

研究ノート

スウェーデンにおける障害者福祉・教育・雇用の動向 —— エーレブロー県の取組みを中心に ——

田 中 きよむ

はじめに

現在、国連では、日本もワーキンググループの一員として「障害者権利条約」の制定準備が進められており、^(注1) 国内では「障害者基本計画」および「新障害者プラン」が発表されるとともに、新たな障害者福祉システムとして「支援費制度」が実施されている。^(注2) また、障害者差別禁止法の制定を求める動きが強まるなかで、^(注3) 差別禁止条項を盛り込む形で障害者基本法改正が進められている。これらの動向は、様々な議論や検討の余地、可変性や問題点を残しつつも、障害者の権利や自己決定、生活主体者性を尊重しつつ、ノーマライゼーションの一層の推進を図ろうとする側面もある。そのような新しい動向変化のなかで、日本にも理念的影響を与えつつ先進的实践を進めてきたスウェーデンの最新の動向を把握することは、ノーマライゼーションの理念を日本社会に適合した形で現実的に推進してゆくうえで意義のあることであろう。

そこで、以下では、スウェーデンにおいても障害者福祉等の分野で先進的な自治体であるエーレブロー（Örebro）県の視察（2004年3月）をふまえ、福祉・教育・雇用の分野でノーマライゼーションがどのような形で進められているかを具体的に明らかにし、日本の今後の方向性を考えるうえでの示唆を汲み取りたい。以下、視察研修先であるスウェーデン福祉研究所・障害研究所、障害児学校、障害児・生徒ホーム、児童補助器具センター、児童ハビリテーションセンター、成人ハビリテーションセンター、グループ住宅、日常生産活動の場、障害者就労支援組織の順に具体的状況を明らかにしてゆく（視察研修先で丁寧な通訳・解説をしてくださったストックホルム大学の訓覇法子氏に

感謝申し上げる次第である)。このうち、スウェーデン福祉研究所・障害研究所だけは、ストックホルム市内に位置している。

なお、スウェーデンの人口は、2002年12月末現在で894万788人、高齢化率は17.16%で日本とほぼ同水準にある。⁽¹⁴⁾ 人口比で約13%の障害者がいると推定されている（日本では約4%）。国民負担率が70%を超える反面、社会保障給付率（対国民所得比）も40%を超えており、高福祉高負担の国として知られている。⁽¹⁵⁾ 付加価値税率は25%であるが、食料品は12%の軽減税率が適用されている。なお、視察時の為替レートは、1 SKR（スウェーデン・クローネ）=18.04円である。

II 障害者福祉関係機関の状況

(1) スウェーデン福祉研究所・障害研究所

スウェーデン福祉研究所（Swedish Care Insutitute：以下、SCIと略す）は、国立スウェーデン障害研究所（Swedish Handicap Insutitute：以下、SHIと略す）に事務局をおき（後者が前者のオーナー）、2001年に設立された。特に障害者と高齢者を対象とする研究機関であり、社会省（Socialdepartementet）から業務委託を受けている。障害者・高齢者ケアは、県（landsting）、市町村（kommun）の地方自治体のほか、施設、補助器具メーカーなど、様々なセクターが対応しているが、それらの知識や経験を紹介しており、日本との連携ネットワークもある。

SCIは、知識・経験を生かした研修・教育の実施、グループホームや住宅改造・建築に関するスウェーデンのトータル・コンセプトの提供、補助器具（hjälpmedel）を通じた援助（スウェーデンでは、障害を予防・補償・補佐・救助・緩和するあらゆる製品・器具・設備または技術システムを補助器具という）などをおこなっている。その目的とするところは、労働や家庭生活に関して人道的観点、民主主義的観点に立ちながら、障害の有無に関わらない統合社会づくりをめざすところにある。現在は、住宅・労働に関するサービス提供の行政義務を規定した社会サービス法（Socialtjänstlagen）に基づき（1980年制定）、ユニバーサルデザイン（Design-for-All）に重点が置かれ、自宅で居住することを原則とし、すべての物がすべての人にアクセスできるよう基礎設計がおこなわれている。住宅や補助器具の展示会なども開催されている。

SHIには、現在90名が勤務しているが、全員が障害者・高齢者ケアの専門家であり、あらゆる知識、経験を集約しつつ、すべての補助器具の製品検査を担っている。補助器具の製造および利用も、公費負担による。そして、各自治体には、補助器具センターが置かれている。

一般労働市場においても、様々な補助器具が無料で貸出しがおこなわれるほか、賃金助成雇用がおこなわれる（ただし、補助器具等によって仕事を普通にこなせる人は対象外）。職場での人的支援（アシスタント）も受けられる。障害者の雇用割当て制度はないが（ペナルティを負担することが免罪符になるため）、差別禁止法があり、雇用差別された場合には、障害者オンブズマン^(注6)や労働裁判に訴えることができる（1990年に児童オンブズマン、94年に障害者オンブズマン、99年に高齢者オンブズマンが制度的に設けられている）。補助器具等の財政負担も国が担うので、事業主負担の心配はない。賃金助成によっても就労困難な人に対しては、通常の生活が可能な水準を保障するため、国営の「社会工場」(Samhall)に雇用される（3万人近くの障害者が雇用されている）。社会工場での就労も困難な人は、社会サービス法に基づき、デイセンターで日常生産活動をおこなう。したがって、障害者の就労には、一般雇用、社会工場、福祉的就労の3つのレベルがある。社会保健局や職業紹介所は、職業上のどういう障害があるかという労働障害の認定をおこなう。

統合社会づくりは、1970年代から進められている。たとえば、通常の学校に通うことに困難を伴う人にも様々な援助がおこなわれ、視覚障害者に対しては、視力コンサルタントによるアドバイス（補助器具指導を含む）や、テキストのカセット版化（新しいテキストが出版される場合はカセット版化が義務づけられ、8万冊の蔵書をもつ図書館もあるが、現在は音声パソコンの活用が進んでいる）がおこなわれる。また、障害を克服するうえで新しい技術を含め様々なことを学ぶ必要があることから、7～13歳を対象に1日1時間、学校生活援助のための教育アシスタントが配置される（コンピュータの普及により、高校・大学段階では援助の必要性が小さくなる）。教育アシスタントは、様々な障害児のために共有化できるが、アシストに際してはマン・ツー・マンになっている。そのような適切な支援により、大学進学までのマネジメントが十分できる体制になっている。スポーツクラブも健全児と一っしょにおこなわれ、一般の人に混じって選手権に出場する。

統合教育・保育は1970年代後半から進められ、ろう学校だけは手話が必要なことから特別学校として残っているが、その他は統合され、80年代に廃止されている。大学では手話講義もおこなわれ、大学の支援（教材等に関する大学の特別予算）と国の支援（補助器具、環境整備、アシスタント、カセット本等に関する国の予算）により障害学生に対応している。知的障害児のための養護学校も、教育プランを別にしつつ統合されている。中学校までは一般学校のなかに知的障害児のグループが設けられ、高校段階では知的障害児のための特別プログラムが実施される。すべて統合することがよいということではなく、個別ニーズに合わせ、どういう統合が良いのが考えられる（親が良いと思っても、その子に最適でないこともある）。

