに応ずる「特別な教育サービス」に転換する必要があると言える。

## 病弱教育の立場から

山本 昌邦

横浜国立大学教育人間科学部

### 1 病弱教育の変遷と現状

病弱児（身体虚弱児を含む）の学校教育（以下「病弱教育」という）の戦後の変遷と現状のうち、学校数・在学者数及び病弱教育対象児について述べる。

#### （1）学校数及び在学者数の推移

戦後の病弱養護学校数及び在学者数の推移をみると、いずれも年々増加し、養護学校教育の義務制が実施された昭和54年度には戦後最高となった。その後、学校数は若干の増減をみながら現在に至っており、また、在学者数は昭和58年度以降減少の一途をたどっている。

#### （2）病弱教育対象児の実態の変化

病弱教育は、結核の子供を主たる対象としてきたが、医療の進歩や公衆衛生の普及・充実等に伴い、結核性疾患が著しく減少した昭和40年代から、気管支喘息や腎疾患等の一般慢性疾患、筋ジスト

ロフィーなど児童生徒の疾患等の種類が多様化した。また、昭和54年度以降は、脳性まひ等による重度・重複障害児が急増し、さらに、近年は心身症や神経症等の心因性疾患の児童生徒が漸増しており、在学者の疾患等の種類や障害の状態は一層

多様化する傾向にある。

このような病弱教育対象児の疾患の種類別推移を、全国病弱虚弱教育研究連盟の調査結果に基づいて示すと図1のとおりである。

なお、全国病弱虚弱教育研究連盟が実施した平成7年5月1日現在の調査結果に基づき、疾患別の児童生徒数を示すと図2のとおりである。

### 2 病弱教育の今日的課題

病弱教育の変遷と現状を踏まえた今日的課題のうち、教育機関等の整備、教育対象の拡大及び教育内容・方法等の充実について述べる。

#### （1）教育機関等の整備

病弱教育の量的拡大としての教育機関等の整備は重要であり、年々充実してきているが、当面の課題として、病弱養護学校の幼稚部の設置、高等部の増設及び病院内学級の設置の促進が必要である。

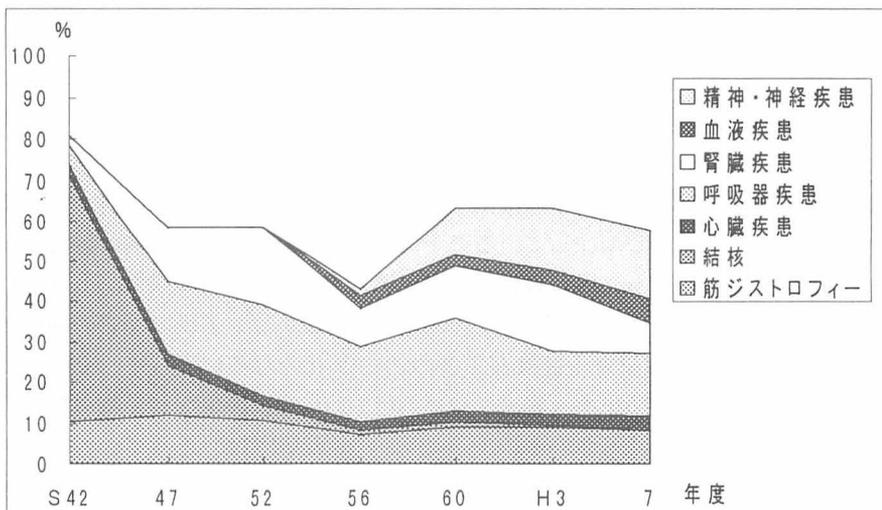


図1 病弱教育対象児の疾患別推移

(2)教育対象の拡大

病弱教育は、医療機関で療養中の児童生徒を主たる対象としてきたが、病弱養護学校の在学者数は減少の一途をたどっており、教育効果を高め、適正な学校経営を図る上から一定数の児童生徒の確保が必要である。このため、入院は必要としないが、長期の通院治療や生活規制を要し、病弱養護

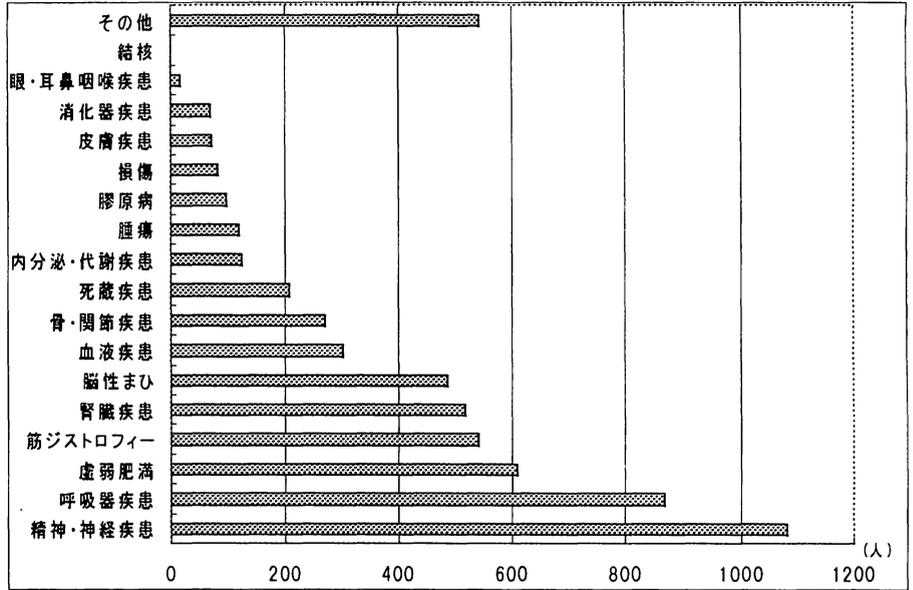


図2 平成7年度疾患別児童生徒数

学校で教育することが適当な家庭等からの通学生の受け入れを推進することが重要である。

(3)教育内容・方法等の充実

教育内容・方法等については、①高等部における職業教育の充実を図るため、情報処理や商業等

に関するコース又は専門学科の設置、②重度・重複障害児や心因性疾患の児童生徒の教育内容・方法の開発・工夫、③児童生徒の実態の多様化に適切に対応するため、大学等の教員養成や現職教育における教員の資質の向上などが必要である。

知的発達障害教育の立場から

— 課題と展望 —

松 矢 勝 宏

東京学芸大学教育学部

1. 学校教育法制の展望と課題

学校教育法制定から50年、来年は盲学校とろう学校の義務教育化50年であり、再来年は養護学校の義務教育化20年である。

1959年の中教審答申（障害の種別・程度により障害児教育を振興）に基づく61年の学校教育法関連条項の抜本的な改正は、養護学校と障害児学級の計画設置と就学指導等の施策の展開に関して教育行財政上の根拠を与えた。障害児全員就学の実現が欧米先進諸国にさほどの遅れなく、70年代末に実現できた大きな要因の1つは、この振興策による。しかし、欧米諸国の全員就学化以後の施策展開が、統合理念等を含むパラダイム転換を経て

いるのに対して、日本ではまだ未解決の課題が残されている。

2. 知的発達障害児教育の現状と課題

1) 全員就学化以後の顕著な変化（早期発見・療育システムの発展、少子化の影響と幼稚園や保育所での障害児の受け入れの進行）。

就学前の領域でいくつかの可能な選択肢で満たされていた親子の多様なニーズに、学校教育のシステムが対応できない現状がある（保護者と行政の意見の不一致、通常学級在籍障害児の「増加」、障害児学級在籍児の重度多様化や少人数化、養護学校小学部在籍児の減少化、等々）

- 2) 就学後に遅滞が徐々に顕在化する軽度な知的発達障害児（本人と家族）に対する支援が通常学級からも障害児教育機関からも十分に得ることが出来ない状況がある。
  - 3) 全員就学実現の家庭で増加した長期欠席児童の問題はまだ十分に解決していない。実態の解明と対応が必要である。
  - 4) 現在、拡充期にある養護学校高等部では、小・中学校通常学級在籍のために十分な支援を得られなかった生徒を含めて、障害の多様化への対応の課題(教育課程や指導法の開発等々)がある。
- ### 3. 将来展望
- 1) インフォームドコンセントによる就学相談の充実と保護者（本人）と共に創る教育へ  
(障害児教育システムの柔軟な適用)。
  - 2) 早期発見・幼児療育との連帯を目指して養護学校の出前サービスを  
(幼稚部の設置や就学・教育相談サービスの実施等を含む)。
  - 3) 通常学級における障害児の支援や障害児学級教育をバックアップするために養護学校小学部・中学部教育の地域センター化を。
  - 4) 学校生活から地域生活への移行を図るために後期中等教育の拡充(専攻科設置を含めた高等部のあり方の検討)と福祉・就労等関連部門との協力・連携を強化。
  - 5) 生涯教育機関の整備拡充による成人期教育の保証

## 【 分科会 3 】

## 高齢障害者の地域リハビリテーション

座長：大川 弥生

国立長寿医療研究センター老人ケア研究部

## ねらい

近年地域リハビリテーションの重要性が強調されるようになり、各地で様々なとりくみがなされてきている。そしてそれらの経験のなかで、様々な課題が明らかになってきつつある。そこで介護保険制度の導入を前に、現時点でリハ関係者が地域リハで何をなすべきかについて再検討する必要があると考えて企画した。その際に特に重視すべき点として次の2点を強調したい。

1. 地域リハが最大の効果を上げる手めには病院を含めたリハシステム全体のなかでそれを正しく位置づけ、その上でリハシステムが全体として効果的に運用されることが大前提となる。
2. 個々の障害者のQOLを向上させることを目的とした、地域リハ技術の開発と再統合が必要である。残念なことに、現在地域リハの現場では、単に維持的な機能回復訓練のみがなされていることが少なくない。また一方で地域リハでこそ「生活」にアプローチするのであり病院は機能回復を

主として行なうものだという病院のリハ自体を極めて矮小化してしまう極端な主張すらある。これらは共に「個々の障害者のQOL向上」という本来のリハの目標達成や、リハ全体の発展に逆行するものといえよう。すなわち地域リハとその技術について上記の2点から再考することは、障害者及び家族のQOLを向上させるという本来のリハの原点にむけてのリハのアプローチ法・具体的技術について再考することにもつながるといえよう。

今回は、これまで地域リハにとりくんで来られたリハチームからリハ医、理学療法士、ソーシャルワーカー、ナースにご登場いただき、高齢障害者を主な対象として、地域リハとして提供できるサービス技術の具体的内容について現状を紹介していただく。そして今後の課題について、地域における保健・医療・福祉・介護の連携に基づくチーム形成上の問題、必要とされるリハ技術レベルと人材なども含めて論じることとする。

## 地域リハビリテーション中核施設(市立)の立場から

伊藤 利之

横浜市総合リハビリテーションセンター

## 1 はじめに

高齢障害者の多くは種々の疾病や障害を併せもつ複雑な対象である。このため病院での治療を有効なものにするためには、その後の在宅ケアが不可欠であり、医療から福祉に至る一貫したサービス・システムが必要である。とりわけ、重度な後遺症を残すことの多い脳卒中や慢性関節リウマチでは、廃用症候群を予防することの意義は大きく、医療機関における早期リハビリテーションの実現

が求められている。

一方、慢性期においても身体機能の維持をはかるだけでなく、より豊かな生活を求めて住環境を整備し、彼らの社会参加を実現するなど地域リハビリテーション、とりわけ在宅サービスが強く求められており、公的介護保険制度の導入を前に、その充実は緊急焦眉の課題となっている。

このような情勢の下、われわれも地域リハビリテーションの中核施設として、今後何を成すべき

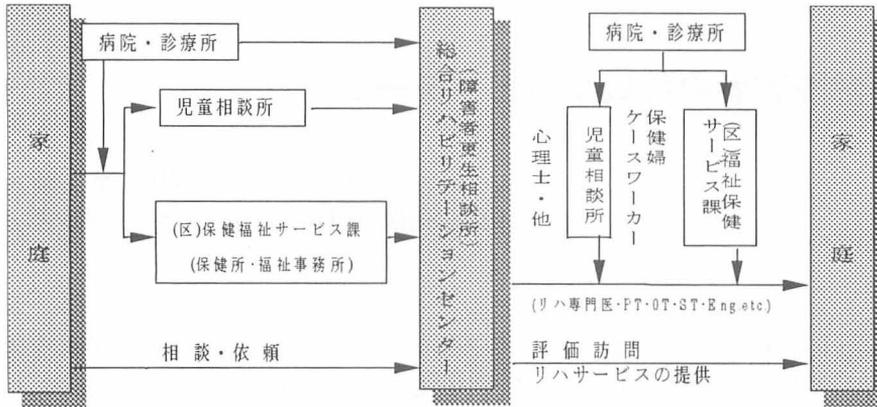


図1 在宅リハビリテーション・システム(横浜市)

る費用を下回ることが明らかである。しかし、これは家族による介護を人件費としてホームヘルパーの時給に当てて試算した結果であり、「介護は家族が担うのが当たり前」と考える限り「住環境整備費は高くつく」ことになる。介護保険制度の導入を前に、保険でどこ

か大きな岐路に立たされている。

## 2 在宅リハビリテーション事業の実際(横浜市)

昭和62年に総合リハビリテーションセンターを開設、図1に示したようなシステムの下、全市対応で「在宅リハビリテーション事業(横浜市の単独事業)」を行っている。具体的なサービス内容は以下のとおりであるが、なかでも総合評価に基づくリハビリテーション計画の作成、福祉用具の選択と処方、家屋改造指導などが最もニーズの高い項目である。

- (1)総合評価に基づくリハビリテーション計画の作成
- (2)機能訓練とその方法の実践的指導
- (3)ADL訓練とその方法の実践的指導
- (4)生活関連動作(家事動作など)訓練とその方法の実践的指導
- (5)介助・介護方法の実践的指導
- (6)福祉用具の選択と処方
- (7)家屋改造の指導

以上のサービスに加え、平成5年からは「住環境整備事業」を実施しており、そのサービス内容は飛躍的に充実した。ちなみに住環境整備の公的補助額は、家屋改造で上限150万円、福祉用具は設置費を含めて140万円で、両者を合わせると290万円になるが、1件当たりの平均補助額は100万円程度である。このような住環境整備は人的介助を補うものとして有効であり、われわれの試算では、対費用効果からみて2～3年で人的介助によ

まで保障するのか十分な検討が必要である。

(図1)

## 3 現状の問題点

### 1) システム上の問題点

地域・在宅リハビリテーションの活動は、対象者の病状から見れば主に慢性期あるいは維持期にあたることから、サービスの主役は社会リハビリテーションにあり、彼らの生活に対するアプローチが主体である。しかし、これらのサービスは障害の原因が疾病にある限り医学的リハビリテーションが土台であり、その正確な情報を得ることが基本的条件である。

ここで問題にしなければならないことは、サービスの主体が地域保健や福祉に属するため、医療を無視したケアプランに基づくサービスが横行したり、保健・福祉が行政の独占事業であることから、行政組織を通さずにはこれらのサービスが受けられないことである。この問題は介護保険制度下においても、訪問看護ステーションと在宅介護支援センターの連携の不十分さにつながる問題として、意識的にその連携強化をはからなければならない問題である。

### 2) 障害種別の問題

脳卒中のように、多くが発病と同時に病院などに入院する障害では、早期リハビリテーションによる廃用症候群の予防と、地域・在宅リハビリテーションにおける機能維持や社会参加の実現が重要なポイントである。したがって、医療から福祉

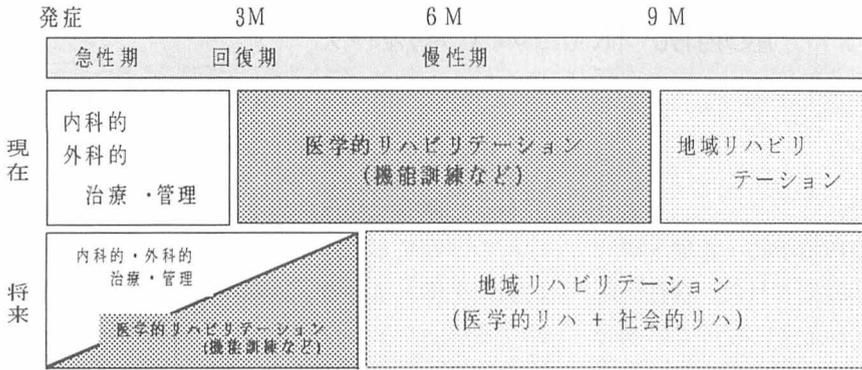


図2 脳卒中のリハビリテーション・システム

ムであるが、今後は図3に示したように、訪問看護ステーションと在宅支援センターなどを包含した地域ケアプラザを第一線のサービス機関として、要介護認定とケアプランの作成を同時に行えるようにすべきである。また、リハビリテーション

に至る一貫したサービス・システムが構築できれば、技術的には大きな問題はないように思われる。

しかし、慢性関節リウマチのように徐々に進行する疾病では、外来通院による治療が続けられるなか、エネルギー効率が悪いだけでなく、関節保護の面からもできれば避けたい自己流の生活スタイルが定着している場合も多い。このような結果は医療従事者による生活指導の乏しさに起因するもので、外来診療における生活への配慮の重要性が問われている課題である。

4 今後の展望

地域・在宅リハビリテーション・システムを構築するうえで今何を成すべきか？

第1に、医療から福祉に至る一貫したサービス・システムを構築することにより廃用症候群を防ぎ、効率の良いサービスを提供する基本的条件を整備することである。

図2には、サービス内容が介護サービスにとどまることのないよう、リハビリテーション・サービスの充実と、保健・医療・福祉を統合した総合サービス・システムを構築することである。(図2)

2は平成11年、横浜市が計画している脳血管医療センターの開設後に描いている、脳卒中のリハビリテーション・システムを示したものである。もちろんこの病院だけで330万市民の要求に応えられるわけではないが、一つのモデルになると考え準備を進めているところである。

次に、受け皿となる地域ケア機関とそのシステ

に関するサービスについては、そのバックアップとして地域密着型のリハビリテーションセンターを整備し、看護、介護、リハビリテーションを一体的にサービスできるシステムを構築する必要がある。

横浜市ではその第1号施設を来春開設する予定であるが、最近の厳しい財政事情のなか、何とかして地域リハビリテーションセンターのモデルを構築したいと考えている。(図3)

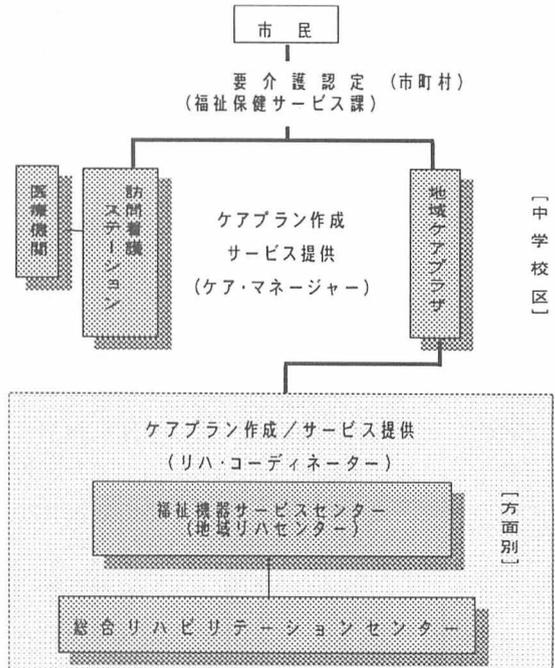


図3 地域ケアシステム(横浜市)

## 一般病院(私立)の立場から

額 川 啓 子

日産厚生会玉川病院医療相談室

### 1. はじめに

日産厚生会玉川病院は結核の予防・診療・研究を目的として、昭和28年開設にされた。現在病床数392床を有し、地域医療の充実にむけての総合病院として活動を続けている。都内世田谷区の南部に位置し、眼下に多摩川を見渡し、周辺には畑も点在する、まだ緑を多く残す地域である。

世田谷区は人口77万人、65才以上の人口は14.5%を占めている。高齢化の波は長年住み続けている住民の中にも押し寄せてきている。超高齢化社会を目前にし、高齢者や障害者が住み慣れた地域で安心した生活を送るためには、地域医療の充実が必要である。また保健・福祉行政の援助体制の充実と地域住民も含めた「町ぐるみ」の支援体制の整備が急務となっている。

### 2. 当院リハビリテーション科の活動

1981年、都市型リハビリテーションの必要性のもと、当院にリハビリテーション科が新設され、脳血管障害等により障害が残存している人々の家庭復帰、社会復帰を目的とした医療チームが発足し、診療が開始された。

1985年から1996年までの当科入院患者の統計において、高齢者は半数以上を占めている。とりわけ80才以上の高齢者の割合は1985年約8%から、1996年には19%と2倍以上に増大している。身体障害者の手帳も1・2級がほとんどを占めており、「高齢化」と「障害の重度化」により家庭復帰にむけてのニーズは多様化してきている。また、近年の医療保険制度の改革は、在院日数の短縮化を生じた。当科においても1985年度は5ヶ月であったものが2ヶ月短縮され、現在の平均在院日数は約3ヶ月となっている。そのため入院後早々に在宅にむけての援助プログラムを立てていく必要にせまられている状況である。

入院時における患者と家族の希望は機能の回復

である。機能の回復が思うようにならない状態で退院の準備をしてゆくことは、患者、家族の心理的負担を増大させる。入院相談の時から援助を開始するソーシャルワーカーは、本人の障害と全体像を把握し、家族や地域社会との関係性をとらえながら、リハビリスタッフと共にカンファレンスをおこない、問題の抽出とその対策について検討している。家屋評価のための自宅訪問や、外泊等をとおして患者と家族のもつ不安や問題等を実際的に取り除く作業を根気よく行っていくことが重要である。

退院先として、1996年度は自宅88.7%、転院10.6%である。転院の主な理由としては介護力の不足や、合併症による医療的ケアの必要性があげられる。介護力不足による転院ケースについては、今後のマンパワー体制を充実させることで、在宅の可能性がかなり高まるであろう。

### 3. 在宅支援体制づくりにむけての退院情報システムの活用

当科は退院時、区役所の保健・福祉各担当者へ退院連絡書を送付し、生活を支える援助者と相談しながら退院直後から福祉サービスを導入し、不安なく生活が維持できるための体制づくりにむけて検討を重ねている。

そのような状況の中、1996年度より世田谷区は総合的・継続的・効果的にサービスを遂行するための退院情報システムを開始した。このシステムは入院中の患者、家族のかかえる諸問題を早期に把握し(主治医、看護婦、ソーシャルワーカー)、退院から在宅への移行時に、保健・福祉・医療が積極的に連携し、早期に在宅プランをたてることで、退院後の円滑な生活がおくれるよう支援するものである。退院情報提供書は医療情報(主治医記載)、看護内容(看護婦)、在宅生活上必要とされる援助内容(ソーシャルワーカー)などについて

て記載し、それを患者、家族に説明し同意を得たうえで、行政担当者に送付される。

1996年の開始時より1998年までの対象者は61名であり、ADLの状況は、準寝たきり及び寝たきりの人が80%を占めている。介護者側の家族の状況も単身者、夫婦のみ世帯が40%であり、さらに子供と同居はしていても子供は就労している場合が多く、日中は独りの生活を余儀なくされるため、退院後の生活では介護面の対策がより重要となってくる。退院時の福祉サービスの依頼内容は生活全般を総合的にとらえてもらう役割としての保健婦訪問、生活上の実際面での支援者としてのヘルパー派遣、療養上の支援者としての訪問看護婦等が上げられる。また、環境整備のための住居改善・福祉用具も80%の対象者に導入されている。さらに生活範囲の拡大に向けて、通所サービスの利用等も含まれている。患者、家族のニーズにもとづく援助内容を検討していく過程で、適切なサービス提供の調整が困難なケースについては、提供書のみではなく行政担当者に来院してもらい患者、家族、主治医、看護婦、ソーシャルワーカーとともに、ニーズの確定とサービス内容の検討をおこなっている。それにより、患者と家族は在宅生活を現実のものとして受け止めることが可能となることが多い。今までともすれば、医療側、援助者側がサービス内容を一方的に検討、提供しがちな傾向であったが、このシステムの利点は退院前に当事者が医療チームとともに提供書を作成することでニーズの再確認ができ、さらに当事者の主体性のもと、援助依頼内容が決められていくことにあると言える。

しかしながらニーズに対し、ヘルパー派遣が十分に組み込めない状況や、通所サービスの供給不足など、サービス体制が未だ不十分であることなど早急に対処しなければならない問題も多く残されている。

#### 4. 自主グループ活動

「玉川リハビリ友の会」は、1988年当院リハビリ科を退院した有志で発足した。退院時の在宅生活についての不安や孤独感は医療側の予想以上の

ものがある。それらを克服していく心理の過程を当事者同志が語り合うことは、生活の再構築をはかることのエネルギーともなる。

「友の会」は当科で年3回開催される入院中の患者と家族に対する家族説明会における重要なメンバーとしての役割を担っている。定例会、総会、旅行等の企画にソーシャルワーカーも側面から援助をおこなっている。また、他に区内の自主グループの出発としては、1984年に発足した「たつなみ会」があげられる。発足当初は地区担当保健婦、当科医師が支援しながらの活動であったがその後、障害者自らが主体的に会を運営している。ソーシャルワーカーも定例会などに参加する中で多くの退院していく患者、家族とのつながりを形成することができた。現在では会員数150名を有し、移送サービス、デイケアなど地域住民とともに活動を展開している。

#### 5. 今後の方向性

高齢化が急速に進み、中でも後期高齢者の比率が次第に高くなってきている。また、疾病構造も慢性疾患中心に移行している状況において、要介護状態も長期化することが予想される。医療現場では単に疾病をみるだけではなく、対象者の「生活」をとらえる関わり方が必要不可欠となってくる。今後は、複雑多様化する患者、家族のかかえる問題を正確にアセスメントし、ニーズにもとづく医療・保健・福祉サービスを効果的に進めていくことが必要とされる。さらに生活の質の向上にむけての地域リハの充実と、生活の中で生じる身体状況・生活状況の変化に素早く対応できる体制づくりが「再発、寝たきり」の防止につながると考える。

「与えられて生きる」ことから「より意味のある人生を送る」ための自立にむけての援助は、自主グループづくりへの支援活動を通して、今後も引き続き検討していきたい。

公的介護保健が導入される今日の緊急課題は増大・多様化するニーズに適切に応えられる福祉サービスの提供と充実であると思われる。

## 在宅介護支援センター(私的病院立)の立場から

伊藤 隆夫

近森リハビリテーション病院

### 1. はじめに

これまで在宅の高齢障害者の地域での支援のありかたを巡って、保健・医療・福祉の連携の必要性が声高に叫ばれてきた。たしかに、それぞれの分野での支援サービスについては一定の量的な拡大は図られてきた。しかし、質的なばらつきも大きく、さらに適切なケアの調整のシステムができていないのが現状である。地域での相談窓口、ケアの調整役としての在宅介護支援センターの立場から高齢障害者の地域リハビリテーションの現状と課題を述べる。

### 2. 在宅介護支援センターの位置づけ

厚生省は1989年12月に高齢者ケアの基盤作りの一環として、高齢者に対する保健福祉サービスの整備目標を定めた「高齢者保健福祉推進十カ年戦略」いわゆる「ゴールドプラン」を策定した。この中で在宅介護支援センターが、保健・医療・福祉にまたがる在宅サービスの相談窓口として位置づけられた。全国に10,000箇所設置を目標としているが、1997年3月時点で約3,000箇所設置されているのが現状である。

支援センターの役割の第一は、在宅療養者やその家族の在宅介護に関する総合的な相談に応じることである。さらにニーズに即した在宅サービスが迅速かつ的確に受けられるようにするために各サービスの提供機関に連絡を取り、同時に実施するサービスの組み合わせなどの調整を行っている。つまり、基本的には24時間対応可能な地域住民にとっての介護相談窓口としての役割を果たすが、より積極的には対象者の状況に応じてさまざまな在宅支援サービスをコーディネートしていく、ケアマネジメント機関としての役割が期待されている。しかし、量的不足もあいまって十分にその機能が発揮されていないのが現状である。

### 3. 在宅介護支援センターの活動の概要

医療法人近森会では救急から在宅までのトータル医療をスローガンとして、一貫性のあるリハビリテーション医療システムの構築を目指して活動を行っている。急性期病院である近森病院では発症早期より急性期リハを実施している。そして、近森リハビリテーション病院はリハ専門病院として回復期から維持期リハを担当し、集中的なチームアプローチを通じて、高齢者・障害者の早期の自宅復帰を目指している。維持期リハでは老人保健施設いごっばちが在宅支援型老建として、ショートステイ・デイケアに力点を置いた活動を実施するとともに、配食サービスも実施している。又、訪問活動としては訪問看護ステーション、支援センター、ヘルパーステーションが同一の拠点から日常的に連携をとりながらサービスを提供している。支援センターがケアマネジメント機能を担いながら、訪問看護・訪問リハ・ヘルパーが一体的に直接的な在宅支援サービスを提供していく体制をとっている。

当支援センターがある高知市は人口約32万3千人の中規模都市で、高齢化率は16.4%である。市内を15地域に分け、それぞれの地域毎に在宅介護支援センターとホームヘルパーステーションを委託設置している。設置目標である中学校区にほぼ1カ所支援センターが設置され、その地域の高齢者のケアマネジメント機関として位置づけられている。

当支援センターは高知市の中央ブロックに位置する人口約2万人、高齢化率19.5%の江の口地区を担当し、ソーシャルワーカー1名、看護婦1名の2名で活動を行っている。支援センターは24時間対応を原則としているが、日曜・祝日・夜間などは携帯電話にて対応を行っている。年間の援助実人数は年々増加傾向にある。現在年間に約400

人程度の対象者に支援活動を行っている。

#### 4. 事例を通じた活動の実際

次に、在宅維持期の高齢障害者に支援センターがどのようにかかっているかを事例を通して具体的に考えていきたい。

Kさん、84歳の男性で独居生活。市内に一人息子がいるが、月に一回の病院受診時の同伴以外にはほとんど訪問はない状況。生計としては本人の年金が月に約4万円と息子から5～6万円の援助を受けて賄われていた。診断名は多発性脳梗塞でパーキンソン様の四肢機能障害、起立歩行障害を有していた。職歴としては4年くらい前まで理髪店を自営しており、現在店舗兼住宅の借家にて独居生活となっている。

平成6年頃より両下肢の脱力から徐々に歩行障害をきたし、平成8年2月に医科大学に入院する。多発性脳梗塞との診断を受けて平成8年5月自宅に退院となる。ヘルパーの申請が出され支援センターの関わりが開始となる。自宅復帰後、週1回のデイサービスと週4回のヘルパー訪問にて掃除、洗濯、車椅子での買い物介助の支援から始めていった。その後、徐々に機能低下をきたし、移動能力が低下し状況に応じて専門機関とも連携しながら生活支援を行っていった。各時期毎に支援センターの活動を軸に生活支援の実際を報告する。

##### 1) 機能低下の出現

平成8年12月頃よりトイレへの移動時や土間への降り口でしばしば転倒が見られるようになる。入り口の段差対策とてすり設置について検討を行った。本人からも「膝が弱ってきた」との訴えが聞かれ、家族の意向を聞くと在宅に不安を感じ、特別養護老人ホームの申請をしているとのことであった。又、てすりの設置については了解が得られ、てすりや段差解消の工夫をしていった。施設入所に関しては本人の強い拒否のため申請は見送られることになる。

##### 2) 急激な機能低下の時期

その後も病状の進行と廃用性の機能低下がつつき、床からの立ち上がり時に転倒を繰り返すようになり、トイレへの移動が不可能となった。転倒

による腹部の打撲や外傷に加え、本人の落ち込みもあり、訪問しない時間帯の生活に不安を感じショートステイ利用も勧める。しかし、本人は屋内移動困難だが何とか家で暮らしたいとの希望が強く、家族も本人の意思を尊重したいとのことで、とりあえずポータブルトイレの購入となる。しかし、和式生活のため立ち上がりが出来ず使用出来ないため、支援センターよりポータブルトイレの枠を貸出しし、立ち上がりのためのてすりも設置する。身体機能に日による変動があり、四つ這いによる一人での移動も困難となり、ポータブルトイレも利用しきれず生活全般にヘルパー訪問での介助が必要な状況となる。

##### 3) 生活全般への支援体制の再構築

本人の生活状況の大幅な変化に戸惑いながら、市の担当者やヘルパーと協議し大幅なケアプランの変更を行っていった。急激な機能低下のため生活全般に介助が必要になったことで本人は悲観的で不安と落ち込みが強くなっていった。家族の事情も考慮して独居のKさんの生活全般を支援する体制を作っていった。ヘルパーは朝夕の2回訪問し、食事のセット、ポータブルトイレへの介助、更衣等を援助していった。訪問看護ステーションからの訪問リハで身体機能の評価とともに、屋内の環境調整と移動方法の検討、動作訓練を実施し、それをヘルパーが日々の生活の中に定着させていく工夫を行っていった。さらにデイサービスの利用を増やすことで気分の落ち込みを少なくし、本人の生きがいにつながるように進めていった。ヘルパーが送り出し援助を行うことによって、デイサービスの利用回数を増やすことが可能となった。ヘルパーの朝夕の訪問が本人の生活面での安心感につながり、訪問リハでの関わりもADLの向上につながっていった。また、デイサービスで他者との交流が増え、精神的にも安定傾向となっていった。

#### 5. 地域リハビリテーションの現状と課題

事例を通じて地域における支援センターの活動の実際とその役割について述べてきた。地域における在宅の高齢障害者への支援サービスは多岐に

わたる。保健・福祉・医療の各分野から訪問サービス、通所サービスがあり、環境整備の支援として住宅改造や生活補助具の給付サービス、介護者への支援としての一時的預かり（ショートステイ）等があげられる。今後、これら個々のサービスの量的・質的な充実が当然必要だが、これらのサー

ビスを対象者及びその家族の状況に応じて適切に調整していく在宅サービス調整機関の役割が極めて重要となってくる。支援センターはこのような地域におけるケアマネジメント機関として活動していくことがよりいっそう求められていくと思われる。

## 訪問看護ステーション(医師会立)の立場から

高砂裕子

横浜市南区メディカルセンター訪問看護ステーション

### 1. はじめに

訪問看護ステーションは、1992年から事業が開始され、現在厚生省は5000ヵ所の目標に向けて、看護職の積極的な参画を求めている。

事業開始当時は、医師会立の訪問看護ステーションも多くみられたが、1997年の5月に2000ヵ所を越え、現在も増加しており、増加とともに医療法人立の訪問看護ステーションが増え、現在では約6割を占めている。

医療法人立の訪問看護ステーションの増加により、職員はPT・OT等の職種も増えつつはあるが、まだまだ少ない状況である。(H. 8年厚生省による訪問看護統計調査では、看護職の就業率が97%)

### 2. 活動状況

当ステーションは、横浜市の中央部の南区の位置し、1995年2月に事業を開始した。南区は、人口約2万人、面積は約13km<sup>2</sup>、人口密度も高い。高齢化率も15.5%と高く、独居老人が多い等介護力が低く、開所当時より、訪問看護ステーションの利用ニーズは見込まれていた。ニーズに対応すべく、5名の看護婦で活動を開始した。

現在は、18名の看護婦で1ヶ月約190人の利用者に対し、約700件の訪問看護を提供している。

#### (1) 利用者の概要

利用者の、約9割は高齢者であり、その男女比は、1:2である。

訪問件数の、8割強は高齢者である。

1) 寝たきり度(厚生省「障害老人の日常生活自

立度(寝たきり度)判定基準」による)

Jランク6%・Aランク30%・Bランク34%・Cランク30%

車いす利用者は全利用者の40%

### 2) 年齢別

～64歳14%・65～74歳20%・75歳～66%

### 3) 主たる症病名(多い順)

脳血管疾患、心疾患、悪性新生物、骨折等、難病等

### 4) 訪問看護内容(多い順/重複回答)

症状の観察、精神的支援、清潔の援助、リハビリテーション、家族指導等であり、約6割の訪問看護でリハビリテーションが実施

### 5) 指示書発行数

69施設: 病院34%、診療所66%

(2) 高齢障害者の地域リハビリテーションでの訪問看護婦の役割

約3年の活動の中でのまとめとして記す。

#### 1) 基礎疾患の管理

#### 2) 精神的支援

#### 3) リハビリテーションの実施

4) ADLの評価と自立への援助(できるADL→しているADL→するADL)

#### 5) QOLの向上を図る(地域社会への参加)

#### 6) 家族指導

7) ケースマネジメント(他機関との連携・調整)

### 3. 看護婦のリハビリテーション研修参加状況

わが国の看護教育は機能分化された病院等の施

設内での活動を前提になされていたため、看護職のリハビリテーションに関する知識は充分とはいえない。

当ステーションでは、厚生省をはじめとする、県や市が開催するリハビリテーションの研修会に積極的に看護婦を派遣している。又、昨年度は所内研修でも、3回にわたり理学療法士を招き、当訪問看護婦のリハビリテーションの知識の均一化を図った。また、新人教育の中でも、リハビリテーション教育を実施している。

この様な、研修に参加し、障害とは・・・、リハビリテーションの定義等を学び、生活者へのリハビリテーション技術や知識を得、評価に基づく目標の設定や阻害因子の検討方法を習得した。

#### 4. 事例による高齢障害者の地域リハビリテーションの実際

##### 1) 69歳女性

主傷病名：先天性脳性麻痺、転倒による頸椎損傷

療養状況及び環境：寝たきり状態、ECS使用、主介護者である夫が死亡、訪問看護2/週、その他公的、民間ホームヘルプサービスの利用とボランティアの支援あり在宅療養を継続している

評価：主介護者が死亡し、他職種が関わっているケースに対し、タイムリーにカンファレンスを開催し、在宅療養の目標とそれに関する

支援者の役割を明確にした。(区役所のCW、保健婦、リハビリテーションセンターのPT、病院リハビリテーション医師、看護婦、CW、ホームヘルパー、訪問看護婦、本人、息子が参加)カンファレンスにリハビリテーション担当医参加し、コミュニティーケアとリハビリテーション医療の一本化を可能とした。

##### 2) 81歳女性

主傷病名：破裂脳動脈瘤術後、多発性脳梗塞

療養状況及び環境：車いすでの生活が主。隣接地に娘家族が住んでいる。主介護者は夫。入院中に病院ケースワーカーからコミュニティーケアの紹

介をうけ訪問看護1/週を退院直後から受ける。本人の積極的な意欲により、現在杖歩行可能となる。

評価：病院入院中から訪問看護婦が退院指導に参加でき、継続医療・継続看護の保証ができ、在宅への早期アプローチによる在宅療養を軌道に乗せる事ができた。

車椅子主体の生活から、杖歩行主体への生活へとADLの拡大時にリハビリテーションの専門職による評価・指導を受けられ確実にADLの拡大を実現化した。

##### 3) 75歳女性

主傷病名：右乳房腫瘍手術後、歩行困難(老人性)

療養状況及び環境：隣室が娘宅。主介護者は夫であるが、実際は娘が援助している。娘は本人が寝たきりになる事への恐怖感があり、訪問看護婦が1~2/週訪問し実際のADLへの認識が低く、在宅療養に対する目標が共有しにくかった。

評価：無理じいするのでなく、リハビリテーションの専門家としての助言を得る事ができ、段階を持った目標の設定(共有化)が可能になった。現状のADLを認識し、訓練方法の指導が受けられた。

##### おわりに

私たちが目標としている「利用者や家族のQOLの向上」を実現するためには、ADLの総合的評価から始まり、各種環境の整備まで一連の支援を行うためには、地域のリハビリテーションサービスとの連携は必須の条件である。

地域リハビリテーションサービスの一端として、訪問看護活動を実践する中で他職種との適切なパートナーシップと適切なタイミングでの関わりの重要性を実感する。

介護保険制度が実施された後は、縦割り行政の弊害も是正され、リハビリテーション機関との有効な連携が、高齢障害者の豊かな生活を支援できる事と、今いっそう期待する。

## 訪問看護ステーション(私的病院立)の立場から

岡本 我開命

訪問看護ステーションちかもり

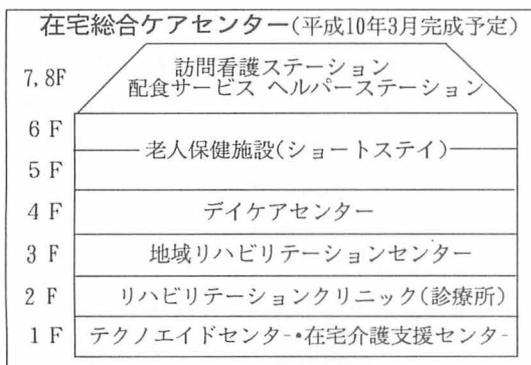
### 【はじめに】

医療法人近森会では1992年7月に訪問看護ステーション(以下ステーション)を開設。1995年12月に厚生省の「24時間モデル事業」を受け、24時間体制の訪問看護を開始し、在宅支援サービスの充実を図ってきた。

今回、当ステーションの活動の実際を紹介する中で他職種との連携、ステーションの抱えている問題点などを検討し、地域の中での訪問看護ステーションの在り方について考えて行きたい。

### 【在宅総合ケアセンターの概要】

まず、私たちの活動の基盤となる在宅総合ケアセンターは、在宅介護支援センター・訪問看護ステーション・ヘルパーステーションの3部門が同一の拠点で活動し、訪問看護ステーション、ホームヘルパーステーションが直接的な在宅支援サービスを提供し、支援センターが窓口機能を担いながらサービスの調整を行い、有機的な連携に基づいて活動を展開している。



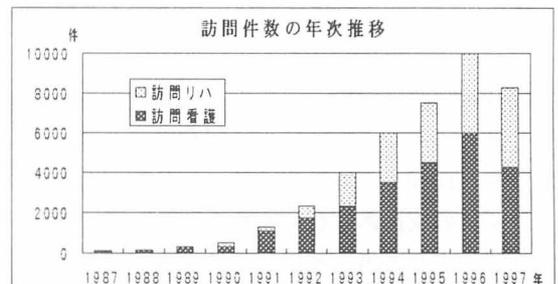
### 【訪問看護ステーションの活動】

訪問看護ステーションのスタッフは常勤換算で看護婦8.5名、PT4.5名、OT1名、事務1名の15名で構成されている。

訪問件数の年次推移を見ると、年々増加傾向にあり、現在、対象者は約150名1ヵ月間に約800件から850件の訪問を実施している。訪問看護指

示書は母体施設以外の28箇所の病院・診療所から指示を受け、対象者の約4割を占める。対象者を疾患別にみると脳血管疾患が約5割を占め、比較的重度のケースが訪問対象となっている。

訪問活動内容は訪問看護では入浴介助を中心とした清潔管理、医療的処置や病状の観察、排泄介助などが主たる業務となっている。また、訪問リハでは廃用性の機能低下の防止に重点を置き、住宅改造や福祉機器などの生活環境の調整や生活に即した動作訓練を主とし、活動範囲の拡大や活動性の向上を目指している。また、介護している家族への精神的支援も重要な役割となっている。



### 【24時間訪問体制の概要】

スケジュールとしては月曜日から金曜日は看護婦1名の夜間当直体制をとり、土・日は携帯電話によるオンコール体制をとっている。定時訪問料金は一律300円としている。

活動の週間スケジュール	
	0:00   6:00 8:30   17:00   24:00
月曜日	*   日勤体制   準夜
火~金曜日	深夜   早朝   日勤体制   準夜
土曜日	深夜   早朝   日勤体制   *
日曜日	*携帯電話にオンコール体制

**【他職種と連携上の問題点】**

ここで当ステーションのこれまでの活動を通じて他職種・機関との連携上の問題点について述べる。

支援センターは、対象者の情報を把握し、本人・家族のニーズを踏まえてサービスの調整を行うケアマネジメント機関として最も密に連絡を取り合っている。しかし、医療依存度の高いケースや重度のケースについては、対応したことがないとの理由で受け入れが遅かったり、また、家族へ複数のステーションの利用を勧めてしまったり、生活全体が見えず、情報提供をしても何ら反映されない場合も経験している。

ホームヘルパーは、在宅生活の基盤となる部分を援助するサービスであるが、本人・家族のニーズに応じ臨機応変に援助内容を調整することが公的なサービスであるために難しい場合がある。また24時間ヘルパーも巡回訪問だけで、緊急時の対応はできていない。

ステーションの活動において医師との関わりは最も大切である。主治医の中には、家庭環境、介護にあまり関心を持たず、訪問リハに対しても興味を示さない。往診体制を持たない病院では、外来受診が困難になってきた患者の診療をどうしていくのかははっきりしない事も多い。また患者家族と医師との間でインフォームドコンセントが充分できてないため、在宅での治療方針に不安を抱いているケースも存在する。

**【地域における訪問看護ステーションの在り方】**

当ステーションも地域の中で、ステーションとしての役割を明確して活動するべきであろう。

まず、在宅で生活する高齢者や障害者が増えていく中で、活動性を拡大し、廃用性の機能低下の防止を図るためには、環境整備や各種移動動作指導などを専門的に行うPT・OTなどの訪問リハ活動が重要になってくると思われる。24時間体制をとることは、特に医療依存度の高いケースや在宅ターミナルケースにとっては、欠かせないも

のである。

支援センターは、そのケースの情報を把握し、本人・家族のニーズを踏まえてサービスの調整を行うマネジメント機関として活動している。今後も地域におけるニーズの掘り起こしをしながら、必要に応じてステーションと情報交換を行っていくべきである。

より有効に在宅支援サービスを提供していくためには、ステーション、ホームヘルパー、支援センターが同一拠点で活動する総合的な支援体制の整備が重要となってくると思われる

**地域におけるステーションのあり方**

- ・訪問看護と訪問リハとの連携が重要。
- ・24時間体制をとることは医学依存度の高いターミナルケースにとって有効である。
- ・ヘルパーとの連携により、利用者のニーズに応じたサービス提供の必要性がある。
- ・支援センターのもつケアマネジメント機能を有効活用していく必要がある。

**【今後の展望と課題】**

今後も訪問活動を通し、地域から求められるステーションとして発展させていきたい。当医療法人においては平成10年3月には在宅総合ケアセンターが開設となる。在宅支援サービスとして現在の機能に加え、配食サービス、ショートステイ、デイケア、テクニカルエイドセンターを設置し、対象者の多様なニーズに今後とも対応していきたい。

**地域活動における今後の課題**

- ・病診連携などにより地域のかかりつけ医体制の充実が望まれる。
- ・包括的で総合的な在宅支援体制の早急な整備が必要である。
- ・地域におけるケアマネジメント機能の整備と充実が必要である。

## 【 分科会 4 】

# 福祉のまちづくりの進展

座 長： 野 村 勲

日本大学理工学部

## ま と め

施設収容を主眼にしてきた我が国の福祉施策が地域福祉を目指し始めたことによって、地域社会におけるまちづくりは必然的に進展してきた。昭和40年代に入った頃である。当初は高齢者や障害者の公営住宅優先入居や、車いす公営住宅などの住宅政策が先行したが、昭和44年、仙台市における車いす使用者とボランティアの地域活動や、昭和45年の大阪万国博覧会の障害者配慮の実現をきっかけとして、全国各地で障害者自身による障害者生活圏拡大運動が展開され、相当の盛り上がりを見せた。しかし、この運動は次第に行政に吸収されていくことになる。特に昭和48年度に厚生省が「身体障害者福祉モデル都市制度」の事業を開始してから後は、行政主導型のまちづくりが進められてきた。この傾向は、福祉のまちづくりの具体的な整備が要綱、条例、法律等と、法的拘束力が強くなればなるほど強まってきた。

福祉のまちづくりに行政が深く関与することはその性格からいって当然ともいえ、それなりの成果を挙げてきたが、いっぽう、生活者としての立場から福祉のまちづくりを見ると、どうしても行政側の論理が強く打ち出され、必ずしも満足すべき状況にあるとは言い難い。例えば、現在の条例等では小規模建築物への適用がなされていなかったり、既存建築物への配慮も十分に行われていない。さらに個々の建築物の整備はそれなりに評価されても総合的な視野に立った計画的整備が行われていないために、連続性が著しく欠如している。公共交通機関の整備にいたってはまたこれからともいえる状況にある。

