



Title	医療と社会福祉の統合：重症心身障害児施設での体験的考察
Author(s)	河野, 仁志
Citation	北海道大学医療技術短期大学部紀要, 8, 113-120
Issue Date	1995-12
Doc URL	<a href="http://hdl.handle.net/2115/37603">http://hdl.handle.net/2115/37603</a>
Type	bulletin (article)
Note	報告
File Information	8_113-120.pdf



[Instructions for use](#)

# 医療と社会福祉の統合

—重症心身障害児施設での体験的考察—

河野 仁志

## Report on a Combination of Medical Treatment and Social Welfare at a Facility for Persons with Severely Mental and Physical Handicap

Hitosi Kawano

### Abstract

I had an experience of learning in a facility for persons with severely mental and physical handicap in Sapporo in August, 1994.

Mainly I looked into the actual situation of the combined facility used both for medical treatment and social welfare practice. I also studied about the total nature of persons with severely mental and physical handicap. I found that both medical treatment and social welfare practice were actively practiced there with a view to get to a higher level. And I recognized that those handicapped persons were the active participants in the situation they were involved in.

### 要 旨

精神障害者の分野においてはいまだに医療が中心であり、社会福祉の比重がきわめて低い。他方、重症心身障害児施設においては、医療と社会福祉の統合がなされてきている歴史と現状がある。

今回、ある重症心身障害児施設において体験的に勉強する機会を得た。そこでは主に、医療と社会福祉の統合の実際に学び、精神障害者領域でのそれについて考える糧を得た。さらに重

度心身障害児者と精神障害者の医療的福祉的困難の実際と全体的人間像について比較検討した。

その結果、重症心身障害者には医療と福祉の統合が存在し、より高い段階を目指している現状にあり、精神障害者には医療があつて福祉はほとんどなく、まったくこれからの課題となっていることがわかった。そして、両者はともに、単なる客体ではなく、関係者を動かす主体であることがわかった。

## I. 問題関心と本稿の課題

重症心身障害児施設は医療法による病院として必要な設備と職員などが整っている医療施設という側面と児童福祉法による福祉施設の側面を有し、医療と社会福祉の統合の努力を続けて来ている歴史があり、この分野において日本は世界有数といわれている<sup>1, 2, 3)</sup>。

他方、精神障害者の分野においては、社会福祉の側面においては極めて立ち遅れている。無年金者の存在、低い年金額や生活保護費、欠格条項の多い雇用状況、極めて不足している社会福祉施設などに加え、身体障害者や精神薄弱者に適用されている交通費割引やホームヘルパー制度から除外されているなどの現状にある。今尚、医療（精神医療）中心という傾向が根強く、医療と社会福祉の統合という課題は、その必要性が当事者や家族あるいは関係者などから指摘されながらも不十分な達成段階にあり、精神障害者の社会福祉の急速な展開、そして精神医療と社会福祉の統合は急務である<sup>4, 5, 6, 7)</sup>。

そのため本研究では以下の点を目的とした。第1に、重症心身障害児施設における医療と社会福祉の統合の現状に学び、精神障害者領域における医療と社会福祉の統合の促進について考える糧とする、第2に、重症心身障害児施設の入所者自身の有する医療と福祉の実際について学び、入院あるいは在宅の生を営んでいる精神障害者の医療と福祉の実際と比較し、いかなる共通性と特殊性があるかを探る、ことである。

幸い、M療育園の御厚意で実際に体験する機会を得たので、考察を含めて報告する。

## II. M療育園Eパートの概要

### 1. M療育園の紹介

1952年に開所された北海道初の重度精神遅滞児施設H学院をその前身として、1967年に設立された社会福祉法人S会は、現在複数の重症心身障害児施設と精神薄弱者更生施設を設置経営

している。本研究の対象は、そのひとつの重症心身障害児施設M療育園であり、札幌にある。ここには、1973年の「開設当初より…精神医学的症状等の合併症を有し、強度行動障害の問題を持つ児・者が利用する施設として歩んできた歴史」がある。利用者（以下、園生）は「重度の肢体不自由、知的障害の他、てんかん、情緒障害、視聴覚障害等が重複している心身ともに大きなハンディキャップをもっている人」たちであり、施設は「医療と育成の機能を果たすと同時に、豊かな生活の場を提供する役割を担って」いる（同会案内冊子）。

