

## 〔公開講演会報告〕

### 自立を支える社会とは —— 障害者・高齢者問題について考える ——

福屋靖子

日 時：平成4年10月31日(土) 午後2時～5時

会 場：エーザイ本社5階ホール

主 催：筑波大学教育研究科カウンセリング専攻リハビリテーションコース

司 会：三 澤 義 一（筑波大学心身障害学系教授）

シンポジスト：

1. 安 藤 徳 彦（神奈川総合リハビリテーションセンターリハビリテーション部長）  
医学的リハビリテーションの立場から—成人を中心に—
2. 津 曲 裕 次（筑波大学心身障害学系教授）  
教育的リハビリテーションの立場から—学齢期を中心に—
3. 安 井 秀 作（日本障害者雇用促進協会職業リハビリテーション部長）  
職業的リハビリテーションの立場から—成人を中心に—
4. 福 屋 靖 子（筑波大学心身障害学系助教授）  
地域リハビリテーションの立場から—高齢者を中心に—

#### 司会者による主題設定の趣旨

「自立を支える」社会とは、障害児・者、高齢者、病人などの自立を援助するための十分な条件を備えた社会のことで、その実現のためには医療、教育、福祉、就労などのサービスの一層の充実を図り立体的な支援体制を築くことが大切な要件となる。自立の背後にはハンディキャップをもつ人々がより主体的に生きることを可能にしようとする願いが込められている。その実現のために、それぞれのライフスパンに応じて必要なときに適する援助を受けられるようにすることが大切な問題となる。子供から大人、さらに老人までそれぞれの人格が尊重され、伸びる芽を最大限に伸ばし実りある人生をまっとうさせるにはどうしたらよいか。こうした問題意識の下にさまざまな角度からその方法を探ってみたい。

#### 医学的リハビリテーションの立場から

リハビリテーションの主人公は患者である。リハビリテーション医学は疾患によって起こる障害を大事にし、病気が治療の主体ではなく患者を主体に援助する。

障害に対するアプローチとしては、治せる機能を治したり合併症を予防する機能障害レベル、機能の代償手段である義足、補装具、車椅子などを用いて生活の不便を軽減する能力障害レベル、物理的環境、経済的状況、対人環境の改善によって社会生活ができるようにする社会的レベルがある。機能障害に対するアプローチである合併症の予防は発症直後からの早期リハビリテーションが重要で、それがなされると合併症のために亡くなったり、寝たきりのままの退院で家族が介護のために振り回されるだけに終わってしまう。

脊髄損傷の発生はアメリカでは交通事故が多く若年齢にピークがみられるという調査があるが、日本の最近の調査では若年齢のピークと同じ位のピークが50、60歳代にみられ、これは老化によっておこる骨の脆さのために変形性関節症・脊椎症がベースとなり、酔って階段から転落したり、自転車で倒れただけで脊髄損傷になる人が増えたため、以前多かった炭鉱労働者・建築作業員の転落事故、オートバイ・自動車事故によるものだけではなく、転倒するだけで誰にでも起こる身体障害である。

リハビリテーションは発症直後の集中治療室での救命処置と同時に開始される。早期リハビリテーション

の合併症予防対策は大変重要である。リハビリテーションは多職種のチームワークで行われ、毎日ディスカッションをたたかわせながら意志統一を確実にして援助していく。家族とのディスカッションを早い時期に十分に行い、新たな生活動作をその人に合わせて訓練し、それに必要なリハビリテーション機器の利用や住宅環境の整備を行い、自動車に乗ったり街を歩いたりする訓練も重要になる。リハビリテーションは単に生活動作ができれば良いのではなくて、職業についたり、普通の人と同じように趣味やスポーツ活動で生活を楽しめるような支援も行う。退院指導や外泊訓練やリハビリテーション機器の入手方法、患者会の紹介なども行い、退院後の生活方法について家族にも分かり、協力してもらえ体制になってから退院することが重要である。障害をもちながらの生活の維持のためには継続的な対応が必要で、生活上の問題に早く対処するためには障害者の会が役にたっており、神奈川県では育髄損傷連合会がある。