本分科会では、障害者、行政、研究者、ジャーナリズムのそれぞれの立場から、これまでの福祉

まちづくりへの評価を行ないながら、今後のまちづくりの進むべき方向を探ろうとした。

最初の発言者大須賀氏（わかこま自立生活情報室）は、当事者の立場から、最近のまちづくりは以前に比べれば相当に進んできたが、それでも障害者であることを日々意識しないで暮らせることはなく、その原因にまちづくりを福祉の視点でとらえ権利の視点でとらえていないこと、また当事者参加の機会が依然として少ないことを指摘した。今後はどんなに障害が重くても独立した生活を営めるように人権と当事者参加を基本に据えたまちづくりであって欲しいと訴えた。

薄厚一氏（東京都福祉局地域福祉推進部）は、行政の立場から、平成8年9月に制定された「東京都福祉のまちづくり条例」を中心にその経緯・当事者側の意見を中心に説明をされたが、問題は市民に対する条例の周知度が低いこと、これからのまちづくりは都・自治体・事業者・区民がそれぞれの立場を生かして協働して推進していかねばならないと強調した。

高橋儀平氏（東洋大学工学部建築学科）は、専攻の建築学の立場から、福祉領域にとどまっているために「誰でもが同じ人間である」というごく単純な理解が進んでいないことをまず指摘し、今後は当事者の「計画への参加」が欠かせないこと、条例を指摘した自治体でも既存建築物の改善対策が遅れていること、市民や設計者や事業主の意識高揚が重要であること、新たなバリアを作らないこと、他分野を視野に入れた総合的なまちづくりの時代が来ていることを指摘した。

秋山哲男氏（都立大学工学部）は、専攻の交通工学の立場から、バリアフリーデザインからユニ

バーサルデザインの時代に入ったとしたうえで、道路・交通ターミナル・バス・STサービスのそれぞれの現状について触れた。今後は路面公共交通の活性化が重要であることを事例を挙げて解説し、さらに財源問題に触れ、福祉・交通を総合的に検討するクロスセクターベネフィットの考えが重要であることを指摘した。

大熊由紀子氏（朝日新聞）は、ジャーナリストの立場からこれまでに取材等を通して見聞きした福祉のまちづくりについて触れ、最近の動きの中で特徴のあるある動き、たとえば大阪の福祉のまちづくりの積極的な動き、変わって来た行政の動きを紹介し、これからの福祉のまちづくりは「隣れみから優しさへ、商売繁盛へ、そして当たり前へ」変わっていくべきとした。

5名の発言後、フロアから発言を含めて討議を行った。フロアからは、大阪府箕面市での積極的な取り組みの紹介、視覚障害者用ブロックは多く敷設されているが本当に危険な場所をもっとはっ

きりさせる方法もあるのではないかと、といった具体的な指摘や、一方で、広く市民の福祉のまちづくりに対する教育がほとんどなされていない、いまのまちづくりは建築家の独りよがり強く、それが街の中でのさまざまな問題を創り出しているのではないかと、との厳しい指摘がなされた。

これら多くの討議を踏まえ、最後のまとめで司会者は、現状では福祉のまちづくり条例の主旨を理解しようとしなくて逃げ道を探そうとする姿が見え隠れしている、技術者が（技術上）できない、行政者が財源がないからできない、といわれれば仕方がないとあきらめがちであったが、それぞれがもっと工夫をすれば新たな展開があるはずであり、できるところから手を着けるといった安易な方法ではなく、関係者があらゆる情報を開示して、かつ他分野との連携により総合的計画の基に福祉のまちづくりを推進すべきであるとの発言を行った。

## 障害をもつ人の立場から

大須賀 郁 夫

わかこま自立生活情報室

道路や建物の段差の解消と車いすトイレの設置から始まった福祉のまちづくりは、環境整備要綱、まちづくり条例、ハートビル法へと法的な整備も進み、建物・施設のハードの面での改善は確実に進んできた。

交通機関においては、新幹線や飛行機など遠距離交通において早い時期から改善がみられたが、通勤電車、地下鉄、バスなど生活に身近な交通の改善はここ数年になってようやく着手されるようになってきている。

点から線へ、そして面へとアクセシビリティの考え方も広がってきていて、まちづくりの進展は、障害者が外出する機会を大幅に増やし、まちで車いすを見かけることが格段に増え、活動、就労、教育など多方面で社会参加に大きく貢献してきた。

とはいえ、いまだ外出が困難な人や、旅行に行

ったことのない多くの人たちがいることは、物理的なアクセシビリティの改善だけではすまされないさまざまな障壁の存在を物語っている。街に出やすくなった。いろいろな社会活動に参加できるようになった。しかし、障害者が障害者であることを日々意識しないで暮らせるようになったかという残念ながらNoと言わざるをえない。

日本での福祉のまちづくりは、すでに4半世紀の歴史を積み重ねてきているが、基本的な部分でのNoと思わせる課題が残されている。

ハートビル法など法的な整備は進んでいるが、ADA法に比べて利用者の権利性がきわめて脆弱で、差別に対する対抗手段の保障がない。福祉がなかなか人権の問題としてとらえられない日本の現状を表している。

また、社会参加の機会が増え、当事者が発言する

場面も増えてきたが、当事者が関わった方がはるかに有効な結果が得られるような会議や機関に、当事者が参加し決定に加われる機会はまだまだ少ない。

さらに、「施設から在宅へ」と言われるようになって久しいが、車いす公営住宅では数を増やしているものの、一人暮らしの人や自立生活をめざす重度の人たちが生活できる住環境の改善はかなり遅れているように、重度重複障害者が生きてい

ける基盤整備の課題がまちづくりの中で残されている。

基本計画や設計思想の中に当事者を主体として考えないで介助や保護を前提とした考え方も根強く残っている。

どんなに障害の重い人でも独立して生活を営める環境をつくりあげるように、人権と当事者主体を基本にすえたまちづくりを、改めてこれからの時代に向けて構築していく必要がある。

## やさしいまち東京の実現に向けて

薄 厚 一

東京都福祉局地域福祉推進部

### 1 東京都福祉のまちづくり条例制定

都は、平成6年4月、学識経験者や事業者団体及び障害者団体の代表などで構成する「やさしいまち東京構想懇談会」を設置し、同懇談会の答申を踏まえ、福祉のまちづくりを一層推進するため、平成7年3月に都民の総意に基づき条例を制定し、平成8年9月に条例を全面施行しました。これにより、病院、百貨店など、不特定かつ多数の人が利用する一般都市施設のうち規模等により届出を必要とする特定施設は、新設又は改修の際に整備が進むことになりました。

しかし、今までは都市施設の整備が個々に行われてきたことや、時として整備のための費用負担が重いことなどにより、まちがまだ、十分に利用しやすいものとはなっていません。

### 2 福祉のまちづくりとは

福祉のまちづくりの目標は、東京で生活するすべての人が基本的人権を尊重され、自由に行動し、社会参加のできる「やさしいまち東京」を実現することです。

条例では、福祉のまちづくりとは高齢者、障害者等の自立と社会、経済、文化、その他あらゆる分野の活動への参加を促進するため、社会連帯の理念に基づき、高齢者、障害者等が円滑に施設、物品及びサービスを利用できるようにすることを言います。

### 3 東京はやさしいまちか

(1) 社会福祉に関する世論調査（情報連絡室：平成7年9月調査／回答数=2,052）

#### ○東京都福祉のまちづくり条例の周知度

「詳しく知っている」1%、「見たり聞いたりしたことがある」6%と都民、事業者の周知度はあまり十分とは言えません。

○高齢者、障害者などにとって地域の住みやすさ  
「住みやすくなっている」36%となっています。

○施設や設備の配慮状況（住んでいる地域の12項目の施設や設備）

「配慮されている」が多いのは「官公庁の建物」57%、「病院や診療所などの医療施設」55%、「図書館・美術館などの文化施設」50%となっています。「配慮されていない」が最も多いのは、「レストランや喫茶店などの飲食店」76%です。

○福祉のまちづくりを進めるために必要なこと

「道路の段差を解消、歩道の設置、拡幅を行う」64%、「歩道や道路の障害物（商品、違法駐車、放置自転車など）の除去、電線の地中化」45%、「階段をスロープ化したりエレベーターやエスカレーターを設置」42%となっています。

○施設や設備を整備するための費用の負担

「施設所有者及び管理者がすべて自らの責任と負担で整備すべきである」28%、「住民の負担

が増えても、国や自治体が整備すべきである」55%となっている。

(2) 高齢者、障害者から見たまちづくり（福祉局調査：平成9年3月/回答数106）

○目的地に行くまでに問題がある。（外出時の問題）

「歩道への出店や放置自転車が問題」が最も多く、「車両とホームの間の隙間が怖い」、「駅の階段が問題」、「券売機が問題」、「違法駐車などで道が狭くなり危険」などです。こうした危険性はハードの整備上の問題ではなく使用者の使い方の問題であることから、今後はソフト面での対応も重要です。

○施設の問題

「施設に入る時の段差」、「施設内で車いすが使えない」、「施設内の誘導設備がない」があげられます。

○外出を容易にする改善策

- 1 交通施設（駅舎）の改善
- 2 周囲の理解
- 3 道路の整備
- 4 バス、車両などの整備
- 5 案内板など、誘導設備の整備
- 6 必要な時に気軽に頼める介助者
- 7 ベンチ、公共トイレ等の整備
- 8 利用しやすい公共施設の整備
- 9 銀行、郵便局などの整備
- 10 車いすでも使えるトイレの整備

以上のデータをもみても、東京は十分にやさしいまちとは、まだいえません。

#### 4 福祉のまちづくりの推進のために

都、区市町村、事業者、都民の役割を明確にし、協働して「やさしいまち東京」を実現する必要があります。そのため、都は、福祉のまちづくりの普及・啓発、技術的・財政的支援及び都立施設の先導的整備を推進することが必要です。区市町村は、地域における福祉のまちづくりの推進体制を

整備し、また、住民ニーズを把握し、きめ細かい施策の展開を図ることが必要です。事業者は、自己負担を原則として、行政や他の事業者と連携し、誰もが安全かつ円滑に利用できる施設整備を行う必要があります。都民は福祉のまちづくりへの積極的な協力と参加、高齢者、障害者等への正しい理解と問題解決への協力等の役割を果たし、また、高齢者、障害者等も福祉のまちづくりに主体的にかかわっていくことが重要です。

#### 《参考》

- 1 東京都における福祉のまちづくり条例による届出件数（特定施設）  
平成8年9月15日から平成9年3月31日  
区部 244件 市町村 191件 合計 435件
  - 2 福祉のまちづくり条例に規定する整備基準適合証の交付状況  
平成8年9月15日から平成9年3月31日  
新設 5件、既存 5件、合計 10件
  - 3 東京都内で独自に福祉のまちづくり条例を制定している区市町村  
町田市、狛江市、世田谷区、府中市、小平市、調布市
  - 4 東京都の条例を適用除外している区市町村  
町田市、世田谷区、府中市、小平市
  - 5 全国の福祉のまちづくり条例制定状況（平成9年5月現在）  
制定済 33都府県、制定作業中 6道県、その他 8県
- 福祉のまちづくりを総合的、計画的に推進するために基本となる「福祉のまちづくり推進計画」を実施し、都民、事業者、行政が共通の認識のもとに自らの役割を果たすとともに、それぞれが連携、協働して「やさしいまち東京」の実現を目指すことが必要です。また、都は都民、事業者等が自発的な活動が促進されるよう、福祉のまちづくりの普及・啓発、情報の提供、技術的・財政的側面から支援していくことも必要です。

## 建築分野から考える

高橋 儀平  
東洋大学工学部

### 1. 福祉のまちづくりの基本的な問題点

ほぼ四半世紀を経たわが国の「福祉のまちづくり」は諸外国の中でも特徴的である。この特徴を踏まえ改めて問題点を探ってみると、

第1に、福祉のまちづくりが依然として狭い「福祉」領域にとどめられていることである。特に都市計画や住宅政策との絡みではこのことによる問題が多い。福祉のまちづくりは「福祉」にまかせればよいとする発想は、障害者計画が進みつつある今日でも基本的には変わらない。「福祉」領域でもこのことの問題性を理解していないのではないか。

第2に、以上のこととも関連するが、「誰もが同じ人間である」というごく単純な理解が進んでいないことである。その結果、建物を建設する事業者や設計者などは、ハートビル法や福祉のまちづくり条例が出来ようが、「やってやる」基本姿勢を変えていない。自分自身がユーザーになるとは全く想定していないのである。たとえ想定していなくても空間にバリアを感じる事がどれ程の痛みであるか、少しでも感じる事ができればと思うのだが、設計の本筋ではないと勝手に自己決定してしまうのである。

### 2. 福祉のまちづくりの動向と課題

全国の都道府県の内およそ7割の団体が福祉のまちづくり条例を制定した。そのスピードに驚くが、若干の危惧もある。特に聴覚障害などへの情報サービスについては殆ど触れていないので、速やかにハートビル法や福祉のまちづくり条例の見直しを求めたい。

次に、「見えない当事者参加の中身」を取り上げておきたい。福祉のまちづくりの実効を確認する当事者の立場でいえば「計画への参加」が最大のポイントであろう。しかし実際には決まった参加手法があるわけではない。総論では「参加」に

問題はないが、各論や実際の設計レベルでは同じ障害のある人でもかなりの異なる意見がぶつかり合う。しかし参加の重要性はこうした設計や計画のプロセスを肌で共有体験することにある。結果として進展がない場合もあり得るだろう。それも参加によって初めて確認できることである。

第2に圧倒的多くの既存建築物の改善問題である。この点については条例を施行した自治体の遅れが目立つ。明確な規定がないためである。どこから改善に着手すべきかといった課題もある。進め方としては市民による優先順位付け、事業者による優先順位付け、行政による優先順位付けをそれぞれ持ち寄って事を運ばよいのではないか。

第3に遅れている市民意識、設計者、事業主の理解の問題である。私は埼玉県と神奈川県福祉のまちづくり条例の策定に関わり、規則施行後1年目に建築士約500名を対象とした意識調査を実施した（回収約4割）。その結果、概ね条例の理解は進んでいるが、手続き方法、整備基準の内容、どこまで整備すべきかなど、設計を行う上でのベースとなる点についての理解不足が目立った。また調査では設計情報が少ないことが指摘された。さらに、最大のネックは障害のある人の生活行動を理解する機会が殆どないことであった。

第4は、益々増大する情報からの新たなバリアの出現である。情報バリアの基本は整備情報が的確に伝わっていないために起こる。また、複合化する都市内の情報整理（サイン計画を含めて）が障害のない人を中心に展開されていることとも無縁ではない。

第5に、総合的なまちづくりや都市のマスタープランと福祉のまちづくりとの関係である。狭い領域から全市民的な課題に持ち上げていくには現行法における都市マスタープランで扱うのが良いと考えている。いくつかの市町村レベルで福祉領

域の条例から総合的なまちづくり条例に脱皮しようとする動きが出てきた。この動きに注目したい。

### 3. ハードとソフトの連携と整備課題

ここでは、実際例をスライドで紹介し問題点を解説したが、スライドについては紙面の関係上省略する。

まず第1に、視覚障害者の移動の考え方、障害物のとらえ方について説明した。誘導用ブロックにももの置いたり、車を駐車する人々のモラル、狭い通路や広場における障害物を活用した誘導工夫、中途障害者に対する音声情報との連携などを指摘した。

次に横断歩道では、立体横断歩道施設を作ると、地上レベルの横断歩道をなくしてしまう交通安全の考え方に疑問を表明した。歩行者の移動の選択を認め地上の横断歩道を残しておくようにすべきである。また、現行の車交通を優先する横断歩道の位置も大いに問題だ。駐車場では、劇場、イベント会場、公園など施設用途によってハートビル法の誘導基準以上に区画数が必要となる場合が増えよう。

第3に、トイレの整備手法であるがこれも駐車場と同様今後増加させなければならない対象である。整備課題としては、2,000×2,000ではなく、車いすで利用可能な中規模なトイレを男女別に増やしていくべきであるし、公共的な施設では外部の施設案内板に利用可能なシンボルマークを積極的に表示したい。コンビニ、ガソリンスタンド、スーパーなどからか（FAXも同様に）。

第4に緊急時と災害対策の問題である。移動やスペース、水周り設備問題では車いす使用者が、情報伝達では聴覚障害者が問題を抱えている。特

に聴覚障害者対策では条例整備基準を見直す必要もあろう。公衆FAXを設ける事業者は少なく何らかの法的規制も必要ではないかと考える。手話が不得手な中途失聴者対策として音声を文字変換する生活機器の開発が待たれる。

### 4 今後の推進に向けて

以上現状における課題を述べてきたが、今後の方向として以下の点に留意したい。

第1には「バリアフリーデザイン」の限界である。立地、コスト、あるいは利用者の多様化などが要因である。しかし優れた美しいバリアフリーデザインは、必ずしもユニバーサルデザインの方で開発されたものでなくとも、誰もが利用できるものである。

第2は、障害のある当事者、建築士、ボランティアなどが緩やかなネットワークを形成し、設計者に適切な情報を提供するシステムを地域レベルで構築することだ。この種の活動は民間レベルで主導した方がより生活に密着して良いであろう。

第3は、市民参加、障害者参加の実態をどう作るかである。既に述べたように総論としてはよいがさて具体案となるとかなり困難である。行政も、当事者も、専門家も殆ど経験がないのである。アンケートやヒアリング対象あるいは要望を述べるだけではことは進まない。しばらくは試行錯誤を繰り返すことか。

最後に、画一化した「福祉のまちづくり」からの脱出を求めたい。最低限の共通ルールはハードでもソフトでも同じだが、地域毎に個性をもったやり方やデザインがあって良い。楽しめる活動を伴うものでなくてはならない。

## 交通からみた福祉のまちづくりの進展

秋山 哲男

東京都立大学工学部

### 1. 障害者と移動制約者

障害者（3%）限定から移動制約者（25%）としてとらえること。

### 2. 人権のアプローチが定着しつつあること

スウェーデンでは「障害を持つことは個人の責任ではなく社会の責任」としていること、また米国でも障害を持つ人を差別してはならないことが明文化されている（1964年公民権法、1973年リハビリテーション法、1990年障害を持つアメリカ人法）。日本運輸省ではノーマライゼーションが使われ始めた。

### 3. デザイン対策

バリアフリーデザイン（障壁のない設計）は障害者中心の対策を進めてきた。今後の移動制約者も含むすべての人に役立つユニバーサルデザインの方向で検討し始めている。1）道路：は通達（1973年）がまだ変わっていない。2）交通：交通ターミナルは運輸省では鉄道のターミナルのガイドラインを1983年に、1993年には鉄道の他、バス、空港、フェリー等のターミナルについてのガイドラインを示した。この10年間で鉄道のエレベーターが3.2%しか達成できていないが、それ以外の対策は3～4割の整備がおこなわれてきた。3）バス：バスのデザイン対応の最も大きな課題は昇降対策である。米国では1977年以降、今日までリフト付きバスだけで対応してきているが欧州では高齢者を意識してローフロアバスの開発を行ってきた。・リフト付きバス：1991年に大阪市、東京都等で運行／・イージーステップ＋リフトバス：1994年では神奈川県ヒューマンテクノロジーの応用

研究で開発。／・ノンステップバス：1997年3月が東京都をはじめとして各地に急速に拡大し始めた。

### 4. STサービス

1）ドア・ツー・ドアサービス：わが国ではハンディキャブ（ボランティアを中心に東京、神奈川地域で発達）や移送サービス（行政の福祉部局によるデイサービス等の送迎）があるが、そのシステムのレベルは欧米に比べ貧弱である。

2）サービスルート：停留所を100メートル程度に設定し、高齢者・障害者が出来る限り歩かないで目的地まで行くことが出来ることを基本コンセプトにしたものである。車両はの床高23.5センチ現在スウェーデンでは50箇所以上に拡大し、残念ながらまだ何処にも運行されていない。最近のコミュニティバスがこの形態に近い。

### 5. 将来の方向

1）路面公共交通：コミュニティバスの開発、STサービスの路線型は厚生部局が抱え込まず一般の人に利用を開いて行くこと。バス、市電はノンステップ車両をできる限り急いで普及すること。一般タクシーのスロープ付きを走らせること。デザインにおいてはユニバーサルデザインの具体化や交通の総合的計画が必要。

2）私的交手段：ジョイスティックなど新たな交通手段の開発

3）財政：従来のタクシー券、シルバーパスの見直し、財源は福祉・交通を総合的に検討する（クロスセクターベニフィット）

## 鳥の目、虫の目、歴史の目

大熊 由紀子

朝日新聞論説委員室

### ♥クローさんの世直し3原則

- ①泣き言・グチではなく、あっと驚く提言を
- ②市区町村を競争させること
- ③提言はユーモアに包んで

### ♥大阪の福祉のまちづくりは、ここが違う！

- 1972 差別をおそれず、そよ風のように街に出よう
- 1976 誰でも乗れる地下鉄をつくる会
- 1992 第一次ええまち計画  
(エスカレーター・エレベーターで・真心のこもった・地下鉄)

### ♥お役人と首長が変わった！？

- 1994 あの建設省が「生活福祉空間づくり大綱」
- 1994 運輸省も「公共交通ターミナルにおける高齢者・障害者のための施設整備ガイドライン」
- でも、「駅と学校は知りません」というハートビル法
- 「前例がないからダメデス」から「前例がないからオモシロイ」へ

### ♥憐れみから、優しさへ、商売繁盛へ、そして、当たり前！

乗車拒否から、リフトバス、そして、ノンステップバスへ

バリアフルから、バリアフリーへ、そして、ユニバーサルデザインへ

傲慢な技術から、謙虚な技術へ

無視から、参加、そして、参画へ

### ♥ノーマリゼーションは革命！

行財政改革、構造改革って何？

## 【 分科会 5 】

### 生活の潤い—スポーツ・芸術・レクリエーション

座長：川島 一彦  
パラダイス・プロジェクト

#### ね ら い

障害者も人として生きて行くとき、必要不可欠なもの。それがスポーツ、芸術、レクリエーションだ。まさにそれは人権といえる。

これらの活動への参加機会の確保は、障害者の社会参加の促進にとっても重要であるだけでなく、障害に対する社会の理解を得ることになり、積極的に振興を図るべきである。

また、これらの活動を通して障害者も自己達成、自己表現、自己解放という生きて行く上での潤いであるエッセンスを糧とすることができるのである。しかしながら日本で生きている障害者には、そんな場が極めて少ないのが現状だ。この分科会では、この領域においての障害当事者とコラボレーションを実践してきたものとの試みのいくつか、そして今後のユニバーサルな社会づくりに向けての提言をしていく。

#### 具体的なテーマ

- ① 障害者、活動連携者からの個々の人生生活を普通に営むうえで、スポーツ、芸術、レクリエーションなど社会参加の重要性や意義。
- ② 日本での障害を持つことでの不利不便（個人レベルから社会レベルまで）さや困難性を変えて行く必要性の活動を踏まえて。
- ③ この領域の情報伝達が、比較的大都市を中心に展開される傾向にあるが、地方においても、豊かな自然環境や長年築かれた人間関係などを上手に利用して振興を図れる可能性。
- ④ 障害当事者のみならず障害者援助に関係する者としての、活動の必要性やおもしろさ等。
- ⑤ 社会参加を可能にするためには何が必要なのか。

上記のテーマ等に沿った報告をビデオ集を交え、また参加しているみなさんとの意見交換や質疑などに応じながら進行してゆく。

### スポーツ・文化・レクリエーション

山崎 泰広  
アクセス・インターナショナル

日本の身障者スポーツとその理念を世界のレベルまであげる。なにが間違っているのか。そして、これからどうするべきなのか。

## 障害と芸術

—自分の人生を変え、社会を変える芸術活動—

播磨靖夫

日本障害者芸術文化協会  
財団法人たんぼぼの家理事長

障害をもつ人たちの心の叫びを詩に表現し、メロディーをつけて歌う「わたぼうしコンサート」を始めて23年になる。これまで様々な人たちがここから社会に飛び出し、様々なところで活躍をしているのを見ると、最初にかかげた「表現することによって想像力がはばたき、その想像力が未来をつくる」という言葉に実感がともなってくる。

それにしてもアイドルもいない、スターもいない、大きなスポンサーもない、このようなコンサートがよくも長く続いたものだ、とつくづく思う。多分、障害をもつ人たちにたいする共感から生まれたものだけに、ともに生きていこうとする社会意識がそれを支えてきたのだろう。

このようなコンサートを思いついたのは、新聞記者時代に障害児問題のキャンペーンをしたとき、障害をもつ人たちに共通する「あること」に気づいたからだ。その「あること」というのは、自分を表現する力がないか、弱いか、その術をもっていないか、また表現してもまわりにきちんと受け止めてもらった経験がないということだ。

そこで障害をもつ人たちに、思いを詩に表現することを呼びかけ、そしてコンサートで歌う、つまりきちんと評価することをはじめたのだ。夢、希望、願い、怒り、悲しみ、訴えなど様々な思いが詩となり、歌われることによって障害をもつ人たちが社会との接点を見つけ、生き方を大きく変

え、その変化がまわりを変えていったのだ。

これまで障害をもつ人たちの詩のうちにある音楽性を引き出して「わたぼうし音楽祭」を、文学性を引き出して「わたぼうし文学賞」（休止中）を、演劇性を引き出して「わたぼうし語り部コンクール」を続けてきたが、芸術的な可能性をさらに開花させるために3年前から新しい視座で「障害者芸術」を見直す「エーブルアート・ムーブメント」(ABLE ART MOVEMENT)（可能性の芸術運動）を展開している。

その手始めとして「エーブルアート展」あるいは「エーブルアート・フォーラム」を全国各地で開催しているが、87年夏の東京都美術館の「魂の対話展」は、わが国で初の公立美術館における「障害者芸術」の企画展として大きな反響を呼んだ。このようにきちんとしたかたちで発表する機会をつくっていくことが、「障害者芸術」にたいする社会の評価を上げることもつながっていくのである。

新しい芸術運動を展開していて感じることは、わが国の障害をもつ人たちの多くが、芸術文化に接する機会を奪われているということだ。芸術文化の接する積み重ねが想像力を刺激し、その想像力が可能性を開花させる。芸術文化のアクセスを保障することもこれからの課題となってくる。

## 【 分科会 6 】

### 必要な情報を得るために

座 長： 清 原 慶 子  
ルーテル学院大学

#### ま と め

##### \*本分科会の課題の意義

障害者やリハビリテーションを課題とする人々にとって、情報保障は情報化社会を生きる上での基本的人権の一つとして明確に認識されなければならない。とりわけ、多メディア化・多チャンネル化が進展する中で、一般に情報選択や社会参加の可能性が増加すると指摘されているが、障害者にとっても情報利用機会から疎外されることなく、むしろ改善がなされることが期待される。そこで、障害者にとってバリアフリー（無障壁）のメディア環境・情報環境の形成の必要性を明らかにするために、現状の問題点を認識すると共に、併せて情報化がもたらす社会復帰への貢献の可能性も検討する必要がある。本分科会では、まずは第1部として、障害者の情報利用の現状と問題点について、特に視聴覚障害に焦点を当てて明らかにすることとした。その上で、第2部として、障害者の社会参加に貢献する情報化の可能性について、具体的な事例を参考に検討した。

##### \*分科会の経過

#### 1. 障害者にとっての情報・コミュニケーションをめぐる問題点の現状とそれを解決するための課題

日本点字図書館館長田中徹二さんから、視覚障害者の立場（視点）で直面している情報・コミュニケーションをめぐる現状を報告していただいた。点字情報として、出版図書、点訳図書、点字雑誌、点字新聞、その他の点字刊行物の実態について詳細な説明をいただき、さらに、音声情報については、録音図書、録音雑誌、ラジオ放送、電話で新聞を読むサービス、テレビでの音声解説放送、対面朗読について概括的な報告をいただいた。その

ことを通して、マスメディアの代表である新聞についても、ラジオ・テレビについても、視覚障害者の利用条件は極めて悪いことが改めて明らかになった。

これらの現状を改善するための課題として、田中さんは、まずは録音図書制作や点訳データの有線送信の場合の著作権法の整備の必要性を指摘された。次に、漢字→かな変換の限界や「点字の漢字」が普及しないという漢字処理の課題を指摘された。さらに、コンピュータ画面や映像情報からの疎外を克服するために、コンピュータ・ソフトのグラフィック化への対応、テレビ、映画、ビデオ、演劇等での音声解説の普及が提言された。

続いて、全日本ろうあ連盟の大槻芳子さんから、聴覚障害者の立場（視点）で直面している情報・コミュニケーションをめぐる現状を報告していただいた。聴覚障害者の耳の聞こえない状態は多様であるが、全日本ろうあ連盟は手話をコミュニケーションの手段とする聴覚障害者で構成している団体であり、その視点からの現状と課題に焦点を当てるとして詳しい説明をされた。昭和45年に生まれた手話奉仕員養成事業を端緒に、48年に手話通訳設置事業、51年に手話奉仕員派遣事業というように制度化が進められてきたが、平成になって手話通訳士の制度ができたとはいえ、800人程度で、聴覚障害1、2級の10万6千人に対していかにとも少なく、通訳士の頸肩腕障害も問題になってきている。また、聴覚障害者にとってテレビの手話通訳や字幕放送も有効だが不十分な実態である。聴覚障害者専用放送局も構想しているが、字幕・手話の著作権の壁が大きな問題になっているとのことである。さらに、参政権の行使は重要な

人権であるが、政見放送の手話通訳字幕放送の必要性も、強調された。また、法制化されている聴覚障害者情報提供施設は、まだ全国で17カ所に過ぎないこと、聞こえない子どもに対する教育の在り方も大きな課題であることが指摘された。

当日は、会場にアジア太平洋地域の聴覚障害者が10人ほど参加され、日本語の手話通訳士の方々とともに国際手話通訳の方が同席された。フィジーやインドネシア、タイ等の諸国の主として聴覚障害者にとっての情報障害の実情が紹介され、さらに国際化の進展の中で、障害者がグローバルに交流していくための条件整備の不足と、今後の取り組みの重要性が共有された。また、視覚障害を持つ参加者から、コンピュータ通信のデータベースを活用して新聞情報を音声で得ようになったが、その利便性が物語る「健常者と視覚障害者との情報量の大きなギャップ」に対して、参加者間での認識の共有もなされた。情報利用やコミュニケーションについて、視聴覚障害者を初めとして障害者が直面する情報障害の実態は大きいので、障害者自身もきちんとその意義を認識する必要性が確認された。

## 2. 情報機器を利用した社会復帰の可能性とそのために必要な支援の在り方

休憩中に、IBM社のご協力で、インターネットを視覚障害者が利用する上で役に立つ、音声でホームページを読み上げる「ホームページリーダー」等のデモンストレーションが行われた。続い

て、東京コロニー情報処理センターの堀込真理子さんから、障害者に対するコンピュータ指導の実践とコンピュータや通信を利用した障害者の社会参加の事例について、ビデオ紹介を含めて具体的な報告をしていただいた。

まず、パソコン、インターネット等は、双方向性、即時性、平等性、広域性を持ち、文字を音や点字に変えることも可能であることなどから、障害者にも普及しつつあり、情報収集やコミュニケーションに役立つメディアとして可能性があることが指摘され、コンピュータや通信の利用能力を持つことで、雇用を初めとして障害者の社会参加を促す可能性が示された。ただ、障害者を支援する立場から、パソコンアクセスのための障害に応じた補助具を作成できるエンジニアや機器の購入や利用についての教育を担う人材の確保、購入の際の補助、通信料金の低廉化などの条件整備が重要であるとの課題の提起があった。

## 3. まとめ

各報告者の具体的な問題提起は、参加者の積極的な参加や交流と相まって、「障害者にとって必要な情報を得るための課題」を認識させた。さらに、それを解決するために「支援する側が留意しなければならない要件」「支援する側が持つべき情報ネットワークの有効性」など、障害者のリハビリテーションにとって情報保障の問題の意義が確認された。

## 聴覚障害者にとっての情報・コミュニケーションをめぐる 問題点の現状とそれを解決するための課題

大槻 芳子

財団法人全日本ろうあ連盟

全日本ろうあ連盟は手話をコミュニケーションの手段とする聴覚障害者で構成している団体です。聴覚障害はその障害が見えにくいという点で理解を得にくい障害です。情報保障は私たちのような立場にとって、人権に関わる重い課題です。

聴覚障害者と一口にいっても耳の聞こえない状態は多様です。生まれた時から聞こえない人、言葉を獲得してから聞こえなくなった人、補聴器により音が聞き取れる人（難聴）などその障害の状態、また生い立ち、環境、教育により障害の状況がちがいます。聞こえないといっても様々な人がいるということをまず理解して下さい。今日は、手話をコミュニケーション手段として生活している聴覚障害者（ろう者とこれからは言います）の情報保障を中心に話したいと思います。

ろう者にとって手話は生活の中で必要不可欠なものです。ですから全日本ろうあ連盟は手話の必要性についてアピールする運動を第一に進めています。手話に関係する制度が初めて生まれたのは昭和45年です。手話奉仕員養成事業という名称で全国各都道府県で手話の講習会が始まりました。次に昭和48年に手話通訳設置事業、昭和51年に手話奉仕員派遣事業が始まり、全国各地に手話を学ぶ人が増えていきました。厚生省のメニュー事業でしたが、通達をもって全国に知らせたことは大きな影響を与えたと思います。

それから今日まで、①昭和45年～平成2年の間に手話を勉強する人を増やす ②手話の普及、定着 ③プロの手話通訳者の養成等をろう者自身が頑張る運動としてやってきました。国の責任として、手話通訳士の制度が出来たのは平成になってからです。現在合格者が800人位です。しかし手話使用者と目される聴覚障害1・2級者が10万6千人位おり、その10万6千人に対し通訳士が800

人では数がまだまだ不足しています。ろう者は普段の生活におけるニーズに手話通訳を求めています。そのため手話通訳は仕事の量も多く、課題も増えています。その中で手話通訳者の中に頸肩腕障害が全国的に起きています。

ろう者は、通訳を通して目で捉えるので、会議では追いついていくだけで精一杯という状況です。ですから、全てにただ手話通訳をつければ良いというのではなく、話し方について、例えば間をとって頂くとかの配慮を頂ければ通訳者も助かり、私たちが余裕を持って情報が得られるのではないのでしょうか。そのこともろう者のよりよい情報保障のひとつではないかと思っています。

次にろう者の情報保障として大きな問題はテレビです。文字で得る情報は目で受けられますが、テレビからの情報がわからないことが問題です。日々テレビから膨大な量の情報が供給されていますが、私たちが得られ、又わかる情報は非常に少ないわけです。そこで、字幕や手話通訳を付けて欲しいという要望を以前から出しています。昭和51年の全国ろうあ者大会の決議に初めて「テレビに手話通訳と字幕を」というスローガンを掲げて以来、毎年全国大会でスローガンを掲げ運動に取り組んで来ました。郵政省にも検討委員会を設置して頂き、NHK・民放にも少しずつ努力して頂き、字幕番組も少しずつ増やして頂いていますが、日常生活の中で字幕放送はまだ少なく人権に関わる非常に大きな課題です。私たちの構想として、聴覚障害者専用放送局の中にNHKニュース等の素材を提供して頂き、字幕・手話をいれる構想もっていますが著作権の問題が有り、今後の運動の大きな課題となっています。

参政権の問題では、政見放送が手話通訳・字幕無しで全くわからないため自治省に毎年交渉して

います。2年前の参議員選挙の時にやっと手話通訳が付きましたが比例代表制のみで、まだ始まったばかりなので、多くの課題が残されています。これも実現にこぎつけるのに実に12年もの長い運動の経過がありました。

情報という点で施設的に法制化されているものに聴覚障害者情報提供施設があります。まだ全国で17ヶ所と非常に少ない数ですが、そこでは字幕付ビデオライブラリー・聴覚障害者の相談業務・手話通訳の養成や派遣等聴覚障害者に関する様々なサービスを提供しています。今後全国47都道府県に設置できるよう運動を続けています。

現代は機械化が発達して便利になっていますが、手話については、人間が鍵になります。人間と人間のふれあいの中に手話があり、それは素晴らしい

コミュニケーションの手段だと思っており、大切に育てたいものです。

残っている課題は、聞こえない子供に対する教育です。教育は手話ではなく口話・読話が中心になっています。一般の人々にはろう学校では手話を使って教育をしているというイメージが強いですが、ろう学校の現場では手話は正式には使われておりません。教育の現場で手話が使われないという現状と私たちが手話を普及しているというところに様々な矛盾が出ています。今後どのように進めるか、文部省、教育専門家と十分にコミュニケーションをもって、取り組んでいく必要があります。それが解決されれば、ろう者の情報保障も一段と進むと思います。

## 視覚障害者向け情報サービスの現状と課題

田 中 徹 二

日本点字図書館

〔現 状〕

〔点字情報〕

### 1. 出版図書

全国に約30か所ある点字出版所から、これまでに約5,000タイトルが出版されている。普通文字の本に比べ、点字書は複分冊になる。文庫本1冊が、平均3～4分冊になるため、視覚障害者が購入する価格は、原本に対し10倍を越えることが多い。また、厚生省委託出版を、日本点字図書館及び日本ライトハウスが行っている。

厚生省では、その価格の差額を補償するために、点字図書給付事業を実施しており、年間の制限があるものの、視覚障害者は原本価格で購入できる。

### 2. 点訳図書

全国の点字図書館やボランティア・グループによって点訳されるもの。現在は、そのほとんどがパソコン点訳によって作られている。点訳されたデータは、通信ネットワークを通して配信でき、日本アイ・ビー・エムが1988年に始めた「てんやく広場」は、点訳データバンクとして大きな役割

を果たしている。しかし、アイ・ビー・エム社の手を離れた現在、その運営は順調ではない。

### 3. 点字雑誌

ほとんどが普通文字の雑誌からの抜粋点訳であるが、ユニークなものとして、「点字毎日」(週刊)や「点字ジャーナル」(月刊)がある。前者は、毎日新聞社大阪本社、後者は東京ヘレン・ケラー協会が発行しているが、いずれも独自の素材により、視覚障害者に密接した記事を提供している。

### 4. 点字新聞

毎日(月～金)、日本経済新聞の記事を点訳し、そのデータを全国の拠点に配信しているのが、「JBニュース」である。厚生省が日本盲人会連合に委託しているもので、拠点は、そのデータを点字プリンタで印字し、希望する視覚障害者に郵送している。

### 5. その他の点字刊行物

各自治体の広報誌、衆参議院選挙や地方選挙の選挙広報などが点字化され、視覚障害者に提供されている。

## 〔音声情報〕

### 1. 録音図書

全国の点字図書館、公共図書館に所属するボランティア、独自に活動するボランティア・グループによって多数の図書が作られている。点字図書と同じように、厚生省委託図書を、日本点字図書館と日本ライトハウスが製作している。

### 2. 録音雑誌

全国で300数十種の雑誌が発行されている。有名な雑誌はほとんど録音化されているが、記事全部ではなく抜粋したものが多い。広告を含めて雑誌のすべてを読み込んだものに、「AERA」、「文藝春秋」などがある。また、独自の手材によって製作されているものに、「つのふえ」（日本点字図書館）、「ニュースプラス」（東京ヘレン・ケラー協会）などがある。

### 3. ラジオ放送

「視覚障害者の皆さんへ」 NHKラジオ第2放送で、毎日曜日午前7時半から30分（再放送は、同19時半から）放送される。1964年4月から始まった番組なので、歴史は長い。視覚障害者の生活全般に役立つ情報を流している。

「視覚障害者の広場」 ラジオ短波で毎週水曜日19時15分から15分放送。視覚障害教育、眼科医学情報等を提供している。文部省がスポンサーで、1967年から始まっているので、この番組も歴史は長い。

JBS日本福祉放送が大阪有線（株）などを通じて、視覚障害者を対象にした番組を流している。ほとんどの番組は1週間同じ内容だが、朝・夕刊の新聞記事をナマで読む2時間が目玉。問題は、ボランティアが一方向的に選んだ記事を読むので、聞きたい記事を選択できない点。

### 4. 電話で新聞を読む

東京では、NTTの電話オペレーターだった人たちを中心に「ゆいの会」が結成され、視覚障害者が電話すると、5大紙の朝刊を中心に、視覚障害者が希望する記事を読んでくれる。約10分間程度で読める記事が原則。利用料は無料だが、電話料金は視覚障害者の負担。

### 5. 音声解説放送

テレビ番組のドラマなどを中心に、ナレーションや台詞のないところで、画面の状況を視覚障害者に説明するもの。NHKでは、朝の連続ドラマ、銀河ドラマなど数番組、民放では、NTVの「火曜サスペンス劇場」だけしかない。

### 6. 対面朗読

視覚障害者にサービスしている公共図書館で主に実施されている。視覚障害者が図書館に出向き、ボランティアに希望する図書、雑誌等を読んでもらう。

日本点字図書館では、専門図書を対象にした対面リーディング・サービスを行っている。

## 〔課題〕

### 〔著作権法の整備〕

#### 1. 録音図書製作に関する矛盾

著作権法第37条で、点字による複製はすべて認められているが、第2項の録音に関しては、盲人の施設等が、専ら盲人のために製作、貸出するものに限っている。したがって、公共図書館やボランティア・グループが録音図書や雑誌を製作提供する場合、対象者が視覚障害者であっても著作権者の許諾が必要になる。対象を視覚障害者に限ったときには、製作母体がどこであっても許諾なしで製作貸出できるようにするのが望ましいのは言うまでもない。

さらに、その対象者を視覚障害者だけでなく、普通文字の読みが困難な人や、本を持ったりすることができず、活字書にアクセスしにくい人たちにまで拡大すべきであろう。

#### 2. 点訳データの有線送信権

点訳データそのものの作成には、著作権者の許諾はいらない。しかし、前に述べたように「てんやく広場」などで、点訳データを通信によってやり取りする際には、厳密に言うと著作権法違反になる。有線送信権から点訳データだけは、除外するのが筋であろう。さらに、現在、録音図書に関してもデジタル録音が進められており、音声データの送信も近い将来実現する。これについても、有線送信権の除外対象にすべきであろう。

## 〔漢字処理の課題〕

## 1. 漢字→かな変換の限界

漢字の読みに関する自動変換は、まだまだ不十分である。したがって、日本文の普通文字データを、音声または点字に自動変換したものは、視覚障害者が推測し、理解する以外ない。完璧に校正しようとするれば、たいへんな労力と時間が必要になる。ここがアルファベットの国との違いが最も大きな点で、わが国の視覚障害者は、情報の速時性という点で、大きな不利を被っていると言えよう。

## 2. 「点字の漢字」が普及しない

現在、「点字の漢字」は2種類考案され実用化している。六点漢字と漢点字であるが、いずれも盲学校教育に導入されていないことや、表音の通常点字の読み速度に比較すると極端に落ちるので、一般の点字図書には採用されていない。

いずれも数千の符号が完成しているので、これが一般に普及していれば、日本文の点字自動変換は問題がなくなる。

特に、六点漢字は、広く盲人用ワープロに導入されているので、視覚障害者が漢字かな交り文を書くときには極めて有効である。したがって、なんらかの方法によって、その普及を図ることが望ましい。

## 〔コンピュータ画面・映像情報からの疎外〕

## 1. コンピュータ・ソフトのグラフィック化

ウインドウズ画面の導入によって、コンピュータ・ソフトのグラフィック化が急速に進行している。インターネットでも映像画面が盛んに導入されていて、視覚障害者にとってはアクセスできない。アクセスするための努力が続けられているが、まだ充分とは言えず、どのような方式で解決していくかが重要な課題である。マイクロソフト社をはじめとするソフト製作者の配慮を強く望まなければならない。

特に、前項の漢字処理の課題と関連し、わが国のコンピュータ関連会社は、いっそうの努力が必要であろう。

## 2. 音声解説の普及

郵政省が音声解説番組への助成制度を設けているにも係わらず、テレビの音声解説はほとんど普及していない。視覚障害者から強い要望が出ているニュース番組（外国語の日本語音声化など）については、NHKも実施していない。聴覚障害者向けの字幕放送の普及に比しても、番組数の少なさは問題である。

## 3. その他の音声解説の普及

最近、演劇、映画等で、ときどき音声解説がつくことがあるが、その普及度は極めて小さい。聴覚障害者用字幕付きビデオのように、視覚障害者が家族や仲間と「共に楽しめる」音声解説付きビデオの貸出が実現してもよいであろう。

## 情報の役割

堀 込 真理子

トーコロ情報処理センター

## ・人間の持つ可能性と「情報」

人間は、当然のこととして日々自ら決定し自ら行動する。その際動機となるのは、個人の持つ「情報」やその蓄積による知識であろう。引き起こされる「行動」によって人はまた次のレベルの情報を得ることとなり、それらに彩られて人格は形成され、自己の可能性は高まっていく。したがって、どんな小さな情報でも、障害によりその入手を保障されないということは、可能性の萌芽や

発達を保障されていないのと同様である。災害時の情報の徹底は叫ばれ始めているが、大事な情報というものは個々にとって様々であり、いつでも欲しい時に引き出せるものでなくてはならない。

## ・「情報保障」の新しい道具—デジタルネットワークの活用

昨今、情報のソースとして、従来の活字や放送に加えインターネットやパソコン通信といったデジタル情報ネットワークが台頭してきた。従来のメ

ディアに比べ、その双方向性、即時性、平等性、広域性といった点から障害を持つ方の間でも急速に普及しつつある。TV等と違い、「情報」を得るための自らの「情報発信」が個人レベルで簡単にでき、収集した情報の編集、再構成は自分のペースでゆっくりとできる。「クリーニング屋さんでもらうハンガーって、伸ばせば物を拾う時の自助具になるよ!」というような、実に些細なしかし生活上もっとも有益な利用者による情報が、日本中のパソコンネット上を毎日駆け巡っている。巨大な福祉器具センターだけを中央に作ってもこうはいかない。また、何よりデジタルという情報の性質上、文字を音に変えたり点字に変えたりというメディア変換が容易であるため、障害に関係なくコミュニケーションが可能となるのも大きな利点である。

しかしながら、新しいメディアであるだけに多くの課題も残っている。パソコンアクセスのための障害に応じた補助具を作成できるエンジニアやパソコン購入、教育の時点でのアドバイザーなど

マンパワーの不足がそのひとつである。パソコンを日常生活用具指定とすることや通信料金低廉化なども早急に実現したい普及への目標である。

・さらにわかりやすい「情報」、人と人をつなぐ「情報」へ

デジタルネットワーク上にすでに存在している情報も、今後はさらに「わかりやすく」表現し、受け手がアクションを起こしやすい提供の仕方をめざしていくであろう。障害によっては、「情報」を受信した後の利用法、実生活への活かし方など情報活用のためのリテラシー教育も必要となる。

「情報」の種類は実用的なものから精神的な癒しの機能までより多様化していくであろう。

また、ユニバーサルなもの作り、コンセプト作りを推進していくためにも、インターネットの持つ市民性を活用し、産官学民あらゆる人がつながったネット上の交流組織の中で、万人に求められる情報保障、万人が参加できる情報保障への一歩について有用な提言をしていくことが望まれる。

## 【 分科会 7 】

# 地域生活等支援事業への期待と新たな展開

座 長： 川 関 和 俊

東京都立多摩総合精神保健福祉センター

## ま と め

### 1. 分科会の主旨

平成8年度から、障害児の療育、精神障害者の社会復帰、障害者の総合的な相談・生活支援を地域で支える新たな事業として「地域療育等支援事業」「精神障害者地域生活支援事業」「市町村障害者生活支援事業」が開始された。これらの3事業は、平成7年12月に総理府・障害者施策推進本部により発表された「障害者プラン」に基づくものである。この「障害者プラン」は7年間で作成すべき数値目標を掲げた具体的な計画であり、平成5年に改正された障害者基本法に定められている「総合的な障害者基本計画」に相当するものである。このような施策の実施により、地域での暮らしを支援する事業が、今後、量的にも質的にも進展することが期待されている。

ところで実際の取り組みは、地域によりまちまちである。この地域生活等支援事業を適用して、これまで行ってきた地域生活支援の活動をいっそう充実させている所もある。また、障害の種別を越えた活動に拡げたり、障害者自身が単にサービスの受け手でなくサービスの提供者ともなるなど、柔軟な活動を展開している所もある。本分科会はそれぞれに積極的な取り組みをしている3か所での実践を紹介していただき、フロアとの経験交流の中から、今後の地域生活支援について考えることを目的としたものである。

