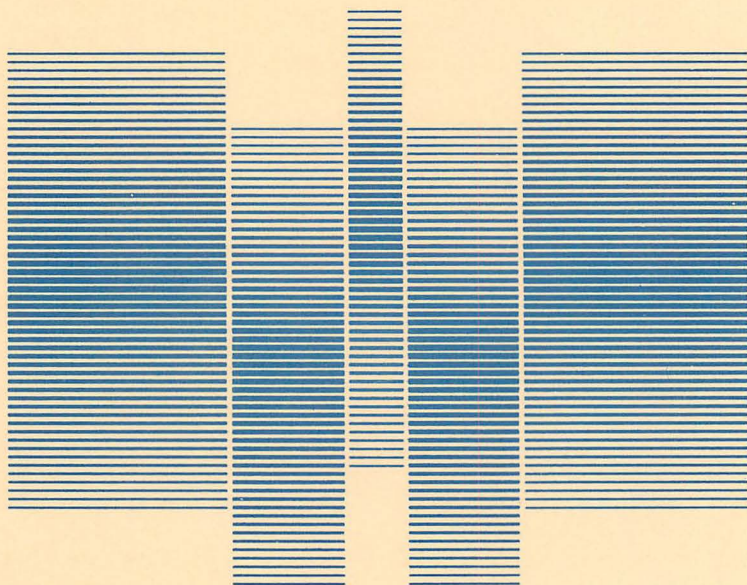


# 地域・共に生きる社会を考える



総合リハビリテーション研究大会'89



総合リハビリテーション研究大会'89実行委員会

メインテーマ「地域・共に生きる社会を考える」を掲げて、東京大会に次いで第2回目の総合リハビリテーション研究大会が北海道で開催され、成功裡に終えることができました。ひとえに全国からリハビリテーションを発展させようと北の国に参集して下さった関係者の熱意の賜と、実行委員会のメンバーは感謝しております。

総合リハビリテーション研究大会はこれまで歴史のある「リハビリテーション交流セミナー」、「身体障害者福祉研究会」等を統合して、第16回リハビリテーション世界会議から行われたもので、地方で行われるこの総合大会は初めてでありました。それだけにさまざまな研究と実践に関心を持って集まって来られる方々に、魅力ある講演・シンポジウムとはなにか。共通の関心、共通の言語が得られるのであろうか、ということがプログラムを作るうえでの苦心でありましたし、さらに北海道のリハビリテーションの特徴と主張も打ち出したい、というのが実行委員会の希望でありました。

リハビリテーションはいうまでもなく、リハビリテーションの哲学、各種専門分野の技術、専門分野のチームワーク、援助制度の総合性などを視野におかなければなりません、それも障害を持つ人々の主体性ととも考えられるべきであります。

実行委員会への障害をもつ人の参加はもちろんですが、シンポジウム「重症心身障害者の人権と自立生活を考える」はリハビリテーションの基本姿勢を、「療育技法について考える」は論争のある治療技術の相互理解と発展を目標としました。知事には北海道の道民性と福祉行政の姿勢について講演をして戴いたのをはじめとして、北海道の講演者からは北海道が努力しているリハビリテーションの各側面について報告して戴きました。さらに大野さんから、今日の障害者問題の解決についての具体的示唆があり、小山内さんからは専門家と言われる人達にたいする鋭い批判と提言がありました。

どんな研究も実践も、先行経験を学んでいかねばなりません。参加された方はもとより、都合で参加することができなかった方々のためにも、この報告書は貴重な資料になると信じます。

最後にこの研究大会は北海道、札幌市、北海道医師会等から多大の助成を戴きました。この報告書がリハビリテーションの知識とサービスの向上に役立つことを願って止みません。この報告書の作成で研究大会実行委員会は解散することになります。

1990年の研究大会は九州に決定しております。北から南へバトンタッチいたしました。この大会に応援して下さった総ての方に感謝するとともに、九州大会が北海道にまして盛会になることを、この報告書とともに訴えたいと思います。

平成2年2月10日

実行委員長 忍 博次

## 目次

・ 発刊にあたって	
実行委員長 忍 博 次	
ご 挨拶	1
大谷 藤 郎 日本障害者リハビリテーション協会副会長	
忍 博 次 総合リハビリテーション研究大会'89実行委員長	
[基調講演] 北の大地・リハビリテーションの創造	4
横 路 孝 弘 北海道知事	
[講演Ⅰ] 北海道のリハビリテーションの歩みと21世紀への期待	13
河 邨 文一郎 北海道心身障害者対策協議会会長	
[シンポジウムⅠ] 療育技法について考える	24
[講演Ⅱ] 北海道における障害児の早期発見・早期療育システムの形成について	59
伊 藤 則 博 北海道教育大学旭川分校教授	
[講演Ⅲ] 障害児の後期中等教育の展望	69
田 中 俊 也 北海道立特殊教育センター所長	
[講演Ⅳ] 障害者は、いま	78
大 野 智 也 国際障害者年日本推進協議会広報委員長	
[講演Ⅴ] 日中リハビリテーションのかけ橋	90
稲 垣 是 成 国際障害者年推進連絡協議会会長	
懇親会スナップ	98
研究発表 テーマ・発表者一覧	100
[講演Ⅵ] 車椅子からウィンク	102
小山内 美智子 札幌いちご会代表	
[シンポジウムⅡ] 重症心身障害者の人権と自立生活を考える	110
閉会にあたって	146
高 橋 武 北海道立札幌肢体不自由児総合療育センター院長	
次期大会のお誘い	147
高 松 鶴 吉 北九州市立総合療育センター所長	
総合リハビリテーション研究大会'89プログラム一覧	148
総合リハビリテーション研究大会'89実行委員名簿	151

総合司会 皆さん、おはようございます。

本大会によるご参加いただきました。

私は今日の総合司会を務めさせていただきます吉村と申します。

札幌児童相談所に勤めておりまして、この大会の実行委員を仰せつかっております。

では、早速、この研究大会を開催するにあたりまして、主催者を代表いたしましてお二方にご挨拶をお願いしたいと思います。

## ご挨拶



大谷 藤郎

財団法人日本障害者リハビリテーション協会副会長

総合リハビリテーション研究大会 '89 に皆さんかくも盛大にご参加いただきまして有難うございます。

国際障害者年の「完全参加と平等」を旗印に、障害者リハビリテーションは大きな前進を示してきました。しかしながら、まだまだある分野におきましては遅れております。ことに、最近のわが国の著しき経済の伸張の状況を見ますと、その遅れは相対的に私達の胸を痛めるものがございます。

障害者リハビリテーションにつきましては、医学、教育、職業、社会、各分野のリハビリテーションの専門家の方々、あるいは障害者の方々、家族の方々、地域社会の方々、こういう方々が協力して地域社会において、この大会のメインテーマでございます「ともに生きる社会」を作りながら進んで行くということであれば、成果は上がらないわけでございます。

そういう意味でこの大会は、各種の分野の方々の研究の成果を持ち寄り、交流し、統合してこれを実践に結びつけていくということでありたいと願って開かれているものでございます。昨年のこの大会は、「リハビリテーション世界会議」ということで、内外 2,800人の方々が東京にお集まりいただきまして開かれたことは、もう皆さんご承知のとおりでございます。

昨年のこの輝かしい成果を踏まえまして、今年は世界会議後の第1回の大会でございます。いろいろな意味で、私達はその成果をどのように、わが国のリハビリテーションに生かしていくかというのが問われる大会であるというふうに思うわけでございますし、今後の大会の方向づけを行うものであるというふうにも理解できるわけでございます。

幸い地元の北海道に忍先生はじめ実行委員会の皆様方が、本当に一生懸命プログラムをお作り下さいました。進んでいる北海道のリハビリテーションを中心に据えまして、シンポジウム、講演あるいは研究発表、報告、多彩なプログラムが組まれております。私はこの大会が、必ずわが国の将来のリハビリテーションの前進に役立つものになる、成果をあげ得るというふうに確信いたしておるわけでございます。

せっかくの機会でございます、私は地元の方々にこうした会議の準備をしていただきましたことを感謝申し上げますとともに、この大会の一層の成果を期待いたしまして、ご挨拶いたします。どうも有難うございました。

## ご挨拶



忍 博次

総合リハビリテーション研究大会'89  
実行委員長

実行委員長を仰せつかりました忍でございます。

本日は「89年総合リハビリテーション研究大会」に多数ご参加下さいまして、誠に感謝にたえません。今年は「はまなす国体」、それに伴う「身体障害者スポーツ大会」なども重なりまして、この大会にどれくらい参加していただけるか、非常に不安でございました。しかし、今日この会場に来て、それは杞憂であったことを大変喜んでおります。

北海道のリハビリテーションの進歩にとって、この大会が皆様の支援を受けまして、強いスプリングボードになることを期待できそうです。

大会にたくさんの方が来て下さるかどうか、また、この研究大会の成功を左右するのは、プログラムの中味にあるんだろうと我々は考えました。大会実行委員会は道内の障害を持つ方々に加えまして、いろんな分野で活躍されているリハビリテーションに関わる専門家を組織させていただきました。そこで北海道の主張をどのように大会に反映し、全国的な共通の論争の輪を広げることができる内容は何なのかということ随分と討議をしたのでございます。

プログラム作成委員会はその面で大変な苦勞があったものと思われませんが、小講演やシンポジウムを聴いていただければ、少しは我々の意図がそこに表れているのではないかと考えております。

手前味噌になりますが、特に全国から集まった方々には少し気恥ずかしい気もしますが、北海道人というのは、少し新しい物好きであるのかもしれない。リハビリテーションに関しては、いくつかの先駆的活動を持っているのであります。また、それに対し行政も実に積極的でございます。

例えば「北海道リハビリテーション学会」というのがございますが、この学会は、昭和38年に今日講演をお願いしております河邨先生のご指導で作られております。実に、この学会はいろんな専門家が集まって作られた学会でございまして、「日本リハビリテーション医学会」より一歩先んじているのであります。

さらには、リハビリテーション関係者の方の多くが注目している、栗沢町にある「福祉村」も、重度の脳性マヒ者が利用する大きな施設ではございますけれども、施設のノーマライゼーションは如何にあるべきかという実験の舞台でも、その村はあるのであります。

実は建設懇話会というのが村を造る前に作られまして、障害を持つ人達の声を聴きながら、村づくり、運営をやったという実績を持っております。

さらには、「おしまコロニー」「太陽の園」という精神薄弱児(者)のための大規模施設がありますが、その施設は全国にいち早く先駆けて、精神発達遅滞の人達が地域で生活するための方策を模索し、いまでは地域の中に多くの生活寮を持ち、それが呼び水となって、今年から厚生省の助成措置もできたという経験を持っているのであります。

あるいは、公営住宅を場にした重度障害者のためのケア付き住宅というものも、これは知事さんの公約でもありまして、全国に先駆けて公営住宅にケア付き住宅を結びつける突破口を開いたという自負も我々は持っております。

さらには、高齢者問題研究協会、ノーマライゼーション研究センター、みんなこの上に北海道という字が付くわけでございますけれども、これも全国的に注目されている研究所でございます。

少し、わが田に水を引くようなお話になりましたけれども、このようなリハビリテーションに関する制度の展開の事実は、全国傾向とそう違いはないのでございますけれども、医療モデルから自立・生活モデルへ、そして地域を視野に置いたリハビリテーションへと我々の考えは移ってまいりました。そういう歴史を、なんとかこの「リハビリテーション研究大会」に反映し、生かすことができないだろうかということがこもこも話されまして、今日のメインテーマ「地域・共に生きる社会を考える」ということになったのでございます。

ご参加の方々のご感想を聞きますと、少し広い概念ではないかと、リハビリテーションの概念に途惑いを覚える方がおられるようでもございますし、リハビリテーションは何なのかということに疑問を持たれる方がおられるかもしれませんが、2日間の討議を通しまして、今日のリハビリテーションをみんなで共有し、新しい方向を模索したいと考えているのでございます。

地域を意識するという意味では、リハビリテーションを我々専門家だけでなく、市民にも理解してもらわなければなりません。

これはノーマライゼーションの常識でございますが、明日のシンポジウムはその意味で人権問題を市民とともに考えようとこれは公開にいたしました。

事務局は北海道社会福祉協議会の中に設置されております、北海道ノーマライゼーション研究センターの方々に大変な努力をしていただきました。

みんなの努力と汗の結晶で、今日の大会を迎えることができました。何かと行き届かない面があるかと思いますが、その欠陥はリハビリテーションの精神に基づいて、次の大会に生かしていただきたいと思っております。

どうか、今日、明日の2日間、講演、討論に積極的に参加して下さいます、北海道のリハビリテーション、引いては日本のリハビリテーションの発展に力を添えていただきたいと思います。ご挨拶にかえさせていただきます。



# 北の大地 リハビリテーションの創造

〔基調講演〕

横路

孝弘

(北海道知事)

**総合司会** 早速、基調講演をお願いしたいと思います。「北の大地・リハビリテーションの創造」と題しまして、横路孝弘さんをお願いいたします。その前に簡単なご紹介をさせていただこうと思います。講師は現在、北海道知事をなさっていらっしゃいますが、学校をご卒業の後、弁護士活動をなさいます、その後衆議院議員としてご活躍でございました。いろいろなご活躍は既に知られているところでございますけれども、国政に参加されました後に北海道知事を現在お勤めでございます。

先ほど大会の実行委員長から、心身障害に関します数々の行政実績などもご披露ございました通り、大変心身障害者福祉につきまして、ご理解をいただいているところでございます。それでは早速ご講演をお願いしたいと思います。

**横路** 皆さんおはようございます。

全国から日頃それぞれの地域で、福祉問題でご尽力されておられるたくさんの方においでいただきまして、この大会が開催出来ますこと、私ども地元として心からご歓迎を申し上げる次第でございます。

私ども北海道でも、総合的なリハビリテーションシステムというものを作り上げて行こうと、今年から検討を開始した時でございますので、今回こうした大会が開催されるということ、嬉しく思っているところでございます。

今日は皆さん、専門家の方ばかりでございますので、専門的なことは後の講演者にお譲りして私から少し北海道のことを紹介しながらお話し申し上げたいと思います。

北海道という地域社会は、本州の各県とやはり違った歴史と地域性というのを持っております。北海道はアイヌ民族という先住民族の長い歴史を受けて、松前藩、そして本格的な開拓使が置かれて120年経ったわけでございます。いろんな地域から、人々がそれぞれの地域の歴史を背負い、ロマンを持って、北海道にやって来ているだけに、いくつかの際立った、他の府県と異なった道民性というのを持っております。

NHKが大変面白い調査を5年に1度ぐらいやっております、最近では県民別の意識調査というのをやっております。これを見ますと、北海道というのは各47都道府県のうちでベスト・ワーストは関係なしに、最初の方の5番目位に入るか、後の方の5番目位に入るか極端に分かれています。

例えば「男と女の間に能力の差があると思いますか」という質問をしますと、「能力の差がない」という答えが全国でいちばん高くなっております。これは「あると思う」というところと20%位の差があるわけです。こんなのはやはり北海道開拓の時、自然の中で開拓を進めてきた地域の歴史を持っておりますので、これはもう男も女もない、家の外とか内とかいうことなしに、協力してやっていかなければならない。そんなことの表れかなと思います。

また、「いまの世の中、金次第と思うか」という質問があるんですが、これも「思わない」というのは、北海道が全国の中で一番高くなっております。それはやはりこういう自然環境の中で、自然とともに過ごしていると云いますか、ちょうど今山に行きますと茸が採れますし、川に行



くと秋鮭がたくさん上がってくるというような中で、やはり金ではない、いろいろなものがあるよという感じを道民が心の中に、気持ちの中に持っているということの表れだと思います。

あるいは「毎日毎日あなたは追われている感じがしますか」という質問がありますが、これも実は47都道府県の中で、一番「いや追われている感じはしません」という答えとなっております。みんな割とのんびり、ゆったりとした気持ちを持って生活しているということなんですね。

いま申し上げたところの対極の県はどこか、というのを挙げると差し障りがありますから、それは言いませんが、非常におもしろい地域差が出てきている。

さらにこんなものもあります。「賭事をあなたは悪いことと思いますか」という質問に、「思わない」というのが北海道が一番高いんです。これなどもわかるわけでごさいます、やはり北海道に来た人々というのは、一旗揚げて、そして成功したらまた帰ろうという思いで来た人が非常に多かったんです。

今でもお墓を北海道の中ではなくて、それぞれの出身県に持っている方がたくさんおられます。そしてここで墓を持たないで、誰か亡くなると骨納めに行くという方がまだ随分おられます。私なんかは北海道に来て3代目か4代目になるわけで、我々の世代になると別ですけども、もうちょっと上の世代になりますと、定住性が非常に北海道は低かったのであります。それで、北海道をどうしたらいいのかといういろんな論議の中で、例えば今から50年ぐらい前に、北海道の佐上という長官、今で言えば知事ですが、北海道の道民性の調査というのをやりまして、その時に長所、短所を挙げているわけです。

短所として挙げられたのは何かというと「郷土を愛する気持ちに欠けている」とか、「土着心が無い」というところを挙げているわけです。そんな意味でやはり、ふるさとというのは元々やってきた本州のどこかの各県であって、北海道というのは稼ぐ場所で、生活をする場所ではなかったという面もあるんですね。北海道の町の中で、例えば根室市、稚内と函館とか小樽を比較してみるとちょっと違うわけです。根室も稚内も松前藩の魚の受け場所としての歴史をもつところですね。もう200年とか300年とかいう長い歴史があるんです。ですから、あそこでこの

200年とか300年間に揚がった魚をお金に換算すると膨大なものだと思います。しかし、それはあの町に再投資されていないんです。小樽とか函館は町の中に再投資されているんですね。産業も非常に裾野が広く出来上がっていく。ところが根室とか稚内というのは、今がそうだということではありませんが、歴史の中で再投資されていない。それはあそこで働く、あるいは自分の子どもも子孫も含めて生活をする場所という考えよりは、あそこは稼ぐ場所だった、そういう点があるのではないかと思います。

私は福祉の問題というのは、福祉だけというより、やっぱり地域社会の問題だと思うわけです。そして北海道には212市町村ございますけれども、地域の人々が自分の地域を愛して、そこに自分の子どもも孫もやはりこの町で生活していくんだというような町の中の全体の気持ちがあれば、よりよい福祉社会というものを作ることはならないだろうと



思っております。ですから福祉というのは、結局はトータルな経済も含めた地域社会というものをどうしていくのかということに、基本はなるのではないかと思っております。

知事に就任して以来、北海道の中で一村一品運動というのを展開しているんですが、いろんなねらいと想いがあるんです。基本的には何かというと、町の中の連帯感をどう作るかということなんです。実は住んでいる人々が自分達の住んでいる地域社会のことをよく知っているかということ、必ずしもそうではない。この運動を展開しますと、よく町長さんや村長さんの中に、自分の町には何もないとおっしゃってこられる方がいます。その時私は申し上げるのは、本当に何もないかどうか、やっぱりよくみんな点検してみたらどうですかと。例えばその町でどういう物が生産されているのか。その生産物がどんな形で日本全体に消費されているのかというようなこと。あるいは自分達の町が持っている自然環境というのはどういう自然環境なのかというようなこと。あるいは自分達の町がどんな歴史を持っているのかということ。あるいは自分達の町の中にどんな人々が生活しているのか。どんな人々がいるのかということですね。

こういうことをよく見てみないで何もないと言われるのですけれども、実は大変素晴らしいいろんな資源というものを持っているんじゃないだろうか、こんなことを申し上げてきているわけです。

やっぱりそういうと非常に自分が気がつかない、むしろよそから来た人の方が長所も欠点もよくわかるという面はあるんですね。

ですから、北海道ではいまいろんな地域の中で様々な地域おこしの活動だとか、自然を守る活動とかいろんなことをやっている人は、わりと道産子になって5年とか10年とかという人が多くて、ぶらりと来てここはいいところだと言って、一生懸命いろんな活動をやっている。昔から住んでいる地域の人は、いやこんなところ嫌だから逃げだしたいなんて思っているようなことがよくありまして、私も地域へ行ってお話をすると、やはり自らをよく知るということが、本当に大事だという気持ちがありました。

そしてこの一村一品運動を通じて意外だったと言いますか、あまりそこに期待していたわけじゃないんだけど、非常にいい意味でのこの運動の結果出てきているのが、町の中にどういう人々がいるのかということが分かってきたということなんです。

例えば文化面で言いますと、町の中で木工芸とか陶芸とかいろんなことをやっているような人達がいる、それまでは変わった人がいるなど、廃校になった学校にやって来て、何か変わったことをやっている人がいるなどというぐらいの感じで見ていた地域の人々が、この運動を展開する中から、そういう人々を認識して、自分の地域社会の中に取りこんでいく。あるいは福祉施設にしてもそうですね。施設でやっていることの素晴らしいさということを、もう一度再発見して、地域社会の方からやはりそれをしっかり町づくりの中に位置付けて取り組んでいくというようなことが、この運動の中から出てまいりました。

実は私は例のふるさと創生1億円というのを各市町村がどう使うかなと、実際福祉にどのくらい使われているかなと思っていて、期待したよ

りは大分少なかったんですが、いくつかの町村では福祉の中にこのお金も使ってやっていこうというところが出てきています。やっぱりそういうところは昔から自分たちの町の、いわば個性みたいなものの中に、地域の本当に連帯感のある地域社会というようなことを掲げてやってきたところで、やはりそういうようなことに使っているわけでございます。

いずれにいたしましても地域の中の連帯感というもの、その連帯感を作っていくためには、いま言ったような自らを知ることだったと思います。

そして同時にもう一つ大変大事なことは、日本の社会というのは非常に大きな縦社会になっているわけございまして、町の中の交流というのが非常に少ないんですね。例えば農村に行きますと農協があります。町ですから必ず商店街がある。そうするとその商店街と農協の人達との交流というのがあるかということ、あまりないわけです。

前に私、天売島というところへ行きました、小さな島で本当にわずかの人が生活しているところなんです、そういう中でも観光と水産が大変大きな産業ですけれども、水産をやっている漁協の人達と、観光に関連している旅館の人達との交流があるかということ、ないんですね。天売島に、例えば夏においしいウニが食べたいと思って行っても、漁協の方では禁漁期間ですから、それは提供できないという。そういうのは何かお互いに協力し合えば、いくらでも協力の方法はあるんですけれども、小さな町でもお互いのコミュニケーションというのがないんですね。そういうコミュニケーションというものもこの運動の中から出てきております。

最近経済の分野で異業種交流ということが進められて、大変大きな成果を上げているわけなんですけれども、同じことは全く福祉の分野についても言えると思います。それは福祉の関係者の中での交流ということもそうですし、地域社会の中で福祉を考えるとという場合に、やっぱり地域社会全体との交流という意味での交流があるか。コミュニケーションというのがあるのかということです。

例えば北海道の中で大滝村という、身体障害者の人々の施設と老人福祉施設が一緒であって、すぐ側に小学校もあるというような、大変いい環境の中で一生懸命やっておられるところがあります。そこへ行って、一度ボランティアグループの人達とか民生委員の人達、それから村の行政の人達、それから福祉施設の人達と一緒に、朝食をとりながらおしゃべりをしたことがありました。その時に村長さんが「こうした集まりは初めてです」っておっしゃるんですね。つまりこういう関係者が集まっているろ論議するということから、やはりいろんな問題というのは出てくるわけで、そういうコミュニケーションというのが他のところで必ずしもないのが実状です。

私もこの間、ハンディキャップを持った人の雇用の問題はどうかというので、庁内でちょっと担当の人に集まってもらって論議をしたんですけれども、精神薄弱の方々の雇用問題ですが、養護学校は養護学校で学校の先生方が一生懸命やっておられる。福祉施設からもやはりそうやって職場を開拓される場所もたくさんある。職安の方は職安の方でもやっておられる。その場合に、例えば養護学校を卒業してどこ

かへ就職した、その企業に勤めている子ども達のアフターケアをどうするのかという問題が浮きぼりにされました。

学校の先生方が、管内の違ったところに就職している子ども達を訪ねて飛び回って、一生懸命おやりになっている。何かそういうことを、例えばお互いに連携しあって、地域の中で出来ないだろうかということが議論になったわけですが。そういう、我々行政も含めてちょっと分野が違ってしまうと、もうまるで違ってしまって連絡が無い。このようなことをやはり克服していかなければいけないという思いをしております。

話が全く横にそれるんですが、この精神薄弱者とか、健常者とかいう言葉がありますね。僕はその精神薄弱者という言葉にも、どうも抵抗を感じてまして、よく施設などを訪問させてもらうことがあるんですけども、本当に粘り強く根気のある仕事を一生懸命やっている人達がたくさんおられるわけでごさしまして、どこがその精神が薄弱なのかなという気がいたします。

この間ある施設を訪問しまして、精神薄弱者更生施設なんですけれども、いろんなお菓子の箱などを作っておられる。一生懸命作業やっているところに行ってお話をしたんですけども、私の方に顔を向けながら、手だけはもう止めることなく一生懸命仕事をされながら、お話ししてくれましたが、たまたまその時に聴覚障害の子も一人いたんですね。私が一生懸命話かけましたら、その施設の人が「いや、この子は耳が聞こえないから駄目ですよ」って、「話かけても通じませんよ」っていうことを言われました。そしたら向い合って仕事をしていたその施設の女の子が、一生懸命何か話をしてくれて、手話ではないんですけども、そして通訳してくれました。

私が「名前はなんていうの」と言うと、この女の子は知っているわけなんですけれども、すぐ答えなくて、ちゃんとそちらとコミュニケーションを交わして、そして名前はなにになと答えてくれる。「どこの出身なの」と言うとちゃんとそれを聞いて教えてくれるという具合でした。本当に私は感激したんです。どうしてこういう子が精神薄弱というのかなという、あるいは何かもっと良い言葉があればいいのになという感じが、率直に言っていました。

時々施設を訪問しますと、私が時間を十分とれなくて行くせいでもあるんですけども、子どもに話しかけると、案内してくれる施設の人が自分で全部答えちゃう方がおられるんですね。

「名前はなんていうの」と子どもに聞きますと、「たかし君でしょう」とか、「歳はいくつ」って言ったら、そばからもうどんどん「12歳」とか返事がきてしまうんです。

さっぱりコミュニケーションにならないわけなんですけど、福祉の問題というのは基本的にいうと、この競争社会、競争原理が貫徹している中で、それに対して、どうまたそれと違う原理社会を作って行くかということですから、やっぱりゆっくりした気持ちを、行政の場合はあんまりゆっくりしていると叱られますが、みんながゆったりした気持ちを持つということが、大変大事なことじゃないかなと、日頃思っております。

北海道というのは広いわけです。この北海道の広さというのはなかなか



かご理解いただけませんが、私よく申し上げているんですが、札幌を京都の上に重ねて北海道の地図を置くと、どのぐらいの広さになるかということなんですが、大体稚内が富山県と新潟県の県境ぐらいのところになります。それから函館が徳島県、根室がどの辺になるかということ、ちょうど東京都なんです。ですから北海道というのは関東、関西から北陸、四国の一部のエリアを広げただけの広さに当たるわけです。ですから、なかなかそれぞれの府県でもご苦労が多いと思いますが、北海道の福祉関係の人々は福祉の資源を充実させるということでも、それだけの広さの中でどういう仕組みを作っていたら、よりよい福祉社会が出来るかということでは、大変苦労されているわけでございます。

よく北海道というのは施設の数が多いということを言われます。確かにそれは多いわけですが、これだけの広さでございますから、その広さの北海道と他の県とを単純に比較して、施設の数が多いとか、少ないとか言われても、実は何の意味もないわけでございます。

そういう広い中にあるだけに、私どもといたしましては、やはり地域の中でどうするかということが問われるわけございまして、詳しいことについては、今日これからのお話の中でそれぞれ北海道の専門家の、しかも長いことこの福祉に携わってこられた皆さん方から詳しいお話があらうかと思えます。

ちょうど北海道の新しい計画を昨年スタートいたしまして、それに伴って、福祉についても新しい計画をスタートさせました。その中では、ノーマライゼーションという考え方を基本に地域福祉というものを充実していくこととしております。そして同時に、道民全体で地域社会を作っていくという意味では、道民の皆さん方の福祉への参加を、ボランティア活動を含めてどう広げていくのかということに柱としております。そしてその中で私どもはハンディキャップのある人も、ない人も、ある人はその能力に応じて力を発揮して、一緒に生活できる社会というのを作っていかうと考えております。

同時にライフステージ、生まれてから歳をとっていくその成長していく中におけるライフサイクルに着目したサービスの提供を進めると同時に、地域の中で様々な福祉資源というようなものを含めまして、効率的、有機的な体制というもの、供給する仕組みというものを作っていきたいということはこの計画の柱としております。

北海道では、いわゆるハンディキャップを持った人は、これは推計も入りますが、大体35万人おられます。これは北海道の人口の6.2%にあたります。そのうち身体障害者の方が19万人ぐらい、それから精神障害者の方が7万人弱ぐらいおられまして、あとは大体特定疾患とか寝たきりのお年寄りの方とか精神薄弱者の方とかというのは、大体2万人前後ぐらいで、35万人ということなんです。

高齢化は進みますし、最近のハンディキャップを持った人のうち重度重複という人達の出生数が増えてきております。そういう中で、いまありました方向性を目指して、北海道の福祉というものを充実させていきたいと考えて、今度「総合リハビリテーションシステム」でございますとか、「障害児の早期発見・早期療育の仕組み・システム」といったようなことに取り組んでいるわけでございます。

こういう取り組みをしていくと、例えば「早期発見・早期療育システム」だけでも、どこにどういう福祉資源が足りないのか、あるのかということが、だんだんはっきりしてくるわけです。それから早期発見にしても、療育する体制があるのか、その子ども達が今度学校に行って、養護学校を卒業してから高等教育はどうするのか、あるいは企業の方の受け入れでどこか働きに出るにしても、受け入れてくれるような企業はどうかということのように、早期発見というのは最初のところの段階なんですけれども、しかし全体をやはりライフステージで眺めていくということが、まず出発点になるのではないかと思います。

その中から北海道全体の、先ほど申し上げた広大な面積の中に 212市町村ありますから、町村間の格差もあります。非常に熱心に取り組まれているところもあれば、やはり福祉資源としては極めて不十分だというようなアンバランスがある中で、じゃあそれをどうやって、その広い地域をどうしていったらいいのかということになるわけです。

ですから、この「早期療育の仕組み」などの場合は、1次圏、2次圏、3次圏ということで、70ぐらいの第1次療育圏、それから、6つの生活経済圏域でいろいろ物事を考えていこうというように思っているわけです。次いで第2次療育圏、そして高度で専門的なサービスを提供する第3次療育圏を整備し、これで全道を網羅するということになるわけですが、そういう仕組み・システムをつくりながら、同時に不十分な資源というものを充実させていきたいと考えております。そしてそれがライフサイクル全体の中で考えられる時に、いわゆる「総合リハビリテーションシステム」というのが出て来るわけでございます。ですから保健・医療の分野、それから福祉の分野、教育の分野、それに今度は雇用というような問題も出てくるわけございまして、その全体を障害者それぞれのライフステージに応じて作り上げていこうということの一つの目標としております。

北海道には、大変先駆的にいろんなことをおやりになってきた福祉の關係の皆様方もおられますし、大学關係の先生方や、あるいは社会福祉協議会があります。北海道に白老町という町がありまして、その町では町内会が 110ございまして、その町内会に福祉部というようなものをつくって、町内会で地域福祉というものを考えていこうというような取り組みが行われており、大変熱心にいろんな試みが行われてきています。しかも長い期間それが行われてきたという実績がございまして、そういう広い意味での福祉資源の上に、今回の「総合リハビリテーションシステム」の網をかぶせていこうとしているところであります。

同時にやはりこの仕組みの中では、障害を持ってる人々が、どれ程地域の中に出て行こうという意欲をもって取り組むかということも、大変大事でございます。

道ではケア付き住宅というのをモデル的にやっております。政府の方からは、今仕組みが出来上がってしっかりした施設にはちゃんと補助金も出ますが、実はそれだけでは全く対応出来ないいろんなニーズが出て来ているわけです。どうしても小さいもので生活寮だとか、授産施設だとか、通所の施設だとかというものが必要になってくる。そこがまだまだ私どもを含めて、行政では充分には対応ができていませんで、多

分これから地域の中で地域福祉をやっていこうとした場合には、既存の福祉施設というものは、いろんな意味でのキーステーションになり、それに行政とか保健所、医療機関が協力をしながら、そういう資源というのはもっと多方面に活用されるような自由さというものが、求められてきているように思います。

それから4～5人でまとまって、施設に通う場合だっていいわけですし、しかし施設にずっと24時間いるのではなくて、帰ってくるところがあるというのも大事なわけです。そういういろんな課題、要求というのが、もう今無数に出来ている。

その無数なものを国から地方まで通ずるシステムの中で収めようといっても、これは正直言ってなかなか難しいと思います。その時に大事なことは、本当は福祉施設の運用だとか、私ども行政の対応も含めまして、やはり柔軟な自由さというのが本当は必要なんですけれども、しかしなかなか今の補助金の行政システムの中では、それが無いというところで、ご苦労もあるのではないかと思います。

私、最近気が付いてビックリしたんですが、途中で失明される方というのが本当に増えてきて、この人々に対する対応というのは、まだ行政も他もいろんな意味ではほとんどなされていない、不十分だというようなことを最近人の話を聞きましたり、本を読んだりして感じているわけなんです。こういう社会ですから、今までとまた違った意味でのハンディキャップを持った人というのは、むしろますます増えていくということで、その増えていく時に、地域の中が福祉関係者だけじゃなくて、もっと地域全体として考えて、それも受け入れていくということが必要になると思います。

非常に効率が求められた競争社会だけれども、しかしその中にみんな一緒に走るのではなくて、少し遅れて走ってくる人を受け入れてくれる、そういう社会システムになっていかなきゃいけないんじゃないかと思います。ですから制度や仕組みというものも、私は非常に大事なことだと思いますけれども、それだけではやはり駄目で、地域に住んでいる人の意識とか、あるいは福祉に関わっている人々の意識の問題が大切です。

福祉施設の中にも、例えば老人福祉施設でもお年寄りが本当に生き生きいろんな活動をしているところもあれば、やっぱり寝たきりの人が、それは入っている人にもよるんですけども、ただ寝ているという病院みたいな感じのする施設と、やはり行ってみてお話を聞くとだいぶ差があるようでございます。それは施設に関係している人々の施設の運営をどうしていくのかというようなことで、だいぶ変わってくる。ただし、そういう人達の善意だけにおぶさって、施設を地域にもっと開放しろとか、つながりを持ってとかということをやってもやはり駄目ですから、それを応援する仕組みを作っていかなければなりません。

このような問題というのは、「総合リハビリテーションシステム」の検討委員会の中で論議していただきながら、北海道の福祉の方向性として基本に据えていきたいと考えているところでございます。

専門的なお話は、もう専門家の皆様方を前にしてですから止めますが、いずれにしても基本はやはり、地域社会の中で住んでいる人々が、お互いに本当に気持ちを通じ合える連帯感のある地域社会を作ること、それ

が福祉につながっていきますし、またそういう地域社会づくりにもつながっていくんだというようなことを考えて進めているところでございます。

今日これからの研究大会が充実した協議の場になりまして、その成果を充分北海道としても参考にさせていただいて、努力をしてまいりたいと思います。

与えられた時間がまいりましたので、これで話を終わりにさせていただきます。有難うございました。

**司会** 大変含みのあるいいお話をたくさんしていただきました。知事がお話になりました中の「心身障害児の早期療育システム」などにつきましては、午後から北海道教育大学の伊藤教授が、そのことをさらに深く触れてくださるだろうと思います。ありがとうございました。

# 北海道のリハビリテーションの歩みと21世紀への期待

― 肢体不自由児者を中心として ―

〔講演 I〕 河邨文一郎（北海道心身障害者対策協議会会長）

司会 大変お待たせいたしました。

それでは河邨文一郎先生に、ご講演をお願いしたいと思います。

ご紹介するまでもないと思いますが、先生は北海道大学医学部から札幌医科大学の教授を長くお勤めになりまして、同時に北海道肢体不自由児者福祉連合協会の会長も現在なさっておられる、実践と研究の両方をなさっていらっしゃる先生でございます。

その他に詩人としても数々の業績を残されて、北海道だけではなくいろいろな文化関係の賞なども受賞されている先生でございます。

先生の幅広いお人柄と、その実践研究を含めまして、ご講演をいただきたいと思います。

河邨 河邨でございますが、ただ今の横路知事の大変良いお話を伺って、皆様と一緒に感銘を深めたわけですが、横路知事は今期で2期目。大体終わりの方ですけれども、短い間に福祉の問題を非常によく勉強されて、ポイントを非常にしっかり理解されておられるのを、今更のように悟りまして、大変嬉しく思っているようなわけでございます。

さて、この大会のテーマが、「地域・共に生きる社会を考える」ということになっておりますが、いわばノーマライゼーションの基本的な単位としての地域社会の変革。これをどのようにして実現するかというわけですが、その一つのアプローチとして私が北海道におけるリハビリテーション、しかも肢体不自由児者の歴史を振り返ることにした理由は、第一には北海道が一つの島として、地域的に独立していること。ですから、その歴史を非常にクリアーに辿ることが出来るということ。

それから第二には、わずか40年前には肢体不自由児者のリハビリテーションに関する限り、北海道は処女地に近かったということ。

第三にリハビリテーションの発足時の北海道は、産業、経済、交通にも後進性が非常に強くて、いわば先進国における発展途上地域でありまして、その発展史は世界の同様な地域の人々に、おそらく大きな示唆を与えることであろうこと。

もう一つは、不遜に聞こえるかもしれませんが、その歴史というものがいわば私の半生史みたいなもので、一つの体験的な福祉観と言ったようなものをお話できるからということもあるわけです。

さて、私が札幌医大に、東大の整形外科から赴任いたしましたのは、昭和24年の秋でございまして、その時ひどい変形を持った障害者が札幌の街に溢れているのに驚きました。

重い患者さんはどうしているのかと思っていた矢先に、ある日、往診を頼まれました。一軒は金持ちで、一軒は貧しい家でしたけれども、金持ちの方では子どもを倉の中に隠しており、貧乏な方では籠の中に入れて柱にくくりつけているというわけで、どちらも人前に出さないことには変わりはない。そういうような時代でした。

身障者が多すぎてどこから手をつけていいか分からない。そういう矢先に、これは日本で初めてでございますが、東大時代の恩師の高木憲次先生をリーダーとした身体障害者巡回相談チームがやってくるようになりました。

それは昭和25年の8月のことでございました。昭和21年に制定されま





した生活保護法、翌年の児童福祉法、昭和24年の身体障害者福祉法、このいわゆる福祉三法の制定が、身体障害児者の医療に公的扶助の道を開いて、リハビリテーション施設の設立を保証したために、身体障害者の医学の中でも整形外科が飛躍的な発展をとげました。

戦前には障害者達が貧しさの中に孤立していたわけですが、そして不幸にも医学の進歩の恩恵に浴さなかったわけですが、戦後間もない日本政府がこのような進歩的な社会福祉政策を財政的に支えるといったようなことは、大変な苦勞があったと思いますが、その陰にはアメリカ占領軍の強制に近い圧力があったと聞いております。

北海道で最初のこの巡回相談ですが、これも全国的な政策の一環をなすものでして、整形外科手術でもっと良くならないか、医師、補装具の給付や修理はいらないのか。またその他職業訓練の相談や職業の斡旋などを行うもので、医療関係は東大の整形外科2名と、札幌医大からの私と他に1名。職業関係は労働省の係官が担当いたしました。

巡回した場所は、函館を振り出しに札幌、旭川、帯広、釧路、室蘭と、当時は整形外科とリハビリテーションに関する限り、北海道の主要都市が全て無医村に近かったわけです。巡回相談から帰ると私はその報告を北海道新聞にすぐ載せまして、肢体不自由児者の悲惨な状況、それからリハビリテーションセンターの必要性を訴えました。

その頃私は一人の脳性マヒの少年を診察しまして、尖足に対する手術を勧めたことがあります。少年は毎日父親に背負われて通学しておりましたが、入院すれば学校を休まなければならないからということで、手術を拒否したわけです。私が肢体不自由児施設を作ろうと思ったのはこの時でした。それで、恩師高木教授が昭和16年、日本で初めて作られた整肢療護園。あれと同じスクール方式のものが北海道で出来たらと望みまして、新聞や講演、その他の、その当時の田中敏文知事にも私の親友の岩手医大の猪狩忠教授を煩わせて訪問し直訴したこともあります。ありがたいことにこれと別に高木先生の強い勧告によりまして、厚生省が全国数カ所に施設建設の方針を立てて、その設置を北海道に対しても勧めたわけです。

これを受けて北海道は北海道札幌整肢学院(写真1)を成人身体障害者のための更生相談所、更生指導所、訓練所と共に設立しました。

昭和27年のことで、日本で第7番目の肢体不自由施設でした。

これらの施設は、正に北海道におけるリハビリテーション発祥の記念碑といえます。当時私は札幌医大の整形外科の教授でしたが、整肢学院の院長兼務を発令されました。整肢学院は50ベットのささやかな施設でしたが、創立職員たちの献身的な活動によりまして、独創的かつ先駆的な仕事が次々に生まれました。(写真2)そして子ども達は強い自立の精神を植えつけられて、明るく逞しく巣立って行きました。そしてその時私どもが子ども達にしっかり教えたことは、これまで社会の世話になった分はいつかは社会に返そう、将来はもしま自分の体が多少不自由なところが残っていても、健全な人々を助けてあげられるような人間になろうではないかということでした。

さて、院長就任の時点での緊急事は、道内の肢体不自由児の実態を知ることでした。そこで札幌医大整形外科と整肢学院とが共同で、昭和28



写真1



写真2

年、札幌市の学齢期肢体不自由児の悉皆調査をいたしました。

就学猶予や病気で入院中の児童も徹底的に調べました。(図1)

調査対象は6歳から15歳までの61,587名でしたが、調査の結果、肢体不自由児は503名0.82%の出現率でした。このスライドの上の円は、昭和25年の第1回巡回診療の時の疾患別内訳です。

この時圧倒的に多かったのは、断肢者で33.3%ありました。

関節硬直も18.2%にのぼっており、骨関節結核は20.4%でした。ところが下の円、つまり4年後の札幌市の学齢時調査のデータでは、ポリオが29.8%、巡回相談の時の7.9%を遥かに越えています。

また上の円では5.4%しかいなかった脳性マヒが、下の円では12.5%もいます。骨関節結核は両者に大差はありませんが、巡回相談の際あんなに多かった、つまり両方合わせて51%もあった断肢者、関節硬直は、右の図では驚くほど少なく、“その他”の区分に入ってしまった。なぜこんな違いが生まれたのか。

それはつまり、巡回相談には全員が診察に来るわけではないからです。

ではなにが故に診察に来なかったのかと、これが問題となるわけです。そこで肢体不自由児合計503名の治療状況を見ると、とにかく1回でも医師の診察を受けたことがあるのは401名いるのですが、今も治療を受けているものはたった35名にすぎない。残りの366名は治療を放棄してしまっているわけです。

治らないから治療を中止しているのであろうかと言いますと、総計503名のうち整形外科的に現状を改善出来るものが81%にも上がっているということが分かっております。同じことをポリオと脳性マヒについて調べますと、一度でも医師の診察を受けたことのあるものが、ポリオでは全例、CPでは73%おります。ところが現在治療を続行しているのはポリオでたったの6名、CPでは3名。残りは全て治療を投げ出しています。しかも改善可能なものがポリオでは95.2%、脳性マヒでは82.5%もありました。治療不要の者がポリオでは7名、脳性マヒで5名となっております。そこで治療を放棄した理由について調べてみたところ、ポリオでは経済的理由が140名中22.9%。ポリオ後遺症の専門医は整形外科であることを知らなかったのが22.1%、そして実に44%の子ども達がもうこれ以上どうにもならないと諦めていたのが分かりました。脳性マヒでもほとんど同様なことが見られます。

さて、その適切な治療施設について見ますと、病院通院でよい者が23.8%、病院入院必要が38.1%、入院期間が半年以上になりますので学業継続の関係上、肢体不自由児施設に入院を要する者、これが38.1%となりました。

以上の札幌でのデータを置き換えると全北海道の肢体不自由児の総数は、全学齢児童の0.82%ですから、17,000名前後、肢体不自由児施設収容が必要な者が5,477名ということになります。極めて重度な脳性マヒで、いわゆる重症心身障害施設が必要な者、これも208名ございました。この統計を前にしまして私達はいろいろ思い悩んだわけですが、整形外科の病院も施設もほとんど無く、治らぬと諦めて家庭にいる児童達にどのように救いの手を差し伸べるのか。

克服すべき因子には、まず施設への狭き門があります。5,477名の児

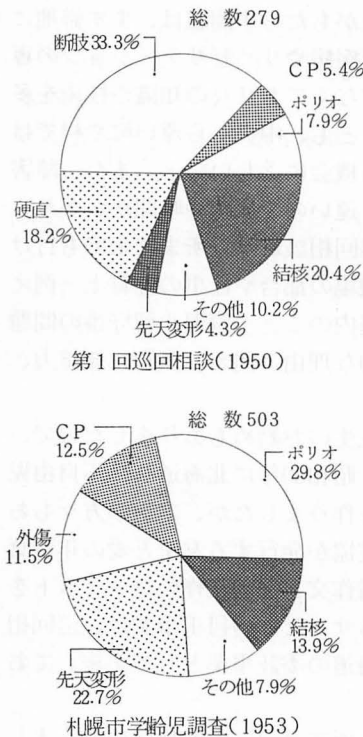


図1 肢体不自由起因疾患別分類の比較

童に対する40ベッドという狭き門。

第二に北海道の広域性がある。交通事情も未発達であって、しかも冬には積雪のため著しく阻害される。これらが北海道の広さをなおさら広いものにするわけです。北海道の広域性がもたらす問題は、まず僻地になるほど身体障害を引きおこしかねない疾病やリハビリテーションの専門家が少なくなること。次に、専門家でなくてもリハの知識や技術を多少は持っている人が欲しいところですが、中央から遠い町や村では医療関係者もその他の方も研修を受ける機会に乏しいこと。また、障害者が専門施設や相談所に行きたくても、遠いので旅費や時間がかかりすぎるといえます。また、せっかく巡回相談班が近所まで来てても行けないことがあります。経済的な理由や職場の都合や仕事の性質上一例えば、農家の農繁期で行けないとか。家庭内のこと一育児や留守番の問題などもありますし、個人の事情や精神的な理由、例えば無知、無気力、諦めなどもあるでしょう。

いろいろ考えまして、ちょうど高木先生のお勧めもありましたので、私達は肢体不自由児の援護団体を作り、昭和29年に北海道肢体不自由児福祉協会、以下道肢協と略しますが、を作りましたが、本州の方々もおやりのように、啓発と実益を兼ねて日肢協が発行する友情と愛の年賀葉書の頒布や全道の小・中学生からの友情作文と図画工作のコンテストをやっています。また在宅障害児に対するサービスの目玉事業は、巡回相談と療育キャンプで、現在は両者共北海道の委託事業として実施しております。

巡回相談は毎年行われ、昨年度は36カ所で計 435名を検診いたしました。何十年もやっているわけですが、整形外科医に小児科医、理学療法士が加わりまして、在宅児の指導に大変役に立っています。巡回診療は居宅訓練のフォローアップや施設への入院、または通院斡旋等の機会としても貴重です。(写真3)しかし限界もあって、年一回きりの相談では指導が徹底しにくいし、またなにかの理由で参加出来ないと、次回まで1年あるいは数年待たざるを得ない。ですから、近くに父母の会があれば入会を勧め、療育キャンプや施設の母子入院の利用を指導することになります。療育キャンプは、肢体不自由児とその家族との合同訓練と言えるものです。日程はもちろんレクリエーションも含まれますが、自宅における子どもの精神面の育て方、毎日の機能訓練のやり方、家庭での訓練用機器の作り方などについて学ぶ時間を十分にとります。(写真4)療育キャンプは昭和34年以来、もう30年の歴史をもちます。全国的にももっとも古い歴史です。

レクリエーションよりも訓練と躰の学習に重点をおくのが北海道の療育キャンプの特徴です。道肢協と地元の父母の会との共催で行われまして、費用分担は大体1対1です。昨年度は全道20カ所で親子計 491組 1,276名が参加しました。当初は2週間位のキャンプもありましたが、最近では2～3日程度のものが多くなりました。学校の夏休みを利用したキャンプ。海浜でのキャンプや冬のキャンプ。協会の事業にはこのほか肢体不自由児の高校生への奨学金、電動車いすやワープロなどリハ機器を施設や個人へ寄贈しています。

ただし、道肢協には子どもと日夜ふれあって育てて行くということは



写真3

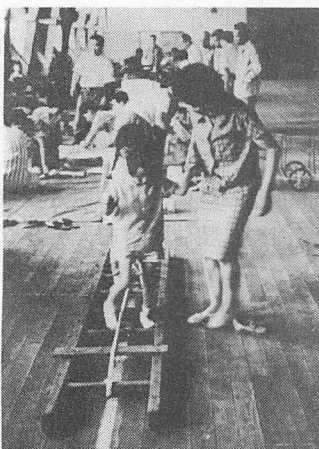


写真4

できません。それは父母にしかできないことです。

肢体不自由児父母の会の最初のものは、昭和32年、札幌で生まれました。札幌小児マヒ母の会がそれです。

保健所の一室を借りて月に2回相談日をもち、整肢学院の副院長らを

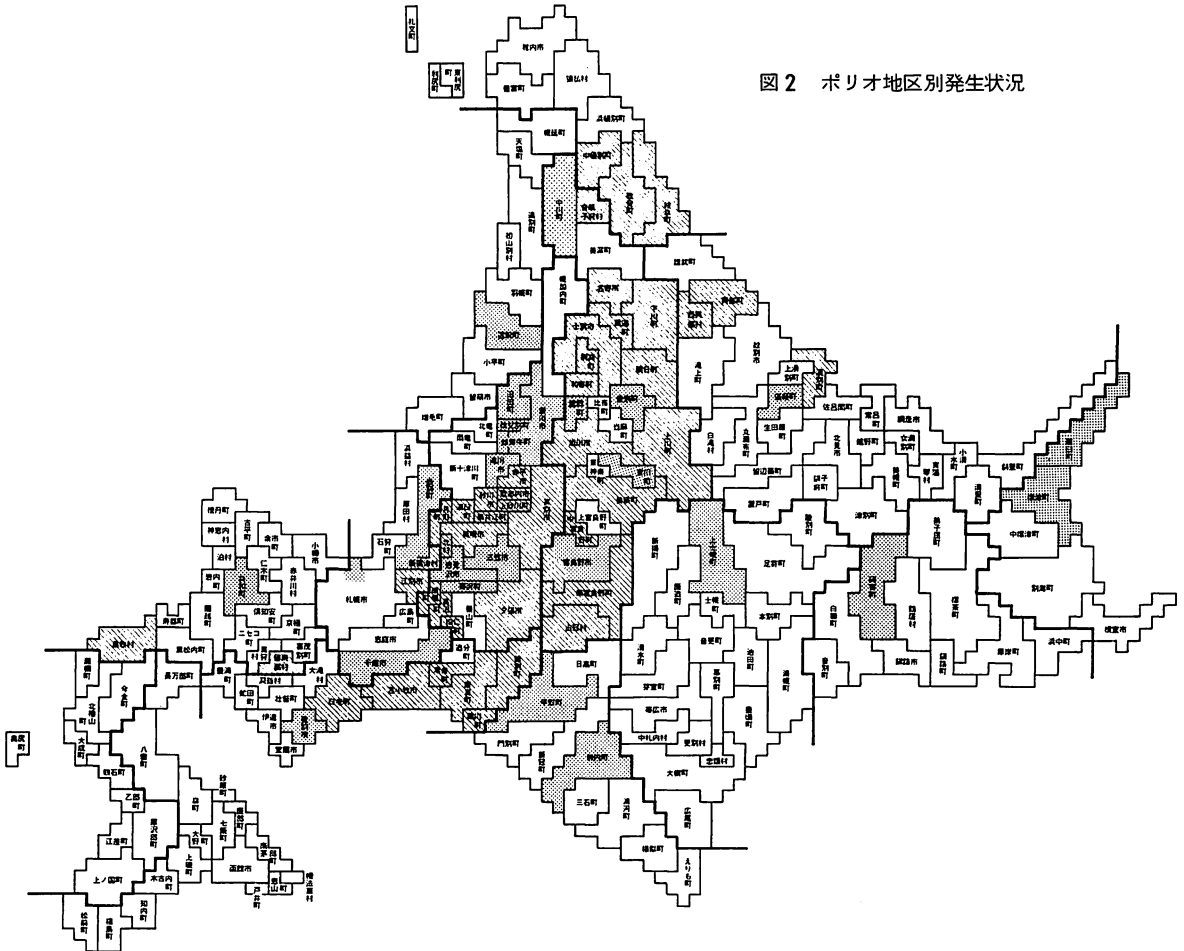


図2 ポリオ地区別発生状況

招いて診察を受け、機能訓練に励みました。そこで覚えた訓練の知識を自宅で活用したのです。ピクニックや海水浴、ひな祭り、クリスマス、楽しみ会もいろいろありましたが、施設や学校建設の陳情運動とか、ポリオの大流行の時には街頭募金をして鉄の肺を札幌市に贈るとか、いろいろな活動をしました。子ども達の療育ということに主眼を置いて、政治行動は二の次とするのがこの会の運営の理念と方式です。これはその後生まれた各地の父母の会に受け継がれて、北海道の父母の会の性格を形作ったわけです。この会がもつ役割として、彼らが適切な療育のルールからはずれることを防ぐ効果も見逃すことは出来ません。道肢協などによる組織の努力で父母の会は追々増え、昭和35年の夏7つに達しました。

