

# 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～

## 報告書

平成 22 年 3 月

財団法人 日本障害者リハビリテーション協会

# 第 32 回総合リハビリテーション研究大会

## 報告書 目次

### ■ 8月29日 (土)

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)	
佐藤 進 (埼玉県立大学学長／第 32 回総合リハビリテーション研究大会長)	
基調講演 1	3
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)	
基調講演 2	9
佐藤 進 (埼玉県立大学学長)	
特別講演	17
ドナル・マカナニー (ヨーロッパ・リハビリテーション・プラットフォーム (EPR) 上級顧問／ ダブリン大学講師)	

### ■ 8月30日 (日)

分科会	33
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)	
資料	163
大会開催要綱とプログラム	
参加者アンケート	
第 32 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	

## ■開会のあいさつ

日本障害者リハビリテーション協会 会長 金田 一郎

本日は残暑厳しい中、お集まりくださり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、各領域の専門職の交流と連携を推進するため、専門職有志らにより、1997年に「リハビリテーション交流セミナー」として開始して以来、本年で第32回目を迎えます。東京ならびに地方都市において毎年開催を重ねていますが、埼玉県での開催は、2003年の第26回大会以来となります。

この6年の間にも、障害者を巡る内外の情勢はめまぐるしく変化しております。「第二次アジア太平洋障害者の十年」の開始、「国連・障害者権利条約」の採択、そして発効、またわが国では、障害者基本法の改正、障害者自立支援法の制定、新バリアフリー法の制定などが行われ、現在は、障害者権利条約の批准に向けた各種法制度の見直しが行われております。

このような中、本年度の大会は、大会創設の精神であった「交流」の原点にたちかえり、「リハビリテーションのいま・そして・交流」をテーマに掲げました。

大会1日目である本日は、海外より、リハビリテーション国際事務総長のビーナス・イラガンさん、ヨーロッパ・リハビリテーション・プラットフォーム(EPR)上級顧問のドナル・マカナニーさんのお2人をお招きするとともに、埼玉県立大学の佐藤進学長を基調講演者として迎え、内外の最新動向について講演いただきます。また大会2日目の明日は、国内の最先端で取り組みをされる方々を招いてのディスカッションを行います。

2日間のプログラムを通じ、内外の新たな情勢や、相互の活動の課題と展望を学びつつ、交流を深めながら、私たちの今後の取り組みについて共に考える大会としたいと存じます。

埼玉県立大学は、本年で創立十周年を迎えられました。「保健・医療・福祉の連携と統合」を教育理念として掲げられる本大学は、本日このような集いを持つのに誠にふさわしい場所と存じます。ここに、創立十周年のお祝いを申しあげるとともに、大会に会場をご提供いただきましたことに、心よりお礼を申しあげます。

また、大会の開催にご尽力をくださった実行委員会の皆様に対し、心より敬意を表します。

そして、本大会にご後援をいただいた各位に対し、深く感謝を申しあげるとともに、大会の開催にご支援をいただきました、独立行政法人福祉医療機構に対し、心よりお礼を申しあげ、開会の挨拶といたします。

# 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 世界的取り組みにおける 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)

### プロフィール

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。

## ■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

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)

#### はじめに／あいさつ

皆さまこんにちは。この日本障害者リハビリテーション協会主催の第 32 回総合リハビリテーション研究大会に参加する貴重な機会を得ることができて、大変うれしく思います。

ここで、皆さまに、RI (国際リハビリテーション協会) の執行委員会および RI 財団の理事会を代表してごあいさつ申し上げます。

JSRPD (日本障害者リハビリテーション協会) は、高い評価を得ている RI の重要なメンバーであり、長きにわたって、素晴らしい取り組みを続けて来られました。その結果、日本やアジア・太平洋地域の障害者が社会に参加する機会を生み出し、彼らがコミュニティの発展に寄与する能力や可能性を発展させてきたのです。

ご存じのように、私はアジア (フィリピン) 出身です。従って、これまでに多くの JSRPD が主催した活動に参加してまいりました。その多くが、第一次および第二次アジア太平洋障害者の十年に関する活動でした。本日、東京に舞い戻り、皆さまの前でお話ししていると、まるで私の故郷に帰ってきたかのような気がいたします。その素晴らしい歳月の記憶の糸を辿ると、私やアジアの障害者の仲間たちが、皆さまとともにリハビリテーションや障害者の権利の促進に取り組んできたことが思い出されます。

私やアジアにおける障害者団体の多くのリーダーたちが、何十年もかけて障害者の生活を改善することに尽力してきたことは、まさに生きた証となっているのです。私は現在、RI の事務総長ですが、障害者の人権を実現するツールであり、またその方法論でもあるリハビリテーションを促進させたいと願う私の旅路で、皆さまとともに再び活動する機会を得たことを、たいへんうれしく思います。

◇ ここでビデオ上映：障害者のアクセシビリティの向上、障害者権利条約の成立、アジア・アフリカを含む世界各地において障害当事者の権利擁護への関わりなど、RI の世界的規模による障害者の権利を守り、インクルージョンを実現するための活動が紹介された。

#### 1. RI の歴史

RI は、障害者や障害と関わる様々な問題に言及する戦略としてのリハビリテーションを促進する、という世界的な活動の先駆的役割を担っています。RI は 1922 年に設立され、国際的なリハビリテーションの促進や障害者のアドボカシー活動に力を注いできました。RI は、エドガー・F・アレン氏によって 87 年前にアメリカ合衆国のオハイオ州エリリアで創設されました。それ以来、障害種別や専門領域を越えて、様々な分野の専門的知見を結集した交流の場を提供し、障害者の能力の向上、インクルージョンの促進、地域参加の促進を目的とする、唯一の世界的な組織であり続けています。RI

は、地域に根ざしたサービスの推進、障害に関するデータを収集する調査機関の設置の呼びかけ、「2000年代憲章」の宣言、そして障害者権利条約の推進活動など、数十年にわたって国内外の障害関係領域において、重要かつ先駆的な役割を担ってきました。そして、今後も、そのような役割を将来においても担い続けるでしょう。

## 2. RIの活動

RIは、障害者の様々な理想や目標を実現するためにこれまで、技術・アクセシビリティ・教育・健康と心身機能・労働と雇用・政策と諸サービスの運用・社会問題など、7つの専門委員会を通じて目的を同じくする仲間たちとともに活動を展開してきました。

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（ISA）」（車いすのマーク）の作成が挙げられます。国際シンボルマークは、今日、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、文化や言葉の壁を越えて世界的に認知されています。これは、わずかな期間のうちに世界中に広がりました。遙か遠いアフリカの地でも、あるいはラトビアでも、説明なしにこのマークを理解することができるのです。車いすの標示は、言葉を越えて誰もがアクセスできるということを意味しています。RIは、このことを、障害の領域で貢献し、成し遂げてきたことの一つとして、たいへん誇りに思っています。

## 3. RIの与えた影響と障害者権利条約に関する活動

RIは、今日、世界100カ国以上の障害当事者、サービス提供者、政府機関、各種専門領域に携わる人々など、1,000を超える会員・加盟団体により構成されています。

RIは、これまで、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てきました。今後は、各国の障害者権利条約の批准を推進し、締約国での実施状況の調査にも携わっていきたいと考えています。

さて、障害者権利条約を採択することは、障害者にとって新しい時代の幕開けとなるでしょう。それは、障害者の福祉の向上に寄与するものであり、重要な社会参加を促進するための何十年にもわたる闘いの大きな一歩なのです。このことはかつて、RIの創設者が最初に持った目標と同じものと言えるでしょう。なぜなら、RIは、障害者のよりよい生活を構築する第一歩としてのリハビリテーションを促進するグローバルな組織づくりを追い求めてきたからです。障害者権利条約は、様々な条項を網羅しています。それは、障害者を人権侵害から守り、人権そのものを促進します。

今日、58カ国が障害者権利条約を批准し、142カ国が署名しています（2009年8月29日現在）。この中にはアメリカ合衆国も入ります。アメリカは2009年7月30日に署名しました。

この数は、国連の条約の中ではかつてない数字だと言われています。というのも、条約の署名を開始してからまだ2年5カ月しか経っていないからです。

RIのこの活動に携わる人々にとって、この経験は、彼らの人生を大きく変えることになりました。私たちのような発展途上国の人間がこの過程に関わることで、たくさんのことを学ぶことができました。また、私たちの障害とは、私たちが多様な能力をもつ人間としての一部分にすぎないということに、改めて気づく大きな機会となったのです。

#### 4. 将来に向けてRIが果たすべき役割

RIの会長であるアン・ホーカー氏によると、RIは大きく変わったといいます。なぜならば、RIの現会長および事務総長（ヴィーナス・イラガン）を、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からです。

このことは、皆さまが、これまで長きにわたり、女性のエンパワメント、とくに障害のある女性のエンパワメントに関わってこられた、その努力の証拠であると思います。アン・ホーカー氏はRIという船の船長として、力強く知的で、熱心な会長として、RIをより高く引き上げようと尽力してくれています。私は、RIの執行委員会と財団理事会と緊密に協力し合い、専門的で強い事務局をつくりアンを支えていきたいと考えています。

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）等との相互交流を推進していきたいと考えています。

また、私たちは、情報提供を促進するために、会員向けのメールニュースやホームページを提供できるようにいたしました。私たちが今何をしているのか、情報提供できるようにし、皆さまの活動も常に知ることができるようにしました。また、マンデーメールというものを発行し、RIの一般の会員に配信するようにしました。

さらに、RIは、5カ年戦略計画を策定し、4つの目標、すなわち、（1）効果的なリハビリテーションとハビリテーション、（2）障害者権利条約の実施、（3）貧困削減、そして、（4）障害者に関わる人権問題への関与、を掲げています。

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、障害の種別や専門領域を越えたユニークな組織活動を行っていききたいと考えています。

リハビリテーションとは、すべての障害者が権利を完全に享受し、実現するために不可欠な手段であり、そのことは、RIの活動の中で非常に重要な位置を占めていると私たちは考えます。今後ともRIの持つネットワークの広範囲にわたる専門的な知見を活用しながら、障害者の生活の向上と権利実現に向けて指導的な役割を果たしていきたいと思えます。

この会議に招待して下さったことに改めて感謝の意を表したいと思えます。そして、障害者としての私の夢を実現するために力を貸して下さった私の古い友人たちと再び交流を温める素晴らしい機会を与えて下さったことにも、ささやかながら御礼を申し上げたいと思えます。

ありがとうございました。

訳・要約：富永健太郎(田園調布学園大学助教)

# 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

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 社会福祉法人昴を設立。(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 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

佐藤 進 (埼玉県立大学学長)

#### はじめに

「インクルーシブな地域生活の実現」をテーマに、そのために自立支援協議会の役割強化を図ることが重要な課題となっていることを指摘し、障害のある人々の地域生活を支えるためには地域社会そのものが変容していくことが期待されることを明らかにする。

これまでR I、あるいは総合リハビリテーション研究大会で積み上げてきた議論と比べると、ややローカルな問題提起となるが、この数年間のわが国の障害者施策の大きな変動の中で、改めて今後の方向性を探るために、あれこれと法制度を評価するよりも現実に行われている地域での取り組みの教訓を普遍化することの方が今後の課題を明らかにする上で有効と思われる。

2000年のいわゆる「社会福祉基礎構造改革」に基づき、高齢者の介護問題については介護保険が実施され、それから遅れること3年を経て2003年には障害者福祉における支援費制度が開始された。しかしながら、支援費制度は財政的な裏付けが十分でなかったために半年を経ずして破綻状況に陥った。その後、それを取り繕うような形で、いかにも急拵えに障害者自立支援法が成立し順次施行された。しかし、障害者自立支援法には様々な問題があり、実施後まもなく、いわゆる「緊急対策」や「特別対策」と称する事実上の是正措置が次々に打ち出され、かえって法律への信頼性が失われることになった。それ故に、このような混乱の中から、どのような方向性をもって障害者福祉を再構築しなければならぬのかは引き続き重

要課題である。

こうした状況の下、いわゆるリーマンショックに端を発する昨年秋以来の世界金融危機と経済不況によって、その後、非正規労働者を中心に深刻な「雇用不安」が引き起こされ、首都東京のど真ん中に「派遣村」が出現するなど大きな社会問題となった。こうした事態は、実はわが国においては障害者福祉にとどまらず、国民生活全般に関わる福祉、即ち広い意味での福祉、社会保障体制全体が極めて脆弱な基盤しか持たないことを露呈したと言えよう。従って、障害者福祉の課題の解決は、こうした多くの課題とともにわが国の社会保障体制の再構築やその持続可能性の担保と同一軌跡上にあると言わなければならない。

明日は衆院選の投票日である。政権交代は必至のようだが、新しいわが国の政府は国民と一体になって真の意味での安心安全な社会の再構築という国民的課題に挑んでいくことが期待される。その時、いわゆる霞が関改革にとどまるのではなく、それはいかに地域に主体性を取り戻すかという課題であり、あるいは地域社会において住民が参加し主導する行政を確立し、それぞれの地域社会において人々が安心して暮らせるようその姿が変貌してこそ国も変わっていけるということを示すことでもあろう。

これまでは、専ら福祉の一方法論の用語として「地域福祉」が語られていたが、さらにその視野を広げながら、いかにして誰もが安心して暮らせるような、誰にとっても安全な地域社会をつくりあげる課題として「地域福祉」を国民に広く訴求していくことが必要となってきた。「インクルーシブな地域生活の実現」という課題もまた、地域社会のあり方を問いながら今後のわが国の進むべき方向性に関わる課題であると言うべきであろう。

## 1. 埼玉県立大学における教育理念とインクルージョン

さて、本学は1999年4月に開学し今年でちょうど10周年を迎えた。建学の理念は「連携と統合」であり、この理念は本研究大会を主催する日本障害者リハビリテーション協会にも大きな足跡を残された故・丸山一郎名誉教授らによって本学の開設準備中に確立されたものである。

本学は保健医療、福祉に関連する専門家を養成することを基本的ミッションとしており、看護、理学療法、作業療法、臨床検査、口腔保健などの医療系専門技術職と社会福祉あるいは健康関連分野での活躍が期待される人材の輩出を目的として設置された。

「連携と統合」は、各専門職が将来それぞれの地域や臨床の現場で仕事に取り組む時に、それぞれがバラバラに、障害のある方や患者さんと向き合うのではなくて、しっかりしたチームを組んで、チームとしての取り組みを進め彼らのニーズを実現できる専門職に育っていくために、養成教育の段階からお互いが学び合うことを重視するという理念と方法である。

リハビリテーションとは人間が人間にふさわしい尊厳ある存在としてその権利を回復することである。それ故に障害のある方々の人生への期待や願いを共通の価値観で認識し、その実現のために専門職として自らの持つ技術がどのような貢献ができるかを、他の専門職と共に考えながら相互に分け合うことである。まさに共に働き、共に学び合うことができる人材がこれからのリハビリテーションを支えていくのである。「連携と統合」は、これまでのいわゆる「チームアプローチ」をさらに進化させたものであると言える。

具体的には、大学が中心になって、県内12の保健福祉圏域のすべてに「専門職連携推進会議」を立ち上げ、県の機関である福祉保健総合センターと協力して圏域内の病院・施設に参加を呼びかけ、協力を得ながら「インタープロフェッショナル(IP)演習」という科目を実施する。これを4年生が全員参加する必修科目として位置づけている。IP演習は県内のすべての地域を網羅して、合計80カ所の施設や病院で展開することになっている。本学の多様な学科の学生が、それぞれ各学科から1～2名が参加する混成チームを作り、互いに学ぶ専門領域を越えて同じ場所で実習を行う。そこでは1つの課題、例えば、高齢者の在宅介護支援や障害のある人の就労支援をどう支えていくかというテーマについて、学生達がIP演習先の病院、施設、相談機関のスタッフの指導や協力の下に実践プランの検討などを行う。こうした演習を4年間の学習のまとめとして学生たちを卒業させるのである。このような本学卒業生が、やがてそれぞれの地域でインタープロフェッショナルな仕事を組織しそのリーダーとして活躍することが期待される。

## 2. インクルーシブな地域生活

これまで地域福祉といえば、グループホームやケアホームをつくること、あるいはホームヘルパーなどの在宅福祉サービスを展開することと短絡しがちであったと思われる。わが国があまりにも施設福祉に依存してきたことへの反作用としてグループホームや在宅福祉サービスが地域福祉の手法として対置されてきた。

現在700万人を超える方々が「障害者」とされる。このうち、最も多い身体障害者の施設入所者は8万7000人に過ぎない。身体障害者の60%は高齢者だが、この数を除いても施設入所率は5%に満たない。最も施設入所率が高い知的障害者さえ25%弱にすぎない。日本の障害者は過去も現在も施設に依存して福祉サービスを受けている方は極めて少数であったと言うべきである。しかし、予算の多くが施設に投入され在宅福祉は無視ないしは軽視され続けてきた歴史がある。それ故に、地域福祉は障害のある人がグループホームで暮らすことや、あるいは在宅福祉サービスを受けることだと短絡する

傾向にあった。しかし、重要なことは、圧倒的多数派である在宅もしくは地域に暮らす障害者とその家族の暮らしの安定的継続を可能にするための多種多様なサービスが地域社会に常備されていることではないだろうか。

また、インクルーシブな地域生活を考えたとき、それは単に住む場所という問題だけではない。地域での生活自体を維持することを前提としながら、併せてその暮らしの中で地域社会の構成員として位置づいていること、他の住民と同様に市民的な諸権利が平等に担保されていることが伴わなければ、本当の意味のインクルーシブな地域生活とは言えない。加えて、そのようなインクルーシブな地域生活が、障害者の側からの要請によるだけでなく、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なければならない。

障害のある人たちが自らの権利を主張するのは当然である。しかし、同時に地域住民が自らの権利も含めて障害のある人たちの市民的権利について同じ意識を持つ、そういう環境の中にあることがインクルーシブな地域生活を担保するもうひとつの要素である。そのような意味で、インクルーシブな地域生活の支援の内実はインクルーシブな地域社会づくりそのものに他ならない。地域生活が障害のある人たち側からの発信にだけとどまるのではなく、インクルーシブな地域社会づくりが市民の意志によって進められることが必要である。

「インクルーシブ=inclusive」には、包括的ということに加えて、「すべての人に開放された」という意味があるという。反対に「エクスクルーシブ=exclusive」はもちろん排他的、独占的を意味するが、併せて「特権階級に限られたもの」という意味も含まれる。インクルーシブな生活の意味内容を幅広く理解するべきである。

歴史的なサラマンカ宣言は、インクルーシブ教育に関して「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」と述べている。

従って、インクルージョンとは、特定のニーズをいわゆる普通の場合、また普通の方法で充足し解決する方法論だと整理すべきであろう。

こうしたインクルージョンの考え方は教育や福祉だけではなく、最近ではビジネスの世界でも議論されるようになってきた。例えば、堀田恵美氏は「インクルージョンは福祉の分野から発生した言葉だが、しかし有効な企業活動や、それを通して企業が社会貢献をなすことができるかを見通したときに、インクルージョンは大変大きな手掛かりを持っている」と指摘している。

その整理に従えば、インクルージョンは「異なる社会文化、個人的特質など様々な要素から起きる暗黙的な排斥や区別を取り払い、誰もが対等な関係に関わり合い、社会や組織に参加する機会を提供することを目指す」ものであるとしている。

当初は多様性のない状態で、他の一定集団とは違う特質を持った人々はその集団から排除されるか、あるいはその集団に対して跪く形で同化するしかその集団には属せないが、次に多様性が承認される社会集団となる。しかし、それはその集団の中に存在することが許されるだけで、暗黙的な排斥やあるいは区別がまだ残っている。そして、その段階を越えて、一人ひとりが自分らしい貢献ができることが可能な機会、またそうした機会が提供され育成されるということを通して初めてインクルージョンが実現するという。

ここでいう多様性とインクルージョンを手掛かりに障害者の権利について検討すると、ロバート・ボクダン<sup>1</sup>は米国と北欧の障害者の権利の把握について、そのニュアンスの違いを指摘している。米国では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からその権利が優先されるべきで

あるとして、アフーマティブアクションのような対応が行われる。一方、北欧では障害者は他の市民と違っているのではなく、同じ人間であるから、適正な生活保障を得る権利があると考えられている。スウェーデンの社会サービス法の第1条第1項は「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」と述べ、社会サービスは、年齢や障害の有無にかかわらずニーズをもつ人にあまねく提供されることが原則である。

障害者の権利について、わが国でも障害者自立支援法の議論が沸騰した時、米国のピープルファーストのスローガン“Nothing about mewithout me”がさかんに引用された。障害をもつ人が同じ国民、市民として同様の権利をもって議論するのは当然である。しかし、一方で、障害者のことは障害当事者者にしかわからない。だから障害者にすべてを委ねるべきであるという議論さえあった。インクルージョンの思想は社会の構成員の互いが当事者として、平等、対等に社会のあり方を考えようということであり、その議論の中で、インクルーシブな地域生活を実現する道筋を共有することが重要ではないか。

### 3. インクルーシブな地域生活を支援する実践的課題

#### (1) 埼玉県東松山市における「ともに暮らすまちづくり」

東松山市は埼玉県西部地域に位置し、人口約9万人余りの小都市で、周辺の郡部を合わせて20万人余りの地域を構成し自立支援協議会を組織している。現行の東松山市の障害者計画は障害者基本法にいう「障害者計画」と自立支援法による「障害福祉計画」を一体的に作成したものである。この計画は立案当初から「市民福祉プラン・ひがしまつやま」と命名されており、その前文には「手帳所持の有無にかかわらず、市民であれば誰でも利用できるサービス体制の構築を目指す」と明記し、自立支援協議会を推進エンジンとして、インクルーシブな地域社会づくりへの取り組みを進めていく憲章として位置づけられている。

計画は、福祉課等が所管の障害者向けに特化した施策を羅列するのではなく、市役所内の各課が所管する一般施策の中に障害児者が使えるサービスを位置づけていくために、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」と表現し、インクルーシブな保育所づくりを障害児福祉施策ではなく児童施策として対応することとした。つまりユニバーサルデザインの社会、地域づくりを「ともに暮らすまち・東松山」を合い言葉に進めようとしているのである。

障害の有無に関わりなく、誰もが必要な時に利用できるサービス、例えばケガをした市民が一時的に利用することができるホームヘルプサービスがあってもよいし、障害のある子だけが対応してもらえるのではなく、核家族で子育てに不安のある人も同じように、必要に応じて緊急的な一時預かりが実現できるようにすることなどが求められる。こうしたサービス体系の整備を特定の人だけではなく地域社会全体で共有できるまちへ変貌することが「ともに暮らすまち東松山の実現」の意味するところである。

計画は6つの柱で構成されている。その一つは「育ちあう学びの基盤づくり」である。この項目が掲げる目標は、障害の有無に関わらず、子どもたちが地域内で一緒に育ちあい、学びあうことを確立するため、その環境をソフトとハードの両面から整える具体的な取り組みを明確にしていくことである。東松山市は学校教育法上の「就学支援委員会」を廃止し、学校選択権を全面的に保護者に委任した。つまり、特別支援学校、地域の小中学校の普通学級、もしくは特別支援学校の3つの選択肢の中からどれを選ぶことも、その権限は保護者に委ねることを制度として保障したのである。

それに基づいて、それらの子どもたちが、それぞれの学校で行き届いた教育を受けることが制度として保障されることが必要であり、例外なく就学支援のための介助員が配置される。かねてから就学前の子どもには、保育所に加配保育士や、あるいは医療的ケアが必要な子どものためには看護師の加配が行われており、必然的に地域の小学校への就学希望が増加し、その就学支援体制が整えられてきたのである。こうした取り組みのゴールは、当事者を含め、関係する誰もが「共に育つ」ことに関する共通の価値観を分け合うようになることである。こうしたインクルーシブなまちづくりは道半ばではあるが、この道を歩み続けることにより、いつかもっと広くて平坦な道になるだろうと確信している。

## (2) 自立支援協議会の使命と役割

結局、先の国会で改正案が廃案となり、おそらくは起きるであろう政権交代下で先の見えない障害者自立支援法だが、改正案では自立支援協議会を法的に位置づけることになり、その役割の明確化と強化が求められている。自立支援協議会はすでに多くの自治体で設置されているが、開店休業状態で機能していないものも少なくないと言われている。

東松山市においては、自立支援協議会は年に2回の全体会を開催しているが、必要な課題ごとにプロジェクトチームを設置し、その下でのワーキンググループが月1回の定例会を開いて活動している。現在、以下の3つの課題、①精神病院や入所施設からの退院、対処を促進する、②学校卒業後の進路について就労と地域生活を安定させる卒後を検討する、③障害のある子どもたちの乳児期からの発達、教育に関わる療育支援、についてプロジェクトチームが置かれている。このうちの一つである学校卒業後の進路支援検討プロジェクトについては、一般就労を希望する人、あるいは、日中活動として、作業所などでの活動を希望する

人のために各事業に参画するフォーラムを開き、あるいは社会人として活動するための「心構え」のためのフォーラム開催を計画し、一方で「進路支援連絡会議」を組織して、これらを両輪として、利用者自身の参加も促進しながら活動を広げている。こうしたプロジェクトチームには、当事者の参加が保障されていることは言うまでもない。

人口9万という小都市の利点を生かし、プロジェクトチームは該当者の一人ひとりの顔と名前を挙げながら具体的に状況を把握し共有しながら議論できるため有効に実体的に機能する可能性を持っている。今後、さらに「権利擁護」と「障害問題に関する理解の促進」に関するプロジェクトを立ち上げることを検討しているところである。また今後、自立支援協議会は、より幅広く市民の参加を呼びかけながら、まさにインクルーシブな地域生活を実現していくエンジンとして、大事に育てていかなければならない。

冒頭に述べたように、インクルーシブな地域生活の支援とは、この間、わが国がとってきた経済成長依存型、つまり、あたかも「繁栄の余録」によって、福祉サービスをばらまくかのようなスタンスと明確に決別して、地域社会の構成員である地域住民、地域住民の中には障害のある人も含まれているのは当然だが、その人たちの意思で自らの地域社会をどのようにつくるかという命題そのものである。

そのために決定的に重要なのは、地方分権、地域主権の確立であり、権限と財源を地方自治体に委譲させ、その中で、行政が地域住民とのパートナーシップを築き上げ、地域社会づくりに意欲を持って取り組めるようなモチベーションを地域住民の中にしっかりと根付かせていくことが課題となる。明日の総選挙で何が起こるか、それ以降の日本がどう変わっていきけるのか。極めて興味深いことである。

【参考文献】

- ・佐藤進、「なぜ今、連携なのか」、『IPWを学ぶ』中央法規、2009
- ・堀田恵美、『ダイバーシティに変わるキーワード“インクルージョン”』、「企業と人材」、産労総合研究所、2008
- ・ロバート・ボクダン、『北欧型福祉国家における障害者施策』、「北欧の知的障害者」、青木書店、1999
- ・馬場寛『、社会サービス法』「スウェーデンの社会サービス法／LSS法」、樹芸書房、1997

# 特別講演

## ヨーロッパにおけるリハビリテーションの 発展と革新

ドナル・マカナニー

(ヨーロッパ・リハビリテーション・プラットフォーム (EPR) 上級顧問/  
ダブリン大学講師)

### プロフィール

Donal F. McAnaney、 Ph. D. 。

ダブリン大学講師。ヨーロッパ・リハビリテーション・プラットフォーム (European Platform for Rehabilitation、EPR、ブリュッセルに本部を持ち、欧州 17 カ国の代表的なリハ・サービス提供者 28 団体からなる) およびダブリン労働研究センターの上級顧問。教育心理を専門とし、25 年以上の社会リハ・職業リハ分野での実務・教育・研究の経験を持つ。特にリハ・グループ (Rehab Group、アイルランド、英国、オランダ、ポーランドで活動する障害者へのサービス提供 NPO) での研究、スタッフ研修に 20 年以上携わり、その他にも多彩な活動を行っている。

## ■特別講演

### ヨーロッパにおけるリハビリテーションの発展と革新

ドナル・マカナニー  
(ヨーロッパ・リハビリテーション・プラットフォーム (EPR) 上級顧問/  
ダブリン大学講師)

#### はじめにーランドマーク・スタディを出発点に

ヨーロッパにおける近年のリハビリテーション (以下、リハと略す) の発展についてお話しします。

ここではヨーロッパとは、ヨーロッパ連合 (EU) 加盟 27 カ国にノルウェーを含めたものとします。話の出発点は、RI ヨーロッパ (リハ・インターナショナル・ヨーロッパ地域委員会) が 2005 年に発表した「ランドマーク・スタディ: 21 世紀のリハビリテーション」です。この研究の目的は、ヨーロッパのリハ分野の進歩を測定することができるようなベンチマーク (基準点) を確定することであり、専門家、サービス提供者、障害者自身の視点に立ち、次の 5 つの基本原則を掲げました。

1. リハは全市民の権利であるべきもの
2. リハは先進地域か途上地域かを問わず、地域社会と職場において受けうるべきもの
3. リハは利用者のエンパワーメントと利用者の権利のアドボカシーを目指すべきもの
4. リハ・サービスは本人についても環境についても全体的な視点に立つべきもの
5. リハ・サービスと専門家は絶えざる質 (基準) の向上を誓うべきもの

新千年紀最初の 10 年の最後の年に近づいている今、この 5 原則がどれだけ実現したかを見ていきたいと思います。

#### 1. 国連障害者権利条約に関する進歩

2007 年 3 月時点で全 EU 加盟国が条約に署名し、うち 9 カ国は、国家に対する強制力がより強い選択議定書にも署名しました。ただ、現在までに批准したのはドイツ、ハンガリー、スロベニア、スペインの 4 カ国にとどまります。

最近、ヨーロッパ・リハ・プラットフォーム (EPR) は、リハ分野におけるこの条約の意義を分析し、「加盟国には、障害者の権利を支援するために、保健、教育、雇用の分野で、様々なサービスの実施が義務づけられている」と結論づけました。その内容は次のようなものです。

- ・リハ・サービス (保健関連リハ/職業リハと専門職リハ(註)/総合リハ)
- ・雇用サービス (一般的な技術的・職業的指導、就職あっ旋、職業訓練と継続訓練/求職・就職・職の継続・復職の支援/自営・経営・協同組合設立・起業の支援/公開労働市場での労働経験の支援/職業リハと専門職リハ(註)/仕事の保持と復職プログラム)

(註) Professional rehabilitation を、専門職 (professional) を目指すリハと解してこう訳した。(訳者)

- ・教育サービス（人格／才能／創造性／知的・身体的能力の開発プログラム／メインストリーム状況での統合された専門サービス／効果的な個別支援サービス／目標が完全なインクルージョンであれば分離した状況での特殊教育の要素も適切であること／教師に対しての障害認知教育／コミュニケーションにおける増強技法と代替技法、また障害者支援に向けた教育技術と資料）

権利条約はこのように規定していますが、EU 加盟諸国の多数はまだ差別禁止、代表権と意見表明権、また自立生活の分野に重点を置いており、以上の諸点は不十分です。短期的政策の重点としては理解できますが、上記の諸点の実行なしに条約の目指すものは実現できません。以上の措置の必要性を説き続けることは我々の責務です。

## 2. ICF（国際生活機能分類）

ICF（国際生活機能分類）は、生物心理社会的アプローチに立って個人（障害のある人もない人も）を全体的に捉えるものであり、リハに非常に大きい意味を持っています。

ヨーロッパではリハ・サービス提供者がサービスの提供と開発の上で ICF（40～60 程度に項目を絞ったもの）を用いており、また EU 加盟国の間で障害に関するデータを集め比較する上で ICF が使われています。サービス提供者の利用のいくつかの例を挙げれば次の通りです。

1. 連携と情報提供の手段（オランダ）
2. 専門家のための半構成的レポート・フォーマットと、子どものための自己アセスメント版（オランダ）
3. 脳外傷者のための ICF 基本セットと全対象グループのための記録の系統化（ポルトガル）
4. ICF チェックリストによるケーススタディ、言語障害者の自己アセスメント、知的障害者への使用（ドイツ）
5. 職業前リハと職業リハでのショートリストの開発（ドイツ）
6. 健康保険での使用の研究（ドイツ）
7. 既存のアセスメント法の ICF による再検討と ICF に基づいた新しいサービスの開発（アイルランド）

ICF を用いた研究の一例を挙げれば、NPSDD（国立身体・感覚障害者データベース）による、参加制約と介護との関係をみた研究で、「参加制約を経験したことがない」と答えた障害者は、介護を受けていた人々では受けていない人々と比べ、参加のあらゆる領域で多かった（コミュニティ・ライフで 41.0% 対 28.9%、社交で 34.2% 対 21.0%、ショッピングで 32.1% 対 21.5%、など）という結果が得られています。

EPR は ICF と障害者権利条約との関連性についての分析を行っており、条約の遂行状況のモニタリングに用いたいと考えています。

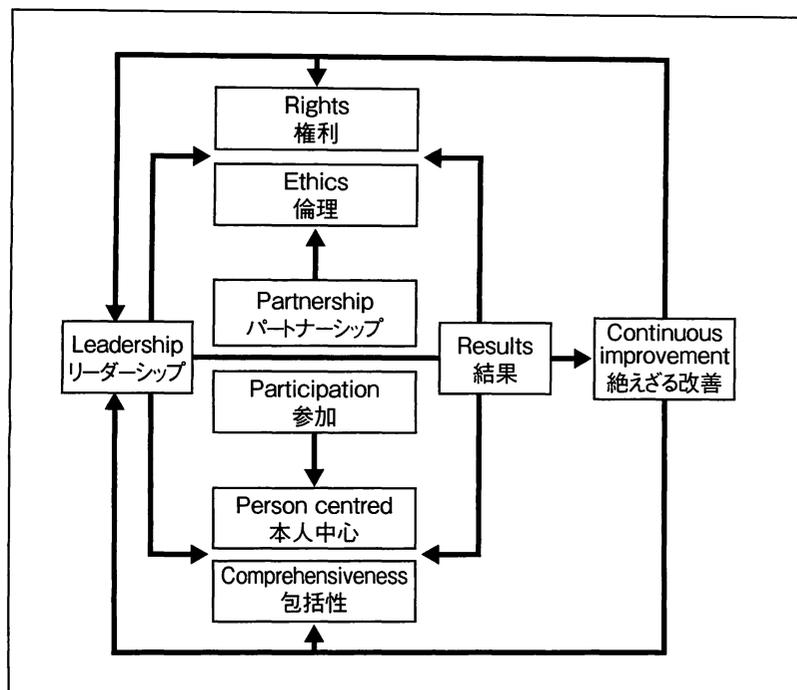
## 3. リハビリテーション・サービスにおける質の標準化

我々のランドマーク・スタディではサービスの質の向上の必要を強調しました。この点での EPR による主要な取り組みは「欧州ソーシャルサービスの質 (EQUASS) イニシアチブ」です。これには、利用者団体としてヨーロッパ障害フォーラム (EDF)、サービス提供者としてヨーロッパ障害者サービス提供者協会 (EASPD) と EPR、社会的パートナーとして障害関連雇用者フォーラム (EFD) と

ヨーロッパ労働組合連合 (ETUC)、資金提供者としてヨーロッパ社会保険パートナーズ (ESIP)、政策策定者としてリハ・インターナショナル (RI)、ヨーロッパ理事会 (CE)、国際労働機関 (ILO) が参加し、2000～2004 年にかけて、次の9つの「絶えざる質の向上」のための原則を作りました。これらの原則とサービス開発の関係を図 1 に示しています。

サービス提供者 (提供団体) の質が評価される原則・基準は次の通りです。

図 1 EQUASS の諸原則間の関係



### 1. リーダーシップ

サービス提供者は、それが属する (保健、就労などの) 分野の中では良質の運営によって、また、より広い一般社会においては、低い期待値に対して挑戦し、積極的なイメージ、最良の資源の有効利用、革新、そしてより開かれたインクルーシブな社会の実現を促進することによってリーダーシップを発揮する。

### 2. 権利

サービス提供者は、機会均等、同等処遇、選択の自由、自己決定、参加の平等というかたちでの、利用者の権利の保護と促進を目指す。自らのサービスでは、インフォームド・コンセント、非差別、積極的差別是正措置を実行する。

### 3. 倫理

サービス提供者は、利用者・家族・介護者の尊厳を尊重し、不必要なリスクから保護し、また団体の従事者に要求される能力を規定し、社会正義を促進する「倫理綱領」に立って自らの組織を運営する。

### 4. パートナーシップ

サービス提供者は、公的・私的機関、雇用者代表、労働者代表、資金供給者、購入者、障害者団体、地域グループ、家族、介護者とのパートナーシップに立ってサービスの連続性を保障し、より効果的なサービス・インパクト、そしてより開かれた社会を創造するために自らの組織を運営する。

### 5. 参加

サービス提供者は、障害者の、自らの組織のあらゆるレベルへの参加とインクルージョンを促進する。サービス利用者をサービス・チームの活動的なメンバーとして迎え入れる。より平等な参加とインクルージョンを目指して、利用者のエンパワーメントを促進する。障害者を代表する団体やアドボカシーグループとともに、バリアの除去、公衆教育、機会均等の積極的な振興のために努力する。

#### 6. 本人中心

サービス提供者は、利用者の「生活の質」向上を目指すプロセスを、利用者自身と家族その他の利益を受ける可能性のある人々のニーズを満たすために行う。利用者の貢献を尊重して、物的・社会的環境を考慮した利用者個人とサービスの目標に沿っての自己評価とサービスへの評価を促す。すべてのプロセスについての定期的な見直しを行う。

#### 7. 包括性

サービス提供者は、利用者が、全体的で地域社会に根ざした連続体としてのサービスを利用できるように保障する。それは利用者すべてとパートナーとなる可能性を持つすべての人々（地域社会、雇用者、その他の利害関係者〈ステークホルダー〉）の貢献を高く評価し、また早期の対策から支援へ、そしてフォローアップへと連続するものでなければならない。サービスの提供は多職種のチームアプローチで、または他のサービス提供者や雇用者と共同した多組織連携で行われなければならない。

#### 8. 結果指向

サービス提供者は、認識と実際の成果の両面で、利用者、家族、介護者、雇用者、その他の利害関係者と地域共同体に対する便益という結果に焦点を置くべきである。またサービス購入者および費用負担者への最高の価値の実現に努力する。サービスのインパクトは測定され、監視されなければならない。これが絶えざる改善と透明性、責任（アカウンタビリティ）を保障する上で重要である。

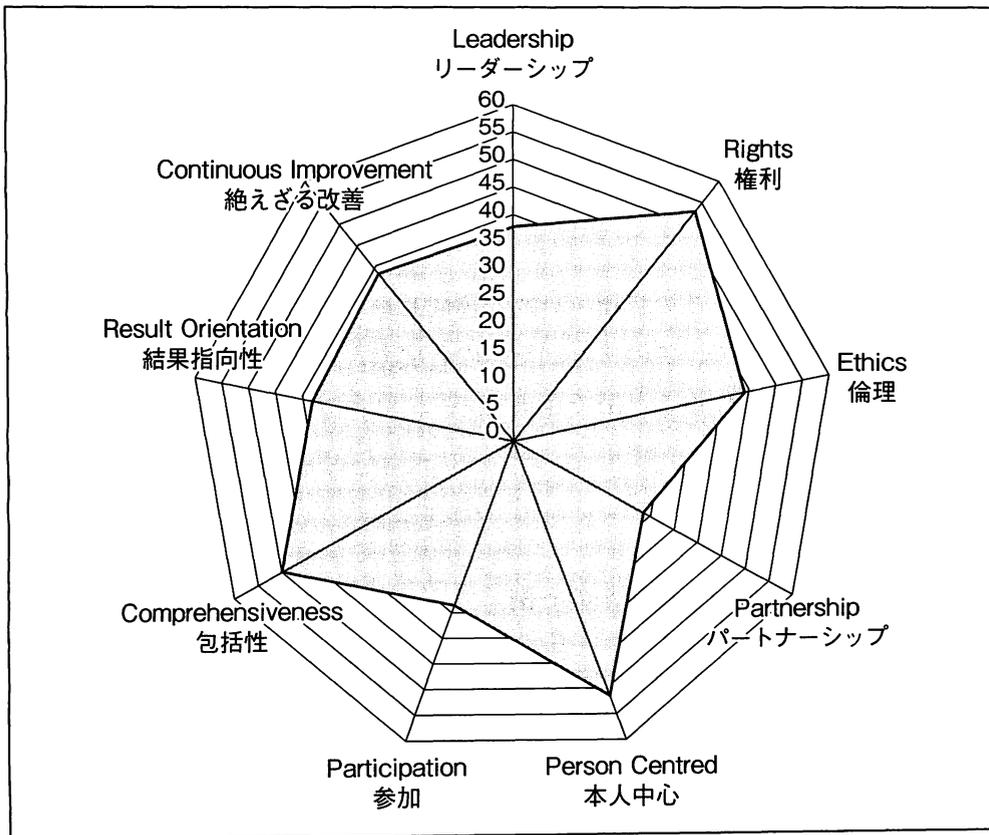
#### 9. 絶えざる改善

サービス提供者は、積極的に市場のニーズへの呼応、資源の効果的利用、サービスの開発と改善、革新のための研究・開発の成果の利用に取り組む。スタッフ養成に責任を持ち、効果的なコミュニケーションとマーケティング、利用者・資金供給者・その他の利害関係者へのフィードバックに努力し、絶えざる質の向上のための多数のシステムを運営する。

以上の9原則に立って、業務監査のためのプロフィールが作られました。図2に EQUASS 監査プロフィールの一例を示します。あるサービス提供機関について、監査者が、9原則が満たされているかどうかを監査した結果です。この機関は、権利、包括性、本人中心という点ではかなりうまくいっていますが、リーダーシップ、パートナーシップ、参加の面では改善の余地があることがわかります。

この EQUASS 監査システムはノルウェー、デンマーク、ポルトガル、アイルランドなどの計10カ国のEU加盟国で活用され、国境や文化の差を越えた妥当性が確認されています。ルーマニアでは法制化されています。最近、このシステムをEU全体のすべての社会サービス（福祉サービス）に適用しようということが検討されています。

図 2 サービス提供組織の EQUASS プロフィールの一例



#### 4. リハビリテーションにおけるベンチマーキングとベンチラーニング

「絶えざる質の向上」の中心をなすのがベンチマーキングとベンチラーニングです。「ベンチマーク」という語は大工仕事から来ています。木工業者が標準的なサイズの製品を作ろうとする場合、ベンチ（作業台）にマークを付け、それに合わせて同じ長さの木を切ったのが始まりです。ビジネスの世界では、標準を設定して、会社の業績を測定するのに使われます。例えば IBM なら、HP や Dell の生産過程や販売成績にベンチマークを設定するなどです。

「ベンチマーキング」とはこのような標準との比較を、同業の組織との協力の中で、事業の改善のために用いることを言います。このプロセスの主要な要素は次の5つです。

- ・ アクション・ラーニング
- ・ プログラム理論とロジックモデリング
- ・ プロセスのベンチマーキング
- ・ 成果の測定
- ・ ベンチラーニング

ここでベンチラーニングとは、上記4者の総合、すなわち主要なスタッフのアクション・ラーニングを促進し、サービスのロジックモデルを開発し、プロセスをベンチマークし、成果を測定・比較し、よりよい成果を目指して物事を変えていくことです。

アクション・ラーニングのプロセスは、「診断（問題確認）」→「計画」→「行動」→「評価」→再

び「診断」、という循環プロセスを繰り返しつつ高いレベルに登っていくものです。EPR のメンバー組織はこの方法で医療リハと職業リハの質の向上に取り組んでいます。

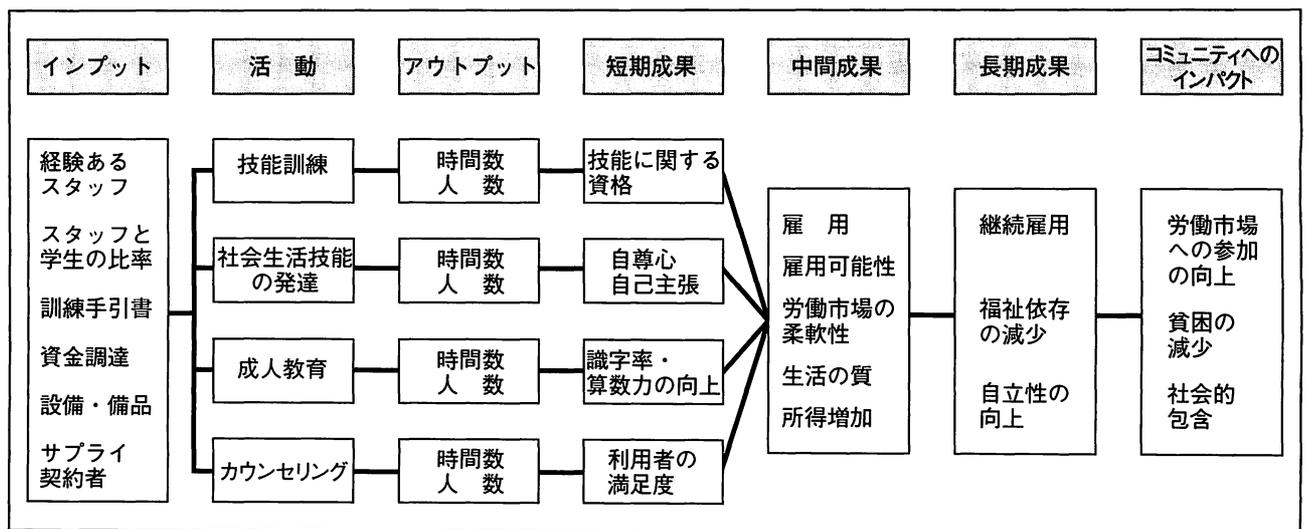
リハのベンチマーキングの困難の一つは、「リハビリテーション」ということの意味が異なる分野、異なる国で非常に違うことです。

例えばノルウェーでは、職業リハは工場やガソリンスタンド、店舗などの現実の仕事の場で行われますが、フランスでは対照的に座学で行われるのが普通です。課題は、どうすればこのように違うものの成果を比較できるかです。現在5カ国の EPR 加盟の5センターが協力してこの問題の解決に取り組んでいます。今、検討されているアプローチの一つはロジックモデルを比較の基礎として用いることです。

プログラム理論は、あるプログラムが何故、その目標・目的を達成しなければならないかという理論を構築することを求めます。それに基づいて、このプログラムの各要素がいかにかその結果の達成に貢献しているかを特定するロジックモデルを作ることができます。

ロジックモデルの一例を図3に示します。

図3 リハビリテーション・サービスのロジックモデルの一例



ロジックモデルは、プログラムへのインプット、プログラムで行われた活動、各活動の効率を測定するのに用いられたアウトプットのタイプ、短期に期待される成果（それによって各活動の効果が測定される）、そして中間成果（プログラム終了時の成果）、長期成果とコミュニティへのインパクトを記録します。現在、まだベンチラーニング・グループの研究は進行中です。

各国の職業リハのロジックモデルを比較することで、アプローチと活動内容に大きな差異があるにもかかわらず、結果の比較のためのベンチマーキングは可能であるとの結論に達しました。

次の段階は、各サービス提供者が結果とインパクトを記録する共通の物差しを作り、それによって、いかに異なったサービスが類似した結果を生むかを比較することができるようにすること、また他のサービスでも真似ができるような「グッド・プラクティス」（模範的活動）を同定できるようにすることです。

オランダで行われたリハの費用・便益分析の結果、脳卒中、心不全、慢性疼痛の患者計 15、935 人のリハに要した費用は 3 億 9、500 万ユーロ（1 人当たり約 327 万円）でしたが、得られた便益は 21 億ユーロであり、5 倍以上のものでした。この便益には患者だけでなくパートナーや介護者の「生活の質」の向上も含まれます。健康に関するケアのコストの低下と生産性の向上（仕事への復帰）が主なものでした。このようにリハの結果を測定しベンチマーキングすることは、治療不足と治療過剰の両方を避け、より良いサービス提供を可能にします。治療不足のコストとは、患者が可能な最高のレベルの能力を達成できないことであり、一方、治療過剰のコストとは費用の増大と希少な資源を無駄にすることです。

上記のような費用便益分析の重要性は、現在のように各国が経済困難に陥り、社会サービス（福祉）のどの分野をカットできるかを検討しているときには決して過小評価すべきではありません。

我々ベンチマーキング・グループは、リハの便益を判断するには次のような成果を指標とすべきだと確認しました。

- ・ 自立
- ・ インクルージョンと参加（労働市場への／社会的への／教育・訓練への）
- ・ ウェルビーイング
- ・ 自己認識（人生計画／キャリア（職業）計画／現実的期待／プラスの自己イメージ）
- ・ 生活技能（時間の過ごし方、など）
- ・ 一般社会・地域社会での地位の向上
- ・ 「生活の質」（QOL）
- ・ 雇用可能性（employability）
- ・ 収入増加

以上のうちグループが最も重要と考えたのは、雇用可能性、「生活の質」、生活技能、インクルージョンと参加、の 4 指標でした。

## 5.エンパワーメントと QOL（生活の質）を測定する

ベンチマーキングにおける第二の挑戦は、成果の測定のための共通のツールについて合意に達することです。ヨーロッパではこの方向での見るべき動きが 2 つあります。

第一は、オランダの Vrijbaan-REQUEST 測定ツールです。これは利用者がどれだけエンパワーされたと感じるか、またサービス提供者と専門職者がどれだけ利用者のエンパワーメントに役立つかを測定します。これはランドマーク・スタディの目指すものによく一致しており、サービス提供者の業務改善に役立ちます。

ここで言うエンパワーメントとは次の 6 つの要素からなります。

1. 利用者が、自分の技能に自信を持つ程度
2. 利用者が、自分の生活・人生で自由な選択ができる程度
3. 利用者が、自分の決定によって自分の人生を変えうると信ずる程度
4. 利用者の、自分の個人的信念と大志（aspiration）についての感じ方
5. 利用者が、自分について前向き（positive な）感じを持てる程度

6. 利用者が、他の人々とともにグループ活動に参加することに自信が持てる程度

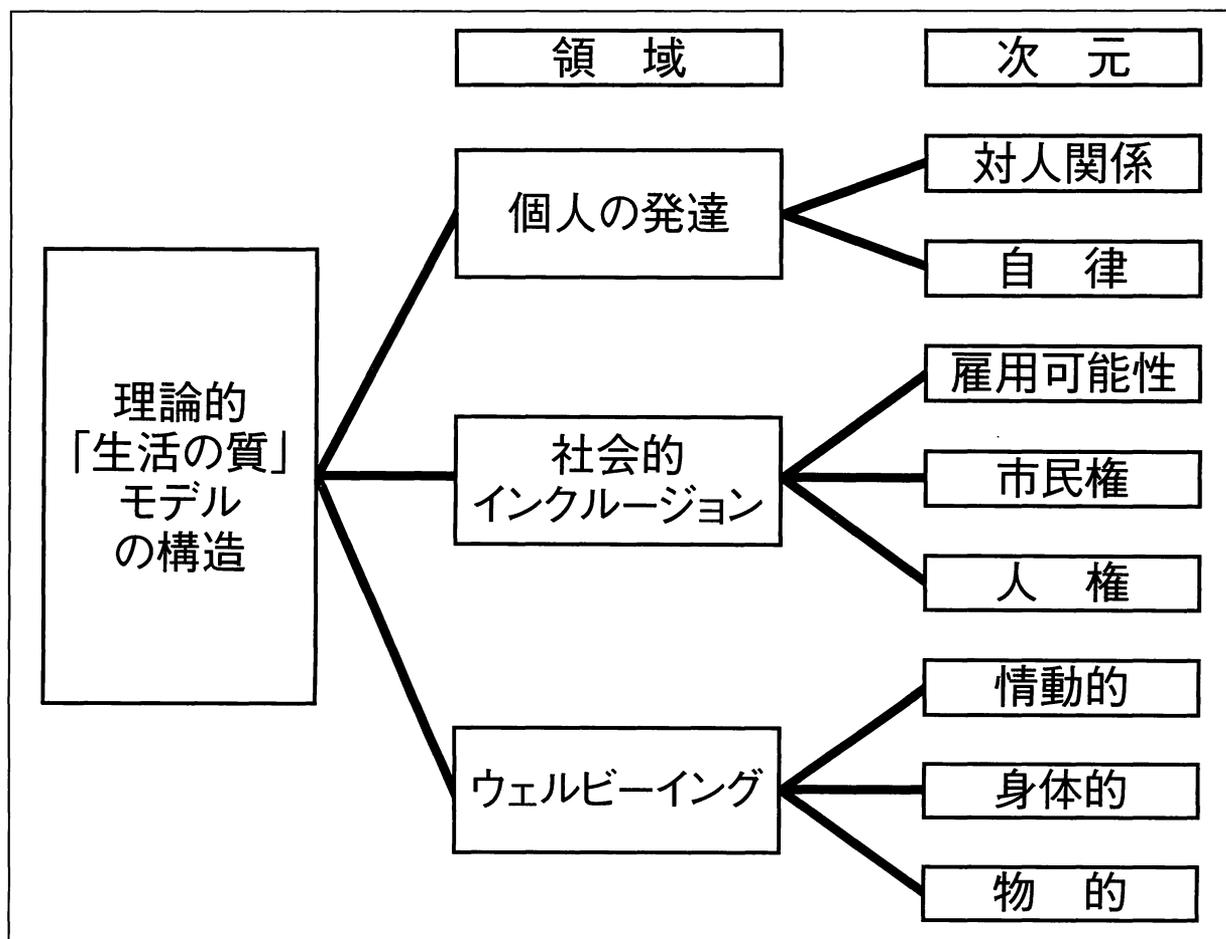
Vrijbaan 質問紙は、以上に関する 60 の文章からなり、その標準化は、労働市場で活躍している 400 人の障害者について行われました。その結果から個人のプロフィールがわかり、エンパワーメント向上のためのプログラムがわかります。一方 REQUEST は、社会サービスと職業サービスが、自分たちの事業が障害者のエンパワーメントのためにどれだけ役に立っているかを測定・監査するに有効なツールを提供しています。加えて REQUEST は、それらのサービスで働く専門職者が、反省を通して、障害者のエンパワーメントのためにどれだけ役に立っているかを自己評価するのにも役立ちます。

REQUEST-Vrijbaan 法は、エンパワーメント過程を心理的と社会的の両面で捉えており、これは ICF の、障害は個人と環境との相互作用から起こってくるとする考え方に一致するものです。

第二の動きは、現在ポルトガルでパイロットスタディが行われている、利用者の「生活の質」の測定です。これは図 4 に示したように、「生活の質」を「領域」(domain) と「次元」(dimension) に分けて捉えるものです。

測定は、各利用者一人につきリハ前に 1 回とリハ終了の 12 カ月後に行い、QOL がどれくらい向上したかを見ます。これは現在、EPR のベンチマーキング・グループによって共通のベンチマーキング指標として使えるかどうかを評価中です。

図 4 QOL(「生活の質」)モデルの構造



## 6. 雇用と障害：ヨーロッパの研究の成果

最後に、障害者の労働市場への参加に貢献する因子に関する EPR による国際的共同研究についてお話しします。特に障害者が就職したり職を保持したりするのを促進したり阻害したりする因子に関する一連の研究です。

