

総合リハビリテーションの新たな取り組みを検討するシンポジウム

第 34 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新生をめざしてⅡ～

報告書

平成 24 年 3 月

公益財団法人 日本障害者リハビリテーション協会

総合リハビリテーションの新たな取り組みを検討するシンポジウム

第34回総合リハビリテーション研究大会

報告書 目次

●9月30日(金)

開会あいさつ	1
金田 一郎(日本障害者リハビリテーション協会 会長)	

記念講演1	3
ヤン・アルネ・モンズバッケン(国際リハビリテーション協会 ノルウェー会長/RI次期会長)	

記念講演2	17
上田 敏(日本障害者リハビリテーション協会 顧問/元東京大学教授)	

シンポジウム1 総合リハビリテーションと障害者制度革	29
----------------------------	----

●10月1日(土)

各分野からみた総合リハビリテーション	37
各分野のトピックと最新動向(分科会テーマを中心に)	

シンポジウム2 総合リハビリテーションの視点から災害を考える	41
—東日本大震災での取り組み:これまでとこれから—	

分科会	47
-----	----

- 分科会1 労働・雇用 木村 伸也(愛知医科大学リハビリテーション科特任教授)
 - 分科会2 子ども 松矢 勝宏(目白大学客員教授)
 - 分科会3 工学 松本 吉央((独)産業技術総合研究所知能システム研究部門グループ長)
 - 分科会4 医療 伊藤 利之(横浜市総合リハビリテーション事業団顧問)
 - 分科会5 災害 大川 弥生((独)国立長寿医療研究センター研究所 生活機能賦活研究部部長)
- (※分科会5はシンポジウム2と同テーマ)

資料	71
----	----

大会開催要綱とプログラム

第34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

ごあいさつ

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、お忙しい中、ご参加をいただき誠にありがとうございます。

総合リハビリテーション研究大会は、各分野のリハビリテーション専門職の交流と連携を深めるため、専門職有志らにより、一九七七年に「リハビリテーション交流セミナー」としてスタートして以来、本年度で第三十四回目を迎えます。

本大会は、昨年度から三年間連続で、「総合リハビリテーションの新生」を共通のテーマとして開催することとしていますが、本年度は、第一回目となる昨年度の大会を踏まえ、さらにその内容を掘り下げていく内容となっています。

皆様ご承知のとおり、二〇〇六年には、国連で「障害者権利条約」が採択されましたが、現在日本では、この条約の批准に向けた国内法制度の整備を行う「障害者制度改革」が、多数の当事者の参加の下に行われています。

去る七月二十九日には、その最初の成果といえる、障害者基本法の改正が行われ、また八月三十日には、障害者総合福祉法の制定に向け、制度改革推進会議の総合福祉部会において「総合福祉法の骨格に関する提言」がなされたところです。

まさに内外の一大転換期を迎えた今、「総合リハビリテーションの新生」に向けてご一緒に議論するのは誠に時宜を得たことと思います。

そのような中、本年度の大会では、国際リハビリテーション協会(RI)の次期会長である、ヤン・アルネ・モンスバッケン氏、そしてわが国のリハビリテーション分野の第一人者であり、当協会の顧問でもある上田敏氏をお迎えし、二つの記念講演を行います。

さらに、「障害者制度改革」ならびに「東日本大震災」に関する二つのシンポジウムと、五つの分科会も開かれます。各セッションのテーマは、どれもそれぞれの分野を「総合リハビリテーション」との関わりの中で共に考えていく内容となっています。

また今回も、研究大会との同時開催で、「ICF」に関する研修会を開催することとしています。

お忙しい中、ご登壇・ご発言いただく講師の皆様には、心よりお礼を申し上げます。

この二日間のプログラムが、ご参加される皆様お一人お一人にとって、実りあるものとなることを、主催者として期待してやみません。

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。

最後に、本大会にご後援をいただいた皆様、そして、本大会に助成をいただいた、埼玉県民共済生活協同組合に対し、深く感謝を申しあげ、開会のご挨拶とします。

記念講演1

総合リハビリテーションをめぐる最新動向と RI の新戦略

ヤン・アルネ・モンスバッケン(国際リハビリテーション協会ノルウェー会長/RI 次期会長)

はじめに

まず、松井先生にととてもすばらしい紹介をしてくださったことに感謝申し上げたいと思います。そして私、今回、日本での総合リハビリテーション研究大会に参加できることをとてもうれしく思っております。なぜなら、日本は国際リハビリテーション協会(RI)のとても重要なメンバーだからです。そして私たちは、RI としまして皆さまが日本国内、あるいは世界においてもリハビリテーションに関しての考えを伝えていくことに多大な尽力をいただいていることに感謝したいと思います。そして日本障害者リハビリテーション協会におきましては、RI の設立後、89年が経過しておりますが、1959年にその会員になって以来50年以上にわたって協力してくださっています。今回、新会長として日本人の皆さまにお会いできることをとてもうれしく思いますし、RI に対して貢献してくださっていることを心から感謝したいと思います。

本日の私のプレゼンテーションでは、リハビリテーションに関するさまざまな分野についてお話したいと思います。最初に、RI の簡単な概略とその歴史についてお話したいと思います。

RI とは

RI は障害のある人たちにとっての歴史ある国際的なネットワークです。障害者サービス提供者、学術研究者、専門職、政府機関によって構成されています。そして障害者にとってリハビリテーションを必要としている人たちの生活の向上のために活動しています。私どものミッションに関してはまた後ほどお話したいと思います。今このスライドでもご覧いただけるかと思います。おわかりのように RI は、とても長い、そしてとても誇らしく思っております歴史がございます。そしてそのことが私たちをさらに先に進むことを可能にしてくれます。私たちは歴史から学び、将来に反映させることもしていかなければなりません。来年、RI は 90 歳になります。一方、RI ノルウェーは、来年には、50 歳になります。そういった意味では私たちは二重のお祝いをするようになります。

RI 会員(加盟団体)

私たちの会員に関してですが、国内においてきめ細かな専門性を提供しているさまざまな国内加盟団体がございます。そして日本におきましてもやはり私たちがノルウェーで組織したのと同じような形で組織されていると聞いております。リハビリテーション・ノルウェーには 24 の独立した団体があり、

そしてそれがリハビリテーション・ノルウェーの参加団体になっています。

RIは100ヶ国を超える加盟団体によっております。この国の中で人権に関わる広範な課題に取り組み、そして地域の実情に踏まえて取り組んでおります。各加盟団体が効果的に活動できるように、地域会議、ワークショップ、研修会を開催して、そして情報共有のための月刊会報を発行しています。そうすることによって相互の連携を図っております。

RI 委員会

RIの委員会について話す前にお話したいのですが、私たちRIは6つの地域に分けられます。日本はアジア・太平洋地域のメンバーです。RIヨーロッパもありますし、RI南米、RI北米、そしてアラビア、アフリカと分かれています。アジア・太平洋地域とヨーロッパ地域は2つのとても重要な地域です。RIが良い団体となるためにはこの2つの地域がとても大事です。なぜならRIの財政的な支援のほとんどというのは、ヨーロッパとアジア・太平洋地域からきます。そしてその中で日本が大きな財政的な面をサポートしてくださっています。

RIの歴史

RIの歴史ですけれども、RIは1922年にまず障害のある子どものサービスを推進するためのボランティア団体として設立されました。そしてその後、RIは障害種別を超えた国際組織に発展し、そして今年2011年に障害分野のリーダーとして89周年を迎えました。

RIによる障害者のための先駆的取り組み

次にRIが行ってきた障害者に関する先駆的取り組みについてお話したいと思います。1968年から69年を通して、RIは障害に関する統計の世界的な調査を初めて実施しました。これは本当に先駆的な取り組みでありまして、その後広く引用される数字、それは少なくとも10人に1人は障害を持って生まれるか、または一生の間に障害者となるという数字を明らかにしました。

私のプレゼンの後ほど、世界銀行とWHOが共同で発行しました障害に関する世界報告(World Report on Disability)についてお話したいと思います。この報告により、1968年から69年に私たちが出した数字を改正しまして、今では世界の全人口の15%が障害を持って生まれるか、または一生の間に障害者となるというふうに改訂されました。つまり世界中の10億人の人たちがそのような状態にあるということです。そしてまた私たちの専門家会議においては、発展途上国に緊急に注意を向けることを提起しまして、今日CBR(Community Based Rehabilitation コミュニティベースド・リハビリテーション)として知られる概念の基礎を打ち立てました。CBRに関することはまた後ほど詳しくお話した

と思いますが、このスライドを見ていただきますと、統計的な面においても、また発展途上国で CBR を通じて障害者に多くの貢献をしてきたことがおわかりいただけるかと思います。

次にこのことも重要な点としてあげられますが、アクセシビリティのシンボルマークです。RI はアクセシビリティについての国際シンボルマークを作成・承認し、1978 年に世界的に導入されました。これは、今まで障害者を社会に合わせるという従来の排他的な方法から社会を変えてすべての人を受け入れるという運動の始まりを示すものでした。そして私たち RI の中でもこのアクセシビリティに関しても、ICTA (International Commission on Technology and Accessibility) と言われる委員会が存在しています。これはジョセフ・クワンさん、香港の方ですけれども、この方もアジア・パシフィック RI として参加してくださっています。

また私たちにとって次に重要な年は 1979 年でした。この年に RI は 80 年代憲章を作成しました。これは障害分野における国際的な目標を示しております。これは広く翻訳され、多くの国で法制度の改善に影響を与えました。また、この 80 年代憲章は後の障害者に関する基準規則に大きな影響を与えました。

RI と国連障害者権利条約

そして RI は国連障害者権利条約に関しましても積極的に活動してきました。この作業は 1999 年に始まりました。もう 12 年前の話です。そして RI が多くの会議を開会しまして、そして障害者の権利を認めるような条約を作ることを呼びかけてきました。そして 2001 年には RI 役員によって 21 世紀憲章が提起され、そして 100 近くの国や国際的なリーダーに向けて条約の成立を呼びかけました。そして 2001 年から 2006 年にかけて RI は 5 年間に及ぶ障害者権利条約の交渉によって、積極的かつ指導的な役割を果たしました。

そして RI 事務局はあらゆる国際団体とともに、国連の障害者権利条約の採択に向けて働きかけてきましたし、また、RI の前事務局長、トーマス・ラガウオルはこの件についてとても貢献してきました。それはアメリカにおいても世界の国々においてもそうです。そして私のスウェーデンの同僚たちは、RI の条約に関する活動に関して多くの資金的援助をしてくれました。そして特に SIDA (スウェーデン国際開発協力庁) と呼ばれるスウェーデンの機関がサポートしてくれました。私たちは、このスウェーデンの同僚とはとても親しくしておりますので、この機会を使いましてスウェーデンの同僚たちとトーマスに対し、多大な貢献について感謝申し上げたいと思います。権利条約という私たちの夢の実現を助けてくださったこと、心より感謝したいと思います。

障害者権利条約の採択

こちらの写真ですけれども、2006年12月13日にニューヨークの国連で障害者の権利条約が採択されたときの写真です。これはとても長い旅でした。けれども他の多くの国連で行われる条約に関する旅路に比べれば、まだ短いものでした。ゆえに私たちは、この条約に関する戦いというのはとても素晴らしいものだったと思います。RIは、専門家、サービスプロバイダ、政府などさまざまな人たちを一つにしめて、この問題について取り組んできました。それがあったからこそ、この5年間であらゆることを明らかに明記し、その結果、権利条約をニューヨークで採択できたのだと思っています。私たちは皆、これに注ぎ込んだ労力に関してとても誇りに思うべきだと思っています。そしてこれはとても成功した時期だったと思います。それはRIに限らず、障害者の人権について戦ってきたすべての人たちにとってそうだと思います。

RIのその他の活動

RIの他の活動ですけれども、私たちは災害計画にも取り組んでいます。これについてもまた後ほど詳しく述べたいと思います。

また、障害のある女性のエンパワメントにも積極的に取り組んでいます。そして次期会長がノルウェーという男女平等の国の出身でありますので、私は障害のある女性に関しては議題に乗せるつもりです。障害のある女性たちは、私たちの言うところの二重の差別に苦しんでいるからです。障害と女性であるということで差別を受けています。私たちは、障害のある女性たちが同じ権利、可能性、機会を享受することを保障するようにしていかなければなりません。

リハビリテーションとハビリテーション

また、先ほど松井先生も言ってくださいましたが、私たちRIの中では、名前とRIの組織についても多くの議論がされてきました。日本と北欧諸国、そしてドイツが同じ意見を共有しているということをとてうれしく思います。これは私たちRIの団体の中でもとても積極的にこの問題を考えてきましたし、私たち、この名前はRIの中に「リハビリテーション」という名前がまだ残っているということ、これはとてもすばらしくうれしく思っております。そうすることによって私たちが今まで焦点を当てていたリハビリテーションとハビリテーションに今後さらに取り組んでいけると思っております。

また、2008年のケベックにおいてRIヨーロッパの副会長に選出され、私は多くの会議に参加してきておりましたし、また、RIの戦略計画を採択するという作業を行ってきました。そうすることによって、RIの一番の中心に焦点を当てることができましたし、それは将来においてもリハビリテーションとハビリテーションということになると思います。

後に私たち、RIの新しいミッションや活動、そしてリハビリテーションへのコミットメントについてお話

ししたいと思います。

リハビリテーションと CBR

その前に、リハビリテーションと CBR についてお話したいと思います。先ほど申し上げましたように、RI は CBR のコンセプトに、初期の頃から携わっておりました。とても長い期間、私たちはこのことに取り組んできました。そしてさまざまな RI の人たちが WHO とも密接に活動してきて、CBR ガイドラインのモデルを作り、それを採択するという活動をしてきました。これはインクルーシブな開発を進めるためのツールです。このスライドを見ていただきますと、この CBR マトリックスをみますと、保健の問題にも携わっていますし、教育にも携わっています。また、生計のことにも関わっていますし、そして社会的な環境、そしてまたエンパワメントというコンセプトがここで書かれています。これは全体的なアプローチとしてのリハビリテーションと言えると思います。このスライドを見ますと、例えば保健のコンセプトの中には、促進、原因の予防、そして医療、リハビリテーション、福祉機器にも関わっていることがおわかりいただけると思います。そしてこれを見ますと、リハビリテーションの全体的なコンセプトがこの CBR プロジェクトに含まれていることがおわかりいただけると思います。

この CBR のガイドラインは複数の言語に訳されています。日本語に訳されているかどうかはわかりませんが、多分訳されているのではないかと思います。

この中身ですが、このガイダンスは7つの冊子から成っています。序章というのがあり、CBR のコンセプトについて触れています。そしてまた保健に関する冊子もあります。教育に関する冊子、生計に関する冊子、そして社会的な環境、エンパワメントに関して、そしてまた補足的な章があります。

ここでよい機会でありますので、WHO に対してお礼を申し上げたいと思います。WHO は非常に多くの助力を提供していただき、CBR のコンセプトを策定する上で助けてくださいました。このガイドラインを作るのに6年かかりました。UN の組織の中に三つの組織が協力していただきまして、26 の組織の協力も得ることができました。また 150 人以上の専門家の協力もありましたし、RI 関係者からの協力もありました。そして 29 ヶ国に及ぶ 300 に近い団体がコンセプトの検証に参加していただきました。そして 26 の専門家が文書を検証していただきました。そして合意文書、それは実例としてパートナーシップと協業の実例ですと申しましたけれども、WHO が他の人たちと協力して、非常にガイドラインを成功裡にまとめていただきました。

CBR ガイドラインの目的

CBR のガイドラインは、貧困削減の促進。地方のニーズの達成支援、福祉の増進、人権の促進、バリアフリー環境の創設、そして積極的な貢献者をつくることを可能にするということ。インクルーシブ

ンの促進。また、地域に根ざしたインクルーシブ開発を可能にするということです。これは非常に重要なことです。そしてまた日本の障害者運動や日本の社会は、開発事業に積極的に取り組んでいらっしゃるの、こういったガイドラインも役に立つと思っています。

ノルウェーにおけるリハビリテーション

次に、私の国のノルウェーに戻ってみたいと思います。簡単に最近におけるリハビリに関するノルウェーでの動きについてご紹介したいと思います。

ノルウェーでは、この10年間に、いろいろな改革が、よりよいチャンス、よりよいインクルージョン、アクセスをすべての人に向上させるという目的で起こりました。「すべての人」というのは障害者やリハビリテーションが必要な人たちも含まれています。

ノルウェー労働福祉局 (NAV) による改革

最初に、ナブ (NAV) リフォームというのがあります。詳しくいいますとノルウェー労働福祉局 (NAV) のリフォームです。同じ局が労働にと年金について責任を持つということになったわけです。昔は二つの局に分かれて管理していましたけれども、今は同じ局が管理をしているということです。また国は、リハビリテーションとハビリテーションにおける国内戦略を策定しました。3年間に、政治的な非常に活発な論議が、協同による改革について行われてきました。そしてその結果、新しい法律ができました。自治体における保健とケアという法案です。また保健と予防に関する新法と保健とケアのための新行動計画というのも策定されました。

この5~6年、非常にノルウェーでは政治的に忙しい動きがありました。そして多くの改革が行われてきました。よりよいサポートをすべての人たちに提供すること、保健的な問題がある人たち、リハビリテーションが必要な人たちに対してのサポートが改善されました。

この NAV というのは 2006 年1月に設立され、福祉と労働のための共通機関となっています。

障害者運動ですが、私たちはこういった改革を非常に強く押し進めてきました。私はノルウェーの障害団体連合の代表を 1999 年から 2001 年まで務めましたけれども、そのとき既にノルウェー政府に対して、一緒に年金、福祉に関して、そして労働に関しての管理が同じ省庁でされていないということの問題視してまいりました。そしてこの改革を進めてきたわけです。この改革の原義というものの非常にいいものだったわけですが、ただ実際に実行するのは難しかったわけです。そして実際に改革を行うことに関して反対する人たちがいました。ただ、私たちは正しい方向だというふうにまだ信じております。私たちが望むような形にするにはもう少し時間がかかるとは思っていますが、正しい方向に進んでいるということは確信を持っています。

この NAV リフォーム、すなわち、ノルウェー労働福祉局のリフォームですけれども、これはすべての

ユーザーのために労働に焦点をあてたところが新しいところです。ノルウェーにおいては、病休などで労働ができないので年金というものを受けている人たちが多くいるわけです。障害を持った人たちというのは、本当はもっと働きたいと思っています。統計でわかりますように、8万の障害者の人たちが年金を受けるよりも働きたいと思っているわけです。

そしてこの労働福祉局がその助けをするわけですがけれども、今まで成功例は見えていません。ノルウェーでの政治家の仕事でもあるわけなんですけれども、これから1週間後、政府は 2012 年の予算案と一緒に、障害者を労働力として採用する新しい戦略を打ち出します。

昨日聞かれたことですが、この新しい戦略の中身は何ですかと質問がありました。これに関する回答は今できません。というのは来週の金曜日まで待たなくては正式な内容を発表できないわけです。ただ、障害者のより多くの雇用につながる戦略に期待を持っております。そして来月、松井先生にサンパウロで具体的なお話ができると思っております。中身について、この労働に関するノルウェー政府の戦略が何であるかということについてより詳しくお伝えすることができると思っております。

NAV リフォームというのは働けない人のための保障と福祉に関して行われます。年金、高齢者と福祉年金については、同じ局によって統括されております。

協同による改革

次にお話したいことは、協同による改革というものです。

この構想ですが、ノルウェーの保健局によって 2008 年から始まりました。この改革の目的は、CBR にさらに焦点を当て、あまり資源や病院には焦点を当てないということです。日本においても病院にかかるコスト、そして特別なヘルスケア、医療に関してのコストというのが問題に上がっていると思います。私たちが特別、医療にかかる資金の結果というのは、あまり効率がよくないことも確かだと思えます。ですからこの改革によって、もちろんコスト削減というのも目的の一つでありますけれども、また、医療を患者や彼らが生活をしているところにより密着させていくことが目的です。

そして予防と早期介入ということにも焦点が当てられています。例を挙げますと、2型糖尿病というのはノルウェーにおいても非常に増えています。この協同による改革のコンセプトを使って、個人にとって、そして社会にとって、こういった病気を予防した方がよりよいという構想があります。そして2型糖尿病を予防するということが治療よりも大切で、コスト的にも人の生活にとって予防の方が大切であるという構想のもとから、予防と早期介入に焦点を当てています。

そしてこの改革においては人々のリハビリテーションにも焦点が当たっています。枠組みに関してですが、国会で 2010 年 5 月に採択されました。ちょっと 1 年前ほどの話です。この予算化ですが、協同による改革の予算として、国と自治体によって行われています。そして正式に開始されるのは

2012 年の 1 月になります。つまり、2ヶ月後に正式に開始されます。

CBR に関する新法

こういった協同による改革を行うことによって CBR に関する新しい法律ができます。CBR に関する自治体レベルでの法律ができます。この提案ですけれども、既に行われています。RI ノルウェーは提案に関するコメントを発表しました。そしてこの新法案というのは 6 月 17 日に国会で採択されました。すでにお話ししましたように、この法律も 2012 年から施行されます。

この法律の焦点というのは、自治体における保健とリハビリテーションの責任を強化するということです。これは CBR の改革であるとも言えるでしょう。

このビジョンですが、ほとんどの人たちはほとんどの治療を受けられるように、そしてリハビリテーションを受けられるようにということを自治体で可能にするというのが目的です。

リハビリテーションに対する新法の利点

このリハビリテーションのよいところは何でしょうか。この新しい法律によってすべてのユーザーが個別計画を作成することを定めています。このことは新法で定めています。いろいろなニーズというのが個人別にあります。治療ですとかいろいろなサポートが必要という状況があるでしょう。リハビリテーションの中でもさまざまなニーズがあると思います。こういった個人は、それぞれの個別的な計画を持つことができます。

そしてまた新しい法律では、病院と自治体の両方が個別のコーディネータを置くべきだということを決めています。その個別のコーディネータがリハビリテーションとそれぞれ個人の職を決める責任を負うということになります。その理由ですが、ノルウェーのリハビリテーション、そして処遇を見てみますと、企業を見てみますと、かなりの多くの人たちが関わっていて、責任者を見てみますと本当に限られた人になっているわけです。ただ、新しい法律では1人のコーディネータが責任を持ち、それぞれの個別の行動計画にそれぞれの個人に対して責任を持つということになっています。この考え方というのは、リハビリの対応の仕方としてよい方向だと思います。皆さんご存じのようにリハビリテーションというのは非常に複雑なプロセスを含むからです。