スウェーデンでは、ほとんどの障害者は（無償）ボランティアに対して敵対心をもっており、障害者組織はボランティアに対して賛意を示さない。権利があるのをお願いする必要はない（肩代わりはおかしい）と考え、その一方で、自立したいと願っている。お願いすると、相手との間で対等な人間関係をもてなくなると考えられているからだ。自尊心を大事にする考えと労働を保障する考えがある。また、福祉教育をおこなうより、統合保育・教育をすることで相手を理解し、共生することが重視されている。

パーソナル・サービス（personlig assistans）を受けることもでき（市町村のアシスタントまたは自分の希望する人をアシスタントとして選ぶ）、24時間を3等分して、3人のパーソナルサービスを受けている人もいる。ただし、友人が欲しい時には、一緒に映画を観に行ったり、相談相手となるコンタクト・パーソン（kontaktperson）というのがあり、学生でもできるが、対価は支払われる。障害者、高齢者、児童のための公的支援サービスは幅広く利用できるようになっており、社会経済状況を問わず、すべての人が必要な時に同じサービスを利用できる。税方式による公共サービスが中心となり、すべての人へのサービスを保障する普遍主義を貫いている。社会サービス法では、高齢者と障害者を区別せず、縦割りになっていない。障害者サービスおよび補助器具サービスの利用者の7割が高齢者であり、手動車イス利用者の約半数が80歳以上である。公共サービスと民間サービスで料金が統一され、質的な違いはない。年金制度の充実により、生活保護への依存度は低く、低所得者も高所得者も同じ地域に住んでいる。介護サービスは、所得に応じて利用料を負担する（残りの所得で平均的生活水準が維持できるよう決められる）。グループ住宅では家賃を支払う。戦後から1970年代までは施設中心であっ

だが、人間の発達にとってマイナスであるとの反省がおこなわれた。そして、1970年代には障害者運動が盛んになり、経済発展期と重なったこともあって、税方式を可能とする財源力が培われた。

サービス提供は自治体（現在、289市町村 *kommun*）が責任をもち、徴税権を有するなど、自治のうえで非常に大きな権限をもつ。国が高所得地域から低所得地域へ財源調整をおこなうこと（ロビンフッド税）により、地域間格差が生じないようにしている。そして、専門職による質のよいサービスが目指される。小学校から大学までの学費も無料であり、医療も原則無料である（収入による）。保健医療は県（*landsting*）が担い、全国に約70箇所の専門医療機関がある。

徴税は、国、県、市町村が担い、利用料徴収は、県と市町村が担う。税負担は国民の納得が必要であり、どれだけ戻ってくるか（社会保障給付比率）がポイントになる。法人税は低く抑えられ、経済発展あつての福祉という考え方があり。地方所得税は、地方によって異なるが、30～50%程度である。付加価値税は最高25%（食品は12%）、酒税は最高100%（度数によって異なる）である。

障害者サービスを成功させる要因として、社会生活へのアクセス（建物だけでなく情報等を含んでおり、社会での情報収集が皆と同じようにできることで社会参加が進むと考えられている）の保障、当事者参加の保障（当事者が意見を表明し、施策等に反映させることで、社会の発展が進むと考えられている）、差別禁止法などの法制度の制定、世論や人々の態度にくわえて、補助器具の社会経済効果が高いことが挙げられる。補助器具によって自立生活を可能にすることで、年金等の社会的負担を抑制することができるうえ、人件費にかかる負担に比べて器具にかかる負担は少なくてすむ。

SHIは、自立生活のための質の良い補助器具の提供を目指している（写真1）。市町村連合が運営し、開発分野に対して責任をもつ。製品テストをクリアした補助器具はカタログに掲載される（年間約8000品目）。全国の補助器具センター（*hjälpmedelscentral*: *technical aid center, assist product center*）は、障害別（視覚障害、聴覚障害、肢体不自由、その他）に区別される。自分に適したものを選ぶには専門知識が必要であり、補助器具センターには、理学療法士や作業療法士などがおり、補助器具を必要とする人が紹介される。SHIは製品テスト、カタログ作成を担い、処方、修理・調整や輸送は補助器具センターが担う。本人に適合しない場合は、補助器具センターの理学療法士や作

写真 1



業療法士がオーダーメイドの注文を出す。以下では、SHIにおける補助器具の製品テストの視察の様子を紹介する。

製品規格（ISO）はEUで共有化され、共通の製造物責任法もあるが、スウェーデンは車イス中心、デンマーク

はベットとりフト中心、ノルウェーは歩行器中心、というように、分担して製品テストがおこなわれている。このSHIでは、電動・手動車イス、緊急通報システム、電話などのテストをおこなっている。

電動車イスは、日本では4輪車中心であるが、スウェーデンでは6輪車が普及している。前輪2つが最も小さいサイズで、後輪2つが次に大きく、中輪2つが最も大きいサイズになっている。4輪車に比べて6輪車の方が小回りが利き、衝突しにくく安全性が高い。電動車イスは、それを乗りこなせる人しか処方されず、手動車が利用できる人でも電動車を利用できる。最大120kgの重さで、一人につき2～3台利用されている（屋内用、屋外用など）。

電動車イスの製品テストは、EU共通の規格テストにくわえ、スウェーデン独自の規格テスト（人間工学的テスト）がおこなわれる。安定性、モーターの機能性、ブレーキ度、蛇行度、段差乗り越え度などがテストされる。たとえば、後輪は360度回転するか、人混みの中では歩行速度を保てるか、12メートルの坂道を最高速度（平均時速8km、最高時速15km）で下り、急ブレーキがどの程度利くか、上り下りでの蛇行度がどのくらいか、どのくらいの高さの段差を乗り越えられるか（6cmをクリアするのが標準で最高11cm）といったことがテストされる。耐久力検査では、2000回転および6666回転による消耗度、130kgのおもりをのせて5cm落下させた時の衝撃度をチェックしたり、2万回のブレーキテストがおこなわれる。

SHI のテスト（国レベル）に合格した製品はカタログセンターに連絡され、カタログに掲載される。そして、補助器具センター（県レベル）から貸出し、自宅輸送もおこなわれる。修繕の間は、代替物が貸出される。製品の40%程度がテスト不合格になっており、テスト報告書はメーカーに送付される（不合格品は売ることができない）。

国民の10～15%が何らかの恒久的な障害をもち、約8%が補助器具を利用しているが、車いすと補聴器が主要器具になっている（補聴器テストは大学に依頼される）。補助器具利用者の70%が65歳以上である。補助器具は、障害の軽減に役立てられ、必要とするすべての人に処方することが法的に義務づけられている。すべての人が利用でき、すべての人がアクセスできる社会をつくり、障害がどれだけ重くても本人が希望する限り、人的・物的資源の投入により、住み慣れた自宅等での生活の継続を保障するという考えが、その基礎にある。

補助器具の財政責任は、日常生活に関するものは、県の保健サービス部が担い、職場に関するものは、雇用主、市町村、国が担い、学校に関するものは、学校、市町村、県が担う。本人負担はほとんどない。補助器具を利用するには、それが必要であるという処方を受けることが条件であり、障害種別の補助器具センターにおいて、理学療法士、作業療法士、地域看護師、専門医、技師、専門教師などが処方する。