### 2. 発題者の発言から

最初に厚生省専門官の奥野英子氏に、地域生活等支援事業について、概括的に解説していただいた。同氏は、3事業の共通の特徴について述べた。

- ・総合的な相談窓口を設置する
- ・現在あるサービスを効率よく利用するための支

援を行う、これは将来的にはケアマネジメントへの発展の構想がある

- ・足りないサービスをこの事業を活用して実施し、ボランティアの活用、近隣のコミュニティ作りなどを行う
  - ・幅広い情報提供を行う
  - ・当事者活動の足掛かりとする
  - ・夜間や休日も、利用者のニーズに合わせて窓口を開けていただく
- の6点である。

次に自立生活支援センター・ピア大阪の事務局長平下耕三氏にお話しいただいた。氏自身が骨形成不全の障害を持っておられるが、ピア大阪では、全国自立生活センター協議会の運営規約にもとづいて多くの障害者が運営に携わっている。ピア・カウンセラーも障害の異なった7名が相談にあっている。同氏はもっと多くの自立生活センターにこの事業を委託して欲しいし、障害者だからできる援助をもっと活用して欲しいと述べ、印象的であった。

3番目の滋賀県甲賀郡障害者生活支援センターの報告は、当日予定された北岡賢剛氏が急用のため、所長の牛谷正人氏にお願いした。生活支援センターの事業は、家族の休息のためのレスパイトサービスを前身として始まり、相談窓口と各種サービスを一元化した利用しやすいシステムや、ケアコーディネーターがサービス調整会議にケアプランを提出して援助計画をたてるという支援ネットワークの方式などに体系化されてきている。同氏には、このような事業の発展経過と特徴について、分かりやすく説明していただいた。

最後は、埼玉県やどかりの里の生活支援センタ

一施設長、三石麻友美氏の報告であった。やどかりの里では平成2年から、援護寮、授産施設、作業所、グループホームを年々増やしてきたが、その後、地域での暮らしを支える拠点として生活支援センターを4か所設置している。同氏は、地域生活での当事者間の支え合いを重視した。また、施設から地域へという段階的発想では、いざ地域に出るときの不安を乗り越えるのが大変であり、病院を退院しにくいと同様の問題が生じてしまうので、先ず地域に住んでもらい、必要な援助を提供していくことが大事だと思つたと話された。

### 3. 討議の概要

障害者プランが、国、県、市それぞれに財政的に厳しい中で、果たして計画通りに進んでいくのか疑問が出された。また、県によってはほとんど金を出さない中で、地方分権で権限だけを国が委譲するのでは地域格差の問題は解決しない、補助金は事業途中で打ち切らないで欲しいなど、切実な要望が出された。

人口30万に2か所という構想では、人口の少ない市町村は単独では設置できないが、広域福祉圏と市町村の関係を国はどう考えているのかという質問が出された。これについては、高齢者で先行している障害保健福祉圏域を設定して欲しい、都道府県一障害福祉圏域一市町村の3つの圏域で、

異なった役割のサービスを整えていくことが国の考えであると話された。また、これに関連して、小さな市町村での障害を越えた生活支援センターの発想、高齢者の在宅介護支援センターの活動を障害者に拡げていく考えも意見として出された。

市町村障害者生活支援センターをもっと自立生活センターに委託して欲しいとの意見（現在42か所中6か所）が出されたが、国としては特に縛っておらず、委託は市町村の判断によるとの説明があった。

ホームヘルプサービスについても議論となった。公的ヘルパーは娯楽活動の支援等には適用できず時間も限定されているので、生活支援センターで補完しているが、決定権がセンターではなく市町村にあり、利用上支障があるという問題が出された。これについて、センターにどこまで権限委譲するかは各市町村で決めることになっていることが話された。

ピア・カウンセラーについても、多くの意見が出された。国レベルで計画的な養成を求めて欲しい、市町村障害者生活支援センターの職員の要件としてピア・カウンセラーを位置づけて欲しい、知的障害についても、パートナー付き等で積極的にピア・カウンセラーの養成をして欲しいなどである。

## 地域生活等支援事業の概要

奥野英子

厚生省大臣官房障害保健福祉部企画課

### はじめに

平成7年12月に策定された「障害者プラン」における7つの視点の第一である「地域で共に生活するために」の実現をめざし、障害保健福祉圏域（概ね30万人程度の人口規模毎に設定）に身体障害者、精神薄弱者、精神障害者の地域生活を支援する事業として各2か所設置することとされた3事業が、平成8年度に創設された。

### 3事業の概要

「地域生活（療育）支援事業」がこれらの3つ

の事業の総称であるが、個々の名称及び特徴は以下のとおりである。

#### (1) 市町村障害者生活支援事業（身体障害者）

在宅の障害者に対し在宅福祉サービスの利用援助、社会資源の活用や社会生活力を高めるための支援、当事者相談、情報の提供等を総合的に行うことにより、障害者や家族の地域における生活を支援し、自立と社会参加の促進を図ることを目的とし、実施主体は市町村である。

地域生活(療育)支援事業比較表

	市町村障害者生活支援事業	障害児(者)地域療育等支援事業	精神障害者地域生活支援事業
1 目的	在宅の障害者に対し、在宅福祉サービスの利用援助、社会資源の活用や社会生活力を高めるための支援、当事者相談、介護相談及び情報の提供等を総合的に行うことにより障害者やその家族の地域における生活を支援し、もって在宅の障害者の自立と社会参加の促進を図る。	在宅の重症心身障害児(者)、精神薄弱児(者)、身体障害児の地域における生活を支えるため、身近な地域で療育指導、相談等が受けられる療育機能の充実を図るとともにこれらの療育機能を支援する都道府県域における療育機能との重層的な連携を図り、もって障害児(者)の福祉の向上を図る。	地域で生活する精神障害者の日常生活の支援、日常的な相談への対応や地域交流活動などを行うことにより精神障害者の社会復帰と自立と社会参加の促進を図ること。
2 実施主体	市町村(特別区を含む) ただし、事業の全部または一部を、次に掲げる施設等を運営している地方公共団体、社会福祉法人等であって、適切な事業運営ができると認められるものに委託することができる。 (1)身体障害者更生施設等リハビリテーション施設 (2)身体障害者療護施設等生活施設 (3)身体障害者福祉センター、身体障害者デイサービスセンター等機能訓練実施施設 (4)障害者に対する相談・援助活動を実施している社会福祉協議会等	都道府県、指定都市及び中核市(中核市は、療育等支援施設事業のみ実施) なお、この事業を障害児(者)施設を営営する社会福祉法人等に委託することができる。 (1)療育等支援施設事業 精神薄弱児施設、精神薄弱児通園施設、自閉症児施設、盲ろうあ児施設、難聴幼児通園施設、肢体不自由児施設、肢体不自由児療護施設、肢体不自由児通園施設重症心身障害児施設、精神薄弱者更生施設、精神薄弱者授産施設 (2)療育拠点施設事業 心身障害児総合通園センター等	地方公共団体及び精神障害者社会復帰施設を運営する非営利法人 ただし、地方公共団体が実施する場合、都道府県知事または指定都市の市長が認める団体に委託できる。 ・実施場所 精神障害者生活訓練施設、精神障害者授産施設、精神障害者福祉ホームに附置して実施することを原則。
3 配置職員	(1)常勤職員(1名専従) ア 社会福祉士等のソーシャルワーカー イ 保健婦、理学療法士、作業療法士等で障害者の相談・援助業務の経験がある者 (2)嘱託職員(必要に応じて) 専門援助者(社会福祉士、医師、理学療法士、建築士、エンジニア等)	(1)療育等支援施設事業 ア コーディネーター (常勤専任職員1名) 児童指導員、生活指導員、社会福祉士等の資格を有するものであって、障害児(者)の処遇の業務について実務経験5年以上(望ましい) イ その他の事業実施職員 施設長、医師、看護婦、理学療法士、作業療法士、指導員、保母等 (2)療育拠点施設事業 事業実施職員、医師、看護婦、理学療法士、作業療法士、指導員、保母等	(1)常勤職員 精神科ソーシャルワーカー 1名 専任職員 1名 (2)非常勤職員 2名 職員は、精神障害者に関して理解のある者で必要な経験を有していること。
4 利用対象者	地域において生活支援を必要とする身体障害者等及びその家族	地域の在宅障害児、精神薄弱者及び保護者等	地域で生活している精神障害者
5 事業内容	(1)ホームヘルパー、デイサービス、ショートステイ等の利用援助・サービス情報の提供・利用の助言、介護相談、利用申請の援助等 (2)社会資源を活用するための支援 ・授産施設・作業所等の紹介、福祉機器の利用助言、コミュニケーションの支援、外出の援助、住宅改修の助言等 (3)社会生活力を高めるための支援 ・社会生活訓練プログラムの実施等 (4)当事者相談 (5)専門機関の紹介	(1)療育等支援施設事業 療育に関する専門的指導等を行うことのできる拠点施設の整備を図るための事業であり、次の事業を行う。 ・障害児(者)やその保護者に対する相談指導 ・在宅重度精神薄弱者の健康審査・障害児の通う保育所や心身障害児通園事業等の職員の療育技術の指導・在宅福祉サービス利用の連絡調整、相談 (2)療育拠点施設事業 療育等支援施設事業を行う施設の中から都道府県域に療育拠点施設として1か所指定し、次の事業を行う。 ・指導効果が得られない困難ケースの処遇に対し、療育の総合的アドバイスを行うための専門的検討会議の開催・困難ケースの個別的指導	(1)日常生活支援 ・住居、就労、食事等の日常生活における個別的・具体的な支援 ・生活機能や対人関係に関する指導、訓練 (2)相談等 ・電話、面接及び訪問で実施 (3)地域交流等 ・場の提供 ・生活情報の提供 (4)その他
6 9年度予算	(1)事業費 (国1/2、県1/4、市町村1/4) ・1か所あたり 15,363千円 ・40か所 → 80か所 (2)施設整備等 (国1/2、県1/4、設置者1/4) ・基準面積 84.4㎡ ・設備整備費 835千円	(1)事業費 (国1/2、県1/2) ア 療育等支援施設事業 ・1か所あたり 12,838千円(標準) ・70か所 → 140か所 イ 療育拠点施設事業 ・1か所あたり 21,407千円(標準) ・11か所 → 11か所 (2)施設整備等 なし	(1)事業費 (国1/2、県1/2) ・1か所あたり 14,726千円 ・47か所 → 94か所 (2)施設整備等 (国1/2、県1/4、設置者1/4) ・基準面積 220㎡ ・設備整備費 2,141千円

## (2) 障害児(者)地域療育等支援事業(障害児、精神薄弱者等)

在宅の重症心身障害児(者)、精神薄弱児(者)、身体障害児の地域における生活を支えるため、身近な地域で相談、指導等が受けられる療育機能の充実を図るとともに、これらの療育機能を支援するため、都道府県に1か所指定された療育拠点施設との重層的な連携により、障害児(者)の福祉の向上を図ることを目的とし、実施主体は都道府県、指定都市及び中核市である。

## (3) 精神障害者地域生活支援事業(精神障害者)

地域で生活する精神障害者の日常生活の支援、日常的な相談への対応や地域交流活動などを行うことにより、精神障害者の自立と社会参加の促進を図ることを目的とし、実施主体は地方公共団体及び精神障害者社会復帰施設を運営する法人である。

これらの3事業の目的、実施主体、配置職員、利用対象者、事業内容、事業費等は表の通りである。

### 今後への期待と課題

3事業は事業内容等に多少違いがあるが、現存の各種サービスを有効活用し連絡調整するほか、サービス利用者の利便性を考慮した時間帯に対応できる実施体制をとり、身近な地域において利用しやすいサービスの実現、地域における公私の社会資源の開発・育成、地域に生活する障害者が誰でも利用できる柔軟的な運営等が求められている。

本事業が施設による障害者の地域生活支援、施設の社会化、住民参加、ボランティア活動の促進等に寄与し、様々な創意工夫、関係機関との連携協力により、障害者にとって暮らしやすい福祉コミュニティの実現をめざしたものとなることが期待されている。

## 自立生活支援センターとしての役割

平 下 耕 三

自立生活支援センター・ピア大阪

### 1. ピア大阪の概要

#### ピア大阪の誕生

自立生活センター研究会(府立大学 定藤丈弘教授を中心とした)と大阪市とで、『大阪市にも自立生活センターを設立しよう』と2年余りの研究活動が展開され、大阪市立早川福祉会館建て替えに際し、1994年5月に『自立生活支援センター・ピア大阪』が誕生した。大阪市の単費事業として、社会福祉法人大阪市障害更生文化協会に事業委託された。

#### 組 織

自立生活センター研究会を母体として運営委員会を発足。運営委員会は障害者、学識経験者、弁護士、福祉関係従事者等41名で組織され、JIL(全国自立生活センター協議会)の運営委員規約(意志決定機関の責任者及び実施機関の責任者が障害者であること)を元に運営をされている。また運営委員の中から選出された、障害者を過半数

とする常任委員会がある。事務局スタッフとして、事務局長(障害者)、事務局次長(障害者)、事務局員(健常者)2名、アルバイト1名、大阪市出向職員2名である。

#### 事業内容

- ・相談事業—障害者自身によるピア(仲間)カウンセリング
- ・自立生活体験事業—自立生活への模擬体験が行える体験室の提供
- ・ピアスクール—障害者リーダー養成講座(エンパワーメント)
- ・ピアカウンセリング短期集中講座—ピアカウンセリングとは何かを体験する。(来年1月より実施—自立生活プログラム)
- ・障害者交流フリースペース—障害者の仲間づくりの場
- ・権利擁護システム検討—人権擁護のあり方を様々な角度から検討する。

- ・その他（各種講座の開催）一障害者の人権講座、HOWTO講座、作業所職員セミナー、情報収集、情報提供など
- 2. ピア大阪今後のキーワード『エンパワーメント』  
障害を持った時、障害を負った時から社会的な

抑圧のもとで、人間としてあたりまえの生き方が保証されてこなかった障害者自身が、ピア（仲間）との関係にてエンパワーメント（生きる力）を取り戻し、実際にその力を地域生活の中で発揮できるように支えるのが当事者主導による自立生活センターの役割である。

## 滋賀県甲賀郡障害者生活支援センターの取り組み

北岡 賢剛  
信楽青年寮

### 1. はじめに

家族と暮らす知的障害児(者)の地域生活を支える有効なサービスとして「介護支援サービス」がある。このサービスは、既存の入所施設を利用する短期入所事業(ショートステイ事業)とは違い、利用者のニーズに応じて、弾力的にサービスを組み立てることを基本としているために、サービスを提供する「場」「内容」「時間帯」「利用理由」を限定しないことで利用者主体のサービスの提供が可能となった。

滋賀県甲賀郡で取り組んでいる「介護支援サービス」について、その基本的な考えを紹介するとともに、サービスの概要を報告する。

### 2. 事業の経緯について

甲賀郡域において地域で暮らす知的障害児・者の家族に対して、「介護支援サービス」が始まったのは、信楽青年寮が94年7月にスタートさせた、『レスパイトサービス』であった。93年秋に信楽町における障害児・者の家庭の状況調査を行ったところ、「介護支援サービス」の必要性が指摘されたことから、信楽青年寮では、具体的なサービスとしてニーズに応じたヘルパーの派遣と重症心身障害児への個別対応を含むショートステイの積極的な受け入れを行うこととなった。

初年度は、利用者24世帯でサービスは240件であった。2年目においては、43世帯の登録で約800件のサービスを実施するに至った。これらの数字から伺い知れるように、「介護支援サービス」はこれまでの施設を中心とした施策ではない、地域

生活を支援する重要なサービスのあり方として、地域に徐々に受け入れられて行った。

### 3. 24時間対応型在宅福祉サービスモデル事業 (1) 制度の組み立て

この事業は、95年度に甲賀福祉圏域においてまとめられた「甲賀地域障害者福祉計画」の核となる事業で「甲賀郡障害者生活支援センター」を設置し、以下の4つの事業を実施している。

- ①障害児・者地域療育等支援事業(県委託事業)
- ②24時間対応総合型ホームヘルプサービス事業  
(市町村委託事業)
- ③ナイトケア事業 ( " )
- ④知的障害者ディサービス事業 ( " )

滋賀県では、7つの福祉圏を設置し、それぞれに入所施設を拠点とした「障害者生活支援センター」を置き、相談と介護支援サービスの一元的な提供を目指している。甲賀での取り組みは2年間の私的契約による在宅支援サービスの実績をもとに、滋賀県で最初の公的在宅福祉サービス事業として位置づけられた。

また上記の事業の開始により、これまで私的契約によって提供してきた「生活支援サービス(レスパイトサービス)」は、公的サービスの適用が困難なニーズに対する受け皿として残し、支援センターの事業とした。

公的補助事業の開始に伴い、96年度からコーディネーター、ホームヘルパー、デイサービス指導員など6名の常勤職員と1名の非常勤職員の7名体制で事業に取り組んだ。

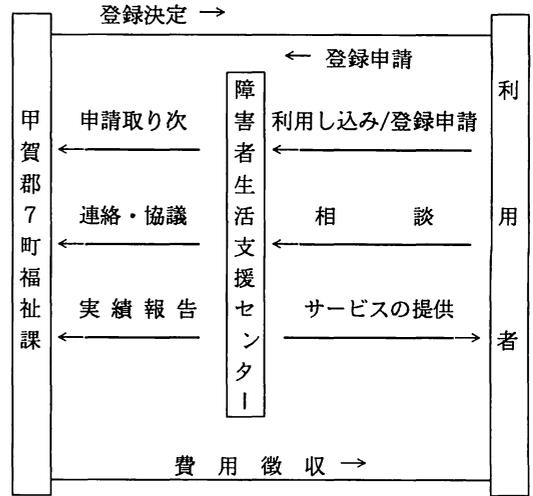
(2) サービス利用の流れ

甲賀郡の介護支援サービスの利用は図1のようになっている。

これまで福祉サービスを利用する場合は、手続きの煩雑さが指摘されてきたため、このサービスにおいては図で示しているように利用者の利用申請（事前登録）が行われれば、生活支援センターへの電話やファックスによる連絡で予約ができるように制度を見直した。このことにより利用のたびに申請をするという煩雑さは解消された。

生活支援センターが行うサービスは、甲賀郡7町との間で協議された「24時間対応在宅支援サービス申し合わせ事項」に基づいて実施しており、個々の依頼に対する判断は、それに照らしながら支援センターが実施についての可否を判断しているので、申し込みの時点でサービスの実施が決定されることとなる。

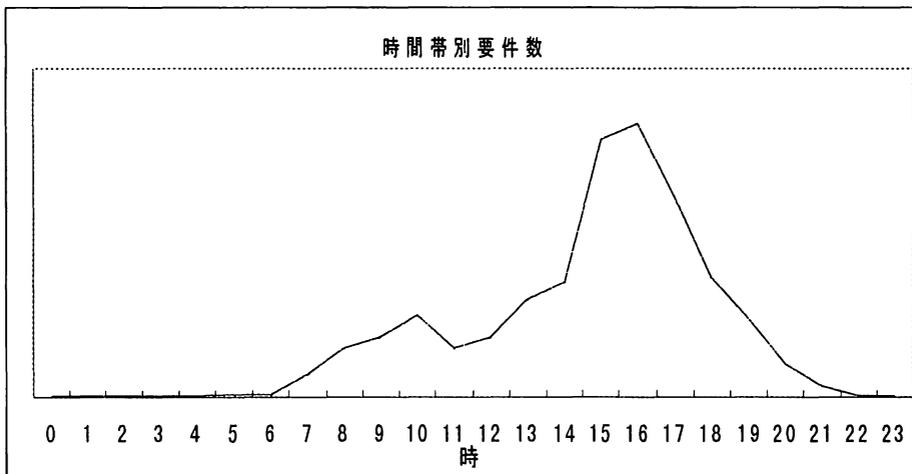
サービスの実績は月単位で集計し7町に報告し、町は利用実績に応じた費用負担を利用者に請求している。(図1参照)



<図1 / サービス利用の流れ>

(3) サービスの実際

6年度1年間で約1600件のサービスを実施した。特に7月の支援センターオープン以来、月150件を上回る依頼があった。また今年度はさらにサービスの依頼が増え10月までの上半期で1500件のサービスを実施している。(図2参照)



<図2 / サービスの利用時間帯>

サービスの内容は、障害を持つ本人の家庭における介護サービスばかりでなく、学校や作業所からの送迎を伴うニーズも多かった。これは昨年7月より県の単独事業として中・軽度の方の利用とともに18歳以下の児童の移送サービスが認められたことが影響している。

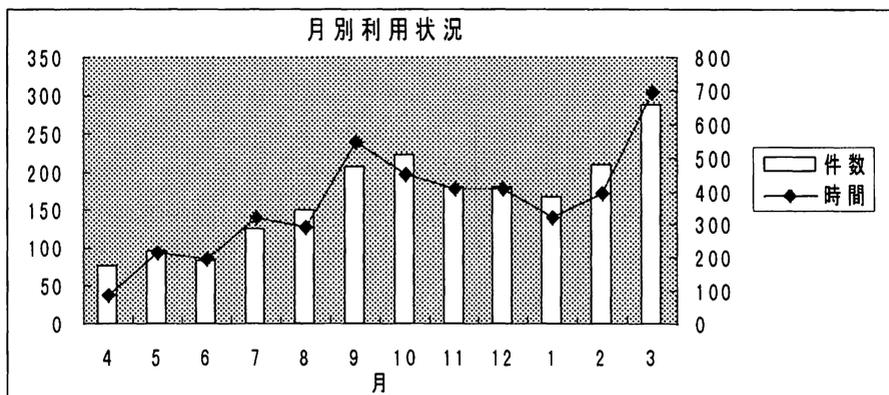
またショートステイ利用のための送迎やショー

トステイ利用中の通学・通所（無認可に限る）を保障するための送迎も対象と認められたことで、入所施設等のショートステイ中も本人の日常生活に応じて通学・通所をサービスによって保障できるようになった。

介護の場所はセンターという拠点ができただけで、自宅への派遣介護だけでなくセンターを利用

したサービスが大変増えてきている。ヘルパーといえども他人に留守宅に入られることに抵抗があった。家庭や家でゆっくりと家事をしたいなど利用者の都合に合わせてセンター介護も選択できるという形態が自然に受け入れやすかったことなどが理由として考えられる。

利用時間帯は朝と夕方～夜に集中する傾向がある。朝は、共稼ぎの両親が出勤してから本人が学校・作業所に行くまでの介護等、夕方は学校や作業所の終了時から保護者が帰宅するまでの介護を中心とするタイムケアが利用の多くを占めている。(図3参照)



<図3 平成6年度の月別サービス利用状況>

その他にも、「家族で地域の行事に参加する時の付き添い」や「母親が創作活動の準備に集中したい」「地域のサークル活動に参加したい」など、介護困難を理由としたサービスの依頼ばかりでなく、サービスを上手に使うことで親も子もより豊かでゆとりのある地域生活を組み立てていこうという積極的な親の態度も現われ始めている。

これまでは保護者の用事や家族の病気など障害を持つ本人以外の都合で社会参加の機会が制限されることもあったがサービスの利用により本人の活動を保障することが可能となってきた。

#### 4. 地域生活を保障するということ

甲賀郡の取り組みは、単に家族の介護負担を軽減するだけでなく積極的に地域生活を応援しよう

とする意味で、従来の施設を中心とした「保護」と異なる。甲賀郡では平成6年4月より心身障害者サービス調整会議を設置し、障害をもつ人と家族の様々なニーズに対して福祉圏で対応していくマネジメントシステムを稼働させている。「一人の不安を一人だけの不安にしない」ことを目標に福祉・保健・教育など障害に関わる各分野ができることを出し合うことを基本に、月1回の定例会議を開催している。これまでは個々のニーズに対して一つの機関が抱え込むことが多かったが、圏域で支えることで地域での暮らしに可能性が広がった。

介護支援サービスは、このような地域生活支援システムと連動することが大切であると考えられる。

## 精神障害者地域生活支援事業

三 石 麻友美

社団法人やどかりの里

### 1 やどかりの里の概略

昭和45年、埼玉県大宮市にて活動を開始。当時、精神病院には病状が良くなったにもかかわらず長期入院を余儀なくされている人が大勢いた。そういった人たちへの働く場と住む場を提供したことが活動の始まりである。以後、精神障害者が地域で安心して暮らしていくネットワークづくりをめざし活動を続けてきた。基本理念は、障害をもった人も、病気をした人も、健康な人も、共に豊かに生きることのできる地域社会の現実をめざし、活動を続けていくことである。

### 2 平成2年度から平成9年度までの量的変化

平成2年度に社会復帰施設（援護寮・授産施設）を建設してから平成9年度の現在に至るまでの間、精神障害者が地域で継続して暮らしていけるよう支援できる体制を整えてきた。その間の動きを簡単にまとめたい。

平成2年度に、社会復帰施設を地域生活を支える拠点としてスタート。しかし、施設は地域での暮らしを支える拠点にはなりづらく、訓練的な要素はすべてなくし、平成4年度には生活支援センターを設置し、地域で暮らす彼らの生活を支える拠点として新たにスタートさせた。同時に、長期入院の生活を保障する場としてグループホームの運営、働く場として作業所の運営も開始した。

また平成6年度には、これらの資源を連携、調整する機能として生活支援センター本部を設置し、利用者の受理や全体的なコーディネート、資源の開拓や調整などの機能をもつようになった。

グループホームは、当事者同士が支え合いながら安心して暮らしていくことを生活の基盤にしている。現在は10個所のグループホームを運営している。

作業所は現在5カ所あり、各々作業内容は異なり、当事者が選択しやすいよう工夫している。

生活支援センターは、生活に密着し家庭的な雰囲気のある安心できる空間として運営している。管理運営は当事者に任せ、彼らが解決できない場合には職員が支援する。現在4カ所の生活支援センターを運営し、メンバーにとっての憩いの場となっている。

社会復帰施設は、後方の支援として危機的などきの利用や休息利用など、ショートステイの機能を中心とした。

平成9年度には、当事者を従業員として継続的に雇用していく場として、福祉工場（やどかり情報館）をオープンさせた。授産施設においては、地域で暮らす高齢者や障害者の方への食事サービスを新たに開始した。

### 3 生活支援の方法の変化（質的变化）

ここ数年、量的に資源が増加する中で、当事者への支援の内容も変化した。その内容について、大きく4点にまとめられる。

まず1つめは、訓練的な関わりから、その人の個性を尊重する関わりへと変化したことである。問題や病気の部分に焦点を当て解決していくよう訓練したり、相手を変えようとする関わりではなく、病気をもちながらもその人らしく生きていけるよう、一人一人の個性や価値観を尊重し、支援する関わりへと変化した。

2つめは、援助することのみが援助なのではなく、援助しないこともまた援助であるということが明確になったことである。その人の持つ可能性を引き出し、将来の目標をもちながら、主体的に自分の人生を選択、決定していけるように支援する関わりへと変化した。

3つめは、フォーマルなネットワークだけが暮らしを成り立たせるのではなく、インフォーマルなネットワークこそが重要になるということである。彼らが安心して地域で暮らしていくには、当

事者同士のインフォーマルなネットワークをたくさん創っていくことが、暮らしのなかでの支えあいを生み、危機的状況乗り越え、継続して暮らしていくことにつながっていく。また、当事者同士のみだけでなく、たとえばボランティアの方や近所に住む八百屋のおばさんといったような人とのネットワークも、インフォーマルなネットワークである。職員の役割は、彼らがそういったインフォーマルな支え合いをたくさん創りだせるよう、直接的な支援から間接的な支援へと変化した。

4つめは、2つめにも関係するが、利用者にニーズにあった支援をしていくことである。彼らの本当のニーズを聴きとり、そのニーズにあった支援やサービスを提供していく。「～がしたい」といった表面的なニーズではなく、彼らが本当に必要としている隠れたニーズ（本音といってもいいが）を明確にし、ニーズにそった目標が実現するよう、環境調整をしたり本人のニーズにあった支援をしていくようになった。そういった支援をしていかない限り、支援は生かされていかないことが明確になった。

#### 4 地域でごくあたりまえに暮らす

資源はここ数年で一気に増加した。利用登録者も140名を越えている。今後も質的な充実をはかっていくと共に、量的にも充実させ、常に質と量が一体化していくことが重要となろう。心の病をもった人が、地域で安心して暮らしていくことのできる街づくりを、広い視野にたって考えていく必要があるだろう。

#### 5 今後の展望

目指すのは、共に生きる地域づくりである。それは、やどかりの里が25年以上にわたって活動を続けてきた、ひとつの大きな理念である。しかし、実現していくには課題は大きく、たやすいことではない。時間もかかる。

今年度、授産施設の新しい事業として、地域で暮らす高齢者や障害者の方への食事サービス事業を開始した。そこでは、当事者も地域づくりの担い手である。いつも援助やサービスを受ける立場の彼らが、サービスを提供する立場の人として生き生きと仕事をしている。そして、そういったサービスを必要としている人たちが地域にはたくさんいるのである。障害種別を越えた街づくりへの一歩として、新しい試みを始めたところである。

## 【 分科会 8 】

# 社会参加を実現する新たな就労

座長：朝日雅也

埼玉県健康福祉部看護福祉系大学設立準備室

## ま と め

本分科会は、障害を持つ人々の就労に関するサービスを振り返りながら、いま各地で取り組まれている新たな取り組みの経験の共有化を通じ、社会参加を実現するための就労、特にそのための援助のあり方を展望することを意図した。

幸い、本分科会には、学校から就労の場面への移行や地域における新たな就労援助についてその最先端で取り組んでいる実践家の参加を得ることができ、フロア参加者との間でも活発な議論がなされた。

青森障害者職業センターの相澤欽一氏は、職業リハビリテーションの歴史的な展開を踏まえながら関連するサービスの選択肢の拡大や企業（環境）への働きかけの重要性の増大などについて紹介した。その上で職場開拓や援助方法のさらなる工夫、学校から就労の場への移行に関する関係機関の連携などの課題を提起した。

香川大学教育学部附属養護学校の坂井聡氏は、就労への移行における学校の役割を中心に、現場実習の実際や支援の方向性の構造について紹介した。

また、将来の知的障害者の就労生活を支える場として、生活支援と就労支援の機能を同時に持つ生活支援センターのようなシステムの必要性が提案された。

地域に根ざした職業リハサービスの担い手として期待される障害者雇用支援センターからは、その先駆的な役割を果たす箕面市障害者雇用支援センターの栗原久氏が、職業準備訓練や職場実習協力事業所のシステム、障害者雇用支援者（ボランティア）などの業務の実際について紹介した。同センターの業務について包括的な話を聞く機会は

比較的少なく、栗原氏の報告は障害者と企業の両者に対する具体的な支援の内容をイメージすることのできる臨場感にあふれるものであった。また、職業準備性を高めることに主眼がおかれていると思われる同センターの業務も、実は企業や地域社会にアプローチする側面も重要であるという障害者の働きやすい街づくりの視点は、社会参加を実現する新たな就労の取り組みの中で示唆を与えるものであった。

電機神奈川福祉センターの志賀利一氏は、神奈川県下の知的障害者の就労支援をめぐるユニークな取り組みについて報告した。地域就労援助センター事業、電機連合神奈川地協の活動、障害者雇用システム研究会の活動を通じ、知的障害者の就労についてそれぞれの活動が独自のスタンスを持っていることを踏まえながら、従来の「完成された労働者づくり」から「働きながらの支援」へと援助プログラムが変容していること、働くことを魅力的にするための方法論、雇用管理のノウハウの共有化により「特別な面倒見のいい会社」においてではなく「普通の会社」での雇用の可能性の拡大等が提起された。

特に、「継続的な援助」を基調とする地域就労援助センターの取り組みは、「今できることからスタートしよう」という就労支援の新たなコンセプトを具体的に実現するものであり、多くの示唆を与える。

一方、就労者の増加で、援助が拡大していること、独自の職場開拓には限界があることから、より組織的な取り組みの必要性も課題として取り上げられた。さらに企業を支えるさまざまな情報やノウハウを共有化する関係者のネットワークのあ

り方について、フロアからも大いに関心が寄せられた。

フロアと発言者との議論の前に、指定討論者として当事者から見た就労援助サービスを語った山本一裕氏は自身の就職活動と、特にアメリカ留学によって学んだ「皆すべての人々は特別である」という実体験に基づき就労援助のあり方そのものを問いかけた。

フロアからは、就労援助の第一線にある話題提供者だったせいか、内容的には中心となった知的障害者の就労援助の問題にとどまらず、中途障害者の雇用継続の問題など幅の広い内容についての問いかけがあった。

さらに、志賀氏の「完成された労働者の育成」から「今、できることで仕事の場に送り出し、必要な援助をしていく」という就労援助観を踏まえて、「事業所に完成された労働者として送り出すこと」も、援助する側の責任ではないかとの投げかけが寄せられるなど、分科会は興味深い進展をした。

また、各発言者に共通して、援助する側と援助される側、送り出す側と受け入れる側という相対する関係をこえた、社会参加としての就労を実現する目的とそのための方法論の共有化が新しい就労援助に共通する基盤になっているようなことを特に感じさせられた。

21世紀のリハビリテーションを語るには若手の登場が必要ゆえ、今回の発言者を選定したとの企画者の紹介があった。座長が若手に入るのかどうかは、参加者の判断にゆだねるとして、これからの担い手によって提供されるサービスのあり方は、21世紀に評価されるものであろう。

就労への移行にとってどのようなサービスが有効なのか。重度の障害のある人々の就労を進めるためにわれわれは何をすべきなのか。地域で支えるとは何か。障害のある人々は何を求め、それが就労援助サービスにどのように反映されているのか。今後も議論が継続することを大いに期待したい。

## 雇用促進対策としての就労支援

相澤 欽一

青森障害者職業センター

### 1 障害者雇用対策の動向（図表1参照）

わが国の障害者雇用対策は、戦前の傷痍軍人対策、戦後の職業安定法の制定（1947年）や身体障害者職業更生援護対策要綱の策定（1952年）等の経緯がありますが、1960年に「身体障害者雇用促進法」が制定され、身体障害者雇用率制度が導入されたところから本格的に始まったといえます。同法は、1976年に身体障害者雇用率制度の強化（努力義務から法的義務へ）と雇用納付金制度の導入等からなる抜本改正がなされ、障害者雇用は大きく前進しました。

1987年、同法は、精神薄弱者対策の強化（実雇用率への算定等）、職業リハビリテーションの推進、在職中に障害者となった者の雇用継続等を含む雇用安定のための施策の強化等を柱とした改正

がなされ、名称も新たに「障害者の雇用の促進等に関する法律」として公布されました。

その後、同法は、精神障害者雇用に対する各種助成金の支給等からなる一部改正（1992年）、障害者雇用支援センターの指定等からなる一部改正（1994年）、精神薄弱者の雇用義務等からなる一部改正（1997年）等がなされています。

また、1987年から精神障害者に対する職場適応訓練制度の適用、1992年から精神障害者の公共職業訓練の受け入れ、1993年から公共職業安定所への精神障害担当の職業相談員の設置等、これまで遅れていた精神障害者対策も近年急速に前進してきているといえます。

このように、わが国の障害者雇用対策は、身体障害者中心の施策から知的障害者や精神障害者へ

図表 1 障害者雇用援護制度等の経緯

'60 「身体障害者雇用促進法」 ・雇用率：1.1%（努力義務）	'72 東京心身障害者職業センター開設
'76 「身体障害者雇用促進法」の抜本改正 ・雇用率：1.5%（法的義務） ・身体障害者雇用納付金制度	
'81 国際障害者年	
'83 ILO第159号条約 「障害者の職業リハビリテーション及び雇用に関する条約」	
'86 精神障害者への職場適応訓練制度の適用	
'87 「障害者の雇用の促進等に関する法律」公布 ・対象者の拡大（精神薄弱者の雇用率算定；雇用率1.6%） ・職業リハビリテーションの推進 ・雇用安定のための施策の充実強化 （職場定着の施策や中途障害者の継続雇用のための施策）	'87 職業準備訓練の全国導入開始
'92 「障害者の雇用の促進等に関する法律」の一部改正 ・精神障害者が納付金制度に基づく助成金の対象 ・雇用率制度における重度精神薄弱者のダブルカット適用 ・重度障害者の短時間労働における雇用率制度の適用	'88 障害者職業センターと名称変更 同年 職業講習の全国導入開始
同年 日本政府「ILO第159条約」批准	'92 職域開発援助事業の全国導入開始
同年 精神障害者に対する公共職業訓練の受け入れ	
'93 公共職業安定所に精神障害担当の職業相談員を設置	
'94 「障害者の雇用の促進等に関する法律」の一部改正 ・障害者雇用支援センターの設置	
'97 「障害者の雇用の促進等に関する法律」の一部改正 ・精神薄弱者の雇用義務（雇用率 1.8%）（H10.7から施行） ・短時間労働の精神障害者が助成金支給の対象（H10.4から施行）	

とその対象を拡大し、内容の充実もはかられてきています。

## 2 地域障害者職業センターの職業リハビリテーションサービス

職業評価から就職後のアフターケアまでを専門的に行う施設として心身障害者職業センターの設置が1972年から進められていましたが、「障害者の雇用の促進等に関する法律」の施行に伴い、こ

の施設は地域の職業リハビリテーションの専門施設として法的に位置づけられ、名称も「地域障害者職業センター（以下、地域センターという）」と変更されています。

地域センターでは、職務試行（実際に事業所内で職務に従事してもらうことにより評価を行う）等の評価法の充実や職業準備訓練及び職域開発援助事業の導入等に伴い、検査室内での評価中心の

業務から、職場環境に入り込んでの評価・支援業務の比重も増えてきています。

ここでは、地域センター業務の中から、職業準備訓練と職域開発援助事業について簡単に説明します。

職業準備訓練は、地域センター内に設置された模擬的事業所（ワークトレーニング社）内で、簡易な作業を行わせることにより、基本的な労働習慣の体得を図る事業です。訓練期間は8週間で、10名程度の小集団で行われています。年度によって変動はありますが、最近では、対象者の約6割が知的障害者で、精神障害者が約2割、残りが身体障害者その他となっており、職業準備訓練修了者の就職率は約6割となっています。

職域開発援助事業は、事業所の中で個々の障害状況等に応じた指導や援助を行い、労働習慣を含む職業能力の向上を図る事業です。実施期間は1か月以上4か月以内（段階的に作業時間を伸ばす方法を取る場合には7か月以内）で、対象者の状況に応じて設定しています。訓練中は、障害者職業カウンセラーの指示のもと、仕事に関する技術面の指導を事業所の職員（技術支援パートナー）が、技術面以外の職業生活全般に関する指導や援助を地域センター職員の生活支援パートナーが行っています。職域開発援助事業は事業所を活用した職業準備訓練という位置づけになっており、その主目的は本人の職業準備性の向上にあります。地域センターの職員が事業所環境の中に入って行う訓練のため、事業所環境の調整機能も果たしているといえます。年度によって変動はありますが、最近では、対象者の約7割が知的障害者で、精神障害者が2割弱、残りが身体障害者その他となっており、職域開発援助事業修了者の就職率は約8～9割となっています。

### 3 職業リハビリテーションの現場から見た就労支援の現状と課題

障害者の雇用対策は一定の前進をみせ、労働分野での職業リハビリテーションサービスの質が向

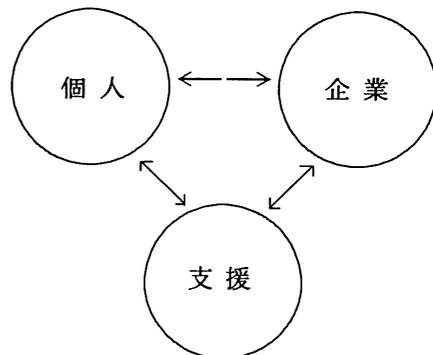
上し、就労支援に関する選択肢も増えてきています。

また、就労支援の考え方も、単に個人の障害特性や能力面から雇用の可能性を捉えるのではなく、図表2に示すように個人と企業との関係、さらには個人や企業への支援のあり方により雇用の可能性を捉える見方が一般的になり、企業（環境）に対する働きかけがこれまで以上に重要視されてきています。

しかし、職業リハビリテーションの現場から見ると、①労働分野での職場開拓や事業主に対する指導・援助のさらなる工夫（企業への支援・働きかけの充実強化）、②関係機関の連携の充実／支援機関のコーディネート必要性（特に、学校や医療の場から就職や職場復帰の際の移行期の関係機関の連携、就労支援の機関と地域生活支援の機関との連携）、③現行の雇用施策では就労が困難な障害者のための雇用形態の多様化及び労働施策と保健福祉施策の連携・統合の推進等、多くの課題も残されているように思われます。

課題を改善し就労支援の更なる可能性を追求するために、現場の努力や工夫、就労支援サービスの専門性を保障するための体制作り、法制度の改正等、多角的な視点からの検討が望まれます。

（個人と企業と支援の関係により変化する）



図表2 雇用の可能性

## 養護学校での就職をめざした進路指導

坂 井 聡

香川大学教育学部附属養護学校

香川県は日本で一番小さい県です。ですから、施設の数、学校の数もほかの県に比べるとかなり少ないのではないかと思います。

就職に関していえば、知的発達障害をもっている人の50パーセント以上が、養護学校卒業後一般就労をしているという県でもあります。養護学校卒業生の約半数ちょっとの人が一般就労で、残りの人たちが福祉就労をしているということになります。

ところで、就労（一般就労、福祉就労）を考えたとき、学校の果たす役割というのはどのようなものなのでしょうか。

まず、指導の場としての学校があります。普段の授業はもちろん、現場実習などをとおして生徒に直接指導する場としての学校です。次に相談窓口としての学校の役割があると思います。在校生の相談はもちろんですが、それ以外に卒業生からの相談、障害者職業センターからの問い合わせなどにも答えていかなくてはならないと思います。そして、事業所からの相談にも適切に答えていくことができるようにしておくことが必要になると思います。次に情報収集、情報提供をするという役割が学校には必要だと思います。職業安定所や障害者職業センターなどの関係機関と連絡を密にして情報をもっておく必要があります。生徒のことを一番よく知っているのは学校なので、卒業生を含めて必要な情報を提供できるような役割が必要なのです。

指導の場としての役割を果たす学校の具体的なものとして現場実習があります。本校では校内実習を含めて次のような期間、現場実習を行っています。

高等部1年	校内実習	2週間	1学期
	集団実習	2週間	2学期
高等部2年	小集団実習	2週間	1学期

小集団実習 2週間 2学期

高等部3年 個別実習 2週間 1学期

個別実習 4週間 2学期

個別実習 適宜 2、3学期

実習先は事業所か作業所、施設などで特別な理由がない限り学校外で現場実習に取り組んでもらうようにしています。

高等部1、2年次の現場実習の目標は次のようなこととなります。①学校外で作業ができるようにする。②移動する能力を身につける。③協力して作業ができるようにする。④いろいろな作業種を経験する。

次に高等部3年です。3年生は一人で実習に行くこととなります。そして、次のようなことが現場実習の目標となります。①学校外で一人で作業する力を身につける。②移動する能力を身につける。③監督する人を受け入れられるようにする。④協力できるようにする。⑤事業所の時間帯に合わせて作業ができるようにする。

以上のようなことを目標にして現場実習は行われています。

ところで、学校での職業指導が、現場実習をしていればそれだけでうまくいくかというところではありません。それ以外にも次のようなことが必要なのではないかと思います。身辺処理に関する能力を身につけておかななくてはならないのはもちろんですが、自分を知ること、選択できるようになること、コミュニケーションの能力を身につけるということです。まず、自分を知ることです。靴の大きさや服のサイズなどを知ることです。そして、自分の得意なこと不得意なこと、自分が生きている場所についても知ることが大切です。自分の立場や役割を知り、自分が社会の中の一員として働くことの大切さに気づかせていくこ

とが大切になるのです。次に、選択する力をつけていくことです。実習先を検討するときでも、「いい」「いや」くらいははっきりと選択できるようにしておくことが大切だと思います。実際はいやなのに「いや」と言えないために、就職してからトラブルになるケースもよくあります。「はい」だけではなく「いや」と言うことができるようになっていく必要があるのです。そして、コミュニケーションの能力です。音声でしゃべることができなければ絵カードでも、ジェスチャーでも、VOCAと呼ばれるコミュニケーションエイドなどでもいいと思います。それらを用いて適切な支援を具体的に引き出していくことができるようにするために、コミュニケーションの能力は必要なのです。知的障害をもっている人たちが社会参加していくためには周囲からの支援は不可欠です。そのためには、自分から積極的に支援を引き出していくことが必要なのです（図1参照）。

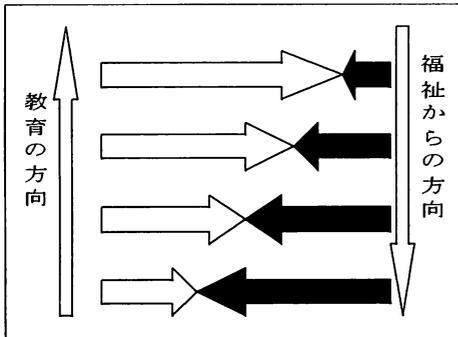


図1 社会参加と支援

学校での指導で以上のようなことが出来ればそれでいいのかというと、それだけでは充分ではありません。関係機関との連携は欠かすことのできないものです。関係機関との連携は在学中と卒業後で若干の違いがあると思います(図2、3参照)。

学校での指導で以上のようなことができればそれでいいのかというと、それだけでは十分ではあ一般就労の場合は、このような連携をはかっていく必要があると考えています。福祉就労の場合は、福祉事務所、作業所、病院等との連携を図っていくことが大切になります。

最後に、このようなものがあたらいいのになということをお話して終わりたいと思います。

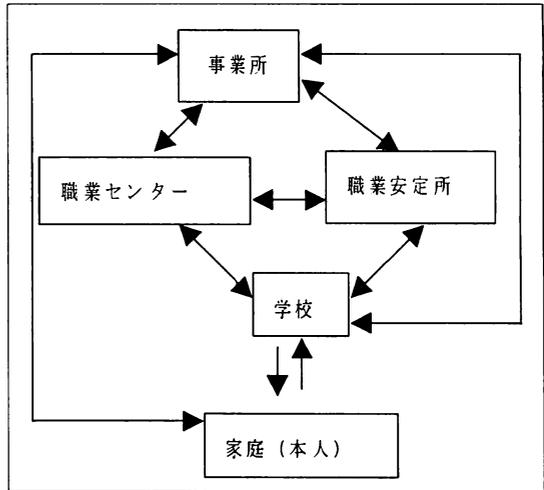


図2 在学中の連携

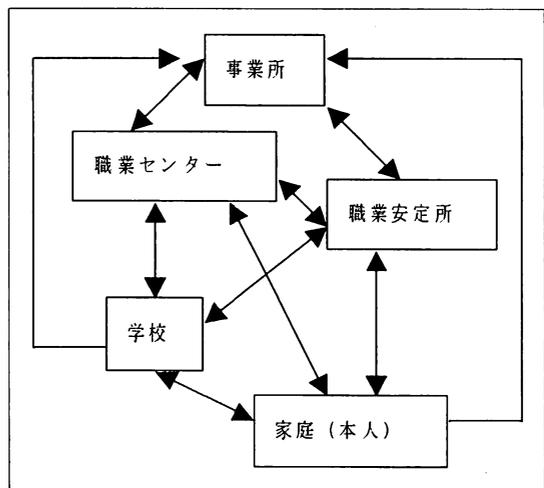


図3 卒業後の連携

香川県のように一般就労の比率が高いと、家庭との協力は不可欠です。しかし、一般就労は家庭の協力が必要不可欠ですが、保護者の高齢化が進んだときに、どのように対応していくかが大きな問題となります。香川県はまだグループホームが充実していません。今後グループホームのような地域で生活できるような場所の充実は望まれますが、その他に、どのような支援の仕方があるかなと考えたときに、次のような生活支援センターがあればいいと思います。それは、24時間在宅の知的発達障害者を支援できるようなセンターです。

生活の支援と、就労支援を同時に行うことのできるようなセンターがあればと思います。そして、それぞれの専門家が生活の支援と就労支援にあたるようにしていくのです。このようなセンターが

できるならば、就労（福祉就労を含む）という形態での社会参加がますます進んでいくのではないかと思います。

## 雇用支援センターでの実践から

栗原 久

箕面障害者雇用センター

### 1 箕面市での取り組みの経過

箕面市では、支援センター設置前から取り組みがあった。平成2年度に、5年の準備を経て、職業的に重度な障害者の雇用を通じた職種開拓・職域拡大、雇用促進を行っていき財団法人箕面市障害者事業団を設立、現在19名の障害者を雇用している。また平成6年度には、在宅・施設・作業所の障害者で一般企業に就労を望む人への支援として、職場実習事業を市委託事業として実施、2年間で9件の企業実習をし4名が就職したが、この事業が支援センターのベースになっている。また平成7年度には「箕面市障害者市民の長期計画（みのおNプラン）」を策定、平成8年度には「箕面市福祉のまち総合条例」を実施する等、障害当事者と市民、市行政が協働して取り組むスタイルが根づいていた。

