

第32回総合リハビリテーション研究大会

～リハビリテーションのいま・そして・交流～

抄 録 集

と き 2009年8月29日(土)・30日(日)

ところ 埼玉県立大学

主 催 第32回総合リハビリテーション研究大会実行委員会
財団法人 日本障害者リハビリテーション協会

後 援 (順不同)

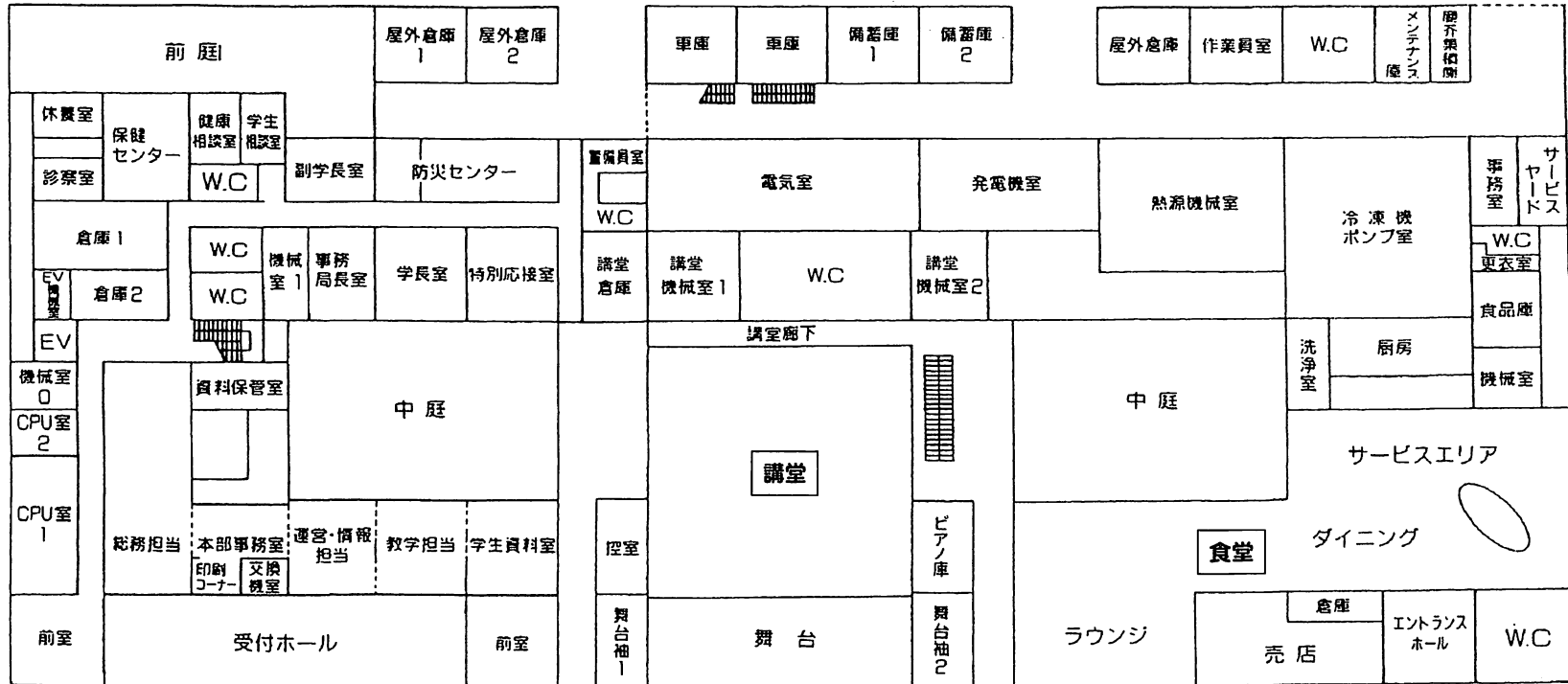
内閣府、厚生労働省、文部科学省、埼玉県、
社会福祉法人全国社会福祉協議会、
独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構、日本障害フォーラム

お知らせとお願い

- 受付時間** 8月29日(土) 午後12時20分より
8月30日(日) 午前9時00分より
- 会場案内** 全体会、開会、閉会(29日、30日) : 講堂
分科会(30日午前): <グループ1> 講堂
<グループ2> 南棟2F 203
<グループ3> 南棟2F 205・206
<グループ4> 南棟2F 204
交流会(1日目夕方): 食堂
- 名 札** 大会参加中は、常にご着用ください(交流会を含む)。
2日間とも参加される方は、1日目(19日)の終了後は名札をお持ち帰りいただき、2日目(20日)の入場時に受付にて名札をご提示ください。
なお、お帰りの際に、受付にて回収させていただきます。
- 同時通訳レシーバー(1日目のみ使用)**
受付にてお渡しします。
プログラム終了後は、必ず受付にご返却ください。
- 喫 煙** 大学敷地内は、全面禁煙です。学外での喫煙については、吸殻を放置しないようお願いいたします。
- 手荷物等** クロークは設けておりませんので、手荷物等は各自でお持ちください。
- 昼 食** お弁当を注文された方、または昼食を持参された方は、1階の食堂でお召し上がりください。(8月30日のみ)
- 情報保障等** 手話通訳・要約筆記 : ご要望に応じて配置します。
点字資料・電子資料 : ご要望の方に配付しております。
- 報 告 書** 本研究大会の報告書は、後日参加者に郵送いたします。

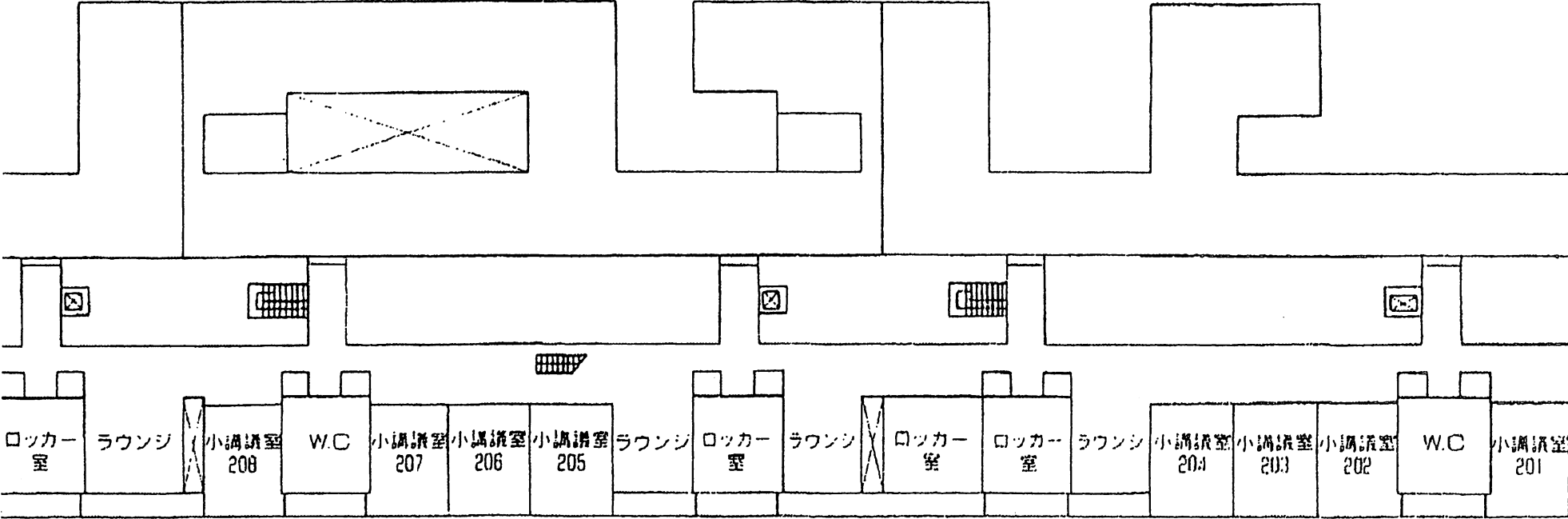
本部棟

1階



南棟 2 階

3



プログラム

8月29日(土)

開会のあいさつ 13:00～13:15

日本障害者リハビリテーション協会 会長 金田 一郎
第32回総合リハビリテーション研究大会長 佐藤 進

【1】基調講演1 13:15～14:25

「リハビリテーションと障害者の権利促進への
世界的取組みにおけるRIの指導的役割」

ヴィーナス・イラガン (国際リハビリテーション協会(RI)事務総長/
RI財団最高経営責任者)

<日英同時通訳付>

【2】基調講演2 14:25～15:35

「インクルーシブな地域生活の実現
・・・自立支援協議会の役割強化を」

佐藤 進 (埼玉県立大学学長)

— 休憩 10分 —

【3】特別講演 15:45～16:55

「リハビリテーションの発展と革新 ヨーロッパの展望」

ドナル・マカナニー (欧州リハビリテーション協会(EPR)上級顧問/
ユニバーシティ・カレッジ・ダブリン障害学センター研究員)

<日英同時通訳付>

○交流会 18:00～ (会費制)

8月30日(日)

【4】分科会 9:30～12:00

テーマ「リハビリテーションの現状と交流」

グループ1「リハビリテーションと障害者の権利」

コーディネーター：佐藤 久夫 (日本社会事業大学教授)

パネリスト：奥野 英子 (筑波大学特任教授)

高橋 流里子 (日本社会事業大学教授)

上村 数洋 (NPO法人バーチャルメディア工房ぎふ理事長)

関口 明彦 (全国「精神病」者集団運営委員)

グループ2「アクセシビリティの確保」

コーディネーター：高橋 儀平（東洋大学教授）

パネリスト：秋山 哲男（首都大学東京教授）

関根 千佳（株式会社ユーディット 代表取締役社長）

高橋 儀平（東洋大学 教授）

河合 俊宏（埼玉県総合リハビリテーションセンター
相談部 福祉工学担当）

グループ3「リハビリテーションと地域生活支援」

コーディネーター：野中 猛（日本福祉大学教授）

パネリスト：山本 雅章（調布市福祉健康部副参事兼障害福祉課課長）

増田 一世（社団法人やどかりの里 常務理事）

池並 雪枝（社会福祉法人啓和会 常務理事）

四ノ宮 美恵子（国立障害者リハビリテーションセンター
理療教育・就労支援部就労相談室長）

グループ4「リハビリテーションと生活機能」

コーディネーター：金田 安正（びわこ成蹊スポーツ大学教授）

パネリスト：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）

小林 順一（高知県立障害者スポーツセンター所長）

先崎 章（東京福祉大学社会福祉学部教授）

大橋 秀行（埼玉県立大学保健医療福祉学部作業療法学科教授）

— 休憩 60分 —

【5】コーディネーターからの分科会の総括 13:00～14:00

コーディネーター：寺島 彰（浦和大学総合福祉学部教授）

シンポジスト：各分科会コーディネーター

閉会のあいさつ 14:00～14:10

松井 亮輔（総合リハビリテーション研究大会常任委員長

・日本障害者リハビリテーション協会副会長）

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

・次回大会実行委員長）

（敬称略）

[1] 基調講演 1

「リハビリテーションと障害者の権利促進への
世界的取組みにおける RI の指導的役割」

講 師：ヴィーナス・イラガン

（国際リハビリテーション協会（R I）事務総長／

R I 財団最高経営責任者）

リハビリテーションと障害者の権利促進への

世界的取組みにおける RI の指導的役割

ヴィーナス・イラガン

(国際リハビリテーション協会 (RI) 事務総長 / RI 財団最高経営責任者)

ヴィーナス・イラガン 略歴

2008 年より、国際リハビリテーション協会 (RI) 事務総長、ならびに RI 財団最高経営責任者を務める。

障害者インターナショナル (DPI) 前議長 (2002-2007)。

また現在、WHO「途上国における CBR 実施ガイドライン」作成のコア・グループメンバー (2005 年-) を務めるとともに、WHO・国際義肢装具協会 (ISPO)・米国国際開発庁 (USAID) による「国際車いすガイドライン」レビューチームメンバー (2006-) も務めている。

日本ともなじみが深く、第 5 回糸賀一雄記念賞 (2002) を受賞。また現・国際協力機構 (JICA) による「障害者リーダーコース」の研修員として、1994 年に来日している。

はじめに

演者はアジア出身者として、アジア太平洋地域の活動、特に「アジア太平洋障害者の十年」に関する活動に携わってきた。演者を含むアジアの多くの障害者リーダーの存在は、これらの活動の成果である。

RI の歴史

RI は、リハビリテーションを推進する世界的な活動を、障害者に関する課題解決の一つの戦略として、先駆的に展開してきた。

1922 年に米国で設立以来、障害種別を超え、専門領域を超え、さまざまな分野の専門的知見を結集した交流の場を提供し、障害者の能力向上、インクルージョン、地域参加を推進してきた。

例えば、地域に根ざしたサービスの推進、障害関連データ収集の監視機関設置の呼びかけ、「2000 年代憲章」の宣言、障害者権利条約の推進活動などが挙げられる。

RI の活動

RI は、現在 7 つある「専門委員会」を通じて、障害者に関するさまざまな目標を達成するため、独自に、または他機関とパートナーシップによって、活動を展開してきた。

その顕著な例として、ICTA（イクタ：テクノロジーとアクセシビリティに関する専門委員会）の提唱による「国際シンボルマーク」（車いすのマーク）の作成が挙げられる（1969 年）。今日では、施設・設備や環境のアクセシビリティを表すシンボルマークとして、文化や言葉の壁を超えて世界的に認知されている。

RI の与えた影響と、障害者権利条約に関する活動

RI は、世界 100 か国以上の障害当事者、サービス提供者、政府機関、各種専門領域の個人など、1,000 を超える会員・加盟団体から構成される。

RI は、国連障害者権利条約の成立に向けた交渉に重要な役割を果たした。今後は各国の批准推進、また締約国での実施の監視にも携わっていく。

権利条約の精神は、RI の設立の精神と共通しており、その交渉の過程に、途上国出身者を含めた障害当事者が参画したことは大きな出来事であった

将来に向けて果たすべき役割

RI の現会長および事務総長は、今回初めて、いずれもアジア太平洋地域出身の障害のある女性が務めている。これはこの地域で行われてきた活動の結晶であるといえる。

RI は、今後とも国連、世界銀行、障害と開発に関するグローバル・パートナーシップ（GPDD）、国際障害同盟（IDA）等とのパートナーシップを推進していく。

また情報提供の促進のために、会員向けのメールニュースやホームページを活用していく。

RI は、5 か年戦略計画を策定し、4 つの目標（リハビリテーションとハビリテーション、権利条約の実施、貧困削減、人権問題への関与）を掲げている。

とりわけ途上国におけるリーダーの育成を今後とも支援し、世界レベル、地域レベル、国レベルの意見交流を促進しながら、障害種別と専門領域を超えた組織としての活動を行っていく。

リハビリテーションは、障害者の権利を実現するために不可欠な手段として、RI の活動で非常に重要な位置を占めている。今後とも RI ネットワークの広範な専門的知見を活用し、障害者の生活向上と権利実現に向けて指導的な役割を果たしていく。

参考資料

RI (リハビリテーションインターナショナル) について

RI (Rehabilitation International) は1922年に設立された、障害原因の予防、リハビリテーションおよび障害者の権利を推進することなどを目的とする国際団体。そうした目的実現の一環として、1980年代憲章および2000年代憲章を策定し、その国際的普及に務めている。加盟団体は76の国と地域から約140団体（政府機関、当事者団体を含む、国内民間団体および国際専門団体から構成）で、本部はニューヨークにある。RIは障害分野で国連の諮問に対し、意見を述べる障害関連国際団体のひとつ。また、障害者の機会均等化に関する標準規則（スタンダードール）の特別報告者を支援する専門家が年に代表を送っている。RIはIDA(国際障害同盟)にも加盟している。

RIは世界を6つのブロックに分け、それぞれに地域委員会がある。日本はRIアジア太平洋地域委員会に含まれる。6つのブロックとは、アジア太平洋地域、アフリカ地域、アラブ地域、ヨーロッパ地域、ラテンアメリカ地域、北米地域。

1. RIの役員と組織

4年ごとに改選され、現在の役員の任期は2008年から2012年まで。

現会長は、ニュージーランドのアン・ホーカー。副会長および次席副会長は各地域にひとりづつおかれ、そのいずれかは障害当事者であることとされる。副会長は地域委員会の委員長を兼ねる。RIアジア太平洋地域副会長は、松井亮輔氏（日本障害者リハビリテーション協会副会長、法政大学教授）が1996年から2004年まで2期連続して務め、現在同地域副会長は韓国リハビリテーション協会のDr. Il-Yung Lee。次席副会長は、スリランカのMr. S.W. Jayawardana (Sri Lanka Federation of the Physically Handicappedの名誉会長)。事務総長は、フィリピンのヴィーナス・イラガン。

RIアジア太平洋地域委員会の事務局は1996年から2004年まで日本障害者リハビリテーション協会が引き受けていた。各国にナショナルセクレター（事務局長）がおかれ、日本のナショナルセクレターは、日本障害者リハビリテーション協会副会長の松井亮輔氏が引き受けている。

日本の加盟団体は、日本障害者リハビリテーション協会と高齢・障害者雇用支援機構。

2. 専門委員会

RIは現在7つの専門委員会をもつ。（保健・機能、教育、雇用就労、社会、ICTA：ICTA：International Commission on Technology and Accessibility：住宅・交通・機器）、ジャーナル・クラブ、政策・サービス）。

日本からは、佐藤久夫氏（日本社会事業大学教授）がアジア太平洋地域社会委員会委員長を、河村宏氏がアジア太平洋地域ICTA委員長をそれぞれ2008年から2012まで引き受けている。

3. RI諸会議

RIは4年に一度世界会議を各地域持ち回りで、またアジア太平洋地域会議を4年毎に開催し、障害の予防、リハビリテーションおよび障害者の権利推進に関する国際的交流・情報交換をはかっている。

最近の世界会議開催状況は次のとおり。

1988年：第16回世界会議（東京）	1992年：第17回世界会議（ナイロビ）
1996年：第18回世界会議（オークランド）	2000年：第19回世界会議（リゲジャネロ）
2004年：役員会・年次総会・第20回世界会議（オスロ）	2005年：年次総会（バーレーン）
2006年：年次総会開催（ニューヨーク）	2008年：世界会議（ケベック）
2009年：年次総会開催予定（ドバイ）	2012年：韓国にて世界会議開催予定

RI アジア太平洋地域会議の最近の開催状況は次のとおり。

第9回 1990年：北京

第10回 1995年：ジャカルタ

第11回 1998年：香港、中国

第12回 2002年：大阪

RIの他の活動に、国際シボルマーク（ISA: International Symbol of Access：障害者が利用できる建築物、施設であることを明確に示す世界共通のマーク）の推進がある。現在世界で使われるこのマークは、1969年にRIが今のデザインを採択し、使用にかかわる最低基準を示したもの。日本では日本障害者リハビリテーション協会が管理をまかされており、使用指針も作成している。

現在では、RI憲章の作成、RI戦略の改定作業がすすめられている。

1988年に第16回RI世界会議を東京にて当協会がホスト団体として開催した結果、RI本部にアジア太平洋地域での小規模のよいプロジェクトを支援するための基金を設立した。その利息をプロジェクトファンドに使用している。

4. 「アジア太平洋障害者の十年」とRI

4.1 ESCAP への支援

RI アジア太平洋地域委員会は、国連 ESCAP の BMF-SCM(BMF 関係者調整委員会、前 TWGDC (テーマ別障害委員会) のメンバーで、APDF (これまででは RNN) とともに参加している。

4.2 RNN への支援

RNN は「アジア太平洋障害者の十年」を民間で推進すべく、1993年に設立されたネットワークで、RI アジア太平洋地域委員会は設立当初からのメンバーとして立ち上げから現在にいたるまで RNN を支援してきた。

RI の諸会議の時にキャンペーン会議を開催し、RNN 活動の継続に貢献してきた。

RNN 事務局長は、故丸山一郎氏。

RNN キャンペーン会議開催の経緯は次のとおり。

1993年 沖縄	1994年 マニラ	1995年 ジャカルタ
1996年 オークランド	1997年 ソウル	1998年 香港、中国
1999年 クアラルンプール	2000年 バンコク	2001年 ハノイ
2002年 大阪		

4.3 APDF への支援

リハビリテーション協会は、事務局を引き受けて支援する。事務局長は、松井亮輔氏。

総会・会議の開催経緯は以下のとおり。

2002年 シンガポール	2006年 バンコク	2008年 ダッカ
2010年 ホーチミン (予定)	2012年 韓国 (予定)	

5. RI と権利条約促進

RI は 2000 年代憲章の中で、権利条約制定の必要を記した。

国連権利条約特別委員会内で起草にあたる作業委員会には、RI からは Gerald Quinn 氏が就任した。

[2] 基調講演 2

「インクルーシブな地域生活の実現

・・・自立支援協議会の役割強化を」

講 師： 佐藤 進 （埼玉県立大学学長）

インクルーシブな地域生活の実現

・・・自立支援協議会の役割強化を

佐藤 進

(埼玉県立大学学長)

プロフィール

1947年 神戸市生れ(62才)

東京教育大学教育学部心理学科卒

施設指導員を経て

東京学芸大学大学院教育学研究科修士課程修了

1978年 障害児通園施設「こども発達センターハローキッズ」施設長

1990年 社会福祉法人昂を設立。(同 理事長。2007年3月退任)

埼玉県立大学保健医療福祉学部社会福祉学科教授

2007年 同 学長

その他の社会活動

日本保健医療福祉連携教育学会副会長

内閣府「中央障害者施策推進協議会」委員

厚労省社会保障審議会・障害者部会委員

埼玉県発達障害者支援体制整備検討委員会委員長

等在任中

著 書 「障害幼児の保育実践」(ぶどう社)

「望ましい障害者福祉システムへの提言」(法研)

「地域で暮らす」(中央法規)

「社会福祉学習双書3・障害者福祉論」(全国社会福祉協議会)等。

(いずれも共著)

基調講演Ⅱ

インクルーシブな地域生活の実現

・・・自立支援協議会の役割強化を

第32回総合リハビリテーション研究大会

2009. 8. 29-30.

