

障害者権利条約の国内履行を推進するシンポジウムの開催事業

総合リハビリテーション研究大会 in 広島

～手と手を・・・ひろしまからの発信～

報告書

平成 21 年 3 月

財団法人 日本障害者リハビリテーション協会

総合リハビリテーション研究大会 in 広島

報告書 目次

■ 8月29日 (金)

開会あいさつ 1

- 金田 一郎 (日本障害者リハビリテーション協会会長)
河良 俊昭 (広島県健康福祉局社会福祉部部長)
畑野 栄治 (実行委員会委員長・はたのリハビリ整形外科病院院長)
關 宏之 (総合リハビリテーション研究大会常任委員・実行委員会副委員長
・広島国際大学大学院医療福祉学専攻医療福祉学部教授)

基調講演 4

- 山口 昇 (尾道市公立みつぎ総合病院 病院事業管理者)

情勢報告 22

- 松井 亮輔 (総合リハビリテーション研究大会常任委員長・法政大学教授)

各分科会コーディネータによる課題整理 27

- コーディネーター 關 宏之

第1分科会

- 尾上 浩二 (DPI日本会議 事務局長)

第2分科会

- 藤井 克徳 (総合リハビリテーション研究大会常任委員・日本障害者協議会常務理事)

第3分科会

- 大川 弥生 (国立長寿医療センター研究所生活機能賦活研究部部長)

第4分科会

- 橋本 康男 (元広島大学地域連携センター教授・広島県総務局国際課長)

第5分科会

- 森 浩昭氏 (「僕らのアトリエ」販売店代表・料亭久里川支配人)

■ 8月30日 (土)

全体会 56

分科会コーディネータから分科会の総括

資料 71

大会開催要綱とプログラム

第31回総合リハビリテーション研究大会 実行委員会委員一覧

■開会あいさつ

日本障害者リハビリテーション協会会長 金田一郎

本日は不順な天気にもかかわらず、たくさんの皆様にお集まりいただき、誠にありがとうございます。

総合リハビリテーション研究大会は、昨年度に第三十回の節目を迎え、その記念大会を東京で開催いたしました。東京以外で開催するのは三年ぶりとなります。

新たな第一歩となる大会を、この広島で、皆様方と一緒に開催できたことを、嬉しく思います。

本大会は、一九七七年に、各分野のリハビリテーション従事者の連携と交流を目的に、有志による「交流セミナー」としてスタートして以来、さまざまなテーマにより幅広い人材の参加を得ながら、全国各地での開催を重ねてまいりました。

障害のある人の暮らしをどのように地域で実現していくか、その重要性は今日ますます高まるばかりです。障害者施策においても、さまざまな権限が地域へ移行されるようになって久しく、先ごろ発効しました障害者条約においても、地域における生活は主要なキーワードの一つとなっています。

そのような中、地域リハビリテーションの実践に真摯に取り組まれているこの広島の地で、本大会を開催できることは、誠にタイムリーなことです。

二日間に渡る本大会が、参加される皆様にとって、実り多いものとなることを期待いたします。

大会の開催にあたりまして、ご登壇いただく講師の方々、ご後援いただいた各省庁ならびに団体各位、そして、各地よりお集まりいただいた皆様に、心よりお礼申しあげます。

また、プログラムの企画と実施にあられた、地元実行委員会の皆様に、心より敬意を表します。

最後に、本大会の開催にあたりましては、独立行政法人福祉医療機構より、ご助成をいただきました。ここに感謝を申しあげ、開会のあいさつといたします。

■ごあいさつ

広島県健康福祉局社会福祉部長 河良俊昭

本日は知事が所用のため出席できませんので、祝辞を預かってまいりました。ご披露させていただきます。

祝辞。「総合リハビリテーション研究大会 in 広島」が盛大に開催されますことをお喜び申し上げますとともに、全国からお越しいただいた皆様に心から歓迎いたします。また、皆様には平素から障害のある方々が自立更生できる環境づくりにご尽力をいただいていることに対し、深く敬意を表する次第でございます。

さて、本県では、一人ひとりが相互に人格と個性を尊重して支え合う共生社会の実現を目指し、在宅サービスなどの福祉サービスの充実はもとより、障害のある方々が地域社会の一員として自由に外出や社会参加ができるよう、その阻害要因となっているさまざまなバリアを解消するとともに、就業支援や障害に関する県民の正しい理解の促進などに積極的に取り組んでいるところでございます。

こうした取り組みが着実に成果をあげるためには、福祉、教育、雇用、就業分野などの幅広い連携が必要であることは当然のことながら、皆様をはじめとした保健医療関係者の力強い後押しが何よりも重要であると考えております。

こうした中、本日と明日の2日間開催される本大会では基調講演や各分科会での討論などを通じ、障害のある方々を取り巻く環境についての現状と課題、今後必要な取り組みなどを明確にされるとともに、参加者相互の交流を通じて、ふだんから抱えておられる悩みや課題についても、活発な意見交換が予定されているとかがっております。どうか皆様には、この研究大会が実り多く、心に残るものとなりますよう、積極的な交流に努めていただきたいと思います。

終わりに、財団法人日本障害者リハビリテーション協会の今後ますますのご発展と皆様のご健勝を心から祈念いたしまして、お祝いの言葉といたします。平成20年8月29日、広島県知事、藤田雄山。

代読でございます。本日は本当におめでとうございます。

■開会あいさつ

総合リハビリテーション研究大会 in 広島実行委員会 実行委員長
はたのりハビリ整形外科病院 院長 畑野栄治

ただ今から「総合リハビリテーション研究大会 in 広島」を開始いたします。どうぞこの2日間、有意義な時を過ごしていただきたいと思います。(拍手)

■「総合リハビリテーション研究大会 in 広島」が意図するところ

総合リハビリテーション研究大会常任委員・実行委員会副委員長
広島国際大学大学院教授 関 宏之

本日はお越しくささいまして、本当にありがとうございます。

8月の広島は鎮魂の月です。リハビリテーション、人権、権利の回復、平和、それらを発信する意味はとても大きいと思います。やはり人間がベースになると思います。この2日間、そういった意味で皆さんといろいろな形で意をともにできればと思っていますし、そういった内容を企画しました。いたらない点が多々あるかと思いますが、どうかご容赦たまり、積極的にご参加いただきたいと思います。

今回の準備につきましては、広島国際大学の坊岡先生や教員の諸先生方、あるいは学生諸君にたくさん負うております。感謝をするとともに、今日、明日とがんばって地域活動の仕事を全うしてください。

有意義な2日間となりますように、皆さんとともによい大会をつくり上げてまいりたいと思います。どうぞよろしくお願ひいたします。

■ 基調講演

地域リハビリテーションと地域包括ケアシステム

尾道市公立みつぎ総合病院・病院事業管理者 山口 昇

畑野 山口先生は昭和 32 年、長崎大学医学部をご卒業後、外科学に入局され、昭和 41 年から、御調国保病院、現在の公立みつぎ総合病院院長としてご活躍です。

御調町は、在宅ケアによる寝たきりゼロを目指し、保健・医療・市の連携による地域包括ケアシステムを構築して地域ぐるみのケア体制をつくり上げ、その結果、寝たきり老人が 3 分の 1 になりました。また、介護保険制度創設の研究会、審議会委員として当初から介護保険創設に関わっておられます。総合介護施設の創設に至ったのも山口先生の大きな力があつたからです。自治医科大学の客員教授、老人保健福祉審議会委員、医療福祉審議会委員、中央社会福祉審議会委員等々、要職を務めておられます。平成 15 年には、現在では勲二等に相当する重光賞という誇らしい賞を受賞されました。

著書もたくさんあります。私が最初に読んだのは『寝たきり老人ゼロ作戦』ですが、『地域リハビリテーション』はリハビリ関係の養成校の教科書としても使われています。

それでは山口先生、よろしく願いいたします。

山口 私は外科医です。私が医者になった頃は、医療だけでなく、経済その他、社会情勢が非常に不安定な時期でした。敗戦後の破壊から立ち直っていく、そういう時期に私は医師免許証を手に入りました。

大学にいた頃、立派な外科医とは何だろうと考えました。第一に知識、横文字でいえばサイエンス、第二にアートというか、技術をもつことだと考えました。我々の時代の大学は、まだ専門化・細分化される以前の状況でしたので、一般外科はもちろんのこと、胸部外科、脳外科など何でもしました。第三にはリサーチ、研究をして、学会で発表して、いろいろな論文を書く、これが立派な外科医だと考えていました。

そして、40 年前に現在の病院に来ました。この病院で外科医として確かに病氣も治しましたし、命も助けました。40 年前の広島、特に広島県の東部には脳外科もありませんでしたし、開頭手術も行っていませんでした。

地域医療の現実に直面して

大学で考えていたサイエンス、アート、リサーチだけでは地域の医療に対応できないことに気がついたのは、高度な医療体制を整備して命を助けることができるようになった頃

から、寝たきりの人達が増え出したからです。徹夜で緊急手術をして助かった患者さんが、1年か2年後に寝たきりになって再入院してこられるというケースが相次ぎました。大きな褥瘡をつくって、寝たきりに近い状態で再入院される患者さんなど、命を助けることが第一の使命である外科医の私にとっては見るも無残な姿です。1年前に徹夜で手術したあの医療は何だったんだろう。その後24時間態勢で看護したあの医療は何だったのだろう。さらに、今考えると急性期のリハビリだけとはいえ、リハビリテーションも提供していました。1年前に提供した医療や看護、リハビリは、こんな寝たきりをつくるためのものではなかったはずです。患者さんも「先生、ありがとう」と、大きな喜びの中で退院していったのに、なぜこんな無残な状態で再入院してこられるのだろう？ ここから私の医療の転換が始まりました。

寝たきりゼロ作戦スタート

確かに、サイエンス、アート、リサーチは役に立ったのですが、それだけではない何か私達の医療には欠けていました。患者さんや家族のニーズにこたえる医療をちゃんと提供していなかった。病院で患者さんがやってくるのを待って、医療を提供していた。退院後の患者さんの療養環境にまで思いが及んでいなかった。これらのことに気がついたのです。1年前には寝たきりではなかった、杖をついてご自分の足で歩いて通院していた患者さんがどうして寝たきりになったのか、我々の医療転換が始まりました。

急性期の医療、もちろんこれは病院の本来の務めです。命を助けて病気を治すことは当たり前前のことです。でも病院の務めはそれだけではないのです。退院後の寝たきりを何とか防止できないか。完全な寝たきりになってからでは、もう遅いのです。その前に何とか防止することができないだろうか、これが我々が30年前に始めた「寝たきりゼロ作戦」でした。

寝たきりは、完全にゼロにはなりません。しかし、初期の段階であれば何とか防止することができる。私たちは寝たきりを予防するためには、医療、介護、福祉の連携が必要だということに気がつきました。

当時は、福祉は措置の時代ですから、医療関係者から福祉に対して発言することができませんでした。そこで、行政と連携することを考えました。これが現在の保健福祉センターです。御調町は小さな町ですが、厚生課の保健と住民課の福祉を病院の医療と一緒にするという完全な行革を実行したのです。まさに、保健、医療、福祉の連携・統合という制度を実現しました。私たちはこのシステムを「地域包括ケアシステム」と呼びました。包括とは総合的だという意味ですが、介護保険制度が導入されてから「包括ケア」という言

葉が盛んに使われるようになりました。私が 30 年前に使い始めた言葉が、今、国の用語として使われているわけです。国が使うのも遅かったという感じがしています。

今日は、寝たきり防止から始まった「地域包括ケアシステム」「地域ケアステーション」との関わり、あるいはシステムだけではなくて連携をどうしているのか。そして、どうして寝たきりが減ったのかについてご紹介します。

わが国の状況と世界の状況

高齢化が進んで、後期高齢者や障害をもったお年寄りが増えています。我々は、この事態にどう対応するかを考えなければいけません。保健・医療・介護福祉にしても今までは点と点をつないだ「線」の連携でしたが、これからは線ではなくて「面」の連携が必要だと思っています。地域リハビリテーションが目指しているものと、我々の地域包括ケアシステムについてお話しします。

(スライド1) 2010年、日本は高齢化率に関して、世界トップクラスに位置しています。しばらくしたら、他の国が追いついてくるでしょう。韓国は10%台で、ちょうど20年ぐらい前の日本という感じでしょうか。

(スライド2) これも国の資料です。これからは人口も高齢者の絶対数も少しずつ減っていきませんが、前期高齢者(65~74歳)と75歳以上の後期高齢者に分けてみると、前期高齢者より後期高齢者が増えてくると推計されています。

医療・福祉の動向もずいぶん変わってきました。命を助けたり治療するという医療、キュアからケアの重要性が指摘されています。というのは、医学や医療技術の進歩により、救命率は非常に上がりました。命は助かるようになったのです。反面、障害をもった状態で療養生活を送るケースが非常に増えていますので、ケアが必要になってくるというわけです。このケアの中には、看護や介護、リハビリも入ります。しかも、そのケアは在宅ケアのほうに動いています。これはわが国だけのことではなく、他の国々もこういう傾向にあります。

私は、この十数年間、ドイツやイギリス、北欧はもちろんのこと、いろいろな国を訪問しました。特にドイツは介護保険を日本より5年早く実施していますので、ほとんど毎年のように訪れました。イギリスでは地域ケア改革、その他の状況をつぶさに見てきましたが、両国ともホームケアの方向へという動きが強くなっています。

わが国では、医療制度改革で医療提供体制が見直され、急性期医療とその後のケアを中心に慢性期の医療に国が方向づけを示しています。介護保険を機に、社会福祉事業法の改正が行われました。そして社会福祉法になり、福祉施設の措置制度がなくなりました。

もう一つ、2000年に介護保険が始まり、医療制度改革のもとで医療法も改正されました。2000年はいろんな法制度が改められて、新しいものが始まった、そういう年でした。その後、医療制度改革、介護保険制度改革（5年後の見直し）が行われました。今年に入って、後期高齢者医療制度、特定健診・保健指導が創設されました。いろいろな問題点をはらみながらの船出ですが、いずれにしろ、かなり変わってきているといえるでしょう。

ただ、障害をもった方、あるいは、放っておいたら寝たきりになるであろうという方、そういう方々に対して我々専門職はどのように対応すればいいのか、これはどの時代でも変わらないわけです。そういう方々に対してきちんとサービスを提供し、QOLを中心にした対応をする、そういうことが我々の責務であろうと思います。

地域包括ケアシステムの構築

（スライド3）これが私どもの病院です。理念は、地域包括医療・ケアの実践と地域包括ケアシステムの構築、そして住民のための病院づくりです。病院本体は240床ですが、保健福祉総合施設が317床あり、合計557床です。診療科目は20、診療圏域人口は約7万人、職員は大体607人です。

急性期医療施設として、顕微鏡手術もやりますし、ICUもあります。しかし一般病院と少し違うところは、回復期リハビリテーション病棟があるだけでなく、緩和ケア病棟、ホスピス病棟があることでしょう。そして、病院と行政の保健福祉センターを核として、地域包括ケアシステムを構築していることも大きな特徴だと思います。

寝たきりにならないためには健康づくりが必要です。健康づくり座談会を地域にある集会所単位で、年に三十数回実施しています。座談会方式、ワークショップ方式で、健康づくりに関することをいろいろやっています。もう二十数年やっていますので、介護保険ができる時にもこういう場を使って住民の皆さんと意見交換を行いました。我々は「つくられた寝たきりを防止する」という発想で取り組んでいます。「つくられた」というのは、対応がまずいために寝たきりになるケースを何とか防ごうということです。さらに、口腔ケア、歯科保健活動なども実施して在宅ケアを支援していますが、住民の皆さんが参加するネットワークがあるという点が一番大事なことだと考えています。住民の皆さん方に参加していただいて、初めて「コミュニティ」という言葉が使えるのではないかと考えています。

ケアを「面」で連携する

私は20年前に、地域包括ケアについての定義をつくりました。「地域に包括医療を、社

会的要因を配慮しつつ継続して実践すること」であります。社会的要因というのはひとり暮らしだとか、介護保険で介護サービスを受けるなど、さまざまな社会的要因を指しています。

包括医療・ケアは、治療だけを指すではありません。健康づくりから在宅ケア、リハビリテーション、福祉・介護サービス、すべてを包括するのです。そして「施設ケアと在宅ケアの連携、および住民参加のもとに地域ぐるみの生活・ノーマライゼーションを視野に入れた全人的医療・ケアである」と定義づけています。ここで言う「地域」とは単にエリアを指しているではありません。コミュニティです。一言でいえば「地域包括ケアシステム」は、保健・医療・福祉（介護）の連携システムですし、施設ケアと在宅ケアの連携システムでもあるのです。これらについてはスライド4、5の通りです。

たとえば、うちの病院の緩和ケアは6ベッドです。全国でおそらく最も小さい病棟だと思います。6人の患者さんに対してスタッフは10人ですが、非常勤で関わっているスタッフはたくさんいます。そんな緩和ケア病棟ですが、終の栖家ではありません。症状が緩和したら自宅に帰ります。回復期リハビリ病棟もそうです。我々専門職、専門施設と行政及び住民の三者によるネットワーク、地域ぐるみの包括ケア、地域包括ケアシステムが実現しているのです。

利用者（住民）に対して、保健、医療、福祉、介護の専門職、あるいは施設が相互連携を取る。これは線の連携です。それに行政が加わってきます。住民のボランティア、NPOなどの組織もあります。行政、専門職、住民の三者で連携をとることが「面」の連携になるのではないのでしょうか。これからはこんな「面」の連携が必要になるのではないかと思います。単なる連絡会議の開催だけでなく、情報を共有し、総合的・一体的にサービスを提供することが求められています。医療のサービスだけでは住民のニーズに応えとは言えません。看護師とリハビリスタッフが一緒になって在宅支援をしたり、あるいはヘルパーと介護福祉士が一緒になってサービスを提供するなどを通して、ネットワーク構築という「面」の連携が出てきます。（スライド6、7）

地域包括ケアシステムのあり方

我々の地域包括ケアシステムの構築の手法は農村型ですが、都市には都市型のやり方があるでしょう。東京の多摩ニュータウンとか、大阪の千里ニュータウンなどのマンモス団地の高齢化が一斉に進んでいます。千里ニュータウンができたのは大阪万博の年ですから、その頃、平均年齢が40歳だった世帯主は今一斉に高齢者になっているのです。千里ニュータウンには子どもの施設はたくさんありましたが、高齢者の施設はありませんでした。当

時は必要がなかったのです。今かなり整備されてきていますが、そういうものもちゃんと見越した団地型のシステムをつくるべきであると考えています。

(スライド8) 概念的なことですが、保健・医療・介護・福祉は、元気な時の健康づくりから始まって、病気の時の医療、そして障害が残ったら介護、福祉、こういう流れになります。健康そうに見えても高血圧の薬を飲んでいる方など、だぶりは当然あります。リハビリテーションという切り口で見ていきますと、医療、介護全般におよんでいることが見えてきます。

私は、地域包括ケアシステムは、地域完結型が望ましいと思っています。地域は、立地条件、あるいは市町村単位でもいいのですが、その地域の中で保健医療、リハビリテーション、介護・福祉のサービス提供体制(ハード・ソフト)と連携システムがあることという定義づけをしています。連携することで、状態像に応じたサービスが必要に応じてシームレスに提供されることが可能になりました。(スライド9)「シームレス」というのは「切れ目がなくつながっている」ということです。保健・医療・介護・福祉がつながって動かなければいけないということです。

急性期の治療が終わって、あとはリハビリという段階になっても急性期病棟にいる方がいます。次の受け皿がないために急性期病棟にいらっしゃるわけです。これは医療の無駄です。あるいは、回復リハビリ病棟がないために適切なリハビリができず、寝たきりになってしまったというケースも少なくありません。昔は、寝たきりになる人が非常に多かったのですが、今は対応さえきちんとしていけば寝たきりはかなり防げます。

御調町では医療費の伸び率もダウンして、町の活性化にもつながっています。県外から御調町に移り住んでこられる方もいます。この地域包括ケアシステムがなかったら、御調町はもっと過疎化したのではないかと考えています。

(スライド10) これは高齢者の棒グラフです。高齢者の数は増えていますが、寝たきりの人は、我々が在宅に関わり始めて10年後に3分の1になりました。それ以降、あまり変化がありませんが、これは寝たきりが減ったとか、寝たきりが治ったということではないのです。“つくられた寝たきり”を防止したということです。それにはリハビリテーションが大きな役割を果たしました。