### 2 箕面市障害者雇用支援センターの開所から現在に至るまで

平成8年3月、「障害者の雇用の促進等に関する法律」に基づき、当財団が支援センターとしての指定を受け、4月開所、昨年7月から職業準備訓練を開始した。運営は、国（日本障害者雇用促進協会）助成金と、市補助金により行い、訓練生10名に対し、所長1名、指導員2名、事務員1名、非常勤の嘱託医1名で行ってきたが、就労者へのフォローが質量ともにボリュームがあり、今年は市単費補助で指導員を1名増員した。

業務内容としては、まず職業準備訓練があるが、これはどのような職業に就くとしても必要となる、例えば「職場のルールを身につける」などをトレーニングすることだが、室内訓練と職場見学・職

場実習の2つの場面がある。室内訓練にはタオル折りやペット商品づくりなどの作業訓練、あいさつや身だしなみなどの対人訓練、ヒゲ剃りやトイレの使い方などの生活訓練等を、各人のニーズに合わせて行っている。また室内訓練が教習所の中の教習なら、職場実習は路上教習であり、1年間で23件の実習を行い、内7件で就職への契機が生まれたが、実社会の中での訓練がいかに重要かが分かる。

次に訓練終了後の雇用の場の確保だが、公共職業安定所と連携し前述の7名を含む9名（内知的障害者8名）が就職することができた。また就職後のフォローも支援センターの大事なサービス内容である。作業援助、人間関係調整、通勤支援の他、毎月「修了者の集い」を事務所で開催し、就職した仲間とおしてグチを言い合う場、ピアカウンセリングの場にもなっている。

こうした活動はまた職員だけで行えるものではなく、障害者雇用支援者（ボランティア）関係業務もあり、現在100名余が登録している。本来は就職後のフォローへの活動が主な目的だが、いきなりは無理なので、訓練や社会体験活動にまず参加してもらい、障害者に直接関わってお互いの信頼関係づくりもしてもらっている。この中から実際、就職後の企業へ支援に行ってもらった例もある。

また事業主への支援もある。事業主への支援とは、見方を変えれば実習や雇用後の障害者への支援でもあるが、事業主との接点は、職場実習協力事業所としての登録から始まる。こうした事業所の開拓は、職安の求人票で探す、市役所や商工会

議所の情報を得る、支援センターが独自で新聞折り込み広告等をもとにあたる、の3パターンで行う。登録してもらった後は、まずセンター職員がその事業所で1～2日、実際に作業をさせてもらう。これは、どんな作業なのかを把握する他、その職場の雰囲気、特にパートさんたちの様子を肌で感じさせてもらったり、万が一危険な箇所はないか等を知るためである。その上で、具体的な訓練生の顔を思い浮かべ、本人の希望も聞いた上で職場見学を行い、両者が合意すれば職場実習に移る。職場実習は4週間を1スパンとして、最初の1～2週間は援助付実習として職員が同行する。そうした中で起こってくる様々な課題を、本人、事業所、家族等と相談し合い、就職できた場合の課題設定と解決策を模索していくのである。現在30名が登録している。

### 3 今後の課題

まず、関係機関との連携の深化が挙げられる。公共職業安定所と地域障害者職業センターとは入退所前はもちろんのこと、随時訓練生の様子について拡大ケース会議を開いている。また事業所とのやりとりについて公共職業安定所に同行してもらい、労働行政の立場から指導を行ってもらったり、障害特性把握や支援方法の専門知識について地域障害者職業センターから実践的なアドバイスを受ける等、それぞれの専門性を生かした連携をお願いしている。さらに、地域の授産施設や作業所、市商工労働行政や障害者福祉行政等地元自治体との連携も支援センターの業務にとって不可欠である。特に授産施設の活用の仕方では、支援センターの訓練生が、授産施設の厨房を利用して調理業務の職場実習を行った例もあり、地域社会資源として授産施設を考える見方も有効ではないかと思う。

また先程も言ったが、今後就職する者を職員だけで支援するのは、将来的には限界があるだろうから、障害者雇用支援者（ボランティア）の育成もゆっくりでも良いから積極的にしていく必要がある。

さらに私たち自身の課題として、障害当事者へ

のサービス提供の視点がきちんとあるかどうかも問われるところである。1年延長して2年の場合もあるが、その期間訓練に来ている障害者にとって中身のあるサービスを提供できているかどうか、具体的には1人の訓練生に複数回の職場実習を用意するとか、都道府県主催の合同面接会の機会を逃さない等、職員が外へ打って出る姿勢が必要である。先生と生徒の関係ではなく、サービスを利用する側と利用してもらう側の関係として捉えていきたい。

最後に、支援センターの業務という、どうしても障害者への職業準備訓練を行い職業準備性を高めることに主眼が置かれがちで、それ自身も重要だが、同時に企業や地域社会にアプローチしていく姿勢も忘れてはならない。非常に大雑把な言い方だが、障害者の就職可能性とは、「障害者の職業準備度×企業の雇用受け入れ準備度×地域社会のノーマライゼーション度」という掛け算によって左右され、また決まるのではないだろうか。障害者の職業準備度が仮にそれ程高くなくても、それを受け入れる準備度が企業サイドのあれば、就職、職場定着は可能だろうし、そのことを深めていく場としても企業実習は絶好の機会なのである。

また地域社会のノーマライゼーション度というのは、極めて具体的な話としてある。訓練生が就職したあるファミリーレストランの話だが、知り合いがたくさん忘年会で利用したので、本人が会社から表彰された例がある。つまり障害者を雇用する企業を市民が応援するか、あるいは逆に敬遠するか、こうした空気はやはり障害者にも企業にも大きく作用し、働きやすい環境づくりにつながっていくと思う。その他、地域社会という視点では通勤の問題がある。満員バスからなかなか降りられず出社したときには心身ともにへとへとになっていた元訓練生がいたので、「私は〇〇で降ります」というカードを作って、運転手さんに見せたり、いつも乗っている市民に声かけをしたりしてスムーズに降りられるようにサポートしていた。生活の場と、就労の場をつなぐ通勤経路は、

まさに地域社会のあり方が凝縮されており、障害者にとって働き易いまちづくりが大切だと思う。

そうしたまちづくりを目指す行政システムの一つとして、冒頭述べた「箕面市福祉のまち総合条例」がある。この中に「福祉協定」というものが定められており、例えば、職場実習受け入れに協力いただける事業所は市長と協定を結び、事業所が了解すれば事業所名を市広報誌や地域FMで公表するという内容である。市レベルでは雇用率未達成企業は把握できず、また企業全体か、市内の

支店レベルかの違いもある。しかし、このように障害者雇用、職場実習に協力的な事業所に名乗り出てもらえば、そこを把握し、市全体で応援しようというムードは作れる。もちろん、このシステムが実効性を持つには、支援センターの実践がなくてはならないが。

以上、箕面市障害者雇用支援センターでの1年半の拙い実践とともに「社会参加を実現する新たな就労」について話をさせていただきました。

## 地域に密着した就労支援

志賀利一

社会福祉法人電機神奈川福祉センター  
通所授産施設ぼこ・あ・ぼこ

神奈川県内においては、知的障害者の就労支援に関するユニークな試みがいくつも行われている。今回の報告では、そのうち 1)地域就労援助センター事業、2)電機連合神奈川地協、3)障害者雇用システム研究会 の3つの活動を紹介し、新たな就労支援へ向けての提案を行いたい。

### 1. 地域就労援助センター事業

1991年より、神奈川県内独自の福祉事業として「障害者地域就労援助センター」事業がスタートした。現在では、7ヶ所の就労援助センターで約21名のスタッフが知的障害者を中心とした就労支援に従事している。主な事業内容は、1)進路就労にかかわる相談、2)就労へ向けての指導・訓練、3)職場の開拓ならびに定着支援、4)関連機関との連携ならびに啓発活動の4つである。

この地域就労援助センター事業は、これまでの職業リハビリテーションサービスとは、次の2点が大きく異なっている。

現在の能力・特性でできる仕事のマッチ：まず、訓練・評価に重きを置かない。もちろん、評価・訓練を軽視する訳ではないが、相談に訪れた知的障害者が今の力でできる仕事と労働条件を考へることからスタートする。たとえば、短時間労働であったり、他の労働者より極端に幅の狭い職務の

みに専念する業務形態であったり、さらには、働いている以外の余暇時間の設計を支援したりなどの手法が取り入れられた。また、実際に就労する前に、可能な限り多くの職場で体験見学（実習）を行い、本人にマッチした就労のあり方を検討する。

働いてからの継続的サポート：もうひとつの特徴は、いったん就労した障害者のサポートに期限がないことである。知的障害者の場合、職場や生活環境の些細な変化で、就労の継続が困難になる場合が少なくない。継続的に入れ代わる訓練生（生徒・利用者）や訓練環境をもたない就労援助センターでは、職場で働く多数の利用者を長期間支援することが可能となっている。

7年目を迎える就労援助センターでは、現在、いくつかの課題と展望をもっている。まず一つは、就労者数の増加に伴い継続的サポートを行う人数が増えていることである。すでに100人を越える就労者をフォローしているところもあり、新規の相談から継続支援に業務のウエイトが移りつつある。次に、継続的支援が難しい特殊教育や職業リハビリテーション機関からのケース引き継ぎのニーズに応えるようになってきている。そして最後に、個別に求人票や広告などを手掛かりに職場を

みつけるといった限定された職場開拓の手法では、結果的に大手・中手の企業への雇用の場を拡張できないでいた。新たな、組織的な取り組みが必要である。

## 2. 電機連合神奈川地協の活動

神奈川県内最大の産業別労働組合（10万人）である電機連合では、1972年より地域活動として、心身障害者対策問題に取り組んできた。そして、20周年の記念行事として、大人になった知的障害者の社会的自立を促進する事業を、社会福祉法人を新たに設立することにより開始した。社会福祉法人電機神奈川福祉センターは、1995年に法人認可を受け、現在50名定員の通所授産施設と2ヶ所の地域就労援助センターなどの事業を展開している。

電機連合神奈川地協と社会福祉法人とは、互いに密な関係を取りながら、組織的な雇用の場創出へ向けて取り組んでいる。

労使の懇談会と障害者雇用担当者：電機連合傘下の企業・事業所を中心とした労使の懇談会において、「障害者雇用の社会的意義」や「労働力としての知的障害者」、「知的障害者の雇用管理」などをテーマとした講座をもったり、組合に障害者雇用の担当者を設置し各事業所単位で障害者雇用計画の策定ならびに推進の仕組みを作りつつある。

職場実習：養護学校高等部の生徒や授産施設に通っている知的障害者を毎年定期的に職場実習として受け入れることにより、各事業所で知的障害者の職務を整理したり、雇用管理のノウハウを検討する機会とする。

ボランティア体験講座：1年間に1,000人程度の企業ボランティアを電機神奈川福祉センターを活用し育成する研修センター事業を実施している。目的は、レクチャーと実際に障害者と一緒に働く機会をもつ1日プログラムを通して、将来職場に雇用されるであろう知的障害者の支援者を数多く育てることである。

### 【授産施設における就労意欲の育成】

電機神奈川福祉センターが運営している授産施設（ぽこ・あ・ぽこ）では、電機関係の企業の協

力により、潤沢な授産科目をそろえ、働く知的障害者を育成している。ぽこ・あ・ぽこにおける育成方法は非常にシンプルで、ごく普通の福祉的就労の場と一般就労の場との中間的な「働く環境」を作り、そして一人ひとりの努力により次第に一般就労に近い条件を勝ち得られるような仕組みにしている。この変化する条件とは、1)賃金（授産の工賃）、2)労働時間、3)仕事の責任、4)人間関係（障害を理解する人が回りに多いか少ないか）である。

知的障害者にとってもわかりやすいシンプルな仕組みを作ることにより、ぽこ・あ・ぽこでは知的障害者の就労意欲が高まることを期待している。

## 3. 障害者雇用システム研究会

障害者雇用システム研究会とは、神奈川県内を中心とした企業の人事担当者、特例子会社の責任者、福祉や教育の就労担当者、医療関係者、行政関係者などの他業種の、いわゆる「業際的」な任意の勉強会である。

この研究会では、1992年より知的障害者の雇用にかかわる様々な問題点を一から見直し、彼・彼女らが安心して働ける環境をいかにシステムティックに整備していくかを議論してきた。現在では、1)企業担当者同士のピアカウンセリング、2)特例子会社設立推進の支援、3)障害者雇用管理方法の検討と情報提供、4)障害者雇用促進セミナーの開催など、あくまでも障害者を雇用する企業のスタンスからの多様な活動を行っている。

そして、先頃、この研究会で議論されてきた内容をまとめた「障害者雇用管理マニュアル」を発行した。このマニュアルは、採用手順や賃金制度、障害者雇用の計画を社内プレゼンテーションする内容の吟味方法などの「採用へ向けての準備」と、設備の投資や指導方法、適職配置、キャリア管理、指導者の役割、離職危機への対応などの「働きやすい職場の整備」に分けてまとめられている。

知的障害者の就労支援においては、雇用する企業が重要なパートナーである。企業に知的障害者を理解してもらおうと同時に、福祉や職業リハビリ

テーションのスタッフは、経済のメカニズムや企業組織の風土などにも理解を示し、より良い雇用管理の方法を見つけ出す必要がある。

#### 4 結 論

今回は、神奈川県内の3つの就労支援の取り組みを紹介した。知的障害者の就労支援に関して、それぞれ独自のスタンスをもっている。これをまとめると、以下の3つの結論に至る。

##### 1) 完成した労働者を育てる→働きながら教育

訓練・評価重視から、働きながらの支援が強調されはじめた。つまり、就労がゴールではない育成プログラムが大切であり、継続的なフォローアップが必要とされる。

##### 2) 働くことが魅力的であるために

地域福祉制度の充実と知的障害者の就労者数は必ずしも一致しない。働く知的障害者を大切に、彼・彼女らが就労へ向けてがんばることが評価され、自分で前進していることを理解できるシンプルな育成プログラムが求められる。

##### 3) 面倒見のいい会社ではなく普通の会社で働く

知的障害者の雇用の場を組織的に開拓し、雇用管理のノウハウの共有を図ることで、これまで進んでこなかった規模の大きな会社における雇用の可能性が高まる。そのためには、支援スタッフと雇用サイドとのパートナーシップが大切になる。

## 【 分科会 9 】

# 施設の現状と体系を考える

座長：杉原素子

国際医療福祉大学保健学部

## ねらい

高齢者施策に対する「ゴールドプラン」、児童施策についての「エンゼルプラン」が少数の省庁の大臣合意という形でまとめられたのに対し、障害者プランは19省庁で構成する障害者施策推進本部で決められた。

これは障害者の問題がライフステージのあらゆる段階・生活全般に関連し、関係する行政分野が広範に及ぶためであろう。その障害者プランは、今後何が必要かを7つの視点から横断的に述べている。曰く「地域で共に生活するために」、「社会的自立を促進するために」、「生活の質（QOL）の向上をめざして」、「安全な暮らしを確保するために」、「心のバリアを取り除くために」、「わが国にふさわしい国際協力・国際交流を」である。さて、障害児者に関する施設及び施設体系を考える場合、上記の視点をどのように実現させていくのか。

現状における施設制度の問題は、いくつかあげることができる。例えば、基本的な考え方を見直しとして、まず障害の重度化、重複障害化、高齢化等の障害者のニーズへの的確な対応が求められる。また、施設から在宅への流れを加速させるためにも、身近な地域における効果的な施設機能の

発揮が求められ、施設の小規模化、通所機能・在宅サービス支援機能等の強化等の検討が必要となる。また、現行の施設体系について、役割分担・機能分化をより明確にした再整理も求められる。

本分科会では、各発言者には、「今、障害者施設・施設体系には何が必要か」を前提にして、以下のようなそれぞれの視点を絡ませながら自由に私見を述べていただくこととする。本分科会における各発言者のご意見は、必ずや今後の障害者施策に反映させる意気込みで、分科会を取りまとめていきたい。

岩田克彦氏には障害者雇用・就労促進施策の視点から職業、教育、福祉関連施設のあり方を、萩田秋雄氏にはバリアフリー化促進の視点から障害者の施設問題を、末光茂氏には社会的自立・地域生活などノーマライゼーションの視点から障害児療育における施設のあり方を、黒田大治郎氏には総合リハビリテーション（センター）構想の視点から、更生相談所・情報システムのあり方を、それぞれ障害者施設・施設体系のあり方と関連させてお話ししていただくことにする。

## 雇用・就労の場の関係者として

岩田克彦

前総理府社会保障制度審議会事務局

### 1. はじめに

現行の雇用・就労関係施策では、以下の問題を抱えている。

(1) 現行施策の枠組みでは雇用困難な重度障害者が増加する一方で、障害者雇用率未達成企業が

なかなか減らない状況が続いている。

(2) 福祉工場、授産施設等における就労は、低生産性・企業現場からの乖離等の問題がある（就職率年1%、平均工賃月1~2万円）

(3) 関係機関・関係施策の連携もはなはだ不足

している。

したがって、新しい観点から企業現場での就労を促進し、障害のある者が施設や自宅などに隔離されず、社会の構成員として普通に生活を送れる環境を積極的につくり出していく（「ノーマライゼーション」）とともに、「福祉から仕事へ」の政策の流れをつくり出していくことが重要である。

以下、企業現場での就労に向け、行政の枠を超え障害者、企業、関係施設各々のインセンティブを高める方策を考えてみたい（全くの私案である）。

## 2. 具体的政策提言

### （1）職業リハビリテーション体制の強化

ア. 援助付き雇用（「ジョブコーチ」等の援助による雇用）の推進

アメリカ等では、ジョブコーチと呼ばれる専門家が知的障害者、精神障害者の就労に大きな成果をあげていると言われている。ジョブコーチとは、障害者のために職場開拓をし、障害者と一緒に職場に入り、障害者の特性に合った形で職務内容、職場環境の改善の提案をしながら、企業の担当者と一緒に障害者訓練をする専門家である。

日本でも、職域開発援助事業（地域障害者職業センター又は小規模作業所に所属するジョブコーチ的な生活支援パートナーが、事業所の技術支援パートナーと連携して2～6か月職業生活の基礎知識・技術の付与を行う）が近年始まった。この事業を授産施設、精神障害者の社会復帰施設等にも拡大するとともに、介護福祉士（専門的知識・技術を持って高齢者、障害者等の入浴・排泄・食事等の援助を行う者）を参考にして「ジョブコーチ」の職務内容を明確化し、専門家として養成したらどうだろうか。

イ. 障害者雇用支援センターの積極的位置づけ

現在、市町村レベルで福祉部門と雇用部門との連携を図りながら、就職が困難な障害者の就職・職場定着に至るまでの相談・援助を一貫して行う障害者雇用支援センターの設立が平成6年から始まっている。このセンターをミニ障害者職業リハビリセンターと位置づけ、各自治体の障害者就労

援助機関及び授産施設・障害者通勤寮・精神障害者の社会復帰施設等を多数指定することが期待される。

業務として、就職後のキャリアアップや労働生活からの円滑なリタイアへの援助も実施することとし、将来的には、いわゆる「生活不適合者」（アルコール依存者、路上生活者等）の就職対策も扱うこととする。

このセンターには、専門家としてのジョブコーチと障害者職業カウンセラー（職業評価、カウンセリング、各種サービスのコーディネーター等を実施する専門家。障害者の職業リハに関わる広範な職場で活躍できる資格制度を導入すべきである。）を配置することとし、この障害者職業カウンセラーを中心として、関係諸機関をまたがり編成された専門家チームで各障害者の職業リハビリ計画を策定し、管轄安定所の雇用指導官が企業を指導するといった体制を整備できれば素晴らしい。

### （2）障害者雇用率制度の積極的活用

ア. 請負、派遣形式の障害者雇用率への参入

知的障害者等は職場転換がしにくく、また加齢による職業能力の低下が早いと言われており、正式雇用を躊躇する企業が多い。企業の障害者受入れを促進するために、授産施設その他の非営利法人に所属したままでの企業現場での就労を、受入れ企業の障害者雇用率に算入したらどうか。もちろん、正式雇用を優先すべきであり、請負・派遣の場合は正式雇用の1/2にカウントする。なお、授産施設等から企業就労に至る際及びその逆の経過期間中も1/2にカウントしたい（高齢期の障害者が企業から授産施設へ段階的に移行しやすい仕組みが望まれている）。

イ. 発注分の雇用率へのカウント

企業現場での就労が可能な障害者は職業リハビリテーション体制の強化、障害者雇用率の改編等によりできる限り企業現場での就労を促進すべきである。しかし、こうした手段では就労が難しい者への福祉就労的な取組みも必要であり、ドイツ等にならない障害者多数雇用事業所・授産施設・小規模作業所に対する企業の発注分の一定割合（2

～3割程度か?)を、納付金年額に換算して、発注企業の雇用率にカウントする制度の創設が望まれる。なお、事業主間の経済的負担の平等化を図る納付金制度の趣旨からは障害者多数雇用事業所への発注のみに限定する考え方もある。

なお、①在宅就労、ローテーション就労(障害者が交代で就労する)を積極的にカウントする、②暫定措置として取られている従業員300人以下企業への納付金徴収の免除をなくす等の見直しも必要となろう。

### (3) 授産施設等の改編

労働行政サイドだけでなく、授産施設の方も変わらなければならない。当面次の見直し方策が考えられる。

ア. 企業就労を視野に置いた訓練内容の改善(現行では、就職率年1%、平均工賃1～2万円となっている。)

イ. 授産施設の措置制度を、入所者の企業就労促進が施設にとり有利となる仕組みに改編する。

ウ. 入所障害者からの徴収額を増やす(在宅者の生活費と比較し不公平が大きく、施設外の地域生活への移行が進まない一因となっている。また、障害年金と併せ二重の公費による生活保障となっている)。長期的には、授産施

設、更生施設、小規模作業所等を、就労促進の観点から次の3形態に再編し、それぞれ措置制度から助成金制度ないしバウチャー制度へ移行させることの検討が必要ではないか。

ア. 一般企業に就労するまでの通過型(障害者雇用支援センターとして位置づける。)

イ. 施設内での保護雇用を目指す企業型

ウ. デイサービス型(社会参加、生きがいを重視。加齢による職業能力が低下した障害者の受皿機能も有する。)

### (4) 「賃金補填制度」の新設の検討

措置制度と障害年金等で生活が保障されている授産施設に在籍する障害者に対し、一般企業への就労意欲を喚起するためには、市民生活としての最低生活を送れる収入を確保し、施設入所の方が有利と思われないようにすることが必要である。また、最低賃金の除外認定を受ける者の増加は、障害者の就業環境に悪影響を与えるので、除外認定は出来るだけ避ける必要がある。従って多くの施設入所者の企業での就労が可能となるためには、永続的ないし5～10年間の賃金補填措置が不可欠と考えられる。但し、①障害者の職業能力の評価を正確に行うこと、②職業安定関係機関と授産施設等福祉関係機関の連携が不可欠でその環境整備が必要なこと等解決すべき課題も多い。

## 生活援助の場の関係者として

萩 田 秋 雄

筑波技術短期大学建築工学科

### 1) 障害児者福祉施設整備の歴史的動向

- \* 混合処遇施設の時期
- \* 法による基本的な入所・通所施設の整備(障害による分類入所)
- \* 施設機能の分化・統合の進展
- \* 学校義務化の影響による児童入所施設の成人施設化
- \* 高齢化・重度化・重複化の進展
- \* 地域生活支援事業の導入による生活の地域化

### 2) 障害児者福祉施設の問題点

- \* 社会的隔離・差別の問題
- \* 生活の場と保育・教育・労働・生きがいの場の未分離の問題
- \* 余暇的・文化的地域利用施設の貧困
- \* 重複化・重度化・高齢化対策の課題
- \* 大規模施設の問題
- \* 縦割り行政による弊害・制度による施設レベルの格差

### 3) 障害児者福祉施設の今後のあり方

- \* 生活の場としての施設空間の確立

生命の安全を守る場の確立

プライバシー・コミュニケーションの場の確保

施設の小規模化

\* 保育・教育・労働・生きがいの場の確立

\* 余暇空間の整備・充実

\* 地域利用施設の充実・多様化の課題

\* 通所施設の地域化

多様な障害者の通所可能な施設の建設

\* 重複障害者施設の建設

知的障害・視覚障害・聴覚障害などの重複障害者施設

\* 高齢化対応施設の建設

\* 機能重複施設の建設

特に常時の医療的ケアが必要な障害者の施設

\* 制度間格差の解消

\* ショートステイ機能の充実

## 心身障害児者の施設の関係者として

末 光 茂

旭川荘療育センター児童院

### 1. 知的障害施設と重症心身障害児施設の歴史

我が国の知的障害福祉は明治年間の民間社会福祉施設に源をもつ。それが全国にくまなく、それも軽度から最重度、そして入所のみならず通所へと充実を見るのは第二次大戦以降の各種法整備後である。しかし、それらの施設体系の谷間に取り残されたのがいわゆる「重症心身障害児」であり、そのための我が国独自の施設体系として昭和42年「重症心身障害児施設」が誕生した。まず両者の歴史と現状を概観した。

### 2. 北欧モデルの検証

福祉先進国と言われる北欧諸国での知的障害者施策は、我が国の対策に大きな影響を与えてきた。しかし、その情報は断片的な傾向を否認ない。「施設」のあり方については、その歴史的、文化的な背景をふまえながら、多角的に検討することの重要性を指摘した。まず、デンマーク、スウェーデン、フィンランド、ノルウェーの4カ国での「知的障害施設」の施設規模を見るとかなりの差が見られ、単一ではない。1)

本来、デンマーク、フィンランドが大規模施設型であったのに対し、スウェーデン、ノルウェーは、混合型（大規模施設と小規模施設の混在）であった。我が国のそれと比較してみると一層その違いが明らかとなる。例えば1978年時点でのデンマークと日本との施設規模の分布を見ると、1950

年代の大規模型から混合型に移行しているデンマークに比べても、我が国は中小規模型であった。

2)

また、施設入所定員を一般人口対比で見ると、人口1,000人につき、最充実期で1.3～1.8床に達していた北欧諸国に対し、我が国は最近0.8床程度に達したところである。3) また、施設を全面廃止することとしたスウェーデン、ノルウェーに対し、デンマークでは縮小・小規模化と専門性強化をめざしているし、フィンランドでは今なお「中央施設」を増設中である。

施設処遇の内容についても、北欧諸国が、「精神薄弱病院」として、医療中心の処遇をすすめていたのに対し、日本で指導、教育、生活重視のそれであった。その結果として、医療ニーズの高い重度の知的障害に重度の肢体不自由を合併した「重症心身障害児」が取り残され、その受け皿として、我が国独自の病院機能と福祉機能を有する「重症心身障害児施設」がスタートする一因であったと理解される。

### 3. 重症心身障害児施設のリハビリテーション面での整備状況

昭和42年にスタートした重症心身障害児施設は当初国立療養所重症心身障害児委託病棟に依存する比率が高かったが、最近では公法人立施設が増え、前者を凌駕するところに来ている。さらに、

そこでのリハビリテーションを含む療育内容には、かなりの差を示しつつある。医師、リハビリテーションスタッフ、さらには保育士、指導員の配置状況を入所定員100人あたりで見ると約2～5倍後者が多い。短期入所や通園、在宅巡回訪問等の地域活動については、国立療養所が「政策医療」の縛りによって、ほとんどタッチできない状況にあるのに比し、公法人立重症児施設では積極的な役割を先駆的、開拓的に展開してきた。質量両面にわたる人的な充実と療育技法の進歩は重症心身障害児の寿命の延長、摂食・肺理学療法などのリハビリテーション技術の浸透、さらには呼吸管理等の必要ないわゆる「超重症児」の積極的な受け入れ、そして在宅福祉への支援等を具体化する道を拓いた。その内容を紹介した。

#### 4. 地域福祉の中での施設の果たす役割と体系

地域内の重症心身障害児者が、ひとりのもれなく年齢に応じたリハビリテーションを含む適切な療育をうけられるための、体系と施設の役割について、人口100万人の地域をモデルに検討し、報告した。

つまり、重症心身障害児施設は、人口100万人あたり100床程度の入所機能をもつとともに、外来、そして短期入所、巡回訪問等をセットで行い、さらには重症児施設に付属するA型通園（1日定員15名）を併設するとともに、その圏域内に分散配置された2カ所程度の小規模のB型通園（1日定員5名）に対して、専門家の派遣という形でのバックアップを、さらにはいざというときの短期入所などに、即応できるシステムを、全国どこにあってでも利用できるように構築すべきことを提示

した。

#### 5. 施設の今後

以上から、施設は不要なのではなく、むしろ一定の限定した対象者と目的のためには、当面存在し続けねばならないものと言えよう。

主な対象を3つあげると、まず重度・最重度、重複障害のうち、自立困難であり、家庭介護、あるいはグループホームなどでの対応の困難な重症介護者への入所機能が今後とも限定した範囲で求められ続けるであろう（もちろんその重みは現在に比べ、かなり減少するとは予想されるが）。

次いで、常時医療ニーズのある人々に対する入所。これは重症心身障害児のみならず、医療ニーズのある強度行動障害などもその対象として考えねばならない。

さらに、在宅障害者の支援活動の拠点としての役割。それには狭義のリハビリテーション訓練や将来に備えた体験入園などを含めた活動が含まれると考える。

#### <引用文献>

1. 江草安彦 「ノーマリゼーションへの道」  
全国社会福祉協議会 1983年
2. Shigeru Suemitsu 他「Medical Welfare System Caring for People with Severe Intellectual Handicapps in Japan」  
Kawasaki Journal of Medical Welfare 2-2 pp73-81 1996年
3. Jan Tossebro 他「Intellectual disabilities in the Nordic Welfare States」  
Hoyskole Forlaget 1996年

## 総合相談支援の場の関係者として

黒田 大治郎

兵庫県身体障害者更生相談所

兵庫県では、近年重度身体障害者更生援護施設と療護施設への入所希望が顕著である。とりわけ重度身体障害者更生援護施設の入所を適当とする者が漸増傾向を示している。(図)

このことは、今後も引き続き起こると考えられる。なぜならば、身体障害者更生援護施設の利用を余儀なくさせるつぎのような社会的要因が顕在化してきたからである。

すなわち第一に救急救命医療や高度医療が発達し、かつてはたちまち命を失った重篤な疾患や傷害でも救命・生還率が高まった。その結果、遷延性意識障害を伴う頭部外傷などの高次脳機能障害、全身のケアを常時必要とする頸髄損傷など処遇困難な障害者を生み出し、また糖尿病などの難治性疾患をもつ障害者も増加してきているこのことは今後もさらに処遇困難で複雑な問題を伴った新たな障害者が発生してくることは十分に予想させる。

その上医療行政や医療現場にはこれらの障害者を初期治療の段階だけでしか係わろうとしなくなってきており、むしろ忌避する傾向さえ見られる。そのために「重症」障害者は医療機関に代わってその生活の拠り所を施設利用に向けざるを得なくなっている。

第二に多くの人々は常に時代の変動や社会環境の変化に適応しながら生活している。しかしその努力に係わらず時として、急速にまた複雑に変化する現代の社会システムの中でうまく適応出来ず、解決困難な問題や障害に押しつぶされることは、極めて容易であり、またその機会も増えてきている。とくに「高齢化・少子化」というアンバランスな人口構造から、社会的、経済的に脆弱な家族が必然的に生まれてきている。それは同時に治療機関から遠ざけられた「重症」障害者をこの家族システムでは介護能力を殆ど失っていることをも意味している。これは「重症」または重度障害者が発生するとその介助負担の重さから、地域在宅福祉サービスを利用しながら、その処遇の困難さから家族崩壊に繋がる例が出始めていることにもうかがえる。

第三に地域在宅支援サービスはこうした「重症」障害者を抱える家族支援を中心には考えられていないことである。

ところでこうした障害者の実態に対して、重度身体障害者M更生援護施設も療護施設も十分余裕をもって対応できる状態ではない。少なくとも施設の絶対数は老人および精神薄弱を対象とした施設に比べ、少なすぎる。

平成7年度の身体障害者手帳所持者をもとに、年齢・肢体障害者率・要介護率・要施設処遇率・療護施設対象率を掛け合わせ、定員50の療護施設数を割り出すと、全国で537か所療護施設が必要であると試算されたが、現在288か所しか設

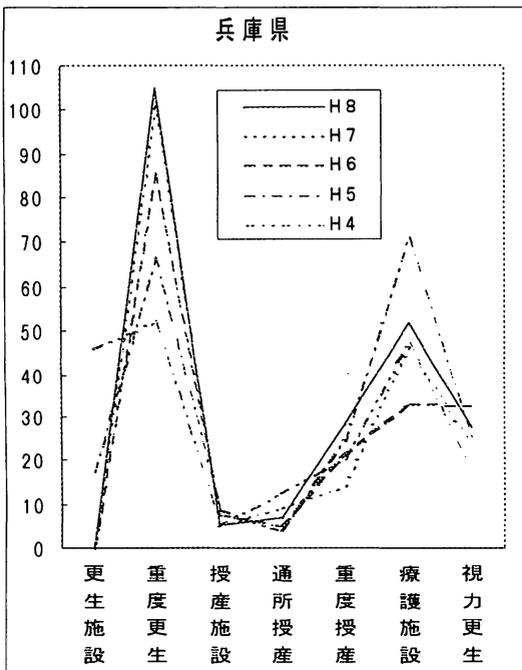


図 平成4年度～8年度 施設入所判定状況

置されていない実態から見て、いかに療護施設が不足しているかは一目瞭然である。(表)

施設推定必要数の算出要件

平7年度現在療護施設数 ; n	n = 288
身障手帳所持者数 ; l	l
肢体障害者数 ; J	J = 1×0.571
対象年齢 ; K (18 歳以上 60 歳未満)	K = J ×0.373
家族介護困難者数 ; L	L = K ×0.43
介護程度による療護率 ; M (介護要者数×3動作以上介助要者数)	M = L ×0.133×0.5
50 人定員の療護施設数 ;	N = M / 50 = 537
療護施設不足数	N - n = 249

このために、療護施設に若干の欠員が生じても、すでにその数十倍かそれ以上の待機者がおり、さらに治療機関には、家族でも地域でも支えられない障害者がつぎの落ち着き場所を求めて待機している。この中から施設利用者を選ばなければならないのが、最重度身体障害者に対する施設福祉サービスの実態である。しかもこれ以外の施設も不足傾向にあることから、利用したくても利用する場さえないという状態が殆どの都道府県で常態化し、かつ相当に深刻になってきている。

また法的・制度的枠組みに柔軟性が与えられていないため、その用意された施設サービスに適合する障害者しか利用できない。

果してこの状況がノーマルな社会福祉環境なのだろうか。かつて施設福祉サービスは古く時代おくれであり、今後は在宅福祉サービスが中心であると言われ、いまもその意見が支配的である。しかし本当にそう言い切れるのだろうか

現在身体障害者更生相談所は身体障害者更生援護施設への入所を調整する立場にある。

その視点からみて、今後に求められる対策は、なによりも「頼れる安定した制度」と「安心して任せられるシステム(生活基盤)」の確立することである。それはまた社会環境との関係を調整し、健全な社会生活が営めるまで身体障害者を支えられる組織的援助活動としての、施設福祉サービスを実現することを意味することに他ならない。

これは、

- ・身体障害者更生援護施設は社会環境の変化、時代の動向にかかわらず、現代社会には不可欠なインフラストラクチャーである
- ・施設福祉サービスは、在宅福祉サービスに従属するものではない
- ・生活ニーズの多様化に対して、常に自由な選択と柔軟な利用が可能な、並列的で等価的な福祉サービス体系を備えなければならない

との認識を前提としている。

具体的には施設福祉サービスの重要性を社会的に再認識させ、将来はもとより、出来るだけ早い機会に

- ・身体障害者更生援護施設の増設(特に重度身体障害者更生援護施設および療護施設)
- ・多様な利用形態が可能で人的・構造的・情動的に柔軟に運用できる施設を実現する対策が必要であること
- ・そのためには、一体、どの種類の施設が幾つ必要か、またどこに設置すれば効率的に利用できるか

といった施設福祉サービスの基盤となる社会科学的調査ならびに総合研究を、身体障害者の施設福祉サービスに係わるものが率先しシステムティックに行わなければならない。

少なくとも障害者のニーズの多様化に対して、福祉サービスのメニューをより多く用意し、選択の自由度を保障することが、当面する現実的問題解決を図る尤も初歩的ではあるが、基本的方法であることを原則としなければならない

障害者福祉施設の現状

	生活施設	更生・訓練・治療	作業施設	地域利用施設	福祉ホーム・グループホーム
機能	介助等	リハビリテーション等	訓練・作業	地域における社会参加の促進等	地域における生活の場
身体障害者	<ul style="list-style-type: none"> <li>身体障害者療護施設 (269カ所、16,850人)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>肢体不自由者更生施設 (41箇所、1,766人)</li> <li>視覚障害者更生施設 (15カ所、1,468人)</li> <li>聴覚・言語障害者更生施設 (3カ所、175人)</li> <li>内部障害者更生施設 (6カ所、407人)</li> <li>重度身体障害者更生援護施設 (71カ所、4,911人)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>身体障害者授産施設 (82カ所、4,413人)</li> <li>重度身体障害者授産施設 (125カ所、8,189人)</li> <li>身体障害者通所授産施設 (185カ所、4,558人)</li> <li>身体障害者福祉工場 (34カ所、1,780人)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>身体障害者福祉センター A型 (36カ所)</li> <li>身体障害者福祉センター B型 (197カ所)</li> <li>身体障害者デイ・サービスセンター (103カ所)</li> <li>補装具製作所 (26カ所)</li> <li>点字図書館、点字出版施設 (87カ所)</li> <li>聴覚障害者情報提供施設 (11カ所)</li> <li>盲人ホーム (29カ所、576人)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>身体障害者福祉ホーム (21カ所、332人)</li> </ul>
精神薄弱者	<ul style="list-style-type: none"> <li>精神薄弱者更生施設(入所・通所) (1,324カ所、82,791人)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>精神薄弱者授産施設(入所・通所) (818カ所、36,253人)</li> <li>精神薄弱者福祉工場 (20カ所、615人)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>精神薄弱者デイ・サービスセンター (11カ所)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>精神薄弱者福祉ホーム (58カ所、698人)</li> <li>グループホーム (940カ所)</li> <li>精神薄弱者通動寮 (112カ所、2,665人)</li> </ul>	
精神障害者	<ul style="list-style-type: none"> <li>精神障害者援護寮 (80カ所、1,711人)</li> <li>精神障害者通所機能付援護寮 (3カ所、90人)</li> <li>精神障害者ショートステイ施設 (21カ所、21人)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>精神障害者入所授産施設 (6カ所、36,253人)</li> <li>精神障害者通所授産施設 (73カ所、1,646人)</li> <li>精神障害者福祉工場 (1カ所、30人)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>精神科デイケア (372カ所)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>精神薄弱者福祉ホーム (73カ所、725人)</li> <li>グループホーム (220カ所、1,320人)</li> </ul>	

施設名・ヶ所数・定員は、平成7年10月1日現在

## 【分科会 10】

# 教えます、市町村障害者計画づくりの心と技

座長： 田所裕二

財団法人 全国精神障害者家族会連合会

## ま と め

### 【分科会の趣旨】

本分科会では、これまで実際に「障害者計画」の策定を実行してきた3つの地方公共団体の担当者をパネラーに迎え、策定作業におけるポイントや苦労談など、他ではなかなか伺うことの難しい実態（How to ⇨ 本音）について、発表をいただきました。この発表を受けて、「障害者計画」づくりにおいてより良い充実した内容を作っていくために必要なこととは何なのか。その環境（条件）づくりの議論を重ね、各方面への何らかの提言ができるよう進めました。

また、これらの議論を踏まえ、可能であれば「障害者計画」を実際に策定する際において、絶対に欠かしてはいけないポイント（内容）等についても、一定の整理をめざしました。

### 【全体概要】

おおよそ50人程度の参加者を得た本分科会では、参加者の大まかな立場としては、行政関係者が3分の2、障害者団体関係者3分の1といった割合でした。

#### 1. 本「分科会」で話し合いたいポイント

##### 1) 「計画」の作り方の議論

(1) 内容の良いものを作るには何が必要なのか？

(2) 例えば、コンサルタント会社の参入？

(Aコース：5,000万、Bコース：1,000万、Cコース：500万、等の選択性)

2) 「計画」を策定する際に、欠かしてはいけないポイントとは？

#### 2. 「計画」を作成したところの内容・マニュアル・How toを学ぶ

1) 中島利男氏（福岡県川崎町役場まちづくり

課係長）

(1) 高齢化地域の特異性—福祉のまちづくりの土壌が既存

(2) 障害者プラン学習会実行委員会の実施—皆で作った手作りの計画

① 住民の熱心な支援（関心）

② 町議会議員の理解

③ 行政職員の理解—町長への影響

④ 当事者の参画

(3) 市町村独自の策定は困難—国の「障害者プラン」をベースに、県の「障害者計画」との整合性をもつ

(4) 評価・総括の視点を重視

#### 2) 豊吉正之氏（岐阜市福祉部参事）

(1) 「コア100万計画」（3市12町2村）都市圏域→福祉圏域へ

(2) ヒアリング・アンケートニーズ調査の実施と現状分析

① 基礎資料の収集（地域の独自性）

「経済的援助」「相談窓口」「障害に対する理解」のニーズが高い

(3) 市民の参画とともに創る社会の実現

① 市民と企業がともに考え進めるまちづくり

(4) 見直し事項

① 精神障害者施策が未着手

② 施設作りが中心

③ できないこと→できるようにするには？

#### 3) 仲村加代子氏（滋賀県健康福祉部障害福祉課施設福祉係副係長）

(1) 福祉圏構想

① 福祉保健障害者計画—ライフステージに

応じた計画作り

- ②重度障害者施策を重視
  - ③要綱策定（児童・老人・障害者の各部分別）—生活支援と就労援助
- (2) 5年後に実現できることを策定
- ①夢だけを追わない—今ある法律を活用する（より具体的なイメージを基に策定）
  - ②施設作り（混在型→単独型へ）
  - ③精神保健担当：事務局を保健所から社会福祉事務所へ
- (3)当事者が主張しよう

#### 【ディスカッション】

1. 必要とする財源をどのように確保するか
  - 1) 町長が住民に対して公約した
  - 2) 財政当局へ緊急度を要望する
  - 3) 障害者プランに明記することで既成事実とした
2. 精神障害者施策に関する調査をどのように実施するか
  - 1) 社会復帰施設の協力を得る
  - 2) 医療機関窓口で実施
  - 3) 調査はできておらず、32条の利用状態から推測
  - 4) 全家連や他県の調査結果を活用する
3. 市町村計画の策定が遅れている理由は、行政の窓口問題？ 民間運動の共同化？
  - 1) 他のプラン（ケア・プラン、ゴールド・プラン、エンジェル・プラン）との競合
  - 2) 予算が少ない&人がいない
  - 3) 他市町村との横並び意識
  - 4) 広域圏—都道府県による主導の必要性
4. 障害者計画策定に係る人員の数はどの程度必要か
  - 1) 中心となる担当者次第（あまり人数は関係ない）
  - 2) 委員等を巻き込んで策定をする

- 3) 福祉施策に精通した職員の必要性
- 4) まちづくり・町おこしの考え方を中心に、さまざまな人々と関わる

#### 【まとめ】

1. 「計画」策定に必要な要素
  - 1) 行政（理事者、現場職員）の意向（＝熱心さ）
  - 2) 議会のチェック機構
  - 3) 財政的裏付け
  - 4) 当事者の働きかけ
  - 5) 住民の支援
2. 委員会・検討会の作り方
  - 1) 当事者の参加の割合（参加目標1～2回）
  - 2) 事前ヒアリングの実施
  - 3) 先進自治体に学ぶ
  - 4) 主な指針の熟知—イニシアチブを持つとう！
  - 5) 当該地域の社会資源の活用法（民間）—提言能力を持つとう！
3. 「計画」に中身があるか否かの判断基準
  - 1) 数値目標の設定の有無（18.6%）
  - 2) 精神障害の規定の有無（68.7%）
  - 3) 見直し規定の有無（今後の課題）
4. 障害者が地域で生活をするために、重要なポイント（質と量）
  - ※地域で暮らす！
  - ノーマライゼーションプラン！
    - 1) 日中を過ごす場（働く＝作業所、テイケア、活動センター）
    - 2) 夜間を過ごす場（住まい）
    - 3) 所得保障—国との棲み分け
    - 4) 人的支援＝ネットワーク（医療、保健、福祉、教育、職業、人権、等）
    - 5) オプション
      - (1) 医療／精神障害者・てんかん、等
      - (2) 移動／身体障害者、等
      - (3) アドヴォカシー／知的障害者、等

## 住民と共につくる障害者計画

中 島 利 男

福岡県川崎町役場まちづくり課

### 1. 川崎町における高齢者・障害者の状況

○ 総人口約22,000人、高齢化率20%超、身体障害者約1,300人の内約60%が65歳以上、約40%が重度障害者というまさに高齢化・重度化の町。

2. 行政の側から見た住民グループ「障害者プラン学習会実行委員会」についての捉え方、関わり方（共同の可能性）、評価

○障害者プラン学習会実行委員会のこれまでの経緯

○川崎町での学習会とトーク集会から出された生活実態と願い

○捉え方、関わり方（共同の可能性）、評価

- ・策定のチャンスがきた！
- ・住民の熱意、関心の高さで行政の目が醒めた。
- ・行政の押しつけ的、画一的なやり方ではなく、遠まわりをしても住民の願いのこもった方法での展開が必要。
- ・多種多様な分野の方々が参加、特に議員の参加により議会での一般質問を。
- ・町長との懇談会……川崎町が学習会の共催職員のパ遣、会場の無料貸与(とけこみやすい)

### 3. 策定に向けた課題と展望

○住民と行政とが真にパートナーシップがとれる運営をする。

①一方的に行政が実施要項及び委員会構成を決定しない

②「住民と一緒に作る」ことを認識（行政の一方的な策定はダメ）

○策定のキーワード

①「無駄なお金は使わない」

障害者計画は行政計画の青写真の中で策定を

②「時間がない……てすり1本で人生が変わる！」

③「誰が作った計画？」ではない……人が変わるとそこで切れる

○数値目標をキッチリ（ペーパープランではダメ）

○いつでも、どこでも、だれもが同じサービスを展望。

○前進あるのみ……出来るところから実現を！（手話通訳の配置）

## バリアフリー社会をめざして

豊 吉 正 之

岐阜市役所福祉部

平成9年3月、計画期間を平成9年度から16年度までとする『岐阜市障害者計画 ～バリアフリー社会をめざして～』を策定した。「障害者等の現状、基本計画、整備目標等6章からなるこの計画は、保健・医療、福祉、教育などの対人サービスは身体障害者、知的障害者、精神障害者、難病患者等であるが、基本理念の実現のためには全ての市民の理解と協力が必要なため、全市民を対象としている。

### 計画策定の特徴

1 当事者参加 条例設置による障害者施策推進協議会は、市内で活動している障害者団体13団体をはじめ、障害者福祉に関係する団体等の代表者を合わせると20余名にわたり30名で構成する。身体障害者手帳・療育手帳所持者の約三分の一にあたる5千人にアンケート調査を行い、さらに障害者施策推進協議会の構成団体はもちろんのこと、小規模作業所等と計22日間にわたるヒアリングを実

施し、団体の代表者だけでなく、多くの方に出席を願い、当事者の声を計画に反映した。従って、第4章の基本計画は具体的な表現になっている。

2 策定体制 庁内体制の一つとして、幼稚園、保育所、養護学校、障害者施設の教職員を含む実務担当者を部会委員とした7つの専門部会を設けた。ここでの成果も計画に反映されているが、職員の意識啓発につながった面もある。

#### 計画の特徴

1 現状の分析 策定時点でのサービス提供等の実状の把握に努めた。

2 出前訪問サービス 障害のために市役所を訪れることが困難、どうしてよいのか分からないという方に出前訪問サービスをし、個々の実情に合った情報・在宅サービスを提供することにより、待ちから攻めの行政に転換する。