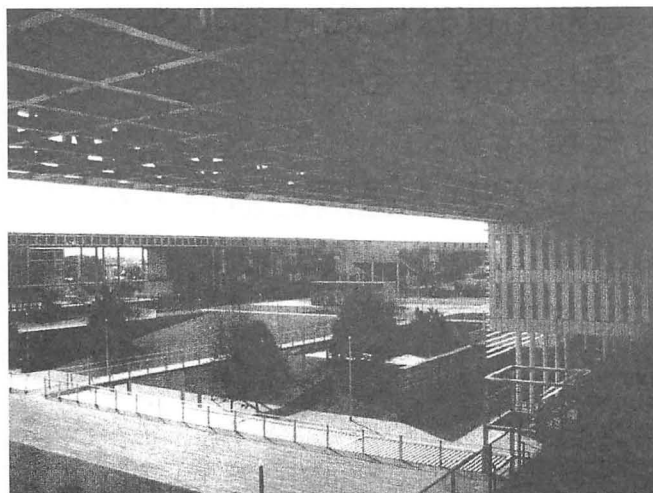
埼玉県立大学

佐藤 進(埼玉県立大学)

埼玉県立大学へようこそ

1999年4月開学

基本理念は
「連携と統合」



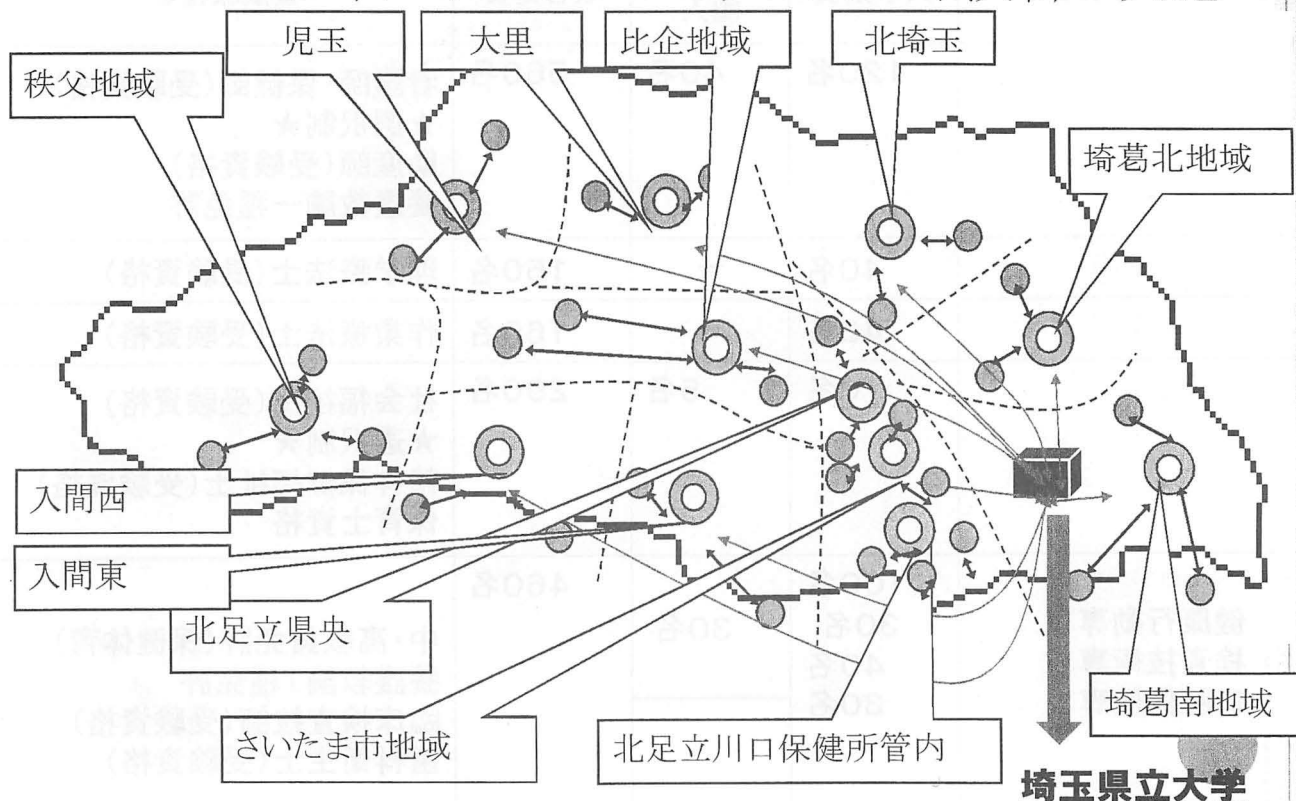
学科・専攻名	入学定員	3年次 編入	収容定員	養成職種等
看護学科	120名	40名	560名	看護師・保健師(受験資格) ★選択制★ 助産師(受験資格) 養護教諭一種免許
理学療法学科	40名	—	160名	理学療法士(受験資格)
作業療法学科	40名	—	160名	作業療法士(受験資格)
社会福祉学科	70名	5名	290名	社会福祉士(受験資格) ★選択制★ 精神保健福祉士(受験資格) 保育士資格
健康開発学科 健康行動専攻 検査技術専攻 口腔保健専攻	100名 30名 40名 30名	30名	460名	中・高教員免許(保健体育) 養護教諭1種免許 臨床検査技師(受験資格) 歯科衛生士(受験資格)

埼玉県立大学の建学の理念

21世紀の本格的な少子・高齢化社会における多様な保健、医療、福祉ニーズと進歩発展する高度医療に対応できる実践力の高い人材を養成する。
その中核をなす理念と方法としての「連携と統合」の実践力を涵養する教育。

保健医療福祉のそれぞれの分野が連携し、人々の健康を統合的に支えることを通じ共生社会に貢献する

県内各地への専門職連携推進会議の設置と IP(インタープロフェッショナル)演習の実施



専門職連携推進会議

- 埼玉県保健医療部・福祉部、各福祉保健総合センター・保健所などと事前調整し、呼びかけ機関を選定
- 個別訪問により、取り組みの趣旨説明と会議出席への依頼を行う



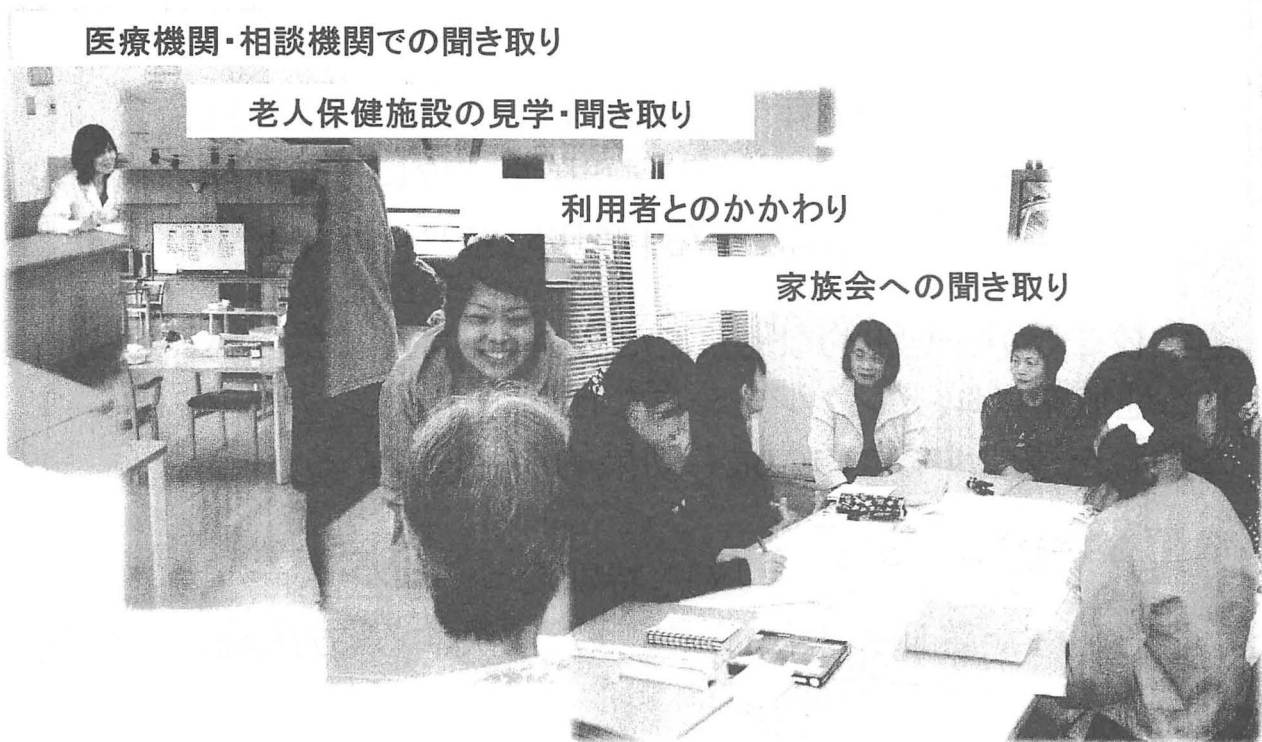
IP演習＝5学科の学生が混成チームを作り同じ場所で実習
(例) 地域の課題(認知症ケアのための地域づくり)の検討

医療機関・相談機関での聞き取り

老人保健施設の見学・聞き取り

利用者とのかかわり

家族会への聞き取り



「インクルーシブな地域生活」とは？

- それは単に、住む場所(入施設ではなく、グループホームやケアホームあるいは自宅等)の問題ではなく
- 地域社会の構成員としてのあらゆる市民的権利の平等性が担保されている暮らし。
- また、それらは「障害者の側」からの要請によって実現されるだけではなく、住民の意思によってユニバーサルに地域社会に装置されるものである。
- つまり「インクルーシブな地域生活」の実現とは、インクルーシブな地域社会づくりに他ならない。

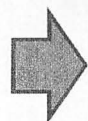
inclusive ・・総括[包括]的な;含めて;すべての人に開放された
(ジーニアス英和辞典)

cf. **exclusive** ・・排他的な;特権階級に限られた(同上)

「サラマンカ宣言」(1994年) を手がかりに。

特別な教育ニーズを有する人びとは、そのニーズに見合った教育を行えるような子ども中心の普通学校にアクセスしなければならない。インクルーシブ(**inclusive**)な方向性を持つ
普

通学校こそが、差別的な態度とたたかい、喜んで受け入れられる地域を創り、インクルーシブな社会を建設し、万人のための教育を達成するための最も効果的な手段である。

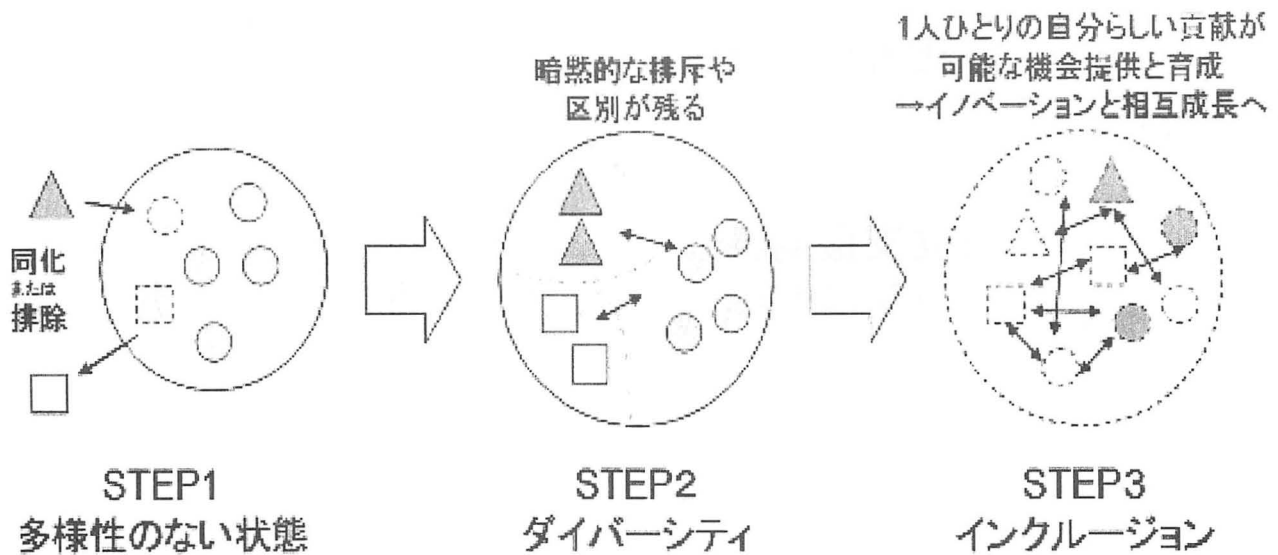


インクルージョンとは、特別なニーズを普通の中で、また普通の方法で充足また解決する「方法論」

インクルージョンとは

「異なる社会文化、個人的特質などさまざまな要素から起きる暗黙的な排斥や区別を取り払い、誰もが対等な関係で関わり合い、社会や組織に参加する機会を提供することを目指すもの」

(2008年、堀田恵美)



障害者の権利に関する考察

ダイバーシティとインクルージョン

○「障害者の権利」に関する考察 ←→ アメリカと北欧

Robert Bogdan「北欧の知的障害者」(1999)

アメリカ

…障害者は「障害者」であるからこそ、つまり「普通の市民とは異なる（同じではない）」ことがサービス受給の権利の根拠である。

➡ アファーマティブアクション

北欧

…障害者は「障害者」であるからではなく、「人間」であるから、適正な生活水準への権利を持つ。

「社会サービスは、民主主義と連帯の精神に基づき人間の経済力と社会的安心感の向上、生活条件の平等化と積極的な社会参加を促進するものである。」

(社会サービス法＝スウェーデン、第1条1項)

平等や権利性についてのインクルージョンとの思想的調和

➡ 障害者問題の解決も

埼玉県東松山市における 地域生活支援システムづくり

障害者計画（障害者基本法）及び障害福祉計画（障害者自立支援法）に基づくプランを一体的に作成し、

「市民福祉プラン・ひがしまつやま」と命名。

「自立支援協議会」をエンジンとして、インクルーシブな地域社会づくりへの取り組み

「市民福祉プランひがしまつやま」の策定 （障害者プラン、障害者計画と呼ばない）

- 前文に、「手帳の所持の有無を問わず、市民であれば誰でも利用できるサービス体制の構築をめざす」と明記し
- 可能な限り、福祉課所管の「障害者向けに特化した施策」から、各部局が所管する「市民向け施策」の中に位置づけることをめざす。
- 例えば、「障害児保育の充実」を削除し、「育ち合う保育所づくり」と表現するなど

…ユニバーサルデザインの地域社会づくり

★「市民福祉プラン・ひがしまつやま」★
 基本理念・施策の基本方針(抜粋)

基本理念 「ともに暮らすまち 東松山の実現」

ノーマライゼーションの理念に基づくまちづくりが一定の進展は見たものの、課題も多く残されているとの問題意識に基づき、障害のあるなしにかかわらず地域でともに暮らすことのできる東松山市の実現を目指すこととしたもの。

施 策 の 基 本 方 針

**① 支援の質を高め、
かかわりを広げる**

障害福祉サービスの質を高めるとともに、地域の理解やかかわりを広げることにより地域全体で支えるまちづくりを目指すこととしたもの。

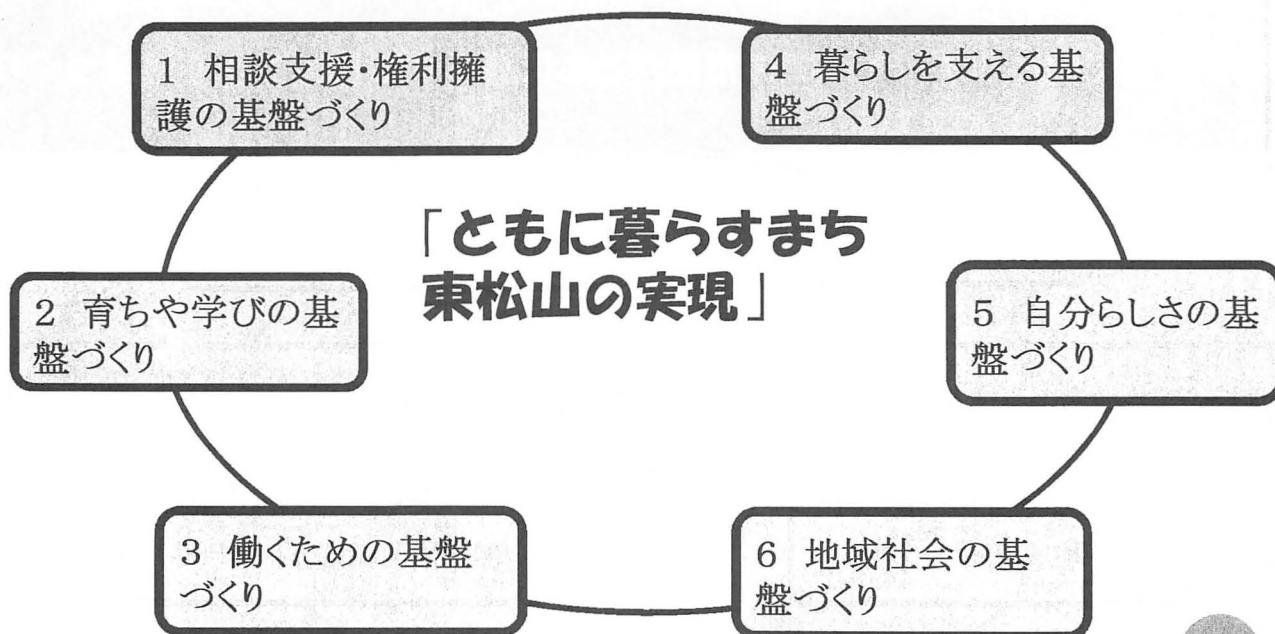
**② 制度の壁を越え、
ニーズに応じた支援
の仕組みをつくる**

限られた社会資源を有効に活用し、年齢や障害種別ではなく一人ひとりのニーズに応じたサービス提供の仕組みを目指すこととしたもの。

**③ 市民との協働による
安心づくり**

障害を他人事ではなく自分のこととして捉え、障害があっても安心して暮らせる地域づくりを、市民と行政の協働によって進めることとしたもの。

障害者計画の構成



障害者計画のイメージ(例)

育ちや学びの基盤づくり

目標1 障害のあるなしにかかわらず、子どもたちが地域の中で一緒に育ち合い、学び合うことを原則として確立するとともに、そのための環境がソフト・ハードの両面から整うこと。

目標達成のために当事者、市民、事業者、行政に期待される取組を明確化

当事者

・保護者は、障害のある子どもたちも分け隔てられることなく共に育ち学べるよう取り組みます。

市民

・障害のある子どもが保育園、幼稚園、小中学校に通うことを肯定的に受け止めるとともに、クラスメートの一人としてのかかわりを持っています。

事業者

・保育園、幼稚園、小中学校、学童保育に障害のある子どもが通うために必要な建物の構造の改善を進めます。

行政

・保育園、幼稚園、小中学校、学童保育において“ともに育ち、ともに学ぶ”原則を指針として確立し、その趣旨の普及を進めます。

地域自立支援協議会の目的と所掌事項

目的

障害の有無に関わらず、すべての市民がともに暮らすことのできる地域づくり

所掌事項

関係機関の業務上課題となった事項への対応

市民福祉プランの進行管理

地域の関係機関の連携

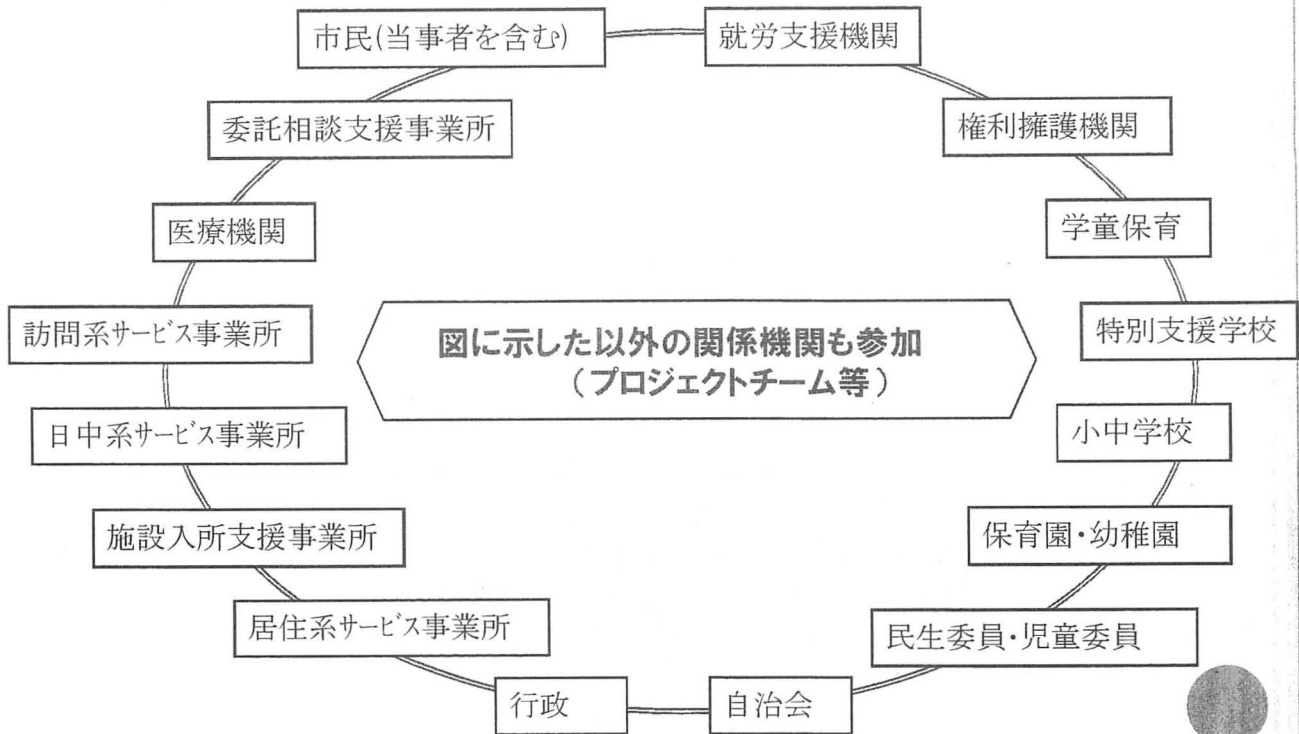
相談支援の中立性・公平性の確保

新たな地域課題への対応

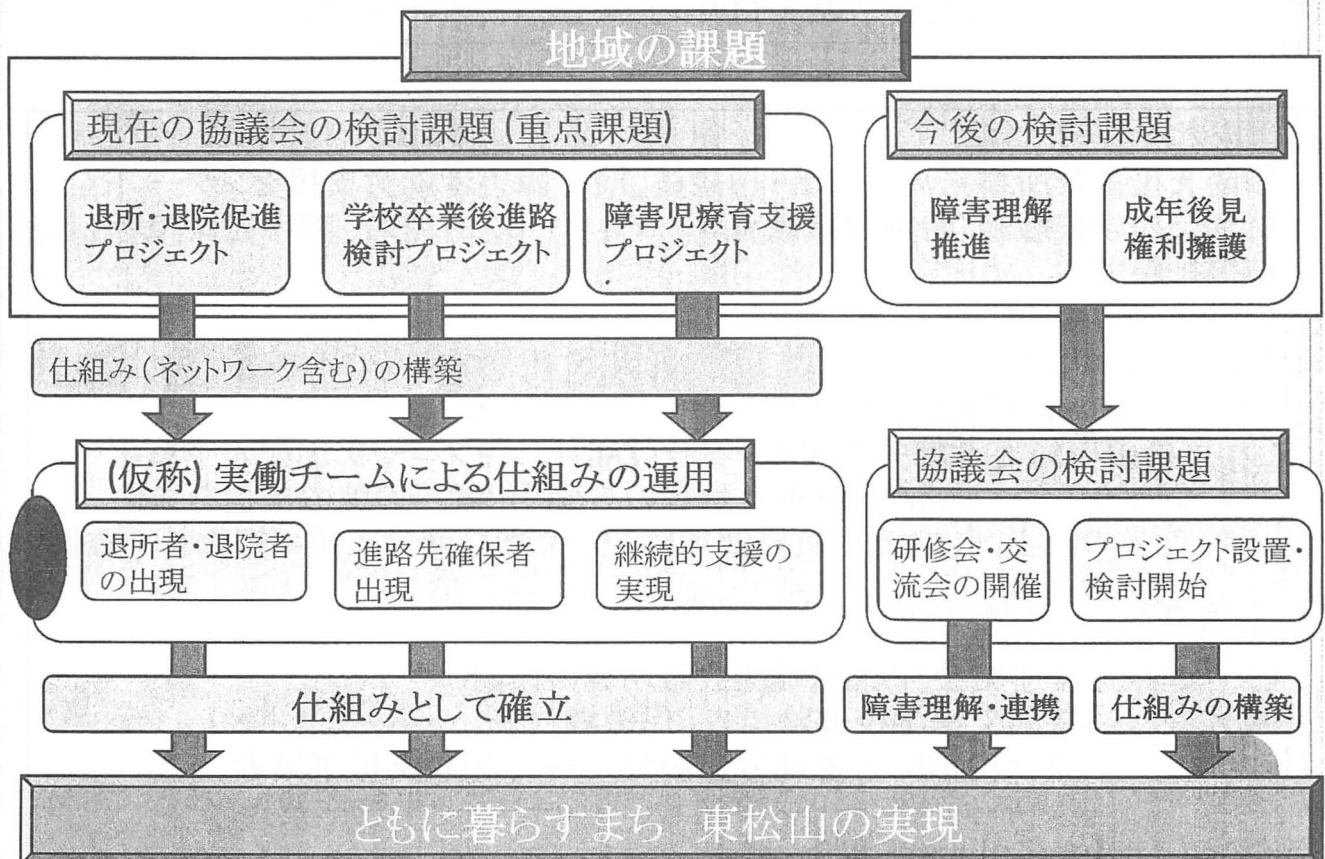
関係機関職員等への研修

当事者と地域との関係づくり

地域自立支援協議会の構成



自立支援協議会がともに暮らすまちづくりに機能するまで



②学校卒業後の進路検討支援プロジェクト

【問題意識】

障害児の学校卒業後の進路については、一般就労できないと通所施設等になるが、施設等の定員の関係から入所できないこともあり、卒業後の進路に先が見えず親子ともに大きな負担感、不安感を持っている。