Stress Impact という研究は、長期欠勤者の視点から障害と職業の保持との関係を調べたものです。1994 年に 5 加盟国で、欠勤を始めてから 12 週および 24 週で調査し、次いで 6 カ月後に、復職できたかどうかを調べました。退職せざるを得なくなった条件、復職に成功した場合の条件を見ました。加えて一部の例について家族の条件も調べ、また復職に関する専門職者の見解も調査しました。

OptiWork という研究は、13 カ国で障害のある求職者と雇用者についてのものです。目的は障害のある失業者と困窮者のためのインクルーシブな労働市場プロセスのモデルを構築することでした。この研究の結果、行政機関向けの「経済インパクト・モデル」、雇用者向けの「費用・便益モデル」、そして個々の求職者向けの「改善分析 (better-off analysis)」を開発しました。

これら 2 つの研究は、ヨーロッパ生活・労働条件改善財団の支援で行われました。2 つの研究の結論をまとめると以下の通りです。

1. 在職中に障害をもった場合に職を保持することと、障害をもった後、就職経験がなかった場合とは大きな違いがある。労働市場の外にいた人々に対する雇用実現への支援である「雇用の平等」(社会的保護)と、雇用の場において在職中に保健上の問題を持つようになった人々の職の保護である「障害マネジメント」とを区別することが重要である。この 2 種類の領域は政策レベルでかなりよく取り上げられている。しかし、長期欠勤者へのサービスはまだ不備である。
2. 復職と就職には多くのレベルにわたる多くの因子が関係している。障害者個人のレベルだけでなく、政策と法制、サービスと規制などが関係する。図 5 は長期欠勤者における復職を決める「閾値」(そこを通れるか通れないかを定める「敷居の高さ」)を示している。
3. 職の保持と再統合

図 5 は在職中に病気・けがをした人が退職するか復職するか、障害者福祉サービスに入るかに影響する異なるレベルの影響を示しています。

Stress Impact 研究の調査結果の分析では、次の因子が関係していました。

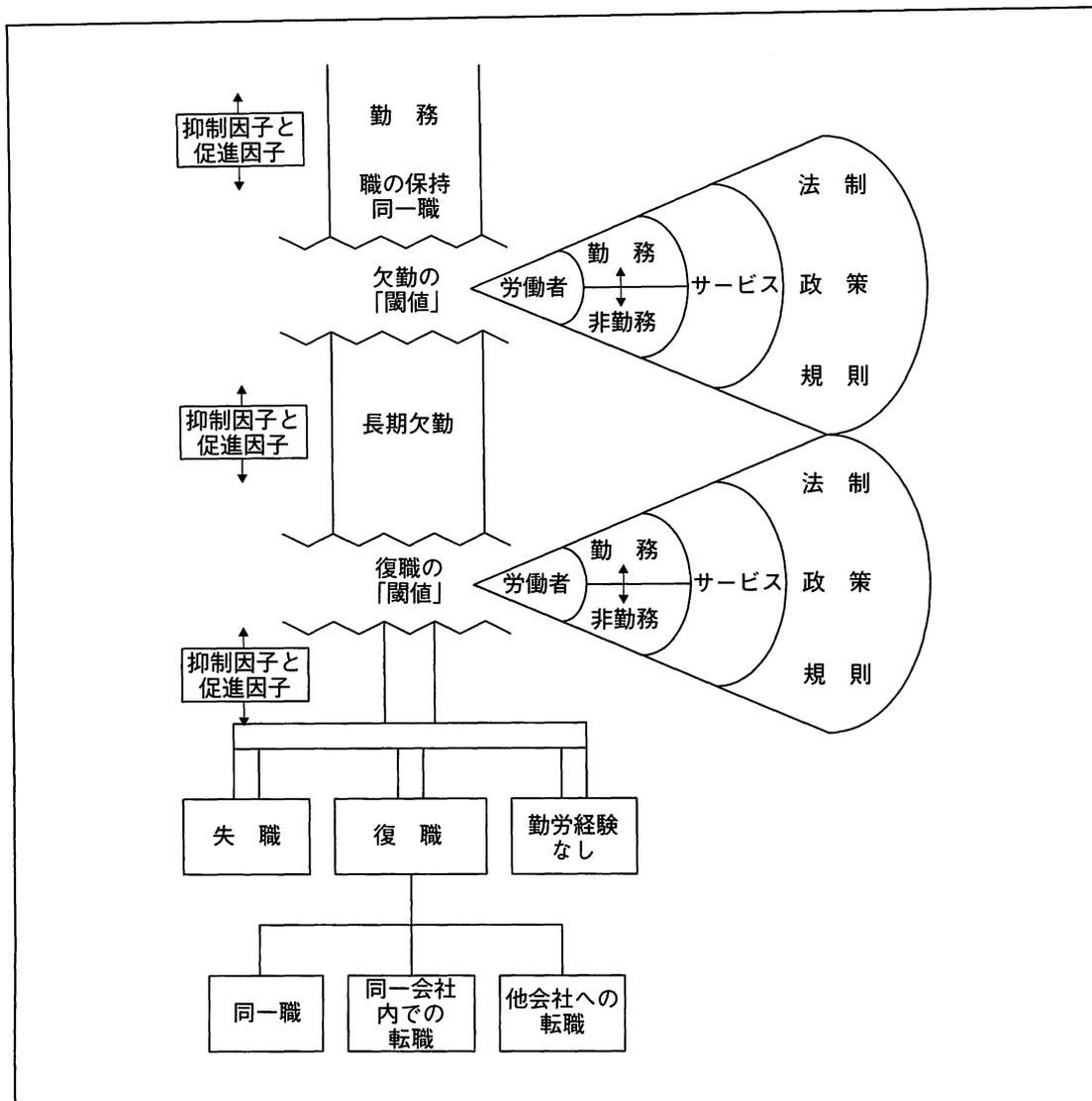
- ・性 ・年齢 ・収入 ・教育レベル ・健康 ・抑うつ ・知的能力への(仕事の)要求
- ・仕事への満足感 ・仕事に関する不安感 ・復職に関する政策 ・職業能力 ・ストレス
- ・介入時期 ・制度の型

このうち、復職困難と関係が深かったのは、次のような因子でした。

- ・低収入の職 ・復職を支援する公的制度の不在 ・復職を求める時期の遅れ
  - ・仕事量 ・新しい慣れない仕事 ・新しい条件が要求されること ・設備等の配慮の欠如
  - ・仕事の不利な条件を除くことの失敗 ・精神衛生不良
- 一方、復職と関係が深かったのは、次の因子でした。
- ・会社に公式の復職規定があること ・健康の回復 ・復帰の必要・意思 ・失職へのおそれ
  - ・在宅生活の退屈 ・(会社側の)個人に対応する必要 ・会社が必要とする人材
  - ・精神衛生を維持する必要 ・財政的圧力 ・職場のサポートと実際的な支援
  - ・欠勤者とのよきコミュニケーション

EU加盟国間の比較では、オランダを除く復職率は低く（17%～43%）、オランダでは79%でした。オランダの特徴は、早期の介入、雇用者の（休職手当、復職受け入れ、産業保健、等への）責任、復職計画への公的資金援助、などでした。

図5 長期欠勤と再統合の「閾値」

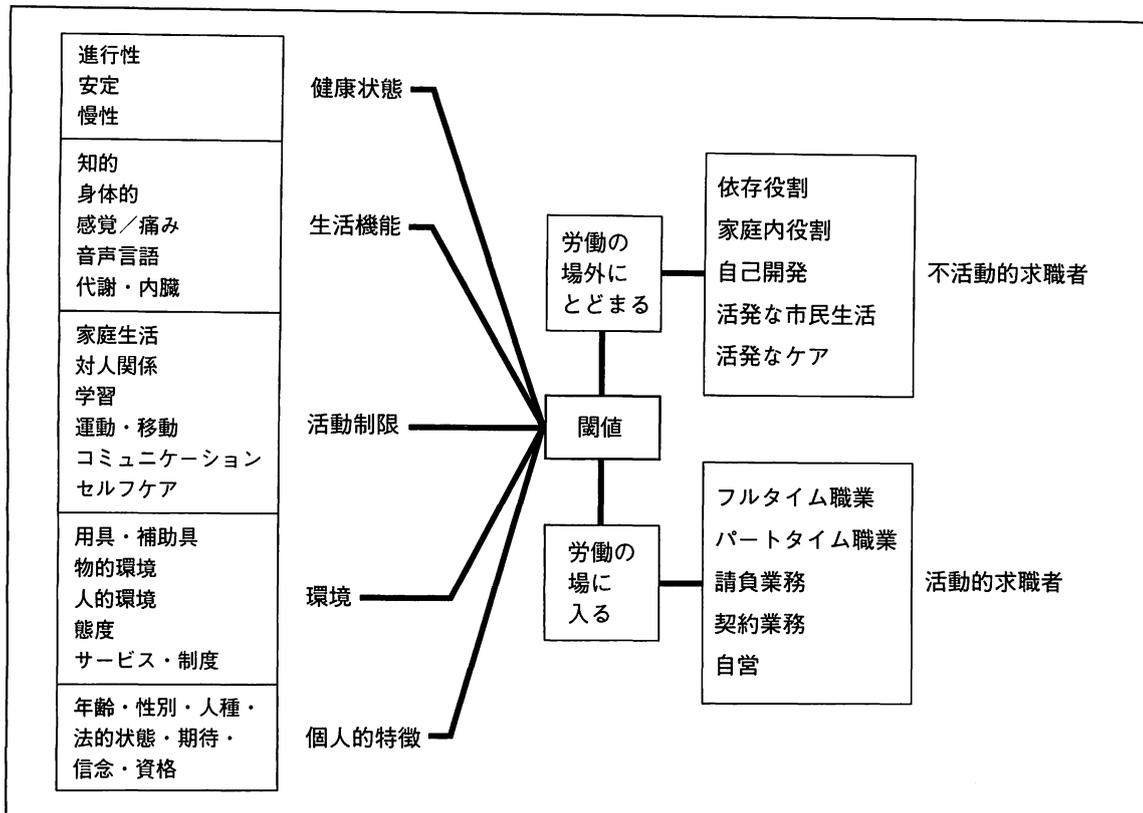


#### 4. 求職と公正雇用

図6は、これまで働いたことのない、あるいは失職した障害者にとっての就職の「閾値」を示しています。OptiWork 研究によって確認された要素は次のようなものです。

- ・職業評価 ・ジョブ・マッチング ・指導と相談 ・アドボカシー ・情報とアドバイス
- ・ケース・マネジメント ・支援機器 ・中間的労働市場 ・特殊化した職業訓練
- ・ジョブ・コーチング ・支援的雇用 ・弾力的な手当制度 ・財政支援

図6 求職の「閾値」



結論

以上のようにヨーロッパにおけるリハの発展と革新を広い範囲で概観してきました。これから言えるのは、リハの分野は非常に活発にリハ・サービスの発展と研究に取り組んでいるということです。詳しく申し上げる時間はありませんでしたが、文献やネットでの情報は豊富ですので、それをご覧ください。

RI ヨーロッパのランドマーク・スタディをベンチマークとして見れば、5原則のすべてにおいて明らかに進歩が見られます。第一に、国連障害者権利条約においてリハはすべての市民の権利であると規定されました。第二に、障害者をコミュニティ・サービスと職業サービスの中に主流化（メインストリーム化）しようとするのが現実化しつつあります。第三に、リハ・サービスの認定システムである EUQASS と、Vrijbaan-REQUEST initiative とが、利用者のエンパワーメントと権利擁護を質の高いリハ・サービスの二つの柱であることを明らかにしています。第四に、個人と環境に関する全体的な見地が、ICF をリハのサービス計画と研究に取り入れたことによって明らかになりました。そして最後にリハ・サービスと専門職者は、ベンチレーニングと、より効果的な成果測定によって、リハの質の絶えざる向上のために精力的に取り組んでいるということです。

〈質疑応答〉

質問1. 障害関連の基準・政策・ガイドラインはどこまで EU 域内に共通ですか？ 例えば、(JICA の仕事で) ルーマニアの地下鉄プロジェクトに関わったときに「ルーマニア政府は EU の基準に従っているからアクセシビリティは心配ない」と言われましたが、本当にそうでしょうか？

マカナニー: EU というのは、非常に緩やかな国の連合であり、EU のできることは限られています。障害の分野では2つか3つの主要な原則があり、それにはすべての国が従わなければなりません。一

つは雇用、もうひとつは非差別で

す。アクセシビリティについては検討中ですが、まだ法令にはなっていません。もし法令になったとしても、完全実施までには何年もかかるでしょう。

EUは、社会問題についてはコメント、研究、交流促進しかできません。ですから、リハは各加盟国レベルで管轄される分野となっています。

質問2. ICFを使って、障害者の登録をするような動きはあるでしょうか？

マカナニー：私個人としては、ICFを障害者の登録に使うのは時期尚早だと思います。

ICFは障害がまったくない状態から重度な障害のある状態までをひとつながりのものとして捉えるものです。ですから、その連続状態のどこかに線引きをして、障害のある人、ない人、というふうに2つに分ける考え方はICFのものではありません。そういう区分は社会的、文化的に作られてきたものです。Eurostatのホームページを見ていただくと詳しく出ていますが、EU諸国内での障害者の比率は、国によって23%から8%までと、大きな差があります。

ICFは何よりも一人ひとりのニーズを分析し、その人自体にも環境にも取り組んで、社会への統合を図るためのツールです。

質問3. 社会福祉の政策やリハの分野において、「エビデンス・ベースド」（根拠に基づいた）な政策・ツールが必要だと思いますが、いかがでしょうか？

マカナニー：私は「エビデンス・ベースド・ポリシー」などというものがあつたら最悪だと思っています。その理由は、この用語が医学における薬剤試験のモデルからとられたものだからです。その基本は無作為の比較対照試験であり、統計的に薬の効果を決定するという意味で使われてきました。それを政策策定に適用するというのは無理です。

例えば政府が無作為に、50%のグループにはある政策を適用して、残りの50%にはプラセボ（偽薬）のようなものを適用し、結果を比較するなどということは不可能です。

私の話では「エビデンス・サポーテッド」という言葉を使いました。その意味は、何らかの根拠（エビデンス）によって支持されている政策策定ということです。そのエビデンスとは、研究者やボランティアの手で現場から出てきたものです。

抄訳：上田 敏（日本障害者リハビリテーション協会顧問）

# 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」

グループ2 「アクセシビリティの確保」

グループ3 「リハビリテーションと地域生活支援」

グループ4 「リハビリテーションと生活機能」

# 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」

## ■分科会 1 リハビリテーションと障害者の権利

佐藤 皆さん、おはようございます。第1分科会「リハビリテーションと障害者の権利」について、始めます。

進行係を務めさせていただきます、日本社会事業大学の佐藤久夫です。よろしくお願いいたします。

「リハビリテーションと障害者の権利」というテーマは、非常に基本的で、この研究大会では何度も取り上げられた言葉ですが、これを合わせて検討してみようということで設定されたと聞いています。

障害者権利条約の第26条は、「ハビリテーションとリハビリテーション」ということで、障害者の権利の前提的な重要な位置を占めるという位置付けが与えられています。これが日本のリハビリテーションにどのような影響、可能性を広げつつあるのかということも検討したいと思います。

また、障害者自立支援法がリハビリテーションにどう影響を持っているのか、どのような可能性と問題点を生み出しつつあるのかということも検討しなければいけないと思います。

国際的にここ2～3年で、国際リハビリテーション協会=RIの中では、**Rehabilitation International**の、この名前をどうするのか。「リハビリテーションは嫌いだ」と障害当事者の意見なども出てきて、**Rights and Inclusion**という同じ「RI」でも名前に変えようという人たちも出てきたりと、名前、理念をどうするのかと議論がずっと続いてきました。しかし昨日のヴィーナス新事務局長の発言でも、リハビリテーションの重要性は再確認をされているので、**Rehabilitation**という名前をRIから取るという動きは、とりあえずは消えたとは思いますが。

これからの権利条約の時代の中で、リハビリテーションを障害者運動や障害者施策の中で、どのように位置づけるのかということ、依然として大きな課題となっていると思います。

いろいろな課題があることについて、結論を出すということではなく、様々な立場の専門家、利用者の立場から、縦横に検討してみようと思います。パネリストのレジュメを見る限りでは、従来の枠組みでは立ちゆかない新しい考え方、新しい視点などが必要とされているという問題提起的な話がたくさんあると思いますので、まずは発言いただき、その後のディスカッションの中で付き合わせて検討し、フロアの皆さんからの意見、質問を受けながら、活発な議論をしてきたいと思います。

それでは、まず筑波大学の特任教授の奥野さんに「リハビリテーションと障害者自立支援法」ということで、お話をお伺いします。よろしくお願いいたします。

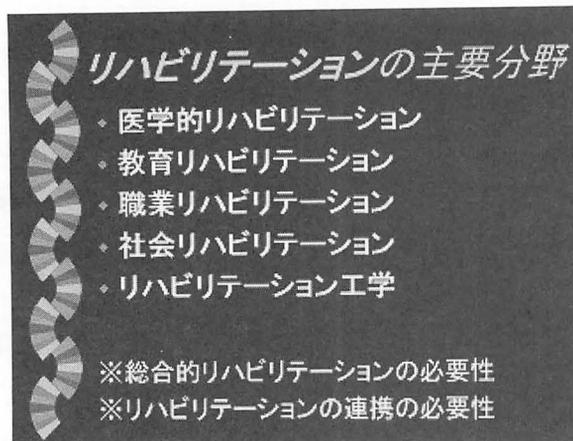
奥野 皆様、おはようございます。私からは、「リハビリテーションと障害者自立支援法」のテーマで話させていただきます。レジュメは抄録集34～36ページと、ポイントのみをパワーポイントで用意しました。

リハビリテーションは、医学的リハ、教育リハ、職業リハ、社会リハ、リハビリテーション工学など様々な分野から構成されており、これらの分野間の連携、専門機関間、各種の専門職間、それから専門職と当事者との連携によって、総合的なリハビリテーションサービスを提供しなければいけないということは、昔から明らかになっているところです。一方、「障害者自立支援法」の中で、リハビリテーションサービスがどのように保障されるようになっているかという疑問についても話したいと思います。

### 1 リハビリテーション

まず、リハビリテーションをどうとらえるかということですが、日本国内におけるリハビリテーショ

ンのとらえられ方と、国際的なリハビリテーションのとらえ方について整理してみました。スライドはリハビリテーションの分野です（スライド1）。リハビリテーションの分野が総合的にサービスを提供しなければなりませんし、リハビリテーションのあらゆる分野間、専門職間の連携が重要であるということです。



スライド1

### (1) わが国におけるリハビリテーションの捉え方

我が国においてリハビリテーションはこれまでどのように捉えられてきたかを振り返ってみたいと思います。身体障害者福祉法、障害者基本計画、障害者自立支援法において、リハビリテーションについて以下のように書かれています。

・身体障害者福祉法（第1条、目的）では、「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。」と規定されています。

この身体障害者福祉法の第1条は2006年に、障害者自立支援法の施行に伴って最終的に改正された部分です。「身体障害者福祉法は、障害者自立支援法と相まって」とありますが、ともに「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」であり、これが「リハビリテーション」に近い表現と思いますが、身体障害者福祉法では「リハビリテーション」というカタカナはどこにも書かれていません。

しかし、この身体障害者福祉法が制定された戦後の昭和24年頃、この法律は「福祉法」となっていますが、障害のある方が職業訓練を受けて、自分で生計を保つことができるようにという意味では、職業リハビリテーションを中心とした「リハビリテーション」を行う法律として制定されていたといえます。

・障害者基本計画（計画期間：2003～2012年）では、その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」と書かれています。

そこでは「障害者の身体的、精神的、社会的な自立能力の向上を目指す総合的なプログラムである」とあり、具体的なサービスとかプログラムであると書かれており、かつ次に「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て、障害者の自立と参加を目指す」ということが書かれています。

「リハビリテーションは全人間的復権である」という表現が多いと思いますが、それは理念的な面で重要ですが、リハビリテーションは具体的なサービスやプログラムが提供されるかどうかという視点を

抜きには考えられないと思っています。

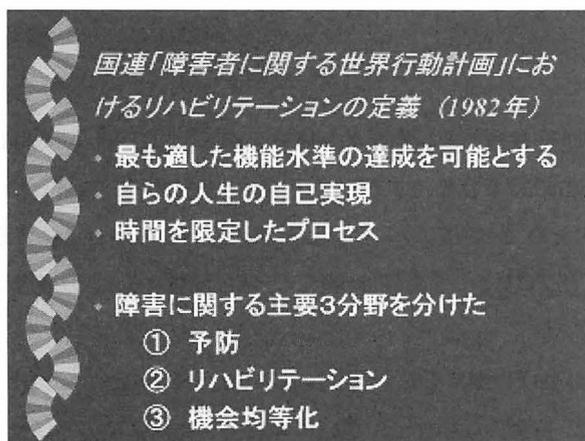
・障害者自立支援法（第1条、目的）では、「障害者及び障害児がその有する能力及び適性に応じ、自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、必要な障害福祉サービスに係る給付及びその他の支援を行い、もって障害者及び障害児の福祉の増進を図るとともに、障害の有無にかかわらず国民が相互に人格と個性を尊重し安心して暮らすことのできる地域社会の実現に寄与することを目的とする。」と書かれています。

したがって日本では、キーワードとしては「全人間的復権」という用語が使われますが、その前提として、具体的に能力を伸ばし、自立を可能とし、社会参加を可能とするサービスとプログラムが保障されているのかという視点も重視しなければならないと思います。

## (2) 国際的な捉え方

国際的な捉え方については、従来は、1968年にWHO、1942年には全米リハビリテーション協議会の定義もありますが、1982年に国連が障害者に関する世界行動計画を出した中で、リハビリテーションが定義されています。その後国際的に、新たな定義が出されていないので、私は国際的な定義としては、この1982年の定義は今でも重要だと思っています。

・国連「障害者に関する世界行動計画」（1982年）では、「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。」定義されています。



スライド2

スライドで示したとおり（スライド2）、世界行動計画における定義の重要なポイントとして三つを挙げました。また、障害に関する主要3分野として、①予防、②リハビリテーション、③機会均等が分けられたことも一つの重要なポイントです。

予防できる障害は予防しましょう。障害が起きた場合には、適切なリハビリテーションサービスを適切な時期に提供し、リハビリテーション計画を立て、時間を限定して行うとされました。さらに、リハビリテーションから「機会均等化」の概念が分けられたことが重要です。従来はリハビリテーションというと、社会を変えていくこともリハビリテーションであるというような言い方もされていましたが、その概念が「機会均等化」に変わったということです。受け入れる社会側の様々な環境をバリアフリーに変えていく、物理的環境とか制度的環境であるとか、文化的環境すべてを変えていく、その部分が機会均等化であって、このように機会均等化とリハビリテーションが分けられたことによって、「リハビ

リテーションがかなり限定されてきた」と私は捉えています。

「リハビリテーション」と「機会均等化」、この両方が車の両輪のように用意されることによって、「完全参加と平等」という目標を実現できるのではないかと考えています。

「リハビリテーションとは」、「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とすることによって、各人が自らの人生を変革していく」の部分ですが、「人生を変革する」という言葉は日本語にはなじみませんが、他の言葉で言えば「自己実現していく」ということだと思います。リハビリテーションは自己実現するための手段であって、リハビリテーションそのものが最終目的ではなく、自分らしい生活を営めるようになるための手段として使うものであり、かつ「時間を限定したプロセス」という言葉がここで出てきたことも重要なポイントだと思います。

従来はリハビリテーションというと、障害のある方が一生かけて頑張っていて、できるだけ能力を伸ばして、障害のない方と同じようになることを目指されていた時期もあったかと思いますが、そうではなく、本人が目標等を決め、このレベルまで能力を高めたいという本人の希望に基づいて、目標を達成するために時間を限定して、リハビリテーション計画に基づいて行うものである、という定義になっています。

この定義によると、従来のリハビリテーションの定義は医学モデル的なものでしたが、1982年のこの定義から生活モデル、また当事者中心のモデルに変わったということが言えると思います。

・国連「障害者権利条約」(2006年)では、26条に、英語では「**Habilitation and Rehabilitation**」、カタカナでは「**ハビリテーションとリハビリテーション**」のように2つの用語が併記されています。表1は日本政府の仮訳から転記しました(平成21年版の障害者白書の「資料」より)。それまでは長瀬氏と川島氏の翻訳にて、リハビリテーション関係者が意見を出し、みんなの協力による素晴らしい翻訳完成のプロセスがありましたので、私はそれが政府の訳になるのだろうと勝手に思っていました。政府は全く別の訳を使っています。私は長瀬氏・川島氏の訳のほうが適切であると思っています。

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」

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、社会的及び職業的な能力を達成し、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、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。

(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。

(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。

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。

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。

第26条に書かれているポイントは、リハビリテーションは「包括的なリハビリテーション」と書かれていますが、「包括的」という英語は **comprehensive** です。総合的と同じ意味だと思いますが、「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」という言葉が出てきますので、やはり全人間的復権というような理念とか哲学的な考え方だけではなく、具体的なサービスやプログラムの保障が重要視されていると思います。

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、企業等の雇用に結びつかなかった者 ②盲・ろう・養護学校を卒業して就職活動を行ったが、企業等の雇用に結びつかなかった者 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)の雇用に結びつかなかった者 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	

この中で具体的に、まずできるだけ初期の段階でリハビリテーションサービスが提供されて、個人のニーズとか長所、これは英語では **strength** と思いますが、「長所」を伸ばすような総合的な評価に基づいてリハビリテーションサービスを提供し、地域社会及び社会のあらゆる側面への参加を支援していくということが書かれています。

さらに、リハビリテーションサービスに従事する専門家及び職員に関する初期研修、継続的な研修の充実を促進するとありますが、これは、リハビリテーションに従事する様々な専門職の養成・研修が重要であると書かれています。

次に「支援装置・支援技術」と書かれていますが、これは具体的には補装具、福祉用具または日常生活用具などを含んでいると思います。

以上のように、わが国におけるリハビリテーションのとらえ方と、国際的なリハビリテーションのとらえ方を踏まえた上で、障害者自立支援法においてはリハビリテーションについて、どのようになっているかを見てみたいと思います。

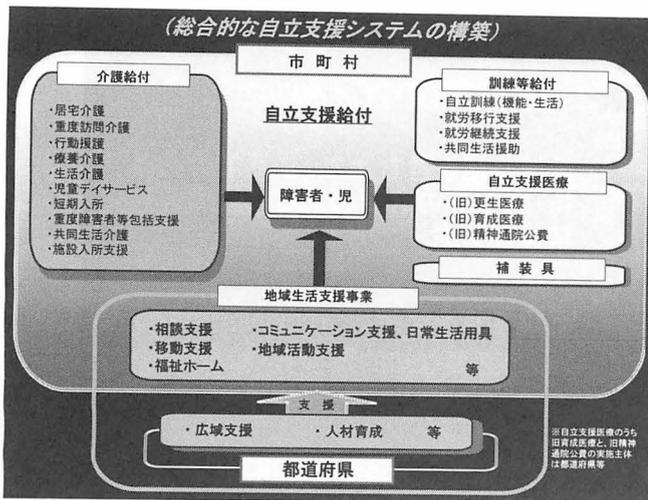
## 2 「障害者自立支援法」におけるリハビリテーション

「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」等があります。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と思います。これらを整理すると、表2（前ページ）のとおりです。

障害者自立支援法施行以前に、障害者福祉の中でリハビリテーションというのがどのように行われてきたかと考えますと、例えば身体障害者関係では更生施設、知的障害者にも更生施設、精神障害者には社会復帰施設があり、このような施設において、リハビリテーションサービスを提供するということが主に行われてきたと思います。

障害を持ったばかりの急性期の方は、病院の中でリハビリテーションを受けていますが、急性期以降のリハビリテーションがどこで保障されてきたかということ、更生施設とか社会復帰施設であったと思います。そのような施設の中で、リハビリテーションは「更生」という用語が使われていましたが、本当にリハビリテーションサービスが提供されてきたのか、専門職のPT、OT、ST等が適切に配置されていたでしょうか。入所者が50人、100人いても、PTが1人とかしかいなければ、リハビリテーションサービスは提供できないではないかという問題意識をずっと持っていました。

今度、障害者自立支援法になって良くなったのかということ、私には良くなるようには思えません。本来リハビリテーションは総合的に行わなければならないにもかかわらず、この自立支援法の中では、障害のある方のための福祉サイドにおけるリハビリテーションサービスは、分断されてしまったような感覚を私は持っています。



スライド3

障害者自立支援法の概念図(スライド3)ですが、市町村が中心になってサービスを提供します。「介護給付」は従来からあったサービスが介護保険と同じような用語に整理されたことと、リハビリテーションに該当するものは「訓練等給付」だと思いますが、訓練等給付の中にある「自立訓練」には、「機能訓練」と「生活訓練」があります。職業リハビリテーションに該当する部分として「就労移行支援」と「就労継続支援」があります。

医学的リハビリテーションの部分としては「自立支援医療」があり、18歳以上の方のための更生医療、18歳以下の児童のための育成医療、精神障害者のための公費通院の制度です。従来からの更生医療にしても、育成医療にしても、非常に限定的にしか使えないものであって、これらが医学的リハビリテーションのすべてをカバーするものではありません。さらに補装具は、医学的リハビリテーションに関わるものですが、これはほとんど従来どおりです。

地域生活支援事業は市町村がニーズに基づいて行うという事業ですが、この中でリハビリテーションのサービスがどのように行われるかということ、具体的にリハビリテーション的なものは、ほとんどない状態です。

障害者自立支援法における  
リハビリテーション事業

- 1 自立支援給付(全国共通、義務的経費)
  - (1) 介護給付
  - (2) 訓練等給付  
(自立訓練、就労移行支援、就労継続支援)
  - (3) 自立支援医療
  - (4) 補装具
- 2 地域生活支援事業  
(都道府県、市町村、裁量的経費)

スライド4

障害者自立支援法における  
社会リハビリテーション

自立訓練 (1 機能訓練 2 生活訓練)

- ・障害者が自立した日常生活を営むために、一定期間、身体機能又は生活能力のための訓練等(通所、訪問)
- ・通所が困難である場合、夜間の生活の場として入所施設を利用

スライド5

## 1 機能訓練 (身体的リハビリテーション)

- ・ 地域生活を営む上で、身体機能の維持・回復等の必要がある身体障害者
- ・ 病院を退院し、身体的リハビリテーションや社会的リハビリテーションの実施が必要な身体障害者

スライド6

## 2 生活訓練 (社会的リハビリテーション)

- ・ 地域生活を営む上で、生活能力の維持・向上等の必要のある知的障害者・精神障害者
- ・ 養護学校を卒業し、社会的なリハビリテーションが必要な知的障害者・精神障害者

スライド7

スライド4枚(スライド4, 5, 6, 7)で再確認すると、自立支援給付の中の訓練等給付には、「自立訓練」「就労移行支援」「就労継続支援」があります。自立訓練は、障害のある方が自立した日常生活を営むために一定の期間、訓練を受けるとなっています。この自立訓練の中の「機能訓練」は、「身体的リハビリテーション」が括弧で付記されていますが、これは主に身体障害者のための機能回復訓練的なものを中心になっています。次の生活訓練は「社会的リハビリテーション」が括弧で付記されていますが、これは知的障害と精神障害のある方を対象とし、生活能力の維持・向上を目的とするとされています。

## 地域生活支援事業 (市町村)

地域(市町村)の実情に応じて、柔軟に実施されることが好ましい事業

- 1 相談支援事業
- 2 コミュニケーション支援事業
- 3 日常生活用具給付事業
- 4 移動支援事業
- 5 地域活動支援センター機能強化事業
- 6 福祉ホーム事業

スライド8

## 相談支援事業

- 1 福祉サービスの利用援助
- 2 社会資源を活用する支援
- 3 社会生活力を高めるための支援
- 4 ピアカウンセリング
- 5 権利擁護のために必要な援助
- 6 専門機関の紹介
- 7 地域自立支援協議会の運営

スライド9

地域生活支援事業はスライド(スライド8)のとおりであり、その必須事業として相談支援事業(スライド9)があります。相談支援事業の中に「社会生活力を高める支援」がありますが、これは社会リハビリテーションに関わる事業であり、また、当事者によるピアカウンセリングも、リハビリテーションにとって重要なエンパワメントの事業でもあると思います。

「社会生活力」(スライド10)とは、障害のある方が自分の障害を正しく理解し、リハビリテーションサービスを活用して能力を伸ばし、地域社会の中で充実した生活を営めるようになることを意図し、福祉サービスを権利として活用していきます。また、自分の周りの障害のない市民の意識も変えていく、そのような力(ちから)が「社会生活力」であると私は思っています。

## 社会生活力とは

- ・ 障害のある方が、自分の障害を正しく理解し、できることは伸ばす。
- ・ リハビリテーションによって自分の能力を高めるが、残された障害については、保健、医療、福祉、教育、就労など、様々なサービスを権利として活用していく。
- ・ 足りないサービスの整備を要求したり、ボランティアをお願いできる。
- ・ 地域の人々と良い人間関係を作れる。
- ・ 主体的・自主的に、充実した生活ができる。

スライド10

## 障害者自立支援法における「リハビリテーション」の課題

- ・ 適切な時期に、適切なリハビリテーションサービスを提供できるのか？
- ・ 個別ニーズに応じたリハビリテーションサービスを提供できるのか？
- ・ 総合的なリハビリテーションサービスを提供できるのか？
- ・ 地域リハビリテーションサービスを提供できるのか？

スライド11

### 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ましたが、「更生」はすなわち「リハビリテーション」ですが、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でしょうか。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りません。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保健・医療・福祉・教育・就労など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す。

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ようになっていないと思います。

障害者自立支援法における「リハビリテーション」の課題はスライド（スライド11）のとおりです。

本日、皆様との討議の中で、いろいろなことを学ばせていただきたいと思います。参考文献は以下のとおりです。

#### 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

佐藤 どうもありがとうございました。障害者自立支援法とリハビリテーションということで、基本的な問題提起をしていただいたと思います。またディスカッションの中で、より突っ込んで議論ができればと思います。

それでは2番目のパネリストとして、日本社会事業大学の高橋さんをお願いいたします。「障害者のリハビリテーションと家族支援」というテーマをお願いをしております。

よろしくをお願いいたします。

高橋 日本社会事業大学の高橋と申します。どうぞよろしくをお願いいたします。

今日、「障害者のリハビリテーション」は、障害者がどうあるべきか、障害者に対してどうサービスをするかという、障害者が中心にあることは当然です。しかし、長年、地域で実践活動をしていまして、地域で生活する障害者の実態を見た場合は「家族」と切り離せないと、強く感じています。そこで、家族の支援を通して、障害者のリハビリテーションというのを考えてみたいと思い、「障害者のリハビリテーションと家族支援」というテーマを設定しました。

リハビリテーションについては、理念と手段に分けられますが、しばしば混同して使われていると感じます。そしてリハビリテーションは手段、技術が取り上げられることが多いのですが、手段は理念に向かって使われねばなりません。スライド2に示したように「障害のある人」が内発的な力を発揮できるように、その力で社会とつながるかで、理念を目指すこととなります。ですから障害のある人が主体となります。政策も技術もあくまでも主体が活用する手段に過ぎないという確認をしたいと思います。

そして実際には、障害のある人たちが、リハビリテーションの技術を手段として活用するのは、生活の場においてです。その生活というのは、職業生活に限らず、様々な個人の生活の場があり、それは社会との関係の中にある生活ととらえることが必要ではないかと思えます。

たとえ、理学療法で歩行訓練をしたとしても、歩行訓練をして歩けることだけが目的なのではなく、その先にある、特に社会とのつながりをどう作っていけるかということが大切なので、これまで射程に入れなくてはなりません。そして、家族は社会の一部なので、個人の私的生活の範囲に考えられる「家族」と障害者は切り離せない。それが同居であろうと別居であろうと、その関係が切り離せないと認識しています。

近年の政策では、「家族」が障害者の生活に影響する状況が強くなっていると思えます。その1つが地域移行の施策です、スライド4では、「新障害者基本計画」で障害者の地域移行の推進予定を示しています。また、障害者の施設入所率・入院率等を見ると多くの障害者は施設で生活しているわけではありません。つまり、家族と大変密接な関わりがあるということです。

家族の関わりを示す実態(スライド5)として、今年2月に出た東京都の報告書の中の「施設入所を決めた人」、「相談相手」という設問をみてみます。もともと自分以外が施設入所を決めている割合が高かったわけですが、2003年と2008年を比較すると身体障害、知的障害の両方において2008年がさらに高くなっており、「自分以外」とは家族が多いと考えられます。相談相手も圧倒的に家族が多いです。ここでも家族が密接に関わっていると言えるわけです。

障害者と家族との関係、あるいはその障害者の生活というものが、どのようになっているかスライド6にまとめてみました。障害のある人たちが高齢化していることは既に言われておりますし、障害の重度重複化も重なり、介護を必要とする障害者がかなり拡大してきています。障害のある人たちが介護の対象になることで、生活の主体であるはずの人が客体化されているのではないかと思います。そこで、家族と密接な関係を持って生活する障害者が多いわけですから、家族との生活がどうなっているかということが障害者に影響します。

介護が必要になった場合に、生活のマネジメントは家族がほとんど行っている実態があります。家族介護者が行なう生活のマネジメントについての外国の研究報告の例を引用(スライド6、スライド7)してみました。それらは「家族間の調和・関係に関わること」、家族員の社会的な役割もマネジメントしなければいけないという「社会との調和」、「介護に関わる課題の調整」、障害のある人たちとの関係、情緒的な関係を結ぶ「情緒的なサポート」、それから「直接的な身体介護・医療的なケア」です。こうした実態から障害者のリハビリテーションに家族支援を取り込む必要、家族支援をリハビリテーションにつなげる必要がないだろうかという問題提起をしたいです。

家族の支援をするにあたって、家族と社会の関係を考えておく必要があります。障害者を抱えている家族は、当事者ではないと言われることがありますが、完全な第三者になりきれると言うと、そうではありません。過去の障害者に生じた様々な問題をみれば、社会で障害者が抱えてきた問題や課題を家族が担ってきたことが分かります。家族が、障害者の権利の行使を支援したり、あるいは権利の代弁をしてきたということがあります。最近の新聞報道で、奈良県で普通学校に行けない障害児の親が身を挺して要望し、その子は普通学校への入学にたどりついたという記事を読みました。親が、わが子が教育権を行使できるように交渉し、代弁もしたわけです。逆に、家族が障害者の権利を侵害するという実態もあります。障害者を家族が抱えこむ、ひどい場合には、家族心中や殺人という状況も生まれています。そういう立場にあるのが家族なのです。

社会との関係については、障害者の家族を社会にある、社会と関係を結ぶ集団というのではなく、家族対社会と家族と社会の間に一線が引かれることがあります。あるいは家族対障害者と考えられることもあります。ですから、問題の責任を家族関係の問題とか連帯責任的な家族責任にしがちな傾向になると思います。先ほどの奈良の例でも、家族が介助の責任を負うべきだというような家族責任、家族批判のような書き込みも HP で読みました。他にも、重度の障害者が外に出る場合に、他人に迷惑をかけないように家族が責任をもつようにということも言われます。

このようなことは障害者のいる家族への社会的抑圧状況(スライド9)であり、それは、障害の医学モデルから生じていると考えます。また、家族規範、家族責任は、家族が社会資源であるとの考えに結びつきます。さらに福祉国家の医療・福祉政策では必ずしもその受給が権利として捉えられているとはいえず、サービスを利用する障害者は専門職にお任せの側面があるためパターナリズムに陥りやすく、ここからも抑圧状況が起きると考えられます。

家族介護者に対する政策が、このような障害者の家族と社会の関係から、家族への同情や心理的なケアに焦点をあて、介護の社会的側面が薄れたものになりがちです。家族が介護技術を習得させられれば、介護をせざるを得ず、家族には介護の義務感の後押しするようになります。それは社会が家族の絆や愛を強い、家族の自助になり、家族は介護をやらねばと、障害者を抱え込み、家族の閉鎖性に拍車がかかりってしまうという悪循環が起きてきてしまいます。

スライド 11 からはボランティアが行なったアルツハイマー型認知症の障害者の「家族支援の実際」を示しています。精神保健福祉手帳と身体障害者手帳を取得し、かつ介護保険で通所サービスを利用していた障害者が、認知症の障害を理由にサービスの利用契約を解除された例です。苦情を申し立てたが、行政は「しょうがない」、「施設に入所させるべきだ」と言いました。地域の福祉関係の人たちも、施設の職員が足りないから、手がかかる人はサービス利用を断られても仕方ないと言いました。つまり、障害者が社会にとってお荷物になると、社会が家族ごと排除した例といえます。責任は家族にかかります。

## 主な支援内容

	妻(家族)	夫
活動日の支援と様子	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、テーブルを軽く叩く ⇒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 受給決定や受給量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	

この家族と当事者に様々な支援をしました(スライド13とスライド14)。この支援の特徴として、高齢者ですから介護保険と障害者福祉の制度をフルに活用することなどを支援しました。その結果、家族自らが様々な気付きをしました(スライド15、スライド16)。それらは、家族である妻が個としての自律、障害者である夫と家族である妻の関係のあり方、夫が地域住民やデイサービスと関係を構築していることなどです。そして、妻は夫が持っている力を理解しそれに働きかけ、また、夫のニーズを代弁できるようになりました。

妻が自律した「“新たな”家族の自立」ともいえる状況になったことで、家族と社会との関係の悪循環を断ち切れたと考えます。こうした家族員の自立は、障害者のリハビリテーションには非常に重要だと考えます。サービスを活用して家族員の自立を支援する。それが家族員の個の自立を尊重することにつながります。家族を身体介護の義務感から解放できる支援をし、家族が障害のある家族との関係のあり方を見直せるような支援をしていく必要があります。家族に身体介護を押しつけるのではなく、家族には身体介護とは別の、交流とか、ただ傍に「居る」ことや、見守りなどの大切さを家族が理解し、また、周りもそれらの大切さを理解するということが重要になると思います。そうすると家族が家族外との関係を(再)構築し、開放的な家族へとつながり、既述した悪循環を断つことができるからです。

こういうことを許すような制度・政策、あるいはサービス提供者の度量というのが、現在のところ、どうなっているかということを考えていただきたいと思っています。

以上で終わります。

佐藤 はい、どうもありがとうございました。

当事者でもないことは明らかだけれども、かと言って第三者でもない、非常に重要な役割の部分があるにもかかわらず、リハビリテーションの技術も政策・制度も、どう位置づけたらいいのかということについて課題があるという問題提起かと思っています。

では、第3番目のスピーカーとして、バーチャルメディア工房ぎふの理事長の上村数洋さんをお願いいたします。

上村 皆さん、こんにちは。上村です。私は、こういうシンポジウムのお話をいただき、出させていただくことにより、沢山の方々と出会え、いろいろな勉強がさせてもらえるものですから、嬉しくて安易に引き受けてしまうのですが、今回も、引き受けた後でテーマに「権利」と付いているのを知り大変後悔をしております。

と言いますのも、何年か前になるのですが、座長の佐藤先生がお書きになられました「障害者の権利」という本を読ませていただき、その中で「権利」という言葉を、自分の中では、我々障害を持った者にとって大切なことだという理解は持ちつつも、自分では何もできないところを福祉の制度などで支えられていて、それで「権利」と言って、「権利」を主張していいのかな、という戸惑いがずっとありました。

その中で自分が一つだけ思いついたのは、昔のように、また働けるようになって税金を払えるようになったら、少しはそういう自分の気持ちが和らぐのではないかなということでした。いろいろ模索をし、もがいている中で、いつの間にか、自分が働く部分を通り越して、同じような障害をもった人の支援に関わるようになり、ほんのわずかですが、税金も払うようになりました。そこで、最初の「権利」の部分に対しての自分の中のこだわりが解決したかと言うとそうではありません。様々な人たちと関わりながら、就労の部分に取り組んでいこうとすると、新たな問題や、いろんな方のお力をお借りしないと前に進んでいけないようなことにぶつかり、また行きづまり悩んでいます。

そうした部分も含めながら、今回のテーマにどこまで沿ったお話ができるか分かりませんが、私が障害を負った 29 年前から今日までの様子と思いを、お話しさせていただきます。

私は 1980 年に、自分の運転ミスから谷底へ落ちてしまい、頸椎損傷になりました。この当時の私は、障害を負って動けなくなった後の人生がどういうものになるのかが、まったく想像すら出来ませんでした。でも、娘を将来どのように育てていけばいいのかとか、それまで曲がりなりにも地域の中で、いろんな方と関わりを持って仕事をしてきたものですから、そういった部分が断ち切られて、自分だけが社会からどんどん取り残されていくような、そんな途絶感から、自暴自棄の生活をおくっていた時期がありました。

そんな中で、今日もそうですが、こうして 29 年たった今、いろんな所に出歩けられるようになった自分を考えた時、そこには、大きく分けて三つの要因、これを私は宝物と呼んでいます、あったように思います。その一番目として、経済的な部分も含めて私を支えてくれた家族の愛の部分、つぎに、私が失った手足の機能を補ってくれる福祉機器を研究開発したり、それを実際にリハビリテーションの部分で応用していただけた支援者、そういった方々との出会いがあり、そういう人や機器の支えによって、自分の中で少しずつ自信が出てきて社会へ出て行く、出て行くと、そこで三つ目の新たな人との出会いと、多くの支援をもらいながら現在に至っているように思います。

それと同時に、よく言われることですが、私も、情報不足だとか、介護・介助の不安だとか、交通アクセスの問題だとか、いろんな思いをする中で、何とか昔のように働けたらという、今日のタイトルにさせていただいた部分の願望を持っていました。

そうした中で 1991 年、この日本障害者リハビリテーション協会の板山先生が、まだ現役の時に、八代先生と一緒に日米障害者会議に出して頂いたことがあります。その当時の私は、何も自分の中で目標も持てないような時代でした。この会議で、私と同じ頸椎損傷で、元気な人を 40 人ほど使いトップで働いているアメリカの代表に出会いました。この方は、いろいろな国から養子を迎えて、その養子一人ひとりの母国語が喋れるベビーシッターをつけて育ててみえたのです。日本だと我々のような重度の障害を持った者が「養子が欲しい」と言っても、まず叶わないと思います。そればかりではなく、

それだけ重度の人が、いわゆる「豊かな」と言うか、生活ができるということも、アメリカがどれだけ重い障害を持っていても受け入れ、障害があっても、働けば働いたことに対して見合った給料を支払うというシステムができていたからだとということに出くわし、カルチャーショックに近いものを感じて帰ってきました。

それと同時に、初めて「ピープル・ファースト」という言葉に出会って、それ以降、その言葉が私の中ですごく支えとなってきました。

アメリカから帰ってきて、自分の中の感動を少しでも何か実現できないかということと、私たち障害を持つ者が働こうとする時に、単に仕事をするだけの能力じゃなくて、人とのコミュニケーションがとれるだとか、働くために一日決まった時間人との関わりを持ち、自分の体調把握と管理が出来るなど、いろんな問題点があると思うのですが、こういったことをどうしたら解決できていくだろうかと、仲間と色々な模索を始めました。

そんな中の一つに、同じ障害を持つ人たちと頸随損傷者の会を立ち上げ、仲間と共にレクリエーションを楽しんだり、今日のパネリストであります奥野英子先生や、今は亡くなりました東京コロニーの調一興先生にも来ていただいて、セミナーを開催しお話をいただいたこともあります。

アメリカに行ってから5年後に、岐阜県にソフトピアジャパンという IT の拠点ができ、その中に、我々障害を持った者が ICT を活用して社会参加を目指すための相談の場所ができました。そこができると同時に、私はそこでピアカウンセリングの仕事に関わらせてもらうようになりました。

その中で、いろんな方と出会い、沢山の相談を受けるようになりました。中には、同じように重い障害を持つ人が、社会参加を目指して努力をする過程で、健常者の女性と出会い結婚を、やがて、三つ子が生まれて、さらに社会参加の意欲を燃やすようになる人も出てきました。

また、もっと重度の人が、在宅で一生懸命努力をしパソコンが使えるようになり、「何とか仕事ができないだろうか」と言う声も聞こえてくるようになりました。そういった声を受けて、ピアカウンセラーの立場から、県とか、色々な所に働きかけてみたのですが、当時は、まだ行政がそこまで理解をしてくれませんでした。

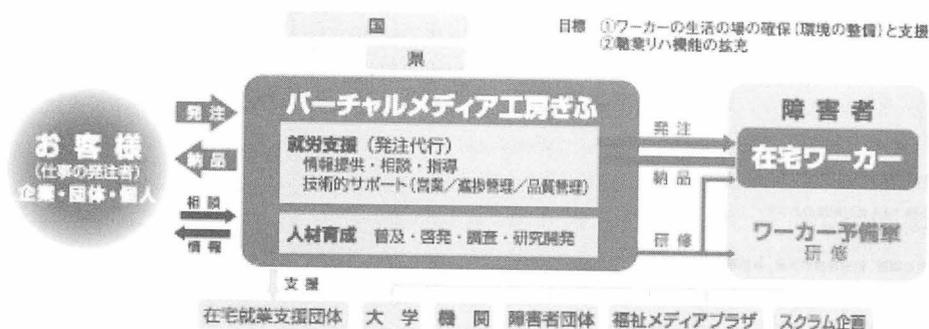
何とか、そういった仲間達と一緒に働く場所、自分たちで勉強できる場所が作れないかと模索をしている中で、今は放送していませんが、あるテレビのクイズ番組を知り、それに応募をしラッキーにも出場することが出来て賞金をいただきました。その賞金で、パソコンを4セット（環境）整えて、自分たちでまず勉強ができる作業所を立ち上げることもしました。

そうした動きが聞こえたのか、ある日の新聞に、「障害を持つ人もどんどん働けるようになってもらって税金を払ってもらうように・・・」と、前岐阜県知事が言われたとありました。

ここまでだと、「まだ体制も何も整っていないのに、障害者にそんなことを言うのは酷だ!」、ということになるのですが、この後に前知事は、「そのために必要な支援はいくらでもしてやる!」、と言われたのです。

この言葉が、我々にとって凄く心強い支えになりました。今、私たちが働けるようになった基礎をいただいたものですから、今でも私たちは前知事さんを尊敬をしています。

そうした中、岐阜県の指導のもとに、「バーチャルメディア工房」という任意の団体として在宅就業の支援の取り組みを立ち上げました。その後、いろいろ進めていく中で、国の施策の中の助成事業も受けたくて法人化をする必要があり、2004年にNPOにしました。



この取り組みは、在宅でパソコンを使って仕事ができる障害者と、仕事を発注してもらえるクライアントの間で、我々スタッフが仕事の受注から企画、配分、とりまとめ、納品等の業務を行い、いただいた対価を、仕事に関わってくれた人たちに配分をするという仕事で、現在も行っていきます。

そうした取り組みの中で、最近では、ホームページを視覚障害の人たちを始めとする情報弱者にも分かり易く作るための国の基準ができ、その基準にあったホームページに作られているかどうかの診断の仕事も業務の一つとしてやっています。

それから、パラリンピックと並んで障害者の技能競技大会、アビリンピックがあるのですが、その岐阜県予選等の仕事にも関わりを持たせてもらっています。

また、広島国際大学の関宏之先生のお骨折りでさせて頂くようになりました、国の障害者知識技能習得訓練事業にも関わりを持たせてもらっています。この取り組みの中では、当事者としての強みを生かし、顎でトラックボールを操作できるといいますか、それしかできないような重い人にも参加機会を与え、勉強してもらうような取り組みにもさせてもらっています。

最近では、特別支援学校の高等部の学生さんの職場体験や、私どもの事務所がある大垣市の委託事業を受けて、重い障害を持つ人たちが、パソコンなどを使って社会参加できるための初歩の段階からの関わり、相談を受けてから使えるようになって頂くまでの、そんな指導の関わりもさせてもらっています。

また、少しでも私たち障害を持つ者が社会に理解をしていただいで、もっともっと取り組みに広がりを見せられたらと、セミナーなどを開いています。

岐阜県では、他県に先駆けて「ハート購入制度」という障害者の就労促進のための制度がもうけられています、これは、岐阜県独自で、障害者の雇用率4%以上の企業だとか、障害者の就労を支援している作業所や団体を対象に優先的に仕事を発注したり、取扱製品を必要時に優先買い上げをしてくれるもので、この制度のお陰で、私どもの工房も行政からの仕事を、100万円以下の随契ですが、沢山いただくようになりました。

そういった中で、平成18年から障害者自立支援法が成立され、障害者雇用促進法が改正される中で、私どものような在宅の取り組みがしっかりと位置づけをされ、厚生労働大臣の支援団体としての登録制度も設けていただきました。ただし平成18年から既に3年経ちましたが、残念ながらこの制度は現状に即していないのか、私どもは、これに該当する受注業務が1件も発生していないのが現状です。

次に、私どもの在宅のワーカーのが、それぞれ頑張ってくれている何人かの様子をご紹介します。

こうして頑張ってくれている中で、いつ誰が言うわけでもなく、私どもの工房では「未来は僕らの手の中に」という言葉が生まれ、これをキャッチフレーズに頑張っています。

今、私どもの取り組みの中では、スライド上に丸印で挙げたように色々な問題と課題が出てきています。その中で、赤の印を付けた部分、これが、すごく大きな課題ですし、今後いろんな意味で浮

上してくるのかなと思います。

### 取り組みにおける問題点と課題

- ◇ 社会環境の不備…交通アクセス  
バリアフリー、アクセシビリティ・ユーザビリティ
- ◆ 社会資源・システムのあり方…自立支援法をも含む制度のあり方  
就労と介護・介助の問題
- ◇ 意識的格差……………個性・力量、先天・中途障害、就労経験の有無、年齢等
- ◆ 社会性(経験)の違い……………家庭環境を含む  
教育/養護学校教育のあり方
- ◆ 教育と感性のバランス
- ◆ ストレス対策



それと同時に、「在宅で」と言いながら、在宅だけですと、どうしても人との関わりや情報不足になりがちで、自分の世界に引き隠りがちになるものですから、出来る限り皆で集まって交流をしようということで、ボランティアを含めて、夏はバーベキューを、暮れには必ず忘年会を開くようにしていて、他所との関わりを持つようにもしています。

もう始めて5年になりますが、私どものワーカーの大半は手が動かないのですが、それでも使えるギターと出会い、ギターバンドを作って毎週火曜日の夜に集まって練習をしたり、最近はいろんなところから声をかけてもらって演奏に出かけたりもするようになりました。

次に、自立支援法に対しての問題点について、少し触れさせていただきます。これは、自立支援法が施行された当初から感じていることで、スライド上にまとめてみました。手続きのあり方から含めているいろんなことに疑問を持っています。

