

還暦直後障害者になった私

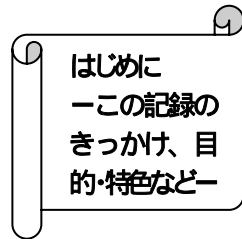
快適な居住を求めて

若杉幸子著

目 次

はじめにーこの記録のきっかけ、目的、特色など	3 ~ 9
（一）この記録のきっかけ	4 ~ 6
（二）この記録の目的・目論見	6 ~ 7
（三）この記録の特色	7 ~ 9
一、障害前の生活	10 ~ 13
（一）仕事について	11
（二）生活について	11 ~ 13
二、障害の状態	14 ~ 22
三、退院後の生活に向けた準備	23 ~ 38
（一）公的支援策の検討	24 ~ 27
（二）車椅子生活者こそ社会との繋がりが必要	27 ~ 28
（三）リハビリゴールは車椅子	28 ~ 29
（四）安全で快適な居住に向けた準備	29 ~ 38
四、快適な居住を求めて	39 ~ 77
（一）快適な一人暮らし	40 ~ 47
（二）公的支援策の利用	48 ~ 52
（三）母との同居	52 ~ 58
（四）母の棲家探し	59 ~ 77
五、安全な移動に向けて	78 ~ 118
（一）バリアフリーの状況	79 ~ 83
（二）移動の状況	84 ~ 105
（三）的確な移動に向けて	105 ~ 109
（四）移動方法の変化とその後	109 ~ 118

六、まとめに代えて……………	1 1 9 ~ 1 6 4
（一）まとめ……………	1 2 0 ~ 1 2 4
（二）介護と自立支援 機能訓練を例に……………	1 2 4 ~ 1 2 9
（三）還暦直後の半身不随が思うこと……………	1 2 9 ~ 1 3 2
（四）身障者による認知症の親の介護について……………	1 3 2 ~ 1 3 7
（五）車椅子生活者にとっての移動の意義……………	1 3 7 ~ 1 4 2
（六）身体障害者手帳は誰のため、何のためー外出介護の援助をめぐ って……………	1 4 2 ~ 1 6 0
（七）『申請主義』はもう卒業しませんか？……………	1 6 1 ~ 1 6 4
おわりにーこの記録の先に……………	1 6 5 ~ 1 7 1
（一）双方にとって安全で快適な居住を求めて……………	1 6 3 ~ 1 6 7
（二）『集まって住む。』ことについて……………	1 6 7 ~ 1 7 0
（三）移動に向けた目標を持って……………	1 7 0 ~ 1 7 1



(一) この記録のきっかけ

私は還暦直後に半身不随で車椅子の身障者になった。

「これから、どう暮らしていこうか。」と考えた。

こう考えたことは、これが初めてではない。

半身不随で車椅子の身障者になったのは今回が初めてだが、脳出血はこれで四回目であり、このことについてはその都度考えてきたことではあった。

四回起きた脳出血の病状や退院時の状態は同じではないので、退院に際して考えた内容は異なるが、第二回目以降共通して考えたことがある。それは、「個人でできない組織的な仕事の場合、急な事態が発生しても仲間に迷惑をかけないようなやり方で進めよう。」ということであった。

三回目までの退院時の症状と今回のそれとを簡単に比較すると、三回目までの退院後の状態は入院前とほとんど変わらなかったため、仕事は勿論、日常生活においても退院翌日から変わらない生活がおくれたが、今回は障害者になり、大きく変わった。

そのような状況の中で私は、「これまでの都市計画コンサルタントの仕事の内、現地調査や地域の住民対応の仕事は当分できないであろう。短大等での授業については車椅子の移動について今後考えるとして、構音障害のリハビリの状態からみて数年先になるであろう。」また、「住戸外への移動についてはこれから徐々に取り組むとして、住戸内ですぐにでもできることを始めよう。」と考えた。幸い利き手の右手が使えるので、「右手を使ってパソコンでできることをしよう。」と考え、手始めに障害者としての現在の生活を記録することにし、その環境を整えることにした。

後の注の箇所述べるように、^(注1)目の状態は必ずしも良好ではないので、その状態を補完するために市が行っている福祉機器の貸

与について考えたところ、新たに^(注2)目の障害で障害者手帳をとる必要があるなど、利き手を使ってパソコンでできることから始めようと考えた私の試みは、簡単な道程(みちすじ)ではないことが判った。

私は、福祉全般について、特に、障害者福祉の分野に至っては全く無知であり、また、高齢者介護の問題については、母をこの数年介護してきた経験と一般的な知識しか持っていなかったもので、これから経験や研究をすべきことが沢山あることも判った。そこで、生涯で初めて出会った障害者としての生活、福祉や高齢者介護の体験を記録して、パソコンに打ち込み、一定程度まとまった時点で、何らかの方法で公表しようと考えた。

(注1) 目の状態は、全盲ではないものの、極端な『斜視』であり、右目は中央から右側はほとんど見えず視野が狭く、左目は中央からやや右側も見えるが、両眼とも物を見るには見にくい。両目で見ると物が二つに見える『複視』であり、『複視』を避けるためには、片目で見る必要があるので、片目に眼帯をする。左目は物が揺れて見える『眼振』がある。また、右目は視力が落ち、文字などは相当小さくぼやけて見える。それでもパソコン画面を予め大きな文字に設定して使用すれば、時間はかかるが打ち込むことはできる。また、打ち込んだ文字はプリントしてもそのままでは読むことはできないが、天眼鏡を使えば時間がかかるが校正もできる。おいおい福祉で扱っている文字盤の大きいキーボードや拡大鏡を借り、いろいろ工夫すればパソコンも使えるようになるであろうと、その時は期待していた。

(注2) 目の障害に関連する福祉機器の貸与については、目の障害で改めて障害者手帳を取る必要があるらしいことが判った、また、その取得も難しいとの情報が得られたが、申請はしてみようと思い、二〇〇六年八月の眼科の専門外来に受信した時に担当医に書類を提出してお願いした。しかし、懸念していた

通り、私の症状では障害者手帳は取れないと説明され、この件は私の希望はかなわずに一見落着いた。

(二) この記録の目的・^{もくろみ}目論見

誰もが何事においても『生まれて初めて』ということがあるものだが、今回の件に関しては、これまでの経験や情報は役立たず、解決することの難しい問題が次々と起こり、判らないことだらけのまま決定しなければならない状態が連続するなど、正に『生まれて初めて』のことだらけで、また、その連続でもある。

入院中のある時、「これから、健常者の時にはできたことができなくなるといこと沢山あるだろう。」と覚悟したが、入院中は、それらを医師や看護師などがカバーしてくれたお陰で殆ど不便を感じずに過ごせた。「しかし、退院後はそうはいかないであろう。」そう思った私は退院後すぐにでも自立した生活がおくれるよう、最低限必要なことを書き出し、「入院中にできることは済ませてから退院しよう。」と決めた。中でも、最も大事な準備は、退院したその日から『安全で快適に生活できること』であり、その一つは車椅子生活ができるように住戸の内部をしつらえること、具体的には、住戸の床の段差の解消など、いわゆる『バリアフリー化』であり、次は、食事・洗濯・掃除・食材の購入・炊事などの家事であろうと考え、前者については手すりの設置などを、後者については、入院中に介護保険を申請し、ヘルパー派遣を中心にした家事全般のしくみを準備することにした。

しかし、このようにいろいろと準備しても、実際退院して生活してみると想像もつかなかったことが次々と起こった。中でも、住戸から外に出るための方法に多くの問題があること、車椅子に乗った

ままタクシーで移動することがより安全であるとしても、そのためには多額の費用を必要とすること、そして、『快適な居住』を実現するためには、とりわけ『安全な移動』が大事であることが判った。

そこで現在の生活を記録する手始めに、まず入院中に準備してきたバリアフリー化や家事のためのしくみなど、『快適な居住』を実現するために行ったこと、次に退院後に重要になってきた『安全な移動』について、それらの実際を記録することにし、そのことをこの記録の目的にした。また、この記録が、利用者に対しては問題発生の予知や対処方法を考えるための参考に、区市町村に対しては利用の実態や問題の発生などをシュミレーションするための参考になるよう意図した。

(三) この記録の特色

まず、著者の私が還暦直後の半身不随の車椅子生活者であることが特色である。

自筆による自伝であること、成人になってから身障者になった者の記録であること、還暦直後に半身不随になりリハビリゴールが「車椅子生活であり杖での歩行は介助付きとなる。」と宣告された者の記録であることなど、著者自身の特色が第一にあげられる。

この特色から、子供の頃からの障害者ではなく成人になってからの中途障害の生活、働いている女性に突然訪れた障害者としての生活、還暦直後に起こった車椅子での生活など、言わば超高齢化社会においては早晚訪れることが予想される生活が記録されることは意義があると考える。

次いで、福祉及び介護保険の運営状況とそこにおける利用者サイドからの問題・課題が記録されることが第二の特色である。

脳出血と右脳にできた血管腫摘出手術によって身障者となった著

者自身のことを記録することは、それ自体、福祉及び介護保険との関連を記録することになる。

また、記録の中心となっている『快適な居住』及び『安全な移動』についても、両制度との関係が深いことから、それらの関係が明らかになるものと思われる。

高齢者とその家族を対象に居宅及び施設サービスを提供する介護保険と、高齢者に限らず障害者とその家族を対象に、教育や就業を含む生活全般を支援する福祉とでは、提供するサービスや支援の内容が異なることは当然想定される。利用者はそれらの違いを理解して利用することになるが、また、それらの違いに期待することもあるに違いない。殊に、車椅子生活者にとっては、外出する場合、居宅から外出先までの『安全な移動』が確保されることが大事であるが、それに関しては、両制度に特徴がある反面、限界もあることが想定されるため、その実際を整理して示すことは意味があると考え

る。

第三点の特色は、著者自身が行った様々な工夫や選択・決定などをこと細かく記録したことである。

福祉及び介護保険に関する国や区市町村が定める運用上の通達や要綱・通知などは、利用実態に照らすと問題もあり、その多くは現場で利用者によって明らかにされる。

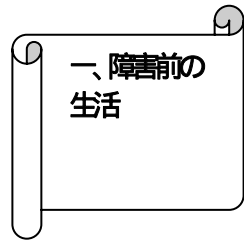
他者の援助や支援を受けて生活している障害者は、他者の都合や予定などと調整しながら手順を踏み、あるいは予定を立てて生活することを余儀なくされているため、現場で予告なく問題が発生することは、それだけでなくストレスの多い障害者に、更なるストレスを課すことにつながる。

運用上の通達や要綱・通知など、必要不可欠なきめ細かい情報が予め明らかにされて説明されている場合は、問題が発生しうることを予測してそれを未然に防ぐための手立てを用意することも可能だ

が、市民に配布されている既存のパンフや冊子などの情報からそれらを予測することは不可能である。

利用者はいつでも問題が発生することのないよう細心の注意を払い、また、発生しても上手く事が運ぶよう、予めあれこれと複数の手立てを考え、最適な方法を選択して、その都度現場で対処することを余儀なくされているのであるが、予定が変更される事態が起こることは、それでなくても行動のスピードが遅くなりがちな障害者にとっては、『一難去ってまた一難』であり、健常者が考える程、簡単に済むことではないのである。

この記録で、現場で行われた細々とした工夫、具体的な対処方法などをこと細かく明らかにすることは、障害者とその家族が問題・課題が発生する箇所やその所在などを理解する時の役に立つものと考ええる。



(一) 仕事について

この記録に先立ち、身障者になる以前の仕事や生活、障害の状態についてここでまとめて示そう。

私は五〇歳になって、これまでの都市計画コンサルタント事務所をやめてフリーとなり、自宅で友人の事務所からの下請け的な仕事、短大などでの非常勤講師、各種財団からのまちづくり活動助成や研究助成などを受けた活動を行っていた。

そのような時、二〇〇〇年に第一回目の脳出血を起こした。

二〇〇一年に繰り返し起こった脳出血の時に、「その原因が右脳幹部にできた血管腫であること、できた場所が悪いため治療はできないこと、また、手術も不可能であること、出血したら緊急入院するということになるであろう。それまではこれまでと同様の生活をしているように。」と説明され、退院以降従来通りの生活に復帰してきた。

そこで二回目の脳出血以降は、緊急入院などによって他の人に迷惑がかからないよう仕事の仕方に配慮しながら仕事を続けた。

二〇〇二年に第三回の脳出血があったが、二〇〇三年には脳出血もなく、二〇〇四年春には病気のことはすっかり忘れ、友人から受けた実態調査結果の分析等に打ち込んでいた。また、この年の四月から地元の大学で非常勤講師として講義を始めていた。

第四回目の出血はこの矢先の二〇〇四年五月に起こった。

(二) 生活について

都市計画コンサルタント事務所をやめフリーとなった丁度その頃、八〇歳後半になっても一人暮らしを続けていた母は、戸建て住宅からマンション暮らしに変えることに同意し、隣のマンションに引っ

越ししていた。

母は引っ越して数年間、自立した生活を送っており、心身ともに健康であったので、介護保険の申請は行わず、元気な高齢者を対象にしたデイサービスの利用を週二回、社会福祉協議会で行っているボランティアによる配食サービスを週二回利用してすごしていた。

この時期の母とのつきあいは、美味しくできた惣菜を時々届けたり、電話で話したりする程度交流であり、両者ともに自立した生活を送っていた。

しかし、これまで風邪ひとつ引かずに元気だった母が二〇〇〇年四月突然、^(注1)心筋梗塞で緊急入院し、ステント留置の手術をし、退院後軽い認知症（当時で言う『痴呆症』）になった。

その後は夕食後母の所に泊まり、朝食後自宅に戻るという生活に変わった。

また、母は退院後、介護保険を申請し、居宅サービスを受けることにし、週四回デイサービスに通い、デイサービス以外の三日間の昼食は私が弁当を作り母は時間になったらそれを食べて夕食まで私の帰りを待つという¹⁾生活に変わった。

私は仕事で外出しない時は母のマンションと隣りあうマンションでデスクワークをして過ごし、母は、昼間は私が作った弁当を食べて一人で暮らすという生活を続けた。

このような訳で、私と母の生活は概ね^(注2)『隣居』であったと言える。

このような『隣居』は、私が第四回目の脳出血を起こして入院する二〇〇四年五月上旬まで続いた。

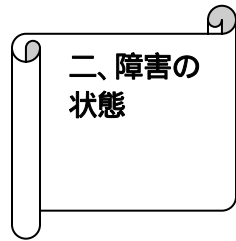
（注1）三〇年前に聞き取っておいた母の半生を、いずれ出版して母に読んでもらいたいと思い、二〇〇一年第二回の脳出血の退院以降、手書き原稿をパソコンに打ち込む作業を進めていた。その矢先に母が心筋梗塞

で手術をしたことから、急遽自費出版に向けて準備を始め九月に原稿を出した。原稿を推敲する過程で母は自分で原稿を読み私も読んで聞かせたのでこの目的は概ね達せられた。その直後第三回の脳出血で緊急入院したが、入院先で最終校正を済ませ、退院当月には無事出版の運びとなり、ネットで知った『自主出版ネットワーク』の編集を経て次の著書が母の手元に届いた。この時期、母と私の生活にはこのようなことがあった。

- ・ 若杉幸子著『震災・空襲を生き抜いた女性の記録 職人の家に生まれてー』、二〇〇二年十二月二十五日発行、自主出版ネットワーク(本の風景社・発行、(株)ブッキング・発売)

(注2) この時期の母との『隣居』の生活について、NHK第三チャンネルにその映像が残っている。

母の週間サービス計画を私自身で『自主作成』したいと考えていた時、たまたま埼玉県北本市の自主グループが週間サービス計画や利用票を自主作成しているという新聞記事を読んで参加させてもらったことがあった。当時の母の週間サービス計画は、介護の生活が急であったことや私自身の仕事の性質の上からも、毎週異なるものにならざるを得なかった。当時、市の担当課やケアマネジャー(以下、『ケアマネ』と略称する。)が求める『一週間のサービスを同じ様に一ヶ月繰り返す。』という計画にはならない状態にあり、私は、私たちの生活に合うサービス計画を求めて事業所やケアマネを数ヶ月の間に三回変えたことがあった。そして、折しもこの時期、介護保険の見直しが予定されていて、その中の一つにケアマネに関する課題があったことから、私たちの事例は問題例の一つとして取り上げられたのである、この中に認知症が始まったばかりの頃の元気な母と障害になる前の私との『隣居』の頃の映像がある。(二〇〇二年六・七月頃?)



私は、二〇〇〇、二〇〇一、二〇〇二、二〇〇四年の合計四回脳出血を繰り返し、四回目の脳出血の後遺症で左半身不随となった。また、繰り返す脳出血の原因が右脳幹部にできた血管腫であることが二回目の入院の時に判明したことから、四回目の脳出血で入院した時にそれを摘出する手術を行った。そして、これら脳出血による後遺症と手術による合併症として右末梢性顔面神経麻痺、嚥下障害・構音障害、左内転位・右回転性眼振、左不全麻痺、左協調運動障害、知覚障害・左重度低下、平行障害などの障害が発生し、リハビリ病院を退院する時には車椅子生活となった。

退院後は介護保険を利用して車椅子を民間の事業所から月単位で借り、通常より横幅の少し狭い車椅子を、右の手漕ぎ車と左の足置きをつけて利用している。

障害の状態は前述の通りであるが、リハビリテーション病院退院後の身体的状況・生活状況を具体的にみると次の通りである。

- ・ 右末梢性顔面神経麻痺については、右の顔がゆがんでいる。但し、リハビリ専門病院に転院した時点で「リハビリの時期は手術後一週間である。時期が遅いので回復は無理だろう。」と担当の理学療法士から告げられ、そこでは右顔面麻痺についてのリハビリは受けていない。そこで、顔面の外観の形状はゆがんだままである。右顔面麻痺については、摘出手術を執刀した医師がリハビリ専門病院に転院する時、「整形手術をする時は相談に乗る。」と言われたことを思い起こすと最終的にはその方法があるようだ。
- ・ 嚥下障害については、硬い物でなければ、食べ終わるまでに時間がかかるが、皆と同じメニューで同じ量を食べることができる。但し、気管支などに食物が入りそうになると通常は咳き込んで気管支などに入ることを知らせるものだが、私の場合、咳き込まないので気管支などに食べたものが少し入ることがある

ようだ。入院中の一定期間は、看護師が定期的にチューブで吸引してくれたが、ある時から自分でティッシュペーパーで取るように指導され、退院後も同様に夜寝ている時に気管支に溜まった痰をティッシュペーパーで取っている。その量が増えたり、その中に昼間食べた炭水化物の残物が混じっていたりすることがあるので安心はできない。咳き込まない原因が右末梢性顔面神経麻痺あるいは左不全麻痺のためか専門家でもないには判らないが、障害は負っていても病気ではない私が最近「病気になるとしたら、あるいは死ぬとしたら、慢性気管支炎や肺炎等嚥下障害に因るかも知れない。」と思うようになっている。

- ・ 構音障害については、言語障害ではないので言葉は出てくる。右末梢性顔面神経麻痺のためか、顎の位置がずれ、筋力が落ち、上下の歯の間が指一本程度しか開かず、発した言葉が聞き取り難い。入院当初から顎が毎晩締め付けられて口が少ししか開かず、舌の位置や長さも変化するなど、音が希望通りに発せられず、発した声が聞き取りにくい構造に変化したようである。
- ・ 左内転位・右回転性眼振は、目の障害である。全盲にならずに済んだが、両眼で見ると物が二重に見える『複視』という状態である。左目だけで見ると物がゆれて見える『眼振』という状態があり、視覚は不安定である。両目ともいわゆる『やぶにらみ』の状態であり、『内転位』という状態のようである。唯一正常に見える右目は、視力が低下し、例えば、パソコン上で一〇ポイントの文字が六ポイントくらいの大きさに見える。文字を見る時は左目に眼帯をして、右目で天眼鏡を上下させて見る。
- ・ 左不全麻痺、左協調運動障害は主に上下肢の機能障害と上下肢が意思に関わらずに動くという『協調運動障害』の状態である。また、左不全麻痺は上下肢のみでなく、左側の身体全ての状態を示しているようであり、例えば、頭部、胸部・腹部・臀部の

皮膚は麻痺している。内臓の状態を知覚する時にも知覚障害があるのかという点については不明だが、左不全麻痺は知覚障害・感覚障害と相俟って左側の知覚を誤る。

- ・そこで、医療機関にかかる時、痛みの症状が診断を左右すると推察される時には、私が痛みを的確に知覚出来ない状態にあることを医師に伝え、誤診を招かないようするという注意も必要である。
- ・平行障害は脳出血による後遺症である『左不全麻痺』のリハビリに対する回復を遅らせあるいは不能にするようにも見受けられる。後述する様にリハビリゴールが車椅子であり、筋力がついて杖で歩行できてても外出や移動に他者の付き添いを条件にしている根拠がここにあると思われる。

障害の状態やリハビリ後の効果や次回のリハビリ計画などについては基本的には毎月出される予定の『リハビリテーション総合実施計画書』に示される。

最後の『リハビリテーション総合実施計画書』に示された『ハビリゴール』が退院後の屋内・屋外生活に対する担当医の所見と言えるものであるが、それは次の様なものであった。

第一回目では、屋内歩行は車椅子、屋外歩行は車椅子、第二・三回目では、屋内歩行はウオーカー（歩行器）による歩行と車椅子、屋外歩行は車椅子とされ、また、第二・三回目の報告には、屋内歩行について、「歩行器を使用すれば歩行は可能だが移動効率の面では車椅子」ということが記されている。

二カ月経過した時のリハビリでは、ウオーカー（歩行器）の他に四点杖が使われ、「歩行できるようになるかもしれない」という僅かな希望を持った時期があったが、理学療法士の説明によると、ウオーカーや四点杖での歩行訓練は歩行を目的としたものではなく、筋力の維持・向上のためであり、特に、四点杖での歩行訓練は、『おま

け』とのことであった。

図 2 - 1 リハビリ実施計画書(2006.9月)

リハビリテーション総合実施計画書

氏名： 殿 歳 計画評価実施日：平成16年09月29日

Dr	PT 理学療法	OT 作業療法	ST 言語聴覚療法	Nr 看護	SW ソーシャルワーカー	心理
診断名・原因疾患：(2004/06/08 発症) 脳幹部海綿状血管腫術後			合併症：1)繰り返した脳幹出血 2)高血圧症			
日常生活自立度：A1			痴呆性老人の日常生活自立度判定基準：Ⅱa			
現在の状態						
機能障害	1)左内転位、右内転位眼振 2)構音障害、嚥下障害 3)左不全麻痺 右末梢性顔面神経麻痺 4)左協調運動障害、平衡障害		心理	自己認識：適性 依存性：普通 心理状態：情緒安定		
			基本動作	座位保持：可 立位保持：つかまり 歩行能力：監視下で10m程度可能である 杖：Walker 装具：SHB		
能力障害	自立度	日常生活(病棟)実行状況	訓練時能力	自立度	日常生活(病棟)実行状況	訓練時能力
	ADL(日常生活活動)等			ADL(日常生活活動)等		
	屋外歩行	非実施	非実施	食事	自立	一部介助
	階段昇降	非実施	非実施	排泄動作(昼)	一部介助	一部介助
	廊下歩行	非実施	非実施	排泄動作(夜)	一部介助	一部介助
	病棟トイレへの歩行	非実施	非実施	尿禁制	自立	自立
車椅子駆動(昼)	一部介助	自立	便禁制	自立	自立	
車椅子・ベッド間移乗	一部介助	監視	整容	一部介助	一部介助	
椅子座位保持	自立	自立	更衣	一部介助	自立	
ベッド起き上がり	自立	自立	装具・靴の着脱	一部介助	自立	
			入浴	一部介助	一部介助	
コミュニケーション		構音障害はありますが、会話は音声言語にて可能です。				
活動度		訓練時間以外は病棟のロビーにてテレビなどを観覧されています。				
社会的 不利	職業状況：			医療区分：国保 本人 経済状況：		
	実居状況：			家族構成及び分離家族：		
第 三 者						
本人の希望 歩行と言葉の改善。長期的には仕事を含め元の生活に戻れるようにしたい。				家族の希望		
リスク・疾病管理(含：適用・観用) 繰り返し脳出血を起こされているため、一般状態の変化について把握します。また誤嚥性肺炎の徴候についても注意します。						
リハビリテーション計画						
基本方針 麻痺の回復・促進、全般的な筋力・耐久性の向上、歩行訓練、日常生活活動の獲得、構音・嚥下機能の改善に訓練を行います。						

<p>具体的アプローチ</p> <p>理学療法(PT)では下肢の麻痺の回復・促進と筋力・持久性の向上、歩行訓練を行います。作業療法(OT)では上肢の機能・筋力の改善、日常生活動作の獲得へ向けて訓練を行います。言語療法(ST)では構音障害の改善と嚥下障害の改善に訓練を行います。心理部門では今後、認知知的機能と心理状態に関する面接・検査を実施する予定です。看護部門では一般状態の変化について把握します。</p>	
<p>外治訓練の計画</p> <p>現在は未施行です。今後検討します。</p>	<p>リハビリテーション終了の目安・時期 ※ ケース会議(11月に予定)にて入院に必要な期間を決定します。</p>

※ 現時点での到達目標			
心身機能・経過	運動機能は左側に不全麻痺と協調運動障害、平衡障害があり、これらが動作獲得の阻害要因となります。歩行は歩行者使用すれば可能と思われますが、移動効率の点では低下すると思われます。日常生活動作については入浴や階段には介助の必要性が残ると思われますが、その他の自立すると思われます。構音障害は日常生活上、支障のない状態まで改善すると思われますが、顔面の麻痺は残存します。嚥下障害については常食(水分とろみなし)の摂取が可能になると思われます。主婦業については洗濯や掃除など一部は可能になると思われます。職業復帰についてはご自身のペースで行えるものについては可能と思われます。		
参加主目標	<p>退院先：自宅</p> <p>復職：今後検討します</p>	<p>家庭内役割：妻・主婦 定例介護</p> <p>社会活動：友人・知人との交流</p> <p>趣味：今後検討します</p>	
活動全ての実行状況	<p>屋内歩行：車椅子 装具：SHB 杖</p> <p>歩行者使用による歩行は可能になると思われますが、移動の効率性は低下します</p> <p>屋外歩行：車椅子 装具：SHB 杖</p> <p>交通機関利用：</p>	<p>排泄：自立 ポータブルトイレを使用して自立へ</p> <p>食事：フォーク等 食物形態は今後の経過に合わせて検討します</p> <p>登容：自立</p> <p>更衣：自立</p> <p>入浴：介助</p> <p>家事：家事の一部が施行可能な程度</p> <p>書字：可能ですが失調症状のための字形は歪みま</p> <p>コミュニケーション：音声言語にて可能です</p>	
環境	<p>自宅改造：要 手すりなど</p> <p>福祉機器：要 車椅子など</p>	<p>社会保険サービス：身障手帳</p> <p>介護保険サービス：要</p>	<p>申請中</p> <p>未申請</p>
第三者の不利	<p>退院後の主介護者：妻</p> <p>家族構成の変化：無</p> <p>家族の社会活動の変化：有</p>		

<p>退院（終了）後のリハビリテーション計画（種類・頻度・期間） 退院時の状況に合わせて検討します。</p>
<p>追記</p>

※ リハビリテーション終了の時期や到達目標は、ご説明の時点での予測であり、実際には目標や時期を変更せざるを得ない場合もあります。ご了承ください。

本人・家族への説明 平成16年 9月 9日	本人 サイン	家族 サイン	説明者 サイン
-----------------------	-----------	-----------	------------

図 2 - 1 リハビリ実施計画書(2006.年 11 月)
リハビリテーション総合実施計画書

氏名: 殿 歳 計画評価実施日: 平成16年11月30日

Dr	PT 理学療法	OT 作業療法	ST 言語聴覚療法	Nr 看護	SW ソンジャクナー	心理
診断名・原因疾患: (2004/06/08 発症) 脳幹部海綿状血管腫術後			合併症: 1) 繰り返した脳幹出血 2) 高血圧症			
日常生活自立度: A1			痴呆性老人の日常生活自立度判定基準: IIa			
現在の状態						
機能障害	1) 左内転位、右回旋性腰痛 2) 構音障害、嚥下障害 3) 左不全麻痺 右末梢性顔面神経麻痺 4) 左協調運動障害、平衡障害		心理	自己認識: 適性 依存性: 普通 心理状態: 情緒安定		
			基本動作	座位保持: 可 自立 立位保持: つまみ 自立 歩行能力: 訓練室内自立。 杖: Walker 装具: SHB		
能力障害	自立度 ADL (日常生活活動) 等	日常生活 (病棟) 実行状況	訓練時能力	自立度 ADL (日常生活活動) 等	日常生活 (病棟) 実行状況	訓練時能力
	屋外歩行	非実施	非実施	食事	自立	自立
	階段昇降	非実施	非実施	排泄動作 (昼)	自立	自立
	廊下歩行	非実施	非実施	排泄動作 (夜)	自立	自立
	病棟トイレへの歩行	非実施	非実施	尿禁制	自立	自立
	車椅子駆動 (昼)	自立	自立	便禁制	自立	自立
	車椅子・ベッド間移乗	自立	自立	整容	自立	自立
椅子座位保持	自立	自立	更衣	自立	自立	
ベッド起き上がり	自立	自立	装具・靴の着脱	一部介助	一部介助	
コミュニケーション	構音障害は軽～中等度の障害で、会話は音声言語にて可能。					
活動度	訓練時間以外は病棟のロビーにてテレビなどを観覧されている。					
社会的 不利	職業状況:			医療区分: 国保 本人 経済状況: 問題なし		
環境	家屋状況:			家族構成及び分離家族:		
の第 三 利 者						
本人の希望 歩行と言葉の改善。長期的には仕事を含め元の生活に戻れるようにしたい。歩行が出来なければ、実母とともに施設への入所を考えている。			家族の希望 本人の望むように。			
リスク・疾病管理 (含: 適用・服用) 繰り返し脳出血を起こされているため、一般状態の変化について把握する。また発熱や痰など誤嚥性肺炎の徴候についても注意する。						
リハビリテーション計画						
基本方針 ①歩行の安定性と耐久性の向上、②入浴動作の獲得、③構音能力の向上、④嚥下機能の改善、⑤一部家事動作の確認、に訓練を行う。また家庭生活を考慮し、手摺の位置などの設定や必要に応じて家庭訪問を行う。						

具体的アプローチ

理学療法(PT)では筋力・耐久性の向上、床上動作や歩行訓練を行う。作業療法(OT)では上肢の機能・筋力の改善、日常生活動作の獲得(入浴はシャワー浴での自立)へ向けて訓練を行いながら、家事動作の一部について確認・訓練を行う。言語療法(ST)では会話明瞭度の改善を目的に発話器官の運動機能訓練、発声訓練、構音訓練を行い、嚥下障害に対しては全身状態に合わせて食物形態を段階的に上げてゆく。心理部門は今後は必要に応じて介入する。看護部門では一般状態の変化について把握する。

外泊訓練の計画

現在まで未施行。今後検討する。

リハビリテーション終了の目安・時期 ※

ケース会議にて家庭復帰を目指して、あと1.5～2ヶ月間訓練を継続して行うこととなりました。

※ 現時点での到達目標

心身機能・意識	協調運動障害、平衡障害、感覚障害のため立位以上の動作は支持する物が必要である。歩行は現状では固定式歩行器と短下肢装具の使用で機能維持目的としてのレベルまで、効率性を重視すれば車椅子。日常生活動作は車椅子レベルであれば身の回りの活動は自立。今後、シャワー浴での入浴は可能と予想されるが、階段は監視が残存する。構音障害は明瞭度は日常生活上大きな支障のないレベルとなっている。嚥下障害は嚥下の危険性は減少したが、口腔期の問題があり食形態は一口大食・水分とろみなしまで。主婦業は部分的には援助は必要だが、掃除・洗濯・調理の一部は可能。職業は自身のペースで行えるものについては可能と思われる。	
参加主目標	退院先: 自宅 復職: 自身のペースで行えるものについては可能	家庭内役割: 実母の介護 社会活動: 友人・知人との交流 趣味: 今後検討
活動全ての実行状況	屋内歩行: 歩行と車椅子自走の併用 装具: SHB 杖: Walker 歩行器を使用すれば歩行は可能だが、移動効率の面では車椅子 屋外歩行: 車椅子 装具: SHB 杖: 無 交通機関利用: 電車、タクシー 他者と一緒に利用する	排泄: 自立 食事: フォーク等 米飯・軟菜一口大食・水分とろみ無し 整容: 自立 更衣: 自立 入浴: 監視 シャワーチェアを使用しシャワー浴が自立へ 家事: 家事の一部が施行可能な程度 書字: 可能 コミュニケーション: 音声言語にて可能
環境	自宅改造: 表 手すりなど 福祉機器: 要 車椅子など	社会保険サービス: 身障手帳 申請中 介護保険サービス: 要 申請中
第三者の不利	退院後の主介護者: 要 家族構成の変化: 無	家族内役割の変化: 無 家族の社会活動の変化: 有

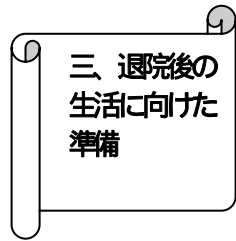
退院(終了)後のリハビリテーション計画(種類・頻度・期間)

退院時の状況に合わせて検討します。

追記

※ リハビリテーション終了の時期や到達目標は、ご説明の時点での予測であり、実際には目標や時期を変更せざるを得ない場合もあります。ご了承ください。

本人・家族への説明 平成/6年/月/日	本人サイン	家族サイン	説明者サイン
---------------------	-------	-------	--------