園生の性別構成は男性83人（54.6%）、女性69人（45.4%）、計152人である。男性園生では、20才代が33.7%と最多数をしめ、40才代が27.7%、30才代が24.4%と多い。女子園生では、30才代が42.0%と最多数をしめ、40才代が29.0%、20才代が15.9%と多い。園生全体では、30才代が32.2%、40才代が28.3%、20才代が25.7%と多い。今後は高齢者対策が必要ともいわれ、これは、重症心身障害児・者に対する医療や社会福祉が大きく進展してきた結果でもある。

職員数は156名であり、そのうち療育に直接関わる看護師・保母・指導員・療育員は123名である。M療育園全体の療育目標は、健康機能の改善、情緒の安定と情操教育、集団社会への適応、そして、発達の保障の4つであり、医療と福祉の営為がそこを貫いている。

### 2. Eパートの紹介

M療育園には6つのパートがあり、障害の種類別（情緒不安定・てんかん発作など）そして重度別などに目的が分かれており、そのうちでEパートは以下の特徴を持つ。

Eパートの園生は、女子主体の47名の編成であり、12～65才、平均年齢44.1才であり、長期に入所している人が大半である。グループは3つにわけられ、それぞれの特徴と処遇は以下のとおりである。

Aグループは、医療を常時必要とし「基本的な生活のすべてにわたり全面的介助を要し、大半が重度脳性マヒを有する人たち13名であり、寝たきり」(Eパート平成6年度療育計画より)の状態がほとんどである。日課では、バイタルサインの測定と服薬という不可欠な医療処置に加え、摂食・水分補給・オムツ交換・更衣などの基本的な日常生活の介護、そして、日光浴・散歩・午睡・機能訓練などが施されている。週に2回男性職員の全面介護による入浴がある。なお1名のみ中学1年生の男性がおり、訪問教育も受けていた。

Cグループは、「日常生活は不完全ながら自立し、自発性もあり簡単な単純作業も可能である」(同上)人たち約20名である。日課は、午前6時30分の起床から午後9時の就寝までの間、更衣・洗面・食事・排せつ・部屋掃除・ラジオ体操などの日常生活をこなしている。さらに、平日の午前と午後には単純な集団内職作業があり、その合間に、文化活動(その時々で異なる)や入浴があり、土曜の午後にはホームルームがあり、日曜日には茶話会がある。数名が、別の棟の作業の手伝いに出向している。

Bグループは、「意志交換はある程度可能であるが、日常生活及び移動などに一部介助を要する人たちで、作業にも一部参加している」(同上)。日課などはCグループの人たちに準じている。

BとCの人たちの大半は、精神遅滞、てんかんをもち、その他に精神分裂病(10名)、心因反応、情緒障害、接枝精神分裂病を有する人が小数おり、平常の服薬や医療管理がなされ、発作時や精神症状が出たときには医療処置が取られている。

Eパートの職員は27名であり、看護職12名、福祉職15名(うち保母2名、介護福祉士1名、養護教員資格者1名)である。職員は1週ごとにグループの担当を交代する。Aグループに対しては医療職の関わる比重が大きく、また日常

的に施設常勤の医師5名が交替で回診している。

Eパートの平成6年度療育計画によれば、運営の基本方針は、①生命の維持、②重度化の防止、③発達の促進と老化対策、そして、④情緒の安定の4つである。

### Ⅲ. 体験姿勢の視点

私は1994年8月1日～8月13日の2週間、介護や指導などの仕事を教えていただきながら実際に携わり、医療と福祉の統合が職員の実際の仕事の中でどのような動きとして現れているかを観察した。一方、入所者の方たちと関わり、観察し記録した。その際、各個人の能力障害やハンディキャップという障害の認識を含みながら、入所者個々の全人的存在の中にそれらを乗り越える可能性の有無を見極めることを軸とした。虚心に入所者と共に過ごせる時間をたくさん持ち、同じ高さの視線での彼女らとの触れ合いをもつことに極力つとめた。

### Ⅳ. 体験の経過

#### 1. 前半

重度脳性マヒ者の介助を中心にした週であった。Aグループの寝たきりの人たちに対する食事介助、オムツ交換(大小)、着替え、体位交換、車椅子での散歩、入浴介助(見学のみ)などを行った。この人たちは、①強度の側弯、四肢の拘縮と硬直、持続的痙性の存在とそれによる身体的発達の遅れがある場合と、②身体的変形は見られないが運動能力に欠ける場合とがあり、いずれの場合も言語・会話力がないかあるいは極めて低度な状態にある人たちであった。もとより一人一人の状態それぞれに見合った食事の介助方法、オムツ交換の仕方、姿勢のとり方などいずれをとってもむつかしく、私は、まず、なれることに1週間を使ってしまい、また、牀の使い方になれないこととへっぴり腰のために腰を痛めてしまった。