### 「障害者自立支援法」の 就労分野における最大の問題点は…

- ・ 厚生労働省 → 厚生労働省 → 雇用の二分化？  
在宅就労・業種的位置づけ？  
就労支援策の幅り？  
知的障害への偏り？
- ・ 当事者の生活が見えていない  
声が届いていないのでは？
- ・ 障害者の努力の過程に  
評価の視点が向いていないのでは？

### 障害者自立支援法にみる問題点

- ① 当事者への周知/広報のあり方
- ② 手続きのあり方について
- ③ 全国格差を残したままのスタート
- ④ 「支援費制度」における  
問題点が解決されない中でのスタート
- ⑤ 「受け入れる社会」の無いままのスタート



一つ目、「厚生労働省」ということで一本化されましたが、現実には本当に一本化されているかと言うと、いまだに旧厚生側と旧労働側の施策が微妙に重なりながら動いているということも感じています。

二つ目に、労働系の部署では「在宅」という部分に注目してくれながら、福祉系サイドにおいては、その部分にまだ目が向きつつあるのかな、というようなズレがあったりとか、そんなことも感じております。

三つ目、自立支援法が、やや知的障害の人たち偏りすぎて動いているような気もしております。

四つ目、生意気な言い方かもしれませんが、本当に当事者の生活だとか声が届いているのかな、見えているのかな、という思いを感じる時があります。

最後に、私は、本当に自立支援法は障害者の努力の過程まで踏み込んで評価をしてくれているだろうかという思いを持っています。それは、いろんな生活の中で、本当に家族を抱えて働かないといけ

ないという切羽詰まった思いの中で努力をし、やっと働けるようになった人、その人がある一定の収入を得るようになった途端に応益、まもなく応能に、また変わるかもしれませんが、税金がかかってきます。

同じ障害を持つ立場として、このようなことを言うのは言葉足らずで語弊を招くかもしれませんが、一方では、「ブラブラしている」といいますか、事故などにより障害を負った人達の中には、高額な保障を受け働くことなく生活をしている人たちには何もかかってこないのです。ここに、「努力の過程」という部分にまで、もう少し目を向けてもらえないのかなというように、そんな思いを強く持っています。

#### 職業的自立を目指す中で 自立支援法に望むもの

##### 社会としての役割

- ①産官学民の連携による支援体制の必要性
- ・全分野における地域間格差の是正と、各分野間の連携と融合
  - ・早期における確かな情報提供と伝達システムの整備
  - ・公的支援制度と支援システムの整備と連携  
(技術的支援分野を含む、指導・支援的人材の育成と確保)
  - ・働く障害者の生活基盤の整備
  - ・障害特性を考慮した職業リハビリテーションの必要性
  - ・特別支援教育へのQOL教育の導入と他分野との連携の強化

- ②受け入れる社会の実現に向けて Society for All  
(企業の役割と連携・融合の強化)



#### 職業的自立を目指す中で

##### 当事者としての役割

#### 意識改革の必要性 Self advocacy

(社会的ポジションの確保)



今後、自立支援法に望むこととして、スライド上にいくつか挙げさせて頂きましたが、特に「受け入れる社会」の実現については、社会全体でもっと考えてもらいたい部分だと思っています。

それと同時に、私たちが職業的な自立を目指す中で、昨日の基調講演にもありましたが、我々当事者がこれまでの考え方からもう一歩進め、自分たちの意識改革をおこなって、もっと自分たちが社会の中に受け入れられて、自分たちがもっと仕事ができるようになるためには、自分たちはどうしていったらいいだろうか、何をどうすべきだろうか、そこまで踏み込んでいく必要性もあるのではと思っています。

最後になりますが一言だけ。これはPRになりますが、こういった色々な思いがあり、正直、今日ここまでご紹介してきた取り組みを聞いて頂きますと、さも順調そうに聞こえるかもしれませんが、昨年秋以降、この世界的な景気の変動の中で、私どもの取り組みも正直行き詰まっています。

そういった中で、何とか、この難局を打開すると同時に、我々障害を持っている者が社会に受け入れられるために、「障害者ってこんなことも出来るよ」とか、「障害者っていろんなことを考え、こんな生活をしているよ」というような思いを込めて、私共のメンバー10人を中心としたインタビュー集・本「ブレイブ・ワーカーズ」を出しましたので、もしよかったら、岩波ブックセンターからお求めいただけますので、もしご関心のある方、目を通していただけたら幸いです。以上で終わらせて頂きたいと思っております。どうも、ありがとうございました。

佐藤 どうもありがとうございました。「リハビリテーションと障害者の権利」という分科会で報告をしてくれというように上村さんをお願いしたのですが、発言の中にありましたように、「権利」という言葉はどうもしっくりこないということで、別なテーマで報告をしていただいた背景や気持ちが、よく分かったような感じがします。やはり「権利」というのは、ある人の権利は他の誰かの義務でもあって、周りの人や社会の義務としてのリハビリテーションの要求という視点とは少し違う、非常に多くの映像で示されたものは、本人の主体や気持ちのように思います。リハビリテーションというのは本人主

体だということを説明してくれるお話でした。「権利」という概念だけではとても切れないような中身のある話をいただいたという感じがします。どうもありがとうございます。

最後のお一人、全国「精神病」者集団の運営委員の関口さんをお願いいたします。テーマは「精神障害者とハビリテーション」です。

関口 自己紹介からさせていただきます。1982年に最初の「非自発的入院」という経験をしました。その時の主治医が、最初に僕に薬物療法をした人です。今から考えると非合法的やり方で入院させられました。それから約20年、入退院を繰り返しました。最初の、入院をさせられた病院では、1年も経たないうちに治してくれましたが、次の医者、その次の医者、全部お手上げみたいな状態で、最後の医者のところ、最後の入院をし、2002年2月22日に最後の退院をいたしました。

2002年の4月頃、その当時、厚生労働省と法務省が、内密に謀議をしていましたので、医療観察法みたいなものが出てくるだろうと、反対集会があり、そこでデビューをしたわけです。その後、長野英子さんという、当事者の有名な方がいらっしゃいます。この方が、私はハンストをやるから支援についてほしいという呼びかけがあり、医療観察法の長い戦いが始まりました。これは6月に池田小事件が起きたときに始まったわけです。

2002年の4月に最初の会合があり、6月に池田小事件が起きました。2003年に、ESCAPの障害者の条約のための委員会がバンコクで開かれるということで、DPIとして行きました。DPI—ジャパンは「立場表明書」というのでしょうか、「ポジションペーパー」というのを作っていて、僕はその作成に参加しましたので行きました。

その翌年2004年、ニューヨークで、第2回アドホック委員会が開かれまして、これも行きまして、そこで条約を作るということは正式に決まったわけです。会場は大喜びでした。

翻ってみると、2004年から20年前、つまり1984年です。患者が撲殺されたという宇都宮病院事件が発覚した年です。その4年後の1988年に精神衛生法が精神保健法となりました。精神保健法になったときに、「国民は精神の健康を確保して促進する義務がある」という健康促進法のようなものが入りまして、精神的に健康であることは「義務」ということにされました。僕の人生は、医療観察法反対運動と障害者権利条約の二つ、重なり合いながら過ぎていきました。

現在はNPO法人MEWというところの、地活のI型のライフサポートMEWで非常勤職員しています。そのNPO法人の理事もしています。また、医療観察法の反対の流れで出会った樋田先生から、病院・地域精神医学会の理事に立候補してくれないかという話がありまして、その前に医療観察法の反対運動に病地学会が押しかけて話をしましたら、話をするなら会費を払えということで払っており、被選挙権はありましたので、立候補し、それ以来ずっと理事をしております。今年もまた評議員選挙には受けましたので、今年の9月の病地学会で理事の続投がなるかならないかは互選でありますのでよく分かりませんが、その縁で病地学会から協議員として日本障害者協議会に出ており、政策委員もさせていただいております。

そのようななかで、知り合った、ハンストすると言い出した長野英子さんという方が、全国「精神病」者集団の、窓口係と称しております。2004年には日本障害フォーラム(JDF)というのができました。そのときに「病者」集団がノミネートされたわけですね。つまりWNUSPと関わりがあって、長野英子さんが理事をしているということで、他の団体を押しつけて「病者」集団が入って。僕はJDFを通じて、政府との話し合い、特に条約についてですけど、そういうことは重要だと思ったので、「病者」集団の構成員となりました。そのうちに「病者」集団もJDFの中の組織であるから少しは体裁を

整えなければならないということで、運営委員というものをつくるようになりまして、そこの運営委員に収まっております。

障害者権利条約は、サインはしていましたが、平成 21 年 3 月 5 日に、承認の議論がうまくいきませんでした。その過程で、俗に「ひなまつりバージョン」と呼ばれている政府の仮訳の訂正案が民主党に示されました。民主党としては、わが党に示すのであるから、これは人々に示すのと同じであるからということで、障害者問題のプロジェクトチームの座長の谷参議院議員のサイトで公開しています。

一番変わったのは 17 条、**Protecting the integrity of the person**、「個人の健全さを保護すること」みたいなふうに訳していたわけですが、それが「個人がそのまま尊重されることを…そのままであることを尊重される権利」というように変わりました。

「リハビリテーション」のところも、今でも政府は仮訳しか認めてないのです。つまり、あくまでも国会議員向けの部内資料であって国民に公にしたものではないという立場を取っていますが、26 条の「リハビリテーション」のところは「ハビリテーション及びリハビリテーション」というようになっていきます。その「ハビリテーション」というところですが、能力を開発するようなことというようにカッコ書きで書いてあります。これは抄録集にあります、**Psycho-social disability** ということです。これは、つまり、全国「精神病」者集団は、**WNUSP** という、世界精神医療ユーザー・サバイバー・ネットワークというものに属しておりますので、その間の条約をめぐる英文の議論のための英文のメーリングリストに入ることができました。今では **IDA CRPD Forum** というのがメインになっていますが、その他に **WNUSP** ヒューマンライツとか、いろんなメーリングリストがあります。

**Psycho-social disability** ということは、かなり前から、その **WNUSP** では使われていたことです。ただし条約の中には盛り込まれませんでした。それは、あまり一般的ではないからです。

昨日、マカナニーさんとお話をする機会がありまして、つまり **WNUSP** は **Psycho-social disability** というのと、**Psycho-social Rehabilitation** というものの、同じ **Psycho-social** だけ意味が違うということを主張していました。なんでここに、こういうふうに僕はわざわざ挙げたかということ、この **Psycho-social disability** というのは、実は前回僕がバンコクに行ったときの **ESCAP** で使われた言葉です。つまり国連が認知したということです。昨日マカナニーさんは「パブリックなものではない」とおっしゃっていましたが、アジアの **ESCAP** では使われています。これをもう随分早い段階から、もしチャイニーズキャラクターで表すのであれば「間社会精神的障害」というように訳すと思います。つまり社会と精神的な状態の間にある障害だということです。

**Psycho-social disability** というのを、マカナニーさんは **diagnosis**、つまり診断だということにおっしゃっていました。ところが僕らのとらえ方は少し違って、これはやっぱり障害の類型であると思っています。類型として、特徴的なこととして、精神的に周囲に迷惑をかけるか本人が苦しむかということが挙げられると思います。つまり本人が生きづらい、もしくは本人が気ままに振る舞っていることが、はた迷惑になりかねないということです。これは一見して外から見える障害ではありません。

もう一つ言えることは疾病であって病状があるということです。多くの場合、服薬をしますが、服薬は長期間にわたります。それからスティグマがあるために障害受容が困難です。「あなたは精神病です」と言われて「はい、そうですか」という人はあまりいないと思います。「いいえ、そんなことはないでしょう。疲れているだけです」という話です。

その次、抄録集のリカバリーとハビリテーションというところ。「ハビリテーション」というのは、政府の仮訳では「リハビリテーション」と 1 個にまとめているのですけれども、「ひなまつりバージョン」では「ハビリテーションとリハビリテーション」というふうに、ちゃんと分けて書いてあって、

ハビリテーションは「能力をちゃんと獲得すること」と書いてあります。

抄録集の「リカバリーとハビリテーション」というのはどういう関係にあるかと言うと、ハビリテーションはリカバリーに不可欠なのですが、リカバリーはハビリテーションとかりハビリテーションではないんです。そのものではないのです。一般的に、精神病の知識がある方ならお分かりだと思いますが、「疎通性」というのは、自分の外界とコミュニケーションできるかということです。疎通できるかということ。「疎通性」といいます。「社会性」これはもうお分かりとおもいますが、「再構築が必要」であるというのは前提として、取り戻せない時間の経過と、社会的立場の、崩れてしまった社会的立場というものがあるわけです。なぜかと言えば、「精神障害者」という烙印を押されるわけですから、同じ社会的立場ではられないのです。

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」とも言えます。それは、再発の危険性があるということです。

「治癒」と「リカバリー」ということを考えてみると、必ずしも、治癒＝リカバリーではありません。治癒していなくてもリカバリーはあるのです。つまり、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、このことが行われれば、症状は残っていても、一度壊れた社会関係の修復ができるわけです。

つまり時々幻聴さんが聞こえたりとか、時々アップになったりダウンになったりしても、それを、どういうふうに対処していけばいいかという学習、そのときは頓服を飲めばいいとか、無視をするとか、お話しとか、仲良く付き合えばいいとか、いろんなことがあるのですが、それらを覚えていけば現実に適応できるのです。

そして、「根こぎにされることと病状の改善」ということがあります。「病状の改善」、これは言ってみれば治癒に向かう過程ですが、これは社会関係の回復とは同じではありません。当たり前です。入院期間等が、特に精神は長いです。短くて1か月、普通3か月、半年、1年間でも、別に珍しくないです。さすがに1年を超えると東京都の場合は「社会的入院」と言っています。医療観察法の場合でも1年半でだいたい治して出すというプログラムを立てております。ですから、1年以上、精神病院に入院していて、一定程度の社会性が、社会性というのは疎通性とか社会関係の作り方とか、人とどのようにして付き合っていくなど、事理弁識能力を持っているか持っていないかということですが、そこが「ない」ということは、それは医者が悪い、投薬の仕方が悪いと私は思っています。つまり病院としての機能を果たしていないということです。

一時期、日本精神病院協会（日精協）が、「いやあ、たくさん入院患者がいるのは、要するに対応困難などと言うか、治療困難な統合失調症の患者さんが多くいるんですよ」と言ったことがあります。でも、これは調べてみればすぐにわかることですが、ある年代に固まっています。今、その方たちが、高齢化しています。何歳から何歳までの一定の年代の人が統合失調症にかかりやすいのか、つまり難治性の統合失調症に罹患しやすいということは考えられるのだろうかを、逆に質問したいです。私は、あまりないと思います。つまり、だいたい難治性の統合失調症の罹患率というのは、年に何%で、それほど大きくぶれるはずはないのに、そういうことを平然と言うのです。それは結局、社会的入院というのを「治らないからだ」と言ってごまかしているだけです。

入院期間が長くなると同時に、精神障害者という立場を強制的に付与されます。入院期間が約3か月以上になると、荷物を整理され始めます。「根こぎ」にされるのです。社会との関係を根こぎにされ、社会に戻ってきたら、根こぎにされた社会関係を新たな「精神障害者」という立場から再建しなければならぬわけです。

それには多くの困難を伴います。一つめは、服薬のサイドエフェクト、副作用があります。疲労感、のどの渇き、肥満、疲れやすいとか、あるいはしょっちゅう歩き回ってしまうなどの、サイドエフェクトです。

とは言え、サイドエフェクトが嫌だ、太りたくないということによって薬を飲まないという選択をすると、再発のリスクが高くなります。私はてきめんにアップになります。

二つめは、差別偏見が根強いというのは当たり前です。場合によっては適法に差別されます。適法に差別されるというのは、これは、国民誰もが保健所に通報することができますが、「あそこにおかしい人がいますよ」と、連絡され、そうすると保健所は、「おかしな人」がいると、調べ始めます。精神保健福祉法には、保護者というのがいることになっていて、「保護者は精神医療を受けさせる義務がある」と書いてあります。罰則規定はありませんが、保護者に言いつけたり何かするわけです。あるいは主治医がいたら主治医に言いつけたりするわけです。この条項があまり今、機能はしていませんが、いわゆる「自傷他害の恐れがある」という場合は、措置入院ということで無理矢理入院させられます。指定医が必要性を認めて保護者がハンコを押すと保護入院になります。措置入院、保護入院になるというのは、つまり一般人には起こり得ないです。一般人には強制医療はないですから、それで適法に差別されているわけです。

なぜハビリテーションかというのは骨折と切断の違いです。考えてみればわかると思います。私が言っているのは、服薬継続はある種の人々にとっては車いすであるというように思っています。それは、脳の中の写真を撮ってみると、確かに原因か結果か分からないのですが、精神障害を持っている人の脳は、ある異変が見られます。これは明らかにインペアメンツなわけです。そして、Psychoの部分薬を薬で治せば障害がなくなるわけではなくて、薬は単なる補助具です。大阪の精神医療人権センターの山本深雪さんも、補装具だと言っています。

そこで、新たな社会関係の構築はハビリテーションになります。ハビリテーションと精神障害者の人権です。差別から始まるわけです。困難な生活上のスキルを認めるということです。例えばホームヘルパーを私たちは使っています。ホームヘルパーは訓練等給付ではありません。つまりリハビリではなく、介護です。我々はホームヘルパーに「あれせい、これせい、一緒にせい」と言って、能力開発されたくないです。それはリハビリだと思いません。私たちが言っているハビリテーションというのは、新しい対処の仕方を学ぶのであって、ヘルパーを使うことを学ぶのであって、ヘルパーと同じ能力を持つことを学ぶことではありません。リハビリテーションではありません。そういう意味でヘルパーは **Reasonable Accommodation**。理にかなったお金のかかる接遇です。

また、ハビリテーションには限界があります。つまり能力の開発には、絶対に限界があるのです。リハビリにも限界があるのかもしれませんが、どういう限界があるかと言うと、具体的に言ったら薬を飲み続けなければいけないという限界があります。社会の側に合理的配慮の義務がありますし、万能の医療の可能性は今のところはありません。

合理的配慮の義務があるということについて、一言だけ権利条約に関連して、お話ししておきます。「他の者との平等の基礎に基づいて」という言葉が権利条約の中で多用されています。 **On an equal bases of others** です。しかし、権利条約は決してアファーマティブ・アクションを否定するものではありません。選択的に障害者にだけ、障害者に先に仕事を回すということは別に権利条約で規制されているわけではないです。むしろアファーマティブ・アクションこそが必要だというように思っています。特にそれは精神障害の分野でもそうだと思います。以上です。

佐藤 はい、どうもありがとうございました。精神障害の場合は、リハビリテーションと言うよりは、「ハビリテーション」プラス「合理的配慮」という、この二つを中心に考えていく必要があるという、お話をされたかと思います。

以上の4人のパネリストの話を受けて、休憩後に、フロアの皆さんから、活発な質問・意見などを出していただいて、「リハビリテーションと障害者の権利」ということに迫っていきたいと思います。

## 【休憩】

佐藤 それではディスカッションのセッションに入っていきたいと思います。4人の報告は、焦点が違っていますので、どなたに対してでもよろしいですので、質問、ご意見などを出していただければと思います。

会場 社会事業大学の高橋先生と、上村さんに質問をします。

高橋先生のところのアブストラクトといいますか、抄録集38ページ「障害者の家族と社会(2)」の、「家族規範と家族責任」に、矢印で「社会資源としての家族」という形で書かれています。この関係性について、家族規範のもとにおける家族責任論というのがあって、それが社会資源としての家族として、家族に対する社会的抑圧がなされているというとらえ方なののでしょうか。私は全然違うとらえ方を従来からして、家族責任論というのがすごく強い中において、「社会資源としての家族」というようなとらえ方をすべきであって、そうすれば社会資源としての家族に対するファミリーサポートのような、一つの社会政策が可能ではないかと思います。もっと家族というものを機能論的に分化してとらえていくべきなのに、我が国においては家制度等の流れの中で家族責任論だけやっていく中で、家族の機能に対する評価がない、それが問題ではないかというとらえ方をしていましたので、もう少しご説明をお願いします。

上村さんには、岐阜の事例で、自立支援法が知的障害に偏重しているということでしたが、具体的にどういう状況なのでしょう。我々は逆に感じて、知的障害の立場から見ると、身体障害に偏重しているのではないかという思いを持ち続けていました。具体的なことを教えていただきたいです。以上2点です。

佐藤 では、家族の問題で、高橋さんからまずお願いします。

高橋 家族メンバーが複数いる場合、家族員のそれぞれは「個」であるはずなのに、家族の愛情の絆などの規範のもとで個を埋没させて一体と考えられている。一体的と考えられたその中の人たちは、すべての責任を負わなければいけないというような考え方があるのではないか。そのため、家族の機能を評価すると言うよりは、「家族」ということだけで最初から社会が、家族に全面的に障害者に関するあらゆる責任を押しつけてしまうと言う意味で「社会資源としての家族」と使いました。

佐藤 ここの中では、家族を社会資源として見るような見方は良くないということ、高橋さんは言っているわけですね。それは家族責任論になってしまうということ、

高橋 そうです。家族員一人ひとりが個であるが、個としてみられない、ひとかたまりとしてみられ

て責任が課せられるという意味です。

**佐藤** 質問された方は、そういう役割が家族にあるという、家族員で相互に支え合うという機能があるということ、むしろ位置づけたほうがいいということですか。

**会場** 佐藤先生のおっしゃるとおりです。日本の、實際上、社会保障制度そのものも家制度から脱却されていないし、世帯的なとらえ方が生活保護等もありますから、暗黙のうちに家族に対する責任論としてきますし、かぶさってきます。その反発という感じで、家族の持つ機能とか役割についての、私は適切な評価がなされていないという感じがするわけです。特に発達期の未成年の場合において、家族というのは、自然に未成年後見が家族に来るわけです。家族と言うか親です。であるとしたら、それを前提としたサポートシステムを考えていかないといけないのに、インディヴィデュアルな、個別の家族成員があるのは事実ですが、いわゆる「ファミリー」としての機能というものを、一つの社会資源としてとらえていく、そしてまた発達期においてはもう必然であるわけですから、それは抑圧とか云々よりも、家族の役割を評価し、個に対する支援は発達期においては特に、家族における支援とイコール関係で、ある面ではその時期においては家族は当事者であるという視点からやるべきだという考えを持っています。大人になってくると、これはまったく変わるはずであって、その成人と未成年の間の分け方とか、それに伴う役割機能等を分けて論じていかないと、ちょっと現実的ではないし、機能的にも役割が十分なされないと思います。それゆえに結果として無権利状態になり、何かあったら家族の責任と言われ、何かあったら家族が権利侵害するんだみたいな、個もないような議論が続いていくんじゃないかと思っていましたので、その部分について、今後の研究を進めていただければと思っています。以上です。

**佐藤** 高橋さんの報告は、主に成人の障害者の家族関係を中心にお話をされたのかと思います。高橋さんの話の中で、私もかつて見聞きしたことで、欧米だと思いますが、どちらかが障害者の夫婦で、ヘルパーさんが身辺介護で、トイレか食事か何かしていました。たぶん奥さんが障害がなくて、非常に健康な体で、介護しようとするばできる状態でしたが、介護はしないでヘルパーさんに来てもらって介護を受けています。夫婦で2人の暮らしができて、会話だとか見守りだとかの情緒的な関係はよくやっていて、身辺介護のみ職業、サービスを活用しているということでした。

これは、日本ではなかなかないだろうと思います。夫婦で、片方が介護する体力があるのであれば家族がまずやるべきというのが、日本の一般的な考え方だし、特に行政はそういう考え方をかなりします。それは介護保険法で、介護の社会化ということで変えようという意向もありますが、なかなかそうにはなっていません。それを考えると、質問された方が提案されたように、家族の責任、家族の機能というのは、経済的、あるいは情緒的な機能が家族の役割だと思います。身辺介護などは、むしろ社会がやるべきで、家族の位置づけを明確にしながら進めていくということが、きちんと議論されるといいなと思いました。「みんな家族の責任だ」という言い方と、それへの機械的な反発とで、にっちもさっちもいかないということではまずいのではないかというような議論がなされたのかなと思いました。どうもありがとうございました。

他に、家族のことにに関してどなたか、関連する意見とか質問とか、あれば出していただければと思います。

関口 私は地域活動支援センターI型にいますが、精神障害者は、ご両親がいても別居して生活保護を受けているという方が結構いらっしゃいます。介護保険からずっとそうだと思いますが、家族の機能の代替をそういった福祉サービスみたいなものが担っていくという流れが前提としてあると思います。家族がもう核家族になったりとか、壊れてきたりとか、機能を十分に発揮しなくなってきたと思うのですが、今までプライベートなことでやっていた部分がパブリックなものに動いていく、引き受けていくという流れは、もうこれからも変わらないのではと思っています。

佐藤 そうですね。ドイツの介護保険では、家族介護などに介護保険のお金が出ていたり、スウェーデンでも、そういう方向といいますか分かりませんが、介護休暇とか、いろいろな手当が考えられているので、日本でも、制度論、政策論としても、きちんと議論しなければいけないと改めて思いました。

では、上村さん、自立支援法における就労支援関係のことが、知的障害が中心とはどのようなかについて、よろしくをお願いします。

上村 自立支援法の中で、いろんな取組みがなされていますが、その中に、地域の中でネットワークを組んでいく、そのネットワークの中心に置かれているのが就業・生活支援センターであると思います。岐阜県でも長期構想が出されまして、今後は就業・生活支援センターが、これからの自立支援法並びに岐阜県における長期構想の中心的・中核的役割を持って、ということが謳われています。

自立支援法が立ち上がる時から岐阜県においては、なぜかその就業・生活支援センターが、既存の知的障害の人たちの社会福祉法人にしか許可が下りてないのです。それに対して、色々な所に問い合わせをした結果、その窓口である、その当時の担当者が漏らしてくれたのは、それまでの自立支援法ができるまでであった知的障害の人たちの施設のアドバイザー職に対して出た助成金がなくなったことによる対応措置で、岐阜県はそうするという言い方をしてきたんですね。

それが私の中では、ズートと理解できず、いろいろ自分なりに全国の就業・生活支援センターがどうなっているだろうと調べて見てみました。全てに問い合わせをした訳ではないのですが、岐阜県のように100%ではないにしろ、圧倒的に、知的障害の施設のところに下りているのも現状でした。そのようなところから、言葉足らずで、今のような発言ですと、誤解を招くことになるかと思いますが、私の中では、そんな理解もしておりましたので・・・。

佐藤 はい。よろしいでしょうか。はい、では、どうぞ。

会場 私は、センターを作ってきた者として、上村さんのご発言は、必ずしも正しい認識ではないということと、それから、知的障害の施設の人たちですが、全部の障害の方々に対応しようと、かなり努力をしていますので、そうおっしゃらないでいただければありがたいと思っております。

質問は、奥野先生にお伺いすることになると思いますが、「リハビリテーション」という言葉と「社会福祉」という言葉、あるいは「障害者福祉」という言葉を、きちんと定義をしていないとおもいます。我が国では、リハビリテーションといいますか、先生がおっしゃる「社会リハ」という言葉が、的確に使われなければいけないということも含めてですが、我が国の法律の中で「リハビリテーション」という言葉が出てくるのは、おそらく「障害者の雇用の促進等に関する法律」だけだと思います。「リハビリテーション」をどのように定義をするのか。そしてその上で、いわゆる権利とどのようにリンクをさせていくのかということをしなくて、私たちが使っている「リハビリテーション」が「医学リハ」に偏つ

ているということも違うだろうと思ったりしますので、どのようにお考えなのか、お伺いをしたいと思います。以上です。

**奥野** 「リハビリテーション」については、スライドで、医学的リハ、職業リハ、社会リハ、教育リハ、リハ工学等によって総合的なものであるという説明を一応はさせていただきました。「社会リハビリテーション」と「障害者福祉」は同じであるというような理解のされ方が日本では非常に多いと思いますが、「社会リハビリテーション」と「障害者福祉」はどう違うかということ、私がいつも説明しますのは、「社会リハビリテーション」は、障害のある方が「社会生活力」をつけるための支援です。専門職、特にソーシャルワーカーや心理の専門職を中心にして、障害のある方が育つ過程から、本人自身が自分を適切に理解し、自己決定して、社会の中に充実した生き方を実現できるような力を作る。そういう意味では「社会人」として生きるために必要な様々なものを身につけることです。社会生活力を身につけるためには、家族の方の接し方がお子さんのときには非常に重要です。家族がすべてを決めてしまうのではなくて、本人自身が考えて決定できるような育て方をしていく。青年や成人にとっては、社会リハビリテーションのプログラムが「社会生活力」は身に付けるために必要と思っています。

「社会リハビリテーション」は、「障害者福祉」の中の本人の力を高めるための支援のサービスであり、プログラムです。私は国立リハセンターでソーシャルワーカーをしていましたが、そのときの個別の面接であっても、本人自身の力を高めるような視点での面接を行ってきました。1対1でもそういう支援をし、またグループに対しても、ホームルーム等において、社会生活力を高めるようなプログラムを行ってきました。したがって、「社会リハビリテーション」と「障害者福祉」とは同じではないということです。リハビリテーションによって能力を高めても、障害が残ります。その残った障害の部分のカバーするために提供する様々なサービスであって、所得保障であるとか様々な介護サービスであるとか、様々なサービスの提供部分が、障害者福祉の中で重要であろうと思っています。

さらに国際障害者年の「完全参加と平等」というテーマを実現するためには、従来の「障害者福祉」では不十分であるということで、「障害者施策」となりました。各省庁が対象とするサービス対象者は日本国民であり、日本国民の中に必ず障害のある国民がいますので、あらゆる省庁が障害のある国民のことも考えた上で施策を行っていかなければいけないということです。これが障害者施策であって、一番大きな概念であると、私は位置づけています。

**佐藤** 今の質問に関連してなんですが、障害者雇用促進法の中では「リハビリテーション」という言葉が使われているわけですね。「職業リハビリテーション」という言葉ですか、それとも「リハビリテーション」とですか。

**会場** 「リハビリテーション」です。

**佐藤** 「リハビリテーション」という言葉ですか。奥野さんにお聞きしますが、自立支援法も含めて、福祉関係の法律などでは使われていない、「リハビリテーション」という言葉では使われていない、かつて身体障害者福祉法の「更生」というのは、カタカナがいけないから日本語にしたということで、使われているとも言えるわけが、今では、その「更生」という言葉も評判が悪いということで、なくなっています。そうすると障害者基本法とか、障害児教育関係の法律とかでも「リハビリテーション」という言葉は、雇用以外のところでは法律上は登場していないですか。

奥野 「障害者の雇用の促進等に関する法律」の中で、「職業リハビリテーション」という用語が使われましたが、それ以外のところでは、障害者関係の現在の日本の法律ではどこにも使われていないように私は思っています。しかし、「障害者自立支援法」の具体的なサービスを説明する厚生労働省の資料には、先ほどのスライドにも示したとおり、自立訓練の中の「機能訓練」にはカッコして「身体的リハビリテーション」、「生活訓練」のところでカッコして「社会的リハビリテーション」という用語が使われています。しかし「身体的リハビリテーション」という用語は昭和40年代に使われていたように思いますが、その後はほとんど使われていないと思います。

また「社会リハビリテーション」については、リハビリテーションの一分野としての英語Social Rehabilitationを、昭和40年代に「社会的リハビリテーション」と翻訳しました。職業リハビリテーションについても、当時は「職業的リハビリテーション」と翻訳されましたが、職業リハビリテーションのサービスがきちんと位置づけられてくるに伴って、現在は「的」をつけずに「職業リハビリテーション」の用語が定着しています。「社会リハビリテーション」についても同様に考えます。

今回の障害者自立支援法の中で「身体的リハビリテーション」とか「社会的リハビリテーション」という用語は、昭和40年代の用語が復元してきたようで、どういうことだろうかと思っています。

佐藤 介護保険法では、介護保険給付の中のメニューとして「訪問リハビリテーション」だとか「通所リハビリテーション」とかね、いくつかあります。障害福祉の法律にないし、障害者基本法の中にもないことによって、特に「総合リハ」という、奥野さんが強調されている総合的であるというリハのことを考えると、障害者基本法の中で「リハビリテーション」という言葉が登場していないということは、何か問題を起しているのではないかと思うんです。あるいは障害者基本法の中に「リハビリテーション」ということを位置づけることによって、このように事態を改善することができるか、基本法と、リハビリテーションという、基本法におけるリハビリテーションの位置づけみたいなことで、何かお考えのことといたしますか、位置づける必要はないだろうかと思いますが、いかがでしょうか。

奥野 法律の中には使われてないというのは、当初は日本の法律にはカタカナ語は使わないという国の方針からという単純な話だと私は思っています。しかし日本では、1983年から1992年までの「障害者対策に関する長期計画」、1993年から2002年までの「障害者対策に関する新長期計画」、さらに2003年から2012年までの「障害者基本計画」においても、基本的な理念として「リハビリテーション」と「ノーマライゼーション」がはっきりと書かれています。これらは法律ではありませんが、障害者施策として重要なわが国の基本計画において「リハビリテーション」のカタカナが使われていますので、そういう面では公的に認められている用語であり、今後は「リハビリテーション」の用語が諸法律に正式に扱われ、障害のある人の権利として位置付けられる必要があると思います。

会場 学問体系として「リハビリテーション」という言葉が、我々の領域ではなかなか成り立たなくて、今回だってこの「総合リハビリテーション」とは言うけれども、いわゆる学問体系の中で「総合リハ」を標榜される場所というのは、すべからくOT、PT、ST、そういった方々の養成のところであって、本来「総合リハ」で唱えるべき人間復権という思想というものを、本当に多くの人たちに知らしめる機会を失ってしまったなという、単純にそれだけの思いです。願わくば、そういう意味合いでの復権をはかりたいものだという思いがあるので、ご質問したまででございます。

佐藤 他の論点でも結構ですのでいかがでしょうか。

**会場** 私はずっと地域リハビリテーションという分野で活動をしてまいりました。リハビリテーションに関するお話を伺っていて、一つは指摘事項と、もう一つは違和感がありましたので、発言いたします。

我が国の法律の文言に「リハビリテーション」という言葉が使われていないというお話がありました。少なくとも介護保険法の第1条とおもうのですが、カタカナでそのまま「リハビリテーション」という言葉が使われております。その意味は、多分に取り違えられている部分はあるかも分かりませんが、カタカナとして入っていることは、ちょっと一つご指摘したいと思います。

それから違和感という点に関してですが、どうもリハビリテーションということが我が国の障害者に関する法律と何か取り違えて、すり替えられて何か議論されているように私には聞こえてしまいました。決して障害者福祉の制度論の話とリハビリテーション論というのは、これイコールではないのではないのかなと思っております。

もう少しここで「リハビリテーションと障害者の権利」という分科会ということでもありますので、我が国の制度、障害者福祉というその制度、これは現にそういうものがあるということは事実ですが、その制度の枠組みの中で議論するのではなくて、例えば社会福祉法では最近「地域福祉」というふうな言い方も出てきております。例えばそのような、制度で人を見ていくという考え方ではなくて、総合的に、地域で暮らす人をどう支援するべきなのかを「リハビリテーション」という観点から見るとどうということ、理念的な、あるいは理想的な部分も含めてご議論いただきたいと思います。

**佐藤** はい。ありがとうございます。リハビリテーションというのは、奥野さんも強調されていたように、目的・理念とともに、それだけではなく、具体的なプログラムやサービスと、両方の面から総合的に見ていく必要があると。障害者自立支援法も、それを達成する一つの資源の一部であるというような位置づけが必要で、その通りではないかなと思いました。

**関口** 先ほど参照できなかった部分について、「リハビリテーション」というのは「適応のための技能の習得」というように「ひなまつりバージョン」ではカッコして訳しています。条約26条では、「リハビリテーション」というのは「再適応のための技能の習得」ということになって「精神的、社会的、職業的能力を達成し、維持し」と、「維持」が入っているので、これはもしかしたら期間が定まらないのかなという若干の恐れがありますが、とにかく自発的なものでなくてはならないということは書かれています。

**佐藤** はい。私から奥野さんにお伺いします。障害者自立支援法で、リハビリテーションの総合性が困難になった面があるのではないかというご指摘だと思いますが、従来の「ハコモノ」にお金を出すという考えが、サービスごとに出すというように変わったようです。ですから入所施設でも、夜間のケアの部分だけは出すけれども、昼間のお金は出しませんとか、1か月いくらではなくて、通所した日、何日通所したかによって出すようです。厚労省によれば、国民の理解、納税者の理解が得られるように、使ったサービスについてだけお金を出すという仕組みになったということで、いろいろサービスを分けしています。そのために奥野さんが指摘されるように総合性という点では問題が出てきたのではないかと思います。

ケアマネジメント、サービスマネジメントの制度ができたので、そこがいろんなサービスを組み合わ

せて使う、総合的なリハビリテーションを可能にすることになるのではないかと。また日割り制度なども、生活訓練の日に月・火・水と行って、木・金と自立訓練、機能訓練のほうを使うとか。就労の訓練と、それから生活の訓練とを組み合わせるとか。日割りで、曜日でこう分けて使うとか、そういうケアマネジメントがうまくできれば、むしろ従来よりも自立支援法のほうが総合リハを実現しやすい器が与えられたのではないかと、厚労省の味方になって言えば、そんな言い方もできるのかと思いますが、いかがでしょうか。

**奥野** 佐藤先生がご指摘していただいた部分について、私から思っていることを述べさせていただきます。従来「更生」という用語「リハビリテーション」を、漢字で「更生」という用語を使っていて、身体障害者の更生施設としては、「肢体不自由者更生施設」「知的障害更生施設」「重度身体障害者更生援護施設」など様々な施設がありましたが、それらのリハビリテーションの場で、総合的なリハビリテーションを行えるような職員配置がなされていたかという点、現実にはなされていませんでした。従来も問題だらけだったわけですが、実際には、総合リハセンターとして病院部門を持っていて、PT、OT、ST等もいて、職業リハビリテーションの専門的サービスや専門職もいるというような、たとえば、東京都心身障害者センター、神奈川リハ、埼玉リハ、横浜リハとか名古屋リハというような総合的な機能を持ったところでは、総合的なサービスが提供されてきました。

しかし、法律が変わったことから、事業のメニューが変わり、「自立訓練」であるとか「就労移行支援」に分断されてきた中で、佐藤先生から「ケアマネジメントの機能を十分に使って活用すればより良くなるという面はありませんか」、というご指摘をしていただきましたが、現実には今回の制度改正の日割り計算によって、今までの総合リハセンターですら、リハビリテーションサービス提供に必要な職員配置ができなくなっている状況もあるようです。例えば、社会リハビリテーションを行うようなプログラムを担当する職員が、三交代勤務の介護の職員以外に数人配置されていたリハセンターで、それらすらカットされてきたなどです。実際に正式な職員を十分に配置はできない、そのような財政的状況になってきたということがあると思います。

もう一つは、いろいろなサービスを様々な場所で利用したらいいのではないかという議論については、それぞれの別の場でサービスを利用するときに、施設で生活している方も、在宅の障害の方も、様々な場所に行くための移動サービスが保障されているのかということ、それすらない中で、どのようにいろいろなサービスを活用することができるのかという現実的な問題があると思います。

さらに、「障害者ケアマネジメント」を行って、その中で保健、医療、福祉、教育、就労等、様々なサービスを活用していくときの一つのサービスとして、本人が必要とするリハビリテーションサービスを活用していくということが本来の方法だと思いますが、その障害者ケアマネジメントの体制すら、今はできていません。すべてができていない中で、私は良い見通しを持つことができない状況です。

**佐藤** それでは、時間になりましたので、このへんでこの分科会を閉じたいと思います。「リハビリテーションと障害者の権利」ということで、4名のパネリストに報告をいただきました。また、フロアからもいろいろ質問をしていただいて、より議論が深まったかと思えます。障害者自立支援法も新しいものができて、その見直しの時期に至っています。今日の選挙の結果で、もう法律そのものをやめてしまえ、というような政党が勝つ可能性もあったりして、非常に大きく揺れ動くと思えます。一方では権利条約の批准、それに伴う国内法の見直しということも課題になっているという中で、リハビリテーションをどのように位置づけるのか。また専門職などがどのように関係するのか。

この埼玉県立大学なんかも加盟して、保健福祉医療の連携教育学会というのが立ち上げ、チームワー

クで、どのようにして専門性を尊重しながら、チームでいい支援を障害者・高齢者に提供するかという  
ような議論がされているという動きもあるので、その中でリハビリテーションはどうあったらいいのか。  
障害者の権利・主体性がどう保障されるのか。今日の上村さんのお話では、専門職とか支援者は活用す  
るけれども、むしろ中心は、本当に文字通り障害者自身の願いであり、頑張りであり、それぞれの目標  
がどのくらい本人自身また周囲が尊重できるかというようなことがカギだという話も聞いたかと思  
います。そういうものを生かしながら、これからのリハビリテーションを進め、その中でのヒントを、一  
つでも二つでも、今日の分科会からもらっていただければよかったかなと思います。どうもご協力あり  
がとうございました。シンポジストの皆さんもお疲れ様でした。ありがとうございました。

以上

# 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」

## 分科会2 アクセシビリティの確保

高橋 それでは分科会2「アクセシビリティの確保」を、始めさせていただきます。私は、東洋大学の高橋と申します。この分科会のコーディネーターをさせていただきます。

お手元の抄録集に本日の資料でありますレジュメが収められています。この分科会は「アクセシビリティの確保」ですが、本研究大会の中では、ややマイノリティのグループではないかと思っております。

本日の内容ですが、まずパネリストの皆様方にお話をいただき、後半は、皆様方の参加によって活発なご議論を期待したいと思っております。どうぞよろしく願いいたします。

全体の趣旨ですが、私のレジュメの中に討論の趣旨ということで綴じてあります。私どもこの4名は、比較的頻繁にいろんな所で会い、仕事を一緒にしたりしている仲間といえます。専門は、河合さんがリハビリテーション工学、関根さんがユニバーサル・デザインをベースにした情報の開発あるいはシステム、ネットワークの構築に関わっていらっしゃいます。それから秋山さんは交通問題の専門家、私は建築関係ということで、一見バラバラなように見えますが、このリハビリテーションという全体の枠組みの中でも、いかに社会環境を統合して連携をしていくかという重要なテーマの一つではないかと感じているところです。

もちろんその連携・統合というのは、なかなか容易なことではなく、これまでも20年来、当たり前のように言われ続けてきました。いろいろな専門分野で連携と言われ続けていましたし、あるいは障害を持っている当事者のグループ、高齢者のグループ、子育てのグループといったようなグループ間でも連携の重要性が指摘され叫ばれてきました。しかし、なかなかうまく具合にはいっていないということが、皆さん方、お一人ひとり感じているところではないかと思えます。それをどのようにつないでいって、住みやすい、安全・安心な街を作っていくか、あるいは環境を作り、情報の提供が行われるかということになろうかと思えます。

では、最初に、河合さんをお願いします。多少自己紹介的なことも入っていただいても結構だと思います。今日、会場にいらっしゃる参加者の皆様方は、どういう専門の分野か、分かりませんが、ひとまずパネリスト方のご発言を聞いていただいて、後ほどひと言ずつ、ご挨拶を兼ねご発言いただければと思っております。それでは河合さん、よろしくどうぞお願いいたします。

河合 河合です。埼玉県総合リハビリテーションセンターの相談部福祉工学担当に所属しています。ほとんど自己紹介みたいなところでプレゼン自体は終わると思います。と言いますのは、実行委員ということもあってメンバーには入れていただいたんですが、私以外は、私の先生方3人という位置づけなのです。いろいろな知識をいただいている3人の先生の話を知りたいとので、私がこの分科会の企画をしました。

まず私の立場ですが、リハビリテーション工学という分野に関わっています。「アシスティブ・テクノロジー」と最近言われて、「支援技術」という日本語訳を付けられているのですが、私個人としては「リハビリテーション・エンジニアリング」にこだわりたいと思っています。それは、後で詳細は関根さんからあるかと思いますが、「ユニバーサル・デザイン」という言葉を知ってから、まさに対極の仕事だと思ふようになりました。「アシスティブ・テクノロジー」が対極という方もいらっしゃいますが、そうではなく「モノを作る」ということです。より重度な重複した障害の方に個別支援をするためには、やはりテクノロジーでは駄目で、エンジニアリングでないと駄目だろうという考えで、私は「リハビリ

ーション・エンジニアリング」という言葉をよく使っています。

そこで、なぜ今回パネリストに加わったかということですが、総合リハビリテーション研究大会であるのに、分科会テーマに「リハビリテーション」の用語がないので、リハビリテーションということを入れたということです。あとは、ICFによって位置づけが以前とは変わってきていますので、そのICFについて考えると、リハビリテーション・エンジニアリングの立場からも、ぜひアクセシビリティにひと言、言いたいということで加わっています。もちろんアクセシビリティはすべての人にとって必要な概念ですし、逆に国際的にはリハビリテーションの重要性が権利として今、提唱されていますので、アクセシビリティももちろん重要だと思います。

まずリハビリテーション工学の危うさについて、説明します。リハビリテーション工学は基本的にはシーズを持っている技術者と、ニーズを持っている障害をお持ちの方が、相互に同じ目線でディスカッションして、それぞれ個々の意見を吸い上げて、モノによる解決ができるものであれば、モノを作るというのが基本的なアプローチだと思っています。ですからモノによる解決ができないものは、モノを作れないというところで、何年かやってきていました。

私自身は平成2年、1990年に埼玉県総合リハビリテーションセンターに来ました。埼玉県総合リハビリテーションセンターの隣は、ゴミの焼却場です。最初はあまり考えなかったのですが、私が作ったものを捨てたいというお母さんからの連絡がありました。障害のあるお子さんのために作った機械を、本人が大きくなったので捨てたいということでした。「邪魔だから捨てたい」とは作った本人にはなかなか言えないと思うので、捨てたいというときに「分別どうすればいいですか？」と尋ねられました。その時に、非常にまずいなあと思いました。それは、人と接する部分は紙や木で作り、中に電子回路を入れていました。電子回路をむき出しにするのは、当然家庭の中で使うには非常に問題があるので、プラスチックで充填して外せないように作っていました。その時になって、捨てることを考えて、社会とどのように、作ったモノが適合していくのかということまで考えなければいけないと思いました。単純に作るだけでは、駄目だというように考え方が変わってきました。

では実際にどのようなものを作っているのか、ご紹介したいと思います。図は、脳性マヒの方です。自分の力では座れず、アテトーゼの非常に強い方で、自分で座るような椅子を作るために、「採型器」というものに乗っている様子です。



自分の力で座れない方の場合は、リハビリテーションの流れとしては、厚生労働省が決めた制度の中では「座位保持装置」という物を使って座ることができます。それで、座ることができれば、移動するためには介助であれば車いす、自力であれば電動車いすというようなレベルのものの機器適用をします。次に、椅子と黒い部分がお尻です。足と足が交差していて、両足の間をちょっと盛り上げるような形、

ポメルと言いますが、そのような形をとって、腰の傾斜に合わせた座面部を作ります。それから重度な脊柱の側弯があるので、後ろ側については、通常はこの黒いところにビーズが入っているのですが、空気を抜いてその人のお尻の形にぴったり合わせて作ります。変形が激しい場合は、逆にウレタンを、後方にビニール袋が見えているかと思うのですが、その中に入れまして中で発泡させます。化合させて泡状の空気とともにウレタンを成形して、その人の背中の中の形を作るというようなものを作ります。

最終的には、在宅まで帰ることはできませんでしたが、実際にどういう形をとって自力移動できるようになったかという写真をお見せします。首はどうしても左側を向いてしまい、自分の意図と反対の方向にということになりますので、ある程度正面が向ける範囲のところでは首にはカラーを巻いて、お尻と背中のところをぴったり作りましたが、前に倒れてしまうので、左の前の受けにパットというものを付けています。それで、左足の前方にアームを組みまして、その先に付いているのが呼気スイッチですけれども、呼気スイッチで前方に移動するとか、その場で回転する、それから後方に行くというようなところまで指示して、センター内はある程度の範囲、ちょっと介助とか見守り程度のことがあれば自力で移動できるというようなところまでしました。



次に、危うさについて説明します。



この写真の電動車いす自身は私が作ったものではないのですが、彼の胸受けのところを私が作りました。彼は自力で座れません。年齢は私よりも大分上になりますし、いわゆるリハ訓練を十分に受けられなかったこともあって、左手は前方ですが右手は後方にあります。この方の場合は、いわゆる腹臥位という腹ばい以外にできません。足も拘縮しておりますので、この方を、先ほどお見せしたような採型をしたとしても自力ではちょっと座れないのです。

それで車いすと電動車いすについては、彼のような形でも作ろうと思えば作れますが、彼はアクティブな方なものですから、自動車に乗りたい、バスに乗りたい、鉄道に乗っていろいろな所に行きたいと

いうニーズがあります。また最後には、飛行機に乗る必要もあるわけで、そうなったときに、リハビリテーション・エンジニアリングだけでは、作れないのです。自動車の段階で作れません。

もちろん自動車をどうにかというアプローチは、今まで東京都を始め、神奈川県とか大きい都道府県ではありましたが、埼玉県でのアプローチはこれまでありませんでした。あったとしても現実的には自動車を作ることはできません。ここでやっぱりハタと困るわけです。それから5年ぐらい経ったときに、ここにいらっしゃる秋山先生が企画されたツアーに参加しようと思いました。もう車いすだけを作ってもその先が無いという考えからでした。既に数年も経ちましたので、ブレークスルーがないとこのままやっていくのは辛すぎるということで、「先進地域が見に行けるよ」という言葉にのって、ドイツとスウェーデンとデンマークに行き、旧型のものもあったようですが、いろいろなバスを見せていただきました。

また、翌年もアメリカの公共交通機関を見に行くことができました。アメリカではアトランタの首都高速、それからロチェスターのバスです。今日、会場の埼玉県立大学に来るときもワンステップバスでしたが、いわゆるそういうバス自体が低くなって車いすでも容易に乗り込めるようなものに初めて乗りました。それからいろいろな、ドアツードアですね。マサチューセッツ湾岸交通公社、そういういろいろな交通システムを見させていただきました。それから、最後にポートランドのトライメットというところでは、乗務員教育担当の方にお話を聞くことができました。障害のある方が、バスの運転手さんにいろいろな指導をしているとお聞きしました。いろんなことがアメリカでされていることを知り、私は非常に驚きました。

この経験を通して、とにかくユニバーサル・デザインはすごいと感じました。まったく自分と反対のことをやっているのですが、とても多くの人に影響があり、もうユニバーサル・デザインを知らないでは、すまされないというのが、印象に残りました。

また、スウェーデンでは、テクニカル・エイド・センターを見学しましたが、かなり厳しい対応をされて、ヨーロッパ型の研究開発は、私とは合わないとも思いました。それより前3年間行ったアメリカでは、通常はリサーチと、デベロップメントということで、日本語にすれば「研究」と「開発」ですが、うまく行けば商品化する、コマースャリゼーションだったと思いますけれども、テクノロジー・トランスファーというようなことを強調されました。これは日本でも作業療法士さんに、いかに自分が作ったものを使ってもらえるかという技術移転みたいな話を、他の研究機関と一緒にやっていたこともありまして、自分がやっている方向性は合っていたという安心とともに、この流れの中に必ずクリニックを入れるということが非常にインパクトがありました。リハビリテーション・サービスとユニバーサル・デザインは、とにかく欠かせないというのが理解出来たのが、14年前ぐらいの話です。

秋山先生とのおつきあいはその頃から始まりました。その後、埼玉県の福祉のまちづくり条例の改正ということに、県の職員として関わるのが何年かありました。改正時期は、平成16年にしましたので、それより2年ぐらいでしょうか。県庁の中で作業部会があり、いろんな立場の方が集まって、月に何回か会議をしました。そこで、すごく感じたのは、情報へアクセスできなければモビリティの確保にはならないということです。まちづくりですから、ほとんど会議の出席メンバーは建築の方、それから土木は県庁の交通政策の方です。その方々がいろいろな物の提案をされるのですが、そういう情報をどうやって提供するかという話がほとんどありませんでした。当然、改正のときは患者さんたちや当事者のヒアリングみたいな話がありましたが、それ自体の広報がうまくいっていないと思いました。県庁としては良いことをやっているのに、せっかく良い条例を作ろうとしているのに、情報にアクセスできないと本当に使えないということを実感しました。

また、一緒に建築の方と仕事をするのが初めてだったということもあるのか、「知らなくても大丈夫」という意見が結構あり、「作ってしまえば大丈夫」というような過信があるように思いました。それは今日もですが、私は緊張するとトイレに行きたくなるのです。トイレがどこにあるかを事前に知らなくても大丈夫って思っているのは、通常のトイレに自分がアクセスできるっていう過信をしているからです。本当に行った先でトイレがあるかどうかというのは、本当は情報へアクセスしておかないと分からないわけです。トイレの選択肢については、すごく思い知らされました。自分は大丈夫と思っても、実際は情報にアクセスしないとまずい方もいらっしゃるという配慮が、まちづくりには非常に必要だと思いました。もちろんトイレだけではないのです。

次に移動については、モノを作るといことはお金がかかりますので、人的配慮、ソフトウェアの対応でも可能という意見が結構ありました。しかし、ソフトウェアだけで対応するというのは非常に危険だということも分かりました。移動というより移乗と考えていただけると簡単かと思うのですが、リフトに対しても過信していると思います。私は、まちづくり条例で、かなりの大きい施設には天井走行リフトが付けられるような対応をするべきじゃないかという提案をしました。実際には、「何言っているのですか、河合さん」というひと言で終わってしまいました。トイレの中にそういう移乗上の台やベッドを付けても、移すときは人的にやります。すると、実際はトイレの中で、落ちちゃうのですよね。介護者が慣れてないとか、一人でやったりすると、床に落ちてしまって、警備員さんと呼んで助けてもらうということが現実にはありましたので、ソフトウェアだけで対応するというのは非常に厳しいと思いました。

そこでモビリティです。モビリティとは移動・移乗です。公共交通機関まで考えた場合に、自分が今、ベッドで、別に布団でも構わないのですが、自宅のベッドからどこかに行ったときのベッドまで、それはどこかまわってきて、家に帰るでも構わないですし、1泊するのであれば、その1泊するベッドまでどうやってスムーズに移動・移乗できるかということです。その場合、個別に考えていけば、自分の自宅のベッドから、何かしらのパーソナルなモビリティを使って公共交通機関にアクセスするという、その二つの間が非常に重要なのだらうと思います。

最低限の配慮については、誰が土木や建築の方に言うかというところが、リハ工学には一つ求められている課題だらうと思っています。

パーソナル・モビリティという言葉を使いましたが、最近気に入って使っています。もちろん受け売りで、トヨタ自動車が、パーソナル・モビリティという用語を使っています。スライドにトヨタ自動車の「i-REAL」という、まだ試作ベースのものを示しました。私はまだ乗ったことがありません。通常の椅子のような形から、後方にある車輪が後側に傾きまして、寝たような状態で、30キロから60キロ程度までの移動ができるというようなものを、今、日本の自動車メーカーは作っています。これらとは同意義ではないですが、車いすもパーソナル・モビリティの一種であることは間違いのないと思います。自宅のベッドから公共交通機関まで、電動車いす以外にも移動具が開発されてきているので、同等に考えることが良いと考えています。

