

「機能訓練の効果と今後の展望」

～利用者基本情報全国調査結果から機能訓練の効果と役割を考える～

関東ブロック身体障害者更生施設長協議会
エビデンス検討会

はじめに

【エビデンス検討会】

- 平成25年に横浜市で行われた身体障害者リハビリテーション研究集会において、更生施設長協議会から毎年出される要望についてエビデンスを示すよう国から指摘があり、関東ブロックの有志施設によるワーキンググループ(エビデンス検討会)を立ち上げた。

【目的】

- 支援効果を表せる共通指標を検討し、機能訓練事業としての役割と併せて明確にしていく事で、国に要望を出す際のエビデンスを獲得する。

調査項目

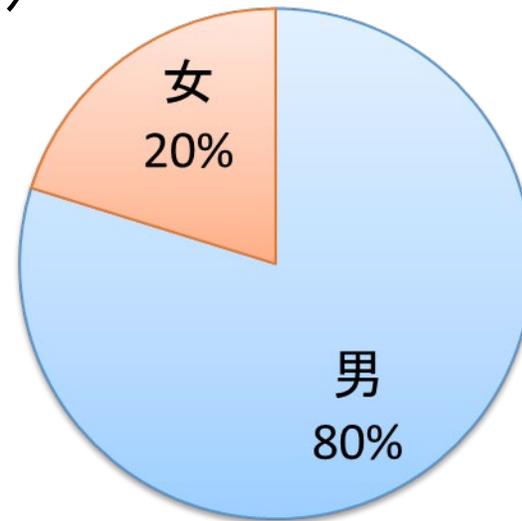
- ①基本情報(年齢、障害、疾患等)
- ②障害支援区分
- ③要介護度
- ④実用的歩行(移動)能力分類
- ⑤IADL尺度
- ⑥FIM
- ⑦入退所比較(生活拠点、社会参加)

以上7項目 平成29年度退園者 全国調査 (28施設)

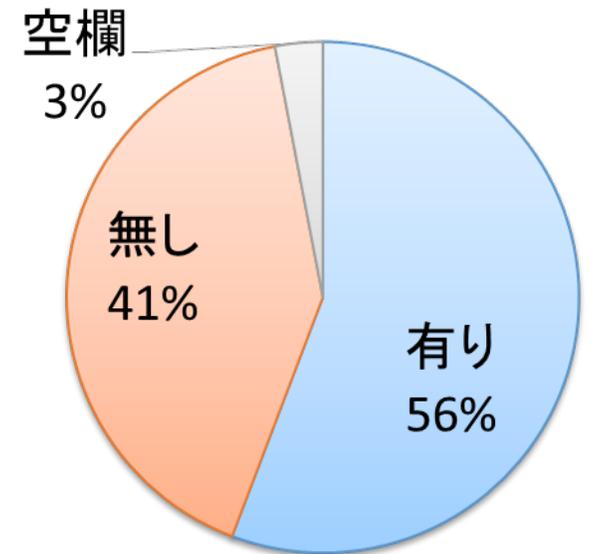
基本情報

- 平成29年度 自立訓練(機能訓練)退所者データ
- 合計 633件
- 平均年齢 47.6歳
- 平均利用期間 378.7日(12.5ヶ月)

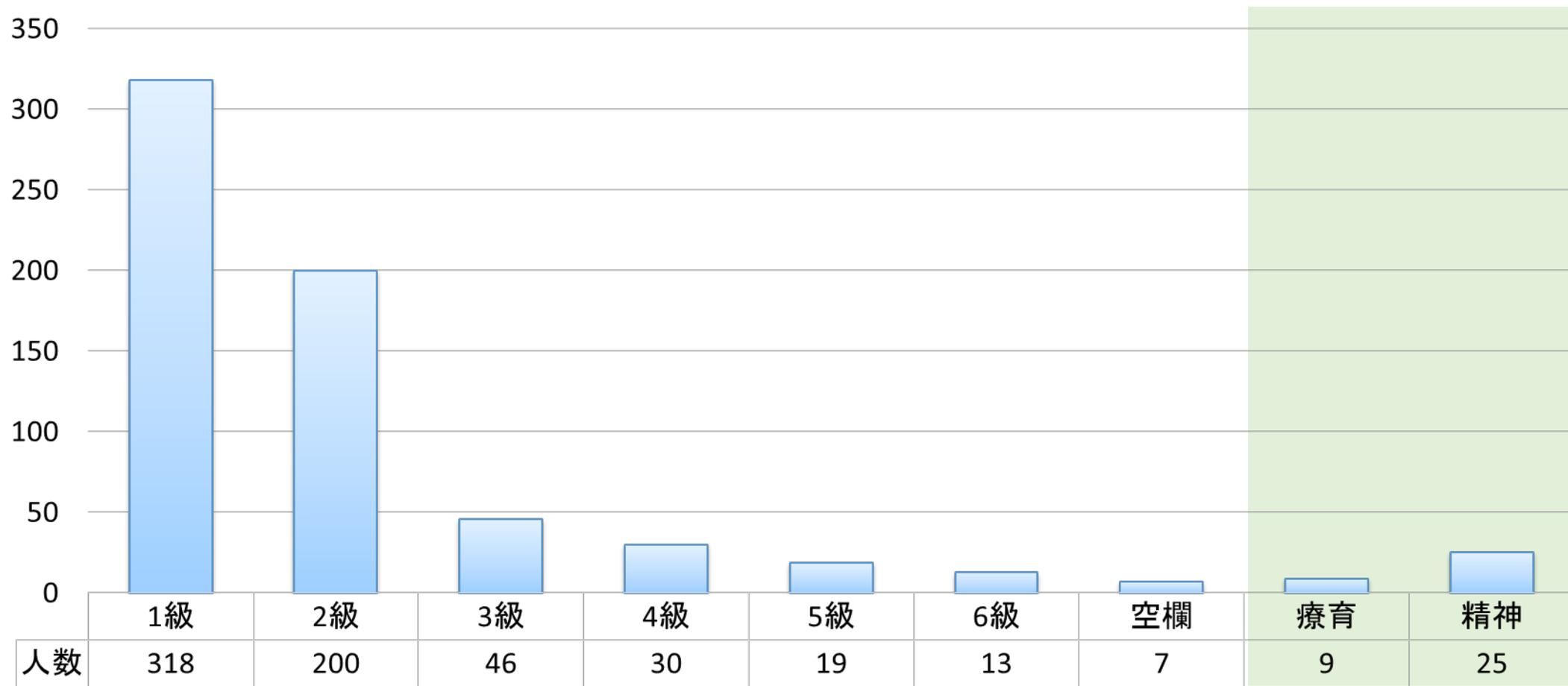
男女割合



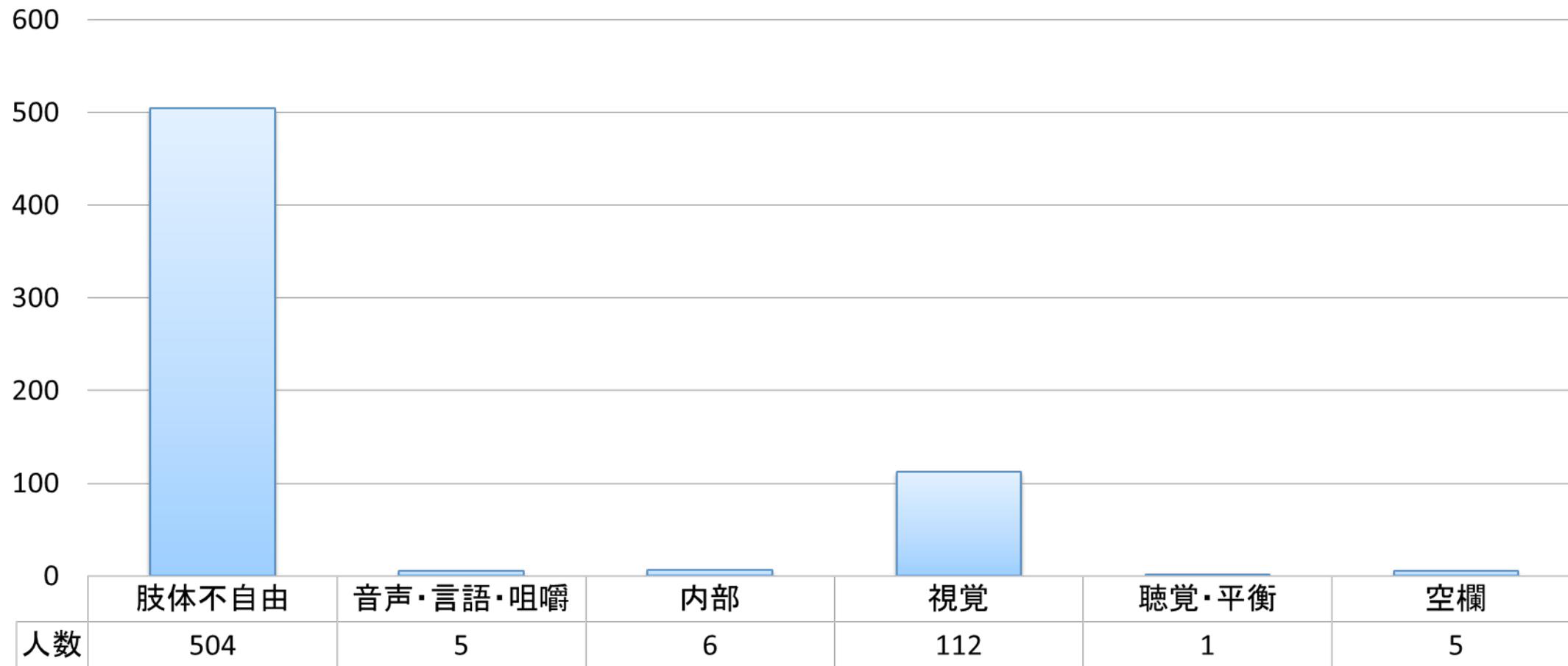
高次脳機能障害者割合



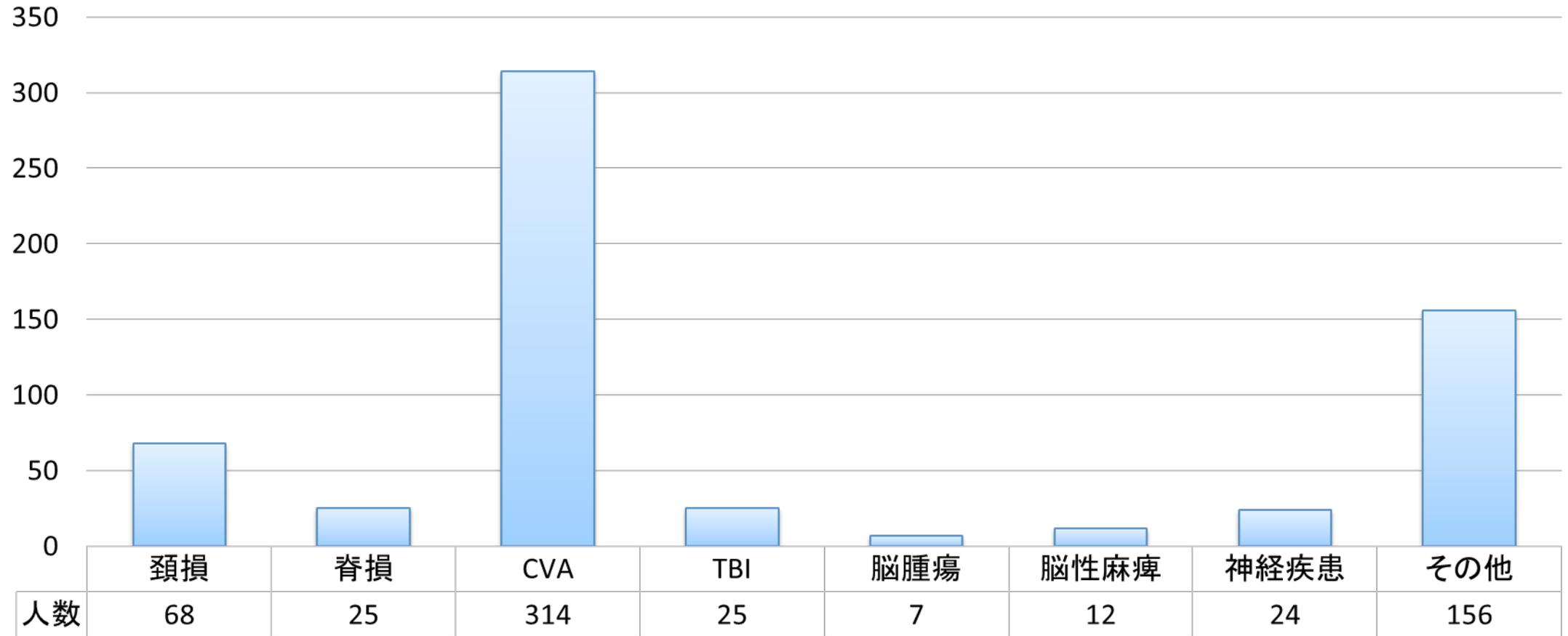
手帳所持状況



障害別人数



原因疾患別人数



指標

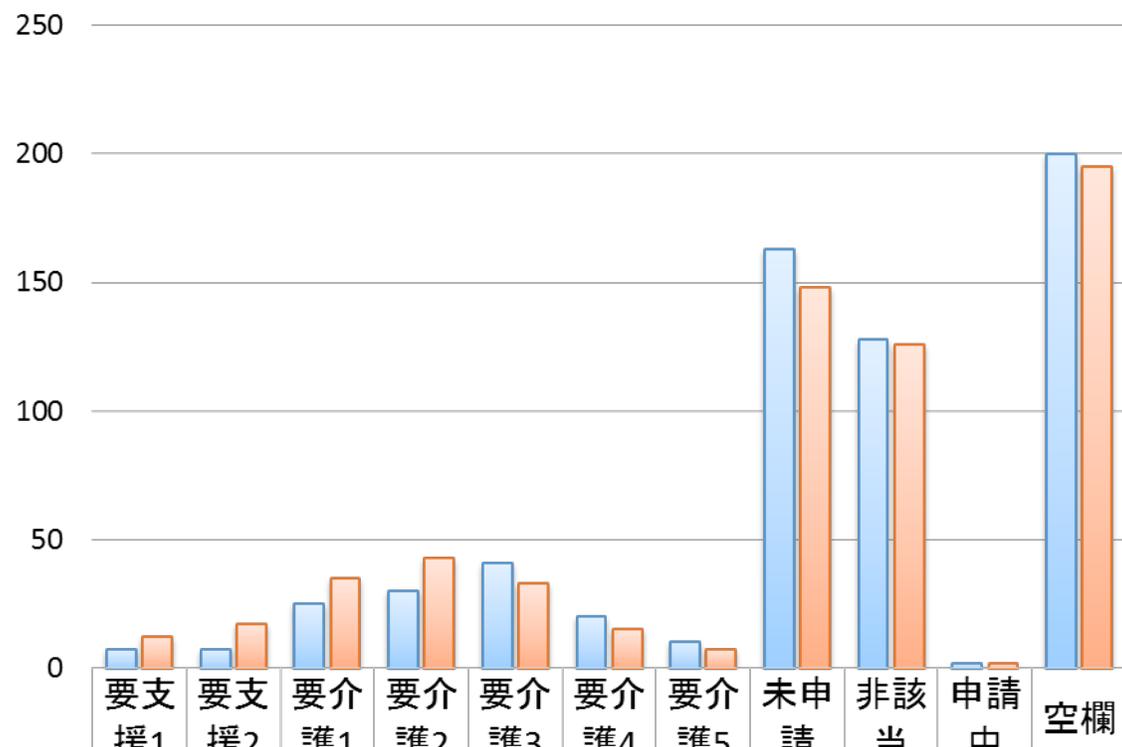
【効果】

- ①要介護度(介護保険サービス)
- ②障害支援区分(障害福祉サービス)
- ③実用的移動能力分類
- ④手段的日常生活活動尺度(IADL尺度)
- ⑤Functional Independence Measure(FIM)

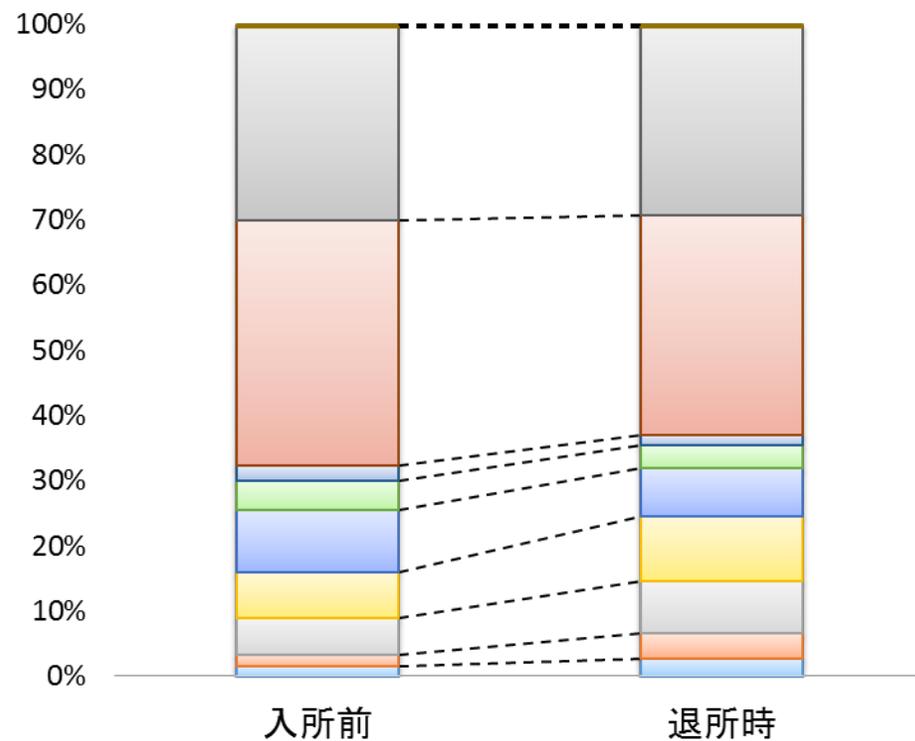
【成果】

- ①生活拠点入退所時比較
- ②日中活動入退所時比較

要介護区分 入退所時比較

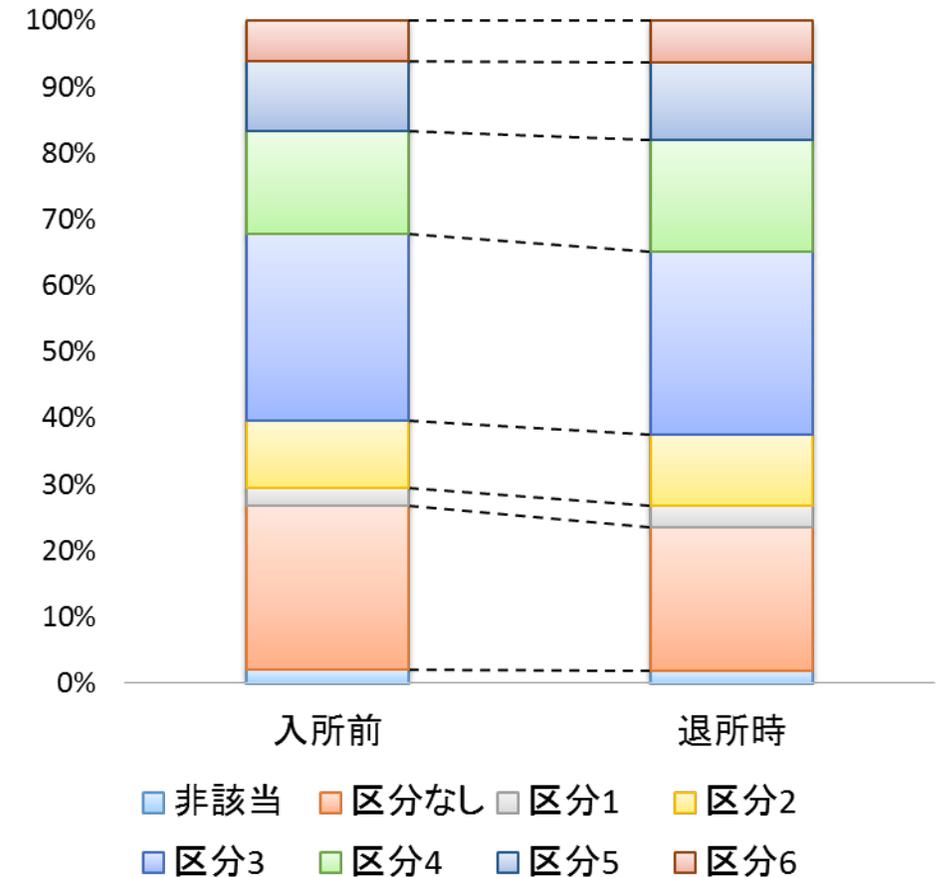
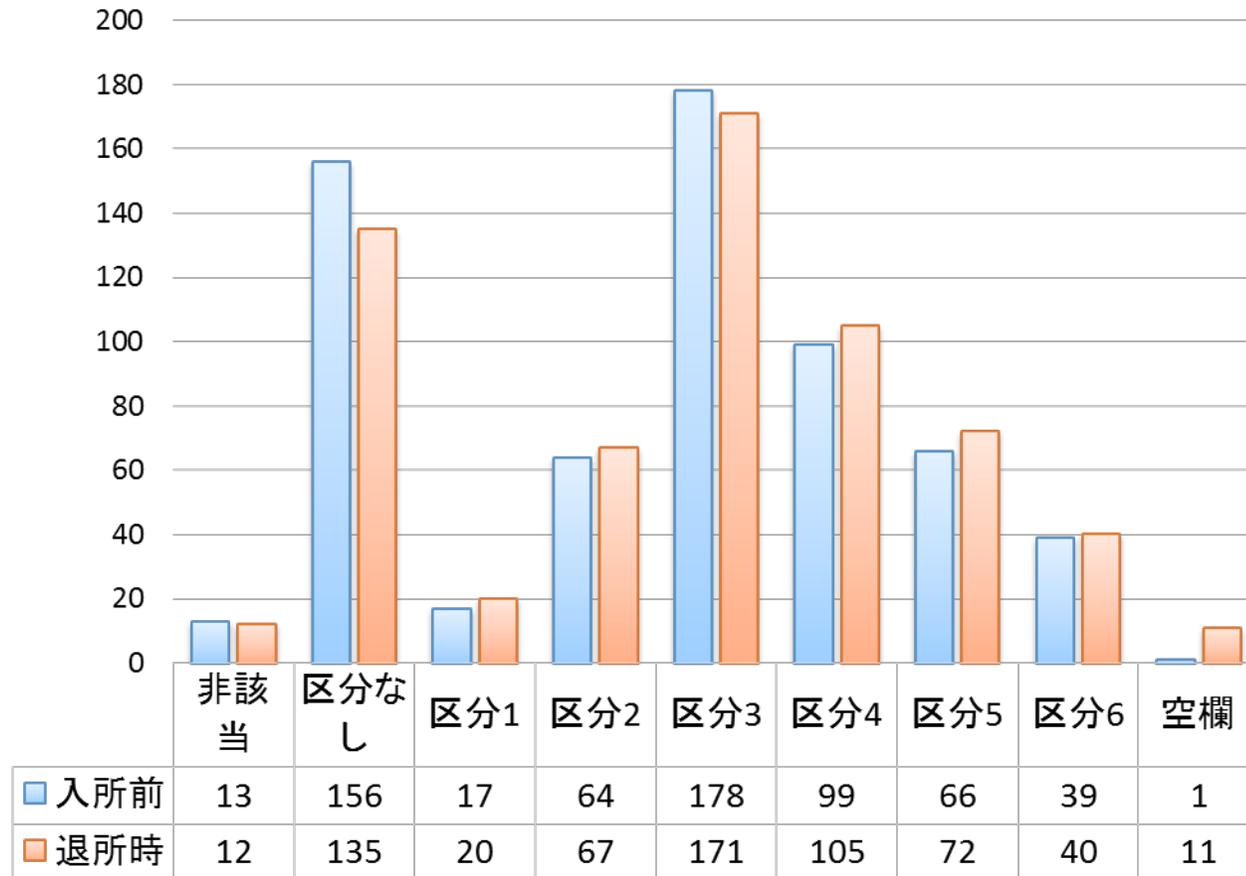


入所前	7	7	25	30	41	20	10	163	128	2	200
退所時	12	17	35	43	33	15	7	148	126	2	195

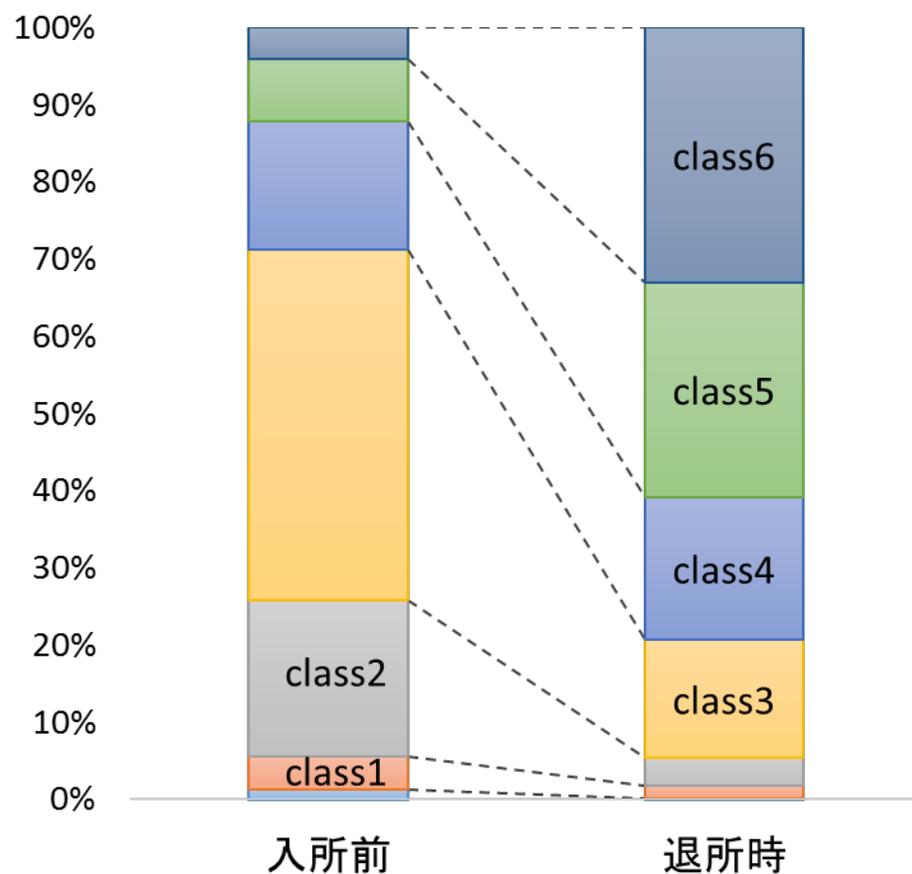
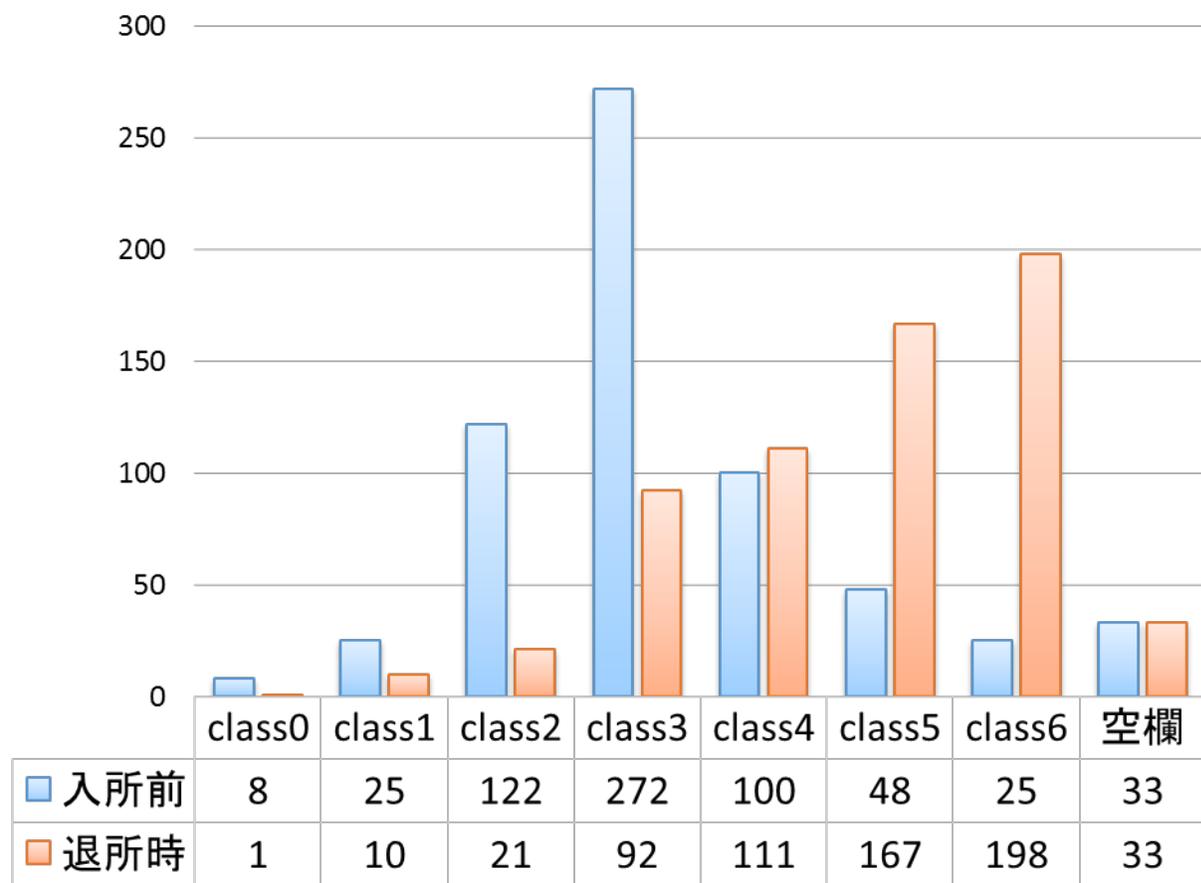


- 要支援1
- 要支援2
- 要介護1
- 要介護2
- 要介護3
- 要介護4
- 要介護5
- 未申請
- 非該当
- 申請中

障害支援区分 入退所時比較

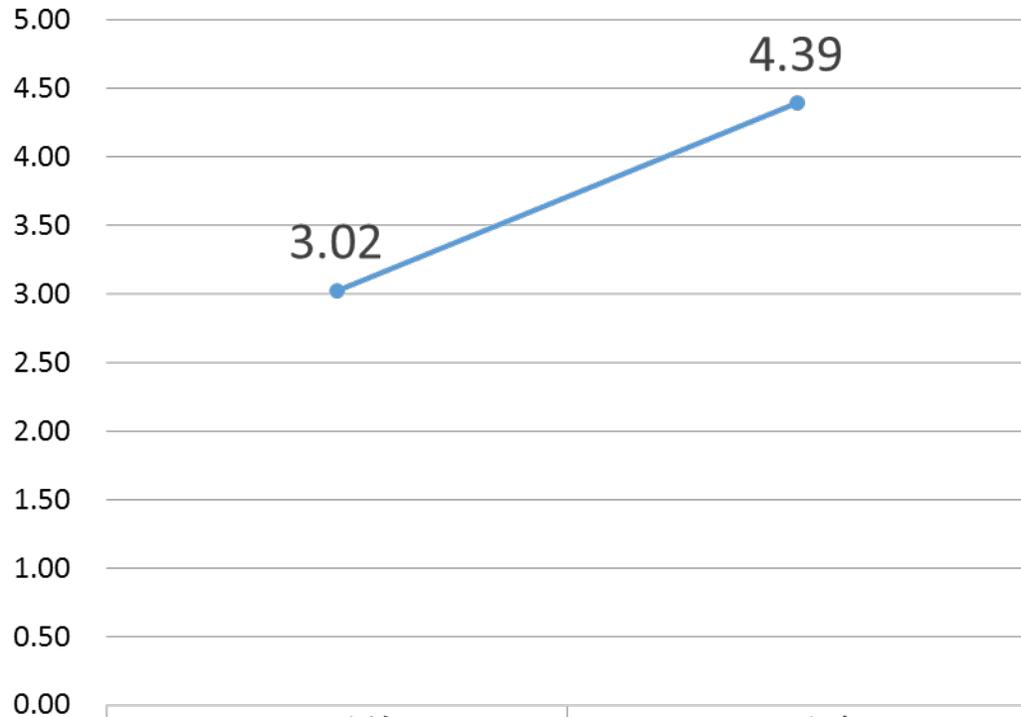


実用的移動能力分類 入退所時比較 (サンプル600件)