その時に北海道をポリオの集団発生が襲ったわけです。昭和35年の夏に炭鉱の町、夕張に発生したポリオは、瞬く間に全北海道に広がり、総計 1,664名の子どもが犠牲になりましたが、死者は 131名 7.9%にのぼり、マヒ者 1,364名、後遺症 826名というものすごさでした。

図2でアミをかけられた区域は、患者発生が人口10万人対 150人以上。斜線の区域は同じく30人以上の区域を示します。

流行の当初、集団発生地にパニックが起きたのは当然と言えるでしょう。一年後に発生は治まりまして、セービンの経口ワクチン接種を政府が断行することによって、日本におけるポリオの発生は完全に制圧されました。昭和36年、日本を訪れたセービン教授から、私は幸いにも防疫の面でいろいろ指導を受けることが出来ました。(写真5)

ポリオ後遺症対策のために発生後3年間、私達は全北海道を駆け回りました。ポリオの大流行は残酷な悲劇でしたが、それを飛躍台にして北海道のリハビリテーションが大きく発展したことは事実です。

その間幾多の新規事業が生まれました。巡回相談も従来の道肢協と日本赤十字の他に、北海道衛生部にも新たに生まれました。『テレビ整肢学校』というシリーズで、NHKのテレビによる在宅訓練指導プログラムが放映されました。これは実は、私が自ら担当いたしましたけれども、当時はテレビ放映が始まったばかりの頃でしたから、この映像による新しいマスメディアというものは、ポリオに対する家庭はもちろん、病院、保健所における機能訓練法を伝達するのに画期的な威力を発揮したわけです。当時テレビの受像機を持っている家庭はほとんどありませんでしたので、父母あるいは技術者達は各地の保健所や病院に集まって、集団で視聴することにもなったわけですが、これは大変な歓迎を受けまして2年間も続きました。



写真5

また新しい肢体不自由児施設が、まず旭川に、ついで函館に作られました。日本赤十字小児まひセンターが伊達市に、肢体不自由児養護学校が札幌の真駒内と網走に作られる。札幌及び旭川の肢体不自由児施設内の分教室が、それぞれ併設学校としても独立するなど、大変よく整備されてきたわけです。大きな収穫は、札幌の肢体不自由児施設に母子入院棟が設けられたことです。これは初め母子20組。通例、一回について2カ月位入院させてやったわけですが、ご承知の方もあるでしょうが、家庭における機能訓練や日常生活動作、保育術などを教え込む。母親の食費のほかは一切無料で、費用は国と道が負担します。各地の父母の会の会員の利用率も高く、僻地の障害児には特に役に立つわけですが、家庭や地方の小規模通園施設などで訓練中の者が、より難しい技術の修得を必要とする段階にさしかかった時に、母子入院して再び家庭や通園施設に戻ってきます。やがて肢体不自由児施設そのものも、その後の肢体不自由児の重度化、重複化、多様化、幼少化に対応すべく大幅に拡大改築されました。まず、昭和47年に札幌整肢学院が、また昭和57年には旭川整肢学院がいずれも北海道立肢体不自由児総合療育センターとして再建されます。また、新たに幼児病棟、重度棟も付設されました。

なお、北海道にはまだ成人期を迎えた者達のための前職業訓練施設、これが無かったので札幌の総合療育センターの隣接地に、いわゆる年長児施設として北海道立肢体不自由児訓練センターが建設されて堅実な活

動を続けております。援護団体も随時作られました。集団発生のさなかに作られた北海道子どもをポリオから守る会、これは予防ワクチンの接種年齢の引き上げ等を国と道とに交渉しました。

なかでも画期的な役割を果たしたのは、昭和36年7月に設立されました北海道小児マヒ財団でした。30年前当時とすれば破格な2億円を上回る募金を達成して、ポリオ集団発生地区中10カ所にいわゆる、マザーズホームを建設しました。マザーズホームは、現在は日本全国にある小規模通園施設の先駆けでして、当時はもちろんまだ法律化されていなかったため、いろいろな大きな問題をまきおきました。

理学及び作業療法一式を設備して、運営は所在地の市が当たり、非常勤嘱託の整形外科医、訓練士2名、助手1名が配置されました。特殊学級を併設したものもあります。利用料金はもちろん無料で、全て小児マヒ財団の負担です。マザーズホームは日本全土に大きな反響をまきおこし、厚生省もとうとう法律化を急いで、昭和39年以後は補助金を出すようになりました。(写真6)

小児マヒ財団は、後に述べる北海道リハビリテーション学会の協力を得まして、昭和36年独自の訓練士養成講座を開き、修了した者を訓練士として、マザーズホームに配置しました。日本で理学療法士、作業療法士の試験制度が発足したのは昭和41年ですから、小児マヒ財団はここでも法律以前の活動をしたわけです。財団はその後、重症心身障害児施設の北海道療育園を旭川市に2万7千坪の敷地に作りましたが、これを機会に一応目的を達したとして、昭和49年に解散しました。

昭和36年、札幌整肢学院で発足したボランティアサービスは、施設専属のものとしては、日本で最初の成功例と言われています。(写真7) ボランティアの互選による委員と施設長等からなる運営委員会が作業種目、時間、日程など無理のないスケジュールで設定したからだと思われます。

さて肢体不自由児父母の会が、道肢協等の努力などによって年々増えてきたことは前にも述べましたが、ポリオ集団発生の後遺症対策に当たって、この父母の会育成の経験が非常に役に立ったんです。道肢協が出来たのが昭和29年、これに対し最初の父母の会が出来たのは、3年後の昭和32年で、数が7つに増えた昭和34年に、全道肢体不自由児父母の会連絡協議会としてまとまりました。その翌年にポリオの集団発生です。

私達の懸命のよびかけもありまして、会の数は急速に増え18の父母の会1,190名の会員数となったところで、北海道肢体不自由児父母の会連合会、通称道肢連の旗を掲げました。昭和48年には第一回の全道肢体不自由児者福祉大会を帯広で開いて、4年後の昭和52年、道肢協と道肢連は合体して財団法人北海道肢体不自由児者福祉連合協会、通称道肢連協に発展いたしました。肢体不自由児協会と父母の会が合体したというのは日本にあまりないはずです。(図3)

現在、道肢連協の主催する全道福祉大会は、毎年主催地を変えまして年々盛大になっていきます。通例4ないし5の分科会に別れ、幼時期、就学期、思春期、及び組織の諸問題を論じ、その成果を行政に反映するように努めるわけですが、大会にはもちろん楽しい友愛のプログラムもあります。道肢連協は現在41の父母の会を支部として1,466名の会員を

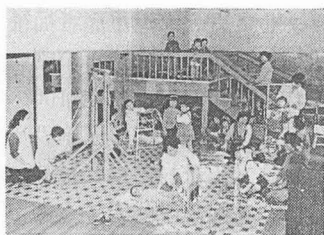


写真6



写真7

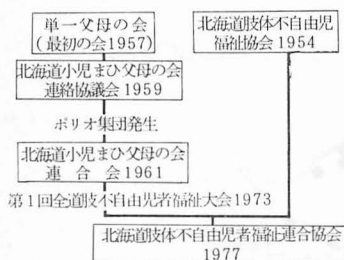


図3 道肢連協の沿革

擁し、年間約 2,600万円の規模で事業を行うまでになりました。最近では、会員の子ども達は脳性マヒや先天性変形などの、しかも重度重複障害を持つものが大部分となりました。

ここで「福祉村」について語らなければなりません。

重度身体障害者がよりよい社会人となるために学ぶことができ、働くことができ、そして親の死後でも安心して生活のできる場の建設を切望する声が、脳性マヒの青年達の間からあがりまして、北海道重症者福祉村建設推進委員会が、昭和40年、運動を開始しました。実に14年の闘いの後にその夢がついに現実となりました。それは昭和54年、敷地 100ヘクタールの丘陵地に重度身体障害者のための更生援護施設、授産施設及び療護施設などの総合施設として生まれました。「福祉村」は、精神薄弱児者のための伊達市の「太陽の園」とともに、北海道を代表する大型総合施設となっておりますが、「福祉村」は今年で10周年を迎えてお祝いをいたしました。所在地の栗沢町及び町民の絶大な支えのもとに、開かれた施設との実績のもとに、ノーマライゼーションエリアの基礎を堅めつつあります。

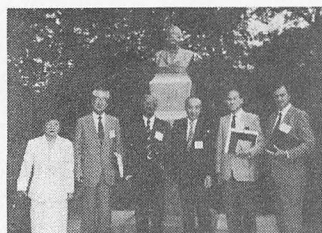


写真 8

今日の講演の中で、北海道リハビリテーション学会のことを一言ご紹介出来るのを嬉しく思います。この学会は、日本リハビリテーション医学会より少し早い昭和48年に発足して、その特徴は、医師だけでなく、あらゆるリハビリテーション分野から会員を集めていることです。すなわち、発足の時から総合リハビリテーションの研究を目指すものでした。年次学術総会の他、今日的なテーマについて年3~4回、講義と実技指導による特別研修会が催されます。北海道リハビリテーション学会は、昨年東京で開かれたリハビリテーション・インターナショナルの第16回世界会議のポストコンgressを札幌で開催しまして、世界の権威者の参集を得て、極めて密度の濃いシンポジウムを成功させることができました。(写真8)

なお、その間にリハビリテーション技術者の手でPT、OTの養成機関も北大と札幌医大に作られたわけでございます。

ここで、一枚の図の上に皆さんとともに肢体不自由児父母の会の所在地を見てみましょう。(図4)

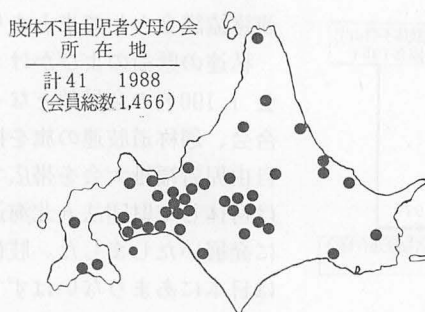


図 4 北海道における肢体不自由児父母の会所在地

父母の会の子ども達のほとんどが札幌か旭川の療育センターで指導を受けたことがあります、従ってセンターに登録されているわけです。

父母の会はまた、道肢連協の支部としてその巡回相談や療育キャンプに参加し、療育センターの技術陣の指導を重ねて受けます。その所在地に小規模通園施設がある場合には、当然これを利用しますが、通園施設の訓練士は療育センターで訓練されたものがほとんどです。つまり父母の会に席を置くかぎり、その子ども達は肢体不自由症の診療に熟達した専門員や技術者によって一貫した方針のもとで、指導を受けることになります。リハビリテーション技術の実施ないし伝達という見地からは、父母の会はその前進基地であり、地域総合リハビリテーションのネットワークの大切な結び目であるということがお分かりかと思えます。

この父母の会のネットワークの中心には、道肢連協本部がありまして、これと不可分の関係に両療育センターがあるわけですが、北海道の場合には子ども達の教育の場である道立養護学校にも、父母の会は道肢連協の組織を通じて、あるいは単独に連絡を保っております。このネットワークを堅実に維持していくこと以外にも、なさねばならぬことは余りにも多いのが感じられます。

本日のお話は肢体不自由児に限定いたしましたでしたが、盲・ろう・肢体不自由児の領域でも、また精薄児の領域でも道肢協に前後して、それぞれの全道的な協会が発足しまして、立派な成果を上げております。北海道のリハビリテーションを語る時忘れてならないのは、北海道社会福祉協議会、特にその内部組織である社会復帰促進協議会、稲垣是成氏の御指導が大きいわけですが、広範な分野における調査研究とその報告書が果たした大きな役割でしょう。しかし、リハビリテーションの発足当時と現在とでは、ターゲットが大きく変化いたしました。起因疾患の変化とリハビリテーションの技術的進歩の結果、対象がご承知のように重度化、重複化、幼少化、高齢化する他方では、社会の経済的、福祉的成熟化が急速に進みました。医学の第三の段階というふうに位置づけられましたリハビリテーションも障害者の潜在能力の多角的な開発を通じて、その全人的な復権を図るというふうに理念づけられるようになりました。そして、リハビリテーションからヒューマニテーションへ、さらにはノーマライゼーションへと新たに展開していくにつれまして、脱施設の風潮が強まってきました、リハビリテーションの主流は居宅ケアの方に移って来るように見えます。そして障害者自身がこの流れの中で、主権を握る動きを見せてきているわけです。

1981年の国際障害者年を契機にまとめられました、障害者に関する北海道行動計画というのがあります。このものの推進力には、実は見るべきものがあるというふうに評価しておりますが、中でも障害者、特に脳性マヒの早期発見、早期療育体制、また自立生活を助けるケア付き住宅、それから、施設を中心とするノーマライゼーション・エリアの計画などが、モデル事業とは言いながら糸口についたことは大変喜ばしいことです。また、道立の身体障害者総合相談所や、特殊教育センターや児童相談所が面目を一新して再移転・建築をされましたが、それと共に喜ばしいことだと思っております。しかし私達が欧米先進国の人々と同じく、直面しつつあることは、古き良きコミュニティ（地域社会）と家族の崩



壊だと言えるのではないのでしょうか。

以前のように家族あるいは近隣の人々が、その中に生じた障害者を庇護したり、あるいはその自立を助けて行くという伝統的な福祉機能がだんだん維持できなくなって来ているのではないのでしょうか。

さりとて障害者がその家庭に留まろうとする限り、熟練したヘルパーやボランティアが必要ですが、ボランティアの確保は今後果してそれほど容易かどうかという問題も出てきているわけです。

産業構造の変革は価値観を非常に大きく変えました。現在、産業の多くの分野が人手不足に悩んでおります。外国人労働者の問題や主婦の職場への駆り出しということもあります。人材派遣業という商売人も出てきている。若い世代は賃金もさることながら、勤務時間、休日、そういったことを就職の最大条件にしているという今日です。

21世紀を展望しますと、ボランティアは全部ではないが、おおかたが有料のヘルパーに置き換えられるのではないかと考えられます。福祉サービスも有料化ということが一般的になってきて、行政機関、もしくは施設などからホームヘルパーやホームナースを、グループホームといった生活共同体など、障害者がまとまった場所や家庭に派遣する場合と、あるいは既にデンマークで行われてますように障害者がその分の補助金を国から貰いまして、そのお金で障害者自身が直接ヘルパーを雇う場合があるでしょうが、特に後者の場合、もしそのヘルパーがフリーの勤労者である場合は、雇主である障害者との雇用関係は常に全くトラブルなしに保たれていくのでしょうか？それをどのように調整していくか、いろんなきめ細かな問題が出て来る。こういったようなものに我々は対処していかなければならないと思います。

人間以外のヘルパーと言いましょか。例えば、目の悪い方には盲導犬がおります。アメリカあたりでは重度肢体不自由者のための犬。それを訓練して配置していますが、猿にも実験が行われているようですけども、そういったことの強化もさることながら、より精巧な自動具や福祉機器、更に多種多様なロボットの開発と供給も大きな課題となるでしょう。そういうテクノロジーの問題もございませうけれども、やはり根本的な問題は、人間の心の問題、地域社会に住む人達の心の問題だと思っています。新しいタイプの連帯の再建は大きな課題ですが、それもテクノロジーや行政面だけではなく、結局精神的・思想的・心情的なものが心棒になるわけで、言いふるされたことですが社会教育を大いに強めていかなければいけないわけですが、ここにまた施設対在宅の問題があります。おおかたの方がそうだろうと思いますが、決して施設はいらなくなるというものが、私の持論です。やはり両者相まってやっていくというのが必要だと思いますが、しかし施設は開かれた施設にあくまでもならなければいけません。地域社会に住む人が、いろんな意味で、もっともっと自由に利用し活用できるものでなければいけないと思います。施設も地域社会のニーズを常に吸い上げて常に変わっていく面をもたなければいけないことにもなるわけです。そういうことによって初めて施設というものが、一つのノーマライゼーション・エリアということを考える場合に重要な役割を果たす。場合によってはその中心的な役割を果たすことにもなるかと思えます。決して官僚主義的にならない、自己中

心的にならない。そういう施設の性格を堅持していくことが非常に大事だと思います。

私は今日は居宅児童に究極の目的を絞ったアプローチの歴史とも言える今日のお話を終えるにあたりまして、皆さんに一言申し上げたいのは、お話に出てきた数々の出来事に関係なさった方、私と一緒にお仕事なさった方がこの席に少なからずおいでになるということです。

今日のお話はそれらの人々と私などが一緒になし遂げた手作りの歴史です。私達がみんなでかつての処女地の上に作り上げましたリハビリテーションの小さな歴史が、つまり身体障害者の一つの分野の歴史が、いかなる必要のもとに、いかなる人々によって、いかにして築かれて来たのか。そういうようなことが社会福祉に携わっておられる皆さんに、そして私達の今の仕事の原点に戻ってそこから将来の発展を探る上に、幾らかでもお役に立てればこれ以上の喜びはありません。

長い間ご静聴ありがとうございました。

# 療育技法について考える

## [シンポジウム I]

### ■司会

高松 鶴吉

(北九州市立総合療育センター所長)

### ■シンポジスト

御供 真

(道立手稲養護学校教諭)

佐藤 剛

(札幌医科大学衛生短期大学教授)

佐久間和子

(道立札幌肢体不自由児  
総合療育センター副院長)

村井 正直

(大滝わらしべ園施設長)

総合司会 「療育技法について考える」というテーマで、これからシンポジウム I を始めたいと思います。

それでは今日、司会をして下さいます高松鶴吉先生につきまして、私から簡単にご紹介を申し上げたいと思います。

先生は九州大学の医学部にお勤めになりまして、現在、北九州市にあります「総合療育センター」の院長をしてらっしゃいます。

ご紹介するまでもないことですが、この「療育センター」は九州一円はもとより、中国圏、あるいは関西圏を含めまして、いわゆる心身障害児の療育に関します核的存在としての活躍をしておられるセンターだと伺っておりますし、私共もかねがね指導していただいているところであります。それでは高松先生、よろしくお願いたします。

高松 皆様こんにちは。

今ご紹介いただきまして大変恐縮しておりますが、今日は「療育技法について考える」という、考えると大変難しいテーマのシンポジウムの司会ということで、果してどうなりますかと思っておりますが、皆様方も演者の先生方にもお願いしたいのですが、できるだけ肩の力を抜かして、できるだけ気楽に、余り気楽になりすぎてお眠りになりますと困りますが、ほどほどに気楽にこのシンポジウムに参加していただきたいと思っております。

午前中の横路知事と河邨先生のお話は、それぞれ大変感銘深いものでございました。河邨先生のお話を聞きまして、人がいる、その人が組織を作る、そしてまた組織が人を育てていくという、一つの循環し拡大していく歴史の発展図というものが頭の中に浮かんでくるのです。

しかし、人と組織の最も中心的なテーマ、私たちの組織のもつ目的といえば、障害を持った子ども達をテーマとする世界では、いうまでもなくその子ども達の発達を出来るだけ損なわずに育てていきたいということになります。普通の子どもの持つ環境では充分育ち難いと思われる子どもさんに対して、特別な配慮をした環境をわれわれが準備をして、育てていくということになりましょう。

その特別な配慮というところは、実は愛情深く子どもが好きだという人間的なところだけでは解決せず、ここで技術ということが問題になるわけです。その技術も20年ぐらい前だと、どのような技術であっても子どものためになるような技術であれば、何にでも飛びついたのでした。しかし、最近ではそれぞれの技術がそれぞれの形で世間に知られるようになってきています。だからここらあたりでいろいろな技法についての共通性と相違性を、一堂に会して話をしてみてはどうだと、多分そういう趣旨でこのシンポジウムが計画されたと存じます。

シンポジストの4人の先生方は、それぞれの技法について、充分マス



高松 鶴吉

ターしておられるだけではなくて、技術そのものを実践的に日々子どもの療育の中で生かしておられます先生方です。

ここに書いてあります順序でご紹介いたしますと、御供先生は昭和48年に養護学校の先生となられ、その頃にすでに学校の方で、「心理リハビリテーション」という療育技法に興味を持たれまして、それ以後、その技法について修練、あるいは学問的にも勉強されて、現在に至っておられます。

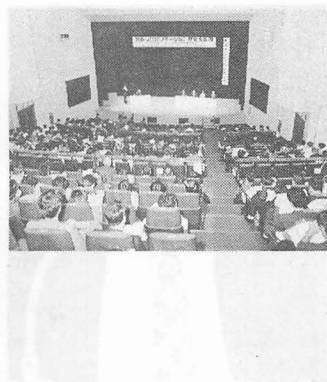
それから佐藤先生ですが、佐藤先生は実は私とはちょっと縁がございまして、北九州にあります「九州リハビリテーション大学」の教官の時代もあるのです。元々はこちらのご出身で、それからアメリカの方へ行ってOTになる、いろいろな経歴を通して、昭和58年に札幌医科大学が開設しました衛生短期大学の教授となっており、現在日本における「エアーズ法」の会長、正確に言えば日本感覚統合障害研究会の会長を務めておられます。

次の演者である佐久間先生は、私たちの「肢体不自由児施設」の仲間のお一人で、古く、と言いましたらお嫌いになられるかもしれませんが、昭和36年にこの施設の仕事に参加されました。私たち大半が、実は整形外科の医者ですが、佐久間先生は小児科の先生です。最近では少しずつ小児科の先生が「肢体不自由児施設」の事業に参加して下さっていますが、佐久間先生はわれわれの仲間となった最初の小児科の先生であります。佐久間先生は「ボバース」、続いて「ボイター」につきましているいろいろと勉強されただけでなく、実際の場面では訓練の諸先生達をご指導して、よき成績をあげておられる先生であります。

最後のご紹介になりました村井先生は、京都と大阪の間に枚方というところがございますが、そこで昭和52年に「わらしべ園」という施設をお作りになりました。法的に決っている施設なら、それなりの公的な援助を受けていくのですが、法外の施設は大変です。実は「ペトゥ」という、これはハンガリーで始まった技術ですが、その前昭和45年に「ボバース」を学ばれ、昭和50年に「ペトゥ」にめぐり逢われた後、それをわが国において実践しようと昭和52年に作られた施設が「法外」のもので、経営的にもご苦勞をされながら、しかし志を高く、ついに北海道にも一つ園をお作りになられ、充分お仕事を発展していただいているという先生です。

シンポジウムの順序は、最初に20分ずつ諸先生方にそれぞれの技法についてご説明をいただきました後、小時間の休みをとりまして、その後改めてそれぞれの技法の特徴とか、適応につきましてどのような子どもに最もいいのか、その長所、短所、あるいはまたその技術を一人の子どもが受けたいと思うときに、どのような隘路が現在存在しておるのであろうか、というふうなこともお聞きしたいと思っています。よろしくお願いたします。

それでは御供先生からお話をお伺いしたいと思います。よろしくお願いたします。





御 供 眞

御供 ただいまご紹介いただいた御供です。

私は今、肢体不自由の養護学校に勤めておりますけれども、そこで行われている訓練がどんなふうを考えて行われているのかについて、今やっている「心理リハビリテーション」、あるいは「動作訓練」と言われるものについて、これからお話ししたいと思います。

道内に養護学校がたくさん出来まして、肢体不自由の学校もありますけれども、そこには施設が併設されている学校もあれば、単独で置かれている学校もあります。施設併設である場合、訓練士さんがいらっちゃって、ほとんど学校の教員が訓練をやるということはまずないんですけども、単独の養護学校では当然人がいませんので、われわれ教員が訓練をやるということになります。それから昭和54年の養護学校の義務化、訪問教育の開始等によりまして、重度の障害を持っている子ども達にも教育の機会が与えられました。そうすると訓練としてだけではなくて、子ども達の感覚面、あるいは知覚面、情緒面、コミュニケーションなどへの教育活動といいますか、働きかけの一つの主要テーマとして、身体への働きかけということが課題になってきます。そんなことでやり始めたわけですが、学校では一応養護・訓練とよんでやっております。その養護・訓練というのは、昔やられていた体育・機能訓練の延長線上にあるんですけれども、当然われわれが子ども達に関わっていく時に、高松先生が言われたように、技法を持っていないと子ども達には関わっていけないわけです。関わっていただけますけども、やはり有効なものにはなっていないということがあります。

そんな中でたくさんの訓練技法があるでしょうけれども、その中でわれわれは養護学校として「心理リハビリテーション」というものを取り入れてきました。一つは学校の教員になっていく過程で、なかなか神経生理学的な立場に立つ方法について、論理的にも技術的にも研修の機会が少ないということがあります。あるいは皆無に等しいということもあると思いますし、もちろんそれを受けるためには一定の資格も必要というふうに聞いています。

それからもう一つ、子ども達の持つ身体の問題を考えると、今言いましたようにそういう生理学的、医学的理解というものよりも、行動科学的というか、心理学的というか、そういうものの方が教員にとっては馴染みやすいということがあります。これであればとにかく勉強しさえすれば、なんとかわれわれ教員でも子ども達に関わっていけるんじゃないかということが、最初の出発点のところにあるんじゃないかなと思います。

そんなふうにして「心理リハビリテーション」を取り上げてきたんですけども、これは名前の通り、心理学的な立場から脳性マヒの動作不自由に対するアプローチです。元々は九州大学の教育心理の成瀬先生を中心に研究が進められたものです。心理療法が専門の先生で、催眠についてはかなりいろいろ本も書かれています。先生のお話ですと、20何年前にたまたま相談に来た脳性マヒの青年が、だいぶ年をとっていますから硬く緊張していて、たまたま催眠術しか手がなかったんで、その青年にかけたら緩んじったということがあったそうです。それでどうして催眠術をかけたら緩んだんだろうかということが最初の出発点だったそ

うです。それでいろいろ工夫されたようすけれども、催眠からさめるとやっぱり元に戻ってしまうということがありまして、何とか催眠を使わないでも緩めることができないかというようなところが、脳性マヒにのめり込んでいったことのようにです。

催眠というのはまだ完全にはどうして出来るのかというのがわかっていないようなんですけども、火事場のバカ力でもないですけども、潜在的にもっている能力を催眠で誘導することによって、その抑えられていたものがなくなって、本人が何とか緩めることができたんじゃないかというようなことが考えられておりまして、ともかく催眠であろうとも、催眠で緩んで動いたということは、その人は緩ませることが出来る力を持っているということです。

それは何かの理由で、主要な要因は緊張によるというふうに考えてますけども、そういうことで緊張のとり方を子どもが覚えれば、何とか動きは改善されるんじゃないかというようなところが、訓練らしくなってきた最初のものであります。

脳性マヒというのは、一般に脳損傷による運動障害と定義されていますけども、例えば面接相談であるとか、子どもの動きの様子を細かく観察してみると、具体的には何かをしようとするとき、思うように動かないとか、あるいは逆に変な力が入っちゃった、力が入り放しだから多分力があるんだろうと思って「もうちょっと入れてごらん」というと、そこからもう入らない。逆に違うところに入ってしまったり、もうどうして良いか分からないで困るというのが、子ども達に多く見られてきます。ところが逆に意識していないようなときに、子どもが気がつかないうちに、結構動いている場面なんかも見ることが出来るわけです。

とすると脳性マヒの子の体が動かないということを考えるときに、確かに生理的に様々な機構があり、それで身体が動かないということはあるんですけども、あるいはもしかしたら動き得るものを持ちながら、今言ったように邪魔をしているものを取り除く、その仕方を教えてやることだというふうに考えてきました。脳性マヒのことに関わらず、人の身体というのは様々な原因で動かすことができます。他動的にも自分でやろうとしても、あるいはいろんな反射検査的にぐっと動かしてみたり、びっくりさせたり、あるいは物理的な刺激や化学的な刺激にも運動というのはおきますけども、そういう運動の中で、今言ったように自分の意志で、自分のこうしようと思った意図に対して一生懸命努力して、その結果としておきた身体の運動というものをまず捉えて、これを僕たちは今「動作」というふうに定義しております。ですから「動作」というのは、具体的には身体運動の形をとっているんですけども、実は「心理的なプロセス」じゃないかというふうにおさえることが出来ます。

脳性マヒの子どもにとっては身体の問題と言うのは、こうしようと思った動きと、結果として現れた動きが一致しないことにあります。それを一応「動作不自由」というふうに呼んでおります。

ですから私達にとっての課題は、それを一致させるための努力の仕方、それを変えていく、あるいはまだ身につけていない子どもであれば、それを身につくように教えてあげる。そういうようなことが「動作訓練」といわれるものの内容です。

反射運動はどうなんだと言われるんですけども、いろいろ文献等を調べてみますと、原始反射と呼ばれるような運動の中にも、いろんな条件によって変化があるということが知られてきているようです。私達の先輩でこういう方面の研究をされている方もいらっしゃいますけれども、そういう方の話を聞いてみても、変化するものがあるということが報告会などで話されています。

体の動きというのは慣れて動かすと気がつかないんですけども、一つの単位運動をゆっくり動かしてみると、その中でかなり面倒くさいんですね。ただ伸ばせと言って、伸ばすのはいいんだけど、これをゆっくり伸ばして、これをどういうふうに身体を使いながら伸ばしているかなあと考えながら伸ばしていくと、かなり人間の動きというのは微妙な筋肉の使い方があります。それを適切に緊張させる、あるいはそれを緩めさせるということの両方のバランスをうまくとりながらやっているんですけども、それが慣れてくるとそんなことを考えないで、スーと動いちゃうけれども、本当にゆっくりやってみると、意外と難しい面があると思います。

脳性マヒの子どもの場合、さっきも言ったんですけども、様々な形で緊張というか、力の入り方、間違った力が入ってしまうというのが見られます。一つは慢性的にというか、じわっと入り放しでいるような緊張、それから何かしようとするときに随伴して出て来る緊張、時々くっくっくっ入ってくるような緊張だとか、いろんなものがあるんですけども、どうもそういう緊張の調整がうまくいかないということがあります。それでそれを取り上げて緩めるということで、最初は「リラクセーション」「弛緩訓練」というふう呼んで、緩める訓練ということでずっとやってきました。ところがその緩めるというのは、皆さんは多分スーと緩むと思うんですけども、緩めるというものも本気で緩めるというの、またえらい難儀なことがあります。後で実際に休み時間に少し自分の身体を動かしてごらんになるとわかるんですけども、かなり難儀なことがあります。脳性マヒの子どもの場合、そこに緊張があるということに、まず気が付いていないということがあります。ですから当然そこを緩めることも難しいわけです。それで他動的に動かして「ここ硬いね」ということを子どもにわからせようとするんですけども、その時どうしても子どもとの関わりの中では、心の緊張というものにぶつかります。それは自分が後で聞いてみてわかるというのがあるんですけども、自分がどうなるか分からない。これを緩めてしまったら、何かこう自分の手が手でなくなってしまうんじゃないかという、そういう不安感みたいなものがあるようです。

そういうことが自分自身を変えることへの抵抗としてあります。

ですけども緩めるというのは、あくまでも自分で緩めなかったら緩んだことにならないわけですから、当然それは子どもが自分で勇気を持って、その気になってやろうとしてくれなかったら、本当に緩めることは出来ないということが分かってきました。そんなようなことで緩めてくるということでやっていたんですけども、自分が動かしているというときに、ゆっくり動かしてみると一定の感じが伴ってきます。ところが脳性マヒの子どものにその感じがあるかということ、なかなか出てこない場

合があります。例えば「他の力で緩めさせられちゃった」とか、「何だか知らないけど勝手に動いちゃったわ」とか、そういうような感じで出てきます。名前はどうでもいいんですけども、何かそういうふうに被られたというので、「被動感」と勝手に僕等、名前を付けてるんですけども、「被動感」だとか、「自動感」というものをできるだけ少なくして、「うん、これは俺がやっている」という、それを「主動感」と呼んでますけれども、その「主動感」を持てるような訓練というので、今少し変わって「タテ系」と呼んでます。要はお座りであるとか、膝立ちであるとか、片膝立ちであるとか、立位であるとか。そういうことをやっていますけれども、そういう自分で身体を動かしていく感じというのを出来るだけつかんでもらおうとする、そういうことで訓練のやり方が、また少しずつ変わってきています。ちょっと時間配分がうまくいかなく申し訳ありませんでした。

司会 では、佐藤先生お願いします。

佐藤 佐藤です。どうぞよろしくお願ひいたします。

これから私がお話いたします「感覚統合療法」というのは、わが国では「作業療法」という医学的リハビリテーションの一職種であります中で、子ども達を訓練する一つの理論としてアメリカで発展してきたものを、昭和51年に初めてわが国で正式に講習会が持たれたという経緯があります。

この療法の開発の経緯を考えてみますと、いわゆる肢体不自由児に対する狭義の療育の一技法ということからは、幾分異なるのではないかと考えていますが、何故かといいますと「感覚統合療法」を開発してきた対象となる障害が、いわゆる学習障害とか、あるいは情緒・行動面の障害を持つ子ども達が主となっているからであります。

従いまして、どちらかといいますと医学領域では、児童精神科の領域とか、小児神経の領域、あるいは教育、保育、心理学の領域とも深く関わっているのが「感覚統合」の理論であり、また実践であるわけです。

近年、疾病や障害の状態の変化、すなわち重複化、あるいは重度化が進みまして、たとえ運動障害というのが主であっても、子どもを身体のみならず、精神・情緒・社会的な観点から発達課題を促進していく重要性が強調されなければならないと思うわけです。またそのように専門家、あるいは医療・保健行政の間で意識が深まっていくことが必要と考えております。

感覚統合理論に基づく実践というのは、学習障害児を対象として発展してきたわけではありますが、様々な障害児に対して応用性を持つアプローチでもあります。そういった知識を多くの人々が持って「感覚統合障害」という観点から、療育または発達を包括的に保証する上で必要な方法ではないかと考えております。

まず「感覚統合」ということを、簡単にお話してみたいと思います。作業療法の中で育った「感覚統合療法」は、医師による薬物、あるいは手術などは異なりまして、究極的には障害を持つ子ども達の生活の自立と喜びを援助するという目的を持っております。「感覚統合療法」は、



佐藤 剛



その子どもが育っていく過程の中で非常に重要である遊びということに焦点を合わせた考え方でもあります。すなわち子どもの自発的な遊び、あるいは身体活動が、子どもの言葉を発達させたり、文字を読んだり、書いたり、あるいは集団での対人関係を学んでいく、そして自信を持って生きていく心、そういう情緒性を育てていくことと深く関わっていると考えております。われわれの周囲の様々なものが、意味を持っているものであること、すなわち対象を知覚する、あるいは認知する能力の発達、遊びの中で育っていくということでもあります。では何故「感覚統合」という用語が使われているのでありましょか。本理論を構築したアメリカの作業療法士でありますエアーズは、発達の年齢に応じて行われる様々な遊びが、脳に送られる多くの感覚情報を処理する能力、あるいはそれを解釈する能力を発達させていく鍵となるというふうに考えて、この理論を開発してきております。

この脳に送られてくる様々な情報が不十分であったり、あるいは脳の中に入っても適切に伝達されていなかったりした場合に、その複雑な情報を処理するだけのネットワークが、脳の中で発達してこないというふうに考えているわけです。その結果として、いわゆる学習障害、あるいは情緒・行動面の障害とつながっていくのではないだろうかという観点を持っているわけです。

まず初めに、生まれてから子どもが成長していくわけなんです、母親の元で様々な身体活動をしながら、そこでは動くこと、それから皮膚を通していろいろ接触しながら子ども達は環境を探索し学んでいきます。更にいろんな身体活動を子ども達は自発的に行っているということにエアーズは注目したわけなんです、その自発的に行っていくことが、すなわち様々な感覚情報が脳にとって栄養となるという観点であります。それが剝奪された時には学習をしていくという能力に影響が与えられる可能性があるということでもあります。(図1-写真)

そこで更にエアーズが考えたのは、人間の発達の初期の段階においては、まだ充分な大脳の皮質が発達していないわけでありまして、人間の脳は生物の発達の過程を見ても、もっと基本的に動物的といえますか、そういう基礎的なわれわれの能力が発達していくのは、系統発生的に古い脳の部分で行われているということです。それが基盤となってわれわれの人間としての新しい思考活動、言葉の発達というのがあるのではないかと注目に値するわけあります。

われわれの脳の中には、様々な情報が入って来ます。体を動かす時、内耳からの三半規管とか前庭器官からの情報、あるいはわれわれの最大の感覚器官である皮膚からの情報とか、様々な情報が脳に入って来ますが、そのほとんどの感覚情報というのは、まず脳の古い部分、いわゆる脳幹といわれる部分である程度スクリーニングされて、更にそれが統合されて大脳皮質に伝えられて、それから意味ある一つの行動へとつながっていくということが知られているわけです。(図2)

伝達される過程の中で、いろいろな感覚情報がそこで処理されていくということが必要なわけです。それはシナプスという一つのメカニズムの中で伝達されるわけなんです、その時に一つの感覚刺激ではなくて、いろいろな感覚刺激がそこで統合されていくプロセスがあります。そし

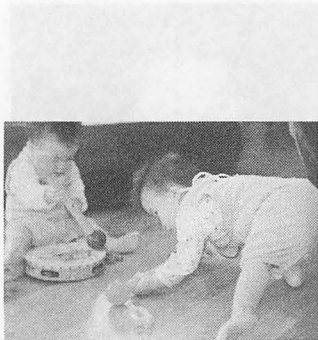


図1-写真

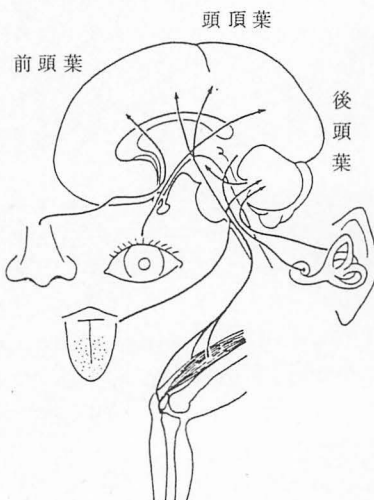


図2

て普通の発達の過程では、遊びという中で脳が発達していっているということが言われるわけなんです。

実際にいろいろな情報を脳の中で統合するためには、それを統合するだけの伝達のネットワークがなければいけないということで、より複雑に情報が処理されるための脳が発達が必要なんだということでもあります。(図3)

われわれのところにもいろいろな子ども達が来ているわけなんです、学習障害といいますか、あるいはMBD(微細脳機能障害)といわれるような、普段、医学的にはなかなか診断がつかないような子ども達であります、実際には教室の中で落ちこぼれになっているような子ども達が多いわけです。いろんな姿勢検査をやってみますと、ストレスがかかるような場面では異常な姿勢反応が出たりします。

あるいは一つの課題を与えてみますと、対象を知覚する、あるいは認知して意味を持たせてあることを模倣していくという、いわゆる学校に入って文字を学んでいくような、学習していく前の段階で大きなたまげきを持っているわけです。あるいは自分の身体の絵を書こうと思っても、手足がどこにあるのかという感覚が充分育ってなくて、手のない自画像を書いてみたり、足のない自画像を書いたり、いったいこれはどういふことであろうかというような疑問からも、エアーズはこの感覚統合理論を進めてきているわけです。こういう子ども達は一般に学習障害、あるいは微細脳機能障害、あるいは児童精神科では注意欠陥障害というような形で呼ばれている場合が多いわけなんです。

図4はエアーズによるものですが、「感覚統合」というのは就学前に、いわゆる学校に入る前に最も急速に脳の中で発達しているということです。ですからわれわれが高度な学習をしていく前に必要な機能であるという観点であります。一番左側に書いてある前庭、いわゆる動作、平衡感覚、あるいは筋肉からの感覚、あるいは皮膚からの感覚というのが非常に重要であって、それが脳幹での統合が学習の基盤を進めているものであるということを強調しているわけです。それが一番右側にありますように、われわれの目からの情報、聞いた物を意味づけしていくような情報の統合という形で進んでいくということを強調しております。

その障害というのをどうやって評価するかということですが、エアーズは長年かけて「感覚統合検査」を使って、「感覚統合障害」というのは一つではなくて、様々なパターンに分類出来る、その分類に応じてどういうふうな治療を進めたらいいのかを、訓練したらいいのかということを考えるべきであるということを強調しているわけです。

一つの検査として、回転後眼振の状態を見ることによって、脳幹での動きの統合状態をある程度見られるのではないかと思います。

これは検査結果なんです、どういう検査が正常範囲からどの程度離脱しているのかというようなことを判断することによって、この子どもはどのような感覚統合障害を持っているのかというのを見ていこう、という一つの診断的な評価プロセスがあります。

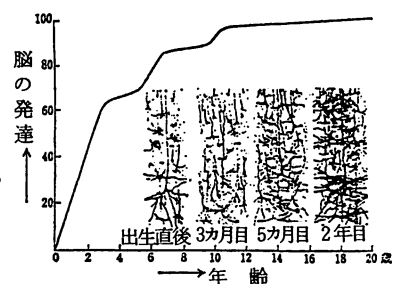


図3. 脳が発達の状況(時実)

MBD(微細脳機能障害)  
後出 P 119

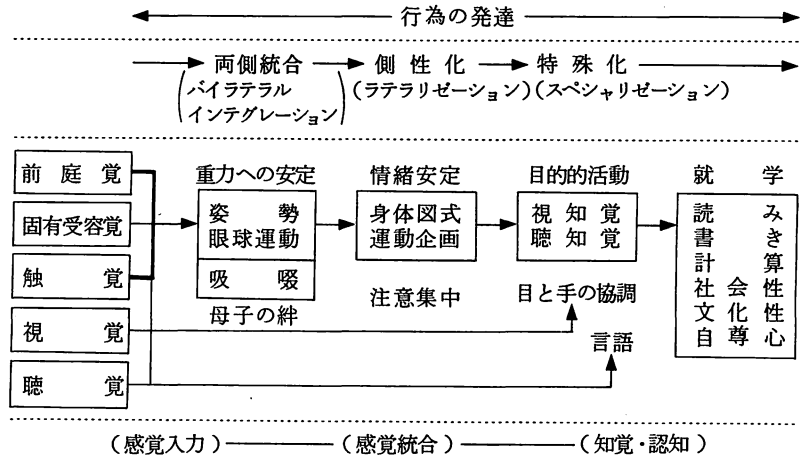


図4 感覚統合の発達過程

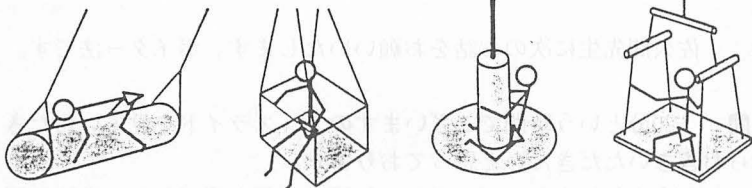
実際の訓練なんですが、「感覚入力のコントロール」という表現が使われますが、その感覚入力に適応反応につながっていかなければいけないということを重要視しているわけです。従いまして、ある感覚刺激をいれるだけじゃなくて、脳の中で統合された結果が、われわれの意味ある行動につながっているかどうかということが重要なことでありまして、そのためにはわれわれの全身を空間の中で動く、あるいは皮膚と物とが接触しながら、その情報が脳の統合を促して適応反応につなげていく、意味ある行動につなげていくということを「感覚統合療法」の原理としているわけです。全身を使って自分の体と空間の関係、いわゆる重力空間の中で身体がどういう位置になっているのかということをお学ばしていきます。それが基本となって知覚する、あるいは認知するという能力が発達していく可能性がでてきます。

実際には、いろんなアクティビティ（活動）、すなわち身体活動を用いていますが、それは子どもの能力に応じてやります。あまり子どもに意識させるということはやらないで、自然な遊びの中で、楽しい雰囲気の中でやっています。決して子どもに失敗させることなく、子ども自身が環境に楽しく働きかけて、そしてチャレンジして、そして成功する満足感を持つということが非常に大切であります。われわれセラピストはむしろその子どもの持っている問題を直してやるという態度よりも、子どもの適切な遊びを導いていくというような、援助者という立場の方が当たっているのではないかと思います。（図5）（図6－写真）

有効性、すなわちこの方法がどういう対象にどの程度の効果を上げるのかというようなことは、まだ十分な研究が行われていないということは事実であります。明確に言えることは、学習障害児の中のどのタイプの感覚統合障害であるかを十分評価し、それに合わせてセラピーを進めるということが中心になると思います。エアーズは因子分析の結果として様々なタイプに分けておりますが、その中のあるタイプに対して、非常に効果を上げてきていることが、今までの論文からわかっております。

## 感覚運動訓練

1. 動く遊具につかまって、落ちないようにしている。



(1) ボルスター・スウィング (2) ブランコ (箱型) (3) フレキサー・スウィング (4) プラットホーム・スウィング

2. スロープを昇ったり、降りたりする。

3. フレキサー・スウィングに、立ってつかまっている。(少しこいでみる)

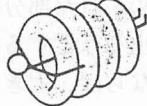
4. 座ぶとんに坐って、スロープからすべり降りる。



5. ハンモックに腹臥位になり、手で動かす。

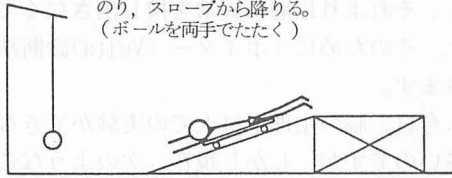
6. タイヤチューブ内での寝返り。

7. スターターボードに腹臥位になり、手で動かす。



8. ボルスター・スウィングに坐り、両手両足で協調的に押す。

9. スターターボードに腹臥位のり、スロープから降りる。(ボールを両手でたたく)



10. 全身を屈曲・伸展して、遊具を前進させる。

11. 空中ブランコにぶらさがり、タイヤチューブ内に着地する。

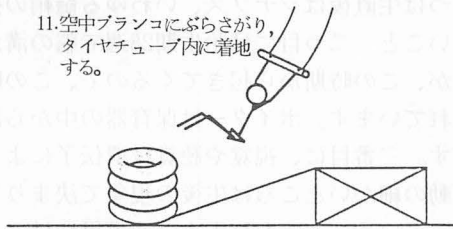


図5 発達レベルに応じた感覚入力のコントロール, および適応反応を誘発する活動例

期待される効果ということについては、姿勢反応とか運動ということではなくて、感覚統合の最終的であるわれわれの思考活動とか、言葉とか、あるいはあることを知覚するとか認知するとかいった、高次脳機能レベルといいますか、大脳皮質の活動を促していこうというようなことが中心になっております。同時に情緒性あるいは社会性の行動といいますか、そういう部分をわれわれは訓練の目標としております。

「感覚統合療法」を実践するには、現在日本感覚統合障害研究会という組織を作りまして、認定講習会のなかでしっかり基本的な知識を身につけてもらっております。どういうふうに診断的評価あるいは訓練をするかということの他に、保育とか、教育という観点から子どもをどう見



図6 一写真

ていくかという点で、ある意味では重要な示唆を与える理論体系になっているのではないかと考えております。

司会 佐久間先生に次のお話をお願いいたします。ボイター法です。



佐 道  
久間 和子

佐久間 20分という時間でございますので、スライドを見ていただきながらおききいただきたいと思っております。

ちょっと古くなりましたが、昭和45年厚生省研究班がCPの予防に関する研究を行った際に、98例の剖検例中、病理の病的障害度より臨床的に実際の障害が重かった例が多かったことから、早期に治療教育の必要性を指摘されました。従来はもしCPとわかっていても仕方がなく、しかるべく対処しようという心構えであり、同時に見落とされる程度のCPなら、そう大きな問題は無かろうという心理が潜在していました。ところが最近では周産期におけるCP発生の予防や乳児期の早期の診断、治療が唱えられるようになってまいりました。

障害による欠損部と障害をまぬがれた部分がはっきり区別されてから後に、健常部の代償機能を引き出そうとするよりも、まだ神経機構が旺盛な生成の途上にあるごく初期ならば、大きな欠損として残らずに済むだろうという考え方が出てまいりました。神経機構が出来上がっていない早期が何よりも大切だということで、CPと判明する時期では既に遅く、それより以前に異常を捜し出さなくてはならないと云われてきました。そのために「ボイター (Vojta) 診断法」は大きな意義を持たせております。

今日、脳の生理学は人での実験ができないためもあり、不明な部分が多いのですが、しかし現在、次のようなことが理解されてまいりました。

一つは生直後はシナプス、いわゆる髄鞘の接続が大雑把にしかできていないこと。二つ目には胎生期28週で脳の溝が出来るので、反応する髄鞘化が、この時期から起きてくるので、この時期から訓練することが考えられています。ボイターは保育器の中から訓練ということを指摘しています。三番目に、視覚や聴覚は遺伝子によって決まっています。しかし運動の細かいところは生後の現象で決まります。すなわち回路が出来てくるということであります。四番目には、シナプスは猛烈に使うことによって出来ますし、使わないと消失します。すなわちファシリテーションの意義がここにあるわけです。

正しい姿勢反応、空間的運動に刺激を継続して早期から行うことによりシナプスが出来て、やがて発達となるのです。

運動は運動野から錐体路により筋活動が行われると言われてきました。運動中枢は中心溝から、前の方と、体性感覚がその後ろの方に、上は足から下へだんだん反対側に出来ております。(図1)

これはご存じのように、錐体路の路をずっと書いてあるものです。これはもうどこに出ますので、よくおわかりだと思います。(図2)

しかしこの錐体路の髄鞘が約百万本しかないと言われており、運動前野及び補足運動野から小脳、基底核、延髄網様体、橋への回路は約1千万本、10倍でございますね、があると言われてます。(図3)

これらが運動の企画・調整・インターフェイスの役割を担い、運動指

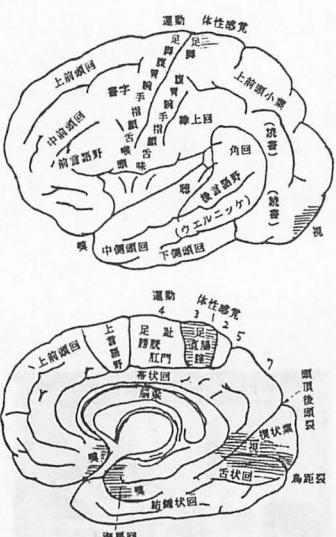


図1 大脳皮質の機能局在 (市岡正道：生理学概要、南江堂、1969)

令を出し、運動の調整動作、巧緻動作が可能になることがわかってまいりました。

運動野の前方に補足運動野がございます。(図3)

補足運動野はちょうど、その裏側、中の方に入って補足運動野がございます。

結局はどういうふうになるかという、この補足運動野や運動前野が、各いろいろなところからのいろんなことを受けて、そしてそれを調整して運動野に知らせていっているわけなんです。

それは次のスライドでおわかりいただけるかと思うんですけれども、人間の意志が働いて、しかも記憶のあるところ、あるいは外からの刺激が全部入ってきて、それが連合いたしまして、選択・企画・構成してインターフェイスの役があって、そして錐体路の方に、いわゆる運動野の方に行くということです。

思わぬ運動の方の脳の中に占めている部分は多いそうでございますが、こういうことが分かってまいりました。(図4)

また、神経細胞から出る多数のシナプスは、それが他の神経細胞と連携されています。ここに可塑性があると言われるゆえんでありましょう。このように重なっております。(図5)

次これをご覧になると分かりますが、これが結局可塑性と言われる部分だと思えます。それで人間のみが可能な歩行動作をするには、姿勢反応、空間的運動動作が獲得されなければなりません。このためには正しい刺激を継続して早期から行うことにより回路ができて、やがて歩行へと発達するのです。(図6)

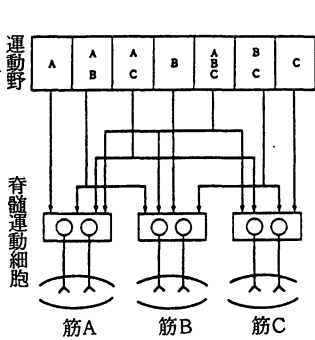


図5

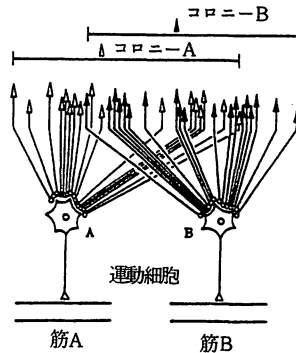


図6

CPは中枢性の運動障害ですが、NON-CPとはいわゆるCPでないものと明らかに異なるということでもあります。すなわち異常パターンが固定したものなのです。デンバーなどの発達検査は、量的な発達の違いを見るものでありますが、CPは質的に違いを見るものであります。

すなわちボバースの言葉を借りれば、相反神経の片寄りなのです。

一定の姿位をとってしまうのです。すなわち放置致しますと、変形、拘縮して特有の姿位になってしまいます。また左右差が残ると将来、その影響がさらに障害の程度を強めてまいります。(図7)

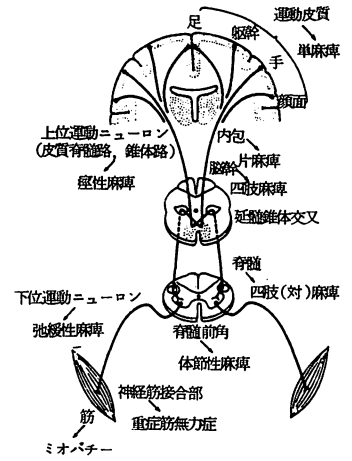


図2 随意運動に不可欠の神経系と運動麻痺の分類(類病因図)

