

1000部作成

身体障害者リハビリテーション 研究集会'97

平成9年11月20日(木)~21日(金)
大阪国際交流センター



主催

全国身体障害者更生施設長会
全国身体障害者更生相談所長協議会
日本障害者リハビリテーション協会

後援

厚生省、社会福祉・医療事業団、大阪府、大阪市
近畿ブロック身体障害者施設長・更生相談所長協議会



ご挨拶

身体障害者リハビリテーション研究集会は、1990年に全国身体障害者更生施設長会の主催する研修事業として発足し、その後、1992年から全国身体障害者更生相談所長協議会、1994年から日本障害者リハビリテーション協会が加わり三者共催となって、今年8回目を迎えました。

この研究集会は、身体障害者更生施設及び身体障害者更生相談所に勤務する職員が利用者に対する支援や地域リハビリテーション等に関する諸問題について、業績発表等を通して研究討議や情報交換を深めることにより、身体障害者リハビリテーションの進展に寄与することを目的としています。

更に、識者の講演及びシンポジウムを盛り込むことにより研修内容に厚みを加え、職員の専門分野を超えた相互研鑽の場でもあります。

国際障害者年が福祉理念の転換をもたらし、障害者施策について多くの制度改正が行われてきましたが、ここ一、二年を振り返っても、障害者プランの策定に続き、厚生省における障害者行政組織の一元化が図られるなど、施策の総合化が一段と加速される状況にあります。現在、厚生省では、障害者プランで今後の検討課題とされた事項等について精力的な検討が進められております。

このような転換期にあって、地域における身体障害者リハビリテーションの推進にあたる技術的中枢としての身体障害者更生施設、身体障害者更生相談所がさまざまな面で意見交換、情報交換をとおして連携を深めることは極めて有意義なものと考えます。

厚生省、社会福祉・医療事業団の後援を得たこの研究集会は、今回、地元大阪府からも絶大なるご支援をいただきましたことを感謝するとともに、今後益々内容の充実を目指し、発展することを願いたします。

1997年11月

身体障害者リハビリテーション研究集会'97

実行委員代表 露口 長



身体障害者リハビリテーション研究集会'97の概要

1 目的

全国の身体障害者更生施設及び身体障害者更生相談所に勤務する職員が、地域リハビリテーション、利用者処遇等に関する諸問題について研究討議するとともに情報交換を行い、もって身体障害者のリハビリテーションに寄与することを目的とする。

2 主催

全国身体障害者更生施設長会
全国身体障害者更生相談所長協議会
日本障害者リハビリテーション協会

3 後援

厚生省
社会福祉・医療事業団
大阪府
大阪市
近畿ブロック身体障害者施設長・更生相談所長協議会

4 期日

平成9年11月20日(木)～21日(金)

5 会場

大阪国際交流センター 大ホール
大阪市天王寺区上本町8丁目2番6号
TEL.06-772-5931

6 事務局

大阪府立身体障害者福祉センター
身体障害者リハビリテーション研究集会'97事務局
〒590 大阪府堺市旭ヶ丘中町4丁3-1
TEL.0722-44-8000
FAX.0722-41-8721



プログラム

11月20日(木) [第1日]

- 9:30~10:00 受付
- 10:00~10:10 開会式
- 10:10~10:40 基調報告
国立身体障害者リハビリテーションセンター
指導部長 露口 長氏
- 10:40~12:10 特別講演
「アメリカ・カナダの身体障害者に対する
支援の動向と日本の課題」
桃山学院大学教授 北野 誠一氏
- 12:10~13:10 昼休み・昼食
- 13:10~14:40 研究発表Ⅰ
「利用者(入所者)のニーズに応えるために」
- 14:40~14:50 休憩
- 14:50~16:20 研究発表Ⅱ
「リハビリテーション推進の取り組み」
- 16:20~17:00 フォーカス
①「重度更生施設から地域自立生活への支援のとりくみ」
大阪市更生療育センター
生活指導主任 東堀 克己氏
②「福祉用具センターの必要性」
滋賀県立福祉用具センター
所長 小嶋 寿一氏
- 18:00~20:00 懇親会
会場 アウリーナ大阪

11月21日(金) [第2日]

9:30～10:30 講演

「障害者の施設制度・施設体系の在り方を求めて」

昭和女子大学教授 河野 康徳氏

10:30～12:10 シンポジウム

「21世紀のリハ施設の在り方を求めて」

—あなたが望む更生施設とは—

[コーディネーター]

大阪府立身体障害者福祉センター

所長 澤田 啓祐氏

[シンポジスト]

ポポロの会

代表 樋渡 和敬氏

滋賀県立むれやま荘

所長 本村 正一氏

兵庫県立身体障害者更生相談所

所長補佐 黒田 大治郎氏

12:10～13:10 昼休み・昼食

13:10～14:40 研究発表Ⅲ

「障害者の社会参加や自立への支援のために」

14:40～14:50 休憩

14:50～16:20 研究発表Ⅳ

「専門的技術的機能の発揮とは」

16:20～16:30 講評

16:30～16:40 閉会式



参加者へのお知らせ

1. 日 程

本研究集会はこの「発表論文集」に示されたスケジュールで進行します。

お間違えのないよう日程表を御覧下さい。

☆研究発表会場…国際交流センター大ホール(11月20日・21日)

大阪市天王寺区上本町8丁目2番6号

TEL.06-772-5931

☆懇親会場…ホテルアウリーナ大阪(11月20日)6:00PM

4階宴会場「金剛」です。

大阪市天王寺区石ヶ辻町19番12号

TEL.06-772-1441

2. 大会参加費

本研究集会の参加費、2日間を通じて次のとおりです。

会 員…6,000円

一日聴講会員…3,000円

学 生…1,500円

3. 受 付

9:30AMより会場前(大ホール)で行います。

4. 名 札

受付を済まされた方は、ネームプレートをお渡しますので、所属・氏名をご記入の上、研究集会中は、懇親会を含めて必ずご着用下さい。

研究集会終了後は、お帰りの際、受付にお返し下さい。

5. 昼 食

受付で、会員の方には2日間の「昼食券」をお渡しますので、弁当・お茶と引き換えて下さい。食事場所については、国際交流センターでは、弁当を食べる場所がありませんので、地図の記載の「中小企業文化会館」(1階、2階会議室)の指定の場所で弁当を食べて下さい。

6. 飲み物サービス

下記のとおり、飲み物サービスを用意しておりますので、ご利用下さい。

11月20日(木) 12:00~17:00 ホワイエと展示コーナー

11月21日(金) 9:30~16:00 ホワイエと展示コーナー

7.会場内は、禁煙です。

喫煙は、ホワイエ又はアトリウムでお願いします。

8.書籍販売について

福祉・医療、リハビリテーション関連の書籍販売を2日間、大ホールのホワイエで行います。
ご利用下さい。

9.福祉用具の展示コーナーについて

今回、初めての取り組みとして、福祉用具の展示をギャラリーで行っています。
最新の福祉用具を集め担当者が解説しておりますので、休憩時間などで随時、御覧下さい。

10.トイレ

身障者用は大ホール向かって「左側・B1F」にあります。

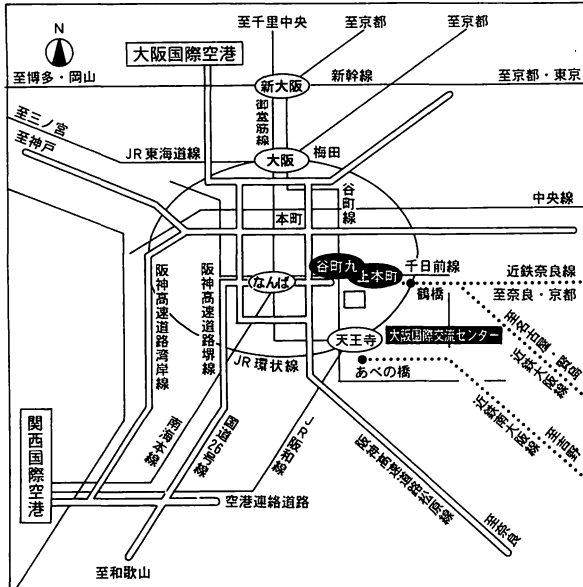
11.手話通訳が必要な方は、受付にご連絡下さい。

12.研究集会事務局員・係員は、薄い青色のリボンを付けています。不明な点などありましたら、ご遠慮なくお尋ね下さい。



会場のご案内

●大阪国際交流センターへのアクセス



大阪国際交流センター

〒543 大阪市天王寺区上本町8-2-6
TEL.(06)772-5931

[航空機利用の方]

●関西国際空港到着の場合

1Fバス乗場7番より近鉄上本町「都ホテル大阪前」行き
(¥1,300)に乗り約50分、下車後徒歩10分

●大阪(伊丹)空港到着の場合

リムジンバス乗場0番より近鉄上本町「都ホテル大阪前」行き
(¥620)に乗り約50分、下車後徒歩10分

[JR利用の方]

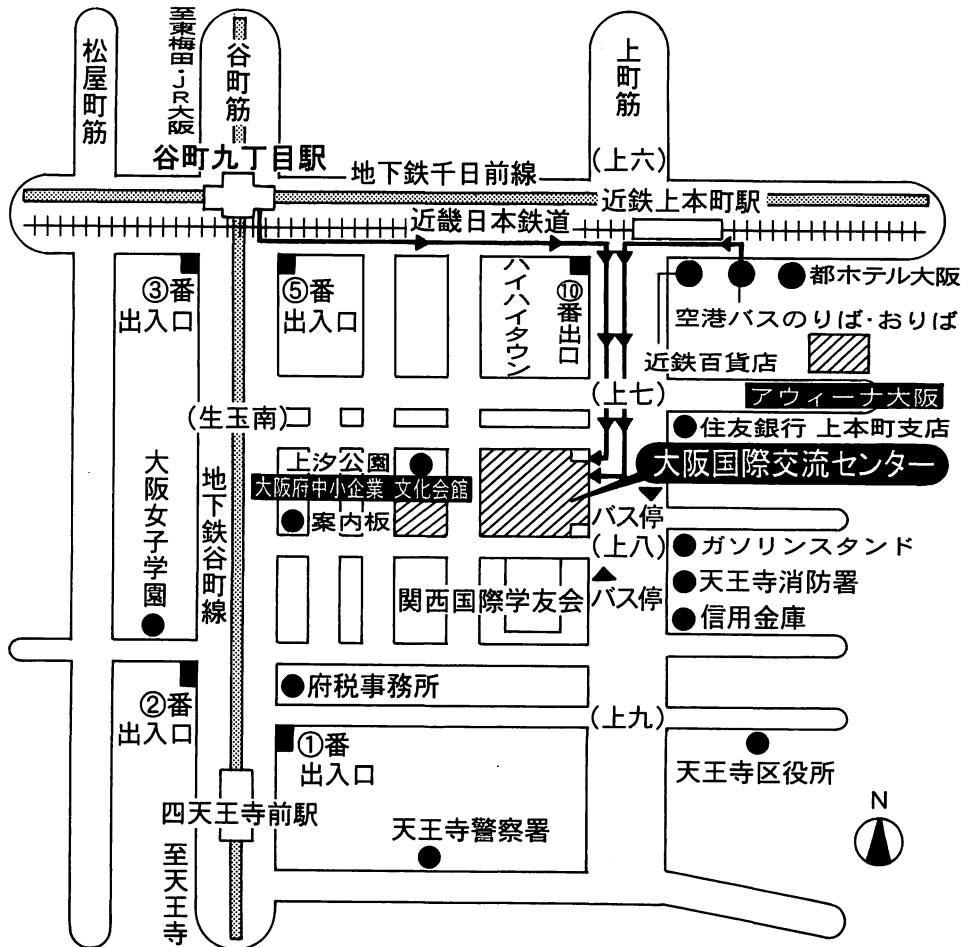
●新大阪駅到着の場合

地下鉄御堂筋線「新大阪駅」より御堂筋線「なかもず」又は
「天王寺」行、乗車7つ目、地下鉄千日前線「なんば駅」乗り換え、
千日前線「南巽」行乗車2つ目、地下鉄千日前線「谷町九丁目駅」
下車10番出入口から南へ徒歩10分

●大阪駅到着の場合

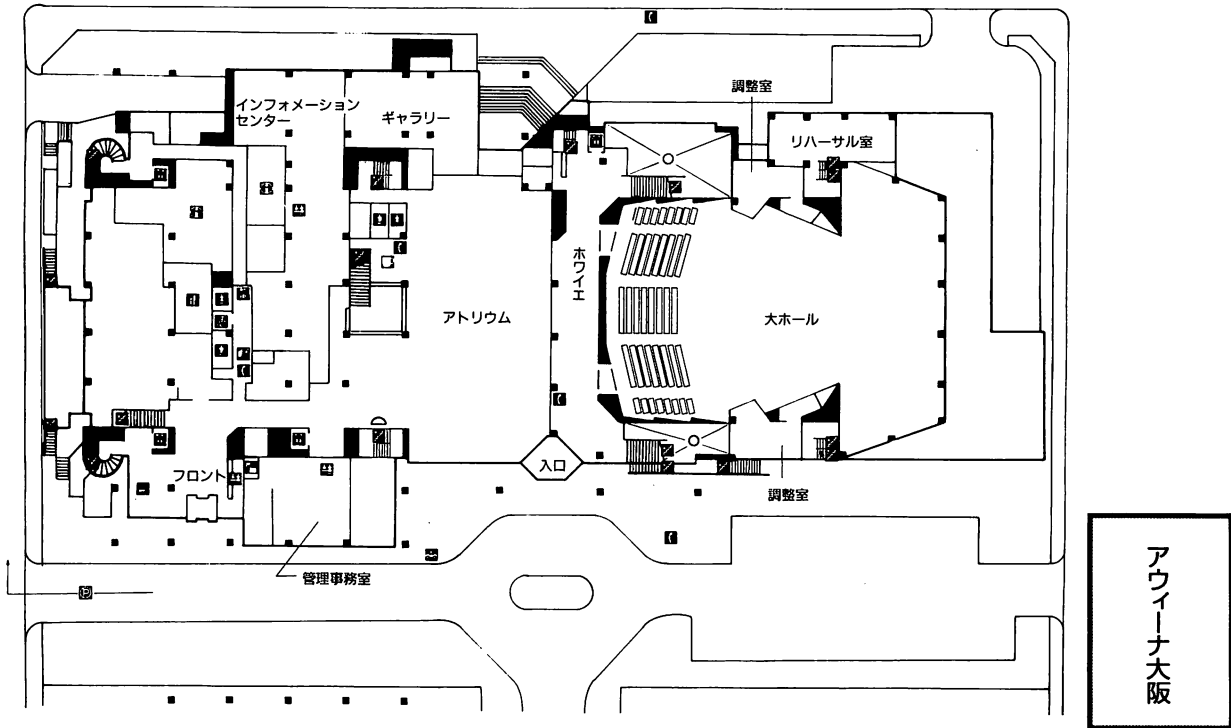
地下鉄谷町線「東梅田駅」より「八尾南」行、乗車5つ目、
地下鉄谷町線「谷町九丁目駅」下車10番出入口から南へ
徒歩10分

●周辺図

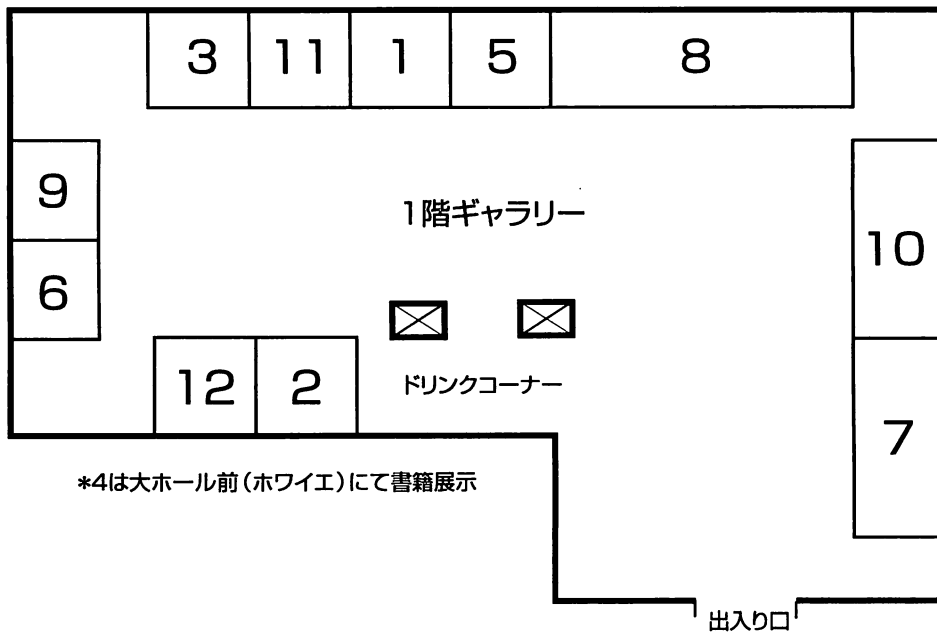


大阪府中小企業
文化会館

●大阪国際交流センター1階平面図



福祉用具展示会場図および出展社一覧



- | | |
|-----------------------|---------------------|
| 1 (株) ウィズ | 7 (株) 日本アビリティーズ社 |
| 2 (株) 大阪西川ピンドットラボラトリー | 8 パシフィックサプライ(株) |
| 3 (株) キューアル | 9 パラマウントベッド(株) 大阪支店 |
| 4 (株) 厚生社 | 10 (株) 松永製作所 |
| 5 (株) サンアート | 11 (株) メディケア・リハビリ |
| 6 新光産業(株) | 12 (株) モリトー |



目次

●基調報告●	国立身体障害者リハビリテーションセンター指導部長	露口 長	1
●特別講演●	「アメリカ・カナダの身体障害者に対する支援の動向と日本の課題」	桃山学院大学社会学部教授	北野 誠一
●講演●	「障害者の施設制度・施設体系の在り方を求めて」	昭和女子大学教授	河野 康徳
●シンポジウム●	「21世紀リハ施設の在り方を求めて」		25
	—あなたが望む更生施設とは—		
	(1)「障害者自身を参加させてこそ… 地域社会と深く結び付いてこそ…」		
	—もう一度考えよう、更生施設の必要性—	ポポロの会代表	樋渡 和敬
	(2)「21世紀にむけての身障者更生施設のあり方」	滋賀県立むれやま荘所長	本村 正一
	(3)「身体障害者更生施設の必要性とその位置づけ」	兵庫県立身体障害者更生相談所所長補佐	黒田 大治郎
●フォーカス●	「重度更生施設から地域自立生活への支援のとりくみ」	大阪市更生療育センター生活指導主任	東堀 克己
	「福祉用具センターの必要性」	滋賀県立福祉用具センター所長	小嶋 寿一
●研究発表●			39
	研究発表 I 「利用者(入所者)のニーズに応えるために」		
	(1)肢体不自由者更生施設における余暇活動プログラムへの取り組みと課題	東京都心身障害者福祉センター	橋本 光博
	(2)飲酒への取り組みと課題		42
	—あけぼの医療福祉センター入所者、保護者、他施設のアンケート結果から—	山梨県立あけぼの医療福祉センター	小尾 春美
	(3)身体障害と知的障害を併せ持つ授産施設入所者の炊事訓練についての一考察	大阪府立身体障害者福祉センター	◎柴田 千代子 藤田 亘 長辻 永喜 池埜 弥生 村田 定子 濱口 三代子
	(4)脳性麻痺者の通所授産施設利用に対するアプローチ	(福)徳充会 青山彩光苑リハビリテーションセンター	松柳 登

(5) 脳血管障害者の在宅復帰にむけた援助	48
～試験外泊と生活援助ファイルの活用を通して～	
(福)徳充会 青山彩光苑リハビリテーションセンター	◎長田 真理子 松柳 登
(6) 更生施設におけるスポーツ訓練の実際とその役割	50
京都市身体障害者リハビリテーションセンター	稲田 和久
(7) 健康の自己管理	52
～水虫の実態調査から足浴を試みて～	
千種川リハビリテーションセンター	重内 栄子
(8) 身体障害者のスポーツ活動	54
奈良県身体障害者更生相談所	◎岩崎 洋明 堀内 淳一
奈良県心身障害者リハビリテーションセンター	河内 雅彦
(9) 更生施設におけるスポーツ活動について	56
～アンケート調査の結果より～	
長野県身体障害者リハビリテーションセンター	◎上條 晃靖 小根沢 範昌
(10) 施設利用の現状と課題	58
～利用者のニーズに答えるために～	
(福)農協共済別府リハビリテーションセンター	佐藤 義智
研究発表Ⅱ「リハビリテーション推進への取り組み」	
(1) 和太鼓の取り組みを通して、様々な社会参加の形態を模索する	60
(福)重度身体障害者更生援護施設 わらしべ園	石川 太一郎
(2) 全盲ならびに二分脊椎を有する車椅子使用者の指導、援助について	62
国立身体障害者リハビリテーションセンター	◎泉 徹 竹花 治美
(3) 身体障害者授産施設に期待される役割と機能の転換について	64
～新しい作業グループの試みから～	
身体障害者授産施設 川崎市明望園	重村 伸也
(4) 社会リハビリテーションに向けた訓練プログラムの現状	66
兵庫県立総合リハビリテーションセンター 自立生活訓練センター	池 幸美
(5) 重度身体障害者更生施設における訓練課でのチームアプローチ	68
大阪市更生療育センター	◎上村 友明 川崎 正嗣 遠藤 佳子 松阪 和子 田部井 貴久枝 佐倉 あゆみ 藤村 亜紀 西川 祐子



(6) 在宅訪問の取り組みからみた対象者の変化と課題	70
～在宅重度身体障害者訪問事業4年間の調査から～	
仙台市障害者更生相談所	◎日黒 順子 阿部 美枝
(7) 小規模併設型療護施設のあり方	72
千種川リハビリテーションセンター	◎福井 尚子 大野 仁美
(8) ケアワーカーとしてのOJT (On The Job Training)	74
浜北学苑	◎牧沢 裕子 大隈 恵子 田辺 京子
研究発表Ⅲ「障害者の社会参加や自立への支援のために」	
(1) 拓杏園(肢体不自由者更生施設)における有事退所者について	76
宮城県拓杏園	◎穴戸 敬 石垣 眞
(2) 国立身体障害者リハビリテーションセンター病院と更生訓練所における 脊髄損傷者(二分脊椎を含む)の機能的状態の相違	78
国立身体障害者リハビリテーションセンター	◎北村 昭子 藤本 茂記 水田 賢二 金田 安正 河野 章 梅崎 多美 安梅 勅江 中村 隆一
(3) 施設等利用者の視覚障害原因等調査	80
国立身体障害者リハビリテーションセンター	◎久保 明夫 石田 みさ子 築島 謙次 管野 和子 三輪 まり枝 林 弘美 西村 留美 大津 あかね
(4) 障害受容の促進を図る社会生活技術訓練	82
～グループ・ディスカッションの試み～	
横浜市総合リハビリテーションセンター	◎濱田 敏也 青木 昌子 大場 説子