補助器具センターの機能は、コンサルティング・医学的セクション、技術調整・修理セクション、予防セクションから成る。補聴器、手動・電動車イス、特殊ベット、歩行器、リフト等のうち、どの種類の補助器具を何台購入するかを国または県とメーカーの間で契約する（メーカーは全世界に亘る）。本人が県と市町村に対して支払える利用料以外は、税金（国、県、市町村）で財源調達される。年間約150億SKR（スウェーデン・クローネ）の購入がおこなわれているが（1SKR＝約18円）、国や県が大量に購入するので単価は安くなる。

歩行器と代替手段の年間コストを比較した場合、歩行器には1台800SKRかかるが、配食サービス、保健医療の訪問サービス、送迎サービスは各々、800SKRより高く、歩行器の利用により、それらの代替サービスを利用する必要はなくなる。また、脳卒中の患者の1年目の経費を考えると、保健医療の訪問サービスに比べ、補助器具や住宅改修に要する経費の方が少ない。痴呆等の認知能力の障害の場合、ヘルパー等の人的費用に比べ、通常の住宅改修とIT改造（後述）により、かなりの節約が可能となる。すなわ

ち、ヘルパーの年間の人的費用は504,000 SKR であるのに対し、通常の住宅改修139,000 SKR + IT 改造159,000 SKR = 298,000 SKR であり、約40%の経費節約になる。しかも、本人の自立した生活が可能となり、自尊心を高めることになる。

このように、補助器具や住宅改修の活用によって、社会的コストの軽減と自立生活が可能になる。個別ニーズに適したものを提供することが、合理的な利用を可能にする。障害者には様々な人がいる分だけ、補助器具の種類も多様であるが、自力、自立を考えるうえで補助器具を最大限に活用することが重要視されている。なお、集合住宅は一定のバリアフリー基準をクリアすることが義務づけられているが、個人住宅は、住宅改修の必要性を認定された人が改修を受ける。援助を受ける権利は、社会サービス法第6条に規定されているが、そのニーズを基本にしてサービス提供がおこなわれる。

(2) スマートラボ

スマートラボ (Smart Lab:Smart Living) とは、前述の IT 改造のモデルルームであり、SHI 内に設置されている。ルーム内のテレビ画面をリモコン操作すると、訪問客が映し出され、誰が来たのかがわかる。高齢者等でもボタン表示が見やすい大きいリモコンもあれば、声だけで作動するリモコンもある (聞き慣れた声でないと作動しない)。聴覚障害者用の腕時計式の緊急通報アラームは、玄関の呼び鈴や電話等の音に反応する仕組みになっている (音によって振動とともに時計盤の絵柄が変わる)。投薬箱は、1週間分の薬を円盤状に並べ入れるものになっており、服薬時になると音が鳴り、1回分の薬が出てくる仕組みになっている (15分以内に薬を取り出さないと通報される)。円盤状のコードレスの掃除機は、自らゴミを探し出して動き回る仕組みになっている。自動ベットも補助器具として貸し出されるものであり、リモコンで高さを調節する。脳損傷を受けた人など、時間の見当識がない人等のための時計もあり、音声で時間を知らせる。

文字理解が難しい人のためには、写真パネルと電話回線やパソコンプログラムが接続された装置もあり、家族等のパネル上の人物写真を押すだけで、その相手に電話が繋がったり、写真を見ながら自分の欲しい買い物リストをつくり、誰かに頼んだり、自分で買い物ができるようになっている。点字用パソコンもある。倒れたら自動的に電源が切れるアイロンもある。認知能力が低い人のための掲示板式時計もあり、縦線の時刻目

盛りに沿って自分の1日の行動が表示されている。センサーつき流し台は、水を止め忘れた時に自動的に止まるようになっている。その他、高さを調節できる便器、寝室からトイレまで移動（搬送）できるリフト、ヘッドホン式補聴器、簡単な力で動くドアなどが展示されている。

このようにITを積極的に活用した補助器具により、自立した生活が可能になり、在宅生活の継続を可能にする。それは同時に、前述のように人的経費を節約することも可能になる。

(3) 障害児学校

エーレブロー県内の障害児関連の学校や福祉関連機関の視察をおこなった。障害児学校（särskola）は、日本で言えば養護学校に当たるが、統合教育がおこなわれている（写真2）。0～6年生（6～12歳）の小学校と7～10年生（13～17歳）の中学校が義務教育学校になっている（6歳の0年生は学校の中で就学前教育がおこなわれ、通常の義務教育は7～16歳の9年生までであるが、知的障害児の場合は10年生までである）。

障害児は、知的障害児のグループ、知的に問題のない自閉症児のグループ、ADHD（注意欠陥多動性障害）児のグループ、身体障害児のグループ等に分かれるが、学校としては一つになっている。ウイークデーの放課後は、生徒ホームで過ごし、週末は自宅に戻る（施設廃止に伴い、自宅で過ごさない児童はほとんどいない）。学校、生徒ホーム、ハビリテーション

センターが三角構造になっており、それが同一地域にあることがエーレブローの特徴になっている。また、多様な障害児を受け入れているので、職員の専門性が多様で高いことも特徴としてあげられる。ハビリテーションは、

写真 2



事故等の後に残存機能を回復させるリハビリテーションとは異なり、子が生まれた時から低下している機能を活性化させることを意味する（スウェーデンでは、リハビリテーションは、失われた機能や潜在能力の回復、リハビリテーションは、新たな機能や潜在能力の開発という意味で使われる）。リハビリテーションセンターでは、すべての児童に対し、独自のリハビリテーション計画が立てられ、実施される。健常児もふくめ、昼食時は、あらゆるグループと一緒に食事をとり、授業は、科目によっていろいろな統合がおこなわれ、教育アシスタントやパーソナル・アシスタントも配置される。

知的障害児の中学生のクラスを訪問した。教師とは別に、作業療法士も配置されている。7～10年生の計12名が、5名のクラス（うち、1名は独自クラス）と7名のクラスに分けられている。学年でクラス分けをおこなうのではなく、個人々のニーズや能力によってクラス分けされている。

5名のクラスでは、文字を読めない児童もいるので、絵を使ったコミュニケーションが併用される（写真3・4）。机の上にも、各自の学習スケジュールが絵表示されており、コンピューター→算数→国語というように、終了したもののから絵を外してゆく（集中力が維持できるのは30分が限度）。日本でも自閉症児に活用されている TEACCH プログラムの手法を連想させるが、^(註7) それが意識的に活用されているわけではない。社会や理科では、短い文章で理解できるよう工夫するなど、わかりやすい授業が心がけられている。7名のクラスでは文字理解ができるので、絵などの象徴表現は用いられない（写真5）。さらに、個々のプログラムに取り組むための生徒の部屋が奥に用意されており、各机は間仕切りがされている（写真6・7）。

写真 3



写真 4



写真 5



写真 6



写真 7



(4) 障害児・生徒ホーム

「生徒ホーム（児童青少年ホーム）」では、2～21歳くらいの生徒120名が各建物に分散して居住・利用している（写真8）。職員は150名である。日本の身体障害者療護施設（利用者50名に対して職員22名の配置）などと比べると、職員配置が充実している。学校教育を終えると成人とみなされるので、ホームを利用することができなくなる。ショートステイ用のホームが8～9割を占め、週末以外に過ごす（フルタイム）ためのホームが1～2割を占める。生徒は、大別すれば、自閉症児のグループ（最も多い）、重複障害児のグループ、医療ニーズの高いグループに分かれる。

