

平成15年度厚生労働科学研究費補助金
障害保健福祉総合研究推進事業

報 告 書

厚生労働省

実施機関：日本障害者リハビリテーション協会

目 次

*外国人研究者招へい事業

「ルイビル大学ケンタッキー自閉症支援センター」

ジョン・チャールズ・バーグ(ルイビル大学ケンタッキー自閉症支援センター) …… 1

「キャサリン・シールマン博士招へい事業報告」

岩谷 力(国立身体障害者リハビリテーションセンター) …………… 4

「イギリスにおけるソーシャル・エクスクルージョンと障害者」

マリリン・ハワード(社会政策アナリスト) …………… 11

季林紅教授(中国清華大学)招へい事業報告

「脊髄損傷者用歩行補助装具の開発 ～ニューロリハビリテーションにむけて」

太田 裕治(お茶の水女子大学生生活科学部) …………… 32

*日本人研究者派遣事業

「スウェーデンではノーマライゼーションがどこまで浸透したか? — グルンデン協会における

self advocacy のあり方とイエテボリ市における地域生活支援ネットワーク調査に基づいて」

竹端 寛(立教大学社会福祉研究所) …………… 37

*外国の研究機関等への委託事業

「北欧諸国の福祉機器給付」

スウェーデン障害研究所 …………… 77

*若手研究者育成活用事業

「脊椎損傷者の褥瘡リスクマネジメントに関する研究 ～生化学的アプローチによる研究～」

大床 国世(国立身体障害者リハビリテーションセンター研究所) …………… 113

「精神保健サービスの評価とモニタリングに関する研究」

濱野 強(国立保健医療科学院経営科学部サービス評価室) …………… 122

「機能的 MRI を用いた遂行機能障害検査法の生理学的検討」

宮崎 真(国立身体障害者リハビリテーションセンター研究所) …………… 140

外国人研究者招へい事業

ルイビル大学ケンタッキー自閉症支援センター

ジョン・チャールズ・パーク
ルイビル大学ケンタッキー自閉症支援センター

私はジョンズ・ホプキンスにおいて研究に従事し、現在はルイビル大学ケンタッキー自閉症支援センター所長を務めていて、自閉症に関する情報を普及する立場にある。このセンターはトレーニングセンターであり、その目的は情報の普及にある。その方法としては、大学院のコースを通じて、またウェブサイト上でもより多くの人が参加できるように情報を提供している。

はじめに自閉症児・者の範囲と多様性についてふれておきたい。個々人の、特徴について理解すること、社会とコミュニケーションにおいて自立、独立を促すということの重要性、そして選択肢を持つ、この3つは大変重要である。

1943年、ジョンズ・ホプキンス大学の教授であったカナー氏は、自閉症という病気を始めて定義した。

自閉症とは、どこでそれが起きているかは未だに不明であるが脳の障害である。さらなる研究が必要であるが、現在わかっていることは、コミュニケーション及び社会的な人間関係、環境に対する対応に影響をもたらす障害であるということである。

自閉症のスペクトル（範囲）は、一般的に五つのカテゴリーに分かれている。一つは自閉症。二つ目は「NOS」(Not Otherwise Specified)。自閉症の特徴は持っているけれども全ての自閉症の特徴を備えていないというカテゴリーである。三つ目はアスペルガー症候群。アメリカではアスペルガー症候群というのは自閉症のスペクトルの中に入ると考えられている。四つ目がレッツ症候群。最後が、児童期における崩壊性の障害である。これらが自閉症というスペクトルの中に入る。

ルイビル大学ケンタッキー自閉症支援センター

使命

ケンタッキー自閉症支援センター(KATC)の使命は、ケンタッキー州の自閉症児・者を支援するため、家族とサービス提供者に情報と技術的サポートを提供することである。

目的

ケンタッキー州全体のニーズアセスメントに基づき、1998年-1999年の優先領域は、幼い時期に自閉症であるかどうかを見分けられるように、学校内を拠点とした相談システム、家族への技術的援助、トレーニング活動を提供することである。センターは研究に基づき、自閉症児・者に効果的であるとされる介入療法についての情報とトレーニングを提供することに重点を置いている。さらに、各レベルの療法において、行動に基づくプログラム評価の構築にも重点を置いている。

ケンタッキー自閉症支援センターは直接的には評価や介入療法は行わないが、活動は全て自閉症児に直接的な効果がもたらされるよう計画されている。さらに、スタッフは他の機関と

協力し、彼らが評価や直接的な介入療法を自閉症児・者に提供できるよう支援している。

自閉症の定義

自閉症は一般的に3歳前に現われる発達障害である。脳の機能に影響を与える中枢神経の機能障害で、500人に1人は自閉症であると報告されている。男女比は4:1くらいの割合で男子の方が多く、人種、民族、社会的階層、収入、生活環境、教育レベルに起因するものではない。

自閉症は正常な論理的思考、対人関係、コミュニケーションスキルなどの領域での脳の発達を妨げる。自閉症児・者は一般的に言語的および非言語的コミュニケーション、対人関係、遊びなどにおいて問題をかかえており、他者や外界とのかかわりが難しい。手をたたいたり、体を揺らすなどの反復行動、他者に対するふつうではない反応、物へのこだわり、日常生活での変化を嫌う傾向がある。攻撃的行動または、自傷行為などがみられる場合もある。

ケンタッキー自閉症支援センターのサービス

家族への技術的支援

スタッフは自閉症児・者の家族への直接的支援を提供している。強調しているのは家族に子供たちの教育チームに参加してもらうことである。家族は以下のようなケンタッキー自閉症支援センターのサービスを利用することができる。

個人的な家族サポート

ケンタッキー自閉症支援センターは、自閉症児・者の家族、親族、かかわりの深い関係者と面接し、情報を提供し、一般的な質問や相談を受ける。秘密は厳守される。自閉症と診断された幼児の両親に対しては、自閉症についての詳しい情報を提供し、地域の専門家や専門機関の相談を受けられるように支援する。また、必要に応じて、支援セッションを受けることができる。

紹介サービス

ケンタッキー自閉症支援センターは現在、自閉症児・者を支援する公的及び私的機関についてのデータベースを編集し、家族に地域における支援機関のリストを提供している。

ウェブサイトによる家族支援

ケンタッキー自閉症支援センターは家族への支援が非常に重要だと認識し、ウェブサイトとチャットルームを運営しており、家族は会員同士で問題や悩みを話し合うことができる。

家族を支援するためのワークショップ

米国自閉症協会(ASA)と家族のサポートグループとの協力で、家族が興味のあるトピックについてワークショップと訓練セミナーを提供している。

学校を拠点とする技術的支援

学校を拠点とした専門家のチームによる相談

ケンタッキー自閉症支援センターのスタッフは、自閉症児・者の教育的、地域的プログラムの開発、実施、評価を促進させるために専門家のチームと直接的に協力している。学校、教育団体、個々の学校はワークショップやセッションを開催することができる。ワークショップや訓練セミナーを通して、参加者は自閉症についてのより多くの知識を得ることができ、また能力に応じたモデル(Competency Based Model)に基づき、個々の教育プログラム(IEPs)を学ぶことができる。それに続く応用セッションでは、学校のスタッフと家族に対し教室で“練習とフィードバック”のためのトレーニングセッションを開催している。ケンタッキー自閉症支援センターのスタッフは技術的支援を次のような領域で行っている。

- 自閉症児の理解
- “能力に応じたモデル”を使った個々の教育プログラムの開発
- 日常の活動と個々の児童のスケジュールに基本的な教授法と計画を盛り込む。
- コミュニケーション、社会統合、学業的成果、社会参加を促進するために自閉症児に効果的な教育的、行動的、技術的支援を提供する。
- 行動、機能、また現在行っているプログラムについての評価
- 専門家と家族の連携を支援

キャサリン・シールマン博士招へい事業報告

岩谷 力

国立身体障害者リハビリテーションセンター

研究実績

シールマン博士は、アメリカ教育省のNIDRR (National Institute for Disability and Rehabilitation Research:国立障害リハビリテーション研究所) の前所長であり、Long Range Plan を策定するなどアメリカにおける障害研究を推進してきたほか、研究開発における国際協力に力を尽くしてことでも著名である。また、2001年のICF (国際生活機能分類) における障害の「医学モデル」から「社会モデル」への転換にも深く関わってこられた。

一方、我が国の障害者リハビリテーションは医療の立場から出発した経緯もあって、ICFにおける医学モデルから社会モデルへの転換は医療系の専門職の間に、自らの存在理由に関わる問題提起として受け取られ、困惑をもたらした面もあった。そこで、今回の招へいにおいては、博士を囲んでこれらの問題点について情報交換を行うとともに、公開の講演会を開催した。

1. 非公式情報交換

社会モデルが主要なアプローチとして位置づけられた状況の中で、医学的リハビリテーションがどうあるべきであるかの問題提起を中心として議論を行った。シールマン博士の主張は、現在は社会モデルと医学モデルを止揚した「統合モデル」の形成過程にあり、その追究によってこのような問題は解消するのではないかという点を中心として展開された。また、リハビリテーション法508条のように科学技術の成果が障害者に享受されるための制度的枠組みも重要であり、日本における施策にも期待している。

医療系の専門職の間に発生した混乱が、「社会モデルへの転換」によってリハビリテーション医学が不要になるとの誤解に基づくものであり、統合モデルの確立によって医学的アプローチの役割が明確になるであろうとのシールマン博士の主張を巡って議論を交わしたが、関連情報の交換とともに障害モデルの理解を一層深めることができた。

2. 公開講演会

- 1) 平成15年10月1日 国立身体障害者リハビリテーションセンター
「リハビリテーションと障害の国際動向—医療モデルから統合モデルへの変遷—」
- 2) 平成15年11月5日 国立身体障害者リハビリテーションセンター
「情報化時代：障害者の社会参加に向けた課題と政策案」

以下、講演要旨である。

1) リハビリテーションと障害の国際動向 —医学モデルから統合モデルへの変遷—

序論

この講演の目的は4つの障害モデル：伝統的モデル(traditional model)、医学モデル(medical model)、社会モデル(social model)、統合モデル(integrative model)を紹介し、比較することである。これらのモデルは、障害者の専門的な教育や訓練と密接な関係がある。

動向

国際的な傾向は、各国及び国際組織で使用されている障害モデルの再点検が重要であることを示している。それらは、次のようなものである。

・動向1：対立について

医学モデルを支持する保健専門職と、社会モデルを支持する障害者との間に対立がある。世界保健機構の国際生活機能分類(International Classification of Functioning, Disability and Health, 以下ICF)の序論では、より統合的なモデルが国際社会において出現しつつあることが示されている。統合モデルは、あるモデルを支持する立場からみた他のモデルへの批判を解決する。

・動向2：機器について

障害をもつアメリカ人法(the Americans with Disabilities Act, 以下ADA)、国連障害者の人権条約(the United Nations Convention of People with Disabilities)、世界情報社会サミットを反映して、機器へのアクセスと人権が一層結びつけられて考えられるようになった。

・動向3：リハビリテーションに関する研究について

各分野の研究者は報酬を得ることを正当化するために、福祉用具の成果、効率性、有効性を示すことを求められている。

・動向4：厚生行政当局の混乱

高齢者を中心に増え続ける障害者への給付制度が財政的に破綻しないように、各国は公的な福祉制度の費用を抑えようと努力する。しかし、費用のかかる必要支出を延期、削減、あるいは取り消す政策をしばしば採用できないでいる。

・動向5：貧困について

障害者の多数が住む開発途上国において、障害プログラムの支援に対する障壁がある。多くの文化においては、因襲モデルが有用である。科学、保健インフラが欠乏するなかで、障害者に関わる政策及び習慣は、ほとんど文化と宗教だけに依拠している。

障害モデル

障害モデルには次のようなものがある。

・伝統的モデル

伝統的モデルは、文化上あるいは宗教上限られた知識、見方、習慣に基礎をおく。ここでは、障害者の役割は、所与の文化の参加者とのけ者の間のどこかに位置づけられる。障害者の価値が低いものとされるときは、悪魔のような者あるいは不幸をもたらす者と見なされたり、しばしば追放されたりすることがある。障害者がどのように価値づけられるかは、所属する文化に依存する。

・医学モデル

医学モデルは、主として医学、保健に関する知識をもととした、科学的な見方や習慣に基礎をおく。ただし、障害者に対する総体的な見方や社会因子は、医学モデルの知識上の基礎にはなり得ない。このモデルでは、問題の所在は障害を持つ個人の身体にあるとされる。障害者の役割は患者であり、権威は専門職にある。そして、機能障害の原因の除去、もしくは少なくとも機能上の困難を最小化するという目標の下、状態を評価する尺度は心身の障害として計られる。

障害者の健康管理観は専門職のそれとは大きく異なるかもしれない。というのは、専門職が障害者を患者と見なし、障害の原因を除去しようとするのに対し、障害者の方はしばしば障害を受容し、患者の役割から脱して社会の中で労働者、学生、親としての役割を再開するのである。

・社会モデル

社会モデルは、障害者個人の社会における経験、見方、習慣の知識に基礎をおく。このモデルでは、問題の所在は障害者個人というより、社会の中にあるとする。社会モデルの総体的な見方では、障害は機能の相違もしくは政治、慣習、研究、訓練、教育における差別としてとらえられる。したがって、状態を評価する尺度は、QOL、使用者の満足度、参加、さまざまな分野における環境へのアクセスのしやすさとして計られる。

社会モデルの採用は、障害者はもちろん、建築家、設計者、工学者、法律家に対する教育、訓練への需要をもたらす。ピッツバーグ大学など多くの大学で、障害研究がカリキュラムに加えられている。

・統合モデル

このモデルは、ICFと密接な関係があり、医学から障害者の経験に満たされた文献にいたる広い知識上の基礎を持っている。統合的な物の見方から、障害を持つ個人は、公民、患者、その他さまざまと、多くの役割を持つ。ICFは、心身に関する構成要素、活動と参加、環境の3つの構成要素を持つ。ICFの研究者は、構成要素間の関係を認定するよう求められるだろう。なお、統合モデルはまだ開発中である。

障害者の社会への完全な統合化の原則を盛り込んだ協定や声明を求める障害者運動の圧力が多くの国際機関にかかっている。国連は障害者の人権条約を、世界情報社会サミットは宣言の草案において障害者についての条文の採用を求める圧力を受けた。それに先立ち、米国ではADAなどの法律が制定あるいは改正され、福祉機器政策を動かした。統合モデルの中での機器の応用としては、たとえば、障害を持つ患者にアクセスしやすい乳房X線撮影や、アクセスしやすい選挙投票機などがある。

統合モデルにおける評価尺度は、学校、家族、雇用といった現実の世界での状況を想定している。それゆえ、たとえば、保健サービスのパフォーマンスの尺度は、サービス消費者の得た結果に基づくべきである。教育、訓練に関して、ICFはすでに、健康に関する専門職、福祉事業、心理学、そして障害研究を含む広い分野にわたって、個人のコースワークの基礎をおく有用な枠組みとなってきた。

結論、機会と課題

国際領域において、次の政策、研究、習慣の機会と課題があらわれる。

- ・ 国連の基準原則(the Standard Rules)の履行を監察し、国連障害者の人権条約を制定すること

- ・ 世界情報社会サミットの草案の原則に、障害者にとってのアクセスしやすさに関する声明を盛り込むこと
- ・ 障害者のプログラム及び参加のための規定に関して発展途上国を支援すること
- ・ 学校、家族、雇用に関する現実世界の状況を表すように、ICFの尺度を社会・環境因子に関して発展させること
- ・ 保健サービス消費者の得る結果の上に、同サービスのパフォーマンスの基礎をおくこと
- ・ 製品設計と販売におけるユニバーサルデザイン、有用性、アクセスしやすさについて支援するために、包括的市場のインセンティブと規範とを生み出すこと
- ・ 保健、所得、雇用及び教育のサーベイに障害を追加すること

国内領域において上記に加え、次の機会と課題があらわれる。

- ・ 機器についての障害者のインクルージョンのため、政府あるいは民間の研究・開発資金を割くこと
- ・ 技術政策と公民権を結びつけることにより、機器についての障害者のインクルージョンを促進すること
- ・ 国内研究資金により外国の研究を管理する際に、障害者を保護するために研究政策を監察する
- ・ 利用に適し、アクセスしやすい、システム、製品のための政府市場を作ること

習慣の領域において、次の機会と課題があらわれる。

- ・ 障害者のための科学、技術、教育および訓練機会を奨励すること
- ・ 障害者の相対関係と社会・環境因子をカリキュラムへの統合すること
- ・ 障害に取り組む学問分野の範囲を技術者、設計者、法律家を含めるよう広げること
- ・ 保健関連の専門職教育においてICFが採用されること

研究の領域において、次の機会と課題があらわれる。

- ・ 社会・環境因子の尺度を開発すること
- ・ アクセスしやすさについてのサーベイ研究や社会行動や、環境面のアクセスしやすさについての問いかけを発展させること
- ・ 根拠に基づいた習慣を開発すること
- ・ 福祉用具のもたらす成果についての尺度を開発すること

協調のための機会として次のものがあらわれる。

- ・ 日、米、欧、豪の間の徳島協定(Tokushima Agreement)に基づいた戦略を開発すること

2) 情報化時代：情報化時代：障害者の社会参加に向けた課題と政策案

序論

情報化時代において障害者の参加(participation)は、国、企業、国際組織にとって政策上の課題である。この講演の目的は、国連及びその他の国際組織、個別の国が行ってきた情報化時代における障害者のインクルージョン(inclusion)を支援する科学・技術政策の戦

略を見ることである。

国連

国連は、情報化時代における障害者の参加を促進する多くの重要な政策や法律の基礎を提供している。1948年に採択された世界人権宣言は、のちの一連の国際協定の基礎となっただけではなく、情報化時代における参加の権利に焦点をあてたそのほかの文書の基礎ともなった。世界人権宣言は、日本やアメリカの憲法と同じく、人権と技術との関連が十分に認識される前に成立した。のちに成立した法や文書は、人権を現実化するようなアクセスのしやすさを保障するために、これらの基本法に盛り込まれている権利の上に成立したのである。

1993年に国連総会で採択された、機会均等化に関する基本原則(the Standard Rules on the Equalization of Opportunities)の原則5は、建造された環境でのアクセスのしやすさと情報やコミュニケーションへのアクセスが、機会均等のために重要であることを確認している。機器と生活機能との関連もまた、世界保健機構で2001年に採択された国際生活機能分類(ICF)に盛り込まれている。ICFは、その分類の中で、参加と環境の概念を人類すべてにとって基本的な要素であるとし、評価において福祉機器に重要な役割を与えている。機器と機会均等との関連もまた、現在進行中の、障害者の人権の支援と擁護のための協定(a UN Convention on Promotion and Protection of the Rights and Dignity of Persons with Disabilities)の制定過程において認められている。1990年の、障害を持つアメリカ人法(ADA)の制定は、メインストリームのコミュニケーション機器だけではなく障害者用の特殊機器についての政策上の戦略をも織り込んだ最初の立法化かもしれない。

デジタルディバイドの問題に関しては、国連のアナン事務総長は、ビジネスのリーダーたちがグローバルなデジタルディバイドの橋渡しの役目を果たすよう推進している。世界情報社会サミットについて現在進行している準備過程において、宣言の草案には障害者及びデジタルディバイドにおける情報弱者の立場の人々に、人権と情報化時代の機器の展望をあたえる機会を提供するとの内容が盛り込まれている。

国際機関

国連以外にも、情報化時代における完全参加を指向した福祉機器政策に関わる、多くの消費者や福祉機器についての国際組織が存在する。2000年、4つのリハビリテーション工学協会が徳島協定(the Tokushima Agreement)を結び、福祉機器開発に資するよう協力することとなった。長期のそして現在進行中の努力は車いす関連機器の国際標準化の分野では行われていたものの、情報及びコンピュータ関連機器の分野ではそれは明白ではない。情報・コミュニケーション機器の開発には、車いす開発とは異なった国際組織が関連する。

国固有の例：米国

情報社会への参加は、米国の法や政策における伝統によって支えられてきた。1788年発効の合衆国憲法は、機器へのアクセスが表現に関する公民権上必要だとは考えられていない時代に書かれたものである。この憲法における公民権の伝統の上にADAが作られた。同法は、公的及び民間部門での機会均等を進めていく上で、機器を中心的な役割に位置づけている。ADAに定められた必要条件が、特定の機器をアクセスしやすいものとしている。

その具体例としては聴覚障害者向けの電話リレーシステムを挙げることができる。このリレーシステムについて同法は、1934年のコミュニケーション法(the Communications Act)の先例も踏まえている。このように、公民権の伝統とコミュニケーションにおけるすべての公民のアクセスのしやすさについての伝統が、法の規定を守らせることを通じて、民間及び公的部門でのアクセスしやすさに関する政策を御しているのである。

コミュニケーションの分野における規定は、アクセスしやすいユニバーサルデザインの電話やテレビをもたらす重要な戦略でもあった。補聴器適合法(the Hearing Aid Compatibility Act)は電話機を補聴器コンパチブルにすることを義務づけ、テレビデコーダ法(the Television Decoder Circuitry Act)は13インチ以上のテレビに字幕装置用の回路をつけることを義務づけた。

ADA、情報通信改革法(the Telecommunication Act)第255条、リハビリテーション法(the Rehabilitation Act)第508条などの法は、政府の購買力を通じ、市場における重要なインセンティブを民間部門に与え、アクセスしやすい製品を開発、販売させてきた。

将来、情報・コミュニケーションシステムと障害者用の特殊機器との間のインターフェイス開発に遅延が生じないように、福祉用具政策は情報、コミュニケーションのアクセスしやすさに関する政策とより一層結びつく必要がある。障害者向け市場をメインストリームの情報、コミュニケーション機器の研究開発に組み入れるには、インセンティブと、規定、訓練された人員が必要である。

クリントン大統領在任期(1993-2001)と国立障害・リハビリテーション研究所

クリントン大統領(1993-2001年在任)の科学・技術政策は、情報・コミュニケーション機器に向けられていた。彼の政策は、デジタルディバイドと障害者の問題に取り組むために国立障害・リハビリテーション研究所(the National Institute on Disability and Rehabilitation Research, 以下 NIDRR)を活用した。NIDRRは2つの重要な目標をおいた。それは、一般的な科学技術政策への障害者インクルージョンを進めることと、情報・コミュニケーション機器市場関連政策への障害者のインクルージョンを進めることである。

研究活動としては具体的には、NIDRRは情報化社会への参加についての研究に支援を行った。その結果、インターネット接続できる障害者の割合は健常者に比べておよそ3分の1であることが示されたり、ウェブサイトを作っている主体の分類間で障害者にとってのアクセス障害の度合いの比較がなされていたりしている。NIDRRが商務省に依頼した福祉用具に関する研究では、福祉用具会社から重要性が低く見られているのは、製品の改良や開発のように目先の収入をもたらさない基礎研究であることが報じられた。また、NIDRRはリハビリテーション研究に関して、各省庁間の調整と協力を進める上で、主導的な役割を果たしたり、政府及び産業界とともに活動を行ったりしている。

NIDRRが手がけてきたこととして次のようなものがある。ウェブの分野に関しては、情報・コミュニケーション産業を、ウェブアクセスを改善する運動に組み入れるよう、ワールドワイドウェブコンソーシアムと共に活動を行っている。また、各国でプレゼンテーションやミーティングを開くなどの活動を行っている。科学、工学、技術の分野での障害者の教育や訓練の分野に関しては、補助金などを通じ支援をしている。その他、医療器具へのアクセス改善について研究したり、リハビリテーション・障害分野を工学や設計を含めて広い範囲での教育に広げることに努めている。

結論

政府と産業界が行動するために、次のような多くの機会がある。

- ・ アクセスしやすい情報化社会のための一般的な政策において、政府の協力を求めること
- ・ 基本的かつ一般的な法のもとで、機器に対する公民権アプローチを採用すること
- ・ 情報・コミュニケーション産業に市場インセンティブを与えるような法や政策及び産業界の努力に関する規定を守らせる政策を採用すること
- ・ アクセスしやすい情報社会を計画するのに障害者を組み入れること
- ・ 障害者のための製品開発において時間の遅れが生じないように、一般的な技術研究と障害者用の特殊機器を行う開発機関、研究所を結びつけること
- ・ 製品開発の最も初期の段階で、すべての人に開放された設計を行うこと
- ・ 障害者の専門教育及び障害の分野で働く設計者、工学者の支援を行うこと
- ・ 世界情報社会サミットの原則声明にあるような、アクセスのしやすさを具体化する国際的な努力及び情報・コミュニケーション機器へのアクセスのしやすさについての国際標準の開発を支援すること

政府と産業界は、情報化時代における障害者の参加を保障する国際的な機会を多く持つ。国内法は、法に密接に関係する企業の製品の競争を妨げてはならない。活動の機会は次のようなものである。

- ・ 国連の基本原則の原則 5 を履行すること
- ・ ICF のコンセプトを開発、実行し、研究や臨床での応用を支援すること
- ・ 世界情報社会サミットにおける障害者のインクルージョンを支援すること
- ・ 規範の開発を支援すること
- ・ 情報通信改革法第 255 条及びリハビリテーション法第 508 条の国際協定及び国際市場への転移を支援すること

イギリスにおけるソーシャル・エクスクルーションと障害者

マリリン・ハワード
社会政策アナリスト

英国の障害者数は、約 860 万人であり、人口の 7 人に 1 人が障害者であるとされる。そのうち、約 100 万人の障害者は仕事に就きたいと考えており、また、約 270 万人の労働年齢にある成人が就労不能手当 (Incapacity Benefit) を受けている。65 歳未満の障害者のうち約 240 万人が、介護と移動の費用を負担する障害者生活手当 (Disability Allowance) を受けている。65 歳以上の障害者のうち 100 万人以上が付添手当 (Living Allowance) を受けている。また、障害者の介護者の約 40 万 8 千人が、介護者手当 (Carer's allowance) を受けている。

本稿は、まず最初に、イギリスの政治家や学者によって展開されている「第三の道」という考え方、特に、福祉と経済、権利と責任、コミュニティー活動との関わりについて言及する。そこでは、いわゆる「ブレアリズム」という、今のブレア政権二期目の任期において現われたいくつかの政策の影響についての意見を述べる。その後、トニー・ブレアにとっての、鍵となるテーマである、公共事業の改革、官民の協調と、首相の改革原則について述べる。次に、社会企業 (Social enterprise) と社会起業家 (Social entrepreneur) を紹介し、サービス提供における役割の可能性について述べる。その後、第三の道の一つの側面である、ソーシャル・エクスクルーションについて論じ、具体的な障害者政策と第三の道の影響を検討する。ここでは、手当政策と雇用政策 (障害者のためのニュー・ディール政策を含む) 及び障害者に関する公共事業改革の問題を取り上げる。最後に、英国のいくつかの課題と今後の発展について考察する。

1. 英国における第三の道とブレアリズムの影響

「第三の道」の考えは、トニー・ブレアと新労働党とにより共同で模索されたものであるが、その起源は、労働党の 1987 年の政策見直しに遡る (Giddens, 2000)。トニー・ブレアは、「第三の道」について次のように述べている。

「第三の道」とは、近代化された社会民主主義、社会正義とそれを達成するための柔軟でしかも革新的及び前向きな中道左派の掲げる目標に関する情熱を意味する。そして、それは 1 世紀以上にわたって発展的な政策を導いてきた価値に基づいている。すなわち、民主主義、自由、正義、互助、そして国際主義である。しかし、それが「第三の道」であるのかというと、国家に支配された旧左翼、重税、生産者の論理、そして新右翼による公共投資、また「社会」という概念そのものと成し遂げられぬままの集団的努力などを決然と乗り越えるからである (Blair, 1998)。

以下に、社会政策に影響を与えた「第三の道」のいくつかの鍵となるテーマだと思われることを取り上げてみる。それは、福祉政策と経済政策の統合、義務と権利に対する関心、そしてコミュニティーの重視である。

(1) 福祉と経済を統合すること

「第三の道」の考え方の第一の、そして最も基本的な要素は、福祉と経済の目標が矛盾し

ないこと、そして互いに協調し合えることにある。社会正義のための労働党委員会による調査報告 (Labour Party's Commission on Social Justice 1994) によれば、不平等格差の拡大により、長期的には経済の健全性が損なわれると指摘されている。そこで委員会は、次の三つの提案をした。

- ・ 手当制度による富の分配にこだわる旧左翼の「平等主義者」は、富の生産を無視している。
- ・ 新右翼の「規制緩和主義者」は、社会正義は、公共事業の削減と市場にまかせてしまうことで実現できると信じている。
- ・ 委員会は、「投資家の英国 (Investor's Britain)」という中道の選択肢を提案した。すなわち、収入よりも機会の再分配を通じて、コミュニティーの倫理を市場経済と結びつけることである。

「投資家の英国」の基礎は、強力な経済であり、強固な経済運営の上に成っている。1997年の労働党のマニフェストには、所得税の税率をあげないこと、保守党が政権を担当するはじめの二年間に総ての予算が使い果たされることのないように注意することという公約が含まれている。例外は、最も重要視していた若者のためのニュー・ディールと呼ばれる雇用プログラムが5兆ポンドに達したために、民営化された公共事業による利益に対する臨時の課税を行ったことである。新労働党の主な関心事は、保守党が失業者と経済不振対策として行った浪費（彼らは、それを「福祉と経済の失敗」の証であるとしている）と格闘することであった。また、政府は、「結果のでる金」(Blair 1998) について議論した。政府の主な優先事項（主に健康と教育）に対する長期にわたる公共支出に対して、総合的な支出報告を求める制度を制度化した（最初の報告は2000年）。その目標としては、景気循環を超えて雇用率を上げていくこと等が設定された。

福祉と経済に関連する課題は、「企業の社会的責任 (corporate social responsibility)」である。それは、企業が地方や貧困地域に投資すること、地方の計画を支援すること、雇用に恵まれない人々を雇用すること、その企業が環境に及ぼす影響を考慮すること等を意味する。通商産業局には、企業の社会的責任に対する特別任務を負った大臣がおり、「コミュニティーにおける企業 (Business in the Community)」と呼ばれる雇用主団体等の組織と協力して仕事をしている (Department of Trade and Industry, 2001)。通商産業局は、企業の社会的責任に関する「ビジネス事例」(例えば、顧客基盤を拡張することで売り上げ促進をはかる、イメージ改善、異なる業種とのパートナーシップなど) を紹介している。また、通商産業局は、高齢者、障害者を含めた様々な労働力の雇用のためのビジネス事例についても紹介している (Department of Trade and Industry, 2003)。

(2) 権利と責任の強調

「第三の道」の考えでは、権利と責任を強調している。1998年の福祉改革についての議会報告書 (1998 Green Paper) は、21世紀の福祉のための「第三の道」を、国と市民の契約と表現している (Department of Social Security, 1998)。これは、手当申請者、雇用主、公務員に対して、それぞれがそれぞれすべてに対して権利と責任を負うことを求めており、そのためには文化を変える必要をあげている。この改革は、次の原則に基づいている。

- ・ 社会は、自らを世話できない本当のニーズがある人々を援助する責任がある。
- ・ 個人は、自分でできることは自分で行う責任がある。

・ 労働は、労働可能な人々にとって福祉から脱却するための最適の方法である。

これらによって、手当を支給するだけでなく、積極的な支援により福祉から労働へ導くことが可能となるかもしれない。機会の確保と、権利と責任のテーマに基づき、政府の戦略は、互助責任に基づく(自らを支援する人々を支援する)福祉国家の実現を目的としていた(Blair 2002 a)。この戦略の一つとして、労働年齢にある人々に対する雇用と手当の両方を取り扱う新しい機関を創設した(Department for Education and Employment, 2001)。それは、「ジョブセンター・プラス(Job Center Plus)」とよばれる事務所であり、現在、英国内につぎつぎに開設されつつあり、2006年までには全土に普及する予定である。この事務所の役割は、より活動的な戦略により、雇用主と個人に対応しようとするもので、病気や障害のある者の雇用を支援することなどを行う。また、手当と雇用に関する政策は、新しくつくられた雇用年金局(Department for Work and Pensions)でも統一的に推進されている。

雇用主の責任も問われている。企業の社会責任だけでなく、政府は、雇用主の義務を導入した。これには、全国最低賃金、週あたりの労働時間の制限、パートタイム労働者のための新しい権利、育児や介護のための休暇などが含まれる。おそらく今後もっとも論議になるのは、医療ケアが改善されたとして、今年、雇用主が国民保険の保険料を1%多く支払っているということである。

(3) 「コミュニティー」の重要性

「第三の道」の考え方において、「権利と責任」に関連しているものに「コミュニティー」がある。コミュニティーも、経済的成功のためには重要である。新労働党の「コミュニティー」への関心は、エツィオーニや他の人々が喧伝した「共産主義者」の考えに影響されている。インクルーシブなコミュニティーの構築と市民参加を実現することの重要性を訴えることで、因習的な左翼-右翼の分離をのり超えようとしているのである。共産主義は、個人主義の欠点を暴くと同時に、権利よりもむしろ義務と責任を強調する。(エツィオーニは、まさに、人々が他者への奉仕に集中できるように、すべての新しい権利には猶予期間が必要だと提唱している。)共産主義は、労働者に社会階層の概念を放棄させたと言われてきた(たとえば、社会民主主義からリベラルな保守主義へと転換させることなど)(Powell 1999)。

コミュニティーかどうかは、倫理的価値を共有しているかで区別されると考えられており、それにより、社会の結束を回復することができる。国家ではなく市民社会が、市民権の基礎を下支えしており、そのために、コミュニティーの利益のために活動している(金儲けのために設立されたのではない)。英国の非営利団体コミュニティーやボランティアセクターが、新しい民主主義と政策決定に重要だと考えられている(Blunkett, 2001)。トニー・ブレアは、フェイス・コミュニティー(Faith Community)の役割の大きさについても興味をもっているが、英国は、基本的に非宗教社会であるので、どれほどこれが発展を遂げるかは未知数である。しかしながら、コミュニティーに基礎をおいた組織は、一般的に、福祉国家のサービスの提供においてある役目を負っている。このことについては、ソーシャル・エクスクルージョンと公共事業改革において再びふれる。政府は、ボランティアセクターを、積極的社会参加を促進する市民社会における必須要素としても捉えている。内務省は、政府とボランティアセクターやコミュニティーの団体が、いかに協同していくべきかについての考え方について出版物を出している。他者の幸福に貢献し、ボランティア自身の個人的な成長を促し、そして社会の結束を強化する点で、個人によるボランティアもまた、重要だと考えられる(HM

Treasury and Home Office, 2002)。

ブレア政権の影響

第三の道は、それ自体で十分に独立したものだといえるのだろうか？それともほとんど意味のない実利的な中間段階にすぎないのであろうか？「サッチャーリズム」と表現されたマーガレット・サッチャー政権下での保守政策と同じように、「ブレアリズム」と呼ばれ得るもののなかに、一貫した哲学があるのかどうかということについて、評論家は異論を唱えるであろう。サッチャーとブレアには、どちらも独断的なスタイルのリーダーシップを発揮し、自分の政党の変革を中心においているという点で、いくつかの類似点がある。たしかに、ブレアはただ保守党時代の遺産を享受しているにすぎないという議論はすでにあるが、しかし、最低賃金の導入や、十年以内に子供の飢餓を根絶させる誓約など、保守党が持たなかった鍵となる政策を行っている。

トニー・ブレアの最初の任期は、多くの重要な目標を提起したことがその特徴といえる。第二期は、それらの目標を掲げサービスを提供することに集中している。2001年に二度目の総選挙の勝利した後、第三の道が失われてしまったのではないかということに関心が集まった。トニー・ブレアの反応は、次のように明確であった。「我々のためになることに、我々は反対しない」(Blair, 2003)。彼は、英国の政治勢力の再編が目標であると述べた。すなわち、「急進連合 (radical coalition)」についての議論を、それに賛成する人々といまだ賛成してはいない人々が議論し、市場経済における個人の自由か社会正義の推進かという中道左派の2つの主要な流れを結びつけることである。彼はこの計画を、「保守主義 (左翼と右翼の両方の保守主義を意味する) の力」ではなく、「進歩の力」と定義している。

この第三の道の再表明は、第二期の中核となる領域は、行政改革であることを示している。以後、公共事業と社会企業の現在の役割と潜在的な役割について考えながら、第三の道により提起されたいくつかの問題をみていくこととする。

2. 第三の道と行政

公共事業の改革は、いまや重要課題であり、それは「ブレア政権」の試金石とみなすことができるだろう。2002年1月に行われた福祉改革についての演説で、トニー・ブレアは、旧来のパブリックセクターの考え方から、新しい公共事業の考え方へと根本的な路線変更するために「選択できる供給事業者の消費者の選択肢のさらなる拡大」を促進する必要性を述べた (Blair, 2002b)。

官民のパートナーシップ

社会政策研究所によって組織された官民パートナーシップ研究委員会 (Institute for Public Policy Research) は、英国における論争では、資金調達とサービス提供が混同されていると述べた。すなわち、民間やボランティアセクターに任せるのが意味のある場所や時期を明らかにするためには、資金調達とサービス提供を区別することが必要であるとする (Institute for Public Policy Research, 2001)。委員会は、官民パートナーシップは、公共事業に、余分な資金提供をもとめられず、しかも、支援の質の改善としてサービス提供についての対応が早くなると述べている。

医療ケアなどの英国の公共事業の資金調達には、次の4つの方法がある。それは、一般税 (すべての納税者から)、国民保険 (雇用主と被雇用者というより小さな団体から)、利用者

の個人負担（イングランドでは、利用者は、医療は無料であるが、社会的ケアに対する支払いがある）、そして民間の保険（補償範囲は極めて限られているが）である。医療費は、ほとんど一般税から資金を調達しており、国民保険加入者による支払いもごく一部行われている。

資金調達とは違って、サービス提供はさまざまに組みあわされている。現在、民間及びボランティアセクターは、高齢者や障害者に対する施設ケア及び在宅ケアの半分を提供している。民間団体は、また、パブリックセクターが提供できないサービス（たとえば学校におけるサービスなど）や、主要な生活活動に対して「補助的」とされるもの（たとえば掃除など）を引き受けるようになってきている。一方、住宅手当管理部が、いくつかの地方政府に外注しているのを除けば、ほとんどの手当金の支払いは、国によってなされている。ときには（対立ではなく連携がとれているようなところでは）、この官民パートナーシップのシステムはうまく機能するが、そうでないところでは、その管理は、地方政府にまわされる（Harvey et al, 2003）。

他のサービスのモデルとなり得る官民パートナーシップの例は、長期にわたって失業状態にある人々の復職を支援する雇用ゾーン（Employment Zone）による方法である。15のすべてのゾーンにおいて、民間の請負業者が公共職業安定所（Jobcentre Plus）の仕事を引き受けた。これらのゾーンのうちの9ゾーンでは、官民パートナーシップにより、ワーキングリンクス（Working Links）と呼ばれるユニークな営利会社を運営している。この会社は、職業安定所（Jobcentre Plus）、キャップ・ジェミニ・アーンスト・アンドヤング（Cap Gemini Ernst and Young）、マンパワーPLC（Manpower PLC）などが、対等に所有しており、三つのパートナー組織から選出された理事会により管理されている。今日までをみれば、雇用ゾーンは、類似のプログラムよりもより効果的な雇用結果をもたらしているという証拠があるが、これについては、長期にわたる評価が待たれるところである。

委員会は、国以外に関与する場合は、社会的ニーズと公共の利益に応えるような基準に抛らねばならないと提言している。その基準は、質の高いサービスを実現する費用対効果の高い方法かどうか、（公共にしろ、民間にしろ）サービスと供給事業者について、共通でしかも明快な説明責任を備えているか、改善方法が明確であるかどうか等である。

改革の原則

総理府は、公共事業改革について次の4つの主要原則を示した。第一の原則は、明快な説明責任の枠組みに関する国家規格である。この原則は、供給事業者ではなく調整役として国をみる考え方に基づいている。公約された公共事業改革は、中央政府の管理によつてのみには行われ得ないという議会の認識が浸透してきた（Milburn, 2002）。中央政府は、主要目標とその目標を達成するための国の最低基準を定めた。たとえば、イングランドの医療と社会ケアに関する「全国サービスフレームワーク（National Service Frameworks）」は、これらのサービスが満たすべき基準を定めることで、サービスの質を向上させ、対象とならない介護サービスの種類を減らそうとしている。今までのところ、メンタルヘルス、冠状動脈疾患などがとりあげられており、現在、長期にわたる疾患に関するものを開発中である。

説明責任と監査の新しい体制が導入されつつある。また、学校、病院、地方政府などのサービス供給についての水準を測定するための実績の格付けも導入されてきている。新しい監査団体の例としては、ソーシャルケア監察委員会（Commission for Social Care Inspection）がある。この組織は、その前身の団体とは異なり、健康局（Department of Health）とは独立した組織とされる予定である。もう一つの例は、論議をよんだ病院信託（Foundation

Hospital Trusts) の提案であり、それは公共事業に対する「第三の道」の最初の例であった。病院信託は、健康局によってではなく、地元の人々や信託組織に勤める人々などから直接選ばれた知事の諮問委員会によって運営される、NHS 基金信託独立監査機関 (Independent Regulator for NHS Foundation Trusts) と呼ばれる新しい非政府部門により運営される。

公共事業改革の第二の原則は、第一線への権利の移譲である。ブレアの最初の任期において、政府は、医療や介護といった、いくつかの鍵となる政策をスコットランドやウェールズの地域に移譲した。今後の目標は、権限や資源を中央政府から第一線の公共事業を行っているスタッフに移譲し、個々の利用者のニーズにみあうようにしていくことである。たとえば、2004年4月から、公共職業安定所 (Jobcentre Plus) は、第一線の個別相談員の自由裁量権をより柔軟にして、地方の雇用問題を解決するために地域担当者が自由裁量のきく新しい基金を作る。もっとも成功を収めた担当者にはより多くの報奨金を出すのが、失敗した地域担当は交代させられる。

改革の第三の原則はより柔軟であることである (効果があった場合の報奨金を含む)。公共事業のテーマは、改革する能力を増進することである。それには、受託業者に対する柔軟性が必要である。これは雇用ゾーン (Employment Zones) の一つの特徴であるが、受託業者は、ゾーン参加者のための三つの段階に関して独自のプログラムを作成する柔軟性が認められている。最初の段階は、公共職業安定所から求職者手当 (Jobseeker's Allowance) が支払われる。それは、13週間続く。その後、受給者は受託業者によって評価される。支援計画について合意した時は、その時点で求職者手当の支給が停止され、かわりに、受託業者によって手当が支払われる。その手当は最高 26 週まで支払われる。手当の額は、少なくとも、それまでの手当と同額でなければならない。

その他の鍵となる問題は、供給事業者が望ましい結果を導けるように、妥当な報酬を得ることをいかにして確定するかということである。雇用ゾーンの受託業者は、結果に応じて報酬を得る。政府は、いくつかの支援計画活動に対し資金を出しているが、クライアントが就職した場合、支払いのほとんどは受託業者に対してなされる。また、求職者が仕事を得た後その仕事が三カ月以上続いた場合にはより多くの支払いがなされる。その他のプログラムも結果払い方式に移行している。また、障害者を支援付雇用から脱却させても供給事業者や雇用主には報酬がまったくないこと (そして手当が支払われなくなる) から、英国の支援付雇用制度に新しい財源確保の制度が導入された (ワークステップ (Workstep) と呼ばれている)。このプログラムでは、月々の支払いの他に、支援の進展に対する報酬を含んでいる。

長期的または基本的な資金に頼るのではなくて、短期的あるいは費用ベースの支払いに頼るとすれば、ボランティアセクターの組織は、短期契約を再交渉するための時間と金を浪費することになる。その結果、ボランティア組織最高責任者協会 (Association of Chief Executives of Voluntary Organisations) は、ボランティアセクターが公共事業にもっと従事できるように長期契約 (最長 25 年間まで) をすることを呼びかけている (Ormerod et al, 2003)。

最後の公共政策改革の第四の原則は、消費者の選択である。過去においては、供給事業者の範囲が限られていた。しかし、それでは、ボランティアセクターや民間の技能や経験を見逃しかねない。同一のサービス地域における協力関係は、分裂や競争を導きかねず、そのために、利用者が組織ごとに異なるシステムに導かれることで、質の低下を招くために受給者の利益にならない。

これらの原則とともに、公共事業は、互助やコミュニティを活用して、もっと改革されるべきだと指摘する人もいる。すなわち、公共事業の一部を、地域の人々や利用者自身によって所有および経営されている互助組織にまかせるということである。政府は、これまでの「公による所有 (public ownership)」の考え方を「コミュニティによる所有 (community ownership)」に変更することを提唱してきた。例えば、いくつかの地域で公営住宅を管理しているアームレングス・カンパニー (Arms-Length Companies) や、すでに述べた医療信託基金などがその典型例である。

3. 社会企業と社会起業家

福祉と経済の協調という「第三の道」の哲学は、「社会起業家」と「社会企業」に対する感心の高まりにより示される。英国やヨーロッパ共同体は、ともに、公共の利益を実現するためにビジネスの解決手法を活用することで、社会企業が、強力かつ持続的でインクルーシブな経済を創造するのに役立つ明確かつ価値のある役割を演じてくれると信じている。しかし、社会企業の意味は、必ずしも明確ではなかったし、全国的に統一されたものでもなかったため、ときには議論が混乱した。

「社会起業家」は、福祉や福利の促進を目的とし、利潤を目的とはしないが、ニーズに応えるために資源を動員する際にはビジネスライクにそれを行う人と定義されている (Social Enterprise Coalition, 2003)。政府は、経済に競争圧力を高めることで、生産性を高めるために、企業家精神を支持している。起業家は、利用者との長期的な関係を築き、革新的な解決方法により官民の溝を埋めることができるかもしれない (Leadbeater 1997)。起業家は、公共セクターで働くこともできるが、民間セクターで働く場合よりも、革新的な能力を発揮するには様々な制約があるかもしれない。

政府は、さらに、小ビジネスを奨励しているが、これは、「社会起業家」をより刺激することであろう。しかし、就労人口の十分の一が自営業であるにもかかわらず、調査報告では、典型的な起業家は、36歳の白人男性であるとされている。その他のグループ、たとえば、障害者については、十分に示されていない。これは、貧困地域の住民も同様である。ほとんどが高所得者ではなく、四分の三は一人で働いているか、もう一人のパートナーと一緒に働いている (Weir 2003)。障害者は、非障害者と比べると、多少自営業が多いが、職業上の地位は低く、財、サービス、各種相談へのアクセスにおいて不利にある傾向がある (Boylan and Burchardt, 2003)。障害者の起業家を育てることで、各種相談や助成金、差別禁止法、手当規則の活用が促進されるであろう。

「社会企業」は少し違った概念である。社会企業は、個々の起業家の想像力と活動力の産物であるが、多様な形態がある。社会企業には、信用組合、協同組合、ソーシヤル・ファーム (social firms)、慈善団体 (charity) の出先機関 (たとえば小売店) 等が含まれる。コミュニティを基礎にした小さな団体のときもあるし、国の大きな組織である場合もある。社会企業は、市場格差の解消を実現するかもしれない。あるいは民間を買収するかもしれない。社会企業は、法的に規定されているのではなく、何をなすかという本質で決まる。通産省(2002)は次のように言っている。

「基本的に社会福祉を目的としており、その利益は原則的に、最大の利潤を求める株主や所有主のニーズを満たすために使われるのではなく、ビジネスやコミュニティの目的を達成するために原則的に再投資する企業。」社会企業の共通の特徴は、次のとおりである。

- ・ 市場に商品やサービスを提供することに直接関与するという企業の指針を持っていること。
- ・ 雇用創出、地域サービスの提供やそのための訓練、福祉目的達成のために利潤が再投資される等の福祉目的をもっていること。
- ・ 利用者、コミュニティーグループ、社会投資家のような団体が参加している等社会所有権の形式をもっていること (Social Enterprise Coalition, 2003)。

社会企業の定義のなかに「ソーシャル・ファーム(social firms)」が含まれている。これは、障害者にとって重要である。これらのファームの達成すべき目標は、収入の少なくとも半分以上が売り上げからのものであることと、従業員の四分の一以上が障害者や弱者であることである。ソーシャル・ファームは、次の三つの基本的な意義をもたされている。すなわち、市場価格によって決定され支払われる賃雇用を通じたインテグレーション、雇用支援、雇用機会、生活できる (meaningful) 仕事を提供する雇用環境、市場指向と福祉目的の結合である。その一例が、「第四セクター (Forth Sector)」と呼ばれるスコットランドの会社である。この会社は、ゲストハウス、クリーニング屋、ケータリングビジネス、装飾サービス、IT ビジネスを含めたいくつかのソーシャル・ファームを持っている。それぞれの商売は、メンタルヘルスの問題をかかえている従業員に、非障害者のとなりで働きながら、訓練と職業経験を提供することを目的としている。

障害者雇用サービスを提供している、いくつかの組織 (例えば、Shaw Trust 等の慈善団体のように) は、社会企業と考えることができるであろう。しかし、用語がまぎらわしいため、それらの組織が、障害者関係の議論において社会企業として捉えられることはまれである (供給事業者と呼ばれる)。従って、英国における障害者関係の議論においては、ソーシャル・ファームの市場におけるシェアに関してではなく、むしろ、その雇用主としての役割が重要だと考えられている。ソーシャル・ファームは、保護された労働と支援付一般雇用の中間に位置する障害者サービスとみることができる。ソーシャル・ファームと支援付雇用の境界はあいまいであるが重要な意味がある。なぜなら、後者は、雇用主助成金や政府の補助金を得られるからである。

現在のところ、ソーシャル・ファームは、ほとんどない。増加しつつあるが、英国内に、ソーシャル・ファームは 45 ほどしかなく、119 のファームが立ち上がりつつあるところである (Social Firms UK, 2002)。非政府系の供給業者によって運営されている雇用プログラムのうち、ソーシャル・ファームが運営しているのはたった四分の一である (Arksey et al, 2002)。従って、ソーシャル・ファームが障害者の雇用支援の主要な提供事業者であるといえるまでには、長い道のりが必要であろう。国の手当だけが収入であるような貧困地域の消費者を当てにしているとすれば、ソーシャル・ファームの市場が限られているということもあるであろう。

