

編集委員が 行く

障害者を主人公に

——重度障害者のリハビリテーション——

本誌編集委員 国際医療福祉大学 福岡リハビリテーション学部 教授 齊場三十四

私は、三十七年前の一九七三（昭和四八）年三月、厚木の総合リハビリテーションセンターの職員として就職。神奈川リハビリテーション病院（以下「神奈リハ病院」という）に八一（昭和五六）年一二月までの約八年にわたって、我が国でも屈指の大規模、総合的な施設（二千

床）を持つ、このセンターのMSW（医療ソーシャルワーカー）の一員として働いた。
若い時代を過ごした厚木を二九年ぶりに訪問、当時担当した二名の頸髄損傷障害者との再会の機会を持ち、それぞれの三〇年間を振り返ってみた。

リハビリテーション 総合化の動き

六〇（昭和三五）年ごろから、ニューヨーク大学ラスク医師の「リハビリテーション医学」を学んだ医師が活動を開始



編集委員の素顔



1943年生まれ。日本福祉大学社会福祉学部卒。九州労災病院、中伊豆リハビリテーション病院等のソーシャルワーカーとして勤務。95年佐賀医科大学（現、佐賀大学）社会学教授として招請される。2009年4月より国際医療福祉大学福岡リハビリテーション学部教授。著書に「バリアフリー社会の創造」「交通とバリアフリー」などがあり、障害者とバリアフリー社会との関係をメインテーマとして研究を続けている。

神奈川県総合リハビリテーションセンター

〒243-0121 神奈川県厚木市七沢516
TEL 046-249-2571 FAX 046-249-2575



神奈川総合リハビリテーションセンター

(※1) 環境制御装置

残存している身体機能（呼吸する、舌でなめる、まばたきする、音声を発する、など）をインタフェースとして活用し、操作することで、自力で周辺の生活手段をコントロールする装置。

した。そのころは障害者医療は戦傷病者対策中心で、国立病院などで「療養」という名の長期入院が当たり前の時代であった。リハビリテーションは「社会復帰」という理念に転嫁する動きであり、うねりのように広がった時期である。

五五（昭和三〇）年代当時は、木製の車椅子の時代である。写真1は東京パラリンピックにフェンシングで参加した選手の手練風景である。社会的背景としては、戦後整理が進んだ時期だ。五五（昭和三〇）年から五七（昭和三二）年に発生した神武景気、五八（昭和三三）年、六一（昭和三六）年まで続いた岩戸景気を経て、経済活動が活発化した。その結果、交通事故、労働災害が急速に増加し、何らかの対策が迫られる時代でもあった。

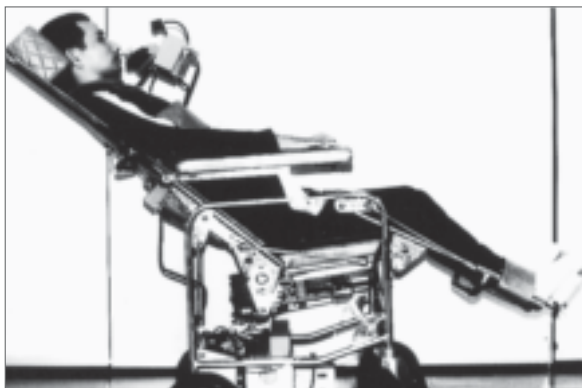
今回訪問する総合リハセンターには、全国に先駆け実践的工学支援の部門が整備されていた。私もかわってセンターで開発したものの一つにフルリクライニング、チン（あご）コントロール方式の電動車椅子があるが、その初期モデルを写真2で示す。車椅子の研究やチェアスキーなど、この分野の臨牀的取り組みは、素晴らしい成果を現場実践の中で生み出していた。

