

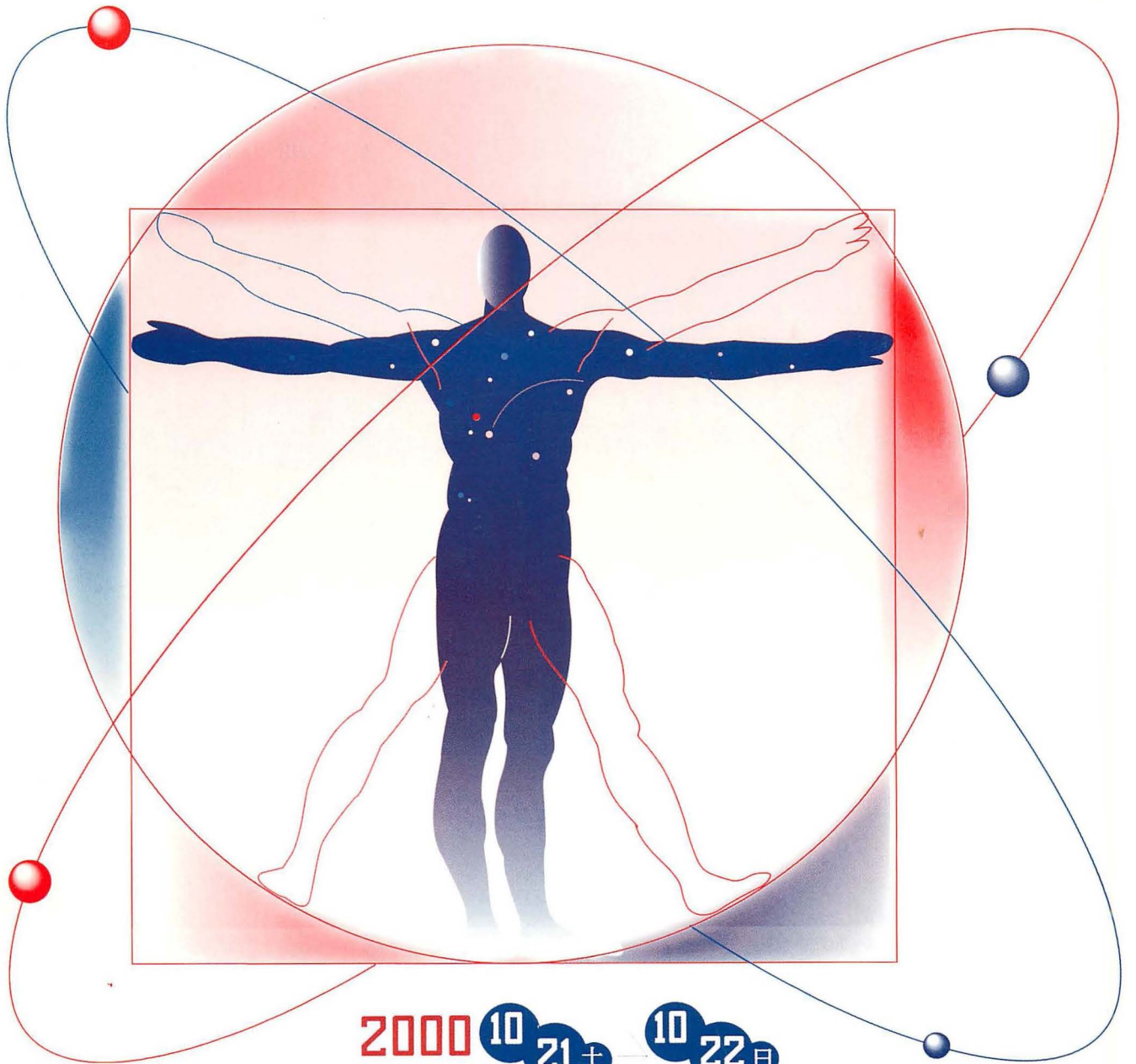
第23回 総合リハビリテーション研究大会

第17回 高知県リハビリテーション研究大会

「20世紀のリハビリテーション白書」

～21世紀へつなぐもの～

## 報告書



2000 10 21 土 10 22 日

高知県立県民文化ホール(オレンジ・グリーン)  
高知市本町4丁目3-30

日本障害者リハビリテーション協会  
高知県リハビリテーション研究会

# 第23回総合リハビリテーション研究大会

## 報 告 書

# 第23回総合リハビリテーション研究大会

## 「20世紀のリハビリテーション」

### ～21世紀へつなぐもの～



# 開 会 挨拶



日本リハビリテーション協会会長代理  
常務理事 奥山元保



第23回総合リハビリテーション研究大会  
実行委員長 江口壽榮夫



高知市長代理  
助役 宮地 毅



高知県社会福祉協議会  
会長 中沢秀夫

# 座 談 会

## 「20世紀のリハビリテーション白書」



社団法人日本理学療法士協会会長  
奈良 勲



熊本機能病院ソーシャルワーカー  
山本 行文



日本リハビリテーション病院・施設協会副会長  
石川 誠



高知県知事  
橋本 大二郎

# 講 演

## 「WHO 国際障害分類改定の動向」



日本障害者リハビリテーション協会副会長  
上田 敏



# 子ども分科会



# 成人分科会



# 高齢者分科会



広島文教女子大学  
蛭江紀雄



石川県 羽咋市在宅総合サービスステーション  
立浦紀代子

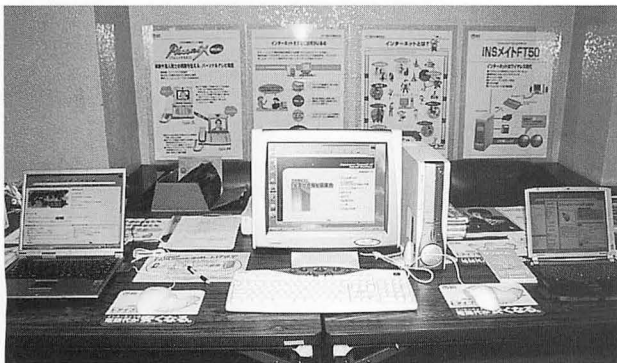


高知県 近森リハビリテーション病院  
田中正樹



富山県 富山市 NPO 法人テイサービス「このゆびとーまれ」  
惣万佳代子

# 展示コーナー



# 交流会





# 活動報告



高知県リハビリテーション研究会  
浜口京子



徳島県立盲学校  
高畠敏男



NPO 法人長寿社会支援協会  
平田洋子



ほっとねっと松山  
岡本紀子



てんてこ舞  
田村隆彦



(株)コーケン  
水口靖夫

# 分科会報告



高知県リハビリテーション研究会  
高橋紀子



高知県立高知ろう学校  
日向国男



高知県精神保健福祉センター  
山崎正雄



広島文教女子大学  
蛸江紀雄

# パネルディスカッション



堀川 俊一 伊藤 利之

高知県リハビリテーション研究会 横浜市総合リハビリテーションセンター  
堀川 俊一 伊藤 利之



鶴野 隆浩 櫻田 淳

FOUR-LEAF CLOVER 評論家  
鶴野 隆浩 櫻田 淳



無限工房 クッキングハウス  
光野 有次 松浦 幸子



企業組合ユニフィカ  
林 美恵子

# 目 次

## 開会挨拶

開会の挨拶 .....	1
開催にあたって .....	2

## 座 談 会

20世紀のリハビリテーション白書 .....	4
------------------------	---

## 講 演

WHO国際障害分類改定の動向 .....	26
----------------------	----

## 子ども分科会

障害児が地域のなかで育つには .....	39
----------------------	----

## 成人分科会

障害者の社会参加について考える .....	59
-----------------------	----

## 高齢者分科会

先駆的活動をとおして、これからの高齢者ケアを検証する .....	81
----------------------------------	----

## 活動報告

活動報告 .....	103
------------	-----

## 分科会報告

分科会報告 .....	118
-------------	-----

## パネルディスカッション

21世紀に夢をつなぐもの .....	126
--------------------	-----

# 開会の挨拶

日本障害者リハビリテーション協会 山下 眞臣

おはようございます。日本障害者リハビリテーション協会の会長山下が、本日多用の為出席できませんので、替わりまして常務理事の奥山がご挨拶を代読させていただきます。

本日はようこそ第23回総合リハビリテーション研究大会にお越し下さいました。心より歓迎申し上げます。当協会は障害者のリハビリテーションに関する調査研究と、リハビリテーション事業の振興を目的として昭和39年に設立されて以来、障害のある方々の自立と社会参加の促進に努めてまいりました。本日から2日間に渡りまして開催いたします総合リハビリテーション研究大会は、我が国の障害者のリハビリテーション各分野の専門家と障害を持っていらっしゃる当事者の方々の幅広いご参加を得まして、1977年昭和57年より毎年開催し、日本のリハビリテーションの歴史と共に今日まで歩んでまいりました。目前の21世紀は情報化社会といわれております。本年9月政府は、電子技術の発展を促すEジャパン構想を掲げ、ITの振興に力を入れる方向が示されました。障害者はこの情報化社会にどう対応して生きていくのか、情報のバリアフリー化をどう進めるのか、障害者の知る権利はどうやって保証されるべきか、等々課題は山積しております。一方戦後構築されました社会福祉・社会保障制度の抜本的見直し

おこなわれ、社会福祉の構造改革や介護保険制度のスタートなど、制度の改革の真っ只中であります。この背景には制度を利用する当事者の、自立と社会経済活動への主体的参加という、この国民の意識の高まりがあります。今回の開催地ここ高知県は、ご承知のように幕末明治の激動期において、坂本龍馬を始め多くの先駆者を輩出し、我が国の礎を築いた改革と情熱の県として、国民みんなの知る所であります。お聞き致しますところに寄りますと、高知県では地域情報ネットワーク化を他県に先駆けて整備され、医療、保健、福祉の分野においても積極的に取り組まれていると伺っております。障害者のリハビリテーション、自立と社会参加に関しまして新たな展望を開くきっかけとなりますよう、本大会が、実りある2日間となりますことを期待し、ご参集下さいました皆様の今後のご活躍を祈念致しまして、ご挨拶とさせていただきます。

最後になりますが、この開催にあたり大変ご尽力を頂きました、高知県リハビリテーション研究会を中心とした実行委員の皆様方を始め、並びにこの研究大会に資金的な助成をいただきました社会福祉医療事業団に深く感謝を申し上げます。どうもありがとうございました。

# 開催にあたって

第23回総合リハビリテーション研究大会実行委員会 江口 壽榮夫

皆様おはようございます。本日は第23回総合リハビリテーション研究大会に、高知県そして四国それはもとより全国から、多数の方々をご参集いただきまして誠にありがとうございます。初めてのご参加の方も多いと思いますので、初めに総合リハビリテーション研究大会が開催されてきましたあらましを、少し述べさせていただきます。

本日お渡ししましたお手元の抄録集の1ページ目に書いてありますように、昭和52年に第1回リハビリテーション交流セミナーが、東京で開催されましたのが最初でございます。リハビリテーションに関する各分野の専門家の活動状況のまず相互理解から始まりましたが、その後国際児童年、国際障害者年、アジア太平洋障害者の10年、といった我が国の国際的な取り組みと呼応したしまして、リハビリテーション交流セミナーも具体的な活動と直面する問題解決の道を探るものへと変わってきました。そしてまた首都圏以外でも開催されるようになりました。昭和62年の第11回からは総合リハビリテーション研究大会と名称も変わりました、今回が23回目でございます。

さて、今回は初めて四国の高知で開催させて頂くことになりました。高知県は全国でも島根県に次ぐ全国第2位の高齢化率であります。高齢者の介護をふくめまして地域リハビリテーションに係わる諸々の問題に直面しながら現在に至っています。その解決の道を探るべく、市町村、県の地方自治体また民間もありますが、そういうことを問わなく各分野の担当や当事者が全県下の自主的に集まって、平成元年に高知県リハビリテーション研究会というのができました。それ以来意欲的

な活動、例えば施設内ケア検討委員会、在宅支援システム検討委員会、身障住宅検討委員会などの活動や会誌の発行などをしてきまして、さらに、それに毎年1ないし2回の研究大会を開催してきました。いずれもボランティア精神旺盛な人達ですが、この度はこの高知県リハビリテーション研究会の理事が中心になり、それに加えて県下で活躍されているその他のの方々にもご協力頂いて、この度の研究大会の実行委員会を組織しました。したがってこの第23回総合リハビリテーション研究大会は、第17回高知県リハビリテーション研究大会でもあります。

今年には20世紀最後の年でありますので、実行委員会でテーマを「20世紀のリハビリテーション白書～21世紀につなぐもの～」と決めました。そして分科会は、従来障害別の縦割りの傾向がありましたが、年齢別に横割りの分科会にすることにしました。活動報告は四国各県から発表して頂くことにいたしました。プログラムにあります座談会・講演・分科会・活動報告・パネルディスカッションは実行委員会がそれぞれの小委員会に分かれてその内容や人選をして頂きました。そしてそれを会員の集まる実行委員会で討議し決定するという手順をとりました。日頃忙しい実行委員のメンバーが、平日の仕事を終えた日の夜、あるいは休日を返上して準備をして参りました。幸いに橋本大二朗高知県知事をはじめとして高知県の方々、さらに愛媛県、香川県、徳島県の四国の方々また全国でノーマライゼーションを実践されている皆様のご協力をうることができました。そして本会を主催する日本障害者リハビリテーション協会の事務局・

総合リハビリテーション研究大会の常任委員の方々のアドバイスやご支援を頂きまして本日を迎えることになりました。心から御礼申し上げます。何しろ高知県リハビリテーション研究会が全国大会を引き受けることは初めての経験でございまして、多くの方々にご迷惑をおかけすることと存じます。特にここで皆様にお詫びして訂正して頂きたいことがございます。既に予告していたプログラム担当して頂いた方の変更でございます。本日の高知県橋本知事を囲む座談会のお1人、NHKディレクターの大日方邦子さんは現在、実はシドニーのパラリンピックに行っておられます。本日お渡ししましたお手元の抄録集にありますように熊本機能病院ソーシャルワーカー山本行文さんに代わって頂きました。また本日の子ども分科会のコーディネーターが高知大学教授の沢田丞二さんが高知県

立高知ろう学校校長の日向国雄さんに代わりました。そして明日の活動報告をして頂く予定でした愛知県の寺川勲雄さんが、同じほっとねっと松山の岡本紀子さんに変更しました。以上3人の方の変更はこの研究大会の予告後のこととございましたので御手許の抄録集で御確認下さい。申し訳ありません。

本日と明日の会場設営と運営もすべて高知県リハビリテーション研究会のメンバーでございます。何かと不行き届きのこともあろうか存じますが、一生懸命に勤めさせて頂きますので、その熱心さに免じてご容赦頂ければ有難いと存じます。今日からの2日間皆様にとって実りある研究大会になりますよう心から希望します。どうも有難うございました。

【座談会】

# 20世紀のリハビリテーション白書

～ 21世紀へつなぐもの～

社団法人日本理学療法士協会長 奈良 勲

熊本機能病院ソーシャルワーカー 山本 行文

日本リハビリテーション病院・施設協会副会長 石川 誠

高知県知事 橋本 大二郎

【石川】 皆さんおはようございます。わたくし石川がこの会の司会的な役割を仰せつかりましたのでさせていただきます。この座談会のやり方でございますが、まずお一人に10分程お話しを頂いて、わたくしを含め4人の方々が終わった段階で、その残りの時間をディスカッションしていくという形でございます。本来ならばお一人ずつ略歴をご紹介したいところでございますが、お手元の冊子に詳しく記載されておりますので、この点は省略させていただきます。では最初に奈良さんからお話しを頂きたいと思っております。奈良さんはスライド使ってお話し頂きますのでご注目ください。

【奈良】 では早速スライドをお願いします。今回はこういうテーマでの総合リハ大会ということですが、わたくしにも与えられました事は、社会保障制度改革ということと、この大会のテーマであります、総合ということ念頭に於いて、理学療法士の立場から話します。

日本における理学療法の歴史と目的ですが、昭和40年に協会が創立されました。法律はその前の40年ですね。現在23,000名がおりますが、将来的には今始まった介護保険等その他すべてをカバーするには、7・8万は必要ではないと言われております。それで理学療法士の目的としましては、倫理、学術、技能を研鑽して理学療法を国内に広める、最終的には国民保健に、国民保健というのはご存じのようにこの3つの領域を含んでおります

けど、健全な社会生活を保障するという事で最初にテーマにありましたように、社会保障制度というのがありますが、この社会の時代の要請に答えていくということが大変大きな目的であります。

法的に見てみますと理学療法というのは、医療の普及向上に寄与すること、という概念で国は理学療法の法律をつくったということが伺えます。しかしながら、社会保障制度の改革の波ということで、特に昭和終わりから平成にかけて高齡社会の到来は、医療、社会福祉改革を余儀なくされております。この3領域の統合的システムを総合リハとの兼ね合いで考えますと大変重要なことでもあります。さらに高齡社会、少子社会と相まってこれから社会保障制度は、さらに改革しなければならないということになります。そういうなかで我々は、社会局のなかに保健福祉部を置きまして障害児、障害者、高齡者などに対して、我々が出来る事業を展開してきました。

20世紀末の社会保障とリハの成果、ご存じのように訪問リハ、地域リハ、デイケア等々こういうものが充実してまいりましたし、さらに介護保険が始まってですね、そういうなかでコメディカルの役割が非常に高くなってきたと、さらにリハが急性期回復時期等に整理され、これが益々今後進んでいくであろうということで、20世紀末の社会保障は相当おおきく改革されました。こういうものを中心に21世紀の初頭、如何にこれらを具現化



していくかということが重要な課題でありまして、我々もこれに一生懸命取り組もうということです。

しかしながら、他の課題もありましてそれに対応できるための確保、質量の確保であるとか、カリキュラムの比重をもっと保健福祉に向けなければいけない、それから大学院教育での中身を充分考えなければいけない。当然生涯学習とすべての専門領域を推進しなければならない、新たな領域に対応しなければならない。臓器移植はこれからですが、そういうことを含めて沢山の課題があります。

ノーマライゼーションというのはよく言われていますけども、健康科学的な視点からこれまでの日本は、ややもすると公共投資にお金を使って赤字を出してきたわけですが、やはり生活重視への展開によって福祉国家をつくらなければいけない。そのために先ほどから申しているようにそれによって社会福祉、社会保障、それから総合リハということも構築されていくかと思えます。国内だけでなく国際的な点も配慮しながら交流、協力を推進していく必要があろう、又情報交換をしていく必要があろうと思えます。

最後のスライドですが、わたしの提言というふうにさせていただきたいのですけども、かつてリハビリテーションというのは、何らかの障害がある人が対象であると、それは間違いではないと思っています。しかしある日わたくし自身を含めまして、いわゆる健康と言われている人も実はリハビリテーションの対象ではないかと、何故なら生まれた人間は誰も生物学的に変化します。我々が住んでいる社会、環境、つまり外界これも変化します。これは留まることを知りません。常に無常であるわけです。それに対する適応を、時のレベルに追っては生きていくことはできない。与えられた可能性を最大限に能力に変換して、幸せに生きていく過程、それが人生ということですが、その為にはそれ自体がもうすでにいわゆるリハビリテーションであると、そうしますと、し

かもそれを高齢者になってから始めましょう、障害をもってから始めましょうではもう遅いと思うんですね。従ってもう初等教育、学校教育、社会教育でこういうような精神構造を構築するような日本人の育成、これをもう本当に真剣に21世紀に始めなければならないだろうと、消費社会、超高齢者社会になってこのまま数が進むと日本人は滅びる、日本民族は滅びるわけですね。そういうを踏まえますと、是非、自己リハビリテーションの推進が、生まれてからずっと生涯続けるような社会システム構築、価値観の構築に寄与できれば幸いかと思っています。

**【石川】** 奈良さん、ありがとうございます。最後に一生リハビリテーション、リハビリテーションというのは一生リハビリテーションだというようなお話しで、そういった改革が是非必要であるというご提言を頂きました。それでは山本さんに次お願い致しますが、山本さんは熊本機能病院という、大変にリハビリテーション医療を総合的におこなっている病院のソーシャルワーカーでございますが、きょうはソーシャルワーカーとか組織の人間としてではなくて、ひとりの障害者として、そしてスポーツを通してその自己実現、そして啓発活動に日々携わっているその立場からお話しをして頂くことになっております。では山本さんよろしくお願い致します。

**【山本】** 近年、障害者のスポーツも急激に多様化し、現在ではその競技数も日本障害者スポーツ協会に登録されている団体だけでも39を数えるに至っています。又競技種目の多様化と同時に、障害者のスポーツに取り組む目的や姿勢も、一般の方々と同様に様々な形が生まれ、あらゆる意味で障害者スポーツが定着しつつあるように感じています。かつては障害者のスポーツというと、リハビリテーションとしてのスポーツがまず皆様方、想像、イメージされると思いますが、最近では、今まさしくテレビで放映されていますように、シドニーの方でおこなわれていますパラリンピック

というのも、競技スポーツとして認識されるようになってきたのではないかと感じております。障害者自身がスポーツをリハビリテーションとしてでなく、余暇のひとつの過ごし方としてレクリエーション、フィットネス、レジャーそして競技として個々の目的意識を持ってスポーツを楽しむ時代になりつつあるように思います。

私が障害者スポーツに出会ったのは、事故後、昭和53年のリハビリテーションの一環として処方されました車椅子バスケットというのに出会いました。この車椅子バスケットとの出会いは、当時のわたしに取りましては、嬉しい驚きと感激を与えてくれたのと同時にわたしの中に熱く何かを感じさせてくれたのを覚えています。というのは当時わたしは22歳で、歩けなくなったという突然の状況変化に混乱し、自分自身が直面している現実を見つめることも出来ず、さらには将来を失ったという絶望の世界をさまよっていたからです。そんな時に元々スポーツが好きで高校の頃にはバレーボールで国体や、実はこの高知でおこなわれましたインター杯にも参加させて頂きました。この車椅子バスケットボールの出会いは、またスポーツが出来るという将来に向けての微かな望みへとつながりました。車椅子バスケットとの出会いにより、機能回復にも積極的に取り組むようになりました。もう歩けないという医師からの告知の後も自力歩行へ執着が断ち切れず、わたしは当時おこなっていた歩行訓練も一生懸命励みました。結局はどんなに頑張っても出来ないと実感し、やっと障害を受け入れることが出来たように思います。その後は、車椅子での職場復帰を考えるようになりました。車椅子バスケットがあったおかげで、辛い訓練のはずのリハビリが楽しく積極的に取り組めるようになりました。紆余曲折の末なんとか払拭でき、又わたしの場合は幸運なことに復帰した職場の近くに車椅子バスケットチームがありましたので、社会復帰した後もスポーツを続けることができました。退院後もずっとバスケットを続

けたことによって、体力もかなりつき健康で毎日が仕事とスポーツで充実していました。そんな1981年、障害者の完全参加と平等をテーマにした国際障害者年の行事として、大分で開催されました国際車椅子マラソン大会は、わたしに社会に同じ境遇の障害者が沢山いることを教えてくれると同時に、困難なことに挑戦するたくましい障害者の姿を見せてくれました。そんな勇姿に感化され、わたしも次回はこの大会に出場しようという意欲が沸き、自分にどれだけのことが出来るか未知のスポーツ種目にチャレンジする決意を致しました。初マラソンに向けて何も分からないまま練習を試行錯誤しながら、1年間でしたが自分で決めた目標にむかって練習を重ねる中で、少しでも力が付いたことを実感できたときなどはとても嬉しく苦しいながらも楽しい日々でした。初マラソンの結果は、国内2位と思いがけない成績でした。このことでやれば出来るんだということを確認し自信も沸いてきました。その後この大分国際車椅子マラソン大会では、第3回から第9回までは国内1位をおさめることが出来ました。ひとつの大会を終えるとまた次の大会を目指す、そしてさらに日本記録の更新、目標をより高いものへとになっていき、いつの間にかトレーニングが生活の一部になっていました。大会参加を重ねるたびに全国各地に友達ができ、国際大会では当然海外の選手とも交流が増え、交友関係が深く広くなっていきました。次第に参加大会も国内に留まらず国外にも遠征に行くようになり、行動範囲は健常者でいた頃よりもはるかに広くなりました。スポーツによって遠征はいろいろな所へ出掛け様々な人と出会いました。競いあう仲間、大会関係者、ボランティア、応援してくれる友達、数えきれないぐらいの多くの人達との出会い、語り合いなどが、とにかく閉鎖的になりがちな私たち障害者の心ですが、構えることなく人と接するようになり、自然な形で社会との係わりが形成されたように感じています。スポーツが私たちの意識の中から、健常者と障害者

との間にある、身体障害という障壁を取り除いてくれたからだと思っています。

改めて考えると、機能回復や残存機能の維持、向上が目的で始めたスポーツでしたが、それをきっかけにして、スポーツを楽しむことを思い出しそれをずっと続けて来た事で、その当初の目的であった機能回復や増強は、十分に達成できたことは勿論いうまでもありません。それに加えてさらに家庭生活への復帰、職場への復帰、社会への復帰への為に、スポーツが大きな一助となったことをわたしは強く実感しております。スポーツは総合リハビリテーションの実践に欠かせないものかもしれません。

最後に、現在わたしは熊本市生涯者スポーツマスタープラン（生涯というのはライフのことです）策定委員として係わっており、総合地域スポーツクラブを計画をして、来年4月から熊本市で実習することになっております。この総合型地域スポーツクラブというのは、住み慣れた地域の中の小学校、中学校とう馴染みの場所や施設を利用し、地域住民の皆様が、障害があろうとなかろうと子供も大人もお年寄りもみんなスポーツを楽しむプランです。この地域を拠点とした活動を実施することで、地域みんなの健康増進、交流、情報交換がスムーズにおこなわれ、自然と社会のノーマライゼーション化が図れることを期待し、今準備を始めています。機能回復訓練のリハビリテーションにとどまらず、スポーツが秘める無限の可能性を大きく感じているところです。

**【石川】** ありがとうございます。最後の総合地域スポーツクラブに大変にワクワクするような話で大変期待をしたいと思います。

それでは次はわたくしでございますが、わたくしも特にスライドは使わずに、ここで話しをさせていただきます。わたくしはかつて脳神経外科医でございまして、それからリハビリテーションの医師に転換を図っております。

高知に参りまして近森病院という所で、リハビ

リテーション医としての活動を約14年間おこなってまいりました。総合リハビリテーションというには、私の立場は医学的リハビリテーションが基盤でございまして、決してトータルにどれだけのことが出来ているかと言えば、大変お恥ずかしい次第でございしますが、実はかつて脳神経外科時代にまだ脳外科の技術もそう高くなかった頃、手術をすると寝たきりの方ができてしまう、病院に歩いて入院された方の頭に大変大きな脳腫瘍ができていたと、それを良かれと思って手術して、実は手術はうまくいかず、手術後うまく歩けなくなってしまった。確かに命は助かって長生きできるようになったかもしれませんが、病前の手術前の生活には成り得なかったわけでありまして。高知にまいりまして、今日は高知が主催県でございしますが、実は十数年前の高知県の医療界を見て、大変愕然とした思いがございまして。皆さんご存じだと思いますが、高知県というのは対人口比率、日本で最も病院の多い所でございます、病院のベッドの数が多い訳であります。通常全国10万人当たり、約1000の病床が平均的にはございまして。しかし高知県では2000以上のベッドがあるわけでございます。つまり全国平均の倍でございます。最も少ない千葉県とか、埼玉県そういうところの3倍のベッドの数でございます。わたしはどうしてそんなに多いのか大変不思議でありました。当然それだけ多いということは何処の病院も、ガラガラと空きベッドだらけではないかと思いました。しかし高知に来て、あちらこちらの病院を見学したときに、どこの病院もベッドは満杯でございました。その理由は高知県の方々は人一倍体が弱いのか、病気に成りやすいのではないかと、どうもそうでもなさそうなんでもございまして。高知ほどお酒を沢山召し上がって元気に騒ぐ県民性を持っている県はございまして、どうもそうではないらしい。じゃ逆に高知県の病院は、日本の医療界の倍、治すのが下手なのかと、だからベッドが倍いるのではないかと、そんな風にも考えたことがございまして、

どうもそれも違うらしい、じゃあ高知県の方々には自宅にいるのが嫌でどうしても病院が大好きなのではないかと、そんな事も考えたこともございます。どれもどうも理由として当たらないんでございますが、いずれにしても高知県には大変その病院に延々と長く入院している方が多かったのであります。ちょっと障害を持つと、その障害の為にずうっと病院に入院し続けると、そして又施設は少ないかという、高知県は施設も大変全国的には充実している県でございまして、多いのでございます。さてわたしの居る近森病院はどうだったかと申しますと、救命救急ではそれは見事な働きぶりをして、つまり24時間365日どんな方も断らない病院でございました。しかしその後どうしているかと申しますと、救命救急では皆シャカリキに働き、一生懸命医療を提供していました、その後はどちらと言えば、寝かせきりにしているような傾向が大変高い病院でありました。その多くの理由は看護という問題でありました。医師の責任も大変大きいんでございますが、看護婦さんの数は余りにも少なかった訳であります。それで手のかかる方は、全て付添いさんが診ていた時代でございます。付添いさんがお世話をしていました。付添いさんがお世話をすると、どうなるかと言いますと、付添いさんに罪があるわけではございませんし、勿論患者さんに罪がある訳ではございませんが、患者さんはどうしても付添いさんが付いていますと、付添いさんになんでもお願いすることになります。要するに依存的になると言ったらいいんでしょうか。ものの分かっている看護婦さんがその患者さんの支援をすると、看護婦さんはその患者さんが自立の方向へ向けて支援を致します。そこが決定的に高知県では欠落していたわけでありました。従ってわたしが高知に来てからの最初の仕事は、付添い看護を打破する、つまり付添い看護を無くして看護婦さんが看護をするところ、絞られたわけでありました。実はそれがわたしは患者さんのリハビリテーションにとっ

て最も近道だと思ったからであります。かつての付添い看護時代なんと近森病院に、確か11年か12年間、ずっと入院していらっしゃる患者さんがいらっしゃったわけでございます。下肢の切断と上肢の切断と心臓にはペースメーカーがはいっていたように記憶しております。そしてその方は脳卒中も合併しておりました。その方はずっと病院のベッドの上で一生終えるんだらうと本人も思っていましたし、病院のスタッフも全てそう思っていました。それを医師、看護、PT、OT、ST、ソーシャルワーカーそういったチームが、この方は外に出られるじゃないか、そういうふう考えたわけでございます。1年後その方は自分でベッドから起き上がり、電動車椅子に移り電動車椅子で外に出るようになりました。最初にその方が外に出たとき、こう言ったことを覚えております。風がサーと吹いたとき「こわい」と言ったんであります。しかしその方が1年後、病院に居るよりはもっと普通の暮らしがしたいとおっしゃいまして、その方は自宅に帰るのはちょっと困難でございまして、障害者の施設に入り、そこで大変生き活きとした生活を送るようになりました。わたしはその方の生きざまを見ていて、そのなんて言うかもの凄いエネルギーを出して闘い、自分の力で動くようになったそのプロセス、まあ私たちが支援したこともあります、そういったエネルギーは誰にでもあるんじゃないかと思ひ、今でもそういった障害者の方々から大変多くの事を学ばせていただいたおります。そしてやはりリハビリテーションの目標はそういった障害がある方が、なにか一種の偏見や差別やそして支援する側の至らなさによって自立できない、だとすれば我々はもっとやることがあるだろうと、まそう考え今度は近森リハビリテーション病院だけではなくて、在宅総合ケアセンター近森という在宅を支援する数々の仕組みを持つ総合的なセンターをつい2年前に立ち上げました。丁度介護保険が今年始まったわけでございますが、その数々の在宅支援のサポー

トのきっかけを造って下さったのが、やはりまた障害者の車椅子の方であります。10年程前車椅子の青年達と懇談会をおこないました。その車椅子の青年達がわたしに強く主張したことがありました。「医者とか看護婦さんがいくらやったって、僕らの生活はうまくはいかないよ。問題は好きなきにちゃんと来てくれるヘルパーさんが居ないからではないか」こういうふうにおっしゃっていました。その方はちょっとした人手がちょっとあれば、ドンドン世界は広がっていったんでありますが、残念ながらそういう制度は日本にはなかったのであります。当時のヘルパーの制度は、一律一週間に2回、一回に2時間までと画一的に決められていたように思います。現在介護保険ができましたのでそんなことは無くなりましたが、しかし本当にそれで充分なのかどうかはまだまだ疑問のあるところであります。私はかくして、いわゆる先程奈良さんがスライドにお示しました、医療の中で急性期のリハビリテーション、そして回復期のリハビリテーション、そういった医療保健で対応するリハビリテーションの仕組みを、何とか日本中至る所にしっかりと出来るようにならないかと、そして更に医療から卒業して地域に出て、地域に出てもお寝たきりにならない、もしくは障害が重度にならない、そういうサービスがしっかりと出来る維持的リハビリテーション、そして他の職業リハや、教育的リハもしくは数々のボランティアなどチームでおこなう総合的リハビリテーションがもっとうまく出来ないかと思っておりますが、まだまだ先は長いなあと感じております。わたしが高知で出来たことは単に医療的なりハビリテーションを急性期回復時期と、目に見える仕方で建物を造りサポートが出来る仕組みが出来ただけに過ぎません。わたしがこれからもっと叫びたいのは、日本中の方々が明日はわが身だと障害の事を考えて頂き、そしてどんな障害を持っても生き生きと逞しく生活が出来るような、そんな社会が出来るその為にはどうしたらいいかと、多分

この総合リハビリテーション研究大会もその為にあるんだと思います。

それでは最後に、高知県知事の橋本大二郎さんにお話しを伺いたいと思います。

**【橋本】**皆様こんにちわ、ご紹介いただきました高知県の知事の橋本でございます。今日はパネラーとしてお招きいただき、まことにありがとうございます。と礼を言って直ぐこんなことを言うのは変なことですけども、この場にパネラーとして出て来たのが適任かなということを今ちょっと感じています。というのは私自身は知事という立場ですので、世の中のありとあらゆることを対象に仕事をしています。ですから何の分野でも知っていなければいけないということは言うまでもありませんが、かといって専門的なことにまで突込んで知識があるわけではございません。特に総合リハビリということも先程打合せの席で、総合リハビリテーションというときの総合とはどういう意味ですかと質問をした位の知識しかございませんので、皆様方のご専門である理学療法士の事、またリハビリテーションの事に絞った話しをすることができません。そのことはお断りをしました上で、ただ出てきた以上お話しをしなければいけませんから、高齢社会の中での介護保険の問題だとか、又少子化の中での障害児、また障害者の問題というような事について、少し県として知事としての思いなどを込めてお話しさせていただきたいと思います。まず高齢化、高齢社会ということですが、高知県は今年の4月1日現在で、65歳以上のお年寄りの比率つまり高齢化の比率が23.4%、島根県に次いで全国で2番目に高齢化の進んでいる県でございます。最高の町は大豊町というところで45.1%、最低は18%の高知市ですが、これでさえ全国平均を超えております。又53の市町村がございますけど、この内31の自治体では既に高齢化比率が30%を超えている、つまり6割近い自治体で高齢化比率が30%を超えている県でございます。言わば高齢化の先進県でもございます

ので、高齢者に対する福祉、高齢化の問題は県に取ってもこれまでもこれから最も重要な課題とっております。ですから今年からの介護保険の導入にあたりまして、事前の段階で県の職員を十数の地域に派遣し、張りつけて市町村と一緒に介護保険の準備をしてきましたし、またそれぞれの地域で3級ヘルパーの資格を持つ方を増やしていく為の事業というものもずうっとここ数年続けて来ました。又そうした中でいろんな問題点が分かってきますから、そういうことも早め早めに国に対して要望という働きかけてきたつもりでございます。ですからこの4月以降介護保険が導入されて以来、全体的には制度が高知県では順調に滑り出しができたのではないかとこのように思っています。ただ勿論個別のいろんな課題がございます。ですからこの間の9月の県議会の中でも、例えば低所得者の方、つまり老齢福祉年金の受給額よりも年金の受給の少ない方だとか、生活保護の方で大変自己負担だとか、保険料の支払いが厳しい方こういう方の例でございますとか、医療保険から介護保険に切り替わった方の例などを上げられながら、こうした事例を見て本当に順調と言えるだろうかなどのご意見がございました。それに対して私は次のようなお答えを致しました。それは何かと言いますと、介護保険というのは地域で皆で、体の弱ったお年寄りを支えていこうという仕組みでございますし、又これまでのようにただ与えられるといったら表現が悪いかもしれませんが、お仕着せの福祉に頼るのではなくて、自分から選んでいける、権利としてのサービスの福祉に替わっていくというのがその狙い又趣旨でございます。このことは時代の流れ、これからの高齢社会を考える上でわたくしは適切な制度であろうと思えます。その中で課題、問題点が出てきているというのも事実でございます。ですからそうした問題点が出てきた時には、その問題点が制度の趣旨そのもの、その存在意義そのものを無くしてしまうほど根幹に係わるものかどうかということをもまずき

ちんと考えるべきではないか。そういうことをせずに、その方の前に行って順調だというふうに胸を張れるか、という質問は少しポイントがずれてるのではないかと申し上げました。確かにまだまだその審査の適正さ又公平さ信頼性ということからサービスが、本県のような過疎地域が数多くあるそういうところでも充分に行き渡っているかどうか、こういうようなチェックが重要な課題でございますけれども、こうした事を進めていく中で、私は介護保険というのは地域に定着した制度にしていけるのではなかとこのように思っています。ただこの介護保険の適用を受けるお年寄り、全体の10%程度でございます。残る9割近いお年寄りは元気とは言わないまでも、ご自分で体が動かせる、生活ができるというお年寄りでございますので、これからは介護予防、介護保険の対象にならないように予防していく、そうした視点でございますとか、またそのための健康づくりということが大変重要な課題になってくると思います。そこでちょっと自分の個人的な話で恐縮ですが、一昨年わたくしの母が亡くなりました。わたしの母はその前、十年位脳卒中で倒れた後遺症で左半身が付随で、ほぼ寝たきりの生活を送っておりました。もちろん入院をしました病院、手術をしました病院でもリハビリに力を入れてくれました。しかし少し大切にされ過ぎた為に、やや症状が固定化したという嫌いがあったのではないかとこのことを今にして感じています。というのも僕が知事になりまして間もない頃ですが、その母を東京から高知のリハビリの病院に8ヶ月程転院させた事がございました。その時はかなり母としては嫌々無理やりリハビリをさせられて、相当辛い顔をしていましたけれども、その結果かなり動くほうの右手も自由に活動できるようになって、僕と一緒に球投げやキャッチボールができるようになりました。又来るときには飛行機の後ろの座席を全部取っ払って、横になって運ばれて来ましたが、帰る時には1番前の席に座って、シートベルトを掛

けて座ったまま帰ることができました。こうした事がその後数年間、元気には言いませんけど頑張れたその一つのきっかけに成ったのではないかという事を持って、私はリハビリというものの必要性、ある意味では予防という意味での必要性を、身を持って実感した気が致します。このように今後は介護予防ということが大変重要な視点だと思えますが、リハビリに掛かる前の健康づくりというか、元気なお年寄りの支え合いということとは地域にとって重要な課題になってきていると思えます。こういう視点から介護保険がスタートしたことによって、これまでに受けられていたデイサービスが受けられなくなるといったお年寄りが出てまいりますので、こうしたお年寄りの為の小規模のデイサービスの整備でございますとか、又廃校になった学校、そういうような遊休の施設を使ったグループホームとかデイサービスといった事業を当然県としてもやっております。更にこれから必要なことは、先程言いました地域での支え合いということであると思えますので、県ではもう数年前からの事でございますが、シルバー介護士という制度を設けて、元気なお年寄りに体の弱ったお年寄りのお世話をして頂く、具体的にはデイサービスの時の付添いでございますとか、給食サービスとかお話し相手、様々なことでございますが、そういうような制度をつくっております。実際にはこの高知市に、高齢者福祉の拠点施設でございます福祉交流プラザというのがございますので、ここで一定の期間お年寄りに研修を受けて頂いて、シルバー介護士という認定をするという仕組みでございます。すでに40の市町村で527人の方がこのシルバー介護士として活動していらっしゃいますが、もちろん面倒を見て頂くお年寄りにとっての意味もありますが、こうして活動して下さっているお年寄りが非常に元気だということからも、これからの生き甲斐づくりという面からも、大変大切な視点ではなかと感じています。合わせてこの地域の支え合いということで、今申し上げたよ

うなシルバー介護士の方、3級ヘルパーの資格を持っておられる方、こういう方に一定の中核になって頂き、更に1人暮らしでこれから見守りが必要なお年寄りをピックアップし、そういう方々をご近所の方、またお友達それから時々訪ねる商店の方、そういうような方々に見守って頂く、声を掛けて頂く、そういうお隣ヘルパーという地域支え合いの仕組みをつくっていかうと今年度から始めています。既に5つの市町村で取り組みが始まっていますし、8つの町村でもそういう取り組みをしようとする予定、検討が進められております。これからはこうした地道な支え合いの制度と、介護保険という制度が合わさって安心して暮らしていける高齢社会というものが実現できるのではないかと考えています。またそうした中で、県でも理学療法士さんを県立病院の理学療法士という意味ではなく、事務も扱って頂く職員として採用をはじめようになりましたし、また県内の村の中には独自に理学療法士さんを職員として雇用するところも出てきました。こうした方々に今後、今申し上げたような地域での支え合いだとか、また地域での健康づくりという面でどのような活躍をしていただくか、仕事をしていただくかということ、これからの課題ではないかと考えています。もうひとつ障害者の問題でございますが、これは切り口は幾つもあると思えます。3つ程の切り口を申し上げてみたいと思えますが、1つは高齢化社会が進む中での障害者の問題ということ、2つ目は少子化の中での障害児の問題、3つ目は大変ストレスの強い社会の中での精神保健のケアという意味での障害の問題でございます。まず最初の高齢者、高齢社会の中での障害ということでございますけれども、高齢社会が進んでくれば当然の事ながら、わたしたちも最後は目が悪くなる、手足が不自由になるいろんな障害を背負って一生を送るということになると思えます。つまりこれまでの時代は、障害者というのは社会の中で少数派でございましたが、これからは多数派というところ

と言葉に語弊があるかもしれませんが、むしろ社会の主たる問題としてこの障害者の問題を捕らえなければいけない時代が来ると思います。そうした点からこれまで町造りの中で、バリアフリーという言葉がよく使われました。つまり障害を取り除いていく段差を取り除いていくというような趣旨の言葉でございますが、もちろんバリアフリーは必要でございますが、バリアフリーというように障害者を何か特定の存在としてとらえる概念ではなくて、そもそも障害者にとっても障害のない人にとっても、住み良い街を造っていく、住み良いデザインをしていくという意味のユニバーサルデザインという言葉が最近使われ始めました。こういう視点が、これからの街造りなりデザインなり、又いろんな施策を考える上での大切な哲学概念ではないかということをもって、そういう事を言っています。これはまだ旗を振り始めたばかりで、具体的にそう進んでいるわけではありません。少し具体的な細かい分野ということで言いますと、途中で視覚障害になった方の問題というのが、今かなり大きな問題としてあるのではないかと思います。高知県内にも今、視覚障害者の方4000人程おられますけれど、この内75%は高齢者の方でございますし、80%程が途中で視覚障害になられた方だと言われています。先程、山本さんから若くして歩けなくなったことのショックということのお話しがございました。そのことは勿論そうでしょうが、また目が途中で見えなくなる、光を失うということのショックも大変大きなものがあると思います。今の仕組みでございますと、例えば学校教育という面は、歩行訓練だとか生活訓練というものも一定の基礎とした上での教育ということになります。又福祉の面で、そうした中途の視覚障害者への機能訓練、回復訓練ができていないかと全くできておりません。ということから県では、平成10度からこういう機能訓練などの指導してくださる生活訓練の指導してくださる方の奨学金を出すという制度を始めて、昨年度から指導員

の方に具体的な指導をしていただくという、そんな事業というか取り組みを始めています。と言ってもまだ指導員の方はおひとりですし、しかも身分そのものも非常に不安定でまだ胸を張れるような状況ではありません。これからこの問題はひとつの分野ではございますけど、大変大切な課題ではないかと思えます。例えば盲学校で空き教室がございます、こういう空き教室に視覚障害者の方の為のいろんな機材が出来て来ておりますので、こういうものを置いてそこにただ展示するというのではなくて、中途の視覚障害者の方に来て頂く、そして経験して頂く、また更にその指導員の方だけでなく保健婦さんだとか看護婦さんだとか様々な医療福祉関係の方々に来て頂いて、この事に関する関心を持って頂いて、具体的にそれぞれの地域でまた仕事に生かしていただく、そのような事業が進められればということをおもっています。すこし長くなって恐縮ですがもうひとつ障害児という問題に触れておきたいと思えますけど、少子化の中で障害児と言われるお子さん方の数ももちろん減る傾向にございますが、その中で逆に今度は数多くの障害を併せ持った重複の又重度の障害児・者が増えてきているという現状もございます。こうした現状の中でもう数年前の事でございますが、障害児を持つ親御さん達とお話しをした時に、子供が障害があるということが分かった時に、何処かに行けば教育から医療福祉に至るまで相談に乗ってもらって、又一定の将来の方向も見えるようなそういう仕組み体制づくりができないだろうか、こういうご相談を受けました。このご相談を受けて数年たった後、平成11年、去年の4月からでございますが、療育福祉センターという今お話ししました医療・福祉・教育すべてに相談に乗っていただけるというセンターを造りました。と言っても新しい箱ものを造ったという意味ではございません。これまでございました身体障害者や知的障害者の方の更生相談所、又肢体不自由児の方の施設、更には難聴幼児の通園センターこうしたものを統合



した施設を造りました。只なにも統合してグループになったから、それが本当に機能的に動き出すかということではないと思います。けれどもまずはそういう窓口が一本化をし、対応を一本化することによって組織的にもまとまった動きになっていければと思っています。もうひとつ精神障害の事を申しあげましたのでその精神保健のことを少しだけ触れて置きたいと思います。本県は実は先程、石川先生から一般的な意味での入院施設等が非常に多いというお話しがございましたが、精神の面でもその障害を持たれている方を分母にして、その内施設・病院におられる方の比率それは全国一番高い県でございました。つまりグループホームなど在宅で生活される方が極めて少ない県でございましたが、ここ数年地域の生活支援センターでございませうとか、又国が昨年モデル事業を進めております福祉ホームのB型、つまり退院をさせてもまだ少し病院との係わりを持っていく必要のある方々のグループホームのようなもの、こういうものも次々と出来てまいりました。かなり県民の間にも理解が進んできたのではないかと考えています。精神福祉法のこの4月の改正の中でも、在宅で生活される方々のお世話は市町村がということが明記をされました。県としてはそうしたいろいろな流れを受けて、市町村と一緒にこの在宅での支援の仕組みというものは是非進めていきたいなということを思っています。一応総まくり的なお話しで長くなって恐縮ですが、以上県として取り組んでいる高齢者から障害者の問題についてお話しさせていただきました。ありがとうございます。

**【石川】** ありがとうございます。4人のお話しが終わったところであとはいろいろな課題をディスカッションして、さあ21世紀に向けての何か提言を出せばとこんなふうになっているのですが、まず最初にお話しくださった奈良さん全国の理学療法士会の会長でございます。リハビリテーションの専門職そういった専門職は現在2万3千人の

理学療法士がいる、作業療法士は？

**【奈良】** 1万7千人位だったと思います。

**【石川】** 合わせて4万人、それに言語聴覚士が加わって4万4、5千人というところだと思いますがそれで足りていますか。先程その理学療法士8万人位と言われていましたが、それでは理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、あわせて将来何万人位必要ですか。

**【奈良】** ちょっと他の領域のことについては自信がないのですが、少なくとも我々の領域は2万3千人ですが不足しております。この理想的に先程のスライドに出てきましたように介護保険に対応する、それから急性期回復期、介護保険はどちらかと言えば維持期になると思うんですけども、そういうところで満遍なく対応していく、これが日本狭しと言えども北海道から沖縄あるいは離れた島が沢山ありますよね沖縄とか長崎とか、そういうことを含めまして最低でも8万ぐらい要するだろうと思います。ただ近年では毎年3千6百名位は卒業しているんですよ理学療法士が。もう少し増える傾向があるんですが、それでいきますと十数年するともうその数に達するかもしれないというところがありまして。まあもう21世紀の最初のその十年でだいぶ違ってくると思っておりますけれども。

**【石川】** そうですか。大体2010年から2020年位になるとその専門職種も十分な数に到達しそうだ、こういう予測を立てていらっしゃるんですが、専門職は何もPT・OT・STに限っておりませんで、社会福祉士とか介護福祉士とか義肢装具士とか、また最近では精神福祉士というものも登場し、一番新しいものは言語聴覚士になると思いますが、そういう多彩な職種はある程度出そろった感もあると思いますけど、もっと他の職種が今後必要になるんでしょうか？

**【奈良】** 今言われた中の職種には国家試験制度で認可されているところと、それと国家試験資格ではないけれど認可されている、例えばホーム

ヘルパーこれはそのひとつだと思うんですが、今殆ど養成されているとは思うんですけども、これももう少し必要になってくるかなあとと思いますけどね。

**【石川】** 山本さん今度はですね、先程は障害者としての立場でございましたが、医療施設で働くソーシャルワーカーとしてですね。どうでしょうそうした職種の方々がうまくチームを組んでファンクションしていると2つの立場から何かご意見ございませんでしょうかね。

**【山本】** そうですね。障害の度合いによっても違うかと思うんですけど。やっぱりその人に必要な、いろんな職種というものの係わりが出来てくるかと思うんですね。先程もちよっとお話しが出ていましたように、例えばリハが必要だったり、訪問看護が必要だったり、今言った訪問介護が必要だったり、というように1人に対して複数の職種が行く、その時にうまく連携がなかなか図れないと障害者の受ける側としては、同じことを何べんも繰り返さなければいけないという意味では、そのへんでの連携が今後必要でないかなあと 생각합니다。

今日はソーシャルワーカーではなくて、一応障害者として来たんで詳しくお話ししていいかどうか分かりませんが。確かに一生懸命实际的に専門職種としてはいろんな研修会をやったりとか、あるいはそういった地域のところの連携を図るために会合を開いたりしています。わたしの方の熊本機能病院の総合地域支援センターという所に居りますといま言った職種がどちらかと言うと同じ部屋と一緒に全部居るんですね。訪問看護ステーションがあって、ホームヘルパーステーションがあって、通所リハがあって、实际的に病院のケースワーカーが居てということなんで、なるだけ先程言った連携をうまくやって患者さんにはなるべく負担を掛けないような、いいケアをしていこうという形で実際取り組んでいます。ただ難しいのは实际的に内の患者さんが、近くの方で対応できる状況

であればいいんですが、遠くになりますと自分の所で支援ができない部分、他の所に行く時にうまく連携を取ること。という意味で情報公開、状況連絡が出来るような地域連絡の必要性を、お互いに境界どうし各職種どうしがうまくやっていくような取り組みは実際的にはしています。

**【石川】** ありがとうございます。先程のスポーツを中心として、スポーツからいろんな発信が可能だと具体的にいろんな話しをお伺いしましたけど、これは日本全国そういう息吹がどんどん広がっていくと解釈してよろしいでしょうか。

**【山本】** そうですね。大変ありがたいことに、この前長野で行われました長野パラリンピックの開催国ということで、非常に報道等でいただいた結果、障害者スポーツに対する理解が確実に広がったと思っています。そのいい表れを数字的に言いますと、日本の障害者スポーツ協会という所があるんですけども、そこに長野が終わった後で問い合わせが最終トータル的には3000通の電話が来て、障害者スポーツについて何処でやれるんだと、又自分はどのようなものが出来るんだろうかと、そういうような問い合わせが来たことをみると非常に広まってきているのではないかと思います。

**【石川】** やっぱり長野パラリンピックがあった事によって、いわゆる障害をもってる方のエリートスポーツとしてのパラリンピックではなくて、もっと普段に楽しみながらおこなうスポーツとして、それも非常に活性化しつつあるとこんなふうに考えてよろしいでしょうね。

**【山本】** そうですね。だけどまあ実際的には残念ながら、まだ地域のところまで浸透していかないというのが現状ではないかと思うんですね。

**【石川】** 橋本知事に、そういった障害者スポーツの事ですが、こんど高知は国体がございまして、なんだか「国体は金が掛かっていかん」というご発言もあったように記憶していますが、同時によさこいピックも開催されることになっておりま

すが。

**【橋本】** 国体とですね、この障害スポーツのよさこいピックはもちろん一体的に行われるべきものですが、その位置付けはかなり違った位置付けで受け止めています。というのは国体はある意味ではこれまで一定の使命を終えて、これからは全く違った形に簡素化していくべき時代に来ていると思っています。一方でこの障害者のスポーツ大会の方はこれまで身体と知的とが別々に行われていましたが、来年の宮城の大会から合同で行われ、21世紀に入って新しい形になって進んでいく大会でございます。

これから高齢社会におきましては、障害者というのは少数者ではなくて皆が当たり前の状況になってくるということを考えていくとですね、障害者のスポーツ大会の持つ意味は大変大きなものがあると、そういう位置づけで取り組んで行きたいと思っています。こういう障害者の大会が開かれることを機会に、先程ちょっと触れましたユニバーサルデザインという考え方が、少しでも具体的な動きとして目に見えなくても皆の意識の中には広がるように是非していきたいと思っています。又具体的なスポーツの事で言えば、まだまだ本県は勿論胸の張れるような状態ではございません。ようやく障害者の方の為の一応スポーツセンター的な機能を造ってですね、その中で体育館でバスケットのチームが練習をされたりということが始まった段階ですし、ただ今回のパラリンピックにもフェンシングの選手が一人代表として行き、又高知も一人行っておりますけど、このような動きも出てきています。そういう中で私がひとつ思うことは、障害者スポーツというものだんだんすそ野が広がって来ますと、その障害の程度とかあり方によって、随分対応をきめ細かくしていかななくてはならないと思うんですね。と言うのは同じ機能不随であっても、脊髄によるか首によるかによって体温調節が充分できない、このような方々がおられますがこういう方も今スポーツの領域にどんどん出てき

ておられるわけですね。そうすると体温調節の出来ない方々のバスケットボールチームがやる時と、そうでない時では体育館の温度とか冷房のあり方が違って来るわけで、そうした調整とか施設整備というものが、これからすそ野が広がれば広がるほど必要になってくるだろうと、もちろん財政上の問題もあります。けれどもやはりそうした方々に少しでも運動できる状況を保証していく、又そういう場を提供していく事が、わたしは障害者問題、リハビリの問題全体への関心を広げていくことに繋がると思います。この場ではカッコいいこと言っていますが、実際どれだけすぐにやれるかわかりませんが、そういう情報を是非どんどん頂いて、きめ細かい対応ができればなと思っています。

**【石川】** ありがとうございます。障害者のスポーツといえば、ベストセラーになった己武さんの五体不満足という本が爆発的に売れて、実は乙武さんが世田谷のある小学校でサッカーをやるんですが、己武さんがサッカーのキーパーをやりまして、小学生にゴールキックをさせるわけです。小学生は目が点になっておりましてね、なんかおどおどしてサッカーのボールを、その己武さんがキーパーとして前に立ってるもんですから、チョット蹴ってですねコロコロコロと誰でもちゃんと受け取れるようなボールを蹴るんですが、みんな子供サッカーの少年団の精鋭達ですから、もっとすごいシュートが蹴れるわけです。一人一人やると全部己武さんが受け止めちゃうもんですから、だんだん子供も真剣になってきまして物凄い勢いで蹴るんですが、取ってしまうですね己武さんが。子供はびっくりしまして、最初の時はなんとなく奇妙な目で見えていたのが、もう負けるなという感じでエネルギーに蹴っているのを見て、非常に感動的なシーンを私は経験したことがあるんですが。実はそういった障害を持たれている方と、子供たちとの交流みたいなもの、先程山本さんがおやりになっている、やろうとしておられる総合

地域型スポーツクラブについてもっと詳しくご説明くださいませ。大変興味がございます。

**【山本】** 先程知事の方からもお話がありましたように、今障害者のスポーツというと障害者スポーツセンターといった所がメインで、その障害者のスポーツに対応するというふうになっているんですが、そうすると実際にスポーツセンターまで行くアクセスというのが非常に地域によっては厳しいものがあります。ですから自分が住み慣れた地域のいわゆる、小学校とか中学校を拠点としてそこに地域の人達がスポーツクラブを造ると。それは例えば卓球であったり、風船バレーボールであったりですが、それを実際行くときは夜になりますから、そうすると学校に通学している人も夜であれば、お父さんお母さん達と一緒にそこに行ってスポーツができるという事ですね。そうすると家族の交流もできますし、もちろん地域に住んでいる人達ともスポーツを通じて親しくなるということによって、何かあったときには先程言ったように、隣同志の方のヘルパーさんに助けていただく。そのような情報あるいは交流が生まれるということが生まれてきて、いわゆるノーマライゼーション化するのではないかと、それに一番重要なのが私どもでやっているリーダーバンクの登録を行うことです。実際的に地域スポーツクラブの時にリーダーを登録致しまして、その人達に対応する指導方法を私なんか実際に行って、どういう障害者にどういう対応するんだということを、リーダーの人達に障害者の人達が来られても対応できるようなシステムを造って行って、皆が楽しく継続的にやれるような場所を確立していこうじゃないかというふうに、今考えているところなんですけど。

**【石川】** 奈良さん、この事についてご意見ございますか。

**【奈良】** 私が最後のスライドで、提言ということで自己リハビリテーションの勧めということをお話ししましたが、いわゆる部分的には今熊本で

総合リハ、総合地域スポーツクラブですね、こういうことをやろうとされていることも、むしろ一環に入っていると思うんですね。更に付け加えますと保健医療、福祉の統合化というシステムを、国それぞれの都道府県で進めているんですけども、物事を進めるためには何ととっても、ハードウェアとソフトウェアが必要でございます。例えばこういう大会をやろうとしたら、こういう建物が必要であるとかですね、そうしますと住民が3つの事を、それぞれの保健、福祉、医療をある所に行けばもうサービスで受けられると、受けるだけでなく今度は自己チェックをするということですね。我々だいたい健康診断を定期的にやって、人間ドックに入ったりする訳ですが、つつい忙しかつたりなんかで行かない、ところがある所に行けばもう一部は自分でチェックするようなシステムですね。いちいち待ってやってもらうのではなく、自分で常にチェックして、多分何か自分で書いておくとかですね、本当にあれと思った時に医師に診てもらう、そういう自分のことは自分でチェックするというシステムもここの中に入れて頂いて、あと福祉の事についても同じくそういう所に行けばちゃんと情報も得られると。当然いろんな障害の方であれ健康の方であれ、やはり自分の体力等維持する為に、あるいは楽しむ為に、交流する為に、みんなと一緒にスポーツもあるいはその他の活動も行う。先程、社会活動、社会教育ということも申し上げましたが、言わば老人大学なんて名付けたりしていますが、もうそういう枠を取り払って常に生涯学習、国民の生涯学習が社会学習教育がやれるようなシステム、それであんまり一か所に、例えば高知県にそういうのをドンと一つ造っても今度は離れたところの人が不便ですので、理想は余り分かりませんが、せめて高知県だったら4ヶ所ぐらいに造りたいですね。そしてそれを拠点にして、またそれぞれの所に8ヶ所ぐらいに小さな中核点を造っておくとかですね、そうすることが本当の意味での総合化システ

ムになってくるのではないかと思います。それでそれぞれ、しつこいようですが自立ということの教育についてはむしろ初等教育から始める、最近、文部省でも特に中高で総合学習というカリキュラムが出来たんですね。今わたくし広島大学にいてその委員もやっているんですけども、あまり詰め込まれてはマニュアル人間的になってしまいます。確かに学力は上がるのかもしれないけども、そういうのを自分の生活の為に使えない、従って切れたりとか、ひょっとしたことでもう刺してしまうとかですね、いろんなそういう問題も出てくる訳でして、それでそういうことを総合的に自立して且つ自分の生きざまを自分でクリエイティブにしていけるような、且つ人間らしいダイナミックな人間関係も若いうちに構築していけるような、そういうことも含めたりハビリテーション、生涯学習ということ国民全体が一体となって取り組んでいくことが必要かと考えます。

**【石川】** どうも日本人は自立心が足りないんじゃないかと、こういうご指摘をされたような気がするんですが。なんとなく社会も護送船団の時代を終わりにして大変革の時代であると、そしていろんな行政的な問題も地域の時代であると、そして規制緩和の時代であると数々の変革が行われていますが、橋本知事どうでしょうかね、自立心という日本の自立ということから始まり、個人の日本人の自立について何かご意見ございますか。

**【橋本】** 凄い難しい議論になってまいりましたので、それについて直ぐ答えるのはなかなか難しいと思います。ただですね、そういうなかなか自立できないという背景に、いろんな社会問題が隠されているのではないかと、そういうものを取り除いていくというのも一方で必要で、ただ単に自立を自立をと言って意識改革を呼びかけるだけではなかなか解決できない問題もあるのではと思います。それで少し具体的な例を言えば、最初に石川先生から本県は人口当たりの病院数、ベッド数が大変多い、しかもそれが空きベッドではなくて

満杯の状況である、つまり非常に入院日数という言葉にも当たるかどうか分からない滞在日数をしている方々が多数おられる。もっと平たく言えば社会的な入院が数多く見られるということをおっしゃいました。これをどう解消していくかということで、石川先生が病院の中で、医療界で取られたということのお話をされました。そういう取り組みの中で、ある意味では広い意味でもっと自立をしなければいけないよと呼びかけが一方であると思います。一方でその背景ということを考えてみますと、本県は一世帯当たりの家族数がすでに3人を割っております。今正式の数字は覚えておりませんが、2.6とか2.7という数字であろうと思います。まだまだ多くで3人以上の県がございます。3を割るというのはどういう意味かと申しますと、そういう状況になると家族の1人が入院をしてしまいますと、特にもう1人が共働きでもしている又はもう面倒がみれるような状況ではないということになると、なかなか治療が終わった段階で又お家に戻るということができないというような現状がございます。又これまでの疾病の原因から言えばですね、いま随分改善されて参りましたがけれども、やはり脳卒中系が非常に多かったということもあって、その後のリハビリ等に時間が掛かったということもございます。それでそういう社会的な分析というものをして、それに対する対応というのはなかなか難しい面もございしますが、それに対応するようなグループホームを考えていくというようなやり方ですね、それで自立をキチンと促せるような社会的基盤を造って行かないと、自立というだけではなかなか進まない面もあるのではないかと私の責任の範囲では思います。けれども一般的に言って、やはり自立心がやや欠けていると言うかですね、極めて依存型であったということは指摘をしい点だと思っております。これも私が最初に介護保険制度の意味という事で申しあげましたけれども、これは表現がいかにどうか分かりませんが、やはり与えられるよ

うな福祉、お仕着せの定型の福祉から、ご自分で選んでいける権利としての福祉に替わった、替えなきゃいけないというのが大きなこの制度の目的であろうと思います。それがキチンと達成できているかどうか、そのサービスの状況がどうかということをチェックをしていくこと、又それが達成できるようにどうしたらいいか、それは私たちの勿論責任です。けれども一方でお仕着せ型に慣れてしまっている為に、新しい制度に対して誤解がずうっと根強く続いてしまうという現状もあるのではないかと。こういう点で広い意味での自立ということをキチンと訴えかけていく、それをダメだダメだというだけではなくて、こうこうですよと、こうならないといけないじゃないですか、ということの説明していくということもこれは行政だけでなく、医療、福祉の皆様方も含めてやっていかなければいけない仕事かと思います。

**【石川】** ありがとうございます。確かに、私は日本人に基本的に自立心が無いのではなくて、日本の仕組みがなんとなく自立心を阻んでしまうような仕組みがあるんじゃないかと考えていましたら、知事さんの方も同じようなご意見をお持ちのようでございます。私から言わせてもらえば、かつての近森病院では付添い看護に依存していましたが、近森では随分と人員が変わりました。ちなみに申し上げますと、約600ベッドの病院があるんですが、14年前は総従業員が300名でございました。現在ベッド数は全く変わらないんですが、950名ということになりました。その代わり在院日数は、以前の3分の1よりもっと短くなっているという位変わりました。多分多く患者さん達の自立にも若干の貢献はしていると思いますが、もっとも変わったのはスタッフの自立だったような気がして、そういう意味では私は病院がリハビリテーションされたら、病院のリハビリテーションだなという感じもしております。昨今国立病院のなんですかエージェンシー化とかですね、なんか国公立の経済問題とか、いろんなことがその日本が経