(5) 利用者主体の援助プログラムを目指して (Part2) —————	84
神奈川県総合リハビリテーションセンター七沢更生ホーム	大塚 庸次
(6) 障害者の社会参加と自立への支援について —————	86
～「障害者週間」を活用した援助～	
青山彩光苑リハビリテーションセンター	◎今寺 忠造 埴生 知則 宮澤 真奈美
(7) 重度心身障害者に対する訪問による座位保持装置の 判定、作成の試み —————	88
大阪市立心身障害者リハビリテーションセンター	◎中土 保 前田 陽子
(8) 身体障害者地域利用施設における「教室・講座」の 運用状況調査の結果について —————	90
大阪府身体障害者更生相談所	◎森原 良明 西河 広一
研究発表Ⅳ「専門的技術的機能の発揮とは」	
(1) 福祉施設における職員の腰痛対策 —————	92
奈良県心身障害者リハビリテーションセンター	◎岩崎 洋明 治多 満
(2) 当センターにおける住宅改造指導援助の実際と課題について —————	94
栃木県身体障害医療福祉センター	◎篠崎 孝 福田 俊江 上田 晃 藤平 淳一
(3) 単身生活に向けての支援プログラムの取り組みについて —————	96
大阪市更生療育センター	◎寺野 政利 東堀 克己 山内 述雄
(4) 更生相談所における投影法検査の可能性と問題点 —————	98
～「SCT」「TAT」「三つの願い」を中心として～	
北海道立心身障害者総合相談所	糸田 尚史
(5) 脳性麻痺者の活動時心拍数に関する調査 —————	100
大阪府立身体障害者福祉センター	◎内田 淳 峯松 博文 佐々木 力三 大谷 直寛 柴田 千代子 藤田 亘



(6) 当身体障害者更生相談所の現状と課題	102
島根県身体障害者更生相談所	◎富永 積生 服部 一伸 京谷 信子 西尾 芳信 池田 美和子 山岡 和子 嶋田 隆 藤村 ちぐさ
(7) 更生相談所における骨格構造義肢判定後の現状と課題	104
～骨格構造義肢利用状況のアンケート調査を実施して～	
熊本県福祉総合相談所	立山 康一
(8) 県域身体障害者更生相談所における理学療法士の業務と課題	106
滋賀県障害者更生相談所	浦岡 健
●参加者名簿●	109

目次

基調報告

国立身体障害者リハビリテーションセンター

指導部長 露口 長



基調報告

露口 長

(国立身体障害者リハビリテーションセンター)

1. 障害者施策の展開

平成8年から14年までを計画期間とする障害者プランも2年目に入り、現在は、障害者プランで検討課題とされた事項について、厚生省並びに民間サイドにおいて種々の検討が行われている。厚生省における検討項目は、①障害者の地域生活支援、②障害者施設体系、③障害者の権利擁護、④地方公共団体における障害者保健福祉施策の実施体制及び⑤施策の総合化・その他である。

今後、障害者プランに盛り込まれた障害者保健福祉施策の具体的推進を図るためには、施策の実施主体となる都道府県、市町村の取り組みが前提である。都道府県・指定都市においては、すでに障害者計画の策定を終えて見直しや実施計画策定の段階に進んでおり、市町村における計画策定の進行が障害者施策推進における一つの焦点となってきている。しかしながら、今年3月末における市町村計画の策定済市町村数は、3243市町村中 581市町村(18%)である。この外、今年度中に策定を予定しているのが686市町村なので、今年度末で1267市町村(39%)に過ぎない。残りの1976市町村における策定は来年度以降まで待たなければならない。特に人口規模の小さいところ程策定が進んでいない。又、都道府県、市町村における障害者施策の総合的・計画的な推進等について調査審議する地方障害者施策推進協議会についても、都道府県・指定都市においては全て設置済であるが、市町村においては89市町村(6%)である。地域のニーズを反映した都道府県及び市町村の主体性ある計画・取り組みが障害者プランを実りあるものとする基本的条件であるので、施設関係者においても深い関心を持って積極的関わりが望まれる。

今、政府全体として戦後50年を経過した戦後型行政システムを根本的に改め、簡素・効率的・透明な政府を実現するため行政改革、地方分権等さまざまな動きがある。このような流れの中で、いかに効率的で良質なサービスの提供を図るか、身近な地域のサービス提供体制をつくるかが私たちに与えられた課題となってきている。

2. 身体障害者更生施設の課題

現行法体系による障害者施設は、身体障害、精神薄弱、精神障害といった障害別だけでなく、障害の程度別、年齢別、入所期間別、利用者の規模別、入所・通所型など約40種類に分類されているが、障害の多様化、重度化、重複化、高齢化、障害当事者の意識やニーズの変化など著しく変化している今日、これらに対応した施設体系がどうあるべきか地域の専門家の意見、障害当事者の要望なども踏まえた検討が急務となってきている。

身体障害者更生施設在在所者数の最近10年間(1985→1995年)の推移をみると、肢体・視覚・聴覚言語・内部・重度の5種類の施設全体では漸増しているが(6,316→6,884人)、施設種別にみると、重度身体障害者更生施設で増加している(3,005→4,249人)反面、肢体不自由者更生施設(1,423→1,042人)や内部障害者更生施設(566→320人)は減少の一途をたどっている。身体障害者療護施設在在所者(10,555→16,871人)の需要の高まりに比べ、際立った数字を示している。定員に対する在在所者の割合でみても(1995年)、肢体不自由者更生施設59%、重度身体障害者更生施設87%、身体障害者療護施設100%である。

このことは地域における施設へのニーズの質的变化を証明している。このような重度施設へのシフトの変化に現行の施設体系が十分機能しているかどうか。障害者のニーズに的確に応え、身近な地域において効果的な施設機能が発揮できるための施設体系の見直しが問われる理由の



一つである。

一方、入所者の重度化も著しい。身体障害者更生施設長会が調査した1級障害入所者の割合をみると、この10年間(1983→1993年)に肢体不自由者更生施設では12.4%→30.1%に、重度身体障害者更生施設では29.8%→47.9%に増加している。肢体不自由者更生施設の1級障害の割合は重度身体障害者更生施設の10年前の1級障害の割合を凌駕している結果を示している。更に等級表に反映されない重度者も多くなっているのは肌を感じているところであり、外傷性脳損傷等による知的能力の低下や対人関係・障害受容などの心理的要因のため社会適応に問題のある人、家族関係や健康上の不安のため社会復帰に問題のある人など、援助プログラムに一層の工夫を必要とする障害者が顕在化してきている。これに対しては、入所者サービスの質的向上を求める立場から施設自体の自助努力も必要である。

身体障害者更生施設は、身体障害者の自立と社会経済活動への参加を促進するため、社会生活技術の提供を社会的使命としており、障害者のニーズに応えるべく自らの機能を高めるとともに、障害者が地域で生活するための通過施設機能を発揮するため、周辺とのネットワーク(社会資源)保持への努力が必要である。その上で、地域の障害者のニーズに応えることのできる設備・運営基準とすることが課題であり、その裏付けとなる職員配置基準(重度対応の加算制度も含む)についてそれぞれの利用実態にふさわしいものとなるような抜本的改正が望まれる。なお、入所判定等サービス提供の基礎となる障害認定の在り方の検討も課題である。又、施設体系の簡素化・総合化が検討される方向から、専門性とは何かの再確認も必要となる。更に、専門的技術的中枢機関である身体障害者更生相談所等との連携強化による総合的なリハビリテーション体制の整備についての強力な方向づけが望まれる。

[参考] 身体障害者更生援護施設の推移

施設種別	1985年				1995年				伸び率%(95/85)		
	箇所	定員	在所者	在所率	箇所	定員	在所者	在所率	箇所	定員	在所者
肢体更生施設	48	2,225	1,423	64.0%	41	1,766	1,042	59.0%	85.4	79.4	73.2
視覚更生施設	16	1,679	1,196	71.2	15	1,468	1,133	77.2	93.8	87.4	94.7
聴覚言語更生施設	3	175	126	72.0	3	175	140	80.0	100	100	111
内部更生施設	15	777	566	72.8	6	407	320	78.6	40.0	52.4	56.5
重度更生施設	52	3,545	3,005	84.8	71	4,911	4,249	86.5	136	139	141
(更生施設計)	134	8,401	6,316	75.2	136	8,727	6,884	78.9	102	104	109
療護施設	167	10,470	10,555	100.8	269	16,850	16,871	100.1	161	161	160
福祉ホーム	—	—	—	—	21	332	285	85.8	—	—	—
授産施設	87	4,479	4,062	90.7	82	4,413	3,826	86.7	94.3	99.0	94.2
重度授産施設	110	6,713	6,613	98.5	125	8,189	7,903	96.5	114	122	120
通所授産施設	64	1,485	1,291	86.9	185	4,558	4,300	94.3	289	307	333
福祉工場	21	1,215	1,058	87.1	34	1,780	1,415	79.5	162	147	134
合計	1033	38,965	29,895	76.7	1321	45,509	41,484	92.5	127	116.8	118.9

特別講演

「アメリカ・カナダの身体障害者に対する
支援の動向と日本の課題」

桃山学院大学教授 北野 誠一



アメリカ・カナダの身体障害者に対する 支援の動向と日本の課題

北野 誠一
(桃山学院大学社会学部)

1) ケアマネジメントと個人支援計画 (ケアプラン、IPP、PFP、PCP)

- (1) カナダBC州の身障グループホームにおけるケアプラン
[資料-1] 参照
- (2) アメリカCA州の知的障害者ケア付ホームにおける個人中心計画(PCP)
[資料-2] 参照
- (3) 日本の介護保険におけるケアマネジメント及びケアプラン
- (4) 高齢者に対して身体障害者に固有のケアという考え方は成り立つのか?
 - ① 自立生活への志向性(自己決定・自己選択の側面から)
 - ② 独立した生活への志向性
 - ③ 障害を持つ長さや障害の重さによるサービス提供者との関係の多様さ
 - ④ 同性介護vs異性介護問題
 - ⑤ 障害発生の時期の多様性による介助支援ニーズの多様性(たとえば習慣化された介助方法の踏襲、手話通訳、点訳等)
 - ⑥ 日中の社会生活と夜間や週末の暮らしの基本的分離と、それゆえの移動支援を含む社会活動への介助支援の日常化
- (5) カナダBC州におけるケアマネジメントの枠組み
[図-1] 参照
- (6) 日本における身体障害者のケアマネジメントと個人支援計画(IPPあるいはPCP)の展開の可能性

2) 施設サービスガイドラインと権利擁護システム

- (1) カナダBC州の地域のサービスの質保証プログラム(RQAP)及びモニタリングチームプログラム
[資料-3] [図-2] 参照
- (2) アメリカCA州の長期ケアオンブズマンプログラム
[図-3] 参照
- (3) 権利擁護(アドボカシー)とは何か

<権利擁護(アドボカシー)>とは

個人に対しては①その個人が冒されている、あるいは脅かされている主体性や権利や目標を本人が明確にすることを支援すると共に
②その個人が明確にした権利や目標を阻害している心理的・社会的・法的阻害要因と対決するにあたって、そのために必要な本人の問題解決力を高めることを支援し、また
③その個人だけでは充足・解決できない問題については、仲間や支援者による支援を活用することを支援する
方法や戦略の総体(集団やコミュニティに対するアドボカシーは省略)

もっと簡単にいうと、<権利擁護(アドボカシー)>とは、『個人や集団やコミュニティがエンパワーメントすること(力強く主体的に生きること)を支援する方法や戦略の総体』である。



(4) サービス提供機関(施設)に対する権利擁護システムの展開

[図-4] 参照

(5) 日本において施設サービスガイドラインをどう展開するのか

3) 自立生活センターと自立生活支援

(1) アメリカの自立生活センターとNCILの現状

cf. サンディエゴのCIL (The Access Center of San Diego)

(2) カナダの自立生活センターとCAILCの現状

cf. ビクトリアCILとカウチンCIL

(3) アメリカ及びカナダの自立生活支援システムとその課題

[図-5] [図-6] 参照

(4) 日本における自立生活センターとJILの現状

(5) 身体障害者市町村生活支援事業の現状と課題

(必須事業)

① ホームヘルパー、デイサービス、ショートステイの利用援助

② 社会資源を利用するための支援

③ 社会生活力を高めるための支援

④ ピアカウンセリング

⑤ 専門機関の紹介

[図-7] 参照

[資料-1]カナダBC州のN法人のPグループホームの利用者Aさんのケアプラン
利用者

CAREPLAN - Client Aさん

健康状態及び関連情報	行動計画、実行	トレーニング、社会資源	その他、緊急対応	特殊機器
HEALTH CONCERNS AND RELEVANT INFORMATION	PLAN OF ACTION IMPLEMENTATION	TRAINING/ RESOURCES	OTHER/ EMERGENCY	SPECIAL EQUIPMENT
<p>ALLERGIES: - Previous reaction to morphine. アレルギー</p> <p>BLADDER: is continent of urine. 排尿</p> <p>BOWEL: 排便 - is independent with moving her bowels (1-2 times per week). - Occasionally she may require a glycerine suppository.</p>	<p>- Ensure all staff aware re: allergy status. - Ensure other health care providers informed of allergy status.</p> <p>- needs assistance to transfer to toilet to void. - She will let you know when she needs to go.</p> <p>- will let you know when she needs to move her bowels, she is usually gassy about three (3) days before. - Encourage fluids 2-3 litres per day. (Nectars only) - Encourage increased mobilization eg/ R.O.M. (Range of Motion). - Assist to commode for routine.</p>	<p>Staff aware re: allergy status.</p> <p>Bowel movement record (monitors herself).</p> <p>Staff aware re: Universal Precautions.</p>	<p>Emergency: 911/Ambulance.</p> <p>Doctor: Phone:</p> <p>Nurse: Phone:</p> <p>Nurse: Phone:</p> <p>Doctor: Phone:</p>	<p>- Commode chair. - Wispa lift and sling.</p> <p>- Commode/shower chair. - Glycerine suppository. - Gloves. - Lubricant.</p>

CAREPLAN -

HEALTH CONCERNS AND RELEVANT INFORMATION	PLAN OF ACTION IMPLEMENTATION	TRAINING/ RESOURCES	OTHER/ EMERGENCY	SPECIAL EQUIPMENT
<p>COMMUNICATION: is non-verbal, she uses a computer with voice synthesizer (uses morse code). She has an E-tran and letter board as back ups. コミュニケーション</p> <p>自立 INDEPENDENCE: has decided to move to Vancouver from to further her education, as well as move away from home (and mum and dad!). - Is pursuing a career in Accounting at Capilano College.</p>	<p>- also has very good eye contact. - Allow plenty of time for communication. - Do not finish off sentences for her. - Be patient with and equipment. - We will be trying to hook her telephone to a modem system. - does not like people peering over her shoulder to look at the computer screen. - is trying to get into Open Learning Institute for Accounting and Capilano College for English courses.</p> <p>- Encourage to be independent as much as possible eg/ direct all care. - Encourage active participation in all decisions, planning, etc. and guide only if she requires it or asks for it.</p>	<p>Trouble shooting with computer.</p> <p>Staff aware re: any challenges/goals to guide/ assist as required.</p> <p>Staff to encourage and support as required.</p>	<p>B.C. Rehab:</p>	<p>Computer alphabet Board. E-Train letter board.</p>

栄養
スキンケア
新しい環境への移行



[資料-2] ゴールデンゲートリージョナルセンター (GGRC)
K. O. 個人計画 (IPP)

アセスメント番号: _____
生年月日: 1940年2月24日
個人計画 (IPP) 日時: 1994年11月7日
個人計画 (IPP) 会場場所: Creative Growth (CG)

会議出席者:
K. O. 利用者本人
G. C. 従兄弟
M. A. CGディレクター
B. B. GGRC利用者権利擁護者 (CRA)
J. B. GGRCソーシャルワーカー

目標: デイプログラムの近くに住むこと
創作活動プログラムを続けること
友達とつきあうこと
余暇活動プログラムに参加すること

目標への第一段階	どのような支援が必要か	
	利用者、家族、友人、地域社会から	支援サービス機関から
1. 私は自分のデイプログラムの近くにいるために、空きがあれば Claussen House (CH) に住みたい。	<ul style="list-style-type: none"> GはCHでの欠員のチェックを続ける。 Gと私はCHの空きがあるまで、私のデイプログラムの近くで住めそうなホームを訪問する。 	1.2 GGRCのソーシャルワーカーはKとGに、East Bay地域のホーム外の選択肢を提供する。
2. 私は敷物や陶器造りを続けたいので、CGに来続けたい。	私は ^{両靴といしほ} 定期とBARTの切符を買い、デイプログラムにひとりで行き帰りをします。	2.1 GGRCソーシャルワーカーはGGRCに95年1月1日から95年12月31日までの間の毎月23日間CGに費用を払うことを求める。 2.2 CGのスタッフは個人サービス計画を展開し、実行する。
3. 私は友人達と出かけたい。そしてできれば次の誕生日までに誰かとデートがしたい。	私の友人のベティーは、私を ^{食事} に連れて行くことを続ける。 毎朝仕事の前に、CGの朝食クラブに参加して、コーヒーを飲んで、おしゃべりをする。 友人のジェフリー、ビヴァリー、リンダやAHの他の友人達と近所の散歩を続ける。	
4. 私がお金を管理するのを、私のスタッフに手伝ってほしい。スタッフは一日2ドルを私に渡す。	Gは毎日の費用として、私の補足保障給付 (SSI) から、月に80ドルを私のホームに渡す。	4.1 GGRCソーシャルワーカーは、GGRCに95年1月1日から95年12月31日までの間、レベル2の補助SSIを使ったケア付ホームの第二AHに費用を払うことを求める。 4.2 私のホームのスタッフは、私に毎日の費用として、一日2ドルを渡す。

カウンセラー:
J. B., MSW (マスタースーシャルワーカー)

スーパーバイザー:
S. R., LCSW (ライセンスド・コミュニティ・ソーシャルワーカー)

見直し予定
年一回

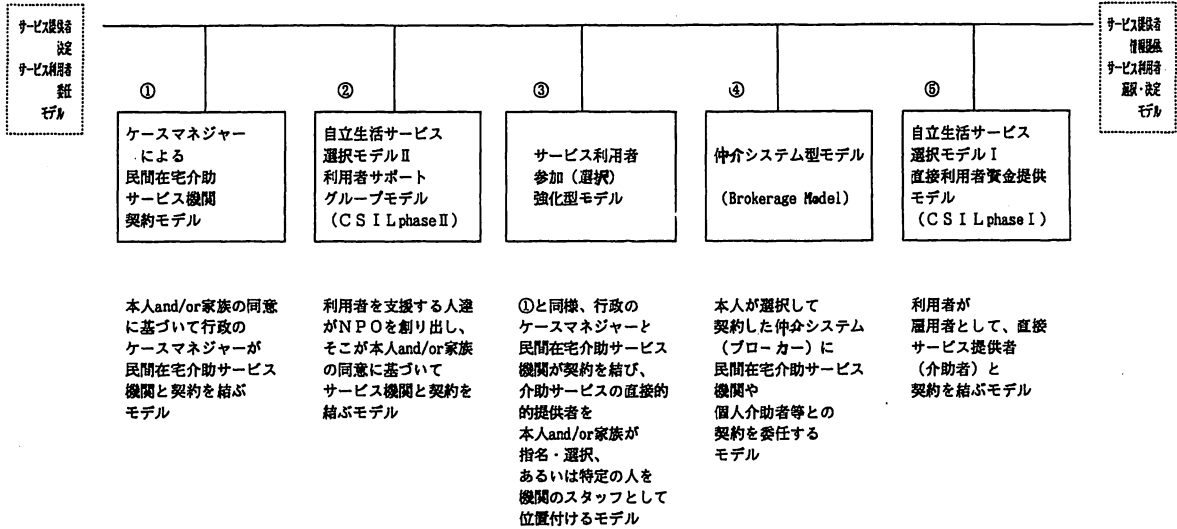
署名

日付

署名

日付

[図-1] カナダBC州における地域介助サービス提供モデルの枠組み



[資料-3]

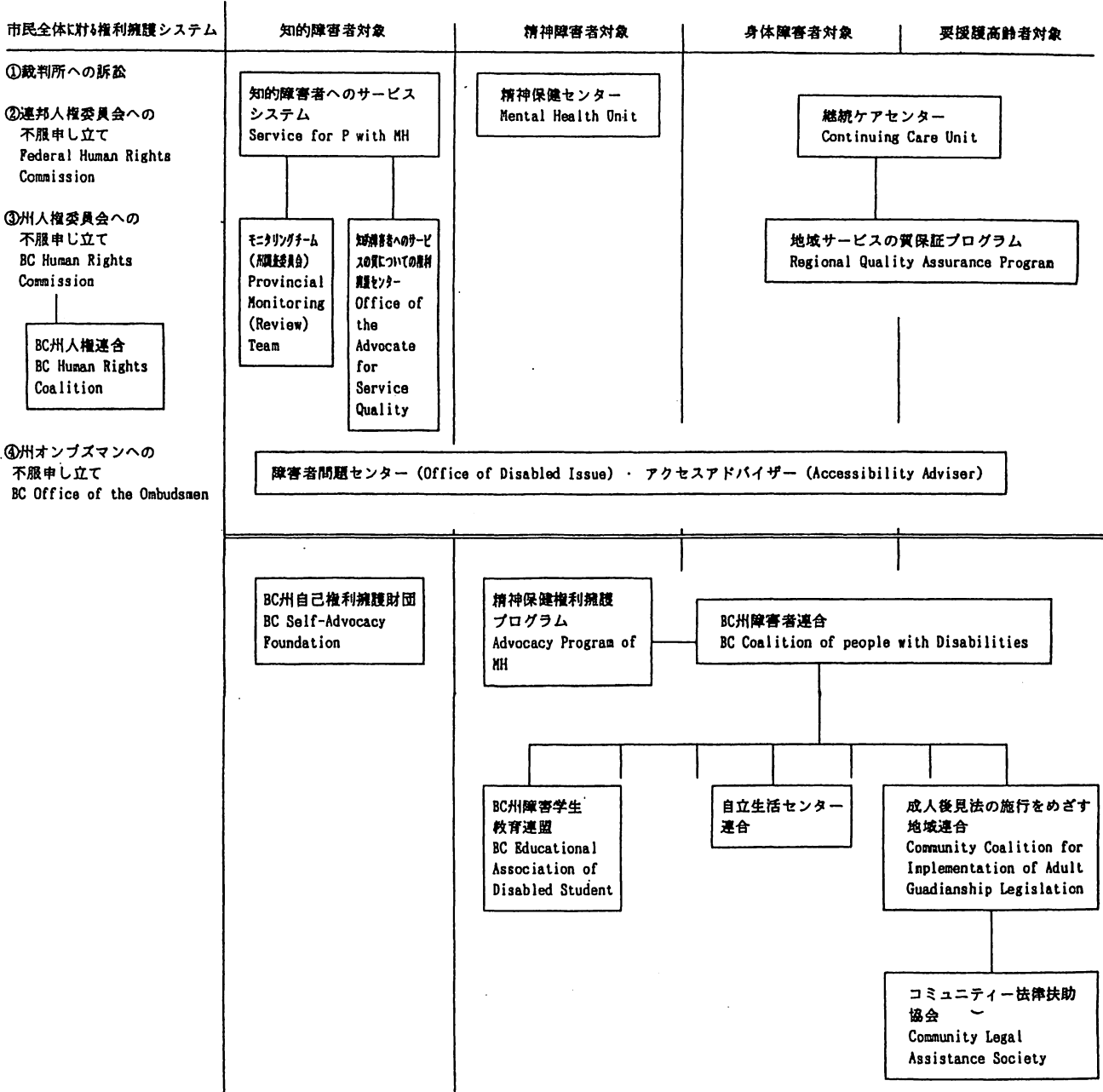
地域サービスの質保証プログラム
REGIONAL QUALITY ASSURANCE PROGRAM
(Name of Facility)