#### 教育的リハビリテーションの立場から

大学生のリハビリテーションのイメージ調査で90%が暗くて辛くていやなものだと答えた。

障害児教育の対象は特殊教育小学校5万人、特殊学級で8万人で小学部で13万人位である。1979年位から精神薄弱養護学校が急増したが、これは今まで就学免除とされていた障害が重い児童の就学による。大阪市立大学の調査によると、精神薄弱養護学校では、理解がほとんどできない子供が40%、日常のきまりもほとんどできない子供が半分を占めており、このような社会生活能力の低い子供の教育活動としては、生活習慣、態度、意志の伝達、運動機能について教育し、養護・訓練としての各種の技法が用いられている。障害児教育には通級という制度があり、これは通常学級に在籍しながら障害児学級で教育を受ける方法でこの人数が増えつつあり、特に難聴・言語障害児で多くなっている。したがって、障害児教育を専門としない教師も障害児の教育をしなければならない現状があり、今後の教員養成のあり方が課題と考えている。重度の知恵遅れの調査で5割が高校を卒業するが、卒業後の行き先がなくこれが教育リハビリテーションの問題としてあり、地域でどう支えていくかが重要な課題となっている。親の介護の視点からとった調査では8割が外出にも通学にも介護を必要とし、友達と遊ぶことがない、したがって、親がお金を払ってでも望むサービスとしては学校などへの送迎や休日みてくれる人を望む

という回答が多くみられた。

筑波大学の学生に、交差点を渡ろうとしている車椅子の人がいたらどうするか？という質問をしたら半数近くが何かをしたいがどうしたらよいかわからないから黙ってしていると答えた。何故このような金縛り状態になるのかを考えてみると、手を出しちゃいけないのではないかと思込まされているということで、この現実には悲しさを覚える。あなたの恋人、配偶者が障害者の仕事につきたいと言ったらどうするか？という質問に対し、いい仕事だけれどあなたがすることは無いという答えがあった。学生が将来障害者の問題をやってみたいと親に伝えた時の親の反応として真先に出てくる反応は、いい仕事だけれどもあなたをそういうふうにするために育てたんじゃない、筑波大学に入れて学校の先生にしようと思ったのに福祉の仕事なんて他の人がやれば良い、というもので、学生は親の態度を見て言っているのである。妊娠した胎児に障害があることが分かったらどうするか？という質問に対し、筑波大生の約六割が産むかどうか迷うと答えたが、ある私立大学では九割を超える学生が産まないと回答している。産むと答えた人は大変だけれど頑張って産む、産まないと答えた人も大変だから産まない、といずれも大変だという強固なイメージがあり、そこを解きほぐさなければいけないと思う。友人にボランティアに誘われたらどうするか？という質問には、無条件でいく人は約四割、やってもいいけれどもボランティアという言葉が嫌いという回答が約三割であった。このような意識がなぜ出てしまうのか、それをどう克服していかなければならないのか、を解きほぐしていかなければいかに障害者を地域の中でささえる力は生まれてこないだろう。

#### 職業的リハビリテーションの立場から

自立を支えるもののうち職業的自立が一番大事なものではないかと思う。職業とは、働いて収入を得ること、社会に参加するということ、個性を發揮するというところで、これは職業の3要素と言われている。

職業リハビリテーションは一般雇用（企業や官公庁に雇用される）と保護雇用（何らかの保護的配慮をした雇用）と自営業とがある。この他に授産施設などで働く福祉的就労も広い意味で働くこととしているし、更に広く福祉施設などにおける賃金にはこだわらない多目的作業活動も含めて考える。この一般雇用から作業活動までの5段階が職業リハビリテーションの目標となる。

国際労働機関 (ILO) が 1983 年に障害者の職業リハビリテーション及び雇用に関する条約と勧告を採択した。日本もやっとこの 6 月に批准し、世界で 40 番目の批准国になった。この中で職業リハビリテーションの目的について、障害者が適切な職業につき、これを継続し、及びその職業によって向上することを可能にし、それにより障害者の社会における統合又は、再統合の促進を図ることと認める、と記されている。総理府の障害者対策本部の長期計画では、ノーマライゼーションの理論においては一般雇用が非常に大事だということを中心に置きながら重度障害者に最大の重点をおいて可能な限り一般雇用を確保することを基本方針として障害者の特性に応じた対策を講じていく、と記されている。