済的に低経済成長に入ってきて数々のいろんな問題がございますが、リハビリテーション施設としても、その施設運営とか施設経営とかいろんな意味で大変な時代を迎えつつあると思いますが、そこらへんで何か奈良さんコメントありますか。

**【奈良】** いわゆる経済、経営面には弱いですが、国公立の場合は言い方が悪いですけどのんびりやっていて赤字になってもそれは補填されていたと。

それはひとつにはそういうものを補填するけど、いい仕事がなされたらそれはそれで意味があると思うんですけどね。意味があるんだけれども生産性には余り出てこなくて、いわゆる赤字経営が浸透したということで、それこそ国立大学独立法人化にもう4～5年したらなるわけですけど、すべての公的な施設が相当自立性を取り入れた経営つまり独立採算というんでしょうか、それはなにも経済性だけでなくそういうような転換をしていくことで、そこで働く人間ももうそうならざるを得ないと思うんですよ。あとは任期制度の問題で、これはとっくにアメリカなんかではやっているんですが、日本は終身雇用制をずっと取り入れて来まして、よっぽど悪いことをしなければ首にならない。ところがやはり、我々が雇用されるということは、勤務するということは、特定の仕事をしてそれに給料をもらっているわけですから、その分の仕事をしない人は当然去るべきですよ。しかしそれをいろんな問題で、まあそれは組合だなんだかんだであるかもしれませんが、保護する権利を守る視点はいいかもしれないけど、しかしさっきの役割を果たしていない人までも、本当に守らなければいけないのかと、そういう所はクリアカットしていくことで、今後本当の財政面をセイブするというだけでなく、本当に日本の社会が機能するという視点で考えれば、外科的手術をするべき時期ではないかなと考えます。

**【石川】** 同じような意味で高知県は、決して財政的に豊かな県ではないと思いますが、大変県知

事はご苦労なさっていると思いますが、そこらへんはどんな見解でしょうか。

**【橋本】** 医は算術か仁術かという事がよく言われます。これはもう仁術に決まっておりますね。だけど仁術を施す上で、いろんな選択肢は多分あるかと思えます。医療をする場合も、リハビリをする場合も、福祉をする場合も、その患者さんに対してどういう対応がいいか選択肢があるかと思えます。その選択肢の中で、やはり一番ある意味では財政的に効率的なもの、効率的であって患者さんにも良いものを選ぶという努力がなされてきたかという、その努力が充分なされていないのではないかということを感じるんです。つまり効果を、費用対効果を考える効率性を考えるということ、なにか医療の世界に、福祉の世界に、営業ベースと同じような企業的な考え方を入れるのかというご議論にすぐなってしまう。けれどももともと福祉であれ、公的な医療であれ、これは営業とか企業のベースでは成り立たないものです。ですからそういう意味での、費用対効果とか効率性だと言っているのではありません。けれども私たちの仕事は、全てが税金を頂いてやっていくという仕事ですから、その貴重な税金をいかに無駄なく、同じ効果を上げていくかということをごきちんとしてシビアに考えてやっていくことは当然必要なことではないかと思っ、そのことを言い続けている積もりでございます。少し具体的な話しになりますが、ある民間の病院におられて、うちの県立病院の臨時の看護婦さんで入られて、ある一定の期間仕事をされた方が、こういう事例をお話しされたことがございます。それは中心静脈栄養の後で貼るおおきなバンソコウのことについてですが、一枚が相当の値段のするもので何百円とするものであるにももかわらず、フィルムを剥がすのに極めて無造作に剥がして、ベッタと又くっついてポイと平気で紙屑のように捨ててしまう。こういうような事が意識として改まらないといかないかというご指摘がありました。きわ

めて瑣末な具体例ですけど、医は仁術か算術かと言う前に、仁術を施す中でいかに税金をきちんと使っていくかという意識は、みんなスタッフが持たなきゃいかんのではないかと思います。

**【石川】** そういった意味での経営感覚とかいろんな効率性を追求すると、しばしば障害を持たれている方の復職に関して、なかなか難点が出てくるような機運も若干ありますが、わたしはそうではないんじゃないかと思うんですが、どうでしょう山本さん、障害者が復職した、山本さんは見事に復職されております。そこらへんでのネックというのはどこにあるんでしょうか。

**【山本】** そうですね。まずやっぱりなかなか障害のことを分かっているじゃないかな、企業側が。率直に言って雇用主さんの方ですね。実際、障害だったらもう大変だからダメだというようなことがまず最初に頭にくるし、車椅子の方だったらうちのほうの会社であると、車椅子で実際的には行動できないからダメだというような、まずそちらのほうに先に捕らわれているような感じがするんですね。実際その人が持っている能力を、どういうものを持っているのか、それをどうゆうふう企業に生かせるのか、というのを考えられなくて、最初にハード面の方がどうしても先に来てしまうような、私ども実際そのいろんな企業の方とお話ししてみると、どちらかというそちらの方が先にきてしまっているような感じが今しているんですね。

**【石川】** 要するに企業の方々が、失礼な話しをするようですが、無知だ、障害に対して無知だから、よく分かってないから、チャンスがない可能性がありますと。

**【山本】** そうですね。そういうふうにはひとつは言えると思いますね。

**【石川】** と言うことは、障害を持っていてもドンドンできるぞ、ということをもっとアピールする必要がある。啓発活動が足りないよ。

**【山本】** そうですね。もちろんそうですね。それも必要だし逆に言えば、私がそういう訳ではないですけども、障害者自身もやはり自分の個性をどういうふうな形で生かしていくか、ということを見出ししていくという所が必要じゃないかなと思いますね。ちょっと手前味噌かもしれませんが、私は自衛隊だったんですね。自衛隊で勤務しております、土砂崩れでこういうふうな両下肢機能の機能障害が出た、と言いますと僕はどちらかと言うと頭から下の方で勝負する、自衛隊の方がおられたら失礼かもしれませんが、体力勝負というところが本来自衛隊じゃないかなと言うふうなことで、自分はスポーツで培った体力というのを売りとしていましたので、そういう意味では自衛隊に入って非常に自分自身も生き甲斐ある生活だったです。突然その体力といえますか自信があるものが失われてしまった時、じゃあどうやってこれから職場復帰したらいいんだろうかという事で、自分なりにスポーツを通じて車椅子の創作なども結果的に出来て、以前にみたいに動けませんけども自分の思うことの状況ではある程度行動できるようになった。それで上司の方に言っても、「じゃお前車椅子で、大砲が打てるか」と言われると、いやそれは打てないですね。「じゃダメじゃないか」と言うことなんですね。じゃそれでは自分が、また何をこれから売りとしたらいいか、一番最初に受けたのが医療事務の資格を取ろうということで、通信教育を受けました。その後、それこそ25年程前の事ですから電動タイプの時代ですから、技術を身に付けようと。その後最終的に社会福祉主事というのを、実際に受けようという事で、福祉のほうに実際的には入っていったんですけど。やっぱりそれなりに障害の方も、もちろんこういう状態で終わってしまうのじゃなくて、更に自分がある程度訴えるだけのものを、実際にやっていかなければいけないんじゃないかと。それを又企業主の方に、アピールしていく必要もあるんじゃないかと。それに対して事業主の方も、入れと言

いますか、受け入れて頂けるような形になればいいなと感じておりますけど。

**【石川】** ありがとうございます。先程知事の方から、介護保険の話がございました。介護保険がこの4月に始まりまして、もう半年経ちました。介護保険はそもそも介護の社会化というのが大きなテーマでありまして、税で行うのか保険で行うのか、随分議論があった末、やはり負担と給付の関係を明確にしていこうと、そして利用者の選択権を尊重しようという事で、保険という形に納まって半年経ったわけでございます。どうでしょう、知事にお伺いしますが、介護保険を否定的に捕らえる方もまだいらしゃるようですが、私はどちらかと言えば、介護保険肯定論なんですけれども、いかがでございましょうか。

**【橋本】** 先程申し上げましたように、個別の課題というか問題としてはですね、かなり真剣に考えなきゃいけないという問題点は出て来ていると思います。ただそれが今、石川先生もおっしゃったような介護保険の目指している趣旨とか目的そのものを、つまり存在意義を否定するほど根幹に係わる問題かどうかということを引きちんと見ていかなきゃいけないと思うんです。わたくしが少なくとも見ている限りでは、今出ている問題は制度を改善することによってクリアしていける課題ではないかなと。それを目を瞑ってというか、その個別の課題だけでですね、否定をしてしまうというのは少し短絡的過ぎないかなということを思います。やはり全体としてより良い方向にしようという意識を、多くの方に持って頂きたいと思います。ただ本県などは非常に人口規模も少ない町村が数多くございますから、そういう中で一定の範囲で保険料を頂いてサービスをしていくという給付の関係が、どれ位の規模でならリーズナブルな合理的な形で成り立つかということは、今後の大きな課題と思っています。

**【石川】** 介護保険では、サービスを利用者が選べると、選べるけれどもその仕組みとしてなかな



か突然選べと、選びなさいと言われてもなかなか無理があるということで、ケアマネージメントとか、ケアマネージャーという手法が取り込まれて、それが全国走っていますけど、山本さん、あの山本さんはそういうお仕事も現在やっていらっしゃるんですか。

**【山本】** 全国的というと、全国的には分かりませんが、自分の現場に於いてですけれども、先程言われました選択権という部分が出てきているんですけれども、なかなかもちろんケアマネージャーと言いますか、プラン立てる時に患者に対しての情報提供というのを実際的に沢山あげなければいけないですけれども、基本的にはずっと係わってきたところが実際的には対応していくというふうなことになりますので、なかなか選択する上で受ける側としては非常にここ断るとすれば申し訳ないかなとか、いろんな考えが巡らされてなかなか思うような形での決断というのが出来てないじゃないかと思うんですけれども、だけど実際的にはマネージャーのほうでしっかりその辺は患者さんの気持ちを十分に配慮しながら対応していくというのが本来の業務じゃないかなあというふうに思いますけれども。ちょっと具体的ではないので申し訳ないですけれども。

**【石川】** 熊本県もいわゆる在宅のそういった介護保険のサービスの量が大変豊富な所で、例えば高知県の高知市も大変豊富でございまして、余りサービスの量で困ることは無いんでありますが、介護保険ができる前は、保険あってサービス無しだと、マスコミはやたら騒いでサービス無いから大変だ大変だという雰囲気がありましたけど、介護保険始まって蓋を開けてみて半年経ってみて、所謂要介護度別の支給限度額を目一杯使っている方はほとんどいらっしゃらないと、わずか数%に過ぎない、全国統計によりますとだいたい30%から40%の限度額から、限度額の3割から4割しかサービス利用なさらないというデータが出ておりますけれども、また何故それ位しか使わないのかな

というのが、私は若干不思議に思うんですが、当初、保険あってサービス無しと言われてきて、蓋を開けてみたらば極端な話し、事業社あって利用者なしというか、それが端的に表れたのがホームヘルプサービスの全国展開をされている著名な企業がありますが、そういう所がホームヘルプサービスの撤退、企業縮小されましたね。あれは利用者がいらっしゃらないからだと思うんですが、私は何かそこが日本のですね、一番最初の議論に戻りますが自立心にどこかで繋がっているんじゃないかなと気が実はしています。例えば、病院に入っているのはなんとなく大儀が立つからいい、自宅に帰れば大儀が立たないというか、自宅に帰ってヘルパーさんに家に来ていただいて、困ったことをどんどん世話してもらおうというふうにしちゃんと権利を主張する、そういうところまで日本は成熟されていない。そういう方が家にとことこ来るのは、なんかまだ恥なんだとか、そういう文化がまだ残っているんじゃないかという気がちょっとしているんですが、そこらへんはどうでしょうか。

**【山本】** 確かにあるかもしれないですね。実際的に要介護度によって基準が決まっておりますけど、充分その限度額を超えずにですね、自分の場合はこのくらいで今のところいいので、来てもらうとちょっと申し訳ないし、自分の出来るところでやっていけばいいと、だからそれだけ全部使う必要ない、これでなんとか今のところやっているから他に迷惑掛けたくないから、もうこれくらいでいいですということは現状としてはあります。

**【石川】** そうですか。介護保険から現在どうしても影に隠れてしまう、高齢者問題が前面に出てしまいますので、障害者とか障害児そして精神障害者の問題は若干影に隠れておりますが、そっちのほうの政策もかなり進んでおりましてノーマライゼーションプラン、ぐうっと進んできておりまして、障害者政策も実は介護保険を睨みながら、いろいろと変革の真っ最中で、障害を持たれてる方々に対するケアマネージメントなどということも最

近言われ始めています。さあ介護保険が形良くなっていかないと、障害者の政策も形良くなってこないじゃないかなと、大変気になるところですけども、そこらへんの制度全体に関して奈良さん、何かこういう所がポイントじゃないかというご意見ございませんか。

**【奈良】** 私の理解では、例えば福祉法いろいろありますけども、いま障害児、障害者つまり高齢でない、つまり青少年の方、これまでそれなりの対応はなされて来たんだと思うんですね、ただ急に高齢社会になってそちらのほうに国も国民も、目が向き過ぎてややもするとそちらが軽視されているように思われているけどもそうではないのではないかと、私自身は思っております。先程の、これは全てではありませんが、障害者スポーツ等とりまして、すそ野が相当広がって来ますし、これも先生のほうでも触れられましたが、障害を持った方々が勤務するというんですか、雇用されるということもひとつは法律がバックグラウンドにあるということもありますが、やはり結構浸透してきている、障害がありながらやはり働いている人も増えている、あるいは就学する子供も当然増えて、インテグレーションをしている所もあるとかですね、緻密というか確実にそういうものは広がってきていると解釈しているんですがね。

**【石川】** ありがとうございます。そういう事を考えますと、いわゆる肢体不自由と言いますか、障害者は今現在、統計は数年前ですが300数十万人いるというデータがありますし、知的障害者が41万を超えていると思います。精神障害者は217万これは正確な値かどうか分かりませんが、もっと多いかもしれないと。トータル600万人に近い障害者がいて、そして特に高齢者の方々は身体障害者として申請なさらない場合が多いですから、おそらくかなりの数、本当は障害を持たれている方がいると、ましてや昨今のその遺伝子とか工学の面の発展によると、皆さん障害をもつだけ

の遺伝子をもっていらっしやると生まれつき、何年経つと障害をもちますよということまで可能性としては分かるようになるかもしれない。ある科学者に言わせると、人間は皆さん障害者なんだと、形に現れていないだけだとすると、そんなような意見をおっしゃる方もいらっしやいます。そういう意味でこれからのトータルリハビリテーションということに対して、そろそろ時間も無くなって参りましたので、奈良さんからトータルリハビリテーションに対する21世紀の思いというものを、ちょっと簡単にまとめてコメント頂きたいと思いますが。

**【奈良】** これは今司会者の方が言われましたように、科学者に言わせれば全ての人間がなんだかの障害を持っていると、これは遺伝子的な部分も含めてだと思いますが、今ここにいらっしやる方、私も眼鏡を使っていますがこれもひとつの障害ですよ、耳がちょっと遠くなった、これも障害だろうし、そういう意味じゃ全ての人間がなんだかの障害を持っている、ちょっと家族に問題がある、家族関係に問題がある、これは社会的な問題ですよ。障害ですよ。あるいは職場でちょっと上司とうまくいかない、仕事がどうも思うようにならない、これもひとつの障害だと、だから先程の社会的リハビリテーション、職業的リハビリテーション、教育的リハビリテーション、医学的リハビリテーション、こういうものをトータルで総合リハというのかトータルリハというのか、そういうふうにと考えるとあらゆる側面から人間を見ると、障害を背負っているんだということですね。これはキリストだけではないだろうということですが、最後にお見せしたスライドはそういう視点も含めて、変化する我々が変化する環境の中で遅く生まれた時に可能性を受けたわけですから、それを自己実現していくのは自己責任だと私はある時に思いまして、それをずっとできるだけレベルを高くしようとして生きてきたわけですけども、そういう事がやはり今後益々21世紀には大切になって

くる。それはできるだけ早めにですね、そういうような環境で人間を育てていくということが重要で、当然これは政治レベルを含め経済もそちらのほうにシフトしていくということが大切かと思っています。

**【山本】** 私自身が海外とか実際に大会とか行きて、一番考えるところがあるのは、知事のほうからもちょっとお話がありましたように、トイレをひとつだけ取り上げさせていただくと、日本では障害者のトイレというのが非常に沢山できつつあるんですけども、特にアメリカあたりではですね、私は思うのは障害者も使えるトイレ、所謂「の」と「も」の違いなんですけど、非常にこれは大きいじゃないかな、何故かと言いますと「障害者の」と言いますと、障害者と健常を分けてしまっているという事になるわけですけど、海外では「障害者も」と言うことは、一般のトイレの中に一番奥に、障害者も使えるスペースのあるトイレがあるわけで、私どもが使わない時には実際に乳母車を押ししたりとか、あるいは荷物を持った人達が日常には利用できるわけですから、そういう総合的な考え方というのが、今後は是非必要ではないかなと思っています。最後にスポーツの事で、わたくし知事に大変感謝しています。それは何かと言いますと、国体のほうでわたくし大分参加させて頂いたんですけども、始めて神奈川の方で行われた国体の時に、県知事がですね、団長で来られたのは初めてじゃないかなというふうに記憶しております。それだけこの橋本知事は、障害者と同じ目線で考えられる人じゃないか、いや考えようというふうに思っておられる人じゃないかなと。開会式の前に、非常に朝早くから私ども待たなければいけない、それも実際に知事はずっと最初から最後までおられてそのことを体験されて、そして多分よさこいピックにおきましては素晴らしい大会を開いて頂けるんじゃないかと、それによって実際的には高知県の皆さん方が、特に障害者の人達が、スポーツをやろうとやってみようと

いう形で、実際的にはスポーツをする障害者の方が増える、そのことによって自立もしていくでしょうし、健康も維持していくでしょうし、社会復帰していったノーマライゼーションかというような総合的な事が生まれてくるんじゃないかと思いません。大変期待しています。

**【橋本】** なんか面はゆいような気が致しますけれども、最初にも言いましたように総合リハビリとは一体何を総合するのか、というご質問を打合せの時にした知識ぐらいの事ですから、これと言ったまとめにはなりません、その中で先程も社会参加というか、職業リハビリ的なお話がございました。これに関して幾つもの壁があると思います。そういう壁を取り除いていくことが必要かと思えます。ひとつは縦割りの壁ですね、障害と言っても身体障害、知的障害、精神障害というものが日本では極めて縦割りに成っていると思います。例えば法律の中での扱いから言っても、身体障害者手帳を持っておられる方は、JR等の公共交通機関の割引の制度がございます。ところが精神障害の手帳の方は、こうした割引がございません。この為に通所で月に例えば3万位のお金をようやく頂いている方にとって、大変負担が大きい事に成ります。これは別に自慢ではございませんが、こうした実態がございますので、県では精神障害の方にも、バス代などの片道分を補助をするということをしています。こういうような精神、知的、又身体ということによる不均衡がまだまだあるんじゃないかなと。こういう壁も取り除かなきゃいけないということと、授産所とか通所ということも今はそれぞれの障害別で行われています。皆さんもご承知だと思いますけども、スウェーデンには有名な国営の障害者のみを雇用している会社がございますが、ここはもう身体も、知的も、精神も、更にアルコール依存症の方も含めてですね、全てをある意味では同一に扱って様々な仕事をしていただく。しかも単なる単純作業的なものではなくて、サービス業も含めてやっていただくとい

うことをやっています。こういう視点が我が国でもそろそろ必要ではないかと思えます。今たまたまうちでは職員提案事業というのをやっています、職員の人から自分の持ち場でなくても、こんなことをやってみたらどうかというアイデアを貰ってですね、いいものを貰ったら事業化するということしていますが、ヒアリングをしていましたら、たまたまある女性の職員が、知的障害の方々に単に単純作業をしてもらうのではなくて、知的障害者ならではの心の優しさを生かして、介護保険の中で又は補完の形で、お年寄りへのサービスをしていくような仕組みが造れないだろうか、そういう職場が造れないだろうかという提案がございました。聞きますとなんか滋賀県でですね、このつい10月からまさにそういう知的障害者の方々を、いわば3級ヘルパーなどの扱いで仕事をしていただくような仕組みを造られて、動きはじめたということを伺いましたので、そういうことも是非勉強したいと思えます。が単に障害者だから単純作業というような、固定観念の壁も破っていく必要もあるんじゃないかと思えます。あともうひとつ、情報化がこれだけ進んだことによって距離の壁とか、移動の壁も取り除くことが出来るんじゃないかと思えます。山本さんの話の中にも、なかなかその移動がということがというがありましたが、もちろんその問題も解決していかなければいけません。けれども併せてこのパソコンなどのネットワークを使って、様々なビジネスができるようになってまいりましたし、そういうことを障害者の方々にお願いできる、またそれがやれるだけの力ある方も出てきました。県内でもマイセルフネットワークという名前で、これは脊損を始めとする車椅子の方が中心ですけれども、障害者の方々が県内だけでなく、県外の障害者の方とも一緒になった組合を作ってですね、自動車会社の福祉自動車のモニターをすとか、まだビジネスまではいきませんが、ネットワークとしての活動をされようとしています。こういう事もこれから考

えていくべき視点ではないかと思えました。あのもうひとつですわね、健康な人もリハビリの対象だと、又石川先生が全ての方は、ヒトゲノムから言えば障害者になる可能性があるというお話しがございました。それに併せて言えば、私も言いました、山本さんも言って頂きました、ユニバーサルデザインという事をこれからの地域造りの中では、基本として考えていかなければいけない。なかなか財政の問題がありますから、そう一ぺんにいきません。しかし考え方の基本として、皆がそういう考え方を持つということがまず必要ではないかというのを思えます。もうひとつ、石川先生から最初にリハビリの職種というものが、理学療法士さんや作業療法士さん、言語聴覚士、いろいろ他にもあるのではないかというお話しがございました。多分他にもいろいろあると思えますし、これはリハビリという分野だけでなく、これからの健康作りということを考えれば、栄養士さんなんかもちろん大切な分野だと思えます。それからユニバーサルデザインという事を考えると、建築の専門家も大切な分野だと思えます。というようにですね、いろんな分野の人達が、例えば障害とかりハビリということをテーマにして取り組む課題は一杯あるし、その事はこれからの高齢社会に、多様していくいろんなモデルを造っていくきっかけになるのではないかというのを思えます。そんな意味合いで、一番最初のお話しでも紹介しましたように、県でも理学療法士さんを、県立病院のリハビリの担当という意味ではない職種として採用始めましたし、市町村の中でも、そういう意識を持って採用されるということが出てまいりました。今後、理学療法士さんだけではありませんが、こういう職種の方々が病院で患者に対応していくというだけではなくて、この地域の中での仕組みづくり、又政策ということにどう関わっていけるかということも、是非興味を持って頂いて挑戦していただけたらいいのではないかと思えました。以上でございます。

**【石川】** ありがとうございます。ちょっと時間が超過致しましたが、最後に橋本県知事がまとめていただいたような感じでございました。リハビリテーションという共通の目的、目標に向かって多くの職種、もしくは地域の方々と壁のない社

会をつくって、統合に統合という言葉がいいのかどうか分かりませんが、そういった壁を造らないでやっていこうと、こういう事で今日のディスカッションは締めさせていただきます。どうも皆様、ありがとうございました。

【講 演】

## WHO国際障害分類改定の動向

日本障害者リハビリテーション協会副会長  
WHO国際障害分類日本協力センター代表

上 田 敏

只今、ご紹介頂きました上田でございます。私はこの会の主催団体の一つである日本障害者リハビリテーション協会の副会長も兼ねておりますので、主催者側の者といたしましてもお休みの日にこれだけ多数のお集まりをいただいたことを感謝いたします。

本日お話し申し上げますのは、「WHO 国際障害分類改定の動向」ということで、先程からアナウンサーが、国際障害者分類と言われておられますが、これは原稿か何かの間違いです。多くの方は障害者という言葉には、新聞、雑誌、マスコミで慣れていらっしゃると思いますが、「障害」というふうには障害だけ取り出して、言わば問題を抽象的に扱うことには慣れておられないのではないかと、それがたまたま今の形で表れただけなのではないかと思えます。それも無理もないことなんですが、後で障害者の概念と障害の概念とは決して同じではないのでそのどこが違うのかということ、はっきりさせたいと思っています。

もう一つ大事な問題に触れてくるのですが、国際障害分類というのは障害者の側、障害者運動の一部からですが、非常に批判の目で見られている面があります。それは障害者を分類しようとしているのではないかということです。それは決してそのつもりはなくて誤解であります。これは障害を分類する、つまり障害を持っている方が感じている、非常に困っている問題を分類しようとしているものでありまして、障害者を分類しようとしているものではないということです。そういう意味で先程のアナウンスの「者」という言葉が入るか入らないかということも、ちょっと私には気

になるということでございます。

それでは、スライドを見ながらお話を進めたいと思います。まず、国際障害分類というものをリハビリテーションの分野で取り上げる、これは様々な意味があるわけですが、非常にアップデートなごく最近のトピックスにも関係しているということをお話したいと思います。

### 「障害分類の今日的意義」

一つは今年（2000年）の四月に介護保険の導入・発足と関係いたしまして、医療保険の中でリハビリテーションに関する非常に大きな変化がございました。これが「回復期リハビリテーション病棟」というものです。午前中話されました石川先生等が大変ご苦労のうえこういう新しい制度が誕生したわけです。その制度の大事な部分として、リハビリテーション病棟で必ずやらなくてはならないこととしまして、「リハビリテーション総合実施計画書」に基づいてチームワークであらゆる職種の人が障害のすべてのレベルについて総合評価をしなければならないと定められています。これは、毎月評価をし計画を再検討していかなければならないのです。その中には主観的障害、環境、第三者の不利という、狭い意味の障害分類からは離れて広がりのある問題まで含まれるようになりました。これは国の厚生省が障害分類の考え方をはっきりと取り入れたという点で非常に画期的なことです。そういう総合評価、つまり障害のあらゆる側面を考慮した上でプログラムを実行して、その実行した成果をもう一度、毎月の総合実施計画書で判断してうまくいっているかどうかを見ること

が義務づけられたということです。これは将来的には日本のリハビリテーション医学、リハビリテーション医療、その全体を大きく変えるきっかけになるのではないかと考えています。

### 「古い障害概念の問題点」

話をもとにもどしまして、古い障害概念からお話したいと思います。この古いという意味は、今は国際障害分類の第2版が検討されていますが、それと比べて第1版、1980年に作られたものが古いという意味ではありません。むしろ、それよりも更に古い障害概念が実は現在でも日本においては非常に支配的である、我々自身もそのしがらみから抜け出せていないという点で、一度古い所に戻ってその問題点から考えていく必要があるわけです。

その第一は、法律、行政の上での障害者概念という事の問題点です。第一の、最大の問題点は基底還元論（後で説明します）的な障害規定、すなわち機能障害のみで、障害の全てを決定できるという考え方です。

それから第二には、障害というものは、治らないもの、固まったもの、長く続くものであるという規定。これはもとの法律にははっきりと不治・固定・永続という言葉が出されていましたが、最近はこの言葉で言い換えるようになってきています。しかし、こういう考え方は（間違いなのですが）依然として強く残っております。

それから第三の問題点は障害者と国が認めるものは法律で決められており、その範囲が諸外国に比べて非常に狭い。そのため日本の障害者の統計上の数は、欧米の3分の1ぐらいにしかならないで、いつも問題にされています。しかも、障害に関係する法律が多数ありますが、その法律によって微妙に障害者の範囲が違ふということも問題になります。それから身体障害者福祉法による障害等級の規定ですが、これは、今から約50年前に作られたまま基本的に変わっておりませんので、そ

の間のリハビリテーションの進歩、医学の進歩などに照らしてみますと、今は非常に混乱した不合理なものと言わざるをえない面が出てきております。

今申し上げたことは誰でもご存じの事で、ここにいらっしゃる方ならご存じのことばかりで特別新しいことではありません。ただこういう不合理を正そうという積極的な動きが、まだ障害者側からも専門家側からもちゃんとした声となって上がってきていなということが問題です。厚生省もこういう問題に気がついているのですが、うっかり手をつけると大変な問題になるということで及び腰です。やはりこういう事は改正しなければならないという声が大きく盛り上がらないことには、厚生省としても動けないという現状です。

次に考えたいのは、法律や制度が悪いと批判することは楽ですが、実は我々、障害者の為に働こう、何か役立とうと思っている専門家の中にも、古い障害概念が悪い影響を与えていることを反省する必要があるということです。特にリハビリテーション医学において、基底還元論が強い影響を与えておしまして、それは機能障害を回復させない限り能力障害も社会的不利も改善することができないという考え方です。今日は、なぜそれが間違いなのかという点をいろんな角度からお話申し上げます。

次に、これは私の専門分野ではないので他のところに口出しすることになるのですが、職業分野、福祉分野、あるいは社会リハビリテーション分野における問題点として、医学の方がこういう基底還元論的な考え方に陥っていることへの反動と致しまして、むしろ本人を変えるのではなくて、環境を変えるということでしか問題は解決できないという、環境改善万能論というものになっていないだろうかということです。これは私としての疑問の提起です。

## 「基底還元論とは」

それでは基底還元論とはどういう事かという、これは還元主義とも言いますが、要するに複雑な構造を持っているものがあつた場合に、より複雑な上位の現象をより単純な低いレベルの法則で説明できる、つまりそれに還元できるという考え方です。

これは医学において非常に強い考え方です。それはなぜかと言うと、現代の医学は還元を通してかなり成果を上げてきたからです。私たちが、実際の臨床で出会う病気を持った、又は障害を持った方は一人一人の具体的な個人であります、とても一人一人の個人を別々に取り扱うということでは学問としては成り立ちません。これは実はこれを成り立たせていこうとしているのはリハビリテーションなのですが、普通の医学の最初の出発点においては成り立ちませんので、一人一人の個性性というものを括弧にいれまして、身体というものに還元してしまう、そうすれば皆共通であろうと考えるわけです。それをさらに器官系、器官、組織、細胞、細胞の中の代謝過程というものに還元し、染色体、遺伝子、DNAまで還元していくのが今の医学の一番先端です。その結果としまして、例えば進行性筋ジストロフィー症のような遺伝的な病気に対してDNAを変えることで、その病気を根本から治そうというようなDNA治療が現実性を帯びてきています。まだ実現はしておりませんが。そういうところで医学の最先端の分野では還元論、還元主義が有効であるという面があります。

しかし、医学のあらゆる面で基底還元論が有効なわけではありません。ましてリハビリテーションの面でも基底還元論はいいのかと言うと、それは全くそうではないのです。これは問題の単純化であつて、間違いであつて現実にも無力であります。なぜかと言えば、リハビリテーションというのは医学であろうと、社会リハビリテーション、職業

リハビリテーションであろうと、具体的な一人一人の社会的心理的なQOLの向上を目指すものでありますから、複雑なものを複雑なままにとらえるものでなければならないのです。その為には、一挙に直観的に捉えることはできませんので問題を分析して、分析したものを構造的に再構築して総合して捉えなおすということでもあります。もちろんリハビリテーションだけが例外なのではなくて、医学のいろいろな分野を見ていきますと必ずしも基底還元論が常に正しいのではないのです。物理学や化学のようにもっとも科学的と思われる学問でも基底還元論が常に成り立つわけではなくて、例えば酸素と水素の性質を別々にいかに研究しても、それが組み合わさって出来た水の性質は分からないということがあります。水は水として、水自体を研究しなければいけないのです。

リハビリテーションにおいて基底還元論が無力であるというのは次のようなことです。リハビリテーション医学においては、かなりの機能障害があつて、すぐには治せない、長い時間かけて少しは軽くなるかもしれないが、それでも無くなることはないという場合が非常に多いのです。ではそれでおしまいかというとして決してそうではなくて、能力障害を直接解決する手段や技術が非常にたくさんあります。それをうまく利用すれば基底還元論に陥らずに、基底還元論よりもはるかに有効な効果をあげることができるわけです。この点でこれから申し上げていきますが、障害構造論というのはリハビリテーションの実際を最も有効に患者、障害者の方々に役に立つように進めていくのに非常に大きな力を発揮するものなのです。

## 「新しい障害概念の特徴」

それでは、今度は新しい障害概念というものがどういう特徴を持っているかということです。この新しいというのは、現在WHOが検討している第2版が新しいということではなくて、むしろWHOの第2版にも盛り込まれきれなかったもの



を含め、今後の課題として残っているいろいろな特徴も含めて申し上げたいと思います。第2の大事なことは障害の概念と障害者の概念の区別（障害者のプラスの側面への注目）ということです。次は、障害と疾患の区別をはっきりさせる。特に症状と機能障害との違いを明確にさせるということ。第3は障害の構造的把握、第4は障害発生の原因として環境ということ。第5は障害の主観的側面、これを「体験としての障害」といっておりますけれども、それから第6は「第三者の不利」というものを障害論の中に取り入れる必要があるということです。

まず障害とは何かをはっきりさせたいと思います。障害とは、疾患、病気そのものではない。しかし疾患から起こってきた生活上の困難、不自由、不利益。要するに生活上の問題である。病気が生活に悪影響を及ぼしたものを障害と呼ぶという理解が大事であります。障害を考える場合には常に、実際の生活にそれがどういうマイナスを生じさせているのか、そのマイナスをなくすにはどうしたらいいのかと、考えながら進めていかなければならないのです。

次に障害の概念と障害者の概念とは、どこが違うかということですが、これを考えるにあたっては、私自身が行ってきたリハビリテーション医学を振り返ってみたときに見えてくるものがありました。障害者、高齢者などリハビリテーションの対象になる方がいらっしゃるにしまして、リハビリテーションの目的としましては「新しい人生の確立」ということが言えると思います。リハビリテーションというのは元の体に戻ることはないかとか、少なくとも元の生活に戻ることはないかと考えていらっしゃる方が非常に多いと思いますが、私はそうではなくて、障害を持ったことを契機にして新しい人生を確立する、新しい人生を造りだすというふう考えるべきだと思います。

今日の午前中の座談会でも山本さんが非常にいい例をお話してくださったと思います。自衛隊に

戻るのではなくて、ソーシャルワーカーとして道を切り開き、新しい人生を築いたということが、山本さんのリハビリテーションが非常に成功したという最大の重要な点です。

新しい人生、それはその人にとっての最高のQOLの実現でなければなりません、それを目指してリハビリテーションを行う場合、我々はとすれば障害というマイナスの面にだけ目をとめがちです。今までの医療というものが病気という「悪いもの」を治すという考えでずっとやってきましたから、その惰性で私たちのリハビリテーション医学においてすら、障害しか見ない、病気の代わりに障害を見るという点はいいのですが、障害だけしか見ないという傾向があります。これは本当はいけないのです。

### 「障害者の概念と障害の概念との違い」

なぜかと言いますと、障害者の全体像を見るとしますと、その中で障害は一部を占めているだけであって、残りは健全な機能や能力であるわけです。この健全な機能や能力は、今すぐ目の前にあるものだけでなく、隠れているがリハビリテーションの技術を用いて引き出すことができる、潜在的な能力というものも非常に多くあるわけです。

さらに、障害者も個性を持っている。これは健全者も障害者も人間である限り同じです。ただし、個性というものは平等に持っておりますが、一人一人皆違うわけです。一人一人違う個性を持った人間がリハビリテーションの対象なのだということ。一人一人違う個性を持っていれば最高のQOLも一人一人違っている。その人に一番合ったものを見つけていくということが大事です。

そのためにリハビリテーションで行なうプロセスは障害を減らす（マイナスを減少させる）ことだけではなくて（これだけだと思いがちですがそれだけではありません）、潜在能力の開発増進によってプラスを増大させるということの方が、私自身のリハビリテーションの経験を振り返ってみ

でも上手くいった場合が多いのです。それで初めて目的とする最高のQOLが実現できるのです。このようにプラスに目を向けプラスを増やすことに努力するということが、リハビリテーションの非常な特色でありまして、その意味でリハビリテーションは「プラスの医学」だと私は言いたいのです。これは実は社会リハビリテーションにおいても、職業リハビリテーションにおいても、教育リハビリテーションにおいても、基本的な考え方は同じではないかと思えます。

### 「障害と疾患との関係」

そこで障害と疾患の関係にふれますと、疾患が無くなって障害が残るのではありません。疾患は無くなったが障害を残すというのは今の法律で欠陥治癒と申します。身障者福祉法の診断書あるいは障害年金診断書を書く場合に必ず疾患が治った日を書かなくてはなりません。何年、何月、何日と。これは治ってないのですから、それを欠陥治癒という変な言葉で呼ぶのですが、我々医師としては非常に抵抗があります。障害者の方も治ってもいないのに治った日と書かれることに非常に抵抗があるわけです。それは要するに疾患は治ったが障害が残ったという、今までの古い法律の考えに立っているのです。

これはこの法律が出来たときに主な障害であった「古典的」な障害、切断であるとかポリオには当てはまるのですが、それ以外のものには当てはまりません。例えば慢性関節リウマチとか筋ジストロフィー症とか内部障害、この中にいろいろな難病なども含まれますが、それから精神障害などには全く当てはまらないわけです。脳卒中や脊髄損傷はちょうどこの中間ぐらいのところにあります。要するに現在は疾患と障害が共存するという場合が多くなってきています。だから古典的な障害だけだった時代の時に作られた古い考え方が、全く時代遅れになってきているわけです。以上のべた障害の概念をふまえて、障害構造論に入って

いきたいと思えます。

### 「障害構造論」

WHO 国際障害分類の初版（1980年）のモデルは、疾患があり、そこから機能・形態障害が起こってくる。そしてそこから能力障害が起こってきて、そしてそこから社会的不利が生じてくるというモデルです。また能力障害はないが、機能・形態障害から直接社会的不利を生じるような場合もあるということが指摘されておりました。これは障害の階層性、障害を3つの階層に分けるということを明確に示した、しかも国際的な権威ある機関がそれを打ち出したということで画期的でありました。障害者に対するリハビリテーションの臨床におきましても、行政におきましてもまた学問的にも、非常に大きな影響を与えたわけです。

階層性ということ、ここで詳しくお話しておきたいと思えます。ここを理解していただかないと同じモデルをかなり違った形で解釈している場合が多いものですから、そうではない、一番正しい解釈をしておきたいと思えます。

階層性とは、先程も少しお話ししましたが、物事を単純から複雑への様々な階層からなっている積み重ね構造として把握するということです。世界はそういう構造をなしているわけです。そしてそれぞれの階層の間、上と下との間に相互依存性があります。これは相互に影響し合うと言ってもいいです。上のものが下のものに、下のものが上のものに影響する相互影響性、相互依存性ですね。しかし一方では相対的独立性が存在しているということが非常に大事です。これは一つ一つ具体的に研究して行って、具体的な研究の中からここが依存している、ここが独立しているということを決めていかなければならないものです。一般論としては、両方があるのだ、どちらかしかないと考えてはいけないうとしか言えません。後はどういう独立性、依存性なのかは一つ一つの個々の事実在即して発見していかなければなりません。

より高い、より複雑な階層の現象を、より低いより単純な階層の法則で説明しつくすことはできません。もちろん一部は説明できます。それは相互依存性によっていますし、できないということは相対的独立性を表しています。基底還元論というのはその相互依存性を絶対視し、相対的独立性を無視する間違いだということです。

実は世界はこのようにな階層構造でできています。世界の最も根底を成しているのがクォーク、それが組合わさったのが素粒子で、非常に数の少ない粒子です。それが組み合わさって100数種類の原子となります。それが組み合わさって分子となる。これは、組み合わせの仕方ではほとんど無限にあります。無機の分子から有機の分子まで、蛋白質自体で一つの分子であるというぐらいに非常に様々なものがあります。それがまた生命をかたちづくれます。これは大きな飛躍でありまして生命が発生したということは極めて大きな変化ですね。それも単細胞からだんだん複雑になって多細胞になる、植物と動物の区別が生ずる。動物の中に霊長類ができ、その中に人間が生まれる。その人間は言語とか意識とか思考とかいうように、また一段と高い活動を始める。そういう人間が寄り集まって社会を作ります。社会の法則というのは一人一人の人間のことだけを研究しただけでは分からない、複雑な法則を社会は持っているということです。

これも途中のことを省いて大まかな階層を言っているわけです。我々が生きている宇宙、世界はこういう構造・階層性をもっているということです。従って全てに関して相互依存性と、相対的独立性というものは一つ一つ研究していかなければいけないのだということです。

話が大きくなりましたが、障害分類に戻りますとWHO国際障害分類でもう一つ覚えていただきたいのは、疾患に関しても階層性があることを提起したことです。これは、あまり有名ではありませんが、序文にははっきり書かれています。まず

「病気の原因」がありそれによって起こった体の働きの変化、「病理・病態」というものがあります。そして次に表面に現れてきた「症状」があるということです。ここで問題なのは、機能障害を示す名称が、症状の名称と同じもの使っている場合が多いことです。実は意味は全く違うのですが、非常に混乱・混同を起こしやすいということです。これは詳しく申し上げる時間はありませんが、「症状」は疾患に属するもの、「機能障害」は障害（生活に及ぼす悪影響）に属するものということです。名前が同じであっても決して内容は同じではないのです。

### 「WHO 障害分類初版への批判」

WHO 国際障害分類の初版の話に戻しますと、これには価値を認めつつも色々な批判がありました。私の名前をあげて大変恐縮ですが、私は1981年に主観的障害を無視しているという批判をしました。これは建設的な批判です。その後、カナダのグループ、それから少し広まって世界中の障害者運動が、障害の発生における環境を無視してはいけないという批判を行いました。それから欧米のみが中心であってはいけないとか、障害者が参加せずに研究者だけで作ったからいけない（これは事実であります。）という批判がありました。また矢印の方向が一方方向けというのは、ある病気になるれば、必ずこういう経過を経て社会的不利が生じるのということを言っており、運命論的であってけしからという批判もありました。しかしこれは実は誤解でありまして、初版の本の序論ではそういうものではないと例をあげて書いてあります。構造として捉えるということが、そもそも運命的であるということはないということであり、序論を読まないで、モデルだけを見てそういう印象を持ってしまったということは非常に残念です。社会的不利の分類が不備であるという批判がありましたが、これは実際に7項目しか無かったわけで不備でした。またマイナスの面だけを見

る医学モデルであるという批判もあったわけです。

### 「主観的障害の重要さ」

私はどういふことを申し上げたかと言うと、1981年に日本語と英語で論文を書いたわけですが、まず WHO のこういう障害のモデルを紹介いたしました。それに私自身の細かい修正として、疾患から直接社会的不利を起すこともあるというような例をあげました。これはその時に念頭においていたのは20年前ですから、結核とかハンセン病とかを考えていたわけです。今となって一番よい例はエイズですね。HIV というウイルスを持っているだけで、発病もまだしていないのに、従って疾患でもない、機能障害も能力障害もない。しかし、HIV を持っている人は、社会的に非常に不利を被ります。そういう意味でそういう線も追加致しました。

しかし私の一番言いたかったことは、WHO がこういうように障害を定義してくれたのは非常にいいことだけれども、まだ依然として客観的な障害に止まっており、その他に、主観的障害というのがある、そしてそれが疾患から起こってきたり、客観的障害から起こってきたりする、そして客観的な障害を克服するリハビリテーションのプロセスにも非常に大きな反作用を引き起こすということを指摘しました。これを取り上げないのでは人間の持っている障害の半分しか取り上げないことになるという批判したわけです。その後私のモデルには環境を含めたモデルも入れ、環境の影響は客観的な障害にも影響を及ぼすが、直接主観的な障害の原因にもなるということを示そうとしました。

次にカナダモデルというものがありません。障害に及ぼす環境の影響を非常に強く出したモデルですが、これは社会的不利が生ずるプロセスを解明しようとしたモデルです。病気によって機能障害が起こり、能力障害が起こる。しかしこれが直接社会的不利を生ずるのではなくて、社会的不利を生ずるためには環境因子が大事であります。環

境因子の内の「妨害因子」ですが、これが機能障害や能力障害と交互作用することによって、社会的不利が生ずるのだということを示したモデルです。これは非常に大きな影響を及ぼしました。

### 「WHO 国際障害分類の改定過程」

こういう批判を受けまして WHO は1990年に予備会議をし、それに続いて、1992年から毎年、国際改定会議を欧米各地で開きました。そして1996年にアルファ案を提示しまして各国の意見を求めました。それに基づき、1997年にベータ1案というもう少し詳しい分類案を提示しまして、それに関するフィールドトライアルつまり実際に使ってみたり、多くの人の意見を求めたりして、その結果を WHO に集めるということをしました。

我々が中心となって日本でもベータ1案のフィールドトライアルを行いました。そしてその中間評価のために、私どもが中心となり日本障害者リハビリテーション協会の後援と厚生省のご援助もあり、第6回国際改定会議を東京で開きました。これは欧米以外の国で最初に開いた国際改定会議です。その後も欧米に戻っていますので唯一の例です。我々は財団の補助も得まして、アジア地域の障害者関係者、リハビリテーション関係者を招待しまして、アジア地域への国際障害分類の普及のための努力もこの会議の際に行いました。その後現在までこういう会議が続いておりまして、この11月にマドリードにおきまして最終的な案について改定会議が行われまして、来年の5月に WHO の総会において正式に決定するという予定になっております。要するに現在は最後の最後に問題が煮詰まってきているということです。

私どもが作りまして WHO 国際障害分類日本協力センターは WHO から公認されておりまして、こういう協力センターは世界で8つのみとなっています。日本以外は全て欧米でありまして、先程の欧米だけが作って他の文化に通用しないのではないかという批判に対しては、日本が大きく貢献

しているということが大きな意味をもっているわけです。協力センターの活動としましては、第3回から連続的に国際改定会議に参加しておりますし、日本の国内においてもいろいろPRしてきました。そしてベータ1案のフィールドトライアルを行い、いろいろな広報活動を行い、先程申し上げた改定会議を東京で開催し、ベータ2案のフィールドトライアルが現在進行中です。そしてベータ2案の翻訳を8月に行い、非常に多くの専門職の団体や障害当事者の団体の意見をいただきまして、それを集約しました最終案を8月の半ばに決定しまして、それを自費出版として協力センターから出版するべく印刷会社に入りまして、今第2回目の校正を行っているところです。まもなく発行されると思います。実費でお分けしたいと思っております。

### 「国際障害分類の目的」

この間に明らかになってきた国際障害分類の目的ですが、まず共通言語の確立ということが大きな目的となっています。これはまず専門家同士の共通言語です。専門家といいましても医学、福祉、職業、教育あるいはそれより広い、例えば法律の専門家の人達の間で使っている言葉の概念が違うということです。言葉が同じであってもその定義が違うということがありますのでそれを共通の立場に立って物事を考えるようにしようとしています。それは専門家と障害者の間でも同じですし、異なる障害種別の当事者の間でも同じではないかと考えられます。

第二の目的は臨床的評価と介入への利用ということです。医療もリハビリテーションも福祉の施策も全て介入です。よくするために働きかけという意味です。それから障害統計の手段として、調査研究・教育研究のためなどの様々な目的があげられています。

### 「改訂版における変化」

内容的にどこが変わってきたかと申しますと、一つは障害の分類ではなくて実は人間の生きていく全ての活動の分類なのだということです。従って否定的名称でなく中立的名称を用いるべきだということになりました。以前は機能形態障害と言っていたものを心身機能・構造というふうに変えました。それが障害された状態は以前と同じ機能構造障害（インペアメント）という言葉です。能力障害と言っていたものを活動（アクティビティ）と呼ぶようになりました。それが障害された場合は、活動制限（アクティビティ・リミテーション）ということになりました。社会的不利と言っていたものは、参加（パーテシペイション）と呼ぶということになりました。それが障害された場合には参加制約（パーテシペイション・レストリクション）というものです。

それと合わせまして全体のタイトルも変わりました。国際障害分類の初版は、「機能障害、能力障害、社会的不利の国際分類」という名前でした。日本語には「障害」という全てを包括できる便利な言葉がありますが、英語にはそれがなかったためにこういう三つのものを全部あげなければならなかったのです。それを頭文字だけとるとICIDHということになり、それが略称のゆえんです。

今度の新しい案はその第2版であるということですがICIDH-2と入れてありますが、「生活機能と障害の国際分類」と名前が変わりました。生活機能とは、人間の生活の場で見られる全てのことを包括した言葉です。英語にはそのような言葉はなかったのです。無理やり使っているのです。

それに伴いましてディスアビリティを、これまでは能力障害という意味であったものを、日本語の「障害」にあたる包括用語として使うようになりました。つまり人間の生きていくことのプラスの面が生活機能（ファンクショニング）であって、マイナスの面がディスアビリティに

だという解釈になったわけです。このようにディスアビリティという一つの言葉が、昔は障害の一つの段階、レベルであり、今度からは全部包括して示す意味に変わりましたので、混乱を起こすおそれがあります。

### 「改訂版の障害構造モデル」

それでは、モデルがどのような変わったかという点、初版は一次元的な流れでしたが、第2版では二次元的なものになりました。障害を3つのレベルでとらえることは全く同じです。名前が変わっただけです。それからその原因となるものも疾患という言葉を使わずに中立的な言葉で、健康状態（ヘルス・コンディション）という言葉を使うようになりました。これらの相互関係がどうかというと、これは全く全てが全てと関係し合うという両方に矢印がついたもので結ぶということになりました。

さらに新しいことは、環境因子の詳しい分類が入りまして、その環境因子と個人因子とを合わせまして背景因子、英語で言うとコンテクスチュアル・ファクターズ。直訳しますと文脈因子ということです。この2つが障害が出来ていく相互関係に影響するのだという考え方でありまして、個人因子は検討不十分ということで分類は見送られましたが、環境因子は詳しい分類が入りました。

### 「新分類の構成」

じゃあベータ2案はどのような構成をしているか、大分類だけをお話します。障害というと身体障害と精神障害、だから手足と知的な機能の問題だけだと思いがちですが、そうではなくて人間の全ての機能を含むということで精神機能から運動の機能をへて、皮膚の機能にまで至ります。これが小項目になると201と細かく分けられるのです。それに対応して身体構造の面も、神経系の構造、脳から皮膚に至るまで内蔵も含めて、小項目は101の項目に分けられます。

活動はADL（日常生活行為）から社会生活に至る活動がありまして、その中には学習活動、コミュニケーション、運動、移動、セルフケア、課題遂行、主要な生活活動まで至ります。小項目は258という非常に詳しい分類であります。主要な生活活動の中には職業とか趣味とかレクリエーションとかスポーツも入りますし、宗教なども多くのものが含まれています。

参加の大分類であります、やはり個人生活から始まって家庭生活、家事、教育、仕事、経済生活、最後のコミュニティ（社会公共生活）を含んでいます。これは小項目45となっております。将来もう少し増えるのではないかと思います。社会公共生活の中には趣味とかスポーツ、宗教、政治とか様々なものが含まれます。

今度新しく含まれた環境因子は、6つの章からなっておりまして、6つがちょうど2章ずつペアとなっております。小項目も47です。これはやや少ないですが現在最後の段階でこれを増やそうということで「環境因子タスクフォース」が一生懸命になって案を練っています。最初の2つは物的環境であります。車椅子は1に含まれます。それから建物も1に含まれます。1と2が物的環境、3と4が人的環境、5と6が制度的環境ということが出来ます。

我々リハビリテーションに従事している人間にとって非常に大事なものは、サービスが環境であるということですね。実は医療もリハビリテーションも福祉も教育も全てサービスに含まれているのです。我々がいいサービスを提供することは、障害者を良い環境の中に置いてあげること、悪いサービスを提供することは悪い環境の中に障害者を置かせるということになります。我々も環境の一部であって、環境を良くすることは、万人共通の努力目標なんだということを自覚する必要があります。

活動制限をどのように理解するかということで、これもWHOでも非常な議論になっているわけで

すが、「できるADL」と、「しているADL」というふうによく言われますがこれを例をあげて説明したいと思います。

これは実際の例です。脳卒中でリハビリテーションをある程度受けてきたが、我々の関係している病院に来てもう少し続けたいという60名の方です。その時に訓練室で歩いていただきますと、50メートル続けて歩くことができました。これは実はADLではなくて、機能障害（基本動作）ということになります。ところがその60名の人について能力障害として病棟の自分のベッドからトイレまで歩いていくというテストをしました。訓練として理学療法士、作業療法士が付き添って訓練をしたところ、全員は出来ないのです。病棟のトイレは20メートルもないぐらいなのですが、3分の2位の方しかそれはできませんでした。では自分だけで毎日の生活の中でどれくらいできるかということを見ますと何と12人しかできません。訓練の時には出来た人の中の3割ぐらいですし、訓練室の中で50メートル歩けた人の中では20%（5人に1人）にすぎないのです。このように訓練の時には出来た、しかし実際の生活の中ではできないという、「しているADL」と「できるADL」の間にはこんなに大きな差があるというわけです。このように「しているADL」と「できるADL」の両方を見なければ、本当の実態はつかめないということです。WHOでも「できる」で見るべきか、「している」で見るべきか大議論がございまして、だんだん「できる」で見ていこうという意見になっております。

「できるADL」と「しているADL」にこんな大きな違いがあると、しばしばこれはできるのにしていない、意欲がないからだと言いがちですがこれは絶対言っただけいけないことです。「できるADL」と「しているADL」の差を生む因子としては、習熟、体力、本人の理解、心理的な状況、介護の質、ADLの指導する者の力量などが影響していて、本人の意欲のなさと考えていけません。

専門家の方が反省しなければいけない点だと思っております。

### 「第3者の不利」

次に「第3者の不利」というものがあります。これは非常に大事な事です。皆さんも臨床の場で感じていらっしゃる事と思いますが、本人の発病が家族に及ぼす悪影響といえます。しかし第三者とは家族に限りません。例えば、中小企業の社長さんが脳卒中で倒れてしまい、社長業として復帰できないかみせれず、会社が倒産して社員が路頭に迷うかもしれない。

そうすると社員にもその家族にも不利が及ぶこととなります。こういうものが第3者の不利です。その人が社長業に復帰するようリハビリテーションをうまくして、それに成功すると、この方だけ社会的不利を解決できただけでなくて、第3者の不利が全部解決できるという大きな力を持つわけです。

このように社会生活に及ぶ第3者の不利というのは前から理解されておりました。心理的な問題も発生しやすいということもよく分かることです。しかし最近の研究で実際に調べてみますと家族の健康上の問題も発生するということがわかりました。つまり見舞いとか介護疲れのために病気が起こってしまう、家族が老齢の場合は特にそうです。持っていた病気がさらに悪くなったとかして、機能障害とか能力障害が起こる場合があるわけです。社会生活に及ぼす悪影響としては、経済困難、介護のため仕事を辞めなければならないことなどがあり、その結果、いろいろな心理的問題が生じます。これが患者と本人との間で摩擦を起こすということがあります。ですからリハビリテーションというのは本人を大事にしなくてはならないのはもちろんですが、本人の影響を受ける第3者の不利をなくすということもリハビリテーションにとって非常に大きな課題であると考えています。

## 「障害の主観的次元」

私が提起しました主観的次元ということですが、今回のWHOの改訂には働きかけたのですが、完全に取り入れられるということにはいきませんでした。将来の問題として、さらに努力を続けていきたいと思っております。ただこういう問題が含まれるのではないかとということが分かってきましたので、お話ししておきたいと思えます。

障害の主観的次元ということの内容は大きく2つの分野に分けられます。1つは自分の客観的な状態に対する満足度ということです。健康状態、心身機能、活動、参加、という客観的障害に対する満足度というものがあり、環境因子に関する満足度というものもあります。1つだけ例をあげますと、スポーツに参加していないということ。これは客観的に調べれば分かることですね。しかしそれがその人にとってどれほど大きな意味をもっているかということは満足度を調べなければ分かりません。例えば2人障害を持つ方がいて、両方とも今スポーツに参加していない。例えば脳卒中の方がゴルフをやることは、かなり難しいことですね。ところが、片方の人にとっては、健康な時にゴルフを毎週やって、それが生きがいになっていた。だからゴルフがない人生なんて考えられないという場合があります。しかしもう一方の方はおもともとゴルフをやらなかったから、ゴルフができないこと自体はたいして問題ではない。満足度において非常に大きな違いがあるのです。そこを考えないでゴルフをしている、していないということ客観的に測定したからといってあまり意味はないのです。

ではそういう満足度だけでいいのかと言いますとそうではない。一つ一つの満足度も大事ですけども、より総合的な主観的状态、例えば自尊心であるとか、劣等感であるとか、幸福であるか不幸であるか、受け入れられていると感じているか阻外されていると感じているかとか、そういう総

合的な心の持ち方というのがありまして、これが非常に大事なわけです。そういうものをもっと研究し分類を作っていくということで、それにそって障害者を心の底から理解しようと努めることが大事です。

## 「障害構造論の実践的意義」

この障害構造論にはどういう実践的な意味があるのか、我々はこれをどのように使いこなすべきかを考えてみたいと思えます。

1つは障害のそれぞれのレベルに応じたりハビリテーションの基本的アプローチというものがあります。直接心身機能（機能障害）レベルに対しては「機能回復」アプローチ、直接活動（能力障害）レベルに対しては「実用能力向上」アプローチ、直接参加（社会的不利）レベルに対しては環境改善アプローチ、直接主観的障害（体験としての障害）レベルに対しては「心理・実存的」アプローチです。しかしこれは直接それぞれのレベルに働きかけるということです。この他に間接的影響というものもあります。例えば、この参加レベルを向上させようと思えば、直接働きかける場合には環境改善が重要ですが、間接的に行くとすれば実用能力（活動レベル）を向上させることによってまた職業能力を高めることによって、参加レベルを向上させることができるのです。ですからこれら全てを相互に関連させることが大事であり、要するに相対的独立性に立った直接効果とともに、相互依存性にたった間接的な効果をも重視して総合的に進めていくということです。

## 「障害構造論からみたりハビリテーション医学のアプローチの3つの類型」

障害構造論から、現在行われている医学的リハビリテーションのアプローチの類型を考えてみたいと思えます。大きく3つに分類できると思えます。

まず段階論的アプローチというのは、まず機能



的障害をよくしようということだけを考えまして、それが限界に達した、麻痺なら麻痺がこれ以上よくならなくなった時に初めて能力障害レベルへの働きかけを考えます。それが限界に達したときにやっと社会的不利を考えるという、まさに基底還元論的な考え方です。残念ながら、このようなアプローチがリハビリテーション医療の分野でかなり行われているということで、これを反省材料として申し上げるわけです。こういう考え方は相対的独立性を無視した間違いであります。

同時並行的アプローチという2番目のものは、それに比べれば一見良いように見えます。機能障害に関してはPT、OTが対処する。能力障害にはOT、ナースが対処する。社会的不利に対してはソーシャルワーカーが対処するというふうに並行してそれぞれの問題に当たっていくことを同時に行っていきます。しかし問題は、PT、OT、ナース、ソーシャルワーカーのそれぞれの目標が別々に立てられていてチーム全体の目標がないということです。これは大変問題でありまして、それぞれの障害のレベルには、相互依存性があるにもかかわらずそれを無視しているのです。バラバラの分立的分業になってしまっているのです。結局効果があがらないのです。

### 「目標指向的アプローチ」

では第3の目標指向的アプローチとはどういうことかと言いますと、リハビリテーションの目的が、もとの生活への復帰というのであればもとの生活というのはその人にとって一つしかありませんので、目標は自然とそれになってしまうので何も一生懸命考えなくてもいいのですが、実は決してそうではありません。この目標指向的アプローチの出発点は、リハビリテーションというのは新しい人生を創り出すことであって、だから「どういう人生を創りだしたらいいのか」という大目標（それを主目標といいます）を決めることが非常に大事になってくるということです。多くの選択

肢の中から目標を選ぶことが大事になってくる、そのためには障害を構造的に捉えることが大事になってきます。

患者さんの持っている問題を何とか解決しようとする時の物の考え方のコースとしては、まず疾患と心身機能の状態をしっかりと把握して、そこからリハビリテーションを行えばここまでよくすることができるという「予後」を機能レベルと活動レベルと能力障害のレベルで決めていきます。これはリハビリテーションのチームが持っている能力が高ければ高いほど高い「予後」をたてることができます。そしてそこから環境因子と患者さん自身の物の考え方、価値観、そういうものをよく考えましてリハビリテーションのチームは現実的に実現可能な目標の候補（複数）を本人と家族に提示します。そしてその中から一つを選んでいただくのです。選んでいただいたものが主目標になり、それを実現するために必要なものが副目標であります。このようにして副目標は論理的には主目標が決まってからそれに合わせて決まるのですが、現実には同時に決まります。

これは各レベル（階層）間の相互依存性と相対的独立性との両方をよく考えたうえで総合的な目標を作ってチームの共通の目標とする。しかもそれに患者さんや本人が関与して共同決定とすることです。同時に体験としての障害への働きかけというのもこの考え方に乗っ取って進めていきます。

### 「インフォームド・コオペレーションと協業」

このように専門家チームが複数の目標を提示して、障害者がその中から一つのものを選ぶことを私どもはインフォームド・コオペレーションと呼んでいます。これが障害者の自己決定権を尊重し、同時にそれと専門家の専門性とを両立させる唯一の方法ではないかと考えています。これを実現するためには分立的分業ではなくて、協業にたたなくてはなりません。

分立的分業というのはお互いの縄張りを決めまして、PT、OT、ST、ナース、ソーシャルワーカーの仕事の範囲は全く別であるという、縄張りを決めてやっていく、お互いに干渉しない、干渉させない。これは実に多いことです。しかし患者さんの問題はもっと複雑で重なり合っているものですから、本当は総当たりで相当重なりを持ってやらなければならないのです。しかしそういうと「専門性を認めないのか」というお叱りをすぐいただくのですが、そうではなくて上から見ると重なって見えるけど、横から見るとそれぞれが違うことをやっているの領域は重なるが、果たす役割が違い、専門性が発揮できるのです。

### 「目標指向的なアプローチの例」

例を申し上げないと、目標指向的な考え方が分からないかもしれないので例をあげます。50歳の高校の学校の先生です。男性で脳卒中で麻痺はかなり重い状態です。しかし、積極的な目標指向的リハビリテーションプログラムを行いますと将来的には屋外歩行が出来、左手で字を書きADL・社会生活行為を全てできるようになるだろうという見通しをたてることができます。

そういう場合にADLの副目標として屋外歩行の自立の目標は共通ですからそれは行いますが、それに加えて教師として復帰するのであれば電車やバスで通勤するとか、黒板に左手で字を書くとか、左手で実験ができるとかそういうことが必要になります。これが副目標となります。そうではなく、転職して教育委員会の研究所に行くとしたら遠いので自動車通勤が必要になります。書字は黒板に書けなくてもよいが文書は書けなければならない、パソコンの操作をしなくてはならない。自宅で塾を開くという選択肢もありますが、物理以

外の教科も教えなければならないし、運動不足に対する対策も必要ですね。あるいは自治会が昔から役員をやってほしいと言っていたので、趣味の地域活動しながら自治会の役員をやっていくとするとまた違った能力が要求されるのです。どういう生活をするのか、どういう人生を創るかによってどういう能力が必要なのかが決まってきます。これはもっと細かくみればたくさんあるのでごく一部の例を示しただけです。このような違いをちゃんと見定めて初めて効果の上がることのできるということです。

### 「WHO 国際障害分類の今後の課題」

ここで終わりたいと思います。要するに申し上げたいのは、国際障害分類の改定の動向の中で今まで多くの方が、障害者自身もあれば専門家もありますが、批判されたきた事をWHOはかなり取り上げてきて、それを詳しい分類に作るという作業を、国際的な協力、改定過程に障害者の参加を重視しながら進めてきたわけです。それによって初版よりはずいぶん進歩しました。ただ、まだ残されている問題もかなりあります。今回の改定に入らなかった問題もありますし、今後の課題として残ったものもあります。それを少し申し上げると、それは一つはプラスの面を重視するということが、言葉の上ではできましたが、分類の中にプラスの面を見るというはっきりしたものが打ち出されていないのです。それから私が申し上げてきた主観的障害の問題が取り上げられていないことです。第3者の不利という問題も入っていません。これらが今後の残された問題です。

以上で終わります。ご静聴ありがとうございました。(拍手)