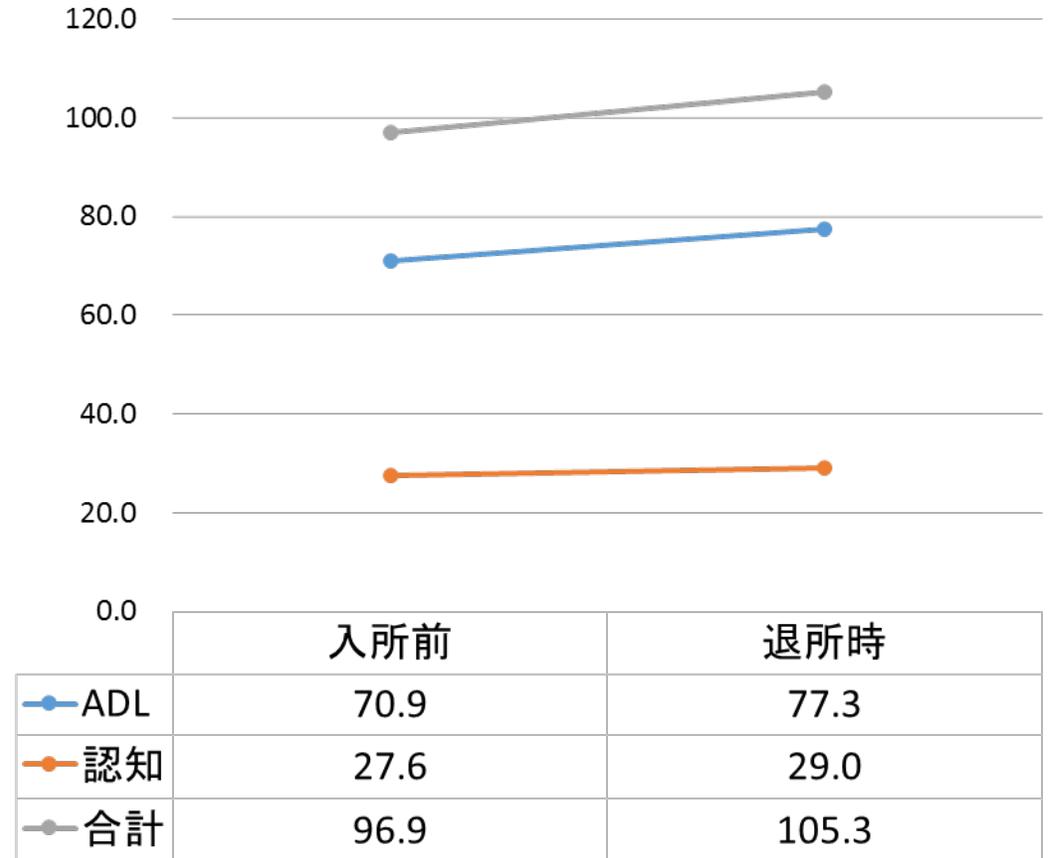
IADL尺度／FIM 入退所時比較

IADL尺度比較(サンプル486件)



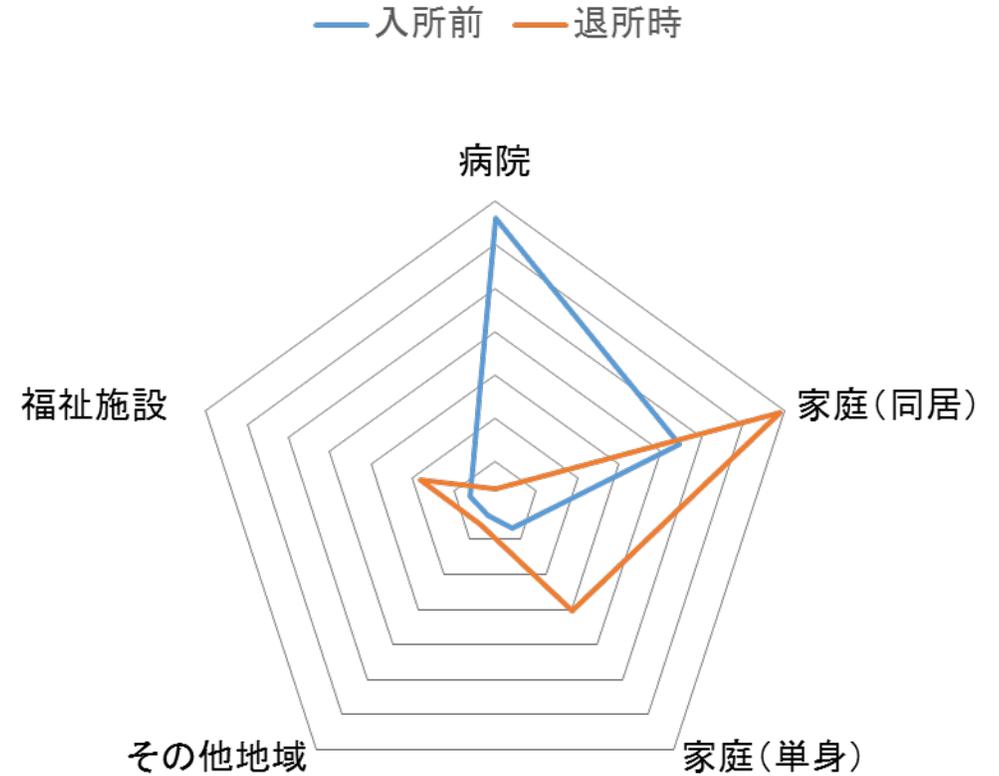
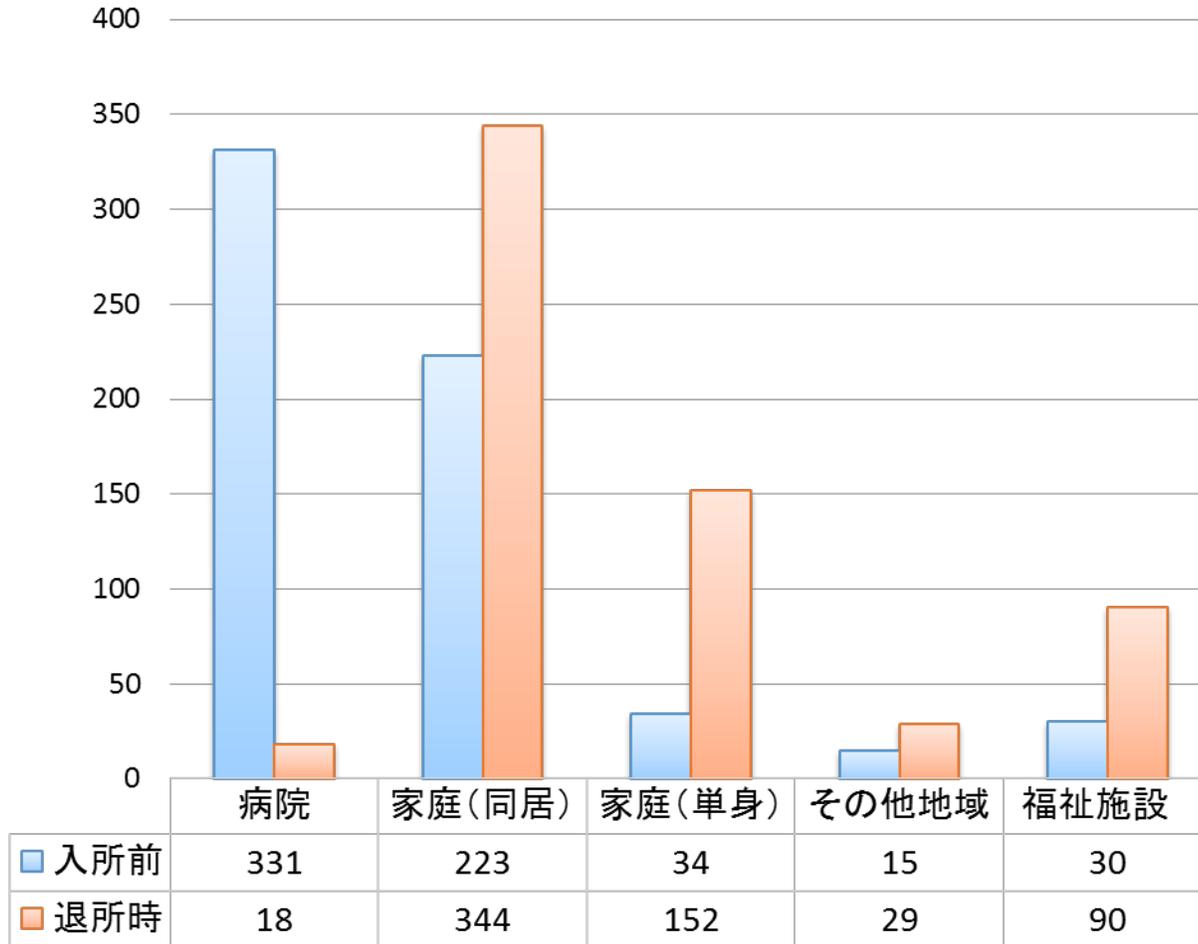
	入所前	退所時
平均値	3.02	4.39

FIM比較(サンプル433件)

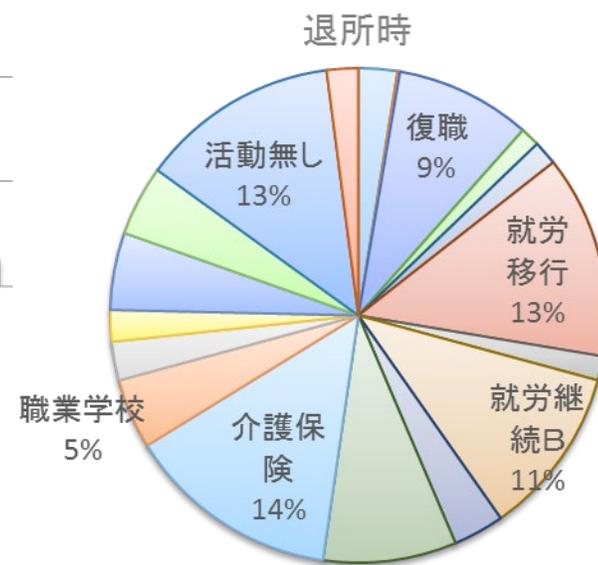
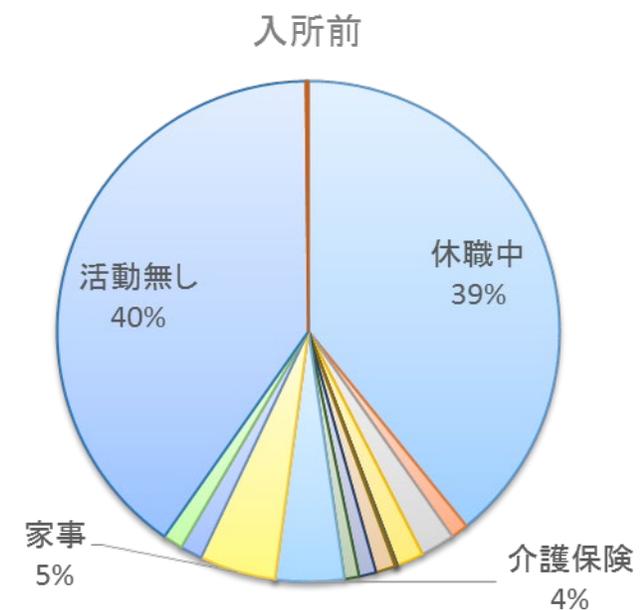
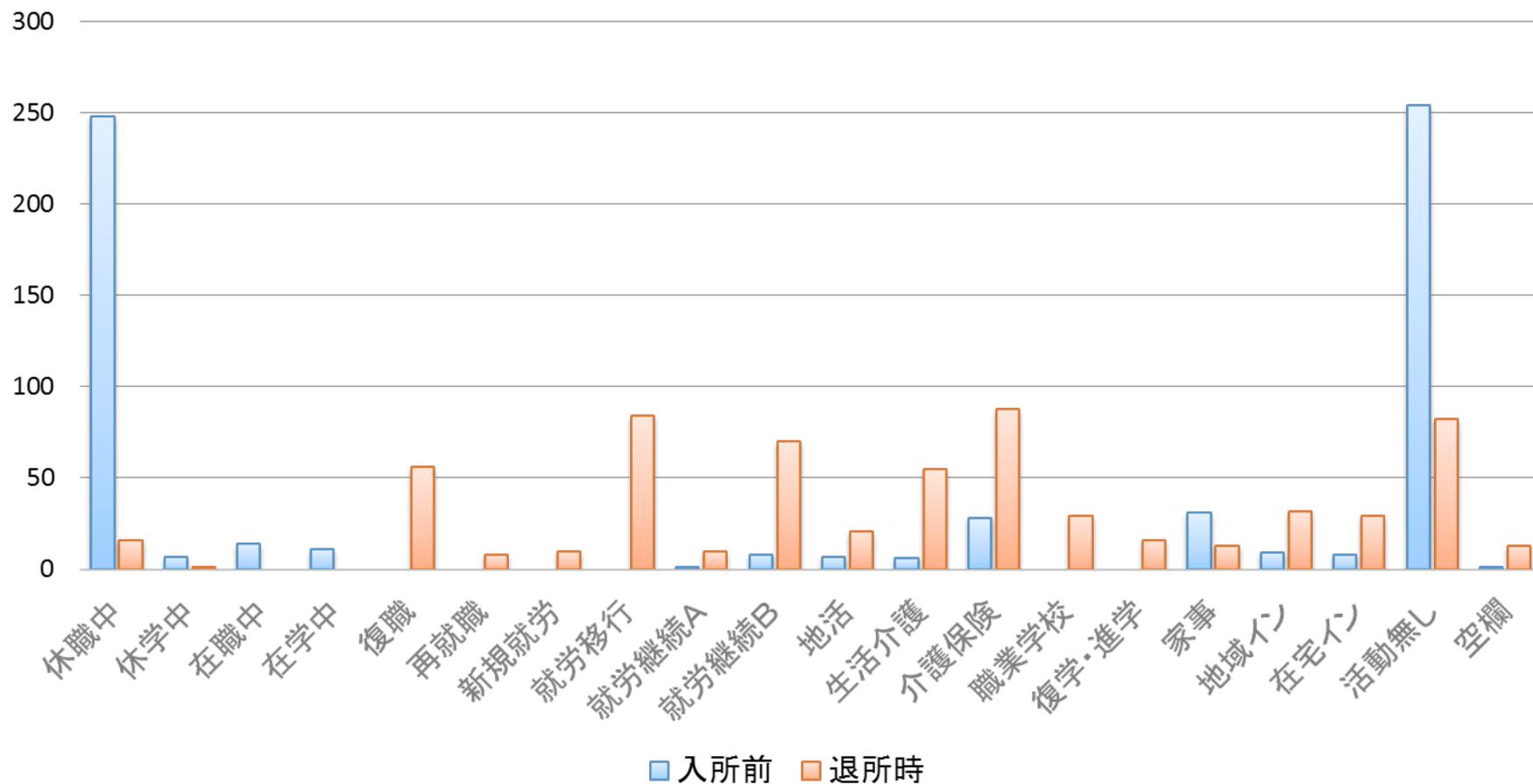


	入所前	退所時
ADL	70.9	77.3
認知	27.6	29.0
合計	96.9	105.3

生活拠点 入退所時比較



日中活動 入退所時比較

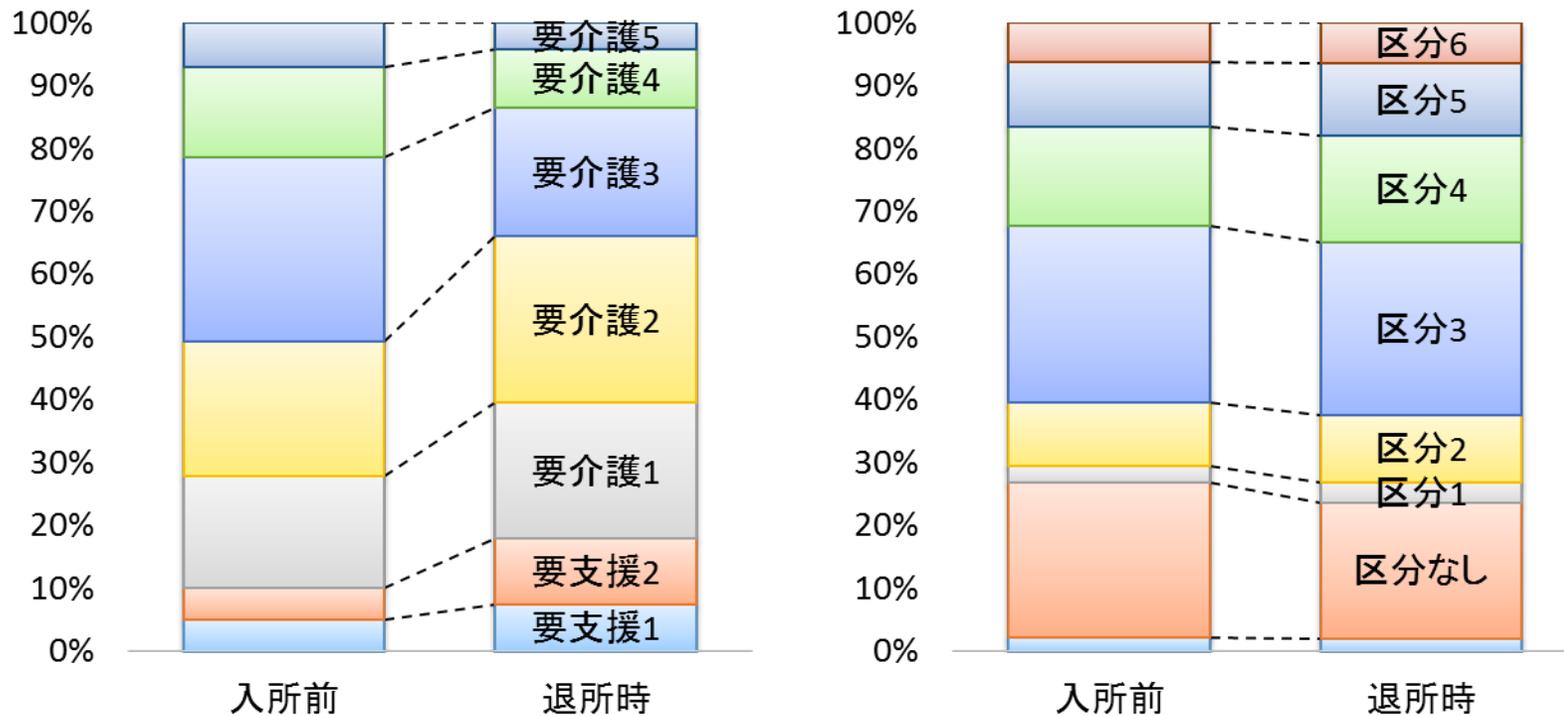


分析①

公的な指標

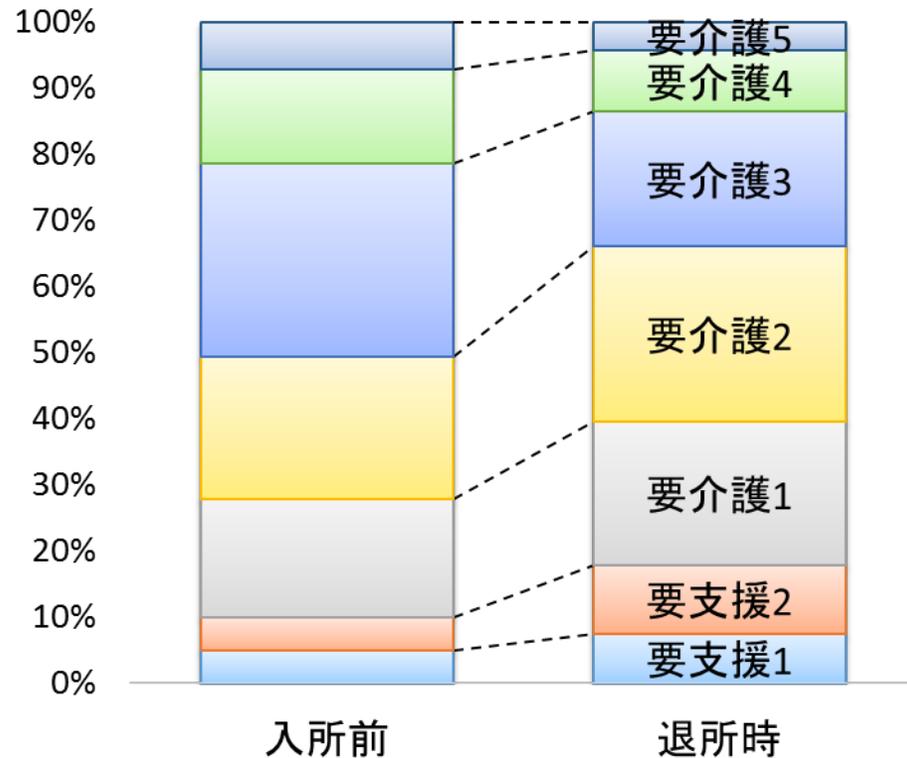
要介護度と障害支援区分

- 要介護度では改善（要介護3～5の利用者が減少）している反面、支援区分では重度化（区分4～6の利用者が増加）している。

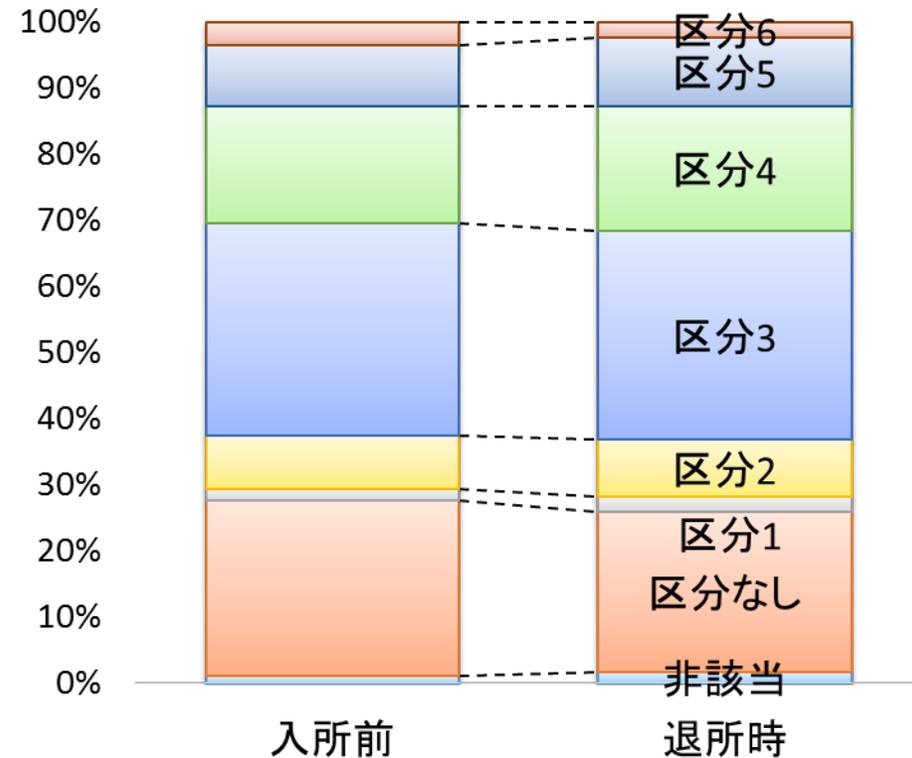


- 要介護度対象者382名（65歳以上46名、第2号被保険者336名）
- 入退所時非該当者5名、入退所時空欄123名、入退所時未申請80名を除外し要介護度利用者174名について検証

要介護度比較

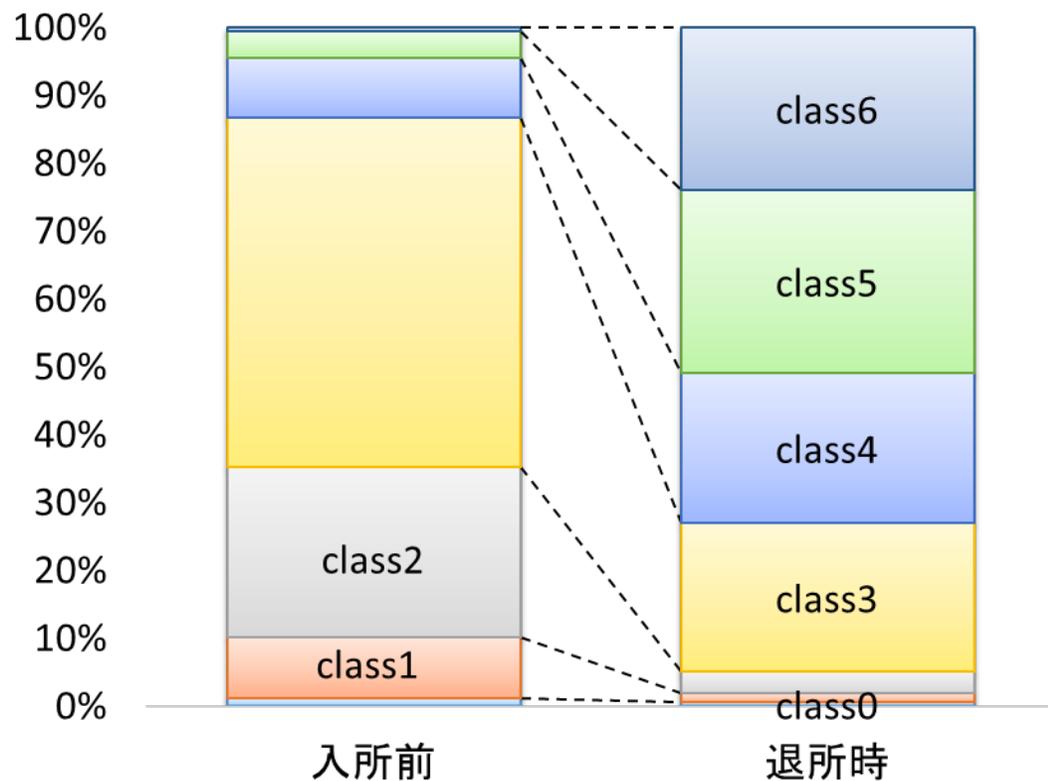


障害支援区分比較

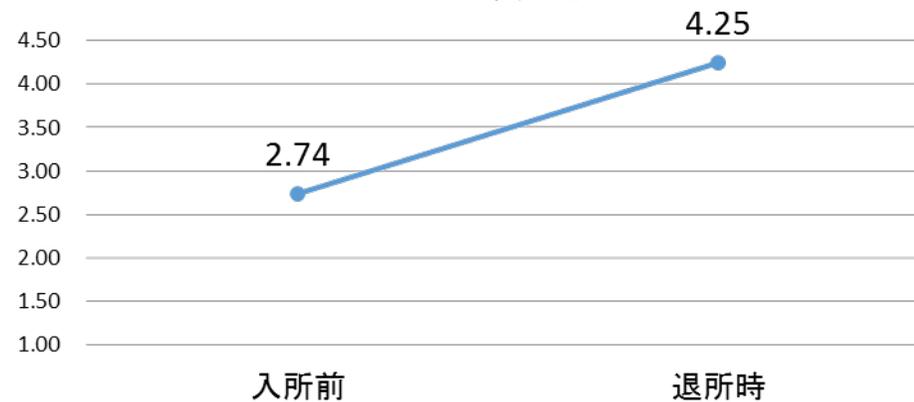


要介護利用者に対する支援の効果は？

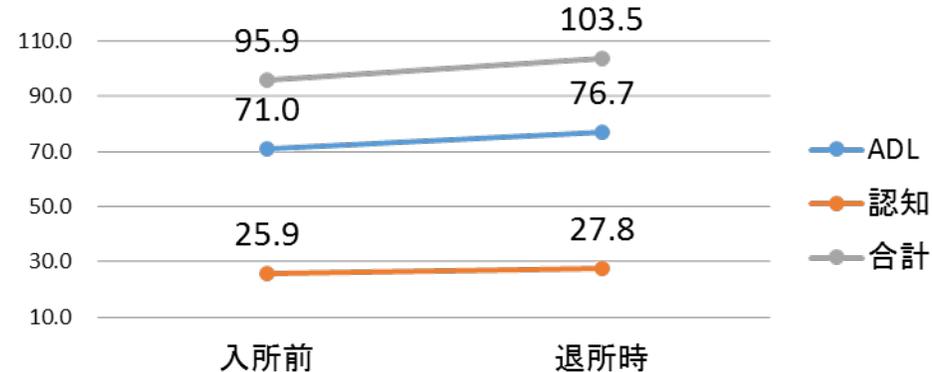
実用的移動能力分類



IADL尺度比較



FIM比較



要介護利用者に対する支援の成果は？

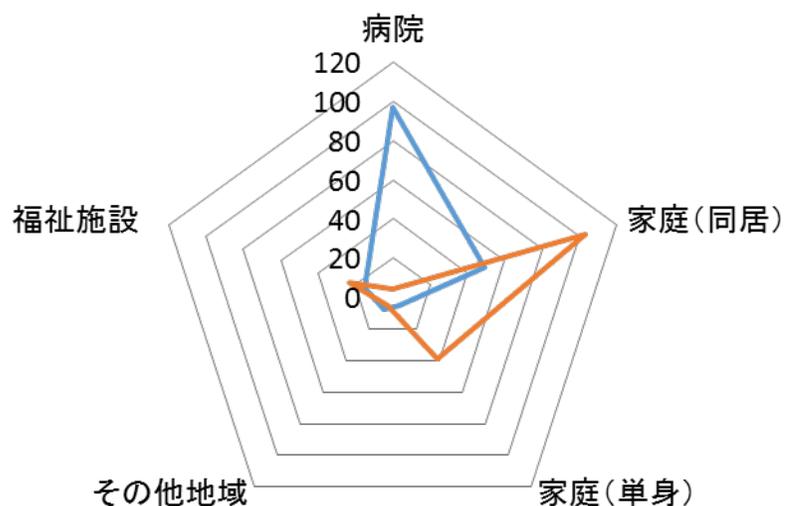
青⇒就労／就学系

緑⇒その他日中活動

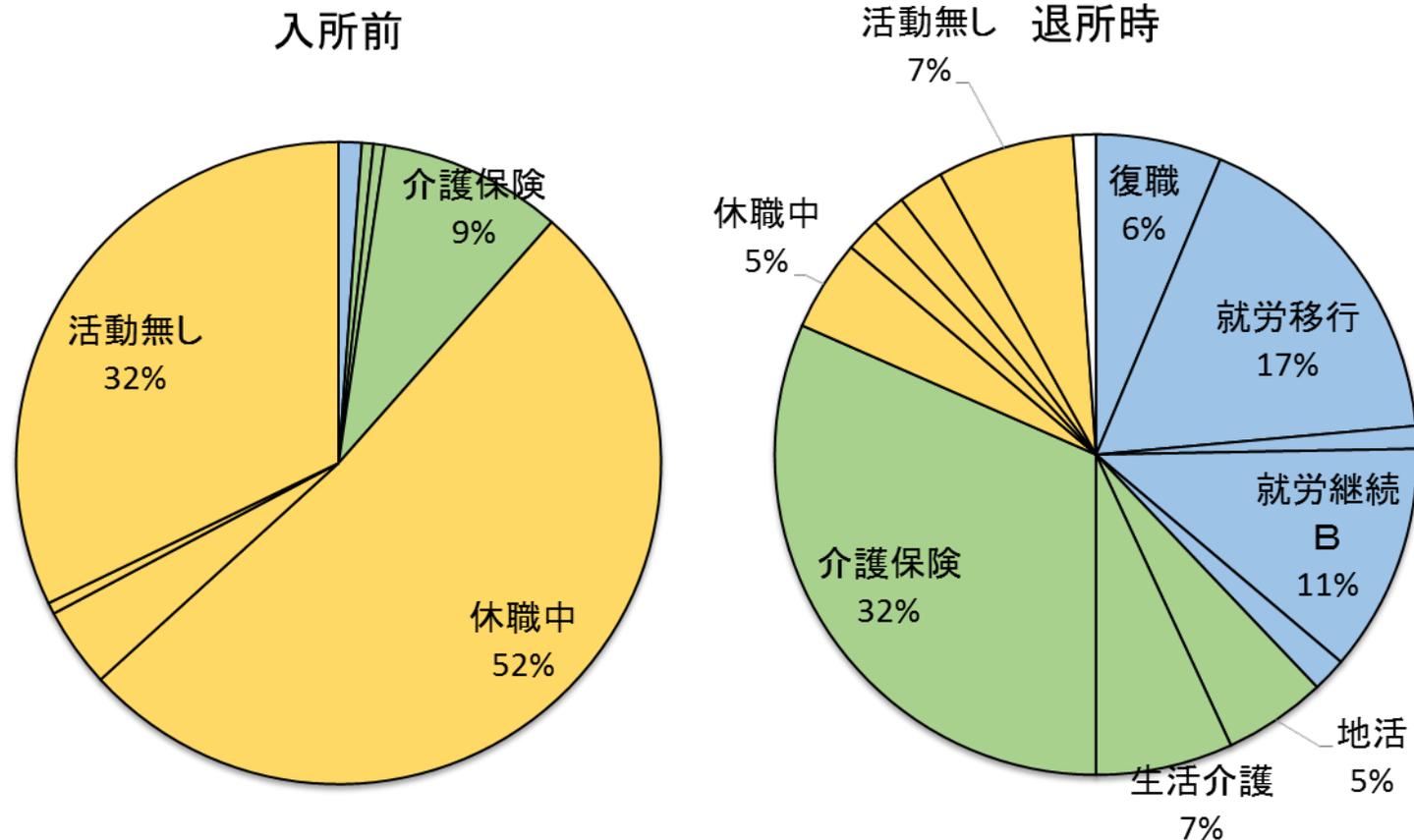
黄色⇒インフォーマル活動

生活拠点比較

— 入所前 — 退所時



日中活動場所比較



障害支援区分は...