次は医療費です(スライド11)。昭和60年度は、お金をつぎ込みながら、寝たきりも多かった。最悪でした。それが昭和63年以降は逆転して、以後圏域では低い医療費になっています。

地域包括ケアシステムの問題点

地域包括ケアシステムの問題点もいくつかあります。まず「人」と「金」です。人というのは専門職です。医師、看護師、保健師などのマンパワーを確保することが必要です。それから財源、お金です。一番大事なのは首長さんの理解です。選挙の時だけでなく、住民のニーズにこたえる地域包括ケアシステムを首長さんにはぜひつくっていただきたいと思っています。

さらに、「保健・医療関係者と福祉関係者の相互理解と連携」についていえば、「自分が、自分が」という考えではなくて、互いに相手を理解していく仕組みが不可欠です。我々医師も、ややもすると医師中心の医療、医師中心の福祉を考えがちでした。それは厳に戒めるべきだと思っています。そして、住民参加態勢がとれるといいと思います。

介護保険でちゃんとサービス提供ができるように、10年ほど前にリハビリテーションについて議論し、ステージによって、急性期、回復期、維持期に分けました（スライド12）。これは画期的なことです。さらに地域リハビリテーションの体制整備も図ろうとしています。地域リハビリテーションの定義は「障害のある人々や高齢者およびその家族が住み慣れたところで、そこに住む人々とともに、一生安全に、いきいきとした生活が送れるよう、医療や保健、福祉および生活に関わる」。さらに、「あらゆる人々や機関・組織がリハビリテーションの立場から協力し合って行う活動のすべてをいう」（日本リハビリテーション病院・施設協会）となっています。これは私が先ほどから話している地域包括医療、地域包括ケアの定義とほとんど同じです。「障害者や高齢者のQOL（生活の質）の向上を目指す」という点では非常に一致しているわけです。

急性期医療のリハビリはROM訓練が中心ですが、維持期、回復期になるとQOL、生活という視点が入ってきます。日常生活、生活環境、住環境のレベルアップを図り、保健・医療・福祉（介護）が連携し、システムを構築する。こういうネットワークを住民も含めて構築していくということです。地域リハビリテーションは地域包括ケアシステムと共通の理念といえると思います。

医師の課題と望まれる姿勢

新しい医師臨床研修制度の研修理念は、「医師としての人格を尊重し、専門性にかかわらず、医学・医療の社会的ニーズを認識しつつ、日常診療で頻繁に遭遇する病気や病態に適切に対応できるよう、プライマリ・ケアの基本的診療……」となっています。

介護保険制度などの制度をちゃんと認識して対応できる医師が求められています。また、プライマリ・ケア、本当に基本的なものが求められています。医師は、そのような社会の要求にちゃんと応えられる知識や技能・技術をもつべきだと思います。ややもすると研修

医を指導する指導医も専門に偏りがちなのですが、私はこのプライマリ・ケアは非常に大事だと考えています。

研修理念には、さまざまなものが散りばめられています。理念どおりであれば、一般の方も、お年寄りも障害者も、安心して相談し、また診療してもらうことができるはずなのですが、現実はなかなかそこまで行っていません。

研修医には、「地域保健・医療」が必修科目になりました。この地域保健・医療の中に、私がさきほど話しましたプライマリ・ケアをはじめ、地域包括ケアが入っています。医療も動いているのです。歯科医の研修にも在宅や介護などが入ってきています。

介護保険制度と地域包括支援センター

平成9年、介護保険法が国会を通過し、平成12年から介護保険制度が実施されました。制度をつくった時の老人保健福祉審議会報告の基本目標は以下の通りでした。

一つは、「高齢者介護に対する社会的支援」です。我が国では身内の女性が介護者になる場合が多いのですが、そうではなくて社会全体で支援する。次いで「高齢者自身による選択」は、長い間続いていた措置制度を改めたわけですから、かなり思い切った制度改正でした。3番目は「在宅を中心にする」。それから「予防・リハビリテーションの充実」、ここで明確に介護予防、寝たきり防止、その手法としてリハビリテーションの必要性を打ち出しています。そして「保健医療、介護福祉の連携」。「総合的、一体的、効率的なサービスの提供」更に「市民参加と民間活力の活用」をうたっています。これらの基本目標を整理すると、私たちがやってきた地域包括ケアシステムそのものだといえます。

平成17年介護保険制度が見直され、要介護認定制度が変わりました。従来の「要支援」が「要支援1」、「要介護1」の約3/4が「要支援2」と変わりましたが、本当にこれでいいのかどうか、それは今からの検証が必要になってきます。

要介護1以上でない施設には入居できませんので、この「要支援2」の人に対する対応が非常に重要になってきます。これからの地域ケアの拠点になるべき地域包括支援センターは人口2、3万人に1か所つくられたはずなのですが、この3年間を見ると、100%機能しているとはいえません。ただ単に介護予防のケアプランだけを立てているのではないか。本来業務である相談にのったり、権利擁護とか虐待防止など、地域に出ていくためのことをやっているのかとなると、やっているところもあるし、やっていないところもあるというのが現状です。

(スライド13) 地域包括支援センターには、社会福祉士、主任ケアマネジャー、保健師がいるのですが、とても3人では足りません。私どもの所は7人置いています。いろいろ

な相談業務にはじまり、介護予防のマネジメント、包括的・継続的なマネジメントを行います。ここでいう介護予防は、運動機能向上、栄養改善、口腔機能向上、この3つが柱になっています。運動機能についていえば、リハビリスタッフはリハビリ専門職。栄養改善については管理栄養士。さらには口腔機能向上では、言語聴覚士と歯科スタッフ、そして栄養士が連携をとります。この支援センターにはそういう専門職を本来置くべきで、前に述べた3職種でいいというものではないのです。ただ、そうするためには人件費も必要ですし、運営が難しいという問題も出てくるわけです。

介護予防プログラムを点検する

御調町は介護保険など、国のいろいろな事業の実験台になっています。今度も「未来志向研究プロジェクト」の一つとして、介護予防をどうすればいいのかというモデル事業を、運動機能向上、栄養改善、口腔機能向上について行いました（スライド14）。

（スライド15）これは「運動コーナー」です。マシンもありますが、必ずしも全員に必要ではありません。マシンを使いすぎてトラブルをおこしたケースも報告されています。

（スライド16）これは「栄養コーナー」です。自分の昨日の食事を入力して、それが正しい食事かどうかということをご自身発見もできます。また、栄養士に相談したり指導を受けたりすることもできます。

（スライド17）これは「口腔ケアコーナー」です。実験で効果が最もはっきりあらわれたのは口腔ケアでした。80%改善します。リハビリというと、ROM訓練中心の運動機能に目が向きがちで、国からも次の見直しではもう口腔機能はいらぬのではないかという意見が出ていますが、とんでもないことです。

広島県には「介護予防市町村支援委員会」があり、私はその会長も仰せつかっています。介護予防に関する普及啓発、人材の確保、資質の向上、それから介護予防関連事業の事業評価、そして、マニュアルの作成などを行っています。そして、国が平成7、8年からいていたことですが、広島県は「地域リハビリテーション広域支援センター」を、二次医療圏域に1ヶ所設置し、私どものところもこれの指定を受けています。

（スライド18）介護予防の市町村の支援事業です。これも実験ですが、全国から100か所の市町村をピックアップして、継続的評価分析を行い、データがリアルタイムに提供される仕組みになっています。こうして見ると、継続的な事業が必要だということがわかります。

（スライド19）これは浜村先生のデータです。一言でいえば、年齢に関係なくリハビリが必要というデータです。入院時から、退院後の在宅ケアを視野に入れたプランを作成す

る必要があるのです。回復期リハビリ病棟と地域リハビリテーションおよび在宅ケアの連携が必要になるということです。緩和ケアについても同じことがいえます。

「在宅」は自宅だけではありません。ケアハウスやグループホーム、生活支援ハウスなども在宅です。私は今後はケア付き住宅をどんどん増やすべきだという意見を数年前の審議会で述べたことがあります。今、国はこういうことに対して予算をつけて推進しているとしていますが、あれだけの予算では十分ではないと私は思っています。

今後のリハビリテーションへの期待

地域リハビリテーションは介護予防と地域ケア体制整備構想の中で、重要な役割を果たすはずですし、また、果たさなければいけません。地域リハビリテーション広域支援センターは、二次医療圏域ごとにその要としての機能をもつべきです。市町村の介護保険事業計画、都道府県の支援計画、高齢者プランおよび保健医療計画、老人福祉計画、この中で地域リハビリテーションを明確にうたうべきだと思っています。

広島県はきちんとした位置づけをしています。地域リハビリテーションは、高齢者だけではなくて、すべての障害者を対象とすべきです。対象の支援、かつ生活を見る視点が重要です。我々専門職は、いつもこのことを頭に入れて対応する必要があると思っています。

(スライド 20) この「健康みつき 21」は、平成 12 年に国がつくった「健康日本 21」、即ち「栄養・食生活」「身体活動・運動」「休養・こころの健康づくり」「たばこ」「アルコール」「歯の健康」「糖尿病」「循環器病)」「がん」に 2 項目プラスして、「健康みつき 21」をつくりました。それは「介護予防、寝たきりゼロ作戦」、そして「感染者予防」です。

(スライド 21) これは病院の全景です。(スライド 22) これが保健総合施設の全景になります。グループホームもあります。すべての高齢者、障害者に対して、維持期のリハビリテーションを提供しています(急性期と回復期のリハビリは病院で行います)。

(スライド 23) これはさっき言いました健康づくり座談会です。

(スライド 24、25) これは ALS、筋萎縮性側索硬化症という神経難病の患者さんです。呼吸ができなくなって 11 年たちます。この患者さんを在宅でずっと看続けています。年に何回か入院しますが、また元気になって、在宅に戻っていきます。入院といってもほんの数日です。その患者さんを起こして、ベッドサイドでリハビリをやっています。

(スライド 26) これは、その患者さんが四国へ一泊旅行に出かけた時のものです。この一泊旅行が始まって 6 年ぐらいになりますが、これがノーマライゼーションだと思うのです。障害をもっていても普通の生活ができること、これが我々が目指すものであります。

(スライド 27) これは看護と介護の連携プレーで在宅でお風呂に入れているところです。

(スライド 28) これは新しく御調町に移り住んでこられた老夫婦です。バリアフリーの家を新設され、設計の段階から、うちのリハビリスタッフが関与しました。

(スライド 29) これはナイトパトロールです。

(スライド 30) 歯科医も在宅を回っています。

(スライド 31) ボランティアの人も在宅ケアに参加しています。

(スライド 32) これは早期リハビリです。ベッドサイドで行っています。

(スライド 33) これはケアカンファレンス。いろんな職種が集まって検討しています。

(スライド 34) これは歯科スタッフが施設を回っている様子です。

(スライド 35) これは地域包括支援センターの様子です。

(スライド 36) これもボランティアです。デイサービスです。

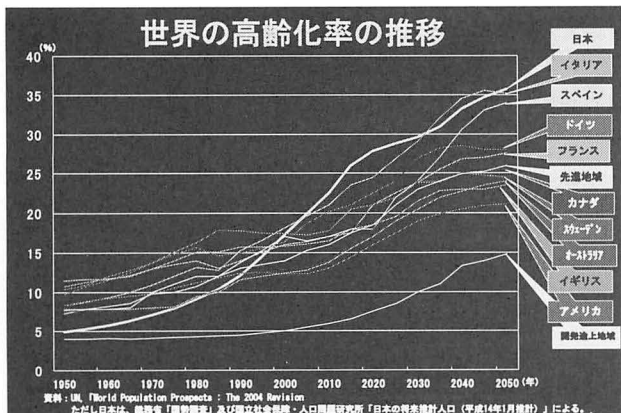
“病気”をみる医療から“人”を見る医療へ

(スライド 37) 今後の医療は“病気”をみる医療から“人”をみる医療へと変らなければなりません。そのためには「サイエンス」「アート(知識)」そして「ヒューマニティ」が必要です。これはまさに「人」です。この他「総合医、総合診療の重要性」「保健・医療・介護・福祉の連携」「生活を視野に入れた医療」これが重要となります。

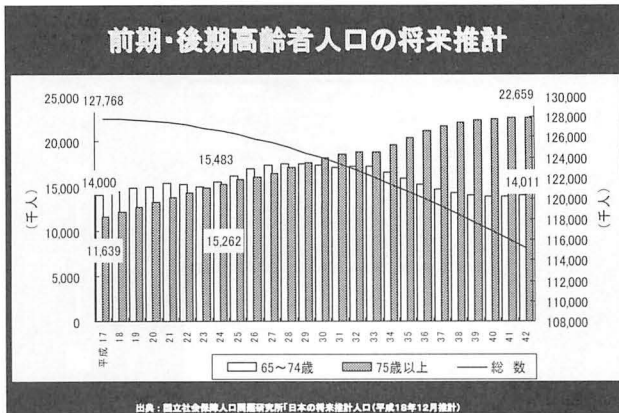
(スライド 38) 左上が保健、健康づくりです。左下が医療、右下が介護・福祉で、右上が生活です。生活には環境、建築、教育、就労、雇用があります。保健・医療、介護・福祉と生活の連携が今後は必要になると思います。

以上、私どもが行っている地域包括ケアシステムを紹介しました。これは地域リハビリテーションと目指すところは同じです。同じ理念、同じ哲学をもった皆さんが参加して、今後の高齢社会に向けてのケアシステムをつくりあげていかれることを期待します。

ご清聴、ありがとうございました。(拍手)



スライド 1



スライド 2

公立みつぎ総合病院の概要 (平成20年現在)

理念： 地域包括医療・ケアの実践と地域包括ケアシステムの構築及び住民のための病院づくり

体制： ○ 公営企業法の全部適用
○ 国保直診(直営診療施設)

病床数： 240床

併設施設： 保健福祉総合施設(老人保健施設等) 317床
合計 557床

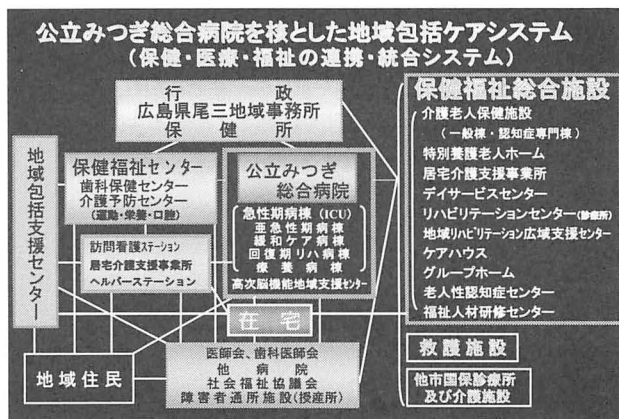
診療科目： 20診療科

診療圏域人口： 約7万人

職員数： 608人(うち医師数 35人)(臨時職を含む)

特性： ○ 高度医療を行う地域の中核的総合病院(二次救急指定病院)
○ 回復期リハビリテーション病棟及び緩和ケア病棟を併設
○ 病院と保健福祉センター(行政部門)を核として地域包括ケアシステムを構築
→ 地域包括医療・ケア連携室を設置
○ 在宅ケアと寝たきりゼロ作戦を実施
○ 保健・医療・福祉の連携統合
○ 医師臨床研修病院指定、各種学会認定施設
○ 日本医療機能評価機構による病院機能評価認定

スライド 3

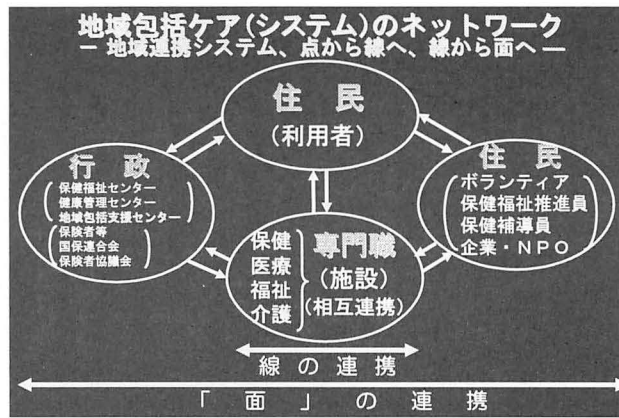


スライド 4

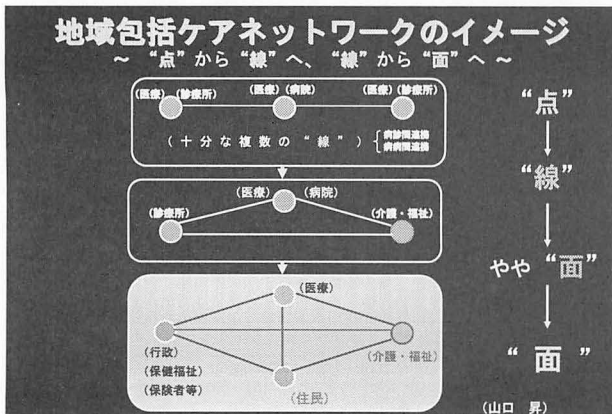
地域包括医療・ケアとは

- 地域に包括医療を、社会的要因を配慮しつつ継続して実践し、住民が住みなれた場所で安心して生活出来るようにそのQOLの向上をめざすもの
- 包括医療・ケアとは治療(キュア)のみならず保健サービス(健康づくり)、在宅ケア、リハビリテーション、福祉・介護サービスのすべてを包含するもので、施設ケアと在宅ケアとの連携及び住民参加のもとに、地域ぐるみの生活・ノーマライゼーションを視野に入れた全人的医療・ケア
- 地域とは単なる Area ではなく Community を指す (山口 昇)

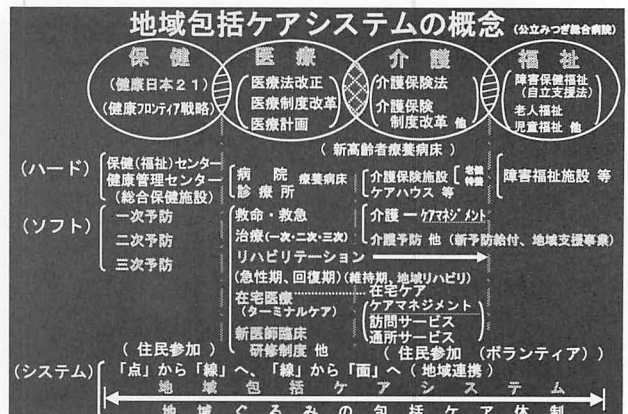
スライド 5



スライド 6



スライド 7



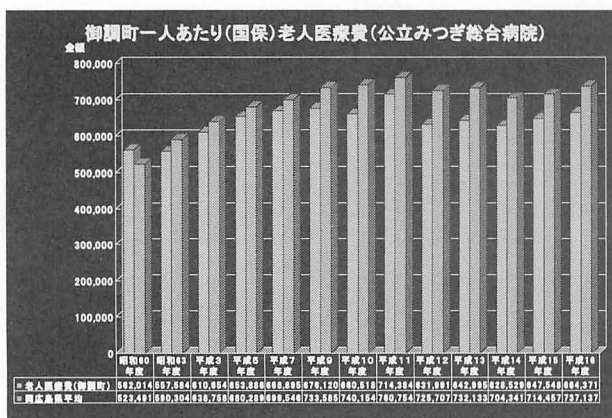
スライド 8

- ### 地域完結型の地域包括ケアシステム
- 地域に保健・医療・リハビリテーション・介護・福祉のサービス提供体制(ハード、ソフト)と連携システムがあること
 - 状態像に応じたサービスが必要に応じてシームレスに提供されること
 - 医療機関の役割(機能)分担と連携
 - 点から線へ、線から面へ
—— ネットワークの構築
 - 全人的医療
 - 地域住民のニーズに応えられる保健・医療・介護・福祉
 - 適切な医療提供体制
—— 医療計画の見直し