3 知的障害者の親亡き後の不安解消 必要な時に入所できる施設整備を促進する。入所すれば安

心ということではなく、地域生活ができる諸環境が整えば地域で暮らすということを含んでいる。

#### その他

1 福祉施策を進めるうえで、中核市はかなりの権限を持つが、単独の障害保健福祉圏域ではない場合の限界が明らかになった。

2 表題のバリアフリーとは、慣習、縦割り行政、行政区間からもフリーであるとの決意表明がある。

3 協議会の席上、「できないことはできない」とはっきり答弁してきた。曖昧でないことがお互いの信頼感の醸成につながり、スムーズな運営につながった。

刊行物として計画書のほか『障害者計画アンケート調査報告書』、普及啓発用として、概要版及びその点字版、朗読版を作成した。計画書については当市のホームページに掲載してある。

URL <http://www.city.gifu.gifu.jp>

## 地域における障害者の自立支援をめざして

仲村 加代子

滋賀県健康福祉部障害福祉課

### 1 はじめに

滋賀県では、1982年に「滋賀県社会福祉計画」を策定し、福祉圏構想の取り組みを開始している。

福祉圏構想のそもそもの発端は、全国に先駆けて大津市で取り組まれていた乳幼児発達相談事業や両育事業を県内全域に普及するために、複数の市町村をまとめて、一定の人口規模を有する一つの地域すなわち福祉圏域と考えて、圏域の市町村が協力しあって障害の早期発見、早期療育体制を整備することにあった。

福祉圏構想とは、まず自治会や学区単位の福祉活動をおこなう地域を生活福祉地域とし、その上部構造として通常の市町村単位の事業が行われる市町村福祉地域、さらに近隣の市町村を含む福祉圏を定め、最終は県全体を網羅する高次の専門機能を想定し、単独の市町村では実施が困難な事業や、一市町村では対象者数が少ない等で財源的に

不効率な事業を広域の市町村が連携して進めていくとするものである。

そして、福祉圏構想を推進するために、各福祉圏毎に「地域福祉保健推進協議会」を設置し、福祉事務所と保健所が中心となって、その中に児童部会・老人部会・障害者部会等を設け、各市町村・関係機関等と福祉圏域内の共通の課題や施策或いは先駆的事业について調査・研究・検討等を行ってきた。各福祉圏毎に、障害児通園事業や知的障害者施設の整備としてその成果が現れている。

今回の障害者福祉計画も、福祉圏域毎に「地域福祉保健推進協議会」の障害者部会が中心となって、県(福祉)事務所と市町村の共同計画として95年度に策定をおこなった。当時、甲賀福祉事務所に在籍し、各町や親の会のメンバー、各施設関係者等と共に「甲賀地域障害者福祉計画」の策定を行った経緯等を述べてみたい。

## 2 「甲賀地域障害者福祉計画」の基本的な考え方

平成5年12月に障害者基本法が制定され、障害者福祉計画を策定することが、都道府県には義務付けられ、市町村にも期待されたことから、滋賀県では各福祉圏毎に「地域福祉保健推進協議会」の障害者部会が中心となって、障害者のライフステージに応じた具体的な施策のあり方について、圏と市町村の共同計画として策定する方針が打ち出された。

「甲賀地区障害者福祉計画」は、甲賀郡7町の地域・甲賀福祉圏域の計画である。

甲賀福祉圏域は人口約143,000人、面積442.2km<sup>2</sup>の農山村地域であるが、近年、京阪神からの人口の流入が著しい。

7町全体の身体障害(児)者は、3,716人、精神薄弱(児)者といわれる知的障害(児)者は595人で、内430人が在宅で生活している状況にある。

また、障害福祉施設が県内の他の地域と比較して数多く整備されており、精神薄弱(児)施設10カ所(入所8カ所、通所1カ所、通勤療1カ所)、身体障害者施設2カ所(入所1カ所、通所1カ所)、共同作業所7カ所が設置されている。

この圏域に設置された「甲賀地域福祉保健推進協議会」は、「ふれあい甲賀をみんなで進める会」という呼称で、圏域の7町や福祉関係者には浸透していた。それまでの障害者部会では中・軽度の障害者を中心とした、就労促進や余暇援助活動に重点をおいた調査・研究活動を行っていたが、甲賀地域障害者福祉計画の策定にあたっては、地域であまり光があたっていなかった重度の人々や精神障害者の生活支援を考えていこうということになり、障害者部会を「障害者地域福祉計画策定委員会」と「計画策定作業部会」に再編し、計画策定委員36人とワーキンググループ65人、計101人の参加のもとに策定を行った。

「計画策定委員会」は各関係機関・団体等の代表者等で構成され、「作業部会」は、就学前期班、就学期班、成人期班(就労・社会参加担当と生活支援・療育担当)、精神保健班の五つの部会を設置し、実務者レベルの参加を求めた。

6月に第1回の策定委員会と作業部会のそれぞれの会議をもち、その後各作業部会では約6カ月の間に、各班で5回以上の作業会議をもち、各班毎に計画の原案を作成し、11月に中間報告として策定委員会に諮った。策定委員会では各委員から意見等を聴取し、出された意見を取り入れて計画案を修正し、再度策定委員会に諮るという作業を繰り返した。各関係機関や団体等の代表者、施設現場の人達や保護者等も係わって策定した計画は、その過程に多くの人が係わることで、行政計画であるとともに社会計画の性格をもつものになった。

今回の計画は、知的障害者と精神障害者にウェイトをおいた計画であるが、すべての障害者が生まれ育った家庭や地域社会で安心して自立生活が送れる社会を築き上げることをめざしている。障害者の自立を支援し生活の質を確保するため、障害者の個々の状況に応じた利用者本位の福祉・保健サービスの整備と、サービスの提供の総合化、システム化を図ることとしている。

また、計画の推進に当たっては、行政とともに施設や関係団体、障害者自身や親、地域住民等が計画の基本的な考え方や施策の方向性について共通認識し、地域社会の中でそれぞれ何ができるかを明らかにし、積極的に役割を担ってくれることを期待している。

このため、障害者や親、地域住民を対象に計画についてのシンポジウムを開催し、地域住民のコンセンサスを得るなど、社会計画としての性格も含ませている。

## 3 生活支援センターの開設とサービス調整会議の設置

計画策定の過程では、町と施設そして保健所と福祉事務所が一緒になって、宿泊研修や先進地の視察研修も含めながら研修や学習会を重ねてきた。その結果は、「甲賀地域障害者福祉計画」の中に「甲賀地域障害者生活支援構想の基本的な考え方と推進方策」として盛り込まれている。

甲賀福祉事務所では、7町の理解と施設の思いを受けて、計画策定と同時進行で生活支援センタ

一の事業の創設に取り組み、96年7月に7町の共同事業として、生活支援の拠点となる「甲賀郡障害者生活支援センター」を開設した。

実施する事業は、相談事業（電話相談や訪問相談、サービスのコーディネイト）療育指導、ホームヘルプサービス、デイサービス、ナイトケアサービスであり、付帯事業として健康相談や広報啓発事業、ボランティア等に対する活動拠点の提供等がある。

これらの事業の特長は、7町が共同の広域事業であること、すべての事業が365日、24時間事業であること、障害の程度にかかわらずすべての知的障害者を対象とした事業であることである。

広域事業としたのは、専門的な人材の確保や施設・専門機関との連携の必要性等から各町単独では困難性が多く、また、利用する障害者数が限られており、財源的にも非効率的であるためである。

また、今回の事業は、精神薄弱者援護施設を設置・運営する社会福祉法人に委託した。行政事務組合は広域の行政組織であり、専門的な人材の養成確保の困難性や財源面での制約等により、ややもすると事業が硬直化する場面もみられる。社会福祉法人(施設)は、24時間体制であり、施設運営を通して専門性が確保されており、付帯事業等に対しても民間補助金や寄付金等が活用されるなど弾力的な運営が期待できるのである。また、サービスを利用する家族にとっても施設がかかわっていることで、緊急の場合や将来に対し一種の安心感があるようである。

さらに、事業が法人に委せきりになることを避け、事業の拡充や制度管理、評価等を行うため7町の担当課長と福祉事務所福祉課長で構成する「甲賀地域心身障害(児)者在宅福祉事業運営協議会」を設置している。

一方、サービスの総合化とシステム化を図るため相談窓口を一本化した。すべての相談は生活支援センターへ通報され、訪問相談により生活状況などを把握することとした。そして把握した生活状況から必要なサービスを総合化し家庭へつなぐため、福祉事務所に「甲賀郡心身障害(児)者サ-

ビス調整会議」を設置した。

サービス調整会議は、地域のあらゆる人的・物的社会資源を活用して、地域でサービスを完結させることを目的として、サービスの調整や関係機関(者)とのネットワークの確保、ケアプランの作成等を行い、メンバーは7町と学校、保育所、医療機関、施設、保健所、福祉事務所、生活支援センター等の実務担当者で構成している。サービスの申請に当たっても、必要な場合は生活支援センターが代行することも可能であり、関係者が情報を共有し、役割を分担することによって問題の早期の的確な解決が可能となり、利用者が急増している状況にある。

#### 4 計画の推進をめざして

滋賀県では、県の障害者計画として平成9年6月に各福祉圏域毎の数値目標を設定した「淡海障害者プラン」を策定し、引き続き「市町村障害者計画の実施計画策定マニュアル」を作成し、各市町村における主体的な実施計画の策定を指導しているところである。

甲賀福祉圏域でスタートした生活支援センターを拠点にした「24時間対応型総合在宅福祉サービス事業」は、心身障害(児)者ホームヘルプ事業等、既存の国の事業と、国の制度が適用されない中・軽度の障害者へのヘルパー派遣やナイトケア事業等に県が独自の補助制度を設けて、24時間のサービスが可能になったものである。今年度は湘南福祉圏域と彦根愛犬(愛知・大上)福祉圏域においても実施されるようになったが、七つの全福祉圏域に整備することを目標にしている。

今回の甲賀福祉圏の計画と同時進行の取り組みは、計画の策定前から福祉圏事業として7町を中心に協議検討を重ねてきたものである。しかし、町福祉行政は権限委譲等により年々業務量は増加し、障害者の実態も必ずしも十分には把握されておらず、新たな取り組みを行う余裕もなくなってきた。

一方、施設もノーマライゼーションの理念が定着するにつれ、入所措置に一定の限界を感じ地域に目を向け始めたが、新たな取り組みを行う財源

がないし、地域の理解も乏しいといったジレンマに陥っている場合が多い。

甲賀福祉圏で生活支援事業がスタートできたのは、障害者地域福祉計画の策定に多くの関係者・行政・教育・医療・保健・施設・保護者等が関わったことで一定の合意が形成されたことや、各町の理解と事業を委託した社会福祉法人のこれまでの真摯な努力と協力があつたからこそと思っている。

生活支援センターがスタートして1年5カ月が経過した。実際のサービスを通して今まで表に現れてこなかったさまざまな問題やニーズが見えはじめてきた。

今まで、行政自身が知る努力をしなかった部分もあるが、障害者や親自身も生活の大部分を自助努力により送ってきたのではないだろうか。生活支援センターを拠点とした地域福祉・在宅福祉に照準をあわせた家族支援サービスが実施されたことによって、自助のみの生活から共助・公助を組

み入れた生活へと少しずつでも広がってきたいる。

また、施設においても、施設内でいかに充実した生活を送るかといった視点で処遇目標が設定されてきた部分があるが、いかに地域で自立した生活が送れるかといった、障害者自身のより積極的な生活に到達目標が求められていく必要があると思うし、その結果が今後の障害者福祉施設の役割とあり方を示唆するものになると思う。

これからは、行政は利用する側の声に耳を傾け、互いに協力して、ともに生きる地域づくりが必要である。

「滋賀県社会福祉計画」で提唱された福祉圏構想は、心身に障害があっても生まれ育った地域社会の中で、家族とともに安心して、生きがいのある生活が送れる社会を築き上げることを目標にした「障害者地域福祉計画」にしっかりと受け継がれている。この計画を真に実効性のあるものにするためには、関係するものたゆまぬ努力が必要である。

## 【分科会 11】

# ケアマネジメントとマンパワー養成

座長：橋本 泰子  
西南女学院大学保健福祉学部

## ねらい

「ケアマネジメント」とは何か、あらためて確認したい。ケアマネジメントとは、日常生活を維持するうえで、多くの支障をもつ人が、異なる多数の機関が提供する、数多くのサービスを利用することによって、安定した在宅生活が維持できるようにするための援助活動である。

従って、ケアマネジメントは、高齢者の領域でのみ活用されるものではない。精神障害者、身体障害者、知的障害者、難病等で長期在宅療養を余儀なくされている患者等に対しても、有効な援助技法である。

わが国の場合、高齢者の領域でまず導入された（在宅介護支援センターの活動等）のは、他の領域よりも早く、在宅ケアが進んだからである。そして今、制度化が検討されている介護保険制度の運用システムに、ケアマネジメントが組み込まれたことによって、関心が爆発的に高まっている。従来、人の生活を支援することにかかわって来なかった職種までもが強く関心を抱くようになったことを、喜ぶべきであろうか、悲しむべきであろうか。ケアマネジメントが、理論としても十分には定着していない時期に、政策として介護保険制度に取り入れられたことによって、ケアマネジメントについての理解は混乱の極みにある。混乱を多少とも整理するために、二、三の点について私見を述べておきたい。

一つはケアマネジメントの“ケア”の概念である。この“ケア”を狭義にとらえるか、広義にとらえるかによって解釈は違ってくる。ケアマネジメン

トの“ケア”は、決して身体介護だけではない。住宅改修、医師の見まもり、訪問介護、保健婦活動、リハビリテーション、ホームヘルプサービス、デイサービス、ショートステイ、福祉機器の利用、その他の福祉サービス、心理的・社会的援助等々“生活”を維持するうえで必要なすべてのサービスを包む包括的な概念の“ケア”である。ケアマネジメントとは、“介護”をマネジメントすることではない。一人ひとりのためのケア体制をマネジメントすることである。

二つ目は、従来から社会資源の利用を援助していた保健婦活動やソーシャルワークとの違いである。基本的には同じであるが、大きく異なる点は、保健婦やソーシャルワーカーが、ひとりでアセスメントや援助計画（ケアプラン）を作成するのではなく、かかわる“みんな”で行うことである。ケアマネジメントは、異なる期間の多職種が、合理的に、効果的に活動するための“チームアプローチ”の技法である。

ケアマネジメントで重視されることは、利用者主体という考え方である。サービス利用における措置と対極にある概念である。援助者がわが田に多くの水を引こうとするケアマネジメントなど存在するはずがない。クライアントのQOLを高めるための援助活動なのである。ケアマネジメントを成功させるためにまず必要なことは、在宅サービスの整備を急ぐことと専門職等の意識改革である。

# 自立生活センターでのマンパワー養成の経験者として

野口俊彦

ヘルプ協会〔たちかわ〕

## 1. 自立生活センター・立川の活動内容

CIL・立川事務局の現在の組織図	
生活支援事業部	市町村生活支援事業 自立生活プログラム ピアカウンセリング
介助者募集・研修	コーディネート 緊急介助システム 緊急介助システム
移送サービス部門	
情報提供・調査研究部門	
総務部門	

自立希望障害者との関わり

①自立希望の障害者の相談はピアカウンセラーが担当します。相談内容によって②自立生活プログラムの提供を行います。このプログラムは3～8人程度で行い、このプログラムによって必要なら③個人別プログラムに移っていきます。自立生活体験室を使いながら具体的な自立を目標にします。

④各種サービスの提供が本格的に始まります。⑤自立生活が始まりますが、これでサポート終了ではありません。半年ぐらいはピアカウンセラーがきめ細かなサービスを行います。

## 2. 自立初期から安定期までのケア・サービス（セルフケアマネジメント）

CILの特徴として障害者の自己決定権の尊重があげられます。一口に自己決定と言っても養護学校・家族・入所施設といった環境では自己決定の機会

も多くありません。機会の少なかった人たちに生活の選択が可能なこと、また必要なノウハウを伝えていくのがピアカウンセリングや自立生活プログラムです。特に介助については安全性を考慮して十分な体制を相談します。その後本人の生活が落ち着き生活の目標が出来あがってくると、ケアは生活に必要な量に落ち着いてきます。必要でないケアサービスは本人にも苦痛です。

## 3. 介助者の確保

\*同性介助\*24時間/365日必要な時に

96年度実績	CIL・立川の介助スタッフ構成	
利用者人数 136人	男：女 比	学生 45%
介助スタッフ数 227人	40：60(%)	主婦 14%
派遣回数 7,559回		有職者 20%
派遣時間 44,092時間		福祉関係 9%
		その他 12%

CILでは学生を中心とした介助スタッフを確保しています。夕方～夜・土日といった介助依頼に応えられるからです。しかし、最初から学生たちが介助依頼にうまく対応できるわけではありません。彼らを自分にあった介助者に育てていくのも障害者自身です。

自分の生活の中で介助をうまく使いこなしていく。また、適切な福祉サービスを選択していけることが、自立生活を継続していく条件です。

## 4. ヘルプ協会〔たちかわ〕設立/今後に向けて

# ケアマネジメント人材の養成経験から

新津ふみ子

ケア・コーディネーション研究所

ケアマネジャー養成研修に関与しているが、受講生の今までの現場経験がケアマネジメントの

理解に大きく影響している。在宅か、施設・病院の経験か、対象者は重度か軽度か、老人か障害者

か、そして職種は医療系か福祉系かなどである。研修では、これらの経験をいかに生かすか、そして更に必要な能力を付加できるかがポイントである。しかし、教室で研修することには限界があり、特に対人支援能力やネットワーキングは難しいように思う。

研修の日数や受講生の人数、レベル、専門性、問題意識などにより研修の内容は変わるが、最近の受講生のニーズ（研修企画者のニーズ）は「アセスメントからケアプランの立案」が増えている。

アセスメントからケアプランの立案を研修するときに大切にしていることは、現象面として現れ

ている問題点やニーズ、利用者の訴えに対し、それに対応する社会資源をすぐに紹介するというケアプランではなく、問題やニーズが発生した原因やプロセスを利用者と一緒に考えること、専門の見地から検討すること、すなわちアセスメントに基づいたケアプランの立案を強調している。このプロセスをしっかりと踏むことは、利用者の個性やQOLの尊重、ケースカンファレンスやチームアプローチ、そしてネットワーキングの重要性への動機付けを強め、実践への具体的な手がかりも伝えられるからである。

## 卒前卒後教育のあり方 ー保健医療に関わる教育者の立場からー

永原久栄

茨城県立医療大学保健医療学部

### 1 はじめに

理学療法士・作業療法士は、保健医療福祉に関わる職種の一つであり、リハビリテーション的ケアの視点で地域ケアシステムのケアマネジメントに関わる職種の一つである。ケアマネジメントと教育に関わる背景及び、ケアマネジメントや地域リハビリテーションに関わる理学療法士・作業療法士の卒前・卒後教育について紹介し、マンパワー養成に関した今後の課題を提言したい。

### 2 ケアマネジメントの定義について

ケアマネジメントの定義については、厚生省はじめいくつかの研究会等から紹介されている。日本理学療法士協会ケアマネジメント検討委員会では、次のように定義する方向で検討を重ねている。「ケアマネジメントとは、なんらかの理由で自立機能が弱体化した当人・家族を対象に、その生活の自立機能の回復やQOLの向上を目的として行なう支援活動で、必要な諸サービスが当事者のニーズにあうものとなるように、的確に実施されるための総合的調整活動である」。すなわちケアマネジメントは既存の社会資源の活用・調整のみではなく、あくまでも当事者に必要という視点から

支援すること、いわゆる、リハビリテーションの視点に立ったものでなければならないものと考えている。

### 3 ケアマネージャー養成教育の重要性

公的介護保険制度導入にむけてケアマネージャーの養成が始まろうとしているが、ここでいうケアマネージャーとは、本来、ケアマネージャーとしての資質、技術等を兼ね備えた専門職として養成された人材でなければならないと思われる。しかし現在、厚生省が認定しようとしている基準に示されたケアマネージャー、すなわちその基準に出されている経験と知識の研修のみでは、真のケアマネージャーとは異なる養成と考えられる。ケアマネージャーは、個人として出来るだけ触れられたくないプライバシーにまで時として入り込む職業であり、弱体化した家族の生き方の方向づけにも関わる職業である。このように重要なケアマネージャーに対して、養成次第では人権尊重や機会均等の理念、すなわち、リハビリテーションマインドの稀薄な人になるという危惧を孕んでいると思われるからである。主体性回復やQOL向上支援のための人材投入を後回しにし、狭い意味の、

介護力の補充にのみ力点を置くかのようにみえる現状に置ける動向は、我国にリハビリテーション理念が普及しなかった時代に逆戻りする感をまぬがれない。

#### 4 ケアマネージャー養成への当面の対応

私は、ケアマネージャーの養成は、本来、大学の修士課程レベルの専門教育が必要と考えている。しかし、今、当面の必要に対してすぐ対応するためには、ケアマネージャーとなる可能性のある既存の職種の研修にかなり力をいれ、既存の教育カリキュラム内容における専門教育の強化の対応がせまられると考えられる。マンパワー養成、すなわち、ケアマネージャーとなる可能性のある職種の基礎教育は、それぞれの職種が国家資格にあわせた専門領域を持っているので、すべての職種に同程度同じ内容の研修内容でもって短期間に養成しようとするのは所詮無理な話だと考えられる。従って、当面の対応として行なわれるケアマネージャー研修にあっては、保健、看護職での研修内容と、福祉、介護職の研修内容では、共通部分はあっても、それぞれの弱い部分を補うものであるべきで、それぞれ異なるものでなければならぬと考える。

#### 5 ケアマネジメントにおけるリハビリテーションの視点の重要性

アメリカ合衆国ウエイン州立大学のケアマネージャーの研修プログラムにおいては、ケアマネージャーに必要な能力として、①良い人間関係が作れること、②評価・調整能力、③個別計画とサービス計画作成・調整能力、④チーム連携で人権を擁護する能力、を挙げている。わが国の、ケアマネージャーとなる可能性のある職種のうち、理学療法士・作業療法士以外の既存の職種における最大の課題は、評価・調整等ここに上げた②③④のなかの潜在能力の活用を含めたリハビリテーションの視点の欠如であると考えられる。これは、わが国のリハビリテーション教育がまだ歴史が浅く、リハビリテーションが多く国家資格職種に浸透していない実状を反映しているものと考えられる。地域リハビリテーションやケアマネジメントに関わ

る理学療法士・作業療法士の卒前・卒後教育では、リハビリテーションの視点について重要視されている。

#### 6 理学療法士・作業療法士の養成

理学療法士・作業療法士の養成は、まず医学的リハビリテーションのニーズを受けて昭和38年に始まり、在宅ケアニーズの拡大を背景に需給計画の見直しで大幅に増員され、それと同時に、教育カリキュラムも改正されてきている。

理学療法士・作業療法士の養成校は、平成9年現在全国で理学療法士97、作業療法士81。そのうち専門学校（理学療法士72、作業療法士56）、短期大学15、4年制大学10、大学院3である。有資格者は理学療法士16,284名、作業療法士9,809名である。現在年間理学療法士2,300名、作業療法士1,000名の卒業生を出し、養成校増にともない平成12年には理学療法士3,300名、作業療法士2,490名の卒業生が出ると言われている。理学療法士・作業療法士は、特に地域リハビリテーションでは足りないというイメージがあるが、平成12年には需要と供給が逆転するとまで言われ、数からも、ケアマネージャーになる可能性のある養成定員を持つ職種である。

#### 7 地域リハビリテーションに関する理学療法士・作業療法士の卒前教育

昭和47年、平成元年2度にわたりカリキュラムを改正し、地域リハビリテーションに関する科目を導入してきた。平成4年以後4年制大学教育も実施されるようになってからは、各大学でその特性を付与することが可能になり、地域リハビリテーションサービスに関係するカリキュラムの強化が図られている。4年制でもかなり時間的制約があるので、ケアマネジメントに関しては概要あるいは一部を学ぶにとどまるだろうが、地域リハビリテーションを強化したリハビリテーションの視点の教育がますます大切と考えられる。

#### 8 地域リハビリテーション・ケアマネジメントに関する理学療法士・作業療法士の卒後教育

卒後教育としては、職能団体である日本理学療法士協会・日本作業療法士協会が、社会的要請に

応える責務を自覚し公的な支援を受け微力ながらも精力的に在宅ケアおよびケアマネジメントに関わる各種研修会を開催してきている。理学療法士・作業療法士両協会での公的支援をうけて行っているのは4つの研修会で「老人保健施設特別職員研修会」「在宅訪問リハビリテーション講習会」「理学療法士・作業療法士地域保健・福祉講習会」「理学療法士・作業療法士地域保健福祉活動指導者育成講習会」(平成9年度1回目)である(表1)。合わせて約2,260名の受講者が出ている。研修目的には、いずれも地域保健福祉活動を推進していくことで

きる理学療法士作業療法士の育成を目的としてケアマネジメント機能の獲得を挙げている。

### 9 今後の課題

今後の課題としては、①理学療法士・作業療法士の卒前カリキュラムの充実、特に、地域リハビリテーションを強化したリハビリテーションの視点、②卒後教育が継続可能となるための公的支援の保証、③大学院教育におけるケアマネジメント教育、④医学・看護・福祉教育でのリハビリテーションの視点に関わる教育の充実。

表1 公的支援による3講習会・研修会の紹介

講習会名称	老人保健施設職員特別研修会	在宅訪問リハビリテーション講習会	理学療法士・作業療法士地域保健・福祉講習会
主催	全国老人保健施設協会	日本リハビリテーション医学会	日本公衆衛生協会
運営	日本理学療法士協会 日本作業療法士協会	日本理学療法士協会 日本作業療法士協会	日本理学療法士協会 日本作業療法士協会
事業実施期間	4日間	5日間	5日間
事業実施場所	東京、大阪	東京、名古屋	岩手、東京、石川、福岡
事業結果概要 平成9年	東京 1月8日～11日 受講者 PT, OT 90名 大阪 1月15日～18日 受講者 PT, OT, 120名	東京 2月3日～7日 受講者 PT, 30名、OT 15名 計 45名 名古屋 2月17日～21日 受講者 PT, 30名、OT 15名 計 45名 2地区受講者 合計 90名 応募総数 255名	岩手 2月21日～25日 受講者PT, 33、OT24、計 57名 東京 3月19日～23日 受講者 PT, 32、OT34、計 66名 石川 3月6日～10日 受講者PT, 27、OT31、計 58名 福岡 3月15日～18日 受講者 PT 55、OT 65、計 120名 4地区 受講者合計 301名
	平成3年度開始7回目 7回通算受講者(延べ100%)	平成4年度開始6回目 6回通算受講者数 540名	平成7年度開始3回目 3回通算受講者数 723名

## ケアマネジメントの研究者、研修指導者の立場から

白澤政和

大阪市立大学生活科学部

### 1. 障害者に対するケアマネジメントの動向

そもそもケアマネジメントは障害者を対象にして始められたものである。1970年代に、アメリカでの精神障害者のコミュニティ・ケアを推進する際に、1カ所まで個々人の諸種の生活ニーズを解決

することを目指すものとして実施され、それが様々な人々を対象に活用されるようになっていった。

日本では、援護を要する高齢者を対象にしたケアマネジメントが主流であるが、厚生省でも障害者のケアマネジメントをいかに進めるかの委員会

を数年前から組織し、マニュアル作成や研修段階に入ってきている。

高齢者の場合は身体的・医療的側面での問題も多く、ケアマネジメントが「医学モデル」に近いものとなる傾向がいがないが、障害者のケアマネジメントが進むことで、「生活モデル」に基づくケアマネジメントが確立するものと期待できる。

## 2. ケアマネジャーの位置づけ

ケアマネジメントは「要援護者のニーズと社会資源を結びつける」ことで、自立を支援し、質の高い生活（QOL）を目指すものである。そのために、要援護者が自らの生活設計していくことを、専門家が側面的に支援することである。

その意味で、ケアマネジメントは要援護者本人と家族の共同作業でもって進展していくものである。ケアマネジメントがない時代にあっては、本人や家族がケアマネジャーの業務を担ってきたことになる。ただ、社会資源が多様化・広域化し、窓口機関も縦割り化している現状にあっては、専門職としてケアマネジャーを育成していくことも不可欠である。他方本人や家族成員・仲間（ピア）などがケアマネジメントできるよう情報提供等の支援をしていくことも必要である。

## 3. 専門職としてのケアマネジャー養成の方法

一般にどの職種がケアマネジャーに適任かの論議は明らかでないが、世界的にはソーシャルワーカーやコミュニティ・ナース（保健婦）が中心である。ただ、こうした職種の人々は学生時代にケアマネジャーとしての教育を受けておらず、現状では働いている専門職の現任研修でもってケアマネジャーを育成することが最も有効である。さらに、将来的な展望としては、社会福祉や保健・看護の人材育成の専門教育においては、カリキュラムにケアマネジメントの理論や実践を理解させる科目の導入を早急に進めていく必要がある。

## 4. マンパワー養成の方法

マンパワー育成については現任研修の意義が大きい。在宅介護支援センター職員の調査結果であるが、ケアマネジメント実践の程度にはケア計画作成の演習を含めた研修受講の有無が有意に影響していることが示されている。その意味では、きめの細かい現任研修を行うことで質の高いケアマネジャーの育成が可能であるといえる。研修の内容は、単にケアマネジメントのノウハウだけでなく、ケアマネジメントの理念や、ケアマネジメントを通じた地域（保健福祉）計画の作成方法といった範囲まで学習することが求められる。

さらに、ケアマネジメントを実施するにあたって、アセスメント用紙やケア計画用紙が使われることになるが、こうしたケアマネジャーを補助する教材の開発を進めていくことも必要である。

同時に、上記の調査結果から、高齢者サービス調整チームなどの地域の機関内での連携の経験が豊富な者ほどケアマネジメントの実践ができていくことから、日頃から機関間での連携を確立していることも必要であるが、研修にあたっては、異職種参加による研修が有効である。ケアマネジメント自体が学際的な意味をもっている以上、研修を介して連携を深めることになる。

## 5. まとめ

ケアマネジメントはケアマネジメント実践とケアマネジメント・システムから成り立っている。ケアマネジメント実践は質の高いケアマネジャーを育成することである。他方、ケアマネジメントを実施しやすい地域の仕組みを作っていくことがケアマネジメント・システムである。このシステムの象徴としては、1つの窓口ですべての生活ニーズが充足されることである。障害者の相談に対して、これにいかに近い仕組みを地域社会の中で作り上げるかが、もう一方の課題として存在することも理解しておかなければならない。

## 【 分科会 12 】

### 施設で地域で「人権」の確立は…

座長： 白 井 俊 子

世田谷区立知的障害者就労支援センターすきっぷ

#### ま と め

1. 施設、職場、地域での人権侵害の実態、2. 人権擁護の現状、3. 今後のあり方について、各シンポジストから実践を通しての具体的な問題提起がされた。

高村氏からは、東京権利擁護センターすてっぷでの専門相談に上がった入所施設における2事例の紹介があった。これらの事例から、1. 入所施設は非常に重要かつ困難な任務を負っているにもかかわらず職員の質が問われていない、2. 家族も家庭に引き取れないから「更生」でなく「終生」の施設を望んでいる、これらのことが施設内処遇の質の低下を来し人権感覚を失う結果になっているとの指摘がされた。

佐伯氏からは、神奈川県での施設における人権の確立のために策定された「あおぞらプラン」の紹介があり、このような実践が全国的に普及すれば入所施設の処遇も大幅に改善されるのではと、明るい見通しが持てる発表であった。

同プランには、権利宣言、倫理綱領、職員行動計画、オンブズマン制度が盛り込まれ、各施設のプランの推進状況を毎年行っており確実に効果を上げているとのことである。これらの実践を通して同氏は施設職員は「サービス業」としての自覚を持ち、利用者の当り前の生活を望む願いを実現していくべきことを強調された。

吉本氏からは、障害者のための法や制度が障害者の基本的人権を尊重していないとの提起があった。国民すべてが共通に享受すべき法・制度から障害者が除外されていること、障害者のための法から一部の障害者が除外されていること、障害者施策全体が自立と社会参加を保障するものになっていないこと、福祉サービスの窓口の対応が慈善

的であり権利として認めていないことを指摘したうえで、すべての地方自治体に公的責任による人権擁護機関の設置を義務付けるべきであると主張された。

池末氏は、精神障害者に対する人権擁護体制は極めて不備であり、その原因は、障害の理解が遅れたこと、病気により生活力を弱めている人の治療や生活の責任を家族に求めてきたことにあるとし、また、他障害に比べ精神障害者の福祉サービスの貧困さを訴えられた。今後の課題として精神障害の分野でも関係職員の資質の向上が問題になった。

人権問題では、必ず入所施設のあり方が議論されるのは、施設はだれのための福祉かが不明確のままになっているためである。本来入所施設は、1. 本人が地域で普通の暮しをするのが不可能な状況である、2. 施設入所が本人の福祉の向上のためにやむを得ない策である、3. 入所施設でなければ提供できないサービスを必要としており、当該施設がそれを提供しようという条件を充たす場合のみ利用されるべきであろう。すなわち、施設はあくまでも本人の福祉のためにあるべきである。利用者一人ひとりの個別援助プログラムが必ず用意され、定期的にそれを見直し、どのような状況になれば退所できるかについても十分検討されるべきである。今後「施設か、地域か」の選択は専ら家族の保護機能に係っている実状から脱し、家族に代わる援助者を地域に確保することが重要である。これが本来の入所施設のあり方を実現する大前提となると考えるからである。

障害者の人権には、法・制度の問題、職業、家庭、施設などあらゆる生活場面で生じる侵害事件

等、広範囲かつ多様な問題があり、限られた時間で語るには、テーマが広がり過ぎたことを反省している。

フロアーからの発言で、施設における職員の人権が話題になったことは残念であった。職員が強

度行動障害などを持つ人への対応に苦慮している実態を否定するものではないが、それは障害者の人権がテーマであるシンポジウムとは別に「職員の資質と援助の限界」ともいうべきテーマで議論すべきことであろう。

## 『すてっぷ』に現れた知的障害者更生施設の問題事例

高 村 浩

高村浩法律事務所

### 【事例1】

数年前から知的障害者更生施設に入所している人から、施設の処遇に耐えられないので、施設を出たいという相談があった。職員が入所者を見下している、「税金泥棒」と言われる、外部の人間には絶対にわからないようにして職員が入所者に暴力を振るっているなどということが、施設での生活を耐えられなくさせている原因である。

本人から施設に対して、施設を出たいと申し出たところ、行くところがあるのか、どうやって生活するつもりだ、出たければ出ればよい、責任は自分でとれなどと言われた。

私が思いきって施設を出て生活保護を受けながら生活することができるかと聞いたところ、本人は、一人暮らしをしたことがないから何ができて何ができないか-施設では食事を作ったり、食事のための買い物をも自分でした経験がないから、これらを自分でできるか-分からないという。施設では体験できないから、休みに実家に帰省したときに試してみるという。

### 【事例2】

知的障害者更生施設で、施設長みずからが暴力や暴言による「指導」を行っていた。暴力や暴言だけではなく、処遇全体が異常であった。例えば、利用者一人ひとりの処遇計画や処遇会議もなく、多くの利用者が午前6時に起床して午後6時には就寝させられ、利用者の一部は、日中、無意味な歩行訓練を繰り返させられていた。保護者との面会は年一回に制限され、利用者が病気になっても保護者には連絡もされなかった。医師の診断にもとづかない薬の投与もなされていた。入所時と現在の写真を比較するだけで、一見して明らかに生気を失った入所者までいる状態である。

施設長兼理事長は、「終生」施設を唄い文句にし、保護者も「終生」に引かれて多額の寄付を行っていた。福祉事務所も、施設の実態を把握することなく、施設を紹介、入所委託していた。

## 障害者の人権問題についての運動経過と今後の課題 — 障害者運動の立場から —

吉本哲夫

障害者の生活と権利を守る全国連絡協議会

### 1 障害者のための法・制度は基本的人権にねざしていない。

戦後、日本国憲法に基づき、教育・福祉・雇用等障害者にかかわる法・制度も数多く制定されたが、共通する重要な問題がある。

その第一は、国民だれもが共通に享受すべき法・制度から障害者が除外されていることである。最低賃金法第八条は、使用者が「精神または身体の障害により著しく労働能力の低いもの」として都道府県労働基準局長の許可を受けたときは最低賃金の適用を除外できるとし、医師法は、「おしまたは盲の者には免許を与えない」「精神病には免許を与えないことがある」としているなど、障害者が多くの資格制度から除外されている。

第二は、障害者のための法・制度から一部の障害者を除外していることである。1994年実施された「障害者に対する有料道路通行料金の割引措置」は、精神障害者等を除外しており、同じ年に改正された障害者の雇用の促進等に関する法律は、「精神薄弱者」を雇用義務に加えたものの精神障害者はその対象としなかった。

第三は、障害者施策全体が障害者の自立と社会参加を保障するものとなっていないことである。1993年に制定された障害者基本法は、「障害者の自立と社会、経済、文化その他あらゆる活動への参加を促進すること」を目的に施行されたが、生活の経済的基盤である障害基礎年金制度は、膨大な無年金障害者を放置したままであり、年金額も一級で月額 83,000 円にすぎず、経済的自立は程遠いものとなっている。また、科学技術の進歩によって便利な生活用具が開発され、自立の条件が拡大されてきたが、「補装具、日常生活用具貸与・支給制度」の対象となっていないために、自立と社会参加を著しく制限された生活を続けている障

害者は少なくない。

### 2 各地で起こる障害者の権利侵害

障害者のいのちと暮らしにかかわる重大な人権侵害が各地で引き起こされている。1996年初頭、70才を越えた母親が40才の脳性マヒの息子を入浴介護中に心臓発作で倒れ、親子とも死亡した。母親は地域の社会福祉協議会から障害者の生活を支えているかどうかどうにたいして表彰を受けていた。水戸市では、労働者の8割が知的障害者であり「優良企業」として表彰された職場で、性的暴力を含む、数え切れない傷害・暴行が告発され、特定求職者雇用助成金の詐取などを引き起こす「アカス事件」が社会問題となった。その後滋賀、大阪など障害者の働く職場で同様の人権侵害が次々に明るみに出た。

1996年、天皇の視察旅行の通過点にある精神障害者施設は外出禁止となったと新聞が報道した（山梨）。福祉や教育現場でも暴力行為があるという訴えが各地で起きている。社会福祉施設での時間規制や一方的管理規則の強要、障害基礎年金などの金銭の強制的管理などを含め、障害者にかかわる施設では障害者の人権尊重の思想が欠落している。これらの事実は、労働、福祉機関への訴えても取り上げられず、そのほとんどは、障害者・家族からの直接の訴えでようやく取り上げられているのである。

### 3 人権を保障するために

障害者は、人権侵害の再発防止策だけではなく、基本的人権保障を法・制度のうえに明らかにするよう求めている。特に、自己主張の困難な障害者の人権を擁護する公的機関の設置が急務である。弁護士会などの民間団体では、電話相談による「人権110番」が各地で実施され始め、東京では、都の財政支援等によって、「知的障害者・高齢障

害者権利擁護センター」が設置され成果を上げている。すでにのべた障害者を差別・制限する法・制度の検討と改善が必要であり、すべての地方自治体に公的責任による人権擁護機関の設置を義務づけるべきである。民間機間の自主的な権利擁護活動に国・地方自治体の支援が必要である。成年後見制度法制化の検討がすすめられているが、この制度の確立が人権擁護の重要な一步となるよう、障害者と関係団体の要望に沿った検討が求められる。

#### 4 障害者施策にかかわっている人に望むこと

障害者の基本的人権を確立するうえで、障害者施策にかかわっている人達の人権意識のたかまりが求められている。福祉等の現場では、人権侵害が日常的に起こっており、そうした行為が人権侵害に当たるという意識のないまま実践されているのが重大である。

国民皆年金といわれているなかで無年金障害者が存在しているが、そのなかには、本来は受付・相談を主な業務であるべき年金課の窓口で「年金

受給の資格はない」という「指導」によって、不利な年金受給となった障害者は少なくない。福祉や医療、雇用など行政の窓口では、制度を利用するのは権利であるという立場にたらず、慈恵的で強権的に対応し、結果的には制度利用をあきらめさせたり制限する例がいまでもおきている。

福祉施設などの障害者施設では、貧しい施設・少ない職員の配置などの厳しい現実があるというものの、障害者の自立と社会参加よりも一方的な管理運営が中心となり、夕食は4時30分、それも一人の職員が数人を輪にして食事を差し込み、夜8時には消灯するといった非人間的な生活を強要し、暴力的制裁で管理を徹底していることもある。

障害者にかかわるどの分野でも、障害者の権利と人権擁護の視点からの職員研修を徹底し、障害者が人間として平等であり、差別してはならないことを実践の基本に置き、障害種別、障害の程度によって対応できる専門的技能を身につけるようにすべきである。

## 精神障害者の人権について

池 末 美穂子

全国精神障害者家族会連合会

はじめに次のことを確認しておきたい。

#### ★精神障害者とは

「精神科（主として精神分裂病）の病気により生活力を弱めている人々」ということである。精神分裂病は脳の神経機能の生理学的変化によって生じる身体的病気で、継続する症状（無気力、疲労感など）や行動面の変化（融通がきかない、変化にもろいなど）が生活力を弱める「障害」の原因となっている。

#### ★人権を守るには

多様な選択肢（社会保障・福祉施策・マンパワー）が確保されていることが前提だが、精神障害者の場合その点が極めて不備である。その理由は「障害」への理解の遅れにより施策化が遅れたことと、治療や生活に関する責任を家族に求める保

護者規定を存続させてきた「精神保健福祉法」による「保護者制度」にあることを、明確にしておかねばならない。

人権が守られていない現状を各側面から見ていくことにする。

#### 1 なぜ「医療」において人権侵害が起りやすいか？

精神科医療の閉鎖性を生んでいる理由には1. 一般の医療の1/3の職員数でもよいとした医療法特例や、精神科医療の専門性を評価しない医療保険制度（低医療費）などにより、収容所的医療の体質・構造が作られていること、2. 職員の患者の「障害」や「生活」を見る視点の欠落と根深い「病気」への偏見・差別、3. 「保護者制度」による家族への過度な期待からの医療側の手抜き（病

状態悪化時の受診援助や早期退院後のフォローなどが挙げられる。現在に至っても医療において本人・家族の人権が守られにくいレベルにあるのが日本の精神科医療の限界であり課題である。

## 2 「生活」においても人権は守られていない

その理由は

- ①「精神保健福祉法」は、市町村の福祉の実施責任を明確にしておらず、手帳の窓口も保健所にするなどの根本的矛盾と、社会復帰に関する施設も社会福祉事業法第2種社会福祉事業とした限界をもっていること、つまり、本格的な福祉法ではないということ
- ②「障害」への施策の遅れが住宅、雇用、所得保障のあらゆる面で生じていること
- ③「保護者制度」により生活上で起こるすべて（日常生活介護・経済的扶養など）を家族が負って当然、つまり「家族が患者の面倒を終生みるのがあたりまえ」という意識を関係者・行政に植えつけてきたことなどにある。

## 3 精神障害者福祉に関する甚だしい地域格差の問題

人口・財政の面などから共同作業所補助金制度、社会復帰施設、手帳によるサービスなどにおいて極端な都道府県格差が生じている。精神障害者の生活支援の出発点である共同作業所に対する都道府県（市町村）の補助金の格差は1対7か1対10の開きがある。少ない県では「未だ職員が採用

できない」「運営・維持にあたってきた家族は精も根もつき果てた」「お母さんたちが作業所をやっている限りは僕たちの未来はない」という状況に苦しみ、個所数は増えず、通えるところに作業所がない現実が続いている。地方分権が進む中で更に格差拡大は危惧されている。

## 4 マンパワー（資質、数）不足から生じる人権侵害の克服を！

以上述べた1、2、3の現実を変えていくには関係職員（医療・保健・福祉）の資質（課題をとらえる「視点」と、解決に結びつけていく「援助技術」と、制度・施策を整備していく「運動論」をもつ人材ということ）の向上と数の確保が必要である。こうした専門的力量をもった職員と当事者・家族が連携して課題を明確にし、改善を求めていく実践と運動が必要である。

精神障害者本人・家族の課題を共有し、現状を克服する必要性を認識した職員の増員と成長を期待したい。国会での「精神保健福祉士法」の成立を期待しているのもこの点においてである。

職員の専門性とは、幾重にも重なる困難の打開に本人・家族と共に取り組み、様々な選択肢を作り出し、それらをつなぎ合わせ生活の自立に向かっていく一人ひとりの主体性に働きかける力量（「視点」「援助技術」「運動論」）、ということではないだろうか？

## 施設での人権侵害と人権確立への努力

佐伯道夫

(福) 藤沢育成会 みらい社

### ※神奈川県知的障害施設協会の概要

施設数170, 利用者8,500名、職員3,500名。

#### I 施設における人権侵害の実態

##### 1 利用者アンケートから

朝、ゆっくり寝ていたい/お酒が飲みたい/お金を自由に使いたい/職員にからかったり、いじめるたりする人がいる/利用者でうるさい人がいる/個室にしてほしい/もっと買い物や外出がしたい/グループホームに行きたい/結婚したい等

##### 2 職員アンケートから

集団生活はまるで強化合宿のようだ/選択権と決定権の保障/ベテラン職員ほど人権感覚が鈍い。新人職員も真似するようになる/体罰や威圧的な言動をしている/利用者に注意することは自分も守る/同僚職員の人権上、問題ある言動を注意できないでいる/「くん、ちゃん」呼びをしない等  
※利用者が望んでいることと、職員が努力しなければならないと思っていることに共通項が多いのに、出来ていないのは何故か考えなければなりません。

##### 3 推進状況調査から

体罰や高圧的な言動、呼称等がいまだに解決されていません。また職員同士の問題として、仲間の人権侵害をお互いに注意出来ず、してはいけないことを自浄できないでいる職場が多くあります。

##### 4 「あおぞらパーティ」意見書から

職員が話を聞いてくれない/旅行が楽しみ/あの先生は怒るから嫌いだ/横浜に来て観光が出来て良かった/パチンコ、競馬をやりたい/外出は少人数でほしい/グループホームへ行きたい/彼女がほしい/部屋にテレビがほしい/叩かれたとき、やめと言えない/施設はうるさいからお金を貯めて家を建てたい/お風呂に毎日入りたい等

##### 5 オンブズマンへの相談から

タバコの火を押しつけられた/お祈りを強要

され、嫌がったらぶたれた等。

#### II 具体的な対応

##### 1 「あおぞらプラン」策定の経緯

背景として「国連障害者の10年」の最終年の時期で人権論議が盛んでした。また一方で「あそこの施設は体罰がひどいらしい」等の声が聞こえても何の対応も出来ない無力感がありました。これらに対し何か具体的なことをしなくてはと思い、プランの策定を進めていくことになりました。検討にあたっては、施設関係者だけではなく、利用者、外部の人（学識経験者、弁護士、マスコミ、親の会、障作連、教育関係者等）を加え、施設職員にとって都合の良いものにならないように、配慮しました。検討に参加した利用者は期待以上に発言をし、プランの内容に反映されました。更に施設の実態を知るために利用者職員にアンケートを行い、それも参考にプランの内容を組み立てていきました。

全国のいくつかの先駆的な取り組みも参考にしましたが、障害者権利宣言等を作ってはみたものの機能していないというところもありました。そこで宣言だけでなく、倫理綱領、職員行動計画、オンブズマン制度も合わせ、総合的に機能するようにしました。

##### 2 具体的事業

パンフレット作成。そして推進状況調査、オンブズマン制度、パーティ、研修、ネットワーク等は継続事業とし、毎年、工夫を重ねて推進してきました。

#### III 「あおぞらプラン」の効果

##### 1 推進状況調査から

毎年、「プラン」の推進状況調査を行っていますが、どの質問項目も確実に推進されています。しかしいまだに体罰をはじめ課題が残っています。調査に協力してくれるところの実態はある程度見

えてきましたが、そうでないところが気になります。回収率からみると、児童より成人、通所より入所、授産より更生施設の方が人権に関心を持っているようです。従って最も強い関心を持っているのは成人の更生入所施設であることが分かりました。

## 2 施設の取り組みから

「あおぞらプラン」に基づき、継続的に話し合いをすることが増えてきました。中には人権推進委員会のようなものを設置したところもあります。また「プラン」を守るということを就業規則や誓約書に盛り込んだところもあります。

### IV 今後に向けて

#### 1 事業の更なる推進

継続事業の更なる推進と新たな事業展開を進めていきます。利用者には自分たちには権利があることを、職員には権利擁護の自覚と行動力を促すために間断なく働きかけていく必要があります。