コーディネーション部門

そしてまたすべての自治体は、コーディネーション・ユニットを設ける必要があります。コーディネーション部門ですね。処遇、治療、リハビリテーションのコーディネーションの責任を持つ部門を自治体に設けるということになります。

この部門ですが、個別計画の実施に責任を持つこととなります。今までは非常に成功しております。ただ、これから時間をかけて成果を見ていきたいと思えます。その内容が実際に機能しているかどうかというのを非常に注意深く見ていきたいと思っています。

政策的課題

この新しい改革に関する政策的な課題は何でしょうか。少なくとも2つ、3つの課題というのがあります。

まず最初の課題というのは、自治体はこういった責任を負うことが本当にできるのかということです。この質問の背景には、435 の自治体というのがノルウェーにはあるわけです。そして 500 万人しか人口はいません。ということはプロの専門家を十分に確保することができるかどうかということです。それぞれの組織、それぞれの自治体に十分な専門家を配置することができるかどうかということです。そしてまたサービスの質はどうなるのかというも疑問です。専門家の数が少なれば質を疑問視されるわけです。そしてまたまれで複雑なケースに対応できるのかどうかということです。専門的なリハビリテーションが必要な場合に対応できるかどうか。あまりにも複雑なリハビリテーションに関しては人的支援も限られているのではないかと、私たちの懸念材料です。それによって複雑なニーズを持っている人たちには十分対応できないのではないかと心配しております。そして、この特別なリハビリテーションですけれども、専門的なリハビリテーションに対応できるのかどうか。そしてこの新法というのは予算作りが主眼なのかどうか。もしくはリハビリテーションもニーズを持っている人たちに対応することが主眼なのか。私たちは両方が実現されることを望んでおります。リハビリテーションの質が低い予算で達成するというのが私たちの目標です。そしてぜひその実現を見たいと思っています。

CBR というのは、エンパワメントと自立生活を促進するよい方法なのかという質問ですけれども、私たちはそうだと思っています。CBR の考え方というのがエンパワメントと自立生活を促進できるものと思っております。ただそのためにはそれぞれの自治体レベルで資金的、そして人的な資源がより必要になってきます。

改革の利点

それではこの改革の利点は何でしょうか。RI ノルウェーは新しい協同戦略が採択される過程でリハビリテーションに強い政策的焦点を当てることが可能となりました。そして、去年の6月に保健庁の大臣が言いましたけれども、今回のこの改革はリハビリテーション改革であるというふうに断言しました。そして多くの政府に反対する野党側も、このリハビリテーションに関して、このプロセスにおけるリハビ

リハビリテーションに焦点を当てており、ノルウェーにおけるリハビリテーションと政治的なつながりというものを強くしました。

今、簡単にリハビリテーションに関してノルウェーで何が行われているかについて話してまいりました。

障害に関する世界報告書 2011年6月

それでは次に障害に関する世界報告書についての話に移りたいと思います。

今、私の手元にとっても大きな本があります。これは世界銀行とWHOによって一緒に作られたものです。この障害に関する世界報告書は、ニューヨークで始まり、WHOと世界銀行により今年の6月に発行されました。これに関しまして多くのさまざまな団体との専門家会議が、このジュネーブにおきまして、6月27日、28日の2日間で行われました。この2日間の会議に私もRIの代表として参加しました。そしてその会議はとても実りの多いものだったと思います。

その会議の目的は、報告書と結果と勧告をどのように異なる社会において、国内レベル、そして国際レベルで実現することができるかということについての話し合いでした。そしてまた、このレポートを書いた人も会議に参加しまして、この会議報告がまた公開しましたら、RIのメンバーの皆さまにもお送りしたいと思っております。

そしてこの障害に関する世界報告書ですが、ここには9つの異なる勧告があります。この勧告について申し上げますと、まず1番目は、一般のメインストリームの政策、システム、サービスにアクセスできるようにすることです。私は昨日、日本の政府の方々とお会いしましたが、私たちノルウェーでは、障害のある人たちもこのメインストリームに含めるという活動を行ってきています。けれども時にはこのメインストリームに含むということだけでは不十分な場合もあります。従いまして、メインストリーミングの他にも私たち、さまざまな活動を行う必要があります。そうすることによって障害者をあらゆる面において社会に統合することができると思っています。また、メインストリームの政策システム、サービスにアクセスすることはもちろん障害のある人たちにとってとても重要なことです。

そして2点目の勧告ですけれども、これは障害者のためのプログラムとサービスに投資することです。これは今お話ししましたメインストリーミングとはまた別のものです。これはプログラムとサービスに新たに投資をするということが大事なわけです。

そして3点目、障害に関する国内戦略と行動計画を採択すること。そしてノルウェーにおきましては国内戦略が存在していますし、そして毎年、評価を行っている行動計画もございます。

勧告の4点目、これは一番重要な点ですが、障害者がこのプロセスに参加することです。そして次の勧告、5点目ですが、これは人材の能力を高めること。

そして6点目は、適切な資金を提供し、購入力を高めること。

そして7点目は、市民を啓発し障害に関する理解を高めること。個人的に私はこれがこの9つの勧告の中で一番重要だと思っております。なぜなら、この市民の啓発なしに、そして政治的な理解なしに、そして障害というコンセプトが人権のコンセプトであるということの理解がない中で障害のある人たちが他の人たちと同じ権利や可能性をもとにして扱われるということはあり得ないからです。ですので、この障害に関する理解を高めるということが最も重要だと私は思っております。

そして8点目の勧告ですが、障害に関するデータ収集を進めることです。

そして9点目として、障害に関する研究を強化し支援することと書かれています。日本でどういった状況なのか、私それほどわかっておりませんが、ノルウェーや北欧諸国では多くの障害に関する研究行われています。けれどもやはり研究分野としましては優先順位の低い分野に置かれています。従って私たちは障害に関する研究を強化することが重要だと思っています。

以上がこの障害に関する世界報告書の簡単な説明でした。

RI 重点領域(2010-2013)

それでは、2010年から2013年までのRIの重点領域についてお話したいと思います。

私たち、既に言いましたように、リハビリテーションとハビリテーションというのがまず第一の重点領域です。そして障害者権利条約の実施というのもまた同じように大事です。2週間半ほど前に権利条約に関して国連加盟国のミーティングがニューヨークでありました。私、RIの代表としましてその会議に参加しました。そこにはRIのビーナス・イラガン事務局長、アン・ホーカー会長もいらっしゃいました。その会議の後で私は、この国連機関は、実際に批准した国から送られてくる報告を処理する人材がとて少ないということを感じました。私たちは、国連が十分な人材をもって各国から送られてくる報告書をレビューするだけの力をつけられるようにすべきだと思いました。なぜなら私たちは、この報告書に対する評価もしくはフィードバックをもらうのに1年から3年もかかってはいけないと思ったからです。

私たちは貧困削減にも関わっています。国連のミレニアム開発目標について2015年に向けての実施計画というのがありますが、あと4年ほどしかありません。そうしたときに私たちRIは、次の目標に向かってどのような意見を提供するかについて考えていかなければなりません。次のミレニアム開発目標についてノルウェーが担当しておりましたので、ニューヨークのノルウェー大使館において国連に常任している私の友人に連絡をとり、このことについてたくさん討議をいたしました。そしてもっとリハビリテーションや障害に関することが次の目標に組み込まなければならないということをお話しました。そうすることによって、2015年以降の目標に障害とリハビリテーションが組み込まれ、焦点があて

られることを確信できるからです。

そしてまた災害マネジメントに関しましてはまた後ほどお話ししますが、この次の二つの点も RI の重点領域に入っています。時間が限られていますので簡単にお話ししたいと思います。

先ほど私、リハビリテーションとハビリテーションが重要だと申し上げましたが、まず私たち、CBR ガイドラインの実施、大事だと思いますし、そしてリハビリテーションのベストプラクティスを集めることも大事だと思います。そして ICF の評価ということも重要です。そして権利条約に関しましては、私たちは国際的な権利擁護キャンペーンを行っていますし、教育モデルのベストプラクティスも探しています。そして私たち、このアクセシビリティの分野にも関わっておりますし、そしてまた雇用も私たちの重点な領域です。

そしてこの雇用という点は、障害のある人たちがよりよい生活をするためにとても重要だと思います。この雇用というのは、障害のある人たちに仕事を提供し、そうすることによって自尊意識を強め、実際の生活をする手段となるわけです。従いまして、この雇用というのはとても重要な領域と言えます。

紛争と緊急時における障害問題に関するオスロ会議(2011年5月30~31日)

それでは災害マネジメントに進みたいと思います。皆さまご存じのように、そして私もよく知っていますが、日本は今年、とても大きな自然災害に見舞われました。ノルウェーにおいても7月26日にとてもひどい災害が起きました。ある男性が政府の主要な機関のあるエリアに爆弾を仕掛けまして、そしてオスロの外にある島で無差別乱射を行いました。そこでオスロも今年災害に遭ったという皆さまとの共通な点があると思っています。そして5月30日から31日に、紛争と緊急時における障害問題に関する会議、オスロ会議と呼ばれるものが行われました。これはアトラス・アライアンスというノルウェーの団体の呼びかけで行われました。その団体は障害のある人たち、世界中の障害者の開発に関しての問題に関わっている団体であり、そして国連の特別報告官もそれに参加してくださいました。

アン・マーリット・サボーネスさん、彼女はノルウェーで働いていますが、彼女は国連の国連特別報告者(障害分野)への特別助言者ですが、その方はこの会議に積極的に参加してくださいました。この会議はヨナス＝ガール・ストーレ外務大臣によって開会されました。彼はこの問題にとっても真剣に関わってくれまして、さまざまなテーマについて議論されました。紛争時における障害問題であったり、災害時のリスク削減と対応であったり、インクルーシブな再建と復興などが話し合われました。

そしてこの災害から開発へということも行われまして、そして意識啓発と政策についても語られました。そして国連特別報告官のアン・マーリット・サボーネスさんが声明文を発してくれまして、27つの異なる項目がこの声明文には書かれていまして、これに関してはホームページにも掲載されています。これに関しましては私、日本の主催者に対してもお送りしておりますので、この27項目につい

て、皆さまのお手元にも渡るものではないかと思えます。

この声明文の 27 項目ですけれども、ホームページのアドレスが、これは私の日本人の友人にもお送りしましたのでそれを見ていただきますと、オスロ会議の内容についてとても重要な会議でしたが、それについてわかることができると思います。そして私たちはノルウェーの外務省とともに、レバノンやバイルートなどの紛争地域の障害者についても語り合いたい、取り組みたいというふうにアプローチしていますけれども、今の段階ではまだかしの結果が出ておりませんが、やはりレバノンにおける状況というの、このオスロ会議の内容が反映され、そして特に紛争ということに関しましても解決されることを希望しています。今回のこの内容は、特にアラビア諸国におきまして今現在、さまざまな国の内外で民主主義に関しまして内紛が行われていますが、その内紛を通じて多くの人が障害を持つに至っています。

おわりに

それでは私の今回のプレゼンテーションを、最後のこのミッション・ステートメントを読むことによって終わりたいと思います。これは私たち RI グローバルが出した私たちの使命についての宣言です。これは RI が今後、将来に向けてどのようにすべきかということが書いてあります。

このミッション・ステートメントは来月のブラジルの総会において採択されるものと希望しています。

「RI の役割というのは、障害者が人生のすべての面において平等参加ができるよう、ハビリテーションとリハビリテーションを促進するための共通のビジョンを持つ多数のステークホルダーの世界的なネットワークになることである。」

私たちは日本の皆さまと協力していくことをとても楽しみにしています。ミッション・ステートメントにこめられた私たちの思いが、日本、それからアジア・太平洋諸国、世界中で実現することを心より祈っております。

今回、ここ東京でこのように皆さまの前でお話しできたことをとても光栄に思っております。そして私、既にとっても興味深い日々を過ごしております。そして本日一日皆さまと一緒にいられることをとても楽しみにしております。そして皆さまの将来的なりハビリテーション活動が成功することを祈っております。そして日本で行うべきことがすべてうまくいくことを心より祈っております。どうもありがとうございました。

記念講演2

総合リハビリテーションの新生 ―当事者中心の「全人間的復権」をめざして

上田 敏(日本障害者リハビリテーション協会 顧問、元東京大学教授)

はじめに

モンスバッケン氏(記念講演1)が紹介されたノルウェーの新しい法律は非常に示唆に富んでいる。特に、すべてのユーザーに個別支援計画を作る点は重要である。日本でも特別支援教育では個別の支援計画を作ることがすでに始まっているが、これを総合リハビリテーション全体にひろげ、総合的な支援計画を作るようにすべきである。またコーディネーターが病院と自治体に必ず置かれなければならない点も重要で、病院だけでなく、総合リハビリテーションに関わるすべての機関・組織に置くことが将来は義務づけられるべきである。そして自治体がコーディネーション部門を持って、個別計画の作成及び実施を指導・監督することも重要である。行政の役割をもっと積極的なものにしていき、当事者と専門家と行政、さらにコミュニティ全体が協力して行うものが本当の総合リハビリテーションである。

第1部 「リハビリテーション」についての共通認識を

<その本来の意味と語源・歴史的用法>

「リハビリテーション」とは「機能回復訓練」と思われていることが非常に多いが、そうではない。「リハビリテーション」の本来の意味は、「権利・名誉・尊厳の回復」である。

語源的には、「リ」は「再び」、「ハビリス(habilis)」とは「人間にふさわしい」「人間に適した」であり、リハビリテーションとは「再び人間にふさわしい状態にすること」である。

歴史的には、ヨーロッパの中世には、「身分・地位の回復」「破門の取り消し」の意味で使われた。近代に入ると、さらに「名誉回復」「権利の回復(復権)」「無実の罪の取り消し」などの意味が加わった。現代に入ると、教育刑思想に立った「犯罪者の社会復帰」、いったん失脚した政治家の「政界復帰」などの意味が加わった。さらに、人間以外についても使われ、災害後の「復興」、また「都市の再開発」などの意味で使われている。まさに広い意味の一般用語であり、決して医学用語ではない。

歴史的な用法で著名な例は、「ジャンヌ・ダルクのリハビリテーション」である。これは、ジャンヌ・ダルクが1431年に宗教裁判で「異端」の宣告を受け、破門され、火あぶりの刑に処せられたが、25年後の1456年に再び宗教裁判が行われ、「異端」という無実の罪が取り消され、さらに破門が取り消されたことをいう。このやり直し裁判のことをフランスの歴史では「リハビリテーション裁判」(「復権裁判」と呼んでいるのである。

さらに「ガリレオのリハビリテーション」という用法もある。ガリレオは1633年に宗教裁判の判決で、地動説には「異端の疑い」があるとされ、それに従って地動説を撤回した（「それでも地球は動く」とつぶやいたと言われている）。これが約360年後、法王庁が、10年間の審査を経て、1992年に取り消し、前法王のヨハネ・パウロ2世が、ガリレオの墓に詣でて謝罪した。これがガリレオのリハビリテーション（名誉回復）である。

<障害のある人の「全人間的復権」>

今、我々が携わっている、障害のある人のリハビリテーションが始まってからは100年に満たない。1917年、第一次世界大戦中のアメリカの陸軍病院に「身体再建及びリハビリテーション部門」が開設されたのが最初であるが、この場合でも、身体再建（訓練）は手段を意味し、「リハビリテーション」は社会復帰、職業復帰という目的を表していた。ここでもリハビリテーションイコール訓練では決してなかったのである。

こういう長い歴史を踏まえて考えると、「リハビリテーション」とは障害のある人の「全人間的復権」、すなわち、障害（生活機能低下）のために、人間らしく生きることが困難になった人の、「人間らしく生きる権利の回復」である。

このように、リハビリテーションの理念に初めから「権利性」の思想があったことが非常に重要である。障害者権利条約に典型的にあらわれているような、障害者の権利が重視される時代にとって、リハビリテーションの理念はますます重要な意味を持つようになっているのである。

ちなみに、この「全人間的復権」とは、筆者が40年以上前に提唱した言葉であるが、幸いに多くの方の賛同を得て、内閣府の「障害者基本計画」にも取り入れられている。

<全人間的復権を実現する総合リハビリテーション>

「総合リハビリテーション」の必要性は、やはりこの「全人間的復権としてのリハビリテーション」の理念から出てくる。このような真のリハビリテーションは、医学、教育、その他の個別分野だけで実現できるものではなく、また、専門家だけで達成できるものでもない。やはり当事者を中心とした多くの分野・多くの職種の総合的・持続的な協力と連携で初めて実現できるものであり、それを「総合リハビリテーション」と呼んでいるのである。

第2部 総合リハビリテーションに関する国際的動向

総合リハビリテーションに関する現在の思想的立脚点をよりよく理解するために、過去半世紀にわたる国際的な動向を振り返ってみたい。ここでは国連とWHO（世界保健機関）の関連8文書のうち、

主なものを5つを取り上げて紹介する。

<WHO 医学的リハビリテーション専門委員会 第1次報告書、1958>

この報告書の、リハビリテーションに関する定義は次のようである。

「(リハビリテーションは)チームアプローチが基本であり、一つの領域だけで目的を達成することはできない。ふつう医学的リハビリテーションが最初に来るが、並行して、あるいはすぐ続いて、リハビリテーションの教育的・職業的・社会的側面が緊密に協力して行われ、障害発生から社会への再統合までのリハビリテーションの全過程がスムーズに連続して実行されなければならない。」

これが、総合的なリハビリテーションが、医学・教育・職業・社会の4分野から成り立っているとされた初めである。なお「総合リハビリテーション」とは、日本で「リハビリテーション」の概念が非常に狭く理解されているために、やむを得ず「総合」をつけて区別しているだけであり、国際的な文書では、単に「リハビリテーション」というだけで、我々の言う「総合リハビリテーション」を意味していることに注意が必要である。

<WHO 医学的リハビリテーション専門委員会 第2次報告書、1969>

その約10年後の同じ専門委員会(メンバーは変わった)の第二次報告書の定義は次のようである。

「障害についていう場合には、リハビリテーションとは、医学的、社会的、教育的、職業的な手段を巧みに組み合わせて用い、その個人を、機能的な能力の可能な最高水準(highest possible level of functional ability) にまで訓練あるいは再訓練することである。」

ここでも手段として、医学・社会・教育・職業の4分野をあげている。なお、この「機能的」(functional)という言葉は、英語では「实际的・実用的=practical」というのとほとんど同じ意味である。なお「障害についていう場合には」と断っているのは、「リハビリテーション」は広い意味の一般用語なので、用法を限定したものである。

<WHO 障害予防とリハビリテーション専門委員会報告書、1981>

先の報告書からこの文書にいたる約10年間、すなわち60年代の終わりから70年代は、「異議申立ての時代」あるいは「パラダイム・シフトの時代」と言われ、ものの考え方が非常に大きく変化した時代であった。

一つの大きなメルクマールは1968年である。これは「革命の年」とも言われ、パリでは「5月革命」があり、日本では学園紛争あるいは学園闘争が最盛期を迎えた時であった。その動きは、もっと早く、60年代初頭からのアメリカの公民権運動(黒人解放運動)にはじまり、それがフェミニズム運動に引き

継がれ、そして障害者の運動にも影響を及ぼしてきたものである。

障害者運動に関する一つのメルクマールは、DPI(障害者インターナショナル)が結成されたのが1981年であったことである。このような激動の時代を踏まえてかなり新しい考え方が打ち出されたのが、この報告書であった。その定義は次のようである。

「リハビリテーションは能力障害や社会的不利を起こす諸条件の悪影響を減少させ、障害者の社会統合を実現することをめざすあらゆる措置を含む。リハビリテーションは、障害者が自分の環境に適応できるように訓練するだけでなく、障害者の直接的環境および社会全体に介入して、その社会統合を容易にすることを目的とする。障害者自身、その家族、そして彼らの住む地域社会はリハビリテーションに関係する諸種のサービスの計画と実施に関与しなければならない。」

ここでは、「手段」はそれまでの4領域に限らない「あらゆる措置」となった。また「目的」は「障害者の社会統合」となった。そして重要なことに、リハビリテーションが「対象」とするのは、障害者個人だけでなく、その直接の環境及び社会全体となったことである。そしてリハビリテーションの計画と実施そのものに、障害者自身、家族とコミュニティが関与すべきだとされた。これらはいずれもかなり新しい考え方であった。

<国連 障害者に関する世界行動計画、1982>

その後、国際障害者年(1981)や障害者の十年(1983-1992)などが、国連主導で行われるようになった。障害者の十年のための世界行動計画が1982年に出され、それは「パラダイム・シフト」を更に押しすすめるものであった。それは次のように言っている。

「リハビリテーションの定義：リハビリテーションとは、機能障害をもった人が、最適な(optimum)精神的、身体的、社会的な機能水準に到達することを可能にし、それによってその人に自分自身の人生を変革する手段を提供することを目指す、目標指向的で時間を限定したプロセスである。」ここでリハビリテーションの最終目的は、「自分自身の人生の変革」というように、障害者の主体性を全面に打ち出したものとなった。そして、そのために必要な中間目的が、「最適な精神的、身体的、社会的な機能水準」である。ここで、従来の「可能な最高水準」が「最適な水準」に変わったことの意味は大きい。これは、「最高のもの」の達成が、必ずしもその本人にとって最も幸せな状態とは限らず、どのような状態で生活するかは、本人が選ぶべきもので、他から強制されるべきものではない、という考え方である。

<国連 障害者権利条約、2008>

リハビリテーションに関する国際的動向の現在の到達点といえるものは障害者権利条約であり、そ

れは次のようにいっている。

「第 26 条: ハビリテーションとリハビリテーション

障害者が最大限 (maximum) の自立ならびに十分な身体的、精神的、社会的および職業的な能力を達成・維持し、生活のあらゆる側面での完全な包容 (インクルージョン) と参加を達成・維持するための効果的で適切な措置 (障害者相互の支援 (ピア・サポート) を含む)。

特に、保健・雇用・教育および社会的サービスの分野で包括的なリハビリテーション・サービスを強化する。それらは①できる限り早期に開始し、②障害者の属する地域社会のできる限り近くで利用可能であること。」

ここで「ハビリテーション」とは、幼少時からの障害のある人々に対しては「権利の回復」でなく「権利の付与」が必要であるという考え方に立ち、同時に教育系の立場から、通常「リハビリテーション」が医学的なものと受け取られやすいことを嫌っての用語である。