- ①利用開始時に適切な区分判定を受けていない(場合が多い)
- ②退所後の支援を想定して入所後に適切な区分判定を受ける(場合がある)
- ③能力の向上に関係なく区分が重度化している。(場合がある)

⇒機能訓練の訓練効果を示せていない(のでは?)

分析②

效果指標

手段的日常生活活動尺度

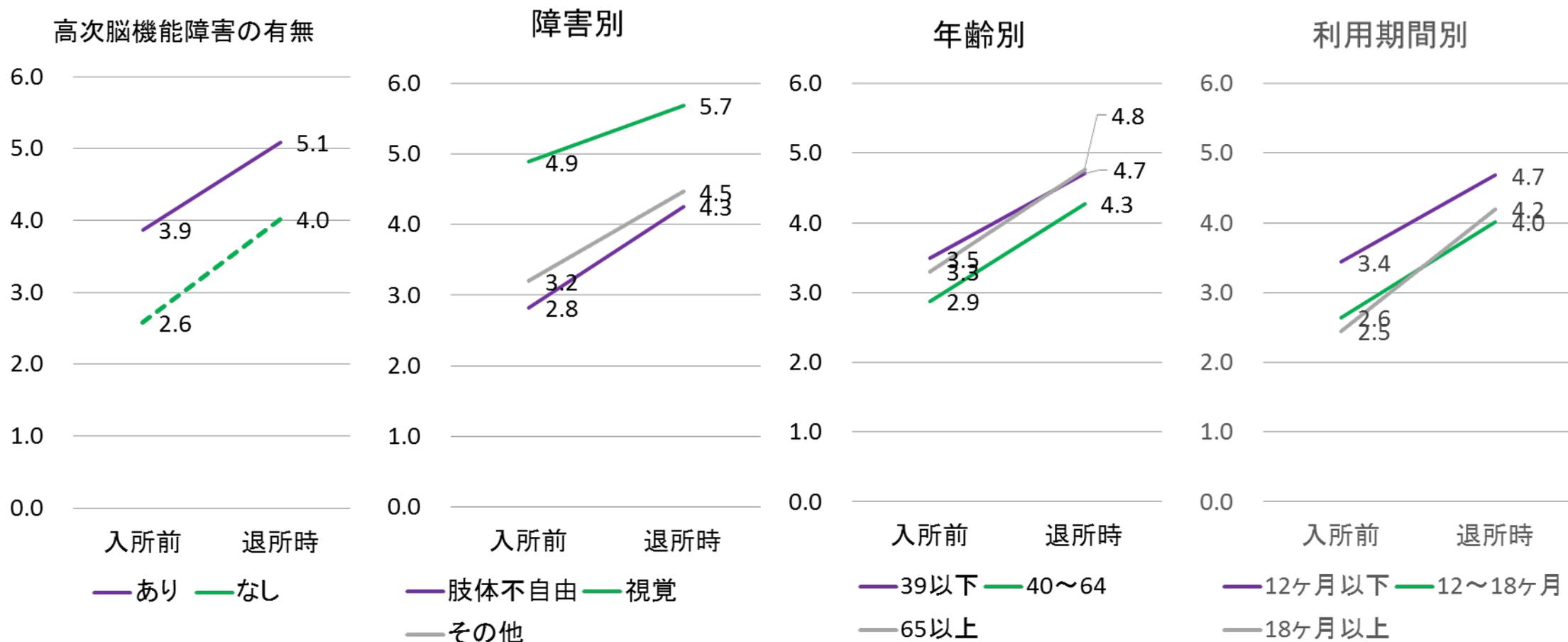
- 地域移行や社会参加への支援を進めていく上で、服薬管理や金銭管理、買い物や家事能力の獲得・向上が課題となる場合が多くある。また事業を利用するにあたっての利用意向でも潜在的なニーズとして分析される事も多い事から、IADLに関する評価ができる指標として手段的日常生活活動尺度(IADL尺度)を用いた。
- 比較するにあたり地域移行(帰結: 単身生活や在宅留守番)の特性上すべての項目について男女共に評価を実施した。

項目	採点	男性	女性
A 電話を使用する能力			
1. 自分から電話をかける(電話帳を調べたり、ダイヤル番号を回すなど)		1	1
2. 2, 3 のよく知っている番号をかける		1	1
3. 電話に出るが自分からかけることはない		1	1
4. 全く電話を使用しない		0	0
B 買い物			
1. 全ての買い物は自分で行う		1	1
2. 小額の買い物は自分で行える		0	0
3. 買い物に行くときはいつも付き添いが必要		0	0
4. 全く買い物はできない		0	0
C 食事の準備			
1. 適切な食事を自分で計画し準備し給仕する		(1)	1
2. 材料が供与されれば適切な食事を準備する		(0)	0
3. 準備された食事を温めて給仕する、あるいは食事を準備するが適切な食事内容を維持しない		(0)	0
4. 食事の準備と給仕をしてもらう必要がある		(0)	0
D 家事			
1. 家事を一人でこなす、あるいは時に手助けを要する(例: 重労働など)		(1)	1
2. 皿洗いやベッドの支度などの日常的仕事はできる		(1)	1
3. 簡単な日常的仕事はできるが、妥当な清潔さの基準を保てない		(1)	1
4. 全ての家事に手助けを必要とする		(1)	1
5. 全ての家事にかかわらない		(0)	0
E 洗濯			
1. 自分の洗濯は完全に行う		(1)	1
2. ソックス、靴下のゆすぎなど簡単な洗濯をする		(1)	1
3. 全て他人にしてもらわなければならない		(0)	0
F 移送の形式			
1. 自分で公的機関を利用して旅行したり自家用車を運転する		1	1
2. タクシーを利用して旅行するが、その他の公的輸送機関は利用しない		1	1
3. 付き添いがいたり皆と一緒に公的輸送機関で旅行する		1	1
4. 付き添いか皆と一緒に、タクシーが自家用車に限り旅行する		0	0
5. まったく旅行しない		0	0
G 自分の服薬管理			
1. 正しいときに正しい量の薬を飲むことに責任が持てる		1	1
2. あらかじめ薬が分けて準備されていれば飲むことができる		0	0
3. 自分の薬を管理できない		0	0
H 財産取り扱い能力			
1. 経済的問題を自分で管理して(予算、小切手書き、掛金支払い、銀行へ行く)一連の収入を得て、維持する		1	1
2. 日々の小銭は管理するが、預金や大金などでは手助けを必要とする		1	1
3. 金銭の取り扱いができない		0	0

採点法は各項目ごとに該当する右端の数値を合計する(男性0~5、女性0~8点)
(Lawton, M.P & Brody, E.M. Assessment of older people: Self-Maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist. 9: 179-188, 1969 より)

※注…将来の地域生活(単身生活や在宅留守番など)を想定し男性女性共に0~8点で合計する

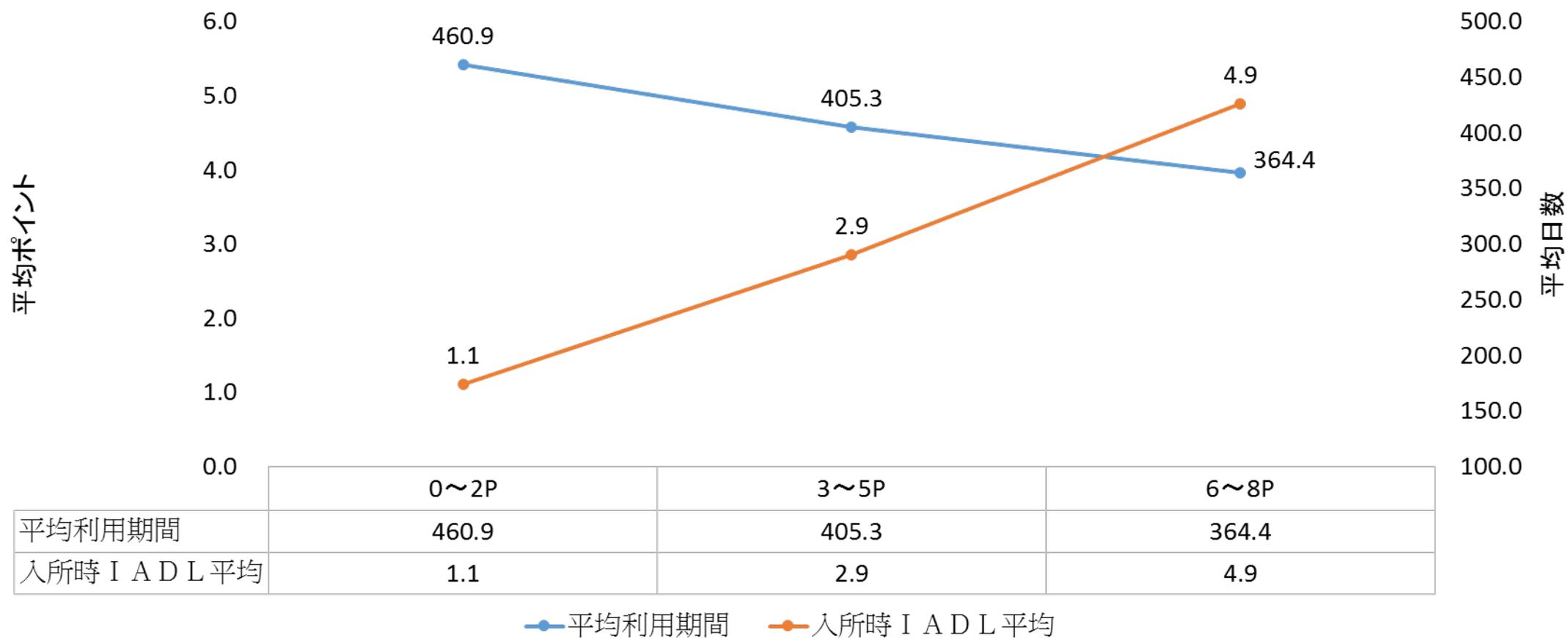
IADL尺度(高次脳機能障害、障害、年齢、利用期間)



退所時IADL尺度ポイントの比較

- IADL尺度の効果を確認する為、退所時ポイントを3つの群に分け比較
- 回答データ数 486／633件
- ポイント0～2 74件
- ポイント3～5 309件
- ポイント6～8 103件

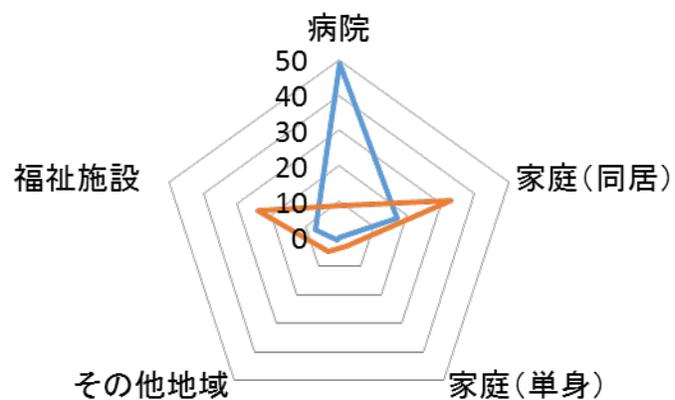
退所時IADL尺度ポイント比較から見る支援期間と入所時ポイント



退所時生活拠点(退所時IADL尺度ポイント比較)

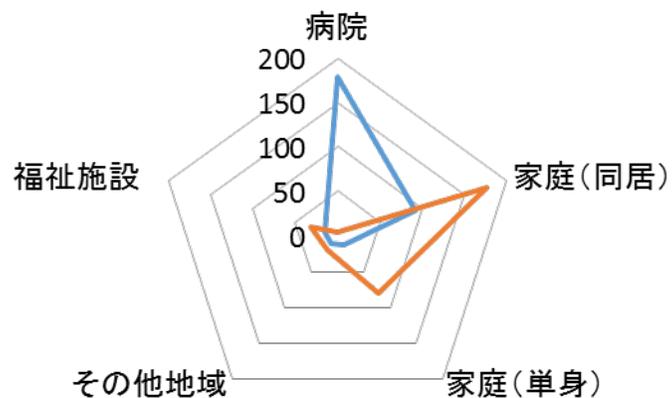
0~2ポイント

— 入所前 — 退所時



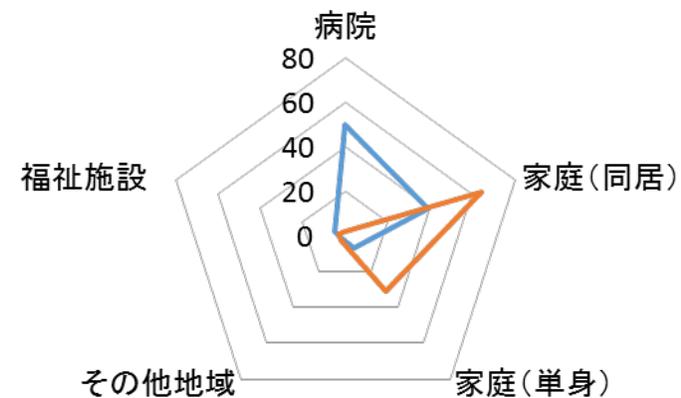
3~5ポイント

— 入所前 — 退所時



6~8ポイント

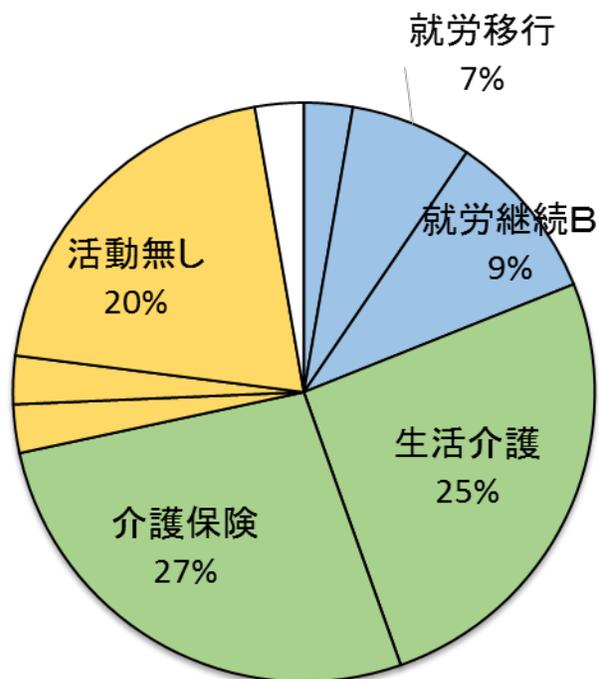
— 入所前 — 退所時



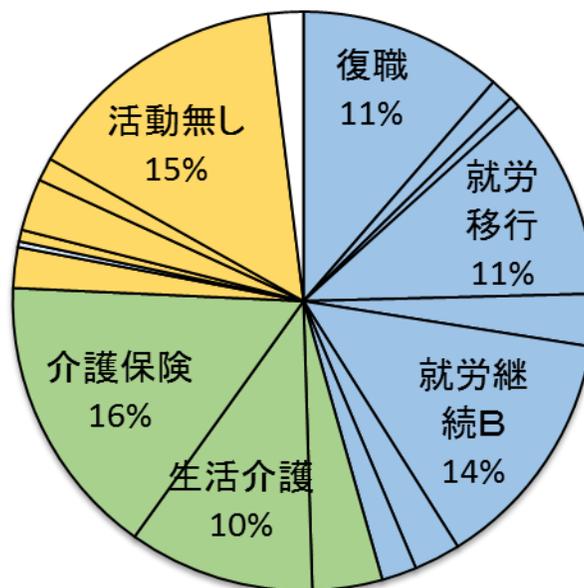
退所時日中活動(退所時IADL尺度ポイント比較)

青⇒就労／就学系
 緑⇒その他日中活動
 黄色⇒インフォーマル活動

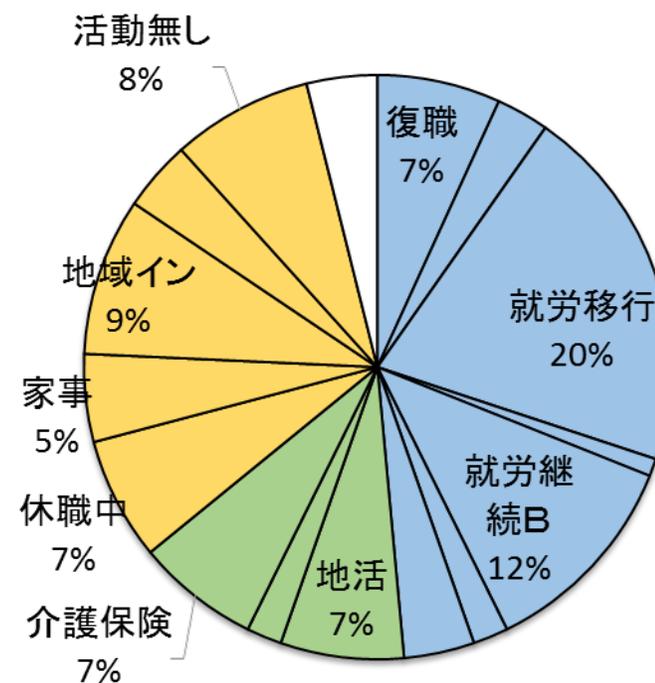
0～2ポイント



3～5ポイント



6～8ポイント



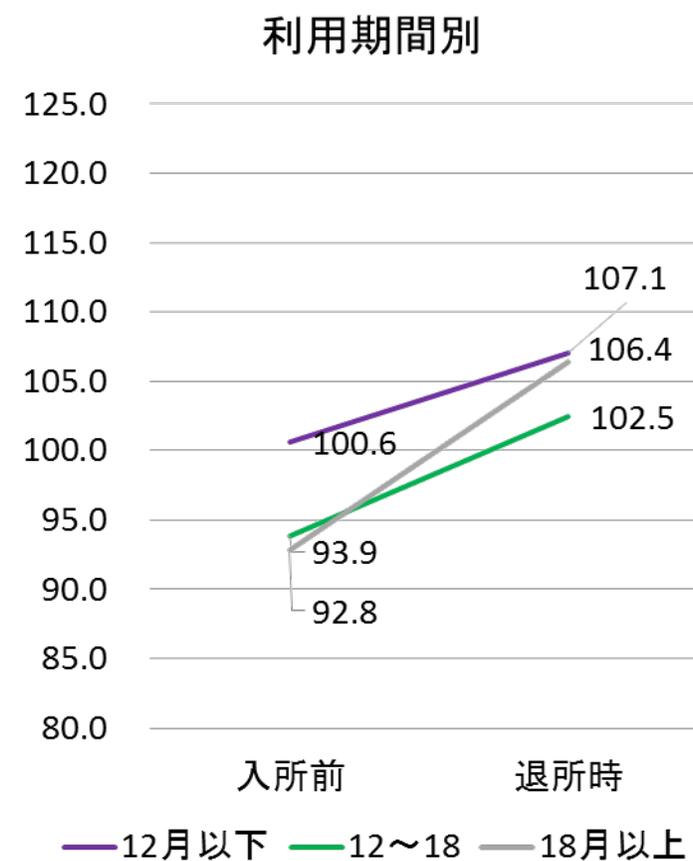
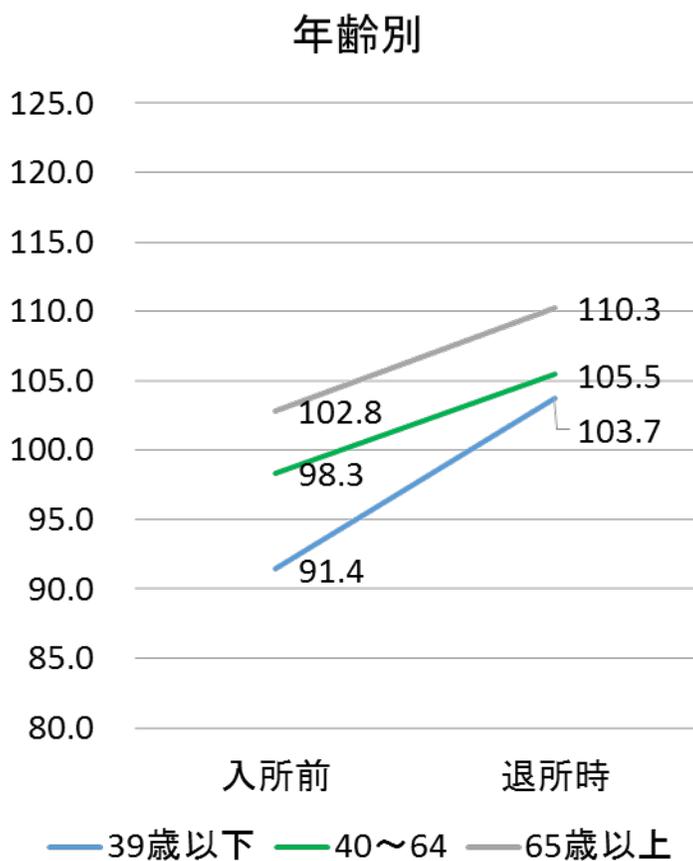
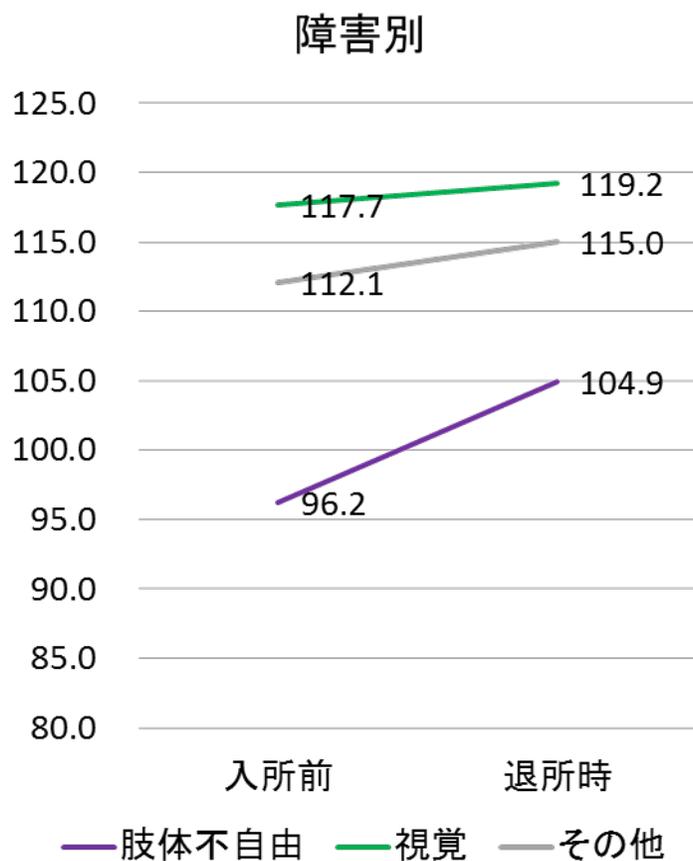
手段的日常生活活動尺度 (IADL尺度) の考察

- エビデンスの効果を示せる事がわかったが、達成度による段階なく、細かなステップアップが測れない事や、障害によっては適応できない項目や利用意向 (帰結) によっては支援の優先度が低くなる項目があり、機能訓練の効果を示す指標としては課題が残った。

効果指標 (FIM)

- FIMは回復期リハビリテーション病院においてアウトカムの評価として使用され、介護保険施設においても生活期リハビリテーションの効果判定として使用されている。
- 回復期リハビリテーション病院からの紹介、直入が多い事もありFIMの比較がしやすい事で調査項目に加えた。

FIMの変化(障害別、年齢別、利用期間別)



Functional Independence Measure (FIM) の考察

- FIM利得(入退所時比較)では7.6ポイントの改善が見られた。FIM効率(FIM利得／入院(所)日数)では0.02ポイントとなっている。回復期リハビリテーション病院の全国平均はFIM利得では約21ポイントでFIM効率は約0.24ポイントとなっている。医学的リハビリテーションとの比較ではない実績指数として測る必要があり、課題が残った。
- 障害によっては有効的な数値として表れない場合がある。

効果指標(実用的移動能力分類)

- 「実用的歩行能力分類」を車椅子利用者の社会参加指標として活用するため、関ブロエビデンスチームで検討を重ね「実用的移動能力分類」として活用したものです。
- 移動範囲に応じてクラスを0～6までの7段階に分類しています。

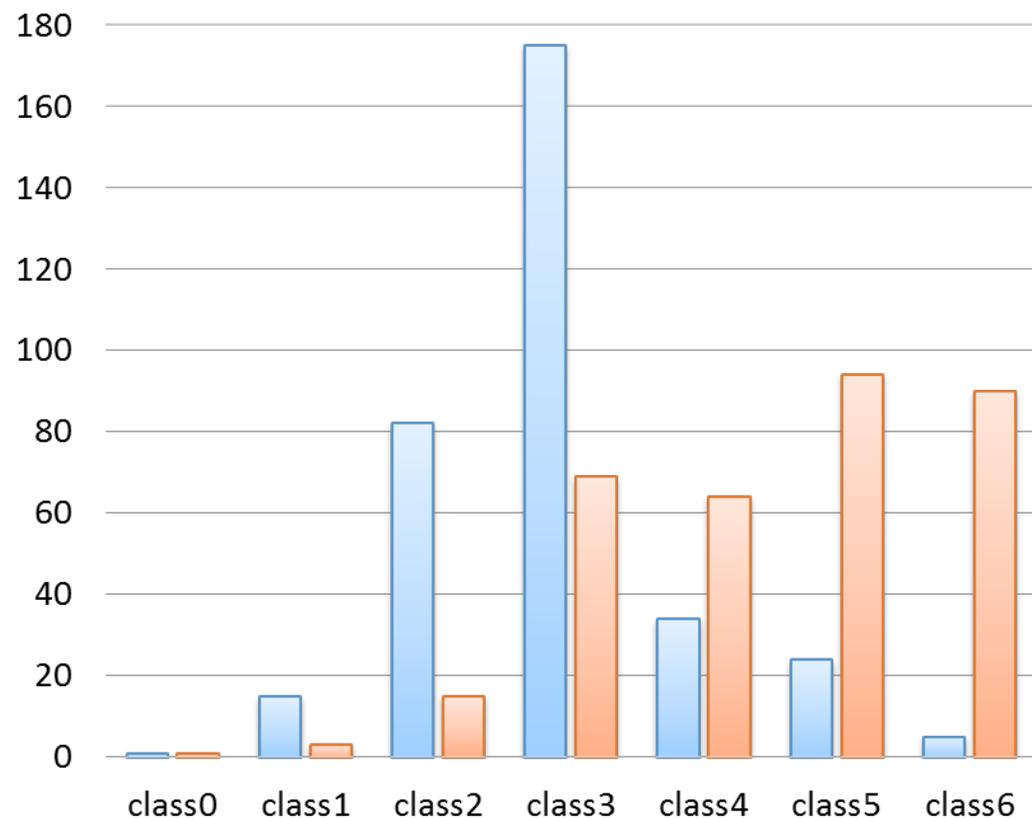
実用的移動分類

実用的移動能力分類	要件
class 6 「公共交通機関利用自立」 自家用車運転自立 特に制限なく公共交通機関の利用が可能 自家用車を運転して外出が可能	電車やバス等の公共交通機関の利用に支障のないもの 自家用車を運転して外出することに支障のないもの
class 5 「公共交通機関限定自立」 一定の条件下で、公共交通機関の利用が可能	①屋外歩行または車椅子移動が自立 ②公共交通機関の利用は一定の経路や時間帯に限られるもの ③商店街など人通りの多いところでは、監視や介助を要するもの *①に加えて②または③に該当するもの⇒class 5
class 4 「屋外・近距離自立」 階段または坂があっても外出可能で、なれた場所なら屋外歩行や車椅子移動も可能	①階段昇降は手すりがあれば自立または車椅子でスロープ(勾配1/12以下=4.7度)の昇降が自立 ②自宅周辺など慣れた場所での歩行または車椅子移動は自立 ③安全性、耐久性に問題があり、長距離の歩行または車椅子移動は困難なもの ④商店街など人通りの多いところでは、歩行または車椅子移動が困難なもの *①と②に加えて③または④に該当するもの⇒class 4
class 3 「屋内・平地自立」 平地移動は可能だが、階段または坂や不整地では監視・介助が必要	①屋内など平地での歩行または車椅子移動は自立しているが、階段またはスロープや不整地の歩行または車椅子移動には監視または介助を要するもの ②階段またはスロープでは監視または介助を要するが、エレベーターなどを利用して病院や施設内の歩行または車椅子移動は自立しているもの *①または②に該当するもの⇒class 3
class 2 「平地・監視移動」 屋内・平地なら監視または指示の下で歩行または車椅子移動可能	①介助者は身体に触れず、監視または指示のみで歩行または車椅子移動が可能なもの ②歩行または車椅子移動可能だが、安全性の問題などから監視を要するもの ③介助者が身体または車椅子に軽く触れる程度の介助で歩行または車椅子移動しているもの *①～③のいずれかに該当するもの⇒class 2
class 1 「介助移動」 常に身体介助が必要	①歩行では患肢の振り出しに介助を要するもの ②介助者が体幹や上肢または車椅子をしっかり支えて歩行または車椅子移動しているもの *①～②のいずれかに該当するもの
class 0 「歩行または車椅子乗車不能」 歩行または車椅子乗車不能	①まったく歩行または車椅子乗車不能(著しい乗車時間制限含む)のもの ②療法士などが支えて訓練として歩行または車椅子乗車できる程度のもの *①または②に該当するもの⇒class 0

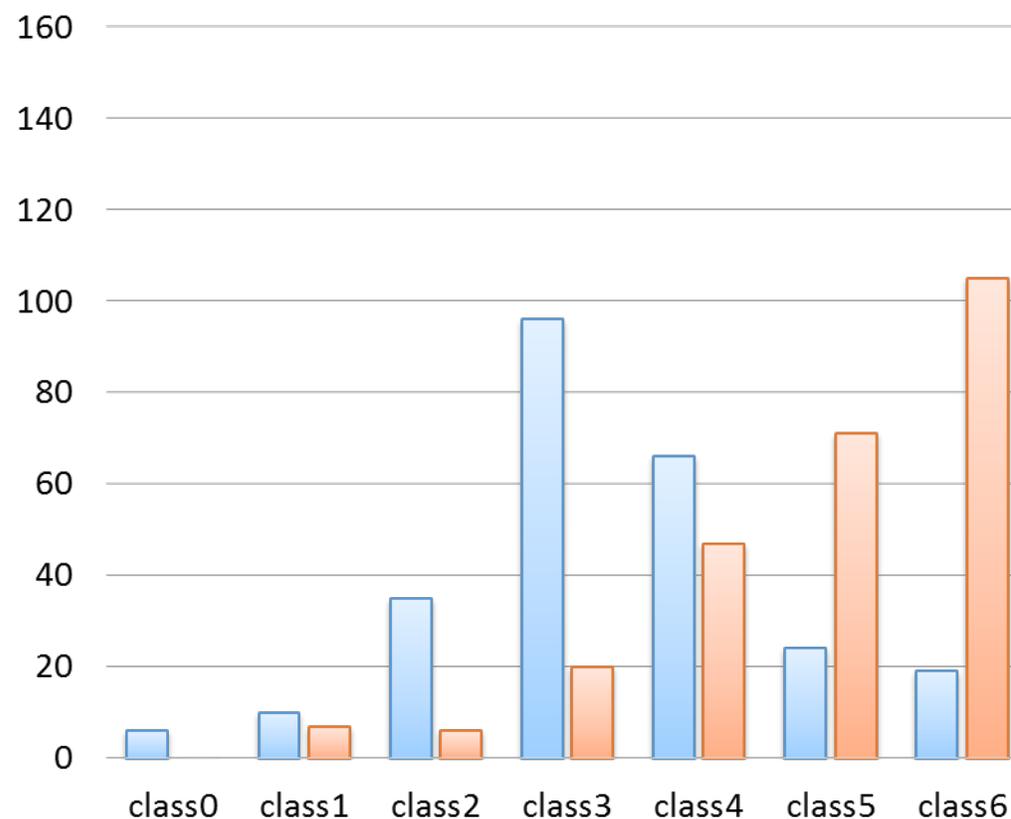
※「実用的歩行能力分類」…横浜総合リハビリテーションセンター作成
「実用的歩行能力分類」を車椅子利用者の社会参加指標として活用するため、神奈川総合リハビリテーションセンター七沢自立支援ホームや横浜総合リハビリテーションセンターを中心に関ブロエビデンスチームで検討を重ね「実用的移動能力分類」として活用したものです。