最低限配慮すべきスペースについて、課題を述べて終わりたいと思います。以前から言い続けていることなのですが、身体はどうしても小さくできません。今、ISOとJISで決まっている人体寸法というのは、車いすで言いますと、平均的には75kgの人というイメージをしています。では、これが基準だから、それに合う強度のものをすべて福祉用具としては対応しなければいけないかと言いますと、もっと小柄な方、現在の高齢者と言われる方々は、75kgある方は、あまりいらっしゃらないので、すべてを重くはできません。ただ一方では、体重が120kgを超える方というのも埼玉県で今判定に関わってい

ると結構いらっしゃいます。身長が 190cm、体重が 125kg とかですね。そうなりますと通常の日本で決められているものでは座れません。それで特に困るのは、電動車いすに乗りたいたいという方が大きい場合です。今 JIS では、全高、全長、全幅というのを、全高 1,900mm、全長が 1,200mm、全幅が 700mm という規定があります。特に股関節、腰の部分の骨が動かない方が結構いらっしゃいます。そういう方の場合は、この寸法になかなか入りません。寝ているような状態で移動しなければならないという方はいらっしゃいますので、国としては積極的に認めてないようですが、埼玉県では、ストレッチャー型車いすというのを、認めるようにしています。例えば私は、身長が 172cm あります。私が今、障害を持って平らな状況で移動しなければいけないとなると、全長 1,720mm は必要なわけですね。そうすると、いきなり規定からは外れてしまうということになります。

ストレッチャーに近いような状態で暮らしている方というのは在宅にいらっしゃいます。例として写真を示しました ALS の方は、足についてはエレベーターが常に必要です。喉の所には、人工呼吸器が付いていますので、首を起こすことができません。このような状態ですと通常の福祉輸送の車に乗れないという風な方がいらっしゃいます。それから国際福祉機器展で毎年出していた人工呼吸器の写真です。人工呼吸器を持って移動するという事は、日本では珍しいことではなくなっているように思いますので、全長が 1,200mm というのは厳しくなっていると思います。人工呼吸器自体は、非常に小さくなっている方向性ですが、医療機関によっては人工呼吸器を替えるというのは非常に大問題で、例えばうちのセンターでしたら、まだまだかなりの寸法の人工呼吸器を使わざるを得ない状況です。

追加で人工呼吸器で言うと電源の問題があります。国際間で統一仕様にしていただかないと、AC100V という日本の商用電源専用のもので、外国に行った瞬間に使えなくなってしまうということもあります。そのあたりはアクセシビリティという一環だと思いますので、電源仕様も統一する必要があると思います。

確保したいアクセシビリティということで4つ挙げて終わりたいと思います。一つ目は、多様な加工できる情報です。すべて情報が PDF ファイルで送られてきますと本当に困ります。私自身も困るので視覚に障害ある方は結構困っておられるのではないかと思います。二つ目、加工できる情報を使うインターネットと携帯電話です。まだどこでもアクセスできるわけではありません。たまたま先週、日本福祉のまちづくり学会で北海道の帯広に行きました。その前に札幌で、ちょっと高級なホテルに泊まったのですが、ネットは使えませんよと、あり得ない対応をされ、3日間インターネットにつなげませんでした。それはそれで休みとしては良かったのかもしれませんが、その間に約束していた用事はすべて携帯電話経由で、非常に時間をかけてしまいました。

三つ目はパーソナル・モビリティです。従来型の車いすが乗るスペースだけの確保では、やはり厳しい方が多いということをお話してゆきたいと思います。特に日本人は今、身長がどんどん伸びていますので、これからは課題になるだろうと思います。ただ新しい移動機については、リハ工学だけでは出来ないと思います。自動車関係の知識も、やはりより早く、障害をお持ちの方でも使えるところの情報発信をしてもらいたいなと思っています。四つ目、ユニバーサル・デザイン配慮です。当然ですが、公共交通です。それはいろいろな条件はあるとは思いますが、障害当事者が最低限使えるラインで、なおかつ公共的に、皆さんに合意が得られるような公共交通機関があると良いかなと思って私の話を終わりたいと思います。ありがとうございました。

高橋 どうもありがとうございました。河合さんには、このセッションの企画係として口火を切っていただきました。ご自身がおっしゃる、リハビリテーション・エンジニアですか、テクノロジー (RT)

ではなくてRE。ただし、REリハビリテーション・エンジニアリングの危うさが、これまで二十数年の経験の中でもいろいろあって、特に最後のお話にありましたけれども、パーソナル・モビリティに通ずる様々な移動のサポート機器のあり方について、重要な課題を提起していただいたかと思います。

それから一貫してお話が出てきたのは、やはり情報の問題と、移動の問題であったかと思います。それらの内容については、これから少しずつ掘り下げていきたいと思っています。今までの河合さんのお話の中で、特にこれだけちょっと聞いておきたい、あるいはこの用語についてちょっと理解ができにくいといったようなことがもしありましたら、簡単なご質問だけお受けしておきたいと思いますがいかがでしょうか。特にご質問がないようでしたら、移動・交通の問題に入っていきたいと思っています。首都大学東京の秋山さんにご発言をお願いします。どうぞよろしくお願いたします。

秋山 首都大学東京の秋山と申します。

#### ○首都大学東京と観光科学域の生い立ち

名前が昔は「東京都立大学」で、石原都政が、大江戸線の次は大江戸大学になるかなと思いましたが、「首都大学東京」という名前になってしまいました。私は「観光科学域」という、これも石原都知事の観光関連の新しい大学院と学部の提案でできたものです。バリアフリーと観光をどう調整するかということが、私の基本的な課題になっています。したがってツーリズムとバリアフリーを、これから手がけましょうということを今考えているところです。

#### ○鉄道バスのバリアフリーは進みドアツードアの交通は遅れている

基本的な内容は、日本のアクセシビリティの政策は半分正しくて半分間違っているということを申し上げたいと思います。半分正しいという部分については、日本の鉄道やバスは、ある程度バリアフリーについては頑張っていますが、ドアツードアの交通システムについてはほとんどやれてないという現状です。このやれてない現状がなぜ起こっているか、どこが日本は間違っているかということを中心にお話をしたいと思います。

#### ○英国と日本の考え方の違い

スライドをご覧ください。特にイギリスとの対比の中で考えていきたいと思っています。イギリスは、どちらかと言うと、基本的な原則ですが、アクセシビリティ確保は生存権とか生活権の延長にあると私は思っておりまして、日本はそうのように考えていない、というところが基本的な私の仮説です。したがって障害者・高齢者を社会から排除しないような政策をどう展開するかというところを基本的に考えていません。つまり、目に付くところだけバリアフリーにして、あとは放っておくというところが日本の基本的なところなんです。

#### ○アクセシビリティ

物理的アクセシビリティというのがどう進んできたかというところを最初に整理しておきたいと思いますが、基本的にアクセシビリティというのは、日本語で「接近性」という、交通の用語の中ではそういう形でとらえられています。そして駅ですと、アクセシビリティというのは「接近する」ということで、逆に、駅から遠ざかるほうは「イグレス (igress)」という言い方をしています。アクセスとイグレスというのは対の言葉になっています。日本は「アクセシビリティ」しか使われていませんが、海外では「イグレス」と対になっています。

#### ① 自由な移動のとらえ方の違い

自由に移動できること、多様な行動が実現可能にということで、やはりどうもいろいろ見ていると、地方の過疎地域に住む人と同じような問題で、買い物に行くことと医者にかかることと、この二つは、

マストの行動だと思いますが、友人や親戚、人に会いに行くというのはプラスαとされています。あるいはパチンコ屋に行くとか、それこそ飲み屋に行くという、これは日本社会では個人の勝手な行動ととらえています。私自身は、飲み屋に行くのも、お墓参りに行くのも、パチンコに行くのも、買い物・医者に行くのも、まったく同等だと見ていただきたいと考えています。そこが基本的に日本は誤っていて、そのために政策の誤りが出てきていると理解しています。

## ② 外出のミニマム保障の考え方

次に、障害者・高齢者がどこまで外出できるのかという、健常者のアクセスと同等に考えようとしています。同等というのは、社会のアクセシビリティは時代によって変化します。江戸時代のアクセシビリティは、ほとんど徒歩だけです。せいぜい、籠です。しかし、籠は武士しか乗れなかったのですが、でも実際には、女・子どもはいいよというようになっていました。江戸時代でも、バリアフリーの中で、困っている人に対する配慮の考え方は既にあったのです。そういう意味で、今、特に問題なのは、「同じ時間に移動できる」かとか、「同じルート」、「同じ移動時間」、「同じ運賃」、「同じ移動負担」で行けるかということです。

## ③ 移動負担

例えば、人によって乗り換えは違いますので、10メートル歩いて乗り換えするのと、100メートル歩いて乗り換えするのでは、100メートル歩く場合に移動困難な人はとても大変です。こういう乗り換えるの同等性も必要だろうと思います。このあたりがアクセシビリティの交通から見た基本的な考え方だと思います。

## ④ アクセシビリティ対策の不平等

そこで、間違ったアクセシビリティ、不平等な例の一つとして、新宿副都心線で、丸の内線に乗り換える部分が、エレベーターを付けずに車いす乗用ステップ付きエスカレーターを選択しました。これは結構危険で、こういうことを安易にやってしまうのが東京都の交通局だったと思います。これについて、文句を言いましたがダメでした。

二つ目の不平等は、ハンドル型電動車いすが利用できない駅がたくさんあります。例えば大阪から東京に来ようとしたときに、ハンドル型電動車いすの人はバスか、飛行機で来るしかありません。ハンドル型電動車いすは、JRが嫌っているのですが、大きいのを嫌っていて、電動車いすのジョイスティックより小さいのに、それも拒否しています。これはワンパターンのJRの悪い癖ですが、そういうところが今問題になっています。このような不平等が、バリアフリーの社会の中ではまだあちこち出ています。

### ODRTとSTサービス

個人個人がどうやって移動しようかときについて、日本ではタクシーとバスと鉄道という大きな基本的なジャンルがありますが、地域のモビリティはタクシーとバスだけじゃあダメだよということです。その間に、「DRT」というディマンド型で電話をすると来るというシステムであるとか、「STサービス」という障害者・高齢者専用の交通手段が、たくさんありますので、それをどう組み合わせていくか。モビリティの基本的な仕組みが必要だということで、つまりバリアフリー対象の世界でも、そう遜色なく頑張っているけれども、このようなSTサービスなどのモビリティ確保では頑張れてないという状況が日本の中ではあります。

### NPOの運賃収受の法律

障害者のアクセス対策が、なぜ頑張れてないかというところを、英国を中心に考えたいと思います。英国というところは、費用対効果によって交通手段を整備することを決定する考え方です。1968年の、最初に高齢者・障害者問題は人権ではなく交通問題としてとらえていたのが英国のスタイルです。

三つ目の、バス・鉄道 VS ST サービスについて、ST サービスは高齢者・障害者の専用の交通手段で、これも費用対効果で決定していきました。そこで1970年代には、英国ではボランティアが出現し、ボランティアが料金を取れるように、1977年にミニバス法により、保険代とガソリン代程度は利用者から収受してもよいことを決めました。日本でそれができたのが2006年で、29年も遅れた制度です。

もう一つ大事なのは、1985年のトランスポート・アクトで、障害者交通輸送諮問委員会、DPTACといいますが、これは障害者と運輸省の役人が一緒になって技術指針とか政策を検討する委員会です。このことによって、バスができたり様々なものができたりしています。

話を少し脱線します。来月、ここに訪ねていって、12月4日にこの人の講演をお願いしにいく予定です。EUと、カナダのCTA=Canadian Transport Agencyも同じようなことをやっていますが、日本でこれがないのですね。ちょっと考えていただくために12月4日にセミナーを開く予定です、今回行く予定をしています。

また、日本の考え方は、厚生労働の役人と運輸の役人も真似、模倣以外の何者でもない。つまり海外はどうなっているかとか、他の自治体ではどうだと、こんなバカなことをずっと繰り返してきた結果が、政策が同じようなメニューしか出ない。ところが自分たちが見えないところはやってこないで、結局、それが取り残されるというハメに陥っているのが日本です。

英国は70年代というのはスペシャル・トランスポートをやっていましたが、それでは金がかかりすぎるといことで、80年代の中頃から、空港までのバスにリフトを付けたり、都心部の循環型バスをローフロアにするということをやってきました。これはケアリンクバスといって、都心部の地下鉄で主要駅を結ぶものです。

買い物のバスも、80年代から90年代にかけて68地域で運行し、アテンダントが付いて障害者が買い物に行けるようにとやってきたのですが、これは廃止になりました。

次に、ST サービスは、ものすごく英国は発達しております。アンビュランス・サービスというのは、簡単に言うと救急車です。救急車の非在来、日常的な送迎、病院の送迎を中心にやるものが、アンビュランス・サービスです。ダイアル・ア・ライドは病院以外でも何でも使えます。ただしゾーン内しか移動できません。

三つ目がタクシーカード。タクシーカードはゾーン間でも自由に移動できます。これでも補助が1,200円とか1,300円付いています。ダイアラライドも、すべての運賃は1割とか2割ぐらいの負担でとまっています。

それから、コミュニティ・トランスポートです。これはボランティアからNPOになり、カムデンという都市では、2000年ぐらいに107人の職員がいましたが、倒産してつぶれてしまいました。ポストバスというのは、過疎的な地域で郵便配達と同時に障害者・高齢者を乗せるという仕組みです。こういうことを英国はずっとやってきたわけです。

スライドの写真は、ダイアル・ア・ライドです。だいたい10人ぐらい乗れて車いす数台乗れるというシステムです。左側がロンドンのダイアル・ア・ライドで、マンチェスターはリング・アンド・ライドと呼んでいます。

これはコミュニティ・トランスポートといって、ボランティアがやっているものです。ボランティアと言っても、日本のボランティアのレベルを遙かにしのいでいて、日本のタクシー会社以上のところもあります。

カムデンのお話を簡単にしておきたいと思います。スライドでは、カムデンに、コンセンシャナリ・フェアという補助のお金がどのくらい付いているかということを表しました。また、ソーシャル・サー

バス・トランスポートは様々な施設の送迎があり、タクシーカードは、タクシーを乗るときに補助が出ます。それからプラスバスは EU の研究的なもので、新しいバスシステムを作りました。スクータビリティというのは、リハビリテーションと関連するのですが、イギリスは、電動三輪や、電動車いすだとか様々なものを貸し出して、そして使っていただく。例えば3泊4日で貸し出して使っていただくということを制度として持っています。ショップ・モビリティというのは、イギリスでは既に250か所ぐらいあります。買い物をするときの都心部に、例えばスクーターだとかを貸し出すというものです。実はこれは、カムデンという、先ほど申し上げたNPOが倒産したものですから、そこで新しくやり始めました。イギリスは去年視察に行つて、ロンドン大学の人に頼んで、いろいろマネジメントしていただきました。イギリスはもう昔のままと思ったので行かなくてもいいと思っていたので、行って驚きました。また、リビングストーン市長が当時、今までNPOでやっていたことが、どうもサービスの質が悪いということで、スペシャル・トランスポートを全部ロンドンに引き揚げ、それを自分たちで行ったのです。それを今までは七つの地域でやっていたのを一元化して、すべてのシステムをそこから出すということをやイギリスはやり始めました。この秋にももう一度、北海道の障害者のグループとロンドンに行つてきます。今ロンドンがとても注目すべき場所だと思ひ始めて、この5月19日にロンドンセミナーと称して、ロンドンの新しい動きを伝えたセミナーをやりました。そのときに、ハックニーという民間会社が、自分たちはバスの様々な委託をやったり運送業の委託をやっているんですが、その一部をしっかりとNPO型のシステムを導入して、ボランティアで自分たちがやっているという部分がありました。そういうふうに民間会社のフィランソロフィーとして、障害者・高齢者の交通システムをやっているのは、いまだかつて全世界の中でロンドンが最初かなと思ひました。そういう意味で新しいシステムが出始めたというのがイギリスという状況です。

このスペシャル・トランスポートの領域が、日本では、道路運送法の79条でNPOがタクシーの2分の1の運賃を取つてサービスをすることが許される段階になりました。ところが自治体が補助をしたりするというのがほとんどわずかな金額で、今、多分、世田谷でボランティア団体11団体もいるところでも、サンフランシスコの20分の1ぐらいのトリップしかないと思ひます。サンフランシスコは1年間に120万トリップあり、人口は75万です。世田谷は人口82万のところ6万6,000トリップです。ただし施設送迎だけは除いていますが。そういう意味で、かなり日本の障害者・高齢者は割を食つていて、日本で生まれて損したなと思ひている人が一人でもいれば日本は変わると思ひてくれないと。福祉に携わっている人も、全然そういうことを、鈍感なのか分かつてないのか、勉強してほしいと思ひます。つまりバリアフリーの輪は非常に大きくなっているんですが、スペシャル・トランスポートの輪は小さくて動かない。そういう意味で日本は変な動き方をしている国の一つであるということをおし上げておきたいと思ひます。以上です。

**高橋** どうもありがとうございました。秋山先生からは、最初にアクセスとディグレスという表現で、近づくだけじゃなくて遠ざかっていくことの移動保障の話、シームレスなモビリティ確保についてのお話が出ました。これは、秋山さんがこれまで一貫して主張されていることですね。日本における公共交通機関としての基本的なバリアフリーについては、ある程度のレベルに達しているけれども、やはりSTと言いますか、それぞれ個別の移動、ニーズに対して、アクセスが不十分であるというようなことが、お話にあったかと思ひます。

こうした政策の不連続性がどこでどう生じたかということについて、また後ほど議論していきたいと思ひます。それでは、情報・移動、そして移動と来たところで、また情報の問題に戻していきたいと思ひます。

います。それでは関根さん、よろしく申し上げます。

関根 株式会社ユーディット、情報のユニバーサル・デザイン研究の関根と申します。

皆さんたちのお話を聞いていると、まだまだ課題山積みですが、老後は日本人に生まれたことを後悔したくはないですね。そのために皆さんが集まって、リハビリテーションやアクセシビリティの研究をしてらっしゃるわけですから。私はリハや福祉などの情報を、いかに当事者に渡していくか、もしくは当事者から、どれだけ情報を受け取ることができるか。彼らに発信をしてもらうことができるか、今日はそういうところのお話をしたいと思っています。

私の会社は、ユーディットという名前です。You do it!=君が働くんだよ、という意味の掛詞でもあるのですが、情報のユニバーサル・デザインを研究する会社です。私は元は日本 IBM という会社におりました。そこで社長に直訴して、93年に高齢者・障害者の支援技術（アシスティブ・テクノロジー）を作るという部門を立ち上げました。そこで6年間、やりたいことを全部やって、IBM で自分のやるべきことはほぼ終わったので、自分の会社を立ち上げたのが11年前です。その後は、IBM でやってきたノウハウを、日本のIT企業に伝え、彼らの製品をいかにユニバーサル・デザインに作り替えるかという仕事をしています。またウェブサイトやソフトウェアなどの目に見えない部分も含めて、これをどうやったら誰でも使える、アクセシブルなものに切り替えていくことができるのか、といった研究をしており、それを政府や他の国に対しても提言するような仕事を、国際規格を作っていくような仕事をしています。

うちは、なかなか面白いワーキングスタイルを採ってしまっていて、社長以下全員が完全な在宅勤務です。私もちょっと腰に障害があり、手帳は持っていませんが、だんだん歩きにくくなってきているので通勤するのが結構大変です。だから社長以下全員が家で働いています。1種1級の障害者もいましたが、昨年心筋梗塞を起こしまして、外に出ることが難しくなり、もう毎週の出社はしないけれどもオンライン上では常につながっている、そんな感じで働いています。正社員5名、登録スタッフは280名ぐらいおり、完璧に在宅勤務です。正社員だけは、私の家に、自宅に、週に1回2時間やってきて、そこでミーティングをして、お昼ご飯を食べて解散です。だからワーキングマザーにも大変働きやすい環境です。うちには2人子どもがいる東大で博士号をとった女性がいて「本当に働きやすい」と言ってくれています。そういう形の働き方、テレワークというのは、別に障害を持っている、持っていないにかかわらず、他の国ではごく普通なのに、「何で日本では関根さんみたいな会社が他に出ないの？」とよく聞かれます。いろいろな背景を持っている人々が、オンラインでつながることができれば、例えば精神障害の方や、家に要介護の方がいて通勤できないという方も働きやすいので、たくさん参加していただいています。

これからの情報化社会をユニバーサル・デザインにするためには、私は、彼らが意見や情報を出してくれることがもっとも他の人にとってメリットが大きいと思っています。重度の障害の人たちからいかに学ぶことができるか。そこがキーだと思っています。

私はユニバーサル・デザインを日本で進めようとして10年ほど経ちますが、何でこれが日本で必要なのでしょうか。これは国連から出されているチャートです。青い線が5歳以下の子どもの数です。赤い線が65歳以上の方の数です。これがどんな状態になっているかと言うと、1950年の段階では子どものほうが14%ぐらいで、高齢者のほうは5%でした。この線が2015年ぐらいでは完全にクロスしていきます。で、2050年になりますと高齢者のほうが17%近くになって、子どものほうは6%ぐらいになっていく。100年間で完全に逆転していきます。私は日本ではこうなるというのは知っていましたが、カナダの会議に行って、これをもらったときはショックでした。え？ 世界中でこうなのか。

別に日本だけではないんだと。これから人口構成は激変していきます。ですから産業構造や社会基盤などもすべてこの形で考えていかないと間に合わないのです。

ここにいらっしゃる皆さんはよくご存じかもしれませんが、高齢化社会とは高齢化率が7%のときを指し、14%になると高齢社会といいます。この時間はフランスではだいたい104年だったと言われます。日本ではたった24年でした。私たちの国は、この急速な高齢化に対して社会基盤や意識がまったく変わらないうちに、世界最高の高齢国家になってしまったのです。アフリカやインドや中国も含めて、これから世界で同じことが起きていきます。いろいろなものが変わらざるを得ないということをまず背景としてお伝えしておきたいと思います。

そうやってきたら特殊解ではもうあり得ない。一般解の中にいかに重度の障害の人たちもちゃんと使えるような機能を埋め込んでいくことができるか。その一つの解答がユニバーサル・デザインだと思っています。ユニバーサル・デザインとは、様々な人が使えるように最初から考慮して、まちや物や情報や様々なサービスなどを作っていく考え方とプロセスのことです。秋山先生が話されたような観光のユニバーサル・デザインというの、サービスのUDの一部です。高山など、各地で取り組みが進んでいます。ここでも、私は高齢者・障害者の声が社会を動かすと思っています。一昔前に「老人力」という言葉が流行りましたが、そのばかりで私は「障害力」という言葉を広めたいと思っています。障害を持つ人たちが発言力を持つことによって、障害を持たない人にも暮らしやすいように社会が変わっていくのです。

国もあちこちでユニバーサル・デザインを推進するようになっていきます。観光も交通も法律も、そしてまちや物も、どんどんユニバーサル・デザイン、アクセシブルになってきています。でも、それを知らなかったら誰も使えないのです。「そこにアクセシブルなトイレがあるんだよ」という情報、それは「私の」障害の状態です。使えるかどうかということがきちんと発信されて、その人のところまで届いて受信されなければ、ないのとまったく同じです。そのトイレは、いかに作ってあったとしても、私は使えないんだから分からない。どうやってその情報を受け取ることができるのか。その中で、アクセシビリティという概念が出てきます。その情報が、もし出されたとしても、さっき河合さんが言ってらっしゃったように、例えば障害者が受け取れないタイプのPDF形式でポンと渡されてきたら、例えば視覚障害者はその内容を読むことができません。これはアクセシビリティがない、利用可能性がないと言われます。さらに例えば、大変難しい専門用語だらけの取扱説明書があったとする。これは内容的に理解できないのであれば、ユーザビリティが低いと言われます。私自身、様々な取扱説明書を読んでいて、「何なんじゃ、これは」と思って、投げ捨てたくなるのがよくあります。高齢者や初心者、知的障害の方にはとても使えません。これはユーザビリティが低いという状況です。

アクセシビリティとユーザビリティというのは、ユニバーサル・デザインの中では双子のようなもので、常に並べて出されてくる概念です。ISOでは9241シリーズという番号で、それで統一されるようになりました。かつてはユーザビリティは13407という番号だったのですが、今は9241シリーズの中に全部並ぶようになっていきます。企業のものづくりの皆さんたち、それから行政の政策をやってらっしゃる皆さんたちに講義をするということが多くなっていますが、そのときにユニバーサル・デザインの二大要素としてアクセシビリティとユーザビリティを理解してくださいという話をします。アクセシビリティというのは、多様なユーザーができるだけ使えることで、いわゆる企業でのダイバーシティという考え方です。これが大事です。このダイバーシティの中には、障害や高齢だけではなく、例えば、IBMのダイバーシティ・プログラムには、ゲイやレズビアン、異なる宗教を持っている人、様々なアレルギーを持っている人、さらに「男性」というのも入っています。周りが全部、上司も部下も、みんな女性

ばかりの中に、一人ポツツと男の人がいるときに、どういう対応をとればいいのかというの、実はダイバーシティ・プログラムの一環だったりする。それが国際企業としては一般的な考え方ですよって教えられ、うーん、日本の役所などとは全然違うなという気がしたことを覚えています。

私は東京女子大でも教えているのですが、あの中でも同じようなものですね。周りが全員女の子で、そこに男性の教師が一人来たときに、からかっちゃダメですよ、と言うのも同じかなと思います。

そしてもう一つユーザビリティですね。これは日本語では、使いやすさとか、利用しやすさとか、使い勝手という言い方をします。使いやすいものを作っていくさまざまな手法、やり方というのが存在します。デザインの最初の段階から、ユーザーの声を聞きながら徐々に改善していく「スパイラルアップ」という手法をとります。どうやってユーザーのことを分かって設計していくか。ユーザーに聴きながら、設計のPDCAサイクルの中で、ずっと評価をしてもらう。このやり方を企業や行政の中でちゃんと理解することができれば、まちづくり、ものづくり、それが劇的に変わっていくのです。

私もこれまで、さまざまな企業で、このやり方を一緒に進めてきていますが、徐々に彼らの意識が変わってきます。最初は特例子会社というところに、障害を持つ人たちを集めていたのに、徐々に自分たちの組織の中に、デザイナーやエンジニアとして障害を持つ人たちを雇用するという考え方が増えてきています。それによって、様々な人に使える製品を作るといったことはどんなことなのか、会社の中核部が理解していくというふうに変わってきているんです。いい傾向だなと思います。

例えば富士通さんにも、今は視覚障害のデザイナーさんがいます。富士通が作ってNTTドコモが売っている、この「らくらくホン」という携帯電話は、もう1,500万台以上出荷されています。NOKIA、LGも絶対に到達できないという数字なんです。ここで培われたUDのノウハウを各端末にも展開しています。

先ほどパーソナル・モビリティ、トヨタの「iREAL」の話が出ていました。あれと、私は携帯電話というのは、かなり近いところに来ていると思う。昔は車いすの人が使える公衆電話のブースって、すごく巨大だったの覚えていますか？ あれ、今なくなりましたよね。なぜだと思う？ 何でだろう？ そう、そうです。障害を持つ人たちが自分の携帯を持つようになったんですね。そうするともうアクセシブルな公衆電話ボックスを探さなくても、自分の携帯で使えるのです。また、この機種は画面読み上げも全部できるので、視覚障害者のシェアは、ナンバーワンです。この三つボタンのところを押すだけで使えるということから、肢体不自由の方が使ってらっしゃるケースもたくさんあります。さっきのストレッチャーユーザーのような、非常に障害の重い方の場合には、まだ難しいところもあると思いますが、それでも、いろんな方が使えるようになってきました。聴覚障害の方たちも、これはもうバリバリ携帯メールを使っているの、今ではFAXよりも携帯メールのほうが情報の流通としては、多いです。これまでATMや券売機、自動販売機など、公共財そユニバーサル・デザインにしなければならぬと頑張ってきましたが、パーソナルな解決策で、自分の持ち物、例えば携帯電話をアクセシブルにすることによって、もっと使いやすくなっていくというのが、情報のユニバーサル・デザインの一つの可能性ではないかと思っています。

こういったガイダンスは、JIS規格になっており、このような構造になっています。まずガイド71というのが、上の方にある共通指針です。その下にX8341-1、2、3、4、5というのがICTアクセシビリティの規格になっています。このうちいくつかは今年、改訂をしようということで、またプロジェクトが始まっています。

うちの社員たちはほとんどこれに関わっていて、そこで主査をやっていたりします。1種1級の、両手両足の先がないタイプの先天性四肢欠損の社員がいて、彼がこのJIS規格のウェブコンテンツの主

査をやっていました。他の規格にも、多くの社員が関わっております。こういう規格を作ったり、JISやISOの会議に出たりというのは、会社としてはまったくお金にならなくて、あがったりなんですけど、でもやっていることが楽しいし、日本に必要なことなので、どんどん参加していいよという感じになっています。

他の国ではどうでしょうか。アメリカの場合は、リハビリテーション法508条という、携帯電話、FAX、コピー機、ウェブサイトなど、国が購入するときに、障害者にアクセシブルでないものを「買ってはいけない」という厳しい法律があります。買ったときには、買ったお役所の人が提訴されてしまうんです。大変厳しいです。ですから、公的機関のウェブサイトというのは、今、もう障害を持つ人に使えないものを出しちゃいけない。携帯電話やパソコンやFAXやコピー機など、障害者に使えないものは買ってはいけないのです。1986年に成立したこの法律に、罰則規定が付いて義務化されたのは2001年です。私は、この施行前キヤノンやNECの人と一緒に、ワシントンで開催された、この法律の説明会に行きました。そうしたらもう、1,000人ぐらい入る会議室の中で、ワシントンDC調達担当者たちがワーワーワー言って大激論していました。「私はコピーを買う担当なんだけれども、いったいどのメーカーのものが一番アクセシブルなんだ、教えてくれ」とかです。その中で、ある企業の人が手を挙げて、「あのう、この法律は、連邦政府とか公的機関のウェブサイトがアクセシブルじゃなきゃいけないって書いてあるんだから、僕の会社のウェブサイトは別にどうでもいいんですよ？」って質問をしました。壇上に座っていた、ダグラス・ウエイクフィールドっていうアクセスボードの全盲の方がニヤッと笑って「ああ、結構ですよ。でも、政府の調達官が全盲っていう場合もあり得ますからね。そういう場合も考えておいてくださいね」って言ったら、会場から「ワオー」って声が上がりました。、そういう政府に納入している企業のウェブサイトも、その後ガラガラとアクセシブルになっていったんですね。なかなか賢いパターンだなと思いました。

EUも同じです。「e-インクルージョン」というプロジェクトが動いており、「No one get left behind」

「誰も置いていかない」という言い方をします。EUの市民である限り、このITの進歩から誰も残してはいかないからね、というのです。いいなあと思いました。それは福祉的に、ちょっと大変そうだから拾ってあげるよって感覚では全然なくて、君が人間である限りは、僕たちは一緒に行こうって思っているんだからね、という言い方なのです。

日本でも、内閣府は行政に、JIS規格のものを調達しようとか言ってくれていますが、これは、罰則規定ではありません。さっきのX8341も、お役所は「守らなきゃいけない」とは言っていますが、「これ、できてないよ」と私たちが言っても、「あ、そう」と言うだけで、それによって別に担当者がクビになるとか、あ、アメリカでもクビにはならないですが、そういうことが何にもないんです。政府にITの理解が薄く悲しいと思っているところです。何とか508条の日本版を作りたくて、いろいろ運動していますが、日本の意識が30年くらい欧米に遅れているため、なかなか難しいです。

日本は変わるべきことが二つあります。1つは教育のユニバーサル・デザイン。これは本当に、いろんな国に行けば行くほど、OECD各国の中で、これが日本が一番遅れているんじゃないかと思います。高等教育が特に大変です。海外の大学に行くと、だいたい5%から6%の学生が障害を持っていると言われます。もちろん学習障害とかのカウント率が違うので、同じではないと思いますが、日本の場合は0.09%で、大学によっては100分の1だと思ったほうがいいです。障害学生支援センターや保育園を持っている日本の大学も大変少ないです。私はハーバードやスタンフォードなど、いろいろな大学の障害学生支援センターに行きましたが、そこで「私がセンター長です」って出てこられる方たちは、たいてい重度障害の女性なんですね。ハーバードもスタンフォードもそうでした。まあ、ハーバード大学は、

今、学長も女性ですから、本当にダイバーシティが進んでいるなと思うんですけど、日本ではそのような感覚は、とても少ないです。東大で保育園ができたって言ってニュースになるくらいですからね、多様性の理解はなかなか難しいだろうという気がします。

2つめはオフィスの UD です。私は特例子会社っていうのは、あれは他の国だったら、残念ながら憲法違反だと言われても仕方がないものだと思います。ただその意識は日本ではまだ全然ないのです。私は、多くの国で、仕事は多少違っていても、同じ職場の中で一緒に働いているという障害者をたくさん見てきたので、日本の特例子会社を特に山の中とかに作るのはまったく反対です。NTT さんから相談があったときに、研究所の真ん中に作ってくださいと言いました。武蔵野の通研のクラリティという特例子会社ができ、これだったらオーケーだと思いました。結局、研究所の中を電動車いすや白杖を持った人が普通に歩き回るようになりました。障害を持つ人と共に働くことによって周囲の意識が変わり、環境が変わっていくというケースだと思います。でも一般的には残念ながら、これまで、いわゆるハートビル法の中では学校とオフィスは除外規定だったせいもあって、意識は結構遅れています。ここを変えていくのが、これからの日本には必要だと思います。

もう1つ、今、私が取り組んでいるのは図書館の UD です。情報アクセス権の中でも、読書アクセスという概念は、日本ではまだまったくありません。日本では例えば弱視の子どもたちが拡大の教科書を受け取るのに、親の会やボランティアが一生懸命拡大のコピーを取って、やっと渡している状況です。これが法律で保障されている権利でもないということに対して、私たちはずっと問題だ、問題だと思ってきました。他国では、図書館の UD は、もう法律があるのです。ライブラリーに対するアクセシビリティという法律があって、建物はもちろんのこと、コンテンツも障害を持っている人たちにちゃんと使えなければいけません。受付の所に筆談機などがあって、そこで障害を持つ人とライブラリアンが話ができるというのは、10年以上前から、もう他の国ではごく一般的になっています。

さらに、障害を持つ学生たちが読む参考書や教科書の読書アクセスも保障されています。これはアメリカの話ですけど、Bookshare という名前の NPO が、政府から 32 万ドルも資金を受けて、読書支援のサポートをしています。子どもたちから、もしくは親や教師からでもいいのですが、「この本が欲しいです」と言われたら、「分かりました」って言って、その本をこのボランティアの団体が買いに行って、本をバサッと裁断して、ザッと OCR にかけて校正し、2週間経たないうちに、その子にインターネット経由で渡せるんです。そういう制度がアメリカの中にはもうできあがっていて、他にインド、イギリスなどにも、どんどん支部ができていっています。欧米にはプリント・ディスアビリティ、読書障害という概念があって、これは視覚障害だけじゃない、学習障害や、重度障害でページがめくれない子どもたちも、全て含まれており、Bookshare は、全部に対応可能です。それから ADHD とか、発達障害の子たちも、お医者さんや学校の先生たちのそういった認定があれば、全部このネットワークに入れるんです。そういう、文字を読むことが困難という人たちに読書アクセス権をとというのは、日本でも今年の6月に著作権法が改正されて、ちょっとずつ出てはきていますが、まだ始まったばかりという感じです。

アメリカには、キンドルという、本を読むための電子ペーパーの装置があります。今では、このキンドルという薄い薄い電子ペーパーで本を読むビジネスマンが圧倒的に増えてきています。アメリカの空港とかにいと、これで本を読んでいる人が目だってきました。新聞もブログも雑誌も、今はほとんどこれで読めてしまうんです。たった 536mg の薄っぺらいものの中に 3500 冊も本が入るのです。厚さは、9.7mm ぐらいで、1 cm ないんです。ここに、3.3 ギガもハードディスクが付いています。今では、高校の教科書会社の6割が、キンドルで出しますということをしてOKしています。アメリカではプリンスト

ン大学など、いろんな大学で、2009年の秋の新学期、大学の教科書をすべてこれで出すという、プロジェクトが始まっています。アメリカの大学の教科書はハードカバーですごく大きいから重いですし、ペーパーバックは紙質が悪くてすぐボロボロになります。じゃあ、これでもう教科書全部出しちゃおうって動きが始まってきているんです。実は、キンドルには音声合成の装置が付いていて、その読み上げの音がすばらしく美しいために、アメリカの出版社協会から「オーディオブックの市場がダメになっちゃう」と言って、差し止めの訴訟が起こされました。すばらしくキレイな音で、新刊書や教科書のテキストが特別なことをしなくても、ちゃんと読めるのです。完全にユニバーサル・デザインだと思います。残念ながら、日本ではいろいろな法律や著作権の縛りがあって、キンドルは今のところ日本での販売や音声読み上げが可能になるかどうか分かりません。

日本でもソニーなどで、いくつかの電子ブックが出てきてはいるのですが、ここまで進化していません。キンドルの音声合成は、日本では対応未定なので欧米のようには行きませんが、次第にこういうのが技術的には可能になり、日本でもいつかは出てくると思って期待しています。

私のメッセージは、「障害力を信じよう。障害があるからこそ、情報発信をすべき。」というものです。僕の障害・私の障害だと、ここがちょっと使いにくい、でも、こうするともっとよくなるよ。ここはよくできているよね、というのを3点セットで、どんどん発信してください。それによって、その障害を持っている人たちの意見が、他の人たち、障害を持たない人たちを、ハッピーにしていくことができます。これが障害力だと思います。

あらゆるイノベーションは、障害や不便さから始まるものです。グラハム・ベルが電話を作ったのは耳の聞こえない奥さんに音を届けるためでした。メールだって、ビントンスーフが耳が聞こえなかったからできたようなものです。同じく聞こえない自分の恋人に何らかの形でデータを送れないかと思ったところから、メールというものが始まりました。タイプライターもカーディガンも障害を持つ人のニーズから始まったという説があります。いかに障害を持つ人たちが私たちの様々な身近なものを変えてくれたかと思うと、本当に感謝することばかりです。障害当事者ってというのは、フロンティアです。一番最先端にいる人間だという、自覚を持って動いていただきたいと思っています。

ということで、私のサイト、<http://udit.jp> というところに、いろんなことを書いてありますから、よかったですら読んでいただければと思います。どうもありがとうございました。

**高橋** ありがとうございました。最後のお話にありましたが、障害を持っている人、あるいは高齢者の発言によって社会が変わると、まさにフロンティアであるという、時代を作っていくんだというようなサジェスションがありました。ありがとうございました。

関根さんのお話は非常に多岐にわたってしまっていて、私もノートをするのが大変でしたが、基本的には情報だけに限りませんけれども、アクセシビリティとユーザビリティが大原則であると、基本であるというようなお話でした。これから私がお話する建築の領域でもまったく共通な部分が多くあります。

それから日本が変わるべきところというようなことで、教育のユニバーサル・デザイン、あるいはオフィスのユニバーサル・デザイン、最後にお話ありましたように学習、図書館のUDについてアドバイスがありました。

質問は多分いろいろあるかと思いますが、後ほどとしまして次に私の話に変えさせていただきます。

**高橋** 私は建築ですとか、まちづくりの領域で今何が問題となっているかということをお話をしたいと思っています。

抄録集の、秋山さんのレジュメの中でも福祉のまちづくりの様々な年表があると思います。少し重複

するかもしれませんが、ご容赦いただきたいと思います。

私たちの分野で一番大きな出来事は、2006年に、バリアフリー新法ができました。その中で、先ほど河合さんがお話ししたように、様々な福祉のまちづくり条例の改正の動きですとか、そんなようなものが出てきておりますけれども、そこが一つの問題のベースになっていることは間違いないと思います。障害を持っている方々自身が、バリアフリー新法にきちんと対応しているのかどうかということも踏まえながら、お話しします。

私の資料の中に、ちょっと古いですが、2006年のときの参議院国土交通委員会での課題（付帯事項）点を、ピックアップして紹介しています。既に足かけ3年前になるわけですけど、このような内容について現在どこまで進化しているのだろうかということが、私たち一人ひとりに問われています。

次に、建築の場合ですと、公共交通機関とか道路と幾分違ったところがあると思います。それはなぜかと言うと、建築物もちろん公共施設は多いのですが、基本的には住宅から始まって、小さなものから大きなものまで、様々な規模、所有形態の建築物があるということです。そこでどのようにアクセシビリティを確保していけるかというところが、とても難しい段階にさしかかっています。ただし全然手が出せないわけではなくて、これからお話ししますように、様々な取り組みが法律制度の中でもできていて、そこからわずかではあります、少しずつ新しい建築整備のあり方やユーザー参加の動きが出てきているということをご紹介したいと思っています。

建築の領域での法律制度もここ数十年の動きに過ぎません。先ほど関根さんからもお話ありましたが、学校の対応が遅れた原因の一つハートビル法が94年にできました。94年の時には当時の文部省はほとんど対応しませんでした。あと厳しい提案をしてきていたのは、医療現場を所轄している当時の厚生省でした。医療は一見やっているようですが、実はアクセシビリティが非常に遅れていたといえます。最近でこそ少しずつよい事例が出てきていますけれども、同じような問題を抱えています。

私がいつもいうのですが、建築のバリアフリー化に一番大きな影響を与えたのは、建築より遅れて法律化となった2000年の交通バリアフリー法です。

それまで旧運輸省は、とにかく、市民の方々がまとまって交渉に行っても、ほとんど耳を貸さず、エレベーター、エスカレーターを付けることも、ままならない状況が長く続きました。そのときに行政や鉄道事業者が言っていたのは、お金の問題ではなくてむしろ構造的にできませんよ、ということだったのです。ところが法律制定後、蓋を開けてみると、今まで構造的に問題だったというところが、地下鉄も含めて、2000年以降のわずか4～5年のうちに、あつと言う間にエスカレーターができたりエレベーターができたりと、ホームに穴を空けることなんか、全然問題なくなっていることが分かりました。

私も、90度の直角エレベーターの開発研究のときに、ある鉄道事業者の所管する関西の現場を見せてもらいました。それは震災後でしたが、ホームの上に鉄板が敷いてあるところがありました。つまりエレベーターのピット、エレベーターの基礎部分です。それほど鉄道事業者は準備していたとみられます。ともかく、交通バリアフリー法の成立によって、新しいものはとりあえず国が定めたガイドラインに合致したものを作らなければいけないということになりました。

実はこの交通の動きが建築物のバリアフリー化に非常に強い影響を与えました。2003年に改正ハートビル法が成立しました。このときには阪神淡路大震災の経験などもありまして、とりあえず努力義務なんだけれども、学校もバリアフリー化の対象となりました。一気に義務化をすべきでしたが、一応努力義務ということで、対象の建築物の範囲に入りました。

補足的な説明になりますが、2000年のハートビル法の改正以降、2006年のバリアフリー新法においても、自治体が新法に基づいて新たに条例で整備対象や基準を付加することができます。学校でいえば、

特別支援学校だけではなくて、通常の学校も、すべてバリアフリー化をしていくことが、それぞれの自治体で決めることができます。残念ながら改修までの義務化は行えません。もう一つ、ハートビル法が1994年に制定されてから、交通バリアフリー法ができるまでの間にも全国各地公共団体では、福祉のまちづくり条例を自主的に制定していました。建築基準法のような建築物の法的な義務付けまではできないのですが、この福祉のまちづくり条例では、ほとんどすべての学校で面積条件なしにバリアフリー化することが謳われています。福祉のまちづくり条例でもUD化という言葉を使っていませんけれども、バリアフリー化するということは、ごくごく当たり前のように定めてきたわけです。

学校の問題にちょっと特化しますと、ハートビル法で努力義務の対象になったものですから、2004年あたりから、文科省もようやく重い腰を上げて、バリアフリー化の準備を開始しました。この頃から私も文科省で学校のバリアフリー化に関わっています。

それから関根さんのお話をちょっと受けてお話ししますと、昨日まで日本建築学会が仙台で行われていて、私が所属する小委員会の中でも、遅ればせながら学校環境の中でのノーマライゼーション化をどうやってはかるかということで、討論を行いました。先ほど障害学生の支援のあり方というお話ありましたが、それについて全国的な調査を、建築の領域の中からさせていただきました。もちろん建築以外の教育サポート部分がたくさんあるわけですので、人的なサポートとかコストの問題だとか、様々な部分も含めて議論し、ある程度状況と課題が改めて確認されています。

私は勤務している東洋大学を例にしますと、東洋大学では、0.2%の障害学生がいます。もちろん日本福祉大学みたいに、数百人単位で手帳を持っている方がいらっしゃる、あるいは自己申告の方がいらっしゃることは全然違いますが、問題は、障害を持っている方々を、特に社会福祉系ではそう思うのですが、サービスの対象としてだけ捉え、その人たちを学ぶ側として積極的に受け入れてないということが、すごく問題です。

機械とか建築、情報系、土木系は分かりませんが、たくさんの車いす使用の方たちが学んでいると思います。自分たちの経験と、自分たちの経験を一番生かせる領域にいる専門領域での対応が一番遅れているのではないのか。リハビリテーションの領域はよく分かりませんが、そのような感じをしています。

それから先ほど言いましたように、ここ1～2年では、バリアフリー新法ができたおかげというものありまして、地方公共団体では建築物のバリアフリー化の義務化にかかわる独自の条例づくりが急速に展開されています。これは大変重要な要素を持っています。スライドは、バリアフリー新法の第14条第3項の規定です。国では2,000平方メートル以上の建築物に対して、バリアフリー化をしないと建ててはいけないという強制力を持った法律になっておりますが、地方公共団体が、独自にその対象建築物の範囲を広げていくことができるわけです。たとえば埼玉県は今年の6月に150平方メートル以上のコンビニエンスストアのバリアフリー化を条例で義務づけすることにしました。そういう少規模への対応変更もできるようになってきています。対象の建築物はコンビニだけではなくて、先ほど言ったような学校なども、その中に入ってくるわけです。

それから整備基準も付加可能となっています。国ではバリアフリー基準のことを「移動等円滑化基準」と言っているんですけども、その円滑化基準を追加していくことができます。もちろん厳しくすることだけがすべてではありませんが、対象建築物の面積を小さくして国の基準を一律適用すると、規模に比べて一般には費用負担がかさむと捉えられます。200平方メートルとか、300平方メートルと、150平方メートルの規模では整備が変わる場合もあるかもしれません。そういう基準も追加できるというようになってきています。

私どもが関係している学会（日本福祉のまちづくり学会）最近で調査をしたところ、まだまだ少ないんですけども、全国で15団体ぐらいの都道府県、政令市がこうした強制力のあるバリアフリーの条例を制定する動きがあります。その背景について、説明をしておきたいと思います。

スライドは神奈川県下の福祉のまちづくり条例の適合率、つまり条例をやって整備を進めていくときの適合ですが、きちんと条例のとおり建物が建っているかどうかというデータです。実際に完了検査をしているわけではなく、窓口の届け出レベルです。神奈川県は、とても真面目に、ここ十数年間ずっとこういうデータを公表しています。全国でもほとんどないと思います。

条例遵守率と条例適合率があります。遵守率というのは、いろんな法律で「こうしなければいけない」と書いてあります。ただし地形、あるいは代替するサービス等で対応できる場合はいいですよという適合除外規定というのがあり、その適合除外規定も入れたものが遵守率となっています。適合率というのは、すべて基準通り設計されている、条例を基本的に全部守っているということを意味しています。

そうしますと、平成19年で五十数パーセントぐらいが遵守率です。一方全部適合した適合率を見ますと20%の中頃、25～26%ぐらいに下がってきています。条例自体は、改正のたびにだんだんよくなっています。考え方、ユニバーサル・デザインに取り組むというような理念、考え方も含めて、それから小さな身近な店舗も含むようなものにまでなってきています。しかしながら全国津々浦々どこでも条例の適合率が下がっているのです。

このもっとも大きな理由は、建築物を建てるときの確認法令（許認可法）ではないということです。どんな住宅や建物でも建てる時には、役所あるいは民間の指定検査機関で許可を受けなければ建てられないのですが、福祉のまちづくり条例は、そのような許認可条例ではないので、役所に建築物の建築の届け出はしても最終的には守らなくてもいいのではないかというように理解されてしまっています。

建築を建築するときの少し難しい話ですが、建築を専門とする方々はよく分かりますとおもいますが、皆さんの住宅でもそうですけれども、近年では建築の許可を受けようとする7～8割方は民間の指定検査機関に申請し、役所である埼玉県県の県土整備事務所に申請する人はほとんどいません。ところが、ユニバーサル・デザインですとかバリアフリー・デザインを求めている条例の届け出先は県です。あるいは大きな市になります。つまり提出する場所が全然違う訳です。民間指定検査機関は、埼玉県の福祉のまちづくり条例、あるいは東京都の福祉のまちづくり条例がどういう協議をしているかとは連携なしに、建築基準法に合致していれば、そこで許可（建築確認）を出していく状況が見られます。ただし、届け出をしておかなければいけないという責務、あるいは努力義務がありますので、その届け出は、都道府県や政令市、市町村に出すわけですけども、ほとんど建築確認とは関係なく届け出ができますので、バリアフリー化の内容も十分にチェックできないまま確認が許可されてしまうことが多いと思います。極端な話をしますと、届け出ているものと、実際に整備されたものが違う場合なども中にはあります。

ただ、聞いている話では、世田谷区では、すべてではありませんが、頑張っ、届け出たものを確認するために、竣工後現場に行って完了検査をやっているようです。そうすると、そういう完了検査をしますよということが知れ渡ると、表現よくありませんが、建築主とか設計者はちょっとやらなきゃいけないというようなことになります。そういう背景もあります。先ほど申し上げたような、都道府県とか政令市あたりが少しずつではありますがバリアフリー新法に基づいたバリアフリー条例を制定することによって、義務化を強化していくというような動きをとっています。

先ほどと同じ調査ですが、私どもが所属しています日本福祉のまちづくり学会の法制度特別研究委員会で調べたものですが、バリアフリー新法以降、様々な変化が出てきています。福祉のまちづくり条例を改正したり、独自に建築物のバリアフリー条例を制定して強化をはかっていくというような自治体が

いくつかあります。義務化できるバリアフリー条例は委任条例といいますが、バリアフリー条例を制定しているのは埼玉県、東京都、世田谷区とか横浜市とか今までの福祉のまちづくり条例（自主条例）と別々に条例づくりをするところと、今までの福祉のまちづくり条例と一本化をしてバリアフリー条例を組み込む条例の作り方をしているところも結構あります。どちらかと言うと数としては多いかもしれません。

私は、これまで福祉のまちづくり条例づくりに多く関わった経験から、もし福祉のまちづくり条例のハードとソフトというようなことも含めて一本化、福祉のまちづくりの理念を継続して頑張るのであれば、一本化の方がいいという立場です。私に関わってきました神奈川県、川崎市ですと、まだ問題もありますが、一本化する方向で条例づくりが進められているところです。

次に、情報との関係で、少し具体的な事例をお話しておきたいと思います。今、病院のユニバーサル・デザインというのを、ある県の大きな病院でやっています。私も病院に行く機会が多いのですが、とにかく何で困るかと言うと、まず、病院が患者さんにとって安心とか安全とかって言うよりも、待っているときに耐えられるかどうかということです。もちろん待ち時間の理由も問題もいろいろありますけれども、患者さんが安心して待ち続けられる環境が全然ない。単に待つ場があるというだけというようなところがあります。

ただし、これは先ほど言ったようなバリアフリー新法とか、建築物のバリアフリー条例では、まったく表現できません。いわゆる、ユニバーサル・デザインの観点でどう質を上げていくかということです。

それから待ち時間の問題で、いろいろな情報ツールが出てきています。今は、ある程度の病院になりますと、どこで待っていても、病院の中であれば、仕事を持ち込んで、私もよくパソコンを持ち込んでレストランなどでやっていますが、自分の待ち時間が、個人のプライバシーにも影響しない範囲で情報表示されるようなモニターのしくみが急速に使われています。これは元々、ろう学校など聴覚障害者の施設でよく使われてきたものですが、少しずつ空港などいろいろなところで使われ応用されてきています。これはハードの建築物と情報提供という、特に施設内を移動しなくても情報入手できるというような施設環境の利用上で快適なものになっていく表現の一つかもしれません。後半の議論にも供したいと思いますが、様々な連携の部分でとても重要になってくる部分です。

それから、今日の全体会でパソコン要約筆記をされる宮下さんに、去年の内閣府のバリアフリー功労賞の報告会の場で、IPtalk というのも教えていただきました。文字情報がさらに進化し、ゲーム感覚と言うと怒られてしまいますが、耳の不自由な人にとってはとてもいいことだと思います。

視覚障害者の方々の新しい情報ツールについてはあまり詳しくはありませんが、目の不自由な方々にとっても可能なのかどうかというようなことがあるかと思えます。

どこでもいつでもと、そういう時代に入ってきていますが、こうした機器が出てきますとノートテイクという方法が非常に遙か昔のような感じがします。

この写真は、建物を建築するとき、あるいは様々な道路ですとか公共施設を建築するときに、ここ数年急速に進んでいます利用者参加、市民参加のデザインの事例です。市民参加のデザインについては、いろんな参加のパターンがありますが、行政側が積極的に市民参加に取り組んでいるものは少ないと思います。コンサルテーションする方々が市民参加を指導する手法が、とても多くなっています。行政側は、どちらかと言うと、参加の仕組みを作らないと、バリアフリー新法にも謳われていますので、とりあえずワークショップをしますが、継続的なものはなかなか出てこない状況です。

この写真は私に関わっています埼玉県のH市での駅前 157 ヘクタールの開発事業の例です。そこで事業者がユニバーサル・デザインをするということで、ある日、その事業を推進している UR 機構が私の

ところに訪ねてきました。その事業団体のホームページみるとユニバーサル・デザインのことが確かに謳われています。そこで、本当にきちんとやるのか、本当にやるのであれば協力しますという、ことを申し上げて、その後本当に頑張って行っている事例です。現在はまだ施工中で完成していませんが、駅前広場の半分ぐらい施工され始めています。

ただし逆に自治体があまり動かないケースです。ここが問題です。本当は、地元の市民の人たちとか市町村、市役所が動かなければいけないと思います。URからのアドバイスで市長に会い、絶対やらないと恥ずかしいですよ、「日本一のUDの町」宣言をしたらどうでしょうかと、いろんなありとあらゆることで誘導してきましたがを言いましたが、いまだに宣言されてないので、ひょっとするとURの独り相撲で終わってしまうかもしれないという危惧も若干あります。バリアフリーやユニバーサル・デザインは、少しテンポが変わったり、担当者が変わると簡単に形骸化をするケースが多くて、私たち市民一人ひとりがきちんとチェックをしておかなければいけないと思っています。