施設名		完了予定日
勧告 RECOMMENDATIONS	改善計画 ACTIONS PLANNED	EXPECTED DATE OF COMPLETION
REQUIREMENT C1 必要条件 ケア1 (=ケアプラン) Recommendations - Level I 勧告 レベル1 Recommendations - Level II 勧告 レベル2		
REQUIREMENT C2 ケア2 (=看護サービス) Recommendations - Level I Recommendations - Level II		
REQUIREMENT C3 ケア3 (=活動) Recommendations - Level I Recommendations - Level II		
REQUIREMENT C4 ケア4 (=食事サービス) Recommendations - Level I Recommendations - Level II		



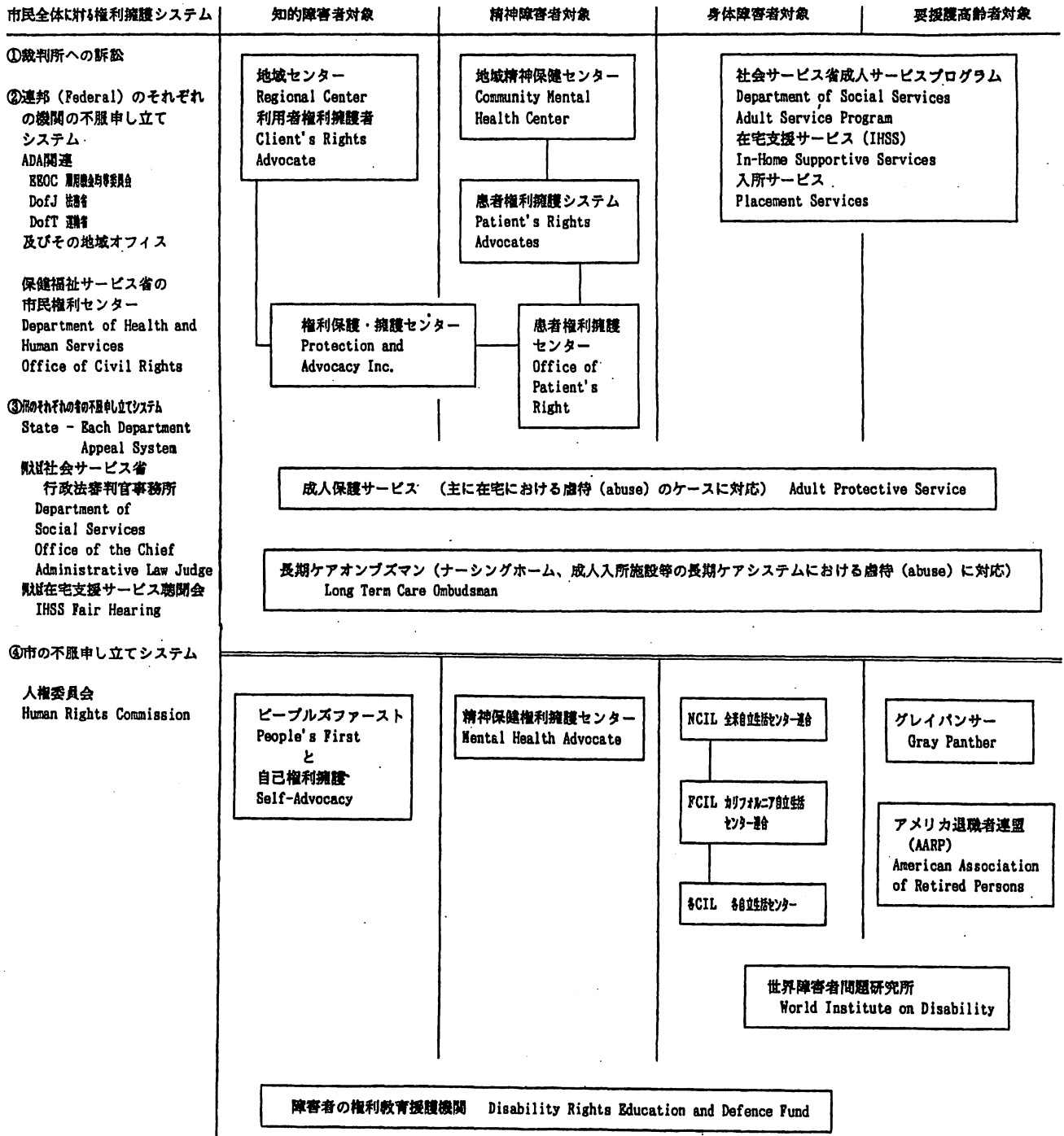
[図-2]

カナダ・ブリティッシュ・コロンビア州の障害者権利擁護システム



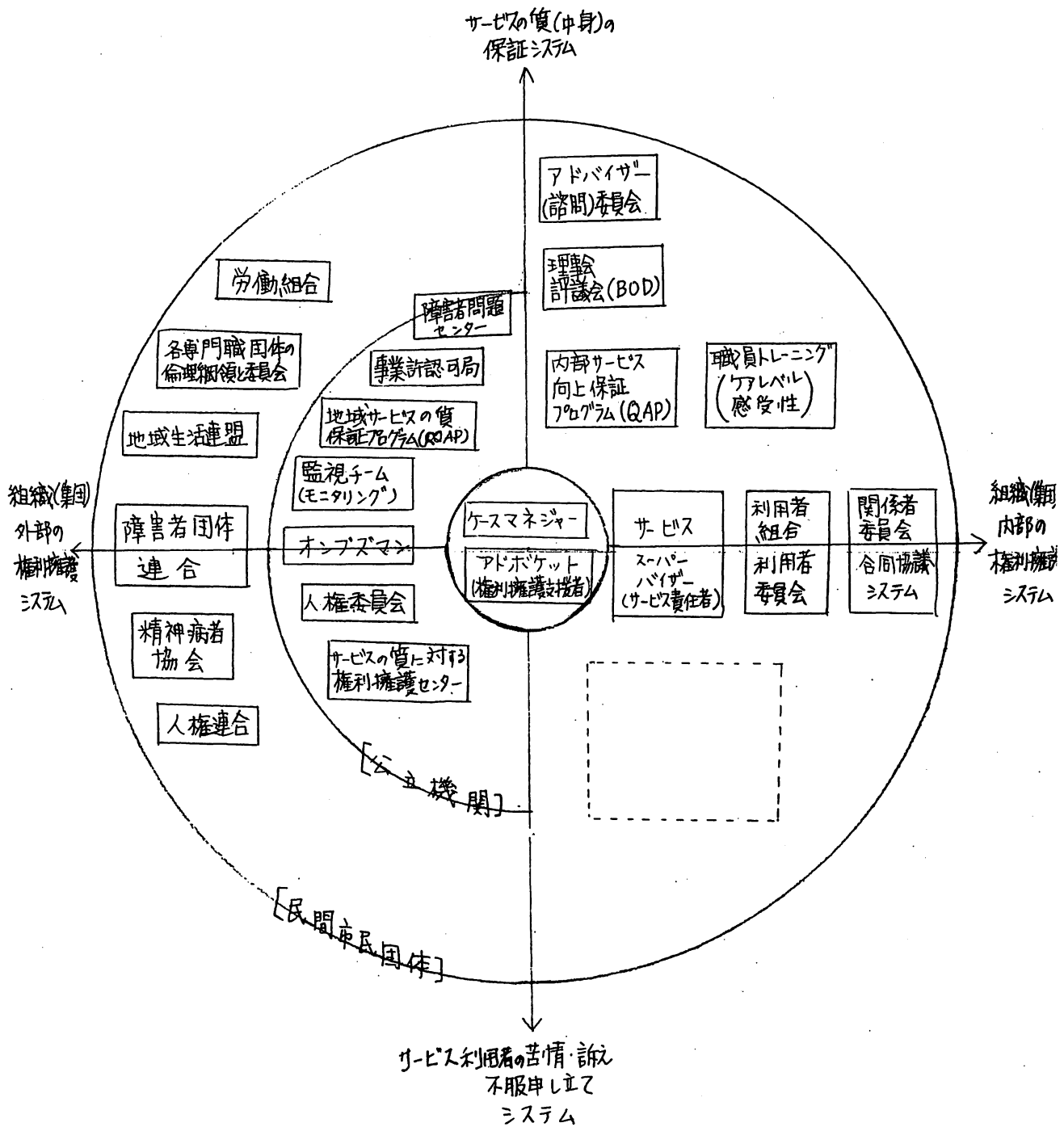
[図-3]

アメリカ・カリフォルニア州の障害者権利擁護システム

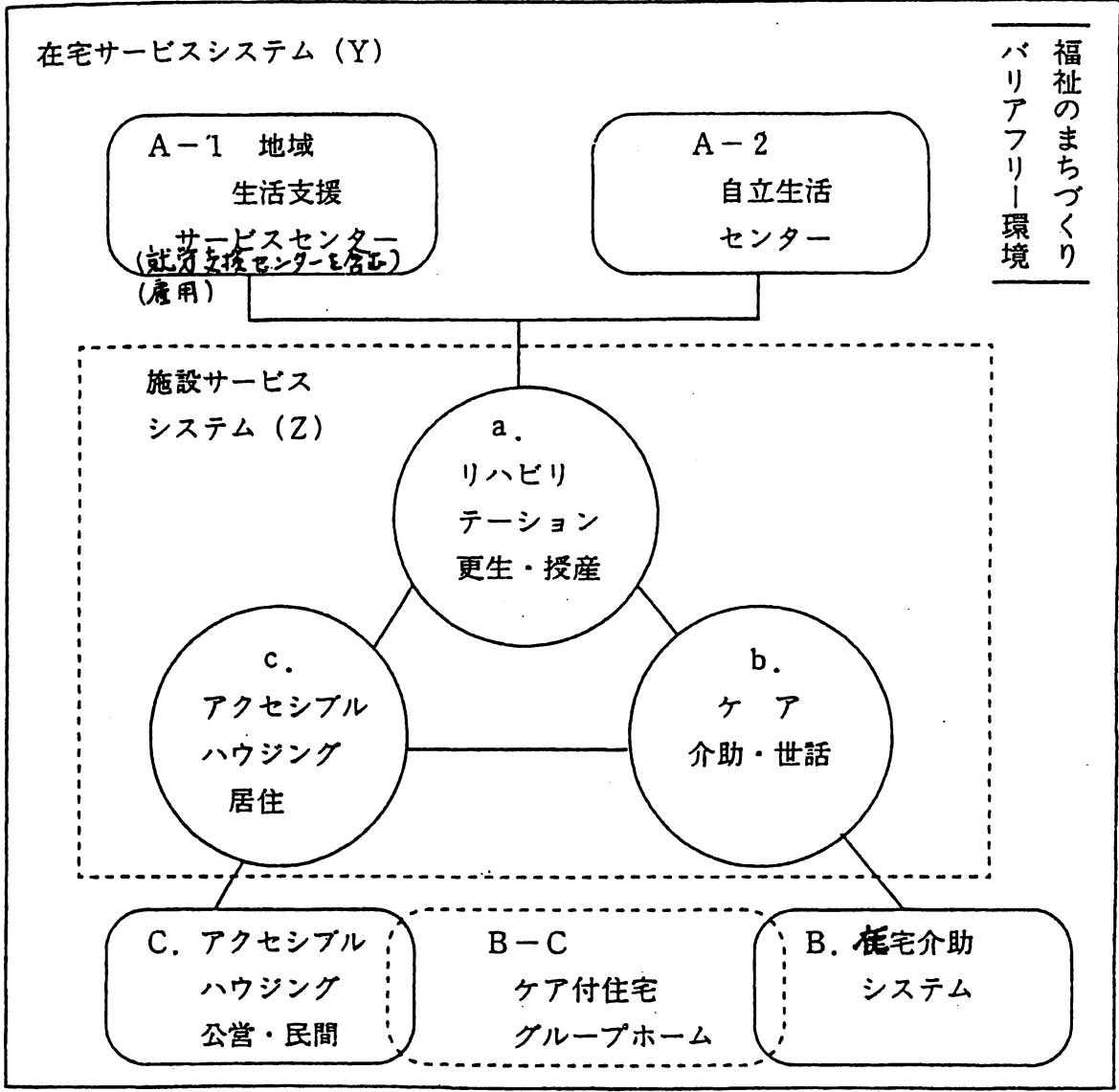




[図-4] サービス提供機関(施設)に対する権利擁護システム
(教育・医療・保健・福祉に関する全てのサービスを包含)



地域サービスシステム (X)

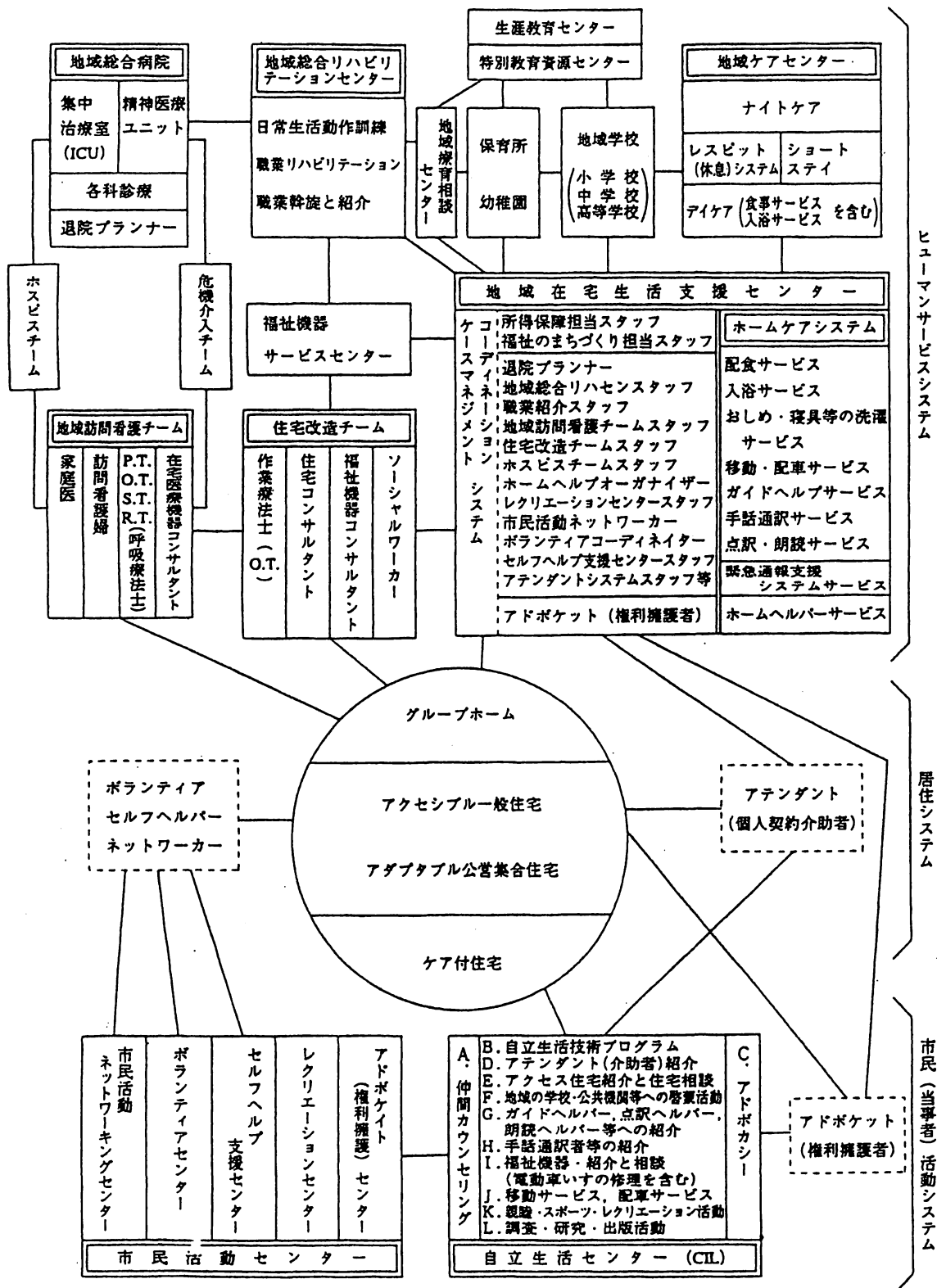


[図-5] 地域サービスシステム (X), 在宅サービスシステム (Y), 施設サービスシステム (Z) の関連図

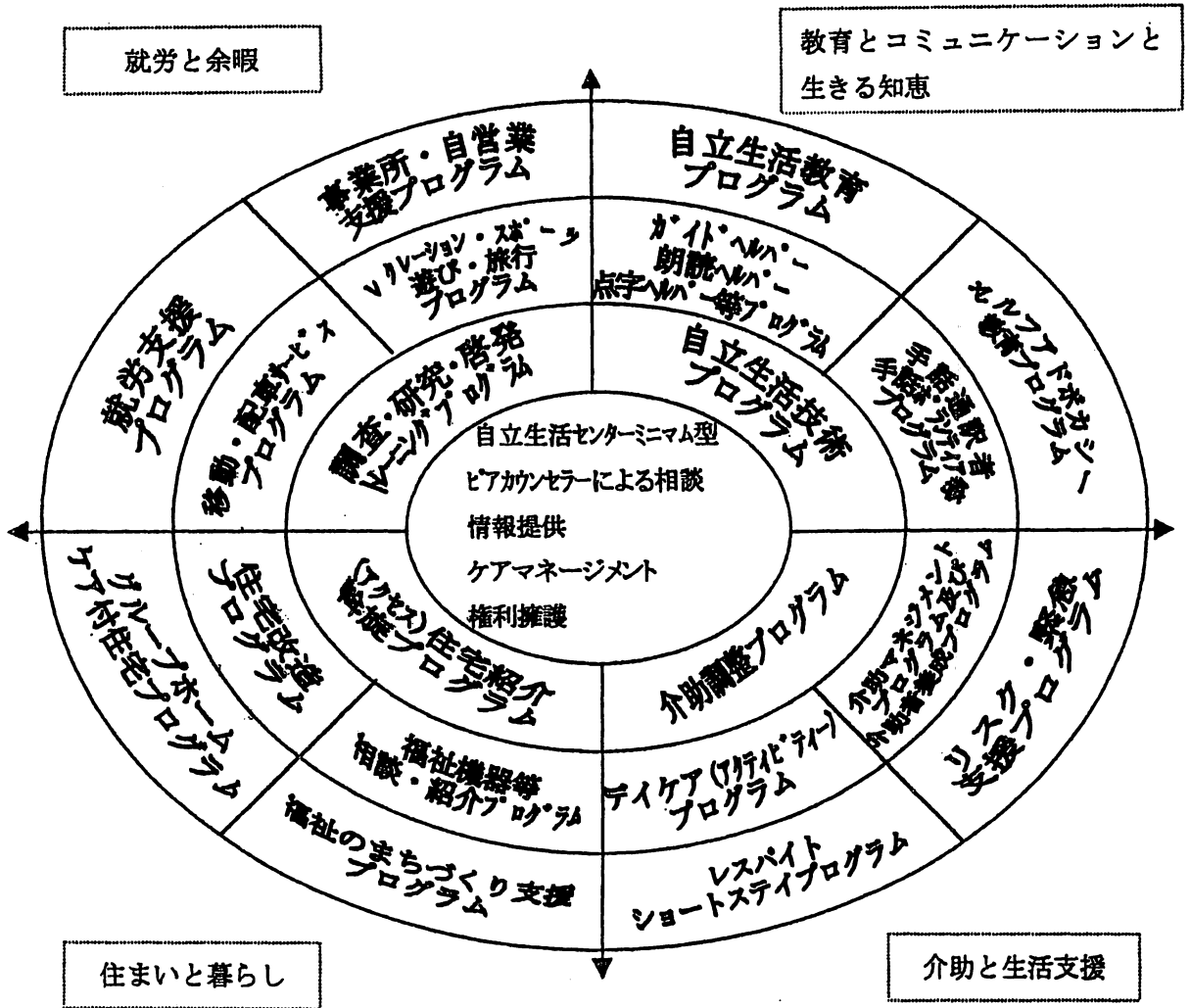
自立生活支援システム図



第1章 自立生活をささえる地域サポートシステム



[図-6] 中・長期的展望における自立生活サポートシステムモデル



[図-7] 生活領域における消費者・コントロールの次元別展開と自立生活センターの位置づけ

講演

「障害者の施設制度・施設体系の在り方を求めて」

昭和女子大学教授 河野 康德

講演



障害者の施設制度・施設体系の 在り方を求めて

河野康徳（昭和女子大学）

私は、全国身体障害者更生施設長会及び身体障害者リハビリテーション研究集会にながく係わりをもってきました。また現在は、一昨年から日本障害者協議会が障害者施策に関する政策提言を目的として設置した研究プロジェクトで、主として施設制度の在り方についての特別委員会に参与其中しています。

それらの立場を踏まえ、障害者施設の在り方について感じていることの一端を述べたいと思います。

- 1) 日本障害者協議会における研究の目的及び討議の経過について障害者基本法の趣旨及び障害者プランを効果的に推進するために
- 2) 障害者施策の倫理と論理について福祉理念の進展に即した諸技術の向上を確保するために
- 3) 方法としてのリハビリテーションについて諸条件整備と自覚的参加の架け橋としての役割を果たすために
- 4) 障害者施設の仮構ということについて渾沌の中から福祉文化を創造する学びのこころを失わないために



(資料) 障害者の施設制度・施設体系に関する研究
第2次中間報告(未定稿)