訪問先である医療ニーズの高いグループでは、50名の児童が13箇所の建物に分散して

生活している。授業では、適切な方法で児童とコミュニケーションをとることが要求されるが、ここでは、最低でも准看護師の資格をもつ人が職員となっており、正看護師がバックアップしている。感染、てんかん、発熱などの医療（または介護）ニーズが高い生徒でも学校に通っており、このホーム職員が個々の生徒のニーズを早く察知し、生徒の状況を正しく認識できることが重要になる。児童の健康状態によって、学校または保育所にいる時間が異なる。

この医療ニーズの高いグループのホームでは、13箇所とも、1箇所につき4名の児童の個室が設けられており、各個室の備品は、医療ベット以外は本人の所有物になっている。職員オフィスもある（写真9）。シャワー室には、職員の腰痛を予防するため、リフトが設置されている（写真10）。ベットに湯をためられるようになっており、高低調整も可能である。キッチンでは、職員が食事を作り、児童と一緒に食事をとる（写真11）。児童は自力で食事がとれないため、食事介助や刻み食が必要になる。かなり多くの薬が必要であるので、投薬時間が厳守される。理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の

写真 8



写真 9



写真 10



写真 11



職員が、身体的機能訓練、呼吸訓練、コミュニケーション訓練などを担っている。投薬や訓練に多くの時間を割くため、余暇の時間を適宜とることが重要になる。ショートステイではなくフルタイムで住む児童の場合でも、家族が望む時には本人との合意の下に帰宅する。

写真 12



ショートステイの利用は、1ヶ月につき15日の利用が上限とされている（写真12）。週末利用や隔週利用など、多様な利用のしかたがおこなわれている。ショートステイの目的は、家族の休養等を確保すること、子どもどうしの交流を図ること、そして、親にあまり依存せずに生活できるようにすることである。10歳以上の児童になると、親子とも、ショートステイの利用を希望するようになる。感染症に敏感で、医療を必要とする子どもが利用するが、必要時には救急病院との連携も図られている。

各ホームには、個室（写真13）とは別に、「体験の部屋」が設けられている。五感を使ってリラックスする必要があることから、それを目的として、マッサージ台、ジャグジーのバスタブ（写真14）、ウォーターベット（写真15）、白いブランコ（写真16）など

写真 13



写真 14



が設置されている。家族が訪問してきた時には、一緒にウォーターベッドに寝転がったりする。各ホームには、ガラスで囲まれたベランダ部屋もある。児童が雪や雨に敏感であり、感染症リスクを防ぐためにガラス張りにされている(写真17)。屋内の共有スペースの床には、テープングで黒線が描かれており、それに沿って車いすの訓練ができるようになっている(写真18)。各個室から共有スペースに出る動線に沿って、天井リフトも設けられている(写真19)。地上リフトより使用しやすく、職員の腰痛を予防するため、合理的な設計がおこなわれている。

(5) 児童補助器具センター

「児童用補助器具センター」は、小規模であるが、3 km離れた所に位置する成人用補助器具センターとも連携がおこなわれている。ハビリテーションを受ける児童がここを利用することになっているが、年齢対象としては、0～22歳となっている。試用→調整→貸出しというプロセスを経る。たとえば車イスであれば、試乗ルームで試乗し、調整

写真 15



写真 16



写真 17



写真 18



等が必要であれば調整・修理工場に回される(写真20)。センター専属の作業療法士がコンサルタントとして仕事をしており、試乗の援助等をおこなう。各児童担当の作業療法士、理学療法士と家族が付き添ってセンターを訪問してくる。

この補助器具センターには、低年齢児用を含め、各種の自転車、歩行器(写真21)、腰掛け椅子、車イス(写真22・23)、トイレ・入浴時の補助器具等が揃えられている。自転車も、障害児が利用できるデザインになっており、2輪の利用が難しい児童には児童用3輪自転車が用意されている(写真24)。弱視の障害児のためには、二人乗り用の自転車が用意されており、ハンドルとサドルが一組ずつ、前輪部と後輪部に設置されている(写真25)。自分で座位を保持できる児童用の作業イスもあれば(写真26)、座位保持の均衡がとりにくい児童用の作業イスもある。軽度の知的障害児が時間認識できるようにするための補助器具として砂時計等も用意されており、たとえば、「10分間、音楽を聴きましょう。」という代わりに、「この砂時計の砂が落ちるまで、音楽を聴きましょう。」というコミュニケーションがおこなわれる(写真27)。調理用の計量スプーンも用

写真 19



写真 20



写真 21



写真 22



意されており、色によって使い分けの認識ができるようになっている（写真28）。

スウェーデン国産が多いが、デンマーク、ドイツ、アメリカ製のものも使用されている。国産の方が、問題発生時にメーカーに連絡をとりやすいという利点がある。補助器具は高価であるため（とくに電動車イスが高価な部類に入る）、スウェーデンでは個人が購入することではなく、貸出すシステムになっており、自転車以外は、ほとんど無料貸出しになっている。貸出しシステムであるので、必要がなくなれば回収され、また、自分で管理ができない人には貸出されない。処方したうえで、自宅等で試用してみてフィットするかどうかチェックされる。家庭、学校、学童保育というように、利用場面に合わせて、同種の補助器具が複数必要になることもある。

(6) 青少年ハビリテーションセンター

「青少年ハビリテーションセンター」は、歴史が浅く、1960～70年代に建築が開始され始め、80年代に財源が強化され、90年代以降、事業の安定化が図られるようになって

写真 23



写真 24



写真 25



写真 26



いる。センターの目的は、知的障害、運動神経の障害、自閉症、後天的な脳の損傷、聴覚障害、視覚障害、言語障害、重度の ADHD（軽度の ADHD は各学校で取り組まれる）などの障害をもつ青少年のハビリ・リハビリニーズを満たすことにある。エーレブローにあるこのセンターは、1997年に建築されたものである（写真29）。現在、エーレブローの住民約276,000人のうち、21歳以下の青少年は約74,000人であり、そのうち、青少年ハビリテーション（Barn-och ungdomshabiliteringen:child and youth habilitation）の対象者数は約1,300人である。このセンターを利用するためには、医師（学校医、小児科、精神科、耳・眼科等）の紹介を必要とする。

このハビリテーションセンター内には、目的・機能に合わせて各種の部屋が設けられている。音楽療法室には、言語コミュニケーションが難しい児童が通ってくる。心が満たされず不安な児童が多いので、各児童のその時の情緒に合わせて、音楽を通じたコミュニケーションがおこなわれる。たとえば、朝、母親と喧嘩した後、不機嫌で通ってきた児童には、その情緒に合わせた音楽を聴かせることで、「あなたの心がどんなふう荒れているかを知っていますよ」というメッセージが伝えられる。自閉症児に対しては、各種楽器の写真を並べておき、好きなものを選んでもらう。脳性マヒの児童には、体全体を使ってドラムをたたいてもらう。自分で作曲する児童もいる。それらの様子はすべてビデオに収められ、半年後に、職員や家族と一緒に半年間の様子が確かめられる。音楽療法で重要なのはコミュニケーションとされ、感情の表現もコミュニケーションとみなされている。