#### 2 本人活動支援

どんな事業を進めていくにも、中心は利用者自身の声であることを忘れないように、積極的に発言できる環境と機会を用意していかなければなりません。現在、「あおぞらパーティ」等で意見を聞く機会がありますが、まだまだお膳立ての上でという感は免れません。今後とも工夫しながら援助していかなければならないと思っています。

#### 3 利用者の意見を謙虚に聞く機会と姿勢

—あおぞらパーティ実行委員会から—

利用者と職員が一緒になって委員会を構成し、検討しています。委員長は利用者です。

・職員の変化 → 施設では見せない態度を見せ始めています

付き添いの職員が自分の施設の利用者の発言

を、ヒヤヒヤしながら、言い訳や説明をしたいのを我慢しながら、何も言わず聞いています。

・利用者の変化→施設では言わないことを言い始めています

「毎日、お風呂に入りたい」、「好きなときにお茶を飲みたい」等、施設内では言わなかったことを発言し始めています。付き添いの職員は「そうだったの、知らなかった」

としみじみを反省しています。

#### 4 施設職員はサービス業としての自覚を

「サービス業」とはお客の満足が得られて、はじめて成り立つ仕事です。従業員の気分や都合が優先されて成り立っているサービス業はありません。施設職員は、利用者の当たり前の暮らしをしたいという願いを実現していくのが仕事です。そして常に、より質の高い福祉サービス・施設サービスを考え、具体的に努力していくことが求められています。現在の施設における利用者と職員の関係は、サービスを受ける側と提供する側とは到底、言えません。そのためには「あおぞらプランの行動計画」にもあるように呼称や言葉遣いから関係性の改善が必要です。関係性の改善は気持ちだけでは相手に伝わりません。具体的な行動の変化が必要です。サービス業として期待されていることは、今までの考え方や方法を考え直すことなのです。

#### 5 その他

人権論議になると、「これは構造的問題だ」とよく言われます。確かにそれが解決しないとどうにもならない部分があることは事実です。しかし、職員一人一人の自覚と実践によって変わる部分も多くあります。すぐに出来ることを見極める力と、行動力を求められています。

## 【分科会 13】

# 生活支援機器とスポーツ・文化機器の展望

座長：磯崎弘司

東京医科歯科大学附属病院リハビリテーション部

## ねらい

この分科会の主旨は、生活の支援機器やスポーツ・文化機器に関する現状を明らかにするとともに、各種機器の使用感や使い勝手について、その問題点と実際の使用経験に基づく工夫点などを紹介し、実用のための必要条件を浮き彫りにする。また、ユーザーからの具体的な要望をお聞きし、近未来の機器開発や展望を、より身近で実用的なものとするににあります。

サービス提供者の立場として、横浜市総合リハセンター企画研究室田中室長に機器の紹介及び開発の動向について、肢体・視聴覚障害全般にわたり、現在比較的良好に使われている機器のハード面の紹介をしていただきます、ソフト面では国立身

体障害者リハセンター森山OTに実際の機器使用の問題点と工夫についてお話しいただきます。

ユーザー側の意見としましては、2名の方にご自分の障害だけでなく、広く広く障害者の要望を聞いた上で、機器に関する問題点・改善点をまとめてお話ししていただく予定です。尚、サービス提供者・ユーザー側の全ての発言者には、わが国における生活支援機器・スポーツ・文化機器の給付システムや法制度の問題について触れていただき、現状の問題点を明確にし、来るべき21世紀に向けサービス側・ユーザー側・行政側も問題点を含より良い方向性を検討したいと考えています。

## 生活を支える機器から人生を支える機器へ

田中理

横浜市総合リハビリテーションセンター

### 1. 「生活支援機器」と「スポーツ・文化機器」の役割

人は個々それぞれに、自身の価値観を育みながら自己実現の道を歩む。価値観の多様化が叫ばれて久しいが、100人の人がいれば、100とおりの自己実現の道があるはずである。

自己実現の視点からもう一度福祉機器を振り返ってみると、例えばアスリートのための競技用車いすのように、福祉機器には自己実現を支援する、いわば人生の生き方を支援する役割もあるようだ。このように考えると、福祉機器にはおしなべて3つの役割があるように思われる。1つ目は個人の日常生活を支援する役割、2つ目は個人の社会参加を支援する役割、3つ目はこれらを通して個人

の自己実現を支援する役割である。もちろんこれらの役割は機器の活用の仕方次第によることであり、競技用車いすのような専用機能を持つ一部の機器を除いて機器の間に歴然とした役割の区分があるわけではない。

それは当然のこととして、本分科会の課題に示された「生活支援機器」と「スポーツ・文化機器」の役割をあえて区分すれば、「生活支援機器」には1つ目と2つ目の役割が、「スポーツ・文化機器」には2つ目と3つ目の役割が高いと見なしてよからう。

### 2. 「生活支援機器」の現状と課題

「生活支援機器」は利用者の機能的側面を支援する機器としての意味合いが強いものであり、その

意味合いは一般的に理解されやすいものである。そのためか、実際に起居、入浴、排泄等に代表される日常生活支援機器や、移動、コミュニケーションに代表される社会参加支援機器は一昔前とは比較にならないほど豊富になってきており、機器の適用の仕方さえ間違わなければ、技術的レベルでは生活支援のきわめて有効な手段として通用する段階に到達したと見なしても差し支えなからう。

ここで重要なのは機器の適用の仕方、つまり個々の状況に応じてジャストフィットする機器を提供する技術であり、ただやみくもに機器を生活に導入すればよいと言う問題ではない。「生活支援機器」は障害を持った方の生活の再構築を図る一つの手段として、その適正と効果をよく判断して導入を図るべきものである。

一方、機器の導入には費用が伴う。その点で公的ファンドで公的給付される福祉機器の意義は大きい。それでは公的給付の対象となる福祉機器は個人の日常生活をどこまで支援できるのであろうか。現状の制度で公的給付される福祉機器は補装具（障害者・児）と日常生活用具（障害者・児、老人）で代表され、品目はかなり拡大されてはきたが、それでも日常生活を支えるには不足していると言わざるを得ない。

われわれは在宅リハビリテーションサービスを実践する中で、生活支援の観点からみて、公的給付でどのような機器が不足しているかを経験的に把握してきた。その筆頭に、起居・移動とコミュニケーションに関する支援機器の不足を指摘することができよう。これらが公的給付の対象にならない理由として、単にコストが高いと言うことの外に、ときとして工学の専門的なサービス技術が用意されないと有効活用することができないと言う、技術サービスの理由もあるように思われる。

幸いに、われわれのところではリハビリテーションエンジニアも含めたチームアプローチが可能であったため、個別対応サービスへの技術的基盤は整っていた。実効的な生活支援のあり方とそれに対応できる技術基盤が存在するという背景から、横浜市独自の自立支援機器助成制度（移動リフタ

一、階段昇降機、段差解消機、環境制御装置、コミュニケーション機器を対象）が発足した。この制度の特徴は、個人が生活の中に機器を確実に使用できるように技術指導・援助する仕組みが盛り込まれていることと、同時に機器が使用しやすい環境を整備するために住宅改造助成をセットしている点である。リハスタッフの評価によって機器利用の必要性が的確であると判断されれば、種目に合うどのような機器も対象となる。このような制度とその運用システムが正しく機能すれば、制度全体の費用対効果の効率を維持しながら、福祉機器は間違いなく個々の生活を支援できるようになる。

全体的にみれば、「生活支援機器」は確かに豊富になった。関連して公的給付の品目も拡大されていく方向であろう。しかし、今後求められるのは単なるモノ給付ではなく、個々の障害者の生活支援に実効的に作用する機器の提供の仕方である。そのためには個々の障害者への機器の適用技術が重要視されるのであり、公的給付のあり方が根本的に問われるとともに、技術サービスの提供ができる基盤づくりが求められてこよう。この点をクリアしないと、福祉機器が本当の意味での生活支援に結び付いていかないと思われる。

### 3. 「スポーツ・文化機器」の現状と課題

「スポーツ・文化機器」は「生活支援機器」に比べれば、いわばゆとりを反映する対象である。近年、障害者のスポーツへの参加には目を見張るものがあり、その象徴的シンボルとして各種のスポーツ専用車いすが開発され、定着してきた。また、障害者のパソコン操作のための入力用インターフェースの開発によって、パソコンを利用した種々の文化的活動が可能になってきた。

公的給付と言う点からみれば、その是非はともかく、「スポーツ・文化機器」は現状では基本的にその対象枠外となっている。是非については今後の議論を期待したい。

「スポーツ・文化機器」は、「生活支援機器」に比べて、より精神的側面を支援する機器としての意味合いが強くなり、機能的側面に加えて障害者

個々の価値観に大きく左右される特徴をもっている。しかし、機器そのものは機能的側面での支援がその役割の限界であって、障害者個々の自己実現が個々の機能的問題により達せられない場合にものみ有効であるという点を再認識しておく必要がある。この点で、技術的には「生活支援機器」と同様であり、個別対応の技術サービス基盤の存在が求められる。

さて、人生を支援すると言う側面では機器そのものの問題よりも、むしろ障害者個々の主体性と彼ら、彼女らの自己実現を受け入れる社会の成熟度に問題の所在があることにも目を向けておく必要がある。100人の人がいても、10とおりの自己実現の道しかない社会は成熟した社会とは言えないのである。その意味では「スポーツ・文化機器」への取り組みは、「生活支援機器」以上に社会的バリアとの関係が重要視されるのではなかろうか。

#### 4. 今後の展望

本分科会の発言者である大塚画伯に提供した電動イーゼルをはじめ、種々の支援機器の開発に携わってきた立場から3つほど付け加えさせていただく。

まず一つ目は、「生活支援機器」にしる「スポ

ーツ・文化機器」にしる、福祉機器の取り組みには研究と開発に加えて何よりも適用が重要であり、福祉機器の開発にはリサーチ、ディベロップメント、アプリケーションの3つの視点が欠かせないことを強調しておきたい。したがって、そのような実践を可能とするためにリハビリテーションエンジニアが存在する福祉機器のフィールド拠点を少なくとも県単位ぐらいの規模で整備する必要がある。

2つ目は、福祉機器の研究開発を促進する真の原動力は障害者自身の主体性であり、それに喚起されてわれわれも機器の開発に励むと言うこと。

3つ目は、個人のみだけではどうすることもできない社会的バリアを力を合わせて除去していこうと言うこと。そうすれば、自己実現に対して機器は今よりももっと役割を果たすことができるようになるだろう。

(発言では、生活支援機器、スポーツ・文化機器の事例紹介を含めたが本報告からは省略させていただく。)

人は個々それぞれに、自身の大切にしている規範や価値観を育みながら自己実現の道を歩む。価値観の多様化が叫ばれて久しいが、100人の人がいれば、100とおりの自己実現の道があるはずである。

## 機器使用の問題点と工夫

森 山 早 苗

国立身体障害者リハビリテーションセンター

現代社会において人間は誰であれ、工業的な手段によって作られる製品の機械や器具、道具類を使って生活を営んでいます。障害者も自立し、文化的な生活を送るためには、健康な人間と同じように道具を必要としています。この生活に必要な道具が福祉機器といわれます。これには、移動、パーソナルケア・意志伝達、および趣味・遊び・スポーツ関連等の器機があります。移動は歩くことだけでなく、寝返りや起き上がる動作、車椅子やベッドへの乗移動作が含まれます。パーソナルケアは食事や歯磨き、着替え、トイレ、入浴など

自分の身の回りの動作の面倒をみること（セルフケアとも言われる）、意志伝達は会話や文章を書くといったコミュニケーション手段のための諸動作のことです。日常生活活動（activity of daily living, ADL）のなかで、起居・移乗を含む移動動作は、セルフケアや趣味活動などを遂行するための手段として重要です。したがって、これらの動作が困難になると食事や歯磨きなどその動作はできたとしても、セルフケアを完全には一人で行えず介助を受けることになります。

## 1. 起居・移動動作関連（介護用機器）

平成3年の身体障害者実態調査によると、わが国の18歳以上の在宅身体障害者（2,722千人）の年齢は昭和62年と比べると64歳以下では変化がないのに65歳以上の者が増加しており、長寿化に伴って障害をもつ高齢者の絶対数が増えていることが分かります。また、肢体不自由の場合、食事、トイレ、入浴、衣服の着脱、屋内移動などの基本的な日常生活動作に介助を必要としており、中でも「入浴」に介助を必要とする者の割合が高くなっています。ADLに介助を必要とする高齢障害者が増加していることが推察されます。

障害をもつ高齢者の絶対数が増えていることと介護の問題は、いまや重要な政策課題となっています。高齢社会における保健・医療・福祉システムの充実にむけて種々の施策が推進されていますが、その一つに日常生活用具給付等事業があります。横浜市の在宅重度障害者用自立支援機器交付事業において、1年間に機器が導入された45例の交付機器の内訳をみると、段差解消機21件、リフター19件、階段昇降機9件、便座昇降機2件となっています。対象者のほとんどが起居・移動に介助を必要とし、障害は四肢に及ぶものが7割を占め、半数近くが脳血管障害、脳疾患です。各機器の指導に関する適合評価・使用訓練の内容についてみると、リフターでは、吊り具の選択、装着の仕方、操作方法、着座時の姿勢の整え方など、機器を用いての実際的な指導、訓練が導入者全例に行われています。階段昇降機では全例に座面への移乗、座位の安定性、シートベルトの着脱、スイッチ操作について機器、カタログを提示しながら評価・指導を行っています。使用者の多かった段差解消機は操作が簡便であるため、カタログ上でスイッチ操作、機器への移乗方法の説明指導で十分、階段昇降機はスイッチが小さいこと、便座昇降機のスイッチも小さくて固いため、操作能力を確認する必要があったと指摘しています。

福祉機器の交付を必要とする対象者は障害が重度で、介護者も機器の実物を見るのは初めてということがほとんどで、単に機器を設置するだけで

は有効に使うことは難しいと思われます。本人の身体的負担の増加や不安、介護者の誤った操作などで、痛みや危険性、介護負担が逆に増えるといった問題が出て、使えない、使われないということにもなりかねないわけで、福祉機器を導入するにあたっては、十分な適合評価、使用訓練が必要不可欠であり、機器に関する相談・指導のシステムやそのための専門家（福祉用具プランナー）の育成が急務であると言えます。

最近では、福祉用具の製作販売業者やレンタル業者などのカタログも多数提供され、機器の公設展示場や民間企業のショールームなども整備されてきております。階段昇降機、段差解消機、リフターなどの大型の介護機器の場合、単に展示されているだけでなく、試乗もできて専門家の相談、指導が受けられる機器展示・相談センターが、さらに、機器の保守点検が気軽にできて、簡単な機器や用具を作ることのできる工房も備えて欲しいものです。

## 2. セルフケア関連（自助具の利用）

障害を持つ人や介護者の生活自立を確保するために、毎日の生活動作の不自由を解決すること、セルフケアの自立を援助することが今すぐにも必要になります。このための工夫として自助具の利用があります。自助具は障害された機能を代償または補足して、残存能力で活動ができるように工夫した道具のことです。以下に示す4機能に分けて検討することができます。

(1) 手の到達機能：肩や肘関節に高度の可動域制限がある場合、棒や紐で補ったり（リーチャー、ソックスエイドなど）、用具の柄を長くしたり（スプーンや櫛など）して、手を身体の各部位や遠くへ届くようにする。力が弱い場合には腕を支えたり（スプリングバランス、BFOなど）、顎や口など手以外の身体部位を使って操作します（マウススティック、チンコントロールなど）。

(2) 手の把持機能：筋力低下や手指関節の可動域制限があるために物を握ることができない場合、ポケット付きカフに用具を差し込んで固定する（万能カフ、ポケット付き手関節装具）、ホルダ

ーやループ付きの道具、握りやすい形や太柄の道具などを利用します（スプーン、フォーク、歯ブラシ、筆記用具、タオル、ソックス、ボタンエイドなど）。

（3）両手機能：本来両手を使っていた動作を片手で行う工夫として、物や道具を固定します（滑り止めマット、すくいやすい皿、片手用爪切りなど）。

（4）体幹・下肢機能：座位姿勢保持、起き上がり動作、立ち上がり動作などを助ける工夫として、電動ベット、腰かけ便座、補高便座、シャワー椅子、バスボード、車椅子などがあります。

最近では障害者用に作られた自助具類も豊富になりましたが、一般の生活用具に比べると色やサイズなど種類が少ない、デザインがごつい、値段が高いなど不満があります。一般の生活用具の中には使える便利なものもあります。障害者や高齢者にやさしい生活用具がもっと増えて欲しいものです。それは種類が豊富で、見栄えもよく、安価で入手しやすいというメリットが期待できるからです。自助具を有効に活用するためには、使用者本人の用具に対する意欲・関心があり、市販品を探して上手に使う工夫、自立に向かって使いこなす努力が必要になります。

### 3. 趣味・遊び・スポーツ関連（QOLの支援）

外出の有無が社会参加の機会を表すという観点から、外出はQOLのひとつの指標とされます。

重度の肢体障害者にとっては移動手段を確保できるか否かが社会参加を決定づけることになります。高位頸髄損傷者の場合、電動車椅子の利用によって生活範囲が広がります。さらに自動車の運転が可能となれば、活動範囲は飛躍的に拡大します。

電動車椅子、自動車運転、スポーツ関連機器のいずれも機器の開発だけでは、社会参加の機会は前進しないでしょう。それを使用する環境、すなわち公共施設や道路などの外的環境の整備が平行して必要なことは言うまでもありません。さらに、一人の障害者のQOLを支援する場合、その個人の目標達成に向けて関連する機関の人々の連携協力（たとえば重度四肢麻痺者の運転免許取得であれば県警本部運転免許課や自動車教習所など）が非常に大切になります。

#### <参考文献>

1. 総理府編：障害者白書（平成6年版）。蔵省印刷局，1994.
2. 厚生省老人保健福祉局老人福祉振興課監修・財団法人テクノエイド協会編：福祉用具ガイドブックー研究開発及び普及に向けて。第一法規出版，1997.
3. 鴻 真一郎，渡辺慎一：福祉機器導入における作業療法士の関わりー在宅重度障害者用自立支援機器交付事業の紹介をとおしてー。作業療法 15:135-140, 1996.

## 21世紀のリハビリテーションをユーザーの立場から

大塚 晴 康  
画 家

リハビリテーションの21世紀は、人間の未来への可能性を新たなものに生まれ変わらせる、その指導性を秘めているといつても過言ではない。動かなくなったものを手助けする感覚から、まったく新しい動きを創作するものへの変革。私は、横浜市総合リハビリテーションセンターで電動イーゼル、右手をサポートするリフターを製作してもらった。その結果、絵を描く仕事を新たな角度から見直し、絵画制作を続行させることが可能となった。

リハビリテーションとは何か。今回のテーマをとおしてあらためて考えてみると、人間の動きとは何かを新たに見つめ直すことではないかと思う。勿論、基本的なものは何ら変わることはない。その上に積み重ねられる意識の改革。その結果が、現在存在するすべての訓練も含め、機器、法律さえも変えていく。

では新たな人間の動きとは何なのか。それは不自由になるという意識から、残された動きの中からどんな自由が得られるかであろう。それは人生そのものの新たな創作。それが21世紀のリハビリテーションの課題ではないか。例えば、電動車椅子を障害者の乗り物から人間すべての乗り物という感覚で考えてみる。最重度の状態の人が楽に操作できる設計思想は、あらゆる乗り物の原点につながるものと思う。

人間のものの考えの常として、不自由にたいして「補う」という意識が働く。間違いではないが、常に何かを補うという考えの中からは、新たな創作は生まれにくい。車椅子で着やすい背広を制作

したら、新たなフォルムが生まれ、それがファッション界の形をリードする感覚。私がそこまでこだわれるのは、進行性の病の中で不自由になる度に、常に新たな考えを模索してきたからだ。リハビリテーションが人間の不自由な現状を直視する場であるかぎり、その中に自由を見出す意識があるはず。それが、新たな世界の創作に結びつかないはずがない。医療、機器、訓練、スポーツ、芸術、そのすべてがリハビリテーションの意識を通して生まれ変わるとしたら最高。そこには、病ではなく新たな人間の姿が浮かび上がる。私と電動イーゼルのかかわりでも、作品の中に新たな線とフォルムが生まれている。それは機器を使わないとかけないものではなく、その関わりの中でまったく新たに生まれたものだ。同じように不自由な人が使うスキーを、あたり前の人に新しいスポーツとして広がったら面白いではないか。

今回のような会を重ねていく時、その現状、可能性そして創造性を交換できる場になれば、リハビリテーションは医療も含め、あらゆる部門で人間に近づき人生のリーダーになり得る。今回私はユーザー側として参加したが、リハビリテーションが創造を含めた可能性を追及する場であるならば、与える側、与えられる側ではなく対等の立場になり得る。リハビリテーションのこれからの可能性はそこにかかわるすべての人間が、どのようなかたちで上記の「創造」を不自由のなかに見つけだしていけるかにつけるのではなからうか。そのリーダー格がリハビリテーションの専門職であろう。

## 視覚障害者と福祉機器

高橋 玲子

トミー第1事業部

ハイテク技術の駆使された様々な福祉機器が開発され、この20年間に、視覚障害者の生活は大きく変わったと言えるでしょう。特に、コンピュータを利用した機器類－OCR読書機、コンピュータ画面表示の音声化機器、文字データの自動点訳ソフト等－は、印刷された紙媒体を扱うことの苦手な視覚障害者にも、一般に流通する文字情報の恩恵にあずかったり、大衆に違和感無く読んでもらえる文字情報を発信したりすることを可能にしました。しかし、現在のハイテク技術を駆使すれば、もっともっとたくさんの方が可能になるかもしれません。ここでは、「普及する福祉機器の条件」、言い換えれば、「開発者の熱意や労力と、出資者のお金の無駄遣いを防ぐためのポイント」を考えてみたいと思います。

1. 福祉機器は、王業な物であってはなりません。大きさ、形、価格、機能等、多くの場合、機器を利用するのは一人一人の個人であることを考えて、デザインされる必要があります。

2. 福祉機器は、使い手が繰り返し使用することを考えて、デザインされなければなりません。福祉機

器は実用のためにあるのであって、デモンストレーションのためにあるのではないのです。毎日毎日使っている、「うざったくならない」簡便性とネットワークを備えた機器であるかは、重要なポイントだと思います。

3. 福祉機器は、使い手側の意見や要望を広く聞いた上で、開発者の納得の下にデザインされなければなりません。一般の商品開発では、それがどんなに偉い人であっても、一人の消費者のみの意見だけを参考に開発を進めることはありえないと思います。福祉機器においても、さまざまな意見を聞いた上で、最終的には開発者の良識と経験の下に、仕様決定が行われるべきでしょう。

様々な人々の努力が実った結果この世に生まれてくる福祉機器。せつかくなら、みんなが実際に使えるものであって欲しいと思います。

当日は、みなさんと一緒に、今後の開発者やその支援者たちに提案できるような、「使える福祉機器開発のための○○箇条」を考えてみたいと思います。

## 【国際分科会1】

# 日本のリハビリテーションと障害者施策を評価する

座長：佐藤久夫  
日本社会事業大学社会福祉学部

## ま と め

### <趣旨>

日本のリハビリテーションと障害者施策は、これまで主に欧米から学びつつ発展してきた。とりわけ1980年代以降、完全参加と平等、ノーマライゼーション、自立生活、自己決定、QOL、全人間的復権としてのリハビリテーション、障害者差別禁止、政策決定への参加、障害の3つのレベルなどの考え方が広く承認されてきた。障害の種類が多様であることも共通理解になってきた。重度の障害者が地域で暮らすことも、スポーツを楽しむことも珍しくはなくなってきた。かつては温泉病院や大学病院にしかいなかったリハ専門職も地域の医療機関や福祉センターに配置されるようになった。

しかしなお、障害者の介護はほとんど家族に依存しており、家族で対応できない場合は施設や病院にはいるしかない状況もある。雇用も、住宅も、交通機関の利用も遅々として改善が進んでいない。21世紀への展望を切り開くために、市町村障害者計画の策定などを通じて地域の資源の充実が求められている。

こうした時期に、日本のリハと障害者施策の評価を、外国人の目で行ってもらうことがこの分科会のねらいである。とくに今回は近年日本で研修した経験を持つ東南アジアの人々に報告をお願いした。座長からは「日本を愛するのであれば、できるだけ厳しい批判をお願いしたい」と要望した。

### <報告と討論>

報告者達はほぼ共通して、日本がアジア太平洋障害者の10年の推進に積極的な役割を果たしていることや、公的・社会的なサービスを発展させてきている点を高く評価していたが、この報告では

前述の趣旨を考慮して批判の部分を中心に述べたい。

香港のcock氏は、①日本の障害関係法制度は非常に複雑で、迷路のようであり、外国人にとってはどのサービスがどんな法律により、どの機関・窓口を通じて、誰に対して提供されるのかを知るのには容易ではない、②中央障害者施策推進協議会が十分なコーディネイト機能を果たしているのかどうかよくわからない、③リハビリテーションセンターなどの施設や専門的活動の立派さに比べて地域リハビリテーションのネットワークが弱いのではないかと、④アジア太平洋地域でのリハと障害者施策に関する研究の促進のために日本のより大きな貢献が望まれる（東洋の文化の中での国際的な理念のあり方を検討するとか、近年発展がめざましい法制度の比較研究をするなど）、などと指摘した。最後の点に関しては、1995年の北京の会議で自立生活（independent living）の概念が東洋の家族観と相容れないので東洋では自律生活（self-directed living）と呼ぼうという合意がなされたことを例に挙げていた。またWHOの機能障害、能力障害、社会的不利という3つの区分に対応する用語が東洋では見つけにくいなど、この地域の文化を重視することの重要性を強調していたのが印象的であった。

インドネシアのマンン氏は、基礎的なニーズへの対応、人権の保障、QOLの向上という3つのレベルに区分して日本を評価した。そして第1のレベルではリハサービスなど優れているが、第2のレベルでは社会への統合という点で、第3のレベルでも障害者が対象と見られている点で、やや問題があるとした。

マレーシアのアイナ女史は、日本では政府が財政的な補助をたくさんしていることやNGOの活発な活動を高く評価しつつ、地域から切り離されている入所施設が多いこと、そこでは入所者の生活の質よりもケアの質が強調されていることなどを指摘した。また障害関連の法律があるのはいいことだが、画一的な運用によって創造性が阻害されていないかどうか、と述べた。

フィリピンのイラガン女史は、フィリピンでは政府補助がないためにやむなく障害者団体がリハビリテーションサービスを始めたが、逆にこのことによって障害者が主体となって質の高いサービスを提供することを可能にし、障害者の力に対する国民の認識を高めていると述べた。日本でも当事者のエンパワーメントの重要性を認識し、障害者を人的資源としてみる必要があると述べた。

タイのアクソンミー女史は、すべての種類の障害をカバーするタイの障害者リハ法と異なり日本の障害者法が障害種別の縦割りとなっていること、日本では政府中心であり民間団体の創造的な活動が弱いこと、リハサービスがリハセンターで主に

行われており、家庭訪問形態が弱いこと、等を指摘した。

全体として、施設ケア、施設リハから地域ケア、地域リハへの転換が十分でないことや、民間団体の活動の不十分さ、障害者のエンパワメントと参加や貢献などの課題が指摘されていたように思われる。

日本人参加者、とくに障害者団体の関係者が少なく（他の分科会に行っていたためか）、討論では上記の報告を十分深めるには至らなかった。割り当て雇用制度や障害者登録に関する各国の実状を紹介しあったり、自立生活（independent living）が各国でどのように訳されているかなどの質問が出されていた。

#### 発 言 者

Dr. Joseph Kwok（中国・香港）

Mr. Encep Kasroni Mamum（インドネシア）

Ms. Khor Ai-Na（マレーシア）

Ms. Sirinee Aksornmee（タイ）

Ms. Venus Ilagan（フィリピン）

## 【 国際分科会 2 】

### 各国間のリハビリテーションにおける国際協力

座長： 池住 義憲  
国際民衆保健協議会

#### ね ら い

午前中に行われる国際分科会1『日本のリハビリテーションと障害者施策を評価する』での討論を踏まえて、アジア太平洋地域内のリハビリテーション分野における国際協力は、いかに進めることができるのかについて焦点を絞り、日本の課題と今後の展望を明らかにしていくことを本分科会の目的とする。

議論を深めるために、午前のアジア各国のパネリストに加えて、2名の日本人専門家から話題提供をいただく。まず、希みの会・HOPE[義肢支援国際NGO]の代表としてカンボジア義肢に対する支援を行っている田澤英二氏。次に、理学療法士であり大学教官としても活躍中の工藤俊輔氏から、インドネシアのCBRに関する国際協力活動について発表をいただく。

また、この分科会には、アジア太平洋地域からのリハビリテーション専門家の参加が予定されている。話題提供をいただく日本人専門家、各国の専門家、多くの参加者からの積極的な発言により、全員参加型の実りある分科会となることを期待し

たい。

なお、本分科会では、日英同時通訳を介した進行となる。

討 論 者：

高嶺 豊

(国連アジア太平洋経済社会委員会[UNESCAP] 社会開発部)

田澤 英二

(希みの会・HOPE[義肢支援国際NGO])

工藤 俊輔

(秋田大学医療技術短期大学部)

世界保健機関(WHO)セミナー参加者

国際協力事業団(JICA)研修参加者

Dr. Joseph Kwok (中国・香港)

Mr. Encep Kasroni Mamun (インドネシア)

Ms. Khor Ai-Na (マレーシア)

Ms. Sirinee Aksornmee (タイ)

Ms. Venus Ilagan (フィリピン)

### 義肢装具のNGO活動を中心として

田澤 英二

希みの会・HOPE[義肢支援国際NGO]

西暦2000年の時点、全世界には身体的な障害を持つ人達は3,000万人を超すと言われており、この内の1,500万人は東南アジア地域に存在すると推定されている。その中でも、ポリオの障害を持つ人口が1,000万人にも上り、また近年の国内紛争による戦闘で数十万人にも上る切断者が存在する。

義肢装具は定期的な部品の点検や、常に起こる体の形状の変化に対応する調整、また数年に一度の頻度での新規作製と長期的なケアが必要である。先進国でも医療福祉制度があっても経済的な負担が大きい。

発展途上国、戦時国、戦後緊急時国では住宅の確保、交通運輸手段の整備、産業開発・復興、公

衆衛生・保健医療の施行が生活の基本であり、義肢装具の供給の財政的な基盤は殆どゼロに等しい。

このような状況で、多くの発展途上国、戦時国、戦後緊急時国等の義肢装具の支給については国際医療機関の赤十字国際委員会、ODAでは米国のUSAID、ドイツのDGZが幾つかの義肢装具関連の医療援助プログラムを支援している。しかし、ODAでは政府間の連携が必要であり、実現まで時間がかかる。そのために、戦時国、戦後緊急時国の義肢装具の支給は外国のNGOの支援による事が多い。

カンボジアでのNGOによる義肢装具の支援は7つのNGOにより行われているが、それらのNGOが毎月定期的に会合を持ち、その国の中での活動方針、それぞれの活動の情報交換、患者に関する情報交換を行ない、無駄の無い活動が行なえるようにしている。例えば、使用する部品を共通

にし、切断者・患者がどこの施設に行ってもフォローアップが簡単に出来るようにしている。

また、ISPO (International Society of Prosthetics Orthotics) が1982年より「発展途上国の義肢装具の支給」というテーマで世界各国より教育者、現地赴任経験者等を集めて、どのような方法でより良い支給体制を築いていくかを検討している。1998年1月には日本でAsian Prosthetics and Orthotics Workshopが開催される予定である。この会は日本が東南アジアの人達を集めて、情報交換のためのリンクを作るのが目的である。

このように義肢装具のNGO活動は、資金援助をしているエージェンシー、義肢装具の専門家(医師、義肢装具士、エンジニア、教育者)グループが相互に連携をもって活動している。

## インドネシアのCBRにおける国際協力活動 — ソロ市 CBR-DTC での協力活動を中心に —

工藤俊輔

秋田大学医療技術短期大学部

### 1 はじめに

地域住民参加型リハビリテーション(Community Based Rehabilitation) — 以下 CBR と略す — は1970年代より、従来の施設中心のリハビリテーション(以下リハと略)ではサービスを受けられなかった障害者に対する効果的なアプローチとして発展途上国を中心に注目を集め、種々の実践が成されている。今回、日本理学療法士協会の協力を得て、1992年より5カ年計画で、国際医療技術交流財団より、インドネシア共和国ソロ市のCBRセンター(以下CBR-DTCと略)に、これまで5人の理学療法士(以下PTと略)が派遣され、その協力支援活動を行ってきた。そこで、これまでの活動の一端を紹介し、インドネシアのリハにおける国際協力について考えたい。

### 2 発言の目的

1) インドネシアソロ市 CBR-DTC での CBR に

関するPTによるこれまでの国際協力の一端を紹介すること

2) インドネシアの CBR の現状及びこれまでの取り組みとリハにおける国際協力について考察すること

### 3 検討の方法

1) この4年間の派遣報告集及び CBR-DTC での国際会議の資料を分析し検討した。

2) 第3次派遣時に行ったインドネシアの理学療法士を対象にしたアンケートによる意識調査の結果を分析した。

### 4 検討の結果

1) 第一次派遣者の山本は広範な CBR に関する調査活動を行い、インドネシアにおける障害者及び医療福祉に関する諸制度の詳細な実態を明らかにした。第二次派遣者の久野は山本の調査を踏まえ、CBR の具体的な活動を行うフィ

ールドワーカーの育成プログラムについての企画や実施を行い、さらに、おもちゃリソースセンターを設置し、村落に入りながら具体的な障害児の支援活動を行った。第3次派遣は初めて2人派遣となり、継続して派遣された久野は引き続きフィールドワーカーの育成や村落での指導に関わり、さらに、工藤はインドネシアのPTを対象に重度運動障害児の理学療法の紹介、重度運動障害児機能訓練補助具「バードチェアー」の技術移転と製作、そして、CBRに関するPTの意識調査等を行った。そして、インドネシアにおけるリハビリテーションの専門職である理学療法士にも CBR の基本的コンセプトに、CBR の盛んな中部ジャワ地域とその他の地域で意識の違いがあることを明らかにした。

2) 第4次派遣者の首藤は村落でのフィールドワーカーの指導を中心にリハワーカーの講習会、小児の理学療法に関する講習会を行い、CBR-DTC での取り組みを第7回インドネシア理学療法士学会で発表した。第5次派遣の大澤は、今年の10月まで現地で活動し、これまでの取り組みを総括しその課題を明らかにした。

3) CBR-DTC でのこれまでの CBR に関する国

際会議の中では

- ① CBR の参加者の評価
- ② CBR に関係する情報や機器についての情報の共有化
- ③障害者の自立生活運動との連携強化
- ④ CBR の活動や研究、評価、訓練に関するネットワークの重要性等が論議されている。

## 5 まとめと提案

以上この5年間の取り組みを総括し、インドネシアにおける CBR に対する理学療法の技術協力という面では一定度の成果はあったと考えた。しかし、CBR の基本的コンセプトにつながる障害者を中心とした地域の力を育てるという点では、多くの課題を残しており、今後、

- ①障害者を中心とした地域社会の能力を高める支援的サービスの提供
- ②当該国のリハの専門家と連携した長期的、計画的な協力
- ③リハの評価、特に、CBR 評価についての継続した支援

が、これからのリハの国際協力として必要であることを提案した。

# シンポジウム 2

リハビリテーションのこれから  
ーサービスの視点と方向性ー

座 長

成田すみれ（横浜市総合リハビリテーションセンター）

シンポジスト

藤井 克徳（日本障害者協議会）

光野 有次（無限工房）

柳 尚夫（泉大津保健所）

【 シンポジウム 2 】

## リハビリテーションのこれから —サービスの視点と方向性—

座長 成田 すみれ

(横浜市総合リハビリテーションセンター)

シンポジスト 藤井 克徳 (日本障害者協議会)

光野 有次 (無限工房)

柳 尚夫

(大阪府泉大津保健所高石支所)

### はじめに・ご紹介

○成田 3名のパネリストの方について、若干紹介をさせていただきます。皆様から見て右から順番に3名の方のプロフィールを簡単にお伝えします。右に座っていらっしゃるのが日本障害者協議会常務理事の藤井克徳さんです。共同作業所全国連絡会の常務理事、第1リサイクル洗びんセンター施設長、日本精神衛生会理事が現在の職務です。

中央に座っておられるのが、無限工房代表の光野有次さん、工業デザイナーです。工芸大学を卒業された後、民間企業のデザイン研究所を経て「でく工房」を設立し、木工を主とした障害者の道具作りをしておられます。長崎県にある重症心身障害児施設「みさかえの園むつみの家」で機器開発に従事されました。この他「長崎でこいランド」の村長さんでもあります。

左に座っていらっしゃるのが柳尚夫さんです。現在、大阪府の泉大津保健所高石支所の所長さんです。精神神経科の病院に勤務をされ、大阪府の大東保健所から現在の保健所に至っておられます。精神科のお医者さんです。

### 小規模無認可作業所つくりから

それでは藤井さんからお願いします。

○藤井 本日は、リハビリテーションのサービス

の視点と方向性ということで、いまからお話させていただきます。

一昨日のシンポジウムを聞かせていただきましたが、よくまとめられたお話と内容で、たいへん勉強になりました。

この研究大会もちょうど20周年を迎えられました。そういう点で言いますと、私ども共同作業所の小規模作業所づくりが本格的に始まってからも、ちょうど丸20周年です。また、いま社会就労センターと言っています授産施設がその協議会を結成してこれも20周年です。そういう20年前というのは「国際障害者年」の直前のころでした。この20年間を振り返りますと、今年はちょうど一つの大きな節目になりつつあると思うわけです。

一昨日以来ずっと話が出ていますように、確かに「国際障害者年」を軸にしながら、その追い風に乗って大きく変わっていったわけです。それは法律の面、制度・施策の面でも大きく変わってきましたし、あるいは障害者問題に対する視点とか考え方もずいぶん変わってきたわけです。

しかし、よくよく実態を見ていきますと、やはり問題があるなということ。そういう点で少し今日のテーマに照らしまして、実態をもう一度見直してみたいというのが第1点目のポイントです。その上で今後の方向性、特にサービスの視点と方向性ということについてお話をしてみたいと

思います。つまり現状と方向性ということです。

### 施策制度立法の20年

リハビリテーションに関しましては、これをどう見るかという狭義の意味でのリハビリテーション技術とか、あるいはリハビリテーションの考え方という、いろんな意味で広義、狭義いっぱいあると思いますが、私なりにこれをこう考えてみました。

リハビリテーションというのをもし同心円に表わすならば、いちばんの中心部の円がリハビリテーションの思想です。これは上田先生や、かつては砂原先生が提唱された「全人間の復権」あるいは「全人間の接近」という言葉でもいわれている「復権」という視点での思想で、これが中軸にあります。その同心円の中軸を取りまくのがリハビリテーション技術です。この中には狭い意味での、例えば医学面での技術もあれば、福祉機器ということも含めて大きな科学技術も入っての技術もあります。もう一つその外側の枠に立法とか制度とか施策というのがあって、これがいわゆるサービスというものにも関連してくる。つまり思想が中軸に座りながら、それを支える技術、さらにもう一つ、それが法制の面で支えられていくという感じで見ていけるのではないかと考えています。

私自身は、日本障害者協議会という立場にいますので、今日は主に3番目の施策とか立法について、リハビリテーションという視点から現状を捉えてみて、かつ、方向性をお話していこうと思っています。

まず、先ほど言いましたように、たしかに大きく変化があった20年間ではあるのですが、どうしても3つの点で感覚が持てないということを感じていたので、そのことをまず話しておきたいと思います。

第1点目は適合感を感じ得ないということです。2点目として公平感をどうも覚え難いということです。3点目は速度感、スピードがあまりにも感じられにくいという点です。

### 施策メニューの多様と遍在

適合感を感じないと申しますのは、例えば現行のいくつか例を挙げますと、社会福祉施設制度を見ましてもたしかメニューは38種類もある。成人期障害者だけを対象にしたメニューだけで38種類の施設体系が日本では揃っていますが、どうも肝心の、重い障害者の方々の行き場がほんとうにない。ましてや地域生活という点で言うと通所型という場がなかったり、あるいは重複障害者が自分にピッタリ感じるような場が、いまは障害種別ごとに分かれていますから、無かったり、あるいは精神障害者の方々の社会福祉施設が極端に少ないのです。適合感という点で言うと、ちょうど体がLサイズなのにSサイズの洋服を着せられているような感じで、自ら身を細めながら施設を利用していくしかない。つまり障害者あるいは当事者に合わせた器というのでなくて、制度とか施策に自分が合わせていくというふうな感じではないか。こういった部分で非常にフィット感、あるいは適合感というのを覚えにくいのではないかと。

こういう例も挙げられると思います。いま全国に3,255の市町村がありますけれども、成人期障害者を対象とした施設が全くない市町村が62%にのぼっています。つまり逆に言うと、38%の自治体にしか社会福祉施設はないということです。小規模作業所を併せたところで、やっとこれに22町村が加わって、これでもまだ4割近くが小規模作業所、無認可作業所すらないという地域がある。

こういうなかで、ある一つの社会福祉施設に殺到してしまうわけです。ですから、それが本来は授産施設であってもあるいは更生施設であっても、看板と別個にオールマイティーの機能を発揮しなければいけない。そういうなかで物的・人的条件と別個に、相当無理をして入って行くということが起こり得る。つまり、一方で量の絶対的不足という問題が依然として解決をしていないということも、適合感を覚えられない背景にあるというふう思うわけです。

### 格差がありすぎる

2点目の公平感を感じ得ないということですが、例えば障害児学校にいる在籍期間中と、卒業した後に掛けられる公費の差異というのは、相当な開きがあります。かつて私は肢体不自由児養護学校に勤務していましたが、その養護学校で毎年度末に決算書の資料を作ってもらいます。大体いま東京の、寄宿舎がない肢体不自由児養護学校で、年間に一人あたり820～830万円の公費が掛けられています。それが卒業した瞬間に、いちばん分のいい通所型の社会福祉施設で200万円足らず。それが小規模作業所や無認可作業所のほうへいった場合には、またその数十分の一、数分の一となってくる。管轄行政が変わっただけで、あるいは卒業という一つの節を潜っただけで、同じ日本人でありながら、そういうふうな差異が起こってくる。

この差異というのは、年齢だけではありません。例えば障害種別で見えいった場合に、依然として身体障害者が有利であり、精神障害者がいちばん後追いをしている。難病にしても後追いをしている。最近の脳血管障害による中途障害やアルコール依存症の後遺症等による障害についても同様です。知的障害者はその中間に位置する感じです。

身体障害者が有利と言いましたが、決してそれは進んでいるという意味ではありません。その身体障害者ですら十分でないのですが、それであってもなおかつ他の障害は遅れをとっているという現実です。さらには地域における限度を超えた格差というのも見逃せません。このように年齢とか障害の種別とか程度、あるいは住んでいる地域、同じ障害者でも男女の性別からの差異もあるかもしれません。こういった点で単に区別ということを超えて格差として感じるという点で、これもなかなかその差が縮まっていけない。

### とくに精神障害分野のおくれ

3点目の速度感が感じられないということですが、あまりにも変わっていく速度が遅いのではないかという感じがします。いまも言いました養護

学校の例ですと、あの障害児学校の義務化が1979年で、18年前です。あのころから卒業後の問題はどうかというの大きなテーマでした。

さらに現在、精神病院における社会的入院といわれている方々の数が相変わらず減っていかない。昨年10月1日現在の精神病院における入院患者数は33万790人です。この数年間、精神保健福祉法が出来てもこの数は減っていかない。医療上の理由でなくて、別な理由で入っているというのが社会的入院です。人権問題であるにもかかわらず、なかなか出られない。知的障害者についても成人期に関しては約3分の1が入所施設に入っていて、地域生活ということ障害者プランでも標榜しながら、なかなかこれが減っていかないという問題がある。

こういった部分で、リハビリテーションの思想性から言った場合に、どうしても感じ得ない3つの感覚というのは、どう調整し整合性が保たれるのか。その点でいうと、発展はたしかかにしていますけれども、そのレベルというのはまだまだ厳しいのではないかとことを私は痛感するわけです。

こういう現状をどういうふうに関開していくのかということになります。リハビリテーションというもののゴールは、どうそれを見るかということです。かつては職業に就くことだと思って、それがゴールだとかいろんなことが言われていました。しかし職業リハビリテーションにしても教育的にしても医学的にしても、リハビリテーション全体のゴールというのは、一言で言えば人間の幸せ、幸福になっていくことだろうと思うわけです。したがって、これからのサービスの視点と方向性は、やはり幸福をどう具現化していくのかということが大きなテーマだろうと思います。

ただ、幸福と言っても抽象的ですので、私はこれを「良好な生活」というふう置き換えたいと思います。あるいは「良質な生活」です。つまりこれからのゴールというのは、やはり良質な生活、良好な生活をどういうふうターゲットにしているのかです。そういう点で改めてサービスの視点

として、私は4つのことを掲げておきたいと思います。これは生活の質をより高めていくという点でのポイントですし、同時にこのことは、障害の種別を超えて、共通の点であろうと思います。

1点目は、日中の働く場あるいは日中の活動する場を、制度上きちんと確立をしていきたいという点です。2点目は、アフターファイブあるいはアフターナインといわれている夜間の住まいや生活の場というものを、どう充実するか。3点目は経済基盤です。いまは障害者基礎年金等々ありますけれども、とても基礎と名が付くには値しないと私は思っています。こういった部分でいかにこれを高めていくのか。4点目には人的な支援です。分野によってそれを介助、介護と言ってみたり、場合によっては相談ということもあるかもしれませんが、いずれにしても人的なサポートという4つの視点は、身体障害であろうか知的障害であろうか精神障害であろうか共通に、もっとこのレベルが上がっていくべきであろうと思います。

つまり、我が自治体を見た場合、あるいは我が地域を見た場合に、この4つの施策がどの程度になっているかをもって、その地域の障害者施策の水準、あるいはリハビリテーションの浸透度が推しはかれるのだろうと私は思うわけです。

#### 働く、住む、所得、バリア（フリー）

働く場あるいは活動する場につきましては、さっきも言いましたけれども、雇用とか福祉的就労と言われている現状の施策は、非常に問題が多い。まさに福祉施設は38種類もあってメニューは多いのですが、非常に使いづらい。レストランのショーウィンドーの如く、見栄えはいいけれども使いにくいという点で、これはやはりきちんと考えなくてははいけない。

住まいの問題も、グループホームがずいぶん流行のように言われています。結構な制度ではあるのですが、私は決してグループホームオンリーとは思っていません。住まいという問題には、単身で住みたい、あるいは高齢化した家族と共に住みたい、グループでも住みたい、多様な選択をし

たいという思いが、基本的にあることだと思います。少しの支えがあればできるのではないか。どのような制度上の支えがあれば可能になるのか、ということです。住まいに関しては多分多様な選択をしたいという思いがあると思います。

しかし、一昨日のシンポジウムでも出ていましたが、どうも選択権がなかなか発揮できない。私はいろんな点で、特に住宅問題は選択問題のいちばん大きなテーマになってくると思います。選択権が行使できにくいのはやはり選択肢が少ないからだと思います。いまある住まい問題を見ましても、選択肢としてあるのはあまり差がないのです。本来、質的に差があるものが準備されるのが選択肢であるのに、差がない。変な例になりますが、甘いお菓子が嫌な人に対して、甘納豆とようかんと大福餅を示して、さあ選べというような程度の選択肢ではないかと。お菓子で言うんだったら、おせんべいがありチョコレートがあって、そして甘納豆があるとなれば選べるようになってくるのですが、そうはなっていないわけです。

こういった部分で所得保障もしっかりする必要がある。それプラスこの4つの基本的なリハビリテーションサービス、あるいは障害者施策に加えてオプションとして、例えば精神障害や難病であれば医療が、あるいは身体障害であったらアクセスとか、まちつぐりとかバリアフリーというのが出てくる。基本はこの4つであろうということを私は強く強調しておきたいと思います。

#### リハビリテーションの核、専門、立法

最後になりますが、そこで問われてくるのは、どうしてもこれからの方向でいくつかありますが、2つだけ言っておきます。

一つは専門家という方々のあるべき方向性で私なりに感じている点です。専門家という方々については、リハビリテーション技術のプロパーとしていっそう技を磨く、極めるということは当然あってほしい。同時に、技を極めれば極めるほど、どう全体を見るかという視点、つまり専門と総合性、分化と統合と言ってもいいと思います。何の