I 総論

1. 検討の前提

障害者福祉の理念に即した支援活動に資する施設としていくためには、施設運営の基本的要素として認識すべき次の事柄がある。

その1は基本方針についてであり、実施責任や福祉圏、施設体系、施設設備・運営基準等の基本方針が時代の要請に合致しているか。

その2は組織機構についてであり、施設設備・運営基準等の方針によって施設・機関の組織体制が確立されているか。

その3は人材確保についてであり、組織機構を円滑に機能させるために必要な人材が質的量的に確保されているか。

その4は財政措置についてであり、活力ある効果的な事業運営に必要な経費を確保する財政措置が行われているか。

その5は実施計画についてであり、ニーズに即した支援活動を行うためのプログラムが策定され、実践されているか。

その6は連携調整についてであり、多角的な地域活動を展開するために必要なネットワークが形成されているか。

その7は啓発活動についてであり、施設・機関が地域の社会資源として機能するために必要な啓発活動が行われているか。

その8は運営管理についてであり、これら諸要素を調整しつつ機能の活性化を図るマネジメントが適切であるか。

2. 問題の所在

施設制度や施設体系の在り方を改善するためには、現状から提起されている次の諸点について、それらの問題点を明らかにする必要がある。

その1は、複雑多様化した現在の施設体系下における施設機能の硬直化、または混乱の生じている状態についてである。

その2は、重度・重複障害者のニーズに対し、法体系によって援護の実施者が異なり、又は実施責任の不明確なことによる対応の不備についてである。

その3は、依然として増大を続ける小規模作業所に対する基本認識と制度的対応の不備についてである。

その4は、現行の措置方式に伴うサービス選択の制限、並びに措置と判定の関わり方の正当性についてである。

その5は、福祉圏域における機能別施設の偏在や絶対量の不足している状態、並びに施設機能の総合化の是非についてである。

その6は、現行の施設設備・運営基準と、現実に必要な整備費及び人員配置の実態との乖離についてである。

その7は、運営費の改善に関し、措置費方式の功罪、並びに公費助成制度改変の可能性についてである。

その8は、従事職員の質的確保を図るため、施設長をはじめとするスタッフの任用資格や養成・研修を確立することについてである。

3. 検討の視点

リハビリテーションとノーマライゼーションの理念を踏まえつつ、自立と社会連帯の促進に資する社

会資源としての新たな制度体系をめざすため、次の諸点を重視する。

その1は地域生活支援の視点であり、障害者の地域生活を支援する社会資源として、施設の実質を改善・拡充するものとする。

その2は簡素化と機能性の確保であり、複雑多様化した施設体系については、分野間・制度間の調整による簡素化を図りつつも、各々の施設の機能性を確保するものとする。

その3は総合化と専門性の確保であり、地域生活の資源として有効に利用されるために、総合的支援体制をとりつつも、ニーズに的確な対応の可能な専門性を確保するものとする。

その4は普遍性と地域性への配慮であり、施設体系は法制度として全国に普遍性をもつものでなければならないが、併せて地域の特有な事情に対処できる配慮を欠かせないものであること。

その5は全体性と個性への対応であり、施設はすべての障害者を対象として構築されなければならないが、同時に障害の種類・程度別のニーズに対応すべきものであること。

その6は日常性と特殊性への対応であり、施設は地域における生活者としての基本的ニーズを支援するとともに、個々の障害者の心理・社会的ニーズに対応すべきものであること。

その7は量的・質的条件の確保であり、施設が地域の社会資源として有効に機能するためには、施設設備及び人的要員を量的かつ質的に確保すべきものであること。

その8は自己決定と権利擁護の尊重であり、自立への努力と社会連帯を理念とする障害者基本法に則り、施設においても障害者の自己決定と権利擁護を重視すべきものとする。

4.改善の方向

近年になされた障害者施設の改善に関する諸提言や障害者基本計画等の趣旨を踏まえ、併せて前記の諸点を勘案し、次の諸事項について改善することが望まれる。

(1) 地域生活支援の場とするために

- ア.施設の目的は、障害者の地域生活を支援する重要な社会資源の一つとして機能すべきもの、との認識に基づき、新たなシステムを構築すること。
- イ.施設の性格は、閉鎖性を脱却し地域ぐるみで支え合うものとして、住民参加のもとに運営されるものとする。
- ウ.施設の機能は、障害者の地域生活における多様なニーズに応えるものとして、通所利用に配慮するとともに人的資源の派遣サービス体制も必要であること。
- エ.施設の形態は、可能なかぎり小規模で運営できるようにし、そのために必要な設備・運営の基準を設けること。
- オ.施設が地域生活を総合的に支援するシステムの一環として機能するためには、他の施設・機関等の機能とのサービス・ネットワークを形成しておく必要のあること。

(2) 施設体系について

ア.障害者施設の基本形態を次の5類型とし、統合的に再編成すること。

- ①自立訓練の場
- ②社会就労・活動の場
- ③生活援助の場
- ④情報・文化・生涯学習の場
- ⑤総合相談支援の場

イ.②の類型の中に、重度障害者のための通所型施設を創設すること。

ウ.施設体系は簡素化するものの、地域における中核的施設については、必要に応じ複合的支援体制を備えるものとする。

(3) 利用決定システムと財政責任について

ア.福祉の措置と判定の在り方を再検討し、障害者の選択利用を保障するシステムを構築する



こと。

イ.措置費制度を再検討し、通所利用及び地域支援に要する事業費に対する公的責任を明確にすること。

ウ.費用徴収制度については、扶養義務者の範囲を限定するなど改善されてきたが、自立訓練の場や就労の場については、さらに合理化すること。

(4) 施設設備・運営基準について

ア.現行基準における施設種別間、障害種別間の格差を見直すとともに、新たな施設体系に対応する基準を再構築すること。

イ.新たな基準の再構築に当たっては、時代に即した構造・設備・機能を備え、かつ、諸施設の目的・機能に即した専門性を確保できる職員配置を可能とするものとする。

ウ.施設設置の方法として、他種施設との合築や民間施設の利用の方式を可能とするものとする。

(5) 施設運営における量の確保と質の向上について

ア.地域の福祉圏において、目的・機能別の施設が適正に配置できるよう、量的確保を図るものとする。

イ.職員については、社会福祉の知見を基礎とし、障害者の特別なニーズに対応できる専門性の質的な確保を図るものとする。

ウ.各施設においては、施設の目的・機能に即し、利用者のニーズに対応できるようなサービス・プログラムの開発に努めるものとする。

エ.施設運営を民主化し、当事者や住民の参加と公開を保障するシステムを構築し、利用者の自立性と権利擁護を図るものとする。

5.当面の課題

前記のような制度・体系の改善を図るためには、次のような課題がある。これらは現行制度の枠をこえる問題を含むが、現行制度の改善と並行して検討しなければならない当面の課題である。

(1) 「障害者総合福祉法」(仮称)の制定

障害者福祉に関する制度間の格差を是正し、または重複や空白の生じている現状を改善するためには、現行の実定法を統合し、総合化したサービス法を制定する必要がある。

(2) 障害認定制度の合理化

現行の障害認定制度は、各実定法ごとに行われているため、重度・重複障害については適正な評価が行われない不合理なものとなっており、合理的な認定のため早急な是正措置が必要である。

(3) 総合相談調整機能の整備と役割分担

障害者地域生活支援事業は、既存の更生相談所、福祉事務所、各種障害者相談員、福祉センターの機能との役割分担を明確にするほか、地域障害者施策推進協議会や地域リハビリテーション協議会等との調整を図る必要がある。

(4) 福祉用具普及のための支援体制の確立

福祉用具の研究開発から処方、適合、給付に至る一連の供給体制を確立し障害者支援のための施設体系に位置づけることを研究する必要がある。

(5) 他分野・制度との関連の調整

障害者福祉施設は、保健医療、教育育成、雇用就業、住宅供給、介護システム、情報提供、老人保健福祉、児童福祉、公的扶助等、他分野の事業との連携又は補完の関係を調整する必要がある。

(6) 市町村障害者計画の促進

障害者基本法に基づく市町村障害者計画は義務規定とはされていないが、市町村が主体的に取り組むべき努力事項であり、障害者プランの積極的推進のために、その策定並びに実行を促進すべきである。

(7) 用語の問題

施設に関連する用語の中で、「措置」、「更生」、「寮母」のように、利用者の立場からみて好ましくないもの、または実態が変化しているものについては、表現を改めていく必要がある。

II 各論

1. 施設類型別にみる現状と課題

各施設協議会等の立場から、施設類型別にみる現状と課題について、要旨、次のような問題提起がなされた。

① 身体障害者更生施設について

- 重度身体障害者更生援護施設をベースとする施設形態の再編整備が必要であり、そのためには、入所定員など設備・運営基準との関連を念頭におかななければならない。
- 総合リハビリテーションセンターの整備を促進する必要があり、そのために各県の基幹的更生施設は更生相談所機能の統合整備が望まれる。
- 施設体系の総合化・簡素化に対応するためには、新たな専門性の意義が問われることになるので、更生施設における専門性の再確認が必要である。
- 障害の重度化傾向に伴い、多面的なプログラムの開発が必要となるので、自立訓練プログラム(仮称)の開発と実践に努めなければならない。
- 地域生活支援システムの構築が時代の要請であり、既に先駆的試みもあるが、更生施設の機能として発展性があり、期待される業務である。
- 内外の施設・機関とのネットワークは、自立訓練プログラムや地域生活支援システムの実践のために不可欠である。
- 情報の共有の視点が重要であり、自立生活の主体者と支援者が施設を媒介として得る情報は、日常的に双方向性をもたなければならない。
- 社会資源の活用と開発に努めることは当然であるが、リハビリテーションワーカーはまた、活用・開発されるべき社会資源の客体でもある。

② 視覚障害者関係施設について

- 作業施設の整備・統合が求められる。具体的には、授産施設は作業施設として明確化していくと同時に、法的裏付が明確でなかった盲人ホームを授産施設制度の体系に整備していく必要がある。
- 視覚障害者更生施設は、視覚障害者の今日的ニーズにふさわしい施設になっていない。改善の方向としては、タイプは入所・通所・訪問の3つに明確化にし、特別な養成過程を経た専門職を生活訓練専門職員に配置し、施設整備についてはADL、歩行訓練、コミュニケーション訓練などが行える設備を整えることが求められる。
- 盲重複障害者のための福祉施設の本格的整備が求められている。具体的には、盲重複障害者の施設利用に対するハード・ソフト面での特別な加算とそのための基準設定。
- 盲老人ホームの再編成。具体的には特別養護老人ホームと同格制度に。

(中略)

⑦ 盲重複障害者施設(重度身障授産、重度身障更生、身障療護、精薄更生、救護)について

- 盲重複障害者の障害実態に見合った施設制度がない。施設体系の専門施設化と障害別の細分化によって、重複障害者に適したものになっていない。例えば、身障施設に約 200名、精薄更生施設に約 1,200名、救護施設に 397名というように、福祉 3法 6施設に跨がっている。



- 現行施設制度はその対象とする主障害に対する職員配置、施設整備の基準が設定されているが、重複障害者には適していない。また施設の処遇プログラムも重複障害を念頭にしていないケースが多い。専門的な職員養成が求められる。
- 障害特性から障害の重度化あるいは二次障害を発生しやすい(そのためのケアが必要)。
- 重複障害の場合、総合的な判定制度がない。

(後略)

Ⅲ 政策提言

上記の状況を踏まえ、施設制度・施設体系に関し、当面、緊急に制度改善の必要な事項は、次の諸点である。

1. 身体障害者更生施設について

(1) 「身体障害者更生施設等の設備及び運営について」(昭和60年1月20日社更第4号、厚生省社会局長通知)の改正

国の「設備・運営の基準」である本通知は、昭和38年に重度身体障害者更生援護施設が導入されて以来、30年余にわたり基本的な内容に変化がない。新たなニーズに対応する援助プログラム作成のためにも、また、それを実施する各種専門職種の要員確保のためにも、改正が必要である。

(2) 運営費の改善

いわゆる措置費の在り方については、社会福祉施設運営にかかる行政責任との関連において総体的に検討すべきテーマであるが、措置費以外の事業運営費についても助成制度を確立することが必要である。とくに身体障害者更生施設の場合、退所者等の障害者に対する地域生活支援ネットワークの核として事業を展開することが、今後に課せられた重要な使命となるからである。

(3) 身体障害者更生施設の体系的整備

身体障害者更生施設は、身体障害者更生援護施設の中でも最も長い歴史をもち先駆的な役割を果たしてきたにもかかわらず、未だに地域的な偏在や実施水準にアンバランスがみられる。基幹的な施設としての総合リハビリテーションセンター構想が出されてからも10年余を経過するが、その設置は半数にも満たず、そのような方向づけをされた施設においても混迷の状態にあるものが少なくない。施設の体系的設備についての明確な指針を示すとともに、意欲的な法人施設の助成に対しては、特に意を用いることが望まれる。

(4) 障害者保健福祉ネットワークの形成

障害者基本法の改正・施行以後、厚生省においても障害者保健福祉施策の推進については鋭意検討されているところであるが、身体障害者更生施設をめぐるネットワークのカウンターパートとして重要な位置にある身体障害者更生相談所の活性化をはじめ、地域における障害者保健福祉ネットワークの方法を明示することが望まれる。

(5) 法体系の整備

障害者基本法の改正、施行は今後における障害者施策の推進にとって重要な意味をもつが、諸施策運用の実質は各実定法によるものであるだけに、関係各法の体系的整備の検討が必要であると思われる。例えば、対人サービスの基礎となる障害認定については、高次脳機能障害や盲重複障害のような心身機能の重複障害に対する適切な評価基準がなく、また、施設運営費についても、類似の施設形態にあって格差がみられる。実定法としての「障害者総合福祉法」の必要とされる所以である。

(後略)

シンポジウム

[シンポジスト]

樋渡 和敬 (ポポロの会代表)

本村 正一 (滋賀県立むれやま荘所長)

黒田大治郎 (兵庫県立身体障害者更生相談所所長補佐)

[コーディネーター]

澤田 啓祐 (大阪府立身体障害者福祉センター所長)



障害者自身を参加させてこそ…
地域社会と深く結び付いてこそ…
—もう一度考えよう、更生施設の必要性—

樋渡 和敬（ポポロの会代表）



21世紀にむけて身障者更生施設のあり方

本村 正一（滋賀県立むれやま荘）

更生施設の再評価と改善

- 受傷して障害を持った人が社会資源として社会復帰していく中で真の意味でのリハビリテーション（以下リハビリと略す）を担うプロ集団としての自覚を持つ。
- リハビリ計画はリハビリを受ける障害者が主体として評価、計画されるべきであり、障害者の意見を十分尊重する。
- 初期治療を行う一般病院の現状を眺めつつ更生施設の役割を再評価する。
- 必要な運営改善計画を立て、実現をめざす。

医療界の現状

- 健康保険の財政難から医療給付制度が見直されている。特に慢性疾患の医療費削減が図られている。
- リハビリについては初期治療の延長として、初期治療の効果の追認の形で行われている傾向があり、総合リハビリの観点からの取り組みは不十分である。
- 医療費の点から受傷後3ヶ月での退院が多くなってきている。

受傷後どの程度の時期が良いか？

- 原因疾患治療の専門スタッフが必要な期間（1ヶ月程度）
- 病状が不安定で、十分な監視のもとに治療、リハビリが行われる期間（1～2ヶ月）
- 計画的総合リハビリは出来るだけ早い時期から行われるのが望ましい。
- 医療保険と福祉措置の関係
- 身体障害者手帳の交付時期
- いわゆるリハビリ専門病院の代わりに更生施設が出来ないか？

更生施設での総合リハビリの開始時期の案

- 受傷後3ヶ月時点で意識障害の強い人などの例外を除けば将来の機能回復のめどはつくと考えられ、この時点で身体障害者手帳の交付を受けられるよう考慮いただく。
- この時点での評価と社会復帰時点での障害者をとりまく環境を調べ、障害者との共同作業で初期目標を設定して総合リハビリを開始する。

名称について

- 更生（＝元の良い状態にもどる）援護の意味が本当に理解されていない。リハビリがポピュラーになっているので「総合リハビリ施設」が適当
- 愛称（何々荘など）は幼児語と同様で入所者には失礼と考えられる。



スタッフの自覚

- 身体障害者が将来「より質の高い人生」を送れるための援助が出来る大切な役割を担っているという自覚を持つ。
- そのために施設長を先頭にして働きがいのある職場環境を作る。
(病院からのおこぼれ頂戴ではだめで、病院で出来ないノウハウを追求していく)。
- 研修、他施設との交流、その他の勉強にて研鑽を積む。
- 障害者、一般住民、病院、福祉などにこれらのことを、胸を張ってアピールしていく。

スタッフの配置および名称

- 施設のおかれている状況に応じて全面的に再検討が必要。
- 「臨床心理士」でなくてなぜ「心理判定士」なのか?
- ある程度の専門性は必要だが、小回りの利く万能選手が必要。
- 時代の流れに即座に対応していく姿勢と能力が必要。

退所後のアフターケア（更生相談所および市町村との連携を前提に）

- よろず相談の受付
- スタッフの家庭（職場）訪問
- ある目的達成のための短期再入所
- 家族教育
- 退所者を定期的に訪問して今後の施設のあり方に反映させる。

身体障害者更生施設の必要性とその位置づけ

黒田 大治郎（兵庫県立身体障害者更生相談所）

兵庫県では、近年重度身体障害者更生援護施設と療護施設への入所希望が顕著である。とりわけ重度身体障害者更生援護施設の入所を適当とする者が漸増傾向を示している。（図参照）このことは、今後も引き続き起こると考えられる。なぜならば、身体障害者更生援護施設の利用を余儀なくさせるつぎのような社会的要因が顕在化してきたからである。

すなわち第一に救急救命医療や高度医療が発達し、かつてはたちまち命を失った重篤な疾患や傷害でも救命・生還率が高まった。その結果、遷延性意識障害を伴う頭部外傷などの高次脳機能障害、全身的ケアを常時必要とする頸髄損傷など処遇困難な障害者を生み出し、また糖尿病などの難治性疾患をもつ障害者も増加してきているこのことは今後もさらに処遇困難で複雑な問題を伴った新たな障害者が発生してくることは十分に予想させる。その上医療行政や医療現場はこれらの障害者を初期治療の段階だけでしか係わろうとしなくなってきており、むしろ忌避する傾向さえ見られる。そのために「重症」障害者は医療機関に代わってその生活の拠り所を施設利用に向けざるを得なくなっている。

第二に多くの人々は常に時代の変動や社会環境の変化に適応しながら生活している。しかしその努力に係わらず時として、急速にまた複雑に変化する現代の社会システムの中でうまく適応出来ず、解決困難な問題や障害に押しつぶされることは、極めて容易であり、またその機会も増えてきている。とくに「高齢化・少子化」というアンバランスな人口構造から、社会的、経済的に脆弱な家族が必然的に生まれてきている。それは同時に治療機関から遠ざけられた「重症」障害者をこの家族システムでは介護能力を殆ど失っていることをも意味している。これは「重症」または重度障害者が発生するとその介助負担の重さから、地域在宅福祉サービスを利用しながら、その処遇の困難さから家族崩壊に繋がる例が出始めていることにもうかがえる。

第三に地域在宅支援サービスはこうした「重症」障害者を抱える家族支援を中心には考えられていないことである。

ところでこうした障害者の実態に対して、重度身体障害者更生援護施設も療護施設も十分余裕をもって対応できる状態ではない。少なくとも施設の絶対数は老人および精神薄弱を対象とした施設に比べ、少なすぎる。そのために例えば、療護施設に若干の欠員が生じて、すでにその数十倍かそれ以上の待機者がいる。さらに治療機関には、家族でも地域でも支えられない障害者がつぎの落ち着き場所を求めて待機している。この中から施設利用者を選ばなければならないのが、最重度身体障害者に対する施設福祉サービスの実態である。しかもこれが殆どの都道府県で常態化し、かつ相当に深刻になってきている。

また法的・制度的枠組みに柔軟性が与えられていないため、その用意された施設サービスに適合する障害者しか利用できない。

果してこの状況がノーマルな社会福祉環境なのだろうか。かつて施設福祉サービスは古く時代おくれであり、今後は在宅福祉サービスが中心であると言われ、いまでもその意見が支配的である。しかし本当にそう言い切れるのだろうか。

現在身体障害者更生相談所は身体障害者更生援護施設への入所を調整する立場にある。その視点からみて、今後求められる対策は、なによりも「頼れる安定した制度」と「安心して任せら



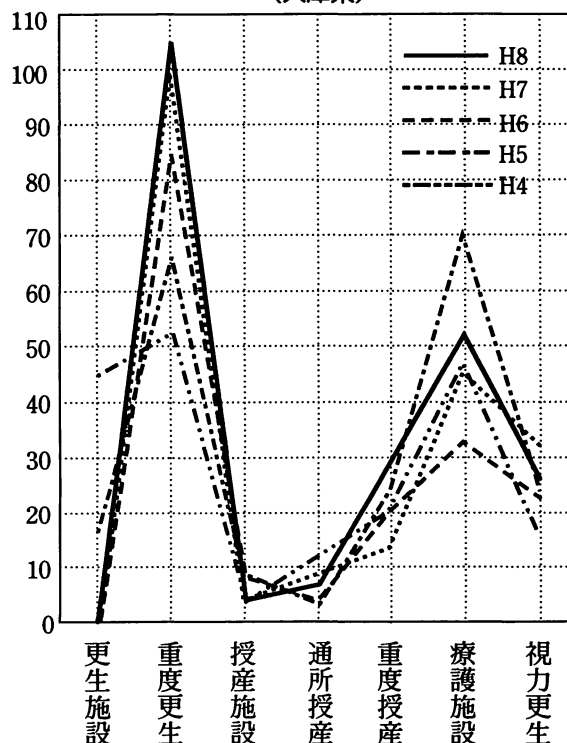
れるシステム(生活基盤)」の確立することである。それはまた社会環境との関係を調整し、健全な社会生活が営めるまで身体障害者を支えられる組織的援助活動としての、施設福祉サービスを実現することを意味することに他ならない。

これは、(1)身体障害者更生援護施設は社会環境の変化、時代の動向にかかわらず、現代社会には不可欠なInfrastructureである(2)施設福祉サービスは、在宅福祉サービスに従属するものではない(3)生活ニーズの多様化に対して、常に自由な選択と柔軟な利用が可能な、並列的で等価的な福祉サービス体系を備えなければならないとの認識を前提としている。

具体的には施設福祉サービスの重要性を社会的に再認識させ、将来はもとより、出来るだけ早い機会に(1)身体障害者更生援護施設の増設(特に重度身体障害者更生援護施設および療護施設)(2)多様な利用形態が可能で人的・構造的・情動的にflexibleに運用できる施設を実現する対策が必要であること(3)そのためには、一体、どの種類の施設が幾つ必要か、またどこに設置すれば効率的に利用できるかといった施設福祉サービスの基盤となる社会科学的調査ならびに総合研究を、身体障害者の施設福祉サービスに係わるものが率先し、システマティックに行わなければならない。

少なくとも障害者のニーズの多様化に対して、福祉サービスのメニューをより多く用意し、選択の自由度を保障することが、当面する現実的問題解決を図る尤も初歩的ではあるが、基本的方法であることを原則としなければならない。

平成4年度～8年度 施設入所判定状況
(兵庫県)