コンピュータールーム（遊戯室）には、幼児から21歳までのあらゆる障害をもつ青少年が親同伴で通ってくる。共通点は、文字の読み書きができないことである。そのような

写真 27



写真 28



特殊なニーズをもつ青少年に対して、コンピュータ利用の可能性に関する知識を広げることが目的とされている。コンピュータは貸出され、自宅に持ち帰りができるが、学校には貸出されない。キーボードには、手のひらサイズの円形の赤・白2種類のスイッチ兼エンター・キーがあるのみで、それにディスプレイが接続されている（2種類のうちのひとつを選択することが難しい児童もいる）。プログラムは、読み書き用ではなく、絵とその動きのみによって構成されている。どういうプログラムが合うかを確認めながら、各自に合ったプログラムと作動法が適用される。このようなコンピュータ利用が、青少年にとって学習の意欲づけにつながっている。

その他、理学療法士、作業療法士等によって温水療法がおこなわれる温水プール、理学療法士によってマン・ツー・マンで機能訓練がおこなわれる部屋、食事作り等のIADL訓練がおこなわれる作業療法室などがある（写真30）。また、身体障害児が3～4週間単位で、理学療法士、作業療法士等と日常生活訓練をおこなう部屋もある。そこでは、その期間内に、どういうことを達成するのかという目標が立てられる（たとえば、帽子を自分で脱ぐ、セーターを自分で脱ぐ、自分でジュースをグラスに入れる、等）。

このハビリテーションセンターには、小児神経・精神科医、看護師、作業療法士、理学療法士、音楽療法士、心理学者、ハビリ専門またはコンピュータプレイ専門の教育学士、ソーシャルワーカーなど、様々な専門職が従事しているが、週1回の合同会議等をおこなうことによって、他の専門職と自分がどのように関連しあっているのかを理解しながら連携が図られている。互いの立場に立ちながら、目標達成のために理解しあう。ハビリテーションの記録は共有し、ケアプラン作成の際には、本人、家族、すべての専門職が参加する。プラン作成に中心的な責任をもつ専門職は、どういう障害をもつ児童

写真 29



写真 30



であるかによって異なる。家庭への訪問リハビリを実施するかどうか、児童によって異なる。

(7) 成人ハビリテーションセンター

このセンターでは、恒久的機能障害のある成人へのハビリテーション (Vuxenhabiliteringen) およびリハビリテーションがおこなわれるが、リハビリテーション・グループが多い。知的障害、自閉症、ADHD、身体障害、重複障害、脊髄損傷、脳損傷、神経疾患等の多様な障害をもつ人が利用している。専門職員は、チームで対応することになっており、知的障害チーム、自閉症チーム、脳損傷チーム、神経疾患チームに大別される。また、療法の立場から、体験(五感の刺激)チーム、音楽療法チーム、温水療法チーム、機能訓練チームが組まれている。その他、失語症チームや、精神障害者に対する相談・社会支援チーム、在宅障害児支援チームもある。各チームには、作業療法士、理学療法士、言語聴覚士、医療ソーシャルワーカー、臨床医、専門医、看護師、音楽療法士、教育療法士(教育学士をもち、自閉症児に対して教育学的観点から療育をおこなう人)、温水療法助手、事務職員等の多様な専門職が参加している。

このセンターには、児童ハビリテーションセンターから紹介されてくるグループと、プライマリケア部門や精神神経科等から紹介されてくる後天性の障害をもつ成人グループが、半々程度の割合で通っている。最初から、すべての専門職が関わりながら、様々な援助資源をコーディネートする。ハビリテーション・リハビリテーションプロセスにおいては、当事者参加が重視され、本人が希望し、当事者と職員が同じ目標に向かって進むということが基本になる。家族や身近なネットワークも重要であることから、家族や親近者への支援・教育もおこなわれる。また、家族のほかに、ヘルパーや学生等に対する研修活動もおこなわれている。センターの登録利用者数(実利用者数)は、2000年度1,400名(1,031名)→2001年度1,459名(1,034名)→2002年度1,529名(1,116名)→2003年度1,574名(1,492名)というように増加している。

ハビリテーションやリハビリテーションの実施を根拠づけている法律は、1993年制定の「機能障害者を対象とする援助及びサービスに関する法律 Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (障害者援助サービス法 LSS)」である。相談、個人的援助、専門的知識の提供による人権保障を規定した権利法であり、必要なサービスが受

けられない時には不服申立制度がある。LSSは、知的障害、自閉症、自閉の症状、成人期の脳の障害を原因とする恒久的な知的障害、重度の身体障害などをもつ人（約10万人）を対象にしている。一般枠組み法である社会サービス法と1982年制定の保健医療サービス法（Hälsa-och sjukvårdslagen）では不十分な側面を補う目的で立法化され、将来は廃止する展望の下に制定されたものである。^(注8)

不服申立件数は、実際には少なく、全国的にも年間100件程度であり、エーレブローでは0件の年も多く、多くて5件程度である（たとえば、パーソナル・アシスタントのサービス時間が希望より少なく認定された場合などに不服が申立てられる）。不服申立件が少ない背景として、当事者の意思を尊重することが重視されていることがある。疾病や障害に注目するのではなく、当事者はサービスを利用する人とみなされる。たとえば、一人ひとりに合ったコミュニケーション手段が考えられ、スキーによる脳損傷のため小指しか動かせなくなった女の子に対しては、小指のみによるコミュニケーションがおこなわれている。中途障害でサービスを望まない人に対しては、中途障害になった時の絶望の状況から、「どのようにすれば、よりよく生きられるか」という志向への転換を図るために、臨床心理士や医療ソーシャルワーカー等による早めのアプローチがおこなわれる。

このセンターでは、専門職間で同じ目標・基本方針が共有されるので、基本的に方法論上の対立はない。効果が実証されていない方法論は採用されず、25年かけて職員が合意できるケア哲学が確立されてきた。チームとして動く時には、同じ目標、同じケア哲学に向かって進む。

たとえば、「体験チーム」では、各人（チームの間では、利用者のことを訪問者と呼んでいる）のリラクゼーションや楽しみに合った部屋やセットが使われる。五感を刺激し、体験を豊富にしながら自己確認できるようにする。その際に用いられる「五感の部屋（Upplevelsen）」は、作業療法士が重度の知的障害者を対象に、人間関係を良くする目的で、日常生産活動の補完として導入したものである。3年間のモデル事業を実施して1994年に評価が終了した後、恒久的な事業として、このセンターに設置されている。知的障害者以外にも対象を広げ、エーレブロー全域で児童から成人まで約300人を利用対象にしている。

このセンターの「五感の部屋」は12部屋に分けられており、この種の設備としては、

スウェーデンで最も規模が大きく、最も発展した設備である。すべての障害者が利用できるよう、毎日、オープンされている。治療を受けに訪問してくる人もいれば、同僚の理学療法士、作業療法士等の紹介により、彼らの提案に基づいて治療がおこなわれる場合もある。その際、学校職員等との話し合い（計画会議）がおこなわれ、どの部屋を使うか、どのくらいの期間、治療するか等の総合的判断がおこなわれる。センター職員は、観察、適切な教育学的方法の選択、記録をおこない、治療の後のフォローアップ会議をおこなう。自由訪問の場合は、職員が参加せず（治療の意味をもたない）、初歩的研修を受けた介護職員が同行してくる。

「五感の部屋」は、神経心理学に基礎づけられた「スヌーズレン（Snoezelen）」理論に裏打ちされている。スヌーズレンとは、オランダ語で「五感を積極的に刺激すること」と「五感を休めること」という意味が結合された言葉であり、五感を刺激する一つの方法（どのような対応をするかも考える）として、1970年代末にオランダで開発された理論である。ポイントは、利用者自身が何をするかを選択する点にあり、個々人の内的動機を引き出すための援助をすることである。五感を積極的に使い、また、休めることで効果が表れる。

