

「身体障害者リハビリテーション研究集会 2018」

開会式

## 全国身体障害者更生施設長会

会長 森 浩一

おはようございます。本日は「身体障害者リハビリテーション研究集会 2018」にはるばるおいでいただきましてどうもありがとうございます。本日から2日間、この集会があるわけですが、これは全国身体障害者更生施設長会という会の事業の一環として始まりました。

この会は1959年に発足して、今年で59年目になるという大変歴史のある会でありまして、発足して最初の頃は、日本のリハビリテーションの歴史の主要な部分を担ってきたわけであります。

本会の目的は、会員相互の連絡と親睦を図って、障害者のリハビリテーション等の業務の向上に寄与することでありまして、そのために、調査、研究並びに情報交換、そしてこの研究集会の開催というものを主な事業内容としております。

さて、近年の障害福祉分野の動向を見ますと、一番大きな変化は一昨年5月の障害者総合支援法の改正でありまして、今年4月からそれが施行されております。今回の改正では、地域生活を支援するための新たなサービス「自立生活援助」や就労定着に向けた支援を行うサービスとしての「就労定着支援」、サービスの質の確保と向上に向けた環境整備として「情報公開制度」が創設されております。施設の中でサービスを行うことに止まらず、外へ出て行くということと、外へ向けて発信するということが盛り込まれてきたということになるかと思えます。

さらには、障害福祉の人材の待遇改善や、障害者の重度化、高齢化を踏まえた地域移行、地域生活の支援を強化するということと、就労系サービスにおける工賃や賃金の向上、一般就労等への移行促進が国の政策としても図られてきているところです。

こうしたさまざまな状況の中においても、障害のある方の訓練や支援に直接携わる現場の皆さんのスキルアップが引き続き重要であるということに変わりはありません。

今回の研究集会におきましても、常日ごろの取り組みや研究成果をご発表い

ただき、議論をしていただくということで、全国の施設のノウハウが共有されることが期待されますし、またそれを持ち帰っていただきまして、皆さんの支援が一層有意義なものになることを願っております。

最後になりますが、本日の開催を迎えることができましたのは、関東ブロックの会員の皆様方、特に千葉リハビリテーションセンターの吉永センター長様を始め皆様方のご協力、それから日ごろのご支援の賜物であります。このことを特にお礼申し上げます。

それではこれから2日間、研究集会の成功を祈念いたしましてあいさつとさせていただきます。

## 全国身体障害者更生相談所長協議会

会長 平山 信夫

皆様、おはようございます。ただいまご紹介いただきました、東京都心身障害者福祉センター所長をしております平山と申します。本会、身体障害者リハビリテーション研究集会 2018 の開会に当たりまして、全国身体障害者更生相談所長協議会を代表いたしまして一言ごあいさつをさせていただきます。

今年の研究集会のテーマは「自立訓練のさらなる充実を目指して～地域包括ケアシステムにおける障害者リハビリテーション～」ということでもあります。このテーマのもとで、2日間にわたりまして講演やシンポジウム、ポスターセッションなどが行われますが、それぞれ皆様の現場での実践に基づく活発な討議が行われることを期待しております。

このテーマの中で言われております地域包括ケアシステムでございますが、もともとは高齢者施策の領域におきまして医療や介護が必要な状態になっても、可能な限り住みなれた地域で充実した生活をする続けることができるよう、医療、介護、予防、住まい、生活支援が包括的に確保される体制を構築するということを目指しまして、取り組みが進められてきたものでございます。

ただ、これは高齢者に限っていることではなく、障害福祉の領域におきましても同様に各職種、事業者、あるいは行政が勉強いたしまして、地域一体となって支える仕組みを構築する必要が高まってきておりまして、今回のテーマは非常にタイムリーなものかというふうに考えております。

さて今年は、先ほどごあいさつの中にもありましたけれども、障害者総合支援法と児童福祉法の一部改正法の施行ですとか、報酬改定が行われました。また、特に私ども身体障害者更生相談所が関係するものといましては、視覚障害ですとか腎臓機能障害における身体障害者の認定基準が見直されるとともに、「補装具の借り受け制度」が創設されたところでございます。この補装具の借り受け制度につきましては、ちょうど先日、関東甲信越地区の所長協議会がありまして、その中でも話題になったのですが、今のところ関東甲信越地区では1つの自治体で1件という実績が上がってきています。ただ、幾つかまだ相談している事例があるということで、なかなか新たな制度が定着して活用され

るには時間がかかるとは思いますが、少しずつ拡大していくのかなというふうなことを実感しております。

このように制度ですとかニーズがさまざまに変わっていく状況におきまして、我々障害福祉に携わる者としたしましては、今求められている方向性、ニーズというものをきちんと把握しまして、それぞれの現場で迅速に対応していくことによって利用者サービスの向上に反映させていかなければならないと思っております。

この研究集会の場でさまざまな情報や先行した事例、あるいは問題意識等を共有いたしまして、それをそれぞれの職場に持ち帰り、業務の参考にしていただければと思っております。

最後になりますが、今回の研究集会の開催に当たりましてご尽力いただきました国立障害者リハビリテーションセンターの皆様を始めとする関係者の皆様方に感謝を申し上げますとともに、この研究集会が皆様方にとって実り多いものとなりますことを祈念いたしまして、簡単ではございますがあいさつとさせていただきます。

それではどうぞよろしく願いいたします。

# 基 調 講 演

国立障害者リハビリテーションセンター  
自立支援局長 森 浩一

改めまして、森でございます。この4月から、実は自立支援局長というところに異動になりまして、それでほぼ自動的にといたしますか、全国身体障害者更生施設長会長ということになったわけです。

実は私はこれまで、リハビリテーションの医療モデルの側を主に担当しておりまして、自立支援局となると社会モデルとか職業のほうにかかわってくるので、これまでと少し違うところがあるわけです。まだ整理しきれていないところもあるのですけれども、医療モデルでかなり長いことやってきた経験から、皆さんとは大分違う視点を提供できるところもあるのかなと思って、今日お話しさせていただきます。

要綱をいろいろ見ますと、実は私が喋るべきことがほとんど入っているので、話すことがなくなってしまったというのが正直なところですね。けれども、センターの概要のあたりはご紹介してもいいのかなと。

長らく福祉に携わっておられる方にはもう十分ご存知のこととは思いますが、国が40年ほど前にこのセンターをつくりまして、身体障害、肢体不自由、それから視覚障害・聴覚言語障害の3つのセンターをこの所沢に集めてきてつくったというのが、このリハビリテーションセンターです。

その後いろいろ拡張がありまして、私どもがいるのは自立支援局で、今日の事務を仰せつかっているところですが、それと病院、それから秩父学園という後から合併したところがあるのですが、研究所、学院、企画情報部などがあります。こういう1つの場所にリハビリテーション関係のものが一挙に集まるというのは、これができた当時は特に世界的にもあまり例がないということで、海外からの見学もありました。

国がこういうものをつくったために、結構国内では各地方自治体にも似たような形で総合的なリハビリテーションの施設がつくられていきました。必ずしも1カ所に集めなくて、少し分散した格好でつくられているところもあるのですけれども、日本のリハビリテーションというのは意外に総合的な格好でかなり早期から、といっても戦後の話ですけれども、されてきたということになるかと思えます。

この施設は、最近の行政的な変化によって、所沢だけではなくて全国のいろいろな国立障害センターが1つの組織ということに今はなっております。

提供しているサービスはそんなに、全範囲というわけではないですけども、視覚障害、それから脊髄損傷の中の特に頸髄損傷、それから高次脳機能障害、これはこのセンターが10年以上前からモデル事業を始めまして、それがようやく制度化されたというところでありまして。それから就労移行支援、視覚障害の方の養成、マッサージ、はり、きゅうです。もう1つ特徴的なのは、発達障害の方の就労移行支援もしているところだと思います。

それから先ほどの連携のところ、すぐ隣にある職業リハビリテーションセンターですね、こちらと連携しておりまして、生活訓練等をした後に職業リハビリテーションセンターに行かれる方で、その施設入所支援もしているという、そういうところがございます。

病院との連携は、ちょっとお恥ずかしい話ではあるのですが、平成24年ぐらいにちょっと利用が減ってきたのです。これは下が100なので、そんなにガクンと減ったということではないのですが、減ってきたあたりで、うちの病院との連携が実はあまりなかったところ、そこをしっかりと始めたらその分増えてきたという、お恥ずかしいといえますか、こういうことをしていくとしっかりとリハビリテーションに入ってくる人がいるのだということで、これは潜在需要としてあったものを見逃していたということなのです。ですから、リハビリテーションしたいという方は、実はきちんと情報提供すればいるはずなのに、そういう人を見逃さないようにしないといけないという、他山の石としていただければというところです。

こちらの頸髄損傷のリハビリテーションで特徴的なのは、若い方が多いということです。年輩の方はあまり入ってきていないのですが、最近はもちろん年輩の方で頸髄損傷を起こされる方も多いのですが、若い方、交通事故とか、労災とか、いろいろなものがありますので、まだ働けるはずの人たちがここで訓練を受けて、実情は家庭復帰も多いのですが、就労につながる方もいるということです。

もう1つは、障害区分が重い方が多いということです。そういう方々のリハビリテーションを主に担っているというのが現状であります。

それから、まだあまり言っていないのか、今後の話になるのですが、頸髄損傷等の方で最終的に介護はやはり必要であろうということが見込まれる場

合でも、在宅就労をする可能性を追求すべきではないかということで、そういう方向のサービスを今後入れていくと。実際一部やっているのですけれども、中にいる間に就労関係の訓練も同時に行って、それで在宅に移行したときに在宅就労ができるようにというリハビリテーションも今後進めていくという方向でおります。

それ以外の、ほんの一部だけ紹介しておりますが、今日、明日いろいろ発表がありますので、そのあたりで補っていただければと思います。

ここからは全然違う話になっていくのですけれども、今回のテーマに少し関係するところへ行くと思いますが、障害の分類と対応哲学の変遷ということで、これも長くおられる方には当然だと思うのですけれども、最初はICD、医学モデルということで、ICDというのは今も使われていて、保険請求のマスター等にも使われているのですが、これはあくまでも医学、医療のほうでありまして、障害のリハビリテーションというと、ノーマリゼーション、日本語にすると正常化ですね、これが目指されたというのが最初のほうです。

それから1980年にICIDHというもので、ここでインペアメント、機能障害から能力障害が起こって、そして社会的な不利が起こるというモデルになってきたということです。これはノーマリゼーションが完全にはできない場合には、ノーマリゼーションというよりはインテグレーションということなのですが、これもあくまでも社会のほうが基準になって、そちらに入っていくという、そんな格好になると思います。

2007年に国際生活機能分離、ICFというのが提唱されてきまして、これは障害というのは個人と環境によって障害かどうかは実は変わるのだという考え方です。ここでは障害がある方はノーマリゼーションでもインテグレーションでもなくてインクルージョン、社会に包摂されるという、共生する社会というのが提唱されて、これも日本の法律にも入ってきているということです。この相互作用によって障害が決まる、これは障害者の権利に関する条約にもうたわれているところです。

これを見ていくと、環境と、本人の能力とを評価しないといけないのですけれども、それは意外に潜在能力がある場合があつて、このあたりがリハビリテーションで発揮されるところになるのですけれども、それを使うとマイナスの

減少と。あとは環境調整ということで、最終的に自己決算に基づく選択、それから生きがいの追及、実現、社会の一員としての働きという方向へ行くということです。

そのときに、これはノーマリゼーションだけとか、そういうことではなくて、ここに幅広い選択肢が出てくると。これは個人が自己決定をするということです。リハビリテーションでこちらに行く場合、あるいは介護を使う場合、福祉、それから環境の調整をする場合。環境の調整としては、いろいろな装具を使う、福祉機器を使うというようなことがありますし、人としては家族、友人、コミュニティです。コミュニティというのが非常に重要だというふうに、最近はなってきたというわけです。

社会は制度とかサービス、それから一方でスティグマというのがありまして、これが社会参加の障害にもなっているということです。そこに関しては、障害者総合支援法ではそういうものも解決していくというふうに法律には書いてあるのですが、実は具体的な方法をどうするかというのははっきりとは書かれていないわけです。

これを、私は医療側で見ておりましたので、例えば難聴ということでは、昔は難聴はどうしようもなかったわけです。場合によっては施設に入れられてしまうというようなこともあったわけですが、聞こえるようにする道具として、メガホンを反対側から使うというようなものが随分昔からありました。1900年代の最初ぐらいにベルが電話を発明して、それが補聴器へ応用されて、本格的な補聴器となるには真空管等の発明で増幅が入ってこないといけませんので、それによって難聴の人が少し聞こえるようになってきたと。

一方では、難聴の人に喋らせる訓練というのが、これもベルとか、そこで習っていた日本人の伊沢さんとか、そのあたりが喋り方を教える方法を開発したということで、聞こえなければ言葉は習えないので喋れないということなので、少しでも聞こえると訓練によって喋るほうを練習して、それはリハビリになりますけれども、喋れるようになるというようなことが長らく使われてきたということです。

ただ、その訓練は小さいうちにやらないとうまくいかないということで、母

親が一生懸命やるというのが普通なのです。そうすると、相当厳しくやらないとなかなかできないものですから、子供にとって母親はほとんど鬼みたいに感じてしまうというようなことが起こって、社会に出てからようやく感謝するということがよくありました。

一方で、1800年代にフランスの牧師が手話というものを発明して、それがあちこちで使われました。日本でも使われていたのですが、聴能訓練といいますが、一生懸命音を聞いて喋るという、そのためには手話をしてしまうとあまりにも簡単にコミュニケーションができてしまうので、聴能訓練ができなくなるということがあって、日本のろう学校では長らく手話を禁止していたりしたのです。でも、手話というのはろうの人のネイティブな言葉でありますので、それを禁止するというのは楽でないコミュニケーションモードを使いなさいということで、これは人権的な問題も出てくることになります。

手話がもともと言語であるというのは、ニカラグアでろう学校をつくって、全国からろうの子供を集めてきたら、自然発生的にニカラグアの手話ができたとということがありまして、人間の能力としてそれはもともとあるということです。

さらに技術が進みまして、補聴器が随分よくなって、相当の難聴でも聞こえるようになりました。ただ、先天難聴というのは1,000人に1人ぐらい生まれて、その半分ぐらいが高度難聴になってしまうので、補聴器を使っても無理なのです。それが1970年代に人工内耳が発明されて、1980年代に保険適用になって、1990年代に相当優秀なものになって、今はまだまだ改良中なのですが、リハビリテーションも随分楽になりました。しなくていいということではないですけれども、1歳未満で人工内耳を植え込むとかなりリハビリテーションが楽という、恐らく共働きでも何とかリハビリテーションできるレベルぐらいになってきたということです。

聞こえるようになったといっても、実は完全に正常化はしていません。それは、例えば騒音下で聞こえないとか、何人か一緒に喋ったら聞き取れないとか、さらには補聴器にしても、人工内耳にしても、あまり楽に聞き取れるのではなくて、注意の集中が要るのです。そうすると、聞くのに注意の集中が要るので、内容を理解しながら聞けないということとか、それからノートをとりな

が聞けないということが起こるのですけれども、このあたりはあまり知られていないのです。だから、人工内耳をつけてよく聞こえるから、あなたはノートテークが要らないでしょうと言われてしまうと、大学での授業に参加ができないというようなことが起こるのです。

そういう難聴が、人工内耳をつけても解消しない場面があるということから、高校生ぐらいになると自分のアイデンティティの問題が生じる人がいて、そのあたりから今までずっと聴覚でやってきたけれども、手話を習い始めて、手話にしたらそのほうがずっと楽にコミュニケーションできるというふうに転換する人もいるということです。

そのあたりは、やはりいろいろと情報提供しながら、実際には本人が試して、それでようやく自己決断ができるということになるのですけれども、人工内耳の難しいところは、6歳、ギリギリ8歳なのですけれども、若いうちに手術しないと言葉がわかるようにならないのです。そうすると、その決断を本人はできないのです。親がしてあげるしかないということなのです。

親が「この子は手話で育てます」と言われてしまうと、もう人工内耳を大きくしてからつけても聴覚的な言語は使えないのです。これが一番難しいところで、そこをどうするかです。

もう1つは、人工内耳は先天難聴、高度難聴では、1～2割の方は障害が重くて使えない方もいらっしゃるのです。ですから、人工内耳で全部解決するわけではなくて、やはり手話でということもあるのですけれども、昔に比べると手話で話す人口が減ってしまって、ろう社会からすると人工内耳というのは侵略してきたもの、ろう社会をつぶすものだという意識も一部にあって、最近そこまで人工内耳に反対ということはなくなってきたのですけれども、そういうこともあります。

一方では、やはり日本では手術に対するアレルギーというのもありまして、人工内耳にしてもいい子供の半分ぐらいしか手術を受けていないという状況があります。

それから、重複障害のときにかわいそうだから手術しないということがあったりするので、ドイツなどでは重複障害で、難聴と何かほかの障害があるときに、人工内耳の手術をしなかったら医者が訴えられるぐらいの話な

のです。これは障害が2つあるときに、人工内耳で片方の障害は楽になるというのはすごく大きいと思うのですが、親御さんからするとなかなかそういう気にはならないという場合もあるようです。もちろん、重複障害があるとリハビリテーションが難しいという事情もあります。

難聴の話は、これだけでも非常にいろいろなことが絡んでくるということです。専門にやる方はそういうことを承知した上で、それぞれの人にベストな選択を提供することが必要になると。それをやりやすくするのが、このICFに基づく評価ということになります。

そこで、個人因子と環境因子です。これがリハビリテーションのモデルに絡んできまして、個人因子としては医療、リハビリテーションでよくしましようということで改善するのですが、一方環境因子としては介護、福祉、環境調整、だから難聴でいいますとここで人工内耳を入れて、聴者の世界に入りましようというのが1つのやり方ですが、こちらでは手話でいきますから、ろう学校で手話を教えてください、あるいは手話通訳をつけてくださいという方向もあるということです。

理想的には、全員が手話も普通の日本語もできるということですが、一部の村や島で非常に難聴の人が多いところでは、そのようになっているところもあるようなのですが、一般にはなかなかそうはいきません。

今後、IT技術が進めばスマホ等で写しながら、手話を写すと自動的に音声に翻訳される時代がそのうち来るとは思うのですが、まだ今のところそこまではいっていない状況で、そうするとまだまだ選択肢としてはどちらにしますかということになるわけです。

この選択をするときに、本当にきっちり情報を得てしているかということが問題になることと、それから先ほども申しましたけれども、子供のために親が選択せざるを得ない、親の方針で決まってしまうということがどうしても出てくるということがあります。

もう1つ、これに近いところで、私はずっと吃音のことをやってきたのですが、吃音のリハビリテーションというのを考えます。吃音というのは非流暢であるという症状があるのですが、これが大変苦しいので、苦しいとか、つらいとか、笑われたり、子供のころは半分ぐらいの人が吃音のせいで

いじめられているということがあって、ほとんどPTSDになってしまうので、それで大人でも大変なのですが、そういう状態になると、吃音、どもるという症状に対して注意を外すことができないのです。喋るときに即そちらに注意が行ってしまうのです。

実は大人の吃音は、そこに注意が行くことによってうまく喋れないということが起こってしまうことがほとんどです。どういうことかということ、実は独り言だったらほとんどどもらないのです。それから、歌を歌うときにはどもらないです。そういうどもらない状況があるのです。

ということは、発話機能は既に完成していて使えるのだけれども、注意が非流暢になると大変だということへ行ってしまおうまく喋れないという問題です。

それから、もちろん局所ジストニアとか、オペラント条件応答とか、こういう本人の意識ではどうにもできないものも入ってきているのですけれども、これをリハビリするときはどうするかということ、ここへ注意が行くことが問題なので、ここの注意を外さないといけないのです。嫌なことから注意を外すのは非常に大変でして、これができないためにもう諦めるという方も多いです。

一方、こちらにうまく注意を持って行って、「あなた喋れますよね」という、そこをうまく認知行動療法等で修正していくと、こちらがだんだん小さくなって、普段はほぼ問題ないというほうへ行くのですけれども、それがここで「もう絶対にこんなの治せない」と本人が決めてしまうと、それ以上何もできないということなのです。

当然のことながら、リハビリテーションというのは本人が治療する気にならないとできないものなのです。単純な医療だと、薬をあげてしまえば治るので、本人の意思は関係なくなる、薬を飲むだけでよくなるのですけれども、リハビリテーションはそうはいきません。治療同盟をつくるということです。

それから、根本的に治るかということ、この部分は残るのです。この部分は残るけれども、こちらに注意を向けないようにすれば大体大丈夫という話になるのですが、そこが治らないという表現をされてしまうとなかなか難しいです。治らないから、そもそもリハビリをしないというようなことになってしまいます。

それから、やっていないとわからないということもあるということです。そうすると、このリハビリをすると将来こうなりますよという将来像が結構あいまいになってしまって、あいまいなところへ向かっていくというのが難しいので、モチベーションを上げるのが結構難しいということです。

それから、従来の治療法というのは対症療法、どういうことかといいますと、これを何とか抑えるということをするのです。ここに注意が行ってしまうから問題だけれども、その注意を利用して逆に別の発話モードを練習しましょうというもので、これはかなりつらいです。つらい上に、できるようになったとしても楽になれない、喋れないということがあるという、そういうことが起こっています。

そういうことがあって、実際に就労とか電話対応に困難場面があります。リハビリに乗るには少し考えなければいけないとか、大変なところがあるということになると、合理的配慮が必要になって、これは福祉対応することになるわけです。

私が吃音のリハビリをやっていますと、実は身体障害の手帳を出すよりも、ほとんどは発達障害として、精神障害者保健母子手帳の意見書を出しているほうが多いのですけれども、これをしないと合理的配慮が法的義務にならないものですから、診断書だけだと一般企業の場合は法的には合理的配慮しなければいけないというところまで行かないのです。手帳があると、これは義務になりますので、どうしても手帳が必要な場合があります。

それで手帳で就職できたとしても、やはり自己効力感と自尊感情がなかなか低いままだという場合もあって、悩ましいということが起こるのがリハビリテーションの現状かと思います。

我々がよいと思っている方向へ誘導するのに、誘導すると言っては変ですけども、これが本当によい情報提供ができればこちらを選択してくれるはずだという思いがあるわけですが、もちろんそこは本人の自由なので、福祉モデルで行かれてもよいのですけれども、そこへ行くのに情報提供が十分できているかということをやはり反省しないといけないということです。本人の本当の目的、目標は何なのかということです。

それから、リハビリテーションの効果としてエビデンスがどれぐらいあるの

か。エビデンスといっても、エビデンスで有名なのは無作為の比較試験（RCT）ですが、無作為比較試験というのは非常に厳密なペアで実験群とコントロール群というものをつくらないといけないので、これをリハビリテーションでやるのは結構難しいのです。

もう1つ難しいのは、そこに乗っかる人たちが少ないのです。RCTで証拠が出ています、エビデンスがありますと言っても、実は全体の3分の1の人しかその研究に入れなかったということがあるわけです。そうすると、残りの3分の2の人に対してエビデンスが実はないという、そういうものを「エビデンスがあります」といって使っているのかという問題もあるわけです。

ですからそういう厳しい基準でつくったエビデンスが本人の状態に合っているのかということを考えないと、効果予測が本当には立てられないことになります。

それから、先ほどの話は心理的なバリアーの話だけですけれども、それ以外にも訓練にどれぐらい時間がかかるのかとか、それが生活の質の向上にどれぐらい役に立つのかという評価をきっちりしないと、なかなか本人が判断できないということです。将来どうなるかわからないところを判断しようと言われても、やはり逃げる気持ちが多くなるわけですから、見えるように提示する必要があるということです。

さらに、リハビリテーションに必要な資源です。これはリハビリテーションするスタッフの側だけではなくて、本人の努力や費用、時間も考えてあげる必要があるということです。

そこをもう少し定量的にするということを考えますと、やはりコストを見積もらないといけない。コストをどれぐらい節約できるか、あるいは回収できるかというのが、経済的な立場からは必要になってくるわけです。

人工内耳の話に戻りますと、あれは非常にコスト効果が高いと言われていています。医療の中で一番コスト効果が高いのは、先ほど腎臓の話も出ましたけれども、腎臓移植なのです。なぜかという、節約できるコストは腎臓透析で、これはむちゃくちゃ金がかかります。それに対して、腎臓移植をすると移植手術自体は高くても、その後もすごい費用の節約ができるので、コスト対効果は一番高いです。人工内耳はそれに次ぐぐらいです。

なぜそんなによいかというと、支援学校のコストは生徒1人当たり年間600万円ぐらいかかっているのです。普通の学校が50~60万円で、日本はOECDで一番教育費をかけていないと言われているので、そちらの問題もあるのですが、特別支援学校は1人当たり10倍ぐらいかかるわけです。

そこで人工内耳は、手術費用が400万円かかるのですが、そんなものは数年で元が取れてしまう、1年でほとんど元が取れてしまうほどコスト効果が高いものなのです。

難聴で、手話だけだと就労がなかなか難しいところが、人工内耳をつけていると相当楽にできるところもあるわけです。そうすると、就労で税金を稼いでくれば元が取れることになります。

それ以外のリハビリの場合も、本人のQOLが上がるだけではなくて、それによって介護費用がどれぐらい下がるかという計算も、政策的な立場からしていく必要があるということです。

あとは健康度、QOLの向上等もうまく測って数値化しないと、なかなか伝わることにならなくて、広く訴えることが難しいと。

今、高い抗がん剤があつて、1人当たり何百万円かかるという話があります。それから肝炎の治療薬が1回飲むといいとかいうのですが、1錠が10~12万円というものがあつて、これをがんの人全員に使ったりすると大変なことになって、医療経済がつぶれるということで、せっかく開発した会社に「もっと安くしろ」といって圧力をかけたりしているのですけれども、そのときに評価をどうするかというと、抗がん剤によって何年間寿命が延びるかということと、QOLがどれぐらい改善するかということのかけ算で費用を割るということをしています。これが何万ドル以上だったら認可しにくいという議論が今されているところです。

ですから、これを数字にするのにQOLをどう測るかとか、いろいろ問題はありますが、こういうことが今医療のほうではやられていますので、こういうものも参考にして検討していく必要があるだろうということです。

自立訓練のさらなる充実のためには、こういう評価もしていく必要があつて、効果の高いリハビリテーションということで、数字として出すことも必要になってくるということです。

ただ、QOLが難しいので、介護がいろいろ入っていてQOLが今10分の1  
というところからリハビリテーションをしてももうデルタが上がらないので、  
そうするとここが何年かかってもゼロになってしまうので、費用が安くてもだ  
めということになってしまいます。

一方、リハビリテーションをするとその後10年、20年持ちますよというこ  
とになると、多少費用がかかってもこれは非常にコストが低いリハビリテーシ  
ョンだということになるわけです。介護の場合だと、その後例えば50年生きる  
となったら、50年間の介護費用がかかる計算になるわけですので、そういう比  
較をするということです。

効果の高いリハビリテーションを求めたときに、やはり効果の評価、それか  
らデータの収集、それで病院の分析を統計的に見て、何が改善につながる要素  
かというふうに見ていくということです。

新しい方法の導入も必要です。リハビリテーションというのは意外に新しい  
方法が出てきていますし、今は医療との連携ということで、医療のほうも進歩  
していますから、最近で一番大きい話題はiPSですね。脊損の治療に使える  
かもしれないということです。iPS細胞を入れるだけで脊損が治るわけでは  
なくて、そこからリハビリテーション、神経がつながったらリハビリテーショ  
ンしないとうまいつながり方にならないと想定されますので、そういうリハビ  
リテーション、また今までとは違うリハビリテーションになっていくと思いま  
すけれども、そういうものを開発するというので、今進行中であります。

それから当然のことですけれども、個別目標、個別対応ということが必要で  
して、その進捗状況や目標変更、目標変更といいますのは、やってみたらこう  
だった、それで将来の目標を変えましたということはよくあるわけですけれど  
も、それに合わせて調整をしていくことが必要になります。

それから心理的な要因として、最近目立つようになっているのは発達障害だ  
ろうと思いますけれども、それと高次脳機能障害などですと感情、あるいはう  
つなどの場合の感情障害、それから理解障害などがあって、それに個別的に配  
慮する必要があるということです。

リハビリテーションで一番効果を左右するのはモチベーションであるという  
ようにも言われていますけれども、外在的なモチベーション、これは周りの人

が褒めるとか、いろいろなことがあると思いますけれども、最も大事な内在的モチベーションとして、その人にやる気を出してもらうにはどのようにするかということになります。

また質の向上ということに関しましては、先ほどもちょっと出た話ですけれども、最新の情報を獲得すると。学会とか、論文とか、勉強会を継続的にしていく必要がありますし、品質のモニタリングも必要だろうと思います。長年やっているからいいということは、実は必ずしも保証されなくて、つい基礎を忘れていくということもありますし、本人なりの工夫をしているつもりがちょっと問題が起きる場合もあります。ですので、質を高めるということです。

これはなかなかやりにくいのです。ベテランがやっているときに「そこは違いますよ」というのは非常に言いにくいので、これは制度化する必要があるということです。

研修として、初期の研修というのはどこでもやっていると思いますけれども、こういうフィードバックの結果を受けて更新研修、再教育等も必要になります。

今、理療教育のほうでは特別支援学校の先生が資格の年限があって、更新しなければいけないということで、我々の中でもその更新をどうするかということが話題になっております。

それから職場環境として、やはりストレスが多い職場ではいいリハビリテーションはできないということで、ワーク・ライフ・バランスとかストレスの低減をしていく必要があるだろうと考えます。

このあたりを充実させるために、キーワードが幾つかあります。アカウンタビリティというのは、よく説明責任と言われているのですが、実は説明がつく責任のとり方なのです。実は説明したら終わりではなくて、だから説明がつかなければ辞任しますというのもアカウンタビリティなので、日本語で説明責任と訳すとちょっと問題があるということです。

モチベーションは先ほど申し上げましたけれども、これが非常に大事だと。これはリハビリテーションを受ける側だけではなくて、リハビリテーションする側も必要です。

ここに脆弱性というのを出しましたのは、実は脆弱性というのはいろいろな問題に絡んできて、普通はこの脆弱性というのは皆さん隠そうとするのです。

隠そうとする努力によって本来の創造性とか、いろいろなよい特質が同時に隠れてしまうことが起こると言われています。脆弱性をさらけ出して、だけど私はこんなことができます、そういうことがざっくばらんにできる場所が非常に重要です。それはお互いに信頼感が成り立っている、そういう場面でできると思いますけれども、これが非常に大きな概念でして、感情等を隠そうとしたときに、隠したいものだけを隠せるかということ、それはそうではなくて、ほかのものも一緒に隠れてしまっ、いい特質が出てこないのです。それは吃音もそうなのですけれども、どもるのを隠したいと思っているためにいろいろなコミュニケーションができなくなってしまうのです。どもることを隠すことに努力が行ってしまう。

それからコンパッション、フォーギブン、寛恕ということですが、これは人の失敗を許すだけではなくて、重要なのは自分が失敗したときにそれを許すということです。世の中でうまく成功している人のほとんどは、失敗する自分を許している人なのです。失敗して、しょうがない、じゃあこれをどうしようというふうに反省して次へ進める人が成功につながられるということで、寛恕の要素は非常に大事です。自分を許せば、ほかの人も許せるようになります。

それから、ここにエンパシー（共感）とシンパシー（同情）と書いてありますけれども、リハビリテーションするのに必要なのは共感であって同情ではないということです。同情というのは、別の言い方をすると上から目線ということになるのですが、これを訓練する方法等いろいろなことも言われてきています。