実用的移動能力分類の変化(高次脳機能障害)

高次脳機能障害【あり】

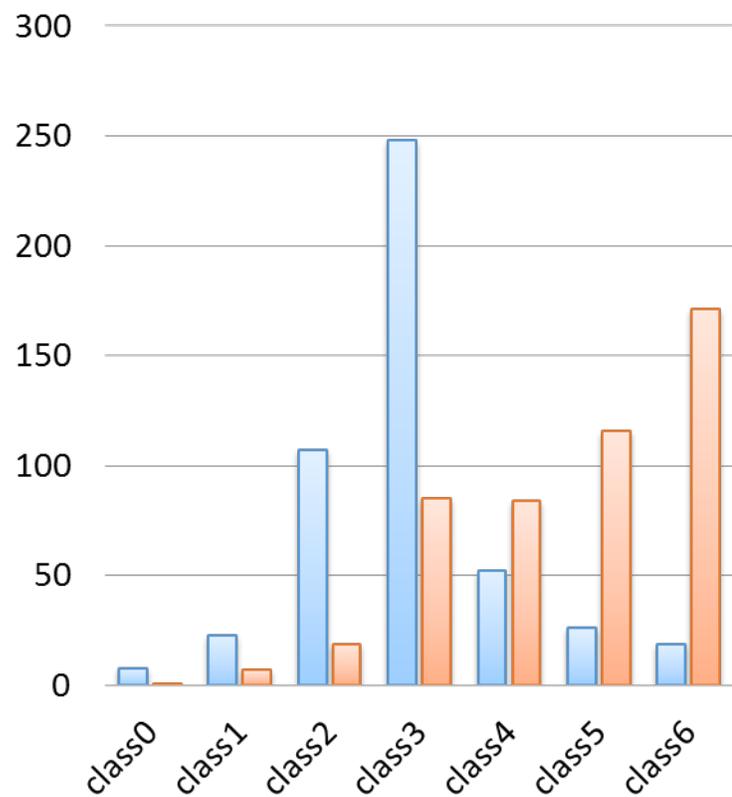


高次脳機能障害【なし】

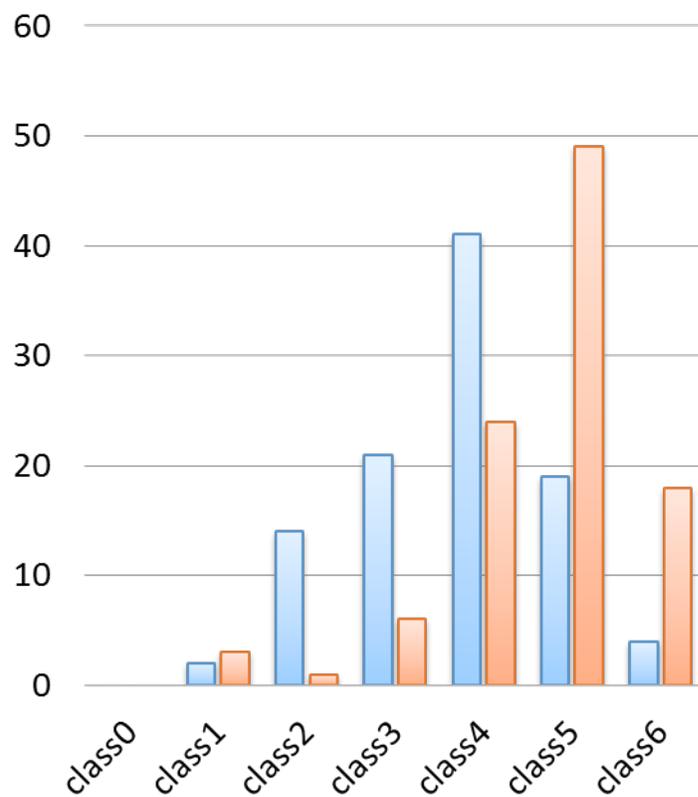


実用的移動能力分類の変化(障害別)

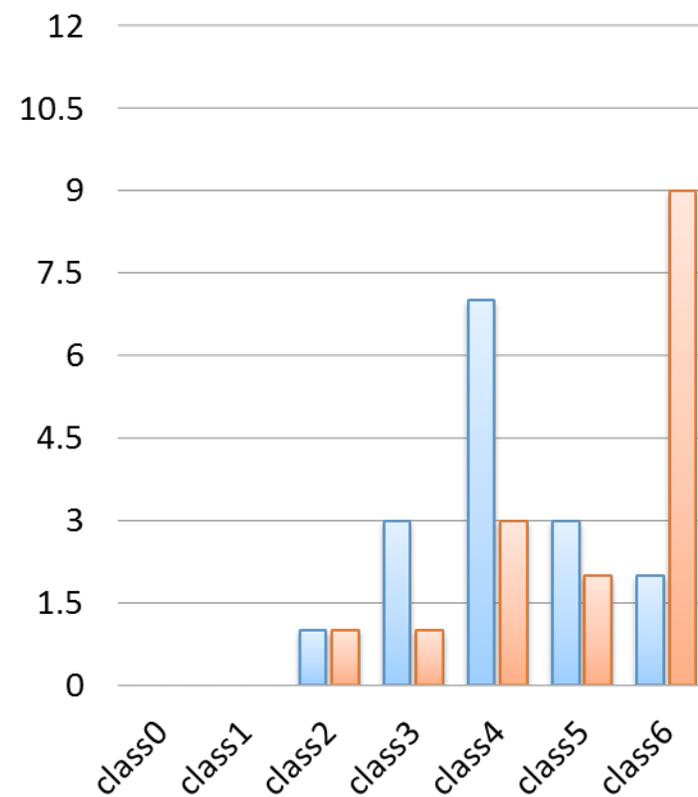
肢体不自由



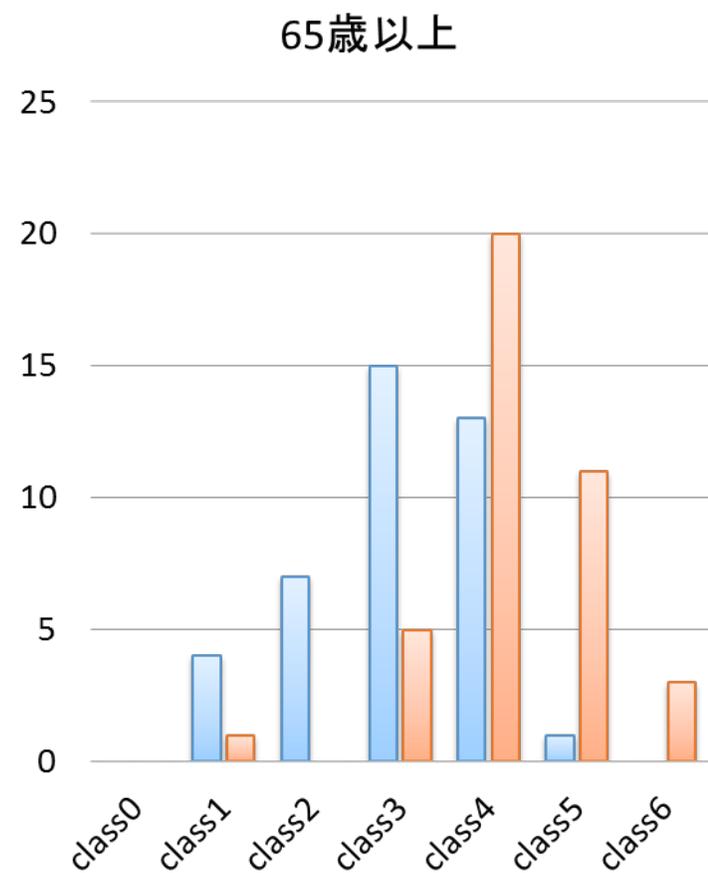
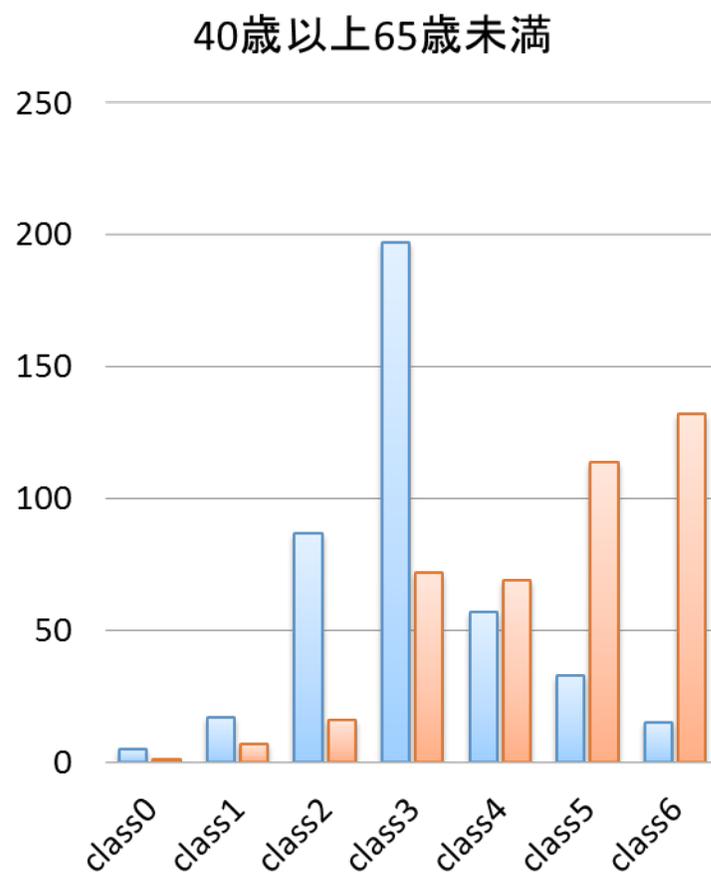
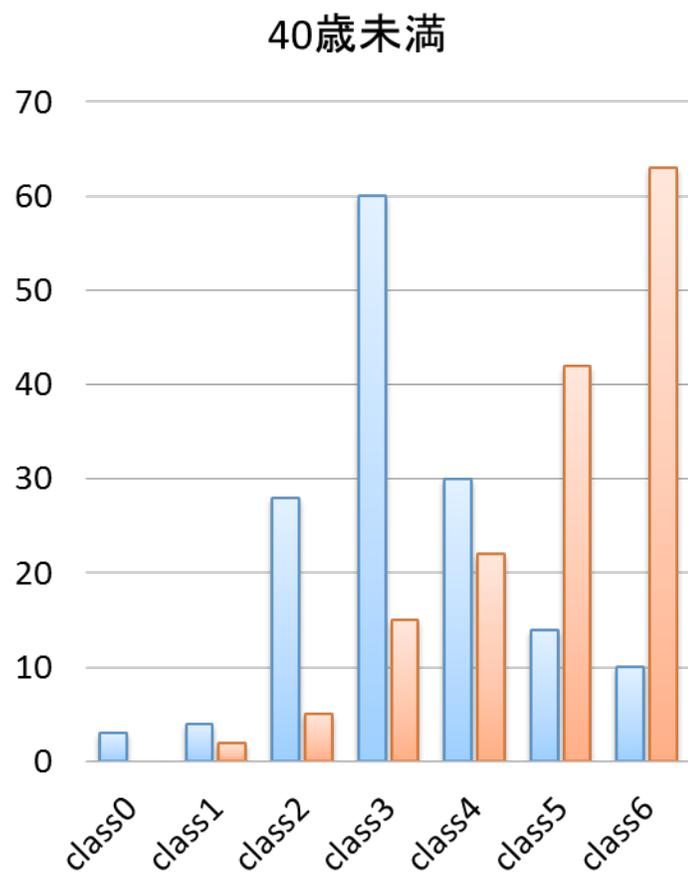
視覚



その他

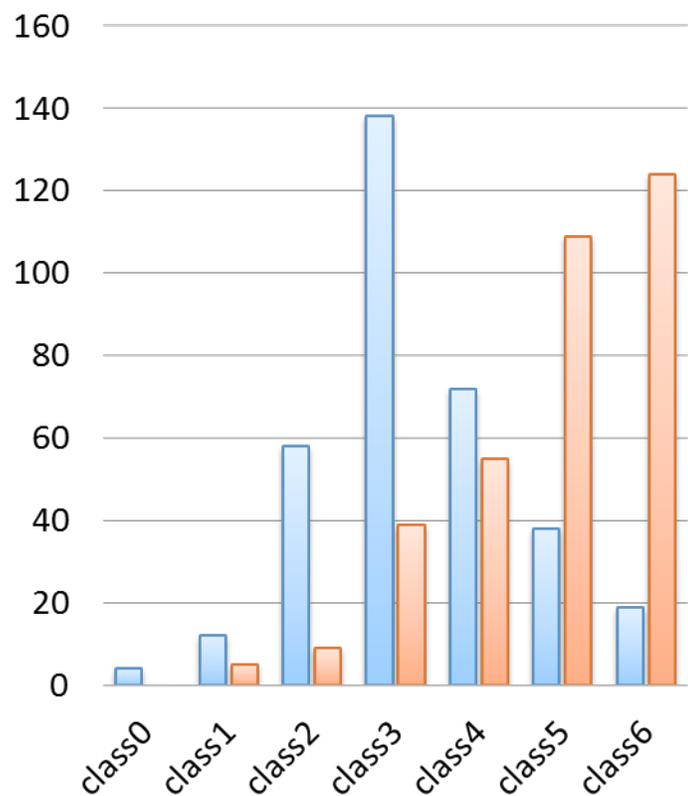


実用的移動能力分類の変化(年齢別)

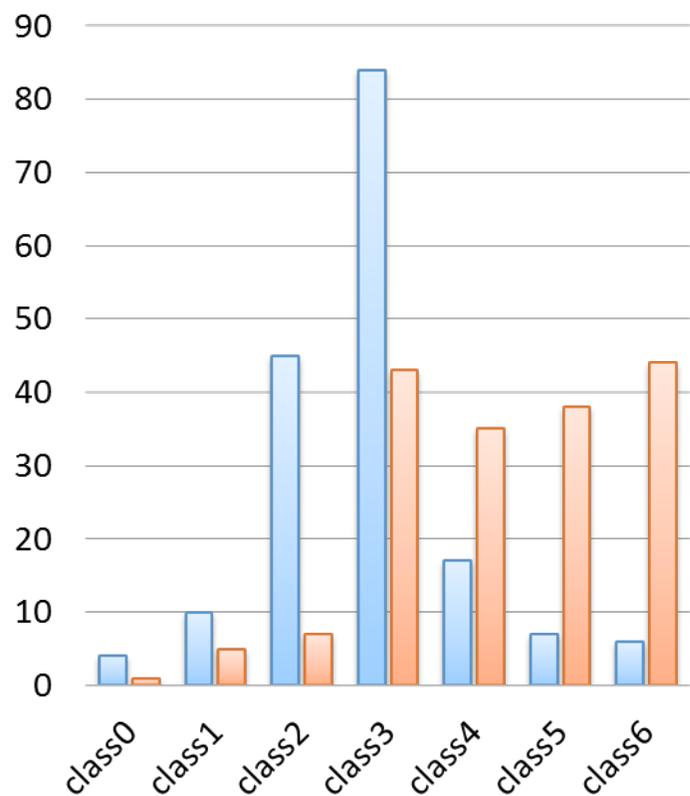


実用的移動能力分類の変化(利用期間別)

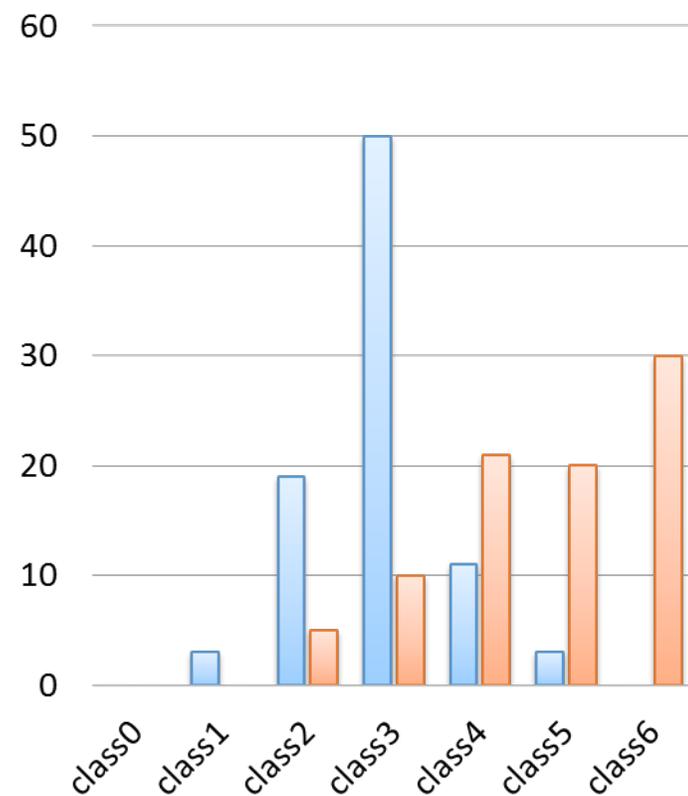
12ヶ月未満



12ヶ月以上18ヶ月未満



18ヶ月以上



実用的移動能力分類の考察

- 身体機能的な移動能力の向上だけではなく車椅子や他の代償手段を用いた移動範囲の拡大が測れるようになり、一方向視点からではあるが社会参加能力の指標として効果測定ができた。
- エビデンスデータとしての信頼性を向上していく為に評価方法(基準)の確立やデータの蓄積、検証方法(機能訓練の役割から見た更生施設長会の要望)の検討が必要

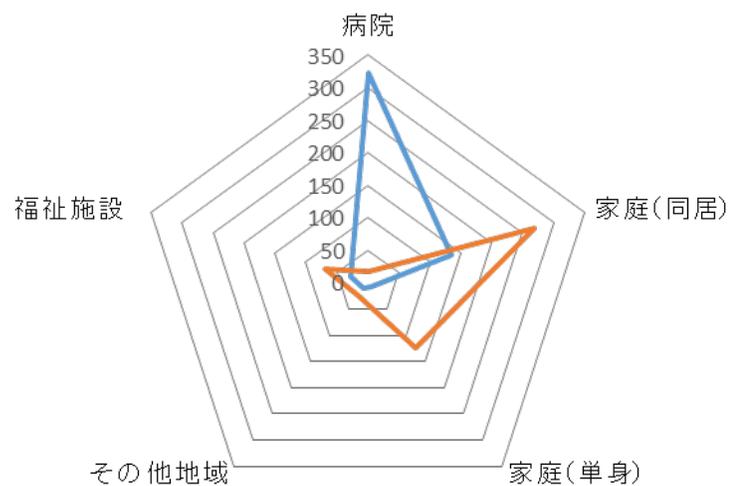
分析③

成果

生活拠点の変化(障害別)

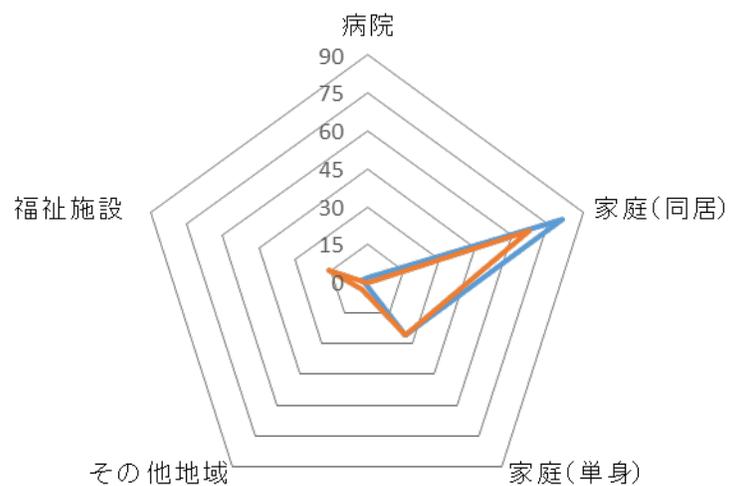
肢体不自由

— 入所前 — 退所時



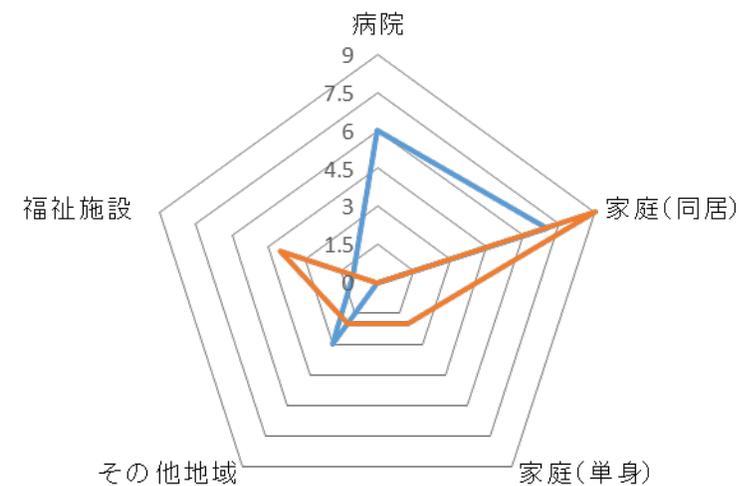
視覚

— 入所前 — 退所時



その他

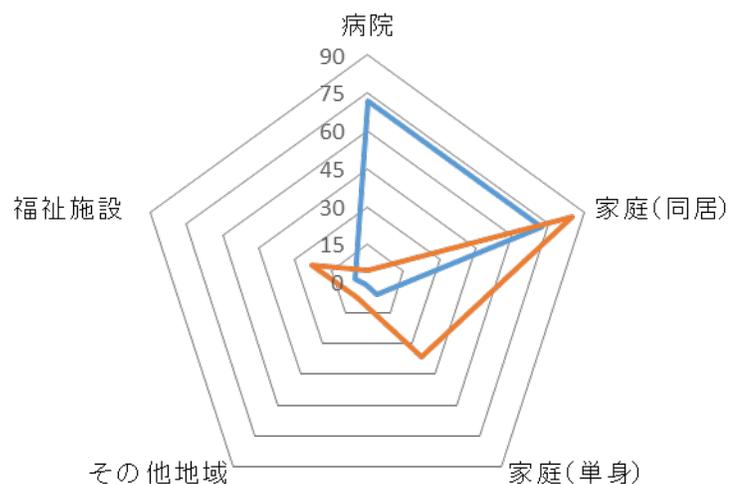
— 入所前 — 退所時



生活拠点の変化(年齢別)

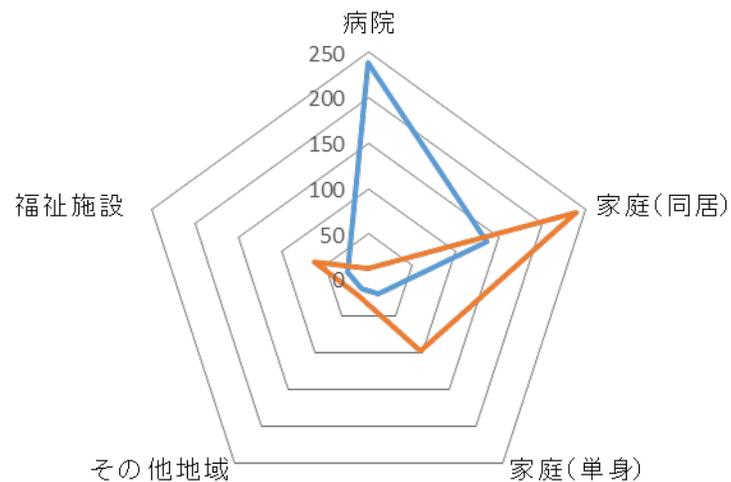
40歳未満

— 入所前 — 退所時



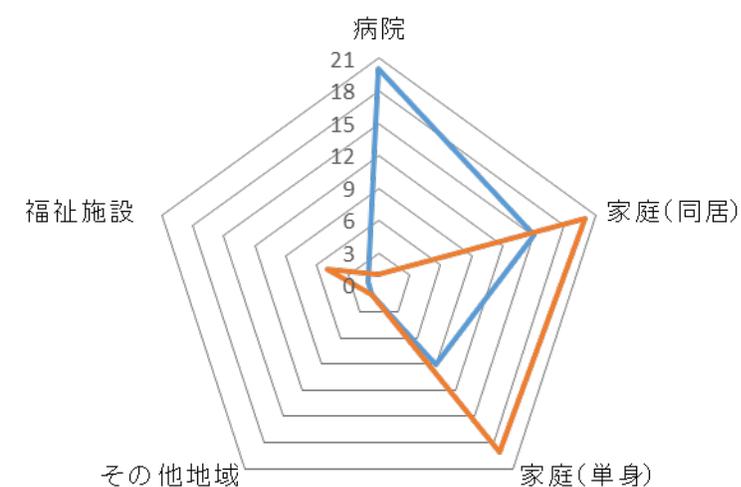
40歳以上65歳未満

— 入所前 — 退所時



65歳以上

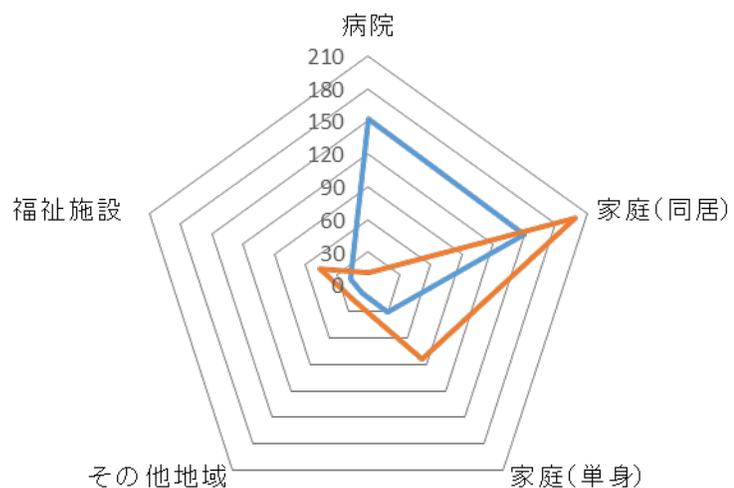
— 入所前 — 退所時



生活拠点の変化(利用期間別)

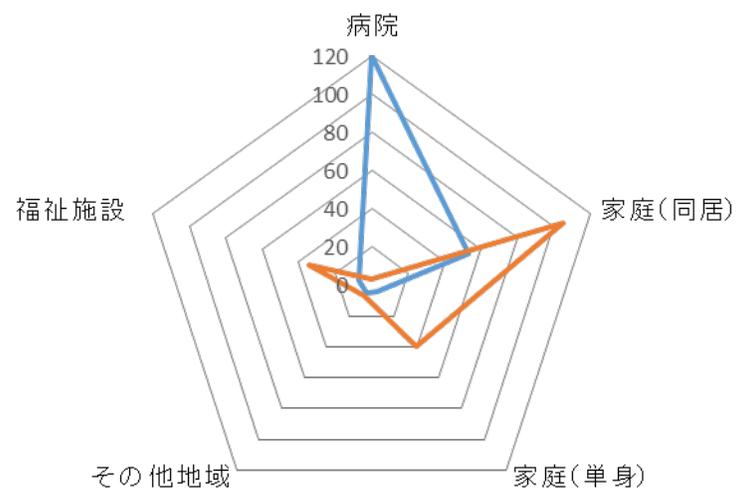
12ヶ月以下

— 入所前 — 退所時



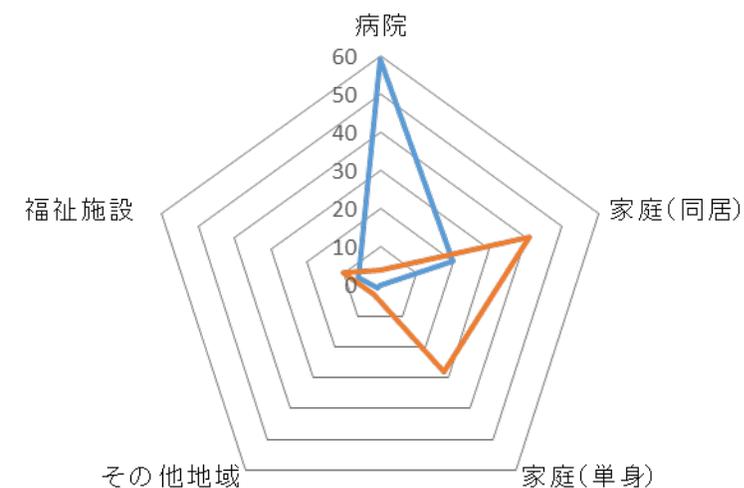
12~18ヶ月

— 入所前 — 退所時



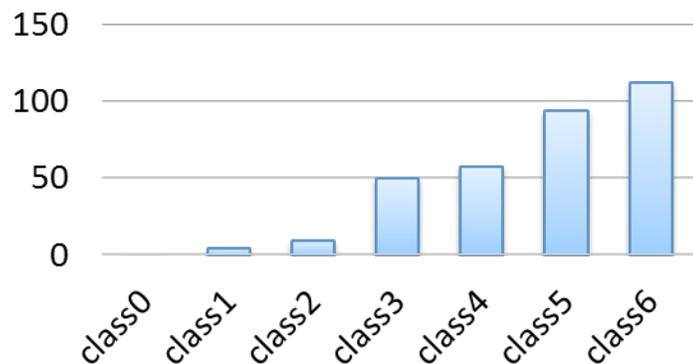
18ヶ月以上

— 入所前 — 退所時

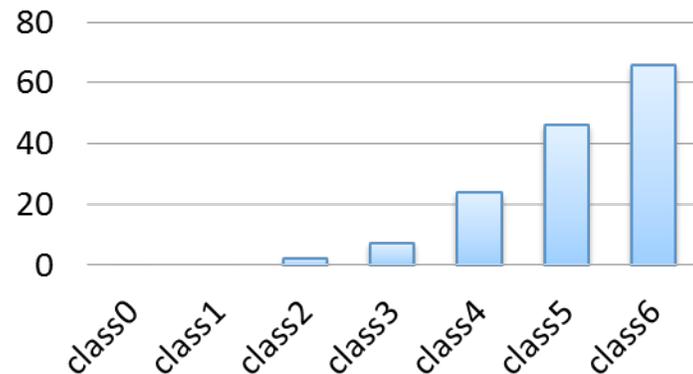


退所時生活拠点（退所時の実用的移動能力とIADL尺度）

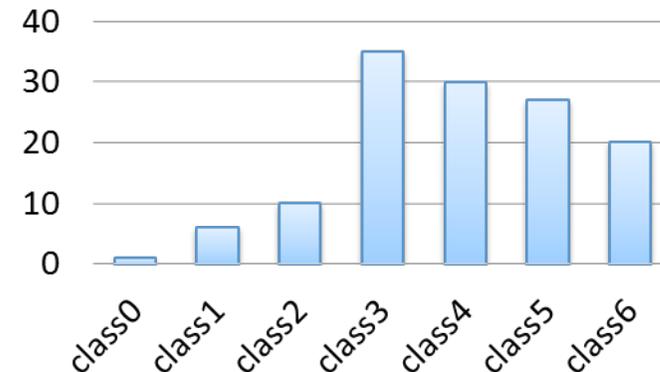
移動能力(在宅同居)



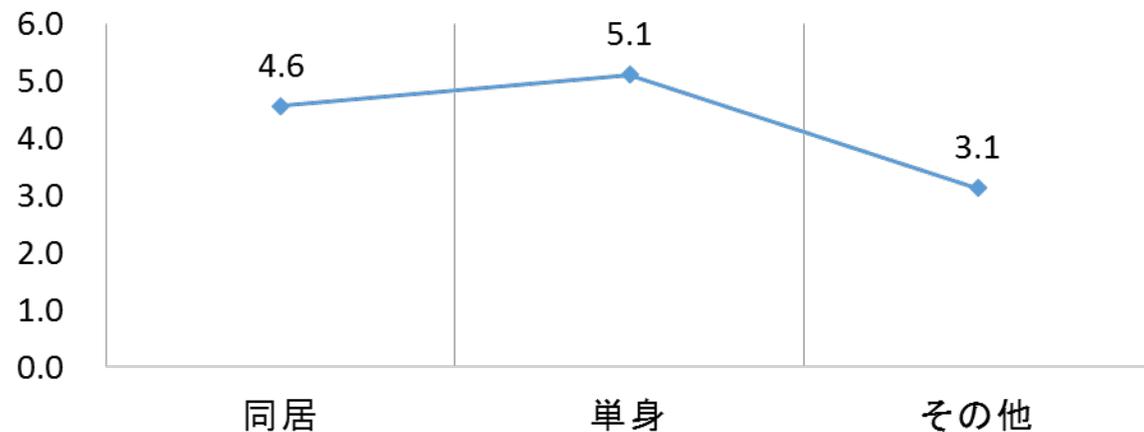
移動能力(在宅単身)