このような状況を解消し、現在のライフステージを豊かに過ごすとともに、次のライフステージへ向けて一人一人に合った支援が出来るよう、新しい仕組みを作ることに関連する課題を解決し、地域の中で支えていく。

【目標】

▼ 関連機関を交えた「進路支援連絡会」を組織

- 定期的に行き開催し、連携と情報共有を図る。
- フォーラム(説明会や相談会)の開催。

【例】・一般就労希望者向けフォーラム

・施設希望者向けフォーラム

・卒業生向け「プレ社会人フォーラム」

※ 進路支援連絡会(定期開催)と、地域で卒業後を考えるフォーラムの両輪で課題解決を目指す。

②学校卒業後の進路検討支援プロジェクト

【構成メンバー】

相談支援事業所事務局長 1名・相談員 1名、障害者就労支援センター 1名、特別支援学校教諭(特別支援教育コーディネーター) 2名、障害児保護者3名、市福祉課 2名

【現在の検討状況】

<地域資源の有効的活用の取組>

- 東松山市障害者就労支援センター(ZAC)にジョブコーチ加配の予算化
 - ⇒ 固定化しつつある中度・重度障害のある利用者への就労支援を強化
 - ⇒ 就労の底上げによる定員枠増加により、新たな就労支援の提供枠を確保

<連携>

- 「進路支援連絡会」開催準備と会議内容の検討

【メンバー】特別支援学校進路担当、保護者代表、

東松山市障害者就労支援センター、相談支援事業者、
入所・通所サービス事業者、ハローワーク学校卒業担当

【企画】情報の共有と提供・提案

[3] 特別講演

「リハビリテーションの発展と革新 ヨーロッパの展望」

講 師： ドナル・マカナニー

(欧州リハビリテーション協会 (E P R) 上級顧問／

ユニバーシティ・カレッジ・ダブリン障害学センター研究員)

リハビリテーションの発展と革新 ヨーロッパの展望

ドナル・マカナニー

(欧州リハビリテーション協会 (EPR) 上級顧問/
ユニバーシティ・カレッジ・ダブリン障害学センター研究員)

プロフィール

ユニバーシティ・カレッジ・ダブリンでリハビリテーションの教鞭をとるとともに、欧州リハビリテーション協会 (EPR) 等にて上級顧問を務める。

教師・教育心理学者として、障害のある学生と 1974 年以來活動している。

リハビリテーション分野で 25 年以上の活動経験をもつ。

リハ・グループ (欧州数か国で活動する NGO) にて、障害者の職業に関する各種研究に携わる (1983~2006) ほか、スタッフの教育研修にも 20 年以上携わっており、研修ニーズの評価や、さまざまな研修過程の開発も行っている。

1992 年より、障害者の職業サービスの向上に関する多国間プロジェクトに携わる。

ヨーロッパで初めての、社会・職業リハに関する大学院教育課程を創設する。

2000 年より、障害者の雇用市場の活性化に関する多国間プロジェクトに携わる。

この講演では、最初に、「R I ヨーロッパによるランドマーク研究：21 世紀のリハビリテーション」で確認され合意された 5 つの原則について、ヨーロッパのリハビリテーション分野における現状を報告する。

この原則では、リハビリテーションはすべての市民の権利であり、地域や職場で活用でき、利用者のエンパワメントと権利擁護を目的とすべきであることを提案している。また、リハビリテーションサービスは、人と生活環境の両方をみるホリスティックな見方に基づいて行われるべきであり、そのサービスおよび専門職は、絶えず水準が向上し続けていく使命があることが述べられている。

このような背景を話した後、国連・障害者権利条約のヨーロッパ各国の動向や、国際生活機能分類（ICF）のリハビリテーションサービスへの活用について述べる。例えば、ICFの基本セットの開発、「身体機能」・「活動」・「参加」の自己評価、リハビリテーションサービスにおける質的基準の導入などである。

また、現在、6 か国が共同で進めている、リハビリテーションサービスの包括的な比較検討作業の成果についても述べる。この作業では、プログラム理論、論理モデリングの手法を用いて、すべての参加国が共通の基準を用いてリハビリテーションの過程と成果が比較される。

また、これに関連して、リハビリテーションの成果として、エンパワメントと生活の質を評価するための 3 つの新しいツールの内容と実施についての状況について述べる。

最後に、ヨーロッパ 18 か国において過去 5 年間にわたって行われた、障害と雇用に関する 5 つの国際研究プロジェクトから得られた知見について概括する。

[4] 分科会

「リハビリテーションの現状と交流」

グループ1 「リハビリテーションと障害者の権利」

コーディネーター：佐藤 久夫 （日本社会事業大学教授）

グループ2 「アクセシビリティの確保」

コーディネーター：高橋 儀平 （東洋大学教授）

グループ3 「リハビリテーションと地域生活支援」

コーディネーター：野中 猛 （日本福祉大学社会福祉学部保健福祉学科教授）

グループ4 「リハビリテーションと生活機能」

コーディネーター：金田 安正 （びわこ成蹊スポーツ大学教授）

分科会 グループ 1

「リハビリテーションと障害者の権利」

コーディネーター：佐藤 久夫（日本社会事業大学教授）

パネリスト：奥野 英子（筑波大学特任教授）

「リハビリテーションと障害者自立支援法」

高橋 流里子（日本社会事業大学教授）

「障害者のリハビリテーションと家族支援」

上村 数洋（NPO法人バーチャルメディア工房ぎふ理事長）

「当事者から見たリハビリテーションと就労支援」

関口 明彦（全国「精神病」者集団運営委員）

「精神障害者とハビリテーション」

リハビリテーションと障害者自立支援法

奥野 英子 (筑波大学 特任教授)

はじめに

リハビリテーションは医学的リハビリテーション、教育リハビリテーション、職業リハビリテーション、社会リハビリテーション、リハビリテーション工学などの分野から構成され、これらの分野間、専門機関間、専門職間、専門職と障害当事者との連携によって、総合的(包括的)なサービスが提供されなければならないことは自明である。

しかし、リハビリテーションの捉え方については様々であり、わが国における捉え方、国際的な捉え方をふまえた上で、「障害者自立支援法」においてはどのようなリハビリテーションサービスが提供できるようになっているかを確認したい。

1 リハビリテーション

(1) わが国におけるリハビリテーションの捉え方

・身体障害者福祉法(第1条、目的)

「この法律は障害者自立支援法と相まって、身体障害者の自立と社会経済活動への参加を促進するため、身体障害者を援助し、及び必要に応じて保護し、もって身体障害者の福祉の増進を図ることを目的とする」

・障害者基本計画(計画期間:2003~2012年)

巻末の用語解説において、リハビリテーションは「障害者の身体的、精神的、社会的な自立能力向上を目指す総合的なプログラムであるとともに、それにとどまらず障害者のライフステージのすべての段階において全人間的復権に寄与し、障害者の自立と参加を目指す」と書かれている。

・障害者自立支援法(第1条、目的)

「障害者及び障害児がその有する能力及び適性に応じ、自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、必要な障害福祉サービスに係る給付及びその他の支援を行い、もって障害者及び障害児の福祉の増進を図るとともに、障害の有無にかかわらず国民が相互に人格と個性を尊重し安心して暮らすことのできる地域社会の実現に寄与することを目的とする」

(2) 国際的な捉え方

・国連「障害者に関する世界行動計画」(1982年)

「リハビリテーションとは、損傷を負った人に対して身体的、精神的、かつまた社会的に最も適した機能水準の達成を可能にすることにより、各個人が自らの人生を変革していくための手段を提供していくことをめざし、かつ時間を限定したプロセスを意味する。これは社会的適応あるいは再適応を容易にするための方策はもとより、機能の喪失や制約を補う(自助具や技術的手段等)ことを目的とする方策も含めることができる」

・国連「障害者権利条約」（2006年）

表1 障害者権利条約における「第26条 リハビリテーション」

<p>1 締約国は、障害者が、最大限の自立並びに十分な身体的、精神的、社会的及び職的な能力を達成し、及び維持し、並びに生活のあらゆる側面に完全に受け入れられ、及び参加することを達成し、及び維持することを可能とするための効果的かつ適当な措置（障害者相互による支援を通じたものを含む）をとる。このため、締約国は、特に、保健、雇用、教育及び社会に係るサービスの分野において、<u>包括的なリハビリテーションのサービス及びプログラム</u>を企画し、強化し、及び拡張する。この場合において、これらのサービス及びプログラムは、次のようなものとする。</p> <p>(a)可能な限り初期の段階において開始し、並びに個人のニーズ及び長所に関する総合的な評価を基礎とすること。</p> <p>(b)地域社会及び社会のあらゆる側面への参加及び受入れを支援し、自発的なものとし、並びに障害者自身が属する地域社会（農村を含む）に可能な限り近くにおいて利用可能なものとする。</p> <p>2 締約国は、リハビリテーションのサービスに従事する専門家及び職員に対する初期研修及び継続的な研修の充実を促進する。</p> <p>3 締約国は、障害者のために設計された支援装置及び支援技術であって、リハビリテーションに関連するものの利用可能性、知識及び使用を促進する。</p>
--

2 「障害者自立支援法」におけるリハビリテーション

「障害者自立支援法」が施行され、市町村が実施する自立支援給付に「自立訓練（機能・生活）」「就労移行支援」「就労継続支援」「自立支援医療」「補装具」等がある。これらが障害者福祉制度におけるリハビリテーションサービスに該当する事業であろう。これらは表2のとおりである。

表2 障害者自立支援法におけるリハビリテーション事業

サービス名	主たる利用対象者	サービス内容
自立訓練 (機能訓練)	地域生活を営む上で、身体機能・生活能力の維持・向上のため、一定の支援が必要な身体障害者 ①入所施設・病院を退所・退院した者であって、地域生活への移行等を図る上で、身体的リハビリテーションの継続や身体機能の維持・回復などの支援が必要な者 ②盲・ろう・養護学校を卒業した者であって、地域生活を営む上で、身体機能の維持・回復などの支援が必要な者、等	有期限のプログラムに基づき、身体機能の向上のために必要な訓練等（18ヶ月）
自立訓練 (生活訓練)	地域生活を営む上で、生活能力の維持・向上等のため、以下に該当する一定の支援が必要な知的障害者・精神障害者 ①入所施設・病院を退所・退院した者であって、地域生活への移行を図る上で、生活能力の維持・向上などの支援が必要な者 ②養護学校を卒業した者、継続した通院により症状が安定している者等であって、地域生活を営む上で、生活能力の維持・向上などの支援が必要な者、等	障害の状況から自立生活が困難な方が有期限のプログラムに基づき、地域での生活を営む上で必要な訓練等（24～36ヶ月）
就労移行支援	一般就労等を希望し、知識・能力の向上、実習、職場探し等を通じ、適性に合った職場への就労等が見込まれる65歳未満の障害者 ①企業等への就労を希望する者 ②技術を習得し、在宅で就労・起業を希望する者	有期限のプログラムに基づき、生産活動やその他の活動を通じて、就労に必要な知識や能力の向上のために必要な訓練等（24ヶ月）

就労継続支援 (A型)	就労に必要な知識・能力の向上を図ることにより雇用契約に基づく就労が可能な障害者（利用開始時に65歳未満） ①就労移行支援事業を利用したが、企業等の雇用に関わりつかなかった者 ②盲・ろう・養護学校を卒業して就職活動を行ったが、企業等の雇用に関わりつかなかった者 ③企業等を離職した者等就労経験がある者で、現に雇用関係がない者	利用者と事業者が雇用関係を結び、就労の機会の提供を受け、生産活動その他の活動の機会を通じて、知識や能力の向上のために必要な訓練等
就労継続支援 (B型)	就労の機会を通じ、生産活動にかかる知識及び能力の向上が期待される障害者 ①企業等や就労継続支援事業(A型)での就労経験がある者であって、年齢や体力の面で雇用されることが困難となった者 ②就労移行支援事業を利用したが、企業等又は就労継続支援事業(A型)の雇用に関わりつかなかった者 ③以上に該当しない者であって、50歳に達している者、又は試行の結果、企業等の雇用、就労移行支援事業や就労継続支援事業(A型)の利用が困難と判断された者	一定の賃金水準のもとでの継続した就労の機会の提供を受け、OJT、雇用への移行支援等のサービス
自立支援医療	障害者 (身体、知的、精神)	身体に障害のある障害児の健全な育成を図るために行われる医療で、その障害児の生活の能力を得るために必要な医療（育成医療）、身体障害者の自立と社会経済活動への参加の促進を図るために行われる医療で、身体障害者の更生のために必要な医療（更生医療）、精神障害の適正な医療のために行われる医療で入院しないで受ける精神医療（精神障害者通院医療）
補装具	身体障害者	身体機能を補完又は代替し、かつ長時間にわたって継続して使用される補装具（義肢、装具、車いす等）の購入費、修理費のための金銭の給付を受ける。1割の利用者負担
日常生活用具	身体障害者	日常生活に必要な用具の給付

3 障害者自立支援法における「リハビリテーション」の課題

障害者自立支援法制定以前は、障害者のリハビリテーションは主に更生施設が担ってきた。「更生」すなわち「リハビリテーション」であるが、これまでリハビリテーションサービスを必要とする障害者に適切な時期に適切な質量のリハビリテーションサービスが提供されてきたのだろうか？ リハビリテーションサービスは個別ニーズに応じ、医学的リハ、社会リハ、職業リハなどが総合的に提供されなければならない。地域で生活をしている障害者には、ケアマネジメントによるニーズ把握により、必要なリハビリテーションサービスがその他のサービスとともに、地域社会において提供される体制が必要である。

障害者自立支援法では、障害種別によって機能訓練、生活訓練と分断されており、医学的リハ、社会リハ、職業リハなどが一体的に提供できるのだろうか？

参考文献

- 1 特集「障害者自立支援法」リハビリテーション研究133号、2-30、2007年12月
- 2 特集「障害者支援施設の今後の展望」ノーマライゼーション第29巻、9-29、2009年6月
- 3 特集「障害者自立支援法の検証ーリハビリテーションの視点からー」リハビリテーション研究140号、2-33、2009年9月

障害者のリハビリテーションと家族支援

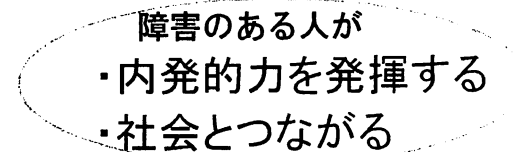
日本社会事業大学
高橋流里子

家

はじめに

- ・理念としてのリハビリテーション
「固有の尊厳」「自立・自律」
「地域社会及び社会のあらゆる側面への参加」

(「障害者の権利条約」)



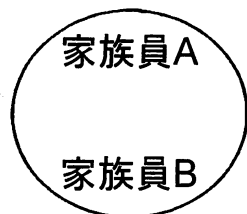
- ・手段としてのリハビリテーション

生活の場とリハビリテーション

- ・リハビリテーションは個人に
- ・個人の力は社会において発揮



- ・生活の場において
関係の内実在具体化



隣人

仲間

サービス

職場

I 障害者の生活への影響要因(1)

1 理念

ノーマライゼーション、個人の尊厳、地域での自立生活

2 政策

『新障害者基本計画』(2002)と「重点施策実施5か年計画」(2007)

- ・「施設入所は、地域の実情を踏まえて、真に必要なものに限定」
- ・福祉施設入所者 14.6万人(平成17年度) ⇒13.5万人(23年度)
- ・精神病院入院中退院可能者4.9万人(平成19年度) ⇒3.7万人(23年度)

施設入居率

- ・障害者施設: 身体障害者の2.4%(8.7万人)、知的障害者23.4%(12.8万人)、
精神障害者11.7%(35.3万人) 『障害者白書』(平成20年度版)

- ・介護保険施設: 18.1%(81.7万人)認定者449万人

『介護保険事業報告平成21年1月分』



家族と密接な関わり

I 障害者の生活の影響要因(2)

- ・高齢化、障害の重度・重複化傾向⇒介護の対象⇒客体化？
 - ・家族の生活のマネジメントは家族が行う
- 「家族介護が行なっていること」(表1参照)

- ・家族員間の調和・関係に関わること
- ・社会(家族員の社会的役割等)との調和
- ・介護に関わる課題の調整
- ・情緒的サポート
- ・直接身体介護・医療的ケア

Nancy Guberman, *Family Caregiving: Is Love Enough? Responding Creatively to The Needs of Caregivers*, Saint-Martin, 2001, p 124-127

家族支援がリハビリテーションにはならないか？

表1 家族介護として行っていること

		内容の例示
①直接的介護	①看護・医療的ケア	服薬管理の見守り、薬の効果に関する情報を医療職に伝えるチューブ栄養等医療的ケア、バイタルサインのチェック、気管切開後の清潔保持、カテーテルの洗浄、ストマの手入れ等
	②パーソナル ケア	食事・衣服の着脱・整容、入浴等の介助、トイレの介助、歩行等起居移動動作の介助、清潔の保持等
	③情緒的・教育的支援	安全、居場所の確保、外出付き添い、訪問や電話、話を聴くこと、励まし・やる気を支える精神的サポート、社会に適応できる適切な行動への修正する支援・強化する
	④日常生活のためのサポート	食事の準備や家事や買い物又はこれらの手伝い、余暇活動の調整、入院・入所等の手配、病院等の受診等への移送・付き添い、経済的援助、金銭管理又はその手伝い等
	⑤見守り	火の不始末・転倒・他者への迷惑・自傷他害を防ぐため
②社会資源の活用とその調整	①必要なサービスの見極め、社会資源の確認や調整	多様なサービスから必要なサービスを見極め、利用の決定(保健・福祉サービス、所得に関する制度、病院入院や施設入所、権利擁護等法的制度、補助金支給制度等)等
	②被介護者と社会資源の仲介	被介護者の代理人になる、サービス提供者等が被介護者を確実に尊重できるようにし、その約束を守る、サービスが利用できなくなる等問題発生の際の調整、サービスの継続的確保
	③社会資源をマネジメントし家庭生活との融合をはかること	重要性和緊急性からサービスの優先順位を決めること、サービスの確保およびその継続のために必要な手配等
	④サービスと抱い手のコーディネイト	介護に関わっている家族員と家族以外のサービスを提供者の両方のコーディネイト
③介護の管理と介護と介護以外の生活から発生する要望の調整に關すること	①介護の全過程の計画と実施責任	介護のために介護者が自分のための時間を減らすかあるいはなくす 介護のための新たな行動様式や習慣を身に付ける
	②介護要求に応えることと職業生活、家庭生活、個人生活のバランスを保つためのやりくり	介護に必要なこと介護者の職業・家庭・社会・個人生活の要求のつりあい独自のやり方をつくりあげる、介護、家事、育児分担のための家族員やサービスの動員、家事の時間配分の見直し、家庭生活における仕事に優先順位をつける、職種、職場の所在地、仕事の条件を選ぶ、一時的に労働市場から完全あるいは部分的に退く

Nancy Guberman, *Family Caregiving: Is Love Enough? Responding Creatively to The Needs of Caregivers*, Saint-Martin, 2001, p 124-127

II 障害者の家族と社会(1)

第三者になりきれない家族

- ・ 障害者の権利行使の支援や権利の代弁者
(身を挺して擁護する)
- ・ 障害者の権利侵害
(困り込み、心中や殺人等)



障害者の家族対社会、家族対障害者、
そして、家族関係の問題や家族責任に...

II 障害者の家族と社会(2)

障害者の家族への社会的抑圧

- ・ 障害の医学モデル
⇒否定的障害観から正常への価値
⇒問題を背負った家族
- ・ 家族規範と家族責任
⇒社会資源としての家族
- ・ 医療・福祉政策によるパートナーリズム
⇒専門職のco-workerとしての家族

II 障害者の家族と社会(3)

同情・心理的ケアの対象のままの政策
(介護技術・知識習得や慰安の「介護者教室」等)

- ⇒ 介護の義務感の後押し
(強いられる家族の絆・愛と自立)
- ⇒ パワレスネスの増強
- ⇒ 閉鎖的家族
- ⇒ 介護の義務感
悪循環を断ち切る支援は?

III 家族支援の実際(1)

1 重度・重複・高齢の障害者と家族の事例

(1) 支援組織: 家族介護者支援のボランティア
(1998年～)

活動: 1回/週の介護者の会
必要に応じて支援

III 家族支援の実際(2)

(2) 事例概要: 2004年8月頃

- ・ 69歳(夫)と68歳(妻)との2人暮らし
- ・ 夫がアルツハイマー型認知症、精神保健福祉手帳1級、身体障害者手帳3級、要介護5

経過:

- ・ 2000年12月に利用していた介護保険事業者(デイサービス、ショートステイ、後にホームヘルプサービス)が認知症の障害を理由に契約解除
- ・ 苦情を申し立てたが行政は家族に「事業者の経営上契約解除は仕方ない」「在宅生活は無理、施設入所をさせるべき」「これくらいの事業者はたくさんある。県がみんな指導するのか、契約利用だから他の事業者はいないのか」
- ・ 地域福祉委員・地域の老人ホーム理事が訪問し「デイサービスは職員が足りないから手がかかる人はサービスを断られても仕方ない」
- ・ 妻が体調不良時に精神病院に3ヶ月入院、それ以外は妻と週1回の介護者の会の活動に参加

主な支援内容

	妻(家族)	夫
活動口の支援と様子	夫との関係をめぐる否定的・肯定的感情の表出(精神病院に入院させてしまった罪悪感、精神病院から退院した時に見せた夫の表情に在宅介護を決心こと、日ごとに心身の弱る夫を見ている辛さや不安、不穏状況の為拳が飛んできた時のよけ方等)	・家族以外の介護者等が民謡をテープで流す →笑顔 ・声のトーンを変える、テープを軽く叩く →介護者が応える →夫笑顔 ・誤えんを防ぐ座位姿勢と介助でお茶とお菓子の介助 →お替りの要求 ・室内で介助歩行による交流
活動日以外の直接支援		・好きなドライブに誘う
	医療機関受診の為の移送、福祉用具のリサイクル利用	
サービス計画の作成支援	介護保険の介護計画との自己作成 障害福祉サービスの計画、ケア会議(精神病院医師・看護師等)	
福祉・介護サービスの利用支援	老人福祉	行政への措置申請
	介護保険	認定調査の付き添い、認定調査票の開示請求代理、苦情申立、事業者探しと利用交渉とサービス内容交渉
	障害福祉	精神保健福祉・身体障害者手帳の診断書依頼と受理交渉 受給決定や受給額に関する行政との交渉、事業者探しと利用交渉
手当受給支援	特別障害者手当、介護者手当、オムツ代	
医療費	老人医療と重度障害者医療の手続き	

週間計画表

フォーマルサービスで身体介護のほとんど充足された
(オムツ交換、食事介助、入浴、着替え等)

時間	月	火	水	木	金	土	日
深夜 0:00							
早朝 6:00							
生 8:00	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食
前 12:00		お昼					
午 14:00							
後 16:00					お風呂	お風呂	お風呂
夜 18:00	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食
間 20:00							
22:00							
24:00							

サービス利用状況 2004. 8

- ・介護保険：デイサービス6回/週、ホームヘルプサービス34時間/月、福祉用具貸与(杖、歩行器)
- ・身体障害者福祉：ホームヘルプサービス90時間/月(認定76時間/月利用)、生活支援(移送等)サービス
- ・医療：短期入院約3～5日/月
- ・老人医療・障害者医療、特別障害者手当、介護者手当、オムツ代支給

Ⅲ 家族支援の実際(3)

サービス利用過程における妻の状況と語り

- ・「介護者の会でお父さんを見てもらって肩の重荷がスーととれたように感じた」
- ・「デイの送迎車からニコニコして帰るお父さんは楽しそう」
- ・「介護者の会のみんなに声をかけてもらい、楽しそうなお父さんを見て嬉しくなる」
- ・「みんなに優しくしてもらってお父さんも私も今が一番幸せ」
- ・夫がデイサービスやショートステイ利用中に自分の時間を自分のために使う
- ・「こんなに沢山お世話(サービスを利用して)になっていいんでしょうか」
- ・「こんなに楽をさせてもらっていいんでしょうか」
- ・「まだ歩けるので家の中で(介助して)一緒に歩いている。デイでもできるだけ歩かせてほしい」
- ・「車椅子に座っている時に自宅とデイでは縛っていないのに、ショートでは縛っている。何とかならないか」

家族・社会との関係

妻の立場と気付き

- ・妻の個としての自律
- ・妻の夫と地域住民・デイ職員との関係構築への気付き

生活過程としての夫への働きかけ

- ・夫の内発的力への働きかけ
- ・夫のニーズの表出(代弁)
- ・夫への情緒的関係の構築

“新たな”家族の自立の支援を

家族と社会の関係の悪循環を断ち切る支援

- 1 サービスを活用した家族の自立
家族を「身体介護の義務感から解放」
(交流、居る、見守るの大切さ)

(N.Guberman, Families' Values and Attitudes Regarding Responsibility for the Frail Elderly
:Implications for Aging Policy, Journal of Aging Social Policy, 2006 Vol. 18, 59-78)

- 2 家族が外と関係の(再)構築

制度・政策(サービス提供者)などの度量は?