しかし、政府がその部門に興味をもっているために、今後、より成長する可能性があるかもしれない。社会企業連合 (Social Enterprise Coalition)、協同組合運動、コミュニケーションネットワーク、ソーシャル・ファーム UK などの、多くの組織が、現在、社会企業を推進している。2 年前、社会企業課 (Social Enterprise Unit) が、通商産業局内に設立され、社会企業戦略報告書を出版している。政府は、社会企業の運営を容易にするため計画された新しい法定組織として「地域利益会社 (Community Interest Companies)」の導入を推進している。

社会企業は、公共事業により参加できるか？

最初のほうに述べたように、ボランティアセクターの組織は、短期の助成金に頼っているために、公共セクターの仕事を入札で手に入れることができない。銀行は、社会企業を、リスクの大きい、あるいは「非営利」なものだとして、異質な概念とみなしているようである。民間セクターの会社に外注しているものの中には、質の低下をきたしたり（基準をみたしていない施設ケアなど）、公的資金が「暴利をむさぼる人」に流れていくという懸念を国民に抱かせるようなものがある。政府は、消費者に近く、革新的で、利益確保に制約されない社会企業が、こうした問題を解決できると考えている。たしかに、住宅供給公社によって管理され資金提供されている住宅協会のようないくつかの非営利組織は、すでに公共セクターの供給事業において、長年にわたって重要な役割を演じている。失業者のためのニュー・ディールプログラムの中で、ボランティアセクターあるいは環境保護セクターにおけるニュー・ディール職業斡旋をとおして、人々は社会企業で働くことができる。しかし、これ以上の、福祉や公共事業における社会企業の関与は、いまだ限定的である。

実際問題として、契約前の交渉に要する費用は小さな企業や社会企業にとっては高くつき、いくつかの公共団体は、指定された供給事業者や財政力があり似たような契約をした経験を持つ会社とのみ取引をする。ボランティア組織は、助成金がサービスにかかるすべてのコストをまかなえないとき、自分たちは地方政府の事業を補完していると感じている (Institute for Public Policy Research, 2001)。公共セクターができることの例としては、ロンドンのイーリング地区協議会がある。同協議会は、購入者と出資者に考えを普及させ、同協議会と契約するための指定事業者名簿に載せて欲しいと考えている社会企業を支援するための入札支援プログラムを開発することで社会企業に機会を提供してきた。政府は、最近、医療やコミュニティー・ケア等の五つの主要な領域で公共事業を運営するボランティア、コミュニティー組織や社会企業を支援するために 1 億 2 千 5 百万ポンドの「将来構築者基金 (future builders fund)」の導入を発表した。

政府は、地元企業の振興にも関心をもっている。たとえば、貧困地域の住民はビジネスを始めたり自営業者になりやすくなっている。これはソーシャル・エクスクルージョンを解消するための戦略の一つでもあるが、これについては、次に述べる。

4. 第三の道とソーシャル・エクスクルージョン

「ソーシャル・エクスクルージョン」は、英国よりも、ヨーロッパのほかの国（とくにフランス）において長い歴史をもっている。英国では、当時の保守派政権が貧困について認識していなかった政治的状況で議論がはじまった (Hills et al, 2001)。ブレア政権は、児童の貧困と年金生活者の貧困及びソーシャル・エクスクルージョンの問題に取り組むことを公約している。ソーシャル・エクスクルージョンのために重要なのは、第一に、所得だけではなくその他の政策部門を含むこと、第二に、貧困とエクスクルージョンに取り組むための地域を基盤にした戦略、第三に、コミュニティーの取り組みにあると考えられる。

低所得による貧困以上のソーシャル・エクスクルージョン

「第三の道」の考え方では、福祉と経済を結びつけるため取組みの中には、所得だけではなく、機会の分配も考慮される。これは、旧左翼の主な関心事であった。また、別に、職業と教育も考慮される (Mandelson, 1997)。将来に期待がもてない、人のつながりが少ない、人生のチャンスが限られているということも、ソーシャル・エクスクルージョンに関連する。

特に、近隣の人々とのかかわりや住宅問題がかかわっている。新労働党は、ソーシャル・エクスクルージョンを、次のように定義している。

ソーシャル・エクスクルージョンとは、個人や地域が、失業、未熟練、低所得、住宅難、高い犯罪率、不健康、家庭崩壊等の複合した問題に苦しむときに起こりうるものについての端的な呼び名である。

機会拡大の必要性に焦点をあてて、ソーシャル・エクスクルージョンに取り組む活動における、鍵となるテーマと戦略には、次のようなものがある。

- ・ 幼い頃から子供たちの、国語能力、算数能力、学ぶ興味を向上させ、不登校問題に取り組むこと
- ・ 雇用支援と訓練を受けられやすくすること
- ・ 医療の不平等の軽減
- ・ 高齢者家庭の燃料不足への取り組み
- ・ 見苦しくない住宅の供給を増やすこと (Department of Social Security, 2000)

諸問題に対する政府の対応方法も、ソーシャル・エクスクルージョンの原因の一つと考えられる。貧困な住宅政策、コミュニティーの軽視、コミュニティーよりも物理的環境の再生を重視することなどがそれにあたる (Social Exclusion Unit, 1998)。これまでの政策は、これらの問題のいくつかに対して個別的に取り組んできたが、それらの相互作用についてはほとんど対応してこなかった。かつての「大きな」政府は、しばしば平等を推し進めることに失敗してきており、中央集権国家が予算化し提供したサービスは、貧困と格闘し社会の流動性の促進するためには不十分であったため、今後は、政府が、より首尾一貫した取り組みをすることが重要であると政府は述べている。「複合的な問題には、複合的な解決が必要である」。そこで、1997年12月に、トニー・ブレアは、政府の心臓である内閣府の中に、ソーシャル・エクスクルージョン課を設置した。

政府は、エクスクルージョンの原因についても、取り組んでいる。失業、不健康、犯罪などための費用を減らす上で重要な考え方は、問題が起こる前に未然に防ぐ活動の必要性であった。1998年の福祉改革の議会報告書 (Welfare Reform Green Paper) は、福祉は、事が起きてしまってから行動することだけではなく、人々に、きちんとした教育、訓練、支援を確保することによって、貧困を未然に防ぐことを事前に行うべきだと述べている。このことは、人々の個人的資産 (技能、雇用、教育) を構築することになるであろう。

所得についてのエクスクルージョンに関していえば、社会福祉組織や施設を活用できないことは、プロセスとしてのソーシャル・エクスクルージョンだといえる。生涯にわたる貧困 (貧困あるいは排除された状態を過ごした長さ) の「ダイナミクス」に関する研究によれば、ある時点の一瞬をとらえるよりも有意義な分析ができることが示されている (Oppenheim, 1998)。同じように、長期的研究によれば、障害は静的な状態ではないことが示されている。日常生活に制限を受けつつある成人の半数以上が、少なくとも二年以上継続する小康状態があり (メンタルヘルスのように)、断続的なパターンを示すことが一般的である (Burchardt, 2000)。

所得以外要素に関するプロセスとしてのソーシャル・エクスクルージョンは、障害者にも関係がある。障害者は、教育、就職、余暇活動の機会が制限されていることと、低所得、高コスト、他者の否定的態度等の複合的な相互作用により社会から排除されている。調査によれば、障害者の5人に1人が、物理的障壁、参加拒否、公共交通機関を利用できない等の理

由で、商品やサービスを得られないという困難に遭遇している (Grewal et al, 2002)。そして 3 人に 1 人が、余分の暖房器具をもつことができない (Leonard Cheshire, 2002)。また、不健康な人々や障害者は貧困地域に集中している。

地域主導性

ソーシャル・エクスクルージョン課 (Social Exclusion Unit) は、イングランド内の貧困地域を分析し、地域主導を推奨するとともに、もっとも貧しい地域とその他の地域との格差を軽減するという目標を立てた (Social Exclusion Unit, 1998)。「地域改善のための全国戦略 (National Strategy for Neighbourhood Renewal)」においては、特にサービスの最低基準を定め、もっとも貧しい地域とその他の地域の犯罪率、住宅基準、医療及び雇用の格差を軽減する「基本目標 (floor targets)」が導入されている。貧困地域にこそ良質のサービスが重要であり、要求はどこよりも高いはずであるにもかかわらず、いくつかの地域では、公共事業は二の次であったり存在もしていない。コミュニティーのニュー・ディールは、主要な改革課題であり、イングランドでは 39 の貧困地域において協力関係を構築して、住宅、健康、失業等の主要な課題について、最も貧しい地域とその他の鍵となる地域との格差を軽減するための 10 年計画が押し進められている。シュア・スタート (Sure Start) プログラム等の貧困地域における新しいサービスが展開されている。シュアスタートプログラムは、発達と心理的ニーズをもつ三歳以下の幼児児童とその家族を支援するためのプログラムである。

たとえ、全国的に雇用機会が増したところで、貧困地域はそれ以外の地域と比べて、あまり得るものがない。したがって、政府は、そうした地域における仕事の増加と会社の発展を支援することを目標としている。その目標には、最貧困地域におけるビジネスの創設と発展を目的として国内に 2000 の「企業地帯」を指定することなどが含まれる。

英国の地域を基盤とした取り組みには長い歴史があるが、1997 年以降は、いくつかの地域では、計画の対象にするかどうかを、その地域の特質に基づき選択している。例えば、コミュニティーのためのニュー・ディール (New Deal for Communities) は、その例である。その他の地域では、国の変革をテストするパイロットスタディとして選択されており、雇用ゾーンは人口の集中度によって選択されている (Tunstall and Lupton, 2003)。確かに、政府は、変革の「試験的 (piloting)」手法を社会政策にまで劇的に拡大した。そして、そのことで、優先度と資金助成の順番が混乱してしまった。

コミュニティー重視

地域を基本にした政策とともに、政府は、ソーシャル・エクスクルージョンと格闘する戦略の実施において、「コミュニティー」を重視することに次第に関心を持つようになった。これは、はじめのほうに述べた互助とコミュニティー所有についての関心から発展してきた。主導権の再生に関する研究によれば、実際問題として、地域の柔軟性の不足と、中央との連携不足の双方のために、地域の共同活動が妨げられていると指摘されている (McGregor et al 2003)。コミュニティーのためのニュー・ディールについての評価によれば、「コミュニティー重視」により、地域住民の協力関係が生まれることを見いだしている。しかし、「燃え尽きて」しまった地域があり、別の地域ではコミュニティー内での緊張関係が起こった (Office of the Deputy Prime Minister, 2003)。10 年間の戦略的計画は複雑で、住民は、いつもそれを行えるとは限らない。コミュニティーのためのニュー・ディールにおけるコミュニティー重視により、黒人やエスニック・マイノリティーの住民のインクルージョンがいくらか前進したが、ジェンダーや障害には、それほど注意が払われていない。

コミュニティーの自助のためには、コミュニティーの能力の向上を必要とするが、それも地域改革の中心である (Demos 2003)。

「協同生産 (Co-production)」は、別の発展しつつある考え方である。専門家スタッフとサービス受給者が連携して、「協同生産」すれば、最も効果的な福祉が実現できるとされる。例えば、子供や高齢者の世話、移動支援など、近所や親戚に対して人々が提供するある種の非公式な相互支援を指す。まだ政策論争の中心テーマにはなっていないが、互助責任の考え方となんらかの関係があり、保健サービスについての責任を共有するなどいくつかの分野におけるテーマとなるであろう。

次に、障害者政策を取り上げる。

5. 第三の道と障害者政策

1997年2月のトニー・ブレアの最初の首相就任演説で、ソーシャル・エクスクルージョンに関して彼は「下層階級の人々は、目的の共有という考えに無縁で、社会の主流からエクスクルージョンされている。」と述べている。「下層階級」という用語は、最近では用いられないようになったが、それはさておき、ソーシャル・エクスクルージョンの原因について、個人の問題なのか、社会の問題なのかという議論がある。この議論は、障害分野でよく知られた議論を反映している。つまり、医学モデルは個人とその障害を強調しており、社会モデルは、社会に焦点を当て、障害者のために社会が変わるべきだと考える。そこで、障害者政策の議論においては、トニー・ブレアによる、あるいはその前の保守党政権による政策推進の背後に隠されたいくつかの前提をここで明らかにしておきたいと思う。

障害モデルと「第三の道」の影響

保守党政権下での障害者政策は、往々にして医学モデルを反映したもので、機能障害を技術的に解決することを重視したり、インクルージョンよりも差異を強調した。労働年齢の障害者に対する主要な対応は、手当を支給することであった。いくらかの雇用対策はあったが、「差別的」になりがちであった。医学モデルは、個人に焦点を当てるが、それは保守党の個人偏重の考え方と合致した。しかし、これはまた、地方政府の社会サービス部が障害者に、サービスよりもお金を与えることを許可するなどの、よりポジティブな政策をももたらした。

ブレア政権の初期は、障害者の異なるモデルの影響について限られた認識しかなく、障害者手当の削減といった政策のいくつかは、どうやら医学モデルの考え方を反映していたらしいのである。しかしながら、障害者を支援するためには、個人に対する支援もさることながら、互助と社会的義務の考えが必要である。「第三の道」において、個人と社会の要素の両方の影響を考慮に入れる必要があることから、互助主義的アプローチ ((Howard, 1997) が生まれた。また、障害者と非障害者の互助が提起された (Christie and Mensah-Coker, 1999)。後者は、障害者をマイノリティーの宿命としてではなく、複数の可能性として、平等に職業につくことの要求することができ、また、障害者の権利を主張できることができると論じた。それ以降、政府は異なるモデルに影響を受けるようになったようである。医学モデルは、手当政策なかにみることができ、また、社会モデルは、市民権のなかにみることができ、そして生態学心理社会モデルのような二元的なモデルは (Waddell, 2002)、近年のリハビリテーションモデルのなかにみられる。これらのことは、政府の政策内部も緊張関係にあり、障害者政策を支える一貫した理論を発展させるためには、第三の道についてより検討する必要があることを示している。

第三の道の要素と障害

はじめのほうで、第三の道の三つの鍵となる要素を示した。それは、福祉と経済の結合、権利と責任、そしてコミュニティーであった。

経済と福祉を結合に関しては、障害者政策は、社会的責任を求める政府のより大きな計画の一部であり、障害者が従業員として働き、消費者として消費することで、商業的利益をあげることができるという認識がひろがってきている。障害者についての雇用主フォーラム (Employers Forum on Disability) は、障害者雇用のための「ビジネス事例」(business case) を推進している (ザデック & スコット・パーカー、2001)。このアプローチがうまくいったかどうかを示す情報はほとんどないが、雇用主の調査では、4社に1社が、障害者雇用は、企業イメージによいと回答した (Stuart et al, 2002)。

権利と責任に関しては、実際の福祉戦略において、あるいは、(多くの民間企業の) 雇用主や商品・サービス供給事業者の義務として、より大きな個人の責任を要求している。

以前の保守党政権は、法律よりもむしろ、信条に頼る傾向があり、1996年まで割当雇用率制度が存在した。これは、20人以上を雇用する民間企業の雇用主に対して、従業員の3%以上を、登録された障害者から雇用するよう求めた (Berthoud et al, 1993)。しかし、この割当雇用率は強制力をもたなかった (50年間に訴えられたのは10件にすぎない)。雇用主は、この雇用率を無視し、雇用サービスに登録されている障害者はほとんどいなかつた (Oliver and Barnes, 1998)。最初は、障害者差別に関する認識はなかったが、しだいに、強力な市民権キャンペーンにより、1995年に障害者差別禁止法が成立し、雇用率制は廃止された。この法律は、雇用主や商品・サービス供給事業者が、障害者を非障害者よりも好ましくないものとして扱うことは違法であるとしており、また、合理的な便宜をはかる義務があると規定している。しかし、強制力がなかったために、1997年の労働党声明に、この改正が盛り込まれた。障害者権利委員会が、2000年に導入され、これによって法律が強化された (教育は、2002年に追加された)。雇用主が、障害者に対して、保証付きの求職者面接を行い、「障害者のシンボルを利用する」ようになるなど、いくつかの信条はまだのこっていて、それは雇用率にいくらかの影響をあたえているようである。

コミュニティーを強調することは、「コミュニティー・ケア」を実践している社会保障省 (Social Services Departments) には、とりわけ重要である。それにより脱中央集権が可能になり、地方の自立組織の役割が増すことになる。今日、いくつかの地方政府は、地域組織やボランティアを含めた投資家団体などの、地域コミュニティーとともに働いている。また保健部門の関係機関とも協力している。自立と利用者中心のサービスを推進するために、社会サービスに対して追加の予算が計上された (Department of Health, 1998)。これは、利用者参加を求める障害者組織の要求と合致している。新労働党は、また、直接払い (direct payments サービスの代わりとしての現金) を推進することで自立を強調してきた。まだ、数は多くなく (7,884人) 身体障害者が中心であるが、この選択をする人々が増えてきている。

手当と雇用政策

就労不能に基づく手当 (国民保健によるものと社会扶助によるものの両方を含む) の受給者数は、1970年代後半から1995年のあいだに3倍になった。そして、手当をより長期間給付してほしいというあたらしい主張がでてきた。現在、平均継続期間は、9年である。女性、50歳未満の人々、そして精神衛生上の問題を抱える人々の受給が、増えている。保守党政権

下では、いくつかの手当が廃止され、短期の病気に対する雇用主からの手当と、就労不能についての厳しいテストが導入された。

新労働党が政権を握った後も、保守党政権下で始まった障害者生活手当の受給者の見直しを継続したので、ダウニング街 10 番地の首相官邸の前ではデモが行われた。政府の初期の福祉改革には、ある障害者の人々（たとえば、年金による所得がある人、働いているパートナーがいる女性など）に対する手当を削減または廃止し、それ以外の手当（たとえば、資力調査を伴う非常に多くの個別支援を必要としている人々に対する手当など）を増額することが含まれていた。1998 年の改革は、以前の保守政権が手遅れだとして拒否したものであるとして障害者団体から批判された。しかし、この改革は、税額免除を拡大するなどが含まれていたため、雇用の疎外要因をなくするという観点から前向きに受け入れられた。寛大な税額免除を含めて、より積極的に受け入れられた。就労不能手当規則に対する小さな改革により（たとえば、一年以内に給付金に戻ることができるなどで）、仕事につきやすくなったが、基本的に手当金制度は、「就労不能」という概念に基づいているので、そのことが、福祉に対する、より積極的なアプローチを難しくしているといえる (Howard, 2003)。

1998 年の福祉改革は、「働くことができる人々には仕事を、できない人のためには保障を」というスローガンにもとづいて、障害者が、尊重されて、充実した生活をおくることができるように支援することを目的としていた。最近では、障害者の雇用率の上昇、障害者の雇用率と全体の雇用率との格差の是正、障害者の権利の改善及び障害者の社会参加のための障害を取り除くことに重点が移ってきている。

保守党の雇用政策では、おおまかにいえば、障害者の支援つき雇用（いまはワークステップと呼ばれている）、雇用リハビリテーション（いまは雇用準備とよばれている）、職場適応と設備と支援員の管理（労働計画へのアクセス）について評価する専門家チームと障害者雇用アドバイザーが中心であった。新労働党政権は、この基本的構造を根本的に変えたのではなかったが、そこに新しい構想を加え、現実的な労働市場政策の一部として就労不能手当受給者に焦点を絞った。しかし、このことは、保護雇用から離れ、職業斡旋支援を通じて、一般雇用に道を開いていく方向に政策の中心を移行させることになった。

障害者についてのニューディールは、従来あらゆる就労が困難である（手当の主要な条件）と考えられてきた就労不能手当受給者を対象にした、もう一つの重要な政策転換を意味している。障害者のためのニューディールには、二つの異なる試験的プログラムがあった。最初のプログラムは、1998 年から 2000 年のもので、24 の改革計画からなり、パーソナル・アドバイザー・サービスが 12 の地域で試行された。このうちの 6 つについては、公立の職業安定所が、試行した。それは、1998 年秋にはじめられた。非営利の民間団体組織が、1999 年春から、その他 6 つの地域で試行を開始した。それらの評価は、次のようにでている。

- ・ 対象者は、受給資格者のおよそ 6 パーセントと低い。
- ・ 賃労働に従事している人は、およそ四分の一だが、多くの人は、仕事をみつけることができそうだと言っている (Loumidis et al, 2001)。
- ・ 職業安定所の地域の登録者が仕事を得る数と割合が若干勝るものの、公民の地域差はほとんどない。しかし、これは、プログラム開始時期が早いことを反映しているようである (Green et al, 2001)。

第二のプログラムが 2001 年 7 月に開始された。これもまた、実験的なものである。障害者のための全国展開ニュー・ディール (New Deal for Disabled People National Extension)

は、初期の試行と次の点で異なっている。

- ・ これは（官、民そしてボランティアセクターなどの）60 近くの職業斡旋事業者の全国ネットワークであり、政府との契約のもとに、サービスを提供している。
- ・ 基本的に結果に基づき支払われる。
- ・ 目的は、登録者に、職業斡旋事業者を選択できるようにすることにある。

資料によれば、職業斡旋事業者の対象者は、およそ 2%と低いが、ジョブセンター・プラスの実施する就職を目的とした義務的面接を受けた手当受給申請者は、高い数値を示している(Corden et al, 2003)。期待されたより、対象者数は少ないが、その数は伸びつつある。はじめの2年間で、5万人が職業斡旋事業者に登録し、1万6500人が仕事に就いた(Department for Work and Pensions, 2003 a)。職をみつけた登録者の数は、だいたい予測したとおりの線であるが(およそ三分の一)、登録者数は、まだまだ少なく、そのことは、もっと多くの紹介を受け入れることが必要であることを示している。もともと職業斡旋事業者の契約は、2004年に失効することになっていたが、つい最近の「パスウェイ(pathways)」重視を支援するからみもあって、最近、2006年まで延長された。

「パスウェイ」の試行は、障害者の生態学社会心理モデルにもとづいており、就職に焦点をあてた面接を行っている専門的なジョブセンター・プラスのパーソナル・アドバイザーをまきこみ、就労不能手当申請の最初の段階にある人々を支援している(Department for Work and Pensions, 2002)。対象者は、彼らの健康管理を助けるためのリハビリテーション支援を提供するために選ばれる。精神衛生上の問題があったり、筋骨格系や心臓血管系に問題があるなどの状態にある人々を主な対象としている。特別の金銭的な動機付けのために、復職手当やアドバイザー裁定基金助成金が支給される。この方法は、2003年10月から7つのエリアで試行されることになっている。

障害者と行政改革

政府は、雇用プログラムのなかで、民間あるいはボランティアの団体の受託事業者の利用の継続と拡大を行ってきた。1990年代初頭、雇用リハビリテーション(いまは「雇用準備」と呼ばれている)は、サービスと選択肢を拡大するために、民間団体とボランティアセクターに委託されたが、これは、寄せ集めで、断片的な対策となっていた(Lakey and Simpkins, 1994)。今でも、ジョブセンター・プラスは270のボランティアまたは民間団体の供給事業者に委託している。支援つき雇用プログラム、ワークステップもまた、レンプロイという英国最大の供給事業者等の、政府から融資を受けている外部の供給事業者と契約している。障害者のためのニュー・ディールとは、非政府の供給事業者との契約をさらに進めていくことを意味している。

1980年代は、施設介護の費用が急上昇し(社会保障により支払われた)たことと、在宅介護よりも施設での介護を求められたことから「コミュニティー・ケア」の導入がうながされた。地方政府の社会保障局は、必要性を査定した。しかし、独立した供給事業者から、介護サービスを購入することにした。このサービスには、家庭における支援も含まれる。これは主に新労働党によって続けられてきた。1980年代には、資力調査にもとづく家庭における支援のための特別手当が、自立生活基金による手当に変わり、政府により独立した裁定機関が設置され、重度の障害者が、独立して自宅に住むことができるようになった。この基金は、地方政府との連携により運用され、手当と介護の組み合わせが提供される。そしてブレア政権は、最近になって、地方政府と協力している43のボランティア組織に対して、「個人的支

援援助対策」を通じて現金払いの対象者を拡大するために助成金を与えている。

選択と競争

最終結論は、今後の評価をまたねばならないが、障害者のためのニュー・ディールにおける職業事業者の経験によれば、選択と競争の目標が、思いも寄らず一致したことが指摘されている。そもそも、結果に基づき支払われるため、登録者が、26週間継続して仕事についてのみ決済されるので、組織は、その他の活動からの仲介手数料に奨励金をつけて、最も準備ができて登録者が選ばれるという傾向をひきおこしている (Corden et al, 2003)。ある斡旋事業者は、弁済に陥っている。斡旋事業者は、結果主義の決裁の原則を受け入れているようであるが、引き受け数の減少や、仕事につくまでの時間がかかったときは、不当なリスクを負うことになってしまう。登録者は、斡旋事業者に関して多くの選択肢をもつことはまれで、地域によっては、組織がたった一つしかないことが起きている。ジョブセンター・プラスのアドバイザーは、選択肢と競争を確保する必要から、斡旋事業者を直接紹介することは禁じられている。そのため、登録者には、選択に必要な情報が限られている。職業斡旋事業者は、登録者を引きつけるような商品開発に非常に積極的で、職業斡旋サービスそのものよりも組織にひかれていく登録者もいる。もっとも成功している斡旋事業者の公式情報はない。労働・年金局は、そうした情報を商業的に流すことには慎重であるべきだと考えているからである。その結果、競争が機能しているのかどうか、あるいは、なにが斡旋事業者の成功につながっているのかがわからない。

結果主義に基づく支払いについての調査の結果、すぐに支援可能な登録者を選び出すことの動機付けには役立つが、ニーズをもっている多くの人々が置き去りにされたままになっていると指摘されている (Corden and Thornton, 2003)。結果主義に基づく支払いにとって重要なのは、支援ニーズに応じて登録者を類型化することであるが、英国には、適切なモデルはない。

民間団体は、障害者に対してよりよい結果を出すことができるのか？

民間あるいはボランティアセクターが、障害者に対する支援のための手当を給付したことはほとんどない。就労不能手当と障害者手当申請者に対する医療相談と診断についてのみ、1997年の総選挙の直前から、民間企業に受託されてきた。処理が遅いことと質について懸案されるが、状況は進展しているようである (National Audit Office, 2003)。

民間あるいはボランティアセクターの業者が、雇用プログラムを運営する効果について、両面の結果がでていいる。「エンプロイメント・ゾーン (Employment Zone)」は、設立当初良い結果を出したが、「ワン (ONE)」のサービス (すべての労働年齢にある成人に、手当と雇用支援の両方を提供する試験的プログラム) の運営は、官営と民営のモデルのサービスの違いをなにも証明できなかつたどころか、障害者が就職する機会を拡大させることもできなかつた (Green et al, 2003)。

障害者に対する今後の雇用支援についての政府の意図は、まだはっきりしていない。ニュー・ディールのモデルでは、民間とボランティアの団体組織に (協調的なパートナーシップによって) それを委託しようとしているのが中心であるが、パスウェイ (Pathway to Work) の試みは、ジョブセンター・組織内のアドバイザーを活用しようとしている。

問題点と今後の方向

最後に、今後に向けての問題点に明らかにする。

障害者のための公共政策における社会企業の役割

「デイ・ケア」施設から発展したソーシャル・ファームは、以前に比べて、少なからず発展している。しかし、はじめのほうに述べたように、ソーシャル・ファームが、障害者の単なる「雇用連盟」の一部であるならば、障害者団体のうちどのグループをターゲットにするべきか、またいかにターゲットにするべきかについて、あいまいになる。社会企業が、実行力のあるもうひとつの供給事業者として発展するためには、ソーシャル・ファームは必要とされるであろう。また、公共政策のどの領域を対象とするのかを確定するためにより必要とされる。可能性のある領域は、地方政府から直接現金の支払いを受けて自分のケアを自ら購入することを望む人々を支援するためのパーソナルアシスタンス事業である。イーリング区の審議会は、全国的慈善団体であるショー・トラスト (Show Trust) と連携し、現金支払いを援助するソーシャル・ファームを、すでに持っている。

「互助」に関して発展させなければならない考えは、被雇用者と雇用主が、ひとつの組織のメンバーとして参加する「被雇用人互助 (employee mutual)」という考え方である。その考えは、仕事をみつけ、労働能力を改善し、生活を管理する方法として提案されてきている。それは、また、雇用主が、空きポストをうめるのを支援し、訓練と育児において、労働者と企業が共通に必要としているものを調整する (Leadbeater and Martin, 1999)。これは、職業の不安定性を改称し障害者と非障害者を地域で統合するための方法として推奨されてきた (Christie 1999)。しかし、このことについては、障害者に関してはあまり議論されてこなかった。

手当と雇用の緊密に結びついた方策のための要求

英国政府による、就労不能手当受給者の就職を支援する最近の試みは、経済協力開発機構 (Organisation for Economic Co-operation and Development) によって強調されるように、収入と雇用政策の緊張関係をもたらしている (プリンズ、2003)。人々は、手当を受けるためには就労不能であることを証明しなければならないが、仕事を得ようとするときには、就労能力があることを証明しなければならない。この緊張関係に取りくむ試みとしては、(就職に焦点をあてた面接のような)「積極的な」方法を、「消極的な」就労不能手当に取り入れることが行われた。しかし、この緊張関係は、ますます深刻になってきており、就職支援のための方法が、さらに手当運営に取り込まれてきている (Howard, 2003)。

適切な介入を定めるためのよりよい手段のための要求

英国の政策格差から、障害者にとってどのような介入が適切であるかを特定できるようになってきた。これまでみてきたように、これは、供給事業者への結果主義に基づく支払いの効果と、ソーシャル・ファームの「雇用連盟」のなかで別の種類の仕事を提供していく役割に影響を与えることとなる。エンプロイメントゾーン (Employment Zones) は、年齢、個人的障壁、手当額、経験などを指標としながら、登録者の就職の困難性を類型化しているが、これらはときに不正確である (Hirst et al, 2002)。しかし、いまだ、どのような仕事を、誰に雇用斡旋すべきかについて明確な根拠がないのである。パスウェイの試行では、だれが仕事に就けそうかを定めるために、アドバイザーの助けなしに、コンピュータによって予備審査するという試みも行われた。これは、プロフィール作成のツールを開発しはじめるのに役立つであろう。

予防とリハビリテーションへの強調の増大

就労をめざす人々を援助するより「革新的な」福祉国家にするために、政府はより予防的

な戦略を考えはじめています。医学リハビリテーションと職業リハビリテーションの統合、社会資源の不足という問題が増加してきている（英国リハビリテーション医学会、2000）。今年はじめ、「職業継続とリハビリテーション」という試行事業が、英国のいくつかの地域ではじめられた。これは、疾病手当を受給している第6週目から26週目までの人々に対する介入を試すために構想された。これは健康や雇用あるいはその両方に対する介入をテストする無作為抽出による試行である。先に言及した雇用への道（Pathway to Work）は、既存の雇用支援との結合による健康管理プログラムを推進する。リハビリテーションは、労働災害保障制度の中心に据えられ、政府の労働災害使用者賠償責任保険の見直しのなかで検討されている。（Department for Work and Pensions, 2003 b）しかしながら、これらの取組みは、統合戦略が構築されるまえに調整しておく必要がある。

雇用主と供給事業者のさらなる責任

政府は、障害差別禁止法をさらに拡張して来年には、製品やサービスを提供する者は、障害者を不当に差別するすべての物理的環境を変更することが求められる。また、現行の、従業員15人以下の小企業の免責を廃止し、100万の小企業の雇用主も対象となる。障害者法は、障害者に対する平等な機会を提供する公共団体の義務を盛り込んで、まもなく完成する。政府は、2006年までに障害に関する人権機関とその他の人権機関を一つの人権委員会にまとめると宣言している。その主要な課題と任務は、公共政策の中心に平等と人権をおくことと、官民、そしてボランティアセクターのパートナーシップにおかれている。

2006年までに、私たちは長い道を進んでいくことになるであろう。

（翻訳：寺島 彰）

References:

- Arksey H et al, 2002, 'Mapping employment-focused services for disabled people', Department for Work and Pensions in-house report 93
- Blair, T, 1998, 'The Third Way: New Politics for the New Century', Fabian Society
- Blair, T, 2002 a, speech on welfare reform 10 June 2002
- Blair, T, 2002 b, speech about public services reform 25 January 2002
- Blair, T, 2003, 'Where the Third Way Goes from Here', speech to progressive governance conference
- Bleas, H, 2002, 'Communities in control: public services and local socialism', Fabian Society
- Blunkett, D, 2001, 'Politics and progress', Demos/Politicos
- Boylan, A and Burchardt, T, 2003, 'Barriers to self-employment for disabled people', Department of Trade and Industry Small Business Service
- Burchardt, T, 2000, 'The Dynamics of Being Disabled', CASE paper 36
- British Society of Rehabilitation Medicine, 2000, Vocational Rehabilitation: The way forward'
- Christie, I with Mensah-Coker G, 1999, 'An inclusive future? Disability, social change and opportunities for greater inclusion by 2010', Demos
- Commission on Social Justice, 1994, 'Social Justice: strategies for national renewal'

Corden A and Thornton P, 2003, 'Results-based Funded Supported Employment: Avoiding disincentives to serving people with greatest need', Department for Work and Pensions, W160, May 2003

Corden A et al, 2003, 'New Deal for Disabled People National Extension: Findings From the First Wave of Qualitative Research with Clients, Job Brokers and Jobcentre Plus Staff', W169, Department for Work and Pensions, October 2003

Demos, 2003, 'Inside out: rethinking inclusive communities'

Department for Education and Employment, 2001, 'Towards full employment in a modern society', Cm 5084, March 2001

Department of Health, 1998, 'Modernising social services: promoting independence, improving protection, raising standards', Cm 4169

Department of Social Security, 1998 a, 'New Ambitions for our country: A New Contract for Welfare', Cm 3805

Department of Social Security, 2000, 'Opportunity for All: second annual report, Cm 4856

Department of Trade and Industry, 2001, 'Business and Society: developing corporate social responsibility in the UK', March 2001

Department of Trade and Industry, 2002, 'Social enterprise: a strategy for success'

Department of Trade and Industry, 2003, 'Business case for diversity and equality'

Department for Work and Pensions, 2002, "Pathways to work: helping people into employment", Cm 5690

Department for Work and Pensions, 2003 a, 'Opportunity for All: fifth annual report', September 2003, CM 5956

Department for Work and Pensions, 2003 b, 'Review of Employer' Liability Compulsory Insurance, first stage report'

Etzioni, A, 1995, 'The Spirit of Community', Fontana Press

Giddens, A, 2000, 'The Third Way and its critics', Polity Press

Green, A et al, 2001, 'New Deal for Disabled People: Local labour Market Studies', Department for Work and Pensions in house report 79

Green H et al, 2003, 'Final Effects of ONE', Department for Work and Pensions research report 183

Grewal, I, et al, 2002, 'Disabled for life? Attitudes towards, and experiences of, disability in Britain', Department for Work and Pensions research report 173

Harvey, J et al, 2002, Local authority experience in outsourcing Housing and Council tax Benefits', Department for Work and Pensions in-house report 115

Hills, J et al, 2002, 'Understanding Social Exclusion', Oxford University Press

Hirst A et al, 2002, 'Employment Zones: A study of local delivery agents and case studies', Department for Work and Pensions, WAE124

HM Treasury and Home Office, '2002, 'Next Steps on Volunteering and Giving in the UK', December 2002

Howard, M, 1997, 'Investing in disabled people: a strategy from welfare to work', Disablement Income Group/Joseph Rowntree Foundation

Howard, M, 2003, 'An 'interactionist' perspective on barriers and bridges to work for disabled people', Institute for Public Policy Research

Institute for Public Policy Research, 2001, 'Building Better Partnerships: the final report of the commission on public-private partnerships'

Lakey, J and Simpkins, R, 1994, 'Employment rehabilitation for disabled people', Policy Studies Institute

Leadbeater, C, 1997, 'The rise of the social entrepreneur', Demos

Leadbeater, C and Martin, S, 1999, 'The Employee Mutual', Demos/Reed

Leonard Cheshire, 2002, 'Social Exclusion report'

Loumidis, J et al, 2001, 'Evaluation of the New Deal for Disabled People Personal Adviser Service pilot', Department for Work and Pensions research report 144

Mandelson, P, 1997, 'Labour's next steps: tackling social exclusion', Fabian Society

McGregor, A et al, 'Developing people – regenerating places', Joseph Rowntree Foundation/Policy Press

Milburn, A, 2002, 'Redefining the health service', speech to the New Health Network January 2002

National Audit Office, 2003, 'Progress in improving the medical assessment of incapacity and disability benefits', House of Commons Paper 1141

Office of the Deputy Prime Minister, 2003, 'New Deal for Communities: National Evaluation 2002/3: research summary 7'

Oliver, M and Barnes, C, 1998, 'Disabled People and Social Policy: from exclusion to inclusion', Longman

Oppenheim, C, 1998, 'An inclusive society: strategies for tackling poverty', Institute for Public Policy Research

Ormerod, P et al, 2003, 'Replacing the State', Association of Chief Executives of Voluntary Organisations

Powell, M, 1999, 'New Labour, New Welfare State? The 'third way' in British Social Policy', Policy Press

Prinz, C, 2003, 'Transforming Disability into Ability: policies to promote work and income security for disabled people', OECD

Social Enterprise Coalition, 2003, 'There's more to business than you think: a guide to social enterprise'

Social Exclusion Unit, 1998, 'Bringing Britain together: a national strategy for neighbourhood renewal', Cm 4045

Social Firms UK, 2002, 'national mapping'

Stuart N et al, 2002, 'How employers and service providers are responding to the Disability Discrimination Act 1995', Department for Work and Pensions in-house report 96

Tunstall, R and Lupton, R, 2003, 'Is Targeting Deprived Areas an Effective Means to Reach Poor People?' CASE paper 70

Waddell, G, 2002, 'Models of Disability: Using back pain as an example', The Royal

Society of Medicine Press Ltd

Weir, G, 2003, 'Self employment in the labour market', Labour Market Trends September 2003

Zadek, S and Scott-Parker, S, 2001, 'Unlocking the evidence: the new disability business case', Employers Forum on Disability

Main websites:

www.socialenterprise.org.uk

www.socialfirms.co.uk

www.employers-forum.co.uk

www.jrf.org.uk

www.leonard-cheshire.org.uk

www.lse.ac.uk/case

www.progressive-governance.net

www.fabian-society.org.uk

www.ippr.org.uk

www.demos.co.uk

www.odpm.gov.uk

www.pm.gov.uk

www.dti.gov.uk

www.dwp.gov.uk

脊髄損傷者用歩行補助装具の開発

～ニューロリハビリテーションに向けて
季林紅教授（中国清華大学）招へい事業報告

太田裕治

お茶の水女子大学生生活科学部

厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）、「脊髄損傷者用歩行補助装具の開発」に伴う外国人研究者招へい事業として、季林紅教授（中国北京清華大学精密儀器系設計研究所）を平成15年12月5日から12月18日まで招へいし、上記研究事業を中心に以下の検討を行ったので報告する。

1. 背景

季林紅教授は精密機械工学および医用工学をバックグラウンドに、数年来、リハビリテーション分野における現実的な機器開発を目的に、人体運動機能の補綴と制御を目指した研究を進めてきた。具体的テーマとしては、

- 筋電信号をフィードバック情報とする上肢訓練機器の開発（Motorola社との共同研究プロジェクト）
- 人体運動機能に対する低コスト評価システムの開発
- 人体走行バランスコントロールのためのアルゴリズム開発およびインテリジェント下肢義肢の制御法の研究
- ヒューマノイド開発のための基幹技術に関する研究の一環として、ロボット走行機能およびバランスコントロールに関する研究
- マンマシンインタフェースとしての脳波を利用したロボットコントロールに関する研究
- 脳卒中麻痺患者のリハビリテーションのためのロボット技術の研究

などがあり、わが国と中国の両方をフィールドとして幅広いテーマを精力的に手がけている。これらの研究テーマから派生する研究項目は主任研究者らの障害保健福祉総合研究事業と重なる点が極めて多い。すなわち招へい者（主任研究者）らの研究事業では、脊髄損傷者を対象に、その運動機能の回復を目的とした歩行用ロボット装具の開発、訓練プログラムの検討、歩行能力の再建に関して評価を行う計画であるが、これには季教授の研究経歴、現在の研究を通じたディスカッションが極めて有意義であると考えられる。さらに季教授のバックグラウンドは主任研究者同様、エンジニアリング（Biomedical Engineering）であり、季教授との総合的討論により、

- ①工学的観点から歩行機器の高機能化・ロボット化など、研究開発全般に対する新たな視点を得る
- ②ニューロリハビリテーションの動向検討ならびに将来的な機器開発の目標設定
- ③中国・アジア地区での歩行装具の利用状況、開発装具の臨床試験の可能性に関する検討など、障害保健福祉総合研究事業の成果の実用化に向けた極めて意義深い成果が得られるものと考えられる。以下に実際の招へいスケジュールに従い研究内容を報告する。

2. 招へいスケジュール

12/5 来日

招へい者研究機関にて来日スケジュールの概略検討を行った。

12/8-9 脊髄損傷者を対象とした歩行実験に関する検討（国立身体障害者リハビリテーションセンター研究所）

国立身体障害者リハビリテーションセンター研究所にて、招へい者らが研究開発を進めている下記の研究デバイスの見学を行い、動力化装具を用いた歩行実験ならびにニューロリハビリテーションに関する検討を行った。

●動力型歩行装具（市販の歩行装具である **Advanced reciprocating gait orthosis** に産業用アクチュエータを取り付けることで膝関節ならびに股関節の動力化を図った装具）及びそれから得られた、脊髄損傷者の3次元歩行動作、床反力、筋電信号などの計測結果に関して討議を行った。

●歩行パターンジェネレータの特性解析のために、上記装具から杖を省きトレッドミル上で制御できるよう、すなわち対象者の歩行速度に合わせて膝・股関節の回転に関して動作位相・時間を制御できるよう改良した装置の見学を行った。また、この装置による計5名の脊髄胸髄損傷者を対象とした歩行中の麻痺下肢筋活動の計測結果に関して討議を行った。

●歩行パターンジェネレータの解析を目的に現在開発中の足関節外乱デバイスのプロトタイプモデルの見学を行った。本装置は立位・歩行中に足関節に機械的外乱（底屈および背屈刺激）を課すことを目的とし、原理としてはバネ（28～50N/mm）に1J程度の機械エネルギーを蓄え、それを電磁石によってインパルス的に放出することで所期を達成するものである。また、健常者を対象とした検証実験結果の検討を通じ、今後のニューロ・リハビリテーションの現実性（歩行パターンジェネレータの再学習の可能性）、有効性に関して研究所スタッフらと討論を行った。なお、上記のデバイスの中国国内における評価実験の可能性に関して検討を行い可能との見通しが得られた。

12/10-11 ロボット技術および生体計測技術を総合した新しいリハビリテーションツールに関する工学的検討（お茶の水女子大学）

現在、季教授らの研究グループは、中国政府“863”計画の支援に基づき「脳卒中麻痺患者のリハビリテーション」に関する研究を進めている。このプロジェクトは、患者の脳波信号を入力信号として利用することで、ロボットを用いた患者の上肢運動訓練を目的とし、そのリハビリテーション効果の評価に筋電信号を利用するものである。一方、招へい者らの障害保健福祉総合研究では、対象患者は脊髄損傷者、対象部位は下肢歩行機能、と季教授らとは異なるが、残存神経機能や応答された運動機能を定量的にモニタしながら、最大限のリハビリテーション効果を得ようとする点は同一と考えられる。これは、現在の用手的・経験的に実施されることの多いリハビリテーションプロセスに対し、生体から計測された定量的データをリハビリテーション治療にリアルタイムフィードバックして、最大の効果を得ようとする試みで、両者の主眼とする点は同一である。このニューロ・リハ

ビリテーション工学とも呼びうる技術開発に対しディスカッションを行い、今後のニューロ・リハビリテーション工学の研究の進め方、機器開発などに関して深い工学的検討を行った。

12/12 研究室訪問および討論

職業能力開発総合大学校福祉工学科花房昭彦研究室、垣本映研究室を訪問し、移動支援機器を中心に研究開発状況の見学を行うとともに、わが国における福祉工学の研究教育状況に関して意見交換を行った。本福祉工学科は「完全参加 と平等」をテーマとした国際障害者年を契機にリハビリテーション関係の工学専門職の養成制度を早急に確立すべきであるという機運から、社会福祉に積極的に貢献する工学分野として昭和 58 年にわが国初として設置された学科であり、

●障害者の特性を理解し、円滑なコミュニケーションに基づき就労希望の障害者に対して職業訓練を行う

●そのために必要とされる様々な福祉機器の開発を行う指導員や技術者の養成などを主目的としている。残念ながら組織変更に伴い平成 16 年度から募集を停止しているが、わが国ではユニークな学科であり再開が望まれる。おもな見学機器を下記に示す。

■機能的立位移動装置(立位移動車いす)

人間の下肢機能は、単に体幹支持や移動の実現にとどまらず、上肢作業及びその空間確保等を支援する役割も担っており、したがって車いすにも移動機能のみならず立位姿勢や立位作業が行える機能、作業空間を確保する機能が求められる。本装置はコンパクトな駆動ベースの上に座位から立位までの姿勢変換を可能とする支持フレームを有し、移動も姿勢変換も使用者自身の力でできる点が特徴であり、ユーザの残存機能を最大限に利用した作業性に富んだ移動装置と考えられた。

■介助力（駆動力）計測用車いす

高齢化社会を控え、手動車いすの駆動能力を補助する動力装置が自走用・介護用に研究・開発され、一部は商品化されてきているが、それらの商品では使用者または介護者自身が発揮する駆動力を考慮しておらず、実際の利用場面では補助駆動力を路面状況（負荷）に応じて柔軟に制御する必要がある。同様に、全介助ではなくユーザ自身の駆動력에に応じて動力補助を行う、いわゆるパワーアシスト型介護型車いすの場合も、介護者の駆動力（介助力）を計測する必要がある。見学を行った計測用車いすは、実際の走行に必要な介助力を計測するためのデバイスであり、ここから得られたデータに基づき介護型パワーアシスト車いすの研究を進めているとのことであった。

■視覚障害者用電子白杖

通常の白杖では、腰から頭部にかけての前方障害物の検知は不可能である。電子白杖は、これらの範囲にある障害物の有無と、障害物までの大略の距離を提示するデバイスである。おもなスペックは、質量 330 g、直径 2.6cm、距離測定方式：赤外線による光三角測量方式、距離提示方式：白杖の柄が振動、単 4 形アルカリ乾電池 4 本、連続 40 時間使用可能、などであり、学科内で開発したものを市販化しているとのことであった。これもユニーク

な試みとして注目に値する。

12/15-16 高齢者の歩行機能の維持・評価に関する検討（お茶の水女子大学）

招へい者らが研究開発を進めている動力化歩行装具システムは脊髄損傷者のリハビリテーションを対象としているが、本技術を転用することで、今後急増が予想される自立歩行困難な高齢者・高齢障害者の立位歩行トレーニングへも応用可能と考えられる。それにより寝たきり高齢者・障害者数の減少が可能、さらに立位歩行トレーニングが体力・健康の増進に極めて効果的であることを考えれば、医療費・介護費用の削減に大きく貢献することが期待される。ここでは、季教授と健常（ないし虚弱）高齢者に対する歩行機能支援に関して討論を行い、

●加齢に伴って感覚系（体性感覚・視覚・前庭系）ならびに運動系の機能低下が生じる。例えば、感覚系ニューロンの喪失、皮膚感覚閾値の上昇、潜時の増大（随意反応時間の遅れ）などが生じ、歩行や姿勢制御の不安定要因が増加する。

●静的姿勢制御能力と歩行能力間には関係があるとする考えと、ないとする考えの双方があり、明快な結論は得られていない。

●試作機器の評価に関して高齢者を被験者とした場合には、被験者には健常高齢者と何らかの疾患を有する高齢者が含まれるため、単純な機器評価はできず、対象を無作為抽出しては正しい評価が得られないこともある。

などを議論し、歩行トレーニング機器の研究開発のあり方に関して検討を行った。

12/17 研究室訪問および討論

東京大学環境学研究科佐久間研究室、土肥研究室（文京区本郷）を訪問し、コンピュータ外科に関する研究（外科手術支援ロボット、画像誘導手術支援、立体画像合成システム）、各種低侵襲外科手術デバイス、メカトロニクス福祉機器などの研究開発現況を見学した。

12/18 帰国

以上

日本人研究者派遣事業

「スウェーデンではノーマライゼーションがどこまで浸透したか？」

ーグリンデン協会における self advocacy のあり方と
イエテボリ市における地域生活支援ネットワーク調査に基づいてー

竹端 寛
立教大学社会福祉研究所

I. はじめに

スウェーデンではノーマライゼーションの原理に基づき知的障害者の施設解体が 1980 年代後半に開始され、既に全ての大規模入所施設が解体され、重度の知的障害者でも地域で生活が支援されている。またイエテボリ市のグリンデン協会では、知的障害者の本人支援活動も充実している（河東田・杉田 2002）。筆者も 3 年前にイエテボリでの現地調査を行い、その本人支援と地域生活支援の充実した様子的一端に触れた経験もある。

一方日本でも、ここ数年、知的障害者の大規模入所施設の解体と地域移行の動きが進んでいる。2002 年の暮れに発表された政府の新障害者プランの中でも、知的障害者の入所施設は「真に必要なもの」と制限され、2004 年度からは原則的に新規の施設建設の国庫補助金も停止の見込みだ。また、2004 年 2 月には、宮城県の浅野知事が公立・私立を問わず全ての入所施設の解体と地域移行を宣言した。このように入所施設から地域移行へ、というのは、確実に潮流になりはじめている。しかし、では地域に移行した後、知的障害者を地域でどのように支えていくのか、というビジョンは、例えば筆者が調査の一員として加わった、宮城県の公立船形コロニー調査からも見られなかった。また、地域生活支援や本人支援を、システムとして全国的に整備する動きも現状では見られない。これでは、ただ単に生活の拠点を大規模施設から地域のグループホームやアパートなどの小規模な居住区域に移すのみで、施設の解体とその人らしい地域での暮らしのスタート、とは言えないのではないかと？