例えば、これはどういう状況でしょうか。恐らくこのブロックは、歩道を自転車で突っ切る人がいて、それをとめるためにやったのではないかと思うのですけれども、車椅子は大変通りにくいです。それから、一応点字ブロックが置いてあるのですけれども、視覚障害の方がこれに沿って歩くとどうなるかという、このカーブが方向感を失わせるのです。最初の方向と、こちらに着いたときとで方向が同じかどうかはわからなくなるということです。ですから、同情があると「これは視覚障害の人が通りにくいよね。じゃあ点字ブロックを敷こう」ということになるかもしれないのですが、共感までいくと、リハの専門職としては視覚障害の人がどのようにこれを考えて、どのように感じ取るか、

そこまで共感を深めて、「これは視覚障害の人は大変ですね」というところを見てあげるとのことなのです。

マインドフルネスというのが今話題になってきているのですが、こういうものを含めて使えるようになると、しなやかさ、打たれ強さが出てくるといふふうに考えます。ストレス軽減と業務改善のために、ぜひマインドフルネスの瞑想をというふうに思っております。

最初のビデオをごらんいただきます。

(ビデオ放映)

「あしたも朝から仕事か」、そう考えると、ちょっと憂うつになりませんか。そんなビジネスマンたちに今大人気なのが、瞑想です。実は脳によい効果があることが科学的に証明され、マインドフルネスという新たな瞑想法として世界中に広まっているのです。「実践している中で、実績が本当に変わってきていて、順位がどんどん上がっていったり、お客様に対するパフォーマンスが、すごく結果に出ているんですよ。」さらに、医療の現場でもマインドフルネスが活用されています。わずかな期間実践するだけで、脳の機能や形までが大きく変わることがわかってきました。「マインドフルネスで脳は本当に変わります。そして、確かにストレスを減らすことができるのです。」スタジオでは、マインドフルネスの効果的な方法もご紹介。「すごく穏やかになった気がします、気持ちか。」マインドフルネスの最新科学に迫ります。」

ということで、マインドフルネス瞑想、これは仏教から来ていて、ヨガもちょっと入っていると思いますが、実際に臨床心理学的に使うときには、その宗教色を抜いたものということになっています。

どのようにするかというと、毎日5分とか10分ぐらい、背筋を伸ばして楽な姿勢をとっていただいて、歯はかみしめない、上と下の歯は少し隙間があいているぐらいにして、目は楽に閉じていただいて、自分のしている呼吸をそのまま観察するということです。観察といっても目で見えるわけではなくて、内省で感じ取るということになりますけれども、息が入ってきたら体が膨らんだり、出ていくときには閉じたり、あるいは周りが寒ければ鼻の温度が下がったり、そんなことも感じ取れるかもしれません。

そこで考えが浮かんだり、あるいは音がしてそちらに注意がそれたら、それ

に気がついて呼吸に注意を戻すということを行います。これが一番重要なところ  
です。

この訓練は、考えを消す訓練ではないのです。意識がある限り、必ず考えは  
出ます。だからそこは幾ら出てもかまわないのですけれども、出たらそれに気  
がついて呼吸に注意を戻すという訓練です。

ですから考えが出ることは問題が全くないので、ここは気にせずに、考えが  
どんどんわいてくる人は注意を呼吸に戻すという訓練がたくさんできてよいの  
だというふうに思っていたのがみそだと思います。

そこでちょっと難しいのは、呼吸に注意を持っていこうと努力していること  
と、呼吸に注意が行っている状態が違うということを理解していただくことが  
非常に大事です。もう1つは、呼吸はそのまま、呼吸をいじらないというこ  
とです。呼吸を観察しようとする、ついいじってしまいます。そこをいじら  
ないようにすることが大事です。

ここから先ほどの「サイエンスゼロ」に出てきたものですが、マインドフル  
ネスの実習をやっていたらこうと思います。ビデオは結構うるさく喋っている  
ので、本当は最終的にはそんなにうるさく喋っているとそちらへ注意が行って  
しまいますから、呼吸に注意が行かなくて困るのですけれども、とりあえず最  
初の概要としてはそれでやっていただければと思います。

(ビデオ放映)

「呼吸に注意を向けていくところから始めていきます。最初は集中する、そ  
ういう練習を少しして、それから注意の範囲を広げていく、そういうやり方に  
していきます。じゃあやってみますね。息が入ってくる体の感覚を感じるよう  
にします。そうすると、おなかや胸が膨らんできます。それを「膨らみ、膨ら  
み」というふうに心の中で唱えるような感じです。今度は出ていくときは、そ  
れが縮んでいきます。「縮み、縮み」、このとき大事なのは、呼吸をコントロー  
ルしないことです。深く吸いたいときは「膨らみ、膨らみ、膨らみ、縮み、縮  
み、縮み」、浅い呼吸のほうが楽なときもありますので、体に任せてそれを追い  
かけていくような感じです。これはかなり単調な練習なので、しばらく続けて  
いると大体何か雑念が浮かんできます。そういうときに、ハッと気づくわけ  
ですね。「ああ、今雑念が浮かんできて考え続けちゃった。」そうしたら、「雑念」

というふうに自分に声をかけてあげるのです。「雑念、雑念」と声をかけてあげて、「戻ります」ともう一度心の中で声をかけて、また呼吸に伴う身体感覚に戻す。そういうふうにして。」

「まずは呼吸認識を向け、雑念に気づく方法を学びます。これができるようになったら、いよいよマインドフルネスを始めます。」

「後半は注意のフォーカスを広げていきます。これはパノラマ的な注意と言ったりもしますが、体全体の感覚を感じ取るようにしながら、例えば足の裏が床についている感じとか、お尻が椅子についている感じとか、体がスッと伸びている感じとか、そういったいろいろなものをなるべく同時に感じ取るようにしてみます。そうすると、雑念自体あまり出てこなくなることが多いのですが、雑念が出てきてもそのあたりに漂わせておく感じですね。周りの音などにも少し気持ちを向けてもいいです。周りの音が聞こえる、あるいは空気が少し動いている、そういったものも同時に感じ取りながら「膨らみ、膨らみ」「縮み、縮み」、雑念が浮かんできてもそれには取り込まれずに、「ああ、今雑念が出てきたな」と気づくぐらいでいいわけです。」

「最後はまぶたの裏に注意を向けて、ゆっくりと目をあけます。」

「はい、これで終了です。どうでしたか？」

このようなことで、もともと慢性疼痛とかうつに効くということで導入されたのですが、その場合には45分間やりなさいという話で、一般的にはそこまでする必要はなくて、これをやっていくうちに集中力が鍛えられて、いろいろなことがてきぱきできるようになるという方法です。

ただ、本当に全部主観的な話なので、周りから見ても全然わからないのですけれども、本人がどこまで行くかというのは人によって早ければ1週間、長ければ何カ月もかかるとか、あるいはもっとかかる人もいるかもしれません。

幾つか落とし穴があるものですから、ここにも書いてありますけれども、最後の落とし穴ですね、こういうこととか、あるいは心配性な人は心配ばかり考えてそこから抜けられない、考えに行ってしまうとそのまま流されてしまうことがあるとあまりよくないので、そういう場合には一旦終わらせたほうがいいということです。

それから5分とか10分と書いてありますけれども、これはタイマーをかけて

やっておかないと、5分経ったかなと時計を見ながらやっていたらだめなのです。そのようなことがあります。

入門としては、先ほどの熊野先生の本が書かれた本があって、すごくお安いのでいいのかなと思います。

マインドフルネス瞑想をするとどうなるかということ、考えが出たということに気がつくという、メタ認知ですね、これがだんだんできてきます。それから、注意の筋トレと呼んでいるのですけれども、注意を自分が思ったところへ向けられるようになります。普通、注意は嫌なことがあるとついそちらへ行ってしまうのです。不安、心配があるとそちらへ行ってしまうのですけれども、そこを呼吸という特に何でもないものに一生懸命向ける、考えからそちらへ向けるという練習をしているうちに、嫌なものがあってもちょっと置いておいて、本来向けるべきところへ注意を向けるということがだんだんできるようになってきます。そうすると、嫌なことに注意を向けることによって問題が起きていることが相当解決するということにもなってきます。

さらには、観察力がついてくると、判断しないで観察するだけということができてきて、先入観で曇らない観察力がついてきます。これは臨床でいうと、この人は何々であるというふうに診断とか所見を書いてしまうと、頭にその所見しか残らないという状態になることが、特に臨床を始めて間もない人には起こってしまうのですけれども、それだと振り返ったときに何も出てこないのです。その人自体がどんなふうだったかという記憶が頭の中に残っていないと、臨床的には「あのときああだったよね」と言われたときに振り返れないということがあります。そういう観察力がついてくると、臨床家として力がついてくるとのことです。

もう1つは、不安とか心配が多い人は、このマインドフルネスをやっている間は呼吸に注意を持っていきます。考えが出ると、すぐに呼吸に注意を戻します。そうすると、不安とか心配は過去のことや未来のことを考えていると出てくるのですけれども、そこが考えてもすぐに呼吸へ注意を戻していると、不安とか心配がほとんど出てこない状態になります。そうすると、普段不安でしようがないという人が、不安が非常に低い状態を体験できるということで、これは非常によい機会になります。ですから、うつの方などは毎日それを45分する

ことによって、だんだんうつが軽くなるというようなことが言われているのですが、一般の人でも不安が強い人の場合にはこういうことを体験できると、例えば人前で話すのにいつもドキドキしていた人が、これを1週間やったらあまりドキドキしなくなるような方もいます。

この効果はかなり主観的なものですので、人によって違うので、必ずなりますとは言えないのですが、こういうものを職場で取り入れていただくといういろいろなものが変わってくると思います。

マインドフルネスをやっているときは、「こうなればいいな」と考えたらそれはもう考えなのですけれども、マインドフルネスをやっているときに効果を実感はできないのですが、「あれ、いつの間にか変わったな」というふうになってくることが多いと思います。ぜひこれを取り入れていただいて、場合によってはリハビリテーションを受ける方にも導入できる場合があると思います。これによってうまくいく場合があるのではないかと思います。

以上、全然まとまりがないですけれども、ぜひこんな方法も頭の隅に置いておいていただければいいな、そしてこういう研究会ではなかなか出てこないだろうという話題をあえて選んでお話しさせていただきました。どうもご清聴ありがとうございました。

(事務局) 森局長、ありがとうございました。

せっかくの機会ですので、何かご質問のある方はいらっしゃいますか。よろしいでしょうか。

それでは、普段なかなか身障リハ研では聞くことのないテーマだったと思います。今一度盛大な拍手をお願いいたします。ありがとうございました。

「身体障害者リハビリテーション研究集会 2018」 更生施設長会紹介

開催日：平成 30 年 11 月 15 日（木）

場 所：国立障害者リハビリテーションセンター学院 1 階講堂

（事務局） それでは続きまして、少し時間が前倒しになっておりますので、準備ができ次第更生施設長会のご紹介を始めさせていただきたいと思っております。時間はこの後 11 時 55 分まで、約 35 分ほどありますけれども、そちらのほうを更生施設長会の紹介とさせていただきたいと思っております。

今年度はオープン参加の方々もおられますので、更生施設長会の紹介をさせていただきます。本日は当会において現在取り組み中の課題の中から、自立訓練（機能訓練）事業の明確化に関するワーキンググループの活動をご紹介させていただきます。

ご説明をさせていただきますのは、中国・四国ブロック常任幹事のかかわ総合リハビリテーション成人支援施設の小島様です。

それでは小島施設長、よろしくお願ひいたします。

（小島） 皆さん、おはようございます。かがわ総合リハビリテーションセンターから参りました小島といいます。どうぞよろしくお願ひいたします。

マインドフルネス瞑想、なかなか勉強になりました。僕はあれをやる多分雑念、雑念、雑念で、雑念、戻る、雑念、戻るで、雑念ばかりになってしまうかなと思いましたがけれども。

今、施設長紹介という紹介がありましたけれども、私のほうは中四国ブロックの常任幹事をさせていただいている関係で、主に機能訓練事業の取り組みについてワーキングを立ち上げて、いろいろ取り組んできた、その内容についてこの場では紹介させていただくことになります。

身体障害者更生施設長会のワーキングとしては、今この 2 つのワーキングが動いております。1 つ目は、これからご説明させていただく自立訓練（機能訓練）事業の役割の明確化。それから関東ブロックさんのほうが中心でやられているエビデンス検討会、先ほどの話にもありました

けれども、やはり我々にとってエビデンスをどう示すかというのは非常に重要な課題ですので、その部分についてもこのワーキングとして取り組んでおります。この部分については、後のシンポジウムとか、明日の事例報告の中でいろいろと話がされると思いますので、私のほうからは前段のほう、上のほうの話をさせていただこうと思っております。

そもそもこういった取り組みをどうして更生施設長会のほうで始めたかということをお話しさせていただきますと、機能訓練事業が非常によくない、うまくいっていないという現状があります。皆さんもそれを感じていらっしゃると思います。更生施設長会のほうは、そもそもこういう新しい新体系に移行する前から、身体障害者の方の地域参加、地域復帰、社会参加、自立といったことを中心に取り組んできております。前身は身体障害者の更生施設長会とか、重度身体障害者更生援護施設とか、そういう施設だった関係で、そういうことをやっています。

ところが当時、この更生施設長会は100を超えて会員がいたのが、何と今は45になってしまいました。どんどん縮小しております。その大きな理由は、機能訓練事業を廃止するというところで、それによって脱退するということです。

どうしてそういうことになっているかというのと、1つは期間が1年半と非常に短い期間に限定するというようなことで、施設経営がなかなか難しくなったということです。もう1つの理由は、かなり介護保険の第2号被保険者と対象者が被る関係で、介護保険のほうに流れていってしまうということです。対象者がなかなかいないというか、現れてこないという問題があるということで、どうもうまくいっていないというようなことが、それぞれの施設長さんなどの現場の方の中に感じる部分があったということだったのです。

ただ、それは実際に感じてはいるけれども、本当にそうなのかということについてはこれまでの分析や調査もなされていませんでした。そういった中で、まずはそういった調査をしましょうということで、更生施設長会の会員対象で機能訓練の実態調査をしたのです。これが平成28年で、かなり複雑な、膨大な調査だったので、皆様には非常にご苦労、

ご負担をおかけしたものであったのですが、そういったものを行ったということでは。

そうすると、やはりそのことが確認できたのです。介護保険のほうに行っているということが、どの施設の回答された方も感じている、また実際にそういうことがあることが確認できたということで、何となくそうだろうと思っていることが1つ裏づけできました。

あわせて、PRができていないということもわかってきました。なかなか宣伝ができていないということです。そのPRができていないことの原因にもよるのですが、実は埋もれている対象者がたくさんいるだろうということを皆さんが感じていることも確認できました。

ではどうするかということで、PRをすればいい、色々な関係者に知ってもらえばいいということになったときに、では我々は何者なのか、何を知ってもらったらいいいのか、この機能訓練事業が何をやる事業として我々は説明したらいいのか、実はこれがあいまいなのです。

国のほうが報酬改定検討会の中で書いている一枚もの、皆さんもよく見ているものだと思いますが、その部分の機能訓練のサービス内容を見ますと、理学療法、作業療法、その他必要なリハビリテーション、生活等に関する相談及び助言その他の必要な支援を実施、これで何をやるかわかりますか。わからないですね。なかなかそういったところでもあいまいになっているのです。

ではあいまいなまま説明に行っても、それはなかなか伝わるものではないので、やはりその整理が要るということなのです。

先ほど説明した調査の中でも、多くのところがいわゆる社会リハビリテーションというものに取り組んでいるということからすると、多分そういったところを中心にやっていくのが我々の役割だろうということが何となく確認できるのです。

ただ、更生施設長会に入っていない機能訓練事業所はあります。そこがどういう状態なのかというと、必ずしも社会リハビリテーションを中心にやっているかということ、そこに疑問符がつきます。それからもっと言いますと、基準該当事業所、これはかなりたくさんあります。この基

準該当事業所は中四国の中でも少し電話で聞き取り調査をしたのですが、ほぼ社会リハビリテーションは行われていないのです。パワリハ、お年寄りの方の機能維持訓練を同じようにやるという、そんな状況があります。今はまた共生型というのも出てきました。

そういう中で、やはりこのままではいけない、きちんと役割を明確にするということをして、我々の中でもそれを共有して、確認して、その方向に進むし、我々の更生施設長会以外のところにも機能訓練事業というのはこういう事業ですということを説明する必要があるということです。そんなことで、役割の明確化ということテーマにワーキングを立ち上げたことになります。

当然、役割だけ伝えてもそのことで「ああ、そうですか」とはなかなかならないですね。では効果はどうなのか、役割は本当に果たしているのかということがやはり大事になってくるので、このエビデンスの問題は役割を明確化することと両輪です。合わさって初めて我々はアピールすることができるという意味では、エビデンスは非常に難しい、悩ましい問題なのですが、このことが両方取り組まれているという理解をしていただけたらと思います。

これがワーキングのメンバーで、18 施設、このことに賛同して一緒に取り組んでいただける施設を募集したところ、18 施設に参加していただきました。メールでのやり取りが中心ですので、議論をどんどん進めるにはメールだとなかなか難しかったのですが、それでもたくさんの方の意見をいただいて、メールでの意見交換をして、このワーキングを進めたということです。

これは具体的な取り組みの中身です。平成 29 年 3 月に、先ほどお伝えした実態調査を行いました。その結果、明確化の必要性が出てきたということです。そういうものが出てきたので、ワーキングを発足させて、今年度の上半期でそれぞれの幹事会がありますね、役員会の幹事の皆さんにもワーキングのまとめを見ていただいて、コンセンサスをつくっていくという作業をしまして、括弧書きを飛ばして、30 年 9 月から 10 月、会員の皆さんにそのものも見ていただいて、さらにご意見をいただいて、

今はそれを含めてまとめたというような形です。昨日の更生施設長会の総会でも、その辺についてご説明申し上げたというのが今の流れになります。

真ん中のところに括弧で平成30年7月、障害者総合福祉推進事業に今取り組んでおります。皆さんのところにもアンケートが行っていると思います。自立訓練の実態調査に関する調査研究ということで、国の調査ということで今取り組まれております。この部分につきましても、当然自立訓練ですので生活訓練や、共生型や、基準外や、いろいろなものが含まれておりますが、機能訓練が当然その中に入っているということで、更生施設という集まり以外の取り組んでいるところすべてに対して調査をかけて、実態を把握することになっています。

当然この部分は千葉リハビリテーションセンターさんが中心になってやっているので、我々の更生施設長会、僕もその中の作業班ということで動いていますので、リンクしているのです。一緒になってこれを今取り組んでいるので、またその結果を踏まえて、今つくった案を見直すことになります。

大体1,250ぐらいでしたか、1,400ぐらいでしたか、アンケートを出して、今回回収率が3割ぐらいですので、もう少し回収率を上げたいところなので、皆さんもまだのところがありましたら、ぜひアンケートにお答えいただけたらと思います。

その取り組みの中身になります。大きくは本文といいますか、「自立訓練事業の役割と課題について」という表題のものをつくっております。それと、皆さんのお手元の資料の中にもあるのですが、概要版というのがあります。「自立訓練（機能訓練）事業の役割（案）」という、大きくはこの2つの成果物をつくりました。

本文というのは、基本的には我々会員の中で共有するというものです。概要版につきましては、外に発信する、簡単でわかりやすい、あまり分票がないというものをガイド版としてつくったということです。

本文の中身をここに少し書いてありますが、少し紹介させていただきますと、実は皆さんの資料にはありませんで、これはホームページに入

れさせていただいておりますので、後ほどそこでご確認いただきたいと思います。

大きなところで柱立てをしています。1つは「自立訓練（機能訓練）事業の役割（案）」というのがあります。役割（案）の中には、基本的な役割と具体的な役割、具体的にどういうことをしていくべきかということを書いております。あとは共通する基本的視点、これは少しだけなのですが、ICFの視点とか、そういった部分について書いております。それから機能訓練の事業との併設が望ましい、少しだけこういったことも書いております。

次が役割の根拠を示しています。こういう話をすると、どうしてもこうありたいとか、望むものを中心に書いてしまうのです。そうすると、例えば国からしたり、周りからしても、それはあなたたち更生施設長会が思っていることでしょうかということ、共有化できないのです。あなたたちの思いはわかりますけれども、それがはたして機能訓練の役割なのかと言われると何も言えない。そういったところから、やはりこれは我々の思いは詰め込みたいのですけれども、そういったところだけでまとめていったのではよくないということで、法令から整理するといった形でやります。

法令から整理したものを、今度は調査があるので、調査で確認するという作業ですね。法令から整理したものは、結論からいうと、そこから導き出したものは調査によっても裏づけられたということで、我々がやろうとしていることと、法令で整理したことは一致したという形になっています。

3番目の役割の課題点、これは僕がつくり方を間違えてしまって、ここから役割に対する課題点の後のものは、全部役割に対する課題点の内訳だったので、4、5、6は3の中身ですので、その辺は資料上訂正しておいていただけたらと思います。

まず課題点としては、先ほどの介護保険との関係性です。法令解釈上の問題とか、医療から介護へ流れるという問題、それと問題だけではなくて、ではどうしたらいいのかという、とりあえずの対策ですね、そう

いったものを埋め込んでいます。

あわせて、類似事業所の問題等も入れています。類似事業所の問題というのは、基準該当サービス事業所の問題とか、共生型の問題とか、生活訓練が障害の対象の種別をなくしたので、要は共通する対象になりました。そういった意味でも、生活訓練は入るといようなことになります。

でも、どうしてこういった類似事業所の問題を出すかという、これは更生施設長会の施設に一部は生活訓練も入っています。その問題をどうして取り上げるかという、今回の趣旨は、最初になかなか事業がうまくいかないのをやめてしまったりという話をさせていただいたのですが、調査の経過からもかなり経営が厳しいところがたくさん出てきています。非常に厳しいと。だから明確化しているわけではないのです。要は、我々の経営が難しいから、我々の経営のためにこれをやろうとしているのではないということです。あくまでも埋もれている利用者さんとか、その支援が必要な利用者さんにとってよくないことだから、利用者さんに支援をきちんと届けるために明確化をしたり、相談したり、普及したり、連携をつくったりということなのです。決して我々が事業経営のためにこんな話をワーキングでやったつもりはないということからすると、当然我々以外の機能訓練事業に取り組んでいる施設の課題というものも考えていく必要があるということで、こういったところを問題にしてきました。

当然支援上の悩ましいことがたくさんありますので、そういった問題も書きました。

最後に地域格差の問題とありますが、非常に地域格差は大きいのです。例えば人口 100 万人当たりで機能訓練を利用した人が、年間ベースで調べたのですけれども、1 人という都道府県があります。かという、80 人近い都道府県もあります。そのように、非常に差があるのと、機能訓練の事業をやっているところも、やっていないところもあるのです。基準外が中心というところもあったり、いろいろです。

やっている施設も、大きなところもあれば小さなところもあるという

ようなことで、いろいろな課題があるのです。それが地域格差を招いているという問題があるので、その部分についても少し取り上げたものになりました。

詳しくはホームページを見ていただくとして、これが概要版です。会員の皆さんの意見をいただく前、ワーキングでつくって、幹事会の段階で確認したところのものです。結構悩ましい問題がいろいろありましたけれども、この赤の部分が柱です。一定期間の訓練等により、利用者が地域において自立した日常生活や社会生活を営み、主体的に社会参加し、それを継続できるようにする。パッと読むと当たり前なのですが、これは単に我々がそう思うからつくったものではなくて、法的根拠に基づいてこの文書をつくったところです。

結構悩ましいところがありました。ではこれで外の人にわかるのかという問題、例えば社会生活ってなかなかわからないのではないかと思います。社会生活ということを思うと、我々は社会生活力という言葉をよく使います。最も豊かな社会参加を実現する権利を行使する力ですね、社会生活力というのは。利用者さんが社会参加を実現するための権利を自らが行使できる、その力をつけることが社会生活力ということになれば、社会生活というのはそういうことですね。それをこの言葉でわかるのかというのがありました。

いろいろ議論したのですが、これは国の基準省令の中にも社会生活という言葉は頻繁に出てきています。介護保険との差別化は、ここで1つ図れるというふうに思っているのです。介護保険は、社会生活という言葉は出ていません。日常生活までです。ところが障害福祉のほうの機能訓練は日常生活及び社会生活と常についているのです。そういう意味では、ここは非常にポイントとして書いています。

ただ、先ほどの社会参加を実現するための権利を行使するということになると、少しこれだけではわかりにくいので、ここを足しているという感じです。主体的に社会参加し、それを継続できるというような言葉です。この継続も、実は基準省令の中で「安心した日常生活と社会生活」という言葉があるのですけれども、安心という言葉もあいまいで、何を

もって安心かということがわからない、そういう意味では基準省令の中でも非常にあいまいな言葉があります。そこも少し整理するという意味で、安心というのは豊かな社会参加を継続することと解釈したというか、まとめたということがあります。

そんなことでこの一文をつくるにもいろいろワーキングの中では議論をしてつくりました。例えばほかには、訓練ですね。訓練という言葉はちょっと、昔の戦争のイメージ等いろいろあって、いい印象を持たないところもあるのですが、これも少し議論になりました。ただ、訓練という言葉は国がかなり多用しているのです。その上で、この訓練という言葉はそのまま訓練にしました。

あとは自立ですね、自立もなかなか難しいです。ここでいう自立は、いわゆる新しい自立の考え方、要は自分のことを自分ですべてできるのが自立ではなくて、サービスやいろいろな支援を受けながら自己実現できることが自立ということです。ここも介護保険との違いがわからないのですが、介護保険の自立はそうではないのです、狭義の自立なのです。自分のことが自分でできるという意味で、介護保険のほうでは使っています。そういったところで差異もあるということで、ここはそういう意味で全体で、自立というのはそうではないということは何となく含んで、わかりにくいので、皆さんの中でも意識をしてほしいと思います。

ちょっと小さいのですけれども、ゴールイメージというのがあって、参加を伴う家庭生活や単身生活。介護保険は家庭生活ですね、在宅生活がゴールです。こちらのほうは、参加を伴う、要は社会参加、社会生活のことですね。そこがゴールイメージです。

もう1つは、就労移行支援事業所との連携による一般就労です。実際に機能訓練から就労移行になって、就職した例は皆さんもたくさんあると思います。この大きな2つがゴールイメージだということを書いています。

そのために行うこととして、これは基準省令の言葉ですが、こういったことがあります。さらにこれを具体的にするというので、1つは理学療法、作業療法、あとはADL、IADL、そして3番目にあります

が柱はこれです、社会生活力向上訓練、要は社会リハビリテーションです。あとは活動づくり、自分のいろいろな活動を高めて、福祉センター等を利用しているところもあると思います。それから職業前訓練、先ほどの就労の前段階です。

今は変わりましたが、復職の方が就労移行を使えないという問題がありました。そのときからそういった段階でやっているところもありました。こういったところが具体的なプログラム内容ということになります。

さらに求められる役割というものがあります。地域生活や就労に向けての関係機関との連携と利用後のフォローアップ、実はこれは基準省令の161条にそういったことが書かれています。我々が頑張っってそういうことをやりたいからやるということではなくて、書かれているのです。

次の、地域の支援者からの要請を受けての専門的立場からの助言というものもあります。

基準該当事業所、共生型サービス提供事業所に対する技術的支援の提供、こんなことまでするのかという話ですが、これも実は基準省令に書かれているのです。この2つが161条、これが163条になります。

161条でこういったことが書いてあるのは、実はこういったものが基準省令にあるのです。当該利用者が在宅等における生活に移行した後も、一定期間定期的な連絡・相談等を行わなければいけないというものがあるのです。地域に帰っても、我々は役割がある。

163条はまさに、指定自立訓練事業所その他の関係機関から、必要な技術的支援を基準該当事業所は受けなければならない。それによって基準該当事業所は基準該当事業所になり得るということになっていますので、そこも役割としてはあるわけです。そういう意味では、いきなりこれが今の報酬の中でできるかという問題があるのですけれども、これも役割だということでもまとめているということです。

この役割を行うためには、基本的なICFの視点に立つことが非常に大事なところですね。あとはストレングス、障害者ケアマネジメントというところが基本的な視点として必要であると。

あと求められているところとしては、さまざまな障害特性に応じた訓練・支援の実施とか、若年者、重度障害者の自立も対象ですね、重度だから先ほどの新しい自立という観点からして、自立できないということではないし、地域生活できないということではない、でもなかなか取り組むのが大変ですけれども。それが我々の支援対象としてはきちんと考えておかなければいけないことです。

あとはここにも書いていますが、評価に基づく効果的な訓練の実施。ここは非常に課題になりますけれども、当然この部分がないと役割をきちんと示せない、必要な技術としてはここに書いてあるようなことがあります。こんな形でまとめました。

それに基づいて、次のページの図ですけれども、支援の連携のイメージです。こんな形のものをつくっていると。これはイメージですので、こうでなければいけないということではないと思いますが、こんなイメージをつくっています。

資料のほうで、ひょっとするとこの特別支援学校がこの上側に来ていると思いますが、それは間違っていますので。当然上から来てここを素通りということではないので、相談支援事業所をきちんと通してということになります。こんなイメージも持っています。

役割に対する課題点ですが、こういったことを挙げました。本文のほうは細かく書いていますが、ここではざっくりとまとめております。

1つは、役割が十分理解されていないという問題。介護保険優先原則によって、その弊害がいろいろあると。社会リハビリテーションが認知されていないこと。医療から介護、これは表現がわかりにくいので直そうと思っていますが、流れにより流れからはずれているといったところですね。あとは基準該当サービス提供事業所とか、共生型事業所のいわゆる質であるとか、対象者がいないとか、そういった問題ですね。あとは経営上の問題、地域格差の問題等をこういった形でまとめました。

そのまとめに基づいて、会員施設からご意見をいただいた中で、こういうご意見がありました。まず、手続上時間がかかるのだというところにもう少し踏み込んでほしいと。手帳交付があつて、計画相談があつて、

受給者証の発行があつて、そんな流れをもう少し埋め込んでほしいという意見がありました。

それと同じことにはなるのですけれども、身体障害者手帳が交付されるということ自体に非常に時間がかかるから、ほかのサービス利用のように身体障害者手帳を交付しないで、そこと関係なく支給されるようにできないか、そういう提案ができないかというご意見がありました。

あとのご意見はいろいろな思い等ですけれども、3番目は少し整理の問題で、あとは推進事業との関係性の問題、あとはいろいろ感じていることが出たところです。

上の2つについては埋め込みました。本文の中にもその部分を埋め込みました。ただ、身体障害者手帳の問題につきましては、やはり身体障害の方が利用する場合は、手帳を省くのは非常に難しいです。身体障害で高次脳機能障害がある方が、精神のほうから機能訓練を使うことは今年からできるようになったので、それは大丈夫ですけれども、身体障害者手帳のない状態で身体障害者として利用することは、要は身体障害者福祉法の定義は、身体障害者手帳を所持している、交付された者ということがありますので、身体障害者福祉法そのものを見直すことになりすので、ちょっと大きな話ですね。当然、今のICFの考えからすると、身体障害者の定義はいわゆる医療モデルですね、等級表に基づいて出るというのは。あれは本当はそこから見直すことになると思うのですけれども、今の問題点やそれに対する対策という中でそこまで踏み込んでしまうと、到底そう簡単に動くものではないので、少しその部分は手帳交付が前提というのは仕方がないとしています。