フォーカス

(1) 「重度更生施設から地域自立生活への支援のとりくみ」

大阪市更生療育センター生活指導主任 東堀 克己

(2) 「福祉用具センターの必要性」

滋賀県立福祉用具センター所長 小嶋 寿一



重度更正施設から地域自立生活への支援の取り組み 福祉作業所作りを通じて

東堀 克己（大阪市更生療育センター）

1. 大阪市更生療育センターにおける入所者の状況について

2. 退所者の進路状況

3. 福祉作業所作りの経過

4. 福祉作業所利用者の実態

5. まとめ



福祉用具センターの必要性

小嶋 寿一
(滋賀県立福祉用具センター)

福祉用具の必要な人に、その人に適した用具の提供を価格や制度の利用を考えずに対応できる利用者は約80%程度で、残りの15%程度の人には何らかの改造が必要である。残りの5%程度の人にはその人の目的と機能に合わせた機器を作らなければならないと考えている。

福祉用具を導入する場合には使う人の目的とその人の身体的機能と用具の機能が一致していることが大切である。パンフレットやカタログを見ただけで判断できるものではない。見て、触って、試して、同種の物と比べて判断しなくてはならない。

東京での“国際保健福祉機器展”には約12万人弱の人が三日間で集まったが、必要な時に、用具に触れられ、専門家の助言が受けられる場所が必要である。最近、各地の都道府県や各市、町等に福祉用具の常設展示場が開設されるようになった。

滋賀県では、1993年より福祉用具の常設展示場を開設し、OT、保健婦等による専門相談、福祉用具の利用を含めた各種の研修を行い、現在約600点の異なった機能を持つ用具を保有している。また、同じ敷地内に、より住みやすい住宅、費用をかけないでも改造できるようにと“住まいの工夫とヒント”を提案している。この建物は新しい製品の開発にもつながっている。1996年秋には新エネルギー・産業技術総合開発機構による“ウエルフェアテクノハウス”が滋賀県でもレイカディアセンター内に完成した。ここでは高齢者や障害のある人々が安全で快適に住める機能的な住まいを提案し、また、各種の研究成果が上がるものと期待している。住みやすい住宅とは各種の福祉用具の活用や導入を受け入れる構造と、快適でやすらぎを与え、合理的、機能的で美しくなければならないと思っている。

●滋賀県立福祉用具センター設立

近年、福祉用具の種類も多岐にわたり、福祉用具を有効に利用するためには、利用者の身体機能や使用の用途、生活環境に適した用具を選ばなければなりません。

しかし、福祉用具の種類や機能、安全性、適合性、助成や補助制度に関して、利用者への情報はまだまだ少なく、最適な用具を提供するための種々のシステムを確立しなければなりません。

滋賀県では、97年1月にレイカディアセンター敷地内に1,500㎡の“福祉用具センター”を設立した。

●福祉用具センターの機能

1. 展示、装着、試験等の機能

一般福祉用具は従来の展示室で展示し、改造や機能付加した用具及び部品を展示。

試用、装着しての適性改造。用具の試用体験。

用具の機能チェック。

2. 相談機能

機器の導入に関して、障害に適応した機器と利用方法。介護、看護に関して機器の利用と使い方。住宅改造、各種の制度利用等必要により来館できない人を対象として、市町村、自宅訪問サービスも行う。

3. 研究開発機能

義肢、装具を除いた福祉用具の研究、開発。県内で広がっている自助具工房等との共同研究と援助。



機能の適性、機能性、安全性、性能、デザイン等の適性評価。

企業との研究開発を含む試作・開発。

4. 情報機能

機器の情報収集と分析

機器の情報提供

機器利用の情報と分析

5. 研究教育機能

機器、利用者にかかわる関係機関及び関係機関に対する教育と研修

用具関係ボランティアグループの教育・研修。

6. 修理、アフターケア機能

工作室に於いて機器の修理、改良等付加機能作業

7. 貸出し、リサイクル、入手機能

機器の効率的な再利用、再改造等

以上の機能を備えた二階建て建物で現在あるレイカディアセンターの機能と連動をはかる。1993年開設当初より住宅関連企業を含む一般企業とも情報交換、新製品の開発を行っている。福祉用具センターの開設で関係研究機関、大学とも連携がとれ、成果が得られるものと考えている。

研究発表

I 「利用者（入所者）のニーズに応えるために」

座長:大阪府福祉部障害福祉課主査

久保 博康

○座長:農協共済中伊豆リハビリテーションセンター自立支援部次長

衣斐 広文

II 「リハビリテーション推進への取り組み」

○座長:栃木県身体障害者医療福祉センター所長

高柳 慎八郎

○座長:(福)重度身体障害者更生援護施設わらしべ園施設長

丸山 正雄

III 「障害者の社会参加や自立への支援のために」

座長:大阪府福祉部障害福祉課地域生活係長

野村 龍太郎

座長:大阪市立心身障害者リハビリテーションセンター保健副主幹

番匠 美恵子

IV 「専門的技術的機能の発揮とは」

○座長:滋賀県障害者更生相談所専門員

門 治

座長:大阪府身体障害者更生相談所主幹

諏訪 真一



肢体不自由者更生施設における 余暇活動プログラムへの取り組みと課題

橋本 光博

(東京都心身障害者福祉センター 生活援助科)

1) はじめに

当センター肢体不自由者更生施設における支援プログラムは、地域生活を目標として、利用者個々のニーズに対応した個別プログラムと、さらに利用者相互の交流を活用した集団プログラムを有機的に組み合わせて支援を進めていく試みがなされている。

今回、集団支援プログラムの中の1つである余暇活動(レクリエーション)プログラムへの取り組みを紹介し、今後の課題について報告する。

2) 対象

当施設利用者は、主に病院での入院治療を終了した者が、地域での生活へ移行するための中間的施設として利用している場合が多く、利用目的は障害を持ちながらも地域(在宅)生活者として必要な技術を習得すること等である。

対象は、障害等級1,2級の脳血管障害者が中心であり、年齢別では40～50才代が多くを占めている。入所期間は原則として1年以内であるが、3～6ヶ月程度の者が多い。また利用者の中には単身者が2～3割を占めている。

3) 目的

数年来、利用者の障害の程度は重度・重複化の傾向にあり、在宅生活に向けてQOLの充実が求められている。

このような状況の中で利用者を支援していくためには、地域に帰った際の日中の過ごし方、余暇の過ごし方が大きなウエイトを占める。

本プログラムは、利用者が主体的に社会参加するきっかけをつかみ、地域の中において日々の生活がうるおい、豊かになるよう支援することを目的として取り組まれてきたものである。

4) 活動内容

(1) 季節行事(時節に応じた行事を必要に応じて実施)

*平成8年度は6回実施。

ア) 春の外出レク、イ) 納涼会、ウ) ウォークラリー、エ) 年忘れの集いなど。

(2) 外部講師を招き行われたレクリエーション活動

*隔週で実施。

(3) 地域資源を利用したスポーツ活動 *卓球教室、水

泳教室等への参加。

(4) ボランティアを招いての芸術観賞 *アイリッシュハーブ・コンサートなど。

(5) 地域におけるイベント・講座・教室等の情報提供(各自治体の区市町村報およびガイドブックその他の資料収集)

(6) サークル活動の施行 *ミュージックハンドベルを用いた音楽活動。

などであるが、これらの活動を施行するに当たって考慮している点は、当事者の自己決定を主体においた支援、つまり個人の自由意思と主体性を尊重した取り組みである。

特に利用者相互の交流を活用した季節行事においては、計画の立案・施行にあたりその全てを利用者間の選出による実行委員制により取り組まれ、援助職員は側面的に支援するにとどまり、活動プロセスの中心はあくまでも利用者であることに主眼をおいている。

5) 活動展開例

季節行事についてその進行過程を述べる。なお本プログラムは個別プログラムのない余暇時間を活用(実施日を除く)して行われている。(図参照)

(1) 週1回定期的に開かれる利用者連絡会にて、実施日の1.5ヶ月～2ヶ月前に行事の案内説明をし、実行委員を募集する。

(2) 第1回実行委員会を開催。実行委員長その他を利用者間の協議で選出する。

(3) 第2回実行委員会を開催。実行委員長が中心となりプログラムの具体的な内容を話し合う。

目標・テーマ設定、広報ポスター作成、アトラクション計画、食事メニュー、会費司会・進行などをどうするかメンバー同士で話し合い、内容が決定したところで各役割分担を行う。また実行委員会は、随時他の利用者の参加も得られるようオープンで行われ、広く意見やアイデアを吸い上げている。

(4) その後数回の実行委員会を開催し、各役割の担当者から進捗状況報告があり、今後のスケジュールについて話し合う。

(5) 行事实施日においては、実施前に最終打ち合わせ

の場を設け、利用者間で取り決めた役割の確認を行い、計画に基づいて実施される。

- (6) 行事实施後、反省会を開き、各メンバーにプログラムに参加したことについての感想や意見を出してもらう。また必要に応じてアンケートも実施し、利用者・職員等から幅広い意見を集約する機会を設け、今後の反省材料とする。

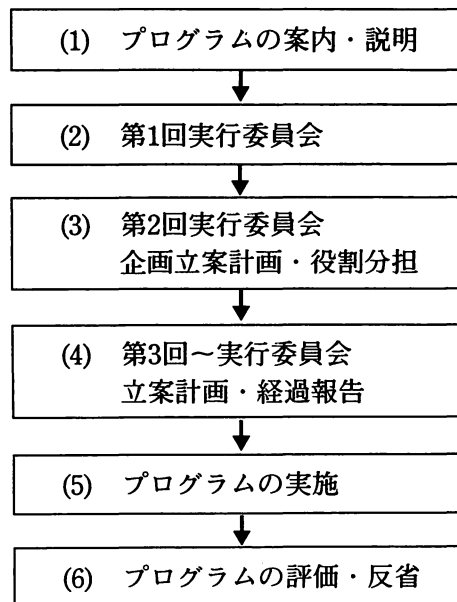
なお実行委員会(反省会も含む)へは、常時プログラム担当職員も参加し、進行過程の中で集団内の意見が割れたり、とくに内容の飛躍した意見や実現不可能と思われる提案などが出された場合には、その都度調整を行い、プログラムが円滑に進行するようアドバイスしている。

6) 考 察

このような活動を通じ、それまで意欲や活動性の乏しかった利用者も生き生きとプログラムに参加している様子が伺え、また反省会やアンケート結果をみても、肯定的にとらえている意見が多く、自己実現、他者とのふれあいといったことが経験でき、快く感じられた利用者が多かったと考えられる。(資料参照)

しかし、当センター更生施設の特徴として入所期間が3~6ヶ月と極めて短く、利用者の入れ替わりが激しいため、活動が定着しにくく、継続・維持が難しいことが上げられる。このような中でいかに充実した余暇活動を実践していくか、また脳血管障害をはじめ、近年利用者の障害の重度・重複化に伴い、その多様なニーズにいかに対応するプログラムを開発していくか。今後の課題は山積している。

最後に、こうした利用者が地域で生活していく上で余暇活動の充実をはかることで、社会生活力が高められ、よりよい暮らしが送れるよう期待し、我々としてもさらなる支援技術の研鑽に努め、当事者の自己決定を尊重し、これを主体においた支援サービスを心掛けていきたい。



(季節行事プログラムの流れ)

- (1) PTの練習になった。訓練にもなった。社会復帰にもなった。距離も程よし。広々とした庭園で他の人々と接して良かった。
- (2) 芝の上、砂利道、舗装の道といろいろ体験出来て良かった。自分にとっては、健康だった時の芝の感触の違いが歩いてみて違ったことが体感出来、大変良かった。
- (3) メンバーみんなをまとめるのは大変難しかったが、精一杯頑張った。自分の力以上のものが出せた気がする。とても有意義だった。

資料 H8年度外出行事アンケート抜粋

飲酒への取り組みと課題

あけぼの医療福祉センター入所者・保護者・他施設のアンケート結果から

小尾 春美
(あけぼの医療福祉センター)

1) はじめに

当センターは入所者の重度化、高齢化、長期滞留化の傾向の中で、生活の場である施設でのよりよい生活確保に向けて取り組んできた。その中でも施設内飲酒については、入所者規定で禁酒とされてきたが、年1回の所外宿泊訓練での宴会の乾杯に限りH7年度より許可されてきた。また「成人施設である」「あたりまえの生活を考えるとき施設内であっても飲酒は認めるべきだ」という声もきかれ、施設内での飲酒については、どの様な在り方がのぞましいのか検討課題であった。このほど入所者、保護者、各施設のアンケート調査を実施したので、調査結果を中心に報告を行いたい。

2) 方法

(1) 調査対象者

ア.入所者:1対1の面接方式

入所者の飲酒についての意識調査

イ.保護者:家庭生活訓練の時アンケート持参、帰所日に回収

保護者の施設における理解度及び、飲酒についての意識調査

ウ.施設:中部ブロック施設 無作為に選出

各施設の「飲酒」の取り組みの現状

(2) 調査項目

ア.別紙調査用紙による

(3) 調査用紙の回収率

ア.入所者依頼数…44人

44人…回答

回収率…100%

イ.保護者依頼数…44人

32人…回答

回収率…72.7%

ウ.施設依頼数…26施設

23施設回答

回収率…88.5%

3) アンケートの結果

(1) 入所者

アンケートの結果からお酒は飲みたいが、所内の規則があるから、我慢している人が多いと思われる。「どういう時に飲めればいいのか」という質問に「行事の時」と答えている人が、73%と区切りを付けた飲み方をしたいのだとおもわれる。「飲酒が許可されたらお酒を飲みますか」「はい」9人(20.5%)「いいえ」33人で(75.0%)「はい」と答えた人の中でも、許可されても自分は飲まないという人も5人いた。「帰省中飲酒している人」12人(27.3%)保護者と一緒に晩酌を付き合うと答えた人もいた。

(2) 保護者

圧倒的に適量で楽しみながらという意見がでている。飲酒が許可されれば入所者に飲酒を許可するかという質問に「許可しない」22人(68.8%)が圧倒的に高い、「本人に任せる」が7人(21.9%)とあるが健康状態や職員の指示に従う、ルールを守ってほしいという条件がある。帰省中の飲酒状況は「飲んでいる」4人(12.5%)と入所者の申告と違う数値を示す。

(3) 施設

施設内飲酒を許可又は検討、許可していく方向が10施設(43.5%)行事及び施設外での飲酒に対し16施設(69.6%)黙認しているところもある。しかし、規律違反者にはペナルティを課している所も23のうち11施設(47.8%)あり退所という厳しい処置をとった施設も2ケースあった。施設利用者で健康面から飲酒が好ましくない人も入所しており、指導上難しい面もありルールや個人のモラル自覚に任せざるを得ないようである。

(4) あけぼの医療福祉センター職員の意見

訓練の場であり、生活の立て直しの場でもあるので施設柄許可は適当ではない。施設本来の目的達成の為、今後も入所者への援助をしていく。H7年度より実施している所外宿泊訓練の際の「宴会の乾杯の1杯」についてはH8年度の所外宿泊訓練の際「開始時の約束」

を破った違反者が出た為に約束どおり当面中止とする。

4) 考 察

当センターの81%は中途障害であり、飲酒が一因で発病した人も多く、入所者の一人一人の将来を配慮していくなかで、更生訓練施設であることを踏まえ、入所者相互及び職員との関係の信頼醸成を行うゆとりを持ち、飲酒による集団としてのモラルを確立していきたい。今後は入所者、職員(医師も含む)及び保護者等交えた「アルコール委員会」の設立を検討し、それぞれの立場から理解しあう事が必要であり総合的に判断して取り組んでゆく必要があると思われる。

身体障害と知的障害を併せ持つ 授産施設入所者の炊事訓練についての一考察

柴田 千代子 藤田 亘 長辻 永喜 池埜 弥生 村田 定子 濱口 三代子
(大阪府立身体障害者福祉センター)

1) はじめに

当センター更生施設入所者に対して、作業療法の一環として炊事訓練を、20年前から実施してきたが、近年、身体障害と中等度以上の知的障害を併せ持つ入所者が増えてきた。従来は独力ででも一種類以上の料理を作れる様になれるという目的で訓練を実施出来ていたが、従来の実施方法では、目的達成が困難な状態になってきている。今回、当センター授産施設から身体障害者福祉ホームへの入所を希望している2名の女性入所者の炊事訓練をする機会を得、重複障害を持って、必要に迫られた状況での料理を作るというプロセスについて考察してみたので報告する。

2) ケースのプロフィール

氏名	Aさん (40才)	Bさん (48才)
障害名	側湾症による 脊柱運動障害	脳性麻痺 (痙性 両麻痺+アテト ーゼ)
身障手帳	5級	2級
IQ	61(田中ビネー式)	41 (WAIS-R)
歩行	独歩(安定歩行)	パーキンソン症 様の突進型歩行
装具・他	なし	三輪歩行器 (両手で押す)
両手動作	あまり問題なし	可能だが ぎこちない
学歴	中卒(普通学級) (ついていけて なかった)	不就学…家でテレ ビをみていた。
性格	意見は余り無い。 自信が無く、失敗 を避ける傾向有り。	几帳面。物事に、 積極的。好き嫌いは はっきりしている。 嫌な事は、嫌と言え る。

3) 目標

最低1週間は、当番が当たっても肉じゃがが程度の日替わりメニューが出来る様にする。

4) 実施内容

A…基礎訓練

- 包丁や皮むき器の使用練習(じゃが芋を利用する)。
 - イ…皮むき器でじゃが芋の皮をむく。
 - ロ…皮をむいたじゃが芋を、薄く切る。
 - ハ…薄く切ったじゃがいもを細く切る。

●卵割りの練習

Aさんは、上手に割れる。Bさんは、緊張し、手の動作もぎこちないので、殻がグチャグチャになってしまう。Bさんのみ卵割りの練習をする。使い残しの鮮度の落ちた古い卵を利用しておこなった。古い卵を割る時は、失敗しても良いと思う為か、緊張が少ないので上手に割れる率が高い。が、実際、料理に使う卵を割る時は、精神的に緊張し、それが身体の緊張にもなり上手に割れず、卵の殻が混ざってしまう。その殻を取り除くのに時間を要してしまうので、ぜひとも卵を上手に割る為には、練習でなく、卵料理を増やす事にした。数回、卵割りを繰り返すと、Bさんも緊張が取れ、卵割りが上手になってきた。

●各種の野菜の洗い方と切り方の練習

●食器等の洗い方と拭き方の練習

B…調理訓練の指導

- a…何を作るか料理の名前を知らせる。
- b…完成までの手順をおおまかに説明する。
- c…必要な食材、調味料、食器等、をテーブルに揃える。
- d…一区切りづつの手順を、口頭で説明しながら、実演してみせる。

C…調理の応用

基礎となる料理を応用する事で料理の種類が増える事を指導した。

<例>野菜炒め+ソバ…焼きソバ

野菜炒め+御飯…焼きめし

目玉焼き+ハム…ハムエッグ等

D…注意をした点

- 1…キャベツ、白菜等芯の堅い野菜は、1枚づつはがし、

やわらかい葉っぱは、手でちぎる。

- 2…野菜は、全部切ってからザルにいれまとめて洗う。
- 3…堅い部分やネギはキッチンバサミを利用する。
- 4…薄い肉も手でちぎる。
- 5…煮物の味付けは、すき焼きのタレ等、あらかじめ味のついている物を利用する。

5) 幾種類かの料理を実施した結果

[問題点]

*料理名と、料理を記憶していない。

*ガスコンロ、電磁調理器の使い方。料理の手順。用意する食器や食材、調味料(開け方も含めて)等と、それらの収納場所。等の記憶が不十分である。

[解決策と経過]

*手作りのカードを作った。

絵と簡単な文字を入れ、1枚につき1工程書く事にした。全工程をリングで通した。同じ物を1部ずつ手渡しそれを見ながら自分達だけで料理をする様指導した。結果は、カード1枚終了する毎に必要な材料等を取りに行くので、料理が焦げ付いたりする。又、お互いに相手のする事を観察しながらやっていたりする。それで再検討し、必要な材料を総て書いたカードを一番上に付け加える事にした。カードを1枚ずつテーブルの上に並べたり(カードをめくる手間を省く為)、済んだカードは箱の中へ入れる様に指導した(次はどのカードを見ればよいのか分らなくなるから)。それと自立してもらおう為1名ずつに別れて実施する事にした。

[出来る様になった事と今後の課題について]

Aさん…身体機能は良いのでたいいの事は出来るが、課題として食器拭きを丁寧にする事。カードが無ければ一步も前へ進めない(知っていても自信が無い)ので難しいが自信を持てる様にする事。

Bさん…出来る様になった事は、卵が割れる様になった。食器洗いが出来る様になった。歩行器なしでも5~6歩位なら片手で物を持って移動出来る様になった。課題としては、買い物時、解らないことは店員に聞ける様になる事。レジで支払う前にあらかじめサインを出しておく事等である。

<考察>

今回の2人は、性格的に正反対な面があり、Aさんは

自信の無さ(やる気は有っても行動出来ないのかも…)がネックとなり、未経験な事には消極的であった。Bさんは、機能面、知的面で、Aさんより能力的に低いが積極的(やる気が有る)で未経験な事に挑戦する事により出来る事を増やしていった。この事からみて身体機能面や知的レベルでの高さ、低さが総てを左右するのではなく、性格やモチベーションといったものが可能性をうむ一因かもしれないと思われる。試食時の入所者の“美味しい”と言う言葉と嬉しそうな表情が励ましになって、これからも炊事訓練に精を出して行きたいと思っています。

脳性麻痺者の通所授産施設利用に 対するアプローチ

松柳 登
(青山彩光苑 リハビリテーションセンター)

1) はじめに

今回、長期在宅生活を送ってきた脳性麻痺者に対し、授産施設利用を目標に、集団生活適応の取り組みから職業準備訓練および現場実習と段階的にアプローチし、福祉的就労へと至ったのでその経過を報告する。

2) プロフィール

対象者は、脳性小児麻痺による痙直型四肢麻痺の障害を伴う42才の女性であり、身体障害者手帳は1種1級である。家族構成は父親(70才・無職)と母親(60才・パートタイマー)の3人である。

生活歴は、10才時に脳性小児麻痺と診断され、13才時にA学園に入学するが、ホームシックにより3ヵ月で退園となる。その後、25年間の在宅生活を経て、平成5年10月当リハビリテーションセンターに入所となる。

3) 日常生活状況

ADLは、自立レベルであるが、全体的に動作や反応は緩慢である。特に、食事面では先割れスプーンを使用して40分前後の時間を要し、食べ残しが多く見られた。

発音は幾分不明瞭ながら基本的日常会話は可能であり、簡単な漢字まじりの文章も理解できる。書字は、自分の住所、氏名、年齢が書ける程度であり、ワープロを使用してごく簡単な文章の作成も可能である。

4) 援助内容及び結果

入所当初は、生活環境の変化が原因で体の不調を訴えることが度々見られた。その為、支持的な関わりが必要であると思われたので個別指導を中心に、本人のニーズが高い公共交通機関を利用した外出訓練や調理実習を実施しながら、はがき作りなどの集団作業を取り入れ、集団生活への適応を促す訓練プログラムを導入した。

長期目標を設定する上で本人および家族に面接を行ったところ、授産施設での自立生活を希望したので、職業準備訓練課程に所属させ、本人の就労能力を高める訓練を行った。その内容は、就労生活に必要な基本的労働習慣の育成を中心に、集団による作業活動(紙箱折り作業)と個別指導によるワープロ作業を実施した。