ために関節可動域を調べたり、何のために筋力検査をしたり、あるいは職業評価をするのか。目的や出た結果に対してどう責任を持つのかという点です。非常に弱い部分を私は感じてならないのです。

その点で、いま部分と全体と言ったのですが、やはり専門性と言われている部分はちょうど木というと、地上に出ている木の部分というのは専門性です。木というのは上が大きければ大きいほど地下に根っこがいっぱい、たぶん同じぐらいの根の幅があって根を深く下ろしている。つまりアンダーグラウンドの中で目に見えないものを持っている。木の上の部分が専門性であれば、同じぐらい全体を見るという努力をする。そのことは、例えば病院のことを極めれば極めるほど地域をもう一度見る目だとか、現在をしっかりと見るのだったら過去をもしっかりと見る。つまり専門家というのは絶えず対置概念をきちんと持ち合わせていないと、薄い専門性で、つまり専門性という言葉に流れるということを感じてなりません。

もう一つの方向性は、最後はリハビリテーションのサービスとか、さっき言った同心円のいちばん外側の枠で言うと、やはり立法、法律です。法律をいかに充実させていくのかということです。今度の障害者プランはお分かりのように、障害者基本法が生まれ変わったわけですから制定と言ってもいいと思いますが、第7条の規定がプランを生んだ母体です。第2条で精神障害者を含むということを宣言したことも大きなポイントでした。

したがってこれからは、いっそうこういう障害者基本法の拡充と併せて、例えば障害者総合福祉法を制定するとか、あるいはさまざまな、リハビリテーションとは相反する欠格条項、差別規定を廃止するとかを含めて、立法にもっともっと専念すべきであろうと思います。そういう専門性という問題についてのポイントと、立法にこだわっていくという点を述べて、私の発言をおしまいにします。

○成田 ありがとうございます。

## 道具づくりから

光野さん、お願いします。

○光野 無限工房の光野です。私は1974年から9年間、仲間とともに東京練馬の「でく工房」という所で、一人ひとりの体に合った椅子を提供したり、生活用具を作ったりという仕事を始めました。83年から5年間、故郷の長崎県に戻りまして、重症心身障害児施設の職員として同じような仕事を施設の中で非常に恵まれた立場でさせてもらい、その間の1年間だけですが、たまたまスウェーデンで勉強させてもらうというチャンスもありました。

1988年に5年間の施設生活に僕自身ピリオドを打つわけですが、そのとき一緒に住んでいた施設の入所者で絵画教室をやっていたグループと、町の中に一緒に小さなアパートを改造して住み始めました。私自身もいまの仕事場である「無限工房」を諫早市内に開設しました。

そのときに掲げた仕事の範囲というのが、「ハンディを持つ人の食器、椅子から建物、まちづくりまで」という、やや大げさなキャッチフレーズかもしれませんが要は、福祉はハートであることは当たり前なだけけれども、それを実現するハードウェアが要ると。逆に言えば、先ほどの話からすると、リハビリテーションという一つの技術を持って福祉を実現していくという流れを、私のほうも同じようになぞったわけです。

道具を提供する、つまりハードウェアを提供することによって、ディスアビリティを軽減していく。分かりやすく言うと、私は強度の近視ですけど、眼鏡があることによって、遠くの物がはっきり見えないというディスアビリティが、ハンディキャップにならなくて、車の運転も問題ないというようなことです。

それと同じように、寝たきりの人たちに、適切な起きるための道具、つまり椅子を与えるならば、その人は起きて生活する時間が確保できる。福祉はハートであることは当たりまえなだけけど、僕たちはハードすなわち技術が大事だということ

やってきました。

初日の鼎談では、これまでの苦勞話を伺い、諸先生たちが闘い、勝ち取ってきた部分をもう一度なぞることができました。ボランティアという言葉もあまりなじまないころだったと思いますが、私自身も73年に、日曜大工で子供たちの生活用具や遊び道具を作ったというところからこの世界に関わり、プロになって23年になります。本大会は20年目というわけですが私自身の仕事の展開と非常にダブってくるわけで、感慨深いものがありました。

### 切り口・キーワードを探る

一言でこんなことをまとめる立場ではないのですが、やはり障害者の人権というものが今ほどきちっと確立されてなかった。はっきり言うと、それを勝ち取る20年であって、完全にそれが実現できているかという、それはまだこれからのテーマだと思います。

そのなかで、藤井さんは先ほど「幸福」という言葉で代表されましたが、良好な生活ということなのでしょうが、ベースに僕たちはもう一つ、別の切り口で言うと、生活の「安全と安心」というものを獲得する20年で、これからそれを拡充していく時代を迎えないといけないのではないかと思うわけです。

初日のシンポジウムでかなり気持ちいい大阪弁が乱れ飛びましたが、あのなかで、これもこの20年間に獲得されてきたキーワードだろうと思いますが、「当事者」あるいは「地域」、「自己決定」、「選択肢」、とか「利用者」という言葉もありました。そういうところにシフトされてきている。そういう時代まで来ている。これは20年の成果だろうと思います。

昨日は僕自身も改めて勉強させていただきました。そして、午前中は分科会4に参加しました。「福祉のまちづくりの進展」ということでは、「バリアフリー」という言葉すら、まだまだ聞かれなかった20年前に比べれば隔たりを感じるわけです。条例化が進んできたこともよく分かるわけです。

午後から分科会9に参加し、「施設の現状と体系を考える」ということでも非常に興味深い発表を聞かせていただきました。

### 痒いところにとどく手

今後の私自身にとっても大事な部分というのは、二つぐらいあるのかなと思っています。一つは、リハビリテーションは技術であるという話でありまして、そのとおりだと実感される方がおられると思います。もちろん技術を裏付けるためのハート、哲学が要するというのは当たりまえのことですが、そういったものを進めていって、利用者にとって本当に納得の得られるものを提供していくという作業です。

もう一つは、これはリハビリの範囲をどこまでとるかで変わってくると思いますが、福祉というところと非常にダブリ合ってくる。切り口が違うんだろうと思いますが、生活支援、特に住生活支援というところに大きな目標があるし、またそこをきちんと押さえていくことが、この分野をきちんとすることにつながるのではないかと、つまりそれが目標だろうと思います。

そういったところで私たちの時代は、先輩たちの時代に比べれば、ずいぶんいろんな形で社会資源、あるいは利用できる資金があるわけです。どういうことかと言いますと、私が背中が痒いと思います。昔は背中を搔いてくれる人がいなかったのです。今は背中を搔いてくれる人がいるということです。ところが1センチずれたところを搔かれると、これは気持ち悪いですよ。当たらずといえども遠からずと言って喜んでいいはずではないですね。痒いところにきちっと届かないと不愉快でしかない。こういうことは、今あちこちの現場にまだ起こっているだろうと思うわけです。

当事者側からすれば、「小さな親切大きなお節介」というわけです。そんな現象が起こって、これはトータルな面から見れば非常にもったいない状況だと思います。これではジャストフィットしていかないだろうと思います。

いまは痒いところを搔く人がいる、つまり必要

な資金も用意できる状況にあるし、社会資源も整備されてきている。さあ次はどうやっていくか。そこで「当事者」あるいは「自己決定」「選択肢」というような話に、これからはもっと展開していかないといけないし、きちんとしたものにしていかないといけないだろうと思うわけです。

スウェーデンの新しい例で、もうご存じの方も多いたと思いますが、1980年代の終わりに新しい動きがあって、僕もときどき訪ねて行っていますが、フロスタセンターというのがあります。そこはもともとセラピストだった人が、障害をもった当事者と一緒に始めたセンターです。広い意味でリハビリセンターというか、それこそが新しい一つの新しいリハビリテーションセンターだろうと僕は思っています。

#### スウェーデンで学んだ到達感

要するに病院リハが終わった後、もうちょっとQOLの向上をはかる。あるいは本当に地域で生活していくための能力や技術といったものを、さらに身に付けさせるためのセンターです。分かりやすくいうと6週間で車椅子に上手に乗れるように、体力と技術を身に付けさせるセンターです。それをスウェーデンという国では珍しい株式会社でやり出したということです。それを推進したのは損保会社です。交通事故で脊損になった人たちが生活復帰するのに、病院リハだけでは心許ないし、損保会社は後からいろいろとお金を払わなければいけない。それよりも、そこへ行けば6週間で立派な車椅子ライダーに仕立て上げて卒業、というような格好です。自動車学校でライセンスを取るような雰囲気です。

朝起きて夜寝るまでのメニューが作られているわけです。普通、病院リハと言ったときには1日40分、いわゆる狭い意味のリハを受けて終わりという状況が多いと思います。ところがこのセンターには、1日のカリキュラムが濃密にあるわけです。たとえば体育館に出かけて行って、普通のアスレチックの道具で筋力トレーニングができるようなことを教えるわけです。水泳に行く、乗馬をや

る、四輪バイクに乗る、パラグライダーを使う、スカイダイビングをやる、というようなことを、その人たちに濃厚にやるわけです。それも指導者は同じ車椅子なのです。

それを通して体力を増強すると同時に、その間に障害を忘れてしまうというか、新しい人生をもう1回つかみ直すための6週間でもあるわけです。6週間というのは彼らも計算して、ちょうどいい時間だということです。それ以上になると何か施設暮らしの雰囲気になってくるといふデメリットが出てくるということもあって、6週間だと言っていました。

何か落ち込んだりしていれば、先輩のインストラクターが車椅子に乗ってディスコに行こうかと言って、行く。あるいはレストランに行って酒を飲んで帰って来るといふようなことも適宜、一人ひとりに合わせてやってくれているわけです。日本円にすると約100万円ぐらいかかるそうですけども、いまスウェーデン国内だけでなく海外からも来ます。日本からうちのスタッフも100万円払って行きましたけれども、本当にモデルチェンジして帰って来るわけです。

リハビリテーションというのは、かなりいろんな形で到達感を皆さん持たれているかもしれないけれど、そういうところを見てみると、えーっ、こんなのがあるのというぐらい、その人一人に向かってサービスがあるわけです。そういう一つの方向性というのものもあるのではないかと。

#### ハード作りとソフト作りの技術

最近「居住施設」という言葉がありますが、人間が幸福を感じるというのは住生活をきちんとすることに尽きるのではないかと。もちろん腹が減ったらどうしようもないわけですけども、それは現在日本はほぼ解決している。やはり大事なものは住生活をきちんと確立していくことです。

これは障害をもつ人だけに言えることではなくて、我々みんな人間にかかってくる問題だと思うのです。これはグループホームであるとか、ケア付き住宅であるとかいろいろなパターンがあって

いい。たくさん選択肢が要るのですが、やはりそれを支える入れ物というか、ベースのハードウェアをきちんとしておかないといけない。

ですから、やはり障害者の住宅という形でのアプローチも大事ですが、やはりわが国の住政策の一環として、こういったものが考えられないと、特別に切り離されたものとしてやっていくのでは駄目です。わが国の住宅のスタンダードをキッチンとしなければならないわけです。それは施設を考えるとときにも言えると思います。在宅か施設かというような切り口でなくて、何らかの形で在宅でも施設でも現にその人は生活しているわけです。そこは生活の場なのです。だからそういう切り口で生活する場をきちんとしていく。それに医療的ケアが必要であれば、それをきちんとしてそこに持って来るといような形になっているということが大切なのです。

いま私は持って来ると言いましたが、そうなのです。利用者が動きにくかったらそこまで持って来のです。技術でも何でも運べばいいわけです。それを費用対効果といつか効率のいいやり方でやればいいのです。

施設の処遇というのは、スケールメリットという幻想にとらわれていたと思います。自動車を造るときに、手作りで造るよりもコンベアラインで造っていったほうがいいというスケールメリットがあります。工業デザインはそういうものをベースにして生まれた手法です。私たちの椅子作りも、そうやって作った椅子で適合するならば何も問題ないわけですが、一人ひとりに合わせて作って初めてその人の椅子になる。つまりその人が起きることができるわけです。そういう形で逆に急がば回れの典型例が私たちの椅子作りだったと思います。

#### 急がば回れ

たまたま私が勤務していた施設の中で、40人をひとまとめでみるようなことをしていました。中央管理システムということで、8~10人部屋の壁を取って40人を一度に見るようなことがありまし

たが、ひどい混乱が起っていました。僕がデザイナーとして、部屋をどうするかということを再度計画を立てて、小部屋化していったわけです。職員の数も同じ人数だけけど非常に生活の場面が落ち着いてくる。人間の生活というのはそんなものであって、例えば40人を20人の職員で見ているよりも、4人を2人を見たほうがうんと人間的なサポートができるわけなのです。この話しは長くなるのでこれくらいにします。

スケールメリットという幻想にとらわれてきた施設処遇というものを止めても、なおかつ、施設的なサービス体系は地域の中に僕は必要だと思えます。そういうものを実現していくために発想を変えていって、いわゆる施設の持つそういう技術やマンパワー、管理、マネージメントも含めて、そういうものが地域の中へ出前サービスしていくということが主流になっていくのではないかと思います。そのほうが利用する側にとってみれば満足感が得られるわけです。同じ費用を払うならばそっちの生活を望みます。そういうようなことが、これからのテーマになるのではないかと。

藤井さんの話と僕の話は、同じようなことを構造を変えて僕はプレゼンテーションしたような形になりました。

○成田 ありがとうございます。

#### 地域リハビリテーションとの出会い

最後になりますが、柳先生、お願いします。

○柳 前の二人の方は非常に実績もお持ちで、このシンポジウムに選ばれた方なのですが、私はただ若いというだけで選ばれたようです。若いといっても実はもう40になってしまいましたので、世間ではおっちゃんの世界なのですが。

さて、私はさっきご紹介いただいたとおりの保健所というところで仕事をしている医者なのですが、参加者名簿を見せていただいても、あまり保健所の人間というのはこちらに寄せていただいていないように思います。私自身も実はこの研究会に初めて参加させていただいて、実際にどのようなところなのかなという興味があったので、最初

の日から参加させていただき、いろんな分野の勉強をさせていただけてありがたいと思っています。保健所について少し宣伝をしておかないといけないなとも思いますので、そういう視点と、私かなぜ今こういうところに座ることになったのかも含めて、お話をさせていただけたらと思っています。

私自身は大学時代にも、公衆衛生分野でのクラブ活動をする一方、本当は精神科医になりたいと悩んでいましたので、両方がやれる場で働こうということと、引っ張ってくれた昔の上司の方もいまして、保健所に入りました。しかし、まずは臨床ということで、大阪府の総合病院と単科の精神病院で、合わせて4年ほど臨床をさせていただきました。鍵の番人と言い過ぎですが、そういうふうな形で精神科医療に関わっているよりは、地域で仕事をしたいという思いもあり、その後保健所に出なさいという命令で、保健婦さんの上司である保健予防課長という仕事をするようになりました。

最初に行った所が良かったのか悪かったのか、大東保健所というところに行きました。大阪の方はご存じかと思いますが、大阪府に大東市という市がありまして、地域リハビリテーションでは、ここ10年ほど非常に有名になっています。私が行った時は、実際にはそういうシステムは未だできていなかったころです。山本和儀という変なPTが市にいて、山本さんと市と保健所という関係ではありましたが、5年間いろいろ仕事をしました。

### ライフワークとしての地域リハ

最初は、僕は本当は精神領域のリハビリテーションをやるつもりですから、身体であったり知的な障害者はあまり関係ないと思っていたのです。しかし山本さんや、今日もいらっしゃってますが澤村先生であったり、あるいは日本医科大学の竹内先生とか、師匠だと思っている大田仁史先生というような人に出会いました。皆さんから言われたのは、「精神障害者だけが受け入れられる地域なんてあり得ないよ。すべての障害のある人が受け入れられる地域を作らないといけないのではな

いの。君のライフワークはそれだよ」ということで、勝手に人のライフワークを決める人がいました。皆さんにそう言われたら、そんなもんかいなと思いつつ実際に仕事をしていくと、精神障害者だけを受け入れてもらえるというのは、やはりないんだなということに気づかされました。その後大阪府の本庁の福祉部で母子保健を担当している係りの係長を1年ほどやりました。実は私は役人と医者にはなると小さいときに誓っていたのですが、両方になってしまいました。何とか適応しないといけないと思い、福祉分野で1年、係長をしながら福祉のシステムとか、福祉の考え方と保健の考え方との違いとか、いろんなことを学びました。

しかし、これは長いこといたらしんどいと思い、府には海外派遣研修というがありますので、これは医者がというのではなく、すべての大阪府の職員が受けられますので、落ちるかなと思いつつも上司に相談なく勝手に論文を書いたら通ってしまいました。3カ月ほどスウェーデンとかデンマーク、オーストラリアにも老人福祉について見に行くことができました。それで非常に自分の頭の中をリフレッシュできましたし、いろんなものを見せてもらい、いろんな人に会いました。

そのときの印象では、いままで以上にリハビリテーションは大事だと思いましたが、先ほど光野さんが言われていた住居の問題が非常に大事だなど思いました。それと日本で本当に遅れているなと思ったのは、テクニカルエイドの問題であり、訪問看護であり、ホームヘルパーを中心としたケアの質の問題、あるいはそれを管理するシステムの問題です。それが非常に遅れているなというふうに感じて帰って来ました。

### 死ぬまでつき合うリハビリテーション

住居については、大阪にも住居改善に関する研究会がありますので、そこに入出入りをしたりして、海外で教えてもらったことを細々ながらも実践していくような役割を担おうとしてきました。

その後、茨木市という所の保健所に3年いまし

たが、その間にやれたことは、脳卒中後遺症者の人たちの自主グループづくりです。私が作ったのではなくて、お付き合いしていたら勝手に出来たというのが本当のところ。その会のリーダーの方はいまは近畿の脳卒中の友の会の会長をされていますけれど、そういう方と出会って、患者さんの自主的な組織というのは、こちらが作るのではなくて、邪魔ささしなれば出来るんだな、ということを学ばせていただきました。

その後、箕面に行きました。箕面市はいろんな面で障害者の問題について非常に力を入れている面白い所ですが、そこで2年ほど一緒にやりながら新しいシステムを作りました。市にはOT・PTが20名ほどいますし、リハビリテーションセンターも作っています。人口12万の市でそんなものを作っているのは全国でも少ないかと思いますが、それは医療としてだけでなく、地域とつなげよう、OT・PTにも地区分担をさせたらどうかという提案をしました。

具体的には、OT・PTが保健婦とかヘルパーと一緒にある地域を持つという発想です。その地域で脳卒中の方が発症して入院したら、入院中のリハもその人たちがやる。老健に移ったらそのリハもやる、退院してもお世話をするということで、「死ぬまでその人と付き合うんだぞ」という話をしました。そうしますと医療機関でやっているリハは、これはここで終わりということではなく、そこでいい加減なことをしたら全部自分にツケが回るというシステムにしたらどうか。あるいはその人が再発したらまたお世話するというシステムを考えたわけです。いま僕はもう出てしまいましたが、後に残った人たちですごく苦心して考えてくれています。

私は府の職員です。4月になったらまた転勤がありまして、いまは高石の保健所にいます。私はこういうふうなバックグラウンドの人間です。

(OHP開始)

リハを保健所のキーワードへ

僕がいま考えているのは、保健所をリハビリテ

ーションの拠点の一つにというアイデアです。ご存じかと思いますが、保健所も50周年を迎えています。保健所というのは何遍も黄昏論があって、いつ潰れてもおかしくない組織が50年残ってしまったわけです。いま本当に変わらなければいけないと言われているなかで、僕はリハビリテーションをキーワードにしたらどうかと思っています。

それはなぜかという、一つは、あまり良いサービスでなかったかもしれませんが、いままでサービスを提供してきた対象が、精神障害者であったり難病患者であったりというふうに、もともとリハビリテーションが必要な方々だったわけです。それをリハビリテーションという言葉を使わずに、あるいは実際にはそれを十分理解せずに、ちぐはぐな形でサービスを提供してきたのではないかと思っていますので、保健所に関してリハビリテーションというのを、これからの新しいキーワードにしたらどうかという提案をしています。

10年前にこういう話を保健所関係者にすると袋叩きでして、「何を馬鹿なことを言っているんだ、保健所は予防をするのだ。保健をやるんだからリハビリテーションは整形外科の医者に任せておけ。お前はあほか」というように、ずっと言われ続けてきたわけです。

しかし、今年の公衆衛生学会が横浜でありましたが、大分雰囲気が変わってきました。リハビリテーションという言葉は使われていませんが、保健所でも今後、保健・福祉の統合という課題を解決する方向で変わらなければいけないといわれています。そろそろこういうことを言っても、何人かの人は、うん、うんと頷いてもらえる状況です。

保健所は何ができるか、少しお話させていただきます。

1番目は、市町村の支援であったり患者会の支援が、まずできるはず。市町村にとって場合によっては大きなお世話かもしれないのですが、技術的な面で保健所が力を付ければ、支援ができると思います。私がやっていることは、行った市行った市で、機能訓練事業について、市のスタッフと一緒に考えて、こうやったほうが楽しいよ、

こうやったほうが面白いよとアドバイスをすることです。

あるいは拠点づくりの提案もします。以前にいたI市は、25万の人口で1カ所でやっていたので、それで送迎がないような機能訓練をやっていたので、これはあかんでというので、最終20カ所の拠点を作ろうと言ったら、市の職員がひっくり返りました。じゃあ、ぼちぼちやろうということで、いま施設箇所は4カ所に増えています。国のほうもやっとB型の機能訓練というのを認めてくれるようになりましたので、最終的には10カ所、20カ所作れるのではないかと思います。

### 支援を福祉へ振るな

患者会の話は、いろんな患者会、つまり精神、難病、脳卒中後遺症等の患者会を支援するということです。

2番目は障害者の健康づくりです。これはWHOの健康の概念である、障害があってもすべての人の健康、という話をしているのですが、どうも保健所の人間は、障害をもった人は福祉の対象ということで、障害者の健康問題を考えている人は、ほぼゼロに近いというひっくり返るような話なのです。

大阪府の悪口を言ってはいけないのですが、健康科学センターというのを大阪府が作ろうとしています。その担当者に「障害者の健康づくりについても当然プログラムがあるんですよ」と言ったら、「それは福祉や」と言う返事が返っていたりするわけです。それを大阪府に1カ所作るんだったら、それこそ知的障害であったり、聴覚あるいは視覚に障害がある人のための健康づくりプログラムこそ、府がやるべきで、健康な人をより健康にというのは、フィットネスクラブが腐るほどあるし、市町村もやっているんやからと思うのですが…。

私は、聴力障害の方のエイズ教育であったり、知的障害の人の肥満対策の教育を何遍かしましたが、決してうまくは行ってないのです。もっとちゃんとノウハウを身に付けて、あるいは当事者の

人たちにも聞いて、そういうプログラムを作れたらなと思います。それは保健所がやれる仕事だと思います。

3番目はボランティアの育成です。いろんなボランティア育成がありますけど、社協にはある程度スペシャライズされたボランティア育成についてのノウハウがない。そう言い切ってしまうのか、まあ、付き合っている社協がそうなのです。ですから、保健所という所が育成をして社協に登録していただき、活躍の場を我々が提供するというのを、保健所だけでなく市町村と一緒にやってやろうということです。

大東には、606というすごい元気なボランティアの会があります。僕がいたときに6人からスタートし、いまは100人とか200人という組織で目茶苦茶頑張っているボランティアのグループです。それをイメージしているのですが、行くところ、行くところでそういうボランティアを育成したい。精神障害者をサポートしてくれる、難病患者をサポートしてくれる、それをバラバラにするのではなくて、リハビリテーションマインドを持っているグループとして、ひとまとまりにできないかなということを考えています。

### 保健所と福祉の統合

4番目は、保健・福祉の連携、統合あるいはネットワークです。これは言うは易いのですが、でも一部の都道府県では保健所と福祉事務所が一緒になってしまっていますが、これも略奪結婚みたいなものですから、好き嫌いは別として、一緒にやらなければしょうがないという状況のなかで、だんだん変わっていくのではないかな。逆に保健所が福祉を変えられないのかなというふうな思いも持っています。

いまお話しているような概念は、皆さんにとっては全然不思議ではない話なのかもしれませんが、公衆衛生とか保健所の人間にはなかなか分かってもらえません。私は一応こういう説明の仕方をしています。私は公衆衛生が好きで、保健はあまり好きではない。なぜなら保健と言うと非常に狭ま

った概念に使われていますので、予防だけとか言われてしまう。「公衆衛生というのは住環境の問題からすべてを見ていく学問、あるいは考え方」だと。従って「公衆衛生とリハビリテーションとは、軸は違うのかもしれませんが、重なるところが非常に多い、共通するところが非常に大きい」と。

これをうまく理解してもらえば、保健所というところが公衆衛生の実践の場であれば、当然リハビリテーションについても活動をするべきです。それは主にインペアメントよりもディスアビリティであったり、ハンディキャップのところアプローチをするという意味ですが、我々の仕事だというふうには皆に理解してもらえないかと思えます。

#### リハビリテーションへの理解

保健所の人間たちは、リハビリテーションの理解というのが非常に遅れていますので、理解を深めるなかでリハビリテーションの考え方や技術を、保健所という場でうまく適応できればと考えています。

あと、自立とは何かということで……。今回の研究大会でも一つの大きなテーマとなっていますが、実は保健所の職員もそういうことに非常に困っているというか混乱しています。ここでも議論になっているように、障害が重い方の主体性とか自主性をどう考えるのかということの整理、自己決定ということが、なかなか保健分野の人間も理解できていません。

だから難病患者さん、たとえばALSの方、あるいはいろんな障害の重い方に、自主的な活動をしてほしいと保健所職員は言います。すると、会を作りなさい、名前を決めて会長を決めて会費を取ったら、これで自主的と言ってしまうのです。ところが会が出来たのに皆が発言してくれないとかいって、困っているのです。でも一方患者さん達が旅行したいと言うと、いや、それは無理ですとか言って、自主性とか主体性と言いながら、当事者の自己決定は無視している。ある面では勝手

にやってちょうだいという手抜きをしようとしているようにも見えています。この場では皆さんにどうてい考えられないようなレベルのことが、保健の現場では行われています。その問題に気づくことで、保健所も変われるのではと思っています。

私は精神科の医者ですが、分裂病の人たちが意思決定ができないとは全く思っていません。やはりどの程度後ろから押してあげないと新しい世界に進めないのかという問題、あるいは重度知的障害、痴呆の方々の問題も、これはこの場で皆さんから教えていただきたいなと思っています。

ところで病院にいるOTとかPTなんか地域に雇われて来るようになって混乱しています。まだまだ地域に出て来ても、治療者と被治療者の上下関係を持ち込もうとしていて、先ほど言いましたように、自主的な活動といいながらも結局は当事者がスポイルされてしまう。初日のユーザーのシンポジウムでも、後ろを歩いて来ている専門家、あるいは一緒に歩いてくれる専門家という話がありました。それが前を歩いたり上を歩いたりするという、その関係を脱出しない限りはと思うのです。これが地域に出てもなかなか脱出し切れていないというふうに見えます。

保健という分野では、老人保健法の機能訓練の中に、医療としてのリハビリテーションをそのまま持って来られることが多いのですが、そこから本来の地域リハビリテーションに転換することが本当は必要だし、先ほど少しお話しした障害者の健康づくりも、もっと我々がきっちり考えるべきです。これは保健の課題だと思います。

福祉という点では、初日のシンポにもありました家族の役割の線引きです。これは高齢の方に対する子供の問題であり、あるいは障害のある若い人の親の問題でもあると思うのですが、これが現場ではすごく混乱しています。高齢者サービス調整チームの会議をしたら、Aさんはもっと家族がやるべきだ、Bさんは公的サービスがやるべきやと。なおかつそれでいろいろな福祉サービスがどんどん変わってきていますので、同じ人の処遇会議をしても、その会議の検討する人たちの家族

観によって左右される。もっとやるべきや、いやそうじゃない、こんなことで何時間も話をするのは止めようと思っているのですが、ここの線引きは要ります。

私が個人で考えているのは、すべての高齢者、すべての障害者は単身者だと考えましょうということです。一緒に住んでいる人はたまたまいるかもしれないけど、それはたまたまおるだけやと、割り切ろうと思います。そういう割り切りを一度してしまわないと、この話は進めへんなというふうに思います。いまのところ私の現場もこのことで混乱しています。

### まちづくり

5番目ですが、まちづくりとリハビリテーションという話です。保健所だけではないですが、今後、地域をベースにしたときに、この両方にある程度働きかけられる必要性はあるのかなと思っていますので、そういう意味で「まちづくり」にも保健所が関わるべきだと思っているわけです。石川県の保健所で働いているOTなんかは、なかなか熱心にまちづくりのチェックとか、いろんなこともやっていますので、実際に保健所の一部ですぐにでもこういう活動が可能だと思っています。

こんな話をすると、じゃあ、保健所で明日からやれるんかという話になったら全く無理です。皆さんがお帰りになって、自分の関わっている保健所の戸を10遍ぐらいたたいていただいて、「世の中変わっているんやで、こんなこと言っている奴がおるで」と伝えていただいて、保健所を皆さんの力で変えていただければ、私も保健所という世界で仕事がしやすいですし、仲間も増やせるかなというふうに思っています。勝手なことを言いましたが最初の発言は以上です。

○成田 ありがとうございます。3人のシンポジストの方からのご発言をいただきました。15分弱の休憩を取らせていただきます。これらの発言を受けて、共通でも結構ですので、質問または確認したいことなどがありましたら、お手元にごさ

います用紙にお書きいただきたいと思います。会場を箱を持った者が回りますので、よろしくおねがいします。(休憩)

### 【質疑応答】

○成田 再開します。ただいまから質疑または確認事項について、少し発言者の方に補足も含めて答えていただきます。

光野先生へ質問です。保険会社が6週間で車椅子ライダーにしてくれるシステムがあるという報告の件ですが、利用者の費用負担がどのくらいかということと、日本でもこのような会社ができる可能性はないでしょうか、という内容です。

### スウェーデンの教習所システム

○光野 先ほどは舌足らずにお話したので、もう一度補足させていただきます。始めたのはセラピストの方で、こういう機能訓練をやるのにセラピストが指導するよりも、車椅子を利用して非常に巧みに乗っている人を指導者にしたほうが効果上がる、ということを前々から知っていたそうです。フロスダセンターはパラリンピックで金メダルをたくさん持っている人をヘッドにして、1980年代の終わり頃に出来ました。

それは株式会社です。80年代の終わりというのは、福祉をスウェーデンが公的なお金でやることについて限界が出てきた時代です。そういうなかで政権も代わったりして、このやり方は新しい波だということで評価されました。お金を利用者が払うわけですが、金額的に言うと、レートの問題がありますが、去年、私たちのスタッフで車椅子に乗っている女性が行きましたけど、日本円で約100万円近いお金を振り込みました。6週間のコースの費用が全部含まれているわけです。

そんなにかかるのなら利用者がいるんだろうかということで、私たちも疑問をもっていました。交通事故で障害者になった人たちに対して、損保会社のほうでその100万円分をみますということが始まったと聞いています。それで非常に効果上がるわけです。これはお互いに緊張感があるわ

けです。本人もお金を出していますから、それに見合うだけのものを取って帰って来ないといけないわけです。つまり自動車学校に行っただらりとやると、お互いもったいないのと同じわけです。かなりハードにやって、短期間にライセンスをもらう。合宿方式の自動車学校のあれと同じようなことと思ったら大体想像つくと思います。そういう形で、ある目的を達成するまで両方ががんばってやっていくわけです。

### 1 コース100万円でリフレッシュ

それで非常に効果が上がるということです。100万円というのは決してスウェーデンでも安いお金ではないわけです。障害者本人がそのようなお金を持っていないこともありますので、それでどうしたかといったら、要するにくすぶっている人をリフレッシュさせようということで、今度は自治体が、お金を付けてそのセンターに放り込むわけです。もちろん本人が希望するわけですが。そういう補助を付けてくれる。ですからフロスタセンターそのものには特別補助はないわけです。別の形で場所の提供とかはあったようですが、そこを利用する人が出した費用で原則的に運営されている。そういうやり方なのです。

スウェーデンですから、ウィンタースポーツの中で出来ることをやっていきますが、冬はやはりやりにくくなる。そうなるたとえばアメリカのフロリダに行ってそういうコースをやったりするわけです。そうなる、これはどこでもいいということになるわけです。

基本的な技術があれば特別な施設を要求しない。特別な施設をなぜ要求しないか。車椅子専用のトレーニング装置を作ることはできるかもしれませんが非常に高いものになる。継続的にトレーニングできないわけです。普通の体育館に通ってやれることをそこでやるわけです。やるメニューの中には、本当に電車に乗ってレストランに行くということも入ってくる。つまりこういうことができれば日常生活に参加する仕方が非常にスムーズになる。つまりQOLの向上が図れるわけです。す

べてがそんな形でプログラムされているわけです。だから、いわゆる病院の中で自立できたけれども、家へ帰ってどうもというような現状がまだまだあると思いますが、そのところをそのセンターが担っているというわけです。

ですから、これは想像を逞しくしていけば結構、田舎でもできるわけです。空気がよくてそれこそ食べ物おいしい、周りの人情もあふれているような場所で、さらに6週間、自分の人生をもう1回リフレッシュするという事です。それまでの生活環境と違う場所に行ったほうが面白い。海もきれいということになると、私の町でもそんなのできるのではないかと思うことになるだろうし、ひょっとしたら、きちんと日本語が通じれば、フィリピンにそういう場所を作ってもいいのではないか、そういう計画もないわけではない。スウェーデンはたくさんのノウハウを持っていますから、こういったものを皆で分けてもらいながら、さらに日本人に合うようなメニューに仕立てる。この話をし始めると長くなるので止めますが、リハビリテーションの進化と言いますか深めていく、あるいは切り口を変えてみると、こんなのもありますよという一例で示したつもりです。

スウェーデンはすごい公務員社会だったわけですが、公務員の力というのが大事だと言われましたが、公務員の中でも、いくら働いても給料が一緒という気分がたぶんあると思います。そういう状況では利用者と提供する者の間の緊迫関係がややもすれば薄れて、非常に低いところで終わってしまうような場面もあったのではないかと思います。それが一つ新しい緊迫関係で出てくる。これは世界中に通用するものかもしれないわけです。非常に明確なことで、費用対効果というの、きちんとみんな分かってくる。その例として挙げさせていただきました。

○成田 ありがとうございます。

### サービスの制度と財源

○成田 いままであまりこのような会で発言が少なかった保健領域からのシンポジストということ

で、柳先生にかなり質問が集中しているのですが、その前に藤井先生のほうに何点か質問がありますので、お願いします。

一つは、藤井先生が大切にしていきたいという4つのポイントの中で、障害者の経済的基盤を強化するには、どのような制度の確立が望ましいと思われるか、ということです。

二つ目は、リハビリテーションとノーマライゼーション思想の関係について。昨日の分科会の中でも、障害者の施設の多くが訓練を行う施設であるという指摘がありました。リハビリテーションが一つの技術であるならば、それはノーマライゼーションの下位概念であるということになり、この2つの対立を切り分け、はっきりしておかないと、リハビリテーションは進んでいかないのでないでしょうか、ということです。

三つ目は、今後のサービスの視点の中で、人的支援の推進ということを提言されましたが、特に重度の障害をお持ちの方々にとっては、それが非常に必要ではないか。そうした場合、いかに効率的に、あえて言えば安く良質なマンパワーを確保するかというのがポイントではないかと考えると、そのことについての藤井さんの見解と、もし同意見ならそのための方策についてお聞かせいただきたい。

最後、盲学校の職員の方から、今回のこの研究大会の運営等に関わる関係で、障害者が参加しにくいというご指摘をいただきました。手引もなければ点字の資料も見当たらないということなのですが、是非、障害者の総合リハビリテーションを目指す研究大会の体質に関わるものとして、私見をお述べいただきたいということで、若干述べていただければと思います。

#### 所得保障・稼得能力

○藤井 最後のほうからいきますが、私も実行委員ですので、これはちょっと視覚障害者に限らず、全体的にそういう配慮を精いっぱいしようということで、点字の資料は出来上がっているのですが、たぶんお手元にうまく渡らなかったのだと思いま

す。これについては是非お渡ししたいと思っています。

手引、その他、会場案内の点について、大変不備があったという点は実行委員長に代わりましてお詫びいたします。今後、こういうことは大事なことなので、いま言われたようにいろんな面でもっともっと配慮していく必要があると思います。これはこの研究会に限らず、障害問題に関する大会あるいは集まりに関しては、そういうことに注意していく必要があると思っています。

時間もないので簡単に言います。

第1点目の所得保障、経済基盤に関しては、基本的にはいまの基礎年金制度では不十分である。これは生活保護の基準よりもはるかに低いわけです。1級で8万3,000円いくらですか。東京の場合なんかは生活保護で住宅扶助、医療等を入れると1類、2類を合わせると、40歳前後で大体いま12~3万円ぐらいです。そうすると、最低生活を謳った生活保護よりも約3分の1ぐらい少ないという点で、少なくともこの基礎年金を引き上げるというのは基本です。ただし、もう一方で稼得能力、つまり労働とか就労の分野とのジョイントで、どうこれを考えていくのか。

いまヨーロッパなどではサポータード・エンプロイメントというのがあって、昨日もそういう研究会が別のところでありました。稼得能力が低いというのは、本人のいわばハンディキャップとして見て、これを税金と企業で負担をしようというので、いわば補助金付き雇用という流れが、ヨーロッパでいまかなり検討され、あるいはイギリスなんかでは実施に移されているようです。

働く能力がもし低ければ、厳しければ、どう労働手段、あるいは労働の内容でこれをカバーするか。私自身の体験で言うならば、リサイクル洗びんセンターのことを先ほどご紹介いただきましたが、この授産施設では基本的には一律5万の給料を払っています。ちょっと前まで数千円しかもらっていなかった方々が、自動洗びん機というのが入ったことで変わっていくわけです。いまは、装置あるいは科学技術が発展していますので、そう

すると、その働く場のマネジメントの問題もあって、かなりこれは構造的に考えなくてはいけない問題だと思えます。

つまり、公的な部分で何を要望し、そしてその働く場においてマネジメント能力が全く問われないのもいけませんし、こういった部分でもう少しこれについては労働との関係で検討していく必要があるだろうと思えます。

もう一方で、日本障害者協議会なんかで検討しているのは、賛否がまだあると思えますが、仮に収入がアップした場合でも基礎年金問題だけではなかなか難しいのではないかと。

保険原理導入ということなんかも、今後は考えてもいいのではないかという意見も一部にあります。したがって、いまのいろんな財政問題と絡んでくるのですが、障害者の所得保障に関しては、いちばんシンプルな基礎年金引上げということだけでなく、いろんな点から考えて一体いくらぐらいか、どういう条件で、かつ、いま言った稼働能力のある場合の他の分野との関係でどう補完するかを含めて、検討していく必要があると思えます。

#### ノーマライゼーションとリハ

ノーマライゼーションとリハビリテーションの関係ですが、私はご質問者の考え方も多分それほど違わないと思えます。この捉え方もまだまだ日本の中でもまちまちです。もちろんノーマライゼーションなんかは、一つの社会のあり方を問う視点であって、リハビリテーションというのは、個人に視点を当てるということです。

ただ、リハビリテーションも一方では、全人間の復権とか全人格的な接近となると、単純に個人のスキル論とか政策論だけではないわけです。この辺は一つは文化の背景で、アメリカで生まれたリハビリテーションという言葉と、同時に北欧で生まれたノーマライゼーションということを含めて、これは双方の概念が違うものですが、やはり双方で相互に相乗し合う関係で発展させていながら、もう一度その概念整理も深め合っ

ていく。同時に、わが国にこの辺を照らして一体どういうふうに考えるのかというあたりも、ただ直輸入でなくて、その言葉が生まれてきた文化・経済・社会の背景も押さえておきながら、考えていくべきではないかと思っています。

人的支援に関しては、やはり障害をもった方々が暮らしていく場合に、当然それはいろいろな面でサポートが要るわけです。いろんな機械、福祉機器、補装具というふうな補完もありますけれども、これらはほんの一部であって、基本的には人的なパワーが要るだろうと思えます。これも障害の種別とか程度によって、かなりこれは内容が分かれてくると思えます。

#### マンパワーと権利擁護

いまいちばん大きいのは、先ほども柳さんがおっしゃっていましたが、本当に成人期になった場合、いい意味で親から独立をするというとき、では誰がその代わりになるか。その場合、トータルな権利擁護システムということで、いま言われているような後見人とか成年の世話人というふうなことが、一つはシステム上まず完備すべきであろうと思えます。その上で介助や介護、あるいは時間の隙間がないような相談体制とか、これはかなり広く、あるいは専門的な視点が必要であろうと思えます。

ただ、この問題で私が体験的に思うことは、介助・介護・相談ということ全部に、うんと濃密な専門性が要るかということ、そういう場合と、むしろ場合によってはボランティアさんの、つまりアマチュアと言われている方々であっても、十分にやれるという場合もありますので、その辺は個人個人の障害実態や、あるいはその地域のいろんな社会資源の整備状況等を含めて、考えていく必要があるだろうと思えます。

昨年度から制度化されましたけども、地域生活支援センターというのが身体障害・知的障害・精神障害で設けられました。いまの社会福祉施設自体が、やや隠蔽的に施設中心主義であったと思えます。ここ自体がマンパワーの供給源であったり、

あるいは力を培う場であります。

いずれにしましても、こういう人的資源というのはどうも別個に置くということよりも、そもそもこういう既存の社会福祉に関する社会資源の活用とマンパワーの有り様というのを、もっとつなげていくことによって、社会資源も変わってきますし、またそういう点で、専門性を持った一定の水準以上にある方々が、アプローチできるだろうと思います。だからアマチュア的な視点のアプローチと、専門的な視点で社会資源を活用するというので、考えていけばいいのではないかと思います。

○成田 ありがとうございます。

#### 保健所の役割

柳先生にたくさんのご質問等がきています。まず意見ということで、「障害者の健康づくりが非常に大切なことです。特に単身障害者の食事管理、また、多様なそういう配慮が必要な人に対する保健所の業務として、そのような健康づくりをしていただきたい」という要望です。

もう1点、「保健所での小児健診によって、発達の遅れなど将来あるいは直ちにリハの対象となるような児を発見しています。この分野の最初の出発点でもある障害児療育に関しての地域での働きを期待しています。」この2つはご意見です。

次にご質問がいくつかあります。今後、リハビリテーション領域に保健所が役割を持つという前提のなかで、人的な問題に関して2点。一つは、保健所の今後の役割としてリハを掲げられていますが、保健婦の役割とは何であるか、質問者の自治体では当面の課題となっており、果たして保健婦はリハビリテーションの実践者たり得るのでしょうか。先生のご経験からご意見を伺いたい。保健婦さんに関してです。

もう1点は、今後、リハビリテーション機能を保健所の中に強化することには期待をしていますが、そのためのPT・OT・ST等、リハスタッフを法的な人員として認めるという定員化は、期待をしてよろしいのでしょうか、ご意見を聞きた

いとのことです。

これはマンパワーの関係になりますが、ボランティアの育成ということで先ほどOHPにもありましたが、社会福祉協議会でもボランティア育成等をしているわけです。特にノウハウがないとのことでしたが、社協に対してこうあってほしいという思いはありますかということです。まずこの3点に関して簡単をお願いします。

○柳 人的資源の話で保健婦の役割ということですが、いま市町村では機能訓練事業をやっていますが、機能訓練事業をやるにあたって最近、PT・OTがたくさん市町に入りつつありますので保健婦とトラブルを起こしています。

OT・PTが市町村に入れば入るほど、保健婦は私たちには役割はないと言って、以前のOT・PTがいないときには、機能訓練事業を熱心にやっていた人が身を引いているのです。

そのなかで僕は、基本的に保健婦とOT・PTは役割が違うのだから、同じくパートナーシップでチームでやりましょうという提案をしていますが、いまのところはっきり言うてうまくいっているところは見当たりません。

OT・PTが市に1人しかいないときには、保健婦集団のほうが多いですからOT・PTをすぐありがたがるのですが、OT・PTの数が増えて同じぐらいの数とか、OT・PTが保健婦よりも多くなったりすると無茶苦茶な状態になって、ほとんど住み分けをしてしまうような状況があります。

でも本当は保健婦というのは生活をみるのが仕事です。保健婦さんというのは本当は可哀想な人たちで、固定した専門性が無いのです。でも無いのが強味で地域や生活を見るプロです。地域を見るのがプロだったら、地域リハビリテーションをやるのに、技術論だけではなくて、その分野についての能力を発揮しましょうよという提案をしています。だから、それで十分に役割があると私は思っています。

いま問題になっている医療とのつながりというあたりで、もちろんPT・OTでも出来ますけど、

いま脳卒中の情報システムなんかでは、医療機関から情報をもらって還元していく役割というあたりは、保健婦の仕事ではないかと思えます。問題はもっとこれからOT・PTが地域で活躍して、僕は本当は保健所を辞めたらどなたかOT・PTの教育機関で雇っていただいたらありがたいのです。公衆衛生というものをOT・PTがもうちょっと勉強してくれる、あるいは地域の活動を理解する。そこまで来ると、もしかしたら保健婦さんはOT・PTに取って代わられる可能性はあるかと思えます。それは10年、20年かかるのではないかと思っていますので、その間にまた保健婦もある意味で役割が変わってくれば、そして地域リハという視点で保健婦さんが関わってもらえれば、保健婦さんにもすごく役割があるではないかと僕は思っています。実践をしている保健婦さんはたくさんいます。

#### スタッフ、OT・PTの連携

もう1点は、OT・PTの定員化ですが、これは県によってしています。いちばん頑張っているかなと思うのは石川県で、OTがたくさん保健所に入っています。あるいは岡山でも入っています。私はどちらかということではないのですが、いまの流れとすると市町村には、PTが機能訓練事業ということでわりと根付いていますので、OTもちろん入ってもらっていいわけです。保健所がOTを中心とした職種を雇用して、テクニカルエイドセンター的なものを付加することで評価をされたり、そういうような部分をやっていけば、市町村にも保健所にもOT・PTの職種が入っていける。あるいはSTも是非ほしいと思っています。

定員化の話は、ご存じのように地方公務員は定数がありますので、どこかのところを削って取って来なければいけないという話があるみたいです。だからあまり働いていない人を、辞めさせたいと思うのですが、そうはいかないようです。しかし職種変更ということは、決して不可能なことではないと思っています。組合の問題もあるし難しいと伺っています。しかし、やっている府県が

あるわけですから、不可能なことではないと思っています。

#### 医療・保健・福祉の連携

ボランティアの育成ですけど、社協については言い出すと切りがないのですが、いい社協かどうかと判断するとき、事務局のトップの方は生え抜きですか、プロパーの方ですか、市からの出向の方ですかと聞くのです。市からの出向というともう相手にしないというか。だって2～3年経っていなくなるつもりで本気で仕事する気がないので、いかにプロパーの職員を育てようと思ってるかというあたりがキーかと、割り切っています。

はっきり言って社協は市から職員をもらわないでくれ、ヘッドハンティングしてきたらいいじゃないですか。それをすれば社協は変わると思っています。僕は現場ではお付き合いしていますし仲良くしていますけど、ちょっとできるなと思う人はすぐ市役所に帰って行きますので意味がないのです。だから、社協に対してはそれだけ希望しています。

○成田 それに関連するかとも思いますが、保健所でのリハビリテーション推進のための地域活動について二つ質問があります。

「総合リハセンターでも医師、PT・OT等で地域の障害者訪問を行っており、また行うと思われませんが、保健所の活動と競合するのはいかがでしょうか。住み分けはどうしますか。個々の障害者への援助やまちづくりにおいても、いわゆる総合リハビリテーションセンターと呼ばれるような、そういう機能を持った専門施設でも同様なことをやりそうですが、特に保健と福祉の統合になったら、余計そうではないでしょうか」というのが一つと、「保健所で要介護の認定にも関わっていくのですか。柳先生として、保健・医療・福祉の連携、統合を具体的にどうすべきか。また、そのとき現状ではどんな問題があるのでしょうか。」やや内容の広い質問ですが、お答え下さい。

○柳 あまり時間がないですから簡単に…。前半

の質問は私よりも澤村先生がいらっしゃいますので、お話いただいたらいいかなと思います。総合リハセンターというのはたぶん府県のレベルで1カ所ということだと思いますので、保健所がそのランチになり得るのであれば、ランチとして機能すればいいし、全然ぶつからないです。実態として横浜リハセンターでも市に一つあって各区がランチとしてある。できるのかどうかという問題はありますけど十分役割分担があると思っています。