障害者の雇用の促進等に関する法律では、雇用率制度 (民間企業 1.6%以上、特殊法人 1.9%、国・地方公共団体 2.0~1.9%の割当雇用制度) と納付金制度 (雇用未達成の企業は、1 人月額 4 万円ずつ国に納めなければならない制度) の 2 つがある。この集めた納付金は助成金制度 (雇用に必要環境改善の費用や職場適応の指導員の人件費の助成) や、障害者をよく雇用する大企業に対しては雇用調整金として、中・小企業に対しては報償金という形で還元していく制度をとっている。また、雇用未達成の企業に対して職業安定所から指導がなされ、その指導に従わないとその企業名を公表することで社会的制裁を加えていく。1992 年の 6 月現在の民間企業の雇用率は 1.36%で、これは 1977 年の 1.09%に比べると大幅に改善しているが、法定雇用率の 1.6%にはまだ達していない。

現状では行政指導のマイナス面や抜け道が生じたり、雇っても聴覚障害者を一度も会議に出席させないなどの問題も生じているし、また、通常交通機関で通勤できる障害者の募集広告が新聞に掲載されたりするなどの問題も生じている現状がある。

### 地域リハビリテーションの立場から

高齢化率は 13%を越え、「寝たきり老人」は既に 70 万人以上いる我が国は、2020 年には 65 歳以上の高齢者人口は全人口の 25.5%に達し、「寝たきり老人」数は 2025 年には 125 万 9000 人になると推測されている。

「私は子供達を 3 人立派に育てあげたのに、この歳になってどうしてこんなにつらい思いをして生きなければならないのか？寿命が延びて長く生き過ぎたのがいけないんだ。」と自問自答していた 82 歳の婦人がいた。転倒骨折で治療を受け杖でどうにか歩けるように

なったが痴呆の夫との 2 人暮らしに自信を無くしていた。寝たきり老人の家庭訪問時に挨拶しても布団を被るようにして顔を向けてくれない 78 歳の男性に「つらくて死にたくなることもあるでしょうね」と話しかけたら、突然こちらを向いて目を大きく見開き顔を大きく振って訴えるように頷いていた目を忘れることができない。長年、社会に貢献してきた高齢者が「生きるつらさから早く開放されたい」思いで人生の最後を締めくくるのはあまりにも哀しい。自己実現とまではいかなくとも「自分なりの人生を生きた」と思えて、周りの人とい別れができるためにはどのような方法があるのだろうか？

高齢障害者の苦悩としては、からだの不自由でできることが制限され不便、人の世話になることの苦痛、人に迷惑をかける苦痛、自分のために束縛され疲れ果て犠牲になっている家族をみることの苦痛、家族・周囲の邪魔者になりつつある苦痛、苦しみや不安感を分かち合えない人がいない「孤独感」、保障のない介護に依存している不安感、自分を価値ある人間と思えなくなり、もう駄目だと思うなどがある。介護者・家族の置かれている状況としては、どのように介護したらよいか戸惑っている、以前の状態に戻るよう頑張りたい、せめて自分のことだけでもひとりだけでできるようになって欲しい、間違った不十分な介護ではないか不安である、過労で体力に自信がなくなる、家族にしわ寄せや犠牲が及ぶ、頼み多いプライバシーも護りたいので他人介護はできるだけ入れたくない、何時まで続くか分からない介護に介護者の人生設計が狂ってしまった、余暇活動を楽しむこともなく自分の老後の準備もできず暗澹たる気持ちになる、などがある。

いわゆる「寝たきり老人」を取り巻くこれらの現状からみて、人生 80 年の高齢化社会においては、人生 50 年を背景においた既存の社会通念や価値観や人生観では解決できない難問が山積している。

高齢障害者のリハビリテーションも「人間らしく生きる権利の回復」を目指し、「QOL=Quality Of Life (生命・生活・人生の質)」をその目標に据えた活動であることには変わりはなく、「最後まで人生を諦めずに自分らしく生きる姿勢」がリハビリテーションには不可欠なものである。前述の高齢障害者や家族の抱えている苦悩は、社会的・物理的サポートシステムの基盤がないことから生じてはいるが、このリハビリテーションの考え方、すなわち、ノーマライゼーション思想が欠けていることから、問題を複雑にし、苦悩を更に大きくし解決の糸口を見えなくしてしまっているこ

とが多い。

高齢障害者の在宅ケアは地域リハビリテーションシステム、すなわち、地域を基盤とした障害者・患者に対する包括的な医療・福祉サービス体系の中で組織化され、継続性をもつリハビリテーション活動（リハ白書）として対応していく必要がある。地域リハビリテーション活動はその特性として、1) 地域住民の主体性、2) 地域の組織的協力的活動、3) 各施設・機関相互の連携調整システム、4) 地域の文化系に根ざすもの、5) その実態に即した機能の集合、6) ノーマライゼーション思想の重視があげられる。