当事者から見たリハビリテーションと就労支援

上村 数洋（バーチャルメディア工房ぎふ
理事長）

交通事故により四肢の機能を失った私は、1年半の入院生活の後、多くの支援者やリハ工学に支えられ在宅に戻った。暫くの間、これと言った目的意識もなく、ただ絶望感に打ちのめされ自暴自棄の毎日を送っていた。

そんな私が、初めて「障害者の権利」について定められた障害者基本法があることを知ったのは、受傷後11年経った1991年、日米障害者会議参加の機会を得、米・セントルイスに出かけた時のことだった。

連日の会議の席に取り上げられる事例や、アメリカ側の代表者／障害当事者の意欲的な考え方や発言に加え、見学に行った自立支援センター(CIL)で「Peplu Fust」(一人の人間として)と言う言葉に出会い、生き生きと自分の目的に向けトレーニングを重ねている障害者の姿に、カルチャーショックに近い驚きと衝撃を受けて帰ってきた。

受傷後抱いていた就労への思いに加え、何か行動を起こさなくては・・・と言う気持ちはあっても、当時の私の中には、福祉の名の下に保護されている自分があり、なかなか抜け出すことが出来なかった。

平成8年より岐阜県が始めた福祉メディアステーション事業において、障害当事者の社会参加・自立に向けての相談窓口で、ピアカウンセラー的役割をもらい取り組みを始めた。その取り組みの中で、同じような思いを持つ仲間と巡り会い、研究会を立ち上げ話し合いをする中で、障害者が一番望んでいることが、「福祉の名の下での保護的対応ではなく、社会の一員としての意識と存在感、地位の自覚と確保」で有ることに行き当たり、昔習った「権利と義務」ではないが、職業的に自立することによる責任と義務を自覚し果たすことで、自信と生きる力がもてるようになり、生活の安定につながるのではないかと考えられるようになった。

丁度時をあわすかのように、当時の梶原拓岐阜県知事の、「障害を持つ人も、ドンドン働けるようになってもらって、税金を払ってもらおうように・・・。その為に必要な支援はいくらでも・・・。」の一言が、それまで「働きたい」「仕事がしたい」という希望を持っていた我々に、大きな夢と希望を与えたばかりか、具体的に一步を踏み出す勇気を与えてくれた。

私達の取り組みは、県の重度障害者の社会参加支援事業の一環として、「一般の職場では就業の機会が得難い重度の障害者が、社会経済活動に参画し活躍できること」を目標にスタートした。当初2名のスタッフと6名の登録ワーカーでスタートし、実務を通しての就労支援事業をはじめ、相談や情報提供、人材育成研修、普及啓発活動等々の取り組みを行っている。

現在では、8名の在宅就業障害者／登録ワーカーはじめ、相談や研修に来た障害者を何名も企業に就職の橋渡しをしている。在宅で働く障害者も18名になり、この所の不景気により落ち込みはしているが、平均100万円余／人の収入も得られるようになり、僅かではあるが税金を払う人も出てきている。

平成14年より、国の「重度障害者在宅就業推進事業」の支援機関の指定に続き、16年より、更なる取り組みの拡大展開と、よりよい就労環境の実現を目指しNPO法人として新たな一步を踏み出した。18年には、障害者雇用促進法が一部改正される中、これまでの実績が認められ、厚生労働大臣による「在宅就業支援団体」として岐阜県第一号の登録を取得することも出来た。

取組みを初めて10年。私達支援側スタッフは、業務遂行上必要な技術的支援もさることながら、それ以上に大きくて難しい問題や課題に直面し、頭を痛めている。

それは、①個性や力量に加え、先天性・中途障害の別や、就労経験の有無、年齢等による意識的格差、②学校教育や家庭環境による社会性(経験の度合い)の違い、③教育と感性のバランスのあり方、④働くための社会環境の未整備、⑤障害の度合と在宅就業によるストレス対策、⑥自立支援法を始めとする制度、社会システムのあり方(中核的支援窓口としての機関の機能並びに担当者の素養や、働く者に対する介助・介護制度の適用の問題)等々が考えられる。

それらの問題を解決する方法として、①障害者の生活基盤の整備、②個々の障害に合わせた職業リハビリテーションのあり方、③小さい時からの教育(家庭並びに学校教育も含む)分野を始め、他分野との連携強化の必要性、④障害者の就労を支えるための資源の整備(指導者としての人材育成と確保・支援技術)と公的支援制度の確立、⑤受け入れる社会=器としての企業の意識と役割、連携等々、必要不可欠なものが考えられる。

平成12年に、岐阜県の北欧視察団のメンバーに加わりスウェーデンを訪問し、福祉を始め、マルメ市のメディオン・サイエンスパークにある障害者の就労を支援する機関(Amu Gruppen Hadar)や、支援企業(Enter AB)で、IT産業と障害者の就労の現状や支援の状況を視察してきた。

スウェーデンにおいても、この分野に対する期待と取り組みに対する力の入れ方には目を見張るものがあり、我々の目指す方向性に自信がもてると同時に、今後に対する責務の重さを実感してきた。

現在、私達は日々の取り組みの中で、障害者の社会参加や就労に理解ある多くの企業から色々な仕事を頂くと同時に、IT部門での共同作業や、特例子会社設立に向けての相談・協力に関わる事も増えている。

平成18年より「障害者自立支援法」が制定され、中で「労支援の抜本的な強化が必要」として、新たな就労支援事業の創設、雇用施策との連携の強化が打ち出されると同時に、「障害者雇用促進法」の一部が改正され、在宅就業障害者に対する支援と、障害者福祉施策との有機的な連携が盛り込まれていることを追い風と捉え、大いに期待すると同時に、一人でも多くの重度障害者の新しい社会参加と就労の機会を創るお手伝いが出来ればと、更なる取り組みに向け意を強くしている。

受傷以来、常に就労への願望が捨てきれずにいたが、いつしか一気に「支援」という立場に立たされ、戸惑いを覚えながら日々の取り組みに専念している中で、登録ワーカーを始め多くの理解者や支援者に支えられ、一日も早く、一人でも多くの人達が、笑顔で胸を張って社会の中に入っていき、健常者と肩を並べ、その力を如何なく発揮出来る社会の実現にむけ、頑張りたいと思っている。

【参考資料】 1. 「ノーマライゼーション-障害者の福祉」2008/9号 《列島縦断ネットワーク》
「バーチャルメディア工房ぎふ」における重度障害者の在宅就業支援の取り組み
未来は僕らの手の中に

2. 「ブレイブ・ワーカーズ」

---働いて、つながって、世界を広げる仲間たち---

バーチャルメディア工房ぎふ：編 岩波ブックセンター

精神障害者とハビリテーション

2009 / 8 / 30 於 第32回総合リハビリテーション研究大会
関口明彦

Psycho-social disability (間社会精神的障害)

周囲に迷惑をかけるか、本人が苦しむ

外から見えない
疾病であり、症状がある
多くの場合服薬は長期にわたる
スティグマがあるため障害受容が困難

リハビリとハビリテーション

□疎通性と社会性の再構築

一度壊れた社会関係の修復

不可能もしくは、困難になった現実への疎通性の回復もしくは、適応による対処の学習

前提

取り戻せない時間の経過と社会的立場

精神障害者とはいわば、折れやすくなった骨を持った障害者ともいえる

根こぎにされる事と病状の改善

- 病状の改善は社会関係の回復と同じではない
- 入院期間等が長いと社会関係が根こぎにされる
- 精神障害者という立場を強制的に付与される
- 根こぎにされた社会関係を新たな立場から再建しなければならぬがそれには以下の困難を伴う

- ①多くの場合、服薬の副作用がある
- ②とは言え、断薬すると再発のリスクが増加する
- ③精神障害者への差別・偏見が根強い
- ④場合によっては適法に差別される

何故ハビリテーションか？

骨折と切断の違い

車椅子の使い方を学習するのか機能の回復か

服薬継続は車椅子である

Psychoの部分を薬で治せば障害がなくなるわけなのではない、薬は単なる補助具だ

* 新たな社会関係の構築はハビリテーションだ

ハビリテーションと精神障害者の人権

- まず、差別から始まる
- 固有の尊厳に基づいた人権の確認が必要
- 取り戻せない困難な生活上のスキルを認める
- ヘルパーはReasonable accommodationだ
- ハビリテーションには限界がある
- 社会の側に合理的配慮の義務がある

万能の医療の可能性はあるか？

分科会 グループ2

「アクセシビリティの確保」

コーディネーター：高橋 儀平（東洋大学教授）

パネリスト：秋山 哲男（首都大学東京教授）

「高齢者・障害者のアクセシビリティ確保の政策と考え方」

関根 千佳（株式会社ユーディット 代表取締役社長）

「必要な情報をどのように伝えうるか、伝えあうか

－情報のユニバーサルデザイン」

高橋 儀平（東洋大学 教授）

「アクセシビリティ確保のためのインフラ整備」

河合 俊宏（埼玉県総合リハビリテーションセンター

相談部福祉工学担当）

「個別機器支援から見たアクセシビリティ」

高齢者・障害者のアクセシビリティ 確保の政策と考え方

秋山哲男
首都大学東京大学院都市環境科学研究科
観光科学域

87

1. アクセシビリティ確保の制度の変遷

表1 福祉のまちづくりの制度の展開

行政組織	西暦	まちづくり・道路・交通の制度等
厚生省	1973	「身体障害者福祉モデル都市」設置事業(生活環境改善・人口20万人以上):「障害者福祉都市」推進事業(人口10万人以上)ほか
	1979	
建設省住宅・まちづくり	1981	官庁営繕における身障者の利用を考慮した設計指針
	1982	身障者の利用を配慮した建築設計標準
	1994	「高齢者・身体障害者等が円滑に利用できる特定建築物の建築の促進に関する法律」(ハートビル法)施行
	1991	福祉のまちづくり事業
	1994	人に優しいまちづくり事業
	1994	生活福祉空間づくり大綱厚生省・建設省
厚生省・建設省	2000	「高齢者、身体障害者等が円滑に利用できる特定建築物の建築の促進に関する法律」(ハートビル法)施行
	1996	福祉のまちづくり計画策定の手引き

表2 道路構造の制度の変遷

西暦	基準類	内容
1973	歩道および立体横断施設の構造について	歩車道の段差切り下げ(8%) 視覚障害者誘導用ブロックの敷設等
1985	視覚障害者誘導用ブロック設置	指針視覚障害者誘導用ブロックの形状・配置統一
1993	道路構造令の一部改正	歩道の最低幅員を2m
1999	歩道の基準	準歩道における段差および勾配に関する基準

表4 鉄道等の移動制約者の交通対策

西暦	制度など
1952	身体障害者運賃割引方(国鉄、民鉄、バス):主として傷痍軍人の外出
1968	車いす無料手回品持込可:車いすの無料持込可能に
1973	運輸省通達:国鉄の身体障害者対策について鉄道設備の改善:車いす単独の乗車認める等
1981	運輸政策審議会 長期展望に基づく総合的な交通政策の基本方向:交通弱者がはじめて入れられた
1983	「公共交通ターミナルにおける身体障害者用施設整備ガイドライン」:日本で最初のガイドライン
1990	「心身障害者・高齢者のための公共交通機関の車両構造に関するモデルデザイン」
1990	神奈川県 鉄道駅にエレベーター設置補助 / 横浜市 鉄道駅エレベーター等設置補助要綱
1991	「鉄道駅におけるエスカレーター整備指針」:5m以上
1993	「鉄道駅におけるエレベーター整備指針」:5m以上
1994	「公共交通ターミナルにおける高齢者・障害者のための施設整備ガイドライン」
2000	「高齢者、身体障害者の公共交通機関を利用した移動の円滑の促進に関する法律」施行(交通バリアフリー法)

表1 STサービスの経年変化

西暦	STサービスの内容
1971	心身障害児通所・通園バス事業
1972	1972行政の町田市でSTサービス「やまゆり号」運行開始運
1975	新宿福祉の家代表(矢田茂氏)が大手自動車メーカーに呼びかけて福祉車両「ハンディキャブ」を開発移動困難な障がい者のニーズに応じて自主運行を開始
1978	NTVチャリティー番組「愛は地球を救う」で福祉車両寄贈が開始
1988	東京都社会福祉協議会主導の「移送サービスを考えるつどい」移送サービス研究協議会)が開始
2000	介護保険制度施行:保険適用型の介護タクシー開始
2006	道路運送法等の一部改正する法律により「自家用自動車による有償旅客運送の創設、乗合旅客の運送に係る規制の適正化」

access - igrass

生活

STサービス

2. 基本的な考え方と政策

①障害者政策

- ジョン・ロールズ
 - 不平等は、社会のもっとも不遇な人々の最大の便益に資する。
- ノーマライゼーション
 - 年齢や性別、体の自由・不自由、知覚・行動能力などの違いに関係なく、すべての人が快適に暮らせるようにすること

② 社会政策と人権

- Civil Right(人権)と差別: 1964
 - 米国: 分離は平等ではない[1954ブラウン判決]
 - 黒人差別とバスボイコット
 - モビリティを人権として位置づけた
 - 64年: 黒人の差別禁止
 - 90年: ADA[障害者差別禁止法]
- 社会政策[安心社会]
 - 体内から墓場まで[スウェーデン]
 - ゆりかごから墓場まで[英国]

③ 公共財と機能: アマルティア・セン

- アクセシビリティ確保
= (公共財) + Function(機能)
- 公共財を多くの人に利用できるようにするプロセス
 - 公共財: バス・鉄道・飛行機やターミナルなど
 - 機能: 公共財を利用できるようにする
 - 機能を確保するためにバリアフリー、ユニバーサルデザインがある

④ バリアフリーデザインとユニバーサルデザイン

- バリアフリーデザイン
 - 障害を持つ人の社会参加を阻んでいる
 - ①物的、②情報、③制度、④意識の4つの障壁(バリア)を取り除く設計のこと
- ユニバーサルデザイン
 - バリアフリーの高齢者、障害者といった区分から発展して、
 - 始めから誰にでも使いやすいデザインを目指すこと

⑤ ノーマライゼーションとは

- ノーマライゼーション
 - 年齢や性別、体の自由・不自由、知覚・行動能力などの違いに関係なく、すべての人が快適に暮らせるようにすること
- ユニバーサルデザインは、このノーマライゼーションを達成する手法の一つ
 - 障害を持つ人のバイブル

⑥ユニバーサルデザインとは

- 提唱者: **Ron Mace**1985年(ロン・メイス)
 - 「ユニバーサルデザインは、製品や建築ができるだけすべての人に使えるようにデザインしようとするアプローチである。」と考えられている。
- 類似した言葉
 - インクルーシブデザイン(デザインの包摂性)
 - デザインの機会平等と社会的公正を意味
 - デザイン・フォーオール

⑦ユニバーサルデザインとは:1977年 米国

アクセシブル

- 「すべての人が理解し、利用しやすい環境を創造する」の意味を持っていた⇒「身体障害者のために環境を整備する」に変わる
- アクセシブルビルディング
 - [車いす使用者が利用可能なビル]を暗に意味
- ユニバーサルデザインの本質である
 - [バス停留所・鉄道駅から近づきやすい建物であること]、
 - [正面玄関の位置がわかりやすいこと]
 - [ビル内の様々な配置図がきちんとあること]といった概念がまったく失われてしまった。

2.9 ユニバーサルデザインの7原則

- 人が使いやすくなる施設・物・情報など
 - ①公平性: 自動ドア
 - ②自由度: 左右どちらでも使えるハサミ
 - ③単純性: 絵による説明、自動ドア
 - ④分かりやすさ: 遠くから見える駅
 - ⑤安全性:
 - ⑥省体力: 触るだけで点灯する照明
 - ⑦スペース確保: ゆったりトイレ、幅広改札口

3. 移動制約者

- 1. 移動制約者は誰か?
- 2. どんな外出に困っているか?
- 3. どの様な交通手段を整備すべきか?

(1) 移動制約者とは誰か？

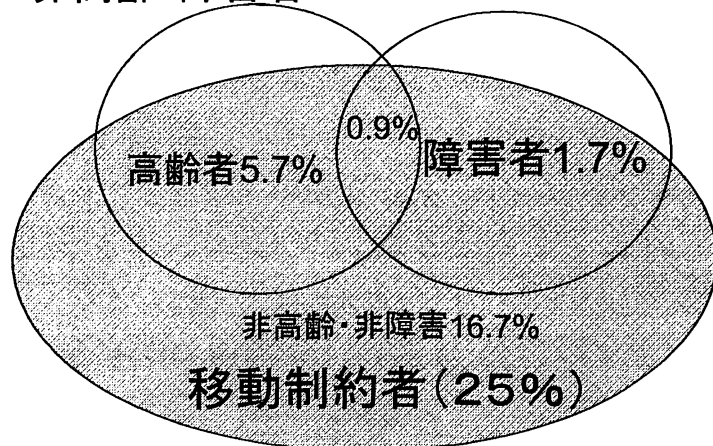
- ① 身体的制約者： 高齢者・障害者など歩行に困難を伴う人
- ② 免許を持たない人： 子供・主婦・高齢者など自動車を持たない人
- ③ 低所得者： 公共交通不便地域に居住し免許を持っていても経済的に自動車を購入できない人
- ④ 精神障害・知的障害・発達障害

(2) バス利用時の困難を感じる項目

移動困難項目	(%)
小走り	11.2
階段の昇降	9.7
運賃の支払い動作	5.0
アナウンスを聞き取る	4.8
時刻表を見る	5.8

(3) 移動制約者の数

高齢者7%、障害者3%、
非高齢・障害者90%



必要な情報をどのように伝えうるか、伝えあうか

－情報のユニバーサルデザイン－

関根 千佳 株式会社ユーディット 代表取締役
(情報のユニバーサルデザイン研究所)

リハビリテーションや、健康、福祉制度、支援技術、まちやもののユニバーサルデザインに対し、社会ではさまざまな取り組みが行われている。だが、それらは、情報として、当事者に伝わり、その自己決定につながるものとならなければ、存在しないのと同じである。情報が届かなければ、何も決まらないし、決められない。もし早めに知っていれば、と後から悔やんでも遅い。社会の中のあらゆる情報は、当事者に扱える形式で（アクセシブルに）、誰にとっても使いやすく（ユーザブルに）、かつ信頼できる内容で、届けられねばならない。技術や制度を扱うものは、その情報が最終的に当事者に届くまでの道筋を確保してこそ、仕事が完結するのである。

さらに、当事者自身が、自分の意見を発信できることも重要である。当事者の意見こそが、社会を変える力になるからだ。このまちのこの部分が、駅や病院や学校が、建物やサービスが、僕には私にはこんなふうに使えない、もっとこうなるとうれしい、こうすればより良くなるのではないかと、といった指摘や提案を、数多くの当事者が「情報発信」できるようになれば、社会のユニバーサルデザインは更に向上するのである。これは、「障害力」「高齢力」とも呼べるだろう。

そうやって、発信された情報は、必要な人に届くことで、誰かの力になれるかもしれない。車いすユーザーの発した意見が、いつか、ベビーカーユーザーやシニアを、そして全ての人を、笑顔にできるだろう。当事者の情報の受発信に、アクセシビリティを確保することは、多様な人が生きるインクルーシブな社会の実現の第一歩である。当事者が発言することが、未来をよりよいものに変えていけるからである。ビジネスにおいては、情報収集力が意思決定の決め手であり、企業経営においては、情報発信力がマーケティングの要であるように、情報の受発信こそが、社会を新たな方向へと動かすのである。当事者同士、または異なる障害やニーズを持つ人々が、情報を発信し、つながりあうことで、また次の議論の土台が生まれる。

IT 機器や Web サイトのアクセシビリティを始め、教育におけるユニバーサルデザインや、図書館のアクセシビリティ確保の現状や将来動向、海外事例などについても、お話ししたい。

参考：株式会社ユーディット <http://www.udit.jp>

「誰でも社会」へ（岩波書店）、スローなユビキタスライフ（地湧社）、シニアよ IT をもって地域に戻ろう（NTT 出版）など

分科会グループ2「アクセシビリティの確保」

アクセシビリティ確保のためのインフラ整備

高橋 儀平（東洋大学 教授）

個別機器支援から見たアクセシビリティ

河合 俊宏（埼玉県総合リハビリテーションセンター
相談部福祉工学担当）

すべての人にとって、アクセシビリティは必要な概念である。だからリハビリテーションという範疇で語らずともよい、という議論がある。

しかし国際的には権利としてのリハビリテーションの重要性が提唱されている。

すべての人は移動し、情報交換する。法的な支援とまでなった公共交通・建築に対して、情報は未だ十分な整備がされて来ていない印象がある。

アクセシビリティは確保されている立場からは、なかなか課題を抽出することが出来ないため、これからもリハビリテーションの手法は、再獲得という点から見て、重要視する必要がある。