### 要介護認定・機関との連携

要介護認定については、場としてやるのか、あるいはそこまで権限を与えていくのかというのは、能力が伴えば僕は与えても何ら構わないのではないかなと思っています。これは介護保険も含めて、そのシステムが今後変わっていくと思いますので、いま議論してもあまり意味がないのかなという気はしています。今後、介護保険の中でそういう役割を担いたいというふうに私は思っています。

連携の話ですが、それだけで別に一つシンポジウムをやらなければいけないかなと思います。

保健所は医療に関して年に1回すべての病院に行けるのです。だから僕はほんまに現場のレベルで、これはすごい意味があることだと思っています。病院のトイレまで見ますので、そのなかで医療との接近というのはできます。

開業医さんとの話は、いままで開業医さんで往診をしてくれる先生のリストアップみたいなことを、医師会の名前の下にやってきたことがあります。そういうシステムを医師会の先生方と、本当はなかなか仲良くはできませんけど、僕なんかまだ若僧ということであまく使ってくださいと言って、医師会の仕事と称していろんな仕事をしています。現場でそういうあたりのことをやっていくしか、当面はないです。

保健に関してはご存じのように、法が変わったりシステムが変わって、先ほど略奪結婚とか政略結婚とか言いましたけど、無理やり保健・福祉と一緒にさせられているという被害者意識を拭って

いき、新しいキーワードとしてリハビリテーションを置いていただければ、変わるのではないかなと思っています。

### 個人情報と保護条例

○成田 先生がいくつかの自治体で、実際に地域リハを行っている現場に従事されたことからの質問です。

地域リハビリテーションの中でPT・OTが活動を行っているところがある一方、いま、自治体では個人情報の保護条例が作られつつあります。PT・OT等の専門的な指導と個人情報の保護が対立して、やりにくい状況が作られつつあるのではないのでしょうか。あるとしたら、これをどのように解決したらよいのでしょうかということです。○柳 実態のイメージができていくですね。もちろんそれはOT・PTのレベルではなくて、個人情報保護条例絡みでは、いま、いろんな個人情報をデータベース化して、例えば保健・福祉の総合窓口を作るとか、あるいは介護支援センターにどこまで情報を流すのかという議論があります。だから市の職員であるOT・PTなんかは、それに十分アクセスできますので、そのことで弊害になっている事例を、いままで働いてきた現場では一度も経験していません。障害等級云々までも含めて。最終的にはその情報にアクセスすることに関して利用者が了解されていて、その内容を知ること、その利用者に対して良いサービスをするために必要な情報であれば了解が得られるのですから、そのことは全然制限になりませんから、そういう経験は一度もありません。

### 選択・市場原理・人材

○成田 あと、三人共通ということでご質問をいただいています。内容も非常に多岐にわたっていますが、なかでもいくつかは、これまでの発言から今後のあり方を示唆する上で重要なキーワードというか、そういう視点での質問内容です。3点ほどございますので、まとめの方向を目指しまして3人のどなたでも結構ですから、以下の点に関

してご発言をいただきたいと思います。

住宅が問題であるということは非常によく理解できたということですが、どこからどういうふうに働きかけていったら、実際の具体的な住宅問題への取り組みとか、どういう視点で見なければいいか教えてほしい、それが1点です。次に、当事者が福祉サービスを選べるために、サービス提供機関、団体が多くあり、競合する市場原理の導入が必要という考え方がありますが、これについてどう考えていったらいいのか。

以上、やはり大事なことで、リハビリテーションや地域福祉を充実させるために、基本的にどのような人材を必要とするのか。そして、例えば各領域で必要とする職員をどのように育てるのか。そこら辺についてのお考えをお聞きしたいと思います。

最後に、「それぞれの立場からの興味深いお話を伺いました。日本的福祉ミックスの方向性ということについて、何かお考えがありましたら全体的なエリアを通してでも、また、部分を限っても結構ですのでお聞かせください。」たぶん日本的なわが国らしいリハビリテーションのあり方なり、そういうことだと思います。

医学・教育・社会・職業の連携でも実際には現実になかなか難しいわけです。具体的にはどのようなことが考えられるのか、それが日本的福祉ミックスの中での具体化できるのか、そこら辺を織り交ぜてお話をしていただきたいと思います。

### 住まいの問題

住まいの問題から、今後新しいサービスを担っていくべき人材の養成・確保、そして当事者が選択するということで、市場原理のようなものを導入したほうがいいという考え方について…。

○光野 一応、バリアフリーが条例化してきています。こういったものが住居にまで及ぶべきだということは、北欧の例を見てもよく分かるころなので、ハートビル法から始まったまちづくり条例ですが、この勢いが住居のところまで行く必要があるというわけです。特に私たちが長崎県で生

活していて分かるのは、家屋内のバリアフリー化はできるのですが、一旦、家の玄関を出た後、駐車場まで、あるいはタクシーが着く所までの間のバリアーというのは大きくて、これがいろんな面で本当にバリアーになって困っています。

そういったときに、長崎県に帰ってすぐの頃の絶望的な事例だったわけですが、通院や通所ができないわけです。デイサービスができて迎えに來れないわけです。こういうときには施設入所か、そのまま在宅かという選択肢しかなかったわけです。その間に本来ならば転居という選択肢があるべきです。特に我々のほうが要求しているのは公共住宅、公的な住宅を全戸バリアフリー化するということを言っています。知らない人が聞くと、へえーと本当に驚く話だったのですが、ちょっと分かっている人は全戸バリアフリーなんて非常に簡単なことです。特に集合住宅のバリアフリー化なんて簡単なことなので、こういったものをキチンとやっていくと社会資源のストックができていくということが一つ。

また、現実に住居改善も含めてですけれども、人的支援というものを片方に置かならば一方は道具的な支援です。これは車の両輪だと僕はよく言っていますが、逆に言えば後者すなわち道具が先なのです。僕から眼鏡を取り上げて温かい手で引いてあげますというのはお断わりで、まず眼鏡をくれと、それから足りないところを補ってもらうという理屈です。

だから、きちんとした道具が今はありますから、それが皆の手に入るような仕組みというのを作っていく。これは受益者負担では決してない。受益者負担というのは他の人よりも余分な益を受けることですが、他の人の生活に近づくことであるから、これは最低保障しましょうという考え方で、これは国民的合意が必要だと僕は思います。ここをやった上で、サービスの中に市場原理が働くようにすべきだと思います。こんなもの受益者負担だから、それは何とか自前でしなさいというのは駄目だと僕は思います。

## 施設機能と脱施設

もう一つ言うと、先ほどからずっと出てはいるのですが、施設機能は個別に見れば非常に良いものを持っていて、そこに技術が蓄積されています。こういったものを一度分解してみて、まちの中に放り投げるといぐらい大胆なシステムが必要だと。そういうことをやっている施設もできてきていますし、グループホームとかケアサービスの出前というのもそういうことだと思います。だからそれぞれ培ってきたものを、脱施設化だと言って施設の技術が縮こまることなく、具体的にやってきたサービス内容をもう一つ、いわゆるまちの中で使えるようにリメイクするという仕掛けが必要だと思います。

これは生活する側から見れば非常に簡単なことで、安心して寝泊まりできる場所、昼間通える場所、それから余暇活動と言うと何となくよそよそしいですけども、それ以外の自由な時間が保障されるということなのです。知的障害者にガイドヘルパーなんていうことを大阪でやって非常に効果を上げていますけども、そういうことも含めていけばいいわけです。これを全部昔は施設の中で本当に温かくやっていた。これふが利用者側にとっては不愉快だったわけです。だから、こういうものを利用者がどういう場所に住みたいのかということに置いた上で、ではサービスはどう回っていけばいいかということが必要なのではないかと思います。そういうことで、一応最後の日本的福祉ミックスというところまで答えたつもりです。

### 政策策定への参画

○藤井 いまの住宅問題はそれでいいとしまして、最後の日本型の福祉問題ということについて言います。実は昨日も、働く場の問題で来日されていたスウェーデン政府の次官をやった方が、日本では政策を作る場合に、「どうしてあなた方が作らないのですか」と質問されました。えっと思って、いや、日本はそうはいきませんと答え、そして調さんという方が、日本は官僚国家だからそうはい

かないんですということを行いました。どういふふうな過程かという説明をしたときに、日本は審議会があったり検討委員会があって、しかしそのペーパーもどうも行政中心で作られているということをお話しました。

全体に私は、これからのリハビリテーションという視点から見た制度・政策というのは、一つは柔軟性をどう持たせるかということがあるだろうと思います。いまの場合、なかなか障害に合ったものが先ほど言ったように無いのです。基準があったり、非常に使いづらい。もう1点は自主的に運用できる、自分たちの側で使えるという視点がなかなか得難い。制度に対する帰属意識というか参加意識というか、制度自体がやや与えられた感じが強くて、制度への親近感があまりない。

これは考えてみますと、作られる形成過程に本当の意味の当事者参加とか、あるいは障害をもった方の意思が反映しにくいということがあって、どうも日本型のこれからの福祉というのを、本当の意味で、もう何回も言われて手垢の付いたような言葉なのですが、もう一度政策形成過程への参画ということ、きちんとしていく必要があるのではないかと、そう思います。

### 専門家のリフレッシュ

人材問題と言いましても、これもいろんなレベルがあると思います。専門家の方々をもっとプロフェッショナルとしてどう力を高めていくか。やはり大きいのは養成機関、つまりそういう専門家をつくっていく過程での教育です。

私は精神障害者分野にずっと携わっているのですが、本当にまともな感覚があったら疑問に思えるほど、社会的入院が放置されていたり、あるいは治療法にしても薬中心になっています。いろんなことを聞きますと、精神科医になって初めて地域の作業所に実習に来られて、やっと精神科医学って分かりましたとか、何をいまさらと思うのですが実態はそうなのです。つまり科学としての医術を学ぶのですが、本当に人間が生きるとか生活という視点は薄いわけです。これはいろんな養成

の過程が、教育・職業・医学を含めてあるんだろうなと思います。

もう一方で、いまいる方々はもう駄目かという、そうはいきませんから、いまいる方々をどうリハビリテーションしていくのか、あるいはリフレッシュしていくのかということになってくるのですが、私はもう一度、鈍化しない問題意識を持ち得る感覚をどう持つかだと思います。これは観念ではしょうがないので、やはり一つはこういう学習量がそれを左右するでしょう。あるいは他分野との他流試合、交流をどうするのかということが、意外と専門性に紛れて、そこに入り込んで、出来ない。

併せて、どう動き回るかという行動力です。私は行動しない専門家というのは専門家と思えないのです。変な例ですが、綿あめを作るときに棒を回すのですが、あれはじっとしていたのでは絶対に綿あめは付いてこないのです。回して動かすといっぱい綿あめが付いてくるのです。ああいうような発想で自分で動き回るときに、いろんな情報なり視点なりが磨かれてくる。そういう点で改めて、いまいる専門家と言われている方々の新しい方向を考えなくてはいけないのではないかと。

### 市場原理・競争原理

最後に市場原理の問題ですが、私は市場原理と競争原理は分けたほうがいいと思います。競争原理は基本的にこの分野では馴染まないと思います。市場原理はどうかということもあるのですが、これはかなり議論が分かれるところだと思います。僕はやはり前提条件がありまして、一つは、これくらい障害者施策の量的不備がまだあるなかにおいて、やはりこの問題というのは障害分野で言うならばまだ早過ぎると思います。

さっきも言いましたように、社会福祉施設ひとつとってみても、圧倒的に空白の市町村が多いということがあります。あるいはさまざまな地域生活支援というメニューはあるけれども、実際はお金も限られていますしそれほど多くは使えない。さっき言った柔軟性も自由性も乏しいとい

うなかで、やはり市場原理ということは、ある程度量的充足というものがもう少しないと、わが国においてこの発想というのは、おかしなほうに行ってしまうのではないかと。それが量的に充足されてきますと、ある種の市場原理あるいは本人の選択権ということが言えます。さっきも言ったように何分にも選択肢がないのですから、この段階で市場原理という考え方が持ち込まれますと、これはむしろおかしな方に行くことに加担するものになっていくだろうと、そんなことを感じました。

### 専門家のチェックを

○柳 私もひととおりの思い付くままに申し上げます。いまの市場原理の話は、いまおっしゃっていた点は全く同感ですが、プラスそれに専門家のチェックといわれるものが入る必要がある。あるいは専門家がちゃんとそれを理解しておくということです。具体的な例では、もう終わりましたが3年ほど前から、テクニカルエイドに関しての老人保健対象の人たちに対する50%助成という制度があって、テクノエイド協会が補助して、10ほどの都道府県でやられて、あれは本当にひどい仕事でした。

ある県では、ある業者さんがお年寄りに、三輪の車を半額割引をしていますというこの制度を使いました。それがすべて悪いというわけではないですが、その個人の必要性とかをほぼ無視してどんどんそれを売り出し、結局、年間1億円ほどの事業費が、4月からスタートして数カ月で終わってしまった。実は大阪府でも実際にその中身をチェックすることをしなかったのです。私は事業費の10%でもいいから使って、県のOT協会と話をして、是非彼らが半分でもボランティアに、評価するシステムとして入り込んでほしいとお願いしました。OT協会の人たちの了解を得たのですが、恥ずかしいことですが、大阪府の職員のトップの人が「そんなことはせえへん」と言って、評価の話はながれたため、事業内容はひどいことになりました。

住居改善でもちゃんとチェックが入らないと、

業者さんの言いなりの改造とか不必要な改造が山ほど実際には行われていますので、そうなったときにコストベネフィットの悪い仕事やということで、そのうちスクラップされてしまう心配もあります。テクニカルエイドの導入にしる専門家のチェックがぜひ必要です。その場合に当然チェックできる能力が専門職にある、ということが大事だと思っています。

### 人材養成

2点目の人材の話ですけど、これについてはオン・ザ・ジョブ・トレーニングが大事であろうと思うのと、養成期間の間に他職種との交流をしてほしいと思います。私が年に1回ぐらい講義をさせてもらっている学校には、保健婦さんの養成過程があって、隣にOT・PTの養成学校があるのです。聞いたら一度もジョイントしたことがない、会ったこともないと。隣同士に建っていて同じ法人がやっているのやから、やりましょうよと言って、年に1回ジョイントの講義とか、こういうふうなレクチャーをさせてもらったり、当事者に出て来てもらって話を聞く。本当はケースマネジメントとか、チームアプローチのためのグループワークをしたいのですが、まだまだ学生にその能力がないと先生が言われるので、やれてないのですけれど、そんなことってすごい大事だと思います。あるいは学生時代から、一緒にフィールドに出れば、職種間のコミュニケーションが学生時代からできるのではないかと思います。

一方、ヘルパーさんの技術的な能力については、大分上がってきているように思いますが、この人たちの管理をするというか、マネジメントするような部分が必要だろうし、ナースに関しては今後、訪問看護をどうしていくかでごろっと変わるかなと思います。要するに訪問看護婦さんというのが、単に施設看護を持ち出すだけであったり、在宅にキャリアの低い人が入るということではない、専門性のある訪問看護が育成されていくことが非常に大事だと思っています。

### 外国に学ぶ、共通言語

あと福祉ミックスというのは、僕は意味がよく分かっていないのですが、スウェーデンとかデンマーク、オランダ、オーストラリアを見せてもらって、それでデンマークは素晴らしいねんけど、やはり日本にすぐ当てはまらへんなと思い、オーストラリアとオランダは日本に近いように感じました。というのは全部行政がやっているのではなくて、NPOが非常に大きな部分を担っていて、100パーセント公的に資金が導入されるけど、公的な機関は口を出さないという形の関係性があって、なおかつオーストラリアは行政組織が三層構造で日本と同じように州と基礎自治体が無茶苦茶混乱している。非常にいいモデルというか、日本と同じ状況なので、非常に学ぶものが多かったです。

NPOとか、NGOとGOとの関係性みたいなのを、どう整理していくかというとき、モデルとして僕はオランダとかオーストラリアは学ぶものが多いなと思いました。

住居に関しては、私は実際にそういう住居改善についての研究会をやっていて、最近やろうとしているのは共通言語作りです。建築屋さんの話が保健婦さんは全然分からへん、保健婦さんの用語は建築屋さんは分からへんし、医者は分からへん。ぐちゃぐちゃになっているので、まずは共通言語から作ろうかということをやっています。

○成田 ありがとうございます。非常に個々具体的に問題提起をいただいた部分と、全体的な考え方や理念の整理で問題提起をいただいた部分と、二層構造で答えていただきました。これを一つひとつ全部きれいに整理をし、皆さんに満足をしていただくというのはなかなか難しいのですが、残る時間も限られていますので、個別具体的な住居の問題や、サービスの公私の役割や人材育成の問題ということは、今後のリハビリテーションの21世紀に対して、一つの課題の項目として押さえていただくことでよろしいかと思います。

### 従事者←→当事者、関わりとその止揚

まず全体的な確認事項として、実はまだ2、3枚質問のペーパーが残っており、少し読ませていただきます。

「リハビリテーションが人間の復権なら、サービスを人間の権利として、条件作りとして当事者と関わりながら、専門性を活かすのがリハビリテーション従事者の役割だと思います。障害者・障害児が社会に合やすのではなく、当事者の自己決定で選べるように役割を分担しながら条件作りをするのが、これからの課題ではないかと思います」というコメントです。これは私たち全体に対しても提案された大きなキーワードだと思います。

リハビリテーションという言葉が持つ大きな概念については、20年の歴史のなかで、例えば「障害者の自立と社会参加」という表現に端的に表わすことができるわけですが、むしろそういう大きな概念の確認をしながらも、3人のパネリストの方が話をしましたように、いまいちばん大切にしていくことは、障害をもつ市民であり国民であり、これから障害をもつであろう私たちが、そういうような状況や現実にあっても、個々人のその人らしい最適な生活をどう支えていくか。そのための条件作りには、私たちリハビリテーションの多くの専門職、関係する領域で働く人材が貢献できるかということに尽きるかと思います。

障害はさまざまな形態があり、いろいろな程度もあるわけですから、そこでは一人ひとりの個性の高い、その人らしい幸福の具現化、そこはどなたかが言われた「安全や安心な生活」であり、その人らしく生きたいということの実現や保障につながっています。そのような目的に向かって、特に専門職といわれる人材は、これまで、かなり自分の領域の中で対象者を見ていくという作業に従事するというので、20年来、専門職ということのある意味での力量も付けていたことも確かだと思います。

けれども一方では、専門家であればあるほど、やはり私たちが誰のために仕事をしていくのかと

いう、当事者や対象者の方々の生活全体や生き方を的確に見ていく、総合的な視点も併せ持っている必要があるのではないかという提言があったと思います。そこでは、対象者や当事者の方の単なる生活だけではなくて、暮らしぶりや生き方をトータルに見ていくための条件作り、特にリハビリテーションと呼ばれる領域の中での、メディカルスタッフだけではなくて、いままでなかったような、例えば工学領域のスタッフ、その他いろいろな分野のスタッフがこの間に参画してきたことは、これまでは考えも及ばない20年の一つの進展だったと思います。

### まとめてみると

生活の条件作りや障害をもった人たちの生活をもう一度再構築していくことに関わる専門職は、自分たちの持っている固有の技術をいま新たな視点で、きちんと高めていく作業が必要ではないかと思われれます。

生活を支えるといっても、いままでやってきたやり方では、むしろ利用者や当事者が条件を選べない。こちらが用意した条件に当事者や利用者が合わせていく、そんな現状が今なおありますが、これからは、むしろ先ほどの提言にもありましたように、障害をもっているご本人自身が自分でいろいろなメニューを選んでいけるように、条件作りには参画している専門職たちが、むしろ利用者の地域生活や現場の中に必要ないろいろな施策やサービスを、持ち込んで行って、本人たちが自ら選ぶ。そういうサービス関係も一つの新しいありかたとして存在するのではないのでしょうか。

そのためには、何よりも障害者、その家族等の当事者の方たちが、必要な条件作りはこういうものである、またこういうものがほしいと、条件作りの場にきちんと参画していける、そこできちんと自分たちの望むことを伝えていける、そういう場作りも必要です。そういう仕組みを一方で作っていかなければ、いくら専門家がその方たちのお宅や地域社会に出向いて行っても、そこはミスマッチになってしまうわけです。

当事者たちが自ら必要なものを選べ組み立てられるような、サービス提供や具体的な施策作りのあり方というところが、これからのリハビリテーションを考えるとときに重要ではないでしょうか。いままで20年作ってきたものは決して否定すべきものでもありませんし、その前の戦後50年から考えれば、非常に大きく土台というものが作られてきたわけです。より利用感の高い、本人たちが何よりも満足できるものにしていくためには、今後はさらにそういう仕組み作りが必要ではないかと思えます。

いままでのシンポジストの方とはまた違う、保健領域の方からの発言もありました。保健所という機能を考えますと、本来ならば地域にいちばん密着した形の、特に具体的なサービスを持ち、地域でサービスを展開する公的な拠点であるわけで

すから、保健行政、また保健所機能というものも、障害をもつ市民たちの条件整備の中で、大きな役割や大きな機能を持っている事実を考えると、これからの私たちのいろいろな努力や工夫によって可能になる部分もたくさんあると思います。ですから必要な仲間や必要な組織を、どういうふうに上手に利用していくかということでも、また一つ課題があるのではないかと思います。

最終的に当事者の方が、自己決定ができるような役割分担を、専門職がどういうふうにリハビリテーションの領域の中で果たせるかというのは、一つ大きな示唆に富むご提言のような気がします。各パネリストの発言は、新しいたいへん有益な、示唆に富む内容でした。

私たちのシンポジウムをこれで終わります。

## 閉 会

第20回記念大会を終わって  
次回開催地からのメッセージ  
閉会の辞

板山 賢治  
澤村 誠志  
手塚 直樹

## 資 料

開催要項  
プログラム  
実行委員会委員一覧

【ま と め】

## 第20回記念大会を終えるにあたって

板 山 賢 治

(日本障害者リハビリテーション協会)

一昨日から3日間、ご熱心に、この第20回リハビリテーション研究大会にご参加をいただきまして、むしろご参画をいただきましたことに心から感謝を申し上げます。

今回の大会は人間の成人式ではありませんが、本当に20年の歳月を踏まえたリハビリテーション研究大会で、交流セミナーという名前も使っていましたが、いまは総合リハビリテーション研究大会です。この歴史を振り返りながら、新しい時代、21世紀に向けて、私たちリハビリテーション関係者は、どのように取り組んでいくべきかを考える場にしたいと願って、小川実行委員長、手塚作業委員長を中心とする皆様方のご苦勞で、このような会が持てたのであります。

ただ、今回は、国立身体障害者リハビリテーションセンターがWHOの研究機関として指定されることを記念する、かつ「アジア太平洋障害者の十年」の中間年の記念という意味を込めて、合同の研究大会を持つということにしました。その結果、海外からもたくさんの皆様方のご参加をいただきました。15カ国余り、70名を超える海外からのご参加をいただいたのであります。

また、日本に来ておられますJICAの各コースの研修生の皆さん方も、積極的にご参加をいただきました。この皆さん方は先ほどお帰りになりましたが、それぞれのコース、とりわけアジア地域のJICAが初めてやっている、ろう者のリーダーコースなどの皆さんもご参画をいただきました。まさに20回の研究大会にふさわしい、そしてまた国立身体障害者リハビリテーションセンターの新たな発展のためのきっかけに、この研究大会がなったように思っているのであります。

この研究大会は、まさに専門分野の専門職と自負するお互いが、理論と実践と技術の交流を目指しながら、その総合化のなかで本当のリハビリテーション、人間生活の究極の目的をより良いものにしていくという、生活障害を含むあらゆる局面に立ち向かう私たちの総合的な挑戦をどのように進めていくか。そんなことについて勉強しようということではまったのですが、20歳を迎えました。

この間、先輩たちが挑戦をしてくださいました。草分けの時代からの、苦しいたたかいもあったと思うのであります。その過去の20年のたたかいを振り返りながら、そしてまた今日、悩んでいる、苦しんでいるその現実のたたかいをも、お互いに披露し合いながら、そしてこれからの20年への挑戦をどのようにするか、そんなことをこの3日間、ささやかな時間でありましたけれども持つことができましたように思うのであります。

その過去20年のたたかひの歩みは、実はつい先日出来上がりました、この本「リハビリテーションの理念と実践-21世紀へのメッセージ」、総合リハビリテーション研究大会常任委員会並びに私どものリハビリテーション協会が編集をいたしました、過去の実績がこの本のなかに明らかにされておりますので、是非ご覧をいただきたいのであります。

そして、いま私たちが取り組んでいる現実はどうであったか。これからどう取り組むべきか。一昨日からの基調講演、シンポジウム、さらには3人の先生方の素晴らしい鼎談、そして7つの分科会、それに本日の最後のシンポジウムで、皆様方十分にご理解をいただいたと思うのであります。

もちろん、それぞれの専門的な立場に立ちます

と、あまりにも多様な分野を取り上げたために掘り下げの不十分な面もありましたでしょう。食い足りないものもあったと思います。しかし専門家と障害当事者、そして関係者が一緒に共通の場でこうした議論が展開できましたことは、なかなか得難い時間であったように私は拝聴いたしました。

いま、日本のリハビリテーションを取り巻く環境は大変厳しい状況にあります。そして激動のときだと申していいと思います。社会保障構造改革という言葉が使われるようになりました。医療保険の制度改革がいま進んでおります。また、年金制度も見直しのとき迎えようとしております。さまざまな言葉が社会保障構造改革という名のもとにテレビや新聞を賑わしています。

しかし私たちは、その空疎な抽象的な言葉に惑わされてはいけないと思うのであります。医療保険制度改革のなかで、あるいは年金制度改革のなかで、障害をもつ人たちが家族が、どのような状況に置かれているかを、具体的に見つめなければいけないと思うのであります。

また福祉の面でも、社会福祉の構造改革に関する検討がいま進みつつあります。そして来年の夏ぐらいには答えを出そうと厚生省は取り組みを始めたところであります。社会福祉法人の問題、福祉事務所の問題、措置というふうな問題、先ほどお話がありました市場原理というふうな言葉の名において、どのような行政の仕組みが作られていくか。そんなことが、基本的に戦後50年の社会福祉の歴史を振り返りながら、現実を見据え、将来に向けて政府は検討を始めているのであります。

また、障害者の保健福祉の分野におきましても、3つの障害を担当する部局が一緒になった障害保健福祉部という部が、厚生省にできたのですが、その3つに関わる審議会の合同企画分科会部会というのが、今日審議を続けているのであります。そしてこれもまた来年の春、中間報告を出すというスケジュールが進んでいます。

そして公的介護保険であります。この公的介護保険はいまの国会で成立するに違いありません。

そして平成12年施行に向けて準備が進められるに違いありません。まさに年金・医療保険、あるいは社会福祉、障害保健福祉、そして地域における介護というふうな問題を中心にして、日本の福祉の仕組みが急テンポで変わっていきこうというときにあります。

折しも、日本はいま不況の真ただ中にあります。そして誠に悲しいモラルの低下のなかでそれが展開されようとしている。アジアの諸国もまた経済的不況のなかに落ち込んでいます。リハビリテーションを取り巻く環境は誠に厳しい。しかし私たちは、ご議論のなかでありましたように、一人ひとりの障害をもつ人々の、あるいは家族の、あるいは地域における諸問題に対して、具体的な実践、取り組みをしなければいけないのであります。それを支える理念と手法・技術と、さまざまなハード面の整備を私たちの力で毎日、毎日、これを具体的に進めていく責任を負っているのであります。

大変厳しい状況ですけれども、決して絶望はしなくてもいい具体的な動きも始まっています。私のいま住んでおります東京の府中という町で、福祉のまちづくり条例を本年の春に作りました。その審議会の会長もいたしております。また私が仕事をしている所沢というところは、新しい立場で障害者プランを作ろうという検討委員会を始めました。各地にそうした広がり是一只ずつ具体的に広がっている。そのなかに私たちが参画をして、皆さん方も参画をしていただき、障害者自身もお入りいただいておりますから、そのなかで広く日本の経済やアジアの経済を議論する前に、あるいは空疎な言葉に振り回される前に、私たちの足元でじっくりと一つひとつ、21世紀に向けてのたたかいを始めなければいけない。そういうふうな思うのであります。決して絶望することはないのであります。

ただ、残念ながら全国3,250余りの市区町村では、障害者基本法に基づく計画そのものを、まだ1割から2割ぐらいの間で、作ったとか、30%ぐらいがいま作りつつあるということであります。

## 閉 会

この全国の市区町村の障害者計画あるいは数値目標を持った障害者プランを、全市町村に作ってもらわなければ、私たちの足元自体を固めることもできません。その計画のなかに障害者当事者は当然に参画をしていく。それが法律にも書いてあるわけですから、それを私たちの声と力で実現していかなければいけないと思うのであります。

WHOのアジア地域の研究大会で宣言を出しました。私がかねがね個人的には、このリハビリテーション研究大会も、私たち参加者の総意において、なにがしかの声をアピールとして出すべきではないかと、いつも思い続け、また申し上げておったのであります。先ほどらい、そういう私たちの思いを、具体的に形に表わすにはどうしたらいいかというご意見もありました。是非そんなことも来年、兵庫県で開催されます第21回、新しい21世紀へのワンステップ21回大会あたりを契機に、また実行委員会等でお考えいただきたいものだと思います。主催者の立場で、そんな思いも持っていますことを申し上げたいと思います。

私は、ある分科会でこういう言葉を伺いました。「いろんな壁がある。いろんな立ちはだかる難しい問題がある。けれども力を合わせて皆で歩けば道は開ける。リハビリテーションのこの現状も極めてさまざまな地域差があり、さまざまな障害も持っているけれども、皆で手をつないで一つひと

つ取り組みを進めていけば、皆で歩いた後は一つの道になる」とおっしゃった方がおられました。

またある発言では、「新しい意味のケアプランの作成、ケアマネジメントなんていう言葉については、言葉としてはあまり良い言葉ではないけれども、一人ひとりの障害者の持っているニーズを掘り起こして、そのためにこんな処遇プログラムを作るとすれば、いまこの町に、この村に、この地域にはこんな資源しかないではないか、こんな施策が欠けている、こんな施設が必要だ、こんな地域生活支援のプログラムが必要なんだということをはっきりとすることができる。ケアマネジメントによって作られるケアプログラムこそ、新しい地域開発のきっかけになるものだ」というふうにおっしゃった言葉が、私には大変印象的でありました。

この研究大会を機会に是非皆様方、日常の大変なご苦労があると思いますし、壁も限界もあると思いますけれども、私たちの仲間が全国にこうして、あるいはアジアの地域にこうしておられるということ、ひとつ確信を持って一層ご精進をいただきますことを心から念じまして、来年、後にご挨拶いただきます兵庫大会でまたお目にかかりますことをお願いいたしまして、主催者のお礼のご挨拶に代えます。ありがとうございました。

## 【 次回開催地からのメッセージ 】

震災からリハビリテーションになった神戸へ  
国際会議場で10/17～18土・日

澤 村 誠 志

兵庫県立総合リハビリテーションセンター所長

兵庫県立総合リハビリテーションセンターの澤村でございます。

3年前に実は名古屋で、この総合リハビリテーション大会をやるということでお約束を申し上げましたが、実は阪神淡路大震災で交通及びホテルがズタズタになりましたために出来ませんで、東京の皆さんに大変ご迷惑をかけました。

その間に6,000人の命を失いましたが、コレクティブハウジング住宅の重要性とか、あるいは地域のトータルケアの大事さ、ネットワークの大事さを学びました。そのなかで神戸もすっかり良くなりましたので、もう一度皆さんをお迎えして仕切り直しをしたいと思っています。私どものテーマは、「ノーマライゼーションの実践」ということを考えたいと思います。もう目指してということではなくて実践でなくてはけません。

私どもの総合リハビリテーションセンターは、地域の障害をもつ人たちのニーズに合う仕事をするために、この30年間エネルギーを蓄積してまいりました。そういうことでございますので、今回のような素晴らしい頭脳と英知を集めたような研究会なんて到底できっこないです。田舎芝居です。しかし、その地域のなかで頑張っている障害をも

つ人たち、あるいはその周辺の人たちのなかに、キラキラ光るものがたくさんあります。そういうものを分科会形式ではなくて、一つの新しい姿として、当事者が主役となってディスカッションでできるような場所を作りたいと、そういうふうを考えます。どうか是非お越しく下さい。

神戸の国際会議場で来年の10月17日、18日、土曜日、日曜日になります。皆さんは仕事がないはずですので、是非役職に遠慮なくお越しいただきたいと思います。神戸もデパートは全部壊れましたけど全部新しくなりましたので、是非お金を落として帰っていただきたいと思います。こう言っただけですが決して失望させないようにしたいと思います。

幸い私の仲間が今日たくさん来ていまして、ここにもたくさんおりますが、皆チームワークが大変に素晴らしいので、私は非常に誇りに思っています。こういう仲間が手作りで自ら汗をかいて、温かい大会にしたいと思いますので、10月17日、18日と是非ノートに書いていただいて、ここに居る人たちは全部参加していただきたいのです。

よろしく願いいたしまして、ご挨拶にいたしたいと思います。ありがとうございました。

## 閉 会 の 辞

手 塚 直 樹  
大会作業委員長

3日間にわたって開催されました、「第20回総合リハビリテーション研究大会」の日程はこれですべて終わりました。今回は先ほどの挨拶にもございましたように、WHOの国際セミナーと連動して行われましたので、海外からたくさんの参加者がありましたし、国内から500人を超える参加者ございました。この3日間、本当に内容豊かに良い研究大会ができましたことを、皆様方とともに喜びたいと思いますし、また心から感謝を申し上げます。

この運営すべての裏方は、日本リハビリテーシ

ョン協会の事務局の皆さん方が本当によくやっていただきましたし、また本当にたくさんのボランティアの方々のご協力によって今日を迎えることができました。改めて感謝を申し上げます。

来年は、いま挨拶がございましたように、10月に神戸で開催されることが昨日の常任委員会で決定したところでございます。また来年、皆様方とお目にかかれまことを期待して、閉会のご挨拶とお礼の言葉に代えさせていただきます。本当にありがとうございました。

第 20 回総合リハビリテーション研究大会  
The 20th National Rehabilitation Conference  
開 催 要 項

大会テーマ 日本のリハビリテーション "REHABILITATION of JAPAN"  
－何ができたか、これから何を－ What have we achieved? What should we do?

－ごあんない－

- ◆期 日 : 1997年11月10日(月)～12日(水)
- ◆会 場 : 東京国際フォーラム Bブロック5階  
・JR線…有楽町駅より徒歩1分  
・営団地下鉄…有楽町駅と地下1階コンコースにて連絡
- ◆参加費 : 7,000円(3日間の資料代、交流会費、報告書代を含む)  
※1日のみ、2日のみ参加も同額です。  
※この参加費で、同時開催の「世界保健機関(WHO)国際セミナー」にも参加できます。
- ◆定 員 : 500名(定員になり次第、締め切ります。)
- ◆申込方法 : 申込はがきに必要事項をご記入の上、ご送付下さい。参加費は、下記の口座にお振り込み下さい。登録手続きの後、参加証をお送り致します。  
郵便振替口座 : 00120-5-396966  
口座名 : 第20回総合リハビリテーション研究大会
- ◆申込締切 : 平成9年9月30日(火)
- ◆分科会 : ログラムをご参照の上、参加希望の分科会番号をお付け下さい。
- ◆昼 食 : 各自ご用意下さい。
- ◆宿 泊 : 宿泊の斡旋は行いませんので、各自ご手配下さい。
- ◆サービス : 手話通訳(日本手話・国際手話)、要約筆記、点字プログラム(日本語・英語)、その他のサービスをご希望の方は、申込はがきにご記入下さい。
- ◆参加申込先 : 日本障害者リハビリテーション協会 第20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1-22-1 TEL:03-5273-0601 FAX:03-5273-1523
- ★主 催 財団法人日本障害者リハビリテーション協会
- ★後援 総理府障害者施策推進本部、厚生省、労働省、文部省、通商産業省、東京都、  
全国社会福祉協議会、日本障害者雇用促進協会、社会福祉・医療事業団)

## 資 料

### —ごあいさつ—

障害をもつ人びとのリハビリテーションに従事する医学、教育、職業、社会等の各分野の専門家が、一堂に会して、人的・知的交流を図り、お互いの現状を理解し、将来への指針を求めることを目的として、1977年から始まりました総合リハビリテーション研究大会は、今回で記念すべき20回の節目を迎えることとなりました。

この間、障害をもつ人びと、行政や民間企業関係者等の参加を得て、幅広い課題に取り組み、常に新たなニーズへ挑戦して参りましたが、このほど、国が策定した障害者プランの冒頭にも掲げられた“ライフステージの全ての段階において全人間的復権を目指すリハビリテーションの理念”を実践する具体的なサービスの方法や技術の確立につきましては、さらに一層の研究が必要とされます。

今回の研究大会では、わが国のリハビリテーションが急速に発展したこの20年間を総括し、21世紀へ向けての方向性を明らかにすることを視点においたプログラムを用意いたしました。

さらに、今年は「アジア太平洋障害者の十年」の中間年でもありますので、その記念行事も併せて開催いたします。

リハビリテーション関係者はもとより、地域や施設等で医療、保健、福祉、教育等に従事する多くの方々のご参加を心よりお待ちしております。

### 第20回総合リハビリテーション研究大会実行委員長

小川 孟

### 【第20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 小川 孟

実行委員	赤塚 光子	池田 勳	石渡 和実	磯崎 弘司	伊藤 利之	上田 敏
	植村 英晴	大川 弥生	小嶋 英夫	小川 浩	小山 聡子	海津加代子
	川関 和俊	児玉 和夫	佐々木葉子	指田 忠司	白井 俊子	調 一興
	高橋 饑平	手塚 直樹	寺山久美子	成田すみれ	野村 歆	初山 泰弘
	濱田 豊彦	比留間ちづ子	藤井 克徳	松矢 勝宏	三ツ木任一	村田 信男
	八藤後 猛	吉川 雅博				

事務局 奥山 元保 丸山 一郎 小林 洋子 山内 信重

## プログラム

午前10時30分より11時30分まで、政府主催  
「アジア太平洋障害者の十年」の中間年記念式典を  
行いますので、研究大会と併せてご参加下さい。

11月10日(月) 1日目 全体会

12:00 受付

13:00 開会

13:10 記念講演 『いのちの可能性とリハビリテーション』 柳田 邦男 (作家)

14:10 休憩

14:20 シンポジウム1

『ユーザーの採点－日本のリハビリテーションサービスを評価する』

座長：定藤丈弘 (大阪府立大学社会福祉学部)

発言者：加藤真規子 (全国精神障害者団体連合会)

田中徹二 (日本点字図書館)

廉田俊二 (メインストリーム協会)

15:35 休憩

15:45 鼎談『交流から始まって20年－リハの基本理念と実践を語る－』

上田 敏 (帝京平成大学情報学部)

小川 孟 (津山みのり学園)

手塚直樹 (静岡県立大学短期大学部)

17:00 1日目終了

17:30 交流会

11月11日(火) 2日目 分科会

午前の部 09:30-12:30

分科会1『地域生活支援と通所施設』

座長：赤塚光子 (東京都心身障害者福祉センター)

発言者：柴田洋弥 (デイセンター山びこ)

西海洋一 (府中共同作業所)

松村昌子 (風の子そだち園)

小林紀子 (クラブハウス「はばたき」)

分科会2『今日の課題から明日の障害児教育をひらく』

座長：小鴨英夫 (淑徳大学社会福祉学部)

発言者：藤井聡尚 (岡山大学教育学部)

草薙進郎 (筑波大学心身障害学系)

村田 茂 (国立特殊教育総合研究所名誉所員)

山本昌邦 (横浜国立大学教育学部)

松矢勝宏 (東京学芸大学教育学部)

資 料

分科会3『高齢障害者の地域リハビリテーション』

座 長：大川弥生（国立長寿医療研究センター）

発言者：伊藤利之（横浜市総合リハビリテーションセンター）

額川啓子（日産厚生会玉川病院医療相談室）

伊藤隆夫（近森リハビリテーション病院）

高砂裕子（横浜市南区メディカルセンター訪問看護ステーション）

岡本我開命（訪問看護ステーションちかもり）

分科会4『福祉のまちづくりの進展』

座 長：野村 敏（日本大学理工学部）

発言者：大須賀郁夫（わかこま自立生活情報室）

薄 厚一（東京都福祉局地域福祉推進部）

高橋儀平（東洋大学工学部）

秋山哲男（東京都立大学工学部）

大熊由紀子（朝日新聞論説委員室）

分科会5『生活の潤い—スポーツ・芸術・レクリエーション』

座 長：川島一彦（パラダイス・プロジェクト）

発言者：山崎泰広（アクセス・インターナショナル）

播磨靖夫（日本障害者芸術文化協会）

※作品展示やビデオ上映、実演なども行います。

分科会6『必要な情報を得るために』

座 長：清原慶子（ルーテル学院大学文学部）

発言者：大槻芳子（全日本ろうあ連盟）

田中徹二（日本点字図書館）

堀込真理子（トーコロ情報処理センター）

国際分科会1『日本のリハビリテーションと障害者施策を評価する』

座 長：佐藤久夫（日本社会事業大学社会福祉学部）

発言者：Dr. Joseph Kwok（中国・香港）

Mr. Encep Kasroni Mamun（インドネシア）

Ms. Khor Ai-Na（マレーシア）

Ms. Sirinee Aksornmee（タイ）

Ms. Venus Ilagan（フィリピン）

午後の部 14:00-17:00

分科会7『地域生活等支援事業への期待と課題』

座 長：川関和俊（東京都立多摩総合精神保健福祉センター）

発言者：奥野英子（厚生省大臣官房障害保健福祉部）

平下耕三（自立生活支援センター・ピア大阪）

北岡賢剛（信楽青年寮）

三石麻友美（やどかりの里）

## 分科会8『社会参加を実現する新たな就労』

座長：朝日雅也（埼玉県衛生部看護福祉系大学設立準備室）

発言者：相沢欽一（青森障害者職業センター）

坂井 聡（香川大学教育学部附属養護学校）

栗原 久（箕面市障害者雇用支援センター）

志賀利一（電機神奈川福祉センター）

指定報告者：山本一裕（町田市市民部市民活動室）

## 分科会9『施設の現状と体系を考える』

座長：杉原素子（国際医療福祉大学保健学部）

発言者：岩田克彦（元総理府社会補償制度審議会事務局）

萩田秋雄（筑波技術短期大学建築工学科）

末光 茂（旭川児童院）

黒田大治郎（兵庫県身体障害者更生相談所）

## 分科会10『教えます、市町村障害者計画づくりの心と技』

座長：田所裕二（全国精神障害者家族会連合会）

発言者：中島利男（福岡県川崎町役場住民課）

豊吉正之（岐阜県岐阜市役所福祉部）

仲村加代子（滋賀県庁健康福祉部）

## 分科会11『ケアマネジメントとマンパワー養成』

座長：橋本泰子（西南女学院大学保健福祉学部）

発言者：野口俊彦（ヘルプ協会立川）

新津ふみ子（ケアコーディネーション研究所）

永原久栄（茨城県立医療大学保健医療学部）

白澤政和（大阪市立大学生活科学部）

## 分科会12『施設で地域で「人権」の確立は…』

座長：白井俊子（世田谷区役所障害福祉推進室）

発言者：高村 浩（弁護士）

吉本哲夫（障害者の生活と権利を守る全国連絡協議会）

池末美穂子（全国精神障害者家族会連合会）

佐伯道夫（通所授産施設「みらい社」）

## 分科会13『生活支援機器とスポーツ・文化機器の展望』

座長：磯崎弘司（東京医科歯科大学附属病院）

発言者：田中 理（横浜市総合リハビリテーションセンター）

森山早苗（国立身体障害者リハビリテーションセンター）

大塚晴康（画家）

高橋玲子（トミー第1事業部）

資 料

国際分科会2『各国間のリハビリテーションにおける国際協力』

座 長：池住義憲（国際民衆保健協議会）

討論者：高嶺 豊（国連アジア太平洋経済社会委員会[UN-ESCAP]社会開発部

田澤英二（希みの会・HOPE[義肢支援国際NGO]）

工藤俊輔（秋田大学医療技術短期大学部）

世界保健機関（WHO）セミナー参加者

国際協力事業団（JICA）研修参加者

Dr. Joseph Kwok（中国・香港）

Mr. Encep Kasroni Mamun（インドネシア）

Ms. Khor Ai-Na（マレーシア）

Ms. Sirinee Aksornmee（タイ）

Ms. Venus Ilagan（フィリピン）

11月12日(水) 3日目 全体会

09:30 シンポジウム2『リハビリテーションのこれから－サービスの視点と方向性－』

座 長：成田すみれ（横浜市総合リハビリテーションセンター）

シンポジスト：藤井克徳（日本障害者協議会）

光野有次（無限工房）

柳 尚夫（泉大津保健所）

12:00 まとめ『第20回記念大会を終えるにあたって』

板山賢治（日本障害者リハビリテーション協会）

12:15 次回開催地からのメッセージ

12:20 閉 会

## 第20回総合リハビリテーション研究大会 実行委員名簿

実行委員長	小川 孟	津山みのり学園顧問
作業委員長	手塚 直樹	静岡県立大学短期大学部社会福祉学科教授
プログラム部長	三ツ木 任一	放送大学教授
運営部会長	伊藤 利之	横浜市総合リハビリテーションセンター長
資料部会長	池田 勗	障害者職業総合センター統括研究員
展示部会長	野村 敏	日本大学理工学部教授

## 実行委員

赤塚 光子	東京都心身障害者福祉センター技術援助科研修係長（プロ・運営・資料）
磯崎 弘司	東京医科歯科大学医学部附属病院リハビリテーション部（展示）
上田 敏	帝京平成大学教授
植村 英晴	国立身体障害者リハビリテーションセンター主任心理判定専門職（プログラム）
大川 弥生	国立長寿医療研究センター老人ケア研究部長（プログラム）
小鴨 英夫	淑徳大学教授（プログラム）
川関 和俊	東京都立多摩総合精神保健福祉センター地域保健部長（プログラム）
児玉 和夫	心身障害児総合医療療育センターむらさき愛育園園長（運営）
白井 俊子	東京都心身障害者福祉センター技術援助科長（運営）
調 一興	東京コロニー理事長
寺山 久美子	東京都立医療技術短期大学教授（プログラム）
成田 すみれ	横浜市総合リハビリテーションセンター 総合相談部地域サービス室係長（運営・展示）
初山 泰弘	国立身体障害者リハビリテーションセンター総長
比留間 ちづ子	東京女子医科大学病院リハビリテーション部作業療法士長（運営・展示）
藤井 克徳	日本障害者協議会常務理事（プログラム）
松矢 勝宏	東京学芸大学教育学部障害児教育学科教授（プログラム）
村田 信男	東京都立多摩総合精神保健福祉センター所長（運営）
石渡 和実	東洋英和女学院大学人間科学部助教授（資料）
小川 浩	神奈川県総合リハビリテーションセンター職業前指導科主査
小山 聡子	日本女子大学人間社会学部社会福祉学科講師
海津 加代子	埼玉県総合リハビリテーションセンター福祉局相談部主査（資料）
佐々木 葉子	横浜市総合リハビリテーションセンター生活訓練係長（運営）
指田 忠司	障害者職業総合センター研究員（資料）
高橋 儀平	東洋大学工学部建築学科助教授（展示）
濱田 豊彦	東京都心身障害者福祉センター技術援助科
八藤 後猛	日本大学理工学部建築学科助手（展示）
吉川 雅博	東京都心身障害者福祉センター身体障害相談課

---

第 20 回総合リハビリテーション研究大会事務局

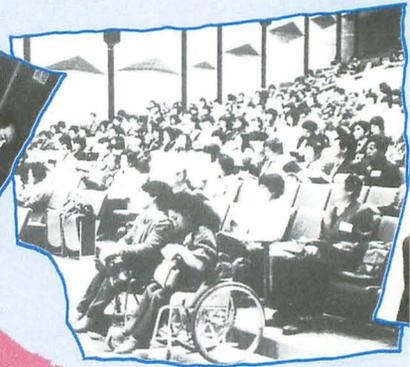
〒162-0052 東京都新宿区戸山1丁目22番1号

(財)日本障害者リハビリテーション協会

TEL(03)5273-0601 FAX(03)5273-1523

---

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



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