高齢障害者の生活を支える地域リハビリテーションシステムをどこまで整備できるかの鍵は意識改革の程度、すなわち、一人ひとりのノーマライゼーション思想の受け入れと実行の程度にかかっているのであろう。

#### 参加者との討議から

地域リハビリテーションについては安藤先生より神奈川県障害者3千人を対象としたニーズ調査の一部の紹介があった。60歳代と70歳代で2/3を占め、脳血管障害が80%、身体障害者手帳1・2級が80%、歩行可能者50%、入浴自立1/3という重度の人達で、大部分が自宅で生活を続けることを望んでいる。80%が定期的に医療機関にかかっており、いざと言うときにも医療機関でずっと面倒をみてくれることを期待している。今の能力を維持したいがそのためには機能訓練や訪問看護の継続を望み、もっと頻度を多くして欲しいこと、そのためには交通手段が欲しいなどである。介護者の70%は配偶者でほとんどが70歳代であり、介護者が倒れた後の問題がクローズアップされた。

何らかの仕事をもって生活している障害者の機能低下の問題は脳性麻痺や脊髄損傷をはじめ他の障害にもでてくることが調査で分かってきた。障害者の機能維持、健康維持のためには福祉だけではできず、医師会や医療機関を巻き込んだシステムを構築していかなければならないと考えている。

また、在宅の生活を保障するためには家庭における介護力の保障が重要である、ことがニーズ調査から判明した。

「建築分野はリハビリテーションとして体系化されているのか」の質問への応答：工学的リハビリテーションという概念はまだ明確ではないが、機器や環境設計などに関わる大きな意味をもつ分野だろうと考える。

「現状の医療、教育、福祉、就労には引っかけらずに自立ができない精神薄弱者はどのように考えたらよいか」の質問への応答：社会的支援体制が必要で、地域でも施設でも生きていける価値感もてるように、マンパワーの充実も考えなければならない。身体障害者の学校の選択の問題も、どちらがよいとはいちがいには言えず、同様の問題がある。

「障害児と出会わない子供達がいることについてどう考えるか」の質問への応答：養護学校が整備されたせいか大学生の調査では18歳まで障害児に出会ったことがないという学生が増えてきている。これは障害者を理解しにくい社会環境があるということで、ボランティア活動や教育ではカバーしきれない部分としてある。

「痴呆老人の問題はどう考えたらよいか」の質問への応答：地域リハビリテーションとして基本的には寝たきり老人と同じ対応でよいと考える。が現状では地域支援システムとしての痴呆老人のための通所施設、ショートステイ、入所施設、マンパワーがほとんどないのが問題である。

「心理的リハビリテーションはどのようになされるのか」の質問への応答：障害の受容への援助は家族と同時進行で行うべきである。障害者の抱えている問題の半分は心の問題だと思う。その中には障害受容の問題と社会が障害者を差別したり、障害者が社会に対し差別行動をとる、障害者同志の差別などがある。

「共に生きる地域社会の創造と福祉教育の推進のための教育とはどうあるべきか」の質問への応答：正直のところ分からないが、なぜ、共に生きる社会というテーマを立てなければならないのか、ということに悩み、考えている。親の世代の意識の反映があり、その意識は多分明治以降で、現代社会と言われる時代の中で造り上げられてくる一つの考え方、能力というのが差別的な社会への転化を生み出す、というような時代の産物だと考えている。が、その中で何と何をもって今のようになってきたのかを考えあぐねている段階である。親や私達の世代の考え方がおかしいと気付くことが重要で、その結果子供達の世代では隣の車椅子の人に自然に手を貸すように変わっていくのではないかと考えている。

「大学などでの福祉教育は重要だと思うが福祉教育の未来はどうか」の質問への応答：今の大学の現状では共通に実施することは困難である。各大学が自主的に取り入れたり、教育の努力や要求で機会をつくる方法が、今できることであろう。お互いに努力したいも

## 自立を支える社会とは

のである。

この他に、今、高齢者・障害者に対してできることについての討議があり、誰でも、自分の提供できる活動や時間をボランティアの窓口に登録しておくことで、各行政区がいろいろな形でその窓口を整備しつつ

ある現状についても話し合われた。

この報告内容は公開講座係が概要として纏めたものである。