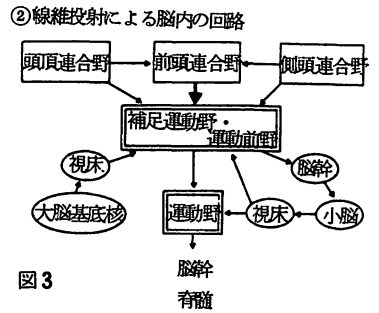


図3

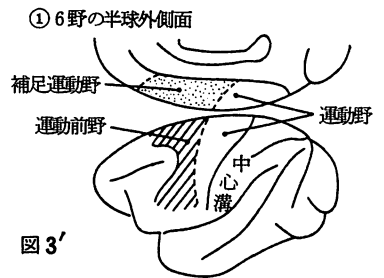


図3'

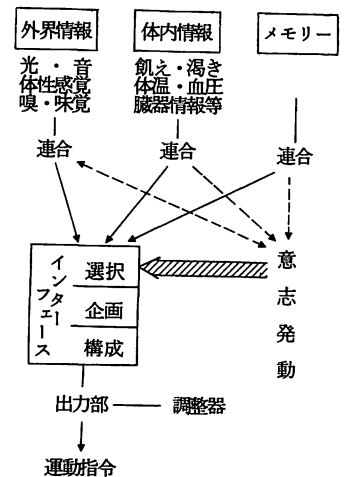


図4

- [運動発達遅延と異常パターンの違い  
運動発達遅延：原始的な姿勢と運動パターンをもつ  
異常パターン；
- 5つの要素が入っている
  - 1)筋緊張のアンバランス  
(異常な姿勢の筋緊張、同時収縮や協調性相反神経支配の偏り)
  - 2)非対称性(6カ月をすぎて四肢、体幹の左右差)
  - 3)原始反射の残存
  - 4)連合反応(握っても意識で動作が解けないもの)
  - 5)代償運動(腰椎の前弯、ずり足のひきこみ等の  
子供がそれしかできない運動パターン)
- これらが固定したものが病的パターンとなる  
病的パターンをとるのは6カ月以降である
- 異常パターンの具体像
- 1)姿勢の変化に対して過緊張や低緊張、動揺性を示す
  - 2)腹臥位で前腕の自発回外運動の制限
  - 3)分離的運動が困難になる
  - 4)月齢相当の正常発達児が瞬間時には示すバリエーション  
であっても定型的ではなく正常パターンを繰り返すことが出来ない

図 7

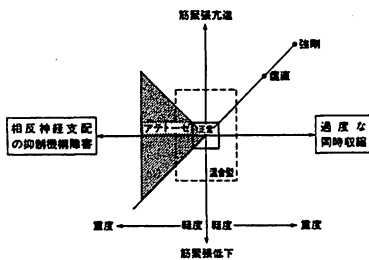


図 8 相反神経支配の片寄り

こちらに書いてありますように、運動発達遅延という場合、いわゆる運動障害がない場合は運動の原始的な姿勢と運動パターンが遅れて出てくるんですけども、異常パターンというのは、この5つの要素が入っております。いわゆる筋の緊張のアンバランス、それから非対象性、原始反射の残存、連合反応、代償運動。これはその子どもがそれしか出来ない運動です。こういうものが異常パターンとなって、これが固定したものが病的パターンといい、病的パターンのあるのは6カ月以降ですけれども、こうなるとCPということが言えると思います。

相反神経の片寄り、これは詳しく申し上げる時間がないので申し上げますが、中心が正常なんですけれども、上の方が筋の緊張が高く、下の方が筋緊張が低い。過度な同時収縮、いわゆる伸筋と屈筋が同時収縮が強くなるほどリギッドな形、いわゆる強剛型として出ていきます。それからアトニーは筋の緊張のアンバランスでございます。ですから変動が出るわけです。

相反神経の抑制機構の障害ということについて、時間がなくて今日ご説明できないで申し訳ございません。(図8)

CPは姿勢を変えたり、体幹や四肢の振動やタッピングの刺激を加えることにより、全身の筋緊張が変わったり、より自発的運動が増したりいたします。自発運動が増すことが、外からの刺激によって起こり得るのです。ということは、これはボイターもボバースも同じでございますが、こういうことをもってボバースも訓練しているわけでございます。

さて今日は「ボイター法」について述べます。

「ボイター法」とは、診断と治療が並行して発達してきた方法で、全身的に協調化された運動パターンを反射性移動を誘発することによって起こし、運動発達と機能を改善していこうとする治療手技であります。

ラーゲレフレックス (Lage reflex)につきましたは、昔、昭和27年から28年頃、私共小児科医の神経学診断法としては引き起こし、アキシラール (Axillar)、ランドー (Landow)、ガラント (galant) は必ず検査するようになっておりました。ボイターはこの方法以外に、ボイター法を含め7つの反射で行っておりますが、子どもの自然行動を観察いたしますと、ラーゲレフレックスの異常はどのような形で出て来るかは想像できます。ボイター自身も小児神経科医ですので、私共もそういう点では共通するものがございます。

子どもは診察室で興奮などによって、なかなか自然な行動を見せてくれないことがあります。その時行ってみているのが事実です。

ラーゲレフレックスは7分の7であるからといって、CPとはいえません。他の神経学的診察も必要でしょう。しかしボイターのラーゲレフレックスの特徴は、単に反応がノーマルかアブノーマルかの判定ではなく、正常児の発達を新生児から1歳まで4段階に分け、発達の歪みと異常発達へ移行するかどうかを確認出来るという長所があります。従って、訓練を要するか、正常化するかの判断が出来るわけです。PTの訓練の効果は判定する時、前回との比較にこのラーゲレフレックスが利用されております。

次に訓練方法。ボイターは全ての運動を移動運動という現象の中で捉

え、人の移動運動の発達を運動学的に観察し、分析して、臨床的に応用しようとしています。腹臥位が系統発生上の基本姿勢と考え、腹臥位での移動運動である四つ這い運動が人の個体発生上、第一段階の移動運動として重視されると言っております。反射性腹這い運動、いわゆるRKです。反射性寝返り運動、RU、この方法によって、移動運動に必要な三要素、すなわち 1) 姿勢の変換による反応性、即ち姿勢を変えることがうまく出来るということです。これが例えばダウン症の場合は、それが前後には出来るんですけど、左右に持っていくことが下手です。

2) 支持能力、即ち持ち上げ機構をいいます。これは手足の支持する力のことです。

3) 相(動)運動(関節運動)です。この三要素により姿勢保持や運動の基礎能力を誘発し、発達を促していくものであると述べております。中枢神経系に障害があれば、身体の様々な部分、例えば迷路とか外受容器、固有受容器から中枢神経系にもたらされる多数の求心性刺激は中枢で適切に処理、統合されず、従ってそこから出る求心性刺激に対する反応として、姿勢反射は緊張性反射以下の低い水準の原始反射で、常同的な型を取って出てまいります。RU、RKについて申します。

RKというのは刺激部位及び補助部位に圧迫刺激を加えると、顔面側の上下肢の屈曲、後頭側の上下肢の伸展、頭の回旋を起こして反射性移動運動が出てまいります。(写真1)

RUは、刺激部位は顔面側の乳房上、第6から7の肋間骨の高さで反対側の肩甲骨及び脊柱に向けて圧迫し、そうしますと腹直筋の収縮と頭部の伸展とエンゲの誘発と横隔膜運動による呼吸パターンの調整が出てまいります。これは生後3~4カ月までの筋活動を出すものです。

(写真2)

ちょうど顎のところを押さえております。ここを圧迫いたしますと、エンゲの誘発が出来まして、ゼイメイが消失し、呼吸の調整がうまくいきます。RU・RKを病的運動発達に適用し、促進することで姿勢反射の異常の結果として出現してくる緊張性反射以下の低い水準の姿勢反射が上部脳幹の水準で統合され、協調され、同時に持ち上げ機構も相運動もそれぞれ密接に関連して行って、これを通してその後の運動発達によってよりよい条件が作られると彼は言っているわけです。ボイターはこの訓練方法は匍匐運動や回旋運動そのものを促進によって作り上げようというのではなくて、RK・RUを一つの治療手段として、その運動学的構成要素を活用しつつ、病的運動発達を正常化しようとしています。

これは訓練前、手がいわゆる緊張性の突張をしているわけですが、それが訓練後は肘支位が出来るような形になったということです。

(写真3)

これは訓練前で、それから1カ月後です。左の方がいいように見えませんが、これもやっぱりまだ突っ張ってるわけです。向こうのように肘支位が完全に出来るようになるという効果ということです。

(写真4)

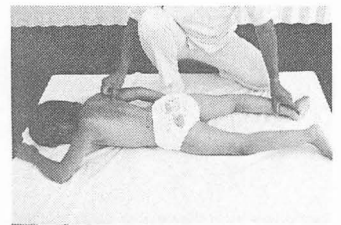


写真1

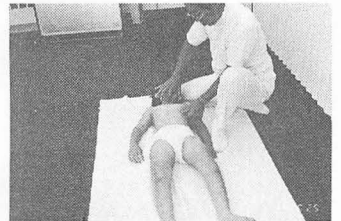


写真2

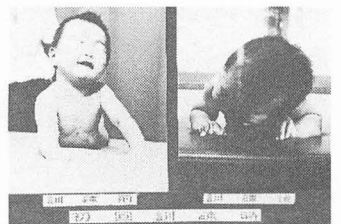


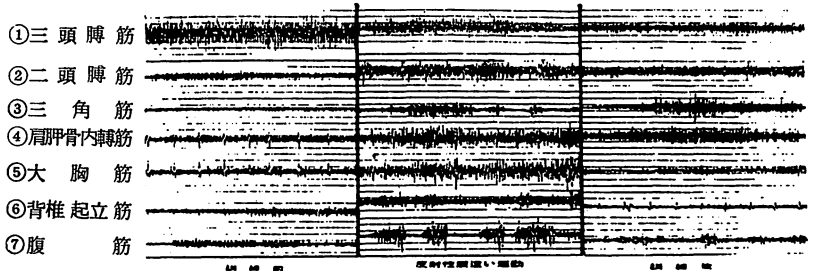
写真3



写真4



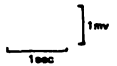
これは筋電図なんですけれども（筋電図1）、1番上が上腕三頭筋、2番目が上腕二頭筋、3番目が三角筋、4番目が肩胛骨内転筋、5番目が大胸筋、6番目が脊椎起立筋、7番目が腹筋でございます。これでご覧になっておわかりかと思いますが、上腕三頭筋が収縮しておりますと、どうしても肩がレトラクションをします。後ろへ引かれてまいります。二頭上腕筋が少し出てきております。これは肘屈曲を取ります。いい意味ですね。それから大胸筋がずっと出ております。そうすると上肢を胸にくっつけることとなります。いわゆるパピーの形をとるようになるわけです。



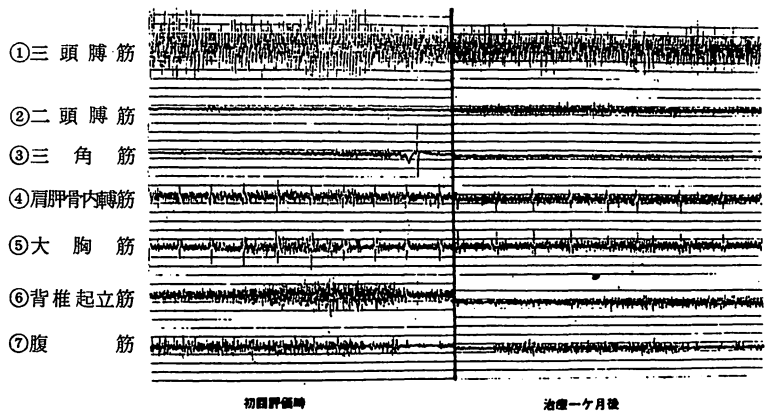
（筋電図1）

＜治療1カ月後＞

Y.Hcp (Spastic diplegia) IY



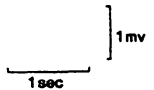
①三頭筋が抑制されて後方への引き込み (Retraction) がとれる。



（筋電図2）

＜訓練前の自動運動の比較＞

Y.Hcp (Spastic diplegia) IY



④の脊椎起立筋の収縮が抑制されてそり返りがとれる。

これをご覧になっておわかりと思いますが（筋電図2）、下から2番目の筋ですね。いわゆる脊椎起立筋が収縮しておりません。これは脊椎起立筋はオピストトノス、即ちそり返りの形をする時に、この筋を使うので、これがなくなってきたことは、そり返りがとれてきたという筋電図の上から見られると思います。

ボイターは泣かせていってうんぬんといわれる方がおられますが、誘発体と圧通点とを正しい方向で行っていけば、気持ちがよくなって眠く

なってしまいます。また手足には反応が自ら感じてくるものであります。この方法は幼児のみを対象として行っているとお考えの方もあるかもしれませんが。大きな子のCPにもよく反応して利用されています。ポイター博士自身は、大きい子から取り組んでいったのです。

どの方法で行おうとも、手足が動くことは、手足にある関節や筋肉から固有感覚が動き、動きのたびに脳に情報を送り、その情報により運動の計画指令と修正が行われてまいります。

CPでは異常なステレオタイプ (stereotype) の動きのため、正常なボディイメージ (body image) が獲得されにくく、空間認知の発達も遅れ、感覚運動系も発達いたしません。CP訓練治療は、異常形成を最大限に抑制するような正常感覚刺激を充分に加え、患児側の応答をよく吟味して治療にあたることでしょう。

訓練治療上の患児の変化に対しては、理論的説明を後から試み、そこからまた新たな工夫を行うという繰り返しのプロセスです。その経過で実際には姿勢反射や協調的複合運動パターンの発達についての分析といったハードの面からと、幼児精神運動領域から心理的分析にいたるソフトの面まで幅広く総動員して、これまで知られている神経生理学的常識の範囲で解決を行い、新たな提案も継続され続けてまいりました。

療育が全人的療育であるとするならば、ポイター法はあくまでも運動学的治療ですので、精神心理面でのアプローチは出来ません。今日のCP単独患児より心身障害児の方が、すなわち重複障害児の増加が認められてきました。この点を考えますと、ポイター法を行うのであれば、精神心理面に対して日常生活動作、遊びを通してのアプローチもしていかなければならないと思います。

以上でございませう。有難うございました。

司会 有難うございました。

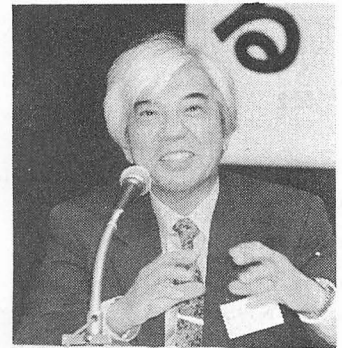
それでは最後でございませう。村井先生をお願いいたします。

村井 「ペトゥ法 Peto」の正式名は「コンドクティブ・ペダゴギア Konduktiv Pedagogia」・英語ですと「コンダクティブ・エデュケーション Conductive education」と申し、Dr. Petoが、中枢性の運動障害に対する療育をコンダクターのオーケストレーションつまり管弦楽団の指揮になぞらえて命名した治療教育の一手法であります。以下、私はコンドクティブ ペダゴギアをKonduktiv Pedagogiaの頭文字をとってK.P.と呼んで説明を進めさせていただきたいと思ひます。

今から16年前の1973年に、「養護訓練のあり方」について、というタイトルで、小池・成瀬両先生の間で行われた誌上討論をスライド (以下図) にまとめてみますと、図1のように図式化できるかと思ひます。

そういたしますとK.P.は、意図・努力・身体運動という成瀬先生のお考えからみると、動作訓練であり、感覚運動統合という視点からみるとエアーズ法と重なってまいりますが、K.P.では、言語活動の占める役割を重視しておりますから、私はK.P.を「感覚・動作・言語連合法」と呼ぶことにしています。

ペトゥは、K.P.を創造するにあたりましてゲオルゲンズ、シェリントン、フレンケル、フェルステル、パブロフ、シュタイナー、モンテッソ



村 大 滄

村井正直

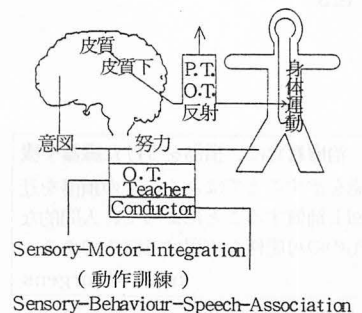


図1 機能訓練

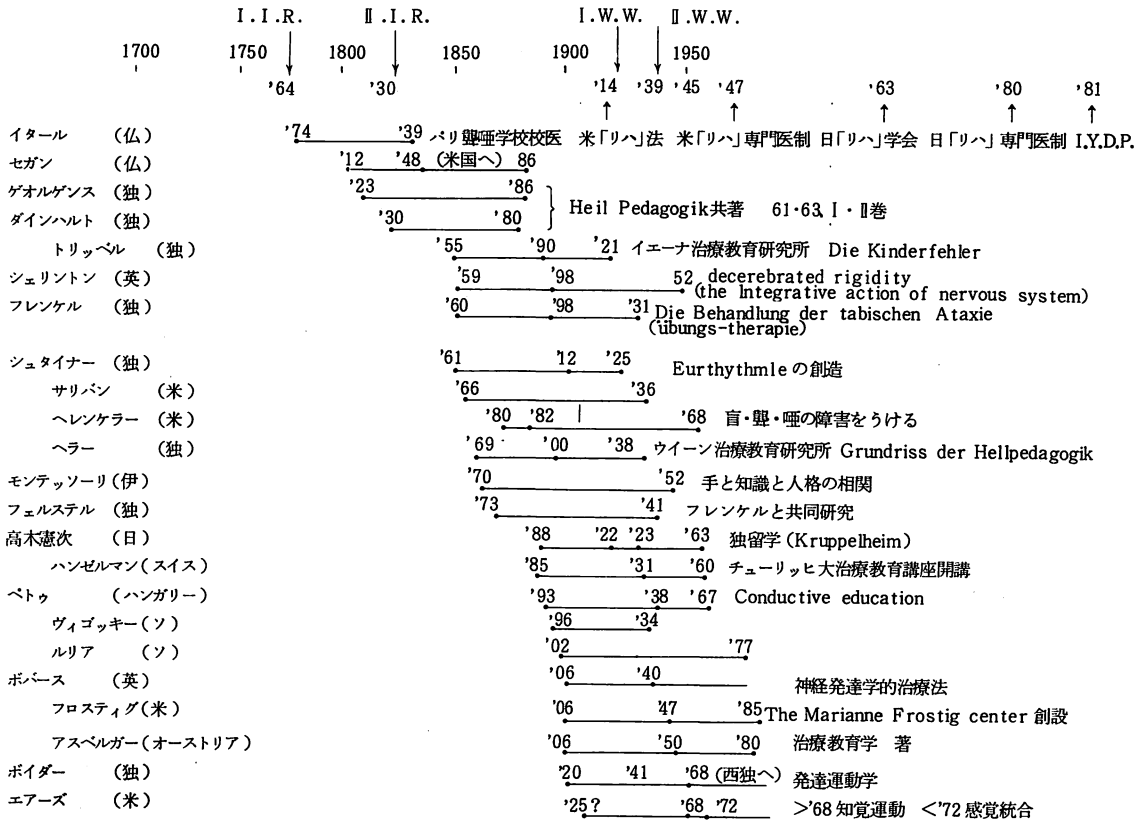


図 2

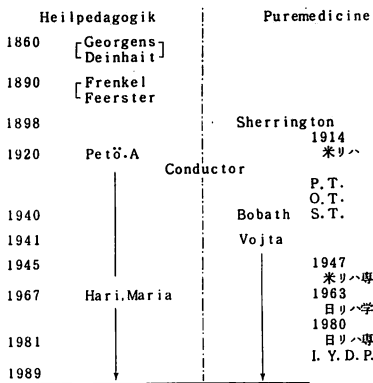


図 3

治療教育は、損傷を受けた臓器や機能を治すことではなく、その損傷を迂回し補償することによって、人間的なものの可能性を実現する営みである。  
nach Georgens

図 4

ーリ、ビゴッキー、ルリアなど広く知識を世界に求めております。図 2、図 3 を併せ御覧下されると、そのことの理解が容易になると存じます。私はこの一連の歴史を考証してありまして、1922 年ドイツに留学された高木憲次先生が、肢体不自由や療育という新語を次ぎ次ぎに生みだされていかれた背景に、当時のヨーロッパを風靡していた治療教育への傾倒や陶酔がうかがわれ、その産物として、こういう新語がキーワードとしてうまれてきたであろうという想いに駆られます。

ペトウも亦その当時はウィーン医科大学の生理学助教授として、K. P. を産みだす努力を傾けておられました。私はこれらの歴史的背景や歴史的事実に一種言い難い不思議な興奮を覚えます。

1861 年、ゲオルゲンスは、「治療教育とは損傷を受けた臓器や機能を治すことではなく、その損傷を迂回し補償することによって人間的なものの可能性を実現する営みである」と申しました。

120 年を経過した 1981 年の「国際障害者年」に提唱された「人間的復権」つまり、障害者が人間らしく生きる権利の回復というスローガンの下敷になっていることを思うと感慨無量でございます(図 4)。

高松鶴吉先生は、「療育とは心身に障害のある児童に対して可能な限りの回復と発達の促進を図る組織化された総合努力」と申して居られ、教育的視点を持つ医療、医療に接近した教育の重要性を強調して居られますが、私は、K. P. もまた高松先生のお考えにかなり近い療育体系ではないかとひそかに自負しております(図 5)。

ここで私はK. P.の特長について述べてみたいと思います。図6にお示しするように5つに集約してお話してみようと思います。

まず一つめの一連の課題についてでございますが、ここに申し上げる一連の課題は一日の日課についてのものと動作訓練についてのものと二つございます(図7)。

子どもの一日の課題についてお話をいたしますと、まず目覚めが一日の日課の始まりです。バック・ミュージックが静かに流れ始めますとベット上の子どもたちは目を覚まします。(図8)。ベットをずりおりた子どもたちは、ベッドの傍に予め用意されている「オマル」にまたがって排尿便を行います(図9)。排尿排便について当学園では定時的に行いますのでオムツは一切使用せず、おもらしは比較的入園後早期になくなります。この習慣は特に脊損や二分脊椎の子どもにとっては有用な課題です。

次ぎは着脱の課題です。排尿を終えた子ども達は、それぞれの高さにふさわしい踏台が与えられ、股、膝、足関節が正しく屈曲できて足底を安定した形で着地できるようにして体の安定をはかりますから、着脱時のバランスが確保され、これが着脱自立の促通になります(図10)。

次ぎは洗顔であります。歯を磨き顔を洗い髪を櫛けづるということは動作訓練であると同時に保健衛生意識や身だしなみという生活習慣学習を兼ね合わせるものです。また例えば片麻痺女児が髪をとく場合、麻痺手の挙上促通のために健手を使って挙上させるとともに頭をさげさせて麻痺手を頭上におき、その後頭を通常位置に戻すなどの一連の課題を行わせるなどの創意工夫も行って、成果を確実なものにいたしました(図11)。

起床にまつわる一連の仕事が終わりますと、食堂への移動となりますが、これも各自の能力に応じて椅子押し歩行、杖歩行、ロープ歩行などを多用いたしまして自力で食堂に到達するよう努力を促します(図12)。図13は、何の変哲もない食堂の食事風景ですが、図14にみられるように、アテトーゼの子どもが自らの創意工夫で右手首を左の示指で押え、右手にでる過剰運動を抑制して食事自立を成功させている光景であります。K. P.はこのように絶えず創意工夫を喚起する治療教育を心掛けている訳でございます。

ハードな課題に挑戦させるばかりでなく、グループ毎の自作自演の劇をやってもらったり(図15、16)、図17のようにどこの保育園にでもみられるような楽しい遊びもむろんのこと数多くとり入れております。しかしこういう遊びの中でもグループ毎の競い合いという意欲の昂揚や動機づけは巧みにもりこまれていて、子どもたちの行為を活性化することにコンダクターは腐心しています。

以上のようなお話の中から動作訓練が教育教科や生活習慣、保健衛生などをまとめて包括的に療育していくのがペトウ法であるというふうにご理解がいただければ幸いです。

次ぎは動作訓練についての一連の課題についてお話をいたしたいと思います。ここに登場する少年は昭和50年生まれのアテトーゼです。3歳までボイター法による治療をうけ、その後私どものところで宿泊訓練を行いました。現在、高一で自宅から通学しています。

高松鶴吉先生  
心身に障害のある児童に対して可能な限りの回復と発達の促進をはかる組織化された総合努力

(1) 構え  
障害をもっている者こそ医療や教育が必要である

(2) 技術  
(イ) とくに子供の場合育ちゆくもののcareであるから医療と教育が必要  
(ロ) 集団指導と個別指導  
双方が必要

(3) システム  
教育的視点をもつ医療  
医療に接近した教育

図5

## 特長

1. 一連の課題
2. グループ
3. non body touch
4. 動機づけ
5. 感覚、動作、言語の統合

図6

1. 一連の課題
  - (イ) 日課
    - 目覚
    - 排泄
    - 着脱
    - 洗顔
    - 移動
    - 食事
    - 動作訓練
    - 教科 "
    - (音楽劇)
    - 遊び
  - (ロ) 動作訓練
    - 臥位
    - 座位
    - 立位
    - 歩行

図7

図8

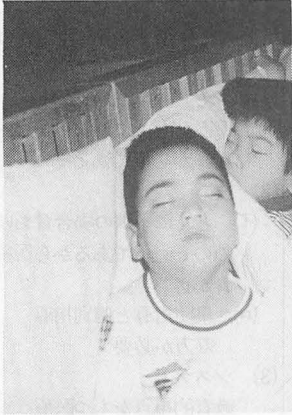


図11

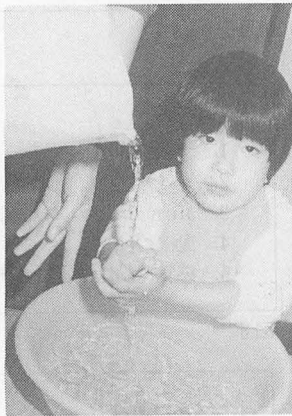


図14



図17



図9



図12



図15



図10



図13

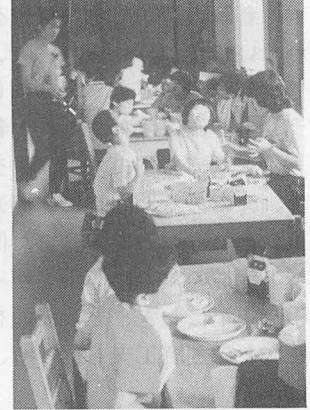


図16



アテトーゼに対するわれわれの課題は、当然のことながら過剰運動を抑制し、様々な位置での姿勢がコントロールできることが目標であります。先ず図18のようにスノコのベットとスノコの椅子を用いて座位をとり、両手を膝の上に置いてシンメトリックな姿勢をとります。コンダクターが「右手をあげまーす」という課題を提示しますと、グループを作った子ども達は、それをできるだけ大きな声で復唱し、「1. 2. 3. 4. 5」と数を数えながら右手を挙上してゆきます（図19）。するとご覧のように右下肢に連合反応が起こります。しかし何回も何日もこの練習を繰り返して下肢の意識化を進めてゆきますと連合反応は消えてしまいます。右手挙上の次ぎは左手の挙上（図20）、その次ぎは左右下肢の外側移動、その次ぎは中央のお臍の所へ手を移動させてきて（図21）、それを左右に開いたり、左右斜めに挙上したりするなど、複雑かつ次第に増大するダイナミックな運動の中で上・下肢の意識化を強め、体幹との調和を作ってゆくようにいたします。

座位の課題が終わりますと、次はスノコベットの上で仰むけになります。アテトーゼの子は座位から仰臥位に姿勢を変換いたします際、しばしば上肢を回転させたり、自分の顔を叩いたりする過剰運動が起こります。スノコベットのスノコの構造は、この過剰運動を未然に防止するのに非常に有用です。過剰運動が起こりかけたら直ちにスノコの棧を握ればよいからです。図22は、右手でスノコの棧を握り、次第に体幹をベットに倒していっています。図23は、それが完成した姿です。背臥位が完了すると両手を図24のように胸に正しくシンメトリックにおき、それを図25のように八の字型に開かせたり、図26のように正中線上で拇指と拇指、示指と示指のように合わさせたりさせます。その後両手で拳をつくり、「糸まきまき」の歌などを皆んなでうたいながら、かいぐりかいぐりのような動作をしながら両手拳を目の上まで持ち上げてゆきます。これらの一連の動作はアテトーゼの子どもにとってかなり難しい運動なのですが、歌というリズムカルな言語が動作を統合させて円滑な動作をつくりだします。

かいぐりで頭の上までもってくることできた手を図27のようにサッと上方で開き、ついでそれをたたんで（図28）全身の伸展パターンができあがったところで寝返えりに入ります。寝返えりができると図29のように方向変換を行います。

寝返えりから方向変換をする間に、コンダクターはベットの端のところ図30のような大椅子を用意します。方向変換した子は目の前に置かれた大椅子の棧を最下段から順次、上位の棧に握りかえてゆきます（図31）。この課題が毎日繰り返されし行われることによって上肢挙上がより確実なものになり、前胸壁もそれに伴って前方に強く張りだすことが可能になりヘッド・アップ（head up）も強化されます。ポバース法でこれと同じ効果を得ようとする、C. P. 児を腹臥位にし、治療者がC. P. 児の頤部に示指をあて、頤を前上方にひきおこすという、いわゆるキー・ポイント・コントロール法が用いられることとなりますが、ペトゥ法では、できる限り体にさわらず、コンダクターの言語指示によって、予め準備された素朴な木製器具を利用して、自らの意欲と創意工夫でやり遂げさせるようしむけるのです。ヘッド・アップがきちんできると、図32の

図18



図19



図20



図21

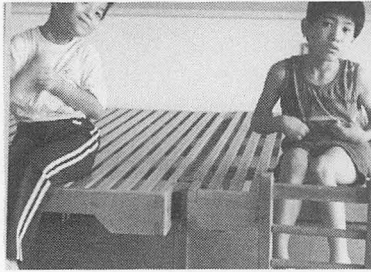


図22

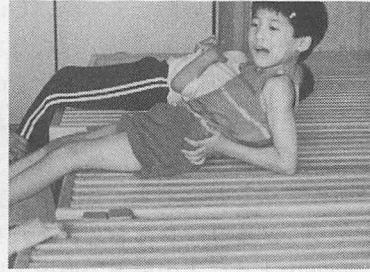


図23

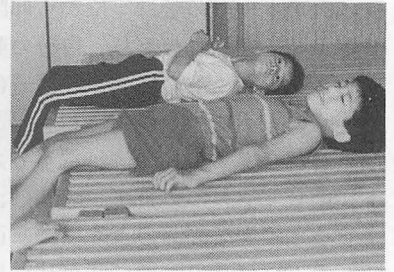


図24



図25

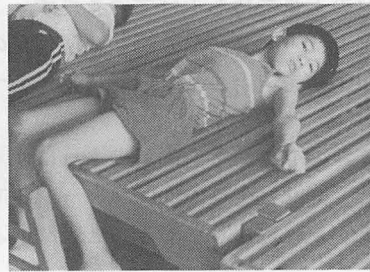


図26

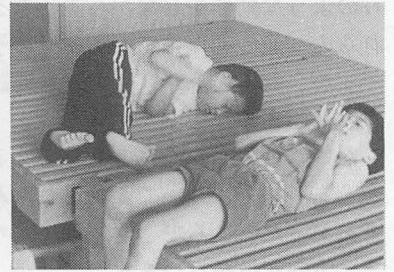


図27

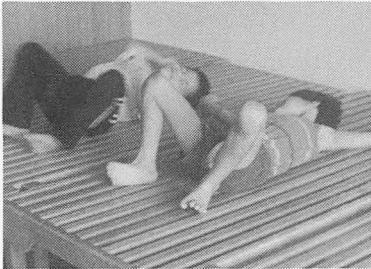


図28

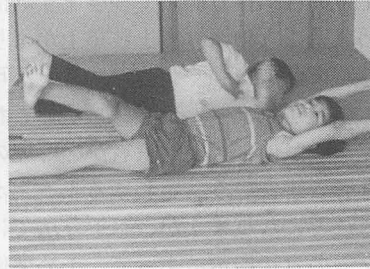


図29

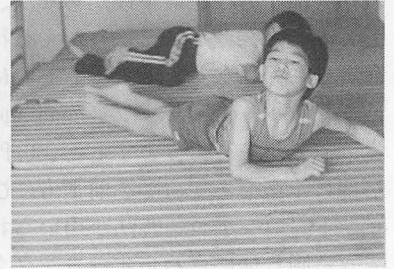


図30

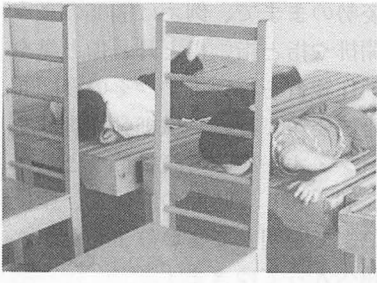


図31

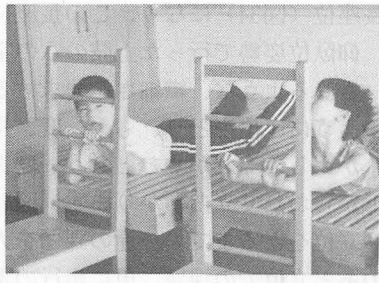


図32

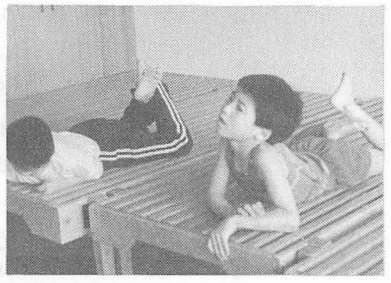


図33

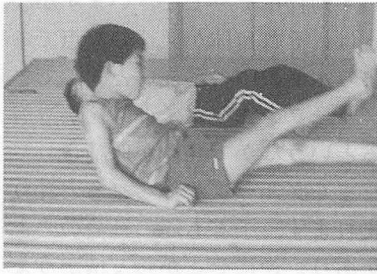


図34

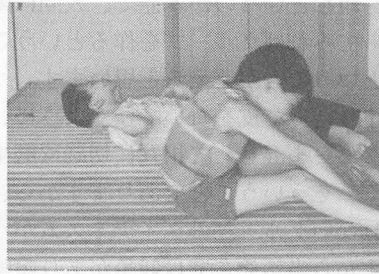


図35



図36

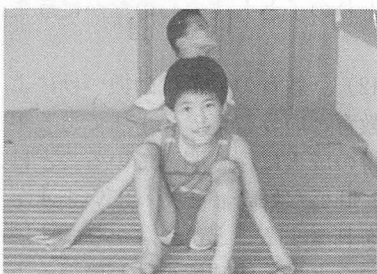


図37

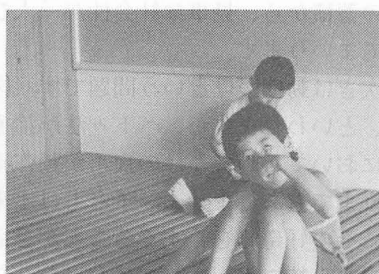


図38

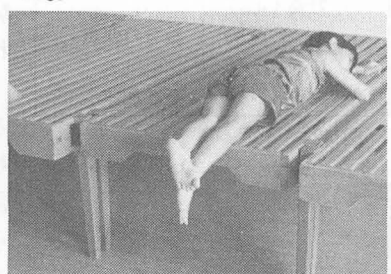


図39

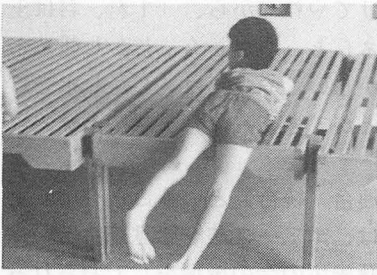
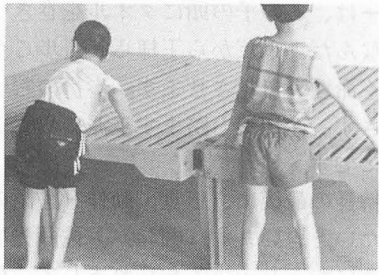


図40





ように下肢の屈曲・屈曲交差運動などの課題を消化してゆきます。

図32の腹臥位から図33のようにもう一度、背臥位にターン・オーバーして長座位(図34)になり、この長座位姿勢のまま、例えば図35のように、仰臥位姿勢で行った上肢の八の字開排や指と指、指と耳、指と鼻を合一させるような、繊細さを要求する動作練習を行います。その後図36、37のように座位をとり、もう一度、長座位姿勢で行った繊細動作訓練を繰り返えし、それがすむともう一度ターン・オーバーして腹臥位をとりベットからおりて立ちあがります(図38、39、40)。時間の関係上、座位から立位をとるまでの一連の課題を大急ぎで説明してまいりましたが、このあと立位での課題、更に歩行の課題へ入ってゆきます。

次ぎの特長は、グループを組むをいうこととございます。グループという問題については、図41に示してございますように先ず人間はグループを組むというのが本能で、人間に限らず動物はそうとございますが、言ってみればグループを作るということは、それ自身が発達の原点であるということが言えると思います。つまり水桶の中の芋洗いと同じで、こすり合って皮をむいてゆくように、グループを作った子ども達がコンダクターを混じえて相互に切磋琢磨するというなかで発達が保証されてゆく、そういうことでありますから、うまくグループが作られると計り知れないグループのダイナミズムがうまれます。子ども達の社会のことでですから当然そこでは競争があり喧嘩があり、逆にそこから友情が生まれ、自分より優れた者から学び、模倣し、またできない子がある動作をし逃げたりすると盛んな声援や賞讃の言葉が送られます。こうした諸経験の蓄積から、見事な社会性が一人ひとりの子ども達の心のなかにうまれてまいります。

次ぎは動機づけという問題です(図42)。教育の成否は動機づけによる、といわれますが、ペトゥ法が治療教育という教育の一手法である限りにおいて、動機づけの良否が動作獲得の成否に深く関わっていることは言うまでもありません。子どもは本来、旺盛な好奇心を持っていますから、その好奇心をくすぐることが意欲を刺激することにつながります。この際、特に銘記されなければならないことは、成功感を味わい得るような動機づけであることが特に障害児療育のコツであります。図43は、動機づけを与えられた一つの例です。歩行の練習を行う場合、コンダクターは、この子の頭にタオルを巻きつけてやりながら、「I君、君は王様なんだよ！だから王様らしく歩こうネ」と、やさしく、しかし毅然と歩く命題を自覚させます。歩行のむつかしいこの少年は、しかし水をこぼさず、仕切線も踏まず立派に歩くことができました。まさに王様のようです。

特長の最後に、感覚・動作・言語の連合(統合)ということをし申し上げたいと思います(図44)。佐藤先生は、エアーズ法を感覚統合というふうにおっしゃっておられまして、佐藤先生の会の後援をしておられる久保田競先生は、感覚統合は言葉不足で、感覚運動統合としたらどうか、というようなことをおっしゃっておられるのを本で拝見したことがございますが、ルリアが『The role of speech』という自著の中で書いている言語の役割というのは、人間が人間として発達していくためには、言語が担う役割が非常に重要であるということをし強調しておられます。

2. グループ
- (イ) 本能(発達の原点)
    - 相互作用
    - 相互扶助
    - 相互依存
  - (ロ) グループ・ダイナミズム
    - 競争(心)
    - 友情、協調、声援
    - 模倣
  - (ハ) 体にさわらない

社会性

図 41

3. 動機づけ
- 好奇(心)
  - 有意運動
  - 成功感
- 2.+3.....意欲加速

教育の要点

図 42

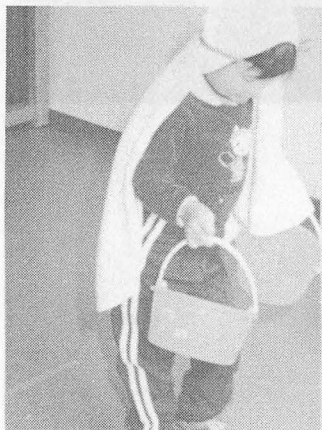


図 43

4. 感覚、動作、言語の統合
- (イ) リズミカル、インテンション
  - (ロ) 求心、遠心、相互

図 44

私達も、感覚器と運動器の統合には必ず言語を介在させるよう工夫することにしています。このことは実は言語訓練そのものでもある訳であります。

言語を介在させることと関連して、リズムカル・インテンション(rhythmic intention)や求心遠心相互原理(reafferentation)ということもペトゥ法にとっては重要な特長でありますから簡単に触れておこうと思います。

リズムカル・インテンションといいますのは、先ほどアテトーゼの一連の課題のところでも申し上げましたけれども、グループに一つの課題を与え、それを実行する際に与えられた課題を子どもが復唱し、それから「1. 2. 3. 4. 5」と数を数えながら課題を遂行してゆくことであります。言いかえると、意図をリズムを使って達成させることで、もっと言いかえると、動作の意図化、意図の動作化の媒体が言語ということでもあります。数を数えることで筋トーンを調整したり、動作の遂行にゆとりが与えられたりして、それらの総合的結果として動作の遂行がスムーズに流れてゆくことになる訳です。

1912年にシュタイナがオイリユートミー(Eurhythmie:美しい流れ)ということを書いており、ペトゥがリズムカル・インテンションを言いだしたのは1936年のことですから、恐らくペトゥはシュタイナのオイリユートミーからリズムカル・インテンションを発想いたしましたのでしょう。この二つのキー・ワードは要約すると、言語を使って美しい流れを作るとやると、感覚と運動は極めてスムーズにかつ的確に連合されるのだ、ということでしょう。

次に、求心遠心相互原理について簡単に触れておきたいと思います。先ほど佐久間先生が前頭前野のことをお話になりましたけれども、大脳の前頭前野には中枢と末梢の相互作用を司る部分、言いかえますと、期待できる情報に対する神経系の調節の能動的準備機構がある、ということ、ホルストという学者が申して居りまして、アノキンはこれを行為受容体というふうに呼びました。例えば梅毒にかかった脊髄癆の患者さんは、下肢から脊髄に入ってくる求心性線維が犯されて感覚刺激が入ってこなくなりますから、次第に歩行ができなくなります。このような場合、この患者さんが視覚という求心性の感覚で下肢性の求心性感覚刺激の欠落を補うことによって、失った歩行能を蘇生させることができるのですが、これは、前頭前野にある行為受容体のお蔭であります。

図45から図52にお示しするのは、1896年に、ドイツのフレンケル、フェルステル、ゴールドシャイダーという人たちが、脊髄癆による歩行機能障害者に対して行った訓練治療の風景です。歩行不能になった脊髄癆患者がベットの上で視覚を使いながら足の挙上練習を行っていますが、次の段階ではベット上に梯子を持ちこんで、その梯子の段を使った、より巧緻性を要求される挙上練習を行っています。次ぎは座位で行う下肢の上下訓練ですが、次第に難度が高くなっているのがご理解願えましょう。そして最後には立位をどって、視覚をフルに使いながら、手を腰にあてたり手を上方に挙上したまま前進したりする訓練風景がご覧いただけます。ペトゥが、自身のK.P.を創造するに際して、この訓練治療が大きな示唆になったことは十二分に頷けます。

図 45

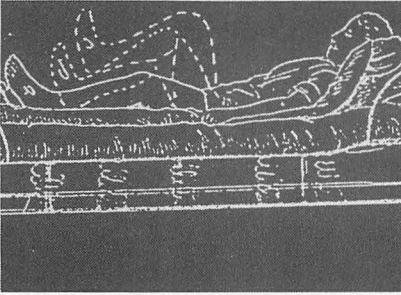


図 46

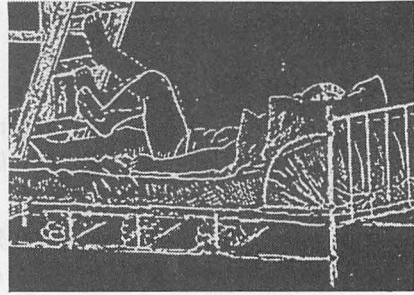


図 47



図 48

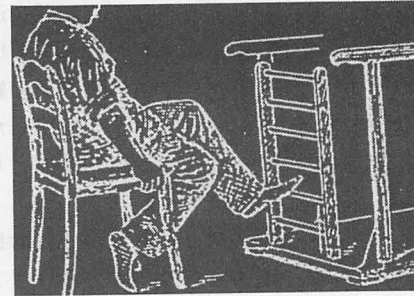


図 49

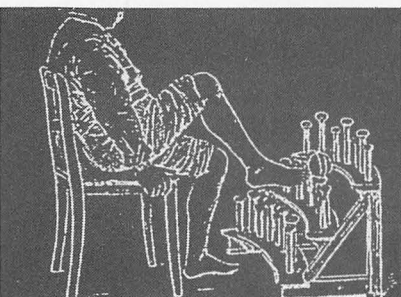


図 50

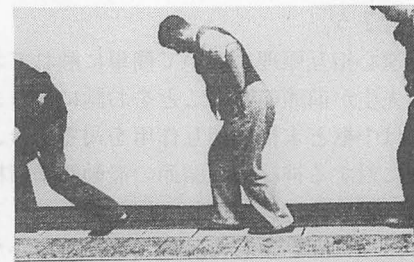


Fig. 94. Gemeinsame Übung. Gang mit gebeugten Knie

図 51

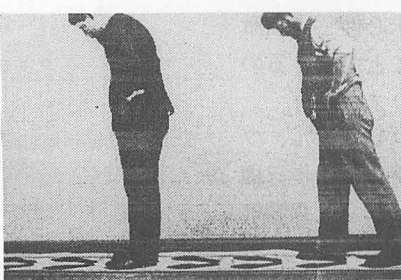


図 52

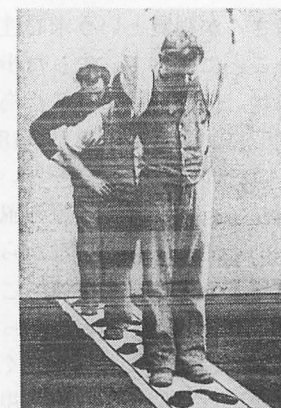


图 53



图 54



图 55



图 56



图 57



图 58



图 59

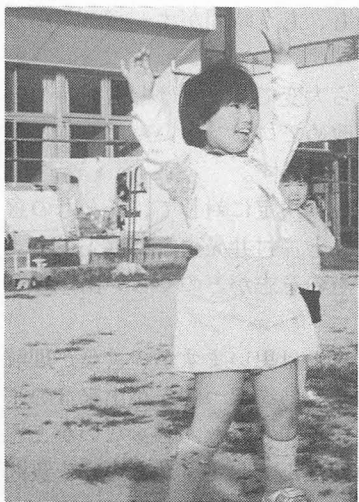
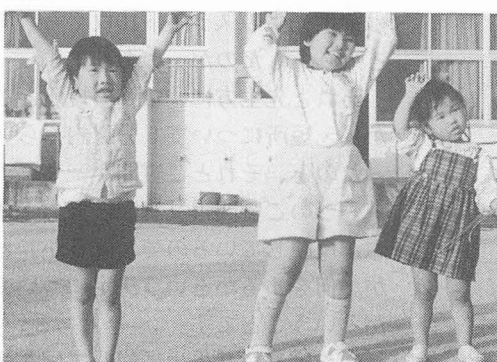


图 60



以上、K.P. がもっている特長をお話いたしましたでしたが、私達は、このよ  
うなセオリーに基づいて、子ども達を一日中、一連の課題の中におきま  
す。このようなことを何年か根気よく続けますと、図53以下でご覧いた  
だけのような改善例を体験することができるようになります。

この子は、昭和55年うまれのフロップ児、重症黄疸で2回の交換輸血  
を行いました。新K式乳幼児発達検査では、6歳時の発達年齢が1.6歳、  
9歳時で2.13歳という知恵遅れのあるC.P. 児です。これを図61の遠城寺  
式、乳幼児分析発達表でご説明しますと、新K式のものではほとんど知  
能の発達は保証されていないようなこととございますけれども、図61で示  
していますように、運動面、社会性、言語性ともに向上している結果が  
でてまして、学業成績こそふりませんが、同級生と実によりコミュニ  
ケーションをとって学校生活を楽しんでいます。

M.K. 女児 80.5.10生 脳性麻痺強硬型	① 81. 9. 1 検査 1歳4ヵ月	② 85. 12. 10 5歳7ヵ月	③ 89. 10. 9 9歳5ヵ月
標準 M.K. 発達の歴 〔年時〕 年歳	運 動	社 会 性	言 語
	移動運動 手の運動	基 本 的 習 慣 対人関係	発 達 語 言 理 解
2:6			
2:0			
1:6			
(9:5)			
(5:7)			
1:0			
0:6			
(1:4)			

図61 遠城寺式・乳幼児分析的発達検査表

司会 演者のお二人の先生には途中で時間切れということで、大変申  
し訳ございませんでした。それぞれ20分で説明しろというのがだいたい  
無理なこととございます。ですが、テーマが「療育技法について知る」  
ということならともかく、「療育技法について考える」ということとござ  
いますから、まず知った後、さて考えるというようなことで、考える  
時間が全くなくなっても困りますので、大変ご無理を申し上げまして、  
一応この4人の先生方の技法についてのご説明の時間はこれで終わった  
ということにさせていただきます。そして今から10分程度休みまして、  
あと40分残りますので、この時間で少し考えることをしたいと思います。  
フロアーの皆様方で、これを訊きたいと思われる方がおられましたら、  
ちょっと手を挙げていただけますか。お一人。休み時間、私この辺にお  
りますので、訊きたいというご質問の主旨をお教えいただきたいと思います。  
それでは今から10分休みということにいたします。

( 休 憩 )

司会 続けていたしたいと思います。やり残しておりますのが、一つ  
は御供先生のスライド10枚ぐらいあるのも、もう時間がオーバーだから  
とカットしたのが一つあります。

それと先生方に、むしろ短所といたら大変でしょうけども、特徴と  
か長・短所について5分以内ぐらいで、改めてコメントいただこうと思  
ったのと、それとご質問が一つ二つ出ております。

一つのご質問は「意図と努力と運動という決定に対して、子どもの意  
志が反映しているのでしょうか」ということ。村井先生と御供先生です  
が、何をするかという決定について子どもの意志がどのぐらい働いてる  
かということです。

やっぱり村井先生に対して同じ様なこととは思いますが、言葉が理解  
できないという子どもさん、それから体や姿勢を保つことが出来ない子  
どもさん、かなり重症に近い子どもさんを予想されたんじゃないかと思  
うんですが、そういう子どもさんには無理なんじゃないかというご質問  
です。

村井 一人で時間をたくさんいただいてしまって、しかも完結しなかったということをお許しいただきたいと思いますが、今のご質問は、意図・努力・身体運動というのは、成瀬先生がお作りになった図式を説明の便宜上、使わせていただきました。ただ努力というところが成瀬先生の動作訓練とどれぐらいまで合っていて、どれぐらい違っているのかというのは、よくわからないんです。あんまり動作訓練を勉強したことございませんから。ただお話の中で申し上げましたように、指導者が「今から右手を上げます」というように一つの課題を出します。そうすると子どもは「右手を上げます」という復唱をして、そして数を数えながらリズムをとって上げていくということで、肢体の不自由を自由にしていくという試みなわけでございます。ですから率直に申し上げまして、コンダクターから出る課題がきちんとわかる子どもは、非常に有効でございます。当然のことながら精神発達遅滞児のような、なかなかわれわれとのコミュニケーションの取りにくい方々はかなり難しいということが、私達のやっている「ペトゥ」の一つの欠点ではないかと思えます。

それから先ほどのスライドで精神発達遅滞と肢体不自由と合併した9歳の子どものケースをご披露申し上げましたけれども、この子はほんとに不思議です。僕はまだよくわかりませんが、I.Q. もほとんど測定できないぐらいですし、新K式乳幼児発達検査でやりますと暦年齢9歳で2歳半ぐらいの知能年齢でございますのに、学校にあがって学友ときちんとコミュニケーションしているのです。本日はそういうことでご紹介をさせていただきました。現在、私共のところにいる子ども達の多くは、そういう精神発達遅滞と肢体不自由が重複してしまっていて、この子ほどよくはなっておりませんから、このケースは非常によい成績をあげることができた、稀な例とご理解下さい。

司会 先生、ほんとの重症心身障害児というような、ほんとのシビアだったという感じの子ども達の経験をお持ちでございますか。

村井 はい。今残っている子はもうシビアなのばかりなんですけども。

司会 その子どもさんに対する手ごたえという、感覚的にはいかがでしょう。

村井 難しいです。

司会 そうですか、難しいでしょうね。

村井 もうひとつよろしいでしょうか。言葉のでない子が、リズムカル・インテンションという課題の中に入ってゆけるのか、というご質問がございましたけれども、これは二つに分けてお答えいたします。その一つは、生後間もなくから1～2年の母子通園の場合、子ども達はまだ言葉がございませんから、玩具や歌を使ってリズムカルな動作学習を年齢相応に行います。今一つの場合は、長じてもお言葉がでない子どもの場合ですが、グループを作っている仲間の大半は言葉がでるので、そのグループ仲間の言葉を借りて十分リズムカル・インテンションという課題をしとげることができますし、こういうグループ仲間の発声、発語を模倣することによって、自らが自らの言語訓練を行っていることにもなるのです。



