

# 福祉事務所のリハビリテーション機能における役割

— とくに在宅重度障害者において —

高 橋 流里子

## I はじめに

障害者のもつ問題は「二重三重に重なりあい、もつれあった様々な複合体<sup>(1)</sup>」である。だから、障害者の問題は一面的に捉えるのではなく、全面的に捉えなければならないのである。そして、障害者を全面的に捉え、人間としての統合体制を組織するために動員される技術がリハビリテーション（以下リハと略す）である。障害者の問題に全面的に対応するために、一般的にリハは医学的リハ、社会リハ、教育リハ、職業リハと4つの領域に分けられる。リハは、全人間的復権<sup>(2)</sup>、人間らしく生きることの回復を理念とし、障害者の権利として認められているのである。従って、リハの技術の主体は当然障害者にある。しかし、現実には、理念とかけ離れた障害者への対応がある。つまり、障害者がリハの技術を利用するのではなく、リハの技術が主体となり、障害者を選択、選別する事実がある。また、4つのリハの領域が障害者に技術として対応する時、それぞれの視点で、バラバラあるいはいずれかの領域が1人歩きをする傾向があるということも問題である。

このような問題が集約されているのが在宅重度障害者であろう。従来、リハの場は病院、施設に限定されがちで、在宅生活は「家庭復帰」といわれ、リハの目標の1つとされ、家庭で生活することがリハの目標に達したと考えられていた。そして、在宅重度障害者は、多大な家族の心身の負担や微々たる社会福祉政策によって生きながらえるのがやっとのことが多い。しかし、リハが障害者の人間らしい生活を権利とし、その回復をめざし

ている以上、このような障害者の生活は決してリハの目標に達したとはいえない。リハは生活の拠点を目標とするのではなく、リハの技術が最終的に障害者の生活を再構築し、権利を回復できるかどうかということを課題にしなければならない。従って、障害者がリハ病院や施設でいかに高度、専門的なリハ技術に触れたとしても、最終的な生活の場で人間である証しが実現できるような生活に到達せねば、リハの技術が障害者に対する目標を達成したとはいえないのである。

人間である証し、それには動物と異なる生の営みがあるはずで、それをアドルフ・ボルトマンは、本能に規定されない自由な選択（意志による行動<sup>(3)</sup>）時実利彦は「無限の自由性をはらんだ創造行為<sup>(4)</sup>」と指摘している。これら人間の営みは、他の動物より大脳皮質の機能の高度化、とくに前頭連合野の機能化により可能となる人間独自の姿なのである。そして、時実は、人間の生の営みを神経系と対比させ、表1の如く、生きている、たくましく生きてゆく、うまく生きてゆく、よく生きてゆくの4つに分けた。そして、人間が人間として生きるには「よく生きてゆく」ことを志向しなければならない。従って、障害者も「よく生きてゆく」ことを志向し、人格者として生きてゆくことが人間としての生の営みの本質におかれ、それを追求し続けることが人間の証しである。障害者のもつ個性を十分に発揮し、自己実現に向かう生活を続け、達成することである。大脳前頭連合野を機能させ、創造的、自主的な生活、質の高い生活への努力、至高への努力の表れた積極的生活態度、そして、

表1 三つの神経系と生の営み

生きている……	反射活動・調節作用……	脳幹・脊髄
生きている		
たくましく…	本能行動・情動行動……	大脳辺縁系
うま	く…適応行動	}……新皮質
よ	く…創造行動	

資料：時実利彦『人間であること』

岩波新書 P39 より

これらが生涯持続することがまさにリハの目標である。

日本の在宅重度障害者は「生きている」ことの保障のために、家族と共に生活せざる得ず、家族は障害者の犠牲になり、障害者は家族に遠慮をしていることが多い。このような障害者と家族の関係では、障害者の「よく生きてゆく」ことの実現は困難である。家族の犠牲の上でのリハの目標追求は生活過程でいづれ問題が発生し、障害者と家族が共に貧しい生き方を余儀なくされるだろう。在宅重度障害者のリハの目標達成には、家族全員が「よく生きてゆく」ことを追求し、家族が全体として統合せねばならないのである。