最後にもう一つ、静岡県はユニバーサル・デザインで全国でも先駆けてユニバーサル・デザイン室を1999年に設置して、県として頑張っています。しかし市町村としてあまりハード的に見るものがないんです。私はたまたま沼津市のある公共施設のプロジェクトに関わりました。ここでよかったのは、これは市側の主導のケースですけれども、施設の基本構想から市民や関係団体が参加して、プロポーザル・コンペのときにも市民が参加しました。今はプロポーザル・コンペをすると、環境の課題、ユニバーサル・デザインの課題と、それからライフサイクルコストというランニングコストの課題という三つの課題がかならず、建物の設計テーマとしてコンペが行われます。このコンペにもユニバーサル・デザインが標榜されておりまして、基本設計、実施設計、そしてその間の様々なデザインのモックアップ、あるいはワークショップの中で一貫して関わることができました。実は私はプロポーザル・コンペの審査員の一人でした。市はこの作業過程で、施設の運営ボランティアも募集し、研修を重ねハード、ソフトのユニバーサル・デザインを進めて来ました。

一昨年12月1日にオープンしました。オープンして分かったのですが、指定管理者制度というのがあり、指定管理者を決定するために、またコンペをするわけです。ところが、指定管理者にとってはユニバーサル・デザインについては初めて聞く言葉で、施設建設中のそれまでの作業プログラムに関わっていないのです。運営ボランティアの人は公募の後、半年間ぐらい研修するのですが、その方々と指定管理者との思いの乖離があるということがちょっと見えてきました。これからの課題かもしれませんが、建物を造るだけではなく、市民参加にはかなり幅広い、様々な問題が含まれてきます。それでもこの施設は福祉系の施設であり、近くに高校もいくつかあるものですから、学校の帰りに高校の生徒さんたちが立ち寄って試験勉強したり、談話があったりということで、非常に明るい場面になっています。

このようなユニバーサル・デザインの取り組み事例を紹介して、私のお話を終わりにしたいと思います。どうもありがとうございました。

それでは休憩を取ってから、討論に入りたいと思います。

## 【休憩】

### 質疑応答

高橋 それでは後半の討論を進めたいと思います。最初に、皆さんから、感想・コメントをいただきたいと思います。

**会場** 質問が三つあります。一つは、バリアフリー新法ができたにもかかわらず、業者と言いますか、建築物が特に、私どもの大学にも非常に重度の肢体不自由の学生がおりまして、そういう方がトイレを使えないという実態があります。しかも新しくできた建物なのに使えないのです。介助者が両側について介助しなければならないという学生なので、それをどうして作ったのかということをお我々は非常に疑問に思っています。我々に何の相談もなく建築会社がついてしまったような気がするんですけども、そういう建築会社に対して、何かこう、指導と言いますか。当然そういう公共建築物を作る建築会社はそんなのは知っていて当たり前じゃないかと我々は思っていたんですが、全然知ってなかったということに対して指導と言うか、何かこう建築学会などで指導されているのでしょうか。

二つ目は、ここに関連するんですけども、感覚障害の場合はそれほど関係ないと思いますが、例えば肢体不自由の方だと、やっぱり程度があります。先ほど河合先生が言われていたように、例えばベッドの車いすを使っている人に対してのバリアフリーかと言うと、そうではないですよ。今どこかで線を切っているはずなんですよ。例えば立位を保持できない障害の方も、多分バリアフリーの対象じゃないんです。きっとヒューマン・アシスタントが必要な対象で。どこかで今、多分、時代の流れみたいなもので、今はこのくらいの肢体不自由の方まではバリアフリーにしていますよとか、次はもう少し重い方でも、例えばお座敷トイレみたいなものを作っていくとか、そういうこともあってもいいんじゃないかと思いますが、建築系あるいは輸送系の学会が何かで検討されているのでしょうか。

三つ目は、用語がよく分からなかったのですが、「スパイラルアップの構築」ということを教えていただければと思いました。以上です。

**高橋** まとめてお答えしたいと思いますので、次の方をお願いします。

**会場** 私は、一般の歯医者さんで見てもらえないような重度の障害者とか、入院している脳卒中の患者さんとか脊髄損傷の患者さんを診療いたしております。

障害者・高齢者の医療機関の受診のための移動方法とか手段といったこととか、診療の場面で、どういったユニバーサル・デザインをしたらいいか、調べています。

先ほど、高橋先生が、今、病院のユニバーサル・デザインなんか手がけていらっしゃるとおっしゃったんですが、医学雑誌とか医学のほうの文献を見ても、あまりそういった文献が見あたらないということがありまして、どのようにしたら建築関係の方々の立場からだけでなく、医療関係者、患者さんの意見も取り入れた、そういったユニバーサル・デザインができるのか、勉強させていただきたいと思いました。

それから秋山先生のほうのお話になるかと思うのですが、患者さんのお話を聞くと、受診手段の方法がなかなか煩雑だとか利用しにくい、今の制度では、介護保険の制度では非常に利用しにくい。自分が受診したいというときに受診できないというようなことがありました。今後の日本における STS の展望とか、そういった部分について、もうちょっとお話を伺えればと思っております。よろしくお願いたします。

**高橋** はい、ありがとうございました。次の方をお願いします。

**会場** 感想になってしまいますが、二つあります。交通とか観光のアクセシビリティ、ユニバーサル・デザインの話がありましたが、とりわけ交通関係のアクセシビリティの話をするときに、どうしても「移

動」というところだけに価値が置かれてしまうと思います。だから簡単に言うと、目的地にいかにか安全にたどり着くかということだけに話が行きがちですが、言ってしまえば、僕らだってぶらり旅ってしにくいんですよ。例えば電車に乗って降りたい駅でふらっと降りるということはしにくくて、乗るときに、「この駅で降りるから案内してください」みたいなことをわざわざ言ってないと動けないということがあって。僕らはぶらり旅したいのに、周りとはとにかく安全に行き着くことだけに価値を置いて、何かそこらへんがちよっともどかしいと言うか、自由にできないところにも目を向けていけばいいのかなというのが一つです。

それから、情報のUDとかいう話の中で、まず伝えられるべき情報が伝えられることもそうだし、それから当事者側から発信していくことも必要だという話があって、これはもうそのとおりで思うんです。ただ、なかなか難しい問題が多分、特に情報を伝えるということに関しては、誰がそれを担っていくのかということなんです。行政が、例えば福祉サイドの情報を伝えればいいのかって、そう言い切れるとも多分限らないと思いますし、だからそのへん、誰がどういう役割を担っていくのかという議論も、今後必要になってくると思います。これはリハビリテーションとかアクセシビリティの領域に限ったことではなく、広げていくことも、今後すごく大事になっていくと思いました。どうもありがとうございました。

高橋 はい、ありがとうございました。

会場 今の方の質問とちょっと関連するのかもしれませんが、これは感想と言いますか、特に交通・移動関係のバリアフリー、これは大いに進めていただきたいし、その時々的情勢によって、また新しい基準とか新しい対応が必要ということで、これでおしまいということはないと思いますが。

もう一つ大事なことは、「心のバリアフリー」と言いますか、簡単に言えば親切にしてくれる人を増やしていくと言いますか、そういう点を何かまちづくりとかそういうところに、建物の基準とか、モノの基準というのはどんどん作られていきますが、特に市町村や県段階で作るときには、高山はどの程度まで、物理的には町の中にいろんな、高齢者の座る椅子が置かれているとかいうことは承知しております。観光誘致ということで、多分みんな親切にしてくれているのだとは思いますが、ひと声かけるというような。特に目の見えない方なんかは、いくら点字を整備されたとしても、初めて行った町で目的地まで行くということはまずあり得ない。そうしますと、「どこまで行くんですか」というようなことで、ちょっと手を引いてくれるとか、そういうようなことがなければ、真の意味の移動の確保というのにはできないと思います。

なかなか難しいので、これは教育の問題なのか、啓発の問題なのか。できれば小学校・中学校の段階で大いにたたき込む必要があるのかなと思うんですが、そういうまちづくり、モノのまちづくりと同時に、心のまちづくりと言いますか、そういうものも何かこう、まちづくりなんかに入れて取り組んでいくようなあれが、例えば中学生とか小学生に、言声をかけるようにというような運動を進める、一緒にやっていくとか。小さな田舎のJRの駅なんかでいきなりエレベーターを付けてくださいと言っても、なかなか財政的にも、これはもう少し時間がかかると思います。そういうときに、それは駅員の問題だということじゃなくて、周りの人がさっと助けてあげれば、ほとんどの問題は解決する。というところがなされていないということが、まだまだ日本人の思いやりが足りないと思うんですけれども。そのへんも、まちづくりを推進するときに、ちょっと何かやれないかな。感想みたいなものですけども、失礼ですけど、そう思いました。

高橋 はい、ありがとうございました。ではよろしく願いいたします。

会場 かねがね思っていたことが一つだけあって、この場でお聞きするのが適切かどうかちょっと分からないんですが。前職で、いわゆる視力障害者の訓練施設にいました。白杖訓練などはしているんですが、あるとき、ここのセンターから駅まで点字ブロックを敷いてくれたとか、ここからあっちの駅までの点字ブロックが欲しいとか、いろいろ言われました。それを行政にお願いしてみましたが、なかなかそれは。おっしゃることは分かるけれど、進まない点がありました。その中で、最近情報機器がいろいろ開発されている中で、例えば、ICチップみたいなものをいろんなところに埋め込んで、あとは何て言うんですか、トランシーバー、視力障害者の方に持っていただく、これは視力障害者に限らずお年寄りでも我々でもそうだと思います。どこに何があるかというのが、情報がなかなか分からないので、目的地が分かっているならば、ご案内もできるんでしょうが、そもそもご本人が「私は今どこにいますか？」というのを、よく視力障害者の方に道を聞かれます。こちら分からないときもあるので、そういうICチップなるものがいろんなところ、街角あるいは個人商店でもそうなんですけれども、そういうものを埋め込まれたりして、あとは指向性の問題があるのかもしれませんが、そういうものいろいろな情報を流せるような仕組みはないのかなと思います。

確かに視力障害者は、この前の調査だと全国で31万人という、数としては少ないと言うか、あまり増えてはいませんが、町をそういうふうに整備をするとなったら、これは非常に大きな話になるわけで、できればそんな世界と言うか、まちづくりの中でそういうのができてきたらいいなと思います。また、現実にそういうのを取り組んでいるところがあるのかどうかということをお聞きできればなと思っています。

高橋 はい、ありがとうございました。ほかに質問ありますか。

会場 障害者雇用を進めていく上で、特定建築物の中に事務所であるとか、あるいは学校であるとか、条例で定めて、それで進めているということですけども、実際的には現場の中で、我が社は事務所がバリアフリーになっていないから、しかも賃貸であるから障害者は雇用できません、車いすの人は雇用できませんという話によく直面するんですけども、それに対する解決法と言うか、法的な整備等で、アイデアと言うか、お知恵がありましたら教えていただきたいなと思います。

高橋 はい、ありがとうございました。それでは質問のお答えをいただきたいと思います。最初に三つご質問がありました、関根さんにはスパイラルアップについて、それからあと、一番最後のほうにあったICチップの話をお願いします。

関根 スパイラルアップというのは、改善のプロセスです。企業や行政の中ではよく使われる、PCDAサイクル、すなわちPlan、Do、Check、Actionという物を作っていくときの、何かを計画して、それを実行して、確認をして、何らかの作業をして、という工程の中で、どんどん物事をよくしていくやり方を行うときに使うものです。企業のマネジメント用語から出た言葉ではありますが、ユニバーサル・デザインを作っていくときに、必ず出てくる言葉です。で、先生方の写真の中にもありましたが、市民参加で何か一緒に作っていくということがありますね。そのときに、最初の状況をまず評価して、課題が出てきたら、改善するモックアップを作って、もう一度、それを評価して、どんどんよくし

ていこうというときに使われるのがスパイラルアップという言い方です。これ、すみません、カタカナで大変申し訳ないんですけど、日本語にすると何になるんだろうなと私も思います。

**高橋** 国交省では「段階的・継続的な解決」と言っています。

**関根** なるほど、そうですね。

それから、ICチップを埋め込んで視覚障害者に情報を提供する可能性というのは、おっしゃるとおりです。10年ぐらい前から国内でも海外でもいろんなのがあります。例えば横浜のリハビリテーションセンターに入っているのは、トーキングサインというもので、天井などのICチップに対して自分で機器を向けると、「ここが入り口です」などのいろんな音声降ってきます。確か、さいたま新都心の駅の中にも同じものがあったと思いますが、そういった機器を持っていると、音がいっぱい降ってきます。でも、今の段階ではまだ特殊な機器になっているので、これを一般の携帯電話などでできないかというのが今の研究テーマになっています。

例えば東京大学なんかでも、地面にICチップを埋め込んで、その上を動いているところから音声で位置を知らせることができないかという研究もありますし。今は携帯電話にGPSの機能が付いているので、それによって今居るところから目的地まで音声で完全に案内するというのができないかという試みもあります。だから徐々にユニバーサルな方向に進むのではないかと考えています。ICチップが埋め込まれていなくても携帯電話だけで使えるものが数年後に出てくるんじゃないかと考えています。ユニバーサル・デザインとユビキタスというキーワードなどで検索していただくと、あちこち出てくるかもしれないですね。ユビキタス情報社会という環境になると、例えばお店の前を通りかかると「クーポンあります」とか「今日のランチは」とか、そういう情報が自分の携帯などに音声やテキストで流れてきます。だから別に障害じゃなくても、いろんな人にとってメリットがあるので、このようなサービスは、これから増えてくると思います。

**高橋** ではそのあたりの、道路のほうですと、道路ITSという話になりますけど、秋山先生にお願いします。それからもう一つ、日本のSTの展望のことについても触れていただいて、それから心のまちづくりといった側面での教育のありようのことについても、触れていただきたいと思います。

**秋山** 最初、ITSですけれども、ちょっとその前に基本的なことを。「触知」という手で触る部分と音とでは、10の2乗ビットが音で、10の4乗ビットが写真という。つまり、触ることに対して音は100倍ぐらいです。写真は1万倍と言うか、それだけ情報量が違うので、写真を音にするということは、とても、100分の1の情報量で説明するので、ITSというのはとても難しいということがあると思います。日本でITSをやり始めたのは音のユニバーサル・デザインというよりは、国土交通省がやり始めたんですけど、かなりアメリカのITSというプログラムとか、ヨーロッパに対抗するために、29画面の歩行者ITSということで始めました。まだ不完全で、ユビキタスがその後入ってきたので、そのあたりが今混沌としています。だからこれから先、少しずつ変わってくるのかなと思います。国土交通省は音のサインと言うか、平成13年に作って、鉄道駅には、5か所が整備されています。具体的には改札口、プラットフォームの鳥のさえずりとか、あとは上る階段のところの、あるいはエスカレーターの音をやられています。

それから心のバリアフリーについては、1980年代にアメリカに行ったときに、センシティビティ・

プログラムということで、既に障害者がバスに乗るための対応というのをソフト的に開発していました。それがどうも必要だということで、2000 年前後ぐらいから私調査に行きまして、国土交通省ではないんですけども、エコモ財団でマニュアルを作りました。教育プログラムのマニュアルですね。その発展形として現在は東京都が福祉のまちづくりの条例を、この 10 月に施行しますので、それと合わせて商店に行く障害者の人たちに対して、どう対応したらいいかというマニュアルを、今作っている最中で、先週実験をしたばかりです。そして最終段階に今入っておりますので、商店街の人が、多様な障害をお持ちの方に対して対応するという、これが心のバリアフリーの今の状況です。

それから STS ですけれども、STS の展望については、イギリスなどではクロスセクター・ベネフィットという言葉があるんですけども、これで博士論文書いた人がいるんですけど、病院の往診よりは通院のほうが安くなるよとか、あるいは食事を配達してもらうよりは自分で買い物行ったほうがいいですよ、というので、交通の効用を説いた論文があります。そういう意味では交通がかなり役に立つよということが出ています。アメリカでは医療費の 1~2%、年間 500 億ドルとか。日本円で 500 億円とか 1 千億ぐらいのお金が、90 年代で既に出ていました。そういう意味で、それをスペシャル・トランスポート、病院送迎で、メディケイドという形で使われています。日本はそういう仕組みがなく、イギリスはアンビュランス・サービスで、障害者の病院送迎は、かなりそれに使われていますが、無駄だという意見はたくさん出ております。日本の展望は、道路運送法の 79 条で NPO が料金を取ってもいいよ、と、そこだけ改定しただけで、それ以外何もやっていません。むしろ、配車センターみたいなのをやってくださいということを、最初世田谷で提案したんですが、配車センターでもダメで、障害をお持ちの人とか高齢者を発掘するところから始めてくださいということをやりに始めてもらったのが杉並です。杉並はそういうのを発掘してやっていくということをやりましたので、次のところが、どこがどう行くか、まだこれからです。

英国から比べると、制度的には 29 年遅れているんですが、政策的にも相当遅れているので、これからは、今バスが、お金が相当付いて、日本全国のバスの計画が作られている段階です。このバスが一巡した後、スペシャル・トランスポートにどこまで行くかというのがこれからの展望で、自治体が無知なゆえに何も計画できていないです。交通計画の人がやはりやれないという部分と、それから福祉の人は個人ばかり見ている。その隘路の中に埋まっているのがスペシャル・トランスポートですので、それをどうやって気づかせるかというのがとても大事なところかなと思っています。

現在の道路運送法の 4 条とか、79 条は、「運輸と経済」に今月、来月号に書いたんですが、そのあたりでしっかり皆さんに勉強していただくことしかやりようがないと。そして NPO は NPO で独自の世界を作っていて、タクシー会社の二番煎じを行っているんですね。だから障害者のことを考えていると言っているんだけど、自分の経営的なことばかり考えていて、本当の意味で、障害者のモビリティを考えている人が少ないように思えて、ここをどう突破するかというのが次のところかなというふうに思います。以上です。

高橋 ぶらり旅ができるようになっていくことについて、いかがでしょうか。

秋山 それについては二つほどありまして、着地型の旅行をどうするか。先ほど関根さんが高山の話をしましたけれども、モニターツアーというのを最近やり始めている所が高山とか、あとは松江とか、それから着地のほうで介助者を用意している所というのがあって、介助者のマネジメントです。旭川がそうです。それから、伊勢志摩とか、そういったところが観光について着地型で努力をし始めています

ので、随分変わるのかなと思います。

ぶらり旅も、途中の情報は多少軽いと思うんですが、着いたところでの情報がとても大事なので、そういう着地型のマネジメントがうまくできればいいのですが、残念ながらこれも STS と同じ流れを汲む可能性を持っているので、かなりちゃんとした対応をしないと、絶滅品種みたいになっていきそうです。せっかく芽が出て「いいことやっているね」で終わっていく可能性があるのですが、行政の予算がしっかり付けられて、観光は楽しみじゃなくて権利であるというぐらいの政策的な大転換をしないと、なかなかぶらり旅はできないのかなというふうに思います。というのが私の現在の感じているところです。

**高橋** ぶらり旅はなかなか難しいかと思えますけれども、もうこれは勝手にしていただくしかないかなという感じがしますが。あるいは自分で、ぶらり人をつかまえていくか、あるいはモノをつかまえていくかというようなことにも、なってくるかと思えます。これはさらに議論が必要かと思えます。

それから私向けのご質問もいくつかありました。事務所の賃貸の問題は、非常に難しいところです。新規であれば共通な部分は基本的には整備し、通常ですと、条例では整備しなきゃいけないとなっています。ただし一番難しいのは、既存のもので改修できないとかというように言ってきて逃げてくることです。オフィスの中の空間が、この教室もそうですけど、全部可動な家具等で出来ていますと、やろうとすれば中は全然問題ないのですが、共通の部分は、容易に施設管理者が改善してくれないという問題を生じています。今後は後で改修にならないよう、新法の円滑化基準を遵守してもらい最初から最低限のバリアフリー化に取り組んで欲しいと思います。

改修については、依然として努力義務でありますので、新規は義務化されてきますけれども、そこは事業者の判断によるというようなことになってきます。ここはちょっと難しいですけど、金銭的支援や容積率など何らかのインセンティブが必要になる部分もあるかもしれません。このようなことで、ご容赦いただきたいと思えます。

それからトイレのお話について、学校ですと、4年間その人が固有で利用するトイレとか、例えば福祉系の大学ですと、多分利用者が多いはずですし、小学校の義務教育施設でもそうですけれども、その人には使えるけど、この人には使えないというのがあります。ガイドラインで私たちが示しているものは、本当にごく標準的なものでしかないわけです。これは、設計者にそれを分かってくださいと言っても、まず分からないです。ですから、便器の配置、給排水口の複数化、あるいは空間のフレキシブル化が可能タイプなどを用意して、両側からのサポート介助ができるようなものにして、その利用者が入学したときに、必要ない個所をその都度改修していき、そういう費用は入学を許可する学校側の予算で確保していくということが必要です。どんなに重い障害を持った人が来ても、それに対応できるという両面のアプローチをしておく必要があります。誰が利用するか分からないことを建築会社や設計者に要求してもかなり難しいと思えます。車いす使用者といっても人づくりではないわけですから、施設を管理する側の対応が重要です。入学者が決まった時点で、学校が発注して、その人に合わせる改修を考えれば、問題は生じませんが、そこまで大学側が柔軟かどうかは問われています。昔東京都が住宅をつくるときに、「ハーフメイド」という、入居者が決まった時点で改修を行う、設計をするという方法をとりましたが、そういう方法を学校側に取れるかどうかは、学校側の問題であるかもしれません。

ただし、複数トイレがある場合は、最初からいくつかのタイプを組み合わせて設計をしていくということは、空港でもそうですけれども、そういう整備をすることは可能です。片方だけに手すりをつけたものばかりである必要はなくて、両側からもサポートできるなど両側に可動手すりをつける方法、リハビリテーション施設はそういうものが個別にかなりあります。多分埼玉県県の県立リハセンターでも、い

ろんなタイプのものが、それぞれの居住者棟に付いていると思います。

また、建築関係者への教育の問題ですけれども、細々とですが、業界団体である建築士会などのグループ、事務所協会、埼玉県でもそうですけれども、やってはいます。しかし、この県立大学を設計したのは山本理顕さんですけど、山本理顕さんの事務所に限らず、多くの設計事務所では、20代から30代の若い人たちが実務的な設計をします。その人たちがバリアフリー、ユニバーサル・デザインに関心を持って勉強をしない限りはデザイン優先になってきます。一生懸命法律を作っても、基準や数値だけをあてはめるだけで、極端な話誰が使うかは関係なくなっています。まして多様な障害のある人を理解する作業は設計作業の中では、障害者施設を設計しない限り理解する作業はしないでしょう。強制的に再設計教育をしない限りは、多分自分からは手を挙げない。ですからやっぱりトップダウンで、山本理顕さんとか安藤忠雄さんとか、そういう著名な方々が、「お前、行って勉強してこい」というように言っていただかなければなりません。それについての国交省だとか日本建築学会の役割はもちろん大いにあるかと思えます。

他にもご質問がいろいろありましたが、時間の関係もありますので、最後にパネリストの方からひと言だけ、ご感想でも結構です、あるいは言い残したことで結構ですけれども、河合さんからお願いできますでしょうか。

河合 高橋先生のお話を聞いて、建築確認と完成検査が民間にどんどん流れて、まちづくり条例が守られていないというのは、非常に残念です。現実をあまり知らなかったものですから、ちょっとショックでした。

リハビリテーション・エンジニアの中で、どうのこうのと言うよりは、先ほど出たスパイラルアップというのは、我々でも使う言葉になっていますので、答えがよくみえてないのは、私も行政機関にいるからでしょう。よく指定管理者制度の話は聞きます。まちづくり、住まいづくりの中で、最終的には行政ではなくて指定管理者制度に移行するのは間違いないと思うので、そういう指定管理者制度を見越した市民参加であったり、住民参加はどういう方向が良いのかというのを私の最後の質問として終わりたいと思います。

高橋 関根さんお願いします。

関根 質問の中に、誰が情報を発信していくのかとありました。行政なのか市民なのか。情報社会がどんどん進んできて、みんなが携帯電話でいろんなところに情報が発信できるようになってきています。すると、例えば使った当事者が、ここはよくできているとか、発信できるわけですね。僕はこういう障害だけど、こういう人だったらここは使えると思うよ、とかいうようなことを、当事者が発信することによって情報というのは厚くなっていくと思います。行政だけに頼っていてもダメだし、指定管理者はきちんと勉強しなければいけない。だけど最後は、私は当事者の声が一番厚くなっていくのが、一番早いし、確実だと思います。場合によっては、「僕はこういう障害だけど、これは使えると思う？」という問い合わせと回答ができるような仕組みが、そこの地域の中だけ使われるローカルな情報システムとして出せるといいなと思います。このエリアの500m以内で、例えば「手話通訳者いない？」とか、「ネパール語がしゃべれる人、いない？」とか、探せるようにしたいのです。「僕の障害で使えるトイレどこ？」と聞いたら、返事が返ってくるかもしれません。そういうことが携帯電話の特定のエリアの中だけでできるような仕組みというのは、これから可能になるはずですよ。ですから情報社会というものがある

っと進んでくると、今日お話が出たような ITS とかスペシャル・トランスポーターションとか、いろんなものが変わるんじゃないかなと思っており、30年後を見越して進みたいと思っています。

高橋 ありがとうございます。秋山先生、いかがでしょうか。

秋山 僕自身感じているのは、どうも技術の部分と、それから理念の部分との再構築が、今、大変化の時代で、起きていくんじゃないかと思います。例えばバリアフリーが今個別でいろいろ行われているけれども、それを統合したりつないだりしたときに、新しい技術が必要になったりと、そういう部分が出ています。でも、そこのところはどうも今欠けているといいますか、隘路にいろいろ落ちているものをどうつないでいくかというところが、一つ大きく出てくるのかなと思います。

理念について、つい最近、帯広で動物の話聞いていたんですが、動物に対する対応がちゃんとできているところは、社会福祉もちゃんとできているということを言っていた人がいました。つまり猫とか、様々な人に対して虐待している社会というのは貧しい社会だと、帯広で報告していた先生がいらっしゃいました。以上です。

高橋 はい、ありがとうございます。私も帯広行ってきましたが、そういう帯広ですけど、あの「ばんえい競馬」を見た時は正直何か動物虐待のような感じも受けてしまいました。見ているほうも少し辛そうな感じで、初めて見ましたけど。

今、動物の話が秋山先生からありましたが、今まで私たちは「人にやさしい町」とか、環境とかって作ってきました。環境の方でも、ちゃんとそれが対応できてないといけないというのが今の時代の重要なキーワードになってきていますので、動物にも同じことがいえるかもしれません。

それから、関根さんのお話で最後に、「誰が情報を伝達するか」と、とても大事なことです。私も、使う人がまず適切な経験を発信するのが、とにかく一番いいと思います。仮に間違った情報であっても、その人にまた聞くことが可能であるというようなこともあるし、今は、若い人たちが使うブログですか、何でも発信しようとするといっぱいあるし、日常生活のありとあらゆるものを私たちはネットで調べています。

話は変わりますが学生の就活でもそうです。大学の就職支援室があっても、ほとんどは学生が自分で調べている。それから子育て情報のことでも、若い人たちがブログだとかいろんなものを見て医療機関を選択していく、そういうような状況になっています。それにどうアクセスすればいいかどうか、それほど勇気は要らないと思います。バリアフリーの世界でも、あるいはユニバーサル・デザインの世界でもまったく同じだと、今日のお話を聞いて感じました。

それから河合さんが最後に「どうなの？」というようなことがありましたけれども、社会の仕組みだとか、ルールと言うか流れだとか、単に参加だとか、あるいは法律ができたからということではなくて、それをどうやって運用していくのか。法律だけに依存するだけではなくて、一人ひとりで何がやれるか、やれる部分をやっていかなきゃいけないという感じがいたします。モノによっては、担当者が、既成のルールを、枠組みを変えなければいけないということで、相当勇気がいる部分もありますけれども、その勇気を、今出したからと言って、皆さんにとがめられる時代ではなくなっているわけです。今日は役所の方はいませんが、役所の方がいる世界の中でも同様だと思っています。

限られた時間で、討論の時間がちょっと短くなり、まとめにはなりません、これでこの分科会を終わりにしたいと思います。

どうもありがとうございました。

# 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  
療育・就労支援部就労相談室長）  
「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—」

### 分科会 3 リハビリテーションと地域生活支援

司会 皆さん、おはようございます。また、日曜日にもかかわらず、総合リハビリテーション研究大会2日目にご参加いただきまして、ありがとうございます。ただいまから分科会のグループ3「リハビリテーションと地域生活支援」を開始させていただきます。最初にこのグループ3の分科会のコーディネーターを務めていただきますのは、日本福祉大学教授の野中先生です。では野中先生、よろしくお願いいたします。

野中 おはようございます。野中でございます。今日は国政選挙で、障害者自立支援法もこれで大きく変化するかもしれません。

さて、障害を持った方々が、我が国でどのようにうまく暮らしていくかということを支援する全体的なシステムについて、今日はここで議論をしていきたいと思えます。特に現在の自立支援法という法の枠組みにあまりこだわる必要はないと思えます。総論的に、法律、政策がどうであれ、どのようにシステムを作ったらいのかというところに議論を絞っていただいて結構です。

私は精神科医で、精神障害を持った方々の退院から地域生活支援をやっていくと、どうしても医療だけではすまなくなってきた、日本福祉大学で教えるようになりました。自立支援法の中で言いますと、現在は国の中央研修会で座長を務め、相談支援専門員の育成をどうしたらいいかというようなことを話しています。それから自立支援協議会のあり方についても、3年になりますが、方向性や運営マニュアルを作って検討しています。

今日は、シンポジウムを大変楽しみにしております。シンポジストとしてもすばらしい先生方をお呼びできました。ではご紹介をいたします。調布市の障害福祉課長を務められております山本雅章さん。社団法人「やどかりの里」の増田一世さんです。「啓和会」の常務理事の池並雪枝さん、国立障害者リハセンターの四ノ宮美恵子さんです。よろしくお願いいたします。

では山本さん、よろしくお願いいたします。

山本 調布市の障害福祉課、山本です。障害者自立支援法が施行されて、概ね3年半経過をしております。その間のいろいろな法律の問題が様々に議論をされ、定率負担であるとか、いろんな影響もあり、特に市町村にも非常に重大な影響を与えたと思っています。

一方で、地域で暮らすということが目的に位置づけられて、三障害の一元化であるとか、相談支援の制度化、障害福祉計画の策定など、新たな取り組み、こういった契機にもなったと思えます。そこで、今、私どもの市で行われていることについてお話をできればと思えます。

調布市は、東京の多摩地区、世田谷の隣です。人口約22万の中規模の都市という、ベッドタウンです。

市町村としては、この法律を巡って、いろいろ言われながらも分権という形が進む中で、どのようにしたら「自立と共生」という国の方向が進むのか、これが逆に我々の課題となっているのだろうとも思っています。支援費制度以降、サービスの種類や量というのは確かに増えています。昨年度の決算額でも6%増となり、毎年毎年増えています。そうした種類や量は確かに増えています、一人ひとりの皆さんがどのように利用して、この調布という街で暮らしていくのか。法律上、「援護の実施者」という位置づけがありますが、市町村の施策の理念というのが問われていると考えています。

そうした理念を具体化する視点について、福祉計画でも議論をしているところです。一人ひとりの人をどのように支援をしていくのか。見守りの仕組みを作るのか。ということが重要だろうと思います。

具体的には、個別のマネジメントや、社会資源をどう作っていくのかが、援護の実施者として、私どもが考えなくてはならない課題だと思いました。

「個別のケアマネジメント」という課題については、法律の中に位置づけられています。「サービス利用計画の作成」という名前になっていますが、しかしこれを利用できる範囲というのはかなり限定をされています。実際全国的に1%に達していない利用状況と聞いています。東京都内でも、一定数、決定しているというのは、本当に区部市部合わせて数区市にしかすぎないという現状があると思います。自立支援法はご承知のとおり、複雑な制度です。我々も説明をするのが、なかなか悩ましく、理解して自分で調整をしていくということは、結構厳しいだろうと思っています。これを誰かが調整をしていき、障害者の暮らしを支えながら、具体的に使っていただくことが必要であると思います。

国が2005年に「相談支援の手引き」という形でも示しましたが、具体的に社会資源をどう使っていくのか、ネットワークをつくりながら、本人の目の前に具体的なサービスが「こうなりましたよ」と、「こうですよ」ということを提示していく仕方が、大事なだろうと思っています。

そこで、調布市では、相談支援事業の前身である障害者自立生活支援センター事業という市町村相談支援事業を平成11年に1か所、それから14年に2か所目を立ち上げました。同時期に精神障害者の生活支援センターも立ち上がっていました。自立支援法が施行されてから、市ではこれらの3ヶ所の事業所を生活支援事業の中の相談支援事業に位置づけて、障害種別ごとにサービス利用計画だとか相談を行う事業と位置づけました。

そして市も、相談支援をやっているケースワーカーがいますので、市も含めた3つの事業所と市で相談支援事業所連絡会というのを作ったところです。あとは1つ、法外事業として、3年前に「こころの健康支援センター」も作りました。今はこのこころの健康支援センターも加え5つの事業所で実施する連絡会をやっています。

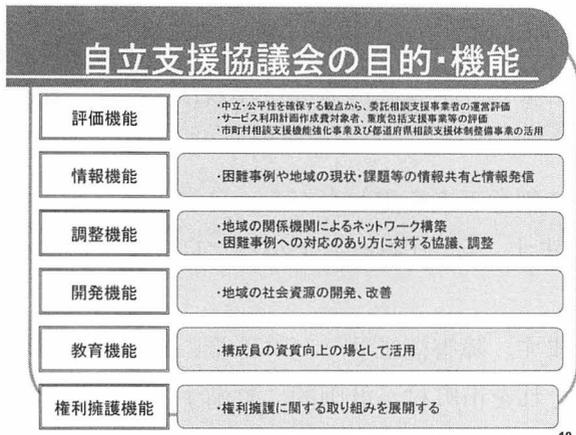
連絡会の中でもいろいろ議論をされますが、実際の相談場面で言うと、家庭とか通所施設、医療機関、支援機関で、利用者が必要とされるものが異なります。その際、一人ひとりの利用者のニーズを探る意味からも、客観的な情報が必要だろうと思っています。その中では、ライフステージを通して、所属する機関などに相談支援事業所や障害福祉課が絡むということになりますが、情報共有ができる連携が必要だと思っています。

不動産担保ローンで身動きできなくなった知的障害の单身の方が、借金取りが怖いと、市に駆け込んできたという実例がありました。そこで、相談支援事業所と一緒に動いて、後見人を立て財産管理をお願いし、資産を売却しました。資産を売却すると住まう場が欲しくなるので、ケアホーム事業者に連絡し住まいを探して、就労されていましてので就労支援センターとも連携を取るといような、具体的な支援が展開できましたが、これも情報の共有を互いにしながら支援した例でした。ほかに、单身の方ですが、生活面など、いろいろな相談ごと、困りごとに乗るなかで、相談支援だとか通所先だけではなく、近所の定食屋のおじさんがその人の支えになっていることがわかりました。「自分のお父さんみたいなおじさん」という表現をしていました。いろいろな情報を合わせて聞くと、この方のエコマップみたいなものが浮かび上がってきたようでした。

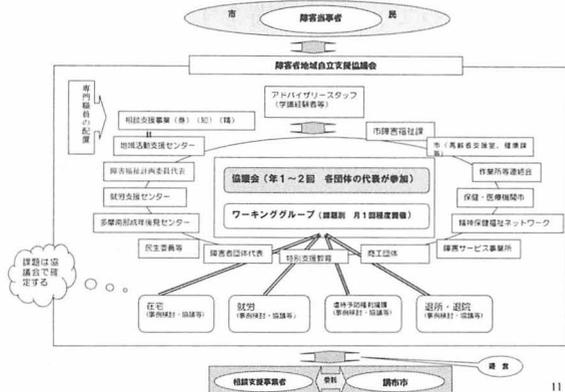
このような横の連携は、実際サービスを提供する場合でも必要だと思っています。一方現在、問題になっているのが、就学前の機関から学校に移る、あるいは学校から通所施設に移るときに、何も情報がないで来てしまうという例が結構多いということです。そこで私どもとしては、「I（アイ）ファイル」と

いう、乳幼児期から成人期に至るまでの情報を、伝えていけるようなファイルを作りました。このファイルは、親が持つことになっています。現在、特別支援学校と連携をする中で、本来学校行事である企業体験などに、就労支援の職員が同行して引き継ぎををしたり、発達支援センターが就学期と一緒に学校に行って連携したりと、市全体で取り組みをしているところです。このような場面でも「I（アイ）ファイル」が活用できるのではないかと考えています。

我々がこのように行っていることを「のりしろ」と言っていますが、「のりしろ」をどのようにつないでいくのかという連携が課題の1つであると思います。その意味では、「横と縦」とよく言われますが、そういった連携の具体的な仕方というのを、今、模索をしている段階です。



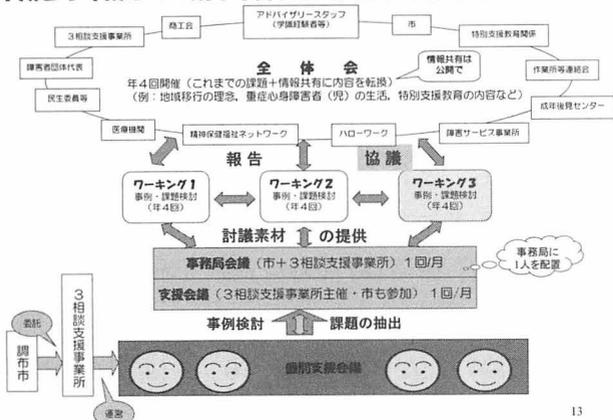
調布市における地域自立支援協議会のイメージ(18~20年度)



そこで、ネットワークとか社会資源を作るということが大事ではないかと思っています。自立支援協議会の機能として、国は6つ掲げています)それを具体化していくために、平成18年に調布市では自立支援協議会を立ち上げました。福祉・保健・医療など、30団体近く集まり、全体会、課題別の分科会を行いました。調布の場合「ワーキング」として、「在宅」「就労」「虐待予防」「権利擁護」「退所・退院」の課題別のグループを作りました。

事例検討を中心に運営をしてきましたが、設立して2年が経過し、課題も鮮明になりました。それは、社会資源の開発をどのように進めるかということや、課題別事例検討などだけだと議論も広がらず、分科会の議論が全体会にも反映されないという現状を改善することと、相談支援事業所が主体的協議会に臨むのかということなどです。

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



そのため、他市の事例を見聞きしながら議論し、原点に帰り、利用者のニーズを基本に新たな枠組みを作ろうと考えました。今年度からスライドのように、相談支援事業者が行っている個別支援計画や支援会議をベースにして、市のワーカーも交え、議論することにしました。それを支援会議の中に持ち上

げて、出てくる課題をワーキングの課題にしようということにしました。必要に応じて全体会に報告するとか、全体会を通して、このような課題だから基盤整備しようということ、全体会から市への意見具申できるボトムアップのシステムにしています。

ですから、以前はワーキングの課題にあわせて、とりあえず課題に応じた事例を見つけてきて議論するということがありました。そのようなことはやめ、ワーキング別の名前はつけずに、個別支援会議や全体の支援会議で出てきた課題を、きちっと上に上げていこうことになっています。

今、ワーキングで、「安全・安心」や、「高齢障害者の支援」、「地域のインフォーマルなサービスをどうやって使っていくのか」ということが課題になっています。これは今年度続くのか、あるいは議論が一定収束をするのか、皆さんの議論を待つところです。このようなやり方だと、月に3回は相談支援事業所や我々が集まって、その準備をするということになり、負荷はかかります。しかし、相談支援を行う中で出された生の議論が全体化するという意味で、ワーキングの議論は非常に活発化をして、相談支援専門員も面白いという感想を持っています。

この形が一番いい形とは思いませんが、フレキシブルに創意工夫を重ねながら、自立支援協議会の活性化につなげていくということが1つの鍵になると思います。今、「あってよかった自立支援協議会にしよう」という合い言葉で進めているところです。

次に調布市での福祉計画について、お話したいと思います。障害福祉サービスの量の確保、地域生活支援事業の工夫は、市がやらなければいけない課題で、それを市町村が計画的に整備するということが求められています。国では福祉計画の視点として、「自己決定・自己選択」、「一元化」、「地域生活移行」という3つの課題を挙げています。この視点に沿って、市町村では実際自分たちが実施主体として、サービス基盤も含め果たすべき役割があると思います。それは自立支援協議会で語られている一人ひとりのニーズというのを地域の課題として捉えて、これをどうしていくのかということだと思えます。その意味では、「サービス量がこれだけ必要だから、予算額はこうだ。」ということだけではなく、まずは地域の中で障害者が暮らし続けるための仕組みをどうしていくのかということが議論されるべきという視点になっています。

一人ひとりのニーズを大事にすると言っていますが、本市の例では、計画そのものの中に一人ひとりのものの考え方とか、意見などを具体的に反映させる、すなわち、当然住民参加ということが課題になるだろうと思っています。それは意思決定過程への参加であるとも言えましょう。第1期の計画、第2期の計画とありますので、そこでサイクルとして検証をしていくということが大事だろうと思っています。

平成18年の福祉計画は、国のワークシートに数字を入れ込んで、とにかく作ったという感がありましたので、第2期の計画を作るときには、きちんとした根拠を自分たちで持つという考え方で行いました。市民福祉ニーズ調査の実施や、特別支援学校などでの卒業生の日中活動の場がどれぐらい今後推計値としてあるのか、あるいは退院・退所と言っているけれども、どれぐらいのニーズがあるのかということをもとに具体化させるために、高校生の進路意向調査、施設入所者に対する全員の調査を行いました。これはご本人の意向と施設の客観的な意向をクロスにかけた調査、体系移行の移行数の調査を総合的に行ったものです。そこで出てきた数字をもとにして議論をしました。

当然議論にあたっては、福祉計画の作成委員会を作り、議論いただきました。16人の委員のうち9人が当事者もしくは家族で構成をしています。委員会では、国の制度に意見するのは難しいので、市が独自でできる地域生活支援事業の中を充実してほしいということや、発達障害や高次脳機能障害にも新たな課題として積極的な視点を書き込んでほしい、あるいは住まいの場もまだまだ不足しているというようなご議論がありました。一番みんなが「うん」とうなずいたのが、そもそも行政の計画は分かりにく

いから、パッと見て分かるようなものにしてほしいということで、意見もいただいているところです。

市としてはこのような意見を、計画に反映できることはやっていうことを念頭に置きながら計画づくりを進めたところです。計画は作りましたが、当然実効性のあるものとなると、単に福祉計画の問題だけでなく、例えば市の基本計画のプログラムと整合することが重要だろうと思っています。第1期、第2期の計画でもそうですが、市の実施計画とリンクをさせて、財源的な裏付けというのを取っていきたいと思っているところです。

私どもとしては障害者一人ひとりのニーズを具体的にどのように施策化するかということは、道のりが長く、理念的で手数のかかるものですが、こういう道筋が法律の中に一応書き込まれているということが、大事だと思っています。

また、相談支援や福祉計画、自立支援協議会の取り組みについて、一人ひとり様々な思いがあると思いますが、ニーズを具体化するためには、福祉サービスの基盤整備や、地域づくりが欠かせないと思います。こうした地域で見守ったり支援したりする仕組みをコーディネートしたりマネジメントするのが福祉計画の役割だろうと思います。

同時に、相談支援事業所の皆さんが具体的に関わって、寄り添った支援を行っているわけですから、ここを使わない手はないだろうと思います。分析をし、具体的な課題を抽出して施策に反映する障害福祉計画と相談支援を取り結ぶものとして、自立支援協議会の役割があると思っています。

調布では「その人らしい自立した生活の充実」ということを計画の目標として掲げています。相談支援、福祉計画、自立支援協議会、この3つの関係が相互に関連し合いながら具体的なものとして展開できれば、非常に有効なものになると思っています。それぞれを単体として捉えるのではなくて、どのように相互が連携しあって社会資源や相談支援の充実に結びつけられるかという視点を重要視したいと思います。

そして、当事者が参加をして、その人たちの生活している実態を大事にすることと思っているところです。

以上、調布市の取り組みと、大事だと思うことを述べさせていただきました。以上、終わります。ありがとうございました。

野中 はい、どうもありがとうございます。ところでIファイルの「アイ」とは何ですか。

山本 「私」という意味だとか「アイデンティティ」という意味とか、そういった意味を込めて、全部「アイ」というように、勝手につけました。

野中 「ラブ」の「愛」も入っていますか。

山本 はい。

野中 ワーキンググループ1、2の分け方は、どのようにやるのですか。

山本 相談支援事業所が3つございますので、それぞれが責任を持って運営してくださいという意味です。例えば知的・精神・身体の人たちが障害種別にとらわれずに、自分たちの事業所としてそのワーキングを担うということにしました。

野中 必ずしも地域別ではないのですね。

山本 ではないです。

野中 どうもありがとうございました。では、増田さん、お願いいたします。

増田 どうぞよろしくお願いいたします。私はさいたま市の「やどかりの里」で働いています。私自身は「やどかり情報館」という精神障害のある人たちの福祉工場で、後ろに並べてある本を作る仕事をしております。福祉工場ですので、主に精神障害の方が中心です。今 20 名ちょっとの障害を持たれた方が、やどかり出版、やどかり印刷、やどかり研究所で働いています。また、近隣の障害者施設の人といっしょにさいたま市の公園清掃の仕事なども行っています。

今日は、冒頭に自己紹介がてら「やどかりの里」の話と、後半は、2001 年に誕生しました、新しい自治体「さいたま市」で、私たちが取り組んでいることなどをお話したいと思います。

### やどかりの里の活動のスタート

図 1 は、トリプル・トゥー・イン・ワンというモデルで、「やどかりの里」の活動の全体像を表したものです。

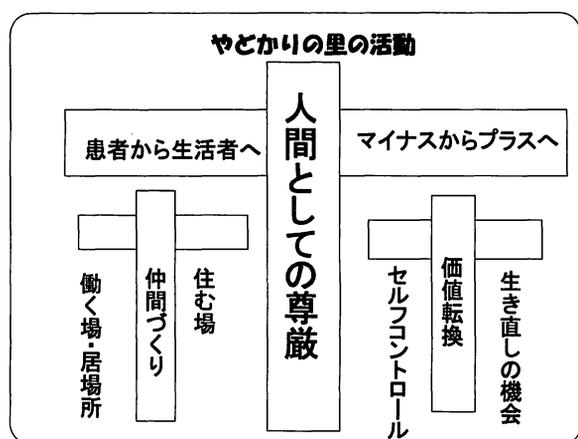


図 1 やどかりの里の精神保健福祉活動

精神障害のある人たちは、精神科の病院の中で、人間として街の中で生きるという最も基本的な権利を奪われた状態に置かれている人たちが現在でも 7 万人いると言われております。「やどかりの里」が誕生した 40 年前には、鍵が掛かり、窓には鉄格子がはまり、病気は治っているのにどうしても街の中に戻れない人たちがいました。実は今でもいらっしゃいます。そういう方たちが、なぜ精神疾患を負ったということだけでそこにいなくてはならないのか。どうしてこの人たちは人間として当たり前の権利を奪われていることへの怒りが「やどかりの里」の出发点です。親御さんがいない入院中の患者さんたちに、住まいと働く場所を提供するということから活動がスタートしました。

そして 20 年間、精神衛生法という時代には、精神障害のある人が地域で生きるための支援を規定する法律が一切なかったのです。私は 30 年ほど前の、公的補助金のない時代に「やどかりの里」に飛び込みました。ソーシャルワーカーとして活動するはずだったのですが、ワーカーとしての仕事だけでは食べられませんでした。先輩に出版の事業を担当するように言われて、福祉学科卒業の私には編集の基礎知識も全くなく、一からいろいろ教えてくださる方がいて、ソーシャルワーカーとしての活動と合わ

せてやどかり出版代表としても仕事をしてきました。いつも職員の人件費を払うことが大変で、たいへん貧乏なやどかりの里でした。貧乏だったからこそ、福祉工場にして、障害のある人を雇用して事業を進めるといふことにも踏み切れたのだと思います。でも貧乏な時代が長く続きました。

### 1人1人が主人公を目指して

1987年に精神保健法という法律に変わりました。第2種社会事業として精神障害者社会復帰施設が認められました。他の障害分野の方々は、「何で第2種で納得してしまったのか」と、思われる方が大勢いらっしゃるといふ思います。しかし、やどかりの里としてはこれ以上公的な支援なしに活動を存続できない瀬戸際でしたから、地域で支援ができる体制ができることは大変ありがたいといふような状況でした。その中で、「やどかりの里」は1990年に「社会復帰施設」を立ち上げました。この施設は、長期入院の人たちが、そこを足がかりに退院できるような援護寮と通所授産施設でした。その当時は、本当に100人足らずの利用者の方でしたが、2009年の3月末現在では、307名の方が登録をされています。それ以外に、生活支援センターで、相談支援事業をやっていますので、その中には登録をされない方もいますので、そういう方を入れると400人ぐらいの方を、いろんな形で支援しています。宿泊型の施設である援護寮はありますが、利用期限がありますので、地域のグループホームや単身アパートや、親御さんと一緒に暮らしているといふような状況です。

当時、何もなかったもので、ともかく住む場、あるいは生きられる場所、仲間と出会える場所を創り出してきました。私たちの基本にあるのは、「仲間同士、障害を持った人たちには支え合う力がある」といふことでした。でもそれだけでは足りないので、地域の中に支援する資源として、生活支援センターやグループホームを作りました。現在、グループホームには40人ぐらいの方が生活をしています。また、もっと多くの方が単身アパートで暮らしています。障害をもった方たちの知恵や意見、体験を生かした活動を作っていく、協働の活動づくりで進めてきています。そして今は、障害者自立支援法といふ私たちにとっては非常に厳しい制度なので、「やどかりの里」の足元が揺らがないように1年間をかけて、活動理念を明確化の作業を行いました。その中で生まれてきたのが「1人1人が主人公」といふ言葉でした。障害を持った仲間も職員も家族も、一人ひとりが人生の主人公として生きられるような制度や政策を作ること、そして地域資源を作り出していくこと。これが今「やどかりの里」が目指していることです。

### 回復とは社会とつながっていくこと



図2は、これは主に統合失調症の人たちが、自分たちの回復のプロセスを描いたものです。病気になった時点で、いろいろなことをあきらめ、「やどかりの里」のようなところで生活ができるといふことを実感し、仲間と出会って、「ああ、生きててよかったな」と思えるようになったそうです。そうする

と、「自分は病気だったのに、どうしてこんな扱いを受けなくてはならなかったのか」という怒りが出てきて、もっと人間らしく生きたいという思いが湧きあがり、そして、自分も社会に役立つ人間になりたい。そのためには自分の体験を生かして、自分のような思いをした人を1人でも少なくしたいというように思いに駆られていくという過程を彼らが教えてくれました。

私が尊敬している1人で、堀さんという方は、今72歳で、50年以上、統合失調症と生きてきました。彼は今、回復してとても元気に活躍していますが、そのプロセスを語ってくれたことを、抄録集に入れました。やどかりの里の授産施設まごころで、お弁当を作っているところがあります。堀さんはそこで1日働いて「ああ、本当に今日は生きた」という実感を得るようになって、そういうことから本当の回復が始まると語っています。どれだけ潤沢な支援やサービスがあっても、それだけでは生活の中身が詰まっていけない。その人が本当に生きたという実感を得るためには、やっぱり自分が社会とつながって、社会に役立っているという実感が大事なんだよ、と、よく彼は語ってくれています。

### さいたま市での計画づくりに関わって

さいたま市は、120万の都市で、10区の行政区があります。やどかりの里はその中の大宮区、見沼区、中央区、浦和区、4区にまたがって、いろいろな資源を作っています。3区で、さいたま市からの相談支援事業の委託を受けています。

私自身は、今日は三ツ木先生と久しぶりにお目にかかって、2001年当時の大変混乱したさいたま市の状況を思い出しました。先生が会長をされていた、さいたま市の最初の障害者計画を作る委員会に参加させていただきました。私にとっては初めての経験でした。でも本当に納得のできない、行政から出てくる事務局案で、三ツ木先生が「皆さん、言いたいことはどんどん言いきましょう」と、本当に言いやすい雰囲気を作ってくくださったので、たくさんいる委員たちから、やっぱりこれでいいのか？ というような声が、本当にたくさん上がって、政令市になる前の大変混乱期中で、最初の計画づくりは困難を極めました。

そのときに、やはり行政の作る計画に、アリバイ作りのような形で委員として参加してはいけないのだと思いました。この計画がさいたま市に住む、障害を持たれた多くの人たちのこれからの生活を支えていく基盤になるのだから、本当に性根を据えて取り組んでいかなければならないと思いました。

そして、第1期計画ができたわけですが、さいたま市障害者施策推進協議会という、計画の進行管理をする委員会が新たに組織され、私もその一員となりました。そのときにさいたま市ではワーキンググループを作りました。1回目の委員会で、議論がまとまらないので、もう少しいろいろな議論をし合ったほうがいいのかということで、委員も手弁当で、事務局を行政にお願いし、行政も一緒にやるワーキンググループを2つ作りました。1つが相談支援体制の構築。もう1つが全体的な進行管理をすることになりました。私はその1つのとりまとめ役をやらせていただきました。三ツ木先生とやった計画を土台にしながら、自分自身がさいたま市の障害者の実態をどうつかんでいくのか。さいたま市全体の幅広い障害の人たちの実態をどうつかむのかというのは、本当に難しいと思いました。

そこで、ヒアリングを重ねました。様々な障害のある方、事業者の方においでいただき、実態をお話しいただくと本当にいろいろなことが見えてきました。お聞きしたことをどのように本計画に役立てていくかということで、ヒアリングのテープ起こしのみ行政が行い、とりまとめ役の自分がまとめることとして、自分たちの作ったまとめを計画に役立てていくというような流れを作ることができました。この取り組みについては、やどかり出版で出版した「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」に詳細をご紹介します。

そして第2期計画を作るときも、再度、さいたま市の実態を把握するためのアンケート調査をすることになりました。今度はアンケート調査も、調査項目あるいは誰を対象にするかということも含めて、施策推進協議会の中で議論をした結果、厚い冊子になりました。今日はとてもご紹介できませんので、精神に関係するところだけ抜粋して抄録集に掲載しました。結果を見ると、やはり親御さんと一緒に暮らしている人たちが圧倒的に多いということとか、それから収入については、年金をもらっている人が3割ちょっとで、無収入の人が約3割います。精神障害の方の場合は、ほとんど成人の方です。ほかに自宅で過ごしている人が圧倒的に多いことや、働くというところで見ると、ほとんど人が家事・家業の手伝い、また、パート・アルバイトということでした。

この調査は、知的障害・身体障害者・難病、それから入院中の患者さんにも行っています。今日はここまで触れませんが、知的障害の人たちの調査結果でも9割ぐらいの方がやはり親御さんと暮らしています。この実態を、これから5年後、10年後のさいたま市でどうしていくのかというのは、大変大きな課題ということを改めて思いました。