この時代には、図1で示す環境制御装置（※1）の開発や、住環境整備も不可欠な課題とされ、公的施設ばかりでなく個人

写真1 昭和39年当時の車椅子（国立箱根療養所）



写真2 フルリクライニング電動車椅子、チン（あご）コントロール式



- (※2) F.L.C. (Friendly Life Community)
神奈川県下の障害当事者やその支援者などで構成。
自立生活支援・親睦・情報交換・啓発活動・ピア
サポート・途上国支援などの活動を行っている。
問い合わせは TEL 046-779-3325 またはメール
flc@jcom.home.ne.jp



住宅の新築、改造についても、調査、改造プラン、実施点検などを行って支援チームが形成された。

まさにその時代に、私はソーシャルワーカーとして、医師、看護婦、理学・作業療法士、リハビリテーション工学関係者などや職業訓練・職業相談領域、更生ホーム（福祉）職員らと社会復帰を求め、活動していた。

頸髄損傷者の社会復帰

(1) 二人の紹介

●若き頸損

今回、お訪ねした一人目は、スポーツで一七歳時に頸髄損傷（C4）となった金子寿（四九歳）さん。神奈リハ病院には、七八（昭和五三）年、横浜の病院から受傷後一年ほど経過しての入院だった。若いので、将来をどうするかが問われた支援症例だ。機能訓練は当然だが、主治医から「将来の生活をどうするか、若い将来のある症例だから頼むぞ」と特別な指示を受けたことを思い出す。

既にこの時期にあっても、今という早期退院は当然なことで、入院と同時に自宅復帰をまず確保するため、写真2と同様の電動車椅子の作成を決定。家族への説明、情報伝達を行い、自宅復帰を理解してもらい、自宅居室整備を行い退院とした。



電動車いすに乗る金子寿さん（49歳）

その後、彼は頸髄損傷者の会（F.L.C.（※2））を組織し、図2で示す「飛璃夢」という情報誌を八五（昭和六〇）年から発行、頸髄損傷者に情報とエールを送り続けているのである。聞いたところでは、生活費は障害年金が主体で、自宅の一部をアパートとして貸して、生活費補填をしているとのこと。

●エネルギーで元気な頸損
今回、協力してもらったのが、西川和

図2 金子さんが発行する情報誌「飛璃夢」



朗（六一歳）さんである。交通事故で七八（昭和五三）年入院。主治医からは「自力車椅子走行可能な頸髄損傷（C6）なので、ともかく元の職場に戻せ」と指示をもらっていた。リハビリテーションを行い、自動車免許を復活させ、復職させた形である。

その後西川さんの話では、職場に戻ったが、なんとなく合わないとして退職したとのこと。聞いてみたら西川さんの生活費は厚生年金が主だが、先般、老齢年金にと誘導があったという。西川さんは「障害年金が法的優位にある」と説明したとのこと。これは、西川さんのようにしっかりした認識をしていないと、現状のシステムではケアマネジャーや市の



西川和朗さん（61歳）

福祉職員などは、障害年金が優先であることが全く理解されていない状況を示している。

特にケアマネージャーにはその知識はなく、アセスメントシートにもその記載は全くない。労働災害の被災者は生涯支援を受ける権利を持っているにもかかわらず、労災保険受給者ケアを、介護保険や老齢年金に切り替えられてしまっている報告がときどきあるので注意が必要である。

西川さんは現在、神奈川県綾瀬市身体障害者福祉協会長、神奈川県身体障害者連合会評議員など各種の委員会で活躍している。障害者福祉の充実に奔走しているようだ。

「二人の活動は高い評価を受けている」と、次の日東京で出会った他の障害者から聞いた。当事者の立場でのアドバイス

や情報提供はとても貴重な支えであり、彼らの存在は大きいという。

(2) 二人との対談

二人と会うのは、神奈リハ病院の四階の会議室。MSW相談室室長の生方克之さんにも出会うことになる。金子さんの相談を受け、出会う場所を確保してもらえたのだ。その会議室は当時の役員室で、私が若いころ辞令をもらった場所だった。私の開口一番は、「よう！生きてたぞー」だ。前述の開発した電動車椅子の新しいタイプをコントロールし、奥さんと二人で現れた。続いて、髭をなびかせながら西川さんが顔を出してくれた。