この定義で、リハビリテーションの「目的」は「三段構え」の、重層的な構造をなしている。上位目的は「生活のあらゆる側面への完全な包容 (インクルージョン) と参加」であり、中間目的は「最大限の自立」、そして、それを実現するための下位目的が、「十分な身体的、精神的、社会的及び職業的な能力」である。

これを ICF の生活機能の3つのレベルと対応させて考えると、上位目的は明らかに参加レベルであり、中間目的の「最大限の自立」は、活動と参加の両方にまたがる。下位目的も心身機能ではなくて活動レベルである。

ここで中間目的に「最大限の自立」という表現が使われており、先程論じた「最大限」から「最適」へという転換から見れば、一見逆行のようにも感じられる。しかし権利条約では、障害者の自己決定権が大前提なので、「自己決定に立った最大限」ということで、「最適」の意味を含むものと解釈すべきである。

この目的を実現するための手段としては、保健・雇用・教育・社会を特にあげているが、それに限定はしておらず、さらに加えて、ピアサポートやピアカウンセリングという、障害者自身が障害者に対して行う、仲間同士の支援、サービスも非常に重要であるとされている。

<総合リハビリテーションに関する国際的動向のまとめ>

以上の約 50 年間の考え方の変遷をまとめると以下ようになる。

「目的」: 以前は「実用的な能力の向上」と「社会的再統合」であったが、「三段構え」の、①最終目的は「完全なインクルージョンと参加」、②それを支える中間目的は「自立」、③それをさらに支える下位目的が「十分な身体、精神、社会、職業的な能力」となった。

「望ましい能力水準」:「最大限」であったものが一時「最適」となったが、最終的に「自己決定を前提とする最大限」となった。

「専門分野・技術」:医学、教育、職業、社会の4分野のみであったものが、この4分野は依然として重要だが、それに限らずあらゆる技術や手段、そしてピアサポートを含んだものとなった。

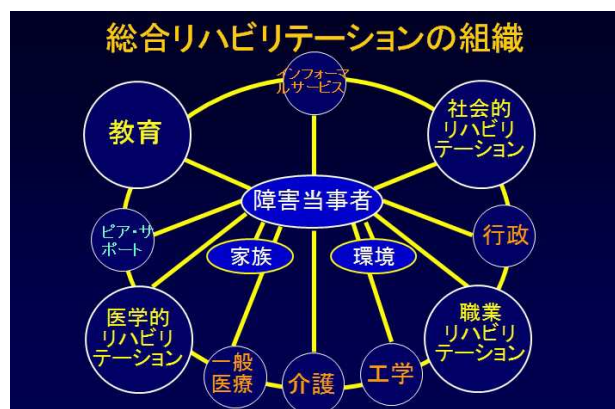
「対象」:本人だけというものから、本人・家族・身近な環境・コミュニティ全体・社会全体を含むものとなった。

「実施主体」:専門家だけであったものが、専門家と本人、家族、コミュニティが加わった総合的なものとなった。

第3部 総合リハビリテーションの組織と連携

<総合リハビリテーションの組織>

次に、総合リハビリテーションの組織について考えたい(図1)。



まず障害のある人本人(障害当事者)はリハビリテーションの対象でもあり、実施主体でもある立場から、当然中心にこなければならぬ。さらに家族や環境(住宅などの身近なものもあれば、地域社会もあれば、国全体の制度・等もある)も同様に対象でもあり、(家族やコミュニティは)主体でもある。障害当事者と家族、環境はほぼ一体のものとして考えていくべきである。

そして教育、医学、社会、職業というような伝統的な分野の重要さは依然として続き、更に強化する必要がある。

しかしそれだけではなく、さまざまな新しいサービスが必要となる。図に示したように、一般医療、介護、工学、行政などの分野が重要な役割をもってきている。さらに、「インフォーマルサービス」(NGOが行うさまざまなサービスや、一部営利企業が行うものを含む)でもリハビリテーションの目的に役立って利用できるものが少なくない。さらにピアサポート(障害者相互の支援)が重要な要素として入っ

てくる。このような新しい分野は今後も増えていくものと思われる。

そしてこれらの分野はバラバラに行うのではなくて、緊密な連絡をもって働きかけていくべきものであり、それを線で示している(本来は、もっと多数の、網の目のよう線があるが、図では煩雑になりすぎるので略してある)。これらすべてが総当たりで一体となってチームを組んでいかなければいけないのである。

<「縦の連携」と「横の連携」>

連携の仕方には、「縦の連携」と「横の連携」とがある。縦とは、時間軸に沿った「経時的」なもの、横とは同じ時点において協力する「同時的」なものである。これは両方とも必要であるが、これまでは、縦の連携は割によく行われてきたが、横の連携は不十分であったと思われる。

縦の連携は、たとえば、障害のある子どもが特別支援学校を卒業する半年くらい前から、職業リハビリテーションとの緊密な協力で進路指導をし、進路を決めるということが非常に大きな仕事である。

成人の中途障害の場合なら、医学的なリハビリテーションが終了した場合に職業リハビリテーションに紹介するというも行われている。

高齢者の場合なら、医学的なリハビリテーションが終了した時点で介護サービスにバトンタッチされる。これは、内容はともかく、形としてはよく行われている。

ただ、こういう場合、単なるバトンタッチに終わってしまって、前のサービスとの縁が切れてしまうのではないかという問題がある。もちろん縁が切れて当然の場合もあろう。しかし、例えば医学的なリハビリテーションから職業リハビリテーションへの紹介の場合などには、完全に仕上げしてからバトンタッチするよりも、むしろ8割がた仕上がったところでバトンタッチして、職業リハビリテーションと医学的なリハビリテーションを、ある期間一緒にやっていった方がいいと思う場合でも、制度的に壁があってそれができないことが多い。

横の連携とは、同時進行的に複数のサービスを行うことで、本人の貴重な時間を節約することができ、早く社会復帰・職業復帰ができる。たとえば成人の中途障害の場合には、医学的なリハビリテーションが開始したときから必要に応じて職業リハビリテーションと協力できないかということである。

しかし、これには弊害のおそれもある。たとえば、制度が変わって、医学的なリハビリテーションが始まって間もない頃でも、将来の職業復帰の可能性に立って、職業リハビリテーション・カウンセラーに、たとえば週1回、病院に来て相談にのってもらえるということが実現した場合、医学リハビリテーションの方は「職業に関しては全部職業リハビリテーションの責任だから、我々は考えなくていいんだ」という「無関心」の弊害が起こってくる可能性もある。

同時並行的な連携には、両方とも一生懸命に考えて協力するのか、役割分担してしまって「あっち

がやるからこっちは考えなくていい」というものなのかという、「質」の問題を考えないといけないのである。

このような例で考えてみても、たとえば医学的リハビリテーションの初期からの、必要に応じての職業リハビリテーションとの協力が適切に行われるためには、二つの条件があると思われる。一つは医学的リハビリテーションのあり方の問題で、職業復帰や就労に深い関心を持ち、そして自分たちが今やっている医学的リハビリテーションが最終的には職業復帰や就労の質を高めるのに役立つのだという意識を持って、またそうなるように、いっそう深く取り組んでいくということである。第二は、制度的な壁がなくなることである。

これは他の分野間の連携の場合にも同様である。

<「分立的分業」から「協業」へ>

連携において重要なのは、連携するすべての分野が共通した目標を持つことである。この目標とは、その人に即した、きわめて具体的で詳細なものでなければならない。

しかし「分立的分業」の場合には、①連携する全分野に共通する具体的な目標がなく、各分野が別々の目標をもち、しかもそれらも決まり文句的・抽象的な目標（「在宅での生き甲斐のある生活」、「職業復帰」など）にとどまりがちである。

②また「分立的分業」では、自分の分野の責任範囲（「なわばり」）を自己限定し、重複領域・境界領域に手を出さない。その結果、非効率な結果しかあがらず、「サービスの谷間」も生じる（が「見えない」し、「見ようとしない」）。

一方、「協業」では、①全分野に共通する具体的な「目標」（「この人が、どこで、どのような（人間らしい）生活・人生を築くのか」）を、連携に立って創り、協力して実現する。そして、②「なわばり」にとらわれず、自己の技術が役立つ場には喜んで提供する、のである。

<「協業」のすすめかた>

「協業」のすすめ方をもう少し詳しく述べれば、次のようになる。

1) 共通の「目標」を共同で確定：生活機能向上の「予後予測」に立って、以下の目標を共同で決めていく。これには専門家の共同だけでなく、当事者・家族との共同が不可欠である。

①「参加」レベルの目標（これがもっとも重要）：どこ（自宅、会社〔同職場、別職場、別会社〕、など）で、どういう役割を果たすのか（仕事内容、主婦の仕事内容、など）。

②「活動」レベルの目標：①の参加の「具体像」として必要な各種の活動

③必要あれば「心身機能・構造」レベルの目標

- 2) 以上の目標の達成のためのプログラムを共同で作成し、確認する。
- 3) そのプログラムを「縄張り別」でなく、フレキシブルな「役割分担」で実行する。
- 4) これらすべてを障害当事者との「インフォームド・コオペレーション」(インフォームドコンセントを更に徹底させた、情報共有と自己決定尊重に立った持続的な協力)によっておこなう。具体的には目標(特に参加の目標)の候補(実現の可能な選択肢)を最低3つ提示し、当事者に熟慮の上で1つを選択してもらう。また目標の達成のためのプログラムには当事者の同意を得る。
- 5) 「目標、特に参加レベルの目標が達成できたか」の確認と反省までを全参加者(当事者を含む)で行う。

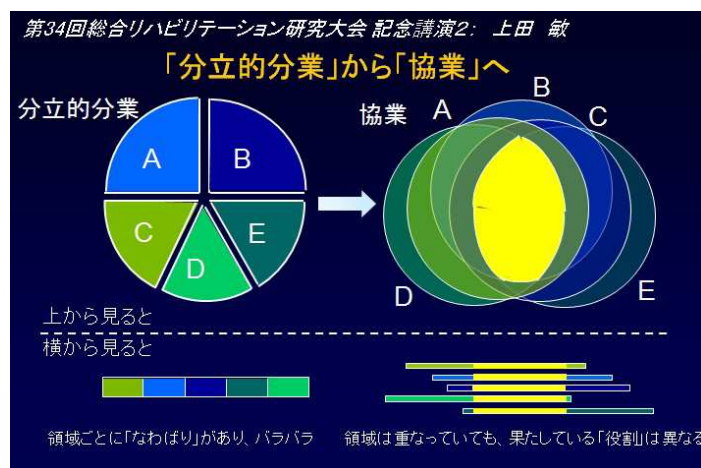
以上が「目標指向的アプローチ」に立った「総合リハビリテーション」の実践である。

<「分立的分業」と「協業」のちがひ>

「分立的分業」と「協業」の差を別な角度から見たのが図2である。このA、B、C、Dは異なる分野、あるいは同一分野の異なる職種を示す。

分立的分業では、各分野の境界(「縄張り」)がはっきりしている。それに対し協業では、A、B、C、D、E、の各分野が重なり合っており、一見重複してムダが多いように見える。

しかしこれは上から見るからであって、横から見ると、まったく別である。分立的分業は依然としてバラバラだが、協業の方は、領域は重なっていても、果たしている役割はまったく違って、各分野・職種が独自の役割を果たしていてムダはないのである。



第4部 当事者の自己決定と専門家の役割

いま「障害当事者の自己決定」が非常に強調されてきている。しかし専門家の一部には、それをどう受け止めたらいいかについて戸惑いがあると思われる。つまり、「『専門家が何でも決めていたのがいけない』というのはわかる。」しかし、「それなら今度は、当事者が何でも決めるのか?」「では、専

門家の役割は？」という戸惑いである。これは、かなり多くの方が感じておられる戸惑いではないであろうか。

しかしこのような「二者択一」の考え方は間違いである。当事者自身も決してそういうことを望んではいないと思われる。

大事なものは、「最終決定はあくまで当事者が行うものである。当事者の権利でもあり、責任でもある。ただし、決定に到る過程で、『当事者の最良の利益』が実現できるよう、適切な助言・支援をするのが専門家の役割であり、責任である」ということである。専門家は、それができるよう、研鑽が必要なのである。

さらに、リハビリテーションは一種の学習過程であり、さまざまな問題解決のための能力を向上させるという、非常に大きな特色をもっている。それは歩行能力などの基礎的な能力にはじまって、職業その他の社会的な役割を果たすためのさまざまな能力にまで及ぶ。そういうものの積み重ねの中で、新しい問題が出てきた時に、工夫して、自分の力で問題を解決する能力も養われる。当事者自身が自分で工夫をしつつ、一部専門家の力を借りて問題を解決するのである。そういう「問題解決能力」はリハビリテーションの過程で自然にもついてくるし、それを自然ではなく、意識的に高めていくようなプログラムをこれからもっと工夫すべきである。そういう問題解決能力がどんどん増えていって、さまざまな問題についての解決能力がついていくと、その最終のところまで「自己決定能力」というものに実を結ぶと考えられる。

自己決定は自己決定権にもとづいている。しかし、さまざまな権利の中で、自己決定権には他と違う独特の特色がある。他の多くの権利は、国家(憲法・法律)が認めたり、社会や地域の他の住民、要するに他人が尊重することで、効力が生じ、行使できることが多い。しかし自己決定権ばかりはそうではない。自己決定には自己決定能力が必要とされる。自己決定能力が伴わなければ適切な自己決定はできず、望ましい結果は得られない。これは障害のある人のことだけでなく、すべての人間がそうなのである。

障害のある人と専門家との関係でいえば、専門家は当事者の自己決定権を絶対的に尊重すると同時に、自己決定能力が高まるように支援することが非常に重要である。

これは当事者の自己決定能力が低いからではない。当事者は、障害を持つことによって、普通の人が経験しないような特別の困難に直面しているからである。当事者は、普通の人が必要とする自己決定能力よりも、より高い(あるいは、より特別な範囲の)自己決定能力を必要としているのである。

リハビリテーションの過程におけるインフォームド・コオペレーション(情報共有に立った持続的な協力)の中核的なことは、「実現可能な複数の選択肢を専門家の責任で提出して、それを本人が選ぶ」

ことである。このような持続的な協力それ自体が、当事者の問題解決能力、自己決定能力を高めることに役立つ。

本当にそのような支援ができるように、自分たちの能力・技能を高めていくということが専門家にとっての非常に大きな課題である。

この点で、総合リハビリテーション専門家の責任は非常に重い。しかし、これが成果を挙げた時の、やりがいも非常に大きいのである。

シンポジウム1

総合リハビリテーションと障害者制度改革

【コーディネーター】 藤井 克徳(日本障害フォーラム(JDF)幹事会議長／第34回総合リハビリテーション研究大会実行委員長)

【シンポジスト】 阿部 一彦((福)日本身体障害者団体連合会理事／被災障害者を支援するみやぎの会代表)

大川 弥生((独)国立長寿医療研究センター研究所生活機能賦活研究部部長)

尾上 浩二((特)DPI日本会議事務局長)

清原 慶子(三鷹市長)

久松 三二((財)全日本ろうあ連盟事務局長)

要旨

午前中に行われたモンスバッケン RI 会長と上田敏先生による2つの記念講演を受ける形で、シンポジウム1は「総合リハビリテーションと障害者制度改革」を主題に論議がなされた。

冒頭で、コーディネーターより4点にわたって論点が提起された。1点目は、「東日本大震災と障害分野」について、わけても障害ゆえの被害をどう捉えるかである。先刻、NHKの福祉ネットワーク取材班による調査で障害者の死亡率が総人口の死亡率の約2倍と発表された(月刊ノーマライゼーション 2011年11月号に詳述)。その背景に何があるのか、そこには自然災害という天災に加えて政策上の不備を伴う人災の要素が重なるのではという推測が成り立つが、この辺を論及することであった。2つ目は、この国の障害者に関する政策水準をどうみるかである。障害者権利条約(以下、権利条約)をはじめとする種々の国際規範と比較して、また各団体などが実施している実態調査に照らし、できる限り客観的に評価を加えてもらうことにした。

論点の3つ目は、これが本シンポジウムの支柱となるが、佳境に入っている障害者制度改革について論じ合うことであった。成果が確認できる点と難航している点とがあるが、2010年1月から本格化した障がい者制度改革推進会議(以下、推進会議)の今日までをどうみるか、率直な中間評価を行うことであった。4つ目は、権利条約の批准要件を含む当面の政策課題は何か、政策課題に加えて総合リハビリテーションの視点を重ねての実践課題をあげてもらうことであった。

なお、本稿にあつては、4時間近いシンポジウムを網羅することは到底難しく、論点1の「東日本大震災と障害分野」ならびに論点3の「推進会議の中間評価」に焦点を当てることにした。また、筆者の文責で発言内容の中核部分のみの記述になっていることを予め断っておく。(本文共・藤井克徳)

■東日本大震災と障害分野

藤井:早速、論点の1つ目である「東日本大震災と障害分野」について発言してもらいます。

阿部:宮城県下の被災実態を中心に報告します。まず取り上げたいのはNHKによる調査結果で、それによると主要被災地帯(岩手、宮城、福島)の27市町村が調査対象)での総人口の死亡率が1.03%、これに対して障害者の手帳所持者(身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳)の死亡率が2.06%と実に2倍になっています。宮城県内の障害者の死亡率を詳しく見ていくと、

女川町で13.88%（総人口の死亡率7.01%）、石巻市で7.47%（総人口の死亡率1.96%）となっています。他の市町村も同じ傾向ですが、特徴点は明らかに障害者の死亡率が高いということです。

宮城県においては、いち早く日本障害フォーラム(JDF)を主体とする支援センターと県内の主要団体による「被災障害者を支援するみやぎの会」が設置され、両者の連携で支援活動が展開されました。以下の3点は、両者のこれまでの支援活動から得られた資料や情報を基にした報告です。1点目は、被災したことにより生活上の困窮度が増し、支援サービスを必要とする障害者が着実に増えていることです。問題は、これに対応する人的・物的な社会資源が圧倒的に不足していることです。2点目は、一般避難所に障害者がほとんど存在していなかったことです。どこに居るのか、いろいろと推測できますが、そこには深刻な問題が横たわっていると思います。3点目は、仮設住宅をめぐる問題です。まず問題になるのが、応急仮設住宅の完成を待つことができず、みなし仮設住宅（一般の賃貸住宅など）に入居せざるを得なかったことです。この場合は、いわゆる個人情報保護問題にぶつかり、支援に必要な連絡を取れないという事態が起きています。また新築の仮設住宅にあってもバリアフリー対応型が少なく、中心街からの遠距離問題を含めてこちらも深刻な問題が顕在化しています。さらに追い打ちをかけているのが、国と県、市町村の疎通性がよくないこともあって、適時に修繕や改築ができないことあるいはできにくいことです。

いずれにしても、「障害ゆえの問題」は明白であり、正確な実態把握という点で、国と県、市町村の連携による、記憶が薄れないうちの早い段階での公的な検証作業が求められます。

尾上: 原発事故を抱える福島県はまだまだ震災は進行形にあり、他の被災地帯にあっても復旧・復興の途中段階にあつて、この時点で震災問題を総括することは難しいように思います。ただし、震災から半年だからこそみえてきた問題点、また復興段階に入っているこの時点で軽視してはいけない事柄がいくつかあり、これらを中心に意見を述べます。

1つ目は、権利条約において「障害とは社会的障壁との相互作用によってもたらされる」とする社会モデルの視点が明示されましたが、震災を社会的障壁が最も苛烈に現われるものの一つと捉えるべきだと思います。この視点を堅持することで「障害者と復興政策」に当たり、社会政策からのアプローチの必要性がより明確になると思います。

2つ目は、16年前の阪神・淡路大震災の経験や教訓があまりにも活かされていないということです。災害時要援護者名簿作成の政策化や福祉避難所の設置を含む避難所の改善など、それなりに関係法制の整備が図られてきましたが、障害者の立場に立ってその有効性を問うた時、率直に言って全体としては本質的な改善になっていないように思います。

3つ目は、これも阪神・淡路大震災との比較になりますが、安否確認を含めて、行政による障害者の実態把握がほとんど進んでいないということです。たしかに震災規模の広域性や甚大さは比較にならないかもしれませんが、それにしても未だに被害実態が明らかにされない無策ぶりなどは疑問が残ります。そもそも、障害者の安否確認や震災後の生活実態の把握の第一義的な責任主体が自治体を中心に行政の側にあるのだという姿勢をもっと強く持ってほしいと思います。

4つ目は、復興政策の基本視点として、原状に復旧すればいいのではとする考え方から脱却することです。なぜならば、原状そのものが障害者には住みづらかったからです。単に元に戻すのではなく、新たにインクルーシブ思想を根付かせてほしいのです。具体的には、復興政策に当たり、その土台の一角に権利条約を位置付けるのも一策ではないでしょうか。

清原:私が市長を務めている東京都三鷹市においても、被災地ほどではないにしろ、初めて震度5弱という地震に見舞われました。障害分野に限ってみていきますと、作業所等に通所していた人たちはスタッフの支援もあって大きなトラブルはありませんでした。しかし、在宅の障害者、とりわけ一人暮らしの障害者の多くは情報から隔絶し、不安感は想像に絶するものがあつたように思います。このことは高齢者も同様でした。

ふり返って思うことの一つは、普段の訓練が功を奏したことです。三鷹市の庁舎で全体として冷静に行動できたこと、また鉄道の停止に伴い大量の帰宅困難者が出る中で小学校や保育園が長時間に亘って子どもたちの安全を確保できたなどはそれによるところが大きいと思います。今一つは、自力で避難することが困難な障害者に対する被災時支援の難しさです。個人情報保護の課題とも向き合いながら、行政の力だけでは難しい支援や救援を住民全体でカバーするシステムをどうつくっていくか、この点の重要性を痛感しています。三鷹市では、私が市長になって以降ですが地域ケアネットワークという住民組織づくりを進めており、また平成20年度から災害時要援護者支援事業を開始していますが、改めて再検討が必要になっているように思います。

阪神・淡路大震災の後でしたが、1995年に当時の郵政省の中に「障害者の情報バリアフリーに関する研究会」が設けられました。私はここでの取りまとめ役を依頼され、まさに震災時における「障害者と情報」をメインテーマの一つとして研究を行ないました。この後に日本障害者協議会の情報通信委員長を務めることとなりますが、これらの経験を通して災害時に障害者にいかに正確な情報を届けることができるか、また障害の種別ごとに情報保障の内容や方法が変わるのだということを学びました。このことは今般の大震災でも問われたことであり、引き続き重要な政策課題になると思います。