アンケート調査で「見えてきた課題」として、1つめに、無支援状態にいる人たちがかなり多いということがあります。もっとも声が上げられない人たちなのではないかと思えます。結果的には家族に依拠した支援体制の中で生きているということなのです。この計画に参加するようになって、精神障害のある人の家族会の人たちで、「やどかりの里」のようなところにつながっていない方たちのお話をぜひ聞きたいということで、お願いしたことがあります。そのときに本当に印象的だったのが「お母さん、今の願い、要求は何ですか？」と伺ったときに、1日中、子どもと一緒に生活をしていて、ひとときでも自分の顔が見えないと自分の子どもは不安になってしまう。だから、1日15分でもいいから本屋さんで立ち読みがしたいというお話を伺いました。このとき、このお母さんの生活は一体どのようになっているのだろうか、こういう生活を何年続けてこられたのだろうか、このままで本当にいいのだろうか、というような思いがしました。「やどかりの里」のようなところは、本当に来てくださることに対する支援が中心ですから、自分の無力さを実感しました。この実感が調査内容とも合わさって、この深刻な問題をどのようにしていくべきか、改めて感じたところです。

課題2つ目は、さいたま市の退院支援事業では、当事者の支援員が入院中の患者さんに関わり、支援しています。このした取り組みから当事者の参画の有効性が認められ、さいたま市の計画の中にも位置づけられています。ただ、入院中の人は長年の入院生活であきらめや不安の気持ちが強く、街の中で暮らすという当たり前の権利を行使することができないでいます。あきらめや不安な気持ちを払拭していくための支援は並大抵のことではないです。

精神科の病院はまだ閉鎖性が高く、心ある医師や看護師、パラメディカルの方々もいますが、私たちが患者さんに会いに閉鎖病棟に入っていくことはなかなか困難です。そのような状況なので、やはり見えない部分がたくさんあって、長期入院の問題が社会の問題となっていくかというのです。病棟の看護師の人たちが、地域の活動や地域で元気に生きている患者さんたちに触れることで、随分病棟の中の風通しが良くなるのではないかと考え、退院支援に当たる人たちがさまざまな取り組みをしています。当事者の話を閉鎖病棟の看護師が聞いたり、生活支援センターや地域資源の見学会なども始めています。本当に薄皮を1枚1枚剥がすような取り組みです。

3つ目として、アンケート調査や入院中の患者さんから見えてきた必要性、同時に、自立支援法で謳われた「地域移行」を実現するために必要なもの、それは、住まいの確保と安心して暮らせる支援の仕組みです。これが、まったく足りていないのが見えてきましたので、第2期計画の中では、住まいの場の拡充というのが重点課題に入っています。住まいの確保や支援体制の構築は、財政の問題と直

結していきます。そしてさいたま市は、土地も高いので、その問題と直結して、解決に困難が伴うと思っています。このようなことから、住まいと地域での支援体制をどう作るのかというのは、非常に大きな問題として見えてきています。

それから権利侵害は、閉鎖的なところほど起こりやすいし、職員の側は、それが権利侵害というふうには思わなくても起こっているというようなこともありますので、その仕組みをどう作るのかというのにも必要性として見えてきました。

自立支援法の問題では、応益負担で生活が脅かされる人になんとかさいたま市の補助を求める請願署名活動を展開しました。さいたま市の障害のある人や家族、施設職員などがまとまって、請願署名活動を行いました。その取り組みで手にしたものは、負担軽減の仕組みとさいたま市内のネットワークでした。ネットワークは目に見えにくいものですが、つながってきた実感、手ごたえがありました。

さいたま市では、10区の中に三障害の相談支援事業者が位置づいています。見沼区と浦和区については、他の法人と一緒に事務所を構えて、見沼区・浦和区は三障害対応の生活支援センターになっています。さいたま市でも三障害が一緒に対応できる仕組みに近づける努力をしていて、10区の支援センターと行政も加わり、コーディネーター連絡会議を作っています。生活支援センターで受ける相談から見えてきたさまざまな支援課題を地域自立支援協議会に上げていきます。自立支援協議会では、作業部会を作り、見えてきた支援課題をさらに制度化していく必要のあるものについては施策推進協に上げていくというしくみが出来ています。さいたま市ではこのような重層的な仕組みを作り、計画づくりへの反映や資源開拓に結びつけていく取り組みをしています。

「やどかりの里」は精神障害のある人を中心した支援活動を行っていますが、精神のことだけではなくて、三障害を視野に入れながら、さいたま市の中で何ができるのかということを考えているところです。

以上で、終わります。ご清聴ありがとうございました。

**野中** ありがとうございます。何か自立支援協議会が現実的にうまく動かすためにはいろいろな工夫がありそうですね。コーディネーター連絡会議とは面白そうです。それから、権利侵害について訴えることができる第三者機関とは実際にはどういうことをイメージしていますか。

**増田** それが課題です。

**野中** 課題で、まだ分かってないわけですね。イギリスに行くと、NPOのアドボカシーグループですが、その地域にいっぱい存在していて、精神病院で毎週活動しています。ありがとうございました。では続きまして、池並さんをお願いします。

**池並** 池並でございます。どうぞよろしくお願ひいたします。私は大変非難の多い入所施設をやっている施設長です。佐藤先生にはときどきぶつかったり、励まされたり喧嘩したりさせていただいています。今日は私どもの法人の活動と、それから自立支援法が施行されてから見えてきた問題がありますので、その課題点について少しお話をしたいと思っています。

まず私どもの法人の特色を申し上げたいと思いますが、私どもの法人は、親の会と言いましても、いわゆる育成会の関係ではありません。昔、昭和50年代に流行った脳研活動（ソニーの井深大さんが関与して昭和50年に発足し、昭和51年に社福法人認可の脳研療育会のことを脳研と略編しました。ドー

マン法による訓練を主とした活動としていた。)に参加していた個人の親のグループが、大変重い障害の人を抱えてどうしようということから意気投合して、約5年がかりで私どもの理事長を中心にして施設作りを始めました。

親たちには、施設入所の経験を持った人もいますし、これからどのように施設に入って、子どもの生活を考えていったらいいかというような、二通りの方がいらっしやいまして、施設に入った方は、もう金輪際施設は嫌と言う。いわゆる虐待のようなことを感じた人たちが、今までと違った施設作りをしたいということが始まりです。私は当時、某施設にいまして、そこから時々相談を受けており、親御さんにお目にかかりましたら、施設を作るといことは大変なことだけれども、人間として大切にされたい、それが1つですと聞かされました。これは、いろいろな言葉でしたけれども、いかに人間として大切にされていないかということの経験が多かったのだと思います。

そこから、埼玉県久喜というところに場所を選び、久喜市の行政の応援が大変良かったものですから、それで施設設置が始まったわけです。しかし、できあがる過程で、十分な理解がされていないということだと思いますけれども反対がありまして、私が赴任した頃には大きな設置反対の看板が立っていました。箆旗も立ってまして、ちょうどその頃埼玉県では「初雁の家」が、反対に遭っては違う所に移るという経過がありましたので、私どもの理事長は、絶対ここから動かないという、大変な決意でした。

そして始めるときに、設置反対の看板というのは、私どもの心の中に緊張感を与えてくれまして、大事なことは、施設が地域を離れて勝手に一人歩きしないことと、何としてでもこの人たちが、この住民になって生きるということは、地域との共生を実現しなければいけないということでありました。そのために私どもの施設の設置理念は「人間の尊重」と、「地域社会との共生」というのが、63年のときに掲げられてきたわけです。

そういった経過で、いろいろ苦勞をし、大変貧乏だったものですから、いろいろ足りないものだらけでした。ちょうどバブルの最盛期の時期の設置ですから、みんな企業に行ってしまうと人材がまず集らず、これはもう大変な苦勞でした。それで役付の職員というのは、ほとんどおらず、本当に新しい人たちが志を持って集まったという感じです。それだけに、困ったときに、冷たい視線で見られていたのですが、性懲りもなく地域の懐に飛び込むという、裸の捨て身の戦法を採っていました。そうしましたら結構、「え？」と思うほどいい反応がありまして、いろんなものを持ち寄ってくださったり、それから解らないことは師匠までついてきたというような経過がございました。

そこで、私どもの、法人の特徴は「地域とともに」という、これがテーマです。いろいろなことを行っていくなかで足りないこともありながら年月が経ちました。もちろん、作業施設などもないので、工業団地内の「珍味のなとり」さんをお願いをして、企業内作業所をお借りして、そこで最初は4人、それを7人ぐらいに伸ばしまして、やがて何年かたったら全部就職をしたという経過があります。これは施設がせまくて場所がないというのが理由です。それから、せっかく工業団地があるので、そこでひとつ働かせてもらえないだろうかというのが2つめの理由でした。それがわりと先駆的にいろんなものを広げていったというきっかけにはなりました。

そんな中で、やっぱり手狭な施設の中で、たくさんの利用者さんが押し合いへし合いしているのは、ちょっと窮屈だということで、民家を借りて、生活ホームのような、生活をしてもらったらどうだろうかと思い、最初は職員の休憩室から始めて、それから、あつと言う間に地域の一軒家をお借りすることができまして、そこで生活を始めてみるできるようになりました。

大変いい結果が出てきまして、それから様々な活動が展開をいたしました。沿革の中で、何でも冒険

的に挑戦をしてきました。行動障害の人のためにマラソンクラブを作り上げ、そしてホノルルマラソンにも行って見ました。このときにはジャンボ尾崎さんに寄付をしていただき、それで全国的なボランティアを募って行っていただき完走もできたということです。今では地域の走友会の方が30人から40人くらいマラソンボランティアとして定着しています。もう障害者のマラソンという感じではなく、市民としてマラソンをやるといふところまでになりました。

そのころ、景気の関係で「なとり」さんの作業が減ってしまったので、何か地場のものを作ったほうがいいということで、味噌づくりを始めました。このきっかけは、保護者が持ってきてくださった味噌が大変おいしかったので、どうされているのかお聞きしたところ、手作りということでした。加須というところの浮野味噌が、結構な味の味噌ができていまして、私は大豆から作ったほうが良いと思いました。当時休耕田が山ほどあったので、それをお借りして大豆を作り始め、大豆を作ってから味噌をつくっていきました。味噌造りの師匠は親と地元の方、味噌屋さんは山永味噌さんが応援くださいました。また時々、地域の老人の方が朝早く畑の草むしりをしてくださるといふようなことがだんだんに広がりまして、大変ありがたいことにいい味噌ができました。当時で、1トンぐらい作って、それをキロ1,000円で勝負していいと味噌屋さんが言うので、それでやっていました。ただいま、それは授産の種目に入りまして、現在は3トンを超える製造をしております。

少したってから、ケアマネジメントのモデル事業が久喜に入り、大変な効果を発揮しました。これは職員の日も覚めましたし、私たちがやってきた治療教育という経験的に学んだものが、もう少し進歩していかなければいけないということで、新しい勉強をさせていただきました。一番大きなねらい所は、知的障害の人への支援の仕方を学ぶということと、アセスメントについてです。適切なアセスメントであれば、適切な支援ができるはずなので、大事なことでした。

私どもは、物がなければどこからか生み出そうという、考え方がありまして、例えば一瞬の輝きでもいいから地域生活をさせてみたいと思ったときには空き家をお借りする。地域はもう高齢化していて空き家がどんどん増えています。ですからこれも休耕田と同じで、空き家をお借りし、少し手を入れ、家賃を払い、そしてグループホームに切り替えていったという経過があります。現在はケアホームに変更いたしまして、22人の方が平成6年以降、地域生活を続けている状況です。

その中で大事なことは、地域の人とどうやって仲良くなっていくかという問題がありますが、地域理解というのは大変様々な活動をするときの基盤です。例えば権利擁護の問題にしても、それから理解をしていただくということについても、地域の住民の方たちが解かってくださらないと前に進めないのです。特に入所施設というのは、様々な行動をする先輩もいますから、そういう意味では地域理解というのは非常に大きな課題であります。

そうやって、少なくとも地域にもメリットが出て、私たちもメリットを受けるといった双方向性のある利益、ギブ・アンド・テイクを試みてきました。現在もお引き続いており、最近では、この家が空いたけれども入り用がないかなど、そういうお声がかかってくる状況になりました。

施設の活動を写真でご報告したいと思います。ただいま社会福祉法人啓和会は、久喜啓和寮という入所施設を核にして、ケアホーム、通所授産、相談支援、それから久喜市の指定管理施設として通所更生をお預かりしています。この指定管理ですが、私どもは一切そういうものをさせていただきますとお願いしたことはないのです。公が経営していますと人件費が高くて持ちこたえられないようです。また、久喜市の更生施設はもともと心身障害者のデイケア施設ですから、重症心身の方から行動障害の人までいろいろな障害の方が一緒にいまして、その支援の難しさは大変なことです。そんなことから、人件費がかさんでしまいますので、費用節約として私どものほうにくるわけです。

公の関係でやっていると、融通が利かなくて朝9時から4時の時間から時間まで、少しでも遅れたら都合の悪い状況がたくさんあったようです。私どもでは早番を勤務の中に入れ、早朝からお預かりできるようにしました。それから夕方の7時ぐらいまではお預かりできるように、少しずつ変えていったところ、大変いい結果が出てきましたし、費用は2,000万円ぐらい節約になっていようです。

私はいつも感じますのは、やっぱり民間の社会福祉法人施設というもの、あるいは社会福祉の考え方というのは、やはり公的なところと随分違うということです。少なくともニーズがあったら、それにどう応えていくかというように、こちらのほうが変化していくという体制は、民間でないといけない感じを受けています。

また、久喜市のどこに位置しているかといいますと、施設は久喜駅からだいたい車で15分ぐらいのところにあります。近隣はお寺さん、病院、学校、お墓、神社があってというように全部揃っており、決して過疎地ではなく、住宅の賑やかなところにあります。

支え合っていきたいというのが私どもの考え方の中心にありますので、これは私どもが応援していただいたことも含めて、今度は地域に何かお返ししていきたいということでもあります。また、今後はどのように事業を運営しようかということを考えております。今、とりあえずは知的障害入所更生が新体系へ移行しております。ケアホーム、相談センターも移行しておりますが、授産と通所更生は今年度中に移行していくという方向性を持っています。

定員について、久喜啓和寮は60人です。ケアホームは22人、ワークセンター啓和は35人、久喜市いちょうの木は40人です。相談センターは年間約5000件に近い相談を請け負っております。

入所されている方は、割と老化が早いと言いますか、高齢化、だいたい50歳ぐらいになると、いろいろと故障が出てきて、医療的なケアを必要とする人たちの分布は、スライドのように黒丸が常時医療ケアを必要とする人たちです。この状況で、平均年齢は今、女性が45.7歳、それから男性が38.8歳です。

ケアホーム清久は大変年齢が高いです。すでに働きに出て定年を迎えている人たちが出てきています。この後、どうしようかということもございますが、施設としては、しっかり働かれたのでケアホームでゆっくり過ごしていただくことも1つありますが、施設の中で少し仕事を分けていこうかとも考えています。

性別の割合ですが、圧倒的に男性が多くて女性が少いです。

それから啓和寮の障害程度区分について、スライドの様に区分4の人、区分5の人、区分6の方が多いです。ケアホームの障害程度区分を見ますと、区分2の方が2人、それから3の方が10人、4の方が8人、5の方が1人、6の人が1人と、かなり重い人が出だしています。これからこの重い人たちをどのような処遇をしていくかは考えているところです。

スライドは、啓和寮の外観です。これは障害の重い方や高齢虚弱者の方が生活している居室です。それから施設の出口として作りました自立支援棟で、地域生活へ向けた自立訓練をするために作りました。この居室はこのような個室があって、いろいろとご自分で飾り楽しそうにしています。

これは日中に作業活動を行っている場所です。日中活動の中では、作業活動、それから農芸、それから軽作業等やっております、それから食事はこのようです。最近、お風呂を作りました、そのお風呂は大変立派で、みんな楽しんでおります。大きいお風呂の他に少し小さいサイズをつけましたら、そちらのほうが重なって入るほど人気があるようで、やはり家庭的なおいがるということがいいんだと思います。

それから、これは就労へ向けた取り組みで、職場実習を啓和寮の人たちもやっておりますし、施設の

中で女の方が弁当作りとその販売を勉強して、今は職員のために営業許可を取り販売をやっています。

それからクラブ活動は、マラソンが大変賑やかに、50人近いマラソンボランティアで支えられています。マラソンができなかった人は、大変重い人たちだったものですから、じゃあ登山クラブにしようということで登山を始め、1年に3人は富士山に登っております。それから生け花クラブ。これもボランティアさんが入ってご指導していただきます。茶道クラブもそうですし、音楽クラブは県の生きがい大学のOBの方たちが一緒にやっているという状態です。

地域住民との交流は、啓和レストランという、仲良くなってもらうために始めた食べ物を通じた交流、これはもう大変効果がありました。

それから婦人会がやる高齢者の「にこにこデイサービス」というのがありまして、それに場所を提供して、私どもの支援者が応援することも含めて利用者もお手伝いをするという活動もやっております。

スライドは地域の施設のイベントで、様々なお祭りなどです。今は地域の祭りに変貌しており、もう盆踊りは地域にありません。ところが啓和寮では盆踊りをするので地域の人みんな参加します。啓和祭りというのも、これも地域の人が企画から一切切受け持っていくというような感じで、久喜高校のブラスバンドがサービスをしているところであります。

それから市民のボランティアさんは、除草や、それから「100人ボランティア」といって、100の方が一斉に施設のお掃除に参加してくださるということもやっています。

研修は地域の人も含めて、触法の問題など、保護司さんとか一緒に勉強していただいたり、毎月1回は心理勉強会がありまして、病院の心理治療士が囑託になっていて行っております。

それから久喜の防災総合訓練に参加するのと、この地区で久喜清久東部地区防災連絡協議会というのが立ち上がりまして、ここで施設や学校や、学童保育をしている人たちのための非常災害時の安全をどのようにするかというような打ち合わせが、今始まっております。

新体系移行後にいろいろ問題がありますが、それはまず1つは人員の問題です。これは、指定基準でやりますと日中活動は60人に対して6人ぐらいしかとれません。それをもう少しゆとりを持ってやると、現行私どもは2.38で1名というようにやると、日中活動に16人参加できるということです。いろんなサービスがありますけれども、病院通いのために、2名の支援者が取られてしまいます。

あと見えてきた課題点はこの後に説明させていただきます。以上でございます。

**野中** 地域との共生として、地域とどううまく生きていくかということ、なかなか工夫がされていて参考になりました。どうもありがとうございます。では四ノ宮さん、最後をお願いいたします。

**四ノ宮** どうぞよろしく願いいたします。私は国立障害者リハビリテーションセンターの現在、更生訓練所の就労相談室というところで勤務をいたしております。今日のお話では、実は3月までリハビリテーション病院で心理職として勤務していた中で、家族支援を行っていたことについての活動をご紹介させていただきます。現在はその業務からは離れております。

私どものセンター、昨年10月に名称の中から「身体」の2文字が取れ、「国立障害者リハビリテーションセンター」という名称になり、自立支援法下で埼玉県から指定を受けて、国立施設としても障害者支援施設という形で事業展開しているところです。私どものセンターでは、自立訓練と、就労移行支援事業をやっていますが、私の所属は、就労移行支援事業で就労に向けた相談を担当するということになっております。

それでは、現在の仕事とは少し離れまして、病院での活動をご紹介していきたいと思っております。

高次脳機能障害に特化したお話ということになりますので、そういう意味では、皆さま方、十分ご存じという方もいらっしゃる、あまりご存じではないという方もいらっしゃるかと思いますので、一部、障害の紹介も含めて進めていきたいと思っておりますが、高次脳機能障害に関しては、支援モデル事業が平成 13 年度から始まりまして、5 年間のモデル事業期間を経まして、現在は支援を普及するための事業ということで引き続き展開をされています。

支援普及事業の中で、各都道府県に支援拠点機関を設置するよというこで、ほぼ全国にわたって拠点機関が、できつつあるという状況にあると聞いております。残念ながら全都道府県にというところまでには至っていないとも聞いております。

高次脳機能障害における家族支援の特徴から先に入らせていただきます。先ほどからお話を伺っていて共通点もあるかとは思いますが、特に高次脳機能障害の方の場合は、外傷によって高次脳機能障害になられる方は、若年の方が多いとはいえ、脳血管障害ですと中高年の方が多くなりますし、原因となるものが外傷、疾患、いろいろ入ってきますので、そうしますと当然ご家族支援というのは、いろいろな続柄の方が対象になってくるということになります。親御さんであるとか、ご兄弟、お子さん、配偶者であるなど多様な続柄のご家族に対しての支援が必要になっております。当然そういうことになると、ご家族は幅広い年齢層です。今まで支援をさせていただいたご家族の、若い方ですと小学生の高学年ぐらいの方からになり、お父さんの症状ってこういうことなんだよというような支援から始まって、ご高齢の方ですと 70 代後半ぐらいの親御さん方まで幅広い年齢の方に支援が必要となっているというのが特徴としてあります。

それから、これは後ほどまた詳しくお話をさせていただきますが、支援の内容としても、単純に心理的なサポートをすればいいということだけではなくて、やはり症状をきちんと理解していただくための教育的な支援も必要となりますし、そういったものを受けてどのように環境を調整していったらいいか、一番身近にいらっしゃるご家族にご理解いただくということが、ひいては高次脳機能障害のある方の安定した生活につながりますので、幅広い内容の支援を行うことが必要になります。

どの障害をとっても家族支援は重要です。あえて高次脳機能障害ではどのように考えるかということ、簡単にご説明します。

高次脳機能障害の診断基準というのは、スライドのモデル事業の中で、一部載せましたが、このような形で診断基準が作られています。その中に「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」という文言があります。でも、これを見ても、記憶が悪くなったのかなとか、不注意なことが目立つのかなとか、そういったようなことは分かったとしても、実はこのような診断によって、生活の中でどう「生きにくさ」が生じるかというのが非常に分かりにくいところが問題になるかと思えます。

例えば、生活の中から見えてくることとして、特に高次脳機能障害の場合は、症状の 1 つとして、障害の認識、自分にどういう障害があるかという認識がなかなか持ちにくいということもあります。外見的に、身体の障害を伴わない方ですと、まああまり問題はないように見えます。それから、ともするとご家族も、最初のうちは何が困難であるのか分かりにくいということが出てきます。でもいろいろ生活を一緒にすると、少しでも情報が多くなると混乱しやすいという、例えば、買い物に行くと、納豆 1 つ選ぶにも非常に苦労してしまいます。今まで決まって買っていたものがお店にあれば、それを選んでくることはできるかもしれませんが、今、何種類も納豆は出ています。その中から自分の家庭に必要なものを選ぼうとすると、それだけでもパニックになってしまいます。あるいは、いろいろ曖昧なことを提示されると、非常にそれに対して応じることが難しくなります。例えば「いつでも遊びにおいでよ」

というような声かけをされると、この「いつでも」の表現が、まさに「今」遊びに行っていないものなのかどうなのかという判断を困難にします。「できるだけ早く来てください」というときも同じです。

それ以外にも、社会的行動障害の症状にあります。突然怒り出してしまうことがあります。よくエピソードとしてあるのは、正義感が非常に強くなってしまい、電車の中で携帯電話を使う方がいると、もう放っておけなくなってしまう。今まででしたら「仕方ないや」ということで抑えられていた方が、もう抑えが効かなくなってしまうと、ある方は力づくでそれを取り上げてしまったきつてしまふとか、あるいは相手の方に暴力を振るうという形で警察沙汰になってしまうということもあります。それからキャッチセールスにすぐ捕まってしまうようなことが起きたりします。

こういった、生活の中で家族からいろいろ伺う問題は、特に最初の急性期の病院で、高次脳機能障害の可能性があると説明を受けていても、いわゆる典型的な症状の説明からは予測をしにくいということになります。そこで家族側に立って考えると、非常に身体的にはどんどん回復して体力もついでくと、どうも支援は不要だというような誤解を生みやすくなります。また入院生活の中では、あまり家族ですら問題に気づきにくいというようなことがあって、適切な支援につながりにくいという状況が生まれたりします。

一方で、それが在宅生活になり、家族と一緒に生活をされると、今度はいろいろな、今まで考えられなかったようなことが起きるといふことで、ストレスの状況が生まれてきます。

それから家族は家族で、今までは主婦で、夫が生計を立て、稼いでくるので、主婦の役割のみ、あるいは主婦と母親の役割をこなしていればよかったという方が、代わって仕事にも出なければいけない、あるいは本人がうまく表現できないことを代弁する代弁者としての役割をとらなければならない、こういう症状だからこうなるということを説明する説明者の役割をこなしていかなければならないなど、役割が多重に課せられることになってきます。

こういったときの心理的な側面について、家族からいろいろ伺うことがあり、心理的混乱ですとか、家族自身が身体的な不調を訴えられて通院を始められるという事例もたくさん見てきました。その中で、いろいろな感情が起きてきます。事故が原因の方でしたら、あのときバイクを運転して出て行く息子に、ひと言「やめといたら？」と声をかけたらこうならなかったのではないとか、あるいは非常に性格が変わってしまった家族に対して、自分の育て方だとか対応の仕方が悪かったからではないかというような感情が、自責の念も含めて出てきたりします。

それから経済的な不安も当然出てきます。自分がもしいなくなったとしたら誰が面倒を見てくれるのかというような、他の障害とも共通した不安が出てきます。

それから対応、特に外見的に分からないので、対応の分かりにくさとか、家族の関係性の変化があります。例えば、兄と弟がいたとしたら、本来は兄であるほうが受傷後幼児化してしまって弟のような立場になってしまい、弟のほうがむしろ兄や長男の役割をとらざるを得ない、しかし兄としてはそんな弟の存在が煙たいということで、それが家族内の関係性の変化の1つとして影を落とすことがあります。そういったことがご本人は受け入れられず、また家族内で一悶着が起きるといふようなこともあります。

親御さんが高次脳機能障害になられて、小さなお子さんの立場からいくと、急に怒りっぽくなったお父さんなりお母さんが受け入れられず、避けて通るようになったり、うまく自分の気持ちを表現できませんから、例えばお父さんが家に帰ってくると押し入れの中に入り込んでしまふと出てこなくなってしまうというような、二次的な問題が起きてくることもあります。ほかに家族の立場からいくと、孤立感があります。「少しは外に出て友人とお茶したい」という希望が叶わないといふようなことを伺ったりします。家族支援の一番は、やはりこういった家族が持つ感情は、当然の感情であるといふことを前提

に支援を考えていくということになります。

家族支援の基本的な考え方として、これは統合失調症の患者さんの心理教育と同じ考え方になるかと思いますが、心理教育という形で考えていきます。資料で、3つほど基本的な考え方を載せさせていただきました。医療機関ですので、「患者」という表現になっていますがご理解ください。

特に高次脳機能障害の方の心理教育の狙いをどう考えるかという、まず土台に、先ほどの心理教育を配して、教育的支援と心理的支援という2つの土台を設定します。そしてそれらを土台にしたプログラムを考案して実践し、家族自身が持っている力を最大限に発揮していただけるようにエンパワメントをしていこうということです。

それを通して、何とか自分でも本人と対応していけそうだとか、家族自身も地域の生活者としてやっっていけそうだというような気持ちを少しでも持っていただき、当事者の方にとっても、一番心強いサポーターになれるようにという支援を行っていこうと考えております。

私どもの病院での家族支援の方法を、スライドでお示します。まず、個別支援についてですが、各リハビリテーションの専門職で、主には医師、OT、ST ですか、私もそうですが心理職、それからMSWで、それぞれの立場で個別支援をしていきます。グループによる支援では、2つ目の家族学習会という、グループでの学習会があります。それからパンフレットということで、「理解のために」というパンフレットを用意しお配りしており、大きく言うとこのような3つの形で支援をしています。

どういうことをねらいとしているかと言うと、まず基本的に高次脳機能障害の方の場合は、必ず発症があって、急性期の病院を経てリハビリテーション病院等に来られるということになりますので、医療機関というのは支援の出発点なり入り口ということになります。ここできちっと基本が押さえられるということが大事かと考えております。

個別支援の中では、それぞれの個々の当事者の方の症状に合わせた理解をしていただくためのサポートとか、症状の説明だけではなく、当初はある程度家族に対して、こういう対処法をとっていくと生活しやすくなりますというようなことを、具体的に提示することから始めていきます。それと同時に、ご家族が日々頑張っていることをとにかくなげらっていこうと。それから、いろいろうまくやっている部分に対してはプラスの評価をしましょうと。それから当たり前の感情を当たり前のものとして受け止められるようにサポートをしましょうというようなことを心がけています。

そして家族学習会では、同じように患者を抱えるご家族が集まって、ともに学びましょう、そして他のご家族との交流を通して、孤立感の軽減ですとか共感体験というものを得ていただきましょうという形で進めていきます。家族学習会では、最初は「こうなんです、ああなんです」といろいろな問題を最初は話していらした方が、少し落ち着いてこられると「こういうふうにやってみたら、うまくいったんですよ」ということを話していただけるようになります。ある意味で助言者の役割をしていただけるようになるのです。そこがやはり家族学習会の大きな点で、そういうことを通して、自分でも同じような経験をされている周りの方に役に立てるということで、自己効力感というものの回復が図れるのではないかとこのようなことも考えております。

スライドは、家族学習会、家族向けのセンター病院で作ったパンフレットです。実際の家族学習会ですが、講義形式による学習会と話し合いによる学習会を毎月交互に実施しております。対象となるご家族には、混乱の真只中にあるご家族が多くいますので、ポスター掲示もしますが、できるだけ個別に、「こういったものをやっていますので、ご参加いただけませんか」というように声かけをするようにしています。ただ強制参加ということではなくて、できるだけ「自由に参加できますよ」というような形で、呼びかけるように留意しております。ただ参加は、話し合いをするという場面もございますので、

事前登録をしていただいて、ご家族に限ってということにさせていただいています。

もう1つ、家族学習会のときに1つ配慮していることがあります。親御さんの思いのパワーと配偶者の方の思いのパワーは、少し質が違って、それを一緒にしてしまいますと、もう二度と参加したくないというように、特に配偶者の方の側からは話が出てきます。そのようなことを考慮して、話し合いのときは別グループにしています。ただそれも時間が経つてくると、やがて親御さんの思いも理解できるとか、配偶者の思いも理解できるというような、相互交流がだんだん出てくるようですが、リハビリテーション病院の段階では、やはり別々に行ったほうがいいのかというように考えております。

ただ、家族学習会を半永久的に医療機関で展開していくということでは、本来の地域支援ということにはつながりにくくなってしまいますので、一応私どもとしては、地域のいろいろな当事者あるいは家族会へ橋渡しをしていくということを念頭に置くようにしております。今まで20何回という回数、参加されておられる家族も出てきましたので、一応、1年間、家族学習会に参加していただくという形で、ある程度回数制限を設けまして、そしてその後は「卒業」という言い方をこちらではしているのですが、卒業していただきます。その後は、毎回の参加ではないのですが、参加できるときに体験を語っていただくとか、あるいは助言をしていただく役割として参加を依頼して、別枠で参加をいただいております。

スタッフの役割というのは、ファシリテーターとして参加をし、ともに学んでいけるようになることをねらいとして、スタッフの研修は力を入れるようにしております。

平成13年度から講義形式を中心とした学習会から始めさせていただいて、平成20年度、今年の3月までに延べ1051名の参加をいただいております。

スライドが実際の家族学習会の場面をお示したものです。左側が講義の場面で、今のところはドクターから医学的なお話、それからMSWから、どんな社会資源が活用できるかというようなお話を中心に、講義形式の学習会を進めております。ただ講義だけで終わりということではなくて、終わった後に、必ず自己紹介と、それから質疑応答を通して、少し交流の、きっかけ作りをするような場面も設けております。その講義形式の学習会に参加していただいた次の回から話し合いによる学習会に参加していただくという形をとっています。

学習会は、各グループに職員がファシリテーターと、あと記録係として入りましてやっております。グループは、親御さんのグループと配偶者のグループは、分けさせていただいております。模造紙を使って、出てきた意見を、スタッフがメモを取ります。最初はただ出された意見を記録していき、だんだんに一つひとつ問題点ごとに、ラベルをつけて整理をしながら話し合いをまとめていくという形になっています。

地域支援に関連してですが、今私どもの家族学習会、家族と病院スタッフで行っているわけですが、次第に家族自身が地域の家族会に参加をしていこうというモチベーションが上がってきて、地域の家族会に移行されているということが1つあります。

それから、どこの地域にでも家族会があるというわけではありませんので、こういった学習会をやってみたら良かったので、地域でもぜひ同じような会を開催してほしいというような、行政に向けた働きかけをする家族が出てきております。ちょうど私どものセンターがある所沢市にも働きかけて、家族会と言うか家族懇話会が開催されております。

それから家族からやはり、学習会を進めていくと、もう少し先のことを考えていきたいというご意見が出てくるようになりますので、今度は家族だけではなくて、当事者の方も含めてシンポジウムをやりたいという企画を考え、開催したりしています。当事者の方が、意見なり体験を語っていただくと、

当然当事者の会というのを立ち上げたいというような意向も出てきていて、今私どものセンター病院で、訓練を受けられた方を中心に、親御さんは入らずに当事者の方だけで「未来の会」というのを発足させ、少しずつ活動を始めているグループもあり、その後方支援を行ったりしています。

このように、地域の支援機関にいろいろな情報提供をして、こういった会の運営などについてのノウハウを伝達したりするということを進めています。

最後に、このような活動を通しての課題を簡単に書かせていただきました。全国の各都道府県にかなりの数の支援拠点機関が設けられたということにはなっていますが、まだまだ支援体制の地域格差があるということを感じています。私ども国立なものですから、全国からこられる方が正直おられます。それでは、その地域特性に合った支援ができません。結局その地域の中で生活をされるわけですから、各地域での支援が必要であると強く感じているところです。

また、支援拠点機関はできてきてはいるのですが、関係機関との連携がまだ不十分なところがたくさんあります。支援拠点機関があるのに、遠くの機関に行ってしまうということがあり、なかなか情報のやりとりがうまくできていないという現実を感じております。

それから、リハビリテーションの意味の中に入ってくると思いますが、やはり当事者に対するリハビリテーションということだけではなくて、家族支援も含めた包括的なリハビリテーションのあり方というのを、検討していくということが非常に重要であると考えております。

地域生活支援をする上で、特に高次脳機能障害の方が、症状が軽いと見なされて支援が受けられないままになっている事例と、社会的行動障害が顕著なために地域生活でなかなか支援が逆に受けられないという事例があり、後者では手の打ちようがないので、精神病院の閉鎖病棟にというような事例があります。対象者による支援の格差といったことも生じています。このような点について、地域の既存の資源と新たな資源を活用して適切な支援が可能となるために何をなすべきかが今後の課題ではないかと考えております。

以上です。

野中 はい、どうもありがとうございます。休憩後、ディスカッションに入ります。

(休憩)

野中 では、そろそろ始めます。残り時間が少ないので、議論をしっかりしていきたいと思います。身体障害、知的障害、精神障害、発達障害と、専門的な領域として並んでおられます。いろいろなことについて議論していきたいと思いますが、特に、今日はリハビリテーションですから、障害者自立支援法の中でリハビリテーション的な思想をどう展開できるだろうかというところに焦点を置いて、本人をどう強くするか、自立支援法ですからね、自立に向けて強くするための工夫という方向で、何か議論ができないでしょうか。もちろん今現在の自立支援法に対する批判が起こってもけっこうです。

もう一方は、地域を強くしていくということも大事で、地域との共生も、いろいろな工夫がありましたが、地域との関係をどうするか、そこに自立支援協議会というのがどのように位置するのかというような方向で議論を展開していきたいと思います。

さっそくフロアにお聞きします。皆さんの中で、ここはちょっと議論していきたいとか、ご質問をここにおきたいとかありませんか、感想でもけっこうです。どうぞ。

会場 権利擁護について、質問します。虐待防止など、いろいろな当事者団体では、勉強会をやっています。こういうのは虐待なんだ、こういうのは嫌だって言わなければならないだよという学習会です。大阪でオンブズマンをやっていたという方が、病院へどんどん入って行って当事者からいろんな意見を聞いていると、虐待と言うか差別が見えてくるそうです。私は実際活動をしていて当事者からも話は聞いていますが。ただ訴えるところはあるようですが、そういう問題について、どういう対処をしているかというのをお聞きしたいと思っています。

野中 今の質問はとても大事な視点で、自立支援法でもそこがもう1つ弱いわけです。権利擁護、アドボカシーの点で。それさえできていれば、あとがどんな不備でも何とかなるのに、ひどい法律というのは、そこがないんです。そういう権利擁護とかアドボカシーとか、そのへんに絡めて各シンポジストはどんなご意見を持っていますか？ 山本さんからお願いします。

山本 おっしゃるとおり、権利擁護の課題というのは非常に大きいと思っています。具体的な方策というのが自治体レベルではなかなかないという現状は率直にあると思います。今回、自立支援協議会の中で、ワーキングの「安心・安全」というように先ほど説明しましたが、地域で暮らしていくとき、障害者にとっての「安心・安全」をどう捉えるかというような議論をしています。その中で提案としていろいろ出てくるのが、見守りネットワークのシステムをどう作っていくのか。単にシステムを作るだけではなく、そこで駆け込んで来る人たちについて対応をどのようにできるのか。あるいは緊急一時避難的な、シェルターのような場所をどう作るのかといったことが今課題として上がっています。現実には私どものほうで、先週もそういう件が1件ありました。今の枠の中でどうにかこうにかやっているという現状なので、そこを自立支援協議会の中で明らかにしていきたいと思っています。以上です。

野中 いいアイデアですね。見守りのネットワーク、シェルター作りですね。増田さんはいかがですか。

増田 とても大事で難しい課題だと思っています。虐待の事実が分かったときに、ではそこを切り離せばいいのかという問題ではないのだろうと思います。そこが今、もう1つ解決策が見えにくいところだと思います。相談支援事業等で、どうしても支援が十分に展開できない方たちの背景を見ていくと、家族全体に様々な問題を複雑に抱えていらっしゃると思います。その窓口ができて、権利擁護を求められる人と、求められない人たちがいるので、そこも含めた支援システムと合わせて考えていく必要があると思っていますが、まだ入り口にも届いていないというのが実感です。

野中 家族が虐待することもそうですが、施設の職員が虐待するというのもあって、じゃあ施設の職員が悪いとかという話になってしまうと非常に表層的で、加害者も実は被害者なんだという側面をよく考えると、その施設の職員ほど被害を受けている人はいないわけです。あんな貧しいお金でこんなことをやらされてますから。虐待ということが起こるときに、権利が何らかの形で侵害されているんだと、全体を見渡して対策を作っていくような仕組みが現在足りなくて、何だか虐待を受けた被害者だけを分離すればそれでいいという話だけが進行しているところがありますね。

池並 私は施設ですから、先生がおっしゃった、施設の職員が虐待しているんじゃないかというよう

な、そういう見方をされるような立場ですが、ボランティアをたくさん導入しているということは、少なくとも第三者の目が常にあるということです。知的障害の人たちの当事者と私たちだけが対峙していると危険があると思いますが、そのへんは大変いい緩衝材になっていただいで、それから、他人の目を意識するという施設側の職員にとってはいい立場にいていただいでいると思います。

それから地域の虐待については、施設の近辺に人がいっぱいいらっしゃいます。障害のある方や、いろんな方がいらっしゃいますが、結構見守りが住民の中にできてきて、大声を出しているけど何かあるんじゃないかとかというような知らせを受けることができます。私はなぜ地域に力を入れたかというのは、そういったものが、地域の住民の人たち自体で、障害のある人やお年寄りをしっかり守っていこうよという風土を作りたいという願いがあったわけです。あとは苦情解決委員会があったり、申し出があったり、家族のお母さんが虐待されて飛び込んできたら、避難場所は提供するというようなことはやっております。

**野中** 今のもいいですね。社会から他人の目が入っている。おそらく虐待というのは孤立しているところから起こってくると思うので、その孤立をどう広げてあげるかという対策が本質的な話ですね。虐待が起こったから法律が介入して分離しなさいということをやっても、また次の虐待が起こるわけですよ。孤立の問題をどう考えていくかがとても大事な話ではないかと思います。

**四ノ宮** 施設に勤めている側からいくと、国立施設の場合でも苦情の解決の第三者委員会があります。そういったものを整えるという形で対応させていただいているのですが、少し狭い視点で高次脳のことに関して言いますと、家族にしても当事者の方にしても、これは発達障害の方にも言えるかもしれませんが、お互いが加害者・被害者にならないということを踏まえた職員研修会や家族学習会を組むように考えています。

あと就労に関しては、労働基準監督署からもいろいろな情報提供をいただいて勉強させていただいております。

**野中** 今のように権利擁護がとても大事なところで、われわれ現場の人間はもう少しそのところを強調した法律作りをすべきでしょう。これから唐突に自立支援法をどうするかということが議論になりますので、そのときに権利擁護を今回どうやって入れていくかというのは、われわれのほうから言うと勝負どころですね。

権利擁護はおそらく本人を強くするのと地域を強くするのと、その両方を意味するわけで、そこが権利擁護って面白い領域になると思いますね。

**会場** 今日は貴重なお話、どうもありがとうございました。私は、途上国の難民、難民じゃない途上国の人、開発等々、様々なプロジェクトをやっています。特に東南アジア、中央アジアにおいては、障害者の支援というものを強く打ち出してやっております。やはり途上国での障害者支援の中で、地域のご協力がなかなかいただけない。特に政府のほうも予算とかお金の問題で、なかなか障害者支援よりもっとプライオリティが高いものがあるだろうというふうなことがあったりとか、地域でも障害とは前世の行いが悪かったんだみたいな、そういった迷信的なところで差別の対象になったりとか、そういったこともありまして、なかなか日本と比べても難しいというところがあります。

そういった意味では、地域を取り込んだ、いわゆる今言われている CBR といった、ああいった形で

の支援の仕方が、やはり途上国ではどんどん取り入れていかなければいけないんじゃないかと言われておりますが、日本は、確かに途上国のような迷信の度合いが低いといった意味では、パブリック・アウェアネスはまだましなのかもしれませんが、やはりまだまだ足りないと思いますし、施設のほうも確かに途上国よりは多少ファンディングの意味で恵まれているところもあるかもしれませんが、まだまだ足りない。実際に今後、一般の地域の住民、市民の意識が1点目として高めていくのに、どのようなアプローチを皆さま行っているか。2点目としては、高まった後には、今あるいわゆる「施設」というものから、コミュニティベースの支援、もしくは権利ベースの、そういったコミュニティの形成に移行していくのに、どのような取り組みをなされているか、なさっていく予定があるのか、お話を聞かせいただければと思います。よろしくをお願いします。

野中 それは発展途上国の CBR のために情報を使いたい、そういう意味ですか。発展途上国でやった CBR の経験を日本で使う、応用するというのが、今日の場面ではとても大事な話と思いますが、ここで使ったものを途上国の CBR に応用したいという立場ですか。

会場 どちらもですが、やはり途上国で CBR を使いたいです。何件か使っているケースもあるんですが、ケースバイケースで失敗しているところ、全くうまくいかないところもあります。どちらも持っていく、もしくは向こうでも使える、いろいろとパターンはあると思うんですけど、そういったケースとして、日本のケースではどういう形があるのかというのを伺いできればと思います。

野中 本日の場合は、発展途上国の CBR を日本で応用するときこんなように使ったらどうかという話ですね。施設コンフリクトなどの話が発展途上国であまり起こらないわけですよ。何で日本では、社会との共生がうまくいかないのか。本当は社会が障害を持った方々を抱えて困っているはずだともおもいます。お金を使って作るというのに、それを断って、後で自分が困るのが日本の地域社会のように思っています。そのところでどのように工夫をしているのか、各シンポジストに聞いていきたいということでもいいですか。

会場 はい。

野中 では、お願いします。

山本 私もこの仕事を 20 年以上やっていますが、本当に行きつ戻りつなんだろうと思っています。そこでいい処方箋がこうあるということは決してないのではないかと思います。例えば施設を作るということであれば、それをどういうふうに地域の人にご理解をいただきながら説明会を開き進めていくのか。ここで1個やったら次にまた同じようなことができるのかできないのか。そこで進んでいくしかないだろうというのが。お答えにはなっていませんけれども、ひとつ現状だろうと思います。

ただ一昨年、「こころの健康支援センター」というのを作って事業を実施し、いろいろな講演会とか学習会を市民向けにやっているのですが、当事者以外のいろいろな方の参加が増えていきます。そういったところを一つひとつ、実際の施設建設だとか社会資源を作るということで汗をかくこと。あるいは講演会や学習会のような啓発的と言うか、そういった事業を複合的に1個1個やるしかない、今まで思いながらやってきています。これといった処方箋は語れません。

野中 ころの健康支援センターは、どうして単独にできたのですか？

山本 1つには、東京都の場合、市町村部で保健所が、東京都立の保健所がございました。それが統合で地域の中から撤退をしたということがあります。そこで家族会や作業所の皆さんから、それに代わるサービスをとというようなご要望がありました。実際、我々の実感としても相談や支援件数がかなり鰻登りに増えているといった背景の中で、市として保健所跡地を活用して同様の機能を作ろうかというようなことになったわけです。

野中 そのプロセスは CBR じゃないけれども、住民の要望が先にあって、それを市の行政が応えた、そのところをちゃんと捉えている行政があったと。この形式ですよね？

山本 はい、ということになります。

野中 ここがすばらしいわけですね。他の地域が遅れているのは金がないからではなくて、そういうことを聞く耳も持たずに、それを捉えない行政だったわけだと思います。

山本 他所様のことは分からないですが、いずれにしても要望があって、そこに建物が現に存在しているわけですから、それをどう活用するかというのが、自治体の仕事だろうと思います。そこを精神障害者の方のセンターとして活用するということについては、近隣住民 500 メートル範囲ですけれども、全部 1 軒 1 軒訪問して、そんなことやりますよというご理解もいただきながら設置をしました。

野中 すばらしいです。埼玉県は保健所がなくなっています。ニーズがなかったというわけではないですね。だからそのところで、実は CBR の思想が日本には全然生き延びなかったけど、調布でだけは生き延びたという話ことですね。もう誉めたいです。

増田 地域に密着してと、先ほど池並さんもおっしゃっていましたが、私たちの活動は地域の中で、どれだけ地域の人との接点を増やしていけるかということが大切です。やどかりの里の活動は、だいたい施設の中で完結する事業になっていないので、常に地域の人に来てくれて成り立つような事業形態になっています。本当に身近なところでは「やどかりの里」の活動拠点があることで、精神のことを理解してくれる人たちがじわじわと増えていくという実感があります。

私たちの活動は福祉従事者だけでは成り立たないので、協力をしてくださる方が、企業の方だったり自治体の方だったりします。皆さんそれぞれのネットワークがあるので、地域の中で、私たちのことをどう見られているのかということや、私たちが地域展開をしていくときに、どの人にどういうあいさつをしたらいいのかということは、私は知らないけれども自治会の役員の方たちは知ってらっしゃるので、ボタンの掛け違いをしないように地域の人と付き合っていく術は、実は地域のそういう方たちに教えていただいているというのが実感です。

それからもう 1 つ、精神に関して言えば、私は基礎教育や事業所の中で、メンタルヘルスのことをもっときちんと学習する、実感を持って学べる機会が作られていかないと、今の精神障害に対する偏見・差別の重さは払拭できないなという実感を持っています。ここはそうすると文部科学省や、働く場の問

題で言えば厚労省など、各省庁で横断的に取り組んでいかなければいけないとおもいます。私たちは障害福祉課と色々な協議をしますけれども、実は教育委員会ともその議論をしていかなきゃいけないと考えていて、なかなか本当にやろうとすると大変だなと思っています。

最近教育委員会が人権の問題を通して精神のことを考えなくてはというように思ってくれてはいるので、少しずつ歩みは前に進んでいるのかなと思うときもあります。

**野中** なかなか行政は聞いてくれないですね。だから基礎教育というか、家族教育がとても大事だという話ですが、基礎的な教育が国民の中に浸透していないための様々な誤解が現在の日本を作っているようなところもあります。だから文部科学省や教育委員会を変えていこうという運動を相当しました。その中で、昨年の指導要綱改訂において、保健体育では精神保健について教えると1行入りました。これでお墨付きがつかまりましたので、教育委員会を通して精神保健について教えよという圧力がかけられるというところまではたどり着いているわけです。

いずれにせよ、教育という領域にどう入っていくかというのは、CBRにとっても、とても大事なところだと思います。できあがっちゃった地域の大人に対してはなかなか修正がつかないので、子どもたちにどうやって保健や障害のことを伝えていくかということが勝負になる。今後の自立支援法批判の問題で、お金の払い方ばかりに国会議員も目が行っていて、啓発のところまで行ってないですね。啓発や教育も強調して言わないと、また見逃されて次に行ってしまう。ぜひそういうことも声を大にして言ってください。

**池並** 私は、地域理解というのは、キュブラ・ロスの障害の受容、喪失の受容と、本当にその段階が同じだなと思います。最初はこの人たちが来るっていうだけでショックを起こして、混乱して大変な思いをして、そして排他的になってという過程を通り過ぎながら、最後はやっぱり価値を共有しないとダメというところにたどり着いてきたという実感があります。

もう1つは、地元の人が役立つのです。弱者のために、あるいは高齢者のために役立つという実感を、どう私たちが作っていくかだと思います。それで今、私どものケアホームの夜勤は、地域のおじさんたちがやってくださいます。仕事はこんなふうにして職業ってこんなんだよって、相手にどれだけ分かるか分かりませんが、でも語りかけて、そして人をいじめちゃダメだとかですね、そんなことも言ってくださって。私はもう地域が支えてくれているなという感じがします。

**野中** 面白いヒントですね。地元との共有というのは、「こっちは変わらないぞ、お前が変われ」、地元も「こっちは変わらんぞ、施設が変われ」、これは無理だと思います。お互いが変わり合っていて、その変わり合うことに喜びを感じるような関係にならない限り、共有できないと思います。だから、「こっちは変わらんぞ」っていうのは、チームワークでもそうですけれども、「俺は変わらんぞ、お前だけ変われ」っていうのは、それはどうしてもうまくいかないですね。キュブラ・ロスの話が入ってくるのは、なかなか実感があっていいですね。

**四ノ宮** 地域に対しての支援というところは、実は国立施設が一番弱いところだと思います。さらに申し上げると、直接的な支援は今までやっていなかったというのに等しいのではないかと思います。国立施設の役割としては、直接的に地域支援をすることだけではないとは思いますが、ただ自立支援法下になって一事業所という位置づけになって、今年の4月から、所沢市の自立支援協議会によりや国立施設から

も参画することになりました。たまたま当て職であった関係で私が出るようになりました。

そして言われたこととしては、ちょっと本論とは逸れますが、「よく出てきましたね」と「ようやく出てきてくれましたね」というのが、最初よく言われた言葉です。そこで今、私どもセンターで考えているのは、まず地域に対して私たちが何の支援をすることが必要なのか、地域はどのように考えているのかということをもっと把握しないことには、あまりにも地域からかけ離れた施設運営になってしまいますから、就労移行支援を中心にニーズ調査を今、進めているところです。

別の話になるのですが、今、情報社会になって、障害のある人はこういう人だというのは、知的な部分では、情報がある意味では行き渡っているところもあるとおもいます。実際じゃあ目の前にその方がいらっしやると、やっぱり、ねえ、ちょっと、というように、あるいは避けたいとか、できれば知らないで通したいというのが、実情かと思っています。

復学の事例なども病院ではあり、先ほどの教育関係でいくと、学校のほうに出向いて、たまたま復学の方がいる、その事例を中心に、本当に一つ一つの例えば高次脳機能障害だったらこういう症状ですよとか、こういうことに配慮してやってくださいというのを、その年齢に応じた、ある意味の教育的な部分での支援をするということも、本当に草の根的な支援なのですが、やってきた経緯はあります。

野中 精神保健領域でも、オーストラリアの学校の先生を集めて、統合失調症の早期介入として、学校の先生に心理教育をやるわけです。知識教育もやります。だから国リハのポジションは、学校の先生に向けて、自閉症の知識教育をきちんとやればいいのではないですか。向こうは求めているのだと思います。教育コーディネーターとか言われている方が、研修や人材育成をやってもらいたいと思います。そういうところで動いていただければ、実践的に変化していくのではないのでしょうか。

時間がきてしまいました。ディスカッションの中で、重要な点が2つ出たのは私自身とても満足しています。権利擁護はわれわれの法律や仕組みの中ではとっても弱いところがあります。障害者にお金を払わせるということも、とんでもない問題なのですが、それよりもっともっと大事なのは、この権利擁護のシステムがないことに最大の弱点があるので、これは大変いいテーマが出たと思います。

それから、何で CBR かって私もぎょっとしましたが、考えてみると、やっぱり CBR の考え方をもうちょっと日本の中で応用してみると、見えてくるものがあるのではないかというのなかなかいいアイデアだと思います。この2つの点で今日のシンポジウムは参考になりました。どうもありがとうございました。

皆様、参加していただいてどうもありがとうございました。

司会 野中先生、それからパネリストの皆さま方、本当にありがとうございました。また長時間にわたりましてご参加いただきましたすべての参加者の皆さんに感謝申し上げます。

以上

# 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・身体の高重複障害者 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」

## ■分科会 4 リハビリテーションと生活機能

金田 第 32 回総合リハビリテーション研究大会の分科会を開催いたします。この会場はグループ 4 で、「リハビリテーションと生活機能」というテーマで行います。私は今日コーディネーター役を務めます、滋賀県のびわこ成蹊スポーツ大学で教鞭を執っております金田と申します。私は長年、埼玉県所沢市にあり、国立障害者リハビリテーションセンターで、病院のスタッフとして、理学療法、作業療法士、そして運動療法士というのがあって、スポーツで機能訓練をするという立場でやってきました。その間にずっと、私のアイデンティティは何だろう？ 私たちの仕事のアイデンティティ、PT、OT との違いは何だろう？ など、いろいろ考えてやってきました。その中で、やはり、いわゆる医学的な訓練だけではなくて、もっと幅広いことをやるのだなという意識は持っていました。その話は追々後でお話することになると思います。

今日はやはり生活機能ということで、「ICF—生活機能分類」というものを、リハビリテーションにおいてどのように活用できるのだろうかという視点を、具体的に理屈だけではなくて事例を挙げながら話をしていきたいなと思います。事例をやると相当時間がかかりますので、話の流れを最初先生方にさせていただいて、その後、ディスカッションの中で事例を通して話の内容を詰めていきたいと考えております。そして事例を挙げていただきながら、生活機能を高めていくにはどういう方法があるのかとか、あるいは関係者の役割にはどういうものがあるか、そういった話をさせていただきたいと思っております。

今日、お話ししていただきます先生方の紹介をいたします。まず、皆さんから見て右側にいらっしゃるのが、大川弥生先生—国立長寿医療センター研究所生活機能賦活研究部部長でいらっしゃいます。その右側にいらっしゃるのが、高知県立障害者スポーツセンター所長の小林順一先生です。その次は、東京福祉大学社会福祉学部の教授の先崎章先生です。それから埼玉県立大学保健医療福祉学部作業療法学科の教授、大橋秀行先生です。