医療機関や施設から見放された在宅重度障害者の拠所となる機関に福祉事務所があり、その福祉事務所は、彼らの生存権の保障に直接関与し、生活のための最後の砦ともなっている。この機能を一歩進め、障害者と家族が生活の中にリハの技術を自らとり入れられるような援助をすれば、地域の在宅重度障害者の人間らしい生活の回復をめざすために機能しうるのである。

このような視点で筆者は福祉事務所で現業員と一緒に訪問PTサービスを実施してきた。本論では、そこで対象となった事例を通じ、福祉事務所

のリハ機能における役割と課題を論及しようとするのである。

## II 事例にみる問題とニーズ

本論の事例に関する情報は、福祉事務所の台帳及び訪問中に筆者が検査、面接等を通じて収集したものである。

### 1. 事例紹介

A事例：家族から孤立している片麻痺の元主婦（T10、1、22生）

義務教育を終了後、発病するまで農業に従事していた。S44年11月に脳出血となり、開業医の往診を受け、半年間ねたきりであり、右片麻痺が残る。S50年8月に再発した。

家族は夫と長女夫婦（S53年に結婚）孫（3歳）と同居。夫は土木関係の仕事をしていたが、本人の発病で退職し、本人の介護に当る。長女は結婚するまで会社員であり、本人の介護は夫に任せきりであった。

本人の発病で、医療費、生活費入手のため農地を手放したり、貸家を建てその収入で生活していたが、長女の結婚後は、長女の夫の収入で家族5人が生活している。

発病後2年して身体障害者手帳が交付され、

同時に右長下肢装具（室内用）とT字杖が給付されたが、両者とも未使用であった。再発時に医師の診察を受けたが、数ヶ月後、無断で医療機関との関係を断った。

S51年2月に訪問PTサービスを開始。血圧は常に不安定であり、便秘が1週間くらい続いたり、歯が虫歯で抜けて、数本しか残っておらずしばしば痛みがあったが放置されていた。

食事と排泄の時以外は、1日中縁側に坐り、何もしていない。長期運動不足のため、健側の筋力低下、患側の関節可動域の制限が著しい。仰臥位からのねがえり、起き上りは訓練されていないため不可能。移動は上体が床と平行になるくらいまで腰をまげたまま立って夫に支えられて行う。手は右手指がまげ伸ばし可能。両手でひもを結べ、右手に物を持って口に運べるが、食事は左手でスプーンを使用し、麺類は手づかみで食べる。衣服着脱は全介助、入浴は夫が毎日抱えて浴槽を出入りする。排泄は男性用便器に坐るか縁側から外に出て庭で立ったまますませる。

家族は本人に対して生存レベルの介護はするが、本人の話に耳を傾けたり、本人が外出を要求しても拒否する。また、長女の結婚に当っては、本人の前で『こんなのが（本人をさす）いるから婿のきてがいない。』と一見邪魔者扱いする。一方本人は家族に対して期待が多く、常に受動的である。

本人はされるままに介助され、家族の介助方法は全く自己流で、本人の障害をさらに重くしてしまうため、訪問PTサービスでは家族の介助方法の修正及び筋力強化等基礎的な運動機能訓練、ADL訓練から始めた。しかし、家族は長年の介護にもかかわらず変化がないことから、諦観し、それまでの生活を変え、訓練をしよう

とはしなかった。そのため家族の代りに訓練や本人の話し相手に家庭奉仕員の派遣を提示したが、家族は『世間体が悪い。』と受け入れが悪かった。本人の強い希望で派遣に至った。家庭奉仕員も含めた訪問PTサービススタッフで本人と家族へのリハに向けた働きかけが継続した。長女の退職後は夫より長女に対して本人の介助、訓練等の指導を集中的に行った。長女も初めは消極的であったが、自らの状況を判断できるようになり、室内移動、ねがえり、起き上りは介助しないというように徐々に訓練に参加するようになった。本人も室内だけは1人で移動し、決められた訓練を自発的にするようになった。このためS55年には立位訓練へと進み、短下肢装具を新規作成し、使用している。

#### B事例：障害受容が困難な左片麻痺の母親（S9.10.11生）

高校を卒業後、金融会社に就職、職場結婚をし、長男が出生するまで19年間勤務した。専業主婦になってからは歌が好きで市内のママさんコーラスで活動していた。10歳年下の夫との間には小2、小4の男子がいる。障害発生前はおけいこ事に通わせたり、つきっきりで勉強をみたりよく世話をしていた。

