

図 3



米国の伝統的な巨大施設——ウォルフェンスベルガー——建築の  
スライド集より。彼は、ノーマリゼーション原理を説明するために950枚近くのスライドを作成した。

表 4

コネティカット州

合計額	5.73 (5位)
施設サービス	1.59 (7位)
地域サービス	4.14 (9位)

(ドル) (全州中)

表 5

36 例の不審死の主な原因

食物による窒息	13 例 (40.6%)
肺炎	5 例 (15.6%)
転倒	4 例 (12.5%)
外出時の交通事故	3 例 (9.4%)
腸閉塞	2 例 (6.3%)
溺死	2 例 (6.3%)

肺炎、事故等で占められています。ここでも職員の資質とともに、職員体制の不備が大きく指摘されています。<sup>9)</sup>

4. 欧米福祉先進国での「施設」の実態

今まで「知的障害入所施設」という同じ用語を使ってきましたが、ここでもう一度、欧米の知的障害入所施設とわが国のそれとは、その形態や利用者の実態そしてケアの内容が、歴史的に大きく異なっていたことを紹介しておきます。

欧米福祉先進国の（北欧もアメリカも）

かつての知的障害入所施設は、いわゆるわが国の病院形式のそれでした。医師が施設長をし、スタッフの中心は看護職でした。

いわゆる「精神薄弱病院」あるいは「知的障害病院」だった。（オーストラリアのそれは、精神科医と精神科看護師による「精神薄弱精神病院」でした）それらを日本語では「施設」と呼び慣わしてきたわけです。そこでのケアの中心は、当然のこととして生活の質の向上よりも、むしろ生命の維持と安全と健康保持に力点が置かれていたことは、前述のノルウェーのテッセブロー教授の指摘を待つまでもありません。<sup>1)</sup><sup>2)</sup>

それに対して日本の知的障害入所施設は、児童指導員や保育士を中心とした福祉・教育専門職が、施設の運営責任とケアの中心に位置付けられ、「生活型施設」として運営されてきました。生活支援、教育指導が主目的でしたし、今日でもそうです。

医師が施設長であるのは、わが国の知的障害施設では例外中の例外です。つまり、

医療に欠ける、看護も十分でないという側面を、わが国の知的障害施設は本来的に抱えもっていたわけです。そのためもあって、昭和30年代後半に、いわゆる重症児がそれらの施設から排除される中、家庭介護の限界に直面し、一家心中等の悲惨な事態が多発し、社会問題に発展せざるをえなかったわけです。そこで国では昭和42年に、日本独自の「重症心身障害児施設」を児童福祉施設でありかつ病院という体制のもと法に認める施設としてスタートせざるを得なかったわけです。(欧米ではこれらの重症児も上述の「知的障害病院」で受け入れられていたわけです。<sup>3) 4)</sup>

また一施設の規模が、比較にならないほど異なっていました。北欧のそれは、前述したように200〜800人、平均して500人前後だったのに対して、アメリカは平均2,000人(最大は5,000人近い)規模の超マンモス施設が目白押しだったわけです。それに対し、わが国のそれは40〜50人規模が大半を占めています(図4)。規模だけ

を見ると、グループホームに今一步の小規模ないし中規模施設が多く、1980年代のノルウェーに近似しているといえます。そして規模の違いはおのずと質の違いをもたらしていた可能性が大きいともいえます。<sup>3)</sup>

さらにわが国でも、施設は住宅地よりやや辺鄙なところに設置されることが少なくありませんが、それとは桁違いに人里離れた、逆に言うところと自然豊かな広大な敷地内に建てられていたのが欧米の施設です(上述のウォルフエンスペルガのスライドのよう)。従って、ノルウェーで「脱施設化」が完了したあとのグループホームの大半が、元の施設の敷地内か隣接地にとどまることの問題点が鮮明に浮かんできます。そしてその施設の整備状況は、図1と2でも示したように、70年代にピークに達しています。その時には人口1,000人あたり1.3〜1.8人レベルに、どの国でも達しています(オランダは2.0人)。今から30年以上前には、知的障害の人々は今日とは比