司会 村井先生がご紹介されました「ペトゥ」は、私はよく知らないのですが、ハンガリーでのみならずヨーロッパ全体でだんだん受け入れられつつあるということで、ハンガリーのこの大学にはヨーロッパのあちこちの国から留学して、学びに来ているということも聞いております。わが国においては、残念ながら制度的なところもございまして、あと一つ理解されていないと、まだ時間がかかるという印象であります。

それでは御供先生のスライドは今すぐ映すますでしょうか。御供先生には15分ぐらいでさっきの質問に対する答えも含めてお願いいたします。

御供 そんな立派なものじゃないんですけども、私達1週間、夏に心理リハのキャンプというのをやっています。これは朝7時から、僕等研修に行くものは夜10時までびっちり1日、日課で1週間缶詰になって研修するわけですけども、学校の教員がほとんどなものですから、体の動きについてはまるっきり素人です。それで素人を1週間で促成栽培するわけですから、若干の無理はあるわけです。ただそこはスーパーバイザーという形式を置いて、先生方を指導しながら全体を進めていくというふうにしています。

これは前日に研修ということで、見ているところは胸をそらせているように見えますけども、動きとしては肩甲骨をつけるという動きです。これで胸をそらせていきます。これもこうやって自分達で実際に体を動かして、どこまで動くかということもさることながら、動かしていく時にどんな感じがするのか。動かされている時というのはどんな感じがするのか。それを自分で動かした時であるとか、それから他人が動かした時、そういったいくつかの条件をつけて、それぞれの感じの違いをまずつかんでもらう。そこから自分で動かした時には、どういう体の感じがするのか。それから他人様から急激に動かされた時。それからゆっくり動かされた時。じわっと何かこう自分がやっているなあとこの感じを持てるように動かした時で、どういう体の感じ方がしてくるのかというのを味わうところから始まります。(写真1)

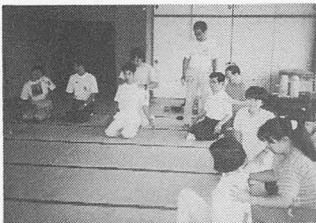


写真1

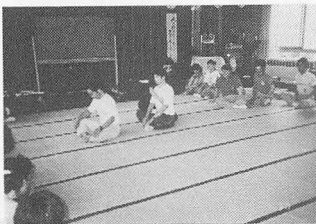


写真2

これは1番基本のスタイルとして、座位での訓練なんです。

2人座らせていますけれども、前の人は腰を立てるというか、腰にぐっと力を入れるのが上手なんですね。後ろの人は初心者というか、ちょっと経験がないのでスーパーバイザーが後ろにくっついて、一緒にこういうふうに動かすんだよということで教えています。(写真2)

これが首についてなんですけども、ちょっと前からの写真でわかりにくいかと思うんですけども、要は肩甲骨の間のあたりを膝で押さえて、そこを支点にして、そこから上を立て、直方向に力を入れさせるということをやります。これがやっぱり脳性マヒの子どもの場合は、この動きがまず一番難しい動きです。首が人間の基本的なところでですけども、それを首だけをいじってもやっぱり駄目で、肩甲骨のところを立てるといふか、脳性マヒの子どもの肩甲骨というのは触ってみると斜めになっています。そして、横に広がっています。

それをぐっと近づけるような方向で立てていきながら、それと一緒に首をぎゅっと顎を引くような方向で動きを誘導していきます。これは他

動的にぐっと押し込んでいったんでは駄目です。ずっと顎のあたりをちょっと指で押さえながら、子どもが「うっ」と受けるように、首がちょっと伸びてくるような感じがするんです。

これは微妙といえれば微妙なんですけれども、そこら辺の感じをつかんでもらわなかったら動作訓練の本当のところというのがわかってもらえないので、そこら辺のところを集中的にやっています。(写真3)

アテトーゼのかなり強い子どもで、十分に押さえあげないと膝立ちをとらせるとそり返ってバタンと倒れてしまうんです。それで今やっているのは腰と股関節、それから肩のところちょっと手を置いていますけれども、あれで少し上から押さえ気味にしてあげます。そして左手はお腹のところに出ていますけれども、これはお腹の前方への突っ張りをふっと緩めさせるということ。それからお尻が出っ尻の方向に、バキンとかなり強くこの子の場合出てくることがあるので、それを押さえおきます。そういうふうに補助をしっかり、足も膝を曲げる方に力を入れたり、膝を前に押し出す方向に力を入れることがあるので、そういう動きがないようにブロックしてあげながら、腰の調整、腰を前に出したり少し後ろに引いたりというのを覚えさせているところです。(写真4)

この子はかなり重度な子どもで、お座りをやっているんですけども、子どもがあんまりいい表情でないかもしれないんですけども、先ほど先生方でやった首の動きと、この子はかなり腰椎が硬湾してますので腰を起こすというか、入れるということと首・肩の動きを連関させてやっているところです。(写真5)

これはお母さんから子どもの生育歴なんかを聞くところから始まっているんですけども、ただお母さんと話をするだけじゃなくて、この子は今そっぽ向いてますね。この子はなかなか頭がいいだけに、訓練に逆に乗ってくれないという、いやだなあというところをもるに出す子どもさんなんで、そういう時に無理矢理先生の方に引っ張っても駄目で、やっぱりお母さんの方にくっつけておきながら、お母さんと話をして、そのコミュニケーションの中で子どもが自分の大好きなお母さんと話している先生というのは、いったいどんなやつなんだろうかという興味を持たせ方をしながら入っていきます。これはある意味では面接相談のインターク相談の初歩的なことなんですけれども、そういったようなこともあります。(写真6)

これは最初の時ですね。1週間キャンプの1日目の時の、子どもの様子を観察するので、膝立ちをとらせた時の腰がちょっと引け気味というか、股関節に力が入っているというのがズボンのしわでわかるでしょうか。首の調整がまだうまくいかなかったので、かなり首を押さええています。それで股関節に力が入っているので、今膝でちょっと後ろから押さえ、そして腰の動きを子どもに使わせているところです。(写真7)

この子は精薄の養護学校にいる子どもで、手が口のところに常にあるんです。お座りさせようとしても、手がここにずっとあるんで、この手を何とか口から離そうと悪戦苦闘してるんですけども、1週間ぐらい経たなくても、3日目か4日目ぐらいで、あんまり口に手を持って来なくても、その子は安心して訓練に身を任せることが出来るようになってきます。(写真8)

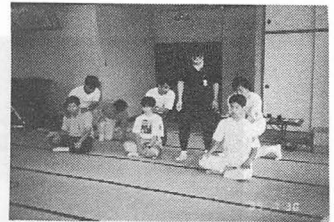


写真3

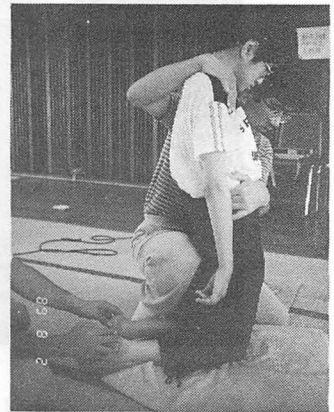


写真4

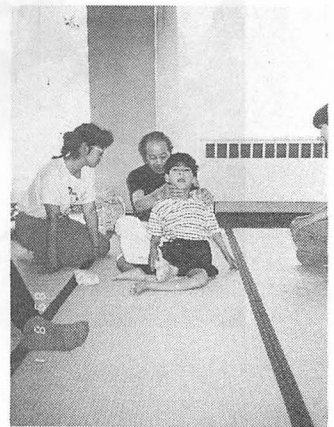


写真5



写真6



写真7

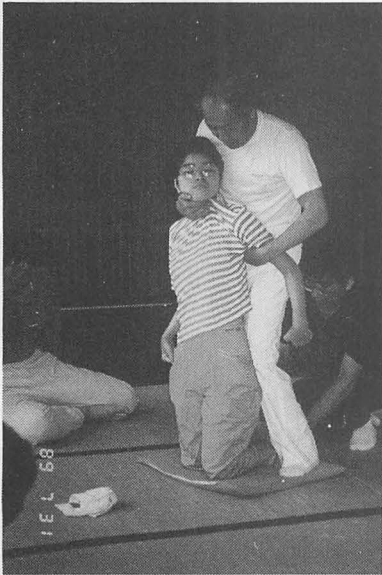


写真8

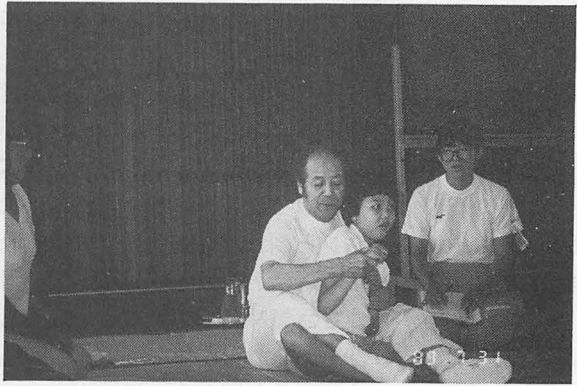


写真9

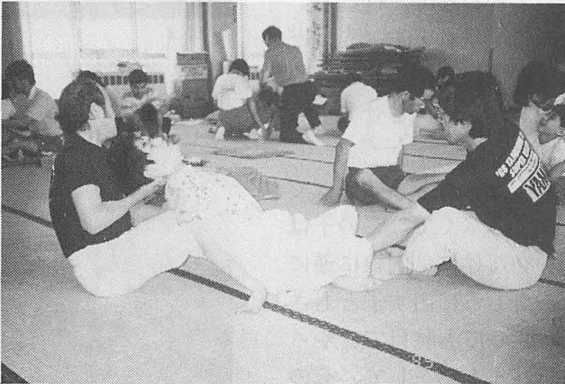


写真10

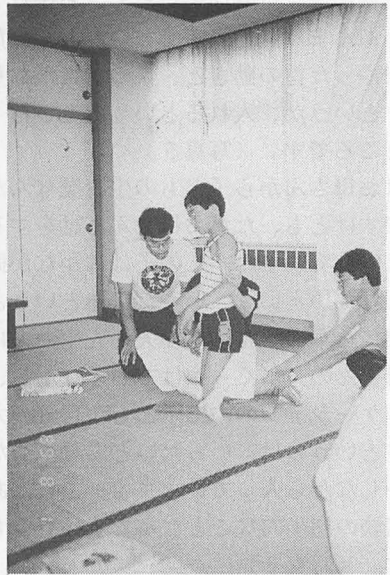


写真11

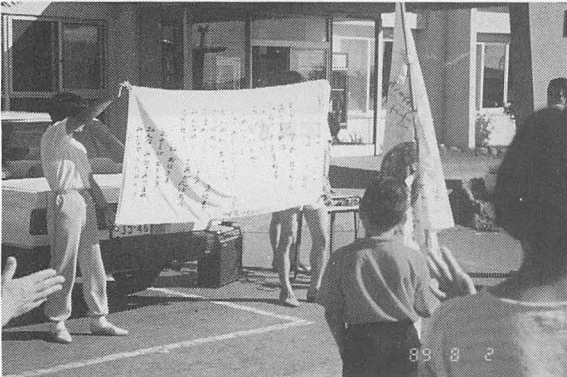


写真12



これはお座りのそらせる動きです。(写真9)

この子は膝立ちで立たせているというところで、これからやるのは腰の動き。腰を立たせたり、落としたり。その動きの中で腰の使い方を覚えさせるということです。(写真10)

最終的には自分で出来るのが一番ですから、こうやって子どもが崩れそうになったら指でついて「ここだよ、ここに力を入れなさい」と言います。言葉だけでは駄目でやっぱり指とか手でもって押さえてあげながら、ある程度ほんとにマスターしてきたら言葉だけでやっていきます。

最初は体の指示。だけど常に言葉はかけてます。

これは朝の会なんですけども、これはだいぶ前にキャンプに参加した子どもが自分で作った歌なんです。「トレーナー賛歌」っていってますけども、それを歌っている、朝の会です。

子ども達の集団療法としてゲームですね。ある程度気持ちを発散させたり、さっきも村井先生も言われてましたけれども、集団のそういう力、ダイナミックな感じをこういう場を通して作ってあげることがあります。(写真11、12)

**司会** 療育技法という言葉でまとめてしまえば、まとまってしまうんですけども、実際のところ、ここで紹介されました4つの訓練の方法、訓練という言葉がどうかわかりませんが、かなり「構え」とか「ねらい」とか、あるいは「あり方」みたいなところが、それぞれ違うと思われることでしょうか。そういうことの全体的なことも含めて、実は佐藤先生と佐久間先生が、一番よく時間を守ってくださったので、ご発言の時間も少なかったのです。ですので、最後に佐藤先生と佐久間先生に6〜7分ずつしかございませんけども、ご自分ご紹介されました技法についての補足がございましたら、特徴とか長・短所についてお話いただいても結構ですし、同時に技法全体についての私的見解というか、そういうものも伺いたいと思います。

**佐藤** 短所、あるいは長所を含めまして、補足説明を少しさせていただきたいと思います。感覚統合療法というのは、学習障害児を対象にしてというお話を少ししたんですが、では日本で学習障害児という子ども達が、どの程度認識されているのかというのが一つ問題であります。最近関連した本も出たり新聞にも少しずつ出てきたわけなんですけれども、まだ教育現場にしろ、医療の世界にしろ、このMBDとか学習障害児という子どもがほとんど目に触れることが実際にはないような現状もあります。ではその学習障害児の感覚統合障害というのがどういうことなのか、多くの人々にとって体験があまりないというようなことがあります。私達の研修会などでも、「学習障害児はこういう子ども達ですよ」、というようなところから入っていかねばいけないというような現状があります。

アメリカではもう40年〜50年と長い歴史の中でやってきておりますので、作業療法の研修会でも、すぐ専門領域に入れるというようなことがあります。更にこの理論を、本を読まれた方はわかるんですが、脳の説明が非常にたくさん書いてあります。そこで面喰って、実際にどういう方法で訓練が行われているんだろうかと見に来た時に、一見あまりにも



簡単に見えるというような訓練法で、普通の遊びじゃないかというような印象を与え、理論と実際の訓練法がなかなかイメージとしてつかめない、何でこんなうるさい理論がたくさん出てくるんだろうかというようなことも言われることがあります。実際には子ども自身の側から見れば、非常に複雑なことというのは、決していいセラピーではないんだろうということ、エアーズ自身がわれわれに語ってくれることもあります。作業療法の科学性ということを追求しようという努力はされてきており、感覚統合理論はまだ発展の途上にあるというふうに考えておいていいと思います。今後脳についての理解が進めば更に感覚療法自体も変化していくものであるというふうに、エアーズ自身がわれわれに言ってくれております。

障害自体をどのように評価するのかということなんですが、非常に複雑なプロセスを通して、評価器具を使ったり、観察をしていくわけなんですが、その信頼性はどの程度あるんだろうかということも、実はまだ非常に不十分な点があります。

最後に、ではこの方法はどの程度有効なんだろうかという点に関して、実際日本では先ほど言いましたように学習障害児という対象ではなくて、他の障害を持っている子ども達に対して、たとえば自閉症とか、他の様々な中枢神経系の障害を持っている子ども達に対して、実際療育技法の一つとして応用されているのが、日本での現状のようです。実際に感覚統合というのは何かということを理解せずに応用に入ってしまったというようなことがあり、エアーズが開発した感覚統合療法に基づく学習障害児の有効性というようなことが、なかなかまだ進んでいないというのが現状であります。さらに、最後に、指導者がどう訓練すべきかというようなことをしっかりつかんでないと、その有効性研究というのは当然難しくなります。

司会 佐藤先生、ちょっとお聞きしたいけれども、OT以外の人は勉強出来ないの。

佐藤 出来るようになっております。

司会 どういう人でもいいですか。保母さんでも。

佐藤 はい。

司会 それはどのぐらいの期間でしょうか。

佐藤 1年間の講習期間を作っています、その中の3分の2ぐらいは作業療法士です。その他、PT、学校の教師、保母さん、看護婦さん、保健婦さんとか、中には医師の方もおられます。A、B、C、Dという段階を設けまして、A段階は学習障害児の理解、および脳の解剖、機能の理解を中心とした、4日間の基礎コースを設けております。

司会 たった4日ですか。

佐藤 はい。たった4日でございます。その後に2週間の集中的なコースがありますので。

司会 先生方は、生半可な理解では困ると思われるでしょう。

佐藤 そうですね。

司会 有難うございました。

佐久間先生、ポイター、ポバースは何となく分かったという顔をしておくことができます。ですから、ポイターについてのご説明よりも、今日4人の話、先生も含めてですが、技法一般に関する佐久間私見を一つお願いしたいのです。

**佐久間** とっても難しくて申し上げられません。

私も実は佐藤先生のところで、先生に教えていただいてAとBを受けているんです。先生のおっしゃったように、ポイターのことというより脳性マヒの、いわゆる運動障害の子ども達が結局は変形拘縮をおこしたり、腰がはずれてきたりすることを考えますと、なかなかいい治療法というのはないんだなと思っております。ただ夜間の肢位とか、いろんな仕方はあると思うんです。ただ親も初めは一生懸命やるんですけど、そのうち疲れてくるのか、だんだん最も悪い肢位をとってしまったりして、結局後で立つことも出来ないというような状態になっていっているのが本当は現実だと思うのです。ですから私共ポイターのラーゲレフレックスが異常の子ども達、即ち初めの頃はCPでない子どももポイターをやりました。ところが正常な子どもの中で遅れた子というのはポイターをいたしますと、大体9カ月で伝い歩きはしますし、一人立ちになってしまうのですね。そのくらい運動発達としては良いのであろうと思うんです。現実に脳性マヒの子どもにしますと、それほど効果はなかなか上がらないのです。

**司会** いやいや。効果が上がるケースもありますでしょう。

**佐久間** ありますけれど。

**司会** ご遠慮なさらなくて下さい。

**佐久間** 効果のなかなか上がりにくいケースがあるものですから。上がるのも多くありますが、今先生がおっしゃったように。でもやっぱり良心とがめまして、「いや全部いいですよ」とは言いきれません。

実際は確かに相反神経支配といいますけれども、どうしても屈筋が優位になってきますので、なかなか伸筋の収縮の方が十分にそれに勝つだけの力を出してくるということは、ポイターを3回やったからいいということにはなりませんので、やっぱり日常生活動作の中で親がどれだけ注意して、遊びを通しながらも、あるいは日常生活の中の躰も含めながらの子どもをどのように協力させていくか。あるいは理解させていくかということもあると思いますし、なかなか難しいと思います。ただ、零歳児は何ら抵抗なくポイター訓練でも何でもやってくれますけれど、1歳過ぎますと精神的にだんだん反抗期に入って、その反抗期も3歳過ぎないと理解が出来ないため、分からない反抗期なものですから、よく1歳過ぎた子ども達がポイター訓練を始めますと、もうお母さんが力負けて、それに協力してもらえないという事実もあります。やはり小さい時からの子どもの精神的な面のアプローチが、例えば我がままな子にしておかないとか、やっぱり子どもがある程度協力してくれるような子になるとか、ある程度子どもが精神的に落ち着いた子にしていくとか、そういう躰も訓練の方に差し支えてくように、効果の出来方にも影響してくるのではないかとこのように考えております。

司会 ボイター、ボバースというのは一番、医療的活動の中で作られ使われている技法です。ですから、そのみで子どもが全体的に育つということとは違うのです。佐久間先生もさっきおっしゃいましたが、子どもが育っていくための諸条件をいかに用意するかという視点に立つと、ボイターにしてもボバースにしても、切れ味のするどい運動訓練とは言えるのですが、それは運動訓練という枠を越えて何かを求められても困るのです。私たちが実際にある町の、ある村の、ある子どもが脳性マヒであった場合に、その子どもに用意される療育というものは、1時間か2時間かバスに乗って行った病院でボイターを訓練してもらったというだけで終わってはならないわけで、そういう面でトータルな療育をどう与えていくかということが、このシステム的な問題も含めて大変難しい、というよりも悩んでいるというのが実態であります。

他の技法はそれぞれ心という問題も含めた問い方をしているわけでありまして、村井先生がご紹介されました「ペトゥ」は極めて教育技術的というか、教育的発想、教育的な構えと思想で構築されておるということを伺わせていただいたと思います。

心理リハビリテーションというのは、これはまた古くから存在するものです。しかしそれはそれなりに少しずつ、やはり変化、発展しておる技法です。われわれがまだ運動にしか目をつけなかった時に、最も強く警告を出したのでした。すなわち動作というか、運動は運動器官だけの問題ではないという指摘です。

また実際に日々学校で、子ども達に正しき技法が与えられていくためにはどうすればいいかという、これは教師をいかに教育するかという問題も含めた問題として、これまたシステム的な問題があります。

私たちの立場から申し上げますと、テキストをちょっと読んで、あるいはちょっとかじって、そして私は例えば動作訓練をやっておりますとか、私はエアーズをやっておりますとか、というふうに言われますと、そこはそこ、やはり問題が起こるのです。

問題が起こるといいますのは、正しく伝わっていかないということころです。それぞれの所ではそれぞれの研修システムを、努力して用意をしておられますので、もし興味があり、自分が対応しておる子どものために、何とか学びたいと思われるならば、やはり正当な基準を持って正当な学習を、ともかく色々へ理屈を言わないで、学んでもらうということが大切だと思います。

それから最後になりましたが、本日ご発表されました先生方は、単にご発表された方々というだけではなく、この北海道で極めて熱心なお仕事をしておられる先生でありまして、そのご活躍への敬意とともに、本日ご発表に対して感謝の拍手をお願いいたします。

それではどうも有難うございました。

# 北海道における障害児の 早期発見・早期療育システムの形成について

〔講演Ⅱ〕 伊藤 則博  
（北海道教育大学旭川分校教授）

総合司会 先生のご紹介をしたいと思います。

伊藤則博さんは北海道の中央児童相談所にお勤めになりましてケースワーカーですとか、心理判定員などをお勤めになりましたあと、現在、北海道教育大学旭川分校の教授をなさっていらっしゃいます。

今日お話になります事は、今朝、知事もちょっとふれておられましたように、ごく最近、伊藤先生を委員長といたします「障害児早期療育調査検討委員会」がございまして、その検討委員会で昨年の暮れにおまとめになって報告なさったものを骨子にして、お話いただくのではないかと思います。この委員会は数名の委員によって構成されまして、先生が委員長をおやりになり、この大会の実行委員長をなさっております忍教授もこれに参画をしておられます。いずれにいたしましてもこの構想は、保健所及び児童相談所等々、地域にありますいろんな社会資源あるいは機関をも今後の取り組みによっては、従来の役割を変えていかなければならないような仕組みになっていくのではなからうかと思われまます。「北海道における障害児の早期発見・早期療育システムの形成について」という題でお話をいただきます。

それでは伊藤先生、お願いいたします。

伊藤 北海道の心身障害児に対する早期対応、広い意味で考えまして早期療育という名前を使わしていただきますが、その取り組みはお手元の資料の最初に表しましたように、大きくは5つ程の流れで進んでまい

## 資料 (1)

北海道における早期療育の動向  
五つの流れで進展してきた。

### (1) 乳幼児健康診査

3歳児、1歳6カ月健診の普及、超早期健診の広がりから早期療育が求められるようになってきた。

対象児は脳性マヒから障害児全般の取組みに進展してきた。

### (2) 通園施設・通園事業・施設の地域療育事業

通園、入所施設は養護学校義務化の前後から就業前の障害児を受け入れ始めた。また、地域に根ざした通園事業や地域サービスとしての施設の地域療育事業は早期療育として今後の広がりが期待される。

### (3) 特殊教育諸学校

幼稚部は拡充されてきている。また、3歳未満の聴覚障害乳幼児の療育が保健医療、福祉、教育が連携して開始された。

### (4) 幼児のこたばの教室

障害像は幼児期に「こたばの問題」として気づかれるので、「こたばの教室」は最初の相談の場、他へつなぐ機関、療育の場として重要な役割を果たし、今後も期待される。

### (5) 障害児教育

保育を受ける障害児の増加、障害種別が多岐にわたっており、効果が障害児、健常児双方に上がってきていることから、早期療育の重要な役割を担っている。



りました。この他にも各地の児童相談所、いくつかの大学の関係者、その他札幌のクリスチャンセンターを代表とするようなボランタリーな取り組み、そしてこれに行政によるいくつかの事業も加わって動きがありました。それらが相互に相まった形で、この20年間に北海道の早期療育は大きく進展してまいりました。しかし、旧来から存在しておりました課題が全て解決された訳ではありませんし、出現率の変化とか、重度化、重複化等の障害児の状況の時代的变化も含め、更には早期療育の取り組みによって新しく出現するというような課題もたくさん加わってまいりました。

最初に、これら新旧の早期療育の課題について簡単に説明してみたいと思います。

まず第1に、障害の予防という事に関わる問題がございます。現代の予防医学は、周産期における母子の健康管理、治療を相当程度可能としておりまして、その成果が、ご存じの周産期死亡率の低下となって現れております。しかし北海道の広域的な特性、更には地域医療の状況から見ますと、医療体制が未整備な状況に置かれている地域がかなりあり、特に、医師の都市偏在、更には無医地区があるという事は、過疎地に居住する全ての住民の健康管理や生活を不安定なものにしていることは否めません。

北海道では昭和62年から保健医療圏、これは第1次から第3次までの保健医療圏の設定を行いまして、それぞれの圏域ごとに、保健医療体制の整備を進めようとしているわけですが、特に、未熟児や新生児に対する対応につきましては、新生児集中強化治療室を整備する事によって、大きな成果がもたらされるというのが現在では常識となっております。また、周産期における妊婦のうち、危険度の高いものを周産期医療施設で管理しまして、生まれた新生児に疾病や障害があれば、ただちに治療を始める事も出来るというように、現在、日進月歩の周産期医療は、この予防と治療の両面が同時に期待されておりまして、北海道でも急いで充実される必要があると考えます。「生まれた所が悪いのよ」という事では、いかにも不平等ではないかということでございますが、この理念というのはこれから申し上げる全ての課題に共通したものとして考えていきたいと思っております。

第2は、障害の発見ということについてでございます。

早期に異常や発達の遅れを見つけるということは、障害の除去や軽減に大きな意味をもつことは、論をまたないところでございますが、早期において障害の確定を行う場合には、非常に慎重に判断して対応する必要があります。何故ならば、早期であればあるほど、障害か個体差なのかという事を判断するのは非常に難しいというのが現実でありますし、また早期である程、親の心の準備が出来ておりません。そのために安易な診断告知というのは親の心理的負担を重くする事になるとともに、時には誤った養育状況をもたらしたり、療育指導をすることにもなりかねない訳であります。したがって、子どもの成長段階に応じた精密な診断判定を行いまして、経過を追い、必要に応じて適切な療育に結びつけていくという、基本的に柔軟な対応の仕方がはかれる事が大切であると考えます。

第3は、相談機能というお話になります。

私どもは乳幼児健診から、療育という全過程にかかわりまして、この相談機能を重視するという事を強調したいと思います。これは北海道の療育において欠落している非常に大きな部分だというふうに考えています。ご承知のように親がわが子の障害を受容するに至るまでには、いくつかの段階があると指摘されていますが、早期に、しかも場合によっては障害があると気付かない、心の準備が出来てない時点で診断されて、障害を告げられる親に対しては、特に最初の段階から継続的に関わりを持つ相談者が必要であります。私どもの実施した親への面接調査の結果から見て、レットテルはりとか（これは親の受け取り方ですから正確かどうか分かりませんがまあそういうふうに受け取られているというふうに考えていただきたいんですが）、あるいは診断のつけっぱなし等々の指摘がたくさんございました。診断するからには、その先の助言、先の付き合いまでしてほしいという、そういう強い親達の願いがございます。

更にまた、子どもの加齢や成長にともなって、就園、就学に関わる課題も出てまいります。更に家庭や地域調整の課題もございます。健常の子どもの場合も、親がわが子が成熟していくまでには次々と課題に直面するものでございますが、障害をもつ子どもの場合は、ことさらに親は次々と重い課題にぶつかる事は明らかでございます。

早期療育では、同じ立場の親が集って語り合うという場の用意の仕方が、非常に重要だというふうに経験的にも考えますが、これと合わせて少なくとも子どもが就学に至るまでの間は、相談調整機能を担う人、今流に言うところキーパーソンというふうにいうんでしょうか、そういう人と場所が身近な所に確保されるべきだろうと考えてます。

それは誰がいいのか特定できませんが、親達の心情からいきますと、特定の資格をもっている人であるという事は、必ずしも求めない。そういう役割を担う人が是非必要だということで、保健婦さんでも、家庭児童相談員でも、幼稚園・保育所の先生でもいい。そういう役割を担える人が必要だという程度のご指摘で、この問題は終わりたいと思います。

第4は、療育資源の問題でございます。本道における早期療育の場は、法定施設、市町村単独事業を含めた心身障害児通園事業施設、それから幼児のこたばの教室、障害児保育を実施する幼稚園・保育所、更には特殊教育諸学校の幼稚部などがございまして、その数は年次的に徐々に増えてきております。ところがこの分布を見ても、都市圏集中の問題というののははっきりあります。過疎地域においては療育資源が少ない。更には、療育資源が全く存在しないという空白地域というのが多くあるというように、療育資源の地域偏在という問題について考える必要があります。そしてこの療育資源の空白地域といえますか、不足している地域というのは、そもそも経済的な基盤の弱さとか、人材確保が困難であるといった多くの問題をかかえている地域でございまして、地域の自主的な取り組みということだけでは限界があるというふうに考えます。国や道による、なんらかの支援策が講じられる必要があるということでございます。

第5は、健診から療育へのつなぎの問題に関わった話をいたします。機関連携といいたまいますか、そういう問題になるかと思えます。乳幼





児健康診査から精密検診に、そして精密検診から療育、保育、教育へと、どうつなげ、またその逆の流れ、情報のフィードバックを含めた逆の流れをどう図るかといった問題があります。

療育資源の不足している所では、発見はされたが行くところが無いという事態が生じておりますし、他方、さまざまな療育資源が整備されている地域でも、それぞれの関わりがばらばらになされている傾向がございまして、ひどい場合は関係機関相互の反目、押しつけあい、抱えこみなど、なかなか難しい事態も起こっておりまして、障害児とその家族が必要とする療育が、必ずしも十分に提供されていないという現実から、これら機関相互の連携や調整のシステムをつくっていく必要があると考えます。これは比較的新しい課題だというふうに言えるかもしれません。

第6に、療育の総合性といいますか、総合的アプローチという課題でございます。先程の機関連携に対して、これは機能連携とでも申しましょうか。早期療育におきましては対象児の未分化性という特性がございます。更にこれに加えまして、近年の障害の状況の変化、重度重複化というような事から、従来の制度が障害種別を前提としていますが、その障害種別を前提とした対応では無理が生じてきているというふうに思います。

これからの方向は、各専門分野のチームプレーによりまして、総合的な療育活動になっていく必要があるだろうと思います。なお、当然の事ながらこのチームプレーとは、特定の人物の指示によって全体が動くという事ではございませんで、各専門分野の人々の対等な関係による協働であるということをお強調しておきたいと思っております。

7番目は、療育関係職員の養成研修、そして倫理等の問題がございます。早期療育は健診、診断、判定、それから相談、療育、保健、教育と、どの段階、または分野をとってみましても、相当高度の知識と技量、更には経験を必要とするというふうに考えますが、療育にあたる関係者の養成と研修というのは、現状では極めて不十分でございます。療育の関係者が市町村職員で2・3年でどんどん異動して、全く素人の人達が療育にたずさわったり、やっと慣れたかなあ、少し力を付けたかなあという頃に、またいなくなるというような事がよくございますし、ことばの教室等とも関わるんですが、囑託や非常勤がかなり重要な仕事を引き受けて、責任をもたなきゃならないというような状況もございます。したがって、本格的な早期療育関係職員の養成と研修システムを考えていく必要があるだろうということでございます。

また療育の仕事は、事実上非常に慎重な配慮と力量を要する臨床的な仕事でございますので、関係者には技術の向上とともに、倫理上の十分な配慮が望まれますので、これはだいぶん先の話になるかもしれませんが、そういう道しるべといいますか、倫理綱領のようなものをお考えていく必要があるだろうというふうに思っております。

第8は、療育圏の設定ということでございます。

早期療育の取り組みは、地域で、在宅で、そして日常的にというこの3つを基本にすえるべきだというふうに思います。しかしながら療育に関わるニーズは、基礎的なものから高度で専門的なものまで、障害の対応によって幅広いものとして存在しておりますので、今後の早期療育の

システム化にあたっては、必要とするサービスの水準及びその頻度とを考慮して、そのサービスを提供するのに適した地域的な広がりとしての圏域を考えまして、それを重層的に設定して取り組んでいくべきだと考えました。つまり、療育ニーズに基づいたエリアを設定しまして、それを積み上げるという方式でございます。なお、この圏域の設定にあたっては、療育が非常にいろんな分野と深い関わりをもつという事から、療育と関わりの深い保健医療圏、それから児童相談所の圏域、更には住民の地域生活経済圏等を考慮する必要があるだろうというふうに思います。

9番目はその上に立って、圏域内と圏域間ネットワークづくりという事がございます。まず圏域内のネットワークは各種医療機関、乳幼児健診の機関、各種相談機関、法定施設、通園事業施設、保育所・幼稚園、特殊教育諸学校、更には地域就学指導委員会などが構成メンバーとなる組織を編成しまして、それぞれが連携して円滑な活動を展開できるようにする必要がありますが、これを横糸の問題といたします。そのためには、全体をコーディネートする人、あるいは機関が必要でございます。それを誰、またはどの機関が担うかという問題も課題になってくるでしょう。

次に、療育圏をまとめて、道内全体の早期療育の進展を支えるシステムをどうつないでいくかという縦糸の問題がございます。これは、住民にもっとも密着した療育圏を第1次圏とすれば、第2次、第3次圏の役割とその連関・連携という問題でございます。つまり、ネットワークは縦と横の問題があるという事でございます。

次に、今申し上げた事と関わるんですが、中核的な施設のあり方を考えるという課題でございます。もっとも専門的な役割を果す事が期待されます早期療育の中核的施設のあり方について考える必要があると言う事でありまして。具体的には、発見の分野での小児保健センターや大学病院、相談の分野での特殊教育センターや中央児童相談所、総合相談所、そして、療育の分野における総合療育センター等の位置づけと、役割分担と連携のあり方を考える必要があるという事です。療育に関わっては現存する札幌と旭川の肢体不自由児総合療育センターは、多様化した障害や疾患に対する対応を行うために、多科的診療、検査態勢の確立、病院機能の強化、そして各種コメディカルスタッフ、発達臨床心理士、ケースワーカー等の配置を行って、名称を総合療育センターと改め、道内の療育諸機関への指導を行う事や、関係職員への研修の実施という面の役割も求められるように予想して、その方向での整備が期待されます。

以上、いくつかの課題解決のための療育システムを次のように考えてみました。

まず、早期療育システムの基本的な要素として、発見、治療、療育、家庭援助という4つの柱があるというふうに位置づけました。発見、治療、療育、家庭援助という4つの柱を考えたわけです。また、私どもが構想する早期療育システムでは、早期療育の範囲でございますが、発達の遅れや障害が疑われるが障害を確定するまでには至っていないような、いわゆる経過観察中の乳幼児も含めるということ。そして療育の主体が親であるという事を考えた場合に、障害児に対する対応ばかりではなく

て、親子家族ぐるみの対応が出来るという事が必要であると考えております。

さて、システム構成の基本的な前提としては、次の3つを考えました。

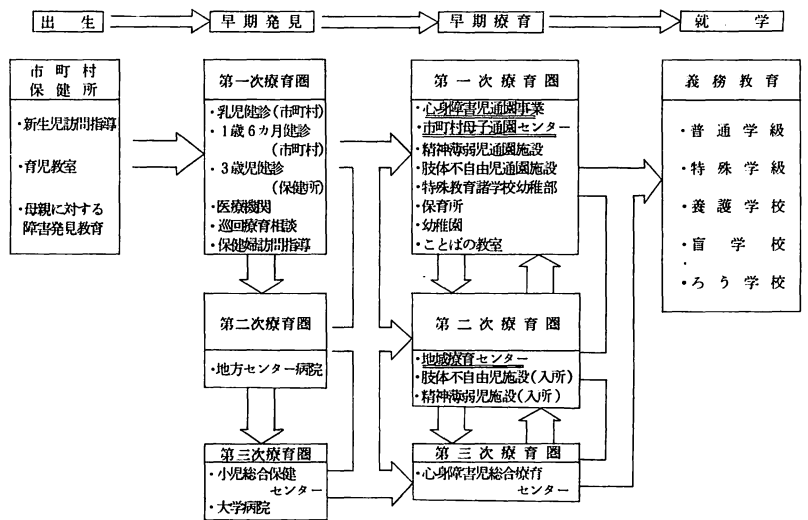
第1は、地域性でございます。このシステムは家庭を中心にした身近な地域で、日常的、継続的なサービスを提供するものであることが肝要であります。このもっとも身近な範囲を、第1次圏といたします。ここでは、療育機関への通所1時間以内での範囲というのがイメージとしてございます。

2番目は総合性という事でございまして、障害か、そうでないかの判断が難しく、また、障害種別の特定も困難であるというのが乳幼児期の実情でございまして、これに先ほど申し上げた重複化傾向、更には家族ぐるみの対応ということが加わって、旧来の障害種別を前提としたやり方では対応しきれなくなってきておりますので、心身障害児による各分野が総合して取り組む必要がある。これが総合性でございます。

第3は、一貫性という事でございます。これは必要とする療育サービスが、必要とする時に適切に提供され、障害乳幼児の発達を最大限に保証するというために、発達段階に応じた発見、相談、療育、保育、教育などの一貫した取り組みとなっていなければならないということ。つまり縦の線が、ぶつんぶつんと切れてはだめだということでございます。資料の(2)として早期療育の流れを示しましたが、これがしっかりしているという事でございます。そしてこのシステム化を進めていく場合の方向として特に重要なのは、先程申し上げた8番と9番に示された内容、すなわち圏域の設定と、圏域内関係機関のネットワーク、そして圏域間支援システムの構成という3点であろうと思います。

以上の考え方に基きまして、北海道における地域早期療育システムを資料(3)に示したように考えました。

第1次療育圏の範囲は、保健所の圏域などを考慮しまして、原則とし



資料(2) 障害児の早期発見・早期療育の流れ

て複数市町村、または市が考えられ、合計70程の数になります。ちなみ

資料(3) 早期療育システムの概要

区分	ポイント	具体的な方策	簡 要
三次療育圏	<ul style="list-style-type: none"> <li>最も専門性の高い療育機能の整備</li> <li>一次、二次スタッフのバックアップ</li> <li>空白対策の二次的援助</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>中核的施設の整備</li> <li>各種研修の統合・充実</li> </ul>	
二次療育圏	<ul style="list-style-type: none"> <li>診断・判定の核となる施設の有成</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域療育センター機能の整備 (心身障害児施設地域療育事業を活用)</li> <li>他の巡回相談事業とタイアップさせる プラスする機能として地方センター病院等とのタイアップ。</li> </ul>	
一次療育圏	<ul style="list-style-type: none"> <li>発見体制の強化</li> <li>保健婦、療育関係者のバックアップ</li> <li>巡回相談の強化</li> <li>ミニ巡回個事業の拡充</li> <li>特殊教育諸学校の機能の活用</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1歳6カ月健診の徹底(未実施市町村の解消)</li> <li>早期6カ月健診の普及</li> <li>小児科医とのタイアップ</li> <li>心身障害児(現在:保健所にバラバラ)を対象とするよう組み直す</li> <li>診断・判定・制度提供、療病の相談に対応できるスタッフでチーム巡回し効率化を図る</li> <li>心身障害児巡回事業のミニ版を実施</li> <li>複数市町村の共同利用を進める</li> <li>保育所の障害児保育視察策の充実</li> <li>ことばの教室のないところを減らす</li> <li>相談から療育につながる機能をもたせる</li> <li>特殊教育諸学校で教育相談の実施</li> <li>精神児童養護学校に幼稚園の設置</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>保健婦、療育関係者と小児科医とが一緒に研修</li> </ul>
全体的な考え方	<ul style="list-style-type: none"> <li>療育圏の設定</li> <li>既存施設の活用</li> <li>推進組織づくり</li> <li>利用マニュアルの発行</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>医療圏や児園圏を考慮することが必要</li> <li>社会資源が偏在しているので空白対策に力を入れる</li> <li>複数市町村が利用できるような制度的バックアップが必要</li> <li>一次～三次での取組みを統合化、統合化したものとしてすすめるために複合的なチームをつくる</li> <li>発見から療育にいたるまでのトータルなもの</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>圏域を設定する場合は、交通の便、生活経済圏など利用者の立場を考慮して柔軟に対応すること</li> <li>松山、渡島(北部～桃志西部)、道北、道東、オホーツク、根室、日高、十勝北部</li> <li>市町村保健婦、福祉事務所、学校、医師などで構成</li> <li>関係者向と利用者向</li> </ul>

に道内、市町村数総数は 212でございます。療育資源の無い所には、療育の場を整備して、あっても十分でない場合には既存の機関の機能を拡充していこう。そして法定の通園施設や通園事業施設を中心としたネットワークを作りまして、発見から就学までの一貫した取り組みを進めていく。

次に、第2次療育圏は1次圏をバックアップするとともに、専門性の高い療育ニーズに応える機能をもった区域としまして、その範囲を児童相談所の担当区域と保健医療圏を考慮した生活経済圏と対応させまして、全道6療育圏といたしました。ここでは地域療育センターを整備して、ここが児童相談所のコーディネイト機能と結んで、圏域内のネットワークを作りまして、発見、相談、療育についての専門的な取り組み、及び1次圏への支援を行います。

次に、第3次療育圏は、1次、2次圏で対応困難な高度専門的な療育ニーズに応える機能をもって、早期療育システムの完結を目指す区域とし、範囲は全道域でございます。ここでの療育の中心は改組、拡充した総合療育センターであります。これを中心とした全道ネットワークを作りまして、高度で専門的な取り組み、及び1次、2次圏への支援を進めることが望まれます。

以上述べたようなそれぞれの圏域のもつ役割を發揮し、早期療育シス

テムを円滑に機能させるために、次に具体的に推進していく方策について簡単に考えてみました。この場合のシステムの整備は、基本的に1次圏から積み上げていくとともに、地域の特性をふまえて既存の資源を最大限活用して、それぞれの地域にもっともふさわしいものを作っていく事が肝要と考えます。

システム整備の主なる展開方策をまとめて示しましたのが、資料(4)でございます。このうち特に重要なのは、次の点でございます。

資料(4) システム整備の展開方策(主なもの)

圏域	一次療育圏		二次療育圏		三次療育圏		
区分	複数市町村または市町村(概ね60～70)		地域生活経済圏(道央を除いて見相圏域に一致)		全道域		
区分	ポイント	関係機関	ポイント	関係機関	ポイント	関係機関	
	発見事業	<ul style="list-style-type: none"> <li>1歳6カ月健診の未実施市町村の解消</li> <li>6～7カ月健診の拡充</li> <li>健診事業における医師との連携</li> </ul>	地域センター病院 病院 診療所 保健所 市町村保健センター	<ul style="list-style-type: none"> <li>専門的診断・判定機能の充実</li> <li>地方センター病院などによる健診事業への支援の充実</li> </ul>	地方センター病院 保健所 児童相談所 児童施設	<ul style="list-style-type: none"> <li>大学病院、小児総合保健センター、療育センター、特殊教育センター間の連携強化</li> <li>早期発見、早期療育に関する関係者への援助マニュアルの作成</li> </ul>	小児総合保健センター 大学病院 療育センター
	相談事業	<ul style="list-style-type: none"> <li>経過観察児のフォローアップ体制の整備</li> <li>親をサポートする相談・指導体制の整備</li> <li>特殊教育諸学校における教育相談の実施</li> </ul>	保健婦 家庭児童相談室 ことばの教室	<ul style="list-style-type: none"> <li>保健所、児童相談所の専門的相談機能の充実</li> <li>巡回療育相談の充実</li> </ul>	保健所 児童相談所 児童施設 養護学校	<ul style="list-style-type: none"> <li>特殊教育センターを中心とした総合相談体制の充実</li> <li>相談機関関係者の研修の実施</li> </ul>	特殊教育センター
	療育事業	<ul style="list-style-type: none"> <li>心身障害児通園事業の拡充</li> <li>全ての特殊教育諸学校への幼稚部の設置</li> <li>障害児保育の拡充</li> <li>療育関係職員の研修の充実</li> <li>推進体制の整備</li> </ul>	市町村通園事業 通園施設 ことばの教室 保育所 幼稚園	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域療育センターの整備</li> <li>心身障害児施設療育事業の推進</li> <li>巡回療育相談事業</li> <li>短期療育事業(母子訓練)</li> <li>療育関係職員の研修の充実</li> <li>推進体制の整備</li> </ul>	地域療育センター 障害児施設 養護学校	<ul style="list-style-type: none"> <li>心身障害児総合療育センターの整備</li> <li>職員養成、研修機能の充実</li> <li>第1次、第2次療育圏への支援体制の充実</li> <li>推進体制の整備</li> </ul>	総合療育センター 大学病院
総合連絡調整組織	市町村における母子保健、福祉、教育関係者、療育関係者		児童相談所、地方センター病院等、保健所、地域療育センター、児童施設、養護学校、市町村		北海道4部局、小児総合保健センター、療育センター、特殊教育センター、療育関係者		
コーディネーター(調整役)	家庭児童相談室又は保健婦		児童相談所		道生活福祉部		
療育の中心	ミニ通園施設又は通園施設		地域療育センター		心身障害児総合療育センター		

システム構成とその機能の活性化のためには、それを推進する組織が必要であります。組織は圏域内のキーエージェント、中心となる機関を核にし、保健医療、療育、保育などの各分野の行政、民間、実践の関係者が構成員となり、各圏域内及び、圏域間のネットワーク作りを進めていくものであり、まずこの組織を作ることが重要でありましょう。この推進組織は、それぞれの圏域の地域点検と療育機関相互のネットワーク、そして圏域間のつながりをつける役割をもっております。国土の22%までを占めるこの広大な北海道では、これまでにいくつかの地域で早期療育実践とそのシステム化について、関係者のなみなみならぬ努力による先進的で優れた取り組みがなされてきておりました。私どもは、これら函館、伊達、千歳、釧路、帯広などの先駆的な試みに学び、またそれらを基盤に活用しながら、そのシステムを広域の全道に

広げていこうと考えたのが、第1次療育圏の発想のもとになっております。2次、3次の圏域と機能は、それを層次構造のシステムにしたものでございます。ただし、私どもはこの圏域の設定とその機能を、現段階では仮説的に位置づけておりますので、地域の実情やシステム化の進展状況に応じて、柔軟に考えていきたいというふうに思っております。

さて、おおよそ以上の骨子に基づいた報告書を、先程司会の吉村所長さんからご紹介ありましたように、昭和63年12月と平成元年3月に、北海道知事あてに提出しましたが、そこに盛られた提言事項のうち、資料(5)に示しました4項目の事業が、平成元年度に制度化されました。

#### 資料(5) 障害児早期療育システム推進事業

事業概要

(単位:千円)

区 分	実施圏域	事業概要及び事業計画		元年度予算	
				箇 所	金 額
市町村母子通園センター事業費補助金	第一次療育圏	<ul style="list-style-type: none"> <li>療育の場が不足している第一次療育圏で母子通園事業を実施する。</li> <li>将来は国庫補助へ移行</li> </ul>		15カ所	38,670 (38,670)
地域療育センター整備事業	第二次療育圏	<ul style="list-style-type: none"> <li>既存の精神薄弱児施設等に第一次療育圏に対する支援機能としての巡回相談などの機能を付与して地域療育センターとする。</li> <li>(1) 短期療育訓練事業(国庫補助事業)</li> <li>(2) 巡回療育相談事業( " )</li> <li>(3) 巡回療育訓練事業(道単新規事業)</li> </ul>		2カ所 (道央 道南)	1,386 (1,144)
地域療育推進体制整備事業	区 分	主 な 役 割	主 な 構 成 員	31カ所	6,305 (6,305)
	第一次療育圏 (67カ所)	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域の障害児の状況や療育ニーズの把握</li> <li>ケース検討</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>市町村 療育関係者</li> <li>医師 保育関係者</li> <li>等 20名程度</li> </ul>		
	第二次療育圏 (6カ所)	<ul style="list-style-type: none"> <li>圏域内の実情把握と今後の推進方針、方策の決定</li> <li>第一次療育圏で処遇が困難な児童の処遇方針の決定</li> <li>第一次療育圏への支援</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>児童相談所</li> <li>地方センター病院等</li> <li>児童福祉施設</li> <li>地域療育センター</li> <li>等 20名程度</li> </ul>		
	第三次療育圏 (1カ所)	<ul style="list-style-type: none"> <li>全道的な療育の状況、ニーズ把握</li> <li>全道的なシステムの企画、推進</li> <li>第一次、第二次療育圏への支援方策の企画推進</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>道</li> <li>小児総合保健センター</li> <li>総合療育センター</li> <li>特殊教育センター</li> <li>等 15名程度</li> </ul>		
合 計					46,361
特定財源					242
一般財源					46,119

[関連新規事業]

○ 社会福祉関係職員研修事業(関係新規事業分:社会老人課所管)

(単位:千円)

区 分	事業概要	対 象 者	元年度予算	
			対象人員	金 額
地域療育関係職員研修	<ul style="list-style-type: none"> <li>第一次、第二次療育圏の関係職員の資力の向上を図るための研修を実施</li> <li>北海道社会福祉研修所に委託(北海道社会福祉協議会)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>肢体不自由児通園施設職員</li> <li>精神薄弱児通園施設職員</li> <li>心身障害児通園事業職員</li> <li>母子通園センター職員</li> <li>市町村単独通園事業職員</li> </ul>	25人×4回 実施	477 (477)

第1の市町村母子通園センターは、第1次療育圏の、療育の場の整備に関わる助成事業でございまして、その内容は9ページに示したようなものでございますが、今後4年間に各年度15カ所ずつ整備する計画でございまして、平成元年度分の15カ所は、ほぼ目途がついたというふうにかがっております。

第2の地域療育センター整備事業については、今年度予定は2カ所でございますが、指定を受けた「おしまコロニー」と「道立太陽の園」は、研修活動を含めてすでに活動を開始しております。2次圏の中核機関としての活動でございます。

第3の地域療育推進体制整備事業の療育推進組織作りも進んでおります。1次、2次、3次圏、それぞれについて組織が今出来つつあるとい

うところでございます。

以上の3項目につきましては、予算の議会通過との関連で準備期間が非常に短くて、自治体や児童相談所ほか、関係の方々に大変ご苦勞をかけたという実情がございました。しかし関係の皆さんはまさに心意気で取り組んでくれておりまして、私どもも心から感謝しているしだいでございますが、それはまた、それだけ早期療育への地域ニーズと期待が強く存在したということであろうかと考えております。

第4の地域療育職員研修というのは、10月と11月に「道立太陽の園」と「おしまコロニー」を主会場に、ほぼ1週間、各25名の方々の参加で実施されます。研修プログラムはすでに出来上がってはおりますが、この研修への参加者がいずれ地域早期療育のキーパーソン、またはコーディネイターとして活躍することが期待されます。またこの研修事業は、いずれこれに総合療育センターの専門機能と技術援助機能が加わりまして、より充実していくことになるだろうと考えます。

さて、これは北海道の話でございまして、実は札幌市はのぞかれておりました。最近道の今申し上げたような動きとつながるようなかたちで、札幌市は社会福祉審議会の中に特別部会を設けまして、市児童相談所の見直しということの中で、札幌市の早期療育システムについて検討を始めました。道のシステム作りと合わせて、それを参考にしながら今検討が進んでいるところでございます。

また、これは道や今の札幌市の施策とは別の動きでございまして、全道の早期療育関係者による学際的な研究組織として、北海道乳幼児研究会というのが昭和62年11月に発足しまして、現在450名程の会員で研究や実践の交流の活動をつづけておりますが、この会は機関誌も出しております、会員以外の関係機関にも配付することで、啓蒙的な役割も果たしつつあるかというふうに、自惚れかもしれませんが思っております。そして、この組織が、今回開始されました道の事業とうまく連動することが出来れば、北海道の早期療育の前進に大きく寄与出来るかということをお願いとしながら運営をしているところでございます。

最後に、本年8月、北海道は心身協の中に専門委員会として、総合リハビリテーションシステムの調査検討委員会を設置いたしました。これが2年間の予定で調査、研究に入りました。内容的には精神障害を含めた、心身障害者のライフサイクル全体を見すえた対応システムを構想するという目的のものでございますが、今回報告申し上げた早期療育システム構想というのが、この総合リハ・システム構想と有機的に結びつきながら、また、その中に明確に位置づけられる事になるだろうと考えます。

以上、北海道の早期療育の最近の動向と、システム構成についてお話いたしました。ご静聴感謝いたします。

# 障害児の後期中等教育の展望

〔講演Ⅲ〕 田中 俊也  
（北海道立特殊教育センター所長）

総合司会 時間になりましたので、講演Ⅲに入らせていただきます。

講演Ⅲは「障害児の後期中等教育の展望」－特に養護学校の進路指導のあり方について－と題しまして、道立特殊教育センター所長の田中俊也先生をお願いいたします。

講師の田中先生のご略歴を簡単にご紹介させていただきます。

先生は、昭和29年に北海道学芸大学函館分校を卒業されまして、教鞭を執られた後、昭和40年、日高教育局の主事、更に学校教育部の指導主事をされました。宗谷教育局、渡島教育局の指導課長、渡島教育局の次長、胆振教育局長を経られました後、学校教育部の特殊教育課長にられました。