S51に僧帽弁狭窄症による脳栓塞で倒れ、救急車で主治医のところへ運ばれ、主治医の紹介で東京の大学病院にすぐ入院した。左片麻痺となる。本人入院中は、長男は夫と、次男は本人の妹に託され、家族がバラバラで生活していた。S54年11月の心臓の手術前に一時退院し、その時に、本人がねたきりであることを民生委員が福祉事務所に連絡し家庭奉仕員の派遣となる。以後2人の子どもは一緒に生活する。心臓の手術後3ヶ月間リハ専門病院に入院、治療を

受けS55年3月に退院した。

リハ専門病院入院中に身体障害者手帳の交付を受けたが、杖、補装具は健康保険で作成した。福祉事務所の現業員が退院に当り、リハ専門病院を訪問したところ、病院側では、『ゴールに達しており今後は病院で行っていた訓練を自宅で継続することを家事動作の訓練も行ったので家庭内での日常生活は可能である』との見解を出していた。

ところが退院した本人は1日中ソファーにうずくまり、テレビを見たり、居ねむりをしたり、家事は夫と家庭奉仕員に全面的に依存していた。また、子どもに関心を示さず、外出したり、近所の人と会うことも極度に嫌い、『リハ専門病院のように障害者ばかりの中なら歩くことができる』と言っていた。これに対し、夫は浴室の改造や訓練器具の設置を自費で行っていた。仕事や家事を済ませ訓練を介助したり、子どもの入学式には本人の介助のために休暇をとり学校へ連れていったりもしている。

S56年4月に訪問PTサービスを開始した。室内移動は杖なしで行っていたが非常に不安定であり、家事動作はやろうとしないだけでなく、家事動作を行うに足る立位保持及び移動の能力が欠けていた。片手で家事を行うために必要な自助具もなかった。訓練も夫と一緒にやる以外は何をすべきか指導されていなかった。健側の筋力は低下、臥位からの起き上がりやねがえりが不可能となっていた。左上肢は肩、肘、手首、手指と広範囲にわたり関節拘縮をおこし爪を切るのも困難であった。入浴は浴室改造や手すりを設置したが、尖足により浴室内での移動が困難であるため、プラスチック製の短下肢装具を身体障害者手帳を活用し新規作成し使用している。

S56年6月に歯痛のため、主治医の歯科治療可能であるという証明書を持参し、治療に行ったが、心臓病があるということで歯科医から治療を拒否された。

## 2. 問題とニーズ

これらの事例から障害者のリハの目標達成を妨げる問題を挙げ、そこから発生するニーズを4つのリハ領域それぞれから検討する。

### ① 医学的リハの領域

本論では、肢体不自由者を対象とするためリハ医学に限定される。リハ医学は、生活の医学<sup>(5)</sup>と言われたり、障害者の生活上の快適さを問題にする等常に障害者の生活を上位におく傾向がでてきた。<sup>(6)</sup>

障害者の生活上の障害を少なくするために impairment や disability への対応がリハ医学では最も普及している。しかし、A事例では訪問PTサービスが開始されるまで、リハ医学的対応は全く行われておらず、二次的に関節可動域の制限や筋力低下が発生していた。ADLが全介助で、畳上の生活しか経験のないA事例に膝の曲がらない長下肢装具が渡されたが、A事例にとっては異和感しかなかった。

B事例は自立したはずの動作が家庭では介助になってしまうというように一度獲得した能力を維持できないでいた。また、短下肢装具の底ゴムが摩滅し、転倒の危険があった。

さらに、A事例では血圧、服薬、食事、歯の管理等一般的な健康管理ができていなかった。

障害者と共に生活している家族の障害についての知識・技術欠如のため、A事例では介助法が自己流となり、B事例では短下肢装具の摩滅に気づけなかった。

以上の問題から3つのニーズが導き出される。



#### イ. 機能回復のニーズ

最も一般的に行われている impairment や disability への対応がこれである。病院や施設での治療、訓練が担うニーズと類似しているが、在宅障害者への治療、訓練は病院でのそれを補強したり、生活行為にまで高めなければならない。