ただ身体障害者手帳の交付は障害固定が6カ月と言われてますね。別に6カ月と決まっているわけではないのですが、障害固定が6カ月でないと手帳が下りないということになると、それは非常に繋がっていきません。その部分については、対策として書いています。

3カ月ぐらいで出して、再認定という形をとってどんどんやっているところもありますので、そういう意味では意見書、診断書を書く医師に理解を求めるといった形になろうかと思えます。

それから障害者総合支援法の中の計画相談は、やはり今できたてで、これを変えるのもなかなかハードルが高いので、そういった形の提案にはできなかったということです。

先ほどの課題点については、2番目の赤のところ、利用手続上の不利というのを概略版はつけ足しました。

まとめです。自立訓練事業の役割をこういった形で整理しました。ただし役割に対する課題点は、本当はこのように方針を変えてくれとか、そこは今回ざっくり済ませてしまっているのです。そういう意味で、報酬体系のあり方とか法整備の方向性までには及びませんでした。更生施設長会の中でも意見が分かれていますので、その整理も当然要ることになります。

それから推進事業ですね、それから出てきたものとの整合性も要るので、この部分についてはざっくりしているという課題がありますので、それを踏まえて再検討していくことが大事になります。

そういったことなので、今の案自体は今の段階での案ということで共有したいと思っています。ただし、では今の段階ではまだこれは完成物ではないので、関係機関等へPRできないというのでは、いつになったらそういうことができるのだ、自分の事業所はもう危ないし、利用者が目の前にいるのに支援が届かないということに対してどうするのだということがあると思いますので、これは今の段階でもこれを使ってアピールをしていくと。ただ、あれだけの型でなくて当然結構ですので、ああいった基本的な考えを踏まえて、もっとわかりやすいものとか、対象によってはもっとこうやったほうが伝わりやすいというものは工夫していただいたらと思っています。

今後については、この推進事業を受けてもう一度役割を再検討しなければいけないということと、当然役割案の再検討がまとまったら普及方法ですね、どのようにしてそれをきちんと共有するか、理解してもらえるかということの理解促進を図るための検討案が当然必要になってくることになります。

それから、いろいろ地域包括ケアシステムというのが今出ていますの

で、そういったところも含めて我々の役割案というものを提案していく作業がこれからまだあるという状況になりますので、それをどういった形で、またワーキングを立ち上げるかどうかということはまだこれからなのですが、この先としてはこういうことを進めていきたいと考えております。

役割の明確化のほうのワーキングの取り組みとしては以上のようなことになりますが、会員ではない方々もおいでということで、先ほど更生施設長会の紹介をしていただきましたが、機能訓練に取り組んでいるところは少ない、そういった関係でなかなか大事だということを発信する力が弱いのです。我々が今何をしなければいけないかという、やはり我々がしっかり固まって一枚岩になって、利用者さんにとって必要な支援をきちんと提供できる体制を訴えろとか、一緒につくっていくことが大事になってきます。

更生施設長会は調査研究とか、この研究集会とか、それが柱なのですが、当然そういったことでお互い何が大事だ、どういうことをやっていかないといけないかということを経験して、その上で一緒になって一枚岩になる。そういう意味では、よりたくさんの方がこの会に賛同していただいて、参加していただくことも非常に大事になります。そういった意味で、きょうおられる会員ではない方も、ぜひそういう意味では私たちの仲間になっていただきたい。

それから、今会員でここに集まっておられる方も、もっと周りのいろいろな方に声をかけていただいて、我々はこんな思いでやっているし、こういうことが大事だ。でも力が足りないので一緒にやりましょうというようなことをアピールしていただきたいと思います。

中四国の中でもそういったことに今取り組んでいるところですので、皆さんもぜひ一緒になってやっていきたいと思っております。お願いで申しわけありませんが、これで終わりたいと思っております。どうもありがとうございました。

(事務局) 小島施設長、ありがとうございました。

以上で午前のプログラムは終了いたします。なお、午後のプログラム

は13時からの開始となります。この場所での開始となりますので、時間までにお集まりいただけますようよろしくお願いいたします。

「身体障害者リハビリテーション研究集会 2018」行政説明

開催日：平成 30 年 11 月 15 日（木）

場 所：国立障害者リハビリテーションセンター学院 1 階講堂

（事務局） それでは定刻になりましたので、午後のセッションを始めさせていただきます。午後の部の最初は、厚生労働省障害保健福祉部企画課自立支援振興室の秋山専門官による行政説明です。それでは秋山専門官、よろしくお願いいたします。

（秋山専門官） 皆さんこんにちは。厚生労働省から参りました秋山と申します。昨年もこの研究集会で説明をさせていただきました。今、自立支援振興室というご紹介でしたけれども、本務は自立支援振興室の福祉用具専門官をしております。補装具や日常生活用具、それと身体障害者補助犬の業務を担当しておりますが、今日お話しさせていただく立場としては、障害保健福祉部の障害福祉専門官、障害福祉課の専門官としてお話しさせていただきます。いわゆる身体障害全般を担当させていただいております。

この中にいらっしゃる皆様は、私の先輩、大先輩でいらっしゃいますし、私も元々国リハの職員として長く勤めさせていただきましたので、今は本省におりますけれども、何かの形でお返しさせていただければと思っております。

直接の担当外のところもありますので、資料は幅広にご用意させていただきました。私どもの行政説明でいつも使っている資料を中心に取りそろえておりますので、後ほどじっくりご覧いただければと思います。時間も限られておりますので、かいつまんでご説明させていただきます。

まず障害のある方の数ですけれども、昨年と似ている資料をお示ししています。ただ、昨年とちょっと変わっているのは、今回お示ししている資料については生活のしづらさ調査、5年に1度行われます私ども障害保健福祉部で実施している実態調査ですけれども、28年版がこの4月にオープンになりましたので、それを反映させたものになっております。

全体的な傾向としては、全体的に障害のある方の数が増えている、総数は936万人ちょっと、人口の約7.4%に相当ということで増えております。身体障害のある方が436万人、知的障害のある方が108万人ほど、精神障害のある方が392万人で、それぞれ増加傾向にあります。

それから地域移行という政策の流れもありますので、在宅通所の方が増加傾向となっております。下のグラフを見ていただいても、その傾向が顕著に見て取れるかと思えます。特に身体障害に関して見ますと、在宅の方の割合は98.3%というふうになっておりますので、地域移行の流れというのが非常に反映されているのではないかと思います。

一方、年齢階層別に見ますと、65歳以上の方の割合、特に身体障害のほうで65歳以上の割合が、前回調査では68%だったと思えますけれども、現在74%ということで、いわゆる高齢化が進んでいることが見て取れるかと思えます。詳細なデータにつきましては、厚生労働省のホームページ、障害保健福祉施策のホームページで「生活のしづらさ調査」という項目がございますのでご参照いただければと思います。

歴史については、もう皆様ご存じのことだと思いますけれども、戦後スタートしたこの施策ですけれども、身体障害、知的障害、精神障害、それぞれ別々の制度で動いていたところですが、国際障害者年を契機にしてノーマライゼーションの理念が浸透していることによって、だんだん望む地域で望む生活を送るよう支援するということが施策の中心的な考え方になってきました。

大きな転換を迎えたのは、支援費制度の施行のときです。いろいろな課題を整理する形で障害者自立支援法が成立して、難病患者等を対象にするなどの見直しを行った上で障害者総合支援法が施行され、一部改正法も成立し、この4月から本格施行となっております。

もう少し詳しく見てみますと、もともと措置制度だった、私も採用された当時は措置制度として、必要なサービスを自治体が決定していたところ、平成12年度社会福祉基礎構造改革を経て、支援費制度が導入されています。利用契約制度であったり、サービスに係る事務を市町村に一元化するなどがあったわけですがけれども、予算不足などの課題があっ

たところから、障害者自立支援法がスタートしたと。

利用者負担などを見直したり、義務的経費化を図ったり、また支給決定の透明化などを行っておりますが、いろいろな課題があったことを踏まえて平成18年の緊急措置を始めとしてさまざまな、特に利用者負担の見直しなどを行ってきましたけれども、平成25年の障害者総合支援法の施行により基本理念の創設を行ったり、一定の難病患者を対象に追加するなどして施行されたのが障害者総合支援法です。

ここにお示ししているのは、その枠組み、基本的な仕組みです。目的と基本理念として、障害者基本法で盛り込まれた考え方、地域社会での共生や社会的障壁の除去というものを盛り込んだのがまず1つの特徴になります。

私が現場にいたときには、最初のころはいわゆる施設があつて、施設の中で施設内容のサービスが行われていた、いわゆる箱もの単位だったわけですがけれども、自立支援法以降は障害の種類を越えた事業の単位に再編しています。中身は自立支援給付と地域生活支援事業、後ほどもうちょっと体系的に絵でお示しします、その2つに分かれて大別したということです。

さらにサービス体系としては、日中活動と住まいの場を分離したということが特徴として言えるかと思えます。

なお、地域生活支援事業というのは都道府県や市町村が創意工夫によって柔軟に実施することができるというもので、こちらも1つの柱として位置づけております。

支給決定は、皆さんご存知のとおり標準的な支援の度合いを総合的に示す指標として、当時は障害程度区分と言いましたけれども、障害支援区分を創設しています。

利用者負担は、基本的には定率一割負担と所得に応じた負担上限月額を設定していると。負担に応じて軽減措置が図られているとともに、ここが非常に問題になったところですがけれども、法律上も応能負担となっております。

障害福祉計画について、国が定めた基本指針に基づいて各自治体がサ

ービス料などを記載した障害福祉計画の策定を義務化しています。

実施主体は基本的に市町村、これはいろいろなサービスもそうですが、市町村に統一したところが特徴になっています。

給付事業についてよく使われる図ですけれども、上の枠が市町村、下の枠が都道府県になっています。主に市町村が行っていますけれども、自立支援給付、これは障害のある方ご本人に給付するものです。日常生活のお世話をする介護給付、いろいろな生活訓練等を行う訓練等給付、そういったサービスを受けるための意思決定を支援する相談支援、また医療面の支援の自立支援医療、用具の支援で補装具といったものが自立支援給付になっています。

一方、地域生活支援事業は、先ほども言いましたけれども、自治体が柔軟に実施できる枠組みとなっていて、非常に多くのメニューがございます。主に市町村が直接実施するもののほか、都道府県としては広域支援だったり人材育成といった幅広い支援を行うという枠組みになっております。

詳しいサービスの体系につきましては、後ほどご覧いただければと思いますが、自立生活援助、就労定着支援といったサービスは新サービスとなっております。また障害児のサービスにつきましても、居宅訪問型発達支援など、新規サービスも取り入れられているところです。

なかなか皆様はなじみがないかもしれないですが、地域生活支援事業という事業についてお示ししています。地域の特性や利用者の状況に応じて、実施主体である市町村が柔軟な形態により事業を計画的に実施できるというものです。国としては、大枠の枠組みの要綱のようなものは定めますけれども、実際に運用に当たっての細かい内容については各市町村なり都道府県が定めることになっています。

その中には、必須事業と任意事業というものがございます。今お示ししている資料で、下線部分が必須事業、それ以外の下線が引いていないものは任意事業になりますけれども、例えば日常生活用具給付等事業、これは私が自立支援振興室で担当している事業になります。いわゆる日生具ですが、必須事業で、ほぼ 100%の自治体で実施しています。ただ、

その対象となる種目については各市町村が定めることになっていますので、よく言われるのが、地域間格差があるというふうに言われるのですけれども、これは自治体によって、自治体がどれだけニーズを踏まえてやっているかという工夫の差というか、そのニーズの差だったり、そういったところになりますので、こういった地域生活支援事業全般に言えることですけれども、皆様が地域で障害のある方の支援をしていて必要な地域生活支援事業の中で必要な項目があったとして、自治体に対して何かの働きかけをされるようなときには、そういったニーズをきちんとお伝えいただくようお願いいたします。

なお、都道府県事業についてはどちらかというと広域支援だったり人材育成というものをメインにした事業展開が行われています。専門性の高い意思疎通支援を行う者の養成・派遣といった広域的な事業に特化していると言えるかもしれません。

なお、私ども国として事業を促進していただきたいというものについては特出しをしまして、地域生活促進支援事業と位置づけていて、これはどう違うかという、これまでの都道府県・市町村の地域生活支援事業は国の補助率が2分の1以内というふうにされています。ですので、その内容に応じて2分の1になることはないというか、実際には協議をして、それよりも少ない補助率でやっているのですけれども、この促進支援事業については2分の1定額というふうに位置づけておりますので、国としてきちんとやってほしい事業を列記しているというふうにお考えいただければと思います。

利用者数の推移、これもいつもお示ししていますが、今年度も変わらず伸び率が伸びているという状況が見て取れます。全体で28年4月から29年4月の伸び率、年率で見ますと7.3%と、年々7~10%程度の間を推移していると言えます。

そういったことを受けて、障害福祉サービス等に関する公費負担、利用者負担ともにですが、予算額は増加しているということが見て取れると思います。右肩上がりとなっています。義務的経費ということで、必要なサービスについては必ず負担しなければならないというふうに位

置づけておりますので、私どもも毎年度必要なサービス料を勘案して予算要求しているということになっております。

今年度の障害福祉予算の概要ですけれども、予算額としては前年度比で+1,162億円、6%ほど増となっております、1兆8,648億円となっております。そのほとんどは障害福祉サービスの関係経費として計上していると。報酬改定もございましたので、よりよいサービスを提供するために増額しているということです。そのほか、地域生活支援事業の拡充であったり、今キーワードになっていますが、医療的ケア児に対する支援を拡充するといった項目であったり、そのほかさまざまな施策に反映させております。

芸術文化活動の支援の推進、これは先日障害者芸術文化活動の法律も、文化庁との共管ですけれども成立しております、障害者の芸術文化活動について一層力を入れて支援をしていこうというふうに取り組んでいるところでございます。

また障害者の自立支援機器の開発の促進ということで、障害のある方が使うための機器について、なかなか開発が進まないということもありますので、その促進を図る、また導入などの好事例の展開といったものを行うことに力を入れようとしているところです。

それから発達障害への支援施策の推進、また農福連携による就労支援の充実等、各班の取り組みによっていろいろなサービス、障害のある方に対する支援を充実させていこうというふうにご考えております。

ここから先は、いろいろなサービスの状況がございましてけれども、報酬改定を基本的な柱にしていろいろな施策の状況についてご説明していこうと思います。

30年度報酬改定が行われましたけれども、今回はプラスの改定率になっております。+0.47%です。全体として言えることですがけれども、今回の改定はメリハリをつけた、つまりきちんとやっているところはきちんと評価しましょうと、そのメリハリをつけた改定というふうにご言われております。

柱としては5つの柱がございまして、1つ目が、重度化・高齢化を踏ま

えた、地域移行・地域生活の支援。2つ目は、医療的ケア児への対応。3点目が精神障害者の地域移行の推進。4点目が就労系のサービスにおける工賃・賃金の向上、一般就労への移行促進。最後の5つ目が、障害福祉サービスの持続可能性の確保という5つの柱で改定を行ったこととなります。

1つ目の重度化・高齢化については、先ほども1枚目のスライドでお示ししましたがけれども、やはり高齢化は着実に進んでいまして、そういった方々の地域移行をどうするかということを考えなければいけないという課題がございます。今回は重度障害者への支援を可能とするグループホームの類型を創設すること、また一人暮らしの障害のある方に対する支援を拡充するという事で、自立生活援助を創設したことに伴いまして、その報酬を設定すること、また地域生活支援拠点の機能強化、行政型サービスの報酬の設定といったことを行っております。

医療的ケア児への対応については、いろいろな職員など連携が必要ということもありますので、看護職員の配置を評価する加算を創設したり、利用者の状態や事業所のサービス提供時間に応じた評価を行う、また居宅訪問型の児童発達支援の報酬を設定するといったことを行っております。

精神障害者の地域移行に関しましては、グループホームでの受け入れに係る加算を創設したり、地域移行支援における評価、また医療観察法対象者の受け入れ促進といった取り組みを行っております。

就労系のサービスにつきましては、全体的に報酬体系を見直しまして、特に一般就労への定着実績に応じた報酬体系などを導入しています。それから一般就労した後、きちんと定着するような支援が必要ということで、就労定着支援の報酬を設定しております。これは新規サービスです。

また障害福祉サービスの持続可能性の確保につきましては、今まで障害児のサービスはなかったのですけれども、障害児の計画をつくるようにしたというところだったり、質の高い事業者を評価する、また送迎加算を見直すといったことを行っております。

これはこれまでもお示ししていますがけれども、障害児総合支援法の改

正法です。これは報酬改定には係らないのですが、こういった改正も行われておりますので、あわせてご説明したいと思います。

地域での生活支援ですけれども、障害福祉計画、これもいつもお示ししているスライドですけれども、今年度から第5期障害福祉計画、また第1期の障害児福祉計画がスタートしております。障害者総合支援法、児童福祉法の改正法を踏まえて、基本指針の見直しや新たな計画の策定が行われているのですけれども、ちょうど今第5期がスタートしたということですので、ぜひ一度各地域のそれぞれの計画をごらんいただければと思います。

これまでもお示ししているスライドです。第5期障害福祉計画による私ども国の基本指針についてお示ししています。特に成果目標のところ、32年度末までに、例えば施設入所者の地域生活への移行、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築、地域生活支援拠点の整備、一般就労の移行、障害児支援の提供再生の整備などを挙げていることとなります。

特に地域生活支援拠点という考え方については以前からお示ししているのですけれども、重度化、高齢化、親亡き後を見据えて、居住支援のための機能、具体的にいいますと相談、緊急時の受け入れ・対応、体験の機会・場の提供、専門的人材の確保・養成、地域の体制づくり、こういったものを地域の実情に応じた創意工夫によって整備するということを実際にお示ししていて、モデル事業などを行ってきたところなのですけれども、なかなか整備が進まないという実態もございます。

平成29年7月には、その整備促進に関する通知なども出しているところですが、今回報酬の中で地域生活の機能強化ということで、いろいろな加算などを創設しています。

実際、障害福祉計画でも平成32年度末までに各市町村または各障害保健福祉圏域に、少なくとも1カ所の整備を基本として取り組みを促しているところですが、平成29年9月時点で全体1,718市町村、352圏域あるうちの42市町村、11圏域しか設置ができていない、29年度末までに整備予定といった市町村も117市町村、43圏域しかないと

いう実態がありまして、これを促していかなければならないというのが私どもの基本的な考え方です。

それに伴いまして、障害福祉サービスは先ほどお示ししたとおり様々なサービスがありますので、そういったいろいろなサービスの場でその地域生活支援拠点が整備できるような加算を創設しております。

例えば相談機能の強化ということで、地域生活支援拠点等の相談強化加算というのを評価したり、また短期入所のところで緊急時の受け入れ対応の強化であったり、そういったさまざまな加算をつくっているということで、地域生活支援拠点の強化を私どもは考えているということになります。

また、これも昨年度お示ししておりますけれども、地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律案が成立しまして、地域共生社会の実現に向けた取り組みということで社会福祉法、介護保険法、障害者総合支援法、児童福祉法の改正というのが行われました。

具体的にいうと、共生型サービスを位置づけたということになりますけれども、「我が事・丸ごと」という基本的な考え方の下、新たに共生型サービスが位置づけられたと。今までそれぞれの指定をなかなか受けられなかったところが、共生型サービス事業の1つとして指定を受けることが可能になってくるということでございます。

先日、私もつい昨日情報が入ったのですけれども、失語症の対策でNHKの報道がありまして、私どもの部屋に取材が入ってきたわけですが、山形県にある事業者さんですが、もともと介護の事業所だったので、調べてみましたらいわゆる共生型児童発達支援も指定を受けて、失語症児・者への支援をやっているというところもございます。そういった形で、いろいろな形態で共生型サービスを含めながら内部サービスに応じて支援が受けられるようなサービス提供ができればと思っております。

共生型サービスの基準や報酬については、介護サービス事業所が障害福祉サービスの指定を受ける場合については障害のほうで考えていま

す。また、障害福祉サービス事業所が共生型の介護サービスの指定を受ける場合については介護側で考えるということで、双方でお互いすり合わせながらその仕組みについて考えたところでございます。

65歳という線が動くということは全くないのですけれども、65歳になったらやはり介護保険サービスを利用していただくのが、我が国の社会保障制度の大原則ですので、そちらについてはそこが柔軟に移行できるように考えたところでございます。

さらに、介護保険サービスを使うことによって一定期間障害のサービスで利用していただいて、自己負担がゼロで来ていた方が仮にいらっしゃったとして、その方が65歳になって介護保険が優先になって、介護保険の事業所をお使いになったときに、1割負担が発生してしまう、その1割負担分につきましては一定期間、障害福祉サービスを利用された方が介護保険制度に移行した場合にかかる自己負担分については、障害のほうから償還払いとして負担しましょうというような取り組みにしています。その一定期間というのは、概ね5年程度と想定しているところでございます。

それからグループホームですが、地域生活の中核的な役割を担う日中サービス支援型のグループホームというものを創設しています。障害のある方の重度化・高齢化に対応するために創設された、新たな類型ということです。短期入所を併設して、地域で生活する障害のある方の緊急一時的な宿泊の場を提供することとしております。施設等から地域移行の促進や、地域生活の継続、そういった中核的な役割を担うことを私も期待しているということでございます。そのための報酬として、新たな報酬体系をつくったということでございます。

自立生活援助ですが、新サービスです。主に一人暮らしを希望する障害のある方がお使いになるサービスとして、端的に申し上げますと、時には出向いて行って近くで見守りの支援をする、時には遠くでメールや電話などによって随時対応するというようなことで、一人暮らしを継続できるような支援をしているというものでございます。自立生活援助の事業所の指定も徐々に増えているのではないかと思われますが、それに

対応するような報酬も設定しているということです。

支援のイメージとしてイメージ図をお示ししてはいますが、一人暮らしを希望される方、例えば施設、病院、グループホームから一人暮らしへの移行をされる方の円滑な引き継ぎを行ったり、計画、相談などの連携をしながら、一人暮らしを始めて定期的な居宅訪問などを行いつつ、いろいろな地域住民だったり自治会、アパートの管理会社などと連携をしながら、一人暮らしを支える関係機関などともつながりながら、一人暮らしを継続していくといったイメージであったり、既に一人暮らしをされている方や同居されている方について相談を受けつつ、自治体との連携をしながら一人暮らしを継続するような支援を行っていくというようなイメージをしております。

また地域相談支援、地域移行支援や地域定着支援の概要をお示ししてはいますが、地域移行支援というのは障害者支援施設や精神科病院等に入院、入所している障害のある方を対象に、住居の確保など地域生活へ移行するための支援を行う事業です。地域定着支援については、自宅で単身で生活している障害のある方を対象にして、常時の連絡体制を確保する、緊急時には必要な支援を行うというサービスです。補助等も書いてありますが、そういう報酬について地域移行や地域生活を継続する、また移行するということを踏まえて、その地域移行を促進するために連携を評価する基本報酬を設定しています。

また、地域移行支援における体験利用加算など、体験宿泊加算の見直しを行っている、深夜の電話相談の支援を評価するなど、必要な支援を行った部分について評価するというようなことにしております。

精神障害のある方の地域移行の推進については、いろいろな事業が関係しています。グループホームで精神障害者の支援を評価したり、地域移行支援でその実績を評価したり、自立生活援助によって訪問支援をしたり、地域生活支援拠点で全体で支える提供体制を構築するといったこと等があります。さらに医療観察法対象者の受け入れを促進する、これは医療観察法の対象者や刑務所出所者などの社会復帰を促すという取り組みの加算を設けているということになっております。

続いて相談支援です。計画相談の概要は皆さんご存知のとおりだと思います。

また障害児相談支援というものも平成27年度からすべての保護者が対象となったわけですが、直近のデータで見ますと、だんだんデコボコはなくなってきている感じはしますが、まだちょっとだけデコボコがあったりしますので、そういったところを何とかしていくというのが課題なのだろうと思います。

またセルフ率というものもお示ししていますけれども、セルフプランが悪いというわけではなくて、そこにどうやって相談支援がかかわってきちんとした計画が立てられるかというのも1つの課題なのだろうと思います。

そういった意味で、相談支援事業従事者の質の向上というものは非常に重要な観点で、相談支援の質の向上に向けた検討会というものも行われて、報告書が出されています。平成28年3月から7月まで5回開催されて、何回かのポイントで提言がなされたところでございます。

そういった報告を受けて、相談支援の充実に向けて、例えばカリキュラムの見直し等の取り組みを現在検討して行っているところでございます。

その1つの取り組みとしては、基幹相談支援センターというものは非常に重要だと考えていまして、地域の相談支援の拠点として総合的な相談業務といったものを行う基幹相談支援センターの設置を促しているところでございます。

現状ですが、平成29年度に設置した市町村はまだ518にとどまっておりますので、そういった設置を促してまいりたいと考えております。

相談支援の質の充実の1つのメニューになっていますが、主任相談支援専門員の養成研修等事業につきまして、30年度新規で計上しているところでございます。地域における相談支援の指導的役割を果たす専門員を養成することが、とりあえずの課題になっています。

計画相談のところでは、やはり質の高い事業者をどう評価するかということが考えられました。例えばモニタリング実施の標準期間を見直す、

従来6カ月と1年となっていたところを、3カ月と6カ月にするとか、きめ細かにモニタリングすることによってきちんとしたサービスを受けられる、そのためにはきめ細かなモニタリングが必要と。そうすると、今度は相談支援専門員1人当たりの担当件数も1つ課題になってくるので、標準的な担当件数を設定して、あまり多く抱えすぎるとそれだけ質が落ちるのではないかということで、標準的な担当件数を設定したところでございます。

そのほか、特定事業所加算を拡充する、手厚い配置を評価するということです。相談支援専門員を手厚く配置していることを評価する仕組みを拡充したり、高い質と専門性を評価するという加算を創設する、また計画相談支援の基本報酬を見直し適正化を図ることにしております。ですので、先ほどもメリハリと申し上げましたけれども、きちんと質の高い支援を行っているところについてはきちんと評価しましょうということでメリハリをつけております。

続いて就労支援です。ここには新規サービスは載っていませんけれども、就労移行支援、継続のA型、B型というところで支援を行っているわけですが、新たに就労定着支援事業というものも創設されております。その内容や対象者などについては、後ほどじっくりごらんいただければと思います。

一般就労への移行については、毎年増加しています。28年度で1.4万人の障害のある方が一般企業へ就職しています。一方、一般就労への移行率を見ると、就労移行支援は大きく上昇しているのですが、継続支援はA型で微増、継続B型で横ばいとなっているというような傾向が見て取れます。

これは全体をまとめた資料ですが、就労移行支援の報酬体系、継続支援A型、B型の報酬体系について、基本報酬の考え方を変えています。ちょっと細かく見てみますと、就労移行支援は定員規模の設定に加えて、就職後6カ月以上定着した割合に応じた報酬設定にしています。メリハリをつけているということです。定着率が高いほど、利用者の地域生活の継続に資するというような評価をしています。

就労継続支援A型については、定員規模の設定に加えて1日の平均労働時間に応じた報酬設定、つまり労働時間が長いほど利用者の賃金増加につながるといった考え方を反映させたものになっています。

就労継続支援B型については、平均工賃月額に応じた報酬設定、つまり工賃が高いほど自立した地域生活につながるといった考え方を反映させて、メリハリをつけていることとなります。

就労移行支援の概要については、皆様ご存じのとおりです。

移行率ですが、非常に順調に就労移行が進んでいると思いますけれども、一方で移行率が0%の事業所もまだまだ少なくないということがありますので、そういったところにはぜひ頑張ってくださいということで、報酬体系も見直したということでございます。

就労継続のA型ですが、基本的には雇用型の支援を行うということで、皆様ご存じのとおりです。先ほどご紹介したとおり、1日の平均労働時間に応じて基本報酬を設定していることになっています。

就労継続A型については、平均賃金月額の推移を見ても、当初よりもずっと減少傾向が続いていて、平成26年までは減少傾向だったのですが、最近はやや増加傾向にちょっと持ち直してきたというような傾向です。

昨年ですか、少し世の中を賑わせましたけれども、利用者数や費用額などは増加していたのですが、一方、生産活動の内容が適切ではない事業所や、利用者の意向に関わらず一律に短時間の労働にするなど、不適切な事例が増えてきていたということで、適正化が求められていました。

各通知等を行って見直しを行ってきたのですが、法の施行規則の改正による対応だったり指定基準の改正などを行ってきています。それによって今、少しずつ適正化が図られているというふうに考えています。

就労継続支援B型、非雇用型の支援ということですが、先ほども言いましたけれども、今回の報酬改定で平均工賃月額が高いほど基本報酬も高くしていくことにしています。

平均工賃については、28年度の平均で1万5,295円ということで非常に順調に伸びていて、2万円以上の平均工賃月額の実業者の割合は増加してきています。全体の2割となっています。1万円未満の実業所さんも大分減ってきてはいます、全体の37.9%と減ってきてはいるのですが、真ん中の5,000円から1万5,000円ぐらいのところはまだ全体の割合の中で結構多いということで、大分解消はしてきましたけれども、二極分化というふうに言われてきておりますので、引き続き平均工賃を上げるように促していきたいと考えております。

基本的な考え方は、お示ししているとおりであります。先ほどもありましたけれども、平均工賃月額に応じたメリハリのある基本報酬として、従来あった目標工賃達成加算を廃止したと。これは、工賃が高い事業者さんからは、もう高い目標を達成しているのに次年度さらに達成しないと加算がもらえないではないかというようなご意見もあったというふうに聞いております。ですので、平均工賃月額に応じた報酬体系にしてメリハリをつけているというふうにご理解いただければと思います。

新サービスの就労定着支援ですが、今まで就労移行支援の中ではいわゆる加算で評価していたわけですがけれども、それを事業化して、一般就労へ移行した後に、例えば遅刻とか欠勤がないかとか、身だしなみの乱れがないかとか、薬の飲み忘れがないかといったことで、就労が定着するように支援をするというサービスです。そのための報酬の単価を設定したわけですがけれども、利用者数の規模に加えて過去3年間の就労定着支援の総利用者数のうち、前年度末時点の就労定着者数が多いほど高く評価するという、これもメリハリをつけた報酬体系にしております。

まだ利用者数についてはここにデータをお示しできていませんが、来年度になればまた少し実態がわかってくるかなというふうに思います。

障害児の支援についてです。児童発達支援というサービスがあったわけですがけれども、療育の観点から集団療育、個別療育を行う必要があると認められる未就学の障害児ということです。中には児童発達支援センターとセンター以外、いわゆる授業の2つの形態があると。

ここで居宅訪問型児童発達支援という報酬を設定しています。つまり、

今までは児童発達支援はセンターなり事業所に来ていただいて支援をするというところを考えていたわけですが、通所による支援がなかなか難しい、重度の障害があって外出が難しいといったお子さんもいらっしゃるということで、そういったお子さんに発達支援を受ける機会を提供するという考え方の下、居宅に訪問して児童発達支援を行う事業を創設したことになります。

児童発達支援全体につきましては、児童発達支援ガイドラインというものを示していますので、こういったガイドラインに沿って支援が行われるように引き続き働きかけていきたいというふうに考えております。