## 【子ども分科会】

## 障害児が地域のなかで育つには

コーディネーター：高知県立高知ろう学校 日向 国雄

発 表 者：香川県 善通寺心身障害児（者）父母の会 豊田 笑子

高知県 高知市こども福祉課 和田 静

大阪府 大東地域リハビリテーション研究所 山本 和儀

【日向】日向でございます。子供分科会ということで始めさせていただきます。私は平成5年までずっと肢体不自由の子供と関わってきまして、その肢体不自由の子供の運動動作ということでお付き合いを長い間してまいりました。彼らが卒業して、成人をむかえ今なお障害の状態でいろんな問題が生じて、電話がかかってくる。時間が取れば、「よし行ってあげよう」と言って高知県では安芸の方から清水の方まで訓練をしに出かけるわけなんですけれども、そういったいわゆるリハビリテーションの受けれる時代から遠ざかっていった子供達、青年達に対して我々がケアするだけでは何にもたいして効果がない。それは、それを地域の中でどういうふうにそういう子供達、青年達を受け入れてフォローしていけばいいのかということを考えてみたいなと思っていました。結果的に0歳から20歳までという分野の中で、それを考えるというふうな事になってきたわけですが。そこにも書いてございますように、障害のある乳児や幼児、児童生徒。この子供達、今日の朝の話の中でも子供達に対する保育や教育というものへの指導方への対処側面というのはあまり話されてこなかった。障害者の問題、リハビリテーションの問題というのは、大人というふうなそういう思いが強いのではないか。現実には我々の身のまわりには、乳児や幼児児童そういった障害のある子供たちはたくさんいるわけでございまして、子供達に対する医療や保健や福祉はもとより、保育や

教育を含めた総合的なリハビリテーション。あえて教育を含めたというのは、それらすべての子供の中にあっては学習の概念として子供の中に入ってくるということも含めて、教育を含めた総合リハビリテーションというふうに考えをもちました。そういった指導の手だてについては、高知県では療育センター、県外でもそうだろうと思いますけれども、教育センター等での指導、障害児保育や障害児学校障害児学級での指導。そういういろいろな場所で行われております。また、それぞれの障害児の学校を卒業した後もそれぞれアフタケア事業として全国的にも障害児の、就職した後の指導にも力をいれられるようになってきております。しかし、それらの指導や手だての場、子供達と関わっていく場は、彼ら障害児を取りまく地域にあってはこれまで十分な支援体制が組まれてないというのが現状ではないだろうか。保育所や学校やあるいは通園施設での子供達に対するリハビリテーションの関わりがあったとしても地域の中にあってはそれがなかなかうまく機能していない。そういった現状ではないか。最近バリアフリー社会の実現というふうな言葉がいろんな場で話があわされるようになりまして、ハードの面やソフトの面、いろいろ取り沙汰され、改善もされてまいりました。そして、幾つかの地域にあっては地域の中で障害のある子供達の成長発達を願い、家族を中心に行政の援助も受けながら支援をしていこうという体制づくりや、取り組

みがなされている事例が聞かれるようになってまいりました。

そこで本分科会では、乳幼児や児童生徒、さらには卒業後のケアも含めて地域づくりや支援活動を実践している親の会の活動事例、また障害のある乳児や幼児に対する子育て支援やその子供の指導のための通園施設の設置、障害幼児の在園している保育園に加配保育士を配置し障害幼児の保育実践に取り組んでいる行政の事例、また地域療育システムという大きな枠の中で子供達を支えていくシステムづくりのあり方等についての事例を発表していただくことになっております。

これらの事例をもとに、本分科会に参加していただいた多くの方々と一緒に考えてこれからの地域における障害のある子供たちへの支援のあり方やネットワークづくり、さらに地域が掲げている課題等についての意見を聞かせていただき障害児を取りまく地域の環境をどのように整備していかなければならないかについて21世紀につながっていく話しあいができればいいのではないかなというふうに思います。

国の教育施策におきましても、今後の教育のあり方の基本的な方向として、学校・家庭・地域の連携、家庭や地域社会における教育の充実がいわれております。子供たちに生きる力を育むという提言も大きくなされております。これは同時に障害のある子供達についても、その子供が住んでいる地域の中で障害のない子供たちと同じように処遇されなければならないと感じています。しかも障害の種類や障害の状態、そういったものを取り払った支援体制でなければならないものでありましょう。こうした活動が基盤となってバリアフリー、ハードの面から心のバリアフリーへとつながっていく地域社会づくりにつながっていくと信じております。本分科会に参加されている皆様方の忌憚ないご意見も、是非お聞かせいただきたいというふうに考えております。

それでは、只今からそれぞれ20分程度お話をし

ていただきまして、その後フロアからたくさんのご意見をちょうだいしたいと思います。そして補足をしていただきまして、まとめて終わりたいと思います。

最初に「障害児が地域のなかで育つには」善通寺心身障害児（者）父母の会、会長 豊田笑子様をご紹介してお話をお願いしたいと思います。

**【豊田】**香川県の善通寺からまいりました。お大師さんと大学の街です。善通寺の地域訓練会は平成4年に発足し、週一回、市の総合会館で行っております。地域訓練会が香川県下で出発したのは坂出が最初です。その2年後に善通寺がスタートしまして、現在県下6か所で地域訓練会が行われています。子供の曲がっていく背中や脱臼していく足を何とかしたい、落ちつきなくパニックになる子に何かできないか。子供の心身の成長を自分の手で保障し、親として関わり見つめていきたい。そんな思いの親たちが集まり、養護学校の訓練の先生にボランティアとして参加して指導していただいて、親子訓練を基本としてスタートさせました。

私の娘は現在地域の小学校に通っております。12歳、6年生です。知的障害をもち、生後6カ月から香川県立リハセンターに通ってまいりました。週1回のペースで通ってまいりましたが、2歳で歩けるようになるセンターから「もう卒業ですね」という言葉をいただきました。親としては、歩くには歩き始めたけれど、歩き方も体の使い方も何となく気になる部分が多いし、どうしていいかわからないということで、随分不安になりました。そんな時に坂出で週例会ができたということを知り、善通寺の仲間3人と一緒に参加させていただき、2年間通いました。リハセンターで医療的な訓練を受けていたのですが、坂出の訓練会に行ってみて「ああ、こんな訓練の方法もあるのか」と、何かすごく魅力を感じ、又、障害の種類に関係なくいろんな方が集まってきていらっしやりましたので、様々な障害を持った親御さん達の話が聞

けるというのも楽しみの一つでした。それで、こんな訓練や勉強の仕方を学ぶ場所が、遠方まで行かなくても近くに欲しい、就学前の幼児や地域の学校に通う人、また卒業した後地域で暮らしている方にも知ってほしいし、地域の中の仲間づくりの場として身近な善通寺にほしいと思いました。坂出の訓練会で宿泊訓練をしておりますが、その時に養護学校の先生に相談をしましたら、快く引き受けてくださいました。後はボランティアの先生がおいでるので、善通寺市社会福祉協議会のほうへ話をもってまいりまして、場所の確保と備品の購入の助成をしていただきスタートにこぎつきました。現在善通寺の場合、地域訓練会は社会福祉協議会の事業の一つとして組み込んでいただいております。善通寺地域訓練会もできて8年になります。最初は5組ほどの参加でスタートしました。ご存じの方も多いと思いますが善通寺には国立小児病院がありまして、訓練棟もあり、PTの先生もいらっしゃいます。そういう場所があったからか、地域訓練会をスタートさせた時には、小児病院で訓練を受けている方の参加はありませんでした。2年程たってから地域の訓練会に参加されるようになりました。現在は就学前の幼児から養護学校に通っている人、地域の小学校に通っている人、授産施設で働いている4歳の方まで、18人が訓練会に参加しています。親子訓練が基本ですので、成人している方には親御さんはつきません。善通寺の場合は地元には福祉の大学がありますので、その学生がボランティアでついてきております。訓練会には常時大学生が4～5人参加してくださいまして、成人の方に関わってくださいたり、兄弟児を連れてくる方がおりますので、兄弟児に関わっていただいたり、季節ごとのレクリエーションを担当してもらって、会の雰囲気盛り上げていただいております。年2回ほど坂出訓練会との合同宿泊キャンプをしておりますが、これも初めから定例になっておりまして、来週日向先生にも来ていただくようお願いしています。キャン

プでは、昼間は日頃見落としがちな訓練のポイントなどを先生方にみっちり指導していただいて、夜は子供が寝た後、保護者が親睦を深めたり先生方とざっくばらんなお話をさせていただいて、気がついたら朝だったということもあります。その時の食事づくりも社会福祉協議会に依頼しまして、食事ボランティアの方に参加をいただいております。訓練会ではいろんな事を計画しまして、旅行しようと話になり、去年から始めました。去年は和歌山に、今年は先週の土・日、岡山に行ってきました。旅行も訓練の一つ、というふうに夫には大儀名分をつけてリハセンターにバスを借りて十分楽しませていただいております。今年の春には、地域の子供会の親子を招待して、バーベキューをしようという話になりました。あいにくその日は雨が降り、お弁当ということになってしまいましたが、室内でゲームをしたり歌を歌ったりして、とても楽しい時間をもてたと思います。この企画は訓練会の方からではなくて、地域の子供会の方から希望がありました。話があればすぐ乗る訓練会ですが、その時には地域の親子が5組ほど参加してくださいました。印象的だったのが、4年生の女の子が重度の脳性マヒの子供さんで座位も難しい子供さんを介助して、初めてのこころしかたですが、障害のある子供さんの話すゆっくりか細い声に一生懸命耳を傾けてくれて、お互いしっかり話しあっていました。すごく嬉しく、横から眺めさせていただきました。訓練について言えば、最初は自分の子供の訓練をすることだけで精一杯でした。でも私たちは地域でこの子を育てていきたい、障害をもつ自分の子供を地域の人に理解して受け入れてもらいたいと常に思っています。それならまず、訓練会に来ている他の障害をもつ仲間のことを理解していかないとだめじゃないかということで、最近では自分の子供は他のお母さんに任せて、他の子供さんの訓練を勉強したり、食事介助がちょっと難しい子供さんもいますので、そういう事も体験したりして試みています。この

訓練という言葉、すごく古いなと思って、ちょっと変えたらという声を聞くこともあるのですが、今のところはこの訓練という言葉を使っています。訓練会というのは、子供だけじゃなくて親の訓練場でもあるし、訓練って鍛えられるだけかなというイメージもあったりしたのですが、リハビリという意味では親子ともに心休ませる場という事でも大きな意味をもってきていると思います。

今まで、訓練会のことを話ささせていただきましたが、訓練会の活動が活発になってくるにつれて、地域のことがいろいろ気になってきました。善通寺には、善通寺市心身障害児者父母の会という長い名前の会が昭和46年の4月にはできておりましたが、会としての活動は会長に任せきりで年1回、福祉事務所の協力というより福祉事務所が全面的に準備して、クリスマス会が行われているだけというたいへん寂しい会でした。役員の交代もありませんし、会員が自主的に活動することもなく、どうにか会が存続してきたという形でした。昭和58年には小規模作業所が作られましたが、作業所の親が活動しているだけの父母の会でした。私たちが訓練会をスタートさせたと同時に、小学生以下の子供を持つ親たちで善通寺ひまわり会という会を発足させました。他に養護学校の親の会の善通寺支部がありました。私たちが善通寺ひまわり会スタートさせて間もなくですが、善通寺社会福祉協議会のリードでそれぞれ別々の活動だった3つの団体の代表が関わって障害児者のための検討会が作られました。障害児者のための検討会では、専門家の大学教授にも入っていただき、障害児をもつ家庭にアンケート調査をし、およそ1年かけてそれに基づく様々な検討をしました。その結果として平成5年12月に市長に陳情書、市議会には2600余名の署名を添えた請願書を提出しました。請願書自体は、主旨採択ということでこれ以上変化は望めませんでした。逆にこれらの動きの中で、それぞれの会の沈滞していたムードの風をかえる一つのきっかけになりました。親自身の意識

を高める最良の機会だったように思います。その後、3つの団体が寄りあって話し合いをし、3団体が統合して善通寺市心身障害児者父母の会を残し新しく再出発することとしました。それで平成7年に初めて総会を開催し、新役員が選出されて自らの手で運営する会として活発な動きを始めました。

現在父母の会では、部会を7つ持っています。それぞれの部会は特徴豊かに企画運営されておりまして、特に頻度の高いのはレスパイトサービスと地域訓練会で、先駆的な取り組みとしても、また障害をもつ人が地域で当たり前暮らしにくためには、現在欠かすことができない活動となっております。平成10年4月には小規模作業所の親たちが資金を出して、父母の会も寄付集めに全面的に協力して社会福祉法人を設立し、通所授産施設を創りました。同じ時期に丸亀の方でも、社会福祉法人をつくろうという動きがありましたが、そちらの方は入所施設を作りました。私たちは授産施設を作って、次のステップとしてグループホームを作り、スタートさせています。

こんな形で地域訓練会が小さな起爆剤になったと思います。現在では社会福祉法人希望の家と市の父母の会が、車の両輪のような形でお互い協力しあいながらうまく回っていると思っております。課題は大きいけれども社会福祉法人の核がありますので、協力しながら少しずつやっていきたいと思っております。

地域訓練会に関しては、社会福祉協議会からある程度の協力をいただいておりますが、行政からの支援がまだまだ少ない。訓練を指導してくださる先生も養護学校の先生のボランティアに頼っていて、地域での指導者の確保が難しいということもあります。また一時少し取りくみはしましたが、香川県下に6か所程ある訓練会のネットワークづくりがまだうまく機能していないことがあります。それも早い段階で機能させるように連携をとっていきたいなと思っております。以上で報

告を終わります。

**【日向】** ありがとうございます。訓練会が訓練会だけで終わるのではなくて、社会福祉協議会と連携をとるというたいへん素晴らしい活躍ではないかなと思います。お聞きしたい事もあるかと思いますが、続けて発表に移らせていただきます。

高知市の子ども福祉課の方から高知市の障害児保育につきましてご発表をお願いします。

**【和田】** 高知市子ども福祉課の和田と申します。今日はよろしくをお願いします。

高知市には現在保育園が81園あります。公立保育園が23園、民営保育園53園です。9月現在で入所している児童数は8499名です。それぞれの保育園の中で9月現在、加配保育士を配置してるのは48園で、対象児童は115名になっています。高知市では障害児保育を福祉行政の重点的な施策の一つと位置づけて、昭和40年代後半から市独自で保育士の加配制度を設け、統合保育形態で障害児保育を実施してきました。これまでの高知市における歩みや、現在の状況についてお話ししながら参加者の皆さんと共に障害のある子どもとその保護者への支援について考えていけたらと思います。

資料の中で障害児保育、また障害児加配保育士という言葉がありますが、これは医療機関で障害と診断されている子どもさんということではなく、高知市の場合は発達に何らかの遅れがあり、保育園の集団生活の中ではクラス担任だけの配慮だけでは危険が伴うので、加配保育士を配置し保育をしていく必要があると判断している子どもさんです。制度的には、障害児加配保育士という制度のもとで実施されていますので報告の中でもそのように使っています。まず取り組みの経過や基本的な考え方をお話しして、次に入所のついての流れや、研修体制についてお話ししたいと思います。

障害のある子どもに対する一般社会の理解が進み、障害児保育への社会的要請が高まる中、早期発見、早期治療、療育という面からも障害児保育の充実が求められ、高知市では昭和49年9月に障

害児保育対策協議会を設置いたしました。これは障害児への効果的な保育対策を模索するための協議会であり、当時の厚生部長を会長に保護者の代表が1名、大学教授が1名、医師が2名、教育関係者3名、行政関係者3名、保育園関係者5名の、計15人で構成されました。そして、翌50年5月に障害児保育対策に関する報告書がまとめられました。この報告書を基本としながら、3歳以上の障害のある子どもに対して一定の基準を定め、全学的な対応をするようになりました。以後、入所児童数は50名を下回ることはなく障害のある子供達と他の子供が日々の触れ合いの中でお互いに育ち合うことを願って、統合保育形態の中で保育が進められています。昭和52年には障害児保育研究員制度ができ、子ども福祉課から毎年1名の保育士が一年間の任期で研究員として教育研究所に派遣され、障害児教育班の指導を受けながら障害児保育について研修しています。また昭和53年には市内石立町にある石立保育園が、3年後の昭和57年には加寄保育園が障害児保育拠点園として開園しています。両園には、プレイルームや観察室を設置し、加配保育士も半数は正規職員を配置しています。園内での保育実践や研修を深めながら、加配保育士の研修の場として年2回公開保育を実施し、高知市における実践や研修の場として文字通り、中心的拠点的作用を担っています。平成元年10月には、在宅の心身障害児福祉の充実を図るために高知市中心身障害児通園施設ひまわり園を開設しました。ここでは3歳未満の児童が将来の自立に向けての可能性の芽を延ばしていくことを目的に保護者と共に通園しながら、日常生活における基本動作の指導や集団への適応訓練を行っています。3歳までを、母子通園施設ひまわり園で過ごす中で母子関係を確かなものにし、保護者同士の支え合いの中で保護者も障害を受容して保育園就園に向けてほしいという願いもあり設置されたものです。このように高知市では障害のある児童を保育園保育の中で対応していくことが定着し、ま

た発展してきました。平成5年以降からは、100名前後の児童が入所しています。午前中の橋本知事の話にもありましたが、平成11年4月には高知県立療育福祉センターが開設されまして、総合療育機関として機能しています。保育園で集団保育を受けながら専門機関と関わり、療育を受けられるとうことで保護者や子供にとってはより充実した対応ができるようになったといえると思います。

次に基本的な考え方についてですが、障害児保育対策の報告書の中には高知市の障害児保育の基本的な考え方が述べられています。まず一点目は、統合保育の必要性についてということです。障害の実態に即した集団での保育が必要であり効果的である、また障害のない児童に理解を促すことができる」と述べています。2点目に専門保育の必要性についてです。障害児の保育では発達に必要な治療や教育や保護を行なうことが必要であり、統合保育と並行して児童の能力や特性に即した専門保育を行わなければならない、ということです。そしてさらに取り組みの中で家庭との連携については、父母及び家族ぐるみの障害児に対する理解と認識が不可欠であり、そのための両親教育やまた保育園と家庭との密接な連携が必要である。また、専門機関との連携も重要なことの一つです。医療機関や相談機関、療育機関を利用している児童が多く、その受診日に同行し療育など保育園の生活や遊びの中に自然な形で取り入れることができるよう指導を受けたり訓練の様子を見せていただいたりしています。

入所の事務手続きに関してですが、入所申請者の中で子供の発達について心配な点が記載されていたり、心身障害があると記載されている子供さんについて、入所の係より保育係に話がありまして面接をさせていただきます。生育歴や発達状態を詳しくお聞きします。保護者に加配制度のことをお話し、保護者の意向を確認した上で教育研究所でのさらに詳しい面接をお願いします。また医療機関や療育機関、相談機関に関わっている子供

さんに関しては同じ保育係の中の保健婦と共に医療機関に出向き、主治医から話をうかがい、必要によっては診断書もお願いします。それと並行し教育研究所の障害児教育班の先生方と保護者の面接や子供さんの保育観察を行い、所見書を書いていただきます。所見書と医療機関での聞き取り調査内容や診断書などをもとに子ども福祉課において総合的に判断し、入所と加配保育士の必要性について決定を行います。

平成12年度の入所状況は、児童数は115名、市営の保育が64名で、民営の保育所が50名です。全体の数が8499名ですので、1.35%のお子さんになると思います。加配保育士数は108名です。入所している保育園数は48園で、81園の半数以上になっています。初めにお話しましたように高知市は保育王国と言われ、公立・民営を合わせた数は81園ですが、その48園の中で障害児保育を実施しているということですが、それはこの園だけでしているということではなくて、入園の希望が出された子供が他の子供達と同じような選考の結果入園が決まっているということです。全国的な流れを見ますと、療育センターや通園施設などを充実することにより、就学前の子供達はそれらの機関から障害児学級や養護学校へと就学していくケースも多いようです。高知市では地域の保育園や保護者の職場の周辺の保育園に入所する場合があります。保護者の気持ちとしては、将来的に障害児学級や養護学校に就学する状況もでてくるかもしれないが、幼児の時には自然な形で地域の子供たちと触れ合える生活をさせたい、他の子供たちにも障害について知ってほしいという気持ちも強いようです。それは、統合保育を勧めていく私達の願いと同じ思いであり、そういう意味からも保護者の保育園へのニーズは強く、それに可能な限り応えていく必要があると考えています。障害幼児を受け入れている他の機関としては、各種養護学校の教育相談もありますが、高知県立高知ろう学校の幼稚部や私立の幼稚園などがあります。また周辺の



入所施設には療育福祉センターや土佐希望の家などがあります。

次に職員の研修会の実施内容ですが、障害児を受け入れ担当する場合、専門的な知識や技術も必要になってくると考えます。そのための研修会を担当者を対象に年間を通し計画的に行っています。また入所しているしていないに関わらず、市内保育園全職員対象の研修を行っています。(1)に書いています、障害児担当者研修会。これは加配保育士やクラス担任や、園長、看護婦などを対象の研修会です。障害児研究員制度が昭和52年から始まっておりまして、障害児教育班の指導を受けながら障害の子供たちのプレイセラピーを行ったり、子ども福祉課の行なう障害児保育研修会に参加したり、また運営も分担するなど研修を深めています。ひまわり園が開園してからは、ひまわり園の療育を担当しながら、指導員や教育研究所、障害児教育班の指導を受けながらテーマを設定し、研究を深め、一年間の研修機関が終了しますと保育園での実践へと生かしています。また、障害児保育研修会ですが、これは全職員対象の研修会です。12年度はそちらの4題で設定し、希望の研修に職員が参加しています。公立保育園の場合は2年に1回の参加とし、民間の保育園についてもできるだけの参加を呼びかけています。これは障害種別で研修したり、障害のある子供さんを育てられた保護者を講師に迎えてお話を聞いたりし、今年はこのような内容で行いました。資料にはありませんが、保護者の研修会も行っております。高知市の場合、入所している児童数も多く、保護者の方を対象に5月に講演会を実施しています。障害児保育への理解をしていただくと共にご協力もお願いしています。また6月には学校訪問ということで市内の障害児学級や養護学校にご協力をお願いし、保護者の学校見学を実施しています。

次に他機関との連携ですが、出生の段階で障害が発見された乳児、乳幼児健康審査等で障害が発見された乳幼児に対し、健康づくり課がケースバ

イケースで対応し県立療育福祉センターやひまわり園などに紹介するなどフォローが始まります。その後各機関で対応しながら保護者や児童を支援していきませんが、それぞれの連携が大切だと思います。障害児保育の中では教育研究所と大きな連携がありました。加配保育士の決定や年間を通した研修の中でも講師をしていただくなど、指導を受けています。また療育センターや医療機関などでは、加配保育士が子供さんの訓練に同行し具体的に理学療法や作業療法を見せていただきながら、保育内容の参考にさせていただいております。また養護学校や障害児学級などは、加配保育士の施設見学の場として教育現場を提供していただいて支援を受けています。また今後、健康福祉部内での健康づくり課や元気いきがい課とも連携を含めながら、出生から将来の自立へと各機関が連携していく必要があると思います。

これからの障害児保育についてですが、統合保育の充実ということがあげられると思います。クラスの中での障害や発達の遅れがある子供さんは、障害児加配保育士を中心に担任や他の職員からも理解され大切な存在として位置づけられています。子供たちは最初は戸惑い、関わり方がわからなかったりしますが、加配保育士を仲立ちとして遊びや生活の中で障害や遅れのある子供を理解し、さり気なく気づかって援助していくという関わり方によって変わっていきます。それが統合保育の一番大切な点だと思います。またひまわり園の充実という点もあげられます。平成元年、ひまわり園を開園した目的の一つに保護者が障害を知った一番辛い時期を共感し障害を受容し、前向きな一歩が踏み出せるよう支援していくということがあると思います。私も保育士としてひまわり園に4年間勤務しました。その4年間というのは保護者の思いに触れることができた貴重な4年間だったと思います。

ある自閉症児のお母さんですが、初めて子供の障害を告げられたとき病院からの帰り道、子供と

2人で歩道橋から道路に飛び降りようと思ったという方もおいでました。3歳でひまわり園に通園を始めたダウン症の子供さんのお母さんからは、ひまわり園で覚えた「大きなお顔のひまわりさん」という手遊びをお家の方に見てもらいました。その時にお兄ちゃん、お姉ちゃんやお父さん、家族全員から褒めてもらいました。4歳になったこの子が生まれて初めて家族の中で褒められて認めてもらうことができました。こういう嬉しい出来事を話してくれるお母さんもいらっしゃいました。このように苦しいことや嬉しいことの中で、お母さん方が支え合い共感し、子供に対する愛情を育てながら、前向きな第一歩を踏み出していこうとする力を支えていくことは、母子通園施設ひまわり園の役割の一つです。そういう意味でひまわり園は高知市の障害児保育の一つのステップとして大切な位置づけがあると考えています。このようなひまわり園の機能を充実、発展させていくことが大切だと思っています。保護者の就労意欲の高まりと共にひまわり園を通過せず、3歳未満から保育園に入園する子供さんも増えてきました。また入園してから障害に気づくということもあります。そういうケースでは、保育士が保護者に寄り添い、心の支えになることが求められています。障害児保育の長い取りくみの中で、職員一人一人が障害のある子供さんに対する認識や理解が深まってきました。そういう意味からも年間を通した研修の中では、子供の発達や育ちや障害への科学的な技術的な面での研修も大切ですが、保護者への心の支援やサポートも、とても大切になると思います。また、保護者にも高知市の障害児保育についてご理解していただくために、講演会や学校訪問などを充実していくことが大切だと思っています。

最後になりますが、保育園に入園している百数名の子供や保護者には一人一人日々の悩みや苦しみや、喜びや頑張っている姿があるということを根底に、事務担当者という立場というだけでなく、

相談活動の役割の意識をもって児童や保護者を支援していけたらと思っています。ありがとうございます。

**【日向】** 高知市における障害児保育について、基本的な考え方の中で統合保育の必要性と専門保育の必要性ということが初めにあげられています。現在私が勤めております高知ろう学校の幼稚部4才児学級の子供も週に2回、地域の保育園に交流で行かしていただいております。また高知市内の保育所の難聴の子供さんですが、保育所からも、ろう学校に週に3日教育相談に来られています。お互いに統合保育のいい側面、専門保育のいい側面、それを補い合って子供のいい発達を促そうとしております。大変ありがたいことだと思っています。最後ですが、「障害児が地域のなかで育つには」医療法人若弘会大東地域リハビリテーション研究所の山本和儀先生よろしく申し上げます。

**【山本】** こんにちは。こういう機会をいただきましてまことに嬉しいなと思っています。

高知県は何度も寄せていただいて、地域リハビリテーション、ノーマライゼーションについて話す機会をいただいております。見慣れた顔の方もたくさんおられて心強く感じています。

今日は、障害児のことについてということですが、大東市では赤ちゃんから高齢の方、あるいは難病、精神障害を持っておられる方、全ての方を地域住民と一緒に支えて、継続性のあるサポートをしています。これは当たり前のことなんですが、当たり前の事を当たり前にすることが行政の務めですから、縦割り行政とか、横がどうのこうのということがあれば行政内で対応すればよいと思っています。当市では全国で唯一リハビリテーション課という課があって、そこでノーマライゼーションを推進しています。スライドをお願いできますか？

大東市は昭和48年、子供たちのノーマライゼーションから出発しました。子供たちのノーマライ

ゼイションとは、親の気持ちを大事にする、子供たちの思いを大事にすることだと考えています。行政とか専門家は、それを支えることが役割だと思います。選択権は当事者にあるわけですから、当事者の思いを大事にする。養護学校があっても構わないわけですが、校区の学校に行きたいということを支えることが大切ではないかと思えます。共に生きることが大事ですから、赤ちゃんの時代から小学校、中学校、高等学校、大学、あるいは中学卒業後社会に出られる人全てを支えていこうとやっています。48年に療育センターという拠点をつくって、そこから保育所あるいは幼稚園という体制をつくっていきました。保育所の子供たちにも来てもらい、あるいは療育センターの子供たちが保育所に行って、皆普通の子ですから、ただ障害があるだけで支援とか手だてが必要なだけ。支援とか手だては、何も療育センターでやる必要はないわけです。やっても構いませんが。ノーマライゼーションということが大事ですから、そのことを皆に理解してもらい。保育所の子供たち、そして今言われた保育士に理解してもらい。そして知識、あるいは技術を共有することで支え合っていくということをやってきました。そのために、当事者、保護者との話し合いを大事にして、毎月勉強会をやってきました。私は障害児保育という特別視するのではなく、障害のある子供たちに対して、その子に対する支援の仕方、知識を専門家に学び、子供たちの場で自分なりに理解し子供に返していけばいいと思っています。昭和51年には障害児保育を確立しました。障害児保育というより、障害のある子供が保育所に当然の権利として行けるような手だてをつくりました。これは何も難しいことではなく、我々が出向いてその場で必要な知識・技術を共有することで、確立していきます。このスライドは二分脊椎の子供ですが、立位を取りながら、そのことを保育の人たちに理解してもらいプログラムを取り入れてもらうということで、療育が共有できます。このスライドは脳

性マヒの子供ですが、首が座るとか座らないとか関係ないです。必要と思われるところに必要な手だてをしていくことが大事だと思っています。当然車椅子の子供もいるわけで、小さいときからお互いに知り合うこと。実は差別というのは知らないことから生まれてくるわけです。赤ちゃんの時代から知り合うという一番大事な環境整備をするのが我々の仕事です。昭和54年には障害児教育という基本方針を教育委員会が策定しました。内容は全ての子供を校区で支えるんだ、選択権は親にあるんだということをしちんと明確化したものです。子供たちに必要な机、椅子、今で言う福祉用具は教育委員会と我々が準備し、校内研修会を開いて、校長以下、全ての教職員と話し合いを持ち、学校全体で受け止める態勢を作るということが大切です。またスロープとか手すり、誰もが使えるトイレ、訓練室などのハード・ソフトを整備しています。養護学校でできることは校区でできます。そして、調理コーナーを設けて、重度の子供で学校給食を食べられない子供に対してきちんと配慮する。これは当たり前のことです、義務教育ですから。当然、通学保障は教育委員会がやる。必要な子供にはタクシー通学とか。このスライドの彼は視覚障害がある子供です。視力がゼロの子供ですね。そういう子供が他の子供と一緒に通学する。親の気持ちをあるいは子供の気持ちを大事にして、彼らを選択するという。このスライドは療育訓練の一場面ですね。我々が出向き、教師がそのことを理解し、カリキュラムの一環として療育する。このスライドの彼は校長です。こういう校長がおられる学校では態勢が非常にきちんとしていく。リーダーがもつ役割は非常に大事です。地域医療というのは、地域に安心感を担保しますから、いろいろ必要な社会資源と連携するということは当然のことです。このスライドの彼は開業医ですが、子供たちの日常の様子をしっかりと理解してもらい、それぞれの必要な情報を共有するというのをやります。リハビリテーション専門医との

関わりも大切に、そういう専門的なアプローチを現場に持ってくる。出向くのではなく現場に持ってくる。このスライドは子供たちの様子です。後ろにおられる方は教師です。周りの子供たちと彼との関係はこの一枚のスライドで理解できると思います。ノーマライゼーションというのはこういうことです。皆が当たり前で生活する。当たり前で学ぶという機会を保障するということです。このスライドは運動会の様子です。学年を越え、クラスを越え、校区全体に広がっていきます。いろんな人達が地域におられますから、そういうことを理解していくということ。そのことでお互い優しくなれます。このスライドは難病の子供です。いろんな子供がおられます。子供が成長していく中で、実はノーマライゼーションが確実に地域に根づいていくわけです。高等学校に行こうが、あるいは大学に行こうが、我々との関係は続きます。彼らを支える輪が広がっていくわけです。それがノーマライゼーションです。小学校、中学校でやった校内研修会を高等学校でもやる。このスライドは、養護学校高等部ではなく、普通の高等学校です。このスライドの彼女も難病です。小学校の低学年の頃は自分で歩くことはかろうじてできましたが、卒業する頃は車椅子生活になりました。彼女の身体的な機能の低下とは反対に、行動範囲はどんどん増えてくる。バリアをつぶしていくということが大切になってくるわけです。彼女の成長がどんどん周囲を変えていくわけです。高等学校にエレベーターが付いたのもその表れです。このスライドは高等学校の教師とのミーティングの様子です。昼間はこういう顔ですね。優しい顔は見えない。これは夜の顔です。昼間、議論をしても、夜はその議論の修正をし、お互いに目的である子供たちの幸せについて考えます。ノーマライゼーションというのは、この一枚のスライドにも表れています。彼女は小学校、中学校を校区の学校でおくりましたから、周りは同級生。これは成人式の場面です。共に生きるということ。この機

会を奪っているのは、誰かということですね。今は就労している。我々の仕事は彼らの生活を見つめ、見守り、支えることだと思っています。彼ら兄弟は、二人とも脳性マヒです。お兄ちゃんの方はかろうじて歩ける、弟の方は歩けないということで、兵庫県下の教育委員会は弟は養護学校へ、お兄ちゃんは校区の学校へという指導がなされました。両親は憤慨して同じ校区の学校へやってくれと懇願しましたが、教育委員会はがんとしかたくなに拒否しました。就学指導員会がそうしたんですが、その中に専門家がおられます。医者、あるいは教師、いろいろな人がいます。そこで何を行っているのかということ。彼ら兄弟は大東市に移って来ました。校区の小・中学校に行き、そして普通の高等学校に行きました。彼は高校3年生の時に私の所に来られて、職業リハセンターに行きたいと言いました。国も大阪府もだめ、大阪市の職業リハセンターに行きたいと彼は言いに来てくれました。大阪市と府ですから、行政的に困ったわけですが、本人の希望ですから……これは私の家ですが、時々報告に来てくれるわけです。お兄ちゃんの方は、一般の企業に就職できました。弟はお父さんの仕事を手伝っています。それでもいいんですが、就労は生活の基盤ですから、私は就労まで見つめていきたいと思っています。丁度時間ですね。終わりたいと思います。

**【日向】** 貴重なスライドありがとうございました。行政の中にリハビリテーション課を設置をして、幼児からいわゆる就労にいたるケアを続けていく。まさに障害児保育、障害児教育と言うか言わないか別にして、課題のある子供に対する保育から始まり、そして地域の中で施設づくり、あるいは就労というところに行く。この3つのレポートがそれぞれ方向性を示していると思ったわけです。若干休憩をとりまして、フロアの方から「私はこう思う、私の地区はこういう活動をしている」ということをお話を聞きたいと思っています。それでは55分まで休憩を取りたいと思います。

## — 休 憩 —

**【日向】** それではこの3件の報告につきまして、こんなことを聞いてみたいなど、これはどういうことだろうかということがございましたら、ご質問なりご意見なりお願いしたいと思います。所属と氏名を言っていただいております。

**【林】** 企業組合ユニフィカの代表理事を勤めている林と申します。この企業組合は重度身障者が全国に散らばっている状態でインターネットを使った、自らの雇用を目的に設立した法人格の団体です。私共も障害児の療育に関して後輩ということに関心を持っているのですが、豊田様に、支援なさっているお子様方をお聞きしていますと、重度で知能に障害を持たれているケースが多いのかなと感じましたが、実際にはどのような障害のお子様方が通所されているのでしょうか。

**【豊田】** 訓練会に参加しているのは地域の小学校に通っている身体障害、車椅子のお子さん一人、そしてうちがダウン症、知的障害。それから自閉症の子供さん、養護学校に通っている脳性マヒの知的に問題のない方、種々様々です。だから大人の方まで。

**【林】** いずれも重度と表現される方たちでしょうか。現段階で就労が可能なのは、歩行が可能とか、車椅子を使用していますと脊椎止まりですが、それを越えているケースが多いのでしょうか。

**【豊田】** そうですね。一般就労ということから見ますと、身体的に障害がなく将来いけそうだなというお子さんは2人。知的に障害があるお子さんで、うちがマルBですから、軽度の部分かな。だから一般就労でも、とにかく善通寺は行政がすぐ遅れております。先ほどからお話を聞かせていただいて、羨ましいな、羨ましいなど。どこへ行っても訓練会とか親の会とか行ってしゃべると、よそが羨ましいなど帰るのがいつもなんです。地域の就労に関しても、そんなに進んではないと思います。だから訓練会にくる子供さんで身体だけで、ちょっとお聞きしたらパソコンでと、その可

能性がある方は今、高等部1年の方と、今回地域の小学校に車椅子で入られた方は将来的に就労できるだろうと思われる。参加されている方は障害の種類もばらばらですし、程度も重複の方もばらばらです。

**【日向】** 他にどうぞ。

**【友末】** 岡山県津山市、障害者福祉センターの友末と申します。今日は大変興味深くお話を聞かせていただいてありがとうございました。和田先生にお伺いしたいのですが、障害児の入所に関する事務手続きのところの入所決定の件ですが、全てのお子さんが入所決定になるのか。ならない場合はどういった対応されるのか、お伺いしたいと思います。よろしく申し上げます。

**【和田】** 基本的には集団生活の可能な子供さん、集団生活になじむ子供さんは、受入れの方向で入所の選考をさせていただいています。子供さんの保育観察や面接、また医療機関への聞き取り等で主治医の先生より特に病弱なお子さんについてはお話を聞きまして、もう少し家庭保育の方がお子さんにいいのではないかと判断させていただくこともありますが、基本的には集団生活可能ということであれば、場合によっては診断書を書いていただきますが、そういうお子さんについては他のお子さんと同じように家庭状況を見せていただいて入園が決まっていきます。

**【友末】** 病弱なお子さんとして言われましたが、いわゆる決定にならない子供さん、障害種別で言うと、重症心身障害児と呼ばれるようなお子さんは決定にならないという意味合いでおっしゃられたのでしょうか。

**【和田】** 特児の手帳で言うと一級のお子さんが今、30名、2級のお子さんが36名、それ以外のお子さんが49名となりますので、かなり重いお子さんも入っています。首の座っていない肢体不自由なお子さんとか、脳性マヒのお子さんとかそういうお子さんも入っています。入れない状況というのは大変少ない状況です。

**【友末】** はい。ありがとうございました。

**【日向】** 他に。どうぞ。

**【仁科】** 土佐リハビリテーションカレッジ生徒の仁科という者ですが、障害を持った子供さんも一般教育を通して平等のチャンスを与えようと書かれてありますが、僕自身も大切なことだと思えます。子供社会では例えば学校で逆上がりが出来ないとか、泳げないだけで笑われたりいじめとか、問題もでてくると思いますが、そういう中で障害を持った子供が他の一般の子供と一緒に生活していく中で、精神的負担に関して何かお話をいただけたら嬉しいですが。

**【山本】** 今、質問した人手を挙げて、見えにくいので。基本的なことを言えばいじめはどこにでもあるね。しかし、障害のある子供と赤ちゃんの時代から一緒に生活していたら、そういうことがどれだけ恥ずかしいことか身についてくる。だから人の失敗を見て喜ぶことはないね。だからそういう危惧はやってないから、言えない。一緒に育ってないから言えない。一緒に育っていくと、2～3日前に出来た本があって、「障害児の親から健常児の親へ」。これはある障害を持つお母さんが編集された本ですが、共に生きるということは、そういうことが基本的になくなっていくと。だからまず一緒に生きること。障害を持つ子供を差別する、それはどういうことから起こるかという経験がない、一緒に暮らした経験がない。やはり分離教育があって、ある日突然分離教育をしていた社会が今日から社会統合と言うても誰がそんなこと、でしょ。お互い分からない、理解のしようがない。だからそういう言葉がでる間は、おかしい社会です。子供たちが一緒に暮らしていたら、今言われていることは起こりません。起こってないから。

大東市のノーマライゼーションは昭和48年から27年。30年近くありますが、そういうことは起こってない。大東市でいじめで亡くなった子供はいません。

**【和田】** よろしいでしょうか。

**【仁科】** はい。ありがとうございました。

**【日向】** 一つ具体的に県内にある事例の中に、聴覚障害があつて地域の小学校、地域の中学校を卒業して選択をする際に、高等学校とろう学校と両方受かって、高等学校の方へ入学をしました。間もなくろう学校に訪ねてきてクラブ活動を一緒にしたいと、毎週来るようになります。ある日、体験入学をしたいと言ってそうさしまして、その結果高校でがんばってみると言いました。「先生また来るかもしれない。」そういうケースもあります。これはいじめどうこうという問題よりも障害のある子供がものすごく緊張した毎日を、特に聴覚障害というのは、情報獲得障害といわれる程、周りの情報が入りません。大変な緊張感の中で生活しているなど。ろう学校に来た昔の友達は自ら選んでろう学校にきたわけですので、その友達に会うとホッとします。ホッとする場所と緊張する場所というのが同時に存在してもいいなど。そういう心の共有ということも必要である。そういう子供が緊張しながら生活しているという場がまだまだあるのではないか。現在の状況の中では。そんなふうにも考えています。他にどうぞ。

**【筒井】** 高知県で重症心身障児害施設に勤めている筒井と申します。貴重な話をありがとうございました。善通寺父母の会の豊田さんにお聞きしたいのですが、父母の会の中のレスパイトサービスと訓練会の需要が高いというお話がありましたけれども、レスパイトサービスはどのような形でやられているかということと、それと当初は来られている方々の障害の様子、年齢、家族、環境の違いがあると思いますので、意見の違いがあつたと思いますが、どのように克服されたか、その2点をお願いします。

**【豊田】** レスパイトのサービスにつきましては、必要だという父母の会の提案で、制度がなければ自分たちでやってしまうおうと、まずは試行的に2年間、入会金、年会費、利用料を決め、父母の会



山本さんと行政の関係はどのような関係なのか、行政を黙らせる強い隠し技をお持ちなのかどうかお聞きしたいと思います。

**【山本】** 今質問された方、立ってみてくれる。こんにちは。私は48年から福祉事務所に入っています。福祉事務所を基盤にする、生活の場は福祉事務所であると。教育でも何でもなし、福祉事務所から行政を変えていこう。入った目的ははっきりしている。差別している行政を変えようと。48年から喧嘩は得意と自負していますか、ずっと議論をしています。特技と言ってもいいかもしれません。私と喧嘩しなかった上司はいない。いつも、わずか2年の間は黙って仕事をしてくれないかと言われた経験があります。25年間それをやってきたわけです。それで当事者を大事にする。行政は当事者を支えるのが目的であると思ったからです。これが一つです。それから誰かすごいことを言われましたが、制度がなかったらまず作ろうと、まず実践すると。私は行政の中で制度がなかったも構いません。必要だからやる、制度は後から付いてきたということです。それから最初の質問ですね。ノーマライゼーションあるいは人を支えるというのは、生涯にわたって支えなければならないと思います。私は大東市民ですからいつでも来てくれと、家に来てもらってもいいと、どこで会ってもいいと、飲み会で会うのは尚いいと。フォーマルもインフォーマルも関係なく、いつも一緒にやると。役所の機構でものを考えたらだめです。人を地域で支えるという視点さえあれば頭も何もいらぬ。心だけです。あなたは賢いから頭で考えるのでは……。

**【 】** このリハビリテーション研究所というのは支援組織だと考えていいんですか。

**【山本】** いやNPOだからね。

**【 】** NPOですね。はい、わかりました。

**【山本】** 行政からNPOになっただけで、何も変わりません。

**【 】** わかりました。他のお二人もお願いし

ます。

**【和田】** 幼児期からの支援ということですね。高知市は平成10年度より、中核市に移行しまして今健康づくり課を中心にしながら、福祉部の中で乳幼児の支援体制というのをやっていこうという段階です。先ほどの話でお話させていただいたような連携は今までも取れていますけれども、これから乳幼児一般健康審査からのフォロー体制とか、それをひまわり園とか療育センターに繋げていく筋道あるいはパイプをもっと大きくしていかなくはないかと考えています。それで相談機関として、ひまわり園にも指導員がおりまして、保育園に入っているお子さんでも療育相談という形でいらっしゃるお子さんもおいでます。保護者と子供さんと一緒にいらっしゃって週に1時間、2週に1回とか、1週間に1回といった形で療育相談ができるような体制もとっています。高知市の障害児保育というのはこれまでも教育研究所の障害児教育班との連携の中で培われたものが多いと思います。就学相談も100名の障害のお子さんが入っていますので、毎年20名から30名の年長のお子さんがいらっしゃいます。その子供さんの就学相談は私たちと保育園の会場を提供していただいて各園を一園一園訪問して保護者の方と一人一人お話しして、保護者の方をサポートできるような就学相談を行っています。

**【 】** 学齢の中学校での相談というのは、どのようにされていますか。

**【和田】** 高校というのは十分把握していませんが、小学校・中学校の場合は教育研究所の障害児教育班が相談を受けています。

**【日向】** 高知市内の学校の場合は高知市の教育研究所の相談班がもしくは県の教育センターの障害児教育班、他に療育センターに行かれたりして相談をされています。籍は保育所にあるのですが、私どもの学校に保育所から週に3日間通っている子供がいます。お母さんが来れないときに近所の奥さんが迎えに来られます。隣の奥さんが「じゃ



あ私が連れて行ってあげるよ」というふうな、お母さんが頑張っている姿を見て「私も何か手伝う」と自然な、家族を支えていく地域づくりがそこではできているなど。そういう地域作りを障害児保育が広がっていけばいく程、その子が家に帰ったときに地域の友達や子供たちとどう生活するのか、一つの課題があります。時間的な問題もあり高知市のお母さん方は就労意欲が高いので外の子供と遊ぶということが余りありませんが、周りからのその子への働きかけがあるのではないかなと考えております。

私どもが特に盲ろう養護学校の校長会で話していることは、私どもろう学校には存在する地域がありますが、その地域の方々とは、地域の清掃活動や交通安全運動やいろんな活動の中で触れ合い、一緒に活動して開かれた学校づくりをして、地域の方々にも来てもらっていろいろな活動をするわけですが、私どもの学校に来ている子供たちは、また自分の生まれ育った地域を持っているのです。そういう二つの地域が盲・ろう・養護学校に在学している子供たちにあるわけです。生まれ育った地域の中でその子供たちが帰った時にその子も含めた一つの地域づくり子ども作りの土壌がまだまだできていない。地域の中ではたくさん子供会活動がありますが、障害児が帰ったときにその子がスポンと入れない、そういう土壌。対称的なのは大東市のいきかたでしょうが、その両者の融合、二つある地域をどう育てていくが私どもの課題です。それはまた豊田さんの方で養護学校に行き、あるいは障害児の学級にいて、家庭にいて、就労してその方達を集めてまた訓練会を開き地域の動きとして大きくしていく。というふうな中でちょっと説明していただきたいと思います。

**【豊田】** 相談支援の場ということで、善通寺の場合は療育センターがあるわけでもないし、障害児保育がうたわれているわけでもないの、小学部以下のお子さんに関しては父母の会がほとんど担っています。養護学校に行かれています方がちょっ

と抜ける部分があって、それは養護学校の先生方の相当のフォローがあると思います。それで養護学校を卒業した後の部分は、現在は社会福祉法人の施設長と指導員等を巻き込みまして、思春期にかかってパニックを起こすとかいろんな問題ができておりますが対応しています。それから小児病院のドクターに相談をかけるとか、父母の会か、希望の家の法人にかけるか、なんらかの形をとって親の情報網のアンテナを常に張っているつもりです。なかなか十分な対応ができているとは思いませんが、行政に頼れない部分、親たちがしっかり動いたり情報集めをしたりという部分があると思います。「障害児が地域の中で育つには」の話に関しては、基本は人と人との繋がり、広がりと思っていますので、障害をもつ人達もその地域でいかに自分のことを知っている人が多いか、理解してくれる人がいるか、頑張らなければならない部分と甘えられる部分、先ほど日向先生もおっしゃられてた、そういう部分が地域で生活する基本だと思います。うちの娘は小学校の1年生から……ということは問題だということでボランティアさんを朝頼みまして、家を出るのが6時半でした。それを3カ月続けまして、それからボランティアさんに距離をだんだん短くしていただいて、一人で1年の後半から行き始めましたがいろいろトラブルがありました。でもそれが地域の人に知っていただけということだと思います。それで最近、行きはさっさと行きますが、帰りは6時半でもう真っ暗です。遊びながら帰ってくるので。するとどっかのおばちゃんから電話が入って「ひろみちゃん、市民会館の所の噴水のところで座っていたよ」といつてくれる方がいるのです。それで「ありがとう。すいません。おばちゃん、早く帰りって言ってくれた」と言うのと「言った、言った」って。「それでいいわ、ありがとうね」って言ったら、そのうち帰ってきます。やっぱりそこら辺で動いていると、声をかけてくれる人がたくさんいる、できるということが、私は大事な事のような気が

します。

**【日向】** どうぞ。

**【 〃 】** ありがとうございます。

**【山本】** 今のこと、ちょっとだけ言わせてほしい。大東の場合は子どもたちが自分から生活しているからね、保母とか教師がそれとなく支えてくれていると思う。だから今のようなことはどこにでもあるから、それなりにやれているのではないかと思う。

**【日向】** 高知県の中でもいろいろなグループが作られていまして、幡多地区の方にはじゃがいもの会という親の会があるのです。この親の会が中心になって中村の養護学校の先生方のサポートを受けて、訓練会、親子学習会などを計画しています。山田の方では山田の養護学校を中心にしながら、親子の学習会、訓練会をやっています。高知の中央地区では、フェニックスの会がありまして、これは1週間のキャンプをしたりミニキャンプをしたり、いろんな親の活動、子どものために親がどうするばよいか、地域にどう働きかけたらいいのか、このような活動もしています。檜原地区と東津野村地区を中心として津野山訓練会たんぼぼ会というのを作っていますが、この会も今、心のバリアをとろうとして、障害児が共に地域で生きるためには、やはり子どもの頃からの思い、障害の垣根を越えた思い、そういう意味で心のバリアフリー運動を始められています。見えられているので、少しご紹介をしていただければありがたいのですが。

**【明神】** ご紹介されました、東津野村と檜原町で組織しているたんぼぼの会の世話をさせていただいております。檜原の福祉支援センターで心のバリアフリー推進事業を今年からあげてもらったのですが、たんぼぼの会から出席したらどうかということで参加しています。そこには身体障害者連盟、他にボランティアの会であるエプロン会、精神障害者の軽作業所のたけぼうきの会が参加しています。たんぼぼの会というのは、昭和47年に

日向先生、行政、保健婦さんが中心になって身体に障害を持つ子供への訓練ということで立ち上がったのですが、現在11名の子どもがいます。立ち上げた時には、訓練を中心にしてお世話していただきました。私も昭和60年からやっています。ちょうど子どもが養護学校に入って疎遠になっていたのですが、昨年から復帰しました。現在、非常に停滞しているのです。訓練を中心にしてやってきたのですが、子どもたちの進路指導、これから大人になってどうするのかというところに来たものですから、訓練の参加者が少なくなり、訓練の先生方に対して子どもが今年は4名しか参加しないということで、訓練の先生方、町の保健婦さんに非常に心苦しくて。これからたんぼぼの会をどうするのかということで話し合いましたが、どうしてもこういう支え合っていく会が必要なのではないか、お互いに情報交換する、お互いに話し合っていける、相談していける会が必要だということで立ち上げました。今年立ち上がってから、地域で障害を持つ自分たちの子どもが受け入れられてもらうためには、地域の皆さんに理解してもらって、同じ障害を持つ子どもを理解して地域に十分に受け入れていただく、そういうことが私たちのこれからの大切な活動ではないかと思います。ということで、たんぼぼの会としては会の運営ということで協議し、運動を見つめていこうと思っています。報告になりましたかどうかわかりませんが、以上です。

**【日向】** ありがとうございます。障害の枠を越えて一緒に活動する、あるいは善通寺の豊田さんの発表にもありましたけれども、地域の子供会の規模によって合同の食事会ができた。あるいは高知市の保育園のように障害ある子どもと障害のない子どもと一緒に生活する。そういう機会というのはたくさんもたなくてはならないと思います。大東市地域リハビリテーション研究所のスライドにもありましたように、共に生活する場をどのように設けていくか、それもまた大事なこ

とではないかなと思います。どうぞ。

**【林】** 私たち、20代から30代にかけての障害者間での話なのですが、地域で受け入れてもらって共に高校生まで育っていきますよね。大学に入る段階で非常に落差が、身体的な状況とかいろいろあると思いますが、就労に至る分岐地点において障害者が不利になるケースが多発しているのを見て、また自分達もそういうのをくぐり抜けてきた者として、中学生から養護教育の特性をいかした対個人の特種な教育、普通でしたら、今でも健常者は36人学級と言われてますけれども、集団でしか受けられないのに、障害者は対個人で教育を受けられるという利点を活かして、英才教育に近いものを実施できないかと。そうすることによっていざ就労するときに体験するバリアに一足先に備えて、就労に至る学習、訓練期間は健常者と同じだけでは、不利な条件が身体的なものから能力的なものからかかってきますので、その部分をフォローするために一足お先に養護教育の今の利点、対個人で行われるものをもっと高度化していけないだろうか。それは作業所に入るための訓練とかではなくて、その子の個性に合わせた訓練が系統的にできないだろうか、という声が出てきているのです。そのためには、今の親御さんが考えられている一般の社会に出ていく普通の子どもと一緒に教育を受けさせるという潮流からは逆流してしまうので健常者の親御さん、障害者を教育されてる親御さんには出しにくい意見として感情的にはストレスを受けやすいとは思いますが、そういうことに関しては、例えば豊田さんとか山本先生が、私たち現場で感じていることに対してどう思われるのかご意見をお聞かせいただければと思うのですが。

**【山本】** 私は、就労を短絡的に考えていない。就労というのは、障害のある人が就労しやすい環境整備とか、社会全体で、障害者だけではなく人権運動団体がいろんなことを考えているのです。景気不景気に関係なく就労が保障される職場づく

りとか。例えば、掃除とは誰でもするでしょ、景気不景気関係なく。そういう所に組み込んで、そして会社をちゃんと育てていく発想もあるし、またこれから延びていく中で身体障害のある人に対して、就労がこれから変わってくると思います。就労はどこで就労してもいいのですから、そういうことも広げていく。それで一番大事な機会、一番楽しい時期、共に生きる機会を技術とか知識で奪ってはならないと思っています。もっと言えば、皆さんピアカウンセリングを今やっていると思いますが、そういうのもっと活用していくことも大事です。私は訓練漬けは大嫌いです。おぞましいと思うくらい嫌いです。もっと自由に普通に生きたい。楽しく生きたい。頑張りたくない。楽をしたい。それを皆がやれるように、障害を持っていたら努力しなければならないとか、頑張らなければならないという発想はやめてほしいと思っています。

**【林】** はい。それで、職リハに就職なさった方の事例なのですが、個人で延びていきたくというすごく強い上昇志向を持った人間が5%位いるみたいですが。

**【山本】** それはそれでいい。

**【林】** その人たちにそういう希望が出たときには。

**【山本】** それは支える。

**【林】** 支える。

**【山本】** それは当事者の問題であって、当事者を支えるのが我々の仕事であって、彼らに自分の知識とか考え方を押しつける気持ちはさらさらしない。

**【林】** 問題は、小さい頃から、特に小学生、与えられる教育が日本は普通ですよ。

**【山本】** それを変えていけばどうですか。それから豊田さんに言いたいのは、行政を変えるのは市民です。あなた自身です。それは誤解したらいいけません。あなたが強くなってあなたの組織が周りの同意を得て変えていかないとだめです。行政

を変えるのは住民のパワーで、たまたま行政にそういう人がいない寂しい善通寺市ですが、それを変えていかないと。

**【豊田】** その通りです。

**【林】** ありがとうございます。

**【豊田】** 今言われたこと全くその通りです。だから親たちがここ5年で奮起して実績をつくって行政に話にいきたいということで、今動いております。もう少し10年位先に期待したいと思っておりますが、先ほどの身体障害者の学習・訓練の部分ですが、私も山本先生のおっしゃるとおり、高等部になれば本人の選択だと思えます。私から丁度上の仲間たちの間で気になっていることは、知的障害の養護学校の作業漬け。中・高等学校は私たちの時代は青春を謳歌できる時だったと思えますが、今の養護学校に行けば就職をさせんがために作業が毎日の……。あれに今すごく抵抗を感じているのです。養護学校のお世話で就職できても助成がおりる期間だけの雇用というのが今の現実です。

**【林】** 特に私たちの仲間でも就職させんがために10年以上浪費してなおかつ、すぐクビになるのはあまりにも……。

**【豊田】** そうです。

**【林】** あまりにも惨めだと思うのですが、それを何とかならないかということで、私もIT関係で就労していますが、健常者でない障害者の特性を活かした職業訓練をするのであれば、10年間は無駄ではないなと思えます。逆にそれを指導する方の育成という問題もあると思えますし、何よりもそうやってきたら、ちょうど今のアメリカの飛び級と同じですよ。勉強の好きな子はどんどん飛んでいってしまうのですから。障害者間でもどんどん格差がでるだろうし、地域に受け入れられて温かく包まれる子もいれば、地域の中で傷だらけで飛び跳ねている子もでるといって、それは10年たてば社会的に許容されるものかもしれませんが、今の段階では難しいのではないかと。だったらそ

の狭間をどう埋めて、今の地域に出ていこうと、逆にそれによって障害児に合わせた専門教育が行われる特性がつぶれかけているこの時代に、その特性だけは残して将来にプラスアルファに変えていけないだろうかというのがテーマなのです。

**【山本】** ちょっとだけ言わせて。専門家ほど頼りにならないものはないということを知っていなければ。それは大いなる誤解。自分たちの中で何が大事かということを考えていかないと。今まで専門家がちゃんとしていたら、世の中変わっているはずでしょ。未だに変わっていないのは専門家が問題なのです。それを忘れてはいけません。自分たちがどういう事をやりたいのかということを引きちんと持って。そしてお互いにピアカウンセリングしているので、その中で自分たちでやりたいことを、そこで専門家を組み入れて、専門家に委ねるのでなくて、専門家を自分たちの中に組み入れないといけません。それが出来た時に初めて変わってくる。全部専門家に委ねたらはいけません。それは身を切られるようなものです。ぐちゃぐちゃになるだけです。

**【林】** はい。がんばります。

**【日向】** 今の私どもの学校では高等部になって本人の希望で大学行きたいと、じゃあ補習しましょうと。やっぱり自ら考えて、自ら言ってくる子どもになってほしいということがもちろんあります。そのためには、我々は労を惜しまない。だから皆同じ枠の中に押しつけて皆、上に行くのだよということではなくて、それぞれの希望に添って。ですから企業に行きたい者には2週間、3週間のインターンシップに出すし。やっぱり対個人という、いい特性をいかして今言われた事も出来ないこともない。そういう方向で現在は頑張っていますけれども。養護学校、盲ろう学校を自ら望み、また親御さんもそういう教育を受けようという思いをもって来られる方に対しては、その期待に応える取り組みをしなくてはならないと思っています。どうぞ。

**【豊永】** 高知で保健婦をしています豊永と申します。介護保険と障害児はリンクしないのかということ、ケアマネジャーといった発想はできないか、パネリストの先生はどのように考えているのかお聞きしたいのですが。

**【山本】** これは保健婦の言うことではないね。もっと頑張って勉強しないと。あなた自身の問題だよ。介護保険というのは社会を変えてきたのです、制度として。今日石川先生が言ったようにまだ6カ月だから、不十分なところがあれば変えていけばいい。それで保健婦の仕事は地域リハ、地域コーディネーターの仕事と思う。そういう制度も研修もあるわけだから、その辺しっかり勉強してほしい。地域を変えるのは保健婦だから。介護保険とかじゃなくて、ケアマネジャーの仕事も保健婦の仕事。障害児、障害者施策を生み出すのも保健婦の仕事だし、介護保険が一つの先鞭をつけたのです。あの制度の良さを障害児、障害者により利用しやすいように変えていくというのがまさに仕事。今朝、石川先生はそう言ったでしょ。まさにこれから保健婦が地域保健の立場からやっていく課題です。地域を支えるのはあなたたちだ。

**【日向】** 義務教育、あるいは高等学校に在学している間は介護というシステムが教育の中で行われている。高校を終わった後どういう支援がとれるか、年齢的なものもありますが、分科会は20歳までの話で介護まで行きつかない話ですが、そういうシステムを地域の中でどのようにつくっていくか、その話を出してもらったと理解していますが。

**【豊永】** 私は、テーマが地域の中で支えるということの発想が介護保険というふうな質問になったのです。豊田先生のようにパワーがある方もおいですが、親御さんによっては病弱な方が家庭においでますと、家庭で通所というのは大変心労、心身過労になってきますので、そういう時に専門のヘルパーといった方が援助して入れる仕組みとイメージして私はご質問したのですが。

**【日向】** 先ほど神明さんにお話をさせていただいたのですが、津野山たんぽぽの会というのは保健婦さんを中心に立ち上がった訓練会です。津野山を、地域を保健婦さんが回りながら障害児をどうしようかといった時に、じゃあ私も援助しましょうと言って始まってきたのです。そういう経過の中で保健婦さんの役割は、ゆりかごから墓場までという大きな意味での保健活動というのは大切になってくるのではと思っています。

後2～3分になってきましたので、まとめるのが難しくなっているのですが、先ほど東京のやまびこ会の先生から、地域で障害児が育つには、一言で言うとどういうことなのかというご意見がありました。お三方の話の中で行政を変えるのも自分達の発想であるし、パワーであるし、行動である。それを支えていく周り、その子どもたちをとりまく地域、あるいは人々の理解を得るという大切さ。うちの子どもは障害児ですよということを隣が知らないのではなくて、隣が知って、隣が声をかけてくれる。お互いお付きあいの中からそういう広がりが出てくるのではないかと思います。ノーマライゼーションの考え方の中に、自らが障害児という発言も大事でしょうけれども、やっぱりそれに気づくそれにどのように援助していくか戸惑っている人も沢山いるのです。今朝、ここに来るのに電車に乗りました。養護学校の生徒が自分の前に座り、椅子が開いてましたがなかなか座ろうともしませんでした。私は前で見ましたけれども、ちょうど年配者の方が座られて、この子供さんはここで降りるから隣が開くということをよくご存じの方でした。それで座りました。それが素直にできる社会、毎日電車に乗ってますので、その隣がずっと開いているのではなくて自然にそこに座って声が掛けれる。お互いがお互いを認め合っていける社会づくり。それには、障害のある方もない方も共にわかりあえる、語りあえる、触れあえる社会づくりも含めた親の会なり、訓練会なり、保育の方で我々21世紀に向けて指向してい

子ども分科会

かなければならないと思います。心のバリアということは今禰原町の方でやっていますが、いろんなハードの面が解決していても、残っていく心をクリアしていく努力をお互いにしたいと思っています。地域に帰られて今日のご発表のもとにまた

ご意見のもとにもう一度考えて、自分たちの出来ることから頑張っていきたいなと思っています。ありがとうございました。先生方どうもありがとうございました。

## 【成人分科会】

## 精神障害者の社会参加について考える

コーディネーター：高知県精神保健福祉センター 山崎 正雄  
 発表者：北海道 浦河赤十字病院 向谷地 生良  
 千葉県 浅井病院 浅井 邦彦  
 埼玉県 やどかり情報館 宗野 政美

【山崎】高知県精神保健福祉センターの山崎です。これから成人分科会「精神障害者の社会参加について考える」の演題で3人の先生方に発表していただきます。精神の分野のリハビリテーションは、他の障害分野に遅れてスタートしました。今ようやく他の障害に追いつき、追い越しという形になってきているところです。皆さんもご存じのように、昨年、精神保健福祉法が改正されまして精神障害者の方々を地域で支えていく、市町村が窓口になって支えていくということがようやく法律の中で謳われました。精神障害者の方々が地域の中で生きていくために、どういったことが私たちに必要なのか、どういうことを私たちは考えていかなければならないかということをお話を3人の先生方にそれぞれ違った視点からお話してもらい、皆さんと一緒に考えていきたいと思っております。

それでは簡単に今日のスケジュールをお話します。3人の先生方に20分くらいお話していただいて、一端休憩に入ります。それからフロアの皆さんと情報交換をしながら、議論を深めていきたいと思っておりますのでよろしくお願いいたします。ではさっそく発表に移らせていただきます。一番最初は、浅井邦彦先生にお話をさせていただきます。皆さんもご存じのように浅井先生は、浅井病院の院長の傍ら日本精神病院協会の方で常務理事をされ、日本精神保健福祉連盟その他でいろんな肩書で活躍されておられます。医療の立場で、医療の中から見て、地域の中で精神障害者の方がどのように