59年には北海道札幌養護学校の校長に任せられまして、62年9月にできました北海道立特殊教育センター所長に就任されました。学校教育、特に特殊教育におきましていろいろと活躍された先生でございます。

それではよろしくをお願いいたします。

田中 ただ今ご紹介いただきました、特殊教育センターの田中でございます。45分という短い時間ではございますが、今日のテーマに沿ってお話させていただきたいと思っております。

北海道におきましては、この問題が一番脚光を浴びている問題でもございますし、私自身ただ今、厚谷所長さんからご案内ありましたように、行政の勤務が長かったことから、行政の問題等からみた問題・展望を申し上げましたり、また現在、障害を持っていらっしゃるお子さんのご父兄の心情もお受けして、北海道のこれからの考え方というものも、皆さんにお話出来るのではないかと、こんなふうに残っているわけでございます。

テーマでございますように、養護学校の進路指導のあり方ということですが、前段のテーマは次のような3つの観点から設定されたようであります。まず第1点は、障害児の特性に応じた進路指導計画を確立する上で、重要な意義を持っているということが一つの前提でございます。

障害を持っている子どもさん方、一人ひとりに進路の計画を確立させるためには、極めて大事な要素になっているんだということが強調されてございます。

第2点は、その高等部においては、進路の計画とか指導というものが十分機能を果していないんじゃないかという状況であります。そう言われておりますので、そういう点を直視してみてもどうかということでもあります。

3番目はそこで障害児の将来の進路について、本人の生活歴を十分に踏まえた進路指導のあり方を考えてみたらどうかという、本質にせまったテーマ設定であります。そういう上にたった障害児の後期中等教育の展望というテーマになり、そして進路指導のあり方ということに相なるかと思っております。そこで心身に障害のある生徒の後期中等教育の教育内容と指導方法というものを、私共のセンターの方で実態調査を行ったわけでもあります。それは全国網羅しまして回答を求めた調査研究であります。それは精神薄弱と肢体不自由児の学校全部に、調査用紙を送付してまとめたわけですが、北海道が今ちょうど養護学校の高等部の、特に精神薄弱の養護学校と肢体不自由の養護学校の今までの方向を、どういうふうに変えたらいいのかということで検討委員会等を設けていたので、





その検討をするための資料として、センターの方でプロジェクトを作って調査をいたしたわけです。ですから今日もそういうことを前提とし、研究成果を考えながら申し上げることが出来るかと思えます。

第1番目は、養護学校の義務化が54年になされたわけでありますが、ちょうど63年、去年で10年の歴史を踏んだわけであります。

その中の経過はどのように進んできたのであろうか。また高等部の養護学校の教育がどのような構成の仕方で行ってきたかということが、私共の第1の問題点であります。そこで養護学校の義務制の実施後の問題ということで、54年の義務制からの10年間、養護学校の整備により大きな成果を得たわけであります。特に全国でもそうでありますが、学校数は約25%増えたわけであります。北海道は約1.5倍ということで、それ以上に30校から48校ということになりました。高等部の実態もそうですが、現在道立の学校では8校がございまして、精神薄弱の高等養護学校が5校と、肢体不自由が岩見沢にございまして1校と、病弱は2校というふうに全部で8校ございます。市立の札幌市が1校入りまして、さらに国立の函館附属に1校ということと、私立に2校というふうに、大変広がりのある高等部の学校であります。道立の方はほとんど単置校の職業科であります。全国の養護学校のように併置校ではないわけでありまして、そういう意味で違った教育の内容、方法が取られているということで、私共の見直しの時期となっていると考えているわけでございます。

全国的な状況から見ますと、全国的に生徒数も増え、学校数も増えておりますが、生徒数は54年が障害児の学校だけで見ますと、全体で88,847人の子が障害児の学校に通っていたんですが、10年経った63年のデータを見ますと、95,825人ということで、1.07倍でございます。北海道は余り増えていなくて3,154人から、現在2,979人と減少ぎみであります。これから上がったりと下がったりと、大体その数を保っていくのが北海道の障害児教育の現状であります。

では養護学校ではどうかと言いますと、54年の全国では68,606人でありますが、63年は81,030人というわけで1.18倍、約1.2倍。本道では2,513人と2,528人ですから、大体横並びということになります。精薄の方では全国では非常に増加いたしまして、40,422人のお子さんが就学していますが、63年度には54,729人、1.35倍ということでありまして。北海道は横に伸びているということで、全体の広がりはございません。

(本道は1,588人→1,614人)

そういうことで皆さん方に見ていただきたいのは、次頁の表でございますが、上の方が63年度の高等部を卒業した生徒の進路であります。中段の方が54年3月卒業者の表であります。文部省の調査でございますので表の作り方が年度によって若干変わっております。63年度は養護学校を精神薄弱・肢体不自由・病弱というふうに分けてございまして、下の表は北海道の表が良く象徴しているのとありますが、中学部や特殊学級の卒業生が高等部に進学した進路の状況を、年度別に分けてパーセンテージで表してみたいわけです。

54年と63年の比較を見ると良く分かるんですが、カッコが54年、10年前の状況であります。そうしますと精神薄弱の進学者が20%であったのが23%と、3%の増にとどまっているわけですが、就職を見ますと俄然

## 盲・聾・養護学校高等部（本科）卒業者の進路—国・公・私立計—（63年3月卒業者）

区 分	卒業者	進 学 者				教育訓練機関等入学者					就 職 者		児童福祉施設・医療機関入所者		そ の 他	
		大学等	専攻科	計 B	B/A (%)	専修学校	各種学校	職業訓練	計 C	C/A (%)	D	D/A (%)	E	E/A (%)	F	F/A (%)
盲 学 校	637	12	291	303	47.6	8	13	48	69	10.8	146	22.9	47	7.4	72	11.3
聾 学 校	752	11	249	260	34.6	5	6	49	60	8.0	373	49.6	18	2.4	41	5.5
養護学校	7,446	22	36	58	0.8	31	26	443	500	6.7	2,305	31.0	1,743	23.4	2,840	38.1
精神薄弱	5,473	0	34	34	0.6	1	5	216	222	4.1	1,982	36.2	1,236	22.6	1,999	36.5
肢体不自由	1,747	12	2	14	0.8	6	15	210	231	13.2	288	16.5	412	23.6	802	45.9
病 弱	226	10	0	10	4.4	24	6	17	47	20.8	35	15.5	95	42.0	39	17.3
計	8,835	45	576	621	7.0	44	45	540	629	7.1	2,824	32.0	1,808	20.5	2,953	33.4

- (注) ① 大学等……大学学部・別科、短期大学本科・通信教育部・別科  
 ② 専攻科 盲・聾・養護学校高等部専攻科、高等学校専攻科  
 ③ 職業訓練 職業訓練校、障害者職業訓練校等  
 ④ 進学者及び教育訓練機関等入学者には、それぞれ就職しながら進学した者、入学した者を含む。  
 ⑤ 児童福祉施設・医療機関入所者……児童福祉施設、身体障害者療護施設、病院、療養所等  
 ⑥ 四捨五入のため、各区分の比率の計は必ずしも100%にならない。

## 盲・聾・養護学校高等部卒業者の進路（54年3月卒業者）

区分 学校種別	卒業者	進 学 者				教育訓練機関等入学者					就 職 者		無業者等
		大学等	専攻科	計 B	B/A (%)	専修学校	各種学校	職業訓練	計 C	C/A (%)	D	D/A (%)	
盲 学 校	931人	18人	430人	448人	48.1%	4人	12人	18人	34人	3.7%	349人	37.5%	100人
聾 学 校	941	1	316	317	33.7	11	38	48	97	10.3	489	52.0	38
養護学校	3,013	46	24	70	2.3	16	62	389	467	15.5	1,316	43.7	1,160
計	4,885	65	770	835	17.1	31	112	455	598	12.2	2,154	44.1	1,298

- (注) 1 大学等—大学学部・別科、短期大学本科・別科  
 2 専攻科—目・聾・養護学校高等部専攻科、高等学校専攻科

## 本道における養護学校中学部及び中学校特殊学級卒業者の進路（%）（昭和54年と昭和63年との比較）

区 分	進 学	就 職	福祉施設	そ の 他	
養護学校中学部	精神薄弱	23.0 (20.0)	0.7 (6.9)	63.3 (70.0)	12.9 (4.3)
	肢体不自由	49.2 (60.0)	0.0 (0.0)	34.8 (26.7)	16.0 (14.3)
	病 弱	71.9 (78.0)	0.0 (0.0)	28.1 (12.2)	0.0 (9.8)
中学校特殊学級	精神薄弱	64.1 (37.4)	9.6 (41.8)	19.9 (13.3)	6.41 (7.42)
	肢体不自由	20.0 (17.6)	0.0 (0.0)	60.0 (35.3)	20.0 (47.1)
	病弱・身体虚弱	58.3 (83.3)	8.3 (0.0)	0.0 (0.0)	33.3 (16.7)
	言語障害	76.9 (94.1)	23.1 (0.0)	0.0 (5.9)	0.0 (0.0)
	情緒障害	48.9 (10.0)	8.9 (15.0)	31.8 (30.0)	11.4 (45.0)

( ) は昭和54年の%

違ってまして、6.9%が、現在は0.7%、そして福祉施設に入っているお子さんが、大体横並びで70%が63.3%と、その他となっているのは自宅待機、または不明ということでその他の所に入っているわけでございます。肢体不自由と病弱を見ますと、肢体不自由もやはり進学の方の変化は大きいわけでございますが、施設の方の入り具合がちょっと増えたというような状況かと思えます。

また特殊学級などを見ますと、相当変化の起伏が大きくて、精神薄弱が37.4%の進学が現在では64.1%ということで、中学部の特殊学級を出て高等部に入るお子さんが多いために、養護学校卒業のお子さんが入れないというような結果を招いているのが実際であります。

それから就職の方を見ますと、41.8%が就職されていたのが、9.6%というように少なくなっており、福祉施設には13.3%と19.9%と少しの差であります、約5%の違いということになります。その他は大体1%の違いということになります。

肢体不自由児は、進学は17.6%と20%ということですから、3%の違いということ。施設の方はかえて大きくなってきて、35%が60%となっておりますし、その他の47%というのが少なくなっているということ。どういうところが問題かといいますと、現在高等部の変化というのは、中学部の段階での変化がひびいているということ。それからもう一つ北海道で変わってきていることは、単置校で、職業自立の出来るお子さんだけを入れているということになります。

実際に入学選考検査をやる時に、このお子さんであれば、社会自立・職業自立出来るというようなお子さんを入れているために、結局は、現在の高等部に入っているお子さんは、中学校の特殊学級のお子さんの方が多くなるという結果になるわけになります。それは中学校の段階で職業につかないということになります。それは当然、企業等の構造変化によって、お子さんの仕事をする場面が少なくなってきたということが大きな原因であります。ですから進路指導以前の問題というふうにとらえていることと、もう一つは、現在の社会体制では、中学部を出てからすぐ職業につくということは、非常に困難な状況であります。社会的な状況から見ても、そういう判断が取れないという状況でありますので、殆どのお子さんが、施設または高等部に入っていくというのが中学部の状況です。それを受けて高等部では、社会自立の職業教育を行っているわけになります。問題ということとは、そこから出発するであろうと思われているわけになります。

今申し上げた北海道の状況と全国の状況と違っているのは、全国では併置の高等部でありますので、殆どのお子さんが高等部に入るわけになります。ただ高等部は普通科が多いわけですから、学習をして、それから社会自立のための準備が出来るかといいますが、なかなか出来ないというのが実態のようであります。

高等部を出てから施設に入るお子さんが大変に多いということが、調査の結果から出ているわけになります。それから特殊学級を卒業し、仕事につくというお子さんが、全国的には若干多いわけでありまして、それは重いお子さんが養護学校に残るというようなことが言えるのではないかと判断されているわけでございます。

もう一つの原因として考えられますことは、本州も北海道も同じですが、大変重いお子さん、重複のお子さん、それから情緒障害と精神薄弱とが二重障害になっておられるということで、多様な障害を持っているお子さんが大変多くなってきている。特殊学級自体も大変重くなってきております。それから養護学校は重度のお子さんが多くなってきたということで、社会自立や職業自立を期待するというのが、大変難しくなってきました。そういうことの問題が顕著に現れているのも要因ではないかというふうに考えているところであります。

北海道では父母の要望や社会的要求から考えまして、発達の遅れの比較的重いお子さんも高等部に入れるような体制を整えて行こうではないかと、可能な限り希望に沿った学校を設けるべきだと強く要望されているわけで、私共もその学校を設けるとすれば、どのような教育内容や指導方法をとったらいのかということ、今研究しているところであります、本州等の学校の内容や方法を調査いたしてまいりました。

ほとんどの学校が職業自立ですとか、生活自立と集団的な人間関係の確立とかという目標をあげて指導しているわけですがけれども、3年間経ってお子さんが職業自立まで入っていけるかということ、それがなかなか困難であるということが言えるわけでありまして。北海道の場合もだんだん重くなってまいりましたので、高等養護学校を卒業して、すぐ施設に入っていくという状況がでてきているわけでありまして。こういう状況がこれからもだんだん広がっていくであろうということから、比較的障害が重いというお子さん方の高等部の教育を、どうやったら生活自立、社会参加等が出来るのかということが大きな問題として挙げられるということに相なろうかと思えます。

これが第1点の私共の問題点であります。現在計画されているのは、モデル校というのを設けまして、今作っている最中でありまして、白樺高等養護学校に精神薄弱の高等部校を作りまして、二間口でそこどういいう教育内容・指導方法でやるのかということ、まずモデルとしてやってみること。

それから函館養護学校に肢体不自由の高等部校を準備をするということで、そういう体制で将来、軽いお子さんと重いお子さんとの教育目標を変えて、そして指導内容や指導方法をより充実したものに、一人ひとりの子どもに合った教育が出来るような体制を整えていこうと、またそういう担当者を整えて進めて行こうということが、北海道の問題解決の行政的な糸口になっているわけでありまして。

それが第1点ですが、そうしますと入口はまず一応検討出来るとしても、出口の高等部校を出た時に、どのような体制を整えるかということが、今度は私共の大きな課題になってくるわけでありまして。

今から考えて行かなければいけないことなんです、まず福祉関係や労働部関係、そしてまた医療関係と教育関係ということが一体化した体制を整えようと、ちょうど私共特殊教育センターは、先ほど私をご紹介いただきました厚谷所長さんの障害者の総合相談所と、その隣に中央児童相談所と3つの機関が建物を廊下でつないでおりますので連携をしてやっておりますので、この三者が一体になって研究を進めながら、この問題に取り組んでまいりたいと思っているところであります。



次に「高等部校の進路指導の充実をめざして」という主題ですが、これは学校の体制はどうなっているかということに答える意味で述べたわけでありませう。

第1に、高等部の学校の進路指導のあり方といいますのは、学校の教育のプログラムといいますか、教育課程の中に位置づいているわけですが、「個々の生徒の心身の障害の状態、及び能力・適性等の的確な把握に努め、個人差に即応した指導を行うとともに、計画的・組織的に進路指導を行う」、ということが進路指導の大きな目的であります。ではどうということを実現するために行うかということは、進路指導の分野では生徒理解。これは生徒の能力適性等を理解するという意味ですが、それから進路情報、これは企業等の連携、職親会とか企業など労働関係者との連携を十分に行い、情報を得るという仕事であります。

それから啓発的経験。これは学校でやっている職場実習であります。これが啓発的経験を積むという意味あいでもあります。それから進路相談・進路開拓・アフターケアの追指導、こういう分野があるわけあります。ところが現在一番大事だと言われている目標の中に書かれている能力・適性等の把握ということが、十分先生方の共通理解を得ながらやれているかどうか。成育歴から、その子どもの持っている特性を十分把握するというのが、体制として整えていないということが問題として挙げられるわけあります。

そして進路情報につきましても、先生方が大変力をかけて進路開拓ということに、殆ど進路指導の精力を使っているというのが実態でありまして、その進路開拓と連動させて啓発的経験ということで実習等の仕事に多くの力をかけているということですから、子どもさん一人ひとりの持っている能力特性や適性を十分把握しないまま、就職を捜してしまう。お子さんの適性に合わないままでも入ってしまうという例が多くありまして、後に離職したり、または転職したりというような大きな原因になるわけあります。この点の進路指導の共通理解に立つ体制というものを、どう具現化するかということ、これが大きな問題になっているわけです。

これは先生方が間違っているわけではなくて、子どもさん方の進路をより十全にしていこうと、社会自立や職業自立をさせたいという努力の結果、そういう片寄りになってきたということが言えるのではないかと思います。この点の調和的な体制をどう整えるかということが、大きな仕事であるわけあります。

特にお父さんやお母さん、そして福祉・労働関係の関係者側、それから企業者の理解とその具現化ということなどは、協力を得、緊密な連携体制がなかなか取られていない。横の体制が取られていないというのが実態でございますので、これが全部学校の方に苦労がかかっているというような状況が多く伺われるのであります。地域によっては職親会が非常に熱心なところもございますし、都市に近づくにしたがってなかなかその点の協力体制が取られないというような実態等も調査で現れてきております。それがまず第2番目の進路指導充実を目指すためには、どうなんだということを実態として申し上げたわけでございます。

3番目は、どういう課題を一つひとつ克服しなければならないかとい

うことを、項目的に挙げてみたんですが、結果的に、次のようなことが言えるのではないかと考えているわけでありまして。

ちょうど青年期・青年前期にかかっておりますので、15歳から18歳の年齢の精神的・身体的な発達・特徴として考えられることは、後期中等教育の大事な点であります。特に考えられることは障害という問題を克服して、人間的な人間形成という点に着目する、または、人格の完成という教育基本法の精神にのっとった見方・考え方がどこまで具現化されているかということ、私共は直視しなければならないのではないかと考えております。

特に高等部校の年齢の時期は中学校のただ延長ではないんでして、その時期に大事な発達課題があるわけでありまして。どういうことかと言いますと、この発達課題を達成するための教育の最適化を図るために、発達課題をもう少し掘り下げてみる必要があるし、適時性というのがあるわけでありまして。ちょうどその時期に学ばなければならないものは何か、ということを中心に押さえなければならないということが言えるわけでありまして。とかく父母の皆さんや先生方もそうなんですが、学校教育というものに安住しがちで、他の方に働きかけていく努力というものが十分ではないということが外的条件として挙げられるわけです。障害を持つ生徒の人生設計というものをどういうふうにか考えるか、そしてその人生設計の中で青年期の時期の学習活動とは何かということをとらえてみる必要があるわけでありまして。

青年期の特徴としては、健常児と同じですが、障害を持っているお子さんでも15歳から18歳といいますと自我というものを確立されているわけがございます。ですから反抗の行動があったり、または好き嫌いが強かったりということでありまして。

もう一つは男女の関係の性の自覚であります。これは生理的にもちょうど境界線に来ているのであります。

そういう時期をとらえる教育とは何かということは、単に就職の社会自立や職業自立だけではなくて、人間の本質的な教育というものが、そこで成されなければならないということでありまして。その点が養護学校に入りますと職業自立の訓練を受けたり、学習をしたりすればいいというようなとらえ方ではなくて、もっと軸に押さえることは、青年期にあるべき発達課題にどう応えていくかというような、教育目標が立てられなければならないであろうということでありまして。

そのためには目標としてどんなことが挙げられるかということ、大きくは3つ考えられるのではないかと考えております。

一つは基本的な生活力を育成するということ。基本的な生活力とは何かというと社会への自立のための教育の拡大といいますか、自我に対する変化に着目をする指導・プロセスを大事にするとか、考えて行動する指導をどのように組み込むかということだったり、または、対人関係を基本においた指導をどう持つかとか、または、両親との関係をどのように形成するかとか、または自覚的な教育の場面というものを長期的に見て行く教育とは何かという、それらのカリキュラムを組むということになるかと思っております。それが第1番目の基本的な生活力を育成するための学校体制・青年期の教育でなければならないわけでありまして。



第2番目は、今まで取り組んでいないところでございますが、豊かな生活をどう享受出来るかということでもあります。そういう能力をどうつけるか、情操面をどう高めるかということでもあります。これは、社会生活・職業生活と結びつくわけですが、職業生活や社会生活が失敗するのは、とかく子どもさんの方の情操面の弱さにあるわけです。この面が十分指導されていないということでもあります。

2つ目は余暇の利用といいますか、余暇の充実感・余暇を楽しむ自己実現というところが無いために、とかく余暇というものが束縛されてしまったり、自分からやろうとしないといいますか、離れてしまうということが言えるわけでございます。ですから交友関係も非常に狭くなっておりまして、感動場面、感情的な起伏・喜びとか悲しみとか楽しみという場面が非常に少ないということでもあります。これが常に集団的に行われているというような場面が多いのではないかというふうに思うわけがあります。総合的に言って感情を揺り動かす場面というもの指導が、青年期の場合、豊かな生活を築くためには大事ではないかと考えているわけでもあります。

次に社会的な自立を目指す、心身共に健康な生活を築く力といいますか、その中で特に大事なものは進路に向けて、職業に向けて実現するためではなくて、生活そのものを確立するためには、やはり意欲のある生活をどう作らせるかということでもあります。意欲を持たせる。そして自分の特性とどう結びつけるか。すなわち自分の得意とするものと意欲とをどう結びつけるかということ、健常児の場合には自分から進んでその道を選択するわけですが、あえて高等部校の指導内容というものの目標値は、意欲を特性と結びつけるという考え方をとることでもあります。

とかく集団生活が多く、規制も多い生活を少年期に迎えておりますので、基礎的習慣というものの欠落が青年期に出てくるわけでもあります。その欠落をどう補填するか、それが高等部校の大事な学習になってくるわけでもあります。それからいつでもどこでも困っておられる問題ですが、他の人とのおつきあいといいますか、人間関係の安定した形をどう作るか、そこがなかなか作れないわけでありまして、その点、障害がそれらの安定感を壊してしまうというおそれがあるわけです。本人の持っている力を伸ばすということでもあります。同時にたくましさ・スポーツ等の習慣的な取り組み・男女の交際・その仕方、そういうことから自分というものの自我を実感としてどうとらえて行くかということでもあります。また、金銭の使い方等で、社会的な生活への広がりを持たせる。情緒安定を持たせるというような教育内容というものを青年期に用意しなければならないわけです。

現在、北海道の高等部校でもそういう点に着目して、いろんな工夫をされていますが、一番時間を多く取っているのは、職業自立のための教育・訓練というところに時間を多く費やしているために、人間形成の根本的になる青年期の教育が十分な時間をかけて、教育計画の中の進路指導として、打ちたてていないのではないかという反省が課題として残るわけでもあります。その観点から、幾つか挙げてみますと、レジュメに掲げた項目が挙げられるわけで、ここに挙げている観点は、指導する側、または障害のある子ども・青年を社会自立・職業自立をする、社会参加

させるためにはどういうプロセスを経なければいけないのかということ  
を列記したわけでありませう。一つひとつは説明の時間がございませんの  
で省きますけれども、今申しました3つの大きな目標を、どう学校の中  
でアレンジしながら十分時間をかけて、子どもがその生活の経験の進歩  
と拡大と補充をすることができるかが、青年期の発達課題に伝えていく  
教育ではなかろうかと思ひます。今日のテーマでございます、養護学校  
の進路指導のあり方と、そして後期中等教育の展望ということに果して  
答えられたかどうか分かりませんが、雑ぱくでございましたけれども申  
し上げて、終わらせていただきたいと思ひます。

ご静聴有難うございました。



# 障害者は、いま

〔講演Ⅳ〕 大野 智也

〔国際障害者年日本推進協議会広報委員長〕

総合司会 今日の最後になりましたが、「障害者は、いま」というテーマで、大野智也さんにご講演をお願いいたします。

簡単なご紹介を申し上げますと、大野さんは東京のご出身でございます。日本短波放送にお勤めになり、そこで障害児者に関わります番組編成を、4,000本の多くにわたりまして、数々の番組を編集なさった方でございます。当然の事ながら、放送文化に関わりますこの種の報道につきまして、非常に大きな賞をたくさん受賞なさった先生でございます。現在はお手元にご案内がございますように、国際障害者年日本推進協議会広報委員長などの重役を担っていただいております。それでは大野先生お願いいたします。

大野 こんにちは。ただ今ご紹介いただきました大野でございます。

テーマは「障害者は、いま」という漠然とした題でして、とても講演などということにはならないで、雑談に終わるかもしれませんが、お許し下さい。

最初に子どもの作文をちょっとご紹介してみます。小学校5年生の『おふろ』という作文です。

『僕がテレビを見ていたら、お母さんが「早くお風呂に入りなさい」と言った。僕はいやだなあと思って、生返事をしました。するとお母さんは、早く入れとまた言いました。風呂場に入ると、お母さんは「早く洋服を脱ぎなさい」と言った。お風呂につかっていると「早く出て体を洗いなさい」と言いました。体を洗っていると「いつまで洗っているの。早くお風呂の中に入りなさい」とお母さんが言いました。またお風呂の中に入っていると「早く出なさい」と言いました。僕があわてて出ると「早く洋服を着なさい」とお母さんは怒鳴りました。僕があわててシャツを着たら、反対になっていました。それを見てお母さんが言いました。「このアホ。ゆっくり落ち着いて着ないからだ」僕は何がなんだか分からなくなりました。』

どうもお母さんは一日中、早く、早くって言っているんですね。

静岡県の特養養護学校の中等部2年の男の子は、こんな川柳みたいなものを作っています。

「家庭とは 父厳しくて母優し それでいいのだ うちが違うが」  
あんまりお母さん口うるさいものですから、最近、母の日にカーネーションの代わりに、くちなしの花を贈る子どもが増えてきた。

こんな作文もあります。これ6年生の『日曜日』。

『この前の日曜日、お父さんと、お母さんと、僕と、妹の4人で植物園に行きました。朝早く起きて行きました。停留所のある所まで行くとバスが来ていました。みんなで走って間に合いました。バスを降りるとちょうど電車が入って来ました。みんなで走って乗りました。混んでいたの、みんなで急いで席を見つけました。電車の中でお母さんが「早く行きたいわね」と言いました。

植物園の近くの駅で降りました。みんなで早足で植物園に行きました。着いたのは11時頃でした。お母さんが「早くお昼にしましょうよ」と言いました。そこでみんなでおにぎりを食べることにしました。お父さんが一番で、僕が二番で、お母さんはビリでした。おにぎりを食べたらお母さんが「つまらない所ね」と言いました。そしたら妹が「早く帰りま



しょうよ」と言いました。そこでみんなで早く帰ることにしました。帰りの電車はガラガラにすいていました。みんなでグーグー寝て帰りました。うちに帰ったらお母さんが「早く夕飯にしましょうよ」と言いました。忙しい日曜日でした。』

何しに行ったんですかね。日曜日潰して。何でこんなに早く慌て、急ぐんですか、日本はかなり極端な競争社会ですから、この競争にうち勝たなきゃならない、ということでせかされるんでしょうけども。

果してそれが幸せにつながるかどうか。ハンデキャップを持っている人達は、これほど早く走り回るのは困難かもしれませんが、しかしもっと豊かな暮らしが出来る。むしろ普通の人よりも、その可能性が非常に高いのではないだろうかということを考えるんです。

ちょうど22年前、ノーマライゼーションということが言われ始めまして、これは私なりに解釈すると、「障害が重くても、軽くても、地域にいても、施設の中にも、当り前の暮らしが出来る」というふうに考えているんですが、その中のいくつかの条件を考えてみますと、まず暮らしのリズムがあるということ。養護学校の義務制が施行されて、若干、就学猶予の子どもが、あるいは訪問教育の子どもが残っていますが、ほとんどの子ども達が、朝になったら身支度をして学校に行く。そして仲間と一緒に暮らし、午後になったら家に帰って家族と暮らす、という一日のリズムが保証された。一週間に6日学校に行ったら、日曜日はゴロゴロしててもいいし、家族とレジャーやスポーツを楽しんでもいい。これがリズムでしょうね。ところが卒業して、就職も出来ない、作業所もいっぱい、どこもいく所がないということになりますと、このリズムがなくなってしまう。一日中テレビの前に座りっきり。廃用萎縮を起こして、せっかく今まで出来ることが出来なくなってしまうということが、一番恐ろしいことだと思います。

昨年の9月に東京でリハビリテーション世界会議が開かれました時に、通訳の人が「寝たきり老人」という言葉が訳せなかったということが伝えられて来ましたけども、北欧などでは寝たきりにさせないための努力がなされている。日本でもようやく厚生省が寝たきりにさせないということに、方向転換することになったそうですが、2000年には100万人の寝たきり老人が出てくるという。それをなんとか寝たきりにさせないということが、当り前の暮らしを保証する仕事だろうと思います。

そうなりますと重症心身障害と言われる子ども達も、とにかく寝たきりにさせない。朝になったら、とにかく起きてどこかへ行く。それが施設であったり、作業所であったり、職場であったり、様々なものが地域の中に用意されていて、その中から自ら選択して、どこかへ行くという。そのリズムを保証しない限り、当り前の暮らしが出来ないだろうと思います。

現在、日本に9,841の病院がありますけれども、その中で、ようやく国立病院が重い腰をあげまして、6時すぎに夕食を出すところが少しずつ増えてきましたけれども、相変わらず約2.2%の病院は午後4時に夕食になりますし、4時半というところが26%に達している。

これは当り前の暮らしのリズムではないわけですね。少なくとも当り前の暮らしというからには、暗くなってから食べるというのが、多分当

り前であろうと思います。4時半の夕食というのは、管理側の都合で設定された時間で、これは決して当り前の暮らしのリズムではないだろうと思います。

二つ目は、選択出来るという、あるいは本人の選択を尊重するということですが、昭和56年国際障害者年のその翌年、日米障害者セミナーが開かれた時に、私達がちょっとビックリしたのが、障害者はコンシューマー・消費者だという考え方でした。障害者の側が、例えばヘルパーを選ぶ、あるいは施設を選ぶ。従来、施設に入る、あるいは進路にしても、それが家庭の都合、親の都合で本人の選択の余地がほとんどなかったということは、多分誤りであろう。たとえ6歳の子どもでも、養護学校に行くか普通学校に行くかということは、本人が選択出来る、その力を持っているだろうし、またその選択の権利を保証すべきであるというふうに思います。

フィンランドの障害者福祉法によりますと、介護を受ける側に補助金を出す。つまりヘルパーの給与は、日本で言う福祉事務所から払うわけですが、そうではなくて障害者に渡して、障害者がヘルパーに払う。そういうお金の流れを変えることによって、障害者が選択できる道が開けるだろうと思います。

先月の14日、ノルウェーの総選挙がありまして、進歩党がかなり票を伸ばしましたが、この進歩党の公約の一つが、子どもが教師を選択することが出来るということでした。これはどの程度、実現出来るか分かりませんが一つの大きな流れとして、そういうことが起きてきた。

多分11月の20日だと思いますが、国連で児童の権利条約が採択されると思います。これが採択されますと、従来の保護の対象とされた子ども達が権利の主体になるという。

そうなりますと、一番困るのは学校かもしれません。例えば服装、ヘアスタイルまで規制した生徒手帳、こういう校則が許されなくなってくるでしょうし、障害児教育を含めた日本の学校教育が、見直しをされる形に追い込まれて行くということが考えられます。日本がすぐに批准するかどうか分かりませんが、いつまでも批准しないということも問題になって来ると思います。

それから選択ということの中では、もう一つADLの問題。ADLの訓練はいわゆる専門家の側から必要性を感じて行っていたわけですが、もっと早い時期に、QOLを目指して何かを身につけておかなければ困るだろう。将来この人達が家庭を離れて、ケア付き住宅やグループホームで暮らした時に、働くことは出来るけれども、それ以外のことは何も出来ないということでは、極めて貧しい生活になってしまうだろう。その生活の質の豊かさというのは、何かということとはよく分かりません。それは人によって皆違うでしょう。それは趣味であったり、物を作る創作活動であったり、あるいはスポーツであったり、旅行であったり。広い意味での趣味、スポーツ、文化活動であろうと思いますけれども、そういうものを早くから身につける必要があるだろう。

広島県の通勤寮で、趣味が全員釣りというのがありましてね。大変不思議に思ったんですけども、その通勤寮の職員が野球は広島カープスのファン、趣味は釣りということで、そこにいる20人の青年達が全部広

へ行けば仲間がいる。

そして先ほどのQOL。いろんな趣味活動や、創作活動や、社会見学や、旅行や、スポーツや、様々なものが与えられる。そしてそこがボランティアの拠点。父母の会、親の会、障害者グループの活動の拠点にもなりうるという。そういう多目的な場所、しかも就労の場でもあるという、非常に多目的なセンター。それが小規模作業所だと思います。しかし2,231の作業所のほとんどが、工賃として月に3千円、4千円、5千円というのが大部分です。

東京都の福祉作業所の場合に、かなり助成が高い所でも8千円くらいという現状です。こうなりますと往復のバス賃も払えない。バス賃で足が出てしまうという現状の中で、これでいいんだろうかという問題。いい方法がないんですけども、一つは障害、ハンディキャップを持っている人達が、数多くの品物を作るという、製造業の下請けに依存している作業所が非常に多い。これですと要するに数の競争ですから、一番不得意な仕事の分野です。しかもそれが先ほど言いましたように、製造業からの下請けという仕事はだんだん減少する恐れがありますから、これに依存するのは大変危険だと思います。ですから作業所の仕事で何か条件があるとするならば、まず納期のないもの。納期が迫りますと、あなた達は邪魔だからうちに帰ってらっしゃいって。親、ボランティアが徹夜をして、やっと納期に間に合わせるような、なんのために作った作業所かわからない作業所がある。

それはやっぱりおかしい。納期のないもの、最終製品まで一貫して作れるもの。何を作っているか分からない部品製造というものはおもしろくないと思うんです。作って楽しいもの。出来上がったものはものすごく高く売れるもの。そんなものがあれば、みんなそっちに飛びつきますけども。(笑い)

最近は店舗型の作業所。コーヒーショップとか、レストランとか、お弁当屋さんですとか、そういう作業所が段々増えてきてまして、多分5%ぐらいそういう作業所があると思います。

今日札幌駅を降りまして地下鉄札幌駅でちょっとのぞきましたら、聴覚障害者の店リリーが相変わらず健在で頑張っていました。少し規模が小さくなって、100円ケーキだけになってしまったんでちょっと心配なんですけれども。今だに100円で売ってて儲るのかなあと、ちょっと心配しましたけども。ああいう店舗型。お客さんに接するサービス型が段々増えてきている。

私は東京都の町田市なんですけど、町田でも15年前はいろんな下請けの作業をやっていました。いくらやっても3,500円くらいしか稼げないんですね。それで、いろんなことやっていますけれども、例えば蓮の糸で織物を作っています。蓮根を食べると細い糸が出てきます。それを引き抜きまして、撚りまして、糸にして、山形県から紅花を導入しまして、それで染色をしまして、におい袋を作っています。これは中条姫が昔作って、当麻寺に納めたという伝説がある、幻の天平時代の織物と言われてますけど、これを再現いたしまして、一個幾らで売ろう。5万という値段を最初につけたんですが、なかなか出来ない。そのうち10万で買いたいって人が出まして、でもまだ完成しない。そうしたら今度20万円で

買いたいから、早く作ってくれて言われまして、これはしめた。ゆっくり作る。作らない方がいいとかね。(笑い) 作ると値段が安くなる。作らなきゃ幾らでも高くなる。そうは行きませんので、今こんな小さい物ですが20万円で売っています。

その他にもその蓮を使いまして、蓮の紙。蓮の種でお手玉の芯にしたり、お菓子にしたり、それから花托って言うんでしょうか。蓮の実を取った後の穴がポツポツしたもの。生け花の材料に使いますね。余ったのはプレスしまして、ウレタン加工をし、銘々皿にしまして、市が全部買い上げて成人式の記念品にしています。後は葉っぱと皮が余るんですけども、これはどっか広場に置いときますと、みんなでそこで遊んでいますと粉になりますから、それを枕のしんにします。枕のしんはそばがらが一番いいんですけども、そばがらはアレルギー喘息の人は駄目です。だが蓮は喘息の漢方薬ですから、健康枕と名付けて。(笑い)

そんなことをしていてもどんどん養護学校から毎年出て来ますので、次から次に作らなきゃいけないんですが。例えば去年の12月15日、町田リス園というのを作りました。

台湾リス 500匹を餌付をして放し飼いをしまして、町田は動物園がないものですから、小さい子どもの小動物との触れ合いの場所を作りましたよということで作しまして、12人の重度の青年達がお母さん指導員と一緒に働いています。今、シマリス 450匹を追加しましたが、ここへ入るのが日曜日は2時間から3時間待ち。それで入場料大人 300円、子ども 100円、餌 100円。餌は小さな袋ですから、3袋くらい買わないと物足りないんですね。若夫婦が来ますと、お父さん 300円、お母さん 300円、子ども 100円で 700円、餌が一人 300円で 900円使うから 1,600円、おまけに出口の所にきれいな売店がありまして、リスのぬいぐるみやなんか置いて、一番安くて 600円。少なくとも二つ買わないと出れないような仕組みになっている。一組来ると 3,000円。これが3時間待ち。10人になると3万円。100人並ぶと30万円。1,000人になると 300万円。日曜、祭日になると 300万円のお札が並んでいるっていう感じですね。

自主製品を作るのも大変いいんですけども、これは販路が大変。ところがこれ、私はレジャー型作業所と言っているんですけども、こういう市民の喜ぶような、向こうからお金を運んで来るような作業所。これだけが全てじゃありませんけども、これも一つのアイデアかもしれない。

これに味をしめたわけじゃありませんけれども、その周りにやはり育成会がやっていますダリア園。これも入場料 300円。それからエビネ園。これは季節に限りはありますけども、これも 300円。それから万葉植物園。これは 200円。それから今計画しておりますが、ボタン園。全て東洋一とか、東日本最大とか、キャッチフレーズを付けているんです。本当か嘘か調べようがありませんからいいんです。(笑い)

日本の親達の心配は、親亡き後の心配。ところがこれは日本の親の特殊な心配なのかもしれませんね。北欧などでは普通の子どもの場合、大学に行くような年齢になりますと家から出しまして、そして学資も払わない、本人が自立するというのが普通のあり方だと思いますけども。障害者の場合にも、かなりそういう部分があるんだろうと思います。厚生

省も、在宅ということは必ずしも家庭にいる、家庭にいて家族といるということではなくて、むしろ親は直接お金も手も出さなくて、応援団になるべきではということをお願いしているようです。

その一つの表れが、今年から制度化されました精神薄弱者のグループホームですけれども、既にこのグループホームは全国に309ありますし、今年103カ所、来年の予算でまた100カ所増えていく。それで500を突破していくわけですけれども。

同時に去年の7月から、精神薄弱者の大人の施設に子どもを入れた場合に、親はいくら収入があっても施設の利用料を払わなくてよろしいと。つまり親は子どもの扶養の義務は無いということですね。子どもは親の扶養義務はありますけれども、親は子どもの扶養の義務はない。親はもうお金も出さなくてよろしい。手も出さなくてもよろしい。後は社会が面倒見ましょうというふうには、なっていませんけれども、(笑い)だんだんその方向に多分行くだろう。

グループホームにしましても、例えばスウェーデンのあるタイプのようには4、5人の障害者に対して、13人のスタッフが24時間交替で張り付くというようなことになりますと、家庭にいるよりはずっと手厚いケア体制が出来るわけです。日本の今のグループホーム制度では、そのケアシステムがありませんので、今すぐは駄目ですけども、そういうことを充実すること。例えばスウェーデンは日本の42倍のホームヘルパーが、あるいはノルウェーは51倍のホームヘルパーがいるわけですけども、そういう形で地域のヘルパーの人達を充実することによって、重度の人達も少なくとも二十歳で年金が出るようになったら、うちから離れて仲間と一緒に暮らすというのは、多分当り前の暮らしだと思います。約半分ぐらいの地方自治体でもこの生活寮とか、グループホームに対してなんらかの助成制度を設けていますけれども、国の制度も含めまして、いずれも建物の取得については助成が無いのです。

今一番難しいのは、障害者が部屋を借りること。不動産屋さんに行きましても、外国人と障害者お断りって看板が、見えない字で書いてありますから、(笑い)いくら交渉しても駄目。こうなりますとやっぱり公的機関が供給する必要があるだろう。

東京都中野区は、60部屋のアパートを市が借り上げてまして、障害者に又貸しをしています。高い家賃の場合にはその差額を補填する。

10月1日から東京都の武蔵野市では、多分自治体で最初だと思いますけれども、障害者のための住宅手当を支給しはじめました。精神薄弱者、あるいは身体障害者がアパートを借りた場合、家賃の半額を補助するという制度です。但し6万円が限度。それで今、親の会では公営住宅、公団住宅に対してグループホームに提供するように、法改正の要望を始めています。

これが実現しませんとなかなか住居の取得が困難ですが、これはこの形で実現するだろう。先ほど年金の額が少ないと言いましたけれども、4人集まるならば、例えば今度改正になりますと、1級69,375円、障害基礎年金だけでも約7万円。4人集まれば4×7、28万円。28万円あれば暮らせるでしょうね。

そして先ほど言った建物が提供され、ケアシステムが出来るならば、

かなりの人達が親から離れて地域生活が出来る。ただこれ順番待っててもなかなか出来ません。一年間にグループホーム 100カ所作ると言っても、一県についてわずか2カ所ですね。これではとっても全ての人達の要望に答えられない。そのためにはどうするか。よく分かりませんが、一つは保護者にやっぱり出資してもらいが必要があるだろう。この子達がもしも大学に入ったとしますと、今年、地方から東京の大学に入った場合に1月から3月までの受験料、交通費、入学金合わせて213万円かかりました。

それからこれから4年間に、例えば日本女子大に入った場合に1,070万円かかります。それから慶応大学の文学部1,436万円かかるという試算が出ています。これだけ投資しても何にも帰ってきませんよ。却って卒業までにヨーロッパ旅行したいとか、車買いたいとかね。次から次に金をせびる。(笑い)

ところが障害児の場合、二十歳になると自立出来る。経済自立が出来る。ならば養護学校に入った段階で、そこから親は投資すべきであろう。そのお金は自分の大切な老後のためでしょうから、方法としては債券化する方法もあるかもしれません。福祉債券として親が出資した分を債券化して、自分の老後に必要な時にそれを戻してもらおうというやり方。

例えば東京都のあさやけ作業所が市民債券という形で債券を販売しましたし、今年東大阪市の障害者のグループが、パンジーというパン屋さんを開きまして、パン債券を一口1万円、一年償還で発行しましたら、あっという間に395口集まりまして、パン屋さんを開店。この利子は一年間にパン10個。(笑い)

これを大仕掛けにやったのが奈良のたんぼぼの家ですね。わたぼうし債券、これがそのときの申込書ですけども、これを発行しまして1億3千万円集めました。そしてもう10年期限が来たんですけども、どうも10年間で難うございましたって、元金返そうと思ったら忘れてる人が多いんですね。「あんなもん寄付したようなもんだよ」と言って。「もういらないよ」。丸儲け。(笑い)

寄付を貰うのは難しいですけども、債券を買ってもらうのはそれほど難しくはないはずですよ。ただ信頼出来る団体でなければ駄目ですよ。その信用を日常活動で付けて行くことが必要だろうと思います。

最後にそのグループホームの中で、例えば男性4人が暮らすというのはやっぱり不気味な感じがしませんか。若いうちはいいですけども、25、6歳越えたら、やっぱりそこから出てアパートで暮らすのは当たり前だろうと思います。その時に、もしも本人が希望するならば、結婚ということも当然考えるべきだと思いますね。

去年の2月に、東京都周辺の精神薄弱者995名にアンケート調査をしました。

今一番したいことはなんですか。

三番目が“家を出てアパートで暮らしたい”。それから二番目が、これはすごいんですね。“家を建てて結婚したい”。家を建ててと言うのはすごいんですね。一番目は“恋人が欲しい、結婚したい”。だんぜんこれがトップでした。こういう願いをやっぱり叶えてあげる必要があると思うんですね。

へ行けば仲間がいる。

そして先ほどのQOL。いろんな趣味活動や、創作活動や、社会見学や、旅行や、スポーツや、様々なものが与えられる。そしてそこがボランティアの拠点。父母の会、親の会、障害者グループの活動の拠点にもなりうるという。そういう多目的な場所、しかも就労の場でもあるという、非常に多目的なセンター。それが小規模作業所だと思います。しかし2,231の作業所のほとんどが、工賃として月に3千円、4千円、5千円というのが大部分です。

東京都の福祉作業所の場合に、かなり助成が高い所でも8千円くらいという現状です。こうなりますと往復のバス賃も払えない。バス賃で足が出てしまうという現状の中で、これでいいんだろうかという問題。いい方法がないんですけれども、一つは障害、ハンディキャップを持っている人達が、数多くの品物を作るといって、製造業の下請けに依存している作業所が非常に多い。これですと要するに数の競争ですから、一番不得意な仕事の分野です。しかもそれが先ほど言いましたように、製造業からの下請けという仕事はだんだん減少する恐れがありますから、これに依存するのは大変危険だと思います。ですから作業所の仕事で何か条件があるとするならば、まず納期のないもの。納期が迫りますと、あなた達は邪魔だからうちに帰ってらっしゃいって。親、ボランティアが徹夜をして、やっと納期に間に合わせるような、なんのために作った作業所かわからない作業所がある。

それはやっぱりおかしい。納期のないもの、最終製品まで一貫して作れるもの。何を作っているか分からない部品製造というものはおもしろくないと思うんです。作って楽しいもの。出来上がったものはものすごく高く売れるもの。そんなものがあれば、みんなそっちに飛びつきますけども。(笑い)

最近店舗型の作業所。コーヒーショップとか、レストランとか、お弁当屋さんですとか、そういう作業所が段々増えてきてまして、多分5%ぐらいそういう作業所があると思います。

今日札幌駅を降りまして地下鉄札幌駅でちょっとのぞきましたら、聴覚障害者の店リリーが相変わらず健在で頑張っていました。少し規模が小さくなって、100円ケーキだけになってしまったんでちょっと心配なんですけれども。今だに100円で売ってて儲るのかなあと、ちょっと心配しましたけども。ああいう店舗型。お客さんに接するサービス型が段々増えてきている。

私は東京都の町田市なんですけど、町田でも15年前はいろんな下請けの作業をやっていました。いくらやっても3,500円くらいしか稼げないんですね。それで、いろんなことやっていますけれども、例えば蓮の糸で織物を作っています。蓮根を食べると細い糸が出てきます。それを引き抜きまして、撚りまして、糸にして、山形県から紅花を導入しまして、それで染色をしまして、におい袋を作っています。これは中条姫が昔作って、当麻寺に納めたという伝説がある、幻の天平時代の織物と言われてますけど、これを再現いたしまして、一個幾らで売ろう。5万という値段を最初につけたんですが、なかなか出来ない。そのうち10万で買いたいって人が出まして、でもまだ完成しない。そうしたら今度20万円で



買いたいから、早く作ってくれって言われまして、これはしめた。ゆっくり作る。作らない方がいいとかね。(笑い) 作ると値段が安くなる。作らなきゃ幾らでも高くなる。そうは行きませんので、今こんな小さい物ですが20万円で売っています。

その他にもその蓮を使いまして、蓮の紙。蓮の種でお手玉の芯にしたり、お菓子にしたり、それから花托って言うんでしょうか。蓮の実を取った後の穴がポツポツしたもの。生け花の材料に使いますね。余ったのはプレスしまして、ウレタン加工をし、銘々皿にしまして、市が全部買い上げて成人式の記念品にしています。後は葉っぱと皮が余るんですけども、これはどっか広場に置いときますと、みんなでそこで遊んでいますと粉になりますから、それを枕のしんにします。枕のしんはそばがらが一番いいんですけども、そばがらはアレルギー喘息の人は駄目ですが蓮は喘息の漢方薬ですから、健康枕と名付けて。(笑い)

そんなことをしていてもどんどん養護学校から毎年出て来ますので、次から次に作らなきゃいけないんですが。例えば去年の12月15日、町田リス園というのを作りました。

台湾リス 500匹を餌付をして放し飼いをしまして、町田は動物園がないものですから、小さい子どもの小動物との触れ合いの場所を作りましたということで作しまして、12人の重度の青年達がお母さん指導員と一緒に働いています。今、シマリス 450匹を追加しましたが、ここへ入るのが日曜日は2時間から3時間待ち。それで入場料大人 300円、子ども 100円、餌 100円。餌は小さな袋ですから、3袋くらい買わないと物足りないんですね。若夫婦が来ますと、お父さん 300円、お母さん 300円、子ども 100円で 700円、餌が一人 300円で 900円使うから 1,600円、おまけに出口の所にきれいな売店がありまして、リスのぬいぐるみやなんか置いて、一番安くて 600円。少なくとも二つ買わないと出れないような仕組みになっている。一組来ると 3,000円。これが3時間待ち。10人になると3万円。100人並ぶと30万円。1,000人になると300万円。日曜、祭日になると300万円のお札が並んでいるっていう感じですね。

自主製品を作るのも大変いいんですけども、これは販路が大変。ところがこれ、私はレジャー型作業所と言っているんですけども、こういう市民の喜ぶような、向こうからお金を運んで来るような作業所。これだけが全てじゃありませんけども、これも一つのアイデアかもしれない。

これに味をしめたわけじゃありませんけれども、その周りにやはり育成会がやっていますダリア園。これも入場料 300円。それからエビネ園。これは季節に限りはありますけども、これも 300円。それから万葉植物園。これは 200円。それから今計画しておりますが、ボタン園。全て東洋一とか、東日本最大とか、キャッチフレーズを付けているんです。本当か嘘か調べようがありませんからいいんです。(笑い)

日本の親達の心配は、親亡き後の心配。ところがこれは日本の親の特殊な心配なのかもしれませんね。北欧などでは普通の子どもの場合、大学に行くような年齢になりますと家から出しまして、そして学資も払わない、本人が自立するというのが普通のあり方だと思いますけども。障害者の場合にも、かなりそういう部分があるんだろうと思います。厚生

省も、在宅ということは必ずしも家庭にいる、家庭にいて家族といふことではなくて、むしろ親は直接お金も手も出さなくて、応援団になるべきではということをお願いしているようです。

その一つの表れが、今年から制度化されました精神薄弱者のグループホームですけれども、既にこのグループホームは全国に309ありますし、今年103カ所、来年の予算でまた100カ所増えていく。それで500を突破していくわけですけども。

同時に去年の7月から、精神薄弱者の大人の施設に子どもを入れた場合に、親はいくら収入があっても施設の利用料を払わなくてよろしいと。つまり親は子どもの扶養の義務は無いということですね。子どもは親の扶養義務はありますけれども、親は子どもの扶養の義務はない。親はもうお金も出さなくてよろしい。手も出さなくてよろしい。後は社会が面倒見ましょうというふうには、なっていませんけども、(笑い)だんだんその方向に多分行くだろう。

グループホームにしましても、例えばスウェーデンのあるタイプのようには4、5人の障害者に対して、13人のスタッフが24時間交替で張り付くというようなことになると、家庭にいるよりはずっと手厚いケア体制が出来るわけです。日本の今のグループホーム制度では、そのケアシステムがありませんので、今すぐは駄目ですけども、そういうことを充実すること。例えばスウェーデンは日本の42倍のホームヘルパーが、あるいはノルウェーは51倍のホームヘルパーがいるわけですけども、そういう形で地域のヘルパーの人達を充実することによって、重度の人達も少なくとも二十歳で年金が出るようになったら、うちから離れて仲間と一緒に暮らすというのは、多分当り前の暮らしだと思います。約半分ぐらいの地方自治体でもこの生活寮とか、グループホームに対してなんらかの助成制度を設けていますけども、国の制度も含めまして、いずれも建物の取得については助成が無いのです。

今一番難しいのは、障害者が部屋を借りること。不動産屋さんに行きましても、外国人と障害者お断りって看板が、見えない字で書いてありますから、(笑い)いくら交渉しても駄目。こうなりますとやっぱり公的機関が供給する必要があるだろう。

東京都中野区は、60部屋のアパートを市が借り上げまして、障害者に又貸しをしています。高い家賃の場合にはその差額を補填する。

10月1日から東京都の武蔵野市では、多分自治体で最初だと思いますけども、障害者のための住宅手当を支給しはじめました。精神薄弱者、あるいは身体障害者がアパートを借りた場合、家賃の半額を補助するという制度です。但し6万円が限度。それで今、親の会では公営住宅、公団住宅に対してグループホームに提供するように、法改正の要望を始めています。

これが実現しませんでしたとなかなか住居の取得が困難ですが、これはこの形で実現するだろう。先ほど年金の額が少ないと言いましたけれども、4人集まるならば、例えば今度改正になりますと、1級69,375円、障害基礎年金だけでも約7万円。4人集まれば4×7、28万円。28万円あれば暮らせるでしょうね。

そして先ほど言った建物が提供され、ケアシステムが出来るならば、

かなりの人達が親から離れて地域生活が出来る。ただこれ順番待っててもなかなか出来ません。一年間にグループホーム 100カ所作ると言っても、一県についてわずか2カ所ですね。これではとっても全ての人達の要望に答えられない。そのためにはどうするか。よく分かりませんが、一つは保護者にやっぱり出資してもらい必要があるだろう。この子供がもしも大学に入ったとしますと、今年、地方から東京の大学に入った場合に1月から3月までの受験料、交通費、入学金合わせて213万円かかりました。