その結果、就労意欲、集中力、持続性などの基本的労働習慣についての問題は見られなかったが作業遂行面では動作が緩慢であり、手指の巧緻性に欠けていた為、作業スピードに対する問題点があった。そこで、本人には作業スピードの速さは強く要求せず、作業の正確さや丁寧さに注意するよう指導して、訓練を継続した。

作業の正確性が確認されてきたので、本人および父親と面接し、県内の授産施設および当施設で開設することとなった身体障害者通所授産施設(以下ワークセンターと略す)の情報の提供を行った。その結果、本人、父親とも自宅から通われるワークセンターに興味を示し、利用意志を明確にしたので、作業種目の内容、作業工賃、交通手段などについての説明を行った。

そして、就労意識を高めてもらうことを目的に、ワークセンターで現場実習を2週間実施することにした。前半の1週間では、当施設より送迎を行い、施設内見学や作業種目である水耕栽培の説明および栽培種目である葉ネギの調整作業を行った。また、後半の1週間では、現実的な意識が持てるようにワークセンターの送迎サービスを利用して自宅から通勤することを行った。

現場実習前には、ワークセンターでの新しい集団に対する不安を訴えていたが、当施設のOBやデイサービスで顔見知りの人達が利用していたので集団生活に適応できるものと判断された。

また、作業は、葉ネギの収穫から出荷に至るまでの作業を行ったが、意欲的に取り組んでいる様子が同え、作業態度も問題なかった。

作業量については、本人に1日の目標作業量を設定してもらい、目標達成に向けて努力するよう促し、常に目標を意識しながら作業に取り組む姿勢を身につけさせ、作業の習熟を図るように指導した。結果、設定した作業量をこなし自信を強めた。

そして、今年6月にワークセンターを利用することとなった。

5) まとめ

今回、長期在宅生活を送ってきた脳性小児麻痺者に対して、授産施設利用を目標とし、集団生活適応の取り

組み、職業準備訓練、現場実習と段階的アプローチを行った。

このアプローチが対象者にとって、自己の可能性を引き出し、自己の能力を発見、再確認したことが大きな自信となり、目標に対して良い結果をもたらした要因と考えられた。

今後も就労に向けたより効果的な援助方法を検討していきたい。

脳血管障害者の在宅復帰に向けた援助 試験外泊と生活援助ファイルの活用を通して

長田 真理子 松柳 登
(青山彩光苑リハビリテーションセンター)

1) はじめに

当施設では、訓練の経過記録や各種サービスの資料などを綴った「生活援助ファイル」を作成し、利用者への援助および家族との情報交換の手段の1つとして活用している。

今回、日課や課題を設定した試験的な外泊(以下、試験外泊)と、この生活援助ファイル(以下、ファイル)を用いた在宅復帰への援助を行ったので、事例を通して紹介する。

2) 事例紹介

本事例は脳内出血にて左片麻痺となった61歳の男性である…在宅では介護が必要なため、在宅生活に必要な訓練を受けることを目的に、約7ヶ月の入院後、平成7年6月に当リハビリテーションセンターに入所した。

入所時の生活状況は車椅子使用でself-care 要監視レベルであったが、入浴は要介助であった。短下肢装具・T字杖での歩行は不安定で実用性に欠けていた。左側無視や記憶力の低下を伴い、更衣動作や整容が不十分であり、日課や訓練プログラムの把握ができなかったりした。

3) 生活関連動作獲得のための援助

理学療法および個別援助等を用い、床上動作、屋内歩行、階段昇降などの確立および入浴の自立を図った。また、定期的な書道クラブやはがきの文通の参加を促し余暇活動の充実を図ることに、1日のプログラムを日課表で確認しながら訓練参加の習慣化を援助した。これらの援助経過や本人の施設内での様子をファイルに記録し、家族に情報を提供した。

4) 在宅復帰に向けた援助(図1)

妻の退職をきっかけに在宅復帰の時期が明確になったので、以下の援助を行なった。

(1) 家屋評価および指導

正月などの長期外泊の際、家庭での状況や問題点をファイルに記録してもらった。その結果、外泊時には妻と娘とが入浴介助にあたるがシャワー浴のみと記されていた。

そこで、OT、SW、CWが自宅を訪問して、家庭内でのいざり、立ち上がり、杖歩行を確認するとともに、家屋評価を実施した。また、家族への介護指導を行うとともに、

動作獲得の訓練を強化した。

その後、SWが住宅改造に関する助成制度等についての情報を家族に提供したが、経済的な理由により改造はできないとの申し出があった。そこで、OTが入浴用自助具の提供・介護指導を行ない、浴槽の出入りに関する介助が軽減された。

(2) 社会資源(在宅支援サービス)に関する情報提供

社会資源の積極的な活用を促すため、本人には週1回の情報提供の訓練を、家族には月1回の家族セミナーの参加を通し在宅障害者助成制度、各種割引制度(公共交通機関等)に関する情報提供を行なった。また、当施設のデイサービス、ショートステイについても紹介した。

(3) 試験外泊の実施

在宅復帰の1ヶ月前に、デイサービスの体験利用を含む試験外泊を提案し、家族と相談のうえ、1週間実施した。

課題として、家族が留守の際、電話の対応と伝言ができるか、その他自宅での生活に問題が残されていないか毎日の状況をファイルに記録してもらった。

また、デイサービス利用については、入浴サービスと書道クラブがある2日間を選び、送迎から参加に至る一連のプログラムを体験してもらった。

(4) 在宅生活の準備および問題の確認

家族の留守中に単独で外出してしまうということがあったが、体験を通して自己の能力を知る機会となった。課題であった電話の対応は、伝達事項を正確な記憶では残せないが、メモ書きで対応できることがわかった。余暇時間については散歩や書道、手紙を書くなど充実されており、デイサービスについても、気分転換に良いと本人より感想が聞かれた。これらの援助を通し、本人の在宅復帰に対する意欲が高まっていった。

退所直前、SW、CW、看護婦、栄養士より本人および家族へ最終指導を行い、ファイルに指導内容を添付して家族に渡した。

5) 考察およびまとめ

今回、『生活援助ファイル』を活用して、家庭訪問、試験外泊の設定、各専門スタッフからの指導を、家族と情報交換しながら援助してきた。(図2)

本事例のように、ADL面で介助を要し、高次脳障害

を伴う脳血管障害者が、施設での訓練を経て在宅復帰を目指す援助では、『生活援助ファイル』を活用することは効果的な方法の1つとなり得るものと考えられた。

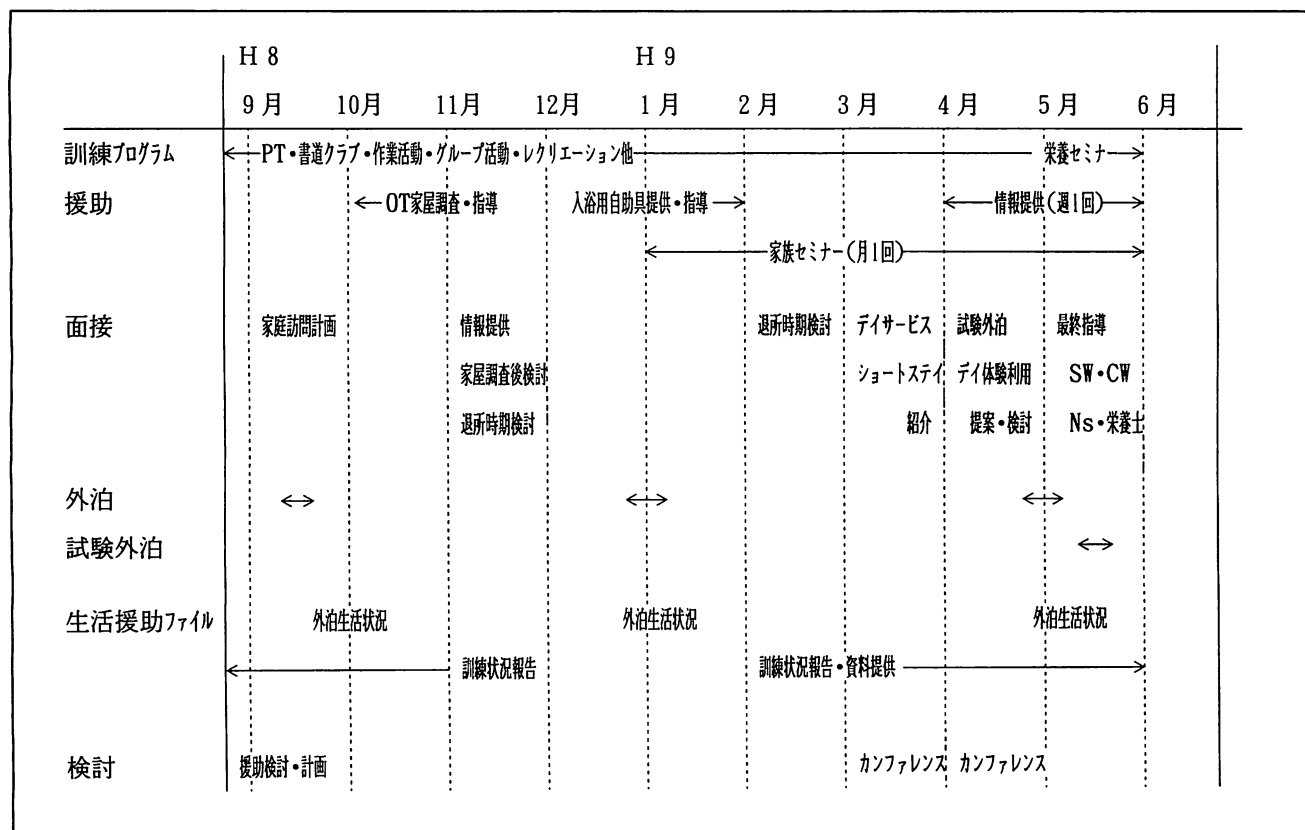


図1 在宅復帰に向けた援助プログラム

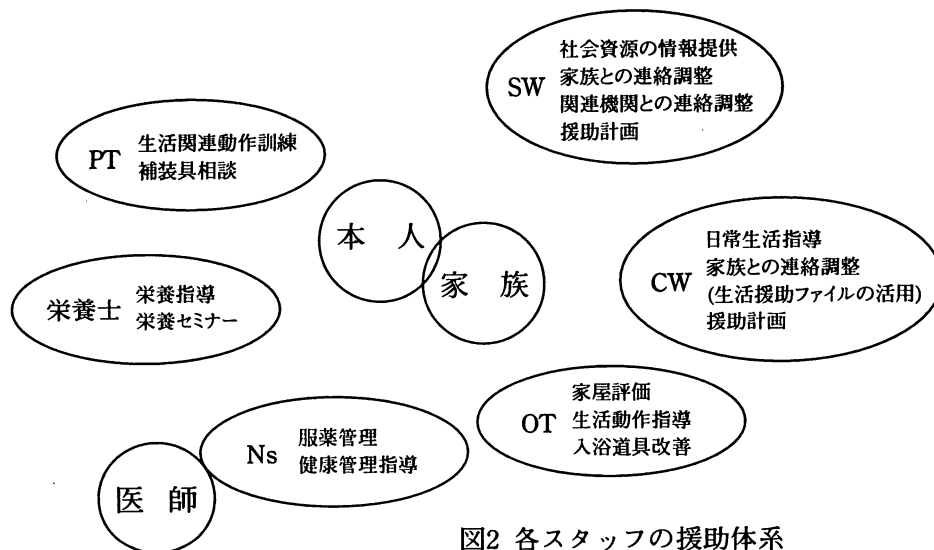


図2 各スタッフの援助体系

更生施設におけるスポーツ訓練の実際とその役割

稲田 和久

(京都市身体障害者リハビリテーションセンター 肢体不自由者更生施設)

1) はじめに

京都市身体障害者リハビリテーションセンターは、更生相談所部門、付属病院部門、補装具製作部門、それと肢体不自由者更生施設部門(以下更生施設と記す)から成る総合的リハビリテーションセンターである。

当更生施設は、病院における医学的リハビリテーションを終了し、家庭・職場・地域社会等に復帰する際に、様々な問題を抱えておられる市民に利用していただき、社会適応訓練・生活関連動作訓練・スポーツ訓練をとおして、社会復帰への自信づけとより豊かな生活を送るための援助を行っている。

今回は、昭和53年の開設当初から、プログラムとして取り組み、試行錯誤を繰り返しながらPTとも相談し、現在の内容を作り、入所者からも一定の評価を得ているスポーツ訓練について報告する。

2) スポーツ訓練の意義・目的

スポーツを通じて、機能の改善・維持・実用化を目指すとともに、運動不足などによる基礎体力の低下から起こる二次障害の予防、また自己の可能性の再確認や入所者同志の相互理解・協調性を萌芽させることにより、障害の克服や精神面の安定・社会参加への意欲の助長などを促すことを目的として、取り組んでいる。

3) 実施内容

対象者は更生施設入所者全員であり、月・水・金曜日には、マット上の運動中心のストレッチ訓練、火・木曜日には、ボールを使った運動中心のバランス訓練に区別して午前中に実施しており、担当には、生活指導員があたり、スポーツ指導員養成の研修も積極的に受けて力量の向上に努めている。

(1) ストレッチ訓練について (別紙資料①)

ストレッチ訓練では、自宅に戻られてからでも一人で機能維持訓練が出来ることを目的に実施している。また、入所者の大半は脳血管障害などによる片半身麻痺者であるが、脊髄損傷などによる車椅子常用者も少数ではあるが、絶えず入所しているため、よりニーズに沿った訓練を実施するためにプログラムを分けている。

ア.脳血管障害などによる片半身麻痺、体幹機能の障害のある方対象のプログラム。

イ.脊髄損傷などの障害のある方対象のプログラム。

(2) バランス訓練について (別紙資料②)

バランス訓練では、ボールを使ったり、横歩を実施することで、自然に麻痺側への加重が行え、体全体の協調性を養うことを目的に実施している。

(3) レクリエーション・スポーツについて

レクリエーション・スポーツでは、集団での遊戯形式により、楽しみながら無意識のうちに多くの運動を行い、意欲の助長と体力の増進を図ることを目的としている。

また、入所者からの要望も強い訓練種目でもある。

・卓球バレー ・ゲートボール ・ローンボール

・ミニバレー ・ビーンボウリング ・輪投げなど。

卓球バレーとは、京都市で生まれたレクリエーション・スポーツで、卓球台を使用しルールは主にバレーボールと同じで、盲人用卓球ボール・ネット・木製のラケットを使用し、1台で敵味方合わせて12人が参加できる。

京都では、盛んに行われており、当更生施設も年2回、京都府下にて行われている大会に参加している。

(4) 体力測定について

体力測定は、毎月1回(2日間)の実施により、日頃の訓練成果による体力の推移を入所者自身と指導員が確認し、他のプログラムや今後の課題・ゴール設定の参考資料にも活用している。

・測定項目 ア.血圧・安静時脈搏・体重

イ.持久力(12分間長距離歩行)

ウ.柔軟性(長座位前屈)

エ.瞬発力(10m急歩・ソフトボール投げ)

オ.筋力(握力)

カ.敏速性(反復横飛び・旗門通過・棒反応)

キ.バランス(片足立ち・座位バランス)

4) 全京都障害者総合スポーツ大会

毎年、障害者スポーツ大会・陸上競技の部に参加することにより、訓練の成果を試し、尚且、社会参加を促すことも重要な目的としている。

5) おわりに

更生施設開設以来、試行錯誤を繰り返し実施してきたスポーツ訓練は、入所者がスポーツをとおして、身体機

能の改善や回復を直接的に感じることができ、集団での相乗効果やレクリエーションなどの精神面のアプローチも行い、入所者からも一定の評価を得ている。また、指導員も他のプログラムや今後の課題などの参考に活用しており、訓練プログラムの中心のひとつであり、更生施設で行っている訓練すべての基礎となっているとも言える。

しかし、入所者の重度化が進んでいるものの、スポーツ訓練担当者の体制上、段階的なプログラムを組むことやマン・ツーマンで取り組むことが難しく、同じプログラムを一斉に取り組み、配慮の必要な方には個別で対応し、

効率良く訓練を実施することを優先している。

また、実施場所が体育館のみとなるために、天候に左右されず実施することができる反面、限られたスペースとなるために、十分なスペースの確保ができずに実施せざるを得ない種目もある。

当更生施設としては、重度化や単身生活者などの様々なニーズに合わせて訓練プログラムを組んでいく必要があるために、昨年度から退所後経過調査を実施しており、訓練・生活にフィードバックし、より充実したものを目指している。

曜日 時間	月	火	水	木	金	土	日
6:30 7:10	起床（土・日・祝日は7:00） 洗面，居室の整理整頓 体操，歩行（土日祝日は休み）						
8:00 9:00 9:15	朝食・訓練準備 朝礼						
10:15	スポーツ訓練 （ストレッチ訓練） PT・OT訓練	スポーツ訓練 （バランス訓練） PT・OT訓練	スポーツ訓練 （ストレッチ訓練）	スポーツ訓練 （バランス訓練） PT・OT訓練	スポーツ訓練 （ストレッチ訓練） PT・OT訓練	自主トレーニング	自由時間
11:15 11:30 13:00	レクスポーツ PT・OT訓練	レクスポーツ PT・OT訓練	レクスポーツ	レクスポーツ PT・OT訓練 シーツ交換	レクスポーツ PT・OT訓練		
13:45	ST訓練及び 個別訓練 移動訓練D 一般教養 （書字・園芸） 入浴	ST訓練及び 個別訓練 移動訓練 AB	ST訓練及び 個別訓練 集団作業訓練 学習活動 入浴	ST訓練及び 個別訓練 移動訓練C 買物訓練	ST訓練及び 個別訓練 趣味・創作活動 集団調理訓練 入浴	自由時間	自由時間
18:00 22:00 0:00	夕食・休憩 自由時間（自由学習・趣味）・サークル活動 就寝 巡室						

*月間行事として、所外訓練・リフレッシュ講座・体力測定・文化祭（11月開催）を実施しています。

*レクスポーツとは、レクリエーションスポーツのことです。

健康の自己管理

水虫の実態調査から足浴を試みて

重内 栄子
(社会福祉法人 聖風会 千種川リハビリテーションセンター)

1) はじめに

施設生活の中で疥癬や水虫が集団的に発生し、時には日常生活での不快感や感染症(蜂窩織炎)を引き起こし、機能訓練が出来ない状態になりADL能力低下をきたす恐れがある。当施設でも水虫に対する治療を行ってきたが、大きな効果があるとは言えなかった。そこで、施設全体の問題として取り上げ皮膚病対策委員会を結成し水虫の治療と予防に取り組んだので報告する。

2) 施設の概要

兵庫県の中西部に位置し中国自動車道佐用インターから約5分、『スーパーはくと』を利用すれば大阪から90分姫路から30分の所にある。

昭和59年5月に重度更生施設千種川リハビリテーションセンター(定員50床)が開設した。当施設の特徴として、行事を通しての社会参加とADL能力の維持向上を目指し、家庭復帰社会復帰に向けてトレーニングを行っている。又、平成3年7月に開設した千種川ナーシングホーム(定員30床)を小規模療護施設として併設している。

3) 実態調査

H8年2月から入浴時に皮膚病対策委員が中心になり調査を行ってきた。皮膚病対策委員の構成は、看護婦、ケアワーカー、指導員、セラピストの11名である。調査の結果水虫の罹患者は73%であった。そこで、罹患者を皮膚科医師に相談し症状別に重度、中等度、軽度に分類し個人別皮膚病チェック表を作成した。

表1) 症状別分類

症状別	調査年月	H8年2月	H8年8月	H9年7月
重 度		31%	4%	4%
中 等 度		35%	92%	0%
軽 度		34%	4%	96%

又、個人別皮膚病チェック表に基づき水虫を形態別に分類すると表2)の結果となった。

表2) 形態別分類

【調査対象者：50名】

水虫の形態	調査年月	H8年2月	H8年8月	H9年7月
①指間型		54%	50%	52%
②水泡型		2%	0%	0%
③角質増殖型		0%	0%	0%
④爪白癬		30%	29%	21%
罹患していない入所者		14%	21%	27%

- 指間型 = 指間が赤くなり皮膚がふやけるようになる
- 水泡型 = 指の腹や足の裏に小さな水泡をつくる
- 角質増殖型 = 足の裏全体の皮膚が硬く厚くなりカサカサした状態
- 爪白癬 = 爪まで白く濁って厚くなったりもろくなったりする

4) 原因及び感染源の調査

- (1) 原因: 入浴時に感染しやすく機能障害のためにきれいに趾間を洗えない、又、靴や装具を長時間はいているので、いつもむれていて通気性がないために起こりやすいと考える。
- (2) 感染源: 風呂のマット脱衣場の椅子から採取し白癬菌培養を行った。結果は陽性で2+~3+であった。よって、感染源は風呂のマットや脱衣場の椅子であると考えた。

5) 対策

- (1) 感染源に対する取り組み
 - ア.風呂用洗剤使用後の白癬菌は、1+~2+と陽性であった。
 - イ.99%エタノール液を使用した結果白癬菌はほぼ陰性であった。
 - ウ.風呂のマットと脱衣場の椅子に対して日光消毒を行った。白癬菌培養の結果陰性又は1+であった。
 - 風呂マットのカビ落としは約5倍にうすめた次亜塩素酸を使用しカビ落としができた。
 - 椅子については99%エタノール液を噴霧し消毒を行った。

感染源の予防方法

- ・ マット : 日光消毒
- ・ マットのカビ : 次亜塩素酸で消毒
- ・ 椅子 : 99%エタノール液で消毒
- ・ 靴 : 洗濯・乾燥
- ・ 水虫 : 足浴・水虫薬

(2) 水虫に対する取り組み

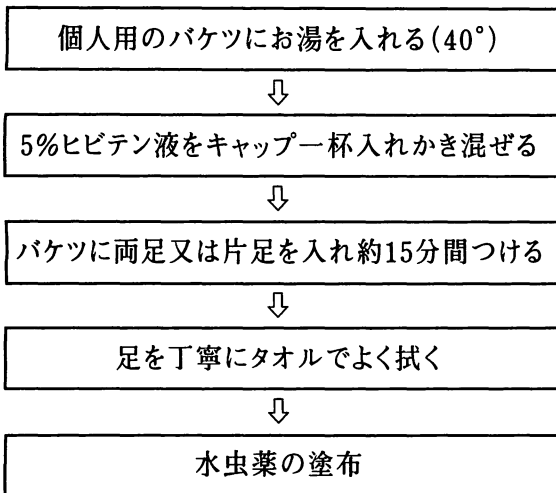
ア. 目的

- (7) 健康の自己管理への意識づけの一つの方法として行う。
- (イ) 患部を清潔に保つ事により水虫の増悪を防ぐ。
- (ウ) 他者への感染防止をする。
- (エ) ADL能力低下の予防(訓練が中止の為に起こる低下)。