「五感の部屋」を裏付けているもう一つの理論は、1950年代に Jean Ayres によって提唱された「五感の中の統合モデル」である。すべてのものを環境から五感を通して取り入れ、脳がそれらを整理することにより、さらに発達を遂げることを可能にする。つまり、脳は、変革を可能にする潜在能力をもつという考え方である。たとえば、触感は、誰かと接触することによって認知、共鳴し、痛みや温度などを通じて、すべての感覚を刺激する。また、運動によって筋肉や関節など、より深いところに刺激を及ぼすことができる（自分で飛び跳ねることができない人は、職員がいっしょにおこなう）。均衡感覚を刺激するためには、飛び跳ねることが必要になる。個々人のニーズ、環境（五感の部屋）、対応法の三者を共通に結びつけるものが体験である。

「五感の部屋」の12部屋は、円形状に並べて設置されており、その中心部には、光などを調整するための機械の操作室が配置されている。各部屋には、それを象徴する模型（または写真）が入り口に貼り付けられており、どの部屋であるかを認識できるようになっている。

「洞窟の部屋」の入り口には、洞窟の模型が入り口に貼り付けられている（写真31）。

室内には大きな洞穴と、這わないと入れない小さな洞穴があり、模型のヘビ、クモ、ねずみなどが置かれている。ヘビ等に対して、好奇心を起こさせたり、嫌な感情をおこさせるねらいがある。「ボートの部屋」では、天井からボートが吊されており、波の音が聞こえ、風が吹いている。ボートを動かして筋肉を刺激することにより、自分の体を深いところで認識することができる(写真32)。「ウォーターベットの部屋」では、ベッドに横たわると、音の鼓動が振動を通じて体に伝わり、体で音楽を感じ取ることができる(写真33)。「アクティビティの部屋」は、運動能力を活性化させたり遊んだりすることを目的としている。床上の黒線のテーピングに沿って電動車イス(簡易な自動ボード)に乗る練習などをおこなうことができる。

「ボールの部屋」には、たくさんのボールで満たされたプールが設置されており、子どもが自由に「泳ぐ」ことができる。室内が暗くされているうえ、壁も黒塗りになっているのとは対称的に、ボールは白く、光の効果がねらわれている(写真34・35)。「白の部屋」では、2つのプロジェクターを使い、白壁に自然風景を反射させると同時に多様

写真 31



写真 32



写真 33



写真 34

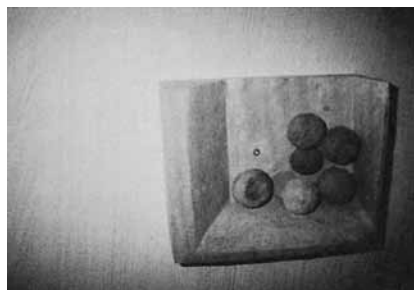
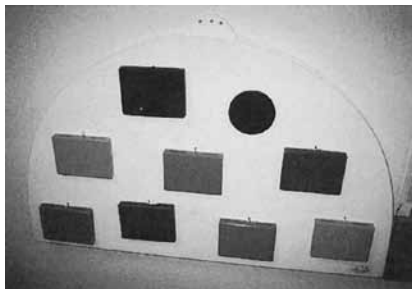


写真 35



写真 36



な色の光を反射させている。バイブレーションを使い、体で音楽を感じ取ることもできる。「音の遊びの部屋」では、自分で音を出して楽しむことができるようになっている。たとえば、8種類のパネルが壁にかけられており、玄関の呼び鈴、水道水の音など、さわるパネルによって異なる音が出るようになっている。他人と話すことに恐怖感を覚え、母親以外と話をすることができなかった6歳児が、バイクの音が気に入り、それを話題にしたくて、パーソナル・アシスタントと会話ができるようになった例もある(写真36)。その他、音楽ベットのがある部屋、絵画療法や図画工作をおこなう部屋、自由訪問者用の音楽療法の部屋などがある。

脳は変革に耐えられるので、すべての人に発達の可能性があるが、子どもの時ほど可能性は大きいとみなされている。10週間の効果を見て、さらにどうするかが考えられる。五感に刺激を与えることによって、自己アイデンティティをもつこと(内面、外面からの自我の認識)ができるようになる。また、介護家族をふくめた対人関係の緊張感が取り除かれる。さらに、日常生産活動の中ではこのような体験はできないことから、生産活動においても発達を促すことになる。「五感の部屋」は、マルメ市など、他の地域にもあり、2～3の部屋をもつ小規模な所もある。

(8) グループ住宅

障害者の居住形態には、①一般住宅、②サービス住宅、③グループ住宅があり、①、②での居住が困難な人が入居するのが、このグループ住宅(gruppboende)である(写真37)。1箇所につき6人定員であり、職員のサポートも受けられ、生徒ホームにいた人が成人すると、このホームに移る権利がある。

視察先のグループ住宅は、築1年目であり、5名の女性と1名の男性（平均25歳）が親から独立して暮らしている。玄関の直近に職員ルームがあり、奥に進むと、共同居間があり（写真38）、さらに廊下に沿って個室が配置されている（共有スペースと6つの個室は完全に区別されている）。個室面積は40㎡で（写真39・40）、家賃は月3,800 SKR、食事代は月1,500 SKRである。利用者のほとんどは長期疾病手当（基礎年金）を受けており、所得に応じて支払いをする。入居しても基準以下の生活水準にならないよう、住宅手当金が支給される。

夕食は皆で一緒に共同居間でとられる。全員が24時間の援助を必要とする人であるが、朝食は各個室に運ばれて、個別にとられる。6人のうち4人は車イス利用者であり、2人は知的障害者である。職員は、延べ15名おり、昼間4名、夜間4名、深夜1名（仮眠なし）の体制になっている。職員には、採用資格試験が課されず、募集雇用される（専門職としての人事異動がない）。なお、自宅にいる重度障害者の場合、専任の介護人がつき、送迎サービスもある。

写真 37



写真 38



写真 39



写真 40



グループ住宅入居者は、昼間は、各々の日常生産活動に従事する。週1日の「ホームデイ」には、職員とともに「五感の部屋」を訪問する。土曜・日曜は、余暇活動センターに出かけるなど、多様である。グループ住宅は、一般的に男女混合になっており、男女を区別することは通常の生活ではないと考えられている。ただし、どういうグループにするかは考える必要がある。また、男女両方の職員が必要になる。利用者が結婚することもあるが、結婚すると普通は一般住宅に移る。社会サービス法にもとづき、各コミュニティには、障害者の代表が参加する障害者協議会（kommunalt handikappråd）が設置されており、当事者と行政のパートナーシップが図られている。行政だけで施策を進めると不満が出るのは当然で、住民との協議のうえで地方自治がおこなわれる。このグループ住宅も、運営主体は地方自治体と位置づけられているが、実際には運営の民間委託がおこなわれている。グループ住宅に入居するためには、ニーズの認定を受ける必要がある。