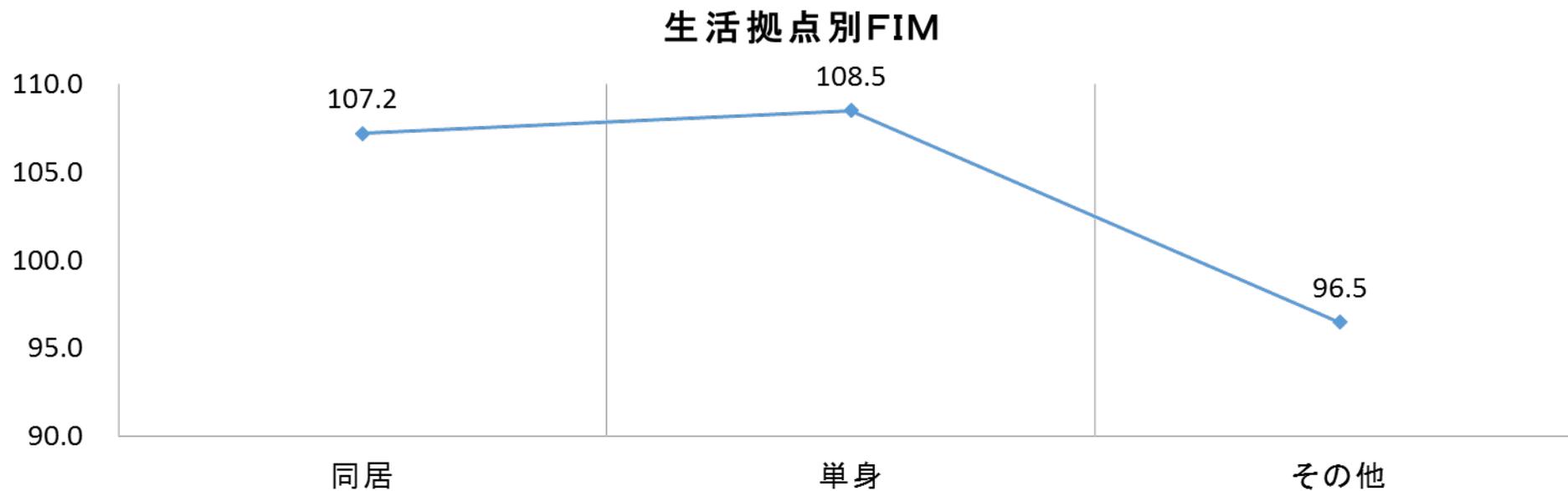
移動能力(その他)



生活拠点別IADL尺度

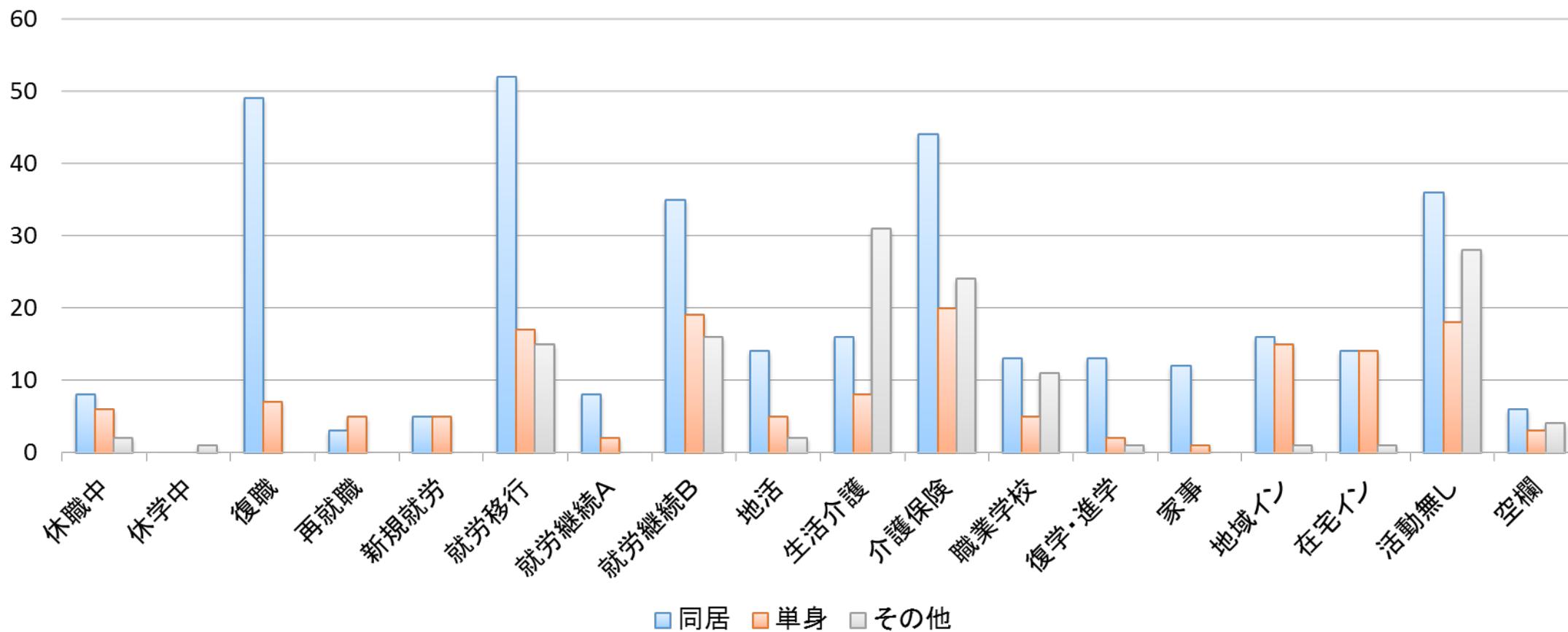


退所時生活拠点(退所時FIM)



	在宅同居	在宅単身	その他地域
支援日数	363日	408日	385日
FIM利得	8.6	9.2	7
FIM効率	0.024	0.023	0.018

退所時日中活動先(生活拠点別)



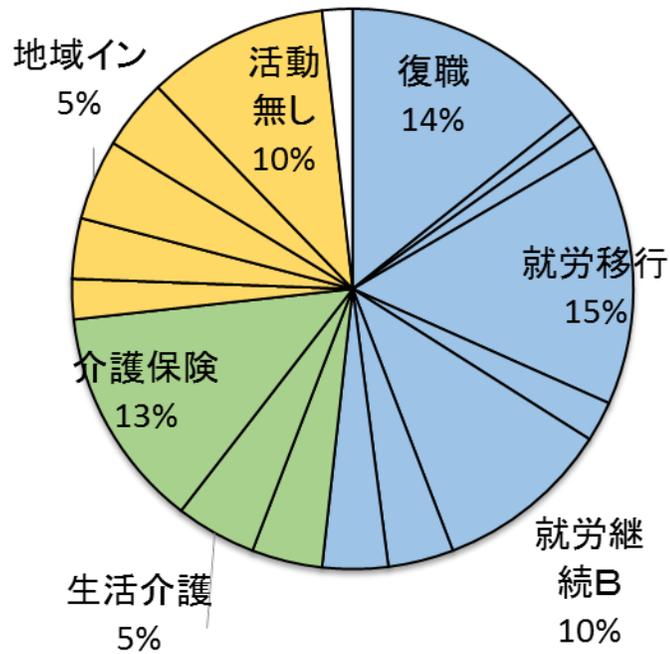
退所時日中活動先(生活拠点別)

青⇒就労／就学系

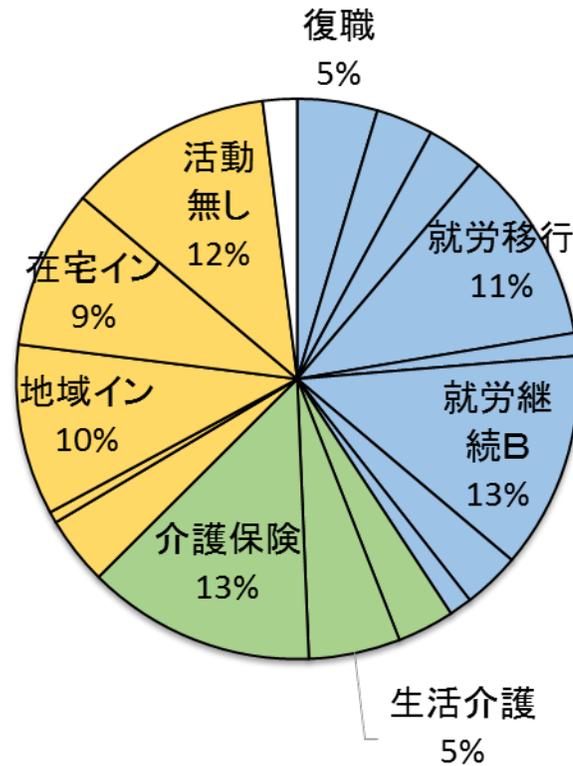
緑⇒その他日中活動

黄色⇒インフォーマル活動

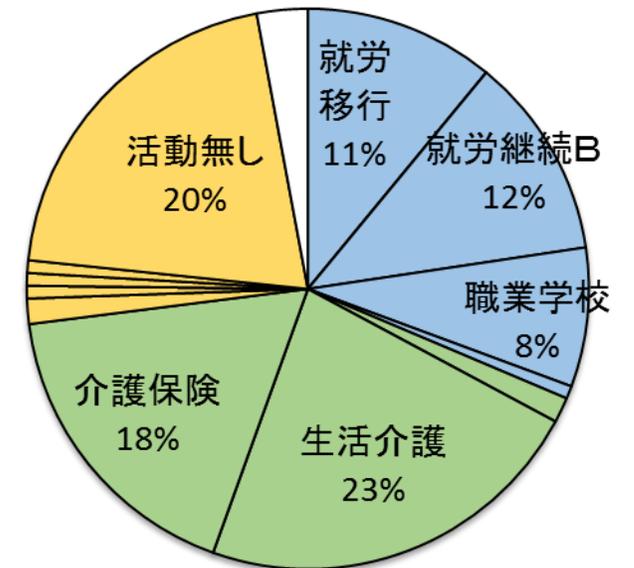
同居



単身

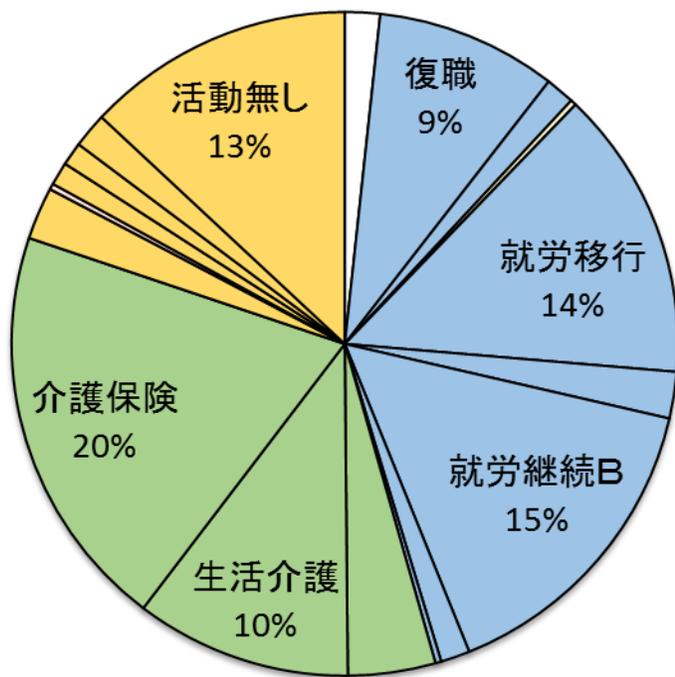


その他

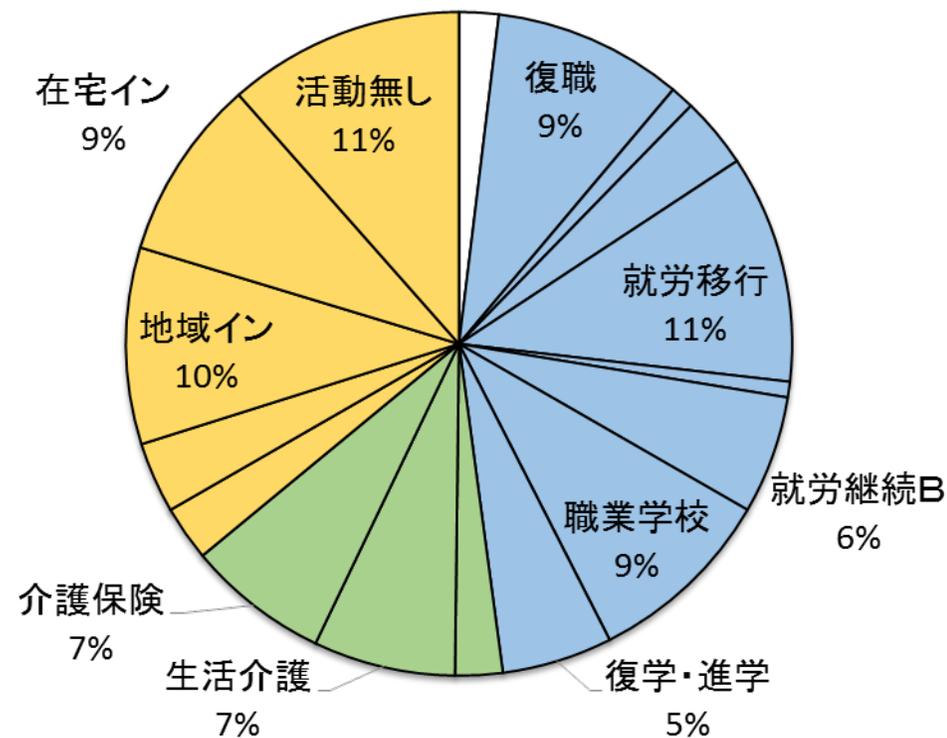


退所時日中活動先(高次脳機能障害の有無)

高次脳あり

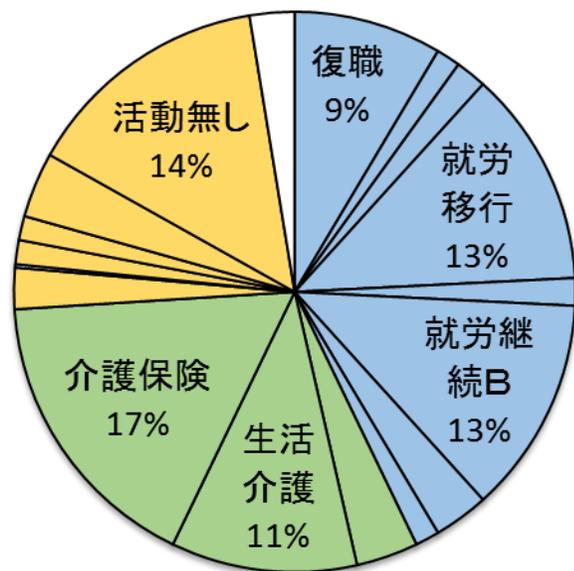


高次脳なし

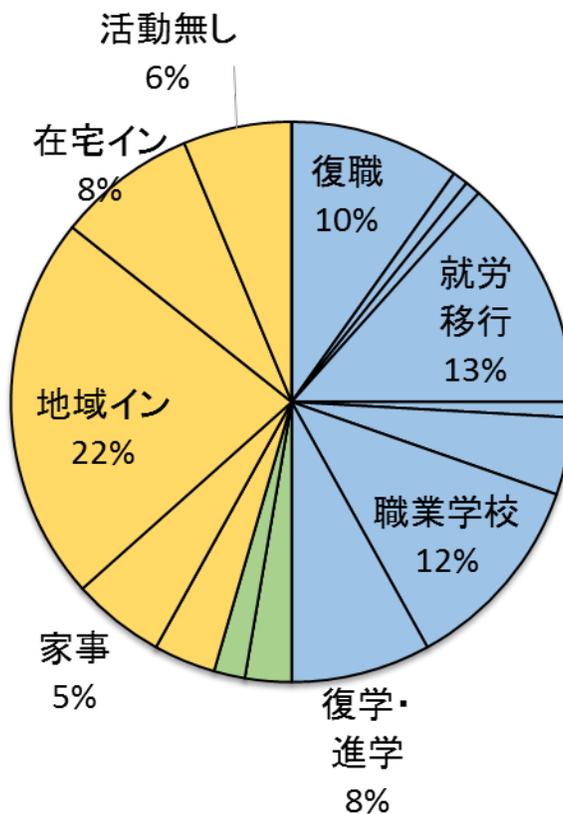


退所時日中活動先(障害別)

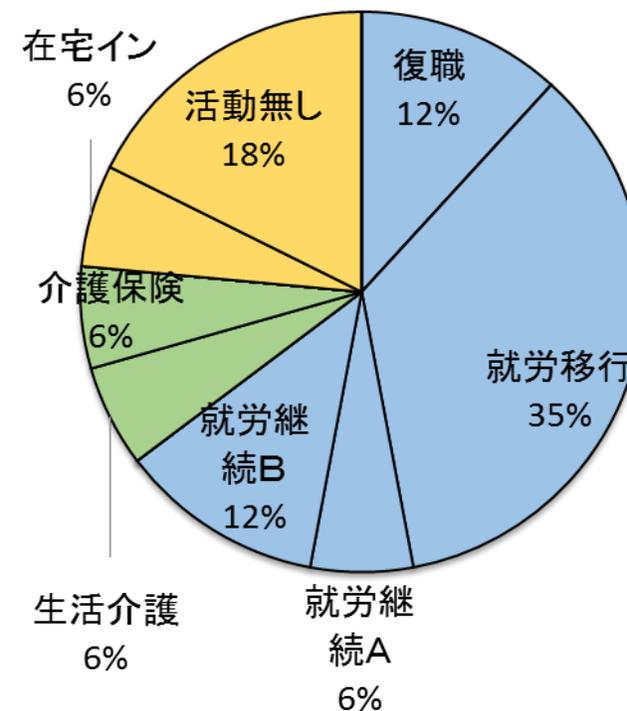
肢体不自由



視覚



その他



成果指標の考察

- 移動範囲の拡大が地域生活や社会参加の成果に大きく関わっている反面、身体・認知機能の向上が必ずしもフォーマルな社会参加に繋がるとは限らない。
- 社会生活力の向上により、利用者自ら選ぶ社会参加の選択範囲が広がる反面、福祉サービスに寄らない社会参加の方法が生じている。
- 地域又は障害によりフォーマルなサービスが不足している場合があり、インフォーマルな社会参加に頼る事がある。

課題

【要介護度】

⇒公的な指標だが対象が限定される。

【障害支援区分】

⇒公的な指標だが支援効果が反映されない場合がある。

【実用的移動能力分類】

⇒一方向の側面から支援効果の指標になる。

しかし指標としての認知度や実績が低い。

【IADL尺度】

⇒一定の効果測定は可能。

しかしステップアップ状況や対象者により効果が表れない。

【FIM】

⇒一定の効果測定は可能。

しかし対象によっては効果があまり表れない。

【内面的な成長に対する評価】 ⇒社会生活力の向上に対する指標が不足

【利用者のニーズ評価】

⇒利用満足度やニーズと支援成果のマッチングを測る指標／方法

内面的な成長に対する評価

- 機能訓練事業の役割は身体・認知機能の向上支援だけではなく、社会リハビリテーションを提供する福祉サービスとしてパワーレスになった利用者が支援により「やりたいこと」「将来の夢」などの希望を取り戻し、自身の思いを表出する力や社会資源を活用し自ら社会参加していく為の知識などの内面的な力に対しての支援が重要である。
- 内面的な力は目に見えず、評価が主観的になりやすい事もありエビデンスとして示していくのは困難だが、機能訓練事業本来の支援として効果を示していく事は必要と思われる。

まとめ

【エビデンスは...】

- 自立訓練（機能訓練）の役割を明確にし、サービスを必要としている人たちに対して適切なサービスを提供していく為の根拠です。
- 自立訓練（機能訓練）の役割を地域や行政に広く理解して頂き、必要なサービスを適切に提供していく為の制度等を整理していく為に必要なものです。
- 自立訓練（機能訓練）支援の必要性を示していくには、単一の施設や事例だけではなく、多くのデータや統一した指標を用いてエビデンスとしていく必要があります。

協力施設

- 国立障害者リハビリテーションセンター
自立支援局 函館視力障害センター
- 岩手県立療育センター
- 福島県立ひばり寮
- 名古屋市総合リハビリテーションセンター
- 三重県障害者総合福祉センター
- 滋賀県むれやま荘
- 京都市地域リハビリテーション推進センター
- 大阪府立障がい者自立センター
- 国立障害者リハビリテーションセンター
自立支援局 神戸視力障害センター
- 兵庫県総合リハビリテーションセンター
- 厚生センター晴雲
- 広島県立障害者リハビリテーションセンター
- 広島市立自立訓練施設
- かがわ総合リハビリテーションセンター
- 道後ゆう
- かなさんどう
- 高知ハビリテールングセンター
- 国立障害者リハビリテーションセンター
自立支援局 福岡視力障害センター
- 熊本県身体障がい者能力開発センター
- 国立障害者リハビリテーションセンター
自立支援局 別府重度障害者センター

関ブロエビデンス検討会

- とちぎリハビリテーションセンター 障害者自立訓練センター 駒生園
- 群馬県立障害者リハビリテーションセンター
- 東京都高次脳機能障害者支援ホーム HiBDy Tokyo
- 国立障害者リハビリテーションセンター 自立支援局所沢センター
- 埼玉県総合リハビリテーションセンター
- 千葉リハビリテーションセンター 更生園
- 横浜市総合リハビリテーションセンター 障害者支援施設
- 神奈川県総合リハビリテーションセンター 七沢自立支援ホーム
- (茨城県立リハビリテーションセンター)

20施設＋関ブロ9施設
合計29施設

ご清聴ありがとうございました

関東ブロック身体障害者更生施設長協議会
エビデンス検討会 一同

「機能訓練の効果と今後の展望」
～利用者基本情報全国調査結果から機能訓練の効果と役割を考える～

関東ブロック身体障害者更生施設長協議会
エビデンス検討会

1、はじめに

平成 25 年に横浜市で行われた身体障害者リハビリテーション研究集会において、更生施設長会から毎年出される要望についてエビデンスを示すよう国から指摘があった。

指摘を受け平成 26 年度より関東ブロックの有志施設によるワーキンググループ（エビデンス検討会）を立ち上げエビデンスについての検討を重ねてきた。事業特性による課題をはじめ運営状況や地域差などにより要望内容や課題の違いがある中、何についてのエビデンスを求めたら良いかとの問いから検討が始まった。

共通する課題を考えていくにあたり、まずは機能訓練事業としての役割を考え「支援の効果が表れているか」「効果を示せるのか」「エビデンスとなる指標があるのか」についての検討していく為、支援結果（退所者情報）の収集から始めた。

平成 29 年度までに退所者情報の収集をするにあたり、支援効果としてエビデンスとなる項目をいくつか絞った結果、①基本情報（年齢、障害、疾患等）、②障害支援区分、③要介護度、④実用的歩行（移動）能力分類、⑤ I A D L 尺度、⑥ F I M、⑦入退所比較（生活拠点、社会参加）以上 7 項目について退所者（平成 25～28 年度）のデータ収集を実施してきた結果、機能訓練事業における課題と一定の支援効果が示せる指標が確認できたことで、平成 30 年度のエビデンス検討会活動として統一した指標として使えるよう全国身体障害者更生施設長会に協力を仰ぎ、全国のデータ収集を実施したので分析結果をここに報告する。

2、調査結果

データ情報

①関ブロ集積データ：平成 25～28 年度退所者 649 名（関ブロ 9 施設）

平均年齢：44.1 歳、平均支援期間：405.6 日（13.3 ヶ月）、男性割合：男性 81%

高次脳機能障害：60%、身体障害者手帳 1、2 の等級割合：87%

②平成 30 年度全国調査データ：平成 29 年度退所者 633 名（全国 28 施設）

平均年齢：47.6 歳、平均支援期間：378.7 日（12.5 ヶ月）、男性割合：男性 80%

高次脳機能障害：56%、身体障害者手帳 1、2 の等級割合：82%

障害別割合：肢体不自由 79%、視覚 18%、その他 3%

全国調査では視覚障害者支援を実施している施設に協力を依頼した関係で障害別割合に違いが見られるものの、過去集積したデータと比較した結果、基本情報に大きな差は見られなかった。

以下は全国調査のデータを用い分析した結果を報告する。

3、全国調査分析

①要介護度（介護保険）、障害支援区分（障害者総合支援法）の入退所時比較

要介護度	入所前	退所時
要支援1	7	12
要支援2	7	17
要介護1	25	35
要介護2	30	43
要介護3	41	33
要介護4	20	15
要介護5	10	7
未申請	163	148
非該当	128	126
申請中	2	2
空欄	200	195

支援区分	入所前	退所時
非該当	13	12
区分なし	156	135
区分1	17	20
区分2	64	67
区分3	178	171
区分4	99	105
区分5	66	72
区分6	39	40
空欄	1	11

行政の評価指標である要介護認定区分と障害支援区分の入退所時比較をした結果は上記表の通りで、要介護度は対象者が約3割弱（65歳以上46名、特定疾病40～64歳336名 合計382名 内入退所時非該当者、未申請、空欄の208名を除く174名が対象）であったが要介護度に若干の改善が見られた反面、障害支援区分では重度化する傾向が見られた。

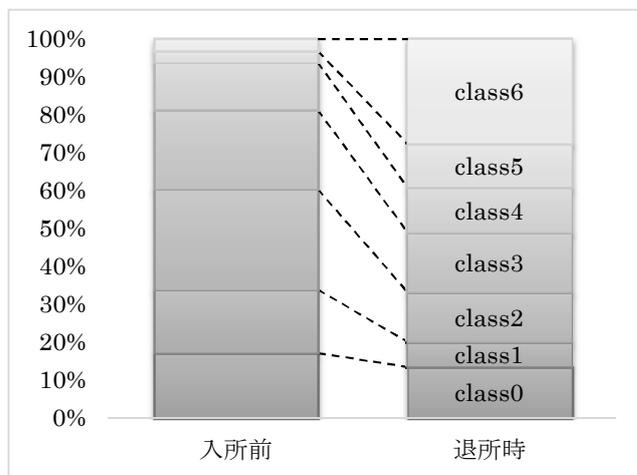
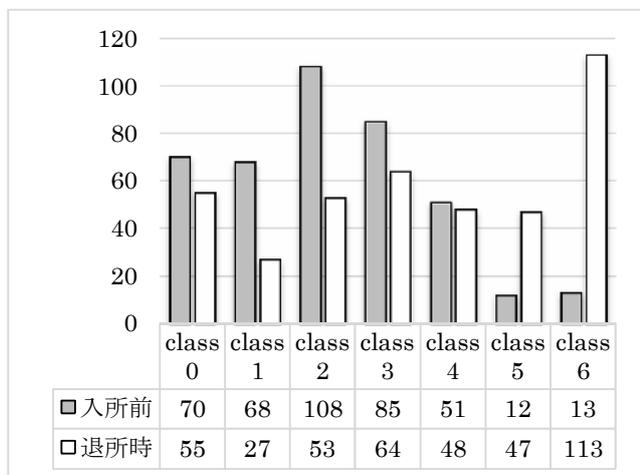
主な理由として機能訓練事業は訓練等給付のため支援区分がなくても利用が可能であり、利用開始時には区分が無く、退所時には今後の支援（地域移行に伴う福祉サービス利用）の中で市町村や計画相談が必要な区分として判断する場合がある。身体・認知機能及び社会生活力が向上している利用者に対する支援効果が区分に反映しない場合が多いことから、要介護度との乖離が生じており、この問題については制度的な問題なのか等を検証していく必要がある。

②実用的移動能力分類

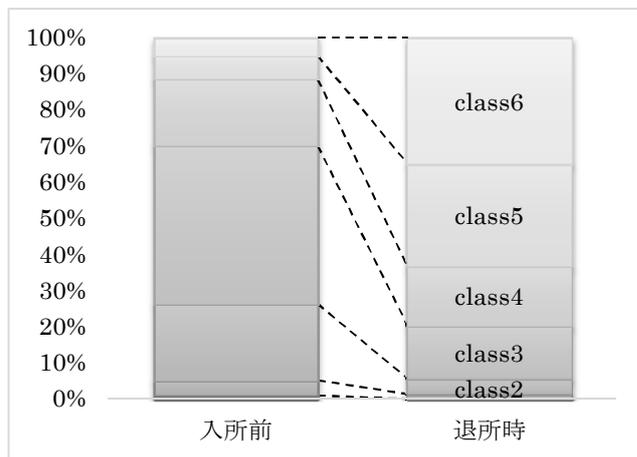
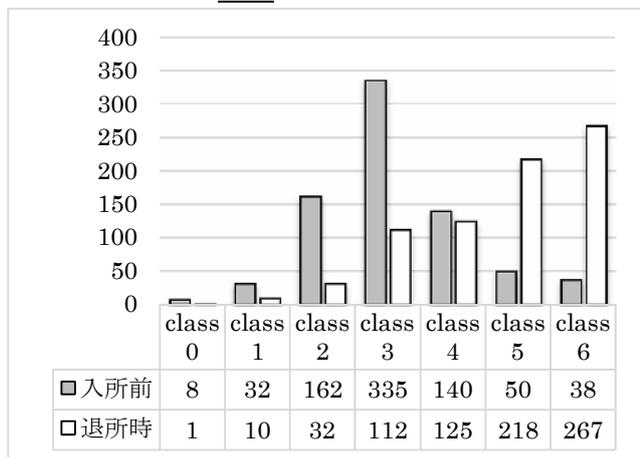
今回調査に使用した実用的移動能力分類は横浜市総合リハビリテーションセンターが2009年の日本リハビリテーション医学会学術集会で発表した「脳卒中片麻痺者の歩行能力評価」実用的歩行能力分類（改訂版）を社会リハビリテーションの支援内容に合わせた移動能力の拡大を図れるよう実用的移動能力分類として改良したものを使用した。

平成25年度～27年度退園者までは実用的歩行能力分類で調査。平成28年度退園者より実用的移動能力分類で調査した。

実用的歩行能力分類（平成 25～27 年退園者） 407 名



実用的移動能力分類（平成 28～29 年退園者） 765 名



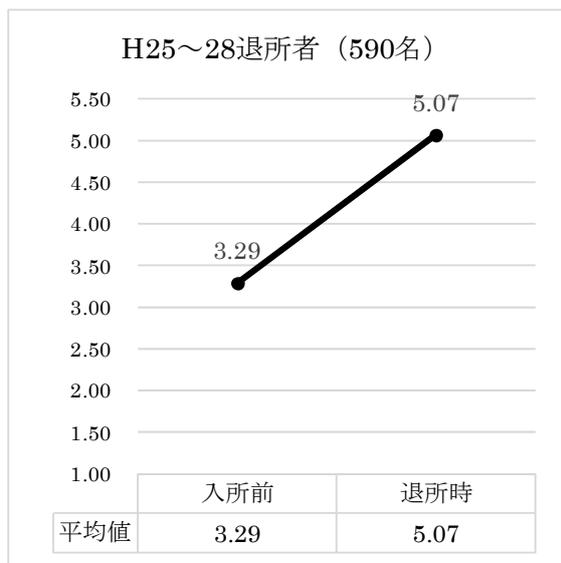
歩行能力分類では入所時の class が高いほど顕著な変化が見られる反面、重度麻痺などで歩行困難な利用者の class は変化しないといった課題があった。移動能力分類とする事で歩行による移動能力の向上だけではなく車椅子や他の代償手段を用いた移動範囲の拡大が見られるようになり、一方向の視点からではあるが社会参加能力の指標として効果測定ができた。

③手段的日常生活活動尺度（IADL 尺度）

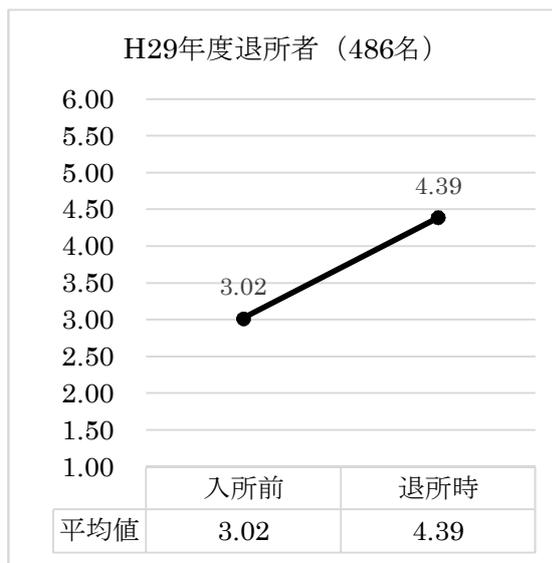
地域移行や社会参加への支援を進めていく上で、服薬管理や金銭管理、買い物や家事能力の獲得・向上が課題となる場合が多くある。また事業を利用するにあたっての利用意向でも潜在的なニーズとして分析される事も多い事から、IADL に関する評価ができる指標として手段的日常生活活動尺度（出典：Lawton MP, et al: Gerontologist 1969; 9: 168-79. より）を用いて入退所の比較を行った。また比較するにあたり地域移行（帰結：単身生活や在宅留守番）の特性上すべての項目について男女共に評価を実施した。