埼玉県総合リハビリテーションセンターでの個別機器支援の立場として、対象は大きく変わってきている。介護保険法と障害者自立支援法の影響である。

対象者は、変わらず四肢麻痺者を主としているが、移動能力の再確保から、コミュニケーションの再獲得、製品が必要な人の元に届くための、情報提供が主となっている。

一方で対象数は確実に減っていても、問題が高齢化を伴って重複・重度化する場合も少なくない。

いろいろな事例を提示し、アクセシビリティを確保するための具体例、課題となっている点、法的な支援にするまでの過程を、議論してゆきたい。

分科会 グループ 3

「リハビリテーションと地域生活支援」

コーディネーター：野中 猛 （日本福祉大学社会福祉学部保健福祉学科教授）

パネリスト：山本 雅章 （調布市福祉健康部副参事兼障害福祉課長）

「相談支援と障害福祉計画」

増田 一世 （社団法人やどかりの里常務理事）

「精神障害のある人と地域生活支援 その現状と課題」

池並 雪枝 （社会福祉法人啓和会常務理事）

「障害者自立支援法施行後における

障害施設現場からみた現状と課題」

四ノ宮 美恵子（国立障害者リハビリテーションセンター

理療教育・就労支援部就労移行支援課就労相談室長）

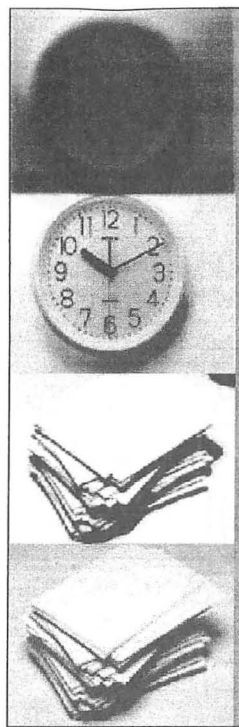
「高次脳機能障害と地域生活支援

—家族支援からみえてくるもの—」

相談支援と障害福祉計画

2009年8月30日

山本雅章



相談支援と 地域自立支援協議会

自立と共生の地域社会づくり

国の方向

- 障害者が自立して普通に暮らせるまちづくり
- 地域に住む人が、障害の有無、老若男女を問わず、自然に交わり、支え合うまちづくり

地域福祉の実現

ケアマネジメント(サービス利用計画)が法定化されたものの……

自立と共生の地域社会づくり

- 一人ひとりのニーズに応じたサービスのコーディネート
- 広範な地域のネットワークづくり

地方分権

調布市での
考え方

地域で暮らしつづける……

- 一人ひとりを大切にする
- 一人で生きない

サービス種類の増大
サービス量の増大

↓
生活に応じてどのように
使い地域での生活につ
なげるか

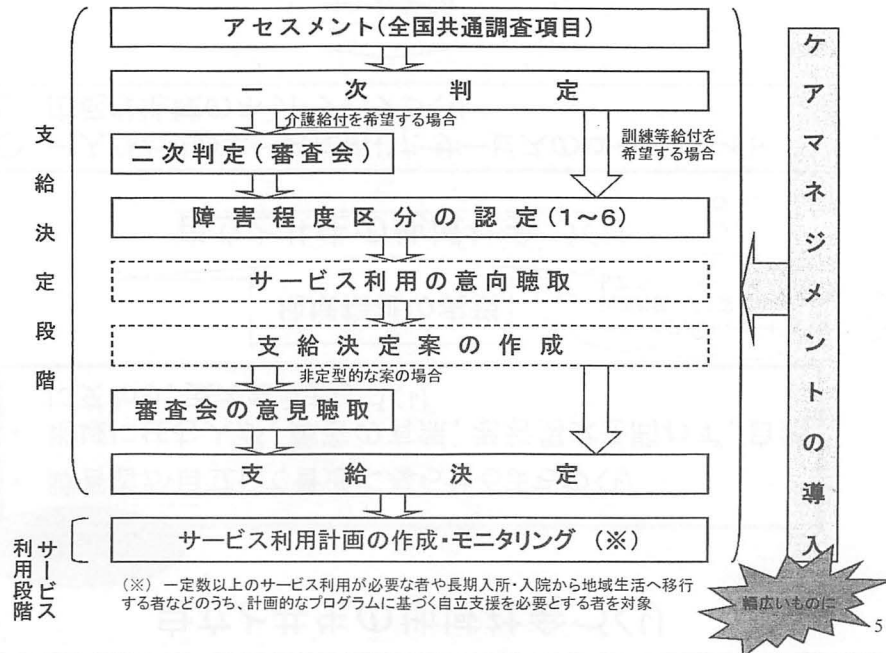
理念の具体化は
⇒市町村に

施策の中で焦点化が……

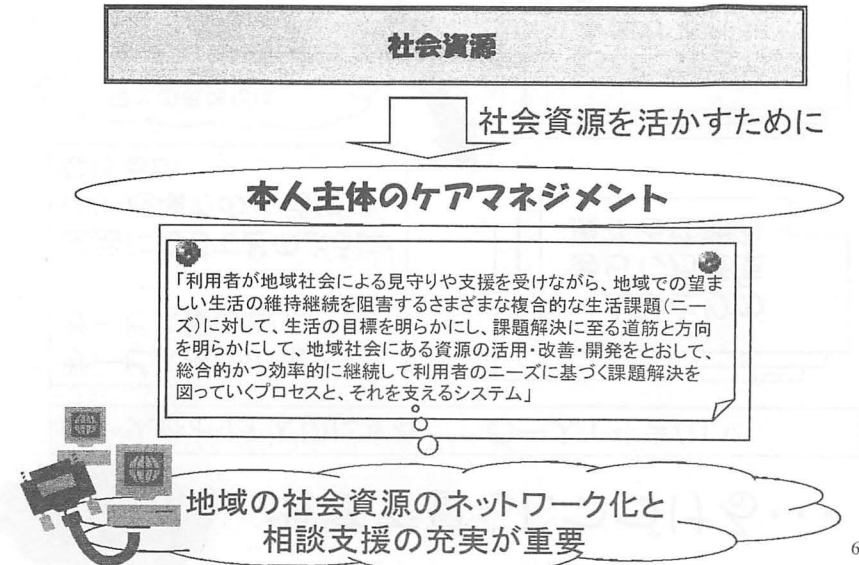
一人ひとりの
暮らし方を支
援する仕組み

地域で見守り
支援する仕組
み

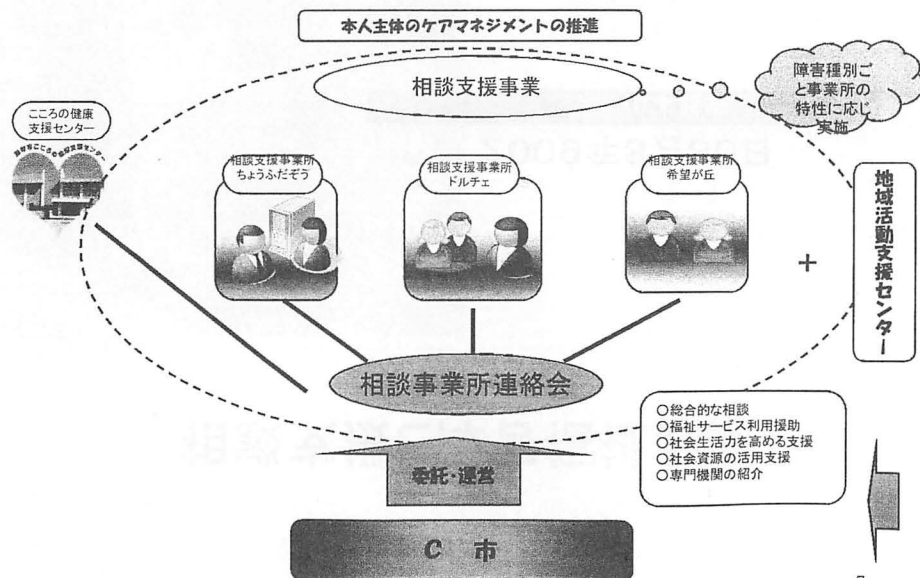
支給決定・サービス利用のプロセス(全体像)



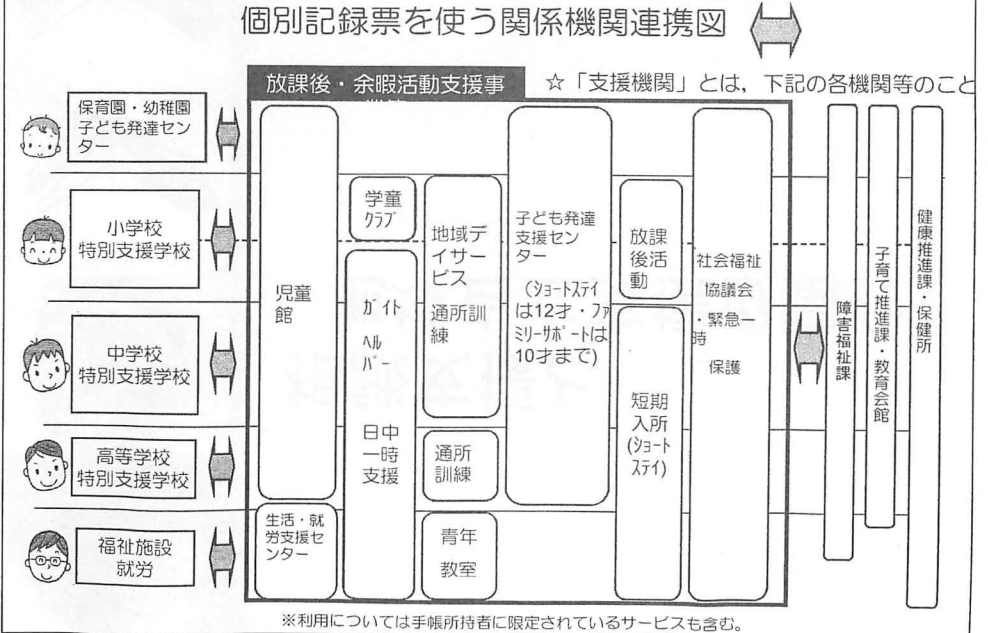
整備した社会資源を活用するためのネットワーク構築



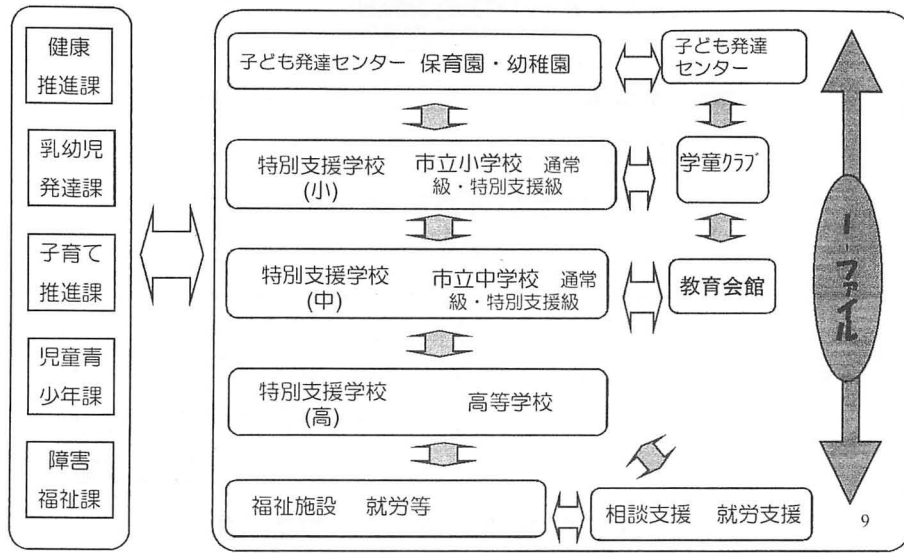
C市における相談支援事業のイメージ



C市における「ヨコをつなぐ支援」案



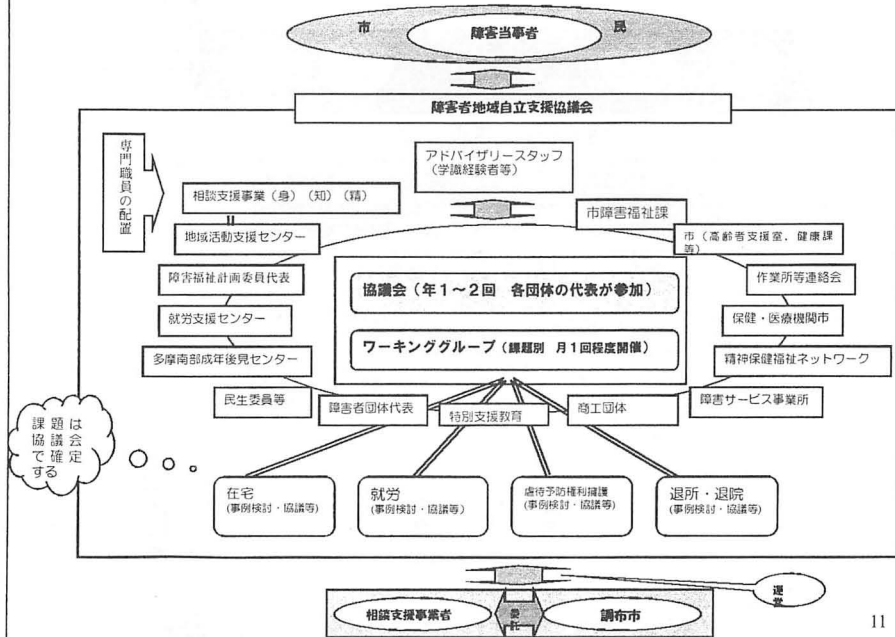
C市における「タテをつなぐ支援」【案】



自立支援協議会の目的・機能

評価機能	<ul style="list-style-type: none"> 中立・公平性を確保する観点から、委託相談支援事業者の運営評価 サービス利用計画作成費対象者、重度包括支援事業等の評価 市町村相談支援機能強化事業及び都道府県相談支援体制整備事業の活用
情報機能	<ul style="list-style-type: none"> 困難事例や地域の現状・課題等の情報共有と情報発信
調整機能	<ul style="list-style-type: none"> 地域の関係機関によるネットワーク構築 困難事例への対応のあり方に対する協議、調整
開発機能	<ul style="list-style-type: none"> 地域の社会資源の開発、改善
教育機能	<ul style="list-style-type: none"> 構成員の資質向上の場として活用
権利擁護機能	<ul style="list-style-type: none"> 権利擁護に関する取り組みを展開する

調布市における地域自立支援協議会のイメージ(18~20年度)



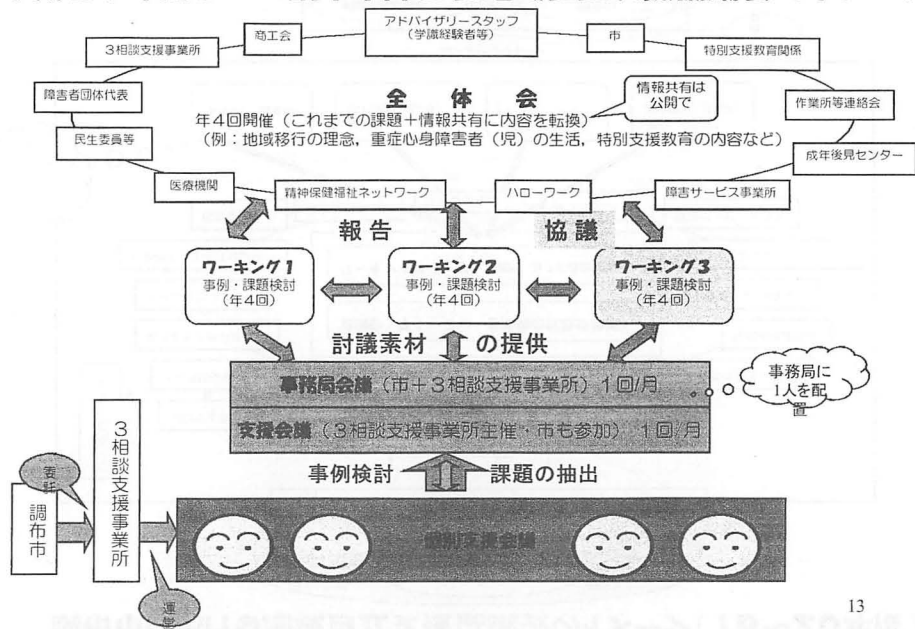
2年を経過しての課題

- ・社会資源の開発をどのように進めるか
- ・ワーキングの議論をどのように全体化するか
- ・自立支援協議会が地域にあってよかったと感じてもらうにはどうするか
- ・相談支援従事者の主体性をどう引き出すか

検討案

- 国のイメージ図に即した協議会ではなく原点(利用者ニーズを基本に)に立ち返る
- 障害福祉計画の策定とリンクする仕組みを考える
- 個別支援の手法を共有できる仕組みをつくる(サービス利用計画の活用)
- 各々の相談支援事業所が責任を持って運営できる仕組みをつくる
- 障害者ニーズや地域の資源がわかるよう学習を進める

平成21年度からの調布市障害者地域自立支援協議会のイメージ



自立と共生の地域社会づくり

国の方向

- ・ 障害者が自立して普通に暮らせるまちづくり
- ・ 地域に住む人が、障害の有無、老若男女を問わず、自然に交わり、支え合うまちづくり

地域福祉の実現

自立と共生の地域社会づくり

障害福祉サービス等

+ 地域生活支援事業

障害福祉計画

- 1 障害福祉サービス又は相談支援事業の種類ごとの必要な量の見込み
- 2 障害福祉サービス又は相談支援事業の種類ごとの必要な見込み量の確保のための方策
- 3 地域生活支援事業の種類ごとの実施に関する事項

障害者自立支援法と障害福祉計画

法律の目的

障害のある人も普通に暮らせる地域づくり

そのために障害福祉計画で

地域で暮らす基盤（サービスや仕組み）を計画的に整備する

1. 障害者の自己決定と自己選択の尊重
2. 市町村を基本とする仕組みへの統一と三障害の制度の一元化
3. 地域生活移行や就労支援等の課題に対応したサービス基盤の整備

障害者の参加

地域社会の理解促進

総合的な取り組み

ひとりひとりの希望（ニーズ）を
地域の課題としてとらえる⇒地域のネットワーク

障害福祉計画の視点



1. 障害者の自己決定と自己選択の尊重

ノーマライゼーションの理念の下、障害の種別、程度を問わず、障害者が自らその居住する場所を選択し、その必要とする障害福祉サービスその他の支援を受けつつ、障害者の自立と社会参加の実現を図っていくことを基本として、障害福祉サービスの提供基盤の整備を進めること

2. 市町村を基本とする仕組みへの統一と三障害の制度の一元化

障害福祉サービスに関し、市町村を基本とする仕組みに統一するとともに、従来、身体障害、知的障害、精神障害と障害種別ごとに分かれていた制度を一元化することにより、立ち後れている精神障害者などに対するサービスの充実を図り、都道府県の適切な支援等を通じて地域間で大きな格差のあるサービス水準の均てん化を図ること

3. 地域生活移行や就労支援等の課題に対応したサービス基盤の整備

障害者の自立支援の観点から、地域生活移行や就労支援といった新たな課題に対応したサービス提供基盤を整えるとともに、障害者の生活を地域全体で支えるシステムを実現するため、身近な地域におけるサービス拠点づくり、NPO等によるインフォーマルサービスの提供など、地域の社会資源を最大限に活用し、基盤整備を進めること

第2期障害福祉計画作成に当たって

ライフステージを通じた支援システムの構築

第1期障害福祉計画

法制度の見通しがあいまいなまま作成せざるを得なかった

第2期障害福祉計画の課題

※障害福祉サービスの支給状況に応じた具体的な見込み量・手段の構築
※上記を補完し、地域生活を支えることのできる地域生活支援事業の構築

「具体的ニーズ」を把握し、これに基づく計画作成

1期計画での不十分さを修正
地方自治体として、地域の実情に応じた計画作成

福祉計画における住民参加

サービス利用過程への参加

サービス提供過程への参加

意思決定過程への参加

契約制度に伴う自己決定
オンブズパーソン

市民参加型サービス
当事者団体やセルフヘルプグループ

計画等の立案参加

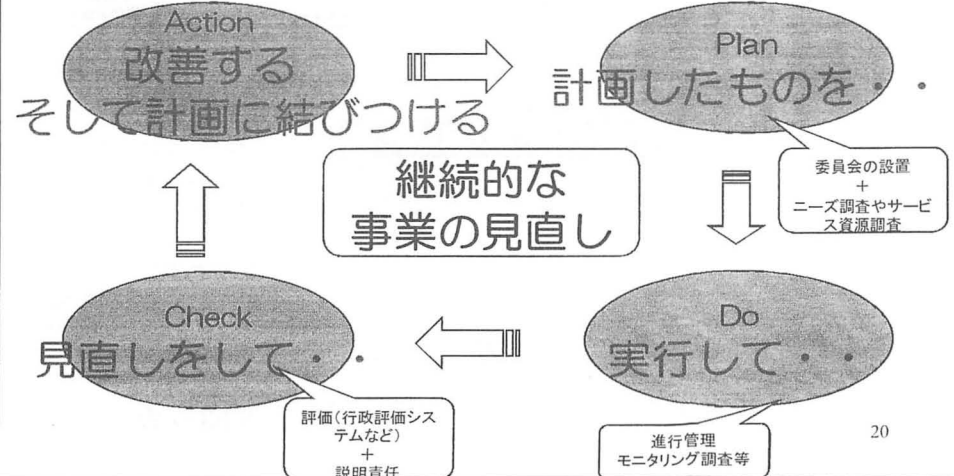
福祉計画における住民参加手法

- (1) 計画策定委員会などへの参加
- (2) それ以外
ワークショップ、住民懇談会、パブリックコメント、アンケート調査

分権化・住民自治

福祉計画の過程

<マネジメント・サイクル>



課題の具体
化のための
基礎資料

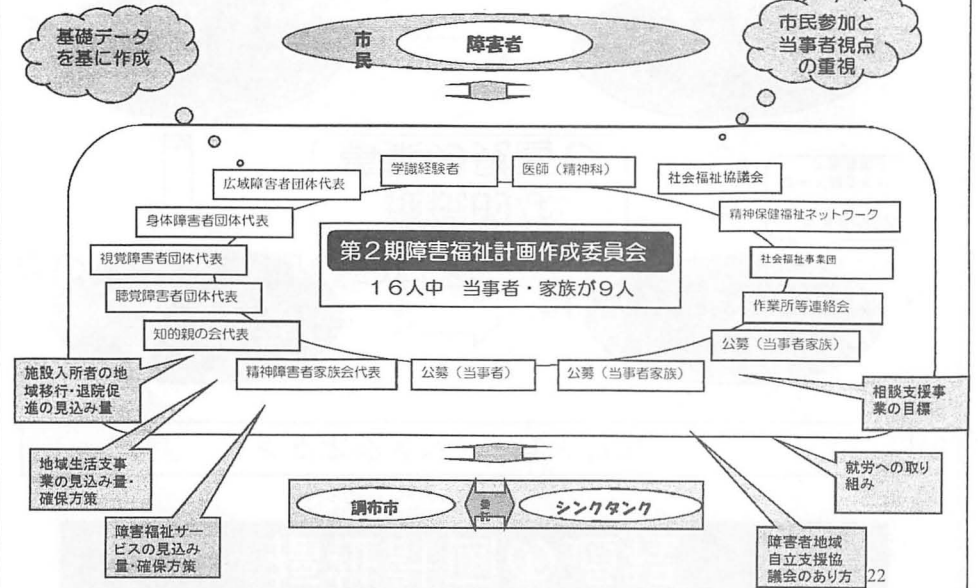
第2期障害福祉計画

1. 市民福祉ニーズ調査の実施(平成19年度実施済)
2. 手帳所持者(高校生)対象の進路意向調査(全数調査)の実施
3. 施設入所者の地域移行希望調査(全数調査)、施設への地域移行希望調査
4. 市民が入所する全施設への体系移行調査及び市内小規模作業所等の体系移行希望調査(全施設)
5. 障害者自立支援給付分析ソフト(日福大版)を活用

基礎データを基に作成

21

第2期障害福祉計画作成委員会のイメージ



22

実効ある計画のために

—C市基本計画推進プログラムとの整合(第1期の場合)—

障害者計画(平成17年度策定済)

理念・基本方針の継承

障害福祉計画(第1期)(平成18年度策定)

(障害者自立支援法第88条2(抜粋))

市町村障害福祉計画においては、次に掲げる事項を定めるものとする。

- ① 各年度における指定障害福祉サービス又は指定相談支援の種類ごとの必要な量の見込み
- ② 前号の指定障害福祉サービス又は指定相談支援の種類ごとの必要な見込み量の確保のための方策
- ③ 地域生活支援事業の種類ごとの事業の実施に関する事項
- ④ その他障害福祉サービス、相談支援及び市町村の地域生活支援事業の提供体制の確保に必要な事項

施策化へ

市基本計画推進プログラムへの位置づけ

広範なネットワークづくり(障害者自立支援協議会の運営)

小規模作業所の法内化推進(小規模作業所への助成)