日本より先んじて施設解体を進め、本人支援を充実させているスウェーデン・イエテボリ市のグリンデン協会や、同協会のあるイエテボリ市において、実際にはどのような実践がなされているのか？日本と同じような問題点はないのだろうか？現地ではどのような課題点が議論されているのだろうか？そして、ノーマライゼーションの原理がどれほど現場で実現されているのか？… これらを調べることにより、日本のこれからの本人支援の充実と地域生活支援のシステム化に関する大きなヒントを得られるのではないだろうか？

そこで本研究では、グリンデン協会における self advocacy のあり方とイエテボリ市における地域生活支援ネットワークについて調べ、その結果を報告することとする。

なお、この論文において筆者が用いる用語について、若干の定義付けをしておきたい。本稿においては、地域生活支援を、入所施設ではなく地域のグループホームやアパートなどにおいて、集団管理的処遇ではなく、一人一人の入居者のニーズに合わせた個別的支援を行うこと、と定義する。また self advocacy とは、障害者自身が自分や自分と同じ障害を持つ仲間への権利擁護をする活動、と定義しておく。

II. 研究方法

本研究は、スウェーデン国イエテボリ市に活動の拠点を置くグルンデン協会における本人支援のあり方に関する調査（調査1）と、グルンデン協会の拠点があるスウェーデン国イエテボリ市における地域生活支援の実状に関する調査（調査2）、調査1・2から浮かび上がった research questions を解くために行った追加調査（調査3）の3つの柱からなる。以下では、各々の研究の調査対象と研究方法について述べる。

1. 地域生活支援調査

A. 調査対象

スウェーデン国イエテボリ市は人口 46 万のスウェーデン第二の都市である。古くから国際的な貿易港として栄え、またスウェーデン最大の企業であるボルボの本拠地もあり、また、調査2の対象であるグルンデンの本拠地でもある。このイエテボリ市は21の地区から構成されており、各区毎に行政権限がおろされ、福祉・教育・文化活動については、独自の予算執行と裁量権をもって、現場でのサービスがなされている。

スウェーデンでは1994年の「一定の機能的な障害のある人々に対する援助とサービスに関する法律」(LSS)の施行と前後して、大規模入所施設も解体され、ちょうど地域移行が始まって10年となる。このLSSの施行の2年前の1992年1月からは、障害者・高齢者の看護及び住宅問題の責任が県から市へと移管されるエーデル改革が行われ、障害者分野へのサービス供給の責任が原則市自治体（イエテボリは各区自治体）の単独責任形へと変わり、自分の住む身近な自治体が、直接サービス供給の責任を持つようになった（友子・ハンソン1998）。そこで、LSS施行以後10年経って、現場ではどのような地域生活支援が出来ているか、課題点は何か、を調べるために、現場でのサービス支給決定の責任者であるLSS社会カウンセラー（以下査定員という）を対象にした調査を行うことにした。

B. 調査方法

地域生活支援の実際を出来る限り多角的に捉えるために、21区全ての区の査定員にメールと電話で調査依頼を行った。査定員の名前は、各区のホームページとグルンデンが持つ資料に基づいて行い、不明分については直接地区に電話して担当者を聞き出す、という方法をとった。

また、21地区の査定員の上部に、イエテボリ市全体を統括する市中央組織と、市の動きを監査する県庁、そしてスウェーデン全体の社会福祉の動きをチェックする社会庁、の3つのアクターもいる。これらの担当者にもコンタクトを取った。そして、イエテボリ市全体の地域生活支援についての包括的情報を得るため、障害者福祉部門の行政責任者へもインタビューを行った。

C. 調査内容

インタビューは全て対象者の職場で行われた。質問方式は半構造面接を採用し、「仕事の中身と裁量」「予算」「仕事の難しい部分」「self advocacyについて」という4つのカテゴリで質問を行い、そこから自由に答えて頂いた（資料1-1）。調査時間は1時間から1時間半であった。また、この調査はグルンデンとの共同調査であり、グルンデン理事会メンバーも、

インタビューの多くに同席した。インタビュー内容は本人の同意を得てテープ録音を行った。また、調査経過やインフォーマルな会話を逐次記録し、メモとして残しておいた。

2. グルンデン調査

A. 調査対象

グルンデン協会（以下、グルンデンという）は、スウェーデン国イエテボリ市を拠点に活動を行っている知的障害者団体である。このグルンデンでは、知的障害者の活動の場としてカフェ(Ekrana)や、メディア部門(Grunden Media と Grunden TV2)、サッカーチーム(Grunden Bois)、そしてこれらの活動を組織するグルンデン本部、などを展開している。このグルンデンのもっとも特徴的なことは、知的障害を持つ当事者が代表（会長）を務め、支援者を雇う、というスウェーデン国内でも他に例のない、画期的な当事者主体の団体である点である。2000年に親の会（FUB）から独立して現在の形態になった。会長・副会長をはじめ、理事会の全てのメンバーは知的障害の当事者である。

B. 調査方法

グルンデンにおける self advocacy のあり方に関して調査するため、2003年10月末から2004年3月まで、継続的にグルンデンにおけるフィールドワークを続けてきた。その中でも、特にグルンデンの当事者にとって重要な self advocacy 実現の場であるグルンデン協会の理事会(Grunden Board Meeting：以下 GBM という)に着目した。なぜなら、この GBM は前述の通り、メンバー全員が知的障害を持つ当事者であり、一人または複数の支援者が支援を行っているものの、グルンデンの今後のあり方や、問題解決のための努力、といった self advocacy に関する諸問題は、基本的に自分たちで解決しようと試みているからである。この GBM における self advocacy の実践の現実や、その課題について調べるために、GBM のメンバー全員及び GBM 支援職員へのインタビューを行った。あわせて隔週火曜午後6時から開かれる GBM も傍聴し、そこで議論されていることなども追った。

C. 調査内容

筆者の訪問当初の2003年11月、サッカーチーム(Grunden Bois)の支援者が中心となってグルンデンから独立して新組織を作る、という問題が起こり、GBM のみならず、グルンデン協会そのものにおいても、大混乱が起こった。GBM 内でも様々に意見が分かれ、当事者間で大きな論争になった。

そこで、GBM メンバーがこの Grunden Bois 問題をどう考えているのか、を発端に、GBM にどのような想いで参加しているのか、自分たちの self advocacy はどのように支援されているのか、について何回インタビューを行った。また、GBM メンバー以外にも、GBM 支援者、Grunden Bois 関係者、にも関連インタビューを行った。

Grunden Bois 関係者以外からは、本人の了承が得られたのでテープ録音を行い、そのほかに調査経過やフィールドワークの中で当事者・支援者から伺った様々なインフォーマルな会話、Grunden Bois 関係者については会談そのものの模様も逐次記録し、メモとして残していった。

3. RQ 関連調査

A. 調査対象

調査 1・2 を行う中で、様々に浮かび上がった研究上の疑問 (research questions : RQ) を解決するために、調査後半の 2004 年 1 月以後、幾つかの分野に関する追加調査を行った。対象は大きく分けて、次の 3 つである。

☆調査 3-1 : 知的障害者の地域生活支援を行う職員への実態調査

(対象 : イエテボリ、ストックホルム市におけるグループホーム職員)

☆調査 3-2 : ノーマライゼーションの原理に関する理念的・学問的基盤に関する調査

(対象 : スウェーデン生まれの二人のノーマライゼーションの大家であるベンクト・ニリエ氏とカール・グリユネバルト氏などの専門家)

☆調査 3-3 : 職員教育に関する調査

(対象 : 社会庁職員、国立教育機関<SISUS>、施設の教育リーダー)

B. 調査方法

調査 1・2 で浮かび上がった RQ に基づいて、上述の 3 つのカテゴリーを作り、それにふさわしい該当者について情報収集を行うと共に、現地協力者に調査アレンジも依頼。原則的には現地協力者にアポイントメントも含めてお願いした。また、事前に質問内容を要求された場合は、RQ に基づいた質問状をメールで送付した。

C. 調査内容

調査は、原則として各現場に伺い、その現場についての基本的情報を伺った上で、以下の RQ のついでに疑問を投げかけ、回答者からの意見を引き出した。

RQ として浮かび上がったのは、次の 3 点である。

- ① 知的障害者の地域生活支援において、basic physical needs は満たされるが、social needs を満たすには問題が残るのではないか。
- ② グループホームがミニ施設にならない為にはどのようなコツが必要か。
- ③ 地域生活支援の職員の質が、self advocacy 向上と大きな関連性があるのではないか。

全てのインタビューは許可を得た上で録音し、調査経緯やインフォーマルな会話を逐次記録し、メモとして残していった。

Ⅲ. 結果

3 つの調査から浮かび上がった結果を整理すると、大きく分けて次の 5 つのカテゴリーにまとめることが出来る。

1. LSS に基づくサービスの実際
2. 「その人らしい社会生活」を支える個別支援制度
3. “もがき” “苦しみ” の中から発展していく Self Advocacy の実際
4. 知識こそが変革の最大の武器—脱施設と「接し方」教育—
5. ノーマライゼーションの現場レベルでの具現化

以下では、この5つの項目毎に、それぞれ結果を詳述して行く。

1. LSSに基づくサービスの実際

ここでは、LSSに基づいて、具体的にどのようなサービスがイエテボリ市で生活する知的障害者に提供されているか、について詳述する。まず、LSSについて概説したのち、住宅支援、日中活動、後見人、の5つの項目について、調査結果を報告する。

A. LSS

1994年1月1日から施行された「一定の機能的な障害のある人々に対する援助とサービスに関する法律」(LSS)は、「精神発達遅滞者等特別援護法」を母体として成立した法律である。この法律は、障害者を含む全ての社会サービスを必要とする市民のための包括的法律である「社会サービス法」と、医療分野での包括的法律である「保健医療ケア法」の補足法として制定された(なお本文中で用いるLSSの条文については、すべて河東田(1996)に基づいている)。

対象者としては、第1条に「特別な援助と特別なサービス」を必要とする以下の3つのカテゴリーの人を明記している。

1. 発達遅滞者、自閉症または自閉症的症状を示す人々
2. 成人に達してからの外傷または身体的疾患に起因する脳障害により、重篤かつ恒久的な知的機能障害をもつ人々
3. 明らかに通常の高齢化にはよらない、他の恒久的な身体的または精神的機能障害をもつ人々。つまり、障害の程度が重く、日常の生活を送る上で著しい難しさが見られるため、広範な援助とサービスを必要とする人々

この3つのカテゴリーに該当する機能障害者の為のサービス法がLSSだが、実際の該当者は重度の身体機能障害者と、知的障害者がほとんどである。精神障害者も対象に入っているが、実際には運用されていない場合が多い。

そして、この法律に明記されている「特別な援助とサービス」については、LSS第9条第1項に記載されている。

1. 重度で恒久的な機能障害のある人々の諸問題や生活条件に関して特別な知識を必要とする際の助言や人的援助
2. パーソナル・アシスタントによる援助、または、同様の援助を受けるために必要、適正な経費で、アシスタンス補助法によりアシスタンス補助費が給付されない部分への経済的援助
3. ガイド・ヘルプ・サービス
4. コンタクト・パーソンによる援助
5. 家庭におけるレスパイト・サービス
6. 家庭外におけるショートステイ
7. 12歳以上の学童を対象とした放課後や休暇中の家庭外における短期学童保育
8. 両親と住む家以外での居住を必要とする児童・青少年を対象としたファミリーホーム(養育家庭)や特別サービス住宅での居住
9. 成人用特別サービス住宅または成人用にその他の特別な対応がしてある住居
10. 就労可能な年齢にある人々で、職業をもたずに学業にもついていない人々のため

の日中活動

この 10 のサービスのうち、1 つめの「相談と助言」については県が、残りの 2～10 の具体的援助とサービスについては市が、責任を分担して担当することとなる（LSS 第 2 条）。

この LSS の特徴としては、当事者にとっては強力な「権利」法、行政にとっては強力な「義務」法として機能していることが挙げられる（LSS に関しては河東田 2002 も参照）。

B. 住宅支援

LSS 第 9 条第 1 項の 9 には、「成人用特別サービス住宅または成人用にその他の特別な対応がしてある住宅」を権利として得られる特別な援助サービスの一つとして明記されている。

1997 年 11 月 1 日に施行された「特別病院・入所施設解体法」の第 1 条では、知的障害者のケアを目的とする特殊隔離病院は 1997 年 12 月 31 日までに、知的障害者のケアを目的とする入所施設は 1999 年 12 月 31 日までに解体されなければならない、と規定されている（二文字 2002）。イエテボリ市では最後までスティシュー地区に入所施設が残っていたが、ここも 2003 年には完全に解体され、現在グループホームとして地域に点在している。

住宅供給の実際としては、LSS に基づき、市自治体は独自のグループホームを作ったり、あるいは集合住宅の中の一部を借り上げてグループホーム形式にしたりなどしている。そのほかにも、障害者が普通のアパートで暮らす場合には家賃補助などを行っている。この住宅支援政策によって、多くの知的障害者は地域のアパートでの自立生活が営めている。LSS のサービスの中では、住宅費に関しては、利用者が費用を支払わなければならない（今回の調査では一ヶ月 3,000～5,000Kr と答える人が多かった）。

アパートで単身、もしくはカップルで生活している知的障害者への生活支援としては、ホームヘルプサービスや後見人、コンタクトパーソンやパーソナル・アシスタントの支援等が挙げられる。ホームヘルプサービスは LSS ではなく社会サービス法に基づいて行われており、査定員が必要時間を査定して決定する。掃除や家事援助などが主である。アパート暮らしの知的障害者でも金銭管理に関しては後見人（後述）が管理する場合が殆どである。また、コンタクトパーソンやパーソナル・アシスタント（後述）といった、個別支援を受けているケースも見られる。

だが、知的障害者の中でも、まだ一人暮らしの経験が浅い若い人、あるいは地域での一人暮らしには不安のある人、身体機能・判断能力・精神状態のいずれか（あるいは複数）に何らかの障害があり一人暮らしが出来にくい人、等の多くは、グループホームでの生活の支援を受けている。このグループホームに関しては、現在スウェーデンには大きく分けて 3 つのタイプのグループホームがある。

- ① グループホーム単独建設型
- ② 集合住宅の「ワンフロア独占」型
- ③ 集合住宅の「階段形式」型・「サテライト」型

このうち①は単独で建設するもので、筆者が見学に訪れたグループホームでは、主に強度行動障害や強い自閉的傾向、重度のコミュニケーション障害など、障害の程度が比較的強く、手厚いケアの必要な人向けの住居として機能していた。

また、②の「ワンフロア独占型」については、例えば筆者が訪れたストックホルムのある地区では、集合住宅のある階の入居者が全て知的障害者であり、普通のアパート（トイレ・バス、キッチン、居間・ベッドルームのある住宅；最低でも 35 m²前後）に各入居者が暮ら

し、その階の一室にスタッフルーム兼入居者の共通スペースがあり、24時間スタッフが常駐して支援するような形式である。

③のうち、「階段方式」とは、ある集合住宅の階段を共有し、そのアパート内に何名かの知的障害者が入居していて、同じアパートの別の一室にスタッフルーム兼入居者の共通スペースがあり、24時間職員が常駐して支援を受けているような住居である。「サテライト型」とは、スタッフのいる詰め所（筆者が見学した所では、「ワンフロア独占」型や「階段形式」型住居の詰め所）から歩いて行ける距離の、アパートの別棟の一室に入居者が暮らしていて、朝晩などの食事介助などを受けて生活しているケースである。

この②と③タイプの住居は、地域のアパートをそのまま利用した形式であり、ホームヘルプサービスを受けて単身生活をしている人の生活形態に近いものがある。ただ②と③では、職員による食事介助（食事作りのお手伝いや見守り）など、より密接なケアが毎日必要な人が暮らしているが、この形態の生活をする中で、自分で食事を作れるようになった人は地域のアパートに出ていく例などもあり、地域での自立生活への一つの準備機関としても機能しているようだ。

またその地区の住宅供給の度合いによって、①～③のどの形態のグループホームが提供できるかが異なり、一概に重度・軽度の違いによって住居が異なる訳ではない。ストックホルムの都市部などでは重度障害者も②のタイプの住居に入居している例などもあるようである。また、意志を発語しにくい重度の知的障害者とその家族が作った JAG 協会に所属している人々は、パーソナル・アシスタントを協同組合形式で雇い、家族との同居や一人暮らしをしている。

なお、今日スウェーデンの成人の知的障害者のうち、約 6 割がグループホームで生活し、2 割が自立生活、残りの 2 割が親との同居、といわれている(Grunewald 2003)。

C. 日中活動

LSS 第 9 条第 1 項の 10 には、「就労可能な年齢にある人々で、職業をもたず学業にもついでいない人々のための日中活動」を権利として得られる特別な援助サービスの一つとして明記されている。

2002 年に社会保険行政局が、アシスタンス手当を受けている人達、移動サービス支援を受けている人達、さらに障害手当を受けている人達などの、7000名の成人を対象にアンケート調査を実施した結果によれば、81%もの知的障害者が何らかのデイ活動に参加している一方で、就労はわずか 1%であった。それとは対照的に、16才以後に運動機能障害者になった人の 79%が何もしていない人であり、就労をしている人は 12%、デイ活動をしている人は 8%であった。また 16才以前からの運動機能障害者の場合、デイ活動に参加している人が 29%であり、就労をしている人は 24%、何もしていない人は 46%であった(表 1)。

実際、イエテボリのグルンデン協会に所属している知的障害者のメンバーも、大半が年金生活者でデイ活動としてグルンデンの活動に参加しており、収入をもらえる仕事をしている人は、グルンデンの新聞の原稿を書いているメンバーなどごく少数であった。

もちろん、デイ活動の費用は無料であり、年金生活者にとって、基本的に収入は安定しており、就労しなくても十分に生活はしている。

しかし、当事者の中では、年金生活者のデイ活動としてではなく、給与生活者として活動したい、という声も聞かれた。例えばグルンデンの理事会に所属するメンバーの中では、現

に行っている理事会の仕事（ボランティアベース）を、有給の仕事として行いたい、と望んでいるメンバーも何名かいた。また、グルンデンでは、その声に応じて、現在 EU からの助成金を申請しており、助成金が出れば、当事者のグルンデン運営にお金が出せることになりそうだ、ということである。

表 1 スウェーデンの機能障害者の就労と労働の実態

	就労	活動	何もしていない
16歳以前からの運動機能障害者	24%	29%	46%
16歳以降からの運動機能障害者	12%	8%	79%
16歳以前からの聴覚、視覚障害者	34%	31%	35%
16歳以降からの聴覚、視覚障害者	17%	8%	74%
知的障害者	1%	81%	18%

出典 Intra 2004 Nr.1¹

D. 後見人

成年後見制度とは、自分の権利を自ら擁護する self advocacy に限界がある時、「必要に応じて、彼らを代弁（アドボカシー）する機能」（二文字 2002）として位置づけることが出来る。スウェーデンでは、後見人としてのゴードマン（godman）の他に、管財後見人（förvaltare）や、法定代理人（förmyndare）などがある。（この3者の違いについては二文字 2000 に詳しい）。後見人と管財人は、当事者に対する関与、干渉の度合いが異なっている。後見人の役割は権利の監視、財産の管理、身上監護であるが、管財人は一定額以上の財産や不動産の管財なども行っている。

本調査の中からは、この後見人に関する様々な問題が浮かび上がってきた。

元社会庁の知的障害部門責任者であるカール・グリユネバルト氏（後述）によれば、「知的障害者の約9割には後見人がいて、ゴードマンの半分は親や兄弟など身近な親族、そのほかには少し遠い親戚や友人、元知的障害者関連の仕事をしていた人などがなっている」ということである。実際、グルンデンの理事会メンバーも全員が後見人を持っていた。だが、グリユネバルト氏によれば、この後見人については、現在多くの苦情が出ている、とのことである。ゴードマンが経済的コントロールをしていて、その人の社会的ニーズに対して支出するお金を出してくれないケースなどが問題にあがっており、ゴードマンへの教育・指導について社会庁が今後どのようにすべきか現在調査を行っている。また、この4年間の間に法律問題オンブズマンに対してゴードマンへの批判の届け出が倍増している（2003年5月21日メトロ紙）。これは財産管理の面で、金銭出納帳の帳簿内容がでたらめであったり、合っていないかたりするケースが見られる、とのことである。

財産管理の面だけでなく、サービス申請にも後見人は大きく関わってくる。

LSS 第8条には、以下のように書かれている。「本法律にかかる特別な援助とサービスは、対象者が要求する場合にのみ提供される。対象者が15才以下か明らかに自分で意志決定を下せない場合には、保護者や代理人・後見人・管財人が代わりに特別な援助やサービスを要

¹ Intra はカール・グリユネバルト氏が発行責任者を務める季刊のオピニオン誌で、知的障害に関する様々な調査研究や情報などを紹介すると共に、政府の方針への意見なども表明されている。知的障害分野で働く支援者や行政関係者、家族などが購読層である。

求できる。」

実際の査定員調査でも、当事者の申請主義は、かなり徹底している一方で、「自分で意志決定を下せない」ケースについては、問題が浮かび上がった。当事者が言語によるコミュニケーションを取るのが補助具を使っても難しい重度障害者へのサービス査定の際には、ゴードマンが本人の代わりになって、査定員とのやり取りに関わっている。だがその際、そのような重度障害者の権利擁護は実質的に Godman に全面的に依存しており、このゴードマンが Good Godman か否かによって、サービス支給の実際には差があり、またこの Godman の申請内容の是非についてチェックする機構が事実上ない、等の問題点が査定員から指摘された。

E. 査定

LSS 第 2 条によれば、「各県が第 9 条第 1 項 1 に定める援助とサービスを実施しなければならない」「各市が第 9 条第 1 項 2-10 に定める援助とサービスを実施しなければならない」とされている。このうち県の行うサービスは、「特別な知識を必要とする際の助言や人的援助」であり、LSS に基づいて行われる実際のサービスは原則全て市が行っている、と考えてよい。そして、市においては、査定部門とサービス提供部門は全く異なっており、専門の査定員が査定をしたのち、サービスの支給決定を行い、具体的なサービス提供は、自治体だけでなく民間組織、生活協同組合などのサービス運営団体が自治体から資金提供を受けて行っている（詳しくは杉田・河東田 2002）。

このサービス提供については、前述の文献はじめ様々な文献で紹介されているが、サービス査定部門に関してはあまり日本で紹介されていない。そこで、査定に関して、調査から明らかになったことを報告する。なお今回の査定員調査の中では、イエテボリ市の 21 地区のうち 11 地区の査定員に実際に会って聞き取りをすることが出来た。ただ、この査定はあくまでもイエテボリ市における実状であり、査定の方法などについては各市自治体で任されていて、この部分には大きな違いがあり得ることを付記しておく。

査定員(social counselor)については、各地区毎で、LSS handregare、Handikappkonsult、Handikappsekreterare、Socialsekreterare など様々な肩書きがある。これは、知的障害者だけを担当する査定員もいれば、精神障害者や高齢者、身体障害者の査定を兼任する人もいるなど、各地区毎に査定員の規定が違うゆえによる。受け持ちケース数も一人 60 ケースから 150 ケースと様々だ。

査定員になるためには、大学での 3 年半の専門教育 (Socionom) を受ける必要がある。調査した査定員達の中には、現場でケア職員をしていた後に査定員教育を受けた人もいれば、直接大学卒で査定員となった人もいる。彼らは皆、地区に雇われている公務員であり、多くの地区で普通 2, 3 人の査定員が受け持ちケースを持ち、互いに相談しながら査定を行っていた。査定員の上には行政官のユニットチーフと、地区政治家がいる。査定員自体に予算執行権限はないが、通常サービス査定と支給決定に関しては、一人一人の査定員に権限がある。ただ、コストの高いサービスについては、予算執行権を持つユニットチーフや、全体の予算を気にする地区政治家の決裁を仰がなければならない場合もある（後述）。

実際の査定のプロセスに関しては、まず、本人やその家族、後見人からサービス申請を受けると、まず査定員が本人やその家族に面接する。これは 1 回のこともあれば複数回にわたることもある。調査項目は基本的には障害の重度やコミュニケーション能力、経済状態などの現在の状況についてであり、数値化を目標とせず、あくまで全体像を掴むために聞く。そ

して、どのようなサービスが欲しいのか、ということも聞き取り調査をする。査定員が記録したものは、本人が最後に読むこともでき、読めない人にはわかりやすく説明することもあるという。この面接記録と共に、医師や心理学者などの診断書も踏まえて、査定員が必要な時間を決定する。また、グループホームやパーソナル・アシスタント、デイ活動といった高額な予算がかかることは、多くの地区では地区の政治家による決裁だが、査定員が政治家に報告する際には、希望する当事者はその場に参加して、政治家に自らの必要性を訴えることが出来る。これは主に障害児を持つ家族の場合、よくとられる方法である、という。

また、この査定に不服の場合は、まず査定員に不服を伝え、3週間以内に査定員による再調査が行われる。そしてその調査の結果、申請者の不服が聞き入れられない場合は、申請者は行政裁判所に上告することが出来る。だが、実際に裁判に持ち込まれたケースは、各地区とも年に2、3ケースがほとんどで、極めてまれなことである。

裁判に持ち込まれたケースの多くが、住宅供給に関することと、パーソナル・アシスタントに関することである。住宅不足故に本人のニーズを認定しても、サービスを3ヶ月以内に提供できない場合は、査定員がサービス支給拒否を決定して、本人が裁判所に早期に訴える機会を提供しなければならない。実際過去には支給決定から1年待たされるケースもあったので、イエテボリ市では現在この支給までの期間については、厳格に守るか、守れない場合は支給を拒否して裁判する権利を保障している。ちなみに、住宅供給に関しては、大半の場合、市側が負ける。その一方、パーソナル・アシスタントの裁判では、行政側が勝訴することが多い。

査定員の特色は、予算執行権がないために予算の縛りが「原則的には」ない、ということだ。LSSは義務法であり、義務として定められた、LSS第9条の2-10に決められたサービスについて、ニーズがあるのに予算を理由に拒否することは出来ない。これは査定員にとっても大きなよりどころとなっており、筆者の聞き取りでも、「サービスが必要であれば、予算を気にせず支給決定をする」「上司からの予算の圧力に屈しない」という返答を何度も聞いた。一方、この9つのサービスの中に入っていない精神障害者へのサービスや、あるいは知的障害者へのサービスにおいても判断の難しい社会ニーズに関しては、査定者によってサービス査定に差があることもわかってきた。

2. 「その人らしい社会生活」を支える個別支援制度

ここではLSSにおけるサービスの中でも、その人らしい社会生活を保障するための3つのサービスと、それを裏打ちするシステムについて詳述する。

A. パーソナル・アシスタント

LSS第9条第1項の2には、「パーソナル・アシスタントによる援助、または、同様の援助を受けるために必要、適正な経費で、アシスタント補助法によりアシスタンス補償費が給付されない部分への経済的援助」を権利として得られる特別な援助サービスの一つとして明記されている。

このパーソナル・アシスタントサービスとは、機能障害者自身（あるいはその代弁者）が決めた介助者が、機能障害者側で決めた時間に介助に来てくれる、という「当事者管理」(ラツカ 1991)の介助サービスである。最大の特徴は、機能障害者自身が雇用主となってサービス管理が出来る、という点であり、役所から派遣される公務員と違い、自分の納得できる

介助者に、自分のニーズに合った時間で自分にあったサービスを提供してもらえると、という点で大きな特色がある。もちろん、サービスは無料である。

このパーソナル・アシスタントサービスは、脳性麻痺や ALS といった運動障害を持つ機能障害者だけでなく、知的障害者にも適応されている。ただ、パーソナル・アシスタントサービスの介護手当に関する法律である「アシスタント補助法」(LASS) 第 4 条では、グループホームに入居している場合は、介護手当が対象者から除外される、という項目があるため、グループホームに住んでいない知的障害者がその対象となる。またアシスタント補助法第 3 条は、同法律の対象者として「65 才未満であること」「日常生活を送るため、平均して週 20 時間以上、介護を必要とすること」という但し書きがある。つまり、週 20 時間以内のアシスタンスが必要な人は LSS に基づき各コミュン（市自治体）から、週 20 時間を越えるサービスについては国の社会保険事務所からサービスを供給されている。LSS によるパーソナル・アシスタント、あるいは LASS 法によるアシスタンス手当を受けている人達は、2003 年で 15,100 人、うち知的障害のある人達は 5,300 人（35%）である。

表 2 パーソナル・アシスタントまたはアシスタンス手当を受けている人達の数

社会保険事務所から	10,800 人	うち知的障害のある人達	3,600 人
市自治体からのみ	4,300 人	うち知的障害のある人達	1,700 人
合計	15,100 人	うち知的障害のある人達	5,300 人 (35%)

出典 Intra 2003 Nr.4

このパーソナル・アシスタントサービスにまつわる問題点として、①Social Needs の査定の仕方、②パーソナル・アシスタンスのなり手の確保と質の問題、③週 20 時間以内のサービス、の 3 つの点が浮かび上がってきた。

① Social Needs の査定について

地区の査定員へのインタビューの中からは、LSS の査定に関して一番難しいものとして、このパーソナル・アシスタンスサービスの査定を挙げる声が多かった。ある地区の査定員の発言からは、その難しさ、が伺える。

「パーソナル・アシスタントについては判断が難しいです。basic physical needs、つまり服を着せたり、朝にシャワーの介助をしたり、料理を作ったり食事介助をしたり、に関するサービス支給の決定は難しくありません。しかし social needs に関してとなると話は違います。例えば映画にいったり、夜遊びに行ったり、の支援は、その人その人に、どれだけ活発に出かけるか、等によって違います。」

別の地区の査定員も「トイレ介助については何分、とカウント出来るが、ソーシャルニーズの時間カウントは難しい。重度のコミュニケーション障害のある人の査定は特に難しい。」と語っている。

グルンデン調査でも、グルンデンの会長・副会長がオーストラリアの国際会議に出かける際にパーソナル・アシスタントを求めたが、査定員によって支給を拒否され、裁判で争った

という出来事もあった。このようにサービスの査定に関しては、査定者側と本人の間で見解の相違がある場合もあり、行政裁判所に持ち込まれる例も少なくはない。

② なり手の確保とその質

地区査定員へのインタビューからは、パーソナル・アシスタントに志願する人が少ないという問題点が、指摘されていた。その理由として、介助される側の都合に合わせた勤務が結果として不規則な勤務時間となることや、現場で雇用者と 1:1 の関係であり、介助者が孤独になる可能性があることなどが挙げられた。また社会庁 (Socialstyrelsen 2003) によれば、現状では約 4 万人のパーソナル・アシスタントがいるが、パーソナル・アシスタントの雇用が困難であるために、親族が支援やサービスを行わなければならないケースもあるという。アシスタント不足は大都市に顕著だが、中小都市でも見られる問題である、とも言われている。

また、各アシスタントの質についても問題視されている。パーソナル・アシスタントは利用者自身が雇用することが出来る点が画期的であるのだが、例えば「利用者が自分の受ける支援に関するコントロール能力がない場合」(intra 2003 年第 4 号)には大きな問題があるのだ。現状ではそのような重度障害者でパーソナル・アシスタントを雇用しているケースとして、家族や後見人が雇用するケースや、JAG 協会などの協同組合が雇用する形式、などが見られる。この点に関して、intra の同記事の中では、パーソナル・アシスタントへの批判に関して、このようなコメントを載せている。

「エーヴァ アルヴィッドソンさんは、4 名の社会民主党の国会議員と一緒に、パーソナル・アシスタントの現状に関する批判を提出した。(中略)

利用者が自分の受ける支援に関するコントロール能力がない場合には、どのように支援が行われ、どういった形式で行われるかの大部分はこうしたら良いであろうという考えで行われている。法的な代理人が利用者をよく理解している場合には、ある程度はアシスタントを指導し、アシスタンスの内容を監督することが出来る。しかし、たとえば成人後見人などにどの程度までの監督を要求できるだろうか、また支援がどういう形式で行われるかまで決めることは、アシスタンスの統合計画者の仕事には含まれていない。専門教育を受けた人でパーソナル・アシスタントとしての仕事をする人を見出すことが難しく、しかもアシスタントの定着率が低いので、ケアの質やその継続性にも影響を与えることになる。利用者は孤立し、社会的活動もなく、刺激のない単調な生活をおくりがちだ。」

③ 週 20 時間以内のサービス

また、パーソナル・アシスタントサービスは、グループホームに住まう知的障害者には適用されないため、主に地域で自立生活をしている障害者が対象になる。ただ、現状では地域での自立生活を送る知的障害者というと、確かに重度障害者でも地域で暮らす例が見られるが、全般的には軽度の障害者の方がグループホームではなく、地域の住宅で暮らしている。その場合、パーソナル・アシスタントが必要であっても、週に 20 時間も必要ない場合がある。アシスタント補助法では週に 20 時間以上のサービスが必要な場合には、社会保険事務所を通して国が直接その賃金を支払うが、20 時間以内であれば市自治体はそのサービスの賃金を払わなければならない。だが、経済不況によりどの市自治体も財政不足に悩んでおり、出来ることなら提供サービスを削減したい、と考えている市自治体にとっては、週 20 時間以内のサービスは、出来ることなら提供したくない。特にそれが先述の social needs に関す

るパーソナル・アシスタントであるならば、なおさら、と言える。そのため、週 20 時間以内のパーソナル・アシスタントに関しては、査定員調査の中でも、なかなか査定が難しい、という話も出てきた。また、先述のグルンデンメンバーのパーソナル・アシスタントも、この 20 時間以内の査定であるために、市自治体（イエテボリ市の場合は各区自治体）が厳しく査定した、と捉えることも出来る。

B. コンタクトパーソンとガイド・ヘルプ

① ガイド・ヘルプ

LSS 第 9 条第 1 項の 3 には、「ガイド・ヘルプ」を権利として得られる特別な援助サービスの一つとして明記されている。

このガイド・ヘルプは、一人で外出するのが難しい知的障害者が買い物に出かけたり、映画やショッピングに出かける際の介添人サービスである。このガイド・ヘルプには、主に社会福祉分野を勉強している学生などがバイトとして行っている。時間給にして 205kr が支出されるが、そのうち平均 85kr がガイドヘルパー本人に支払われ、残りのうちの 3 割は事務費に、そしてその他は交通費などの実費に使われている。また、自閉症者の外出などには、自閉症に関する専門知識のある人が、特別加算を受けてガイド・ヘルプを行っている。

② コンタクトパーソン

LSS 第 9 条第 1 項の 4 には、「コンタクトパーソンによる援助」を権利として得られる特別な援助サービスの一つとして明記されている。

このコンタクトパーソンとは、「行政がお金を払った有料の友人」といえるサービスである。ある対象者と共通の趣味を持つ人が、行政の査定員によってコンタクトパーソンと任命されると、一緒にサッカーや映画やショッピングなどに出かける場合、交通費やチケット代といった実費だけでなく、その時間の時間給が支払われるという仕組みである。現在、成人の知的障害者の半数がコンタクトパーソンを持っているともいわれている。ガイド・ヘルプとの違いは、ガイド・ヘルプは基本的に「介添え」が業務であり、本人の趣味や意向にマッチする人を捜す必要はないが、コンタクトパーソンの場合、二人の趣味のマッチングが採用の第一条件になってくる。

このコンタクトパーソンは新聞や行政の広報などで募集される。希望者には詳細な面接（後述）を行い、最低 1 年は続けられる人を採用する。原則月に 2 度は本人と活動してもらい、基本給は 495kr（うち 3 割が税金）で、毎週（月に 4 回）会う人はその倍の 1000kr、最高額は特殊な障害を持つ人への加算手当が付いた人で、月に 4 回活動して、1310kr である。経費に関しては、基本経費が 330kr（無税）支給され、毎週会うなら、その倍額が支払われる。基本的に経費は返還する必要がなく、貯めて置いて年に一度の旅行などに使うことも可能である。当事者は自分の支出経費は自分で出すため、大半が年金生活をしている当事者にとって、330kr でも十分な額だそうだ。そして、当事者とコンタクトパーソンの二人でデンマークやノルウェー、ドイツといった近隣国に一泊旅行に行く場合などは、コンタクトパーソンには臨時経費として、かかる経費の全額が支払われている。

実際にある女性のコンタクトパーソンになっている査定員に聞き取りをしたところ、その実状は以下のものであった。

「私は、査定員になる前に働いていたグループホームの入居者の 50 歳になる女性と大変

仲が良く、今の仕事に変わった後も、彼女と関係を持ち続けたい、とっていました。そこで、2年前に査定員を募集している事務所に応募して、面接を受けました。ここでは、月にどれくらいコンタクトパーソンが出来るのか、どのような興味関心を持っているか、どういう人に興味があるか、どのような障害者に対する知識を持っているか、なぜ応募したのか、ということが尋ねられました。私の場合、特定の一人を念頭に置いていたのですが、そうでない人もいます。また、私への面接と同時に、この事務所では私の犯罪歴を警察に照会していたようです。

現在は2週間に1度、週末に会っています。彼女はグループホームに住んでいるのですが、一緒にコーヒーショップに出かけたり、彼女のご両親を訪ねたり、私の家に招いたり、美術館に出かけたりします。また、彼女は曜日や日付がよくわからず、電話の使い方もわからないので、私の方から週に1度は電話しています。お給料としては、一月に830krほど（基本給495kr+経費330kr）もらっています。私は30歳で、彼女の方が20歳年上なのですが、彼女は自分のことを私と同年代だと思っているので、とても仲良しです。」

③ 両者の相違とコンタクトパーソンの課題

このガイド・ヘルプとコンタクトパーソンは、共に知的障害者の文化・余暇活動を保証するための大きな手段である。LSS第9条第3項には「児童および青少年用特別サービス住宅や成人用特別サービス住宅という具体策には、余暇活動や文化活動も含まれている」という文言がある。この条項の意味するところについて、カール・グリユネバルト氏は以下のように述べている。

「LSSの法律によって職員が個人のソーシャルニーズを満たさなければならない、と書いてあります。余暇と文化活動、という言葉で書かれています。どういう人が対象か？ 住宅に住んでいる全ての人、ということです。どういう意味か？ グループホームなどの職員が、当事者を、なるべく外に出て行って、社会に出ていけるように支援する、というのが目的です。職員だけでは余暇と文化活動を満たすことが十分でない場合、さらに他の人を雇用することもあります。そのほかの人、とはガイド・ヘルプサービスとコンタクトパーソンの二つです。

ガイド・ヘルプサービスとは一人の人が、ある一定の決まった時間に、知的障害者がどこかの特別な活動に行くとき、そこに付き添うサービスです。しかし、コンタクトパーソンとなると、コンタクトパーソンと当事者との間に一種の友達関係、友情のようなものがないとだめです。この二人が一緒になって、社会にある何かの活動に加わっていく、または作っていくのです。」

この氏の発言を裏付けるかのように、コンタクトパーソンに関しては、実際にグルンデンのメンバーにも多種多様な「有料の友人」がいた。

「月に1, 2回あっている。バスの運転手だが牧師教育もうけた人。映画とサッカーが共通の趣味であり、電話で話してあり遊びに行くことも。」「同年のDJ。社会福祉の人ではないので、「男同士の友人の会話」が出来るのでいい。」「コンタクトパーソンは、高齢者施設の職員で共通の趣味が車。もうすぐ50才になる一人暮らしの男性。たまに車に乗って海辺やIKEA（大型家具・日用品店）まで出かける。」「女性で特殊学校の職員。一緒に買い物に行ったりビールを飲んだりしている。」

そしてグルンデンのメンバー自身、本当に友人としてコンタクトパーソンとつきあい、電

話なども掛け合ったりして、文化・余暇活動を楽しんでいるようだ。

ただ、前述のグリユネバルト氏は、その人の介添えだけでなく「友人」として機能するコンタクトパーソンについて、以下のような指摘も行っていった。

「今、コンタクトパーソンについては話題になっていて、どういう人がなって、といった規則について改正する動きがあります。コンタクトパーソンへのお給料を上げる、コンタクトパーソンへの指導をする、どういう人がコンタクトパーソンになれるのか、という情報提供や、コンタクトパーソンへの支援を向上させてはどうか、という議論が行われています。」

査定員調査からも、コンタクトパーソンを希望する人は多いが、該当者が現れないケースもあつたり、マッチングを自分たちがする時間が取りにくい、という声も挙がっており、コンタクトパーソンの確保とその質の担保も今後の課題と言えよう。

C. 個別支援計画書

LSS 第 10 条第 1 項では「本法律に基づく特別な援助やサービスが承認された時点で、対象者は、特別な援助とサービスに関する個人計画が、対象者との話し合いにより作成されるよう要求することができる。この計画の中には、市や県以外に行われる処置についても提示しなければならない。この計画は継続的に行われ、最低年に 1 回は見直されなければならない。」とされている。

また社会庁 (Socialstyrelsen 2003) によれば、「LSS により支援が許可された時点で、その人は個別計画 (Individual Plan: IP) の作成を要請することが出来る。IP 作成の目的は、個人が意思を反映でき、自己決定と総体的に把握することが可能になることだが、異なる事業体からの支援の統括を容易にすることにもある。」とされている。だがその後同報告書では、「2000年11月には、LSS により支援を受けていた人々のたった 5%程度しか IP を作成してもらっていなかった。」とも書かれている。

この個別支援計画書 (以下、IP と略) については、今回の調査の中から、①申請主義、②“煩雑さ”、③査定員の理解度、の 3 点について問題が浮かび上がってきた。

① 申請主義

上述の LSS 第 10 条や社会庁の解説にもあるように、IP とは「要求することが出来る」サービスである。逆に言えば、本人が要求しなかったら、作成には至らない。知的障害のある人に関して言えば、IP の意味や重要性がわからない場合、誰かがそのことを助言しなければ、作成にはいたらない、ということになる。だが、査定員調査からは、この IP に関して、「社会庁はたくさん批判するが、実際には当事者で IP を求める人は少ない。」という声を複数聞くことがあった。だが、「本人が申請しない」という問題の背景には、IP について説明する立場である査定員の側の問題点もある。それが、IP 作成における“煩雑さ”という構造的な問題と、査定員の IP に関する理解度の問題である。

② “煩雑さ”

査定員調査の中からは、一人 60~150 ケースを抱えている査定員の中で、多くて年に 15 ケース、少ない人なら年に 1, 2 ケースしか IP を作成していなかった。この理由として、先に挙げた申請主義の他に、“煩雑さ”を巡る以下のコメントが査定員から挙がってきた。

「IP を作るためには医師やハビリテーションの専門家など忙しい人を全員集める必要があ

り、大変時間がかかるので、多くの人に作るのは難しい。」「確かに私自身は IP がいい道具だと思っているが、マンパワーが足りず、現状では IP を作るのにかかる時間がとれない。」

そして、この“煩雑さ”を解消するための代行手段としては、以下のような声が挙がってきた。

「この IP はフォーマルなものだが、インフォーマルな IP のようなものは多く作られている。サービス支給決定がされた後に、サービス支給に関する評価や今後のことを多職種で話し合う network meeting のようなものを半年に 1 回は開いている。」「グループホームに住んでいる人は、毎年『ハビリテーション会議』を開く。そこでは、家族も当人もデイセンター職員もやってきて、その人の翌年の目標や生活状況について話し合うので、IP は必要ない。」「成人の場合で、グループホームやデイ活動が固定している場合は、IP をわざわざ作らなくてもいいのでは。というのも、グループホームやデイセンターで、独自のプランを作っているのです。」

つまり、インフォーマルな、グループホームやデイセンターでのプランづくりが IP の代わりになっている、というのである。だが、その認識の背景には、査定員の IP に対する理解度の問題も指摘されている。

③ 査定員の理解度

イエテボリ市の障害者部門トップのハンス・ブレンネ氏は、この問題に関して次のようにコメントしている。

「Individual Plan(IP)を作るためには、まずは当人が希望しなければ始まりません。今の現状では、知的障害者の本人で IP を作って欲しい、と要望する人が少ない。これはひょっとしたら LSS 担当官自身がよくわかっておらず、説明していないから、希望が出てこないのかも知れません。これについては、イエテボリでは県庁の指導で LSS 担当官の教育もして、IP についての教育もしたのですが、IP があった方がいい、という利点についてまだそれほど分かっていない。なぜ IP があった方がいいのか、というのがよく理解されていないところもあると思います。だから、急速に変わる、とは思えません。IP の利点が十分に認識されていないと思います。」

担当官は他の住宅のサービスや、介添人サービスとか、そのようなサービスには慣れていきますから、良い査定をしているとは思いますが。しかし、IP については、作ったことがないから、慣れていないから、難しいということになっていると思います。」

また社会庁 (Socialstyrelsen 2003) も次のように報告している。

「2001年度中に、社会庁は政府の要請により、LSS による IP さらに、HSL (保健医療法) によるリハビリとハビリテーション計画作成に関するアドバイスや情報提供などを集中的に行ってきた。このプロジェクトの結果は3つの報告書により発表された。(社会庁 2000年度c、2001年度d、2002年度e)」

これらの報告書によると、IP は当事者の意思反映や参画性を高めると同時に支援を統括し、また責任の分担のためにも優れた手段であるということがはっきりしている。スペシャリスト達は、必要性を理解し判定することに上達していった。」

イエテボリ市幹部の話と社会庁の報告は、IP についての理解度が査定員レベルで低いため、IP が未だ策定されているケースが少ないが、査定員の IP についての理解度が増し、その技術を学ぶなかで、IP を作るケースが増えていく可能性があることを示している。

また IP への理解を増すために、社会庁からは査定員向け、そして当事者向けの、IP の重要性について示したパンフレットを作成している。

3. “もがき” “苦しみ” の中から発展していく Self Advocacy の実際

Self Advocacy の実際をグルンデン協会を通じて調査するなかで、self advocacy とは “もがき” “苦しみ” の中から発展していく、という事実が明らかになってきた。このことを説明するために、この章では「当事者主権の決議機関」「Grunden Bois 独立問題」「GBM の今後の課題」について論じていく。

A. 当事者主権の決議機関

グルンデン協会の最高決議機関は、グルンデン理事会 (Grunden Board Meeting: 以下 GBM と略す) である。この GBM は定数 11 人が全員当事者である。調査期間においては 2 名の欠員が出ており、毎回 9 人の当事者中核メンバーに、議決権を持たない支援者アンデシュさん、という構成で 2 週間に 1 度、火曜日の夜 6 時～8 時半、時には 10 時近くまで議論が続けられていた。議論内容はその時々によって違うが、筆者が傍聴した当初の GBM では 2004 年 3 月に開かれる予定の知的障害者のスウェーデン全国大会 (後にこの会議は延期されることとなった) のことや、後に詳述するグルンデンボイス独立問題等について議論されていた。

① メンバー

この 9 名のメンバーは 26 才～44 才までで、在籍期間はグルンデンの創始者であるアンナさんの 18 年を筆頭に、5, 6 年以上グルンデンに関わっているメンバーで構成されている。一人は一般企業で働いているが、残りのメンバーは障害年金を受け取っており、デイ活動として活動にとり組んでいる。家族と同居しているのは一人だけで、あとはグループホームかアパートでの単身生活を送っている。この一人もアパートを探している最中である。子供がいるメンバーは 2 名いるが、両者とも子供とは離れて暮らしている。異性と共同生活を送っている人は 1 名、4 月からもう 1 名が共同生活をスタートする予定している。グルンデンに来る前に、普通の仕事についていた人もいれば、特殊学校卒業後、グルンデンにすぐ来るようになったメンバーもいる。

GBM メンバーの障害に関して、本人に直接障害のことを聞いたところ、次のような答えが返ってきた。てんかん保持者が 2 名、学習障害や言語障害、あるいはお金の計算が苦手な人など様々な障害をもっている。メモをしておかないと予定を覚えておけない、など。一部の人は、言葉を置き換えないと理解できないことがある、といった障害もあるが、ほぼ全員言語的コミュニケーションがしっかり取れる人、と考えて良い。(なおスウェーデンでは IQ を一般的に測定しない。)

② 議論の手法

毎回、会長のハンスさんと副会長のデービッドさんが支援者の助けを受けながら、その日話し合う議題についてパソコンで議事進行表を作る。そして、会長か副会長が議長となって、会議が開催されている。支援者のアンデシュさんは、GBM メンバーから意見を求められた時にコメントする他、議論が拡散して軌道修正する際に発言することもあるが、基本的には当事者で議論を進めていくのを見守っている、という姿勢である。アンデシュさん以外にも

その日の議題に応じて支援者が参加することがあるが、原則はアンデシュさん以外の支援者は GBM には参加せず、あくまでも自分たちのことは自分たちで決める、という意味での当事者主権の原則を大切にしている。

B. Grunden Bois 独立問題

① Grunden Bois 独立問題の概要

グルンデンボイスとは、グルンデンの当事者だけで構成されるサッカーチームである。このチームがスウェーデン初の当事者チームで、かつヨーロッパ大会で優勝したり、新聞などへの宣伝がうまくいったこともあって、イエテボリのみならず全国的に有名であり、今ではスウェーデンの大銀行（SEB）やマクドナルドがスポンサーになるほどとなった²。

そして、それほど大規模になると、予算規模も相当大きくなり、グルンデン協会の会計実務にも相当負担を与えていた。またチームメンバーが「自分たちの独自組織が欲しい」という要望もあって、グルンデン協会から緩やかに独立しようとしていた。

そのため 2003 年秋から、独立に向けたプロジェクトも動き始めていたのだが、この独立問題が、とても大きな火種に発展した。それは、サッカーチームのコーチでグルンデン協会職員である T 氏が、突然「新組織の理事会は当事者と健常者の混ざった理事会にする」と総会で発表したからであった。

このことは、GBM メンバーには相当のショックであった。自分たちが作り上げてきたグルンデンの当事者主権のやり方を根底から覆す T 氏初めグルンデンボイスコーチ達の姿勢、そして、レギュラーメンバーから外されたくないから、と彼らのやり方に従わざるを得ないグルンデンボイスメンバー……。これらの事態は、グルンデンの方向性とは全く逆であり、独立事件後初の GBM の後では怒りが収まらないメンバーや、泣き出すメンバーなど、相当ひどいショックを抱えていた。