イ. 取り組み

(7) 方法: 足浴についての説明は、目的・足浴の時間手順について説明をし、H8年2月より実施している。風呂場の入口中央掲示板にメンバー表を明記し確認してもらった。各自のバケツを使用し、入浴以外の週三回行っている。時間帯は、各部署共連携を取り訓練プログラムの中に取り入れた。

(イ) 手順



6) 症例紹介

M氏 男性 / 年齢: 65才 / 障害名: 脳腫瘍術後
左片麻痺 2種2級

入所月日: H3.6.6 退所月日: H9.6.21

入所時にも両趾間部に軽度の水虫があり治療中であった。その後H9年1月冬季家庭実習より帰施外泊中に水虫が二次感染を起こし、足全体が腫れて浸出液が出て靴下がびしょ濡れしている状態になり、夜中も患部が痛がゆくボリボリ掻いていた。浸出液も黄色から緑色になっていた。

顔にも湿疹が出来て、足をひっかいた手で顔を撫でられた様でうっとうしい顔であった。皮膚科での診断を受け内服薬、点滴、足浴、塗布薬を毎日実施していくうちに患部の炎症がおさまり、退所時には両趾間部の白癬菌も陰性となり、特に左足の皮膚が硬くなり皮膚がむけた様になって退所。これまで行ってきた足浴も効果があり、私達は本人と一緒に喜び合った。

一症例を通じて、水虫や他の皮膚病に関して清潔にすることが大切であることを通感した。又、足浴の効果も再確認出来た。

7) まとめ

(1) 感染源は風呂のマット・脱衣場の椅子であり、原因は機能障害のために趾間が洗えない又靴や装具を長時間履いていると考えた。


(2) 感染源であるマット・椅子に対しての消毒は99%エタノール液と日光消毒が有効であることがわかった。

(3) 入浴後や足浴後に水虫薬の塗布を行った結果、水虫が軽減してきた。

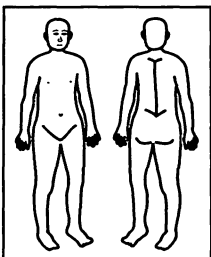
(4) 今後は水虫だけにとらわれず、清潔にする事を第一に、毎日下着・肌着・靴下の取替えが出来ているかを再チェックしながら入所者に啓蒙し、入所時の皮膚病のチェックと感染予防と共に再発の防止を行いながら、入所者、職員の認識を高め健康の自己管理の定着化を目指したい。

皮膚病チェック表

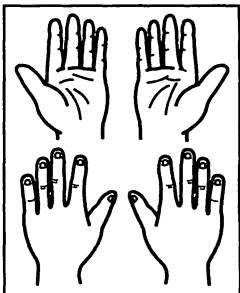
氏名			
チェック月日	年月日	年月日	年月日
色別で表示	赤	青	緑



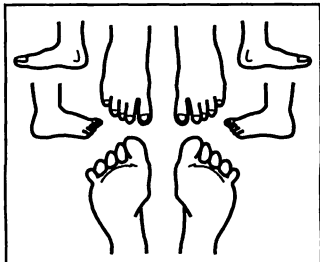
(重度・中等度・軽度)



(重度・中等度・軽度)



(重度・中等度・軽度)



(重度・中等度・軽度)

重 度	二次感染を起こし腫れている。
中 等 度	糜爛化して浸出液が出ている。
軽 度	趾間部に赤みがあり鱗屑がある。

身体障害者のスポーツ活動

岩崎 洋明 堀内 淳一

(奈良県身体障害者更生相談所)

河内 雅彦

(奈良県心身障害者リハビリテーションセンター)

1) 更生施設におけるスポーツ活動

更生施設ではスポーツ指導員が担当して毎日のように運動訓練や軽スポーツを行っているが、その成果について云えば体幹バランスの向上を第1に挙げたい。座位あるいは立位などのバランスが良くなってADLのupが獲得されている。リハセンターの病棟に入院して医学的リハをうけたあと引き続いて更生施設に入所した人の経過をみると、体幹のバランスが向上し、入院中どうしても自立しなかった靴や下肢装具の着脱が自立し、トイレでのズボンの上げ下げが自立して排泄に介助がいらなくなって成果を喜ぶ人が少なくない。最後まで仲々自立しにくかったADLがこのようにして自立すると、入所者は自然に運動やスポーツの効用を自覚するようである。また演者が県の障害者スポーツ協会とかかわりをもっている関係もあって、県の障害者スポーツ大会に毎年多くの人が出場しており、この中から全国大会に出場する選手も誕生している。

また、共同演者の河内は県の車椅子バスケットボールの監督をしている関係もあって、若い脊損者が体育館でバスケットボールの練習をしている姿がよく見掛けられ、開設後9年間の間にこの中の3人が県のチームに所属し、選手としても活躍している。また幸いわれわれの施設の近くに県の福祉センターが所在しているので、土、日曜の休みになるとそこへ出掛けて行って、他のサークルクラブで楽しい汗を流す入所者も数名いる。このように周囲の環境が整えられるとスポーツを通じて入所生活を充実させられる人達が増えてくる。

障害者のスポーツは体力を向上させるだけでなく、意欲を向上させ、コミュニケーションの機会を増やして友情の輪が広がり、社会的リハビリテーションが自然な形で進められていくとは、よく云われており教科書的ではあるが、障害者スポーツとかかわりを持ってみると実際にスポーツを通じて上手く社会参加して行った思い出に残る人達との出会いを経験する。また共同演者の堀内は更生相談所でMSWを勤めているが、障害者のスポーツ活動の現況を良く把握しておくことは大切で、明るく楽しく、幅のあるケースワークをするには是非必要なことと云っている。

2) 奈良県におけるスポーツ活動(表1)

ここで奈良県における障害者スポーツ協会の行事を紹介する。表のように年度始めに開催される県大会は全国大会に出場する選手の予選を兼ねている。スポーツ教室を開いて愛好者の拡大に努めている。またスポーツボランティアの育成も計られている。また、この協会に所属しているサークルクラブも増えて現在22を数え、そのクラブが参加する試合も多い。なお各県のスポーツ協会をみると全国で33の協会が設立されている。

3) 国内および国際的なスポーツ活動

国内大会の概要をみると、全国身体障害者スポーツ大会は身障者スポーツの最大行事であって毎年国体につづいて開催されているが、今年はふれあいびっく大阪大会であった。またジャパンパラリンピックはより競技性の高い大会で、パラリンピックへの関門になっている。

次いで国際競技大会の概要をみるとこの中で国際ストークマンデビル車椅子競技大会については、その設立の経過が以下のように興味深い。身体障害者のリハにスポーツを導入し、さらに今日の国際大会にまで育てあげたのはLudwig Guttmanと云われている。ロンドン郊外にあるストークマンデビル病院の国立脊損病棟の責任者になってからGuttmanは脊損者のリハに車椅子スポーツを積極的にとり入れたが、これが脊損者の治療成績を飛躍的に向上させることになった。

またこれによって、第1次に比べ第2次世界大戦における脊損者の死亡率が激減したとも云われている。この成果を問うため1949年国際車椅子競技大会を開催したが、以後国際ストークマンデビル競技大会と称されて毎年開催されることになったと云われている。最後にパラリンピックの概要をみると、1960年のローマ大会から始められたが、これには日本は不参加であった。次の1964年の東京大会から参加することになったが、他国の選手達の明るさと、車椅子や義足の素晴らしいのに驚かされた。これが切っ掛けとなって翌年から国体に引き続いて身体障害者全国スポーツ大会が開催されることになったが、これによって身体障害者のスポーツへの関心が高まり、障害者が進んで街へ出るようになり、さらに一般市民の障害者に対する理解を深めることにも役立って

きている。

平成8年度事業報告

月	日	主催・主管・受託事業名	参加者
4	25	評議員会	
	28	第33回奈良県身体障害者スポーツ大会卓球競技会 知的障害者卓球オープン大会 アーチェリー競技会 (福祉センター)	41名 25名 8名
5	3	第10回軽スポーツ教室 (福祉センター)	45名
	12	第33回奈良県身体障害者スポーツ大会水泳競技会 知的障害者水泳オープン大会 もう一つの水泳大会 (県営屋内温水プール)	45名 20名 31名
	18	スラローム講習会 (福祉センター)	12名
	26	第33回奈良県身体障害者スポーツ大会陸上競技会 (橿原公苑陸上競技場)	388名
6	6	第32回全国身体障害者スポーツ大会選手選考会 (福祉センター)	
	15	第32回全国身体障害者スポーツ大会派遣選手健康診断 (リハビリテーションセンター)	
	16	第3回軟式野球教室(8/17まで4回) (福祉センター)	11名
7	20	第32回全国身体障害者スポーツ大会派遣選手強化練習 (福祉センター)	
8	18	第32回全国身体障害者スポーツ大会派遣選手強化練習 (福祉センター)	
9	7～8	第32回全国身体障害者スポーツ大会派遣選手強化合宿 (福祉センター)	
	1 16	障害者スポーツボランティア研修会 〃 (県社会福祉総合センター) (県文化会館)	29名 21名
10	10	第32回全国身体障害者スポーツ大会派遣選手強化練習及び最終説明会 (福祉センター)	
	24～29	第32回全国身体障害者スポーツ大会選手役員団派遣 (広島県)	
11	4	第1回障害者軽スポーツフェスタ (福祉センター)	61名
	10	障害者スポーツボランティア研修会-実技- (福祉センター)	18名
	24	第13回ビームライフル教室 (福祉センター)	19名
12	1	障害者スポーツボランティア研修会-実技- (福祉センター)	23名
	24	第5回ボウリング教室 (トドロキボウル)	49名
1	26	わかかさ杯争奪第16回インドアアーチェリー大会 (福祉センター)	80名
2	1～3	第11回スキー教室 (志賀高原)	26名
	11	障害者スポーツボランティア研修会-身体障害者スポーツ指導員養成研修- (3/16まで3日間) (福祉センター)	33名
3	27	理事会	
	31	わかかさ杯争奪第15回車椅子バスケットボール選手権大会 (福祉センター)	6チーム

更生施設におけるスポーツ活動について

アンケート調査の結果より

上條 晃靖 小根沢 範昌
(長野県身体障害者リハビリテーションセンター)

1)はじめに

当施設では、週1回、1時間のスポーツの時間を生活指導員が中心となり生活場面で設けている。課題として①場所②職員の確保③種目等があり、入所者の多くの人がスポーツを楽しむ状況とはいえない。

そうした状況を打開する方法を探るため、今回他施設の状況を調査した。

2)アンケートの結果より

調査内容の詳細については省略するが、

- (1)施設の中でスポーツをどう位置づけているか
- (2)どういう内容で、どの程度実施しているか
- (3)施設・設備の状況はどうか
- (4)職員の意識はどうか

について調査した。

*調査時期:平成9年8月5日～8月31日

*調査対象:肢体不自由者更正施設及び重度身体障害者更正援護施設

*アンケート郵送数/86・回収数/67・回収率/約78%(表参照)

(1)位置づけについて

- ア.行事を行っていない施設が、10カ所ほどあること。
イ.機能訓練として行っている施設が意外と多いこと。
PTが担当しているのは、そのためと考えられること。
ウ.専任職員がいるのは12施設であること。

(2)内容・実施頻度等について

- ア.機能回復訓練として行っている施設が多いので、実施回数、人数が多いのは当然と考えられる。
イ.医師の指示等を必要としていない施設が多い。
ウ.体力測定の結果をどう生かすのかは難しい問題と思われるが、地域へ帰ってからの生活につなげようとしている施設もあり、参考としたい。

(3)施設・設備について

ア.約半数の施設が、体育館・グラウンドがない状況でスポーツに取り組んでいる。設備の充実を求める声が多いのも当然と思われる。

イ.外部の施設は、行事での利用が多いと思われる。

(4)職員の意識について

ア.スポーツの効果として、心理面で明るくなるとの回

答が一番多かった。

イ.今後の課題としては、施設の充実を求める回答が最多であった。

ウ.障害の重度化を阻害要因としてあげる施設は少なかった。

3)おわりに

ア.施設の特徴を、スポーツへの取り組みで出している例もあり驚きであった。

イ.調査をした印象としては、施設・設備が不十分で専任の職員もいない状況にもかかわらず、種目の工夫など職員の努力でスポーツが実施されていると思われた。

ウ.今後、当施設として考えられる事として、以下の点が挙げられる。

(ア)専任職員・及び場所に関しては、隣接の「福祉センター」を活用すること

(イ)地域へつなげる工夫として体力測定等を取り入れること

(ウ)多くの人が参加しやすいよう、従来の方法を見直すこと(医師の指示など)

(エ)種目の工夫等職員の努力が不可欠であること

1 施設の性格について (長野県身体障害者リハビリテーションセンター)

	30人以下	31~50人	51~100人	101人以上	計	平均入所期間
肢 体	16	1			17	1.8年
肢体+重度			3	2	5	(3.8年)
重 度	1	11	9	1	22	5.5年
その他	1	8	5	9	23	3.4年
計	18	20	17	12	67	

肢体：肢体不自由者更生施設、 重度：重度身体障害者更生援護施設

2 スポーツ活動の位置づけ及び内容について

(1) 活動内容

	施設内行事	施設外大会	機能訓練	クラブ活動	その他
肢 体	12	14	14	4	3
肢体+重度	5	5	5	4	0
重 度	19	16	15	11	2
その他	20	20	15	10	2
計	56	55	49	29	7

(2) 対応職員及び頻度

	P	T	運動療法士	生活指導員他	外部講師	その他	週2回	週1回	月1~2	その他
肢 体	7		1	10	0	2	9	4	3	1
肢体+重度	1		2	2	0	1	4	1	0	0
重 度	6		5	18	3	5	4	11	2	4
その他	9		4	9	0	3	14	4	1	2
計	23		12	39	3	11	31	20	6	7

(3) 参加者について

	医師の指示		疾患別の対応		1回の参加者数				
	必要	不要	いる	いない	1人	5人	10人	15人	他
肢 体	5	9	5	11	0	1	8	8	1
肢体+重度	4	1	3	2	0	0	3	1	1
重 度	5	12	7	10	2	3	8	13	0
その他	9	10	12	7	0	1	11	9	0
計	22	32	27	30	2	5	30	31	2
	未記入 13		未記入 11						

(4) 体力測定

	実施している	していない
肢 体	8	9
肢体+重度	2	2
重 度	6	16
その他	11	12
計	27	39

3 施設・設備について

	体育館		冷暖房		アスレチックある	プール		グラウンド			許可	届出	自由
	ある	ない	ある	使っている		ある	ない	ある	ない	使っている			
肢 体	10	7	5	4	2	4	13	8	9	4	3	6	5
肢体+重度	4	1	4	4	1	3	2	4	1	1	2	1	1
重 度	9	14	6	5	1	6	17	11	12	4	1	5	9
その他	14	8	5	5	1	5	17	14	8	7	0	8	9
計	37	30	20	18	5	18	49	37	30	16	6	20	24
	室内9												

4 職員の意識について

	スポーツの効果				今後の課題				
	身体面	心理面	社会面	その他	専門職員	施設・設備	入所者の意欲	職員の意識	その他
肢 体	13	15	3	2	7	9	7	7	1
肢体+重度	4	4	3	0	2	3	4	2	1
重 度	16	18	10	2	13	15	13	10	1
その他	16	22	11	0	9	14	8	4	2
計	49	59	27	3	31	41	32	23	5

施設利用の現状と課題

利用者のニーズに答えるために

佐藤 義智
(農協共済別府リハビリテーションセンター)

【はじめに】

当センターは、重度身体障害者更生援護施設(定員80名)、重度身体障害者授産施設(定員50名)、身体障害者デイサービス施設(定員15名)及び診療施設(定床97床)、総定員・定床数224名(デイサービスを除く)により事業運営を行っており、対象者のニーズに応じ、発病から自立の支援へと一貫したリハビリテーションを目指している。

今回は重度身体障害者更生援護施設に於いて、社会情勢の変化・障害の多様化に対する利用者のニーズとその問題点について取り上げて行きたいと思う。

1) 更生援護施設の概要

当センターはJA共済の自賠責共済資金を活用して、昭和48年4月に開設し、まもなく開設25周年を迎えようとしている。

更生援護施設の訓練内容は、1日を4時限に分け、機能訓練としての理学療法・作業療法・言語療法のほか体育・屋外訓練と、職能訓練として農園芸・革工芸・木工芸・手工芸・竹工芸・ワープロ及び、自動車免許の取得を目的とした、自動車免許取得訓練を実施している。

2) 利用者の変遷

昭和48年開設時から現在の利用者の状況を比較してみると、障害別では脳血管障害者が増加し、脊髄損傷者が減少している。また年齢も20代が減少し、40、50代が増加している傾向がある。これは脳血管障害者が増えたということではなく福祉制度及び医療機関の充実により脊髄損傷者が病院から直接、社会復帰できるといった社会的背景があると考えられる。

また当センターでは自動車訓練を実施し、免許取得を目的とした入所も見られたが、昨今では一般の自動車教習所でも脊髄損傷者を受け入れており、減少傾向にある。

介助の状況を見てみると、入浴や食事などに介助を要する者の割合が高まっており、これも脳血管障害の片麻痺者の増加に伴う入所者の平均年齢の増加と比例している。

退所については家庭復帰や就労の割合が減少し、当センターが平成3年に授産施設を開設したことも合わせて、身障や老人施設への入所が大きな割合を占めてくるよ

うになっている。核家族化が進むことにより、家計の担い手が働きに出ることにより、これまでは家庭復帰が可能であったケースについても施設入所を希望するように変わってきている。

3) 現在の状況

平成9年7月の利用者の状況を見てみると、平均年齢は45.3歳であり中でも50歳以上の者が全体の49.3%を占めている。この中のほとんどが脳血管障害によるものである。

将来の方向性については療護施設や特別養護老人ホーム入所を希望するものが多く、これらについては長期の入所待機が強いられている。

日常生活動作面においても、入浴や食事等何らかの手助けを必要とするものが42.3%となり、通常の訓練時間内に生活訓練として入浴などの介助を受けているものもある。

職能訓練についても障害の重度化・重複化により通常の個別訓練に順応できない者もあり、それらのものについては学習という科目を設け、集団訓練にて対応している。

また20代の者が21%を占め、世代間のギャップが大きくなる傾向がある。

4) 今後の課題

今後はこれまでと同様に利用者の高齢化の傾向が進んで行くものと思われる。それに伴い療護や特養ホームの入所待ちといった形の利用が増え、より一層の介護面での充実が必要となってくる。

また更生施設としての目的意識をもち当センターの特色を生かした若年層の入所者の獲得、またそれに伴い世代別に訓練内容を考慮するなど、利用者のニーズに合わせた柔軟な対応が必要となってくると思われる。

資 料

1. 利用者の障害別状況 (単位 %)

	脳血管障害	頭 部 外 傷	脳 性 麻 痺	脊 髄 損 傷	頸 椎 損 傷	そ の 他
昭和48年～昭和52年	28.7	8.7	7.8	32.2	7.0	15.6
昭和53年～昭和57年	23.7	4.6	16.8	22.1	12.2	20.6
昭和58年～昭和62年	38.2	9.9	2.5	12.3	13.6	23.5
昭和63年～平成4年	52.0	4.9	10.2	11.3	8.0	13.6
平成5年～平成9年	45.0	9.9	10.8	10.8	9.0	14.5

2. 利用者の年齢別状況

	19歳以下	20 代	30 代	40 代	50 代	60歳以上
昭和48年～昭和52年	5.3	33.9	14.0	24.2	14.2	8.4
昭和53年～昭和57年	5.2	38.9	15.6	18.2	13.0	9.1
昭和58年～昭和62年	3.8	24.3	12.7	20.9	27.4	10.9
昭和63年～平成4年	2.5	22.3	12.3	18.3	31.4	13.2
平成5年～平成9年	9.0	24.5	11.8	22.7	28.2	3.8

3. 入浴・食事(配膳)介助の状況

	入 浴	配 膳
昭和48年～昭和52年	24.6	3.4
昭和53年～昭和57年	15.0	26.0
昭和58年～昭和62年	20.0	36.6
昭和63年～平成4年	18.4	29.2
平成5年～平成9年	28.2	13.6

4. 退所の状況

	家 庭	授 産	療護・更生	老人施設	進学・就労	そ の 他
昭和48年～昭和52年	42.5	12.5	2.5	2.5	17.5	22.5
昭和53年～昭和57年	45.0	17.0	8.0	1.0	21.0	8.0
昭和58年～昭和62年	51.0	10.0	9.0	4.0	15.0	11.0
昭和63年～平成4年	30.3	32.2	6.3	4.2	16.6	10.4
平成5年～平成9年	37.0	26.7	6.9	6.0	12.1	11.3

和太鼓の取り組みを通して、 さまざまな社会参加の形態を模索する

石川 太一郎

(重度身体障害者更生援護施設わらしべ園)

1) 序 文

わらしべ園は開設から17年が経った。ごたぶんに洩れず、施設利用者の重度重複化・高齢化が進み、日常の訓練や指導上のグルーピングが困難になってきている。その状況下で、より多くの利用者の社会参加が果たせるようにとの願いから、ベートーヴェンの第九交響曲の合唱参加、乗馬療法、木工・絵画などの創作活動に取り組んできた。そんな中で、あるボランティアの方の好意で始まった「和太鼓」の練習によって予想を超える変化が起きたので紹介してみたい。

2) 「和太鼓」の取り組みを通じて社会参加を考える ～様々な社会参加の形態を目指して

一昨年末、ふとしたことが切っ掛けになって「和太鼓」の稽古が始まった。始まった頃はボランティアの先生が持参して下さった数個の太鼓と、園にあった数個の小太鼓で練習が始まった。足りないところは、ダンボールを太鼓に見立て、桴には訓練用の細い棒をあてた。桴は上手く握れないばかりか、太鼓を正しく叩くことも難しかった。そんな状況は間もなく卒業し、上手に叩くことが出来るようになった。Petoが云う、リズムと動機づけの効用というものだろう。今年5月、地域の公民館で多くの観客者を前にした「和太鼓」の演奏を行い、その見事さに、惜しめない観客からの拍手をもらった。和太鼓演奏の成功は、施設利用者に「私たちもやればできる」と云う自信を生み、またとないChanceになった。

それは、(1)身体的・精神的機能の向上

(2)集団訓練によって得られた「自己表現力」
の向上と自信

(3)社会参加への自信

という画期的な収穫だったといえる。

二年前、アートフェスタin北九州で、わらしべ園の利用者が絵画の部でグランプリを獲得したが、和太鼓演奏も、この大会出場に夢を膨らませている昨今である。

3) 総 括

(1)我々は、この17年間ハンガリーで生まれた、Peto体系を療育の原点に据えて、肢体不自由児・者の社会復帰に力を尽くしてきた。

(2)Petoは、マンツーマンでなく、マンツーメンという集団のパワーを利用した、感覚器と運動器を言語で統合し活性化させてゆくことを基本にしているが、今回発表させていただいた「和太鼓」の成功は、十二分に肯定したものと考えてよいだろう。