して社会参加をしていくのかとういことを、日本の医療の歴史と共に見てこられた先生ですので、まず浅井先生の発表をもとに他の先生方の発表も聞いていきたいと思っております。先生よろしくお願いいたします。

【浅井】皆さんこんにちは。只今ご紹介にあがりまして浅井と申します。今日のシンポジウムでトップバッターをいただいたのですが、私自身精神科医師でありますし、病院長でもありますので私が最初にお話するのがよいのかどうか戸惑いました。今日のシンポジウムのテーマは精神障害を持った方々の社会参加を考えるということですので、まず歴史からお話したいと思っております。

1900年（明治33年）、精神病者監護法という法律が日本でできました。この法律で、明治政府は精神障害を持っている人々を家の中に閉じ込めておきなさい、閉じ込めてもよろしいと言っています。私宅監置を公認し、警察が監視するという時代が50年ほど続いた後、1950年（昭和25年）に精神衛生法ができ精神病者監護法が廃止され、精神病を持った人を精神病院で治療することになりました。それから50年、この2000年までに民間病院がどんどん増え、全精神病院の85%に達し、精神科病床を有する病院は1600余りになりました。日本の全病床は130万床、その内35万床、22%が精神科の病床になっています。但し、総医療費に占める精神科医療費の割合は、わずか5%余りです。さらに、精神障害を持った人たちへの福祉施策は

1987年の精神保健法に初めて社会復帰という言葉が使われ、ようやく精神障害を持った人の精神福祉を考えていこうというようになりました。今日のテーマであります障害者全ての社会参加を考えた時、国連障害者の10年のときにも精神障害を持った人はわずかしか参加できませんでした。1993年に施行された障害者基本法が全ての障害者の基本的な法律という形で出され、初めて精神障害が含まれることになりました。ここから精神障害を持った方々の社会参加が法律で保障されたのです。ただし、今日やどかりの里にしてもべてるにしても、20数年前から、法律で保護されていない頃から精神障害者の社会参加を強く進めてこられてきたわけで、私は今日皆さんのお話を楽しみに聞かせていただきたいと思います。精神科病院は、終戦当時わずか数千床だった病床が50年を経て、今その何十倍かの34万床になっています。しかし、おそらく2000年の医療法改正の後には、5年から10年の間で大きく変わり精神病院の病床はかなり減っていくでしょうし、長く病院で生活されている多くの方々が地域社会に戻っていく状況を作らざるを得なくなってくるはずです。

私の病院は千葉県の九十九里浜の近くにある昨年40周年を迎えた地域型の精神病院です。そこで地域活動がどのように行われているのか少しお示しした後に、わが国の精神障害者の方々の社会参加を妨げているものは何かということ、さらには、それらの要因を排除して当たり前社会参加を進めていくためにはどうすればいいかということを2、3提言させていただく予定です。私たちの病院は370の方が入院しており、外来におよそ一日に300人位の方が、さらにデイケアには一日100人の方が来られます。また地域にある生活訓練施設やグループホームで生活している方も沢山いらっしゃいます。このような状況から地域とのコミュニケーションをどうしていくかをいつも考えてきました。地域の中に施設を作る場合、地域の方々の理解がなければすみません。地域の方々は総

論賛成、各論反対の方々が多く、全国で地域に施設を作るのは難航しているのが日本の現状です。たまたま私たちはこの40年間、開放型の精神医療を進めてきたということで、地域の中にグループホームを作ったり生活訓練施設を作ったりするときに、全く地域の方からの反対はなく、逆に地域の方々が建物を建てて貸してくださるということがありました。もう一つ、ここ40年くらい前から秋に文化祭的な行事を患者さんのアクティビティとして地域にアピールしてきました。毎年5月の第3日曜日に“はんでん祭り”をやります。病院に“はんでん木”という大きな木がありまして、そこに綺麗なチューリップツリーといわれる花が咲きます。その木の下で地域の方々にお集まりいただきましてはんでん木祭りというのをやっております。およそ毎回4000の方が集まります。デイケアの方も入院されている方も、日頃の活動をいろんな形で皆さんにアピールし理解していただきます。地元の小学校、あるいは地域で生活している老人の方々も参加して、言わば小学生からお年寄りまで、今年は4500人位の方が参加されました。この祭りを通してお互いの理解を深めて、自然に社会の中に溶け込んでいくという意味で、入院患者さんにとっても大変貴重な体験になっているようです。グループホームとして認可されている2棟は15年前にでき上がり、6人ずつ男女別々に住んでおります。地元の方にこちらの希望にそって建てていただいて、病院側が借りてグループホームとして認可され運営しているところです。あともう一棟6の方が住んでいるグループホームもあります。そこは病院から5分位のところで、ソーシャルワーカーがサポートとしています。あとサテライトアパート的なものも市内に何か所かあります。生活訓練施設は全国でも障害者プランに沿った形で207カ所でできています。私どもも20床の入所施設と1床のショートステイを持っております。この生活訓練施設というのは通過型の施設ですので、ここに2年プラス1年いると、どこか他の所、



アパートやグループホームに行くわけです。そして、平成14年からホームヘルプ、グループホームと共に市町村事業になりますショートステイですが、生活訓練施設の中の1床を5日から7日の間、休息のために入所して使ってもよろしいという制度です。諸外国を見てきましたが、ショートステイは非常に重要で、言わば柔らかい危機介入といえますか、眠れなくなったり、急に不安になった時、病院に入院するほどではない、一週間ほどケアワーカーや看護婦さん達のケアを受けながら、ここで休息することによってまた地域に戻っていける。このように再入院を防ぎ、柔らかい危機介入施設としてのショートステイが非常に重要になります。今後この1床しかないショートステイが、現在利用率80%である生活訓練施設の空いてるベッドを使ってもよろしいということで、3床ぐらいがショートステイに使えるようになります。むしろ制度としてもこれからどんどん進んでいくという意味で重要であります。私どもでも年間では80人余の方が利用しています。昔だったら多分再入院していた方が、ショートステイを利用することによって危機を避けていることになります。それから働く場の問題になりますと、社会適応訓練事業として通りハ事業が大切だと思います。私共にも40か所の職親があります。千葉県の職親会の中心になっているのですが、かなりの方々が中小企業で、お酒屋さんも含めて働いていらっしゃいます。そこで正式雇用になった方々もいらっしゃいます。家族会が8年前から始めた小規模作業所ライブショップ九十九里浜には登録者が23名ほどいます。小規模作業所は全国的にどんどん増えてきています。今後、地域で生活する利用者の方々の集まる場所として小規模作業所の重要性は非常に大きいと思っております。それから、精神障害者の地域生活支援センター事業が4年前から始まっております。私どもも、生活訓練施設に付設してスタートしましたが、最近新しく町の中に空いたブティックを借りて移転し、アクセスが良くな

り登録メンバーも増えました。地域生活支援センターは厚生省の方のプランでは、人口およそ30万人の障害福祉圏域に対して2か所、平成14年の障害者プランの最終年までに650か所つくる予定です。現在はまだ150か所位です。この高知にも数カ所あるかと思いますが、地域生活支援センターは地域で生活している障害者の方々や利用者の方々の相談業務からあらゆるサポートまで、非常に大きな役割を果たしております。今回の法改正で今まで常勤職員が2人、非常勤が2人の計4人だったのが、施設長を含めて常勤職員3名、そのうち1人は精神保健福祉士でなくてはいけませんが、非常勤の2人を入れて人件費としておよそ2000万円程が出ることになりました。これはまさに地域の中の精神障害者の社会参加を、あるいは地域生活を支援するキーステーションとして今後重要な役割を果たすことになります。国の補助金と県の補助金が必要なので、財政困難な県はこれをなかなか認めようとしないことが多いですが、皆さんのパワーで人口30万人に対して2か所作れるということなので、まさにアクセスしやすい町の中に借家でもよろしいですから、今後のコミュニティケアの中心となる独立型のステーションづくりには是非頑張ってもらいたいと思います。

私どもも開所して4年で、登録者数は現在170名以上で、月間のアクセスが1000件以上になっています。電話などの相談の、およそ半分が夜間です。夜間が結構多くて、ワーカー達は転送電話や携帯電話を持って24時間、365日相談にのっています。非常にやり甲斐のある仕事であり、メンバーの人達からはいつでも相談にのってくれるという意味での重要な役割を果たしていると言えます。今後全国各地で増えていくことが重要であろうと思います。私共の地域生活支援センターでは少しスペースがありましたので、患者さん達が運営するハーブティのお店を作って、市民の方々にも利用していただいております。このように地域の中にたまり場が出来ることで、一般の方々もご利用

できるようなスペースを地域生活支援センターの中に作っていくということも可能ではないかと思っております。地域生活支援センターは、まさに地域に開かれるべき病院と社会復帰施設と市町村、保健所、行政との間を取り持ち、それに就労援助も含め、あらゆる援助のキーセンターに成り得る場所であるということをご参加の方々にご理解いただければと思います。現在、社会復帰施設についての障害者プランの達成率はまだまだです。厚生省は平成14年までに数値目標を達成しようとしているのですが、社会復帰施設も働く場所と言いながらほとんどが小規模作業所に依存し、通所授産施設等はまだまだ少ない状況です。住む場所については、グループホームがもちろん中心であるべきでしょうが20人程度が住む援護寮、それから福祉ホームが10人程度というように、社会復帰施設が2000年までにおよそ1万6000人が整備目標です。ただこれは、人口万対から言うと1.4床とまだまだ足りません。アメリカ、カナダ、イギリスの1/10~1/5にすぎません。こういった社会復帰施設、地域生活支援センターは全国的に見ると設置状況に大きい地域格差があります。また、今の社会復帰施設等はグループホーム以外は法定の施設は全て通過型です。かつて全国調査した結果ですが、入所者の転帰をみると、およそ25%くらいの方が再入院しているのです。特に、働く条件がついた福祉ホームとか入所授産施設に至っては、36%から40%くらいの方が再入院に至っています。入所期限付きの援護寮でも再入院が多くなっています。再発ではなくて、再入院ということは問題です。ただ、幸いなことに再入院と申しましても休息入院的な場合が多いですから、再び施設などに戻れるのです。1か月から3か月で戻っている方が多いというのはその存在意義は大きいと思います。

わが国では、精神科病床が非常に多いと言われています。人口1万対で28床ぐらいで、93%ぐらいの病床利用率です。しかし、アメリカはかつて

は30年前、州立病院は人口1万対30床以上だったのです。ところがケネディ教書以来、脱施設化がどんどん行われて現在、人口1万対13床程度です。ただ州立病院はもっと少なくて総合病院、司法精神科施設を含めたベッド数です。一方、様々な種類のいろいろなレベルの居住施設があつて、これが人口1万対15床です。トータル合わせますと施設ケアの方は人口1万対28床なのです。世界で一つのモデルと言われるカナダのバンクーバーを中心とした地域でも30年前には人口1万対35床のベッドがありました。しかし、現在では万対16床ぐらいです。但し、ここには総合病院の精神科救急対応病床が万対6床位あります。居住施設が万対11床でトータルでは27床ぐらいですね。それでイギリスが居住施設が若干少ないと言われていますが、それでも人口1万対6床はあるのです。わが国は現在8000床くらいで人口1万対0.6床、障害者プランで政府が目指している平成14年度でも万対1.4床にすぎないのです。いかにわが国は施策的な意味でも居住施設が少ないかという問題がWHOのサルトリウス元精神保健部長が10年前に言っていたように、人口1万対20床まで減らす場合、全ての方が家庭に戻れないですからどうやって地域でサポートしていくかということが非常に大きなテーマになり、社会参加を進めるうえでのキーワードになると思います。

あともう一つ重要なのは、社会福祉事業法の改正が行われ今年から社会福祉法が成立しましたが、平成15年から知的障害、身体障害の措置制度が無くなって社会福祉法の完全実施になります。その時点で3障害ともケアマネジメントサービス、地域で生活する方々のニーズをくみ上げ、利用者の方々からの申し出があればケアマネジメントを実施するというシステムで、それによってサービスを提供する。まさに介護保険のケアマネージャーと同じ役割を精神保健福祉士や保健婦を中心に担っていただき、社会復帰施設や、ホームヘルプサービスを利用する場合、そのコーディネートをして

いこうということ、国は平成15年から3障害を同時に実施しようと考えています。今モデル事業が行われておりますが、これに関しても情報が十分ではないということがありますが、重要なことですので、精神障害を持った方々がサービスを受けるための一つの手だてとしてこのケアマネジメント制度が実際に行われていくということに注意を払っていただきたいですし、私は厚生省の検討会のメンバーですのでどんどん皆様に意見も述べていただきたいと思います。

最後に、10月の始めに沖縄で全国精神障害者連合会の全国大会があって1,200人の方が参加され、特別講演の中で世界ユーザー連盟の代表でもあるオーストラリアのジャネットミーガーさんがお話をしてくださいました。今、パートナーシップが盛んに言われ社会参加のためのキーワードのようになっているのですが、本物のパートナーシップなのか、見せかけのパートナーシップなのかという鋭い問題提起をされていました。本物のパートナーシップは何かをきちんと踏まえたくて、押しつけでない、要するにそういう人達のほんとの気持ちを理解してほしいということ強く訴えていました。ジャネットミーガーさんは、トーマスさんのリハビリテーションについての定義が一番いいと言っておられましたが、まさに障害があっても生活を切り開いていける人を回復者と呼ぶべきだと思います。そういう人達は自分で選択肢を持ちながら道を開いていくのだと述べられましたが、これからの社会参加を考える一番のキーワードだと思います。少し話が中途半端ですがここで終わらしていただきたいと思います。ありがとうございました。(拍手)

**【山崎】** 浅井先生どうもありがとうございました。短い時間であったのですが精神保健福祉の歴史と現在の精神保健福祉の現状、特に精神科医療機関から眺めた精神保健福祉について丁寧に分かりやすく説明していただきました。最後に今回の社会参加についてのパートナーシップについて簡

単に話していただきました。このことについてはまた後ほど詳しくお話していただければと思います。

次にやどかりの里、やどかり情報館の宗野政美さんにお話をさせていただきます。宗野さんは1962年に生まれまして、コンピューターの会社にお勤めしまして、今日もコンピュータを駆使して説明していただけるようです。その後日本福祉大学の方に進まれましてやどかりの里の方に就職されて、現在やどか印刷の代表としてご活躍されておられます。宗野さんよろしくお祈りします。

**【宗野】** 皆さんこんにちは。やどかりの里の宗野政美と申します。今日は同じ働く場から香野英勇さんと言われる方とこの分科会に参加させていただいております。香野さんは私の友人の一人でもあり、今申しましたように働く場の仲間でもあり、やどかりの里のメンバー当事者でもあります。香野さんには全体討論の時に発言がされればいいかなと思っております。私の職種としてはソーシャルワーカーがベースであります。先程山崎先生が紹介して下さったとおり印刷の業務の責任者をやっております。分かりやすく言えば、寅さんに出て来る印刷屋のたこ社長だと思っていただけたら分かりやすいかなと思います。

今日はこの場でプロジェクターを通して音楽と映像を交えて、普通の学会のイメージを変えてみようかなとちょっと大胆な試みで埼玉からやってきました。それではよろしくお祈りします。

(音楽始まる)

どうぞ皆さんリラックスしてご覧ください。まずこの本の紹介をさせていただきます。この本は、やどかりの里で生活支援体制が整ってきた平成6年から設立30周年を迎えた平成11年までの振り返り、やどかりの里が大切にしてきた価値の普遍化を目指す目的をもって出版されました。私はこの本の執筆者の一人でもあり、この本の制作にあたった一人でもあります。やどかりの里のやどかり情報館では、このような本を作るのが目的となっております。売上は、情報館で働く従業員のお給料にな

りますので、もしよろしければ買ってください。今日は、この本の中からこれまでやどかりの里が大切にしてきた価値とやどかり情報館の活動を通してこれから作りだそうとする新しい価値について述べてみたいと思います。Our Planet 我が地球という意味ですが私たちの住む地球の共通のテーマは一体何でしょうか、やどかりの里は精神障害者が一人の人間として生き活きとして生きられることを活動の目標としてかがけてきました。しかし精神障害者に関わる課題や問題は、精神障害者に対する固有の問題ではなく、誰もが地域で安心してその人らしく暮らすための共通の課題や問題であるということに気がついてまいりました。それは誰もが住みやすい地域をどのように作っていくかという、この地球 Planet に暮らす私たちの共通のテーマだと思っています。

やどかりの里は埼玉県大宮市東部を中心に、隣接する浦和市、与野市をエリアとして活動を展開しています。住む場、働く場、憩いの場を地域の中に作っていくことを通して、精神障害者の生活を支え場を展開してきました。こうした活動の広がりには30年の年月をかけてきたものです。そして、来年の2001年には3市が合併し、さいたま市となります。そしてやどかりの里は、さいたま市の東部地域における健康福祉の活動モデルとして、その一躍を担うべく準備を進めています。やどかりの里の活動は昭和45年、民間精神病院のソーシャルワーカーが、退院したくても引き取り手がない入院を余儀なくされている患者へ、住まいと働く場の提供をすることから始まりました。この一人のソーシャルワーカーを動かしてきたものは、精神医療の閉鎖性、劣悪な処遇、精神病と診断された患者を人間と見なしてこなかった日本という社会への怒りでありました。やどかりの里の原点はそこにあります。障害や病気を持っていても暮らしやすい社会の実現、ごく当たり前の生活をもとめる運動です。言い換えますと、障害者の人々が暮らしやすい社会こそ多くの人にとって暮らしや

すい地域社会なのだという主張を現実に展開していく試行錯誤が、やどかりの里の30年の歩みということなのです。

次に、やどかりの里の活動展開についてお話したいと思います。平成2年、やどかりの里の存続と新しい実践モデルの挑戦をかけて、援護寮と通所授産施設を複合した社会復帰施設を開設しました。生活支援の体制づくりの始まりです。10年経った現在、地域エリアを限定し、より地域に密着した4か所の生活支援センターを設置し、その周辺に住む場としてのグループホーム、働く場としての作業所、福祉工場、授産施設、憩いの場としての憩いの家が地域の中に点在し、後方の基地として援護寮があります。このようにここ10年でやどかりの里の活動は、急速に広がりを見せました。現在約180名の精神障害者が生活支援センターに登録し地域で生活しています。ここでやどかりの里が生活支援の在り方で大切にしてきた価値について述べたいと思います。1つは選択肢を多くすること。2つ目はステップ方式を取らないということ。3つ目は自然な形で地域に住むこと。4つ目は意思のない人ではないということ。5つ目は一人歩きではなく、仲間の連帯の中での自立ということ。最後に生産より出会いと創造へということ。これらは30年の実践から導き出された価値であります。従来の援助方法との違いを明確にし整理されたものと言えます。いずれもやどかり出版から出されている「生活支援、一精神障害者生活支援の理念と方法―」から引用しておりますので、ここでは先に話を進めさせていただきます。このような生活モデルをベースに、長期入院者が地域の中で生き活きと暮らせるような状況が作られつつあった頃、一方で一般就労に挑戦するものの長続きしなかったり、作業所で働く場を確保したものの経済的に少しも潤わない状況が少しずつ見えてまいりました。メンバーの願いは安心して病気のことでも隠さずに働くことができ、障害年金と自分の収入で働けるような場所が欲しい

ということでした。平成9年、その願いを受けてやどかり情報館を開設しました。長年独自に展開してきた活動として印刷事業と出版事業がありました。この2つを核にさらに研修事業を加えて3つの事業種目で開設された福祉工場です。ここでは従来、マイナスの価値であった精神障害あるいは精神分裂病の体験をプラスに転換していこうとしています。病気や障害を体験してきたからこそ気づいた事を情報発信していこうという夢を抱いて始まった活動です。やどかり情報館の基本的な考え方は次の3つであります。まず第1に精神障害者が精神保健福祉活動の担い手になるということです。これは精神障害者が活動推進する際の補助的な存在から、活動の担い手として出版・印刷事業を通して情報の発信者になっていくということであり、第2に疾病や障害をプラスに変えるということです。否定的に捉えがちだった疾病による障害を逆手に取って、体験した者こそが企画運営できる運動の在り方を提示する、そしてそうした在り方は、障害者自身の生きていく価値を高めるという仮説であります。第3には、出版、印刷、研修のプロを目指していくということでした。ここでの専門性とは、編集、印刷、製本、梱包、入力、販売、製品管理の技術を指します。メンバーも仕事として従事する以上は、その仕事のプロを目指していかなくてはならないと考えています。次に、以上3つの仮説からやどかり情報館の実際を通して見えてきた事柄を5点述べたいと思います。

第1に、働くことは主体化のプロセス。第2に、情報の共有は運営の主体的参加。第3に、共同の学習の楽しさ。第4に、障害や病の体験には大きな価値がある。最後に夢を持つことの大切さであります。第1の働くことは主体化のプロセス。精神障害者が働く場合に自分自身の病気や障害、その時々の体調をどれだけ自分で認識しているかが問われてきます。最初から高い専門技術を身につけているというよりも病気や障害への認識、認識

に基づく健康管理が仕事を継続させるカギとなります。また自分がどんな事をしたいか、どんなことができるか、何ができて何ができないかを仕事を通して問われます。多くの人は働くことの中で働くことを学び、主体的に自分の人生を切り開いています。次の情報の共有は運営の主体的参加の入口。やどかり情報館の開設の際にメンバーが、運営に主体的に参加できることを一つの目標としてきました。正しい現状認識と判断の為に情報は提供されなくてはなりません。働く場であるやどかり情報館では、情報の共有は重要なこととして捉えられております。情報の共有から能動的な関係性が生まれていきます。そして、それぞれが主対的に関わることによって、共に協働するパートナーシップという関係性が実現していております。この写真に写っている研究会、セミナー、体験発表会などの様々な場面において、やどかり情報館ではメンバーと合同に企画し運営を行ってまいりました。話し合いを基盤とした準備や学習の中で、これからの活動の展望が開かれていくことを皆で体験してきました。その際、住民、専門家、当事者、管理者が学習と活動という車にちゃんと乗り合わせているかが一つの指標となっております。障害や病の体験には大きな価値がある。今日ここに来られている香野さんをはじめ、やどかり情報館で働く幾人かの表現であります。香野さんは病気をしたからこそ見えてきたものがある、またこの病気と友達として生涯付き合っていくんだと胸を張って各地で講演にまわっております。彼の生きざまは力強く優しく感じます。私はその力強さと優しさに度々励まされるときがあります。このような思いを形にしたのが、体験発表会であります。メンバーや家族をはじめ、地域の方々や保健、医療、福祉の関係者達と出席して下さる方は多岐におよびます。3年間で18回行われております。またこのような思いは一冊の本として出版化されます。やどかりブックレットです。企画から編集、印刷といった製造工程は全てがメンバー

がイニシアチブを取って進められています。さらに販売も自らの手によって行われております。このように自分たちの体験に基づく仕事づくりが、賃金を得られる仕事に繋がっているわけです。障害や体験に基づく社会参加が少しずつ目に見える形になっていくとき、これまでの効率や競争を原則とする価値からもう一つの価値の創造に繋がっていくのではないのでしょうか。それは排除の論理ではなく、補い合う関係づくり、共同と連帯の中から生まれてくるものだろうと思います。次の夢を持つことの大切さということは、夢を語り合える喜びであります。これは生活支援スタッフの関わりとは少し違うと思います。生活支援の役割は、自分の暮らしを安定させる、支えるということだと思います。やどかり情報館では、個人の生活はちょっとわきに置いてお互いの夢を語り合い、夢に向かって二人三脚で作り合っていくところだと思います。共通の目標に向かっていくと感じられるものがそこにはあります。

まとめとしまして、やどかりの里の活動をメビウスの輪として描いてみました。メビウスの輪を蟻が隊列を組んで歩いております。しかし、この蟻には幾ら歩いてもゴールはありません。やどかりの里の活動も同じように健康福祉の文化を目指し、様々な人がかかわり合って活動を進めていき、しかも終わりのない活動なのです。左側は前段でお話しましたやどかりの里の生活支援に注目しており、右側はやどかり情報館で見えてきた価値に注目しております。そして関わるそれぞれの人が、右と左を常に循環しつつ歩みつづけています。最後に、はしご段モデルと入れ子モデルで現わしてみました。入れ子は主体化のプロセスであり、左の図はやどかりの里の自然史を現すものです。各期の活動は全体として入れ子構造を成しており、その全体的、包括的なとらえ方がやどかりの里の活動の今を現しています。やどかりの里の活動は小さいけれど私たちの実践を多くの人たちと共有したいという思いがいつの時代にもありました。

活動の一つの単位は大きく成りすぎではいけません。だから一つの活動で支えられる障害者の人数には限りがあります。しかし、埼玉県内、日本全国を見ると何らかの支えを必要としている人がたくさんいます。そういう人たちと共に思いを同じくする活動が全国が増えていくことを希望します。最後の言葉としてこの言葉を述べて終わりにしたいと思います。Our planet, our health, but changing needs think globally actlocally.

どうもありがとうございました。

**【山崎】** どうも宗野さんありがとうございました。本当にいいコンコサートに来たなというような感じで、ワールドミュージックとかピアノレッスンの曲とか、皆さん心癒されながら発表を聞かれたと思います。埼玉のやどかりの里は、地域生活支援ということで昔から取り組んでおられて、その活動が全国に発信されて、今回の地域生活支援センターが法的にも認知されることにもなった歴史が分かるような気が致します。

最後ですが、北海道べてるの家の向谷地生良さんに発表していただきます。べてるの家のことは説明しなくても皆さんご存じと思いますが、いろいろな形でほんとにユニークな活動をされています。向谷地さんは浦河の赤十字病院でソーシャルワーカーをされる傍ら、べてるの家の設立にも関わってこられて現在も活動を続けられている方です。向谷地さんよろしくお願ひします。

**【向谷地】** 浦河赤十字病院でソーシャルワーカーをしております向谷地です。今日はべてるの家の活動の紹介ということで20分間で手短に今までの活動を振り返ってみたいと思います。浦河町は北海道のえりも岬の近くの人口16,000人の過疎の町です。私は学生時代を札幌で過ごしまして、この浦河町に来たときはほんとに寂しい町で帰りたくなりました。そのような経験がありますから、ましてや精神分裂病をかかえた人たちが、この町で暮らすことは本当にしんどいだろうなと思いました。そして、私は精神科病棟にはじめてソーシャ

ルワーカーとして仕事をしていく中で、浮かんだ言葉が「医」学—囲い込みの「囲」と、「看」護—管理の「管」と、「福」祉—服従の「服」という言葉です。私は学生時代に札幌で脳性麻痺の方たちの地域活動に触れたり、難病患者さんたちの主体的な運動の事務局に関わり、学生時代に当事者運動を肌で学んだものとして精神科病棟にソーシャルワーカーとして勤めたとき、私には別世界が広がっていました。そういう意味で「囲い込み」と「管理」と「服従」というこの言葉が、ソーシャルワーカーとして精神障害を体験した人たちの課題をどう担うかとういうことのスタンスになっていきました。

そして、これは現在のべてるの家の理念として活かされています。作業所、共同住居、会社、地域支援のメニューを23年間、当事者の方々と一緒に作ってきました。その中にはトラベルサービスといってチケットの取次ぎ販売とか、介護用品のお店とか、介護保険の事業所として当事者たちが福祉用具の資格をとったり、べてるの中に銀行を作り、当事者の人たちが車の免許を取ったりとかを、病気を体験した当事者達が地域での自らの可能性を実現するお手伝いをする……こんな流れが現在できています。その一つのコンセプトは何かというと、私が病院に一番最初、足を踏み入れたときの想いです。それは社会復帰ということよりもっと豊かなものであるはずだということです。そして、私は社会復帰とか、社会参加とか消極的な形ではなくて「社会進出」をしようというふうに呼びかけてきました。それで今日来ている早坂潔さん、彼が最初に先頭に立ちながら一緒に具体的な社会進出の模索をしてきたのが今までのべてるの家の歴史です。90人前後の人がこの事業に参加しています。アルコールとか薬物とかの方達も事業の中に取り入れているというのがべてるの特徴です。最近では不況の折、知的障害の人たちがいるいろいろな事業所で解雇されたとういうことで、べてるの家の仕事に参加したいと、どんどん来てい

ます。その他、近所のおばちゃんたちもふらっときて仕事に参加したりとか、様々な人がこのべてるの家の仕事に参加しています。この活動に参加するには何も手続きは必要ありません。ただ“来たい”というだけよく、役所の手続きがいるとかそういうことは一切必要ありません。そして、浦河は過疎の町で、商店街もさびれてきて、産業も衰退してきて、空港からも遠い、そして浦河の日赤病院は417床のうち130床が精神科病棟ですが、周辺のはんとに古いアパートに精神科を退院した人達が住んでいます。そういう人たちがひっきりなしに入退院を繰り返す、アルコール依存症の方が救急車で運ばれる、また地域でトラブルを発生させるということもあって、住民感情は最悪でした。そういう中で、あえて精神障害を体験した当事者も住民の一人として地域の課題を担う、地域住民の暮らしの向上に貢献するというアプローチを模索してきました。

その手段として「商売」を考えたのです。地域のためにできることを模索するということで、地域にはいろんな偏見や誤解がありました。でも当事者の方から聞くと自分も病気になる前は、日赤病院の精神科病棟の人たちは怖かったし、あんな所に入ると一生終わりと思っていたし、そして実際に病気になったとき、もう一生終わりだと思ったという事実が自分の原点になっていると言うのです。その自分自身が感じた偏見や誤解を地域にどんどんオープンにしていこう、そして何よりも地域の人たちが何に困っているかに着目したアプローチをしていこうと考えました。今の自分を活かすために「商売」を模索していったのです。いわゆるビジネスですが、「ビジネス」には様々な要素があります。このプランの先頭に立ったのが早坂潔さんです。しかし、浦河の町自体が過疎の町ですし、商店街も寂れていく中で何をしていくかが課題でした。その中でふとした出会いから昆布を売ろうということになったのです。売上が落ちている日高の昆布を何とかして産地直送で全国

に売れないだろうかというアイデアが浮かびました。しかも、それは作業所としてではなくてビジネスとしてです。作業所として考えたらおそらくつぶされるだろうと思い、私たちなりの地域貢献の一つの入口として漁協とか役場とか、そういう所に交渉しに行きました。今日来ている早坂潔さんたちも漁協に昆布の仕入れの交渉に行きました。商売の基本は何かというと、顔と名前を覚えてもらうことです。今でこそカミングアウトとか、何か特別なことのように言われていますが、商売の基本は名前と顔を知ってもらうことで、商売は成り立つので、彼らはどんどん自分の名前と顔を売り出し商売を成り立たせていくということを考えました。具合が悪くなくてもこの商売を維持していくためには、「安心してさぼれる会社」を作らなければならないということで、仲間同士の関係づくりが基本になることが分かっていきました。実は商売ということで地域に出ていったとき、まさに突破口になったのは地域で商売をしている方との出会いでした。燃料屋さんや酒屋さん、銀行、建設会社に勤める人たちや経営者達が、パソコンの勉強会をやっていました。燃料会社を営む小山直さんという人が、その勉強会「マグ」に誘ってくれました。月一回のマグの集まりですが、これが町の人たちとの出会いになっていくのです。過疎の町で商売に苦勞していた人たちが、べてると出会う「商売は関係づくり」だとか、べてるの人たちの体験を通して、実はおれも眠れなかったことがあるんだよとか、うちの家族の関係もたいへんなんだよとか、そんなことがメンバーに語りかけられるようになりました。そして地域の人たちも、べてるの人たちは面白いということで、ほとんど電卓を使っても間違えるメンバーの人たちも大挙してパソコンの勉強会「マグ」に参加するようになりました。実は全国には約90何箇所マグのネットワークがあります。そして、このマグの人たちを通して全国の企業の人たちに出会うことになるのです。そして精神障害を体験した人たち

がビジネスに乗り出していくということで、大変注目され全国の企業の人たちから様々な支援が寄せられました。その中で、私たちが学んだことは「過疎も捨てたものではない」ということでした。過疎化の中だからこそ、私たちも町の人たちと一緒に町のことを考えられるということ学びました。そして町の人たちには、「べてるに染まれば商売繁盛」と言い続けてきました。例えば、べてるでメンバーが住宅を借りる、ではガスはどうするか、それから灯油、電化製品、そういうことの生活情報や需要がこのべてるの中に一杯あるということが分かって、そこに地域のいろんな商売をやっている方がアクセスすることによって、逆にビジネスチャンスが生まれてくるということになってきました。そして本屋さんで言えば、今まで注文があれば配達していましたが出版不況で本が売れないため、本の配達をやめると、一層お客さんが減るようになり本の売上が落ちるのです。それで逆にべてるでは、本の配達請け合いますということで新規事業を立ち上げたりしました。また、うちの病院はいろんな出張に行くときのチケットを病院の職員が全部斡旋していましたが、その部門の仕事が忙しくなってもうやめたいという話がありました。そこでそれをべてるで代行させていただきますと言って、ホテル、航空券、全部一括して請け負うようにしました。それからホームセンターで、あんまり儲けにはならないが配達する人がほしいというのを請け負ったり、それから灯油の集金を請け負ったり、日赤病院が敷地管理を外注化したいというのをべてるでやらしてくださいと言ったりして、べてるの人たちが地域の中で困っている所に入っていくという流れが出てきました。そうすると町でいろんな商売をやっている人たちは、どこに頼んでいいかわからないことは全部べてるに頼んだらということが生まれてきて、そこにべてるの当事者の人たちの進出していく余地が生まれてくるという循環が生まれてきました。そんなことで、べてるという場所は当



事者と共に地域の方達にもビジネスチャンスとか社会進出の場として用いられ始めるようになりました。そして、今から12年前に当事者の方が10万円のお金を供出して昆布の産直に乗り出しました。そしてそれは10年たって1億円の売上をする事業体になりました。うちは1億円売り上げても利益は10万円ですが……。そんなふういろいろな方との関わりが生まれてきたのです。

もう1つは、いわゆる病気に対する考え方が変わってきました。社会体験や社会進出をすることによって薬を飲むことの大切さ、人間関係の大切さ、身なりを整えることの必要性、そういう体験が当事者の中に社会的必要性として高まると同時に、今まで病院やお医者さんが管理する病気が、当事者の生活体験の中で変化することが分かってきました。そして幻聴という異常体験が皆の中で「幻聴さん」という柔らかいイメージに膨らんでいきました。例えば、べてるの大崎さんの幻聴さんは721人いて彼の周りであらゆるしています。最近あちこちに講演に行くと、この721人の幻聴さんが飛行機に乗ったり、列車に乗って大崎さんに付いてくるそうです。それで飛行機に乗って、大崎さんに今幻聴さんはどこにいますかと聞くと、羽にしがみついていますとか、一人落ちてしまいましたとか、楽しげに語ってくれます。そして会場につくと721人の幻聴さんが来ているので、私にだけでなく幻聴さんにも拍手してくださいというような呼びかけもします。従来、医療の枠組み、治療の枠組みでは考えられなかった、ある種の生活文化みたいなものが当事者の中から出てくるようになりました。地域の中にも、このような幻覚とか妄想とか幻聴という言葉が非常に厳しい言葉としてありました。また治療の対象として語られていたものが、当事者の生活感あふれたエピソードとして語られるようになっていきました。そして、そんなふうなことから浦河では幻覚妄想大会といって、誰の幻覚が一番がすごいかという大会を一年に一回繰り広げたりしています。そして、

グランプリ受賞者は地元の新聞に大々的に載ったり、町を歩いたら「おめでとう」と皆が言ってくれるなど、こんなふうな文化が地域に根づいてきています。今まで医療とか治療とか単純な医学的なりハビリと考えられていた苦勞が、当事者の中で多様に豊かに変わる可能性があるということを経験しながら経験してまいりました。そしてこういう経験が病院の入院プログラムにもものすごい影響を与え、当事者の参加、当事者の力を借りる形でプログラムが変わってきたのが今の特徴かなと思っています。ご静聴ありがとうございました。(拍手)

【山崎】 どうも向谷地さんありがとうございました。普段私たちが考えている医療や保健福祉の規制概念が、もの見事に崩されていくのを皆さん発表を聞かれて体験されたと思います。ほんとに浅井先生、宗野さん、向谷地さんありがとうございました。ここで5分程休憩を取りまして、また討論、議論を深めていきたいと思っています。

(休憩入る)

【山崎】 後半の部を始めさせていただきます。後半はビデオをみていただき、またそのビデオをもとに議論していきたいと思っています。ではビデオをよろしくお願いします。

※やどかりの里とべてるの家の2本(ビデオ上映)だいたい概要だけ見ていただきました。今日はビデオに出演していましたやどかりの里の香野英勇さん、べてるの家から早坂潔さん、あと渡辺さんと清水さんが来ています。是非、お話をお聞きしたいと思います。壇上へどうぞ。(拍手)

コーディネーターの特権で急遽こうして当事者の方に上がっていただくようにしました。精神障害者の社会参加について考えるということで、私たち関係者が話すというだけではなくて、やはり精神障害者自らに語っていただくほうがいい議論が深まるだろうと思いましたが、べてるの方には商売の途中で抜けてきていただいておりますので、後で昆布でもお買い上げいただければ嬉しく

思います。皆さんに一言ずつ語っていただいて、皆さんとフロアの方々と一緒に討論していただきたいと思います。よろしくをお願いします。

**【香野】** 大宮のやどかりの里から来ました香野です。よろしくをお願いします。(拍手) 早坂さんも僕もビデオに出ているときは瘦せていましたが、ちょっと時間が経ちまして少し膨張したかなと思っています。今日は精神障害者の社会参加について考えるということで、僕も頭をひねりながら考えてきたのですが余り浮かびませんでした。先程の向谷地先生が言っていました社会復帰から社会進出へという言葉は、僕に近い言葉だなと思いました。社会進出をあえて変えるのであれば、コンシューマインボウメントという言葉がありますが社会を巻き込んでいくような、そんなエネルギーがこれから先僕たち当事者には必要なのではないかと、先程も北海道と埼玉で力を付けるべく二人で一服していました。だんだん全国各地の当事者が集まって、力強くやっついこうと思っていますので専門家の方々も勉強して下さい。我々も勉強していきますのでよろしくをお願いします。(拍手)

**【早坂】** 精神バラバラ状態の早坂潔です。よろしくをお願いします。今日も朝から販売していました。本も買ってくれたお客さんもいらっしゃると思いますが、僕たちは病気をしてもなおかつ商売ということで、病気も商売、顔も商売、顔売ることが商売です。よろしくをお願いします。(拍手)

**【渡辺】** 浦河のべてるから来ました。僕はアルコール依存症で渡辺と申します。昨日から緊張する場面が多くて非常に疲れています。今回初めて昆布とか売るところに座らせてもらったのですが、結構しんどいですね。でも楽しかったです。楽しいこともありました。どうもありがとうございました。

**【清水】** こんにちは。ひきこもり系分裂病の清水里香です。よろしくをお願いします。私20代の頃

は、普通に働いたり挫折したりの繰り返しで7年間やってきたので、改めて社会進出というと、これからまだまだ乗り越えていかなければならないことがあるので、べてるで昆布を売ることとか、講演でこのように皆さんの前に出ることが社会進出と思ったりしています。よろしくをお願いします。(拍手)

**【山崎】** 一人ずつ少し話してもらいましたが、これから先どのように進めていこうか悩んでいるところです。どうですか。フロアの方からご質問があればと思いますが、また障害者の方でフロアに来ている方がおられましたら意見交換などもしていければと思いますが。

**【香野】** ラブコールをするとですね、精神障害者の社会参加についての分科会を選んだ方でしたら是非何もたくさん知ってなくてもいいので、ここに当事者がいますということを現していますので単純な質問でも結構なので、何かありましたら手を挙げていただきますと早坂さんと僕とでぱつと見つけます。僕ら顔も名前も売ってますので写真取ってる方もカメラ回している方も、全部実名と名前で行ってください。何かご質問ありませんか。せっかくですから、こちらとそちらで学習できたらと思っていますので是非。

**【宗野】** この間アメリカの当事者の方が5名ばかりやどかりの里に来て、やどかりの里のメンバーと一年に一回メンバー交流会というのを開きました。日本からもメンバーがアメリカに行き、アメリカのメンバーもこちらに来るということです。彼はこういう場に慣れていて、マイクで皆さんどうですかというふうなんです。アメリカ人が言うには彼はMICだということです。MICというと何か有名なアーティストのあだ名かなと思ったマイクということです。マイクを持ったら彼はべらべら喋るということでジョークでMICと、僕はその裏でバックグラウンダーと言われました。それはさて置いて、早坂さんなども今ビデオに出られて僕感想としては、早坂さんが食べていた

タマゴご飯が非常に美味しそうだなと、少しお腹がすいているのかなと思いました。早坂さんと香野さんの共通点を僕なりに感じたことは、安心できる場所ということ、何かやることがあるということ、そして仲間がいるということが共通の部分だろうなと感じました。香野さんとは近い仲で、先程僕の中では彼は友人だと紹介しました。今は結婚されて12月に子どもが産まれるのですね。親父としてこれから人生を生きていくということで（拍手）僕は彼の生きざまに勇気づけられるというか、何だろいな、非常に彼はいい友人だと思っております。何が言いたかったのか分からなくなったのですが……。

**【香野】** MICについてちょっと。

**【宗野】** MIC ね。

**【香野】** 病気をしました。18歳で発病して分裂病になって精神病院に入ってこれで最後と思ったのですが、その後通信制の高校に通えて5年間かかりましたが、卒業できて福祉の専門学校を出まして、何だかんだといいながらやどかりの福祉工場やどかり情報館で、僕達も負けていません。本の商売をしています。つい最近は僕の著書が出たのです。病気をする前、実は本を作るのが夢でした。ところが障害というものが僕の中で邪魔していなかったのです。あとで気がついたら障害の部分の方がいい題材になって夢がかなったのです。そういうふうに考えてみると自分の夢もそうですが、生活の方も安定して働くことも福祉工場でできるようになった。安心すべき場所は常にお金があって食べるものがあるというだけではなくて、やはり安心できる妻と子どもが今度12月に産まれますが、もう名前も太良とつけていますが、平らかに僕が波瀾万丈の人生でしたから、平らかに平らかに生きてくれということで太良なのです。そういうことを考えてみますと全てリハビリテーションという考え方は回復に基づいているのかもしれませんが、ある意味ある程度のところにくるとあきらめが見えがちなのですね。ところが僕は、専

門家が参入してリハビリテーションをしたわけではありませんが、福祉の専門学校へ行ったときも福祉の勉強しましたが、その中で何をやってきたかという、生活のリズムを自分で整えることができて朝7時に学校に行き夕方7時に帰ってくる。これを2年間やってるうちにその次のステップの働く場所に行ったときに毎日働けるようになっていたのです。何が言いたいかというのももちろんセルフケアとかセルフコントロールといった概念が元の基盤にあって言っているのですが、当事者がセルフモニタリングとって按配を見ながら、そしてリハビリテーションをする専門家の方がいらっしゃるのであれば、当事者の方どのような計画のもとでリハビリテーションを行っていくのかちょっと伝えていただくと僕等にしてみれば、何だそんなことだったらこういうやり方があるじゃん、というふうによく行くように持ってます。ですから障害は持ってますが、一切今まで障壁はありましたが何も問題なく僕は今幸せに生きてると断言しますし、もしこの先不幸なことがあったとしても何が何でも障害の部分で苦労してきましたから乗り越えていこうと思っています。あまりまとまっていませんが、こんなことを伝えたいです。ありがとうございました。

**【山崎】** 急に上に上がってもらってこれは出演料が出るのか私もわかりませんが、出なかったらごめんなさい。

**【宗野】** 出る前に香野さんがそう言っていました。出るのかなと……

**【山崎】** あーそうですか。

**【宗野】** それで今彼が紹介していました「My Best Friend」と言ってスライドでも出てましたが、彼は自分の病気をベストフレンドと表現しているのですね。ベストマイフレンドと言うのか、マイベストフレンドと言うのか分かりませんが、僕だったらベストマイフレンドかもしれませんが、彼はこだわってこういう言葉を作って病気を自分の友達として生きていくのだという非常に前向き

な、自分の人生を主体的に生きていくというような誠実なことをこの中では述べられています。こんなことをちょっとご紹介しました。先程少し言いたかったことは、香野くんはこういう場所に慣れて非常に発言をして、会場の皆様と一緒に全体討論で進めていけたらなと思っています。それでビジュアルを使っていたので、ここで音楽を流しながらやるともう少し雰囲気が柔らかくなって上手く進むのかなと思ったのですが、余計なことでしょうか。

**【山崎】** いえいえ。ほんとに音楽を流せないでしようね？流せないということです。

**【宗野】** 残念ですね。

**【山崎】**ほんとにフロアの方からなんでもいいですので……。後ろの方どうぞ。

**【東川】** 日本脳外傷友の会という交通事故や労災の転落事故等で脳に障害を持った、言わば皆さんと同じ途中で障害を受けた方の会を組織しております。神奈川県から来ました東川と言います。私の会のメンバーも、つまり私はその家族でございますが。なかなか障害を認められない、当事者本人もさることながら家族が途中で障害になって以前と全く姿を変えてしまった自分の娘や息子達の障害を認められないというそこに非常に大きな問題がありまして、行政の支援がなかったり、手帳制度の難しい問題も抱えて谷間に落ちている障害であることも確かなので、そういう自分達の立場に置かれている不幸な現状に声を上げていこうという姿勢が今まではなかったのではなからうかと思えます。そういったことが支援を遅らせた最大の原因だったと思うのですが、今日壇上に上がられた皆さんのように自分の障害を明らかに、私は障害者なのですよというふうに発言なさることは素晴らしいことだと思います。ご家族はそれをどのように受け止めておられるのでしょうかということを家族の立場から伺いたいと思います。お願いします。

**【清水】** 私も23の時に発病してから今まで30に

なるまで自分のことを病気だと思っていませんでした。幻聴も聞こえてましたが、病気で聞こえているのではないと思っていましたので周りの人にも迷惑かけて、父や母にも大変な思いをさせてきたことを最近になって自分で自覚するようになったぐらいで、7年間は自分は病気だと思っていませんでした。だから精神科に通ってても、薬に分裂病と書いてある薬は全部捨ててしまって、それでも苦しいから安定剤だけもらって飲んだりしました。今ここに居て自分が分裂病であることを皆さんの前で言うこと、たぶん両親は嬉しいだろうけれど、複雑な気持ちもあるだろうなと思っています。今自分のことを受け入れて認めて生きているので、そのことについては喜んでいると思います。だけどやっぱり分裂病ということに関する社会的に見た目みたいなもの普通の人とは違うという見方が多いし、そういう一般の社会の中で両親も生きているから父や母が他の人に娘は分裂病ですというふうに言ってしまうたりということは多分しないと思います。少し言ってることがずれてきたかな。でも私は自分が病気だということを自覚してからはどんどん気持ち的にも楽になってきましたし、両親も娘が本当に病気で、病院に通っていることにほっとしていると思います。

**【山崎】** ありがとうございます。香野さんは結婚されて家族を持たれたという立場で、家族から見た香野さん、また香野さんから見た家族ということでいろんな見方ができると思いますが、どのように受け止めていらっしゃるでしょうか。

**【香野】** 僕の母親と父親は、僕が18の時に発病したときは、何が起こったか分からないということでした。僕は先程も出てましたが、アメリカに留学してましたから、何か悪い薬でもやったのではないかというふうに思われたりしていろんな病院を回りました。最終的には精神病院に家族が最大限の介抱をしてくれて最終的には親が疲れ切ったということで入院したのです。ところが退院してきた後、もちろん世間体も気にしますが、母親

は20歳の、こんなに太っていませんでしたが、80キロぐらいの大きな、今は100キロ近いですが大きな体の子どもを、僕はとじこもりではないのですが退院してきてから家からでないことが多かったですから我が子を思う気持ちは大きいのですね。ですから20ぐらいの大きな子どもと一緒に30分ぐらい歩いて駅前のスーパーまで連れていくわけです。僕には当時お袋は何かデパートに行って、あなたの好きなもの買っていいからと言って誘い出したのですが、今考えてみると、町の人たちは明らかにあそこのお兄ちゃんを昼間からお母さんと買い物に行ってるということは、仕事につかないでちょっと変な子かなというふうに見ていたはずなんです。でもうちのお袋はそこらへんは構わず行ってましたし、逆に僕と母親が道端で歩いているところに、いつも近所で井戸端会議をするおあばさんが現れたとしても、決してすぐそのまま僕のことを何とかというのではなくて、お兄ちゃんこの頃お腹でたね、ビールで晩酌するんじゃないの、ビール腹じゃない？という話をするだけで、何もあなた精神分裂病でしょと聞く人はいませんので、そういう意味では少しずつ問題も明らかにしてきました。それと同時に僕が病気する前と後で、今母親と父親に思うことは病気する前の香野英勇という人間と、病気した後の香野英勇という人間はその当時から見れば全然違ったわけなのです。今でこそ平気で歩いてますが、薬は副作用が強いですから前かがみで歩いてた僕がいたのです。そんな時にやっぱり病気の後も前も、母親と父親は決して僕を別人のように見ませんでした。いくらかわいそうと思われる僕の状態であったとしても、常に香野英勇、英勇に対する同じ愛情を注いでくれました。ですから18歳ぐらいの人に普通言うことはないかもしれませんが、子どもを愛さない親なんかいないだろう“英勇”と常に言われていましたから、無限の愛を親から感じたように思います。もう少しいいですか、僕の妻と家族の話になりますが……。今いろんな所に講演に行って、い

ろんな人を動揺させてしまうのか、全然知らない一般の人から私の子どもが精神分裂病になったらどうしたらいいかしらと言われるのです。不安になるのでしょうか。要するに慌てたりパニックになったりしたらどうしようと考えてるのですね……。さて今度は僕に子どもができました。今の所順調にきてますし、たぶん産まれても問題ないと思います。そして、また思春期の時に精神病になったらどうか、僕はその時に考えるようにしています。精神病になったときに僕は受け止めようと思えますし、何も精神分裂病になったこと自体、後から考えてみれば、さほど呪うほどのことではないので、そういう意味では精神分裂病を恐れることはない、また精神病院も恐れることはないと思えますから、妻も僕の病気を理解して、それ以前の僕個人の香野英勇という人間を理解してくれています。そんなふうな家族があります。そしてまた母親の話になりますが、うちの母は今言えることは一人の息子なのですが、2人分の子どもを育てたようなものだ、病気した後の香野英勇と病気する前の英勇と。それは一人の人間なのだけでも、2人分の世話がかったよと言っております。いいですか。

**【山崎】** ありがとうございます。私たち専門家とかが頭で考えるのではなく、ほんとに魂の底からの声だったかなと思っております。少し重くなったかなということで、またフロアの方からせっかく皆さん出て来られましたので……。前の方どうぞ。

**【荒木】** 埼玉県浦和にあります障害者交流センターの荒木と申します。やどかりの里さんとは非常に近くでございまして、いつもご利用いただいております。という関係なのですが、実は私の母親が、と言いますのは数年前にひどい鬱になりまして実家が新潟で父親から連絡がありまして、少し様子がおかしいということは分かっていたのですが、何とかなるだろうと思っていました。でも自殺しそうだ、

もうどうしようもないと連絡がきてすぐ帰りました。そしたら父親は母親の手をこのようにずっと取って引き止めていましたが、それを振りほどこうとしていました。私が母親を抱いて止めても駄目で、そんな状況で入院せざるをえないなということで、私は埼玉県の福祉事業団におりますので、いろんな種類の知的障害とか児童擁護とかまわっていました。そういう中でこれは入院しなくてはいけないと、すぐ病院に連れていったということがあったのです。その時に一番強固に反対したのは父親でした。自分の女房を病院なんかに入れていきたくないという気持ちが非常に強かったみたいです。それで病院に連れていき、その時に連れていった病院が満床で別な病院になったのですが、保護入院ということになりました。今はだいぶよくなりましてデイケアに通って非常に落ちついていい生活をしています。そして父親も変わりました、今はその病院の家族会の役員をやるようになっています。すごく母親が入院したことで勉強しましたが、家族会の組織をどういうふうにしたらいいのかと聞くのです。面会にこない家族も多い。そして保護者会から出す手紙というのは、保護者会とか病院名を絶対出さないでくれという家族もいます。そういうところをどのようにクリアして、組織をきちんとしていったらいいのか、そのへんをよく話します。あと私の仕事の関係もありまして、障害者交流センターというのは障害者法に基づくA型センターになります。そこが精神障害者の方が使えるようになったのは平成5年、障害者基本法の改正によって使えるようになったのです。精神障害の方が手帳を持っていないことも多いという現状、そして診断書があればいいのですが、多くの方に使っていただきたいのですが、障害の証拠がないと使えないという今の現状にやや憂慮しています。午前中の講演の中にも日本の常識、世界の非常識というようなことも含まれていましたが、その様なことも含めて皆さんと浅井先生にも

お話いただければ嬉しく思います。

**【山崎】** どうもありがとうございます。ご自身のことも含めて問題提起ということでしたが、浅井先生ご指名でしたが、どうでしょう。

**【浅井】** ただ今お話がありましたように、今まで精神障害をもった人達が相談にのったり利用できるシステムや制度があまりにも少なすぎたことは事実です。今朝の橋本さんの話にもありましたように、障害者手帳を持っていても精神障害者が利用できるメリットが少なくなすぎると思います。私はこういう地域の、例えば埼玉での積み重ね、北海道での積み重ねといった、こういう小さなグループから始まって大きなうねりとなったものが社会を動かし、行政を動かした部分が確かにあると思います。しかし、まだ全体の力にならないと行政を動かさきれない部分があると思います。ただそれに気がついて行政も50年ぶりに今回社会福祉事業法を社会福祉法に変えて、3つの障害の中にあつた大きな差別を無くしていこうという動きが出はじめてきています。これは非常に大きいと思います。諸外国ではもう当たり前のことなのですが、身体障害を持った人と知的障害を持った人と、精神障害を持った人たちが一緒に働く場、授産施設で働いたり居住施設で一緒に生活したりとか、障害の種別がなくなっていくことが絶対必要ですし、それが法の枠の中でも、2003年の社会福祉法の完全実施の時点にあわせて進んでいくことは事実なのです。例えば生活訓練施設にしても、マンパワーそのものにも差別があります。精神障害者の場合には4人の入所者に1人の専従職員ですが、知的障害の人に対しては、2.42人に1人で、身体障害の人に対しては1.9人に対して1人です。マンパワーがそれだけ違いますし、補助金にしても知的障害の施設の場合は確か5倍ぐらいの補助金が、身体障害の場合には10倍ほどの一桁も違う補助金が出ていたり、医療法人等も運営できる第2種社会福祉事業だからと言われていましたが、おそらく2003年から上乘せ修正する方向で厚生省

も考えているようですから、いわば障害種別差がなくなっていく世界を目指さないといけない。やはり様々な利用できる制度的なものを、我々も主張しながら、こういった貴重な積み重ねを全国津々浦々でして、同じように利用できるようにしなくてはいけないと思います。一つは法改正の裏付けがあるし、こういった皆さんの運動が全国に知られていくことによって、障害によって利用できるものが余りにも違いすぎるのはおかしいということを実践をとおして訴えてもらいたいと思います。制度的にもこれから大きく変わろうとしている。私は日本は非常に遅れたと思いますが、一応展望はあるかなと思います。ただ先程、お話したように余りにも入院中心主義的で、入院患者さんは35万人もいるのですね。諸外国と同じように脱施設化は行われていますが非常にゆっくりしています。5年から10年のうちに5万から10万人の方が退院施策がとられると思いますが、そのためには地域社会で支えていくシステムができなくてはならないし、永住可能なものも含めて居住施設もできなくてはならないし、過疎地と言いながら、べてるのような、あるいはやどかりの里のような、ああいう大きな組織以外にも、小さな組織が身近な所に出来てこないと退院しても利用できない。そういうことが制度的にもできなければ、厚生省の障害者プランも2002年で終わりますから、私たちも強く求めています。皆さんからも強く求めて欲しいのは、2003年から新たな新障害者プランを新たにスタートさせてほしい。高齢者の介護保険に多額の国費をつぎ込んでいるのですから障害者政策のためにも、今後十分な予算を確保して、最も遅れている精神障害者施策を進めてほしいと思います。

**【荒井】** ありがとうございます。

**【山崎】** 浅井先生の方から追加していただきありがとうございます。日本の非常識、世界の常識でしたけれども、浦河べてるでは日本の常識を覆すいろいろな活動が出てきていましたが先程

の埼玉の方の質問の中にもありましたが、病院の名前を出すことができない障害をだすことができないということを、べてるでは、また浦河赤十字病院の活動ではどのように日本の常識を覆してきたか向谷地さん、お願いできますでしょうか

**【向谷地】** 私は学生時代、ずっと脳性麻痺の人たちの活動とか、施設から出て地域で暮らせるのだという「いちご会」の小山内美知子さんとかが初めて地域で実験的な生活をしはじめたときとか、難病の方が医療と福祉の谷間ということで、日本の医療と福祉の課題を切実に訴えて活動してこられた事務局の仕事を手伝った経験から、なぜ精神障害者だけが専門家や周囲の人たちに管理されているのか、私はものすごく違和感を感じたのです。例えば、精神障害者であるということ、それこそ過剰な人権包囲の中でその人たちの存在そのものが一方的な配慮の中で、人間的な部分までも、その人達の存在そのものが隠されているということに、お話したような分野で活動してきた私はものすごく違和感を感じたのです。そんなことないと、そういう意味で当事者の人たちは、河野さんも言うてましたが、大事な経験している地域社会の一員として、ものすごい気づきを持っている、こういう病気をしたから、今の日本の医療や福祉や地域の在り方を一番深く切実に感じてきている人達を、ただ専門家や治療や援助や勝手に作り上げた人権だとかいう保護の壁の向こうに追いやって、いかにもそういう人達を治療とか社会復帰とか言って守っているかのような、ある種の専門家の錯覚みたいなものを当時感じました。そうじゃなくて他の障害者並と言いますか、私はこういう経験をしましたということを発信していく当たり前さとか、むしろそういうことが大事なのだということに拘ってきました。活動の最初の頃は、やどかりの里から資料を取り寄せて、埼玉ではこういう活動をしているよと、資料をもとにクラブ活動の中で語りあうことを積み重ねてきました。あなた達の経験は大事だよとそんなことを

語り合ってきました。そんな中で、名前や顔を出してもいいよな、商売なんだからというような当事者の生活感からのアプローチというものをソーシャルーカーとして大事にしてきました。それでちょっと戻りますが、清水さんが7年間ある大学病院にかかって治療を受けてきて自分の病気をずっと拒否してきて、そして突然病気であることが分かってきたとか、語る自分になってきたということに私は大事なヒントがあるのではないかなと思います。そこを清水さん、なぜ語る清水さんになったのか、病気であることを分かる自分に何があったのか、そこを少し紹介していただければと思います。

**【清水】** はい。私はずっと分裂病と言われるのが怖くて精神科の先生にもちゃんと幻聴が聞こえることとかずっと7年間、だましましやってきて、とうとう辛くなってきて人とのコミュニケーションが取れなくなってきて、7年間たって精神科でも何でもとにかく栃木を出たくなりました。べてるは北海道ですので、北海道だったらもしかしたら一からやり直せるかもしれないと思ってべてるに来ました。べてるに来てもやっぱり今思えば幻聴も無くならないし、一人で北海道にきた不安もすごく強くて、そんな時にその自分の辛さを開きなおって同じ患者さんや先生に話すと、それを聞いていたメンバーの方が私を褒めてくれて、すごい分かりやすいよ、すごいあんだの言ってることはわかると言ってきて、それが私はとっても嬉しくて、私のこんな辛い気持ちを分かってくれる人がいるんだと思って、そうした自分の辛さ、どんなふうに辛かったのかとか、そういうことを話すようになったのです。ずっと黙ってしか自分を守る方法を知らなかったのですが、そうやって安心して話せる場所、聞いてくれる人がいるということで心のなんかどっかが開いたというか、自分の気持ちを言葉にして人に伝えて、そういう気持ちあるあると言ってくれたり、他の人もそうするとこんなことがあるとか言って話してくれたり

して、共感しあえる、同情とかではなくて、お互いにこういうことを思っている人が私以外にもいるんだということが自分の中でも衝撃的で、自分のことを話すということは、自分の病気を癒すためにはとっても重要なことなのだとことを自分自身感じました。それで講演とか来るようになって、ずっと引きこもってましたので、人と話したりすることも怖くてしょうがなかったのですが、今こうやって話すことによって私の話が皆さんに役に立つならばとても嬉しいし、私も話すことによって癒されることを日々感じています。べてるでは、自分の弱みや辛いところを話すことをとても評価されます。今まで隠して強がってた人が、自分のことを皆の前で話せたりすると皆が手を叩いて祝福するのです。いいよ、よかったよ、と言ってそれで皆その気になってきて自分の気持ちのことを話すようになるのです。そうするとその人がどんどん元気になっていくのがはたから見ても分かるのです。だから話せる場、雰囲気とか大事だなと思います。だから仲間を作りなさいと入院する時に先生に言われたのですが、今さら仲間なんてと恥ずかしかったのですが、こうやってその場に入って自分が癒されると大切だなとすごく実感しました。孤独になって一人で苦しんでいるとき、なんでこんな簡単なことが分からなかったのだろうと思うくらい自分の言葉で自分の病気を語るということは大事なことと思います。**山崎】** ありがとうございます。清水さんのお話の中で何が大切なのかなということが全部は理解できなくても、少し分かったような気がします。今精神障害の社会参加ということでいろんなものが作られたり、制度ができたりしてありますが、ほんとに自分に共感してくれる仲間がいるということが社会に参加できる第一歩になるんだなと、それができた上で私たちは社会参加できる制度をつくったり、ものをつくったりしているのかなと専門家のはしくれとして痛感したところです。先程から早坂さんが喋れなくて、うずうずしているようなのでど



うぞ。何でもよろしいです。

**【早坂】** さっき宗野さんが安心していれる所と言いましたが、べてるの家は働いて疲れて帰って来たときは、ソーシャルワーカーの向谷地さんもそうですが、一生懸命働いて帰ってきてほっとする所がべてるなのです。僕たちは、ほっとする場所、安心する場所というのは、ほっとする場所を考えていましたが、最初僕たちはべてるの家は生活する場で、ほっとする場所と僕自身考えていなかったのです。ところが皆がほっとする、安心する場所が欲しいと言ったのです。べてるの家は、ミーティングもやってるのですが、ほんとにほっとする場所があればいいなと思いましたし、僕はアルコールの人と話しましたが、ほんとに安心していれるか、ほっとしてるかと聞いたのです。そうすると僕はしてないと言いました。それはどういうことかということ、喧嘩するし怯えているし、でも怯えながら生きていても、皆で考えればほっとする場所はあるのかなと思っています。

それからべてるの家というのは、聖書の中から創世記のべてるの村がでてくるのですが、その箇所からとって神の家ということで、前に居た牧師先生が付けてくれました。それでべてるの住居には9人で住んでいますが、いろんな人がいます。お金が一文も無くて仲間から借りたり、眠れなくて、夜中の3時ぐらい外に出ていたり、騒々しいところです。べてるの皆はいいと言ってくれるけど、苦勞の多いところですよ。べてるの家は向谷地さんも言いましたが、靴下が無くなったら110番掛けるし、火事でもないのに救急車に来るし、そう言ってる間にほんとに火事がおきてしまったこともあります。べてるは、安心して居る場、プラス問題だらけの所です。問題だらけというのは、真ん中に問題だらけの柱があったとしたら、僕たちはいつも有頂天になったら振り替えれる自分があったらいいなと思います。それと商売は、僕が発作と共にべてるの家の本や日高昆布を全国に売っていました。今考えると不思議なのですが、僕は

今丸2年入院していません。それは奇跡なのです。僕は1年半ぐらいでパッパラパーになっていつも入院しています。僕は今でも薬飲んでますが、前は薬飲んでも病気になっていました。ところが薬を飲んで仲間へ会えば、勇気をもらって考えさせられたり、元気になったりしています。以上です。

**【山崎】** ありがとうございます。ほんとに深いなという感想しか出てきません。もう5時を過ぎてしまいました。話の続きは交流会のほうで聞いて下さればと思います。あと15分ぐらいで終わろうと思いますが、フロアの方からご意見とかご質問とかありましたら。なんか圧倒されて言葉もないようなのですが、3人の発表者の方から追加とか……。宗野さんどうぞ。