三鷹市で進めている地域ケアネットワークづくりも災害時要援護者支援事業も、総合リハビリテーションの視点が大切になります。リハビリテーションには個人を尊重する復権の思想が込められ、総合リハビリテーションには諸分野の連携が求められ、震災時にこそこの考え方がベースに据えられるべきです。

久松:大震災が発生したあの時間に、私はろうあ連盟の石野理事長と職員(健聴者)の3人で地下鉄に乗っていました。電車はすぐに停止しましたが、停止後も大きな揺れが長く続きました。乗客は一斉にこぼれた顔になりました。私自身はそれほど緊張しませんでした。それより停電による不安の方が先だったのです。もし停電になれば、真っ暗闇となり手話が見えなくなるわけで、深い地下でこのことが起こることを恐れたのです。幸い私たちは地下鉄から出ることができましたが、あの1時間足らずの経験でもとてつもない不安感に陥ったのですから、被災地での長期間の停電や暗闇生活がいかに怖かったかは想像に絶するものがあります。

震災直後から主要な被災地帯に入っていますが、ろうあ者の人たちから異口同音に言われることがあります。それは、地震が起こった時の行動で、「テレビを守った」「テレビを抱え込んだ」ということでした。ろうあ者にとっての最大かつ速報性のある情報源はテレビであり、これが壊れるというのは情報の入手という点で致命的になります。しかし、テレビは守ったものの停電が続き、3日後、4日後にやっと被害の全貌を知ることができたというのが東北に住むろうあ者の実態でした。

ろうあ連盟が中心となりながら、聴覚障害者を対象とした救援のための対策本部を先ずは中央と被災3県に設けました。現在では、東日本大震災の救援だけではなく、今後の震災に備えるという意味を含めてほとんどの県で地域本部が立ち上がっています。中央本部の役割の一つは国との折衝

ですが、この間の成果を2点紹介しておきます。

1点目は、経費面を含めて厚労省の責任で全国から自治体を通して手話通訳者、要約筆記者、ろうあ者相談員を募り、被災地に派遣したことです。阪神・淡路大震災時に国の対応が全くなかったことと比べれば大きな前進です。2点目は、首相官邸からの大震災に関する重要な報道、とくに原発事故に関する総理や官房長官の会見や談話に手話通訳者が配置されたことです。障害を持たない市民とリアルタイムで情報を共有できたのですからとても重要なことでした。今後の情報保障政策のあり方という観点からも、大きな実績になったと思います。

大川:とくに被害が甚大であった、そしてこの先も長期に関わっていこうと思っている宮城県南三陸町への関わりを中心に報告します。

まず実態についてですが、ここに挙げたのは震災後2カ月時点での調査結果です。特定のエリアの事例とはいえ、そこにはさまざまな課題や問題点が浮き彫りになっています。調査対象は避難所で生活する65歳以上の要介護認定を受けていず、障害関係の制度利用もない高齢者で、平日の昼間に避難所にいた全例(141名)を調査しました。その結果、41.8%にADLが低下し、12.8%に介護が必要になっています。こうした「活動」レベルの障害が出現する傾向は、新潟県中越地震の時には現れていました。

その原因は、決して病気やケガではなく、また避難所生活や仮設住宅に入ったことが主因ではありません。原因は、災害以降に生活が不活発になってしまったこと、すなわち「生活不活発病」なのです。なお、この調査は、調査に終わらせることなく、困難が出現した人を早期に発見して必要な手を打つこと、またコミュニティー全体としてどのような対策が必要かを明らかにすることを最初から目的にしていました。

ここでポイントになるのが、本人の生活上の不自由さや社会生活上の困難、課題を「参加」、「活動」、「心身機能」という国際生活機能分類(ICF)の3つの生活機能のレベルで捉えることの大切さです。これによって複雑な様々な問題や課題が整理できます。このことを通じて見えてくるのは、本人の家庭生活や社会生活での役割の喪失であり、楽しみが減っているという「参加」レベルの低下です。実は、ここに生活不活発病を予防し改善するヒントがあるのです。一般的には心身機能が落ちたのだからその回復に力を注げばと考えがちです。そうではなく、「参加」レベルへの働きかけが大事になるのです。

もう一つ強調しておきたいのが、生活不活発病の予防や改善に当たって重要なのが、「地域」というキーワードです。仮設住宅の中のみで考えるのではなく、あくまでも地域全体の中に仮設住宅を位置付けることであり、地域社会に備わる大きな力と結び付けていくことが重要です。

■制度改革の中間評価

藤井:次に障害者制度改革のこれまでをどうみるか、つまり推進会議や総合福祉部会の中間評価に話を移したいと思います。政権交代と深く関わって設置された推進会議は、その初仕事として障害者基本法の改正を実現し(2011年8月5日付で改正法が交付)、障害者自立支援法に替わる総合福祉法の制定へ向けての骨格提言が取りまとめられました(同8月30日)。シンポジストの中にはこうした動きに直接関わっている方、外部から関心をもって見守っている方いらっしゃいますが、それぞれの立場で忌憚のない意見ををお願いします。

清原: 推進会議の構成員の一員としてこれまでの感想を述べさせていただきますが、結論から言って本当に素晴らしいと思います。それは、障害当事者の実質参加が図られていることであり、構成員全員が課題や問題提起を準備し、論議を重ねたうえで折り合ってきたからに他なりません。私は市長が本務で時間のやりくりが大変なのですが、多少の遅刻や早退はありましたが、できる限り出席することを優先させてきました。その理由は、市長では私しか構成員がいなかったこと、つまり市長の立場で意見を反映させたかったのです。何よりも、推進会議自体に魅力があり、実際にも勉強になる点が多く積極的に出席したという次第です。

最初の推進会議の成果は、障害者基本法の改正を実現したことです。改正障害者基本法の評価をもって、このコーナーの見解としたいと思います。評価できる点としては、「社会的障壁」の概念を明確にしたうえで、障害者の定義を改訂したことです。いわゆる社会モデルに軸足が置かれることになりました。このことは、自治体を含めて、今後の障害関連政策に効果的な影響をもたらすのではないのでしょうか。合わせて、「合理的な配慮」という考え方が明示され、インクルーシブ社会やバリアフリー社会への方向付けが明確にされたという点でも大きな意義があるように思います。

一方で、改正障害者基本法には「可能な限り」という文言が何箇所か出てきます。この表現は、努力規定的な意味で拘束力がありません。個人的には残念な気がします。ただし、市長という立場に立つと少し考えが変わります。「ねばならない」というよりは、努力目標的な方が行政的には現実的であり、やりやすい感じがします。もう一つ重要なことは、障害者福祉で自治体間の格差を減らすにはナショナルミニマムという考え方が必要となりますが、改正障害者基本法はそのベースになり得るということです。推進会議は地方行政にもいいお手本になるもので、とくに新設の障害者政策委員会には期待したいと思います。

尾上: 中間評価ということですが、推進会議の下に設置された総合福祉部会が取りまとめた「障害者総合福祉法の骨格に関する総合福祉部会の提言」(以下、骨格提言)を中心に述べたいと思います。その前に、改正障害者基本法についても触れておきます。

改正障害者基本法の評価は、条文のチェックと合わせて国会審議での確認答弁を押さえておくことが大切です。いくつもありますが、例えば先ほど清原市長が言われていた「可能な限り」ですが、「できる限り努力する」というのではなく「最大限その方向で取り組む」という確認を細野豪志内閣府担当大臣等から引き出しています。同じく、「障害者」の定義に関わって(第2条)、条文中の「継続的」という解釈について、「周期的、断続的の意味を含む」と確認しましたが、これは難病による障害など、いわゆる谷間の障害問題を解決していくうえで大切な意味を持つこととなります。

もう一つ言いたいのは、障害者政策委員会の新設であり、それが地方行政にも広がる可能性が出てきたことです。推進会議の実績を地方にも押し広げてほしいと思います。

次に、総合福祉部会についてですが、何と言っても55人の構成員の総意で骨格提言をまとめあげた意味は大きいと思います。もちろん内容も相当な水準にありますが、誰一人として欠けることなくまとめたことの価値と威力は快挙と言っていいのではないのでしょうか。

ぜひとも骨格提言の全文を読んでほしいと思いますが、ここでは「はじめに」の中の「障害者総合福祉法がめざすべき6つのポイント」を紹介します。具体的には、①障害のない市民との平等と公平、②谷間や空白の解消、③格差の是正、④放置できない社会問題の解決、⑤本人のニーズにあった支援サービス、⑥安定した予算の確保、の6点です。中でも第1点目の「障害のない市民との平等と

公平」は、権利条約でも貫かれている視点であり、きちんと押さえるべきです。骨格提言の先行きは険しい道のりが予想されますが、ここまでの経緯はそれなりに評価できると思います。

大川:総合リハビリテーションという観点から2点述べたいと思います。1点目は、推進会議の論議をみていて気になるのがリハビリテーションの視点が抜け落ちていることです。周知の通り、権利条約の第26条には総合リハビリテーションという意味を込めた「ハビリテーション及びリハビリテーション」と題する内容があります。国際的な規範や潮流を重視している推進会議であり、とするならばリハビリテーションの視点がもっと反映されてもいいのではないのでしょうか。リハビリテーションには、理念面でも技術面でも歴史的な蓄積があります。とくに理念面については、今こそ有効かと思えます。

リハビリテーションの視点を軽視しがちな背景には、自虐的な言い方になるかもしれませんが、リハビリテーションに対する失望感のようなものがあるかもしれません。推進会議への注文と、私たちリハビリテーション関係者の反省、双方の努力が求められるように思います。

2点目は、専門家との連携をもっと積極的に進めることです。推進会議の特徴の一つは、障害当事者の皆さんが中心になって論議をリードしていることであり、これはこれでこの国では画期的なこととして高く評価したいと思います。次のステップとして、障害当事者のために働きたい、役に立ちたいという専門家といかにタイアップしていくか、これによってもっと分厚い論議が可能になるように思います。言い換えれば、専門家を活用するのであり、論議の機会を多く設けながら切磋琢磨の関係を築くことが重要です。それぞれの専門分野には知見や技術面の蓄えがあり、これを活用しない手はないように思います。障害当事者のみなさんからの「専門家はこうあるべきだ」とする正面からのリクエストがあれば、必ずや誠実に応えてくれるはずであり、その刺激が専門家の発展につながっていくのです。本日のシンポジストは、推進会議の有力な構成員でもあり、ぜひともリハビリテーションの視点について再考いただければと思います。

阿部:推進会議にしても、総合福祉部会にしても、その審議のすべてがウェブ上で公開されていることはご存知かと思えます。このような形での情報提供は、地方の立場からすれば非常に有効です。1回当たりの審議時間が4時間もしくはそれ以上に及び、そのすべてをとなると難しいかもしれませんが、必要部分を視聴するだけでも貴重な情報源となります。同時に、ウェブを視聴しながら思うことは、推進会議や総合福祉部会のすごさです。論議の量もさることながら、現実的な成果に結びついているところがいいと思います。

さて、推進会議の中間評価ということですが、改正障害者基本法で明記された障害者政策委員会を通して考えてみたいと思います。とくに注目したいのは障害者政策委員会が法定化されたことです。推進会議もおそらくはこれに吸収されていくのだと思いますが、この先の重点的な障害者政策の立案にかけがえのない役割を果たしてくれると思います。ただし、残念なのは、国と都道府県ならびに政令指定都市までは必置になりましたが、市町村については努力規定に終わっていることです。市町村間での障害者施策格差の温床になりかねず、早い時期の設置義務を期待します。

制度改革については、骨格提言を含めて大きな動きになりつつありますが、ここで思うことがあります。それは、制度の運用の問題です。ハード面としての制度の改革は進展していますが、ソフト面としてのそれを担う人材や組織がどうかということです。地方の立場で考えると、決定的になるのが次の3点です。1点目は、コーディネーターの質と量、具体的には社会福祉士や精神保健福祉士などのソーシャルワーカーの体制を整備することです。2点目は、現行で言えば障害者自立支援協議会に

なりますが、官民が協力しての柔軟性を備えた施策や実践を調整したり、推進していく組織実体の充実が求められます。3点目は、障害当事者運動の活発化です。地方や地域で並行してこれらに備えていくことが、制度改革を裏打ちすることになるのだと思います。

久松: 推進会議の最初の大きな仕事となった改正障害者基本法の評価から入ります。結論から言えば、半歩後退、一步前進、こう言いたいと思います。後退というのは、障害者基本法の改正に向けて取りまとめた推進会議の第二次意見がかなり削られたという意味です。前進というのは、何と言っても言語に手話が含まれることを明記したこと、また基本原則の規定にコミュニケーションや情報に関する条項が新設されたのも評価できます。とりわけ、言語と手話の関係についての明文化は歴史的な意味があるかと思います。第二次意見を取りまとめる過程では、内閣府の官僚から「言語に手話を含むことは 100%無理である」と言われていました。その後の懸命なロビー活動と皆さんの支援が功を奏し、それが障がい者制度改革推進本部の副本部長でもある枝野幸男官房長官(当時)の英断を引き出し、改正法律案を承認するための推進本部会議が開かれる直前で「言語に手話を含む」が決定されたのです。

この「言語に手話を含む」の意味は計り知れないものがあります。私たち聴覚障害者は、理念法としての障害者基本法だけではなく、言語やコミュニケーション、情報に関する実体法を制定していきたいと考えています。具体的には、情報アクセスに関する法律、コミュニケーション保障に関する法律、手話言語に関する法律等です。ところが、日本という国は言語に関しては優しくなく、閉鎖的で、言語やコミュニケーションに関する新法となるとハードルがとても高くなることが予想されます。そうした中で、基本法において「言語に手話を含む」としたことは、国民啓発という面からも大きな意味があり、同時に先ほどあげた実体法を制定するための法的な根拠になるのです。

もう一言いっておきたいのは、これはこれから実体法を準備していく過程でも問われると思います。障害当事者と専門家という二分法的な発想についての違和感です。両者の呼称にも疑問があり、もっと新たな発想と新たな関係を構築していくべきではないでしょうか。

■おわりに

シンポジウムの最後に、記念講演をいただいた二人の演者にコメントを求めた。これらを略記して本稿を閉じることにする。先ずモンスバッケン RI 会長からは、①ジェンダーの分野では先進国であるノルウェーも障害の分野はまだ課題が多く、今日のシンポジウムは多くの共通点を感じ、また多くの点で参考になった。②そのうえで、障害の定義、縦割り行政の弊害、自治体間格差、障害当事者と専門家との関係、これらはノルウェーでも重点的な課題であり、両国での深化と発展を期待したい。③さらに障害分野と高齢分野に言及し、世界的な傾向だと思うが、ほとんど運動のない高齢分野に運動の強い障害分野から刺激してほしい。できるならば、障害分野と高齢分野が連携して大きな力で社会に向かっていってほしい、とあった。

上田敏先生からのコメントは、①改正障害者基本法においてリハビリテーションの位置付けがあまりに不十分である。第二章第 14 条に「リハビリテーション」と出てくるが、そこでの意味は医学的リハビリテーションという狭義の用いられ方になっている。②しかし、法律全体としては、教育や療育、職業、住宅、交通や情報のバリアフリーなど随所にリハビリテーションの個別分野が登場している。問題はこれらをトータルに保障しようという総合リハビリテーションの視点が欠けていることである。③こうした

状況に留まっているのはリハビリテーション分野の努力が不十分なのかもしれない。本研究大会も34回を重ねているがまだまだ非力である。④とはいえ、推進会議は明らかに新たな方向への踏み出しであり、リハビリテーション分野もこれに連携していく必要がある。「あきらめない」という視点を強調しておきたい、であった。

各分野からみた総合リハビリテーション

—各分野のトピックと最新動向(分科会テーマを中心に)—

【座長】 寺山 久美子(大阪河崎リハビリテーション大学副学長)

【発表者】 松井 亮輔(法政大学名誉教授)

松矢 勝宏(目白大学客員教授)

山内 繁(早稲田大学研究推進部参与)

松本 吉央((独)産業技術総合研究所知能システム研究部門グループ長)

伊藤 利之(横浜市総合リハビリテーション事業団顧問)

本研究大会は「総合リハビリテーションの新生をめざして」を主題に昨年から3年間連続企画実施している2年目の大会である。前大会実行委員長大川弥生先生は、「総合リハビリテーションの新生をめざして」の議論を大きく次の3項目で深めて欲しいと提言された。

1 「真」の当事者中心

ここでは本当の意味での当事者中心とは何かを考えて欲しい。

2 「対立軸から考えるのではなく」とは

ここでは専門家の専門性を生かしつつ、当事者の自己決定権を生かすにはどうしたらよいかを考えて欲しい。

3 総合リハの新生が必要な背景

生活機能の低下のある人々やその人々に関与する専門職が増え、その専門性を真に当事者のために生かす新たな連携のシステム、プログラムが必要になってきたという背景があり、総合リハの新たな展開が必要になってきた。

本セッションは上記の3事項を中心とした前年度の議論、1日目(9月30日)の2つの記念講演とシンポジウム、そして本日午後に行われる4分科会(労働・雇用、子ども、工学、医療)を踏まえて展開された。各分科会の座長の先生方には、ほぼ次の点を踏まえてお話していただくことをお願いした。

1 ご担当の分野を昨年からの繋がりをもって、総合リハビリテーションの視点から述べていただく。

2 ご担当の分野の前研究大会以後のこの1年、変化や新知見があれば紹介していただく。

3 午後の分科会のご担当部分を総合リハビリテーションの視点から導入していただく。

4 午後のご担当の分科会の「魅力」「ここは面白いぞ」といったことをPRしていただく。

発表者と担当分野のテーマは以下の通りである。

分科会1

座長 松井亮輔氏(法政大学名誉教授)

労働・雇用 「障害当事者のニーズを中心とした就労支援のあり方を考える—当事者参加の支援計画の策定と施策をめぐる関係機関の連携—」

分科会2

座長 松矢勝宏氏(目白大学客員教授)

子ども「関係機関が連携した地域生活移行に向けた取組み―肢体不自由の子どもの学齢期から青年期までの連携による事例報告―」

分科会3

座長 山内繁氏(早稲田大学研究推進部参与)

松本吉央氏((独)産業技術総合研究所知能システム研究部門グループ長)

工学「総合リハビリテーションに生かす工学―支援技術の産業化に向けて―」

分科会4

座長 伊藤利之氏(横浜市総合リハビリテーション事業団顧問)

医療「一貫したリハビリテーションサービスを総合的に提供するために―総合リハセンターの果たすべき役割と機能―」

<松井氏の発言要旨>

昨年の労働・雇用分科会では、「総合リハビリテーションの視点から働くこと」を考える」であった。そこでは、就労支援における各分野の連携や地域ネットワークは進んできているものの十分ではない。切れ目のない支援を受けられるようにするには、現行の労働政策と福祉政策が分離した状態からの脱皮が必要であるとの協議がなされた。

前研究大会以後のこの1年の労働・雇用分野の大きな動きは、障害者総合福祉法をめぐる障がい者制度改革推進会議による第一次、第二次意見等であった。

このような動きと前研究大会の討議を背景に、今年度の労働・雇用分科会では、個々の障害者のニーズが尊重されるような就労支援計画の策定と実施にかかる具体的な事例を提示し、その妥当性や有効性を検証することによって、総合リハビリテーションの視点からの課題解決へと導いていきたい。

<松矢氏の発言要旨>

昨年子ども分科会では、「小児の生活支援と領域・機関連携―個別の支援計画における共通言語を探る―」であった。そこでは大川弥生実行委員長が強調した「サービス中心の総合リハ」から「本人中心の総合リハ」の考え方の必要性を確認し、検討を進めた。前研究大会以後のこの1年間子ども分野の動きの1つとしては、2011年7月に開催された「病気の子どもの生活を創る<教育と医療との対話的關係>」が挙げられる。そこでは主として小児ガンの治療を受ける子どもの院内学級における医療と教育の連携のあり方について掘り下げて討議された。

このような討議を積み重ね、今年度の分科会では「子どもの生活支援と領域・関連機関の連携」をテーマに、肢体不自由児療護施設に措置された学齢児について、関係機関が連携し地域生活移行を実現した事例から、子ども中心の総合リハのあり方を考えたい。

<山内氏・松本氏の発言要旨>

昨年の工学分科会では「総合リハビリテーションに生かす工学」と題して、一人一人の社会参加を高めるために工学技術をどのように生かせるかの議論を始めよう、との目標の下、リハ工学専門家4名、さまざまな工学分野の専門家4名で議論を行なった。

前研究大会以後のこの1年の工学分野の大きな動きは、ロボットのリハビリテーション分野への導入であり、国際的な機器展でも顕著であった。

このような動向を踏まえ、今年度の工学分科会では、前回同様のテーマの下、全般は義肢装具などオーファンプロダクツ、後半は支援ロボットの産業化へ向けた取り組みを議論する。その中で山内氏は「福祉機器はこのところ全く成長していない。またロボットも生活支援の観点からは今回の東日本大震災を見ればわかる通り役立つものはない」と警鐘をならした。

<伊藤氏の発言要旨>

昨年の医療分科会では、「総合リハビリテーションセンターにおける医療部門の位置づけおよび役割と機能」と題して、各部門間の連携の「混合」から「化合」への変化、対象とすべき疾患は障害の精神・心理系への変化等について話し合われた。

前研究大会以後も総合リハビリテーションセンターの役割は、特に高次脳機能障害を主障害とする場合は、地域資源との連携のもとに心理・社会的アプローチを継続するなど、医療部門の変革を迫られている。

こうした状況を踏まえ、今年度の医療分科会では、「一貫したリハビリテーションサービスを総合的に提供するために—総合リハセンターの果たすべき役割と機能—」と題して、医学的リハビリテーションを中心に検討したい。

以上5名の発言を踏まえ、各分科会では更なる議論の広がりや深化へと展開された。今年の34回研究大会は総合リハビリテーションの新生の模索の中間年であり、最終年を迎える来年度の本大会へと継承され飛躍を遂げていくことを期待したい。(本文共・寺山久美子)

シンポジウム2および分科会5

災害「総合リハビリテーションの視点から災害を考える

—東日本大震災での取り組み:これまでとこれから—

【座長】

大川 弥生((独)国立長寿医療研究センター研究所生活機能賦活研究部部長)

【報告者】

丹羽 真一(福島県立医科大学医学部教授)