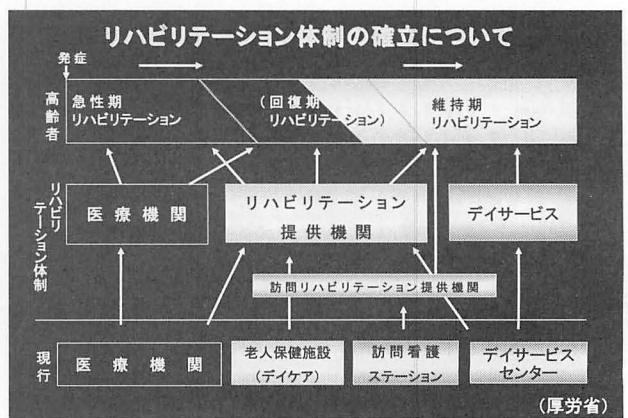
スライド 9



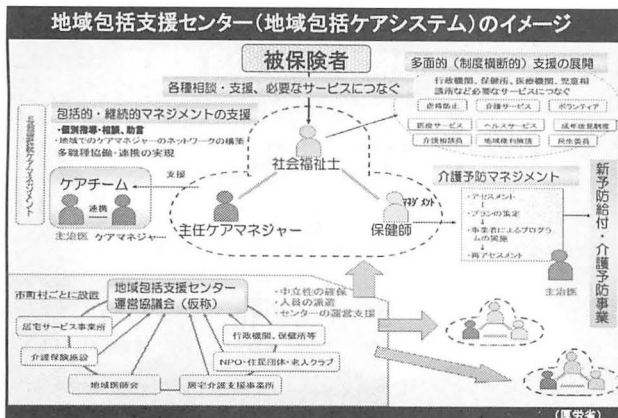
スライド 10



スライド 11



スライド 12



スライド 13

御調町における 要支援・軽度要介護認定者への対応

- 介護保険サービスは原則不要
- 介護予防サービスメニューの活用と
介護予防マネジメントシステムの構築
—— 地域包括支援センター
- 具体的には
 - ① 運動機能向上(筋力トレーニング)
 - ② 栄養改善(適切な栄養指導)
 - ③ 口腔機能向上(口腔ケア)

→ 未来志向研究プロジェクト事業
→ 市町村事業として実施
→ 介護予防センター

スライド 14



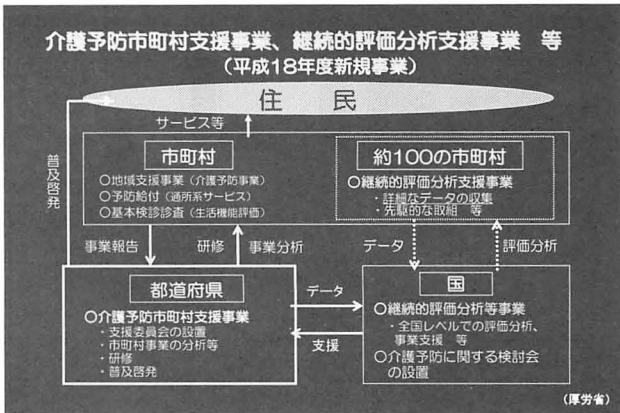
スライド 15



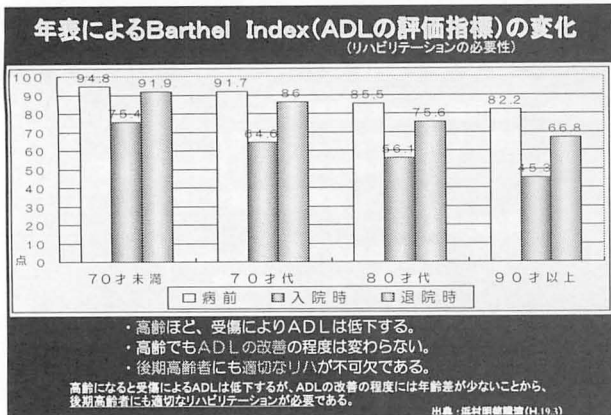
スライド 16



スライド 17



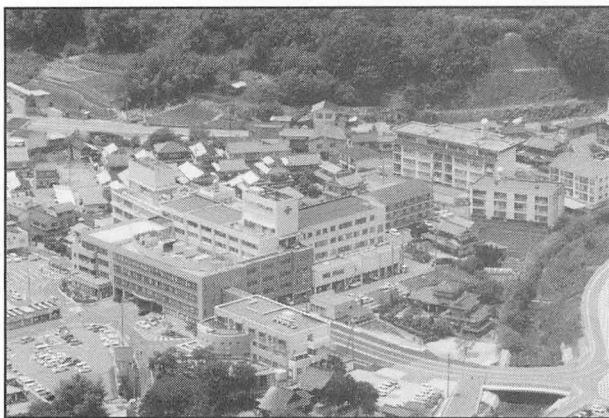
スライド 18



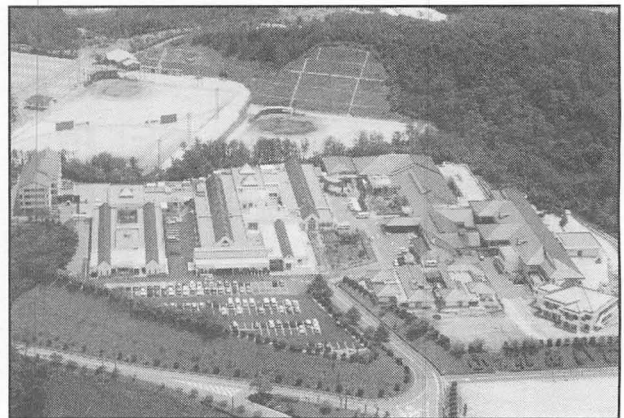
スライド 19



スライド 20



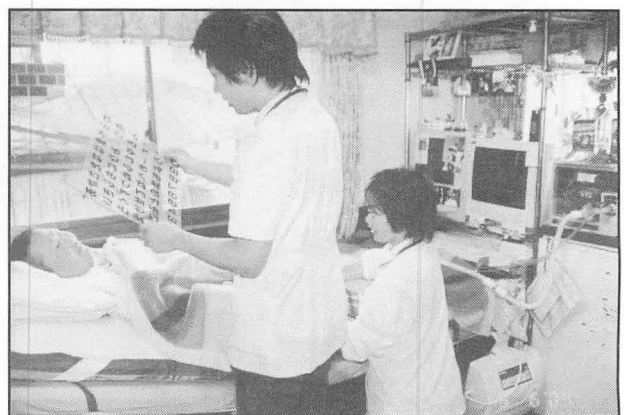
スライド 21



スライド 22



スライド 23



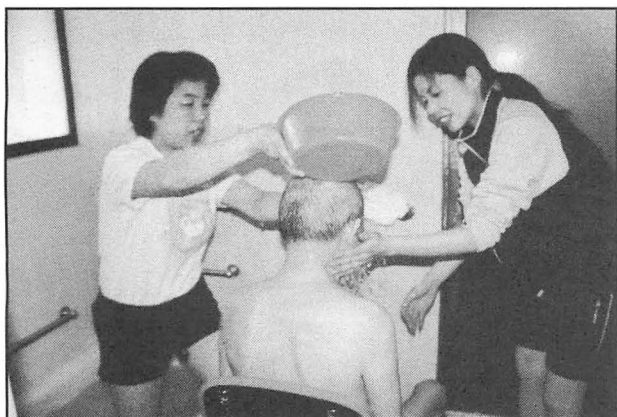
スライド 24



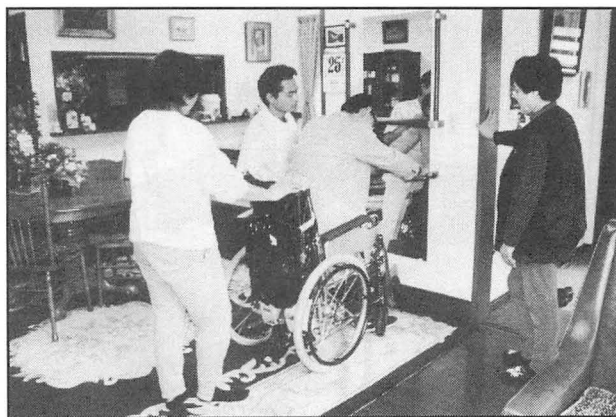
スライド 25



スライド 26



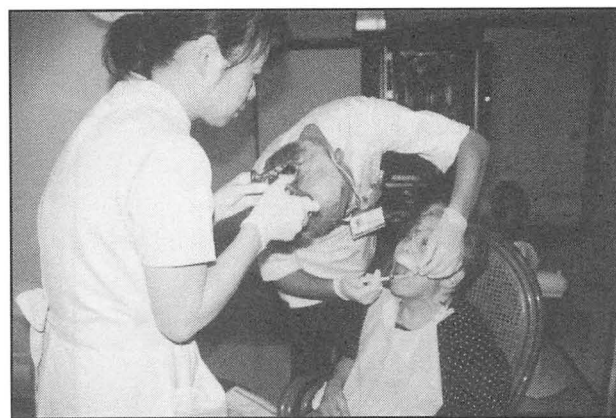
スライド 27



スライド 28



スライド 29



スライド 30



054705

スライド 31



054705

スライド 32



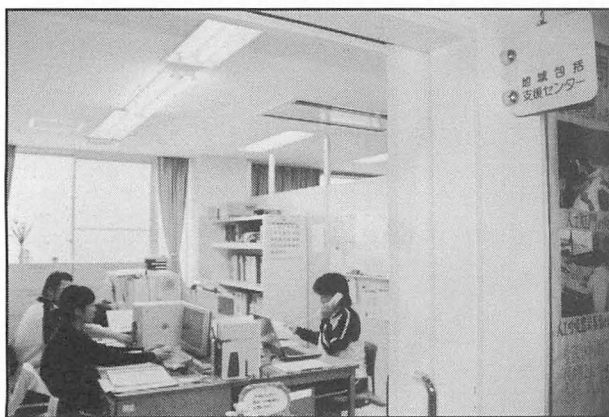
054705

スライド 33



054705

スライド 34



スライド 35



054705

スライド 36

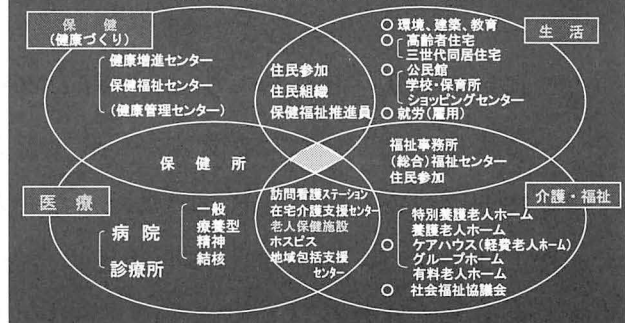
“病気”をみる医療から “人”をみる医療へ

- Science
- Art
- Humanity
- 総合医、総合診療の重要性
- 保健・医療・介護・福祉の連携
- 生活を視野に入れた医療

スライド 37

長寿社会における“まちづくり”

— 保健・医療・福祉(介護)と生活の連携 —



スライド 38

■情勢報告

リハビリテーション・インターナショナル（R I）をめぐる最近の動き」

総合リハビリテーション研究大会常任委員長／法政大学教授 松井亮輔

これから「リハビリテーション・インターナショナル（R I）をめぐる最近の動き」について報告させていただきますが、R Iをご存じない方もいらっしゃるでしょうから、最初にR Iについて説明させていただきたいと思います。

R Iは1922年、国際肢体不自由児協会として設立されました。その後1948年に国際肢体不自由者福祉協会（I S W C）という子どもから大人を含む協会になりました。初代会長はヘンリー・ケスラーで、アメリカのリハビリテーション医としてはハロッド・ラスクと並び称される権威です。初代事務局長のドナルド・ウィルソンは、戦後GHQで日本の厚生行政を担当した方です。

1960年に名称が国際障害者リハビリテーション協会（I S R D）になり、さらに72年に国際リハビリテーション協会（リハビリテーション・インターナショナル、略称R I）と変わりました。

R Iの実績

R Iの主な実績としては、1968年に障害者に関する国際実態調査を行い、世界人口の1割が障害者となりました。この数字は現在でもWHOなどが使っています。

当時、約4億5,000万人の障害者の3分の2は、必要なリハ・サービスを受けていない、特に途上国の障害をもつ人たちの場合はそうなので、それに対応するために70年代を「リハビリテーションの十年」として取り組みを進めました。

皆さんもよくご存じの車いすを形どった国際シンボルマークは、R Iが1969年に決め、世界に普及しました。日本では、日本障害者リハビリテーション協会がその普及の窓口になってきました。

1979年には、「80年代憲章」を発表しました。これは1982年に国連総会で採択された「障害者に関する世界行動計画」のひな型になっています。

1999年には「2000年代憲章」を策定し、そこで障害者権利条約の制定に向けて取り組んでいこうと提唱しました。

R Iの目的

R Iは、権利擁護、ハビリテーションとリハビリテーション、アクセシビリティなどを

ととして、教育、雇用および地域生活における障害者の権利およびインクルージョンを促進することを目的としており、グローバルで多様な会員から構成されています。

R I の組織

R I の会員は正会員、準会員、国際会員から成っています。現在の会員は 93 か国・地域の正会員 120 団体、準会員 72 団体、国際会員 11 団体などという、約 200 あまりの団体から組織されています。

R I は世界を 6 つの地域に分け、役員会は、会長、次期会長、副会長（6 名。各地域から選出）、次席副会長（6 名。各地域から選出）、財務担当役員、常設委員会委員長（7 名）を含めて 22 名で構成されています。

常設委員会は、保健・機能委員会、社会委員会、労働・雇用委員会、教育委員会、技術・アクセシビリティ国際委員会（ICTA）、レジャー・レクリエーション・身体活動委員会、および政策・サービス委員会の 7 つから構成されます。

事務局はニューヨークにあり、事務総長ほか 4、5 名のスタッフが配置されています。

R I と日本との関わり

1950 年に日本肢体不自由児協会が、R I のメンバーになりました。現在は日本障害者リハビリテーション協会および独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構（高障機構）が会員になっています。

1958 年に R I 日本国委員会ができて、その会長に、日本のリハビリテーションの父といわれる医学博士高木憲次氏、事務局長には医学博士小池文英氏が就任しました。当初、事務局は日本肢体不自由児協会にありましたが、現在は日本障害者リハビリテーション協会に置かれています。

1965 年に、第 3 回汎太平洋リハビリテーション会議を東京で開きました。これは日本で「リハビリテーション」という名称で行われた最初の国際会議です。この会議を契機にそれまでは「更生」と訳されていた「リハビリテーション」が国内に定着していきました。

1981 年には、国際障害者年のメインイベントのひとつとして、身体障害者雇用促進協会（現・高障機構）により身体障害者の国際技能競技大会である、国際アビリンピックが東京で開催され、R I は共催団体として加わりました。

1988 年には、東京で第 16 回 R I 世界会議が、そして、2002 年には、アジア太平洋障害者の十年の最終年記念行事の一環として、大阪で R I アジア太平洋地域会議が開催されています。

R I をめぐる最近の動き

1980年にカナダのウィニペグでR I 総会、および第14回R I 世界会議が行われました。障害当事者団体もR I に加盟していたのですが、この総会で役員会の過半数は障害当事者がすべきであるという提案が出され、それが否決されたことを契機に、障害当事者団体はR I から出て、翌81年に障害者インターナショナル（D P I）をつくりました。

1999年には国際障害同盟（I D A）が結成されましたが、それは現在ではR I も含めて8つの国際的な障害団体から構成されています。I D Aができた背景には、障害者権利条約制定に向けて障害団体が協力すべきだということがあります。

今年の5月にはI D A C R P D（障害者権利条約）フォーラムが結成されましたが、これはI D A 8団体、地域レベルの障害団体のネットワーク組織5団体、その他の国際団体2団体で構成されています。

I D AとI D A C R P Dフォーラムの事務局は、ともにR I に設置されています。それは、I D Aに属する8団体のうち、ニューヨークに事務局があるのはR I だけなので、I D Aの事務局はR I に置かれているわけです。

I D Aは、役員会の構成メンバーの過半数が障害当事者、その親あるいは代弁者であることが加盟条件になっていたため、昨年のR I 総会で、R I も役員半数以上は障害当事者になりました。

今年8月下旬ケベックで開かれたR I 総会で、会長にはニュージーランドのアン・ホーカー（障害のある女性）が、そして新事務局長には同じく女性の障害者である、フィリピンのビーナス・イラガンが就任しました。

名称変更に関する提案

そういった背景から、R I の名前を変えるべきではないかという議論がここ数年あります。特に去年のR I 総会では、「Rights & Inclusion」という名称にすべきではないかという具体的な提案がありました。権利ベースのアプローチ、および国連障害者権利条約の意図を反映する名称にすべきだという理由からです。

それに合わせて保健・機能委員会（旧医学委員会）と社会委員会の合併の提案もありました。医学モデルと社会モデルの総合化を志向するWHOの国際機能分類（I C F）への対応が主な理由になっています。しかし、保健・機能委員会と社会委員会を統合する本当の理由は、医学色をもっと薄めたいというのが真意と思われます。

今年4月にエクアドルで開かれたR I 役員会では、名称変更および保健・機能委員会と社会委員会の合併については、多数の役員が反対した結果、8月のR I 総会では、名称変

更と2つの委員会の合併については提案しないことになりました。

今回のR I総会では、日本をはじめ、アジアやEUの加盟団体は、R Iは本来あるべきリハビリテーションの普及活動にもっと力をそそぐべきであるということを強く主張しましたが、それは加盟団体のマジョリティの支持を得たと思われま

R I 戦略プラン

ケベック総会では、当初「戦略プラン 2008～2012年」が議題にあげられていました。この戦略プランの目標1は、国、地域および国際レベルでの障害者権利条約の履行、目標2は機会均等およびインクルージョン、目標3は地域と常設委員会のR Iネットワークの強化が挙がっています。

目標1の中の目的4として、専門家助言、アドボカシーおよび研修プログラムを通してハビリテーションおよびリハビリテーションを促進することが挙げられています。しかしこの「リハビリテーション」という位置が極めて低いのです。日本、EU諸国などは、ハビリテーションとリハビリテーションをもっと前面に出すべきではないかという意見を強く出しました。その結果、この戦略プランは今回の総会では正式の議題とはしないで、役員会で修正したものをもう一度、来年の総会に出すことになりました。

障害者権利条約第26条で、「ハビリテーションおよびリハビリテーション」は次のように規定されています。「締約国は、障害者が最大限の自立、十分な身体的、精神的、社会的および職業的な能力、並びに生活のあらゆる側面への完全なインクルージョンおよび参加を達成し、かつ維持することを可能とするため、ピアサポートを通じたものを含む、効果的かつ適切な処置をとる。このため、締約国は特に、保健、雇用、教育および社会サービスの分野においてハビリテーションおよびリハビリテーションについての包括的なサービスおよびプログラムを企画し、強化し、および拡張する」。

これは、もともとR Iが目指してきたことなので、今後R Iがリハ専門団体としてのアイデンティティを持ちながら活動を展開するためには、これを積極的に推進する必要があると思われま

R I をめぐる動きから学ぶこと

1965年にはじめての国際的なリハビリテーション会議が東京で開催され、その時初めて医療、教育、雇用などの分野の関係者が一緒にこの会議に参加しました。とかくりハビリテーションというのは基本的には医療を中心としたものであって、それ以外の分野の人たちはあまり関係ないと思われがちですが、1965年の東京での会議にはあらゆる分野の方々

に参加したという意味で、わが国のリハ関係者にとって画期的なことでした。

それから、当時、リハビリテーションの対象は身体障害児・者と想定されていましたが、この会議では精神障害、知的障害分野の関係者も参加しました。

もともとリハビリテーションの対象領域は非常に広いことを自覚して活動してきたわけですから、もう一度原点に戻って活動を進めることが、R Iに求められている役割であると思われま

R Iをめぐる最近の動きは、この総合リハビリテーション研究大会のこれからのあり方を考えるうえでも参考になることが多いのではないのでしょうか。総合リハビリテーション研究大会が目指すところは、リハビリテーションに関わる各専門分野の実践や研究を深める一方、包括的なプログラムやサービスの構築に向けての各専門分野横断的な共同実践や共同研究の推進であると考えます。

何らかの形でリハに関わる私たちがアイデンティティを見失うことなく、リハ分野での国際的貢献も含め、時代の要請にどう適切に応えていくかを一緒に考える場として、この大会がさらに充実したものになることを期待して、締めくくりとさせていただきます。