ケアホーム・グループホームの拡充

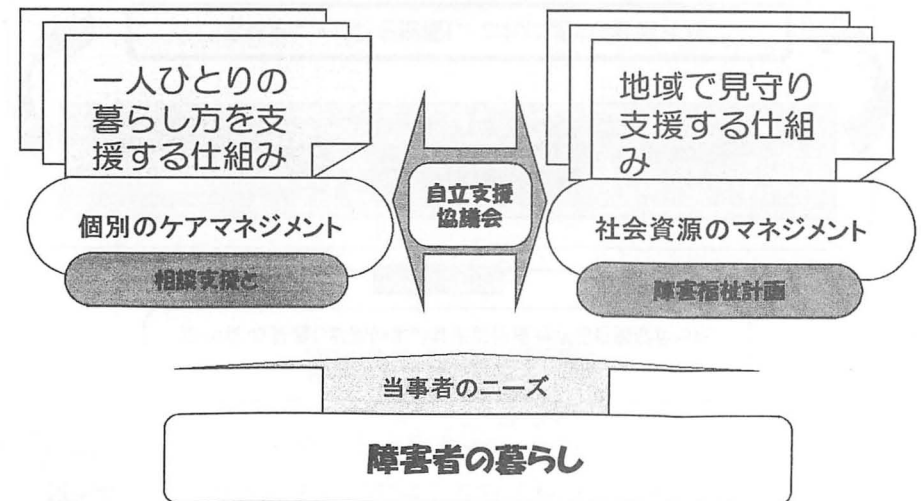
障害福祉サービス供給量の確保

障害者自立支援法に利用者負担にかかる市単独減免

ホームヘルパーやガイドヘルパーの養成講座実施

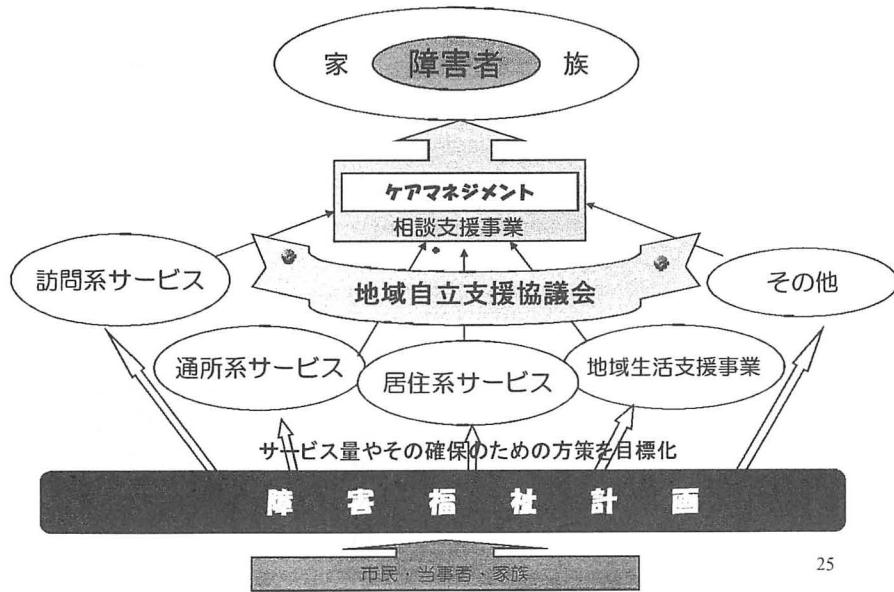
地域生活支援を考える視点

C市の実践のふりかえり

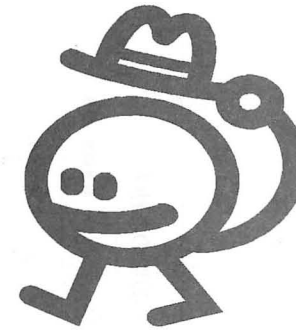


24

その人らしい自立した生活の充実



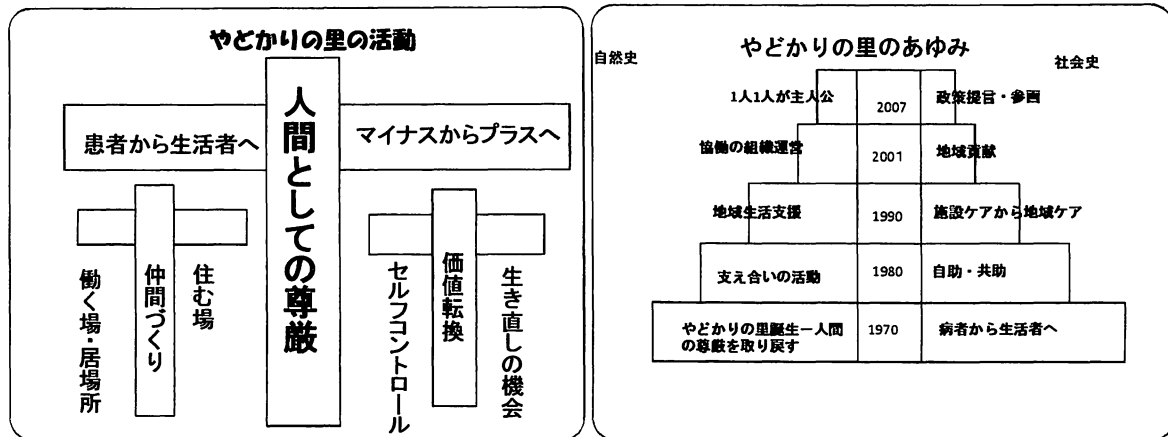
ご清聴ありがとうございました



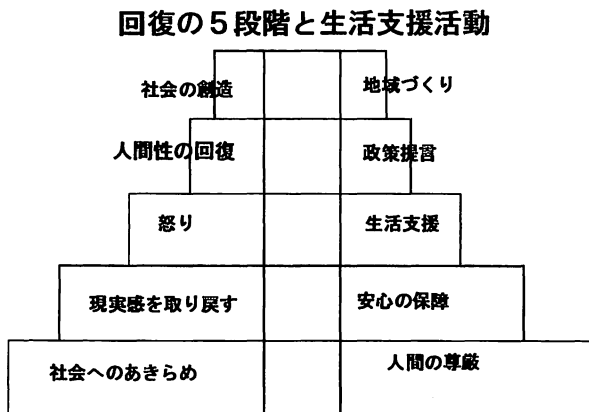
精神障害のある人と地域生活支援 その現状と課題

増田一世（社団法人 やどかりの里）

はじめに一やどかりの里が目指してきたこと



<やどかりの里のメンバーの語る回復の過程ーあきらめからのスタート>



精神障害のある人の回復のプロセスー自分の人生の主人公になるまで

堀澄清著（『70歳を目前にして今、新たな一歩を』）

どうしても精神病患者だということを正直に言うことができなくて逃げ回っていたというのが正直なところです。尾根までは何回も登ったのですが、自分をさらけ出して生きるためには向こう側に下りなければいけないんですが、それがどうしてもできませんでした。これは自分にやっぱりコンプレックスを持っていて、そのことを正直に言えなかった自分がやっぱりあったんです。

医療を絶対だというふうには思わないでほしいと思います。そこは多分大切な点ではないかと思うのです。この病気の責任は実は自分にあるのであって、自分で自分の心を大人にしなければ絶対にだめだというのが私の結論なのです。

(中略) 場合によっては、他人に寄りかかることも必要ですけれども、全部寄りかかることは私は賛成しません。

こちらが言葉を発したい時、湧き上がってくることを、ぼつんと言葉にすることを黙って聞いてくださって、「なるほど」というふうに頷いてくれるんです、共感をもって。それに本当に救われたのです。

自分の人生を負に感じてばかりいたのですが、ただ茶の間に座っていただけなのですが、全面的に否定しなくてもよい、このままでもそれなりに努力したのだから止むを得なかったのではないかという肯定感のような、(中略) 消極的に肯定できるような気持ちに少しだけなったんです。

(小規模授産施設食事サービスセンターまごころで働くようになって) 1 日外に出て行って帰ってきた時の自分の感情が変わっていることに気づきました。注意されても、帰ってくると心地よいのです。なんていうか、ああ、今日は生きたなあ、というような……布団を敷いてごろっと横になるとそういう感情が湧いてくる。

私は精神病になって、やどかりの里に登録して、病気であることを完全にオープンにして生きられるようになるまでは、「前科者」という烙印を押されたような感覚で生きていました。(中略) 今はオープンにして、平然と生きられるようになったのですが、それは「ハンディキャップを持っていても人間として平等なのですよ」ということをみんなで認め合っている所に登録して、日常的に受け入れられるようになって、初めてオープンにすることができるようになったのです。

1. 精神障害のある人たちを取り巻く状況

1) 精神科病院における社会的入院の実態

精神障害のある人	204 万人
入院患者数	33.4 万人
入院期間 (5 年以上)	約 14.3 万人 (入院者の 43%)
平均入院期間 (精神科)	371.5 日
平均入院期間 (全科)	39.5 日
任意入院者の閉鎖処遇	46.7%
受入条件が整えば退院可能な人	7.16 万人
一般医療以下の看護配置の病院	57.0%

出所)「我が国の精神保健福祉」社会保障審議会資料

2) さいたま市における精神障害者の状況

障害者 (保健) 福祉に関するアンケート (2007 年 11 月) 結果から (抜粋)

アンケート調査の目的—第 2 期さいたま市障害者計画・障害福祉計画の策定に向けて

調査対象者 精神障害者保健福祉手帳所持者 600 人 回収率 58.0% (348 件)

(自立支援医療受給者)

<調査結果のあらまし>

① 誰と暮らしているか

精神—父または母 49.6% (166人) 夫または妻 23.9% (80人) (20歳未満2% 7人)

② 主な介助者(支援者)

精神—父または母 46.0% (160人) 夫または妻 19.5% (68人)

兄弟姉妹やその配偶者 7.2% (25人)

③ 収入について

精神—障害年金 35.9% (125人), 無収入 28.4% (99人), 一般就労所得 19.5% (68人)

生活保護 12.6% (44人)

④ 日中(平日の過ごし方)

精神—自宅で過ごす 36.8% (128人) 家事・家業の手伝い 19.3% (67人)

パート・アルバイト 10.9% (38人)

⑤ 自宅で過ごしている理由

精神—病気のため 56.3% (72人) 外に出たくない 10.2% (13人)

自分に合った仕事がない 6.3% (8人) 雇用してもらえない 6.3% (8人)

⑥ 就労形態

身障—正社員等 56.5% (756人) パート・アルバイト 19.7% (264人)

精神—家事・家業の手伝い 42.9% (67人) パート・アルバイト 24% (38人)

正社員 19.2% (30人)

2. 見えてきた課題

① 声なき声にどう応えるのか—在宅の無支援状態の人たち

家族に依拠した支援態勢—家族支援の必要性

来所相談の限界—求められる届ける支援

② 長期在院者への支援—自立支援法で進むのか

* 当事者の支援員(さいたま市では退院支援員9人が入院中の患者を支援)の養成と当事者支援員の有効性の社会的認識を高めていく必要性—入院をあきらめている人の気持ちを動かす

* 精神科病院と地域の活動の風通しを良くしていく

* 安心して暮らせる地域支援態勢の確立—住まいの場の確保(さまざまな支援のバリエーション)

③ 権利侵害について訴えることができる第3者機関の設置

入院中でも訴えることができるしくみが必要

3. 障害者自立支援法の問題に対峙して

「私たちのことを私たち抜きに決めないで」(障害のある人の権利条約)

成立過程での問題—正確な実態把握も当事者の声も聞かずに成立

2005年 7.5 緊急大行動 「このままの自立支援法では自立できません」 11,000人の集会

2006年 10.31 大フォーラム 「出直してよ障害者自立支援法」 15,000人の集会

2007年 10.30 大フォーラム 「今こそ変えよう 障害者自立支援法」 6,500人の集会

2008年 10.31 大フォーラム 「もうやめようよ 障害者自立支援法」 6,500人の集会

* 法施行後も問題を指摘する声はやまない。戦後最悪の立法(財政抑制は実現)という評価

障害の自己責任一応益負担（無実の罪で収監された人が保釈金を払うようなもの）

- * 3 障害統合，しかし，高次脳機能障害・難病は置き去りにされたまま
- * 日額払いの制度は常勤職員の非常勤化一支援水準の低下を招く（不安定労働へ）
障害のある人の選択の自由を確保するため一選択できるほど資源はない
- * 地域移行は進むのか
- * 介護保険との統合に向けた準備は着々（2009 年 3 月の報酬改定は成功報酬，競争原理の仕組み，統合ではなく介護保険への吸収という人もいる）一障害者支援の市場化

4. 障害のある人とともにあるケアマネジメントと地域支援システム（さいたま市の場合）

<障害者自立支援法の問題を視野に入れつつ，どのように実現していくのか>

<障害福祉計画はトップダウンの数値目標一ニーズ指向性の支援態勢構築の課題>

ーしかし，ボトムアップの政策提言が必要

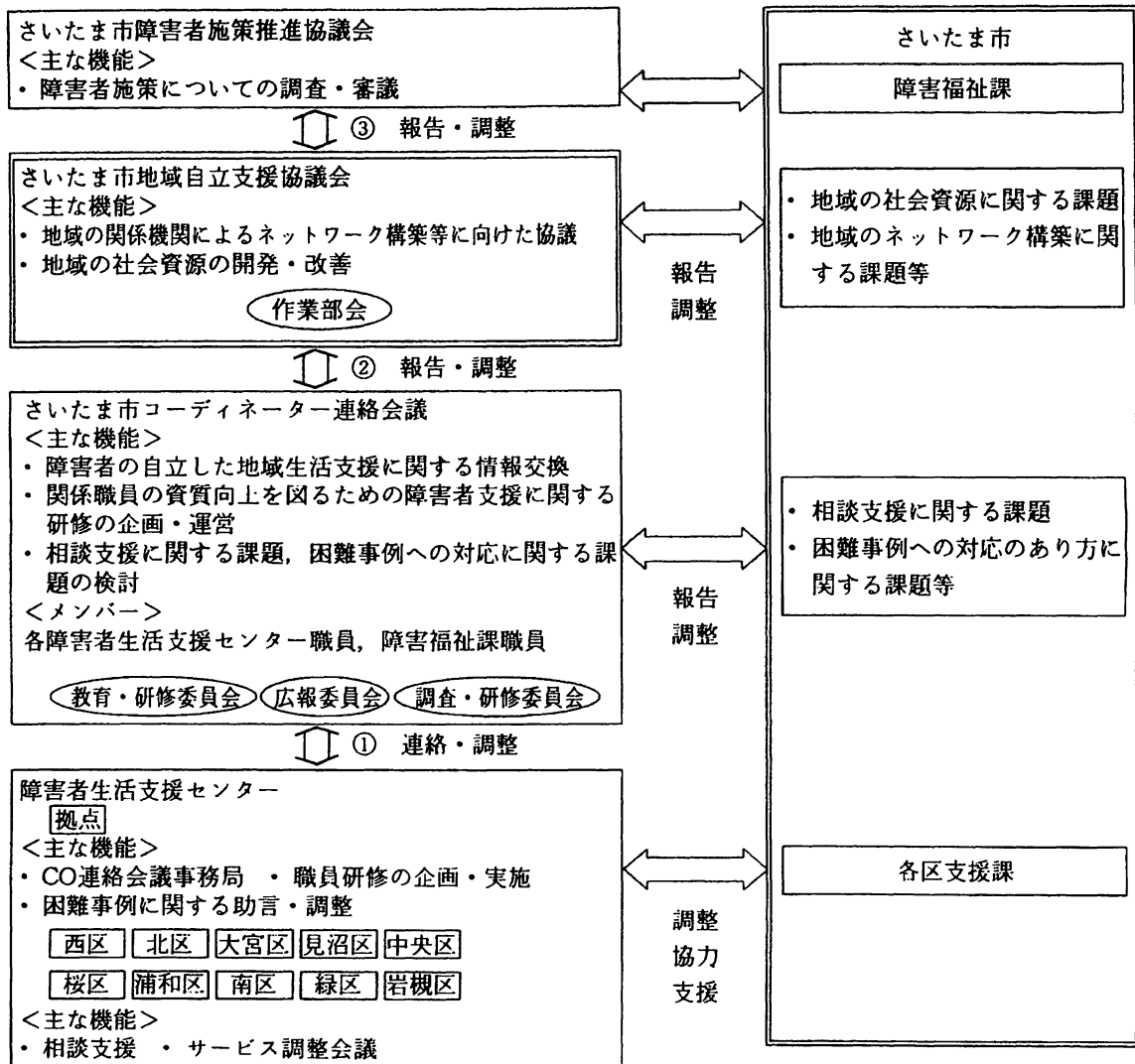
さいたま市での取り組み

- * 共通のアセスメントシートの開発一包括的アセスメントを目指して
（10 区に障害者生活支援センターの設置，各区支援課と一次相談窓口）
- * コーディネーター連絡会議の設置一一次相談から見えてくる支援課題の可視化
- * 各区でのサービス調整会議の設置一ネットワークづくり
- * さいたま市保健所と退院支援連絡会の開催一当事者による退院支援員の配置
- * さいたま市自立支援協議会の機能と役割一支援課題と社会資源開発の提案
- * さいたま市障害者施策推進協議会の機能と役割（2003 年～）
ワーキンググループの開催（今年度一居住支援と地域生活移行の 2 つのワーキング）
 - ・ 実態とニーズを把握すること
 - ・ 計画の進行管理を行うこと
 - ・ 不足している支援・資源を明らかにしていくこと
 - ・ 必要な制度・施策の提言

5. 進めなくてはならない取り組み

- ① 所得保障の確立一無年金者の問題，生活できる所得の保障，自分の力で働き，足りない分は賃金補填が必要
- ② 家族依存の支援態勢の抜本的見直し
- ③ 待ち受けの支援だけでなく，届ける支援の実現
- ④ 地域格差をなくし，どこでも選択できる資源の開発
- ⑤ 働きたいと願う人に対し，その人らしく働くことのできる職場の開拓（ILO159 号条約違反？）
一般企業でもなく，福祉的就労でもなく，第 3 の道の開拓を
- ⑥ 障害者自立支援法を抜本的に見直し，総合的な障害者支援法を制定
（自分たちの代案づくり，ビジョンの必要性）

図 さいたま市における総合相談支援・社会資源開発システムの構成



① 連絡・調整

- 各区の障害者生活支援センターが相談支援を行う中での課題や、サービス調整会議での課題、困難事例への対応などをコーディネーター連絡会議で検討し、解決を図る。
- 課題を整理し、問題点および解決方法についてコーディネーター全体で共通理解する。
- さらに関係機関に対しても、各区障害者生活支援センターを通して調整を図る。

② 報告・調整

- コーディネーター連絡会議で検討された項目のうち、相談支援体制および、地域の関係機関によるネットワーク構築に関する課題、並びに支援を行う上で必要な社会資源等の開発、改善に関する課題について、地域自立支援協議会に報告を行う。地域自立支援協議会では、報告を受け改善に向けた協議を行い、専門的助言を行う。
- 具体的な相談支援の経過や困難事例等を通じた報告を行う。
- 協議された内容および助言は、コーディネーター連絡会議を通して各区の生活支援センターに報告され、関係機関等と必要な調整を図る。

③ 報告・調整

- 自立支援協議会で協議された課題のうち、市の施策づくりに関することについて、障害者施策推進協議会に報告し協議を行う。

障害者自立支援法施行後における障害施設現場からみた現状と課題

池並 雪枝（社会福祉法人 啓和会 常務理事）

障害者自立支援法は、平成18年に「障害のある人が地域で暮らせる社会に自立と共生の社会を実現」することをめざして従来の障害保健福祉施策の改革と推進の意義をもって施行され、3年が経過しました。平成20年には同法施行後3年の見直しについても発表されており、平成21年3月に政府は、障害者自立支援法等の一部を改正する法律（案）を国会に提出されましたが、衆議院の解散で廃案となってしまいました。見直しについては現場からも多少の期待があり、残念に思っています。

障害者自立支援法がめざす理念は、私ども福祉の現場を担う者にとっては共感できる考え方ではありますが、現実のサービスについては基本的なところで疑問があり、これは「少し違うぞ」という感想をもっています。

障害者福祉の現場にいる者として障害者自立支援法施行後の現状と実践からみえてきた課題について意見を述べたいと思います。

1. 啓和会事業の概要と現状（映像）

2. 見えてきた課題点

（1）今、障害のある人が利用したい施設やサービスを自由に選んでいますか。

（2）利用契約と成年後見制度の利用実態

- ・契約は成立しているのでしょうか。
- ・制度利用への戸惑いをどう解決していきますか。

（3）障害程度区分の問題点

- ・障害のある「人」であること。そこに個別の障害特性が考えられているのでしょうか。
- ・事業者が利用者を選ばせる傾向になっていないのでしょうか。
- ・サービスの必要な人が利用できているのでしょうか。
（課題の多い人が敬遠されていませんか）

(4) 相談支援の先にあるものは

- ・生活上困っていることを利用者と一緒に考えることなのに、サービスが先にきてしまっていないですか。
- ・助けは必要なのに応じられない人もいます。
施設利用は嫌、服薬は嫌、サービス利用は嫌等の例。
地域にはそんな人がたくさんいるのです。
- ・つながるサービスが見つからず困難をかかえたまま生きる、やりきれない人の気持ちによりそうことも多いのです。
(障害者の範囲にも関連する)
- ・相談支援が全てではないのにもてはやされる傾向
マンパワーはなぜそこに集まるのでしょうか。
- ・相談支援を担う人の質の向上は本当に図られているのでしょうか。
- ・つなげるサービスの資源は足りているのでしょうか。

(5) 不足している資源は何？

- ・日中活動の場は足りません。
でも、サービス内容に偏りがあり需給バランスがとれていない。
- ・手帳がなく、先にすすめない人もいます。
- ・不況で働く場がなくなっています。
働くことをすすめ、その気にさせておいて、変でしょう。
- ・居住サービスへのニーズはまだ高いのです。
入所施設を非難するだけでなく、入所施設の利用の仕方を少し変えてみては。でも入所施設でないと暮らせない人もいることを忘れないで。
触法の人達の受皿がありません。
ショートステイも需給バランスがとれていません。
- ・ケアホームもグループホームも足りません。
家賃の補助があれば、地域の中で暮らせる人がいる筈。
- ・マンパワーが絶対に不足しています。
特に夜勤を担う人がいないのです。
入所施設支援、生命を守る夜間支援の辛さが応募に足踏み。

- ・病気で医療が必要な高齢障害者の受皿がありません。療養病床の削減の影響でしょうか。

(6) 今こそ自立支援協議会の役割が期待されています。

- ・ネットワークの構築ができて、まだ残っていませんか。行政やサービスのタテ割りが。どうしたら良いのでしょうか。
- ・金はなくても知恵を結集して「人」にふさわしいサービスを生み出す工夫と政策への提言が必要ではないでしょうか。

3. まとめにかえて

高次脳機能障害と地域生活支援

—家族支援からみえてくるもの—

四ノ宮 美恵子（国立障害者リハビリテーションセンター
理療教育・就労支援部就労移行支援課就労相談室）

1. はじめに

脳の病気やけがにより高次脳機能障害を発症した人に対する支援の必要性の指摘を受けて、「高次脳機能障害支援モデル事業」が開始されてから8年が経過した。この間、「高次脳機能障害診断基準」「標準的訓練プログラム」「標準的社会的復帰・生活・介護支援プログラム」が作成され、さらに「高次脳機能障害支援普及事業」を経てほぼ全都道府県に支援拠点機関が設置されるに至った。

国立障害者リハビリテーションセンター病院、更生訓練所においても、高次脳機能障害のある人に対して医学的リハビリテーションから就労や地域生活の自立に至るまでの直接的な支援を行ってきた。ここでは、これまでリハビリテーション病院で認知リハビリテーションと並行して家族支援に携わってきた立場から、地域生活支援の課題について考える。

2. 高次脳機能障害と家族支援

発症を契機として人格変化を伴うこともある高次脳機能障害のある人の家族は、心身両面にわたる支援者としての役割が期待されながらも、症状や対応のわかりにくさ、人格の喪失感、家族関係性の変化などの困難を抱え、長期にわたり心理的葛藤やストレスにさらされている場合も多い。こうしたことから、本人に対する支援とともに家族に対する支援の必要性が早くから指摘されてきた。