舟田 伸司(日本介護福祉士会 常任理事・災害対策マニュアル委員会委員長)

阿部 一彦(日本身体障害者団体連合会理事／被災障害者を支援するみやぎの会代表／

仙台市障害者福祉協会会長／東北福祉大学教授)

後藤 敬二(仙台市若林区保健福祉センター障害高齢課課長)

丹羽 登(文部科学省初等中等教育局特別支援教育課特別支援教育調査官)

要旨

災害を特別な事態として捉えるだけでは不十分と考え、「災害時とは平常時の体制の優れた点も問題点もが顕著に現れる時」と位置づけ、災害に関して得られた知見を、平常時の総合リハビリテーションの取り組みにも生かすことを目的として、種々の角度から検討した。災害時に同時多発する、生活不活発病による「防げたはずの生活機能低下」の予防・回復(大川)、災害時の「心のケア」にむけての精神科からの取り組み(丹羽真一)、総合リハビリテーションの視点に立った介護職としての災害に対する新たな取り組み(舟田伸司)、当事者団体としての取り組み(阿部一彦)、自治体としての取り組み(後藤敬二)、災害による特別支援教育面の困難・問題点と今後に向けての教訓(丹羽 登)が主な論点であった。(本文共・大川弥生)

はじめに—本シンポジウム・分科会の趣旨

シンポジウム2および分科会5は、「災害時とは、平常時の体制の優れた点も問題点もが、顕著に現れる時」と位置づけ、災害に関して得られた知見を、平常時の総合リハビリテーションの取り組みにも生かすことを目的として行なった。すなわち、災害を特別な事態として捉えるだけでは不十分だとの問題意識に立っている。

昨年の研究大会でのシンポジウムでは、これまでの状況についての共通認識と今後の課題を主としたが、今年は、東日本大震災での現地での取り組みに立って今後の課題を明らかにし、さらに平常時の総合リハビリテーションのあり方について論じた。

なお、シンポジウムと分科会のメンバーは共通で、前者では時間の制約のため重点的に述べていただき、後方で詳しく話していただいたため、本特集では一つにまとめた。また、報告者の多くは本誌前号(149号)の特集「災害から考える総合リハビリテーション」にも書いておられるのでご参照いただきたい。

1. 生活機能をターゲットとした取り組みを

—Preventable disabilityを防ぐ

大川 弥生(独)国立長寿医療研究センター研究所生活機能賦活研究部部長)

災害に伴って、生活機能(functioning)の著しい低下が同時多発すること、そして、それが主として生活不活発病(廃用症候群)によることが確認されたのは中越地震(2004)の際である。

それ以来、その予防・回復への努力が続けられてきたが、まだ微力なものにとどまっているうちに、今回の東日本大震災を迎え、これまでにない広範囲・大規模な生活機能低下の発生を許してしまった。震災発生9ヶ月後の現時点でも、今後新たに生活機能低下が発生する可能性は小さくない。

報告者は、今回の東日本大震災でもこのような観点から自治体と協力して現地支援活動および調査研究を行ってきた。調査の具体例としては、発災1ヶ月目の仙台市、同2ヶ月目の南三陸町で、日中避難所にいる人々の歩行能力などの「活動」の著しい低下などを把握し、同7ヶ月目には南三陸町の全住民を対象とする大規模調査を行なった。

このような経験に立って、あらためて災害時の「防げたはずの生活機能低下」(preventable disability)の予防・改善策について考えたい。

具体的対策としての予防の重点は次に述べるが、最も重要なのは、「参加」レベルを重視した「自立にむけた支援(生活機能向上)」である。

<生活不活発病の「予防」のポイント>

- ①「参加」の重視
- ②対象者の拡大:「元気な人」にまで拡大(実は一見元気な人もリスクを持っている)
- ③チームメンバーの拡大:様々な分野の行政担当者、各種のNPO、趣味やスポーツの指導者や仲間、老人クラブ、コミュニティのメンバー、等
- ④本人の積極的関与
- ⑤生活機能低下・向上の機序の理解

2. 心のケア・精神科からの取り組み

丹羽 真一(福島県立医科大学医学部教授)

1)福島医大心のケアチーム

大震災・原発事故の後、福島医大心のケアチームは次のような事業を行ってきた。なお放射能汚染への不安を抱く親への対応も課題となった。

- (1)避難所の巡回と支援者のケア
- (2)保健所への個別相談と入院ケースへの対応
- (3)在宅支援
- (4)保育園、幼稚園8か所での子供たちと親、先生へのケアを目的とする集団および個別相談
- (5)保健所での乳児健診の際の兄弟・母へのケア
- (6)病棟が閉鎖された相双地域での精神科医療を回復するために、公立相馬総合病院に臨時の精神科外来を開設し外来診療の実施

2)心のケア — その課題と方向性

今回の大震災と原発事故による被災・被害は生活を根こそぎ変えてしまい、生計の拠り所をなくしてしまったことに特徴がある。地域ごと県内外の他地域へ移住している人が現在なお約 4 万人おられ(福島県人口は約 200 万人なので約2%にあたる), 県外へ転校した小・中の児童生徒は約 1 万 4 千人にのぼり(県内小, 中, 高校生数は 24 万人なので6%以上にあたる), 放射能汚染への不安は広範に及び長期化し, 避難者の中の抑うつやアルコール問題が少しずつ顕在化し自殺者の増加も尋常ではない状況である。

こうした現状を踏まえると, 心のケアには次のような課題がある。1) 精神疾患患者の治療の継続と維持, 2) 震災・原発事故のために新たに発生する PTSD やアルコール依存などへの早期介入, 3) 高齢者の認知機能低下の抑止, 4) 自殺の抑止, 5) 医療・福祉スタッフのメンタルケア力の向上, などである。

そして心のケアを行う効果的な枠組み, 方向性としては, 1) 医療, 保健, 福祉を総合して行うこと, 2) 地域のつながりを大切にしながら進めること, 3) 生活の再建を基本にして進めるよう心がけること, などである。

現在, 長期にわたり活動する全県的な心のケアセンターの設置, こどもの心のケアチームの設置を県と相談しながら進めようとしている。

3. 介護としての新たな取り組み

舟田 伸司(日本介護福祉士会 常任理事・災害対策マニュアル委員会委員長)

1)日本介護福祉士会の災害支援活動

主に避難所で暮らす介助が必要な方への日常生活支援として全国から介護福祉士会員を派遣した。

2)生活不活発病予防と自立支援での役割

・「生活の不活発化」という原因へのアプローチ:「環境因子」を考えながら「参加」や「活動」に働きかける。

・生活継続の場となるコミュニティの特徴の理解と, それを乱さず活かす環境因子への働きかけ。
・不自由な生活行為(「活動」)を手伝うだけでなく, 目標指向的介護(「している活動」の専門職としての「よくする介護」の視点)を通じて生活機能全体を向上し, 生活不活発病を予防・改善。

3)尊厳のある暮らし(自立支援は尊厳を守る)

・自己選択と自己決定による利用者本位の生き方ができるよう, 介護技術を駆使して自立を支援。
・人のためになる役割の遂行を支援する。
・生活は「生命の維持」だけでなく「生き活きと暮らす」ということ。避難所で生活する方々の主体的な役割を守り, 生きる意欲を生かす。

4)災害活動での多職種協働によるチームケア

・医療, 介護, 福祉の専門職が連携して被災者の生活機能の向上と, 生活不活発病の予防・改善を目的とする災害ボランティアを行うパイロット事業(「生活機能対応専門職チーム」)に参加した。
・介護福祉士は生活支援の専門職としての多職種協働連携の重要性を理解しなくてはならない。

「真の当事者中心」を理念とし、各専門職の相乗効果で「プラスがプラスを生む」ような、チームケアができてこそ「生活不活発－生活機能低下の悪循環」の予防・改善が実現する。

4. 当事者団体としての取り組み

**阿部 一彦(日本身体障害者団体連合会理事／被災障害者を支援するみやぎの会代表／
仙台市障害者福祉協会会長／東北福祉大学教授)**

東日本大震災発生後、仙台市障害者福祉協会では安否確認活動を行うとともに福祉避難所を開設した。24時間体制の福祉避難所運営には職員数が十分ではなかったが、県外を含め関係団体の人的支援や物資支援を受けて取り組んだ。

3月23日にJDF(日本障害フォーラム)幹事会メンバーと宮城県内の障害者団体等との意見交換会を開き、地元団体の緩やかなネットワークとして「被災障害者を支援するみやぎの会」が結成された。3月30日には総合的な支援活動を行うための「JDF みやぎ支援センター」が開設され、約1週間単位で交替するボランティアによって毎日40名前後が被災地等に出向いて活動している。

障害者は様々な理由で避難所に居づらさを感じ、自主退去して被災した自宅に戻ったり、親戚宅等を転々としたりせざるを得なかった。センターでは依頼があれば、障害特性に応じた個別的支援に取り組んだが、個人情報保護条例の壁は障害者との出会いを困難にし、適切な支援を妨げている。

被災障害者を支援するみやぎの会では、JDF みやぎ支援センターやJDFを構成する団体毎の現地対策本部、難民を助ける会等との情報交換会を重ねている。被災障害者のニーズを確認しながら、総合的な支援活動につなげ、JDFを通して国や地方自治体へ要望する活動は重要である。

現在、被災地では仮設住宅等での生活が始まり、人々の孤立と孤独死を防ぐ活動とともに、障害や慢性疾患のある人々にとって多様な生活支援が必要になっている。地域における各職能団体を巻き込んだ活動が必要になる。

全市町村には日本身体障害者団体連合会の支部協会があり、身体障害者相談員が配置されている。被災地及び避難先地域の障害者団体等は相互に連携し、被災した障害者となつながら、当事者の視点から総合的な支援に結びつけるコーディネーター役を担うとともに、社会参加活動の機会を創り、情報支援等、支え合う活動に取り組む必要がある。

今回、多くの団体の支援を受け、失いかけていたとされてきた絆、つながり、支え合いの素晴らしさが確認できた。復興への道りには課題も多いが、社会を構成する一人ひとりを大切に作るインクルーシブな共生社会の実現に結び付けたい。

5. 自治体としての取り組み

後藤 敬二(仙台市若林区保健福祉センター障害高齢課課長)

仙台市若林区は面積の約半分が浸水したが、避難所は全て7月下旬に閉鎖した。この間私達は、保健チームにおいて保健医療関係者調整と避難者の個別支援を行い、運営チームにおいて避難者で作る団体やボランティア等の組織調整を行ってきた。不完全ながら、この二つのチームで避

難者の生活再建に向けた「ニーズ」を捉えようと試み、その実現を支援することに心がけた。

ニーズに対する考え方の違い: 私達は日頃からニーズ概念の捉え方が、自立支援を行う保健福祉センター職員とそれ以外に所属する職員との間で、また一般の方々との間で違いがあると感じていた。その違いを被災者支援で改めて感じた。これは私達のニーズ概念と「商業ベース」で使われるニーズ概念との違いでもあったと思われる。

善意と不安: 避難所には多種多様で大量の善意が押し寄せる。また、避難者は将来への不安や疲労感から様々な要求を発信する。これを「商業ベース」のニーズ概念で結び付けると、何もしないではいられない状況や将来を考える暇もない状況になる。つまり生活機能低下に結び付く場合や自立に逆効果になる場合がある。そこで私達の調整が必要になった。この調整は、結果として善意をお断りすることになるので、支援者と被災者双方からのクレームに繋がることもあった。

ニーズとサービス: 被災者から発信されるどのような要求にも耳を傾けることは重要である。それを直接サービスに結び付けるのが「商業ベース」であり、一般的な需要と供給の関係である。しかし、自立支援の場合には、この欲求を「生きることの全体像」に照らして、本当のニーズを確認し、生きることにプラスに作用するよう配慮しながらサービスに結び付けなければならない。

誰もが自立支援の担い手: 災害時は行政の他、企業や NPO、個人も支援の担い手である。また、資格や障害の有無にも関係なく支援者にも被支援者にもなりうる。だからこそ多くの人々が「商業ベース」とは違うニーズ概念を理解する必要がある。この理解のために、誰もが学校、職場または生涯学習機関などで「生きることの全体像」である生活機能モデル(ICF:国際生活機能分類)を学び、その学びを通して「健康」や「よく生きること」を考えることが必要になっていると、被災者支援を通して強く感じている。

6. 災害による特別支援教育面の困難・問題点と今後に向けての教訓

丹羽 登(文部科学省初等中等教育局特別支援教育課特別支援教育調査官)

不登校や校内での暴力行為、家庭での虐待等への対応等、学校での課題は複雑かつ多様になっている。これらの学校での課題は、教師だけで解決することは難しい。地域や家庭の協力とともに、医療や福祉等の外部の関係者の理解と協力が今まで以上に求められる。

学校では、定期的に地震等を想定した避難訓練を実施している。その際、子どもたちの「自らの危険を予測し、回避する能力」や「支援者としての視点から、安全で安心な社会づくりに貢献する意識」を高めることが求められている。例えば、障害のない子どもが支援者としての視点から、障害のある子どもを支援しながら、一緒に素早く避難することは、とても重要なことである。

今回の震災では、障害のある子どもの避難時やその後の対応等を通して、今後検討しなければならない課題が何点かあった。例えば、車いすの使用者や、病気や障害のため迅速に避難できない子どもへの移動支援、交通機関が利用できない状況下での児童生徒の安否確認や保護者への受け渡し、保護者が被災したため自宅に戻ることができない児童生徒への対応などである。また、学校は地域の人々の避難所としての機能もあるので、前述の課題への対応と並行して避難者への対応も必要となる。しかし、病気や障害のある子どもは、多様な視覚刺激や多くの人の声などにより落ち着

かない、トイレ等の順番を待つことが出来ない等の理由で避難所での生活が困難となり、自宅や自家用車で生活するケースもあったと聞いている。

また、どこに行けば必要な支援を受けることが出来るのか分からないという声がある一方、例えばアレルギーのある乳児のために送ったアレルギー除去粉ミルクが、通常の避難所で使われていたなど、必要な情報や物資が届かないということもあった。教育に関する支援のミスマッチを防ぐため、文部科学省では、学びの支援ポータルサイト(<http://manabishien.mext.go.jp/>)を設置し、効果的な支援に取り組んでいる。この様に今回の震災では、e-mail やメーリングリスト、ソーシャル・ネットワーキング・サービス等による情報伝達が効果を発揮した。全国特別支援学校病弱校長会でもこれらを活用し、各校の子どもの情報や被害状況、必要な支援等の情報交換が行われた。

今後、関係者の方々からの協力を得ながら、これらの課題や効果のあった取組等を整理し、より良い対応を考えていく必要があると思われる。

分科会1

労働・雇用「障害当事者のニーズを中心とした就労支援のあり方を考える

—当事者参加の支援計画の策定と施策をめぐる関係機関の連携—

【座長】 松井 亮輔(法政大学名誉教授)

木村 伸也(愛知医科大学リハビリテーション科特任教授)

1)教育機関 近田 求(東京都立板橋特別支援学校進路指導担当教諭)

2)就労移行支援機関 井上 忠幸(東京コロニー事務局長)

3)就業・生活支援機関 矢野 直子(町田市障がい者就労・生活支援センター・レッツ所長)

4)企業 木村 良二(OKI ワークウェル前社長)

【助言者】 關 宏之(広島国際大学医療福祉学部教授)

要旨

昨年のシンポジウムでは、労働、福祉、保健・医療、教育の各分野からの発表を通じて、雇用施策と福祉施策が分離された「二元モデル」から両者が同時並行的に展開できる「対角線モデル」に転換する必要性が提起された。今年度は、労働と福祉の切れ目ない連携に向けた課題を明確にするため、職業リハの現場の事例から、具体的支援のあり方を検討する分科会を企画した。教育、就労支援、就業・生活支援、企業の各機関からの発言と助言者からの提言を得た。この結果、現場での支援の連続性と一貫性には多くの問題があることが指摘され、当事者にとってトータルな個別支援計画を策定しこれを共有して各支援機関が対応することの重要性が確認された。来年度の研究大会では、改正障害者基本法、障害者権利条約 27 条を具体化する障害者雇用促進法、および障害者総合福祉法のあり方がより具体的に議論できることを期待する。(本文共・木村伸也)

教育機関から

特別支援学校知的高等部卒業後の就労支援を考える —関係機関との連携について—

近田 求(東京都立板橋特別支援学校進路指導担当教諭)

1. 企業就労した生徒の就労支援についてどこと連携しているか

家庭、管轄する福祉事務所、会社、就労支援機関などと、卒業時の個別移行支援計画の話し合いや卒業後のケース会において情報交換を行ない、常に顔が見える関係作りを大切にしている。関係作りによって何かの時に機動力が発揮できる。

2. 障害の軽い生徒の就労・生活支援の事例と関係機関との連携について

第1例は、我々にとっての失敗例。就労2年目のA子。本人が家事一切を背負って保護者の支援が受けづらい家庭環境にあったA子は、今年に入り本校卒業生を手下にした40歳代男性のグループに取り込まれて、6月に退社。我々は、本社人事部や就労支援機関・生活支援センターと連携して、勤務店舗を変え、グループホームに入寮するように支援をした。しかし家族から支援がなく、入寮を拒否してグループに完全に組み込まれてしまった。

第2例は、第1例とは対照的な例。就労3年目のB男は、父親と折り合いが悪く家を飛び出して、A子を取り込んだグループに取り込まれていた。だが本人にグループから抜きたいという強い気持ちがあったため、我々と福祉事務所・グループホーム世話人・就労先店舗などが連携して支援し、夜逃げ同然で抜け出した。現在、グループホームで生活し、新たな職場で元気に働いている。

3. 生活支援と本人を取り巻く家庭環境について

家庭・保護者が生活習慣を子に身につけさせる力が弱い、保護者の疲労感が強い、子の障害を受容できていないなどの問題に対して、在学中から生活支援を行うには関係機関との連携が必要である。18歳未満の知的障害児を管轄すべき児童相談所は、たくさんのケースを抱えているためすべての知的障害児に対応することは困難である。在学中や卒業後の生活支援をどこと連携して行うかが今後の課題である。

4. 余暇活動の充実について

余暇活動が働き続ける力に繋がる。在学中、進路指導の時間に余暇の充実を促すと同時に、保護者には家庭での休日の過ごし方について意識を高めてもらう。

就労支援と生活支援は切り離せない両輪である。特に生活支援は、進路学習の中に位置づけ在学中からの学びが必要である。

就労移行支援機関から

就労支援における個別支援の生かし方

井上 忠幸(東京コロニー事務局長)

1. 事例

31歳男性、小学生時に交通事故で受傷。身体障害2級(右上肢機能全廃, 右下肢機能障害)。療育手帳4度。失語症, 注意障害, 記憶障害等, 高次脳機能障害があった。東京都心身障害者福祉センターで心理検査・職業評価等が行われた。

在住区の障害者就労支援センターを經由して当法人, 就労移行支援事業を利用開始。私たちは障害への対処方法や具体的な支援方法を検討し環境整備を中心に支援を行なった。現在特例子会社で雇用されており, 継続的な支援を雇用先, 在住区障害者就労支援センター, 就労移行支援事業者が協力して行うこととした。

2. 事例を通してみえてきた課題

- ①企業だけでは環境整備や就労支援での限界がある。継続した支援のあり方が問題。
- ②将来, 生活領域の支援が必要な際にどこが主体的に動くか。
- ③今後成年後見制度の対象となる可能性が高いが, いつ実施すべきか。

この事例は生活領域の支援に先んじて就労を達成した事例であるが, 生活領域を先に整備した後就職に結びつく事例も多い。

3. 機関連携と個別支援計画の活用

サービス利用者は我々のもとから、実習先・就職先企業、ハローワーク、担当行政福祉(障害者職業センター、就労・生活支援センター、保健師等)、医療機関、生活支援機関等へ移行するのでこれらとの連携が必要となる。

個別支援計画は当法人で作成した様式を活用しており、事業所などで日々のアセスメントを行いながら、変化が見えたときに我々も関わる。例えば精神障害の場合、本人が記録できるので、目標を達成した本人を評価し、できなかったときには本人とともに振り返るようにする。ただし教育の場と就労支援の場など、利用者が置かれている場が移行すると希望や機関側の評価が変化し、自ずと内容は変わってくる。福祉施設を利用していない場合、就職という目標を見失う、衝動性などから突然就職活動をはじめると、それまで積みあげてきたものが崩れる場合がある。そのような時、個別支援計画を作成し紙面上に残しておくことが有効である。

就業・生活支援機関から

矢野 直子(町田市障がい者就労・生活支援センター・レッツ所長)

1. 町田市障がい者就労・生活支援センターの支援について

職には就きたいが、当センターの支援は有効とは感じられないという精神障害当事者が多い。障害故にうまくいかないことを体験し就労への漠然とした不安がある彼らにとって、具体的な「課題」が明確になることが大切である。そこで、当センターは当事者自ら課題を認識し取り組むことを基本としている。

2. 個別支援計画の活用法

当センターに個別支援計画の作成義務はないが、1)「見通しが立たないと不安」「衝動的に行動してしまう」などの場合や、2)将来の計画と現在の自身の状況を理解し立ち戻るためのツールとして、積極的に活用している。職員からアドバイスは行いが具体的内容は提示せず、本人が自分の言葉で計画を作る。自分の言葉に責任を持って行動できることも計画作成の目的のひとつである。なお計画を自ら作成するのは、知的障害や発達障害には難しい場合もある。

大切なことは、就職準備を通して「自己理解」を深め、他人に理解を求めるばかりでなく、相手に自分の事を伝えられるようになることである。これは働く場でのコミュニケーションにおいてとても大切である。そして、当センターでの準備を通して築いた本人と支援者の相互信頼関係は、最終的に職業マッチングにも生かされる。

3. 関係機関との連携と課題

就職準備としては、就労移行支援事業所等、福祉施設を利用することが多い。当センターから紹介する場合、情報の共有やモチベーションの維持のために、個別支援計画作成に当センター職員が同席し、本人からの報告を定期的にもらっている。当センターでは働き始めたあとも支援が続く。就労移行支援事業所も定着支援を行なっているが、長期にフォローしていくのは難しい。企業側からも多数の福祉関係の事業所が出入りするのではなく、一本化してほしいとの意見も多い。今後、定

着支援を当センターに行なってほしいとなれば、早い段階からの連携が望ましい。

高齢化によって離職した後のことを心配する企業からの声も大きい。就職準備→就職→職場定着（パフォーマンスの発揮）→退職→福祉施設での再構築といった循環フローが出来上がることが理想である。しかし現状では遅々として進んでいない。

