

を設定し、シンポジウム形式で、今回の公開講座を設定した次第です。

したがって、忍教授には障害者のおかれた社会的、療育的状況について、福祉の問題を中心にお話頂き、岡田園長には医師の立場から、心身障害者に対しどのように対応したら良いか、障害の内容と対象をはじめにお話頂き、その後、提供する医療の内容、すなわち、予防医学、保健医学、治療医学、リハビリテーションを解説して頂き、最後にリハビリテーションから咀嚼の導入まで、心身障害者の医療の考え方や現状について御講演頂きます。また最後の金子教授には、障害者の食べる機能について、その摂食機能の獲得からトレーニングの一部まで、歯科医の立場から、最近の知見を入れて御講演頂く予定です。

なお後程質問の時間を設定してありますので、講演中に質問事項をメモして頂ければ幸いです。

シンポジウム

歯科医療と障害者福祉

北星学園大学教授 忍 博 次

1. はじめに

社会福祉は生活の不安や困難を予防・救済する援助の体系である。今日の福祉はかつてのような狭い救済的事業から、生活のあらゆる側面にわたるサービス体系をもつようになった。福祉者福祉に関してみれば、保険、社会保障、教育、居住環境、就労、対人福祉サービスまでも含む。他の対象についても同じである。

したがって、福祉の対象者として援助をうけることはなくとも、社会保障や社会福祉にかかわらないで生活している人は少ない。しかし医師が直接、職業として社会福祉とどのような関わりをもつかと問われると困惑する。

患者として障害者は大変な援助をうけているのは誰かだが。

2. 障害とは一三つの次元で理解を

国際障害者年の行動計画によれば、障害とはimpairment→disability→handicapの三つの次元で理解すべきを説く。われわれは運動、感覚、精神の機能損傷のみを障害と考えがちであるが、それから派生する日常生活の不自由、そして機能障害や生活の不自由ゆえに社会的不利をこうむることが多

い。この不利こそ障害だと国連はいうのである。前二者はもっぱら医学的リハビリテーションの対象であり(咀嚼機能の損傷は障害の範疇)、社会的不利から社会福祉は挑戦をうけている。

3. 障害と環境との関係—生活課題

また同じ行動計画で、障害は環境との関係で理解すべきこと。環境を変えることによって障害者の適応は改善されるのだという。そして障害者の社会参加を阻止している環境を変えることができないような社会は、もろく弱い社会だといっている。

多くの障害者は機能損傷ゆえに継続的治療訓練が必要であり、医療、生活費もかさむ。障害者家員を含む家族は、家族機能の調整に悩むし、地域への参加はむずかしい。そして偏見の対象となり、少数者集団としてみられることにより、正当な権利の遂行も阻まれる。

障害者の前にたちはばかる障壁は三つに分類できる。第1は物理的障壁であり、第2は制度的障壁であり、第3は心理的障壁である。社会福祉が最も困難としている障壁は心理的障壁、すなわち偏見と差別である。

4. むすび

国際障害者年は1981年であったから、早くも10年になる。その間、福祉政策はノーマリゼーションを目指す存在福祉の充実に大きく方向転換をした。今後の障害者福祉は社会的統合への努力に向けられる。一般市民はもとより、とくに障害者にかかわる専門家は、これまでに内面化した福祉観、障害者観に対する反省が迫られることになる。

シンポジウム

障害者の医療について

札幌あゆみの園園長 岡 田 喜 篤

1. 障害者とは

ここでいう障害者とは、心身障害児(者)を意味する。わが国の福祉体系は、原則として、児童(18歳未満)に対するものと満18歳以上の人に対するものと二本立てになっているので、前者を「心身障害児」といい、後者を「心身障害者」と呼ぶのが通例である。ここでは、それら双方を合わせて障害者と呼ぶことにする。

ところで、障害者とは法律・行政上の概念であるから、これを医学的に定義することは必ずしも容易

ではない。わが国の定義は、心身障害者対策基本法の第2条に示されているが、それによれば、次に掲げる状態の一つないし二つ以上が長期的に存在し、そのために日常生活または社会生活が相当に制限される場合、その人は心身障害者(または単に障害者)ということになる。すなわち、