それからこれから4年間に、例えば日本女子大に入った場合に1,070万円かかります。それから慶応大学の文学部1,436万円かかるという試算が出ています。これだけ投資しても何にも帰ってきませんよ。却って卒業までにヨーロッパ旅行したいとか、車買いたいとかね。次から次に金をせびる。(笑い)

ところが障害児の場合、二十歳になると自立出来る。経済自立が出来る。ならば養護学校に入った段階で、そこから親は投資すべきであろう。そのお金は自分の大切な老後のためでしょうから、方法としては債券化する方法もあるかもしれません。福祉債券として親が出資した分を債券化して、自分の老後に必要な時にそれを戻してもらおうというやり方。

例えば東京都のあさやけ作業所が市民債券という形で債券を販売しましたし、今年東大阪市の障害者のグループが、パンジーというパン屋さんを開きまして、パン債券を一口1万円、一年償還で発行しましたら、あっというまに395口集まりまして、パン屋さんを開店。この利子は一年間にパン10個。(笑い)

これを大仕掛けにやったのが奈良のたんぼぼの家ですね。わたぼうし債券、これがそのときの申込書ですけども、これを発行しまして1億3千万円集めました。そしてもう10年期限が来たんですけども、どうも10年間で難うございましたって、元金返そうと思ったら忘れてる人が多いんですね。「あんなもん寄付したようなもんだよ」と言って。

「もういらないよ」。丸儲け。(笑い)

寄付を貰うのは難しいですけども、債券を買ってもらうのはそれほど難しくはないはずですよ。ただ信頼出来る団体でなければ駄目ですよ。その信用を日常活動で付けて行くことが必要だろうと思います。

最後にそのグループホームの中で、例えば男性4人が暮らすというのはやっぱり不気味な感じがしませんか。若いうちはいいですけども、25、6歳越えたら、やっぱりそこから出てアパートで暮らすのは当たり前だろうと思います。その時に、もしも本人が希望するならば、結婚ということも当然考えるべきだと思いますね。

去年の2月に、東京都周辺精神薄弱者995名にアンケート調査をしました。

今一番したいことはなんですか。

三番目が“家を出てアパートで暮らしたい”。それから二番目が、これはすごいんですね。“家を建てて結婚したい”。家を建ててと言うのはすごいんですね。一番目は“恋人が欲しい、結婚したい”。だんぜんこれがトップでした。こういう願いをやっぱり叶えてあげる必要があると思うんですね。

愛媛県にあります野村学園という精神薄弱児の施設ですが、もう大人になった子も入っていますが、ここに入っている二宮早百合ちゃんがこんな詩を書いています。

『私は大人になって結婚をして、健康な赤ちゃんを生みたいです。顔なんかどうでもいいです。ただ健康な赤ちゃんが出来たらいいです。私みたいな赤ちゃんはかわいそうです。だから私は赤ちゃんには、私の分まで健康な子になって欲しいです。』

知恵遅れの二十歳になる女の子の願いです。

こういう願いをやっぱり持っているということ。その時に自分のことも出来ないくせに、働けもしないくせに結婚なんてと言わないで、この願いを支えるためのシステムをどうやって作るのかということが、これからの我々の仕事ではないかというふうにも思います。

ちょうど時間になりましたので終わります。

# 日中リハビリテーションのかけ橋

〔講演 V〕 稲垣 是成

〔国際障害者年推進連絡協議会会長〕

総合司会 今日最後のプログラム、講演に入らせていただきます。

稲垣先生のご略歴を簡単にご紹介いたしますと、先生は昭和7年に、北海道帝国大学医学部をご卒業になられましたのち、戦後間もない23年に民生部児童課長に就任されまして、更に胆振支庁長を経て、28年に北海道衛生部長になられました。その間民生部長を兼務することもございまして、31年には北海道教育委員会の教育長に就任され、ご退職ののち藤女子短期大学の教授等をなさってこられました。福祉関係、保健衛生関係の公職を簡単に申し上げますと、北海道学校保健会の会長、北海道児童福祉審議会委員長、北海道地方心身障害者対策協議会委員長、北海道民生委員審査会委員長等のご公職を務められまして、現在は北海道公衆衛生協会会長と、国際障害者年推進連絡協議会会長をなさっています。

その間昭和59年に、北海道では最高の栄誉でございます、北海道開発功労賞を受賞されております。ポイター博士を招請いたしまして、北海道でポイター法の講習会の開催にもご尽力をいただきました。また、中国との学術交流につきましても、ご尽力をいただいております先生でございます。それでは先生よろしくお願いたします。

稲垣 ただ今ご紹介いただきました、稲垣でございます。過分のご紹介をいただきました。この講演をやるように、実行委員長からご指名いただき、また、テーマに「日中リハビリテーションのかけ橋」という題でやるようにとのご指名でございましたが、私の申し上げることが、かけ橋に合致するかどうか分かりませんが、いただきました通り、そのままお受けしてお話を申し上げます。

まずレジメのところを見ていただきますと、問題になりますのは中国の黒竜江省のジャムス（佳木斯）という市に、佳木斯医学院がありまして、その医学院の中に施設があります。その施設の名前は、「脳性麻痺防治療育中心」。中心というのはセンターでございます。このセンターについては、全く誰から教わったわけでも、こういうふうに建てたらいいですと申し上げたわけでもなくて、その当事者であります小児科の教授の李教授—これからお話する李樹春教授が、日本のものをあちこちごらんになって、こんなふうなものを造ったらいいとご自分で考えて、創建されました。

佳木斯市というのは人口50万人ですが、人口50万人は中心部だけでございまして、ルーラルエリアを入れますと、312万人を越えるということでございます。ジャムスは、チャムスとも言い、呼び方としては両方の名前が使われております。電信局なんかではチャムスと。

街は松花江に面しております、対岸がソ連でございます。皆さんにはご記憶にあるかと思いますが、ここでは戦争の終わり頃に、ソ連領軍が進入してきまして、そこで多数の孤児を残したというところがございます。

私ども寄付をお願いに行きますと、皆様の方で関係のところがたくさんあるのだから、関係の多いところでお出しになればいいんじゃないんですかと言われますとき、実はご存じのとおり、このところは我々が中国に非常にお世話になったところで、多くの孤児が残されたところと言うと、そうですねとお金を出して下さる。寄付をお願いするための

説明の手段に使っているということでもあります。いいかどうかわかりませんが、そういうことでも寄付をお願いしております。

私の肩書に書いてあります国際障害者年推進連絡協議会というのは、なにをするところかということをお話したいと思います。

北海道の国際障害者年推進連絡協議会は、国際障害者年にあたりまして、障害者の関係団体が結束しまして、団体が7つと、4人の個人によって結成されています。目的は何かといいますと、国際障害者年を契機として、中央からいろいろな事業が持ち込まれる。それを引き受ける団体、あるいは話合いの出来る場を作っておかないと逃してしまう。せっかく中央からいいイベントや、あるいは研究会などを持って来られても、そういうのを受け止めなければ駄目だということで、皆で設立いたしました。

それが出来ましたことで、国際障害者年を契機にいたしまして、いろんな計画や事業が持ち込まれても、その受け皿として関係団体が全部で受けるか、あるいはこの団体とこの団体でやろうではないかということが、即座に決まるというような具合になりました。また、このため団体相互間の連絡協調も密になりました次第であります。

それから障害者の日の記念事業を毎年工夫してやっておりますが、その記念事業の実行委員会の主体として、その推進母体となっております。

昭和58年に脳性麻痺等の早期発見、早期治療の促進協議会というものが出来まして、西ドイツからボイター博士と同時にクランケンジムナスチンを招いたわけで、これが第2回目でした。第1回目は昭和56年で、医師とセラピストを対象に講習をいたしました。その講習期間がおおよそ2週間です。李教授からそれに参加したいということを書いて参りましたので、李教授、他1名の医師の方をその2週間にわたる受講料、それに受講後の道立肢体不自由児総合療育センター（札幌と旭川にございますが、札幌の肢体不自由児総合療育センターにおいて）、それに続いて札幌医科大学の小児科で研修されるようにいたしました。研修されるための滞在費等の諸費用のうち、その時の日本医師会の会長さんが大変中国に興味があり、何回も中国に行っておられる方で、理解がありますので、その日本医師会からボイター講習会受講のお金をいただきましたので、北海道医師会もお金を出して下さいました。それらの団体が中心となって、費用を賄ったというような次第でございます。

ここで李教授の横顔を申し上げますと、1948年、長春大学の医学院の卒業で、現在、佳木斯医学院の付属医院の小児科の教授でございます。所長を2つやっておられまして、佳木斯医学院小児神経精神研究所の所長、それから「脳性麻痺防治療育中心」の所長。小児科神経学の教授でございますので、中国全土の小児神経学会の副会長、それから中国の東北地区では、東北地区小児神経学会の会長をしておられます。それから札幌医科大学の訪問研究員でございましたが、後に訪問教授ということになっております。

私どもはこれら李樹春教授の事業活動を援助することを念じ、「李教授の希望に答える会」という会を設立しました。これは私的団体といえますよりも、公私で一緒になってやっているということで、官民合同の団体です。事業としては、道立札幌肢体不自由児総合療育センターで、



研修については研修員の受け入れも、専門家の派遣もここで担当しております。

拠金の集め方でございますが、新聞にいろいろな記事が出ますと、自主的に出してくださる方がおられます。あるいは匿名でいただくということで、匿名で5万円、10万円とかいただくということもあります。また経済界その他を訪問して募金するという方法もとっています。大したお金が集まりませんが、集めたお金は共同募金の事務局が保管し、私がお金を集まっております公衆衛生協会で全てのことを皆で相談してやっているというわけでございます。

その企画・運営・会計監査を構成員7名が、いわゆる自主的に監査をやっているわけでございます。全てやったことは行政の方に逐一報告いたしております、コピー類はすべて届けております。行政の方からの相談も受けているということでございます。

この佳木斯に出来ました「脳性麻痺防治療育中心」というのはどんな形のものかと言いますと、佳木斯医学院のキャンパス内に2,600平方メートルで、収容定員が50名でございます。いわゆる患者が50名でございます。医師が60名、研究員が30名、職員はすべて公務員でございますので数は余り日本ほどやかましくはありませんので、数はもらえるようです。建物は4階建てでございまして、1階は診断相談部門で、4階が試験研究部門で、2、3階が患者の入院とその治療室となっています。

2階が小さい子どもでボイター法、ポバース法によるもので、3階が先ほど村井先生からお話がありましたペトゥ法の方式による治療ということで、こんなふうに分けてボイター法、ポバース法、ペトゥ法の3つを取り入れているということでございます。ボイター法は京都の富雅男博士が中心となって、京都の整肢園で担当しておられますが、ポバース法は大阪のポバース記念病院が行っておられますことはご承知のとおりであります。

ペトゥ方式の方はもっぱら村井先生がハンガリーから導入され、コンダクターになった方もおられますし、職員のほとんどは派遣をされてハンガリーに行ってきたということでもあります。期間は長し、短かしはありますが、いずれにいたしましても佳木斯では3つの技法を取り入れてやっております。それぞれの方法を適応させながらそこでいろいろ実験的な研究が進められ、成果が出て来るだろうと、私どもは期待しているわけでございます。

落成式は一昨年9月でございましたので、丸2年経ちます。開院式に招かれましたので、私どもは贈物を持って行ったわけでございますが、贈物にはどんなものがあつたかと申しますと、訓練用具、エクスマット、それからプレイバルーン・ボール、それから訓練用おもちゃを持ってまいりました。おもちゃの重要性は先ほどもお話ございましたが、おもちゃをかなり送っております。

もう一つはビデオでございます。ビデオは日本やアメリカやカナダはVHS、それからヨーロッパ並びに中国はパール方式を使っております。方式が違いますので、それらのどの方式も見られるように、マルチシステムのビデオデッキとそれに伴う受像機を贈っております。これはどうしても必要だろうということで送った次第です。最初はこの使い方よ



「脳性麻痺防治療育中心」の  
開院式に招かれて

○ 贈りもの(寄贈品目録)

- 1 訓練用具 エクスマット、トレーニングバルーン、ロール
- 2 訓練用おもちゃ
- 3 ビデオ関係機器 マルチシステムビデオデッキ  
日立ビデオVT168EM  
ビデオ受像機  
日立TV CMT 2110
- 4 ビデオテープ
  - ・ボイタ診断技法 VHS 2巻
  - ・ボバス法 VHS 2巻 2組

○ 贈られたもの

- 1 名誉院長
- 2 顧問

○ 日中学術交流(脳性麻痺座談会、学術講演会)

- (注) 開院式出席者7名(李教授の希望に応える会一全員)

く出来なかったようで、村井先生のところのコンダクターの方が昨年行きましたときに、どうも使っていないようだからというので、セットしてちゃんと映るようにしたということです。ビデオテープもVHSで、ボイター法、それからボバス法の関係のものを全部まとめて2巻にしまして贈ったということあります。

さて、あちらから贈られたものがございます。何かというと、札幌肢体不自由児総合療育センターの副院長の佐久間先生が名誉院長、私に顧問という辞令書が渡されました。顧問になっても、何のことかわけが分からないと申しましたが、年齢の故だろうと思考し、そのままお受けしている次第であります。開院式に行きましたけれども、向こうでもただでは帰しません。学術交流の脳性麻痺座談会、これはジャムスばかりではなくハルビンからも、たまたま来ていた他の地域の人もおりました。それらみんな座談会で熱心な発言、質問や意見の開陳がありましたが、学術講演会では開院式に行った者が、それぞれの立場で講演をいたしました。開院式に出席いたしましたのは、私どもの「李教授の希望に応える会」の全員でありました。

これに先立ち、李教授から「脳性麻痺防治療育中心」を計画することがまとなり、その予算化ができる見込みになったので、療育センターに勤務する技術者の養成についての協力方をお願いすると申し入れがありまして、それについてわれわれの方はマンパワーの養成ということを継続してやることをまず決めたわけです。

マンパワーの養成のためにどんなことをやったかということですが、61年度には女医さんが1名ずつ大阪のわらしべ園と、札幌の療育センターに3カ月ずつ来ています。3カ月というのは90日ですね。90日以内は外務省の扱いでビザがもらえるわけで、90日を越えますと、法務省に手続きをしなきゃならんということがございますので、時間がかかるということで、多くは3カ月という日程でございます。

李教授も来られまして、李教授は1カ半月ずつ大阪と札幌に来られました。3人で一緒に来て、一緒に帰られたということです。それから62年度は、大阪のわらしべ園だけに医師が1名だけが来て研修参加。62年度は札幌療育センターから、医師とセラピストが1名、大阪のわらしべ園からは村井先生、施設長とコンダクターが行かれたということです。

今年度の来日研修者は、医師1名-李永庫という「脳性麻痺防治療育中心」の副所長兼、副教授ということになっておりますけれども、これは李所長のやがての後継者であろうと思っておりますが、その方が3カ月。その後引き続いて、高松先生の北九州市立総合療育センターに行かれました。引き続くと1人の人が90日越えてしまうのですが、法務省で手続きをうまくやってくれました。

尚この機会に申し上げますが、高松先生のところには、北京大学の小児科の助教授の方も来て、今研修を受けておられるということでございます。それからこちらから専門家の派遣ということで出向きましたのは、医師とセラピストが1名ずつでありました。

この黒竜江省で昨年度、1988年でございますが、佳木斯は中国全土から見ますと、僻地だと言えれば僻地でございますが、その佳木斯で脳性麻痺研究会というのが行われました。これは小児神経学会の会員さんたち



—すなわち大学の教授、助教授の方たちが70名ぐらい集まれたということです。私の話は、私自身が直接参加しているわけではございませんので、参加されたわが国の先生から聞いた話をもとにしているわけですので、その意味でお聞き取り願いたいと思います。すべて聞いた話ばかりでございます。

おいでになりましたのは、高松先生と東京都立の北療育院の医療センターの甘楽先生、それから札幌の佐久間先生の3人が行かれたのです。なお、この他に高松先生のところから2人の職員の方が行かれたようです。これは3日にわたって行われたそうですが、非常に熱心な討議があったそうです。ただし私が承るところによりますと、こういうことがあっても脳性麻痺の研究は行われておるけれども、患者を扱いますよと言って、看板をかけるようなことはしばらくの間は無いですということでした。

この脳性麻痺のために、どんなことが中国で行われているかということですが、療育施設というような施設があった特定のものは何にも無いということのようです。それから障害児者のための社会保障の費用というものは、とくに設けられていないということ。従いまして、この佳木斯にあります療育センターで、「脳性麻痺防治療育中心」で脳性麻痺のための治療療育を行っておりますが、特別な脳性麻痺についての社会保障の費用はございませんので、大変収入が少なく苦勞しているというのが現実のようでございます。

それから、日本側がプロジェクト方式の政府援助で北京に建設したりリハビリテーションセンターがございしますが、このセンターでの機能を尋ねますと、児童部に50名の定員はもっているけれども、ここ5年ぐらひは、この脳性麻痺を表に出すというような仕事は行われないう見通しだということでございます。

さて、この佳木斯ではどれくらいのことをやっているかということですが、収容定員50名は満床ですが、入院希望で予約した人が424人。さらに中国全土から来院治療についての照会がある。それが1,189人もあるんです。その内訳でございますが、中国の各地区、各省から照会があります。東北地区の三省を除いては、河北省が151、新疆、甘肅のほか、四川省55、内モンゴ52、陝西省24という状況です。こんなふう中国全土から問い合わせがあるということでございます。

これらは、いずれも来ますとすれば、遠いところから来る方が多いということで大変な旅費をかけ、日数をかけておいでになるということでもあります。この人達は来ると治療には熱心に対応されるということです。すなわち、親の人が治療を習うといたしますと、非常に熱心にやられるそうです。付きっきりで見ておられるということでございます。やる方も真剣にやらなければならない。受ける方も真剣に受け止める。そして習って帰るということです。日数が余計かかれればかかるだけ、お金もかかります。

北九州の高松先生のところやわらしべ園の村井先生など、いろいろご協力を下さっているようでございます。伺いますと、わらしべ園の村井先生は50万円以上の図書を贈っておられる。高松先生のところは、私、この前行ったとき、送られた書物の数等を見ますと、20万円やそこらは

**中国における「脳性麻痺」  
対応の現状**

- 「脳性まひ」のための療育施設等
- 「脳性まひ」障害児(者)のための  
社会保障
- 「脳性まひ」の診断・リハビリテー  
ション等の技術
- 北京市所在のリハビリテーション・  
センターの機能  
(わが国のプロジェクト方式技術協  
力事業によるもの)
- 「脳性麻痺防治療育中心」の現状報  
告・昭和43年5月
  - ・現在入院児 5 0  
(収容定員50満床)
  - ・入院希望予約数 4 2 4
  - ・中国全土からの来院受診 1,1 8 9  
についての照会来信数

(内訳一下記)

地区名	省	市	地区名	省	市
東 北 地 区	遼寧	123(A)	中 南 地 区	新 疆	18(A)
	黒竜江	336		甘 粛	20
	吉 林	59		寧 夏	12
華 北 地 区	河 北	151	中 南 地 区	青 海	6
	山 西	44		河 南	90
	山 東	40		湖 北	20
華 東 地 区	江 蘇	40	西 南 地 区	湖 南	20
	安 徽	20		廣 西	15
	浙 江	8		廣 東	2
	江 西	16		香 港	1
西 北 地 区	福 建	8	西 南 地 区	四 川	55
	陝 西	24		藏 南	6
西 北 地 区	內 蒙 古	52	西 南 地 区	雲 南	4

送られたなあと思います。本はさることながら、高松先生と李教授は、肝嘆相照らしていろんな話をされているということです。村井先生も医療機器などを贈っておられるということでございます。みんなそれぞれ工夫をして努力しておられるわけでありませう。

次に北海道がどんな協力をしているかということをおっしゃいますと、専門家の派遣というのをやっております。医師とセラピストを派遣するという事です。

それから研修者の受け入れ。これは高松先生もやっておられるし、わらしべ園の村井先生もやっておられる。それから福祉機器の供与に伴う使用技術の伝達普及ということでございます。これについては札幌市婦人福祉推進協会というのがございますが、これは婦人団体の福祉に関する協力活動をやっておられる団体で、これは驚くべき活動団体でございまして、会員は民生委員をなさってやめられた方など、年輩の方が多いということでございます。この10年間で7千万円集められたようでありませう。ハードの面では、医療検査機器や患者輸送車など、ソフトの面では、事業、活動の基金などを寄贈して、福祉の各方面に役立つ大きな役割を果たしておられます。この札幌市婦人福祉推進協会から佳木斯の「脳性麻痺防治療育中心」に機器が贈られました。

850万円のエコーカメラを先般送ったんでございますけれども、そのエコーカメラの使い方について技術指導をし、それを普及してもらいたいと思つて、札幌医科大学の専門医の方に行ってもらつるように、出張命令を出してもらつ準備をしていたんでございますが、例の天安門事件で行かれなくなりました。

それからこれらの医療機器の供与でございませうが、実はこれは昨年度、中国の方から日本側に要請がございました。医療検査機器を供与してもらいたいというお申し出がありました。マンパワーの養成、いわゆる専門家を派遣したり、研修者を受け入れたりすることは、今までは「李教授の希望にこたえる会」という民間団体がやっておりましたけれども、平成元年度は道予算がつきましたので、道の方がこれをやります。

これは、黒竜江省と北海道は姉妹提携しておりますことから、この施設の問題が取り上げられるということになりましたので、ここへ協力出来るということになりました。今年度から、道が、つまり実施部隊は札幌肢体不自由児総合療育センターが行い、そこに道の金を出すということでございます。外務省は中国側からそれが出たことを知っておられますから、去年の12月に、外務省に行きまして、是非中国の黒竜江省の佳木斯の件について応援してあげてはどうでしょうか。ついてはわれわれの方は、マンパワーの養成は道が引き受けてやりませう。生活福祉部長と障害福祉課長と私と3人行ったんでございますが、マンパワーの養成は道が引き受けてやります。機械は高いから、とても医療検査機器は駄目ですと。検査機器は国で—外務省で調達してやってくださいとお願いしました。国も道も出来ないところは、民間団体の「李教授の希望にこたえる会」がやりませうと大きなことを言ったんでございますが、事実私共のやることはどういうことかといひますと、福祉機器、医療検査機器を贈りませう、その使い方が判らない。そしてまたその機械で、出た成績を十分に読み取ることが出来ない。それが重要なことですから、

私の方で専門家を派遣して、その技術指導をしてもらう。そして技術を伝達して普及するという事でございます。すなわち、現地で講習会をやるという事でございます。

現在、札幌医科大学から、助手以上の専門医の方を機器診断部が担当して派遣するという事になっております。

札幌市婦人福祉推進協会のほかに北海道北方圏交流基金というのがございますが、理屈を言って向こうの国だけが得するんじゃない駄目だ、向こうも得するし、こっちも得するんじゃないきゃ金を出しませんというようなのでありましたけれども、日中交流脳性麻痺問題研究懇談会なんていうのを李教授が来られたとき2回も開いております。こういう研究懇談会をするのではということで、基金から金をだしてもらうことになりました。

それから私どもが寄付を集めたりするときに、非常に役に立っているのが報道機関の方々の報道面でのご協力でございます。

次に各国から出てきます海外協力という問題は、どうやってこの申請をしてくるだろうかという道筋でございますが、中国の場合は、実は省政府の科学技術委員会から中央政府の国家科学技術委員会に直接出してくるのでなければ、受け付けないということになっているようであります。

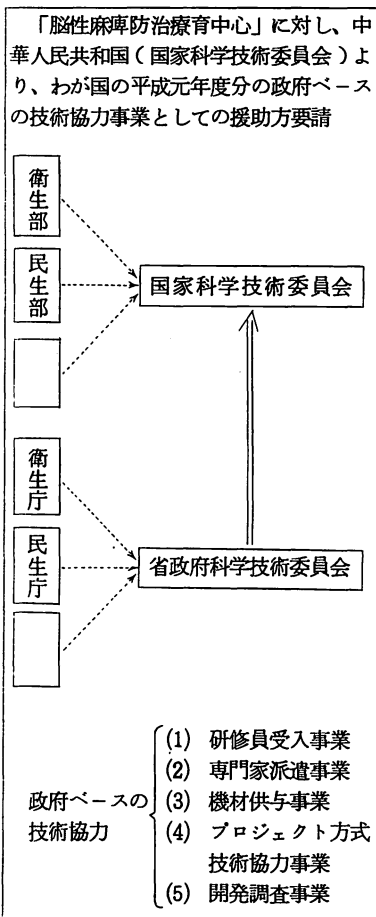
政府ベースの技術協力というのにはどんなのがあるか、皆さんご存じだと思いますが、先ほどの研修員の受け入れ事業、専門家の派遣事業、それから機材供与事業-先ほどの医療検査機器など機械の供与。これら3つの事業を一緒にやりますとプロジェクト方式技術協力事業ということになるわけでありまして。もう既に建物が建っており、機能の充実でございますから、今年は機材供与事業だけを申請して来ているわけでございます。

さて、どんなことが向こうのセンターの整備充実の課題だろうかという問題と、それからセンターを整備するに伴いまして、佳木斯医学院はこの後何を希望してくるだろうかということでございます。まず後の問題で申し上げますと、この佳木斯医学院から昨年学院長等が来日されましたが、この人達の話によりますと、セラピストの養成がどうしても必要になってくるからやらなきゃならないということでありました。それをやらないと効果が上がってこないだろうということが考えられます。

次にこの「脳性麻痺防治療育中心」はどういう意義を持っているだろうかということを考えてみたいと思います。

これは研究懇談会等で話し合ったことをまとめてみたわけですが、まずボイター法、ボバース法、ペトゥ方式という、わが国に導入されました3つの理論と技法のいずれをも採用しているという事でございます。そしていろんな脳性麻痺の障害児に適応して、研究的に治療を進めているという事でございます。その成果が大きく期待されているわけでありまして。この技法がいい、あの技法が悪いと他を批判しないで、それを全部やってみる、当てはめてみられるということ。佳木斯では3つをやって、その上で判断されるということでありまして。

この成果というのは日本のためにもなるし、世界の国々のためにもなるものが出るのではないかと考えているわけでございます。



## 「脳性麻痺防治療育中心」の整備充実の課題

「脳性麻痺防治療育中心」の整備に伴い黒竜江省佳木斯医学院がわが国に対し、協力を希望するもの

### ○ 「脳性麻痺防治療育中心」の整備充実の意義

- ・ボイタ法、ポバス法、ペテー方式というわが国へ導入された三つの理論と技法のいずれをも採用して、種々の脳性麻痺障害児に適用を試み、研究的に治療を進められており、その成果が広く、大いに期待されること。
- ・黒竜江省佳木斯市は辺地であるが、李樹春教授という熱心な実践研究者が主宰し、中国全土に指針を与える先駆的施設となること
- ・「脳性麻痺防治療育中心」において、障害の消滅や軽減を旨すにとどまらず、障害児の正しい発育・発達のための療育の充実を期しており、中国における研修のための好個の研究的施設の役割を果たす見通しにあること

さて、佳木斯という僻地にこんなものを造っていいのかという問題でございますが、いかに施設が充実いたしましても、建物が充実しても人が問題でございます。李教授という熱心な実践研究者がおられて、そして中国全土に指針をを与えるような先駆的な施設にするだろうということ私ども確信するものでございます。

そういう人がなければこういうものは生きてこないと思います。片田舎であっても熱心な人がおって、そして研究してくれれば進むだろうということ。私どもは中国における一つの燈台が出来てくるのではないだろうかと想っています。

第三には、いわゆる障害の消滅や軽減を目指すだけでなく、障害児に対する正しい療育の充実を期待しているということでもあります。中国における研修のためのいろんな、効果的な研究施設の役割を果たすだろうということ、そしてこの施設が出来ますことによりまして、いろんなことが進んで来るのではないかと、期待しているわけでございます。

最後に、李教授をめぐる2国間の交流の問題でございますが、これにはいろんなことが考えられます。

一つは私ども出来ればいいなあと思っておりますのは、文化的なことでもあります。明日、小山内美智子さんが障害者として講演をすることになっておりますが、彼女は、本を5冊か6冊書いておりますが、小山内さんが李教授に『車椅子からウィンク』という本を送ったということですが、私もこの他に3、4冊贈っております。

それから先ほど出ました中国政府の科学技術委員会に、張慧春という女の方がおられますが、この人が非常に日本語が堪能でございますので、この人のところにも私は3、4冊送りました。翻訳が出来て中国で発刊、発行されればいいなあということを期待しているわけでもあります。

それからもう一つは、障害者の方が現地へ行って交流をするということでもあります。小山内美智子さんが向こうへ行って、障害児者間の交流をするということになりますと、大変ニュースにもなりますし、いろんなことで向こうの人も刺激されることが多いのではないかと想います。小山内美智子さんも行ってもいいなあというふうに考えておられるように想いますが、行くには1人で行けませんから、そうすると旅費がすこし必要だと思えます。

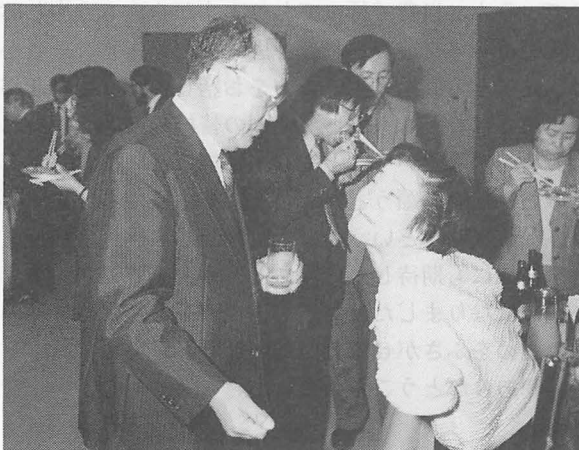
私どもは開院式に行きましても、抛金された金で行くようなことは出来ませんので、みんな自費で行っておりますから、もう少しお金が集まり、3人ぐらい行って交流できればと思っております。それから期待したいことは、先ほども高松先生のことをお話したように、北海道の間人も努力いたしますけれども、ひとつ全国の皆様の方もいろいろな機会に、なんぞ参考資料を送るということでも結構でございますし。あるいはいろんなことのお手伝いを願うということでも結構であります。中国のためになるか、ならないかというのはよく判断しなければなりません、こんなことを皆様にも期待したいなあと思う次第でございます。

以上飛び飛びになりましたけれども、これをもちまして私の与えられました演題の責めをふさがせていただきたいと思えます。

どうもご静聴ありがとうございました。

# 懇親会

平成元年10月16日18:00  
札幌サンプラザ・玉葉





# 1 [研究発表]

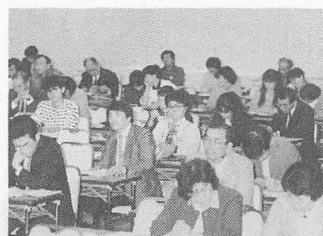
第1分科会



■司会

佐々木 鐵人

〈道立札幌肢体不自由児  
総合療育センター副院長〉



## 1 心身障害の早期発見－療育システムの構成



喜多 祐荘 (道都大学社会福祉学部教授)

## 2 横浜市における在宅リハ・サービスの現状



○赤井 潤

(横浜市総合リハビリテーションセンターケースワーカー)

高橋 啓 (横浜市障害者更生相談所)

## 3 VSAF (Very Special Art Festival) に参加して －障害者文化とのふれ合いを考える－



安藤 忠 (大阪府立大学助教授)

## 4 身体障害者更生施設における援助者活用プログラムの展開 －「自立」に向けたボランティアとの援助－



○小川 喜道

田中 晃

加藤 恭子

蒔田 桂子

(神奈川県総合リハビリテーションセンター七沢更生ホーム)

## 5 新聞にみる障害者に対する社会の意識



藤田 雅子 (立教大学人間科学部教授)

## 6 伊達市における精神薄弱者の地域ケアの試み



小林 繁市

(北海道立太陽の園第一青葉学園園長)

## 2 [研究発表] 第2分科会



■司会

福田 修

〈北海道大学医療技術短期大学部  
理学療法学科助教授〉



### 1 自立生活技術トレーニングハウスの再検討 Darrell McDaniel Independent Living Centerでのサービスを中心に



谷口 明弘

(障害者自立生活問題研究所所長)

### 2 動作訓練の実際 (心理リハビリテーションによる)



吉崎 收二 (札幌市立山の手養護学校教諭)

### 3 重度身体障害者更生援護施設における外出訓練の試み



久保田勝彦

(広島県立身体障害者リハビリテーションセンター理学療法士)

### 4 小集団活動 (陶芸活動) について



石川 弘尚

(埼玉県障害者リハビリテーションセンター心理指導課主任)

### 5 ファシリテーションボールによるリハビリテーション 促進効果をもたらすポジショニングと運動環境



谷口 順子

(栃木県立富屋養護学校訪問教育主事)

### 6 重症心身障害児・者の骨折



○河村 富次 (旭川荘児童院療育主幹)

長屋 政博 (川崎医科大学リハビリテーション科)

明石 謙 ( " )



# 車椅子からウインク

〔講演 VI〕 小山内美智子  
（札幌いちご会代表）

総合司会　それでは二日目の講演のVIということで行います。タイトルは「ウインクは出来ないが、車椅子からウインク」ということで、札幌いちご会代表の小山内美智子さんをお願いしたいと思います。

簡単ですが小山内さんの経歴についてご紹介させていただきますと、1974年に道立真駒内養護学校の高等部を卒業されております。

1977年に札幌いちご会を発足させまして、その後1979年にスウェーデンに旅行されて、ケア付き住宅の勉強をなさって来ています。1984年に結婚され、翌年に長男の大地君が生まれております。その辺の行きさつは皆さんの方がご存知だと思いますけども、それ以後のことはPRになりますが、小山内さんが書かれました最近の著書の『車椅子からウインク』という本を読んでいただくと分かりますと思います。

ちなみに私ごとですけれども、私も 267ページに出ておりますので、是非読んでいただければ幸いですと思っております。

お買いになる方、会場のホールの方で販売しておりますので、今ですと定価が 1,230円のところ 1,230円で（当然なのですが）販売しておりますので、どうぞよろしく願い致します。それでは小山内さん講演の方よろしく願い致します。

小山内　こんにちは。遠くからいらした方、本当に有難うございます。このような大きなリハビリテーション大会に、私の様な障害を持った者がこのようにみんなの前でお話することは、北海道では5年前、10年前には考えられないことだったと思います。北海道では革命的な事じゃないかと思えます。この革命というのは、専門家の人にしてみたら少し耳の痛いことだと思います。

これから私は専門家の人達に耳の痛いことをたくさん言いますから、耐えきれない方がいましたら是非入口がたくさんありますから出ていってもいいし、耳をふさいでもいいし、我慢して聞いて下さい。私は障害者ですから、障害を持たれた方の立場でしか物を言えません。それでも苦痛を耐えて聞いている方は、多分北海道に多くの革命と歴史を残してくださいと私は信じています。

リハビリテーションというのは、私も本で少し知ったことですが、ジャンヌ・ダルクが一回戦争に負けて、また戦って勝利した時のことを、リハビリテーションという言葉を使って言ったそうです。

ああそうか。リハビリテーションこそ女性の勝利なんだということ。女が闘わないと本当のリハビリテーションはありえないんだと。女、障害者、子ども、弱いたくさんの者が本当に闘わないと、リハビリテーションは成り立たないんだということ、私はいろんな本を読んだり、スウェーデンや東京などに行って、多くの障害者や専門家の人に会って、肌で感じました。

昨日も学識経験者の方がいろいろ過去の経験とか、横路知事さんが大変うまく話していますが、すごく話がうまいなあと、私も安心して、さすが政治家だと思えました。私もどうせ口で食ってくなら、あれ位弁説が立たないと駄目かなあと、そこだけは勉強しました。けれどもリハビリテーションは中途障害者に言えることであって、私達脳性マヒ者にとってはハビリテーションなんです。



私は小さい時から歩いたり、手を使った経験も無いし、健全な体になった経験が無いんです。そこのところ、どうも過去を思いだすと、お医者さん達とか、訓練士さん達が、どうもハビリテーションとリハビリテーションをごちゃごちゃにしているんじゃないかと私は思えてなりません。

例えば、私は12歳まで信号の見方が分からなかったんです。学校では数字とか漢字とかたくさん教えてくれますけれども、施設で見学している時もどこに行く時も、職員とか親とかに全部つれられて行くものですから、信号の見方が分からなかったんです。12歳です。うちの息子は今4歳ですけども信号の見方がはっきり分かるんです。もう買物も一人で出来ます。これは幼い時からの障害者は、リハビリではなくてハビリテーションをやらないと大変なことになるんじゃないかと思えます。

お医者さんとかOT、PTの先生は外見、肉体的なことばかり治そうとします。でももうその時代は終わりではないでしょうか。もっと精神面から治して行かないと、私達は地域で生きて行かれないんじゃないでしょうか。

最近、25年間施設に入っていた障害者が、施設にいてもお金が使えない、お墓には持っていけないから、このお金がなくなるまで地域で暮らしてみたい。なくなったらお墓でも、施設でも、老人ホームでも、どこでも行くと言って、お金をお墓には持っていけないということには非常にショックを受けました。そしてその方は本当に寒くなったらストーブを買うとか、電気コタツを買うとかという一人で暮らす段階が全然分からない。この方は施設でいったい何を習ってきたんだらう。養護学校でいったい何を習ってきたんだらうと私は強く思いました。でも彼ら、彼女らは原稿を書かずとすごくうまい。計算をやらすとすごくうまい。私よりうまいぐらい。でも当り前のことが分かっていないということは非常に私はショッキングなことだと思いました。

東京などでは自立生活プログラムと言って、三ツ木先生達を中心となってやっていることですが、本当に障害者が銀行の行き方とか買物の行き方とか、本当に生活面でどうやったら自分の力で生きていけるかということ、学んでいる機会があるんですけれども、北海道はまだそういう機関がないことは、私は非常に残念に思います。私には2億円、3億円寄付してくださる方がいたら、その機関を是非作りたいと思いますけども、障害者はまだまだ身分が低いですから、なかなか行政はお金をくれません。多分いちご会のリーダーに道庁の天下りのおじさんが来たら、多分お金がどさっとくると、私は時々考えているんですけども、天下りのおじさんでも物わりのいい人がいるから何とか物わりのいい人を引っ張って来て、お金をつかもうかなと思っているんですけども、なかなか物わりのいい人が見つかりません。これはちょっと皮肉です。

先ほど我妻さんが『車椅子からウィンク』という本を紹介してくださいました。私はいちごの本によって随分勉強させていただきました。文藝春秋というとてもいい企業が作ってくれたから、余り攻撃的なことを書いたらおこられ、再度攻撃しなければならなくなる。編集者の人と電話で2時間も3時間も喧嘩やって、この電話代はいい

何処に行くんだろうと思うぐらい、本当に電話で喧嘩したり、編集者の人が何回も何回も札幌に来てくださって、自分の心の伝え方をよく勉強しないと駄目だ。ただ露骨な言葉で、あれは駄目だ、これは駄目だって言っても、社会はなかなか受け入れてくれないんだ。もうちょっとソフトタッチの言葉を使いながら社会を攻撃していかないと、なかなか認められないんだということがよく分かって、私は本当にあの本によって自分の精神が育てられたと思います。

あの本は別にここに来てくださっている方々のために書いたわけではないんです。あれは夫へのラブレターであり、障害者に触れたことも、見たこともない人に読んでいただきたかったんです。これは本音です。そして爆発的に売れたんですけれども、すごく売れたことは嬉しいんですけれども、自分のサイフにはさっぱり入ってこないの、少し、ほんのちょっぴりでもいいからおこぼれを欲しいなあと思うんですけれども、なんせいちご会はどこからもお金が入ってこないの、何とか今年生き延びるために書いた本です。

あの本は、今障害者達が一番悩んでいる性について書きました。

大変勇気がいりました。夫がいて昔の男のことを書くというのは、非常に勇気がいりました。でも今さら30歳過ぎて「男はあなただけよ」と言っても絵にならないでしょう。だからそうやって、私は原稿を夫に見せながら、「ここまで書いていいかい。ここまで書いてもいいかい」といって、夫と相談しながら書きました。本当に障害者が苦しんでいることは、今家があります。年金はある程度あります。心臓は動かさず。時々スナックに行ったり、コンサートに行ったりできます。ある程度までは出来るんです。されどいざ結婚とか、異性とのふれあいとかになると無惨にも逃げられちゃう。大きく言うと阻んじゃうというか。

車いすに乗って、ベッドで寝るなんて思いもしないんです。

それは非常に悲しい出来事です。私の本がテレビドラマになりましたけども、あのドラマはちょっと私には満足出来ないんです。これはテレビ朝日が作って下さったんですが。ここだけの話にしてください。

私は黒木瞳さんという方は、すごく芯の堅い、芯の強い方で、すごく尊敬しているんですけれども、もうちょっとやるんだったら、私は黒木香さんの方がよかったんじゃないかと思います。(笑い) もっと激しいセックスシーンとか、本当に障害者にもしたたかに男を引っかけて行けるんだという、そこまで描かないと本当に日本の福祉は駄目なんじゃないか。

例えば視聴率がガクンと落ちても、視聴率を気にしないドラマを障害者自身が作らないと駄目じゃないかと私は思いました。私達のやっていることは非常に地味なことですから、商業ベースにのせて行くのは非常に難しいということで、妥協、妥協、妥協の連続でした。まあ妥協しても、いちご会に金が入るからしょうがないやと思ひまして。

とにかく私はお金欲しさでやりました。時々自分が惨めになってくるんですね。でも本当に、施設に入っている障害者とか、家にいて閉じ込められている障害者からたくさんの手紙や電話をいただいた時に、これはなんとかしなければ駄目だ。何とか自分を少し売ってでもお金を手に入れて、たとえ一日でもいいから夢を見てもらわないと、死んでも死にき

れないんじゃないかと思います。多分私の生活は今スウェーデンですね。でも施設を管理している方は耳が痛いでしょうけれども、施設にいる障害者は、多分半数以上の障害者は何か疑問を感じている。これでいいのか。これでいいのかって考えていると思います。

自分の人生これで終わってもいいのか。あの小山内美智子のようにしたたかに、たまには男を引っかけてみたい。たまにはベッドと一緒に温ったかい肌と肌を触れ合ってみりたい。でも私には出来ない。小山内さんだから出来たんだっていう手紙をいっぱいもらいます。多分私の生活がスウェーデンだとすると、他の障害者は今の中国かもしれません。インドかもしれません。でもそんなこと言うと、非常にここに来ている方に失礼にあたるとも思いますけれども、立派な施設ですから、建物は生きています。ご飯も多分、私よりいいメニューを食べていると思います。でも本当の空気を吸っていない。本当に心から喜べない。本当に泣けない。本当に愛せない。そんな生活が、本当にいいのかということをご皆さんに考えていただきたい。

これはただお金もそうですけども、横路さんが、「いやお金じゃない。夢だよ」って言ったけれど、私は金だと思います。

もう少しなんていうかな。精薄施設の職員というのは北海道では意外と大胆なことをやっていますね。施設から遠く離れて店を作ったり、アパートを作ったり、いろいろ冒険というか、バクチ的なことをやっています。でもなかなか身体障害者施設の職員は、バクチを打ちませんね。ここで死んでもいいから、本当のことをやってみようっていう職員がなかなかいないということは、ちょっと私にはもの足りないというか、なんでかなあとと思います。

障害者達は文句ばかり言って行動しないから、職員達も気を使って、なかなか動きがとれないのかなあと。私はずっと観察しているんですけども、最近講演会に来てくれるというのは、精神薄弱者の施設が多いんですね。知恵遅れの障害者。たまたま養護学校の先生からも、是非小山内さんと呼んで話を聞きたいって言って下さったんですけども、校長先生が「あの人は偏った考えをしているから駄目だ」って。

私は心を開いたなら、偏っても、まっすぐでもなんでもいいから、いろんな話を聞いて、そんな中からその生徒さん達がどの道を選ぶか決めればいいって。過激な障害者、穏和な障害者など、いろんな話を聞いて、帰って来ない人生の選択をすればいいと、多くの養護学校の先生に訴えたいんですけども。ここに養護学校の先生がいたら、ちょっと皮肉っぽく聞こえるかもしれませんが。

障害者こそリハビリテーションの専門家だということは、アメリカから来ました。障害者はいつもリハビリを受けなきゃ、それでいいんでしょうか。私は小さい時に、先生に歩く練習しなさい、手を動かす練習しなさい、こうしなさい、あしなさい、しなさい、しなさいばかりを言われて、しょうがないから心の動かないリハビリテーションをさせられて来ました。でもきっと今のアメリカの障害者は、ピアカウンセリングというものが入りまして、障害者と専門家の間に本当に障害者の経験をした方が、なんで訓練を受けなければならないのか。なんで歩く練習をしなければならないのか。なんでこんなにつらい目に会わなけ

れば駄目なのかということ、小さい子どもに説得したら、多分精神の入ったリハビリが出来るのではないかと私は思います。

しなさい、しなさい、しなさいって言われても、今の教育もそうですけれども、誰か経験のある人が間に入ること。そのためにはもっともっと障害者がアメリカとかヨーロッパに行って勉強してきて、本当に心の頭のトレーニングをして、障害者の言葉も受け入れられる、専門家の言葉も受け入れられる、はっきりとした意識のボルテージの高い障害者をもっともっと育てていかないと、いくら専門家達が頑張っても、「しかたない、先生に怒られるからやるか。しょうがない、時間つぶしにやるか」そういうリハビリテーションしか出来ないと思います。

私は、最初は訓練士さんがにくたらしいやつだと思いました。痛くもやられるし、切り刻むし。勝手にあっちこっち手術されるし、にくいやつだと思ったけど、最近はそうは思いません。

やっぱり両方の立場のよく聞ける障害者をトレーニングしていかないと、喧嘩が起きます。中国の内乱のようにね。本当に今のリハビリテーションは多分、障害者と専門家達の内乱だと私は思っております。その内乱をどうして治して行くかということ、間に入る障害者達はなんで専門家達にそういう訓練をしなければならないのかっていうことを、よく聞いて、それで「私もこうだったのよ」。

例えば私は、ずっとこうやって立っていないと立てなくなってしまうのです。だから一日2時間ぐらいこうやって立っているんです。それをやんなきゃ歩けなくなっちゃう。「そうなんだよ。歩けなくなってもいいんですか」というと、多分小学校低学年の子どもでもしっかりと納得するでしょう。「ああ自分も、あのあばさんがそう言ったんだから、歩けなくなったら困るなあって」。多分歩ける人が言うより、もっともっと説得力のあるハビリテーションが出来るのではないかなあと思います。

これからは21世紀ですから、専門家達ばかりがいばる時代でもないし、障害者こそ専門家といっていばる時代でもないし、両方が助け合って納得しあえる、そういう会議をどんどん開いていかないと、なかなか幅の広いリハビリテーションが出来ないのではないかなあと、肉体だけのリハビリテーションはもう追いついていかないと、私は何十回、何百回と経験しました。

いま北海道で海外派遣事業をやっているんですけれども、ただ二週間の行列の旅ではなく、本当に一人でも二人でもいいから、実際3カ月なり6カ月なり、がっちりその国に行って、困ったり、泣いたり、笑ったり、一生懸命言葉を通じたりする、そういう企画を立てないと、両方の接点に立てる障害者が生まれてこないのではないかと思います。

私は是非その海外派遣事業のプログラムを、もっとしっかり考えて欲しいと思います。東京などではミスタードーナツという機関があって、彼らは6カ月、1年、3年内の期間行って生まれ変わって帰ってきます。だからいい人材がいっぱい生まれてくるんでしょう。まだ北海道はなめられているから、まだ受かっている方がいないんです。私も一回受けてみましたけれども、「あなたは文句のない人です。再度もうちょっと英語をやって下さい」という答えでした。まあそれはもっとものことだから、しょうがないなあと、私も思っています。でも余りにも私の仕事は忙しいです

から、なかなか英語の勉強はやれないし、30過ぎるとなかなか記憶力が劣って来て駄目だね。だからもっと若い障害者達にアメリカに本当に長い糸をつけて、北海道で行ってこい、行ってこいって。まあ、ころんで死にそうになったら助けに行けばいいんだから。そういう目に見えないピアノ線で長い長い糸を付けて、そういう教育をしていていただきたいなあと思ひます。

とにかくそういう幅の広い考え方が出来る教科書を作っていないと、いくら稲垣さんとか忍さんが頑張っても、なんかあの世には行けないのではないかと、あの世からまだ北海道は遅れているのかってね。なんか本当にはがゆい思いで、後2、30年で死んでいったら、私も悲しいですから。是非北海道の福祉を頑張ってください方は、安心して「ああ自分は本当に生きててよかったなあ。本当の弱い人のために生きててよかったなあ」っていう、そういう時代が、本当のリハビリテーションに生まれ変わる時じゃないかなと思ひます。

そして施設の考え方も、昨日横路さんも、河邨先生もいいこと言っていましたけれども、もうちょっと幅の広い、施設の敷地内からとびだすケア付き住宅なり、民間のアパートなり、福祉工場なり、どんどんどんどん幅を広げて、大きな長い長いピアノ線を引いてね。もっと大胆な発想で施設を運営していったら、もっともっと生き生きとした障害者が生まれてくるのではないかなあと思ひます。そしてもしも、もっとしっかりとした障害者が出てきたら、そこを一戸運営させるぐらいの、これはおまえ達にまかせるぞというような、そういう幅の広い施設の、施設長さんが生まれて来ることを私は期待します。

それは私達にも責任があるんですけども、障害者側がしっかりしないと、そんな心の優しい施設長さんは生まれて来ませんからね。これは障害者自身の責任だと思ひます。

専門家達はもっと過ちを認めて欲しいと思ひます。私も福祉村づくりの運動、ケア付き住宅の運動、私は明日生きるためのことを考えてケア付き住宅を作ってきました。

明日生きるために福祉村の個室づくりの運動をしてきました。でもそれはたったひとにぎりのものにしかうのおわないむなし運動だと気がきました。

最近、東京でいろんな障害者の話を聞くと、やっぱり法律を変えていけないと駄目だと思ひます。もっとね。もっともっと辛いけどね。ここにいる人達全員が国会の前に立って、施設に行くか、ケア付き住宅に行くか、地域で暮らすか、親元で生きるか、障害者側に選択権をくれ。障害者側が選択出来なかったら、親に選択権をくれ。本人に生きる場の選択権をくれ。差別のない法律を作ってくれて言っていないと駄目じゃないでしょうか。

私は施設は駄目、ケア付き住宅は駄目とは言いません。選択の自由をいっぱい下さいって言いたいです。いろんな生き方があっていいと思うんです。あれは駄目。これは駄目と言っていくと、政治家達が喜ぶだけですからね。

本当にいろんな生き方があっていいんですよ。健常者は結婚して離婚して、また結婚する人もいるし。ずっと離婚する人もいるし、職を転々

として歩く人もいるし、ずっと月給で我慢してしがみついで生きている人もいるし、いろんな選択権があつていいと思う。

でも障害者達は、全然選択権がありません。

ラッキーな人だけがケア付き住宅に入って、クジ運が悪かった人は一生施設。まあそれでも頑張って、頑張って電話にしがみついででもボランティアを捜して、1時間後のトイレに行けるか、行けないかという生活をしている障害者もいます。それは非常に残酷なことです。もっともっとケア付き住宅が増えればいい。もっともっとヘルパー制度が充実すればいい。私は、もっと専門家達が、専門家っていうのはリハビリの専門家だけではありません。障害者運動家達も、我々の歴史も少し失敗したこともあるかもしれないなあということを、失敗を失敗と認めてからこそ、本当の新しいものが生まれてくるのではなからうか。

あまり昔やったことにしがみつかないで下さい。明日からは自分が何をやるかっていうことを考えて下さい。過去のことはもうどうでもいいんです。

菅原洋一の「あなたの過去など知りたくない」って歌があるでしょう。私は音痴ですから歌いませんけれど、福祉がそうなんです。

「あなたの過去など知りたくない」。どうでもいいけど、これからが私達の出発であつて、生まれ変わる時代なんだということ。そうしないといつまでたつても、デンマークやスウェーデン、アメリカへ行列して見学に行つて、スウェーデンはすばらしかった。アメリカはよかった。だけど日本は暗い。なんで日本が暗いんですか。こんなにお金があつて、こんなに物がいっぱいあつて、なんで福祉の分野だけは暗いんですか。

私はとっても悔しいです。後5年、10年たつたら稲垣さんとか忍先生とか、いろんな先生がスウェーデンに講演しに行く番なんです。そうしないと駄目だと思うんです。デンマークの先生、アメリカの先生、どうぞ講演に来て下さい。見学に行きます。これはたまにシーソーゲームの様に、たまには今度俺達が演説してやるか、ぐらゐに、福祉を頑張らないと、どれだけ商売が儲かるかということばかり日本は講演しに行くんです。でも福祉の方にはさっぱり講演の声がかからないということは、私は非常に、「これはなめられているな」と思います。

ま、厳しいことを言いましたけども、私自身も障害者自身もなめられています。はっきり社会からなめられています。

まあ、私は一つだけ稲垣先生がやっている中国に脳性マヒセンターを作ろうということで、先生がいろんなアドバイスしていることを、すごく嬉しく、やつと我々が他の国の人達に助けが出来るんだ。非常に嬉しかったです。