早速、時空間を越えて、医療・福祉の話で盛り上がった。

センター改革が進んでおり、二病院体制を一病院体制にすること、現在の病院建物を建て替えること、福祉領域として、更生ホーム利用者定員が削減される方向であること、現行では就労支援二〇名と機能訓練八〇名で運用されているが、就労支援部門を他機能・機関に移行、機能訓練部門も定員削減の方向が検討されているとのこと。神奈川県では、職業訓練校で訓練は受けられるが、更生ホームと異なり、身の回り動作は自立してなければならぬことが条件として付加される。重度障害者の就労訓練はできなくな

るとが想定され、心配だという。

いま我が国では、福祉に使うお金を減らすのが当然のように論議されているのではないかと盛り上がってしまった。

(3) リハビリテーションの経済機能

金子さんが神奈リハ病院で治療を受けず、リハビリテーションを受けず、在宅での生活基盤を入手できず、自宅に戻らず、療護施設入所あるいは入院を続けてきたとしたら――。

想定はさまざまできるが、施設ケアの費用が一カ月四五万円だとすると、三〇年間で一億六二〇〇万円かかったことになる。本人が一割負担したとしても、一億五千万円ほどの支出が必然的に生ずることになる。在宅で暮らす条件を作ったことにより、費用支出を適正化できたのである。在宅誘導の施策を重視するならば、住宅改造、福祉用具の支給といった点を含め、リハビリテーション機能の理解といった点にぶれが生じているように思えて仕方がない。ニューヨーク大学ラスク医師など創設期の理念や歩みをもう一度振り返りながら、現代社会に適合させる努力をすべきだとの思いが私には強い。

リハビリテーションのあり方も変わるのとは当然であるが、少なくとも当時と比較すれば工学的支援も飛躍的にレベルが



大橋正洋 神奈川リハビリテーション病院リハビリテーション局長

センター変革期

高まっている。しかし、研究のための研究は盛んになっているが、現場ニーズに基づく実践的な場面での重度障害者の生活や就労に焦点を合わせる研究や開発に関しては、その歩みは遅くなっているのではないだろうか。

北欧に見る「福祉機器研究所」「テクノエイドセンター」の姿は、数カ所の地方自治体を除いて皆無であり、整備は三〇数年進んでいないといえる。更に、障害者支援が社会的負担とする認識が強まる「介護概念」を基軸としたため、就労支援概念は打ち出せたが、自立支援法（注）は、負担増だけと批判を受け、廃止方向となる事態である。

三〇年ぶりの小田急本厚木駅周辺は、都会化しており、その様変わりにびつく



泉忠彦 職能科長

りした。七沢温泉郷の看板とともに、自分が働いた神奈リハ病院を含め二病院七施設一〇〇〇床といわれ、障害者支援の総合的施設の一つ、神奈リハ病院には新棟が増築されていたが、懐かしい。

■神奈リハ病院

六六（昭和四二）年一二月に、脳卒中後遺症・慢性関節リウマチ・神経筋疾患・その他の老年病の診断・治療・リハビリテーションを専門とした県立の「七沢理学診療病院」が開設されていた。七三（昭和四八）年、総合リハビリテーションセンター設置に伴い「七沢老人リハビリテーション病院」となり、病床数は二四五床で運用されている。その時に「神奈リハ病院」を新設されたのである。現在、病床数は一般病棟 三二〇床（重症心身障害児施設四〇床を含む）のこのこと。