放課後等デイサービスという事業のサービスもあります。学校教育法第1条の、就学していて、授業の終了後または休業日に支援が必要と認められた障害児に対する支援を行うものですが、これも昨年度から今年度にかけて少し賑わせていますが、制度創設以降利用者数、費用、事業所の数は増えているのですが、利潤を追求して支援の質が低い事業所が増えていて、支援内容の適正化と質の向上が求められていると。例えばテレビを見せているだけとか、ゲームをさせているだけみたいな事業所があったということで、質の向上、適正化を図っているという意味では、先ほどの就労A型と同じような取り組みをしてきています。

具体的にいいますと、放課後等デイサービスのガイドラインを作成し、公表したところがスタートになります。その活用法について周知徹底したり、自己評価結果の公表に努める等の働きかけをしてきております。例えば障害児支援の経験者を配置するように資格要件を見直したり、人員配置基準を見直したり、ガイドラインをきちんと使ってくださいというふうに言ってきたりはしてきています。そのガイドラインについても、ホームページに全文公開していますので、ぜひご覧いただければと思います。

さらにあわせて、報酬得の見直しで適正な事業所をきちんと評価しましょうということで、新たに指標を設けまして、そこでその支援を必要とする指標該当児をどれぐらい受け入れられるかによって報酬を設定

するというような取り組みを今行っております。新指標に基づく再判定を実施し、きちんと評価をするように促しているところになっております。

まさに10月のサービス提供分から報酬得に反映させることができる追加措置を講じているところですので、これからその結果が見えてくるのではないかと思います。

また保育所等訪問支援、これは保育所等へ出向いて行って支援を行うというものですけれども、乳児院や児童養護施設といった今まで行けなかったところにも行けるように対象範囲を拡充したという取り組みを行っております。

そういった各取り組みを踏まえて、医療的ケアを要する障害児に対する支援というものを、いろいろな支援を組み合わせながら行っているわけですけれども、昨今医療技術の進歩等を背景として、NICU等に長期間入院した後、引き続き人工呼吸器や胃ろうなどを使用して、たんの吸引や経管栄養等の必要ないわゆる医療的ケアが必要な障害児が増加していると言われております。

ですので、そういったお子さんが地域で必要な支援を円滑に受けられることができるように連携を行う、具体的にいうと保健、医療、福祉といった関係分野の支援を行う機関が連携して対応していかなければならないということで、省庁をまたいでいろいろな取り組みが行われているということになっております。教育の面では特別支援学校など、保健の面では保健所や保健センターといったところと事業所などが連携をして取り組んでいるところでございます。

障害福祉サービス等報酬体系でも、短期入所であったり、障害児のサービスであったりといったところで、加算を拡充するなどして医療的ケア児に対する支援を充実させているということでございます。

看護師、看護職員の配置を加算したり、常勤看護職員の配置加算であったりといったもので、いろいろな支援を拡充しているというふうにご理解いただければと思います。

また障害児については、その提供体制について計画的な構築が必要だ

ということで、今回の見直しから障害児のサービス計画について策定を義務づけたということでございます。

今までは柱についてお話ししましたが、その他の障害福祉サービスについて簡単にかいつまんでご説明します。

重度訪問介護については、入院中の支援について評価をするよう見直しを行ったということです。同行援護については、外出する際に必要な援助を行うことを基本としますので、身体介護を伴う、伴わないという分類を廃止して、基本報酬を一本化しました。これに加えまして、盲ろう者や重度の障害者への支援を評価する加算を創設したと。つまり、もともと基本報酬で分けていたところを、基本報酬は一本化した上で、より対応が必要な場合には加算で評価するというふうに見直しを行ったということです。

施設入所支援では、夜勤職員配置の評価を見直すということで拡充しています。さらに自立訓練では、最小者を見直すと書いていますけれども、対象者を機能訓練は身体障害者、生活訓練は知的精神障害者というふうに施行規則で書いていたので、実はここだけが障害者自立支援法のとときに3障害を一元化したとなっていましたけれども、ここだけがずっと残ってしまっていたので、それを見直して両訓練とも障害の区別なく利用可能にしております。

加えて、視覚障害のある方に対する歩行訓練を生活訓練としても実施するなど、これは例えですけれども、具体的に報酬としては生活訓練サービス費に、居宅を訪問して視覚障害者に対して専門的訓練を行うことを評価する、いわゆる機能訓練である報酬体系をそのまま生活訓練でも報酬体系として組み込んだということになっております。

ただ、考え方として看護職員の配置について、機能訓練の部分は少し上乗せはありますけれども、基本的な考え方は同じというふうにしております。

自立訓練は、ここにいらっしゃる方の多くの事業所さんでやっていたらと思うのですが、有期限のサービスです。サービス内容については、皆さんご存じのとおりとなっております。参考にしてい

ただければと思います。

まだ実態はよく把握しきれれていませんけれども、ぼちぼち自治体さんからも生活訓練で視覚障害者の歩行訓練をやりたいのだけれども、というお問い合わせもいただいておりますし、例えば身体障害者補助犬の訓練について何かこれができないのかといったご相談も受けているところではあります。

また今、障害者総合福祉推進事業という私どもの調査事業で、機能訓練、生活訓練の実態把握の調査研究を行っておりますので、ぜひ皆様にもご協力いただければと考えております。

送迎加算の見直しというところですが、送迎加算については、基本部分については自動車維持費の低下等を踏まえた適正化をする。その上で、重度者を想定した場合に手厚い支援を行う場合には引き上げをするというメリハリをつけています。

こういったメリハリをつけた報酬改定を行っているのですが、まだまだ課題はございます。サービスの質をさらに踏まえた報酬単位の設定をする必要があるだろうと。また客観性・透明性の高いいろいろなエビデンスに基づいた報酬改定を行うべきであるか。年末にちょっと賑わせましたけれども、食事提供体制加算をどのように考えていくのか、それと身体拘束の適正化についてどのようなことができるか。居宅介護、また医療的ケア児についてさらにどういったことができるかを引き続き検討していきたいと考えております。

また繰り返しになりますが、今回の報酬改定はメリハリというのが1つのキーワードになりますので、きちんとしている事業所をきちんと評価しましょうという考え方で報酬改定を行ったことになります。

そのほかの法改正事項で対応したことでありますが、重度訪問介護の訪問先の拡大、これは先ほどの保育所等訪問支援と同じで、今までできなかった、この場合は医療機関ですが、医療機関入院中の支援についても行うことができるように見直しを行っております。

それと補装具ですが、私ども自立支援振興室での仕事になりますが、補装具というのは身体機能を補完・代替する、いわゆるオーダーメイド

でつくっていくものです。例えば義足のようなものですが、オーダーメイドなのでその人に合わせて作り込んでいくのですけれども、例えば一部既製品というか、レディメイドというか、そういったものもあったりします。

ご意見として、購入よりも短期間で交換が想定されるので、レンタルのようなものが導入できないかというご意見があったことを踏まえて、借り受けが適切と考えられる場合に限定して借り受けという対応を始めたところでございます。これもまだ実態でどれぐらい使われているのかというのは調査中でございますけれども、具体的にいうと、身体の成長に伴って短期間での交換が必要であるもの、例えば座位保持装置の基本的な構造部分の部品、それから歩行器、座位保持椅子といったところは主にレディメイド、既製品のものを使ったりしていますので、そういったものは成長対応で1年未満に交換が必要だと想定される場合は借り受けでもよいのではないかと。

また、障害の進行によって短期間の利用が想定されるもの、例えばALSの方の意思疎通などに使われる重度障害者用の意思伝達装置の本体、ALSの方などがスイッチ等を押しながら文字を選んで意思を表明するわけですが、スイッチ部分は基本的にはオーダーメイドしなければいけないだろうと思いますが、本体はもしかしたら短期間で交換ということも想定できるので、借り受けになじむのではないかと。

また比較検討が必要なものとして、義肢、装具、座位保持装置の基本的なパーツ、継手の部分ですね、こういったものを対象にしているということでございます。

障害福祉サービスについては、情報公表制度も始まりますので、参考にしていただければと思います。

自治体の事務効率化も図っているところでございます。

発達障害者支援についても、非常に大きな柱になっています。発達障害者支援法という法律の法改正も行われております。国リハにも発達障害情報・支援センターもございますので、そういったところで都道府県の発達障害者支援センターとも連携を深めていながら、発達障害の方

に対するライフステージを通じた切れ目のない支援、また家族支援、地域での支援といったものを引き続き継続してまいりたいと考えております。

障害者虐待防止対策については、もちろん障害者虐待防止法という法律が平成24年に施行されて、もう皆様よくご存じのことだと思います。

今お示ししているような5つの類型があり、特に皆様には障害者福祉施設従業者による虐待であったり、使用者による虐待といったものにご留意いただいて、日々取り組んでいらっしゃるというふうに認識しております。

特に新人の方に対する研修などでも必要かと思いますが、障害者虐待であろうと思われる障害者を発見した場合には、施設内でとどめておかずに市町村の窓口に通報する義務が国民にはありますので、施設の中でもそのような対応についてきちんと研修等を通じて周知をお願いしたいと思います。

スキームとしては、市町村に通報されてからいろいろな法律の下で、例えば障害者総合支援法に基づく対応が行われたり、ということがありますので、繰り返しになりますけれども、障害者虐待防止法の施行によって通報が義務化された、これがすべての出発点でございますので、いざ、例えば事例が明らかになった場合には障害者総合支援法に基づき指導、監督、監査等を行うことは可能となります。

皆様に気をつけていただきたいのは、通報される等といったことではなくて、ぜひ開かれた職場環境といえますか、皆様の勤務環境をつくっていただければというふうに思います。

3年後の見直しについても、どのような形で見直しを行うかについてもまだ詳細に決まっていませんけれども、実態把握を進めることが重要だろうと考えております。

最後のスライドですが、虐待事例への対応状況、毎年度公表されております。直近のものまで反映しきれていませんけれども、逆にこれがゼロになってしまうと非常に怖いというか、隠されているのだろうと。「うん？」と思ったものについては、第三者の目をきちんと入れられるよう

にさせていただければと思いますし、繰り返しになりますが、施設内で支援を行うときに、お互いの支援を見直せる、お互いに振り返りができるような空気をつくっていただければと思います。

駆け足ではございましたけれども、障害福祉施策の現状についてお話しさせていただきました。これからも障害福祉施策の充実に努めてまいりたいと思いますので、引き続きご協力いただけますようお願い申し上げます。

以上です。

(事務局) 秋山専門官、ありがとうございました。

せっかくの機会ですので、もしもご質問があればお受けしたいと思いますが、ございますか。よろしいですか。たくさんのスライドがありましたので、持ち帰っていただいて、また参考にしていただければと思います。

それでは秋山専門官、本当にありがとうございました。今一度大きな拍手をお願いいたします。

この後、14時10分からシンポジウムになります。ここでセッティングもありますので、10分間ほど休憩をとりたいと思います。14時10分までにお戻りいただければと思います。よろしくをお願いいたします。

「身体障害者リハビリテーション研究集会 2018」シンポジウム

開催日：平成 30 年 11 月 15 日（木）

場 所：国立障害者リハビリテーションセンター学院 1 階講堂

（事務局） それではただいまからシンポジウムを開始いたします。私は本セッションの進行役を務めさせていただきます、事務局の下山と申します。よろしくお願いいたします。

今回のシンポジウムは「自立訓練のさらなる充実を目指して～地域包括ケアシステムにおける障害者リハビリテーション～」をテーマに、地域包括ケアと自立訓練の関係性についてご議論いただく予定です。

最初にシンポジストの皆様からお一人ずつ自己紹介を兼ねて、皆様のお考えを発表していただきます。すべてのシンポジストの方の発表が終わりましたら、改めて皆様全員にご登壇いただき、その後は座長の進行にて質疑応答や意見交換をしていただき、最後に総括をしていただく予定でございます。何とぞよろしくお願いいたします。

まず始めに、本日の座長とシンポジストの方々を簡単にご紹介させていただきます。それぞれ名前をお呼びいたしますので、その場でお立ちいただければと思います。

最初に、本日の座長は千葉リハビリテーションセンターのセンター長でいらっしゃいます吉永先生です。よろしくお願いいたします。

続きまして、シンポジストの皆様をご紹介いたします。東京慈恵会医科大学附属第三病院で医療ソーシャルワーカーをされている八城さんです。よろしくお願いいたします。

続きまして、機能訓練施設の職員としまして、国リハ自立支援局第二自立訓練部肢体機能訓練課長の渡邊課長です。よろしくお願いいたします。

続きまして、社会福祉法人安心会障害者生活支援センター相談支援事業所所沢しあわせの里の沼倉所長と檜垣相談員です。よろしくお願いいたします。

厚生労働省からは、障害保健福祉部障害福祉専門官の吉野専門官です。

よろしく願いいたします。

最後に当事者として本シンポジウムに参加していただきました、佐久間さんです。皆様よろしく願いいたします。

それでは各シンポジストの皆様から発表をしていただきます。最初に八城さん、よろしく願いいたします。

(八城) 慈恵医大第三病院のソーシャルワーカーの八城と申します。本日はよろしく願いいたします。きょうは「病院関係者の立場から」ということでお話しするお時間をいただきました。よろしく願いします。

まずは私が仕事をしている病院の概要のみ簡単にご説明させていただきます。東京都の狛江市にある病院でして、大学附属病院で様々な診療科がございます。結核の病棟などもあったりして、ちょっと特殊な病床を持っているのですけれども、リハビリの病床は、これはまたちょっと特化した病床がありまして、回復期ではない一般病床の27床を持っています。回復期ではないということがありますので、これが特徴的で、入院の期限切れであったり、基準外などであっても、リハビリしてお家に帰りたいという方を積極的に引き受けているという病院になります。

日々の私の仕事の内容ですけれども、簡単に。毎日40～50件の対応をしまして、新規で月100件ぐらいの患者さんに出会って、延べ1,000件ぐらい、5人のソーシャルワーカーで対応させていただいています。いろいろなチームに所属して、多チームで活動していたりすると、あとは今、入退院支援加算といって、入院してから7日以内にスクリーニングして、困りごとがないか等を病院では課されていたりしますので、そういう対応もしています。

病院のMSWだと、退院支援ばかりではないかというイメージがあるかもしれないのですけれども、実はいろいろなことをしまして、もちろん退院支援もしますけれども、退院支援については身寄りがない方とか、お家がない方とか、難しい患者さんに特化した形でさせてもらっていて、あとは経済的な相談ですとか、きのうも所持金が数百円しか全財産がない、みたいな連絡が入ったらすぐに対応しますし、そういった

こともご相談が多いです。あとは周産期の、今は子育て支援の相談も多くなってきていたり、虐待やDVの患者さんたちは総当たりでソーシャルワーカーに連絡が入るようになっていきますし、就労相談や教育相談、リハビリ科への入院相談もアセスメントが必要なので、ソーシャルワーカーがまずお話を聞いたりしています。なので、本当にゆりかごから墓場までの相談内容に対応しているというような毎日になります。

病院でのリハビリの流れですけれども、これは皆さんご存じかと思いますが、急性期のリハビリというのは早期の介入だったり、早期の起床だったりを目指して、即対応しているというのがあります。でも入院期間は当院でも平均13日というような形で、大変短いので、脳卒中や脳梗塞の方でも、本当に救急で運ばれた翌日にはもう転院しようというようなお話があって、「えーっ」と皆びっくりするような中で転院の話がされているというのが病院の現状になります。

回復期のリハビリ病院も、後で詳しく述べますがけれども、発症から2カ月以内に転院しないといけないというようなくくりもありますので、早くからいいところがないかというような相談をしていきますし、回復期のリハビリ病院では何時間もしっかりリハビリするのですが、日数の制限がございますので、また在宅を目指してやっていくことが前提になると思います。

その先に、生活のリハビリや慢性期のリハビリが続いていくと思えますけれども、これが生活のリハビリで、いろいろな地域の方々と出会っていくということ、あとは医療保険から介護保険のリハビリに移っていくということなどがあるかと思えますけれども、社会参加を目指して、まさに今日のテーマ、自立訓練というのは生活の安定と再構築というところなのかなと思っています。

なので、病院のリハビリというのはやはり機能回復で、マンツーマンでのリハビリかなと思うのですが、生活リハビリは包括的ですし、継続的ですし、リハビリのチームで皆さん連携していかれるというのがあるかと思えます。

あとは医療や介護、福祉だけではなくて、住まいや生活支援トータル

として見ていくということで、皆さん関わっていただいているのだろうと思います。

いつも病院にいて、リハビリってどういう課題があるかなというふうに思って、今日持ってきたのですけれども、とにかく病院でのリハビリというのは病院の機能分化がはっきりとなっていますので、早い流れであるということです。発症・受傷後もすぐに決断を迫られて、ではこの病院に行きたいと言っても、もう発症からの時間が経っていたらそれだけでだめということにもなってしまいますし、あとはその期日までに行きたい病院で退院の人が出なくて、転院できません、みたいなことも毎日起こってきます。なので、患者さんたちが選びたくてもなかなか選べないような現状があるわけです。

あとは、回復期の病院というのも脳梗塞で早期だったら皆あいているのかというと、いろいろな制限があって、皆さんご存じかもしれませんが、病名や状態だけではなくて、起算日だったり、日数だったり、あとはできる単位、時間、回復期のリハビリだったら大体1日3時間ぐらい皆さんリハビリされるかもしれませんが、療養の病院であればそれが週に2回になってしまうとか、診療報酬のいろいろな決まりごとがありますね。

あとは入院の日数も90日、150日、180日と、本当にバシバシと決まってしまうっていて、それを1日でも延ばすというのはなかなか難しいという現状があります。あとは必ずお家に帰るといふふうに言わないと、どこのリハビリ病院も引き受けていただけないというような現状があります。

あとは、なかなかあまり皆さんご存じないかなと思うのは、薬の内容などによってもかなり断られたりします。抗がん剤をやっているとか、高い薬を使っているなどということになると、リハビリの病院では出せないということで、のっけからふるいにかけてしまうようなこともあります。

回復期のリハビリ病院も、外来のリハビリをやっているところはよいのですけれども、外来のリハビリをやらないところもあるので、1日3

時間やっていた方が退院となったらもうリハビリする先がないという  
ようなことだったり、もう日数が一杯になってしまったら介護保険サー  
ビスに移行しましょうなどというようにお話にもなります。

介護保険のことは、きっと後のシンポジストの方から詳しいお話があ  
ろうかと思えますけれども、では介護保険に移行したらリハビリをどう  
続けるかという、ここにあるように、デイケアだったり、リハビリ特  
化型のデイサービスだったり、訪問リハビリだったりに移行していかれ  
るのかなと思うのですけれども、やはり 40～50 代の若い方、40 歳以上  
であれば病名によって介護保険を利用できますけれども、なかなか若い  
方が介護保険を利用するというのはニーズの違いもあれば、違和感もあ  
ったり抵抗感もあるというのが現状としてあるかなと思います。

あとは、当院みたいな病院で外来のリハビリをしましょうと行って、  
もうちょっと引っ張ってやってあげるといふふうになつたとしても、介  
護保険のデイサービスに行きますというのと、うちの病院の外来で通院  
しますということの併用は基本的に保険上無理なわけです。どちらかを  
選ばないといけないとか、やはりそのような細かい問題が出てきます。

なので、私が仕事を始めた 20 年ぐらい前は、長く、重症な若い方は  
2 年、3 年と病院でよいリハビリを受けられた時代があったと思うので  
すけれども、もう今は全然、長い時間よいリハビリをしっかりと病院で  
することは難しい時代なのだというふうに感じています。これは国の施  
策の問題なので、ではそれに沿ってどうやっていくのかということ考  
えていくのだろうと思っています。

これは東京都のページから持ってきたのですけれども、高次脳の方に  
特化して載せてみました。復職・就労に向かっていくというステップを  
踏んでいくときに、本当に病院での最初の関わりというのはごく一部に  
過ぎないのかなと思います。なので、本当に先々に増えていくことが大  
事だといつも思っています。

これも簡単にですけれども、原因や年齢によっていろいろな制度を使  
っていくわけですが、たくさんの制度があつて、たくさんの支援者に患  
者さんたちは出会っていく、どういう制度を使ってどんなよい方々に出

会っていくのかというのが、患者さんたちにとってよい道筋をどう立てあげられるかというふうに、最初にいつも思っているのです。今日のテーマの自立訓練はここなのかな、というところですよ。

では、病院のワーカーが今自立訓練を使っている患者さんたちの中でどんなところを手伝っているのか、支援しているのかというのを簡単に今日はご紹介したいと思います。高次脳の方で、今自立訓練に通所している方です。

この方は、最初の発症はもう3年ほど前なのですが、海外で転倒して頭部外傷を負われて、器官切開して寝た切りで意識がない状態で、飛行機で日本へ帰ってきたという方です。

急性期の病院を経て、回復期のリハビリ病院を経て、慢性期、維持期になってから当院に外来通院するようになった方になります。

海外で倒れて、移動で帰ってきたということで、計3,000万円ぐらいの医療費と移送費がかかっている、それだけで私が出会ったときには経済困窮が著しいという状況でいらっしゃいました。パニックの中でご家族がいろいろなことに動いているけれども、動ききれていないようなところがありました。

出会ったときから私のほうで2～3年の中でお手伝いした部分、病院のワーカーとしてできるかなと思いながらお手伝いした部分というと、まずは医療費の整理を、ちょっとでも楽にというようなところで、最初にこの方は社会保険でしたけれども、海外療養費の還付ができるかなと思って、持ってきた紹介状もレセプトも全部ドイツ語だったのでけれども、それを日本語に訳して、社会保険のほうに出して、日本でいうところの医療だったら幾らぐらいになって、その3割を還付してもらうというような手続をお手伝いしたりしました。

あとは、出会ったころにはもう6カ月を過ぎていましたので、身障手帳や精神の手帳を取るお手伝いをしたり、自立支援を使っていこうということにしたり、傷病手当金の申請も継続してお手伝いしましたが、そもそもこの方の場合お仕事で海外に行っていたということもあるので、これは労災でしようと思ひ、でも倒れたときにその状況を見ていた人が

いなかったもので、なかなか労災なのかどうかというところで受けつけてもらえないということが1年もありまして、その根拠を一緒に集めて、労災の申請を1年準備して、いろいろなところから情報を集めて持っていました。今は労災が認められたのですけれども、労災を認めるというところまでの支援をした方になります。

労災が認められたのであれば、1回もらった傷病手当金を返すとか、あとは日本に戻ってきてからの休業補償を出し直すとか、いろいろな手続があるのですけれども、そのあたりを奥さんに「次はこれ」「次はこれ」「次はこれをやろう」というような提案をして、一緒に踏んできたみたいなどころがあります。

この方は半年ぐらい前に自立訓練に通えるように整いまして、お家にいられない事情もあって、高次脳支援ホームに1年ちょっとお世話になって、今はグループホームにお世話になっていらっしゃいます。下半分を見ていただいておわかりいただけるように、本当にいろいろな方々に出会って、支えてもらっていらっしゃいます。高次脳ホームの相談員さんも、グループホームの相談員さんも、今の自立訓練で通っているところのスタッフさんにも丁寧に関わってもらっていますし、あとは計画相談の方も今はプランを立てて支えてくださっていますし、患者会や家族会にも支えてもらっていらっしゃいます。

このように、本当にいろいろな制度を使いながら、いろいろな方々に出会っていく、長期スパンで考えていくということが必要なのだと思います。

でも、自立訓練でつながるのは本当に発症してから2年ぐらい先になるわけですね。なかなかすぐには、受傷後の病態の問題もありますし、状況の問題もありますし、なかなかすぐにつながっていくのではないのだと、この方を通して私も教えてもらったと思います。

病院のソーシャルワーカーとして、支援のときに大切にしていることですけれども、病院は本当にさまざまな危機に直面する場所ですので、ご家族も含めた支援をするというようなところと、パニックの中でどう交通整理してさし上げられるのかというところをいつも考えています。

あとは、いろいろな制度や資源が多岐にわたりますので、障害が起こって、それを抱えて生活していかれるということを、長い期間で経時的な支援を見越して一緒に考えていくことが大事だと思っています。

あとは、トータルな生活の支援を考えること。それからやはり病院は通過点ですので、生活をずっと支えていくという皆さんとはまたちょっと違うのだと思いますので、自分の範疇を超えるときには各専門家や支援者につないで、役割分担をしていくということが大事なのだと思っています。

でも、転院先を探すとか、資源を当てはめるとかではなくて、ご本人やご家族がどうしていかれたいのかということ、ちゃんとニーズをしっかりと伺って、受けとめて考えることが大事なのだなど日々感じています。

これは余談になるのですが、地域で生活するための支援の取り組みで、当院で行っていることなのですが、当院は東京都の高次脳の普及事業みたいなものも受託してしまっていて、ここで北多摩南部地域という近隣6市の担当をしているのですけれども、障害者の方が皆さんリハビリを継続していくに当たって、病院でできることは限られているので、地域の社会資源を活用することが大事だということで、病院のスタッフで担当している市を回って、高次脳の方をどのくらい受け入れるか、どういう状況だったら受け入れてくれるかということで、全部を回って資源を集めて、マップみたいなものをつくったのです。これを見える化したというのがとてもよくて、患者さんたちにもお配りできますし、支援者同士のつながりにもすごく役に立ちました。

やはりこのような見える関係や、お互いを知り合って、患者さんにどの資源がフィットするのかということを考えることはすごく大事なのだと思っています。

最後になりますけれども、今後の連携に向けて、病院のほうから考えていることをお伝えしたいと思います。

最初にお伝えしたように、今の平均在院日数13日という病院の流れと、現状の障害の施策との流れが全然違うということ、現場にいると

日々思います。病院にいますと、本当に明日、1週間後どうするのか、どこで暮らすのかということ、患者さんご家族も即座に迫られるわけです。では障害の制度を使おう、介護保険を使おうとなったときも、手続に時間がかかってしまうと、では本当に来週どうするのかというところに間に合わないわけです。なので、この時間的な流れが医療の施策と障害の施策とをどのように融合していくのがよいのかと、いつも現場では悩ましく思っています。

本日のテーマですけれども、自立訓練につなげるためにはということ、当院からここ国リハさんまで通っていらっしゃる患者さんがいらっしゃるのですが、大体2時間ぐらいかかるわけです。その場合、ご本人が一人で来られればよいけれども、来られないときに誰か一緒に来てくれるのだろうか、ヘルパーさんが一緒につき添ってくれるのだろうか、みたいなことを思ったりしても、ご家族もずっとつき添えるかということ、なかなか難しいことのほうが多いです。なので、通所するアクセスの確保みたいなものを充実させてもらえるといいのかなと日々考えたりします。移動支援などが市区町村で充実するといいなと、日々思っています。

あとは費用の問題ですね。大黒柱が倒れてしまうと、前年度は収入があって、でも今年は本当に、今は収入が全くないけれども、でも前年度の収入を見て今年の医療費やサービス費は決まるわけです。そうすると、受傷した翌年というのが一番厳しいわけです。

ではそこでどうするのかということに直面しますので、そのあたりが何とかならないのかといつも思うのです。

あとは、皆さんの施設等でも対象者さんを幅広く受け入れてもらうためにはどのようにすればよいのかと思いますと、もっと宿泊ができるようなところがあるといいのかなとか、国リハさんでも宿泊施設があると思いますけれども、だからといってそこで医療行為がある方に医療行為ができるかということ、きっとマンパワー的に難しいと思いますし、そのあたりに人を割いていただくとか、そういうことがあるといいのかなと勝手に想像したりしています。

あとは、やはり身近に通所できる場所があるといいのかなということ  
は日々思います。障害サービスによるリハビリも、もう少し個別のリハ  
ビリ等が市区町村にあるといいと思ったりします。

最後の点については、これは病院のスタッフがこれが課題かなと思  
うのですけれども、病院にずっといると、自立訓練でどんなことが行われ  
て、どんな効果があつて、どんな生活につながっていくのかを、患者さ  
んを通して知る機会が、私は偶然担当した患者さんから「こんなふう  
にいいんだよ」と教えてもらって、「なるほど」と思える機会が幸いにも  
ありましたけれども、なかなか急性期の病院や次の回復期の病院でも、  
その次につながった方がどう生活していらっしゃるかということまで  
知る機会がないのです。お医者さんやセラピストでも、知る機会がなか  
なかないわけです。それだけ病院の流れ、医療の流れは速くて、戻っ  
てこない。そのように思うと、支援者自身が体験的に患者さんを通して「こ  
んな効果があるんだ」「こんなにいいところなんだ」ということを知る  
機会があるといいのではないかと日々思います。

最後に、これは皆さんへのメッセージでもありますけれども、本当に  
包括的な支援が患者さんたちには必要だと思いますので、ご本人やご家  
族のために確実にバトンをつないで、切れ目のない支援がきちんと続い  
ていくようにできる最初のきっかけを、私たちもつくれるといいなど  
日々思っています。

以上となります。ご清聴ありがとうございました。

(事務局) ありがとうございました。

続きまして渡邊課長、よろしく願いいたします。

(渡邊) 皆様、こんにちは。国立障害者リハビリテーションセンター  
で肢体機能訓練課を担当しております渡邊と申します。よろしくお願  
いいたします。

私は今日はシンポジウムのシンポジストとして機能訓練施設の職員  
という立場で、最近思うところの話をしてほしいということですから、  
短い時間ではありますが最近思っていることを少し、テーマに沿ってお話  
しさせていただければと思います。よろしく願いいたします。

国立障害者リハビリテーションセンターの自立訓練の機能訓練で、こちらのセンターのほうは主に頸髄損傷の方に対してサービスを提供させていただいているということでございます。

そのサービス内容は、お手元の資料や前のパワポにありますように、理学療法や作業療法、それから職業につながる職能訓練や、場合によっては自動車訓練、あるいはリハビリテーション体育、スポーツですね。そういったメニューを用意しましてサービスを展開させていただいている事業となります。

ほかにも生活訓練で、先ほど高次脳機能障害の方のお話もありましたが、そういった生活訓練の事業や、あるいは就労移行支援といいまして、職業訓練を行っていたり、視覚障害のある方に対してはあん摩、マッサージ、はり、きゅう師を養成する養成施設といったものもあわせてセンターでは提供しています。

私どもの肢体機能訓練の特徴ということで、最初にお話しさせていただきますと、5つほどあるのではないかと考えています。1つ目、医療から暮らしへ。これは肢体機能訓練という自立訓練から見た場合に、このセンターの特徴的なところとして、医療面、それから職業に向かったり、あるいは地域で生活をしたりということで、暮らしへ向けた一貫したサービスが提供できているというのが特徴ではないかと思えます。

括弧して「リハビリテーションパス」と書きましたが、実はこれは私が今年になって「そういう言い方があるんだ」と思って書いたものです。よく皆さんがご存じでいらっしゃるのがクリニカルパス、医療面でパスがあると思います。受傷してからこういう治療をして、こういうチェックをしてからこうという。そういったものに似たりリハビリテーションパスという言い方があるということを知ったので、ちょっと格好をつけて書いてみました。当たっているかどうかはわかりません。

ただ、医療や自立訓練、就労移行支援、それから地域生活、就労、そういったものまでをトータルしてサービス提供するという支援体制を持っているということが特徴の1つだと思っています。

2つ目としましては、冒頭にお話ししましたように、このサービスを

ご利用いただいている方の障害でいいますと頸髄損傷の方、脊髄の中でも高位の首の損傷をした頸髄損傷の方が現在 40 名ほどご利用いただいています。

そうしますと、ご利用いただいている皆さんのお話や、サービスを提供させていただいているところの現場の職員からいろいろなお話を伺いますと、特徴としましては、自分と同じような障害のある方がたくさんいらっしゃるということや、それに特化した専門の職員が当たっているということから、自分の障害がどういう障害なのかという知識等が非常にわかりやすく、理解しやすいという点があるということが 1 点あります。