#### ロ. 予防的ニーズ

障害の発生、重度化を防ぐニーズで、二次障害の予防や一度獲得した能力の低下の予防である。

#### ハ. 障害管理のための教育的ニーズ

自らの障害を自らで管理するために、健康、日常的な訓練、補装具等の管理ができる正確な知識、技術を教育する必要がある。障害者自身が管理しきれない部分は家族が補完する。そして、障害者にも家族にも障害の管理が生活過程に組み込まなければならない。

#### ② 教育リハの領域

障害者は国民としても障害を有するという特殊な状況にある人としても教育を受ける権利がある。本論の教育の範囲は社会教育になる。

A 事例は文化的教養向上に関心をもてる生活を過去にしたことがないため、B 事例は障害の受容がなされていないため「よく生きてゆく」ことの追求に向け、社会教育を受けたいという希望が湧きあがらない。

一般的に社会教育の受講を在宅重度障害者が希望しても彼らの要求に合った講習内容、場が用意されていない。たとえ、講習を受ける場があっても会場までの介助、移送、会場の物理的環境が問題となることが多い。

これから、文化的教養の向上への関心をもてるような環境づくりを基盤に、さらに、障害者も利用しうる教育の場の設置、教育内容やその

形態の多様化が必要となる。

#### ③ 職業リハの領域

本論の事例では、職業リハにおける問題は表面化しなかった。しかし、労働は権利として国民のすべてに認められ、「人間社会の存在と発展の根条件である。<sup>(7)</sup>」とも言われるほど重要であるので一般的問題として触れる。

在宅重度障害者は一般雇用が困難であるだけでなく福祉的就労も不可能なことが多い。これは、職業リハが未発達のため、雇用対策に終始しがちで、労働の保障にまで至っていないことにある。従って、社会的に就労の場や仕事の保障をする必要がある。

#### ④ 社会リハの領域

社会リハは国際リハビリテーション協会から出された枠組（1972年）<sup>(8)</sup>にみるようにその範囲は広く、諸環境整備により障害者の権利を守り、生活条件を整備することである。

リハでは、早期発見、早期治療が叫ばれるが、A 事例では6年間もリハ的治療とは無関係でいた。早期にリハ的治療を開始し、身体障害者手帳を所持していたB事例はリハ関連サービスの情報不足で、杖、短下肢装具の作成を健康保険で、浴室の改造を自費で行った。自助具の必要があっても身体障害者福祉法の枠内では給付できない。また、サービスが供給されてもA事例の長下肢装具にみるようにニーズとの間に溝が生ずることがある。

障害者及び家族には心理的、人間関係等の問題がある。障害の受容ができないB事例の本人は積極的な生活態度をもてず家庭奉仕員の援助も自立には連ながらなかった。A事例では本人の話を家族が真剣に聞かず、むしろ無視するという家族の人間関係が一方的であるため障害者は家族と同居しながら孤立し、家族内での役割

も奪われていた。B事例の夫は家族内の役割を過重に負担していた。

A事例は本人の発病で経済的問題が顕在化した。また、障害を正確に理解できず、障害者に偏見をもっていた。さらに、A事例の本人は、家族以外との交流を求めているが、地域社会に社会的交流が可能となる場はなく、たとえ、場があったとしても移送、介助が問題となる。

以上の問題から、社会リハは制度、政策によるハード面の充実とリーショナルワーカーの技術による専門技術的ニーズがある。

#### イ. 制度・政策の充実

在宅重度障害者の日常生活圏内に社会的交流等諸機能を有する通所、利用施設の充実、それらの施設、医療機関、教育の場等への移送サービスが必要である。

家族機能の補完や代替、家族に対する障害に関する知識、技術の供給、訓練等専門的技術の成果を生活の場で統合させるための生活の場への訪問サービス制度も必要である。

経済的保障は生活の基盤となるのでさらに充実する必要がある。

#### ロ. 専門技術サービス

本ニーズはソーシャルワーカーが専門職としての機能<sup>(9)</sup>を発揮せねばならない。それらには、障害者、家族、社会が障害を正しく認識し、対処できるような援助としての啓発機能、障害者、家族の望ましい方向への価値観の転換を支持、擁護する機能、リハチーム全体の統合、連絡調整の企画、調整機能がある。