ご清聴ありがとうございました。

各分科会コーディネーターによる課題整理

■第1分科会 「権利条約の行方」

尾上 浩二 DPI 日本会議 事務局長

■第2分科会 「生きにくさ」と向き合う

藤井 克徳 総合リハビリテーション研究大会常任委員／

日本障害者協議会常務理事

■第3分科会 「新しい障害定義(ICF)の意味」

大川 弥生 国立長寿医療センター研究所生活機能賦活研究部部长

■第4分科会 「組織連携とコーディネート」

橋本 康男 元広島大学地域連携センター教授・広島県国際課長

■第5分科会 「社会資源の創造」

森 浩昭 「僕らのアトリエ」販売店代表・料亭久里川支配人

関宏之 今回の分科会についてご説明をします。

第1分科会は障害者権利条約に触れ、コーディネーターは尾上浩二さんをお願いいたします。

第2分科会は、生きにくさは何かについてお話しいただき、コーディネーターは藤井克徳さんです。

第3分科会のコーディネーターは大川弥生さんをお願いして、ICFについてお話しただきます。

第4分科会は、ネットワーク・連携について、橋本康男さんに議論を深めていただきます。

第5分科会は「僕らのアトリエ」代表であり、懇親会の会場の料亭久里川の支配人でもある、森浩昭さんにコーディネートをお願いしました。

それぞれのコーディネーターに、どんな分科会になるかをお話しいただきます。

■第1分科会

権利条約の行方

DPI 日本会議事務局長 尾上浩二

2006年12月に障害者権利条約が国連で採択されて、今年の5月にはすでに20か国以上が批准をして、発効もしています。それで日本ではどんなことが課題になっていくのかを分科会では進めていきたいと思っています。

障害者権利条約にはいくつか重要な概念があります。障害者一人ひとりが体験をしてきたこれまでの経験や歴史観、考え方などの関係で、障害者権利条約はつくられました。第19条には特定の生活様式を義務づけられないことが規定されています。特定の生活様式というのは、社会的入所のことです。

平等な生活

私は1960年に、仮死早産で生まれて、1歳で脳性マヒと診断され、下肢痙直型タイプという、アテトーゼや言語障害があまり出ないタイプの脳性マヒです。私自身の生活体験を振り返ると、当時の脳性マヒ者の生活そのものだったと思います。小学校は養護学校、その後、肢体不自由児施設で過ごしました。障害者権利条約でいうところの特定の生活様式でした。施設入所者待機リストに入っていたと思うのですが、両親と施設との間で話が進んでいたようです。小学校5年の春休みに入所することが勝手に決まりました。

施設での生活でいくつか忘れられない出来事があります。子どもの時から私は本が好きでした。私が施設にいた時代はお盆と正月、春休みぐらいしか外泊ができませんでした。ですから、自分の買いたいものも買えません。それで入所する時に本を50冊ほどダンボール箱に詰めて持って行きました。

すると婦長さんが、「置く場所がないから、お父さん、お母さん、持って帰ってください」と言うのです。部屋は8つのベッドが並べられていて、確かに自分の本を置く場所はありませんでした。ここは自分の宝物の本を置く場所もないというのが第一印象でした。そして、ベッドサイドに洋服などを入れるロッカーがあって、それを開いてびっくりしました。上着から下着にいたるまでマジックで「51番 尾上浩二」と大きく書いてあるので。子ども心にも、こんな番号をつけられて外に出るのが恥ずかしいと思いましたが、実際にはお盆と正月しか帰れませんから、そんな心配も必要ありませんでした。でも、この施設にいと私は「51番」という番号で呼ばれる存在なのかと思いました。

障害者権利条約では「他の者との平等」、つまり障害のない人との平等について何回も

書かれています。私と同世代の障害のない子どもでこんな体験をした人は聞いたことがありません。私の生活が他の子どもと比べて平等な生活だったのかと、思い返しています。

1960年代後半から1970年代最初には「延長手術」が非常に盛んに行われました。毎週、手術がありました。私は2年間施設にいましたが、3回、合計8か所、腰、膝、アキレス腱を全部切られています。でも手術をすればするほど障害は重くなりました。

さらに、夜寝るときも「ポジショニング」という名前で訓練がありました。寝ていると腰が緊張のために伸びないので、さらしのようなものでぎっちり締められるのです。いわば夜の6時半から朝の6時までがんじがらめに身体拘束されて寝かされる状態です。障害を治すためだったらどんな苦勞でもするという感覚でした。

合理的配慮

そして、障害者権利条約で重要な項目に「合理的配慮」があります。私は中学校は普通の中学校に入りました。私のいた施設は一風変わっていて、普通学校に戻すように働きかけていたPTがいました。それで、普通中学に行きなさいとアドバイスされました。

ところが、普通中学にはすんなりとは入れませんでした。頼んだ末、入れたという感じでした。私の親と養護学校の担任の先生とで2回話し合いをもちました。

まず1回目の話し合いでびっくりしたのは、応対された校長先生は、場違いな子どもが来たという感じで、「尾上君、ここは階段もあれば手すりもあります。もし、ひっくり返ったらどうするんですか」と言いました。私は困りました。3年間絶対ひっくり返ったりしませんと約束はできません。一番最初に社会的な差別を感じた体験です。

ただ、養護学校の担任の先生が「この子はひっくり返っても、ケガをしないトレーニングを学校でしていますから大丈夫です」と言ってくれました。そんな訓練をしていたかなと思いましたが、担任の先生が言ってくれたから何とか入学できたのです。私の親だけだったら、ひっくり返ったらどうするんだと言われたら、すごすごと引き下がっていたと思います。

ただ、先生からは「普通学校は養護学校とは違います。普通学校に入った限りは特別扱いはしません」と言われました。今ならば、合理的配慮をして調整するのが「特別扱いしない」ことだと思いますが、当時は「何もしないこと」が「特別扱いしない」ということなのです。

そして念書を書かされました。「階段、手すりなどの設備は求めません」「先生の手は借りません」「まわりの子どもたちの手は借りません」。この3つについて念書を書いてくれるのなら入学させてあげましょう、ということだったのです。それで何とか入れてもらい

ました。

障害者権利条約ができた今なら、「何もしないのではなく、『合理的配慮』をしてもらわなければ困る」と言えますが、40年近く前には「合理的配慮」という概念はまったくありませんでした。

私が苦労話を話しているように思われるかもしれませんが、いかに「合理的配慮」という概念が有効か、私たち障害者が障害者権利条約にどれだけ大きな期待をかけているかをわかっていただきたくて、お話ししました。

障害者権利条約が提起する新しい概念

そして障害者権利条約は障害当事者が参画してつくりました。1980年代ぐらいから障害者権利条約が必要ではないかという議論がありました。具体的な動きは2001年から出てきました。2002年に第1回障害者権利条約の特別委員会がつくられ、第8回の特別委員会が開催で採択されました。満場一致の拍手が起こったり、足が踏み鳴らされたそうです。

そして2006年12月に国連総会で採択されて、2007年3月30日から署名開放をし、日本政府は2007年9月28日に署名しました。この批准に向けた取り組みが重要になっています。

ここで条約が提起する新しい概念を紹介します。

一つは自由権、社会権です。これまではよく人権規約のA規約＝社会権、B規約＝自由権とよくいわれていましたが、この障害者権利条約では「包括モデル」という考え方をとります。

たとえば、参政権を例に考えます。参政権は自由権です。聴覚障害がある方が国会を聴講しようとした時に、参議院の場合には手話通訳はつきますが、衆議院はつけられません。自由権である参政権を行使しようとした時に、社会権である手話通訳保障が得られなければ、その自由権も行使できない構造になっているのです。

さらに障害者権利条約全体を貫いているのが「非差別、平等」という概念です。差別の中身については、「合理的配慮を行わないことを含むあらゆる形態の差別」と第2条で定義されています。

さらに「障害の概念」についても定義されています。第1条目的で「種々の障壁との相互作用により、他の者との平等…」、つまり障害は、「他の者との平等を基礎とした社会への完全かつ効果的な参加を妨げることのある…障害を含む」ということで、環境との相互作用によって社会への参加を妨げるものを障害とするという考え方をしています。

さらに、第2条に、「言語には、音声言語、手話及び他の形態の非音声言語を含む」と

規定されています。画期的なことが、これだけでもたくさんあることがわかったと思います。

障害者権利条約の個別のポイント

さらに個別の論点についてポイントを申し上げます。

先ほど、第 19 条に「特定の生活様式を義務づけられないこと」と書かれていると申し上げました。第 19 条は「自立（自律）した生活及び社会へのインクルージョン」の内容になっています。

第 24 条「教育」ではインクルーシブ教育の原則を規定しました。特別支援教育など、いろいろな形で変わりつつありますが、いまだに学校教育法施行令第 5 条では、障害のある子どもは、市町村が就学通知を出さないことになっています。まず入り口を障害のある子どもない子ども一緒にしなければインクルーシブにはならないと私たちは考えています。

さらに第 24 条 3 項で、手話や点字の取り扱いが特にふれられています。手話の取得、社会の言語的の促進のためのろう教育について示されましたが、それは手話を言語とする学校です。

聴覚障害のある知人から話を聞くと、昔のろう学校は、手話を教師の前で使うとひどくしかられたそうです。先生たちがいない時に隠れて子どもたち同士で手話を使っていました。それはこの 20 年ぐらいで変わってきてはいますが、ろう学校の先生は、手話ができることが任用資格にはなっていません。第 24 条 3 にある「手話の修得、ろう社会の言語的アイデンティティの促進」を適用するならば、その教育にあたる教師は手話が使えないとダメだと思います。さらにいえば、ろう者自身が先生になることがいいのではないかと思います。

第 27 条には「あらゆる形態の雇用差別禁止」があります。第 2 条で「合理的配慮」が規定されていますから、雇用や協議の場面では合理的配慮とは何か非常に重要な課題になってきます。厚生労働省では今年の春ぐらいから研究会を設置しているという動きがあります。

第 33 条は「国内の実施とモニタリング」です。今までできた 7 つほどの人権条約と比較すると、唯一、国内モニタリングが規定されています。政府と独立したモニタリング機関を設け、その中に障害者を入れることをうたっている非常に画期的なものです。

このように障害者権利条約には少し見ただけでもたくさんの論点があります。その中で障害者権利条約の批准について最近の動向をお話しして、まとめに代えたいと思います。

今後の国内での批准に向けての動き

先ほど松井先生の話の中で I D A の話がありました。I D A は国際組織で、その国内組織として、障害者権利条約作成段階で、連携をベースにした日本の N G O 傍聴団を組織化しました。そして、条約採択後も定期的に政府と意見交換会をしてきました。

2007 年 9 月の日本政府の署名後、国内完全履行に向けて各省庁ごとに意見交換会を開始しています。今年 2 月に内閣府、5 月に厚生労働省、今週 8 月 26 日に文部科学省と意見交換をしました。

障害者権利条約が採択されてから 1 年半ほど経つので、啓発、広報も充実してきたと思っています。J D F が最近つくった「みんなちがって、みんな一緒 障害者権利条約」というキャッチフレーズは、非常にわかりやすいと思います。D P I では、「障害者の権利条約でこう変わる Q & A」を出しています。

研究者側では、東大の長瀬修さん、川島聡さん、弁護士の東俊裕さんが『障害者の権利条約と日本-概要と展望』という本を出しました。

さらに、福祉新聞社からも連載記事をもとにした「障害者権利条約で社会を変えたい」という本が発行予定です。障害者権利条約の政府仮訳に対する J D F のコメントなども所収していますので、ぜひお読みください。

また、内閣府が障害者差別の事例収集を始めています。これは私ども J D F の団体も関わっており、この 9 月からアンケートの発送を始めています。約 6,000 人の障害者にアンケートを実施し、してほしいこと、してほしくないこと、どういうことが差別と思うか、もっとこういった合理的配慮があれば、といったことを具体的な事例をとおして検討しています。

自治体での差別禁止条例づくりとして、千葉県では 2006 年に「障害のある人もない人もともに暮らしやすい県づくり条例」が制定されました。それに続く形で今、北海道、岩手県、愛知県、長崎県などで条例づくりの動きが出ています。

J D F は、地域フォーラムを開き、すでに北海道、愛知県で開催しました。今年度、大阪府、岡山県、宮城県で予定しています。障害者権利条約をテコに権利の時代をつくっていきたいと思っています。

今、日本ではセーフティネットが非常にもろくなっているといわれていますが、私は崩れてきているのではないかと思います。障害者権利条約は、障害者の権利のことが中心ではありますが、この条約を完全履行するということは、障害者をはじめ、すべての人の権利が当たり前を守られることになるので、大切なことだと思います。今の日本の格差社会やセーフティネットの崩壊などの問題を、先どりしてきたのが障害者問題ではないで

しょうか。つまり、障害者権利条約を批准し障害者の人権を確立することは、今セーフティネットを張りなおし、社会的に排除されている人たちの人権が守られることにつながります。そのことをもう一度考え直したいと思います。

■ 第 2 分科会

「生きにくさ」と向き合う

日本障害者協議会 常務理事 藤井克徳

はじめに

本大会には 5 つの分科会が設けられていますが、第 2 分科会だけが「大和言葉」で表記されています。柔らかいイメージがありますが、同時に「大和言葉」の特徴として奥深い意味が含まれているように思います。なかなかのタイトルとっていいのではないのでしょうか。

障害分野を越えたテーマ

憲法第 25 条は「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」と明言しています。私は、この第 25 条については、「健康で生きる＝安全に生きる」という要素と、「文化的に生きる＝より良く生きる」という要素の二つの要素から成っていると考えています。この国にあっては、単に生命を維持するという点だけをみればそれほど心配はないように思いますが、「安全に生きる」となるとたちまち心配な面が少なくなき、ましてや「より良く生きる」については不安や障壁を感じている人が少なくないのではないのでしょうか。それどころか、昨今では逆の方向に向いていると言っているように思います。このように、生存権の要素を二つの視点で捉え、わけても今の日本では「文化的に生きる」が問われているのだということを強調しておきたいと思います。

さて、なぜ今「生きにくさ」なのか、あるいは「生きにくさ」と立ち向かうのかということですが、このテーマは、障害のある人びとの社会参加の質と量に大きく影響するのです。障害を持たない市民が「生きにくさ」を感じる時、あるいは感じ方が強まる時、障害のある人びとへの「生きにくさ」がより集積的に強まることは間違いありません。逆に言えば、障害のある人びとが、本当に生きやすさを実感するとき、それは社会全体に生きやすさをもたらすことになるのです。

残念ながら、障害のある人びとの生活実態の今は、「生きにくさ」そのものであり、これが加速度的に増幅していると言っていると思います。それは、所得の実態だけをみても明らかです。少なくない障害のある人びとは障害基礎年金の 2 級受給者で、これを主収入源としながら生活を営んでいます。まさに、年金が命綱になっているのです。実は、最低限度の生活を具体化している生活保護制度の給付額よりも低いのが、障害基礎年金制度（2 級）であり、障害のある人びとの所得の実態です。

これに関連して、気がかりな動きがあります。それは、生活保護制度の給付額よりも厳

しい条件で生きている障害者がいる中で、生活保護制度の給付水準を引き下げてもいいのではという論調で、既に母子加算制度（母子家庭が対象）や高齢者加算制度が撤廃され始めています。さらに、生活保護制度と最低賃金制度の比較が行われるようになり、最低賃金の基準額が生活保護制度のそれよりも低いとなると、生活保護制度の給付額を最低賃金制度に合わせようという論議がまことしやかに飛び交っています。基本的な政策が下方へ、下方へと音を立てて崩れているようなイメージです。

そもそも、生活保護制度こそが社会保障政策の機軸であり、これがズルズル引き下がるのではなく、他の制度が少なくとも生活保護制度の水準までは引き上げられなければならないのです。そういう点で、最低の条件下に置かれている障害のある人びとへのまともな政策対応は、障害関連の政策水準の引き上げにとどまらず、後退を続けている社会保障制度全体の反転につながっていくはずですが、繰り返しになりますが、「障害者政策」の好転は、蔓延しつつある格差社会見直しの切り札的な意味を内包しているのです。

したがって、障害分野から「生きにくさ」に向き合うということは、障害分野を超えて社会のあり方を問うことにつながるものであり、非常に大きな今日的な意義があると言っているのではないのでしょうか。

分科会の4つの視点

第2分科会については、4つのポイントで考えていきたいと思います。1つ目は、「生きにくさ」の実態をできる限り出し合うことです。2つ目は、「生きにくさ」の本質を深めることです。3つ目は「生きにくさ」の表れ方を検証することです。4つ目に、これを打開、脱却していく方向性を探っていくことです。

まず1つ目の「生きにくさ」の実態は、しっかりとした尺度を携えるべきです。私は、自身が視覚に障害があることもあってか、いつの日からか腹時計にも似た障害者政策を問う「ものさし」を持つようになりました。それは、4つの視点から捉えるというものです。具体的には、①国際比較、とくに日本と同水準にある国々と比べること、②高齢者や子どもなど、同じ社会福祉分野の政策と比較すること、③変化の速度の妥当性を含めて、時間軸で政策の経緯をみていくこと、④障害当事者のニーズに照らしてみることで、以上の4点です。わけても、最後の「当事者ニーズ」、これが最も重要になると思います。

障害のある人びとの生活実態や問題現象を、こうした「ものさし」に照らしてみるならば、とても見えやすくなるのではないのでしょうか。

次に、二つ目の本質についてです。昨今、政府がやたらに用いる言葉に「安心」があります。政府の政策文書にあって、社会福祉に限らず「安心プラン」なるものが横行してい

ます。腑に落ちないのは、それでは「安心」を脅かしているのは誰かということになり、今日の「不安」な状況を生んできたのは誰かということです。

社会の隅々での格差の急進は、人びとのあいだに一挙に「不安感」を増幅させています。こうした現象と深く関連しながらの競争原理主義・市場原理主義に基づく政策の展開、すなわち弱肉強食的な政策の強行も社会全体に歪みをもたらし、「安心」を希薄にしています。「安心」を振り撒く前に、今日の「不安」はどこから来ているのか、格差の拡がりの原因は何か、しっかりとした究明や総括が必要です。「生きにくさ」の本質は、こうしたこの間の政策の総括抜きには考えられません。正確な総括の中に、あるべき方向についての正解を見出すことができるのではないのでしょうか。

三つ目は、「生きにくさ」の表れ方を見ることです。障害があるために、「生きにくさ」の表れ方は多様であり、障害のない人と比べて深刻な状況にあります。つい2週間ほど前のことですが、私がよく知っている精神障害の方にこんなことがありました。認知症を伴った彼は、土曜日の朝に自転車でアパートからどこかに向かおうとして、途中で迷ってしまいました。結局、炎天下の中を12時間以上も走り回り、脱水症状のまま路上に倒れ、警察に保護されたのです。道に迷うことは障害の有無に関わりなくよくあることですが、迷った後の対処の仕方が違うわけです。一般的には、人に尋ねる場合が多く、交番を利用することも多いと思います。障害によっては、こうした行為が難しく、命にも関わるような限界状況にまで行ってしまうのです。いったんは腎臓の摘出話にまで及びましたが、思いのほか体力の回復が早かったこともあって摘出という最悪の事態は避けることができました。

また、知的障害者を対象とした入所施設偏重政策や、精神障害者の社会的入院問題も、この「生きにくさの表れ方」と深く関連します。こうした問題現象の捉え方はさまざまあるかと思いますが、捉え方の一つに「主張できない人たちに、主張できにくい人たちに起こる問題」というのがあるのではないのでしょうか。まさに、障害と結びついた、「生きにくさの表れ方」の象徴的な現象と言えます。

いずれにしても、障害がなければ起こり得ない、起こったとしてもさほど問題にはならないことが、障害を有することによって表面化したり深刻な問題になることがしばしばあります。障害を有していたとしても「生きにくさの表れ方」をいかに減じることができるか、この点が障害者政策の基本であり、リハビリテーションにあっても探求すべき視点になるのではないのでしょうか。

4つ目は、「生きにくさ」からいかに脱却を図るかということです。本分科会のタイトルは『「生きにくさ」と向き合う』ですが、「向き合う」以上は傍観して終わるのではなく、

当然ながら少しでも解決に向かう努力が成されなければなりません。打開や脱却を図るためには、さらに二つの視点が必要になろうかと思えます。

その第一は、徹底して政策のレベルで追求していくことです。逆に言えば、社会の良心やモラルなどといった、人びとの意識レベルの問題に委ねてはならないということです。もちろん、差別や偏見をなくしていくためには市民の意識や心というのは重要な意味を持ちますが、しかしこれを先行させてしまうと「いつでも、どこでも、だれでも」という普遍化という観点が衰弱してしまいます。政策を先行させることが基本であり、これに牽引されながら、あるいは政策ベースの上に、意識や心の問題が問われるべきです。欧米などの先駆的な政策にあつては、この政策先行という考え方を徹底的に優先させているとのこと。