しかし、何とかこの意図せざる独立への対抗策も浮かび、事態は少しずつよい方向に転じはじめている。

② GBM メンバーの姿勢

多くのメンバーの一致した答えは、「独立したいなら、したらいいい。だが Grunden Bois の名前は取られたくない」というものだった。

メンバーの A さんは、問題は「支援者の権力争い」であり、その結果としてグルンデンの名前が取られることはイヤだ、と感じていた。B さんは、「グルンデンは活動全体で一つのキーなのに、有名で一番美味しい所だけを取ろうとするのはダメだ」という意見であった。C さんは「独立するのは良い。だが、トレーナーの役割は、あくまでどこに行くのか、どう戦うのか、の助言であり、サッカーチームの運営については、当事者の理事会がコントロールすべき。」と考えていた。

そして、多くのメンバーが、T 氏の独立のやり方が「正しくない方法だ」と感じており、

² このグルンデンボイスには 2 つのホームページがある。一つはグルンデン協会の HP の中にあるもの (<http://www.grunden.nu/webbois/index.html>) であり、もう一つが、新組織の HP (<http://www.grundenbois.com/>) である。トップページを見比べただけでも、前者がメンバー紹介を中心としているのに対して、後者は協賛企業の広告が全面的に入っている、等の違いがみられる。

またT氏が「GBM メンバーに Grunden Bois を運営できる能力がない」と発言していることについて、多くのメンバーが怒りや悲しみを感じていた。

③ 支援者の反応

GBM 支援者アンデシュさんは、この問題について、以下のようにコメントしていた。

「このプロセスこそ self advocacy in reality だ。Self advocacy とは遊びでも、楽しいものではない。苦しみの中から、もがきながら、勝ち取っていくもの。それをGBMメンバーが今、模索している。」

④ T氏の意見

彼は1983年から余暇指導員としてFUBやグルンデンにずっと関わってきており、現在もグルンデンの職員である。だが、グルンデンボイス独立の際の中心人物になった、として、GBM メンバーからは非難されている。現在もボイスの事務所はグルンデンの本部内にあるのだが、T氏自身、グルンデンにいることはまれで、彼の部屋だけは在室中もカーテンとドアが遮断され、中が見えないようになっている。

T氏は、上述のGBM メンバーやGBM 支援者とは、かなり異なる見解を示していた。

彼はグルンデンボイスが独立するのは、グルンデンがFUBから独立したのと同じ理由だ、とした上で、以下のように述べている。「確かに今のGBMは当事者のみだが、3年前にグルンデンがFUBから独立したときには、当事者と健常者が混ざった理事会で始まった。なぜグルンデンボイスも、独立する際に当事者と健常者が混ざってはいけけないのだ？」

そして、独立については「メンバーとトレーナーと一緒に問題を解決すべき」としたうえで、「メンバーはスポーツをしたがっているのであり、理事会のことを話すのはこの次だ」「どの他のサッカークラブも、理事会に障害者を排除していない。ならば、どうしてグルンデンボイスは理事会から健常者を排除するのだ？ 本当の統合とは、当事者と健常者が一緒に混ざることではないか。」「一つの種類の人しか理事会に入れられないのは隔離である」と主張。あくまでもノーマルなフットボールクラブに近づくことが目標だ、とも語っていた。

その一方で、「グルンデンボイスの名前は欲しい」とも主張。グルンデンボイスは有名なので、この名前を引き継ぎたい、という気持ちを持っていた。

T氏の目標は、スウェーデンのフットボール協会にグルンデンボイスも仲間入りすること、である。だが、必ずしも協会に仲間入りするのに理事会が混ざる必要はない、とも答えた。

「でも、今のグルンデンは大きすぎて、問題を決めにくい。独立した方が協会に入りやすい」とも答えていた。

また、現在はグルンデンと新組織が紙による同意文章を作っているので、現在のところ、議論すべき問題ではない、とも語っていた。

C. GBMの今後の課題

① メンバーの関わり方に関して

GBM メンバーはみな、このGBMに参加する事への意義は感じているが、仕事の一部の人に偏っていることへの問題視を一様にしていた。10年同じ会長であることが不満なメンバー、仕事が計画通り進まないことを問題にしているメンバー、などGBMの運営について問題視している意見が聞かれた。

② 当事者と支援者の関係

当事者が支援者を雇う、というグルンデン協会の方針に対しては、皆満足しているようであった。だが、十分な職員教育が出来ていない、GBM の支援者を増やす必要性を感じている、自分たちの意見をきちんと聞いてくれない職員もいる、といった意見も聞かれた。

また GBM 支援者のアンデシュに対しては、「彼以外に信頼できる人は多くいない」という声がある一方で、「彼がいなくても大丈夫なように、次の支援者を育てる必要がある」という声も挙がっていた。

③ グルンデンの今後

GBM メンバーの多くが、とにかく早くグルンデンボイス問題を解決したい、という意見で一致していた。ただ、それ以外にも、会報を読めない人への情報提供の必要性を感じているメンバーや、重度障害者の代弁者の役割が必要、と感じるメンバーもいた。そして、現在グルンデンでは新しい試みを行っている。それが、「リーダーシップ教育」と「Grunden Academy」プロジェクトだ。

「リーダーシップ教育」とは、GBM メンバーの中から 6 名と 2 名の支援者が、リーダーシップ教育のコンサルタントから月に一度、丸一日かけたプログラムを受けるものである。具体的には自己主張のトレーニングや、人の意見に耳を傾けるトレーニング、議論をまとめていくトレーニングなどを受けている。これを受ける中で、GBM メンバーの発言する力がかなり向上していくのが、フィードワークを通じても感じられた。

また「Grunden Academy」プロジェクトは、あるフェスティバルにおいて、「施設をぶちこわせ」というポスターを作成したことから始まったプロジェクトである。これは「僕たちは好きな音楽を聴き、好きに行動して、楽しみたい。施設みたいな管理的な生活はいやだ」ということを表した意見表明のポスターであった。

このポスターの作成に先立ち、2003 年の 1 月からこのプロジェクトは始まった。まず、いったい施設とはなになのか、を全員で定義するために「スマッシュ（破壊すべきもの）」と、「こうであってほしい」というものを、みんなで模造紙に書き出した。まず破壊すべきものにはかなりいろんなものがあった。

- ・ 施設、古いグループホーム、年金、偏見、人々の態度、グルンデンオフィス、特別処遇、LSS、ラベリング、特殊学校

そして望ましいものとしては

- ・ アパートでの生活、年金ではなくサラリーをもらった暮らし、偏見と闘う、メディアの誤解を解く、普通学校、実質的な法律、オープンオフィス

などが書かれていた。

そして、この活動と、先のリーダーシップ教育に基づき、現在 EU への補助金を申請しており、その補助金が通れば、リーダーシップ教育を受けたメンバーが、現在支援者が行っているグルンデン協会の運営にサラリーをもらって関わる予定である、ということであった。

4. 知識こそが変革の最大の武器－脱施設と「接し方」教育－

施設解体を進める上で、障害者に接する職員への教育はスウェーデンでも必須のものであった。本章では、スウェーデンにおける障害者に接する職員への教育の変遷を概観したのち、

90年代の施設解体時の教育プログラムと、現在の兆候を報告する。

A. スタッフ教育の変遷

「1980年代にはカール・グリユネバルト氏の『小グループの原則』について、職員は学んでいました。大部屋から個室に、そして小さいグループでのケアをすることにより、障害者が中心になるようなケア、について学んで来ました。90年代になると、倫理とモラル、についてスタッフは学ぶようになりました。これは、接し方、と言ってもいいと思います。その人が人間らしい生活を出来るようにするにはどうしたらいいか、を職員が考えるようになりました。そして、2000年代に入って、なぜ知的障害になるのか、の研究が進んできたので、ダウン症や自閉症といった個々の症状を理解して、個人に着目したケアが大切にされています。職員もその個人の症状を知った上での個別ケアをするのが大切だ、ということです。」

イエテボリ市の西海岸の島、スティシュー区でグループホームのユニット長をするイボンヌさんが説明してくださったのは、スウェーデンの知的障害者分野での教育の変遷そのものであった。1986年に「精神発達遅滞者等特別援護法」（通称「新援護法」）が施行された時、当時の社会庁知的障害援護部長だったカール・グリユネバルト氏が「施設は有害である」とするコメントを発表し、大規模施設よりもグループホームでの暮らしが大切であることを述べている（河東田 1992）。そして、この当時から同氏は、小規模グループでの処遇の方が知的障害を持つ人にとって、人間関係を構築する上でもよい、とする「小グループの原則」を提唱していた（この原則については後述）。この原則に基づき、物理的環境を変え、「障害者が中心になるようなケア」とは何か、についてのスタッフ教育が80年代から行われていた。また、1985年には、障害者自身の自己決定を尊重し、職員がどのように障害者を尊重しながらケアしていかなければならないか、を説いた指針でもあるスウェーデン社会庁勧告「人間としての尊厳」（翻訳は二文字 1998）も出されていた（この社会庁勧告もカール・グリユネバルト氏が中心となって作られた）。

それが、90年代になると、「接し方」に関する教育へと転換していく。1994年のLSSと、1997年に特別病院・入所施設解体法が制定される中で、多くの施設では施設解体に向けた職員への教育プロジェクトを組み、その中で、施設における管理・一括・職員主導型の接し方から、地域における障害者主導の接し方に移行するためにどうすればいいのか、何が人権侵害であり、どうすれば侵害せずに済むか、といった「接し方」やそれにまつわる倫理・モラルなどについて職員同士で議論されることが多くなってきた。

そして、大規模施設が解体され、地域でのグループホームが増えてきた2000年代に入ると、「患者から市民へ」と名付けられた障害者政策のためのナショナル・ハンドリング・プラン(<http://social.regeringen.se/ansvar/handikapp/handlingsplan.htm>)が策定される。この中では、次の3つが国の障害者基本計画として謳われた。

- * 接し方をより優れたものとする
- * 社会全体のアクセス（利用性）をより優れたものとする
- * 社会全体が障害のある人達にとって過ごしやすいものであるよう努力したものでなければならない

つまり、90年代に議論されていた、障害者への「よりよい接し方」を、現場のスタッフだけでなく、障害者に関わる全ての人々が持つように、教育の対象も広げていった。そして、この障害者に関わる全ての人への「よりよい接し方」教育を担当するために、特別な教育支

援のための国家機関 SISUS(Swedish National Agency for Special Educational Support)が接し方教育に従事するようになる(後述)。また、障害を持つ市民が全ての公共の場所にアクセスしやすい様に、バリアフリーや Design for all の考え方を各自治体レベルでも実現するための、各市レベルのハンドリング・プランを作ることになった。

また、その中で、知的障害分野での研究も進んでいく。そもそもナショナル・ハンドリング・プランが出来るきっかけになったのは、盲目の元社会大臣で現在は国連の障害者レポーターでもあるベンクト・リンクビストが 1999 年に政府に提出した報告書「リンクビストの第 9」(Lindqvists nia: SOU 1999:21)による。この中で彼は社会サービス法や LSS の理想と現実の間のギャップを埋めるために必要な 9 つの提言をしている。その中には先述の「接し方」や「社会全体のアクセス」についても提言しているが、提言 8 として、障害に関する研究を充実させ、政府が後押しすることも掲げていた。

このようなスタッフ教育に関する歴史的変遷の中でも、以下では、「接し方」教育と「患者から市民へ」の 2 つを取り上げ、それぞれの特徴について調査に基づき報告する。「小グループの原則」については次章で取り上げることとする。

B. 「接し方」教育

「接し方」(bemötande)に関しては、実に様々なパンフレットが発行され、スウェーデンの障害者支援現場では継続的に議論されているテーマの一つである。この「接し方」教育の歴史に関しては、知的障害者へのケアについて詳しい元社会庁の施設解体室長、オーベ・ローレン氏は以下のように説明していた。

「元々この『接し方』については、1970 年代から活発に議論されていました。パウロ・フレイレの被抑圧者へのエンパワメント理論が、障害者の現状にも当てはまる、と取り上げられていました。また、FUB などでも盛んに議論が行われていました。そして 1980 年代になると、障害者の『権利』が重要視されるようになり、ノーマルな社会生活への統合や住宅条件の改善などが議論されるようになりました。これに基づき 1986 年に新援護法が制定され、またカール・グリユネバルトによって社会庁報告書『人間の尊厳』も出されました。そして、ニイリエやグリユネバルトと共にスウェーデンのノーマライゼーションの立て役者であり、接し方教育の構築に大きな貢献をもたらしたのが、心理学者グンナル・シーレーンです。彼の知的障害者への接し方理論は、80 年代、90 年代の、知的障害者への『接し方』教育に大きなインパクトを与えました。」

尾添(2000)によれば、このグンナル・シーレーン氏は、1974 年に発表した「知的障害をもつ人の認識について」という博士論文の中で、知的障害を本人の「心理的要素」と「身体的要素」、それから「環境的要素」と「人と環境の相互作用」の 4 つの枠組みから理解しようと試みたシーレーン理論を発表し、知的障害者に接する職員や家族、関係者に大きな影響を与えた。またニイリエ氏が創設した FUB 付属の研究機関(ALA 財団)を引き継いで数々の論文や教育パンフレットを発表すると共に、ストックホルム教員養成大学で教鞭も執り、知的障害者への接し方の教科書として名高い「援護の手引き(OMSORGSBOKEN)」の中でもシーレーン理論は多く取り上げられている³。

この「接し方」が具体的に施設解体にどのように取り上げられたのか、は、ニイリエのノ

³ このグンナル・シーレーン氏の業績やその位置づけについては尾添(2000)に詳しい。また同書はシーレーン理論や、知的障害者への「接し方」を理解する上でも絶好の書である。

一マライゼーションの原理やシーレーン理論やグリユネバルト氏の報告書などにインスピレーションを受けて、実際に職員教育を行っていた、元大規模施設のユニット長、ヤードさんの説明が非常にわかりやすい。以下、長くなるが、彼女の説明を引用する。

「施設解体を始めるときに、まず解体のための発達運動、をしてきました。昔は大きい厨房でご飯を作っていたのを、今度はユニット型のもに変わりました。そして、ユニット毎に当事者と職員と一緒に買い物に行って、当事者が好きなものを買って、自分で持たせて帰ってきて、自分のユニットの冷蔵庫に入れて、自分で食べる、といったことをしていました。また、例えば施設からGHに移るときにそのまま持っていけるような家具と一緒に買いに行って選ぶとしたりもしました。これはすごく大変な作業でした。しかしこのような意識改革の過程を通り抜けてきたのです。

この教育は、解体されることを前提に3年間やってきました。当時、入所施設解体の仕事をして、私の部下達に意識改革を強制していました。改革の当時は、私の部下達はみんな怒っていたのですが、今になってみると、みんなに会うと感謝してくれます。というのは、そのとき『ああしろ、こうしろ』と言われてやっていたことのお陰で、外に出たときに、仕事が非常にうまくいくようになったそうです。だから施設職員が外に出て行くには、このような意識改革が必要だと思います。

その当時は、例えばカールスルンド、オーケシュバリエといった大規模入所施設で、それぞれの施設独自の解体プログラムがありました。それは施設によって異なりました。というのも、その施設にはどういう人が入居していたか、どういうタイプの職員で、どこに移っていくか、というのがみんな違っていましたから。ですが、みんな3年くらいかけて移行プロジェクトを行っていました。私の施設も独自のプロジェクトを作ってやったわけですが、そのために行政からストックホルムの4つの地区のうちの一つの現場指導員がやってきて、指導してくれた。そのとき、『この入所施設は5つ星のホテルのようなものだ。当事者は何もしなくて食事も出てくる、掃除もしなくて良い。そういう所にいるのではなく、これからは家賃を払って後は自分でするようになる。だから、あなた達は自分でやってはいけない。』と職員に話してくれた。『当人にとっては家庭なのだから、当人が出来るように支援して欲しい』と言われたのが、私にとっては非常によかったのです。

もちろん昔のやり方をどうしても守りたがる職員、はいました。私にはよくわかります。その方が楽なのです。職員のルールに従って仕事をした方が。だけれど、それは変えていかなければならない。今ここに暮らしている人たちは、家賃だけは払って、あとは自分で暮らしていくのだから、この人のルールにあった仕事をしなければならない。

それを変えるには、ハードから変えて行きました。例えば、ここは共同住宅のワンフロアを使ったグループホームですが、以前はこの階に、このグループホームのためだけの洗濯所がありました。そうするとみんなデイセンターに行く前に汚れ物をポットおいていく。そして職員が洗う。でも、それはおかしいのでやめました。ここは普通の共同の賃貸住宅なので、共同の洗濯場があります。時間を予約して、自分で行って洗濯しなければなりません。職員は、一緒について行って、見守っているだけです。そこに変えていくのはとっても大変でしたが、そういうハードも変えることによって、職員の仕事の仕方も変わって行きました。当事者も自立していくようになりました。」

彼女の説明からわかるのは、「接し方」教育とは、単なる知識の習得のみならず、具体的に

物理的環境をどのように変えていくのか、ということをも含んだ、大きな意識変革教育である、といえよう。

また、社会庁のレイフ・ネーバー氏は、LSS の中でも、「接し方」教育の思想が息づいている、として、次のように説明してくれた。

「LSS も『接し方』の教育と改善に一役買っています。LSS 法の第 9 条第 1 項の 1 に相談援助サービスが挙げられています。これは県レベルが行うことです。例えば LSS 法に基づいて市自治体でサービスが行われ、それに対して当事者が苦情を相談援助機関に持ち込むことがあります。そして、県側が、そのサービスの内容を調べて、市自治体側に、やり方を変えるよう、助言をすることもあります。これも『接し方』教育の一環です。」

C. 患者から市民へ

① ナショナル・ハンドリング・プランの骨子

先述の障害者政策のためのナショナル・ハンドリング・プランの骨子では、以下のように述べられている。

「障害者政策とは、すべての人々が市民であるということの権利に関するものだ。すべての人々が社会参画することが可能であるべきだ。障害者政策むけのナショナル・ハンドリング・プランは、どうすれば障害者の状況が改善されるかを示している。障害者を差別することは許されないことであると同時に差別を無くすべく努力してゆかなければならない。ナショナル・ハンドリング・プランは“患者から市民へ”と名付けられている。」

この「患者から市民へ」というタイトルの元、

- * 接し方をより優れたものとする
- * 社会全体のアクセス（利用性）をより優れたものとする
- * 社会全体が障害のある人達にとって過ごしやすいものであるよう努力したものでなければならない

という 3 点が強調された。そして、「よりよい接し方」に関しては、「場合によっては、機能障害のある人が社会生活をするのが不可能なこともある。たとえば、他の人達の態度などが障害になって、機能障害者が自分自身の権利や義務の行使が困難になることがある。すべての人々は同等の価値があり、尊敬の念をもって接されるべきであるということに関する基本的な価値観が、機能障害者に関係した物事の決定権のある人すべてにまで浸透していないのだ。」としたうえで、「特別な教育支援のための国の組織（S i s u s）は、機能障害者に接する際の行政機関の能力を高めるために全国的なプログラムを作成した。」

② SISUS について

SISUS (<http://www.sisus.se/>) はもとは障害者「自身」への特別な教育支援のための国立の教育機関である。現在でも障害者の高等教育に関する補助金申請の窓口や、障害学生のための情報提供などを行っている。だが、ナショナル・ハンドリング・プランを受けて、障害者「に接する人」への教育援助の中心機関の役割を果たすようになった。そして、現在、障害者への「接し方教育」を推進する補助金交付の窓口となっているだけでなく、自らも「接し方教育」についてのプログラムを開発する役割も担っている。

このうち、「障害者への接し方」(Responding to persons with disabilities)と題された SISUS の報告書の中では、障害者への「接し方」を変えるための全国的なプログラムについて

ての解説がなされている。

この中では「接し方」を改善すべき対称として3つのレベルを挙げている。1つ目が集合的接し方(collective response)への責任を負っている政権や政府レベル。2つ目が組織的接し方(organizational response)への責任を負っている、国家機関や県庁、市自治体や社会保険事務所である。そして3つ目として、個人的な接し方(individual response)への責任を負っている、市民に接する公務員である。

そして、各レベルへどのように「接し方」を改善していくべきか、について、具体例を挙げながら解説している。またそのほかにも、女性と男性、子供や若者、多民族の障害者への接し方に対しても触れている。そして、SISUSの重点事業である、「情報提供」「障害者に関する芸術や教育の開発」「接し方の質を高める教育」について、各々の3つのレベルでどのようにしていけばよいか、についての提言を行っている。

また、SISUSではこの提言に基づき、現在2つ目の「組織的接し方」を変えるための教育に力を入れている。具体的には、各市自治体や県の障害者部門の担当責任者の役人や政治家への講習会のためにSISUSの講師が毎週のように出かけている。実際に障害者ケアに従事する職員への教育については90年代までで一定の成果があったので、今度はそのこの職員を統括する職員への教育を行い、「組織的接し方」自体を変えていこう、という取り組みである。また、「個人的接し方」に関しては、中学生が学べる障害に関する副読本と教師用のハンドブックを作成している。また、これらのSISUSの取り組みは、政権レベルの集合的接し方が、国連のスタンダードルールに則った障害者政策に変革した故の出来事であることは言うまでもない。

ちなみに、SISUSの担当者への調査の最後、障害者への接し方や偏見を変えるために一番必要なものは何か、を訪ねたとき、二人が口を揃えて"Knowledge"と答えた。職員教育に端を発し、政治家や行政トップといった機能障害者に関係した物事の決定権のある人すべての人への教育、さらには中学生への障害者教育に力を入れている彼らにとって、“Knowledge”を伝え、教えることは、人々の障害者観を変える変革の強力な武器として機能している。

5. ノーマライゼーションの現場レベルでの具現化

A. ノーマライゼーションとスウェーデン

ノーマライゼーション思想の源流を辿ってみると、デンマークの「1959年法」に行き着く。この法律は、当時デンマーク社会省で知的障害者のための施設を担当していた官僚、ニルス・エリック・バンクミケルセン(Bank-Mikkelsen, N.,E.)によって起草された。この法律は「ノーマルな生活」という言葉が初めて法制化されたものであった。このノーマライゼーションの「生みの親」(大熊 2003)であるバンクミケルセンは、ノーマルな生活における生活条件の検討課題として以下のように指摘している。

「生活条件(condition of life)は、住居の条件(housing condition)、仕事の条件(working condition)、余暇(leisure)の三側面から検討しなければならない。さらに子どもと大人を区別しなければならない。」(バンクミケルセン 1978: 訳書 146頁)

デンマークの法制化から10年後の1969年、スウェーデンのFUB(スウェーデン知的障害児童・青少年・成人同盟)のオンブズマン兼事務局長を勤めていたベクト・ニリエ(Nirje, B)は、バンクミケルセンの「3つの側面」を深めた「ノーマライゼーションの原理」を発表し、全世界に大きな影響を与えた。その原理は、以下の8つの要素から構成されている。①

①一日のノーマルなリズム。②一週間のノーマルなリズム。③一年間のノーマルなリズム。④ライフサイクルにおけるノーマルな発達の経験。⑤ノーマルな個人の尊厳と自己決定権。⑥その文化におけるノーマルな性的関係。⑦その社会におけるノーマルな経済水準とそれを得る権利。⑧その地域におけるノーマルな環境形態と水準（ニイリエ 1998）。

このノーマライゼーションの「思想面での育ての親」がニイリエとするならば、ノーマライゼーションの「行政面での育ての親」と呼ばれているのがカール・グリュウネバルトである（大熊 2003）。彼は先述のように 1986 年に新援護法が施行された時、当時の社会庁知的障害援護部長として「施設は有害である」とするコメントを発表し、大規模施設よりもグループホームでの暮らしが大切であることを述べているだけでなく、その後も後述の「小グループの原則」を初め様々なノーマライゼーションに叶った行政施策を打ち出しており、また、社会庁を退職後も積極的に LSS の研究や出版なども続けている。

今回の調査では、幸いにもニイリエ氏とグリュウネバルト氏の兩人にインタビューすることが出来、多くの知見が得られた。そのみならず、現場での調査から、この二人の「育ての親」が作ったノーマライゼーションの理念が、現場レベルで実践としてしっかりと根を下ろしているようすを知ることが出来た。それと共に、現場では、何が「ノーマルか」を巡っての対立の構図があることも明らかになってきた。そこで、このノーマライゼーションの原理の現場での具現化、を主に「ミニ施設化を防ぐコツ」「文化と余暇活動が Social Needs を守る鍵」という 2 つのテーマとして言及する。

B. ミニ施設化を防ぐ鍵

本調査の中で、現場の担当者・研究者を問わず、筆者はインタビューをした多くの人々に同じ質問を繰り返していた。それは、「グループホームがミニ施設化しないためにはどうしたらいいと思いますか？」という質問であった。「ミニ施設化とはどういうイメージか？」と問われた際には、「入所施設に比べて規模が小さくなり、また街中や住宅地の中に存在するものの、そこで行われているケアが入所施設と同じ集団管理的処遇の色彩が強いものであるようなもの。それは巨大入所施設の縮小版、つまりはグループホームの『ミニ施設化』であると私は考えるのですが・・・」と答えた。すると、多くの人が「それならわかる」と答えると共に、グループホームがミニ施設化する可能性について、いくつかの重なり合う解答を寄せてくれた。

① 「共同スペース」での「一緒に食事」が諸悪の根元！？

「スウェーデンが一番失敗したことは、『共通スペースがある』ことです。そこでみんな一緒に食事をするのはよくありません。ここも最初それをしていたので、ミニ施設化しそうになった。食事の買い物も、共通のところで、みんなの所、の両方の買い物もしなければならなかった。だから、ここではそれに変わって、みんなそれぞれ自分の家で食事をしています。ところが、みんな週末は一緒に食事をするのですが、それは希望制で、例えばウルフさんがみんなと一緒に食事をしたくなければ、それはする必要はありません。そういう風な、『個人の意見を尊重する』ことが、みんなを一緒にするミニ施設化を防ぐ一つのコツです。」

これは先述の元入所施設のユニット長で現在はストックホルムのある地区のグループホームのユニット長をしているヤードさんの解答であった。この「共通スペースでの同じ時間の食事」に関しては、グルンデン調査の支援者アンデシュさんの口からも同様の発言が出てい

た。「必ずしも好きな人同士と一緒に住んでいる訳ではないのに、食事まで一緒にさせられる必要はない。」そして、もちろんこの食事は各自、ということを保証するために、スウェーデンの知的障害者のグループホームは全室個室であるばかりか、その大半がバス・トイレ・簡易キッチンの完備したものである。それから、夕食の時間帯には、5人の入居者に2～3人の支援者が配置され、食事作りのお世話に従事するケースが多い。この点に関しては、グリユネバルト氏は次のように評価している。「グループホームがミニ施設にならないために役立ったことは、『自己決定』です。自分で決めて良い、ということは、昔と比べて全く違います。この自己決定のコンセプトが施設化をなくすのに非常に役立っています。」食事にしても、みんなと食べるか、自分一人で食べるか、を「自分で決めて良い」というのがポイントである、とまとめることが出来よう。

② 外に出ていくこと、外から迎えること

先述のヤード氏は、ミニ施設化しないもう一つのコツとして、次のようなことも挙げている。「個別に、複数でもせいぜい入居者二人と職員一人で、出かけることです。レストランなどにみんな一緒に連れて、ということはありません。1:1, 2:1だと、その人に注目して接することが出来るからです。」この外に出ていくことの大切さ、についてはニイリエ氏も同様の発言をしている。「ミニ施設にならないためには、グループホームの中ではなくて、外に色々な活動があるから、グループホームからその人達を外に引っ張り出していくような活動がなければなりません。それからやはり、GHに住んでいる障害者と、外にいる障害者が一緒に集って話し合えるような場所、グルンデンのような場所が必要です。」そして、グルンデンの支援者アンデシュ氏は、逆に外にいる友人をグループホームに迎え入れることも大切だ、と言う。「グルンデンの仲間が暮らすグループホームでは、individual needs を大切にされている。グループホーム内で完結させず、居住者が街に出ていくなど、社会化することが大切だと考えている。例えばベタニアホームがあった場所にあるGHでは、アスペルガーの人が3, 4人暮らしている。でもその人たちが仲間を作る、というよりも、自分で選んだ、外から来た友人と一緒に出かけている。いくら障害があるから、と言っても、ミーティングルームに皆が集まる必要はない。良い隣人ではなく、時として敵である場合もあるのだから。」

③ 小グループの原則

また、グループホームのハード面での問題としては、先ほどから何度も出てきたがカール・グリユネバルト氏の提唱した「小グループの原則」が、あちこちのグループホームでも重要視されていた。

この小グループの原則、とはグリユネバルト氏が1980年代から提唱し、1980年代の知的障害者のグループホームの「原則定員4人」という基準の根拠となったものである。これについて、同氏は以下のように説明している。

「知的障害者はいろんな周りの人との関連性を作って、それを保持していくのが苦手です。しかも少人数ならいいのですが、大勢の人が一緒にいると、全部自分で出来なくなって、諦めてしまう場合もあります。この関係について、数字を使って、算数のようにして説明しましょう。グループホームに住んでいる人の数と色々な人との関連性を、算術的に計算できます。3人の人が暮らしていると、6つの関係が生まれます。4人だったら、25の関係。5人だと90の関係に増え、6人になるともっと増えます。」

グループのサイズ <人数>	グループ内における発生可能な人間関係の数 <関係の数>
2人	1
3人	6
4人	25
5人	90
6人	301
7人	966
8人	2059

出典：Intra 2000 Nr.4

ただ、この小グループについて、現在のスウェーデンでは守られていない、と同氏は警鐘を鳴らしている。「1990年代にスウェーデンが不況になると、この4人を、5人、6人と増やしていきました。こういう風に人数が増えてくると、合理的なケアをする危険性が非常に増えてきます。」

また、グループホームの原則として、「可能な限り男女同数」と「障害の重度、中度、軽度の人を混ぜ合わせておく」ことの大切さもグリユネバルト氏は強調していた。この背景には、①日本のグループホームと違い、各個人の部屋が自分で鍵のかけられる個室であること、②ノーマルな性的関係を尊重していること、③障害の軽度の人には原則地域での自立生活が実現できていること、④グループホームに住まう軽度の人には知的障害+何らかの障害を持っており、彼ら彼女らは重度の人の手伝いをすることに生き甲斐を感じている場合も多いこと、⑤障害の程度をミックスすることによって、重度の人は軽度の人から良い刺激を受けること、⑥入居者の障害程度がミックスされていると、職員が介護とコミュニケーションの両立がはかれること、などを挙げることが出来る。それから、⑦世話人一人が日中と夕方のみ対応するのではなく、24時間誰かがグループホーム内かその近くにおいて、夜中以外は複数名の十分な人的配置があることが、①～⑥のその大前提としてある。

C. 文化と余暇活動が Social Needs を守る鍵

結果の2の部分で詳述したように、コンタクトパーソン、ガイド・ヘルプ、パーソナル・アシスタントなどその人の余暇と文化活動を支援するサービスは「その人らしい社会生活」の支援に大変役立っていた。だが、この余暇と文化活動支援、に関しては、スウェーデン国内でも大きな争点となっている。

① ニイリエ氏の危惧

ニイリエ氏は元大規模入所施設で働いていた職員が地域移行後にグループホーム職員となってケアをし続ける場合、の問題点について、次のように指摘している。

「施設にいた職員は、その人達が何でも決めてしまって、しかも職員から見ると、グループホームなどで事故が起こらないための責任問題を気にします。すると過保護、過干渉になりがちです。ですからその所で、パターンを破らなければなりません。

ということは、ほんのちょっとの支援で、障害当事者が自分で出来る、ということ、ク

ラブ活動などを通して実感できる、そういう場所を作らなければなりません。で、職員はその人の住んでいるところで、お掃除や洗濯の仕事を教えてくれるのはいいけれど、入所施設にいた職員は、『この人の余暇の時間の使い方をどういう風にのばしてあげるか』を考える専門教育を受けていません。それからこの人の社会的能力を伸ばすためにはどうしたらいいか、も学んでいません。それからこの人が経済的にお金をどう扱うか、の能力を伸ばす教育も受けていません。』

つまり、過保護や過干渉にならず、その人の余暇や文化的活動を側面から支援することが大切だが、この点はなかなか難しいことをさしている。

② 「義務」か「してあげたいこと」か？

一方、イエテボリ市の障害者部門の行政側責任者であるハンス・ブレンネ氏は、余暇と文化活動に関して、ニリエ氏と見解が異なっている。

「このところが『義務』になってくる、か、『してあげたい』とすることなのか、の問題になってきます。市自治体の『義務』としては、すぐれた住宅を提供する、デイ活動を提供する、その人たちの身体的日常ケアをする、これらのことは義務ですから、どうしても最優先で力を入れざるを得ません。そして、その次の問題、文化と余暇的活動の問題は、変えたいと思っても、お金が足りない場合、どこを削るか、というところを削ることになってしまいます。それが今、財政的に苦しいから、どうしてもこの部分にふんだんにお金を出すことが出来ないのが実状です。」

ブレンネ氏によると、文化と余暇的活動については、「義務」ではなくて、「してあげたい」と思ってやっている、裁量的な部分という捉え方である。LSS 第9条第1項に書かれている10の具体的サービスについては、「義務」としてとらざるが、余暇活動や文化活動については、LSS 第9条第3項で「児童および青少年用特別サービス住宅や成人用特別サービス住宅という具体策には、余暇活動や文化活動も含まれている」という文言があるものの、これが「権利として得られる特別な援助とサービス」の10の項目の中に含まれていないため、予算とのかねあいで削減せざるをえないケースも出てくる、というのだ。

また査定員調査の中からも、「サービス提供時間には限りがあるし、何が合理的か、そしてノーマライゼーションの視点からこの問題をみたらどうか、を私達は考えます。もちろん予算を気にする地区もあるが、それは本来そうあるべきではありません。」という声も聞かれた。

これらは、「LSS は義務法であり、予算によってサービス支給決定を拒否できない」という点と矛盾している。また、障害者自身にとって、余暇や文化活動の追求は、LSS に記載されている「当然の権利の一つ」と考えられている。そして、この文化と余暇活動に関する支援の矛盾がもっとも浮き彫りになった事件の1つとして、コンタクトパーソンの部分で触れた、グルンデン代表のオーストラリア会議出席問題、が挙げられる。

③ オーストラリア行きの件

グルンデン調査でも、GBMメンバーがオーストラリアの国際会議に出かける際にパーソナル・アシスタントを求めたが、査定員によって支給を拒否され、裁判で争った、という出来事について、イエテボリ市行政側のハンス・ブレンネ氏は次のように答えている。

「二人のグルンデンの活動家が出て、年に二回、海外への会議に行くことになりました。そして、そのうちの一人はパーソナル・アシスタントはOKになり、もう一人の人はパーソ

ナル・アシスタントが OK にならなかった。二人とも同じ仕事をして、同じ障害者であったにも関わらず。

でも、その場合、一言でその人の住んでいる区の担当官の格差だ、とは言えない。一人の人の生活全体を見たとき、この人にとってオーストラリアの会議に行くことがこの人の人生全体の中でどれほど重要か？ 例えば、他に何も無い、ということであれば、この人にとってパーソナル・アシスタントを付けてオーストラリアに行くことは、人生の中で重要な意味のあることだ。ところが一方、もう一人の人は、オーストラリアに行くこと以外にも、たくさんの会議などにも出かけている。そうすると、この会議に行くことの重要性、というのが落ちてくる。そういう風にして判断するので、その人の普通の生活状況、どういう生活をしているか、どういう生き方をしているか、を相対的に見ていくのであって、LSS も社会サービス法も自分が希望したらパッとサービスが通る法律ではない。そうではなくて、査定をされる訳です。何が妥当であるか、を査定する場合、その人の生活全体、ネットワークとか何が出来るとか、そういった生活全体を見て、査定していきます。」

これに対してグルンデンの支援者アンデシュさんは、次のように反論している。

「LSS それ自体は、確かにいいものである。しかし、あくまでも字面であって、実際の運用となると話は別。LSS を適用する際には行政の査定員がその運用に関して判断を行うが、それがなかなか当事者のニーズとそぐわない場合もある。そして不服の場合は裁判所に持ち込めるが、この裁判所の判断も大半が政府側の見方をする。たとえば、グルンデンでは国際会議に当事者が出かける。これはふつうの人が国際会議に出かけるのと同じように出かける。もちろん査定員や裁判所の代表が出かけるのと同じように。でも、査定員や裁判所の人々は、知的障害を持つ当事者に役割(function)がある、と思っていない。だがグルンデンの当事者には役割がきちんとある。それが理解されていない。そして、グルンデンの当事者が会議に出かける際には、支援者が同行する必要があるため、二人分の旅費が必要とされる。でもその費用が捻出されない。そこで裁判所に訴えても、査定員側の肩を持つことが多い。だから、彼らは、LSS の運用者に対して大変不満を抱いている。そして、もっと実体の伴った法律がほしい、と訴えているのだ。」

一人の人の生活全体を見たとき、この人にとってある余暇や文化活動が、その人の人生全体の中でどれほど重要か、という問題、つまり余暇と文化活動に関して、何が「ノーマル」か、という問題は、スウェーデン国内でもまだ決着のついていない問題、と言えるであろう。

IV. 考察

1. 住宅を巡る問題

LSS に基づくサービスの中で、特にサービス支給が義務づけられているにも関わらず、供給不足のために問題になっているケースとして、住宅供給の問題が挙げられる。例えばイエテボリ市の行政部門の責任者、ハンス・ブレンネ氏はこの問題に対して以下のようなコメントを述べている。

「イエテボリが成功しなかった一番大きなこと、それは成人の知的障害者・精神障害者に対する適切な住宅供給不足です。きっとそのことはイエテボリの色々な人から聞かれたと思います。今イエテボリ市が障害者分野で最大の問題と考えるのは何か、それは成人の知的障害者への適切な住宅がないから、本人が成人して親元から離れたい、と思っているのに、親

も自立させたい、と思っているのに、引っ越し先がない、ということです。」

結果の1のところで述べたが、成人の知的障害者の約2割が、親元に同居している、と言われている。また、この住宅供給不足の問題は、現場の査定員にも大きな影響を及ぼしている。例えば、地区の査定員の一人は、住宅供給の問題について、このような具体例を教えてください。

「住居の支給決定に関しては、決定してから3ヶ月以内に支給が出来ないことが明らかな場合、支給拒否決定をする。それは市からも言われている。そして、障害者自身が裁判所に不服申請をするのを助けることもある。裁判所はたいていの場合、障害者側の主張を認め、サービス支給をしない場合には罰金を科す、という判決を下す。その場合、政治家は罰金を払いたくないが故に、住宅支給についての優先順位を上げる。回りくどいやり方だが、政治家を納得させて住宅供給を実現するためには、こういう方法を探ることもある。」

つまり、予め裁判で行政側が負けることがわかっているにもかかわらず、敢えて裁判に持ち込むように支給拒否決定をしなければ、「支給決定」を下してもすぐには住宅供給が出来ない、という事情があるのだ。そして、この背景には、政治家の理解度と予算の問題がある。

イエテボリ市では全市的に障害者に限らず住宅供給状態が続いており、障害者向けの住宅を特別に用意したり、ましてやグループホームを建設するのは、かなり厳しい状態である。そして、政治家も予算のかかる住宅については、「住宅不足」を理由に棚上げしたい。だが、LSS第27条に記載されている上訴権を用いて障害者が行政裁判所に提訴し、裁判所が障害者側の主張を認めた場合、行政側は3ヶ月以内に対応しなければ、最高で50万クローナ（日本円で650万円）の罰金を払わなければならない。地区の政治家は罰金の支払いは嫌なので、裁判所の判決が出れば、優先順位を上げて対応する、こういう構図なのである。

つまり、政治家レベルでは、LSSに基づくサービス支給も、予算とのかねあい、という部分が見られる、ということだ。そして、査定員調査からも、住宅供給やホームヘルプなど、地区が直接支出しなければならないサービスに関しては、査定員の決裁ではなく、政治家の決裁を受けなければならない、と答えた地区が複数見られた。

だが、その一方で、全ての調査した査定員は、「原則予算を理由にサービスを断ることは、査定員レベルではない」と答えていた。LSSは義務法であり、予算を理由にサービス支給は断れない、というのだ。「では、政治家が決裁する案件について、見解の相違があるときはどうするのですか？」と尋ねると、多くの査定員が、「政治家と議論するが、最終的に査定員側の主張が支持される」とのことであった。しかし、これは、地区の政治家や査定員の上司がどのような人か、によってまちまちの部分があり、中には「LSSは良いが、上司は予算を気にして私に圧力をかけてくる。私はそのような『お金を気にする』やり方が嫌いなので、私はもうすぐこの仕事を辞める。」といった本音を聞かせてくれた査定員もいた。

住宅供給の課題から見えてくることをもう一度整理するならば、LSSという義務法に基づくサービス支給に関しては、原則は「予算のことを考えなくてもいい」のだが、その地区の上司や政治家の姿勢によって、実際の所予算の兼ね合いでサービスの支給如何が決まる地区もある、ということだ。また、だからこそ、結果の4のSISUSの教育プログラムの部分で述べた、地区の政治家や査定員の上司といった「機能障害者に関係した物事の決定権のある人すべての人への教育」が重要になってくるのであろう。

2. Social Needs をどう捉えるか？

結果の5のところでも詳述したが、LSSにおいて、住宅供給やデイ活動の提供、あるいは身体的日常ケアといった **basic human physical needs** の提供は「義務」と考えられている。その一方で、市自治体幹部や査定員の中には、余暇や文化活動を「してあげること」と捉え、予算削減の折りの削減対象と考えるケースもあった。査定員も、余暇や文化活動に関しては「何がノーマルか」を判断するのが大変難しく、同僚や時には地区の他の査定員と相談することもある、という解答も見られた。また、これに関連して、GBM メンバーのオーストラリア会議出席では、一人の参加予定者の文化活動の解釈を巡ってグルンデン協会側とイエテボリ市側に大きな対立の溝が見られることも明らかになった。

先述のイエテボリ市幹部はまた、次のようにも述べている。

「デイセンターがしていることは、私達が趣味の活動として夜や週末にしていることを昼間しているのがたくさんある、と思います。例えば、ドラマとか音楽とか水泳とか。そういうところでの活動は、昼間に行われてはいるけれど、まったく文化とか余暇的活動が行われていないわけではない、と思わないのです。」

これは、裏を返せば、デイセンターで行われていることは、「文化・余暇的活動」であり、仕事の側面が低い、ということでもある。つまり、グルンデンのメンバーがオーストラリア会議出席をする際も、グルンデン協会側は、その会議出席が「仕事」であり、ふつうの人が国際会議に「仕事」で出かけるのと同じように、彼らの「仕事」を「仕事」として認めて、それに必要な支援をして欲しい、そしてそれは権利でもある、という主張である。一方、市側は、知的障害者の国際会議出席を、あくまで文化活動の一種と捉え、「この人の人生全体の中で会議出席がどれほど重要か？」が査定される。「仕事」として必要不可欠なので会議出席は「義務」と捉えるか、「文化活動」なので「重要性」や「その文化の中でのノーマルな水準」にあわせてする「してあげること」なのか。

これは知的障害者のデイ活動の捉え方や「就労」観にも関わる根元的問題である。

しかし、ここで強調しておきたいのは、これらの上述問題は、まさに **Social Needs** に関わる問題である、ということである。トイレ介助や食事介助、あるいは住宅供給やデイ活動といった、誰にでも当てはまる普遍的な支援ではなく、一人一人のニーズに合わせた個別支援で、しかもそれが「仕事」か「文化活動」か、の解釈に開きのある場合、まさに明らかになるのは、**Social Needs** の判断には数値で表せるような客観的な基準がなく、あくまでもその人・組織・社会の中で相対的に判断される「ノーマルさ」ということなのだ。そして、この部分こそ、ノーマライゼーションの原理そのものの孕む社会依存性の問題があらわになっている。「平均的な・・・」ということを表しにくいサービスについては、判断者の主観が最後のよりどころになり、原理としては「ぶれのある」原理である、という点である。

ただ、グルンデンのメンバーのオーストラリア会議出席問題でも、不満があれば当事者は裁判所に上訴する権利を持っている。最初から「それはダメ」と権力保持者によって決定が下され、本人も泣き寝入りするしかない、という上下関係から、不満があれば上訴して議論する、という横の関係に改善された、という点で大きく評価される点であろう。

3. self advocacy の実際

ニリエ氏は障害者が自分たちの会を作ることが重要性について振り返る中で、以下のよう

「会を作る際に、支援者が理事長になって、会長・書記になって、当人が副会長、副会計、副書記において、彼らに学んでもらいました。で、1年後には当事者が会長や会計、書記の役割を担うようになる。すると支援者は副会長、副会計の仕事をするようになる。それで、当事者が活発に会を動かす為に、『私達がこの会を動かしているのだ』と感じられるようにしたことです。それと同時に、当事者も社会的技術、会の運営の仕方、などの講習会に行ってもらいました。」

グルンデン協会の成長過程も、まさにニリエ氏のこのプロセス通りだった。最初グルンデンが知的障害者親の会（FUB）の一部だった時に、当事者が理事の一部になっていたが、独立に向かって当事者理事の数が増え、独立後は支援者の理事がどんどん減っていき、現在では理事が当事者のみになり、一人の元理事である支援者が、理事を辞任後も一支援者として理事会のサポートをしている、という構図である。

この点で、先述の Grunden Bois の支援者 T 氏の認識は、根本的にニリエ氏の考え方と相反するものである、といえる。確かにグルンデン協会の FUB からの独立時には、支援者も理事のメンバーであった。だが、それは当事者が理事会で主導権を握る力を持つようになるまでの、あくまでも「暫定的」な措置である。今ではすっかり GBM メンバーは成長し、まさに「私達がこの会を動かしている」という認識を GBM メンバーは持っている。そうでなければ、Grunden Bois 独立時にこれほど大きな反発が、GBM メンバーから出ることはなかった。その一方で、T 氏は「能力に欠けている」「彼らはサッカーをしたいのであって理事会をしたいのではない」などと当事者達の理事会でのリーダーシップに否定的で、健常者を理事会に半数入れた上で、その状態を「社会的統合」という言葉を用いて固定化しようとしている。この T 氏の姿勢は、グルンデン協会の掲げる”Self Advocacy”の流れとは真っ向から対立するものであり、ノーマライゼーションの原理にも反したものである、と言えよう。

また GBM メンバーの「後継者育成」についても、目を見張るものがある。日本の当事者会では、会を代表する「有名な」当事者が出現すると、その後継者がなかなか育たない、という問題が散見される。だが、グルンデンでは、以前の会長アンナさん、現在の会長ハンスさんとも大変「有名な」当事者だが、その次の会長候補である当事者を育てるための「リーダーシップ教育」も行われている。そして、私の 5 ヶ月の調査期間の中でも、グルンデンのメンバーがこの「リーダーシップ教育」によって、以前より自己主張がしっかり出来るようになったのを垣間見た。

また、Grunden Bois 問題は、確かに当事者達にとって辛い問題ではあったが、この問題を通して、GBM メンバーが密接に話す機会が増え、同時にグルンデン全体の問題を GBM メンバーが今まで以上に考えるようになり、結果として当事者が活発に会を動かしていく起爆剤になった。

本人の self advocacy を実現していく過程は、支援者アンデシュさんが言うように、まさに「遊びでも、楽しいものではない。苦しみの中から、もがきながら、勝ち取っていくもの。」である。そして、実際の難局を切り抜ける中から、GBM メンバーは獲得しつつある。

ただ、課題点といえば、これが GBM メンバー以外にどのように波及していくか、という問題であろう。GBM メンバーにはデイ活動以外にこのような self advocacy の実践の場がたくさん用意されていた。だが、一方で GBM に参加しないメンバー、特に重度の障害を持っていて、意志決定の場に参加しにくいメンバーの「声なき声」をどのように代弁していくのか。自分の self advocacy から、自分の周りの、そして同じ障害を抱える仲間達の self advocacy

へとどのように結びつけていくのか、が今後の課題だろう。

4. ノーマライゼーションの検証

考察の最後に、調査結果に基づき、ノーマライゼーションの8つの原理(全てニイリエ 1998による)が、具体的にどのように適応されているのか、いないのか、を検証する。

① 「一日のノーマルなリズム」について

LSSの査定員のアセスメントの際には、食事、服の着脱、排泄、コミュニケーション、の4つの点が大切にされる側面として着目される。これらは、1日の生活を送る上で必要最低限なニーズである。これらの **basic human physical needs** の面で障害がある場合、当然グループホームであれ、パーソナル・アシスタントを使った地域での生活であれ、その支援は保証されている。また、社会サービス法の関連法である「サーラ法」が現場でも意識されていた。これは、高齢者介護の分野で、高齢者住宅入居者のお年寄りに床ずれが出来ている現状を、ケア職員のサーラさんが現場を訪れたテレビクルーに告発し、スウェーデン社会全体の大きな問題となって、告発したサーラさんの名前に関して職員の内部告発を保護するために作られた法律である。このサーラ法は、知的障害者のグループホームでも適応されており、職員は、介護の基本的ニーズ (**basic human physical needs**) については、ぬかりなく行うことが期待され、職員もそれが義務でもある、と感じているようであった。

② 「一週間のノーマルなリズム」について

ニイリエはこの一週間のノーマルなリズムの中に、「家庭・仕事・余暇」の3つの側面を入れている。本調査の結果と照らし合わせたとき、家庭は「住居支援」、仕事は「日中活動」、余暇を「余暇と文化活動」と置き換えることが出来る。そして、この3つを比較した際、明らかに「余暇と文化活動」の側面、つまり **Social Needs** の側面で、スウェーデンの現状では問題が散見されることが、本調査からもはっきりしてきた。ニイリエ氏もインタビューの中で、現状の政策について、「まず入所施設から外に出ました。すると普通の家が出来ました。そして、新しいデイ活動センターに行きます。でも、それで終わってしまう」と危惧していた。

この「余暇・文化活動」を豊かにするのが、パーソナル・アシスタント、ガイド・ヘルプ、コンタクトパーソンの3つのサービスだ。しかし、パーソナル・アシスタントの査定に関しても、**Social Needs** の時間について、査定員の間で何が「ノーマルか」を巡っての開きがある、という問題もある。とはいえ、実際にこれらのサービスを使って、夜や週末に友人と外出したり(ガイド・ヘルプ、パーソナル・アシスタント)、あるいは友人の幅を広げてふつうの人と出かける機会を作ったり(コンタクトパーソン)という、知的障害者の可能性の拡大を保証している点は、大変評価すべきポイントであると考えられる。