グループ住宅の基本設計は同じだが、入居者は変わるので（一般住宅に移る人もいれば、一般住宅から移ってくる人もいる）、必要に応じて個人的調整がおこなわれる。たとえば、車イス利用者がある個室には、移動用の天井リフトがつけられている（写真41）。職員の腰痛予防にもなり、入居者・職員双方にとって、天井式の方が使いやすいという。キッチンの下は、車イス利用者が使えよう、空けられている（写真42）。一般住宅の一人当たり基準面積は45㎡であるが、このような特別住宅は40㎡になっている。

写真 41



写真 42



(9) 日常生産活動の場（デイセンター）

障害者が働く場には、一般労働市場、国営の「社会工場」(Samhall)、デイセンターがあり、一般就労が特に困難な人は、このデイセンター（dagcentral）で働いている。日本の作業所・授産施設に相当する福祉的就労形態といえよう。

視察先のデイセンターは、市町村が運営主体となり、8人の知的障害をもつ聴覚障害者が働いている。利用者は毎日通い、2名の職員がついている。この地域では、約200名の障害者が20ぐらいのグループに分かれて仕事をしている。このセンターでは、陶器製作や織物製作などがおこなわれている。

陶器製作では、まず粘土で型をつくる→型に土を流し込む→型を抜く→釜に入れる→着色料と上薬を塗ったうえで焼く、という工程で仕上げられる（写真43・44）。本物そっくりの装飾用の焼き物（たとえばレモン）を作る場合には、本物から型取りがおこなわれる（写真45）。その他、布きれの残りから絨毯を作ったり（写真46）、ガラス細工など

写真 43



写真 44



写真 45



写真 46



写真 47



写真 48



がおこなわれている。ガラス細工の場合、正方形のガラス小片を結合して模様が入れられる(写真47)。

ここで仕事をしている人はかなり仕事能力が高く、互いに手話でコミュニケーションをとっている(スウェーデンでは、健常者に合わせるのではなく、自分たちのアイデンティティとなる言語をもつという立場から、手話は聴覚障害者の第一次言語とみなされている)。このセンター利用者は、早期年金にくわえて、月45 SKR の作業報酬(一律報酬)を得ている。利用者は、この生産活動の場以外に、学校に通ったりするので、ここだけが活動の場というわけではない(たとえば、コンピュータ教室に通うなど、ここをベースにして諸活動が組み合わされる)。

作品は、通常の店舗の形態で販売されている(写真48)。街の中心部に、他の商店とならんで障害者のショップが並んでいる様子からもノーマライゼーションの姿勢がうかがえる。

(10) 障害者就労支援組織

スウェーデンでは、一般労働市場で職を得るための支援組織が、就業率を上げるうえで積極的な役割を果たしている。訪問先の「アクティバ(activa)」は、財団法人が運営しており、28名の職員が働いている(写真49)。1989年に設立され、アメリカから導入された保護雇用(support employment)制度を採用している。財団法人であるが、すべて公的財源によって運営されている。職業訓練や紹介は他地域でもおこなわれているが、このような運営形態はエーレブロー独自であり、他では見られない。就労支援において、「アクティバ」は職業安定所に次いで重要な組織とみなされている。障害者へ

写真 49



の就労支援は、「労働市場における障害者差別禁止法」に基づいており、不当な処遇を受けた場合には、「障害者オンブズマン」に訴えることもできる。

スウェーデンでは、16～64歳が就労人口とみなされ、国民の8割以上が就労している

(女性と男性がほぼ同じ割合)。国民のおよそ5人に一人が障害をもつが、障害者の就業率は約50%である。政府は、障害者の就業率が健常者と同じ程度になることを目標にしており、「アクティバ」は、その手段の一つとみなされている。

2003年度の場合、391名がこの「アクティバ」に登録しており、うち100名が支援を受けながら雇用に就いている(保護雇用)。この391名のうち、精神障害者35%、聴覚障害者20%(国立ろう学校等があるため多い)、知的障害者20%、身体障害者5%、学習障害(LD)をもつ人5%、視覚障害者2%等の割合になっている。ただし、障害の種別で就業困難度を測るのは危険な面もあり、WHOのように、環境との関係で障害をとらえることが重視されている。⁽¹⁹⁾

登録している人は、30歳以下の比較的若い人が多く、高卒、職業安定所からの紹介、他の職場からの紹介、特別学級を卒業した人など多様なルートからやって来る。どういう障害、学歴であろうとも、基本的には同じ方法がとられる。すなわち、個々人に職業コンサルタントが付き、どういう問題、関心、能力等があるかを本人と一緒に分析し、個別ニーズに応じた個別プランが立てられる。「アクティバ」内には、カフェテリア、レストラン、工場等があり、職業訓練的なこともおこなわれる。

就労経験のない人のなかには、基本的な習慣(手を洗う、遅刻をしない、等)を身につける必要のある人もいる。生活条件そのものが整備されていない(社会サービスを受けていない、精神医療を受けていない、等)場合、就労が円滑に進みにくいいため、そ

の条件を揃えることも重要になる。そして、どういう可能性があるかを明らかにする（マッピング）必要がある。親や他人等に依存してきた人は、自己決定の肯定的な見方ができにくいので、そこを援助してゆくことが大事になる。外での仕事をしてゆく準備のために各人にコンサルタントがつき、仕事を探してゆくための生活費保障もおこなわれている。

実際の就労に際して、6ヶ月間の試験的雇用期間から始まるが、その間も、コンサルタントがバックアップする。すなわち、障害者のための職業訓練から雇用にいたるまでのサポート（ここに来てから正規雇用に至るまでの約3年間）が、個別ニーズに対応しておこなわれる。さらに、雇用主に対する手話や病気の知識等に関する研修もおこなわれる。雇用に対する賃金助成制度もあり、助成率100%から始まり、原則4年間を支給期間として次第に助成率が下がるシステムになっている（理由があれば、延長可）。

2003年の場合、70名が試験雇用され、そのうち42名が正規雇用されている。残りの28名には職業教育等が続けられている。雇用が難しい場合には、教育の継続や日常生産活動がおこなわれる。賃金助成とならんで、職場の物理的環境を整えることも重要とみなされている。知識がないことから障害者への偏見も生まれるため、周囲の見方を変えることも重視されている。ただし、キャンペーン的なことよりも、職業コンサルティングや試験雇用などの直接的支援の方が重視されている。たとえば、コミュニケーション等の問題が生じることもあるが、コンサルタントが、同僚等とうまく人間関係を結べるような支援をおこなっている。

就職先は、大きな組織よりも、直接的な民主的決定がおこなわれる中小の組織の方が障害者にとって適合しやすいという（なお、スウェーデンの場合、労働組合の承認なしに雇用できない）。ただし、就職先が協同組合方式の職場（ワーカーズ・コレクティブのようなもの）という場合もあるが、基本的な受入れ先は民間企業になっており、「アクティバ」もそれを目指している。雇用熱心な企業には、「アクティバ」から賞状が贈られる。障害者の就職後の調査や影響の分析も、大学と連携しておこなわれている。