さらに、この政策レベルを重視していく場合に留意しなければならないのが、その方向性です。この点についてはさまざまな視点と内容があげられますが、最も今日的で集約的なものとして、障害者権利条約があります。既に発効し、わが国にあつても早晚批准に向かう障害者権利条約であり、障害のある人びとの「生きにくさ」からの脱却にあつても、これを羅針盤として取り組んでいくべきではないでしょうか。

第2は、日常の実践の質を高めていくことです。地域には「生きにくさ」に打ちひしがれたり、困り果てている人たちがたくさんいるはずですが、リハビリテーションの専門職と言われている人たちは、さまざまな社会資源に在職しながら支援に携わっている人たちは、こうした障害のある人たちにきちんと向き合うことです。遭遇した問題や矛盾から目を背けてはならないということです。残念ながら、政策的な対応は遅れをとる場合が少なくなく、それを待っているだけでは「生きにくさ」の固定化につながりかねません。政策的な好転を展望しながら、あるいは好転を図るためのソーシャルアクションなどと並行しながら、とりあえずは目の前のニーズに実質的に応えるという取り組みが重要になります。

問題や課題の多い事態の打開や脱却を図るためには、以上のように政策改善の視点と実践的な視点との二つが合わさるようにしながら追求されなければならないということです。

総合リハビリテーションの「総合」を今一度

最後に、総合リハビリテーションにおける「総合」のあり方について考えてみたいと思います。結論から言えば、さまざまな視点から考えなければならないということです。第一は、障害のある人びとをめぐる関連分野や領域が強力に連携し、統合してアプローチが図られなければならないということです。とくに、医療や保健、教育、保育、生活、就労などの諸分野の「総合」が重要になります。第二は、障害の種別を超えるという意味での

「総合」です。わけても、難病による障害とか高次脳機能障害、発達障害（自閉性障害）などいわゆる「谷間の障害」など、すべての障害を視野に入れなければなりません。第三は、障害当事者と専門職との共同、あるいは連携ということです。両者の関係の質が、そのままリハビリテーションの実践の質に連動していくように思います。

「生きにくさ」を軽減したり解消していくためには、この「総合」というキーワードが決定的な意味を持つことになるのではないのでしょうか。政策的にも、実践的にも探求していかなければならないテーマです。このテーマを本格的に深めていく中に、リハビリテーションの概念もまた新たな段階に入っていくように思います。

■第3分科会

共通言語としてのICF

国立長寿医療センター研究所 生活機能賦活研究部 部長 大川弥生

先ほどの松井先生のお話にもありましたように、それぞれの専門分野の方たちが集まって、包括的なよりよいリハビリテーションのプログラムやシステムを考えることが、この総合リハビリテーション研究大会の非常に大きな趣旨だと思います。

そのような趣旨を生かすためにも、今後の議論の際にICFを使って整理していただくことが効果的だと思いますので、私が本日お話をさせていただくICFの考え方を頭の片隅に置いていただければと思います。

分科会の進め方

分科会ではまず私からICF全体についてお話をさせていただくつもりです。ICFについては、言葉だけはよく聞くけれど、何に使うのか、どう役立つのか、と思われている方も少なくないと思います。ICFは専門家にも当事者にとっても共通の認識のもとに考えていく、話し合っていく際の有益なツールです。この観点を中心に述べさせていただきます。

昨年WHOからICFの派生分類として出た「ICF-CY」について、以前から研究、実践されてこられた金沢大学の吉川一義先生から次にお話をいただきます。

次に福祉機器についても、これも後で話しますがWHO-FIC（国際分類ファミリー）の関連分類に位置づけられているISOについて、ICFとの関係をもっと密接にしていこうという流れを含めて国立障害者リハビリテーションセンター研究所の工学の専門家である井上剛伸先生にお話をさせていただきます。

その後、フロアの方も含め、ICFとは何か、どう活用できるのかなどについて意見を出しあいながら話を進めていければと考えています。

ICFの目的

ICFは一言で言えば、「“生きることの全体像”についての“共通言語”」です。

今回の分科会では、「共通言語」を重点に置きますが、「生きることの全体像」は後で「生活機能モデル」で示します。

「国際生活機能分類」には「分類」という言葉が最後につくために、項目を使った分類が主たる目的で、人や障害者を分類するののかという極端な誤解さえあったようです。しか

し、ICFには一つは分類としての役割がありますが、もう一つは理念を非常に大切にしています。

ICFの理念の観点から見ると、「共通言語」は「共通のものの考え方、見方、生活をする人の人間としてのとらえ方」、と教えていただければいいと思います。では、その共通のものの見方、考え方は、誰との間で共通にもつのでしょうか。非常に狭い範囲でいえば、一つの臨床分野のリハビリテーションのチームです。医療のリハビリテーション、職業のリハビリテーション、教育のリハビリテーションというチームもあります。その中には同じ職種メンバーからなるチームだけでなく、さまざまな異なった専門家によるチームや連携もあります。異なった職種はそれぞれが長い歴史をもっているので基本的な考え方が違いがちです。

そして、専門家と当事者とのチームがもっと重視されるべきであり、その観点での共通言語、共通のものの考え方が必要になってきます。当事者が専門家と話す時に、「何か話がつうじない」と感じたり、話を聞く側も「そんな話を聞きたいわけではない」と思うことがあります。また、全く違うことを同じ言葉で語っていることもあります。ですから、共通のものの考え方、とらえ方をこの機会にきちんともつべきで、ICFはこの観点から、専門家だけでなく、当事者の方に積極的に活用していただけるものと思います。

この分科会では、共通のものの考え方を、専門家間の共通言語、そして専門家と当事者間の共通言語の2つに分けて、同程度の比率で議論をしていく予定です。

ICDとICF

ICFの前身はICIDH（「国際障害分類」）で、1980年にでき、次の年の国際障害者年の運動に大きな影響を与えました。そして10年ぐらいかけて改訂作業を綿密に行い、2001年にICFにいきました。

これは国際障害分類の改訂版と位置づけられていますが、実質的にはまったく異なるものと考えていただいたほうがよいと思います。その理由を申し上げますと、ICIDHは、病気の結果（帰結）であり、マイナス面の分類でした。一方ICDは図1に示す国際分類ファミリーでICD（国際疾病分類）とならんで「中心分類」と位置づけられています。ICDは100年以上の歴史のあるもので、ICIDHはこれの補助分類でした。

しかしICFはICDと同じ中心分類に位置づけられています。すなわち、健康を見る時の一番基本的なものとして位置づけられたということです。「健康」とはICDが示す「病気」がないだけでなく、ICFが示す生活機能が高い水準にあるということです。その意味でICFが健康の構成要素として位置づけられているのです。

なお、図1の左側の関連分類の中にあるISO9999については井上先生にお話をいただきます。

それから、右側の派生分類の一番下に国際生活機能分類児童版（仮称）：ICF-CYがあり、これについては吉川先生にお話をいただきます。既に厚生労働省では翻訳検討の委員会が発足し、私も委員の一人です。

図1. WHO国際分類ファミリー(WHO-FIC)の構成内容



介護保険へのICFの導入

介護福祉士、社会福祉士、精神保健福祉士、PT、OT、STなどの国家試験にすでにICFは出題されています。また介護保険の認定を受ける時に主治医の意見書は必要なものですが、介護保険制度がスタートした時の意見書には「特定疾病、または障害の直接の原因となっている」という項目があったのですが、介護保険法改正時に「障害」が「生活機能低下」という表現に変わりました。それから、以前は「介護に関するサービスに対する意見」は、本人を中心とした「生活機能とサービスに関する意見」という表現にも変わっています。

そして「病気の症状としての安定性」と「サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し」を別々に意見を書くようになってるのは特に重要なことです。病気としての症状と生活機能を別個のものとして位置づけることになったのです。長い歴史をもつ医療の中で、このように変わってきたのは極めて画期的なことです。

ほぼ同様の意見書が障害者自立支援法で求められていますが、生活機能の概念はまだ導入されていません。介護保険関係が障害関係よりもICF、生活機能の概念については進んでいると残念ながら言えると思います。

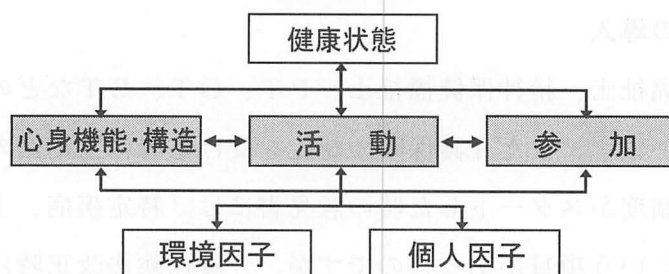
ただ、障害者基本計画においては、I. 基本的な方針の3. 障害の特性を踏まえた施策の展開の中で、障害の理解や適切な施策推進等の観点からICFの活用方策を検討する、とうたわれています。

それから、びわこミレニアムフレームワークの中でも、V. 目標達成のための戦略で、アジア太平洋地域諸国で、障害の定義と分類の共通体系を作成する基礎として、ICFをより広く活用することが望まれる、という文言があります。今回分科会があります障害者権利条約においても、第31条で統計の必要性が述べられていますし、また障害の定義を考えるのに役立つと思います。

生活機能

「生活機能」は、ICFの中心概念ですが、これはICFの「生活機能モデル」(図2)の中で位置づけることが不可欠です。ICFの分類項目だけを評価していくことはお勧めできません。ICFには理念と分類の項目があると初めに申し上げましたが、まずこの理念としての生活機能モデルとして把握していただいて、そのうえで分類項目を使用されることをお勧めします。

図2. 「ICF：国際生活機能分類」(WHO：2001)モデル



「心身機能」「活動」「参加」の3つを合わせた包括的用語が「生活機能」です。「心身機能」とは生物レベルで、手足のまひ、心臓や呼吸の機能の低下、関節の可動域が制限されているなどといったことです。「活動」は個々人の生活行為で、トイレの動作、家事の動作、スポーツをする動作、本を読む動作といったありとあらゆる目的をもった生活行為です。「参加」は、社会や家庭の中での役割、権利の享受という社会的なレベルです。この3つのレベルがあり、階層性があることが重要です。

そして生活機能に影響するものとして「健康状態」があります。それは病気やケガだけではなく、(ICIDHからICFに変わった時に追加されたものですが)ストレスや妊娠、加齢なども含まれます。それに加えて、背景因子として「環境因子」と「個人因子」があ

ります。環境因子には物的な環境因子だけでなく、人的・社会的や制度的な環境因子があります。

この生活機能モデルを用いて「共通言語」として活用していくのですが、ここで気をつけるべきことは、現状としては、例えば医療分野であれば、「病気から心身機能の問題が生じて、活動、そして参加の問題が生じる」という「医学モデル」の考え方が非常に強くしみついていることです。

しかしこれは、医療関係者だけではなくて、当事者自身も、病気や心身機能がよくなると、活動や参加が改善できないと深く思い込んでいる、または社会から思い込まれているのかもしれませんが。こういったことも当事者との共通言語を考える場合には非常に重要だと思います。

環境因子

ICFに環境因子が入ったことは非常に重要なことです。先ほど申し上げましたようにさまざまな環境因子があります。環境因子は参加だけに限らず、活動や心身機能にも影響し、それがまた他の要素に影響していくといったように複雑に影響し合っています。

私は生活機能と廃用症候群を自分のテーマと位置づけていますが、最近では災害のことも調査・研究をしています。環境因子には災害の関係のコードがあり（e230：自然災害、e235：人的災害）、健康状態が変わらなくても、地震、豪雪、高波などの環境因子だけで活動や心身機能、参加という生活機能全体が低下するという調査結果が出ています。

ここで強調したいのは、健康状態だけではなく、環境因子だけで活動、心身機能、参加の低下が生じることはこの他にもあるということです。私ども専門家という存在自体が当事者にとっては環境因子なのであり、実はそれがプラスに働く促進因子になることもあれば、阻害因子になることもあるということです。専門家が何かをする時には、自分たちは生活機能の中のどのレベルのどの項目に、どう影響して、促進因子になっているのか、もしくは阻害因子になっている可能性がないのかを考えていく必要があるかと思います。

ICFモデルとICIDHモデルとの違い

ICFをICIDHモデルと比較をしていきたいと思います。ICIDHモデルは先ほどお話ししましたが、疾患から機能障害、そして能力障害、社会的不利が生じるという関係を示しました。しかし画期的だったのはこの3者の階層性を明確に示したことです。

このICIDHが対象としたマイナスの要素は、ICFでは生活機能のそれぞれのレベルの中に含まれています。マイナス要素はそれぞれの生活機能の中の一部分にあって、

機能障害から直接、活動制限が起って、活動制限から直接、参加制約が起ってくるものではありません。マイナスだけの因果関係ではないということは、ICIDHモデルとの大きな考え方の違いです。

ですから、リハビリテーションの専門家として、また当事者として、ICIDHとICFのどちらの考え方をとるのか、たつのかは根本的な考え方の差であると思います。医学モデル、社会モデルから、統合モデルへと向かう流れをつくったものとしても、ICFは非常に重要な考え方であると思います。

以上述べました内容をふまえて、この分科会ではICFの活用法、現状における問題点を専門家間の共通言語、それから、もう一つ大切な当事者と専門家間の共通言語の観点から考えていきたいと思っています。

■第4分科会

組織連携とコーディネート

元広島大学地域連携センター教授／広島県総務局国際課長 橋本康男

まず最初に私の経歴ですが、昭和51年に広島県庁に入り、その後3分の1ぐらいは県庁の外で過ごしています。伊藤忠商事に出向したり、広島事務所の立ち上げのためにシンガポールに3年間駐在したり、民間企業6社と行政からの出向者で構成する財団事務局で総務課長を務めたりしました。また広島大学では、全国で初めての社会と大学との連携を進める組織の立ち上げを頼まれて、4年3か月ほどやっていました。

組織連携とコーディネート

こういった産官学の多様な分野での経験をして、異なる分野の組織連携の大切さ、可能性を感じました。個人単独の、一つひとつの分野・組織の努力だけでは限界があります。それぞれの人は一生涯懸命仕事をしているのに、個々の努力がうまくかみ合っていないことがあります。あるいは、それが組織的に広がっていないと感ずることがありました。専門家や組織をつなぐ役割をする人がいないために、せっかくの可能性が実現されないことを、何とかしていきたいと考えています。

リハビリテーションの分野でもそういった動きがあるようで、大分県地域リハビリテーション研究会会長の武居先生が、「個々では困難であったことが、組織として活動することにより、何倍もの大きな力となって患者さんに還元されていく。」と書かれているのを見て、心強く思いました。

現場で頑張っている人への活動支援の環境づくり、あるいは個人の力を生かしそれぞれの可能性を表に出していくための組織の連携、社会の多様な分野との組織的な連携の推進などを考えていきたいと思っています。

保健・医療・福祉の連携

最近の流れでは、社会サービスとして、他の分野の社会資源との連携がますます重要になってきています。

医療制度改革により、病院から地域へという流れが生まれ、生活の場へ広がっています。それが施設と地域(在宅)、医療と福祉の連続化を生み出し、地域医療や福祉に関わる組織・職種が広がっています。そういった動きの中では、それぞれの専門分野での患者さんへの直接サービスだけではなく、異なる分野の社会資源との連携が必要になってきていると感

じます。

それを「組織連携とコーディネート」という側面から考えてみたいというのが、この第4分科会のテーマです。個人や単独の組織だけではできないことについて、組織を結びつけて活動を支援していく仕組みづくりを考えていこうということです。

ここで、「『組織社会』化」の話をさせていただきたいと思います。昭和25年には、働いているすべての人のうち、雇われて働く人は4割以下でしたが、最近では9割近くになっています。これを「『組織社会』化」と呼ぶ人もいます。

アメリカの経営学者のドラッカーは、「社会的機能が大組織によって果たされるようになり、教育、医療、生産、流通などの社会的課題が、専門家によりマネジメントされる組織に委ねられるようになった。今日では、そのような組織が共存し、協力し合わなければならない。互いに依存し合っている。」と述べています。

こういった組織社会における組織連携によって、安定的・継続的な取り組みを生み出し、個人の取り組みを組織の取り組みにしていくこと、あるいは社会の現場の課題を組織の課題にしていくことが求められているのではないのでしょうか。その結果、より安定的・継続的な幅広いサービス提供が生み出されると思います。

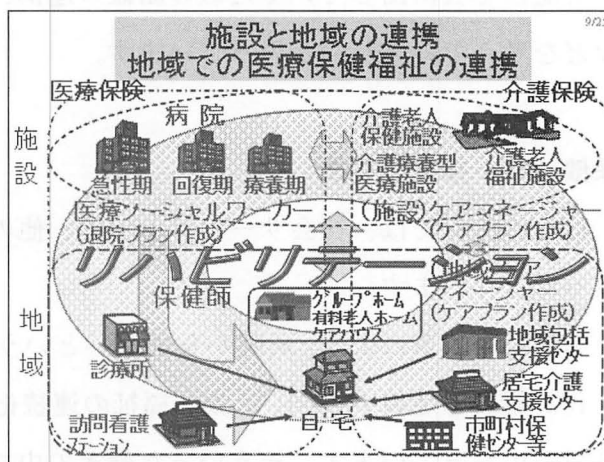
リハビリテーションについて私自身はあまり詳しくないのですが、これも社会の仕組みづくりに密接に関係していると感じています。

求められる多様なサービスを医療施設の中ですべてカバーすることは難しいので、それを地域社会、生活の場へ広げていく、そして安定的・継続的に提供していくために社会の多様な分野の組織が連携する社会システムづくり、地域づくり、生活の視点が大切であるがゆえに、当分科会が設置されたと思います。

多様な職種、団体との連携

病院、医療施設には、急性期、回復期、療養期のものがあります。医療保険の分野と介護保険の分野では、病院から地域への流れ、病院から福祉関係施設への流れがあり、そのすべてにリハビリテーションが関わってきています。その背景にある職種、団体には、かなりの多様さがあります。

それに加えて、企業や大学などのボランティア団体、社会福祉協議会、町内会、自治体など、いろいろな地域団体での議論が



ます必要になってきます。

多様な職種、団体間の連携、サービス提供は、組織の連携が背景にあつてこそ、個人の動きが個人プレーに終わるのではなく、広がりをもって安定的に継続していけるものです。そういった環境づくりをどのようにしていけばいいかを考えていく必要があると思います。

平成 14 年に国の社会保障審議会福祉部会が出した「市町村地域福祉計画等策定指針の在り方」の中で、「地域福祉を幅広くとらえて他の分野との連携を重視すべき、地域の福祉課題が複雑多様化してきている、保健・医療だけではなく就労・住宅・交通・環境・まちづくりといった生活関連分野との連携を重視すべき」と明記されていたのは、印象的でした。

また、住民の参加重視については、利用者主体のサービス、サービスの総合化、地域住民の参加と行動で支える社会福祉、ボランティア・NPOなど新たなコミュニティ形成の動きが指摘されたうえで、「福祉活動を通じた地域の活性化、自分たちの地域をいきいきとした地域にしていくための取り組みが必要」との指摘もありました。

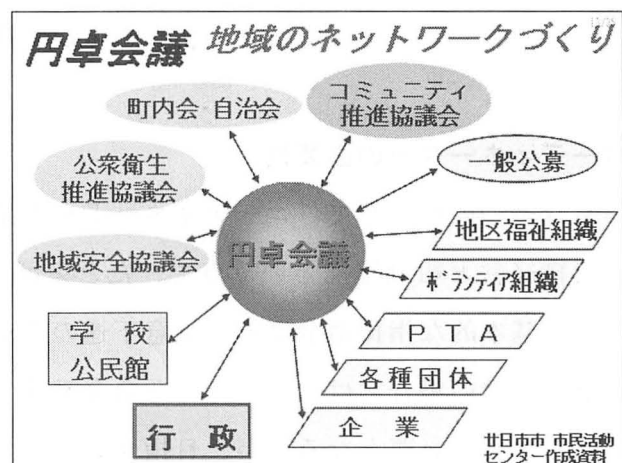
地域にはいろいろな課題があります。保健・医療・福祉分野だけでも、身体健康、心の健康、障害のある方への支援、高齢者への支援などがあり、このほか、防犯・防災、子育て、教育、環境、景観、交通、住宅、産業振興、就労などいろいろなテーマがある中で、地域をどうつくっていくかが課題になっています。