スウェーデンとかアメリカの障害者達は日本に自費で来て、一生懸命私達にいい事を伝えてくれました。でも日本の障害者達は受けるばかり。おみやげをやらないでしょう。帰る時にはおみやげをあげるのが礼儀なんです。でも障害者はおみやげをやることを知らない。私は今度は障害者がおみやげをやる時代だと思うんです。私達も貧しいけれども、でもポケットから100円玉でも1,000円でも、ちょっとたばこを我慢して、寄付しようかっていうのをね。そういう気持ちで是非脳性マヒセン

ターに対してね。

障害者達は特に年金で貯金しているでしょうから、100分の1でも、1000分の1でも、それだけのポルテージの高い障害者が生まれて来ないと駄目じゃないか。ここにいる先生方もそうです。1回すすきのに行くのやめて、寄付しようじゃないかっていうぐらいの。いちご会も金が欲しいですけども、時々お金下さい。(笑)

まだ受付に本が山積みになっているので、是非買っていただきたいと思います。

多分いちご会にはお金はこないと思いますけども。

本当に障害者達はおみやげを忘れないで暮らしてほしいと思う。そうなら本当に専門家達に本当に仕事のやりがいがあるんでないかと思うんです。自分が成長したなあってね。小山内美智子は物わかりが良くなりすぎたと評判いいんですけども、余り評判良くなることは悪いことなんです。

でもあんまり過激な事を言うと、いちご会食っていけないから。全国からお呼びがかからなくなったら困るから。これも本を作ったおかげなんですけれども、言葉のテクニックを使って、お医者さん達を持ち上げながら、そして障害者達も持ち上げながら、そして時には自分を持ち上げながら、ヨイッショ、ヨイッショって生きていかないと、とておくさす人ばかりいたらみんな沈んじゃう。でも今は相当くさした。

でも本当にそういう時代が来ることを私は信じてやみません。

今度はね、『車椅子からウィンクパート2』を書く時は、多分スウェーデン語になったり、英語になったりするぐらいの仕事を、私は生きていく限りやりたいと思います。どうかここにいる人達に、みんなに『車椅子からウィンク』を書くのを手伝って下さい。あなたがたの力が私の書くエネルギーですから、よろしくお願い致します。

終わります。



# 重症心身障害者の人権と自立生活を考える

## [シンポジウム II]

### ■司会

岡田 喜篤

(札幌あゆみの園園長)

### ■シンポジスト

江草 安彦

(旭川荘理事長)

近藤 弘子

(おしま学園施設長)

村田 稔

(弁護士)

佐々木 淳

(札幌市手をつなぐ会)

総合司会 それではいよいよ最後になりましたが、「重症心身障害者の人権と自立生活を考える」ということで、シンポジウムを行いたいと思います。

シンポジストの方々は司会の岡田先生の方からご紹介いただきまして、まず私の方から司会の岡田先生を簡単にご紹介させていただきます。

先生は、名古屋大学の医学部をご卒業されました医学博士でございます。1987年11月より、重症心身障害児施設「札幌あゆみの園」の園長をなさっております。中央児童福祉審議会の委員もされ、その他、重症心身障害児者関係のいろいろな公職にもつかれております。

また昨年、北海道の障害者国際交流という事業がございまして、障害者の団員の方々とデンマーク、西ドイツ、イギリスを2週間程視察研修をされてこられました。

それではシンポジウムにさっそく入っていただきたいと思います。

どうぞよろしく願いいたします。



岡田 喜篤

岡田 どうも皆様ようこそお越しくございました。これが最後のシンポジウムになります。外はたいぶ冷たい雨が吹きあれておりますけれども、このシンポジウムは熱気をもって進めたいと思います。

今からシンポジストの方々をご紹介申し上げますけれども、その前にこのシンポジウムのアウトラインと、それから2、3お断りを申し上げておきたいと思います。

今日のタイトルはここにありますように「重症心身障害者の人権と自立生活を考える」ということになっております。

これは私共のミスでございまして、自立生活と言いますと、今日世界的な規模で展開されております自立生活運動の自立生活ということになってしまいますので、ここでは必ずしもそういう意味ではないということをお断りさせていただきたいと思います。むしろ自立というふうに短くしていただいた方がいいかもしれません。実は昨日、懇親会の席上で東京都の三ツ木先生から「今日の自立生活を楽しみにしています」とおっしゃられて、実は私、内心ビクッとしたわけです。

自立生活と申しますと、もう概念がはっきりしておりますから、その意味で今日のシンポジウムをとられてしまったことに変大申し訳ない気持ちがありました。ここでは障害を持つ方々の自立ということで、ご理解をいただきたいと思います。

それからもう一つ、タイトルは重症心身障害者となっております。ご存じのように重症心身障害と申しますと、これは重度の知恵遅れと、重度の肢体不自由を重複している場合を申します。確かにここで問題にしたかったのは、そういった重症心身障害児者の方々を対象にしたことは間違いがありませんけれども、今日のお話は必ずしもそういうことに

だわらずに、むしろ自分の意志をはっきりと表明することができない、あるいは周囲の状況をよく理解する力がないような方々、つまり法律的に申しますと意志能力に欠ける人達、あるいは行為能力に乏しい人達、こういった人達の人権というふうにご理解をいただきたいと思います。

従って、ただ単に知恵遅れだけでありましても、その程度が重ければ当然、意志能力を欠く場合がございますし、あるいは行為能力に非常に制限を持つ場合もございますから、そういった人も含めて、今日のテーマの中でお考えいただくということにしたいと思います。

なお今日のこのシンポジウムは東京のラジオ短波からの収録がございます。そしてこの2時間半、あるいはそれ以上になるかもしれませんが、シンポジウムを全て収録をいたしまして、それを編集し30分番組に縮めまして、22日の朝8時半から全国放送されるそうでございますから、どうか皆様が発言をいたしますと、運が良ければその声が全国放送されますので、どうかよろしくお願ひしたいと思います。

それではさっそく今日のシンポジストの方々をご紹介申し上げます。私に近い方からご紹介させていただきます。

なおシンポジストの方々の呼び方を、さんづけでさせていただきます。さんづけなどで、普段呼んだこともない方々をさんづけで呼びますので、私の方がいささか堅くなっておりますが。

皆様から向かひまして、一番左側が江草安彦さんでいらっしゃいます。江草さんは岡山大学の医学専門部をご卒業になって、その後小児科医としてご活躍でございましたけれども、現在は岡山にあります「旭川荘」の理事長さんでいらっしゃいます。同時に公職としては精神薄弱者施設が結成しております愛護協会の会長さんでありますし、また重症心身障害児施設が加盟しております日本重症児福祉協会の理事長さんでもいらっしゃいます。もちろん中央児童福祉審議会、あるいは様々の公職を持っておられますので、よく皆様ご存じの方でいらっしゃいます。

今日は江草さんには重たい障害を持つ人達の、基本的な部分をお話いただけたらと思っております。

その次にお話いただきますのは、近藤弘子さんでいらっしゃいます。北海道ではもちろんでございますが、全国的にも知られております「おしまコロニー」という所で、長い間お仕事をなさっております、現在は「おしま学園」の園長先生でいらっしゃいます。

同時に私立侑愛養護学校高等部の校長先生でもあります。この近藤さんのプロフィールを聞こうと思ひまして事務局に聞きましたら、「いつもあの近藤さんの顔にみほれていて、それ以上のことは興味がありませんでした」というような答えが返ってきまして、詳しいことを聞くわけにはまいりませんでした。

ただ私が知り得るところでは、あまりこういった個人のお話をするのはいかがかと思ひますけれども、お許しいただきたいんですが、今年の2月に、この札幌でノーマライゼーション研究セミナーを開き、そこで映画と講演会も行いましたが、その時にお越しいただいた映画評論家の白井佳夫さんのお子さんも、この近藤さんのもとで数年以上に亘って、施設入所して療育を受けたということでございます。

その次は村田稔さんでいらっしゃいます。村田さんは、三重県のご出



身だそうでございますが、同志社大学をご卒業になりましてから、司法試験に合格し、そして1972年に弁護士となって、以来車椅子で弁護士活動をなさっております。著書も非常に多くて、その大半は障害者の人権問題ということで広く知られております。

今回東京からお招きしたということは、この研究大会の実行委員長であります忍先生の強いご推薦がございました。私共も村田さんをお呼び出来たことを大変喜んでおります。村田さんには法律家としての立場から人権の問題、あるいは自立の問題についていろいろ自由にお話をいただけたらと思っております。

最後にお話いただきますのは、佐々木淳さんでいらっしゃいます。佐々木さんは障害をもつ子どもの親という立場でご出席をいただきました。お子さんは早産で脳性マヒでございまして、3カ月間保育器に入っておりました。命は無いものと言われたそうでございますが、救命されまして重たい障害を残してしまいました。

偶然なことながら私が現在勤めております「札幌あゆみの園」に入所しておりますが、決して今日ご出演いただいたのは私の施設の親であるからということではございません。私は全くこの人選について関与しておりません。事務局が選んだところ、偶然にも私の施設に入っている方であったということでございます。

佐々木さんは現在、知恵遅れの方々を対象とした小規模作業所の方でお仕事をなさっているわけでございますので、施設の職員という立場も半分はお持ちでいらっしゃいますが、今日は親の立場からということいろいろお話をいただくことになっております。

それでは今からシンポジスト、お一人に15分ないし20分の持ち時間でお話をいただきます。そしてそれが終わりますと、もし他のシンポジストの方々の発言によって、自分の発言に足らざるところ、あるいは誤解を招きやすいところをお感じになりましたら、少し補足をしていただきます。

そしてそれが終わりましたら、一旦休憩をしたいと思います。その休憩の間に皆様方のお手元に質問用紙等を用意してございますので、もし質問をしたい方、ご意見を述べたい方はあらかじめお書き下さしまして、休憩時間の間に私共がそれを見れるようにしていただきたいと思います。もちろんディスカッションの後半では直接フロアからのご質問や、ご意見をちょうだい出来る機会を作りたいと思っておりますが、出来るだけ時間を有効に使いたいのので、質問用紙に記入をしていただくということにさせていただきます。

なお最後になりましたが、シンポジストのお一人の江草先生は、今日5時半の飛行機で千歳を発たなければなりませんので、どんなに遅くなりましても、3時50分になりましたらこの席をお立ちいただくことをお許しいただきたいと思っております。どうかよろしくご協力をお願いいたします。

それではさっそくシンポジウムに入ります。江草さんの方からお話を伺いたいと思っております。どうぞよろしく願います。

江草 江草でございます。重症心身障害者の人権と自立という、テーマを作っていただきましたご関係の方に感謝申し上げたいと思います。と申しますのは、重症心身障害児施設で20数年間施設長をつとめてまいりました関係からもっとも関心をもっているのですが、それだけでなく重い障害をもつ人の医療・福祉はすべての医療・福祉の原点といわれているからです。そのようなことから今日のテーマを本当に喜んでおるしだいです。

さて、司会の岡田さんから本日は必ずしも狭義の重症心身障害者問題ではなく、その周辺の問題を含むとおっしゃいましたが、実は現在重症心身障害者施設といわれます施設は61ございます。更に80カ所余りの国立療養所がございますが、そこで生活をしていらっしゃる方々のほぼ60%前後が重度の知恵おくれと重度の肢体不自由が重複しているのであって、その他は障害の程度からみるとその周辺の方々です。したがって、やや広い視野で人権と自立の問題を考えることは、今日ふさわしいことではなかろうかと思っておりますのでございます。

さて重症心身障害児施設は児童福祉施設でありますとともに、医療機関であるということになっております。このように二つの性格を併せもっておりますのは、重症心身障害児は、その二つのサービスを必要とするからであります。便宜的にその二つの施設が重なっているわけではございません。そうでなければならぬ必然性があつたからです。

レジュメで私は、重症心身障害者の医療福祉はすべて医療福祉の原点だと言われておる、というふうに記しておりますが、重症心身障害者の医療福祉でかかえている課題を解決することが出来れば、広く心身障害者の医療福祉へと発展させることが出来るからです。

その中で重要なのが人間存在の価値に関する認識です。人の尊厳は実存の立場から理解されているとレジュメに私は記しております。言ってみれば人はすべてたった1回限りの人生を、そしてまたかけがえのない人生を送っています。それゆえに何人も同様に尊い存在である。人の存在をもし否定するならば、みずからの存在を否定することになります。この認識こそが人権を考える基礎となります。

大江健三郎さんのお子さんは障害をもっていらっしゃるそうです。その障害をもっていらっしゃるお子さんを残して、アメリカへ勉強のために出発なされた。坊ちゃんからのお手紙の内容は今ここでご紹介するいとまはございませんから、省略いたしますけれども、手紙には一生懸命に日々を大切に生きておられる坊ちゃんの生活が綴られていました。

その手紙を読んで大江さんは、この子の人生を肯定しなければ、自分自身を否定することになるという心境になったそうです。すべての人の人生を肯定する願い、思いを深めることこそ、それは祈りと呼ぶべきでないだろうか。そうであるならば、無信仰者である大江健三郎にも祈りはある、というように思われたそうです。新潮社から出ている『無信仰者の祈り』というテープの中にこの話があります。人権思想は人間存在肯定の思想であるといえましょう。

かけがえのない1回限りの人生を送っている人の全面受容が療育活動の根底になければならないでしょう。そして当然、そのことは自立へとつながっていくのではないかと思います。



江草安彦

正村公宏氏の『ダウン症の子を持って』という文章を読んだことがございます。その中で心身障害児のためにいろんなことをしてあげねばなりません、究極は社会的自立ではなかろうかということを書いておられます。ここでいう社会的自立というのは、先ほど岡田さんがお話しなさいましたように、決して経済的自立をいっているわけではない。つまりみずからの生活を、みずからの希望によって、みずからの願いによって実現できるという方向へ、一歩ずつ近寄るということでございますが、これこそが究極の目標であると強くおっしゃっています。

こういう意味におきまして、人権の確立と自立の成就是全く同じものだと考えてもよろしいと思います。この際、重症心身障害施設では施設運営にあたって、この考え方を基礎としていることを申し上げておきたいと思います。重症心身障害児施設は20年の歴史をもっていますが、その間にいくつかの段階を経ています。

第一のステージは、重症心身障害児施設は障害が重く、そのために幸薄い人のための緊急非難の場所として創設されました。

昭和42年に法制化されたわけではありますが、それから約10年間はともかく足りないベットを増やす。そして日本中どこに住んでいても利用できるように施設の増設をすることに全力投球をしました。そして、国立療養所の依託病床を含め約1万5千床という規模となりました。

当時、社会的重症児という言葉が使われました。重症心身障害児施設の入所は発達段階が重複障害であって、そして重いというだけでなく、そのことによって社会で不当な待遇を受けることがあるならば、多少障害の程度が軽くても社会的重症児である、ということで社会的重症児も入所しました。

ところで昭和50年前後から、第二のステージにはいりました。いわゆる療育技術の向上、進歩に関心が深まってきたのです。重症児がよりましな暮らしを、より普通の暮らしを実現するためにどうしたらいいのであろうかということで、専門スタッフの充実をはかったり、また、医療福祉の研究に心を砕いたこともあったわけでございます。

ところで昭和60年代、いわゆる平成の年度にはいってまいりますと、第三のステージとなりました。

「原点への回帰」が特徴です。先ほど申し上げたように、自立と申しましたもリハビリテーションと申しましたも、決してこの重い障害を持った方々の場合、社会的自立ないしは経済的自立につながらないのは当然です。

重症児の場合には生活の範囲、生活体験の拡大、こうしたものを深めることによって、生きがいを感じていただくという方向、すなわち人権の確立、原点への回帰が第三のステージの特徴です。決して社会的・経済的自立を目指すものではないし、また望むべくもありません。

去る9月1日に開かれました全国の重症児を守る会の創立25周年の記念大会、そのメインテーマは「生きがいについて」でありました。このことは、まさしく第三のステージにはいったことを示していると思います。

少なくとも重い障害を持った方が「巧みに生きる」ことは難しゅうございます。しかしながら、充実した人生を「よく生きる」ことは可能で

あります。またそれを実現しなければなりません。私共は重症心身障害施設では、こうした立場でさまざまな取り組みをしています。

実は司会者の岡田さんが中心になって、61の重症心身障害児施設は共通の認識のもとに、私達の運営基準というものを策定いたしました。すでに今年の5月に発表したところでございます。

その内容は基本的に豊かな生活、人権が尊重された生活、自立を求める生活を達成するために、重症心身障害施設はどのようなものであったらいいのだろうかという立場で運営内容を自主点検するために数十の項目を検討して運営基準を作成しました。それとともに重症心身障害施設で大切なのは重症心身障害児者の方々と一緒に生活をする人間の倫理観、人間観、福祉観であるという認識を深める努力をしています。

重症心身障害児を守る会では、もう数年前に「親の憲章」というタイトルでみずからが望ましい親として生きていくために、活動するためにどんな心がまえで生きていったらいいのかということの内容とした憲章を、みずから制定されました。

ところで、この内容を見ておきますと、単にみずからを戒めるためだけでなく、よい市民の生活のあり方を示しているように思われます。

Good citizen と申しましょうか、よい市民であるためにどうしたらいいのかということ、明らかにしているといえます。ここが大切なところですよ。

私共の重症心身障害児施設では、そうした具体的なものを表明するところまで来ておりませんが、いろんな角度から職業倫理の徹底に心を砕いておるところでございます。

午前中のご講演で、選択肢の狭いことを講師のお話の中であげがいました。まさしくそれは、重い障害をもった方にあてはまることです。つまり家庭生活を消極的にするか、ないしは入所して重症心身障害児施設で暮らすか。この二つの選択肢しかなかったのです。

ところが平成2年1月から全国5カ所、北海道では旭川でございますが、重症心身障害児の通園モデル事業が始まります。1カ所15名程の方がお家を出て、そしてお友達と一緒に生活する。夕方になると我が家に戻るというかたちです。そこには医者もいるし、OTもPTも看護婦さん、保母さん、指導員もいるのです。こうして、第三の選択肢がつくられた訳です。その結果、積極的在宅の道ができました。必要な治療・教育・訓練及びお友達との交流、社会への参加はこの通園事業で実現することになりました。画期的といってよろしいかと思えます。

次に新しく本年の4月から始めました精神薄弱者のグループホームについてお話いたします。本年は初年度でございまして、100カ所が予算化されました。それが今後9年間毎年100ずつ増えて行く。つまりこれから9年後には1000カ所にグループホームが出来るということでございます。しかしながら、これは4人の障害者の方々が生活をなさるということを前提しておりますが、それに一人のお世話をなさる方が非常勤でおつきになるのです。やがて、4人のグループが3人になることもあるでしょう。2人になることもあるでしょうし、そしてまたお世話する方もただ今は4人に1人ですが、やがて2人に1人というような形にもなるでしょう。こうなると重い障害をもった方も、グループホームで

生活を送ることが出来るようになることを期待しています。これが出来ると重い障害をもつ人に四つ目の選択肢となるでしょう。

ケア付き住宅が身体障害者関係で話題になりますけれども、これだと考えてよろしいのではないかと思います。こうして重症心身障害児施設は、三つのステージに今到達しておるのです。

時間も迫ってまいりましたので人権について詳しく述べた論文をご紹介したいと思います。それは実は今日、司会をなさっている岡田さんのお書きになったものです。

1989年『発達障害研究』という雑誌の10巻4号 260ページに、「重症心身障害者の権利」ということでお書きになっていらっしゃいます。

内容は様々でございますが、入所の意志の確認、あるいは入所を続けるかどうかという在所の継続、こうしたものが果たして本人の意志の確認が行われているのか、あるいは医療をすすめるにあたって本人の承諾は得られているのかどうかなどについて、それぞれ論旨明解にお述べになっていらっしゃいます。これは施設の問題でもございますが、同時に実は家族の問題でもあるわけでございます。

家族は果たして親なるがゆえに、子どもの意志の確認をしなくてもいいのかという問題も含んでいることを、この際申し添えたいと思います。

しかしながら、後ほど村田さんからお話を頂戴するわけでございますが、一般的には本人のいわゆる自己決定権と、それをとりまく人々、職員や親の裁量権をどう考えたらいいのか施設にとって非常に大切です。論理的には明快でございますが、現実問題としては極めて困難であるといつてよいでしょう。この悩みは大変に大きいのです。そして悩みをもつことは誤りを起こさないために必要です。着実に問題解決の方向にすすめねばならないでしょう。

映画『レインマン』で最後のあたりを思いだしていただきたいと思えます。『レインマン』を岡山の映画館に見にまいりました。会場が明るくなりまして、周囲はおどろいたことに若い方々ばかりでした。

私は「なぜこれを見にきたのか」と聞いてみましたら、この映画が今ある映画で一番よいというのです。「今日のシーンでどこが一番よかったか」と聞きましたら、「あなたは兄弟と一緒に暮らしたいか」と3回尋ねますね。そのつどイエス、イエス、イエスというわけです。そして「最後に病院で暮らしたいか」と尋ねたらイエスというわけです。じゃあどっちが本当なんだろうかと思うと、つぶやくように「病院でチャーリー（弟）と一緒に暮らしたい」というくだりがあった。あれが一番、感動的であったというのです。

このように話してくれたのは普通の市民だったのです。ここに大きな意味があると思えます。この際、福祉サービスのあり方を論ずる時に左か右かという議論はこの際止めて、あれもこれもという論議にすべきではないのだろうか。多くの選択肢を用意して一人ひとりの障害者にとって、それぞれ考えていること、求められていることは違うわけですから、それぞれの考え方を実現できるようにしていくことこそ必要ではないだろうか。

重症心身障害者、あるいはその周辺の方の人権、あるいは自立という言葉が絵に書いた餅とか、あるいは看板だおれにならないようにし

なければならぬのです。書生談議も結構であるが、現実的に一人ひとりの方が満足していただかなければ話にならない。こんなふうに思っている次第でございます。

また後ほど時間をいただくことが出来れば追加させていただきます。

**司会** 有難うございました。江草さんからは基本的部分のお話を中心にお願いをいたしました。

ひきつづきまして今度は近藤さんをお願いをいたします。実践的面からお話をいただけるものと思います。どうぞお願いいたします。

**近藤** 近藤でございます。

提言の前にたくさんの経験豊かな先生がおいでになる中で、提言の機会を与えていただきました忍先生はじめ関係の先生方に深く御礼を申し上げます。

提言の前にお断りをしておかなければいけないことがございます。

それは私自身の経験の中で、今日までずっと長い間知恵遅れと呼ばれるその障害を主障害にした子ども達と施設で生活をしてまいりました。いわゆる重症心身障害児という方には、ほんの数例しか接していないということでもあります。そのため重症心身障害児とか者というものについての概念は、今だに寝たきり、もしくは全く移動するのが困難であって、加えてそれに重い知的な発達障害を伴っているという、誠に寂しい短絡的な状況でございます。

従って本シンポジウムの提言内容としては、ふさわしくない内容になるかと思いますが、どうぞお許しいただきたいと思っております。

「おしまコロニー」をご存じでない方もおいでかと存じますので、少し説明をしたいと存じます。場所は函館市と隣町ですが上磯町の半径20km位の地域に、乳幼児から高齢者まで約800名に近い方達を、通所もしくは居住、もしくはグループホームというような形でお世話をしております。施設は私共の仲間うちで話し合います時に、常に生徒が流れて動いているということが、その施設自体の活性化の源ではないかというふうに話しているわけですが、そういう意味で私共の800名近い利用者の方々の第一の入口の部分、地域療育センターという乳幼児の療育を受けもつ部分だと思っております。

また出口の方は、就労自立を援助する通勤寮等を中心としたアフターケアセンター部門であるわけです。もちろん800名の方達は10カ所にのぼる認可施設、もしくは保育園・幼稚園というような所で療育を受けておりますので、それぞれの施設の独自の出口・入口というものも持っております。

さて現在「おしまコロニー」では200名を大きく越える就労自立者を送りだしています。しかし200名を越える方達のほとんどが、いわゆる中・軽度といわれる障害の方達でございます。圧倒的に施設生活で人生の長い部分を終えてしまうだろうと予測される人達がかなり多いわけです。これは全道の施設の方達も同じ様な感じをしているのではないかと思います。施設がそれぞれの人を地域に向かって送り出していく努力を、私達は一生懸命しなければいけないと思っております。



近藤 弘子



「おしま学園」は現在、定員が100名でございます。

児童相談所の判定に基づきますと、障害の程度は最重度の判定を受けるものが33名、重度の判定を受けるものが40名、中・軽度という段階で27名でございます。実は年度の初めに統計をとりますけれども、こんなに多い最重度・重度の方達がいるというのは、現場で過ごしているものにとっても意外でございます。実は今年度は少し少なくなっております。障害の種別では自閉の傾向をお持ちの方、もしくは自閉症と診断された方が約30%。重いてんかん発作などを伴う方達が22%。言語障害に至っては80%を越える方達でございます。

さて100名の中には重症心身障害児施設から私共へ移籍してきた子ども達も5名おります。従来もっといしましたが成人施設へ移行いたしましたので、現在は5名です。細かな分析・評価等によつての比較をここでは提示出来ませんが、100名の中においてこの5名がいったいどの位置にあるかということを考えてみますと、少なくとも重度と最重度の中間位の位置でございます。

つまり重症心身障害児施設から移行してきた子ども達より、更に重い障害の子ども達がまだ30名程いるということになるわけです。もちろん5名の生徒が入所した当初は、屋外での歩行や、階段の昇降等、大変恐怖感を持っておりますので、療育を他の子ども達のテンポで展開することは出来ませんでした。また非常に気管支が弱いという共通した様子がみられました。しかしこういう点も年ごとに改善されています。

それでは私達が常時施設の中にあつて目が離せないとか、手をかけなければいけないというような子ども達はどんな状況にあるかということについて、少し述べてみたいと思います。

第一は重い行動障害を伴う子ども達でございます。行動障害にはご存じの通りさまざまな様態を示しています。身近なところでご経験なされた方も多いかと存じますが、自傷や他傷・異食・過食・偏食、また奇声や破壊・不眠・徘徊等、教えあげたらきりがなほど様々な行動異常がございます。在宅児の介護にあたる家族と家庭が、これらの行動異常にふりまわされて崩壊寸前という状態で私共の入所になるケースがたくさんございます。

22年前、私共の園が開設した時にも、実はこうした状況と同じ行動を示すお子さんが入所してまいりました。私達はこのお子さんに対しては、全くなすすべがありませんでした。当時、先ほど江草先生のお話に出てまいりましたけれども、動く重症児施設という施設が開設されました。今、岡田先生が園長をなさっていらっしゃいますが、前の名前は「あしりべつ療育園」というふうに確か言ったと思います。

何も出来ない状態でお願ひしたことが、現在では非常に悔いことになるわけですが、この例に共通する行動障害をお持ちのお子さんが、昨今では非常に多いという事実がございます。そしてこの行動障害をお持ちのお子さんは、後に述べます環境の調整等によって、もしくは関わり方によってかなりの部分で大きな改善が見られるという点も、今では自信を持って言えるようになりました。しかしこうした人達は、おそらくどの施設でも同じでしょうが、いっときも気が抜けない状況であります。

第二の状況は、医療との関わりを最優先しなければならない子ども達であります。開所以来、寝たきりの状態となって重症心身障害児施設へ移行させていただいたケースは、1例だけでございます。しかしこのお子さんは、1年余りを重症心身障害児施設で過ごした後亡くなりました。私どもで介護しました2年余りは、更に命を縮めたのではないかと悔いが、現在にまで残っています。

またもう1例は、レンノックス症候群との診断を受け、頻発するてんかん発作に伴い体力の低下が著しい生徒であります。日常の療育活動にはほとんど参加することは出来ません。食事内容に留意することや、寝室を別室に移す、状態の悪い時には車椅子で移動する等といった毎日です。

2例目は、レット症候群の診断を施設入所後に受けたケースでございます。この1年あまり急速な筋力の低下が見られます。こういったケースでは、呼吸の仕方にも注意を払わなければならない状態です。

3例目は、突発性血小板減少症という病気に罹患し、現在脾臓摘出を受けて入院中の生徒であります。血小板減少症というのをご存じない方がいらっしゃるかもしれません。ほんのちょっとの出血がどこの場所におきても止まらないというような状況でございます。今日も何回か会場から現場に電話をしまして、脾臓摘出した後これで大丈夫なのかということをお職員と連絡をとっておりますが、70%位はOKだけでも、その他はOKでないということですから、命がいつ亡くなるかということをお私達は側で見ていただけしか手段がないという状況です。

以上の例は、もちろん知的に最重度のレベルにありますので、自らの力で健康保持のため、管理することは不可能であります。当然のごとく、施設という集団での生活リズムを全面的にはずさなければなりません。寝ている間でさえ、注意を払わなければならないわけでありませぬ。

私達はこうした状況のお子さんの介護が出来ないと言っているのではなくて、万が一の緊急時に医療的な関わりを持ち合わせていない職員集団は、命の保証がどこまで出来るか。本当にこれでよいのかと悩んでいるわけです。

第三は、反社会的行動を持つ子ども達です。ケースとしては少ないのですが、MBD等の診断で入所してくる比較的能力の高い、軽いお子さんの行動は自閉症等の行動障害と違った特異な状況を示します。その介護に苦慮する場合があります。

以上のように私達は移動出来ない生徒よりも、むしろ移動は出来るけれども、それぞれの特殊な事情によって、よりきめ細かな介護を必要とする生徒について、非常に困難をきたしているというふうに思っております。

社会や地域での生活を、この人達、この子ども達が行っている問題によって、障害によって、より困難にしているのではないかとこのように思われます。現実には施設を利用出来ずに自宅待機を余儀なくされている方達が、この分野で実にたくさんいらっしゃるのではないかとこのように考えています。医療ケアを最優先とするケースは別として、私共は児童期の施設にあって、これらの行動改善も含め、将来の地域生活を目指し療育を続けることが重要だと考えます。

#### レンノックス症候群

幼児期(多くは2~8歳)に主に発症するてんかんの特殊型であり、早期乳児てんかん性脳症、ウェスト症状群とともに年齢依存性てんかん性脳症を構成する。多彩な小型発作の中には強直性攣縮、非定型欠伸、ミオクローニー発作、失立発作などが含まれる。発作は頻回であり、特に睡眠中に多くみられることも特徴である。

#### レット症候群

Rett 症候群は、女性のみみられる上肢の特異な不随意運動を呈する進行性の疾患で、近年注目をあびてきているが、その病態はいまだ不明である。1966年ウイーンの Andreas Rett が高アンモニア血症、無表情、有義発語不能、上肢の特異な常同運動、腱反射の亢進、筋緊張増強、歩行失行、てんかん性痙攣、高度の知能発達遅延を主症状として女性のみで発症する進行性疾患。

#### MBD(微細脳機能障害)

1940年、ストラウス(Strauss, A.)によって提唱せられた概念であり、過動的であったり学習上の困難のある児童で従来性緒因性と考えられていたものを見直して、それらの中に症状の原因を脳内の微細な損傷または機能不全に帰納することができるようなものを見出そうという努力を目ざした概念である。(症状)過動性、注意集中の短さ、注意散漫、衝動性、協同運動の拙さ、知覚の障害、記憶と概念構成の障害、神経学的異常と脳波障害、言語談話の障害、読み書き、計算、その他の領域にみられる特殊な学習能力障害などの諸症がみられる。

最近の障害者の基礎年金改正等により、年金をベースに重い障害の人達も地域での生活が可能となるための努力が、各地で、様々な機関で進められています。そこへつないでいくために児童期を担う一人として、私達の責任は大変大きいと言えます。

それでは将来に向かって、施設での生活環境をどのように整えるべきか、私見をまじえてお話したいと存じます。つまり社会が重度の人達を受け入れてくれる素地づくりのために、現状の施設が社会に近くなければいけないというふうに思うわけです。これは距離の問題ではなくて生活環境の問題です。

第一に個人の重視がどれだけなされているかということにあると思います。このことについては、私共も大変簡単に個の重視がなされているかということをお口にしますし、私自身も耳にします。しかし大変難しいことだと思いますし、実現されていないことが多いと思います。

そして現状の施設では、少なくとも40年代に建てられた施設では、この個の保証をスペースとして保証することも非常に難しいと言わざるを得ません。重度の人達に個室や2人部屋など少人数の部屋を提供する考え方は施設の職員の中には危険であるとか、介護上困難が生じるということで異論を唱えられる方がいらっしゃいます。しかし実践した上での考えでしょうか。中には個室や少人数の方がうんと落ち着かれる方がたくさんいるはずですよ。

また日課については集団生活故にルールが存在してしかたがないという部門もありますが、全く選択の余地がない設定の仕方に問題が残ると思います。社会に出てからの選択肢が少ないというお話が、先ほど江草先生の話にもありましたし、午前の小山内さんの講演の中にもございました。しかし私達は社会に出る前の段階の、施設の生活の中で選択肢がない生活を、実はさせてはいはしないかということをお反省すべきだと思います。

実は私共も、開設の当初は音楽に合わせて起床したり、就寝をしたりということをやっておりました。しかしすぐにこの方法は誠におかしい方法であるということに気づかされました。出来るだけ個々に声をかけることに切り換えていかなければなりませんし、もし現在もそういうことをやっている施設があれば、是非改めていただきたいと思います。

日課のあり方については、建物の構造によっても大きく影響を受けるとお思います。出来るだけ小さな人数、単位で、家族舎、普通の家族の構造程度で建物が建てられていれば、もっと柔軟な設定が日課にも出来ると思います。

さて設備ですが、最重度や重度の生徒が多い私共でも、子どもが寝たきりの状態になったり車椅子を使うようにでもならない限り、一般家庭に近い設備をしたいと思っております。とび出しがあるから施設や警報を付けるとか、割れないガラスにするとか、割れない食器にするとか、地域生活への試行からそういう状況はどんどん離れて遠ざかっていくのではないかとお思います。

こういうことを申し上げますと、行動異常を持っている人達には危険ではないかという声が随分聞かれます。しかしいつになったら普通の状況の中で住めるように、誰が教えるのでしょうか。そのためにも行

動異常を持っていても行動改善のために、むしろ普通の設備をすべきだと思っております。

さて施設の環境の中で最も重要な因子は職員であります。重度といわれる人達を更に重度の状況にするか、障害は重いけれども生活上のレベルでは重度ではなく発達成長をさせうるかは、ひとえに職員集団の子ども達に対する障害の認識と、人間としてどう心でつき合うかということに関わっていると思います。

昨年末から私共では重度の自閉症者の方達のために施設内ではありまされども、グループホーム的な小舎の実践を施行してまいりました。

当初誰もがこの重い行動障害を持つ人達だけが、小舎に住んでやっていけるわけがないという想像をいたしました。そういう論も出ました。

しかし新しい環境に対して、ほんのいつの間混乱がありましたけれども、2、3カ月しますと大変安定した状況で生活することが出来るようになりましたし、大舎に居る時よりも、むしろ自主性や考える力がついたように思われる行動が多くなったわけです。将来この人達のグループホームが地域の中に進出出来れば、というふうに願いながら毎日を共に過ごしています。

重度といわれる人達も必要な時に適切な援助さえあれば、十分に地域で自宅から理解ある職場へ出かけることは可能であるというふうに信じています。私達施設で生活を共にするものは目の前にある限定された環境の中で、もしくは環境条件を悪化させていくような方向で、障害のある人達と関わることを慎まなければいけないと考えています。

重い障害を持つ人達が、より長期的に地域での生活を続けるためには、特に在宅の場合その方をサポートする家族等に休養を与えるシステムが不可欠だと常々感じています。またより重症の医療的ケアを要する方には、緊急時のホームドクター制度も整備されるべきでしょう。ご近所にいつでもかけつけてくださる先生がいたら、安心してもっと地域生活を維持できるのではないかと思います。

更に行動異常等に対しましても、その時々適切なサポートやアドバイスが出来る方が近くにいれば、全国を駆け巡ったり、家庭崩壊寸前の状況で私共がお引受けするというようなことはないと思います。施設はそうした意味で、短期的にある障害をもっている方の問題を解決する場としても、今後は形態を整えていくべきだというふうに考えています。

知恵遅れの方達の施設は全道で今 170カ所を越えています。

これから入所する多数の重度の方達が1人でも地域生活が可能になるように、今後も私達は努力をしなければならないというふうに思っております。

司会 有難うございました。重たい障害を持っている人達を大切にすること。その具体的な試みをいろいろ実例に即してお話いただけましたと思います。後でまた是非ディスカッションをお願いします。

それでは引き続きまして村田さんに弁護士としての立場から、重たい障害を持つ人達の人権、あるいは自立の問題についてお話をいただきます。どうぞお願いいたします。



村田 稔

村田　ご紹介いただきました村田稔でございます。今日はお招きをいただきまして本当に有難うございます。与えられました時間、一生懸命お話をしてみたいと思います。

私は生後1年半でポリオという病気にかかりまして、両手と両足の自由を失いました。5歳の頃に両手の自由は何とか戻ったんですけども、両足の自由はそのまま戻りませんで、それ以来車椅子の生活が約45年位になります。

それから車椅子の弁護士としての生活は約17年でございます。今日はその体験の中から、少しお話をさせていただきたいと思います。

障害者の人権を守るということは、いったいどういうことなのか。

私も弁護士の仕事をしております関係上、それと同時に一人の障害者として自分自身の問題としてよくそのことを考えます。障害者の人権を守るという、その人権の定義というものは、これはいわゆる学者先生におまかせするといたしまして、一人の弁護士の目から見た障害者の人権を守るということはどういうことか、というお話をちょっと最初にさせていただきます。

私自身の考えでございますけれども、利害関係の中で利害が対立した時に、その中で障害者を一人の人間として尊重する。こういうことではなかろうかというふうには私は思っております。

利害関係が対立した中で、障害者を一人の人間として尊重するというのはいったいどういうことなのかということでもありますけれども、今からそれを二つ程、簡単に事例でお話をしてみたいと思います。

一つは親・兄弟の間で利害が対立する場面というのが人生にはございます。その端的な事例が相続の問題でありますけれども、当然のことながら相続問題は相続人の間で争われるわけですから、相続人は親・兄弟であることが多いわけであります。そうしますとどういうことになってくるかということでもありますけれども、その親・兄弟、すなわちもっと具体的にいいますと、お父さんが亡くなったとしますと、その相続人はお母さんと子ども達であります。

その中に障害のある人が1人いたということを考えてみたいと思いますが、その場合その障害をもった人から見れば自分の親と兄弟が利害関係の対立場面ということになるわけでございます。その場面で障害者が母親と兄弟からどういうことを言われるかということでもありますけれども、これはいろんなケースがありますから、一概には言えないわけでもありますけれども、最も深刻な場面を想定しますと、いわゆる「相続権の主張をするんでないよ」とこういう言い方が出て来るわけであります。

「お前の面倒をさんざん私達がみてきたんだから、この相続の問題についてはあんたは遠慮しなさいよ」こういう言葉がなげかけられるわけでもあります。「もし相続の主張をしたら、明日からあなたの面倒をみないよ」とこういうことがあからさまに言葉に出ないにしても、そういう雰囲気が出て来る。そうなりますと障害者自身は大変迷わざるを得なくなるわけでもあります。どういう迷いかと言うと、相続権の主張か、あるいは明日からの生活かどちらをとるかという問題になってきます。この選択は障害が重ければ重いほど深刻であります。

まず一つは、そういう場面でやはり障害者を一人の人間として尊重し

て「あなたの相続分はちゃんとある。それから面倒みてきたことは相続分の主張とは全く別の問題である。だからあなたもきちっと相続分の主張を下さい」利害関係が対立した中で、相続分をきちっと主張出来る雰囲気や障害者の周りの人達は作って欲しいと思うんです。これが相続という場面、すなわち家族の中で利害関係が対立した時に起こる問題があります。

それからもう一つは、これはちょっと場面が変わります。

第三者と障害者の間で利害関係が対立すると、いろんな問題が起こります。

その中で一つだけ例を挙げますと、車椅子の障害者の人にとりましては、アパートを借りるということは大変難しいわけでありまして。といいますのは家主さんがどうしても車椅子だと、建物がいたむとかいろんな理由からどうしても敬遠しがちであります。

今日も車椅子の方がおいでになっておりますけれども、アパート探しをして非常に難しい場面に直面し苦しんだという体験をお持ちの方がいらっしゃるかもしれませんけれども、そのアパートにやっと入れた。

家主はその時どう言ったか。「あなたは車椅子で大変だ。気の毒だから私のアパートに入りなさい」これは大変ありがたいわけでありまして。

車椅子の障害者にとりまして、こういう家主の好意というのは非常に有難い。ところがかりにその家主の方が、何らかの理由でアパートの住人の人達に明け渡しを求めたい。こういう場面がでてまいります。そうしますと当然アパートできちっと家賃を払っているという状態であれば、借家法という法律がありまして、借りてる方はその法律で守られているわけでありまして、家主はどういう言い方になってくるか。

かりに障害者の方が「明け渡しは困ります。明け渡すと今度どこのアパートに入れるか保証がない。路頭に迷うから何とかこのアパートにさせてほしい」とこういうふうに言います。

ところが家主としてはどうしても出て欲しい。そこで利害が対立してくるわけでありまして。その場面でどういうことが出て来るかということでありまして、家主はこういうふうに言うわけでありまして。「君は私の好意を裏切るのか。あの時かわいそうだから入れてやった。ところがいざ出ろと言ったらそれに反抗して出ない」と、こういうふうに責めるわけでありまして、これは少しおかしいということになるわけでありまして。確かにその家主の好意は有難かった。しかし彼はきちっと契約を結んで家賃を払っているわけでありまして、やはりその契約に従って、どうしても法律が明け渡しなさいというケースであれば、出るのもやむを得ないけれども、そうでなければいくら家主が好意で入れてくれたからといって、家主のいいなりで出るわけにはいかないということでありまして。

好意と契約上のやりとりは別である。家主と障害者に利害が対立します。その場面で、やはり障害者を一人の人間として尊重してほしいということが出て来るわけでございます。

最初の相続の事例ですと、これは相続の問題と扶養といいますか、介護といいますか、その問題とは一応分けて考えてほしい。それをからませることはやはり問題であろう。後の問題は、家主の好意と賃貸借契約から出て来る諸々の問題とは峻別をすべきであるということ、是

非やっていたかかないと、障害者は大変深刻な場面に立ち至らざるを得ないということでもあります。

障害者の人権のお話でいろいろ私は17年間やってきましたので、いろんな事例があるのですが、これは今日のテーマとは少しはずれますので、この話はこれぐらいにします。

重い障害を持つ方々のお話、特に先ほど岡田さんからお話ありました行為能力、あるいは意思能力が非常に問題になるケース、こういうケースのお話に移ります。

実は私は、日頃弁護士の活動をしておりますけれども、私の事務所で扱っております事件の大半は一般事件でございまして、特に障害者の人の特有の問題と申しますか、そういう事件はほとんど扱った経験はございません。障害者自身から依頼を受けることはございます。しかし障害者の人にも起こるだろうし、障害のない方にも起こる、例えば離婚の問題とか、相続の問題とか、不動産に関わる問題とか。要するに依頼者が障害者の人であるわけですが、それは一般の方にも障害者の人にも皆に起こる通常の問題を扱っているケースがほとんどであります。

私の事務所は、弁護士は私1人でありまして、そして事務の女性がいるというスタイルでやっておりますから、いわゆるたくさんの弁護士がその事務所にいるというスタイルではございませんで、個人事務所であります。そういう背景の中で私は重い障害を持った方、特に法律行為をご自身で出来るかどうか、非常に微妙な問題が生じるようなケースを自分の体験として事件で扱ったことはまだございません。ただ一つだけ依頼を受けそうになった経験がございます。そのお話をこれからさせていただきたいと思っております。

今から約10年程前ではありますが、ある施設の関係の方から私に対しまして、場合によっては法律行為がなかなか難しいかもしれない人の事件を依頼するかもしれないから、ちょっとそのつもりでいてほしいというふうに言われました。

結果としましては、それは依頼されなかったわけではありますが、その時に私は初めて重い障害をもった方、特に法律行為にいろんな問題を含んでいる依頼者に遭遇したわけでございます。その時に一人の弁護士として、どういうことを感じ悩んだかということではありますが、それを今日は率直にお話をさせていただきます。

よく行為能力・意思能力等の問題になる場合に、すぐ民法の禁治産者・準禁治産者の問題が出て来るわけではありますが、私はその時にその禁治産者・準禁治産者ということだけでなく、別の面で非常に悩んだ、どうしようかと思ったことがあります。

それはどういうことかといいますと、弁護士は事件の依頼を受ける方から最初にどういうことをするかというと、弁護士に事件を依頼されたご経験のある方は、おそらくご存じで、ああそうだったかと、今から私が説明しましたらそう思われるかもしれませんが、まず事務所に来られると委任状があります。訴訟をおこす場合は訴訟委任状といいます、訴訟委任状に署名・捺印をしていただく。

弁護士の仕事というのは、この委任状がなければ何も出来ないわけです。委任状を依頼する方、Aさんから委任状をいただいて初めて弁護士

としての仕事のスタートが切れるわけであります。

この委任状はどういうことを意味するかといいますと、実は弁護士にこれからの事件を依頼するという委任の契約であります。委任状に署名・捺印するということは委任契約・代理権を授与する、そういう意味合いが含まれております。

ところが結果としては先ほども言いましたように、依頼を受けなかったわけでありますが、その依頼をしようとした重度の障害者の方、この人を今、B子さんとします。そのBさんが署名・捺印そのものは出来るとしても、委任状の意味をきちんと理解できて、弁護士に事件を委任している意識があるかどうかということでもあります。弁護士としましてはそのあたりをあいまいにして事件を進めていきますと、当然相手の弁護士がいるし、あるいは当事者・相手方になる人ですね。相手方から法律上の問題点を指摘される可能性がある。

事件というのは、言ってみれば相手の法律的に弱い部分を追求するという部分がありますから、そういう面ではこちらとしましては、やっぱり万全を期しておきたい。最初に弁護士が遭遇するのは、その委任状の問題であります。やはり委任行為がきちっと出来ない、それ以後、例えば私が代理でやった行為そのものが無意味になってくるわけでありまして、非常に法的には問題になってまいります。従いましてそのスタートの部分で、非常に私は悩んだわけでございます。

もしBさんが依頼に来たらそこをどうしようかと、Bさんにどのような事理弁別の能力があるか。弁護士に委任する能力はあるのか。お医者さんの助けを求めて判断をしていただいたり、いろんなことをしなければなりません。いろんなことと言いますと、施設の方からBさんの日常生活の様子やなんかも聞かなければならない。まずそこで弁護士としては躊躇せざるを得なくなる可能性があります。そこら辺の問題がスラッと解決すれば、弁護士も安心してBさんの代理になって、それこそBさんの利益のために、権利を守るために全力投球が出来る。ところがその入口で非常に躊躇を感じ、いや困ったということで頭をかかえる、こういうことが現実にあります。

私は約10年前にその体験をいたしまして、弁護士としてはおそらくこの問題を解決するには、弁護士だけではなかなか解決出来ない部分があるのではないかとこのことを初めて感じました。そして私はその時に、これはこのような重い障害を持った方達の権利擁護のためには、その障害を持つ、今の例でいいますとB子さんですが、Bさんの周囲でBさんにいろんな援助をしておられる、例えばお医者さん、施設の職員の方、その他諸々の方々と権利擁護についてどういう方策をとるべきか、これはじっくり検討すべきだろうというふうに非常に強く感じました。先ほどちょっと触れましたが、民法には禁治産・準禁治産の規定を置いています。

しかし民法のこの規定は、ご承知のように財産を保護するという趣旨で置かれた規定です。従いまして障害者の方の自立とか、あるいは生活とか、そういうことを積極的に援助するための規定ではないんです。

私は率直に申し上げて、民法だけではやはり重い障害のある方の権利を守るのは不十分ではないかと、もう少し総合的な援助の体制を法的に



検討されるといいな、と非常に強く思っております。民法という法律には、民法の立法趣旨がございます。従いまして民法ではなくて別の法律できちっと権利擁護が出来る。そして弁護士も、先ほど私が申し上げた悩みを持たずに、そこを何とかスラッと解決しておいて、本当の権利擁護に全力投球が出来るように、そういう仕組みをみんなで考えていかなければならないのかというふうに思っております。

時間がまいりましたので、また発言の機会がございましたら補足等をさせていただきますと思います。どうも有難うございました。

司会 大変有難うございました。弁護士さんの入口のところで、苦勞してしまうということ、そしてまた弁護士さんが法のよき使い手としての条件を本当に必要としているということ、今伺いました。

それではまた後でディスカッションをお願いするといたしまして、最後になりましたが佐々木さんから、親として重症児の権利や自立の問題をお話いただくことにいたします。どうぞお願いします。



佐々木 淳

佐々木 ご紹介いただきました佐々木です。私は障害児を持つ親の立場から、本日私に与えられたテーマにつきましてお話させていただきたいと思っております。

人権についてであります。皆様ご承知の通り、基本的な人権は全ての人間が平等に享有している権利であり、特定の人にだけに与えられている権利ではありません。老若男女、障害の有無に関わらず、全ての国民に与えられていて憲法にも保障されている権利です。

私達が日頃社会生活を営む中で、いろいろな生活場面で、この権利を行使し自分の利益を主張したり、守ったりしてきていると思いますが、不幸にして障害を持っているがために、社会生活の上でその権利を主張したり自分の利益を守れないで、不当な扱いを受けている障害者の方が大勢いるのではないのでしょうか。とりわけ知恵遅れの障害者については、自分の考えや意志を適切に表現する力が弱いため、自分の権利を正当に行使できず、その権利が軽視されたり侵害されるというケースが様々な場面で発生しているのではないかと思います。そしてその障害が重くなればなるほど、その危険は一層大きくなっていくのではないかと思います。

私の息子も現在、重症心身障害児として施設に入所しておりますが、重症児者の場合、重度の知恵遅れと運動障害を重複している者が大部分で、更にてんかんやその他の病気を合併している者が多く、そのためどうしても医療を必要とする者が多いわけです。

従って施設での日常生活全般にわたって、職員の献身的な介護に支えられながら施設生活を過ごしていますが、その障害が極度に重いために、自分自身の権利を主張する事はもとより守る事も非常に困難な状態です。それだけに日常介護にあたる職員の人権に対する慎重な配慮が、常に要求されて来るのではないかと思います。

ここで施設内の処遇の中で、親の視点から人権に配慮を要すると感じる場面を思いつくままにお話してみたいと思います。

一つにはおむつ替えの場であると思っております。施設には来客者、大勢の

見学者も多いと思われますし、また居住環境が大部屋形態ということもあって人目につきやすい。重症児といっても成人を過ぎている男女も多中で、入所者のプライバシーや人格を尊重する配慮が必要だと思われます。その点については、最近ついたてが各居室に用意され、改善されつつある事を申し上げておきたいと思います。

また重症児の場合、周囲からの危害に対して無力であります。入所者の中には誤って物を投げたり、ひっかいたり、あるいは発作が起きて入所者に倒れこんでいったりなどのケースの中で、自分自身でその危険から逃げたり回避する動作がとれない園児も多いので、事故防止に対する万全な管理が必要ですし、また小さな傷や怪我一つにしても、必ず保護者に原因をきちんと報告する姿勢が必要ではないかと思えます。

また重症児施設の居室は大部屋になっていますが、はたしてこのような居住環境をこのまま続けていったいいものなのでしょうか。医療機関でありましょうが、家庭に代わる生活の場でもあり、入所者の人間としての尊厳・プライバシーを尊重する上でも、今後小集団化へ向けた取り組みがなされるべきではないかなと思います。更生施設等では入所者のプライバシーを尊重し、小集団、個別化へ向けた取り組みが行われ、居住環境が整備されつつありますが、将来的にもぜひ重症児施設においても検討がなされていくべきではないかと思っております。

次に、ある一部の施設でしようけれども、障害が重いという理由で施設入所を断われたという話を聞きましたが、私は施設という性格からしても、基本的にはあってはならないことだと思います。施設に空きがなかったり、または施設で対応出来ない特別の病気がある場合は別としても、単に障害が重い、全般的に能力が低いなどの理由で拒否されるとしたら、人権上の問題があると思いますし、行き場を失った子どもはいったいどうなるのでしょうか。親の気持ちを思うと悲しくなります。

また、施設や作業所での暴言や体罰の話をよく耳にしますが、職員もこの子のためと思って、熱心に指導してくれているのでしようし、夢にも人権を侵害するなどとは間違っても思っていないでしようが、重度の知恵遅れの障害者が体罰でよくなると、いったい誰が信じるのでしょうか。この古くて新しい問題を解決する手だてではないのでしょうか。

私は結局、障害者と直接関わる個々の職員が、常に日々の取り組みの中で障害者を一人の人間として尊重し、対等な関係を保ち、常に人権を意識した対応の中で人権が守られて行くのではないかなと思っております。また、子どもの権利を守るべき立場の親が、子どもの権利を侵害しているケースもいろいろな場面であると思いますが、中でもよく耳にするのが年金の問題ではないかと思えます。

私の子どもは児童なので年金はまだ受給しておりませんが、重い知恵遅れの障害者の場合、本人の財産であるべき年金を、必要に応じて適切に消費することが困難であります。

従って一般的には、親つまり保護者なりが本人に代わって年金を管理し、財産を守ってあげる必要があるのですが、残念ながら一部の親の中には、その年金を子どものために正しく使っていないという話が周囲から聞こえてくるわけです。