リハビリテーション病院は、高次脳機能障害と診断された患者の多くの家族にとって支援が開始される出発点であり、地域生活への円滑な移行という観点からも重要な役割を果たすものと考えられる。国立障害者リハビリテーションセンター病院においても、家族支援の重要性を踏まえ平成13年度から家族学習会を企画、実施し、患者本人に対する医学的リハビリテーションと並行して家族支援をすすめてきた。地域生活において高次脳機能障害のある人の社会生活力をできる限り引き出すための対応方法等の学習と、家族の心理的支援の両面から構成される心理教育プログラムとして家族学習会の見直しを図るとともに、個別支援と組み合わせて地域生活に向けた家族支援を行ってきた。平成13年度から平成20年度までの家族学習会参加者は、のべ1,051名となった。

3. 家族支援からみた地域生活支援の課題

支援拠点機関に加え地域の家族会も増え、モデル事業開始以降高次脳機能障害のある人と家族の支援体制は徐々に整備され、一定の成果はみられている。しかし、家族支援に携わってきた立場からは、①支援体制の地域格差、②支援拠点機関と他の関係機関との連携、③行動障害が顕著な事例に対する支援など、依然多くの課題が残されていると考える。

高次脳機能障害と地域生活支援 — 家族支援からみえてくるもの —

国立障害者リハビリテーションセンター
理療教育・就労支援部就労移行支援課
就労相談室 四ノ宮 美恵子

なぜ、家族支援が重要なのか？

多くのご家族との出会いから・・・

高次脳機能障害診断基準から

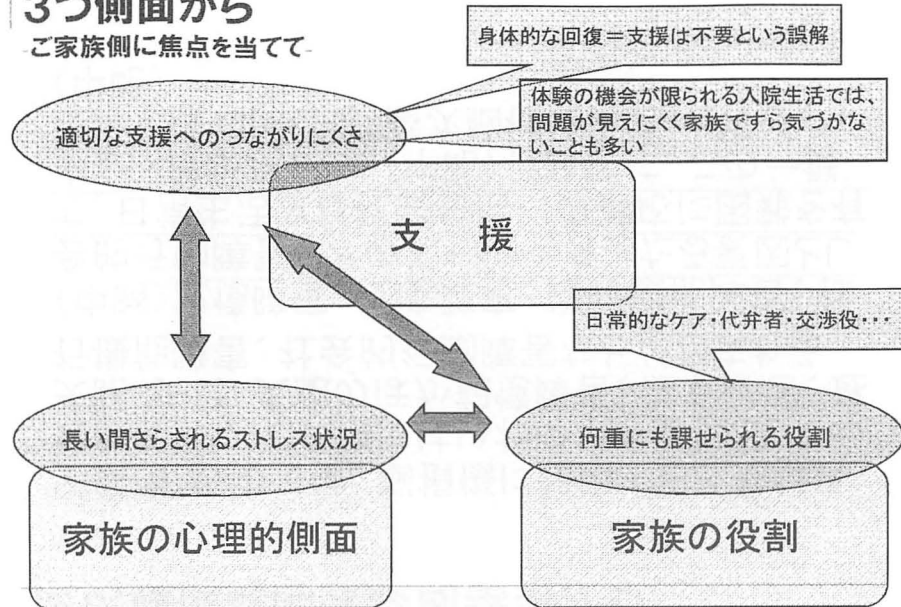
● 学術用語としては、脳損傷に起因する認知障害全般を指し、この中にはいわゆる巣症状としての失語・失行・失認のほか記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害などが含まれる。

● (中略)記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害などの認知障害を主たる要因として、日常生活及び社会生活への適応に困難を有する一群が存在し、(中略)行政的に、この一群が示す認知障害を「高次脳機能障害」と呼び、(中略)

高次脳機能障害の診断を受けたけれども・・・

3つ側面から

ご家族側に焦点を当てて



高次脳機能障害における家族支援の特徴

■ 支援の対象となる家族の多様性

様々な続柄(親・きょうだい・子・配偶者ほか)
幅広い年齢層

■ 支援内容の多様性

心理的支援
症状理解や対処スキル習得のための教育的支援
環境調整のための支援 ほか

家族支援の考え方

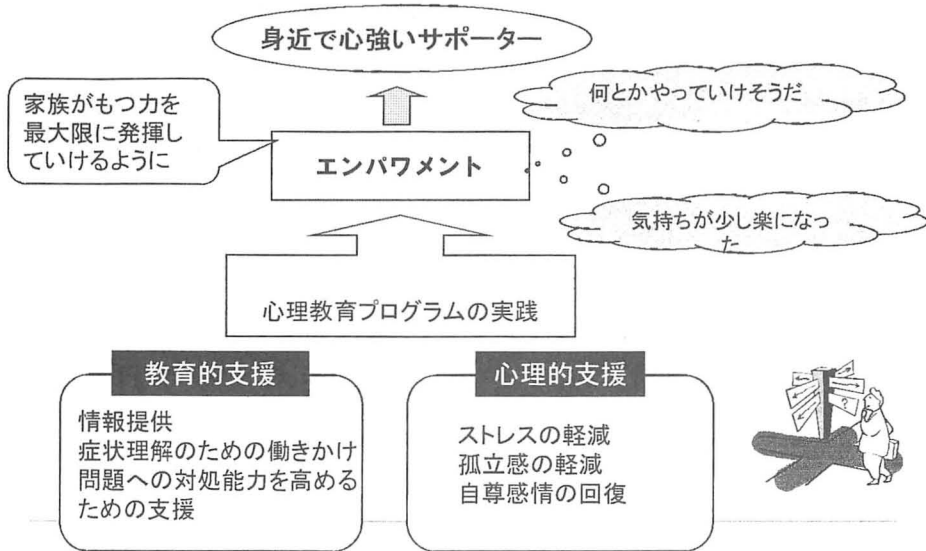
—心理教育と家族支援—

心理教育の基本的考え方

- ◆ 患者、家族には知りたいことを知る権利がある
- ◆ 患者、家族と専門家は、抱える問題について、共に学び合うことができる
- ◆ 個別の体験に着目し、具体的な対処を考えることで対処可能性を広げることができる

「家族支援の心理教育」 日本家族心理学会編集からの参照

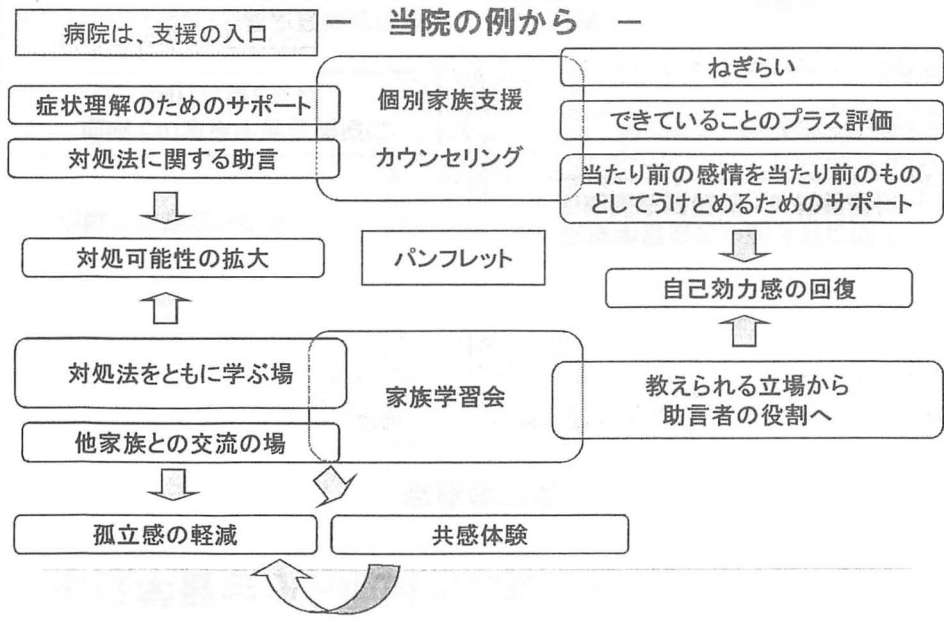
家族に対する心理教育のねらい



家族支援の方法

「当事者・家族の状況」を捉え「いつ」「どこで」「誰が」「誰に」「どのように」支援をしていくことが有効か検討していきます

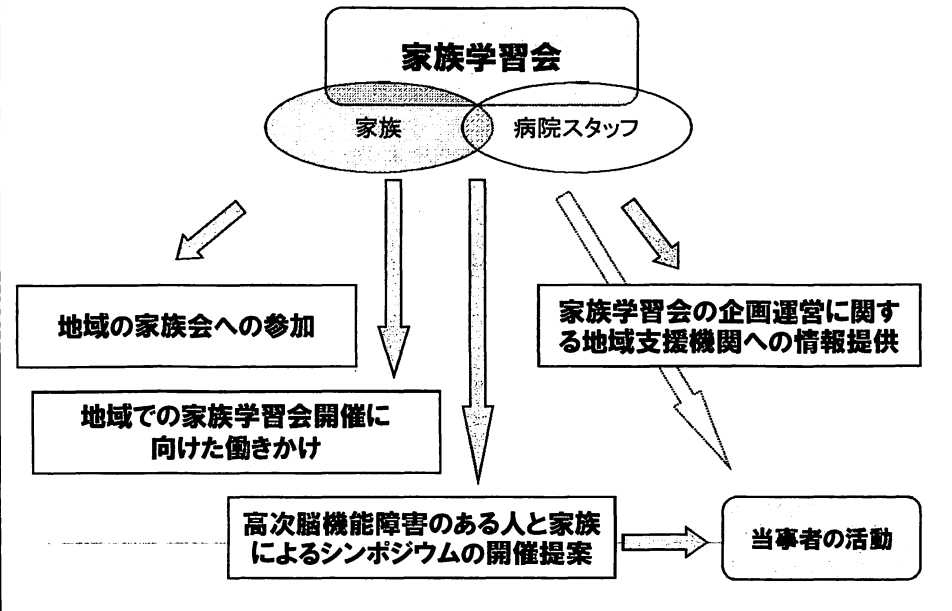
家族支援の方法と期待される効果



家族学習会

- 心理教育的な視点による家族学習会の企画
「講義形式による学習会」と「話し合いによる学習会」を交互に実施
- 対象となる家族に参加を呼びかけ
- 原則として自由参加
- 参加は事前登録制
- 地域の当事者・家族会への橋渡しを念頭におく
参加の回数制限を設け、家族学習会卒業後は「体験を語る」「助言をする」立場として参加を依頼
- スタッフの役割は、ファシリテーターであり、ともに学ぶメンバーである
- 平成13年度から20年度までの間にのべ1,051名が参加

家族学習会から地域への拡がり



リハビリテーションと地域生活支援の課題

- 支援体制の地域格差
- 支援拠点機関と他の関係機関との連携
- 家族支援も含めた一貫したリハビリテーション
- 症状が軽度として支援が受けられない事例
- 社会行動障害が顕著な事例に対する支援

分科会 グループ 4

「リハビリテーションと生活機能」

コーディネーター：金田 安正（びわこ成蹊スポーツ大学教授）

パネリスト：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）

「総合リハビリテーションにおける ICF の活用」

小林 順一（高知県立障害者スポーツセンター所長）

「スポーツによる生活機能の向上」

先崎 章（東京福祉大学社会福祉学部教授）

「健康増進施設利用による生活の広がりを ICF で検証する

高次脳機能・精神・身体の重複障害者 2 例をもとに」

大橋 秀行（埼玉県立大学保健医療福祉学部作業療法学科教授）

「障害者構造論からみる精神障害者の生活機能へのアプローチ」

総合リハビリテーションにおける ICF の活用

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）

近年、狭義の障害者リハビリテーションのみでなく、広い範囲で、総合リハビリテーションの観点が必要なものとなってきている。

その背景としては、一つには高齢化の進行がある。高齢者は何らかの生活機能低下を生じている場合が多い。それによってリハ医療の対象者は急激に増加し、同時に高齢者に接するリハ以外の専門職にもリハへの関与が求められるようになった。

また、介護保険・障害者自立支援法など、生活機能（特に「活動」）の低下に対応する様々な制度の開始という、近年の大きな変革が関係している。

更に、生活機能低下のある人のよりよい生活のために関与する新たな専門職の増加と、それらが既存の職種とチームを組む機会が増えたことがある。すなわち、介護福祉士、介護支援専門員、また工学領域、建築領域、福祉機器・住宅改装などに関与する多数の人々が新たに総合リハの仲間に加わり、また行政機関の人々の直接的関与も増えていることである。これにより、日々の臨床の中で個別の対象者を中心に、より多くの他職種、他サービスの人々と協力・連携する必要が生じてきている。新たな役割分担やチームワークの実践が必要となってきたのである。

今後、総合リハビリテーションを推進していく上で、“人が「生きることの全体像」についての「共通言語」（共通のものの考え方）”である、ICF（International Classification of Functioning, Disability and Health、WHO、2001年）はきわめて効果的なツールとなる。

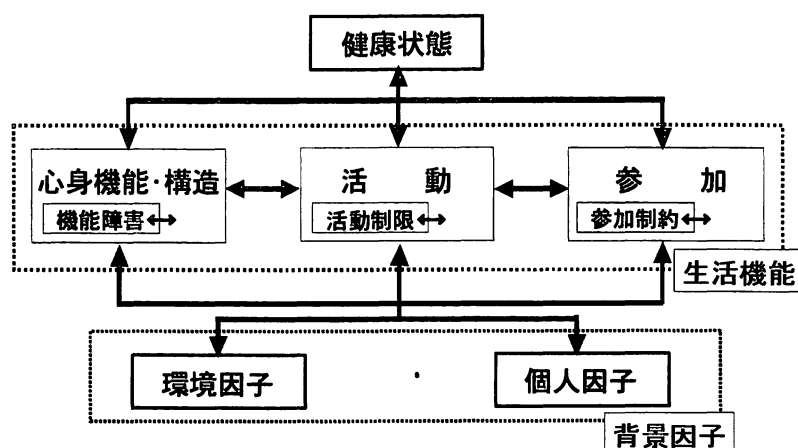
そのICFの具体的活用上では、次の2点が重要と考えられる。

- 1) リハの目標としての、当事者の個別的な生活・人生の具体像（「生きることの全体像」）を、チーム全体と本人・家族の共通認識とすること
- 2) 専門職間、本人の積極的関与を含めた、真のチームワークの発揮（その実現のための「共通言語」の活用）。これは最初から本人の積極的関与とともに構築された新たなチームワークであり、専門職間の既存のチームワークに本人の関与が追加されるものではない。またある時点のみの協業、連携だけでなく、時間的な連続性を含めた継続的な連携が重要である。

なお、ICFの活用によって、「総合リハビリテーション」の概念やあり方自体についても一層拡大・深化させるべき種々の論点が明らかになると期待される。

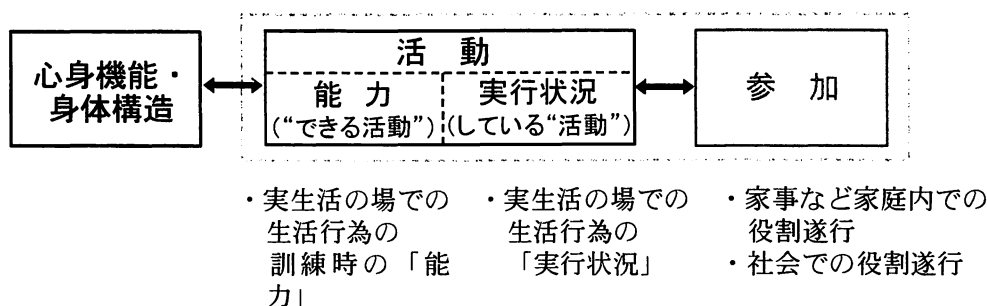
- ・大川弥生：新しいリハビリテーションー人間「復権」への挑戦ー（講談社、現代新書）、2004
- ・大川弥生：介護保険サービスとリハビリテーションーICFに立った自立支援の理念と技法ー（中央法規出版）、2004
- ・大川弥生：生活機能とは何か；ICF：国際生活機能分類の理解と活用（東京大学出版会）、2007
- ・大川弥生：「よくする介護」を実践するためのICFの理解と活用：目標指向的介護に立って（中央法規出版）、2009

図1. 生活機能モデル(ICF)



出典：大川、2004

図2. 生活機能の3つのレベル



出典：大川、2004

表1. 「活動」の評価点基準（暫定案）：実行状況

評価点	評価	内容
0	普遍的自立	生活の場以外での環境(外出時、旅行時などにおける環境)においても自立している
1	限定的自立	生活の場(当人の状況に応じて自宅、自宅の一部、病院、施設など)およびその近辺の、限られた環境のみで自立している
2	部分的制限	部分的な人的介護(※)を受けて行っている ※「部分的な人的介護」は「見守り」「うながし」等を含む
3	全面的制限	全面的な人的介護を受けて行っている
4	行っていない	禁止の場合を含み行っていない

※「能力」の評価基準は、表の内容の「している」を「(することが) できる」に、「行っていない」を「できない」になどと変えただけで、後は同じ。

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

スポーツによる生活機能の向上

高知県立障害者スポーツセンター
小林 順一



障害者スポーツの父

Dr. Ludwing Guttman



「失われたものを数えるな
残されたものを最大限に生かせ」

1940年 代脊髄損傷者のリハビリテーションの一環としてスポーツ訓練を取り入れる

1948年 ストークマンデビル病院内でスポーツフェスティバル開催(車いす使用者)

1952年 国際ストークマンデビル競技大会(車いす使用者)に発展
「パラリンピックに発展」

日本の障害者スポーツの父

中村 裕

* 1960年2月～8月末アメリカ、ヨーロッパへ厚生省からリハビリテーションの勉強のため留学する。

* 1960年5月にイギリスのストークマンデビル国立脊髄損傷センターにてグッドマン博士と出会う。

「きみは日本人か。これまで日本から幾人も、私のやり方を学びたいと言ってやってきた。帰る時も実行すると言って去ったが、一人としてその言葉を守っていない」

中村裕伝より



身体障害者スポーツの振興について

厚生省社会局長通知(昭和38年5月20日)

身体障害者のスポーツについては、すでに諸外国では機能回復その他心理的及び健康保持等の面から更正上の効果が極めて著しい点に着目し、広く実施され、また国際的な競技会の開催等も行われている現状である。

しかるに、わが国においては、近年ようやく全国的な身体障害者スポーツ振興の気運が高まりつつあるが、未だ必ずしも十分な状態とはいえないので、今後国としても身体障害者スポーツの振興を身体障害者構成援護の一環として積極的に推進することとなった。

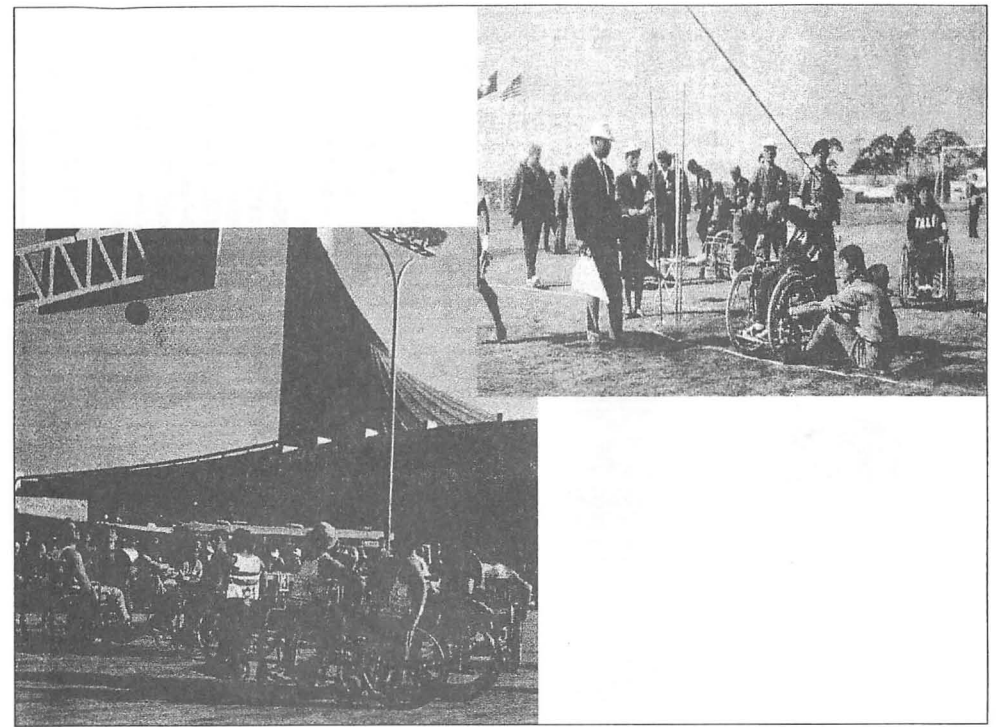
については、身体障害者スポーツ振興施策に関して下記事項の留意のうえ、所要の対策の充実強化に格段の配慮を煩わしたい。

なお、昭和38年において別紙「身体障害者体育大会実施要綱」に準拠して行われた大会の運営費に対して、予算補助を行うことになったので、了知のうえ、遺憾のないように措置されたい



1部
 国際大会として
 第13回
 国際ストークマンデビル大会
 (第2回パラリンピック)
 1964.11.8~12
 22ヶ国369名

2部
 身体障害者国内大会
 1964.11.13・14
 47都道府県480名
 (車椅子選手除く)
 * 特別参加: 西ドイツ



障害者スポーツの現状

リハビリテーション
 社会参加
 健康増進
 余暇利用等

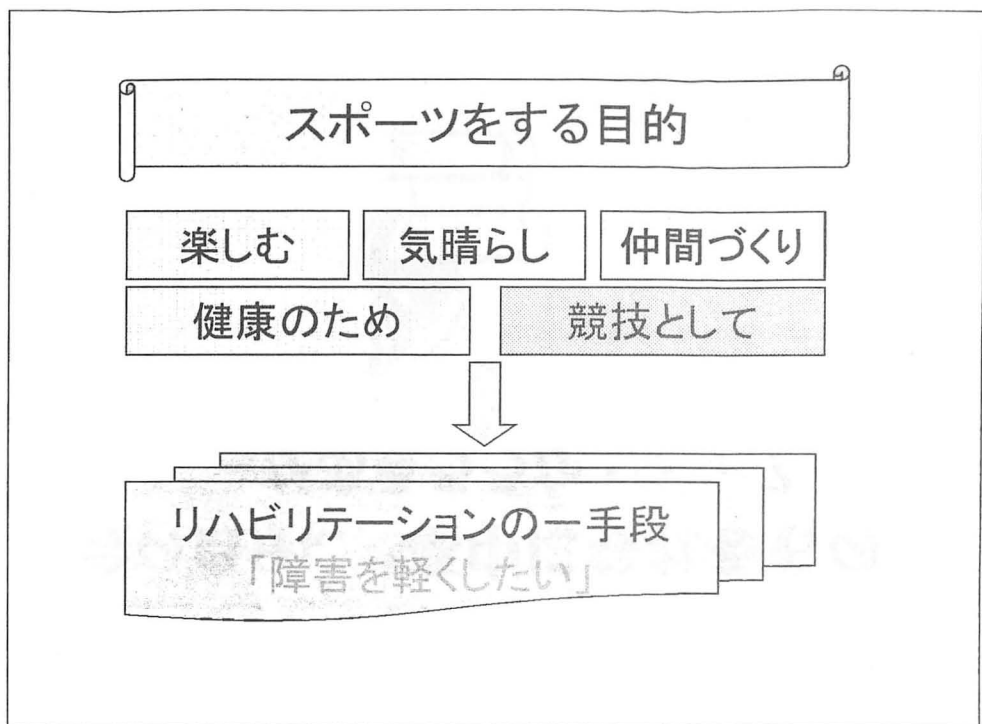
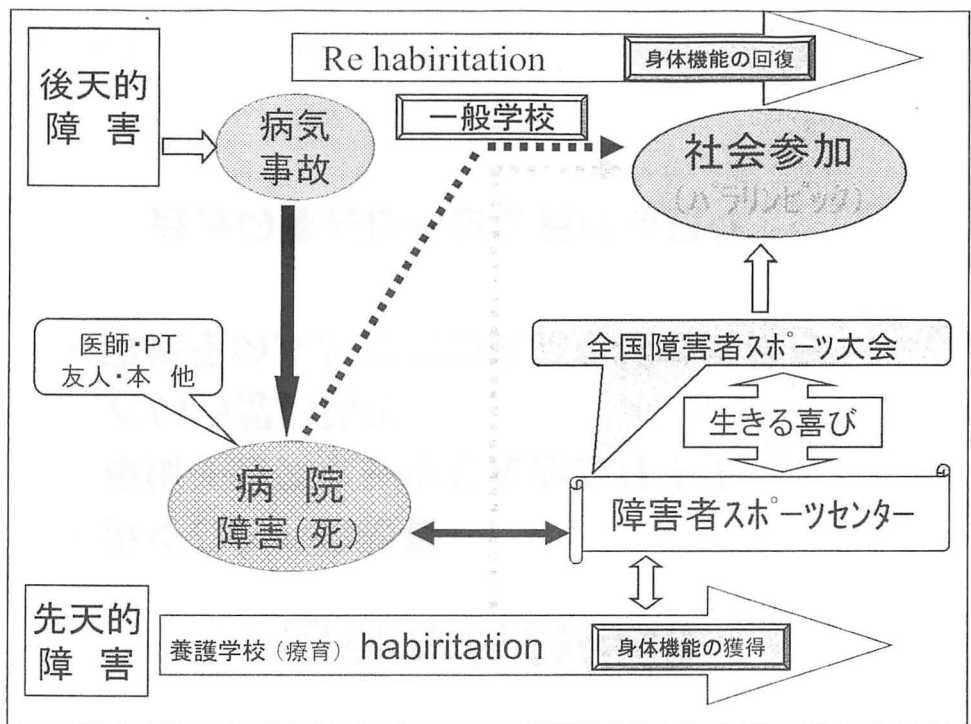
・全国障害者スポーツ大会
 ・県障害者スポーツ大会等