そうした中で、看護者による初歩的な四肢の

機能訓練の努力が始まっていた。なおこれらの人たちは学童年齢時に札幌市肢体不自由児療育センターでリハビリテーション訓練を受けているが、その後は中断している場合がほとんどであった。

## 2. 後 半

精神遅滞（一部軽度脳性マヒ合併）、てんかん、精神分裂病などを有する園生たち（A及びBグループ）の施設内生活の管理と指導を中心にした週であった。

仕事は、朝の会から始まり、体温や脈の測定、軽作業（スプーン入れ）、食事の設定（テーブルにごはん・おかず・味噌汁などを盛りつけ配る。減量食、糖尿食などの管理指導など）、食事の介助や指導、食器の片付け、廊下・居室・食堂などの掃除、投薬、盆踊りの練習、おやつ提供などである。その間、園生と遊び、衣服交換の手伝いなどとした。

基本的には、職員が決めた日課に沿って園生の毎日が過ぎており、職員と園生の区別は厳然としており、園生の意見や希望は一応聴かれるが、決定は職員がしていた。いわば、福祉の世界に少なくないところの温情主義的処遇が支配的であった。

私は、昼の休憩時間には、園生たちの居室におじゃまし、昼寝をさせてもらい、生い立ちをきかせてもらい、つらいことや楽しいことをきかせてもらい、写真を見せてもらうなどしてすごした。「叱られないようにすごしているんだあ」という声をたくさん聴いた。何年も何十年もここで生活していながらも、「病気がよくなったら仕事をしたい」など将来の希望をもっている人が少なからずいたし、また、地域社会の受け入れ体制の条件整備や家族への公的負担による支援が整ってさえいるのなら、家庭で家族と共にくらすことや地域でのグループや単独での生活もけっして夢ではないと思われる人も少なくなかった。

## V. 経過の記録と考察

### 1. 医療と社会福祉の統合の現状

1) 30年前、「重症児は、どんなに手厚く養育しても大半が10代半ばまでに死亡する」<sup>2)</sup>と言われていたが、その後の重症児対策の整備、即ち医療と施設福祉の進展により、現在では、高齢化対策が必要になりつつあるほどまでになってきていることが、なによりもまず言われなければならない。重症児の「短い一生」<sup>2)</sup>をうちやぶってきたのは医療の功績であり、医療が重症児に対しても社会的に保障されてきたことによるものと思われる。当施設においても、とりわけ当パートでは看護職員の配置が他パートより数倍多く、医師と看護者の営為が脈々となされてきているのであり、極めて大きな功績である。

そして、重症児に対するリハビリテーション技術も導入されてきている。例えば、1961年に日本最初の重症児施設として開設された島田療育園では、1983年にリハビリテーション科が設置され、作業療法、理学療法、言語療法による訓練が開始されている<sup>8)</sup>。そこでは「重症児の特徴として、全身状態の悪化により生死にかかわる危険性をはらんでいるので、生命維持を基本にしたアプローチ、呼吸機能や身体機能の改善、高緊張による痛みや不快の軽減、そして食事動作・更衣動作・排せつなどの身辺自立のための取り組みなどがなされている」<sup>8)</sup>。児童福祉施設最低基準第73条にも「理学療法士又は作業療法士を置かなければならない」<sup>9)</sup>という規定がある。

これらの点については、当施設においては今後の課題となっている。既に述べたように看護者を中心に「機能訓練」ということで四肢の運動機能改善など取り組みが始まっているが、その内容は腕や脚をさすったりなでたりする程度であり、リハビリテーションの知識と技術の取入れと実践とはなっていない。厳しく言うなら、園生はリハビリテーション訓練を受けている他

施設の人たちに比較して不利益をこうむっていると言わざるをえない。医療は生命を維持するという最小限のものは存在していたが、リハビリテーション的な実践はこれからの課題となっていた。