③ 「一年間のノーマルなリズム」について

ニイリエはこの点について、季節の変化を感じたり、スポーツや文化活動、地域行事の共有、長期休暇を楽しむ、と言ったことを指摘している。これも先ほどと同じ、「余暇・文化活動」のカテゴリーに属するものである。そして、この点については、先述のグルンデンメンバーのオーストラリア行きの問題だけでなく、海外旅行を年に1度認めるかどうか、行くと

するとヨーロッパ圏内ならいいのか、といった、「ノーマル」を巡る問題が再燃する。

スウェーデン経済自体が好景気な訳ではなく、予算削減がどの行政レベルでも迫られている、また一般企業に勤めるブルーワーカー層では海外旅行に年に1度いく、ということが「アップノーマル」になりつつある現在、LSSを受給する知的障害者の方が、休暇に関してはリッチに旅行できている、という批判も聞かれる。この部分に対して、世間一般にあわせて「ノーマル」レベルを引き落とすのかどうか、も含めて、どのようにスウェーデン社会や行政が考えていくのか、が今後大いに注目される点でもある。

④ 「ライフサイクルにおけるノーマルな発達の経験」について

ニイリエはこの部分について、幼児期、児童期、青年期、成人期、老齢期といったライフサイクルに応じた発達の経験を保証することを強調している。そして、この点については、入所施設を解体して地域生活を保障したLSSの中で力を入れている点の一つである、と言えるだろう。特に、知的障害を持つ幼児、児童の為のショートステイやパーソナル・アシスタント、学童保育など様々なサービスが充実している。また、青年期から成人期では、グループホームでの支援、コンタクトパーソンなどの友人作り、などで支えている。

⑤ ノーマルな個人の尊厳と自己決定権

このことは、現場の幹部職員や、あるいは職員教育に携わる専門家から、何度となく聞かされた点である。「接し方」(bemötande)について20年以上にわたり議論を重ね、現場での実践を積み重ねて来た中で、現場の上層部レベルでの「尊厳」や「自己決定」に関する認識はかなり高い、と考えて良い。

ただ、それが現場の介護スタッフの一人一人となると、少し怪しくなる。こちらではグループホームなどの介護現場では、介護のやり方などの授業などを受けた専門高校を卒業した学生がなり手になる場合が多いが、彼ら彼女らに十分な「接し方」教育が出来ていない、という指摘も、現場のスタッフから聞いた。また、元大規模施設のスタッフにはこういった「個人の尊厳」や「自己決定」より、集団管理的なケアをしてきた経験が長く、その経験を捨てられないから地域でのケアには向いていない、と断言する専門家もいた。このように、現場での介護職員一人一人の認識と実践を高めるための努力には終わりがなく、またこの点で改善の余地は残されている、と言える。

⑥ 「その文化におけるノーマルな性的関係」について

この点でも、知的障害を持つ人の恋愛や結婚も実にオープンに語られている。例えば、グリンデンメディアでは、2003年の夏に結婚したメンバーを題材に、障害者の性と結婚をテーマにした映画「Klick」を作り、イエテボリフィルムフェスティバルで高い評価を得る作品に仕上げた。この映画を見たメンバーの中からは、さっそく「あの映画を見て、僕も恋人が欲しくなった」という発言も飛び出している。そして、グリンデンのメンバーの中には、子供がいるメンバーも何人もいる。

ただ、知的障害者の子育てに関しては、この国でも新聞沙汰になるような社会問題となっている。子供を自分たちで育てられずに養子に出さなければならないケースや、養育権を巡っての裁判沙汰、あるいは子育てをしたい知的障害を持つ親の人生と、子供自身の人生を見たときに、どちらを大切にするか、を巡る問題、など決着を見ていない問題がある。とはい

え、「生まれてくる子供が可哀想だから結婚させない」「不妊手術をする」といった考えには至らない、ということは強調しておく必要がある。

⑦ 「その社会におけるノーマルな経済水準とそれを得る権利」

これは年金で保証されている。ただ、年金をもらってデイ活動をする、ということを望まず、就労をしてその給料が欲しい、という GBM メンバーのようなニーズには、残念ながらまだ応えることは出来ていない。

⑧ 「その地域におけるノーマルな環境形態と水準」について

ニリエはこの点について、学校や職場、グループホームといった物理的環境を一般のものと同じようなものにする、一般の市民の使うものと物理的環境が統合されることが大切であると指摘している。この点に関して、単体のハコモノのグループホームではなく、現在多くのグループホームが集合住宅の中に「間借り」していることなど、大きな改善が見られることも調査から明らかになった。

このように見てくると、確かに **social needs** の点などで、不十分な部分は未だにあるが、それでもスウェーデンではノーマライゼーションの原理が知的障害者ケアの現場レベルできちんと息づいている、ということが言えるであろう。

V. 結論

元社会庁の施設解体プロジェクト室長オーベ・ローレン氏はこう語っていた。

「今日、スウェーデンの知的障害者ケアの分野では、ノーマライゼーションという言葉は使いません。なぜか？ ノーマライゼーションという言葉は歴史的な言葉になってしまったからです。

例えば普通学校(normal school)について話をするとき、『普通』(normal)とわざわざ付けますか？ 付けないでしょう。スウェーデンでノーマライゼーションが盛んに語られた時には、まだ施設が残っていた時代でした。だから、人々は **abnormal** な状況を変えるために、ノーマライゼーションという言葉を使っていた。

でも、今日、すでに社会の中で知的障害者は生活できています。だから、ノーマライゼーションとは言わずに、**universalization** という言葉を用います。もっといえば、今日スウェーデンでノーマライゼーションという言葉を使うとき、それが **negative** に使われることすらあります。例えば、行政の担当者が障害者関連の予算を削減するときの言い訳として、“それは **normal** ではない” という使い方をするのです。だから、例えば **bemötande** (接し方)、という言葉もノーマライゼーションの代わりとなる言葉として使われています。」

確かに、イエテボリの査定員調査からも、**Social Needs** をどこで線引きするか、というときに「何が **normal** かを考える」という話は何度も聞かされた。また、イエテボリ市幹部も、グルンデンのメンバーの海外出張の話の中で、「彼らがやっていることは、**normal** ではなく特別なことだ」という話も聞かれた。だが、考察の最後まで強調したように、ノーマライゼーションが現場レベルでも、課題点はまだまだあるものの、それでも一部には世間の水準より上回るほどに浸透している。ということは、まさにローレン氏の指摘するとおり、「ノーマ

ル」とわざわざ付けなくても良いほど、知的障害者への基本的なサービス供給の「ノーマライゼーション」が果たされた結果として、ノーマライゼーションという言葉が「歴史的な言葉」になってしまった、と言えるのではないだろうか。

一方で、日本の知的障害者への地域生活支援の実状を振り返ってみたときに、ノーマライゼーションという言葉が「歴史的な言葉」になるほどまで浸透したであろうか？言葉だけは輸入されるが、ベクト・ニイリエ氏が言葉に込めた思想まで、日本に届き、それが政策にも活かされているのであろうか？これを振り返ってみた時、日本とスウェーデンの二国での大きな違いを感じざるを得ない。

しかし、だからこそ、単なる外国のシステムや知識の輸入にとどまらず、知的障害を持つご本人達の想いや願いに基づいた、日本独自の本人支援や地域生活支援の体系を構築していかなければならない時期に来ている、と私は考える。今回、筆者が行った5ヶ月の調査の結果を、単なる「海外の知識の紹介と輸入」にとどまらず、日本の今後の本人支援のあり方や地域生活支援ネットワーク構築の上で、理念的基盤の一部として「使える」知識となるよう、出来る限り日本の地域生活支援の実状や課題を思い浮かべながら、そして日本の参考文献も踏まえながら、本報告書をまとめたつもりである。

この報告書が、日本の知的障害を持つ人々の現状を変える一つの「武器」となり得るなら、筆者としては存外の喜びである。そして、筆者自身も、今回の調査の知見を元に、知的障害者ご本人の声に常に耳を傾けながら、日本独自の本人支援や地域生活支援の体系づくりに、知恵を絞り、汗を流して関わっていきたい、と考えている。

<謝辞>

今回の研修に際し、多大なご支援を頂きました財団法人日本障害者リハビリテーション協会のみなさまに心から感謝を申し上げます。

スウェーデンでの調査研究のチャンスを与えてくださいました、立教大学コミュニティ福祉学部・河東田博教授には深く御礼申し上げます。

また、イエテボリでの調査研究を進めるにあたり、グルンデン協会のハンス・リンドブロム会長はじめグルンデン理事会メンバー、そして多くのグルンデン協会メンバーの皆さんに出会い、様々なことを学ばせて頂いたことは、私の一生の財産です。そして、調査だけでなくイエテボリでの生活の細々までご支援くださったグルンデン協会職員アンデシュ・ベリシユトロムさんにも、言葉で言い表せないほどの感謝の気持ちでいっぱいです。そして、調査に応じてくださったベクト・ニイリエ氏やカール・グリュネバルト氏はじめ、イエテボリ市を始めとした行政関係者のみなさま、現場の利用者やワーカーの方々、などお世話になった全ての方々に心よりの御礼を申し上げます。ありがとうございました。

【引用文献】

- Bank-Mikkelsen, N.,E. 1991 Preface *ILSMH* 花村春樹訳 「ノーマライゼーションについて」
『ノーマライゼーションの父』N・E・バンク・ミケルセン ミネルヴァ書房 1994
- Grunewald, K. 2003 Close the Institutions for the Intellectually Disabled, *A pamphlett on the European Year of People with Disabilities*
- 河東田博 1996 「ノーマライゼーション理念の法的具体化をめざしたスウェーデンのLSS」 *四国学院論集* 第91号
- 河東田博 1992 *スウェーデンの知的しょうがい者とノーマライゼーション* 現代書館
- 河東田博 2002 「LSS」 佐藤久夫・北野誠一・三田優子編 *障害者と地域生活* 中央法規出版
- 河東田博・杉田穂子 2002 「第1章スウェーデンにおける施設解体」 河東田博他編著 *ヨーロッパにおける施設解体* 現代書館
- 二文字理明 1998 *スウェーデンの障害者政策<法律・報告書>* 現代書館
- 二文字理明 2000 「スウェーデンにおけるアドボカシー・システムの展開」 河野正輝・大熊由紀子・北野誠一編 *講座障害をもつ人の人権③ 福祉サービスと自立支援* 有斐閣
- 二文字理明 2002 「障害者—ノーマライゼーション思想の成熟」 二文字理明・伊藤正純編著 *スウェーデンにみる個性重視社会* 桜井書店
- Nirje, B. 1992 *The normalization principle* 河東田博・橋本由紀子・杉田穂子訳編 *ノーマライゼーションの原理* 現代書館 1998
- 大熊由紀子 2003 「ノーマライゼーションの理念と変革」 河野正輝・関川芳孝編 *講座障害をもつ人の人権① 権利保障のシステム* 有斐閣
- 尾添和子 2000 「心理学者シーレーンと FUB 付属研究所 A L A」 ヨーランソン・ヴァルグレン・バルイマン著 *ペーテルってどんな人?* 大揚社
- ラツカ, アドルフ D. 1991 *スウェーデンにおける自立生活とパーソナル・アシスタンス* 現代書館
- Socialstyrelsen 2003 *Socialtjänsten I Sverige*
- SOU 1999:21 *Lindqvists nia*
- 友子・ハンソン 1998 「エーデル改革の結果」 *医療福祉研究* 第10号

査定員用質問ガイド

I would like to know how you handle the LSS law, the Act concerning Support and Service for Persons with Certain Functional Impairments and what the problem is if any.

<their works and discretions>

- ・ How do you decide to provide or not to provide services for Persons with Certain Functional Impairments?
- ・ What kind of discretions do you have for your job?
- ・ Do you think your way of decision-making are different from ones of another districts' person in charge?

< budget>

- ・ How much budget concerning the LSS law do you handle?
- ・ In practice, how would you estimate the possibilities for you, without specific permission, to use or distribute budget differently than the way prescribed by central government?

<difficulties>

- ・ In your district, do you think you could fulfill a duty for providing the services for Persons with Certain Functional Impairments and you could meet the needs of them?
(If not, why?)
- ・ What kind of cases do you think are the difficult ones for handling LSS?

<self advocacy>

- ・ In LSS law, it says that the individual plan must be needed. In your district, are there many Persons with Certain Functional Impairments who actually join the decision making process for that plan?
- ・ In your district, are there many Persons with Certain Functional Impairments who take objection to your decision? And in that case, do you make some arrangement or reconsideration?
- ・ In your district, are there many Persons with Certain Functional Impairments who appeal to the administrative court against your decisions?
(And what kind of decision did that court make?)
- ・ What do you think of the balance between the budget and the claims of persons with Certain Functional Impairments?

外国の研究機関等への委託事業

北欧諸国の福祉機器給付

スウェーデン障害研究所
協力：北欧障害協会

本報告書は、日本障害者リハビリテーション協会の研究補助金により、平成 15 年度に実施した国立身体障害者リハビリテーションセンター及び浦和大学との共同調査研究の成果報告である。

Reference group:

Finn Petré and Lena Wiklund, Nordic Cooperation on Disability (NSH)

Erland Winterberg and Inger Kirk Jordansen, Danish Centre for Technical Aids for Rehabilitation and Education, Denmark

Juha Teperi and Tuula Hurnasti, the National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES), Finland

Björk Palsdóttir, the State Social Security Institute, Iceland

Tone Mørk, the National Insurance Administration, Norway

Håkan Ceder and Susann Forsberg, the Swedish Handicap Institute, Sweden

Translation to English:

Translator Scandinavia AB, Stockholm, Sweden

Project coordinator:

Anna Lindström, the Swedish Handicap Institute Sweden

はじめに

本報告は北欧諸国における福祉機器の給付をとりまとめたものであるが、2004年6月21-24日にオスロで開催予定の第20回国際リハビリテーション協会総会においても北欧障害者協会（NSH）により発表されることになっている。

本報告は2003年5月19-20日にコペンハーゲンにて開催された第1回北欧福祉機器会議（NAT-C）との関連でNSHにより作成された“*Aktuellt i Norden – Nationella system för förmedling av hjälpmedel*”（北欧各国の福祉機器の給付システム）という報告に基づいて作成されたものである。

英語版の制作はNSHとスウェーデン障害研究所が担当した。英語版の制作は日本からの提案にもとづいており、SVERI（スウェーデン国際リハビリテーション協会）を通して伝えられた。制作費用は、国立身体障害者リハビリテーションセンターおよび浦和大学の国際共同研究開発事業として、日本障害者リハビリテーション協会から提供された。

本報告書の国別の記述は、デンマーク：リハビリテーション・教育用福祉機器センター（デーニッシュセンター）、フィンランド：国立福祉健康研究開発センター（STAKES）、アイスランド：社会保障庁、ノルウェイ：保険庁およびスウェーデン：障害研究所が、共通のテンプレートを用いてそれぞれがとりまとめた。序章では北欧の福祉機器分野の連携について概観した。

2004年3月 ストックホルム

Finn Petrén

Director

Nordic Cooperation on Disability (NSH)

1. 序章

福祉機器における北欧連携

公的資金による障害者への福祉機器給付システムは北欧諸国の障害者施策の基礎づけをなす。これは国際的にも独特なシステムであり、社会は共助の精神により資金を提供し、可能な限り障害を補償しなければならない、という原理に基づいている。

福祉機器分野での北欧連携には長い歴史がある。1977年に、北欧閣僚会議の下で障害者施策の連携が始まったが、福祉機器も最初の連携課題として取り上げられた。北欧諸国の福祉機器給付システムが今では多くの共通点を持っているのも、このような北欧諸国の緊密な連携体制が大きな役割を果たしてきた結果である。

北欧の福祉機器給付に関する連携は、当初から福祉当局者によって展開されてきたが、長年にわたりそれぞれの国の福祉機器給付を担当する国家機関ないしは同等の機関の間での緊密な協力に基づいて推進されてきた。それらは、デンマーク・リハビリテーション・教育用福祉機器センター（デーニッシュセンター）、フィンランド STAKES（フィンランド国立福祉健康研究開発センター）、アイスランド社会保障庁、ノルウェイ保険庁、スウェーデン障害研究所である。協力の内容はさまざまであるが、福祉機器の試験評価、機器の購買、情報などが含まれる。福祉機器給付を担当する北欧諸国の国家機関および同等の機関の責任者達はヘルシンキにある北欧リハビリテーション技術開発センター（NUH）の運営委員会のメンバーでもある。この NUH は北欧障害協会(NSH)と姉妹機関である。

北欧諸国における障害者への福祉機器給付システムの特徴は、徹底した地方分権と、地方、地域全体、さらには国レベルまで、さまざまなレベルの機関が関わっている点にある。福祉機器への公的出費はその規模も大きく、数十億の桁に達する勢いであるため、専門性を発揮した効率の高い活動が厳しく求められている。しかしながら、この北欧連携は、各国の福祉機器施策を最高の質にまで引き上げ、長年にわたり重要な意味を持ってきた。

北欧連携の必要性は、1990年代初頭以来の欧州統合の展開のもとに強まってきた。北欧諸国は欧州統合の展開という挑戦に挑み、北欧連携を一つのプラットフォームとして意識的に利用し、欧州連携の中で集団としての影響力を形成し、それを欧州研究開発計画および福祉機器標準化の領域で役立てようとしている。

北欧における福祉機器の連携は発展し続けている。その大局的な目的は、北欧諸国が伝統的に有する福祉機器分野における質の高い要求水準を今後も維持しさらに発展させること、障害を補償するために新技術を利用する点における模範的地位を一層強めることである。

福祉機器の給付システム

北欧諸国の福祉機器給付システムは、既に触れたように、多くの共通の特徴を有している。中でも重要な特徴はこれらの事業が公的資金で賄われている点である。しかし、給付モデルや地方、地域、国レベル間のコスト配分には相違がある。唯一ノルウェーだけは全額国費に

よる福祉機器の給付が行われている。コスト負担に関する責任は、社会の様々なセクター（教育とか労働）に分割されており、責任の範囲もまちまちである。

現行の給付システムは複雑であり、様々な機関の連携を前提としている。その複雑さゆえに、北欧諸国の福祉機器給付システムに関する本報告書を準備するに当たっては、その複雑さに挑戦せざるを得なかった。われわれは、相互比較のできる記述を可能な限り与えることを目的とした。

北欧諸国の福祉機器給付システムは、多くの観点で模範的である。しかし、問題がない訳ではない。この節を終るにあたって、各国が福祉機器分野で将来共通に直面するであろう課題を2、3指摘しておく。

情報通信技術の発展は福祉機器分野において、いわばゴールポストの位置を移動させるような影響を与えた。すなわち、その発展により、障害を補償する新しい手段の道筋を切りひらいてきたが、同時に、「福祉機器」と一般の人が必要としたり欲しいと思うような「汎用品」との境界に関する論議に油を注いだ。この論争は新しいものではなく、かなり以前には皿洗い機が話題になった。現在は、コンピュータ、携帯電話、テレビ電話、スマートハウス技術などが俎上に上っている。

障害者のための福祉機器と一般消費者向けの製品との境界に関する議論は、人々が何を自分で支弁し、所有しようとするのかという問題を浮き彫りにした。自分で支弁すべきものは何かという問題も目新しいものではない。この問題は別の観点からこれまでも議論されてきたものである。情報通信技術分野が発展したために、三度目に問題とされたものである。ここで問題となるのは、各セクター、行政機関の境界を越えた協調に対する要請である。それにより施策の全般的効率が向上するばかりではない。とりわけ、個人の観点からも、できるだけの効率向上が求められるからである。

北欧諸国が直面している課題は、公的負担と利用者優先の原理を維持しつつ、福祉機器の給付を新しい基準に適合させることである。北欧連携と経験の相互交換の重要性は今後も続くであろう。

Finn Petré

2. デンマークにおける福祉機器給付システム

給付システムの政策と原理

デンマークの障害者施策は、連帯の原理、補償の原理、セクター責任の原理という3つの主要な原理に基づいているが、福祉機器の給付制度もこれらの原理に基づいている。

連帯の原理とは、人は誰もが互いに責任を有しているという考えであり、さらに、助けを必要とする人々の求めに応じて将来の生活を保障するための事業を実施することを意味する。従って、この原理によれば、障害者のための施策は公的セクターの責任において資金を提供すること、すなわち、税金で賄うことを意味している。

補償の原理は、障害者に対してその障害によって生じる不利な結果を補償するということを意味する。この「補償行為」としては、福祉機器、住宅改修、付加的な経費の補助や雇用の他、社会が障害者に提供すべきものを現実のものとするものである。給付に関して強調すべき点は、障害者は、障害がなかった場合に負担したであろう費用については自己負担すべきであるが、反対に、障害によって生じた付加的な支出に関しては障害者が負担すべきではない点である。

セクター責任の原理は、給付システムの背景を明確にするに当たっての出発点である。この原理は、福祉機器施策、サービス、機器の提供に責任を有する公的セクターは、障害者がそれらに確実にアクセス出来るようにする義務を負っていることを意味する。障害に関する行政は、単に社会省 (Ministry of Social Affairs) のみの問題に止まるものではなく、教育省 (Ministry of Education and Research)、労働省 (Ministry of Labour)、文化省 (Ministry of Culture)、住宅省 (Ministry of Housing and Building)、保健省 (Ministry of Health) など、他の多くの省庁にもまたがっている。従って、福祉機器分野では、福祉機器給付に対する責任の所在はニーズを抱えたそれぞれの行政機構にある。

福祉機器給付の原則

福祉機器の給付に関わる基本的法律は、サービス法 (Services Act) として知られている社会サービス法 (Social Service Act) である。この法律は、機能障害 (impairments) を補償するさまざまな助成金を適用する場合に用いられる法律で、例えば、在宅用の福祉機器・生活用品の助成 (サービス法 97 条、98 条)、住宅改修助成 (サービス法 102 条)、追加的介護経費助成 (サービス法 28 条、84 条)、乗用車購入助成 (サービス法 99 条) などの事業が定められている。

既に述べたように、セクター責任の原理は障害者政策に共通して適用されており、福祉機器給付の責任も、サービス法によって法整備されている施策以外に、様々な法律によって、様々な省庁の責務として規定されている。具体的には、活力のある社会法 (事業での福祉機器への助成)、治療通達 (治療目的で一時的に使用する福祉機器の助成)、小・中等学校法 (小・中学校や自宅学習に用いる福祉機器の助成)、高等学校法、技術短大法、職業訓練法など (そ

それぞれの課程で必要な福祉機器の助成)、SPS法(高等教育で使用する福祉機器の助成)などの法律で福祉機器の助成を定めている。

福祉機器の給付基準や助成基準は、助成を定めた法律ごとに別々に決めていて、それぞれがまちまちな基準を定めている。ただし、全てにわたる共通点として、案件を決定する場合は、必ず対象となる障害者個人に即して個別評価を行うという点を指摘しておく。これらの法律はフレームワーク法であるために、サービスのレベルは市町村や県によって独自に決めることが出来る。市民が平等にサービスを受け、その権利が守られていることを確かなものにするために、別の公的機関で処理を受けることも可能になっている。

在宅用福祉機器

サービス法の範囲において、身体的或いは精神的介護を要する障害者のために、福祉機器および生活用品を市町村が助成するのは次のような福祉機器である。

- ・ 障害による長期的な影響を緩和する福祉機器
- ・ 日常生活を活発にする十分な効果のある機器
- ・ 就労に不可欠な機器

県が提供する助成の対象は次の通りである：

- ・ 視覚障害あるいは眼疾患のために視力の回復ができない人々への光学的補助器具およびロービジョン補助器
- ・ 義手、義足
- ・ 補聴器
- ・ 特別なIT化福祉機器とそれらの使用を支援する福祉機器
- ・ 身体障害者用自動車

県は特殊な分野の福祉機器の助成に責任を負っている。その理由は、市町村では、そのような特殊な事例が少ないために、そのための専門家を配置するわけにはいかないが、県レベルでは、特殊な分野についても専門家を育てるに十分な件数を扱うからである。

デンマークでは、提供可能な福祉機器リスト、あるいは福祉機器と見なせる製品リストは作成されていない。しかし、1998年6月の法改正により福祉機器が一般機器、障害者に特別の有用性を持つ機器、福祉機器の3グループに分類された。

一般機器とは、誰もが必要に応じて購入する製品を指す。具体的には、一般用ベッド、テレビ、マットレス、いす、電話などである。一般機器は助成の対象にはならない。障害者に特別の有用性を持つ機器とは、一般大衆向けに製造され広く販売されている製品の中で、障害者にとって特に有用な製品をいう。(例えば、発話障害者のためのコンピュータなど)。この種の福祉機器には50%の助成金が支給され、使用者の所有物となる。3番目のカテゴリーが福祉機器であり、その製品は身体あるいは精神の障害による影響を軽減することを目的として製造されたものである。

施設に入所している障害者が個人的に使用する福祉機器に対する助成金も、在宅の障害者に適用される規則に準じて支給される。特別施設や居住型施設などの施設に入居している障害者が共同で使用する福祉機器や用具類は施設に配分され、その利用は当該施設の裁量にゆだねられる。

福祉機器は必要な期間にわたり無償で貸与される。配分、審査手順は、日常生活用具の場合と福祉機器の場合の両方とも同じものが適用される。

教育訓練用福祉機器

教育訓練分野での福祉機器の助成に関する規則は、既に説明したように、関連法規に規定されている。しかし、ここで対象となる福祉機器は、利用者が教育訓練を受けるに不可欠なものに限られる。たとえば、特殊教育と特殊教育用機器に関する規則によれば、児童の発達を促すために教師が使用する特殊教育の教材と機器については、教師の必要性に応じて教師に給付するのは小・中学校の責任である。用途が教育訓練の場合は、福祉機器はそれがパソコンの場合であっても無償で支給される。教育訓練用の福祉機器に関しては教育訓練のために必要である限り、その期間内は利用者の費用負担は不要である。

私立学校の生徒および教師にも、公立の小・中学校の生徒と同様の特殊教育補助具の給付申請をすることができる。

教育用福祉機器は、特殊教育補助具の一部として、就学前の子供にも提供される。(小・中学校法 4.1.節参照)

職場での福祉機器

就労に際して、あるいは就労中に支給される福祉機器に関しては様々な選択肢がある。まず、活力ある社会法 (Act on active social policy) 第 78 条によれば、求職あるいは就労中の障害者にとって不可欠な機器類 (福祉機器を含む) を給付する責任は市町村が負い、職場において本人の障害を補償する機器が支給対象となる。障害者が失業基金に登録している場合には、市町村だけではなくジョブセンターも、その障害者に対して福祉機器の給付を行うことが出来る。ただし、市町村とジョブセンターの責任範囲、境界線が何処なのかという点は完全には明確ではない。

リハビリテーションを受けている人は、活力ある社会法 (アクティブ法 63 条) に則って市町村からの福祉機器の給付を選択することも出来る。

治療と訓練のための福祉機器

福祉機器の給付に関する病院サービスの責任範囲は、短期間のみ福祉機器給付に限られると治療通達 (Treatment Circular) に定められている。その場合は、患者の病状も長期的なものではない。このような福祉機器は臨時的福祉機器ないしは治療具とみなされ、病院が貸与する。

一般的な福祉機器の支援

以上の他に、別の分野においても福祉機器の給付に関する規則が多数ある。例えば、職場、

余暇教育などの分野、更には、障害ごとに異なった福祉機器の分野などである。障害ごとの例では、聾者、聴覚障害者、言語障害者などのためのテキストテレホン、聾者のための手話付きテレビ番組やビデオソフト、盲あるいは視覚障害者のための録音図書や点字図書などである。

行政の規則

福祉機器の受給対象となる障害、受給のための要件を定めた法律以外にも、事案ごとに行政手続きを定めた法律がある。とりわけ、公衆安全行政法（Act on Public Security and Administration）は、行政当局が事例を扱う場合に守るべき市民の公的安全確保と福祉事案の行政手続きにおける基本原理に関係している。

この法律のガイドラインには、他の多くのことと同時に次のことが記載されている。まず、行政事務においては、ユーザーの実情に関する多面的なアセスメントに基づいて首尾一貫した支援を提供しなければならないこと。また、目的の達成度、変更の必要性、可能な対策について公式に記録を残すこと。専門家によるアセスメントは当事者の市民の協力を得て行うこと。その際に、障害者自身のライフスタイルと自己知識が、入手しうる情報の専門家によるアセスメントとの関連が明瞭に記載されたアセスメントであること。

言い換えれば、全ての要因をケースノートに記録しなければならない。事例の推移を文書化することが義務付けられており、行政文書にアクセスする市民の権利として重要であるとサービス法に規定されている。

苦情処理

利用者がサービス法に基づいた福祉機器の給付の決定や住宅改修に不満がある場合、各県に設置された社会サービス委員会へ苦情を持ち込むことができる。ここで、第三者の立場からの検討がなされる。ここでの決定は法的効力を持ち、県、市町村、および当事者の三者は下された決定を受け入れなくてはならない。

もう一つの苦情処理手順は、社会問題のための中央政府の苦情処理委員会（Social Appeals Board）を経由するものである。当事者の何れかが法的決定に不満がある場合、その事件は苦情処理委員会に提訴される。この場合、苦情処理委員会は、その事件を再評価すべきであるか否かを一方的に判断し、決定する。苦情処理委員会は、これらの概要を公表し、将来の事例のための全国的な判例とする。

市民は決定に対する不満をサービス法以外の法律に則って提訴することもできる。ある場合には、該当する自治体の委員会へ不服申し立てをすることもできるし、特別苦情処置委員会を立ち上げることも可能である。教育に関しては、特殊教育を専門的に取り扱う広域特殊教育苦情処理委員会（Complaints Board for Extensive Special Education）という特別な委員会がある。

組織と責任体制

セクター責任の原理は、福祉機器の給付と普及業務の責任を多くのセクターや施設が負う

ことを示唆し、かつ、その福祉機器を広範囲に行き渡らせる義務があることを意味している。このことから、多くの異なったセクター、例えば、社会福祉、学校、職業訓練、および、就業環境など、セクター毎による給付システムを同時に立ち上げなければならなかった。

サービス法による給付システム

サービス法によれば、市町村は市民に対して生活上の困難を回避するための助言と支援を提供する責任がある。市町村はまた、福祉機器および生活用品に関する助言と支援を提供する責任がある。市町村は、責任が県にある以外の福祉機器の申請を受け付ける。市町村は福祉機器を購入・リサイクルして提供するための福祉機器センターを運営している。しかしながら、福祉機器を民間の供給業者からリースする市町村がどんどん増えてきており、供給業者が機器センターの機能を果たすような傾向や、複数の市町村による総合的共同購入や共同の機器センター機能の設置などの傾向が現れている。

デンマークには 274 の市町村があり、地方分権的傾向が強く、市町村は、独自の規則を制定している。大規模な市町村は地域事務所に分けられており、各事務所が福祉機器分野の責任者を置いている。このような組織形態で福祉機器給付業務を推進するためには、高度な知識、専門知識、実務的訓練が必要である。

県（全国 14 の県およびそれと同等の地位にある 2 大都市）は、県の分担する機器の給付案件の取り扱いに加えて、市町村のケースマネージャーに必要な専門知識を助言し提供しなければならない。市町村のケースマネージャーは問題解決を図るために、県の福祉機器センターに専門的な支援を求めることができる。市町村の福祉機器担当者のためのコースを多くの福祉機器センターが提供している。県はこのような事項を扱うための様々な仕組みをもっている。しかしながら、共通して全ての県に置かれているのが福祉機器センターである。規模はまちまちである。民営化されたものもあれば、全ての市町村の福祉機器ウェアハウスを組織して県全体で機能させるのが伝統となっているところもある。このように、全ての県は、それぞれ独自のやり方でこの問題に対処している。

利用者は、自分の居住する県の福祉機器センターとコンタクトをとってあらゆるタイプの福祉機器に関する助言とガイドラインを問い合わせるといった選択もある。

資金

障害を補償するために給付される福祉機器を始めとするサービスは、公的セクターから税金により資金が支給されるのが通例であるが、既に述べたように例外がある。例えば生活用品の場合は価格の 50% を自己負担しなければならないし、特殊改造の自動車に対しては、無利子で資金を借りることができるが返済しなければならない。支払い義務があるのは直接的には助成機関であるというのが一般的原則である。

市町村と県は、福祉機器と生活用品の費用に関して、67 歳未満の人々の場合は、50% ずつを負担し、67 歳以上の場合は市町村が全額支払う。しかし、サービス法が 1998 年に施行された時点では、以前に述べた通り、県には、光学的補助器具、義手・義足、補聴器、および、情報通信技術による特別な福祉機器に対する支給の措置権限と財政的責務とが付与され

た。

それ以来、障害者団体から、自分が使う福祉機器と供給業者を自ら選択できるようにして欲しいとの圧力が増してきている。これは装着型の福祉機器（胸部補綴物、ストーマ用具、整形靴など）に限られてきた方式であり、利用者には現金が支給され、自分で業者の選定をできることを意味してきた。しかし、この助成には、当該福祉機器に対する処方箋が必要である。そのことにより利用者は専門家の指導を確実に受けるとともに、公的助成機関は当該福祉機器の機能と品質について確信を持つことができる。県、市町村と供給業者の間で契約書（供給者契約）を作成するときには、利用者代表が参加しなければならない。これは、法的な要請になっている。

個人用の福祉機器の運用に関して、電動車いす用バッテリーの費用など利用者自身による自己負担が増加しているのが最近の傾向である。

公的助成機関が福祉機器を購入し、所有している。その結果、市町村と県は（すでに述べた幾つかの例外を除いて）それぞれのウェアハウスを設置している。国には、福祉機器の購買を行うセンター機能も無ければ、福祉機器をまとめて所有する機能も無い。国・自治体購買サービス（National and Municipal Purchasing Service）は現在のところ限定された福祉機器についての共同購入の調整や協定のフレームワーク作成の業務を行っている。

福祉機器の申請に関して、予算を超過していることを理由に却下することは認められない。

サービス法 Services Act の範囲外の福祉機器は、公的セクターの他の予算により予算化されている。

小・中学校で使用される福祉機器は、市町村の教育システムによって資金供与される。学校当局は、教室で必要とする福祉機器の要件を評価、支給する責任がある。もし、生徒が高度な支援を必要とする場合、県はその資金供与を支援する。例えば、もし生徒に著しい読み書きの障害（ディスレクシア）がある場合、その生徒の必要とする支援のアセスメントに基づいて必要な福祉機器、例えば、音声合成機能と関連ソフトウェアを備えたコンピュータなどを給付することが、学校当局の責任となる。逆に、高等教育に用いる福祉機器のための資金供与に関しは、教育省の教育基金の管理する資金から供与される。この種の目的のために毎年予算が計上される。病院による臨時的な利用、治療のための福祉機器の費用は、ほとんどが県の負担である。

福祉機器関連経費、身体・精神障害の成人（単位：100万デンマーククローネ）

（1991-2000年は決算額、2001、2002年は予算額）

年	1991	1992	1993	1994	1995	1996
予算額	1942	2059	2148	2248	2237	2287
年	1997	1998	1999	2000	2001	2002
予算額	2248	2428	2390	2607	2538	2369

出典：デンマーク統計、資源に関する社会的ステートメント

政府の支援機能

市町村は福祉施策の全分野において指導・助言を提供しなければならない。

県は、利用者、市町村のケースマネージャーの双方に対して、専門的知識が必要とされる場合に指導・助言を提供する義務がある。福祉機器分野では、県は福祉機器センターによる助言の提供責任を果たしている。

福祉機器センターを補うために、大部分の県は特殊技術・コミュニケーションセンター（ハイテク福祉機器への助言提供）、ロービジョンセンター（弱視用具に関する助言）、および、聴覚研究所（聴覚補助器具に関する助言）を立ち上げている。

デンマーク・リハビリテーション・教育用福祉機器センター（デーニッシュセンター：Danish Centre for Technical Aids for Rehabilitation and Education）は、全国的な情報センターで、リハビリテーションと教育のための福祉機器に関する情報の収集と提供を行っている。このセンターは県連合体が運営しているもので、デンマーク国内市場に流通する福祉機器のナショナルデータベースの維持管理を行っている。

この福祉機器データベースは、センターのウェブサイトから無料でアクセスすることができる。市町村および県は、ケースワーク業務、在庫管理、支援業務、統計業務等を考慮に入れた福祉機器分野の自らのマネジメントのために、このデータベースを活用している。この観点から、このセンターは、この分野で活発な組織とともに国内協力、北欧内協力、国際協力に参加している。更に、このセンターは試験評価および標準化に携わっており、それにより、優れた安全な福祉機器がデンマークの市場で流通するように貢献している。

デンマークのアクセシビリティセンター（Danish Centre for Accessibility）は、もう一つの全国規模の情報センターで、企業住宅局（National Agency for Enterprise and Housing）の援助の下にある。センターの主な任務は特殊なニーズのある人々のためのアクセスに関する知識を収集・提示する事業を立ち上げることである。

同様に、盲・視覚障害研究所（Institute for the Blind and Visually Impaired）は県連合体によって運営される施設である。その業務は、盲人および視覚障害者に福祉機器に関する

助言と指導を提供することである。また、同時に、これらの人々を対象とした福祉機器センターも運営している。

社会的問題のための中央苦情処理センターである苦情処理委員会 (Social Appeals Board) の福祉機器分野での重要性が増してきている。1998年6月の法律改正により苦情処理委員会に実際的な調整機能が付与された。地方自治の発展とともに県の自立性が強まっているにも拘わらず、全ての市民が、デンマークの何処に居住しようとも平等に扱われることを確立しなければならない。この目的のために、苦情処理委員会は、委員会の決定を順次進行形で公表し、また、特定分野のケースワークを解明し、その結果を文書として公表している。

公的資金で運用されている知識センターは以上の他にも様々な活動がみられるが、それらは特定の障害を対象としているのが多い。これら知識センターは各分野で重要な役割を果たしている。

3. フィンランドにおける福祉機器給付システム

給付システムの政策と原理

フィンランドは、15年以上かけて中央集権型から地方分散型行政へと大きく変革してきた。その結果、市町村の自治権は非常に大きなものになっている。国は市町村の広範囲な法定事業への財政的支援を行うが、住民サービスの在りかたは市町村自身が決めることになっている。

2000年に、STAKES(国立福祉保健研究開発センター)が、保健センターおよび中央病院でのリハビリテーション医療における福祉機器の利用状況について詳細な調査を実施した。その結果、地域によって福祉機器の給付の仕方に大きな違いが有ることが判明した。保健センターの68%および中央病院の83%では、福祉機器の給付に基準を設けて制限している。“福祉機器”の定義に曖昧さがあるために、法解釈が市町村によって様々に行われてしまっていることも明らかになった。

フィンランドの障害者政策は北欧型福祉モデルに基づいている。法律が市町村に対して住民のための福祉サービスと保健管理を設定するように義務づけている。目標は、市町村の住民が貧富の差や社会的地位の違いによることなく、必要なサービスを得られるようにすることである。基本的には、税金収入が財源を支え、民間のサービスと市民組織の活動によってサービスが補われるというモデルに基づく。

リハビリテーションシステムについては複雑であるために、リハビリテーションのための協力体制に関して法律が制定されている。この法律は、福祉サービス、保健サービス、労働、教育担当の省庁、フィンランド社会保険協会(Social Insurance Institution of Finland)が協力して、リハビリテーションの基準を策定することを義務付けている。これらの当局者は他のサービスシステムとも協力することが求められている。

福祉機器給付の原則

リハビリテーション医療のための福祉機器

市町村あるいはその組合は、その地域あるいは組合の管轄する地域でのリハビリテーション需要を満たすように、リハビリテーション医療サービスの内容及び範囲を設定しなくてはならない。リハビリテーション医療サービスには、福祉機器サービスが含まれる。そのサービスとは、福祉機器の必要性の査定と判定、所有権をとまうのか単に使うだけかの判定も含めた福祉機器の給付、福祉機器の訓練とフォローアップ、機器の保守などである。(公衆健康法：Public Health Act, 66/1972 および、特殊医療管理法：Act on specialised medical care, 1062/1989)

リハビリテーション医療のための福祉機器には、医学的根拠により証明された機能障害を補償するように設計されたもの、障害者が日常的作業をのために必要な装置、用具などが含まれる。また、リハビリテーションに必要な健康管理用具や運動用具も含まれる。学校ある

いはその他の場面（リハビリテーション医療規則：Regulation on Medical Rehabilitation, 1015/1991）で必要なリハビリテーション医療のための個人用福祉機器は、小・中学校あるいは高等学校（17歳未満）においては障害児童に支給される。

福祉機器はリハビリテーション医療の一環として貸し出される。ただし再利用が出来ない用具は受給者の所有物となる。

リハビリテーション医療のための福祉機器は無料である。（福祉サービスおよび保健管理における患者の料金に関する法律：Act on client fees in the field of welfare services and health care, 734/1992）。

責任行政機関：市町村保健医療センター、特殊介護

機器、家庭用器具、用具、住宅改修

障害者は日常活動のために必要とする機器類や家庭用器具あるいは用具を入手するための費用について、償還払いを受けることができる。その程度は、障害や疾病の程度により全額の場合、一部分の場合がある。

市町村は重度障害者の住宅改修や在宅用の福祉機器購入に要した費用に償還金を支払わなければならないが、その要件は、障害あるいは疾病の結果としてその改修や購買が日常活動に不可欠であり、また、施設でのケアの必要が無い場合に限られる。

住宅用福祉機器であって助成の対象となるものに、リフト、自動警報装置、据付型装置が含まれる。市町村も住宅用福祉機器を重度障害者の所有物とすることができる。（障害サービス支援法：Act on service and support due to disability, 380/1987）。

責任行政機関：自治体福祉サービス

重度障害者の職業リハビリテーションのための福祉機器

フィンランド社会保険協会（KELA）は国営の公的な保険協会である。この協会は重度障害者の就労と生計のための能力の維持・増進に要する高額もしくは特別仕様の福祉機器を給付することが義務付けられている。

“高額もしくは特別仕様の福祉機器”は、特別に高度な技術レベルを必要とすることを意味する。このような機器は申請者の障害の程度を考慮して個別に給付される。職業リハビリテーションは、福祉機器に対する要件を明らかにするとともに適合性を試験すること、使用法を訓練すること、使い方をチェックすること、そして必要なサービスを調達することが含まれる。

高等学校すなわち一貫教育学校の7年生から10年生に在学中の重度障害学生は、勉学に必要な福祉機器（たとえば、パソコンやロービジョンエイド）の支給を請求できる。このときの要件は、その機器はKELAが個別リハビリテーションプランとして承認した特別職業リハビリテーションの中に規定されていることである。（フィンランド社会保険協会によって準備されたリハビリテーション法：Act on rehabilitation arranged by the Social Insurance Institution of Finland, 610/1991）

責任行政機関：フィンランド社会保険協会（KELA）

学校および授業で使用する福祉機器

障害児童および特別な支援を必要とする児童は、授業に参加するために必要な特別の福祉機器とサービスを無料で受ける権利がある。このような福祉機器は、パソコン、リフトあるいは特殊機である。（基本教育法：Basic Education Act, 628/1998）

責任行政機関：自治体教育サービス

障害者の就労支援

障害者の就労および職場復帰の支援のために、雇用者は職場の特別な配置のための資金助成が得られる。（雇用サービス法：Employment Services Act, 1005/1993）

責任行政機関：労働省

傷痕軍人向け福祉機器

財務省は、医療サービスの一部として補装具、用具、福祉機器の給付とそのサービスと報酬、使用法の訓練に対して支弁の責務がある。

財務省は傷痕軍人に対し、仕事をする能力、住宅改修費用、および自宅でのサービスの需給、の少なくとも 20%の補償を行わなければならない。

責任行政機関：財務省

交通事故、労働災害、職業病の後の福祉機器

保険会社は傷害保険法（Accident Insurance Act, 608/48）に記載される職場における事故、職業病法（Occupational Diseases Act, 1343/1988）に記載される職業病、あるいは、道路交通保険法（Road Traffic Insurance Act, 279/1959）に記載される交通等のために必要となった福祉機器の費用を合意に基づき補償する。

責任機関：保険会社

管理規則とケースマネジメント手法

種々の法律は入手可能なガイドラインを示しているだけであって、様々な解釈が出来ることが明らかになっている。リハビリテーション・スタッフは、国家的ガイドラインの必要性を主張してきた。STAKES は福祉機器サービスの質を向上することを目指した勧告をまとめるために、様々な組織と共同で作業を行ってきた。社会保健省とフィンランド自治体連合が、それを 2003 年に出版している。

苦情申し立て手順

福祉機器サービスに関する決定への不服申立には明確なルールが決められており、福祉サービス、KELA、保険会社が対応することになっている。

その手続き手順は、保健医療サービスの手続き手順とは異なっている。保健医療サービス

では、福祉機器は医師の指示によるケアの一部を形成する。医師の指示によるケアに対する不服申立はできない。もし、自分の受けた福祉機器に満足できない場合、上席コンサルタントにメモを送る必要がある。上席コンサルタントの決定にも満足できない場合は、修正要求を保健管理委員会へ提出することができる。

事案は行政訴訟事案として行政裁判所への提訴も可能である。行政裁判所の決定に関する不服は行政最高裁判所へ提訴できる。

組織と責任体制

保健医療サービス

2002 年末現在 210 の市町村がそれぞれの保健センターを設置しており、70 の自治体連合（市町村の数は 236 である）が保健センターを作っている。これらのセンターはプライマリーケアと基礎的福祉機器（手動車いす、歩行補助器、排泄補助用具など）に関して責任を持っている。大規模な保健センターには福祉機器ユニットがつくられているが、小規模になると理学療法部によって運営される福祉機器チームが対応する。

福祉機器ユニットを備えた中央病院の数は 21 であり、電動車いすやリフト、ECS（環境制御装置）など高価で技術水準の高い福祉機器を扱う。さらに、眼科、聴覚科、肺科などすべての診療科が患者の福祉機器に対する要求に対して責任がある。福祉機器ユニットはトレーニングとその地区の福祉機器サービスの計画立案に責任がある。

プライマリーケアから特殊介護に至るまで福祉機器の給付は地域によって異なっている。医師が介護とリハビリテーション医療に必要な福祉機器の判定を行う。

社会サービス

市町村は障害者にサービスを提供するための福祉事務所をそれぞれ設置している。重度障害者は住宅改修、福祉機器の給付を受けることができるが、それらが生活上必要不可欠の場合に限られる。福祉サービスが申請に基づき費用を支払うが、場合によっては決定の前に医療機関の意見を聴取することもある。

フィンランド社会保険協会（KELA）

フィンランド社会保険協会（KELA）はフィンランド各地に 400 以上のサービス拠点を持っている。そのうち総合サービス事務所が 258 箇所であり、支所が約 130 である。リハビリテーションの申請は障害者自身で行えるが、そのほか、保健サービス、労働事務所、教育部門、社会サービスなどの部分からの申請も可能である。さらに、他の補助のために KELA に申請した医師の報告書に併せて請求を記載することも可能である。

申請書には、障害の状況とそれに伴う問題点が記載された医師の証明書を添付する必要がある。

学校システム

学校は学校や教室で使用する特殊福祉機器を障害児童に給付する義務がある。福祉機器を選択し、利用を勧めたリハビリテーション専門職がこれらの給付申請を行うことが多い。

労働サービス

雇用者は地域の雇用事務所に補助の申請を行う。申請は、疾病あるいは障害を受けた後労働市場に復帰してきた障害者を担当しているリハビリテーション専門職から提出されることもある。

財務省

法律では、戦傷や退役軍人関連の事項を担当するユニットが、兵役中に受傷あるいは罹病した人々、その配偶者、未亡人、親族に対して、兵役での受傷による損害の補償事務を行う。同じ法律により、内地の兵士、軍に勤務した職員、国連の PKF に参加した人々に対しても損失が支払われる。兵役での受傷に関する法律による補償の対象は、医療費、住宅改修およびリハビリテーションの費用、その他である。福祉機器は申請すれば給付されるが、申請者は本人、リハビリテーションあるいは介護専門職である。

資金

1990年代の初めに保健医療サービス費の総計が実質 10%以上減少した。諸料金は 1995 年に上昇に転じた。1996 年に、保健医療サービス費の総計が国民総生産の 7.7%に達した。これは、OECD および EU 諸国の平均よりわずかに下まわっている。一人あたりの費用も OECD 諸国の平均以下である（社会保健省、1999 年）。

保健医療サービスの資金に関する限り、公的資金による費用の割合は減少してきており、保健医療サービスのためのコストを家計が負担する割合が増えている。1996 年には、費用の約四分の一が家計の負担になっており、それは OECD 諸国の中で最も高い値になっている。国の予算は減少してきているが、市町村が負担する費用の割合がわずかながら増加してきている。保健医療サービスにおける雇用者の慈善基金および個人保険の役割はわずかなものにとどまっている（社会保健省、1999）。

国および市町村

国は市町村が法定事業を執行するための資金援助を行っている。自治体による格差を平準化し、誰にでも同等のサービスが行き渡ることを担保するためである。国の分担金は市町村の収入の 15%になっている（2001 年の福祉サービスおよび保健費用の国の負担率は 24.2%である）。市町村の支払いは税金収入、国の分担金、料金及びセールスによる収入によって賄われる。フィンランドの市町村には徴税の権限がある。市民税、固定資産税および法人税の一部が自治体収入の大よそ 50%になる。平均的市民は収入の 17.5%を市民税として納付している。福祉および保健医療サービスの費用の 10%弱が料金収入によっている。

市町村はプライマリーケアと特別ケアに責任を持つ。これにより、救急対応、リハビリテーション、医療診断および治療が、全ての市民に行き渡るようにしている。

プライマリーケアサービスは保健センターによって提供される。全ての市町村は特殊医療が可能な病院を有する自治体連合に所属して地域病院を運営している。

フィンランド社会保険協会 (KELA)

フィンランド社会保険協会が運営する健康保険は、私的保健サービス及び外来での投薬料を償還払いによって補填し、公的保健医療サービスを補完している。健康保険は、雇用者と保険加入者の支払いによって資金を得ている。国の役割は、健康保険基金に十分な資金があるかを確認することである。