スポーツを楽しむ

チャンピオンスポーツ

パラリンピック
 競技別世界選手権等
 ジャパンパラリンピック
 (陸上・水泳・アーチェリー
 スキー・アイススレッジホッケー)



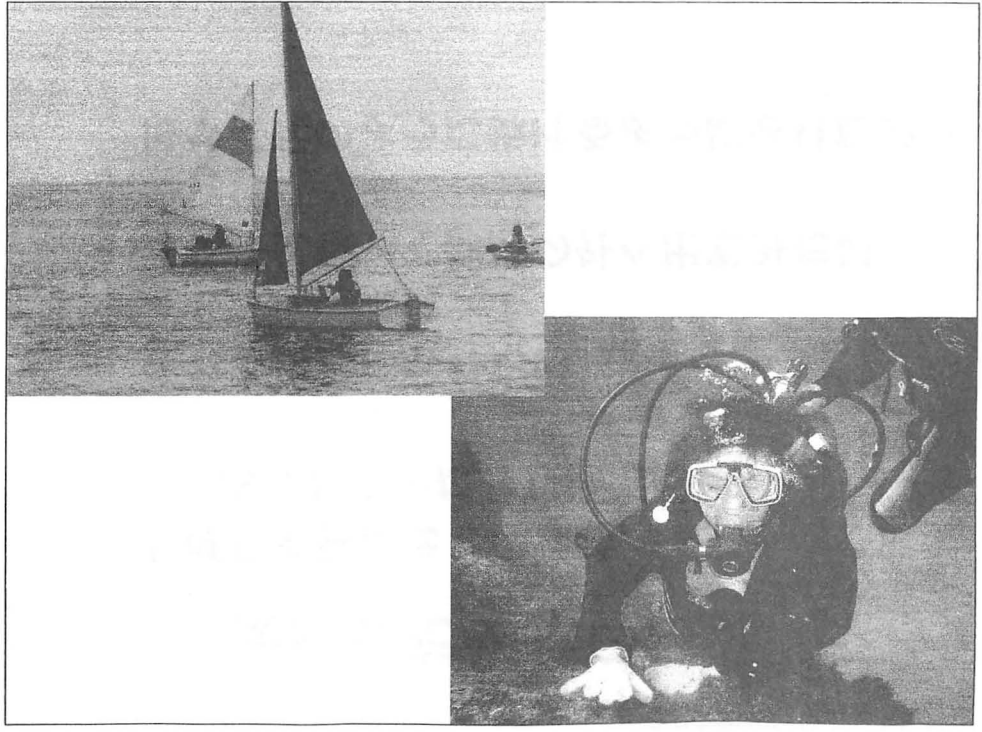


スポーツの効果

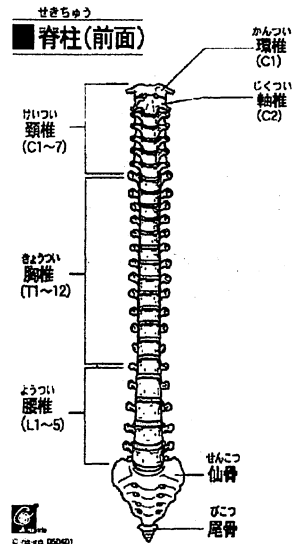
スポーツは、人はどうすべきかを教えてくれる機会を多く持っている。

- ① 独りよがりは大成しない。
- ② お互いに協力して、はじめて事が達成できる。
- ③ あれこれと心を煩わしているよりも、やる事なのだと教えてくれる。
- ④ すべて自分一人でやらなければならない。

ライフスキルの獲得



その日は突然やってきた…



- ・ 登校中の交通事故で
胸椎の4番を損傷
- ・ 足が動かない!?
- ・ 腹筋・背筋も効かなく
なってしまった身体

受傷した当時の目標

しばらく寝たきりのまま。
ベッドの上だけが生活圏



座れるようになりたい。



車椅子に乗って部屋の外へ出てみたい。



はやく元のように歩けるようになりたい。

医師からの告知

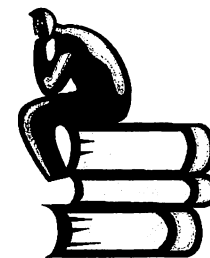
- ・ 歩くことへの執着
- ・ 車椅子でスポーツなんかムリ!!
という思い込み
- ・ 車椅子の人たちとの交流を拒む気持ち



自分の障害から目を背ける日々



今の自分に、夢中になれるもの
があるだろうか・・・?



バスケットがきっかけで 目から落ちるウロコ

- ・ 病院では教えてくれなかった生きた知恵
を先輩から学ぶ
- ・ 練習で得たことが、生活に生かされる



- ・ 車椅子バスケットとの出会いが、身心共に私を大きく変えた



スポーツを愛好すること・・・

それは障害者が
社会参加するための
最高の早道である



ご清聴ありがとうございました。

健康増進施設利用による生活の広がりを ICF で検証する 高次脳機能・精神・身体の重複障害者2例をもとに

先崎 章(東京福祉大学 社会福祉学部)

【はじめに】健康増進施設によるスポーツ活動を通して、生活に広がりをみせた若年の高次脳機能障害者2例を提示する。この者は、記憶障害や注意障害に加えて、精神と身体の機能障害を合併し、当初は自宅外に活動の場がなく、閉居した生活をおくっていた。健康増進施設の、どのような構造、プログラム、働きかけが生活機能の向上に関与したのか、生活機能を高めていく方法や ICF の活用について述べたい。なお、本研究会大会での発表にあたって、症例として提示することについて、本人および家族の同意を得ている。また、症例の発表にあたっては、個人を特定できないように、情報の一部を省いてある。

【症例1】30歳代男性。高校卒業時にはすでに思路障害、集中困難あり。昼夜逆転の生活で数年遅れて大学卒業するも、定職に就かず自宅に閉居。2年前、脳挫傷。受傷2ヵ月時、(1)「身体症状」左不全片麻痺、複視(左動眼神経麻痺)、(2)「精神症状」情動鈍麻、思路障害、強迫確認、言動緩慢、(3)「高次脳機能障害」記銘力低下(三宅式有関係1-1-4)、見当識障害(MMSE 23/30)、易疲労性(レーブン正答 9/12→3/12→2/12)がみられた。入院リハ後やや改善し(リバーミード6/24、三宅式有関係8-10 無関係1-1-4)受傷5ヵ月時に自宅に退院した。

記憶障害と動作の緩慢さがあり、精神障害者関連の作業所やデイケア通所が困難。そこで受傷6ヵ月より、週3回1回90分間、健康増進施設に通所を開始した。

【利用開始後】目標は、(1)運動機能の向上と体力向上、(2)対人関係場面でのスキルの向上、対人的緊張の緩和、自信の向上、規則正しい生活の確保、(3)新しいルールや仲間を覚え、予定通り段取りをこなしていくスキルの向上。スポーツの種目は歩行、球投げ、から始まり、次第にポッチャ、卓球バレーなどの団体競技に参加できるようになった。これら目標の達成と平行して、生活機能に向上がみられ、地域での行動範囲は自宅外に拡大し生活は広がりをみせた。

【症例2】20歳代女性。良好な社会生活をおくっていた5年前に交通事故により脳外傷。受傷5ヵ月で自宅に退院したが、注意障害と記憶障害、巧緻性の低下が残存。さらに受傷1年後より、幻聴、注察妄想、強迫観念、不安焦燥が明らかとなり、人混みを避けて行動。受傷2年後には自宅に閉居する。この時点で、(1)「身体症状」四肢巧緻性低下、動作緩慢、(2)「精神症状」幻聴、注察妄想、強迫観念、自己臭、(3)「高次脳機能障害」記銘力障害(リバーミード14/24)、前頭葉性の注意障害(TMT-A 162秒 B 352秒)、易疲労性がみられた。向精神薬の投与により、幻覚妄想は軽減。しかし、対人的緊張が強く、自宅に閉居を続け、昼夜逆転の生活。記憶障害と易疲労性があり、精神障害者関連の資源を利用することが困難。そこで受傷2年半後より、週1回90分間、健康増進施設利用を開始した。

【利用開始後】症例1と同様の目標にて、集団の中での活動を目指した。当初緊張強く、挨拶もできず、ひとつひとつの動作にこだわりあり、個別対応が必要であった。しかし月単位でスキルの向上をみせ、他のメンバーに挨拶が可能→集団の中での発言・行動ができる→活動を楽しめるようになった。他の利用者の生活報告に刺激をうけ、外出や趣味活動を自ら行うようになった。これと平行して自信が生まれ、生活機能に向上がみられ、生活の質と範囲が向上した。

【ICFによる検証】症例1、2ともに健康増進施設利用を開始した時点において活動制限、参加制限があり、d1～d9の多くの領域で重度の困難がみられた。健康増進施設利用を継続し、特に、d3 コミュニケーション、d4 運動・移動、d5 セルフケア、d6 家庭生活、d7 対人関係、のいくつかの領域で困難の程度が軽減し現在に至っている。環境因子として健康増進施設利用の継続の他に、家族、健康増進施設を中核したコミュニティの成員（メンバーとその家族）や専門家（体育士、OT、看護師、医師）の支援と関係（e3）が高度の促進因子となっていることがうかがわれた。すなわち、健康増進施設は表面的に見れば、d4 運動の一部の領域への働きかけをする場であるが、集団の力動や活動内容を生かして、上記のd3～d7すべての領域にわたる関与ができる場であるといえる。

【ICF利用の感想】ICF利用を通して、家族としては「やれていることに注目できる」「いままで漠然と感じていたことが具体的に目に見える形として同定できた」「何をやってきたかがわかってこれまでの努力が報われる」という感想があった。また医療者にとってみると、健康増進施設という場が直接関与する運動面にのみ目をむけるのではなく、他のメンバーとその家族をコミュニティとし促進因子としている面や、実は家族の支援や態度が高度な促進因子となっていて、その力を引き出す、あるいは持続させることが重要であることを今再び認識させられた。

【考察】高次脳機能、精神、身体の種類障害が合併して、従来の評価尺度では、全体像を把握できない2例を提示し、健康増進施設利用によって生活機能が向上していく様相をICFにて検証した。ICFが現場で用いられるためには「理念」ではなく、あくまでも現実を一つ一つ分析して統合していくという「実用の材」としての体裁が必要であろう。マイナス要因を積極的に把握して治療をする役割を担っている医療者としては、なじみにくいという面は否めない。ICFは医学モデルか社会モデルかという議論を超えて、生活すること、ひいては生きること全体像の「共通語」としての価値がある。専門家は、その「共通語」を用いて、自分たちが生活機能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、あるいは阻害因子になっているのかという視点をもつことが望まれる。

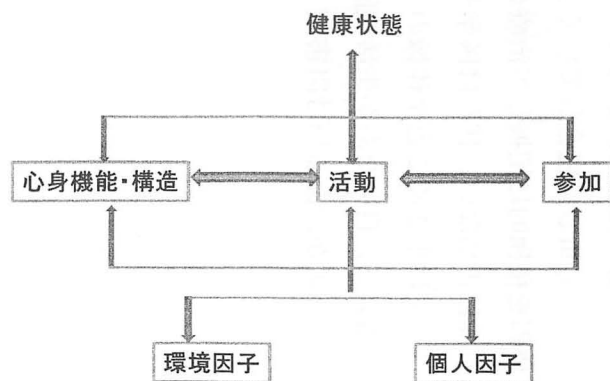
障害構造論からみる 精神障害者の生活機能へのアプローチ

埼玉県立大学 作業療法学科
大橋 秀行

障害構造論

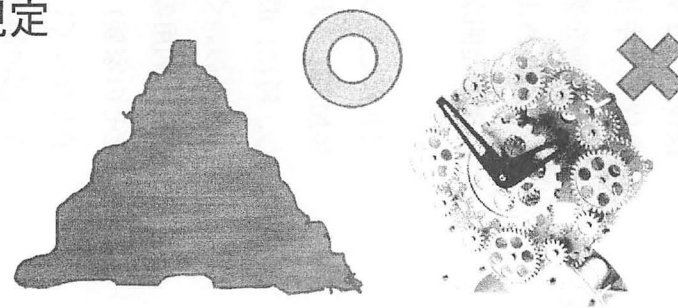
- 「ICF活用の基本姿勢・・・分類よりモデルが大事・・・ICFで最も大事なものはモデルです。モデルに示されている、基本的な『ものの考え方』が大事なのです。」上田 敏 2005 文献②
- 「生活機能・障害の構造論は障害のある人の現状を解釈するためにはではなく、よりよい方向に変えるためにある」上田 敏 2005 文献②

ICFの障害構造

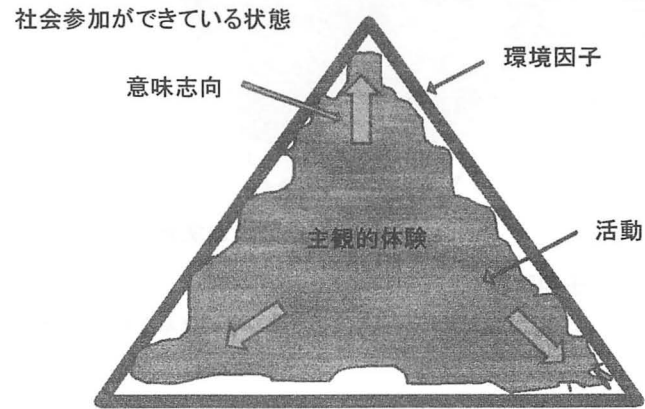


精神科リハの実践をイメージ

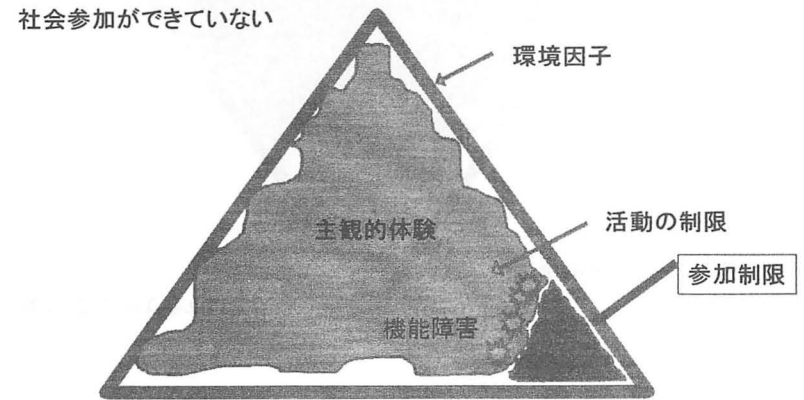
- 慢性の統合失調症を患う人たちへのリハビリテーション実践を念頭にモデル化
- 比喩としての「アメーバ」: 目的に向けた全体としての有機的な動き ⇔ 「時計」: 部分が全体を規定



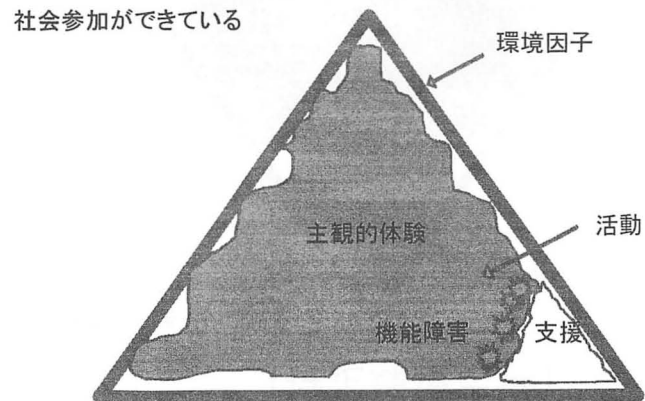
障害構造としての「アメーバモデル」



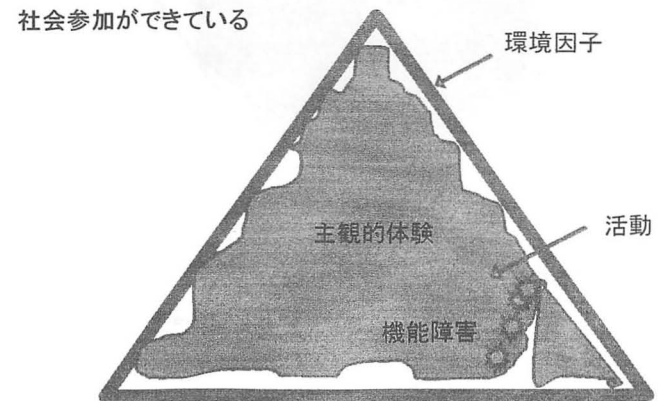
障害構造論としての「アメーバモデル」



外的支援利用

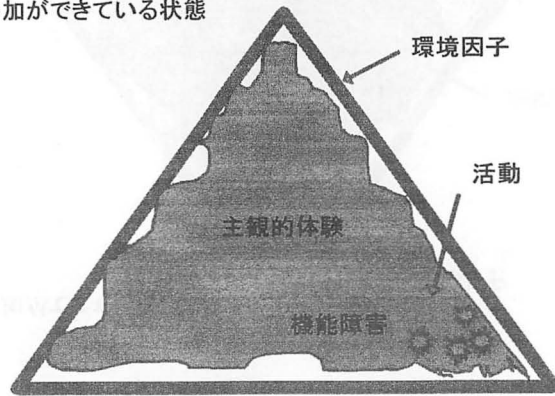


健康的側面の変化



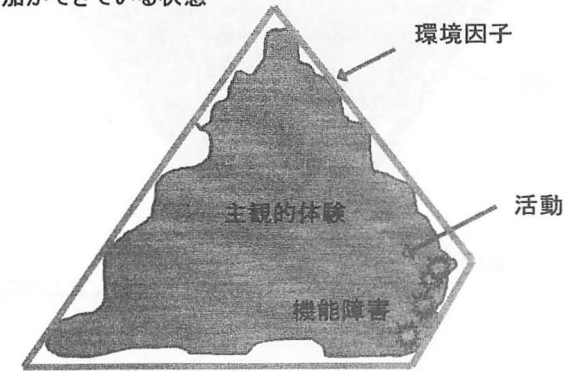
機能障害から影響を受けた活動の変化 (特定環境志向)

社会参加ができている状態



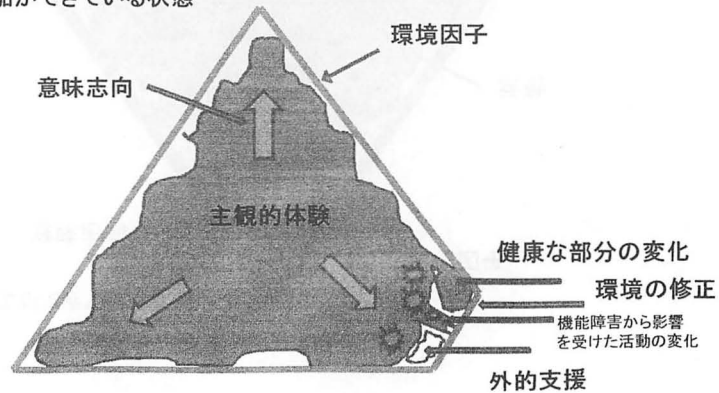
環境(社会的役割)改善型

社会参加ができている状態



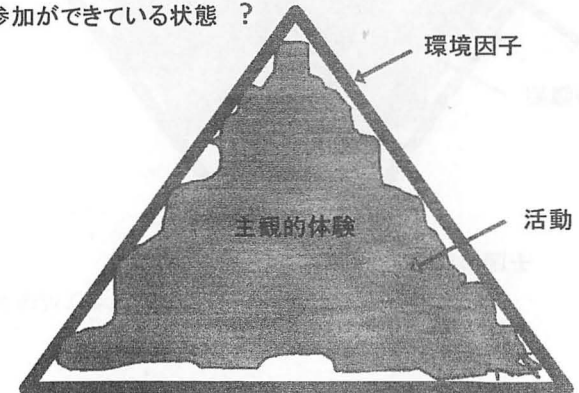
総合的介入(本人も含めたチームアプローチ)

社会参加ができている状態



主観的体験との不一致

社会参加ができている状態 ?



「環境」を明確にした「活動」への支援

- 精神科リハビリテーションのポイントとして当事者が「活動」する特定の「環境」に焦点をあてることが重要
- 「環境」≒社会的役割≒本人の望むもの≒目標

(Environmental specificity: A focus on the specific context of where a person lives, learns, socializes, or works. 参考文献⑤P81)

アンソニー等「精神科リハビリテーション」から

- 当事者の技能開発と環境的支援開発が、精神科リハビリテーションの二大介入である。
- 長期の薬物療法はリハビリテーション介入の要素として必要条件となることが多いが、十分条件であることは希である。
- 誤謬であった思いこみとして「ある種の環境において機能する能力は、他の種類の環境において機能する能力を予測する」がある。

参考文献

- ①川北 稔: 若者の「生きづらさ」と障害構造論、愛知教育大学教育実践総合センター紀要、2009
- ②上田 敏: ICFの理解と活用、きょうされん、2005
- ③独立行政法人国立特殊教育総合研究所、世界保健機構、編著: ICF活用の試み、ジアース教育新社、2005
- ④William Anthony et al : Psychiatric Rehabilitation、Boston University、2002
- ⑤大橋秀行: 障害構造論を臨床にどう生かすか、「精神障害とリハビリテーション」1(2)、1997
- ⑥佐藤久夫: 障害構造論入門、青木書店、1992

第32回総合リハビリテーション研究大会

実行委員会

- 寺島 彰 浦和大学総合福祉学部 教授 (実行委員長)
- 朝日 雅也 埼玉県立大学保健医療福祉学部社会福祉学科 教授
- 井上 剛伸 国立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
- 金田 安正 びわこ成蹊スポーツ大学生涯スポーツ学科 教授
- 河合 俊宏 埼玉県総合リハビリテーションセンター相談部福祉工学担当
- 佐藤 久夫 日本社会事業大学 教授

第32回総合リハビリテーション研究大会
～リハビリテーションのいま・そして・交流～

発行 2009年8月29日
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