2) 福祉においては、初代園長を先頭としたコロニー的理想<sup>10, 11)</sup>を基調とした施設内福祉がある。S会案内冊子の表紙には、「福祉の理念を継承し、豊かな施設づくりを目指して」と、この法人全体の理想が掲げられている。わが国に公的責任（児童福祉法）による重症児の施設が誕生し、重症児自身の生命と発達の保障、そして家族の個人的責任からの解放が進み、また、在宅の重症児に対する通園事業などが拡大してきた経過は重要である。当施設で私が強く感じたのも、福祉職の人たちのあまりにも献身的な仕事ぶりであった。身動きのできない重症児に対する配慮に満ちたオムツカバーのしめかた、親身で親切な対応や援助、絶えざるあたたかい声かけ、整然とした集団内職作業の指導ぶり、そして、いろいろな楽しい行事の運営などを目の当たりにした。さらに、施設の歴史と共に歩んできている「父母の会」組織は、施設と一体になって運営をすすめてきており、父母会館が併設され、面会や宿泊のために有効に利用されている。盆や正月の外出・外泊も可能な限り実施されているという。こうして、家族にとっての福祉も実現してきている。全体として、「豊かな生活の場」（案内冊子）の提供を中心にした福祉施設だといえる。

そうであるが故にあえて気にかかったことは、一般社会との関わりがまだまだ希薄なのではないかという点についてである。私は施設否定論者ではないし、在宅主義でもない。確かに、当施設、その職員、そして親たちはたいへんな苦勞をして当施設を運営し、重症児のために懸命に活動している。そしてまた、そこにとどまらざるを得ないような重症児の抱える障害や困難と彼らを取りまく社会的状況も理解している。そ

の上でこう言わざるをえない。

3) そして、このような医療と社会福祉が統合されている段階の現状といえよう。当施設のこれまでの営為を尊重するがゆえに、さらに高いレベルでの統合を目指していけると思えばこそ、以下に3点を指摘したい。

- ① 既に述べたが、現段階のリハビリテーションの知識と技術の取入と実践がなされていないことにより、園生はその抱える障害を軽減する機会がすくないこと。
- ② 後述するが、豊かな施設に生活する園生の発達の可能性がほんとうに保障される機会がまだまだ不足しているということ。
- ③ そして、これも後述するが、園生自身をどうとらえるか、園生の人間像が決して十全なものとなっていないことである。

## 2. 園生の被処遇の状況と園生の人間像

1) 職員の態度や指導には、「やさしい」けど園生を「子供扱い」するということが基本に一貫していた。ここには、「何もできない人たち=子供」というドクサ（検証をへていない思い込み)<sup>12)</sup>が、たとえ善意からであろうと、厳然と存在していた。園生の目はたいへんおだやかであり、生活のすべてが職員の尊い管理と指導という仕事のもとで保証され、ただ生きて行くだけなら、何ひとつ不自由のないものにみえた。したがって、日課のなかでその日その日を大過なくすごしていくことが良いとされている。

しかし、ここには、園生ひとりひとりの発達や能力などのきちんとした評価はない。すなわち、園生の生活が、ほんとうにだれが考えても豊かだという確証はなく、あいまいである。私は、こうしたなかで、脳性マヒの人も含め、あれこれの障害がありながらも園生は人間として生活し、発達しており、しようとしているという事実を確認できた。それに対して、「豊かな施設」が阻んでいるという側面があると言わざるをえない。

2) 寝たきりのNさん(Aグループ)は30才をこえているが体長およそ1mであり、体重は20kg前後で、脊柱の側弯は強く、四肢は枝のように細くかつ拘縮・変形し、自動運動はほぼなく、会話の言語をもたない。しかし、職員が抱き上げたときにはニコニコし、大便を取り替えるときにはニヤニヤし、蠅がとんだら声をあげ、そして、食事が終わったら汗をびっしょりかいていた。近くで職員同士が軽口をききあっているのを聞いて楽しそうに笑う。食事の介助でスプーンのタイミングがあわないときには拒否もする。

BグループのSさんは、50才前後であり、精神薄弱者施設をへて当施設に入所している。親・家族は釧路にいますが、いままで1回も帰ったことはないという。たまに面会にきてはくれるとのこと。ひどい円背で、脚を引きずって歩き、体幹も不安定である。知能が低いとのことらしいが、私と話すとき、そんな印象はなく、「お酒ばかりのんでたらからだこわすしょー」などの冗談も言い、人間の悲しみや楽しみをもわきまえ、適度な「ずるさ」もある。ただ1人の少年のどこへいってはよく話しかけており、私が見学を終えて帰るとき、窓からいつまでも手をふってくれていた。