制度、政策を担い、活用するのはソーシャルワーカーであるから、その専門技術は社会リハを左右するといえるほど重要である。

#### 3. リハの基盤としての社会リハ

経済的保障、移送サービス、専門技術サービ

スとしての家族の人間関係の調整、障害受容の促進、障害への正しい認識等社会リハの領域のニーズは他のリハの領域への橋渡しの役割を担い、かつ、他のリハの領域の技術を効果的に受けられるように準備をしよう。

在宅重度障害者にとってリハ医学は不可欠であるが、リハ医学の技術を提供しうる社会的措置が必要であり、これは筆者らの訪問PTサービスにみるように社会リハの領域が他のリハ領域の一部を導入し、それを活性化させる役割をも担いうる。

このように社会リハはリハ全体の基盤となっている。

### III リハの現状

在宅重度障害者のリハは社会リハが基盤となり、そこにリハ医学の技術が導入されて、両者が統合することによって職業リハや教育リハの技術が有効になる。従って、社会リハとリハ医学は在宅重度障害者にとって不可欠であることから両者の現状について触れる。

#### 1. リハ医学の現状

在宅重度障害者がリハ医学に関与する方法は、医療機関への通院、身体障害者福祉センター等機能訓練を可能にしている社会福祉施設への通所及び訪問サービスの受給がある。

医療機関への通院の問題は、通院を可能にする条件整備もさることながら、リハ医学の技術を患者に供給している一般医療機関が少く、しかも大病院に偏在している<sup>(10)</sup>。

社会福祉施設は在宅重度障害者の通所しうる施設が少いだけでなく、全国の身体障害者福祉センターに理学療法士がわずか<sup>(11)</sup>14人であるというようにリハ医学の技術を担う専門職が絶対的に少い。

訪問によりリハ医学の技術サービスを供給している病院、地方自治体等存在<sup>12)</sup>するが、制度化されていないためその数は少ない。

このように、在宅重度障害者がリハ医学の技術に関与できるのは稀れといえる。

## 2. 社会リハの現状

在宅重度障害者を対象とする国の施策は多く存在するように見えるが、サービス受給権の未確立、障害や所得の程度での対象の選別、居住行政地域の人口規模による制限等で現実在宅重度障害者の活用しうる施策は極めて限定されている。たとえば、移送サービスとして福祉バスの設置があるが、これは人口10万人以上の市を対象とし、その利用目的も限定されているため在宅重度障害者のニーズには応じられない。

在宅重度障害者が関与しうる社会リハの専門職は福祉事務所の現業員、病院、身体障害者福祉センター、身体障害者更生相談所のソーシャルワーカーが考えられるが、最も身近かで、住民という資格だけで援助を受けられるのは福祉事務所の現業員だけである。

福祉事務所の現業員は資格が身分制度化されていない事等の理由による質的な問題や国の福祉事務所への大量の機関委任事務が専門性の発揮を抑制しているという問題がある。

社会リハはリハの基盤となるのであるから強固でなくてはならないはずだが、実に劣悪な状態にあるといえる。

## IV 福祉事務所の役割と課題

### 1. 援助のめざすべき方向性

在宅重度障害者がリハの目標である「よく生きてゆく」ことの追求のために、専門職が援助すべき方向性について論ずる。

### ① 在宅重度障害者の主体的生活

全人間的復権の主体は障害者であり、彼らが権利を主張し、自らで積極的に考え、意志し、創造するという生活を通じてリハの目標が達成可能となる。

障害者は病人である時には自宅でも病院でも病気の管理のために全人的にも管理されがちで、社会福祉施設に入所すれば、集団生活のため個より集団を優先する生活となり管理されがちな受動的生活を余儀なくされる。

在宅障害者では個別的、多様な生活内容、生活過程をもつ生活が前面に出てくる。この生活の個別性、多様性が人間らしい生活へと通ずる可能性を有している。従って、リハに向けての援助は、この個別性、多様性を重視し、在宅障害者が生活の主体者として諸権利を主張し、生活上のあらゆる自己に関与する物事を決定し、その決定に責任がもてるような住民になるよう援助せねばならない。