(一) 公的支援策の検討

身体障害者手帳の取得

右脳幹部にできた血管腫の摘出手術を行った東大病院に入院している間、私は退院後の生活をイメージし、入院中に行っておくべきことを列挙し、自分でできることから手をつけることにした。

幸い、入院前に外来診療に来ていた時に、病院には総合受付に『相談室』があることを知っていたので、まずそこに相談した。

病棟の看護師に頼むと、すぐに相談室から職員がベッドサイドまで来て、障害者手帳や介護保険の申請などの情報を提供してくれた。また、前者について、病院のリハビリの担当医師が埼玉県の手帳を取り寄せ、申請書を提出してくれ、入院中に手続きを済ませてくれた。そして、転院先の病院に入院した時には、身体障害者手帳を手にすることができた。

心身障害者医療費受給者証の取得

転院先の病院で、その日のリハビリが終わってベッドに横になっていると、病室の前にある小さい休憩兼面会室から賑やかな会話が聞こえた。そしてその中の一つに心身障害者医療費受給者証に関する話題があった。「入院費は大変だが、医療費が無料だから大変助かる。」という趣旨の話であった。

私はこれまで三回の入院で経済的に楽ではなかったので、この話を耳にしてベッドから飛び起きて彼らの話題に加わった。

私の代理人が市役所の窓口障害者手帳を受け取りに行った時、医療費受給者証の情報について全く知らされなかったようだ。」ということ話をすると、会話をしていたその中の一人が、「やはりそうか。うち（家）でもそうだった。家の場合は、窓口の担当者では埒が明

かないので課長を呼んで手続きを済ませた。」と言い、「今すぐ市に連絡して担当者に来てもらおうと良い。」とアドバイスしてくれ、私が市の担当課に電話をかけると、受話器を変わってくれて、テキパキと用件を済ませてくれた。

翌日、市の担当課の職員が病室を訪れ、「手帳を取りに来る時に、必ず医療費受給者証の担当課に案内するはずなのだが、どうしたのだろう。」と呟いた。

案内するのを忘れられたのは私だけではなく、先の会話に出てきた家族も同様だったのである。この小規模な病院で市町村合併によってさいたま市になる前の『浦和市』に居住していた入院患者は数人であり、この中で「案内するのを忘れられた者が複数出たということはどういうことであろうか。」と訝しく思うのは私たちの方であった。

心身障害者医療費受給者証は区市町村の制度であり、医療機関の窓口で患者が支払った一割あるいは三割負担の分を心身障害者に対して区市町村が補助するというものであるらしい。そして、この申請手続きは当日済み、数日後証書が送付されてきた。

支払った医療費が受給できる方法は二通りあり、これに必要な二種類の書類を市の担当者は心身障害者医療費受給者証の申請手続き当日持って来ていた。

一つは『心身障害者医療費請求明細書』である。これは、市内の診療機関で診療を受ける場合に使用する書類であり、患者はこの書類を健康保険証と心身障害者医療費受給者証の三点を提示する。診療当日、診療後医療費は無料となる。

二つは、『心身障害者医療費支給申請書』である。これは、市外の診療機関で診療を受ける場合に使用する書類であり、このしくみでは、これまでの診療方法と同じように、患者は診療当日、一旦国民保険の自己負担の割合で支払い、その後、この書類と

領収書を市に提出し、許可の通知を受けた後、予め届けた口座に支払った医療費の金額が市から振り込まれて終了する。

障害者年金の申請

退院後数ヶ月した誕生月あたりに社会保険庁から国民年金の申請手続きが配達されてきたので、私は今後の生活の費用などについて考える必要に迫られた。

いずれにせよ、年金については説明をうける必要もあったので、自宅から歩いて行ける範囲にある社会保険庁の浦和の事務所の相談室に電話し、自宅まで説明に来てもらった。男女二名の職員が必要な手続き用紙を持参し、最初に必要な国民年金の手続きについて説明してくれた。

職員の説明によると、国民年金には『遺族年金』、『障害者年金』、『国民年金』の三つがあり、選択できることを知らされた。そして、私の場合、年金の額から見て、『障害者年金』を選択することが望ましいというアドバイスを受け、その手続きに入った。

手術を受けた病院とリハビリを受けた病院との二箇所の医療機関から整合性のある医療情報を得るために数回の時間と費用（主に、タクシー代）がかかったが、数ヶ月後に年金証書が届き、遡って年金の支払いが口座を通して開始された。

介護保険の申請

退院後すぐに必要になる介護保険の申請を行った。

また、母がお世話になっているケアマネに私もお世話になる予定で、彼女の所属する事務所とケアマネの業務に関して契約すると共に、ヘルパー派遣についても同様の事業所と契約し、退院後のサービス計画を入院中に立てた、更に、退院後の車椅子や自宅でのリハ

ビリに必要な四点杖について貸し出しを受けるために該当する事業所と契約し、退院当日それらが使用できるように手配した。

以上の手続きを入院中及び退院後を通して自分で行ったので、大変忙しい毎日であったが、公的支援を得るために当面必要な各種証明書の取得はこれで概ね終了した。

また、その後、収入区分等が考慮されて支給される『障害福祉サービス等受給者証』、『障害者訪問介護等利用者負担額軽減』の申請を、更に、介護保険の申請を、介護保険を利用してからは要介護状態区分等と収入区分等が考慮されて支給される『介護保険負担限度額』の申請を行った。

(二) 車椅子生活者こそ社会との繋がりが必要

身障者となった私は、手術後のリハビリのためにリハビリ専門病院に転院し、数ヶ月リハビリを受けた。

リハビリを受けるに当たり考えたことは、リハビリの結果によっては、退院後の生活の場を変えなければならないかも知れないということであった。

歩けるまでに回復すれば、自宅に戻ってこれまで通りの生活ができるが、車椅子生活になれば、自宅でひとりでは生活できないことになるので、どこかの施設に入って集団生活をおくことになるであろう。また、仮に、ヘルパーなどから介助を受けて自宅で生活することができたとしても、自由に一人で自宅から出ることができずに社会と隔絶した状態で暮らすことは避けたいと考えた。残された機能を互いに持ち寄り、障害の状況に応じた自分なりのやり方で役割分担しながら、『集まって住む。』という方向で生きたいと考えた。

子どもを育て、社会に出し、最近单身になった私は、障害者にな

って初めて「自分で一人では外に出られない障害者こそ、それが家族であってもなくても、いつも社会の中で暮らすことが必要ではないか。」とその時漠然と考えた。

また、かつて数年間コーポラティブ住宅建設運動に関わった経験から考えると、障害者こそまさに、『グループリビング・グループハウス、コレクティブハウジング・コレクティブハウス』などが居住の場として適しており、『共同生活あるいは共同の住まい、集まってつくる・集まって住む』ことの意義は大きいと思った。

車椅子生活になってこれまでの仕事を続けることができず、また、自由に外の社会にでていけない場合でも、介護保険制度の居宅サービスを利用してヘルパーなど、介護者の介助を受ければ、『寝て、起きて、食べて、トイレに行く。』、『息をして、心臓も動いている』最低限の『生』は自宅でも可能であるかも知れない。しかし、それ以外の可能性を求める場合は、日常的に社会から隔離されない状況を意識的につくることが必要であり、それが自宅で実現できないならば、別の方法を考える必要があると考えた。

このように、転院当初の私は「車椅子生活者こそ集まって住むことが必要である。」と考えるようになっていた。

こういう考え方は恐らく、小さい時から施設で他者の援助を受けて生活してきた障害者から見ると、大分違うかも知れない。彼らの場合は、『自立』を目的に、「施設から出たい、出て自宅あるいはアパートなどで自活したい。」と思うかも知れない。しかし、還暦後、中途障害者となった私は、これまで築いた社会関係の維持・継続を願って、『集まって住む。』ことを選ぼうと考えたのである。

(三) リハビリゴールは車椅子

転院先のリハビリ専門病院では、月末にリハビリテーション総合

実施計画書が説明される。

転院後、リハビリを受けて三ヵ月経過した第三回目の報告で、『リハビリテーション終了の目安・時期』などを示す報告があり、その中でリハビリゴールが明らかにされた。

第一回目の報告で、屋内歩行は車椅子、屋外歩行は車椅子、第二・三回目の報告で、屋内歩行はウオーカー（歩行器）による歩行と車椅子、屋外歩行は車椅子、また、第二・三回目の報告で、屋内歩行について、「歩行器を使用すれば歩行は可能だが、移動効率の面では車椅子」ということが示された。

リハビリで二ヵ月経過した時、ウオーカー（歩行器）の他に四点杖が使われ、「歩けるようになるかも知れない。」という僅かな希望を抱いた時期があった。しかし、理学療法士の説明によると、ウオーカーや四点杖での歩行訓練は歩行を目的としたものではなく、筋力の維持・向上のためであり、特に、四点杖での歩行訓練は、『おまけ』ということであった。この話を裏付けるように、リハビリでは実際、ウオーカーによる自主的な歩行訓練と『おまけ』である四点杖による歩行訓練というメニューは、三回目の報告以降、退院までの約三ヶ月間、ずっと続き、それ以外の新しい訓練メニューを実施することはなく、理学療法士の説明通り、歩行訓練に進展はなかった。

このような訳で三回目の報告が『リハビリゴールは車椅子』という宣告になる。

（四）安全で快適な居住に向けた準備 情報収集（二〇〇四年十二月）

退院後の生活が車椅子になることを知った十二月上旬、私は、退院後早晩予想される経済的な課題、居住の場の確保、リハビリの継

続など多くの問題に対処するため入院中にできることはやっておこうと考え、リハビリの合間を縫って必要な情報を集め始めた。

病気になる前は仕事の関係で、高齢者が地域で住み続けるために必要な住宅政策や高齢者のための住宅施策などについて、先進事例の情報収集や実態調査などを行った経験はあった。しかし、福祉に関しては『知的障害者のための都区部にあるグループホーム』や障害者のための『生活ホーム』程度のわずかな事例と知識しか持っていなかった。また、三〇年近く居住してきた埼玉県やさいたま市の住宅政策や高齢者のための住宅及び福祉施策などについて注目すべき施策を目にすることもなく過ごしてきた。特に、旧浦和市については、国の施策（の委任業務）以外、独自の施策については全く知らずに来た。

そこで、市の福祉の担当者が転院先の病院に来た際に置いて行った『さいたま市障害者福祉ガイド』の冊子を捲って最初から最後まで目を通したところ、そこに、^(注1)『生活ホーム』という項目があり、『身体障害者及び知的障害者で自立した生活を望みながらも、家庭環境や住宅事情等でそれができない方に対し、その社会的自立の助長を図ることを目的とする施設です。』という記述があった。その記述はまさに私が求めていた居住の場に近かった。しかし、その冊子には肝心の施設の事例や名称・所在地などが明記されていなかった。ので、市の担当課に電話で尋ねたところ、「そういうものはない。」と言う答えが返ってきた。冊子に掲載されていたあの項目や記述は国の記述をコピーしただけで、市の事例はないということか。担当者は、「判らない。」と言う。「市内になれば、県内の事例でも良い。あるいは全国レベルの事例一覧などがあれば教えて欲しい。」と頼むと、「コンピューターで探したらどうか。」と答えが返ってきた。これには驚いた。

私はこのようなやり取りの電話を切り、今度は県の福祉に電話し

た。県の担当者は県内の生活ホーム一覧表のコピーを病院に送ってくれると約束し、まもなく一覧表が届いた。それによると県内の生活ホームは九〇数箇所あった。しかし、一覧表には入居定員数が明記されているだけで、身体障害者・知的障害者別の利用実績や『待ち』の実態など、利用者に必要な情報が欠けていたので、区市町村別に明記されている事業所に一覧表の上から順に電話をかけて尋ねることにした。六市町村あたりに電話をかけ終えた所で、これら全ての施設が知的障害者のみを対象としていて、身体障害者は受け入れていないことが判った。これ以上、区市町村に電話をかけても埒があかないと思い、再度県に電話をかけ、障害別の利用実績あるいは前述の冊子に記してある生活ホームの目的の達成状況などに関する情報を求めた。それは、国あるいは県や区市町村など、何らかの公的資金が入った事業であれば、実態調査や事業評価などがあるに違いなく、その中に、前述の目的（「身体障害者及び知的障害者で・・・・・・・・それができない方に対し、・・・・・・・・図ることを目的とする施設です。」）に示された施策の実績が把握されているに違いないと考えたからである。しかし、担当者からはこれらに関する情報は得られなかった。そこで、市内の状況を調べるべく、再度、さいたま市に電話し、県内数箇所の施設に電話した結果を報告し、さいたま市の状況について新たに尋ねた。すると、さいたま市でも同様であること、県内の生活者ホームの多くは知的障害者のみであり、身体障害者を受け入れているところはないであろう、他の区市町村に電話しても同じであろうという答が返ってきた。

恐らく、利用者や利用者家族・利用者組織などに直接ヒアリングすることができれば、正確な情報は得られるに違いないが、入院中公衆電話のみで行っていたのでは限界があった。また、地方分権と市町村合併間もないさいたま市の職員にこれ以上のことは期待できないと考え、とりあえず自宅に戻り、『快適な居住』のための場所を

求めることについては仕切り直しをしようと決めた。

そしてその後入院中は、自宅で車椅子生活をする上に最低限必要な装置やしつらえ等を整備する方向で準備することにした。

間借りするための準備（二〇〇五年一～二月）

前述したように、入院前の私と母は隣り合うマンションで『隣居』していたが、その母のマンションは和室と洗面所と浴室を除き、床はフローリングでバリアフリー仕様であり、車椅子利用が可能であった。

母は私が入院する前から大分足が弱くなっていて、玄関先で靴を脱ぐ時、洗面・脱衣所で服を脱ぐ時などは、身体を安定させるために壁に寄りかかって行っており、早晚手すりが欲しい状態であった。お風呂に入り風呂桶を跨ぐ時は介助が必要であり、そこにも手すりをつける必要があった。また、手の力が弱くなったせいか、重い防火戸の鉄製の玄関ドアのノブを左右に廻して開閉することが難しくなっており、トイレや部屋のドアノブ、台所や風呂場や洗面所などの水栓を左右にひねって回すことも困難になりつつあった。

このような状態であったので、私が退院して間借りすることに決めた時、私は介護保険で必要な所に手すりをつけることを母に勧め、それらを私も退院後利用させてもらうことにした。このような訳で、退院前の一～二カ月は、母の家の^{（注2）}住宅改修のための打ち合わせや工事立会いなどにリハビリ病院から自宅の間をタクシーで何回か往復した。

ドアに関しては、できるところは引き戸に、できないところはドアをはずしてカーテンにした。

ベッドについては、介護用ベッドを利用する必要はないので、これまで使っていたベッドに大工さんに頼んで手すりをつけてもらい、

それを使うことにした。風呂については、これまでシャワー浴が習慣で風呂桶に入ることは滅多になかったので、手すりを付け、椅子を購入して風呂場に置き、それを二人で使うことにした。また、後日、バスボードも購入した。

『取り敢えず居住するための場』は、退院までの短い期間にこのようにしてしつらえられた。

表4 - 1 市の住宅改修・改善費に対する支援事業一覧

根拠制度・政策等	介護保険制度	住宅	福祉
事業名	住宅改修費の支給	要介護高齢者居宅改善費補助事業	重度身体障害（児）居宅改善整備費の補助
事業内容	以下(対象工事等)に示す小規模な住宅改修にかかった費用の九割相当額が支給される。	日常生活において介護を必要とする高齢者の居宅の改善(居宅の老朽化に伴う補修などを除く)をするための経費の一部を補助する。 補助は、一回限りとし、工事着工前に補助の交付決定を受ける必要がある。	肢体不自由者(児)が生活しやすいように、現在住んでいる家屋の居室、浴室、便所などの住居の一部を改修する場合の経費を補助する。必ず改修前に相談すること
対象者	介護の必要度の判定を受けた人	次に掲げる全ての要件に該当する方のために高齢者の居宅の改善工事を行う方 ・市内に1年以上居住し、かつ、万65歳以上の方 ・さいたま市の介護保険の非保険者であること ・身体上の障害のために日常生活に支障があり、かつ、介護保険制度における要介護・要支援認定を受けていること ・介護保険料率が1・2であること ・介護保険料を滞納していないこと ・介護保険施設または病院などに入所・入居していないこと	つぎのいずれにも該当する方 ・身体傷害者手帳を持つ肢体不自由1～3級の方 ・補装具等徴収基準額表、A階層～D13階層に属する方
対象工事等	・手すりの取り付け ・段差の解消 ・洋式便所への便器の取替えなど	対象となる経費は「介護保険給付対象以外の工事」	現在住んでいる家屋の居室、浴室、便所などの住居の一部の改修工事 * 介護保険、日常生活用具の給付対象となる改修は対象外となる
支援額	原則として1つの住居につき改修20万円まで	対象経費の3分の2の額で、30万円を上限とする	必要費用の3分の2(限度額30万円)
窓口	各区役所高齢介護課、介護保険課	各区役所高齢介護課、高齢福祉課	各区役所支援課
資料	高齢介護サービスのご案内 平成17年度版、さいたま市、P.18	高齢介護サービスのご案内 平成17年度版、さいたま市、P.35	「さいたま市の高齢者福祉ガイド」、さいたま市保健福祉局福祉部障害福祉課、P.六十四

リハビリを継続するための準備（二〇〇五年一～二月）

次は、加齢に従って弱体化する身体状況を維持しながら住戸内での自立した生活を持続させる方策を考えた。

退院後の生活に『予防』の概念をいれるということになるのか。

具体的には、リハビリ病院を退院する時に渡された『維持・向上のためのリハビリメニュー』をどこでどう継続させるかということである。

このことは、入院中の課題の一つでもあり、入院中にいくつか検討してきたことでもある。

その手始めとして、家の近くの病院のリハビリ科で退院後の再訓練を受けることを検討したことがあった。リハビリ病院入院中、タクシーで、自宅近くの病院の脳外科で診療してもらいリハビリの予約を取り付けることを試みたことがあった。しかし、そこは入院患者が入院中または退院直後に行うという主旨のリハビリが対象であって、他の病院の患者や退院後時間が経過した患者のリハビリは受けないということであった。また、私が望むリハビリは地域の整形外科などで行っているかもしれないが、それ以外ではどこも行う所はないであろうということも判った。私の場合は整形外科には該当しないので、病院を利用して行うリハビリについてそれ以上検討することはやめた。

そこで、退院後は週一回程度でも良いから通所リハビリでの訓練を受けたい考え、身障者のための通所リハビリ施設を入院中に見学し、ヒアリングを経て^(注3)「待ち」の予約を取った。しかし、退院後数ヶ月たっても声はかからなかった。

また、市の福祉に関する冊子に障害者たちが交流する施設にリハビリの場があることを知り、施設を入院中に見学し、ヒアリングを経て、歩行器による歩行訓練を行うための体育館の利用証を発行し

てもらった。(しかし、後述する『安全で的確な移動に向けて』の箇所
で記すように、そこまでの移動手段がタクシーのみであることが
判り、それだけでなく、退院後は通院のためのタクシー代などに経
済的な負担が大きいことを考えると、これを利用することは期待で
きないと思った。そして、思った通り、この利用証を使用すること
はその後全くなく、今日に至っている。)

その後、リハビリが継続できる唯一の方法は介護保険制度を利用
してリハビリのできる通所施設に通うことであるということが判っ
たので、障害者福祉センターのデイサービスから利用許可が届くま
で、取り敢えず、以前母が利用していた近くの老人保健施設におけ
るデイケアで、リハビリのための追加料金を支払い、二十分程度の
個別リハビリを週一回受けることにした。

(注1)『さいたま市障害者福祉ガイド』、平成一五年七月発行、P、七〇

(注2)さいたま市における住宅改修住宅改善に関する公的支援は概ね次の三
通りあるようである。

一つは、介護保険制度における居宅サービスのメニューの一つである「住宅
改修費の支給」である。

これによると、次に示す小規模な住宅改修にかかった費用の九割相当額が支
給される。

但し、原則として一つの住居につき改修費二十万円までである。

- ・ 手すりの取り付け
- ・ 段差の解消
- ・ 洋式便所への便器の取替えなど

資料・『高齢介護サービスのご案内 平成一七年度版』さいたま市、P、
十八

二つは、区市町村の住宅政策における高齢者のための施策の一つとしてある

「要介護高齢者居宅改善費補助事業」である。これは、「日常生活において介護を必要とする高齢者の居宅の改善（居宅の老朽化に伴う補修などを除く）をするための経費の一部を補助する。」というものである。但し、補助は、一回限りとし、工事着工前に補助の交付決定を受ける必要がある。

これによると、『身体上の障害のために日常生活に支障があり、かつ、介護保険制度における要介護・要支援認定を受けていること』など、合計六項目にわたる要件の全てに該当する対象者に限られ、さらに、対象となる経費は「介護保険給付対象以外の工事」ということであり、補助額は、対象経費の三分の二の額で、三十万円を上限とするというものである。

資料・『高齢介護サービスのご案内 平成一七年度版』さいたま市、P. 三十五

三つは、福祉制度における障害者のための「重度身体障害（児）居宅改善整備費の補助」である。これは、肢体不自由者（児）が生活しやすいように、現在住んでいる家屋の居室、浴室、便所などの住居の一部を改修する場合の経費を補助するというものである。身体障害者手帳を持つ肢体不自由一～三級の人で、かつ『補助具等徴収基準額表』A～D 1 3階層に属する人が対象となる。ちなみに、後者は収入基準である。

これによると、改修費用の三分の二（限度額三十万円）が補助される。

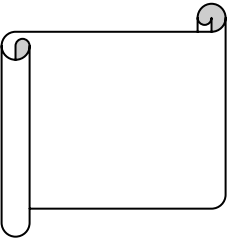
資料・『さいたま市の高齢者福祉ガイド』、さいたま市保健福祉局福祉部障害福祉課、P. 六十四

最初の二つの制度は、高齢者サービスの一環としてあり、介護保険が優先し、介護保険にない工事内容を他の制度がカバーするということのようにある。これによると、例えば、住戸内部のバリアフリー化を図るために床の「段差の解消」工事を行い、その工事費が二十万円を超えた場合、限度額を超えた分については自己負担になるが、更に改修工事を行い、その工事内容が介護保険制度の支援を受けるものでない場合は、工事費を支援するということのようにある。

制度の利用者からみると、制度自体全く明快さを欠いており、屋上屋を重

ねた割には機動性のない悪い制度の事例であると思った。

（注３）入院中の二〇〇五年十二月頃予約して、退院八ヵ月後の二〇〇六年一〇月に利用開始の通知が届いた。



四、快適
な居住を
求めて

（一）快適な一人暮らし

他者の援助を前提にマネージメントに徹する（二〇〇五年二月以降）

二〇〇五年二月下旬、転院先のリハビリ専門病院を退院した。

その後数ヶ月は、まず自立生活の可能性を試した期間である。

私の毎日の生活の中で自立できる行為は、就寝、起床、着替え、洗面、食事、シャワーなどである。

食事については嚥下障害があり、飲み込みが悪いため、一食に一時間程度かかるが一人でできる。

このように、寝たり、起きたり、食事や排泄や洗顔・シャワーなどは概ね自立している

問題は家事全般である。家事全般が自立できない。

食事の仕度については、食材の購入、食材を切ること、料理のために長時間ガス台に立って火を使うことができないが、下処理した材料を電子レンジやオーブンなどで調理したり、調味したりすることはできる。

洗濯については、段差のある脱衣所兼洗面所に上り、洗濯機につかまり立ちして、洗濯物と洗剤を入れて洗濯機のスイッチを入れて洗濯することはできるが、ベランダに下りて洗濯したものを干したり、取り込んだりすることができない。

その他、風呂場や便所・洗面所、玄関や部屋などの拭き掃除はできない。

車椅子で調理全般ができる状態であれば、車椅子仕様のガス台や調理台などに改善することも考えうるが、多くの家事をヘルパーにお願いしなければならない状況でありながら、それでも残された機能を使って流しや調理台などを使う機会もあるので、台所は健常者と障害者の両者が使えるようしておく必要があった。そ

のため台所の高さなどについては何も改修せず、片手で使える高さのポットやテーブルの上において座ったまま使えるように電子レンジの位置を工夫した程度にとどめた。

そこで、食材の購入や下処理、掃除・洗濯等自立できない家事については、週単位の計画を立て、介護保険の居宅サービスを利用してヘルパーに援助をお願いすることにした。

また、食事づくりについては、私が子育て期に行った方法を応用することにした。

この方法を簡単に説明すると次のようなものである。

まず、週単位で食材を購入し、購入したその日のうちに一週間分のメインの惣菜の下処理をして冷凍しておくというものである。このようにすると、調理する当日、家に帰って三〇分以内に作って食べられるようにすることができる。またこのことで、学校から帰って夕方、学習塾などに行く子どもが夕食前にスナック菓子などでお腹を満たさないようにすることができ、夕食をきちんと食べて出かけることができる。そのために、食材を購入した日に、例えば、挽肉であれば、ハンバーグ用、ロールキャベツ用、肉団子用に分けて下処理し、冷凍庫に入れて置く。また、ジャガイモ・にんじん・玉葱・などの野菜を大量に寸胴鍋で煮て鍋ごと冷蔵庫に入れて置き、1 / 3 位ずつ取り出し、一日目はこれにかぶや大豆の水煮缶などを加えてクリーム煮やクリームシチューに、二日目はこれに玉葱・葫・生姜のみじん切りと肉や小麦粉・カレー粉を加えてカレーライス用に、三日目はこれにベーコンやセロリやトマトの水煮缶を加えてミネステローネ風にするという具合である。このようなことは、専業主婦だけでなく、働いている女性は多かれ少なかれ同様のことを行ってきたものと思うが、私も諸先輩方を見習って、必要な期間行ってきた。

しかし、今回は事情が少し違い、食材を購入すること、下処理の

ために包丁を使うこと、調理のために長時間ガスを使用すること、ソースや調味やスープや汁づくりなどを行うことはできない。

そこであれこれ考えた末、洗濯・掃除、食材の購入や下処理などを行うために、ヘルパーに週三日来てもらうような週間サービス計画を立て、これらを含む食事づくりのしくみをつくることにした。

この計画によると、食事については一週間分の食材を購入し、それを一週間分の献立別に必要な切り方別で切り分け、蒸したり茹でたりして下処理する。食事をつくりに来たヘルパーは、当日の昼食と当日と翌日の夕食の主菜を調理することになるが、下処理された食材を使うので調理時間は大幅に短縮される。その他の副菜については、食事の直前に私が、下処理された食材に市販の各種ドレッシング（マヨネーズやフレンチドレッシング・ノンオイル和風ドレッシング・胡麻ドレッシング・中華ドレッシング・深入り胡麻ドレッシングなど）やだし汁等を使ってソースやスープや煮汁などを作り、調味して三～四品つくるという風にし、これを徹底した。この方法によると、夕食は二日間同じメニューとなるが、他人が毎日家に入りすることへの気遣いやストレスなどが緩和されるというメリットもあるので、同じメニューを二日続けて食べる程度のことは苦にならない。週七回ある食事が週三回分のメニューで済まされるということになると、自分の生活の中で食事を大切にそれを楽しむ人にとっては人生の丁度半分しか楽しめないことになるかも知れないが、私は前述の理由でこれを選択した。

また、余談だが、献立を一週間単位で行うと、次の宅配が来る日は朝食を終えると、二人分の小さい我が家の冷蔵庫は、わずかな冷凍庫の食品とマーガリンやマーマレードなどを残して空っぽになる。

この方法で行うと、運動協調障害のある左手を動かすことなく、右手で包丁を使うこともなく、基本的には温めるか、ソースなどで和えたり混ぜたりするだけで済むので、感覚のない左手が直接火や

熱湯の入った鍋ややかんなどに触れる危険も少ない。この方法を使うと、毎日の朝食やヘルパーの来ない日の夕食の準備を、オーブントースターや電子レンジなどを使って自分で行うことが可能になる。

このように、自分の手足を使わずとも生活全般を計画して、人や物や時間などのマネージメントに徹することで、自力で行う以上の快適な生活が可能になる。

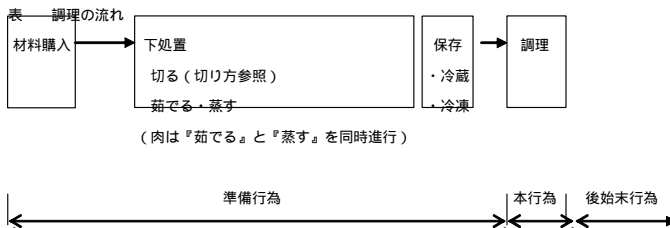
まずは、食べて、寝て、トイレに行き、身体を清潔に保つ程度の『息ができる＝生きる』最低限の生活は、この方法で概ね自立できることが判った。

表4 - 1 調理について

調理について

2004 年 12 月 日

目的：食事の準備の内、準備行為(表 参照)を中心に他者（ヘルパー）にお願いするに当たり、分かり易く説明するための資料を作ること。



1. 調理方法

- (1)準備行為その1；材料の購入(買い物)

材料購入は週単位とする。

買い物当日は概ね「生もの」を夕食にする。

- ## (2) 準備行為その2：下処理

購入した材料は基本的に以下の下処理を行う。

- ・野菜は切る。(表 参照)
- ・野菜は基本的に蒸す・茹でる。
- ・肉類は茹でる・蒸すを同じ調理器で同時進行する。
- ・泥のついていない野菜の切りくずは、取っておく。
- ・野菜の茹で汁はストックする(ペットボトル等)、肉の茹で汁・蒸し汁もストックする

- (3) 本行為(調理)

調理の基本

- ・減塩食
・調理方法の基本を、「生」_レ 「焼く」_ク 「蒸す」_ス 「煮る」_ル 「茹でる」とする。
(表 参照、～ は水分量の違いである。)

2. 献立方法について

献立(メニュー)について

- ・献立は週単位とする。
- ・献立(メニュー)は、1つの材料で調理方法を変えることで数種類変わる。
- ・また、概ね「材料」と「味付け」で決まるものと仮定し、
ここでの献立(メニュー)を、以下の様に作る。

表 4 - 調理方法

NO	水分量の違い				油量の違い		
調理方法	生	焼く	蒸す	煮る	茹でる	炒める	揚げる
食材例	さしみ	焼き魚	茶碗蒸	含め煮	茹で野菜	ムニエル	天ぷら
	鰹のたたき	炭火焼	ホイール焼	煮魚	茹で豚	野菜炒め	フライ
	カスパッ チョ	西京焼き	蒸し鳥	五目煮	茹で麺	マーボー 豆腐	から揚げ
	野菜サラダ	焼き芋	挽肉と白 菜の重ね 蒸	お煮しめ	ゆで卵	酢豚	竜田揚げ

表 4 - 野菜の切り方

NO	a	b	c	d	e	f	g
切り方	丸ごと	等分 (1/2)	輪切り	乱切り	イチョウ切 り	さいの目	千切り
材料	ジャガ	ジャガ	蓮	ジャガ	人参	ジャガ	人参
	トマト	玉ねぎ	筍	玉ねぎ	キューリ	ジャガ	キューリ
	里芋	トマト	大根	筍	大根	大根、か	大根
			キューリ	人参		人参	
						ゴボウ	
						トマト	

表 4 - < 固有の材料 > × < 固有のスープ >

献立名	クリーム煮	ミネステローネ	キーマカレー
基本の切り方	f	f	f
共通の材料	ジャガ, 玉ネギ, 人参	ジャガ, 玉ネギ, 人参	ジャガ, 玉ネギ, 人参
固有の材料	かぶ, かぼちゃ	トマト, セロリ	鳥挽き肉
味付け	スープ	クリーム	トマト
	ソース	クリーム	トマト
	調味料	塩, コシヨー	塩, コシヨー, ケチャップ

表 4 - < 固有の材料 > × < 固有のスープ >

献立名	鳥ソテーと野菜の蒸煮	ハヤシライス	?
基本の切り方	b, d	b, d	b, d
共通の材料	ジャガ, 玉ネギ, 人参	(ジャガ,) 玉ネギ, 人参	ジャガ, 玉ネギ, 人参
固有	キャベツ	牛切り落と。マッシュルーム	豚こま切れ、白滝
味付け	スープ	コンソメ	鰹だし
	ソース	ケチャップ	しょうゆ
	調味料	塩, 粒コシヨー	塩, コシヨー

表 4 - < 固有の材料 > × < 固有のスープ >

献立名	ハンバーグ	肉団子のスープ	?
基本の切り方	f	f	f
共通の材料	(合挽) 挽き肉、たまねぎ、卵	鳥) 挽き肉、たまねぎ、卵	(合挽) 挽き肉、たまねぎ、卵
固有の材料		人参, キャベツ	キャベツ
味付け	スープ	塩又はしょうゆ	塩又はケチャップ
	ソース	デミグラス又はウスターソース	
	調味料		

表 4 - < 固有の材料 > × < 共通の味付け >

献立名		ふくめ煮			
献立名		鯛のふくめ煮	湯葉のふくめ煮	お麩のふくめ煮	豆腐類のふくめ煮
基本の切り方		B, D	B, D	B, D	B, D
共通の材料		大根、里芋、人参	大根、里芋、人参	大根、里芋、人参	大根、里芋、人参
固有の材料		鯛も切り身	生湯葉又は乾燥湯葉	車麩又は観世麩など	焼き豆腐、揚げ、生揚げ、がんも、高野豆腐など
味付け	スープ				
	ソース				
	調味料	塩、酒、みりん、しょうゆ	塩、酒、みりん、しょうゆ	塩、酒、みりん、しょうゆ	塩、酒、みりん、しょうゆ