フィンランドスロットマシン協会

フィンランドスロットマシン協会 (RAY) は、法律によって運営される組織で、公衆にゲームを提供することによってフィンランドの公益事業の推進のために資金を獲得することがその目的である。フィンランドスロットマシン協会の利益は全額フィンランドの公的利益を目的とした非営利団体に配分される。

全国規模の障害者団体が、フィンランドスロットマシン協会の支援により福祉機器サービスを行っている。これらの団体は、会員に指導・助言を提供しており、福祉機器の講義やセミナーを開催している。フィンランド視覚障害者連盟およびフィンランド精神障害者協会 (Communication and Technology Centre Tikoteekki) は、自ら福祉機器センターを設置しており、市町村の健康福祉サービスや保険会社および KELA などを対象に、サービス（たとえば福祉機器の必要性の評価）の有償提供、製品の貸し出しと販売を行っている。

国の財務省は障害のある退役軍人のリハビリテーションを担当するが、その事業遂行のためにフィンランドスロットマシン協会から資金を得ている。

利用者の影響力

福祉機器においては、利用者が中心的役割を果たすべきであると考えられている。社会保健省は、あらゆる福祉施策において利用者を中心に位置付けることを重視している。理論的には利用者の影響力が機能しているということが出来るが、実際に決定を行うのは保健医療スタッフであり、特に福祉機器の分野では保健スタッフが決定する。

国および自治体障害者評議会（多くの自治体に見られる）および、障害者団体は、フィンランドの利用者の影響を促進する上で重要な役割の一端を担う。

政府の支援機能

現在、製品情報や福祉機器の国によるデータベースで目ぼしいものはない。SAI-LAB（医療福祉産業の業界団体）は病院や保健ステーションの調達担当部門のためのデータベースを維持するとともに、組織間の通信システムの維持管理を行っている。このデータベースには病院あるいは保健福祉分野で必要な製品情報および供給業者情報がある。SAI-LAB システムの対象は病院と保健ステーションだけである。

STAKES は Apudata という福祉機器分野のサービスと組織に関するデータベースを保守管理している (www.stakes.fi/apudata)。

福祉機器の試験評価に関しては、北欧諸国と EU 規則の合意に基づく試験以外には、体系的な福祉機器の試験評価を行っていない。医療庁は福祉機器の製造販売業者をモニターする義務がある。製造業者および代理店は潜在的危険について報告する義務がある。

いくつかの医療ケア地域が共同で製品を購入する場合もあるが、大部分の福祉機器センターは自ら見積書を取り価格同意書を作成している。

4. アイスランドの福祉機器給付

給付システムの政策と原理

アイスランドの障害者・高齢者施策の基本原則は差別禁止、補償、セクター責任の3つの原則に基礎を置いている。特に、国民が必要とするサービスを受容し、公的部門、特に国による税からの資金援助を受けられることを重視している。

アイスランドの法律によると、福祉機器の給付に責任のあるのは、保健社会保障省、社会省、教育・科学・文化省の3省である。このうち、保健社会保障省の役割が最も大きく、この省の様々な機関が福祉機器給付の実務に責任を負っている。この中には、社会保障法の執行に責任のある社会保障庁、ロービジョン及びリハビリテーション医療法に基づいたアイスランド・ロービジョン・リハビリテーション・クリニック、国立言語聴覚研究所、保険法に基づいた病院および施設がある。社会省の8つの地方局が障害者法に基づいた67歳以下の障害者行政を担当している。市町村は小中学校法に基づいて小中学校への責務を負っている。

社会保障庁は社会保障法ならびに福祉機器関連規則に基づいて福祉機器行政を担当している。福祉機器の要件は以下の三点にまとめられる。

- ・ 人々の能力の改善
- ・ 自助の機会の増進
- ・ 障害者の介護の促進

社会保障庁は福祉機器出費に対する補助割合（たとえば50%、70%、100%）、特定限度額および両者の組み合わせ（たとえば90%、ただし上限を26000アイスランドクローネ：1クローネ=約1.59円（2003年4月））などがある。一般原則としては再使用可能な機器に関しては社会保障庁が購入価格の100%を支払う。

行政規則と不服申し立て

行政は、公的なケースワークの管理、情報および差別禁止に関する規制の責務を持つ。ケースワーク、ケースノート、文書記録などに関しては時間的枠組みが設けられているが、ケースワークの情報に関する権利については特別の定めがある。

社会保障庁の取り扱うすべてのケースについて異議申し立てが認められており、これには福祉機器に関する補助金額の決定も含む。これらを社会保障規制委員会が担当している。

組織と責任体制

福祉機器の給付に関しては様々なセクターからの多くの組織が関わっている。関連あるすべての分野が関わっていることが重要である。問題となるケースに応じて関連する組織は異

なってくるが、利用者自身のほかにリハビリテーション、保健、学校、職場、福祉機器関連施設、ほかの組織が関わってくる。

社会保障庁の福祉機器センターが在宅障害者のための福祉機器に関する包括的責任を持つ。福祉機器センターは在宅の日常活動のための機器を給付するが、この中には運転補助用具、コミュニケーション補助機器、補装具（義肢装具並びに整形靴）、使い捨て用品（おむつ、ストーマ用具、導尿カテーテルと蓄尿袋など）、治療用機器（呼吸器治療用具、循環療法用具、注射用具など）がある。福祉機器センターはまた、情報、助言、ケースワーク、維持管理を含むサービス、再利用、契約、訓練などの責を負っている。さらに、たとえば肺と酸素療法のために病院との契約を結んでいるが、この種の特別なサービスも担当している。

購入契約を行う福祉機器は、歩行補助器、自走用車いす、ベッドと付属品、リフト、おむつとトイレ用品、義肢装具、導尿カテーテルと蓄尿袋、警報機、酸素療法用具、CPAP/BIPAP（睡眠療法の補助器具）および関連サービスなどである。

福祉機器の給付に関する規則は社会保障庁のウェブサイト<www.tr.is>上、**hjálpartækjamiðstöð**” (the assistive technology center)の項目で公開されている。規則は、給付に関する一般規則と定義、福祉機器分類に応じて定めた詳細規定の2つの部分からなっている。詳細規定には機器ごとに給付条件、社会保障庁の補助率が詳細に規定してある。

国立言語聴覚研究所は聴覚のリハビリテーションと言語聴覚障害者のための福祉機器に関する責務があり、情報、助言、ケースワーク、サービス、再使用購入の責務を負っている。

アイスランド・ロービジョン・リハビリテーション・クリニックは盲および視覚障害者のリハビリテーションと福祉機器に関する責務があり、情報、助言、ケースワーク、サービス、再使用購入の責務を負っている。

8つの地方局は、教育期間中の16歳以上および就労中の18歳以上の障害者のための福祉機器の給付を担当している。

病院と施設（養護老人ホームを含む）は、患者・入所者のための福祉機器の責務を負っている。

小・中学校は生徒の使う福祉機器を給付する。

以上のほか、特定の福祉機器に関する助言を受け持つ知識センターがある。たとえば、障害者のためのコンピュータセンターがあるが、これはユーザー団体、障害者団体によって運営されている。

資金

福祉機器は主として国の財政負担となつてはいるが、小中学校における福祉機器は市町村の負担となっている。ほとんどの福祉機器は無料で給付されるが、利用者が部分的な負担を求められる機器もある。たとえば整形靴は自己負担率が10%であり、12ヶ月以下の使用期間の装具は30%が自己負担となっている。

福祉機器を給付する機関が機器を購入し、所有する。再使用可能な機器は、一度使った後変換しなければならない。

政府の支援機能

社会保障庁の福祉機器センター、国立言語聴覚研究所、アイスランド・ロービジョン・リハビリテーション・クリニックは障害者、聴覚障害者、視覚障害者、言語障害者などが福祉機器を活用するための知識センターを形成している。福祉機器の目的は、障害者・高齢者の社会参加を促進し、活力を持ってその役割を果たせるようにすることにある。これらのセンターは情報と訓練の提供を促進するとともに、その責務を果たしている。

社会保障庁は福祉機器給付のためのデータベースを最近開発している。これは、情報、統計、検索のニーズに対応しており、電子的接続も可能にする予定である。福祉機器のISO分類を給付システムおよびデータベースで採用することによって国境を越えた福祉機器給付システムの比較が可能となった。

社会保障庁の福祉機器センターは入手可能な福祉機器について、1994年以來貿易センター(Ríkiskaup)と協力体制を築いている。この目的は、良質で安全な機器を適切な価格で供給するための契約を供給業者との間で締結することにあった。福祉機器センターは機器の採用について勧告することを目的とした関係者グループを作った。これは、福祉機器センター、リハビリテーション専門職および利用者からなっている。

社会保障庁の福祉機器センターは供給業者、利用者グループ、リハビリテーションセンター、保健センターなどと情報交換の会を持っており、情報の普及と交換をはかっている。

福祉機器の給付に関する北欧協力はアイスランドの福祉機器の発展にとっても重要である。

5. ノルウェイの福祉機器給付

給付システムの政策と原則

政府の障害者施策における行動計画は障害を次のように定義している。「障害とは、個人が自立と社会参加の継続に要する個人の能力と社会からの要求水準との不一致をいう。」(The Government's action plan for people with disabilities 1994-1997, Department for Health and Social Affairs and the White Paper no. 8 1998-99: About the action plan for people with disabilities 1998-2001.)

障害者が遭遇する問題点：

- ・ 実際的な問題は、彼らが周囲から期待されるとおりに行動することができないため、重要な問題に関して自らが社会の隅に押しやられたと感じる点にある。

障害があるということ、社会が個人に期待する機能と、実際にできる機能との間のギャップとしてとらえることができる。従って、障害は環境依存的なものである。言い換えると、実際的な問題は、社会の要求と個人の可能性とのギャップに依存するということである。福祉機器、アクセス可能な環境、技術的計測、人的支援などは全て機能的観点からの社会の要求を減じるものである。つまり、それによって、人が一層自立的な生活が送れるようになるものである。環境がアクセス可能になればなるほど、人は特別な解決策を持つ必要性が一層少なくなる。

障害の影響は、個人の能力の増進、社会の要求の低減によって軽減することができる。訓練、教育、介護、支援により人の能力を高めることが可能である。社会からの要求を低減させるためには、周囲環境を改良しアクセシブルにする。

福祉機器と個人への支援は、上記要求と能力のギャップを軽減するために有効である。

福祉機器給付の原則

在宅用福祉機器他

“福祉機器”という用語は、“障害を軽減するあらゆる福祉機器および人間工学的解決策”を指す。すなわち、

- ・ 身体に装着する福祉機器
- ・ 訓練のための福祉機器
- ・ 福祉機器

福祉機器は障害を補償することを支援するもので、コミュニケーションおよび移動の支援ツール、ロービジョン用具、補聴器、認知支援用具、活性化支援用具、情報通信機器、および障害者用改造自動車など、多くのグループが含まれる。

治療用具もかつては（国営の）健康保険の補償対象であったが、2003年1月1日より、これが保険制度（病院）に基本的に移管された。

福祉機器はリハビリテーション計画に含まれていなければならない、以下の支援を目的としている：

- ・ 障害者の能力の増進
- ・ 障害者の自立の促進
- ・ 障害者の自己充足の増進
- ・ 障害者の介護の促進

長期間（2～3年以上）にわたって障害を受けている人や、疾病あるいは損傷、身体的欠損により著しい障害に苦しむ人々は、健康保険から福祉機器のための補助を受けることができる。一時的に福祉機器を必要とする人々は市町村からのサポートを申請することができる。

さらに、福祉機器は、障害者の日常生活や在宅介護における実際的问题の解決のために機能強化が不可欠かつ適切であることが必須条件である。国の健康保険スキームは、当事者のニーズを満たす福祉機器の中で最適なものを提供する。

障害のない人も通常利用する福祉機器は給付の対象ではない。例えば、洗濯機、テレビ、一般的な台所用品など。しかし、これらの器具を適合させるために必要な補助具は対象となる。

障害者への福祉機器給付には多くの部署が関係する。たとえば、保健福祉省（SOS）及び保険庁、国民保険法がカバーする福祉機器に関して最大の任務を負っている。国民保険法第10条が福祉機器に対する補助を定めている。

それ以外の部署も福祉機器に関して重要な役割を担っている。運輸通信省および教育研究省の二つはその例である。前者は交通と遠隔通信サービスを、また、後者は教育、訓練、研究をそれぞれ所掌する。両省ともそれぞれがコントロールする公的分野での給付と情報に責任がある。

職場、学校で利用する福祉機器

健康保険制度は、職場での機器および物理的環境の改修を支援する。当該障害者にとって、職業リハビリテーションの一環としての就職や適切な仕事への復帰のために有効かつ必要であると認められた場合に補助が与えられる。“適切な仕事”とは、現状の身体的・知的能力の下で、マスターすることができる仕事のことである。

職場環境法 Working Environment Act 13条に従って、職場環境を障害者に適合するように力を注ぐことが義務である。にもかかわらず、障害のある被雇用者が、適切な仕事を継続するために、健康保険制度が支援することになっている。

適切な仕事への就労支援は、職業リハビリテーションの一部として支援されることが多い。このような例では、当人と地域労働事務所によって予め準備されたリハビリテーション実施

プランが求められる。大学レベルでの教育を受けるために必要な福祉機器には、それが職業リハビリテーションの一部に含まれていなくても必要とする福祉機器への補助が与えられる。自営の場合でも、障害者に必要であれば商売を継続するために支援が与えられる。

運動、刺激、活性化支援用具

健康保険制度は、青少年の運動、刺激、活性化のための福祉機器を給付することができる。2003年1月から、26歳以下の障害者はこの種の支援を得られる。ゲームやスポーツのための特別な用具や補助具も給付の対象となるが、この場合障害者のために特別にデザインされたものであるか、あるいは、当該活動の継続に不可欠な場合に限られる。このような道具の中には、ゲーム機のスイッチ、障害者用スキーなどが含まれる。競技スポーツや通常のゲームのための用具、あるいはスポーツ用品は対象にならない。

他の目的のための福祉機器

健康保険制度では、他の目的のための福祉機器や支援も給付するが、補助を受ける福祉機器の数量や年間の時間数など分野に応じた条件が決められている。下記の領域に対しては特別の規則が定められている：

- ・ 聴覚障害者のための補聴器および通訳
- ・ 盲ろう者のための通訳とガイドヘルプ
- ・ 視覚障害者のための盲導犬と対面朗読および秘書サービス
- ・ 裁縫のための基本的型紙
- ・ コンピュータ
- ・ 学校での福祉機器
- ・ 自動車および他の移動手段
- ・ 標準型コンピュータ

小中高等学校で使用する福祉機器（学校用福祉機器）

義務教育中の児童生徒は学校での実的な困難を軽減する福祉機器のための補助を健康保険制度から受けることが可能であり、また学校は個々の教科に関連する福祉機器を補助する。コンピュータにより困難さを直接軽減するような場合にはコンピュータが補助され、また、学校の授業にとって効果がある場合にも提供される。

コミュニケーションのための福祉機器

コミュニケーション機器は日常生活の福祉機器に関する規則に従って給付される。必要性の評価に当たっては、他の日常生活を補助する機器の場合と同様な評価を行う。つまり、利用者がそれ以外にはコミュニケーション手段を持たず、コミュニケーションの問題解決のためにはその機器が最も合理的な選択肢である場合に限られる。デジタルカメラを含むコンピュータ機器は保険庁が設定している特別ガイドラインに則して給付される。ガイドラインに

よれば、コミュニケーションに用いられるデジタルカメラの判定に関しては、補助具を用いない限り、コミュニケーションが極めて困難である場合に限られる。

標準型コンピュータへの補助金

標準型コンピュータへの支援に関する限り、2003年1月に規定が改定され、貸出制度から補助金制度に変わった。すなわち福祉機器センターから標準型コンピュータを購入するために一定額の補助金が支払われる。補助金制度で給付される装置は個人の所有物となる。利用者は4年間のサービス、サポートおよび保険を提供する業者であれば、自由に選定可能である。買い替えの申請は4年毎に限られる。

対象としている利用者は、複雑な問題を有せず、進行性疾病でもない障害者で、1年以上にわたり日常生活や学校生活で使用するコンピュータ装置を必要とする場合である。コンピュータを利用する資格はあるが補助金制度からはずれたユーザーは健康保険制度からローンの形で支援を受ける。

運営規則

ノルウェイでは、福祉機器の基盤として個別プランを活用するプロジェクトが始められ、今では標準的な手続きとなっている。個別プランを利用することによって、このようなプランを持つユーザーへの福祉機器給付手続きが大幅に簡素化された。プランの全期間にわたり、ユーザーはプランがカバーする福祉機器の貸与を受けることができ、その間、通常の申請は不要である。なすべきことは新規の福祉機器が必要であることを市町村へ伝えるだけである。健康保険がその用具を彼らに貸与することになる。

長期にわたり複雑なサービスを公的機関から受ける必要があるユーザーの場合は、市町村の保健サービスがそのためのプランを作成する。健康保険制度が個別プランの作成を開始できていない間も、健康保険制度はこのようなプランを福祉機器貸与の基盤として利用することが出来る。

不服申し立て他

もしユーザーが自分の要求が十分に考慮されていないと感じた場合、決定に対する不服を6週間以内に当局へ訴えることが出来る。その訴えが成功しない場合は、その当局の決定に対する更なる不服を保険控訴審判所（National Insurance Court of Appeal）に提出することが出来る。審判所は行政機構で通常の司法ではない。ここでの決定は通常の裁判所へ訴えることが出来る。

組織と責任体制

福祉機器による首尾一貫した解決を導くためには、多くの政府機関が協力しなければならない。ユーザーは多くの人々に助言を求める。これらの関係者は利用者との共同作業によって解決策が成功するために目的を共有する必要がある。

福祉機器の給付には様々なセクターと様々なレベルのスキルを必要とする。関係する全て

のセクターを含むことが大切である。市町村が似たようなケースの経験を持っている場合には、問題が単純であっても複雑であっても、第一線の現場レベルで解決可能である。まれに生じる問題や、複雑な問題など、より高度な能力や特別なスキルを必要とする場合、彼ら自身のスキルが不十分な場合には、福祉機器センターからの指導・助言を得ることが推奨される。

自治体は市民全ての健康とリハビリテーションに対する責任がある。福祉機器の給付はそのような責任の一部分である。福祉機器センターは第二線のサービス機関であり、県域全体をカバーする知識および技術資源機関である。ノルウェイには福祉機器センターが 19 箇所あり、県ごとにそれぞれ 1 箇所である。これらのセンターは、保険庁により運営される国営システムの一部である。全国自動車センター、SUITE(Sunaas 情報技術センター)、NONITE (北ノルウェイ IT ユニット)、全国盲ろう者サービスなどは、第 3 レベルの知識センターであり、これらもまた保険庁の一部である。これらはいずれも福祉機器給付の個別分野の専門家であり、全ノルウェイで利用者、第一線および第二線のサービス提供者のために働いている。

福祉機器の給付

福祉機器が貸与されるためには、利用者には身体的であれ知的であれ何らかの障害に起因する実際的な問題が存在することが必要である。このため、ユーザーの包括的な状況と福祉機器給付の具体的な目的に関する調査が必要となる。これは、治療プラン、介護プラン、訓練プラン、リハビリテーションプランあるいは職業リハビリテーションプランに含まれねばならない。

様々な可能性について検討したあとで一つ以上の福祉機器を選定する。専門員は福祉機器センターに相談し、試用の目的で福祉機器を借り出すことが出来る。

評価判定のために申請書を作成し福祉機器センターに提出する。申請書には十分に詳しくまた適切な情報に基づいた正当な情報を書き込むことが重要である。そうすることが、処理の迅速化に役立つ。

福祉機器センターが申請を承認すると、福祉機器が利用者のところへ送られる。しばしば、福祉機器は調整が必要であり、さらに重大な適合を必要とすることもある。これらの作業は福祉機器センターが行う。

福祉機器の利用に関する十分な指導、訓練、練習は、福祉機器そのものと同様に重要である、その福祉機器を推奨した専門職は、その用具のフォローアップと、利用者の問題解決への有効性の評価、訓練と調整の追加の必要性の評価を、利用者と一緒に進めなければならない。

利用者は、サービスや修理が必要になった場合のコンタクト先を口頭と書面の両方で情報を受けなければならない。

プロセス評価として、ユーザーが有用な支援を得たかどうか、また、適切な機器が予定の日数で受け取ったかチェックしなければならない。

資金

福祉機器は国家予算で手当てされる。予算枠の中で、福祉機器は“支援予算”として計上される。予算は19箇所の福祉機器センターに配分される。保険庁がこの予算の執行責任を有する。

福祉機器の給付は、利用者個人の権利に基づく。このことは、もし、ユーザーが福祉機器の給付要件を満たすならば、たとえ予算を超過しても用具を提供する義務があることを意味する。

補聴器のようないくつかの福祉機器にたいしては、利用者が一部分支払う制度もある。

政府の支援機能

福祉機器供給契約部は保険局に所属する。この部は、ノルウェイの福祉機器供給業者との契約に関する責任を有する。福祉機器供給契約部が介入して供給業者との間で包括的な合意をするのは、手動や電動の車いすのような主要な福祉機器が含まれる場合である。包括合意の対象となる福祉機器は国家標準を形成する。包括合意の意図するところは、国全体で良質な用具を合理的な価格で入手可能とすることにある。

福祉機器センターは国内標準の中からそれぞれの地域標準を選択する。保険局は、ADL補助具のような小規模の福祉機器に関しては包括合意を求めない。この場合福祉機器センターが供給業者と直接契約を交わす。

関係者グループが様々な製品分野に関して立ち上げられている。関係者グループは、福祉機器供給契約部および福祉機器部からの職員、福祉機器センターの専門家および利用者自身から構成される。このグループの役割は、価格交渉をすることが望ましいと考えられる適切な製品を推奨することである。

保険庁は福祉機器データベースを維持している。この“福祉機器データベース”は2000年9月に発足した。ノルウェイは、スウェーデン、デンマークとともに、データベースの技術開発を行っている。このデータベースは現在建設中である。供給業者は様々な福祉機器に関する適切な情報を、このデータベースに入力する義務を負うような方向で進められている。データは特別のテンプレートに基づいて入力されることになっている。

福祉機器の分野で5つの国内標準が制定されている。それらは、“フロントライン・トレーニング”、“福祉機器の緊急修理”、“救急車サービス活動”、“福祉機器試験評価”、“福祉機器センターのレンジワーク”である。これらの国家標準は福祉機器センターのサービスに期待されるサービスの質を記述している。

この国家標準を冊子の形式で出版することにより、市町村等は福祉機器センターの業務とそれに求められる需要を見出すようになった。その結果、センターで可能な業務、責務とすべき業務において現実的に期待できる事項を明確にした。

国家標準もまた、安定した国家サービスを開発するのに役立っている。これらの標準は、

特定の分野やサービスについて、全ての県で共通する手続き実現する効果がある。

存在する国家標準は現在見直しが行われようとしている。同時に、福祉機器給付に関連するその他の分野についても標準化が求められている。

6. スウェーデンの福祉機器給付

給付システムの政策と原則

障害者施策の目的は、障害者が社会の成員として十分に活動できる社会を実現することにある。すべての人が平等であるということが社会の編成原理の出発点となるべきであり、障害のある市民も、全ての人とまったく同等の権利と義務を有するということである。このことは、スウェーデンの国会（Riksdag と呼ぶ）で決議された “Från patient till medborgare” [患者から市民へ] という国の行動計画に極めて明確に表現されている。

この政策目標を達成するためには、品質の良い福祉機器を利用できることがその死命を制する。

福祉機器は障害者が以下の目的のために必要となるものである：

- ・ 機能・能力の将来的な喪失の予防
- ・ 機能・能力の維持・改善
- ・ 日常生活を送るための機能・能力で、不全あるいは喪失したものの補償

福祉機器に関する全国的な分析が現在進められており、2004 年中に完了する予定である。この分析のタスクは、職場、学校で使用されている福祉機器をレビューし、同時に、利用者への課金の原則や、ICT（情報通信技術）関連用具の原則などを検討することである。

福祉機器給付の原則

家庭での福祉機器、治療目的の福祉機器など

保健医療サービス法（§ 3 b および § 18 b）によれば、県と市町村は障害者に福祉機器を提供する義務がある。同法は、県および市町村の義務法であるが、個人に福祉機器を与えるための法律ではない。福祉機器の判定に対する不服を裁判所に申し立てる権利はない。

保健医療サービス法のもとで、県および市町村は、福祉機器と認定すべき製品や障害者に処方できる製品などに関する福祉機器の規則を独自に制定できる。同様に、料金体系も独自に制定する。従って、スウェーデンでは居住する地域によって給付される福祉機器の種類が違ってくる。

福祉機器は個人が次のようなタスクを自立してあるいは誰かの介助を得て実行することを支援する：

- ・ 基本的な個人的ニーズ（着衣、食事、排泄など）
- ・ 移動
- ・ 社会とのコミュニケーション

- ・ 自宅および近隣地域に必要な機能
- ・ 経路の探索
- ・ 自宅での日常生活の遂行
- ・ 通学
- ・ レジャーやリクリエーションへの参加

教育・訓練場面での福祉機器

学校・大学で使用される福祉機器には次のようなものがある：

- ・ 個人用の福祉機器
- ・ 教育補助具
- ・ 基本的機器

学校・大学での個人用福祉機器（学校福祉機器）は、学生が授業に出席するために障害を補償する機器である。公衆保健当局、つまり県および市町村は、この給付に責任があり、保険医療サービス法が根拠となっている。保険医療職員、すなわち作業療法士、言語療法士および理学療法士は、適切な福祉機器を判定し処方する責任がある。

公衆保健当局が学校福祉機器の提供に責任があるのは下記の種類の学校である：

- ・ 高等学校
- ・ 短期大学、大学
- ・ 国・市町村による成人教育

全ての学校は、保健医療サービス法には義務規定がないが、福祉機器を購入する義務がある。

公衆保健当局は、教育補助具および基本的福祉機器の給付および施設改修の義務がある。障害のある学生は、場合によっては特殊な教育補助具を必要とする。小・中学校、特殊学校、高等学校、国の監督下にある独立学校において、教育用福祉機器を入手し資金援助することはこれら学校の義務である。

学校と保健医療サービスとの責任分担は、公衆保健当局との合意内容に左右される。現在進行中の国の福祉機器に関する分析作業では、この境界の所在を含めて学校における福祉機器の調査を行うことになっている。

職場での福祉機器

障害者が就業を可能にする福祉機器は就労用福祉機器として知られており、県労働委員会および社会保険局の責任である。被雇用者の労働災害を予防するための機器は、雇用者の責任であり、職員のための福祉機器といわれている。

就労用福祉機器は、障害者が職場で特別に必要とする福祉機器を指す。職場は障害者が活動できるように改修しなければならない。職場での福祉機器並びに職場の改修に対する責任は、社会保険局とスウェーデン雇用局が共有する。社会保険局は雇用の継続のために必要とされる就労用福祉機器に対して責任がある。一方、スウェーデン雇用局は、障害者が実際に確実に就労できることに責任がある。どのような被雇用者であっても、働くのに困難な障害があつたり、長期にわたる療養の影響を受けたり、リハビリテーションを続けていたり、職場復帰に支援が必要であつたりした場合には、就労用福祉機器への資金援助を社会保険局から受けることが出来る。被雇用者、自営業者、雇用者のいずれもこれらの資金援助を受けることが出来る。

スウェーデン雇用局は職員が職種の切り替えや失業期間を終えて新しい職場に就くことを可能にするために必要な職場用福祉機器について責任がある。スウェーデン雇用局は同様に若い障害者が彼らの職業実習で必要とする福祉機器や職業訓練のために視覚障害者が必要とするトーキングブックや点字書籍を購入する費用に対する責任もある。

社会保険局とスウェーデン雇用局はこれらの場合にリハビリテーションサービスと福祉機器の専門家を契約することがある。

他に建物および自動車の改造に関する規則と支援システムがある。

組織と責任体制

福祉機器は、公衆保健当局すなわち県および市町村が提供するケアおよびリハビリテーション・ハビリテーションの取り組みの一部である。スウェーデンには 21 の県と 290 の市町村がある。

日常生活やケア・治療を促進するために、家庭、近隣の環境、学校で使われる福祉機器は、公衆保健当局、すなわち、県および市町村の責任である。県及び市町村にある様々な部署の保健・医療担当職員が福祉機器の処方を作成する。

県レベル

地域の保健センターあるいはプライマリーヘルスケアにおいて福祉機器が処方されるのは主として身体障害者である。これらのセンターには、福祉機器の必要性を判定し処方する医師、看護師、場合によっては作業療法士や理学療法士が配置されている。人々はしばしば聴覚センターやロービジョンセンターなどで診察を受けるように指示を受ける。

福祉機器センターの職員は、通常その県や市町村の人々の相談業務を行う。身体障害者、音声・言語障害者、認知障害者のための福祉機器の処方を行う。複雑な福祉機器やまれな機器の場合、あるいは福祉機器の適合を行う場合には相談業務も行っている。福祉機器センターは、情報提供と福祉機器の処方のための訓練を行い、人材を提供する。これらのセンターは別の重要な機能として、処方された福祉機器を給付する機能も有している。

聴覚センターおよび相当する施設は聴覚リハビリテーションを行う。そこでは、聴覚機能テスト、聴覚補助機器およびヒヤリング用具の試験、適合、処方、および用具使用者の訓練

を行う。聴覚センターは聴覚障害に関わる情報の提供も行う。

通訳センターおよび言語サービスセンターは、聾者および言語障害者のための通訳業務を担当する。翻訳センターはテキスト電話の処方をすることもある。

ロービジョンセンターは、視覚障害者のリハビリテーションを行う。この中には、福祉機器の必要性に関する検査と判定およびリハビリテーションの開始、読書や移動のしかたの教育を行う。

整形外科の診療所は、県の仕事を代行する。これらは、医師による義肢装具および整形靴の処方である。

ハビリテーションおよびリハビリテーションユニットは、先天性障害、主として身体障害あるいは重複障害のある青少年、成人の治療を行う。福祉機器は彼らの治療の一部を成し、ハビリテーションのプロセスの中で、作業療法士、理学療法士、言語聴覚士によって処方される。

肺クリニックや糖尿病ユニットなど、入院患者の介護に関わる病院においては、それぞれの領域の福祉機器に責任がある。

言語療法診療所では、発話・言語障害のある人々に福祉機器の処方を作成し、代替コミュニケーション訓練を行う。県によっては、コミュニケーションセンターを設置し、一層複雑なコミュニケーションを扱い、職員を訓練している。

高度なコンピュータ技術に基づく福祉機器の専門技術者が配置されている福祉機器センターあるいはコンピュータセンターを設置している県もある。

子供コンピュータセンター(Datateks)では、まだ読み書きの出来ない障害児が特別のコンピュータソフトウェアを使ってみる事が出来る。彼らはソフトウェアと制御用機器を借り出して、自宅のコンピュータで用いる事が出来る。

市町村レベル

市町村は在宅や市町村の施設などにおける高齢者・障害者の保健・医療サービスに責務がある。このことは、身体障害者をはじめとするリハビリテーションおよび福祉機器に対する責務も含まれる。市町村の中にはこの種の仕事に責任のあるOTやPTを採用しているリハビリテーションユニットを有するものも多く、そこでは福祉機器の処方と訓練を含み、またその需要予測といった作業を行っている。県の福祉機器センターと密接な協力関係がある。

特別施設のスタッフ、ホームヘルプスタッフあるいは親族が、処方された福祉機器が適切に利用されていることの確認作業を支援する。

多くの市町村には、ホームインストラクターがおり、視覚障害者、あるいは聴覚障害者を助け、彼らが福祉機器の使い方を実習するのを助け、より一層活発な社会参加を支援する。

看護師たちは医療担当の立場から、市町村保健医療サービス、並びにリハビリテーションと福祉機器の領域でサービスの質と安全にたいする責任をもつ。リハビリテーション医療に責任を有するスタッフを配置した市町村もある。

市町村は、在宅を可能にするために必要と判定された住宅改修に責務を有するが、その申請のためには作業療法士、医師あるいはこれと同等の医療職による証明書を必要とする。

処方の手順

福祉機器の処方は、保健医療サービス法に基づき、保健医療サービスのスタッフによって行われる。福祉機器の処方プロセスは、ハビリテーションあるいはリハビリテーションの一部分であり、特別なハビリテーション・リハビリテーションプランが必要である。このプランには福祉機器の処方、その評価の責任者、達成目標など解決策を含むプランが必要である。患者は可能な限りこの計画立案に参画しなければならない。

処方された福祉機器の70%ほどは65歳以上の老人に使われている。視覚補助機器、聴覚補助機器、装具が必要な場合には、患者はそれぞれロービジョンセンター、聴覚センター、補装具ワークショップに紹介される。このような施設で処方される視覚補助機器、聴覚補助機器、装具の数は非常に多く、県がこれらの福祉機器に責任をもつ。

福祉機器センターで処方される他の福祉機器（身体的障害、認知障害など）の処方に関しては、この責任は県と市町村とで分担する。福祉機器を処方する人——通常はOT、PT、ST、看護師であるが——は県あるいは市町村の職員であり、福祉機器はプライマリーヘルスケアサービスの中でスタッフにより直接処方される。処方担当者が機器に対する技能が不十分と自覚したときには福祉機器センターの福祉機器専門職員が相談にあたる。

ベンチレータやいびき防止のためのCPAP、吸入器などの福祉機器は、保健医療サービス法によって処方される。しかし、処方の手順は若干異なっており、病院の臨床医がこれらの福祉機器の処方とフォローアップに対して責任がある。

福祉機器の処方を行うのは、患者の必要度の評価に基づいて適合する製品を選定するスタッフである。彼らは、自分の属する自治体が決めた規則に即して適用可能な福祉機器の選定をおこなう。高価な福祉機器の場合には福祉機器の購入に先だって処方を承認するための公式の決定がしばしば必要とされる。

処方のプロセスは、対象となる福祉機器の分野や処方権限のある専門職の職種、保健福祉当局者に依存することはない。処方のプロセスは段階を追って進行するが、一人の同一スタッフがそのプロセス全体に一貫して関与することもできるし、一部分のみに関与することもできる。様々な段階、たとえばリハビリテーションプランの策定などにおけるそれぞれの責務を明確にしておくこと、一連のケア全体を通じて情報の転移が効率的に機能することが肝要である。

処方のプロセスは以下の段階を含む：

- ・ 支援の必要性の評価
- ・ 適切な用具を評価・適合・選択すること
- ・ 必要があれば、特別な場合の適合について指示書を作成する。
- ・ 訓練並びに情報提供の指示

- ・ フォローアップと福祉機器の機能、便益の評価

処方プロセスの各段階における詳細な情報はスウェーデン障害研究所刊行の“障害者のための福祉機器の処方プロセス”に詳述してある。なお、この文献はスウェーデン語のみである。

苦情申し立て

公式には、福祉機器の処方に対する法廷への提訴の権利は存在しない。保健医療サービス法は保健医療行政官庁に対する義務法であるが、患者の福祉機器に対する権利は書かれていない。決定に不服な者は、県あるいは市町村の担当責任者あるいは患者委員会に訴えることができる。

利用者の影響力

福祉機器の運用に関しては、利用者の役割が大きくかつ強力である。その参加と影響力は、様々な様相を呈する。個人として参加し影響力を行使することにより、自分自身の福祉機器の処方に参加し影響を与えることができる。ここでは、利用者がこのプロセスに適切に参加できる機会が本来的に利用者にも与えられているという事実が力点が置かれている。

利用者は障害者団体を通して影響を行使することもできる。福祉機器活動に関しては様々な連携の方法がある。県はコンサルテーション団体を束ね、障害者オンブスマンを組織している。そこでは、他の問題と共に、福祉機器問題に関して定期的に政治家や行政官と意見交換の機会を持っている。福祉機器センター、ロービジョンセンター、聴覚センターなど、福祉機器担当の各ユニットは、様々なグループ、利用者評議会などを設けて適切に問題提起が行われるよう取りはかっている。これらの組織は、単独であるいは福祉機器施策に関して、リハビリテーションと福祉機器に関連した様々なプロジェクトを行っている。

資金

福祉機器の費用は県と市町村が負担し、本来は利用者には無料になっている。責任の分担は組織と責任分担の条項に規定されている。利用者にも個別に課金される福祉機器もある。たとえば、整形靴、鬘、補聴器などである。また、車いすのタイヤ、電池などの消耗品の支払いも同様に利用者負担である。

就労用福祉機器は社会保険庁、スウェーデン雇用庁、雇用主が支払い、利用者には支払いを求めない。

政府の支援機能

スウェーデン障害研究所は福祉機器とアクセスに関する障害者のための知識センターである。障害研究所は障害者の完全参加と平等を実現するため、品質の良い福祉機器の保障、福祉機器の効率的な給付とアクセシブルな環境の実現を目指している。スウェーデン障害研究所は研究開発を鼓舞し、福祉機器の試験評価をおこない、知識と方法の開発、情報と訓練

を提供している。障害研究所のスポンサーは、スウェーデン政府、県連合体、市町村連合である。

障害研究所は

- ・ 福祉機器、福祉機器活動、障害者のためのアクセスの開発、改良のために活動する。
- ・ 知識と方法の開発に努め、保健経済の研究を行う。
- ・ 市町村、県、中央政府、障害者団体、企業その他の団体に福祉機器の専門的知識を提供するとともに協力体制を築く。
- ・ 新規技術を採用する研究を鼓舞するとともにデザイン・フォア・オールを促進する。
- ・ 福祉機器製造業者に協力して新規福祉機器の開発を支援する。
- ・ 安全な福祉機器の生産を目指して、試験と標準化に努力する。
- ・ 情報提供と知識および経験を普及し、福祉機器における全国規模ならびに国際的協力関係を構築する。
- ・ 公的保険当局者のために共同購入を推進し、高品質で安全な福祉機器を障害者に低価格で届けるとともに福祉機器の費用対効果を向上させる。

スウェーデン障害研究所は利用者向け、専門職向けの資料、書籍を発行している。H I D Aは機器データベースで、インターネットからアクセスでき、福祉機器の情報を提供する。障害研究所は、福祉機器と障害に関する限り北欧で最大の図書館を保有している。

若手研究者育成活用事業

脊椎損傷者の褥瘡リスクマネージメントに関する研究

ー生化学的アプローチによる研究ー

大床国世

国立身体障害者リハビリテーションセンター研究所

初めに

厚生労働科学研究（障害保健福祉総合研究事業）「脊椎損傷者の褥瘡リスクマネージメントに関する研究」に平成14年10月より参加し研究を行った。

研究目的

本研究は、褥瘡の発生初期に関与する生化学的なマーカーを見つけ、褥瘡を予防するためのリスクマネージメントの評価基準の一つとして用いることを目的としている。

褥瘡は痛みと密接な関係があり、痛みを感じなくなってしまう脊椎や頸髄損傷者、あるいは感覚が鈍くなっている寝たきりの老人等に多く見られる。このような車椅子の生活あるいは寝たきりの生活を強いられる人々にとって、褥瘡の発生はQOLを大幅に低下させる重大な問題である。そのため、褥瘡を予防するためのリスクマネージメントの確立が望まれている。その際、褥瘡ができる前にその発症を検知することができれば、リスクマネージメントの一環としてより質の高い予防が可能となると考えられる。

褥瘡の発生に関する従来の考え方によれば、皮膚に一定の圧迫が加わると、毛細血管等の血管が血流阻害を起こし、組織内に代謝産物を蓄積させ、皮膚細胞、筋肉細胞、骨膜細胞の壊死が起こるとされている。

褥瘡に関する研究は、圧迫による血流阻害に着目した医学的研究を中心として、圧力の分散と除去に着目した工学的研究などが行われている。特にこれまでの研究において、ウサギ等の動物を用いて褥瘡を発生させ、その発生機構を調べることが行われてきたが、褥瘡が視認できるようになる前にその発生を発見する方法の開発には至っていない。

そこで、褥瘡発生の原因となる皮膚圧迫時の虚血状態において、細胞レベルで多くの遺伝子が誘導されてくると考えられることから、これらの誘導される遺伝子は褥瘡発生のマーカーになりえると考えた。そこで、本研究ではヒト培養細胞系を用いて、細胞の虚血状態における一つの状況として、細胞の低酸素状態におかれた時に発現するタンパク質を調べ、これをマーカーとして褥瘡の初期段階を検出する方法を開発することを目的として研究を行っている。

細胞が低酸素状態におかれた場合に特異的に発現するタンパク質を調べるためには、通常の生育状態における発現タンパク質を知る必要がある。そこで昨年度の研究目的として、皮膚構成細胞の一つであるヒト繊維芽細胞培養株を用いた通常状態における発現タンパク質を調べることを目的とし、研究を行った。本年度はヒト繊維芽細胞株を用いて、低酸素状態における発現遺伝子を調べることを目的とし研究を行った。

研究方法

初めに培養細胞の仮想虚血状態をつくるための条件検討を行った。培養細胞をグルコースを含まない培養液に交換し、5%酸素濃度下に置くことで仮想虚血状態を誘導した。5%酸素濃度下設置後の時間経過に伴う細胞変化を観察し、初期のアポトーシスかネクローシスをおこし始める時間を調べた。そして、本研究では8割が初期のアポトーシスかネクローシスをおこし始める仮想虚血状態の培養細胞から total RNA を抽出し、完全長 cDNA ライブラリーを作製した。完全長 cDNA ライブラリーから単離した cDNA クローンの5'末端部分塩基配列を決定し、公開されている GenBank などのデータベースや本研究室で作製している他のヒト細胞由来の完全長 cDNA データベースを用いて取得配列の解析を行った。

研究結果

(1) 仮想虚血状態作製の条件検討

ヒト繊維芽細胞培養株 HT-1080 培養株を用いて、実験を行った。

HT-1080 株を 4 well 培養スライドに 2×10^5 Cells/well でまき、通常の培養状態（培養液 DMEM10%FBS 入り、CO₂ 気相濃度 5%、O₂ 気相濃度 22%）で 8 時間以上培養後、グルコースを含まない DMEM10%FBS 培養液に置換し、CO₂ 気相濃度 5%、O₂ 気相濃度 5%に移し、時間経過に伴うアポトーシス、ネクローシスの細胞変化を観察した。アポトーシス、ネクローシス検出には、Annexin V-FITC とヨウ化プロピジウム (SIGMA) を用いて標識し、蛍光観察を行った。また、O₂ 気相濃度 5%に変えたことによる液層の溶存酸素量を均一に変化させるために、40rpm で震とうし、経過観察を行った。

2~5 時間おきに蛍光観察を行った結果、およそ、42~50 時間で約 8 割の細胞がアポトーシス、ネクローシスを起こすことが確認できた (Fig. 1)。また、スライドチャンバー間で差がみられる (Fig. 1 C, D) ことから、Total RNA 回収時には虚血状態の確認が必要であると考えられた。

(2) cDNA ライブラリーの作製

仮想虚血状態における完全長 cDNA ライブラリーを作製した。上述した仮想虚血状態を誘導する条件下で、42 時間培養し、アポトーシス、ネクローシス検出による確認を行い、細胞から total RNA を抽出した。そして、total RNA から G-キャッピング法によって完全長 cDNA ライブラリーを作製した。完全長 cDNA ライブラリーは 2 つのロットの異なる Total RNA からそれぞれ作製し、HTb, HTc ライブラリーとした。合計 480 サンプルの cDNA クローンの 5'末端部分塩基配列を決定し、相同性解析を行った。

(3) 作製ライブラリーの完全長率

作製したライブラリーについて評価するために、無作為に選択した cDNA ライブラリークローンのインサートの有無を調べた。インサートを含むクローンについて、mRNA の転写開始領域を含む全長の mRNA に相当する cDNA 配列を完全長配列とし、削れている配列を非完全長配列として、5'末端部分塩基配列の解析を行った。その結果、Table. 1 に示すように、HTb ライブラリーではおよそ 80%が完全長の配列であり、HTc ライブラリーではおよそ 98%が完全長の配列であった。この二つのライブラリーの違いは、細胞から取得した RNA の質に依存

した結果であると考えられる。また、大量に解析を行う場合、HTc ライブラリーの方がライブラリー作製過程においても分解等の影響が無く、発現量や発現産物の種類等の比較をする場合において信頼性が高い事を示している。

(4) 取得配列の相同性解析による同定

HTb, HTc の2つのライブラリーから取得した277クローンの完全長cDNA配列を用いてデータベースによる相同性解析の結果、193種類に分けられた。また、データベース上の配列と一致しない新規配列(New sequence 1-3)を3種取得した(Table. 2)。

(5) ライブラリー間の発現遺伝子の比較

昨年度解析した通常状態における発現遺伝子と今回作製した虚血状態における発現遺伝子において比較を行った。これらの取得遺伝子で重複して発現していた種類は80種類であった。また、虚血状態における細胞から取得した発現遺伝子のうち3種類の新規遺伝子は通常状態における発現遺伝子では取得されていなかった。しかし、通常状態で発現していないことを証明するためには、新規遺伝子の全長を決定し、解析後、通常状態の細胞から取得したRNAを用いてRT-PCRを行う必要がある。取得した通常状態における発現遺伝子と虚血状態における発現遺伝子で重複していない虚血状態における発現遺伝子113クローンをTable. 2に示した。

考察並びに今後の方針

本研究では虚血状態において特異的に発現するタンパク質を調べるために、その比較対照として初めに通常培養状態における発現タンパク質を発現遺伝子から明らかにし、続いて虚血状態における発現遺伝子を明らかにする手法を用いた。

細胞の虚血状態への移行は、研究結果(1)で述べたように、グルコースの含まない培養液に交換後、低酸素条件下で行った。本研究では褥瘡の初期段階を検出するためのマーカーの探索が目的であるため、虚血状態での初期発現遺伝子の探索を行った。指標としてはアポトーシス初期過程にホスホジルセリンの膜内部表面から、外部表面へ移行する性質を利用して、Annexin Vによる抗体染色で行った。本研究で用いた虚血状態の細胞は初期アポトーシスシグナルが全体のおよそ70-80%ほどを占めた状態の細胞から作製した。このおよそ80%の初期アポトーシス状態が、本研究の褥瘡の初期段階を検出するためのマーカーの探索にとって最適であるかは、更に検討が必要であると考えられる。

作製したcDNAライブラリーは通常状態の細胞由来のHTaライブラリー、虚血状態の細胞由来のHTb, HTcライブラリーを作製した。研究結果(3)で述べたように、特にHTcライブラリーは虚血状態の細胞における発現遺伝子を網羅的に調べることが可能な完全長cDNAライブラリーであり、これまでに取得されていない新規遺伝子が多く取得する事が可能であると考えられる。また、機能未知の遺伝子配列においても、完全長であるのでタンパク質を生産して機能を調べることができ、特異的な遺伝子が新規遺伝子であっても機能解析が容易である。

本研究で行った発現遺伝子解析の結果、虚血状態の細胞由来のcDNAライブラリーから3種類の新規遺伝子を取得した。これらは、全くの新規遺伝子である可能性が高く、褥瘡初期

のマーカー候補であると考えている。これらの新規遺伝子が、虚血状態の特異的発現遺伝子であることを確認できれば、褥瘡初期のマーカーとなる可能性が高い。

また、本研究で得られた、その他の発現遺伝子情報は褥瘡のメカニズム並びに、予防薬を作製する上でも有効な遺伝子情報になりえると考えられる。しかし、褥瘡のメカニズム並びに、予防薬を作製するための発現遺伝子解析を行うためには詳細な解析が必要であり、本研究の結果は、各 cDNA 配列の重複数が全体的に低いことから十分な発現遺伝子数を解析したとは言えない。したがって、通常状態並びに虚血状態から作製した cDNA ライブラリーのさらなる解析を行う必要があると考えている。

虚血状態の細胞と通常状態

今後は、取得した新規遺伝子に関しては全長配列を決定し、RT-PCR の手法を用いて細胞特異的な発現遺伝子であることを確認し、細胞局在性やタンパク質の機能を明らかにすることで、褥瘡初期のマーカーとして使用可能か検討する。また、本研究で作製した完全長 cDNA ライブラリーは、更に解析を行うことで予防薬の探索を考慮に入れた解析を行って行く予定である。

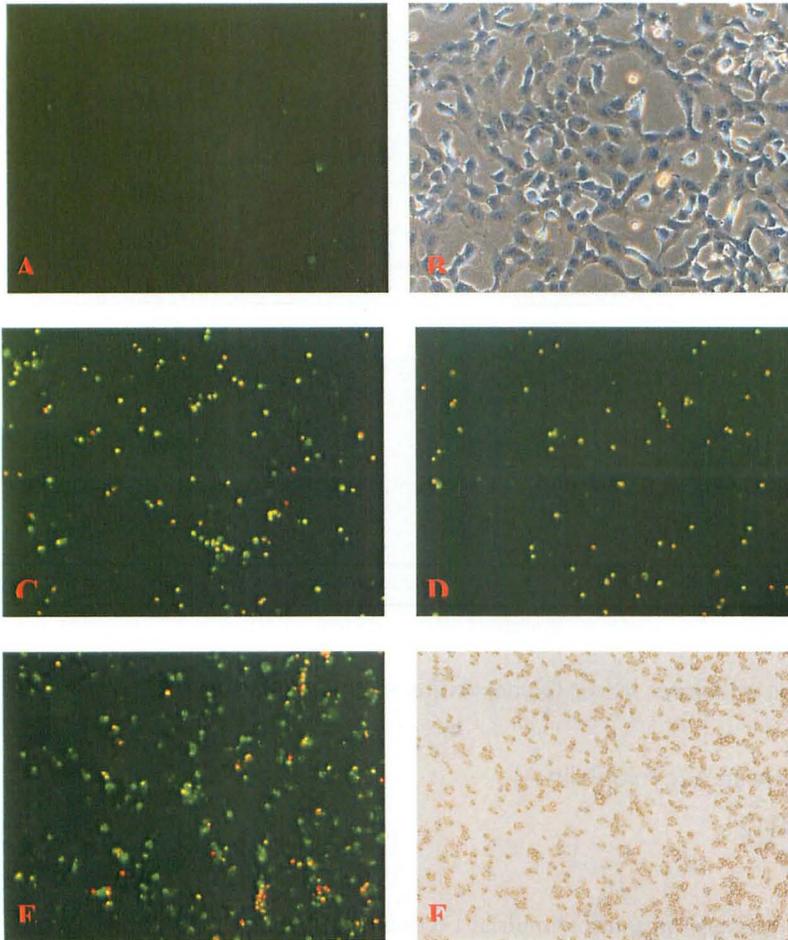


Fig. 1 細胞の仮想虚血状態作製の条件検討

HT-1080 培養細胞を、グルコースを含まないDMEM10%FBS 培養液に置換し、CO₂ 気相濃度5%、O₂ 気相濃度5%で、時間経過に伴う細胞変化を調べた。A, C, D, E, F は蛍光観察写真、B, F は位相差観察写真。Annexin V-FITC(緑), ヨウ化プロピジウム(PI) (橙) によって標識した。初期アポトーシス細胞 Annexin V(+), PI(-)、ネクローシス細胞 Annexin V (+) , PI (+) 、生細胞 Annexin V(-), PI(-)。 A. B.×200. 0h. C. ×100. 22h. D.×100. 24h. E. F.×100. 42h.