それから、自分の周りで一緒に訓練を受けていらっしゃる方もやはり自分と同じ障害であるということから、同じような心の悩みとか、自分もああったなとか、これはどうしたいのだろうと逆に聞いたり、そういったような場があるということです。

それから、同じ場で訓練を受けていたり、サービスを受けるわけですが、そういった場合に、あの人は私と同じぐらいだけれども、これぐらいの目標でこうしている。じゃあ自分もいけるかしら。そういった目標や励みが自分の目の前で見られる、あるいはお話を聞ける、あるいは共有できる、そういった場があるということが 2 つ目の特徴ではないかと思えます。

3 つ目としましては、当然訓練のサービスを提供するわけですが、そういった環境面での設備を整えているということです。

それと、就労や生活をしていく場合に、場合によっては生活圏を広げるために自動車に乗って買い物に行きたいとか、ドライブに行きたい、そういったニーズもありますので、そういったニーズと機能訓練の進捗状況に合わせて、行動範囲の拡大として自動車訓練を提供させていただいているということです。それが 4 つ目の特徴です。

5 つ目、これは包括ケアや回復期の病院とどういったところが違うのかということと皆さんに来る問題だと思えますが、まず医療機関と比較した場合にどういったものが付加されているか。1 つが、保有してい

る能力の強化を図ってADLの選択肢を増やすことができているのではないか。2つ目が、ADL動作も含めて練習ができるということ。それから福祉用具等はレディメイドではなくてオーダーメイドのものをつくったり、見たり、触れたり、使ってみたりすることが体験できる。このように、医療機関と比較した場合に非常に個別性の高いサービスができるのが特徴ではないかと思います。

ここまでの、今私のほうで提供させていただいているところの特徴ではないかと思います。

続いてテーマですが、3点ほどいただいています。ちょっと系統が違って、テーマに沿った形でパワポを用意させていただきました。3つほどありました。

1つ目が、自立訓練の効果や有効性とはどのようなものかということで、このシンポジウムのテーマになっていたと思います。それについて私の考え、意見を載せさせていただきました。回復期リハ後の自立訓練であっても明らかなADLの改善が認められるのではないだろうかということです。それは、1つの指標としては日常生活動作の平均改善結果というものをグラフとして載せています。対象としているのは、病院から直接利用されている方が80%、全体数が86人、平均訓練期間が10カ月、統計の期間が5年間の方のデータの結果から、左側の青いグラフと右側の終了時を比べると、それぞれの改善結果の違いを示したものです。特に入浴、車椅子操作、車椅子からベッド、ベッドから車椅子といった移乗動作、あるいは自動車の運転席や助手席への移乗、こういったものに大きく改善が見られることになります。

そうしますと、この自立訓練の効果や有効性はどのようなものかといったときに大事になってくるのが、効果や有効性を示すためのエビデンスはどういったものなのか、エビデンスとは何だろうかということだと思います。

ただ、いろいろな調査をする場合に、この間も調査を受けたのですが、先ほどリハビリテーションパスと言いましたけれども、そういった用語がどういったものを指しているのか、あるいは調査に回答する方がその

用語をどのように解釈したかによって大分ぶれるのですけれども、例えばICFで使っている用語、そういったものの概念といったものを共通の定義としてやった場合に、こういったものの有効性がどれくらいあるのかという、例えば一般的に使われている器具とか、そういった標準化されている尺度と、新たに施設側で使っている尺度が基準関連の妥当性があるかどうか、そういったものを見た上で、まずは言語的な定義と、一般的な尺度とを合わせてみて、そういったものにちゃんと効果が表れているかどうかを見るという作業が1つあります。

ですが、対象としている方は一人一人皆さんニーズも違います。ですので、ケアマネジメントの手法にあるように、一人一人のニーズは何だ、それに対してどういったサービスをしたか、クリニカルパスではないですが、どういったサービスを提供していった、本人のニーズを達成できるように支援できるか。それと、パワーレスの状態であればエンパワーメント、それと満足度と書いてありました。こういったものが大きく寄与すると。

特にありがちなのは、アセスメントとかモニタリング、これは実演評価ですとか、大事なのがエヴァリュエーション、いわゆるそういったサービスを提供した場合に本当に効果があったのかどうかですね。そういった振り返り等を総合的に入れて、明らかに効果や有効性があったかどうかを示していることが大事だと思います。

ただ、効果や有効性というのはなかなか学術的な側面もありながらも、個人個人の利用者の方、あるいは生活をしている方が個々でどのようなになったかという結果が、私は満足していると。それから、もっとこういうものが欲しかったと。そういう声も取り入れながら考えていく必要があるのではないかと思います。

頸髄の方のリハビリテーションの流れのイメージということでスライドを用意させていただきました。先ほど病院からのお話もございましたので、病院から頸髄の回復期、手帳の取得前後を挟んで機能訓練へ行ったり、あるいは慢性期リハ、あるいは職場復帰、その他就労移行支援とか職業訓練といったところへ向かっていく流れが一連でございます。

参考ということで挙げました。

2つ目のテーマとしましては、自立訓練を多くの障害者の方に利用してもらうために必要なことは何だろうかというお題です。私が思うには、魅力的か、魅力を感じてもらえるかというのがポイントではないかと思えます。

その魅力とは何だろうかといった場合に、3つほどあります。1つがプログラムに魅力を感じてもらえるかどうかです。個人別、個別性に特化した幾つかのプログラムが用意されているかどうかというのが1点です。

2つ目は、職員スタッフやリーダー、この人にとって、この人が言っていることを一緒にやってみよう、とにかく魅力を感じると。そうしますと、スタッフチームでも高度なサービスを実現したり、または関係機関の方に「あそこへ行くとこういう人がいていいよ」とか、「こういうすごいスタッフがいるよ」とか、「こういうサービスが受けられるよ」と言っただけということがポイントになるのかなと思います。

またそれに対して施設側としては、そういう魅力を感じてもらえるようなスタッフやリーダーをどのように人材育成するか、あるいはチームアプローチの方法を考えると、2つ目の魅力を感じてもらえるポイントになるのかなと思います。

3つ目としましては、先ほどもチラッと出ておりましたが、終了者の変化に魅力を感じてもらおうということです。例えば病院から施設を利用させていただいて終了まで行くわけですが、最初に利用させていただいたときに「希望して来たけれども、何をしたらよいかよくわからないんだよね」と言いながら入ってきたといたします。そして、皆さんが一生懸命何か自分の目標に向かって取り組んだ、そして終了後何年かして、あるいは翌年でもいいです、すごくエンジョイして「こういう楽しみで、今こんな活躍をしているよ」とか、あるいは「こういう生活でとても幸せに暮らしているよ」といった変化を、我々スタッフだけではなくて関係者も含めて、そういう終了者の変化に魅力を感じてもらえる。「ここを利用したらこうなんだよ、こういうことがあったよ」、そういった話を

たくさんつくっていくことが魅力の1つではないかと思います。

ですので、主体的にご利用いただく方々には「ここでやってみたい」と思うような情報をこちらから提供したり、あるいは言っていたり、そういったところで魅力を感じてもらえるかが、この技術訓練を利用してもらうために必要なことではないかと思います。

その背景としては、専門職の職員としては本人中心の支援。それからサービス中心からニーズ中心へ、「サービスはこれとこれがあります、この組み合わせです」ではなくて、どういう生活をしたいか、どのようなことをしたいのかということから組み立てていく、当たり前のことですが、そういった視点です。それと権利擁護。ケアマネジメントやエンパワーメント、このような視点を取り入れていく必要があるのではないかと考えています。

続いて最後のテーマでございます。地域包括ケアシステムにおける障害者リハビリテーションの位置づけというお題をいただきました。いろいろなシステムがありますが、ご本人様が望む生活をするための支援をどのように、どういう方と連携してやるかということではないかと私は思いました。

2つほど挙げています。最初に、「ギブ&アンドテイク」で連携と書いてありますが、これはミスプリントです。でも、今日見て「あれ、ギブ&アンドテイクって何だ」と思って、結局私の入力ミスだったのですが、でもそうだよ、ギブ&テイクだったら1対1だけれども、最初に地域でいろいろな方とお会いして何かお頼みごとをする、あるいは連携して何か支援する策を練る、あるいは一緒に何か催しをするといった場合に、ギブ&テイクだけだとなかなか日本というか、私の文化圏というか、風土というか、そこだとちょっとあまりなじみがないかなという気がして、「ギブ&アンドテイク」とか、ちょっと間を置いた「ギブ&ギブ&テイク」でもいいのかなという感じで、そのようなやり取り、コミュニケーションが連携の上では非常に大事ではないかと感じました。間違えたから隠しているわけではないです。

それでよく言われているのは丸投げ、「お願いします」というのでは

連携は続きません。もう1つ、介護保険の事業所の方たちといろいろやり取りする場合も出てきます。そうした場合に、この障害のある方はどのように我々は注意したらいいのか、どういう点を気をつけてどのようにしたらいいのかといった場合に、あまり専門的なことをガンガンやるとついていけないということが起こります。ですので、障害者リハの我々の視点からするとハードルが高い、「えっ、そんなに大変なの」「そんなことをするの」みたいにならないように、できるだけ平易な、わかりやすいことを含めて検討しながらお話しして連携していくという視点が大事だと思っています。

もう1つは、連携する場合にグループではなくチームアプローチというものを大事にしましょうということです。ただの寄り合いではなく、ある方のニーズに対してそれを支援するためのチームをつくる。グループではなくてチームということです。そういった視点が非常に大事だと思っています。

そういうところから、私も含め一人一人携わる方の意識の変化が生まれるのではないかとと思っています。そうしますと、連携により選択肢を開拓して増やしていく、ギブ&テイクやチームをつくっていくことの重要性が言えるのではないかと思います。

それに大事なことは、クローズではなくてオープンな支援、それから自立と依存といったことをどうとらえるか、そして職員の人材育成、こういった視点が必要なのではないかとと思っています。

ちょっと長くなりましたが、ご清聴ありがとうございました。最後に訓練風景の写真を載せさせていただきました。以上でございます。

(事務局) ありがとうございました。

続きまして沼倉所長、檜垣さん、よろしく願いいたします。

(沼倉) 皆様こんにちは、所沢しあわせの里、沼倉と申します。よろしく願いいたします。

(檜垣) 同じく相談支援専門員の檜垣と申します。よろしく願いいたします。

まず相談支援事業所についてご説明させていただきます。障害のある

方やご家族から生活等に関するの困りごとを相談していただき、よりよい地域生活を送るためにどうしたらよいかということ専門職が一緒に考えて、必要に応じた支援を行っていくことをいいます。

ここで言う専門職とは、社会福祉士や支援保健福祉士等になります。私たちは国立障害者リハビリテーションセンターの、先ほどからお話が出ている自立訓練（機能訓練）等のサービスを利用されている方々の計画相談支援のほうを担当させていただいています。2人とも現在は相談支援専門員として、障害者の方に対してサービス等利用計画の作成やサービス調整をしています。以前には法人内の地域包括支援センターや介護保険の居宅介護支援事業所で高齢者の方々に対してサービスや資源を紹介して、そのサービスが有効に利用されているかを継続的に評価する、ケアマネジメントを行う介護支援専門員、ケアマネジャーとして働いていた経験もあります。

これからお話しさせていただく内容は、障害福祉サービスと介護保険サービスそれぞれの分野を経験して感じた点や違い、また今後必要とされる連携の部分についても触れていきたいと思っております。本日はよろしくお願いたします。

現在、こんな仕事をしていますということで書かせていただきました。相談支援の内容には、先ほどからお話もある計画相談支援と障害者相談支援（一般的な相談）とあります。

計画相談支援とは、先ほど言ったように国リハのサービスを利用されている方々の担当もさせていただいていますが、障害者の方々のサービス等利用計画を作成して、サービスの調整を行うことをいいます。また、定期的にモニタリングという継続サービス利用支援を行って、利用状況の確認等も行っています。ここで、必要に応じてサービスの変更等も作成いただいています。

続いて障害者相談支援とは、自立支援協議会というものの運営に携わりまして、1つ目に地域の関係機関によるネットワーク構築及び推進に関することを行ったり、2つ目、地域の課題について情報共有して、その対策について協議することに取り組んでいます。

障害者相談支援について、追加で説明させていただきますと、障害のある方の福祉に関するさまざまな問題について、障害のある人たちからの相談に応じ、必要な情報の提供や障害福祉サービスの利用支援等を行っています。

こうした相談支援事業を効果的に実施するために、自立支援協議会を設置しまして、中立公平な相談支援事業の実施や、地域の関係機関の連携強化、社会資源の開発・改善を推進しています。

所沢市の自立支援協議会では、5つの部会を運営していきまして、相談支援全般に関わる相談支援部会、障害者の暮らしに立ち戻った課題へのアプローチに関わる暮らし部会、就労系福祉サービスの課題解決等に関わる仕事部会、福祉と教育、医療、保健等関係領域との連携に関わる子供部会、精神障害に対する理解の普及啓発に関わる心部会の各部会の運営を行っています。

次に、以下に地域の課題としては、後に述べるようなことが挙げられています。1つ目に、精神障害者にも対応した地域包括ケアシステムに関する協議、2つ目に、介護保険の介護支援専門員との連携、こちらを例で挙げますと、40・70、50・80問題といいまして、70歳代のご高齢の親御さんの下に40歳代のお子さんがいらっしゃったり、80歳代のご高齢の親御さんのところに50歳代の障害者のお子さんがいらっしゃったりということで、高齢の親御さんと同居の障害者の支援の問題があります。

2つ目の例としましては、65歳の問題です。これは介護保険の2号保険者、40歳の問題とも同じことなのですが、誕生日までは障害福祉のサービスの利用ですが、誕生日を過ぎると介護保険のサービスが優先となります。ここで問題となるのが、制度が異なること、担当の窓口も障害のほうの相談支援専門員から介護保険の介護支援専門員のほうに変更となります。

3つ目ですが、地域生活支援拠点等の整備ということで、障害者の重度化、高齢化や、親亡き後を見据え、居住支援のための機能、また相談や緊急時の受け入れ対応、体験の機会、場、専門的人材の確保、養成、

地域の体制づくりを、地域の実情に応じ、創意工夫により整備して、障害者の生活を地域全体で支えるサービス提供体制を構築しています。

続いて、障害者支援施設（国リハ）について、このようなことを思っていますということを書かせていただきました。国リハのサービスをご利用の方は全国からいらっしゃると思うのですけれども、ホームページやパンフレットにいろいろサービスの内容等が載っていると思いますが、それだけでは十分に特徴等が伝わらないところがあるのではないかと感じています。

例えば、国リハの訓練を受けるとどのようなことができるようになるのか、その方の課題と訓練のマッチングが適正かどうかということが挙げられます。

私が相談支援のほうで関わらせていただいたケースの中で、個人的にうまくいったのではないかと思うケースと、うまくいかなかったかもしれないと思うケースを挙げさせていただきます。

うまくいったケースとしては、課題と訓練の内容がマッチングしていました。自立訓練の機能訓練をご利用の頸椎損傷の方で、訓練期間は12カ月でした。身の回りのことが自分でできるようになり、復職するという目標を持って訓練にのぞまれて、PTさん、OTさんとリハビリ等を受けて、自助具を活用されて、ご自宅のほうも住宅改修されて、また福祉用具等を入れて、環境が整備されたということで、入浴もトイレもご自身でできるようになりました。訓練終了後に仕事に戻って復職したということで、こちらの方は目標を達成されて地元に戻られました。

続いてうまくいかなかったケースとしましては、課題と訓練のマッチングがうまくいかなかったと感じたものです。こちらは自立訓練（機能訓練）の視覚のほうのご利用の方で、訓練期間は9カ月でした。目標としてかなりたくさんありまして、家族に頼らずに自分で自分のことができるようになる、手に職をつけて自立した生活を送りたい、音声パソコン、点字の訓練が受けたい、マッサージ師の資格を取りたいと、たくさんの方の目標を持って訓練にのぞみました。

しかし、まず何をすべきかの優先順位がつけられなかったことと、

将来の方向性が定まるまでに時間を要したこと、準備不足、体調不良等が重なり、身の回りのことが自分でできるようになるための訓練を受けて訓練期間が終了してしまいました。

ただ、こちらに来て無駄だったわけではなくて、ご自身で何をしたいのか、まず何をすべきかということに気づけたことは訓練の成果になったと思います。

最後ですが、国リハでは訓練を受けている方々には担当のケースワーカーさんがついています。ケースワーカーと相談支援専門員がそれぞれの立場でうまく機能して、利用者の方々の相談に応じていけるとよいと感じています。

担当ケースワーカーの役割は、支援をする訓練士の方から直接お話を聞いたり、本人からの相談事にも応じたり、地元の行政と連絡調整を行ったり等、国リハでの訓練を進めていく上でとても重要だと感じています。

相談支援専門員としましては、あえてそこに相談支援が入る意義を理解して、相談支援専門員として中立の立場で話が聞けるという利点を生かして、今後も支援していきたいと思っています。

(沼倉) 続きまして、私のほうからお話しさせていただきます。先ほどお話しさせていただきましたように、私自身が介護保険の分野で1年半前まで包括のほうで仕事をしておりました。その関係もありまして、障害のサービスのところがまだ十分わかっていないというところがあるのですが、逆にそちらのほうから来たからわかることもありまして、その辺も踏まえてお話しさせていただきたいと思っております。

今回、このシンポジウムに参加させていただくことになりまして、改めて国リハの施設内を見学させていただく機会をいただきました。そこで見学した際に感じたことなのですが、何と言っても充実した施設環境と提供する訓練の質の高さというところには大変びっくりいたしました。先ほど渡邊課長のパワーポイントの最後のところにもありましたが、トイレや浴室等が、その方の状況でいろいろな訓練ができるような形で何種類もある、その中から自分に合ったところで訓練ができたり、あと

は自助具に関してもそれぞれの方に合った自助具を実際に作成したり、そういうところについては介護保険には全くないこととなりますので、その辺はすばらしいと感じております。

私自身が介護保険のほうで介護保険サービスをご紹介という形で、介護保険のリハ施設を紹介してきたのですけれども、介護保険では基本的に高齢者の方の下肢機能の低下とか、脳血管障害等の後遺症に対するリハビリが主になりますので、先ほどこちらの施設の紹介でありましたように、自動車訓練とか、視覚障害者、頸髄損傷、高次脳機能障害の方に特化した訓練というのが受けられるのは、こちらの施設のとても大きな魅力だと感じています。

つまり、ここではその方の個々に合ったリハビリが提供していただけるという形になりますので、恐らく訓練後の生活の質は格段に上がるものと思われれます。

その一方で、介護保険による通所リハのよいところですが、まずリハビリを受けられる事業所が利用者の家の近くに多数あります。まず気軽に見学ができたり、どんなリハビリが受けられるかを理解しやすいという点があります。また、基本的に送迎がありますので、どのようにそこまで通えばよいかに悩まなくてよいということが挙げられます。最近では老健等のほかに機能訓練に特化したデイサービスといったような小さな施設もかなり増えてきておりますので、介護保険のほうは格段にそういうリハビリが受けやすくなってきてはいます。

65歳以上、もしくは介護保険の特定疾病に該当する場合は、介護保険の利用が優先となるのですけれども、それ以外の方は本来障害福祉サービスを利用することができます。例えば、40歳代で脳梗塞を発症した場合に、介護保険が優先となりますので、まず急性期の治療が行われまして、その後リハビリ病院に転院、そして在宅に戻るという形になりますが、その場合は介護支援専門員が担当になりまして、今後の在宅のサービス調整を行う形になります。

では、その方がどういう在宅サービスを実際に選ばれるかというふうになった場合、恐らくこの方は介護保険の通所リハを紹介されて、週に

2回程度、1回1時間弱ぐらいのリハビリを受けるという形になると思います。

本来であれば、介護保険優先の方であっても障害の認定を受けることで障害のサービスが使えるわけですがけれども、実際は障害のサービスを使っていない方が多くいらっしゃるのが現実です。なぜかといいますと、やはり介護支援専門員は介護保険に関してはかなり知識が豊富で精通しているのですけれども、障害福祉サービスについてはほとんど知らないということが理由として挙げられます。本来であれば、相談支援専門員と介護支援専門員が連携して支援していければよいと思われるのですが、なかなか現状ではうまく連携ができていない状況です。

実際、私も今回この国リハの施設を見学させていただいて、施設の状況が理解できたところになりますので、なかなかそれが今は実際に介護支援専門員に理解してもらうことも難しいのかなというふうには感じています。

ですので、こういったすばらしい施設があるということを、相談支援専門員や介護支援専門員にもっとアピールしていただいて、こういうことができるということを施設のほうから投げかけていただくとよいのではないかと感じています。

次に、今の所沢市内の現状についてお話ししたいと思います。まず所沢市内の地域包括支援センターが今全部で中学校圏域ごとにそれぞれ14カ所ありまして、年に4回ほど地域ケア会議を開催して、ネットワークづくりや地域課題の抽出を行っています。また、その地域包括システムの構築には欠かせない在宅生活を支える医療機関と介護事業所のために、市内の14カ所を6つのブロックに分けて、市と医療介護連携支援センターと一緒に、年に2回ほど会議を開催して連携をとることが、数年前から始まっています。

障害の分野はどうかといいますと、市内に1カ所の基幹相談支援事業所と4カ所の委託相談支援事業所がありますが、地域で分かれているわけではなくて、それぞれが所沢市内全域をカバーしています。地域ごとではなくて、課題等も先ほど檜垣のほうから紹介させていただきました

けれども、部会を通して検討している形になりますので、各包括で 14 カ所それぞれが地域でネットワークのシステムをつくってはいるのですけれども、そこに実際には参加できていない状況になります。

ただ、今度厚労省のほうから平成 32 年度末までには精神障害者にも対応した地域包括ケアシステムの構築ということで求められていますので、今これをどうしていこうかというところを相談し始めているところになります。

個人的には、また一からそういったネットワークをつくるのはとても大変なことです。せっかく高齢者分野ででき上がっている包括ケアシステムに参加して連携していく形がとれば一番よいのではないかと考えています。

その中で、障害者リハビリテーションといったワードというのはまだ実際は出てきていないのですけれども、もしもこういった障害者リハをこのネットワークに位置づけるのであれば、やはり一からつくるというよりは今あるネットワークを使って、障害者リハがそこに参加することの意義等を示していけるような機会をつくることから始めるのがいいのかなと考えています。

ただそうなった場合は、中学校圏域ではなくて精神保健福祉圏域とか、もっと大きな地域の中で考えていく必要があるとは思いますが、まずは利用者が実際に住んでいる地域から障害者への理解を進めていくことが一番必要ではないかと感じております。

少し話は変わるのですけれども、今地域の中で認知症の方に対する理解が、一昔前と比べるととても理解してくださる方が増えてきているように感じています。

なぜ理解が進んだのか、私自身も考えてみたのですけれども、厚労省のほうで日本の高齢化に伴い増加してきている認知症の人が、認知症になっても安心して暮らせる町を目指して、平成 17 年度から認知症サポーター 100 万人キャラバンというものを始めたのです。それで認知症の人たちを支える認知症サポーターを養成したことが、その理由の 1 つではないかと思っています。

ちなみに、この中で認知症サポーターという言葉聞いたことのある方はいらっしゃいますか。かなりの方がいらっしゃいますね。ありがとうございます。実際、平成21年5月末に100万人を突破しまして、平成30年9月末では1,000万人を超えたそうです。私自身も包括で働いていたときには、自治会や学校、スーパー、銀行等の方を対象に、よく講座を開催していました。開催するたびに、認知症に対する理解がすごく深まっていくことを実感していましたし、もしも周りの人等が認知症になってしまった場合も、ただなってしまったということで悲観するだけではなくて、どこに相談をしたらよいのかといったことも周知していましたので、そういうこともよかったのかなと思っています。ですので、こんな形で認知症の方に対する地域包括ケアシステムはできてきたと感じています。

それに対して、障害者に対する理解がどうかというと、皆さんもそうだと思うのですが、人間いつかは年をとって自分が高齢者になるということは想像するところだとは思いますが、なかなか自分が障害者になることを想像する人はとても少ないです。

ただ、実際に障害者の方とお話ししてみますと、まさか自分になるともともと想像していた人がいかに少ないかがわかります。ですので、自分ももしかしたら障害者になるかもしれないということで、人ごとではなくて自分や家族のこととして考えていただいて、障害者に対する理解を深めていく必要があると感じていますし、その辺が私たちが今後取り組んでいかなければならない課題だとも感じています。

その場合に、まず身体の方ということで障害を限定するのではなくて、知的、精神の全障害について理解してもらって、万が一障害者になったとしても地域にどんな社会資源があるか、どのようにすれば地域で生活していけるのか、そういったことを周知していくことができれば、誰が対象であっても安心して生活していける町、地域包括ケアシステムというものが構築できるのだと思っています。

最後にまとめですが、まず介護保険制度と障害福祉制度はすごく似ているのですが、全く違うものです。実際、私も介護保険をやって

きて、障害のほうもある程度何とかいけるかなと思っていたのですが、今1年半経っているのですけれども、まだまだ障害のほうでわからないことが多くあります。法律の違いや財源の違い等いろいろあるのですが、使っている方が65歳の前日と65歳になった日で急に何かが変わったわけでもないですし、障害者となった理由が事故なのか、病気なのかといったところも、当事者としては特に大きな違いはないのです。ですので、それぞれの制度をそれぞれの状況に合わせて自由に組み合わせていくことができれば、それが一番よいのではないかと感じています。

また、今年4月から相談支援専門員と介護支援専門員の連携の必要性がうたわれるようになってきておりますが、どちらの制度にも精通した職員は本当に少ないです。ですので、そういった情報を持っている人がもっと増えていけばよいのではないかと感じています。

あとは、障害者施設の職員の方たちも含めて、自分たちの施設の機能等のすばらしさを地域の方やほかの分野の方にいかに伝えていただけるか、そこが重要な課題であると感じています。

2点目ですが、地域住民に対しては障害者の理解を進めていくことが必要だと思います。実際、認知症サポーターがこれだけ増えたように、認知症だけではなくて世の中には障害を理由として困っている人たちが多くいるという現実、それからそもそも障害者ってどんな人なのか、どんな配慮が必要なのか、それは人ごとではなくて自分や家族もいつ当事者となってもおかしくないということ、でもそうなったとしても安心して住み続けられるような地域をつくっていくことが大切だということ、今ある既存のネットワークのメンバーに対して、まず障害サポーターとして養成していく、そんな取り組みが必要ではないかと感じています。

ご清聴ありがとうございました。

(事務局) ありがとうございました。

続きまして吉野専門官、よろしくお願いたします。

(吉野) 皆さんこんにちは、厚生労働省障害福祉課で障害福祉専門官をしている吉野と申します。どうぞよろしくお願いたします。時間が

大分押しているということですので、10分ぐらいで私の説明は進めたいと思います。

私の説明は行政の立場からということになりますので、非常に総論的な話になるかと思うのですけれども、今までのシンポジストの皆さんからもお話しされてきたノーマライゼーションとか共生社会というところについて、施策としてどのあたりからどういう経過を持ってきたのかを振り返ってみたいと思います。

詳しくは書いていないのですが、平成7年に障害者プランというものが策定されまして、その中でリハビリテーションとかノーマライゼーションという理念が初めて位置づけられまして、それに基づいて各法それぞれの施策が展開されてきたという歴史がございます。

もう少し具体的に進んだのが、障害者基本法が23年度に改正されているのですが、その中で共生社会の実現という言葉が初めて使われて、それに基づいて障害者総合支援法の条文のほうにも共生社会の実現というものがうたわれて、それをどう実現していくかの各論の議論としてさまざまな政策が成り立っていることになります。

総合支援法については、今般30年度4月に改正法が施行されましたけれども、その中でも障害者の望む地域生活の支援ということが理念的な項目として立てられた上で、自立生活援助ですとか、就労定着支援ですとか、障害児支援のニーズの多様化へのきめ細やかな対応ということで、居宅訪問型児童発達支援というものができたり、大きな理念があったところでいろいろな政策がサービスとしては立てられているという状況がございます。

こちらのほうが今年6月時点での実績によるものですが、新サービスの実績等も載せていますが、黄色の訓練等給付というところに自立訓練、機能訓練と生活訓練というものがありまして、今年の6月時点では機能訓練を使われた方が2,300人ぐらい、生活訓練を使われた方が1万2,000人ぐらい、全国で報酬請求された機能訓練の事業所が180カ所、生活訓練が1,163カ所だったという実績が載っています。

これが実際皆さんの地域の中でニーズとして対応できているのかど

うか、先ほどの発表の中でも身近なところに機能訓練施設がないという  
ような話もありましたけれども、ないのであればそれをどうつくって  
いくのかということは地域の課題としても考えていかなければなら  
ない、また制度が使いにくいからつくれないということであれば、それは国の  
施策としてどう反映していくのかということを考えていかなければなら  
ないと考えております。障害児のサービスですとか、先ほど沼倉さんの発表  
でもあった計画相談支援の実績等も載っておりますので、ご参照いただ  
ければと思います。

報酬体系につきましては、3年に1度、介護保険と同じように改定を  
行ってきておりまして、30年度、今般改定をしたところでございま  
すが、先般の改定の5つの柱は、1つは障害者の方の重度・高齢化が進  
んでいるので、その方たちの施設や病院からの地域移行ですとか、移行後  
の地域生活の支援をどう考えるか。それから、医療的ケア児の方、医療  
技術の発達に伴って医療的ケアを要する障害者の方たちが子供を含め  
て増えてきているので、そういった方たちへの対応をどうするのか。そ  
れから、現在1年以上の長期入院患者さんが全国で17万人いるので  
すけれども、その方たちの地域移行支援をどう考えるのか。それから、自  
立訓練と同じく訓練等給付に位置づけられておりますけれども、就労支  
援、障害があっても自分らしく生活していくために働ける方はしっかりと  
働いて、収入を得て、というようなところをどのように支援していく  
のか。それから、障害福祉サービスは今はオールジャパンレベルで2.6  
兆円の予算が投じられていて、自治体が2分の1、国が2分の1という  
ことになっているのですが、今後障害者の関係予算が伸びていくところ  
で、実際必要なものは確保していきながらも、障害福祉サービスが提供  
されたことによってどういう効果があったのかという質を担保してい  
こうという視点が1つ、というようなことで改定を行っております。

その中で、自立訓練に関係してくるところはこれまでもあまり大きな  
改定をしてこなかったのですが、今般の見直しの中では、対象者の見直  
しということで、これまでは機能訓練は身体障害者の方、生活訓練は知  
的・精神障害の方が使える仕組みということで、障害種別で利用できる

サービスを分けていたところがあったのです。けれども、共生型の理念ですとか、あるいは社会資源が十分にまだまだ充足されていないところで、多様なニーズに対応していくためには、やはり事業者のほうが目へのニーズに対応するような仕組みをしっかりと伝えなければならぬということ、施行規則を改正させていただきまして、障害の利用の壁を取り払ったということがあります。

具体的にいえば、精神・知的の方であったとしても機能訓練のサービスが必要な方は利用できるようになりましたし、身体障害の方、例えば視覚障害の方で機能訓練しか使えなかった方が、生活訓練としてのニーズがあるということであれば、それを生活訓練サービスとして支給決定を受けて利用することができるという改定をしたところでございます。