今日参加される方は、いろんな分野、領域からいらっしゃっていて、先生方には、できるだけ皆さんが理解できるような言葉を使ってお話してくださいとお願いしてあります。

それでは、さっそく討論に入っていきたいと思っております。それぞれの先生方にはだいたい 15 分ぐらいずつ、まず先に話をさせていただくことにしております。そして、お一人終わった後に簡単な質問をお受けしたいと思っております。「簡単な」というのは、言葉が分からなかったとか、どうしてもこれは聞いておきたいというものです。討論は後に回したいので、討論のためではない質問を受けたいと思っております。そして次の方に移っていただくという方法で話をしていきます。

それでは大川先生からよろしく願いいたします。

大川 国立長寿医療センターの研究所の大川と申します。私の研究部門は、生活機能賦活研究部と申しまして、まさに生活機能を基本として研究をすすめております。

私と ICF との関係は、ICF の前身であります国際障害分類：ICIDH についての日本でのフィールドワークのお手伝いをさせていただいたことが最初です。その後、ICF になったのですが、その ICF が決まります前約 10 年間、各国で議論をしていきましたが、その時我が国での事務局的な仕事を致しました。ICF の採択後、その正しい普及・啓発や ICF の評価点を作ることを目的として、厚生労働省社会保障審議会で統計分科会生活機能分類専門委員会がつくられておりますが、その委員などもやらせていた

だいております。私自身の研究、そして臨床は、以前の ICIDH、そして ICF を軸として行ってきました。

それでは、ICF の全体像についてお話をさせていただきます。ただし ICF 自体は、本来 WHO でも言っていますように、ICF に関してのきちんとしたトレーニングを受けることになっております。その日本でのトレーニングの内容なども検討しておりますが、15 分で理解できるようなものではなく、2～3 日は必要なものですので、本日はポイントのポイントとでもいうべきところだけを、さっとお話をするというにとどまってしまうのは、ご容赦いただければと思います。

さて、本日は「総合リハビリテーションにおける ICF の活用」というタイトルを付けさせていただきましたが、「総合リハビリテーション」とは当然ながら、この研究大会名でもあります。なぜこういうタイトルを付けたのかといいますと、私のレジユメの最初に書いておりますように、狭義の障害者リハビリテーションのみではなくて、広い範囲で総合リハビリテーションの観点が不可欠なものとなってきていることがあります。

やはりこの総合リハビリテーションの観点を、原点に戻って、今回の総合リハビリテーション研究大会にご出席いただいた皆さま方には、もう一度この機会に考えていただければと思っております。実は来年の総合リハビリテーション研究大会は、私が実行委員長をさせていただくことになっておりますが、そこでも「総合リハビリテーション」を、もう 1 度きちんと考えたいと思っております。

ではなぜ「総合リハビリテーション」の観点が不可欠かという背景をまず理解したいと思っております。大きくは三つあります。一つは高齢化が進み、生活機能低下を生じる人々が増えてきたということ。

次に、介護保険や障害者自立支援法のような、病気ではなく、むしろ生活機能の低下そのものに対応する様々な制度が開始されたこと。

そして、3 番目ですが、そういう生活機能低下のある人に対応する専門職が非常に増えてきたことがあります。これは、日頃接する職種だけでなく、例えばいろいろな工学分野、これに関しても福祉工学とかリハ工学だけでなく、ロボット工学とか、更に広い範囲の方たちも関与してきています。そういう分野でも例えば、総合技術会議のイノベーション 25 の「高齢者・有病者・障害者への先進的な在宅医療・介護の実現タスクフォース委員会」のロードマップにも支援機器の開発や効果判定において生活機能の観点でみるものがきちんと盛り込まれています。

参加いただいた皆様方も今回、このような背景もふまえて総合リハの観点からまず考えていただき、その中でそれぞれが関与していらっしゃるリハビリテーションの分野のことを考えていただければよいかなと思います。

では、今後、総合リハビリテーションを推進していく上で、レジユメのほぼ下半分に書きましたが、ICF はきわめて効果的なツールとなると考えます。その ICF の具体的活用の上では、次の 2 つのポイントがあります。

一つには、当事者の個別的な生活・人生の具体像、すなわち「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です。これは状況の分析だけでなく、目標設定においても重要です。

第 2 に専門職間、本人の積極的関与を含めた、真のチームワークの実現のための「共通言語」、共通のものの考え方の活用です。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ありません。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す。

他にもありますが、特に臨床実践上で大事なはこの 2 点と考えております。私自身も、臨床上一人

ひとりの障害のある方のより良い人生を創ること。これがリハビリテーションと思いますが、それを専門家として当事者の方と一緒にやってきたことをいろいろとまとめますと、実は ICF を活用するのがとても効果的であると考えに至りました。

臨床的な具体的なこともお話ししたいのですが、これはレジユメの参考図書にあげている本をご覧くださいいただければと思います。

それでは、ICF がどのようなものかに話をすすめさせていただきます。まず ICF をひとりで言いますと“「生きることの全体像」についての「共通言語」”です。生きることを全体的に見るということはよく言われておりますが、それをいかに理論的に分析的にみるのか。自分の関心があることや、自分のできることだけを見るのではなく、全体像として把握をするのに ICF は効果的です。

そしてそれを「共通言語」、すなわち共通のものの見方・とらえ方として活用します。共通のものの見方とは先ほども具体的な活用法で申し上げましたように、チームワークとして、これには専門職間のチームワークがあります。専門職の間と言いましても、同じ専門職の間ということがあります。そして、一人の患者さんや利用者さんに対応する、例えば病院や、施設の中での様々な職種間でのチームワークもあります。更にもっと広い、例えば行政や、他のインフォーマルサービスなどの提供者とのチームワークということもあります。

また、それら専門職間のチームワークだけでなく、もう一つは、専門職と、それから当事者との「共通言語」、共通のものの見方が大事です。そういう二つの観点からの「共通言語」が必要であるということです。そういう観点で ICF を活用することです。

ではこの ICF ですが、WHO はたくさんの健康に関する分類を持っており、これは国際分類ファミリー (WHO-FIC) といいます。その中で ICD : 国際疾病分類、これは病気・外傷についての分類ですが、それとともに中心分類として位置づけられております。ICF の前身である ICIDH は ICD の補助分類でしたが、ICF は同等の中心分類になったということは非常に重要なことです。すなわち ICF は障害がある人だけではなく、すべての人に関する分類であります。そして健康というのが、ICD : 国際疾病分類が示す「病気」だけではなく、ICF が示す生活機能も高い水準にあるというような、健康観の変化とも考えるべきではないかと思っております。

では具体的にどのように制度的に入っているのかですが、むしろ障害関係よりも介護保険のように歴史が浅いほうが入りやすいということもあるのかもしれませんが。例えば、要介護認定を受けるときには主治医意見書を必ず書いてもらう必要があります。この主治医意見書とは、特にお書きになる先生方の資格を問うものではなく、普通の、と申し上げたら恐縮なのですが、どのような診療科の先生でも書くことが可能なものです。この中で介護保険法の改定の際にかなり画期的なことが行われまして、普通の、一般のお医者さんでも書くような意見書で、以前は「障害」という名称だったのが「生活機能低下」と変わりました。それから介護に関する、すなわちサービスに関する意見ではなく、「ご本人の生活機能とサービスに関する意見」というように内容が変わりました。それから、症状、すなわち病気としての安定性だけでなく、それとは別個に生活機能というレベルの維持・改善の見直しを書くということになりました。すなわち病気が安定していても、と言うか変化がなくても、むしろ生活機能自体は改善できるのではないかという観点で見ようとなったわけです。非常に長い歴史のある医療の中でも、このように ICF が基本となる考え方が入ってきています。

また ICF については、コメディカルの国家試験、例えば介護福祉士、精神保健福祉士、社会福祉士、PT や OT や ST 等々の国家試験、またケアマネの試験は国家試験ではありませんがこれらには出題され

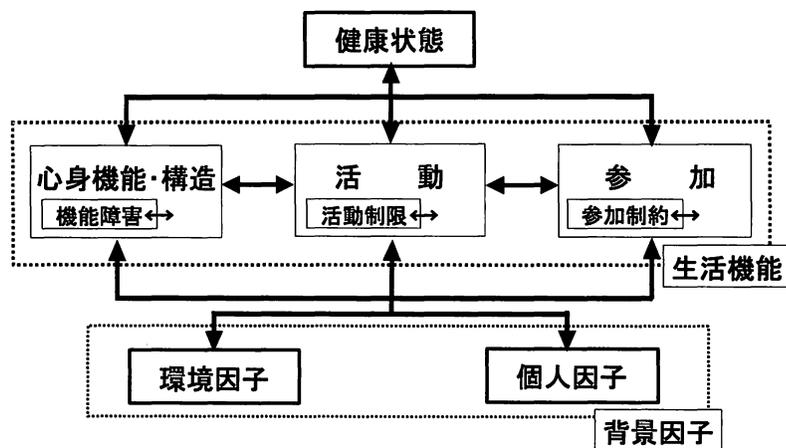
ていました。そしてとうとう医師と看護師さんという歴史の長い職種にも今年はお題されました。そのようにいろんな国家試験にまで出るようになった、すなわちこれは卒前教育としてICFに関してなされるようになったことであり、非常に良いことだと思っております。

さて、ではICFの基本概念に話をすすめます。基本概念としては、生活機能と生活機能モデルとがあります。図1に生活機能モデルを示していますが、この中央の高さに3つ横に並んでいます「心身機能」、「活動」、「参加」の三つの概念、これは生物、個人、社会レベルの内容ともいえますが、これらを合わせた包括概念が生活機能です。

いわゆる生物レベルの、筋力や、関節の硬さや心臓や肺や精神の働きなどが「心身機能」。それから「活動」は、身の回り行為などのセルフケア・ADLだけではなく、仕事や趣味などの際のありとあらゆる生活行為です。「参加レベル」は社会や家庭の中における役割や、権利の享受することなどです。

その3つのレベルからなる生活機能を中心として、それらに影響する「健康状態」、「環境因子」、「個人因子」とが相互に関係し合います。それらの関係を矢印で示しています。ここに多くの矢印があり、それらが両方向性を示していることで、たくさん関係性を示しておりますが、この関係性が大事です。

図1. 生活機能モデル(ICF)



大川弥生：「よくする介護」を实践するための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。

このような関係性を示すモデルとしてとらえることなく、特定の要素間の関係だけを平面的にとらえるとは、ICFのICFらしさがなくなるということだと思えます。では、この中のいくつかを少し詳しく説明します。まず「環境因子」ですが、これはどうしても物的なものを考えがちですが、人的なもの、これは人の対応だけではなく、人の態度も含み、また制度的なもの、サービスなどあらゆる環境を含みます。

この「環境因子」は必ずしもプラスに効果がある促進因子だけではなく、むしろマイナスに影響する阻害因子にもなります。専門家としましては、「環境因子」として、むしろ阻害因子にすらなり得るということは、常に戒めなければならないことかと思っております。そしていかに促進因子としてレベルの高い「環境因子」となり得るのかということ常念頭に置いて対応すべきと思えます。

次に「活動」は「実行状況」と「能力」に区別されます。これは「頑張ればできる」とか「指導を受

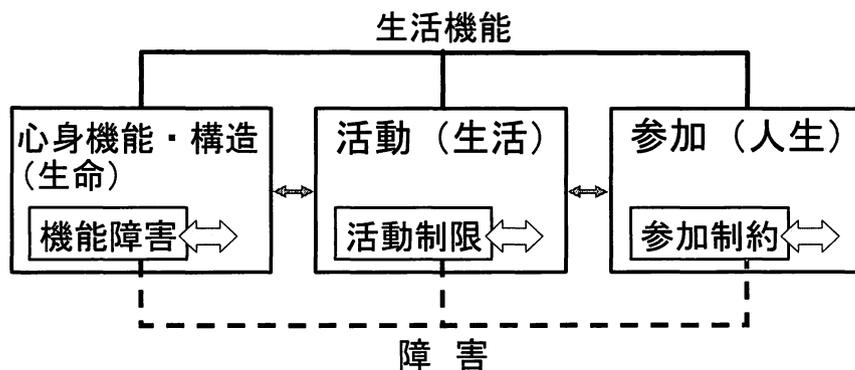
けたらばできる」という「能力」と、実生活で実行している状況である「実行状況」の二つに分かれるものです。これは約10年かかりましたICFへの改定作業のときに、当事者と専門家の間でいろんな議論が行われ、この2つに明確に分けることになりました。これはICFの重要な特徴だと思います。

では、ICIDHからICFに変わったわけですが、ICFの特徴をより明らかにするために、この2つを比較したいと思います。大事な観点としましては、図2に示しますICFは3つの生活機能のレベルの中に、マイナスがあることです。ICIDHはこの3つのマイナス面のみの関係でみるもので、機能障害から活動制限を生じ、活動制限から参加制約を生むという関係を示すものです。

3つのマイナスレベル、すなわち「機能障害」、「活動制限」、「参加制約」の包括概念が「障害」です。ICFでは、この図(図2)に示していますように、そういう直接的な関係ではありません。ICFとICIDHの各々のモデル図だけの比較では分かりにくいのですが、この図で見ていただくと分かりやすくなるのかと思います。

ICIDHからICFへの変更とは、まったく基本的な考え方が変わったと考えていただく必要があるかと思いますが、一応改訂版ではありますが、まったく異なる考え方に基づくものです。

図2. 生活機能と障害  
—両者の3つのレベルの関係(大川)—



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。

では次に生活機能の3つのレベルのうち「参加」と「活動」の関係に話をすすめます。まず「参加」の具体像が「活動」であるという認識が大事です。

参加と活動については、「活動と参加の共通リスト」としてdドメイン (domain、領域) の頭文字に数字がつづいて示されています。誤解が時々あるようですが、実際に使うときにはリストで示されたdをそのまま使うのではなく、「参加」の「p」と「活動」の「a」として使います。p (participation=参加) の頭文字、また、activity という「活動」の頭文字に、数字で示されるコードナンバーを付けます。

また参加と活動について大事なことは、スポーツを楽しむという参加レベルを達成するためには、同じコードナンバーで示されるスポーツの動作というだけではなく、例えばそのスポーツを楽しむ場所までどうやって移動するのか、それからそれを楽しむためのスポーツウェアをどのように着るのか、また競技場での排泄と自宅とは違って来るわけですから、そういうことまでできて、初めてスポーツを楽しむ

むという「参加」が達成できるのです。ですから参加と活動は1対1の対応ではありません。これは参加を向上させる具体的な対応を考える際には大事と思います。

それから例えば同じ一つの活動の中でも、色々なやり方があります。私はそれを「バラエティ」と言っているのですが、様々なバラエティがあるので、ある一つのやり方ができたらOKではなく、そのように色々なバラエティがあることを考え、そのできる・している範囲を拡大していく。それは参加レベルの向上をさせるために大事な観点だと思います。

具体的に働きかけるときですが、例えば筋力低下によって屋外歩行不能とか、就業が難しいというようなことが起きます。では、これに対してどのように対応するのかを考えていく際にも、ICFの考え方は効果的なものです。生活機能低下を生む原因になりました病気（健康状態）、これが治らないのであれば、心身機能に対して対応すると考えがちなのですが、実はそうではなく、直接的に活動レベルに対応することによって、活動そして参加が向上できるのです。図1の生活機能モデルで示しましたように、各レベルの間に、矢印で示しましたような相互依存性があるのですが、各々のレベルには独自性があり、相対的独立性もあることは、臨床的な対応を考える際に非常に大事なことかと思えます。

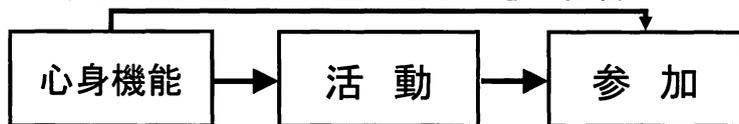
しかしながら残念なことに、生活機能が低下する因果関係にかなり、呪縛されたようなプログラムが組まれがちといえます。生活機能の三つのレベルの関係とは、私は図3に示すように整理ができるのではないかと考えております。どうしても一番上で示していますような、心身機能によって活動と参加が影響されると考えがちです。しかし、真ん中に示していますように、むしろ右側から左側への関係があります。そして、それぞれが、下に示しましたように、相対的な独立性を持っているということを考えて、その関係を利用して具体的な、生活機能を向上させるというプログラムを組む必要があると思えます。

さて、ではこの三つの生活機能のレベルの中で、どのレベルが一番重要なのかです。それぞれお考えいただきたいことですが、やはり社会の中、家庭の中で、どのように役割を果たすのか、人生を楽しむのかという参加レベルがやはり一番大事だと考えます。

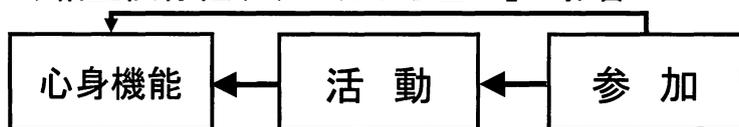
さて、では具体的にどう対応するのかというときに、一番上に示す、左から右への生活機能低下を生じる因果関係だけに縛られず、活動自体への直接的なアプローチ、参加自体へ直接働きかけるということが大事になってくると思えます。そして生活機能の3つのレベルのうち一番大事な参加を向上させるためには、例えばサービス・制度を使うというような直接的な参加レベルへの対応だけではなく、活動レベルを向上させることをもっと技術的に向上させることが必要だと思います。なお、参加を向上させることによって、右から左の効果もあります。これは廃用症候群（生活不活発病）の予防・改善には重要な考え方です。

図3. 生活機能の3つのレベルの関係

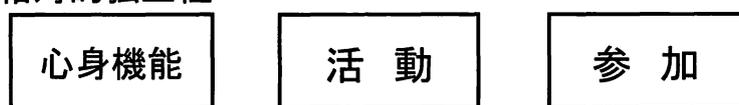
1-1) 相互依存性(1): 「左から右へ」の影響



1-2) 相互依存性(2): 「右から左へ」の影響



2. 相対的独立性



大川弥生: 「よくする介護」を实践するための ICF の理解と活用: 目標指向的介護に立つて. 中央法規出版, 2009.

では、次に評価点にすすみます。厚生労働省の生活機能専門委員会で、我が国の評価点基準案を活動・参加レベルについて作りました。表1は活動の実行状況の評価点を示しております。ポイントだけ申し上げますと、WHO は評価点を0～4で示し、数字が小さい方が状態がよいと定義づけています。そして我が国の案では、0と1ともに自立ですが、その中で、ある特定の場所だけできる・している、例えば自宅だけ、施設だけ、通所のときだけ自立が評価点1の限定的自立です。そして、そこで十分だとするのではなく、参加レベルを向上させるためには、外出先や、旅行先などでも自立することが望まれます。そのような評価点0: 普遍的自立があるというように、自立を2つの段階に分けております。それから評価点3の全介助: 全面的制限と、評価点4: 行っていないとはまったく別物として区別しています。この3、4は臨床上はごっちゃになっており、行っていないにもかかわらず全介助というような記載が日本では非常に多いというようなことも現在問題ですが、ICF の評価点を使うことで、そこは明確に区別されることとなります。

そして、具体的に ICF をどのように活用するのかですが、総合リハビリテーションの臨床では、評価は生活機能向上をはかるという目的を明確にしたものです。そして、図4に示す目標指向的なアプローチによって、チーム全体、これは当事者も含めて共通の目標を立て、プログラムを立て、すすめていくところに ICF を活用します。

今回お話しできませんでしたが、この図の右はしに書いておりますような、利用者さん、家族の主体的な関与のために、まさに自己決定権の尊重のために、この ICF を使うということも大事なことです。

最後にまとめますと、ICF の活用によって、マイナス重視からむしろプラスを引き出すことへ。そして心身機能中心ではなく生活・人生の重視へ。ご本人、それから専門職もそうですが、従来の受け身からチャレンジする方向へと。すなわち、これらによって真の当事者中心のアプローチになると思っています。

表1. 「活動」の評価点基準（暫定案）

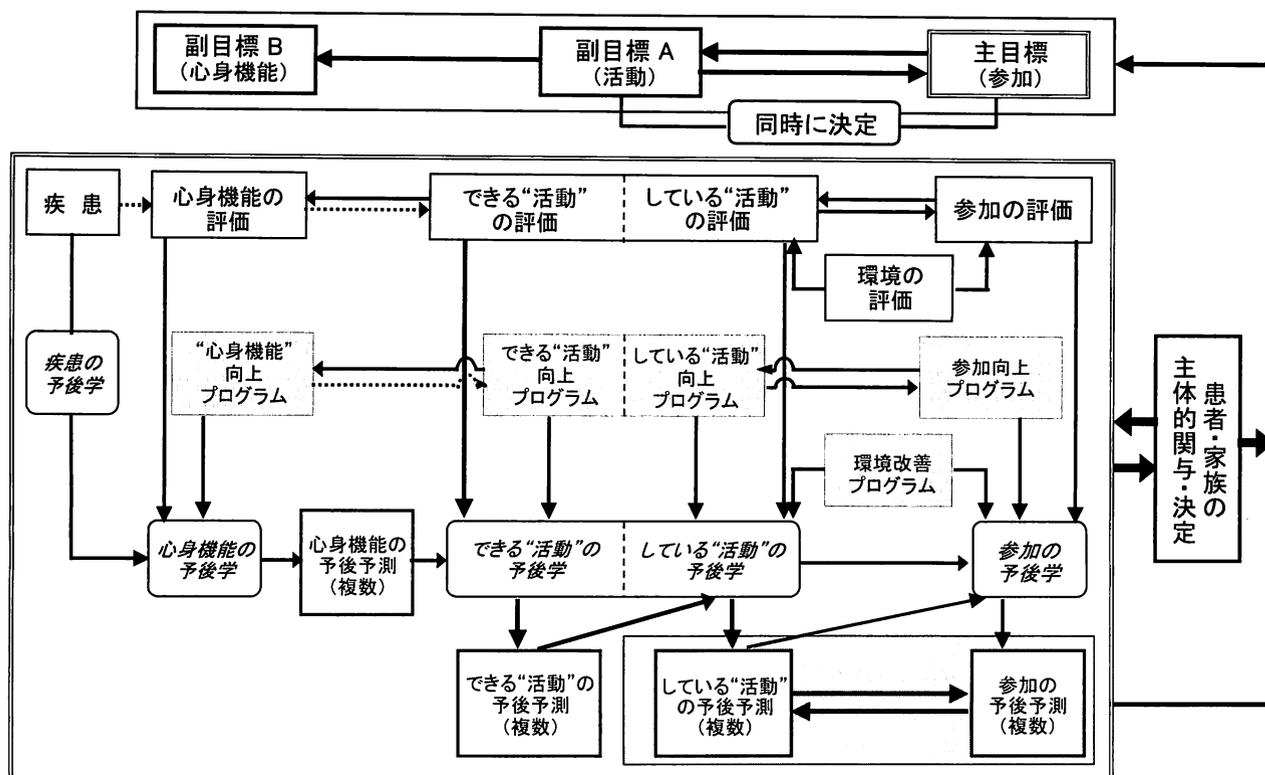
○ 実行状況

（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）

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(本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。

図4. 目標指向的アプローチにおける目標設定のプロセス



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

金田 どうもありがとうございました。今の発表で、どなたかご質問がありますでしょうか。

会場 勉強になりありがとうございました。今日直接お聞きするとだいぶクリアになりましたが、自分の中で、「参加」のところがよく分からない点があります。(参考図書：生活機能とは何か、東大出版会を示しながら)先生のICF整理シートで、活動は能力・実行状況は区別してありますが、参加では区別がない理由は？

大川 まずは、分からないということのほうが進歩するので、分かっている気になっているよりよろしいのではないかと考えております。

会場 ICF の泥沼に入っちゃっているような・・・。

大川 ICF が難しいのではなくて、人をとらえるということは、やっぱり難しいことなわけです。極めて複雑なわけですから、それを単純化するのではなくて、複雑なものは複雑なままにみることです。ただし、分析的総合と私は言っていますが、具体的に対応するには、複雑なものをきちんと分析して、

総合的に見なければならぬと思います。自分が気になることや、自分が対応できることだけに重点を置いてしまうことにもなりがちです。そうならないためにICFを生かすのです。私自身も、リハビリテーション医学の研修をはじめた頃、リハビリテーション医学の知識や技術が増えるほど、一人ひとりの患者さんの状態を捉え、特にプログラムを決めていく際に、混沌として、カオス状態になってきました。その中を抜け出すときにICIDHを使って、とても整理し易くなったという経緯があります。

先生、ちょっと時間2～3分いただいていいですか。実は私自身も、リハビリテーションの研修をはじめた頃、これは今から思えば、自分ができるとか、自分が見えることが少ないときには、何となく分かったような気になったのです。でもいろんなことを見ることができたり、アプローチ手法もたくさん知ると、カオス状態になったのです。そのときに、昔でしたらば、カレンダーの裏紙ぐらいしか手に入れやすい大きな白い紙はなかったものですから、そういう大きな紙に、とにかく自分が分かった問題点や課題をあげて矢印で関係のみて、そしてそれへの対応方法を書いてその上で優先順位をつけながら、整理をしていったことが非常に効果的でした。臨床的にICFをお使いいただくときには、最初にそのようにやっていただくのもいいかと思います。

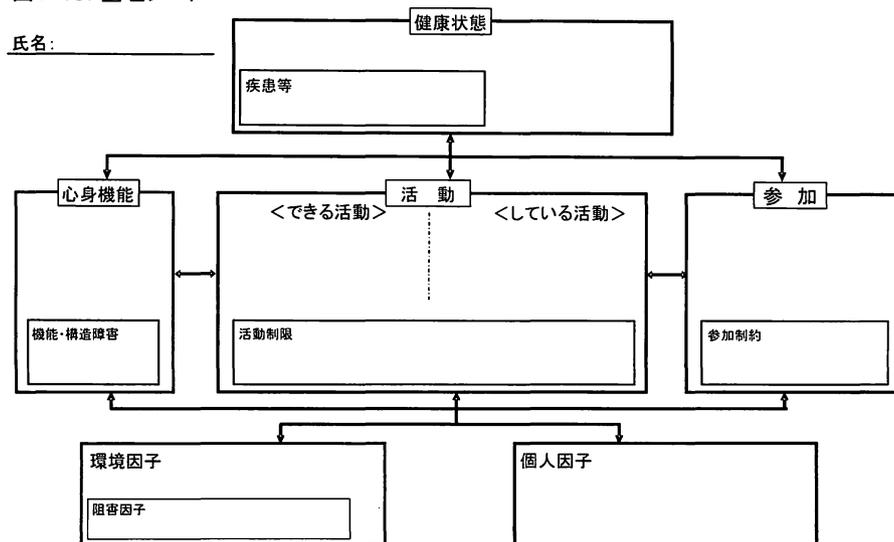
それで、今のご質問の、このICF整理シート(図5)ですが、これはまとめのときにお使いいただくにはよいかと思っております。ただし、1個1個の項目の間にもかなりの相互関係があるので、矢印は実はこの図に示している単純な矢印だけではなく、6つの要素の枠の中に書いた一つひとつの項目から他の項目に矢印がたくさん結びついていくことになると思います。

では、整理シートの参加でなぜ「できる」と「している」の欄を分けていないのかです。本来は「参加」も「できる参加」と「している参加」の欄の両方に区別する必要があります。

ただし、これはあくまでも整理シートで、それも現在の我が国の、それも臨床において、専門職が使うのに適したものとして考えているものです。そして、現状についての「課題のシート」と、「目標のシート」の少なくとも2つはつくる必要があると思います。そうすると、まず目標のシートでは、参加は「できる」ではなくて、「している」だけで十分だと思うのです。それから現状も「している参加」は必ず、記載する。そこで「できる参加」ですが、この説明については十分な時間を本来頂きたいのですが、参加はそれだけで考えられるものではなく、参加の具体像としての活動をセットとして考えるべきものです。但し、「できる参加」は「できる活動」の評価の集合体だけではありません。様々な要素が影響します。そして、目標としての「参加」の選択肢ともいえるものにしばっても、記載すべき内容はとても多くなります。ですから、参加は「している参加」を重視し、必要に応じ「できる参加」も記載すること考えて、区別していない一つの欄にしています。必要なら「できる参加」もその旨を明確に示して記載するのです。

なお、活動は「できる活動」と「している活動」を明確に区別した整理シートになっているのは、活動については一つひとつの活動毎に両者を見るのが、特に臨床ではプログラム作成上不可欠だということです。我が国の臨床は現状として、参加の具体像である活動についての緻密な把握が不十分であり、そのため「できる参加」も、予後予測に基づかない思いつきのになったり、できればよいなというものになっている、という問題意識を持っているため「している参加」重視になっています。参加は具体的な活動の状態像に目標像があってはじめて現実的なものなのです。この活動に関する点がレベルアップすると、参加も「できる参加」と「している参加」の両者を区別した整理シートが現実的に作製でき、活用できることになると思います。

図5. ICF整理シート



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。

金田 分からなかった場合には、また後で、もう一度繰り返しても構いません。やっぱり徹底的に分かったほうが良いと思います。すごく大事な視点なので、また同じお話をもう一度していただくことになるかもしれません。では次の演題ということで、小林先生、よろしくお願いいたします。

小林 皆さん、こんにちは。高知県の小林と申します。簡単に自己紹介をさせていただきますが、私は理学療法士の専門学校を卒業して、本来なら病院に行くはずだったのですが、学生時代に兵庫の病院に実習に行ったときに障害者スポーツと出会って、その障害者スポーツができる場所がないだろうかということで探し求めたら、別府に「太陽の家」というのがありました。そこに行った理由というのは、中村裕先生の指導のもと障害のある人たちが職業訓練と積極的にスポーツ活動を通して社会復帰を目指している施設でしたので、そういう意味で非常に興味を持ちまして、障害のある人たちが自分自身で健康管理をしながら社会に出て行くための施設ということで、私はそこに勤めさせていただき、障害のある人たちのスポーツを通じての健康管理を主にやっておりました。

その後、高知県に帰り、土佐山村役場で高齢者の健康づくりを3年ほどしました。平成8年からは高知県立障害者スポーツセンターで仕事をさせていただいて、高知県の障害のある人のスポーツの普及・振興活動しています。

今日はスポーツによる生活機能の向上ということで、どちらかと言うと、スポーツをすることによって、チャンピオンスポーツではなくて、それが生活にどう影響していくかというところのお話をさせていただきたいと思いますので、よろしくお願いいたします。

これは、皆さん方多分ご存じかと思いますが、障害者スポーツの父と言われるグットマン博士ですね。イギリスのストックマンデビル病院で脊髄損傷の方々を中心に治療の一環としてスポーツを取り入れたことにより社会復帰をはやめ、スポーツの効果を実証するとともに、世界に障害者スポーツを組織

的に広め「スポーツの父」と言われています。グットマン博士が残した言葉として、「失われたものを数えるな、残されたものを最大限に生かしなさい」ということで、手足を切断をしたり、脊髄損傷を負って両下肢が麻痺になった人が今の医学では治るわけがない、しかし残っている機能が沢山ある、その残っている機能を使っていかに楽しく生活をしていくか社会参加をしていくかということだろうと思うのです。

先ほど大川先生のほうからありましたが、スポーツ活動を行う「参加」をして、その「参加」することによって活動レベルが上がって心身機能がよくなっていくよということじゃないかなと思っております。グットマン博士がそういうものを世界中に広げて、今のパラリンピックにつながっていつているのです。

私の恩師である中村裕先生は、昭和36年に厚生省の指示で、リハビリテーションの勉強をするためストークマンデビル病院に研修に行き障害者スポーツのすばらしさを体感して帰り昭和36年に大分県身体障害者体育協会を設立して、体育大会を始めました。それが日本の障害者スポーツの始まりだというふうに言われています。実は日本では昭和26年ぐらいから運動会的な障害のある人のスポーツは行われていたが組織的にスポーツ大会として開催したことで日本の障害者のスポーツの父と言われております。

中村先生は太陽の家を作った理由は、やはり障害のある人たちが納税者になり、社会に認められている存在になるんだということ。それは、東京オリンピックの後、東京パラリンピックが開催されて、そこに参加した外国の選手はほとんど社会人であって、日本から参加した選手は、入院患者であるだとか施設に療養中の患者さんでした。心身機能レベルではよくなっているのですが、その先の行く場所がなかったということで、やはり障害があっても、環境整備さえ整えば仕事ができ納税者になれるということとを外国から参加した選手たちから教わり太陽の家を設立してスポーツを通じた社会参加を目指したわけです。「よきスポーツマンは、よき労働者である」ということをよく言われていていしましたが、私も体験してみて、そうだなと今でも思っております。これは一般のスポーツでも言えることじゃないかなと思っております。

これはもう読んでいただければ分かりますが、昭和38年に厚生労働省が出した障害者スポーツを積極的に振興しなさいという通達文書です。その後、東京オリンピックの後昭和39年に、東京パラリンピックを開催しております。この当時のパラリンピックというのは、「パラプレジア」の「パラ」と「オリンピック」を組み合わせで「パラリンピック」。いわゆる両下肢麻痺のオリンピックという意味での、日本が付けた呼称です。1988年のソウルパラリンピック以降は「パラレルオリンピック」と言っていて、「もう一つのオリンピック」というふうに言われております。一般のオリンピックに対して、もう一つ障害のある人々のオリンピック「パラリンピック」がありますよという意味です。ソウルパラリンピックを境にスポーツに参加することに意義があるといったことから、障害者の大会も勝つことが重要である。、いわゆる勝利主義指向に変わっていきました。昨年、北京のパラリンピックがありましたが、皆さん方も見てお分かりのように、非常に競技レベルが高くすばらしいパフォーマンスを持った人たちの大会になっているのが障害者スポーツの現状ではないかと思えます。

これは東京パラリンピック写真なのですが、右上の車いすなんかは今では見かけることがありませんし、屋外で車いすバスケットを行っていました。現在の障害者スポーツでは想像ができないような環境でスポーツを行っていました。

障害者のスポーツの現状ってどうなのかと言うと、いわゆるリハビリテーションとしてのスポーツ。

それからチャンピオンスポーツとしてのスポーツ、大きく分けて二つあると思います。

リハビリテーションスポーツの代表として全国障害者スポーツ大会があります。今年新潟県で開催されます。昔は障害急歩といって障害物（幅、高さ、潜り、階段）クリアしながらいかに速く歩くかを争う競技、また、車いすの操作性を争うスラローム競技(脊髄損傷：胸腰髄損傷対象)など病院での訓練などの成果をスポーツ大会の中に取り入れてスポーツの現場でその成果を発揮して、それで社会参加していくというシステムが、日本はできていたのではないかなと思っています。しかし、現在ではスラローム・障害急歩などはなくなってしまいました。

現在の全国障害者スポーツ大会で行われているスラロームの競技は電動車いす使用者及び頸髄損傷、重度な脳性麻痺者が対象になりストレッチャー型の電動車いすであったり、酸素を吸引しながら参加したりだとか障害の重度化が進んでいます。

昭和 40 年から始まった全国身体障害者のスポーツ大会と、平成 4 年から始まった知的障害者のゆうあいピック大会を統合して、平成 13 年から「全国障害者スポーツ大会」になりました。平成 19 年からは精神障害者の方々も加わり障害者基本法で言う障害のある人々すべてが参加できる大会になりました。

一方では、チャンピオンスポーツとして、昨年の北京の大会前に非常に話題になって南アフリカのピストリウス選手で両足義足なのですが、彼が 400m で一般のオリンピックに挑戦して大きな話題になりました。400m の最後の 200m が他の選手と比べて非常に速いということで義足が走競技にどのような影響をしているかということが話題の中心でしたが最終的には特段影響はないという判断で挑戦することが許可されましたがオリンピックに出場することはできませんでした。障害者スポーツにおける用具（車いす、義足等）の開発は目覚ましいものがあり、それによって記録が飛躍的に向上しています。

障害のある人々がスポーツをする場合に考えられるのは、後天的な障害と先天的な障害があります。今日は、後天的なお話をさせていただきますが病気だとか事故である日突然入院して、リハの専門職によってリハビリテーション治療が行われ機能回復し退院します。退院後機能がいいだけでは社会参加はできないケースが多いのではないかと思います。今まで健常な生活をしていて、障害を負ったことによって本当に自分がいろんなことができるのだろうか、いわゆる精神的な悩みを持ちます。そういう悩みを持った人たちが社会参加をすることは非常に難しいので、な障害者スポーツセンターでスポーツをすることによって、社会で自立した障害者と、病院を退院したばかりの障害のある人が一緒にスポーツをすることによって先輩たちから生活するためのいろんなノウハウを教わるわけです。当然スポーツをするわけですから身体機能はよくなるのですがプラス参加したことによって、生活をしていくためのいろんなノウハウを教わって、そこから活動が広がって社会参加につながっていくと。そういう意味では、スポーツを通じて、生きるノウハウを先輩たちから教わるということが、スポーツの一番いいところだろうと思います。

自立していくと社会参加という形になってパラリンピックを目指していく。一方の、生きる喜びを得るために全国障害者スポーツ大会があって、その上に社会参加につながっていくという形で、いわゆるリハビリテーションは身体機能の回復だろうと思います。先天的な人は、いわゆる「再び」じゃなくて「ハビリテーション」ですから、そういうのは身体機能の獲得というふうに私は思っております。

目的としては、一般の人と同じです。ただ違うのは障害を軽くしたいという動機でスポーツ始める方が多いところが健常者との違いだと思います。

障害者スポーツの効果って一体何だろうという形で考えたときに、いわゆるスポーツは、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ということですね。「天狗になったらダメですよ」。常に謙虚な姿勢で行うことが大切です。「お互いに協力し合う」。一人では強くなれないんだということです。周りの人たちと協力して初めて自分の目標が達成できるのです。「とにかくあれこれと心を惑わしているのではなくとにかくすること」。繰り返し繰り返し練習することによって自動的に体が反応するようになっていくことですよということですね。「すべて自分一人でやらなければならない」。いわゆる、病院の訓練では先生の指示のもと治療が行われるが、スポーツの場面ではいろんな局面においてその状況を自分で判断して、今どうすることが一番いいのかという判断をして行動を起こさないといけない。それからルールを守ることなどスポーツをすることによって自然と身についていきます。それが最終的には、いわゆるライフスキルの獲得。生活を楽しくするためのいろんな技能をスポーツを通して獲得していくのだということだろうと思いますね。そういうのがスポーツの効果としてあると思います。

金田 今までのところで質問はございませんでしょうか。

会場 スライドにもありましたが、その中の 81 ページの図の左上に、病院とございまして、障害とございまして、「(死)」と書いてありますけど、この「死」という意味はどういう意味でしょうか。お教えてください。

小林 すみません。障害を負ったことによって入院生活の中で自分が社会の中で役立つ人間として生きていけるのだろうかという葛藤をするわけですね。そんな中でこのまま生きていてもいろんな人に迷惑かけるからやっぱり「死」ということも考えるという意味ですね。死を考えた上で、家族・リハビリテーションスタッフを中心とした人たちから、「そうじゃないよ、障害あっても楽しく生きることができるですよ」ということを教わって、社会参加につながっていくということで、すべてがすべてではないのですが、かなりの数で、やっぱり社会の役に立たない人間になったということで、「死」を考える人も結構いらっしゃるという意味でございます。

金田 それでは、先崎先生、お願いいたします。

先崎 東京福祉大学の社会福祉学部の先崎といいます。私は埼玉県県の立のリハビリテーション病院に、今も週二日行っています。そこでこの 15 年間働いています。私はそもそも医者になって 24 年なのですが、最初の 10 年は精神科、そしてその後はリハビリテーションをやっております。私が勤めている埼玉県のリハビリテーションセンターというのは、去年の北京のオリンピックのときのパラリンピックの団長、つまり大久保先生がいらっしゃったところで、そちらの活動も含めて、体育活動を非常に活発にやっております。そういったようなところで、生活機能と、体育と、そして精神障害リハビリテーション、あるいは身体障害リハビリテーションを総括するような話ということで、おそらく今回選ばれたのだと思います。それにかなうようなこと、どういうことをお話ししようかということで迷ったのですが、具体的に脳外傷の方を、今話したようなことをすべて抱えて、社会で、あるいは生活上困難を抱えていらっしゃる 2 名の方を紹介して、それでこの場での議論につなげていきたいと思っています。

レジュメにありますとおり、そのままお話ししていくのですが、非常に専門的なこともありまして、なるべくスライドで分かりやすく話をしようとしております。ちなみに、一人目の方のご家族もこの場

にいらっしやいます。あとこの場に日本の脳外傷友の会の会長さんもいらしたりして、ちょっと私としては、非常に緊張しております。お医者さんに説明するのは簡単なのですが、こういう中で説明するのは非常に緊張します。15分の中で28枚のスライドを流していくという形になります。ちょっと分かりにくい点があったら、私の力不足ということでお許しください。

身体障害と精神障害と、あと高次脳機能障害を兼ね備えた方に対して、今、いろいろ応援をして、どういうふうな視点で見るか。そういう場合には、やはりICFの見方というのは役に立つのではないかというコンセプトです。今さら私が話してみるまでもなく、専門家主導のリハビリテーションというのは、今や利用者主体のほうに移ってきている。そういった中でのお話ができるのではないかと考えております。

まず一人目です。現在30歳代の男性の方ですが、2年前に脳挫傷を負っています。実はその脳挫傷を負う前に、少し精神的に障害があるかもしれないと言うか、思路障害があったり妄想があったり、そういった理由で定職にはちょっと就けずに、自宅に閉じこもっていました。2年前に脳挫傷をなされたのですが、その2～3か月後には、左の片麻痺、不全麻痺と、あと精神症状としては、非常に活動性が失われている、そういう状態でした。それと一つひとつのことにいろいろ確認が必要になる。あと高次脳機能障害です。記憶していく力がかなり落ちてしまっている。すごく疲れやすい。これはあるテストで、12分の9、最初正答ができたのが、それをすぐ同じようにやると次には12中3個しかできない。つまり疲れてしまうわけです。そして3回目だと12中2個しかできない。そういうふうに、何かやっていると、最初はできるのですが、どんどん疲れてしまう。そういった特徴のある方でした。

その後良くなり、受傷してから5か月後にご自宅に帰られたのです。これは、この人の脳のMRI画像です。簡単に言うと、頭を輪切りにした断面なのですが、左半球のほうは脳の細胞がいっぱい詰まっています。逆側の右半球も同じようにあってほしいのですが、萎縮してしまっていて、ダメージがかなりあるということが分かります。右半球と左半球で、右半球のほうは非常にダメージを受けてしまっている。機能障害が右半球損傷から生じているわけです。

この方が、ご自宅に帰られたのですが、なかなかこの方の状態に合った活動の場所、生活の場所がないわけです。つまりどういうことかと言うと、精神障害者関係の作業所、あるいはデイケア施設というのは、やはり記憶の障害がある方にとってはちょっと難しい。体力もないし疲れやすい。そういった中でどのようなことができるか。ご家族が熱心だったということがありまして、埼玉県のある県立の総合リハビリテーションセンター内にある健康増進施設に通って、それで体力をつけるということを始めました。週3回です。そのうちの1回は、高次脳機能障害者の体育のグループに参加しました。現在、体育参加を始めてから1年半経過しています。

体育のほうは、後でちょっと写真が出てきますので、具体的なイメージをそれで持っていただけたらと思います。一般の体育、さらに高次脳機能障害のグループにてトレーニングするときの目的は、それは第一に体力維持と健康づくりです。第二に、コミュニケーション能力の向上あるいは注意を払う、自分の体の状況に注意を向ける、あるいは何か課題を覚えておくこと。そういう目的もありました。

具体的には、ここにありますように、数名のグループなので、お互いの顔と名前を覚えたり、そして当然何人かの活動ですからルールがあったりするわけです。ルールを覚えておく。あと、リーダーを決めたりするので、それを自分からやるとか、意見を出すとか。そしてそれを当番の人が記録する。そのような活動をしています。スライドは高次脳機能障害のグループです。だいたいこの5年間に、この体育を利用した方が400人ぐらいいらっしやって、そのうちの1割の40名ぐらいの方が、この高次脳機

能障害のグループへの参加でした。

これはグループの具体的な様子です。ボッチャなど、いろいろなグループでやるスポーツで、今日はこの課題をやるとか、そのようなことについての確認をします。最初に集まって、まずこの1週間にどのようなことが各人に、あるいは社会的な事件があったのか、各自発表したりしている場面です。

話が戻りますが、この方は高次脳機能障害者専門のグループ体育の他に、一般の体育も参加しております。これは普通にどんな施設でも行っているような種目が並んでいます。

この方の最近の様子です。左の片麻痺。不全麻痺なのですが、そちらで球をカゴのほうに投げている。これはなぜここでお示しするかと言うと、脳外傷の方というのは、失調があったり、巧緻性が低下してしまっているのです。ですから麻痺だけでは計れないいろいろな要素がありまして、それについてのトレーニングを行っている様子が具体的にわかるので動画で示しました。

カゴに入れるのが、100球中何球入れられるか。例えば、こういうことも機能障害の回復に直結する訓練です。これとは別に、グループでお互い挨拶をする、あるいは先ほど挙げたようないろいろな課題をやっていく、いろいろな対人的な交流やトレーニングをして、スキルを高めていく場にもなるわけです。

この方は、体育を利用して現在1年半たちました。利用前と現在の様子が書いてあります。結論から言いますと、最初は記憶していくことがかなり苦手だということもあり、単独でご自宅からセンターのあるところまでいっしょに行くことは難しかったです。体力もありませんでした。それが最近では、一人で通うことができるようになった。出歩いていろいろなところに行けるようになってきた。対人的な緊張についても随分柔らいで、集団の中で活動できるようになった。笑顔も見られるようになってきました。

次に、健康増進施設、いわゆる体育に通うことで、どういうことがあったのか、効果があったのかということについてまとめてあります。要するに、他の人を見て、モデルとなる人を見て、そのよいところを自分で取り入れる。そういった効果はあったと思うのです。あとは朝起きて体育をして、そして適度な疲れを得て夜休む。そういったことが効果としてあったと思います。

実はこれも大きかったのですが、ご自宅でいろいろなことをご家族が同時並行でやっていっしょだったのです。巧緻性の低下に対しては、麻雀の牌を使って、いろんな作業をする。あるいは左の片麻痺が不全でありますけれども、筒で天井を指し押さえるような運動を家族でいろいろな工夫をしてやっていっしょだった。家族同伴で散歩をすることも日課として行っていた。

2例目の方も同じように精神障害と身体障害、そして高次脳機能障害を併せ持った脳挫傷の方です。脳MRIで認めるように、脳挫傷の脳のダメージがあります。やはり健康増進施設を利用しました。これはボッチャをやっているところです。生活に広がりが出てきました。くわしいことは、全体の討論のときに、お話しできればと思います。

本題に入ります。例えば精神科的なリハビリテーション、精神科として見ると、評価尺度というのは、やはりいろいろあるわけですね。つまりスライドに書いてありますように、精神症状についての評価尺度というのは、PANSSとか、SANSとかいろいろある。機能障害の軸ですね。あるいは社会機能についてもREHABとか、生活について見る尺度はいろいろあるわけです。ところがこの方たちには身体障害もある。しかも失調や巧緻性の低下という複雑なものもあるのです。さらに記憶力とか注意力の障害という高次脳機能障害です。これらが併存している場合には、その人の全体像をとらえるのが、一つの、評価尺度を、例えばFIMだとかFAMとか持ってきても、なかなか難しいのです。医療者というのは、ご存じだと思いますけれども、少なくとも私の周りでは、ICFの「I」という字も出てこない。つまり

必要性を認めないのが現状なのです。ただそんな中で、今回 ICF の軸で、2つの例をみても、今までみえてないものがみえてきた。これは自分自身の反省にもなったのです。つまりスポーツの前とスポーツの後で、スライドのグラフ棒が伸びているほうが、生活に広がりが出てきたというふうにみていただいていると思います。いろいろな参加の項目で、広がりが出てきたというのがみて取れました。

次に、医療者の立場で言うと、実は、このスライドの青い字の「家族の支援と関係」「医療従事者の個人的態度」「保健サービス、制度、政策」のところだけが見えていたのです。他の黒い字で書かれている項目のところは、実は、この会場にいらっしゃるご家族の方に付けてもらいました。生活に広がりが出てきたことについて、ご家族としては黒い字で書かれているいろいろな項目が関与していたとみているわけです。みんな促進になっているので、促進しているということなのです。軽度の促進、中度の促進、高度の促進と関与の程度は様々であるのですが。一方、私も含めて医療者にとってみると、見えていたのは青い字の項目のところだけなのです。つまり医療従事者の「個人的態度」とか。家族が熱心なので、「家族の支援」とか、あるいは「保健サービス」とか、それらのことが、この人の生活の広がり、体育という形を通してですけれども関与していたのだろうと。この青い字の項目のところだけしか見えていなかったのです。ご家族から見ると、この黒いところも含めてすべてのことが促進因子だったとみえています。

昨日の講演で ICF の話をアイルランドの方がしてくださいました。障害者が何か社会的に参加する時、阻害の因子となる最たるものは実は天候だった、と話がありました。そういうものは医療者としての視点では見えてこない。私にはこの黒い字の項目のところは全く見えていなかったのです。そのようなことを感想として持ちました。

私が今さらここで話すまでもないことなのですが、ご家族にとって ICF を利用することは、やれていることに注目できるという点で非常に受け入れられやすいと思います。すなわち医療者としては、至らないところを見てとって、そこを補充する、治療するという立場です。それが仕事であるのですが、やはりご家族と話がかみ合わないことがあると思うのです。ご家族からは、何を考え努力してきたのか ICF で分かったという感想がありました。こういうことが ICF という見方を利用して浮き上がったと感じました。

医療者としては健康増進、体育の場というのがどのような場であったのか、もう少し同定して提示するところまで行ければよかったですのですが、まだ問題提起しかできていません。

今、リカバリーという概念で当事者を応援していこうとすることが主流になってきていると思います。そういった中では、やはり当事者や家族、すべての人の共通語としての ICF が、意義があると思うのです。当事者と家族にとって受け入れられやすい見方がリカバリーにつながるのではないかと感じました。

結語です。高次脳機能障害、記憶の障害や注意の障害ですね、あと疲れやすい。それから精神の障害。これは周りとの関係づけという統合失調症類似のものですけれども。そして身体障害。これは軽い麻痺や失調があったり、そういう障害が全部合併していて、従来の尺度ではなかなか全体像を把握できない2例を提示して、体育によって、どういうふうにもいろいろなことが向上していくか、それは生活も含めてなのですが、これを ICF の見方によって検証してみました。

医療の現場で用いるためには、以下のことが必要だと思います。これは昨日の話にもありましたけれども、やはりコアになるものを抽出することが必要です。リストを選んで、障害別でもいいですし、医療の現場で使用できるものを作っていく必要があるでしょう。実用の材として体裁を整えることが必要です。ICF の見方は、共通語として、あるいは体育という行動がどのようなものであるのか見るのに、

「使える」。ちょっとおこがましい言い方ですが。今までに気づけなかった、無知を補うツールになっていくだろうと感じました。以上が私の発表です。

金田 ありがとうございます。今のお話の中で質問や分からなかった言葉などありませんでしょうか。特にならなければ、後でまた議論を深めていきたいと思います。では4席目で大橋先生によるしくお願いいたします。

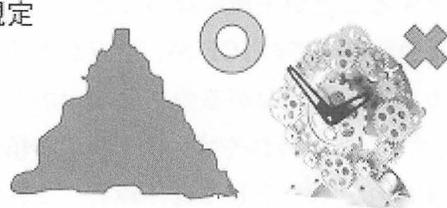
大橋 埼玉県立大学、この大学の教員をしております大橋と申します。私が話させていただくことに関係する私の背景をお話させていただくと、ずっと精神障害の方々のリハビリテーション、特に、長期の在院患者さんの退院、10年とか20年などという長い病院経過を負っている方々を、どうやって、具体的にはアパートや、その地域で暮らせる形に支援できるかというようなことで実践してまいりました。最近では医療観察法ということで、精神障害ゆえに罪を犯してしまった方々の専門治療病棟での実践というものを、この大学に来てちょうど3年とちょっとになるのですが、その直前までやっていて、今も時々その現場に関わっております。

今日話させていただく「障害構造論から見る精神障害者の生活機能へのアプローチ」というのは、1997年だったと思いますが、日本精神障害者リハビリテーション学会が発足する際に、精神障害を持つ方々のためのリハビリテーションというものをどのように考えるのかというコンセプトでの、学会最初のシンポジウムがありまして、その際に「私の障害構造論」というテーマで話させていただいたものです。

ICFの分類というものがあります。私自身が今言った、臨床実践をより整理すると言いますか、戦略を練ると言いますか、そういうことのために、各障害の持つ要素がどのように関係しているのかを考えると必然的に必要になってきたという経緯があって、現状を変えるために、そういうモデルとしての意味合いを非常に大事に考えて話させていただきたいと思います。

### 図① 精神科リハの実践をイメージ

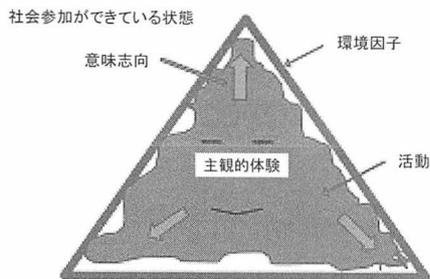
- 慢性の統合失調症を患う人たちへのリハビリテーション実践を念頭にモデル化
- 比喩としての「アメーバ」: 目的に向けた全体としての有機的な動き⇔「時計」: 部分が全体を規定



(図1参照) これはもう既にお話がありましたが、ICFの障害構造ですけれども、こういった各構成要素について踏まえながらも、実際の実践をイメージしやすいと言いますか、もっと言えば直感的に分かりやすいモデルとして考えたものです。その際、ご本人と言いますか当事者の特徴をクリアに表すものとして、失礼かも知れませんが、アメーバを採用しました。これはちょっと抽象的な話になりますが、目的に向けて全体が有機的に動くというようなものを象徴化したかったからです。反対のこととしては時計。こういった初期の時計って言いますか、歯車の一つひとつ絡み合っていて、時計として動くと。歯車一つがダメになると、時計という全体もダメになると言いますか、時計として存在しなくなる、と

というようなものではないかと。構成する要素にあくまで限定されるという時計のようなものではないだろうということがあります。

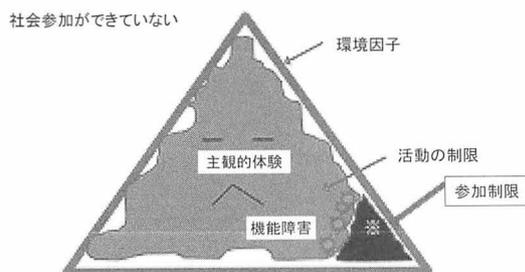
## 図② 障害構造としての「アメーバモデル」



(図②参照)「障害構造としてのアメーバモデル」と一応名を付けてみます。当事者と言いますか、ご本人が真ん中にある緑の部分で表情がありますけど、これを主観的体験として象徴化します。三角形、これは環境因子。たまたま三角形にしているだけで、いろんな形があり得ると考えます。環境因子であり、かつこれは社会的な役割だったり、実際、いわゆる「参加」が成り立っている、その当の、社会的でもあり物理的でもあるような環境という、そういうイメージです。活動というのが、ちょっと擬人化して「アメーバさん」というふうに呼びますけど、この環境という役割という今の場合で言えば三角という形に、この中のアメーバさんが形を変えていく、それを活動と考えます。