町内会や自治会のような、地域に暮らしていくことを基盤とした組織と、ボランティア団体のように、ある目的を達成するために皆が集まってくる目的共有型の組織とは、存立基盤が違うために一緒のテーブルについて議論していくことは難しい面も持っています。

明日の分科会に参加いただく藤井昭二さんの広島県廿日市市では、「円卓会議」という形で、一般の方も入れるようにして、いろいろな団体が関わった取り組みをして、基盤づくりをしています。そういったところの紹介もしていただきながら進めていきたいと考えています。

今、申し上げました、地域基盤型組織と

目的共有型組織の連携や、あるいは組織連携も、大きな組織の話だけではなく地域のボランティア活動や町内会や行政などの連携でも同じような点があると思います。行政が地域へ出ていく取り組みもありますし、そのための中間支援組織の必要性も議論されています。



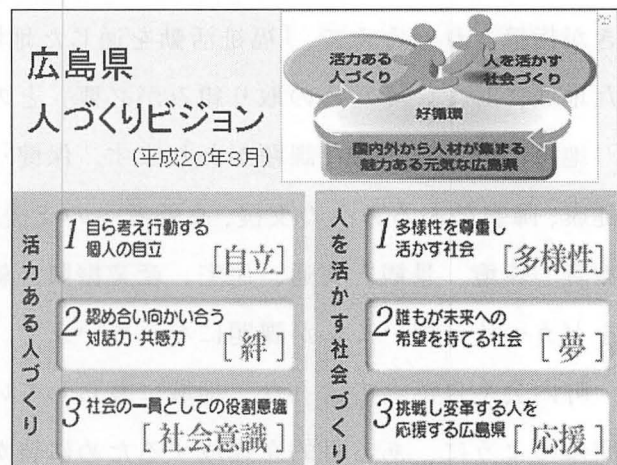
人の生活とライフステージ

広島県では総合計画の一環として「広島県人づくりビジョン」をこの3月にまとめました。私は政策企画課長としてこれに2年間関わりましたので、少し触れさせていただきます。

このビジョンでは、人づくりを議論する時に、「学ぶ」「働く」「暮らす」という3つの活動を通して、乳幼児期から学校教育、成人期、老年期に至るまで、人の活動、人のあり方を考えていこうとしています。

リハビリテーションにおいても、医療・福祉・就労・教育が総体的に議論されていく必要があると思います。地域の人々とともに安心していきいきとした生活が送れるための支援システムとして、社会全体で見ていく必要があると感じています。

また、この「人づくりビジョン」は、「人づくり」だけではなくて「人を生かす社会づくり」が大切だと掲げています。障害のある方、外国人、女性など、さまざまな人のそれぞれの可能性が生かせる社会、多様性を尊重して生かす社会づくりが、まず1番目に挙げられています。2番目に、誰もが未来への希望をもてる社会づくり、3番



目に、挑戦し変革する人を応援するという柱をもち、これからの行政を進めていくとしています。人づくりだけではなく、人を生かす社会的な視点が大きく求められています。

コーディネーターの必要性

もう一つの柱として「コーディネート」の話をします。

組織経営と組織連携という点で、たとえば一つの会社であれば、組織運営・組織経営の点で、基本的な指揮命令系統で上意下達のやり方が基本にあるでしょう。しかし、組織と組織の連携の場合には、そういった命令系統の話は通用しません。

そのために必要となるのが、目指すものを共有していく、あるいは何が問題なのかを共有していくという問題意識の共有と、行動のためのコンセンサス、一緒にやってみようという合意です。

安定して機能する連携のシステムづくりのために、こういった問題意識の共有と行動のコンセンサスがないと、特定の人が鶴の一声で「これをやるんだ」と号令をかけても、実際に現場で行う人たちが共有できません。そしてその特定の人がいなくなったら、そこで

終わってしまいます。そうならないようにしていくために、目指すことを明確にして、組織が力をつけていくためのつなぎ役としてのコーディネーターが必要です。

それでは、人と組織をつなぐコーディネート役には何が必要なのか考えていきます。一つは、解決すべき課題を理解していくことです。それぞれ関係の組織を結びつけることによって何が生まれてくるのかが見えてきます。それぞれの組織、あるいは職種の方々ができることとできないことがわかっていないと、それぞれの力を組み合わせることができません。それを組み合わせていくのが、組織や人の力を結びつけていく役割の基本だと感じています。

組織も人も生き物ですから、どんどん変化して発展していく動画として考えていきます。きれいに緻密な絵を描くことが目的ではなくて、環境の変化のなかで、継続的に発展していくためには、常に見直しが必要です。そういった建設的な議論の場づくりが大きいと考えています。

専門的分野の課題

私は、医療関係のことを行政の仕事として少しかじっただけですが、専門性が重要な分野であると考えています。そのなかでいくつか考えておかなければいけない課題があります。

それは、専門家はいてもつなぎ役が少ない点です。それから、専門家は、一対一は得意でも、組織的活動経験が少ないことです。たとえば先生と患者という形の、専門家と客体という一方向の関係性に慣れていて、専門分野以外の人との対話や協働経験が少ない点は課題です。

このため、専門家を生かす専門職としての、社会システムづくりを担うコーディネーターが必要であるというのが最近の私自身の問題意識です。

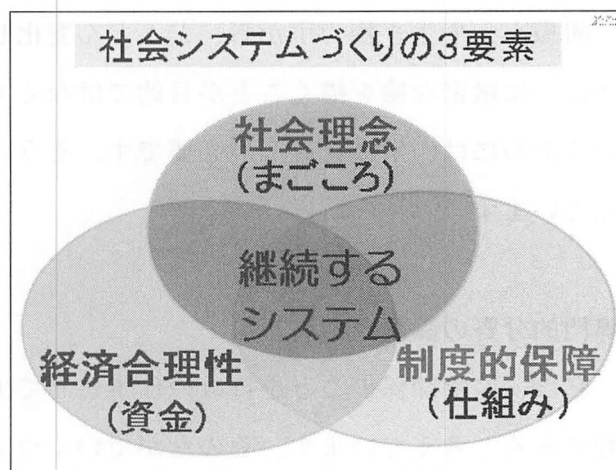
それでは、コーディネーターとはどういう人かを考えた時に、多様な組織や人の力を結びつけることによって、自分の能力以上の仕事を生み出す、あるいは自分がやったわけではないけれども、この人とこの人の可能性をうまくつないでいった結果、それぞれの力が大きく生かされたという仕事ができる人であると思っています。

社会の課題、あるいは不条理に対しての良質な怒りを原動力にして、広い視野と現場の行動力で、問題意識の共有と行動のコンセンサスづくりをすること、あるいはそれによって組織や人々の力を合わせて成果を生み出すこと、誰かが一方的に仕切るのではなくて、組織や人々を意識的に結びつけて、安定的で継続した仕組みづくりをしていくことを、今から考えていく必要があると思います。

対話力の必要性

そういったコーディネーターには「対話力」が大切です。それは人の話を聴く力であったり、引き出す力のことです。地域で議論をされていてよく感じるのは、自分の思いをうまく伝える、論理的に伝えるという経験・訓練が少ないと、いいことを言っても伝わりにくいということです。コーディネーターは「今の〇〇さんのお話はこういった趣旨だったと思いますが、これは大切なことですね。」と翻訳して伝えていく力を持つことも、必要だと思います。

私が考えた「社会システムづくりの3要素」は、「お金」と「仕組み」と「真心」から成ります。経済合理性の資金面の話と、制度的な保証と、真心・理念のバランスを常に考えて、これを誰かが見ていないと、思いやお金だけで先走ってしまいます。そういうことを見ていく訓練が必要だと思っています。



パネラーの紹介

第4分科会では、大阪で精神科のクリニックをされている田川精二先生、県立広島大学保健福祉学部教授の村上須賀子先生、庄原市社会福祉協議会総合センター長の上田正之さん、廿日市市自治振興部地域協働課長の藤井昭二さんにご参加いただきます。

田川先生は、精神科医7人と「大阪精神障害者就労支援ネットワーク」というNPO法人を立ち上げています。診療所の医師という枠を超えて、いろいろな企業など幅広い方々とのネットワークをつくることによって、NPOを実現されていますので、そういった点をお話していただきたいと思います。

村上先生は、長年にわたって医療ソーシャルワーカーとして、現場で患者さんの立場に立っていろいろな取り組みをしておられます。豊富な経験をふまえて、医療機関の組織連携、医療・福祉の背景についてお話いただけると期待しています。

上田さんは、地域に密着したいろいろなアイデアあふれる活動をしていらっしゃいます。地域福祉の視点から、地域での医療と福祉との連携、障害があっても普通の生活を楽しむ、そこで暮らしたくなるような地域づくりという話をしていただけるとと思います。

藤井さんは、地域でのいろいろな団体が、これからの社会のインフラとして大切にする

という考えをもって、新しい動きをされています。行政と地域を結ぶ地域支援組織についての問題意識をお持ちになっているので、そういった部分をお聞かせいただければと思います。

分科会では、まず村上先生から、医療施設から福祉施設・福祉への流れと課題、上田さんから、地域の医療・福祉の連携、受入れの地域づくり、藤井さんから、住民主体の組織・団体相互の連携や行政との連携などについてお話をいただいたうえで、田川先生から精神科医グループ中心に広がった就労支援NPOの事例をお話いただくことを通して、リハビリテーションの安定的・継続的推進のための組織づくりの必要性、可能性と、その仕組みづくり、コーディネーターの役割、その担い手といった話に展開していければと思います。

リハビリテーションに関わる分野は、医療施設から福祉施設や地域へ、現実の生活の場へ、就労の場へ、また保健・医療・福祉分野相互と他分野との連携へと広がっています。そこでは個人の努力を支える組織連携と、安定的・継続的に社会システムづくり、あるいは問題意識の共有と行動のコンセンサスを生み出す協議の場づくり、そのお世話役としてコーディネーターの役割について、第4分科会では議論していきたいと思っています。

■第5分科会

社会資源の創造

「僕らのアトリエ」販売店代表 森 浩昭

私の本業は料亭「久里川」の支配人ですが、最近は障害者福祉の活動をしている時間のほうが長くなってきました。

多くの方から、なぜこんな活動をしているのかとよく聞かれます。私の活動は「ボランティア」という言葉で括られることが多いのですが、私自身は「ボランティア」という言葉は嫌いで、自分自身はボランティアと思っていませんし、人から聞かれると「趣味です」答えています。要するに自分が好きでやっているということです。

ギブ・アンド・テイクが常識

今回、「社会資源の創造」という非常に大きなテーマをいただきました。基調講演をされた山口先生のお話にもありましたように、やはり本質は、社会と福祉の専門家がどのように連携を図っていくかだと思います。つまり、「お互いさま」をどのように構築していくかということです。福祉は「やってあげる」側と「やってもらう」側に分かれてしまいます。

しかし商売の世界では常識ですが「ギブ・アンド・テイク」でなければ成り立ちません。このあたりを中心にパネラーの皆さんにお話ししたいと思っています。

私の活動の3つの柱

私の活動を少しご紹介させていただきます。

一言でいうと、障害者作業所の製作品販売を通じた企業や行政との連携です。私の活動には3つの大きな柱があります。

1つ目は、マスコミ、報道など、広告効果による企業の福祉への取り込み、巻き込みです。これは今まで企業が社会貢献をしても、それを評価されるシステムが世の中にありませんでした。中小企業は福祉に協力しないとと言われる方がいらっしゃいますが、「しない」のではなく「できない」のです。当然ですが、企業として利益がないことはできません。それを中小企業も参画できる仕組みをつくるのが非常に大事な事だと考えました。

そこで、私は福祉とマスコミが連携することで、広告効果をアピールし、企業を福祉に取り込むことを可能にしました。

2つ目は、産業廃棄物を用いた製品製作です。目的として経費節減はもちろんですが、福祉、環境、教育の連携を行っています。福祉・環境は容易に理解できますが、教育にな

ぜ役立つのでしょうか？。企業や地域で大量に廃棄されるゴミを作業所が製品の材料として使い、それを学校教育に用いています。

現在、中国電力の社員が、ペットボトルでつくったロケットを子どもたちが飛ばす指導をボランティアで行っています。最初は社員自身が夜な夜なゴミ処理場にペットボトル集めに行っていました。それは大変なので、作業所に手伝ってもらったら、という話をもちかけました。

現在は中国電力の社内で、社員が飲んだペットボトルを材料にして作業所で加工し、それを子どもたちの作るロケットの材料にすることによって、作業所は多くの収益を上げるようになりました。

他の企業連携では、私の勤務する料理店で廃棄される「かまぼこ板」を使用し、JTサンダーズの選手の形にカッティングし人形を製作しました。その人形はファン感謝デーでファンに配布する為、JTが400体購入しました。

このように福祉が企業、環境との結びつきによって大きく成長することを実証しました。

3つ目は、福祉と企業の連携方法です。先ほど橋本さんから何回もお話が出ましたが、コーディネーターの必要性です。これからは高齢化の時代ですから、高齢者が福祉の有力な即戦力になるのではないかと考えています。これからの福祉に一番大切なのはコーディネーターです。そのために、リタイアされた方々が戦力になっていくと思います。

企業や地域が福祉とどうつき合っていくか

現在、私たちは民間での福祉として、「福祉を語る会」を行っています。これは一言でいうと福祉の異業種交流会です。毎回80～90名以上集まります。行政側の福祉関係者として県の職員、市の職員が参加し、一般の方も企業の方も来られます。参加条件は「福祉に興味がある」ということだけで、こんな動きがこれからの障害者福祉をつくっていくうえで重要なのではないかと思います。

私は福祉に対して素人ですが、福祉の専門家が見る「福祉」と、我々商売人が見る「福祉」とは、同じものを見ていてもずいぶん差があります。活動を始めた当時、福祉の専門家に話をすると、「あなたは福祉のことをどれだけ知っているのですか？ 現場のことを知らないのにえらそうなことを言わないでください」とよく言われました。

でも今の時代、世の中が経済的に厳しくなり、福祉は専門的技術だけではなく経営感覚をもたなければ破綻してしまう時代になってきました。特に社会の影響力のある企業や地域が福祉とどうつき合っていくかが、これからの鍵になってくるのではないかと思います。

パネラーと分科会の論点の紹介

今回、分科会でお話ししていただくパネラーの方の簡単なご紹介と、お話しいただくポイントをお話したいと思います。

まず城貴志さんは滋賀県社会就労事業振興センターに所属されています。滋賀県は福祉先進県です。知的障害者の就労事業や職場実習などを積極的に行ったりしていて、琵琶湖の水辺に生える背の高い植物「葦」の栽培農家と提携して葦を使って名刺やカバンをつかったり、琵琶湖に生息する魚の94%を占めるともいわれている、ブラックバスなどの外来魚を肥料にして、農家と連携をとるなど、非常におもしろい活動をされています。

こういう動きは広島と比べてかなり大規模で、住民と社会連携をされているので、そういった話をぜひお聞きしたいと思います。

宮本立史さんは山陰合同銀行北支店次長です。日本でも非常に珍しい、銀行が経営する障害者就労事業所「ごうぎんチャレンジドまつえ」初代所長としてご活躍されていました。宮本さんは事業所を運営されるなかで、企業の経営資源は社会資源となると主張されています。銀行というのは信用第一で、企業のブランドを利用することも一つの方法であるということです。

福祉施設が企業などを訪問しても通常は門前払いですが、それが銀行の名前を出すと会っていただけます。このようなことはどこの企業でも可能で、特に地域貢献やCSRを標榜している企業ほど可能性が高いと思います。宮本さんにはご自身の経験の中で、障害者が企業とどのようにお付き合いしていくのかをお話しいただければと思っています。

寺尾文尚さんは、ひとは作業所の理事長で、地域を基盤としての作業所の活動に携わっています。

私はこの作業所の評議員をしていますが、いつも感心するのは、経営感覚をもたれていることです。この作業所の看板商品が「縄文アイス」というアイスクリームで、非常においしいのです。このあたりは縄文米というお米がとれ、それをアイスに混ぜるともちもちとして、私も大好きです。

また、昨年完成した「縄文の池」があります。これも地域住民の方と力を合わせてつくりました。寺尾さんからは地域福祉が大切であることを教えていただきました。私の福祉の師匠でもありますので、じっくりお話しいただければと思います。

松浦真英さんは実は本職はお坊さんですが、瀬戸内海の大崎上島という島で障害者だけでなく高齢者の支援もされています。大崎上島には、島ならではの人のつながりがあります。

島の生活の中心にあるスーパーに、東京から来られた若い女性のパン職人がいます。こ

の方を中心に、障害者がつくった製品という視点ではなく、製品の質で勝負できる完成度の高いパンを販売しています。経営をしっかりと見据えたものが販売されています。ちなみに、お店には障害者についての説明は一切ありません。お客さんが並んで買うほど非常においしいのです。

さらに島ならではの農作物もいろいろつくられていて、ジャムなどオリジナル商品も開発され、商売の点からも非常に勉強になっています。松浦さんには障害者の生活を支える原動力についてお話いただければと思います。

各パネラーにお話をいただいたうえで、城さんと宮本さんを中心に障害者の一般就労について、企業での障害者雇用するという意義や問題点について議論していきたいと思います。

その後に、寺尾さんと松浦さんに、地域の中の福祉施設のあり方や行政・地域・企業との連携について議論していただければと思っています。福祉施設の職員の方は、福祉の知識はあっても、商品の製作や販売については経験がないのです。それで企業からノウハウを教えてもらったり、障害者を理解していただいて企業で雇用していただくことは、寄付していただくよりも大切なことだと思います。

このような視点から企業と福祉が地域を巻き込みながら、どのように連携していくのかを検証していこうと思います。

明日はよろしくお願ひします。ありがとうございました。

全体会

分科会コーディネータから分科会の総括

関宏之 今回はぜひいたくな分科会、シンポジウムをもっていただいたと思います。何回もいろいろなところでお話があったと思いますが、総合リハビリテーションの「総合」とは、いろいろな専門分野の「総合」ではなくて、人間総体を扱うという意味での「総合」であり、リハビリテーションも、人間性の回復、あるいは権利の回復であるという意味合いで、今までの基軸とは違う新しいもので、分科会を構成させていただきました。

まず第1分科会では尾上さんに、権利条約そのものについて語っていただくようお願いをしました。見事にそれに対応してくださいました。

第2分科会の「生きにくさと向き合う」という、文学的な表現のタイトルにも、藤井さんは見事に料理をしてくださいました。

第3分科会は「共通言語としてのICF」で、共通言語というのはどういう意味なのか、もう一度皆さんと確認したいと思います。

第4分科会の「組織連携とコーディネート」では、コーディネートの意味は、ただ単にそこに組織があったり、人がいたりということではなくて、ある意図をもってまとめ上げていくことであり、橋本さんから具体的に実践されていること、シンポジストの方々の発言を含めたまとめをしていただきました。

第5分科会の「社会資源の創造」は、何も無いところからつくっていく、地域をどのように高めていくのがテーマで、やはり総合リハビリテーションであらわされました。

5つの分科会には、あちらにも、こちらにも行きたいという話をいろいろな方々からお聞きしました。これからどんな話だったかをお聞ききになれますので、早速、尾上さんから第1分科会のお話をうかがいたいと思います。

■分科会の概要

<第1分科会>

尾上 では、第1分科会の報告をさせていただきます。

第1分科会では4名の方から報告をいただきました。1人目は、さくら会の秋山邦子さんと阿部八重さんです。さくら会は知的障害者の本人活動で、月1回ぐらい集まって、打ち合わせをしたりして進めています。

知的障害の方のアンケート調査もされていて、「仕事や暮らしのアンケート」を進めら

れました。合計 400 名の方から回答をいただき、さらに、さくら会のメンバー自身が山口県などに赴いて、聞き取り調査をされました。非常にていねいな調査をされて、「私たちの暮らしを変えよう」というパンフレットに結果をまとめました。これを読んでおもしろいアンケートの結果になっていると思いました。

資料に「さくら会の方程式」があります。上に「会社」、下に「自宅」があつて、右に「友人」、左に「支援者」となっています。やはり友だちと一緒にいて、仲間を通じて生きていくのが「自立」で、でも、友だちも何もなくて支援者とだけでしか生活できないと「孤立」にあるということでした。