表 4 - < 固有の材料 > × < 共通の味付け >

献立名		野菜のやわらか煮		
献立名		かぶのやわらか煮	きゃべつのやわらか煮	とうがんのやわらか煮
基本の切り方		a	b	d
共通の材料		ベーコン	ベーコン	ベーコン
固有の材料		かぶ	きゃべつ	とうがん
味付け	スープ	コンソメ	コンソメ	コンソメ
	ソース			
	調味料	塩、酒、みりん、しょうゆ	塩、酒、みりん、しょうゆ	塩、酒、みりん、しょうゆ

表 4 - < 共有の材料 > × < 固有の味付け >

献立名		挽肉の重ね蒸し		
献立名		白菜の重ね蒸しクリーム仕立て	白菜の重ね蒸し中華あんかけ	白菜の重ね蒸しスープ
基本の切り方		b	b	b
共通の材料		白菜、鳥挽肉	白菜、鳥挽肉	白菜、鳥挽肉
固有の材料		クリーム缶	もやし、えのき、まいたけなど	コンソメ
味付け	スープ			コンソメ
	ソース	クリーム	あんかけ	
	調味料			

(二) 公的支援策の利用

在宅サービス、居宅サービスについて

介護保険の在宅サービスでは、訪問介護（ホームヘルプサービス）・訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、通所介護（デイサービス・日帰り介護）、通所リハビリテーション（デイケア）、福祉用具の貸与、福祉用具の購入費の支援、住宅改善費の支援、短期入所生活介護、短期入所療養介護、認知症対応型共同生活介護などが利用できる。

障害者福祉では、「障害者の自己決定を尊重し、利用者本位の提供を基本として事業者との対等な関係に基づき、障害者自らがサービスを選択し、契約によりサービスを利用する仕組みである。」『支援費制度』がある。これによる身体障害者が利用できる『居宅サービス』は、身体障害者居宅介護（ホームヘルプサービス、身体障害者デイサービス、身体障害者短期入所の三つである。

私はまず、介護保険の在宅サービスの内、訪問介護（ホームヘルプサービス）を利用して、一人暮らしを開始した。

私の場合は、この中でも基本的に『身体介護』を利用する必要はなく、専ら家事援助（後に『生活援助』に用語が変更される。）である。

また、障害者福祉センターのデイサービスの利用を待機していた間と次に述べる理由によってその利用を断念した後に、介護保険の在宅サービスの内の老人保健施設におけるデイケアを利用して機能訓練を行った。

障害者福祉については、自立支援法施行前までの約一年間、『支援費制度』の中の『居宅サービス』の内、機能訓練に期待して障害者福祉センターのデイサービスを利用した。しかし、自立支援法施行以降、障害者福祉センターのデイサービスから機能訓練が分離して、

機能訓練については従来行っていた送迎サービスが中止になったことで機能訓練を断念せざるを得なくなったことから、それ以降、全て介護保険の在宅サービスを利用するようになり、障害者福祉の『支援費制度』における居宅サービスは利用していない。

通所施設の利用

・機能訓練

介護保険の在宅サービスについては、母が二〇〇六年四月介護保険制度改正以前から近所の老人保健施設を利用していたので、入院中に申し込んだ障害者福祉センターのデイサービスを待機している間、母と同じ老人保健施設でデイケアを利用して機能訓練を受けることにした。

その老人保健施設では、入浴、食事等の介護、機能訓練（リハビリテーション）を日帰りで行う通所リハビリテーション（デイケア）があり、私は、このデイケアを利用しながら希望するリハビリを追加料金で二十分程度受けられるという説明を受け、それに契約をした。

追加料金を支払って二十分程度行う機能訓練は、杖による介護付の室内・室外の歩行訓練・階段の手すりを使った昇降と両手による滑車上下運動と両足での自転車のペダルこぎなどであった。

その後申し込みから十ヶ月経過した二〇〇五年一〇月、待機していた障害者福祉センターのデイサービスの利用が開始された。

自立支援法施行前の福祉の機能訓練は、まず、杖による室内と室外の歩行訓練、杖による階段の昇降訓練とつぼ押しマッサージが一對一で四十分程度行われ、その後私だけのメニューとしてマット上での膝歩き、最後に『メドマ』という機器による上下肢のマッサージで終わる。殊に、つぼ押しマッサージは、利用を待機していた一

〇ヶ月の間に生じた筋肉の硬直による痛みが一回で解消するほど効果があり、福祉分野の機能訓練の長い経験と技術の蓄積に初めて出会い、大変心強く感じた。このことがあって、私は毎週機能訓練が楽しみになった。また、後述する『五、安全な移動に向けて』で述べる予定であるが、ここでの訓練は、『従前の生活への復帰』という将来の私の『夢』を実現させてくれる頼もしい場であり、希望が持てる大切な機会となった。

しかし、二〇〇六年九月自立支援法施行以降、デイサービスが多機能生活介護と機能訓練との二つに分けられ、後者について送迎が廃止されたことで、福祉分野の機能訓練を断念せざるを得なくなり、その後は老人保健施設におけるデイケアの利用を再開したという次第である。

二〇〇六年の介護保険制度改正以降の老人保健施設におけるデイケアでは、従来行っていた利用料以外に個別に追加料金を加算して機能訓練を受けるという方式が変わり、利用者全員が、『リハビリテーションマネジメント加算』という料金を支払い、リハビリテーション実施計画書がつくられ、形式的にも全員が機能訓練を行うというしくみに変わった。

介護保険制度改正と改正前後のデイケア事業の違いについては、法律を確かめたわけでもなく、事業所やケアマネから説明されたわけでもなく、市からの詳しい情報提供もないので正確なことは判らないが、利用料の上昇とそれに伴う全員の機能訓練が実現したことは確かである。

ちなみに、現在の私の機能訓練メニューは、一対一の杖による介護付の室内・室外の歩行訓練、階段の手すりを使った昇降と両足での自転車のペダルこぎなどであり、概ね二十分程度で終了する。

・入浴サービス

老人保健施設のデイケアで、入浴サービスを受ける予定で申し込んだ。

当日、入浴するため、皆で脱衣所に行った所、男性の職員がおり、『同性介助』でないことを知って、入浴を中止して帰ってきた。そして、それ以降入浴サービスの利用は止めた。

高齢者は男女の性別を何故配慮しないのか、配慮する必要がないと考えているのか。

障害者福祉センターにおけるデイサービスの契約書には、「同性介助」と明記されていた。

「福祉の利用者は年齢的に混在しているからそれが必要になるだろうが、高齢者は・・・。」などと言いつけを聞かされるのだろうか。

・食事サービス

老人保健施設のデイケアでは、味付けは高齢者向けの薄味であり、副食も野菜が多く、油分は控え目にしている。

勿論、食事療法の必要な人への配慮もある。また、水分補給に留意しており、デイに到着した時と三時にお茶などが出る。また、三時にはおやつも出る。

障害者福祉センターのデイサービスでは、味付け、油分、固さなどについての配慮はない。

障害者福祉センターの食堂の利用者はデイサービス利用者のみでない。また、年齢的にも多岐にわたっている。但し、食事療法の必要な人に対しては、対応しているという。

食事に関して言うと、一〇数年前循環器内科を受診した際、「味噌汁と漬物を食べなければ良い。」と言われていたので食事療法の必要はない、但し、年齢的なことから、前述したように基本的な調理方

法を決めていたので、毎週一回障害者福祉センターのデイサービスで頂く食事は、決まりきった自宅の食事にメリハリをつける楽しいものであった。

(三) 母との同居 母の状態

私が入院している間、妹の所に居た母が自宅であるこのマンションに戻ってきた。

以前は、夕方から泊まって朝まで母のところにいて、それ以降自宅に帰って生活していた私たちは、私が母の住居に間借りすることになったことから、母が自宅に戻った時点で実質的に母と同居することになった。

母との同居生活について記録するに当たっては母の状態について説明する必要があるが、プライバシーに係ることであり、現在本人から承諾が得られる状態ではないので、この記録に必要な最低限の情報を以下に報告する。

母は明治四十二年東京向島の生まれで、当年九十六歳になる。また、記憶にあるところでは母の祖父母も共に東京であったというので、いわゆる『江戸っ子』である。また、生まれた時期と場所でもわかる通り、関東大震災で被災している。更に結婚後住んだ江東区木場において東京大空襲で再度被災するなど、人生の三分の一に当たる若い時期迄に大きな災害を受けてきている。

二〇〇二年四月に心筋梗塞で病院に入院して退院したが、そのあたりから、『認知症』を発症した。

普通の自宅における生活は、概ね自立しているが、入浴をデイケアで週三回行っている。

認知症の症状としては物忘れが激しいことと、夜間のトイレが頻

繁なために同居者を起こすことと、起きた時に台所などで炊事や家事等をあれこれすることなどである。夜間の行動に対しては、夜間のみ精神科から安定剤と睡眠薬の粉薬を処方してもらい、それを混ぜて服用している。

何か考えようとすると考えることができないために不安になるようなので、常に傍にいて不安を感じさせないようにすること、また、次の行動を示して考えることを手伝うなどの工夫が必要であり、それらの体制が整っていれば安心、大した問題行動もなく従来に近い生活できるように見受けられる。

また、最近相当耳が遠くなり、会話ができなくて困るので、補聴器を作り使っている。しかし、九十歳を超えて初めて補聴器を使い、その小さな電源のスイッチのONとOFFの切り替えや電池交換の操作などを自分で行うことは難しく無理である。耳につけることを嫌ってすぐに取り外して何処に置いたか判らなくなり、周りの者が探し回るということが繰り返えられる。

最初の段階

母と私は経済単位としては世帯分離しており、それぞれが世帯主という形で暮らしており、私が間借り生活であるので、単身者同士の同居のつもりでいた。しかし、間借りの相手が認知症の自立生活ができない単身者であることから、実質的には、私は母の介護者として、また、同居の家族となった。

また、二人はそれぞれの介護保険で、同じケアマネと同じ事業所で居宅サービスを受けて生活することにした。

私の場合、週一回のデイケアと家事を中心とした生活援助のためのヘルパー派遣という従来の居宅サービスの内容に大きな変更はなかった。

自宅に戻った母は、以前と同様に、週二回のデイケアと週二回のデイサービスで、週四回通所施設利用する生活に戻った。

変わったことは、以前私が働きながら母の所で行っていた掃除・洗濯・買い物・炊事・その他雑用等家事全般をヘルパーにお願いすることになったことであり、サービス計画を二人の計画の中で整合性を保つように工夫したことである。

ヘルパーが家事全般の介助に来る状況については概ね変りはない。

炊事については、母が週四回デイを利用する以外の週三日、ヘルパーが来て、当日の昼食と、当日と翌日の夕食を作って帰る。

そこで、食事について具体的にみると、私が用意した朝食を二人でとり、夕食はヘルパーが作って帰った主菜の献立に私が簡単な副菜を追加して二人で食べる。この副菜は前述した下準備の際に蒸したり茹でたりした食材にソースや汁や調味などを加えて簡単に仕上げたものである。

また、昼食は、夕食をつくりに来た日に作ってくれたものを食べる。

食事などの基本的な生活については『快適な一人暮らし』と大きく変わるところはなく、また、『他者の援助を前提に家事のマネジメント（家庭管理）に徹する』という方法を大きく変える必要はなかったので、これまで通り進めることにした。

母の家でこれら家事に関する生活援助が母と私のサービス計画の中で重複する場合は、母と私の居宅サービスの整合性を保ちながら全体として合理的に運ぶようにすることが、ケアマネとヘルパーのコーディネーターと私との毎月の定常的な仕事になっている。

文字によるコミュニケーション（二〇〇五年七月以降）

同居して数ヶ月する内に母との同居はこれまでの気ままで快適な一人暮らしを一変させた。

耳が遠いために相当大的な声を出さないと用が足りないこと、補聴器を嫌ってつけたがらないこと、構音障害のある聞き取りにくい私の言葉を面倒くさがるようになったことなど、会話ができなくなり、会話が少なくなり、用が足りなくなるなど、生活するうえに母との付き合い方が一層困難になっていった。また、話した内容を話したそばから忘れること、何回も同じことを聞いて来て、聞いたそばから忘れて繰り返し聞いて来るなど私の生活にストレスを生じさせた。更に、判らない状態のままにしておく不安が募り、理由がわからない行動が見られること、特に、昼寝直後の無意味な行動、夜間の室内での言動は私に身体的・精神的な苦痛をもたらした。

そこで、私は食事時間や外出時や、これから行う行為などについて、母が私に尋ねなくても済むように、また、頭で考えなくても不安にならないように、次のような文字によるコミュニケーションの方法を思いついて行ってみた。

具体的には、食事時間やデイサービスが迎えに来る時間など、毎日繰り返される事柄について文字で伝えることにし、書いたものを壁に貼るか、内容によっては部屋からトイレに行く間にある二つのテーブルにおいておく。

例えば次のように・・・。

- ・ 「朝食は八時過ぎです。」 「昼食は一時頃です。」 「夕食は六時頃です。」

この三つの内容は、壁に掛けた時計の下に貼ってある。

- ・ 『九時頃デイサービスが迎えに来ます。荷物は用意してありますから、何もしないで待っていて下さい。』

この紙は時間の箇所が「九時半頃」、「十時頃」の都合三枚ある、このメモのお陰で、「今日は何時に何処に行くのか。」 「荷物の用意をしなくては。」と繰り返される質問や不安から二人

を解放してくれる。

- ・ 「朝食の仕度は八時過ぎに幸子がしますので、何もしないで待っていて下さい。」 「夕食は六時頃に用意しますので、安心して待っていて下さい。」
- ・ 「今日はどこにも行きません。一日中ゆっくりしてして下さい。」
- ・ 「お母さんへ 幸子は医者に行ってきます。夕方までには帰ります。昼寝でもして待っていて下さい。」 「お母さんへ 幸子は遅くなりますから、食べたらず七時頃にでも先に寝て下さい。」

前のメモは私が医者に行っても遅くなる可能性がある日に、デイに出かける朝鍵を持ってもらい帰りに職員にドアを開けてもらい、家に入った時に、見える所においておくというものである。こうすると、寝て待っているのだから、私は安心して診療を済ませることができる。後者は入院前の私は仕事で遅くなる時に良く利用したメモであり、仕事で遅くなる日に用いたものである。

これらの方法で一定期間効果が見られた。

トイレに施した工夫

母との同居生活を快適にするために前記の文字によるコミュニケーションの方法の他に、トイレに二つの工夫を行った。

母は夕飯を終えると歯を磨き、パジャマに着替えてベッドに入る。ベッドに入ってから本格的に寝るまでの時間、七時から九時頃までは十五から三十分おきに、また、それ以降明け方までは一時間から二時間おきに起きてトイレに行く。私が入院前、『隣居』していた時、夜間泊まっていた時には、一回トイレに行く度に居

間から廊下のドアを開けて、閉め、トイレのスイッチを付け、トイレのドアを開けて、閉め、用を足すために便器を開けて、トイレを終えて自分の部屋に戻るまでにこれと反対の動作を繰り返す。このように、ボタン・ボタンというドアの開閉音が、一回トイレを利用する度に十回、一晩に十回トイレに入ると仮定して合計一〇〇回聞こえ、トイレを隔てて反対側に部屋がある私の睡眠を著しく脅かした。

そこで、私は夕飯を終えたとすぐに、居間からトイレに向かう廊下のドアが開閉しないようにストッパーをかけ、ゴムで固定し、また、便器の蓋が開閉しないように、蓋をガムテープで水槽（タンク）に固定した。ドアは住宅改造の際、カーテンに変えたのでドアの開閉音はしないが、カーテンの開閉音を避けるために、カーテンの上部にある両端のフックをループ状の金具に止めて固定した。

これらトイレを工夫したことで、突発的な事態を除くと、私の夜間の睡眠は、母が夜間思いついて行う行動に起こされる以外は、安心した睡眠が確保された。

表4 - 2 週間サービス計画表

第3表

週間サービス計画表

作成年月日 平成17年08月23日
作成者 No.2

サービス利用者名

9月分 (木)

時間	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
4:00								
6:00	夜							
8:00	早朝							
10:00	午前	《通所介護》 ⑤ 14	《通所リハビリテ-ーション》	《通所リハビリテ-ーション》	《通所介護》 ⑤ 14	《通所介護》 ⑤ 14	⑤ 14	
12:00	午後		《通所介護》 ⑤ 14		《通所介護》 ⑤ 14		《通所介護》 ⑤ 14	
14:00								
16:00								
18:00	夜							
20:00	間	ゴミ捨て 夕 洗濯夕	夕 洗濯夕	夕 洗濯夕	夕 洗濯夕	夕 洗濯夕	夕 洗濯夕	夕 洗濯夕
22:00		洗たくとリシ		掃除	下処理		洗濯	
24:00	深夜							
2:00	夜							
4:00								

通所以外
のサービス

他 通院

(四) 母の棲家探し 同居の限界

しかし、このような方法を工夫するだけでは、二人の快適な生活が持続するものではなかった。

私が障害者になる前に働きながら隣居していた頃の生活と比較すると、母がデイに行かない週のうち三日、一日中否応なく母と向き合う生活は、数人の家族と同居する以上に私を肉体的・精神的に拘束することになり、母からも私からも『快適な居住』という状態を奪った。

それに、もういくつか同居を困難にする頭を悩ますことが起きた。

その一つは『他者の援助を前提に家事のマネージメント（家庭管理）に徹する』ことでは対応できないと思い込んでしまう事態が起きたことである。

これまで少し湿疹が認められていた母の皮膚の状態がデイサービスで入浴して帰ってから一層広がっていた時に十分な対応ができず悪化させてしまうという事態が起きた。以前のように健常者であれば土曜日でも診察してくれるかかりつけの医院にタクシーで連れて行き早めに治すこともできたであろうが、その日は土曜日ということもあり、ヘルパー派遣は翌週の月曜まで待たねばならず、結果的に悪化させてしまい、『急性湿疹』という診断の皮膚疾患が治癒するのに三ヶ月余りかかり、母もその期間ずっとかゆみと薬の塗布と病院通いに悩まされた。

そして、これは、これまでの方法ではもはや対応できないということを感じた出来事であった。

また、母のためには車椅子生活者である私がもはや一緒に暮らさないほうが良いのではないかと思うような事態であった。

この時、自分が健常者ではなく車椅子生活者であるという現実、

両者にとって適した居住の場を早めに探す必要があることを深く感じた。

もう一つの出来事は、母が夜間、以前に増して頻繁に起きるようになったことである。

夜中に起きてトイレに行った帰りに、台所で皿や鍋などの片付けをしたり、玄関ドアを開けたり閉めたりしてなかなか部屋に戻らず、動き疲れてベッドに戻るまでずっと見守り続けるという日が何日か続いたことがあった。そのため、母が寝付いてからも、明け方まで眠れなくなるという^(注1)事態が数日続いた。

夜間ヘルパーが利用者宅に泊まって見守るという介護は、現状の介護保険のしくみではできないことは周知していたが、それを必要とする事態が私の家でも起きたのである。

二〇〇六年二月、精神科に受診して精神安定剤と軽い睡眠薬を処方してもらったが、深夜の行動は毎日ではなくなったものの、その後も相変わらず続いた。

そして、「この症状を医師に訴えれば睡眠剤の量が増やされるか、効果の強い処方に変わるかもしれない。」などとあれこれ考えることがあった。「母にとって薬を強くしてまで自宅にいるのが良いのかどうかは判らない、専門の人が見守りのために夜間常駐している施設で、夜でも眠くなるまで自由に歩き回ることに付き合ってくれるような環境に移るのが良いのかも知れない。」と思い悩んだ。そこで通っていた精神科の医師にその思いを伝え、^(注1)『グループホーム』への入居の是非などについて相談すると、最初に対応した若い医師からは、「家の人の考え次第である。」「『グループホーム』でも睡眠剤を使うことがある。」という答えが返ってきた。

(注1) 夜間の事態に家族が対応できないということについては冷静に考えると、介護者が障害者でなく、例えば、勤めている息子や娘や嫁あるいは専業

主婦などであっても、夜間眠れない事態が続くと、自宅での介護の限界を感じることはありうるのだが、当時の私は「障害者である自分の限界」と思い違いをしていたように思う。

グループホームの検討（二〇〇六年七月以降）

私は、二〇〇六年四月になってから、早速ケアマネに電話し、グループホームを探してくれるように頼み、ケアマネは自ら見学に行き、いくつか候補のグループホームのパンフを届けてくれた。

私も六～七月頃から積極的に数箇所見学し、私が求める条件に近い所を探すことにした。

私が求めるグループホームの条件やヒアリングのポイントは以下の参考資料に示す通りである。

見学したグループホームの実際について報告しよう。

見学したグループホームは五箇所であり、事業主体別にみると、特定非営利活動組織(通称『NPO』)によるものが三箇所(市内が二箇所、^(注3)市外で近隣の市が一箇所)、株式会社組織によるものが一箇所、医療法人によるものが一箇所である。

NPOによるものは三箇所とも構造が木造二階建てで、一般の住宅のようであり、他の二箇所は鉄筋コンクリート造であり、病院や単身寮のような設計計画であった。

居住者の規模は九人、十四人と小規模なものがほとんどであったが、株式会社組織によるものだけは各階九人、合計二十七人と大きかった。

入居費は入居保証金と月ごとの利用料の二種類に分かれる。前者はないところが一箇所あった。

後者は約十二万円から十六万円と一ヵ月四万円程度の開きが

ある。

前記のグループホームの条件やヒアリングのポイントについてみると、

- ・ 食事づくりや後片付けの担い手について。
『食事づくりや後片付けは誰が行うか。事業者あるいは業者に委託して行うか、職員が行うか、職員と入居者が共同で行うか。』という点については、市内の二箇所のNPOが入居者と職員とで行っていた。
- ・ 日常生活行為、日課などについて。
『三度の食事や風呂、午後のレクリエーションなど、決まった活動以外入居者はどのように過ごすことになるか。』という点については、『自由』というところが三箇所ある。病気でもない限り寝かせておかないように、常に職員が見守り、付き添っているところは一箇所のみであった。
- ・ 夜間の職員の勤務体制について。
『夜間の職員の常駐は、仮眠を前提にしたものであるか。』という点については、通常の夜勤体制をとるところは二箇所ある。二時間の仮眠をとっているところでも、とっていないところでも、「夜間の声かけや見守り、家族の希望などは受け入れられる。」というところが二箇所あった。
- ・ 終^{つい}の棲家^{すみか}について。
『グループホームが終の棲家になりえるか。』という点については、自宅以外のところに親の居住地を求めようとする家族にとっては、最大の関心事であるに違いない。
この点について、一箇所は自立できなくなったらここにはいられないこと、特に、車椅子の人はここにはいないことを明言し、また、一箇所は住宅のづくりがバリアフリーでなく、

かつ階段が急なため自立できなくなったらここにはいられないと説明した。前者では車椅子利用者は入居していないことが説明され、後者では住宅の設計上、車椅子利用はできないことが判った。

また、前者では、病気になった時の対応について、「病気になったら病院に入院することになるが、治れば戻ることになる。しかし、治っても自分のことが自分でできなくなればここにはいられないので、そのような場合は、老人保健施設入所などの相談に乗る。」という説明があった。

総じて終の棲家としてありうるグループホームは三箇所あったが、家族の意向を聞きながら、最後を看取するという方向を示したところは一箇所であった。

施設ごとに見てみよう。

- ・ 市内のNPOの一箇所の施設は、私が求める条件を全て満たしていたが空室がなかったため、申込書に記入し、待機することにした。
- ・ 市内のNPOのもう一箇所の施設は、私が求める条件をほとんど満たしていなかった。

「高齢者にとっての自由時間は、『放置・放任』でなければ良いが……。」と懸念しながら見学したところ、案の定、一階は部屋から外に出ている入居者はひとりもない状態であった。「一階は重い認知症で部屋から出られず寝たきりの人ばかりなのかも知れない。」と思いつつ、二階を見学すると、二階も同様であった。パンフレットの中の平面図に「居間」と記載されていた空間は居間として使われていなかった。一階も二階も居間には誰もいず、この施設に唯一ある共用空間は使用されていなかった。二階のトイレの前の暗い廊下にある長椅子に数人腰掛け、時を過ごしていた。また、パンフレッ

トでは、三人に一人の割合で介護者がつくことが明記されていたが、一階の職員は二人、二階の職員は一人いて、一階の職員は事務所に、二階の職員は宿直室に入ってデスクワークをしており、入居者と共に居る職員は一人もおらず、利用者は放置された状態にみえた。介護人数の点については言及しないが、自由時間を自立して過ごすことのできない高齢者に対する職員の働きかけや見守りは見られなかった。

- ・ 隣の市の施設は、理事が住んでいた住宅を改築して『Mさんち』と命名し、グループホームとして提供したものであり、私は是非見学したいと思った施設の一つであった。

想像していた通り、住宅は普通の木造二階建て住宅であった。しかし、バリアフリーに改造されておらず、エレベーターはなく、階段は普通の住宅にみられるように傾斜が急で、廊下の幅は狭かった。

一般住宅を利用したこのグループホームは、利用者が加齢に伴い身体的状態が変化することについて想定されていないなど、入居後早晚家族を悩ます事態が訪れることが十分懸念された。

例えば、車椅子利用はできない。また、足腰が弱くなって、二階の階段が上れなくなった時、居室を二階から一階に変えるということができない。それは、このような事態を想定した取り決めがないなど運営のしくみが不備なことが原因と考えられる。特に、理事会や家族会の運営が大事であると思うが、外からは不透明で判らなかったが、そのこと事態が不安材料であった。

- ・ 株式会社組織によるもの

首都圏内の東京・神奈川・千葉・埼玉で、また、地域で同一の事業所が複数棟経営している。

会社の独身寮などを改築して利用しているところも何箇所もあった。

私が見学した所は空きがなかったが、近くで同じ経営の所に空きがあるという。恐らく、運営方針や運営実態などはいずれも変わりはないであろう。職員は若い女性が多く、老人保健施設や特養などで経験を積んだようなベテランの人はいなかった。しかし、職員はいつも誰かが利用者の近くにいて、目を話すことはなく、介護に対する熱心さは伝わった。食事は外から業者が入っている。職員と利用者との共同作業はないという。ここで最初から作るのか、どこかで一括して作ったものを調整するのかという詳しいことは聞かなかったが、台所は入居者からは遠い存在のようにみえた。家族会の実態や『終の棲家』という視点からも聞きたいことがあったが、会社に雇用されて現場の仕事を分担している経験の浅い職員の口からは「詳しいことは判らない。会社の事務局で聞いて下さい。」という返事が返ってきた。こちらが聞きたい内容について対応できる人は現場にはいなかった。当日は見学するだけで帰った。

- ・ 医療法人による施設は、入居後、掃除や風呂など身の回りのことが自分できなくなるとここにはいられなくなるという説明があった。入居者は入居前にこのことを知っておく必要があると思うが、見学あるいはヒアリングを行う前にその情報が予め示されているということはいなかった。実際車椅子の入居者はいないという。お風呂もそのような対応にはなっていないという。また、入居当初自立していても、入居後自立できなくなると、他に移る相談が家族との間でなされるという。

結論的には、入浴、食事、排泄、その他の介護を行うことを定義している介護保険法の『痴呆対応型共同生活介護』サービスを行う施設ではないことが判るが、この施設をグループホームと呼称する根拠が私には理解し難かった。

以上、私が求める条件に^{注4)}最も適したグループホームに空きが

なく、また、待機している間に母の認知症が変化することを危惧して別の施設を数箇所見学して検討した結果、上記の施設の中には、求める条件に近い施設は全くないことが判り、結局最初に決めたグループホームを待機することでグループホーム探しは終了した。

参考資料

△グループホームの条件やヒアリングのポイント▽

食事づくりや後片付けの担い手について。

食事づくりや後片付けは誰が行うか。

事業者あるいは業者に委託するのか、職員が行うか、職員と入居者が共同で行うか。

入居者の残された機能を引き出すような日課や活動を考えているかということのポイントに観察したいと考える。特に女性が多く入居している施設で食事づくりや後片付けあるいは食材作りに目を向ける事業所には希望が持てると考えたためである。

日常生活活動、日課などの計画について。

日常生活活動、日課をどのように計画しているか。

三度の食事や風呂、午後のレクリエーションなど、決まった活動以外入居者はどのように過ごすことになるか。『自由時間』が日課にあった場合、その時間をどのように過ごすか。

家族や職場の中でその役割を終えた入居者が『自由時間』を与えられた時、誰もがそれを使いこなせるとは限らない。

昼間、入居者が部屋に引きこまざるを得ない場合、六畳程度の狭い個室ではベッドに入ることになりかねない。その結果、足腰が弱くなり、『すり足』状態になって、『寝たきり』状態になることも想定される。

このようなことを避けるために職員が常に入居者のそばで見守り、時には一緒に何らか

の作業を日課にすることも必要になるかも知れない。例えば、食事作りや後片付けと一緒にいうとか、洗濯物をたたむとか、近くの家庭菜園に行つて食材を収穫して来るとか……。できることをお互いにしあう。可能な限り毎日外に連れ出してくれるか、昼間は病気でもない限り個室に引きこもらないような工夫を日課に期待したいためである。

夜間の職員の勤務体制について

夜間の職員の常駐は、仮眠を前提にしたものであるか。

職員が一定の時間帯あるいは一定の時間量、仮眠することを前提にしたしくみである場合は、利用者の薬の服用や夜間トイレに起こす時間などはこれらに左右されることが想定できる。そればかりでなく、入居者の個別的な行動に気付かない事態が発生しうることとも想定できる。

夜間は二時間程度の仮眠を取る以外は、昼間と同様、『勤務』体制にあるか否かということを確認したいためである。

終の棲家^{すみか}について

「グループホームが終の棲家になりえるか。」ということについては、家族の最大の関心であるかも知れない。病気になった時、退院後の行き先などについて、これまでの事例や対応の実際を確認したい。介護保険法改正後、最近設立されたために、これまでの経験や実績がない施設では、この点に関する今後の方針や検討のしくみなど、また家族会や里親会における家族の意見の及び方などについてききとりをしたい。

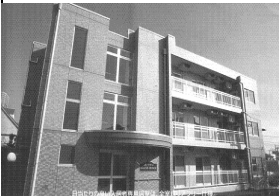




表4-3 見学先グループホーム一覧

略称	a	b
所在地	さいたま市見沼区	さいたま市西区
設立時期	1999年4月、10月、2000年5月当地に移転	2003年11月
経営主体	NPO法人	NPO法人
法人の設立主旨・活動の目的等*1	老いても住み慣れた地域で安心して自分らしくくらすような社会をめざして活動している。	
施設の主旨・方針等*1	一人ひとりのペースに合わせて、散歩をしたり、お茶を飲んだり、買い物に行ったりと、自由に楽しく日々の生活を送っていただけるように常に心がけている。	痴呆の状態にある要介護高齢者に対し、痴呆対応型共同生活介護を提供することを目的とする。利用者の主体性を生かす（共同作業）、各人に応じた介護計画（プライバシーの確保）、円滑な共同生活の工夫（自由時間）などを運営方針としている。3対1ケアの実施、夜勤者の常駐、介護用2モーターベッド備付、他
棟数	1	1
建物の構造・階数等	木造2階建て、エレベーターあり、バリアフリー	木造2階建て、エレベーターあり、バリアフリー
居住室数・定員等	1F; 9、2F; 9 18名	1F; 5、2F; 9 定員14名
居室面積	約6畳	9.93㎡
空室状況	なし	1階1室、2階1室
入居時保証金	360000	120000
1ヶ月当たりの利用料	家賃	75000
	食費	30000
	水道光熱費	12000
	日用品費	1000
	共益費	30000
	介護保険*2自己負担金	27000
	その他	（洗濯代は自己負担、毎月加算）
	合計	162000
		152000

c	d	e
さいたま市中央区	さいたま市見沼区	川口市
2003年3月	1999年度	2001年12月
株式会社	医療法人	NPO法人
一人ひとりのライフスタイルを大切にしながら自立を促進し「共に生きる住まい」を誕生させました。快適で穏やかな暮らしを、こころをこめてケアさせていただくことが、私たちの誇りです。		その人、その人の特色に配慮した環境で、人とのふかわりて穏やかに誇りを持って暮らす事ができる施設です。・・・・・・。痴呆になっても住み慣れた町で普通の生活を続けることができるグループホームが多くの地域で生まれ、明るい長寿社会づくりに役立つようにしたいという私たちの夢が実現しました。
(同一の経営主体がさいたま市内に11箇所、埼玉県内では25箇所、東京都内・神奈川県内にも多数経営している。見学した施設の近くにある施設を含み、それ以外の施設も同様の趣旨で運営されている。従って、見学した施設が満室の場合は近くで空きがある施設が紹介されることがある。)	当事業所の特徴の1つとして、食事を提供する専門の調理員を配置しており、利用者の楽しみの1つでもある毎日の食事に対して適材・適温・嗜好に配慮する等、最善のものを提供できるよう心がけている。	『1つの家族』の理念の下に、侵食を共にし、一緒に喜び、一緒に心込む日々を過ごす為に、家庭的な小さな環境と。適切な生活援助があれば本人は無論のこと、介護家族も自分らしい暮らしができます。・・・・。ご家族の意見が反映されたグループホームづくりをめざしたいと思います。心安らぐ環境の中で、人間性の尊重を第一とした共同生活を通じ、自分も地域社会の一員として過ごしていただくことを施設方針とします。
1	1	1
RC造3階建て、エレベーターあり、バリアフリー	RC造3階建て、エレベーターあり、バリアフリー	木造2階建て、中3階建て、エレベーターなし、バリアフリーではない。
1F; 9、2F; 9、3F; 9 定員27名	個室9、予備室3	1F; 4、2F; 5 定員9名
12.6㎡	6～7畳	7.43～13.22㎡
なし	2階1室(006年9月21日電話で問い合わせた時点で満室。)	3階1室
120000	45000	
60000	45000	50000
40000		42000
15000		13500
		5000
		実費
27000	27000	27000
(洗濯代は共益費に入る。)	理美容代、おむつ代等は実費	
142000	117000	137500