主人公として役割を担う

開設当初は、障害・交通リハビリテーション病院として、交通事故などが急増していた時代の背景を反映していたことを知る人も少なくなっているだろう。その後、社会の要請により、地域リハビリテーション・サービステ体制も整備されてきたという。一緒に働かせていただいていた大橋正洋先生（神奈リハ病院リハビリテーション局長）と職能科・泉忠彦科長、医療福祉総合相談室・生方克之室長が、大変忙しい中で同席していただく時間が持てた。この中で、センターでは近年、高次脳外傷者支援での研究や実践、在宅支援部門の整備などを進め、大きな実績を上げてきたこともお聞きすることができた。金子さんが心配していた更生ホーム改変についても、在宅での就労支援体制の整備などが進められるという。大橋先生はセンター改革にも深く関わり、熱心に取り組んでおられると聞いた。

ともかく元気に活躍する二人に会った。同じ障害を抱えている人たちを強く意識し、支えてくれていることもうれしい限りである。しかし、困難なことは百も承知だが、私が最初に勤務した九州労



医療ソーシャルワーカーとして、2人を担当した齊場委員。久しぶりの再会に話がはずむ

災病院で学んだことの一つ「あらゆる困難を排除『自らの力で稼ぐこと』の意味を共に理解し、リハビリテーションの責務で実現せよ」ということであり、「リハビリテーションチームのメンバーと患者さんの願いである『社会復帰のための総力戦』を絶対に無駄にしないことが求められ、どんな重い障害があろうが『稼ぐ』をあきらめない方向性を探っていくことを忘れてはならない」と教えられてきたことからいえば、少し寂しい気もする。

私の持つ就労への思いの背景からすれば、西川さんの復職への取り組みもそんな思いからだ。重い障害を抱えていたとしても「何らかの就労を実現することが可能であると信ずること」から始まる。少々理論的には破れかぶれでも「稼



生方克之MSW相談室長

ぐ」「自力での生活力アップ」を意識することからスタートするべきと教えられた。

* * *

私の疑問。最近では、さまざまな支援方法やアセスメント上では、重度障害者は「介護」の対象として認識される傾向が高いのではないのだろうか。

特に、怒られるかも知れないが、財政的に苦しい状況下では、必要な予算だとしても、大義名分で一時的に予算を減らさねばという強迫観念が、我が国には存在するのではと思う。今、多くの規定、規則類を利用者側視点で分析してみると「応益負担は当然」、重度障害者も高齢者も「治らない・可能性はない」「規定によるレッテル貼り」と一括条件設定でのサービス限定化」とあまりにも機械的であり、どちらかといえば可能性を認めない、認めていない傾向が高まっているのかと

疑問はぬぐいきれない。

センター改革も時代の要望である。今回二人の話を聞く中で、熱心に取り組まれる改革チームの存在は感じた。歴史的にみるとこのセンターの果たしてきた役割も再確認することができた。しかし、取材不足かも知れないが、自らの施設から社会に送り出した金子さんのような当事者たちが、深くセンターの運営や北欧のような利用者委員会メンバーとして関わる仕組みは弱いように感じた。

センターに夕日がかかるころ、共に働いていた仲間会に会い、彼の車でセンターを後にした。社会の一員として、障害者が主人公となる部分（担当する）がある。社会の到来を願ってきた思いとは何か。重度の障害があっても、当事者が「働き、稼ぐ」意味は何かを考えていた。ホテルでは一人で食事をとりながら、大橋先生から「思いだけでは進めない」と言われた言葉を繰り返すことになった。

（注）障害者自立支援法は「障害者及び障害児がその有する能力及び適性に応じ、自立した日常生活又は社会生活を営むことができる」ようにすることを目的とする。

従来の制度と比して、障害に対するサービス利用時、医療費の自己負担比率が一〇％になった。少子高齢化社会に向け、支援費制度に代わり、障害者に費用の原則負担を求め、障害者別であった福祉サービスを一元化したものである。しかし、障害者の支援現場ニーズとのズレ、支払い限界との指摘もあり、二〇〇五（平成一七）年成立。〇六（平成一八）年四月に一部施行されてきた。