**【宗野】** 今早坂さんの話とか、べてるの方々の話を聞いたところで音楽を流さなくても非常によかったなと思いました。僕も非常に胸のつまる思いで話に聞き入ってしまいました。今の話から僕なりに感じたことを少しお話しますと、自分の言葉で自分のことを、仲間のことをべてるの家のこと、やどかりの里のことを語っているなと思いました。それは、自分の自然体であるというものがどういうことかそれぞれが考えて、そういうものを持っていると思いました。世の中では80点主義とか、ベストワンを目指すのではなくてオンリーワンの自分でいたいとかそういう表現をしますが、そうではないんですよという主張だったかなと思いました。それとやどかりの里の、これは本の宣伝ではなくて、新しく出た本なのです。ブックレットというのは先程紹介しましたように、やどかりのメンバー当事者の方が編集から制作まですべて関わっているところで、このはじめに、巻頭言に当事者の方が書かれています。そこではこういうふうに言われています。「私は今障害について考えています。誰が私たちを障害者と決めているんだろうかと私は思いました。誰も決めていない。ただ世間が私たちを障害者と呼び、私たち

もそれを否定しない。障害者という意味も深く考えずに、何か形見の狭い生き方を強いられているのです。そして偏見や誤解の中でどうも精神障害者は分からないという考え方が生まれてきています。世の中にはいろんな人間がいて、いろんな生き方がある。そんなことを私たちは本書で伝えていきたいと思います。」というふうに書いてあるのですね。今日の4人の話もそのようなことを同じように言われているんだと私は思いました。それでくだいようですが、僕が最後に言いたかったことは、Thind globally act locallyという言葉で、その中の本質というは今日この場で皆さんと一緒に学習できたということを手元に持って帰って響き合う地域づくりであったり、夢を語り合う地域づくりであったり、そういう関係性を目の前の人とやっていくなり、というものをお互いに確認しあえたかなと思いました。Thin globally act locallyの言葉の本質的な意味は多分、全体の中に部分があって、部分は全体の本質であるというようなそんな意味だろうと思います。非常にヒューマンな部分で活動を展開していくのだということは、今のやどかりの里も含め、べてるの方々、浅井病院の所でもそうなのですね。一人の目の前の人間として何ができるか、一緒に何ができるか、そこにいる目の前の人自分は何ができて、というようなことをこれから考えていくことが多分、精神保健、医療保健福祉の連携というのでしょうか、そういったところで大切なのだろうと私は思いました。

**【山崎】** ありがとうございます。浅井先生何か。

**【浅井】** 一言、お礼も兼ねてお話したいと思いますが、今日のこうして壇上で香野さん、早坂さん、渡辺さん、清水さん、今日語り尽くせなかった以上の苦しみがあったことでしょうし、それを乗り越えた上で、ある面では自信に満ちたメッセージを皆さんに伝えていただいたと思います。今日、最初に話したときに少し触れましたが、10月の始

めに沖縄で皆さんの仲間が1200人ぐらい集まりまして、全精連の全国大会が開かれました。そこにオーストラリアのジャネットミーガーさんが当事者として参加されました。かつて20年ぐらい前から精神分裂病でオーストラリアの病院を10年間に7、8回入院退院を繰り返し、閉鎖病棟また隔離室で、あるいはその中で抑制されていた非常に苦痛に満ちた体験をされ、まさに彼女はコンシューマでサバイバーであると言っていました。彼女が苦しい体験からたどりついた言葉、生き方が非常に印象的で、ある意味で香野さんと似たような体験を持っている方ですが、彼女も結局病院から退院し、地域の中の仲間と生きはじめ、そこで実はかなり重度の脳性麻痺の男性と出会いました。先程いちご会の小山内美知子さんの話が出ましたが、私も小山内さんを存じていますが、小山内さんに近いような方で、いわば心が通じ合って結婚されて素晴らしい男の子を出産しました。今はとってもナイスガイの17才の息子さんを日本に連れて来ていました。それで自分の体験を生かして、勉強もしてフランス語もできるようになり、世界中飛び歩いてまさに入院体験からサバイバーした自分の体験を訴えてきました。オーストラリアでもヨーロッパでもアメリカでも、いろんなセルフヘルプグループはあるのですが、やはり他の障害を持った人と比べるとずっと遅れていたのです。それを近づけるためには、自分が障害から学んだことがらを発信しないといけないんだということを、積極的にやって来られた体験を沖縄に集まった1200人の仲間達に訴えていました。

今日はほんとに素晴らしい皆様方の活動がまさに全国に発信されて、いろんな所で感動を呼び起こしていると思います。世界のそういう動きとも連携できる部分が皆さんにはあるし、通訳もつきますので是非、2001年7月にはバンクーバーで開かれる世界精神保健連盟(WFMH)の世界会議でのユーザーミーティングに参加し交流して下さい。世界精神保健連盟1993年世界会議は日本で開かれ

ましたが、実は私が事務局長をして日本のユーザの方700人ぐらいに集まっていただいて、世界のユーザーの方々と交流を持ってもらい、まさに生き方やあるいは何を指していかの話し合いをしました。実はジャネットミーガさんは選挙で選ばれて、正式にWFMHの常任理事として発言しています。そういうことも踏まえて今後皆さん方の動きはもっともっと日本の中にいろんな形で、もっと同じような活動を小さいながらに始めている方がいらっしゃると思いますのでそういう仲間たちを励ましなが、同じ身近な言葉で語り合えるような場を作ってもらいたいし、それが大きな意味でのいろいろな制度を変えていくことにもなると思うし、市民としての当たり前な権利を得ることができるようになると思うので是非頑張ってくださいと思います。ところでジャネットミーガーさんの「本物のパートナーシップか見せかけか」いう本（日本語版）が沖縄での全精連大会にあわせて出版されました。この売上は、ジャネットミーガーさんは印税はいらぬということ、もし日本で売れたならば、来年のバンクーバーの大会にべてるの方ややどかりの方はじめ、たくさんの方に行っていただく資金にしたいということですので申込み先は山崎先生に言っていただくとドサッとお送りします。一冊900円ということです。実はジャネットミーガーさんに宣伝してくれとたのまれましたので持ってききましたのでよろしくお願ひします。

**【山崎】** どうもありがとうございました。ということなので申込みの方は私までよろしくおねがひします。あと向谷地一言よろしくお願ひします。

**【向谷地】** 一言、清水さんがおっしゃてましたが、大学病院に7年間通いながら先生と駆け引きしてきた清水さんから私は学ぶことが多いのですが、病気をどういうふうに共有してきたか病気がなったエピソードをどういうふうに共有したか、共有の仕方なのだなと私は思います。浦河に来てとにかく栃木を脱出したくて、北海道でもどこで

もいやと、浦河にきて浦河日赤病院に入院したときに、診察室で「清水さんいちばん最初どういうことがあったの」と聞くと、さっきビデオに出てきた川村先生にすっごく褒められたと言うのです。清水さんに聞くと「私病気になってこんなに褒められたことなかったですよ」と言いました。川村先生は7年ものの病気だと言ってこれは使えるぞと、栃木の人は損したと、清水さんのことをとっても褒めていました。入院してからも川村先生はにこにこして清水さんて素晴らしい人が来たよ、また栃木から頭脳流出だなんて言っていました。そんなふうな雰囲気清水さんは生き生きと病気を語る力を持っている方だなということ川村先生は見抜きまして、べてるの新しい人材だと言ってました。どういう言葉で病気の体験、精神分裂病の体験を語っていくか、語る文化を大事にしていきたいなと思っています。そういう意味では当事者の方が最近語り始めた、病気をどういうイメージでどういうふうに伝えていくか、こうやって私たちは聞いた、これをどうやって伝えていくかこのへんを非常に地道なことですが、大切な作業にしていきたいな、ある意味では当事者が語った今までの苦労の中から生み出された一言一言を大事にしていきたいな思っけて聞いたしだいです。ありがとうございました。

**【山崎】** ありがとうございます。もっともっとお話を聞いていたのですが時間も過ぎてしまひまして、それからほんとに出演料もなしに、たぶん出演料なしだと思います。前にきていただいて深い話をしていただいた4人の方、香野さん、早坂さん、渡辺さん、清水さんにも拍手お願ひします。今日はリハビリテーション研究大会ということで、精神障害者の社会参加について考えるという分科会を設けましたが、精神障害者がリハビリをするということではなくて、私たちが自身、私たちの社会がリハビリをしていく必要があることを当事者の方、発表者の方々の話から感じたことです。ここで出た話を皆さん持ちかえっていただい

てまた日々の活動に役立てていただければと思います。以上で分科会の方を閉じさせていただきます。

（拍手）

（以下、このページの下部に重複して印刷されたと思われる文章が複数回繰り返されています。内容は、主に「成人分科会」に関する活動報告や、今後の展望、そして「皆ささんありがとうございました。」という感謝の言葉が中心です。また、「（拍手）」というフレーズも複数回繰り返されています。文章の重複は、おそらく印刷時の誤りや、元の資料のページ構成を反映している可能性があります。）

す。皆ささんありがとうございました。（拍手）

（以下、このページの下部に重複して印刷されたと思われる文章が複数回繰り返されています。内容は、主に「成人分科会」に関する活動報告や、今後の展望、そして「皆ささんありがとうございました。」という感謝の言葉が中心です。また、「（拍手）」というフレーズも複数回繰り返されています。文章の重複は、おそらく印刷時の誤りや、元の資料のページ構成を反映している可能性があります。）

## 【高齢者分科会】

# 先駆的活動をとおして、 これからの高齢者ケアを検証する

コーディネーター：広島文教女子大学

蛭江 紀雄

発表者：石川県 羽咋市在宅総合サービスステーション

立浦 紀代子

高知県 近森リハビリテーション病院

田中 正樹

富山県 富山市NPO法人デイサービス「このゆびとーまれ」

惣万 佳代子

【蛭江】ご紹介に預かりました蛭江でございます。この分科会は、いまご紹介のように3人の方にご報告を頂いて皆さんと協議を重ねたいということでございます。この分科会の趣旨は、資料の38ページのところに記されていますので既にご案内と思えます。

介護保険制度が施行されました。自立という理念を掲げてスタートを切っているわけですが、制度自体にもまだ成熟していくには様々な課題があるということは、縷々ご指摘があるところです。制度そのものがいくら成熟したとしても地域社会における高齢者を支えていくネットワークが充分できていなければ、制度が地域でしっかりと生活に根づいたものになっていかないのではないかと、この認識をもって、高齢者を支える地域のあり様というふうなところに焦点を絞って、皆さんと考えていきたいということでございます。

今ご紹介がありましたように3人の方のそれぞれのお立場なり、どんなご発表を頂こうとしているのかということについては書いてございますが、立浦さんには地域のネットワークづくりを進めてこられた事例ということを中心にご報告を頂く。田中先生には医療の立場からスタートして、医療・福祉サービスの一元化を実現してこられたという事例。惣万さんには地域の中で利用者の要請に基づいて生まれ、地域をひとつの家族として活動し

てきたという事例。こんなところにポイントを置いて、お3人にいろいろご報告を頂こうということでございます。

それでは、「高齢者ケアにおける自立とQOL」訪問看護からの発信ということで、立浦さんをお願いします。それではよろしく。

【立浦】平成4年4月老人保健法改正によって創設された訪問看護制度は、看護職が管理者となって医療保険により経営していくというもので、看護の歴史上、画期的なことでした。そして今日に至るまで、訪問看護は高齢者ケアの一翼を担う重要なサービスとして、医療とともに車の両輪として機能しながら、その主体性や専門性を発揮しつつ、地域社会の期待に応えるべく活動を展開してきました。

羽咋市では昭和63年国のモデル指定を受けて訪問看護事業を含む在宅ケアを開始致しました。平成4年6月、全国では7番目の訪問看護ステーションを自治体立で開設いたしました。訪問看護の出会いとは一人一人の歴史が蓄積された生活の場です。特に高齢者との出会いは、人生を長く生きてきた集大成から得る、携わる者への生涯学習の場でもありました。病院では24時間、医師・看護婦ら専門家が責任を持って世話をしてくれます。しかし退院したら、全く素人である自分達、家族・介護者だけで何もかも行わなくてはなりません。介護

と仕事、家事と子育てなど不安は次々とおこってきます。又高齢者二人世帯にとっては、退院は共倒れになるなど、退院後の介護は予想以上に大変になり、再入院となる場合があります。退院は本人・家族にとって喜ぶべき反面、大きな不安、危機に陥ります。一人一人の出会いは退院前から本人、介護者・家族との係わりの必要性、病院と地域に携わる者、担当者が一同に集まる退院計画などの一つ一つの事例から参画するようになり、又共に地域から病院へ、病院から地域へと共同に活動することによって、病院と診療所の連携、いわゆる病診連携、オープンベッド20床という形で生まれてきました。又診療所の先生の不在の時の診診連携、又退院前の検討会という形で一つ一つ事例の中から誕生してき、そして多くの高齢者の方は、最後は家で迎えたいと願っています。しかし本人がどれだけ願っても、介護者や家族の大きな介護負担と不安があれば叶えられないことです。その本人、介護者や家族の思いに少しでも手助けできる努力をと願って「いつでも連絡・相談ください」「いつでも来るよ、来ますから」それは本人や家族にとって、安心感と少しの安らぎを得たものと思います。そして病状の変化への速やかな対応と、充分とは言えなくても在宅での看取りの増加に繋がったと思います。40ページに資料がございます。平成8年には24時間の連絡相談対応や、重症者の看護加算が保険制度に適用されることになりました。平成11年度の時間外の相談件数は165件で、電話は90件、訪問は75件です。開設から8年を経過した当訪問看護ステーションは、これまでに154人が亡くなられ、106人70%の方が家族と共に住み慣れたお家で最期を迎えられました。又訪問看護を受けて状態が安定し、看護の必要なくなった方は24人と年々増えて来ております。一方訪問看護は、母から父へ、父から母へと継承される家庭も出てまいりました。利用者の家には連絡ノートを置き、家族、医師、ヘルパー等の連携の架け橋となっています。在宅ケアは訪問看護

のみで支えることはできません。特にホームヘルパーとの共働活動は不可欠です。平成9年5月、ホームヘルパーとの活動拠点を一本化を図ることによって、ヘルプ活動の活性と活動の広がり、資質の向上に繋げることができました。障害や寝たきりになっても自分という存在、自分として出来ること、それは大きな喜びや生き甲斐となり笑顔を作ります。残された機能、能力を生かす、その為には理学療法士・作業療法士・言語療法士も含めまして、大きな存在になります。住宅改造や補助機器の活用は生活そのものを質的にも量的にも豊かなものにします。暮らしの中で安全で使いやすく耐久力があり、そして安い愛される福祉機器、それは体の一部でもある。物との出会いは人の出会いと共に大切な事だと思います。そして現場での実践の積み重ねの中で、看護、介護の実習生の受入れや、大学や研究機関との連携、又共同研究活動は日々の業務を振り返り、評価、研鑽、学びの時となっています。平成12年4月介護保険がスタート致しました。これまでの措置制度から、高齢者の自己選択、自己決定による介護支援システムが誕生しましたが、幹である行政の役割と責任は大きなものがあります。その展開のやり方によっては、この介護保険がいい形で動いていくのか、又本当に皆に喜ばれるものか否か、問われるものだしそれを造っていかねばならないと思います。そのことはこれまでの医療費の増加の速さ以上に、介護保険の費用の増加が予測されることもあります。羽咋市では自治体の在宅総合サービスステーションとして、訪問看護・介護、入浴、介護計画の作成の4事業を開始致しました。老後を自分のものとして、住み慣れた町や暮らしの中で持てる機能や能力を生かし、安心して生活し続けられるよう支えると共に、介護を必要としない社会づくり、健康づくり、早期発見、早期ケアを目指して、保健・医療・福祉はより連携、融合し、自立とQOLの向上に推進して行きたいものです。「人々よ、子供を笑うな、来た道じゃ。老人笑う

な、行く道じゃ。誰もが通る、避けられぬ道」これは厚生省の高齢者未来ケア事業の介護予防で、昨年の12月から2月に掛けておこなった、介護予防教室の一部分をスライドで紹介させて頂きました。ご静聴ありがとうございました。

**【蛭江】** ありがとうございます。それでは続きましてご報告を頂きたいと思います。近森リハビリテーション病院、田中院長先生よろしくお願い致します。

**【田中】** 本日は、医療の方面から発表させて頂くという立場になっております。20世紀のリハビリテーション白書になるかどうか不安でございます。先駆的な活動をとおしてという発表の筈なんですが、それになっているかどうか非常に不安なところがございます。と申しますのも、午前中対談がございました。それから障害の新しい分類、上田先生のお話などありまして、困っているところがどういふところなのか、大分自分の頭の中で整理しつつある、整理できてき始めたのかなと、そんな状態で発表しているんだということを、先ず前提にしながら聞いて頂けたらと思います。

本日は医療法人近森会のリハビリテーション医療の実践を、説明させて頂きたいと思います。医療法人近森会は、皆様が集まられている高知市のJR高知駅から、徒歩で5分位の所にある医療施設です。救急病院の近森病院を基本にして、次にリハビリテーション病院、それから在宅総合ケアセンター在宅総合ケアセンターという流れになっております。精神科の方も第二分院、援護寮と、メンタルリハビリテーションの拠点にしようという作戦がございます。日本ではどこの病院もそうだろうと思うのですが、近森病院は、50年前に近森医院という診療所から発展した医療機関でございます。昭和50年、60年代に病院のベッド数を増やしていきました。午前中に石川誠先生が説明をしましたが、救急は365日絶対に断らない。その中で寝たきりがドンドンできてしまう、じゃあその寝たきりに対してどうしようかという対策を考

え、いろいろと悩んで工夫をしていった結果が、今の流れになっております。医療法人近森会は、「救急からリハビリテーション、在宅ケアまで一貫した医療を提供しよう」というのがスローガンでございます。近森会の構成としましては先程申し上げましたように、近森病院、近森リハビリテーション病院、在宅総合ケアセンター近森で、急性期・回復期・維持期と一貫したリハビリテーションを提供しようと。精神科の分野におきましては、メンタルリハビリテーションセンターというものを設けて、これから頑張っていこうと、そういう流れが現在の段階でございます。近森病院には内科、外科、脳神経外科、整形外科、泌尿器科、透析科の診療科があります。リハビリテーションの対象疾患としては脳卒中、骨折が中心ですが、その他は廃用症候群が非常に多くあります。近森病院における急性期のリハビリテーションの体制は、日々の業務として、特にリハビリテーションの処方数の多い神経内科、脳神経外科、整形外科では、医師、看護婦、理学療法士、作業療法士、医療ソーシャルワーカー、栄養士、ディスチャージプランナーというふうに呼んでいる退院計画ナースと一緒に総合ミーティングを病棟で毎週行っています。神経内科と脳神経外科のある病棟では、その一角6人床を訓練室に転換して、小さな訓練室を設けております。療法士は、医師、看護婦から患者さんの体調を確認しながら、ベッドサイドや病棟の一角にある小さな訓練室で訓練をしています。最近のことですが、一部でクリティカルパスを使い始めている段階でございます。これは神経内科のドクター方を中心に看護婦さんと、PT・OTが病棟のミーティングをしているところです。救急病院といいますが救命が中心となるので、当初はどうしても医師主導型の、医師が動きやすいスタイルが病棟で好まれる体制になります。このミーティング体制になる前に、救急のドクターが「病棟には沢山の職種が入って来て欲しくない。指示系統がややこしくなるし、混乱を招くのではないか」

と、ちらりと本音を漏らしたことがありました。けれども病棟の一角に訓練室をつくり、ベッドサイドで訓練をし、その訓練の様子を看護スタッフやドクター、病棟側のスタッフが見る。その間にコミュニケーションが生まれる。そうすると日々の情報交換だけでなく、全体の治療方針、経過についての話し合いの必要性を強く感じるようになり、実はドクターの方からミーティングをやらうじゃないかという話が生まれて、こういうスタイルになっております。これは緑色の脳外科のケースを着た脳外科のドクターの回診の横で、PTがベッドサイド訓練をやっているところです。これは病室で看護婦さんが看護記録を取っている隣で、PTが訓練をしているところです。首を締められているではありません。ネックのローテーションの訓練をやっているところです。これが神経内科それから脳神経外科の病棟の一角にある、メディカルパネルがちょっと見えちゃうんですけども、病室を訓練室に転換してやっている訓練の風景です。現在はいろいろなりハビリテーションに係わっている職種が、病棟に集まりだした。病棟スタッフ、看護スタッフの近くで訓練をする風景が間近に見られるというスタイルにまで来て、それから合同で情報交換をしようじゃないかという段階にまでやっとなってきたというところなんです。今後の課題は、私の独断と偏見で上げておりますけど、早期離床、早期歩行、アーリアンビレーションの原則がまだまだ十分に徹底されているとはいえない。例えば熱があっても、多少痛くても、楽に効率よく訓練できるという方法があるとよく言われておりますが、その手法が、まだ現場にはなかなか定着しにくいところがあると思います。ご家族が見ていても、今日は熱があると聞けば、ご家族の方から訓練は休んだ方がいいんじゃないでしょうかと申し出があったりしてブレーキがかかることはよくあることです。そうなりますと、どうしても安静至上主義ということになりがちで、廃用症候群の発生が当然予測されるんですけども

「家族がそう言うんではしかたないかな」とついつい日数が流れていく。そうすると、なかなか打開策には至らないという意味でございます。それから必ずしもリハビリテーションに係わる全ての職種が全ての患者さんに、入院当初から関わっているわけではない。387床ですけど、医療ソーシャルワーカーは5人であり、入院当初から全例に関わることは人的にもちょっと無理があるというような課題がございます。

続きましてこれは、近森リハビリテーション病院の全景でございます。回復期リハビリテーションを担っているというふうに自分達は言っております。急性期の近森病院の方で直接お家に退院される方は大変多いですが、やはりそれ以外、例えば脳卒中であるとか脊髄損傷とか比較的骨折の規模の大きい骨盤や下肢、歩行ということとか座るといふことに大きく関係する骨折は、時間がかかります。それから急性期に廃用症候群が完全に出て上がってしまうと、その回復には非常に時間がかかると言われております。そういった廃用症候群を対象とする回復期リハビリテーション病棟という制度がございます。3病棟ありますので全病棟にこの制度を適用しております。医師、看護婦、介護福祉士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、医療ソーシャルワーカーこれらの職種が、それぞれの病棟に配属されており、分担業務をしております。日曜、祝日も訓練できる体制にあり、特に廃用症候群などを伴っている例ですと少量頻回の訓練というのが原則になります。いっぺんに纏めて頑張るのではなくて、毎日コツコツと少量で、負担のない程度に頑張らましょと、土・日・祝祭日も訓練しています。休みになるとどうしても、元に戻ってしまうという危険があります。5月の連休や年末年始、お正月という長期間の休みにも訓練ができる体制を作らうじゃないかとやっております。全職種に担当病棟が決まっております、折角病棟で訓練するわけですので、夜の状況は、朝の看護婦さんとの申し送りの中でしっかりと知



ろうじゃないかと。昼間それぞれ病棟に散らばって訓練するので、その報告は夕方に一度情報交換しておこうと、夕方のミーティングでも情報交換しております。これはその朝・夕の申し送りの様子です。看護婦さんが報告して、周りはリハスタッフがほとんどです。これは看護婦さんとPTがウォーカーケインという物を使って、病棟の中で病室から出るところの歩行訓練をこんなふうに行うんじゃないかと申し合わせをしている場面です。これは看護婦さんとOTがトイレ動作の確認をしているところです。これはPTと看護婦さんが、お風呂に入る介助方法を確認しているスライドであります。このようにして病棟に色々な職種がとにかく集まりましょうと。これまで多くのリハビリテーション病院では、セラピスト、PT・OT・ST達がどうしても訓練室に閉じこもりがちであった。それで訓練室ではできるけれども病棟ではできないというADLが沢山あった。できるADLとしているADLが非常に落差が大きいという反省がありました。ですから何とかギャップを埋めようと、とにかくセラピストが訓練室から出てこよう、病棟に集まろうと、病棟配属を試みてきたわけです。さて病棟に全職種が集まったのはいいですが、今度は特別な機器を使いたい場合、病棟の設備だけではなかなかやりにくい場合があります。ということで現在では、広大な訓練室を持っていないとリハビリテーションの専門の病院とは言わないという制度がございますけれども、どうしても病棟で、ベッドサイドで、病棟の環境に近い所で訓練を始めるといことになりまして、病棟の一角に訓練スペースが欲しくなる。それがなかなか確保しにくいというデメリットがあります。病院の中ではいろいろな福祉機器を取り入れようとするんですけども、新しい福祉機器を病棟で試して、これはなかなかいいぞということもありますけれども、いざ介護保険を使って家に帰るといことになりまして、介護保険の項目にないとか、目新しい機械であったりするとなかなか地域のサービス

提供の人達が使い慣れていない。リフトを使えば一人で出来るところを三人がかりでやるとか、噛み合わない部分が沢山あるように思います。その辺の情報発信源として、私たちはまだまだ力不足であるなということがございます。それから病棟に全職種が集まってくる事はいいんですが、今度は外来は外来専属のスタッフを設けておりますので、そこからのフィードバックは得にくい。入院中はどうだったかという事は凄く詳しいですが、その人達が家に帰った後どうなるのかということが、どうしても自分たち個人個人の体験として確認しにくいということがあります。

今度は在宅総合ケアセンターというのがございます。当初、近森病院に継続医療室として、有志のDr、Ns、PT、OT、SWが集まって在宅支援の活動を小規模ながらやっておりました。後に在宅介護支援センターや訪問看護ステーションになったり、ヘルパーステーションに繋がっていったりしました。高知市内の非常に地価の高い所なので、元々建物があった所を転用して老人保健施設や訪問看護ステーション、ヘルパーステーションというものを色々と組み合わせて活動していたんですが、そういった在宅支援は利用者から見るとあちらにもこちらにも申し込みに行かないといけない、非常に手間がかかる。介護保険でその辺はケアマネージャーが一つの窓口ということになっておりますけれども、それより以前に、窓口は一個にして在宅支援サービスは一つに集まろうということで、一か所に集中させて在宅総合ケアセンターという建物の中に統合というスタイルをとりました。同一法人内なので、情報交換が非常に容易であるという利点もございます。一か所に集まったので、その中で働くスタッフはしょっちゅう顔を合わせているわけで、非常に情報交換が容易になりました。これは訪問看護ステーションのスタッフのミーティングをやっているところです。これはデイケアでレクターという材質を使い、傘立てを作っているところですね。これはデイケアでグループ

訓練をやっている所です。これはテクノエイドセンターでいろいろな福祉機器の修理、改修を行う所であります。これは在宅介護支援センターの福祉機器の展示コーナーで、在宅総合ケアセンターの一階部分にあります。在宅総合ケアセンターの一階には総合受付がございます。この座っている2名はソーシャルワーカーでございます、ここで「こんな事を困っているんだけど」と相談すれば、内部で調整できるサービスは大体組み合わせで提供できるというスタイルになっております。スライドには出てこなかったんですが、リハビリテーションクリニックという診療部門もございます。そこからの往診ということも含めて、この窓口でコーディネートを始めるといことが可能になっております。維持期のリハビリテーションの課題として、同一法人内の内部ではなんとかサービス提供がうまくいきますが、他のサービス提供機関とのミーティングの時間調整に手間取るということがございます。介護保険で在宅の担当者会議がなかなか開きにくいという声がありますが、同一法人内ではいいんですが組織体が違ってくるとやはり時間調整に時間がかかるものでございます。それから閉じこもりに対して、何を生き甲斐にして自宅から連れだすのかという動機付けが弱いという欠点がございます。なんとか連れだす方法として、例えば訪問リハビリテーションなり、デイケアの送迎なりという方法がございますが、動機付けは何なんだという所が非常に弱い。上田先生がおっしゃるような新しい人生の構築というところが、まだまだ認識が弱いかなという感じがします。それからどうしても民間の医療機関でございまして、発想が医療保険とか介護保険の制度に縛られやすい、そこから抜け出た発想がなかなか日々の業務から生まれ難いという欠点がございます。

以上まとめますと、同一医療法人の中で出来るかぎりの、急性期・回復期・維持期の流れをつくっていくことが出来たかなと。そしてリハビリテ-

ーションに関わる職種は一か所に集まるようにはなりました。急性期だったら急性期の病棟にリハビリテーションに関係する多職種が集まるようになった。お互いどんな事をやっているのか、隣でやっている手元がよく見えるようになった。それから回復期リハビリテーション病院でも同様に、訓練室でやっていて今までよく分からなかった訓練が病棟で間近に見られるようになった。朝な夕な集まって情報交換をするようになった。在宅維持期のリハビリテーションとしましても、在宅でサービスを提供するいろいろなサービス提供機関が一か所に集まって情報交換は楽になった。今までバラバラであったのが束ねられ、その中で役割分担までは何とかこぎ着けたかなと。

これからの近森会の課題としては上田先生がおっしゃった協業を、私たちはどうやって工夫をして、努力をしていくか。スタイルは出来上がったんですけども、後は中身の問題、質の問題であるというところの提言で私の発表を終わらせて頂きます。ご静聴ありがとうございました。

**【蛭江】** 田中先生ありがとうございました。それでは続きまして富山の「このゆびと一まれ」の理事長であります、惣万さんにご報告お願い致します。

**【惣万】** 皆さんこんにちわ。「このゆびと一まれ」の惣万です。富山から来ました。私は地域は大きな家族であるという考え方です。介護が必要なのはお年寄りだけではありません。昨日も今日も、皆さん言っておられますけど、障害者も健全な子供も、健全な子供は介護というよりお世話ですけどね、介護が必要なのです。そう思って3人の看護婦が、富山赤十字病院を退職し、民営デイケアハウス「このゆびと一まれ」を富山市で開所しました。土地は80坪持っていました。畑をしていたんです。そこに2階と1階で62坪の建物を3400万円で建てました。3人の看護婦の退職金と寄附金を頂いて始め、8年目に入ったわけです。平成5年に開所しました。平成4年つまり開所する1年前

に、富山市の長寿福祉課に相談に行きました。こんな事をするんで何か補助金はと言った時に、その時の課長さんが、(これでも5人替わっていますけどね)「あなた達の対象を、(うちは子供からお年寄りなんですわ)お年寄りだけに絞らなさいと、そしたら何らかの制度を引っ張ってきて、何か補助金を考えますよ。あなた達の対象は、お年寄りも対象だから長寿福祉課からも出せない。障害福祉課からも出せない。児童福祉課からも出せない。みんなに当てはまらない、だから出せないんだ。何かに絞ればそこから出して当たりますよ」と言われたんですけども、私は「3つの課にどれも当てはまるのではないか、だから3つの課から少しずつ出して貰えないか」と言ったんです。縦割り行政ですからね、駄目でしたわ。今思えば、私たちの活動がずっとその後続くんですけど、お年寄りだけに絞らなくて良かったなと思っています。今までこのゆびと一まれは生後1カ月の赤ちゃんから、96歳のお年寄りまで利用されています。じゃ、子供とお年寄りと過ごしたらなぜいいのか、お年寄りは赤ちゃんを見たら、ニッコリ笑います。あやそうとします。そしておもちゃで遊ぼうとしたりして、笑顔が出て、声が出て、動き出します。それが私ハピリだと思っています。うちを利用している痴呆の方ではない障害者の70代のお年寄りに聞きました。もしもこのゆびと一まれが、お年寄りだけだったらどう思うと聞いたら、「惣万さん、もしもこのゆびと一まれが年寄りだけだったら気が晴れん、子供がいるから気が晴れるんや」と言われました。じゃ子供にとってどういいのか、子供達もおばあちゃんが大好きです。自分が遊びたい時とか行動したい時は、ボランティアや職員の所に来ます。でも自分が眠たい時、最後まで寝つくまで抱いてくれるおばあちゃんの腹を求めて行くんですわ。うちでこのゆびと一まれで赤ちゃんの時から育った女の子、今はもう保育所に行ってますけど、もうすぐ3歳になる時に自分の家で歌を歌ったそうです。「松風そよぐ、丘の上」っ

て、2歳の子が歌ったんですよ。そしたら20代のお母さんが「これ誰の歌ね、知らんちゃ」と言われた。そしたら60代のお母さんが「これ三橋美智也の古城や」「私が知らんがに、どうしてこの子が知っとんがか」となったそうで「これ、このゆびや」「あれ、このゆびでこんな古くさい歌、歌うとんがけ」となったそうです。お年寄りを知らない近所の4歳の男の子が、私に質問しました。「惣万さん、隣の家に怪獣がいる」って。「怪獣?」と聞いたら「だってねえ、歯を出したり入れたりしている」って言うですよ。私は昭和48年に看護婦になりました。その時に老人学ってなかったんです。昔は老人とは何々かと学問で教えなくても、小さい頃からお年寄りと一緒に生活していました。年がいったらどうなるか、匂いで嗅いだり、目で見たり、触ったり、喋ったり、行動したりして、皆わかっていました。今は学問で、お年寄りとは何々かと言わなければ、子供も理解できなくなってきました。ですから「隣の家に怪獣がいる」って言うんですよ。このゆびと一まれで育った子供は、そんな怪獣がいるなんて言いません。年がいったらどうなるかということを皆知っています。じゃ障害児がいたら、共に過ごしたらどうしていいのかということですね。脳性麻痺の子供がいつも来ているわけですけども、健全な子供もお年寄りも、例えば手とか足とか、脳性麻痺の子に触ったりしています。いつも健全児と障害児が喧嘩しながら遊んでいます。例えば障害児の子、ゆみちゃんなんですけど4歳の子、気管切開してバツミみたいに歩いていたんですけど、健全児と一緒に遊ぶことによってみるみる間に自分で歩き出したわ、何も掴まらなくて。あつ、ゆみちゃんどうしたかと思うくらいに。健全児と遊んでいますから、ボール投げでも何でもしています。健全児と障害児が、小さい頃から自然に遊んでいる姿が日本の文化なんじゃないかな、そこにおばあちゃん、おじいちゃんが入ってくるのが日本の文化なんじゃないかと、私は思っています。

中学生の子供たちが夏休み、冬休み、春休みと、ボランティア経験でこのゆびと一まれに来ます。学校から「ボランティアしなさいよ、ハンコ貰って来なさいよ」って経験があるんですよ。中学生になって初めて障害児を見たら、車椅子の子とか脳性麻痺の子を見たらびっくりするんですよ。凄い驚いた目をして、そしてボランティアに来ているのに、いつまでも壁に所に突っ立っているんですね。「どうしたんがけ、あんたボランティアに来たんだろ、何かお年寄りと話したり、子供たちと一緒に遊びなさい」と言ったら、その障害児を見て「かわいそうだ、気持ちが悪い」って言うんですよ。「かわいそうなこと無いんだよ。たまたま手足が悪いから食事介助しなけりゃならないし、トイレの介助もしなければならぬ。みんな同じ人間なんだよ。あなたと一緒に人間なんだよ」って。「いや違う、自分とは違う人間だ」と言うんです。そういう感じなんですよ。うちに窪田きよさん、今86歳の痴呆の重度の方がいます。窪田きよさんは丸7年、毎日このゆびと一まれに来ています。今、介護度5です。最初は、うちに来る前は徘徊があり警察に何回かお世話になって、そしてこのゆびと一まれに来ています。来られた時はもの凄く元気で、ここ何年か前まで元気だったんですけど、例えば自分の家を出る時、「仕事に行ってくっちゃあ」って出るくらいなんです。そして自分はこのゆびと一まれの番頭はんやと思っていますからね。たまに私のことを「親方親方」と、自分を職員やと思っていますからね。それ位に元気だったんですよ。ですけど3年前に左の乳癌が診断されました。そしてお医者さんから、あと半年の命ですと宣告されました。その時に家族は迷ったわけです。手術を勧められたわけです。それでここに来ている西村と私と家族で決めまして、最後までデイサービスを利用しながら在宅で看ようということになったわけです。つまり手術をしない、積極的治療もしないということになったんですね。それで今3年経ちました。今年の春4月頃

なんですけど、この癌が3年経ちましたので、12センチほどの腫瘍になった。そして皮膚を突き破って瘻孔が出来てきたわけです。汚い血液とか膿が出てくるわけなんですよ。私たち看護婦ですから、1日2回から3回、傷交換します。血が出てきますから。お医者さんは、もう夏は乗り切れんだろう、もう最期だと。家の方は葬式の用意をするのに、うちを片づけられました。高知もそうだったかもしれませんが、富山も今年の夏は38度とか39度の気温だったんですよ。私たちもう駄目だろう、感染したら敗血症は駄目ですからね。もう駄目だろうということだったんですけども、元気なんですよ。元気やいうても、畳の上で寝たり起きたりしてます。前の窪田さんは、本物の赤ちゃんを抱いて寝かせたり、自分でひとりでおんぶ紐で担いでやられるんですよ。今はそんな元気はないです。ターミナルですから。ですけど赤ちゃんとよく似た人形をいつも抱えてあやしています。そんなターミナルもあっていいんじゃないか。私たちこのゆびと一まれで支えていこうと思っています。本当の最期の場面はもしかして病院かもしれません。だけど出来るかぎり在宅で、家で亡くなるか、このゆびと一まれで皆に囲まれながら亡くなるか、これはわからないですね。皆で窪田さんと7年間生きて来ましたので、皆に囲まれて死んでいくのもそれもひとつの形なんじゃないか。家族もそれを希望していますのでそうなるのかなと思っています。

このゆびと一まれは日課がありません。何時から風船バレー、何時からカラオケということはないです。おじいちゃんやおばあちゃんが自分の家にいた時、はい何時から風船バレー、何時からカラオケってそんな家ってありますか、ないですよ。つまり家にいる状態が一番いいと思っています。私は年いったら、気儘にのんびり過ごすことが一番いいのではないかと考えています。やらせはしたらいけないと職員にいつも言っています。

このゆびと一まれには3人の知的障害者が働い

ています。中村恭子、30歳は富山養護学校を卒業してあるビニールの会社に勤めました。数年間働いたんですけど、中村にとったら何か辛い思い出みたいですね。どうしてクビになったか解らないけど、社長さんから「明日から来んでもいい」と言われた。その時のことを話す中村さんの顔はいつも悲しい顔をしていますね。その次にハムの会社に勤めました。ウイナーとウイナーのしっぽ切りを、毎日、鋏で切ることが彼女の仕事だったんです。単純作業で嫌になるもんだから、真ん中に切ったり、斜めに切ったりしてたら、また社長さんがそれを見て「もう明日から来んでもいい」と言われたそうです。明日から来んでもいいと2回もクビになった時、中村は25歳でした。25歳なのに、今度は自分の家で昼間も寝るようになってしまいました。もう何処も行くところ無いですからね。朝目が覚めた時、どこも行くところないですから、昼間も寝て夜も寝て、それを見てお母さんが一番辛かったみたいですね。そしたらお母さんの友達が、「このゆびと一まれ行ってみられ、何かボランティアできんけ、行ってみられ」と言うことで来られました。中村恭子と母親と一緒に、面接に来たわけですね。そして「一応、明日から来てみるけ」で、私が言ったら、今ビデオを見ると中村恭子って物凄く明るいんですけど、その時は凄くカチカチで「明日からよろしくお願ひします」と言われました。お母さんが偉いですね。お母さんが「もしも恭子が間に合わんようやったら、直ぐにクビにしてください。このゆびと一まれに迷惑を掛ける訳にはいきません。」って言われましたね。あれが印象的です。今、中村恭子は5年間このゆびと一まれに来まして、もう6年目に入っています。毎日休まずに、毎月皆勤賞を貰っています。テレビだとかニュースに出るもんだから、いろんな方達が中村恭子に声を掛けるんですね。中村恭子は富山から25キロ離れた八尾からJRに乗って富山駅に来て、富山駅で乗り換えて、電車に乗ってこのゆびに来るんですよ。乗り換え

の富山駅で20分から30分、時間があるそうです。その時にいろんな方達が中村に「あんた、どこに行つとんがけ」と聞かれるそうです。「このゆびや」と言ったら「このゆびの利用者け」と聞かれるそうなんですよ。「利用者じゃないよ。わたしスタッフや、職員や。人に役立つ仕事しているんや。」そこまで言うそうなんです。私、偉いなと思うんです。普通「利用者け」と聞かれたら、もうそれでメゲルものなんです。だけど、職員や、そして人に役立つ仕事しているんやって、そこまで言っちゃうことは立派だなと思います。大塚一彦は今21歳になりました。彼は中学2年の時から高校3年まで富山養護学校に行っていたんですけど、高校3年までうちの利用者として来てたんです。つまり1日2500円払ってた利用者だったんです。大塚一彦君は高校3年の時、「卒業したら作業所に行くか、このゆびと一まれに行くか」と選択された時、迷わず「このゆびと一まれに行く」と、自分から初めて母親に意思表示したそうです。今まで彼は意思表示したことがなかったそうなんです。大塚君がしばらく働いて、大塚君の校長先生に、ある会合で会った時、「惣万さんよ、わし驚いたんだよ」卒業時に一対一で、大塚君を呼び出して面接した。「おまえなあ、卒業したら何処いくんや。」と言ったら、「このゆびに行く」と言った。「まだこのゆびに行って、遊んだら駄目だぞ。」と言ったら、「僕、赤ちゃんやお年寄りのお世話をする」と言った。惣万さん、それを聞いた時、僕は心の中で「何がお世話かよ、俺達がお前をお世話しとるがやろ、世話されているお前が何がお世話かよ」と本当は心の中で思ったそうです。それは口には出さんかったらしいですけどね。「でもね惣万さん、家行ってよう考えてみたら、あのフニャフニャの大塚君が俺の前で、校長先生の前で堂々と、お年寄りのお世話をするとした。子供の世話をするとした。なんちゅう偉なもんやと思った。僕は涙が出た」と言われたんですよ。私それを聞いて涙が出たんですけどね。下村和義

21歳、大塚君と同級生です。彼は富山養護学校を卒業して、石川県の知的障害者の職業訓練所に半年行っています。その後、職が見つからず結局このゆびと一まれに来ています。彼はすごく体格が良く力持ちで、うちは200坪位の駐車場があるんですけど、冬なんかそこの除雪をみんなしています。そして絵を書くのがとっても上手いんですよ。私も彼の絵を見たら、なんかホッとするんですよ。そしたら皆に下村画伯、下村画伯って言われています。そして私の方も、山下清の絵なんか高く売れるでしょう、やがて下村君の絵も高く売れるんじゃないかと思って、大切に仕舞ってありますけどね。ではビデオを見て終わりたいと思います。(ビデオ始まる)

去年、私たちはNPO法人をとりまして、県の指定業者になりました。通所介護と居宅介護支援事業者の指定業者になりました。そして自立と判定されたお年寄り、独り暮らしなどで家に閉じこもりがちなお年寄りに対して、生きがい対応型デイサービス事業の富山市からの委託を受けています。つまりお年寄りは300円の負担で、2700円の委託費がでます。ほどんどのお年寄りは介護保険か生きがいに来ておられます。障害者、障害児の分は富山県の単独事業で、在宅障害者、障害児のデイケア事業があるんです。つまり利用者補助が出るわけです。利用された方達に、例えば知的障害者だけだったら2300円の補助が出て、重複している場合、身体と重複している場合は、3100円の補助が出ます。健常児に対しての補助はないです。どうもありがとうございました。

**【蛭江】** どうもありがとうございました。大変興味深いご報告を頂きました。それではお約束致しましたように、ここで休憩を入れたいと思います。10分と申し上げましたけれども、時間の関係で50分から再開させて頂くということで、一息入れさせて頂きたいと思います。どうぞお休みくださいませ、眠らないように。

－ 休 憩 －

**【蛭江】** それでは再開したいと思います。今、お三方にご報告頂いたわけでございます。

立浦さんのお話は、自治体立で訪問看護ステーションをつくっているという、これが一つユニークな所だと思います。退院を求められてその後の不安、本人はもちろん家族の不安というものに対して、直ぐにできるサービスというようなことを念頭に支援をする、そのことによって在宅で看取っていきこうというケースが非常に増えてきているというお話を頂戴したわけでございます。

また田中先生の方からは在宅支援サービスというものを一か所に統合するというふうな事によって、情報交換がスムーズに出来るようになったというお話でございまして、ある意味で理想的な体制が整っているなあというふうにお聞きしたところでございます。

それから惣万さんのお話、私も実は訪問させて頂いた事がありまして、中村さんだとか大塚君だとか、大変懐かしい顔に再会できまして、胸を熱くした所でございます。地域は大きな家族だというお話がありましたけれども、お話を聞いていきますと、まさにこのゆびと一まれこそ、地域であり家族だということを本当に実感させられた訳で、いろんな人達が一緒に暮らし合っている地域、まさに「このゆびと一まれ」のデイサービスであるということを実感したわけでございます。

皆さんもいろいろな思いを抱きながらお聞きになったと思います。どうぞご質問を頂いてこれからの話し合いを深めたいと思いますが、ご質問くださる方、お手を挙げてくださいますか。気軽に発言頂きたいと思います。

それではご発表頂いた方同士で、何かお互いのお話に対してご質問などございましたらして頂きたいと思いますが、立浦さん何かありましたら。

**【立浦】** 私は自治体で職種は保健婦ですけども、ずっとこのまま保健婦の予防接種とか、保健活動で一つの区切りが終わるのかなと思っておりました。平成2年に在宅ケアという形で、中心的に直

接その仕事をさして頂きました。そうした中でやはり自分も年老いていく。一年一年、その在宅の中で出会いがやはりこれからの私がしてきました保健婦活動の大事さというものを、在宅のお仕事をさせて頂く中で、ひしひしと感じております。そして今、羽咋市の場合、高齢者の13%が介護保険の該当者だろうと、だけどその多くの方は元気な方。その元気な方の介護予防がこれから大事であろうと今進めておりますけれども、一番大事にしていることは自分がその立場になった時どうだろうか、自分の仕事が楽しいものでなかったらこの人との出会いの仕事は良いものにならないだろうなと思います。惣万さんの話を聞かせて頂いて胸の熱くなるような思いで、行政であってもやはりそのニーズを正直に聞きながら一歩足を踏み出すことが大事だなと。足を踏み出しながら市民と共に考えながら作っていく施策が大事だなと思っています。惣万さんも同じ看護婦さんとして、退職金を3人のナースが出して作られた本当のきっかけは何だろうか、ちょっと教えて頂きたいと思います。

**【蛭江】** どうも。私は富山赤十字病院に20年間看護婦として働きました。最初の5年半が内科病棟、次の11年半が小児病等、最後の4年間で又内科病棟だったのです。最後の4年間で経験したのですが、お年寄りにお医者さんが家に帰ってもいいよ。つまり退院してもいいよ、と言われるのです。けどどうちに帰ることができない幾つかの事例にあったのです。その前は11年間小児病棟だったのですが、小児病棟は朝の回診の時、家に帰ってもいいよと言うと、その日のうちにお母さんは子供を連れて退院したものなのです。早いお母さんは昼御飯も食べると回診が終わるか終わらないかのうちに退院するのです。けどお年寄りが退院やと言うと、お嫁さん嫌な顔をするのです。「惣万さん、もうちょっとおいといて。」それならいいのですが、「惣万さんずうっとおいといてもらえんけ。」と言うのです。脳血管障害のAさんの

きっかけだったのですが、Aさんが「惣万さん、うちのもん、わしを老人病院に持っていこうと思っているらしい。わしはあんな所行きとうないな。うちに帰りたいが。寿命短こうなってもいいが。」と言われたのです。私が「あんちゃんにうちに帰りたいと言われよ。」と言うと「こないだ、あんちゃんに言うたら黙ってしもうたわ。」と言うのです。それで私はAさんのお嫁さんに会うことができ、Aさんの気持ちを話しますと「それは引き取ってあげたいですよ。けど仕事やめんなんことになるでしょ。私の息子これから大学あげてやらなきゃならないのです。その後、嫁はん貰わんならんし、それに惣万さん、うちのローン月に5万も返しとんが、大変ながちゃ。」と言われました。「親も見れない情けない嫁だと思いますが、仕方ありません」お嫁さんはお嫁さんで泣いておられました。それから3日してAさんは「惣万さん、わし老人病院に行くことになったわ。わしの家ながに、どうして家に帰れんがけ。畳の上で死にたいと言っとのにどうして畳の上で死ねれんがけ。これがわしの運命がけ。なんまいだ。なんまいだ。」と手を合わせられたのです。私は思わず涙が出ました。それから1週間してAさんが入院している老人病院に見舞いに行きました。顔を見に行きました。そうしたらAさんが「惣万さん、ここの部屋の人、誰も喋らんが。寂しゅうてかなわんが。」と言われました。2時間程その病室に居たのですが、お年寄り同士の会話が全くないですね。お年寄りが喋れないのではなく、喋る気力を失っているかのように思いました。そして、男か女かわからないくらい髪が短くカットしてされているのです。そのおばあちゃん、赤十字病院にいるときは髷結っておられたのです。髷ってわかりますか。ここに饅頭みたいにひっつけておられたのです。けど入院したその日のうちに刈り上げられてしまうのですよ。確かに看護とか介護はしやすいですね。だから私たちは嫌味に施設カットとか病院カットとか言うのですが。病室は明るく確かに綺

麗です。廊下には立派な絵が飾られています。しかし静かなのです。病院の主役であるお年寄りの声が聞こえないのです。お年寄りの顔が仮面のようです。生きる力を失った老人が横になっています。座ろうとも歩こうともしません。私は老人病院を出たあと、体の中に鉛が入ったような気持ちになりました。それから一週間後Aさんは泣くなられました。Aさんの長男さんが赤十字に挨拶に来られて、「母の死は静かな死で、安らかな死に顔をしていました。」と私に挨拶されました。私は本当に安らかな死であったのだろうかと思いました。一週間前、あんなに寂しがって泣いておられたのだ、せめて死に際に誰かに手を握ってもらったのだろうか、息を引き取るとき家族は間に合ったのだろうかと思うと、何かどうしようもないやるせない気持ちになりました。そしてAさんばかりでなく、Bさんは老人病院に入るやいなや、おむつをさせられ、動き回るといふことで手足を紐で縛られてしまいました。人間、手足を縛られると生きる力がなくなるのだと思います。Bさんは老人病院に入院して1週間後に亡くなられました。これは生きる力が無くなったというよりも、痰が詰まって死んでいるのです。窒息死なのです。80代90代のおじいちゃんおばあちゃんに、手足を縛って痰切れと言っても無理ですよ。上半身を起こさないと痰は切れんもんですよ。風邪をひいた時、ここに痰がこびりつく。全身の力で、おじいちゃんおばあちゃんおしっこちびつてもここのを一つ出すのです。出したかと思うと又粘重な痰が数珠繋ぎに繋がれる。これが歳がいくという事です。そして幾つかの事例に出会ったときに、いくら赤十字でお年寄りの命を助けたとしても、お年寄りが最後の場面で泣いている。これでは何の為に命を助けたのか意味がわからん。最後の場面で私に何か力になることがないのだろうかと思って、3人の看護婦で立ち上がったのです。

**【立浦】** どうもありがとうございます。

**【蛭江】** フロアの方で関連してお話しがござい

ましたら。それではご質問がないようですので、ご意見でもどうぞ。それでは惣万さんに、続いてお聞きしますけれども、「このゆびと一まれ」の仕事が始めることによってご家族の反応はもちろんですが、地域の皆様の反応のようなものはどんなことがあったでしょうか、少しお聞かせいただけるでしょうか。

**【惣万】** 私は独身で父や母は亡くなってまして、兄や姉は反対でした。赤十字で定年まで働いてもらえばいいと、年金貰えるようになったら好きなことをやられと。その時は体が一番心配やいうて私に言ってたんだけど、後で聞いてみたらお金が一番心配やったそうで、お金の為にどうも反対していたみたいです。近所の方は、最初私たちがまだ始まる前から福寿会という老人会があるのですが、そこに講演会に行ったり、うちの伯父さんと伯母さんが近くにいたものだから老人会に廻っていたのです。土地が80坪の所で私たちがしたでしょ。近所を廻った時に、お年寄りとか障害者、障害児健全児も来るって説明したんだけど、まさかこんな小さい所でそんな施設が建つとは思わなかったみたいです。建物も皆さん見たように普通の家なのです。何も思わなかったせいか、それと近所のお年寄り方達は、やがてこのゆびにお世話になるんじゃないかという事で、月に一度の福寿会の時に、自分の家にある例えば石鹸とかのりとかお茶とかを、毎月老人会長さんがこれだけ集まったよと持って来てくださったんですよ。これで7年経つんですけど、確かに近所の方達にしたら、人数増えましたのでうるさいだろうなと思ってるんですよ、私から見たら。私がもしも近所に住んだら、えらいうるさいやろうと、朝から晩までうるさいやろうと思うんですけど、直接的にうるさいとか反対はないですね。富山県で民間デイサービスが10カ所位あるんですけど、地元から反対された反対運動は、お年寄りの宅老所に限って富山県はどこもないですね。県外は聞きました。ただ富山県では精神障害者の作業所を作る時に反



対運動が起こりました。町の雰囲気が悪くなる、土地の値段が下がると反対運動が起きたみたいですね。

**【蛭江】** それから、惣万さんたちの取り組みが全国に種が蒔かれて、いろいろ飛んで行って芽を出し始めているようですが、例えばどんな事例があるのかちょっとご紹介していただくといいと思うんですが。

**【惣万】** そうですね。子供からお年寄りというのが富山型方式と言われているんですが、例えば先程、橋本知事さんが滋賀県がそんな制度と言われたんですけど、滋賀県がその制度をつくったのは、私が滋賀県で講演を4時間したんですけど、2時間だけ厚生部長さんが聞かれまして、富山方式を滋賀県に持ってきたいということで直ぐに厚生部長さんが見学に来られたんです。見学に来られてこれだと思って、数カ月後にもう県として予算を立てられまして、例えばNPOとか民間で、看護婦さんとか看護師さんとか、誰でも一般の主婦でもいいんですけど、このゆびと一まれみたいな方式で手を挙げた人には設立資金を300万と運営資金を出しています。このようにして今、大分でもつくるような感じもありますし、転々と新潟とか静岡とかいろいろと聞きますけど、県の制度として県単独でやったのは今のところ滋賀県だけなんじゃないかと思います。ただ全国に広がりつつあって、佐賀県でも一緒のような事しています。そこもニーズが余りにも多くて、私たちより数年後にした筈なのに、もう二カ所目を考えて土地と建物を用意したみたいですね。それほどニーズが多いみたいです。子供からお年寄り障害者を対象にしています。

**【蛭江】** ありがとうございます。田中先生、惣万さんのお話しをお聞きになって、何か感じる所ちょっと述べて頂けますか。

**【田中】** 経済的にも非常に効率がよいということをお聞きまして、日々の仕事はどうしても医療保険だとか、診療報酬だとかに完全に依存しており

ますから、その辺の発想というのがなかなか出てきにくいなあと、自分の反省として感じます。縦割りでないというところが、非常にいいんじゃないかなと思います。発想がバリアフリーになっていっちゃうので、それで面白い発想なんだろうなあとと思いますね。ずっと病院で仕事をしているもんですから、病院というのは日本でどういう位置付けなのかなあとずっと考えたですね。寝たきりをつくるのが病院だとずっと批判があって、それこそ病院カットというのがあって、抑制は人を殺すにもかかわらず抑制をする。抑制に反対しようという声が病院の方からも上がったりますんですけども、じゃ病院は地域にとって一体何だろうとよく感じます。病院の中でやっていることは外部にはなかなか解らないし、嫌なイメージがあるし、絶対安静とか面会謝絶とか、何となく外部からシャットアウトするようなイメージがあるとかねがね思っておりました。何とかそれを解りやすくオープンにするには、例えばこの病院はこんな事をやっているとかこんな流れであると、まずは解りやすくする。医療もサービスだ、地域の資源であるということも最近言われるようになりました。医療制度とか医療行為そのものも患者さんにとって環境であると言われていています。けれどもスタッフの業務の効率ということを先に考えてしまって、スタッフが業務し易いように多分病院カットもされるんだし、抑制もされるんだし、ベッドも高いですし、ベッド柵もあり、機械浴もある。誰が主体でこの医療が展開されているのか、誰の為の医療なのか、惣万さんの話を聞いていまして、一回ひとつひとつ見直さないと、病院はきつと見放されるような状況になっていくんじゃないかという気がします。今日は反省ばかりしているような、余り明るい話でなくて申し訳ないですが、次は明るい発言ができるといいなと思います。

**【蛭江】** ありがとうございます。ついでと言っては失礼ですが、田中先生にお尋ねします。在宅支援も含めて総合的な機能を持った医療施設等を

抱えていらっしゃると思いますが、そういう意味では、ある程度、自己完結的にいく部分が多いのかなと思いますが、住民の活動とかそういうものに、あるいはインフォーマルなサービスと病院との関わり、地域との係わりという点でどんなふうなお取り組みなり事例・実績がごありか、ちょっとお尋ねさせて頂きたいと思いますが。

**【田中】** その点はまだ、これからの私の課題ということに尽きるですね。介護保険がやっと始まって、流れが在宅志向というのが始まって、地域で仕事をしている人と先ずは連携が取れるようにはなった、未だその段階だと思うんです。次は利用している利用者の方々がどういう生活を望んでいるのかということ、やっとなケアマネジャーが聞きはじめた。今までは聞くことさえしなかったんだと思うんです。病院では聞けなかったんですね、実は。退院していいですよという話はするんですけど、どういう生活がしたいですか、という生活のイメージとか、その人が大事にしている生き甲斐だとか、という所まで私たちが関わる役目ではないと自分でずっと思い込んで来まして、そのバリアと言いますか、そのへんがやっと始まったかなと。恐らくケアマネジャーの人達と情報交換を、これからどんどんしていきたいんですけど、そうすると病院の中で最初から何をやっていいのかわかってくるので、やはり私たちにはフィードバックが非常に必要であるので、是非知りたいところですね。そのへんのアンテナを沢山張らなければいけないという感じがします。自己完結型といいますか、ひとつの医療法人の中で取りあえずこういう流れがいいのではないかとつくっていますので、その流れに乗った利用者はずっと長いお付き合いになる事が多いので、そのリピーターの方達から直接聞いたり、関わっているケアマネジャーとかサービス提供の人達からその人の人となりを聞いたりというチャンスは、私たちには他の医療施設より多いかな、という感じはしております。その辺でもっともっと本人がどうい

う生活を望んでいるのか、その為には何をしたらいいのか、しかも医療機関ですから、廃用症候群とか余病を併発しないような管理をどういうふうに組み合わせていったらいいのか、私たちのこれからの課題だなあというふうに思っています。

**【蛸江】** ありがとうございます。いつでも手を挙げてご参加を頂いたらと思います。

立浦さんは先程、時間を気にしていただいていたお話を聞いたように思いますので、なんでしたら追加発言をして、もう少し状況をお知らせ頂けるとありがたいと思います。ご質問をさせて頂くんですけども、訪問看護ステーションができた結果のお話がありましたが、できていく過程で様々な課題・問題もあって、ご苦労もあったんじゃないかと思います。そのへんのところでお聞かせ頂けるといいなと思います。もうひとつ、田中先生のお話にも出てきましたが、ご本人がどういふふうな暮らしを望んでいらっしゃるのか。施設サービスも同じことが言えるわけですけど、在宅サービスをやっていきますと、ご本人の思いとご家族の思いが必ず一致していない、そうするとどちらの力が力があるのかという問題が、サービス提供者の側にもある意味で影響があると思うんですね。本人の思いとご家族の思いが相違しているような問題でのご苦労されたという事に関しての立浦さんのお考えみたいなものがあれば聞かせて頂ければありがたいと思います。

**【立浦】** 羽咋市では平成元年とその後の3回ほど高齢者全体のニーズ調査を致しました。その中で高齢者の願いは自分の家で暮らしたい、サービスを受けていない方もやはり家族にお世話をしたいという多数の声がありました。その一方で、行政に相談に見えた時、いろんなサービスがそれぞれの関係機関でされていますが、例えば入院した時に、「もう退院を」言われると、すぐに福祉課に駆け込んできて病院から施設へ行くように手続きのために相談に見えます。よくよく聞くといろんな問題が絡んでいて、それじゃと病院に行き

ました。一つの事例ですけど、老夫婦お二人、子どもさんはいない。脳梗塞で右の半身麻痺で介護5ですが、その方は病院からそのまま隣の施設に行くために入所申込みに来られた。だけどどうせ施設に行くんだったら一晩だけでもいいから家へ行きたい。一晩だけでもいいから家へ連れて行きたいんだという奥さんと、ご本人は言語障害があるけれども、奥さんが夕方家に帰る時には「何ともいえない顔をして私の顔を見るんや」と、その声を聞きまして、施設の申し込みをされたけど、一晩だけでもいいから行きましょと。「そんながにしてできるかね」という声を聞きまして、病棟と機能訓練室のPTと話しあい、退院を決める前に検討会をしました。そうしながらヘルパーと看護婦とで移送の準備をしましてお家に行きました。そのケースは一晩が一週間になり、そして一カ月、二カ月、今は三年、四年目になろうかと思えますが、お家でおられます。このケースのご家族、ご夫婦を通じてヘルパーの巡回型の訪問とか、看護婦が朝行き、一日一回だけでなく必要時に行くような形とか、ひとつひとつのサービスが生まれてきました。だけど行政の仕事としてそこまでするのかとか、いろんな意味があろうかと思えます。私は行政だからこそ、皆さんの税金、保険料で私どもが一時期、市の職員として仕事をさせてもらってますけども、やはり市民に変わらない。自分もいずれはどういう形になるか、この老後というものを凄く考えられますけど、そのご希望に添いたいと、それが形になってひとつひとつ出来ました。

先生方も最初は必ずしも好意的ではないです。けれども一人の事例を通しながら、先生、看護婦、ヘルパー、PTのメンバーで意見を交換しながら、先生から「看護婦が何言うんや」「わしに指示するのか」という鋭い言葉もあり、そういう時期もありましたが、看護婦は「家族の気持ちがそうなんです」と伝えて、ご本人・家族の希望を出来るだけ尊重しようということが、私は在宅の関わり

を深くしたものと思っています。あくまでもご本人と家族の希望にできるだけ添えるようなこと、その積み重ねが先生方を変えまして、その叱った先生、どの看護婦も電話がなるとヒリヒリになって取るくらい緊張のする先生でしたが、その先生が一番変わられました。そして「こういう方がいるんやけど頼む」「病院に一緒に行って、話し合いをしよう」とか「ファックスで僕が病院の方に連絡をしておくから送ってあげる車の手配とか、ついて行くようにしてほしい」とか、先生が一人一人、変わられました。私どもも成長いたしましたけど、ある開業の先生は自分が出張していなくなる時には、「僕がいなくなった時、この先生に頼んであるから、何かあれば連絡してほしい」と。そういうふうにして医院と医院の先生方の繋がりもできました。褥瘡になった場合、内科の先生はみんな自分が診ようとその処置に対して問題があります。外科の先生にきちっと処置してもらったほうが治りがいいですが、なかなかその連携がうまくいきません。その中で、「こういうふうになっている所もあるんですけど」というふうにして、内科の先生の一人が、皮膚疾患は皮膚科の先生、耳鼻科の先生の往診とか外科の先生の往診とかというふうに医療の面でも地域の中で連携できるようになりました。歯にしても同じです。

ターミナルについては、あるおばあちゃんは「私は最後は家から出るんや」と言い、お嫁さんがお世話をしておられました。だんだん状態が悪くなって、おばあちゃんが喋れなくなった時に、もう駄目だからと遠くに行っている息子達を呼ぶと、息子さんたちはこれまでのおばあちゃんを見ていませんから、亡くなる3日程前の状態を見て、「こんなことしといて、なんもせんと。お医者さんのこんながだけでいいのか」「直ぐに病院に連れていかないかん」と言います。そうした時に決められのは、やはりご家族です。おばあちゃんの声がここにも残っておりますが、喋れない。病院に行ってその日の晩なり、次の日には亡くなられ

ます。そういうのを見た時に何とも言えない。「最後まで良いのに体を拭いてあげたい」と思っていた看護婦・スタッフにとっては、悲しい寂しい場面にもありますが、その決定はやはり家族・介護者だと思います。私はそういう在宅を、孫とか子どもとか、皆に介護の場面を見せていく、知らせていくことが大事ではないかと思っています。介護保険は介護の社会化と言われますが、人として、家族として関わる部分を大事にして、いい形の介護保険をつくっていなければならぬと思います。