略称		a	b
見学日時		2006年 7月6日午前11時	2006年 7月27日午後 4 時
図面		 	 
聞き取り	食事づくりについて	職員と入居者が共同で	1階は職員、2階は入居者も手伝つ（インゲン、玉葱皮むき、後片付け）
	日課について、自由時間について	食事・入浴以外、日課はない。 毎日（交代で）散歩に行く、10時・3時のお茶等、昼間は病気でない限り、部屋で寝ていることはない。	食事・入浴・午後のレクリ以外は自由。散歩は交代で行く。共同作業は特にない。
	夜勤	仮眠は規則では2時間となっているが、概ね見守り、声かけはできる。睡眠薬を飲んでいたら人が飲まなくなった例もある。	職員によって違う。仮眠を取る人、とらない人。
	終の棲家について	病院にいかないという家族の意向があれば、家族が寝泊りした例がある。	病気になるば病院へ、治れば帰れる。
	その他	職員は医者には付いていけない。近くの医者が往診に来る。往診代は自己負担。（内科、皮膚科、歯科、外科など） ベッドや車椅子の貸与はないので、必要な場合は自己で購入することになる。	1階病気がちの人、2階健康な人 掃除はできる人は自分で行う、洗濯は職員が行う。
見学時の状況		食堂に職員と6人程の入居者が集まっていた、中の1人は（家族であろうか）男性に食べ物を食べさせてもらっていた。一緒に紅茶を頂いた。帰りがけに、畑に行ってインゲンを取ってきた入居者の一人とその人に付き添って出かけていた職員であった。職員と入居者が常に密接にすることが伺われた。	1階は寝ている人ばかりで、部屋から出ている人はいない。2階はエレベーター前の狭くて暗い廊下のソファに2～3名座っていた。いずれの階も居間はきれいに片付けられており誰一人利用していない。1階の2名の職員、2階の1名の職員は共に事務室や宿直室にいた。入居者と共煮にいる職員は一人もいない。

*1：施設発行のパンフレット又は、ネット検索情報による。 *2：要介護3を想定。

c	d	e
2006年 7月 1 日午後3時	2996年9月7日午後1時	2006年 7月27日 2 時
		
	図面なし	
事業所	専門の調理員	職員
自由。散歩は雨でない日は毎日、週1回、歩ける人のみ買い物に出る。日課について、家族から希望があれば行う。	自由、各自部屋を訪れる。洗濯・掃除は自分では行う。	散歩、職員が付いて折り紙など
仮眠はない・夜は仕事をしている。夜起きて、歩く人に対しては声かけすることはできる。	通常の夜勤体制である。	通常の体制である。
病気になるば病院へ、元気になれば戻る。車椅子になっても暮らせる。治らない場合は、介護治療のできる施設に入るようになる。	車椅子利用者はいない、車椅子利用になったら、病院に入れるか又は同じ系列の老人保健施設に入ることになる。それについては病院の先生との話し合いになるので、私たちに判らない。	2001開設のため、高齢化して車椅子利用になった例はない。利用者の身体的変化によって部屋を変えるということはない。家族会でも否決された。歩けなくなって階段を上れなくなった場合、車椅子になった場合、いられなくなることもあるだろう。
1階が車椅子の人、2～3階が歩ける人。1階に車椅子で入れる風呂。	掃除、洗濯など身の回りのことを自分でする人でなければ入居できない。加齢に伴い、できなくなれば、ここには入れない。車椅子になったら他に移るので、車椅子の人はここにはいない。	
中央の居間のテーブルに2人の入居者が座っていた。若い職員1人は入居者を見守っていた。(2006年9月8日追加で電話で問い合わせた時点では空室あり。その数日後電話で問い合わせた時点では満室であった。空室状況に変動あり。)	1階の食堂に食事用テーブルとソファがあった。2・3階は個室のみで、居間等共用空間はない。そして、2～3階から自らエレベーターで降りてきて1階を利用する入居者はいない言う。見学時施設には調理員1人のみ、15分程度待たされて外から職員が応対にきた。当日は入居者は出かけており、詳しい状況は判らない。	普通の住宅を改築したもので階段は急である。道路と玄関、玄関の上がりがまちはかなり高い。1階室内はバリアフリーでなく、車椅子が通れる広さはない。食堂兼居間にあるテーブルに3～4人座っていた。そこで忙しく動き回っている2人の職員は入居者のそばにいて見守りをしていた。

グループホームの待機（二〇〇六年八月以降）

母にとって今後の『快適な居住』とは、様々な点で対応が遅れがちな障害者である私の介護を直接受けるのではなく、介護能力・介護技術のある職員のいる機動性のあるグループホームで暮らすことであろうと考える。

現状は、希望する所が待機の状態にあるので、これから設立される新たな施設にも期待をかけつつ、待機することになるであろう。また、妥当なところで手を打たざるを得ない時期が来るかも知れない。

それまでは当分、これまで通り私との同居生活を続けることになるであろう。

最近では、希望するグループホームの空きを待つ間の一時的な方法として、私の身体的・精神的疲労を緩和するために、二〇〇六年の夏頃から毎月一週間程度、ショートステイを利用することにしている。

なお、ショートステイを利用する目的はあくまでもグループホームを待機する間の一時的なものなので、その間にグループホームに入居できない事態に陥ることを避けなければならない。特に、『入居時自立していること』という条件については最大の配慮が必要である。そこで、母がショートステイを利用するに当たり、自由時間を寝たきりにさせないよう、また、『すり足』状態が進んでショートステイから帰って寝たきりにならないようにすることを最大のテーマとしている。

（注１）介護保険法第七条の(定義)で、グループホームにおける介護を以下のように定義している。

『この法律において「痴呆対応型共同生活介護」とは、要介護者であって痴

呆の状態にあるもの（当該痴呆に伴って著しい精神症状を呈する者及び当該痴呆に伴って著しい行動異常がある者並びにその者の痴呆の原因となる疾患が急性の状態にある者を除く。）について、その共同生活を営むべき住居において、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことをいう。』

また、さいたま市の情報によると、「比較的安定した状態にある認知症の要介護者が共同生活を営む住宅で、入浴、排泄、食事などの介護、その他の日常生活上の世話と機能訓練を行います。」とある。

ちなみに、民間施設の^{〔注2〕}『ミニホーム きみさんち』の創設者はグループホームの目的について、ネットの中で次のように述べている。

「認知症の高齢者が、五人から九人という少人数で共同生活し、食事の支度や掃除、洗濯などをスタッフが利用者とともに共同で行い、一日中家庭的で落ち着いた雰囲気の中で生活を送ることによって、認知症の症状の進行を穏やかにし、家庭介護の負担を軽減することにあります。」

（注2）グループホームが福祉の分野で知的障害者向けの生活の場として存在していた十数年前、高齢者の住宅政策の一つとして、「住み慣れた地域に住み続ける」という方針が立てられた時期があった。そしてその時、福祉の分野のこの用語が高齢者の住宅政策の分野でも検討されたことがあった。介護保険法の萌芽もない時期に、練馬区関町でHさんが木造賃貸住宅を利用して「高齢者向け」の共同住宅『きみさんち』を提供し、それがその後、高齢者が「住み慣れた地域に住み続ける」ための住宅の一つのモデルになったことがあった。そして、介護保険法成立後、短期間に改正を重ねた後、グループホームが取り入れられるようになると、ここがグループホームのモデルとして、見学会や講演会の対象になることもあった。

現状の認知症対応型の「グループホーム」は、法律制定後の度重なる改正で創設されたものであることは周知の通りであるが、『ミニホーム きみさんち』は、高齢者が「住み慣れた地域に住み続ける」ための住宅を求めている頃の私が求

めるモデルでもあったので、この市外の施設については、それに類似していることを期待したのである。

（注３）本テーマから外れるので本文に記録することは割愛するが、地域分権化の弊害と思える事態が生じたので、ここにそれを記録しようと思う。

グループホームを探している時に、介護保険における居宅サービスやグループホームの主旨が「住み慣れた地域で住み続ける……。」ことを支援するものであれば、母にとって住み慣れた地域は江東区深川であるから、その辺りをまず探そうと考えた。そこは戦前・戦後を通じ、約五十年近く母がすごしたところであり、近所の人で同年代の人は死去して少なくなったとしても、散歩の道や一日・十五日・二十九日のお不動様の縁日や八幡様の祭りなどは懐かしく思い出さないと限らないと考えた。また、これら比べると殆ど生活経験のない娘の住むさいたま市の施設を選ぶ根拠は薄いと考え、江東区の担当課に電話し、グループホームの情報を教えてもらいたいとおねがいをした。ところが、「介護保険は国の制度であるが、地方が実際の事業をおこなっている。グループホームの事業については、『地域の居住者』ということが国の指導であるので、地域外の人駄目だ。」というのである。入居時点では当然住民票は施設の地域に移動することになるであろうが、見学や申し込みあるいは『待機』など、施設を選択する時点では、日本国民であれば問題はないであろうと考え、「見学だけでもできないか。」と尋ねると、「駄目だ。」との答えが返ってきた。仕方がないので私の地域で探していると、すぐ隣の市に是非見学したい施設があった。適したところであれば、隣の市なので『待機』期間から住民票を移動できないこともないと思い、市の担当課に電話連絡した。すると、国の指導に『地域の居住者でなければだめだ。』ということはないこと、地方によって異なること、また、その市ではグループホームの事業にあたり事業所に対して、「地方の居住者が望ましいこと、しかし、その二割を超えなければ地方外でもかまわない。」という説明をしたことを教えてくれた。そこで早速事業所に電話連絡すると、見学の許可が取れ、実施したのである。

このことについて考えることは、地域分権は、運営に配慮が欠けると、憲法第二十二条に保障された「何人も、公共の福祉に反しない限り、居住、移転及び職業選択の自由を有する。」という【居住・移転・職業選択の自由、外国移住・国籍離脱の自由】を脅かしかねず、そればかりでなく、『住み慣れた地域に住み続ける。』という近年の高齢者の住宅施策の方針にも背き、また、『高齢者の介護を共同連帯で行う。』『サービスを高齢者が選択できる。』という介護保険制度の二つの特徴の一つを蔑ろにもしかねない。

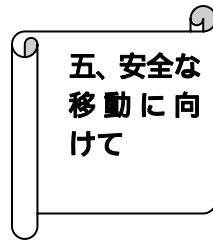
農村地域のように地域に何世代も住み続けるという高齢者が少なくなり、高齢になって、あるいは『いよいよ』となって、勤め人である娘や息子の家族が住む地域に転居してくることは十分ありうることであり、このような家族が終の棲家のかつて家族が住んでいた馴染みのある地域に求めることが可能でそれを選択しうる場合、その選択肢は尊重されるべきと考えるのだが・・・。

（注４）『グループホーム』は、民間の組織などが立ち上げた当初は「小さなグループで高齢者が共同生活をし、家事などを家族以外の人とともに共同で行いながら、自宅にいるように一日中落ち着いて暮らす。」という目的や方針があったように思う。

実際、今回見学した一箇所のグループホームは、介護保険が適用される以前から別の地域で志をもって設立され、『特定非営利活動促進法（通称ＮＰＯ法）』によるＮＰＯ法人となり、今回見学した地域に転居して、介護保険制度創設とともに、この制度を利用し、高齢者居住の理想を求めて研究会活動を平行して進めていた組織が設立したものである。

高齢者福祉あるいは高齢者に対する住宅施策の分野では、数十年前に『特別養護老人ホーム』の建設が減少し、それに代わって『老人保健施設』などの『中間施設』と呼称される施設の建設に重きがおかれた時期があった。そしてそれ以降、恐らくこの『グループホーム』が急増する特別養護老人ホームの需要者層の一部を吸収しているものと推察される。このようにみると、現状の『グループホーム』は、特別養護老人ホームの需要者層を受け入れる住居の役割を果

たすだけでも手一杯であり、認知症の高齢者が集団ではなく少人数で居住する意味や意義を十分果たすくみとして期待することは難しいのかも知れない。



(一) バリアフリーの状況

マンションの住戸及び共用部分 (二〇〇四年二月頃)

居住する住戸内は、母が入居した当時、既に和室、浴室、洗面・脱衣室を除き、床は板張りで段差のないバリアフリーであった。前述の通り、その後私の入院中妹の所にいた母がこちらに戻るに当たり、靴や下着などの着脱に必要な箇所に手すりをつけて使いやすくし、洋間のドアは引き戸に、便所のドアは取り外してカーテンに改装したため、屋内を車椅子で移動することは概ね快適な状況にある。

しかし、防火戸である鉄製の重い片開きの玄関ドアは、自力で開閉することはできず、また、玄関（靴脱ぎ場）とドア枠との間、ドア枠と共用部分の廊下との間には段差があり、車椅子を自力で移動させて住戸から外に出ることはできない。

このような状況のままでは、単身の私は、誰かの介助がなければ住戸内に閉じ込められたままの生活となることが予想された。そして退院後は実際、そのよう生活になっていった。

共用部分についてみると、マンションにはエレベーターがあるが、私が居住している二階の場合、共用廊下とエレベーターホールとの間に段差があり、その上、一階にあるスロープまで行く間に、共用廊下の数箇所に段差がある。

中央玄関はスロープがない上、ドアは引き戸でなく、両開き戸のため、車椅子を利用できないばかりでなく、杖を使って歩行する場合にも、杖を持たない障害のある片方の手でドアを開けて外に出ることはできない。また、たった一箇所あるスロープは、傾斜がきついため、右手のみで車椅子を運転する私には、スロープを降りる時はスピードがつきすぎ、昇る時は昇りきれないなど、現状の設備や構造は、車椅子を利用して自力でマンションの一階に降りて、マンションの敷地外の一般道路に出ることはできない。

このように、共用部分のバリアフリーの状態は、車椅子利用を可能にするエレベーターやスロープなどの設備がありながら、それらを利用するための廊下やエレベーターホールなどがバリアフリーでないため、自力でマンションの外に出ることはできず、誰かの介助がなければ住戸内に閉じ込められたままの生活となることが予想された。そして退院後は実際、そのよう生活になった。

マンション敷地内通路と公道の状況（二〇〇四年二月頃）

スロープを降りるとそこはアスファルトのマンション内通路であり、比較的平坦で自力で車椅子を利用することができる。しかし、スロープのない中央玄関前の敷石は凹凸が発生していて、自力での車椅子走行は不可能である。

また、マンション内通路の先にある公道との間には段差がある。さらに、公道は中央が高く、両側の排水溝に向けて傾斜している。車椅子は傾斜するので、中央を走行せざるを得ず、勿論自力での走行はできない。

このような状況のため、すぐ隣にある歯医者やその前にある内科医院や薬局へも、介助なしでは車椅子で行くことはできない。介護保険を利用していて介護度2の私は、通院は基本的に介助が付かないので、自力で通院することが求められるのだが、自力で医院や薬局を利用するためには、数軒先の医院に行くのにも介護タクシーを利用するよう、ケアマネに勧められるのである。

車椅子で七～八分程度のところに行くのにタクシーでなく、車椅子を押して通院することを依頼すると、ケアマネは市に相談して身体介護のヘルパーを派遣してくれた。この場合、車椅子の「移動」と通院のための『外出介助』となるのだろうか。車椅子を往復移動するのに十五分、診察に十五分、待ち時間一時間、薬局での薬の調

合を十五分と仮定すると、これを全て『身体介護の通院介助』で行うとすると、ヘルパー派遣の費用は概ね八千円となり、これらを利用者と税金から支出することになり、数軒先への移動に八千円の出費となる。そして私は院内では自立しているのでヘルパーによる身体介護は基本的に受けないのでヘルパーの仕事はない。そのため、ヘルパーは三十分だけ身体介護とし、残りの時間は『生活援助』と記録するなど、様々な点で運用面の難しさ・可笑しさが現れる。

このように見ると、ケアマネが以前、タクシー利用を勧めた理由がこれで判る。

バリアフリーの環境であれば自立した移動が可能な障害者の場合は、隣の医院に行く時でも介護タクシーを利用すると、乗降介助二回分の費用二千円を利用者と税金で賄えばよいことになるので、身体介護を利用して車椅子を移動することに比べると、公的負担の点でその差は歴然としているからである。

マンションの共用部分と公道の状況と制度の運用状況とがこのような可笑しい実態を作っていることになる。



（住戸内のバリアフリー：
快適なフローリング）



（洋間の開きドアを
引き戸に改造）



（トイレのドアを取り
外してカーテンに改造）



（バリアフリーの玄関）



（浴室の開きドアを折
り戸に改造）



（浴室内の手すりとボ
ード）



（浴室内の手すりと椅子）



（玄関とドアと共用廊
下との間の段差）



（ドアと共用廊下
との間の段差）

写真5 - 1 マンションの住戸内の状況



（手すりのないエレベーター内部）



（段差のない1階エレベーターホール）



（段差がある2階エレベーター前）



（段差のない郵便受けの出入口と共用廊下）



（各号棟の繋ぎ目部
ある段差）
（傾斜のきつい1箇所しかないスロープ）



（スロープのない玄関前と玄関の開きドア）



（玄関前の凹凸のある敷石）



（建物敷地と公道との間の段差）

写真 5 - 2 マンションの共用部分の状況

(二)移動の状況

東大病院への通院 ((二〇〇三年九月～二〇〇四年二月頃)

私は右脳幹部にできた血管腫の摘出手術で東大病院に入院し、脳外科本来の治療が終了した後、埼玉県伊奈町にあるリハビリ専門病院に転院した。しかし、転院後当分は眼科の治療のため、一月に一度、転院先の伊奈町の病院から本郷の東大病院に通院する必要があった。

最初に、リハビリ専門病院である転院先の伊奈町の病院からバリアフリーが徹底している東大病院への通院の一日を紹介しよう。

転院当時の身体的状況は、東大病院に入院していた時に受けたリハビリのおかげで、車椅子からベッドへ自立で移動できるようになっていたのも、タクシーの後部座席に移動することもできた。

そこで、車椅子をタクシーのトランクにいれてもらい、タクシーの後部座席に腰掛けて東大病院まで行き、車椅子を下ろしてもらって、車を右手でこぎ、右足で舵を取りながら再来受付で諸手続きを済ませ、診察を受け、帰りはその反対のことは行って帰ることができた。

バリアフリーが徹底している病院間及び病院内の移動は安全かつ快適である。

次に、転院先を退院した後の東大病院への通院の一日を紹介しよう。

私は、手術によって障害者になったものの、これといった病気はないが、唯一、眼の状態の経緯を見てもらうために退院後も数ヶ月に一回程度の割合で東大病院眼科の診療を受ける必要があった。

退院したことで介護保険制度が利用できることになった。これまで、自力でタクシーに乗降して、自費を支払っていた通院については、介護保険の移送サービスを受けられることを期待していた。これは乗降介助付きで車椅子専用タクシー（通称『介護タクシー』）を

利用できるというものであり、タクシー運転手による乗降介助の費用（一回につき、単位数一〇〇＝一〇〇円）を利用者が支払い、一回につき一〇〇〇円が介護保険から出るというものである。利用者がタクシー代の実費を負担するということは、一般のタクシー利用と同じであるが、診療所などへの通院に限り、『乗降介助』に対する支援が受けられるため、住戸の出入りや階下までの歩行に必要なヘルパーの介助を新たに頼む必要がない。また、通院先での介助が認められる利用者に対しては通院先の病院内で『通院介助』が受けられる。

しかし、退院してすぐに、「これまでそのサービス事業を行っていた事業所が、地元の診療所へ行く場合には快く引き受けるが、東大病院のように遠くへ行く利用については断るようになった。」という情報がケア・マネから入った。退院後の通院の大半が眼の状態の経過を見るという目的で東大病院の眼科にかかることにあった私にとって、移動に介護保険の乗降介助が利用できないと知ってがっかりした。

利用者からタクシー代の実費を受け取り、他に乗降介助の費用を利用者と介護保険の双方から受け取るというしくみは、三〇分以内あるいは七から一〇キロメートル以内にある地元の近距離の診療所へのサービスでこそ旨味があるのかも知れない。その理由は、遠距離を走行する時間内に、車両を数回回転させて乗降介助の回数を稼いでそれに見合う収入を数回得の方が旨味があるということかも知れない。東大病院のように遠距離でタクシー代の実費は大きくても、待ち時間が長く、その時間量の料金を請求しても、乗降介助からの収入が一回しか入らない長時間の利用は事業所にとっては旨味がないに違いない。（参考資料参照）特に、通院など需要の多い時間帯ではなおさらなのであろうか。

そこで、当初私は一般のタクシーを利用して数回通院してみた。

住戸から車椅子の出し入れは生活援助のヘルパー派遣を利用する。しかし、この方法はヘルパーに帰りの時刻を予約しても、診療時間の遅れや道路の混雑事情などを理由に帰りの時刻が厳守しづらいという難点があり、退院後の東大病院への通院については、合理的でかつ簡便な方法を模索していた。

そこで、介護タクシー利用上の変化や遠方への『乗降介助』の利用方法などについて、もう少し明確な説明を求めて、ケアマネを変えることにし、市役所で新たな事業所を紹介してもらった。

新たなケアマネからは『乗降介助』のしくみ、身体介護を利用できる条件や制限、介護タクシーの料金算定方法など、明瞭な情報が得られたが、東大病院のような遠方への乗降介助を事業所が断ってくる理由について納得のいく説明が得られるには至らなかった。

遠方への利用時の会計について、その明瞭な説明を求め、乗降の際に直接職員から情報を得ようと試みたが明確な説明が得られず、また事業所に電話を入れても根拠のある合理的な説明は得られず、料金体系あるいは計算方法などを示す情報は得られなかった。得られた情報をランダムに示すと、次のようになるが、それらはともに料金体系を的確に説明する情報にはなりえていない。

- ・ 「遠方への乗降介助のサービスは行っていない。」
- ・ 「遠方でも保険外であれば行きます。」
- ・ 「片道一万円位ではどうか。」
- ・ 「メーター制と時間制とがあり、場合によるので説明しにくい。」
- ・ 「介護度や身体介護が否かによっても違うので見積もってみないと判らない。」

そこで、私は一般のタクシー利用以外の方法としてケア・マネに教えてもらった市指定外の事業所のタクシーを利用し、その乗降介助を利用してみることにした。

この場合、自分で予約するためケア・マネへの手続きが省略される。その上、病院での待ち時間の料金について明確な返事が即座に得られる。また、料金の精算が当日行われるため後日集金という手間が省けるなど、利用者にとって大きな利点があることが判った。特に通常のタクシーと同様メーター制であり、メーター区分の違いが料金算定の違いに現れるなど^(注1)料金体系が明瞭なのが利用者にとって都合が良い。この方法で近距離を利用する場合には、介護保険からの補助等がないのであるから、当然市指定の事業所より利用者の支払う料金は高めに出るという料金体系になっている筈である。

移動については以上の説明の通りであるが、バリアフリーが徹底している東大病院への通院における一日の移動は、自立した診療が安全に終るというだけでなく、様々な面で快適な時間が過ごせることが判った。例えば、東大病院では車椅子でも売店でサンドイッチや弁当などを買って昼食を済ませたり、銀行で必要な振込みを済ませたり、キャッシュカードでお金を引き出したり、下着や肌着や簡単な化粧品や文具などを買ったり、理容店で髪を切って帰ることができるのである。

このような訳で、東大病院の環境は、私にとって、小さな単位のバリアフリーの街(ミニチュアの街＝ミニタウン)であり、「バリアフリーの環境があれば、自力でこれまで通りの生活がおくれそうである。」という将来の生活に対する漠然とした希望を抱かせるものであった。

そして、次の通院日には病院生活に必要な買い物や電話連絡や銀行での諸手続きなど様々なことを済ませ、車椅子で外出することを楽しんだ。理容店では髪を染めることもできるということを知った

このように、病院から病院への移動については、双方がバリアフリーである場合は、自立した行動が可能であるということが判る。また、車椅子で生活する障害者にとっても、普通の生活が可能であ

るという夢あるいは希望を与える環境であることを教えてくれた。

余談であるがちなみに私は、一九七五年以来約三十年近くマイカーを運転しており、入院中の六月は丁度運転免許証更新の時期でもあった。

下半身の両下肢に障害を受けても上肢が両方共に健常であれば、車椅子利用者でも運転の可能性があるということを知っていたので、そうであれば是非チャレンジしたいと思ったが、私の場合は、上・下肢の左半身が不随のため、上肢だけでも麻痺が緩和されて両手が使えるようにならない限り運転は無理である。それに加えて、両目は『左内転位・右回転性眼振』という障害がある。両目共に左側に『やぶにらみ』の状態は、右側のミラーは全くみることができず、『眼振』は左のミラーもみられない等、前面を正視して安全運転することはできない。このような訳で、将来仮に上肢だけ麻痺が緩和されたとしても、運転することは不可能であると判断し、更新時期に更新を放棄した経緯がある。



（入院棟にある売店）

（車椅子利用が可能な
再来受付）

（車椅子専用駐車場）



（入院棟にある郵便局
と銀行）

（入院棟にある理容室）

（玄関前の車寄せ）

（入院棟にある食堂）

（入院棟にある吹き
抜けの中庭）

（車椅子とボランティア）

写真 5 - 3 東大病院のバリアフリーとミニタウン的状況^{（注2）}

地元の診療所への通院（二〇〇四年一〇月以降）

二〇〇四年一〇月頃の介護保険制度の見直しにより、高齢者の移動、特に通称『介護タクシー』を利用して通院する方法が変わり、利用者にとっては不便になったという評価がある。そのことについては、本題から逸れるので詳細しないが、次に、転院先の病院から退院して地元で生活し始めた頃の移動の状況について報告しよう。

私は退院後の通院の不便さ、特に、診療所に予約を入れ、次に介護タクシーをケア・マネに電話で依頼し、その返事を待つ。その返事如何で、時には診療所に予約の変更を行う必要も生じるという現状の手続きの不便さについて頭を悩ませ、通院が一つのストレスになっており、具合が悪い時に利用するしくみとしてはあまりにも面倒で不確かだと痛感していたので通院の方法を改善しようと考えた。

まず、その手始めが東大病院の通院をやめ、地元の診療所などに変えることである。東大病院の診療については、当面継続しなければならない眼科を残し、循環器内科、脳神経内科、脳神経外科の診療については、定期的な検査などを除き、地元の医院に変更することに決め、東大病院の医療情報を地元の医院に移すことにした。

また、地元の医院へ通院する時には、最初いくつか複数の方法を利用してみて状況に適した方法を見つけ、それらを使い分けることで手続きの不便さと費用の節約を図った。なお、その時、福祉から配布されていたタクシー料金の割引と福祉タクシー利用券が大いに役立ったことを付け加えておこう。

さて、ここで、退院以降、地元の診療所へ通院する際の移動状況について報告しよう。

・その一、皮膚科（二〇〇四年一〇月以降）

地元の皮膚科は、これまで利用したことがあった。

この時は突然の症状であり、すぐに対処する必要があったので、ケアマネに連絡して介護タクシーを予約してもらう余裕もなかったため、近くのタクシー事業所に電話して配車してもらった。

介護保険を利用してもしなくても、利用料金の負担という点では、双方ともに、自分で支払うという点で何ら変わらない。そうであれば、電話一本で必要な時間にすぐ来てくれる一般のタクシーを利用する方が手軽である。そう考え、タクシーで行くことにした。問題はタクシーの乗り降りである。まず、ヘルパーに住戸から車椅子を出してもらい、タクシーまで車椅子を移動してもらい、帰りも同様の方法で行った。

(注³)私の場合、住戸内は自力で移動できるので、通院に当たり、身体介護でヘルパーを派遣することはできないということをケアマネから予め説明されていた。しかし、これまで地元の皮膚科は、利用したことがあったが、今回は初診でもあり、初診の検査や手続きのしくみを予想できないので、安全のため、ケアマネに頼んで、『通院介助』の名目でヘルパーについて行ってもらった。

診療所の玄関までは距離があり道路でタクシーを降り、自力で受付の看護師などと呼ぶことは不可能な状況であったので、ヘルパーについて行ってもらったことは正解であった。また、建物敷地から玄関までは数段の階段と急勾配のスロープがあり、自力で玄関ドアにたどり着くことは困難であった。

受付を済ませて呼ばれると、お小水を取ってくるように言われてトイレに行った。トイレは男女兼用で、車椅子対応でなく、ドアは片開き戸で手すりはない。そして、家を出る前にトイレに行ったためか、トイレに二～三回行ってもお小水は出ない。お

小水を取って、その結果を見ないと診療は始められないという。そこで、医院の前の道路を渡ったところにある自販機で飲み物を買って飲んでから、お小水を取るよう、看護師に言われ、ヘルパーに買いに行ってもらい、無事に診療を済ませた。

この診療所は、身障者ではない三〇年近く前から時々利用していたこともあり、勝手は判っていた筈であったが、車椅子利用の観点から見たことは一度もなかった。地域医療機関の中には、車椅子対応の観点からは、自宅よりも不便な所があることが判った。

二回目からは初診とは異なり、診察の検査手続きなどの面では、ヘルパーの付き添いは必要ないことが予想されたので、予め診療所に電話連絡し、診療時の介助を依頼することで十分足りた。この時は二回目であり緊急ではないので、車椅子対応のタクシーを予めケア・マネに予約する余裕があった。運転手による「乗降介助」を利用し、住戸から車椅子で出してもらった。診療所に着いてからは、運転手が受付を呼び、車椅子を数人で抱えて階段をのぼり中に入った。トイレなどは診療所の看護師が対応してくれ無事に診察を終えた。

・その二、歯科（二〇〇四年一〇月以降）

地元の歯科は、これまでに利用したことがあった。

介護保険制度の「乗降介助」を利用して、ケアマネに車椅子対応のタクシー事業所へ予約を入れてもらい当日迎えに来てもらった。

ここは、玄関の靴脱ぎ場と待合室に一段段差があった。入口のチャイムを押すと、看護師が出てきて車椅子用の金属性の簡易スロープを用意し、車椅子のタイヤを雑巾で拭いてくれた。その後の移動については、自宅での移動と同様、屋内では安全にでき、診療は無事に終了した。しかし、トイレは男女兼用の様式のものが一つあり、

入口は狭くて車椅子では入れない。また、手すりがついていないので、一人で利用することはできない。さらに、看護師などの介助を受ける場合は、入り口が狭いためにドアは開けたまま利用することになる。

・その三、外科（二〇〇四年一〇月以降）

地元の外科は、これまでに利用したことがあった。

玄関には蹴上げが高く踏み面の狭い階段が数段あることが判っていた。

そこで、予め電話をいれると、来る時に電話を入れて欲しいこと、玄関ではなく救急入口から入ることになるので、着いたら受付で声をかけるようにと言われた。

救急入り口のドアの前は急勾配の坂があり、そこに車をつけて車椅子を降ろし、救急入り口に車椅子を入れるためには、男の運転手でも相当力がいった。

・地元の診療所への通院のまとめ（二〇〇四年一〇月～二〇〇六年三月頃）

地元の診療所を利用する時の状況をまとめると次のようである。

まず、地元の診療所のバリアフリーの状況は様々であった。

診療所内で移動する場合の対応については介護保険法によると、基本的には診療所で行うことになっているようだが、予め電話を入れ様子を知っておく必要がある。問題はタクシーを降りて診療所の敷地内に入ってから玄関あるいは診療所受付にたどり着くまでの間に自力で移動できない状況がありうること、それに対する適切な対応に欠ける点にある。タクシーを降りて診療所内にいる看護師や事

務職員に介助をお願いに行くために移動することができない場合があります。

これらのことから、身障者は一般のタクシーは利用せずに介護タクシーを利用することが適切であるが、この場合、利用する医療機関の受付までの状態、診療所内の状態についての情報を予め収集しておく必要があるなど、具合が悪くて通院する障害者に負担を強いることがありうる。

また、緊急に診療を受けたい時の移動、初診時の移動は市指定外事業所が手続き面で簡便かつ確実であるという点で適切な方法であることが判った。再診からは予約までに十分時間があることからケア・マネ経由で市指定事業所の介護タクシーを利用することは十分利用可能である。しかし、全体的に見て、予約・集金などの手続き面、前述の参考表にみるように料金面などから、利用者の自由度があるのは市指定外の事業所の介護タクシーを利用することがより便利であることも判った。

市指定外の事業所の介護タクシーを利用するという方法では、前述の市指定事業所の介護タクシーを利用する場合の様に、ケアマネにタクシーの予約をいれてもらう必要がなく、時間帯の予約や変更を自分でコントロールできるという利点がある。また、料金は一般のタクシー利用と同様、送ってもらった帰りの時に精算するというように、料金精算の点でも優れている。それだけでなく、料金が当日精算であるため、介護保険制度を利用した時の様に、わずかな金額のために事業所が後日集金に来る、あるいは、集金のための日時を予定に入れるという面倒も生じないため、一般のタクシー利用の感覚で気軽に利用できる。

前述の通り、私は最近、この方法を遠距離の東大病院への通院にも利用している。

この市指定外の事業所は、「乗降介助」の料金を市から受け取るこ

とはない。言い換えれば、税金から事業利益を受けることはない。しかし、このような事業の場合、通院介護に限定した利用のみでなく、また、デイサービス・デイケアやショートステイでの送迎ばかりでなく、食事や買い物、スポーツや演劇鑑賞などの生活全体、身障者・高齢者の別なく地域で生活する車椅子利用者に必要な移動全般を支援することができる。そして、この方法を利用することによって、利用者は、ケアマネを通じた従来の面倒で時間のかかる手続きを経ることなく、実質的に同様の利便を受けることができる。