ただ、改定はしたのですけれども、それが実際皆さんの現場レベルでどのように活用されているのか、あるいは本当にそういうニーズがあって、施行規則を改正したことで使ってみて、喜ばしい実態につながったとか、やはりそういった効果につながっていかねば意味がないので、そもそも現状として自立訓練が現場でどういう実態にあるのか、どういうサービスを提供して、どういう効果があったのかという調査を現在行っているところです。ちょっとここは修正しておいていただきたいのですが、31年と書いてありますが、これは30年度の障害者総合福祉推進事業という国の研究事業を使いまして、吉永先生率いる千葉リハビリテーションセンターさんのほうに事業をお願いして、研究班をつくっていただきまして、現在調査をしているところでございます。

この中で、先ほどもデータを紹介いたしましたけれども、サービスを提供している事業所の中でどういった実態があって、どういう課題があるのか。そして、また3年後に報酬改定をするところで、どういう改定をするべきかという検証をしておりますので、これについてもまた皆さん、調査票が行きましたら協力いただきながら、ご意見等をいただければと思っております。

これは障害福祉計画ということで、その基盤整備量などを3年に1度見直ししているもので、現在第5期障害福祉計画が走っているところな

のですが、先ほど沼倉さんの発表にも出てきた、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムというのは政策的にここ、2番目の項目に位置づけているのです。けれども、確かにおっしゃったとおり、では知的障害の方や身体障害の方にこの包括ケアシステムは必要ないのかといいますと、ないわけがないのです。ただ、推進の領域については17万人の1年以上の長期入院患者さんの地域移行をどう考えるのかということで、政策的に重点的にやっということうことで項目立てしたことになりますので、ポンチ絵としては高齢者の地域包括ケアシステム、中学校圏域よりももうちょっと大きい、市町村単位であったり、障害保健福祉圏域であったりというところを想定した上で、包括ケアシステムをつくりたいという話を、今政策的には打ち出しているところでございます。

こちらのほうが、もともと先行していた高齢者の方の地域包括ケアシステムの構築ということですが、いずれにしても、自分らしい暮らしを自分の生活したい場所で、安心・安全を担保しながら楽しく生活していくシステムをつくらうという理念は、精神障害であっても変わりませんし、知的、身体、高次脳であっても変わるはずがないのです。なので、これも沼倉さんの発表の中にありましたとおり、既存のネットワークを使って、いかにそれに肉づけをしていくのか、精神の立場であったり身体障害の立場であったりしても、その目線でどういうピースをこの包括ケアシステムの絵に当て込んでいくと、安心・安全が担保できて、どんな障害があっても自分らしい生活につながるのかというところを検討しながら、基盤整備を進めたり、インフォーマルな支援を構築していったりということをしていかなければならないのではないかと考えております。

最後になりますけれども、包括ケアシステムの構成要素というのは、これも釈迦に説法かもしれませんが、自助、互助、共助、公助というのがあって、障害者総合支援法、要するに全部税金でやっている公的なサービスは公助に位置づけられるのです。介護保険のような、保険サービスとして提供しているものは共助になるのです。つまり、我々が

つくっていたり、政策として行っているものは主に共助、公助というところになるのです。でも、障害者の方が暮らしている地域というのは、当然それだけで楽しく幸せになるかという、やはり自助や互助の仕組み、あるいは関係性というものがしっかりと醸成されていくことが、多分自分らしい生活につながるのかなと。皆さんの生活を振り返ってみても、公的なサービスを使うのは生活の中の一部であると思うのです。なので、皆さんが機能訓練施設や事業所等でサービスを提供している障害者の方たちがどんな暮らしをされているのか、自分の役割はどういうものを持って生活されているのか、互助ということでは、ピアサポートの活動とか、いろいろあると思うのですけれども、地域の中でどういう活躍をされているのか、あるいはそれを望んでいるのかということ想定しながら、共助、あるいは公助というものを提供していくと、もっと広がりのある、多様なニーズに対応できるサービス提供ということになるのかなと思っております。

今後、これをどう報酬上評価するといったことにしっかりと結びつけていくことで、視野を広くして効果を出した場合について、それはしっかりと、例えば報酬に評価される仕組みになっていくと、ますますそこがうまく回転していったり、あるいはそういうやり方で機能訓練や生活訓練を提供できる事業所さんも増えていく可能性がありますので、共助、公助をしっかりと考えながらも、この包括ケアシステムの構成要素である自助や互助の要素が皆さんの地域で障害者の方を取り巻く環境として、あるいは役割としてどうなっているのかという視点をしっかりと持ちながら、共助、公助を育てていきたいと考えております。

結局ちょっと時間を超えてしまいましたけれども、私の説明は以上にしたと思います。ご清聴ありがとうございました。

(事務局) ありがとうございました。

それでは最後になりますが、佐久間さん、よろしく願いいたします。

(佐久間) 皆様こんにちは、佐久間桃子です。私は現在、東京都武蔵野市で一人暮らしをしながら大学院に通っています。

私は2008年6月から2010年12月まで2年半、国立伊東重度障害者

センターで自立訓練を行い、地域生活に戻りました。今日は受傷してから伊東センターに入所するまでの流れと、その後地域生活に戻ってから思っていることや感じていることを、自己紹介を含めてご紹介できたらと思います。どうぞよろしくお願いたします。

まず受傷後から現在までの流れを簡単に説明します。私は2007年7月に、高校のトランポリン部の練習中に受傷しました。もともとスポーツは好きだったので、中学校では器械体操、その継続でトランポリン部で練習していたのでした。

事故をしてからすぐに救急車で家の近くの病院に運ばれました。ここでは首の手術と、すぐに人工呼吸器が必要な状態になってしまったので、器官切開をして人工呼吸器にしました。リハビリというよりも、主に治療をメインとしたリハビリ生活で、手足を簡単にベッド上で動かしたり、少しずつ車椅子に乗って血圧を安定させるなどの訓練を行いました。

幸い、人工呼吸器を外すことができたので、その後同じ系列の回復期病院に入院し、ここでは車椅子に乗る時間を少しずつ、3時間、4時間、5時間と増やしていったり、自分で使える自助具をつくってもらって、それで食事の練習をしたり、携帯を打つ装具もつくっていただいて、それでけがをしてから初めて携帯を打つようになったり、少しずつ自分でできることが増えていきました。

高校は、たまたま自分が行っていた高校が通信制と全日制のどちらもあったので、私は高校2年生のときにけがをしたのですが、高校2年生のときは全日制のまま、病室に高校の先生に週に2～3回来てもらって、リハビリの後にプレイルームというところで、国語だったり、数学だったり、基礎的な科目の勉強をしました。

その後、2008年6月から伊東重度障害者センターに入所して、ここでは車椅子からベッドへの乗り移りの練習だったり、自分でシャンプーができるようになったり、化粧の練習をしたり、とても楽しく訓練を行うことができました。

高校は3年生から通信制に切りかえをして、ここでは2～3カ月に1度福島県の高校から伊東まで先生が来てくださって、レポートを提出し

たり、近況報告をしたり、主にレポートを郵送しながら単位を取得していきました。無事に2009年3月に卒業しました。

2010年12月に伊東センターを退所して、福島県郡山市の実家で家族と生活を始めました。

退所してからすぐに東日本大震災があつて、2カ月ほどまた伊東センターに戻ったり、避難生活でもお世話になりました。

2011年6月に被災地障害者支援センターふくしまというところが立ち上がったので、そこで相談事務員として約3年間働かせていただきました。その間の半年間は休職させていただき、デンマークに留学しました。その留学をきっかけに社会福祉士になりたいと思つて、大学に進む準備と、東京での一人暮らしを始める準備を進めました。

2014年からは大学に入学、一人暮らしし、現在4月からは大学院に通っています。

現在の生活状況を簡単に表にしてみました。現在行っている大学院が夜間なので、夜中心の生活を送っています。午前中に訪問看護、夜に入浴、入浴が3時間ほど、結構時間がかかるので、時間的にも、体力面でも週4日ぐらいと決めて入っています。

上京してから感じることは、インフォーマルサポートがすごく大事だと思つています。私が大学で意識していたことが、大学の友達だったり先生に普段お世話になっているヘルパーステーションの所長さんの電話番号や訪問看護ステーションの電話番号を伝えて、もしも私が何も友達に連絡を入れないで授業に来なかつたら、「あれ、桃ちゃん何かあったのかな」と思つてほしいということを常に伝えていました。

何かあることはなかつたのですが、例えば雨の日に私が5分遅れて授業に行くときなどは、結構メールやラインが入っていて、「今日大丈夫？ヘルパーさんと一緒？」と心配してくれたり、そういうことがあったので安心して一人暮らしを4年間送ることができていたと思つています。

商店街の方とのつながりだったり、駅員さんとのつながりもあつて、毎回電車に乗ったりするので、そのときに「今日は帰りが遅いね」とか

「明日は雨が降るみたいだから、カップを持ってきたほうがいいんじゃない」とか、そういうつながりが自分にはとても大きな支えになっています。

伊東センターで得たことということで、伊東センターに行く前には、私は回復期病棟で9カ月間入院していたのですけれども、そのとき伊東センターのことをケースワーカーさんから教えてもらって、最初は全く行く気はありませんでした。というのも、リハビリテーション施設に対して思っていたことが、すごく暗いイメージがあったのと、病院のケースワーカーさんがよく言ってくれたのが、伊東センターへ行けば同じ障害を持つ仲間同士で励まし合ったり頑張り合ったりできるよ、ということなのですが、私はまだ受傷して2カ月だったので、自分が障害を持っていることを認められなくて、そんな傷のなめ合いみたいなことはしたくないとか、格好悪いなと思ってしまったのです。

印象に残っていることが、ケースワーカーさんが言ってくれたのが、「桃ちゃんみたいに障害があっても、2年半伊東で頑張ったら靴下を履けるようになって帰ってきたんだよ」ということで、それをすごく熟を込めて言ってくれるのですが、私にとっては「靴下が履けるから何なのかな」と思ってしまったのです。私は靴下が履けることよりも、きっと障害を気にして外へ出られなくなってしまうことだったり、毎日入浴できなくて、髪の毛も自分でとかせない状態で友人がお見舞いに来て会うことが嫌だったり、そういうことが嫌だと思っていたので、靴下が履けるよりも化粧ができるようになって、明るくなって帰ってきたとか、自分で車を運転できるようになって、ドライブして楽しんでいるというこのほうが魅力を感じたのではないかと、今振り返って思っています。

伊東センターに行くきっかけになった出来事としては、そんな感じで暗い気持ちでいたときに、伊東センターのケースワーカーさんがセンターの紹介ということで、私が入院している病院に来てくれたことがきっかけでした。私がいた病院が山奥だったので、そこに静岡県の伊東市からわざわざ来てくれること自体がすごくうれしかったのと、そのケースワーカーさんがお話ししてくださったことが「佐久間さんみたいな状態

でも全然大丈夫だよ」ということだったり、「伊東センターの入所者の方たちはお酒を飲んで楽しんでいるよ」とか「飲みに行つて門限を守らないんだよね」とか「みんな週末は美容院へ行って髪を染めて帰ってきたり、バスケットをやつたりして楽しんでいるよ」というお話で、そのときに初めてセンターのイメージが明るいものになって、やつとこの暗い入院生活を抜け出せる、ではないですけれども、伊東センターへ行ったら何か未来が変わるのではないかと初めて希望が持てました。この日の病室に帰る廊下は、少し明るい気持ちになったことを覚えています。

実際に入所して変わったことは、いつも思うのですけれども、気持ちの面が一番大きくて、センターに初めて入つて感じたのが、センターにいる利用者の方が皆すごく生き生きとしていて、お洒落もしているし、髪型も気を使つたり、週末にはバスケットを生き生きと、キラキラとしてやつていて、自分がいつも病室にこもつていたり、人と会うのが嫌だと言つてクヨクヨしていたことがすごく格好悪いと、そこでは思いました。

それから車椅子の乗り継ぎだったり、自分の残っている機能を生かす訓練も気持ちが入つて、頑張ろうと思つてことができ、実際にパソコンを打てるようになったり、携帯も打てるようになったり、もともとスポーツが好きだったのでツインバスケットボールという車椅子バスケットを始め、自分はやっぱり今でもバスケットボールが好きだと思ひ出したり、そういう面で伊東センターに行つてよかったと本当に思っています。

現在の地域生活に生かされていることでは、そこでもやはり気持ちの面とつながりが大きくて、あとは健康面で自分で管理できるようになったこと、褥瘡の管理等もですけれども、地域生活でちょっと落ち込んでしまつたりしたときに、伊東センターで支援者の方が「頑張れ」と応援してくれていたことや、介護員さんとの思い出や、仲間の存在などが大きく生かされています。

リハビリテーションセンター終了後に感じた壁として、思いつくままポンポン書いてみたのですが、健常者の中で生きていく不安や葛藤という面では、最初に退所して感じたのが、実家に帰つて、私は体温調節ができないので、冬にエアコンの温度を結構上げていて、家族が熱い、熱

いといって半袖で、私はそれでも寒いと言っていて、そういう小さいところから違いを感じていくのですが、それは家族だからまだ「私は寒いんだから合わせてよ」と言えるのですが、実際に大学等へ行くと、100何人の講義室で皆が夏に「冷房利きすぎじゃない？」と言っていて、私はそのぐらいがいいと思っても言い出せなかったり、寒い、寒いと言っている友人を横に申しわけない気持ちになってしまったりします。

度重なる調整の面では、本当に調整が多くて、今日もですけれども、来るときにヘルパーさんに「何時に来てください」「待ち合わせはどこです」と知らせたり、今日もこの後また夜のヘルパーさんが来るのですけれども、そういう調整ですね。あとは授業の帰りなどに「桃、今日ご飯に行こう」と言われても、ヘルパーさんとの時間があるので、「ヘルパーさんの時間をキャンセルしてしまうのは申し訳ないな。でもご飯は行きたいな。どうしようかな」と思います。

あとは、大学で車椅子の学生が私一人だったので、時間割が学期で変わるたびにいろいろ調整が入ったり、実際に今大学院でも、障害を持っている学生がいる大学院ではあるのですけれども、私はすごく重度のほうなので、毎回調整が入って、でもその間に友人は「学食でご飯を食べて待っているね」とか言うのを見ていると、「私も皆と学食でご飯を食べたいけれども、自分は会議があるな」ということがあります。

一人の時間を持ってないことでは、やはり友人だったり、ヘルパーさんだったり、常に人のサポートが必要なので、一人になれないということは結構つらいし、これからの課題であるとは自分でも思っています。なので今、通学には電車で1時間半かかるのですが、その時間が自分では頭の整理、自分の気持ちと向き合ったり、そういうリフレッシュのいい時間になっています。

将来への漠然とした不安では、私は今27歳なのですけれども、同じ歳の友人はどんどん仕事をバリバリやっていて、生き生きと、旅行へ行ったり、一人暮らしを楽しんでいるのですが、私はそういうことがちょっと難しい状況だったりするときがあるので、私もけがをしていなかったら今は何をやっているんだろうとか、どんな仕事をしているんだろう、

どこに住んでいるんだろうと考えることが、地域生活ではだんだん増えてきて、周りと比較して嫌になってしまって、いろいろなことを諦めてしまうことがあります。

退所後、地域生活を送る中で思っていることとしては、上の2つは本当にただ思っていることですが、もっと心理的な支えがあればいいなど思っていて、センターにいるときあたりから思っているのですが、身体機能のリハビリはあるのに、気持ちのリハビリ、心理的なリハビリがもっとあるべきではないかと思っています。私はリハビリセンターにいるときには、困ったときはケースワーカーさんや介護員に相談に乗ってもらっていたけれども、それは何かあったときに相談に乗ってもらうというもので、でもPT、OTは常に時間がちゃんととられていて、だから心のリハビリというのも同じくプログラムではないですけれども、時間が決められてあったら些細な嫌なことも毎日話して、ちょっとずつ心のケアができたのではないかと思ったりしています。

地域生活に出てから、私は「すごく元気だね」「ニコニコしているね」と言われるのですが、私もやはりバスの乗車拒否などは実際にありますし、今日も、先週も、いつもなのですけれども、やはり町なかを歩いていると見られるは見られるし、そういう視線がけがをして11年経っても毎日気になっているし、そんな私が結構へこんで「あー、もう嫌だな」と思うのに、センターで私よりも落ち込みやすかった利用者の方は今どうしているのだろうと思っていて、もっともっと落ち込んでいるのではないかと思って、大学院に進んだというのもあるのですけれども、そういう方たちがどうやっていて、どういうサポートが必要なのかと私も今大学院で考えているところです。

真ん中の3つが、自分が意識したり気をつけていることです。地域生活に出ると、介護員さんや看護師さんなど、自分の障害を理解してくれる人ばかりが近くにいるわけではなくて、友人に介助を頼むことが結構あって、そのときにわかりやすく、断りやすく介助をお願いしたり、説明したりするように気をつけています。

家族やヘルパーとの関係性の築き方では、遠慮がなくて家族とぶつか

り合ってしまうことがあるので、私はあえて家族をヘルパーさんと置きかえてみたり、家族には「うるさい」とか「やめて」とか言ってしまうけれども、ヘルパーさんだったら絶対に言わないだろうから、家族をヘルパーさんとして見たり、逆にヘルパーさんを家族として見るようにしたりします。ヘルパーさんという時間が長いので、ヘルパーさんを気を使って見るようにすると疲れてしまうので、家族と思えば気を使わないで過ごせるかなとか、自分なりに工夫して考えたりしています。

友人とのつき合い方では、大学に入ってから戸惑ったり学んだりすることが多いのですけれども、「一緒にこの後飲みに行こう」と言われて飲みに行っても、入れるお店が結構限られていて、友達が前々から行きたいと言っていたお店に階段等があると、その階段の前で5～6人でちょっと気まずい雰囲気になって「ああ、どうしよう」という感じになってしまって、そういうときに気を使わせないように「ヘルパーさんが待ってるから、やっぱりいいや、帰る。今度また誘って」と明るく断ってみたり、逆に断って帰ったら「きっと桃は階段だから私たちに気を使って帰っちゃったのかな」と気を使わせてしまって、次に誘われなかったらどうしようと気にしてしまったり、その繰り返しなのですが、そんなことをすごく考えたり、工夫したり、向き合ったりしています。

下の2つが、気軽に相談できる関係性ということで、私は退所してから褥瘡ができてしまったり、車椅子に不具合があってどうしようというときに、伊東センターに相談したいと思うのですが、もう退所してしまっているのに、連絡していいのかなと思ったりすることがありました。でも結局、連絡したら絶対に快く応えてくれるだろうという関係性があったので、震災があったときにもですけれども、連絡できることがありがたかったです。

退所後の地域生活を具体的にイメージできるリハビリテーション、またはアプローチの必要性というところでは、地域生活は本当に毎日壁、壁で、自分が自分の生活を守らなければいけなくて、センターにいるときは本当に自分を理解してくれる人たちが周りにいたので、温かい環境だったのですけれども、地域生活ではいいことばかりではなくて、壁に

当たったときにどう乗り越えるか、例えばアパートを探すときに、私も大家さんに車椅子だからと3～4軒断られてしまったこともあるし、大学でも車椅子、一人ということで、いまだに視線が気になるし、センターにいる間に面接の練習だったり、実際一人で町なかに出てみて、困ったときにどう対処するか、町なかの知らない人に介助をお願いできるかとか、少しずついい意味での傷つく練習をしたほうがよいのではないかと、介護職、福祉職の人とのつながりや関わりだけではなくて、一回福祉と全く関係ない方たちの中にポーンと行って、ちょっと傷つく練習、自分と向き合う練習をする時間や関係性の築き方がもっとあったらよいのではないかと思ったりしています。すみません、まとまりがないのですけれども。

ご清聴ありがとうございました。

(事務局) ありがとうございました。

これですべてのシンポジストの皆様が終わりましたので、改めて皆様にはご登壇いただき、セッションを始めさせていただきます。

それでは、ここからは座長の吉永先生に進行をお任せしたいと思います。吉永先生、よろしくお願いいたします。

(吉永座長) それでは討論を始めさせていただきますと思いますが、事務局から5分延長をお許しいただきましたので、これから4時15分まで少し時間を使わせていただきたいと思います。

最初にお断りすればよかったのですけれども、もうおわかりのように、今回のシンポジストの方は国リハさんが関係している方たちを国リハさんのほうで選んでいただいて、今日の日を迎えました。大変すばらしいお話ばかりで、僕も大変勉強になりましたけれども、そういう人選がございました。

もう1つは、渡邊さんのところでおわかりになったと思うのですが、今日の発表を迎えるに当たって、シンポジストの方には3つの視点で、可能な範囲でお話ししてほしいということで、1番目が自立訓練の効果や有効性はどのようなものか。2番目が自立訓練を多くの障害者に利用してもらうために必要なことは何か。そして3番目ですが、地域包括ケ

アシシステムにおける障害者リハビリテーションの位置づけについてということで、それぞれお立場が違いますので、すべてが網羅されてはいなかったと思うのですが、それぞれのお話の中でそういったお話が十分に伺えたと思っております。

時間も限られておりますので、できるだけシンポジストの方に追加で発言していただきたいと思っておりますが、まずそれぞれのお話、きょうは5演題、6名の方にお話しいただきましたけれども、シンポジストの方の間で何かこの辺をもうちょっと聞いてみたい、あるいは質問がございましたら受けたいと思っておりますが、いかがでしょうか。はい、では渡邊さん。

(渡邊) 佐久間さんに、伊東センターは統廃合になって、今伊東にはなくてこちらにあるわけですが、引き続き何かお困りごとがあったら、伊東から来ているPT、OTもいますので、ぜひ声をかけていただければと思います。

お伺いしたいのは、終了後に地域生活をするに当たって、1つは心理的なサポートというか、いろいろなお話をしたり、相談したりとか、そういったところが非常に重要だ、大事だと思っていらっしゃって、今何か取り組みとしてこのようなことがあったらいいなというような、具体的なものがあつたら、イメージしているものでいいですので、教えていただければと思います。

(佐久間) もしもセンター等であるとしたら。

(渡邊) そうですね、はい。

(佐久間) 私は今回このシンポジウムのお話をいただいて、どんなものがあつたらと考えたのですけれども、社会リハビリテーションというものがまさにそれだと思って、面接する練習だったり、健常者の方に介助を依頼する練習だったり、町なかに出てみて実際に知らない人たちに見られるのでそれになれるとか、すみません、全然まとまっていないのですが、そういう地域生活をもっと、出たら当たるであろう壁の訓練といたらいいのでしょうか、すみません。

(渡邊) 昔、自立生活というのを訓練する方々で、いきなり自分で生

活するために町なかへ行って、ペDESTリアンデッキですか、いきなり行って、道行く人たちをつかまえて「今日の介助を目指してみてください」などと言って始めて、それにプログラムのにそういう要素を入れたものをやっていくということが欲しいかな、というご意見ですか。

(佐久間) というのと、あとそれでちょっと疑問なのですが、PT、OTは時間で組まれているじゃないですか。カウンセリング的なものというか、この先どうしていききたいという時間を一緒に組めないかと思っていて、ケースワーカーさんがいてくれるのはわかるのですが、それって何かあったときという感じじゃないですか。そうではなくて、定期的にあったら思いをためずにできるのではないかと思っています。

(渡邊) ありがとうございます。今、私どものセンターのほうでも、特に強化しているわけではないのですが、もともとリハビリテーションをやっている中で、心理専門職、今、臨床心理士が出てきていますね。あのようなポジショニングでカウンセリング、あるいはカウンセリングに関わらずいろいろなお話を伺ったり、ご相談に乗ったりということがあってもよいのではないかとおっしゃっているのかなというふうにとらえました。

(佐久間) はい、そうです。

(渡邊) ありがとうございます。

(吉永座長) ありがとうございます。ほかにもございますか、演者同士で。よろしいですか。

それでは、先ほど3つのテーマ、論点をご紹介しましたが、最初の自立訓練の効果や有効性はどのようなものかということにつきましては、今この施設長会のほうでもいろいろな調査をしておりますし、また先ほど吉野さんからご紹介いただきました今年度の障害者総合福祉推進事業のほうでも少し調査をしておりますので、このあたりにつきましては有効性というものは私どもがどんどん示していかなければいけないかなというふうには思っております。

論点としては次に行きたいと思うのですが、自立訓練を多くの障害者に利用してもらうために必要なことは何かにつきましては、シンポジス

トの八城さんは急性期病院のお立場でありながら、すみません、失礼な言い方かもしれないのですが、障害を持たれた方の将来まで見据えていろいろ見ていただいて、すばらしいなと思いましたが、また相談事業所の檜垣さん、沼倉さんからはいろいろな提案をいただきましたので、かなり内容的にはこの辺については伺えたかなと思いますが、追加で何かこの機能訓練事業を僕たちが行うに当たって、2つの視点があると思うのです。1つは内容的なものを高めるということと、またいろいろな制度の壁をどのように越えるかという点があると思うのですが、その辺はいかがですか。吉野さん、何かご意見はございますか。できるだけ有効に使うために。

(吉野) 先ほど報酬改定の話はさせていただいたのですが、なかなか障害福祉サービスの中で、そのサービスを提供したことによる効果、アウトカムのところの測定が、実はパブリックになかなかできていないという課題があります。要するに、質を評価するとか、あるいは利用者さんの満足度を評価するというふうに、いろいろ課題としてはいつも挙げられるのですが、ではそれを結果的にどのように、誰がどういう指標をもって評価するのかというところが、実は今何もない状況なのです。そこが多分ある程度パブリックに評価される指標ができたり、あるいはそれが認知されることになると、例えばそれを報酬上しっかり評価しようとか、そうすることで有期限サービスである自立訓練の役割が多分今よりももっともって明確化されるのではないかと。

明確化されることで、実は今事業所は少ないのです、1時間半かけて行かれるという話もありましたけれども、要するに必要な方がいるのであれば、必要な地域で事業として成り立たせた上で展開していくということになると、やはりそういった仕組みももうちょっと考えていく必要があるのかなと。

課題としては、例えば就労継続B型というサービスがあったり、生活介護というサービスがあったり、そして有期限サービスである自立訓練とある中で、その差違というのですか、中身が今一つしっかりとしたフレームごとに分かれていないのではないかと。分ければよいというもの

ではないとは思いますが、分けることでもう少し政策的な効果というものが狙えるのではないかと考えております。

(吉永座長) ありがとうございます。今日は、この点については皆さん共通で何名かの方がお話しされた、サービス内容をもう少しわかりやすく発信する必要があるのではないかとか、それからケアマネさんに対してのいろいろな周知、特に今吉野さんが言われたような施設の違いか、もっとアピールできることをしっかりとすべきではないかという貴重なご意見をいただきましたが、渡邊さんはそういうお話を伺って、渡邊さんのほうではまたエビデンスのほうでも加わっていただいたりはしているのですが、何か皆さんのお話を伺って、こうしていきたいというようなことが今日芽生えていたら、お話ししていただけないでしょうか。

(渡邊) 勘が悪いので、芽生えるかどうかは別として、普段じくじくと考えていると、やはり魅力あるものというのがエビデンスとか、世の中の的にわかりやすく、専門家の人にはそれは納得されて、そういったものをいかに提示できるかが勝負どころだと思います。

それを提示していくためには、一方では先ほどありましたような、吉永先生のところでもやっていらっしゃるような調査、それを調査するに当たっても、やはり少ない事業所ですけれども、同じような言語を持って、同じように調査をして、出てきたものをきちんと解析すると。最近ではAI等もありますから、そういったものが有効に活用できるのかどうかはわかりませんが、そういったものでの量的なものを出す一方で、満足度と言いましたけれども、エヴァリュエーションをして、本当にそのサービスがご本人様のニーズに合致したものが提供できていたのかとか、落ちているものがあるとするれば、それはほかの関係機関ときちんと連携がとれて、きちんと支援ができたのかどうか。そういったものを含めたトータル的なものを見ていかないと、単体の自立だけを見た場合の有効性よりも、それが地域の中ではどのように生かされているのかを含めたアピールをしないといけないと思います。

もう1つ思ったのは、もっとわかりやすく何か、「こうだ」というよ

うな、商品のキャッチフレーズではないですけども、そんなものがその中から生まれてくるといいかなというのが、今漠然と思ったところでございます。

（吉永座長） ありがとうございます。今、内的な要因といいますか、思想を高めるといふあたりの話を伺いましたけれども、制度的な問題で、繰り返しになるかもしれないのですが、八城さん、それから沼倉さん、檜垣さんには、こういった事業所にあるともうちょっと使いやすいというあたりを、もう一度、繰り返しになるかもしれないのですが、スピード感の話とかいろいろございましたが、お願いします。

（八城） ありがとうございます。そうですね、先ほどもお伝えしたように、吉野さんも言ってくださいましたけれども、その地域にないのならばどのようにつくれるかというお話をしてくださいましたけれども、行きやすい場所にあるということの大切さと、あとはどのように通うのかということまで、公的なサービスでどうカバーしていただけるのか。それが無理だったら、インフォーマルな資源でどうにかなるのかというようなこととか、トータルでいろいろ考えられるといいのかなと思いました。

それから、移動支援とか、国の施策だけではなくて市区町村に任されている部分もあろうかと思しますので、そちらとの交渉であったり、そちらでのつくりであったりがあったらいいのかなと思いました。

あとは佐久間さんのお話を伺って、でもやはりどういうところがいいのかは、伊東から来ていただいてようやく明るい希望の光が見えたというふうにおっしゃったとおり、実際体験したり見たことがある方が来てくれて、話してくださるのが何よりも大事なのだということを改めて今教えていただいて、なるほどと思いましたので、やはり支援者のほうもそこがどういうところでどうなのかということをご本人様たちにどう伝えられるのかということがとても大事なのだなと思います。

（吉永座長） ありがとうございます。沼倉さん、檜垣さんからもご発言いただきたいと思います。

（沼倉） 今、移動支援のお話があったのですが、現状として移動支援

を受けてくれている事業所自体の数がものすごく少ないという現実があります。特に同行援護等に関しては、制度が変わったこともありまして、資格を持った人でないと同行援護ができないということが今年の4月あたりはありまして、かなり同行援護の依頼が入ってもご紹介できないという事態が発生しています。

そういう制度があるのですけれども、実際それが機能して使えているのかとなると、実際は使えていないところがありますので、制度をつくるだけではいけないのかなと感じていて、それが実際なぜ使えないのかというところまで考えていただいて、ではそれに対してどんなことを国を始め市町村のほうで対応できるのか、そういったところを考えていただけるとよいのではないかと思います。

あとは、所沢で自立訓練の施設等を卒業された方が、そのまま所沢に住み続けていらっしゃる方がいます。その場合は、最近実際に住まわれている方のところに、今後ここで住みたいと思っている人が、実際お家のほうへ見学に行き、本人同士で話をしている機会等がよくあります。そうすると、やはり私たちではわからない部分で本人同士で聞いて、「ここが困るよね」とか、そういった具体的な話だったり、「こういうときどうしてる？」というような実際の地域生活で出た話が聞いているところがあるので、そういったところの話をもっと国リハの施設の方にも吸い上げていただいて、それを紹介できると、多分佐久間さんのような方のときにもうちょっと明るいイメージで伝わるのかなと思いました。

(吉永座長) 檜垣さんからも一言どうぞ。よろしいですか。

それでは3つ目のテーマ、これは非常に難しいテーマなのですが、ご承知のように国のほうでは今、地域共生社会というような提案の中で、障害者、あるいは子供たちも含めた形での地域包括ケアの構築を行っているわけですが、その辺に対して私たちは何ができるかというあたりの話で、今日沼倉さんから認知症サポーターを例にとり、そういった障害を持った方たちをサポートする仕組み、あるいは周知、住民の皆さんが協力する形で周知するようなシステムが何かつくれないかというご提案があったり、また吉野さんからのお話は僕にとっては目から