そして死ぬまで元気でいられるような形というのが理想ですけども、行政が全部のサービスをしているおかしな自治体だな、これからは介護保険は民間とかいろんな事業者にしていくことが行政の使命だろうと、そういう反面もあります。けれども私自身が市民の立場で、又今の方達を見た時、行政はやはり一緒にサービスの競合しながら、役割分担をしながら、他の事業者も入り行政のヘルパーも入って地域のレベルアップをしていく役割が今、大きいのではないかなと思います。私どもは入浴をしてなかったのですが、今年の4月から行うようになりました。それもこの人にお風呂入れてあげたいなと思った時に、入れないわけなんです。この方が熱発したら入浴が駄目になり、その後は二週間後になります。そうした時に24時間テレビで軽四の入浴車が当たりました。それじゃスタッフはどうでしょうか。羽咋市は今お金が一番逼迫している最下位の市なので、いかにするかと考えると、潜在の看護婦さんに時間給で来ていただくとか、ヘルパーの登録ということになり、10月現在、44名の職員がおります。職員は囑託と私ども市の職員で、1に対して登録の方は3の割合で44人が活動しております。このやり方も行政がしていくひとつの方向かなと思いつつながら、役割分担をどうしていくかはこれから市民が形で見えて来ると思います。

**【蛭江】** 有り難うございました。何か惣万さん、

田中先生、立浦さんコメントなりございましたらどうぞ。

**【田中】** お話を聞いていて、確かにその通りだなということが各所に出てきました。現場で働いて非常に悩むところは、本人の希望を確かに聞き出した、だけど家族との希望がすれ違いになった時に、じゃどうしたらいいのかと袋小路になってしまうんですね。けれども惣万さんのお話にもありましたが、家に帰りたいけど見られない不甲斐ない嫁ですと言わしてしまう、サービスの足りなさというところが問題になって、それで介護保険というのがあって、サービスをフォーマルであろうがインフォーマルであろうが、地域にどんどんつくりましようという努力がなされるようになって、かなり前進したと思うんですけど、企業体が入ってくると経営が成り立たないという部分もありましてですね、民間の企業、私たちもそうですが、これだと採算が合わないなという部分が沢山あるのも現実です。そういったところが行政が見本を見せて、多種多様な必要と思われるサービスをどんどん掘り起こしの発端を担う、まさにそれを実践されてきたので、そういう地域の牽引役を行政が担っていただけると、非常にやり易いと思うんですね。すると今度は、こんな事が出来るんだったら家で見ますと、家族の意見と本人の意見とだんだん一致してくるのかなと。まだまだ私たちはそういう過渡期にあるんじゃないだろうか、という感じがお話を聞いて思いました。

**【蛭江】** 有り難うございました。それじゃあお待たせ致しました。フロアからご協力いただいております。どうぞご発言お願い致します。できればお立場をお聞かせ頂ければ、幸いです。

**【 】** 同じ富山の〇〇と申します。実は惣万先生とは何回もお会いしております。私たちも知的障害者に関係している者でございまして、手を繋ぐ育成会の者でございまして。実は惣万先生の所は、個人でお始めになりましてその後、特殊法人格をお持ちになって、直ぐに介護保険ということ



り、副食に入れたりして混ぜて与えている。そういうことだけはして欲しくない」と言うと、寮母さん達が、だけどころこういう事例があると、「かぼちゃとか甘い物に薬いれなきゃ薬を吐き出される。だからかぼちゃとかに振りかけて薬を飲んでる。ういう場合どうするのか」と言われたのですよ。私は「例えば杯にぬるま湯に砂糖入れてそこに薬入れて、薬とご飯を別にしてほしい。ご飯は栄養とか水分摂取だけじゃないの、やっぱり楽しみがなきゃご飯じゃない。あなたはそんなご飯食べたいですか。トイレでも20人、50人の利用者がいたとしたら50通りのトイレタイムがあるはずですよ。1時間前に回ったら、今おむつ交換の時間ですから、回っている最中ですから看護婦室ですに立ち寄らないでくださいと看板がある。という事はトイレタイムが皆一緒に、一斉に回っているということですよ。そういうことだけはしてほしくない。一人一人にトイレタイムがあるはずだ」と言ったんです。そしたらまた「じゃあ惣万さん、介護度4とか5の人達にもトイレタイムで座らせて介助しているのですか」と質問されました。このゆびと一まれでは全部そうしています。4と5。おむつの尿取りパットとか、履くパンツしている方でも全部、その人のトイレタイムがありますから時間ごとにしています。介護度5で痴呆もひどくて体もひどい人たちに、どうやって座った時におしっこさせるかということ、皆それぞれ一人一人工夫しています。この人だったら仙骨部をこちょばしたらなるとか、ぼんぼんと叩いた時になるとか、前屈にして腹をおさえた時になるとか、皆それぞれその人たちの工夫でいろいろな経験で、この人これで成功した、あれで成功したって皆がそれで喜んでいるのですよ。だからリハビリ学会とってあんまり崇高な理念ばかり言ってないで、ADLでこんな事例があつてこうした、PTと風呂介助したときにこうだったと、こんなことが聞けたら一番良かったかなと、私は思っていますね。

**【蛭江】** これは一言、田中先生に締めていただ

かないと、と思いますが……。

**【田中】** 確かにその通りだと思いますね。それこそ体格に個別性、体格は千差万別ですし、それに対応して車椅子の高さ一つにしても、いろんな車椅子を取りそろえていないといけない。車椅子の話から横道にそれますが、例えば介護保険だと利用料が少なくてすむので、全部一律に安くてでっかい車椅子がレンタルの業界にのってしまう。そうすると体格差を全く無視した、小さなお年寄りには漕げないような車椅子が、山ほど介護保険下では流通したわけですよ。体に合った車椅子一つを選ぶにしても、やっぱり誰かが言い出しっぺになって、「この人にはこの車椅子は良くないじゃないか」と言うことが必要だと思うのです。その言い出しっぺになるのが専門職だろうと思うのです。ここだけは譲れないぞという意見を持っているのが専門職だと思います。そこで看護の専門職は何かという議論になって、難しい議論なのでやめますが、看護婦さんとPTが一緒にお風呂の動作を、「この人はこういう障害だからこういうふうにして入ったら本人も楽だろうし、介助する方も楽だろう。その時に必要な器具はこれね」というふうにやっていく。そういう検討のチャンスが多ければ多いほど、患者さんはより在宅に近づくだろうな、という基本的な方針があるのです。だからトイレ一つにしても、スライドではOTと看護婦さんがトイレ動作を確認してましたが、その前段階として看護婦さんが、なんでこの人はこんなに何回もトイレに通うのかという検討が勿論あるのです。その時に何回というのも当然検討しますし、実は空振りがこんなに多かったというのも検討されて、じゃあそれはお薬でなんとかなるものなのか、泌尿器科にちょっと相談しようかなとか、そういう前段があつて異職種と一緒に検討するという場面を特に強調したくて、あういうスライドにしました。それぞれの下積みがあつて、別の意見、セカンドオピニオンみたいなものを欲しくて、突き合わせをして、それでじゃあどうする

か、本人も楽かどうかを確認しながらやっていくというのが、現場の全うなりハビリテーションのやり方だろうというふうに思います。

**【蛭江】** よろしいですか。いいところに話を向けていただき、落ちるところに落ちてきたなというふうに思います。それでは後15分位で時間になりますのでちょっと残念ですが、三人の方に最後のアピールをしていただきたらと思います。先程お話いただいたことを再度強調して頂いても結構ですし、追加していただいても結構ですが、私どもの分科会のテーマが「先駆的活動を通してこれからのケアを検証する」ということですので、21世紀めざすべき介護像、あるいは課題ということについて触れていただきながら、締めていただくと大変有り難いと思います。最後、ご自由に思うところをアピールしていただければ嬉しく思います。それではご発言いただいた順番で、立浦さん。

**【立浦】** 私は最後まで元気で終える生涯であったらいいなと、それとやはり在宅での死であると。これから大事なことは介護を必要としない、そういう人を作らない社会づくり。その背景には転倒、転ばないように、また閉じこもらないように、そういうものが一つの予防の柱であろうと思っています。羽咋市では地域福祉推進チームというものがありまして、地域の民政委員、ボランティア、健康づくり、いろんな中で一つの福祉推進チームを作っております。それが動きだして少しずつ活性が出ております。一つのモデル事業をしたらそれで終わりではなく、いい形で継続していきたい。それがモデル事業であり、継続していくことの大事さかなと思っています。羽咋市も社会全体が介護の予防にいかにかこれから力を入れていくのか、それは一人一人の市民の意識も大事ですけども、やはり保健・医療・福祉、それに携わる者が壁をなくした融合した形で、同じ目線で一緒に考えられるような土俵づくりが、まだまだ私自身も足りないと思っていますけれども、その根底は一つ一

つの事例を大事しながら積み上げていくしかないかなと思っています。簡単ですけども以上です。

**【蛭江】** はいありがとうございました。それでは田中先生よろしく申し上げます。

**【田中】** 病院の成り立ちとして、西洋では自分のセルフディフェンス、体が守れない自分の安全を守れない人が教会の収容施設に入って、そこにシスターがいてお世話する人たちがいて、それがベースで看護職が生まれて、そこにドクターが入って、医療というもので病院ができたというふうな経過があるようです。日本の場合はドクターの診療所というものがあって、それが病院に発展していったということですから、医療を施すという形で医者への支配下に病院が置かれてしまった。そうするといろんな職種が雇われているのですが、どうしても医者が優位に立ってしまう。医者の認識一つで在宅も決まらなかったり、家に帰れたり、医者の胸先三寸でその人のその後の人生が決まってしまう、と言っても過言ではないという時期が、不幸にして日本にはあったと思うのです。介護保険が突破口になって、スタッフがしてあげるもの、お仕着せのものが医療福祉ではない、本人の自己決定が大事だというふうには、大きく流れが変わったのはこの数年だろうと思いますので、これを良いきっかけにして本来医療というのは何をすべきだったのか、病院は何をすべきなのかを考える非常にいいチャンスだなと思っています。今後また頑張っていきたいと思っています。

**【蛭江】** ありがとうございます。それでは惣万さん申し上げます。

**【惣万】** 21世紀の老後の事ですが、まず自分がどんな老後を迎えたいか。自分が年をとった時に介護が必要になった時に、まず在宅を選ぶか施設を選ぶかですよね。介護保険というのはまずそこからですよね。私はもし施設を選んでも、大きな施設は選びたくないと思っています。せいぜいでグループホームだと思っています。そして私はわ

がままですから、多分在宅を選ぶでしょう。在宅を選んで自分の気に入ったヘルパーさんにうちの訪問をしてほしい。ヘルパーさんを指名するんです。デイサービスとかデイケアにしても、自分が朝起きたときに、天気がよくて気分がいいし、今日はちょっとデイサービスに行こうかなと思って電話をかけたら、例えば30分後か1時間後に迎えに来る、そんな21世紀なってほしいなど。今このゆびとまればほんの80坪の小さな所でしていますけれども満員です。少ない時で25人、多い時は40人ほどの利用者が来たりするのです。それで例えば3年後にもう一つ、これと一緒にデイサービスプラス宿泊施設、グループホームを作りたいと思っています。でも今、国は痴呆対応型共同生活、つまり痴呆の方達だけの共同生活しか補助ができません。だけど地域にいるのは痴呆だけじゃない。半身マヒの方もおられるし、知的障害の元、大塚君たちの大人版、それと精神障害者の方もおられるし、皆が共同生活して支えあって生きていくようなそんなグループホーム的なアパートか、共同生活のようなものを作っていききたいと思っています。

**【蛭江】** ありがとうございます。それでは私もお話を聞きながら感じるがありましたので、そこをちょっと申し上げて締めくくりに変えさせていただきます。

共通して言えることは、やっぱり地域で暮らし続けることができるということをどう支援していくかということだろうと思うわけです。もちろん施設も同じ人でも、その時によって施設が良い場合もあるわけですから、施設を否定するという事ではありません。しかし、それはあくまでも地域で暮らし続けていく一つの便法として施設もあるという事ですね。基本は地域で暮らし続けることを支援していくことでしょう。介護保険がスタートを切りましたが、制度だけでこれを実現していくことは、どだい出来るわけありません。どんなに整った制度ができて、制度はあくまでも制度

であり、そういう制度をいかに根づかせて生活の中に溶け込ませていく、あるいは十分に制度を使いこなせる地域性生活が形成されていることが大切です。同じ制度であっても、基盤ができていない地域とできていない地域とでは、その発揮の仕方、効力というものは違ってくるだろうと思います。そういう意味で、制度の充実をめざしつつ、自分たちの地域の暮らし方づくり、町づくりが制度成熟と同時に進められるということが大事だということに思うわけです。惣万さんがいみじくもおっしゃって、私もそのことを考えていたのですが、今の高齢者を私たちがどう支えるかという視点ではなくて、勿論そういう事も必要ですが、私が年を取ったときにどういう老年期を生きたいのか、そのためにはどういう制度、どういう町づくりができていくか、どういう支え合い、関係づくりが地域にできている必要があるかという視点で、私たちの町をもう一度見直し、地域の課題を話し合い、共有し合って取り組んでいくという、土壌づくりが必要なのではないらうかと思うのです。先程もちょっと惣万さんから出ましたけれども、体が不自由になるということによって大きな問題は、外出がしにくくなるという事だと思うのです。外出というのは生活の質に大きく影響するものではないかと思えます。出たいときに出来るということは、生活の質を高めていく上で非常に大事な課題ではないか。ちょっと私どもの地域の話をして、働き盛りの男性が、寝たきり老人を街に連れだす運動をやろうじゃないかというので、ささやかではありますが取り組んでいます。それは自分たちも不自由になったときに、出たいときに地域に出られるそういう町、お互いの活動を育てておきたい、これが根底にあるささやかな取り組みであります。

また先程から連携ということが出ていますが、連携というものも職種間連携、あるいは専門家同士の連携ということと同時に、専門家と住民の暮らしを繋いでいくという、そういう連携も大事だ



と思うのです。住民の活動が活発な地域は暮らしやすい町に近づいていると思うのですね。そこを専門家が支えていくということも非常に大事なことで、自らの専門性を、住民の活動を支援していくところで役立たせていく事も非常に大事なテーマではないかというふうに思っているわけです。ただ非常に難しいのは、支え合い活動もお互いがマナーを心得ないではじめますと、他人の家に土足で入り込んでいくようなものになってしまうわけで、専門職もボランティアも共に共通して、地域で支えてあっていく場合に身につけて置くべきマナーを、皆が育てあうということも大事な地域づくりのテーマではないかと思います。お互いの社会資源が、ちょっと声をかけ合う事ですぐ反応しあえる関係を作るということも大事でありますし、使いにくいフォーマルなサービスであれば、それを改善するということが大事な地域の活動だと思います。そして社会資源開発を、こつこつと積み重ねていくということがフォーマル、インフォーマルなサービスを含めて大切だと思います。皆で「私が年をとったときの為に」という意味でやっていく事が今のお年寄りの皆さんに対する、私どもの責任を果たしていくということにも通ずるものがあるのではないかというふうに思うわけがあります。お互いが手を繋ぎ合っていく関係ができていけば、それぞれ自分たちのあり様も変えられていく、考え方も変えさせられ成長させられていく。そういう意味での連携をフォーマルあるいはインフォーマル、専門職と住民、それぞれの間でどのように作りだしていくか、これが非常に大事なテーマではないかと思っています。

私は地域でこういうことを申し上げているのですが、「専門家ほど後方支援に徹すべし」が私の持論であります。先程も田中先生からお話が出ましたが、専門家が前に出すぎてしまうと、暮らし方を規制してしまうという過ちを犯す場合があるのですね。やはり暮らすことの主人公は、まさに本人であり家族であります。こう暮らしたい、こ

う介護したい、こんなふうに生きていきたい、そのことをそれぞれが持っている専門知識や技術で可能になっていくようにお手伝いしていくのが専門家の関わりであって、生活を規制したり支配するという事は決して専門家のあるべき姿ではない。ですからいつも専門家ほど後方支援ということを皆でやっていこうと、私どもの地域では医師会も含めて、皆でそんな話し合いをしているわけでございます。総合リハビリというものを私もよく理解できていませんが、ずっと午前中から午後のお話をお聞きすると、やっぱり高齢者が望む暮らし、当たり前前の生活を最後まで続けていくことが出来るように支えていくことが、素人的に申し上げるならば総合リハビリの目標でもあるのか、そこにはお互いの職種が重なり合っていける部分が十分ある。そこに一点、専門職は後方支援に徹すべしという鉄則を元に生活者を支えていく。私だったらこうありたいという惣万さんの話のような、お互いが老年期の生活スタイルを描いて、皆で共通イメージをつくり上げていく。制度は私たちの暮らしを支えていくためにあるのであって、私どもの暮らしが制度に規制されるということがあってはならない。制度議論はよくやりますが、どういう老年期を生きていきたいのかという議論が少し遅れているかなと思います。それを放置しておきますと、結果として制度によって生き方が規制されてしまうという恐れがあります。そういう意味で私どもが自立性、主体性を発揮する中で、高齢者の支え方のイメージが出来上がっていくのだろうかと思いました。

ちょっと駄弁を申し上げましたが、時間がまいりましたのでこれで終わらせていただきたいと思っております。今日は十分私が上手くリードできませんでしたが、3人のお話を十分いかしきれなかったところがあり、大変ご無礼だったと思っております。皆さんも少しはがゆい気持ちをなさったかもしれませんが、いろいろと考える素材を与えていただき、めざすべきものを少し描くことができたので

#### 高齢者分科会

はないか、皆さんもきっとそういう思いをしていただいているのではないかと思います。そのことを期待致しまして、分科会を終了させていただきます。三人の皆さんに感謝の拍手をお送り頂きたいと思

います。また皆さんにも最後まで熱心にご参加頂いたことにもお礼を申し上げ、これで終わりとさせていただきます。どうもありがとうございました。

## 【活動報告】

## 活 動 報 告

座長：高知県リハビリテーション研究会

徳島県：徳島県立盲学校

香川県：NPO 法人長寿社会支援協会

愛媛県：ほっとねっと松山

高知県：てんてこ舞

高知県：(株)コーケン

浜口 京子

高 畠 敏 男

平 田 洋 子

岡 本 紀 子

田 村 隆 彦

水 口 泰 夫

【浜口】 皆さん、おはようございます。昨日に引き続き、熱心なご参加をありがとうございます。この活動報告は、高知で開催されるこの機会に、お隣の三県含めて、四県の熱心に活動なさっている方々に、それぞれご紹介いただくコーナーです。まず最初にご紹介するのは、徳島県で障害者のソフトボール「グランドソフトボール」を熱心に勧められている「高畠敏男さん」です。高畠先生は、昭和42年から母校の徳島県立盲学校の教諭を、なさっておられて、現在は、高等部の主事として専門教科を指導されています。「グランドソフトボール」との出合いは、昭和52年ということです。指導者として、徳島県チームを強豪チームに育てられ、全国身体障害者スポーツ大会で5回もの優勝に導かれたという実績をお持ちです。昨年の熊本で開催された、全国身体障害者スポーツ大会での優勝を最後に、指導者としての第一線を退かれましたが、現在も、四国は勿論のこと、グランドソフトボールの海外普及をすすめるボランティアグループ「ウイズ・ユー」を、友人と共に設立されて、尚普及に務められている高畠さんです。その出会いから、現在までの活動をご紹介したいと思います。

【高畠】 皆さん、おはようございます。今朝、山内神社に参拝し、おみくじを引きましたところ、

大吉が当たりました、今日は気持ちよくお話をさせて頂くことができます。さて、グランドソフトボール（盲人野球）とは、男子ハンドボール競技の公式球を使いピッチャーが転がし、硬式野球のバットで打つというスポーツです。ルールは、ほぼソフトボールと同じなので「グランドソフトボール」と名づけられております。グランドとは転がすという意味からきたと聞いています。私が、徳島県のグランドソフトボールチームに入りましたのは昭和52年でした。このチームは、徳島県立盲学校の卒業生のチームです。卒業生のチームで、学校の運動場を使って練習をしております関係上、教員がメンバーに入っていたほうが良いということで、52年になって私に入るように勧めがありました。しかし私は、運動神経が鈍くて、グランドソフトボールは、学生の頃も全然やっておりませんでしたので、チームに入っても、球拾い、スコアラー、バッティングピッチャー、全盲選手のノッカー等を務めておりました。学校の教員がチームに入ったらいいいというのは、事故が起こった時などに対応が速いという便宜上の理由からでした。翌年になって、監督が辞めた時、後任をやってみないかという声がありましたが、経験もないので断りました。ところが、私が阪神タイガースのファンなので、「ラジオやテレビで観戦してるその感

覚でみたらええわ」と言われまして、断り切れず監督を引き受けました。監督をする上で、私が一番気をつけたことは、「チームの和」です。これは誰しも団体競技を監る者でしたら思うことで、幸い社会人ですからアルコールという強力な武器があります。練習が終わると、近くの焼き鳥屋で共に語り考える機会を持ち、チームの和をつくっていきました。その時選手に言いましたことは、野球も酒も日本一になるということ。しかし、これだけではあまり品性がよくありませんのもう一つ、マナーも付け加えまして、「野球も酒もマナーも日本一になろう」を合い言葉にチームの和を図っていきました。それから、もう一つ気をつけましたことは全盲選手の強化です。1チーム10名で構成しておりまして、うち4名が全盲の選手です。全盲選手の活躍如何で勝負は決まります。過去のスコアブックを見ましたら全盲選手がヒットを打つ確率は、20打席に1安打で、フォアボールをとる確率は、3打席に1つなんです。しかし、選手にしてみれば、やっぱりヒットが打ちたいです。打席に入ったらバットは振りたいたいものです。野球やソフトボールをされる方は、そのような感じをお持ちかと思いますが、ヒットを打ったときの感触は何とも言えません。「せっかくバットを持つとんだから打たしてくれ」とか、あるいは「打つ権利を侵害しとる」とかいうようなことを言いました。しかし、私としては、やっぱりチームが勝つためにフォアボールを取ってくれたほうがいいわけです。チームのためにということで選手に話しておりました。ところが、そこに強い味方が現れまして、その人が言った言葉のおかげで、この作戦がチームの中に浸透することになりました。それは巨人軍のV9の作戦コーチでありました「牧野茂」さんです。牧野茂さんは、この頃解説者でラジオ・テレビによく出ておりましたが、そこで「野球は確率の勝負である」と言うことを言われていましたので、「牧野さんもあんなに言いよるぞう」、「野球は確率の勝負じゃ」というこ

とで選手に呼び掛けました。全盲選手はフォアボールをとるという作戦に協力してくれることになり、昭和53年の四国大会がやってきました。しかし、四国大会では愛媛県と対戦した結果、同点となり抽選で負けました。昭和54年もまた、勝てませんでした。香川県と同点で抽選負けでした。昭和53年・54年と四国大会で勝てませんでしたので、これは「素人監督の限界かなあ」とも思いましたが、「石の上にも3年」もう1年だけやろうと決めた昭和55年になりましてようやく四国大会で勝ち、中国大会でも勝つことが出来ました。それから、第16回全国身体障害者スポーツ大会、栃木大会でしたが、これも日頃の練習の成果を十分発揮することが出来まして勝ちました。四国大会では、昭和53年・54年と1勝もできなかったのですが、昭和55年からは運が向いてきたんでしょうか。全国大会まで行き優勝することができました。これが徳島県チームの初優勝です。「やっぱり、こういうスポーツは一生懸命にしとったら運が向いてくるなあ」ということと、それと「やっぱり、運・不運というのがあるなあ」というようなことは、よく感じるどころです。以後、徳島県チームは全国身体障害者スポーツ大会に12回出場しまして優勝5回・準優勝4回という成績をおさめることができました。この活動から得たものは、グランドソフトボールは視覚障害者にふさわしいスポーツであって、そのスポーツをすることで生活が充実してくるということです。日常は仕事のことを考え、日曜日はグランドソフトボールのことを考え充実した生活が送れるということ。心身の鍛練が出来るとのこと。それと、何といてもチャンピオンスポーツですから、練習の時に緊張感をもって臨むことができます。それから、競技することで多くの人との出会いがありました。地区大会や全国身体障害者スポーツ大会に行きますので、他県のチームの方とだいぶ知り合いになりました。大会でお世話をして下さっている審判の方、役員の方たちとも知り合い、年賀状のやりとりなども

ずっと続けております。また、練習の時には、徳島県内の銀行のボランティアグループの方が手伝いに来てくれています。ある時、銀行に行きますと、窓口にはボランティアグループの女性がいて、声をかけてくれたりする嬉しいこともあります。グランドソフトボールが縁で、チームの選手4人が関係の人と結婚をしました。まず、1組目は昭和40年代に阿波池田で四国地区の大会が行われた時に、手伝いに来ておりました女性と結婚しました。2組目は、昭和59年の奈良大会に徳島県の役員として障害福祉課から同行した女性と結婚し、3組目は、平成5年の徳島大会でボランティアをしていた女性と結婚しております。4組目は、平成9年に大阪大会で聴覚障害バレーボールの手話通訳をしていた女性と結婚しました。若い選手の間では、5組目をひやかしかついている状態です。私どもは、このようにしてグランドソフトボールを通じて有意義な生活を送っております。素晴らしいスポーツをしているわけですが、昨年これを世界に広めようというボランティア活動を始めました。発端は東南アジアへ楽器を贈っているボランティアグループの人から持ち掛けられた話でした。この人は東南アジアヘリコーダーを贈っております。リコーダーは小学校の音楽の授業で使うものですが、使わなくなって家の片隅にあるのを譲り受けて、東南アジアの学校に寄付するという活動を続けております。その人がタイにいった時、タイでは視覚障害者は何もやるスポーツがないという状況を見てきて、一緒にボランティアグループをつくり、グランドソフトボールを世界に広めないかとの呼びかけがありました。そして、昨年秋にボランティアグループをつくりました。それがレジユメの一番下にあるボランティアグループ「ウィズ・ユー」です。このグループは今年の5月に、タイ国チェンマイの国立視覚障害者職業訓練センターに行って、グランドソフトボールの普及啓発活動を進めてきました。私たちの活動が徳島新聞に載せられると、徳島県下の高等学

校・社会人等の野球やソフトボールやハンドボールのチームから用具の寄付があり、その用具を持って行ってきました。このボランティアグループ「ウィズ・ユー」は来年もまた、タイ国に行くつもりです。この代表者の長尾幸治さんが、東南アジアヘリコーダーを寄付するグループも主宰しているのですが、この方は行動力がありまして、アメリカへも行ってグランドソフトボールを勧めてこようと頑張っております。そして、将来はパラリンピックの競技に入るように、あるいはグランドソフトボールの世界選手権ができるように、世界に広めていこうと運動を進めております。以上、簡単な報告ですが、今後ともグランドソフトボールの普及につきまして、ご支援ご協力をお願い申し上げます。また、海外にグランドソフトボールを広めるといふ活動にご協力いただける方、また、一緒にやってやろうという考えをお持ちの方は、ボランティアグループの事務局（電話088-665-4866）へご連絡いただければと思います。ご静聴ありがとうございます。

**【浜口】** 続いて香川県からは、ボランティア団体から特定非営利活動法人への歩みについて香川県老人福祉問題研究会の“平田洋子”さんに活動の紹介をして頂きます。昭和57年に高松市のヘルパー 兼間道子さんが、友人8人と開設されたのが「香川県老人福祉問題研究会」ですが、この会の主催する「第1回介護研修講座」を受講されたのが平田洋子さんで、彼女は昭和60年に講座を受けられた後、この香老研（香川県老人問題研究会）の事務局に入ってボランティア活動に参加されたわけです。この春、介護保険が始まりましたのを機に、「介護サービス事業所」を開設されて、保険制度を補完するボランティア活動と2本立の組織変革を行いながら今日まで香老研と共に歩まれた方です。この春から香老研の会長をつとめられていました。「香老研」としては19年、平田さん個人では15年の活動となります「香川県老人福祉問題研究会」の活動をご紹介頂きます。

**【平田】** おはようございます。香川県の平田でございます。今日は、ボランティア団体から特定非営利活動法人への歩みということでお話させていただきます。この会は、人口高齢化が急速に進展する中であって、高齢者や障害者などに「愛・忍耐・技術」の理念のもと、地域社会を豊かで、住みやすくする為の福祉活動に関する事業を行い、福祉の増進と街づくりの推進に寄与することを目的としております。そして、会の主な活動としては、お年寄りや障害をもつ方々が、住み慣れた家で安心して生活できるように家事援助や介護の手助けをする「まごころサービス」を、19年前から続けております。香川県老人福祉問題研究会は、香川の香、老人の老、研究会の研で、略して「香老研」ともうします。住民参加型の在宅サービスを続けていく為に、NPO法人をとりまして、介護保険の事業所としても参入しております。今までの活動も継続しながら、福祉の分野で新たな働きをすべく、実践・研修にいつそう励んでいるところです。

まず、香川県老人福祉問題研究会の歩みを、お話致します。昭和57年6月、ボランティア活動開始ということで、先程紹介させて頂きました創設者の兼間道子が、当時、市のヘルパーをしておりまして、公的ヘルパーだけではどうしても支えきれない対象者の方がおられまして、その方達をどう支えてあげたらよいかというようなことを日夜悩みまして、8人の仲間と香川県老人福祉問題研究会を設立いたしました。そして、ボランティア活動として昭和60年の10月まで無償でやっておりましたが、利用者・対象者の中には、無償では気の毒なのでお礼をするか、それともお金を払うかといういろいろ気遣いをされる方がおられたので、それだったら、いっそ有料にしたらどうかということで、皆さんにアンケートを取りました。結果、福祉価格で有料のほうがいいという意見が多く、この活動を「遠慮なく頼めて、良い関係を保つ」ために、有料点数制を導入することにしました。

これが、「まごころサービス」の発足の経緯です。有料点数制というのは、1時間を1点として自分が活動（手助け）した時間を貯蓄する仕組みです。そして、自分とか家族・知人・等に手助けが必要な時には、この点数を引き出して使えるという、相互扶助のシステムを導入しました。1時間の単価が変わりましても、1時間は1時間として使えますが、時間貯蓄だけでなくお金にも換算できるので、手助けが必要でない場合や利用しなかった場合には、活動費を現金で受け取ることが出来るシステムになっています。

また、どうしても点数預託をするのではなく現金で受け取りたいという方には、現金授受できるシステムにもなっています。また、昭和60年から「まごころサービス」を続けておられますと、その間、新聞やテレビでこの活動を紹介してほしいという要請があり、何度かお話しをする機会を得ることができました。そうすると、全国各地から高齢者会に向かってどうしたらよいかと思っておられる方々が視察にこられて、その中の熱心な方たちが集まって「まごころサービス」の全国ネット化をしようじゃないかということになりました。平成3年6月に従来の「まごころサービス」を全国ネットにするための「日本ケアシステム協会」を設立しました。最初は、鹿児島・北九州・瀬戸・千葉・八王子・倉敷・高松の7つのセンターからスタートしました。現在は、41のセンターでサービスを行なっています。このセンター間で、点数を使って県外でも援助しあえる仕組みになっています。例えば、八王子のセンターで活動しているワーカーが香川県に住む両親の援助を頼みたい場合に、依頼すれば香川県のワーカーがサービスを提供するというシステムです。

そして、平成11年5月には、特定非営利活動法人「長寿者社会支援協会」の認定を受けました。これは、前年の10年12月に制定された「特定非営利活動法人」のことで、法人格を与えることで民間の活力を推進するという趣旨のものだったので、

すぐ申請し、長年の念願でありました法人格を取得しました。設立当初から法人化は目指しておりましたが、経済的な面もあり、なかなか難しく実現しませんでした。平成11年5月やっと念願がかないました。平成12年4月からは、長寿社会支援協会として介護保険事業にも参入して、今までの香老研の「まごころサービス」活動と介護保険の活動と2本立でやっていくことになりました。

次に、香老研の活動内容ですが、ボランティア部門と有料部門とがあります。ボランティア部門としては、年4回発行している「会報部」、「電話相談部」「生と死を考える会」「予防対策部」とがあります。そして、有料部門は「まごころサービス部」「デイサービス部」「研修部」があります。

年間4回発行している会報は、設立当初の57年6月から毎年4回滞る事なく発刊しており、「全国版」が1冊と香川の「まごころ」という冊子が1冊、この2冊ずつを年間4回会員に届けております。それから、電話相談部は、主に痴呆110番ということで皆さんにご利用頂いております。この活動の当初から、電話相談は受けておりました。その後「生と死を考える会部」で終末期ケアの勉強をしました。予防対策部は、より良い老後を迎えるために、みんなで集まって楽しくすごすとか、アートフラワーをつくったり、大正琴をしたり、きめこみ人形つくったりと皆さんが集まってやって頂いております。

有料部門は、まごころサービス部が有料点数制を導入して、家庭のほうへ直接出向いて手助けをするという活動をしています。そして、デイサービス部は、3か所で、主に痴呆症の方をお預かりしてデイサービスをやっておりました。その1つが、NPO法人の中で通所介護事業所の指定を受けましたので、香老研としてデイサービスをやっているところは、現在2カ所ということになります。研修部は地域福祉推進員養成セミナーとして、「ヘルパー2級」「ホスピスコース」「男性介護体験教室」などをやっております。ヘルパー2級の

養成研修講座は、6年前に県の認定を受けて行なっています。昭和60年から始めた第1期からの講座受講生は、年4回セミナーを開催しておりましたので2000人ちかくいます。そのうち、2級ヘルパーが900人近くいると認識しています。まごころサービスと介護保険事業所で活動している主力メンバーは、この受講生たちです。ホスピスコースは、終末期ケアの勉強を主に行なっています。これも、毎年1回実施していますが、10回目を迎えます。男性介護体験教室は、男性を対象の簡単な5回程度の講習です。毎回15名～20名と参加者は多くないですが、毎年1回は実施しています。以上が、香老研の主な活動内容です。

会全体の中心活動は、やはり「まごころサービス」ということになります。この有料点数制(タイムストック)は、福祉価格で行なっておりますが、介護保険で自立(非該当)と判定されて介護保険が適応されない方の支援、介護保険だけでは援助量の足りない方への支援、横だしの部分などを担っております。また、若くして心身障害者となられた方、育児の手助けが必要な方への支援も行なっております。まごころサービスは今年で16年目になりますが、第1期生として地域福祉推進養成セミナーを受講した私自身も、ボランティア的なことをしたいという気持ちだけで、直接訪問してワーカーとして活動するという内容も全然知らずに講習を受けました。その当時から、宣伝したわけでもないのに利用者同士、保健婦さん・民生委員さん・社協の方と口コミで伝わり広まって、これまで順調に活動してまいりました。今年の3月時点の活動状況は、昭和60年からの登録者が1340名ぐらいですが、実際に月々訪問しているところは、178件あります。活動時間は月5000時間あまりですが、民間の非営利団体で、月に5000時間あまりも活動しているところは全国でも大きい組織と言えます。そして、平成12年の4月介護保険制度がスタートしてからは、まごころサービスの利用者の中でも保険の認定を受けられた方も

だいぶおられますので、今現在は、130件あまり4000時間ぐらいで活動しております。ワーカーは月150~160名ぐらいが活動しております。

介護保険のほうも支援事業者とサービス事業者、通所介護の事業者の3つの事業所の認可を取りました。介護保険指定事業所名は、「まごころ」です。支援事業所として介護保険の申請代行、ケアプランの作成。サービス事業所として、家事援助・介護の手助け。通所介護事業所として、国分寺町にある「ほたるの里」で痴呆性高齢者のデイサービスを行なっています。介護保険事業所として、まごころサービスの利用から移行してきて、介護保険の利用者になった方とか、他の事業所からの依頼件数が多くあり、4月からは多忙を極めているところです。

ボランティア活動から始めて、19年目に介護保険事業所になったということで、皆さんに報告させて頂きました。会のほうは、一個人が19年前に在宅福祉への思いを強く持ち、草の根運動的に活動を続けてきて、平成3年からは香川県からの全国版ということで注目をあびてやってきたということです。活動を続けられたのは、ワーカー一人一人が地道に活動してきた結果だと思います。私は、初期からボランティアとして活動に加わり、これまでコーディネーター、その後副会長を兼務してきましたが、今年の5月から、会長を務めさせて頂いておられます。この会は、会員みんなが役割と責任を担い、協力の下に運営している会です。そのことが、組織としてずっと続けられたのだと確信しております。

**【浜口】** 続いては、愛媛県の保健婦岡本紀子さんから「精神障害者の社会参加を進める会」の発足の経緯についてご報告頂きます。岡本さんは県の保健婦さんですが、現在は、高松市に出向されています。県の精神保健福祉センターに勤務されていた平成9年7月から、この会の組織づくりに加わって、他の世話人さん15名と「考える会」の発足に力を尽くされました。活動の柱を「実践・

啓蒙・啓発・ネットワークづくり」に置いて、市民ネットワークを熱心に進められてきました。「私は、市民活動として参加をしているんだ」と、力強くおっしゃいます。

**【岡本】** おはようございます。「ほっとねっと松山」の岡本です。よろしく願いいたします。実は、ほっとねっと松山の活動を報告するのは、今日が初めてでして、日頃は、精神保健福祉活動に仕事として業務してるんですけども、今日は、ほっとねっと松山というところで一人の市民として活動ができ、その活動がここに報告できることを本当に嬉しく思っております。「ほっとねっと松山」は、発足する前は「松山・精神障害者の社会参加を考える会」として活動しておりました。まず、発足の経緯からお話したいと思います。愛媛県内でもいろんな社会情勢とか法律等改正があり、いろいろな動きがあるのですが、市町村の社会福祉協議会が中心となって「精神保健ボランティア」の育成も行われておられて、各地域のボランティアのグループが結成されていくなど、少しずつ一般住民の理解や支援も得られるようになりました。しかし、現実的には地域における生活の拠点や、他の障害者に実際に行われてるような具体的なサービスは、まだまだ不足しています。その上、社会の偏見や差別が、特に精神障害者の社会参加を困難にしているものと思われています。そういったことから、地域住民に心の健康について理解を深めて、精神障害者の社会参加が推進されることが、誰にとっても住みやすい地域づくりにつながると私たちは考えています。そこで、松山においても精神障害者の社会参加を進めていくためには、どのようにすればよいのかということを検討して、平成9年から準備を重ねてまいりました。考える会の設立においては、「考えるだけではないか」「やっぱり実践活動した方がいいのではないか」と言う意見がありましたけれども、医療保健福祉を始めとする教育関係の方とか法律関係の方とか、一般の企業とか実業をされている



方、あるいはボランティアさんそれから一般の住民の方々も幅広い分野の人々に参加していただきながら、精神障害者の社会参加に主眼をおいて、相互に学習していく情報交換・意見交換等を行うことが必要ではないかという認識の元に、プライベートネットワークとして、松山「・」この中点がすごく大事なんですけれども、松山・(中点)を入れまして、精神障害者の社会参加を考える会を、設立することになりました。市民の一人として市民活動することということになりました。考える会では、2カ月に一回の定例会を中心として、精神障害者の置かれている現状や、会員さんからそれぞれ提供していただける話題や情報をもらって、会員間の相互の学習や情報交換・意見交換を実施してまいりました。そうしながら、考える会は平成9年9月に発足しました。その発足以来、実践活動を行いながら精神障害者の社会参加を進めていこうという意見も再三ありましたけれども、まずは、相互学習・意見交換・情報交換というところで、実践活動は次の課題としていきました。しかし、平成11年3月に、「精神障害者への理解を深めるために」というテーマでフォーラムを開催しまして、そこに多くの市民の参加がありました。そのフォーラムをきっかけに、より多くの方の方に参加していただいて、「具体的な実践活動をしながらか精神障害者の社会参加を進めて行きましょう」という提案がされまして、平成11年度の総会で名称と会則を改正いしまして、松山・精神障害者の社会参加を進める会「ほっとねっと松山」という名前に改名しました。このほっとねっと松山の「ほっと」という意味は、ほっとするという意味のほっとと、あったかいという意味のほっとです。ほっとする・あったかいという意味の市民のプライベートネットワークを結ぶという意味で、精神障害者の社会参加を進める輪を広げようと「ほっとねっと松山」という名前がつきました。精神障害者の社会参加を進める会というのでは、あまりにも長いですし、市民の方が馴染みにくい

ということもありまして、市民の方が馴染みやすく、みんなが読みやすく、すぐに呼んでもらえる名称、わかりやすい名称、ということで「ほっとねっと松山」となりました。今はもう、ほっとねっと松山だけで通せるようになっていきました。ほっとねっと松山では、色々な事を実践していく時に、今度の定例会は何をしようとか、ほっとねっと松山で1年間どういったことをしていこうかという話し合いをする事務局を持っています。事務局会は、毎月第2水曜日に6時30分から2時間ぐらいかけて行ないます。事務局と世話人会という二つの体制で、いろんな形で話し合いをして決定をしていきます。ここに来る前に定例会がありまして、この日は「グループホームについて語ろう」というテーマで、グループホームの入居者の方を囲んで、メンバー、入居者、グループホームをつくられた家族の方と意見交換する会を持ちました。ほっとねっと松山の会員さんで、松山に3つ目のグループホームを作られた方がおられますが、そのグループホームは「木のぬくもりで癒される家」ということで作られたので、会員さんの中でオーナーになられた方もいらっしゃいます。その方のグループホームを作る思いみたいなものを、みんなで聞きながら意見交換をして次につなげようではないか、という内容で話し合いをしました。定例会は今までに12回行われてまして、内容としましては当初は精神障害者の置かれている現状ということで、精神鑑定の話をしたり、精神医療の変遷みたいな話をしたり、家族会活動の話聞きながら「家族会から市民活動に期待すること」というテーマで定例会を設けたり、県外の社会福祉施設の状況等を見学して、その報告会をしたり、松山では通所授産施設や地域生活支援センターをつくらうという動きがありますので、これは家族会が衷心になって行なっているのですが、社会福祉法人の設立に向けて勉強会をしたりということで定例会を進めております。平成11年の3月に第1回目のフォーラムを開催したのですが、考える会とほっとねっ

と松山の会員さんは、いろんな方が会員になって頂いてますので、このときの司会進行も放送局のアナウンサーの方にボランティアでお願いしました。テーマはずっと一緒に、「精神障害者への理解を深めるために」で行っております。「今、なぜボランティア」ということで神奈川の精神保健ボランティア連絡協議会の前田会長さんに来ていただき、講演をして頂きました。その講演の中で、ボランティアでグループホームを作ったというお話が出てきました。それが一つのきっかけになって、ほっとねっとの会員さんのなかにもグループホームがボランティアでもつくれるんだったら、つくろうではないかということの動きが出てきました。講演の後、グループホームに入居されている入居者・メンバーさんと家族会と、それからボランティアの方と病院のワーカーさんたちが、市民の理解を深めるということでディスカッションしました。今年の3月に行ったフォーラムでも、テーマは昨年と同じように「精神障害者への理解を深めるために」で、「心の健康・支える社会」という演題でこらー岡山診療所の山本先生にお話をして頂きました。こういったフォーラムが、市民が参加できるきっかけにもなっているように思います。レジュメにも書いてあります「憩いの場天山交差点」の開催ですが、この天山交差点という地名の場所がありまして、そこでボランティアさんたちが作業所でもなくデイケアでもなく、日曜日に行ける場所がほしいというメンバーさんの声に答えて、日曜日にボランティアさんが中心になって部屋を開けています。地名も天山交差点です。けれども、この場所でいろんな人が集まって、人と人が交差する点になって、ここで始めていければいいね、交流を始めていければいいねということで作られた場所です。ここは、将来的には当事者の方が運営できればいいという思いもあってつくられましたが、いろいろな事情から平成11年の4月で、ここでの活動が中止されることになりました。障害者の方たちからは、

いろんな方が一同に会して交流できる、気軽に出会える場所がほしいという声が出ていましたし、ボランティアとしてもその場所を継続させたいという思いがありました。そこで、ほっとねっと松山が引き続いて継続できないだろうかということを検討して、平成12年の2月から再開できることになりました。天山交差点という場所は使えなくなりましたが、名前は残して、また将来そこに戻って行けるといいねという思いで、今は市の総合福祉センターを使っています。地元の新聞・情報紙とか社協の「おせったい通信」など、いろいろと広報活動もしています。市内の各デイケアや作業所にも案内をして、毎回新しい参加者が1～2名ぐらい参加されています。その日、たまたま社協にきて「おせったい通信」を見たらやってたのでのぞきましたという方もいらっしゃいます。いろんな方が飛び込んでこられる場所になっています。ここでは、参加した人達で何をするかを話し合って決めています。誰からともなく、メンバーさんの一人が体験談を話したり、意見交換をするなど好評です。内容や回数は、今後の課題として検討中です。もう一つの活動の場「天山農園」は、天山交差点と同じ場所にあるのですが、元々はボランティアさん達が、高齢者のグループホームの入居者と共に、障害者とボランティアで高齢者のサポートをしようとして農園を始めたのが始まりです。当初予定していた場所が使えなくなり、会員さんの一人が駐車場にされてた場所に土を入れ、畑にして頂いた場所で農作業をしています。里芋など、取れた作物を、皆で食べたり飲んだり、作物の収穫などをを楽しむ場所です。天山農園では、みんなで土を耕して自分たちで作る作物を話し合って決めます。作物を作る楽しみ、共同で作業する楽しみ、収穫の楽しみなどの喜びを分かち合い楽しんでいます。その喜びは特別なもので、返って支援する私たちが癒される場所になっています。先日は、元々使っていたプレハブの天山交差点という場所で芋炊きをしました。今は、中が

使えませんので、外で芋炊きをしました。このようなイベントの時には、「自分の出来ることで参加する」ということで、近所の芋炊きの味付け名人の方も来て助けて下さいます。出来た芋炊きを囲んで、みんなで食べ、飲んで楽しめます。収穫した作物でイベントが開催できて、参加ができる場所を増やすことは、農園のいろいろな活動・関わりを広げていると実感しています。こうした活動以外にもほっとねっと松山では、松山で行われている精神保健や、福祉の情報を皆さんに提供し、会員さんの中でも実践活動がなかなか難しい方などに、できるだけ多くの情報を伝える為に、「ほっとねっと通信」や「情報のつけもり」などを作っています。ほっとねっと松山での活動を簡単にご報告しましたが、今後の課題は、より多くの市民に精神障害者の現状を理解して頂き、支援の輪を広げていくことだと考えています。松山は人口47万人の都市ですが、会員の方は84名と数も少なく、実践活動も1～2カ所でしか出来ていないので、活動があらゆる地域で行えるようにしていくことが今後の課題だと思っています。ほっとねっと松山は、市民活動を行う団体ですが、保健医療福祉関係の会員が多いので、市民が入るきっかけづくりをしなければならないと考えています。専門家の会員ができることとして、精神保健福祉に関する講座「ほっとねっと講座」開催することも計画しています。この講座が、市民の方が入るきっかけや、精神保健福祉や心の健康について考える機会になればいいなと思っています。平成11年度、12年度に実施したフォーラムの継続も考え、より多くの人に普及啓発できるフォーラムをつくって、地域に浸透させる為に講座やフォーラム、実践活動を進めていこうと思っています。進め方ですが、40余りある公民館単位で、より身近かに障害者と共に活動が行えるように検討しております。ほっとねっと松山としましては、実践活動も始めたところですので、より多くの方の方に参加していただいて、誰もが住みやすい暮らしやすい街づ

くりを主眼に置き、精神障害者の社会参加を進める活動を広めていきたいと思っています。

**【浜口】** これより、高知県から2題の報告を頂きます。先ず最初は「てんてこ舞の熱い夏」と題しまして、田村隆彦さんにご紹介頂きます。高知のよさこい祭りを見るだけでなく、参加したい。よさこい祭りに参加する為の組織として、「バリアフリー実行委員会」をつくり、障害者を中心とした企画を立てて、昨年のよさこい祭りに初めて参加しました。多くの県民に感動を与えると共に、自分たちの可能性を再発見して積極的に社会に出る事の大切さを実感したとおっしゃっています。土佐の熱い夏に燃えた4日間の活動と感動を伝えて頂きたいと思います。報告して頂く田村さんは、このバリアフリー実行委員会の初代会長であり、また高知県肢体障害者協会の会長でもあります。ご自身は、すずめ共同作業所に勤務されておいでます。

**【田村】** ただ今、ご紹介いただきました、田村です。(よさこい祭のテープが流れる) 今、聞いていただいていますのが、よさこい祭りに参加する為につくって頂いた曲です。本当にいい曲を頂いたと思っています。高知の夏といえば「よさこい祭り」です。市内のあちこちに8月9日から4日間、チームごとのよさこいにあわせて、「よっちょれ、よっちょれ」と掛け声をかけながら踊ります。よさこい祭りが始まりますと、体が、心が、うきうきしながら祭りを見に行きたくなってしまいます。そんな、よさこい好きの私ですが、今まで祭りで踊る事が出来ませんでした。近年は、踊りも衣装も派手になり、リズムもカーニバル風になって一段と魅力的なものでした。私も祭りで踊れんろうかと思い、つくったのがこの「てんてこ舞」です。2年前の1998年2月に、愛媛県北条市に「ひまわり号」という会の四国集会での発表で、障害者が北条祭りに参加したという報告を聞きました。高知から参加した6名と、帰りの車の中で「私たちもよさこい祭りに参加して、踊れんろうか」と冗

談半分に言うておりました。そのことを県の観光課に言いますと、北海道のよさこいソーラン祭りに障害者のチームが参加しているということを教えてくれました。動夢舞（どんまい）というチームと一緒に踊れんろうかと思ひ、12名の仲間と北海道に出かけて行って、動夢舞（どんまい）の取り組み方を学んできました。このチームは車椅子を押している人がパートナー、チームを回りで支えている人をサポーターと呼んでいました。パートナーという呼び方には、ほんとに新鮮な印象を受けました。ボランティアという呼び名でなく健全者も障害者も壁を越えてお互いがもてあう関係が見えました。チーム名の動夢舞（どんまい）という意味は、どんなに体が不自由でも夢を持って自由に舞うということに有りました。北海道のよさこいソーラン祭りは6月で、我々南国の人間には、まだまだ寒いぐらいでした。それに比べて高知のよさこい祭りは、8月の夏真っ盛りです。いろんな障害者が集まってチームを作るうえにおいて、頸髄損傷の人にも参加してもらいました。その夏は、市民憲章グループというところに参加させてもらって、クーラーボックスに飲み物・氷をつめて、水分補給や頭・首・肩と体を冷やしながらの踊りでした。こんな経験を重ねながら、少しずつ進んでいっています。人に会う度に、「来年のよさこい祭りに出ようとおもうちゅうけんど、一緒にやってみん」とは、私の一人言のような眩きでしたが、段々と大きな声に変わっていききました。声をかけた方の反応は良く、「それってすごいねー。おもしろいやいかー。いっしょにやろうやー」そんな仲間たちが、どんどん集まっていききました。自分がやりたいことがあれば、どんどん声にしていくことの大切さを、この時、改めて感じました。こうして集まった仲間で、1998年11月に高知よさこいバリアフリー実行委員会は生まれました。チームの目標は、障害のある人もない人も、対等な立場でよさこい祭りのなかで輝こう。障害のある人達が、祭りに参加することを通じて、

ノーマライゼーションやバリアフリーを実現する為の問題定義をしていこうということで「人の和を大切にしよう」に決めました。ゼロからの出発です。役割の分担の仕方、よさこい祭りへ参加する為には400万円ぐらいお金が要るだろうし、他の障害者達がよさこいで踊りたいのだろうか。そんなこともわからず始めました。執行部・広報部・地方車を作る部会・衣装をデザイン作成する部会・振り付けの部会・作曲の部会など、いろんな部会を作り、それを統合する全体会で協議を進め、年間計画も立てました。本格的な取り組みは4月からでしたが、踊り子の募集を5月1日から末日までして、6月には車椅子の人と集まった方でペアを組みました。計画では、7月から練習を開始する予定になっていましたが、5月末になっても150人の踊り子募集に対して50人ほどしか申し込みがありませんでした。関係施設にもチラシを配り、地元の新聞にも大きく掲載したので募集していることは、随分知って頂いたと思うのですが、なかなか希望者は集まりませんでした。実行委員も40名ほどいましたが、その中からもよさこい祭りに参加したい障害者、の人が本当にいるのかという疑問の声も上がってきていました。私自身も不安は隠せませんでした。5月の末から6月にかけてやっと申し込みがあり始めて、あつという間に障害者・健全者合せて158名もの踊り子が集まりました。これは本当にうれしい限りでしたが、1回に踊れる人数は、規定で150人と決まっているので、衣装も150人分しか用意していませんでした。幸い、参加希望を1日目、2日目、2日連続というようにとっていたので、規定内で調整がとれました。車椅子の人は法被で、後ろで押してくれるパートナーは腹掛けを着て、二人で一人という組合せで参加しました。134チーム約15,000人の踊り子の中で、いつのまにか1番大きいチームになっていました。作業所の人たちは、踊りに参加できない代わりに地方車に絵を描くことで参加しようと、八つの事業所の方達が作業所ごとに個

性のある絵を描いてくれました。やっと7月から練習を始めることが出来るようになって、車椅子仕様のトイレがあって、100人以上が練習できる会場を探すのが大変でした。会場を3カ所見つけて、週3回で5週間、合計15回の練習を3カ所に振り分けて行ないました。振り付けは、よさこい祭りでもいつも優勝するチームの振付をされていて、10年来のお付き合いのある「須賀ジャズダンススタジオ」の須賀先生にお願いしようと思っていました。先生に、是非にとお願いしたところ、自分のことのように喜んでくださって、「すごいやかあ。絶対やらしてや。」とその場で引き受けて頂けました。先生の振り付けで練習が始まりましたが、難問続出で、その1つが送迎の問題です。練習会場までの移動には、リフトバス3台を借りてローテーションを組みました。車椅子の人を中心に計画していたにも拘らず、実際に始めると自分で来る事ができる人までリフトバスに便乗するような事態が起こってしまいました。自分たちでたてた「出来ることは自分です」という目標が、実際には守れなかったことが少し残念でした。7月の一番暑い時間帯に2時間、汗にまみれながらの15日間の練習は、相当厳しいものがありました。須賀先生の振り付けは、さすがに幾つものチームを優勝に導いているだけに動きも大きく、手を大きく回したり、足を強く蹴り上げたりと、正直なところついていくのに大変でした。最後まで振り付けの手直しをして、チームとしての躍動感・美しさというものを追求し、情熱を傾け一生懸命に力を注いでくれました。それに応えるために、踊り子も一生懸命でした。車椅子の人、杖歩行の人、知的障害の人、鳴子を手で持てない人、鳴子を足の指にはさんで踊る人、手にも足にも鳴子を持たない重度の人、それぞれが個性的な踊りを見せてくれました。そこには、障害者と健常者の垣根はない、てんてこ舞のチームの姿が出来上がっていました。「このチームは、踊りの原点を知っている。踊りは、心で楽しむものですが、心から

楽しさがあふれ出ています。」と仰有って下さいました。私もそう思いました。1日目の朝の会場には、早くから「おはよう」の声が飛び交っていて、みんなの表情には、やっと今日の日を迎えた喜びにあふれていました。その中には、ある重度障害の女の子とお母さんの顔がありました。障害があっても、よさこい祭りで踊りたいと思いながら毎年見送ってきて、今年やっと、このてんてこ舞で踊れる。夢の実現した喜びがあふれていました。会場で、てんてこ舞150人が勢揃いして、地方車の上から、「てんてこ舞のみんな、気合い入れていくぞ」というリーダーのかけ声に、踊り子たちは、「おー」と腹の底から空をつき破らんばかりの声で応えて、地方車を先頭に競演場に繰り出しました。「今日は、俺たちが主役だ」ひと月の練習の成果をこの本番におっつけよう。「頑張れ！カッコいいぞ！」と今まで自分が掛けていた声援を観客に掛けてもらって、踊っている充実感・楽しさを実感した瞬間でした。200人のサポーターが、裏方として踊り子を支えてくれました。給水班は、脱水した人がいないか声をかけ、体調管理に気を配りました。進行班は、事故のないように移動やチームを一つにまとめる為の細やかな心配りに務めました。よさこい祭りの競演場は11カ所あり、それぞれの競演場で個人賞の審査がある為に、みんな精力的に全会場を廻るのですが、てんてこ舞はそういうわけには行きません。車椅子の人たちが利用できるトイレが近くにない。車椅子で踊るスペースがない。初めての参加なので、スケジュールもゆったりと1日3カ所から4カ所踊るくらいのペースでたててました。1日目は、最初から1時間待ちとなり、3カ所しか踊れませんでした。2日目は、スムーズに順番を取れましたが、この日も4カ所がやっとでした。祭り本番は2日間です。みんなは、まだまだ踊り足りない様子でした。1カ月一生懸命練習してきたのに、早くも終わってしまう、そんな寂しさが見えてきました。そんな時、「12チームしか受賞できない

賞に、てんでこ舞が入っている」という一報が飛び込んできました。審査員特別賞でした。みんなの中から歓声が沸き上がりました。賞が取れると後夜祭に参加して、また踊れます。後祭祭の舞台の上で、「俺たちは、まだまだ踊り足りないんだ。2回踊らせて下さい」という叫びに、会場から大きな拍手と「頑張れ!」という声援を受けて、乱舞し完全燃焼しました。踊り終えて、ステージから降りたみんなの顔には、1つのことをやり遂げた満足感があふれていました。大人も子供も、老いも若きも誰もが抱き合い握手を交わし、「踊ったね。やったね。来年も踊ろう」目からは涙が溢れ、かけ声で枯れてしまったかすれ声で、何年来味わったことのない感動を分かち合いました。この感動は、喧嘩しながらも1年掛けて育てた関係があればこそ生まれたもので、何の苦労もなく企画されたものに参加したのでは、味わうことの出来ないものでした。踊りの練習を通して、いろいろな会場で経験を積みながら、踊り子たちはいろんなことを学びました。M君の話を紹介します。社会参加の少ないMくんは、踊ることを決めてから練習会場までの送迎を希望していたので、何度かは私も送迎しました。彼は骨が折れやすく、踊りの練習で腕の骨を痛めることもありましたが、本番に参加したいと頑張りました。社会参加の少なかった彼が、練習に行くのに車に乗る機会が増え、人の都合で参加できなかつたりすることがあっても、車の運転に触発されたのでしょうか、免許を取りたいと相談を受けました。今までは、あきらめていた運転免許取得に目覚めていました。特殊な車でないと運転は出来ないと思いますが、自立に向かって力強く歩みだした事を肌で感じた瞬間でした。また、街づくりでもいろんな取り組みをしていこうと考えています。その一つに、踊り子が踊るための条件整備が必要です。競演場周辺の街の検点活動を行い、結果報告とユニバーサルデザイン地区の提案をしました。具体的な場所を示しながら、全国からいろんな人が見学に来れるよ

うな、障壁のない場所づくりに市長さんも興味を示してくださいました。高知にも路面電車が走っていますが、低床の路面電車は一台もありません。熊本、広島、岡山県では、低床路面電車が走っているそうです。私たちの会でも、低床電車を買うための市民運動をしていきたいと準備を進めています。このように、よさこい祭りで踊りたいという気持ちから始めた活動から、ノーマライゼーションやバリアフリーを実現するための取り組みにまで活動が広がっています。この取り組みは、無限です。皆の声を会に反映しながら、共に住みよい社会を作っていきたいと思います。今後共この活動へのご協力をお願いいたします。

**【浜口】** 高知県からは、もうお一方水道のメーターを修理・製造する会社を設立された水口靖夫さんをご紹介します。水口さんは現在、社会福祉法人小高坂更生センターの工芸課長さんで、県立身体障害者リハビリテーションセンター授産部門の指導をされています。サングの加工とか、竹の工芸など、利用者への技術指導をなさっています。今日報告して頂くのは、昭和59年に株式会社コーケンを設立された経緯と経過において、終始一貫して「当たり前前の夢を社会に見つけて、自分の手で掴みたい。納税義務の果たせる社会人になりたい」という思いが、どう遂げられたのか。現在は、大津から南国市に移転されていますが、この障害者問題に欠かせない就労の問題を、水口さんの報告を受けて、改めてもう一度考えてみたいと思います。

**【水口】** ご紹介に預かりました、株式会社「コーケン」代表の水口靖夫です。私は、今までいく人かの障害者に職業的技術指導をしてきましたが、現在、地域社会においては、技術を習得してもなかなかその技術を行かせる職場を獲得できる者は、皆無という状況です。理想をいえば、それぞれの障害特性に対応できる職場、そこまで厳求しなくても、少しでも習得技術を活かせる職場を本当に求めています。そこで、私は、障害者で事業の運

営を行うことができる業務があればいいと、いろいろな事業選択をしておりましたところへ、水道メーターの製造事業の紹介がありました。障害者で実行できるかどうか、いろいろと検討の結果、挑戦することにしました。業務の内容は、一般家庭用に使用されている水道メーターの定期的な検定業務に、必要な内部機構の更新と調整作業を行うことです。障害者にとって、高知県内では初めての試みであり、業種の為に全ての点で大変な挑戦だったと思います。試行錯誤の連続ではありましたが、何とか15年目を迎えることができました。現在では、高知県内の需用（水道メーターの改造修理）の約50%を確保することができ、何とか軌道に乗りつつあります。開業設立に当たり、高知県計量検定所と高知県雇用開発協会、各市町村水道メーター事業体の方々のご協力と、リコーエレメックス株式会社のご支援を受けました。今回の活動報告にあたり、障害者の自立への道を考え、私なりに計画・実行してきた経過等を中心に、出会った人々やぶつかった困難や社会での競争状況を、お話できればと思っています。

私は20歳になったばかりの昭和39年に交通事故に遭い、高知市内の整形外科病院に入院、頸髄損傷と診断されました。今まで健常である時は、障害者の不自由さや肉体的・精神的苦痛を気の毒とは思っていましたが、ある日、自分が突然に闘病生活に入ろうとは、思いもよらない事でした。それからは、事故後の後遺症で、高熱が毎日のように続き、褥瘡もでき、膀胱結石や尿路感染症や体の痙攣や脳圧亢進のため、偏頭痛や一時的な失明を繰り返し、他人の手を借りて薬を飲み、体温を計ってもらい、食事から排泄まで介護・看護が必要となり、身も心も疲れ果てて寝ていることそのものが、大変苦痛な時を過ごしました。病院の先生や看護婦さんの、手厚い看護と励ましを受けながら、身体的・情緒的にも徐々に安定してきました。それからは、残された機能を最大限に活動できるように、毎日がリハビリ訓練の明け暮れとな

り、以来6年あまり努力の成果が現れ、次第に体力も回復して日常的な生活が自分で送れるようになりました。しかし、障害者になったために自分の人生がこのまま終わるのかと考えると残念で情けなく、そのうちに出来るなら自分も人並みに仕事や楽しい人生を送りたいと願えるまでになりました。積極的に、まず仕事のほうから解決していこうと考えました。私と同様、身体障害者の運営するサンゴ加工所に勤め、13年間ぐらいサンゴ加工技術を学んだあと、社会福祉法人小高坂更生センター工芸課長として就職することになりました。高知県身体障害者リハビリテーションセンター授産部のサンゴ加工科で、現在まで15名の入所者に職業技術を指導しております。そこでは、入所者たちが社会復帰をするために、サンゴ加工の技術を習得し就職を願っても、障害者に応じた職場、もしくは働ける場所が皆無という状況にあります。そこで、障害者で運営可能な会社設立が何とかできないのかと考えた末、ガス会社に勤務いた私の義弟に相談し、準備を始めることにしました。昭和59年4月に、会社名も障害者自ら社会や福祉に貢献できることを願って「コーケン」と名付け、高知市大津に工場を置き、業務の内容を、水道メーターの製造バルブ類の修理・サンゴ製品の販売等で会社を立ち上げることとなりました。主たる業務である水道メーターの販売および製造に関する事で、愛知県岡崎市のリコーエレメックス株式会社の、事業部長に高知に来て頂くようお願いをしたところ、早速に叶えて頂きました。その時点でのコーケンでは、大月町中心で高校在学中にオートバイを運転中転倒して脊髄損傷を負った男性や、土佐市の脳性小児麻痺で身体機能障害をもった男性と私の3人で、ガス部品の組立をしながら、コーケンの主たる業務である水道メーターの製造が1日も早く行えるように、行政窓口である高知県計量検定所の指導を受けるようになりました。高知県雇用開発協会には、重度の障害者が作業するために各自の能力や機能を活用できるような設備機