企業から

木村 良二(OKI ワークウェル前社長)

1. OKI ワークウェルの沿革

OKI ワークウェルは 36 人の在宅勤務者を中心とした(株)OKI の特例子会社で、社会福祉法人東京コロニーの支援で 1998 年に発足した。就労支援団体と企業とのコラボレーションによる成功事例である。2004 年に特例子会社となり通勤する障害者も雇用している。

2. 障害者の状況やニーズを無視した就労支援の体験例

我々企業が受け入れた障害者には、次のように就労支援者側の配慮の欠如が背景にある問題発生が少なくない。当事者と企業のニーズが正しくマッチングする支援のあり方が問われている。

- ①訓練校で不随意運動のある脳性まひ者に塗装の訓練をして就職させようとしたが、就職先が見つからず、現在はパソコン作業で就職している。
- ②特別支援学校からの職場実習で、視力の矯正、薬の調整をしないで送り出し、文書が読めない、極度の眠気などで企業、当事者ともに苦勞をした。
- ③支援団体が、身体的疾患を併せもつ知的障害者を、身体状況を会社に伝えずに就職させ、生命に関わる状況になった。

3. 障害当事者と就職先ニーズのマッチング及び調整

特に以下の2点が問題である。

- ①一般的に就職先のすべてのニーズに合う障害者は存在しない。
- ②就職先との該当障害者にマッチングする仕事の抽出と内容の調整。

4. アセスメントの重要性

その根拠は以下である。

- ①職業能力、生活面でのアセスメントによって適正配置や就労管理ができる。
- ②何でもできるようにする訓練でなく、チェックリストを活用したアセスメント情報が就職先には必要。
- ③障害者を良く見せようとするのでなく、できること、できないことを正直に就職先に伝えること。
- ④ハローワークはアセスメントまで手が回らない。訓練機関の役割が重要。

5. 支援機関の有効活用

支援機関と企業の連携を強化し、支援機関を有効に活用するメリットは大きい。

- ①業や団体が障害者就労支援機関に関する情報を持っていないという問題の解決。

- ②支援機関が雇用後のフォローについて説明すると就職先は安心。
- ③支援機関がハッピーリタイアまで関わることによる就職先の負担の解消。

6. 障害者雇用支援アドバイザーの役割

埼玉県では障害者雇用支援アドバイザーによる次のような活動が効果を発揮している。

- ①企業(団体)に対する障害者雇用相談窓口があり、職域開拓や就労支援関連機関との橋渡しをしている。
- ②企業で障害者雇用を実践した経験のあるアドバイザーが企業(団体)と相談し、就労支援関連機関にニーズを伝えベストマッチングを計る。

助言者から

関 宏之(広島国際大学医療福祉学部教授)

1. 障害者の就労実態とニーズ

知的障害の当事者グループである“さくら会”による「仕事と暮らしの調査ほうこく:日本財団助成事業(2008年4月28日)」という極めて貴重な調査があり、彼らの思いの一端が報告されている。調査協力者362人の就労の場は、51%が企業、29%が作業所、12%が施設であり、6%はその他、さまざまな業態で働いている。74%は障害基礎年金を受給しており、転職回数は、1回35%、2回16%、3回以上28%であり、転職していない人はわずか21%であった。理由として46%は給料が安いことをあげており、転職に際して支援者がいるかとの設問に対して、半数以上がいると答えている。

2. 障害種別ごとの就労実態(表)

表は障害種別ごとにみた近年の求職件数と就職件数である。身体障害、知的障害において、就職件数が伸びていない。気になる数値である。

3. 生活基盤を支える真の就労支援策の必要性

障害者の就労に関して、職業訓練・職場開拓・企業理解や本人の能力特性と業務とのマッチングなど、障害特性へのアプローチや障害者への理解喚起が主要テーマとされ、支援側の指導理念・支援方法が問われてきた。その結果、多くの課題が未解決のまま、障害者を「働く生活」へと導くことを至上命題としてきた。わが国の労働基準法は、「労働条件は労働者が人たるに値する生活を営むための必要を充たすべきものでなければならない。」とし、ILOでもディーセントワークを掲げて「働くものの立場」を強調する。これに対し、「障害者自立支援法」による就労への誘導策がどれほどの成果をあげたかは今後の検証を待つとしても、「社会生活に足る賃金の獲得」は、解決すべき喫緊の課題である。

障害者総合福祉法の骨格に関する総合福祉部会の提言は、「労働と雇用」に関し、「賃金補填の導入を考える上で、現行の所得保障制度(障害基礎年金等)との関係を整理した上で、両者を調整する仕組みを設ける」としている。もっともな提言である。

表 最近5年間の障害別新規求職件数と就職件数

年 度	身体障害		知的障害		精神障害		その他障害	
	新規求職 申込件数	就職 件数	新規求職 申込件数	就職 件数	新規求職 申込件数	就職 件数	新規求職 申込件数	就職 件数
17 年度	62,458	23,834	20,316	10,154	14,095	4,665	757	229
18 年度	62,217	25,490	21,607	11,441	18,918	6,739	895	317
19 年度	61,445	24,535	22,273	12,186	22,804	8,479	1,384	365
20 年度	65,207	22,623	24,381	11,889	28,483	9,456	1,694	495

出典:平成 21 年度における障害者の職業紹介状況等より(職業安定局高齢・障害者雇用対策部障害者雇用対策課 平成 21 年度5月7日)(注)

その他の障害者;発達障害者, 高次脳機能障害者, 難病者等

参考資料

『資料集 完全実現をめざして』日本障害者協議会(JD),2011.

分科会2

子ども「関係機関が連携した地域生活移行に向けた取組み

—肢体不自由の子どもの学齢期から青年期までの連携による事例報告—

【座長】 松矢 勝宏(目白大学客員教授)

吉川 一義(金沢大学人間社会研究域学校教育系教授)

【パネリスト】 小田部 恵(東京都立青峰学園肢体不自由部門高等部主任教諭)

田畑 實(東京都立あきる野学園相談支援センター主幹教諭)

伊藤 泰広((福)鶴風会西多摩療育支援センター上代継診療所理学療法士)

金子 直生((福)同愛会日の出福祉園生活介護事業担当課長)

中村 敏之(青梅市健康福祉部障がい者福祉課認定サービス係ケースワーカー)

石井 洋征((福)同愛会秋川ハイム統括主任)

斉藤 大輝(秋川ハイム(利用者))

要旨

研究大会は「総合リハビリテーションの新生をめざして」をテーマに、3年間にわたり研究協議を深めることになった。昨年の第2分科会において、子どもの発達と生活を支援する私たちは、子どもを主体にして、関係領域・機関が個別の支援計画の考え方を共有し、協力・連携することによって所与のテーマに接近したいと考え、「個別の支援計画における『共通言語』を探る」の副題の下に協議を行なった。また本年の7月に関連シンポジウムの形で、病気の子どもの生活生活を豊かに創るための「教育と医療の対話的關係」を取り上げ有意義な協議を行なった。今年度の第34回研究大会当日においては、昨年の分科会協議と関連シンポジウムの成果を生かしながら、事例研究の方法で子どもを中心とした個別の支援計画等による関係領域・機関の連携の在り方を深く探りたいと考えた。

(本文共・松谷勝宏)

1. 分科会の準備過程について

まず今回のパネルディスカッションの実質的なコーディネーターである東京都立青峰学園の小田部氏に相談し、分科会協議にふさわしい事例についての提供をお願いした。その結果、当事者である斉藤氏とこの事例に関わった6人の支援者の協力によるパネルディスカッションを実現することができた。この分科会で全員がはじめて一堂に会することになった。

2. パネルディスカッションの導入として都下西多摩の地域性を考える

まず、小田部氏の提言内容からまとめる。都立あきる野の学園は、1997年4月に都下西多摩地域を学区にして開校した肢体不自由と知的障害部門をもつ併置校である。知的障害部門は都立羽村特別支援学校と学区を分割しているが、肢体不自由部門については、西多摩全域とされていた。2009年4月に通学時間の短縮等の施策から青梅市等を中心とする都立青峰学園(肢体不自由教育部門と知的障害部門高等部職業学科部門を併設)が開設された。あきる野学園の開校時から進路指導担当教諭の小田部氏は青峰学園へ異動したが、地域連携については両校共通の考え方で進めている。

西多摩地域は5市2町1村からなり、東京都の面積の4分の1を占める。この地域における肢体不自由児の療育については、武蔵村山市にある社会福祉法人鶴風会東京小児療育病院が当たっていたが、同法人による西多摩療育支援センターが2004年に開設(1997年にあきる野学園内に設置された上代継診療所が前身)され、この地域の療育サービスが本格化した。あきる野学園開設当初から地域・福祉資源の開発は大きな課題とされた。あきる野学園相談支援センター主幹教諭(特別支援学校の地域センター機能を担当するコーディネーター)の田畑氏と進路指導担当の小田部氏ら教職員は開校当初から西多摩の地域づくりを任務としてきたのであり、この点が本事例にみる支援連携の重要なファクターである。当時はまだ関係機関の協力連携による個別の教育支援計画の策定と実施が始まっていない時期であったが、東京都知的障害特別支援学校(当時、養護学校)では高等部生徒の個別移行支援計画の作成と実施の検討が進められつつあった。

3. 本事例の課題と経過について

田畑氏の提言からまとめる。本事例の斉藤氏は当時小学部2年生で、1997年4月にあきる野学園が開校されると都立村山養護学校(当時)から転校してきた。小学部に在籍しているときにはそれほど目立ってはいなかったが、中学部に入ると身のケアが出来ていない、食事あまり摂れていない、欠席も目立つようになる等の家庭環境の課題が顕在化してきた。学校側としても再三、家庭への働きかけはしていくが、改善が見られない。家庭訪問も試みるが、期待できる成果には繋がらなかった。高等部に入り、ますますネグレクトの状態が深刻になり、児童相談所に通告し、西多摩療育支援センターに一時保護の措置がとられる。保護者支援の続行の結果、措置解除。市の協力も得てホームヘルパーの利用等の家庭支援の充実を図ったが、徐々に元の状況になる。このような中で、本人の意思を確認し、再度、都内の肢体不自由児施設に一時保護の措置。学区外の施設なので学校に行きたくてもいけない、行けないのがつらいという本人の訴えを聞くなかで、最終的に都外の肢体不自由児療護施設への入所が決定された。当時は18歳で、あきる野学園卒業前の本人による決断であった(斉藤氏の提言より)。事例を担当するコーディネーターとして、入所時に確信はなかったが、成人になったら「必ず戻す」と本人と約束。地域にケアホームが開設されるのを契機に、各関係機関の連携による最大限の努力が展開され、本人の地域移行が実現、現在に至る自立への歩みが実現できた。

一番の悩みは、コーディネーターとして可能とされる家庭(保護者)への介入のあり方、本人の訴える「思い」を実現するための最良な方法の模索等にあった。施設入所後の課題として訪問支援を続けることで、本人の地域に?りたいという意思に変更がないことの確認、当該入所施設の担当職員からも施設が提供するサービスと本人が希望する生活とは異なるようだという意見の聴取を重ね、斉藤氏が成人になる時点で移行が実現するようにケースが運ばれることになった。

田畑氏は結論として、本ケースが最終的に本人の希望どおりの地域移行が実現できた要因は、連携が単なる継時的なバトンタッチではなく、本人の「思い」を尊重し、最大限の可能な配慮と支援ができるかどうかについて、支援者間の「思い」を重ねる「糊しろ」の部分の広さ・大きさにあった、と提言された。それはマニュアル通りのサービスを越えた支援のあり方に関わるのではないか。この観点は、分科会協議において次第に明確化され、最終的に確認されることになる。

4. 本事例とリハビリテーションの連携

西多摩療育支援センターの理学療法士である伊藤氏の提言からまとめる。脳性麻痺をもつ生徒であった斉藤氏が最初に緊急一時保護で入院された時は、東京都の施策として医療機関から学校におけるリハビリテーション(自立活動)への外部派遣が始まった頃である。家族と家庭環境の問題を多く抱えるこの事例では、本人が日常生活の遂行で体験不足があり、自信のなさを多く感じ、獲得できるはずの機能も持てない状態であった。リハビリの課題について、すぐに「できない」、「わからない」、「無理」と応答する。身体機能が退行して、固くなっている。車いすの乗り降りも怖いと訴える状態であった。家庭の状況について情報を得ていたので、ADL を大切に一つ一つできるように導き、自信をつけさせたい。家族に頼らずに生活できるための自己管理、家庭内自立を目標に集中的なリハを開始した。学校からの通院リハ、訪問リハや環境調査など様々な形を模索してみた。7ヶ月間、退院したり、入院したりで、どうしたら家庭に?れるか、家庭から通学するためにどうしたらよいか、スクールバスの停留所まで行くにはヘルパーが必要になるだろうと、暗中模索が続いた。家庭への訪問リハビリを提案したが、保護者の OK がとれない。そこで学校から通院リハを試みる。とにかく学校の協力が大きかった。遠地の施設入所後も本人との手紙のやり取りを続け、現在の身体の状態について聴取を続けた。また施設の担当職員とも連絡を取り、メール交換や訓練メニューを送ったりして支援者としての思いを伝えた。こうして本人と施設との関係が継続するよう努めてきた。地域に戻った後、一時的に落ちた機能の回復のための短期集中リハビリを実施し、自力での通院、通所ができるように、またスーパーストアで買い物ができるように、電動車椅子の操作練習などを行なってきた。当事者の思いを支えることを心がけてきたが、斉藤氏本人が努力され今日に至っている。

5. 地域移行への機関連携

田畑氏から斉藤氏の地域移行について相談を受け、その具体化を図った関係機関のワーカーによる連携についてまとめる。

まず地域にある日の出福祉園の生活介護事業の担当責任者である金子氏の提言からまとめる。日の出福祉園は重度知的障害者を対象とする東京都立更生施設であったが、2007年4月より社会福祉法人同愛会に移管された。あきる野学園、青峰学園との関係は、学区域の青梅市管轄の福祉資源が定員満杯の状態にあり、生徒の実習先、卒業生の進路先として日の出福祉園は密接な連携関係にある。本ケースは進路相談で来訪した小田部教諭から帰り際に、実は「これこれしかじか」の話があるが、近いうちにあらためて相談にのってほしい、という形でもたらされた。大変なケースは、往々にしてこのように「小出し」の相談でもたらされる(会場は爆笑)。その後、斉藤氏の代弁者である田畑教諭より詳しい話があり、現地に赴き本人からの主訴を聴取し、住所地である都内に戻り生活したいとの本人の希望を確認した。これにより、措置に至った経緯から移行後の対応策を含め検討し、各関係機関が連携・調整し、措置解除から住み慣れた地域生活への移行を実現しようと試みた。すでに日の出福祉園がケアホームを近隣地に設置予定であるという情報が両教諭との間で共有されていたが、本ケースがホームの入所と利用というニーズに限定されるものでなく、斉藤氏本人がどのような生活を希望しているのか、電動車いすも近い将来に必要なものではないか、そのためのリハビリをどうするか、等の生活設計に関わる案件となった。斉藤氏の居住地が青梅市になっていたため、田畑教諭は青梅市障がい者福祉課のワーカーである中村氏にもケースの相談を依頼した。

中村氏の提言からまとめる。2009年9月に田畑教諭より都外施設に入所中の斉藤氏のケースについて相談があった。児童については、市を經由せず児童相談所の措置決定で施設入所が行われる場合がある。このような事情で斉藤氏のケースは市として初めてのことで、田畑教諭らを通して必要な情報を得る必要があった。ケアホーム入所に当たっては障害程度区分5以上が必要であること、さらに生活費を支払うためには障害年金の受給が必要であること等の相談を受けた。この時点では斉藤氏は未成年であり、年金申請や施設退所の時期やケアホーム入所のタイミングについても検討を深める必要があった。本人の意思確認が取れたあと、区分認定調査および障害年金申請手続きのために入所されている施設に赴くことにした。こうして斉藤氏が20歳の誕生日を迎えた後の11月に施設訪問をし、区分認定調査および年金申請手続きを行なった。1級の年金支給の決定、入所施設退所の準備が整い、22年4月に秋川ハイムへの移行が無事に実現した。当時はケースワーカーになって2年目であり、まだまだ不慣れな部分もあったが、今回のような入所施設からの地域生活移行というケースを担当できたことは、勉強になった。

秋川ハイムの受け入れ準備について統括主任の石井氏からの提言からまとめる。秋川ハイムは2010年4月に開設されたが、最初の入居希望者の一人に斉藤氏がいたわけである。秋川ハイムは都内でも数少ない知的障害の重い方を対象にしたケアホームとして開設予定だったので、斉藤氏のように重度であるが身体障害が主の方が入居してうまくマッチングできるのか、一抹の不安を抱きながら受け入れ準備を進めたのを記憶している。また所持金が少ないため、入居時点での生活費や家賃をまかなうにはどうするか。そこで家賃助成がぜひ必要だが、助成期間が3ヶ月1回では赤字になってしまう。助成期間の融通ができないか。こうした課題を福祉行政の理解も得ながらなんとかクリアし、斉藤氏の自立生活が始まった。しかし入居当初は、テレビやゲームばかりで、居室の3階からなかなか降りてこない。入居者との交流がむずかしいのではないかと心配したが、まず女性職員を受け入れるところから、だんだんと自分の居場所を見つけられるようになった。外出もはじめガイドヘルパーの時間数が16時間であったが、積極的に外出するようになり、中村氏にお願いして19時間に延長してもらうほどになった。こうしてケアホームが最終地ではなく、一人暮らしをも展望した自立の課題を明確にしていくような時点に来ていると思う。

6. 本人の思いを支える

最後に当事者である斉藤氏の提言をまとめる。いま秋川ハイムで生活をしているが、過去を振り返ると、いいことのみでなく、つらいこともあった。今、皆さんのお話を聞いて、いろいろな人に支えられてきたことがわかる。しかし、家庭や学校を離れて転々としたつらい生活を体験したので、今回もいきなり秋川ハイムの生活が始まり、なれない当初はこれからどうなるのか、また転々とするのではないかと心配もあった。1年以上がたち、先月頃からだいぶ生活になれてきた。中学部3年ごろ、伊藤先生から指導を受けていた当時、全然できないことが多く、人とのコミュニケーションをとることも苦手だったが、やってみたらできるようになった。そういうことを思い出す。これからいろいろと体験し、努力していきたい。いまは、東京に?れて本当によかった。今日はまわりの先生や人々の動きがすべてわかって、感謝の気持ちを実感している。現在の生活は、西多摩療育支援センターの就労継続支援で週3回働いている。喫茶のウェーター、レジ、清掃などの仕事を担当している。将来は一人で生活し、外出できるようになりたい。現在はガイドヘルパーと外出し体験を広げている。(19時間の)時間数を

もっと増やしてほしい。将来は電動車いすの購入とか、いろいろな希望を持っている。

パネリストの提言が終わり、40分ほど協議を行なった。その中で斉藤氏への質問と支援者への質問等についての応答をまとめておく。まず、斉藤氏には、東京に?りたいという気持ちを持ち続けることができた理由は何かという質問等に対して、やはり家族と離れることのつらさ、特に弟のことが心配でなかったことがある。中学部当時までは、先生や支援者、親が言うことだから従うという気持ちが強かった。高等部時代の卒業前のつらい施設入所であったが、このままでは自分だけでなく、家族もだめになってしまうのではないかという、自分の判断に従った。今は家族との関係もうまくいっているし、弟の就職も皆さんの力で実現していただき、うれしい。

パネリストには、支援のあり方に関する質問が多かった。本人中心、自己決定と主体性を尊重する支援とは、新しい専門家像とはというテーマに関しては、本人からのオーダーメイドによる支援の探求、ルーティンワークでやっている。マニュアル化に陥りやすいので、やらないことをやってみるという脱マニュアル化。どこかのコピーでない支援の探求。一人でできないことを協力して作りだしていく支援。一人一人に向き合う人生支援。「すみません」という気持ちと言葉が関係機関との連携と協力をつくりだす。これらが応答に見る提言であった。

分科会3

工学「総合リハビリテーションに生かす工学 ―支援技術の産業化へ向けて―」

【座長】

山内繁(早稲田大学研究推進部参与)

松本吉央((独)産業技術総合研究所知能システム研究部門グループ長)

【第1部:使われる支援技術の開発とその持続的提供】

1) スポーツ用義足の開発について 沖野敦郎((財)鉄道弘済会義肢装具サポートセンター)

2) 支援機器の開発と臨床評価 田中 理(横浜市総合リハビリテーションセンター顧問)

3) DAISY の開発と展開について 河村宏((特)支援技術開発機構副理事長)

【第2部:支援ロボットの産業化へ向けた取り組み】

4) マイスプーンの開発と産業化 石井純夫(セコム(株)IS 研究所) 麩澤孝(全国頸髄損傷者連絡会)

5) 支援ロボット産業化における課題(安全, コスト)

大場光太郎((独)産業技術総合研究所知能システム研究部門副部門長)

6) パナソニックの取り組み 北垣和彦(パナソニック(株)生産革新本部ロボット事業推進センター参事)

7) 大和ハウスのロボット事業 田中一正(大和ハウス工業(株)ロボット事業推進室室長)

要旨

本分科会は、「総合リハビリテーション」により広い工学の人が参加し、当事者と一緒に知恵を出し合って考えていくべきである、という趣旨で昨年に引き続き企画されたものである。従来のリハ工学での支援機器の多くは、オーファン・プロダクツとして個々のユーザへの適合を重視し処方されてきたが、今後より広い工学の支援技術を多くの障害者へ届けるためには、できるだけ多くのユーザに使ってもらえる製品を開発し、産業として成り立たせることが不可欠である。本分科会の前半では「使われる支援技術の開発とその持続的提供」と題してリハ工学の専門家にご講演頂き、後半では「支援ロボットの産業化へ向けた取り組み」と題して、企業を中心としたサービスロボット分野の方々にご講演を頂いた。今後の支援ロボットの普及へ向けて、活発な情報交換を行うことができた。

(本文共・松本吉央)

はじめに

本分科会は、障害(生活機能低下)のある方々が困っている点をどのように解決するのか、よりよい生活・人生をどうデザインしていくのかを、従来のいわゆる「リハビリテーション工学」だけでなく、より広い工学(建築や、新たな分野であるロボット工学、サービス工学を含む)の専門領域の人が当事者と一緒に知恵を出し合って考えていくべきであるという趣旨で、昨年に引き続き企画されたものである。