Table. 1 完全長 cDNA ライブラリーの解析

	HTb Lib.	HTc Lib.
Analysis	384	96
cDNA Insert	245	82
FL-length	197	80
FL-length%	80.4	97.5
Cluster	148	66
Singleton%	75.1	82.5
Novel genes	3	0

Table. 2 通常状態の発現遺伝子と重複していない虚血状態における 113 種類の発現
遺伝子

タンパク質名称	重複数
Ribosomal protein L32	4
Macrophage migration inhibitory factor (glycosylation-inhibiting factor)	2
Peptidylprolyl isomerase A (cyclophilin A)	2
Ribosomal protein S12	2
Unknown	2
ATP synthase, H ⁺ transporting, mitochondrial F0 complex, subunit e (ATP5I)	1
F-box and leucine-rich repeat protein 4 (FBXL4)	1
mRNA for hypothetical protein (ORF3, splice variant 14 c) located at the chromosomal breakpoint	1
ribosomal protein L28 (RPL28)	1
ribosomal protein, large P2 (RPLP2)	1
uncharacterized hematopoietic stem/progenitor cells protein MDS032	1
13kDa differentiation-associated protein (NADH: ubiquinone oxidoreductase)	1
actin related protein 2/3 complex, subunit 1B, 41kDa	1
Adenine phosphoribosyltransferase	1
Adenylyl cyclase-associated protein	1
Annexin A1	1

ASF1 anti-silencing function 1 homolog A (<i>S. cerevisiae</i>) (ASF1A)	1
ATP synthase, H ⁺ transporting, mitochondrial F1 complex, delta subunit	1
ATPase, H ⁺ transporting, lysosomal 16kDa	1
Beta-2-microglobulin	1
Calmodulin 1 (phosphorylase kinase, delta)	1
Calnexin	1
cDNA FLJ20610 fis, clone KAT05796, highly similar to U08191 Human R kappa B	1
cDNA FLJ25619 fis, clone STM02419, highly similar to TRANSCRIPTION FACTOR-LIKE PROTEIN MORF4	1
cDNA FLJ38591 fis, clone HEART1000151	1
cDNA FLJ39491 fis, clone PROST2015924, weakly similar to Homo sapiens Opa-interacting protein OIP2	1
Chaperonin containing TCP1, subunit 4 (delta)	1
clathrin, light polypeptide (Lca), transcript variant nonbrain	1
clone IMAGE:4812901	1
CTP synthase	1
dicarbonyl/L-xylulose reductase, mRNA	1
dipeptidylpeptidase 7 (DPP7)	1
DKFZP564J0123 protein (Similar to nuclear protein E3-3 orf1)	1
Eukaryotic translation initiation factor 4B	1
fatty-acid-Coenzyme A ligase, long-chain 3	1
FLJ23837	1
FLJ36999	1
GCN5 general control of amino-acid synthesis 5-like 2 (yeast)	1
H⁺-ATPase proteolipid protein PPA1	1
Hlark (RRM-type RNA-binding protein)	1
hnRNP D	1
Hypothetical protein CGI-204	1
Hypothetical protein FLJ10156	1
Hypothetical protein FLJ20400	1
Hypothetical protein FLJ31051	1
Hypothetical protein LOC285958	1
hypothetical protein MGC23401	1
Hypothetical protein N150-like	1
Hypothetical protein R30783_1	1

Hypothetical protein-like	1
Keratin 18	1
likely ortholog of mouse Mak3p homolog (<i>S. cerevisiae</i>)(MAK3P)	1
macrophage migration inhibitory factor (glycosylation-inhibiting factor)	1
Malate dehydrogenase 1, NAD (soluble)	1
MAP-1 protein (MAP-1)	1
Metallothionein 2A	1
Metallothionein 2A	1
MHC class I polypeptide-related sequence E (MICE) pseudogene on chromosome 6	1
MHC class III HSP70-1 gene	1
Mitochondrial ribosomal protein S21	1
Mitochondrial ribosomal protein S23	1
mitogen-activated protein kinase kinase 2 (MAP2K2)	1
mRNA; cDNA DKFZp686E2158 (from clone DKFZp686E2158)	1
NADH dehydrogenase (ubiquinone) 1 alpha subcomplex, 4, 9kDa	1
NADH dehydrogenase (ubiquinone) flavoprotein 3, 10kDa	1
New sequence. chromosome 14	1
New sequence. chromosome 17	1
New sequence. chromosome 5	1
NRAS-related gene	1
peptidylprolyl isomerase A (cyclophilin A)	1
peroxiredoxin 1, transcript variant 3	1
Phosphogluconate dehydrogenase	1
Phosphoglycerate dehydrogenase	1
PP1201 protein	1
Proteasome (prosome, macropain) subunit, beta type, 6	1
Prothymosin, alpha (gene sequence 28)	1
RAD21 homolog (<i>S. pombe</i>)	1
ras-related protein rab24-like	1
Ribosomal protein L22 (EB virus small RNAs associated protein)	1
Ribosomal protein L23	1
ribosomal protein L26 (RPL26)	1
Ribosomal protein L27	1
ribosomal protein L7 (RPL7)	1

Ribosomal protein S20	1
Ribosomal protein S25	1
Ribosomal protein S4, X-linked	1
Ribosomal protein S5	1
ribosomal protein S6	1
RuvB-like 2 (E. coli)	1
S100 calcium binding protein A6 (calyculin)	1
seven transmembrane domain orphan receptor	1
Siah-interacting protein	1
Signal recognition particle 9kDa	1
signal-induced proliferation-associated gene 1 (SIPA1), transcript variant 2	1
Small membrane protein 1	1
Sorcin	1
Splicing factor 3b, subunit 2, 145kD	1
stromal antigen 1	1
Thioredoxin	1
Thioredoxin reductase	1
transcription factor AP-2 gamma (activating enhancer binding protein 2 gamma) (TFAP2C)	1
Transketolase (Wernicke-Korsakoff syndrome)	1
Tropomyosin 3	1
truncated hypothetical protein AD034 mRNA, complete cds	1
Tumor-associated antigen L6-like	1
Tyrosine 3-monooxygenase/tryptophan 5-monooxygenase activation protein, beta polypeptide	1
ubiquinol-cytochrome c reductase, Rieske iron-sulfurpolypeptide 1 (UQCRFS1)	1
Ubiquitin B	1
ubiquitin-conjugating enzyme E2Q (putative)	1
UDP-galactose 4 epimerase	1
WD repeat domain 13 (WDR13)	1
zinc finger protein 232 (ZNF232)	1
zyxin (ZYX), mRNA	1

精神保健サービスの評価とモニタリングに関する研究

濱野 強

国立保健医療科学院 経営科学部 サービス評価室

初めに

厚生労働科学研究（障害保健福祉総合研究事業）「精神保健サービスの評価とモニタリングに関する研究」に平成 15 年 4 月より参加し研究を行った。

研究目的

本研究の目的は、精神保健医療福祉施策の評価と計画的推進に資するために、都道府県・指定都市の現状や施策の進捗状況を評価する指標の開発を行うとともに、都道府県・指定都市での比較可能な提示モデルを開発することである。

医療法の改正や障害者プランの策定など、よりよい保健医療福祉のために制度や計画は急速に変化している。精神保健医療福祉領域においても、入院医療主体から地域での保健医療福祉を中心としたあり方への転換が図られている。このような時期に、変化の実態やあるべき姿、精神保健医療福祉施策の進捗状況の地域差など、精神保健サービスおよびその施策を評価する仕組みや方法を開発することは重要な研究テーマのひとつといえることができる。

この課題については、厚生労働省社会保障審議会障害者部会精神保健分会が平成 14 年 12 月に公表した総合計画（「今後の精神保健医療福祉施策について」）においても、「精神保健医療福祉施策の評価と計画的推進」として提案されている。

そこで本年度は、平成 14 年度に開発したモニタリングの予備的モデルを各関係者に周知するとともに、モデルの改定を行った。具体的には、予備的モデルの都道府県・指定都市へのフィードバック調査、診療報酬上の精神科包括病棟の取得動向に関する調査、都道府県・指定都市別での提示モデルの開発を行った。

研究方法

本研究は、下記の 3 部から構成される。

1. 予備的モデルの都道府県・指定都市へのフィードバック調査

(1) 調査対象・方法

対象は、各都道府県、指定都市の精神保健担当課である。都道府県に対しては平成 15 年 8 月、指定都市に対しては平成 15 年 9 月に調査票を郵送し、回収は FAX または郵送にて実施した。調査票は、各都道府県・指定都市の基本方針や基本的な考え方、行政活動の評価システムの有無、当事者の参画組織の有無、予備的モデルの有効性に関する項目、から構成されている。

都道府県からの回収率は 74.5%、指定都市からの回収率は 100%であった(H16.2 現在)。

2. 診療報酬上の精神科包括病棟の取得動向に関する調査

(1) 調査対象

精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神療養病棟入院料、児童・思春期精神科入院医療管理加算については、地方社会保険事務局（47局）を対象とした。老人性痴呆疾患治療病棟入院料、重度痴呆患者入院治療料、老人性痴呆疾患療養病棟入院料については、都道府県庁（47庁）を対象とした。

(2) 調査方法

平成15年5月に調査票を郵送し、回収はFAXまたは郵送にて実施した。調査票は、調査対象である地方社会保険事務局、都道府県庁に診療報酬上の精神科包括病棟の届出を行っている保険医療機関名、算定開始年月日、病床数から構成されている。

都道府県庁からの回答率は100%、地方社会保険事務局からの回答率は80.9%（38局）であった。回答が得られなかった地方社会保険事務局（9局）については行政文書開示請求を実施し、最終的にすべての地方社会保険事務局から回答を得た。

(3) 分析方法

精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、児童・思春期精神科入院医療管理加算を「精神科急性期病棟」、精神療養病棟入院料を「精神療養病棟」、老人性痴呆疾患治療病棟入院料、重度痴呆患者入院治療料、老人性痴呆疾患療養病棟入院料を「老人性痴呆疾患専門病棟」に分類し、各病棟において病床数と取得動向の分析を行った。

病床数の分析は、地方社会保険事務局、都道府県庁から得られた調査結果について単純集約を行った。取得動向の分析は、調査から得られた算定開始年月日と病床数を用いて回帰分析を行い、1ヵ月あたりの病床増加数（以下、病床増加数）を算出した。なお、回帰分析は次に示す回帰方程式を用いた。

$$y=ax+b \quad (y: \text{病床数}, x: \text{算定開始年月日}, a: \text{病床増加数}, b: \text{切片})$$

3. 都道府県・指定都市別での提示モデルの開発

(1) 調査対象・方法

対象は、既存資料および既に全国的に実施された調査のデータである。提示方法は、中央値を基準としてその達成状況を中央値からの隔たりを標準化し、グラフ化した。中央値からの隔たりの標準化には、以下の4種類の公式を用いた。

数値が大きいほうが好ましい指標については、①、②の式を用いた。

①中央値を上回っている場合

$$y = (X_3 - X) / (X_1 - X) \times 100 \quad (y: \text{標準値}(\%), X: \text{中央値}, X_1: \text{最大値}, X_3: \text{実測値})$$

②中央値を下回っている場合

$$y = -(X_4 - X) / (X_2 - X) \times 100 \quad (y: \text{標準値}(\%), X: \text{中央値}, X_2: \text{最小値}, X_4: \text{実測値})$$

数値が小さいほうが好ましい下記の指標については、③、④の式を用いた。

③中央値を上回っている場合

$$y = -(X_3 - X) / (X_1 - X) \times 100 \quad (y: \text{標準値}(\%), X: \text{中央値}, X_1: \text{最大値}, X_3: \text{実測値})$$

④中央値を下回っている場合

$$y = (X_4 - X) / (X_2 - X) \times 100 \quad (y: \text{標準値}(\%), X: \text{中央値}, X_2: \text{最小値}, X_4: \text{実測値})$$

研究結果ならびに考察

1. 予備的モデルの都道府県・指定都市へのフィードバック調査

(1) 各都道府県・指定都市の基本方針や基本的な考え方

各都道府県・指定都市の基本方針や基本的な考え方については、それぞれの地域特性が反映されていた（巻末資料 1 を参照）。我が国の精神保健医療福祉施策が、入院医療主体から地域における保健・医療・福祉へと転換が行なわれている中で、各都道府県・指定都市もその流れに応じた方向性を示していることが明らかとなった。

(2) 行政活動における評価システムについて

①行政活動の体系的な評価システムの有無

都道府県においては 71.4%、指定都市においては 53.8%が行政活動について体系的な評価を行っていることが明らかとなった（図 1、2）。

2000 年 4 月の地方分権一括法の施行により、地方自治体には主体的な政策形成が求められている中で、評価システムは行政活動を効果的・効率的に進めるためのツールの一つとして活用されていることが考えられた。

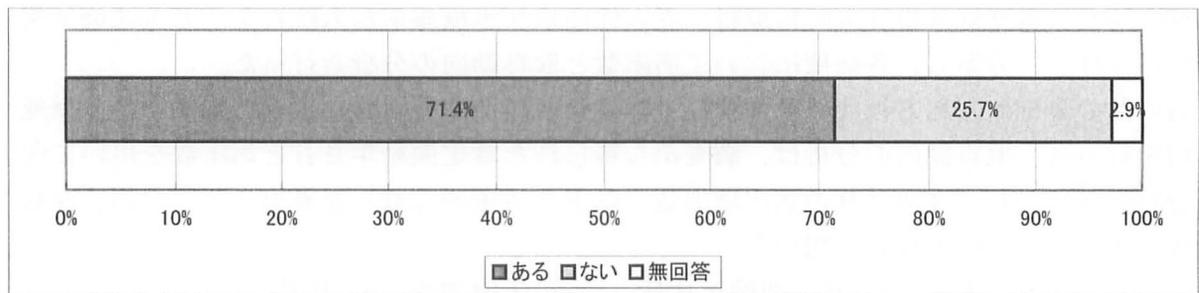


図 1 都道府県における行政活動の体系的な評価システムの有無 (n=35)

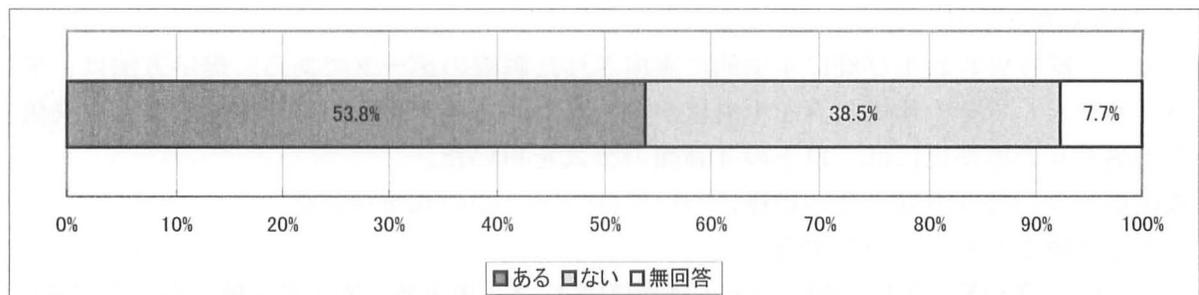


図 2 指定都市における行政活動の体系的な評価システムの有無 (n=13)

②精神保健医療福祉領域の体系的な評価システムの有無

都道府県においては 22.9%、都道府県においては 15.4%が精神保健医療福祉領域においても、体系的な評価を行っていることが明らかとなった（図 3、4）。

近年、行政側の視点だけではなく行政サービスの受け手側の視点からの評価が求められている。しかし、本調査で得られた事務事業評価調書について分析を行ったところ、多くの都道府県ではアウトプット指標を用いた評価が中心であることが明らかとなった。平成 14 年度に開発した予備的モデルにおいても、インプット、アウトプット指標を

中心とした構成であり、今後はアウトカム指標の開発も行っていく必要があると考える。

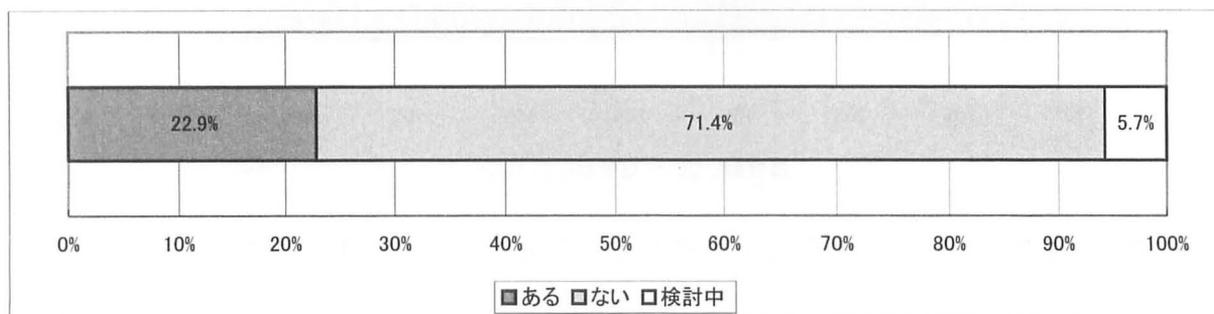


図3 都道府県における精神保健医療福祉領域での行政活動の体系的な評価システムの有無 (n=35)

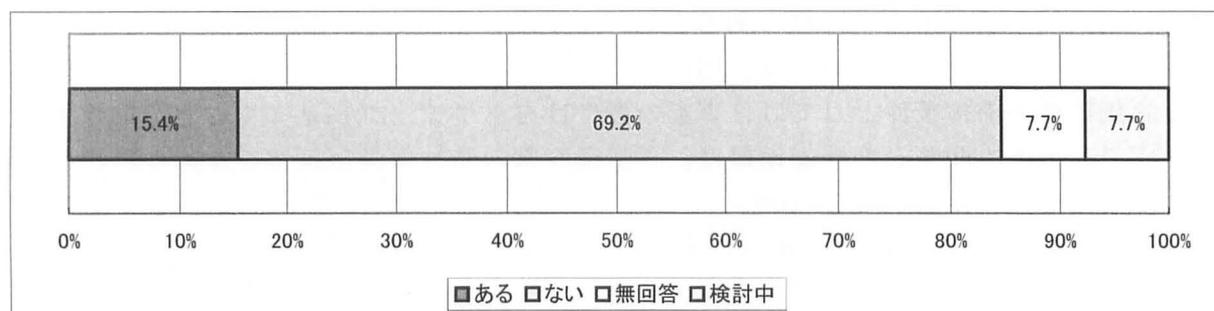


図4 指定都市における精神保健医療福祉領域での行政活動の体系的な評価システムの有無 (n=13)

(4) 当事者の参画組織の有無

都道府県レベルでは54.3%、指定都市レベルでは84.6%が精神保健医療福祉施策・事務事業の企画立案に当事者が参画していることが明らかとなった(図5、6)。

厚生労働省社会保障審議会障害者部会精神障害者分会が平成14年12月末に公表した「今後の精神保健医療福祉施策について」においても、都道府県・市町村における精神保健医療福祉施策の企画立案については、当事者を参画させることが提案されている。参画組織がない都道府県においても、当事者の意見を反映させる方法としてニーズ調査や満足度調査等を実施しており、徐々にではあるが、当事者の意見が行政に反映される仕組みが整備されていることが伺えた。

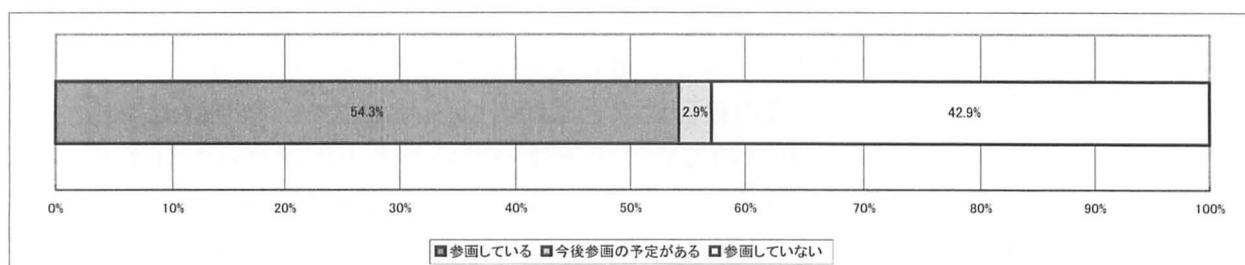


図5 都道府県レベルでの施策・事務事業の企画立案への当事者の参画 (n=35)

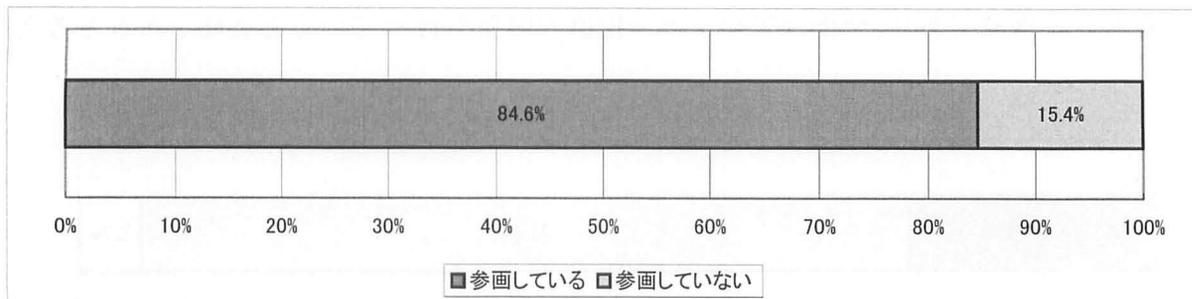


図 6 指定都市レベルでの施策・事務事業の企画立案への当事者の参画 (n=13)

(5) 予備的モデルの有効性に関する項目

平成 14 年度に開発したモニタリングの予備的モデルの有効性を検討するため、各都道府県に対し下記の 7 項目の質問を行った。

① この指標は、「客観的な」指標であると思いますか。

評価が一定の水準を保つためには、指標が客観的であることが求められる。客観性を確保する評価指標の前提条件としては、事実の裏付けをもつデータに基づくことが重要である。平成 14 年度に開発した評価指標は、各都道府県の精神保健医療福祉施策の現状を数量化するとともに、全国平均を 100 としてその達成状況について提示した。「とてもそう思う」「ややそう思う」の合計は 8 割以上であり (図 7)、行政活動についてその実績や現状を数量化した評価指標の提案について、一定の理解を得ることが出来たと考える。

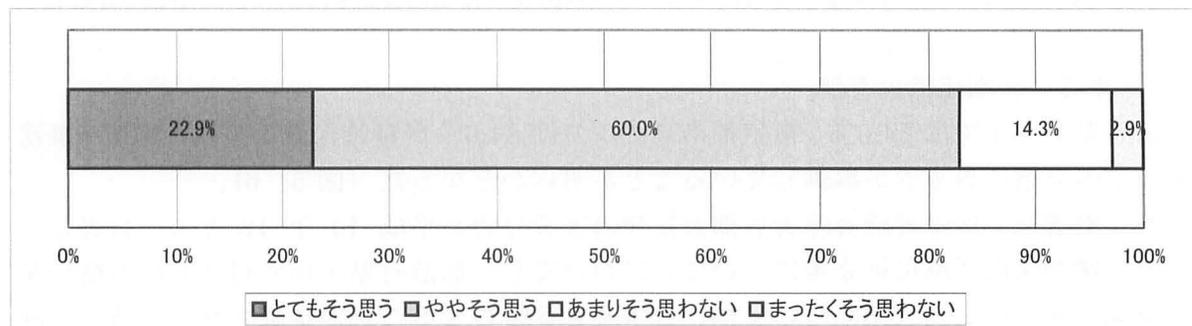


図 7 「客観的な」指標であると思いますか (n=35)

② この指標は、施策ならびに事務事業の評価を直接的に示している「妥当な」指標であると思いますか

平成 14 年度に開発した予備的モデルが、各都道府県における精神保健サービスを十分に示しているかについては、今年度の検討すべき課題のひとつである。その結果、「とてもそう思う」「ややそう思う」の合計は約 5 割にとどまっていることが示された (図 8)。この原因は本調査だけでは明らかにすることはできないが、各都道府県の担当者はより地域特性を考慮した指標の提示を求めているのかもしれない。例えば、社会復帰指標などは予算との関係もあり、整備充実は困難な現状にある。そのような中で、自らの自治体と他の自治体を数値により単純に比較することに抵抗を感じたのではないかと考える。今後、指標の更なる精緻化が必要であると考えられる。

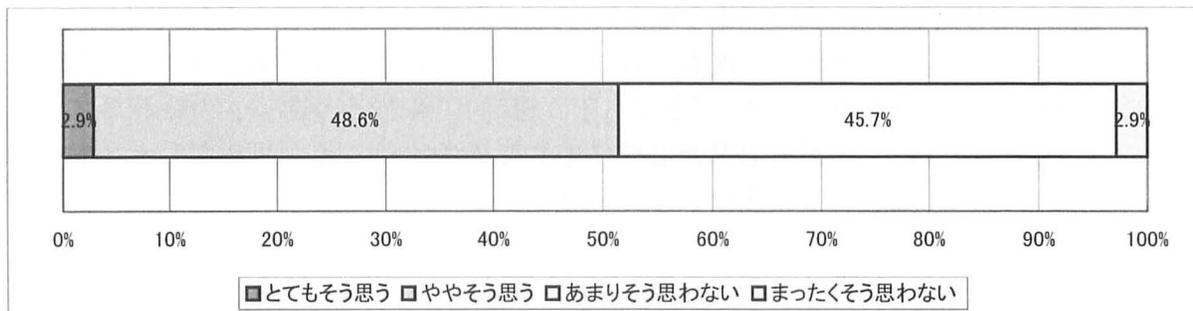


図8 施策ならびに事務事業の評価を直接的に示している「妥当な」指標であると思いますか (n=35)

③ この指標は、「施策ならびに事務事業計画策定に参考となる」指標であると思いますか
 都道府県ごとで比較可能な提示方法を開発したことにより、各都道府県の施策策定の担当者、自らの自治体の優れている点、改善すべき点を把握することが可能になったと考える。「とてもそう思う」「ややそう思う」の合計は7割以上であり(図9)、各都道府県がこれからの方向性を検討するうえで、都道府県ごとの提示方法は有効であったといえよう。今後は、都道府県・指定都市別の提示方法を検討していく必要があると考える。

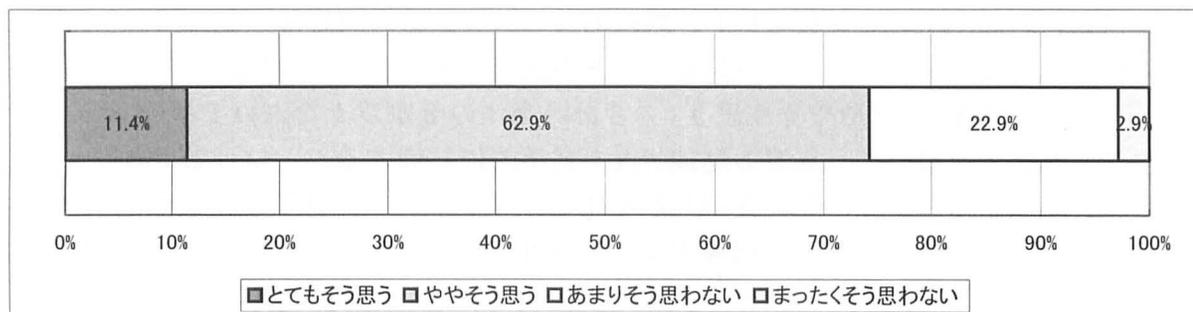


図9 「施策ならびに事務事業計画策定に参考となる」指標であると思いますか(n=35)

④ この指標は、「全ての関係者(当事者も含む)が合意する」指標であると思いますか
 精神保健医療福祉施策の評価においては、行政サービスの受け手である精神障害者にとのようなアウトカムがもたらされたかについて検討することが求められている。しかし、今回提示した指標の多くはアウトプット指標であり、「あまりそう思わない」が6割弱を占めた原因と考える(図10)。アウトカム指標の開発の必要性が示された結果である。

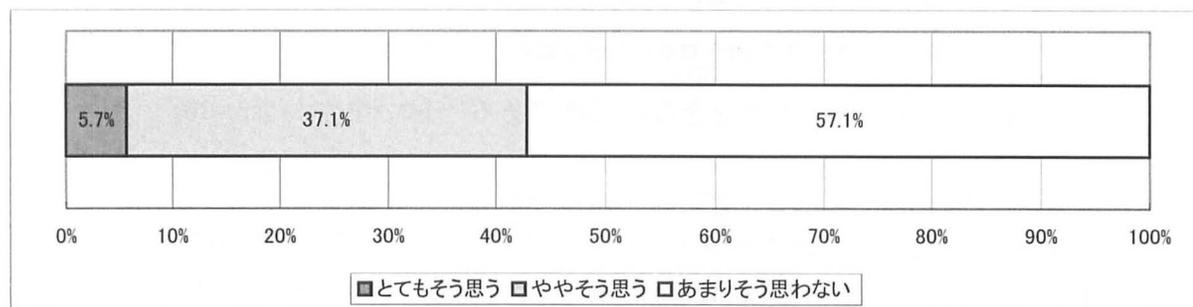


図10 「全ての関係者(当事者も含む)が合意する」指標であると思いますか (n=35)

⑤ この指標は、「必要な時に低コストで収集できる」指標であると思いますか

平成 14 年度に開発した指標は、既存の行政・事業報告および既の実施された調査データを用いて開発を行ったものである。「とてもそう思う」「ややそう思う」の合計が全体の 8 割を占めたが（図 11）、各都道府県が必要に応じて入手することが可能なデータであることを考慮すると、理解できる結果であるといえる。

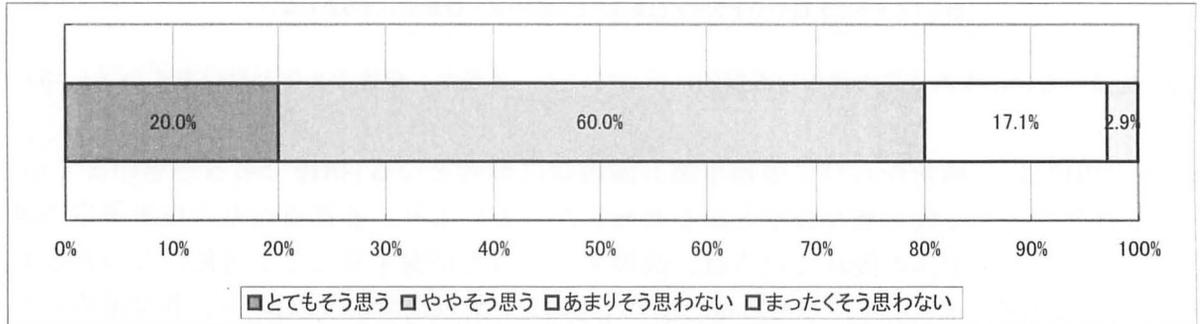


図 11 「必要な時に低コストで収集できる」指標であると思いますか (n=35)

⑥ この指標は、「継続的に入手できる」指標であると思いますか

行政活動の状況や実績値を数量化し、継続的にその実績値を目標値などの基準と比較することにより達成度を評価する、ベンチマーク手法を取り入れる行政機関が近年増加している。「とてもそう思う」「ややそう思う」の合計が全体の 8 割以上を占めており（図 12）、今回提示した指標を用いて、施策の進捗状況を経年的に評価することは可能であると考えられる。既に、三重県においては今回提示した指標の一部を用いて、事務事業の経年的な評価を行っている。今後は経年変化を把握することが可能な提示モデルの検討を行う必要があると考える。

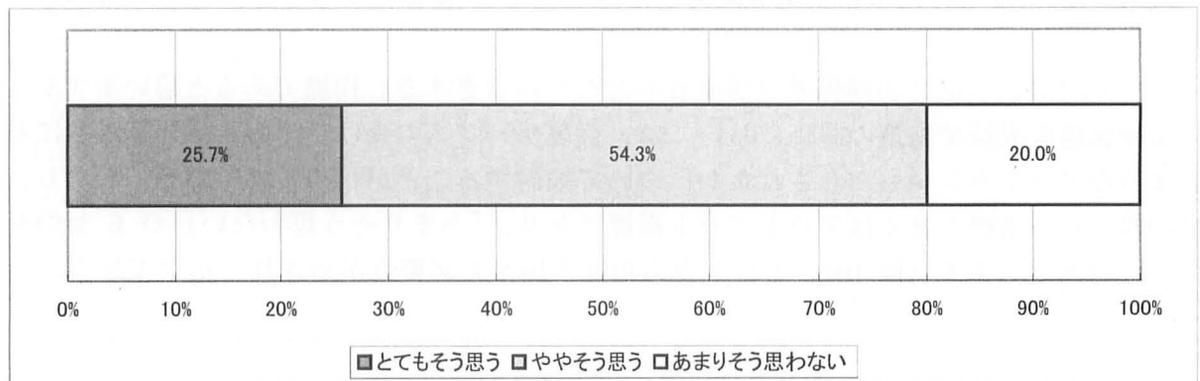


図 12 「継続的に入手できる」指標であると思いますか (n=35)

⑦ この指標は、総合的に考えて「適切な」指標であると思いますか

平成 14 年度に開発を行ったモニタリングの予備的モデルの妥当性を検討するため、各都道府県に対してフィードバック調査を行った。その結果、「とてもそう思う」「ややそう思う」が全体の約 7 割を占めており（図 13）、今回提示した予備的モデルについては一応の理解を得ることができたと考える。今後はアウトカム指標を中心とした新たな指標を開

発するとともに、都道府県・指定都市別での提示方法の検討を行う必要がある。

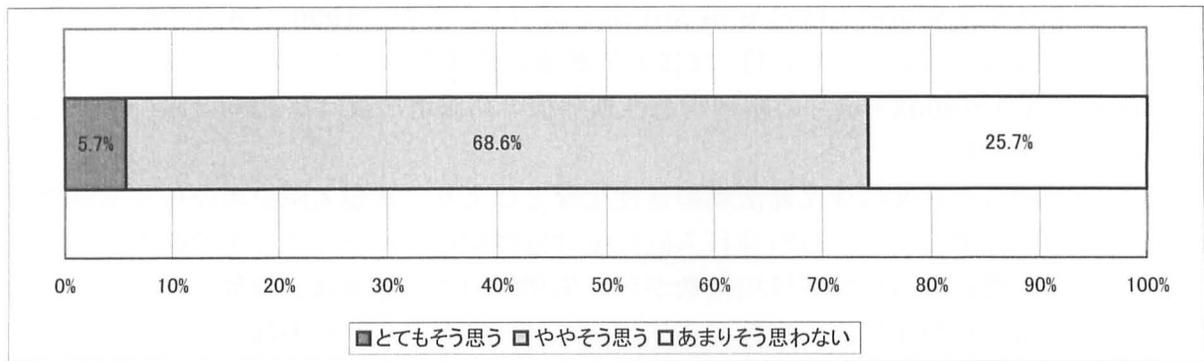


図 13 総合的に考えて「適切な」指標であると思いますか (n=35)

2. 診療報酬上の精神科包括病棟の取得動向に関する調査

(1) 精神科包括病棟について

平成 15 年 9 月現在、診療報酬上の精神科包括病棟の病床数は 111917 床であり、全精神病床の約 31.4%であることが示された。また、その内訳は、精神科急性期病棟は 6752 床、精神療養病棟は 76115 床、老人性痴呆疾患専門病棟は 29050 床であった(図 14)。

これまで診療報酬上の精神科包括病棟の現状については、一応の知見が得られている。しかし、取得動向の検討については不十分な現状にあり、本研究は現状と取得動向について全国調査を実施したわが国で初めての研究ということができる。

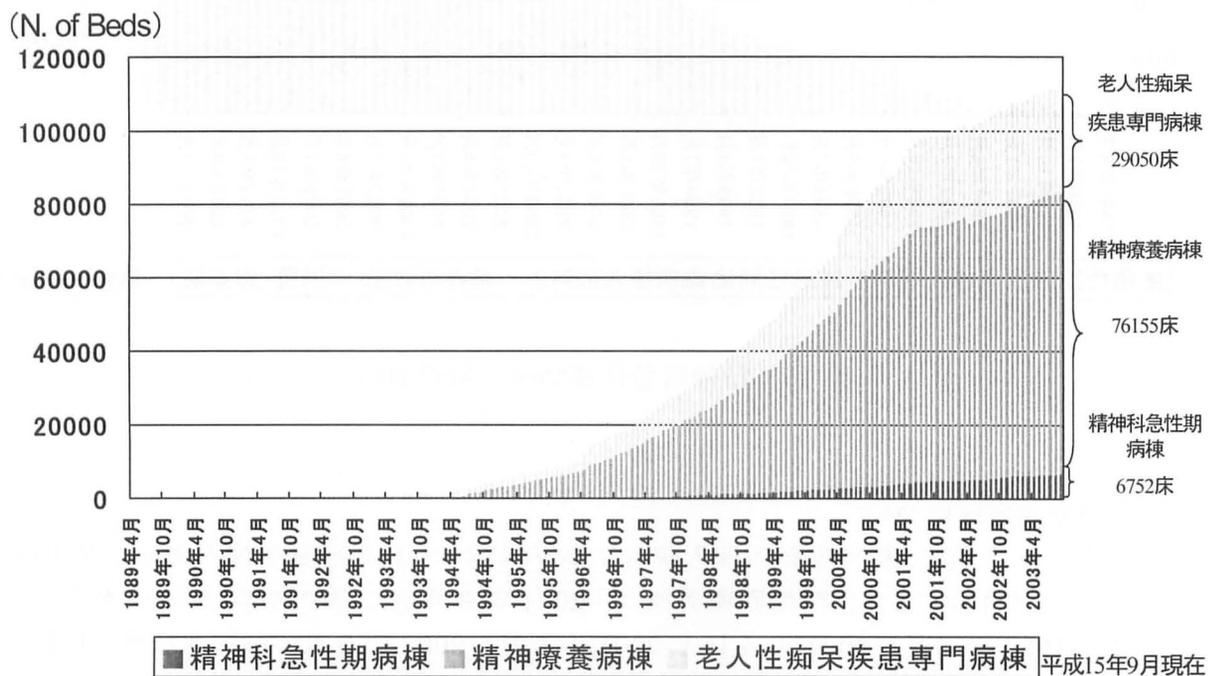


図 14 精神科包括病棟の取得動向

(2) 精神科急性期病棟について

平成 15 年 9 月現在、精神科救急入院料は 463 床、精神科急性期治療病棟入院料 1 が 5147 床、精神科急性期治療病棟入院料 2 が 561 床であった。また、1996 年 4 月に精神科急性期治療病棟入院料が新設されて以降、ほぼ毎年増加を続けていることが示された(図 15)。なお、1996 年 4 月～2003 年 9 月の精神科急性期病棟の病床増加数は毎月 84.4 床 ($r^2 = .985$, $p < .000$) であった。

医療技術の進歩や地域精神保健活動の活性化などにより、新規入院患者の在院期間の短縮化が進んでいる中で、今後の精神科入院医療は急性期化していくことが予測される。そのような中で、精神科急性期病棟病床数が年々増加傾向にあるのは、理解できる結果である。一方で、精神科急性期治療病棟の病床増加にピークが見られたのは非常に興味深い結果であり、今後も引き続き検討していく必要があると考える。

(N. of Beds)

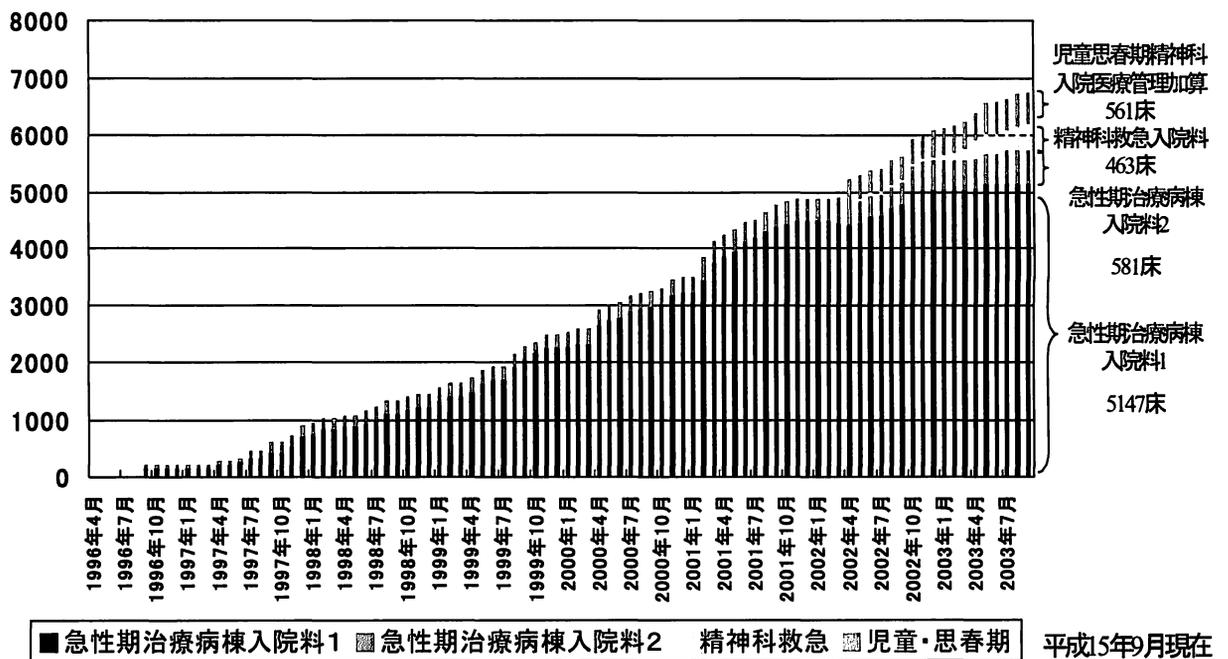


図 15 精神科急性期病棟の取得動向

(3) 精神療養病棟について

平成 15 年 9 月現在、精神療養病棟入院料 1 が 74478 床、精神療養病棟入院料 2 が 1677 床であった(図 16)。また、精神療養病棟は、2001 年 6 月頃に増加速度のピークが示された。なお、1994 年 4 月～2001 年 5 月と 2001 年 6 月～2003 年 9 月の病床増加数の比較においても、前者は毎月 779.1 床 ($r^2 = .947$, $p < .000$) 後者は約 0.4 倍の 286.4 床 ($r^2 = .937$, $p < .000$) であった。

本調査結果より、精神療養病棟は 2001 年 6 月頃に病床の増加速度にピークが示された。この理由は本調査だけでは明らかでないが、わが国の精神科医療が入院医療主体から地域

精神医療へとシフトしている中で、精神病院の構造にも変化が見られているのかもしれない。つまり、新規入院患者の入院期間の短縮化、地域ケア施策の推進に伴う長期入院患者の退院促進により、長期療養病棟のニーズが減少していることが考えられる。

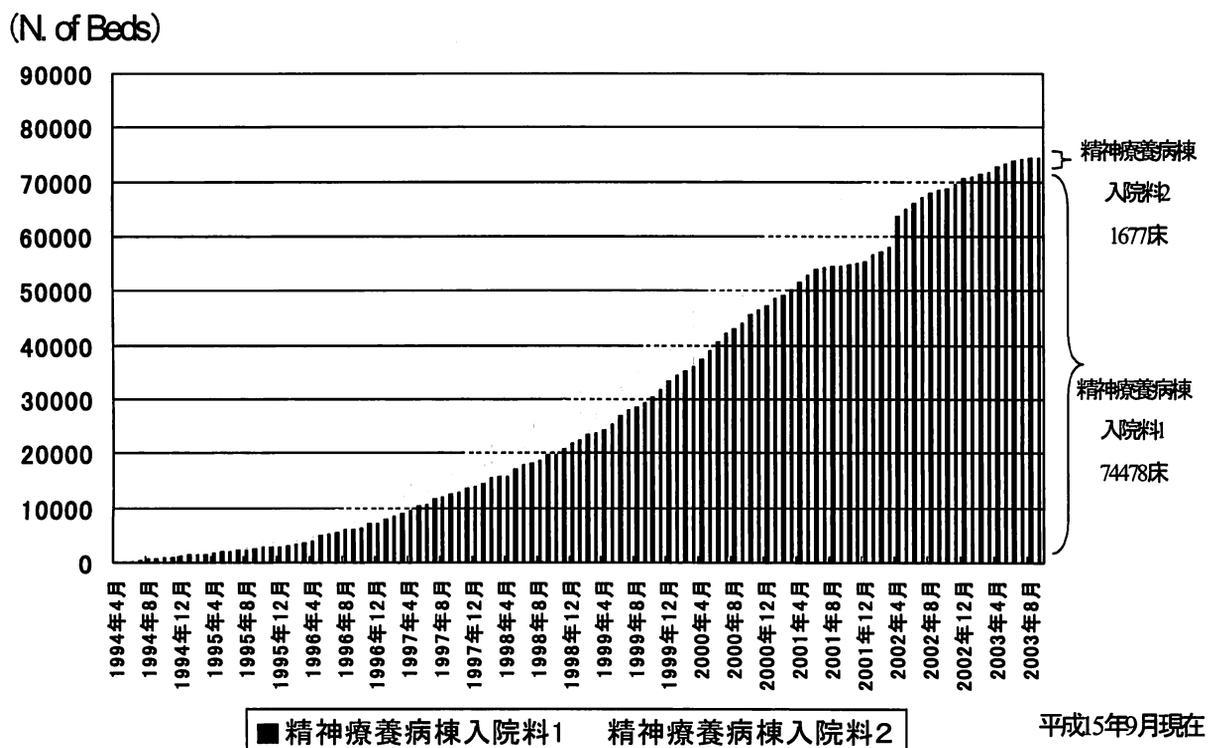


図 16 精神療養病棟の取得動向

(4) 老人性痴呆疾患専門病棟について

平成 15 年 9 月現在、老人性痴呆疾患治療病棟入院料は 9879 床、重度痴呆患者入院治療料は 1882 床、老人性痴呆疾患療養病棟入院料は 17289 床(医療保険適応病床は 12774 床、介護保険適応病床は 4515 床)であった(図 17)。また、介護保険が施行された 2000 年 4 月以降、各病棟においてはそれぞれ増加傾向にあることが示された。なお、老人性痴呆疾患治療病棟の病床増加数は 85.9 床 ($r^2=.991$, $p<.000$)、老人性痴呆疾患療養病棟(医療保険適応病床)は 137.2 床 ($r^2=.964$, $p<.000$)、老人性痴呆疾患療養病棟(介護保険適応病床)は 35.1 床であった ($r^2=.952$, $p<.000$)。

老人性痴呆疾患専門病棟の各病棟がそれぞれ増加傾向にあることは、入院患者の高齢化や痴呆性高齢者の増加が指摘されていることを考えれば理解できる結果である。しかし、平成 14 年 4 月の診療報酬改定により、療養病棟については介護保険適応病床のみの新設が認められることとなった。したがって、病床の開設数は各市町村で策定される介護保険事業計画で規定されるため、今後、老人性痴呆疾患療養病棟の病床増加数は緩やかになることが考えられる。

(N. of Beds)

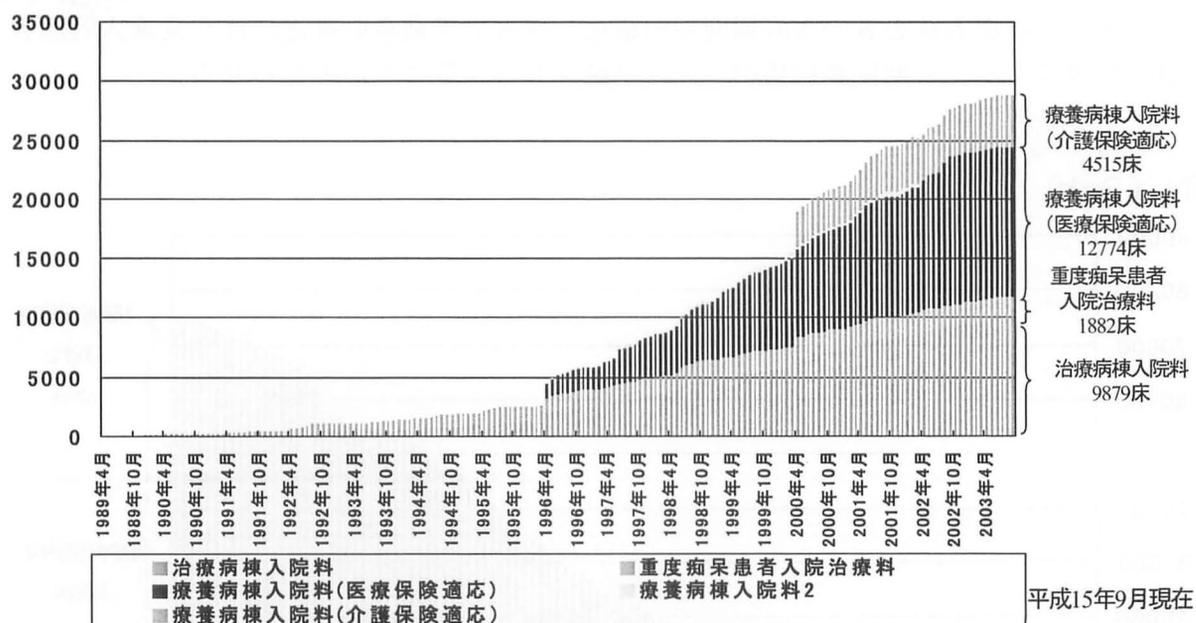


図 17 老人性痴呆疾専門病棟の取得動向

3. 都道府県・指定都市別での提示モデルの開発

議論の結果、指標は以下の 5 つの領域 34 指標が提案された。

(1) 外来指標

外来指標は、6 指標から構成されている。すなわち、障害者手帳交付数¹⁾、精神障害者通院医療費公費負担承認数¹⁾、精神及び行動の障害者数^{2,3)}、統合失調症患者数^{2,3)}、気分障害患者数^{2,3)}、デイケア実人数⁴⁾である。

(2) 入院・在院指標

入院指標は、12 指標から構成されている。すなわち、精神病床数⁴⁾、継続在院期間 5 年以上の割合⁴⁾、退院率⁴⁾、50%退院日数⁵⁾、退院後 90 日以内の再入院率⁴⁾、1 年以内の社会復帰率⁴⁾、1 年後残留率⁴⁾、在院患者数⁴⁾、非任意入院患者数⁴⁾、統合失調症在院患者数⁴⁾、気分障害在院患者数⁴⁾、痴呆在院患者数⁴⁾である。

(3) 社会復帰指標

社会復帰指標は、6 指標から構成されている。生活訓練施設⁶⁾、福祉ホーム A 型⁶⁾、福祉ホーム B 型⁶⁾、地域生活支援センター⁶⁾、通所授産施設⁶⁾、福祉工場⁶⁾である。

(4) 地域・行政関連指標

地域・行政関連指標は、8 指標から構成されている。精神保健被訪問指導延べ人数⁷⁾、精神保健被相談延べ人数⁷⁾、精神医療審査会⁸⁾、グループホーム事業実施市町村割合⁹⁾、ホームヘルプ事業実施市町村割合⁹⁾、ショートステイ事業実施市町村割合⁹⁾、精神衛生費¹⁰⁾、国民医療費¹¹⁾である。

(5) その他の指標

その他の指標は、2 指標から構成されている。すなわち、自殺者数¹¹⁾、生活保護医療扶助の入院に依存する割合¹³⁾である。

提示方法については、中央値を基準としてその達成状況を中央値からの隔たりを標準化して都道府県ごとにグラフ化した（巻末資料 2 を参照）。指定都市を有する県については、都道府県・指定都市・指定都市を除く都道府県の 3 種類の提示を行った。

まとめと今後の課題

本研究は、精神保健医療福祉施策の評価と計画的推進に資するために、平成 14 年度に開発した予備的モデルの都道府県・指定都市へのフィードバック調査、診療報酬上の精神科包括病棟の取得動向に関する調査、都道府県・指定都市別での提示モデルの開発を行った。

その結果、1) 平成 14 年度に開発した予備的モデルの妥当性については、各都道府県の関係者から一定の評価を得ることができた、2) 診療報酬上の精神科包括病棟は全精神病床の約 3 割を占めており、年々増加していることが示された、3) 今年度新たに開発したモニタリングの提示モデルは、5 領域 34 指標に集約され、また中央値を基準に標準化したグラフを開発することにより、都道府県・指定都市別で比較可能なモデルを提示することができた。

本研究の今後の課題は、1) 本年度開発したモデルの有用性の検討を行うこと、2) アウトカム指標の開発を行うこと、3) 都道府県ごとに目標値・実績等、およびその経年変化が理解しやすい提示モデルを開発すること、である。

参考資料

1. 厚生労働省大臣官房統計情報部編. 平成 13 年度衛生行政報告例、2003.
2. 厚生労働省大臣官房統計情報部. 平成 11 年患者調査、2001.
3. 藤田利治. 患者調査に基づく精神疾患の保健統計指標の年次推移（疫学関連指標の開発）. 平成 14 年度厚生労働科学研究報告書（岩崎榮主任研究者：精神保健サービスの評価とモニタリングに関する研究）、2003.
4. 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課・国立精神・神経センター精神保健研究所. 精神保健福祉資料（平成 13 年度 6 月 30 日調査の概要）、2003.
5. 伊藤弘人、馬屋原健. 統合失調症退院患者の再入院に関する分析（精神科入院医療関連指標の開発）. 平成 14 年度厚生労働科学研究報告書（岩崎榮主任研究者：精神保健サービスの評価とモニタリングに関する研究）、2003.
6. 精神保健福祉課調査（平成 15 年 4 月 1 日現在の状況）
7. 厚生労働省大臣官房統計情報部編. 平成 13 年地域保健・老人保健事業報告（地域保健編）、2003.
8. 山崎敏雄. 「人権擁護のための精神医療審査会の活性化に関する研究」平成 13 年度厚生労働科学研究報告書、2002.
9. 精神保健福祉課調査（平成 15 年 9 月 30 日現在の状況）
10. 朝日新聞社. 民力 2003、朝日新聞社、2003.
11. 厚生労働省大臣官房統計情報部編. 平成 13 年度国民医療費、2003
12. 厚生労働省大臣官房統計情報部編. 平成 13 年人口動態統計、2003.
13. 厚生労働省大臣官房統計情報部編. 平成 14 年度社会福祉行政業務報告（福祉行政報告例）、2003.