参考資料：タクシー料金の比較（利用者の支払い）

一般のタクシー

初乗り料金+メーター制 = 初乗り料金 + $x \text{ m} \times 80 \text{ 円} / 315 \text{ m}$

介護タクシー（その 1、市指定外事業所）

初乗り料金+メーター制 = 初乗り料金 + $x \text{ m} \times 80 \text{ 円} / 300 \text{ m}$

介護タクシー（その 2、市指定事業所）

乗降介助費+メーター制（又は時間制）

=（利用者の支払い分+介護保険からの充当分）+メーター制（又は時間制）

=（介護単位数 100/1 回+介 1000 円/1 回）+メーター制（又は時間制）

=（200 円+2000 円）+メーター制（又は 円/min）

- a; 利用者の支払い = 利用者の支払い分+メーター制（又は時間制）

- b; 事業所の総収入 = 利用者の支払い+介護保険からの充当分

*メーター制：例えば：3 k ; 500 円、5 k ; 750 円、7 k ; 1000 円など

時間制：例えば：15 分 ; 500 円、30 分 : 1250 円など

（例 1）市内 A 医院への通院比較

往路+復路 = 1400+1700 = 3100 円 (2006.3.13)

往路+復路 = 2000+2000 = 4000 円 (2006.3.17)

利用者の支払い = 208+1500 = 1708 (2005.12.3)

事業所の総収入 = 2000+1708 = 3708 円

（例 2）市内 B 医院への通院比較

往路+復路 = 1860+2160 = 4020 円 (2006.2.24)

往路+復路 = 2560+2800 = 5360 円 (2006.3.24)

利用者の支払い = 200+2508 = 2708 (2006.4.21)

事業所の総収入 = 2000+2708 = 4708 円

（例 3）東大病院への通院比較

往路+復路 = 8900+9100 = 18000 円 (2006.2.24)

往路+復路 = 6960+8240 = 15200 円 (2006.1.12)

（注）実際の支払額は、この請求料金からタクシー料金の割引（1 割）を引いた額である。また、福祉タクシー利用券（基本料金の全額割引）を利用する場合は、更にその額を差し引いて算定された額である。

食材・雑貨、衣料品、医療品などの買い物（二〇〇四年三月以降）

介護保険制度では、ヘルパーに買い物を頼むことはできる。通常の日用品であれば買い物の内容に制限受けることはない。しかし、ヘルパーに車椅子を押してもらって、利用者自身が買い物に出かけることはできない。自分が食べる朝・晩の食材についても然りであり、これらのものについて、品物を手にとって自らが選択することはできない。

このような訳で私は、退院以降、^(注4)買い物のために外に出たことはない。

（実際、デイケアやデイサービスで迎えに来てくれて外に出る時と診療所に出かける時以外、退院後二年経過した二〇〇七年二月現在、一～二回しか外出しておらず、家に閉じ込められた状態である。）

銀行や郵便局でのお金の引き落としや振込みなど（二〇〇四年三月以降）

現在、都市の日常生活では、様々な支払いは口座から引き落とされることが多いが、日常的な買い物などは現金が必要な場合もあるので、カード引き出しのために銀行や郵便局を利用する必要がある。

しかし、介護保険制度ではヘルパーが車椅子を押して、これらの所に利用者を連れて行くことはできない。また、事業所によっては、利用者から頼まれてこれらの所で出し入れをすることはできない。

それに加え、日本の現状では、車椅子利用者が安全にこのような所に出入りできる環境にはない。

単身の障害者は、このような用事を済ませるためには、どのようにしているのであろうか。銀行員や郵便局員などが自宅に回ってく

る方法を利用しているのであるうか。

私は、前述の通り、東大病院に通院している限り、あの便利な「リトルタウン」を利用するつもりであるが、振り込み時期などが予約した診察時期に間に合わないという時は、大変困ることがある。

東大病院の通院時を利用しない方法については、この先どうすれば良いのか、まだ解答は出ていない。現在は一月に一回程度母の所に来る妹に頼んでいる状況である。

美容院へ（二〇〇四年二月頃）

身体障害者が髪をカットするにはどうするかということが退院後の次の難問であった。

転院先の病院に入院していた時、自宅に帰ったことがあったが、その時友人に車椅子を押してもらって行ったのが車椅子で美容院に行った最初であった。

美容院までの歩道や歩道と車道との間はバリアフリーではないため、介助者がいなければ自力では移動できない。美容院はかなり蹴上げの高い階段が一段あったため、友人と美容師が二人で車椅子を持ち上げてフロアに上げた。カットを終えてから、一旦家に帰って待機してもらっていた友人に電話をかけて迎えに来てもらい家に帰った。

介護保険制度ではヘルパーが利用者を美容院まで送迎することはできないことになっているという。

テーマの「移動」から外れるので、詳細は述べないが、退院後暫くして私は、住戸の外の環境が全く「バリアフリー」でない時に、障害者が自力で髪をカットする方法にはどんな方法があるかということを教えてもらい、次のようであることが判った。

一つは、介護保険制度を利用している人の場合、利用するデイケ

アの利用日に、デイケアの施設に理・美容士が来る場合は、それを利用する方法がある。二つは、介護保険制度の要支援・要介護判定の結果が、要介護三以上の高齢者に一年に四枚配布される「理・美容券」を利用して自宅まで出張してもらう方法がある。三つは、要介護二以下の人の場合、ケアマネに理・美容の出張事業所を探してもらい、電話連絡し、都合の良い曜日や時間帯を予約して、自費で出張サービスを受けるという方法がある。最後の方法は、近傍の料金と変わらない金額を自費で支払うにもかかわらず、理・美容院を選択できない。

これらいずれの方法も介護保険制度を利用している利用者が利用できるものである。

身体障害者で介護保険制度を利用していない人はどのようにしているのだろうか。

外で食事をする、お茶を飲む（二〇〇六年七月）

前述の通り、医療機関への通院以外の様々な移動に対する介護保険制度による支援は皆無であり、外でお茶を飲む、あるいは食事をするための移動に対する支援はない。高齢者に限ってみれば、税金で賄う生活支援の範囲に「外でお茶を飲む、あるいは食事をする。」という目的はいれられないということであろう。

身体障害者で車椅子生活者に対する生活支援はどのようにになっているのだろうか。

ちなみに、私は、退院後二年くらいの間で、東大病院以外の外出先で食事やお茶を飲んだのは、友人の介助を受けて参加したある会合でのたった一回であり、また最近（二〇〇六年七月）母がショートステイを利用するようになって友人に連れ出してもらった合計二回である。

自宅から店舗までの過程がバリアフリーの環境でない場合、そこまでの往復の介助があれば、店舗内を車椅子で自力で移動することは何とでもなる。民間マンションの共用部分と公道がバリアフリーの環境でないことが問題なのである。

働きに出る（二〇〇五年一〇月頃）

前述の通り、病気になる前は、都市計画コンサルタントを自営で行う一方、地域の住環境計画について非常勤講師として短大などで教鞭をとっていた。

そして、このような状態になった後も、友人の一人から、私に非常勤の機会を考えて下さるようなお話も頂いていた。

車椅子で教鞭をとることについては、今日の日本の市場経済社会においても形式的には問題はないであろう。問題は現在の私自身の能力と雇用者の雇用条件であろう。後者については中でも、交通費の支給の問題が最大のネックとなることが予想される。公共交通機関を利用するという健常者条件では通勤できない。しかし、それ以外の交通手段を利用した場合、雇用者がその費用負担を受け入れることは難しいと考えるので、（友人の好意は別にして）この件に関してはこのままでは実現不可能な感がある。

前者の私自身の能力という点については二つ考えられるが、一つは教鞭という労働に不可欠な言葉によるコミュニケーション能力の問題があげられる。つまり構音障害の回復が課題としてある。

しかし、構音障害の克服についてはリハビリ如何であり、これについてはあまり心配してはいない。数年先には、聞き取れる程に回復するであろうということが私自身概ね判ってきたからである。

私自身の能力の二点目は移動に要する経済的な負担能力であり、これが大きな課題である。

仕事先までの安全な移動に関して、負担可能な公共交通機関を利用できるまでに歩行が改善されるか、歩行介助の負担の軽減が図れるかという課題がある。

仕事先までタクシーで行く場合、あるいはボランティアの介助者がついて杖で歩行して公共交通機関を利用する場合、それらに要する経済的な負担と非常勤講師の報酬とがトントン(プラス・マイナス・ゼロで)あれば良いが、持ち出しでは長続きしないであろうから、あきらめざるを得ないかもしれない。

歩行の改善については私の自助努力と回復の可能性にかかっているので不確実であるが、外出には杖であれ、車椅子であれ、介助者が必要であるので、歩行介助の負担の軽減化については、その方法を調べる必要がある。

転院先でリハビリを受けている期間に、退院後のリハビリ先を探して予約し、待機リストに記録してもらっていたことを前に述べたが、予約していた障害者福祉センターのデイサービスが、退院後八ヶ月経過した二〇〇五年一〇月に利用を許可する通知が届いた。

この時、この施設にある相談室で働きに出るための移動の支援について相談したことがあり、その時の回答を報告しよう。

相談内容は、車椅子生活を前提にこれまで行ってきた仕事をいずれ継続する目的でリハビリに臨むことを前提にした場合、自宅から仕事先までの移動に対する公的支援の実際を教えて欲しいということである。具体的には、移動のための人的支援・経済的支援、交通機関を利用して移動する場合の公共・民間交通機関における人的支援・経済的支援について情報を得たいというものである。

結論から言うと、働きに出るための移動に対する支援はわずかではあるがある、その内、私が利用できそうなものはタクシー券の利用の他に一つあることが判った。

参考資料：移動のための人的支援・経済的支援について

福祉分野の移動に対する支援は三つある。

一つは、国から年間三〇数枚支給され、全国共通に使える「タクシー券」の支給と自治体(さいたま市)独自の施策である「初乗り料金」の割引がある。

二つは、人的支援として、「支援費制度」があり、その中の「居宅サービス」の一つに居宅介護があり、「移動介助」が受けられる。しかし、結論から言うと、その「対象者」として、脳性麻痺、視覚障害、知的障害、特別障害者手当で支給要件があるなど、制度の運用上の要件が厳しく、私が利用できる制度ではないことが判った。

三つは、障害児(者)生活サポート事業であり、一時預かり、送迎、外出援助などのサービスが提供される。しかし、結論から言うと、定員がいっぱいで新規の受け入れは不可能であるという理由の他に、事業内容として、「送迎」は行っていない(事業所内の支援のみ)、特定の養護学校の保護者が設立して利用者を限定しているなど、いつでも必要に応じて利用できるという制度ではないことが判った^(注5)

このような訳で、直ぐに経済的な足しにはならなくとも、「障害を受けたる前の生活に可能な限り復帰したい。」という私の『夢』は、『移動介助』という課題に対してもその方法が開かれていないこと、現状では自力で道を開くしかないことを知った。

また、利用者を受け入れていない理由など、運用上の実際について、必要としている情報が障害者に的確に提供されていないため、いざ制度を利用しようとする、障害者は情報収集から初めなければならないこと、結果として利用できる制度になっていないこと、そして、苦勞してたどり着いた必要な制度についても、

『制度はあっても利用できる制度ではない。』という実態があることを知った。

(注1) タクシー料金を比較してみよう(参考資料参照)

参考資料の事例1についてみると、

一般のタクシーの場合は、初乗り料金にメーター制で追加される方式であり、三ー五メーター毎に八〇円ずつ 増加する。

介護タクシーで市指定外事業所の場合は、一般のタクシーと同様の方式であり、初乗り料金にメーター制で追加され、三〇〇メーター毎に八〇円ずつ 増加する。

介護タクシーで市指定事業所の場合は、乗降介助費にメーター制又は時間制で追加される方式である。

乗降介助費は利用者から一回につき介護単位数一〇〇(一〇〇円)が、介護保険から一回につき一〇〇〇円が入る。利用者の支払いは、この乗降介助費と実費のタクシー代(メーター制又は時間制)である。

事業所の収入は、この利用者支払いに介護保険から支払われる乗降介助費の合計額である。

ちなみに、これら三つの方式で同じ診療所に通院した際の料金比較をしてみると、次のようになる。

(例1) 市内A医院への通院を比較する。

一般のタクシーの場合は、往路と復路の合計は三一〇〇円、介護タクシーで市指定外事業所の場合は、往路と復路の合計は四〇〇〇円、介護タクシーで市指定事業所の場合は、利用者の支払いは、一七〇八円であり、事業所の総収入は、三七〇八円である。

(例2) 市内B医院への通院を比較する。

一般のタクシーの場合は、往路と復路の合計は四〇二〇円、介護タクシーで市指定外事業所の場合は、往路と復路の合計は五三六〇円、介護タクシーで市指定事業所の場合は、利用者の支払いは、一七〇八円、事業所の総収入は、四七〇八円である。

タクシー代は、一般のタクシーの場合が最も安いが乗降介助は受けられない。乗降介助が受けられる介護タクシーでは、タクシー料金は例1の場合、市指定

外事業所、市指定事業所で、ほぼ四〇〇〇円程度で変わりなく、例２の場合は市指定外事業所が最も高いものの、ともに五〇〇〇円前後である。

このように、利用者の支払い乗降介助のない一般のタクシーに比較しても、市指定事業所の場合が最も少ないことが判り、近距離の場合、「利用者がタクシー代の実費を支払う。」という介護保険運用上の主旨はともかく、乗降介助の名目で事業所への補助を手厚くした事業であることが伺える。

（例３）東大病院への通院を比較する。

一般のタクシーの場合は、往路と復路の合計は一八〇〇〇円、介護タクシーで市指定外事業所の場合は、往路と復路の合は一五二〇〇円であり、乗降介助が受けられる市指定外事業所が一般のタクシーよりも安いことが判る。

（注２）東大病院の写真はホームページでは公開できないので、表現したい映像のタイトルのみ表記した

（注３）現状のしくみでは、バリアフリーの環境の自宅で調査した結果をもって、「屋内では自力で移動できる。」と判定し、その結果を根拠にバリアフリーの状況が不確かな外出先の診療所においても、「屋内では自力で移動できる」と判断するのであろうか。また、バリアフリーでない診療所では、診療所に対応することになっているとので、この場合も身体介護の必要性はないという判断があるようだ。そして、室内は『自立』だが、外出は『要介助』である私の場合でさえ、自宅から診療所への移動においてはタクシーの乗降介助を行えば、その他は全て室内での行動であるから自立できるという判断がなされる。しかし、健康で元気な時に『自立している』と判断された場合でも、病気で具合が悪い時、大きな病院内を一人で移動することは大変な仕事であり、また、地元のバリアフリーでない診療所で、用事のある度ごとに診療所の職員に声をかけること自体が容易なことではないのも事実である。特に、初診時は、検査や診療内容が患者に不明なこともあり、自立した行動ができるか否かは行ってみなければ判らないこともありうる。

(注４) 買い物については、本題から外れるので本文では言及しないがその実際を簡単に説明すると次のようになる。

退院当初はヘルパーにメモと財布を渡して食材を中心に一週間分の買い物を概ね二箇所のスーパーでお願いしていた。

しかし、一週間分の買い物は、一日に可能なヘルパー派遣の時間の大半を使ってしまうこと、品物が重くて運んで帰ることが大変であることが判ってきたので、数ヵ月後には、コープの個別宅配を利用し、ネットで注文する方法に切り替えた。

この方法で行うと、買い物時間は短縮し、ヘルパーの派遣時間を減少させることができ、あるいはその分、他の援助を増やすことができる。

また、食材以外の買い物の内、最低限必要な肌着や下着や靴などの衣料品も同様に、個別宅配の商品カタログを見て注文でき、精算についても銀行引き落としであるので銀行に現金を引き出しに行く必要がない。しかし、このコープのみで必要なものを購入するという方法は当然ながら、選択できる商品の数は少なく、好みのものを手に入れることはできない。おいおい、コープ以外のネットで購入しようと考えている。

(注５) 但し、後日一箇所の事業所のみ、他からの外出援助の依頼を受付けても良いという返事があり、一時間千円程度でボランティアの援助が受けられる場合もあるという情報提供が相談員からあった。

これは、介護保険で訪問介護のヘルパーを派遣している事業所が制度外の援助に対して三十分二〇〇〇円で行うというサービスに比べると割安であり、利用しやすくなっている。

私は、今後は市あるいは市の福祉の分野が介護保険の事業所に対してこの『生活サポート事業』を事業に取り入れる方向に働くかも知れないと感じている。

(三) 的確な移動に向けて

経済性の重要さ(二〇〇五年一〇月頃)

安全な移動という点では私の場合、住戸内はバリアフリーである。しかし、一步住戸を出ると、共用廊下、エレベーターホールの数箇所がバリアフリーでないため、現状は自力で住戸の外あるいは階下に移動することはできない、また、将来集合住宅の共用廊下の全てをバリアフリー化することについては、総会で合意を得ることが必要となるが、所有者の経済的な負担を考慮すると現実的には難しいことが想定され、それを承知で全員を説得できる見通しは暗い。それらに対しては、一つは、自力で歩行して一般のタクシーが待つ階下まで行き、その座席に移動できるように自分自身がリハビリで頑張るという方向があるだろう。

この点に関して私の場合、これまでリハビリで筋力が強化されて四点杖で歩行できるようになっても、平衡感覚の障害のため屋外での自立は不可能であり、介助者付きで歩行することがリハビリゴールであると診断されていたので、階下への歩行は介助者付きが条件である。屋外での歩行が介助者付きという意味でも、タクシーを利用しての移動は乗降介助付きであるので、移動先がバリアフリーでない場合には、外出先でも介助者が必要になる。

しかし、現況の介護保険法は勿論、福祉分野の制度においても、診療以外の屋外生活や外出を可能にする支援のしくみは殆どない。

そのため、安全な移動は経済的な要因が大となる。

車椅子のままタクシーに乗ればどこへでも行くことができるのであるから、移動する環境の全てがバリアフリーになっていて安全に利用できる公共交通機関までタクシーを利用することが可能であれば、車椅子でも全国どこへでも自立した移動が可能であるはずである。

しかし、そのような経済的な負担ができないため、また、全国どこでもバリアフリーと言う訳ではないため、障害者は、リハビリに

よる目的を、身体的能力の維持・向上という他に、経済的負担の軽減ということに定め、車椅子以外、タクシー利用以外で移動できる方策を探るのだと思う。

そして、私の場合、その方策の中でも自力で試みることが出来る機能訓練・歩行訓練に期待するのである。

移動の改善に向けた歩行訓練（二〇〇五年一〇月頃）

退院以来待機していた障害者福祉センターから八ヶ月近くたって、デイサービス事業を「利用できる。」という通知が届き、私は二〇〇五年一〇月から利用を開始し、早速歩行訓練を始めた。

福祉センターで受ける機能訓練の方法については、これまで報告したりハビリ専門病院とは異なっていた。

それは、退院後八ヶ月して通い始めた障害者福祉センターのデイサービス事業において受けた機能訓練における移動方法とリハビリ担当者が捉える『リハビリゴール』の考え方の違いによるところが大きいと思われる。

転院先のリハビリ専門病院では入院中に国民健康保険を利用して受けられる治療期間などを考慮しながら、ケース会議で一人一人のリハビリゴールを検討するものと思われる。リハビリ実施計画書の中にそのことを裏付ける客観的な情報を見つけることはできないが、恐らくこの時、家族の状況（単身か家族がいるか）と年齢の二つの要素が配慮されたのではないかと推察されるのである。

例えば、年齢について言えば、五〇歳台の働き盛りの男性で、高校などに通学している子供がいる家族がある場合、あるいは家族の介助を受けることができ自立歩行の可能性が見出せる場合は、入院期間を延長してでも歩かせる方向で訓練する。しかし、年齢が七〇歳台の女性で、孫などに囲まれて生活していけるであろうと想定

される場合には、自分で車椅子をこいで生活できるようにすることを『リハビリゴール』にするのではなく、歩行訓練は現状の維持・向上を目的に訓練するであろう。

また、家族について言うなら、家族のいない単身の場合、車椅子での安全な生活を維持・継続させることをリハビリゴールにするかも知れない。従って、歩行訓練は現状の維持・向上を図る目的で行うかもしれないが、連れ合いやこどもなど介助する家族がいる場合は、彼らの介助や見守りなどを考慮して将来的には介助付きであっても歩行できる方向で訓練を行うであろうということが想定できる。

私の場合、転院先のリハビリ専門病院におけるリハビリゴールは、恐らく、身体的な状況の他に『単身』であることへの配慮があったと思う。

これに対して、その後の障害者福祉センターのデイサービス事業では、最初から、「まだ若いから歩かせる。」と言い、平衡感覚を養う『膝歩き』などの訓練方法が用いられ、四点杖で左腕を介助しながら、従来の三点歩行ではなく、初日から二点歩行の訓練と階段の杖による乗降訓練が行われ、数回後には、屋外での歩行訓練も開始された。屋内では機能効率の面から車椅子生活が便利であろうが、四点杖で介助を受けながら二点歩行することによって横断歩道を渡るようなテンポの速い歩行のための訓練が始まったのである。

障害者福祉センターのデイサービス事業の理学療法士の先生は恐らく、単身であることを承知の上で年齢的な配慮をしたことが伺える。

リハビリの結果、将来的に自立歩行が可能となるのか、あるいは介助者付きのままでの屋外歩行にとどまるのかという点については現状では判らないが、このような新しい方法の提案は、将来の生活、特に「従前の生活に復帰したい。」という希望にその可能性を引き出してくれ、またその結果は恐らく、移動に関する経済的な負担を少

しでも減少させることに繋がるに違いないと期待した。

(四)移動方法の変化とその後

自立支援法創設による機能訓練の断念（二〇〇六年九月頃）

二〇〇六年九月十一日障害者福祉センターに着くと、「自立支援法の創設によりこの施設の内容が変わるため、本日は、午前、午後のリハビリを中止して、その説明を行います。」と急に言われ、^(注)資料が配布され、説明が行われた。

利用者は、自立支援法そのものあるいは市の方針などに関心があるわけではなく、当面は、利用している事業所のサービス内容がこの法律によってどう変わるかということに最大の関心があると思われ、当日の説明はそれに対応したものであった。

そこで、ここでは、法律や市などの公的な方針に遡ることは割愛して、当日の配布資料に基づいて行われた説明内容に基づいて述べよう。(表1参照)

説明内容の要旨は、この障害者福祉センターは九月三〇日をもってなくなること。十月一日より、a、多機能型生活介護と、b、自立訓練(機能訓練)の二つに分けた障害者向けのサービスが実施されること、各区役所の支援課で手続きを各自行うこと、^(注1)再来週までに、a、b、いずれのサービスを受けるか、いずれのサービスも受けないか、アンケートに記入してくること、というものであった。

今後実施される予定の事業内容を当センターに関係する部分のみについて概略すると、aの多機能型生活介護は、従来の事業内容から概ね機能訓練を除く、食事(希望者に限る)と入浴であり、その対象は身体障害者と知的障害者である。また、この対象者は、今後明らかにされる予定の改正された障害者区分により限定される。費用

は各自の介護給付金の額の一割負担になること、また、昼食費・入浴費の負担に加え、通常の事業の実施地域を越えて行う送迎に要した交通費(実費)の負担が明らかにされた。

bの自立訓練(機能訓練)は、従来の事業内容の内の機能訓練を特化したものであり、具体的には、これまでの歩行訓練を中心とした内容にコミュニケーションや家事等の訓練が加わったことで理学療法に作業療法などによるリハビリが加味された。また、地域生活への移行、地域生活を営む能力の向上を目的にサービス期間を一年六カ月に限定している。利用対象者は身体障害者である。サービス提供時間は、営業日の営業時間内の一～二時間程度が想定されている。費用は各自の介護給付金の額の一割負担ということは前記aと同様である。但し、このbの事業には、原則としてイ、給食のサービスと、ロ、送迎のサービスを提供しないことが特記事項として付け加えられている。

この説明をまとめると、次のようになる。

・ 障害者福祉センターのデイサービスが生活介護と機能訓練に二分されたこと。

- ・ これから生活介護サービスを受ける身体障害者については、将来的には、介護保険のサービスの対象者と福祉のサービスの対象者に区分しようという意図が推察される。
- ・ bの自立訓練(機能訓練)については、サービス期間の設定が前記の通り、一定の目的をもって設定されたものであるので、事業については当然実施後に一定の評価が行われた後、更なる改正が行われることが推察される。
- ・ この機能回復訓練における期間設定の明文化された目的は別にして、 今後は、入院先の病院の入院期間が切れた急性期の患者のリハビリの受け皿として利用されることが想定される。この需要は今後急激に発生するものと予想されるので、デイ

サービス事業における機能回復訓練の需要はなお一層高まるものと思われるが、『送迎をしない』という方針が、今後利用者に不便をもたらすと共に、利用者の経済的な負担増、利用者数の減少などが推察される。

このような突然の説明の後で、当日の私は障害者福祉センターの利用開始時点で思いがけず得た『従前の生活への復帰』の『夢』や将来の生活に対する期待が根底から崩れるのを感じ、次のように思った。

- ・まず、このような大きな変化についての情報や説明が、適当・妥当な時期に行政からなかったことは行政業務の怠慢であり、憤りを感じる。
- ・十月一日より実施される新事業について、九月十一日に説明するということについては、事業者の怠慢である。新制度自体、例えば障害程度区分すら明確にされていない状況で説明したのでは混乱が起きうる等の判断で今日まで延ばしたという理由がありうるかもしれないが、このことについては、四月から明らかになっていたことでもあり、混乱をせけた意という糸を配慮しても、地域分権以降の区市町村としては情報を速やかにありのまま伝える必要があり、いずれにせよこのような業務は怠慢であり、到底認められない。
- ・私の利用目的はリハビリ病院に入院中明らかにしてきたように、身体機能の現状維持であり、特に、加齢に伴う機能低下に対処できる持続可能な機会（訓練方法とその場所）を求めることであった。
歩けるようになれなくても、介助者付きで四点杖で三点歩行であっても、筋力が維持できるように立位でいる時間を可能な限りつくりたいという希望があった。

今回の機能訓練希望者に対する送迎の廃止は車椅子しか移動方法を持たない障害者に対するサービスとしては、配慮に欠けた不完全な事業である。

いずれにせよ、このままでは来月からすぐにここの利用を中止せざるを得ないことになる。

他の方法や場を見つけ、あるいは選択することの猶予も与えない施行には憤りすら感じた。

翌日、区役所の支援課に連絡して、申請及び相談に乗ってもらうことにした。

そして翌日、私は今一番当惑していること、困っていること、この事業に対する希望などをとりあえず伝えた。職員は「これは国の事業であり、自治体によっては、国の制度を補足するような『横出し』などを行って自治体独自の策を出しているところもあるが、さいたま市ではそれは行っていない。」と言った。これを聞いて私は今回の事業に関して市では何もするつもりはないこと、つまり、担当者は本日、市民の相談を受けに来たわけではないこと、従って職員に実情を話したり相談事を述べたり、何か引き出そうとしても何ら意味ないこと、彼らが必要なのは聞き取り調査を完了させることであることを理解した。

そして、この日は、手続きに必要な障害程度を決めるための一〇六項目にわたる聞き取り調査を行って帰った。また、帰りがけに彼は、今後の二つの事業に対する国の意図などを説明し、今後の私の選択として、「『生活介護』を選び、その事業内容の、『三、前二号を通じた身体能力、日常生活活動の維持・向上のための支援』を受けることではどうか。」とアドバイスして帰った。

以上が顛末である。

私としては、この障害者福祉センターのデイサービス事業開始当初抱いた機能訓練に対する期待や理学療法士が最初に説明した希望

的な内容に対して根拠もないまま期待したことを反省した。

そして、当日考えたことは、今後の機能訓練の方法や方向については、とりあえず障害者福祉センターの職員による生活介護)を受けることにして、状況をみながら、四月までお世話になっていた老人保健施設のデイケアの機能訓練を再開することについて検討しようと考えた。また、機能訓練の目的や将来の生活に対する希望については、自立歩行にこだわらず、身体的な維持・向上は勿論、外出時に介助を受けて四点杖でも公共交通機関を利用して、『従前の生活に復帰すること』を実現することが現実的な選択であろうと考えた。

表 5 - 1 自立支援法施行以降の障害者福祉センターの事業内容*

事業名	生活介護	自立訓練(機能訓練)
事業内容	一 食事・入浴・排泄等の介助 日常生活上の支援(食事は希望者に限る) 二 軽作業等の生産活動や創作的活動の機会の提供 三 前2号を通じた身体能力、日常生活活動の維持・向上のための支援 四 その他利用者の支援に関すること	一 自立訓練(機能訓練)計画の作成 二 理学療法士や作業療法などの身体機能のリハビリテーション 三 歩行訓練、コミュニケーションや家事等の訓練 四 日常生活上の相談支援 五 二～五を通じて、地域生活への移行、地域生活を営む能力の向上を目的として、サービス期間(1年6ヶ月)を限定し、事業所への通所、自宅への訪問等を組み合わせて、必要な訓練等を実施するものとする。
職員構成	管理者、サービス管理責任者、医師、看護師、指導員、介護職員	管理者、サービス管理責任者、理学療法士、看護師、指導員
利用対象者	身体障害者、知的障害者 * 常時介護が必要な障害者であって、次のいずれかに該当するもの 一 障害程度区分が区分3(あわせて施設入所を利用する場合は、区分4以上であること) 二 年齢が50歳以上で、障害程度区分2で施設入所を利用する場合は、区分2)	身体障害者
定員	生活介護・自立訓練(機能訓練)を併せて20名程度	生活介護・自立訓練(機能訓練)を併せて20名程度
営業日・営業時間	一 月曜から金曜日 ただし、12月29日から、1月3日までと国民の祝日を除く 二 午前9時から午後4時まで 三 サービス提供時間 10時15分～午後3時	一 月曜から金曜日 ただし、12月29日から、1月3日までと国民の祝日を除く 二 午前9時から午後4時まで 三 サービス提供時間 1時間～2時間程度を想定
利用料・その他サービスに関わる費用	一 法第29条第3項の規定により算定された介護給付費の額に10分の1を乗じて得た額の支払いを受ける。 二 昼食の提供に要する費用 三 入浴に要する費用 四 通常の事業の実施地域を越えて行う送迎に要した交通費(実費) 五 その他の費用(創作的活動材料費、野外活動施設利用料、外食日等実費)	法第29条第3項の規定により算定された訓練給付費の額に10分の1を乗じて得た額の支払いを受ける。
特記事項		一 原則として、給食のサービスを提供しない。 二 原則として、送迎のサービスを提供しない。

*:2006年9月11日説明資料より。

デイケアにおける歩行訓練の再開（二〇〇六年十月）

しかし、翌々週障害者福祉センターのデイサービスに行くと、センター長から再度、先々週の説明の内、事業内容について再度確認の説明があると言う。その説明によると、『生活介護』では、身体機能の維持・向上のために職員が簡単な体操を集団で行うということが、改めて告げられた。また、このことについては前々回の説明について撤回や修正ということはなされないまま行われた。要は、生活介護では専門の理学療法士ばかりでなく、職員も『機能訓練』は行わないことが改めて明確にされたということであろうか。

これを聞いて、私は、今後福祉センターで生活介護のサービスを受けないことを所長に伝え、その日の内に『契約解除』の手続きを済ませた。

そして、福祉センターから帰ってすぐ、老人保健施設のデイケアの担当者とケアマネに連絡し、この四月まで利用していた機能訓練の追加サービスを来月から利用したいという意向を伝え、その手続きに入った。

今後の移動に向けた目標と実現方策の設定（二〇〇六年十月）

これまで、サービス提供者の意向やりハビリの成果に一喜一憂していたことを反省し、これからは「自分がどうありたいか、何をやりいのか」を問いつつ、到達目標を設定し、到達目標ごとの実現方策等を整理して、事業者それに必要な専門的技術を求めるという方向で臨むことに決めた。

そして、当面の到達目標と実現方策等についての案を作ることにした。（表2参照）

これによると、最初の段階はデイケアを利用する日は、四点杖によ

る自立歩行で過ごし、車椅子を利用しないようにすること、ここ数年の最終段階の到達目標＝短期目標は公共交通機関を利用することを実現することである。

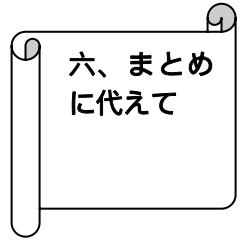
安全な移動に向けた私の『夢』は『従前の生活への復帰』であり、『構音障害』の訓練の成果が歩行訓練の成果とあいまって実現すると思われる。しかし、両者の成果が整わず、私の『夢』が実現しない場合もありうることも十分承知して臨む必要があると考えている。