械、器具・工具等の購入のための助成金の申請をしたところ、受給資格決定の通知をもって、早速県下の関係機械設備会社に、製品の発注を依頼しました。障害者が作業する上で、安全性・利便性・作業効率・疲労性が少なくなることをポイントに、車椅子でも作業可能な設計と機械設備製作にあたって、機械設備業者の方々に大変無理な要望をして、これも見事に完成することができました。後日、設計者の方にお聞きした話は、コーケンに納品した機械は、「ムダ・ムリ・ムラ」をなくすという動作経済の三原則を満たすうえで、一般的な健常者用の機械を設計する上においても大変参考になったという嬉しいものでした。「コーケン」の工業設備も段々と完成に近づき、水道メーターの改造および修理にかかわる技術ノウハウおよびリサーサルについて、リコー・エレメックス株式会社の事業部長に、岡崎よりお越し願って、「コーケン」の工場で話し合うことになりました。話合いの中で、障害者が作業し運営することについて、事業部長もずいぶんと心配と不安もあったようですが、障害者が社会に参加する機会を与えてくれるようお願いしたところ、一般企業の中でも定年後の問題や事故や病気によって起こる種々の問題等と同様とご理解をいただき、可能性を期待して協力しようということで、技術研修生の岡崎工場への受入れ、宿舍の手配や取引上の契約も、取り交わすことになりました。後日、岡崎工場で耳の聞こえない人が、比較的理想的に近い場所で作業しているの見学させていただきました。健常者であれば30分と作業が継続できないとの説明を受けましたが、この作業状態を見て大いに勇気づけられたことを思い出します。その後、岡崎工場へ研修生を派遣することになりました。後日、「コーケン」とほぼ同じである岡山県のリコー・エレメックス株式会社倉敷工場に、私と社員が見学をし、最終的な技術研修を終了しました。それから、1年間は実質的な水道メーターの製造検査規定にしたがい、各自の障害に応じた研修と作業訓練が続

き、必死の努力で法定検量検査基準よりさらに厳しい合格範囲内の技術習得をすることができました。私の人間社会観は、社会というのは健常者や障害者やさまざまな特性を持った人々の集まりであり、共に存在することが最もノーマルな状態であるというように考えております。そんなノーマライゼーションの夢を乗せて、社会の中で個々の障害者が自ら貢献するための「コーケン」が、昭和59年11月に水道メーター検定工場落成の運びとなりました。昭和61年1月には、中内高知県知事を、同年2月には横山高知市長を訪ねて、これから県内において、水道メーターの製造が障害者が作業にかかわり出来ることをお話し、障害者が社会に参加できる機会をぜひともお願いできるように進言しましたところ、出来るだけのことは支援はするので是非ともコーケンを成功させてほしいとの激励と協力支援を頂きました。同年12月より業務の受注に奔走することになりましたが、県外業者の競合先の反発は大変なもので、幾多の困難に直面しましたが、このような事態も避けられない試練であり、大変貴重な経験・勉強となりました。こんな状況の中で、市町村の対応は、「コーケン」の主旨をご理解いただき大変に協力的で、水道メーター製造業務も年間7万個となり、その製品の品質および精度についてのクレームも皆無で、市町村の高い評価を得ることができました。社員の数も16名となりました。この時点では、工場も随分手狭となり、新工場の用地確保として新工場の移転先が必要となり、松尾高知市長はじめ行政関係の方々にもいろいろとご心配をいただきましたが、高知市内においては、適当な工場用地が見つかりませんでした。そんなおり、高知銀行大津支店の紹介で、南国高速インターチェンジ近くで、非常に利便性にすぐれる用地1500平方メートル、建物面積450平方メートルの物件が見つかり、平成8年11月に移転する運びとなりました。移転は、一部重量物を省いて、障害者仲間全員で行いましたので、1カ月余りを要しましたが、無



事に完了することができました。新しい工場は、前工場の数倍の広さとなり作業に必要な機器はバリアフリー使用とし作業環境は、社員の福利厚生面でも、大幅な工場となりその設備の改善等については、第4回障害者雇用促進の為の、職場改善コンテストにおいて、日本障害者雇用促進協会会長表彰を頂くことになりました。高知県の推薦により、障害者雇用の優良事業所として、労働大臣表彰も合わせて受賞できました。この移転の様子は「高知さんさんテレビ開設記念番組」として、数ヶ月の密着取材による、ドキュメント60分番組でタイトル「あまだれのように」で、放映もされました。平成9年4月以降計量法の改正でISO、国際規格統一化により、技術的検定基準は大変厳しいものに成りましたが、高知県計量検定所の指導により、これも、何とか克服出来つつあります。将来的には、官による検定方式が、自社コーケンに於いて、指定製造事業者制度の許認可を取得し、生産性の向上を計り、障害者雇用の拡大を計るために、不可欠な本許認可を取得すべく、設備の更新と共に、リコーエレメック社からは、指導協力

によるコンサルタントの派遣を受けて、必要な品質システム構築計画に、したがって、平成13年度の許認可に向けて、日夜努力をいたしております。地場産業の確立と障害者雇用拡大を計るため、行政関係のご協力を是非頂きたいと思っております。これからも、一人でも多くの障害者仲間が自立できる職場として、障害特性に適用する、業務内容を研究開発しながら、県内の地場産業の一貫として役立つよう、社員一同が一丸と成って努力し、微力ながらも社会に貢献し続けたいと考えております。

**【司会】** どうもありがとうございました。以上で四県からの5題の報告を全て終わりました。障害を持つ当事者の方や支えてる人たちの、皆で社会参加をしたいという熱い思いが会って、つながって、継続されて行くことの大切さを活動報告を通して痛感いたしました。私たちの役割もこれから、それを紡いでいくことにあるのではないかと思います。ご報告頂きました、5人の演者に感謝をしながら、活動報告を終わらせて頂きます。ご静聴ありがとうございました。

【分科会報告】

# 分科会報告

座長 高知県リハビリテーション研究会	高橋 紀子
子ども分科会 高知県立高知ろう学校	日向 国男
成人分科会 高知県精神保健福祉センター	山崎 正雄
高齢者分科会 広島文教女子大学	蛭江 紀雄

**【座長・高橋紀子】** 進行役を受け持ちます高橋でございます。よろしくお願ひします。昨日は三会場にわかれて分科会が行われました。皆さんそれぞれにご参加頂いた事と思ひます。三つの分科会場で、活発なディスカッション、有意義な意見交換があったと聞いております。

けれども、こういう大会では一つの分科会しか参加出来ない、他ではどんな話がなされたのか知りたいという声が出てきます。今回はそんな声にお応えする形で、分科会報告というセクションを設けました。ではどういふふうにご報告をしたらいいのか、実行委員会の中で話し合ひましたが、非常に勝手ながら、コーディネーターの先生に二日間にわたって汗をかいて頂くのが一番いいのではないかと、三分科会のコーディネーターの先生にその報告をお願いすることに致しました。昨夜の交流会で、今日の事があるために少しお酒を控えられたという先生もいらっしゃるそうで、申し訳ありません。

それでは、ご紹介致します。子ども分科会の高知県立高知ろう学校、日向国雄先生。成人分科会の高知県精神福祉センター、山崎正雄先生。高齢者分科会の広島文教女子大学、蛭江紀雄先生です。

さて第23回総合リハビリテーション研究大会のテーマは、「20世紀のリハビリテーション白書」と、非常に大きな、広いテーマになっております。分科会をどのように有意義にするのか、どういふ

ふうにご深めていくのかを実行委員会で話し合ひました。これまでは、どちらかといえば障害別、分野別に課題をあげてきた傾向がありますが、今回は少し手法、切り口を変えて、人の一生をライフステージ別にみるとどういふふうな課題があるのかを考えました。それもこの大きなテーマ「21世紀のリハビリテーション白書」にごふさわしいのではないかという事になり、子ども・成人・高齢者と、ひとの一生を三つに区切りました。一つ一つのスパンは長いですが、「人が人として当たり前にご生活をしていくためには」が共通のテーマになっております。それぞれの分科会で、3人の発表者にご提言頂き、参加者の方と一緒にお話をして頂いたわけではあります。

それでは、子ども分科会の方から、15分位でご報告頂こうと思ひます。

**【子ども分科会・日向国雄】** 「障害児が地域の中で育つには」とテーマにもありますが、障害のある幼児や児童生徒に対する医療・保健・福祉はもとより、保育や教育を含めた総合的なリハビリテーションに関する指導のてだてについては、それぞれの地域の療育センターとか教育センターの指導、あるいは昨今普及している障害児保育での指導、障害児学校、障害児学級での指導等がいろいろな場所で行われてます。勿論、通常の学校、学級に就学して指導を受けている場合もあります。また障害児学校を卒業した後も、それぞれの学校

におけるアフターケア事業で、指導が継続されるようになってまいりました。しかしそれらの指導や手だてといった関わりの方は、学校やアフターケア事業といった場を離れた、彼ら障害のある子ども達をとりまく地域の中では、これまで十分な支援体制が組み立てられてきたとは言えないのが現状ではないかという事で、三つのレポートを発表して頂きました。

一つは、善通寺心身障害児父母の会々長、豊田笑子さんの発表です。まず善通寺地域の訓練会の設立。これは障害のある子供を抱えている親にとって、子供の障害の状態や、あるいは年長になって曲がっていく体や固くなっていく関節、これを何とか楽にできないものかという思いの中から養護学校の先生に相談し、援助を受けることができるようになり、訓練会が始まったという事です。訓練会と言いましても子供だけの場ではなくて、親の場でもある、心休める場でもあるという思いでの訓練会の設立でございます。同時に、親の会だけではなくて、地域の社会福祉協議会との関わりを持つようになり、場所の提供とか備品の確保とか、行政への働きかけも始められました。そして善通寺心身障害児父母の会というのとはもともとあったものですが、その父母の会の再スタートという事で障害者のための検討会を設置し、市長に陳情あるいは議会に請願書を出すという活動の中で社会福祉法人を設立しました。この社会福祉法人にいたる前にも独自にレスパイトサービス、いわゆるデイケアも含め、外出等の要望があれば外出についていく方を派遣する。そのような独自のサービスも始められて、これが補助金等々の関係の中で社会福祉法人の設立までに至ったという事です。現在は授産施設善通寺希望の家の設立を始め、既に活動しているグループホームづくり、障害者をとりまく地域での大きな和をつくってきているという発表でございます。善通寺心身障害者父母の会の中身も、これまでの3団体が統合して7部会に分かれていろんな方面での活動を開始されるよ

うになりました。行政からの支援体制がまだまだ不十分であると言う事もございますし、香川県にはこの他、合わせて六カ所の訓練会がありますが、今後は、それぞれの訓練会の活動等をお互いに相談し合うネットワークづくりが必要になってくるであろうという課題も出されました。この発表で豊田さんが言った一言を添えておきますが、ある時、豊田さんのお嬢さんが帰りが遅かった。その時に地域の方が「豊田さんのお嬢さんどこそこにいたからね」「注意してくれたの」「うん、注意したよ」こういう社会づくりが基本に出てくるのだらうと思っています。

二本目は、高知市における障害児保育の発表です。現在高知市には公立・民営あわせて81園の保育園がありますが、その保育園の中に115名の障害児が入園しており、108名の加配保育士がっています。障害児が入園している保育園は48園で、全体の5割を越えており、肢体不自由、知的障害、自閉症、聴覚障害、視覚障害等々沢山の課題をもった子供達が入園してるわけです。この基本的な考え方は、統合保育の必要性和専門保育の必要性であり、子供達が自然に子供同志の関わり、ふれあいの中でお互いが理解をしていくという側面と同時に、加配保育士の研修等の中から出てくる加配保育士のありようを子供達が見ながら、そして障害児への関わり方を理解をしていく、そういった意味での効果が非常に大きなものがあるという事でございます。研修の実施内容等は文章の中にありますので、ご覧頂きたいと思います。関係機関との連携を含め、その保育園に入っている障害児の支援システムを教育機関や医療機関、相談機関等、多岐にわたる綿密な連携をとっております。そして3才未満の子供達に対しては「ひまわり園」という心身障害児の通園施設を開設して、そこで指導のてだて、子供の育て方の援助を始めているという事です。

三本目は、医療法人若弘会大東地域リハビリテーション研究所、山本和儀先生の発表です。山本先

生は大東市福祉事務所に勤務されていて、市の行政体制の中にノーマライゼーションに基づく子供の処遇のありようを設定していくという考えの中で、リハビリテーション課の位置づけに取り組みました。行政の中にリハビリテーション課があると聞いたのは始めてでございますが、大変素晴らしいことだと考えております。このリハビリテーション課ができ、それが教育行政の中に生かされて、障害児の住む地域の保育所や学校への入学、勿論盲学校、ろう学校、養護学校に行ってる方もおいでとは思いますが、基本的にその地域保育所や学校への入所、入学を促進し支援を実施されたということでございます。沢山のスライドを交えてその支援の実際を見せていただきました。支援することと、保育所や学校、教員等と療育を共有すること。それによって地域の学校にあっては、共に学び育つその関係を自然の中でつくっていく。こうした関係を育てていく中でノーマライゼーションの考え方が自然に育って養われていくという発表でした。山本先生は現在、大東地域リハビリテーション研究所というNPOの団体で継続した地域活動を続けておられます。

それぞれの発表に共通していたのは、子供たちが地域の中でどう育つか、どういうふうな関係づくりをしていけばいいのか、障害のある子供と障害のない子供たちがどのように結ばれていけばいいのかという話でした。

今、国の教育施策において、今後の教育のあり方の基本的な方向として学校・家庭・地域の連携、或いは家庭、地域社会における教育の充実ということが言われてます。そして、子供たちに生きる力を育む事が提言されております。このことは障害のない子供たちだけではなく、障害のある子供たちについても、その子が住んでいる地域の中で障害のない子供たちと同じように処遇されていかなければならないと、考えます。例えば、養護学校に行ってる子供たちは、養護学校のある地域と彼らが通ってくる地域と二つの地域があるわけで

す。そのどちらの地域においても同じように地域の一員としての処遇がされなければならないと思います。しかもこれは、障害の種類や状態等も取り払った支援体制でなければならないと考えております。先ほど豊田さんの発表の中で最後に言いました、近所の方に「注意をしてくれたかね」「注意したよ」という地域の中で、子供が自由に動き、地域の方々が子供を見守っていく、そのような地域づくりの取り組み、そういった努力、そしてその家庭の生き方を、それぞれ障害児を育て家族として自立していこうとしている姿を地域が認め、見守り、支援していくという事が今後残された大きな課題ではないだろうか、と考えております。そういう地域づくりが21世紀にはできていかなければならないであろうという事で、1時間余り、フロアから沢山の意見を頂きまして子ども分科会は終わりました。

**【成人分科会・山崎正雄】** 成人分科会では、精神障害者の社会参加について考えるというテーマで議論しました。

内容について詳しく説明することは短い時間でもとても出来るものではありませんので、雰囲気伝わればと思っています。最初、三人の発表者の方々に発表していただいて議論していこうと直前まで考えていたんですが、精神障害の当事者の方々が大勢一緒に来られていることもあるし、今までテレビ、マスコミ報道なんかで実名で病名とか名前とか出る方々が来られるという事で、是非この人達にこの分科会に参加してもらおうと。社会参加の前にこの分科会に参加してもらおうと、一時間くらい前に急遽、私が勝手に決めまして、事務局とか裏方さんには大変迷惑をかけたんですが、ビデオをやるし、当事者の方にもステージに上がってもらおうと決めました。そのような雰囲気が、今朝の高知新聞に成人分科会が写真入りで出ておりましたので、こういった感じでやっておったのかな、と見て頂ければと思います。

発表自体は三人の先生方をお願い致しました。

浅井病院といって開放型の精神医療をやっておられる病院から、病院から施設、施設から地域といった、いわば医療サイドからの地域へ向けての精神障害者の社会参加の活動。そして二番目として埼玉県の「やどかりの里」という所で、地域に向けて精神障害者と共に精神障害者が社会参加される様子。三番目に北海道浦河町の「ベテルの家」で障害者の方々を中心に、本当にユニークな活動をしておられる様子を発表して頂きました。休憩の後にビデオを流しました。「やどかりの里」「ベテルの家」の活動の様子、これは発表で聞くより、見て、聞いて、知って頂くのが一番だろうと思って短いビデオでしたが流し、その後その中に出演されておられる当事者の方々にステージに上がって頂きました。前もって当事者の方々に上がっても良いかと聞いたら、出たいという事で、意気揚々と上がってこられました。発表したくて、何か喋りたくて、たまらないという感じでした。うまく発表していただけたかなというところはあるのですが、終わった後「分科会に参加して自分たち自身が癒された」という感想を、多くの方々からお聞きしました。私たちはとかくりハビリとか精神障害者の社会参加について、専門家側から、医療・保健・福祉の側から考えてやっているところがあるんだけれども、当事者側からの生の声、一生で体験した深い思いに対して、それが一体どういう意味があるのか、自分たちで本当に何ができているのかという事をすごく思い知らされました。

内容については昨日の分科会の会場に来ていただいて、体験して頂く以外には、私には伝えきる事ができませんが、若干説明させて頂きたいと思えます。

これまで、精神障害者の方々が舞台上に立って名前と病名を言って、堂々と皆さんの前で発表することはなかったと思います。昨日も、舞台に出てきて名前や病名を言って、こんな形でサラシ者になって大丈夫かなというふうに思われた方々もおられると思いますが、そもそもサラシ者になると

いう考え自体がおかしい事じゃないかな。私達は精神障害者という、障害という特性をもった人達とこの社会の中で一緒に暮らしている。そういう事は当たり前の事だし、私達はまず、一緒に分科会に参加するということをやめる事から始めなければならぬと感じました。当事者から出た言葉として「自分たちが皆の前に出てきて自分たちの事を知って頂く事、自分の名前も病名も話して何も隠さずに皆に知って頂く事が、自分達にとって本当に回復する、嬉しい体験なんだ」と。

それまでは精神病とか精神障害というのと、とかく隠してきました。病名を隠し、顔を隠し、姿が見えないようにして発表する方が多かったです。自分の名前を言い「私は精神分裂病のただだれです」と言っていたいただきました。誰が出てくれたか言いますと、埼玉の「やどかりの里」は、精神分裂病のコウノヒデオさんと言う方。この方は結婚もされ、今年の12月にお子さんが生まれると話されていました。後は「ベテルの家」から精神バラバラ状態のハヤサカキヨシさん、アルコール依存症のワタナベさん、妄想型精神分裂病のシミズリカさんの三人の方が出てこられました。特にシミズリカさんは7年間、自分の病名を知らされず、知らされずというか、自分の病名を認めることをせず、一生懸命病気を隠して、自分自身を隠して苦しい入院・通院生活を続けてこられたかたです。その方が北海道へ行って、堂々と自分自身を出していいんだ、病気を出していいんだという事で皆に支えられ、受けとめられた。そこで初めて人間として本当に理解してもらった。病気であることを直さなければならないとか、隠さなければならないという事ではなくて、病気であること自体を褒めてもらった。自分自身のもっている病気をもちながら、一生懸命生きてきた辛い気持ちを理解してくれた人達に出会った。「私は初めて自分の病気、病名を受けとめ、そして自分自身を皆の前で明らかにするという事に喜びを覚えてきた」と話しておりました。昨日は、懇談会の中でその人た

ちも来られて、皆さんの中でコミュニケーションする事を大切にしておりました。

私達自身が、自分たちの言葉で自分の本当の姿を皆の前に出していけるのかな？という事を、当事者の方々から聞かされたような所が多かったと思います。

皆がどうして自分自身を出すことが出来るようになったのか、病気も自分自身の名前も明らかにできるようになったのかという事ですが、昨日の分科会の中では、「自分には安心できる場所がある。自分にできる、やることがある。自分には仲間がいるんだ」「自分たちはこの社会の中で生きていくことが出来る」これは精神障害者の社会参加というものではなく、私達が社会で、普通に障害がないと思いつながりながら生きていく人たちが、本当に社会の中で受けとめられているのか、という鋭いパンチだったように思います。私達は精神障害者の社会参加をうたいながら、医療とか保健・福祉の高いところから障害者の人達を見ていたのではないかと。障害者から見て「あんた達、本当に自分たちの言葉で喋ってるの。自分の思いをキチンと伝えてるの。我々はこうして堂々とステージに出てきて、自分の病気と自分の名前を言って皆の前で喋ってるんや。」

私からフロアに振っても意見は出てきませんでした。本当に、ステージに出てこられている精神障害者の方々の話に圧倒された、というふうな状態でした。精神障害者の社会参加についての分科会を設けて頂いた事はすごく意味があることだったと思いますが、それ以上に意味があったのは、私達医療とか保健・福祉に携わっている関係者が本当につくっていかねばならないものは、障害者のリハビリではなくて、私達が生きている社会そのもの、自分たちそのもののリハビリではないのかなと感じました。それが参加者皆さんの「カウンセリングを受けた気がする」「自分自身がすごく癒された気がする」という感想につながっていたのではないかと思います。内容については

余り話をしなかったのですが、分科会の雰囲気はわかっていただけだと思います。

**【高齢者分科会・蛭江紀雄】** 私達の分科会は「先駆的活動を通して、これからの高齢者ケアを検証する」がタイトルでございます。先駆的活動という事で、三人の方にご発表頂きました。石川県羽咋市の立浦さん、高知県の田中先生、富山市の惣万さん。

立浦さんは昭和63年に訪問看護モデル事業に取り組みまして、全国でも7番目という早い訪問看護ステーションを、しかも自治体立という形で立ち上げ、今日に至っています。その過程でホームヘルプステーションも一緒に加えて、在宅総合サービスセンターという形に変えて、主治医を中心とした病診間あるいは医療の連携をつくり、保健・医療・福祉の連携といったものを軌道に乗せてこられました。まさに地域のネットワークをつくってこられたという事例の報告を頂いたわけです。退院後の在宅介護というのは、本人は勿論ですが介護をされる方の不安は大変大きいものがあります。すぐ駆けつけるサービスを通して家族の不安に伝えていくという形で、一つの成果として在宅での看取りがどんどん増えていったという話を頂いたわけでございます。そして、お互いが連携を深めあっていく過程で、それぞれの専門職のあり様が変わっていった、又意識が変わっていったご報告がありました。これは非常に大事な点だと思います。従来の自分たちの姿勢をそのままにして手をつなぐという事では成果はあげられないわけで、ニーズに対応して、それぞれの専門職のあり方、他の専門職に対する自分たちの専門性の関わり方をお互いが変えていくという、そのプロセスが連携にとって非常に大事な点だと思って聞かせて頂きました。自治体の担当者、責任者が非常に柔軟な姿勢だということの報告を聞いて実感しました。敬意を表したところであります。

介護保険になっても、なお自治体がサービス提供事業者として存在している意味は何か、という

事になるわけですが、企業も含めてサービス提供者が多様化している中で、自治体がきちんとしたサービスをして見せるという意味は、非常に大きいのではないかというお話も出てきたところがございます。

次の田中先生からのご報告は、午前中の座談会での石川先生の話を受ける形で、近森リハビリテーション病院の紹介がありました。救急からリハビリテーション・在宅ケアまで、一貫した医療に取り組んでこられたという事であります。病院内における専門職間のバリアフリーが進められて、総合ミーティング等を通して関係職種が協働し、リハ総合計画を作成したり退院計画が作成されて、それぞれの専門職が共に働く。協力して働くという協業としての退院に向けての取り組みが、効果的に進められる体制が病院の中に整ってきた。それが在宅総合ケアセンターという形になったというお話でございます。勿論、地域に向けて大きくいろいろ発信をしておられますが、もっとその部門を膨らませて地域の社会資源との関係を強固にしながら地域づくりに関わっていく、また推進していくことを今後の課題としたいというお話でした。

惣万さんの話はビデオを見せて頂きながらうかがいました。地域は大きな家族だというのが惣万のコンセプトです。介護は何も高齢者だけが受けるものではない。子供も健常者も必要なものなんだという考え方で、お年寄りから子供までを受け入れてサービスをしておられる。そのデイサービスの様子はまさに一つの家族をなしているという事でございます。最近ではそのような光景がだんだん少なくなっていると思いますが、お年寄りとお小さな子供と一緒に暮らしあう風景は、デイサービス「このゆびと一まれ」に大変良い雰囲気が出ていました。痴呆のお年寄りも赤ちゃんを見て心とむ。これは家族でも出来なくなってきた光景なのかもしれません。「このゆびと一まれ」の一つの特色、ユニークな手法は、障害のある人・知的障

害のある若者たちがここで生き生きと働いている姿が写し出されていた事だと思います。障害があることは人の世話を受けるイメージではなく、若者達が「私も人の役立つ事をしている」というプライドをもって、生き生きとお年寄りの世話をしている姿を見せて頂いて、大きなものを教えられました。しかも、ここは家庭だから日課はないというのも又、特徴だと思います。生活はまさに日課がない。家庭では第三者によって時間が決められた日課がないのは当たり前ではありますが、施設は日課で動いている。お年寄りの顔を見なくても、時計を見ていけばやれていくという毎日の作業的な介護になりやすいわけではありますが、ここは日課がない事を大変大事にしておられて、地域の中で普通の住宅に見える建物の中で共に暮らしあっているという、本当にあるべき姿を見せて頂いたように思います。

ただ、惣万さんがご指摘なされた事で、とても大事だと思った事は、行政の補助は縦割りにしないとお金が下りてこない、子供も障害者も高齢者も一緒に暮らすという所には、どこからも補助が出てこない、これはおかしいのではないかとのご指摘。これは大変鋭いご指摘だと思います。まさにそこに先駆性があるなと思った訳ですが、「このゆびと一まれ」は、全国あちらこちらに種が飛んでいってありまして、昨日、知事もご紹介ありました滋賀県は「このゆびと一まれ」をモデルにして取り組んでいますし、あるいは大分県、新潟県だとか静岡・佐賀の各県にもこの種がまかされている、まさに今から実を成していこうところにあるようです。全国にこの種がどんどん蒔かれて広がっていくのではないかと伺いました。介護保険が始まってからは介護保険の事業所としての指定を受け、通所介護とか居宅介護支援事業所を始めておられますが、収入は2.5倍に上がったという話でございます。介護保険になっても私達の趣旨は変えないでやっていきたいと、看護職を退職した仲間が退職金を出しあって始めたこの事業が、

全国的に拡がっている状況を報告頂いた訳でございます。

私はコーディネーターとして上手に皆さんの主旨を引き出しきれなかったことを反省しておりますが、21世紀の高齢者ケアのあり方を皆で議論しましたが、次のように言えるのではないではないかと思えます。

地域で暮らし続ける、地域で老いていく事ができる。これがまさに私どもの望む21世紀の高齢者ケアのあり方だということでは、異論のないところだと思えます。その事を可能ならしめるフォーマルやインフォーマルな体制をどう整備していくかが、21世紀に私どもが取り組んでいかなければならない主要テーマだと思えます。勿論、制度だけでは、どんなに整えてみてもできることはありません。そういう制度がいかされていく土壌としての地域社会づくりを抜きにしては、私どもの願いは実現できない。そういう意味では、自分がどんな老年期を生きていきたいのかをしっかりと描く。そしてそんな事が可能な地域社会をつくっていく事が必要ではないかという事でございます。私はいつもこのような例えを言うんですが、「洋服に体を合わせるのではなく、体に洋服を合わせねばならない。」保健・福祉の制度もまさにそうでありまして、私達はどのような生き方をしたいか、どのような老年期を生きていきたいかという議論をきちんとしないで、制度だけがどんどん先走っていく事になれば、結果として制度に規制された生き方になってしまう。これは本末転倒でありまして、私達こそどのような老年期を生きていきたいのかという議論をしっかりとしていく事が大事ではないかと思えます。私達は高齢者介護を考える場合に、システムの問題、或いは専門職としての見解がいつも頭に出てくるわけですが、今のお年寄りに対してどのように援助していくのかだけではなく、一人一人がどのような生き方をしたいのか、私が年老いた時にはどのような老年期を過ごしたいか、そのためにどのような地域社会を作っておかねばな

らないかの視点での取り組みが非常に大事ではないか。と、まとめさせていただきました。

専門職のあり方というのは、専門職ほど後方で支援するという姿勢が必要でありまして、専門職があまり前に出過ぎてしまうと、人々の暮らし方を規制してしまう事になりかねない。一人ひとりがどのような老年期を過ごしたいのか、そのことをしっかりと受けとめる中で、そのために私達の専門的な知識や技術をどの様に役立たせて頂く事ができるかという姿勢で、地域で自らの専門性を生かす専門家になっていかなければならないのではないかと感じます。

昨日触れる事が出来ませんでしたでしたが、私は在宅サービスはソフトとしての在宅サービスだけが充実して出来るものではないと思っています。デイサービスやショートステイ、ホームヘルパー等、在宅のソフトとしてのサービスは、地域の中に高齢者や障害者の人達が暮らす場所がちゃんと確保されて、初めて生きていく訳です。極端な例で言えば、介護保険になりました。元気になれば特養から出なければいけない。しかし出ることにイコール家族介護ではないはずであり、家族の元に帰る事ができない場合もありうるわけです。帰りたくない、自立して暮らしたいという人も当然いるわけで、じゃ、その人達はどこで生活の場を確保することができるか、生活の場所が確保されなければ在宅のソフトサービスも生きてこない。生活の場づくりが非常に遅れているのではないかと思うわけです。いずれにいたしましても、この三人の方々の行政・医療・福祉・保健分野における先駆的な、かくあるべきと教えられる活動、実践報告の中に、私どもが考えて行くべき、あるいは21世紀に私達がめざすべきモデルが示されていたと感じることができた分科会でした。ご発表頂いた方のご主旨を十分にお伝えできません事を申し訳なく思いますが、以上でご報告とさせていただきます。

**【高橋紀子】** ご報告をお聞きすれば、三つの分



科会がそれぞれ違う雰囲気が進められた感じがいたしました。お話をうかがいまして私なりに感想をもったのは、どの分科会でも障害者や高齢者の援助ということだけではなく、私達自身がどう生きたいか、どう主体的に生きていくか、そういう視点で地域づくりを進めないと、どうもまよかしの物になるぞと。問われているのは私達自身であ

るという事を、ご報告の中からはしひしと受けとめたような気がいたします。

三人の先生には、二日間にわたって拘束しまして大変申し訳なかったお詫びすると共にお礼を申し上げます。先生方、ありがとうございました。

【パネルディスカッション】

## 21世紀に夢をつなぐもの

パネラー：無 限 工 房 光 野 有 次

企業組合ユニフィカ 林 美恵子

FOUR-LEAF CLOVER 鶴 野 隆 浩

クッキングハウス 松 浦 幸 子

評 論 家 櫻 田 淳

指定発言：高 知 工 科 大 学 河 田 耕 一

司会：横浜市総合リハビリテーションセンター 伊 藤 利 之

高知県リハビリテーション研究会 堀 川 俊 一

【司会（堀川）】 それでは、パネルディスカッションを始めたいと思います。

このパネルディスカッションでは、今回の「第23回総合リハビリテーション研究大会」のテーマでもあります「20世紀のリハビリテーション白書～21世紀へつなぐもの～の最後のしめくりとしまして、21世紀にどのような夢をつなぐかということ話を話合っていきたいと思います。先ほど舞台の裏で打合せをしておりましたけれど、その中では、21世紀というのもう何日かの単位ですけれど、それよりも22世紀にどんな社会を作っていくのか、それに向けて次の百年間何をしていったらいいのか、というところまで話をしていたらいいんじゃないかという話も出てまいりました。私は、現地の実行委員会でこの企画のまとめを担当しましたけれど、その中で、21世紀の1つのあるべき姿の一端ということで、ここに3つのキーワードを書いています。テクノロジー、ネットワーク、コミュニティー、この3つをキーワードにして今日は考えて行きたいと思います。最初に5人のパネラーの方にそれぞれお話いただきます。

まず、「無限工房」の光野有次さんをお願いします。光野さんは、これまでさまざまな障害者と

の関わりを通して、ノーマライゼーション、バリアフリーに関わっておられます。その光野さんから、テクノロジーの未来そしてコミュニティーの在り方について、最初にお話していただきます。

【光野】 ご紹介いただきました、トップバッターの光野です。私の立場と言いますか、これまでの仕事は、障害を持った人達のための道具作りなんですけど、解りやすく言えば、私自身も利用しているこのメガネです。私は視力障害者の中に入る強度の近視です。それが、メガネを利用することで、目は治らないんですが遠くのものが見えないという問題が解消される訳なんです。最近では近くの物も見えなくなっておりますが、それはメガネを直せばいいんでしょうけれども。耳の不自由な人に補聴器があり、足腰の弱った人に杖や歩行器や車椅子があるというわけで、モノづくりの仕事から入って行きました。その後同時進行的ですが、例えば車椅子の場合、車椅子が使える環境が当時限られていました。当時というのは今から27年位前です。車椅子が使える住宅、あるいは車椅子が外へ出て行ける環境、それから社会作りというのが、私たちの障害を持った仲間達と共に、結果的にそういうことをやってきた四半世紀だったと思

ます。

今日スライドを少し持ってきていますが、あくまでもこれは、20世紀型で、ここまで到達したというこの一部になろうかと思えます。スライドをお願いします。「無限工房」の仕事始めて12年になるんですが、食器、椅子から建物、街づくりまでを私たちの仕事の領域としてやって来ました。これは「でく工房」時代に作ったもので、一部の方には知られていると思うんですが、コーナーがすくしやすい形状を持った食器です。次お願いします。実際に使っている場面ですが、手でなんとかスプーンを持てる人だったら使えるということになります。次お願いします。その後企画したのですが、見た目は普通の食器と変わりませんが、立ち上がりがちょっと付いていましてスプーンやフォークですくしやすいという造りです。次お願いします。椅子作りですが、かなり重度の脳性マヒの方でしたけれども、普通の椅子で座れなくて、食事もこれではやりにくい、という状況です。次お願いします。体に合わせた椅子を造ることで起きて食事がしやすくなった例です。次お願いします。左側が老人病院等でよく見られる車椅子のお年寄りの姿なんですが、まさしくその人が体に合った車椅子を使う、今まで使ってたメガネがどうも合わないとメガネを掛け変えてみると、スッキリなるようなこういう感じです。この方移動するのが一番遅かったのですが、こういう形になるといかにも早く漕げそうでしょ。次お願いします。実際に漕いでもらうと、この施設で一番遅かった人が、どちらかという早いほうの部類で食堂まで来れるようになりました。その人の運動機能そのものは改善されたわけじゃないけど、体に合った車椅子を使うことで、こういうことがその場で実現できました。次お願いします。小学校のデザインコンペをやって私たちのグループが一等賞に選んで建ててもらったんですが、これからの小学校どうあるべきかを議論しながら実現したバリアフリーの小学校です。これは養護学校ではなくて、

普通の小学校です。次お願いします。今から10年前にオープンして、あちこちから見学が絶えないということです。これからの時代は決してセパレート教育の時代ではありません。その中で、普通学校をこういう形で物理的な面でバリアフリーをはかると、これは当たり前のことだと思います。日本の文部省と言えは差し支えありますが、障害を持つ子は養護学校という考えが彼らの頭の中にこびりついて離れないからです。21世紀には子どもたちを迎え入れる器である小学校がバリアフリーになってないと、大騒ぎになると思います。これから企画する学校は全てバリアフリーにしなければなりません。次お願いします。学校内の各トイレに車椅子ごと入れるブースを設けました。次お願いします。二階建ての建物ですが、給食室の前にエレベータを付けました。車椅子の子も安心して二階に上がれます。次お願いします。これは職場です。福岡市内に建ちました。私達が設計したものです。次お願いします。バリアフリーの職場環境なので、車椅子に乗る人と乗らない人が一緒に働けます。これも丁度10年経ちました。10周年の記念を行ったところであります。10年前にはかなり注目を浴びてましたが、いまでは当たり前になりつつあります。次お願いします。私達のグループの社会福祉法人「むつごろう会」が運営をしている、精神障害者の生活訓練施設です。一応2年間と利用期限が決められていて、利用料毎月4万円頂いて、直接利用者と契約でやっています。これは比較的新しい制度に乗ったものだと思います。次お願いします。そこでのクリスマスの模様です。次お願いします。この四月に十周年を行った「長崎でてこいランド」、私達の職場のすぐ近くにあるんですが、シンボルマークにバリアフリーレジャーパークと書いてあります。誰もが遊びに来れるもので、私達仲間の方で造りました。次お願いします。遊び場付きの山小屋です。次お願いします。トイレも素朴なトイレですが、色んなタイプの障害を持った人が来ても比較的対応できるような作

りになってます。次お願いします。這って、寝転がって来る人のための洋式のトイレが埋め込まれている。次お願いします。色んなタイプの湯船を造り、岩風呂もその人達を配慮した湯船です。次お願いします。リフトもついているんですが、露天風呂も付いてます。「長崎でてこいランド」が10年前にできて、6年前に「北海道でてこいランド」、去年は「京都でてこいランド」ができました。それぞれ地域の人達が建設しました。共通してるのは、公的な資金ではなくて、自分たちの資金集めからやって造っていくというやりかたです。お金集めが人集めになってるんですね、人の輪が広がっていくという仕掛けです。次お願いします。今から15年前のスウェーデンの電動車椅子です。電動で上下する装置が付いてます。車椅子に乗るということは移動の面での自由が確保されますが、高さ方面ではハンデキャップがある。それを電動で補うと。小さな子が届かないところまで逆に届くという状況ですね。次お願いします。スウェーデンの女性が使っている電動で昇降する流し。これは、調理を自分とこですという意志がある車椅子利用者には必ず無料で付くようになってます。政府がこれを認めてるわけです。その人達の利用だけではなく、ヘルパーさんも使いますので、職場環境でもあります。次お願いします。10年程前のスウェーデンで僕らが利用したリフト付きのバスです。次お願いします。5年前にドイツのデュッセルドルフで見かけたバスですが、次お願いします。このように床が低いんですね。次お願いします。車椅子でも簡単に乗れるようになった超低床ノンステップバスです。これは皆さん多くの人達が実際に利用されたと思いますが、こういう時代になってきました。

今、時代はバリアフリーデザインからユニバーサルデザインという方向になってきてます。最後にお見せしたバスなんか正しくそういうものの代表選手だろうと。考えて見れば、私達のこの技術社会は、一部の病気の人あるいは障害者のために

考えられたものが、広く今では当たり前に使われている。古い例でいうと靴べらですね。たしか障害を持つ人のためにフランスかどこかで発明されたと聞いてますが、最近の例でいうとシャワー付きトイレ、これは確か、痔の人のために造られたものが、広く一般に使われるようになった。技術が特殊な人から多くの人達へ広がっていった例は、少なくないと思います。共用品という考えも、日本では前から取り組みが始まって、供用品推進機構という財団で私自身も理事をしてるんですが、日本ではシャンプーとリンスが目をつむっていても使い分けができる、ビールの蓋を空けるところにはビールという点字の表示が入ってて、間違わないような形になってます。これから、最近のテクノロジーを使った、特にコンピュータ技術を使った製品が多くの障害者のために役に立つし、多くの形で一般の社会に還元され、こういう流れは加速度が付いてくるだろうと思います。今日ロビーでも展示され、説明を聞きましたが非常に新しい動きが出てると思います。そういう面から言いますと、私達長崎県では階段を動ける車椅子の開発も始まってますし、もっとロボットの技術を使っていい形が出てくると思います。夢みtainな話ですが、今日は夢を話せということなんで、少しだけ話させてもらおうと装具型のロボットはどうだろうか、薄い長靴みたいな物を履けば自分で立つことのできない人も立て、しかも階段も昇れると、こういうものが、薄い長靴を履くぐらいでできないだろうかとか。目が見えない人にとって、ナビゲーションシステムの付いた杖はどうだろうか。人工衛星からキャッチして、その杖を人工衛星で判断して行き先を前もって告げておけば、そこへ安全にその杖が導びいてくれる。道が外れると、右です、左です、と声で返してくれる。これは今の技術ですぐにできる話だろうと思います。そういうことを考えていると、今欠格条項という問題を私達の仲間が真剣に取り組んでやってますけど、耳が聞こえない人達がついこの間までは車の免許

が取れなかった、こういう大きなバリアがあったんですが、今視覚障害の人が車に乗れないというのは、今の現状から言えばそういうことがまったく目が見えない人が運転できるようにはなってませんが、今のようなシステムを使うならば、もっとも安全に運転していく人達はまったく目が見えない人達かもしれません。あるいは、まったく耳が聞こえなくて目が見えない人の運転が一番安全という時代も、すぐそこまで来てるような気が致します。とりあえず持ち時間限られてますのでこのくらいで、ありがとうございました。

**【司会（堀川）】** 光野さん、ありがとうございました。続いて高知県中村市の林さんをお願いします。

林さんは、進行性難病で身体障害者一級ですが、企業組合ユニフィカの代表理事として、全国のインターネットの仲間と一緒に働いておられます。それでは、よろしくをお願いします。

**【林】** この度、先月の19日に高知県知事より認可を頂きまして設立ができませんでした、企業組合「ユニフィカ」の代表理事を務めてます、林と申します。よろしくをお願いします。

もともと、ウェブを中心に動いておりますので、プレゼンテーションの方も拙いですが、ウェブの方でやらさせていただきます。私ども企業組合「ユニフィカ」は、重度障害者による、超高齢化社会に向けたユニバーサルなライフスタイルへの提案と在宅就労モデルを確立するために設立された組合です。普通の企業と違ひまして公益性が強く、社会的な還元を意識しながら働いている集団です。具体的にはこのような目的で動いております。必要なときに必要な情報ができるだけ早く到達と書いてありますけど、私達は障害者として自分自身の体験を通じてユニバーサルな各種リソース、情報リソースの大切さを痛感してきました。私達が得た様々な情報や経験は、各自が捜し回って集めてきたものですから体系的にはまったく整理されておらず、必要な時に入手できなく

てその後になって入手できる等の問題が発生してきました。私達自身が置かれた状況と、今現在高齢化を迎えられて色々苦労されてる方々、特に介護保険で混乱されてる高齢者の方々を見ますと、非常によく似ていることに気が付きました。このような事象に対して同じようなケース、ちょっと違うけどよく似てるケースであるということを理解した時に、私達が必要な時に欲しかった情報そして、その情報へできるだけ早く到達できるように道作りをすることを考えました。そうすれば、誰もが暮らしやすく楽しく生きて行ける社会を実現できると考えています。総合的な環境整備を促進していくために私達自身が何ができるかということ考えた時、今まで受ける側というイメージが強かった障害者から高齢者、介護者、他の障害者に対して、また一般の方々に対して新しい時代を差し示して、そして同時に新しい障害者雇用の可能性も示すためのモデルケースとして企業組合を設立致しました。その企業組合の名前はユニフィカというのですが、その名称はこういう考え方で作りました、Unify という包摂、Institute という研究所、Cooperative Alternatives という協同組合、この3つの言葉を組み合わせて「ユニフィカ(Unifica)」という名前を作っています。この名前から察して頂きます通り、障害者が在宅で就労しつつ従来の企業の枠組みの中に上手く組み込まれていくような包摂型社会システムを研究するために、重度障害者の在宅就労者自身が設立運営してる企業組合です。最終的には私達企業組合ユニフィカだけではなくて、この私達をモデルに設立された様々な団体が、それぞれ専業型、地域型の色んなタイプを取りながら、一緒に私達と共に住みやすい世界、社会を作っていくという目的で活動しております。最終的には組合組織という形ではなくて、様々な団体のメタネットワークとして協同組合連合なんかも作っていければな、と考えておりますが、各マイノリティと言われる方々がそれぞれの目的を目指される際に、支援しあえ

るような枠組みを作りたいと考えております。

参加メンバーですが、私はチームリーダーという企画、営業、経営、人事、総務等を兼任している状態で、何でも屋と言われてます。メインライターを務めてます山本輝久は、脳性麻痺で副理事を務めてます。ナンパラのホームページのウェブマスターとして非常に有名な「荒淳」さんという方なんですけど、その方を専務理事として迎え、現在結婚なさいましたので、大杉淳子さんという健常者です。今度冬のパラリンピックをうちのウェブサイトでするぞと宣言を先日だしてました。イベント情報をメインに集めていますのが横矢という脊髄損傷の方で、ご自身だけではなくて高齢のお母さまの介護もしておられます。またシステムを担当してます清水直樹は頸髄損傷ですが、彼は吉備高原の施設に入所しておりまして、寮母さんのケアを受けながら仕事に励んでいます。この他に実習生として筋ジストロフィーの30才になったばかりの若い男性2人が、ユニフィカに参加したいということで実習を積みまわっています。

続いて、業務内容ですが、簡単に3つだけにまとめてありますが、システムソリューション事業というのは、パソコンを使った様々なITネットワークの支援をさせていただくことですが、私どもののは普通のシステムソリューションと少し違いまして、高齢者の方にパソコン教室を開きたい、また障害者の方にパソコン教室を運営する方法を進めて行きたいと言われるときに、どんなソフトを用意すればいいのか、どんなハードを使えばいいのか、そんな相談にのらせて頂くことや、また障害者や高齢者をターゲットにされたウェブサイトを開きたい時に、何の様なコンテンツで、またどんな見え方をすればどの様な方にも使い易いサイトになるのか、という裏方的な仕事をさせていただいております。

コンテンツソリューションはメディア関連事業とありますが、文字通りライティングをしたりまた様々な本やCD等出版される際に、私どもは高

齢者に関する書籍、障害者に関する書籍等を出させて頂く協力をしたり元々のライティングを担当したりします。

3番目のユニバーサルプロダクツ・サポート作業と言いますのは、丁度無限工房さんと同じでユニバーサルな商品を企画したり、サービスを企画なさったりする現場に私共参画いたしまして、商品開発のお手伝いまたサービス開発のお手伝いをさせて頂くということです。その商品と言いますのは、ありとあらゆる多岐の物に渡って請け負わせて頂いております、ですから街づくりなども参画させて頂くようになっております。

実際にこのような業務をどの様に進めていくかといいますと、大きくて見にくいですが、クライアントから私が営業で受注致しました作業はこんな形で進んで行きます。この真ん中にある、この部分ですが私の作業担当になってます。それぞれプログラマー、エディティメール、データベース、ライター担当等と各人が自分の専門分野を持っておりまして、私がワークサイトと言われる中心的な仕事の掲示板を運営してまして、そこを見ながらそれぞれの予定表に沿って作業を進行していきます。それらの作業は全て電子メールとワークサイトと言われる電子的なコミュニケーションシステムを進めておりまして、現在の所青森に住んでる横矢とは仕事を始めて3年になるのですが、一回も会ったことがありません。北海道に住んでいますメンバーとは年に一回、岡山や三重県に住んでいるメンバーとは年に二三度顔を合わせるだけです。残りは全てこの電子メールで連絡を取り合ってます。一日にだいたい多いときで五十通位少ない時で二・三十通飛びかいてまして、各自の報告と次の作業に入る旨の連絡、またその作業に関連した問合せなどが飛びかっています。

そのような作業形態は格好良いように見えて実際には大変なんです。何を意味してるのかという点を、ユニフィカが目指すものという点で説明させていただきます。私達のやってることというのは、

普通のSOHOと言われる個人事務所の方々、インターネットを使ったITを活用した種類の健常者の方と全く違います。けれど私の障害はメンバーの中では比較的軽度で、メンバーの2人は呼吸器を付けてますし、お母さまの介護をなされているという事情から家から離れられない方や、施設に入所して生活をせざるおえない環境に居るもの、普通でしたら社会的に就労は不能とレッテルを押されるメンバーばかりです。私達がこうして働いているということ、実際に生産したものが企業に納品されるということは、現在その就労の場を奪われている重度身障者が就労できさえすれば大きな生産力を生み出すマンパワーになりえるということの意味してます。このような私達の姿を通して今までの普通に通用してる不合理な社会的通念、できない、できないに違いない、きっと無理だというそういうものを皆様の認識の中でちょっとずつ改めていけたらなと思ってます。そうすることによって今の障害者、パーセンテージでいうとそんなに多くはないですが、その方々も社会参加でき、今若手が不足してるとか、色々不況で色々な事情でマンパワーが欠けていて特殊な技術の人だけ華やかに活躍してるように見える社会でも、万遍なく人材を活用して行けるのではないかと考えております。続いて在宅勤務に関するサンプルとしての私達の機能ですが、私達が重度身障者として介護を受けながら在宅で働けるということは、今既に身障者の介助をしておられる若しくは高齢者の介助をしておられるような方々ですよね、そして私達のような重度身障者そのものも在宅で働けますから、通勤時間等の無駄が無く、非常に色々なバリエーションを持った就労スタイルが可能のようになることを示しています。それらの就労スタイルを世間一般の方々に理解して頂いた時に、今のように都会に集中する就労スタイルが少しずつ改まって、住みたいところ、暮らしたい所で就労が可能になってくるという、人の動きの流れを変えることができるのではないかと考えてます。

続いて介護生活に関する影響ですが、私どもは元々情報を皆様に加工してる業務形態を持っていますので、私どもの中で蓄積できたデータ、様々な高齢者に関するデータ、障害者に関するデータを分析して加工し直すことによって、超高齢化社会においても精神的、物理的各種情報を上手く活用してより良い介護生活を送って頂けるような支援体制、また介護される側にとりましてはコストとリスクの少ないユニバーサルなライフスタイルを提案していけるのではないかと思います。丁度介護保険が導入されまして、資金的な不安から随分利用率が下がったとか、利用をひかえてるという声が聞こえますが、私どもが持っているノウハウを活用していただくことによって、そのような介護をひかえて不自由な生活をせずにするようになるのではないかと考えてます。このような活動を業務を通して、私達の就労してる実際の姿を通してご覧いただくことによって、超高齢化と就労人口ということなんですけども、今のところ健常者のみが就労してる日本の就労人口を、頸損とか難病とかの重度障害者また脳血管障害等による疾病で途中リタイアされた中高年齢の中途障害者の方々、また家族のために就労を断念しておられる家族介護者の方々が就労参加できるようになって、一気にその就労人口を増大させることができると考えています。またそれは、私どもを見ていただければ無理だ、だめだということ言わずにいただけるように、私共も頑張っって元気に働きたいと思ってます。

私どもは障害をネタに仕事をしてるわけですが、障害をネタに働いていることは私達が障害者ですから仕事を下さい、障害者ですから他の健常者よりも先に仕事を下さいということではなくて、健常者には察知できないニーズをそして高齢者では伝達できないニーズを私達はこうして違々な口でお伝えできるということなんです。また高齢者の方々ですとやはり言語に障害をもたれてる方も多数居られますので、不自由な点を不自由だと伝え

る点もまた忍耐の訓練を積んでおられますから我慢される人が多いですが、これだけ若くてこれだけチャキチャキしてますとその点我慢は決してありません。不自由は不自由だと、ここをこうして欲しいとお伝えすることができます。そのノウハウを、私ども自分たち車椅子に乗ってる、脳性麻痺であるということだけではなくて、耳が聞こえない方、目が見えない方、機能に障害を持った方等のネットワークを通じて吸い上げておまして、これら包括的なデータを業務にお役立ていただけるように提供しております一般の方々には、福祉情報サイトとしてという部分なんですけれど、私ども普段の業務は福祉情報サイト「ハートフルオンライン Ho!」を運営しております。ここでは障害者や高齢者、介護者そして一般の方々へのバリアフリーな情報、モビリティと言われてますアクセスビリティですね、どこに車椅子トイレがあるか、どこにスロープが付いているかと言った情報から、どんな商品が福祉機器として新たに販売されているのか、また一般商品ではあるが十分福祉機器として使用に耐えうる、ちょっと工夫すれば便利なユニバーサルな商品はどんな物かと言ったことを、ほとんど1週間に30近いニュースを飛ばしながら働いております。実際にはこういうウェブサイトですね、URLはHeartful.ne.jp/でございます。オープンしたのは1999年4月21日、アクセスは月に15万回カウントしております。発信頻度は月曜日から金曜日まで、土日位は休もうよということで休んでおります。金曜日まで30枚程度、毎週毎週どんどん追加しております。お陰様で現在の総ファイル数は一万を越えてしましまして、作成してるスタッフにもあれがどこに有ったのか分からなくて、四六時中サイトの中を捜し回っている状態になってます。実際にはこんなウェブサイトです。サンプルですのでたった1ページだけのサイトマップなんですけれど、上に各チャンネルがありまして、ここがモビリティデータと言われるアクセスビリティデータの検索項目ですね。

こちらがユニバーサルな商品データの検索ページです。そしてイベントに特化して、今日はここで何が有ると全国各地の情報をキャッチしましてそれを掲載してるページです。それぞれの説明はこちらの方をご覧頂くと解りやすくなっております。その生活パターンだけではなくて、ニーズ別チャンネルがありますが、肢体不自由、視覚障害、聴覚障害、知的障害、精神障害、高齢者そして幼児障害、介護者とボランティアに分別して、つまり生活シーンとニーズ別と2つの双方向からデータを検索していただけるような構造になってます。

ちょっと戻りまして今後の取り組みなんです、成立するかどうか解らないですが、ある会社の方でトイレデータのカーナビを製作してまして、そこへ私どもが扱っているデータを買ってもらえないかなとこの11月から営業展開する予定です。それ以外にもサイトの方には全国的なモビリティデータが掲載されてますので、どなたでも無料でインターネットに接続できる環境であればご利用頂けます。また今後とも外出支援、コミュニティーの中へ飛び込んで行こうということでイベント情報も提供させていただいております。出ていくに際して、足回りがしっかりできるようにユニバーサルな商品も提供させていただいております。お問い合わせ先はこちらです、私が住んでる中村市と東京の事務所等でお問合せを受け付けております。今後に関しましては、私どもが目指してるのは、身体的な自立はどうやってもこの体ですから難しいですが、精神的な自立は今すぐにでもできます。このITを通じて就労した経験を通じまして、私達は自立が肉体的な影響を受けることがあってもさほど大きなものではないことを良く学びました。この点を次世代に伝えて行きたいなと思ひまして、今後は障害児また健常児も含めまして、自分のやりたいことをやりたいようにやれる子供の育成と、それを育てて行ける社会的な支援体制を取り組んで行きたいと思ひてます。



少し長くなりましたがありがとうございました。

**【司会（堀川）】** 続きまして、大阪府高槻市の鶴野さんをお願いします。鶴野さんは、FOUR-LEAF CLOVER という染色体起因しょうがいじの親の会の代表を長年勤められておまして、郵送交換ノートやインターネット等を使って、親同士の交流や癒しを行っておられます。また鶴野さんは、自身障害児の親の立場として、障害のあるお子さんの成長の記録をホームページで公開しておられます、よろしくをお願いします。

**【鶴野】** FOIR-LEAF CLOVER の鶴野と申します。よろしくをお願いします。

抄録集の61ページに、簡単なレジюмеと親の会のホームページのトップページを挙げておりますので、ご参照いただければと思います。ホームページの一番下にお問合せ先と書いてますが、急激に会員数が増えて、問合せが殺到して大変になってきたなと思います。ホームページのアドレスに付しましては、53ページの方に書いております。前半のFLCと書いてありますが、こちらの会のアドレスであり、後半は私の個人のアドレスでありますので、またご参照いただければと思います。

今日はこの親の会の紹介ということから始めたいのですが、会と言いましても、そこに込めてる意味は参加してる親一人一人によって違うと思うんですね。したがって、この会の説明から始めますが、その会を通じて、私自身が子供と関わってきたということの中で考えてきたことなどを、少し話ができたらと思います。最近代表を替わりまして、二代目の代表だったんですが、元々この会を設立されたのは関東の方で数名のお母さんが始めまして、私は会員番号10番ということで、参加はしていたんですが立ち上げに直接関わったものではないということと、代表を離れまして会計の方に回りまして、昔仕事で経理をやっておりましたので、かなり会も大きくなってきましたので、会計をちゃんとしなければいけないということでそちらに回ったという現状です。また中で説明さ

せて頂きますが、トップダウンで物事を決めるというそういう所ではないんで、しかも全国にまたがっているんですが、集まったことはないんですね。今会員が全国で300名弱おられます。始まったのが1996年位の本当に新しい会であります。

対象になっているのが、染色体に起因する障害ということで、私の子供は8才なんですけど、複数の染色体に転座と部分重複がありまして、市の障害者手帳一級と療育手帳Aということで、何とか寝返りができるかなということ位で、しゃべることができないということがあります。また、かなり重いてんかんで、なかなか思うようにいかずに、一日に何十回と発作が起きるといようなこともあります。この会なんですけど、全体で皆で集まらない、代表が何かを決めて下ろすということではなくて、代表というのが一つの代表という雑務をこなしていくということをやっている状況があります。代表が全てを掴んでいるかということとそうでもないことを付け加えてお断りしたいと思います。

それでは、ホームページを見ながらお話をお聞きいただければいいかなと思いますが、子供は就学前のお子さんが多いです。ちゃんと統計を取ったりしてないんですが、非常に小さなお子様がなくて、且つ非常に重いという医療的ケアを必要としてるし、一月に一人位のペースで亡くなれるというそういう状況ですので、親が動けないですね。子供は非常に小さくて重いということもあり、他の兄弟の問題もありなかなか自由に動けないと、交流もなかなか持てないという条件があるわけなんです。しかしそういう条件でありますけど、今の情報の進展とかそのあたりのことで、こういう会も可能になってきた。具体的に、どう会で活動してるかということ、一番大きなのは郵送交換ノートです。これは抄録にも書いてますが、ノートを郵便で回しています。300弱いますが、ノートの数は60～70位あると思いますが、数人位を目処に、色々染色体の番号の別であるとか地域別であるとか、色んなバリエーションありますが、そこで、

5人位でノートに写真を貼ったりして、次の人に送ると、それが5人ぐらいでやって回って返って来るということで、それですと家に居ながらできますね、そういう形で交流をします。だから会全体で何かをするというより、そういう場面を提供する、出会いの場のきっかけになっているというのが正確かなという感じがします。

もう一つは、メーリングリスト。メーリングリストをどこまでご説明する必要があるか解らないですが、ネット上で、リアルタイムではありませんが会議を行っていて、そこで何となく話が決まっていってしまうということです。本当に重要なことは、アンケートみたいな形でとりますが、日々の事柄は、メーリングリスト上で誰かが何かを提案して、それについての色々な意見が出て、その中で何となく話がまとまって決まっていってしまうスタイルを取っています。ですから、既存的組織ではなくて、皆さんがそれぞれ家にいながら、郵便であるとか、ネットを通じて交流を計っていく、それで、何となく運営されています。ただ、急激に会員数が増えてきて、これでは上手く行かない、組織をきちんとしなければいけない、ということが出てます。それでは、このレジュメに添って少し話をさせていただきます。

「しょうがい」についてということですが、これはひらがなで「しょうがいじ」と書いてあります。これは障害ということは、昨日の上田先生の話にも色々ありましたけれど、障害があるとか無いとかに拘らず、子供がいて、子育てをして、そこに家庭生活がある。色々しんどいこともあるが、楽しいことも一杯ありますよ、ということが基本にあります。しかし、それプラス障害とか医療の問題で色々な手助けがいる、という状況がある。「しょうがいじ」と平仮名で書くということは漢字の「障害」にマイナスのイメージとか、昨日の上田先生の話でいくと、一番古い時の還元主義的な「障害」のイメージを持つと、特に染色体に付いては、染色体異常という言葉がありますし、染

色体異常児と勝手につながってしまうことがあって、子供の状況に起因させてマイナス的に捕えるというイメージがあるということで、平仮名で使ってます。イメージとしますと、染色体異常等の医学書なんかに写ってる写真で目が黒く塗ってる写真と、家庭の中で子供がニコニコしながらやってる写真の違いみたいなイメージを思ってしまう。「しょうがいじ」と平仮名で書いたから色々問題があるかと思うんですが、異常とか障害という言葉に少し引かかるのかな、抵抗があるので、こういう言葉を使っています。

二つ目の点ですが、私の子供の場合、三カ月の検診で何か問題があるのではということで、検査の結果染色体に異常があると話がありました。その時感じたことの一つは、ある面で未知の世界に飛び込んでいくというか、何も分からないとか、この先何があるのか全く分からない状況の中に入ってしまうのです。その中で、忙しいとかバタバタするとか、色々な検査から始まって、色々な医療費の手続きがあって、児童相談所とか福祉事務所を通してやっていくプロセスの中でバタバタとする状況があります。そこで、一つは中々全体が見えないとかこれからどうなるのか、将来どうなるのか、全体の見取図がなくて、各セクション、セクションでの対応があって、且つその中で、早く訓練をしないと遅れますよという言葉だけが出てくる、その辺のしんどさを私が一番感じたことです。それに加えて、多くのお母さん方がおっしゃることですが、染色体異常の中でも特にダウン症のお子さんが多いですが、私どもの場合はダウン症以外のお子さんが大半です。例が無いとか、珍しいとか、私の場合も国内に例がないということで、海外では何かあるようだというような話があって、そういう意味での孤立感というか、「しょうがいじ」ということにプラスアルファこの先どうなるのか全く見通しが立たない中での状況があるという感じがします。そこで、何か情報を求めるようなことがあつ

て、本来は、例えば染色体の起因によることで集まることが本来的な在り方かどうかというのはそうは思わないんですが、ただ出発点としてやはり非常に希少である中で、まず同じようなお子さんはおられないだろうとか、その辺から出発して行かざるを得ない所があるのかなと思うんですね。こういうホームページがありますから、初期の段階で、生まれて一カ月とか何カ月、一年になるまで、問合せが多くあります。これは、今キーワードを入れると会が出てきて、そこに問合せができる。従来では考えられないことが可能になってきたことがあると思うんですね、そこで同じような状態のお子さんに知り合うことができ、ノートの交換などをする事によって共通のことを語れるという意味合いは、非常に大きいかなと思うんですね。ただ、これは一つの入口だと思って、その後やはり子供も大きくなっていく中では、必ずしも染色体がどうこうということではなくて、もっと地域とか色んな広がりを持った展開とか運動とかにつながっていかなければならないと思うんですが、ただ、入口からそこにつなぐためのステップみたいな意味合いは果たしているのかなと思っています。

次は、「支え合い」と「当事者」ということになってますが、この会は情報交換とか思いの交換などを通じての支え合いみたいな所を中心的に活動してると思うんですね。「当事者」からいくと、相談機関をやってるわけではないし、お互いに自助的なことをやってるわけではなく、仲間作りの一つの場となっているということですから、逆に専門家の方に対していうと、一緒に育っていくとか、子供と一緒に育てていくみたいな立場で、関わっていただけたらという思いを常に持っているんですね。色々なお母さんがたのお話の中では最初の段階ですね、染色体の障害等を言われた段階では、家庭も親も含めた家庭全体を見るような視点が、実際はできていないのかなという感じがします。

四番目としまして、あらためて、「地域」と「現物支援」と書いていますけれど、この会は全国レベルであるということと、全員が総会で集まることが無くて、ネット上のことなんかを中心的に展開してる特色があります。地域地域で、例えば四国のミニ集會みたいなことで、可能な方だけが集まるということはありますが、全国レベルで集まるようなことはしていません。そんな活動をしてる中で逆に地域ということ、これを考えざるを得ないというか、色々情報があっても、つながりがあっても、それだけで生活できないとか、やはり住んでいる地域がどうあるべきかとか、サービスの状況であるとか、その辺も地域性がありますし、本当に、問題解決はその地域内で解決していかなければならないものがたくさんあるんですね。私自身も地域での会等の活動もしていますが、それが無いと駄目だろうという思いが一点あるということです。もう一点は「現物支援」と書きましたが、自分だけで生活できないということになりますと、対人的なサービス、福祉サービスを始めとする物を受けて行かないと生活が回って行かないということがありますので、逆にネット上の話があることによって逆に地域の中での「現物支援」の重要性を感じさせられるということがあります。

最後に二点ありまして、一点は最初に申し上げましたけれど、最初の子供が生まれての段階の所で、なかなか重たくて先の展望も持ちにくいですが、子供が育っていくプロセスを何か見据えた、何か一貫した見通しみたいなものが持てるということが親にとっては励みとなるし、逆にその辺が無くて振り回されていくことの中で、親の方が子供を抱え込んでしまう状況を引き起こしてるのではないかと感じていますし、今後の課題として言っておきたいと思います。