従来のリハ工学での支援機器の多くは、オーファン・プロダクツとして個々のユーザへの適合を重視し(=一対一)処方されてきたが、今後より広い工学の支援技術を多くの障害者へ届けるためには、できるだけ多くのユーザに使ってもらえる(=一対多)製品を開発し、産業として成り立たせることが

不可欠であると考えられる。しかし、我が国の支援機器市場は 2000 年以降、年率成長率が 0.8% 程度にとどまっており、国内市場のみでは成長産業としての期待に答えることは容易ではない。

そこで本分科会では、支援機器をどのように産業として成立させるかという視点で、これまでの成功例と現状の課題・取り組みについて講演していただいた。前半では、「使われる支援技術の開発とその持続的提供」と題して、リハ工学の専門家3名に、これまでのリハ工学における成功例をご講演いただいた。技術の普及のさせ方、開発費用やユーザの費用負担などについてもご講演いただいた。後半では「支援ロボットの産業化へ向けた取り組み」と題して、企業を中心としたサービスロボット分野の開発者側の4名の方々に、支援ロボット開発の進め方、普及に向けた工夫や苦労話についてご講演をいただいた。

各講演の概要は次の通りである。

■第1部:使われる支援技術の開発とその持続的提供

講演1:スポーツ用義足の開発について

沖野 敦郎((財)鉄道弘済会義肢装具サポートセンター)

本格的な競技までは望まないが、スポーツレクリエーションへのモチベーションが高い下肢切断者は多い。しかし、専用の部品が少ないこと、製作機会、使用機会が少ない、活動拠点の環境が整っていないなどの問題があり、なかなか普及していないのが現状である。そこで、下肢切断者のスポーツを通じたノーマライゼーションを促し、競技人口の倍増を目的としてスポーツ用義肢部品の開発、実用化を行なっている。

我が国の技術を持ってすれば、スポーツ用義足のパーツ製作は難しいことではないが、国内ではほとんど開発・製造されていない。そこで義肢サポートセンターと今仙技術科学研究所、慶應大・山中俊治デザイン研究室が共同で、下肢切断者のスポーツを通じたノーマライゼーションを目的に、(1)疾走用膝継手(走り易い義足)、(2)ステップ用膝継手(サイドステップをすることができる義足)、(3)子供用足部と足部カバー(学童でも健常者と同じように体育を行えるように)、(4)デザインモデル(「美しいスポーツ義肢」を題材にしたデザインから実用可能なモデル)の開発を行った。

また、スポーツ用義足パーツを使用できる環境作りも重要である。義肢サポートセンターの業務とは別に、切断者スポーツクラブ「ヘルスエンジェルス」という活動を行なっている。このクラブでは、義肢装具士はもちろんのこと、理学療法士・医師・エンジニアが参加し、切断者のスポーツ活動を支えている。

講演2:支援機器の開発と臨床評価

田中 理(横浜市総合リハビリテーションセンター顧問)

横浜市総合リハビリテーションセンターでは、10年ほど前にある企業から委託され実施した福祉機器の臨床評価をきっかけにして、従前から行っていた外部からのこのような依頼に応えるサービスの受け入れ方を見直し、福祉機器の共同研究・臨床評価受託事業を正式にスタートさせた。受託件数はすでに100件を超えているが、このうち約40%のものが商品化にまで結びついており、提供する

臨床評価サービスが福祉機器の商品開発に有効的に作用していることがうかがえる。本事業の最大の特徴は、当センターの在宅リハビリテーションサービスを通して福祉機器の利活用に精通した医療職、福祉職はじめ、福祉機器の個別製作サービスや研究開発に精通した工学職がチームを組んで対応することで、評価プログラムの作成と実証実験、問題点の指摘と改善点の提案など、商品開発に有効となる臨床評価を、企業と利用者という二つの視点を意識して実施していることである。

講演3:DAISYの開発と展開について

河村 宏((特)支援技術開発機構副理事長)

DAISYとはDigital Accessible Information SYstemの略で「アクセシブルな情報システム」と訳される。視覚障害者や普通の印刷物を読むことが困難な人々のためにカセットに代わるデジタル録音図書の国際標準規格として、50カ国以上の会員団体で構成するデイジーコンソーシアム(本部はスイス)により開発と維持が行われている。1986年に東京で開かれたIFLA(国際図書館連盟)の大会での専門家会議で、視覚障害者のためのデジタル録音図書の標準化が国際的に議論されたところからはじまった。カセットテープによる録音図書が互換性喪失の危機にさらされたことから、コンソーシアムが設立され、オープンスタンダードとして開発が進められた。その開発・評価には、30カ国が加わり、約千人の視覚障害者も参加した。DAISYは視覚障害者のほかにも学習障害、知的障害、精神障害の方にとっても有効であることが国際的に広く認められてきており、出版物利用に障害がある人々のための代替図書の国際標準規格として確立している。他の規格との関係でいうと、ウェブW3Cの標準技術であるXHTML、音声と静止画、動画、テキストを同期させるSMILがDAISYの仕様に取り入れ、また近年、急速に普及している電子書籍のEPUBとも互換性を持つように連携しながら、現在も開発が続けられている。

■第2部:支援ロボットの産業化へ向けた取り組み

講演4:マイスプーンの開発と産業化 —研究者と当事者の立場から—

石井 純夫(セコム(株)IS研究所) 魅澤 孝(全国頸髄損傷者連絡会)

食事支援ロボット「マイスプーン」とは、セコムが開発し販売している上肢の不自由な人の食事をサポートするロボットである。ユーザが顎や手先などで行うジョイスティック操作に従って、スプーンとフォークが取り付けられたアームが食事トレイの食べ物をつかみ、口元まで運ぶことができる。これにより、上肢が不自由な人でも自分の選んだものを自分のペースで食べることができる。

その研究開発はセコムにて食物の把持などの基礎研究からスタートしたが、国立障害者リハビリテーションセンター研究所から紹介を受けて、当事者(魅澤孝氏)がマイスプーンの研究開発に参画した。その後、(財)テクノエイド協会の研究開発助成を受け、さらに多くの医療専門家を加えてプロジェクトチームを結成して試作と評価を繰り返し、実用化を果たした。

2002年には日本国内での実用化を実現し、2006年に厚生労働省により福祉用具の助成対象である「日常生活用具」に「食事」が追加され、公的助成が受けられる道が開けた。2011年8月末現在、全国で4市の地方自治体に認められており、助成エリアの拡大を目指している。また2004年には現

地の販売会社からの依頼を受けて、オランダでの販売を開始した。北部ヨーロッパにはマイスブーンを助成対象とする国が多く、その後販売国を増やし、7カ国で展開中である。助成制度は利用者の経済的負担を大きく低減するため、支援技術の普及・産業化のためには、助成制度の対象となることが重要である。また、従来制度(日常生活用具など)の他に、新しい制度(ロボットなどの新技術を対象にしたもの)の創設が期待される。

講演5:支援ロボット産業化における課題

—NEDO 生活支援ロボット実用化 プロジェクトの紹介を中心に—

大場 光太郎(独)産業技術総合研究所知能システム研究部門副部門長)

生活支援ロボットについては対人安全技術・安全基準が確立されておらず、市場に委ねているだけでは本格的な普及が望めない状況である。そこで、NEDO 生活支援ロボット実用化プロジェクトでは、(1)生活支援ロボットとして本格的普及が期待されるロボットを対象として、対人安全性基準、及び基準適合性評価手法を確立し、(2)さらに、安全性基準を国際標準とするよう提案し、我が国発基準及びロボットの海外市場への普及を図ることを目的とした研究開発が行われている。また、このプロジェクトにおいて、2010 年末に「生活支援ロボット安全検証センター」がつくば市内に設立された。

生活支援ロボットの安全性認証を行うに際しては、ハザードが大きくなり接触頻度の多い組み込みシステムに対して、原子力プラントなどと同じ基準で安全性を議論・設計することは、安全性確保に多大な初期投資を企業に課すこととなり、産業育成上好ましくないため、このようなシステムの安全についての議論が必要不可欠である。また、認証についてもドイツ、アメリカ、日本など国によって製造者側と顧客側の認証に対する意識調査は大きく異なることが調査の結果分かってきており、日本として進むべき方向を探っている。

講演6:パナソニックの取り組み

—ロボット単体からシステムソリューションへ—

北垣 和彦(パナソニック(株)生産革新本部ロボット事業推進センター参事)

パナソニックは現在、電動ベッド、車椅子、及び介護施設の経営等の介護・福祉事業に取り組んでおり、介護・福祉分野のロボット開発と事業展開にも取り組んでいる。以下の3つのアプローチが特徴である。

(1)社会センシング:センサネットワーク(ユビキタス家電、見守りシステム・ロボット、通信技術)を活用して高齢者の位置情報をセンシングする。個人毎の生活機能の情報と組み合わせることで、適切なサービスを提供する。

(2)リハビリ支援:ゲームを楽しみながらリハビリを支援する「デジタルミラー」を開発中である。将来的には単にリハビリ機器を提供するだけでなく、リハビリ支援ソフトの提供、リハビリ支援トレーナーの派遣事業も検討している。

(3)自立支援:ベッドが車いすに変形する「ロボティックベッド」を開発した。これにより、ユーザはより自立した生活を自らの意志で送ることが出来るようになる。

重要なポイントはロボット単体での生活場面毎の課題解決ではなく、システムソリューションによる生活全体・社会全体の課題解決である。システムソリューションとして事業化することで、企業にとっては事業規模を確保することができる。また、ロボットのインフラは、スマートグリッド、スマートハウスなどのエネルギーマネージメントのインフラと共有化することが可能である。

講演7:大和ハウスのロボット事業

田中 一正(大和ハウス工業(株)ロボット事業推進室室長)

大和ハウスは住宅会社として、ロボット技術を活用して健康管理・省エネ・見守り・家事支援などができる居住空間を創ることを目指しており、「HAL」や「パロ」の販売を行う事業を展開している。

人支援ロボットスーツ「HAL (Hybrid Assistive Limb)」は装着する事によって、身体機能を拡張したり増幅したりできる世界初のスーツ型ロボットである。人が筋肉を動かそうとしたときに皮膚表面に漏れ出してくる微弱な電気信号を皮膚表面に貼り付けられたセンサで読み取り、各パワーユニットを制御して、装着者の動作をアシストする。「HAL」は、このような生体電位信号を検出し動作する「随意的制御システム」と、人の基本動作をパターン化しあらかじめプログラムされた「自律的制御システム」の二つの制御システムを統合したロボットである。

また、メンタルコミットロボット「パロ」は世界 30 ヶ国で約 1800 体が販売されている。今まではほとんどがペットの代替としての販売であったが、本来の開発の目的であるアニマルセラピーとしての活用も広まってきた。アメリカの FDA(食品医薬品局)の承認もされており、心理的・生理的・社会的な効果も実証されている。また、米イリノイ州では看護師等の資格維持のための年間 30 時間(30 ユニット)義務付けられている継続教育ユニットの1つに、パロに関する講義の1時間(1ユニット)が Professional Regulation から正式認定された。

おわりに

工学的手法を応用したリハビリ効果(特に長期間での)を示すことの重要性と難しさについてはよく議論されているが、アメリカの VA(退役軍人省)／DOD(国防総省)の脳卒中ケア(2010 年発行)の指針に、「上肢に関しては、従来のセラピーに補助的にロボットを用いたリハビリを加えることは推奨される」等の記述が入り、治療法の選択肢としてロボットを利用したリハビリが認知されはじめたことがうかがえる。また、Hocoma 等のリハビリ機器の開発メーカーによる業界団体として IISART (Int. Industry Society in Advanced Rehabilitation Technology) も立ち上がっており、ロボット技術を用いたリハビリ機器の産業化の動きも加速している。日本のメーカーはこのような世界的な動きに乗り遅れずに得意の工学技術を活かして、国内にとどまらず世界の支援ロボット・支援機器の市場を牽引していくことが期待される。

分科会4

医療「一貫したリハビリテーションサービスを総合的に提供するために

—総合リハセンターの果たすべき役割と機能—

【座長】

吉永勝訓(千葉県千葉リハビリテーションセンターセンター長)

伊藤利之(横浜市総合リハビリテーション事業団顧問)

1)脳性麻痺の早期発見・早期療育から青年期へ

川田英樹(MD・とちぎリハビリテーションセンター) 福原啓子(SW・横浜市戸塚地域療育センター)

2)脳卒中片麻痺の急性期治療から就労へ

吉村理(MD・広島市総合リハビリテーションセンター) 渡邊佳代子(SW・広島市総合リハビリテーションセンター)

3)頭部外傷に伴う高次脳機能障害の医学的リハから就労へ

青木重陽(MD・神奈川県総合リハビリテーションセンター) 生方克之(SW・神奈川県総合リハビリテーションセンター)

4)頸髄損傷の外科的治療から地域・在宅生活へ

小川鉄男(MD・名古屋市総合リハビリテーションセンター) 尋木佐一(SW・名古屋市総合リハビリテーションセンター)

【コメンテーター】

中島八十一(MD・国立障害者リハビリテーションセンター)

酒井郁子(Ns・千葉大学大学院看護学研究科)

要旨

各地の総合リハセンターがそれぞれに管轄する地域において、一貫したリハサービスを総合的に提供する上で果たすべき役割と機能について、疾患別に検討した。今回は、脳性麻痺、脳卒中片麻痺、高次脳機能障害、頸髄損傷に対する取り組みをテーマとしたが、いずれも対象疾患の減少、重度・重複化、高齢化などが進んでおり、総合リハセンターといえども既存サービスの枠組みでは対応しきれない状況にある。一方で、高次脳機能障害などの新たな障害への取り組みでは、医療や介護保険の裏づけが乏しく、現状では、経営効率の面からも総合リハセンターでしか取り組めない課題であり、それ故に新たな枠組みを構築する可能性も秘めている。今後は、各センターがそれぞれの分野で新たなリハシステムを構築し、情報交流する必要があるだろう。(本文共・伊藤利之)

1. はじめに

今年度は、各地の総合リハビリテーションセンター(リハビリテーションは、以下リハと略す)がそれぞれに管轄する地域において、生誕から青年期、発症から地域生活に至るまで、一貫したリハサービスを総合的に提供する上で果たすべき役割と機能について、疾患別に、医学的リハを中心に検討した。

2. 各センターにおける取り組みの現状と課題

1) 脳性麻痺の早期発見・早期療育から青年期へ

川田 英樹(MD・とちぎリハビリテーションセンター)

福原 啓子(SW・横浜市戸塚地域療育センター)

とちぎリハセンターは、1960年に設立された「県立肢体不自由児施設」を出発点としている。その後、1973年に「県立身体障害医療福祉センター」に拡充、2001年に、これを引き継ぐとともにリハ病院や心身障害児総合通園センター、知的障害者更生相談所を新たに付加した「とちぎリハセンター」が開設された。

脳性麻痺に対する実際の支援は、リハ病院診療部(外来)において0歳児から対応し、3歳前後で総合通園センターに引き継がれるシステムである。その後は小学校入学と同時に、療育センターの入所児を除き再びリハ病院診療部において概ね18歳までフォローするが、高校を卒業後に駒生園(身体障害者更生施設)を利用して社会生活訓練などを行う場合もある。またこれとは別に、総合相談部(障害者更生相談所など)では、身障手帳の発行、福祉用具の提供や住宅改修の相談などに応じて側面から支援している(図1)。

リハセンターとしては、主に障害児を中心とした複合施設として活動してきた利点を生かし、乳幼児から成人に至るまで、自立と社会参加促進のために切れ目のないサービス提供体制を構築してきた。しかし最近では、脳性麻痺児が減少(1998年に比べて2010年では約1/3に減少)して広汎性発達障害児が増加するなど対象児の障害像が大きく変化しており、サービス提供の重点は肢体系から知的・精神系へとシフトしている。今後は脳性麻痺児に対するサービス体制を維持しつつも、広汎性発達障害児へのサービス提供のニーズが質量ともに高まることが予測されるため、その充実を図る必要がある。

ソーシャルワーカーの役割は、就学前では主に保護者支援にある。保護者とともに歩き、家族全体を見つめ、保護者の本音を把握することに神経を集中させている。具体的には、①保護者の障害理解への支援、②保護者自身の生活再構築への支援、③療育関係者と保護者の二人三脚の支援などである。学齢期では、①家庭から学校への移行支援、②徐々に、保護者支援から自我に目覚めてくる本人支援へとシフトしていく態勢づくり、③母子一体から母子分離、さらに本人の自立に向けて青年期を迎える準備などであり、保護者支援・本人支援、機関連携のマネジメントが特に重要である。成人期への移行支援では、医療から福祉:①現状や課題の確認、②訓練やフォロー頻度の見直し、③転科時期の検討など。学校から地域生活:①プレ生活訓練プログラム利用の適否、②生活訓練・社会参加プログラム利用の適否、③社会制度・地域資源案内の必要性、④介助・介護負担の軽減:在宅リハサービス利用の適否などである。ちなみに今後の課題としては、①学齢期におけるプログラムの開発、②保護者が子どもの将来像を考えられるような支援のあり方の検討、③小・中・高校期を通して、教育・福祉が連動した一貫性のある広域的支援システムの構築、④二次的合併症への対応を含む医療としてのフォローアップ体制の確立などが挙げられる。



図1とちぎリハセンター —脳性麻痺児者への支援—

2)脳卒中片麻痺の急性期治療から就労へ

吉村 理(MD・広島市総合リハビリテーションセンター)

渡邊 佳代子(SW・広島市総合リハビリテーションセンター)

広島市総合リハセンターは 2008 年に開設した新しいセンターで、総合相談部門(総合相談室:身体障害者更生相談所), 医学的リハ部門(リハ病院:回復期病棟 100 床), 社会的リハ部門(自立訓練施設 50 床)の3部門からなる地域リハ活動の拠点施設として、障害者の地域における生活の再構築を支援している。

病院部門が回復期リハ病棟 100 床を有していることもあり、脳卒中者の利用が多く(67%), なかでも若年者の就労に関する相談業務が増加傾向にある。サービスの時期と内容に関しては、急性期病院からの紹介患者を受け入れる形で、その後の回復期リハ病棟(自宅復帰率:約 70%)における医学的リハ(亜急性期)と自立訓練施設における社会・職業リハが主体である(図2)。

回復期以後の一貫したリハの成果として何らかの就労に至ったのは、回復期リハ病棟入院患者 127 人中 23 人(18%), 自立訓練施設では 12 人(12%)であった。ちなみに、回復期リハ病棟からは元の職場への復帰が多く、自立訓練施設においては福祉的就労(地域作業所など)が多かった。

就労におけるソーシャルワーカーの役割は、①心身機能と活動性を最大限に生かす工夫をする、②就労の目的を確認する:本人の QOL や家族の経済面などを考慮する、③発症前に比べ、失ったことや得たことを確認する:医学的評価, 本人・家族・職場の評価を把握し調整する、④就労時の役割設定を調整する:業務内容・通勤方法・勤務時間などを産業医や上司と連携し調整する、ジョブコーチなど就労支援事業制度の利用を支援する、⑤就労時の給与と生活保障の確認をするなど、多岐にわたっている。

しかし就労を実現するには、①雇用する側の受け入れに対する柔軟な対応が不可欠である(就労できるかどうかは本人の能力にかかわらず、雇用する側の判断で大きく左右されやすい)、②障害に対する周囲の人たちの理解が重要である(高次脳機能障害など傍目には分かりにくい障害への理解がないと就労後もうまくいかない)、③本人や家族の就労に対する考え方に違いがあるため、本人と家族間の調整が必要など、乗り越えなければならない多くのバリアがある。年齢が比較的高く、肢

体系障害に加えて失語症や記憶障害、遂行機能障害などの高次脳機能障害を随伴することの多い脳卒中者の就労は、一貫したサービスを提供している総合リハセンターにおいても決して容易ではない。

今後は、多くの要因を整理・分析するとともに、医療・会社・行政との連携やチーム形成を支援するなど、就労支援の方法論を確立する必要がある。

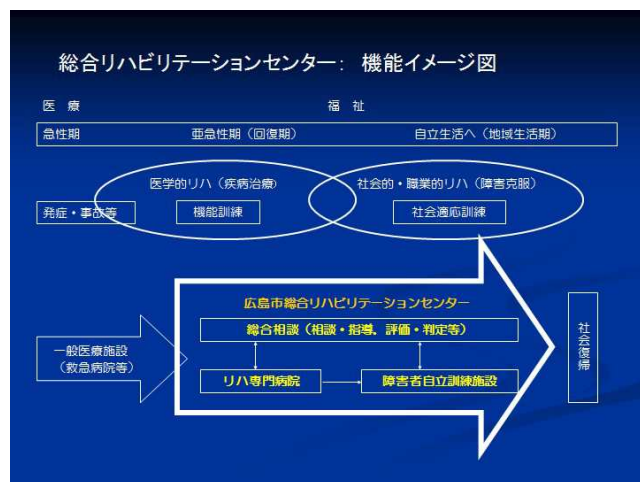


図2 広島市総合リハセンター —脳卒中片麻痺者への支援(イメージ図)—

3) 頭部外傷に伴う高次脳機能障害の医学的リハビリテーションから就労へ

青木 重陽(MD・神奈川県総合リハビリテーションセンター)

生方 克之(SW・神奈川県総合リハビリテーションセンター)

頭部外傷へのアプローチでは、機能障害の回復、適応力の変化、障害認識の変化、本人の歴史や内面世界の変遷、それに社会制度や帰属先環境などの諸要素を踏まえながら総合リハを提供することが望ましい。そのため、神奈川県総合リハセンターでは、急性期医療、医学的リハ、社会的リハ、職業リハ・社会参加支援の4段階に分け、それぞれの時期に適宜適切なサービスが提供できる体制を整備してきた(図3)。