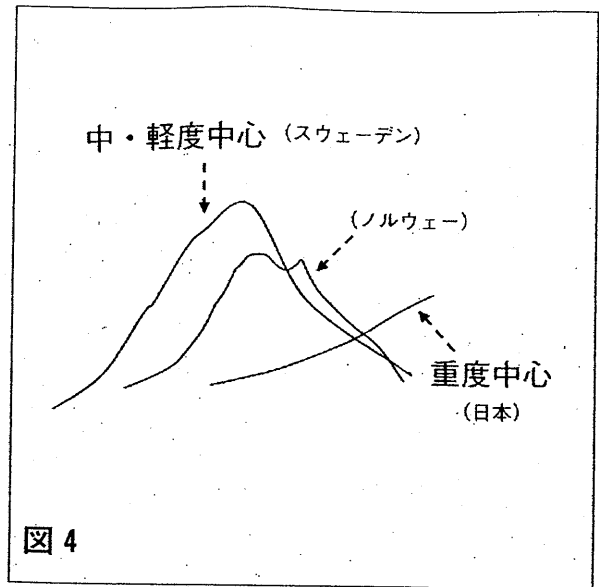
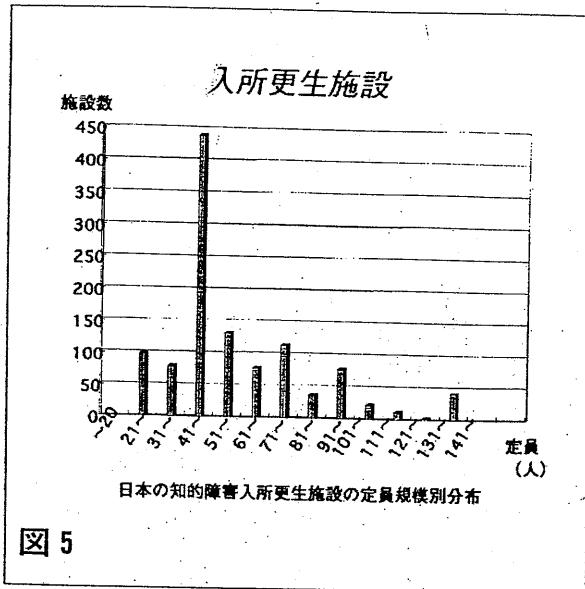
較のしがたい程に寿命が短く、なかでも重度の人々は若くして死亡していました。したがって今日よりも人口あたりの知的障害者の人数は相対的に少なかった。そしてその主体は知的障害者の軽度・中度の人々で占められていたと考えねばなりません。

そのような中で日本の現在の1.3〜2.0倍の入所率だったということは、入所者の中で軽い知的障害の人々が相当数、いやむしろ大部分を占めていたと考えざるを得ません。それに対してわが国の知的障害入所施設の状態をみますと、重度・最重度の人が6割以上を占めており、中・軽度の人々は少なかったわけです(図5)。

これらのことを十分理解した上で、わが国の「脱施設化」をすすめる必要があると考えます。<sup>4) 5) 6)</sup>

## 5. 日本型の「脱施設化」

以上、欧米福祉先進国での知的障害施設の「脱施設化」の歩みとわが国との比較を紹介してきました。私は「脱施設化」その



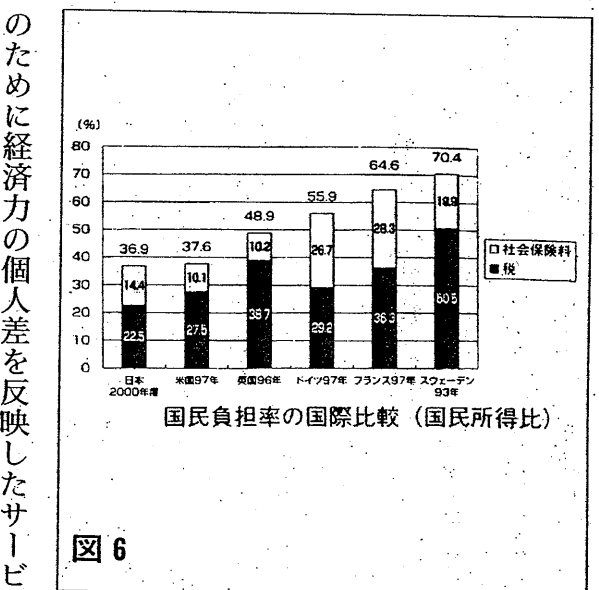
施設の形態と中味、そして利用者の様子を中心に上述してきましたが、医療福祉を支える経済的な体制面の違いにも思いをいたさねばなりません。図6のように北欧は租税方式による「高負担高福祉」をめざして「大きな政府」での運営がなされてきました。結果としての平等は保障されましたが、税負担の重さは我々日本人の想像を越えるものといえましょう。