### ② 家族全体の自立に向けた生活の再構築

家族に重度障害者が発生した時、家族全員がそれまでの生活とは内面的にも外面的にも変容をせまられることが多い。障害者を有するまでに構築してきた家族の人間関係、役割分担、価値観、社会規範に対しての順応、適応状況等には変化が迫られる。

家族は障害者が発生すると、障害者への愛情、配慮から保護的、障害者を受動的立場におく人間関係となり、この関係が障害者の主体性を失わせることになる。家族機能の維持のために役割分担にも影響がでる。受動的立場に立たされた障害者は家族内の役割喪失、家族からの孤立、依存心の促進を、他の家族員は過重な役割分担という結果に至り易い。家族内の役割分担は伝統的な性別役割分担に

みられるような社会規範の影響に支配され易い。そして、規範に適応しえなくなると家族は葛藤を生じ、あるいは無理に適応しようとすると家族機能に支障がでる。障害の有無にかかわらず家族員それぞれが価値を認め合えるか否かという人間への価値観の変容も迫られる。

家族員のそれぞれが変容し、主体的に自己実現をめざす方向に生活を構築しなおす必要がある。このような生活の再構築は日々の生活を通じ、家族員がその能力を形成して可能となる。従って、生活過程で家族全体が自立に向けて、生活の再構築への能力形成への援助がなされなければならない。

## 2. 福祉事務所のリハ機能における可能性と役割

福祉事務所は単なる行政機関ではなく、現業員による現業活動を基盤とする福祉六法の総合的实施機関であり、かつ、地方自治体の機関であるからそのサービスの対象は地域住民である。これから、次のようなリハ機能遂行に有利な可能性を有しており、以下のような役割を担うべきである。

### ① 可能性

#### イ. 現業活動機関

福祉事務所は住民が必要としている社会福祉サービスを直接、迅速にかつ、ソーシャルワークの技術をもって供給する機関である。<sup>(13)</sup>

#### ロ. 接近性と公平性

福祉事務所は法的に一定地域内に設置が義務づけられているため、障害者にとって物理的に最も身近かである。同時に、地域差によるサービス分配の不公平性が最小限度くい止められる。

#### ハ. 権限と責任性

児童の措置権を除き、社会福祉行政の総合的实施権限を賦与され、かつ、地方自治体の機関であることから住民への社会福祉サービスの責任を有している。

#### ニ. 通生涯的サービスの可能性

福祉六法を総合的に所掌するため、生涯のどの段階でも、また、一生を通じて途切れることなくサービスを受給しうる。

#### ホ. 多様な問題への対応

福祉六法の総合的所掌は貧困、老齡、障害等多様な問題への対応を可能にする。

#### ヘ. 問題への多面的対応

地方自治体の機関であることから、障害者のみならず、家族や地域社会にまで働きかけが可能となり、障害者の問題に多面的に対応しうる。

## ② 役割

### イ. 在宅重度障害者の発掘

公的責任として、法的にも明記（身体障害者福祉法第11条）されている。住民との接近性、民生委員等を活用し、潜在化している障害者を発掘することがリハの出発点となる。

### ロ. 障害者のサービス供給をめぐる役割

発掘した障害者に必要なサービスを供給し、ニーズを充足するために、次のような過程を経る。

的確なサービス供給のためのニーズの評価⇒評価されたニーズに対応するリハ関連サービスの情報提供⇒サービスの選択、調達⇒サービスの調整・組織化（リハの領域間の調整等）⇒アフターケア（サービス供給後の実態の把握）



#### ハ、側面からの環境整備推進

在宅重度障害者が地域で生活するには、地域住民の偏見等社会文化的環境、交通機関、公共施設の設備等物理的環境、地域住民が主体的に彼らを援助しうる地域ケア体制等が問題となる。これらの環境整備は福祉事務所以外の公私の機関や団体等が直接関与していることが多いため、福祉事務所は側面から推進、協力してゆくべきである。

また、制度、政策を実施している福祉事務所はその過不足を指摘し、制度、政策の修正、補足への働きかけを行うべきである。

#### ニ、地域社会のリハ計画、立案

イからハまでの役割が遂行できることを前提に、福祉事務所は在宅重度障害者のリハの拠点となり、地域の特殊性、住民の意志を反映したリハ計画に責任をもたねばならない。

#### ③ 課題

社会福祉は後退の一途をたどり、在宅重度障害者の「よく生きてゆく」ことの追求には不利な状況にある現在、福祉事務所が彼らの権利を擁護する立場で行動しなくてはリハの促進は不可能である。そのための根本的課題は民主的処遇関係の樹立であり、それに通じるような課題について以下論及する。