うるこだったのですけれども、互助のあたりをしっかりと私たちが取り組むことがキーではないかというふうにも感じられたわけですが、これについて何かご意見があればいただきたいと思うのですが、いかがでしょうか。

吉野さん、何か追加でございせんか。ちょっと時間がなかったのです。  
(吉野) 専門官としてではないのですが、私は千葉県の旭市にいたときに障害の相談をずっとやっていたのですけれども、やはり何か公助の中でずっとやっていたなど、要するに一般住民の方に障害者の方の理解というのはなかなか進まないのです。だから結局町なかに出たときに、何か偏見的な目で見られたり、結局そこが解消されていかないと、パブリックな中で全部やっていく、その方の人生を支援するという事はなかなかできないことではないかと思っています。

私は相談支援でありながら、スウェーデン家具のイケアというのがあるじゃないですか。あそこでいっぱい法人のお金を使ってお洒落な家具を買ってきて、コミュニティカフェをつくったのです。基幹相談に併設させて。そこは開放型にして、障害者の方だけではなくて認知症の方も、近くに小学校があるので放課後子供たちがお母さんが帰ってくるまで待っている場所になったりして、遊んでいるのです。そこに認知症の方が来るのですが、家にいると「おじいちゃん、ご飯食べたでしょう」とか言われる、典型的なおじいちゃんなのですが、そこに来ると、孫と遊んだ経験などもあるので、子供たちと普通に遊ぶのです。そうすると「おじいちゃん、おもしろいね」と言われたり、その方は昔取った杵柄で竹とんぼをつくるのが上手なのです。こちらが道具だけ提供すると、割と器用につくってしまったりするのです、別に頼んでいないのですが。そうすると、子供たちに人気が出るのです。「おじいちゃん、僕にもつくって」みたいな形で。

要するに、デイケアとか、公助とか共助の中というのは、割と支援される側とする側がはっきりしてしまうのです。けれども自助とか互助の中は、いわゆる日常生活の中なので、普通に役割ができたりするのです。そのおじいちゃんは認知症もあるし、その子供たちを支援している気は

さらさらないので、喜ばれているのです。

その場で喜ばれて、子供たちが笑って、「おじいちゃん、すごいじゃん」とか言われると、普通に笑っているのです。それは多分デイサービス等に行って、何かプログラムをやって、職員の人に「すごいね」と褒められて、そこでは喜ぶのですけれども、そのことと、日常生活で自然発生的に起きている自助や互助の中でできているものは多分違うのだろということを目の当たりにしたのです。

そこは多分今後政策的に、共助や公助はしっかりと基盤整備をしなければいけないけれども、そこがどう自助や互助、日常生活の中で展開している生活の中にどう融合していくのかということは、我々も視点を持っていかなければいけないし、提供する事業者の皆さんにもぜひ持っていただきたいと思っています。

それができると、ではその中で足りないものは何かとか、もっと政策的にはここにお金をつけたほうがよいのではないかという話が、もう少し具体的に出てくるのではないかと思います。

先ほど佐久間さんのお話を聞いていて、本当にそれが全部だなと思いつつながら、もうちょっとお話を聞きたいなと思っています。多分地域包括ケアシステムというのはそういう視点を持っていかないと、介護保険をどうしようとか、障害福祉サービスをどうしようとかという話に終始してしまうと、多分障害者の方たちの自分らしい生活というのはなかなか実現できないのではないかと思います。

(吉永座長) ありがとうございます。

時間がなくなってまいりましたが、最後に佐久間さんにご発言いただきたいのですが、地域包括ケアシステムに向けてという話で、今日はいろいろな方のお話を伺って、佐久間さんご自身も当事者とはいえ社会福祉の勉強をされて、今は頸髄損傷者の社会参加についての研究をされているということですが、そういうお立場が仲間のような感じもいたしませんけれども、今日の皆さんの話を聞いて、最後に感想をいただければと思います。いかがでしょうか。

(佐久間) そうですね、支援者の方たちに支援してもらうことも大切

だと思うのですが、障害者の方自身が自分から外に出て、自分の障害はこういう障害だけれども、こういうサポートをしてもらえれば一緒にここへ遊びに行くことができるとか、働けるという、自分から発信していくことが大事だと思っていて、私は大学に入ったときに、周りが皆 18 歳の学生たちだったのですけれども、やはり私のことをきっと何かしらサポートしたいけれども、どうやったらいいかわからないという状況で、そのときに自分が「こういうことをやってほしい」と素直に言ったりできたら、もっと周りも助けてくれるし、自分も「ひどい人ばかりではないのだな」ということを学んで、だんだんお互いに近寄れるかなと思っています。

ただ、自分から知らない人たちをお願いするのは勇気が要るし、断られて傷つくときもあるので、それを促す何か、そこを支援者の方たちと一緒にできたらいいのかなと思ったりしました。ありがとうございます。  
(吉永座長) どうもありがとうございます。

今日フロアには全国の事業所の方にはたくさんお集まりいただきましたけれども、今日のお話を幾つか、あるいはたくさん持ち帰って参考になることがあったのではないかと思います。

座長の不手際でちょっと進行に問題があったかもしれませんが、またフロアからもご質問をいただきましたかったのですが、かないませんでした。

この辺でこのシンポジウムを閉じさせていただきますが、最後にすばらしいお話を今日していただきましたシンポジストの方々に拍手をお願いいたします。

(事務局) ありがとうございます。

それでは、本日のシンポジウムはこれで終わらせていただきます。座長の吉永先生とシンポジストの皆様、本日はありがとうございました。座長の吉永先生と本日のシンポジストの皆様へ、今一度盛大な拍手をお願いいたします。ありがとうございました。

「身体障害者リハビリテーション研究集会 2018」事例発表

開催日：平成30年11月16日（金）

場 所：国立リハビリテーションセンター学院1階講堂

（工藤・国リハ） それでは皆さん、ポスターセッションを大変お疲れ様でした。全て聞きたいぐらい立派な発表が続いたところで、もったいなかったな、という感じがします。いよいよ本研修最後のセッションに入りたいと思います。

これより事例発表のほうに移らせていただきます。本日は3題の発表を予定しております。質疑応答は時間が限られますので、各発表ごとにお受けしたいと思います。

最初は「社会生活力の向上に向けた支援について」と題して、奥野先生からご報告をいただきます。奥野先生は筑波大学大学院教授や、日本リハビリテーション連携科学学会理事長などを歴任され、現在も講演等で大変お忙しくしていらっしゃいます。

それでは奥野先生、よろしく願いいたします。

「社会生活力の向上に向けた支援について」奥野英子氏

（奥野） 皆さん、おはようございます。それでは、ただいまから私からの話をさせていただきます。

今回、いただきましたテーマは「社会生活力の向上に向けた支援について」ということです。まず最初に、この「社会生活力プログラム」というものができているんですが、そのプログラムを実際に参加した方、3名の方が参加した感想がDVDの最初のところに入っていますので、それが7分なんですけど、見ていただきたいと思います。

最初の方は知的障害の特別支援学校を出て、その後、仕事をしていて、仕事をしている仲間が集まって定期的にこのプログラムをやっている、それに参加している方。

2番目の方は、神奈川のリハビリテーションセンターを終了された方で、難病だと思えますが、四肢麻痺の方ですが、女性の方が参加してい

るといことが実際の生活に役立っているかというお話です。

3つ目の事例の方は、横浜のリハセンターでこのプログラムを受けた方で、脳性麻痺の方ですが、養護学校を出た後に参加した時の感想を述べております。

まず、それではそこを映してください。お願いします。

(DVD上映)

ありがとうございました。この3人の方はそれぞれのセンターで行っていた社会生活力プログラムに参加した方たちですが、この社会リハビリテーションのプログラムというのはこの社会生活力だけではありませんので、一つの例として見ていただきました。

それでは、私は今日11:30までお時間をいただけるということですので、レジユメを使ってお話を進めさせていただきます。皆様のほうにはA4の4ページのレジユメがあるといいなと思っています。さらに、参考資料として社会生活力プログラムの中で、一番最後につくりましたプログラムの目次と言うか、構成の資料も手に入っているといいなと思います。それで、このレジユメに沿ってパワーポイントを使いながら簡単に進めていきたいと思いますが、もう皆さんがやっていらっしゃることもたくさん入っていると思いますので、早足で進んでいきたいと思ひます。

まず「リハビリテーションの主要分野」というのは皆さんはご存知のように、医学的リハ、教育リハ、職業リハ、社会リハ、そしてリハビリテーション工学があるわけですが、それぞれの分野にはそれぞれのさまざまな専門職がいて、そしてこの5つの領域というように国際的には言われてまいりましたが、これらの領域の分野の連携がなければ障害を持った当事者にはいいサービスが提供できない。また、分野の中にあるいろいろな専門職からの連携も必要であり、さらに非常に重要なのは専門職と障害当事者との対等な関係における連携、パートナーシップということが非常に重要というように位置づけられております。ただ、最近では自分以外の他分野のことを知らないという方が意外と多くて、本当に「総合リハ」という視点からは残念な状況になっているなど私は思っ

います。

このようなリハビリテーションの分野があるわけですが、またリハビリテーションについてもこれまでさまざまな定義が国際的にも有名な定義、また国内の有名なドクターの方の定義等がありますが、私は1982年に国連が「障害者世界行動計画」の中に出した定義が一番適切だと思っているんですが、この定義においてリハビリテーションの主体は本人自身であると。本人自身の人生を築くために利用するのがリハビリテーションであって、時間を限定して行うものであるとされております。

それまではリハビリテーションというのはいろいろなものが含まれていたんですが、この定義の時に「リハビリテーション」という言葉と、その前の「障害の予防」、そしてさらに「機会均等化」という3つの概念が分けられたということが、リハビリテーションをかなり狭い定義にしたということになります。

まず、「障害」が未然に防げるものであれば予防しましょう。そして障害が起きてしまったら、適切なリハビリテーションサービスをすぐに適切な量で提供しましょう。そして社会の側の受け入れ態勢をつくることは、機会均等化であるというように捉えられました。

このようにリハビリテーションの定義がかなり、その前の大きな定義からつつましい狭い定義に変わったのは何かと言いますと、これは1960年代、1970年代にアメリカで障害当事者によるIL運動によってリハビリテーションが否定されたということからあります。俺たちはもうリハビリテーションなんか要らない、自分たちのことは自分たちでやるから、そのほかは手を引いてくれ、と言ったその運動に対して、それではリハビリテーションの見直しをしなければいけないということで見直されたものが1982年の定義ということになります。

このような経過を受けた中で、社会リハビリテーションというのがどのようになってきたかということですが、これはちょっと社会リハビリテーションの発展過程として3枚のスライドにまとめてありますが、まず最初にアメリカでは職業リハビリテーションからスタートして、稼げる人になってほしい、戦争で障害を持ってきた方を国が一生その方たち

と家族を補償することは莫大なお金がかかるから、やはり職業について自分で稼げるようになってほしいということがリハビリテーションのスタートでしたので、アメリカでは職業リハビリテーションからスタートしているわけです。それで、それを実現するためには医学リハが必要ということで、医学リハも発展してきているわけですが。

そのような中で社会リハはどうだったかと言うと、1969年～72年にかけて社会リハビリテーションの内容は何をするのかということを検討しなさいということ、リハビリテーション・インターナショナルという国際的なリハビリテーションの機関において社会委員会が課題として出されたわけです。その結果、1972年に「社会リハビリテーションの将来のための指針」というガイドラインを出したわけですが、そこで何をまとめたかと言うと、社会リハビリテーションとは障害者を取り巻く環境を整備することであると。周りを変えていくことが社会リハであるという定義になっていたんですね。

しかし、実際にはその後、リハビリテーションの否定運動があり、そして1982年の国連による新たなリハビリテーションの定義が出されて、環境を変えることはリハビリテーションではない。それは機会均等化であるというように位置づけられてしまいましたので、社会リハビリテーションの見直しをしなければいけないということで、1986年まで4年間かけて社会リハビリテーションの定義の見直しをしました。これは北欧諸国を中心に行ったんですが、そこで新たな社会リハビリテーションの定義が出されました。

これが1986年のリハビリテーション・インターナショナル総会で採択されたものですが、これは英語だったものを日本語に訳しますと、「社会リハビリテーションとは社会生活力を身に着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意味する」というように定義されました。これは英語を私が最初から日本語にこのように訳しているんですが、わかりにくいかもしれませんが、まずキーワードは英語の「Social Functioning Ability」ということな

んですが、これをそのとおりに訳すると社会的機能能力となってしまうので、それでは意味がわかりにくいということで、私はわかりやすくということで、最初から「社会生活力」というように訳しています。

そうすると、社会リハビリテーションのキーワードは「社会生活力」であるということで、社会生活力というのは社会参加を実現する権利を皆は持っているんだ、それを行使する力、それが社会生活力なのである、というように定義されたわけでありませう。

このような今の定義ではわかりにくいので、私なりにもっとわかりやすく、かみ砕いて言いますとこのようになります。まず、自分の障害を正しく理解する、そこがスタートであって、そして自分の持っている障害をリハビリテーションサービスを活用することによってできることをふやしていく。例えば、歩けない方は歩けるようになるとか、手が使えない方は手が使えるようになるということもそうですし、もっと広い意味のこともあるわけですが。

次に、そのリハビリテーションサービスによっても障害が全てなくなるわけではない。その残された障害については、その障害を持ちながらその後の人生を生きていく時には、さまざまなサービスを権利として活用していく。これも社会生活力であるということに捉えています。さらに、必要なサービスが十分に足りているかと言うと、決して足りているわけではないので、足りないサービスの整備を要求したり、またそれをカバーするために身近なところで、職場でも地域社会でもボランティアをお願いする。例えば出先に行って階段があって登れない時には、「すみません、階段を上りたいのでお手伝いをしてくれますか」というような言い方をすることもここに該当すると思います。

次に地域社会とか職場の人とのよい人間関係をつくるということも非常に重要だと思います。地域や職場ではいい人間関係をつくれずに孤立していったら、誰も助けてくれるような雰囲気がないということでは大変なことになりますので、やはりいい人間関係をつくれることも社会生活力だと思っています。そして、本人が障害を持ちながら主体的・自立的に充実した生活ができる。これも社会生活力だと思っています。

そしてもう一つ、私は途中から足したんですが、「障害について市民の理解を高める」という項目を、8番目の項目を足しました。これはなぜかと言いますと、私はいろいろな障害の方と接する機会が多いんですが、例えば難聴の方は途中から聞こえなくなった方などに会いますと、「奥野先生、私たちのニーズなんて誰もわかってくれません、何もやってくれないんですよ」と。「病院に行って、受付で出して待っていても、自分は聞こえないのに、名前を呼ばれてもわからないのに、皆がいなくなった後に、私は何々ですが、私の順番はまだでしょうかと言うと、受付の人が、もう呼びましたよ、もう終わりましたよ。もう皆終わって、お医者さんも引き上げてしまいましたよと言われるんです」と言われるんですが。

やはり病院でその時に、「私は難聴だから聞こえないから、ここに座って待っているから、自分の順番が来たら声をかけてください」とか。やはり自分は聞こえないから、こういうことをしてほしいとか、そういうことを自分で言わない限り、周りの方はあなたの障害のことはわからないのですよということで、やはり周りの方は、市民の障害者に対する理解を高めることもあなたたちの責任になるんですよ。それをやはり専門職は助ける援助をもちろんするわけですが、やはり「自分たちは黙っていれば周りがやってくれる」という姿勢であったら、それは社会生活力がついていとは言えませんが、私はこのようなことも大事だということにつけ加えています。

次に社会リハビリテーションの実施主体は何かということですが、これはやはり社会リハビリテーションの一番重要な人は、本人と、その本人を支えている家族、そしてその周りに社会リハの専門職としては、やはり社会福祉士、精神保健福祉士などのソーシャルワーカー、そして国リハでは生活訓練の指導員が、かつて私が働いていたころはいましたが、そういう方とか、心理の方、カウンセラーの方たちが専門職ということになります。

その周りには介護をしてくれる方についても、やはり本人の能力を高めるような介護の仕方も重要だと思いますので、介護の福祉の方もやは

り本人に自分で考えて、本人が決めて、きょうの夜は何を食べたいのか、何をつくってほしいのか、そのためには何の材料をどれくらい買ってきたいのかとか、そういうことも本人に全部考えてもらって、その指示を受けて買物に行くとか、そういうことも社会生活力を高めていくことになりますし、行政の方も支援者であるし、交通機関の事業者も、マスコミの関係者も、障害のある方をどのように扱っていくかということが非常に大きな影響を及ぼしますので、そういうこと全てが社会リハビリテーションの協力者であるというように位置づけております。

次に具体的には社会リハビリテーションの支援方法ということになりますが、社会リハビリテーションは本人、または家族を非常に重要視しているわけですが、専門職としては社会福祉士や心理の専門職が、また介護の方たちが専門職として一番重要な立場にいるわけですが、その方たちが習ったケースワークとかグループワーク、コミュニティワークとか、カウンセリング、それから権利を擁護するためのアドボカシーであるとか、足りないサービスをつくっていく、要求していくソーシャル・アクションであるとか。また、障害のある方をトータルで支援していくケアマネジメントなどが支援方法になるかと思えます。このケアマネジメントは現在、昨日の発表にもありましたように、相談支援事業者のほうで現在は行っているということになります。

次に社会リハビリテーションのプログラムというのはどういうところでやるかと言うと、私は障害のある方のところ、支援学校の高等部あたりでやるべきだと思っています。また、昔の更生施設、それから現在の自立訓練事業所でそれをやっていただきたいんですが、私はこの所沢のリハセンターができた時の1979年からここでソーシャルワーカーを16年しておりますが、そこではこの中には病院もありますので、病院の中にさまざまな若い方たちが入院しておりましたが、脊損の方、頸損の方たちも入院しておりましたが、そういう方たちが病院の例えばロビーのようなところとか、食堂とか、そういうところを使ってやはり頸損を持ちながらこれから社会に出ていく時に、やはり頸椎損傷の障害とはどういうことなのか、またいろいろ生活上どういうことを身につけてお

かなければいけないか、社会に出てはどういうようなサービスが利用できるかとか、そういうことを病院にいる段階でもこのプログラムはできるというように思っていました。

また地域の中で実施する時には、障害者団体の集まりの中では実施できるし、かつては1995年の障害者プランの中で、市町村障害者生活支援事業等ができましたが、ああいうところを行う地域の中でもできるというように思っていました。そしてプログラムの立案とか実施のプロセスは、PT・OTの方たち、FTの方たちがリハのプログラムを行うのと全く同じであって、ニーズを把握して一人一人のアセスメントをして、そしてその一人一人の目標を設定して、本人はどういうプログラムをやったらいいかを決めて、その中で訓練・指導・援助・支援を実施していく。

そして社会リハビリテーション、また社会生活力プログラムでは「訓練」という言葉は使いたくないと思っています。本人の自主性、主体性を非常に重要視したいので、できれば「訓練」という言葉は使いたくないと思っています。

プログラムを実施した後に、どのように変わったか、どれだけ成果があったかというのを事後評価、アセスメントをしていくわけですが、実際にやってみますと、本人は最初は「俺はこういうこともできる、こんなことは知っているよ、奥野先生、俺をばかにしないでくれ」というような言い方をするんですが、実際にやってみた後に、自分がいかにできてなかったか、いかにわかっていなかったかということがわかって、そうすると事前に行ったアセスメントと事後のアセスメントでは落ちてしまうということが非常に多いんですね。でも、それは現実認識ができるようになったということで、このアセスメントは非常に重要だと思いますし、本人がアセスメントと同時にやはりプロとしての、専門家側からのアセスメントも重要です、家族のアセスメントも重要ななと思っています。

それで次にこの社会生活力プログラムの具体例、過去の例ですが、このリハビリテーションセンターに私がソーシャルワーカーとして働

いていた時には、視覚障害者の生活訓練プログラム、すばらしいプログラムが実施されてきました。このプログラムは「TDL」と略称で言いますが、「Techniques of Daily Living」というもので、アメリカで開発されたプログラムでしたが、視覚障害者の目の見えなくなった方の身の回りのこと、家庭生活、それから職業生活、社会生活の場面があって、それらの場面で必要とされるものを身につけていくというプログラムでした。

したがって、ここのセンターでは生活訓練プログラムを実施する専門職は、ソーシャルワーカーである上に、さらに生活訓練の勉強をした方たちが従事していらっしゃいました。

次の社会生活技術プログラムは、これは横浜リハセンターが使っていたプログラムだと思います。次の社会適応訓練プログラム、これは神奈川県リハセンターが使っていたプログラムだと思います。さらに、精神障害の方には「SST」というプログラムが行われていて、「生活技能訓練プログラム」と日本語では翻訳されておりました。

それで、このような過去のすばらしいプログラムを参考にして、社会生活力プログラム、それで「Social Functioning Ability」という英語のキーワードを省略して、私たちは「SFA」という言い方をしていますが、そのプログラムづくりを行ってまいりました。これはプログラムをつくるに当たって、かなり5年から10年かけていろいろと研究してまいりましたが、関東近県の更生施設での調査とか、重い障害を持っていても充実した生活をしている方への面接調査であるとか、それから私は海外でプログラムを行っているところに見に行くと、一番参考になりましたのはアメリカのシカゴにあった「Access Living」というILセンターが持っている膨大なプログラムでした。そのプログラムについて聞きに行きましたら、実際にはほとんどそれは使われていないと。研究者がつくったものであったけれど、使われていないということがわかりました。

それで一番現実に役に立ったのは、北欧のフィンランドにあります社会リハビリテーションセンターというところがあって、そこでやっ

るプログラムがすごく参考になって、それを元にしてプログラムづくりを行いました。それで、実際には最初に1999年には身体障害、そして2006年には知的障害、発達障害、高次脳機能障害の方に使いやすく、そして最後が2009年には精神障害のある方のプログラムをつくりました。それで、今回この資料の中にはSFAを、最後につくったプログラムの内容が、こちらに載っているようなものを資料として皆さんに見てもらえるようにしていただいたと思います。

それで実際にプログラムの表紙ですが、一つ目のもの、それから右が2つ目のもの、それから一つ目は身体と知的のものを全国でどのように行っているかというところで、行っている施設が、そのころは更生施設でしたが、どのようにやっているという実践報告をまとめたものがこの左側のものです。「実践から学ぶ社会生活力支援」。それで最後に作りましたのが、精神障害者のためのプログラムです。

それで実際にはこれらのプログラムができてから、神奈川リハ、横浜リハ、名古屋も、兵庫のリハセンターも、千葉リハもやってくさっていました。そして鳥取県には「厚生事業団」と言ったかしら、8つの障害者の施設が、肢体不自由児の施設と知的障害の施設がありますが、これらの施設の全てでこのプログラムに取り組んでくださって、毎年1回その施設で発表会というものがありませんでした。自分の施設ではこういうようにやったらこういう成果があったという発表会があって、私はそこに呼ばれていつも講評するという役割をしておりました。次に横浜国大でも知的障害の特別支援学校で取り入れて、横浜国大版というものをつくっていました。

次に鳥取なんです、鳥取は知的障害の特別支援学校が高等を終わった後に2年間の専攻科をつくり、それを「短期大学」という名称にして、知的障害者の短期大学のカリキュラムはこの社会生活力プログラムの2番目の知的障害者版であると。あれを全部2年間でやるということになるので、ビックリしたということがあります。

それで社会生活力プログラムの基本理念というのは、このように8つの理念を上げてありますが、まず能力を伸ばすこと、QOLの高い生活

をすること。そして生活者として見る、患者として見るのではなく、生活者として、また社会参加する人として見て、そして権利を持っている人として対象者を捉えるということで、人権モデルということで、本人が自分に自信を持ってできることをふやすエンパワメント。

そして、専門家と当事者とはパートナーシップと同等であって、決して上下関係ではない。そしてノーマライゼーションとか、インクルージョンを目指して行うわけで、社会参加していく。それで、できないことはサポートを権利として活用していくということを重要視しております。

それで具体的な実施方法等については、ちょっと省略したいと思いますが、具体的な実施方法としてはここに7つ上げていますが、グループ討議とかグループ学習、演習、体験学習、ロールプレイ、モデリング、アセスメント等があります。それでモデリングは、同じような障害を持った方がどのような生活をして、それを実現するためにはどうしたらいいかというようなことを、モデルとなるような方を訪ねて、そしてお話を伺うというようなことにもなっています。

それで、この社会生活力を支援する3つ目のプログラム、大体今までの3つのプログラムは一応、障害別を考えてつくってありますが、これは必ずしもこのとおりに実施してほしいというものでもなくて、一つのモデルとして示しておりますので、どのプログラムでやっても自分が対象としている方に合うものを使えばいいわけなんです、一応3つのプログラムで共通しておりますのは5部門で分けております。

まず生活の基盤をきちんとするというので、生活の基礎をつくる。それで今度は一人一人の障害が違いますので、自分の障害を元にして自分自身の生活を実現していく。次に3番目としては、自分の理解とコミュニケーション、この中に自分の障害の理解なども入ってくるわけですが、周りとのコミュニケーション。

それで4番としては、地域生活を充実する。地域生活を行うためには、住まいの問題とか、いろいろなサービス、どういうものを活用したらいいのかということを読んで、それを実現するために動いていく。

そして5番目としては、自分の権利を生かすということですが、これは障害者権利条約が採択され、そしてまたこの社会生活力というのは自分の権利を実現する力なんだと言っているところからも非常に重要なんですが、障害のある方がやはり自分の権利は何なのか、そこをきちんと学んで、それで権利が迫害されたり、虐待を受けたりした時にはどうという行動をとったらいいのかとかそういうことを学べるので、このような形でどのプログラムも5部門から25のモジュールで構成されております。

それで、このように学習目標が、各モジュールに学習目標があって、学習課題もあるという形で構成されております。この辺は学習目標が一応、まずは自分の今の生活状況を確認するところから始まりますので、あなたは今、何時に寝て、何時に起きているとか、それからどういう食べ物を食べているとか、誰でもが答えられるものからスタートして、それで今の課題として何か困っていることはあるのか。その困っていることを解決するにはどうしたらいいかというようなことをグループで学習して、次に来る時までにはそれを改善できるかどうかをやってみると、そのような形をして。そして、学習目標3は一人一人の個別の、ちょっとより難しい課題を設定して、それをやれるか、やってみるとか、そういう進め方になっております。

このような社会リハビリテーションというのは、障害者総合支援法の中では皆さんご存じのように、自立支援給付の中の自立訓練の中で行っていくということですが、最近のこの4月の改正で機能訓練と生活訓練が障害の種別が取り払われたということで、すごくよかったなと思っております。最初にその機能訓練はこの障害、生活訓練はこの障害というのが出てきた時に、私はびっくりしました。それぞれの障害の方、身体障害の方は機能訓練も必要でしょうし、生活訓練も必要なのに、何でそんな形で分けられるんだろうかというように非常に疑問に思っていましたので、それが解決されてよかったなと思っております。

また、市町村が行う地域生活支援事業の中に相談支援事業があって、かつてはその中に「社会生活力を高める支援」という項目がありました

が、これは障害者プランの中で打ち出しました市町村障害者生活支援事業の中の中身なんです、そのころ私は厚生省に専門官でおりましたので、この市町村障害者生活支援事業をつくり、また障害者のケアマネジメントの骨格、枠組みをつくる仕事をしておりましたので、こういう中で社会生活力を高める支援を相談支援事業の中でやっていただけるとすばらしいなと思っておりました。

それでは次に参考資料になりますが、次にこのまとめとしてDVDである部分が2分間ですので、それを見ていただいてから皆さんの質問を受けるような形にしたいと思います。お願いします。

(DVD上映)

はい、ありがとうございます。それでは私の話を聞いていただいて、ありがとうございます。皆様のほうからご質問をお受けしたいと思うんですが、ちょっと補足的にお話をさせていただきたいのは、この社会生活力プログラムは一つの例としてつくっているものである、必ずしもこのとおりにやる必要はないわけで、それぞれ今回のポスター発表の中にも皆様が工夫してやっぴらっしゃるいいプログラムもあると思いますので。こういうものをヒントにして、自分の事業所では対象者がどういう形で、その方たちのできることを増やして、前向きな楽しい人生を歩んでいけるためにはどのようなプログラムが必要かということを考えてつくっていくことが大事かと思ひます。

その時に参加者の方で能力の高い方もいらっしやると思ひますので、どういうことができるようになりたいか、どうしたらいいと思ひるか、一緒に考えていくということがすごく重要だと思ひます。また、このプログラムを取り入れてやる場合にも、では今日はこれをやりましようではなくて、グループ化した時にこのプログラムには「25 のモジュール」という言い方をしておりますが、これはPT・OTとか職業訓練の中の訓練プログラムが「モジュール」という言葉が出てきたので、それに倣って「モジュール」という言葉にしたわけですが。どういうものをやりたいか、本人たちに話し合ひをさせて、決めさせて、ではこれをやろう、そして実際にやる前と後ではどういう状況か。そしてやった後はどうだ

ったかという形の評価をして、それを終わった場合の成果はどうだったのか、ここがまだやり残していた、ではここの分をやろうとか、次はどういうものに取り組もうとか、そういうことができると思います。

それで、例えば兵庫のリハセンターは150人が自立訓練センターにいたところには、全ての人がこのプログラムをやっていました。10人ぐらいのグループに分かれて、15班あって、それで何をやりたいのか、外出をやりたいのか、それとも障害福祉サービスを勉強したいのか、いろいろやりたいものでテーマごとに分かれて、その10人の中でリーダーを決めて、副リーダーを決めて、それから筆記担当を決めて、そして進めて3カ月ごとに成果発表会が大食堂で行われておりました。その成果発表会に私は行かせていただきましたが、職員がPT・OT・STとかいろいろな職員が15グループに2人ぐらいずつつくんですが、職員はあくまでも外から見ているだけということで、何か聞かれたら答えるというそういう形で兵庫のリハセンターでは進めておりました。

それでは補足説明は終わりました、皆様のほうから何かご質問がありましたらお受けしたいと思いますが、いかがでしょうか。

(質疑応答)

(工藤・国リハ) せっかくの機会ですから、どなたかご質問のある方、挙手をお願いします。

(山口) 山口と申します。貴重なお話をありがとうございました。すばらしいプログラムを奥野先生はつくっていらっしゃって、今は時代が本当に変化しております、例えばスマホ文化だったり、AIとかそういう、昔とはまた違った文化が日本で、特に若い世代に生まれてきている中で、そこら辺の今のプログラムとの融合というのはどういうように考えていらっしゃるのかお伺いしたいんです。

今の時代に即したものを、若者の感覚というのは明らかに違うと思うんです。障害を持っている方も。そこら辺の融合はどのように考えているのか。次の時代に向けてどういうように自立というものを考えていくのか、社会生活というのはどう捉えたらいいのかお伺いしたいんです。

(奥野) 若い方で、私なんかはもう73ですから、世代が違うから、

ちょっと捉え方が違うのかもしれませんが、「これからの世代」というような言い方をなされましたが、実際に重い障害を持った方が社会の中で充実した生活をするためには、課題が山ほどありますよね。そして今の時代、私なんかที่ใช้こなせないスマホとかいろいろなものがあると思いますが、そういうものも活用して自分の社会生活力を高めていけるという感覚が若い方にあるとしたら、私では太刀打ちはできませんが、そこで出会う専門職の方たちと、こういうものを生かすためにはどうしたらいいだろうね、ということと専門職の方と障害を持った当事者とが話し合いの中で、どういうことをやっていこうか、プログラムをどうしようかということと進めていく中で、新しい時代のニーズに対応していくことができるのではないのでしょうか。