過去調査と全国調査の結果を比較しても、平均して1ポイント以上の向上が見られた事からエビデンスの効果指標として使用ができる事がわかった。しかし達成度による段階なく細かなステップアップが測れない事や、障害によっては適応できない項目また利用意向（帰結）によっては支援の優先度が低くなる項目があり、機能訓練の効果を示す指標として課題が残った。

IADL尺度（関ブロ調査）

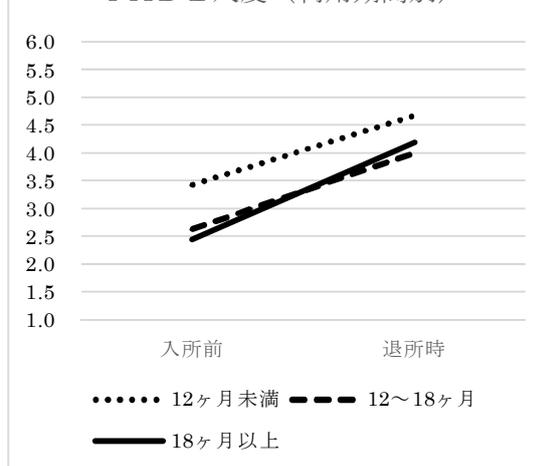


IADL尺度（全国調査）



また全国調査において「地域別」「高次脳機能障害の有無」「障害別（肢体不自由・視覚・その他）」「年代別（40未満、40以上65未満、65以上）」「利用期間別」で比較した結果ではポイントの高低はあるものの向上率としては全体グラフと同様の結果が得られた。「利用期間別」で比較した結果は右表の通りとなっており、IADLの低い利用者の利用期間が長くなる傾向が見られる。

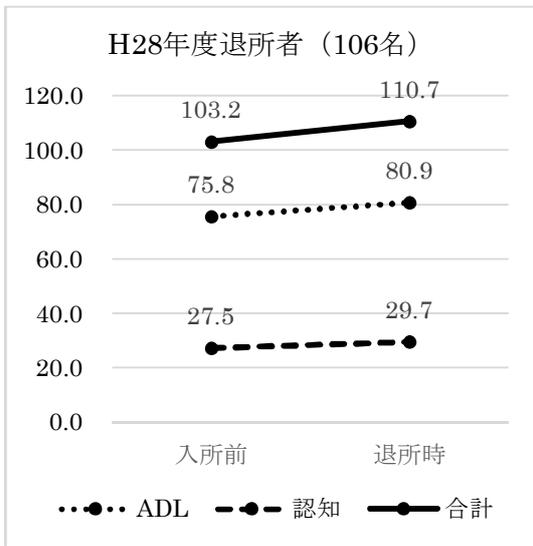
IADL尺度（利用期間別）



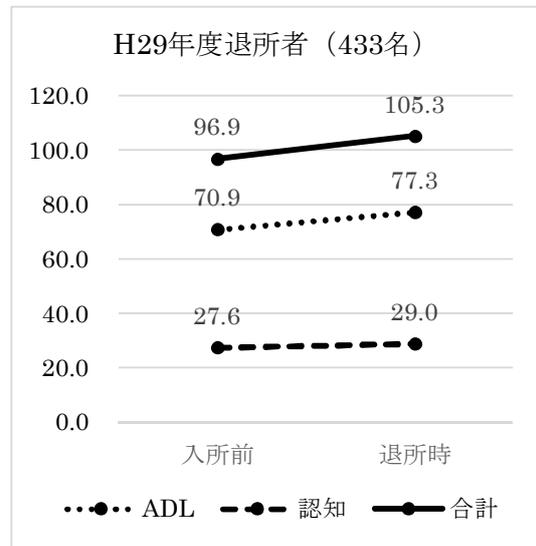
④Functional Independence Measure（FIM）

FIMは回復期リハビリテーション病院においてアウトカムの評価として使用され、また介護保険施設においても生活期リハビリテーションによる効果判定として使用されている。更生施設協議会に属している機能訓練事業所の多くは回復期リハビリテーション病院からの紹介、直入が多い事もありFIMの導入がしやすい環境にあるため、平成29年度より調査項目に加えた。

F I M (関ブロ調査)

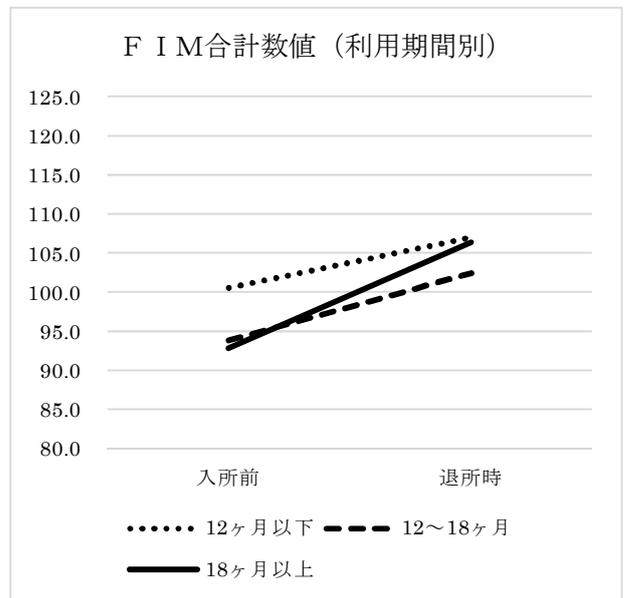
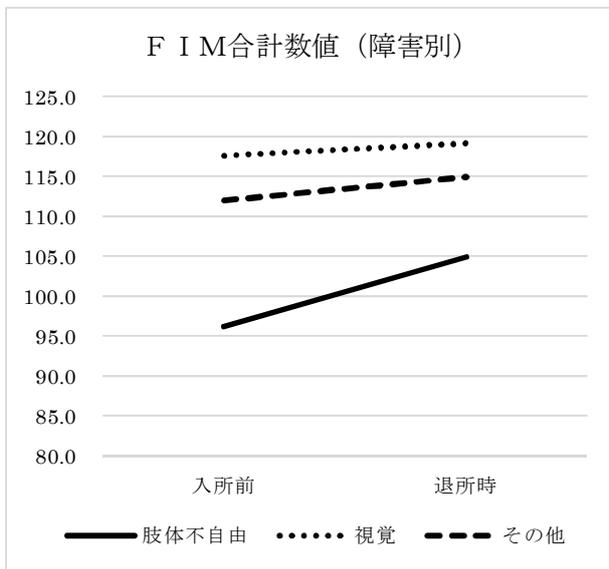


F I M (全国調査)



入退所時比較ではADL：約5～6ポイント、認知：約1～2ポイント、合計値：7～8ポイントの向上が見られた。回復期リハビリテーション病院と同じ指数（FIM利得、FIM効率）で見ると役割、訓練状況、支援日数などの違いもある事から、数値に乖離が見られる。病院との比較をしない数値の出し方など課題が残った。

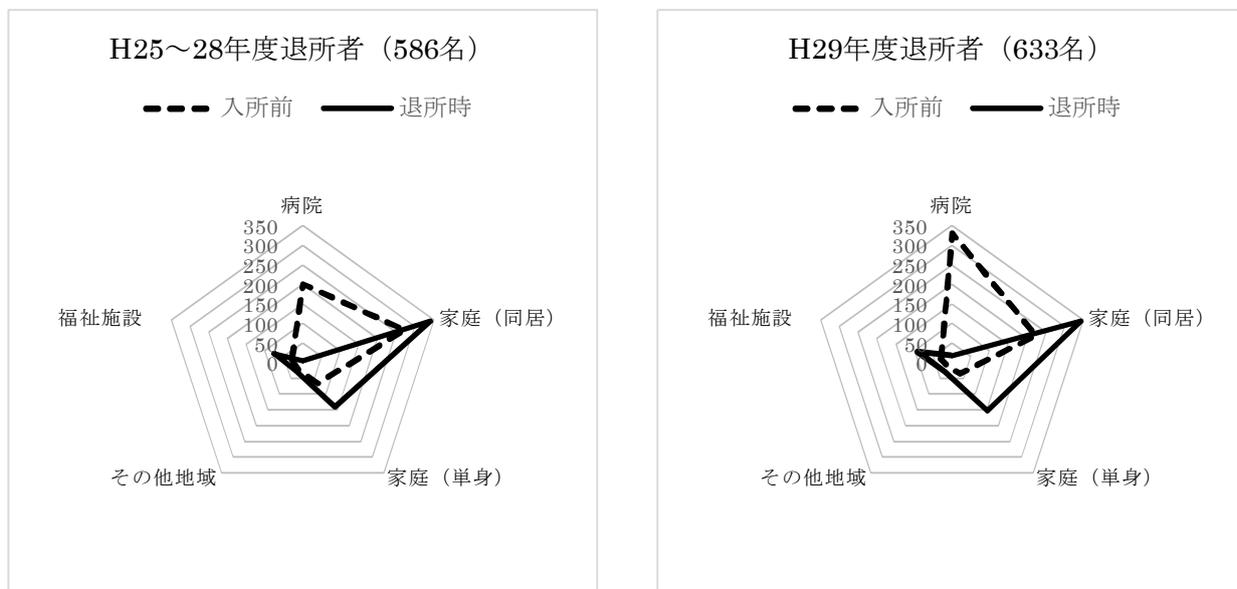
F I M (全国調査 平成29年度退所者 433名)



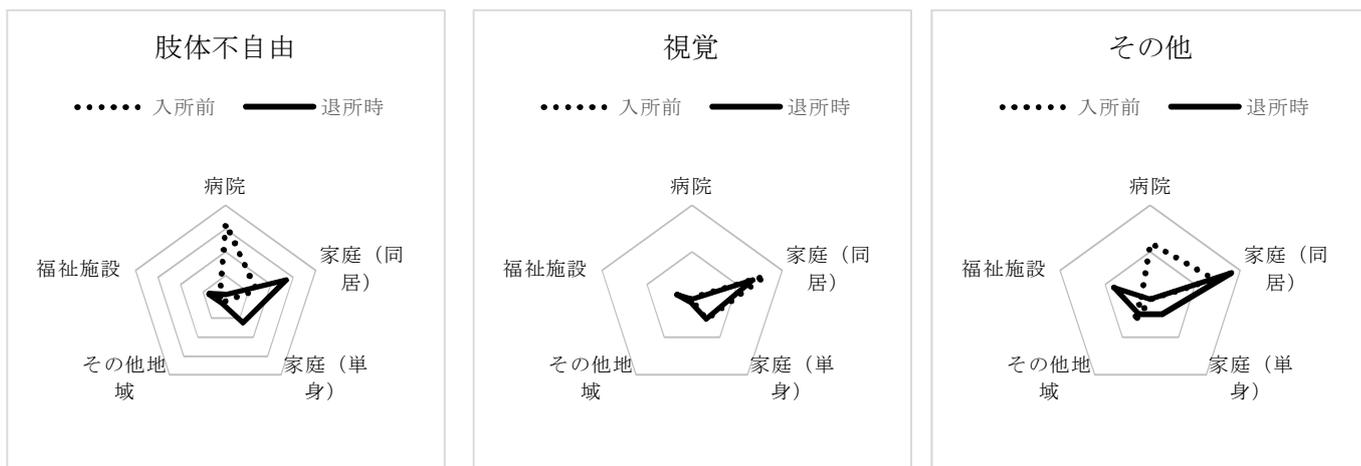
IADL尺度と同様に全国調査における比較を行った結果、「障害別」で肢体不自由では変化が見られたものの視覚障害やその他障害（内部・言語・聴覚等）では顕著な変化は見られなかった。またIADL尺度と同様にFIM数値の低い利用者は支援期間が長くなる傾向が見られた。

⑤入退所時生活拠点比較

入退所時の生活拠点を調査する事で事業特性（特に施設入所支援を有している事業所）から見える、利用者像や地域移行の特徴（病院から在宅へ）を把握する事を目的に調査した。



調査結果では機能訓練事業利用者の多くは病院（回復期、慢性期等）からの相談及び直入が多かったことが分かる。施設入所支援を有している事業所の役割として病院で治療・訓練期間が終了しても在宅復帰には課題のある利用者が、継続した地域生活を安全に出来るよう身体・認知機能だけでなく社会生活力の向上を促す役割を持っている事が予想される。

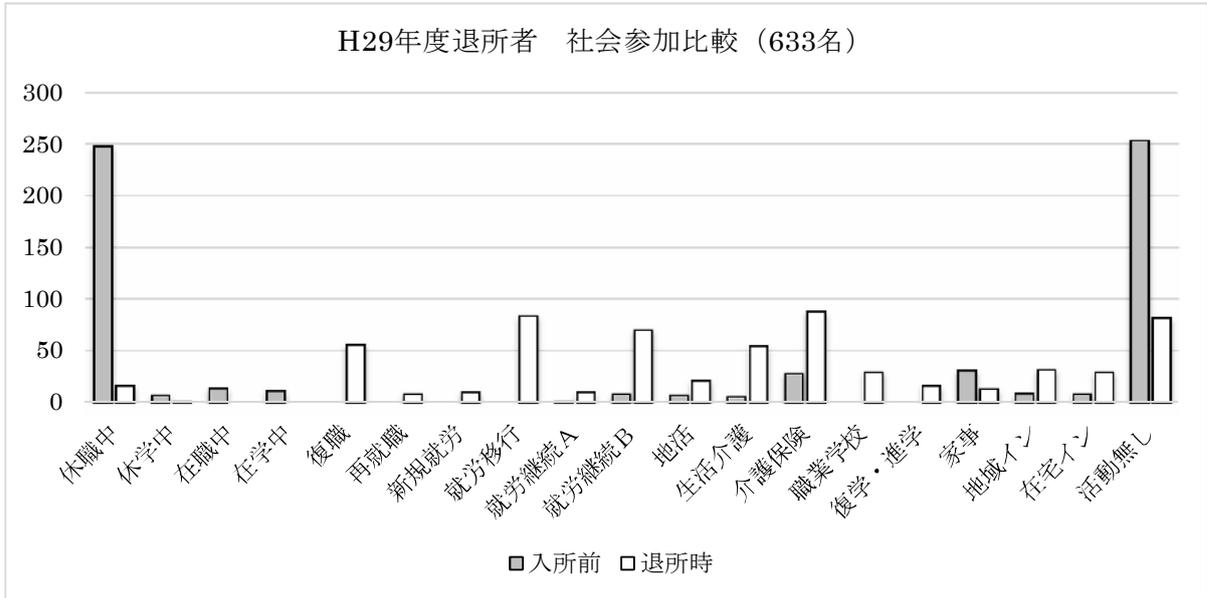


全国調査における比較結果では「障害別」で上記表の通りとなっている。

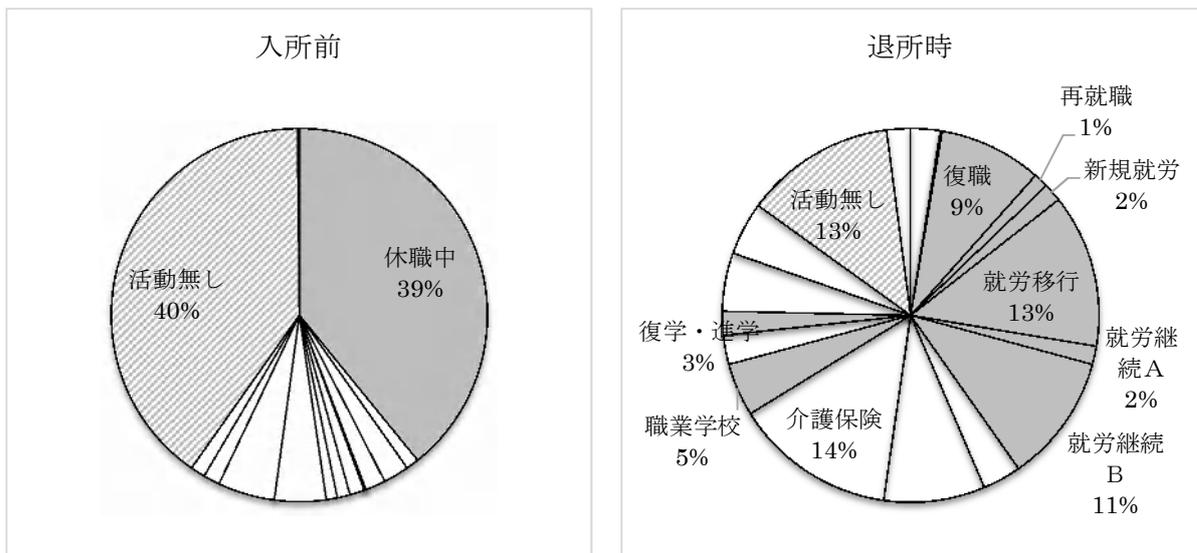
肢体不自由は病院からの利用が多く、入院から地域生活へ繋ぐ役割を担っている事がわかる。視覚障害者は病院からの利用は少なく、その他の障害では福祉施設利用の割合が高くなっている。障害により地域移行の課題が違うのか調査検討課題となった。

⑥入退所時社会参加比較

入退所時の社会参加状況を比較する事で支援の結果が表せる数値にする為、社会参加状況を分類し調査した。



入所時データは「日中活動なし」40%「休職中」39%となっており、全体の約8割を占めている。病院入院中や退院直後からの利用が多い事から休職中や活動なしが多くなっている。退所時データでは「介護保険」が14%と一番多く、続いて「就労移行」13%、「活動なし」13%と続いている。復職や新規就労及び就労系サービス等「就労分野」で見ると約4割の利用者が就労分野に進んでいることが分かる。



上記表の通り入退所時比較にて「活動なし」が13%に減少しているが、機能訓練事業の支援終了後も社会参加に繋がっていない理由について調査の必要性があると考え「就労系活動」と「活動なし」の基本情報や支援を比較した。

「活動なし」利用者の分析（82件）

平均年齢：50.7歳、平均利用期間 431日（14.2ヶ月）

男女比：男性 79%、障害種別：肢体不自由 88%／視覚 9%

退所時平均支援区分：2.6、退所時平均移動能力分類：3.97

退所時平均 IADL 尺度：3.78、退所時平均 F I M（ADL：75.6／認知 27.9／合計 103.5）

「就労分野」利用者の分析（283件）

（新規就労、復職、再就職、就労移行、就労継続 A/B、職業支援校、学校）

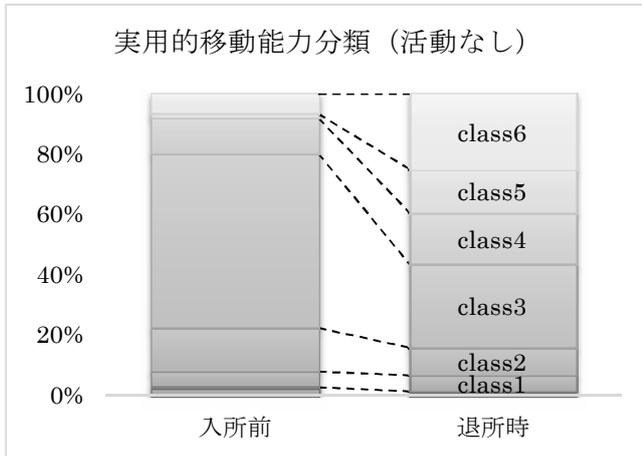
平均年齢：43.2歳、平均利用期間 364日（12ヶ月）

男女比：男性 86%、障害種別：肢体不自由 76%／視覚 20%

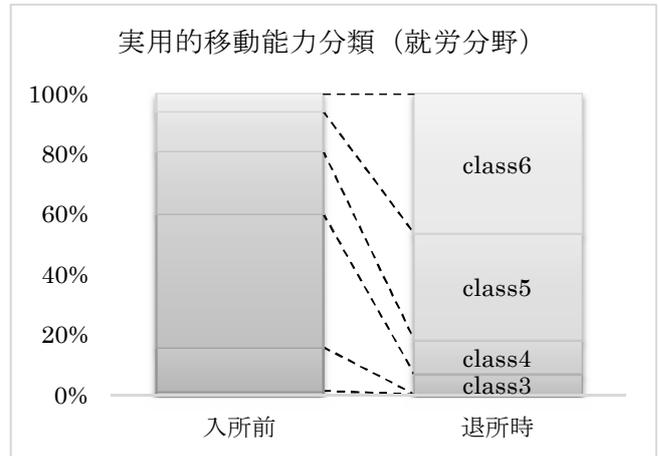
退所時平均支援区分：2.4、退所時平均移動能力分類：5.17

退所時平均 IADL 尺度：4.84、退所時平均 F I M（ADL：81.0／認知 29.8／合計 110.2）

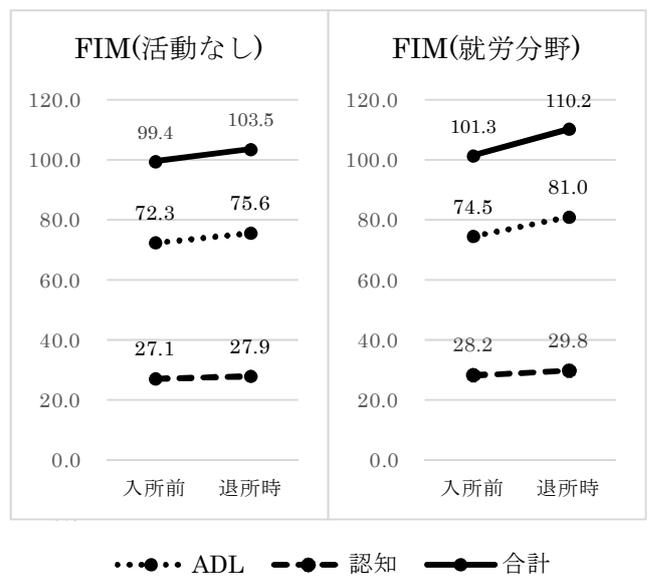
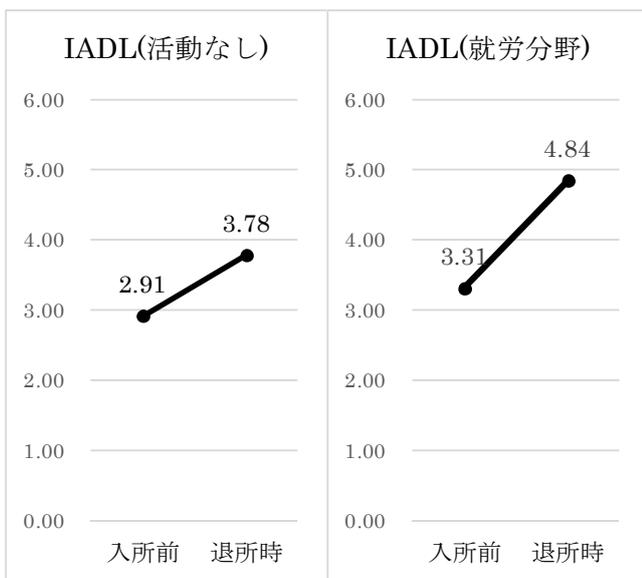
実用的移動能力分類比較



IADL 尺度比較

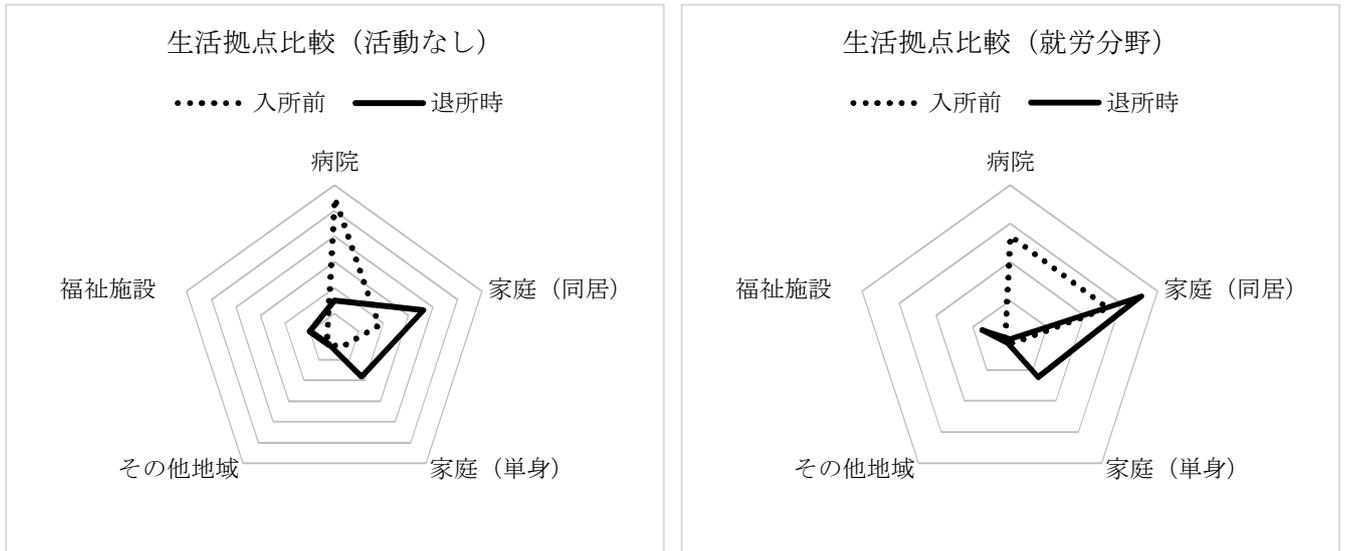


FIM 比較



●●●● ADL -●- 認知 ●- 合計

生活拠点比較



社会参加に繋がらなかった主な理由を調査した結果、以下の原因が挙げられた。

就労分野との比較から

- i、年齢が高くなるほど社会参加に繋がらない傾向がみられる。
- ii、社会参加へ繋がらない利用者ほど平均利用期間が長くなる傾向がある。
- iii、重度の肢体不自由を有している利用者は社会参加に繋がりにくい傾向がある。
- iv、社会参加に繋がらない利用者は家庭（単身）の割合が多い傾向がある。

ヒアリング結果から

- i、経済状況や社会保障の有無が帰結に対して大きな影響を与えている。
- ii、地域資源や生活環境が帰結に対して大きな影響を与えている。
- iii、利用者のニーズが帰結に対して大きな影響を与えている。

経済的ゆとりや十分な社会保障が得られる場合、就労目的や勤労意欲が低くなり、フォーマルな社会参加よりもインフォーマルな生活になりやすい傾向がある。

実用的移動能力分類からも推測できるが、地域に社会資源がない場合はある場所までの移動が必要となる為、移動能力の向上や移動範囲の拡大がフォーマルな社会参加の重要な要素となっている。

生活拠点比較から推測できるが、家族構成や家庭の中での役割によって就労への意欲に違いが生じる場合が多い。経済的に家族を支えなければならない役割があれば就労意欲は高くなり、家族を支える役割の低い場合は社会参加意欲が低くなる傾向が見られる。

利用者ニーズの面では、社会生活力が向上し利用者が自身の意向を表出できる力が付く事により、社会参加に意義を見出せる方と自らの選択肢として「活動なし」を選択される方に分かれる傾向が見られる。

機能訓練事業の役割として社会参加の促進は大きな意味を持つが、物流やIT等の発

展に伴いインフォーマルな社会参加方法、代償手段の選択肢が増えている現在、就労だけではなく、また福祉サービスに寄らない社会参加の方法や手段を理解し対応していく事が求められている。

4、エビデンスとしての指標

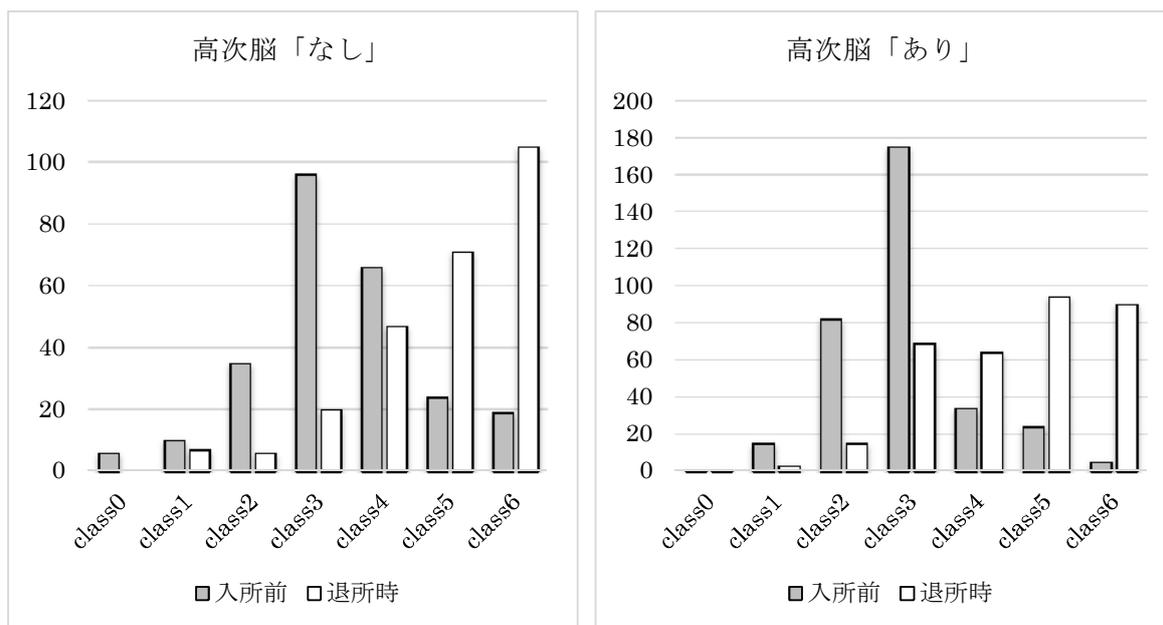
当事者や関係機関からは機能訓練事業に身体機能の維持向上支援を求められることが多いが、回復期リハビリテーション病院の入院期間を終えた方や既に地域生活を行なっている実績のある方は機能的にプラト域にある場合が多い。有期限の支援事業である意味や介護保険サービス（個別機能訓練など）との区別をしていく為に「機能訓練事業の役割」を明確にして、効果を示せるエビデンスを確立する事が必要である。

機能訓練事業は地域移行して社会参加できる力を身に付ける支援をしている福祉サービスとして、身体機能の維持・向上だけでなく社会生活力の向上を目指し、自らの意向を表出できる力を身に付けられるよう支援する役割を担っている。

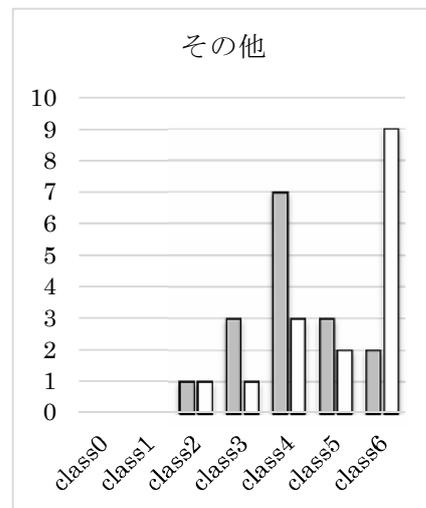
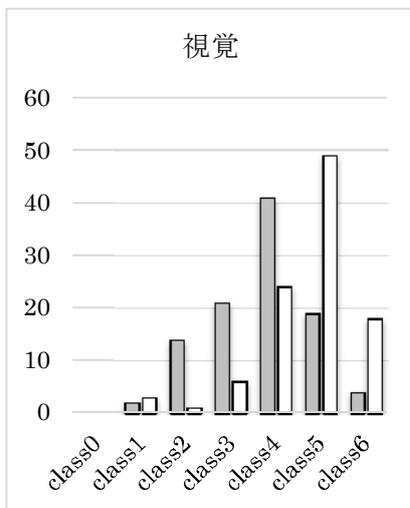
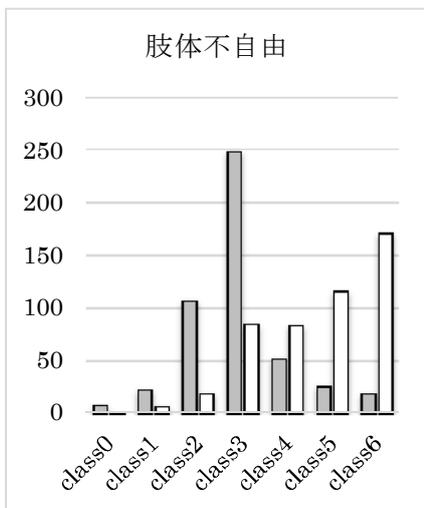
既存の指標である要介護度や支援区分では十分な効果が実証できていない事や各施設で独自の評価指標を用いている場合もあり、機能訓練事業の支援効果を示すエビデンスとしては脆弱なため、共通した指標として効果を示せる評価表について検討した結果が今回調査対象となった「FIM」「IADL尺度」「実用的移動能力分類」となる。