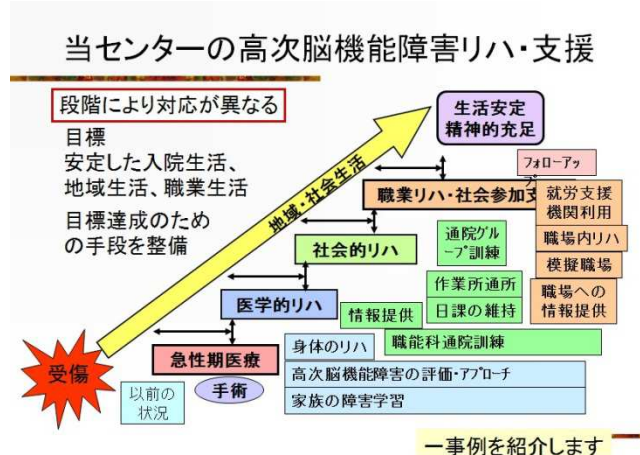


図3 神奈川県総合リハセンター —高次脳機能障害者への支援—

彼らを支援する際の問題は、①他の疾患に比べて回復スピードが遅く長期間を要するため、望ましい入院時期との間にギャップが生じる可能性がある(意識障害・行動障害が強い場合や退院後に評価をすべき場合など)、②グループ訓練や臨床心理士の介入が望ましいが、診療報酬の裏付けが乏しい、③地域の福祉機関は、本人の認知機能や気づきの変化に合わせた医療機関との連携や就労支援機関との連携が求められる、④コーディネーターには、一般的なケアマネージャー以上に障害に対する理解と専門知識が求められるなど、既存の医学的リハの枠組みでは対応しにくいことである。そのため、一般の回復期リハ病棟ではもちろん、総合リハセンターにおいても対応に苦慮することが多く、医療機関、地域機関、就労支援機関、家族会などを併せた支援が可能になる、高次脳機能障害に特化したリハシステムの構築が必要である。

2001年から始まった「高次脳機能障害支援モデル事業」では、その障害特性を踏まえ、医療、障害福祉、介護保険、労働に関する諸制度の支援機能を調整する役割や、個別支援と機関連携などを担うコーディネーターが必要とされ、2006年施行の障害者自立支援法では、都道府県地域障害者支援事業の中に高次脳機能障害支援普及事業が位置づけられ、拠点施設にコーディネーターが配置された。これにより神奈川県総合リハセンターでは、アウトリーチ活動が可能なコーディネーターが媒介となり、地域の関係機関と連携した種々の支援を展開するなど、総合リハセンターの機能提供に幅ができた。

なお、彼らに対するリハ支援とソーシャルワーカーの役割については、国際生活機能分類(ICF)に照らして図4に示した。

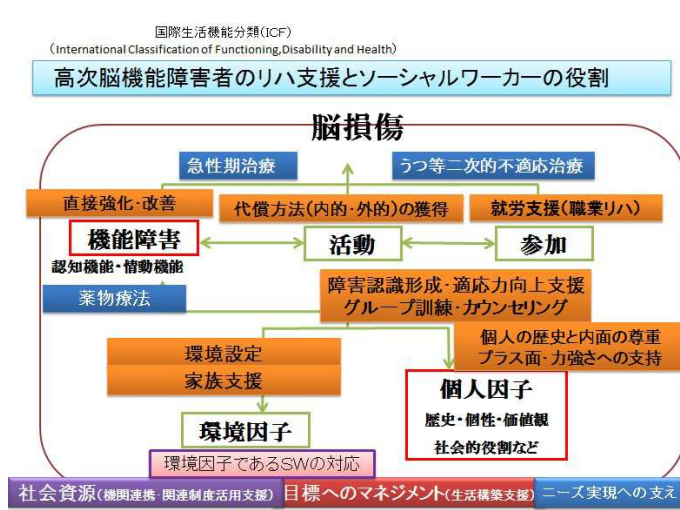


図4 高次脳機能障害者のリハ支援とソーシャルワーカーの役割

4) 頸髄損傷の外科的治療から地域・在宅生活へ

小川 鉄男(MD・名古屋市総合リハビリテーションセンター)

尋木 佐一(SW・名古屋市総合リハビリテーションセンター)

頸髄損傷者に対する名古屋市総合リハセンター附属病院の役割は、①ADL 予測、リスク管理(慢

性期合併症), ②機能訓練(残存能力, ADL など), ③その他の治療的介入, ④環境整備・介護者指導, ⑤社会的リハの紹介・導入, ⑥地域医療機関への情報提供, フィードバックで, 医療・社会的リハのワンストップ機能を果たすことである。しかし最近では, 障害の重度・高齢化が進み, 一方で就労に向けた長期間の介入が必要な人たちが増えるなど, センター附属病院のみの対応では困難なことが多くなってきたため, 重度者には市内の労災病院の協力を得てリハ医療が継続できるようにしている。すなわち, 治療や医学的リハについては労災病院と連携しつつ, その後の環境整備, 介護者指導, 社会・職業リハ, 在宅生活支援などについては共有している関係にある(図5)。ちなみに, 総合リハセンターの在宅支援部門が提供しているサービスとしては, 自助具の製作や IT サポート支援, スポーツ活動支援, 介助犬相談・認定, 生活相談支援などがある。

このような地域環境の中で, 現状において総合リハセンターが求められている機能は, ①必要なサービスに的確にアクセスできる相談窓口の実現, ②ニーズを社会化し内部のニーズ充足機能につなぐ情報の窓口機能の充実, ③センターの機能を外部に十分に伝え, ニーズを発掘する広報機能の拡充, ④利用者の主体性を尊重した相談援助が行えるソーシャルワーク機能の向上などである。

また, 今後に求められる機能は, ①病院部門と自立支援部門(自立訓練や就労移行支援だけでなく, 家庭生活, 社会参加, 趣味・文化活動, 旅行, スポーツ活動などの支援を含む)の連続性が確保されたシステムの構築, ②在宅障害者の再評価・訓練機能を有したリハシステムの構築, ③複合障害に対応力のあるリハシステムの構築, ④地域が求める専門知識の提供に応えるシステムの構築などであり, 総合リハセンターが相談機関の核となり, 急性期を含めた多施設でのシームレスなリハが提供できる体制を構築していきたい。

3. 議論のまとめ

総合リハセンターは, その名の通りあらゆる障害に対応できるシステムをもつべきかもしれないが, 実際には, 設立された時代背景や地域特性, あるいは設立主体である行政組織の縦割りや専門職間の連携の不十分さから, それぞれの充実程度に偏りがあることは否めない。とりわけ近年は, 対象とすべき障害像が大きく変化しており, 既存の枠組みでは対応しきれない状態に陥っている。そのため, 疾患・障害別に総合的で一貫したリハサービスを提供できている状況にはない。

今後は, 対象疾患・障害, 法制度などのゆくえをしっかりと見据え, それぞれのセンターが県や市の障害児者の中核センターとして機能するとともに, 各センター間の情報交流と連携を前提として, それぞれが得意とする疾患・障害別の一貫したリハシステムを構築することが重要である。

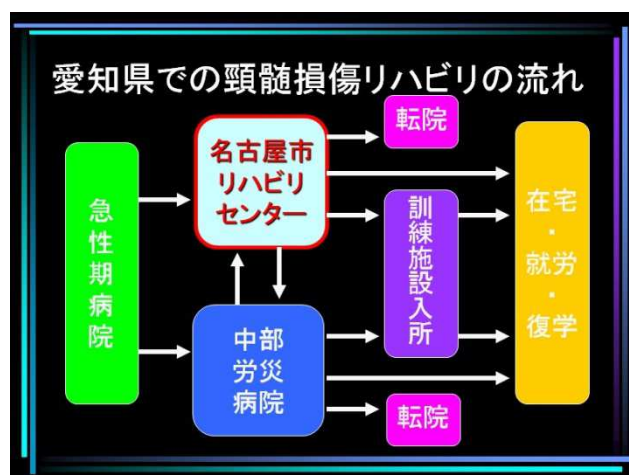


図5 愛知県における頸髄損傷リハの流れ

第34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新生をめざしてⅡ ～

日時：2011年9月30日(金)～10月1日(土)

会場：全国社会福祉協議会・灘尾ホール
(千代田区霞が関3-3-2 新霞が関ビル LB階)

参加費：一般3,000円、学生1,000円

主催：公益財団法人 日本障害者リハビリテーション協会

後援：(順不同・依頼中)

内閣府、厚生労働省、文部科学省、国土交通省、経済産業省、消費者庁、
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

同時開催

研修会

ICF：専門家間、そして当事者と専門家間の共通言語

9月30日(金) 18:00～21:00

参加費：2,000円、800円(学生)

※総合リハ研究大会参加者は、1,000円、600円(学生)

総合リハビリテーション研究大会とは

リハビリテーションとは「全人的復権」という意味の言葉で、医療だけでなく、総合的なものです。本研究大会は、さまざまな分野の専門家と当事者が力を合わせて「総合リハビリテーション」を一緒に考えていくことが特色です。

第34回の趣旨

リハビリテーションをめぐる状況は大きく変化しています。生活機能の低下のある人々(高齢者や慢性疾患患者など)や、関与する専門職が増え、また当事者(患者・障害者・利用者、そしてその家族)の積極的な参加が必要になり、真の連携のシステム・プログラムが必要となってきました。

「総合リハビリテーション」のあり方や進め方について再考し、原点に戻って皆で力を合わせてつくっていくのが大きな課題です。そこで、昨年から3回(3年)連続して「総合リハビリテーションの新生」という共通テーマを掘り下げていくこととしています。

これまでの固定観念を一度取り払って、新しいリハビリテーションを作りましょう。

プログラム

1 日目

9月30日(金)

10:00~12:30

開会挨拶 金田 一郎 (公益財団法人 日本障害者リハビリテーション協会 会長)

記念講演1 ヤン・アルネ・モンสบアッケン
(国際リハビリテーション協会 (Rehabilitation International : RI) ノルウェー会長/RI次期会長)

記念講演2 上田 敏 (日本障害者リハビリテーション協会 顧問/元東京大学教授)

13:30~17:00

シンポジウム1 総合リハビリテーションと障害者制度改革

コーディネーター

藤井 克徳 (日本障害フォーラム (JDF) 幹事会議長/日本障害者協議会常務理事)

シンポジスト

阿部 一彦 (日本身体障害者団体連合会 理事/被災障害者を支援するみやぎの会 代表)

大川 弥生 ((独) 国立長寿医療研究センター研究所 生活機能賦活研究部 部長)

尾上 浩二 (DPI日本会議 事務局長)

清原 慶子 (三鷹市長)

久松 三二 (全日本ろうあ連盟 事務局長)

2 日目

10月1日(土)

9:30~10:50

各分野からみた総合リハビリテーション 各分野のトピックと最新動向 (分科会テーマを中心に)

座 長: 寺山久美子 (大阪河崎リハビリテーション大学 副学長)

発表者: 松矢 勝宏 (目白大学 客員教授)

山内 繁 (早稲田大学研究推進部 参与) / 松本 吉央 ((独) 産業技術総合研究所 知能システム研究部門 グループ長)

伊藤 利之 (横浜市総合リハビリテーション事業団 顧問)

松井 亮輔 (法政大学 名誉教授)

11:00~12:30

シンポジウム2 総合リハビリテーションの視点から災害を考える —東日本大震災での取り組み: これまでとこれから—

座 長: 大川 弥生 ((独) 国立長寿医療研究センター研究所 生活機能賦活研究部 部長)

1) 生活機能をターゲットとした取り組み

大川 弥生 ((独) 国立長寿医療研究センター研究所 生活機能賦活研究部 部長)

2) 心のケア・精神科からの取り組み

丹羽 真一 (福島県立医科大学医学部神経精神医学講座 教授)

3) 介護としての新たな取り組み

舟田 伸司 (日本介護福祉士会 災害担当理事)

4) 当事者団体としての取り組み

阿部 一彦 (日本身体障害者団体連合会 理事/被災障害者を支援するみやぎの会代表/東北福祉大学 教授)

5) 自治体としての取組み

後藤 敬二 (仙台市若林区役所障害高齢課 課長)

6) 教育からの取り組み

丹羽 登 (文部科学省初等中等教育局特別支援教育課 特別支援教育調査官)

●分科会1

労働・雇用「障害当事者のニーズを中心とした就労支援のあり方を考える
—当事者参加の支援計画の策定と実施をめぐる関係機関の連携—」

座長：松井 亮輔（法政大学 名誉教授）／木村 伸也（愛知県医科大学医学部 特任教授）

- | | |
|--------------|--------------------------------|
| 1) 教育機関 | 近田 求（東京都立板橋特別支援学校 進路指導担当教諭） |
| 2) 就労移行支援機関 | 井上 忠幸（東京コロニー 事務局長） |
| 3) 就業・生活支援機関 | 矢野 直子（町田市障がい者就労生活支援センター・レッツ所長） |
| 4) 企業 | 木村 良二（OKIワークウェル 前社長） |

助言者：関 宏之（広島国際大学医療福祉学部 教授）

●分科会2

子ども「関係機関が連携した地域生活移行に向けた取り組み
—肢体不自由の子どもの学齢期から青年期までの連携による事例報告—」

座長：松矢 勝宏（目白大学 客員教授）／吉川 一義（金沢大学人間社会研究域学校教育系 教授）

- パネリスト：中村 敏之（青梅市健康福祉障がい者福祉課 認定サービス係）
 伊藤 泰広（（福）鶴風会西多摩療育支援センター上代継診療所 理学療法士）
 石井 洋征（（福）同愛会秋川ハイム 統括主任）
 金子 直生（（福）同愛会日の出福祉園生活介護事業 担当課長）
 田畑 實（東京都立あきる野学園相談支援センター 主幹教諭）
 小田部 恵（東京都立青峰学園肢体不自由部門高等部 主任教諭）

●分科会3

工学「総合リハビリテーションに生かす工学：支援技術の産業化へ向け」

座長：山内 繁（早稲田大学研究推進部 参与）／松本 吉央（（独）産業技術総合研究所 知能システム研究部門 グループ長）

第1部：使われる支援技術の開発とその持続的提供

- | | |
|--------------------|------------------------------|
| 1) 義肢装具の開発について | 沖野 敦郎（（財）鉄道弘済会 義肢装具サポートセンター） |
| 2) 支援機器の開発と臨床評価 | 田中 理（横浜市総合リハビリテーションセンター 顧問） |
| 3) DAISYの開発と展開について | 河村 宏（（特）支援技術開発機構 副理事長） |

第2部：支援ロボットの産業化へ向けた取り組み

- | | |
|----------------------------|---------------------------------------|
| 4) マイスプーンの開発と産業化 | 石井 純夫（セコム（株）IS研究所） 越澤 孝（全国頸髄損傷者連絡会） |
| 5) 支援ロボット産業化における課題（安全、コスト） | 大場光太郎（（独）産業技術総合研究所 知能システム研究部門 副部門長） |
| 6) パナソニックの取り組み | 北垣 和彦（パナソニック（株）生産革新本部ロボット事業推進センター 参事） |
| 7) 大和ハウス（HAL, Paro販売） | 田中 一正（大和ハウス工業（株） ロボット事業推進室 室長） |

●分科会4

医療「一貫したリハビリテーションサービスを総合的に提供するために
—総合リハセンターの果たすべき役割と機能—」

座長：吉永 勝訓（千葉県千葉リハビリテーションセンター センター長）／伊藤 利之（横浜市総合リハビリテーション事業団 顧問）

- | | |
|------------------------------|---|
| 1) 脳性麻痺の早期発見・早期療育から青年期へ | 川田 英樹（MD・とちぎリハビリテーションセンター）／福原 啓子（SW・横浜市戸塚地域療育センター） |
| 2) 脳卒中片麻痺の急性期治療から就労へ | 吉村 理（MD・広島市総合リハビリテーションセンター）／渡邊佳代子（SW・広島市総合リハビリテーションセンター） |
| 3) 頭部外傷に伴う高次脳機能障害の医学的リハから就労へ | 青木 重陽（MD・神奈川県総合リハビリテーションセンター）／生方 克之（SW・神奈川県総合リハビリテーションセンター） |
| 4) 頭髄損傷の外科的治療から地域・在宅生活へ | 小川 鉄男（MD・名古屋市総合リハビリテーションセンター）／尋木 佐一（SW・名古屋市総合リハビリテーションセンター） |

●分科会5

災害「総合リハビリテーションの視点から災害を考える
—東日本大震災での取り組み：これまでとこれから—」

座長：大川 弥生（（独）国立長寿医療研究センター研究所 生活機能賦活研究部 部長）

- | | |
|----------------------|---|
| 1) 生活機能をターゲットとした取り組み | 大川 弥生（（独）国立長寿医療研究センター研究所 生活機能賦活研究部 部長） |
| 2) 心のケア・精神科からの取り組み | 丹羽 真一（福島県立医科大学医学部神経精神医学講座 教授） |
| 3) 介護としての新たな取り組み | 舟田 伸司（日本介護福祉士会 災害担当理事） |
| 4) 当事者団体としての取り組み | 阿部 一彦（日本身体障害者団体連合会 理事／被災障害者を支援するみやぎの会 代表） |
| 5) 自治体としての取組み | 後藤 敬二（仙台市若林区役所障害高齢課 課長） |
| 6) 教育からの取り組み | 丹羽 登（文部科学省初等中等教育局特別支援教育課 特別支援教育調査官） |

お申込み・その他

申込用紙に必要事項を記入のうえ、下記申込先までFAX等でご送付ください。
大会参加費は、下記の口座にお振り込みください。(原則として事前振込をお願いします。)

参加費：3,000円、1,000円（学生）

※同時開催の「ICF研修会」の受講費と一緒に振込みも可能です。
その際、参加費は割引となります。
(研究大会+ICF研修会で4,000円、1,600円（学生）)

1) ATMからの振込の場合

ゆうちょ銀行 〇一丸店（ゼロイチキュー）
当座預金 611720
口座名 総合リハビリテーション研究大会

2) 郵便局・ゆうちょ銀行で払込用紙を利用する場合

振替口座番号 00180-4-611720
口座名 総合リハビリテーション研究大会

- ◆介助者等の大会参加費および研修会費は無料です。介助者等の人数を申込用紙に記入してください。
- ◆手話通訳、要約筆記、点字プログラム、その他をご希望の方は、申込の際にご記入ください。

お申込み先
・
お問合せ先

公益財団法人 日本障害者リハビリテーション協会 企画課

〒162-0052 東京都新宿区戸山1-22-1

TEL：03-5292-7628 FAX：03-5292-7630

URL：http://www.normanet.ne.jp/~rehab Mail：rehab@dinf.ne.jp

FAXによるお申込みのほか、下記ページからもお申込みいただけます。

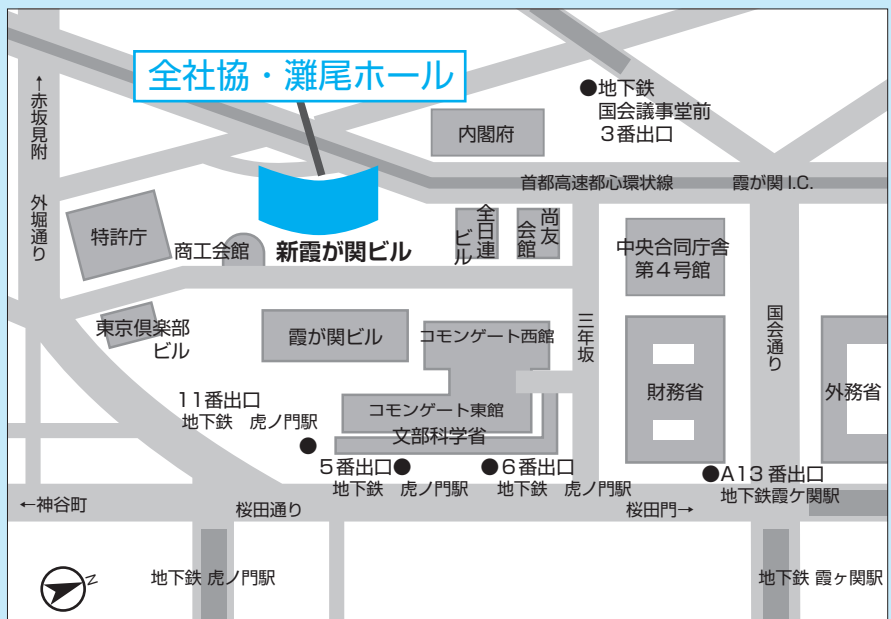
URL：http://j-icf-s.d.dooo.jp/sub_20110930_34_sougoreha.html

全社協・灘尾ホール

〒100-8980 千代田区霞が関3丁目
3番2号 新霞が関ビルLB階
TEL：03-3580-0988
FAX：03-3581-7865

交通案内

- 虎ノ門駅**
(地下鉄銀座線/11番出口)
……………徒歩5分
- 霞ヶ関駅**
(地下鉄千代田線・丸の内線・
日比谷線/A13番出口)
……………徒歩8分
- 国会議事堂前駅**
(地下鉄千代田線・丸の内線/
3番出口)
……………徒歩5分



「第34回総合リハビリテーション研究大会」大会役員・実行委員名簿

役 職	氏 名	組 織 名・肩 書
大会会長	金田 一郎	日本障害者リハビリテーション協会 会長
常任委員 長	松井 亮輔	法政大学 名誉教授
常任委員	伊藤 利之	横浜市総合リハビリテーション事業団 顧問
常任委員	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
常任委員	小川 浩	大妻女子大学人間関係学部 教授
常任委員	落合美美子	NPO 法人日本リハビリテーション看護学会 理事長
常任委員	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
常任委員	河村 宏	特定非営利活動法人 支援技術開発機構 副理事長
常任委員	關 宏之	広島国際大学 医療福祉学部 教授
常任委員	高嶺 豊	琉球大学 法学部 人間科学科 教授
常任委員	寺島 彰	浦和大学 総合福祉学部 教授
常任委員	寺山久美子	大阪河崎リハビリテーション大学 副学長
常任委員	半田 一登	社団法人 日本理学療法士協会 会長
常任委員	松矢 勝宏	目白大学 客員教授
常任委員	山内 繁	早稲田大学 研究推進部 参与
常任委員	吉光 清	九州看護福祉大学社会福祉学科 教授
実行委員 長	藤井 克徳	日本障害者協議会 常務理事
実行委員	磯野 博	静岡福祉医療専門学校 教員
実行委員	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長
実行委員	栗林 環	横浜市脳血管医療センター
実行委員	高野 聡子	聖徳大学専任講師 聖徳大学 児童学部児童学科 専任講師
実行委員	根本 悟子	帝京平成大学健康メディカル学部作業療法学科 准教授
実行委員	掘込真理子	東京コロニー職能開発室事業
実行委員	増田 一世	やどかりの里 常務理事
実行委員	水村 容子	東洋大学ライフデザイン学部 人間環境デザイン学科 教授
実行委員	矢野 秀典	目白大学 保健医療学部 理学療法学科 教授／日本リハビリテーション連携科学学会 常任委員

埼玉県民共済生活協同組合助成事業