二点目なんですけど、親の会をやってて、皆さん本当に子供が生まれて良かったと、色々あるが楽しいというか、たかが子供ですよという、そんな

メッセージを伝えていきたいということが凄くあるんです。そんな中で、染色体ということになると、今の技術の進歩の中でヒトゲノムとかあの辺の問題について、重たい問題として受け止めざるを得ないと思ってます。色んなレベルの話もありますし、色んなご意見もありますが、少なくとも、障害を持つ子供を安心して生めて、育てていける社会でなければいけないと思いますし、胎児段階での選別につながるようなことについての危機感というのがあることを少し付け加えておきます。とりあえず以上です。

**【司会（堀川）】** ありがとうございます。続いては、東京都調布市の松浦さんをお願いします。

松浦さんは、精神医療ソーシャルワーカーでしたが、心病む人たちが地域の中で作業をしたり、生活する場を作っていかなければならないということで、13年前から精神障害者の共同作業所「クッキングハウス」、現在は三つ目までできてるようですが、を作られています。資料でお配りした通信にありますように、正に地域の福祉文化発信にまで成長している状況をお話していただけたと思います。よろしくをお願いします。

**【松浦】** 皆様、今日は東京の調布から参りました、松浦幸子と申します。

「クッキングハウス」という名前が本当の名前なんですけど、なぜか「不思議なレストラン」と言われております。宅急便も「不思議なレストラン」が届きますし、調布駅を降りた方が直ぐ目の前の交番で「不思議なレストラン」はどこですか、と聞くとちゃんと交番の方が教えて下さるといふ、地域でも幸福の黄色いのれんを掛けたレストランですねということでお知らせしております。何故不思議かということをお話して、活動を紹介したいと思います。

まず、お客様が入って驚くのは、店員さんがとても多いというんです。20才から66才までの方々、皆さんが精神科の病院に通って精神科の薬も飲んでる方達が、「クッキングハウス」の場所を大切

な居場所として元気に働いておりますので、お客様が入ると沢山の店員が迎えてくれます。初めて入ったお客様は、こんなに店員が多くて、このレストランやっつけいけるのかな、給料は払っていいのかなと心配して下さる場所なんです。しかも勤務体制は超フレックスタイム制と私呼んでいますが、いつ来ても良いし、どんな風に参加しても良いし、どんな風に過ごしながらいつ帰っても良いという場所なんです。ですから、接客してるメンバーもいますし、寝てるメンバーもいますし、お喋りしてる人もいますし、今とっても辛いんだと私に訴える人もいますという場所です。だけど、なぜかそののれんを潜って来たお客様は、肩の荷を下ろしてとてもホットする場になってます。というのは、ここでは、本当に自分の生きてきた建前を全部下ろして、本音で語る事ができるからなんです。心の病気をした人達が店員さんですから、そんなに気取らなくていいんだとか、そんなに自分が一生懸命頑張ってるんだと、見せなくていいんだと、なぜか、ホットして下さる場で、皆さんが人生生きてる間に色んな辛いこととかどうにもならないことに会った時に、私達の場所を訪ねて下さって、ご飯を食べながら、その思いを語る場所になってます。例えば自分の子供がやっとなつ順調に大学に行って、良い会社に入ったなと思ったら、対人関係から心の病気になってしまって、どうにも動けなくなってしまって家の中に茫然とした感じで座っていて、そういう時に、お父さんは凄く建前があるから、早く会社に行かさなければ世間体が悪いとかいうんですが、お母さんは板ばさみになって、本当にどうしたら良いのか分からなくて、そんな時に「クッキングハウス」の場所を思い出してやって来て下さるんですが、そういう時に私達のメンバーが心の病気を全部体験していますので、泣きながら話をされた後、メンバーの誰かがどうぞと言ってタオルとか石鹸を差し出してくれます。そうすると、話された方が、顔を洗って、ああ来て良かったですよって

帰って下さる。そんな場所なので、私はこれは本当に普通の店にはなかなかない場所だから、「不思議なレストラン」だねと、言ってます。そんな活動を今、玄米食の家庭料理のお店をしながら、やっている日常です。夜の部もありまして、夕食の提供もしています。

この場所を始めてやった時の経過を話ながら、日本の精神科の医療と福祉の大変な貧しさ、遅れを少し話をしたいと思うんですが、今現在、精神障害者と言われてる方が217万人と言われてます。まだ入院なさってる方達が34万人もいます。その内の約10万人位の方達が、「クッキングハウス」のような形の、社会的なサポートをする場があればいつでも退院できるという方達なんです。ところが、そのような場所が非常に不足していることと、支えてくれる人的資源も非常に少ないということで、未だに入院を余儀なくされてます。その方達を「社会的入院」というんですけど、私自身が精神科のソーシャルワーカーになって、この活動を始めたきっかけは、「社会的入院」をされてる方々に出会ったということからでした。私が一番最初にワーカーとして出会ってマンツーマンでずっと支え続けてきた人が、18才から38才までの20年間病院で暮らした人でした。その病院から出て地域で一緒に暮らそうということを、私が病院に迎えに行き、切符を買って、街の中を歩きながら始めたんですが、最初は本当にどうして良いのか解らなくて、20年間病院で暮らしてきた、しかも高度経済成長の日本の社会の中で忘れられてきた存在になっているということで、その時私が思ったのは、人間として、ああ嬉しいという、貴方に出会えて良かったね、と思えるような感動と一緒に味わいたいと思いました。それしか私がやってあげられることがないという所で、とにかく街の中を一緒に歩きながら、一緒に食事をしたり散歩をしたり繰り返すんですけど、そういう付き合いをする中で、精神障害というものは、長い入院体験とか、家の中に辛い状態で閉じ

こもった期間が長かったものですから、とにかく、あの人に出会えたから良かった、あの人に出会うためもう一步外へ出て見ようという人間的な感動みたいなものを、お互いが感じる以外に方法が無かったという所からスタートしました。

付き合っているうちに、いつまでも街の中をほつき歩いているわけにもいかないな、というところで、自分の街にも何も無かったものですから、「クッキングハウス」という場所を開いたんですが、そこで何をしようかと思った時に、やはり食事作りが一番良いかなと思いました。なぜかというと、私が長期に入院してた方達と一緒に街を歩いていて、一緒にレストランに入りご飯を食べると、病院が長いですから、皆さんが出された料理をあわてて2、3分の勢いで、美味しいも不味いもなく凄いな勢いで食べてしまうんです。誰も取っていかないからゆっくり食べていいのよと言っても、癖になったのよと言って、凄いな速さで食べてしまうのです。それから、私が病院でデイケアをやってみて、一緒に料理を作って、例えばここにメインのサケのフライがあって、こちらの方に味噌汁とご飯があって、「いつでもおかわりはできます」と言うのと、メインの料理はこっちに置いて、ご飯と味噌汁の方をものも言わずに食べて、走っておかわりをする。隣の人に貴方おかわりするとか、聞くこともないということを見まして、ご飯を食べることを一緒に楽しくやれたらいいな、ご飯を食べることって、人と人とが気持ちよく繋がる文化の目安になるし、誰にでも分かってもらえるし、誰にも差別がなくて喜んでもらえるし、ご飯を食べる活動から始めるのが一番良いかもしれないと思ったんです。それと、やっと退院しても一人でホカホカ弁当を買って来て、一人のアパートで食べていると寂しくなって、孤立してまた入院してしまうという率も高かったものから、再発しないために一緒にご飯を作って食べようという場を始めたわけなんです。

それをずっとやっておりまして、私自身が大変

な発見をするというか、私が病院で見ている時は、本当に眉間にしわを寄せて、堅い顔で同じような服を着て、同じ柱の影にじいっと座っている人が、私の開いた「クッキングハウス」に来る時は、綺麗なブラウスを着て、口紅も付けて、バックを持っていそいそとやって来て、ドアを開けたときには病院では見たことのない素敵な笑顔をされるんですね、本当に同じ人なのかしら思うくらい、素敵な、本当にこれからどんな楽しいことがあるのかしらと期待する顔でやって来るんです。心の病気というものを持っていても、もしかして私達まわりの人達はその人の健康的な面とか、人間らしい面とかを一杯発見して、そこに働きかけていったら、その病の部分は相対的に小さくなるのではと発見しまして、それからは、会った瞬間からその人の良いところを見つけるということを私自身のモットーにしながらやって来ました。今まで病気をして、自分は駄目なんだと凄い挫折感と凄い孤立感の中に居た方達が、今のままの自分で受け止めてもらえたんだ、今のままのこの自分が凄く好きだと思ってもらえてるんだ、という所から、本当に安心して自分らしさを取り戻して来るという、そういうプロセスでやってきました。

こんな素敵な人達をもっと市民の人達に知ってもらいたいなと思ひまして、レストランを開いて、今最初にお話したように「不思議なレストラン」という場になってるんですが、今まで心の病気をした人、そのために障害を持った人達は、遅れた医療の中で沢山の薬を飲んで、何もできない人のように思われていたんですが、そうではなくて、人間的に凄く温かい素敵な接待ができるのだということ、レストランをすることで私自身が学んで、当事者達も自信を持つことができました。こういうことを通じながら、これからはやっぱり当事者の時代なんだと思ってます。心の病気をした当事者達が、特に今まで解ってもらえない、偏見をもたれている中で苦しんできたわけなんです、周りが解ってくれないから外に出れないと思うん

じゃなくて、自分のどこが辛いのか、どうして欲しいのか、どうしたら私達の夢が叶うのかということ、自分の表現で、下手でもいいからそれを表現することが大事なんだということで、私達の中では自分の思いを表現しようと、今はそこにごい活動の重点をおいてます。単なる表現しようと言ってもそれは、できるわけではないので、今はSSTという、ソーシャル・スキルズ・トレーニングというのですが、相手を傷つけないで自分の気持ちをきちっと伝える練習、これは練習すればするほど上手くなります、今は一生懸命練習しながら、当事者達が自分の思いを表現することが上手になってきてます。

まだまだ遅れてはいるんですが、精神障害者の分野が遅れているということ、それを却って夢のある部分だと思ってます。遅れているから、自分達で自分達が楽になってマイペースで自分らしく生きて行けるような方法、自分達で切り開いて道を付けて行けるから、21世紀は夢があって、夢に向かって当事者達が自分の気持ちを語るための練習をしようとして一生懸命やっているところです。人の一生の中で、誰もが心の病気になるかもわからない時代です。これは、特別な人が特別になる病気ではなくて、人生の途中でいつか自分が力の限度を出し尽して疲れたなと思った時、職場の中でリストラがあったり、結婚、出産の時にとっても辛いことがあったりとか、病気にならないとは限らない。そんな時にこんな居場所があったらいいな、そこで当事者達が自分の思いを本音で語れるような、そんな場所になっていたらいいなと、思いながら今毎日活動してます。時間になりましたので、後で補足説明をします。ありがとうございました。

**【司会（堀川）】** 5人のパネラーの最後になりますが、東京の櫻田さんをお願いします。

櫻田さんは、現在は評論家として、文芸春秋とか産経新聞等で活躍されていますが、本年6月迄は、衆議院議員の政策秘書を7年間勤めていました。元々の専門は外交とか安全保障の方面だそう

ですが、自身の脳性麻痺の経験の中から、福祉政策から自助努力支援政策への転換ということを提言されておられます。よろしくお願いします。

**【櫻田】** 紹介頂きました、櫻田でございます。紹介頂いた通り、私7年間政治家の政策秘書をやっております、今年の6月に私の努力不足かもしれませんが、私が仕えていた議員が落選してしまいましたので政策秘書を辞め、今は評論家として、色んな所に原稿を書いて生活しています。紹介頂いた通り、私は元々外交とか安全保障をやっている人間でして、福祉政策について基本的に大学とかで勉強したことは全くありません。もっぱら、私の実体験でものを言ってるだけですが、何故か評論家と言ってるからには、お前もこういうことで何か喋ってくれと言われることが多うございまして、まあ、福祉ネタ、福祉ネタというとな変な言い方かもしれないけど、色々と議論させて頂いています。私が福祉ネタで一番最初に書いたのは、2年前にTBSの番組に「聖者の行進」というドラマがあり、知的障害の方のことを扱った番組であったと思います。私その番組を論評してくれと頼まれ、これは、ちょっと酷い番組だと、とんでもない番組であると、障害者を扱ったドラマとしては、恐らく史上最低の部類に属するであろうと書いて、後でTBS方面からえらい嫌われたということがあります。昨年「五体不満足」の著者である乙武君について書きました、これは、五百万も売れるようなものじゃないだろうと書いたお陰でこれも乙武君周辺に結構嫌われていると。今年の1月頃視聴率30%を記録した「ビューティフルライフ」という番組がありました。木村拓也と常盤貴子、またまた、同じことを言わせるだろうと思ったんですが、あれは、もしかして、木村拓也がハンサムな男でなくて、出川哲郎のような芸人であるとか、もしかしたら、常盤貴子が山田花子とかであったら、30%いったかなと、いうことを書こうとしたら、ちょっと、これは、代金が貰えないのじゃないかと言われてまして、原稿としては受けられないと言われてま

した。評論家というのは喋るのが職業でございまして、嫌われても何されても、とにかくいうことをいうことです。

これ迄は、馬鹿なことを言ってきましたが、これからは真面目な話をさせていただきます。メディアの世界では、障害者に対して、固定観念がございまして。実態を見ないで、思い込みで作っていることが結構あります。どうしてこんなことが起こるのか考えた時に、社会の中で実際に仕事をしている障害者の方があまり多くない、これが原因だということになってます。「障害者の社会参加」と言われます。この言葉はよく言われる言葉なんですが、何をもって社会参加というかと、もう少し考えて頂きたい。日本国憲法第25条では、障害者だけではなく、一般者にも言っていますが、「全て国民は、健康的で文化的な最低限度の生活を営む権利がある」、これが憲法25条です。これが本になって日本の法律ができ上がってます。だが、僕はおかしいと思います。日本国の国民である限りは、皆さんご承知の通りで、勤労の義務とか、納税の義務とか、教育を受けさせる義務があります。障害者の方は、年金を貰って生活をされてると思ってる方が一般的には多いと思いますが、働いてないのは、障害者は国民じゃないのかと、逆の言い方ができると思います。つまり、障害者であっても、日本国の国民である限りは、きちんと納税の義務を履行させると考えないと、おかしい議論になる。これが全ての基本であると、僕は考えております。

さて、皆様のお手元に配ってますパンフレットに私が63ページ以降に書いてますけど、何が障害者の社会参加を阻んでいるかということ、私は恐らく、二つの要因があると考えてます。一つは、多様な人間の能力を生かすシステムがまだ、日本ではできてないと。つまり全ての人々に同じことをさせることが、この国のシステムでございまして。おそらく、サラリーマンの方々は9時から5時まで働くというのは当たり前だと思ってる方が多い

でしょう。しかし、何故9時から5時まで働かなくてはいけないのでしょうか、こういう時間の決め方がどこにあるのか。何でもできる方は立派な方だと思ひ込みがある、つまり、一般の企業の中では、総務も営業も会計も何でもできるのがよい社員だという思ひ込みがあります。このことは、ちょっと障害者の方には、ある一方の特定の知識であれば、何でもできるはずなのに、なんでもかんでもできる、やらせるということによって、かえって仕事ができないことがかなりある。あと、もう一つですが、多様な人材を育成する仕組みは、日本にはあまりできてない。よくよく考えて見ると、今の小学校から中学校、高校、大学は、僕の見たところ、学者とか官僚を育てるのに良いシステムかもしれませんが、その他の仕事をしてる方にとってはあまり良いシステムではないと、こういう持論があります。そこで、一つ考え方を提案します、この社会は色々な役割を持った人で動かされていると思うんです。ところが、同じ役割を背負って生きてる方で動かされる社会はあるわけがない。それぞれ、人は違う役割を背負ってます。サッカーの例で言えば、ゴールキーパー、ディフェンダー、ミッドフィルダー、フォワードとちゃんと役割が決まっています。ならば、今の日本のシステムを例に取ると、ミッドフィルダーだけで社会が動いている、システムになっています。もしかして、障害者の方はゴールキーパーだったら、意外と能力が発揮できるかもしれないということがあるにもかかわらず、そういうことになっています。これから、色々物事を考える際には、この人には、いったい、どの様な役割を与えればきちんとした仕事ができるのか、もう少し、社会の中で考えておく必要がある。

私、政治家の秘書をやっておりましたが、政治家の秘書は、皆さんのイメージからすると、政治家の後ろにくっついて、色々な所に行って、陳情者の世話をしたり、企業の方には、政治献金よろしくお願いします、ということが仕事だと思って

る方がかなり多いです。でも、私はそのような仕事を7年間やってません。もっぱら政治家の頭でする仕事、つまり、その人を使う上の人々がちゃんと物事を考えていけば、その人に相応しい役割を与えようという意識があれば、障害者の社会参加が実現できる、こういうことをきちんと考えておく必要があろうかと思ひます。これからの世界は情報知識が発達してますので、色々な所を歩き回らなくても仕事はできます。私も現に自宅に居てインターネットを見ながら、海外の情報を取るのが仕事です。今も評論家としての仕事はだいたいそういう仕事です。あまり、こういう事をしなくちゃいけないとか、始めから考えないで、こういうことは考えればできるだろう、人間の使い方に関するイメージを豊かにすることを先に考えるべきだ、と私は思ひます。

後、ちょっと考えたんですが、介護の問題です。介護というのは、今、介護保険とか色々出てきましたけれど、根底的に、仕事をさせるための介護という発想は、私は違うと思ひます。つまり、年老いた方に、まあ仕方ないから、サポートしてあげましょうという精神でやってるとしか思ひえない。介護される方が、介護する方を雇うというかたちにして、それを行政がサポートする形をもう少しやってくれないかと僕は考えてます。最近アメリカでは、特にニューヨーク州では、障害者をサポートする介護者は、州政府とその障害者が分担して雇うということになってます。つまり、介護を受ける障害者の方からすると、介護をしてくれる人に対する報酬を支払うために、一生懸命働かなければならないという動機付けになってるんです。こういうことはもう少し日本でも考えた方がいいなと思ひてます。時間が無いので、後一件だけ申しますが、リハビリテーションということを考えるときに、今まで障害者の障害者による、障害者のための議論に終わってる所がかなりあったんで、今後は考え直して欲しいと思ひます。もう一つ、それぞれの人々が、自分の能力をどう発揮して生



きて行けるかということを考えるのが基本だと思  
うのですが、これに関しては、障害者、健常者と  
あまり分けなくて、考えたほうが良いなと思っ  
ています。あまり、長々と話をするとなりの議論に差  
支えますので、私の議論はこれで終わります。あ  
りがございました。

**【司会（堀川）】** ありがとうございます。それ  
では、5人のパネラーの方の一通りの発表は終わ  
りましたので、ここで5分間休憩をとります。休  
憩再開後は最初述べました三つのキーワード、テ  
クノロジー、ネットワーク、コミュニティーに添っ  
て討論をしていきますが、パネラーの方達の協力  
で、討論時間もありますので、フロアの方から  
も是非発言を頂きたいと思っています。ただ今か  
ら用紙を配りますので、発言を希望される方は、  
発言の簡単な主旨と所属、お名前を書いて、係  
者にお渡し下さい。5分の休憩とします。

**【司会（伊藤）】**

それでは、前半のパネラーの発表を終わしまし  
て、後半のディスカッションに入りたいと思いま  
す。「21世紀に夢をつなぐもの」と題しまして、  
先程申し上げました通り「22世紀の夢をみて、21  
世紀の現実を語る」という視点から、できるだけ  
現実的な夢を語りたくて、そんな風に思います。  
キーワードとして、テクノロジー、ネットワーク、  
コミュニティーという三つのキーワードが出てい  
ますが、この点を中心にディスカッションをして  
行きたいと思っています。時間が1時間と15分あり  
ますので、1時間ほど、舞台の上でパネラー同士  
の話をさせていただきます。

では、最初はテクノロジーの所から入りたいと  
思います。テクノロジーは間違いなく21世紀、大  
きく改革をされていくだろうと、例えば、ロボッ  
トの話が出ましたが、今後は今までのような器具  
ではなくて、コンピューターの制御による様々な  
機械が開発され、私達の生活は大きく変わって  
いくと思います。それは、恐らく障害者の方々の生  
活を変える大きな力になるはずで、機器を利用

した生活は、対等な人間関係を創る上で大変大切  
なことだと思います。それは介護をする人、され  
る人という関係ではない、対等な関係を創り出し  
る条件をもっているからですが、ただ、コンピ  
ューターのマニアになってしまって、閉じこ  
もり症候群が起こるとか、人間の温かい関係を失  
ってしまうのではないかと、そういうような危惧も  
あります。その辺について関係者のご意見を頂  
きたいと思っています。光野さんからお願いします。

**【光野】** 以前、こんな話がありました。一つの  
事例ですが、筋ジストロフィーの人達の病棟があ  
りまして、その中で浴室をどうするかという計  
画をされてまして、そこへ、私意見を求められた  
ことがありました。私はスウェーデンの介護の現  
場で実習させてもらって、入浴用のリフトは当  
前に使っていましたし、日本でも先駆的にリフト  
は使われてた。お風呂のリフトがそこでは、使  
われてなかったんで、僕もすぐに、リフトは使  
わないんですかと話をしたら、うちでは、一種  
のタブーなんだと、入浴の介助は人がやるも  
んで、機械を使うことは、ここの入院の人達は  
駄目だと断られるんで、これからは暫く使  
わないでしょうという話でした。僕はその話  
を聞いて、色々思うんですが、少なくとも日  
本の場合には、機械を使うことによって、何  
か失われていく物への思いは、日本人に強  
くあるなと感じます。目的と手段がそこ  
では、ひっくり返っていくんですね。本来  
自分はこういうことをやりたいと思った  
時に、ベストな手段が何なのかなとい  
うことになるだろうと思うんですが。た  
ぶん、その病棟の利用者達は、入浴の  
時間がその人間関係を創るベストの場  
所、憩いの場所だったから、そこが機  
械化されることはない、となったん  
だろうと理解せざるを得ない訳です  
が。答えから言いますと、利用者が選  
べる、選択できると、急いでいる  
ときは人手が良いのかもしれないが、  
時間が十分有れば、自分でリフト  
を操作して、お風呂に入ることも  
できる、逆もありうるかもしれませ  
ん。目的は何なのかとい

うことに対して自分で手段を選ぶことができることが大事です。だから、介助のための食事用ロボットも一部開発が進んでいるようですが、そのような物が無差別に、「これができたから、障害を持った人達の介助は全部これに置き換えられる」と言われますと、非常に困る人が多いと思いますし、不愉快な人達も出てくる。だけど、そういうことがあることで、少なくとも人をお願いして食事をその人のペースで食べさせられて、当たり前になってるといふ人達の場合、もう一度自分で取り直すというのに、食事ロボットが役に立つなら使うだろうし、あるいは自立的な生活はこうである、と自分が思った中で、食事介助用のロボットを利用するのも一つかなと思います。選べるということが大事なわけで、両方必要だろうと思うんです。私たちも体のために健康にと言っただけジョギングする方もいますが、その人は平気で煙草を吸って、煙草を買いに近くの店まで、車を飛ばしてると、そういうことを選んでやっているんですね。そういうことは、障害を持つ人に対しても同じことなんだと思います。これは足の悪い子に電動車椅子をいつ与えるかという話で、皆さん随分議論された問題だろうと思います。

**【林】** 昨日だったと思うんですが、視覚障害者の方のITのネットワークの中で、アメリカでいよいよ、眼底にITのチップを埋め込みまして、画像をキャッチして物を見える手術に認可が下りたというニュースが流れてました。私達、肢体不自由の方で関心が高いのは岩手、仙台の方だだと思えますが、実験をされています。体内に電極を埋め込んで、神経を刺激して、筋肉を動かすという形です。私達にとっては、ロボットというのは埋め込み型がメインでして、体外で呼んで来るものではなくて、脳で思考した、すぐに可動する物が現在主流になってるITの使い方になってきてます。その点、日本のメーカーは非常に先進的ではありますが、介助者がロボットに置き変わる思考でして、私達は健常者と同じように、自分のこの体を

コントロールしたいという強い願望を持っていますので、アメリカのように自我の強い国では、最初からそちらの方向で進んで行った。国民性の違いはあると思うんですが、いま私は体外でパソコンを使っていますが、最近ではウェアラブルという、洋服のように装着できるパソコンが話題になっています。それは、障害者のためにアメリカから発展したもので、私自身も背中にコンパクトなマシンを入れて、仕事の時はこの大きなマシンを使って、と使い分けをしていますので、段々とコンパクトになりいずれは体内に組み込まれて、仲間内で話すのが、恐らくスタートレックのように最初に宇宙に出るのは私達だと、機械が埋め込まれて、最も宇宙空間に適合してるんじゃないかな、という話が出るくらいの感覚で受け止めています。その点で言いますと、今の使いにくいパソコンは絶対あってはならない姿ですし、SONYから出ました新しいTV兼用の持ち運びできる液晶の画面のような、冷蔵庫に液晶がくっついてる、それがパソコンである、インターネットであるというような、家電型のパソコンの発展は非常に強い関心を持って眺めています。

**【櫻田】** 今の障害者にとって選べることが大切だという話は、私にとっては当り前の議論でありまして、ただ、選ぶためには主導権はこっちにということで、我々障害者自身が、金を持っている必要があるということで、先程私が話した、自分で税金を払う立場にしようというのが私の議論の前提でありまして、即ち経済の問題でいうと需要に合わない供給になってるんですね、つまり、サービスはあくまでも、需要に合うことが前提ですから、そういうことをいうために、障害者の方が自ら働いて金を持っていること、あくまでも、今までのように、福祉のサービスの一貫として物を考えていくと、選びたくなくても、これはサービスだから選べなくなるということになる、これは、きちんと考えて頂く必要があろうかと思えます。

**【鶴野】** 私達の親の会とテクノロジーの関係は、

通信というかインターネットを通じての情報交換になるかと思うんですが、一番大きな問題が、アクセスできない人ということがありまして、会員の多くは、ホームページから入るということで多くは入れるんですが、やはり違う形で入る方もあるんですね。今ネット上の会議を編集しファックスでも見れるような形の物を少しやっています。それで、どういう話がなされてるかということがファックスでも見れると、何か書きたい場合は文章を書いてファックスで送ると、ある方が入力をして、ネットに上げることをしてる。私が地元でやってる会ではメールアドレスを持ってる方、2～3%位ですね、ですから親の方をどう繋げられるか、特に染色体障害について本当に一部の人しか繋がられてないということがありますで、そこをどうやっていくのか課題かなと思っています。

**【司会（伊藤）】** ありがとうございます。いずれにしてもテクノロジーの発展は、我々の生活を大きく変えていくと思います。その中で私達自身が自立してませんと、精神的な自立がないと、逆に機械に使われてしまう結果になりかねない。また光野さんが言われた、選択ができることは当然のことです。しかもそれが当事者の選択でなければならないと思うんですが、そのためには、選択ができるほどに開発されなければならないし、量も増えなければならないでしょう。皆が使ってくれない物は増えないですし、そういう意味でお互いに依存し合ってる介護の状況では、機械は売れないという問題があります。今度の介護保険では4兆3千億円の額が導入された、これによって企業はそこにぱっと目を向けた、それはいいんですが、殆どが人的介助にサービスが片寄っているわけですね。それは将来的に何の展望もない、自立と言う視点からみると生活スタイルを変えていく力にはならないわけです。今後は介護保険が見直されて、もっと福祉用具や環境整備の方に目を向けた方針になって行かなければならないんじゃないかと、私はそう考えています。テクノロジー

の話ですので、河田先生何かご発言ございますか。

**【河田】** 高知工科大学の河田でございます。このパネルディスカッションの企画に私も参加させて頂きまして、色々議論した結果が、先程の三つのキーワードであったのですが、そのようなことを踏まえて、私どもはどちらかという、実際の技術に関わって何かハード、ソフトにせよ何かを実現することをやってるもんですから、一つ見て頂くのがいいんじゃないかということで、現状で不満足な所が沢山あるんですが、一つは情報ということでNTTにお願いし、インターネット等の展示をさせて頂きました。もう一つは、私達の工科大学のほうでやっています、福祉、健康、介護といったものを、今このような研究を手がけていることを、見て頂いたんです。

そのような研究の前提になるのですが、最近のDNAの研究とか制御理論等の研究でも言われてきたことなんですが、異常があるから正常が保たれるということになって来ているんですね。どっか違う所がないと正常な状態が維持されないということになって来ます。DNAでも同じように、異常のDNAが出てくるようなシチュエーションがあるから、大多数のDNAが健康でおられる、そういう考えがあるわけです。もちろん障害となると先天、後天色々あるんですが、障害者がおられるから、健常者の生活があり得るということであるし、また障害者がいない生活というのでは、健康な生活は営めないことになると思います。そのようなことを考えていくと、障害者の方を含めて、健常者を含めたそういう生活が成り立たないといけないですが、そのためには、障害者が自立できるようなシステムが必要になると思うんです。それを実現したいということが私どもの技術に携わる者の考えであろうかと思えます。

その支援を考えて見ますと、一つは社会的な支援と道具としての支援の二つがあります。社会的な支援になりますと、これも二つあって、一つは、情動的な支援、つまり自分の手と足を動かさなく

でも、どこか遠くの方で何かの情報が掴める、何かのことができるようなことと、もう一つは物理的な制約のある所で生活することの支援の二つがあります。一番目の情報の支援ということについては、今インターネット等が出てきてる訳ですが、お話のように、インターネットを利用できるがために普通の方以上の活動ができる、あるいは連絡が取れることがある。今のインターネット或いはコンピューターは、非常に不完全な状態です。説明書を読んだり勉強しないと操作できないのは、非常に不完全な機械である。これからは、より使いやすい形になっていくと思います。それで、先ほどウェアラブルという話がありました。携帯電話のIモードがそれに近くなって来てるんですが、そういう仕事が段々とできてくるであろう。それで、地理的な制約、物理的な制約無しに、日本全体あるいは全世界のどこででも同じように連絡が取れ、仕事ができる状態になって来ることがある。

二番目の地域的な問題、物理的な問題、これは実際の人間である以上、どこかの空間で生活はしなければいけない訳ですが、やはりコミュニティーが大変重要ではと考えます。先日地元の新聞を見てますと、主婦が老人をはねる記事がありました。よくよく見てみると、72才のおばあさんが運転した車が82才の人をはねた、これは高知の典型的な交通事故だと思ったんですが、何故そんな事故が起きるかという、72才のおばあさんも走って回るほど、周囲の生活環境は整ってない。82才の方も危険をおかさなければ買い物にも行けない。これは、非常に不完全な状態だと思うんですね。世の中は、集中から分散になってるんです。コンピューターも以前は、大きなコンピューターが一カ所あって、そこで全てをやってたんですね。だが、今は全部パソコンになってるんですね。発電もそうであって、従来どこかに大きな100万と200万キロワットの発電所があったのが、これからは、マイクロガスタービンという物で、事務所や工場の横で発電する。それがずっと経済的であるとい

うふうになってきております。世の中は集中から分散になって来てる、私はいずれ、人間生活も集中から分散になると思います。例えば、東京とか、高知県は高知ですか、そこに一極集中してるのが、分散して、分散した中でコミュニティーが維持され、そこで買い物であれ、生活が安全に、快適に営めるような、そのような在り方を考えていかなければならないと思います。未だ十分でなく不完全な状態ですけど、例えば、非常に小さな電気自動車があって、コミュニティーの中を回っていける、そういう道路環境になってれば、そこで安全に買い物ができる、生活もできる、移動もできるようになると思いますし、またそういう物と情報が補完しあって、そこでは買えない、買いにくい物があれば、インターネットとか他のシステムを利用して、品物が選択できて、宅急便とかで家に届く、そんな分散型のコミュニティーの在り方は、今の技術で考えて行かなければならないことであろうし、考えが徐々に出てきてると思ってます。電気自動車の開発、マイクロガスタービンなんかは、それに近いんじゃないでしょうか。

今までは社会システムでしたが、もう一つは道具としてのシステムが、これから研究をしていくことが益々活発になって来ると思うんです。一部は私どもの方で展示してありますが、福祉とか介護をなされてる方と話をしますと、人を相手にしたところに、機械とか、自動化とか、ロボットとかを持ち込むのはけしからん、という話はよくあるんですが、少し違うと。先程、光野さんから選択の話がありましたが、ご飯を炊くことを考えた場合に、昔は午前4時に起きて、薪を割ってお米を研いで、ご飯を炊いたわけですが、今は、お米も無洗米があり、炊飯器で炊けます。また、初期の炊飯器は、単に熱して炊くだけでしたが、今は誘導加熱とかコンピュータ制御とかで、非常に美味しく炊き上がります。そのように、道具とは進歩してくるものです。それをどの様に使うかは人の問題であって、勿論薪で炊く人もいるかもしれな

いが、しかし、炊飯器で炊いたからけしからんということではない。同じように、福祉・介護の分野の機械は、当然人のことは考えて行かなければならないが、機械を持ち込むことはタブーであるということはおかしいと思うんです。

但し、今技術でとかく福祉介護機器というと福祉機器産業の分野は何兆円のマーケットであるとか、機械をこのように開発するから、通産省からお金が出るとか、何か産業よりの話がありますが、それは、本末転倒なはずなんです。やはり、それを使う人が最初にあって、そのような要求があるがこそ、道具が必要なんだと。そのためには、こんな開発をしなければいけない、そうすると、物を生産するには、どうしなければならないかということになるのではないのでしょうか。その反対側からいくというのは、おかしいのではないのでしょうか、基本的には人の方から考えて行かなければならないと思うんです。それさえ考えて行けば、先程の機械と人との関係は自ずから解決すると思います。

その中で、道具として、コンピューターというのが、これは、情報ネットワークという非常に重要な地位を占めてるわけで、これからますます発展をしていくんですが、同じように物理的な生活を支援する道具は、今の段階では、インテリジェンツな物が少ない。先程の炊飯器でいうと、電熱線があるというのが今の福祉介護機器の状況だと思いますし、それにマイコン制御やコンピューターが入ってくる。それが、もっと小さくなったり、軽くなったり、使いやすくなって来ると、それが今後道具として支援する機器の課題ではないかと思ってるんです。そのような研究開発を進めていくには、人が重要です。人を無視しては駄目。今までの工場の中の機器であると、これは、感情を持たない物であるから、どう扱っても壊れなければいいんですが、人はそれではいけない。感情を持ってますし、感情も人によって違う。持ち上げ方でもこの人にはこんな持ち上げ方、もう一人の

人はそれじゃあ困るということがあるので、どうやって考えていくか、汲み取っていくかが重要だと思います。今の技術は、人というものをあまり考慮に入れられてない、一部人間工学のように研究はされてますが、人の研究は十分じゃない、人と技術との関わりが未だ考えられてない、これが今後重要になってくると思います。それは、技術者だけで考えていては駄目で、現場の方の意見を伺わないといけない。現場の方から、どんどん意見を出していただく、福祉介護の現場もあろうし、障害者の方もあります、その方々からどんどん意見を出していただいて、技術はこうしなければならないという姿を共に作って行かなければならない、と思ってます。以上です。

**【司会（伊藤）】** 学習しなくても簡単に使える機械、いずれはそうなるんでしょうが、それは先の話で、今はコンピューターはそこまで行ってません、その間に私たちは死んでしまう。テクノロジーの問題はいつもそうで、新しい機器の開発には一定の時間がかかりますから、時間的な誤差がいつも起こります。それは仕方のない話です。いずれにしましても、人が道具を使うんだと、このことをきちんとおさえていかないとまずいのではないのでしょうか。20世紀は科学技術の一人歩きと批判されるくらい技術が進歩しましたが、逆に、それに見合う哲学が遅れをとっているという意見があります。21世紀はそうではなくて、私たちが、きちんと道具を使える、そういう哲学をもって道具が使える、そのような時代にしていかなければならないと思います。

テクノロジーの話はこれくらいにして、これを基盤に、ネットワークの形も大きく変わってまいりました。続いてネットワークについて、少し掘り下げてみたいと思います。ネットワークについてご意見があれば、どうぞ。

**【林】** 私達企業組合なんですけど、企業組合というのはあまり有名ではありませんで、最近ではワーカーズコレクティブという方が通りが良くなって

いますが、他の組合とかなり違う組織体をもって  
ます。他の組合は全て事業者が参加できるんです。  
ですから、商工組合であれば商業を行っておられ  
る事業者の方々、事業協同組合であれば同じ事業  
に携わっている事業者の皆様が参加できる組合で  
す。障害者の場合、就労に至る状態まで来ていな  
いために、事業者であるという資格を取られてい  
ない人が、たくさんいらっしゃるんです。技術は  
持つてるけれど、仕事を取れないので仕事をした  
ことがない。という何とも情けない状態になって  
いるんですけれど、それらの人々に関しては、今  
の事業協同組合による集団の自営や、また協業組  
合や商工会のような連合体は形成できないという  
事情がありました。そして、まして私のようなの  
はまだ軽度のほうですけれども、私どものスタッ  
フの中の呼吸器をつけた人を、どこの企業が雇っ  
てくれるだろうか、在宅が条件であるけれども、  
その在宅で雇うという人がどこにいるだろうか  
という問題もあります。そして、在宅であって雇用  
されたとしても実はフェニックス等の監視カメラ  
がピタッとはりついてるんですね。ちゃんと働い  
てますという証拠を残さないとなりませんので、  
監視カメラの下で一日6時間、決められた時間帯、  
さきほど櫻田先生がおっしゃられた朝9時から夕  
方5時まで沿って働かされるんです。とすると、  
場合によっては3時間ずつに分ければ働いた人も  
連続6時間という規定が入ってしまったために就  
労できないという、幾つものネックが存在して  
ます。

これらの点を一気に解決できる方法をないかと  
考えまして、まず、事業者としての資格がなく  
ても参加できる法人格はないだろうか。つまり、  
会社組織のように普通の一般人ですね、大学卒業  
されて何にも技術の無い方々が参加できる組織  
体はないかと考えまして、見つけたのが企業組  
合なんです。これは、同じ組合法の中で管轄され  
ているにもかかわらず唯一個人が参加を認めら  
れている組合組織です。そこに参加しました組合  
員は、企

業組合という名前の通り、企業に雇用された状  
態で社員になります。つまり、株主イコール社員  
状態で、合資会社とか合名会社に近い組織体な  
んです。但し、合資会社や合名会社は無限責任  
ですね。何か失敗したら、全額を自分で返済し  
なければならぬんですけど、企業組合の場合  
は有限責任で終わります。私は、代表理事とい  
う立場で、会社社長に相当する立場であり、組  
合員として一社員、平社員に相当する立場であ  
り、そして株主に相当する立場をもっている、  
ということなんです。この雇用というものから  
発展いたしまして、通常の企業組合の場合  
は、雇用保険に近いシステムが働いていまし  
て、それぞれ失業に関して保険に関するサー  
ビスが受けられます。そして、私どもの組  
合員に対しても同じようなサービスを提供いた  
します。それは、在宅で働いてるメンバーに  
対して、雇用してなおかつ、保険などのサー  
ビスを提供するわけです。

最後に企業組合の特徴として、他の組合は地  
区内のという限定がつきますが、企業組合は  
地区内というのがないのです。普通ワーカー  
ズコレクティブが利用されるケースというの  
は、地区の高齢者の方々、地区の農家の  
おば様方が連合を取られるんですけど、  
ちょっとそこらへんの穴を利用して私  
どもは、全国各地に点在している組合員  
を結んでしまえということで、恐らく  
日本で唯一の形態だと思います。在宅  
であること、インターネットを使った  
就労体制をとっていること、そして、  
それが障害者であるということ、あ  
らゆる点で珍しい企業組合というこ  
とで、今、注目を集めつつあるん  
ですけれども、こんな形での雇用政  
策も可能だということ、ネットワー  
クを使ってできる雇用システムであ  
る、という点を知っていただけたら  
な、と思うんです。今後、障害者の  
在宅でしか暮らせない、そして雇  
用を希望される方々に、自分たち  
で企業組合を作って、ネットワーク  
を使って、全国的に網を張ること  
も地域的に網を張ることも可能  
なんだ、ということを訴えて行け

たらな、と思っています。

**【司会（伊藤）】** ありがとうございます。河田先生がおっしゃた分散型の生活ができる仕組みですね、これはテクノロジーの発達の産物だと思えますけれども。そうすると今度は、これに対する法律のほうの整備もしていかなければならない、いろんな形態でそれができるようにならないといけないかなと思うんですが、この件についてまだ発言したい方いらっしゃいますか。

**【松浦】** これもやっぱりネットワークとして大切のかな、と思って発言したいと思うのですが、「クッキングハウス」では毎月一回公開の紹介会というのをしていますが、レストランも毎日やっていてオープンなんですけど、こちらの毎月やっている紹介会は、全国から集まっていますね。全国の家族の方、当事者の方、関係機関の方、学生の方とか集まっていますね。うちのメンバー達が自分の思いを語るんですね。それを、参加した方々が聞いて下さって、そこに集まった人たちが、お互いに初めてなんですけど、いろんなことを語り合い、自分たちの活動を交換しあい、まだ何も始めてない方達も、自分が何をどう始めたらいいのか、というアイデアをもらったり、まだエンパワーメントされてない方達は、「クッキングハウス」の紹介会に参加して話を聞き、気分を入れ替えて、エネルギーをもらって帰るという中で、交流しあっているんですが、地域のなかに根を張っていつでもそこに場所をきちっとおいて、そこに人が集まり、交流しそれぞれの場所に帰り、元気よく自分の活動を始めるというようにいつもあるスタイルなだけで、いつでも交流できるというこれも1つの大事な地域のネットワークの場所かなあ、というふうに思っております。

**【司会（伊藤）】** テクノロジーが使えない場合もいっぱいありますし、逆に精神障害の方々の場合には、人と人との関係が重要であるという面もございますよね。

**【松浦】** そうですね。

**【司会（伊藤）】** ありがとうございました。その他どうぞ。

**【鶴野】** ネットワークということに関してですね、私たちの会というのが通信なんかを通じたネットワークを中心にやってるということから言いますとね、2つ、やはりポイントとしては、ネットワークというのは個人ということと、水平的な関係みたいなものが、特徴としてあるのかなと思うんですね。従いまして、会として例えば代表がいてとかということが、なかなかやりにくいというかね、一人一人個人としての意見というか、そういうことでないとなかなか喋れないというようなことが、ネットワークを中心にした組織みたいなものは、あるのかなという思いが一点あります。それと、水平的ということに関しますと、ネットワークの中では当事者も、親である我々も、専門家の方々というの、ある面では個人として同じ対等の関係の中で、水平的な中でそれぞれが意見を出し合うというか、議論し合うみたいなことっていうのが、必然的にならざるを得ないような要素がやっぱりあるのかなというようなことがありまして、今でも当事者の時代みたいなことにつながるような要素を、持っているのではないかなという感じを持っています。

**【櫻田】** ネットワークということなんですけども、この議論が、はたして噛み合うかどうかはともかくとして、今まで障害者の方々の抱えてる問題の最大の問題は、外に出るにもいろんな移動の制約があまりにも多すぎて、外に出られないというのがかなりあったわけでございます。高知がどうかは知らないんですけども、東京都内ですとね、段差、階段その他諸々、オンパレードでございます。私も、都心に行くのにですね、何十段もあるような地下鉄の階段を下りていくわけでございます。こういうのが、結構いろんなところに放置されてる現状で、土木建築、土木事業をばんばんやってくれたらいいかな、という気持ちを片方におきつつ、情報通信を使えば、いろんなところ

とつながるなということであれば、やはり情報通信の向上というのは気に留めたほうがいい。ただ、基本的に大事なことです。情報通信のEメールなんて使っておりますとね、今まで手紙書いたことのない人は大変です。つまり、今まで電話で済ましてたような人たちが、途端に活字の世界を中心にするようになるんです。そうすると、ほんとに何を個人として発信できるかということがかなり重要な問題になってくる。それとですね、障害を持った方がこの情報機器の世界に参加するにも、いろんなところで、いわゆるリテラシーというような、情報機器の中の作法というんですか、そういうものをきちんと身に付けさせる機会というものを、きちんと提供する必要がでてくる。これは、これからほんとに考えないと大変になるな、という意識を持っています。

**【司会 (伊藤)】** ありがとうございます。あと30分ちょっとでございますので、最後のコミュニティーの話に移りたいと思います。コミュニティーの問題はいろいろと語ることが多い問題だと思っておりますけれども、最初に光野さんと松浦さんで楽しいコミュニティー、よいコミュニティーを作るにはコミュニケーションが必要だ、というような話が出てまして、そこでお芝居をなさるそうでございます。即席でどうぞよろしく願います。

**【松浦】** コミュニティーといいますと、やっぱり自分の気持ちがちゃんと伝えられて、その気持ちが相手に心地よく通じて、お互いがいい関係になりあえるということが前提にないと、コミュニティーは成り立たないかな、と思ひまして、それを心の病気をした当事者達が、先に練習してうまくなりましょうということで、私たちはSSTというソーシャル・スキルズ・トレーニングというのをやってるんですが、非常にみんなが上手になってきたんです。それがどんなものかロールプレーでやって、皆さんにお見せしたいと思うんですが、ほんとに即席で、内容もまだ言ってないんですが、光野さんに協力していただこうかと思ひます。

「私メッセージ」がとてもいい、という私の気持ちをその気持ちのまま相手にどううまく伝えるか、というのがすごく大事なんですが、でも、従来私たちは、その反対の「あなたメッセージ」でやってくるが多かったんです。常に相手のせいにして言うてしまう。そのために、なかなか自分の気持ちが通じないどころか、相手とすごく悪い関係になってしまうというので、最初は「あなたメッセージ」でやってみますが、この瞬間だけ私とあなたが夫婦ということになりまして、あなたはとても帰りが遅くて、妻である私はとても心配してるんですが、心配だという気持ちがなかなかうまく伝えられない、というロールプレーでいきますのであなたは気持ちのまま返してくださいね。

**【松浦・光野】** 「あー、もう夜中の3時過ぎちゃったのにどうしたんだろう。まだ夫が帰ってこないけど、もう心配だわ。交通事故にあってなきやいいけどなあ。また、酔っぱらって帰ってくんのかなあ。体壊さなきやいいけどなあ。」

「ピンポーン、ただいま。」

「お帰りなさい。もうなんてあなたはいつもだらしがない。そうやって時間も守らないしいつもそうやって遅いし、そういうあなたに愛想ついたわ。」

「そう言うなよ。僕だって、忙しいし、明日の準備をやって、それからみんなと打ち合わせの時間が入ると、この時間になるんだ。」

「いつだってそう言うてね、私をごまかすんだから。」

「ごまかしてないよ。僕は一生懸命家族のために働いてんだよ」

**【松浦】** ありがとうございます。今、私は、本当の気持ちは心配してたのにその第一の信号を言わなくて、すごくあなたを攻める言い方をしましたが、こういう風に言われてどうですか。

**【光野】** そうですね。心配しているだろうな、と思いつつピンポーンとしてるわけですけども、迫ってくる勢いに対してこっちは戦かわないかんという気がだんだんと盛り上がってくるわけで



すね。

そうですね。これで悪循環になるわけですが、じゃ、「私メッセージ」でいきます。この反対の、私の気持ちをなるべく素直に伝えていきます。もう一度いきます。

**【松浦・光野】** 「あー、また夜中の3時だわ。また今晚もなかなか帰ってこない、ほんと心配だわ、体がもつのかしら。」

「お帰りなさい。私ねあなた、よかったすごく心配してたのよ。いつもご苦労さま。冷蔵庫にビールも冷えていますし、お風呂も沸いてるから、ゆっくり休んで。よかったわ、帰ってきてくれて。」

「すまんね。3時まで待たして申しわけなかった。じゃあ、先、風呂入っていいかな。」

**【松浦】** ありがとうございます。少し、過剰にしましたがこれが「あなたメッセージ」の反対の「私メッセージ」、私の気持ちをなるべく伝えようという、これであなたはどんな気持ちでしたか。

**【光野】** そうですね、本当にそこの気持ちがストレートに来ますよね。たまにわが家でもあるんですよね。これは何かあるんじゃないかなと思うんですが。

**【松浦】** 今、ちょっと目立つ例でやったんですが、このように、コミュニケーションはピアノでも何でも同じように、練習するとうまくなるんです。それを日本では、頑張ればいいとか、我慢したらいいとか、集中して一生懸命マラソンすれば根性がよくなる、とかという形でごまかしてきたのですが、もっと心の問題を大事にしよう、そのための本音で話しできるようなコミュニケーションに変えていこうとすることが前提になると、コミュニティーというのはお互いが交流しやすくなるのではないかなと思って、このような練習を毎晩やって、非常に当事者の皆さんに評判がよく、しかも地域の方がこれにすごく参加してくれまして、これは心の問題の人だけでなく、私たちにも必要なんだな、ということでこのSSTの学習会が大変人気があるということで、ちょっ

と紹介いたしました。

**【司会（伊藤）】** 私たちの日常は、「あなたメッセージ」でやっててもうそれに慣れてしまって、「私メッセージ」になったらびっくりしちゃって、何されるのかわかんない、と疑ってしまうようなそんな毎日なんだということがよく分かりました。

それはそれといたしまして、コミュニティーの問題は、個人対個人のコミュニケーションが大変重要ですけども、コミュニティーというのは生命を生み、育て、共に働く、そういう共同体だからこそコミュニティーが成り立つんだと思います。しかし現代の社会、特に都市部においては、そういう働く共同体としての、例えば農家であれば三世代で働いているわけですね、そういう共同体としての家庭、それも崩壊しています。また、コミュニティーという場所が、例えば自分の住居で自営業を営んでいれば利害関係もその町内会で成り立つわけですけども、働く場所が遠くにあると、自分たちの生活している地域というのは、単に寝泊まりをしている場所である。そういうふうになってきた中で、昔からあるコミュニティーの条件が大きく変わってしまったと思うんです。言ってみれば、コミュニティーの崩壊なんですけれども、問題は21世紀、新しい形態のコミュニティーを創成していかなければいけないように思います。例えば生活の総合支援とか、防災とか、少子高齢化の中で、そういうことを共同の事業としたコミュニティーということも考えられると思います。この点につきまして、何かご発言ありますでしょうか。

**【光野】** その前に今やらしてもらってですね、思い出したんですが、スウェーデンの中学校一年生の教科書の中に、「障害者とは」という項目がありまして、のっけからこう書いてるわけね。「障害者とは、自分の意見を述べるのが難しい人たち、例えば、一杯引っかけないとちゃんと上司にももの言えない人とか、そういうなのは、立派に障害者です。」と、中学校一年生の教科書に出

てるんです。というのを今思い出して、やっぱり基本的に私たちは、自分の気持ちを伝えるのは下手なんだなというのは、今改めてよくわかりまして、反省しつつ新しい展望を開こうとしてるわけですけども、今の話のベースには、我々がこれまで日本でこういう風に暮らしてきたというのは、やっぱり永々と続いてきたベースがあってこうなっているんですけども、さて、22世紀から観てどうなんだろう、というようなことを考えるいい時期に来てると僕は思うんですけども。一人一人が自立した存在であることを、お互いが許し合えるようなそういうベースが、要るんだろうと思うんですね。そして地域、文化を共有できるような地域というのが一つの単位となってそれがまさしくネットワーク、他の地域とネットワークしながらやっていくと。そういう中で、当然今の国・国境線というのが自然にもうちょっと違った形に変質していくと、こういう時代を今まさしく迎えようとしてると思うんですけども。今、障害をもった人たちとの関係を、この地域の中で結んでいくところだと思います。非常に私たちは、また新しいチャレンジでもあると思うんですね。視覚障害、聴覚障害、身体障害、言語障害、こういうことがある人たちと私たちが、地域を共有して、生活、仕事を共有できるかということ、我々初めて、真正面から向き合える時代になってきてる。これは将来、いろんな種類の人たち、多様性を認め合うような人たちとのコミュニティを創ろうとする一つの大きな試金石がね、そこに見えてるんじゃないだろうかと思ったりはします。逆に今の日本の学校の教育は、そういったことに対して非常にずれてしまっていて、早くこれを修正しないと大変かなと。要するに一つのユニホームじゃないですけど、一つの型にはめてしまうところは決して私がイメージするような22世紀の社会のあり方とは相いれないなと、いう感じがしております。

**【司会（伊藤）】** ありがとうございます。他にご

ざいませんか。

**【林】** 個人的にメーリングリストを運営してまして、そこにはテーマが、障害者の自立とSOHO、ということでいろんな方が参加されてまして、大人になられてから障害を負われた方とか生まれたときから障害をもってる方とか、とにかくありとあらゆる方々が集まっておられて、その傾向としておもしろいのが、途中で障害を負われた方が、その障害を負ってたどり着いてきたと言われると同時に、栗のいがをかぶった状態で来られるんですね。とげとげの状態。もう、全てが人生の敵である。自分の体がこんなになってしまって何もかもがだめになった、と思われて、とにかくとげがいっぱい生えた状態が入ってこられて、しばらくするとつるりと皮がむけまして、かわいい栗が出てくるんです。ほんとにつやつやつやつ感じて生き生きと動かれたときに、その変化というのがとてもおもしろいんですけども、コミュニティというのは、ちょうど誕生してから小さい子供が、何かわけもわからないままその中に投入されて、そこでとげはないですけども、とげを生やす能力もないまま磨かれて、つやつやになる世界だと思えます。そこで、つやが出てきたときに再度また、何かのトラブルがあってとげを背負うことになっても、自分が生まれ持って育った、根ざしたコミュニティであれば、再度とげを抜き捨てるまでの期間が非常に短くてすむと思うんです。それは、友情とか家族愛とかいろんな名前であると思うんですけど、自分が、誰しもが、高齢化していくということと、高齢化していくときに障害を負うことは避けて通れないということ考えたときに、若いころから自分が育ったコミュニティの中、自分が磨かれていったん栗になった世界を大切にしていくなれば、もう一回とげをかぶることになったとしても、いがぐりをつるんとみんなが脱ぐのを手伝ってくれて、再度つやつやしてかわいい栗になって社会の中に参画、どんな形でもいいから参画していけるんじゃないかなっ

て、何回も思ってきました。

私自身は、大阪で生まれ、育ち、高校卒業と同時に中村のほうに引っ越して、そこで嫁いで新しく自分のコミュニティーを構築していききましたから、ちょうど主人のような小学校の同窓会とか中学校の同窓会なんて、一回も体験したことがないんです。都会はもうそういうものがなくなって、当たり前のような学校が多いですし、それが当たり前だと思っていたらここへ来たらすごく暖かく、コミュニティーが構築されてまして、いろいろ仕事の件とか、病気の件とかで、都会のほうに来るように誘われても、断固として、中村で暮らすんだ、という宣言をしながら働いているのは、結局自分が、都会で意識せずに作ってた、いがぐりですよ。他人は信用できないって。いつも何かあっても頼りになるのは自分だけだって。何かあっても隣の人は知らない人だから頼ってはいけない。というのが、ここに来たとたんに、何かあったら隣に行くように娘に教え込んで、何かあったら通学路で危ないことにあったら、近所の農家に飛び込んでおじいちゃんかおばあちゃんにすがりついて泣けば、助けてくれるからということを教えてきて、振り返ってみると日本でみんな同じなんですよね。どこ行ったら、大阪で暮らそうが、高知で暮らそうが、東京で暮らそうが、泣いている子供がいたら、みんな声をかけたいという気持ちをすごく強く抱かれることに、振り返ると気がついたんです。だから、日本という世界のベースそのものは、いがぐりのいがを一本ずつやさしく抜いていってくれる、とってもあったかい世界だと思いますから、このコミュニティーは、今ちょっとおかしいことになっていますけど、高齢化という問題にみんなが若い頃からじっと見つめていくことによって、再度コミュニティーの良さとか自分がそこに帰属していることの暖かいうれしさなんていうのはわかるんじゃないかな、と思いながらいつも仕事してます。

**【司会（伊藤）】** ありがとうございます。それ

ではですね、結婚式の披露宴ではございませんけれども、電報を読まさせていただきたいと思います。フロアの方からご質問がございまして、コミュニティーについてのご質問ですので松浦さんのほうから。

**【松浦】** 会場から質問いただき、ありがとうございます。これ、コミュニティーに関する質問になると思いますので、お答えしたいと思います。質問の内容は、「東京調布というところがどういうところかわかりませんが、「クッキングハウス」をつくる時、周囲の住民の方々の反対はなかったでしょうか。もし私の住んでる地域で開こうと思えば、まず住民の反対があると思います。なぜかと言えば、精神病の人がうろろすると危険であるという考えがあります。」という質問をいただきました。これは、とっても多い質問です。どこに行っても出ます。幸い、私が今、調布でやっている「クッキングハウス」の場所は商店街なんです。調布駅から歩いて2、3分のところの商店街なんですけど、反対ということには幸い、あったことがないんです。なぜかということ、商店街の中にあるということで商店街の人たちが、活気が出てよいということで喜んでくれました。なぜかということ、私たちは、玄米食の家庭料理のレストランをやってますし、どんな要望にも応えてお弁当の配達もしています。例えば、一人暮らしのお年寄りの家に、お盆に入れたあったかい物をそのまま2、3人で運んでいきまして、必ず声をかけて帰ってきます。それから、妊娠出産とかのことで、マタニティーブルーと言いまして、うつ状態になった若いお母さんにもお弁当を届けたりしています。それも必ず、声をかけてくるんですね。それから、いろんなアレルギーで、肉もだめ、卵もだめ、油もだめとか、それを全部抜いたの作ってください、というお弁当を作って持って行ったりします。あと、一人暮らしのお年寄りが配達になったお弁当を一人で食べるのではなく、私たちのレストランにボランティアの人が連れてきてくれて、あそこ

で一緒に食べましょうよということで、ご飯を食べてくださっています。そういうことで、商店街という地域の方たちも、あそこにお店があるということで、私たちはうれしいということで、迎えてくれます。これも、すぐこういう形になったわけではなく、私たちが暗い顔でなく、明るい顔というのかな、本当に分かってもらう活動を少しずつやってきながらこういう形になったと思うんですけれども、こういう場が一つあるということ、しかも障害を持った人たち、しかもすごく遅れていると言われていた精神障害を持った人たちが、地域の人たちにサービスができる仕事を持ちながら、やってるということが、地域の方々にとっては誇れるというか、「調布の街に何がありますか。」と言ったときに、「[クッキングハウス]があります。」と住民の方がこう答えてくれるような、だれが尋ねても「あそこにありますよ。」とみんなが教えてあげられるようなそういう場所になっているということで、反対というようなことはあまり体験して来なかったということです。

それから、次の質問にも絡んできますのでまとめて言いますが、「[クッキングハウス]の当事者への賃金体系とか、スタッフの状況、ボランティアの参加等はどのようになっていますか。」ということなんですけど、「クッキングハウス」の周りに、私たちは不動産屋さんに頼みまして、生活保護や障害年金をもらって、心の病気をしていますがかなり治っています、リハビリも励んでいます、ということをして、きちっと話をした、不動産屋さんからアパートを借りています。今、22名の方が、生活保護を受けながら「クッキングハウス」の近くのアパートを借りて、私たちのところに通ってきていますが、これは、グループホームという形ではなくて、町の不動産屋さんを開拓する形でやっています。そういうなかで、皆さんに「クッキングハウス」の利益を賃金として払いながらやってるんですが、そこに集まってきているボランティアの方たちも地域の方たちです。音楽ボランティ

ア、ワープロを教えてくれるボランティアとか、パソコンを教えてくれるボランティア、おやつを作ってくれるボランティアとかそういう形で、いろんな地域の方たちがボランティアとして結構長くみなさん関わってくれていますが、一番うれしいのはお互につき合うということで、お互いがこう分かりあって、今まで精神障害ってすごく偏見っていうのかな、ラジオ・テレビ・新聞で観るとどうしても怖いとか、話しかけにくいとか、そういう印象を持っていたのが、本当はそうではなく、つき合ってみたらなんてやさしくって、誠実で、要領が悪くって、そんなすてきな人たちなんだろうってということが分かってくれるという、そんな場所になっています。ですから、地域であんまり真面目っぽくなく、あんまり堅くならずに生き生きとやっていく、なるべく明るい文化を届けて行けるような活動をやっていくのが大事ななと思っております、一応質問に答えた形にしました。

**【司会（伊藤）】** やっぱり地道な、時間をかけた努力がないとなかなか難しいと思いますし、一方では地域文化と言いますか、そういう成熟度にも左右されると思います。ただ、調布とは近い横浜の北部のほうで、東京から転居された、いわゆる「教養の高い方々」が集まってらっしゃる場所で、知的障害者の施設を造ろうとしたら猛反対を受けました。つい最近の話です。表向きの反対の理由は別にして、本音のところ土地の値段が下がるとかですね、そういうことが多いんですね。火葬場もそうなんですけれども、そういうようなところでまだまだ我が国の状況はいろいろと妨害があると申しますか、問題が山積していると思います。それを突破していくには、地域に根ざして、じっくりとそこで正しく認識してもらえような活動を展開していくことだと思います。これからの私達の生活は、テクノロジーやネットワーク、こういうものがベースになって、さらに自分の時間もてるような生活スタイルになってくるかと思えますので、生活の総合支援とか、防災だとか、余

暇を共に共有できるようなコミュニケーションがとれたコミュニティーを創生していく可能性があるのではないのでしょうか。時間も押し迫ってまいりましたので、この辺でマイクを堀川さんのほうにお返ししたいと思います。

**【司会（堀川）】** 3時間もあっという間に過ぎてまいりまして、パネルディスカッションもこれで最後になりますが、3つのキーワードに沿いまして、簡単にまとめさせていただきたいと思います。まず、テクノロジーということですが、今日は、パネラーの皆さんから既にテクノロジーが皆さんの活動のなかで使われて、我々が考えた以上に効果をもたらしていることを発表いただきましたし、河田先生からもこれからのテクノロジー、先端技術の応用ということで話していただきました。ただ、テクノロジーというものが、あくまでも人が使うものである、テクノロジーで生まれた道具を人が使う、そしてその時に、当事者がそれを選択できるような社会になっていなかったなら、テクノロジーはまた、諸刃の剣と言いますか別の意味も持ってくるんじゃないか、というお話もありました。次のネットワークについてですが、これにつきましても、インターネットを使ってさまざまな新しいネットワークを作られてる。林さんのように、お会いしたこともない人とも一緒に仕事をどんどんやっている。鶴野さんのように、世界中の同じ障害を持つ方と連絡をとりあっている。というようなことでの新しいネットワーク。それから、ただ一方でこの情報通信技術を使った

ものに関しては、櫻田さんのほうから、情報リテラシーの貧富の差ということも考えないと今後大きな問題になってくるのではないかと、松浦さんからは、根本のところでのネットワークというのは、人と人とが直接触れあって、それによって元気がでてくる、そういうものが一番の基本であるんじゃないか、という意見もいただきました。最後のコミュニティーですけれども、これらのテクノロジーの発展とか、ネットワーク等を土台にして、今、旧来型のコミュニティーというのは、特に都市部では崩れていっているわけですが、障害があるなしにかかわらず、我々一人一人が自立した存在となって、新しいコミュニティーを創生・生成していかなくてはならないだろうと。その時には、21世紀は長高齢化社会でもあるわけで、たとえ現在健常者であろうと寿命の最後には、なんらかの障害を持ってというのは、当然考えられることですし、そういうなかで、生活支援とか防災などをキーワードに新しいコミュニティーを、そこでは本音で話ができるようなコミュニケーションができるようなコミュニティーを、造っていかなくてはならないんじゃないかというお話だったと思います。以上で、パネルディスカッションを終わりますけれども、参加していただいたみなさんが、また明日からの活動の中に、一つでも二つでもこういう芽を持って帰って頂くことができましたら、私たちパネラー、司会も非常にうれしく思います。どうも長いことありがとうございました。

【大会長】

山下 眞臣

【顧問】

松岡 寿子、植田 和子、中澤 秀夫、池田 久夫、村山 博良

【実行委員会】

実行委員長 江口 壽榮夫

副委員長 高橋 紀子、浜口 京子、堀川 俊一、吉永 智子

【大会事務局】

野村 清司、武政 豊、中本 雅彦、岡本 浩司

---

第23回総合リハビリテーション研究大会 事務局  
〒780-8567 高知県高知市朝倉戎375-1 ふくし交流プラザ内  
高知県リハビリテーション研究会事務局  
TEL (088) 844-3511 FAX (088) 844-9443

---

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おこなっているものです。