そのアンケート調査の中で、「仕事での悩みや人間関係では、『仕事が遅い』と言われる」「職場での説明がよくわからなくなるので同じことを聞くと『また同じことを聞く』と言われるからだんだん聞けなくなる」という意見が出ました。難しいところはわかりやすいマニュアルにしてもらって何度も聞き返さなくてもいいようになったけれども、そういう職場関係の「合理的配慮」の中身も、このアンケートの結果から出ていると感じました。

2つ目の報告は毎日新聞の野沢和弘さんからで、千葉県における差別禁止条例についてです。その制定運動についてお話しいただきました。

ご自身が障害児の親御さんという立場であることを重ね合わせながらいろいろとお話をいただきました。議会で三度否決されながら、成立していくプロセスは非常にドラマチックです。33回におよぶタウンミーティングが開催されて、その中から条例がつけられていったのです。多くの人たちがそういった形で声を出していくことで県職員を変えていったというお話でした。

県教育委員会は、ともすれば今まで障害のある子どもに、この学校に行きなさいと決めてしまう場合が多いのですが、市町村の教育委員会が否定的だった時に、県の教育委員会が、一番支援してくれたそうです。

さらに、野沢さんは新聞記者としての取材で、自殺をした中学生で親御さんが軽い知的障害をもっていたケースに出合いました。その子は「お父さん、お母さん、生んでくれてありがとう」という手紙を残して亡くなったそうですが、今の社会の生きづらさは障害のある人だけに限らず、広がりつつあります。その生きづらさを変えていくリーダーは、今一番生きづらさがわかりやすく出ている障害者であって、それを支援する人たちの役割ではないのかというお話をいただきました。

弁護士の東俊弘さんには、コンパクトにまとめていただきました。日本の場合、社会権的な社会福祉、社会保障という視点しかなかったのが、障害者権利条約で、人権、権利として考えた時に、見え方が違ってくることを、いろいろなことと重ね合わせてお話をいた

できました。

たとえば障害の分類における医療モデルと社会モデル、あるいは、第2条の合理的配慮の問題、第12条法的能力における今の成年後見制度の問題を挙げられました。さらに第19条で自立した生活が触れられていますが、自立支援法は自立支援といいながら施設処遇まで踏み込んでいること自体、矛盾ではないのかという根源的な提起もいただきました。

第24条のインクルーシブ教育がありますが、日本のように教育を入り口から分けて、分離を原則にしている国は、先進国の中では珍しいと東さんは言われました。第27条の労働及び雇用における「合理的配慮」のお話もいただきました。東さんは条約の特別委員会にずっと出席され、日本の状況などを踏まえながらお話をいただきました。

たくさんの方が盛り込まれた条約であるため、日本で完全履行する時には既存の法律を変える、さらに新しく差別禁止法をつくる、という大きな2つの課題があります。そのためには多くの時間を要するため、権利条約は早期批准ではなく、むしろ拙速な早期批准にしないというぐらい時間をかける必要があるということでした。日本の現状は条約の本筋にまだ何も届いていないことを言い続けていかなければならないとお話いただきました。

千葉県で始まった条例づくりが全国で広がって、日本の社会を底上げをしていくなかで障害者権利条約の批准が見えてくるのではないのかということでした。

最後に、会場からコメントと質問をいただきました。日本の現状から見ると権利条約の中身はすごいと思われるかもしれないが、政府の国際的な合意でできたわけだから、すでに進んでいる方向があるところで合意をしたということ。それに比べて日本はいかに課題が多いかを認識し、国際的な権利の水準に合わせていくことが大切だというご指摘いただきました。

もう一つ、親が「保護者会」という形で、障害当事者が20歳を過ぎても保護者が代理していくことについてどう思うかという質問がさくら会の方々に出ました。阿部さん、秋山さんは親には感謝していますと話された後、「でも国に意見を言う時には私たちが抜きにはしないでください」とおっしゃいました。

親と子どもである障害当事者の関係をどう変えていくかということは、障害者権利条約や差別禁止条例とは違う話のように思われるかもしれませんが、でもそこが根源的な問題であると思いました。この話を受けて、野沢さんからお話があり、差別禁止条例をつくることで千葉のお父さん、お母さんたちはがんばったそうです。それはこれまでは自分の子どもに障害があるので、社会に気を遣って生きていかなければいけなかったのに、社会を自分たちの側に引き寄せていくことに、皆さんが気づき始めたからです。

つまり差別禁止条例をつくるプロセスで、親御さん自身がエンパワメントされていく、あるいは誇りを取り戻していったのではないかと野沢さんは言われました。

権利条約制定や法改正をしていくなかで、一人ひとりが自分たちの権利に目覚めていく、エンパワメントされていくという、そのプロセス自身が、障害者権利条約の批准の前提条件であると思った分科会でした。

関 雰囲気、思いがよく伝わってきました。では第2分科会の藤井さん、よろしく願いいたします。

<第2分科会>

藤井 この分科会は茫漠としたテーマでしたが、皆さんのレポートはすばらしい内容でした。湯浅誠さんは自立生活サポートセンター「もやいの会」の事務局長で、実践的な活動や社会運動もされています。

もうお一人は弁護士の辻川圭乃さんです。辻川さんは障害のある方のお母様でもあります。こんなこともあって、ご両名とも非常に実践的な話であったことが共通点でした。

まず、湯浅さんのキーワードは「溜め」でした。余裕という意味の「溜め」がなくなる時、格差あるいは貧困は一挙に増幅していくのです。今、個人の「溜め」が急速に減少して、貧困と格差が相互に相手を刺激し合いながら、悪循環の様相にあるという話でした。

「溜め」という話で面白かったのは、「窮乏」と「貧困」とは別だということでした。ここにきて、かなり所得がある人でも孤独死という事態が生まれています。お金があっても豊かさを実感できない、つまり経済的には窮乏な状態ではないが人間としては追いつめられているのです。このことを「貧困」というのです。この問題は大きな社会問題です。湯浅さんの話では、個人の「溜め」の減少よりもっと怖いのは、社会の「溜め」がなくなっているということです。これは効率を重んじる社会構造、成果だけを追い求めようとする成果主義とリンクしているのではないかということでした。個人の「溜め」のなさ和社会の「溜め」のなさが相乗的に関連し合い、深刻な貧困社会に突っ込んでいると言うのです。

とくに、シングルマザー、多重債務者、ひとり暮らし老人、生活保護受給者、在日外国人、そしてもちろん障害のある人々も格差と貧困の渦に巻き込まれています。湯浅さんはこんなことを言っていました。「119番はみんな知っている。110番も知っている。ところが困窮に遭遇したときに行政に連絡をとることはあまりやっていない。もっと行政に頼ってもいいのでは」と。さらに湯浅さんは、生活保護受給について非常に頭脳的に行動し、

権利としての生活保護の受給を勝ち取る、正論としての受給権を主張してきたと言っていました。同時に、行政の人と知り合うことで人間的な関係ができ、それも行政の壁を突き破るのには有効であるとも言っていました。

「溜め」を失った社会は間違いなく弱い者にしわ寄せをもたらします。言い換えれば、「溜め」を回復することは社会をよくしていくことにつながります。この「溜め」を回復するには、いろいろな「繋がり」が大切になります。繋がるということは、他者と関係し合うことであり、これによって自らの立ち位置を再認識し、さらには自らの弱さの客観視にもつながるとのことでした。自らを知ることが運動の方向とエネルギーをつくっていくうえでかけがえのないものであることも強調していました。

辻川圭乃さんは、特に知的障害をもつ人の弁護活動をとおして、いかに生きにくさが増してきているかを話されました。大阪消費者センターには1年間、2万4,000～3万2,000件もの相談が寄せられるそうです。全体に増えているとのことでしたが、なかでも知的障害者からの相談が増えていて、この10年間で全国で7倍になっています。

知的障害者からの相談が増えたことについて、辻川さんの分析では2つの要素があげられていました。一つは、障害基礎年金が狙われるのです。もう一点は、ごまかしやすいということです。これに対して弁護士の立場から予防について触れ、ロールプレイ、警察の啓発、成年後見制度の活用 of 大切さなどが紹介されました。

大変興味深かったのは累犯のケースについての話でした。一般の方は刑務所に入るとは戒めになり、受刑者の51%が刑務所に入るのは1回目の人ですが、知的障害者では、5回以上刑務所に入った人が33%います。つまり、戒めにならず、犯罪を繰り返しているという話でした。もちろんこうした事態はあってはならず、改めて支援体制の本格的な強化の必要性が求められました。

お二人の話のあとに、短い時間でしたが会場から質問と意見を受けました。27年間作業所に関係してきたという参加者から、「今、地域での支援力が低下している。その背景に商店街がすたれるなど地域全体の地盤沈下があり事態は深刻、社会問題全体の視点から支援力の回復を図っていかなければ」という発言がありました。

最後に、湯浅さんと辻川さんの双方から、「あきらめない」という言葉が出されました。そして、今だからこそ社会的な活動が大切であり、さまざまな市民運動と手を携えることの重要性が述べられました。

私自身も、リハビリテーションにおける「総合」の意味を含めて、関係分野が、関係者が連携することの大切さを痛感しました。貧困の連鎖が問題になっていますが、連鎖を食い止めるためには、連携がより有効になると思います。連携によって新たな力が湧いてく

るのです。

もう一つ、運動の大切さを実感しました。社会運動がないところには本当の全人間的復権はあり得ないように思います。運動というのは、一見して相手に働きかけるように見えますが、実はそればかりではないのです。他者に働きかけるのが運動ですが、他者に働きかけるということは、否が応でも自らをふり返るという行為を伴うのです。自らを律し、リハビリテーションと社会運動の関係をもっともっと深めていいように思います。

関 ありがとうございます。大変わかりやすくお話をいただきました。では第3分科会の大川先生、よろしくお願ひします。

<第3分科会>

大川 藤井さんからリハビリテーションとは、社会的なものまで含めてのものだ、とおっしゃっていただいて、本当にそうであると実感しています。

私は医療のリハビリテーションから始めて、介護や福祉に関わってきました。しかし、それだけでは不十分であると思うようになりました。ICFについて中学校で子どもたちと話をしたり、老人クラブや一般の市民の人々の中でも話をしたりしています。

ICF（国際生活機能分類、WHO、2001）の前身のICIDH（国際障害分類、WHO、1980）は障害のある方に関する分類でした。それがICFになって、すべての人に関する分類に変わっていきました。ICFを広い範囲で、いろいろなところで活用していただき、それによって障害や障害のある方についての見方を変えていっていただきたいと思います。これは、広い意味でのリハビリテーションにも影響が大きいと思います。

第3分科会では、3名で話をしました。まず私が、ICFに関して話を深めました。例えばICFでは、問題の程度を示す評価点を0～4の5段階と定めましたが、国ごとに文化的な背景、さまざまな環境や状況の差も大きいので、各国ごとに検討することになっています。ICFは日本では厚生省の管轄になり、厚生労働省社会保障審議会統計分科会生活機能分類専門委員会で、「活動」と「参加」の各々について、わが国の評価点の暫定案が定まりました。それについてのご紹介をしました。

特に「活動」では、今まで自立とは、家の中での自立、施設での自立、また、いろいろな外出先の自立も、同じ「自立」とされていましたが、「ある特定の環境だけでは自立」という「評価点1：限定的自立」と、そうではなく「さまざまな環境で自立」という「評価点0：普遍的自立」とに明確に分けられました。

それから、全介助では、「評価点3：全介助を受けながら行っている」と「評価点：4：

行っていない」はまったく別にもかかわらず、それがほとんど一緒にされていました。それも明確に区別をすることになりました。

ただし、「評価点2：部分的な制約」は、介助が必要な場合には、直接に手をかけた介助もあれば、声かけだけでもあり、いろいろなレベルがあります。先ほど申し上げたように、「すべての人についての分類」という観点から考えると、介助が必要となる人たちの割合は少ないので、一かたまりで「部分的制限」としています。但し、私どもは、その中で、a（直接介助）、b（見守り）、c（声かけ、促し）という下位段階に分けることも試みています。

このように評価点をつくって、データを集積していくことで、どのような生活機能の状態の人がどれだけいるのかという統計がとれるようになります。

この評価点は、あくまでも中立的にそういう状態であるという事実を示しているだけのもので、点数で優劣を問うているものではないことを、常に念頭に置いていただきたいと思います。

次に、「本当のニーズを引き出すためにはどうしたらいいのか」として、御本人がICFをどう活用するのかを、具体的な例も含めて提示しました。生活機能のうち、心身機能、活動、参加という3つのレベルが相互に関係し合ってよくなることもあるし、悪くなることもあることも含めての説明を申し上げました。

次にお話いただいたのは教育分野の吉川一義先生です。以前は教育分野でも特に機能障害を中心に訓練が行われてきましたが、意識の変化があり、専門家も周囲も社会も変わってきました。そういった変化のもと「特別支援教育のあり方」が出て、個別支援計画をつくることに、エネルギーが注がれるようになりました。

ただし、そういった方向性は出ましたが、個別に計画書を書けばいいということにとどまっています。個別に書いてもステレオタイプの計画書では意味がありません。一人ひとりの本当の目標は何なのかを明確にすることが今後の課題であるということです。

目標は「人間としてどう生きるのか」であり、そのために「参加」や「活動」も考えて計画書を作成するのです。そこにICFを活用する意義があり、教育分野でなぜICFが必要なのかと説明があり、大変わかりやすいお話でした。

一方、現在ICFを教育分野で使っていても、個別的な項目をピックアップするだけに使うなど、まだ使い方としては課題があることも指摘されました。

3番目の井上剛伸先生は工学が御専門です。工学の専門家がいろいろな機械を開発すると、まず技術的なものがあって、次にそれを何か活用できないかという視点になることが現状としてあります。しかし、ISOも含めて、逆に人間のこういった生活機能、つまり

機能障害、活動、参加に影響を与えるのかという観点から機器の効果を見ていく動きが始まっているとのお話でした。

人間は極めて複雑なもので、色々な側面からみる必要があり、あるものを提供しても、それが一人の人にとってプラスになる面もあればマイナスになる面もあり、福祉機器を開発する方々も、それをエンドユーザーに提供する我々自身も、ぜひその観点で考える必要があると思いました。

具体的には、股関節で離断した場合の股義足を例にとってお話をいただきました。実際その効果を調べると、移動には効果があっても、ICFの項目で見ると、「股義足があることがマイナスになった」という項目のほうが多いという結果もあるとのことでした。

要するに、同じ環境因子が阻害因子になる人もあれば、促進因子にもなる人もいる、同じ人でも状況によってどちらにもなりうることを考えなければいけないのです。そういった意味でも全体像を見るという点でICFの項目は大切だと思います。

まとめとして、ICFとは「“生きることの全体像”」についての“共通言語”つまり共通のものの考え方であるということです。

スライドは私が好きな作家の漫画ですが、(八つの頭と尾がある)「やまた(八岐)のおろち(大蛇)」がいる森にある人が武装して入って行き、「猛龍に注意」と書いてあるのですが、「龍なんか怖くない」と言っています。そこに弱そうな一匹の龍が出てきました。「なんだ、こんなやつ」と勝ったつもりになっています。ですが、実はそのうしろに強い七つの龍がまだいるのです。その存在にすら気づいていないというお話です。

実はこの人が見ているのはごく小さな部分だった、というより戦いやすい部分だけだったのかもしれませんが。本当に戦うべき相手は別にいたということです。

当事者であれ、専門家であれ、リハビリテーション、つまり人間らしく生きる権利の回復のために戦っています。「戦う」というのは強い表現ですが、工夫してより良い人生を勝ち取るという前向きな意味で使っているつもりです。その場合に生活機能モデルとして把握することは、効果的な武器になるのです。

フロアからのご意見をいただいたことでもありましたが、ICFは「医学モデル」か「社会モデル」かの議論がされるけれども、どちらでもなくて、まったく新しいモデル、「統合モデル」なのです。いろいろな歴史的な経過、藤井さんもおっしゃった社会的な状況の変化も踏まえた、まったく新しいモデルなのです。現状の最先端をいくモデルです。それもすべての人が使えるモデルなので、淡々と「人の生きている全体の姿」をとらえるために活用していただければと思います。ICFの基本は直感的に全体をとらえるのではなく、あくまでも現実を着実に分析して、それを統合していくという、地に足のついたものだとい

うのが大事な点です。

権利条約の話で出た「権利」「人権」は、ICFでは「参加」の中にあります。教育が何を
するのか、福祉機器も環境因子というように、様々なことを考え、整理していく際に、
ICFの考え方を活用していただければと思います。

さて、いろいろな専門家がいて、自分は何でもわかっていると思いがちです。一方では、
当事者の自分が一番わかると思うこともあります。しかし、専門家も当事者自身も必ずし
も簡単に全体像が把握でき、目標やプログラムを明確にしうるものではありません。やは
り自分たちの限界は知るべきでしょう。全体像を把握する努力をする際には、まずICF
モデルとしてみる事が大事です。そしてICIDHからICFになったことにあらわれて
いる、障害や障害のある人のあり方や、「健康」の見方について考え方、変化、例えばプ
ラスを重視すること、環境を重視すること、総合的に人が生きることをみることなどの変
化をふまえ、一人ひとりの基本的な姿勢に生かしていくことが必要でしょう。同時に、I
CFの項目として見る事が効果的です。ただ、項目として見る場合も、自分が気になっ
たある項目だけをピックアップしてICFを使うのは間違いです。

このような観点で分科会ではお話をすすめました。まとめますと、1. は、マイナスだ
けを見ることから脱却して、プラスを引き出すようにする、引き出すために、知恵をしぼ
る、工夫するということです。

私は医者ですが、医学教育では重箱の隅をつつくような、マイナスをいかに見つけるの
かという教育が徹底して行われてきました。プラスを見つける、そして、本人も専門家も
気づいていないプラスの部分を積極的に引き出すということは、マイナスを見つけるより
も、もっともっと難しいことです。しかし、チャレンジのしがいがあることだと痛感して
います。そして、そこに専門家としての喜びや楽しみを感じています。

2. は、これまで、心身機能、それもマイナス面の機能障害を中心にして障害を考えが
ちな傾向があったことは否めません。けれども今はそこから活動や参加、つまり生活や人
生を中心に考えていく方向に向かっているのです。

3. は、受身になりがちなところから脱却してチャレンジする姿勢は、当事者だけでは
なく、専門家自身にも必要です。こういう基本姿勢の転換で、専門家の、真の当事者中心
の専門家のアプローチ、また当事者中心の社会へと転換できればと思います。そのために
ICFを問題・課題整理のためのツールとして活用していただければ幸いです。

関 どうもありがとうございました。では、第4分科会、お願いいたします。

<第4分科会>

橋本 第4分科会は「組織連携とコーディネート」という漠然としたテーマでした。最初、4人のシンポジストにお話をいただいた後、話を展開していきました。

最初は村上須賀子先生のお話です。村上先生は医療ソーシャルワーカーとして患者さん本人の意思決定を尊重して、それをチームで支える体制をつくり、患者さん、家族、地域の理解を得ていく取り組みをされてきました。患者さんの個人史に耳を傾け、聴いた者としての責務として、いろいろな取り組みをしていらっしゃいます。今まである既存の社会資源だけでは充分ではなく、それを広げていくためには、それぞれの枠をはみ出した活動や行動が必要になるというお話をいただきました。

庄原市社会福祉協議会の上田正之さんからは、本人が地域で暮らせない理由は、本人の都合ではなくて家族や地域の都合である場合が多く、もし何かあったらどうするのかという話になると、なかなか地域で暮らせなくなるということです。

しかし、地域で暮らしたいという本人の意識があればそれを尊重していけばいいのであり、そのための行動を実際に起こして地域づくりをしていくことが必要だというお話と、そういった地域の機能は、自分らしい生活を実現していくという点で、リハビリテーションの大きな要素ではないかという話もいただきました。

廿日市市の藤井昭二さんは地域協働をされています。藤井さんは、行政に対していろいろ怒られるのではないかと考え、最初は地域に出ていくのが怖かったそうです。ところが、行政が主導した地域の場づくりを忍耐強く続けていくことによって、地域が自発的に、主体的に動くようになってきました。地域住民がいろいろなテーマを自分で考えるようになり、福祉、防災、環境などのテーマが出てきたそうです。これをお聞きして、保健や福祉の分野からだけのアプローチでは見えないもの、たどり着けないものが、地域づくりからのアプローチと連携することによって、可能性が出てくるものだと感じました。