その際に、この矢印で示しましたが、そういう形になりたいと言いますか、そういうことを望むという、そういう意味指向の動きがあると考えます。この環境の形、この図では三角形ですが、これにフィットした、つまり隙間のない形を、社会参加ができている状態というふうにイメージします。

## 図③ 障害構造論としての「アメーバモデル」



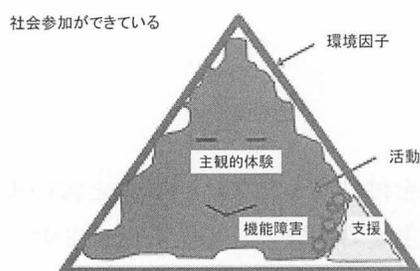
(図③参照) この場合は、主観的体験のところも浮かぬ顔のようになっておりますけれど、隙間ができております。隙間というのはここです。(※印部分)要するにこの隙間をどう埋めるかというのが、社会参加を可能にするという象徴的な表現になります。

先ほどのところにはありませんでしたが、機能障害として、黒い部分を示しました。これは精神障害を持つ方々のイメージで言いますと、症状だったりとか、例えば認知障害と言われる、なかなか抽象的

なことがすぐ理解できにくかったりとか、そういったものです。直感的な感覚としては、こういったものがあるがために、アメーバであれば柔軟に変われる部分が非常に硬くなってしまいます。硬くなった結果、隙間を埋めるまでの活動がしにくくなっていると。そういう意味では、活動に対して機能障害がある程度の影響を与えているというふうにも言えるわけです。

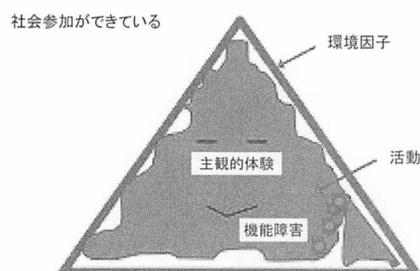
この※印で示しましたこの隙間。ここをどう埋めるかというのがリハビリテーションの非常に総合的な知恵が問われると言いますか、介入をどうするかというところの焦点になります。

図④ 外的支援利用



(図④参照) いくつかの原理的な方法があると思います。一つは、この隙間を埋めるための支援を入れると。例えば家事がもう自分の力ではできない例では、家事サービスを利用するだとか、身体障害の例で言えば車いすだったり、そういうことになると思います。精神障害の場合は、あと人的なサービスということになるかもしれません。これが言ってみれば外的な支援の利用です。こういうことで隙間が埋まれば、これオーケーと。ご本人も満足ということです。

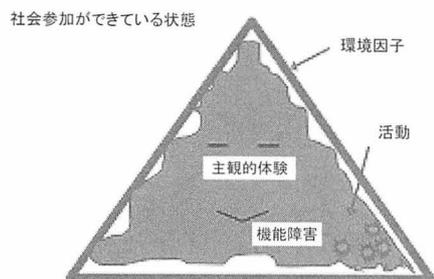
図⑤ 健康的側面の変化



(図⑤参照) また別のタイプの隙間の埋め方と言いますか、このアメーバという象徴化したものが、その特徴をよく生かした例示になります。ちょっと分かりにくいのですが、「健康な部分」とも言えるその硬くない部分、先ほど黒いもので硬くなっているところはなかなか形を変えられない、つまり活動できるようにならないと言った部分を、こういった、より多くある柔軟な部分が、この図で言えば、こういう隙間を通して侵入してきて、ここを埋めると。例えば幻聴で、何かができなくなるというような状況でいたところが、幻聴というものはなくなるまでも、幻聴への対処法というのを身につけるこ

とで、幻聴でやれないという状態から、幻聴があってもやれる状態になるという例もあります。そういったことが具体例になるかもしれません。

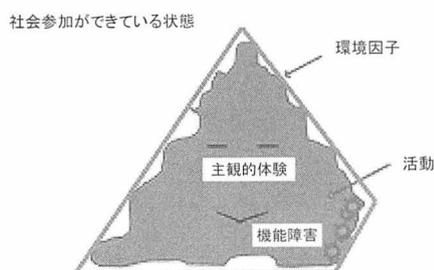
図⑥ 機能障害から影響を受けた活動の変化  
(特定環境志向)



(図⑥参照) 続いてあり得る形というのが、機能障害ゆえに「硬い」と表現しましたが、硬いけれどもまったく変わらないわけではない。「特定環境指向」と書きましたが、例えば非常に対人関係がぎこちなくて、新しい対人場面に行くと、その場に適応した人とのやりとりができにくいと。そういう意味では硬くて柔らかいと言いますか、この場合には三角の環境ですけれど、四角の環境や台形の環境や、いろいろあり得るわけです。そこにそのアメーバさんが入った場合に、対人関係という面で、その新しい形にすぐ対応するというわけにはいきにくくて、それはこの機能障害ゆえに硬いと言えるわけです。ただ、ある特定の、例えばある職場で、あるAという職場の主任さんと職業上のやりとりをするという特化された環境へ適応するための対人関係というのは、練習するとできるようになる患者さんがたくさんいらっしゃいます。確かに応用は利きにくいのですが、特定の環境への適応であれば、硬いとは言っても形は変えられるということです。

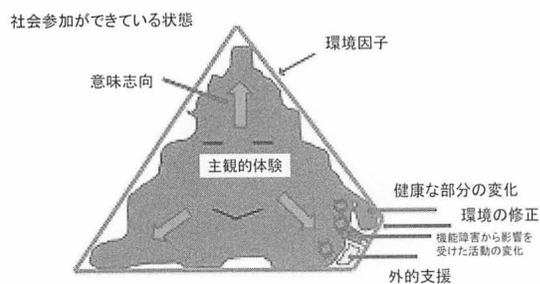
この、とりあえず三角の役割、環境への適応はオーケーであるということは、とりあえずの参加を可能にするということが言えると思います。

図⑦ 環境(社会的役割)改善型



(図⑦参照) 隙間というのは、ずっとご本人が埋めたりというふうな発想で、今までのアプローチはあるわけですが、何もご本人はそのままでも外の形が変わればいいと。ご本人がとりにくい、とりにくいと言いますか、例えばこういった形で、ご本人に合わせて形が変わると、そこでも隙間がなくなる。という結果、ご本人も満足という状態です。

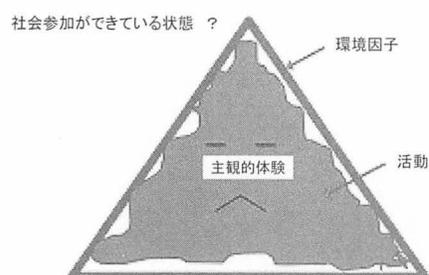
図⑧ 総合的介入(本人も含めたチームアプローチ)



(図⑧参照) 今、何点か挙げた、隙間をなくす、つまり参加を可能にするためのアイデアというもの、の原則的なパターンがいくつかあったわけですが、実際は非常にそれが複合されています。細かくなってしまうのですが、今、最後から言えば、環境も変えている。どこまで環境を変えればいいのかというのは、非常にそこはチャレンジであって、こういう健康な部分がどこまで張り出してこられるかということを見たり、機能障害に影響されて「硬い」と表現しましたが、なかなか活動が変化しにくい面でも、ここまでだったら動けると。しかし現実的には環境はここまでしか変えられない。じゃあ、残った空白は外的支援で埋めると。このバランスだとか方策は、言ってみればケアマネジメントと言っているような作業になるかと思います。このへんは非常に、各側面の可能性を追いながら、ご本人の主観的な体験、ないしはご本人の意図を考えながら、どんな複合的な介入で最終的に隙間をなくすかということが問われると思います。

あくまでもアメーバと象徴化しましたが、この形にならんとするご本人の指向性と言いますか、希望なり意欲なりということが前提になれば、この健康的な動きも期待できませんし、硬いものでありながらも新たな形をとろうとする、新たな活動をできるものとするための努力と言ったり、達成できる形というのは、やっぱりこの矢印が大事なものとなるとも言えると思います。

図⑨ 主観的体験との不一致



(図⑨参照) これは一見隙間なく、つまり参加しているかのように見えるけれども、実はご本人は不満であるということもあり得るかなど。例えば仕事に向けて非常に順調にいつているように見えた患者さんが、ある日突然不幸なことになって、自ら亡くなってしまわれるということも体験したりします。一見隙間がないという状態が、果たして常にご本人の満足を保障しているかということは、非常に考え

ていかなければいけないものだと思います。

## 図⑩ 「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.

Anthony et al :Psychiatric Rehabilitation.2002.P81)

(図⑩参照) 今、こういったイメージのモデルでお話しさせていただきましたけど、ポイントについて参考文献にも書かせていただきました。アンソニーという、アメリカの精神科リハビリテーションセンターというのがボストンにあるのですが、そこから出された本の中に、活動と環境ということ非常に大事にするということと、やはり活動というものがどのような特定の環境にあつてのものなのかは非常に大事であるということが指摘されています。

リハビリテーションの実践を構造化する上で、今回のモデルでは、一つの環境が社会的役割とも、ほぼイコールに論じさせていただきましたし、それが本人の望むものというふうに表現も変えられますし、目標と言ってもいいわけです。最初に言いましたようにアメーバという象徴化されたご本人が形を変えられるとすれば、どんな形ということ、つまり環境・目標がはっきりしないことには、本人の意思がどういう現実的な形をとっていいかは分からないわけで、そこがわかれば、あとはとり得る形(活動)と求められる環境との間の隙間をどう埋めるのかというのはご本人を含めて検討されるつつ、実践が展開されると表現できるかと思います。

最後に、誤謬であった思いこみとして、いろんなエビデンスをふまえて書かれていることですが「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」というのは誤っていたと。病院でできれば職場でできるだろう、病院でできれば家でできるだろうというふうに信じて、段階的に設定した訓練場面などが精神科領域でもあったのですが、それはどうも誤謬であったと。どうすればいいかということですが、今回のモデルで、「活動」もしくは「生活機能」に焦点をあてると、早くいきたい三角をはっきりさせて、なるべくその三角の中、もしくは三角に近い状況を設定して、ご本人の、その三角という形への適応の努力を、より効果的で確実なものにするというように言い換えられるかと思います。ということで終わらせていただきます。どうもありがとうございました。

金田 どうもありがとうございました。今のお話の中で、何か質問はございますか。特にないようであれば、演者の先生方はもう一度前へ出て着席をお願いします。今日、演者の皆さんはすごく丁寧に、たくさんの資料を作ってきていただきましたが、お話する時間を15分とさせていただいたものですから、多分、全部説明しきれなかったこともあろうかと思います。今日のテーマは生活機能ということでポイントを絞ってきたわけですが、それぞれの先生方の立場が違うこともあり話題が多岐にわたったと思います。時間も押しておりますので、せっかくですから皆さんの中から質問をお受けして、討論をた

くさんしたいと思います。遠慮なくご質問なさってください。

会場 従来の評価手法の中で、ICFをどうやって生かしていくかという視点についてもう少しお話してください。

大川 専門家が行う評価という観点からお話ししたいと思います。

最初に申し上げましたように、多数の専門職が一つのチームを組むようになってきました。昨日の基調講演でもお話をうかがいましたが、先生方の大学（埼玉県立大学）の教育ではチームワークを特に重視されているとのことで、非常に関心を持たせていただいています。そのような多職種のチームワークという点からも先生のご指摘は非常に大事なポイントかと思えます。従来のいろんな評価法があるわけですから、それとの関係はどうなのかということだと思います。その場合従来の評価法を取るのかICFを取るのかではないと思うのです。やはりそれぞれの専門性を発揮するためには、それぞれの専門性のもとに丁寧に見なければいけないという点はあるわけです。ですから、それはそれを見ることを重視した従来の評価法を用いてきちんと見るということは必要だと思います。

しかしながら、やはり全体像としてとらえるということが大事でして、そのときに従来の専門性として見ていた領域だけでは、やはり不十分な点があり、抜けている点があり、それをぬけなく見るためには、まずはICFの生活機能モデルという観点で見ることは必要ですし、効果的だと思います。その際特に生活機能のうち、活動・参加を中心とした観点が重要と考えます。

その際チーム全体としてとらえるということとの関係から整理すると、チームとして全体はみる、でも自分はこの領域は専門ではないから見なくてもいいということではなく、一人の患者さん、利用者さんの生活機能を向上させる、よりよい人生をつくるという観点から、自分の直接的には専門分野でない、また働きかけをできないけれども、それ以外の領域のこういう問題があるから、課題がある。それらも含めて、その当事者にとって何が重要な課題であり目標かを明確にする。そしてそれに対して、ではチーム全体としてどう行うか、どのチームメンバーがどのようにやるのかを明確にすることが必要です。そのような考え方にたった評価が大事だと思います。チームを組めば完璧なことができるわけではなく、どうしても抜けるところだってあると思います。チーム全体としてどこかに偏ってしまうこともあるわけですから、チーム全体としての抜けもないのかということを見るという観点でも、ICFは大事です。チームメンバーの各々の専門の評価を集めれば全体像をみる評価になるわけではありません。特に従来の評価法は生活機能モデルの矢印で示す関係性をみることが不十分だと思います。

また、実は本日は生活機能モデルとして見ることに重点をおいて話をしましたが、今日お話を申し上げませんでしたICFの分類項目、これできちんと見ることによって、やはり抜けている内容がないのかというところの確認をしていくことは効果的だと思います。

以上は専門家の評価を中心としてお話し申し上げましたが、大事なのは、評価は何のためにするのかということです。プログラムを組み、目標を立てるための評価という観点から整理したいと思います。

またチームとしての目標をどこに置くのかというときに、自分たちの関心や可能なことであったり、当事者の方の希望を聞いても、それが本当のニーズかどうかは、まだ疑問だと思うのです。本当のニーズをとらえるために、これも今日お話を申し上げられませんでした。専門家のための評価ではなく、当事者ご本人の本当のニーズを引き出すためにもICFの評価は活用できます。

教育の中で、どのように使ったらICFが正しく活用できるのか、ご検討いただいております。

ありがたいと思っています。

**会場** 全体的にもものを見ていくことは大事なことだと思っておりますが、厚労省がこの評価点を出したというのは、何か新しい視点で評価法を作ろうとか、そういうことではないわけですね？

**大川** 今日お話を申し上げました ICF の評価点ですが、WHO は評価点自体を 0～4 として示してはいますが、どのような定義にするのかということは、文化的なことも違いますので、各国で検討することになりました。その流れとして日本の評価点を作ったわけです。

評価点の具体的基準がありませんと、漠然と 0、1、2、3、4 では実際の臨床で使うときにはどういう状態だということに関して共通認識がもてません。共通の評価の指標は ICF の活用のためにも必要だろうということで、厚労省は作ったのです。あくまでも ICF のモデルとしての基本的な考え方を生かした上で評価点も活用するということであり、病気だけでなく生活機能の重視、ICF モデルとしてのとらえ方の必要性自体が、まずは大きな流れとしてある、ととらえてよいのではないかと考えております。

**先崎** 今の質問ですが、先生も医療者として長年の経験があるので、よく経験されていたように、やはり医療の現場は、とりつきはやはり評価です。医療者に期待されているのは、まさしく、至らぬところを見てとって、治療したり、補ったり、戦略を立ててチームを引っ張って行くこと。そういったことが必要です。集団でみて、やはり評価をする。それがこの ICF の使い方から外れるかどうか。まあ外れてしまうかもしれませんが、そういうところがとりあえずとりつきやすいので、ということはありませんでした。ですから ICF を正しく使ってはいないと思います。しかし、見方について医療者が学べるという、そういう意図での発表としてとっていただければ幸いです。

医療ということばかり話してしまって申し訳ないのですが、私、医療を 24 年間やってきて、そして今年から、教育や、もっと広い立場でいろんなことを言わなくてはならない身になって、本当にこのギャップに驚いています。つまり ICF の話は、教科書や教育活動では、今、先生がおっしゃったように、いろいろなことがあるにせよ、最終的には ICF でいろいろ見ていこうということにまとまるのです。一方、医療の現場では、本当に ICF の「I」の字も出てこない。それは、これまでいろいろな議論があって、ここで話しするまでもないと思います。先ほど話が出たように、共通語が必要な時代です。その中で今回発表させていただいた試みをちょっとしてみたというわけです。

現実的には、やはりコアになる ICF のコアセットをつくる。昨日もちょっとお話があったと思うのですが、コアセットを作って、より忙しい現場で医療者が使えるようにしていくこともやはり必要なのかなと思います。それで既存のいろいろな評価尺度と並行していく。今出ましたが、私が挙げた障害が重複してある分野というのは、なかなか定まった評価がない。それでこういう試みをするのもいいかな、ということで今回の発表をさせていただきました。答えになってないと思うのですが、以上です。

**金田** どなたか他にご質問はありませんでしょうか。

**会場** 私も ICF については大変関心を持っておりまして、医学モデル、それから社会モデルというものを、本当に統合化したモデルとして作られたという点が、非常に画期的なものだと思っております。そのときに、評価という点で今お話がございましたが、細分化、要するに相互作用によって見られると

いうところが非常に大事なところなのにもかかわらず、やはり評価するときには一つひとつの評価になってしまうというところにちょっと疑問を、と言うか、もっと新しいものが作れるのではないかと考えております。

例えば私、看護なのですが、学生が患者さんや、認知症の高齢者の方と移動の動作をするときにも、その人の能力とか状況とか、あと、移動したいと、どこかに行ったりとか散歩に行きたいとかという、その思いと言いますか、本人の意思を大事にしながら、非常にその場で患者さんのことを観察しながら、自分がどうできるのかということの、本当の相互作用の中で、患者さんを移動させるというようなことが実際にできていたりするんですね。そういう相互作用の状況をいかに評価しながらと言うか、組み込みながら作り出せるのかというのが、これからのチャレンジなかなと思っております。

先ほど大橋先生から、先に環境がどうなのかということを決めるのが大事ではないかというお話があったのですが、私もそうなのかなと思います。環境と、やはり個との関係。環境と言うときには人的なものも非常にその環境の一部です。だから学生にも、「あなたも患者さんの環境の一部なんだから」と話したりするのですが、そのときに、その環境というのをどういうふうにとらえていったらいいのかということとか、あるいは環境というものと目標というものとの関係というあたりで、少し大橋先生にご説明いただけるとありがたいなと思いました。

金田 大橋先生、お願いします。

大橋 私が、もう 20 年以上前ですが、そのことを痛感させられた患者さんがいらっしゃって、そのことを思い出したのでご紹介します。女性の患者さんで、もう 5 年以上、10 年近い入院をしている患者さんがいらして、働きたいということで、働く場面に似せた状況を病院内に作って、時間もなるべく一般の勤務時間に近くだとか、そういったこともかなり考えて、毎日ご本人は訓練と言いますか、そういうことができるように、能力を改善できるようにというように形を進めていました。ある職場に、ちょっとじゃあ試してみようということで行かれて、確か段ボールを整理するような仕事でした。何が困ります、そこができればうちで雇えますよ、と言われたポイントは、仕事の時間と休憩時間との区別をもうちょっと付けられるようにさえなればということでした。と言うのは、言動と言いますか、よく仕事しちゃべるとか、そういうことが多少あったようで、職場からフィードバックされました。最終的にそちらに就職したのですが、今、その職場への、つまり職場で仕事をするという参加状況を作る上で、その休み時間云々ということが支障になるとは、まったく予想できていませんでした。そこに入って初めてそのことが分かって、ご本人もそれさえできればそこで働けるんだっていう希望を持って、そのためのプログラムと言いますか、それに一生懸命になったということがあります。

これに似たことが、いろんなところであって。つまりそういう環境、いろんな要因を含む環境ではありましたが、そこでうまくやっていくために何がという、そのへんが浮き彫りになるのは、精神障害ゆえの事情もあるのかもしれないけど、かなり別の環境、まとめのスライドのあたりでも項目ありましたが、別の環境で見るというその発想そのものが、ものすごく限界があるのだろうなというふうに考えたのと、そもそも本人のモチベーションがなかなかそこでは得にくいということもあるかと思って、環境をまず、とさせていただきました。

金田 よろしいですか。どなたか他にご意見はありますか？

大川 最初に今のご質問の先生がおっしゃった最初の内容に関してなのですが、ICFで評価をするときに、例えば移動という活動の状況とは、活動の状況がどうだという評価だけで終わるわけではありません。そういう状況になるためにはどのような健康状態や環境因子や個人因子、それから同じ生活機能の中でも参加や心身機能がどう影響しているのか、そしてそのように分析的にみることで、更により良い状態にするにはどうしたらよいかを見ることが、ICFのICFらしい活動の評価だと、お考えいただければと思います。より良い状態を引き出すという観点でみることです。

それから追加でもう一つ申し上げます。環境とは、ICFにおいては、人的、制度的、物的という、様々な環境が関係をしているということが大事だと思います。そして環境は、よりよい活動・参加の状況にするために、現状がどう影響しているかだけではなくて、どの活動・参加の向上のためにどう変えるのかという観点でのアセスメントが大事なことかと思えます。

会場 環境も変えていくということでしょうか？

大川 もちろんそうです。ただし、環境さえ変えればいいというわけではありません。生活機能の特に活動・参加を変えるための、他にもいろんな手段があるわけですから、その中での選択肢の一つとしてとらえ、どれをどのように変えていくのがいいのかという視点で必ず考える。「環境因子偏重」と私は言っているのですが、環境因子さえ変えればいいのだともなりがちなので、そこは気を付けるべきなのかなと思います。

金田 よろしいでしょうか。

会場 先ほども質問させていただきましたが、ちょっと勉強したらどんどん深入りして泥沼に入っちゃっています。それで分からないことは分かる手前だからいいことだと言われて喜んでいますが。ちょっと技術的な質問になりますが、私、今、中高年齢の障害のある方の職業問題の研究をしていて、そろそろまとめに入っています。医療のほうであまりICFが使われてないのと同じように、職業の分野でもあまり活発にこのモデル図を書いたりしているのはないのです。福祉とか看護とか教育ではあるわけですが。なぜかと言うと、就職の先はそうあるわけではないし、あるところに合わせるというので、職リハの就職準備と就職までのところは、もうどうしても問題解決、就職するところで終わる。

今、私が行き詰まっているのは、長期に働くがゆえに、ヘルスコンディションの一つである加齢も出てきて、疾病とは言わないけれども従来できていたことができなくなる、変化がきたしている。働くというのはとても嬉しい参加なんだけど、それがゆえにできないことが生じてくる。いつどういう形でリタイアしたらいいのかとういことです。高齢の障害者の就職は、そのリタイアの部分まで出てくるわけですよ。そのときに、このICFのモデル図で整理すると、混沌から少しでも出られるかなと今思っています。モデル図を書いて、想定も含めて、うまく展開していくとこうだろうというふうに書いています。循環図を作るときに、モデル図を示すと整理できるかなと思っていたのですが、多くのトレーニングを要し、分類と項目に対しても熟知しないと使えないものであるとしたら厳しいなと思います。

今考えているのが、厚労省が2007年に出した暫定版、先ほど先生のおっしゃった暫定案ですね。活動と参加のところを出している。それをもとに、とにかく使ってみてくださいというようなことを、こ

の暫定案では示しているのですが、それをもとに分類とか項目は非力でできないのだけれども、これをもとに気づく範囲のことを大きな紙に書く中で作る、そんな方法で書いて出してもよいものなのかどうか。しかしそういうものが比較的出回っているのでもやってもよいのかな。そういう技術的な、すばりその質問ですけど、大川先生、いかがお考えでしょう。

大川 まずはとにかくできるだけ多く書き出してみてください。但し、ICFのICFらしさということが大前提として考えていくことが大事です。本日のICFの特徴として述べました3つの生活機能レベルがあること、生活機能モデルとして考えること、参加・活動の重視などです。そうしない一見ICFモデル図に似た図のように見えてもただ従来の評価をICFのモデルの6つの要素の枠にただ入れただけの表になってしまいます。

次に私のリーフレット（生活機能とは何か、東大出版会）を示してご質問があったので、それで申し上げますと、28ページの「ICF：活動と参加の中分類チェックリスト」、これを使ってみてください。

分類項目を使うということは、やはり抜けが生じにくいのです。それは大事なことだと思います。例えば、職業ということを見ると、どうしても8章の主要な生活領域の中の職業というところに目が行きがちですが、やはり1日生活している中で職業以外の活動・参加があります。歳を取っていく中で、職業に直接関係する参加・活動の変化があります。でも職業以外の、家の中での家庭人としての役割もあるでしょうし、それからコミュニティの中での役割も、経済的なこともあるでしょう、そういう全体の中での、例えばいつリタイアするのかなど、職業以外の時間とのバランス、職業以外に何を行うかなどを考え、決めていくことになるでしょう。自分自身の価値観、これは個人因子ですが、これも職業という参加に影響します。職業について専門家だから、職業だけではなくて、実は今申し上げたような様々なことが職業自体にも影響しているわけですから、そういう意味で抜けがないように職業以外の項目も利用なさる必要があるのではないかと思います。

評価点ですが、使っていただくのは非常にいいことだと思います。ただ、職業の分野であれば、先ほどの先生のご質問にも関係するのですが、専門分野としていろいろなバッテリーなどのご活用も必要でしょう。評価点に相当するものももっと詳細なものが必要でしょう。ですから専門領域は、ICFの項目としてあげられているだけでなく、もっと細かく見るべきだと思うのです。このくらいじゃ足りませんか？ それはもう当然のことだと思うのです。

ですが、専門以外のことに関しても、やはり見ておかないと、人間の全体像をとれないわけです。職業のためだけに生きるのではなくて、生きるための職業という分野があるでしょうから、そういう観点でご覧になるとよいと思います。その時評価点の0と1、3と4の区別は特に役立つと思います。

なおこのチェックリストでも、活動・参加は、その評価だけではなくて、実際に環境がどう影響したか1個1個の項目についても見るというようなチェックリストになっております。

金田 どなたか他にご質問はありませんでしょうか。

会場 他の方々かなり専門性の高いご質問をされている中、かなり拙劣な内容で申し訳ないのですが、小林先生にお伺いいたします。私どもの会は、現在、中央アジアのタジキスタンという国で、これまでその国に全然実施されてこなかった運動療法を導入しようという試みをやっております。この国は、かつて旧ソ連時代には、いわゆるリハビリテーションで患者の体に電流を流すような、かなり原始的な

物理療法などが存在しましたが、運動療法というものは全然やってなかったところなんです。そういう、まったくない所に導入しようということなのです。先ほど先生のお話の中で、スポーツというのは単純に機能を回復するだけではなく、他人との協調性や、本人の積極性・自主性を高めるという、人格面での治療向上にもつながるといった側面があるという点に、大変感銘を受けました。そういった点をふまえた上で、運動療法の導入を成功させるために、まず、漠然とした質問ではあるのですが、徹底的に何が一番、気を付けながら導入していくべきか、何かのご提案、アドバイスなどがあれば教えていただければと思います。

小林 都会だと公共交通機関が非常に発達していて、重度な障害を持っていてもある程度移動ができます。先ほどお話の中で参加することが大切だという話をしてもらったのですが、地方ではその「参加すること」が大変なのです。それは障害があるがゆえの、いろんな環境、交通の問題であったり、そういうことがものすごく問題で、「そこに行けない」事情があるわけですね。特に私ども高知県なんかでもそうなのですが、東西に非常に長くて、高知市に障害者スポーツセンターがあって障害にある人がすべて来られるかと言ったら絶対無理なんです。高知市以外の人たちが地域でスポーツ活動ができるようにするためのシステムを作る必要があります。私ども一つの試みとしては、文部科学省が総合型地域スポーツクラブを10年かけて全国の各市町村に一箇所作るために各県の体育協会を中心に事業展開をしています。高知県でも34市町村あって、現在20市町村で総合型地域スポーツクラブが立ち上がっています。これら地域の総合型地域スポーツクラブにて障害のある人を受け入れてもための活動を行っています。地域で生活している障害のある人を受け入れてもらうためには、交通の便が不便なので、会員の相互協力の中で、障害のある人の移動介助をしたりだとかの問題を解決して、地域の公民館であったり体育施設に出て行けるための取組みを現在しているところです。

ただ、いきなり障害のある人たちを受け入れてくれと言っても、なかなか受け入れてくれない現状があるので障害者中心で運営するの総合型地域スポーツクラブを高知県立障害者スポーツセンターを活動拠点として設立し、高知県西部の四万十市にユニバーサル四万十立ち上げ準備をしています。また、高知県東部の室戸市に三つ目の障害者中心の総合型地域スポーツクラブを立ち上げての準備をしています。

障害者自らがそのクラブを運営しながら、一般の人たちも受け入れて一緒になって活動していくクラブです。

その一つの良い例としては、先ほどヨットの絵があったと思うのですが、夜須町のNPO法人「海の駅クラブ」と障害者中心の総合型地域スポーツクラブ「高知チャレンジドクラブ」とが提携して障害のある人がヨットを楽しめるようになりました。このようにクラブ間のネットワークを作ることによって、障害のある人たちも受け入れてもらえるようになるのではないかと考え地域の総合型地域スポーツクラブとの連携を図り障害のある人たちも住み慣れた地域でスポーツができる環境づくりを進めさせていただいています。参考になったかどうか分かりませんが。

金田 よろしいですか。まだ他に、今みたいに具体的な話も、どんどんしていったほうが、もっと分かりやすいのかなという気がします。ご質問はありませんでしょうか。まだほかに聞いておきたいということでも結構です。もしないようでしたら、やはりもう少し、こういういい事例があるよとか、私たちはICFに関してこういう形でうまくいっているとか、具体的な事例についてお聞きできれば理解しや

すいのですが、どなたか先生いらっしやいませんか。はい、大川先生お願いします。

大川 当事者の方がどう活用するのかという観点は大事なのですが、今日はお話をあまりできなかったので、させていただきたいと思います。この点ではご本人のニーズを真にかなえるということが大きいと思います。

その場合の希望に関してですが、どうしても当事者の方自身も、医療関係であれ、他の関係職種についてであれ、この職業であればこういう領域が専門だろうと思ひこんでいらっしやることに関してしか、いわゆる希望が出ないことが多いと思います。

例えば、私は医者ですが、医者に対してならば、例えば手が動くようにしてほしいとか、いわゆる心身機能レベルの訴えが多いわけです。だからと言って、それをそのまま、ある意味専門家が鵜呑みにして、それをやるのが一番いいことだとはいえません。ただ本人・家族の希望を聞くだけではなくて、じゃあなぜ手を動くことを希望していらっしやるのかを、もっと聞けば、実は家事という「活動」をやりたい、家事をやりたいのはなぜなのか、それは家の中での主婦としての役割を果たしたい、これは参加レベルですが、この参加が達成できることが、自分の生きることとしてはすごく大事と思っている。また家族に対する影響との関係で、主婦としての役割を果たしたい。でも医者には、その専門である心身機能レベルのことだけを訴えている。でも本当の希望といえる参加・活動レベルを聞き出すということが必要です。それによってプログラムが違って来るのですから。

こういうようにご本人の訴えを生活機能の3つのレベルとして専門家と当事者が一緒にきちんと整理していくことにICFは効果的なのです。具体的な例として、私は診療しているときに、どういうことがご希望ですかということを聞いて、そして目の前でそれを書いていくのですが、結果的にはICFのモデルで整理できるような位置に書いていき、ご本人に示します。そして実はこういう関係でしょうと、関係を示す矢印を入れながら本人と一緒に整理していくと、その後本当の希望が出やすい。

そして、そのような考え方をすることにご本人がなれていくことによって、将来色々な困難や、逆にもっとやりたいようなものが出てきたときに、専門家と一緒にではなく、ご本人だけでどのように専門家を活用するのかというところにも利用できると思っております。そのようにご本人の正しい希望というものを正しく引き出すときにもICFは活用ができるのかと思っております。以上です。

金田 ありがとうございます。

小林 お手元の資料の82ページに事例として書かせていただいたのですが、実際に障害ある当事者の講演内容を許可をもらって記載しています。その日は突然やってくるという形で、いわゆる登校途中に交通事故に遭って脊髄損傷になったと。足が動かない、腹筋背筋が効かないというような身体状況があつて当然入院するわけです。入院した当時は、しばらく寝たきりかな、ベッドの上だけの生活かな。それが過ぎると座れるようになりたい。車いすに乗って外に出てみたい。脊髄損傷は、本人はよくなると思っておりますので、早く元のように歩けるようになりたいというような目標に変わってくるわけですよ。そういう目標をもっているなか、ある日医者から「君は歩くことはできませんよ。もう一生車いすの生活ですよ」というふうな宣告を受けるわけですよ。そうすると、心理的には本人は歩くことへの執着心があります。それから車いすでスポーツなんか無理なんだ。これは経験がないものですから、車いすに乗ってスポーツなんかできないと思う。そして車いすの人たちとの交流を拒む。自分は障害に

なったけれども、昔のイメージがあるので、障害者じゃないので、ちょっと違うんだっていうイメージがあって、なかなか仲間と素直にコミュニケーションを取ることができなくなってくる。そういうことから、自分の障害から目を背けるようになってくる。非常に心理的には落ち込んでいくわけです。

そういう中で、障害を負って、今の自分に夢中になれるものが何かあるんだろうかという、目標がまったくなくなってしまうということですよね。そういうところで、実際にいろんな人から、スポーツをやってみてはと誘われ、見に行くことから始まって、実際にやってみて変化が出てくるわけですね。その変化というのは、そこで書いているように、病院では教えてくれなかった知恵を先輩から学ぶことができたということです。それは生活上のいろんな知恵です。脊髄損傷の人であれば、例えば排便をどうするだとか、排尿をどうするだとか、具体的に自分が困っていることを話すことによって、仲間からこのケースはこうですよ、私はこうしていますよといった形で、いろんな人からいろんな情報を得て自分なりに解釈して、自分のものにしていくことによって社会生活が自立していく。

それから練習でしたことも役に立つようになります。当然練習していくと筋力、呼吸機能、など身体能力の向上につながりそれが生活に生かされてくる。例えば移動が楽になったりだとか、仰位がうまくできるようになったりだとかですね、どこかに外出して公共交通機関を使って旅行に行けたりだとか、そういう生活の幅が広がってくるということ。

例えば皆さん方考えていただければ分かるのですが、車いすの人たちがホテルに泊まる。今はもうバリアフリーの部屋が必ずあるので、車いすの人もそう不便はないのですが、すべてバリアフリーであるかと言ったら決してそうじゃない。ユニットバスという形で、バス・トイレに入るための段差が 20cm あったり、その奥にトイレがあってバスルームがある。じゃ、そういうところに車いすはどうやっていくのかと言ったときに、病院から退院したばかりの障害者は、そういう知恵を知らないんです。そこに、例えば部屋には椅子がありますから、椅子を中に置いて、ビニールシートをかけて、車いすからその椅子にまず移るんですよ。椅子に座ってから便座に移動します。このように生きた知恵を教わってくるわけですよね。そうするとできなかったことができるようになり、外出に対する自信ができどこでも泊まれるようになり環境の不十分なところでも対応する能力が付いてくることで活動範囲が広まっていくことになる。

そういうことが積み重なっていくと最後に書いてあるように心理的にも成長していくということにつながっていくだろうと思うんですね。スポーツをすることによって、他の先輩たちから生活の知恵を授かって、自分なりの生活テクニックを身につけて社会参加していくということが、スポーツの良さだろうと私は思っています。当然身体的機能が高まるということも素晴らしいことだろうと思いますが、障害ある人が仲間から社会のなかで活動する為の情報(生活、仕事、スポーツ、遊び)を、スポーツ活動を通して得ることも大変重要である。

金田 ありがとうございます。では先崎先生お願いいたします。

先崎 先ほど大川先生のほうから、当事者の視点がディスカッションで欠けていたというところで、私のスライドをちょっと付け足します。当事者と、あと当事者の家族です。今さら私が話すことでもないのですが、リハビリテーションは現在、当事者、利用者主体というのが世の中の、世界的な流れです。その中で、先ほど大川先生のほうからご指摘があったように、当事者が、当事者の家族も含めてという意味ですけど、専門家をどう活用するか、そういう視点を育てるようなことができる。そういう私の印

象をちょっと付け足させていただきます。

つまり本来、症例を出して、それで体育を利用したというのは、この場、体育の場の効果があるからです。こういう使い方をしてみました、というだけで手本ではないです。しかし、運動に関するこういう場が、実は対人関係の練習の場であったり、あるいはコミュニケーションの練習の場であったり、あるいは参加や活動を高めてくれる場であったりします。当事者と家族にとっても、体育の場がそうだと思うのです。もっと他に、自分の周りにこのような資源を置いておくことができれば、理想だと思えます。

当事者も、あるいは当事者の家族も、あるいは体育に携わっている者も、漠然と感じてきていたことがきちんと文章になって、きちんと表せる。そして当事者の支援について、考えていくことができる。それがICFの考え方から見て得た収穫だったと思います。

先ほどの話に戻りますが、医療現場でなかなか、取り入れていけない、それは評価として見ると煩雑でいろんな因子が加わってきて、動いていくものですから。そういう中で、相互関係を見ながら、当事者や家族を応援していく。それが現在の、先ほどのリハビリテーションの流れだと、声を大にして言えると思います。ちょっと感想にしか過ぎませんが、付け足をさせていただきます。以上です。

金田 ありがとうございます。大橋先生、お願いいたします。

大橋 この話の流れを受けてと言いますか、当事者の視点、当事者の参加という点で、ずっと精神障害分野のことをふまえて言わせていただいています。ICFの、私は一つの大きな意味合いとして、参加から考えるという、目標から下ろしてくるというアイデアが非常に有益であるし、ご本人にとっても非常に有益と言いますか、いいのかなというふうに思っているわけですが、例えば私は、つい数年前も、慢性で、帰るところがなくて入院している患者さん、社会的入院ということで、非常に問題になっている面ではありますけれど、その病棟の全員の患者さんに、担当の看護師さんたちが一斉にご本人の希望を聞き出したということがありました。長い入院歴の患者さんは何で今さら希望を聞くのかと。だいたい聞いてくれても、やってもらえるのか？ というふうな反応がありまして。で、結局、よく聞くと、退院したいし地域で暮らしたいと。しかしそういう道が現実的に断られたまま、もう5年、10年経っていると、もうそういう希望すら述べる気持ちもないし、言って何になるんだというようなこともあって、そういう反応があったわけです。実際には、いろんな職員が努力して、新しくできたグループホームだったり、何とか支援しながらアパートも可能だとか、いろいろ現実的なものが見えて初めて、患者さんの希望、どこで暮らしたい、どんな形で暮らしたいというものを取り上げられたという現実があったと思います。

そうでない段階では何がやられていたかと言いますと、症状だとか何かが、例えばこの人は人のタバコを吸ってしまうとか、そういう病棟内での、病院という環境に適応する上での問題点が挙げられ、かつ症状がやはり挙げられという、病院の宿命かどうか分かりませんが、初めて参加へ向けて、つまりこの人はあそこのグループホームに退院していくという形で目標が決まって初めて、例えばそこでは朝食をグループで作るらしいから、それをこの人はできるだろうかという、参加に必要な活動レベルのことが取り上げられるということが初めて出てくるということがあると思います。

そういう、参加から考えてという、で、ご本人の希望があるというところから、どうやって実践の中で実現化させていくかというのは、かなり病院が伝統的に持っている、症状だとか病理面での問題をあ

くまでまず何とかしてからという医学的な発想のところ、ICFの発想を取り入れて、その発想が本当に持ち込められるかどうかというのは、非常にチャレンジだなというふうなことを思います。当事者の視点ということで言うと、そういう大きな体制、見方、病院という文化というあたりが、実はかなりネックになっているということを申し上げさせてもらいました。

金田 ありがとうございます。ご質問がありましたらお願いします。ご意見でも結構です。

会場 今、厚生労働省のほうで障害支援区分と言っていますが、支援区分の見直し、3年後の見直しに向かって、障害者団体との勉強会が行われていまして、明後日の2日の日も第3回目の勉強会というのが行われます。私はそれに日本障害者協議会として、陪席させていただいて、今までの3回までの討議を聞かせていただきました。佐藤先生も出ておられます。今日ご議論になっているような、例えば社会参加とか就労への参加とか、スポーツ活動への参加とかということが非常に大事だというお話、意欲を引き出す、ある生活レベルを変えるというような観点の大事な活動だというお話がなされていると思います。そういうことへの支援という観点からみると、今までもそうだったと思うのですが、百何項目チェックして評価して、そしてそれに対する支援はサービス料いくらということになっている厚生労働省の発想は、なかなか変わってこないような感じなんですね。社会参加とか就労への援助とかっていうことへの議論には今のところなっていません。

今までは障害者団体からのヒアリングですから、そうかもしれない。今後専門家の先生を交えた新たな程度区分とか支援区分とかというのを作っていくことになるんじゃないかと思うのですが、今日のような議論を入れた程度区分の、あるいは支援区分の、名前は支援区分と変わるようなのですが、支援区分の発想に変えていただくには、どういうことを突破していったらよろしいのかということ、もしご意見ございましたら伺えたらと思います。

金田 今のご質問にお答えいただくのですが、先生方には、このご質問も含めて、最後に今日の討論全体も振り返って、最後のコメントをいただきたいと思います。大川先生からよろしくお願いします。

大川 ご質問があったのでお答えしなくてはいけないのですが、なかなか微妙な問題でして、確かに今の区分のもとになっているのは、生活機能の三つのレベルから行くと、ほとんどが心身機能レベルと、「活動」のセルフケアを中心としたごく一部であるというところに問題があると思います。それから、障害分野は障害に関して歴史は長いのですが、例えば今日私が最初に申し上げました主治医の意見書に関しても、介護保険でしたら生活機能ということに関してのコメントがあるのですが、障害に関してはまだありません。障害という用語も使われ続けていますし、かえって歴史が短いほうが新しい考え方とかいうのは入りやすいのかなという感じがしています。

それでではどうしたらいいのかというところですが、それはやはり当事者の方が声を大きくして、そして理論的に訴えていかれることではないのかなと、ちょっと模範的な答えなのかもしれませんが、そういうように申し上げたいと思います。

最後に何かのコメントですが、医療の現場ではあまり使われていないとのご意見もありました。使っているところでは使っています。「リハビリテーション総合実施計画書」などではほぼ10年近く前からICFの考え方とはかなり入ってきているわけです。ここで一番大事なのは、ICFというツールを使うか

どうかということではなく、やはり人をどのようにとらえて、医療や介護や福祉が何を目的としてやるのか、という基本的な、本質的な考え方が、大きく影響しているということです。いわゆる医学モデルにかなり偏っていれば、ICFでは医療では使えないとか、使う必要もないと思われるのではないのでしょうか。やはりその基本的な人の捉え方、評価を何のためにするのか、チームワークのとり方から考える必要があるのではないかと思います。

ICIDHからICFになったように、社会や、その当事者の意識はかなり大きく変わっているわけです。本当の意味で当事者のためにという観点で、やはり専門家も変わるべきところは変わらなければならないのかなと思っています。「全人間的にみることが大事」とか、「チームワーク重視」とか「患者・利用者のために」とよく言われますが、それが単にスローガンのに使われないためにもICFは効果的だと思います。

それから教育の観点からのご質問がありました。それとも関係することとして、今は国家試験でもICFの試験問題が出ています。すなわち卒前教育としては医療に関係する職種も教えていらっしゃるわけです。ところが卒業して、またそれ以前の臨床実習の現場に行ったら、ICFに立った考え方で話をしようとしても、質問しても、意見を述べようとしても、全然臨床の現場の方々と話が合わないと、大きな戸惑いがでています。専門家の現場は現場で、新しい考え方、世の中の流れを取り入れ、新しい人たち、そして新しい臨床現場のあり方をつくり、育てるという観点も大事と思っています。以上です。

小林 先ほどの質問に答えるだけの、私、知識を持っていないので、答えられません。最後になりますが、障害のある人たちがスポーツするときに、普及していく中で一番注意することは既存のスポーツのルールにとらわれないということです。障害があるためにできないことがあるわけですから、一般の方々が行っているルールに当てはめてしまうとできないということになります。対象となる障害者が、例えば卓球という競技を楽しむために、どういうふうな工夫をすれば卓球ができるか。重度の片麻痺、重度の脳性麻痺の方々が、ネット越しの卓球はできない。じゃあどうやればいいのか。例えばペットボトルに柄を付けて、ユニフォックのボールでもいいんです。そういう大きなボールを、卓球台の上で、転がして打つことから始める。それが打てるようになったら、次、ボールを小さくする、打つ物を小さくするというふうに、その人の状況を見て、その人が楽しむために、どういう工夫をすればできるのかということを考えることが一番重要なんじゃないかと。卓球競技はサーブを打ってネットを越してという概念を、そのまま障害のある人たちに当てはめていくと「できない」になってしまいます。

いわゆる私どもは常に「できない」ではなく「できるためにどういうふうな工夫をすればいいか」ということを念頭に指導させていただいていますので、そういうところを皆さん方もやっていただければ、できないことがなくなっていくんじゃないかなと思います。どうも今日はありがとうございました。

先崎 まず今あったご質問に関してです。私も、結論から言うと大川先生と同じことになってしまいます。つまり今の評価では、確かに心身機能と、あとセルフケアの一部、そういうものしか見ていない。ただ、私個人の立場として言うと、私は身体のリハビリテーションと、精神のリハビリテーションと、そちらのほうもやっていきたい。当事者を広く人間として見たいという思いがあって、もっと広い意味で見たいと思っています。そう常に考えているのですが、やはり行政としては、私も埼玉県のある立の病院で、更生相談で対応していましたが、やはり行政としては、ある枠の中でやっていかなくてはならないのです。それはご質問いただいた方も、十分ご存じなことで、今ここで言うわけもないことで

す。でも当事者と家族が声を上げて、その流れによって行政に携わる人たちの個人個人の人間としての思いが実現できるということは、やはりあると思うのです。みなさんはその活動をされているわけですよ。

あと総括的なことなのですが、私も言い過ぎたきらいがあって、今、大川先生からありましたように、決して医療者が ICF を取り入れてない、そういうことではないのです。ちょっと誤解があったみたいなので最後に付け足します。例えば、今月号の「理学療法ジャーナル」ですが、これは ICF の特集を組んでいます。現場で患者さんを相手にしていますと、例えば PT なんか、実際、とても実務的だと思います。現場で身体の機能についての視点から、ICF の特集を組んだりしています。決して医療のほうで ICF の考え方が、取り入れられてないということではありません。ただ思いとしては、もっと取り入れられていいはずなのに、未だ道半ばという思いがあります。私の僭越な言い方になってしまったことを、誤解しないでいただきたいと思います。以上です。どうも今日はありがとうございました。

金田 ありがとうございました。

大橋 ICF や、リハビリテーションという概念と言うか哲学って言いますか、私個人は、もともと社会参加を可能にするための援助を、どうやったら可能にできるのかということで見通しを与えてくれるツールだというふうに思っているところがあるわけですけど、先ほどのモデルにちょっとだけ話を戻します。時計のように人間はできていないと。ある部分を測って歯車のようなものとして、それが総合されて全体の動きが予測できるとか、因果関係で成立していれば、ここの歯車がちょっと偏っているから直せば全体としての動きが成立するということができそうなのですが、そうはなっていない。非常に環境だとか本人の意欲だとか、想像でききれない、予測でききれないアメーバと言いますか、新たな形へのチャレンジが成功したりという、いい意味での驚きを経験することが多々あります。

そこで最後に、先週「リカバリーフォーラム」という、精神障害者の領域のフォーラムがあって、そこで当事者が仕事などへの参加へ向けたことに関してですが、「私たちに失敗する権利をください」というふうにおっしゃっていました。もちろん、支援する側とすれば、失敗がないようにとしたりしてしまうのですが、「失敗する権利をくれ」というふうに、権利をくれと言いますか、欲しいという。そういうことを、そういう思いを保障できるような、こちらの、私の立場からすればこちらのあり方というのを深く考えなければいけないなと思ったところです。以上です。

金田 どうもありがとうございました。今日は自分自身がいろいろと学ぶことが多くて、十分まとめきれたかどうか分かりません。

今日は、パネリストの皆さんからは準備いただいた話をたくさんしていただき、フロアからの質問も多くいただき、かなり充実した話になったんじゃないかと思っております。今後とも、やはりこの話は回を重ねて、もっと深めていかなきゃいけない内容かなと思いました。

パネリストの先生方、いろいろとありがとうございました。そしてご参加いただいた皆さんも、最後まで熱心なご質問や、討議をいただき、充実したグループの話になったと思います。今日はどうもありがとうございました。

以上

# 第32回総合リハビリテーション研究大会

## 開催要綱

テーマ : リハビリテーションのいま・そして・交流

とき : 2009年8月29日(土)・30日(日)

ところ : 埼玉県立大学 講堂 (埼玉県越谷市三野宮 820 番地)  
<http://www.spu.ac.jp/>

大会参加費 : 一般 3,000 円 、 学生 1,000 円

交流会 : 3,000 円 (8月29日夕方)

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

生涯学習 : 日本理学療法士協会 生涯学習システム単位取得可  
日本作業療法士協会 SIG 認定取得研究大会

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

## 1. 第32回大会の開催趣旨

近年、国際リハビリテーション協会 (RI) の組織名称の再考が提案されるなど、リハビリテーションという用語やその概念を再検討すべきであるという議論があります。一方で、昨年発効した国連障害者権利条約においては、リハビリテーションが条文のタイトルとして採用され、その意義を再確認しており、また、ILO、UNESCO、WHOは、共同政策方針を定め、多くの領域で CBR (Community Based Rehabilitation) をすすめていくことに取り組んでいます。

このような状況のなか、リハビリテーションの現状についていろいろなレベルおよび領域から報告をいただき、また、総合リハビリテーションの基本である「交流」の観点から、リハビリテーションの存在意義について検討するための問題提起を行います。

皆様のご参加を心よりお待ちしております。

## 2. プログラム

8月29日(土) 受付 12:20～

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

13:15～14:25

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」  
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>

14:25～15:35

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」  
佐藤 進 (埼玉県立大学学長)

— 休憩 10分 —

15:45～16:55

特別講演 「ヨーロッパにおけるリハビリテーションの発展と革新」  
ドナル・マカナニー  
(ヨーロッパ・リハビリテーション・プラットフォーム (EPR) 上級顧問/  
ダブリン大学講師)  
<日英同時通訳付>

交流会 18:00～ (会費制・埼玉県立大学内)

8月30日(日)

9:30～12:00

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)  
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」

## 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」

## 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）

「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—」

## 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」

— 休憩 60分 —

13:00～14:00

コーディネーターからの分科会の総括

座長：寺島 彰（浦和大学総合福祉学部教授）

14:00～14:10

閉会の言葉

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）

次回実行委員長挨拶

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）

参加者アンケート(回答者数 13名)

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	合計	%
1	研究大会に参加してのご感想をお聞かせください。 (5段階での評価)															
1-①	ご自分の専門分野についての知見を深めることができた															
1-①-5	できた		1				1			1				1	4	30.8%
1-①-4		1		1				1				1			4	30.8%
1-①-3					1	1									2	15.4%
1-①-2										1			1		2	15.4%
1-①-1	できない														0	0.0%
	無回答								1						1	7.7%
1-②	ご自分の専門以外の関連分野の情報を得ることができた															
1-②-5	できた					1	1		1	1					4	30.8%
1-②-4		1		1				1				1	1		5	38.5%
1-②-3					1						1			1	3	23.1%
1-②-2															0	0.0%
1-②-1	できない														0	0.0%
	無回答		1												1	7.7%
1-③	ご自分が従事されている活動について具体的なノウハウ やヒントを得ることができた															
1-③-5	できた								1	1				1	3	23.1%
1-③-4			1	1		1	1	1			1	1	1		8	61.5%
1-③-3		1													1	7.7%
1-③-2					1										1	7.7%
1-③-1	できない														0	0.0%
	無回答														0	0.0%
1-④	さまざまな分野で活躍する人材と交流することができた															
1-④-5	できた														0	0.0%
1-④-4			1									1	1	1	4	30.8%
1-④-3		1			1	1	1			1					5	38.5%
1-④-2								1			1				2	15.4%
1-④-1	できない			1											1	7.7%
	無回答								1						1	7.7%
1-⑤	障害分野に関わる内外の最新動向を知ることができた															
1-⑤-5	できた		1				1		1	1			1	1	6	46.2%
1-⑤-4				1		1						1			3	23.1%
1-⑤-3		1						1			1				3	23.1%
1-⑤-2					1										1	7.7%
1-⑤-1	できない														0	0.0%
	無回答														0	0.0%



## 記述回答

### 3-10 次回以降も取り上げてほしいプログラムやテーマ（その他）

- ・ 海外開発事業における障害者支援

### 4 今後の研究大会に期待することや、ご意見ご要望があれば、お書きください（自由記述）

- ・ ドナル・マカナニー氏の講演のパワーポイントの資料をいただきたいです。
- ・ 当事者も多く参加できると良い。時間がないので早口で・・・というのは聞きにくくて残念なので、予め時間を演者に伝えておいてもらえるとありがたい。（依頼する時に）
- ・ 引き続き、欧米、日本の先駆的な話が聞きたい  
障害、リハビリについての基礎的な勉強を小中学校義務教育の中に取り入れていかなければ、一般市民へのノーマライゼーション理念の普及にならないだろう。戦闘シーンの多いゲームなどが身近な子供たちが、その後戦闘員が身体的、精神的な障害を残してしまうことなど、イメージさせていけば、子供にとってはわかりやすい教材になるだろうし、やり方はいろいろ考えられる。文科省との連携をできないものだろうか？今後大きな課題だと思う。
- ・ 大わくな事例も大切だと思いますが、話の内容がむずかしい部分が多いように思いました。もっと、それぞれの分野の細かい事例が聞けると、職場でも生かせるのではないかと思います。
- ・ 当事者活動が活発に行われています。ぜひ当事者活動の発表の場を開いてほしいです。
- ・ 海外での支援実態や例などをもう少し多く取り入れてもよかったのでは。また、それらと日本での実例を比較するなどの機会があってもよかったと思う。
- ・ 学識者だけでなく障害者作業所の職員や所員の方々も参加できるほどに敷居が低ければ1000人ぐらいの参加者も集まるかと思っています。

### 5 あなたが主に活動されている分野はどれですか（いくつでも）（その他）

- ・ 国際協力
- ・ 国際開発援助

## 第 32 回総合リハビリテーション研究大会

### 実行委員

#### 大会長

佐藤 進 (埼玉県立大学 学長)

#### 実行委員長

寺島 彰 (浦和大学総合福祉学部 教授)

#### 実行委員

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)

河合 俊宏 (埼玉県総合リハビリテーションセンター)

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)

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  
～総合リハビリテーションの 30 年とこれからの展望～

発 行 2010 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