(注1) 来週は祝日で障害者福祉センターのデイサービスが休みであったためである。

表5 - 2 リハビリにおける到達目標と実現方策等（リハビリ実施計画案）

達成手段あるいは実現方策等	課題
デイサービス	
理学療法士による屋内及び中庭での介助付歩行訓練、自転車こぎ等の訓練。 屋内での自力歩行訓練。	デイの理学療法士の見極め待ち 4点杖による3点歩行での自力歩行については、リハビリ病院での訓練時、見極めがあった。福祉分野の通所リハビリ施設で、2005年10月～2006年9月の約1年間、4点杖による介助付2点歩行訓練を実施した。デイの理学療法士の見極め待ち。
理学療法士による中庭及び屋外（駐車場等）での介助付歩行訓練。 中庭での自立歩行訓練。	デイの理学療法士の見極め 福祉分野の通所リハビリ施設において4点杖による介助付2点歩行訓練を実施してきた。今後の訓練を通して、デイの理学療法士の見極めが必要である。 送迎職員の理解と協力 母と私の送迎は職員が2人一緒に1回で行ってきた。左記のためには、今後2回に分けて行うことも必要。そのため、送迎職員の理解と協力が必要。
理学療法士による中庭及び屋外（駐車場等）での介助付歩行訓練。 中庭での自立歩行訓練。	
理学療法士による介助付階段昇降訓練。 自力階段昇降訓練。	実現方法の工夫 福祉分野の通所リハビリ施設で、2005年10月～2006年9月の約1年間、4点杖による介助付階段昇降訓練を実施した。今後は実際に乗車する訓練の段階になるが、今後は模擬ステップでの訓練も必要。 外出介助のボランティアの活用と事業所の発掘 福祉分野の支援方策を活用して事業所から外出介助のボランティアを派遣してもらうことが必要。事業所探しが難題。
理学療法士による介助付階段昇降訓練。 自力階段昇降訓練。	実現方法の工夫 福祉分野の通所リハビリ施設で、2005年10月～2006年9月の約1年間、4点杖による介助付階段昇降訓練を実施した。今後は実際に乗車する訓練の段階になるが、今後は模擬ステップでの訓練も必要。 外出介助ボランティアの活用と事業所の発掘 福祉分野の支援方策を活用して事業所から外出介助のボランティアを派遣してもらうことが必要。現状は事業所探しが難題。
理学療法士による介助付階段昇降訓練。 自力階段昇降訓練。 持久力・耐久力の訓練	
交通局では、この基準に沿ってノンステップバスの導入を進め、平成18年4月1日現在で総車両517両中30両がノンステップバスとなっています。2006年9付29日、 ¹ 「ノンステップバス」；ネット検索より。）	

段階	到達目標	達成内容	達成時期	達成手段あるいは実現方策等
				自宅
1	デイ室内での4点杖利用の自立歩行。 デイ室内での車椅子の非使用。	デイ室内では、一日中車椅子を使わないですぐすこと。 但し、デイ送迎車までと送迎は車椅子利用とする(屋外については車椅子利用)。	2007年3月	室内での4点杖による2点自立歩行実施(2005年以降実施中)
2	デイ送迎車迄の4点杖利用の自立歩行。 デイ送迎車迄の車椅子の非使用。	デイを利用する日は一日中車椅子を使わないですぐすこと。 デイ送迎時でも車椅子を使わない。	2007年8月	室内での4点杖による2点自立歩行と通所リハビリ送迎車迄のヘルパーによるマンション内廊下の介助付歩行訓練(朝・夕2回)との併用(2006年以降実施中)
3	4点杖利用の介助付歩行による外出の実現	介助者付での外出	2007年8月	ヘルパーによるマンション内廊下(2005年以降実施中)及び敷地外道路における介助付歩行訓練との併用
4	介助付公共交通機関の利用 a.ノンステップバス*の利用(介助用車椅子の併用)	介助者付での公共交通機関の利用 a.4点杖による自立歩行でノンステップバスを乗。 ・自宅からバス停迄、バス停から目的地あるいは目的の建物迄は介助用車椅子。 ・介助者は介助用車椅子を肩に担いでバスに乗降。	2007年9月	ヘルパーによるマンション内廊下(2005年以降実施中)及び敷地外道路における介助付歩行訓練との併用
	介助付公共交通機関の利用 b.JR等電車の利用(介助用車椅子の併用)	介助者付での公共交通機関の利用 b.4点杖による自立歩行でJR等電車を乗降。 ・自宅から駅迄の往復は介助用車椅子を利用 ・駅の階段乗降は自立歩行 ・ホームは介助用車椅子 ・介助者車椅子を肩に担い電車及び階段を乗降。	2008年9月	ヘルパーによるマンション内廊下(2005年以降実施中)及び敷地外道路における介助付歩行訓練との併用
	介助付公共交通機関の利用(c.介助用車椅子の非使用)	介助用車椅子を利用せず4点杖による自立歩行で介助付で公共交通機関を利用	2008年3月	ヘルパーによるマンション内廊下(2005年以降実施中)及び敷地外道路における介助付歩行訓練との併用、長距離外出訓練
*：高齢者の方・身体障害者の方・妊産婦の方などが、公共交通機関を使って移動を円滑に行えるように、平成12年11月から「交通バリアフリー法」が施行され、バスの床の高さを地上面から65cm以下にすることや、車椅子の利用を可能にするなどの基準が定められました。				



(一) まとめ

身障者が集まって居住する『生活ホーム』などの支援施設が市内にないことから、私はとりあえず、バリアフリー仕様の母のマンションで間借り生活を開始した。

日常生活に必要な家事については、自分の手足を使って健常者と同様に家事全般を行うことは難しいため、しくみをつくって人を頼み、他者の援助を前提に『家事のマネージメント(家庭管理)』に徹することで、健常者に近い家事全般をこなすことを試みた。また、リハビリを継続することを願い、福祉分野の通所リハビリの機会を待ちながら、他方で介護保険を利用して老人保健施設のデイケアに通い、数ヶ月間、快適な一人暮らしを満喫した。

退院数ヵ月後に、九十五歳になる認知症の母と同居することになったが、その後の私の生活は極めて母の生活に左右されることになっていった。現在は母にとって『快適な居住』を求めることを優先的に考えて、希望する条件に近いグループホームに母を入居させるために待機している状態である。また、待機の期間、母の介護に携わる私の身体的・精神的負担を軽減するために、月に一回程度、母にショートステイを利用してもらっている。

このように現在は母にとっての『快適な居住』の先に私のそれがあるという状況である。

この間の生活を『快適な居住』という視点でまとめると、居住しているマンションの住戸内はバリアフリーで自立した生活が一定程度可能であるが、住戸と玄関ドア及び共用廊下とエレベーターホールなど共用部分のバリアフリーが不完全なため、介助者なしでは住戸の外に出ることはできず、住戸に閉じ込められた状態であり、自立した生活は不可能であり、快適な居住とは言いがたい状態にいる。住戸を一步外に出るためには、断続的ではあるが介助者が必要にな

る。しかし、私の場合、現況の福祉・介護両制度では、外出のための援助や支援が受けられない（正確には『通院時の乗降介助を除き。』と付け加えるべきであろう。）。そのため、退院以降今日まで二年近いが、通院以外二回しか外出していない。

このように、居住している建物や周辺の住環境の現状と現況制度の運用実態のままでは『快適な居住』は実現されないことが判ってきた。

民間分譲マンションの共用部分や両制度の改善に期待できないことを前提に快適な居住を求め続けるためには、介助者なしでマンションの通路まで出られるようにする自助努力が現状で考えられる唯一の方策である。

それはまず、四点杖を利用して自力で住戸の重い防犯ドアを開けてマンションの共用廊下に出て、二階のエレベーター前の段差をクリアして、エレベーターを操作して階下まで行き、一階に唯一あるスロープを利用してマンションの通路に出ることである。

このようなことができれば、地域内の医療機関に通院する場合は、そこからタクシーに乗って自力で通院できる。また、地域外の医療機関や、その他の場所に行く時にも、このような力が付いていれば、そこから介護者付きで、介護用車椅子を利用しながら、公共交通機関を利用することができ、自宅内に閉じ込められることから開放される可能性が見出せる。

しかし、『リハビリゴールは車椅子』という所見を覆すくらいに、車椅子でない移動を追及するためには、機能訓練を持続させる必要があるが、現況の介護保険のデイケアにおける機能訓練の技術に期待できないこと、それを期待して待機していた福祉のデイケアの機能訓練は自立支援法施行により送迎が廃止されたことで中断を予後なくされたことなど、自助努力さえ支援する方策がない状況であることが判った。

また、仮に四点杖で歩行できるようになったとしても、『平衡感覚障害』という身体的特性がある私には、介助者なしで外を自立歩行することは安全面から望ましくなく、将来的にも外出は介助者つきが前提になることを承知しておく必要がある。

このように、自力で現状を改善することは厳しい状況であるが、車椅子生活する私が『快適な居住』を実現するためには、まず、『安全な移動』が重要であり、それが根底にあるということが判った。

そこで、『安全な移動』という視点から車椅子移動について見ることにした。この視点で見ると、まず、住戸内での車椅子移動は概ね自立している。次に、外出時の車椅子移動について見ると、地域内の『通院』においては乗降介助付きの介護タクシーを利用できるので、地域内の医療機関に『通院』することは概ね自立できる。しかし、乗降介助付きの介護タクシーを利用する場合、制度上の制限があるか否か定かでないが、遠距離の利用に対して事業所が利用を断るという実態があるため、地域外の医療機関を利用する場合は、介護保険を使う介護タクシーは利用できず、別の方法を工夫せざるを得ないのが実情であり、介護保険を利用せず車椅子専用タクシーを利用する場合、一回通院する度に多額の実費負担になるなど、『安全な移動』を求めるためには、経済的要因を考慮する必要があることも判った。

また、『通院以外の外出』利用に関して、生活上不可欠な外出に対する支援が全くないなど、利用上の制限、制度の運用面に問題があることが判った。例えば、眼科の診療の際に指定された特別な眼鏡を注文に行く場合、介護タクシーを利用できない。また、銀行や郵便局や月一回程度髪を切るために地元の美容院などに車椅子で行く時の付き添いについては介護保険を利用できない。それを可能にするのは、唯一、福祉の分野で行われている『一時預かり、送迎、外

出援助など』のサービスを提供する『障害児(者)生活サポート事業』を利用することであり、事業組織以外の障害児(者)を受け入れる事業所がある場合にそれらのサービスに対して『一時間いくら』という形でのボランティアの支援が受けられる、また、訪問介護を行っている事業所で介護保険外の実費で『一時間いくら』という外出介助サービスを受けることが可能である。しかし、いずれの場合も実費を利用者が負担するという点に変わりなく、経済的負担の問題がある。

このように、『安全な移動』という視点からは、『経済的に支払い可能、妥当な支払いである。』という意味で『リーズナブル』、言い換えると、『(経済的に)的確な移動』の方法をその都度考える必要があることが判る。

このような状況を改善するためには、介護保険における遠距離通院への『介護タクシー利用』について、また、外出に対する福祉面での『支援』について改善すること、特に、後者については、『介護予防』の観点からリハビリのために通所施設に通うことや生活費を捻出するために通勤することなど、通院以外の外出にも利用でき、健常者と同程度の最低限の自立した生活を可能にする『移動に対する支援』が望まれる。

以上、『快適な居住』及び『安全な移動』という視点で現況を見ると、リハビリをして自力で問題を解決する障害児(者)自身の自助努力を前提に、障害が少しずつ、ゆっくり改善されていくそれぞれの過程で、実態に基づいてきめ細かく支援する柔軟なしくみが必要であると考ええる。

また、地方分権の時代にあって、制度の利用者に最も近く、かつ身近な問題や苦情などを把握しやすい地方の職員にとっては、一律的になりがちな国の事業に替わって地域で働く時の専門能力を育成

する現場がここにあると考えるので、今後に期待したい。

(二)介護と自立支援 機能訓練を例に一

福祉の分野では自立支援法施行以前に障害者福祉センターのデイサービス事業で実施していた送迎、食事、入浴、機能訓練などのサービスが二〇〇六年自立支援法施行によって障害者福祉センターが閉鎖されて、従来の事業は、多機能型生活介護と自立訓練(機能訓練)の二つに分けられた。

多機能型生活介護は、従来の事業内容から概ね機能訓練を除く、食事(希望者に限る)と入浴であり、対象者は、改正された障害者区分により限定される。

自立訓練(機能訓練)は、従来の事業内容の内の機能訓練を特化したものであり、具体的には、これまでの歩行訓練を中心とした内容にコミュニケーションや家事等の訓練が加わったことで理学療法に作業療法などによるリハビリが加味される。また、地域生活への移行、地域生活を営む能力の向上を目的にサービス期間を一年六カ月に限定している。利用対象者は身体障害者である。サービス提供時間は、営業日の営業時間内の一～二時間程度が想定されている。但し、この事業には、原則として給食のサービスと送迎のサービスを提供しないことが特記事項として付け加えられた。

介護保険の居宅サービスにおいては、老人保健施設では、入浴、食事等の介護、機能訓練(リハビリテーション)を日帰りで行う通所リハビリテーション(デイケア)がある。

そして、二〇〇六年の法改正以降、デイケアにおいて従来の利用料とは別に『リハマネジメント加算』が付いて、『実施計画』が策定され、利用者全員に機能訓練が実施されるデイケアのしくみが整っ

た。

福祉と介護の両分野の通所リハビリを利用した私が機能訓練を例に両者について比較すると、機能訓練という同じメニューを提供する事業でも、利用者及びその家族の利用目的は異なること、また、事業者の考える機能訓練の事業目的も異なることが判る。

例えば、私が利用している介護保険のデイケアのメニューは、前述の通り、送迎、風呂 『同性介助』ではないので、私は利用していない一、食事、午後のレクリエーションと、二十分程度の機能訓練である。機能訓練の利用者の多くは、加齢に伴う歩行機能の維持・向上を目的にしたものであり、また、利用者・事業者共に、高齢者向けということからか、機能訓練には意欲的でないように見受けられる。最近の介護保険法改正前、高齢者でなくても病後のリハビリを目的とした者、リハビリに意欲のある者が追加料金を支払って二十分程度の訓練を行っていたことを報告したが、追加料金というしくみが変わり、利用者全員が機能訓練を実施する形式に変わった現在も同様の傾向は変わらない。そして、利用者及びその家族の中には老人保健施設における通所リハビリ（デイケア）をデイサービスと同様に考えて利用している者がいるようにも見受けられるのである。

福祉の分野でデイケアを利用する利用者は基本的にリハビリを目的とした者、リハビリに意欲のある者であり、個別の症状に適した訓練技術を求めてきた者である。

例えば、私が利用していた福祉のメニューは、前述の通り、送迎、風呂 『同性介助』が契約書に明記されている一、食事、午後のレクリエーションと機能訓練である。

機能訓練は、個別の症状に対応した内容で、一時間強行われる。

このように、機能訓練を例にとると、介護と福祉が異なることが判る。しくみや制度を利用する者から見て、「介護と福祉」、あるいは

は、「介護と自立」とでも言うべき違いがあるように見受けられる。

将来、福祉が介護のしくみに整備・統合されることがあるなら、『快適な居住』を保障するために、機能訓練については、『介護と福祉、介護か福祉か』という枠組みではなく、『介護と支援、介護か支援か』、あるいは『介護と自立支援、介護か自立支援か』という枠組みで行って欲しい。また、後者の『支援』については、その範囲を拡大すると共に、その技術についても十分な量と質を確保して欲しい。

その理由は、福祉は高齢者に限定されないこと、障害を克服して健常者と同じようにまいるは、そこまで求めなくても、『従来の生活に戻ることを夢や目標にして機能訓練を続けたいと願う意欲のある者がいること、居宅生活・在宅生活における自立のみでなく就業を含む社会生活全般における自立を目標にする者がいること、今後は成人後身障害になる人が増加することが想定できることなどから、他者の介護で居宅内の生活を成立させる方策のみでなく、自力で社会生活を取り戻そうとする自助努力を側面から支援する力強い方策が必要であると考えからである。また、介護が福祉かに一本化されて、機能訓練が現況の介護保険のデイケアの枠組みで高齢者向けの技術水準で行われることのないよう、経験のある高い技術水準の理学療法士による事業のもとで、障害者の個別の状態に向き合う支援を持続させてほしいと願うからである。

なお、福祉の分野では、自立支援法施行以降、機能訓練については、訓練の期間を一年六カ月限定しており、この期間設定については機能訓練の効果や医療保険における財政的見地からそれなりに合理的判断が下されたものと推察される。しかし、障害者の立場から見ると、機能回復は、医療面からのみ考えるテーマではなく、障害者の全生涯を通じて取り組むテーマであると考えられる者もいるので、このような現状のしくみは、実態に即していないという理由で使え

ないしくみであり、また、別の方策や選択肢などを用意する間もなく一方的にその機会を断絶するという点で理不尽でさえあると考える。

機能訓練に対する支援が退院後一定期間を経た後、国民皆保険である医療保険が適用されなくなる時、その後の機能訓練について、国民皆保険である現況の介護保険の枠組みのみで対応できなくなることは早晚予想される。この時、介護保険は、福祉の財源を視野に入れた、『介護・自立支援保険』などの概念枠組みの中で改められる必要があるかも知れない。

私について述べると、私は障害者ではあるが、病気の原因は摘出したので病人ではない、

『高血圧』 今回の病気の前からあったが、今回の病気の原因ではない。 のため降圧剤を服用しているが、それ以外の持病はない。従って、私のような状態にある者の機能訓練は、手術後の急性期のリハビリを経ると、病気の治療ではなくなるが、現在受けているような二十分程度の高齢者介護向けの訓練メニューは適当ではない。

例えば、還暦以降、あるいは成人後身障者になる人が増加することを想定すると、『従来 of 生活に戻りたい。』という将来の夢に向けて自助努力する場合、居宅内でただ生きているだけの生活を支援する現況の介護保険の居宅サービスメニューは適当ではない、その理由は、現況の介護保険の枠組みは、居宅外での社会生活、特に就業を視野に入れた社会生活を支援するものではないからである。

また、仮に、支援や機能訓練の過程で、あるいは加齢に伴い、求めるものが得られなかったとしても、その過程で誇りと自信を持って、夢や希望を最後まで求め続けることは許されてしかるべきと考える。

さらに、送迎についても同様であり、機能訓練の機会を平等かつ公平に与える意図があるなら、自立支援は名実共に実現されるべき

であり、方策は自ずと存在すると考える。

なお、機能訓練については、この記録を終了し、ホームページで公開するために原稿を推敲している時期(二〇〇七年二月)に新たな展開があった。

この新たな展開はこの記録をまとめる上で重要と思うので、ここで取り上げることにする。

二〇〇七年三月末日が現在の介護保険認定の期限であり、更新手続きに関する書類が市役所から送付されてきた。書類には主治医を記載する項目があり、後日市役所からそこに書類が送付されて私の状況を記載して報告するしくみになっている。

今回も更新手続きを目的に診察に行き、そのついでに今後のリハビリの継続について、相談をしたところ、主治医は、「制度が変わり、このことについては、医療分野ではなくなった。担当の相談員の先生をお呼びするので、そこで相談するように。」と言われ、しばらくして、リハビリ担当者がいる相談室に呼ばれた。

そして、この時、そこで去年九月から通所リハビリを開設したこと、介護保険で利用できること、サービス内容は、『営業日は月～金曜日、時間は午前・午後に分かれ、それぞれ三時間であり、リハビリの機会を行う時間は凡そ二時間程度であり、定員は午前・午後それぞれ二十人であること。』が判った。ここでは、私が地元のデイケアで行ってきたような一日中そこにいて、入浴、食事、午後のレクリエーション(歌ったり・踊ったり・ゲームをしたり)をしながら二十分程度のリハビリを待つというものではなく、かつて平成一七年に、ケアマネから送付されたさいたま市のパンフに記載されている『老人保健施設や医療機関などで、入浴、機能訓練(リハビリテーション)を日帰りで行う。』という通所リハビリテーションの内容に近く、食事や入浴や送迎がなく、一定時間内でリハビリを行う日

帰りの通所リハビリテーションであることが判った。

送迎がない点は、自立支援法施行以降の福祉分野のリハビリと変わりはないが、病後の症状に即した個別の質の高いリハビリを受けることが期待できるので、帰りのタクシーでは、これまでになく気持ち弾んだ。

恐らく、この通所リハビリテーションの開設は外からの介護保険の利用者の希望だけでなく、この病院に入院してリハビリを受けた患者が退院後にその機会を求める声を受け止めたものと推察される。

そして、このような、医療と介護が連続した高い技術水準のリハビリが受けられるというしくみは、将来、介護と福祉が整備・統合される時には、医療と介護と福祉が連動することになり、期間制限が設けられない限り、リハビリに意欲のある障害者は年齢や病状に限定されず、生涯、リハビリの機会を得ることができ、また、高齢者は予防の観点から現状の維持・向上を目的にしたリハビリが期待できる。

但し、この場合も送迎の問題、経済的負担の課題は、前述と同様、残されたままである。

（三）還暦直後の半身不随が思うこと

車椅子の身障者となってから二年経った現在、成人後の中途障害者、還暦直後の車椅子生活ということについて冷静に考えれば、超高齢化社会にあり、また、成人病の比率が高い今日、決して珍しいことではないことは理解できる。しかし、元気で働いている男女の誰もがそうであると思うが、リハビリゴールが『車椅子生活』になると宣言されたことは私にとって『晴天の霹靂』以外の何者でもなく、「誰にも訪れる状況である。」という気持ちにはなれず、正直なところ、「この歳になって厄介なことになったものだ。」と捉えたように

思う。

その一方で、リハビリゴールが『車椅子生活』になると宣言された後の立ち直りは比較的早く、このことによって落胆するとか、悲歎に暮れるということは全くなく、退院後の生活の場やこれまでの仕事や生活続けるために必要な手立てを求めて、リハビリの合間を縫って性急に行動し始めた。早急に解決すべき問題を整理し、解決に必要な手立てを考えるとというやり方はこれまでの仕事の進め方そのものであったが、これと同じ様な行動がとれたことは、今思えばその時の自分は、車椅子を使ってはいるものの、障害の当事者であるという認識もないまま忙しく動いたように思う。

また、『還暦』ということを知ったのは手術前後の担当医らの雑談からであったが、振り返れば、そのこと自体自分にとってはさほど意味を持つものではなかった。

当時の考えの中心は、「如何に従前の生活を継続させるか。」あるいは「変える必要があるとすれば、何を如何に変えるか。」ということにあり、そのために必要な『安全で快適な居住』、中でも『安全で的確な移動』を求めることに集中して動いており、還暦という年齢的な条件については全く気づいておらず、従って、そのことが次の行動に影響を与えるということとはなかった。

還暦とか半身不随ということが、快適な居住を考える時の大事な条件になるようであれば、このこと自体は、改善すべき環境、取り組むべき対象となるにしても、憂いや悲しみの事態であると感じることはなく、これに対してあれこれ企画・考案することに興味と時間を費やしたいと考えていたというのが事実に近い。

このような志向が私自身の生き方やライフスタイルなので、『還暦直後の半身不随』ということについては特別な思いはなかった。

唯一、『還暦直後の半身不随について』考えることがあるとすれば、自分自身についてではなく、最近見聞きした事からである。

それは、幼児期からと中途からとの違いについてであるが、特に、介護時の状況や介護者との関係の違いであり、この違いについて別途考慮すべきことがあると感じたのである。

例えば、中途障害者の場合は、連れ合いがいた場合には連れ合いも還暦に近いこと、子供がいた場合には子供たちは子育て期にあることなど、幼児期からの障害者が若い両親から介護を受ける状況と中途障害者のそれとは、大分異なることが想定されるので、そのことへの対応が今後必要になるかも知れないということを考えた。

中高年の世帯に突然の事態が訪れた時、これらの家族あるいは家族を含む介護人への対応について考慮する必要があると考えるのである。

例えば、賃貸住宅に居住していた時に発病して障害者になり、入院中に賃貸住宅を解約してリハビリ期間中に復職の可能性がないために職場を失い、退院近くになって、賃貸住宅を探す頃には、職業がないことや職場の友人がなく親類縁者も遠いことなどから保証人がなくて不動産の賃貸契約ができず、なかなか退院できないという例を複数見聞きした。また、自営業者で働き詰めに働き、しかし、年金を納めずにきた世帯主が障害者になった時、子どもたちや孫の生活に経済的な迷惑を及ぼすことを苦にしているという例も聞いた。

このような現状の実態や今後中途身障者が増加することが想定されることなどを勘案すると、『還暦直後の半身不随について』考える上で今大事なことは、障害者と介護の家族の快適な居住を維持することである。

例えば、障害者が働き盛りの世帯主の場合、それが男であれ女であれ、一定の期間と一定額の経済的支援を視野に入れた介護のための環境づくりが、また、『幼児虐待』に対応した支援策がある様に、『中途障害者』に対しても、その声を把握し、適切に対応するしくみづくりなど、これまでにない新たな課題への対応が迫られると考

える。

このように、『還暦直後の半身不随について』については、中途障害者を抱える家族の問題とその中での障害者の自立支援のための強力な『使えるしくみ』が必要であると考ええる。

（四）身障者による認知症の親の介護について

身障者による認知症の親の介護についてここでまとめたい。

このことについては、医療費受給者証の件で、リハビリ病院入院中に病院に来た市の福祉の職員が言った言葉が思い出される。

医療費受給者証の件が一段落し、母のことに話が及んだ時、「あなたがお母様を介護することは無理でしょう。」と最初言っていた職員が、様々な話をした後、帰り際に、「先程の意見は撤回します。」と言われ、「お互いに励みになるかも知れない。やってみることもよいかも知れませんね。」と言ったことがある。

また、思い起こすと、家に来た人の中には、「あなた一人では憂鬱になってしまうかも知れないが、二人なら、あなたの生活にも張り合いが出て、やりがいもあり、お互いに良いかも知れない。」と言う人もいた。

私が母の所にとりあえず間借りして快適な一人暮らしを満喫していたころは、私は自分が障害者であることを意識することもなく、ヘルパーの援助で快適に暮らしていた。このことは前に報告した通りである。そして、母が戻って同居することになった最初の段階は、以前の『隣居』が『同居』に変わり、車椅子のために動作が遅くなり、「夜間の対応が従来通りには行かないかも知れない。」と思う程度の認識しかなかったことも事実である。

また、同居してから、生活は一転し、気ままな一人暮らしの時に比べて多くのストレスが生じたこと、身障者による認知症の親の介

護は限界であり、車椅子生活者から母を離して、専門職員がいて良く目の届く快適な場所に移す必要があることを痛感したということも同様に前に報告した。

そこでこのことについては、『親の介護』、『認知症の親の介護』、『身障者による親の介護』の順に記録しようと思う。

まず、親の介護の問題から始めよう。

結論から言うと、私の場合、親の介護というより、まず、親との同居の問題があることが判った。

入院前隣居していた時には判らなかったが、同居して初めて親との同居は大変であり、相当なストレスをもたらすことが判った。

このように書くと、認知症のため何回も何回も同じことが繰り返される、あるいは耳が遠いために、話が通じずストレスを生じさせるということが原因のように思われがちだが、大部分はそうではないことも次第に判ってきた。

詳細には言及しないが、例えば、成人して外に出て自分の生活やライフスタイルを独自に展開してきた者が、改めて親と同居して感じる、あるいは別居していた息子夫婦と同居して息子が改めて感じるようなストレスであり、この親との同居によるストレスの方が、認知症の親との同居によるストレスより大きいことに気づいた。

この年になって、再び母と暮らせることは、サラリーマンの家庭で核家族の経験が長い私たち都市の居住層では稀なことであり、「ある意味で楽しい、うれしいことである。」とかつてどこかで発言した記憶があるが、子育てから最近開放されたばかりの私にとっては、現在は気ままな一人暮らしを早く実現したいという気持ちで一杯であり、隣居から同居への移行は、必ずしも楽しみにはなっていない。

次に、認知症の親の介護についてであるが、このことについてはその後新たな展開があった。この事件とも言うべき事態はこの『認知症の親の介護』の記録をまとめる上で重要と思うので、ここで取

り上げることにする。

デイケアから送ってきた職員が「顔と足に青いあざがありますが、転倒したのでしょうか。」と聞いてきたことがあった。私は目が不自由なので、朝「おはよう。」と挨拶しても普段は母の顔を凝視することはなかったが、この時は片目を閉じて右目で凝視すると確かに眉毛の上に青いあざが見えた。翌々日、別のデイサービスから電話があり、「顔にあざがあるが転倒したのか。」と聞かれた。帰った母の顔を見ると、今度は別のところで鼻の横に青いあざが見えた。夜間音がしないことやあざの位置などから、トイレから戻ってたたみの部屋を歩いた際、ベッドの手すりの直角部分にぶつかり、膝を折った形でしゃがんだ時に打ち付けたのかの知らないことが推察された。そこで、ベッドの手すりの直角部分を戻してまっすぐな状態で使用するように変えたことがあった。しかし、その数日後、夜間大きな物音で起きてみると、今度は居間の椅子の前で転んでおり、どうやら居間の椅子に捕まり損ねて転んだらしいことが推察された。しかし、その時は、居間兼食堂の中央部には、間取りの関係で手すりを付けることはできないので、私の部屋とすぐに交換して、それらの危険に対応した。この時交換した部屋は、位置的にはトイレは廊下を隔てた真向かいにあり、歩行の安全面からは概ね七十～八十センチメートル程度の間隔に手すりがあり、安心であった。

またこの時、以前コミュニケーション用に置いていた居間と食事用のテーブルのメモは効果を失うので、その位置をトイレの便器の前の壁と食事用のテーブルの上に変えた。

具体的には、「今は夜です。ベッドに戻りましょう。まだ寝ていましょう。」と「朝食の仕度は八時過ぎに幸子が行しますので、何もしないで待っていて下さい。」という二種類のメモを透明ファイルの両面に入れ、ファイルに紐をつけ、便器に座った位置の真ん前

の壁に画鋲で止めて使うことにした。前者を夜九時頃に吊るし、朝方四～五時頃、ファイルを裏返して後者のメモに変えておくということをした。

さらにこの時期、嘔吐と水分補給のための点滴と栄養補給のための流動食という状態が一週間～十日程度続き、夜間トイレに起きられない事態が続いたことと、このために、就寝前の精神安定剤と睡眠薬の服用ができないことがこれに重なった。

夜間トイレに起きられない事態が続いたためにトイレに頻繁に起きることを忘れてしまったのか、それとも、トイレに貼ったメモの内容を忘れない内にベッドに戻れるということが効果をあげたのか、その後は、就寝前の精神安定剤と睡眠薬を服用しなくても、トイレの回数が三～四回程度と著しく減少し、これらのお陰で就寝前の精神安定剤と睡眠薬の服用による転倒の危険と母と私の睡眠不足は殆ど解消されたのである。

この時の出来事から、認知症の介護については、介護者が健常者が私のように車椅子の障害者かということは別にして、次の二点が大事であるということを知ったのでここにまとめることにする。

一つは、認知症の人には、可能な限り見守りを続け、『見守られている。』という安心感、『ハグ(hug)』しないまでも、いつも『愛されている。』という感覚を持ってもらうことが大事である。

二つは、『次に何をするのか。』『何処に行くのか。』など、自分で考えようとしても考えること自体が難しくなっている認知症の高齢者は、それ自体が不安の原因になり、それが第三者からみた意味のない行動に繋がることがあると思われるので、高齢者が不安にならないように、「次は何をするのか。」ということを知らせること、介護者側から次の行動や行動の意味や理由などを高齢者に知らせる方法を工夫することも必要である。

このように、認知症については、見守られているということにより、『愛されている』という感覚をもつようにすること、また、考えることが出来なくなったことからもたらされる日常的な不安感を取り除くために、その高齢者とその介護人に適した技術を工夫することが求められていると思った。

私の場合は、母が文字を読んで理解する能力が認められるので、家族がメモという工夫をしたが、高齢者の行動特性を詳細に観察して、より適した方法を工夫することが求められるのかも知れない。

これら、見守りや介護技術については、デイやショートステイやグループホームの職員に求めることは無理かも知れないが、家族あるいは身近な介護者に求められていることは、このあたりかも知れないと思うのである。

また、このようにしても、認知症は治らないが、進行のスピードを緩和することに効果があるように思うのである。

最後に、身障者による認知症の親の介護についてまとめよう。

このことに問題を感じたのは、前述の通り、夜間の対応が困難であった時、昼間であっても迅速な対応が取れなかった時、急な事態に対してヘルパーなど他者の支援が受けられないために対応が遅れた時などであったが、これらのことについても冷静に考えれば、これらの多くは、私が身障者であるが故のことばかりではないこと、働きに出ている健常な娘や息子や嫁や専業主婦などの場合にもありうるということが次第に判ってきたので、私は、私のような症状の場合、身障者による認知症の親の介護ということは大した問題ではないと最近思うようになった。

むしろ、私のような介護する者の側からの問題提議ではなく、介護される者（母）の側からの希望として、また、客観的な判断ができると仮定すると、介護される者の立場から、身障者による認知症の親の介護の問題や限界についての発言がありうるだろうと考える

のである。

私のような身障者ではなく、物事に適切な対応が機敏にできる職員のいる、自宅ではない専門的な介護が受けられる居住の場で生活することが、今後の身体的・精神的な変化を考慮するとより適切であるという判断がありうると考えるのである。

そのような訳で、親との同居というテーマの大きさに悩むことはあっても、認知症の親というテーマはさして問題ではないこと、また、身障者による親の介護の問題も夜間や緊急時を除くとさほど問題ではないこと、むしろ、母にとって快適な『終の棲家』という観点こそが現在重要になってきていることを感じる。

また、このような訳で、冒頭に示した親との同居が車椅子生活者である私の生きがいになるとか、私が憂鬱になることを回避させるということはない。

なお、母と同居生活をして得た自信は、車椅子生活になっても、不得手なことについて他者の援助を受けることができれば大抵のことは自立できること、また、この状況から介護に必要な情報を発信したり、家庭的・事務的な管理を手伝ったり、介護する家族が集う場を提供したりしながら、これまでの経験を生かして地域の内外で役立つことができるかも知れないという自信が芽生えつつある。

（五）車椅子生活者にとっての移動の意義

移動に対する支援

介護保険における移動に対する支援は二つある。

一つは介護タクシーの利用であり、二つはヘルパー派遣による身体介護における『移動』と『外出介助』である。介護保険のサービスは基本的に要支援・要介護度に従ってサービス内容が決められることは周知の通りであるが、支援は基本的に医療機関への移動に対し