特に効果実績が認められた実用的移動能力分類について「高次脳機能障害の有無」「障害別」「年代別」「支援期間別」「入所時の移動能力 class 別」「退所後生活拠点別」「退所後日中活動別」の7項目で全国調査の結果から比較した。

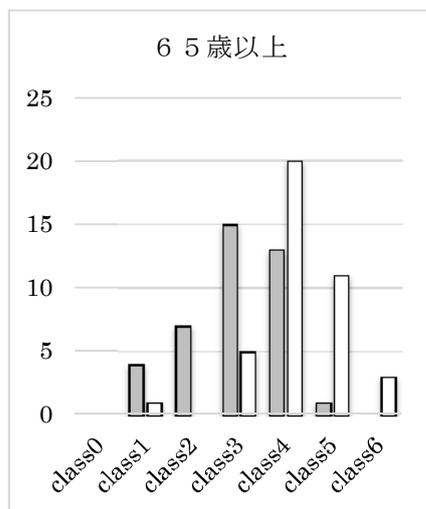
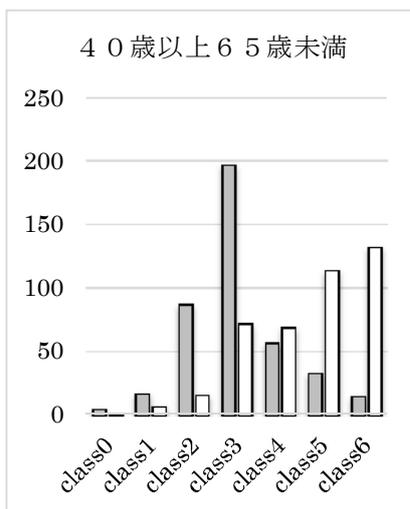
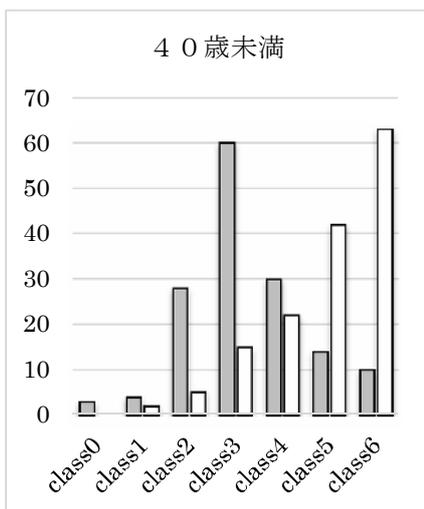
①高次脳機能障害の有無



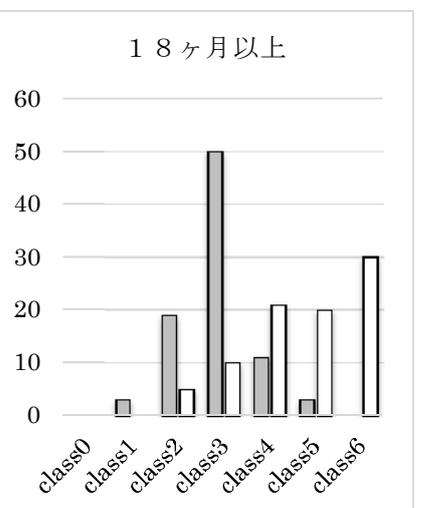
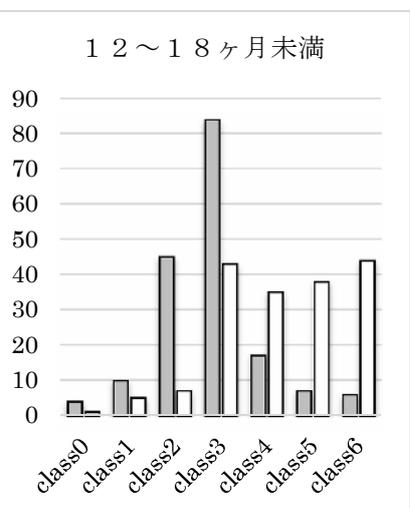
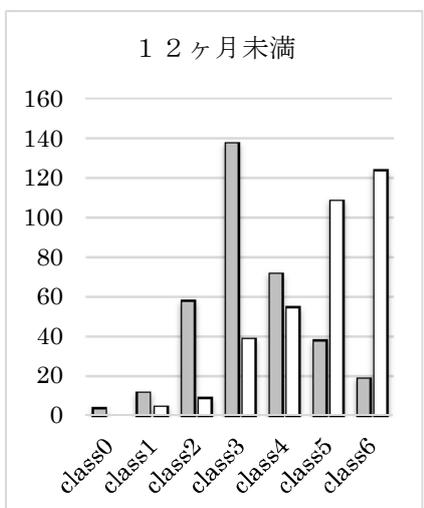
②障害別



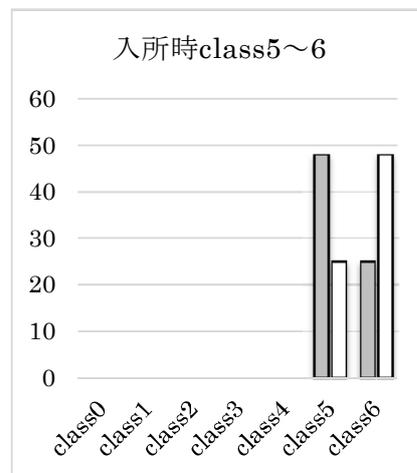
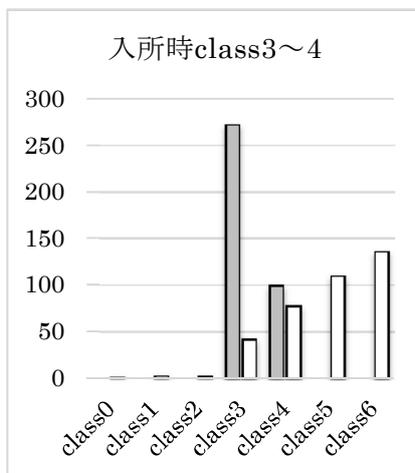
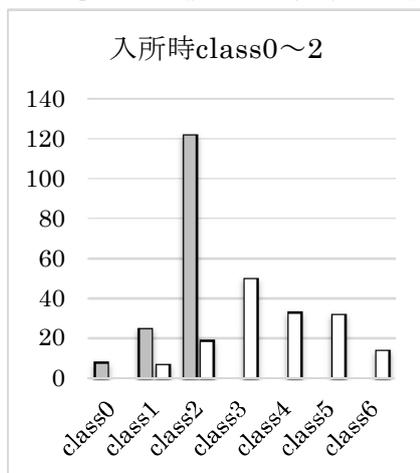
③年代別



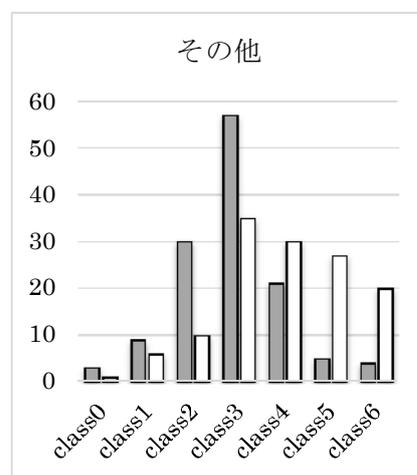
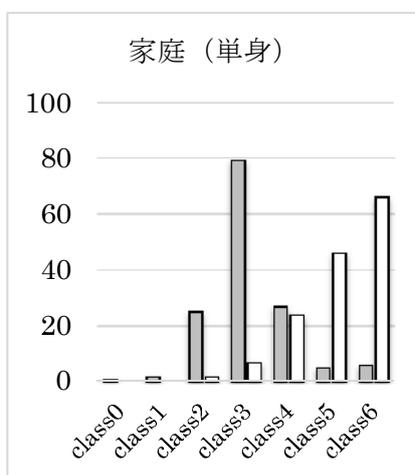
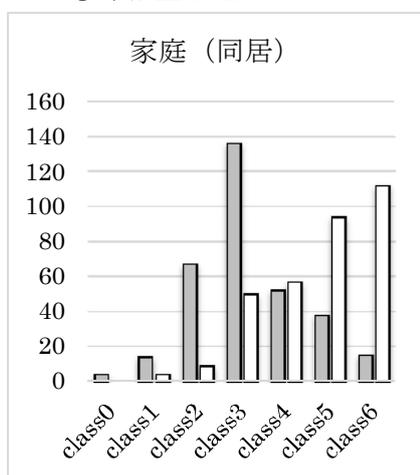
④支援期間別



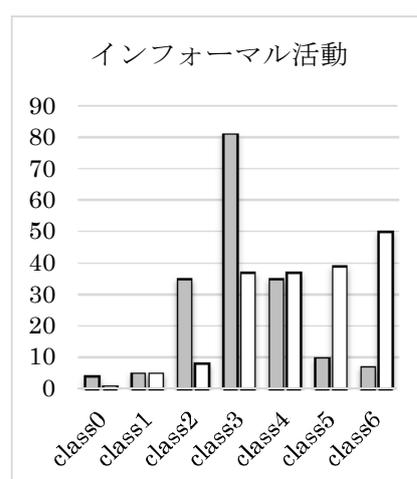
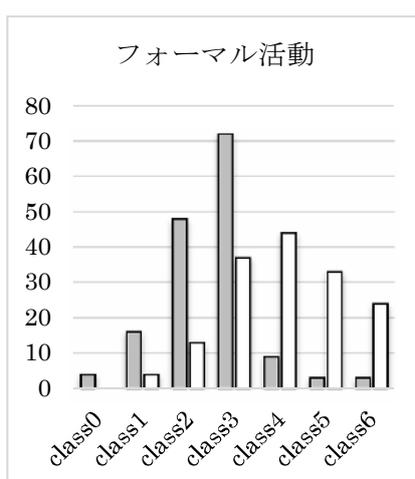
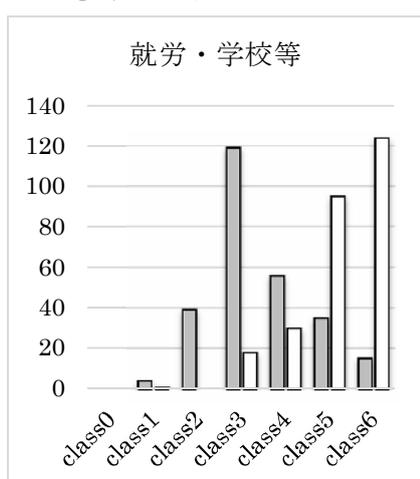
⑤実用的移動能力分類（入所時のclass別）



⑥帰結生活拠点別



⑦帰結日中活動別



※注…「就労・学校等」⇒就労、福祉的就労、学校など

「フォーマル活動」⇒生活介護、地域活動支援センター、介護保険サービスなど

「インフォーマル活動」⇒在宅／地域インフォーマル、家事、活動なしなど

5、考察と課題

移動範囲の拡大は障害者の社会参加における重要な能力の一つとなる。身体機能、認知機能が向上し安全な移動能力が獲得できれば行動だけではなく意向の選択肢が広がり、社会生活力の向上に繋がる。また移動に対する代償手段を得ることでリスクが軽減し、移動範囲が拡大できるようになれば同じように社会生活力の向上に繋がる。

以上のことから移動範囲の拡大についての評価は機能訓練事業の役割として一つの指標になるのではないかと考えられる。

実用的移動能力分類は分類が分かり易い事もあり多くのデータが集まり、様々な検証結果から支援効果を示すエビデンスとして有効な事が確認できた。エビデンスとしての信頼性を向上していく為に評価方法（基準）の確立やデータの蓄積、検証方法（機能訓練の役割から見た更生施設長会の要望）の検討が必要であり、今後の課題となっている。

「FIM」「IADL尺度」「実用的移動能力分類」ではADLからIADLまで、主に身体・認知機能についての支援効果が測れたが、受傷によりパワーレスになった利用者が「やりたいこと」「将来の夢」などの希望を取り戻し、自身のニーズとして表出する力や社会資源を活用し自ら社会参加していく為の知識などの内面的な力（社会生活力）に対しての支援効果を測る指標が不足しており、機能訓練事業として本来の支援効果を示すには課題が残った。

6、まとめ

平成26年度より国への要望を上げる際のエビデンスを検討していく為に関東ブロックの有志施設によりエビデンス検討会を継続してきた。機能訓練事業の支援効果について指標の検討とデータの集積を行い、今年度全国更生施設長協議会の協力を仰ぎ検証を行った結果、一側面ではあるが地域差や障害別に関わらず機能訓練事業の支援効果を示す事が出来る指標を示す事が出来たと考える。

指標をどのように用いそれぞれの要望に当てはめエビデンスとしていくか、評価基準をどのようにするか、また内面的な支援効果の指標など課題も多く残されているが、まずは機能訓練事業として統一した指標を示す必要性を考え、「FIM」「IADL尺度」「実用的移動能力分類（実用的歩行能力分類）」の運用を検討して頂きたいと提案する。

参考資料

手段的日常生活活動(IADL)尺度

項目	採点	男性	女性
A 電話を使用する能力			
1. 自分から電話をかける(電話帳を調べたり、ダイヤル番号を回すなど)		1	1
2. 2,3 のよく知っている番号をかける		1	1
3. 電話に出るが自分からかけることはない		1	1
4. 全く電話を使用しない		0	0
B 買い物			
1. 全ての買い物は自分で行う		1	1
2. 小額の買い物は自分で行える		0	0
3. 買い物に行くときはいつも付き添いが必要		0	0
4. 全く買い物はできない		0	0
C 食事の準備			
1. 適切な食事を自分で計画し準備し給仕する		(1)	1
2. 材料が供与されれば適切な食事を準備する		(0)	0
3. 準備された食事を温めて給仕する、あるいは食事を準備するが適切な食事内容を維持しない		(0)	0
4. 食事の準備と給仕をしてもらう必要がある		(0)	0
D 家事			
1. 家事を一人でこなす、あるいは時に手助けを要する(例: 重労働など)		(1)	1
2. 皿洗いやベッドの支度などの日常的仕事はできる		(1)	1
3. 簡単な日常的仕事はできるが、妥当な清潔さの基準を保てない		(1)	1
4. 全ての家事に手助けを必要とする		(1)	1
5. 全ての家事にかかわらない		(0)	0
E 洗濯			
1. 自分の洗濯は完全に行う		(1)	1
2. ソックス、靴下のゆすぎなど簡単な洗濯をする		(1)	1
3. 全て他人にしてもらわなければならない		(0)	0
F 移送の形式			
1. 自分で公的機関を利用して旅行したり自家用車を運転する		1	1
2. タクシーを利用して旅行するが、その他の公的輸送機関は利用しない		1	1
3. 付き添いがいたり皆と一緒に公的輸送機関で旅行する		1	1
4. 付き添いか皆と一緒に、タクシーか自家用車に限り旅行する		0	0
5. まったく旅行しない		0	0
G 自分の服薬管理			
1. 正しいときに正しい量の薬を飲むことに責任が持てる		1	1
2. あらかじめ薬が分けて準備されていれば飲むことができる		0	0
3. 自分の薬を管理できない		0	0
H 財産取り扱い能力			
1. 経済的問題を自分で管理して(予算、小切手書き、掛金支払い、銀行へ行く)一連の収入を得て、維持する		1	1
2. 日々の小銭は管理するが、預金や大金などでは手助けを必要とする		1	1
3. 金銭の取り扱いができない		0	0

採点法は各項目ごとに該当する右端の数値を合計する(男性0~5、女性0~8点)
 (Lawton, M.P & Brody, E.M. Assessment of older people :Self-Maintaining and instrumental activities of daily living, Geroulologist, 9: 179 168, 1969 より)

※注…将来の地域生活(単身生活や在宅留守番など)を想定し男性女性共に0~8点で合計する

実用的移動分類

実用的移動能力分類	要件
<p>class 6 「公共交通機関利用自立」 自家用車運転自立 特に制限なく公共交通機関の利用が可能 自家用車を運転して外出が可能</p>	<p>電車やバス等の公共交通機関の利用に支障のないもの 自家用車を運転して外出することに支障のないもの</p>
<p>class 5 「公共交通機関限定自立」 一定の条件下で、公共交通機関の利用が可能</p>	<p>①屋外歩行または車椅子移動が自立 ②公共交通機関の利用は一定の経路や時間帯に限られるもの ③商店街など人通りの多いところでは、監視や介助を要するもの *①に加えて②または③に該当するもの⇒class 5</p>
<p>class 4 「屋外・近距離自立」 階段または坂があっても外出可能で、なれた場所なら屋外歩行や車椅子移動も可能</p>	<p>①階段昇降は手すりがあれば自立または車椅子でスロープ(勾配1/12以下=4.7度)の昇降が自立 ②自宅周辺など慣れた場所での歩行または車椅子移動は自立 ③安全性、耐久性に問題があり、長距離の歩行または車椅子移動は困難なもの ④商店街など人通りの多いところでは、歩行または車椅子移動が困難なもの *①と②に加えて③または④に該当するもの⇒class 4</p>
<p>class 3 「屋内・平地自立」 平地移動は可能だが、階段または坂や不整地では監視・介助が必要</p>	<p>①屋内など平地での歩行または車椅子移動は自立しているが、階段またはスロープや不整地の歩行または車椅子移動には監視または介助を要するもの ②階段またはスロープでは監視または介助を要するが、エレベーターなどを利用して病院や施設内の歩行または車椅子移動は自立しているもの *①または②に該当するもの⇒class3</p>
<p>class 2 「平地・監視移動」 屋内・平地なら監視または指示の下で歩行または車椅子移動可能</p>	<p>①介助者は身体に触れず、監視または指示のみで歩行または車椅子移動が可能なもの ②歩行または車椅子移動可能だが、安全性の問題などから監視を要するもの ③介助者が身体または車椅子に軽く触れる程度の介助で歩行または車椅子移動しているもの *①～③のいずれかに該当するもの⇒class 2</p>
<p>class 1 「介助移動」 常に身体介助が必要</p>	<p>①歩行では患肢の振り出しに介助を要するもの ②介助者が体幹や上肢または車椅子をしっかりと支えて歩行または車椅子移動しているもの *①～②のいずれかに該当するもの</p>
<p>class 0 「歩行または車椅子乗車不能」 歩行または車椅子乗車不能</p>	<p>①まったく歩行または車椅子乗車不能(著しい乗車時間制限含む)のもの ②療士などが支えて訓練として歩行または車椅子乗車できる程度のもの *①または②に該当するもの⇒class0</p>

※ 「実用的歩行能力分類」…横浜市総合リハビリテーションセンター作成
 「実用的歩行能力分類」を車椅子利用者の社会参加指標として活用するため、神奈川総合リハビリテーションセンター七沢自立支援ホームや横浜総合リハビリテーションセンターを中心に関係プロフェッショナルチームで検討を重ね「実用的移動能力分類」として活用したものです。

共同発表及び調査協力施設

関ブロエビデンス検討会（8施設）

とちぎリハビリテーションセンター 障害者自立訓練センター
群馬県立障害者リハビリテーションセンター
国立障害者リハビリテーションセンター 自立支援局所沢センター
埼玉県総合リハビリテーションセンター
千葉リハビリテーションセンター更生園
東京高次脳機能障害者支援ホーム HiBDy Tokyo
横浜市総合リハビリテーションセンター障害者支援施設
神奈川県総合リハビリテーションセンター七沢自立支援ホーム
（茨城県立リハビリテーションセンター）

調査協力施設（20施設 順不同）

国立障害者リハビリテーションセンター 自立支援局函館視力障害センター
岩手県立療育センター
福島県立ひばり寮
名古屋市総合リハビリテーションセンター
三重県障害者総合福祉センター
滋賀県立むれやま荘
京都市地域リハビリテーション推進センター
大阪府立障がい者自立センター
兵庫県立総合リハビリテーションセンター
国立障害者リハビリテーションセンター 自立支援局神戸視力障害センター
厚生センター晴雲
広島県立障害者リハビリテーションセンター あけぼの
広島市立自立訓練施設
かがわ総合リハビリテーションセンター成人支援施設
道後ゆう
かなさんどう
高知ハビリテーションセンター
国立障害者リハビリテーションセンター 自立支援局福岡視力障害センター
熊本県身体障がい者能力開発センター
国立障害者リハビリテーションセンター 自立支援局別府重度障害者センター



社会生活力の向上に
向けた支援

奥野英子

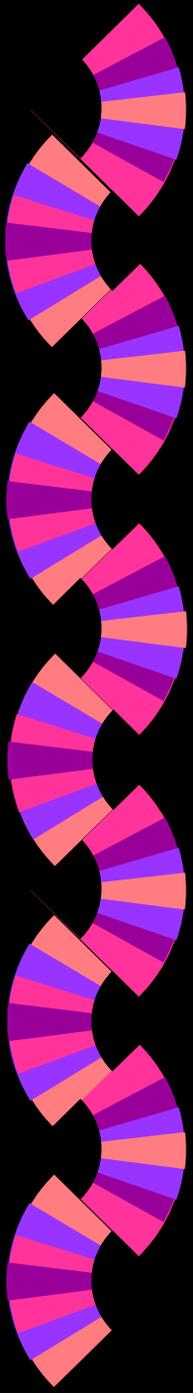


リハビリテーションの主要分野

- ◆ 医学的リハビリテーション
- ◆ 教育リハビリテーション
- ◆ 職業リハビリテーション
- ◆ 社会リハビリテーション
- ◆ リハビリテーション工学

※総合的リハビリテーションの必要性

※リハビリテーションの連携の必要性



リハビリテーションの代表的な定義 (国連、1982年)

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である。



国連「障害者世界行動計画」における リハビリテーションの定義の特徴

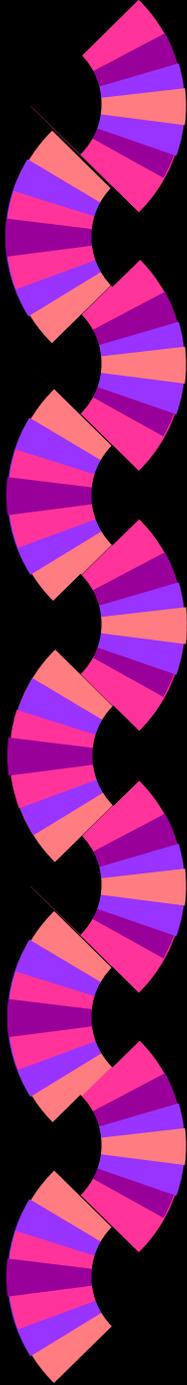
- ◆ 最も適した機能水準の達成を可能とする
- ◆ 自らの人生の自己実現のための手段
- ◆ 時間を限定したプロセス

- ◆ 障害に関する主要3分野を分けた
 - ・予防
 - ・リハビリテーション
 - ・機会均等化



社会リハビリテーションの 発展過程

- 1920年 アメリカ「職業リハビリテーション法」(スミス・フェス法)
その後、1950年代までは職業、医学的リハ中心
- 1950年代 アメリカ 障害者の人権主張が始まる。
- 1960年代 アメリカ (タルボット、1961)
「就職を唯一の目的としないリハビリテーションもある。
リハビリテーションはゴールではなく、障害者一人ひとりの
発達のプロセスである。」
- 1960年代 北欧において「ノーマライゼーション」の理念が導入される。
1964年 スウェーデン「フォーカス協会」設立
(施設生活でなく、地域生活を)



1968年 イギリス「シーボーム報告」
施設主義でなく、在宅ケア、地域ケア

1968年 WHO、リハビリテーション及び社会リハビリテーションの定義

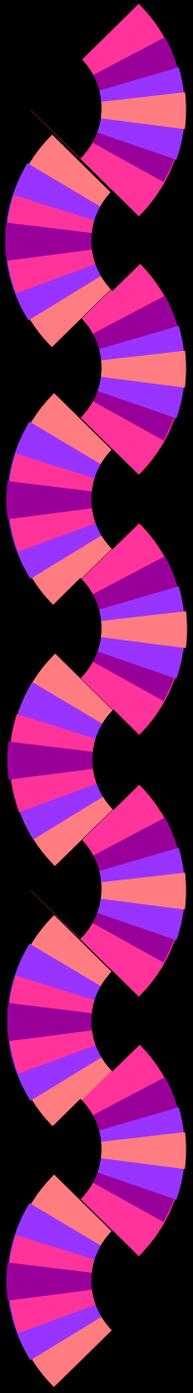
1969年 第11回リハビリテーション世界会議(アイルランド)
テーマ「リハビリテーションのための地域社会の責任」
・国際シンボルマークの採択
・社会リハビリテーションの将来のための指針(案)検討

1970年代 日本 在宅障害者対策への要求運動
車いす街づくり運動

1970年 イギリス「慢性病患者・障害者法」

1970年 アメリカ「発達障害者援助・権利法」

1972年 第12回リハビリテーション世界会議(オーストラリア)
・「社会リハビリテーションの将来のための指針」採択
(障害者を取り巻く諸環境の整備を重視した。)



1973年 アメリカ「リハビリテーション法」(法律名から「職業」削除)

1974年 西ドイツ「重度障害者法」

1975年 国連「障害者の権利宣言」採択

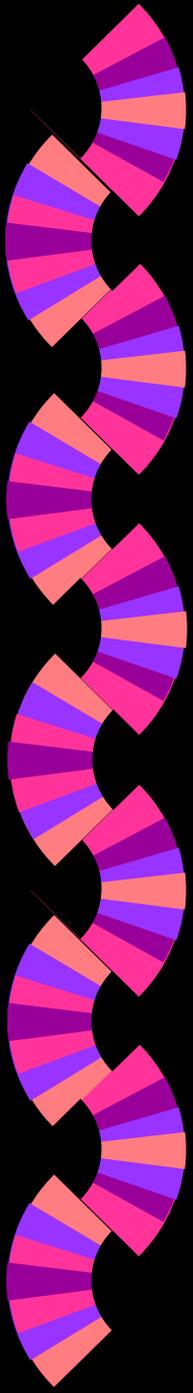
1978年 アメリカ「リハビリテーション法」第7章「自立生活のための総合的サービス」

1980年代 第14回リハビリテーション世界会議(カナダ)
・DPI(障害者インターナショナル)結成

1981年 国際障害者年「完全参加と平等」

1982年 国連・障害者世界行動計画
・障害に関する3主要分野
① 予防 ② リハビリテーション ③ 機会均等化

1986年 RI社会委員会(Rehabilitation International)
・社会リハビリテーションの定義を採択



社会リハビリテーションの定義

(RI, 1986)

社会リハビリテーションとは、**社会生活力** (Social Functioning Ability: **SFA**) を身につけることを目的としたプロセスである。

社会生活力とは、様々な社会的な状況のなかで、自分のニーズを満たし、最も豊かな社会参加を実現する権利を行使する力(ちから)を意味する。



社会生活力とは

- ◆ 自分の障害を正しく理解する
- ◆ リハサービスにより、できることを増やす
- ◆ リハビリテーションによっても、残された障害については、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
- ◆ 地域や職場の人と良い人間関係を作れる
- ◆ 主体的・自立的に、充実した生活ができる
- ◆ 障害について、市民の理解を高める

社会リハビリテーションの実施主体

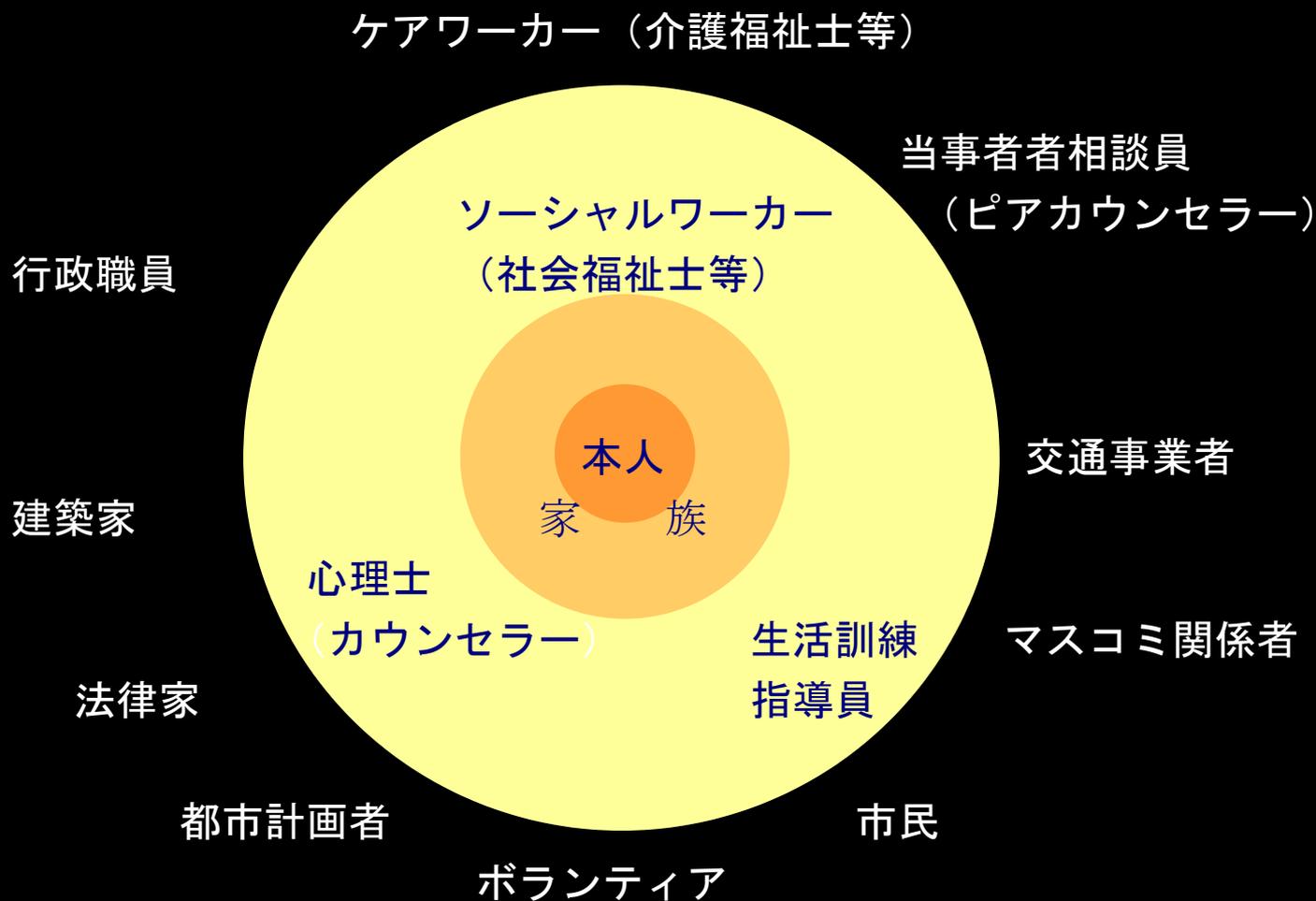
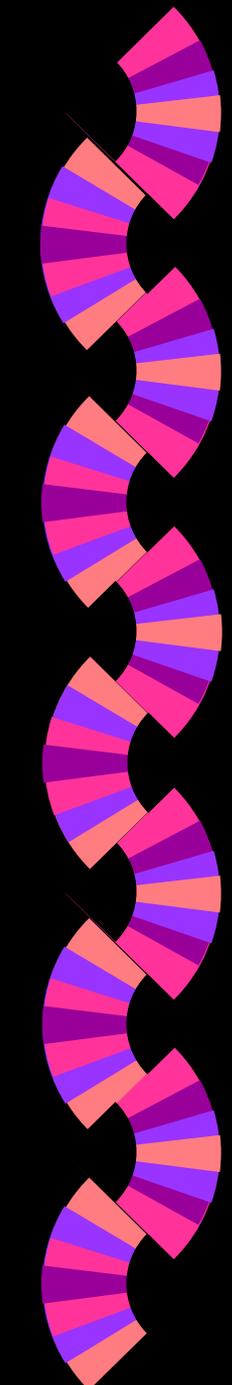
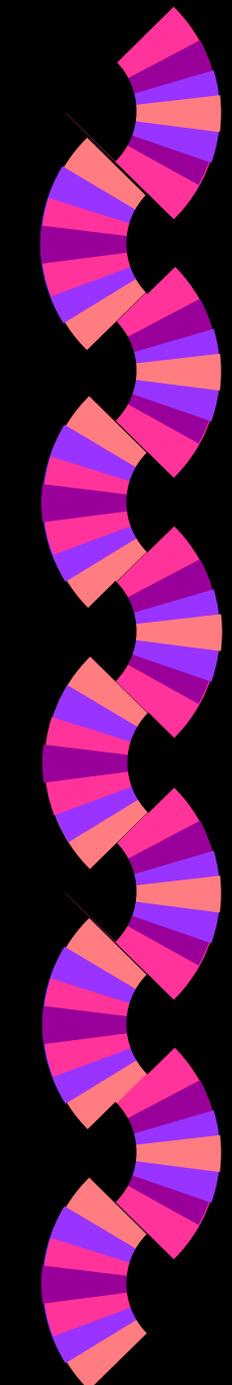