CグループのJさんは、50才くらいで、職員からは多少おこりっぽいというふうに見られていたが、作業でも、配膳の仕度でも、どこが重症児と思えるほどであった。いせいがよく、テーブルを使ってかたづけられない職員のことを「いつもわたちにはうるさいくせに、職員のくせにだらしがない」などと正当に怒る。私が、おしぼりを馴れない手つきで洗っていると、さっととって、ささっとすませてもらった。どこか下町のおっかさんという風情であり、職員の同年輩の人たちとくらべても何の遜色もない。ただ、入所者だというだけで、職員ではないのだった。

これらの3人以外にも、多くの人を見て、話して接したかぎり、私は、この人達の人間としての存在を疑うことができなかつたし、障害

を抱えてつらい人生を生きていること自体がすごいことだと教えられたのであった。

### 3. 重症心身障害児者と精神障害者－医療と社会福祉の現状の差異

全般的にみて、これまで精神障害者への福祉行政はほとんどゼロであった。1995年7月、精神保健法が精神保健福祉法に改訂されたのもそれが契機となっている。わが国で精神障害者福祉が法制化されたのはこれが初めてである。そこには、精神障害者保健福祉手帳制度の創設、援護寮・授産施設・福祉ホーム・福祉工場の社会復帰施設としての明記、地域での精神保健福祉施策の充実などがあげられている。しかしながら、病院そして地域で暮らす精神障害者にとって生きて生活していく上での困難はなお果てしない現状がある。所得保障の不備、雇用の場の不足と多くの欠格条項、職業リハビリテーションの立ち遅れ、根強い差別や偏見、住宅政策の不備などである。1993年12月、障害者基本法に精神障害者が障害者として明記された意義は小さくはない。しかし、身体障害者、精神薄弱者、老人などには単独の福祉法があり、重症児には児童福祉法があるのに、なに故に精神障害者には単独の福祉法ができようとせず、医療の色彩の強い保健との抱合せの法が目指されようとしているのか。私は、精神障害者の福祉は「ほとんどゼロ」と言ったが、戦前そして現在も色濃い国家の治安維持的、社会防衛的処遇を考えると、マイナスと表現したいところである。極端に言うなら、「精神障害者は、何もできないというより社会に害を及ぼす」という現代社会の制度的差別の支配的思想があり、「重症児はなにもできない」という支配的思想があり、そのことが両者の医療と福祉の現状に現れていると思える。

こうして、重症児には医療と福祉の両方があり、その統合もより高い段階という課題を抱えながら進展しているが、精神障害者には医療が

あって福祉はほとんど無く、その統合はまったくこれからの課題となっているのである。

#### 4. 重症心身障害者と精神障害者の人間像

1) 重症児が権利・医療・福祉の主体であるというには、躊躇を禁じ得ない現状にあるが、自己決定やその具体的保証も含めて、彼ら彼女らには「健常者」と同等の生活が、どこで生きていこうとも、社会的に保障されていかなければならない。糸賀一雄は重症児を見る側の障害を指摘し、「この子らを光に」という思想を重症児から教わっている<sup>13)</sup>。佐藤久夫は、重症児「の生そのものが、精一杯生きてゆこうとしている営みの姿そのものが他者の生に働きかけ、他者の生を問うている」と教わっている<sup>14)</sup>。ここには、それまでの「世の中の役に立たず、社会復帰もできない重い障害児に金をかける必要があるのか<sup>15)</sup>」という重症児への見方にたいして真っ向から対立し、重症児の積極的な人間像把握への認識がある。そして、大事なことは、何も言わず何もできない重症児がこのことを彼らに教え続けてきているということではなからうか。

当施設の園生も教え続けてきている。重症児は医療や社会福祉の単なる客体ではなく、正しく主体であり、援助する側も主体である。主体と主体の関わり・真の協働の必要性の認識が重要であり、教え続けられている方が衿を正し、重症児の人間像を正しく知り、援助もそこから再考し実行すべきではないかと思われる。

2) 精神障害者福祉の側面においては、全国や地方レベルで行政的・制度的に、まさしくこれから整備・実現されねばならない課題であり、精神衛生法—精神保健法—精神保健福祉法への展開、障害者基本法での障害者として明記されるなどの推移から読み取れることは、精神障害者の人権・生活・医療の保障と拡大の方向である。