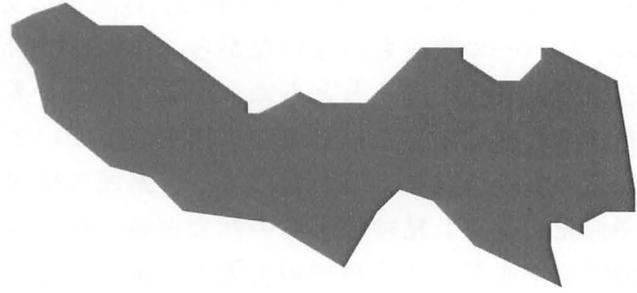
資料 1

各都道府県の基本方針や基本的な考え方（一部掲載）

- 精神保健福祉施策については、入院医療中心から地域における保健・医療・福祉を中心とした対策への移行を推進する。また、人権に配慮した精神医療を確保し、精神障害者の正しい理解を保証するとともに、精神障害者のための社会復帰施設の整備や社会適応訓練等の充足を図ることにより、社会復帰の支援に努める。さらには、ここ数年、高い率で推移している本県の自殺に対しては、自殺予防のための啓発事業等や調査研究等を内容とする「心のヘルスアップ事業」を行ない、自殺者減少に向けた取り組みを行っている。
- 精神障害者福祉の歴史は浅く、自立と社会参加を進める視点からも精神保健福祉サービスと、身体、知的障害者に対するサービスとの格差の解消が求められています。さらに、地域における生活支援体制等が不十分であるため、病状が安定し入院治療の必要はないが、入院を余儀なくされているいわゆる「社会的入院」の解消も急務となっていることから、精神科医療体制の整備とともに地域におけるサービス提供基盤の充実に取り組みます。
- 精神保健福祉は、精神医学の進歩やノーマライゼーションなどの理念の普及により、入院医療中心の施策から地域におけるケアを中心とした施策へという大きな流れの中で展開されてきており、人権に配慮した適正な医療の確保とともに、自立と社会参加の一層の促進が求められています。精神科病院には、いわゆる「社会的入院」が相当在院しており、このような方々の退院と社会復帰が大きな課題となっています。そのため、精神障害のある人が地域で安心して生活していけるよう、地域生活の支援や社会復帰施設の充実、適正な医療の確保、保健医療福祉関係者の育成などを推進し、保健・医療・福祉サービスが総合的に提供できる体制を整備していく必要があります。また、ストレス社会といわれる今日、県民のこころの健康の保持・増進がもためられており、ライフサイクルや生活の場における健康問題についての予防や早期対応を図っていく必要があります。これらの施策の推進については、平成 15 年度から始まる次期障害者プランに反映させて適切に対応していくこととします。
- 本県の精神保健医療福祉政策は、1.精神保健福祉対策、2.精神医療対策、3.社会復帰対策、4.在宅福祉対策の4つの柱を中心に実施している。従来は、保健所及び精神保健福祉センターが地域精神保健福祉業務の中心を担ってきたが、平成 14 年度から精神障害者の福祉サービスの提供が市町村を中心に行なわれるようになったことや、精神科救急医療システムが関係医療機関などの連携で体制整備が図られるなど保健・医療・福祉の地域ネットワーク化が進んでいる。県としても市町村への技術支援を積極的に行うことや、精神障害者の方々が地域で安心して生活できるようなサービスの整備に努めている。

- 精神保健福祉対策が「入院医療を中心の治療体制から地域におけるケアを中心とする体制へ」とシフトされてきている中で、地域生活支援の面においては、精神障害者のホームヘルパーの養成も行ないながら、市町村で居宅生活支援事業が広範に展開できるよう指導、支援を図るとともに、地域生活上の多様なニーズに対する市町村の取り組みを誘導し推進するため必要な支援を図っていきます。また、精神障害に関する正しい知識の普及啓発を行うことにより、県民の精神的健康の増進に努めるとともに、誤解や偏見を是正し精神障害者の社会復帰と社会参加を促進していきます。さらに、緊急の医療を必要とする精神障害者の保護を迅速かつ適性に行えるよう精神科救急医療システムの充実強化を図ります。地域生活支援の基盤となる社会復帰施設等については、平成 14 年度において改定を行った障害者プランに基づき、その整備の推進を図るとともに、重要な社会的資源として、施設の運営の充実とその有効な活用について指導、支援を行うこととします。
- 精神障害者に対しては、「入院医療主体から、地域保健、医療、福祉を中心としたあり方への転換」という大きな流れに沿って、精神障害者の人権に配慮した医療保護を確保すると共に、地域社会と連携した社会復帰の一層の促進を図る。
- 「入院中心の治療体制から地域におけるケア体制」という大きな流れに沿って、保健医療施策と社会復帰福祉施策の両面を持った精神保健福祉施策の一層の推進を図る。地域において安心して暮らせるように救急医療システムの充実を図ると共に、社会復帰促進・自立のための社会復帰施設、就労支援制度等の社会資源の整備を進めていく。また、精神障害者に対する正しい理解のための啓発を行う。
- 当県の精神保健医療福祉施策については、精神保健福祉法の数度にわたる法律改正により、精神障害者の人権に配慮した適性の医療の確保や、社会復帰の促進、精神障害の発生予防と精神障害者の福祉の増進に努めてきているところです。なお、平成 15 年には、全国に先駆けて県内 13 箇所の精神科病院のすべてにおいて「人権擁護委員会」が設置され、今まで以上に精神障害者の人権擁護が図られることが期待されます。
- 障害のある人だれもが人間として尊重され、自立でき、その持てる能力を発揮しながら、互いに支え合って生きていけるような、心豊かで人にやさしい温かみのある地域社会をつくりたいと考えます。そのため、障害の有無などにより人としての尊厳が侵されることなく、だれもが地域の一員として社会に参画し、相互のパートナーシップを築きつつ、みんなで生きていけるような県民風土づくりに取り組みます。また、充実した保健医療福祉サービスを提供し、いきいきとした健康福祉社会づくりを進めていきます。

東京都



人 口 12,138 千人
 面 積 2,187.05 k m²
 市 町 村 数 62

●上位指標（1位～3位）

外来指標 なし

入院・在院指標 退院率（3位），90日以内再入院率（3位）

社会復帰指標 なし

地域・行政関連指標 精神保健被相談延べ人数（2位），グループホーム事業実施市町村割合（2位），1人当たりの精神衛生費（2位）

その他の指標 なし

●下位指標（45位～47位）

外来指標 なし

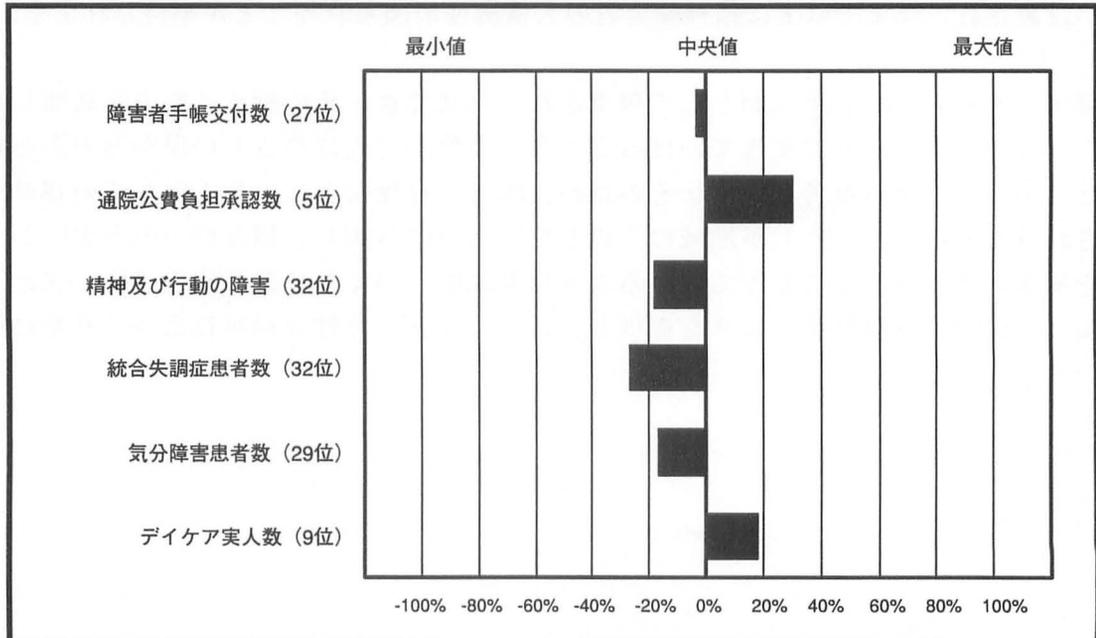
入院・在院指標 なし

社会復帰指標 生活訓練施設（45位）

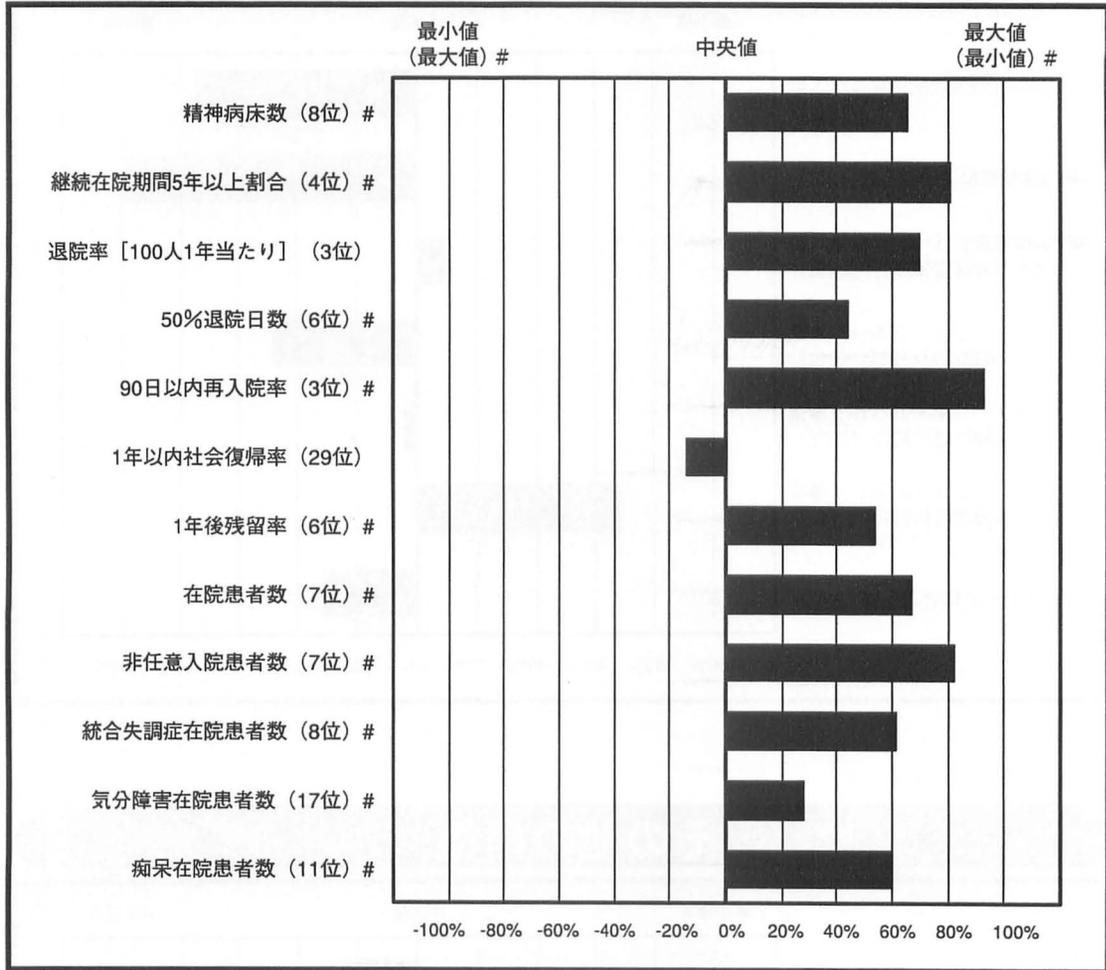
地域・行政関連指標 なし

その他の指標 なし

外 来 指 標

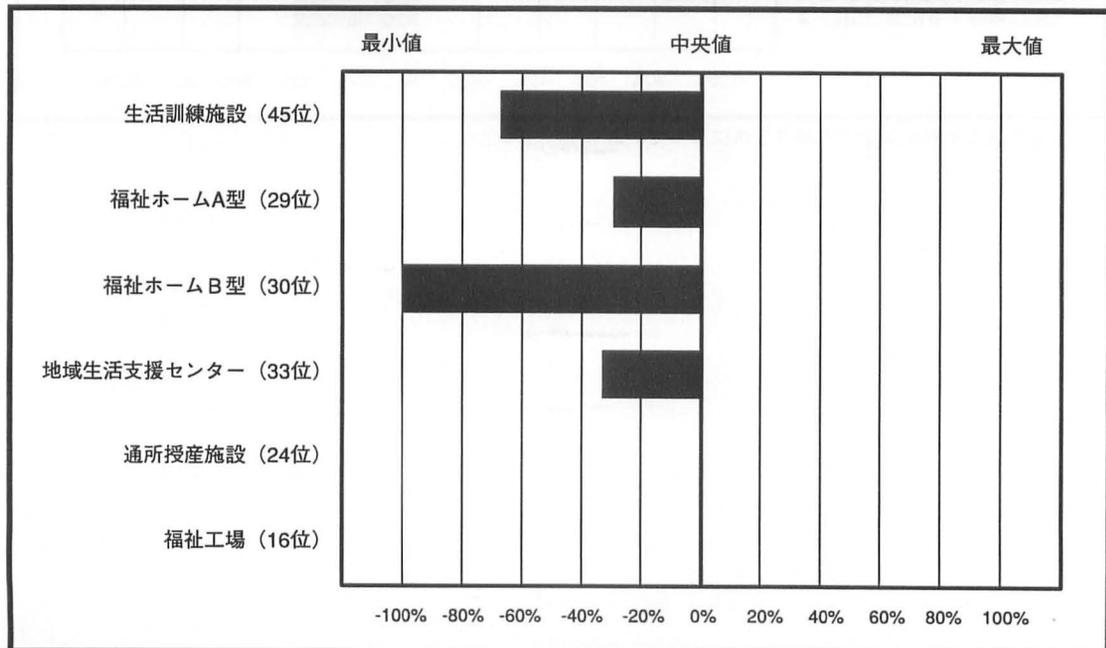


入院・在院指標

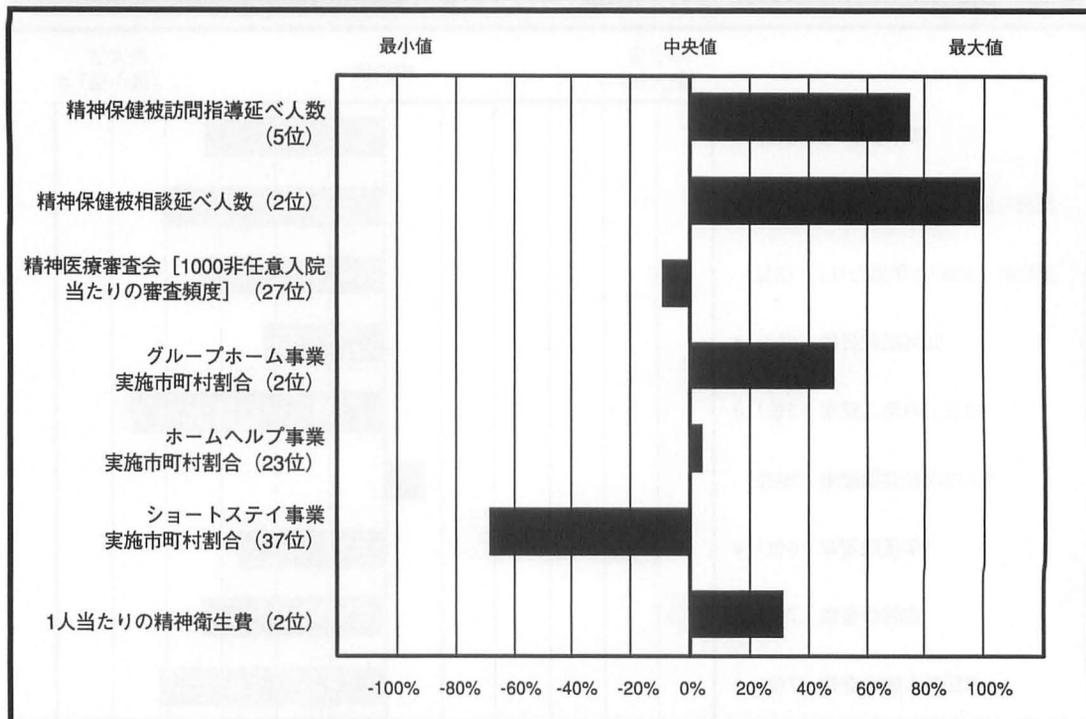


: 中央値より値が少ない方がプラスになっている

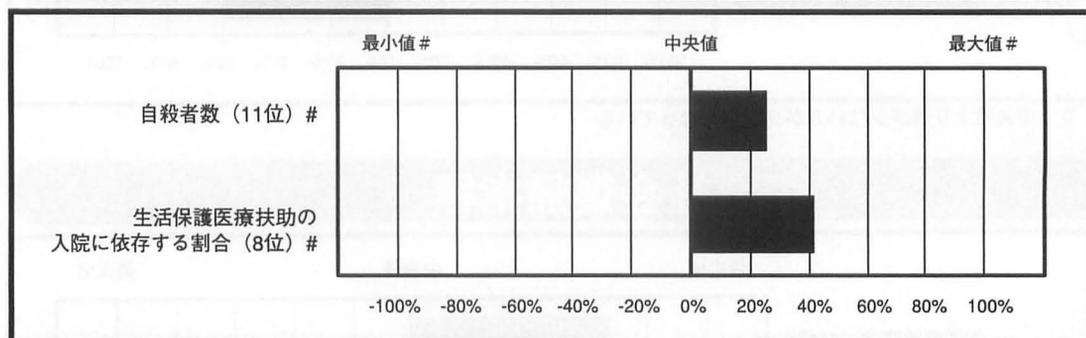
社会復帰指標



地域・行政関連指標



その他の指標



: 中央値より値が少ない方がプラスになっている

精神保健医療福祉の現況

指標名	項目	東京都	全国中央値	
外来指標	精神障害者手帳交付数（対万人）	17.9	18.2	
	精神障害者通院医療費公費負担承認数（対万人）	49.8	36.5	
	デイケア実人数（対万人）	6.8	4.2	
入院・在院指標	精神病床数（対万人）	21.2	30.3	
	継続在院期間5年以上の割合（％）	32.9	41.4	
	退院率〔100人1年当たり〕（人）	123.0	86.0	
	50％退院日数（日）	53.8	63.7	
	退院後90日以内の再入院率（％）	9.9	15.6	
	1年以内の社会復帰率（％）	72.3	73.8	
	1年後残留率（％）	10.3	14.1	
	在院患者数（対万人）	19.4	28.2	
	非任意入院患者数（対万人）	6.4	10.0	
	統合失調症在院患者数（対万人）	12.5	18.1	
	気分障害在院患者数（対万人）	1.59	1.82	
	痴呆在院患者数（対万人）	2.40	4.44	
社会復帰指標	生活訓練施設数（対100万人）	0.74	2.25	
	福祉ホームA型施設数（対100万人）	0.74	1.04	
	福祉ホームB型施設数（対100万人）	0	0.29	
	地域生活支援センター施設数（対100万人）	2.97	3.94	
	通所授産施設数（対100万人）	1.98	1.98	
	福祉工場数（対100万人）	0	0	
地域・行政 関連指標	精神保健被訪問指導延べ人数（対万人）	28.5	16.6	
	精神保健被相談延べ人数（対万人）	216.4	98.1	
	精神医療審査会（1000非任意入院当たりの審査頻度）	5.15	5.52	
	グループホーム事業実施市町村割合（％）	69.4	40.5	
	ホームヘルプ事業実施市町村割合（％）	61.3	59.7	
	ショートステイ事業実施市町村割合（％）	6.5	20.3	
	精神衛生費	地方財政歳出総額（百万円）	6,223,385	843,721
		精神衛生費（百万円）	23,234	1,962
		精神衛生費割合（％）	0.34	0.20
		1人当たり（円）	1,836.0	965.6
国民医療費 （精神及び 行動の障害）	入院（億円）	929.3	204.0	
	入院外（億円）	348.2	59.4	
その他の指標	自殺者数（対万人）	2.15	2.33	
	生活保護医療扶助の入院に依存する割合（％）	31.7	40.7	

機能的 MRI を用いた遂行機能障害検査法の生理学的検討

宮崎 真

国立身体障害者リハビリテーションセンター研究所

はじめに

本研究は、厚生労働科学研究（障害保健福祉総合研究事業）「医療から福祉までの連続性のある高次脳機能障害の標準的診断・評価方法の開発（15050601）」の一環として、平成 15 年 10 月 1 から平成 16 年 3 月 31 日まで行われたものである。

研究目的

高次脳機能障害のうち遂行機能障害は、多くの場合、交通事故等により前頭前野に損傷を受けることによりもたらされる。従来、遂行機能障害の診断は、神経心理学的検査と CT、MRI 等による解剖画像によりなされているが、これら二つの検査は、必ずしも一致した所見を示すとは限らない。日常生活や神経心理学的検査では障害を呈しているのにも関わらず、脳解剖画像では目立った損傷が認められないというケースがときとしてある。こういった場合、診断を受けた者の脳解剖画像に損傷が観察されないということから、その障害が認定されず、適切なリハビリテーションを受けたり、周囲の人々から適切な理解や対応を受ける機会を逸する危険がある。このような検査間の不一致が起こる原因は、明白である。解剖画像が示すのは脳の“構造”的損傷であり、神経心理学的検査が示すのは行動の“機能”的障害である。“構造”と“機能”、これら別次元の指標の間に不一致が起こる場合があることは当然といえる。こういった問題の解決法としては、機能的 MRI 等による脳“機能”画像測定の利用が有望であると考えられる。

本研究は、機能的 MRI（以降、fMRI）による脳機能マッピング技術を用いて、従来の神経心理学的障害検査を遂行中の脳活動特性を調べ、それら検査法を生理学的観点から整理・発展させていくことを目的とする。

本年度は、遂行機能障害を有する被験者を対象に「後出しジャンケン」検査遂行中の脳活動を fMRI によって測定し、それらを健常者の脳活動と比較することにより、(1) 後出しジャンケン検査によって検出されている障害に関連する脳部位を特定すること、(2) 遂行機能障害診断法としての fMRI 脳機能画像測定の有用性を検討すること、この 2 点を成果目標として研究を進めた。

方法

健常被験者：7 名（男性 6 名、女性 1 名、平均年齢 26.0 才）

遂行機能障害を有する被験者：2 名、被験者 A、および被験者 B

被験者 A. 20 才代後半男性、バイク事故による受傷から 3 年目、WAIS-R IQ 72 (V84、P60) MRI による T1 強調画像 (Fig1 中段) に示される様に、左右の前頭前野部に脳挫傷の痕跡が明らかに観察される。また脳室の著しい拡大が明らかである。

被験者 B. 50 才代前半男性、自動車被衝突事故による受傷から 7 ヶ月目、WAIS-R IQ 75 (V88、P64) この被験者の場合、MRI による T1 強調画像 (Fig1 下段) では、脳皮質部に明らかな

損傷を認めることができない。健常者の典型 (Fig1 上段) と比べると、脳室に拡大傾向が認められるが、この被験者の 50 才代という年齢から、加齢によるものと診断される範囲内といえる。

課題：被験者は後出しジャンケン課題を行った。ジャンケンを後出しで負けるように出すことは健常者でもなかなか難しいが、前頭前野損傷者ではその困難の程度が著しいことが報告されている (鹿島と加藤 1993)。本研究では、被験者は fMRI ガントリー内のモニターから投影される画像に応答し、後出しジャンケン課題を行った (Fig 2 参照)。モニター上のジャンケンジェスチャーは、2.4 秒に 1 回の頻度で提示され、それに応答して、できるだけ正確にかつ速やかにジャンケンポーズを右手で形成することが被験者に求められた。後出し「勝ち」ジャンケン条件では、被験者はモニターに提示されたジャンケンジェスチャーに対して、後出しで勝つようにジャンケン応答を行った。後出し「負け」ジャンケン条件では、被験者はモニターに提示されたジャンケンジェスチャーに対して、後出しで負けるようにジャンケン応答を行った。

測定：被験者の後出しジャンケンパフォーマンスは、検査者が被験者とともに fMRI 測定室内に入り、視認-記述記録した。ジャンケン課題遂行中の脳活動は、fMRI (TOSHIBA 社製、EXCELART PIANISSIMO) を用いて測定した (TR=3s、Slice Sickness=5mm)。1 スキャン中、30 秒間の休憩-30 秒間の課題遂行 (12 試行) という組み合わせ 4 回繰り返した。1 スキャン中は、「勝ち」あるいは、「負け」どちらか一方の条件のみを行った。

健常者については、それぞれの条件につき、2 スキャンずつの測定を行った。一方、障害を有する被験者 2 名は、それぞれに条件につき 1 スキャンずつの測定を行った。障害を有する被験者の場合、課題遂行のための注意を長い時間に渡って持続するのが難しく、苦痛を与えずに課題を行うには、各条件 1 スキャンずつ計 2 スキャンの測定が限度であった。分析：後出しジャンケンのパフォーマンスについては、検査者の記録をもとに、後出し勝ちジャンケン、および後出し負けジャンケンそれぞれの正応答率を算出した。fMRI 記録については、SPM99 (<http://www.fil.ion.ucl.ac.uk/spm/>) を用いて後出し勝ちジャンケンと後出し負けジャンケン遂行時の脳活動強度の差を検定した (有意閾値: $P < 0.001$ 、uncorrected for multiple comparisons)。

結果

Figure 3 に後出しジャンケンの正応答率を示した。健常者の場合、勝ちジャンケンに比べ、負け応答で正応答率が低い傾向を示すが、その差は 5%に満たない (Fig. 1 上段)。一方、遂行機能障害を有する被験者 A, B については、それぞれ勝ちジャンケンに比べ負けジャンケンで 50%, 30%以上の正応答率の低下を示した (Fig. 1 中段、下段)。これは鹿島と加藤 (1993) の報告に合致する結果である。

Figure 4 に勝ちジャンケン遂行時に比べ、負けジャンケン応答時で有意に活動が増大した脳部位を示した。上段の健常者平均では、左前頭前野の Brodmann's Area 10 野 (BA10) に相当する部位に有意な活動の増大が認められた。それに対し、遂行機能障害を有する被験者 A, B については、その左前頭前野に有意な活動増大が認められなかった。被験者 A は、健常者平均とは反対の右半球側に活動増大を示し。被験者 B については、有意な活動増大は脳全体のどこにも認められなかった。

考察

前頭前野に損傷を持つと、その一つの症状として、習慣的な行為や認知的傾向を抑制することが難しくなることが知られている。これは、「ステレオタイプの抑制に関する障害」と呼ばれる。前頭前野損傷者にみられる後出し負けジャンケンの著しい困難は、この「ステレオタイプの抑制に関する障害」を反映しているものとされている（鹿島と加藤 1993）。健常者の場合、後出し負けジャンケンを比較的正確に行うことができるが、そのためには、一定の努力を要する。この努力は、神経的負荷の表れのはずであり、関連脳部位の活動増大として表れるはずである。本研究で、健常被験者を対象に後出しジャンケン課題遂行中の脳活動を fMRI で測定したところ、勝ちジャンケンに比べ、負けジャンケンで左前頭前野の BA10 に相当する部位に有意な活動の増大が認められた。このことから、左前頭前野の BA10 が「ステレオタイプの抑制」の機能を担っていることが推定される。

前頭部への強打を被った結果、遂行機能障害を有するに至った二人の被験者 A, B を対象に同様の測定を行ったところ、著しい負けジャンケンの困難を示した。そして、被験者 A, B の後出しジャンケン課題遂行時の脳活動をみると、健常被験者に観察された負けジャンケン課題時での左前頭前野の活動増大が認められなかった。これらを総合すると、被験者 A, B は、「ステレオタイプの抑制」の機能を担う左前頭前野の活動に障害を持ち、それが後出し負けジャンケンの著しい困難へと結びついているものと考えられる。

被験者 A では、健常者平均とは反対に右前頭前野部に活動増大が観察された。Wisconsin Card Sorting test を巧妙に改定した課題を用いた研究で、右前頭前野内の多数の部位がエラーの検出・処理に関わっていることが報告されている（Konishi ら 2002）。今回、被験者 A は、後出し負けジャンケン条件では、60% 以上の誤応答を示した。さらに、この被験者は自分の誤応答を自覚し、「あれえ。おかしいなあ。分かっているけど間違ってしまう。」という内観報告を示していた。このことから、被験者 A に観察された右前頭前野の活動増大は、自己の誤応答に関連した活動であると考えられる。一方、被験者 B の場合には、右前頭前野にも活動増大はなかったわけであるが、この被験者 B は、被験者 A に比べれば、誤応答の数が少なく（誤応答率 30%程度）、自分の誤応答に対する自覚らしきを報告しなかった。このことから被験者 A の右前頭前野の活動増大が誤応答に関連しているという推測が支持されるものと考えられる。

以上の様に、「後出しジャンケン」検査によって検出されている障害（従来の神経心理学的分類によれば、「ステレオタイプの抑制に関する障害」）に関連する脳部位は、左前頭前野の BA10 であることが示された。また本研究で得た結果で注目すべきは、被験者 B の様に解剖画像上一見にして明らかな損傷部位を認めるに困難な場合でも、fMRI を用いることにより、関連脳部位の不活動という形で、脳活動障害を検出できることが確かめられたことである。この結果は、遂行障害診断法としての fMRI 測定の有用性を強く支持するものであり、「脳”機能”画像の利用による高次脳機能障害診断の発展の可能性を示すものである。

本研究の成果と展望

本研究は、遂行機能障害を有する被験者を対象に「後出しジャンケン」検査遂行中の脳活動を fMRI によって測定し、それを健常者の脳活動と比較することにより以下の様な成果を得た。

- (1) 後出しジャンケン検査によって検出されている障害に関連する脳部位が左前頭前野のBA10に相当する部位であることを示した。
- (2) 解剖画像上明らかな脳損傷を認めることが困難な被験者の場合でも、関連脳部位の不活動という形で、脳活動障害を検出できることを示した。これにより、遂行機能障害診断法としてのfMRI脳機能画像測定の有用性を確認した。

今後、以上の様な本研究で得た成果を発展させるために、以下の様な作業が必要であると考えられる。

- 〈1〉 健常被験者データの充実：本研究では、健常被験者平均を求めるにあたって、7名の被験者のデータを用いたが、より信頼性の高いデータを得るべく被験者の人数を増やしていきたい。
- 〈2〉 遂行機能障害を有する被験者のデータベースの充実：本研究では2名の被験者を対象に測定を行ったが、今後人数を増やし、症例と脳活動部位の対応の充実をはかりたい。現時点で注目すべきは、後出し負けジャンケンでは障害が顕れない遂行機能障害者の脳活動である。この様な被験者では、左前頭前野に有意な活動増大が起こるのかどうかを確かめたい。
- 〈3〉 他の神経心理学的検査法を用いた測定：後出しジャンケン以外の神経心理学的検査法についても同様の健常者と障害を有する者との脳活動比較を行い、それぞれの検査法が検出している障害に関連する脳活動部位を特定していきたい。この作業を進めていくことで、従来の神経心理学的検査法が生理学的妥当性をもって整理され、より精度・信頼性の高い検査法の開発の礎となることが期待される。

参考・引用文献

鹿島晴雄、加藤元一郎 (1993) 前頭機能検査 - 障害形式と評価法 -。 *神経進歩* 37、93-109.

Konishi S、Hayashi T、Uchida I、Kikyo H、Takahashi E、Miyachi Y (2002) Hemispheric asymmetry in human lateral prefrontal cortex during cognitive set shifting. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA.* 99、7803-7808.

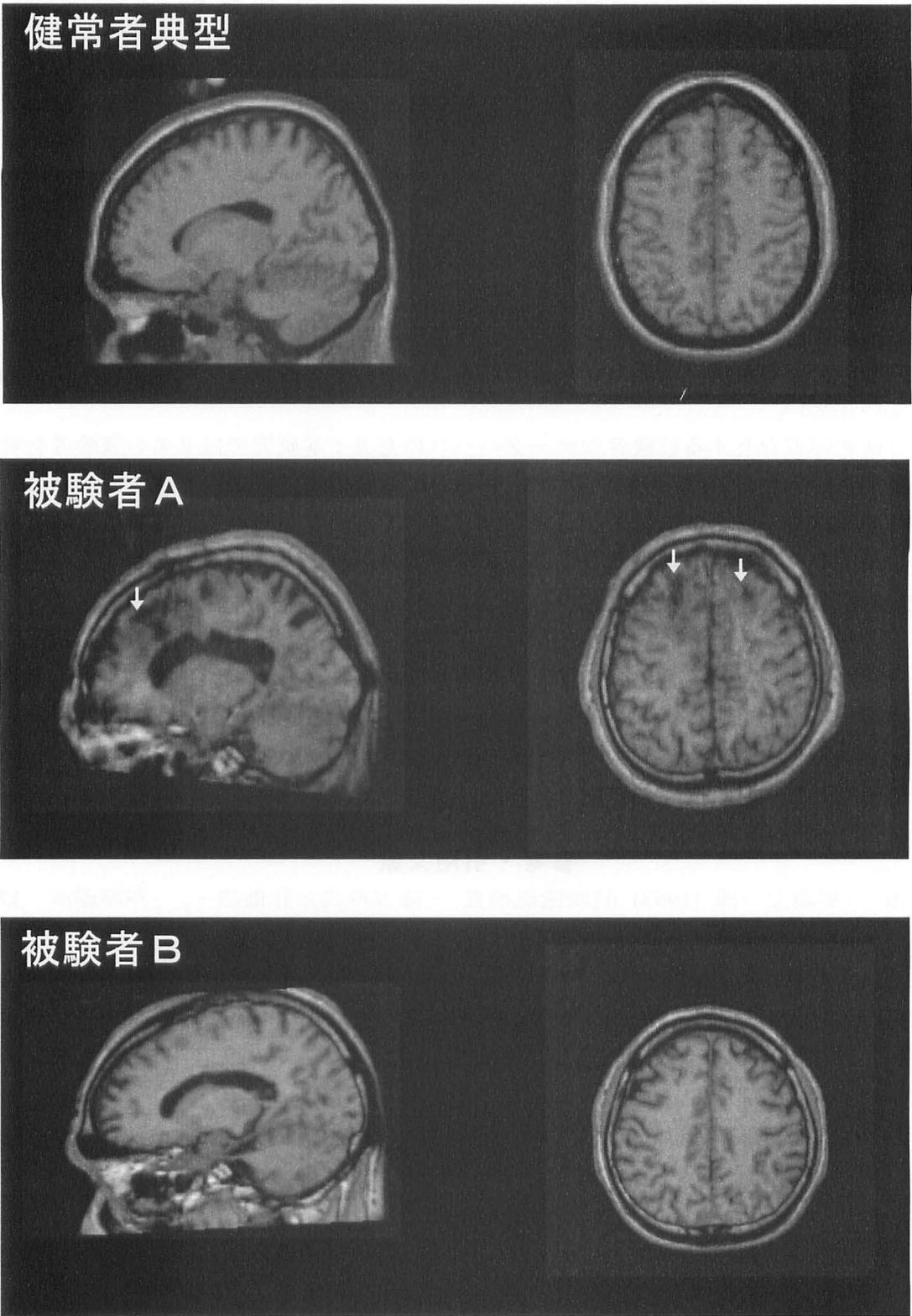
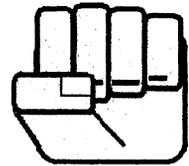
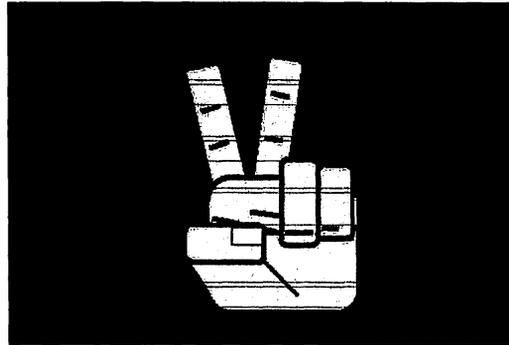


Fig. 1. T1 強調解剖画像; 健常者典型 (上)、 被験者 A (中)、 被験者 B (下).

[モニター表示]

[被験者応答]

後出し
勝ちジャンケン



後出し
負けジャンケン

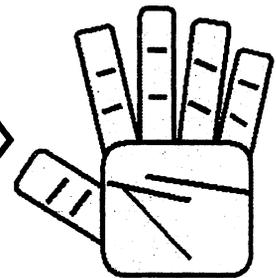
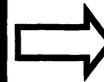
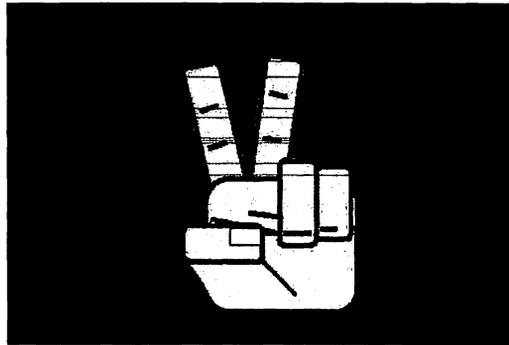


Fig. 2. 後出しジャンケン課題の模式図. 被験者はモニターに映し出されたジャンケン映像に応じて、後出しで、勝ち (上)、あるいは、負け (下) 応答を行う.

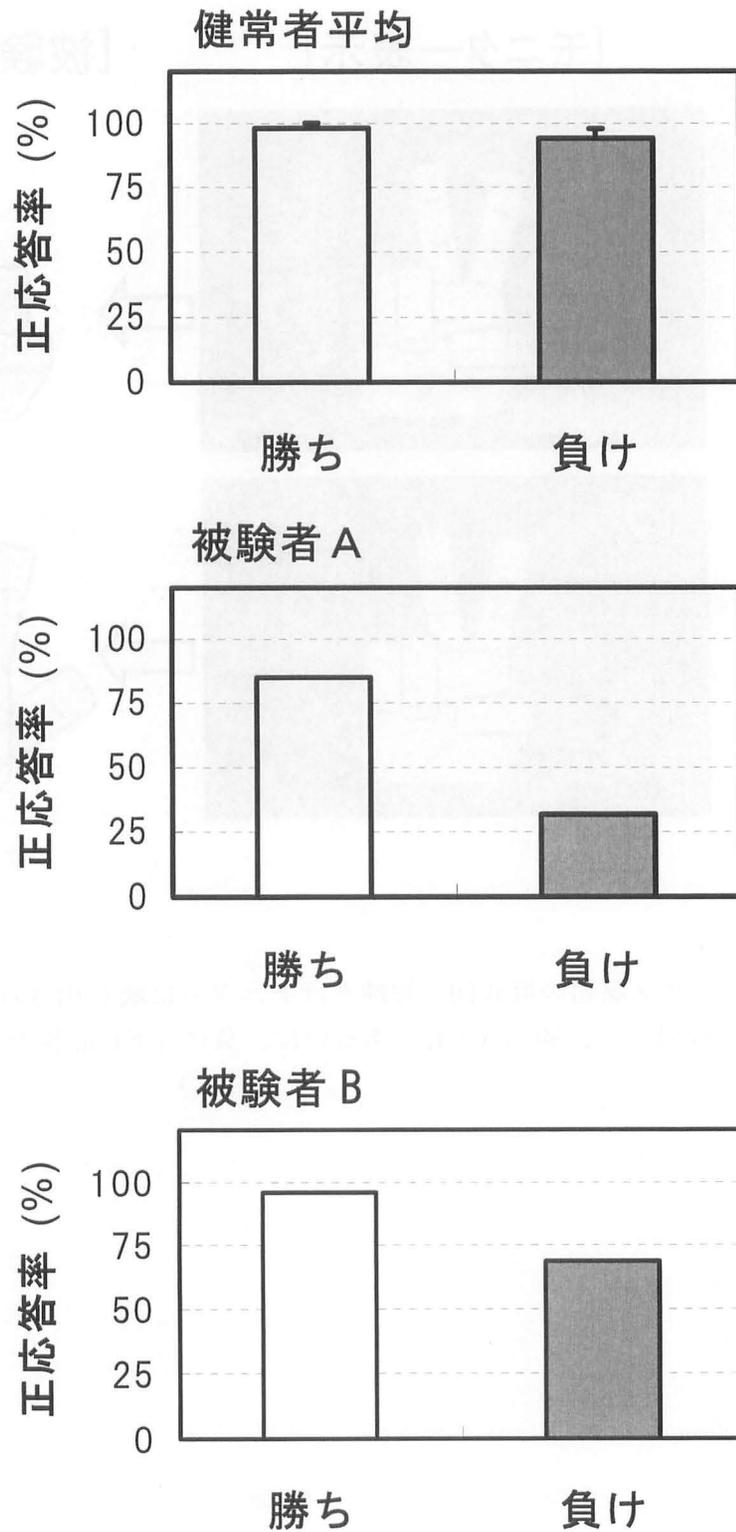


Fig. 3. 後出しジャンケン課題の正応答率 (%); 健常者平均 (上)、被験者 A (中)、 被験者 B (下).

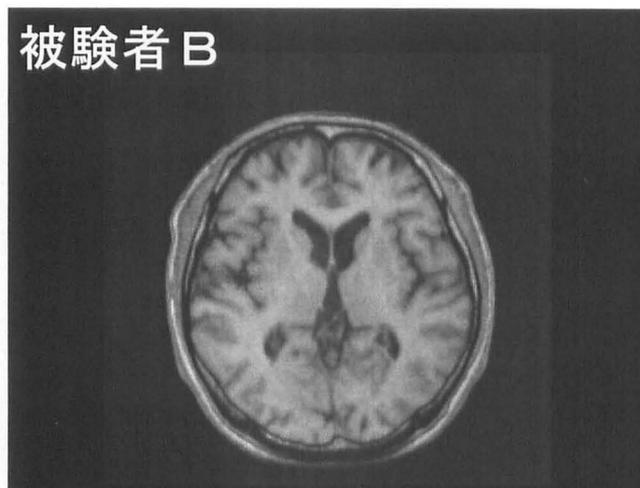
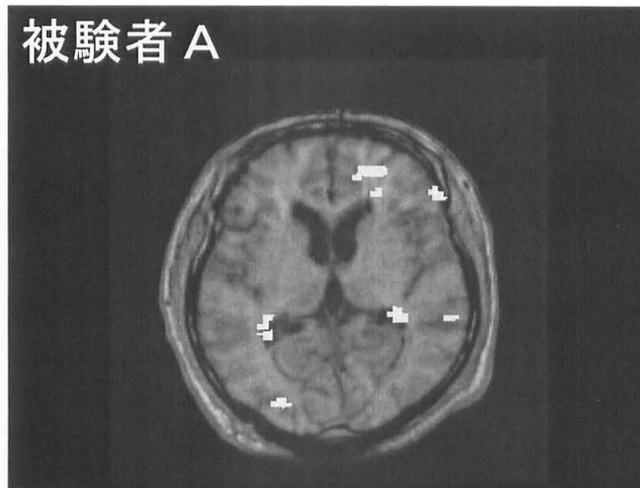
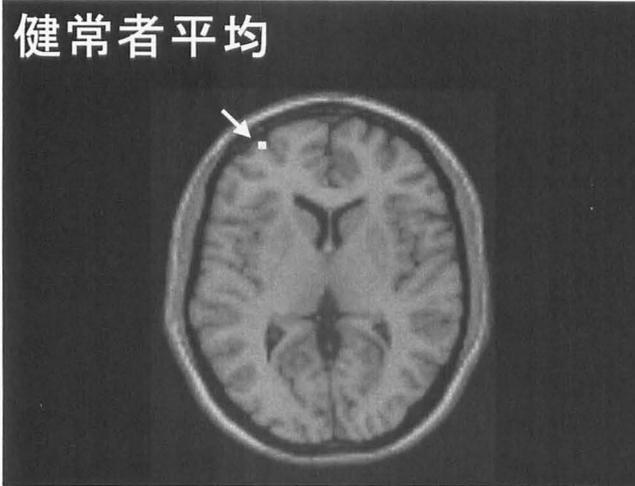


Fig. 4. 勝ちジャンケン課題遂行時に比べ、負けジャンケン課題遂行時で高い脳活動を示した部位 (黄着色部); 健常者平均 (上)、被験者 A (中)、被験者 B (下).

平成15年度 障害保健福祉総合研究推進事業報告書

平成16年3月 発行

発行 財団法人 日本障害者リハビリテーション協会
〒162-0052 東京都新宿区戸山1丁目22番1号
電話 (03) 5273-0601
FAX (03) 5273-1523