て行われる。

私のように要介護度が2であって、通院に対する身体介護が基本的につかない場合は、介護タクシーを利用して乗降介助に対する公的支援を受けて、その他は自力で通院することになる。そして、医療機関内で介助者を求める場合は、保険外の自費で事業所からヘルパー派遣をお願いすることができる。

福祉分野における移動に対する支援は三つある。

福祉分野の身体障害者の移動に対する支援は障害者手帳に記入されている『身体障害者程度等級』によって概ね決められるが、まず、全ての障害者に共通する支援は利用するタクシー料金の一割を補助するタクシー券の発行であり、経済的な支援である。なお、これに加えてさいたま市では独自に福祉タクシー利用券（基本料金の全額割引）を発行している。これらは利用の用途に制限はなく、通院でも芝居見物でも利用可能である。

二つ目は、『身体障害者程度等級』の二級程度で『外出介護の援助』という人的支援が月単位の時間量で支給される。対象者は、『屋外の移動に著しい制限がある視覚障害者又は全身性障害者』であり、極めて限定的ではあるが、その支援は『社会生活上不可欠な外出及び余暇活動等の社会参加のための外出（通勤営業活動等の経済活動に係る外出、通年かつ長期にわたる外出及び社会通念上適当でない外出を除き、原則として一日の範囲内で用務を終えるものに限る。）』をする際の『移動介護』に対して行われ、通院以外でも利用できるなど、法制度に記載された内容を参照すると、介護保険に比べて支援の範囲が広い。

三つ目は、障害児（者）生活サポート事業の中で、『一時預かり、送迎、外出援助などのサービス』が提供されているが、この事業の送迎あるいは外出援助などを利用することである。その実態は、定員が一杯で新規の受け入れは不可能であるという理由の他に、事業

内容として、『送迎』は行っていない(事業所内の支援のみ)、特定の養護学校の保護者が設立して利用者を限定しているなど、いつでも必要に応じて利用できるという制度ではないが、受け入れる事業所が見つかれば利用可能である。

このように、車椅子生活者にとっては足がないことが社会生活を困難にしていることが明白であるにも関わらず、車椅子生活者に対しては、居宅生活・在宅生活と通院生活のみしか支援しない両制度は不満足なしくみであることが判ってきた。

また、就業などの収入あるいは利益を得る活動に税金を支出することについては十分検討すべきと考えるが、就労に対する移動の支援は福祉の分野でも受けられないという実態がある。

働きながら身体機能を維持・向上させようとする過程で、何ら支援がないという現状のしくみは、将来の生活の過程で、『生活保護』などの更なる福祉策を求めることにも繋がりがかねず、成人後あるいは還暦以降の中途障害者が増加する可能性が高い今日の状況を勘案すると、支援策の不足と未整備は明らかである。

将来の『夢』を叶える機能訓練における『到達目標』

退院後二年経過した現在では、杖であってもあるいは介助者がつくという条件つきであっても、車椅子ではなく屋外を歩行できるようになることは大きな喜びであり、筋肉の強化や神経障害の克服という点で機能訓練の一大進歩であると考えようになった。

しかし、健常者から短期間に障害者になった直後の私の『移動』の最大の目的は、筋肉の強化による健康面での回復でも、家の中で歩くことでも、屋外を散歩することでも、買い物に出かけたり美味しいものを食べたりすることでもなく、友人や仕事仲間たちとの会合や好きな仕事に短時間でも復帰するために電車に乗って都心へ出

かけることであった。

『従前の生活に復帰したい。』という将来の『夢』は、また、次の機能訓練の段階における『到達目標』を達成することにかかっている。機能訓練の過程は、将来の『夢』に近づく過程でもあった。

例えば、車椅子のみでしか移動できない状態の時は、車椅子専用タクシーでなく、一般のタクシーの後部座席に乗って出かけることがその時点における次の機能訓練の段階の『到達目標』であり、

四点杖で介助付きで歩行できる状態になれば、公共交通機関を利用できる最寄りの駅までタクシーで行き階段の上り下りや交通機関への乗り降りを介助付きで杖で行なうことがその時点における次の機能訓練の段階の『到達目標』になるのである。また、最終的には、四点杖で介助付きでなく公共交通機関で遠距離の所へ出かけることがその時点における次の機能訓練の段階の『到達目標』になるというように。

但し、私の障害の状態ではリハビリゴールとして説明された二〇〇五年十一月の実施計画書に示されているように、外出時は車椅子であっても公共交通機関を利用する時には他者の介助が必要であること、また、バリアフリーで手すりが付いている状態を想定して「自立」と診断・判断されたとしても、民間分譲マンションと公道の状況では、自立できるわけではないので、現状のままで自助努力のみではこの最終的な『到達目標』は単なる夢で終わるかも知れない。それでも、『従前の生活に復帰したい。』という将来の私の『夢』は、前記の の段階の『到達目標』が達成できれば実現する。また、『五、安全な移動に向けて、(四)移動方法の変化とその後』の箇所で示した『表5 2 リハビリにおける到達目標と実現方策等(リハビリ実施計画案)』は、この の段階の機能訓練の『到達目標』を最終的な『到達目標』に設定したものである。この『到達目標』は是非達成したいと願っているのである。

また、様々な移動及び外出のための支援が存在するのであれば、それらと組み合わせて、居宅以外の社会生活を是非実現したいと考えている。

『経済的に的確な移動』

しかし、前述したように、東大病院に入院していた当時から自力でベッドに移ることができ、車椅子でタクシーまで行き、タクシーの後部座席に移り、車椅子をトランクに乗せてもらえさえすれば、行き先がバリアフリーである場合は、介助者なしで、自力でどこまでも行くことができ、行き先では自宅内と殆ど変わらない行動ができた私であったが、屋外の移動方法がタクシーのみという状況は、多大な経済的負担のために、移動の範囲や目的が限定され、『快適な居住』は、住戸内を除くと殆ど実現しないことが判った。

私にとって、車椅子でなく歩行できるようになることの最大の意義は、公共交通機関で都心まで行けるということにあり、私の関心は、家から駅までの移動、駅で電車に乗り移る方法など、家から都心へ行く移動方法のことばかりであった。そして、介助者付でも歩行できるようになりたい最大の理由は「いつでも経済的に的確な移動ができる。」ということにあった。

このように移動が経済性に大きく左右されていることから、私にとっての移動の『意義』は、『費用がかからない方法で移動できること＝経済的に的確な移動』にあった。

現状の移動の課題は、一つは『機能訓練による身体機能の維持・向上』を目指した自助努力の継続、もう一つは、『経済的に的確な移動』あるいは『リーズナブルな移動』を実現するための方法の検討であると考えるが、後者は私自身の頑張りのみでは実現しないことであり、各方面の協力と支援を求める必要がある。

現況の高齢者対応の介護保険にみられるような居宅生活のみを対象に支援する方向は、還暦前後に障害になった者を支援するしくみとして不十分であり、社会生活の継続やそれへの復帰を実現するための移動や外出の支援が伴わないことは不適切だと考える。

また、自立支援を推進する福祉の分野の支援のしくみと連動して『従前の生活への復帰』という観点から、将来の夢を叶える『経済的に確な移動』を実現し、通院以外の外出の機会を車椅子生活者にも平等かつ公平に与えて欲しいと願うのである、

移動の実態を適切な方法で把握するとすぐに判ることであるが、現況の支援策とは別の選択肢が用意されることが適当である。

（六）身体障害者手帳は誰のため、何のため－外出介護の援助をめくって

二〇〇六年十一月二十九日（水）夕方六時頃NHKのテレビのニュースで、横浜市で、障害者が起こした「自立支援法施行に伴い『外出介護の援助』が激減したのは不当である。」という市への訴えが退けられたというという報道を耳にした。

このニュースはこの記録をまとめる上で重要と思うので、ここで取り上げることにする。

『五、安全な移動に向けて』の箇所で示したように二〇〇四年五月手術を受けて障害になり、その年の十月に障害者手帳を取得して、二〇〇五年二月に退院して以来約二年近く通院とデイへの送迎車への移動を除くと、住戸以外の屋外に出たことは殆どなかったので、この『外出介護』及び『外出介護の援助』という時間単位の支援という初めて耳にする用語について尋ねるために、翌々日市の健康福祉部支援課障害者担当に電話し、併せて私の障害への適応などについても尋ねてみた。

この時の電話では、『『外出介護の援助』は身体障害者程度等級が二級以上の人に適用されること、そして、私の場合、手帳には二級と記載されているが、『障害名』の箇所に記載された『傷病による左半身不随』というところで、上肢が三級、下肢が三級と判定され、この上下肢の両方で等級が一級上がって二級と記載されたものであり、実際は三級とみなされるので適応されない。』という主旨の答えが返ってきた。

この時の結論は、私の場合は、介護タクシーか『五、安全な移動に向けて』の所で述べた障害児(者)生活サポート事業で行っている『一時預かり、送迎、外出援助などのサービス』を利用して自費で介助者を派遣してもらうことがあるということであった。

私はこれを聞いて、身体障害者手帳申請を自分でできなかった状況を残念に思うとともに、今日まで手帳に関して全く無知であったことを反省した。

情報不足についてみると、身体障害者手帳の申請時に医師が記載した診断書の記載内容を障害者自身が確認することができたということを知り、今日まで知らずにいたこと、また、『障害名』区分、『身体障害者障害程度等級区分』、『移動介護の対象が示されている資料』など、国の立場からは『手帳を発行する目的』、身体障害者の立場からは『手帳取得の目的』に関わる重要な情報を得ていなかったことである。

手帳発行の目的を知ろうと手帳を見るがどこにも明記されていない。国の立場から手帳の^(注1)目的に関わるとされる情報を探すと、その一つに、手帳の『注意事項』の欄に記載されている以下の内容があった。それには、「一、この手帳の交付を受けて更生なさろうとされる方には、国、都道府県、市町村などができるだけのお世話をすることになっています。」と、また、「二、『医療や生活、職業のことで相談したいときや、つえ、義肢などが必要なときは、いつでも

近くの市町村役場、福祉事務所、保健所、児童相談所、更生相談所などに御相談下さい。』、『三、身体障害者福祉司、児童福祉司、ケースワーカーなどが訪問させていただくことがあります、そのときは、御希望を述べて御相談下さい。』とある。

これを見ると、国は相談を受けた後、世話をするというしくみであることが判るが、障害者から相談を受けた後に、国などが行う具体的な『世話』を実行する時に、この手帳の記載事項がどう反映されるかということやそのしくみなどは明記されていない。

具体的には、今回発端となった『外出介護の援助』という事業例について大事な情報は、医師が記載する診断書の障害名を参考に記載される『障害名』とその区分、福祉サービスの決定の根拠となる『身体障害者障害程度等級区分』、そして、「外出介護の援助」の対象が示されている資料である『身体障害者福祉法に基づく指定居宅支援等に要する費用の額の算定に関する基準』などであることが後日自宅に来た市の担当者から初めて知らされたという次第である。

今回の『外出介護の援助』に関係する参考資料を示すと以下の通りである。

身体障害者障害診断書・意見書・総括表の記載要領によると、『個別事項』の項目に、医師が記載する『障害名』については「障害の部位とその部位の機能障害の状態を記載してください。」とあり、これらを総合して医師は、『障害名』の欄に部位名を明記する。

そして、この『障害名』が手帳に記載される等級区分のもとになっている様である。

また、この『障害名』区分は、次に示す『身体障害者障害程度等級区分』を示す等級表の障害区分に示されているものでもある。これによると、身体障害者は、視覚障害、聴覚又は平行機能の障害、音声機能、言語機能又はそしゃく機能の障害、肢体不自由、内部機能障害に分類されており、肢体不自由についてみると上肢、

下肢、体幹、乳幼児期以前の非進行性の脳病による運動機能障害に更に分かれる。

このようにサービスの決定の根拠は記載された障害名に基づいて障害程度を等級別に区分した基準を直接用いたものであることを初めて知った。

『身体障害者障害程度等級区分』については、それを示す等級表によると、等級は、一から七級までである。 肢体不自由についてみると、乳幼児期以前の非進行性の脳病による運動機能障害がない者については、両上肢・両下肢の機能を全廃あるいは機能の著しい障害などが一級に相当するということになっている。

また、『外出介護の援助』は、次に示す『身体障害者福祉法に基づく指定居宅支援等に要する費用の額の算定に関する基準』(平成十五年二十一日)の注意書き5の記載内容から、『屋外の移動に著しい制限がある視覚障害者又は全身性障害者』が『社会生活上不可欠な外出及び余暇活動等の社会参加のための外出(通勤営業活動等の経済活動に係る外出、通年かつ長期にわたる外出及び社会通念上適当でない外出を除き、原則として一日の範囲内で用務を終えるものに限る。)]』をする際の『移動介護』に対して行われることが判る。

・ 『身体障害者福祉法に基づく指定居宅支援等に要する費用の額の算定に関する基準』(平成十五年二十一日)注5

「二(移動介護が中心である場合)については、別に厚生大臣が定める者が、屋外の移動に著しい制限がある視覚障害者又は全身性障害者(肢体不自由の程度が身体障害者福祉法施行規則(昭和二十五年厚生省令第十五号)別表第五号の一級に該当する者であって両上肢及び両下肢の機能の障害を有する者又はこれに準ずるものを言う。注6において同じ。)に対して、移動介護(社会生活上不可欠な外出及び余暇活動等の社会参加のための外出(通勤営業活動等の経済活動に係る外出、通年かつ長期にわたる外出及び社会通念上適当

でない外出を除き、原則として一日の範囲内で用務を終えるものに限る。)の際の移動の介護をいう。)が中心である指定居宅介護等を行った場合に所定額を算定する。

以上の資料から私は公的支援を受けるために申請した手帳に次の疑問を抱いた。

まず第一点は、医学的観点から専門的かつ詳細に施された身体障害者障害程度等級区が、障害者の医療や生活、職業などを含む生活全般の世話や相談を受け、事業対象を決定する根拠になるという『しくみ』について障害者に説明がないことがあげられる。

何故なら、このタイプ分類で対象者や事業内容を決定することで手帳を発行した目的が達せられるという説明が必要であるからである。

第二点は、具体的な事業を施行する場面で、例えば、『外出介護の援助』事業の場面で、事業の対象者や対象となる外出を決定する際の根拠が明らかにされないことがあげられる。

社会資源の再分配という視点で移動介護に係る対象者の優先性について、平等かつ公正に検討すべきと考えるので、この第二点について以下で詳しく述べたい。

今回取り上げた『外出介護の援助』については、介護すべき外出と支援すべき対象者との二点の選択における平等及び公平さ、いわゆる『公正』がポイントになると考える。

現状では、支援の対象者として、『屋外の移動に著しい制限がある視覚障害者又は全身性障害者（聴覚障害と肢体不自由の一級に該当する者）（以下、『移動困難層』と略称する。）』が、また、外出の対象として『社会生活上不可欠な外出及び余暇活動等の社会参加のための外出（通勤営業活動等の経済活動に係る外出、通年かつ長期にわたる外出及び社会通念上適当でない外出を除き、原則として一日

の範囲内で用務を終えるものに限る。) (以下、『外出』と略称する。))
が選択されている。

この両者の選択で大事な点は、『移動が困難なこと』ではなく、目的とする外出が、移動が困難なことを理由に達成ないしは実現できないことにある。支援の目的は移動ではなく外出目的の達成ないしは実現にあり、事業の利用者の立場から『外出介護の援助』の目的をみると、移動を経て外出の目的を達成することを援助してもらうことにある。

今回の事業『外出介護の援助』において、『外出』の実現が支援の対象と定められているが、いずれの層が『外出』を優先的に実現でき、いずれの層が実現できないと定めるかという点、いわば選択の基準が重要であり、この点について少なくとも全身障害者に合理的な説明をする責任はあるであろう。

この点については、結論から言うと、先の『移動困難層』が公的支援を受けて実現できる『外出』は、全ての身障者が等しく実現できるべきであるということ、また、支援の選択に当たっては、全ての『外出が困難な障害者』がまず対象になるべきであること、更に、その選択結果についてその方法も含めてすべての対象者に情報公開すべきであることが明白であるということである。

そして、このように考えると、先の『移動困難層』を含む全ての身障者が等しく実現できる外出の中でも、医学的分野で施された分類で決定された先の『移動困難層』が最優先的に介護されるべき外出がないわけではないことも判る。

その外出とは、『生命に関わる外出』、すなわち『通院』のための外出である。

『通院』が、『移動困難層』が優先されるべき『外出』であるという理由については、次に示す私の事例で理解できるであろう。

私の場合、バリアフリーの自宅内では車椅子は自力で移動できる

ので、現況の介護保険で利用できる介護タクシーの『乗降介助』を利用すれば安全に自宅から医院に到着できる。また、行った先の医院がバリアフリーでない場合はその医院で必要な時に介助するという約束事があるようなので、私は介護者の必要もなく通院は完了する。

介護保険においては、介護度が3以上の高齢者でなくては通院先での身体介護は付かないので、私の場合は自力で通院することになっている。

このような介護保険の場面を参考に前述の『移動困難層』が介助者なしで通院して来た場面を考えると、「通院先の看護師や職員等が、これら障害者に対して常時付き切りで対応することはできない。」ということが起こりうることは当然想定される。

従って、このように想定した屋外が、唯一、先の医療分野の分類のみで決定された『移動困難層』のみが『著しく移動が困難な屋外』として優先的に援助を受けられる合理的な理由になりうると考える。

その他の者で介護保険を利用する者の一部は、乗降介助を受けて外出先まで到達でき、診療所内では自立できるので外出目的を達成する。また、他の者は移動及び移動先の介助を含めて『身体介護、外出介護、通院』という名目で介助を受け、外出目的を達成する。

問題は、地域外の通院と『通院』以外の外出における対象者と『外出』の選択である。

このことについて考慮すべき点は、外出が困難な障害者には、『移動が困難で外出が実現できない身障者』がいること、『移動の困難性』は、医学的な意味の移動主体の『身体的障害』、移動空間がバリアフリーでないことからもたらされる『住環境上の障害』、公共交通機関を利用できず、移動手段がタクシー利用などに限られることからもたらされる『経済的な障害』があること、これら三者は、『移動が困難で外出が実現できない身障者』という点では優劣付け難いこと、

優劣をつける唯一の方法は、それぞれの『障害』実態にあるということである。

例えば、私の場合、自宅内はバリアフリーであるから、片側のみの車を片手で操作し片足で舵をとることはできるが、自宅から共用廊下に出ることはできないこと、また、廊下に出て自力で車椅子を操作することはできるがエレベーターホール前の段差を越えてエレベーターに乗ることはできないなど、断続的ではあるが『住環境上の障害』が存在する。また、地域内の医療機関に通院する時は、車椅子対応の介護タクシーを利用してタクシー運転手による乗降介助を受ければ自力での外出は可能だが、地域外の医療機関を利用する時と医療機関以外の外出の時には公共交通機関を利用できないために『経済的な障害』がある。

仮に、公共交通機関を利用するためにリハビリで自助努力をした場合でも、平行障害という『身体的障害』のために、外出は常に介助者が必要であり、この場合にも常に『経済的な障害』がある。

このような実態を勘案すると、今回の『外出介護の援助』事業において、移動が困難な障害者を選定するに当たっては、全障害者が平等に実現すべき『外出』を定め、その後、移動を困難にする身体的・経済的・住環境上の障害の実態を把握し、移動を困難にする障害に適した人的・物的・経済的支援を定めるというしくみを設け、これらの結果を全障害者に公開して欲しいと考える。

なお、本テーマから外れるが、私の身体障害は、通常の脳疾患による後遺症としての半身不随ばかりでなく、右脳幹部にできた血管腫の摘出手術による『平行障害』などの合併症があること、これが自立した移動を生涯困難にする原因になりうることを最近自分でも判ってきた。しかし、この合併症については残念ながら障害者手帳には反映されていない。

第三点目は、情報提供不足あるいは故意な情報隠しに対する疑義

である。

私は、障害になってから、障害者福祉ガイドについて必要なところは隅から隅まで殆ど目を通したが、今回取り上げた『外出介護の援助』について記載された箇所はなかった。

また、『五、安全な移動に向けて、(二)移動の状況、働きに出る(二〇〇五年一〇月頃)』のところで、予約していた障害者福祉センターにおけるデイサービス事業が、退院後八ヶ月経過した二〇〇五年一〇月に利用を許可できるという通知が届いて利用を始めたということを記録したが、この時、この施設にある相談室で^(注2)働きに出るための移動の支援について相談したことがあったが、その時の回答にもその情報は得られていない。

更には、前述の『外出介護』及び『外出介護の援助』について尋ねた時に、担当者から返ってきた回答がもう一つある。それは、「前にお知らせしなかったのは対象外だったからです。」ということである。

「本当にそうであろうか？」

移動に関する公的支援について相談してきた障害者に対して、制度の存在の有無について、また、事業の全容について、情報提供することの是非を判断するのは、区市町村の担当者なのであるか？他の区市町村の先進事例や別の選択肢の存在について知る機会を妨げることは、当該区市町村の業務として適当なのであるか。

いずれにせよ、障害者は手帳の障害区分に沿って障害になっている訳ではないので、手帳を取得するにあたって、また、事業申請を行うにあたっては、改めて、『手帳発行の目的』と『手帳取得の目的』に目を向けたいと思った次第である。

障害者の目的は明らかであり、国の目的も明らかな時、事業目的やその方法を決定する際、「誰に対して、何を支援するのか。」ということ問い直し、地域に最も身近な区市町村が独自の立場でより

公正な仕事、願わくばより創造的な仕事を果たすことを期待したい。

(注1)目的については、以下の資料に次のように明記されている。

「手帳を取得することによって、このガイドブックに載っている、いろいろなサービスを受けることができます。」

資料：さいたま市の障害者福祉ガイド、平成十五年七月

(注2)就労に対する支援は、自立支援法施行後新たに登場した以下の障害福祉サービスメニューの中にみることができる。

しかし、施行後半年経過した現在、新たな障害福祉サービスの情報が障害者の手元に届けられていないので、必要な事業の目的や事業内容などについては不明である。例えば、訓練等給付の内、就労移行支援、就労継続支援、地域生活支援事業の内、移動支援などについては、法律に照らして詳しくは知りたところだが、検討していないのでその詳細については把握していない。

但し、私のような中途障害者で、例えば、『移動支援』など、現在必要とされる支援が明らかであり、障害者の個別の実態に即した支援が受けられさえすれば、従前の就労に一定程度復帰できる者には、就労に関するこれらの新たなしくみは無用・無縁であるかも知れない。

そして、今後中途障害者の割合が増加するという状況を想定すると、還暦前後の中途障害者に対しては、まず、その実態を把握することこそ大事であると考ええる。

障害福祉サービス、

(a) 介護給付(十四項目)

例：居宅介護、訪問介護、短期入所、生活介護、共同生活介護、施設入所支援等

(b) 訓練等給付(六項目)

例：自立訓練、就労移行支援、就労継続支援、共同生活援助等
地域生活支援事業(二項目)

例：移動支援、日中一時支援

資料：障害福祉サービス等受給者証、さいたま市、『支給決定サービス一覧』より

参考資料 6 - 1 身体障害者障害診断書・意見書（肢体不自由用）

身体障害者診断書・意見書（肢体不自由用）

総括表

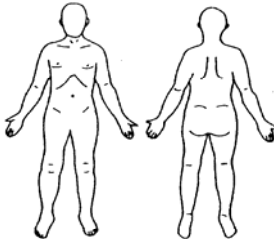
氏 名	年 月 日生	男・女
住 所		
① 障害名（部位を明記）		
② 原因となった 疾病・外傷名	交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、 疾病、先天性、その他（ ）	
③ 疾病・外傷発生年月日	年 月 日	場所
④ 参考となる経過・現症（エックス線写真及び検査所見を含む。）		
障害固定又は障害確定（推定） 年 月 日		
⑤ 総 合 所 見		
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;"> 軽度化による将来再認定 要 ・ 不要 （再 認 定 の 時 期 年 月 後） </div>		
⑥ その他参考となる合併症状		
上記のとおり診断する。あわせて以下の意見を付す。 年 月 日 病院又は診療所の名称 所 在 地 診療担当科名 科 医師氏名 ㊞		
身体障害者福祉法第15条第3項の意見〔障害程度等級についても参考意見を記入〕 障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に ・ 該 当 す る （ 級相当） ・ 該 当 し な い		
注意 1 障害名には現在起こっている障害、例えば両眼失明、両耳ろう、右上下肢まひ、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、角膜炎、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁狭窄等原因となった疾患名を記入してください。 2 障害区分や等級決定のため、地方社会福祉審議会から改めて次ページ以降の部分についてお問い合わせする場合があります。		

肢体不自由の状況及び所見

神経学的所見その他の機能障害（形態異常）の所見（該当するものを○で囲み、下記空欄に追加所見記入）

- (1) 感覚障害（下記図示）：なし・感覚脱失・感覚鈍麻・異常感覚
- (2) 運動障害（下記図示）：なし・弛緩性麻痺・痙攣性麻痺・固縮・不随意運動・しんせん・運動失調・その他
- (3) 起因部位：脳・脊髄・末梢神経・筋肉・骨関節・その他
- (4) 排尿・排便機能障害：なし・あり
- (5) 形態異常：なし・脳・脊髄・四肢・その他

【参考図示】備考1 切断の場合は、前腕、上腕、大腿、下腿の1/2以上か否かを明記してください。



×変形 ■切断 ■感覚障害 ■運動障害

2 動作・活動

- ・自立○ 半介助△ 全介助又は不能×
- （ ）の中のものを使う時はそれに○
- ・左右の別がないものは、共働での評価とする。



備考2 指の切断の場合は、指骨間関節（PIP、IP）の有無を明記してください。

右		左
	上肢長 cm	
	下肢長 cm	
	上腕周径 cm	
	前腕周径 cm	
	大腿周径 cm	
	下腿周径 cm	
	握力 kg	

寝返りをする		(はしで) 食事をする (スプーン、自助具)	右 左
座る (背もたれ、支え)	足を投げ出して	コップで水を飲む	右 左
	正座、あぐら、横座り	シャツを着て脱ぐ【かぶりシャツ】 ズボンをはいて脱ぐ(自助具) 【どのような姿勢でもよい】	
いすに腰掛ける			
座位又は臥位より立ち上がる (手すり、壁、つえ、松葉づえ、義肢、装具)		ブラシで歯を磨く(自助具)	右 左
家の中の移動 (壁、つえ、松葉づえ、義肢、装具、車いす)		顔を洗いたオルでふく タオルを絞る	
二階まで階段を上って下りる (手すり、つえ、松葉づえ)		背中を洗う	
屋外を移動する(つえ、松葉づえ、車いす)		排泄の後始末をする	
起立位保持(補装具なしで) (該当するものを○で囲む)		歩行能力(補装具なしで) (該当するものを○で囲む)	
正常に可能・1時間・30分・10分以上困難・不能		正常に可能・2km・1km・100m以上歩行不能・不能	

備考 身体障害者福祉法の等級は機能障害 (impairment) のレベルで認定されますので () の中に○がついている場合、原則として自立していないという解釈になります。

計測法 上肢長：肩峰―握拳茎状突起 前腕周径：最大周径 上腕周径：最大周径
下肢長：上前脛骨棘―(胫骨) 内果 大腿周径：膝蓋骨上縁上10cmの周径 (小児等の場合は別記) 下腿周径：最大周径

関節可動域 (ROM) と筋力テスト (MMT) [この表は必要な部分を記入してください.]

Figure 1 displays the range of motion (ROM) and muscle activity for various body parts, categorized into two main sections: **頸力テスト** (Neck Force Test) and **腕力テスト** (Forearm Force Test). The figure is organized into a grid of charts, each representing a different body part and movement.

Neck Force Test (頸力テスト):


- Neck (頸):** Charts for Flexion (前屈), Extension (後屈), Lateral Flexion (左屈), and Lateral Flexion (右屈).
- Trunk (体幹):** Charts for Flexion (前屈), Extension (後屈), Lateral Flexion (左屈), and Lateral Flexion (右屈).
- Shoulder (肩):** Charts for Flexion (前屈), Extension (後屈), Lateral Flexion (左屈), and Lateral Flexion (右屈).
- Elbow (肘):** Charts for Flexion (前屈), Extension (後屈), Lateral Flexion (左屈), and Lateral Flexion (右屈).
- Forearm (前腕):** Charts for Flexion (前屈), Extension (後屈), Lateral Flexion (左屈), and Lateral Flexion (右屈).
- Hand (手):** Charts for Flexion (前屈), Extension (後屈), Lateral Flexion (左屈), and Lateral Flexion (右屈).
- Wrist (手関節):** Charts for Flexion (前屈), Extension (後屈), Lateral Flexion (左屈), and Lateral Flexion (右屈).
- Ankle (足関節):** Charts for Flexion (前屈), Extension (後屈), Lateral Flexion (左屈), and Lateral Flexion (右屈).
- Hip (股関節):** Charts for Flexion (前屈), Extension (後屈), Lateral Flexion (左屈), and Lateral Flexion (右屈).
- Knee (膝関節):** Charts for Flexion (前屈), Extension (後屈), Lateral Flexion (左屈), and Lateral Flexion (右屈).
- Foot (足関節):** Charts for Flexion (前屈), Extension (後屈), Lateral Flexion (左屈), and Lateral Flexion (右屈).

Forearm Force Test (腕力テスト):

- Neck (頸):** Charts for Flexion (前屈), Extension (後屈), Lateral Flexion (左屈), and Lateral Flexion (右屈).
- Trunk (体幹):** Charts for Flexion (前屈), Extension (後屈), Lateral Flexion (左屈), and Lateral Flexion (右屈).
- Shoulder (肩):** Charts for Flexion (前屈), Extension (後屈), Lateral Flexion (左屈), and Lateral Flexion (右屈).
- Elbow (肘):** Charts for Flexion (前屈), Extension (後屈), Lateral Flexion (左屈), and Lateral Flexion (右屈).
- Forearm (前腕):** Charts for Flexion (前屈), Extension (後屈), Lateral Flexion (左屈), and Lateral Flexion (右屈).
- Hand (手):** Charts for Flexion (前屈), Extension (後屈), Lateral Flexion (左屈), and Lateral Flexion (右屈).
- Wrist (手関節):** Charts for Flexion (前屈), Extension (後屈), Lateral Flexion (左屈), and Lateral Flexion (右屈).
- Ankle (足関節):** Charts for Flexion (前屈), Extension (後屈), Lateral Flexion (左屈), and Lateral Flexion (右屈).
- Hip (股関節):** Charts for Flexion (前屈), Extension (後屈), Lateral Flexion (左屈), and Lateral Flexion (右屈).
- Knee (膝関節):** Charts for Flexion (前屈), Extension (後屈), Lateral Flexion (左屈), and Lateral Flexion (右屈).
- Foot (足関節):** Charts for Flexion (前屈), Extension (後屈), Lateral Flexion (左屈), and Lateral Flexion (右屈).

The charts show the range of motion (ROM) and muscle activity (shaded areas) for various movements. The x-axis represents degrees of motion, and the y-axis represents muscle activity levels.