アメリカは自己責任と自助努力を基本的に「小さな政府」としてやってきました。そ

ものを否定するものではありません。むしろノーマライゼーション理念の具現化の一貫として、正面から進めるべき課題だと考えます。しかし、あるべき本質部分と現実の姿とを混合してはいけくないのではないのでしょうか。歴史・文化・政治・経済・習慣等の異なる外の国々のそれを、そのまま「猿真似的」に導入することには慎重でなければなりません。日本にあったものを、そして私たちにとっては、重症児の本当の幸せを基本に考えるべきでしょう。

日本の現実はこちらの両極端とは異なりますし、今、めざそうとしている福祉社会も日本型のそれといえそうです。

つまり国民の税金に大きく依存する北欧や、個人の民間保険加入に頼るアメリカとは別の道です。むしろ「第3の道」としての共助・連帯を基本とする国民皆保険（「医療保険」や「介護保険」への全国民加入制度）に依拠するドイツ・オランダ・



イギリス方式（「中欧型」）に、より近いと考えられます。その上にわが国ならではの工夫を加えた「第4の道」が模索されつつあると言ってもよいかもしれません。<sup>6)</sup>

そのような背景の中で、「脱施設化」問題も検討する必要があるのではないのでしょうか。そして医療ニーズの高いうえに、介護度の最も重い重症心身障害児者にとって、本当に「施設」はいらぬのかどうか、親の立場でしっかり考えていただかねばなりません。

もしも将来にわたって施設があるとすれば、どのような施設機能を地域のすべての重症児と家族の為に維持・充実させるべきか、一緒に考え築き直す必要があるように思います。

そして、これらハード面への再検討とともに、いやむしろもっと大切なのはケアのあり方への根本的見直しこそを急ぐべきではないでしょうか。ハンディを持つ人の欠点やマイナス面に注目して、その治療や改善のみに力を注ぐのではなく、どんなに

重い障害をもつていようと、その人ならではの長所・力・良さを見つけ、それらをエンパワメントするような支援の浸透をはからねばなりません。イギリスのActive Support（積極的支援）やアメリカのPerson-centered-Planning（本人中心の計画）に学び、根づかせたいと私は考えます。<sup>9) 10)</sup>

現実の姿よりもあるべき本質部分に学ぶべきだと前述したのは、この点にあります。

### III. 第三者評価

すべての国民が適切で質の高いサービスを安心して享受できる。そのことを医療福祉分野で、サービスを受ける立場の人々は当然のこととして、提供する立場からも切望する社会環境になってきています。

重症心身障害児の分野でも現場実践に対する信頼を一層ゆるぎないものとし、さらに学術的観点からも、そしてそれらが主観に頼るのではなくて、第三者の中立的な人々による評価にも十分に耐えられるよう

なものとして整備し、問題点があればすみやかに改善を図る、そのようなシステム作りが進められようとしています。

すでに他の医療福祉分野では幾つか先駆的な取り組みがあります。参考にすべき点がありますので、その概要を少し紹介しておきます。

#### (1) 日本医療評価機構

病院をはじめとする医療機関が提供する医療サービスは、医師・看護師等をはじめ、様々な専門職種による技術的、そして組織的な連携のもとに展開されています。医療の受け手である患者のニーズを踏まえつつ、質の高い医療を効率的に提供していくために、組織体としての医療機関は、その役割の一層の充実、向上を常に図ってきています。その一貫として「第三者評価」による取り組みが、わが国でも積み重ねられつつあります。<sup>12) 13)</sup>

平成7年、(財)日本医療評価機構は、高度に専門的で多面的な要素を適切に評価、