①運動障害、②感覚障害、③音声言語障害、④内部臓器障害、⑤精神機能障害、である。

2. 障害者は必ずしも患者ではない

障害者の医療について考えるとき、障害者すなわち医学的治療の対象者ないし患者であると考えことは誤りである。障害をもっていても、安定した健康状態を維持している限り、狭義医療の対象とはならない場合もしばしばある。

ただし今日では、少なからぬ障害者が何らかの医療的対応を必要としていることも事実で、病的過程に対する治療とは限らず、特にリハビリテーション医療の重要性が指摘されている。

3. 障害者の医療について

医学を人間に対応し、健康問題に寄与せんとする行為を医療という。従来、医学には三つの領域が知られていた。すなわち、予防医学、保健医学、治療医学である。障害者にとってこれら三つの領域が重要であることは論をまたない。しかし、多くの障害者は、治療医学が解決し得ない問題を抱えていることも事実である。そこで登場したのが第四の医学といわれるリハビリテーション医学であった。

リハビリテーション医学の目的は、障害そのものの解消ではなく、むしろ障害を率直に認めたくて、障害者が社会によりよく適応し得るよう、本人の残存能力を拡大し、あるいは新しい能力を獲得させ、同時に本人をとりまく環境に働きかけていこうとする点にある。これは、19世紀から今日まで、ヨーロッパを中心に教育的視点から発展してきた療育と思想を同じくするものである。

リハビリテーション医療の実践では、従来の狭義医療においてしばしばみられたような主治医の絶対的優位性は否定され、学際的ないし職際的な協力体制におけるそれぞれの専門職の課題別優位性が重要視される。この場合、主たる障害の専門科目とは異なる診療科目の医師の参加はしばしば大きな意味をもっている。

シンポジウム

「障害者の食べる機能(咀嚼)について」

昭和大学歯学部口腔衛生学講座
教授 金子芳洋

ひとがものを“食べる”ということは生きていくために必要な基本的能力であり、この“食べる機能”を摂食機能と呼んでいる。摂食機能は捕食→咀嚼→嚥下という一連の動作から成り立っており、その経路は口唇にはじまり、口腔、咽頭、食道を経て胃に至るまでである。したがって、摂食機能と咀嚼はイコールではない。咀嚼は摂食機能の一部である。

咀嚼という言葉は広義と狭義に使われている。一般には狭義に使われることが多く、“歯でかみ砕く”ことを意味している。しかし広義には“食物を摂取してこれを食塊にして嚥下するまでに口腔、咽頭中でおこなわれるすべての生理的過程”を意味する。歯科関係者はともすれば狭義の咀嚼にとらわれ勝ちであるが、これから述べる摂食機能の発達や障害を正しく理解するためには、この広義の咀嚼の考え方が必要であり、また、その中で狭義の咀嚼の正しい発達の位置づけが必要である。

摂食機能は生まれたときからすでに備わっている本能的なものではない。その基本的な部分はほぼ生後1年以内、おもにいわゆる離乳期を通して一定の発達順序にしたがって獲得されてくる感覚運動系の機能の一つである。また、その後の幼児期は、このように獲得された“基本的摂食機能”にさらに磨きをかけ、また、食器類の使い方も習得して食の自立に向かう“習熟期”と考えられる。摂食機能の“発達期”はこのように基本的機能の獲得期とそれに引き続く習熟期から成り立っている。

障害児者には、口唇を使った捕食ができない、歯でかみ砕くことができない、舌が前後にしか動かない、食塊が作れない、嚥下が上手にできない、水分が飲めない等、実にさまざまな摂食機能障害像がみられ、最悪の場合にはチューブ栄養に頼らざるを得ないこともある。このような、障害者にみられる食べる機能の異常は摂食機能の発達が障害された結果(発達の遅延、停止→パタン化)と解釈できる。さまざまな異常運動像の原型は正常発達における哺乳期、離乳期に存在するものがほとんどである。したがって、障害者の食べる機能の障害はその大体は彼等の離乳期にあり、その時期における基本的摂食機