備考

- 備考 1 関節可動域は、他動的可動域を原則とする。
- 2 関節可動域は、基本動作のOとする日本整形外科学会又は日本リハビリテーション医学会の指定する表示方法とします。
- 3 関節可動域の図示は、のように両端に太線をはき、その間を矢印で結んでください。強直の場合は、強直位間に破線（—）を引いてください。
- 4 筋力については、表（ ）内に△×○印を記入してください。

×印は、筋力が消失または著減（筋力 0、1、2 該当）

△印は、筋力半減（筋力 3 該当）

○印は、筋力正常またはやや減（筋力 4、5 該当）

- 5 (PIP)の項母指は(IP)関節を指します。
- 6 DIPその他の対立内外転等の表示は必要に応じ備考欄を用いてください。
- 7 図中塗りつぶした部分は、参考的正常範囲外の部分で、反張膝等の異常可動はこの部分にはみ出して記入してください。

例示

(×) 伸展 屈曲 (△)

参考資料 6 - 2 『身体障害者障害程度等級表（太実践より上は第 1 種を、下は第 2 種を示す。）』

級別	視覚障害	聴覚又は平衡機能の障害		音声機能、言語機能又はそしやく機能の障害	肢 体 不 自 由	
		聴 覚 障 害	平 衡 機 能 障 害		上 肢	下 肢
1級	1. 両眼の視力（万国式試験力表によって測ったもの）をいい、屈折異常のある者については、きょう正視力について測ったものをいう。（以下同じ。）の和が0.01以下のもの				1. 両上肢の機能を全廃したもの 2. 両上肢を手関節以上で欠くもの	1. 両下肢の機能を全廃したもの 2. 両下肢を大腿の2分の1以上で欠くもの
2級	1. 両眼の視力の和が0.02以上0.04以下のもの 2. 両眼の視野がそれぞれ10度以内でかつ両眼による視野について視能率による損失率が95%以上のもの	両耳の聴力レベルがそれぞれ100デシベル以上のもの（両耳全ろう）			1. 両上肢の機能を著しい障害 2. 両上肢のすべての指を欠くもの 3. 一上肢を上腕の2分の1以上で欠くもの 4. 一上肢の機能を全廃したもの	1. 両下肢の機能を著しい障害 2. 両下肢を大腿の2分の1以上で欠くもの
3級	1. 両眼の視力の和が0.05以上0.08以下のもの 2. 両眼の視野がそれぞれ10度以内でかつ両眼による視野について視能率による損失率が90%以上のもの	両耳の聴力レベルが90デシベル以上のもの（耳介に接しなければ話語を理解し得ないもの）	平衡機能の極めて著しい障害	音声機能、言語機能又はそしやく機能の喪失	1. 両上肢のおや指及びひとさし指を欠くもの 2. 両上肢のおや指及びひとさし指の機能を全廃したもの 3. 一上肢の機能を著しい障害 4. 一上肢のすべての指を欠くもの 5. 一上肢のすべての指の機能を全廃したもの	1. 両下肢をシヨバー関節以上で欠くもの 2. 一下肢を大腿の2分の1以上で欠くもの 3. 一下肢の機能を全廃したもの
4級	1. 両眼の視力の和が0.09以上0.12以下のもの 2. 両眼の視野がそれぞれ10度以内のもの	1. 両耳の聴力レベルが80デシベル以上のもの（耳介に接しなければ話語を理解し得ないもの） 2. 両耳による普通話音声の原音の語音明瞭度が50%以下のもの		音声機能、言語機能又はそしやく機能の著しい障害	1. 両上肢のおや指を欠くもの 2. 両上肢のおや指の機能を全廃したもの 3. 一上肢の肩関節、肘関節又は手関節のうちいずれか一関節の機能を著しい障害 4. 一上肢のおや指及びひとさし指を欠くもの 5. 一上肢のおや指及びひとさし指の機能を全廃したもの 6. おや指又はひとさし指を含めて一上肢の三指を欠くもの 7. おや指又はひとさし指を含めて一上肢の三指の機能を全廃したもの 8. おや指又はひとさし指を含めて一上肢の四指の機能を著しい障害	1. 両下肢のすべての指を欠くもの 2. 両下肢のすべての指の機能を全廃したもの 3. 一下肢を大腿の2分の1以上で欠くもの 4. 一下肢の機能を著しい障害 5. 一下肢の股関節又は膝関節の機能を全廃したもの 6. 一下肢が健康に比して10センチメートル以上又は健康の長さの10分の1以上短いもの
5級	1. 両眼の視力の和が0.13以上0.2以下のもの 2. 両眼による視野の2分の1以上が欠けているもの		平衡機能の著しい障害		1. 両上肢のおや指の機能を著しい障害 2. 一上肢の肩関節、肘関節又は手関節のうち、いずれか一関節の機能を著しい障害 3. 一上肢のおや指を欠くもの 4. 一上肢のおや指の機能を全廃したもの 5. 一上肢のおや指及びひとさし指の機能を著しい障害 6. 両指又はひとさし指を含めて一上肢の三指の機能を著しい障害	1. 一下肢の股関節又は膝関節の機能を著しい障害 2. 一下肢の足関節の機能を全廃したもの 3. 一下肢が健康に比して5センチメートル以上又は健康の長さの15分の1以上短いもの
6級	一眼の視力が0.02以下、他眼の視力が0.6以下のもので両眼の視力の和が0.2を超えるもの	1. 両耳の聴力レベルが70デシベル以上のもの（40センチメートル以上の距離で発声された会話語を理解し得ないもの） 2. 一側耳の聴力レベルが90デシベル以上、他側耳の聴力レベルが50デシベル以上のもの			1. 一上肢のおや指の機能を著しい障害 2. ひとさし指を含めて一上肢の二指を欠くもの 3. ひとさし指を含めて一上肢の三指の機能を全廃したもの	1. 一下肢をリスフラン関節以上で欠くもの 2. 一下肢の足関節の機能を著しい障害
7級					1. 一上肢の機能を軽度の障害 2. 一上肢の肩関節、肘関節又は手関節のうち、いずれか一関節の機能を軽度の障害 3. 一上肢の手指の機能を軽度の障害 4. ひとさし指を含めて一上肢の二指の機能を著しい障害 5. 一上肢のなか指、くすり指及び小指を欠くもの 6. 一上肢のなか指、くすり指及び小指の機能を全廃したもの	1. 両下肢のすべての指の機能を著しい障害 2. 一下肢の機能を軽度の障害 3. 一下肢の股関節、膝関節又は足関節のうち、いずれか一関節の機能を軽度の障害 4. 一下肢のすべての指を欠くもの 5. 一下肢のすべての指の機能を全廃したもの 6. 一下肢が健康に比して3センチメートル以上又は健康の長さの20分の1以上短いもの
備考	1 同一の等級について二つの重複する障害がある場合は、1級うえの級とする。ただし、二つの重複する障害が特に本表中に指定されているものは、該当等級とする。 2 肢体不自由においては、7級に該当する障害が2以上重複する場合は、6級とする。 3 異なる等級について2以上の重複する障害がある場合には、障害の程度を動素に当該等級より上の級とすることができる。 4 「指を欠くもの」とは、おや指については指骨間関節、その他の指については第1指骨間関節以上を欠くものをいう。					

出典 さいたま市の障害者福祉ガイド、平成15年7月

肢 体 不 自 由			内 部 機 能 障 害					
体 質 特 性	乳幼児期以前の非進行性の脳病変による運動機能障害		心臓機能障害	じん臓機能障害	呼吸器機能障害	ぼうこう又は直腸機能障害	小腸機能障害	ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害
	上肢機能	移動機能						
体幹の機能障害により座っていることができないもの	不随意運動・失調等により上肢を使用する日常生活動作がほとんど不可能なもの	不随意運動・失調等により歩行が不可能なもの	心臓の機能の障害により自己の周辺の日常生活活動が極度に制限されるもの	じん臓の機能の障害により自己の周辺の日常生活活動が極度に制限されるもの	呼吸器の機能の障害により自己の周辺の日常生活活動が極度に制限されるもの	ぼうこう又は直腸の機能の障害により自己の周辺の日常生活活動が極度に制限されるもの	小腸の機能の障害により自己の周辺の日常生活活動が極度に制限されるもの	ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能の障害により日常生活がほとんど不可能なもの
1. 体幹の機能障害により座位又は起立位を保つことが困難なもの 2. 体幹の機能障害により立ち上がり動作が困難なもの	不随意運動・失調等により上肢を使用する日常生活動作が極度に制限されるもの	不随意運動・失調等により歩行が極度に制限されるもの						ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能の障害により日常生活が極度に制限されるもの
体幹の機能障害により歩行が困難なもの	不随意運動・失調等により上肢を使用する日常生活動作が著しく制限されるもの	不随意運動・失調等により歩行が日常生活活動に制限されるもの	心臓の機能の障害により家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの	じん臓の機能の障害により家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの	呼吸器の機能の障害により家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの	ぼうこう又は直腸の機能の障害により家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの	小腸の機能の障害により家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの	ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能の障害により日常生活が著しく制限されるもの(社会での日常生活活動が著しく制限されるものを除く。)
	不随意運動・失調等による上肢の機能障害により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの	不随意運動・失調等により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの	心臓の機能の障害により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの	じん臓の機能の障害により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの	呼吸器の機能の障害により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの	ぼうこう又は直腸の機能の障害により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの	小腸の機能の障害により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの	ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能の障害により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの
体幹の機能の著しい障害	不随意運動・失調等による上肢の機能障害により社会での日常生活活動に支障のあるもの	不随意運動・失調等により社会での日常生活活動に支障のあるもの						
	不随意運動・失調等による上肢の機能の劣るもの	不随意運動・失調等により移動機能の劣るもの						
	上肢に不随意運動・失調等を有するもの	下肢に不随意運動・失調等を有するもの						

5 「指の機能障害」とは、中手指関節以下の障害をいい、おや指については対抗運動障害をも含むものとする。

6 上肢又は下肢欠損の断端の長さは、実用長（上肢においては腋窩より、大腿においては坐骨結節の高さより計測したもの）をもって計測したものをいう。

7 下肢の長さは、前脛骨幹より内くるぶし下端までを計測したものをいう。

表 6 - 3 - 1 『身体障害者福祉法に基づく指定居宅支援等に要する費用の額の算定に関する基準』

厚生労働省告示第二十七号

身体障害者福祉法(昭和二十四年法律第二百八十三号)第十七条の四第二項第一号(第十七条の六第二項において準用する場合を含む。)の規定に基づき、身体障害者福祉法に基づく指定居宅支援等に要する費用の額の算定に関する基準を次のように定め、平成十五年四月一日から適用する。

身体障害者福祉法に基づく指定居宅支援等に要する費用の額の算定に関する基準
指定居宅支援(身体障害者福祉法(昭和二十四年法律第二百八十三号)第十七条の四第一項に規定する指定居宅支援をいう。以下同じ。)又は基準該当居宅支援(同法第十七条の六第一項に規定する基準該当居宅支援をいう。以下同じ。)に要する費用の額は、別表により算定した額とする。

別表

身体障害者居宅生活支援費額算定表

別記

① 指定居宅支援又は基準該当居宅支援に要する費用の額は、1、2(注2、注3及び注4を除く。)又は3(注2を除く。)により算定する額に別に厚生労働大臣が定める割合を乗じて得た額に、2(注2、注3及び注4に限る。)又は3(注2に限る。)により算定する額を加えた額とする。

② イの規定により指定居宅支援又は基準該当居宅支援に要する費用の額を算定した場合において、その額二十円未満の端数があるときは、その端数金額は切り捨てて計算するものとする。

身体障害者居宅介護支援費

① 身体介護が中心である場合

1) 所要時間30分未満の場合 2,310円

2) 所要時間30分以上1時間未満の場合 4,020円

3) 所要時間1時間以上の場合 5,840円に所要時間1時間から計算して所要時間30分を増すごとに1,820円を加算した額

② 通院等のための乗車又は降車の介助が中心である場合 1,000円

③ 家事援助が中心である場合

1) 所要時間30分未満の場合 800円

2) 所要時間30分以上1時間未満の場合 1,530円

3) 所要時間1時間以上の場合 2,220円に所要時間1時間から計算して所要時間30分を増すごとに830円を加算した額

④ 移動介護が中心である場合

1) 身体介護を伴う場合

一) 所要時間30分未満の場合 2,310円

二) 所要時間30分以上1時間未満の場合 4,020円

三) 所要時間1時間以上の場合 5,840円に所要時間1時間から計算して所要時間30分を増すごとに1,820円を加算した額

2) 身体介護を伴わない場合

一) 所要時間30分未満の場合 800円

二) 所要時間30分以上1時間未満の場合 1,530円

三) 所要時間1時間以上の場合 2,220円に所要時間1時間から計算して所要時間30分を増すごとに830円を加算した額

⑤ 日常生活支援が中心である場合

(1) 所要時間1時間以上1時間30分未満の場合 2,410円

(2) 所要時間1時間30分以上の場合 3,310円に所要時間1時間30分から計算して所要時間30分を増すごとに900円を加算した額

注

1 利用者に対して、指定居宅介護事業所(身体障害者福祉法に基づく指定居宅支援事業者等の人員、設備及び運営に関する基準(平成14年厚生労働省令第78号。以下「指定居宅支援等基準」という。)第5条第1項に規定する指定居宅介護事業所をいう。)の従業員(同項に規定する従業員をいう。)又は基準該当居宅介護事業所(指定居宅支援等基準第40条第1項に規定する基準該当居宅介護事業所をいう。)の従業員(同項に規定する従業員をいう。)(注7において「居宅介護従業員」という。)が、指定居宅介護(指定居宅支援等基準第4条に規定する指定居宅介護をいう。)又は基準該当居宅介護(指定居宅支援等基準第40条第1項に規定する基準該当居宅介護をいう。)(以下「指定居宅介護等」という。)を行った場合に、現に要した時間ではなく、居宅介護計画に位置付けられた内容の指定居宅介護等を行うのに要する標準的な時間で所定額を算定する。

2 イについては、別に厚生労働大臣が定める者が、身体介護(入浴、排せつ及び食事等の介護をいう。注6において同じ。)が中心である指定居宅介護等を行った場合に所定額を算定する。

3 ロについては、別に厚生労働大臣が定める者が、利用者に対して、通院等のため、自らの運転する車両への乗車又は降車の介助を行うとともに、併せて、乗車前若しくは降車後の屋内外における移動等の介助又は通院先での受診等の手続き、移動等の介助を行った場合に1回につき所定額を算定する。

4 ハについては、別に厚生労働大臣が定める者が、家事援助(調理、洗濯及び掃除等の家事の援助をいう。注6において同じ。)が中心である指定居宅介護等を行った場合に所定額を算定する。

5 ニについては、別に厚生労働大臣が定める者が、屋外での移動に著しい制限のある視覚障害者又は全身性障害者(「身体不自由の程度が身体障害者福祉法施行規則(昭和25年厚生省令第15号)別表第五号の一級に該当す

る者であって両上肢及び両下肢の機能の障害を有するもの又はこれに準ずる者をいう。注6において同じ。) に対して、移動介護(社会生活上必要不可欠な外出及び余暇活動等の社会参加のための外出(通勤、営業活動等の経済活動に係る外出、通年かつ長期にわたる外出及び社会通念上適当でない外出を除き、原則として1日の範囲内で用務を終えるものに限る。))の移動の介護をいう。)が中心である指定居宅介護等を行った場合に所定額を算定する。

6 ホについては、別に厚生労働大臣が定める者が、日常生活全般に常時の支援を要する全身性障害者に対して、日常生活支援(身体介護、家事援助、見守り等の支援をいう。)が中心である指定居宅介護等を行った場合に所定額を算定する。

7 別に厚生労働大臣が定める要件を満たす場合であって、同時に2人の居宅介護従業者が1人の利用者に対して指定居宅介護等を行ったときは、それぞれの居宅介護従業者が行う指定居宅介護等につき所定額を算定する。

8 夜間(午後6時から午後10時までの時間をいう。)又は早朝(午前6時から午前8時までの時間をいう。)に指定居宅介護等を行った場合は、1回につき所定額の100分の25に相当する額を所定額に加算し、深夜(午後10時から午前6時までの時間をいう。)に指定居宅介護等を行った場合は、1回につき所定額の100分の50に相当する額を所定額に加算する。

9 利用者が身体障害者デイスサービス、身体障害者短期入所又は通所による身体障害者施設支援を受けている間は、身体障害者居宅介護支援費は、算定しない。

2 身体障害者デイスサービス支援費

イ 単独型身体障害者デイスサービス支援費(Ⅰ)

(1) 所要時間4時間未満の場合

- (一) 区分1 3,480円
- (二) 区分2 3,230円
- (三) 区分3 2,970円

(2) 所要時間4時間以上6時間未満の場合

- (一) 区分1 5,800円
- (二) 区分2 5,380円
- (三) 区分3 4,950円

(3) 所要時間6時間以上の場合

- (一) 区分1 7,550円
- (二) 区分2 6,990円
- (三) 区分3 6,440円

ロ 単独型身体障害者デイスサービス支援費(Ⅱ)

(1) 所要時間4時間未満の場合

- (一) 区分1 1,550円
- (二) 区分2 1,350円
- (三) 区分3 1,150円

(2) 所要時間4時間以上6時間未満の場合

- (一) 区分1 2,590円
- (二) 区分2 2,250円
- (三) 区分3 1,910円

(3) 所要時間6時間以上の場合

- (一) 区分1 3,370円
- (二) 区分2 2,930円
- (三) 区分3 2,490円

ハ 併設型身体障害者デイスサービス支援費(Ⅰ)

(1) 所要時間4時間未満の場合

- (一) 区分1 2,800円
- (二) 区分2 2,540円
- (三) 区分3 2,290円

(2) 所要時間4時間以上6時間未満の場合

- (一) 区分1 4,660円
- (二) 区分2 4,240円
- (三) 区分3 3,810円

(3) 所要時間6時間以上の場合

- (一) 区分1 6,060円
- (二) 区分2 5,510円
- (三) 区分3 4,950円

ニ 併設型身体障害者デイスサービス支援費(Ⅱ)

(1) 所要時間4時間未満の場合

- (一) 区分1 870円
- (二) 区分2 670円
- (三) 区分3 460円

(2) 所要時間4時間以上6時間未満の場合

- (一) 区分1 1,450円
- (二) 区分2 1,110円

- (三) 区分3 770円
 (3) 所要時間6時間以上の場合
 (一) 区分1 1,890円
 (二) 区分2 1,440円
 (三) 区分3 1,000円

注

1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして都道府県知事(地方自治法(昭和22年法律第67号)第252条の19第1項の指定都市又は同法第252条の22第1項の中核市にあっては、市長)に届け出た指定サービス事業所(指定居宅支援等基準第46条第1項に規定する指定サービス事業所をいう。)又は基準該当サービス事業所(指定居宅支援等基準第60条第1項に規定する基準該当サービス事業所をいう。)

(注2及び注4において「指定サービス事業所等」という。)において、指定サービス(指定居宅支援等基準第45条に規定する指定サービス)をいう。)又は基準該当サービス(指定居宅支援等基準第60条第1項に規定する基準該当サービスをいう。)(以下この注において「指定サービス等」という。)を行った場合に、当該施設基準に掲げる区分に従い、利用者の障害の程度に応じて別に厚生労働大臣が定める区分に応じて、現に要した時間ではなく、サービス計画に位置付けられた内容の指定サービス等を行うのに要する標準的な時間でそれぞれ所定額を算定する。

2 イ及びハについては、利用者に対して食事の提供を行う体制を確保している指定サービス事業所等においてサービス計画に食事の提供を行うこととなっている利用者について、1日につき420円を所定額に加算する。

3 イ及びハについては、利用者に対して入浴介助を行った場合は、1日につき410円を所定額に加算する。

4 利用者に対して、その居宅と指定サービス事業所等との間の送迎を行った場合は、片道につき550円を所定額に加算する。

5 利用者が身体障害者短期入所を受けている間又は通所による身体障害者施設支援を受けることとなっている間は、身体障害者サービス支援費は、算定しない。

3 身体障害者短期入所支援費(1日につき)

イ 区分1 8,020円

ロ 区分2 7,220円

ハ 区分3 6,860円

注

1 指定短期入所事業所(指定居宅支援等基準第66条に規定する指定短期入所事業所をいう。以下同じ。)において指定短期入所(指定居宅支援等基準第64条に規定する指定短期入所をいう。以下同じ。)を行った場合には、利用者の障害の程度に応じて別に厚生労働大臣が定める区分に応じ、それぞれ所定額を算定する。ただし、医師により別に厚生労働大臣が定める基準に適合すると認められた遺伝性重篤障害者若しくはこれに準ずる者又は医師により筋萎縮性側索硬化症等の運動ニューロン疾患の分類に属する疾患を有すると診断された者に対し、医療機関である指定短期入所事業所において、指定短期入所を行った場合は、所定額にかかわらず、1日につき14,360円を算定する。

2 利用者の心身の状況、介護を行う者の状況等からみて送迎を行うことが必要と認められる利用者に対し、その居宅と指定短期入所事業所との間の送迎を行った場合は、片道につき1,860円を所定額に加算する。

3 利用者が通所による身体障害者施設支援を受けている間は、身体障害者短期入所支援費は、算定しない。

改正文(平成一六年三月二九日厚生労働省告示第一四六号) 抄

平成十六年四月一日から適用する。ただし、平成十五年度に提供された指定居宅支援等に要する額の算定については、なお従前の例による。

改正文(平成一六年九月二八日厚生労働省告示第三五三号) 抄

平成十六年十月一日から適用する。ただし、平成十六年九月以前に提供された指定居宅支援等に要する額の算定については、なお従前の例による。

(七)『申請主義』はもう卒業しませんか？

今回の記録をみると判るが、申請手続きに費やされた時間と労苦が大であり、また、『申請』に係る情報不足が引き起こしたトラブルや問題が多い。この『申請』に係わる手続の非効率・非合理性には結構悩まされる。

介護保険の場合は、最初に申請し、認定結果の通知が届くと、そこに利用できるサービス一覧あるいは関連のパンフレットが同封されてくるので、それを見て必要なサービスを本人あるいは家族が一度申請すれば済む。また、要介護認定は私の場合は、年一回、更新手続きのための書類が市から送られてくるので年一回手続きを行う必要があるが、新たな認定結果を待って、同封されてきたサービス一覧あるいはパンフレットを見て、変更があれば変更のために電話連絡すれば、必要な書類が送られてくるので、記入して送れば、それで済む、例えば、『介護保険負担限度額』、『高額介護サービス費の支給』、『重度要介護者紙おむつ支給事業』、『重度要介護者高齢者等訪問理・美容サービス事業』、『重度要介護者高齢者手当て支給事業』などは、私が母のために行ってきた手続きであるが、一度申請すると、年度が変わっても、また、介護認定更新後も、適切な支援が市の方から届く。『高額介護サービス費の支給』については、更新手続きの書類が市の方から届くので、申請漏れなどによる不利益を受けることは殆どない。

福祉の面では、『三、公的支援策の検討、身体障害者手帳の取得、心身障害者医療費受給者証の取得』において示した様に、障害者手帳の取得は私の方から申し出た。

恐らく、健常者が突然車椅子利用などの障害者になった場合、自分が障害者手帳を持つ身になるとは想像しないであろうから、身体障害者手帳を取得することなど気づくことはないであろう。

また、身体障害手帳を取得した段階で市は『心身障害者医療費受給者証』を取得することを知らせなかったために、私自身が後日申し出たということを以前報告したが、障害者は、知らされなければ情報が存在することさえ知らずに過ごすことになる。

市の資料から拾うと、身体障害者手帳を初めとして、心身障害者医療費受給者証、心身障害者福祉手当、障害者基礎年金(国民年金加入者)、支援臂制度、福祉タクシー利用料金の助成、その他の支援があるが、福祉タクシー利用料金の助成を除くと、多くは自分で支援策を発見して申請しなければ、その資格は得られない。

このように、障害者や高齢者あるいはその家族が市が発行したパンフや市報などの情報を限なく見て、見落とさずに発見して申請しなければ取得できないという類^{たぐい}のネガティブな施策が多く、これには驚く。

また、一度取得した認定資格についても、例えば、次に示す『心身障害者医療費受給者証』を利用する時の様に、事務手続きの面から見て、非効率・非合理なのである。

『心身障害者医療費受給者証』を利用する場合、市内の医療機関を利用する際には『心身障害者医療費請求明細書』に必要事項を記入して、一カ月に一度、医療機関の窓口に提出する。また、市外の医療機関については一旦支払いを済ませた後、『心身障害者医療費支給申請書』に必要事項を記入して領収書とともに市に提出し、市からの『支給決定通知』を受けて支払った金額が自分の口座に戻るというしくみになっている。

そればかりではない。証書などの有効期限が明記されている場合でも、更新手続きに関して誰がいつ行うかという情報がそれらの取得者に対して提供されていないこともあり、手続き上の責任が明確でない。

例えば、『障害者訪問介護等利用者負担軽減認定証』に有効期限の記載事項を見つけた私が自ら介護保険の担当課に更新を申し出なければ期限がきても通知が来ないということが前回あったので、今回も私の方から市に電話して申し出たことがあった。すると、電話に出た担当者はこの存在を知らなかったのか、あれこれ聞いて回り、随分と手間取ったということがある。恐らく、この証書に記載されている『訪問介護等』というのは、介護保険ではなく、福祉の分野であったのかも知れないが、介護保険の担当者でさえ、関連の事業について十分把握しきれないことがあるとすれば、素人である障害者やその家族は、適切な手続きに辿り着くことはできないであろうし、それによって資格を失うことがあっても知らずにいることがあるかも知れず、このような場合、どうすれば良いのであろうかと考えさせられた出来事であった。

このようなことを勘案すると、『申請すれば必要な便宜が受けられ、その結果、様々な困難が解決されうる。』という情報を把握していながら、その対象者が自分で申請に来ない限り、その情報を提供しない、あるいは、『申請後、便益を与える決定が可能である。』という情報を把握していながら申請者が手続きをしに来ない限り、決定通知を出さないなど、「その類の申請業務は、もう卒業しませんか。」と言いたい。

チャンス(機会)は平等に与えることが民主主義の基本であることに同意されるなら、公的支援を受けるチャンスについても同様と理解されたい。

事業の全容についての情報提供はして頂きたいし、申請の対象者が自ら気づかなくてもそのことを通知して頂きたいし、更に付け加えるなら、個人情報が日本で最も集中しつつある区市町村は、対象者が望めばその申請事務の代行さえもして頂きたいと思うのである。

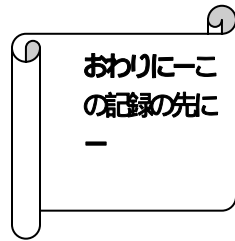
これまで、区市町村は国の業務代行を相当期間行ってきた訳だが

ら、地方分権以降、住民に最も近い行政体である区市町村が、地域住民が希望する場合、行政関連の事務代行を一手に引き受けることに異論を唱えるものはいないであろうと推察するのである。

この点について、障害者の皆さん、ご家族の皆さんはどうお考えであろうか。

支援が存在していることが広く行き渡り、支援が必要な人に行き渡り、受けた支援を利用して自力で支援を卒業するというような、支援自体が希望を育む支援のしくみが望ましいと考える。

受けられる支援が存在していることすら知らされなかったために、結果として複数の支援を受けなければ生活できなくなるという社会の方向は希望が持てないであろうから、『必要な期間、支援を受けることで支援を卒業する。』という支援のしくみが望ましいと考える。



(一)双方にとって安全で快適な居住を求めて

住戸内であれば、身障者の私も人の援助を受けて十分『快適な居住』が確保できること、また、母との同居生活についても家事のマネジメントに徹することで、元気に仕事に出ていた時期以上に十分母の介護者として成立すること、後者については、勤めに出る息子や娘、専業主婦のお嫁さんなどと同様に、あるいはそれ以上に家事を切り盛りし、介護できると自負した私ではあったが、人を頼んでしかこれらのことを達成することができないことが、夜間や緊急時の対応に問題を生じることを知った。

風邪ひとつ引いたことがなく元気に暮らしてきて、理由もなく突然認知症になり、一人では暮らせなくなった母が、急性の皮膚疾患や血圧が高い日が続くようになった時、即座に適切な対応ができる人のいる場所に居住する必要があるということも次第に考えるようになってきた。

母が就寝後三十分～一時間おきにトイレに起き、深夜に室内で様々な行動をとるということについては、障害者になって仕事から離れた私にとっては、仕事をしていた頃と比べると十分対応できるので、「娘と同じ所に住みたい。」という母の希望を入れることは当然可能であろうと考えていた。

その一方で、いずれは身体的・精神的状態の変化に対応できる専門の職員が常駐している所に移ることが適切な選択であろうと考えて準備はしていた。

母の希望は自宅で子どもの世話を受けて暮らすことであり、施設で暮らすことではなかった。仮に自宅を離れて施設などに入らざるを得ない場合でも、子どもの私と同じ所に入りたいというのが最低限の譲歩であった。

母は、自宅以外のところに連れて行かれることに大変恐怖感を抱

いており、自宅から離れて、あるいは子どもと離れて暮らすことは嫌だといつも言っている。「私の身体状況からみて自宅で母を見ることができない。」ということを説明されて理解できる時と、施設などの話をしただけで、「連れて行かないでくれ。」と懇願する時とが断続的に現れるため、もはや母の判断のみでは決めかねる状態にあった。

私としても子育てを終え、幸か不幸か仕事に出かけない時間が持てるようになった今日、可能な限り母の希望通り自宅で過ごしてもらいたいと願っており、また、可能であれば最後迄自宅で見取りたい。

二〇〇七年初春の時点では、「母の意識がある内に母を一人で自宅から引き離すようなことにならなければ良いが……。」と考えている。

しかし、障害がもたらす手足の神経や筋肉の痛み、行動面での制限や母とのコミュニケーションの困難さなどからくるストレスなどが原因で、母に優しく接しられない自分自身がいることもあり、日々揺れ動く不安定な生活を送っていることも事実である。

このような状況で、母の希望あるいは意思を尊重する限り、私と母の双方が快適と考えるような居住の場を同時に決定できる選択肢を作ることは難しいかも知れない。

そこで、私は母の^{すみか}住処が決まった後に、『私にとって快適な居住とは何か。』ということについてあらためて考えようと思っている。

（二）『集まって住む。』ことについて

集まって住む。』というということに関しては、以前から福祉の分野で知的障害者（児）のための『グループホーム』があり、最近は介護保険法が改正されて認知症の高齢者のための居宅サービスの一

つとして『グループホーム』が登場したので、最近ではそれほど珍しいことではなくなっていると思う。

高齢者に関して言えば、行政が『グループホーム』という用語を使用する以前から東京都区部では、民間でも高齢者を持つ家族の組織や高齢者関連の非営利活動組織や社会福祉関連の組織などが、多くの事例を輩出しており、これらの事例の中には誰もがアクセスできる公開の情報を提供してきたものもある。

このように、家族以外の社会の単位で『集まって住む。』という実態は、介護関連の法律ができる前から存在しており、民間レベルでは認知症の高齢者に限ったものではなく、高齢者同士が『集まって住む。』という意味での『グループホーム』、高齢者のみではない多世代から成る「グループリビング」、『グループハウジング』、『グループハウス』など、様々な目的や名称のもとに検討され誕生している。

私に関して言えば、仕事仲間や学生時代の友人たちの中には、実際に同年齢や同じようなライフスタイルを有する仲間と『集まって住む。』という経験がある人、このような住まいをつくる仕事をしてきた人、現在このような住まいをつくるお世話をしている人など、経験者や専門家と呼ばれる人も少なくない。

また、私の友人は、私と同様の年齢の人が多いこともあって、親の介護と同時に自分の老後の住み方として『集まって住む。』ことを視野に入れて検討したいと考えている人もいる。

これらの背景もあり、友人の中には障害者の私と認知症の母が共に暮らす場の情報を寄せてくれる。

例えば、都内で利用者組織がつくるグループリビングがあり、そこに認知症と身障者の私たち親子が同居できるという情報を寄せてくれた友人がいた。これは、公共施策でないこと、企画者が利用者組織であることから、その理念はもとより、利用対象や運営内容な

どが利用者本位である可能性が高く、柔軟な対応が期待でき、入居できれば良いと考えた。しかし、民間の施設であることのメリットが十二分発揮されているこのような施設は、民間であるが故に、また、公的助成や補助などが一切ないために、誰もが入りうる価格ではないのも事実であった。案の上、私の場合も、母一人であれば何とか入居可能であるが、二人では経済的にみてきついことが判った。そのためこの件に関しては残念ながら申し込むことはしなかったが、このようなタイプの住戸に居住できれば幸いなことではあった。

認知症の親と身障者の子が同居できる希望通りの施設は今後生まれることはないかも知れない。

しかし、様々な障害、様々な年齢層、様々な経済・社会階層が混在する集団をつくることは必要であり、公的支援にはこれまで通り全く期待できないとすれば、利用者本位ということを考えると、利用者家族や地域の非営利活動組織などとともに新たに作っていくことに期待せざるを得ないかも知れない。

残念ながら、今の私の経済的・身体的状況では積極的に動くことは難しく、また、厳しい。

それでも、退院して二年近く経過したところには、何らかの諦めと、それを承知で、より適切な何らかの選択が早晚迫られるであろうと覚悟している。

このように、取り敢えず母のところに間借りした私の現在の生活は、今後の母の状態の変化に大きく左右されており、また、双方にとって安全で快適な居住は、『集まって住む。』方向にあると考えていた私であるが、母の介護者として暮らしたこの一年半の生活を省みて、この地域で自立しながら、一人で暮し続ける方向もありうると思うようになっていく。

より適した居住の場を求め続けるつもりでいることには変わりないが、母との同居や母の介護者としての役割を果たす過程で、地域

の中で、『快適な居住』は見出しうるという自信ができたように思うのである。

（三）移動に向けた目標を持って

前述の通り、二〇〇五年一〇月に利用を開始した障害者福祉センターのデイサービスにおける機能訓練では、リハビリ専門病院と異なり、移動方法が変わり、屋外での介助付き歩行訓練が開始され、そのことで、「ボランティアの介助付きであれば働くこともできるかも知れない。」、「そうならば、『従前の生活に戻る。』という将来の生活に対する『夢』に近づくことができるかも知れない。」という希望を一時ではあるが持つことができた。

二〇〇六年一〇月から急遽施行された自立支援法によって機能訓練に対する送迎が廃止され、事実上機能訓練を中断することを余儀なくされたため、一時は、「この希望も断たれるのか。」と失望したこともあった。

しかし、設定した『夢』は他の方法で実現しようと決め、最近、機能訓練に向けて自分なりの段階別の達成目標と実現方策を描いた『リハビリ実施計画』を作り、機能訓練に取り組むことを考えた。

現在利用できる介護保険の機能訓練において、その理学療法士と相談しながら将来の『夢』に近づこうと考えている。

どの程度、どの時期に目標が達成できるか、自助努力のみでは達成できないことを十分承知の上で、あせらず、しかし、早急に達成したい。

そして、先に設定した『従前の生活に戻る。』という将来の『夢』についても、『従前の仕事への復帰』のみにこだわらず、機能訓練の目標が達成された段階で、自分にできること・やりたいことなどを探し、将来の『夢』についてその選択肢を増やそうと考えている。

著者

若杉幸子 地域生活研究者
1944 年 東京都江東区深川木場に生まれる。
1977 年～1979 年 谷中コミュニティセンター建設計画への住民参加
1981 年～1984 年 コーポラティブ住宅建設運動
1982 年～1986 年 マンション建設反対運動
1987 年～2002 年 集合住宅の建て替えにおける居住者運動に関わる。
日本女子大学卒、千葉大学大学院、東京大学大学院修了、工学博士。

関連著書

若杉幸子著『震災・空襲を生き抜いた女性の記録 職人の家に生まれて
ー』、2002 年 12 月 25 日発行、自主出版ネットワーク編集(本の風景社
発行、(株)ブッキング発売)

若杉幸子著『住み手による住環境計画 その特性と地域分権化への期
待』、2005 年 2 月 28 日、相模書房発行