私の知っているケースの中で、両親が亡くなった後、障害者の姉の年

金を妹が管理することになり、はじめのうちは引き取って面倒を見ていたのですが、そのうち障害者の姉を生活寮に預け、年金は妹が管理することになりました。ところが姉が利用している生活寮の寮費を滞納じつづけて請求にも応じないので、役所と相談して年金の振込先を変更したというケースもあります。また、施設に子どもを入所させていて生活保護を受けている家庭なんです。子どもの年金の大部分を家庭の生活に使っている親等、何か釈然としないわけです。その他、施設に預けた子どもにも満足に面会に来ないで、年金だけはしっかり受け取っていく親がいる。

私は一部の親とはいえ、あってはならないことだと思います。他の親まで色メガネで見られることになりかねません。年金が貴重な税金でまかなわれていることを一人ひとりの親が深く自覚し、正しい取り扱いを心がけるべきではないかと思います。そうでなければ親が子どもの権利をいくら主張してみても、その声は無力になってしまうと思うのです。

次に重症心身障害者の自立を考えてみた時、重症者といってもその障害の範囲が広く、障害の程度や内容、能力等に個人差があり、画一的に自立を考えることは無理があると思います。しかしその障害がどんなに重くても一人の人間として生まれたからには、自分の意志や力で社会と関わりを持ち、生活を切り開いていきたいという欲求は自然であると思いますし、その欲求は十分に尊重されるべきであり、その可能性を追求する取り組みは、自立につながる大切な架け橋になると思います。

重度の知恵遅れのケースでお話をさせていただきますと、従来重度者は施設処遇が中心に行われていたと思いますが、近年地域福祉が叫ばれ、重い障害者でも可能な限り地域社会の中で生活させるべきだという考え方が、行政・福祉関係者等から示され広がりつつあるようですが、そのための具体的な対策が一つの課題になっていると思います。

今日更生施設でも脱施設化に向けた取り組みの中で障害者の自立を模索し、小規模作業所やグループホームを運営している所も出てきておりますし、また本年より、一部ではありますがグループホームの制度化が実施をみたことは、地域福祉に向けた国の強い意欲を感じるわけです。

私は重度者も含めて、障害者の地域生活を支える場として、生活の場と福祉的就労の場（重度者の場合は生きがいの場、社会参加の場）の2本の大黒柱がまずあって、その他余暇・文化活動の場、そして医療の場が支柱になって地域生活を支えることが出来るのではないかと思います。従って最低限2本の大黒柱である生活の場と福祉的就労の場の2本の柱の整備が、自立を進める上でキーポイントになるのではないかと思います。それが小規模作業所であったり生活寮ではないだろうかと思えるわけです。しかし、現在の小規模作業所や生活寮は重度者を処遇する態勢が不十分な面もあり、条件整備が必要ではないかと思われま。

親の会が運営する小規模作業所においては、重度者も増えてきている状況の中で、苦しい財政事情をかかえながらの運営を余儀なくされ、親がボランティア活動をして運営を支えているような状況です。

しかし通所者の表情は明るく生き生きしている姿は、社会参加の場がいかに大切であり、生きがいをもたらすかを教えてくれています。

親の会の作業所に限らず、市内の小規模作業所のほとんどは、資金面

で苦勞していると聞いていますが、いつまでもこのような状態を続けていっていいはずはありません。今後重度者が増えることにより、現在の職員体制では指導・教育面で不十分な面もでてくると考えられますし、生産性を望むことも期待できなくなりますので、その点を配慮した条件整備が必要になってくることは必然で、援護対策が強く望まれるのではないかと思います。

また、小規模作業所は重度者が利用しやすく、通所の負担を軽減する上でも地理的条件を配慮し、各地域に設置されることが望ましいと思いますし、重度者の場合は付添いも必要になってくると思います。親や家族が協力出来るうちはいいのですが、親の高齢化や何らかの事情が発生した場合、通所が困難になる場合も考えられますし、その場合、付添い等の対策が今後必要になってくるのではないかと思います。

また、家庭や施設に代わる生活の場としての、生活寮やグループホームが地域に設置されつつあり、障害者の地域生活を支えています。親の会で運営している生活寮の利用者の中にも、重度の知恵遅れの障害者があり、日中は共同作業所に通いながら地域生活を営んでいるケースもあります。今後はより自立を促す上で、生活寮やグループホームの増設が望まれると思いますが、現在の生活寮は運営面でも課題が多いと聞いています。民家を借用している所が多いので、家賃が大きな負担になっています。従ってその負担の軽減を図るために、小規模作業所とドッキングさせて必要な諸経費を折半しているところもあるわけです。また寮母が1名体制ということもあって、寮母の公休の代替財源の課題もあり、苦しい財政事情を抱えながら運営されている実情です。

本年度から一部のグループホームが制度化されたということですが、まだまだ制度の対象になっていない生活寮も多い中で、今後制度化の拡充を図っていく必要があると思いますし、また、家賃の負担も大きいことから、公営住宅の利用等も検討されるべきではないでしょうか。

重度障害者の地域生活・自立の促進を図る上で、今後グループホームや福祉的就労の場の整備拡充が一層重要になってくると思います。

今まで重度の知恵遅れのケースをお話ししてきましたが、重症者の中でも重症心身障害児施設に入所しているような、つまり私の子どももそうなのですが、障害が極度に重く更に医療を必要とする重症者の場合、一般的な社会自立や就労自立は極めて困難であり、考えにくいと思いますが、可能な限り地域社会の中で生活をさせるための取り組みが大切だと思いますし、その取り組みは自立につながる重要な過程にはかならないと思います。

そのためには障害の軽減、治療のための医療やリハビリテーションが大切な役割を果たすでしょうし、地域生活を可能にするための療育体制が整備されることが重要になってくると思います。

聞くところによりますと、先ほど江草先生のお話にもありましたけれども、重症心身障害児施設にも国の施策としてモデル的に通園事業が実施を見るに至ったことは、施設内処遇中心であった重症児対策も、一つの変革期を迎えているのではないかという感じがいたします。

通園事業等が整備されることは、重症者の生活範囲を広げ、地域生活を促進することにつながると考えますし、親の選択範囲を広げることも

なくなると思います。また、施設入所者よりはるかに数が多いといわれる在宅重症者にとっても大きな励みとなり、期待が寄せられているのではないのでしょうか。

在宅生活可能な入所者にとっても、在宅福祉を身近なものにするよすがになると思いますが、しかし親にとっては在宅生活をさせる上での不安材料もあり、療育における条件整備が必要になってくると思います。

一つには施設から出て将来何等かの事情が発生しまして、家庭内の療育が出来なくなった時、再入所が出来なくなるのではないかという不安があると思います。また、重症者の場合病気に対する抵抗力が弱いこともあり、医療的な問題が起きたとき重症者ということで、他の医療機関から敬遠されるのではないかという不安が考えられると思います。

従って親が持っている不安材料を解消するための療育体制が整備されることにより、重症者の地域生活・在宅生活がより可能になっていくのではないかと思います。重症者の場合は専門的な療育機関である施設とはその持っている障害の性格から、施設と切り離れた在宅生活を考えることは難しいと思いますので、今後施設が更に機能を拡充し、地域生活・在宅生活を支え、地域の中で中核的役割を果たす専門的な機関としての真価が求められてくるのではないかと思いますし、そのための療育活動が自立への足がかりとなっていくのではないかと思います。

また、重症者に限らず障害者の地域生活を支える存在として、地域住民の理解が大切になってくることはいまでもありません。従って地域住民の理解を図るための活動、例えば町内会の行事に積極的に参加するなど、地域住民と一体となり、よきパートナーとしての関係を築くことが、人間関係を豊かにし、地域生活を安定させ、実りのあるものにしていくのではないのでしょうか。

障害者の地域生活が進み生活範囲・行動範囲が広がり、豊かな生活がなされることは大変結構だと思いますが、それに伴い今までに考えられなかった新たな人権問題が起きて来るというような事態も考えられると思います。障害者の自立と人権問題は、表裏一体であることを深く認識し、周囲の者が注意深く見守ってやる必要があると思います。

終わりになりますが、私は今月10月13日の夕刊の記事を見て、大きな衝撃を受けました。隣の江別市でおきた事件なのですが、「乳児の障害者に殺す」という見出しが飛び込んできたからです。

皆さんもご記憶にあると思いますが、27歳の母親が生後1カ月の長女の首を絞めて、自分も手首を切って自殺を図った事件です。長女は生まれつき唇に障害があり、普段からこれを気にし、将来を悲観した結果の犯行という内容の記事でした。

私が衝撃を受けたと申しますのは事件そのものもそうなのですが、障害児を持つ同じ親として、自分の過去にこの母親の気持ちを重ねてみたからにはかなりません。この母親は人権以上の尊い子どもの命を奪ってしまいました。しかし私は障害児を持つ同じ親として、過去に一度として心の中で思いあたるふしかなかったとは断言出来ません。

今回の事件を教訓にどんなに重い障害を持って、一人の人間として尊重し、より障害者の住みよい社会を築き、二度とこのような悲劇が繰り返されないよう皆様と共に努力してまいりたいと思っております。

司会 有難うございました。施設の運営のあり方・職員のあり方、あるいは親としてのあり方、最後は制度、そしてまた再び制度の中における新しい問題を指摘していただけたと思います。

これで一通りの発表が終わったわけですが、シンポジスト4人の方々、特に補足もしくは説明を要するものがございましたら、できるだけ短くお願いをしたいと思います。

先生方、いかがでしょうか。よろしゅうございますか。それではここでちょっと休憩をいただきたいと思います。5分程度ということでお許しをいただきたいのですが、その間に質問・ご意見がありましたら、用紙にお書きになって係の者にお手渡しいただきたいと思います。

( 休 憩 )

司会 それではさっそく再開したいと思います。フロアから書面でご質問をいただいたのはお三方です。それぞれお答えをいただけるだろうと思いますが、終わりましたからディスカッションをしたいと思いますので、そのとき直接フロアのマイクをお使いになってご発言をいただきたいと思います。

まず一番最初に江草先生に対してのご質問でございます。このように書いてあります。「リレーションではカラオケのちゃかちゃかばかりしないで、もっと音楽教育上考慮すべきではないか。これに対するご意見をお願いいたします」ということでございまして、これだけのことで真意はよくわかりかねますが、江草先生にとりあえずは、お答えいただくと思いますがいかがでしょうか。

江草 私が十分な答えを出来るかどうか、大変あやぶむものでございますけれども、「重症心身障害者の権利」という論文に世界人権宣言の内容が紹介してあります。そのうち26番に文化・芸術・科学の享受というのがあります。文化的な生活、あるいは芸術的な生活を受ける権利があるということでございます。

私は、例えばカラオケが下等であるとか、よろしくないという話をしているのではなくて、それが好きな人はそれで結構だけれども、それ以外のものに興味をもつ人もあって当然だし、そうしたことを念頭におく必要があると思います。

例えば、実習におこしになった保育関係の学生さんが、いわゆる今日の音楽をラジオかテープレコーダーかなんか腰にぶらさげて流しながら仕事をしていました。そうしたところが、園生のある女の人が、少し音がやかましいから静かにしてもらえないかといったというのです。じゃあその人は何が好きなのかというとモーツァルトであったそうです。これはどちらがいいか、悪いかではなく、人にはそれぞれ考え方や興味に違いがあるものです。この違いを大切にしなければならないのです。

したがって、ただいまのご質問をいただきましたことのお答えにならないかもしれませんが、家にいるか、通園をするか、施設に入所するかの選択だけではないと近藤さんがおっしゃったけれども、その通りでありまして、施設の中でさまざまな生活にも選択が可能である、みず

からの個性を主張する権利があるのでないだろうかと考えております。以上でございます。

**司会** よろしゅうございますか。それではもう一つでございます。これは村田さんへのご質問だと思いますが、「障害者の意志表示をどのように先生はとらえられようと考えておられるか、お話下さい」という旭川療育センターの河井さんからのご質問です。どうぞお願いします。

**村田** 大変難しいご質問です。先ほど私がちょっとお話しました、例えば委任状に署名・捺印することの意味、いわゆる法律行為をすることの出来る能力と、そういうものがございまして、その能力があるかないかという判断は、法的には最終的には裁判所が判断をくださいますから、それが出来るかという判断になってくるわけでありましてけれども、その面で法律上の意味あいからすれば、どっかの時点でそれは明確に出さざるを得ない場面がくるんです。

しかし障害者自身がどういう意志表示の方法をとるか、要は彼はこういうふうな方法でこういうことを言っているんだと、それは逆にそういう意志伝達とか表現の仕方を、なるべくその弁護士に教えていただきたいという感じがします。

要は弁護士は障害者の個々人に接触して、事件がはじまりますと何度か接触するわけでありましてけれども、最初はわからないわけでありまして。そういう現実がございまして。従いましてこの担当する弁護士に対しまして、この子はこういう表現で意志表示をしますとか、とにかく弁護士に勉強させていただきたいと思っております。弁護士は事件によりまして、初めて体験をしていきます。

確か西の方だったと思っておりますけれども、耳の不自由な方の事件を担当した弁護士が、コミュニケーションの難しさ、この人はイエス・ノーと言っていることを、本当にその質問に対してイエスと言っているのか、ノーと言っているのか、なかなかそれを理解することは難しいということで、その事件を通していろんなことを体験されていったことを述べておられましたけれども、私自身は障害者の意志表示につきましては、私自身が車椅子ですので、私と同じ状態の人は分かりますけれども、そうでないと私にも理解を越えるものは多々あるわけでありまして、やはりそういう場面ではいろんな情報を弁護士に提供してほしい、教えていただきたい。

それによってこの方の意志表示はということなのか、本当にこの人が思っているのはということなのかということ、その勉強の中でいろいろ考えていくことにならざるを得ないと、私は思っております。

お答えになるかどうかは分かりませんが、そう思います。

**司会** 有難うございました。弁護士が本人の意志を正しく受け止めてそれに従った弁護士活動が出来るようにするには、私達障害を持っている人達のもっとも近い距離にいる人間が、その弁護士に正しい情報を提供することが必要だということだったと思っておりますが、よろしいございますか。

それではもう一つ。これは大変優しい高松先生からの、きっと昨日のシンポジウムでもそうでしたが、もしあまり質問が多くなかったらこの質問を提供しますということで、頂戴をしました。

二つございますので、シンポジストのどの先生でも結構でございます。コメントをいただければと思います。

一番目、「親すら子どもの権利を侵害する場合もあると、こういうことが現実にあるとするならば、地域の中に何等かの障害者権利擁護の組織、機関等の設立が必要ではないだろうか。もしそうであるならば、それをどのようにして、どんなものを考えたらいいのか教えて下さい」。

これが一つ目のご質問です。

二つ目は、「よく権利は義務と裏腹だ。義務も果たせずに権利ばかりを主張するのはけしからん、というような本音的文句(?)に出会うことがある。これに対抗しうる理論を教えてください」 こういうことですが、いかがでしょうか。

4人のシンポジスト、どなたでも結構でございます。

それではまず村田さんから。

**村田** 権利擁護のお話が出ております。私は先ほど10年前のささやかな体験をお話しました。その時に一弁護士では、とにかくまだまだ手が届かないと。皆さんの協力でこれをどうしていくか考えていかなければならないというふうに、私はその時思いました。それがどういう形であるかまだないわけですから、これから皆が知恵を出し合って考えていかなるを得ないと思います。

実はご承知かと思いますが、63年の12月に東京都の心身障害者対策協議会というところが、“東京都における精神薄弱者等対策の当面する課題と今後の施策の展開について”という提言をしております。この提言は私自身、大変関心を持っておりまして、その10年前に自分自身で悩み考えたことの、何か具体的な一つの提言が見えはじめたのかなという気持ちを率直にしております。

この提言が今後どういう展開をしていくのか、深い関心を持っていききたいと思っておりますけれども、これから皆で知恵を出し合いたい。本当に痛切に思っております。

**岡田** 有難うございます。東京都の提言の中に一つの大きなよりどころがあるようでございますね。

その次の問題です。権利は義務と裏腹だと、こういう本音的な文句をよく聞かれるけれども、これに対抗しうる理論を教えてくださいということでございますが、これはどうでしょうか。

**江草** 権利と義務というのは裏腹であるということですが、重い障害をもった人が義務を十分に果たさず、権利だけを要求しているではありません。

先ほど申し上げましたように、存在することにおいて意義あるだけになしに、存在し続けることは大きな意味があります。同時に存在することによって起きる、なにかを他に与えるものがあるとするならば、すば



らしいことです。ことに、人間存在の意味を教えたとすれば十分すぎるほど義務を果たしたことになると思っております。

したがって私は、非常に重い方、ともかく生きているだけでというような状態だと人に言われても、それは生きているだけではないのであって、生きていることの意味をいろんな形で示し、周囲の人々に生きる意味を伝えています。

例えば、比較的最近、私達とともに働いておりますある医者のおさんが脳梗塞で、意識不明の状態が続き、ICUで約3カ月生活をされ亡くなられた。お葬式がすんだ後におみえになりまして、私におっしゃった言葉は、「生きているだけでよかった。今私は空白だ」とこうおっしゃったんです。

生きていることだけでよかったという言葉は、生きているだけの状態であるその方が、どれだけ限らないものを人に与えていたかを示していると思います。

それからもう一つ、私は重症児を守る会の大会の時に話させていただいたのでありますけれども、お互い人間はすべてそうなんです、表面上見ておるものと、今まで見えなかったものがある日から見えるようになったという経験をすることがあります。

見えなかったものが見えるようになるのはどういう時かという極限におかれた時が多いようです。癌で大きな手術をなさった方が、手術がすんで、少し状態が良くなった時に、窓の外に葉っぱが舞っているのを見たり、空の青さを見て、今まで見た葉っぱと今まで見た空とは違う葉っぱ、そして青空に見えたとおっしゃっていました。今まで見えなかった物が見えるようになったと、というような事をおっしゃっておりました。やっぱり私は、重い障害をもった方がそれなりに生活を続けていることが、実は多くの人々に見えないものを見るようにしてくれた、といえるのではないだろうか。

こう考えると重い障害者は大きな義務を果たしているのであるというふうに思います。問題はこうしたことを受信するアンテナが人々にあるか否かが問題なのではないかと思えます。

司会 ありがとうございます。近藤さん、なにかお話し下さい。

近藤 私、質問をお聞きした時に、つい、ああこれ職員の事かなと思えました。ちゃんと働かないと権利がないのだという意味に思っちゃったんですけど、すいません。

まったく江草先生のおっしゃる通り、義務を果たしてその上で権利を獲得しなくちゃいけないんだという言い方は、少なくともここにお集まりの方達の中にはないはずですし、私達は施設で長いこと子ども達と過ごしてますと、もしこの子ども達に出逢わなかったらというようなことを、随分たくさん教えられますし、自分の人生観といいますか、生活観みたいなものを変えさせられていることが多いので、それだけでも充分障害のない人達に障害のある人達が、義務をきちんと果たしているというふうに常々思っています。

司会 有難うございました。きっと高松先生もそんなことは百も承知でお聞きになったと思うんですが、腹の中でホクソエンではないかと思えます。また、後で高松先生ご意見ありましたら伺いたいと思えますが、以上、書面でいただいた質問・ご意見は終わりました。

フロアの方々どうぞ率直にご質問・ご意見ございましたら頂戴したいと思えますので挙手お願いしたいと思えます。いかがでしょうか。

今日の問題は確かに大変難しい問題だと思えますが、よくよく考えれば素朴な問題として、もう一度受け止めていただければと思えます。

私共がこの世に生きていて、たった一回の人生でございますし、自分の人生は誰のための人生でもありません。ご自分で大切に作る人生です。

それが障害を持っている、持っていないということによっていろいろ差が出てくるならば、それがいつか自分が、やはり差を感じなければならぬ時が来るに違いないと思えます。そういうふうを考えれば本当に素朴な問題だと思えます。

障害を持っている人、特に意志表示が乏しい人についていかがでしょうか。悩んでることでも結構です。例えば施設の職員でしたら、選挙をどうしていったらいいのか。あるいは二十歳を迎えた人に、入所の意志を問わなくてもいいのか。あるいは年金証書は本人宛にくるけれども、ハサミを持ってそれを開けることが出来ない人は、誰が開けてあげるべきなのか。開けることが許されるのか。こんなことでも結構です。

フロアA 広島県の県立身体障害者リハビリテーションセンターから来ました久保田と申します。特に重度の方の問題ということになると、どうしても一般的ではないというか、福祉を語る時にどうしても専門家だけの話しになってしまって、今日みたいな討論というのは、一般の福祉というものに関心がない人に、ものすごく聞いていただきたい感じがするんです。

そういった意味で、日頃健康ということを楽しんでいるような人が、特に重度の方の福祉ということを考えない限り、何も変わっていかないような感じがするんです。そういう意味で、そういった人を巻き込んで展開していくための工夫とか、もっと若い時期というか、教育の中に、もっと重度の障害を持っておられる方に対する人権とか、子どもの時期からずっと教えるような教育があってもいいと思うんですけど、そういうような教育というものがないような感じがします。そのための工夫というのが必要じゃないかなというふうなことを漠然と感じております。そういうことに対してご意見を伺えればと思えます。

司会 有難うございました。今のご質問に関連して、私の方が今日申し上げることを失念しておりまして、大変恐縮でございますが、この2日間のプログラム中で、このシンポジウムだけは事務局、並びに実行委員長長の忍先生の強い発案によりまして、一般市民に公開するという形をとっております。

今日は大変天候が悪いために、一般市民の方がご参加いただけたかどうか、分かりませんが、あくまでもこの問題は本当に全ての人の問題という認識が私共にございまして、このシンポジウムは是非公開に

したいということで、特別な扱いを受けていることを申し添えておきたいと思います。

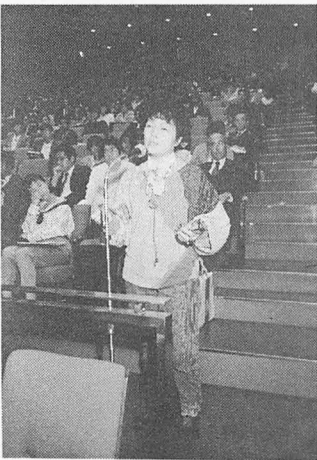
今のご意見、あるいは問題指摘に対して、シンポジストの方、何かおっしゃっていただけますか。

**佐々木** 重度の精薄にしても、障害者の養護学校というのは独立してあるわけですが、障害者だけを集めた集団の中で教育をすること自体が、やはり教育上、一般の障害のない子どもたちにとってなかなか理解が進んでいかないんじゃないかと、私はそう思うんです。

ですから独立校でなくて出来るようなことなら、現在普通学校の中に養護学級が設置されていますけれども、そのような体制を拡大していくことによって、障害を持たない人達も、そういう障害者に対する思いやりだとか、そういう理解が進んでいくんじゃないだろうか。今の体制ではどうしても障害のない人達は、障害をもった人達と余り触れ合う機会がないような気がいたします。学校教育の現行の中で、そういうことを解決する意味でも、養護学校を独立校ということではなくて、今の現在ある普通校の中に、どんどん養護学級を増やしていくということが、大切なんじゃないかなと思います。

例えば重い障害者ばかり集めてしまう養護学校に通学することすら、なかなか親も子も大変なわけです。そういうようなことは改善されていくべきではないかと私は思っています。

**司会** 有難うございました。それでは先ほど挙手なさいましたもう一人の方どうぞ。



**フロアB** 栃木県立富屋養護学校からまいりました谷口と申します。昨日から大変感動的ないろいろなお話にふれさせていただいているわけなのですが、教育サイドからの参加者が少ないので大変寂しく思っているところですが、先ほどの先生と似かよった質問かなと思います。価値観の多様化という中で、障害のある方の人権というのを本当に考えていかなければならないと同時に、それを支えたり、サポートしたり、日々を共にする周りにいる人達も、それぞれ自分の人権というのを主張するんですね。特に食事とかトイレの介助について、教職員はどこまでやるべきなのかとか、ここからは仕事ではないというようなことが、だんだん出てきたり、いろいろな考え方が違う。

そして一番私が今まで困ったのは、例えば食事が出来ないというような運動機能障害のある子どもに、ぎりぎりまで食事介護をしないで、前に食事を置いて給食の時間に食べさせないで、皆が食べてる中に置くと、お腹がすいて食べたくなくて手が出て食べるようになるだろうから、僕は介助しないんだということを真剣に考えて、それは意地悪でも何でもなくて、その先生はそういう主張で信念を持って、その場に臨むという方もいらっしゃるわけなんです。

いろいろな考えの違う人達が、一つの大切なものに向かって歩みを進めていかなければならない時に、時間の流れは決して逆に流れない一つの方向を着々と流れていくように、人もいろいろなものに向かって一つ

の方向を向きたいと思うんですが、どういうふうにしたら、周りにいる私達が共通の意識で歩みを進めていけるようになるだろうか。いろんな価値観がありまして、多動の子どもをぎっちり縛ってしまって固定することで教育するとか、後ろからついていってあげて職員がここを留守にってしまうようでは困るから、大義名分が立っているんですが、ちょっと悲しいという場面にだいたい出会います。だけどその人はその立場でしっかりした考えを持ってやっている人だということになったら、どうしたらいいんだろうか。

こういう本当に困る現実的な問題の中に立たされておりますので、社会的にいろいろの方の立場からそういうものを少しずつでも溶かしていくような、何かうまい方法を教えていただきたいと思います。

**司会** 学校の先生のそれぞれの考え方の違いから起る問題を、どう統合したらいいか、調整したらいいかということだったと思いますが、これはどうでしょうか。シンポジストの方々にお聞きするのは、やや残酷な気がいたしますが、かつて教育委員長でもあられた江草先生にまずは伺ってみましょう。

**江草** お返事をするのが難しいおたずねですね。人がいろんな考えを持つこと、これは自由ではあります。しかし学校教育という枠内でやる以上は、少なくとも公的にサービスする立場から離れることは出来ないでしょう。社会福祉施設であっても同様ですね。その場合には自由といってもおのずと限界があるのではないのでしょうか。いろんな考え方の人がいるとスーパーバイズする校長とか、教頭とか、あるいは主事という人が調整なさらねばならないと思います。

言葉が適当ではないのですが、自由といってもやりたい放題ということではないでしょうし、それを価値観の多様化という言葉で説明するのはいかがなものでしょうか。考えることは自由ですけれども、プロフェッションの教員としてやらなければならないこと、やってはいけないことはおのずとあると思います。

言葉で人を非難することさえ、それが人権の立場から問題なのですが、縛りつけてというようなことはちょっと考えにくいですね。

私も今、お話したように教育委員をしばらくいたしましたし、現在も県の就学指導委員長をやっておりますけれども、そのようなことは全く聞いたこともないし、また私共の施設がお世話になっている学校では、そのようなことは全く考えられません。

先生がおっしゃったことが事実だとすれば、職員一人ひとりの問題であると同時に、スーパーバイズするはずの教育の責任者の方々の奮起を促したいと思います。

**司会** おそらくこの問題は、先ほど近藤さんがご指摘になった、児童期のうちから子どもの人権を本当に大切にするための準備、その中の一つの大きなファクターに職員問題があるというようなご指摘になりましたが、そういう意味で近藤さんに今の問題について、やはり管理者としてもお話しただけだと思えます。

近藤 はい。まず仕事の内容でどこまで教職員の仕事で、どこまで介護員の仕事で、どこまで給食のおばさんの仕事で、私達のように学校も、施設も、知恵遅れの子ども達、障害を持っている人達と一緒に過ごしているところの職員は、たとえそれが大学院を出ていようが、博士号を持っていようが、仕事はどんなものでもみんなでやらなくちゃいけないというふうに思うんです。

もし粗相の始末がいやだとか、食事を食べさせることが嫌だという方は、即刻、職業をお替えになったほうがいいのではないかというふうに、私は私の施設で職員に申し上げます。なるべく早い期間、なぜなら子ども達から告発してくるということは、まずあり得ないわけです。

多分縛られて先生がその間に用事をなさっていても、食事に手が出るまで待たされても、本人から全く訴えがない。「先生その方法は間違っているではないか」と言って来る人が何人いるでしょうか。だから仕事の内容というのは、どんなことでもやらなくちゃいけないという信念を持ってとは言いませんけれども、少なくとも好きになっていただいて、子ども達が教育を受けたり、生活したりする仕事は校長であろうとみんな関わらなくちゃならないというふうに思います。

それから先生のところは、皆さんでなかなかご意見が統一されないようですけれども、やっぱり校長先生のご意見とか、そのスーパーバイズのあり方にもよると思うんですね。ただ学校は私もしょっちゅういろんなところで関わりますけれども、2年とか3年で管理職の方達が異動してしまうということがありまして、それに付随して更に現場の先生達も異動すると。それにはそれなりの理由があるようですけれども、どうも単発的にと言いますか、かなり短期間で障害児の本質をきちんと捕らえなければいけない。そしてそれに更に療育をしなくちゃいけないというには、ちょっと期間的には短い。滞在期間が短かすぎるんじゃないかと思えます。だから管理の役にある校長先生もスーパーバイズ出来ないで、次のところに移ってしまわれるということになりがちではないかと思えます。

それから先ほど三番目の、親すら子どもの権利を侵害するというような、地域の中に何かそんな権利擁護のためというような質問が出てきたけれど、それと同じ様な事で、どうでしょう、父兄の方が参観にいらっしゃる時とか、主事さんがいらっしゃる時も、そういう事実がそういう時にありますか。ないと思うんですね。そこがやっぱり私達は気をつけなければいけないことだし、そうあってはいけないと思うんですね。やっぱりもっと抜打ちでオンブズマン制度みたいなことは、この頃また言われてますけれども、そんなものが学校にしょっちゅう入るべきだと思えますし、ご父兄がどんなときでもどんな時間でも、自由に授業を見学出来るようなオープンな学校になっていただかなければいけないと思えます。

施設の方を自賛するわけではありませんけれども、むしろ施設の方が、そういう点ではオープンではないかという気がします。もし反論がありましたらいただきたいと思えます。

江草 ちょうど今思いましたんですけれども、何かにこんな事が書い

てありました。お役人の話でありますけれども、係長さんは勤務して3カ月するとその仕事を呑込み、課長さんは3日で呑込むそうです。

校長先生、教頭先生も早く呑込んでスーパーバイザーとして原則を大切に、方向を間違わないよう指導してもらいたいものです。先生がたが非常に苦しんでいることは、よくわかるのですが、元気を出していただきたいと思います。

**司会** 質問された方に十分お答えできたかどうか分かりませんが、一旦これで終わりたいと思います。他にいかがでしょうか。

**フロアC** 岩手の知恵遅れの大人の人の施設の施設からまいりました。指導員をしております。

東京都の提言というお話がございましたが、権利を自分達が主張した場合に、きちんとした伝える方法ということが問題になってましたが、きちんとした方法で弁護士さんに、もし指導を受けられてる人達、入所者と私達は呼んでますが、その人達が訴えた場合に、おそらく真先に訴えられるのは、施設とか行政とか、先程から出ていた親ではないかなと、私自身、変な考えかもしれませんが思うんです。

というのは、私はこんなところに入りたくなかったのを親が入れた。それからこんなところでの生活ではなく、私はもっと違った生活をしたい。というような形で考えていった時にです。それが施設の生活について訴えられることにはいろんな配慮をすれば、その部分では心配することはないかなと思いますが、自分が望むべく人生ではない方向に仕向けてきたのは誰だということを、弁護士さんにきちんと伝えて、訴えが起きてきた時に、一番真先というのは、やっぱりどうしても毎日関わっている施設関係者になるんじゃないかという気がするんです。

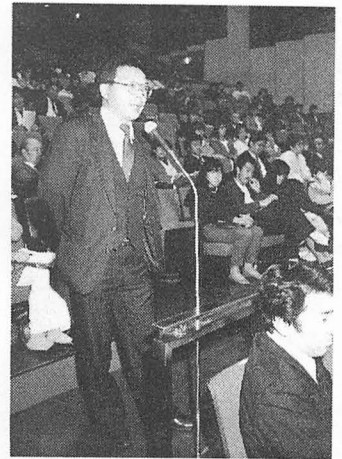
そういった時に私達はきちんとした考えを持って、その人達にきちんと納得していただくような、常日頃の指導なり、考え方なり、心構えなり、もしそんな時代が来たら、多分来るとは思いますけれども、私達が常日頃どういった心構えを持って運動を進めていったらいいかということをも、もしよろしかったらお聞きしたいんですけど。

**司会** これはどなたに伺いましょうか。それじゃ江草先生が、今から5分以内にもうここをお発ちになりますので、先にお願ひしましょう。

**江草** ありがとうございます。本当に私も施設の団体の責任者として、ただいまのお話は身にしみます。最善であったかどうかは、その時その時にはわからなくて、かなり時が経過してはじめてわかるものです。

したがって、深刻に最善という言葉を考える必要はないんじゃないか。むしろそれよりか、日々、最善を求めて幸せに過ごせるように努力を傾けているかどうか大切だと思うのです。

次善の策だと思ったことが、実は後になってみると最善であるとは、しばしばお互いに経験することです。したがって私は入所している方の生活の一日一日を「かけがえのない存在」を大切にするという原則の下で見守るという視点を見失わないようにしていくことが重



要だと思えます。

未来の夢を語ると同時に、今日の生活を確かなものにすることが必要です。怯えてしまって、不安定な心境で日々を送るのではなく、確信をもって、一人ひとりの「生命の尊厳」を具体的に実現するようにがんばって下さい。

司会 村田さん何か東京都の提言に対してコメントございますか。

村田 提言についてのコメントは特にはないんですが、今おっしゃったフロアの方の、私の個人的な意見としまして、私驚きまして、もし弁護士として関わったら、そういう事件がくるのかと、真先にそういう問題が来るのかちょっと驚きます。

私も若い頃からいろんな、いわゆるリハビリテーションセンターとか、更生指導所とか施設で入所の体験がございます。その間受けたいろんな職員の方、ケースワークの方、PTの方、OPの方、いろんな方から援助を受けました。そして今日があるわけでありまして、その方達は本当に一生懸命障害者のことを考え、やっていただいたと私は思っております。そしてそういうあったかい気持ちでいろいろサポートしていただきまして、施設を出て、自立に向かって、なんとかよちよち歩きでしたけれどもやってきたわけでありまして、やはり本当に一生懸命障害者のために全力投球をなさってる方々がたくさんおられることも私もよく存じあげてるし、それを信じておりますし、なるべくそういう事件が弁護士の手元に来ないように、本当に祈っております。

司会 有難うございました。それじゃ他の方どうぞ。

フロアD 札幌の足立と申します。村田さんをお願いしたいんですが私も最近まで知恵遅れの成人施設に勤務しておりまして、その中で体験したことでお尋ねし、ご意見をうけたまわりたいんですが。

私がいた施設でも社会自立ということで、巣立っていった人がいまして、お二人とも知恵遅れの方で結婚されまして勤めておったわけですが、そういう生活を送りながら、買物とか、自らお二人なさるんですけども、あるとき何とか真綿というふとん屋さんが営業活動にまいりまして、相当高い何十万もするようなふとんを買ってしまったと。この方は年金と企業からの所得で生活しておるわけですが、相当高いものを買ってしまったために、当面生活が困るということになってきてまして、私達が巣立った人なものですからアフターケア的に時々ぞいたりはおったんですが、買ってしまった後だったんです。

契約がきちっと成立しておりまして、どうしようもいたしかたないと結局は買っちゃったんですが、その時私を感じたことは、一般的な問題としてですが、こういうようなケースの場合、初めから先ほど先生がおっしゃった民法上の準禁治産者とか禁治産者の、家庭裁判所を通して宣告を受けておいた方がよかったのかと思ったんですよ。ところが、親はそういう宣告は好まないということなものですから、こういう場合、行為能力は実際あるわけでしょうから、そういう宣告を受けない以上はこ



ういった問題は、これから社会自立をしていく人達にしばしば起こって  
くと思うんですけども何かいい手当がありましたらお聞きしたいん  
ですが、法的な立場からお願いします。

司会 はい、有難うございます。では村田さん、どうぞ。

村田 禁治産・準禁治産の宣告という問題ですけども、私は一人の  
障害者として、これはかなり感情論も入っておりますけれども、宣告を  
させたくないという気持ちが非常に強いんです。

実は私も法律相談をいろいろやっておりまして、その宣告の申立てを  
したいというようなお話もたまにあるんですけども、なるべくさせたく  
ない。他の方法で権利擁護が出来れば、そちらを何とか使ってやりた  
いというのが私の本音であります。

しかし現実には、契約等でその障害者自身が大変な損害を受けるとい  
う場合には、ある時期ふみきらざるを得ないことがあるかもしれませんけ  
れども、私は心情的にどうも避けたいもんですから、まだ禁治産・準禁  
治産の宣告の申し立てを自分の手ではやっておりませんが、その  
ためにも先ほどからちょっとでておりますように、何とか権利を具体的  
手順を、民法の禁治産・準禁治産ではなくて、何か探せないかというこ  
とが私の関心事なんです。

従って前もってやっておくということは、いささか抵抗があります。

司会 有難うございました。含蓄のある言葉だったと思います。  
ほかいにかがでしょうか。

フロアE 神奈川県のリハビリテーションセンターの七沢更生ホーム  
に勤めております生方と申します。三点ほどお伺いしたいのですが。

まず一点は今回、人権と自立生活というのが中心になっていると思う  
んですけども、人権ということと関わりがあると思うんですけども、  
精神発達遅滞の方の施設、あるいは重身の施設、身障もそうだと思う  
んですけども、多くの施設の中で職員に対して先生という言葉をよく  
使っているわけですね。

自立生活を考えるとか社会に出るとか、そういうものを前面に真面目  
に話をしている中で、施設の中で依然として職員と入所者の関係の中で  
先生という言葉を使っているということは、私は個人的にすごく疑問を  
持っているわけです。私、精薄の方はちょっと分からないので、その実  
態はどうなっているのか、どうして先生というか意味をきかせていただ  
ききたいなと。あるいは能力的なことがあって、個々の名前を覚えられ  
ないから先生という言葉で呼んでいるのかなというだけでしか私は理解  
出来なくて、その辺のことについて皆さんのご意見を伺いたいというこ  
とあります。

もう一つは、私の知っている重身の施設の中でも、毎日の仕事が非常  
に職員にハードなわけなんです。非常に忙しい中でやっているというふ  
うに私見しているんですけども、その中でよりよいサービス・援助をし  
ていくために、重身の施設が職員の数を増していくこと。措置との関係



とか、そちらへの働きかけが必要だと思います。どうも外へ出すだけでなく中の生活も、もっとうるおわせるための人の数というのも非常に大切だと思うんですけども、そういった議論も出てこないということにも疑問があって、そういった取り組みというのは、どのようになっているのかなというのが、もう一つ知りたいということです。

もう一点について、重身の問題になるとよけいそうなのですが、福祉の仕事全てに職員の質というのがやっぱり問題になるんですけども、特に重身の時に職員の人間性というのかな、それがよけい前面に出やすい。会話の中で非常に多いなと感ずるんですけども、それだけにその人の奇特さといったらおかしいんですけども、そういったものだけによりどころを求めているということはないと思うんですけども、それを脱するような職員のあり方というのかな。もう少し分かりやすく言うと、福祉関係の施設職員というのはどのような人間、あるいはどうあるべきかということについてお聞かせをいただきたいと思います。

司会 はい。3つございましたが、一つ目と三つ目はやはり近藤さんにお願ひした方がいいと思うんですね。二つ目はこれはちょっとお答え出来る人がいるかどうか分かりませんので、後回しにさせていただきます。

まず一つ目、職員を先生と呼ばせているんですけども、それはどうなんだという問題。いかがでしょうか。

近藤 はい。呼ばせている源というか、どこから始まったのか歴史的なことは全く分かりません。ずっと初めの頃の施設は、そのような呼び方をしてなかったんだろうというふうに思います。

ただ北海道の場合は、この呼称についての調査を施設全体でやったことがあります。かなり先生と呼ぶことについて問題になっておりまして、先生と呼ぶのを止めようという施設が多いようです。

それからもう一つは、こちらに対して呼ぶのと同時に、相手に敬称といますか、君とかさんとかそういうものをきちんとつけようというような動きが、もう何年にもなると思いますけれども、人権を守るという立場からもあると思います。

ただ先生というのは、私は施設の中で確かに使われているんですが、じゃあ国会議員の先生というのはどうしてか、というようなたぐいの質問と、どうも同じ様な気がいたしますので、日本的な風習というものもかなりこの中に含まれているのではないかなというふうに考えられます。

私達の所は「おしま学園」の中だけのことも知れませんが、生徒が先生を呼ぶときにキンさんとか、ミッチャンとか、かなりくだけた呼び方を生徒が職員にしております。実は職員同士でそういう呼び方をしているのを生徒が聞いて、生徒から職員に対する呼び方になっているというようなことで、私も機嫌の悪い時にはそういう呼び方を職員にいたしませんけれども、気分のいい時にはたまにそういう呼び方を使ってやることがありますので、おそらく全国のかなりの施設が、先生という呼び方に対して、特に知恵遅れの方の施設でかなり改善がなされてきているだろうというふうに思っております。

それから三つ目ですけれど、非常に難しいんだと思うんです。最後こ

ういう問題を話合って、職員の特質・資質はいったいどういうふうにあったらいいかという話になりますと、一言その人間性の問題だということの後が続かなくなってしまうのが、私達仲間内での話でもあります。しかし心が通うか通わないかということは、障害を持っている側からの反応、その反応のあり方によるだろうと思います。おそらく何人かの職員で一人の障害のある方に関わった時に、一番自分を理解してくれる職員のところに行くだろうと思います。

ですからそれは日常からの心の通った会話なり、介護をしてるかということになってくるのではないかというふうに思っております。

司会 はい。有難うございました。もう時間が殆どなくなってしまいましたので、二つ目のご質問、問題については、私の方から簡単にコメントだけを述べさせていただきたいと思います。

重症児施設に働くスタッフの数が少ないのではないかというご指摘が中心だったと思います。決してそれにこだわるものではないと思いますが、現在、重症心身障害児施設に対する職員比率というのは、他の福祉体系に比べてずばぬけて良くなっております。

それで十分かどうかという議論は別であります。そのために、今むしろもっとも職員体制に不備があるものと指摘されておりますのは、むしろ重症児よりも知恵遅れの施設におきます行動異常を持っているような人達の職員の配置。これが現実離れしたほど非常に低いということが指摘されておまして、こちらを改善することに当面の目標が定まっているというふうに理解をしていただいていると思います。

もう時間がなくなってまいりました。4時には終わらなければなりませんので、これでディスカッションは終わりにさせていただきたいと思っております。

今日は問題提起は大変スタートよくなりまして、皆さんからのディスカッションも非常にホットなものになってまいりましたが、最後にもう時間ぎれということで、しりきれトンボになりそうであります。

私達がこの障害の重たい、特に知恵遅れを中心とした精神機能に問題があるような人達の人権と、その自立の問題を取り上げてみますと、むしろ一般社会は殆どそういった人達の事態を知らないままに、障害者の人権は当然尊重されるべきだと考えておりますし、言葉の上ではなんら一般社会はこういった人達に無理解な態度を示すことはないと思います。にも関わらずこれが今日的な課題を持っておりますのは、むしろ私達のようにこの人達にもっとも近い場所にいる人間に、実はこういう意識がかなり乏しくなってきたのではないかという危惧があります。

かつて親達は世間の無理解に対して、このような子どもだって人間だといって、その権利を主張いたしました。職員達もそうでありました。ところが、その親達や職員達が、今簡単にこの子は何も言わないのだから、何をやってもできこないんだからというような、そういう発想で日常的な業務を、ただ機械的に過ごしてしまっている場合があるのではないか、という反省を感じました。

これから私達は本当に重たい障害を持つ人達を、人として大切にするという旗印があるならば、むしろ自分の中にこの問題をつきつけて、で

は具体的にどうすることなのかということ、これからずっと抱き続けて行きたいと思います。

それが本当に私達に答えを出してくれる唯一の道ではないかと思えます。もちろんそのためには制度も必要です。法律も必要です。設備も必要です。お金も必要です。

しかし、私達が本当にあの人達の代弁をなすというためには、自分自身に対して厳しい自己規制を必要とするのではないかと思います。

そういうつもりで、今日のシンポジウムの締めくくりをしたいと思えます。今日のシンポジウムが結論めいたことはでなかったかもしれませんが、問題の所在を少し解っていただけたらという気持ちでおります。皆様のご協力に深く感謝するとともに、シンポジストの方々に心からお礼を申し上げます。どうも有難うございました。

## 閉会にあたって



高橋 武

道立札幌肢体不自由児総合療育センター  
院長

高橋 2日間大変みのり多い総合リハビリテーション研究大会だったと思います。障害者リハビリテーション協会と今大会実行委員会で主催いたしましたこの大会を、本当に今胸一杯になる思いで終わることが出来て大変うれしく思います。

全国各地から、また北海道のすみずみから集まって下さいまして、皆さんで盛りたてて下さいました。しかも十代の方からうん十代の人まで、皆渾然一体となって、非常によいコミュニケーションがとれているということを感じることが出来ました。これこそ私達がこれから増々広げて、増々立派にしていくリハビリテーション関係者の姿じゃないかという具合に感じました。

地域・共に生きる社会。これからの大きな課題だと思います。ノーマライゼーションに向かって、その理解に向かって、私達は一步一步前進しなければならないという具合に思います。

最後になりましたけれども実行委員会の皆様、その他いろいろの関係者の皆様、どうも有難うございました。

私共この熱い血潮をたぎる思いを来年の福岡県の大会に向けて、明日から一步一步確実に前進していくように努めたいと思います。どうも皆さん本当に有難うございました。

## 次期大会へのお誘い



高松 鶴吉

北九州市立総合療育センター所長

高松 数年前に国鉄がJRに変わったときに、それまで私共西日本という地域、すなわち中国・四国・九州は西日本と言われておりましたが、にわかには東日本・中部日本・西日本・その他の島というふうには、北海道と四国と九州はその他のうちにはいってしまって、なんだこれは日本じゃないのかなど。

北海道はそうは思っておられないかもしれませんが、九州では今まで西日本の一部とっておりましたので、いや九州だよと言われて念をおされた感じで、本州だけが日本かという反発もちょっと心の中でずっと持っておるわけでありませう。

その南の島から、今年河邨先生、稲垣先生が顧問をなさしまして、忍先生、今ご挨拶されました高橋先生、その他実行委員の皆様方が、今年度のこのリハビリテーション研究大会をみのりの大きな大会として無事実行、かつただ今終了されましたことのお礼と、感謝のメッセージをお送りさせていただきたいと思っております。

上りと下りというのはいつも東京が中心でございまして、北からあれば今度は中央に帰り、中央からまた南へと一般的にそういうルールでございませうけれども、来年はその本州を飛び越しまして、北の島から南の島へバトンが受け取られました。

福岡と申しますが、私共は九州としてやりたいと、実は思っております。また開催の場所は九州とは申しますが北のはしであります北九州市でやりたいと思っております。

開催の時期は10月のほぼ同じ時期、同じ程度の会期でやらさせていただきますと思っております。

実はまだプログラムがおぼろげに頭の中に浮かんでおるといふ状態でございます、是非南の島においで下さいとはまだ申し兼ねるところがありますが、帰りまして我々の中で十分練りまして、皆様方にとっても魅力あるプログラムを是非とも組みたいと思っております。

首尾よくそのようなプログラムが実行されるという運びになりましたなら、遠い近いといとわれずには、是非とも北海道の皆様方も多数ご参加いただきたいと思いますと思っております。

今年のこの大会は大変感銘を受けました。

心からお礼を申し上げます。

9:15	受付	
10:00	開会	
10:30	基調講演	北の大地・リハビリテーションの創造 横路 孝弘(北海道知事)
11:15	講演 I	北海道のリハビリテーションの歩みと 21世紀への期待 — 肢体不自由児者を中心として— 河邨文一郎(北海道心身障害者対策協議会会長)
12:00	休憩	
13:00	シンポジウム I	療育技法について考える ●司会 高松 鶴吉(北九州市立総合療育センター所長) ●シンポジスト 御供 真(道立手稲養護学校教諭) 佐藤 剛(札幌医科大学衛生短期大学部教授) 佐久間和子(道立札幌肢体不自由児総合療育センター副院長) 村井 正直(大滝わらしべ園施設長)
15:30	休憩	
16:00	講演 II	北海道における障害児の早期発見・ 早期療育システムの形成について 伊藤 則博(北海道教育大学旭川分校教授)
	講演 III	障害児の後期中等教育の展望 田中 俊也(道立特殊教育センター所長)
16:45	講演 IV	障害者はいま 大野 智也(国際障害者年日本推進協議会広報委員長)
	講演 V	日中リハビリテーションのかけ橋 稲垣 是成(国際障害者年推進連絡協議会会長)
17:30	休憩	
18:00	懇親会	

## ●プログラム 第2日

10月17日火

9:15 研究発表  
実践報告

11:30 講演 VI

車椅子からウイंक  
小山内美智子(札幌いちご会代表)

12:15 休憩

13:15 シンポジウム  
II重症心身障害者の人権と  
自立生活を考える

●司会

岡田 喜篤(札幌あゆみの園園長)

●シンポジスト

江草 安彦(旭川荘理事長)

近藤 弘子(おしま学園施設長)

村田 稔(弁護士)

佐々木 淳(札幌市手をつなぐ親の会)

15:45

16:00 閉会

●研究大会'89と同日程で催された'89コミュニケーション福祉機器展



# 総合リハビリテーション研究大会'89

## [実行委員会]

(委員会発足時役職)

顧問	河邨文一郎	北海道心身障害者対策協議会会長
	稲垣 是成	国際障害者年推進連絡協議会会長
実行委員長	忍 博次	北星学園大学教授
副実行委員長	高橋 武	北海道立札幌肢体不自由児総合療育センター院長
委員	厚谷 純吉	北海道立心身障害者総合相談所所長
	岡田 喜篤	重症心身障害児施設「札幌あゆみの園」園長
	小笠原 愈	北海道教育庁学校教育部特殊教育課主幹
	角谷 繁範	北海道商工労働観光部職業安定課専門官
	草山こずえ	札幌聖心女子学院講師
	後藤 守	北海道教育大学札幌分校教授
	佐々木鐵人	北海道立札幌肢体不自由児総合療育センター副院長
	坂本 秀男	北海道ろうあ連盟事務局長
	鈴木 明子	札幌医科大学衛生短期大学部教授
	福田 修	北海道大学衛生短期大学部理学療法学科助教授
	堀井 繁男	北海道社会福祉協議会事務局長
	諸田 和夫	精神薄弱者更生施設「三和荘」施設長
	吉村 信義	札幌市児童相談所所長
	我妻 武	福祉情報ネットワーク誌メビウスの会代表

## [事務局]

赤井 孝昭	道社協・ノーマライゼーション研究センター所長
村田 正義	同上・調整課長
高橋 由和	同上・主事
伊東 聡美	総合リハビリテーション研究大会'89実行委員会臨時職員

〒060 札幌市中央区北3条西7丁目

北海道社会福祉協議会・ノーマライゼーション研究センター

☎ 011-251-3897



## [編集後記]

『理把美利体処穩』こんな言葉の遊びをしたら、崇高なるリハビリテーションの権威を損うものだとお叱りを受けましょうか。

研究大会の事務局担当の話があったのが、63年10月の初め。開催日までの約1年間は、実行委員の諸先生と大会のもち方、プログラムの構成・内容など、仕事というよりは実に楽しい語らいの集いであり、大きな啓発を得た日々でありました。

もちろん開催にあたっての不安材料も、参加の申込み状況をはじめ、なかったわけではありません。しかし、多くの人々の大きな支えで無事終了することができました。ただただ感謝の言につきます。

参加者の皆様には、12月末までに報告書をと話ししましたが、実質1ヵ月半遅れでお届けすることになってしまい、申訳けなく思っております。

大会にはまだまだ思い入れがあり、報告書にもいろいろ欲張りなことを考えていたのですが、時間の関係もあり、校了としました。

本書の刊行をもって事務局の任を解かせてもらい、また本務に戻ることにします。(赤井)

本道リハビリテーションの歴史は、河邨先生の講演のとおりポリオ対策を基点とするところが多いと考えます。

プライベートな想いを1960年に戻せば、本当に多くの子どもたちの手足の自由が奪われ、その子らの尊い犠牲の上に今日のリハビリテーションが成り立っていることを思うと、背筋が震撼してしまうことがあります。

躍動する筋肉から噴き出る汗の感覚、風の音・波の音、降りそそぐ太陽の光を奪ったものは何だったのか、今は知るすべもありません。

小山内さんは、未来に期待したいと訴えました。21世紀のリハビリテーションを構築していくとき、私たちは過去において、多くの子どもたちの泣き声やお母さんたちの涙があったことを記憶しておかなければならないと思います。

そのために私たちは、もっともっと豊かな知識と鋭敏な感覚を身につけなければならないと思います。

その意味でこの研究大会は、私たちにありあまるプレゼントを与えてくれました。プレゼントはすぐあけてその中身が何であるかを知ることがエチケットだそうです。プレゼンターの皆さん本当にありがとう。(村田)

## 地域・ともに生きる社会を考える

[総合リハビリテーション研究大会'89報告書]

1990年2月10日発行

発行 —— 総合リハビリテーション研究大会'89 実行委員会

実行委員長 忍 博次

事務局/〒060 札幌市中央区北3条西7丁目

北海道社会福祉協議会リハビリテーション研究センター

☎ (011)251-3897

デザイン — クライ・アント

印刷 —— 北海道印刷企画株式会社

# 地域・共に生きる社会を考える

総合リハビリテーション研究大会'09