印象的だったのは中間支援組織の大切さです。たとえば行政と地域が直接話をすればいいのではという声もあるそうですが、地域の住民の間でもなかなか交わるのは難しいものです。ですから行政と住民も交わりにくい部分があります。そこで中間支援組織という触媒役があることによって、うまくお互いがつながるという経験をお話いただきました。

また、精神科医の田川精二先生からは、精神科医7人が中心になって就労支援のネットワークをつくってこられた経験のお話をいただきました。これをつくる前に、精神科の診療所のグループ20診療所で約1,000人の方のアンケートを実施されました。すると何らかの福祉サービスを受けている方は1割前後でしかなかったことがわかりました。自分たちが直接取り組まなければ目の前の方に対応できないと知り、診療所の先生のグループの

取り組みが始まりました。

そのNPOでは、基礎訓練はできるだけ短くして、実習、就労前の実習に力を入れ、就職後のフォローアップに特に力を尽くしています。現場の生活での実践を大事にしていくことにつながっています。取り組みの動機には、医者としては、患者さんにいい人生を送っていただきたいという思いがあるとのお話でした。

この後、個人の信頼感が組織の連携の基礎になるという展開になりました。そして組織の連携が、また地域の連携に戻ってくることになります。さらに、個人の熱い思いを形として定着させていくために、組織としての取り組みにつないでいくことが一つ大きな要素になります。個人が勝手にやっている、〇〇さんが頑張っているというだけで終わらせないようにしておかなければ、その人がいなくなった活動は途端に終わってしまいます。そうではなくて、その人がいなくなっても、底支えが機能して、安定的・継続的なものにする必要があると話し合われました。

また、社会資源を拡大していくためには枠をはみ出した取り組みが必要です。自分の箱庭の中だけ完璧にきれいにするのはではなくて、互いに枠を越えた重なり合った社会資源の提供が大事ではないかという話が出ました。

会場から、「連携については、今までは機能論の話ばかりが出ていたが、今日の話は違うような気がする。それは何か。」という質問が出ました。これに対して、実際に自分が体験するなかで、お互いに熱を感じることによって物事が動いていくことを実感することが、連携を動かしていくものではないかという話になりました。目指すものをお互いに共有して、連携が生まれてくるのではないかということでした。

最後に大分県では、医師会や歯科医師会が構成員になっている地域リハビリテーション研究会があるそうです。せっかくこの大会が広島であったので、これをきっかけとして、広島にも、安定的、組織的な取り組みが生まれてほしいという話も出ました。

関 どうもありがとうございました。では森さん、お願いします。

<第5分科会>

森 4名の方にお話をいただきました。まず、滋賀県で作業所の支援をされている城貴志さんから、いろいろな事例をお話しいただきました。ホームヘルパー事業、インターシップの事業をされて、行政にはお金を期待するのではなくて、一緒に事業を行うパートナーであると位置づけています。

葦を使った名刺づくり、外来魚を使った肥料づくりのお話もしていただきました。さら

には、コクヨやJ R Aなどの大企業と提携して新製品をつくっています。アイデアとネットワークの両方が非常にうまくかみ合って大きな事業に発展していると感じました。J R Aとの提携の話では、馬のゼッケンを使ったバッグをつくり、5,000円、1万円で売っています。ほしい人からすれば宝物になるので、そういった価値をうまく利用して、企業と連携されています。ネット販売にも力を入れていて、楽天でも売っています。そして作業所が共同で分割してお金を払うことで、安く共同販売を行っています。

宮本立史さんは島根県での山陰合同銀行の取り組み、「ごうぎんチャレンジドまつえ」のお話をされました。頭取の知人に障害者の方がいて、親が死んだらこの子はどうなるのかという話を頭取が聞かれたのがきっかけになって、決断して、事業所を始められたそうです。

進めていくうえで社内で話し合いがありました。そしてこれは慈善事業ではなく、地域社会全体をモデル地区としなければならないと掲げて取り組まれてきました。

空き店舗を改装されて事業は行われています。こういったケースはよく特例子会社になるのですが、ここでは銀行の一部署として運営されているという特徴があります。

給料は保険料込みで8万円、手取りで7万円、年金と合わせると約14万円です。これだけあれば生活は可能です。

それから間伐材を利用した通帳ケース、名刺、雑誌などをつくり、名刺は全社員が、この製品を使っています。

製品にはそれぞれにすべて絵が入っています。ですから入社するためにはどの程度、絵の素養があるか基準になるそうです。入社してからも週2回、絵の先生に来ていただいて、絵の技術のレベルアップをはかっています。非常にレベルが高く、障害者がつくったものということとは関係なく、ほしいと思うものがたくさんありました。そこまでもっていくためには非常に努力されていることがわかりました。格好だけで社会貢献を行っている企業は結構あるわけですが、根本から取り組みをされている企業はあまり聞いたことがありません。非常にがんばっておられる企業だと感じました。

ひとは福祉会の理事長の寺尾文尚さんのお話の第一声が「田舎にはないものばかりだ。ないものねだりをするな」でした。一般の人は、すぐに人と比べがちですが、障害をもつ人は人と比べることはしないということでした。自分の文化をもっているから、自分を大切にするとお話しされました。これは非常にインパクトのある話でした。

「安心して暮らせるひとは福祉会」を目標に掲げ日々努力されています。仕事については中小企業や家庭内企業と作業所の営業力の連携をされています。実際には中小企業でつくる味噌を作業所が販売するという形の連携が行われています。

ひとは作業所のすぐ近くにある、農協の蔵が建設資材の倉庫になると聞き、それは困るので、自分たちで買い取って、お店を始めました。その中で、縄文アイスという大ヒット商品が出て、かなりの売り上げをあげています。

ただ、商売としてもうけるのは当たり前ですが、それは生活という基盤があってこそその話で、やはり生活のほうの方が大事であると何度もおっしゃっていました。これが一番印象的でした。

寺尾さんは「過疎」という言葉は嫌いだそうです。人口が少ないと、おせっかいという非常にいい人間関係ができる。だから、過疎は悪いことばかりではないということでした。

松浦さんのお話は製品販売で芋の販売をしたら全然売れなかったけれど、焼き芋にしたらよく売れたそうです。ブルーベリーが特産で、今ジャムを販売していますが、調べてみるとアントシアニンの含有率が日本で一番のジャムだったそうです。そういったセールスポイントもしっかりもって販売されているのは、よく考えられています。

「品物」ではなく「商品」を売るということは、商売の世界では当たり前のことです。それをきちんとわかって販売をするのが、作業所としては非常に大切なことだと思いました。

パネラーの皆さんのお話を聞く中で「社会資源の創造」という言葉をもう一度考えてみると、世の中にあることはほとんどすべてが社会資源です。ただ、それが実際に見えていないし、気がついていないだけなのではないでしょうか。それを見つけ出すためには企業や住民がコーディネーターとなって協力し合い、「見つけていく」というよりも開拓していくことが非常に大切なのではないかと思います。

ただ、寺尾さんが言われているように、障害者の人間らしい生活を基本に据えて考えなければ本末転倒になり、本当の意味での「福祉」を忘れてしまうと意味のないものになってしまいます。それは気をつけなければいけません。

私は、仕事柄どうしても商売、物を売ることが中心になってしまうので、商売イコールもうけという考え方に流されてしまいがちなのですが、その傾向に警鐘を鳴らしていただきました。

私自身、商売の前に「人とは」「福祉とは」を前提に考える一つのきっかけになりました。ありがとうございました。

<各分科会のキーワード>

関 どうもありがとうございました。とても内容の濃いシンポジウムをまとめていただきました。最後に各分科会のキーワードをお願いします。

尾上 先ほども申しましたとおり、障害者権利条約の批准、あるいは差別禁止条例をつくることは、生きづらさが蔓延している今の日本を変えていく最先端になります。「生きづらさを変えていくリーダーが私たち障害当事者や支援者」というのが、この分科会のまとめです。

藤井 「リハビリテーション関係者や支援者は卓越した想像者であってほしいと思います。イメージーションを働かせてほしいですね。障害のある人びとのニーズをイメージすること、個々の生活実態に思いを馳せること、支援者はこうした視点を磨いてほしいと思います。つまり、キーワードは、「想像力」ということになります。

大川 藤井さんのお話と非常に関連が深くなるのですが、「熱い情熱をもって、けれどもそれを淡々と冷たい冷静な頭で行うために」ICFを活用していただければと思います。

橋本 「つながることによって底支えができる」です。個人が熱くなっている時にはうまくいきますが、そうでない時もこれだけは最低限は守られるという意味で、組織連携は底支えにつながると感じました。

森 先ほど、最後に言いましたが、やはり「商売とは」と我々は考えますが、その前に、「人間というものをきちんと考えて援助していく」ことが大切だと思います。

関 ありがとうございます。

5人の皆さんにおっしゃっていただいたのは、人に対する見方、立ち位置に尽きるのではないかと思います。今までのリハビリテーションの視点よりも、もう少し「人間」という視点に近い立場からのアプローチだったと思います。語られた言葉は、すなわち「人間」ということだったと思います。

この大会は抽象的なテーマをお出ししましたが、それに見事に対応していただいて、ご提示いただき、心から感謝を申し上げます。ありがとうございました。

総合リハビリテーション研究大会

第31回 総合リハビリテーション研究大会 第8回 広島国際大学市民福祉公開講座

テーマ：「手と手を・・・ひろしまからの発信」

in 広島

開催要旨

「リハビリテーションは、障害をもった個人を援助し、可能なかぎりその機能を発揮させるように、そして社会の中にインテグレート（統合）させるように、医学的・社会的・教育的・職業的な手段を組み合わせる過程である。リハビリテーションは、障害をもった個人がなしえないことよりも、残された能力によって何をなしうるかが重要であるという哲学に基づいている。各個人が有するすべての能力を、最大限に活用した生活へのアプローチである。」と定義されています。ご承知のように広島の地は、地域リハビリテーションの原点である、「人が人に対する優しさ」を具現化してきた土地です。この地でなしえたこと、また、われわれがこれから成さなければならないことについて、ともに考える大会にしたいと思えます。初秋の広島で皆さまのお越しをお待ちしています。

8/29^金
午後1時
開幕

日時 2008年8月29日^金～30日^土
会場 広島国際会議場（広島市中区中島町1-5）<http://www.pcf.city.hiroshima.jp/icch/>
参加費 一般 3,000円 学生 1,000円

日程

8/29^金

- ◎ 実行委員長挨拶：畑野 栄治先生（はたのりハビリ整形病院・院長）
- ◎ 基調講演：山口 昇先生（公立みつぎ総合病院・事業管理者）
「地域リハビリテーションと地域包括ケアシステム」
- ◎ 情勢報告：松井 亮輔氏（総合リハビリテーション研究大会常任委員長・法政大学教授）
「リハビリテーション・インターナショナル（RI）の動静」
- ◎ 各分科会コーディネーターによる課題整理
 - 1 権利条約の行方……………（尾上 浩二氏 日本DPI事務局長）
 - 2 「生きにくさ」と向き合う……………（藤井 克徳氏 常任委員・日本障害者協議会常務理事）
 - 3 共通言語としてのICF……………（大川 弥生氏
国立長寿医療センター研究所 生活機能賦活研究部部長）
 - 4 組織連携とコーディネート……………（橋本 康男氏
元広島大学地域連携センター教授・広島県総務局国際課長）
 - 5 社会資源の創造……………（森 浩昭氏「僕らのアトリエ」販売店代表）
- ◎ 夕刻より 懇談会（料亭 久里川 会場からバス輸送・車いす利用者には別途対応）

8/30^土

- ◎ 午前：各分科会に分散してディスカッション
- ◎ 午後：全体会・まとめ・常任委員長挨拶

【主催】「総合リハビリテーション研究大会 in 広島」実行委員会
財団法人 日本障害者リハビリテーション協会

【後援】内閣府、厚生労働省、文部科学省、広島県、社会福祉法人全国社会福祉協議会、
独立行政法人 高齢・障害者雇用促進機構、日本障害フォーラム、中国新聞社、NHK 広島放送局、
中国放送、広島テレビ、広島ホームテレビ、テレビ新広島、広島県医師会、広島県理学療法士会、
広島県言語聴覚士会、広島県看護協会、広島県社会福祉士会、広島県介護福祉士会、
広島県社会福祉協議会、広島県老人保健施設協議会、広島県訪問看護ステーション協議会、
広島県地域包括支援センター在宅介護支援センター連絡協議会、広島県身体障害者団体連合会、
広島県身体障害者施設協議会、広島県手をつなぐ育成会、広島県知的障害者福祉協会、
広島県精神障害者社会復帰施設連絡会、広島県精神障害者家族連合会、ひとは福祉会、広島国際大学

全体プ

8月29日(金)

時間	項目
13:00～	<p>開会式 開会の辞 大会委員長挨拶；金田 一郎氏（日本障害者リハビリテーション協会会長） 実行委員長挨拶；畑野 栄治先生（はたのリハビリ整形外科病院院長） 広島県ご挨拶 今大会の意図するところ；關 宏之（総合リハビリテーション研究大会 常任委員・副実行委員長・広島国際大学教授）</p>
13:30～14:30	<p>基調講演「地域リハビリテーションと地域包括ケアシステム」 山口 昇先生 公立みつぎ総合病院・事業管理者</p>
14:40～15:00	<p>情勢報告「リハビリテーション・インターナショナル(RI)の動静」 松井 亮輔氏（総合リハビリテーション研究大会常任委員長・法政大学教授）</p>
15:00～17:00	<p>各分科会コーディネーターによる課題整理 コーディネーター；關 宏之</p> <ul style="list-style-type: none"> ①第1分科会；【権利条約の行方】 尾上 浩二氏（日本 DPI 事務局長） ②第2分科会；【「生きにくさ」と向き合う】 藤井 克徳氏（常任委員・日本障害者協議会常務理事） ③第3分科会；【共通言語としてのICF】 大川 弥生氏（国立長寿医療センター研究所 生活機能賦活研究部部長） ④第4分科会；【組織連携とコーディネート】 橋本 康男氏（元広島大学地域連携センター教授） （広島県総務局国際課長） ⑤第5分科会；【社会資源の創造】 森 浩昭氏（「僕らのアトリエ」販売店代表）
18:00～20:30	<p>懇談会（参加希望者のみ） 於；料亭 久里川</p>

プログラム

8月30日（土）

時間	項目
9:30～12:00	<p>分科会</p> <p>①【権利条約の行方】 コーディネーター；尾上 浩二氏</p> <ol style="list-style-type: none">1) さくら会（知的障害当事者の会代表）2) 野沢 和弘氏（毎日新聞社夕刊編集部長）3) 東 俊裕弁護士（国連特別委員会日本政府代表団顧問・熊本県弁護士会） <p>②【「生きにくさ」と向き合う】 コーディネーター；藤井 克徳氏</p> <ol style="list-style-type: none">1) 湯浅 誠氏（「反貧困」著者、反貧困ネットワーク事務局長、NPO 法人 自立生活サポートセンター・もやい事務局長）2) 辻川 圭乃氏（「プロテクション・アンド・アドボカシー大阪（P&A 大阪）」代表・大阪弁護士会所属弁護士） <p>③【共通言語としてのICF】 コーディネーター；大川 弥生氏</p> <ol style="list-style-type: none">1) 吉川 一義氏（金沢大学 人間社会研究域 学校教育系 教授）2) 井上 剛伸氏（国立身体障害者リハビリテーションセンター研究所 福祉機器開発部部長） <p>④【組織連携とコーディネート】 コーディネーター；橋本 康男氏</p> <ol style="list-style-type: none">1) 田川 精二氏（精神科医・くすの木クリニック院長・NPO 法人大阪精神障害者雇用支援ネットワーク代表理事）2) 村上 須賀子氏（県立広島大学保健福祉学部教授）3) 上田 正之氏（庄原市社会福祉協議会事務局長）4) 藤井 昭二氏（廿日市市地域協働課長） <p>⑤【社会資源の創造】 コーディネーター；森 浩昭氏</p> <ol style="list-style-type: none">1) 城 貴志氏（滋賀県社会就労事業振興センター）2) 宮本 立史氏（株式会社 山陰合同銀行北支店次長）3) 寺尾 文尚氏（社会福祉法人 ひとほ福祉会理事長）4) 松浦 真英氏（清光寺住職・NPO 法人 かみじまの風理事長）
13:00～14:00	全体会・5名のコーディネーターから分科会の総括 分科会における主な論点と課題
14:10～14:40	次期開催地挨拶 閉会の辞 松井亮輔 常任委員長・副実行委員長

「総合リハビリテーション研究大会 in 広島」大会役員・実行委員名簿

役職	氏名	組織名・肩書
大会会長	金田 一郎	日本障害者リハビリテーション協会 会長
顧問	上田 敏	日本障害者リハビリテーション協会 顧問
顧問	澤村 誠志	兵庫県立社会福祉事業団 顧問
相談役	山口 昇	公立みつぎ総合病院 事業管理者
実行委員長	畑野 栄治	はたのリハビリ整形外科 院長
副委員長	松井 亮輔	総合リハビリテーション研究大会 常任委員長・法政大学教授
副委員長	關 宏之	広島国際大学医療福祉学部 教授・総合リハビリテーション研究大会常任委員
委員	落合 俊郎	広島大学大学院教育学研究科 教授
委員	金子 努	県立広島大学生生活科学部 教授
委員	岡崎 仁史	広島国際大学医療福祉学部 学部長・教授
委員	佐々木 久登	広島国際大学保健医療学部理学療法学科 教授
委員	蛭江 紀雄	広島文教女子大学人間科学部 教授
委員	日黒 輝美	広島国際学院大学現代社会学部 教授
委員	藤井 克徳	日本障害者協議会 常務理事・総合リハビリテーション研究大会常任委員
委員	黒瀬 靖郎	広島県立障害者リハビリテーションセンター 所長
委員	吉村 理	広島市立総合リハビリテーションセンター センター長
委員	若宮 実雄	社会福祉法人 広島県社会福祉協議会
委員	横島 雅行	広島障害者職業センター
委員	川崎 俊和	広島県身体障害者施設協議会 会長
委員	平石 協	広島県精神障害者社会復帰施設連絡会 会長
委員	森木 聡人	広島県障害者相談支援事業連絡協議会 会長
委員	鎌刈 拓也	社団法人 広島県身体障害者団体連合会 会長
委員	若狭 孝司	社会福祉法人 広島県手をつなぐ育成会 常務理事
委員	縄手 建	広島県知的障害者福祉協会 会長
委員	寺尾 文尚	ひとは福祉会 理事長
委員	小田 穰	社団法人 広島県精神障害者家族連合会 会長
委員	森 浩昭	「僕らのアトリエ」販売店 代表
委員	梶村 政司	社団法人 広島県理学療法士会 会長
委員	沖田 啓子	広島県言語聴覚士会 会長
委員	板谷 美智子	社団法人 広島県看護協会 会長
委員	田中 洋子	社団法人 広島県社会福祉士会 会長
委員	木村 雅昭	広島県精神保健福祉士協会 会長
委員	廣山 初江	社団法人 広島県介護福祉士会 会長
事務局長	坊岡 正之	広島国際大学医療福祉学科 教授

【生涯学習】日本理学療法士協会（生涯学習基礎プログラム）、日本作業療法士協会（SIG 認定取得研究大会）

【お問い合わせ】財団法人 日本障害者リハビリテーション協会：URL://www.normanet.ne.jp/~rehab
「総合リハビリテーション研究大会 in 広島」事務局

〒739-2695 広島県東広島市黒瀬学園台 555-36 広島国際大学医療福祉学部 坊岡研究室
TEL/FAX:(0823)70-4897 E-mail:riha31@hw.hirokoku-u.ac.jp

障害者権利条約の国内履行を推進するシンポジウムの開催事業
総合リハビリテーション研究大会 in 広島
～手と手を・・・ひろしまからの発信～

発行 平成 21 年 3 月

編集・発行人 (財) 日本障害者リハビリテーション協会

162-0052 東京都新宿区戸山 1-22-1

TEL: 03-5273-0601 FAX: 03-5273-1523

印刷 (福) 東京コロニー コロニー中野

独立行政法人福祉医療機構「長寿・子育て・障害者基金」助成事業