どうでしょうか。よろしいですか。回答になっていないかもしれませんが、すみません。ありがとうございました。そのほかいかがでしょうか。

(工藤・国リハ) はい、小島さん、どうぞ。今、マイクをお持ちします。

(小島) 今日は貴重な話をどうもありがとうございました。一つ教えていただきたいんですが、昨日の佐久間さんの話で非常に思ったんですが、社会生活力プログラムとかこういうものを身につけるためには、例えば我々の施設を出て社会に帰った時に、その時にもいろいろな課題が出てきて、やっぱりそういうことが求められるというように、話を聞いて実感したわけですが。そういう意味で、相談支援事業者の中でもそういうものを取り入れていくというような流れも、先生の話からそういう意味で必要だなということがすごくわかったんですが。

でも、現実としては相談支援事業所の中でなかなかそういうことは取り組まれていないような気がして、またそういうことの必要性とかそういうところがまだ共有できていないような感じもしているんですが、何かそういう施設の側からすると、施設を出た後のそういう要請に対して応えているような素晴らしい実践とか、何かそうじゃなくても、もっとこういうように具体的にしたほうがいいよみたいなことがあれば教え

ていただきたいと思います。

(奥野) 昨日の佐久間さんのお話の中で、ご自分が生活している中でいろいろな課題があって、これを解決するところがというお話があって、それとの兼ね合いだと思いますが。

私は昔の事業で相談支援事業のことを言いましたが、一番今この社会リハビリテーションを行うところは相談支援事業ではなくて、皆さんが取り組んでいらっしゃる自立訓練ですよ。そこの中で取り組んでいただくのがメインですよ。ですから、相談支援事業でやっていただくと言うよりは、自立訓練事業に取り組んでいるところがまさにそれを引き受けなければいけないものですよ。それで、社会に出て通所してきた中で、そういう課題を自立訓練事業の中でできないでしょうか。

(小島) 当然、我々のところでもやるんですが、有期限ですので、いろいろやってもその後にもまたいろいろな課題が出てきて、年齢もまた重なっていくと、さらにいろいろな課題が出てくるというようになると、我々のところだけで終わりではないような気がするんですね。その後もやっぱり必要性があるというのを、佐久間さんの話を聞いて非常に感じたものですから、そこをどうしていくかというのが課題かなというのを感じました。

(奥野) わかりました。期限の制限のある自立訓練事業が終わった後のということですね。そうすると、そうするとまた再度、自立訓練事業に来て利用できるのかどうかというのは制度では難しければ、やっぱり相談支援事業の中でそういうところを受け入れられる、または佐久間さんは心理的サポートをしてほしいとか、いろいろニーズがありましたよね。そのあたりも含めてやっていけるようにすることが今後は重要なのかなと思うんですが。

それとの兼ね合いで、一つだけ補足的に説明させていただきますと、フィンランドの社会適応訓練センターとか、社会リハビリテーションセンターと英語に訳されたところで、実際に見た事業ですばらしいなと思いましたのは、地域社会の中で生活している四肢麻痺の方とか、両手切断の方とか、脳性麻痺の方とか、重い方たちが実際にアパート生活でひ

とり暮らしを始めたら、パンにバターが塗れないとか、コーヒーを入れられないとか、いろいろな課題が出てきたと。その課題をもって社会リハビリテーションセンターに来るんですね。それで2～3日宿泊して、そこに課題をOTの方とリハビリテーションの工学の専門家の方と2人の前でそれを出して、これを解決するものをつくってほしいと言って、そこで自宅で、両手切断でもバターが塗れる自助具とか、いろいろなものをつくってもらって帰るといふのをやっていたんですね。

私は日本でも実際に在宅で生活する中で、いろいろ困ることがいっぱい出てくると思っていますので、それらを解決するような、来たら解決できるような、そういうことが自立訓練事業の中でもできるようになるとすばらしいなと思っていたことを、ちょっと思いついたんですが。大して回答になっていないかもしれませんが、以上です。

(小島) ありがとうございます。ということになりますと、やっぱり我々のところを出た後に、主に社会生活プログラムを担っていくのは相談支援事業所ということでしょうか。

となると、やっぱり社会リハビリテーションというのは多分、相談支援事業所の中であまり浸透はしていないと。そういうことからすると、我々の役割としての連携というのは、支援の連携もそうなんですが、そういうことをつないでいって、できれば一緒にやれるような、基盤をつくっていって引き継ぐみたいなこともやっぱり大事になるということでしょうか。

(奥野) 現在の現場に私はいないので、ちょっとピント外れかもしれませんが、自立訓練事業と相談支援事業も両方ともやっている事業所であれば、そういうことは可能でしょうかね。本来は自立訓練事業は期限が限られていると言っても、1年半とか、2年になった時に、そういう中で本当に効果的なサービスが行われているのかどうかということが基本だと思うんですね。そこで地域生活をしていて課題だったものを解決して、地域に帰って働いたり、いろいろな生活をしているとしても、またいろいろ問題が出てきた時にはそこで自立訓練事業の相談支援事業をやっているところに来て相談に乗ってもらってということで解決

できる部分もあるのではないのでしょうか。

(小島) ありがとうございました。

(奥野) すみません、長くなってしまいました。以上です。

(工藤・国リハ) ほかによろしいのでしょうか。はい、ありがとうございました。奥野先生に今一度大きな拍手をお願いします。ありがとうございました。

## 「身体障害者リハビリテーション研究集会 2018」事例発表

(工藤・国リハ) 続きまして、次の2つ目の事例になります。

続きましては「機能訓練の効果と今後の展望」と題しまして、更生施設長協議会の関東ブロックエビデンス検討会におきます研究発表を行います。

発表いただくのは、代表としまして千葉リハビリテーションセンター更生園の寺内科長からお願いしておりますので、ご報告させていただきたいと思います。寺内科長、よろしく願いいたします。

### 「機能訓練の効果と今後の展望」寺内 勲科長（千葉リハ）

(寺内) 皆さん、こんにちは。今回、関東ブロック、エビデンス検討会を代表して報告させていただくことになりました、ただいま紹介がありました千葉リハビリテーションセンター更生園の寺内と申します。よろしく願いいたします。

このセッションでは「自立訓練の充実に向けた事例」というのがテーマですが、事例の中身と言うよりは、皆さんの事例に伴う支援効果とか、支援成果についてどのようにあわせるかというところで調査研究を行いましたので、報告させていただきたいと思います。

初めに「エビデンス検討会とは」というところですが、こちらは平成25年の身体障害者リハビリテーション研究集会が6年前になると思いますが、そこで更生施設長会から毎年出されるさまざまな国に対しての要望、例えば制度についてだったり、報酬についてだったり、そういうような毎年出されるさまざまな要望についてその根拠、エビデンスとなるようなものを示すように国のほうから指摘がありました。これに対して関東ブロックでは有志施設が集まり、エビデンスについて検討する場として立ち上げたのが「エビデンス検討会」となります。

それでエビデンス検討会でまず話し合われたのは、どのような要望についてエビデンスを示せばいいのかということでしたが、要望の優先順位というのは各施設の状況とかそれによってさまざまですから、どのよ

うなエビデンスが求められているかではなくて、機能訓練事業として示せるエビデンスは何かというところを検討し、支援結果、対象者のデータ、そちらのほうを集めようということになりました。

その集めたデータの内容がこのスライドにある7項目になります。エビデンス検討会では、平成26年に立ち上げましたので、平成26年から29年までの過去4年間のデータを収集した結果、全国的な調査も必要ではないかという判断もありまして、今年の4月から6月にかけて全国の更生施設長会の皆さんにご協力をお願いした結果、全国の28の施設、平成29年度の退所者633名のデータが集まりましたので、そちらを報告させていただきたいと思います。

ここからは収集したデータをグラフ化したものを少し紹介させていただきますが、その後で分析したものを詳しく紹介したいと思いますので、まずグラフのほうは簡単に紹介させていただきます。また、このデータというのは事前資料に掲載させていただいておりますので、そちらのほうでご覧になりたい方はゆっくりご覧いただければと思います。

まず633名の平均年齢と平均利用期間はこのような形になっております。続いて手帳の所持状況ですが、身体障害者手帳1、2級の方の割合は約82%ほどでした。続いて、障害別人数ですが、肢体不自由の方が約79%、視覚の方が18%となっております。続いて原因疾患のほうですが、CVAの方が約半数、5割です。頸椎脊椎損傷の方が15%、その他の原因疾患が24%となっております。

続いて指標です。今回、機能訓練の効果というのをしっかり示すということ、エビデンスとすることですので、支援効果を示す指標と支援成果を示す指標として、この7つを上げさせていただいております。まずは要介護区分です。入退所時の比較のほうをさせていただいております。続いて障害支援区分ですが、この要介護度と障害支援区分については、この後の分析のほうで少し詳しくお話をしますので、簡単に流させていただきます。続いて実用的移動能力分類です。

この実用的移動能力分類というのは、横浜市総合リハビリテーションセンターのほうが2009年の日本リハビリテーション医学会学術集会の

ほうで発表しました「脳卒中片麻痺者の歩行能力評価」、実用的歩行能力分類というものを社会リハビリテーションの支援内容に合わせて、「移動能力」というところがしっかりと拡大というのが図れるようなものとして、実用的移動能力分類として改定したものを使用させていただいております。この評価項目とか内容というのは、事前資料の中に添付させていただいておりますので、そちらのほうで後で確認いただければと思います。

続いて手段的日常生活活動尺度、「IADL尺度」というものと、あとはFIMのほうの比較です。AIDL尺度に関しても、評価の内容というのは事前資料の中に添付させていただいておりますので、そちらのほうをご覧くださいと思います。

続いて成果のほうです。成果の指標としては帰結というところが非常に大切になりますので、生活拠点、あとは日中活動というところで少し出させていただいております。まず、生活拠点なんですが、左側のスパイダーグラフを見ると、青いのが入所前、オレンジ色が退所時になりますが、やはり病院から直接帰れない方の受け入れというところが非常に多くて、地域移行していくための力をつけていく場として多く利用されているのかなということが見て取れました。

続いて日中活動のほうになります。入所前の生活拠点、先ほどあった「病院から」というのが非常に多かったんですが、そちらのほうから考えると「休職中」や「日中活動なし」という方が非常に多くて、約8割を占めておりました。退所時のほうを見てみると、その利用者に合わせてさまざまな日中活動に変化していることが見て取れます。

それで、こちらから今度から分析を少ししていきたいと思いますが、まずはちょっと公的な指標というところで見たいと思います。要介護度と障害支援区分、この2つというのは福祉サービスを利用するために行政のほうで評価する指標となります。ただ、これを見ても、まず要介護度のほうですが、退所時のデータを見てみると、要介護3、4、5というところがかなり減っていて、それを見ると障害も改善されているのかなと思うんですが、その反面、障害支援区分のほうで見ると

4、5、6のほうが入所時のほうがふえているというところで、逆に重度化しているのではないかとこのところ、ちょっとこれがなぜかというところで分析をしてみました。

分析するに当たって、この要介護度利用者174名を抽出して検証してみました。この174名の障害支援区分のほうを見てみますと、区分6のほうは減っていますが、比較線で見るとあまり平行線で、あまり入退所時の区分が変わっていない。逆にやはり若干、重度化しているかなという感じが見て取れます。

では、実際に本当に支援効果があらわれていないのかというところで、先ほど上げましたFIM、IADL尺度、実用的移動能力分類のほうで実際にこの174名を見てみたいと思います。まずは実用的移動能力分類ですが、これはクラス0のほうが移動範囲が狭い、クラス6に行くほうが移動範囲が広がっているという評価になります。入所前と退所時を比べると、やはり4、5、6という移動範囲がかなり広がっているというところで、効果があらわれているのではないかと、支援効果というのがちゃんと出ているのではないかなと思います。IADL尺度にしても、1.5ポイントほど上昇しています。FIMに関して見ても、総合的な評価のほうでは7.6ポイントほど上がっていると。今回上げた指標に関しては、支援の改善効果のほうがしっかり出ているのではないかと思います。

では成果のほうではどうかということで、まず生活拠点に関しては全体のグラフと大きく変わりはありません。日中活動を見てみます。ちょっと比較するために、青いところは「就労・就学系」、緑色のところを「その他の日中活動」、フォーマルなものです。福祉サービス、介護保険とか、生活介護とか、そのような福祉サービスのところ。それで黄色いところがどちらかと言うとインフォーマルな活動というところで分けさせていただいております。

それで、入所前はほとんど黄色いところが多かったんですが、退所時のほうでは青、緑というのがかなり多くなって、社会参加というところにつながっている方が多くなっていると。成果としても、支援成果とい

うのはあらわれているのではないかと思います。

そういうところで、障害支援区分はというところ、まず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のではないかなど。自立訓練というのは、訓練と給付のため区分なしでも利用可能となっています。その施設の状況とか、ご本人さんの状況によって、早く利用したいというところで区分判定を受けずに利用される方もいらっしゃるので、その関係で利用開始時に適切な区分判定を受けていない方もいらっしゃるのではないかなどと思います。

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と。退所後に安定した地域生活を図るためにこの福祉サービスを利用するということがありますので、そのために区分が必要となる場合があり、区分判定を受けるといふことがあるのではないかなど。ということがあるので、能力の向上に関係なくこの区分が重度化しているのではないかなどというところが見て取れます。そういうところで、機能訓練、自立訓練の訓練効果というのは、現在のこの障害支援区分ではなかなかあらわしていないのではないかなどということがわかりました。

では、行政の指標である要介護度と障害支援区分というのが、機能訓練、自立訓練の支援効果というのをちゃんと示していないのなら、どういう指標であればこの訓練効果、支援効果というのが示せるのかというところで、今回上げさせていただいた3つの指標を少し検証してみます。まずはIADL尺度です。なぜこの尺度を利用したかということについては、ちょっとスライドのほうに書いたんですが、地域移行や社会参加を進めていく上で、IADLの獲得というのがやはり課題になる場合が多くあります。また、移行の潜在的なニーズとして分析されることも多いことから、IADLに関する評価ができる指標としてこちらのほうを用いました。

それで、ちょっとそれぞれのものに分けて分析してみました。高次脳機能障害の有無、障害別、年齢別、利用期間別に少しグラフ化しております。それぞれポイントの高低はあるんですが、全て右上がりの結果になっていますので、このIADL尺度というところではある程度は訓練

効果というところ、支援効果というところが見えるのではないかと思います。

一番左の利用期間別で少し見てみたいんですが、やはり入所の I ADL のポイントの低い利用者の方というのは、どうしても支援期間が長くなる傾向が見られています。

では、この退所時の I ADL 尺度のポイントを比較してみて、どうだったのかというところを少しデータ分析をしましたので、こちらを見てみたいと思います。退所時の I ADL 尺度のポイントが、0 点～2 点の方、3 点～5 点の方、6 点～8 点の方の 3 つの群に分けて少し見てみたいと思います。最大が 8 点満点ですから、こんな感じで出しています。

先ほどもちょっとありましたが、やはり I ADL のポイントの低い方というのは、どうしても支援効果は、期間は支援日数が長くなるというデータが出ています。この青い線です。青い線が平均の支援日数になりますが、やはり I ADL がなかなか自立できない方というのは、支援期間がそれだけ長くなるのかなというところが見て取れます。

退所時の生活拠点というところを I ADL のポイントで少し比較してみました。やはり 0 点～2 点の 2 ポイントの方は、単身生活というところが非常に割合が少なくなっているのがわかります。逆に福祉施設へ移行される方というのは、かなり多くなっているところが見て取れます。

続いて日中活動です。日中活動は 0 点～2 点の方は、このその他の日中活動、生活介護、介護保険というところが非常に多くなって、6 点～8 点の方というのはその他の日中活動は少ないんですが、逆にインフォーマルな活動というところが増えているのがわかります。

I ADL 尺度の考察です。エビデンスの効果というのはある程度示せることがわかりました。ただ、この効果指標に関してですが、達成度による段階というのがちょっとなくて、細かなステップアップが図れないということや、障害によってはなかなか適用できない項目があったり、または利用の帰結によっては支援の優先度が低くなったりする項目がありますので、機能訓練、自立訓練の効果を示す指標としては、まだ課題が少しあるのかなというところが見て取れました。

続いてFIMについて少し分析したいと思います。FIMは回復期リハビリテーション病院においてのアウトカム評価として使用され、介護保険施設でも生活リハビリテーションの効果判定として使用されていることが多いと聞いております。回復期リハビリテーション病院からの紹介、直入というのが多いこともあって、FIMというのが使いやすいのかなというところで調査項目に加えております。

まずは、障害別、年齢別、利用期間別に少し見てみます。障害別で見ると、やはり肢体不自由の方というのはかなりこのFIMのポイントで上がっているのがわかるんですが、やはり視覚障害やその他の障害、その他は内部障害とか、言語障害、聴覚障害の方になりますが、その他の障害と視覚障害の方では、あまり入退所時のFIMのポイントは変わりませんでした。一番向こうの利用期間別で見ると、やはりIADL尺度と同様に、FIMの数値の低い利用者というのはやはり支援期間が長くなる傾向が見られております。

FIMの考察です。FIM利得、入退所時の比較ですが、こちらは7.6ポイントの改善が見られました。FIM効率、これは入所日数で割ったものですが、そちらのほうでは0.02ポイントとなっています。回復期リハビリテーション病院では全国平均では、FIM利得で約21ポイント、FIM効率で約0.24ポイントとなっていますので。ただ、これはやはり回復期病院とこの社会リハビリテーションを提供する自立訓練とでは役割がかなり違いがありますので、一概にこのポイントがこんなに差があるというわけではないではないんですが。ただ、やはり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、この効果を測定する必要というのがあるのかなというところで、課題として残っています。

また、障害によっては先ほど視覚、内部というところで、あまり有効的な数値としてあらわれない場合もありますので、そちらのほうも課題として、このFIM単体だけというのだとなかなか効果として出ないものもあるのかなと思っています。

続いて実用的移動能力分類です。先ほども言いましたように、クラス

を0～6の7段階に分類しております。0のほうが移動範囲が狭くて、6のほうが広がっています。

こちらのほうはざっと見ていきますが、まず最初に高次脳機能障害のある・なしで比較しました。オレンジ色のほうが退所時のクラスで、かなり上がっているのがわかります。障害別でもそれぞれの中で、クラス5～6の方がかなりふえているので、効果のほうが見られているのではないのでしょうか。

続いて年齢別で見ても、やはりクラス4、5、6というところがかなりふえているのがわかります。利用期間別で見ても、やはり効果のほうが見られているのかなと思います。

実用的移動能力分類の考察です。こちらの身体的な移動能力の向上だけではなくて、車いすや他の代償手段を用いた移動範囲の拡大というのが図れるようになりました。1方向、1側面ですが、この社会参加の指標として効果があるのではないかなというところで、効果測定ができたと思います。ただ、エビデンスデータとして信頼性を向上していくためにも、評価方法、評価の基準、こちらをしっかりと確立してデータの蓄積、あとは検証方法、もともと持っているこの更生施設長会の要望に対してどういうデータとして出すかというところの検討がまだまだ必要なのかなと思います。

続いて成果の分析です。生活拠点の変化について、障害別に見てみました。視覚の方は病院からというよりも、地域から地域という方が多く見て取れます。

年齢別で見ると、65歳以上の方がやはり単身の割合が多くなっているのかなと。ただ、分母のほうが変わりますので何とも言えないんですが、単身の方というところがふえているのかなと思います。

続いて利用期間別で見ると、グラフの形としてはあまり変わらないんですが、やはり利用期間が長くなればなるほど在宅の同居の割合が減っているのかなというところが見て取れます。

続いて効果指標と合わせた生活拠点、退所時の生活拠点。まず移動能力で見ると、在宅同居、在宅単身の方はそうでもないんですが、やはり

その他の地域、福祉施設とかと言う場合には、やはり少し移動範囲が狭くなっている方はそういうところに行かれる方が多いのかなと思います。IADL尺度で見ても、単身生活の方が一番数値が高くて、その他の地域、福祉施設とかそういう方は一番数値が低くなっています。

退所時のFIMで生活拠点を見てみても、やはりIADL尺度と同じように単身の方の数値が一番高く、その他の地域に移行した方が一番数値が低くなっております。

続いて日中活動のほうを生活拠点別で見えます。ちょっとこれなら見づらいので、円グラフにしています。同居、単身の方はやはり就労、就学系がかなり半数近くを占めます。その他の地域の方は、やはり介護保険施設、あとは生活介護の日中活動を使われる方が多いと。ただ、数値としてIADL、FIMの数値が一番高い単身の方が、やはり在宅、地域のインフォーマル活動に参加される方が多いのかなというところが出ています。

続いて高次脳機能障害の有無です。高次脳ありの方よりも、高次脳なしの方のほうが多いのかなというところが見て取れます。

続いて障害別です。もう明らかなんですけど、視覚の方のインフォーマルな活動が多くなっています。その他の日中活動というのは極端に少なく、やはりこちらは受入れのほうの問題で、福祉サービスの受け入れのほうの問題があるのかなと。地域のインフォーマルな活動が22%と非常に多いんですが、こちらのほうはサークル活動とか、ボランティアだとか、当事者会とか、そういうところにかかわっている方が多くて、やはり社会資源というところでは課題のほうがあるのかなと思います。

成果指標の考察です。移動範囲の拡大というのが、地域生活や社会参加の成果に大きくかかわっている反面、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つながるとは限らないのではないかなというところが見えます。社会生活力の向上により、みずから選ぶ社会参加の選択範囲が広がっています。その関係で福祉サービスによらない社会参加の方法というのが生じているのかなと思います。地域または障害に

よりフォーマルなサービスが不足している場合があります、インフォーマルな社会参加に頼ることもこれから出てくるのかなと思っています。

この「エビデンスの課題」というところです。まず、要介護度ですが、公的な指標ですが、これは要介護度の対象の方というところで、対象のほう限定されると思います。

続いて、障害支援区分ですが、こちらは公的な指標ですが、支援効果が反映されない場合があるのでは、というところで今回出ております。

実用的移動能力分類です。一つの側面からですが、支援効果のほう指標になるのではないかと思います。ただ、指標としては認知度が低く、実績が低いので、まだまだこちらも課題があるのかなと思います。

IADL尺度です。こちらのほうも一定の効果測定は可能かと思えます。しかしステップアップ状況や、対象者により効果があらわせないというところが見えます。

FIMです。一定の効果測定は可能かと思えます。また、同じように対象者によっては効果はあらわれていないかなと思います。

今回はこの指標には上げなかったんですが、2点ほどプラスしております。まず、内面的な成長に対する評価というところ、社会生活力、先ほど奥野先生からもありましたが、社会生活力の向上に対する指標というのがまだまだ我々の中で不足しているのかなと思います。

続いて、利用者のニーズの評価です。利用満足度とか、あとはニーズと支援成果のマッチングというところを測る指標、または方法というところがもっともっと示していかなければならないのかなと思います。

内面的な成長に対する評価というところで少し出させていただきます。機能訓練の役割というのは、身体・認知機能の向上支援だけでなく、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」とか、「将来の夢」など希望を取り戻して、自分の思いを表出する力や、社会資源を活用してみずから社会参加をしていくための知識など、内面的な力に対する支援というのがすごく重要だと思います。「内面的な力」というのはなかなか目に見えづらいこともありますので、評価の指標が主観的になりや

すいこともあって、エビデンスとして示していくのは非常に困難ですが、機能訓練事業本来の支援として効果を示していくことは必要なのかなと思います。

まとめです。エビデンスは機能訓練、自立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ための根拠となるものです。

自立訓練の役割を地域や行政に広く理解していただいて、必要なサービスを適切に提供していくための制度等を整備していくためにも必要なものです。

自立訓練、機能訓練支援の必要性を示していくために、一つの施設、一つの事例だけではなくて、多くのデータ、または統一した指標を用いてこの根拠として、エビデンスとして示していく必要があると思います。

今回の自立訓練の全国調査の結果で、機能訓練事業の支援効果というところについては、ある一定のところは効果とか成果というのは示すことはできたのかなと思います。この指標をどのように用いて各種の要望に当てはめてエビデンスとしていくのか、または評価基準をどのようにするのか、内面的な支援効果という指標等をどうするのかなど、課題が多く残されていますが、機能訓練の統一した指標というのはやはり必要となると思います。

そして、本人のニーズに対する結果の一致状況と、帰結の状況の確認、または利用者が社会参加したことでプラスとなる側面が見えてくると、より「機能訓練の必要性」というところが明確に示せると思いますので、今後の機能訓練事業の課題としてぜひ皆様にも検討していただきたいなと思います。

以上となりますが、協力いただいた20の施設の方、ご協力を本当にありがとうございました。関東ブロックエビデンス検討会の施設になります。今年3月で残念ながら閉鎖してしまった茨城リハさんが入っているんですが、この4年間ずっと関東ブロックのエビデンス検討会に協力していただいていたので、今回は名前を入れさせていただいております。茨城リハさんを合わせて29の施設のデータで今回はつくらせて

いただきました。

以上となります。ご清聴ありがとうございました。(拍手)

(工藤・国リハ) 寺内科長、大変ありがとうございました。非常に短い時間でしたが、貴重なデータのご紹介でした。せっかくの機会ですので、ご質問はございませんか。よろしいでしょうか。

では、また後ほど終わりましたら何かご質問がありましたらこちらのほうにお寄せください。

## 「身体障害者リハビリテーション研究集会 2018」事例発表

(工藤・国リハ) では続きまして、最後のセッションになります。短い時間ですが、国リハのほうの紹介を簡単にさせていただきます。

### 「国リハにおける新たな取組み」 工藤裕司氏

(工藤・国リハ) それでは簡単に国リハのほうの紹介をさせていただきます。

国リハにおける新たな取組みとしまして、何枚かスライドを用意してございますが、簡単に駆け足でご紹介させていただきたいと思います。

これは昨日の基調講演の中にもありましたが、自立援助と、それから病院等の連携によって、今は非常にリハ病院との関係性の上で利用者を増やしているところでございます。まだまだ定員充足という面では課題がありますが、非常に有効に機能しているということのご紹介になります。

それから、新しい事業の一つとして、視覚機能訓練、特に視覚障害のある方の訓練では高齢の視覚障害者、特に在宅で暮らしておられる高齢の視覚障害者に対する訪問訓練を現在は力を入れてやらせていただいております。結構、障害のある方自体の高齢化が進んでおりますので、視覚障害のある方では高齢の方のニーズというのがかなりあるというように思っております。訪問によって訓練をしていて、これもなかなか評判のいいサービスとなっております。

それから、これは発達障害者に対する職場定着支援の充実ということで、いろいろなところで指標はあるんですが、当センターで行っている発達障害者に対する職場定着支援は、ほかのところよりは比較的少し高い定着率を維持していますよという、ちょっと自慢の資料を一枚入れただけですから、さらっと流したいと思います。

それから、この資料も昨日の基調講演で出ていましたが、現在、試行的な事業としてモデル事業的にやらせていただいているものとして、就労移行支援のほうを利用される利用者ですが、これまでは宿舍の都合も

あるんですが、ある程度ADLが自立していないと、いわゆる自立型の宿舎、施設入所支援で運営する宿舎のほうにはなかなか移れないということで、頸椎損傷の方ですと24時間、看護・介護がついているところでの生活ができておりますが、そこを出た後に実際に当センターの自立型の宿舎のほうに移る時にはADLが自立していることが条件になっていました。しかし、なかなかADLが自立しない、あるいは自立する見込みがないという重度の頸椎損傷の方など、いつまで経っても就労移行支援サービスが受けられないということがあるのは、やっぱり時代の流れに即していないのではないかとということで、在宅就労を主たる目標としてADLの自立しない方に対する就労移行支援サービスのあり方を現在は検討しているところであります。

そのほかにも幾つか取り組みはございまして、一昨年に伊東の重度障害者センターを機能統合しまして、現在、頸椎損傷の方に対する機能訓練の充実を図っているところであります。

それから、これは今年度の取り組みですが、インシデント・アクシデントの原因分析ということで、これは国立の各施設と連携しまして一生懸命にきちんとインシデントとアクシデント、これを報告する。各々の施設で勝手に報告するというのではなくて、全施設共通様式をつくって、インシデントのレベル1とレベル2、アクシデントのレベル3とレベル4ということで、全体に軽微なインシデントから重篤な事故まで4ランクに分けて、それをデータ収集しながらその原因は何なのか、どういふ再発防止策が有効なのか、それを現在は試行的に取り組んで分析を進めているところです。

それから、3番目の支援困難な利用者に対する支援の充実ということで、昨年度からやっておりますが、病院なんかもでそうだと思いますが、なかなか支援がうまくいかない利用者さん、大変クレームが多いとか、なかなか職員と意思疎通がうまく図れない、あるいはなかなか識者生活が困難、さまざまな利用者とトラブルになってしまう、そういういろいろな問題を抱える利用者さんにどうやって対応するか。担当の職員が頑張るというだけではとてもまかない切れないような、そういう事

例がたまに発生します。

こうした時にはできるだけ早期にきちんと組織的に対応する。職員も守っていかなければならない。非常に重篤なケースを新人の職員に持たせて、鬱傾向が出てしまったり、メンタルに支障が出たりして、戦力として離れていってしまうのは大変残念なことということで、できるだけ早期に組織的な対応をする。そして、職員も利用者も守るという観点で取り組みを進めているところであります。

それから高次脳機能障害者に対する自立生活援助、これも昨日も専門官の話に出ておりましたが、国リハも実は細々ながら今年の9月から始めております。主として当センターを終了した高次脳機能障害者を対象に、必要があれば24時間の電話対応ができるような態勢を整えているところであります。

それから最後、安心・安全な食事提供サービスの充実ということで、やはりどこの施設でもそうだと思いますが、食事サービスは非常に重要です。特に頸椎損傷の方の体調維持、それから褥瘡予防、いろいろな意味で適切に栄養管理をしていくというのは大変難しいことなんです。割と無頓着な利用者さんも増えているように感じます。そういう意味で、ここのセンターにいる間にしっかりとした栄養指導、給食サービス等によってその辺の意識の改善も含めて有効にサービス提供ができればいいのかなというように考えております。

これは自立支援局と、自立支援局というのは施設側ですが、自立支援局とリハ病院、それから研究所等との連携の一覧になります。ここに書いてあるのは主な連携事業なんです。15本ほど現在は走っています。幾つかおもしろいものがあるんですが。

ちょっとここにあります。3Dプリンターを活用した自助具製作の有効性検証に関する研究協力とか、これは特に頸椎損傷の方のカフとか、1点もののオーダーメイドの自助具というのが結構あると思います。これが壊れるとなかなかもう一度同じものをつくるのが難しい。また、就労者がうちは全国から来ていますので、地方に戻ってそれぞれの地域での補装具製作所で同じようなものがつくれるかという、なかなか

かつかれないということもあり、一度つくったものを3Dプリンターでデータ化して、それで再現する。ただ、再現したものはやっぱり強度的な問題もあって、それほどまだ実用性には問題があるんですが、少なくともデータとして地域に引き継ぐこと、そういう取り組みもしているところでもあります。

そういうところで、ここにありますように幾つか目新しいものも取り組んでいますので、参考までにご紹介させていただきました。

以上、雑駁ですが、簡単にご紹介させていただきましたので、時間も押しておりますので、何か質問がありましたら私はずっとそこの司会席におりますので、後でご質問をいただければと思いますので、よろしくお願いたします。