しかし、この変化の要因を考える際にこれま

で無視されがちであったが、究極的に重要な事柄は、精神病院あるいは地域社会で、多大な苦痛と困難を抱えながらも生き抜いてきた精神障害者自体の存在であった、と私は考える<sup>1)</sup>。

最近、精神障害者は自らの存在を自らの力に依って社会全体に向けて示し始めており<sup>5, 16, 17, 18, 19)</sup>、精神医療や精神障害者福祉に影響を及ぼし出している<sup>20)</sup>。「精神障害者が胸をはって、両腕ふって社会で生きていける<sup>21)</sup>」ようにと誇り高く実践してきている。

重症心身障害者は、静かな存在のあり方によって医療と福祉の統合を主に家族など他の人たちの手を通じて現状まで築きあげてきた。

精神障害者は、もはや閉じ込められた生き方に甘んずることを止め、正々堂々と社会の中で生き、思いを主張し、精神医療の改善・福祉の実現・人権の改善を求め始めている。

## VI. さいごに

文章化するにあたり、整理のつかない点が多く、体験のそしゃくにとまどっている。今も、あらゆるものが新鮮な勉強であったという印象が強く、いろいろな園生や職員のことが頭からはなれず、冷静かつ客観的にまとめることが困難である。まとめた故に大事なことを随分たくさん見落としてしまったような気がしている。しかし、今後とも、重症心身障害者そして精神障害者はじめ障害者に教わり、ともに考える姿勢を貫いた研究を進めたいと考える。

### 謝 辞

なによりも、園生は私に光をもたらしてくれ、職員の方々は汗を流していた。ただ、感謝を込めて頭を垂れたい。そして、この機会を与えて頂き、身をもって指導して頂いた大石憲司指導副部長に深謝したい。

### 文 献

- 1) 大島一良：重症心身障害児対策の誕生，作業療法



- ジャーナル 25-9, 628-630, 1991. 9
- 2) 岡田喜篤：重症心身障害児対策の概況，作業療法ジャーナル 25-9, 631-635, 1991. 9
  - 3) 高谷 清：重症心身障害児－びわこ学園からの報告，青木書店，1983
  - 4) 岡上和雄・大島 巖・荒井元傳編：日本の精神障害者－その生活と家族，ミネルヴァ書房，1988
  - 5) 全国精神障害者団体連合会：全精連結成大会 & 全国交流集会報告集，全精連，1994
  - 6) 米山岳広：長期在院者の問題，文化書房博文社，1992
  - 7) 河野仁志：精神障害者当事者組織の生成と展開の記録－すみれ会小誌（1970－1994：札幌），北海道大学教育学部紀要65，1995
  - 8) 上條修一郎他：重症心身障害児（者）の作業療法－島田療育園の現状，作業療法ジャーナル 23-2, 117-122, 1989. 2
  - 9) 社会福祉小六法，ミネルヴァ書房，1994
  - 10) 遠い虹－谷口憲郎著作集 1，社会福祉法人札幌緑花会，1992
  - 11) 遠い虹－谷口憲郎著作集 2，社会福祉法人札幌緑花会，1993
  - 12) 林 竹二：若く美しくなったソクラテス，田畑書店，1983
  - 13) 糸賀一雄：福祉の思想，170-178，日本放送出版協会，61刷，1991
  - 14) 佐藤久夫：重症心身障害者の生の意味について，日本社会事業大学研究紀要27，1981
  - 15) 北浦雅子：親のねがい，作業療法ジャーナル 25-9, 653, 1991. 9
  - 16) 全国精神障害者団体連合会準備会・全国精神障害者家族会連合会編：こころの病い－私たち100人の体験，全家連，1993. 3.
  - 17) 全国精神障害者団体連合会：ひとりぼっちをなくそう－精神障害者本人の会，全精連，1994. 10
  - 18) 「精神障害者の主張」編集委員会編：精神障害者の主張－世界会議の場から，解放出版社，1994. 7
  - 19) 「病」者の本出版委員会：天上天下「病」者反撃！－地を這う「精神病」者運動，社会評論社，1995. 4
  - 20) 第91回日本精神神経学会シンポジウム「精神障害者の自立と社会参加の促進に向けて－障害者基本法の成立とユーザー運動－」，Medical Tribune，1995. 6
  - 21) 大井暢之（すみれ会会長）：当事者運動から出発

した精神障害者共同作業所のこれまでとこれから，共同作業所全国連絡会第12回施設長運営委員長研修会特別報告原稿，1995. 1