##### イ、地方行財制度の改革

福祉事務所の民主的運営のための根本的課題である。国からの機関委任事務が優先され、それに伴う財政的負担、さらに、執行に当って国から指揮監督を受けなければならないような中央集権化された地方行財政制度が改革されねばならない。

##### ロ、現業員の質の向上と量的拡大

福祉事務所の現業員には一定の資質と専

門性が要求されるが、教育制度、資格制度、任用に当っての基準、任用後の研修制度が貧弱であり、現業員は在宅重度障害者の問題を生活全般から捉え、彼らの主体的生活のために能力を高めるような技術や障害と彼らの生活に関与する広範囲の知識を修められる状況にはない。同時に、多量の機関委任事務が、現業活動の妨げとなっている。従って、現業員の質の向上と現業活動を可能にする量の拡大が必至である。

#### ハ、福祉六法の総合担当制の導入

福祉事務所の組織は生活保護法担当とその他五法担当の現業員に分けている<sup>(14)</sup>。しかし、障害者の多様で、重層的な問題に対応するには、生活を全体的にみる視点が要求される。そのためには、1人の現業員が障害者のすべての問題に包括的、総合的に関与しうる福祉六法の総合担当制が要求される。

#### ニ、リハ医学の技術の包摂

在宅重度障害者は社会リハとリハ医学が不可欠であり、これらは統合されねばならない。それぞれの専門職は同じ土俵に上り、密接な連携がなくてはならない。それには、在宅重度障害者のリハは生活を問題とし、生活の場での対応であるから、福祉事務所はリハ医学を包摂する必要がある。そして、リハ医学の技術は施設、病院での生活と分離していた訓練を生活に統合すること、更生相談所等専門機関の機能の補完、家族や地域住民の障害への理解の助長等の役割を担い、生活の医学としての検証を行わねばならない。

しかし、現状ではリハ医学の専門職は、教育上の不備等で障害者の問題の捉え方、

対応方法に問題があり、即、福祉事務所に  
包摂されにくいので当面はコンサルタント  
機能を果たすことが望ましいだろう。

#### 参考文献

- (1) 上田敏「障害者の全人間的復権としてのリハビリテーション」『障害者問題研究』第1号，全障研，1973年，P55
- (2) 上に同じ，P54～55
- (3) アドルフ・ポルトマン，高木正彦訳『人間はどこまで動物か』岩波新書 1969年，P84
- (4) 時実利彦『脳の生理学』朝倉書店P4
- (5) 竹内考二『リハビリテーション医学—人間科学としての特質と展望』『医学のあゆみ』第105巻7号，昭和53年5月13日号，P683～684
- (6) Frank. H. krusen 「The Scope of Pysical Medicin and Rchabilitation' " Hand book of Physical Medicin and Rehabilitation " W. B. Saanders Co , 1971年
- (7) 金子ハルオ『資本主義の原理と歴史』，青木書店，1978年，P6
- (8) 「社会リハビリテーションの将来のための指針」『リハビリテーション研究』18号，昭和50年7月，P16～21
- (9) 小島蓉子「障害者（児）福祉処遇の変遷と従事者の資質—リハビリテーション—シャルワーカーの機能と求められる資質要件をめぐって」『日本女子大紀要』30号，昭和56年，P27
- (10) 日本リハビリテーション医学会編『リハビリテーション白書』医歯薬出版，昭和54年，P52～53
- (11) 厚生省『社会福祉施設調査』，昭和54年
- (12) 東京都心身障害者福祉センターでは「出張指導」として訪問サービスを供給している。稲井田秀雄「東京都における在宅患者に対する考察と出張指導について」『日本理学療法学会誌』1970年，都立府中病院では，難病患者を対象に訪問サービスを実施している。木下安子『訪問看護への出発』，頸草書房，1973年，P104～108
- (13) 厚生省社会局庶務課『新福祉事務所運営指針』全国社会福祉協議会，昭和46年，P10～12
- (14) 上に同じ，P27～28