図1 社会リハビリテーションの実施主体者と関係者



社会リハビリテーションの支援方法

- 1 ケースワーク (個別援助技術)
- 2 グループワーク (集団援助技術)
- 3 コミュニティワーク (地域援助技術)
- 4 カウンセリング
- 5 アドボカシー (権利擁護)
- 6 ソーシャルアクション
- 7 ケア・ワーク (介護技術)
- 8 ケアマネジメント など



社会リハビリテーションのプログラム

- ◆ 学校・施設・病院等で実施するプログラム
- ◆ 地域で実施するプログラム
- ◆ プログラムの立案・実施のプロセス
 - ・ ニーズの把握
 - ・ 事前アセスメントの実施
 - ・ 目標設定
 - ・ プログラムの企画
 - ・ 訓練・指導・援助・支援の実施
 - ・ 事後評価



社会リハビリテーションの プログラムの具体例

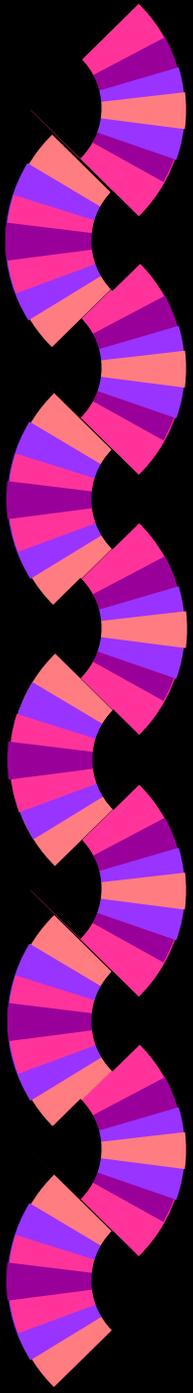
- ◆ 生活訓練プログラム (TDL)
- ◆ 社会生活技術プログラム
- ◆ 社会適応訓練プログラム
- ◆ 生活技能訓練プログラム (SST)
- ◆ 社会生活力プログラム (SFA)

など



社会生活力を高めるプログラムの開発の経過

- 1 関東近県の肢体不自由者更生施設への調査
- 2 関東近県で充実した生活をしている重度肢体不自由者への面接調査
- 3 関東近県で生活している重度肢体不自由者への郵送調査
- 4 海外の文献などによる研究
- 5 海外の関連施設の実地調査 など



社会生活カプログラムの開発

- 1 身体障害者を対象とするプログラム
(SFA I、1999年)
- 2 知的・発達・高次脳機能障害のある方を対象とするプログラム
(SFA II、2006年)
- 3 精神障害のある方を対象とするプログラム
(SFA III、2009年)

※巻末の参考資料参照

社会生活力

プログラム・マニュアル



障害者の地域生活と
社会参加を支援するために

赤塚光子・石渡和実・大塚庸次・奥野英子・佐々木葉子【著】

奥野英子

中央法規

自立を支援する

社会生活力

プログラム・マニュアル

S

奥野英子／関口恵美／佐々木葉子／大場龍男／興梠 理／星野晴彦【著】

企画 日本リハビリテーション連携科学学会
社会リハビリテーション研究会

ocial

F

unctioning

知的障害・発達障害・
高次脳機能障害等の
ある人のために

A

bility

中央法規

Social Functioning Ability

実践から学ぶ



「社会生活力」支援

自立と社会参加のために

【編著】奥野英子

【企画】日本リハビリテーション連携科学学会
社会リハビリテーション研究会



中央法規

地域生活を支援する

社会生活力

プログラム・マニュアル

奥野英子／野中 猛【編著】

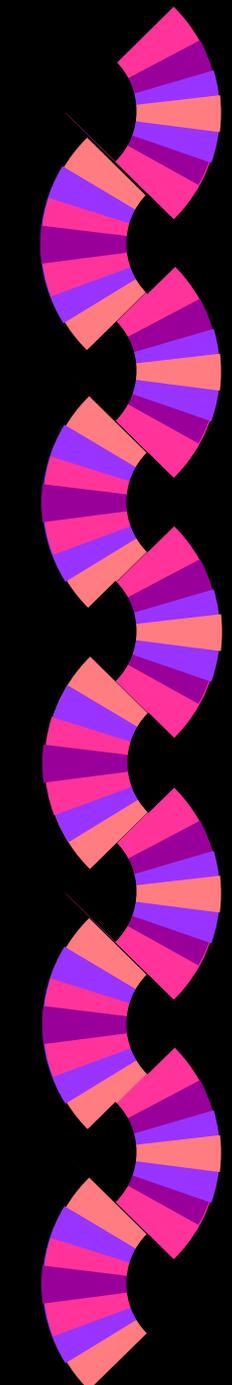
企画 日本リハビリテーション連携科学学会
社会リハビリテーション研究会

Social Functioning

Ability

精神障害のある人のために

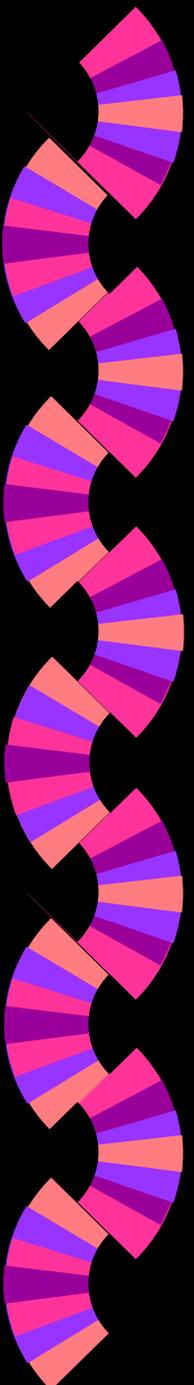
中央法規



社会生活カプログラムの実践状況

- ◆ 神奈川県総合リハビリテーションセンター
- ◆ 横浜市総合リハビリテーションセンター
- ◆ 名古屋市総合リハビリテーションセンター
- ◆ 兵庫県立総合リハビリテーションセンター
- ◆ 千葉県千葉リハビリテーションセンター
- ◆ 鳥取県厚生事業団下の全障害者施設
- ◆ 横浜国立大学付属特別支援学校
- ◆ 鳥取大学付属特別支援学校

その他



社会生活カプログラムの基本理念

- ① リハビリテーション
- ② 生活の質(QOL)
- ③ 生活モデル・社会モデル・人権モデル
- ④ エンパワメント
- ⑤ パートナーシップ
- ⑥ ノーマライゼーション・インクルージョン
- ⑦ 社会参加
- ⑧ サポートの活用



社会生活力プログラムの実施方法

- 1 プログラムの対象者
- 2 ファシリテーターの役割
- 3 参加者に期待される役割と
参加姿勢
- 4 実施する場所
- 5 具体的な実施方法



具体的な実施方法

- ① グループ討議
- ② グループ学習
- ③ 演習
- ④ 体験学習
- ⑤ ロールプレイ
- ⑥ モデリング
- ⑦ アセスメント



地域生活を支援する 社会生活力プログラム(Ⅲ) の構成

第1部 生活の基礎をつくる (6モジュール)

第2部 自分の生活をつくる (5モジュール)

第3部 自分の理解とコミュニケーション
(5モジュール)

第4部 地域生活を充実する (5モジュール)

第5部 自分の権利をいかに (4モジュール)

合計 25モジュール



地域生活を支援する 社会生活カプログラム・ マニュアルの構成

5部門

25モジュール

学習目標（各モジュールに3つ）

学習課題

（各学習目標に3から5つ）

※全体構成は資料参照



各モジュールにおける 学習目標の構成

学習目標1

自分の生活状況を確認する

学習目標2

できることを増やす

学習目標3

実践力・応用力をつける



障害者総合支援法における事業

(社会リハビリテーションの視点から)

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

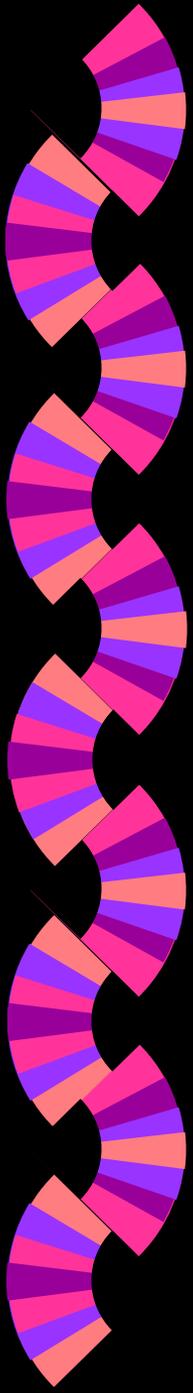
(自立訓練、就労移行支援、就労継続支援等)

(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)



障害者総合支援法における 社会リハビリテーション（訓練等給付）

自立訓練（1 機能訓練 2 生活訓練）

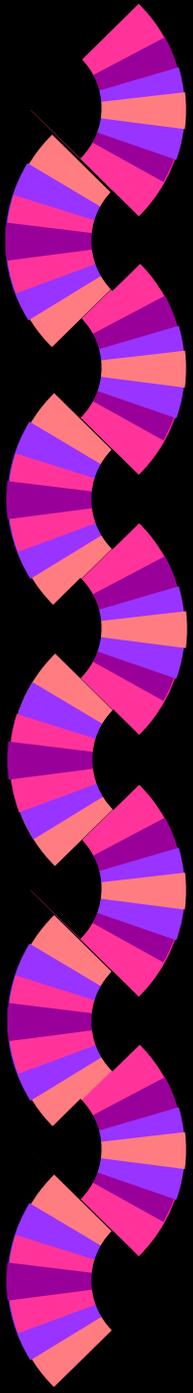
- ・障害者が自立した日常生活を営むために、一定期間、身体機能又は生活能力のための訓練等（通所、訪問）
- ・通所が困難である場合、夜間の生活の場として入所施設を利用



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 意思疎通支援事業
- 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



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



参考文献

- 1 「社会リハビリテーションの理論と実際」誠信書房、2007
- 2 「リハビリテーション連携論：ユニバーサル社会実現のための理論と実践」三輪書店、2009
- 3 「社会生活カプログラム・マニュアル：障害者の地域生活と社会参加を支援するために」中央法規、1999
- 4 「自立を支援する社会生活カプログラム・マニュアル：知的障害・発達障害・高次脳機能障害等のある人のために」中央法規、2006
- 5 「実践から学ぶ社会生活カ支援：自立と社会参加のために」中央法規、2007
- 6 「地域生活を支援する社会生活カプログラム・マニュアル：精神障害のある人のために」中央法規、2009
- 7 「DVD見て学ぶ社会生活カ支援」中央法規、2012



社会生活力の向上に向けた支援について

奥野英子

はじめに

リハビリテーションは医学的リハビリテーション、教育リハビリテーション、職業リハビリテーション、社会リハビリテーション、リハビリテーション工学などの分野から構成され、これらの分野間、専門機関間、専門職間、専門職とサービス利用者との連携によって、総合的なサービスが提供されなければなりません。

リハビリテーションの諸分野のなかでも、「社会リハビリテーション」はわかりにくい面があるかもしれません。1970年代には、社会リハビリテーションは、障害のある方を取り巻く様々な環境を変え、社会をリハビリテーションすることであると捉えられていました。

しかし、1980年代にリハビリテーションの定義が見なされたことに伴い、「社会リハビリテーション」の定義も見直され、新たな定義が採択されました。

1 社会リハビリテーション

RI (Rehabilitation International) 社会委員会は1980年代初頭から「社会リハビリテーション」の定義の検討に取り組み、1986 (昭和61) 年にRIにおいて「社会リハビリテーション」の新たな定義が採択されました。

医学的リハビリテーションは理学療法や作業療法等によって身体機能の回復をめざし、職業リハビリテーションは職業指導・職業訓練等によって職業能力の向上をめざしますが、社会リハビリテーションは、障害のある人が自分の障害を適切に理解し、社会の中で活用できる諸サービスを自ら活用して社会参加し、自らの人生を主体的に生きていくための「社会生活力」を高めることをめざすプロセスであり、社会福祉援助技術や臨床心理技術などの体系と方法によって支えられています。

2 社会生活力とは

RIによる社会リハビリテーションの定義、1986年

「社会リハビリテーションとは、社会生活力 (social functioning ability, SFA) を身につけることを目的としたプロセスである。社会生活力とは、さまざまな社会的な状況の中で、自分のニーズを満たし、最も豊かな社会参加を実現する権利を行使する力を (ちから) を意味する。」

「社会生活力」が社会リハビリテーションのキーワードであり、「権利を行使する力」であることが重要です。わかりにくい定義ですので、具体的に、言い換えてみると、次のようになります。

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する
- ・ リハビリテーションサービスにより、できることを増やす
- ・ リハビリテーションによっても残された障害については様々なサービスを権利として活用する

- ・ 足りないサービスの整備・拡充を要求したり、支援（ボランティアなど）を依頼できる
- ・ 地域の人たち、職場の人たちと良い人間関係を築ける
- ・ 主体的、自立的に、楽しく、充実した生活ができる
- ・ 障害について、一般市民の理解を高める

3 社会リハビリテーションの支援方法（社会福祉援助技術、臨床心理技術など）

社会リハビリテーションの専門職はソーシャルワーカー、心理専門職などであり、国家資格は社会福祉士、精神保健福祉士、公認心理師などです。ソーシャルワーカーや心理専門職が活用する援助技術は、社会福祉援助技術（ソーシャルワーク）や臨床心理技術であり、ソーシャルワーカー等が活用する代表的な援助技術は以下のとおりです。

- ① ケースワーク（個別援助技術）
- ② グループワーク（集団援助技術）
- ③ コミュニティワーク（地域援助技術）
- ④ カウンセリング
- ⑤ アドボカシー（権利擁護）
- ⑥ ソーシャルアクション
- ⑦ ケアワーク（介護技術）
- ⑧ ケアマネジメント 等

これらの社会福祉援助技術や臨床心理技術は、社会福祉実践分野で使われる共通の援助技術であり、これらの援助技術はヒューマンサービスに当たるあらゆる職員に必要とされる技術でもあります。

4 社会リハビリテーションのプログラム

- (1) 学校・施設等で実施するプログラム
- (2) 地域で実施するプログラム
- (3) プログラムの立案・実施プロセス
 - ① ニーズの把握
 - ② アセスメントの実施
 - ③ 目標設定
 - ④ プログラムの企画
 - ⑤ 訓練・指導・援助・支援の実施
 - ⑥ 事後評価

5 社会生活力プログラムのこれまでの実践状況

- (1) 神奈川県総合リハビリテーションセンターにおける実践
- (2) 横浜市総合リハビリテーションセンターにおける実践
- (3) 名古屋市総合リハビリテーションセンターにおける実践
- (4) 兵庫県総合リハビリテーションセンターにおける実践
- (5) 千葉県千葉リハビリテーションセンターにおける実践
- (6) 中伊豆リハビリテーションセンターにおける実践
- (7) 伊豆リハビリテーションセンターにおける実践
- (8) 鳥取県厚生事業団下の全障害者施設における実践
- (9) 横浜国立大学附属養護学校における社会生活力プログラムの取組
- (10) 鳥取大学附属養護学校専攻科における社会生活力プログラムの取組 など

6 社会生活力を高めるプログラムの開発

- (1) 社会生活力プログラム開発の方法と経過
- (2) 身体障害者のある方を対象とするプログラム (SFA I、1999年)
- (3) 知的・発達・高次脳機能障害のある方を対象とするプログラム (SFA II、2006年)
- (4) 精神障害者のある方を対象とするプログラム (SFA III、2009年)

7 社会生活力プログラムの基本理念

- (1) リハビリテーション
- (2) QOL (生活の質)
- (3) 生活モデル・社会モデル・人権モデル
- (4) エンパワメント
- (5) パートナーシップ
- (6) ノーマライゼーション・インクルージョン
- (7) 社会参加
- (8) サポートの活用

8 社会生活力プログラムの実施方法

- (1) プログラムの対象者
- (2) ファシリテーターの役割
- (3) 参加者に期待される役割と参加姿勢
- (4) 実施する場所
- (5) 具体的な実施方法

社会生活力プログラムにおける25のモジュールは、各モジュールに学習目標1、学習目標2、学習目標3が設定されている。

学習目標1：そのモジュールのテーマについて、参加者はどのように理解しているか、そのテーマに関連してどのような生活をしているかを自分で振りかえることを目的にしている。

学習目標2：学習目標1の学習をふまえて、そのモジュールについて十分に学習し、体験をしてみて、そのテーマについての理解を深め、かつ、その課題を実践できるような方法を学ぶ。

学習目標3：学習目標1と2の学習をふまえて、また、その学習課題を総括するために、一人ひとりが実際の生活において、自分で期間を設定した実践計画を立てて取り組む。個々のニーズに応じて、できることを増やすための実践・応用編である。

具体的な方法は、

- ① グループ討議、② グループ学習、③ 演習、④ 体験学習、⑤ ロールプレイ、⑥ モデリング、⑦ アセスメント など

9 社会生活力プログラムⅢの構成

「地域生活を支援する社会生活力プログラム・マニュアル—精神障害のある人のために」は、以下の5部門から構成され、各部門に5つずつのモジュールを配置し、合計25のモジュールで構成されています。(社会生活力プログラムⅢ 巻末資料参照)

- 第1部 生活の基礎をつくる
- 第2部 自分の生活をつくる
- 第3部 自分の理解とコミュニケーション
- 第4部 地域生活を充実する
- 第5部 自分の権利をいかす

10 「第41回総合リハビリテーション研究大会」(2018.10.28)分科会3 「社会リハビリテーション～生きる力を高める～」における実践報告

- (1) 障害者支援施設更生園での社会リハの実践：自立した地域生活を目指すリハビリ支援
(千葉県千葉リハビリテーションセンター)
- (2) 精神障害を対象とした地域活動支援センターI型での社会生活力プログラムでの取組
(船橋市地域活動支援センター オアシス)
- (3) 知的障害者施設における社会生活力プログラムの実践：グループホームを希望している利用者に対するグループワーク
(神奈川県総合リハビリテーション事業団 七沢学園)
- (4) 強度行動障害や重度知的障害の方へのSFAの取組について：どんな方でも可能性のある支援(障害者支援施設 桜の風)
- (5) 発達障害者の就労移行支援における日常生活訓練の取組：実施概要の報告
(国立障害者リハビリテーションセンター 自立支援局発達障害支援室)
- (6) 高次脳機能障害の方の社会生活力プログラム：医療モードから社会参加モードへのチャレンジ(横浜市総合リハビリテーションセンター 自立支援部生活支援課)
- (7) 社会生活力プログラムと生活行為向上マネジメント
(介護保険事業所 株式会社ハート&アート)

11 社会生活力を高めることの意義

参考文献

- 1 澤村誠志・奥野英子編著『リハビリテーション連携論—ユニバーサル社会実現への理論と実践』三輪書店、2009
- 2 奥野英子『社会リハビリテーションの理論と実際』中央法規、2007
- 3 赤塚・石渡・大塚・奥野・佐々木『社会生活力プログラム・マニュアル—障害者の地域生活と社会参加を支援するために』中央法規、1999
- 4 奥野・関口・佐々木・大場・興梠・星野『自立を支援する社会生活力プログラム・マニュアル—知的障害・発達障害・高次脳機能障害等のある人のために』中央法規、2006
- 5 奥野英子編著『実践から学ぶ「社会生活力」支援—自立と社会参加のために』中央法規、2007
- 6 奥野英子・野中猛編著『地域生活を支援する社会生活力プログラム・マニュアル—精神障害のある人のために』中央法規、2009
- 7 奥野英子監修『DVD見て学ぶ社会生活力プログラム：効果的に進めるためのノウハウ』中央法規、2012

国リハにおける新たな取組み

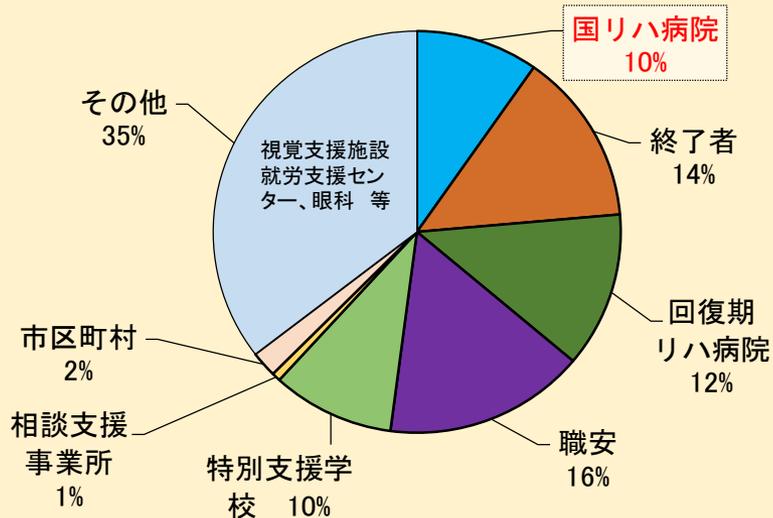
身体障害者リハビリテーション研究集会2018
(11/16 事例報告)

国立障害者リハビリテーションセンター
自立支援局 総合相談支援部
総合支援課 工藤 裕司

リハセンター病院との一層の連携強化

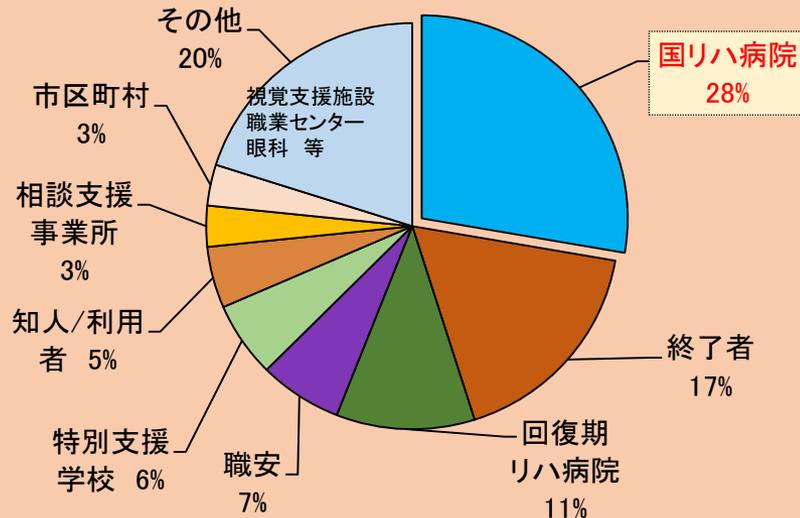
全体：144件

H24 当センターを紹介した関係機関



全体：184件

H29 当センターを紹介した関係機関



H30 リハ病院との連携強化に向けた取組み

○ 所沢センター

- ・ 病院患者の障害福祉サービスへの円滑な移行を図るため、医療相談室と連携して患者に関する情報交換を定期的に行っている（月1回）。
- ・ 障害福祉サービスの利用を希望する眼科外来患者等が速やかに相談等を行えるよう、眼科等との連携を図っている。

○ 秩父学園

- ・ 児童の養育充実を図るため、第3診療部と連携して、入所前の受診から情報の共有化を図っている。

高齢視覚障害者に対する訪問訓練

視覚障害により視力が低下しても訪問による適切な支援を行うことで、日常生活機能を維持することが重要

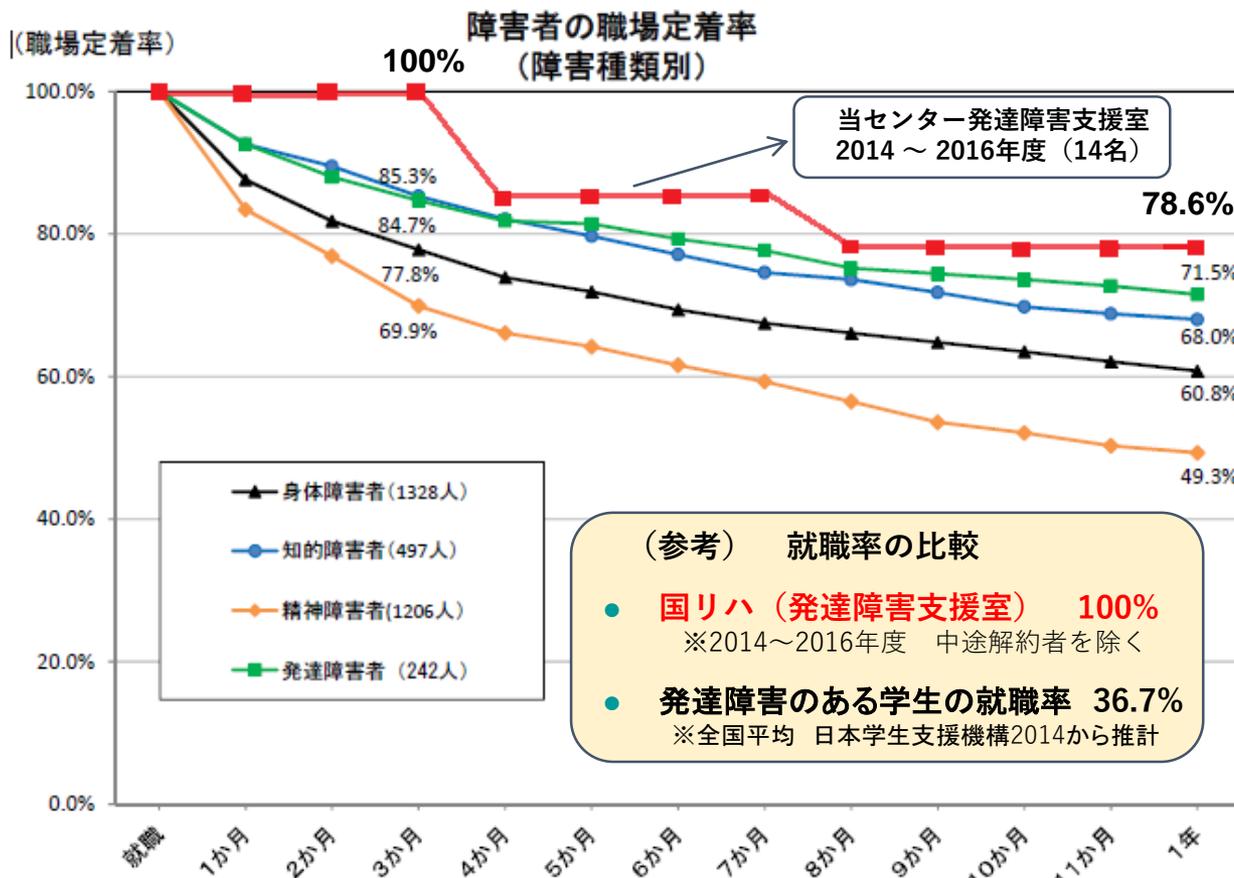


視覚の専門職員による訪問支援

週1~2回(1回2~3時間) 概ね3ヶ月間程度訪問による訓練・支援を実施

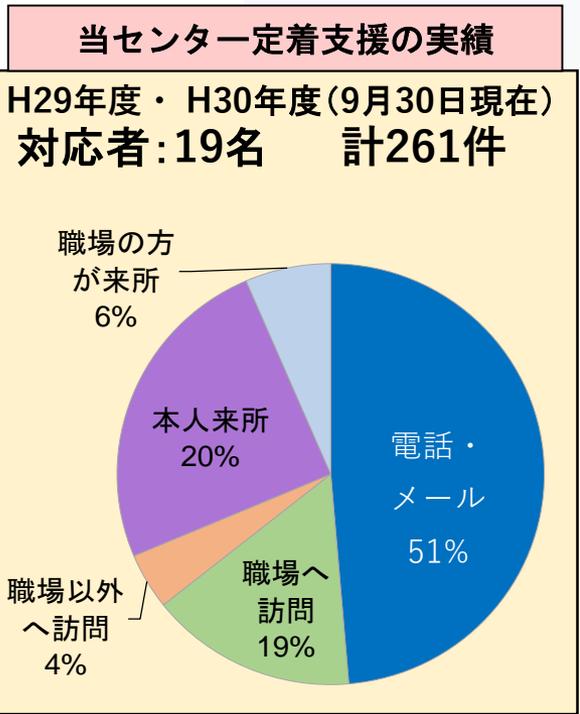


発達障害者に対する職場定着支援の充実



(参考) 就職率の比較

- **国リハ (発達障害支援室) 100%**
※2014～2016年度 中途解約者を除く
- **発達障害のある学生の就職率 36.7%**
※全国平均 日本学生支援機構2014から推計



出典:『障害者の就業状況等に関する調査研究』(2017年、JEED)

【実績】情報発信 (講演等)

- ・日本発達障害学会(発表) ・ハローワーク板橋主催「発達障害セミナー」(講師・当事者同行による講話)
- ・身体障害者リハビリテーション研究集会(発表) ・障害者就業・生活支援センターネットワーク会議(講師)
- ・交通エコロジー・モビリティ財団「公共交通機関の旅客施設に関する移動等円滑化整備ガイドライン」への助言
- ・全国経営者協会CRS委員会研修会(講師) ・職業リハビリテーション研究実践発表会(発表) その他多数

ADL未自立者に対する就労支援サービスの提供

【これまでの支援の流れ】 ※ 頸髄損傷者の例



【試行による支援の流れ】 ※ 頸髄損傷者の例



【期待される効果】

- ① ADLが未自立あるいは**自立が見込めない重度の障害者**も就労移行支援を利用可能
- ② 頸髄損傷者など一般就労が困難な利用者に対する**在宅就労の可能性**がいっそう拡大
- ③ 機能訓練から就労移行支援に円滑に移行でき、切れ目のない**一体的な訓練**が可能

そのほかの先駆的な取組み

【頸髄損傷者等に対する機能訓練の充実】 ※肢体機能訓練課

- ・平成28年度の伊東重度障害者センターとの統合による一層の充実
- ・頸髄損傷者や高次脳機能障害者に対する自動車運転訓練の充実

【インシデント・アクシデントの原因分析と再発防止に向けた全所的な取組み】 ※総合支援課

- ・局内全センターにて統一基準と共通報告様式を用いて詳細な原因分析を実施中
- ・繰り返されるインシデントの傾向の分析やより効果的な防止策を模索中

【支援困難な利用者に対する支援の充実】 ※総合支援課

- ・平成29年度から2年をかけて「支援困難な利用者に対する支援の手引き」を作成
- ・組織的な対応手順や支援検討委員会等の検討体制及び規程等の整備

【高次脳機能障害者に対する自立生活援助の事業化】 ※生活訓練課

- ・平成30年10月から、当センターを終了した高次脳機能障害を対象に新規事業化

【安心・安全な食事提供サービスの充実】 ※総合支援課・栄養管理室

- ・給食サービスの充実に向け、局内全施設における給食会議等の設置や規程整備
- ・局内全施設における共通満足度調査の実施とデータ収集に向けた体制の整備

リハ病院や研究所等との協同プロジェクトの推進

		リハ病院 との連携	研究所 との連携
自立支援局 (施設側)	新規	<ul style="list-style-type: none"> ○リハ病院(眼科等)との連携強化 (総合相談課) <ul style="list-style-type: none"> ・利用相談に係る連絡調整 ・利用者募集活動のための訪問先病院の選定協力 ・自立支援局事業公開における連携・協力 ○難病者に対する就労支援における道理的配慮に関する聞き取り調査 (総合相談課) <ul style="list-style-type: none"> ・ハローワークの難病患者サポーターとも連携 	<ul style="list-style-type: none"> ○障害者支援施設等におけるロボット技術を活用した支援及び効果の実証に関する研究協力 (肢体機能訓練課、視覚機能訓練課、生活訓練課、総合支援課) ○理療教育に使用する教材等の開発に関する研究協力 (理療教育課)
	継続	<ul style="list-style-type: none"> ○医療相談室との利用相談に係る迅速な見学対応や連絡調整、定期連絡会の開催(毎月)、病院職員に対する自立支援局概要説明会及び見学会の実施 (総合相談課) ○利用者の健康管理に関する病院との話し合い (毎月) (肢体機能訓練課、医務課、総合支援課) ○リハ病院(眼科)との連携 (視覚機能訓練課) <ul style="list-style-type: none"> ・眼科外来患者に対する支援として、iPhoneやパソコン等に関する紹介や使い方の提供 ○秩父学園とリハ病院との連携 (秩父学園) <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の健康管理(週2回)及び書類作成 ・新規入所児の入所前診察及び入所前CC参加 ・家族支援 	<ul style="list-style-type: none"> ○障害者の在宅就労を想定した遠隔支援のための機材及び環境設定等の研究協力 (就労移行支援課) ○難病者の福祉サービス活用によるQOL向上に関する研究 (総合相談課) ○3Dプリンターを活用した自助具製作の有用性検証に関する研究協力 (肢体機能訓練課) ○ニーズ&アイデアフォーラムに関する連携協力 (視覚機能訓練課、肢体機能訓練課、生活訓練課、総合支援課) ○利用者の意志決定支援の効果に関する研究協力 (各種支援会議への参加など) (総合支援課) ○施設を利用する障害者の活動・外出に関する調査研究協力 (総合支援課) ○障害者のニーズにあった衣料に関する調査研究 (医務課・肢体機能訓練課・総合支援課)