人間にとって社会生活は重要であり、それは障害のある人にとっても同じであることから、スウェーデンにおいては、「就労による自立」はすべての人の権利とみなされている。

Ⅲ まとめに代えて

以上のように、スウェーデンでは、福祉面では、補助器具や住宅改修、IT技術を最大限に活用し、地域での自立した生活を保障すると同時に、ホームヘルパー等の人的なコストや腰痛等の身体的負担を縮減・防止してきている。地域で自立した生き方を続けたいという自己決定に即した条件整備と矛盾しない形で、合理化できるところは徹底して追及しており、平等性と経済性の両立を図るものと言える。児童補助器具センターなど、きめ細かい対応もおこなわれている。しかも、必要に応じてパーソナル・サービスを選択的に受けることもできるし、障害者協議会やオンブズマンを通じて、当事者参加と権利擁護を貫いている。日本でも、「脱施設化」ということが言われ始めたが、⁽¹¹⁰⁾ スウェーデンでも長期間を要したように、まだ地域へ移行するための条件が成熟しているとは言えない。在宅福祉サービスの基盤整備が遅れている市町村が多いことにくわえて、補助器具・住宅改修の開発・普及の余地も大きい。スウェーデンのように、補助器具の開発・研究への資源配分を高めるとともに、機動性のある補助器具センターを自治体に設置することを積極的に検討すべきだろう。

ただし、財源面からみると、スウェーデンの高福祉システムは高負担の税方式によって支えられており、日本の現状に適合しにくい面もある。最低生活水準ではなく平均的生活水準の公的保障という考え方も、それを実現させる国民的コンセンサスは得にくいだろう。また、スウェーデンでは、ボランティアが消極的に評価されているが、日本では、住民の主体的福祉活動を通じて地域福祉力を高めている地域も多い。行政への当事者団体の政策要求という次元にとどまらず、地域に根ざした実践的、創造的福祉活動も展開されている。当事者のニーズに即した公的責任の明確化とならんで、一定の有償性・事業性も考慮に入れたボランティアやコミュニティ・ビジネスの発展の可能性もある。⁽¹¹¹⁾

エーレブローにおける青少年に対する「学校—生徒ホーム—青少年ハビリテーションセンター」というトライアングルシステムや、成人後の「就労支援—グループ住宅—成人ハビリテーションセンター」というトライアングルシステムは、施設や保護者に依存せずに、自立した生活を実現してゆくうえで重要なモデルを提示している。多様な

障害児を受け入れる職員の高い専門的力量と個別プログラム、アシストに裏打ちされた統合教育、多職種の専門職の有機的な連携によるハビリテーション、「五感の部屋」の先進的实践、重度障害者対応型のグループ住宅、障害の種別を越えた就労支援システムなど、教育、住居、雇用の側面でノーマライゼーションを進めるうえで、日本でも今後、導入の積極的な検討に値するモデルが提示されている。日本では、依然として、障害の程度や種別による格差（重度障害者への対応が難しいグループホームや身体・知的障害者に限られた雇用割当て＝法定雇用率中心の雇用促進制度など）が存在するが、障害の程度や種別に関わらず、地域で自立した生活を実現する条件を整えているスウェーデンから学ぶべき点はなお多い。^(注12)

注

- 1) 藤井克徳「障害者権利条約の実現と私たちの課題」（『障害者問題研究』31巻4号、2004年）を参照。
- 2) 支援費制度や障害者プランの内容を考察したものとして、拙著『少子高齢社会の福祉経済論』（中央法規、2004年）第6章を参照。
- 3) 日本弁護士連合会人権擁護委員会編『障害のある人と差別禁止法』（明石書店、2002年）を参照。また、オーストラリアを中心に国際的な動向を分析したものとして、玉村公二彦「障害者法制における障害者差別禁止法の位置と役割」（『障害者問題研究』31巻4号、2004年）を参照。
- 4) 奥村芳孝「スウェーデン」（仲村優一・阿部志郎・一番ヶ瀬康子『世界の福祉年鑑2003』旬報社）を参照。
- 5) 「高福祉・高負担」の実態等を詳しく分析したものとして、井上誠一『高福祉・高負担国家スウェーデンの分析』（中央法規、2003年）を参照。
- 6) 障害者オンブズマン（Handikappombudsman）については、訓覇法子・藤岡純一「スウェーデンの社会福祉」（仲村優一・一番ヶ瀬康子『世界の社会福祉』旬報社、1998年）を参照。
- 7) TEACCH（Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children）プログラム等を通じて、自閉症・強度行動障害のある人へのアプローチを積極的に進めている国内施設の事例研究をおこなったものとして、拙稿「自閉症・強度行動障害対応型の知的障害児・者更生施設の事例研究——Amartya Senの福祉理論に寄せて——」（『高知論叢』75号、2002年）を参照。
- 8) この点については、訓覇法子「スウェーデンにおける障害者福祉の動向」（高山

直樹編著『障害のある人の生活と福祉』中央法規, 2000年), 加藤彰彦「スウェーデンの障害者政策」(竹前栄治・障害者政策研究会編『障害者政策の国際比較』(明石書店, 2002年)を参照。なお, 社会サービス法に基づき, ホームヘルプサービスを受けている64歳以下の障害者は約15,000人(2002年10月現在), 障害者援助サービス法による援助を受けている人は約48,600人(同9月現在)という。また, スウェーデンでは, 障害者の完全な社会参加に向けて一層の改善を進めるため, 障害者政策国家行動計画が決定・実施されている。以上については, 前掲・奥村芳孝「スウェーデン」を参照。

- 9) WHOの「国際障害分類」(ICIDH, 1980)とスウェーデンで用いられている障害概念の違いについては, 高島昌二『スウェーデンの社会福祉』(ミネルバ書房, 2001年, 4章)を参照。なお, WHOでは, 「国際障害分類」から「国際生活機能分類」(ICF, 2001)への改訂がおこなわれた(障害者福祉研究会編『国際生活機能分類』中央法規, 2002年)。
- 10) スウェーデンにおける脱施設化の歴史的経緯については, 「施設変革と自己決定」編集委員会『スウェーデンからの報告——施設, 地域生活, 当事者活動——』(エンパワメント研究所, 2000年)を参照。また, 日本における脱施設化の課題と方向を検討したものとして, 峰島厚「脱施設化方策の検討」, 塩見洋介「脱施設化の思想的系譜と日本での展開」(ともに『障害者問題研究』32巻1号, 2004年)を参照。
- 11) スウェーデンにおいても, 産業雇用情報省の報告書によれば, 公的部門と民間部門に対する第3のセクターとしての social economy が, 利潤極大化ではなく民主主義的価値に基づき, 「一人一票」の原則による活動をしながら, 新機軸や新しい雇用機会を生み出しており, 地域の雇用機会, 基礎的サービス, 住宅, 観光, 文化等の分野で地域開発グループ(local development groups)の活躍が見られる(Narings Departmentet [2001] Social Economy, A report on the Swedish Government Office's work on a new concept)。
- 12) 国連開発計画(UNDP)「人間開発報告書(Human Development Report)」(国際協力出版会, 各年版)では, 平均寿命, 教育水準, 一人当たり国民所得の複合指標である「人間開発指数(HDI)」, HDIから男女間格差を割引いた「ジェンダー開発指数(GDI)」, 女性の政治経済活動への参加度を指標化した「ジェンダー・エンパワメント指数(GEM)」による国際比較をおこなっているが, さらに障害者の社会参加やノーマライゼーション度を指標化し(いわば「ハンディキャプト・エンパワメント指数」), 制定準備中の「障害者権利条約」や各国の障害者施策のモニタリングに資することが検討されてよいだろう。そのことは, 報告書作成メンバーでもある Amartya Sen の福祉理論を具体的に豊富化してゆくことにもなるはずである(前掲・拙著『少子高齢社会の福祉経済論』終章を参照)。