(3)我々は、開園以来、柔道や音楽や乗馬という、日常茶飯の事として用いられている手法を活用して、療育の効果をあげてきた。それらは、どれも集団の力を活用させて得られた力である。

(4)今回の、「和太鼓」もその範疇から外れてはいない。

(5)私たちは、療育を進めてゆく上で、不足しているスタッフを集団としての取り組むことによってカバーし、今後より大きな成果があげられるよう、色々なアプローチを模索してゆきたいと考えている。

全盲ならびに二分脊椎を有する 車椅子使用者の指導、援助について

泉 徹 竹花 治美
(国立身体障害者リハビリテーションセンター)

1)はじめに

重複障害を有するために、施設入所後、訓練や生活面において困難を来すと見込まれたケースについて、本人のニーズに適合するため、施設設備の一部改善と利用方法及び生活訓練の内容を工夫しつつ処遇したので報告する。

2)プロフィール

- (1)生年月日 昭和51年5月2日生(21才)
- (2)性別 女
- (3)出身 Y県Y市
- (4)家族 祖母、両親、弟、妹
- (5)学歴 盲学校高等部普通科卒業(高等部に5年間在籍)

(6)障害状況

- ア.視神経萎縮により左右の視力0
- イ.腰仙部脊髄膜瘤による両下肢麻痺

3) 宿舎生活

入所前は自宅から盲学校に通っており、母親によって身の回りを整えられていた。しかし、宿舎生活では自力で行わなければならない事が多く、身体機能や未経験で出来ない事項があり以下について配慮した。なお、排尿は自己導尿、排便は摘便であったが視覚障害者へのオリエンテーション手続きを用いて単独使用可能となった。

(1)居室

訓練場面では視覚障害者の仲間の中にいるので、視覚障害者用宿舎が交友関係上望ましかったが、車椅子を常用しているため施設構造上利用しやすい肢体不自由者用宿舎に入寮させ、同室者には社会経験の豊富な人をあてた。

(2)清掃

清掃は日々のことであるが経験がないため、自力で出来るまで同室者と生活訓練担当職員(以下「訓練担当」という)で対応する事とした。なお、単独で出来るようになったのは7ヶ月後であった。

(3)洗濯

車椅子上で操作可能な洗濯・乾燥一体型の横開き洗濯機を購入。また、他の自動や二層式の層底に

手が届かないため訓練担当が補助具を作成し便宜を図った。

(4)入浴

浴室内オリエンテーションを実施した結果、単独利用に問題がないが、浴槽使用中に車椅子が他の入所者の接触により移動してしまわないように置く場所を特定した。

(5)食事

おぼんを大腿部の上に乗せての移動ができないため、配下膳は職員が行うこととした。また、テーブルに着くまでの手すりがないため、伝い移動と空間移動を訓練として実施した。さらに、給湯器を移動経路の中からはずし、トラブル発生を防いだ。

4)生活訓練での工夫

各訓練評価の結果、日常生活(身辺自立レベル)と歩行(車椅子での移動)の訓練が必要との結論を得た。なお、本ケースの障害状況では二つの訓練が常にリンクしているので、訓練担当を同一者とした。また、体力がなく易疲労性のため、午前と午後各1時間の訓練とした。

(1)日常生活訓練

訓練課題は多種にわたったが、まず宿舎生活に必要な事項と知覚のない足指の爪切りを初期の訓練項目とした。しかし、それぞれの課題は経験がなく表象に乏しく、触つつ空間状況の説明を訓練担当から受けての訓練のため多大な時間を要した。最終的には、家庭生活で有効な裁縫・アイロンの使い方・調理を実施し訓練を修了した。

(2)歩行訓練

入所前は単独移動が視覚障害により危険という理由で行わず、すべて介助を受けていた。安全が確保される単独での移動方法として、片手で手すりなどをつかみ、一方の手でハンドリムを操作していく方法を採用した。空間横断に関しては、視覚障害者の歩行手続きのSOC(いったん入り込んで直角の方向をとり横断する方法)を行うこととした。このため単独移動可能地域を既知の屋内とした。

また、二台所持している車椅子のバックレストバー

がグリップまでつながっている介助用だったため、一台をそのまま介助用とし、もう一台のバックレストバーを切断し、肩関節の伸展運動制限を取り除いて単独移動用にした。

施設内移動で本人が使用する箇所を手すりが必要な部分にはすべて設置した。また、施設内の点字ブロックは車椅子を介しての認知には限界があり、危険箇所にはそれを知らせるテープをてすりに2メートルにわたって巻いて対応した。さらにランドマークとして必要部分にはてすりに点字シールを貼った。

他の視覚障害者に対して衝突事故を避けるため、初期は自身の存在を知らせるための鈴をスポークにつけさせた。移動中は鈴音で本人の存在が他者に知られ、声かけによるコミュニケーションがとれた。しかし、手すりがなく定位できなくなったり、コーナー部分で移動速度が遅くなる場面では、鈴の音はしなくなり衝突しそうな場面が生じるため、本人が選んだクラシック音楽を携帯用カセットテープレコーダーでかけながら移動させることとした。

発達過程において、危険防止のため他者に用意された環境下で育ったことで、自分から移動し刺激を受け、新たな興味を持ち、これが新たな移動への欲求の原動力となり、さらに移動して異なった刺激を受けるといった経験が乏しいため、訓練場面でも単独で移動することにより生じる未知環境への興味が乏しく、また危険場面に遭遇した経験も少ないため、新たな移動環境への不安が認識されなかった。

初期の訓練は本人自らメンタルマップを作成して単独移動をした経験がないので、反復学習により宿舍生活域の拡大・定着を行った。その後、所内での必要な利用箇所を覚えるにはメンタルマップ作成が必要のため、コンパスディレクション(方角)の概念形成をしつつ触地図を使いオリエンテーションを実施した。

5) 処遇方針について

生活訓練課程修了後は、当センター内の職能訓練である「さをり織り」に入科し、修了後は自宅で開業する計画を立てていた。一方、入所前に希望していた三療の訓練は、希望施設の昇降が階段のため入所できなかつ

た経緯があった。訓練が進んだ結果、所内での生活が十分可能になったため、三療を学ぶ希望があることを本人と家族から確認し、身体機能面において当センターの理療教育課程が受け入れ可能かどうかの評価を同課程に依頼し、可能との結果を得た。その後、同課程入所選考に合格。現在、3年課程の1年に在籍して「あんま・マッサージ・指圧、はり、きゅう」の職業訓練を受けている。将来は自宅で開業する予定である。

6) 考察

更生相談所の判定によると、本ケースの地域には車椅子の障害者が生活できる施設環境が整っている視覚障害者施設がなく、重度身体障害者更生施設などの車椅子での生活が可能な施設では視覚障害者のためのプログラムがないという結果、入所してきたケースであった。今後、単一の障害者のみを受け入れる施設構造の障壁は取り除かれていくべき課題であるが、重複障害者の指導・援助方法については事例研究を重ね学び、対象者に個別化されたプログラムを検討し十分なサービスを提供していきたいと考える。

身体障害者授産施設に期待される役割と機能の転換について 新しい作業グループの試みから

重村 伸也 (川崎市明望園)

1) はじめに

授産施設に職能的重度の身体障害者が増え、授産施設が授産施設として機能しにくくなって来ていると叫ばれ出して久しい。授産施設が療護施設に衣替えする時代である。明望園では新しい授産施設のあり方をめざして、これまでの当園の授産科目とは一線を画す新しいグループを設定した。まだわずか9ヶ月ばかりの活動ではあるが、そのグループの目指しているものを報告したい。

2) 新しいグループ(通称プレ授産)の実施状況

当園では18年前から、利用者の重度化に対応するため、軽作業科を設定して来た。その作業内容はこれまでも何回か変更して来たが、ここ数年は、アルミカップの製品とプラスチック製品の組み立て加工が主になり、どちらも比較的簡易な作業である。しかしながら、少しずつ作業について来れない者が出て来たという新たな課題が生じて来た。また、当園の利用希望者の中にも、すぐにはこれらの作業について行けないと思われる者も来るようになった。

これらの課題に 대응するため、当園では新しいグループを設けた。プログラムは9時～11時50分までの午前中は、軽作業を行う。但し、利用者の職能にあわせて、納期の急がされない作業を業者の理解を得て入れてもらっている。午後は、利用者自身のペースで歩行訓練を行い、その後全員でストレッチ体操を行って、15時30分に終了する。

現在10名の者が利用しているが、利用者状況は別表のとおりである。

3) 利用者の事例報告

ここでは2名の事例を報告する。

(1) 28歳脳性麻痺の女性。とくに両手の不随麻痺があり、細かい手作業は苦手であり、軽作業科では工賃も最下位クラスであった。しかし新しいグループに移り、自分のペースで作業の準備などの粗大作業も行う余裕が出来た。また、グループのもう一人の年上の女性が精神疾患を患い、精神的に不安定となり作業への参加が難しくなった時、積極的に話し相手となってくれている。職員では難しい場合でも彼女なら一緒にまた作業室に戻って来ることが少なくないのである。

(2) 57歳脳血管障害の男性。以前は「不動産屋」を営んでいたが、現在は単身で生活保護を受給中である。軽作業科では職能的には低い方ではなかったが、作業をさせられているという意識が強く、また身体的な痛みの訴えで作業を休むことが多くなり、また杖歩行から車椅子を利用することが多くなっていた。本人の希望で新しいグループに参加し、作業のリーダーとして活躍、また毎日の歩行訓練により、現在では施設外も杖歩行で移動が出来るようになった。

4) 新しいグループの運営方針

これら2つの事例で分かることは、作業に余裕が持てたところにある。これまでの授産施設の重度化対応は、作業内容だけを簡易なものにしているだけで、授産施設本来の目的としての工賃を得るために、そして少しでも多くの工賃を上げるために、ますます作業量を増やすことによって、結果としてかえって作業に余裕をなくして来ているのではないだろうか。

身体障害者の更生援護施設としての授産施設の利用者の中には、作業に追われる日常生活の中で、本来その身体機能にとって必要な支援が受けられていない利用者も決して少なくないと思われる。身体機能維持のための訓練、精神疾患等により心理的に不安定になった時のフォロー、糖尿病等の合併症により健康管理のための日常的に運動等々の支援を受けることは、作業に余裕がないと出来にくい事柄であり、まして自らそれらの訓練等を行おうという自主的な姿勢は生まれにくいのではないと思われる。

新しいグループでは、作業の余裕が生活全般に敷衍し、ひとりの障害者として全人格的に支援が受けられるように運営がなされている。このグループを担当するのが生活指導員であることもこれに基づいて行われている。

5) 最後に

このグループの運営方針は、授産施設の目的としての「工賃を稼ぐこと」を否定するものでは決してない。生活の糧として工賃を稼ぎ、与えられるだけの生活だけでなく、自らの生活を主体的に律し、自分の生活に潤いをつくることはかけがえのないことである。しかし、それにしてもあまりにも工賃の低い人々がいることは確かであり、

そのような人々が「仕事」だけに追われていることも事実である。作業に余裕をつくることによって、授産施設が「全人格的な支援」をどう提供していけるのかを改めて考える一つの試みとしてグループはあると言っても、決して過

言ではないと思われる。

その上で、次に授産施設として、いかに「高い工賃を稼ぐ」かが課題となると思われ、われわれは現在そのことについても新たに試みを始めているところである。

川崎市明望園（身体障害者授産施設） 川崎市中原区井田3-13-6
 開設年月日 昭和34年5月1日
 職員数 施設長 1 庶務 1 作業指導員 5 生活指導員 2
 看護婦 1 栄養士 1 厨房職員 3 運転手 1
 利用者数 入所 29名 通所 19名 計 48名（平成9年9月1日現在）
 授産科目 印刷科 8名 軽作業科 30名 プレ授産グループ 10名

新しいグループ（プレ授産）の利用者状況

	年齢	障 害 名	現 況
A. M.	57	脳出血による左片麻痺	軽作業科では麻痺側の痛みを訴え、休むことが多かった。プレではリーダー的存在。歩行訓練にも積極的で、一時車椅子に頼っていたが、杖歩行での自信を回復した。
H. N.	60	脳梗塞による右片麻痺、糖尿病 言語機能障害	糖尿病の進行もあり、作業意欲が低下し休みがちであった。プレでの歩行訓練では、当初車椅子から立ち上がり5年ぶりに歩く訓練を自主的に始めたが、夏場になって体力の衰えが目立つ。
T. S. 女性	28	脳性麻痺による四肢痙性麻痺 通所	上肢にも麻痺があり、作業性が低く、最低クラスの工賃。プレでは作業全体の流れの理解があり、サブ・リーダー的に作業の準備を行い、一番若い他のメンバーからも評価されている。
T. N.	57	脳出血による右片麻痺、糖尿病	作業そのものは好きとのことだが、身体の痛みを訴え作業を休みがちであった。プレでも、身体の痛みを訴えて休むことが時々あるが、歩行訓練の意義は理解し体調の良い時には欠かさず参加するようになる。
T. E. 女性	45	C. F. C. 症候群 両足底角質瘤肥厚 両下肢機能障害	精神的に不安定となり、落ち着いて作業につくことが出来なかった。プレにおいても、作業や歩行訓練に落ち着いて参加出来ない。しかし仲間からはスポイルされてはいない。ストレッチでかなり腕が上がるようになる。
K. E.	28	脳挫傷による四肢麻痺	プレ以前は作業に参加せず。プレ参加後に、精神疾患で入院する。退院後、投薬の副作用に苦しみ、一人では作業を任せられないが、他の利用者が支え、本人も休まず参加している。ふらつきにより、歩行能力もかなり落ちる。
K. K.	48	脳挫傷による四肢麻痺	3月に入所し、そのままプレに参加。入院生活が長かったため、体力の確保を目的にプレに入る。金銭管理の支援も必要。視野障害と指先の麻痺のため細かい作業は難しいが、粗大作業なら軽作業科で充分可能である。
K. F.	30	疾病による両下肢機能全廃 二分脊椎による膀胱直腸機能障害	6月より通所にてプレ参加。以前は他の授産施設にて軽作業を行う。作業能力は十分にあるが、肥満が強いため、歩行訓練と体操にて減量することを目的としてプレに参加する。
K. S.	44	外傷性くも膜下出血による左片麻痺	7月より通所にてプレに参加。高次脳機能障害があり、作業でもその都度確認が必要である。また、歩行能力もかなり低く、所定の作業時間では、市バスの時間の関係で通所が難しくプレにて、毎日通うことを目的に参加する。
M. M.	29	疾病による四肢麻痺 (筋強直性ジストロフィー)	9月より通所にてプレに参加。生活習慣の確立をはかり、また作業能力の見極めを目的に参加する。

社会リハビリテーションに向けた 訓練プログラムの現状

池 幸美

(兵庫県立総合リハビリテーションセンター 自立生活訓練センター)

1) はじめに

兵庫県立総合リハビリテーションセンター(以下当センターとする)自立生活訓練課は、平成5年11月に150名の入所定員で開設され4年が過ぎようとしている。当センターが医学的リハビリテーションを中心に発展してきたこともあって、利用者も機能訓練を中心に進めたい意向が強く、社会復帰のための施設として本来実施すべき社会リハビリテーションプログラムへの移行が進みにくい現状にあった。しかし、今一度社会リハビリテーションを捉え直し、退所後の生活を考慮に入れた生活支援のプログラムメニューや、生きがいの持てるそして何よりも利用者自らが主体者として組み進められる個別訓練プログラムのありかたを検討し、平成8年度後期から段階的な実施を行ってきた。その過程と内容を報告し現段階でのまとめとしたい。

2) 実施方法

職員による検討委員会を設置し、全体プログラムの見直しと導入できるプログラムの検討を行った。また利用者にはグループワークの手法を用い、プログラム変更の動機付けや導入したいメニューの検討を行い、施設全体として新しいプログラムの創案に取り組んだ。

(1) 第一段階〈試案作り〉

- ア.検討委員会によるプログラムの試案作り
- イ.利用者によるグループワーク結果のまとめ
- ウ.全職員にアンケートによる上記(ア)・(イ)結果を周知したうえでの意見調査
- エ.現状分析を行いながら試案及び(イ)・(ウ)結果を基にした小グループフリートーキングによるプログラム見直しと、新プログラムへの強化

(2) 第二段階〈新しいメニューに対応する、職員の担当割り当てとボランティアの導入〉

- ア.ボランティア募集冊子の作成と関係機関等への配布
- イ.職員向けボランティア受け入れマニュアルの作成と勉強会の実施

(3) 第三段階〈試行を経て実施に至った新メニュー〉

- ア.プログラムへのボランティア参加
- イ.選択できるプログラムとしてのクラブ活動とグルー

ワークの充実

ウ.生活の幅を拡げ退所後の余暇活用にも繋げるための余暇教育プログラム

(4) 第四段階〈実施に向け具体的準備途中のメニュー〉

ア.グループカウンセリング

イ.入所初期の利用者全員を対象とした必須プログラムとしてのパソコン学習

(5) 第五段階〈今後更に充実を図っていききたいプログラム〉

ア.疾患別及び退所目標別グループワーク

イ.福祉情報提供プログラム〈セミナー形式の小グループ化〉

ウ.社会的自立力の獲得に向けたトレーニングメニュー

エ.必須プログラムと選択プログラム及び家族支援プログラム

3) 利用者の反応からみる結果

当初の利用者の反応は、(1)積極的参加、(2)消極的参加し追随する、(3)拒否的の3グループに分類された。(1)のメンバーは、長期の利用にわたる者と新しいプログラムが施行される直前に入所した者、(2)は脳血管障害等で動的活動の少ない者と年齢の高い者、(3)は当センター中央病院から入所した動的活動の多い若者層となった。しかし、新しいプログラムを試行していく中で、(3)の拒否的グループが自分達のやりたい新メニューを提示し活動を行うに至った。また(2)のグループでは、集団の凝集性が高まり新メニューをクラブ活動として楽しむことができるようになり、施設生活の充実に繋がった。

結果として、これら(2)(3)グループの新しいプログラムへの参加姿勢が厚みとなり、与えられるメニューから作り出すメニューへ、機能訓練中心プログラムから社会リハビリテーションプログラムへと向かった動きが確立されてきた。

4) まとめ

障害者を取り巻く社会資源や生活環境はまだ未整備である。その状況に対応し得る能力を獲得し、社会参加の場を障害者自らが作り出すことは容易でない。私たち施設職員は、また社会の一構成員としても、障害

者個人の目的達成を直接あるいは社会リハビリテーションプログラムを通して間接に援助し、彼らが生活上の問題に直面した場合に、本人が乗り越えられやすいように本人の強化のみならず環境に介入し、問題解決を図っていくことは当然の責務である。

訓練の主体者としての利用者の意見を真摯に受け止めその意見を反映する基盤を構築していく姿勢と、通過施設ゆえに限られた時間に、より有効なプログラムを組み込んでいく努力を怠らず、障害者自身が自らのニーズを充足し、一人ひとりにとって可能な最大限の豊かな社会参加を実現する社会づくりを目指したい。

重度身体障害者更生援護施設における 訓練課でのチームアプローチ

上村 友明 川端 正嗣 遠藤 佳子 松阪 和子 田部井貴久枝
佐倉 あゆみ 藤村 亜紀 西川 祐子 (大阪市更生療育センター更生部 訓練課)

1) はじめに

大阪市更生療育センター(以下「センター」と略す)は、15歳以上の身体障害者の訓練を行う重度身体障害者更生援護施設(入所定員50名)と、就学前の知的障害児、肢体不自由児の療育を行う通園施設から成り立っている。また更生部門では15歳以上の肢体不自由者及び言語障害者に対して通所訓練事業を行っている。

入所者の状況(平成8年度)として、疾患別には脳血管障害が63.2%と最も多く、次いで脳性麻痺が10.5%を占める。近年、頭部外傷、脊髄損傷など疾患の多様化が見られる(図1参照)。年齢別では、50代46.0%、40代26.0%となっている(図2参照)。退所後の方向性として、家庭復帰44.1%、作業所20.6%、授産施設17.6%、訓練校8.8%、就労2.9%となっている(図3参照)。スタッフは医師、看護婦、理学療法士(以下PT)4名、作業療法士(以下OT)2名、言語療法士(以下ST)2名、臨床心理士、栄養士、生活指導員(ケースワーカー)、寮母等がいる。当センターは入所条件を「日常生活動作(以下ADL)が、おおむね可能な者」としているが、入浴動作、食事動作等に問題のあるケースが多い。また、高次脳機能、外出、補装具、家屋状況に関する問題も多く存在する。今回は、これらの問題に対する訓練課におけるチームアプローチについて紹介する。

2) チームアプローチ(表1参照)

入浴動作については、PTがセンターでの各動作(歩行、床からの立ち上がり、床上移動等)を最初にチェックする。洗体動作においては、実際の入浴場面で輪タオル(ナイロンタオルを輪にしたもので、片麻痺には使用し易い)等を用いたシミュレーション評価も行う。評価の結果を基にOTと連携を取り、輪タオルが必要なケースにはOTが作成し、洗体動作の再評価・訓練もOTが実施する。

食事動作、配膳動作については入所後すぐにPT、OTで食事姿勢、テーブルの高さ、位置、配膳の方法、調理形態、食器等について検討する。

高次脳機能障害(特に頭部外傷者の記憶障害、注意障害等)に対しては問題解決訓練として、週に1度グループ訓練の時間を設けておりOT、ST、臨床心理士が関わっている。

この問題解決訓練は昨年からの取り組みであり、まだ訓練方法も手探りの状態であるが現在のところグループ活動を通しての評価が中心となっている。多種のセラピストが同時に訓練に参加することにより様々な角度から症状を理解しようと試みている。今後は、高次脳機能障害を呈する入所者の家族に対しても、障害の理解を促すため、家族としての接し方や、症状の説明等を実施したいと考えている。

PTが中心に実施している外出訓練では、屋内移動の実用性が認められたケースに対し、単独での外出等を目標に、段階的な外出範囲の拡大を行っている。屋外では高度な状況判断や環境の変化の対応が必要なため、運動機能や動作の評価だけでは不十分である。よって、OT、STとも連携して実施している。その例として交通機関利用訓練を挙げてみる。乗り降りの際には、動作の迅速性が要求される。それが精神的プレッシャーとなって筋緊張亢進といった形で現れ、動作を困難にしてしまうこともある。このような動作及び運動機能についてはPTが行い、行き先や運賃等の表示の理解はOT、STが行う。また、買い物の要素が入る場合には事前にOTが、店内での買い物籠の操作、品物の選択、レジでの支払い等の評価を行っている。PT、OT、STがそれぞれの部分で関わり各部署の評価を基に本人の可能性を検討し訓練をすることで外出の自立促進を図っている。

補装具の面では車椅子・シーティングの評価といった形でPT、OTが共同で行っているが、評価にかけることのできる時間、評価技術、評価機器等まだまだ十分とは言えない状態である。この分野に関しては、更なる充実を心がけていきたい。

家屋改造についてはPT、OT、ケースワーカーで訪問し実際場面での動作を評価する。そして動作に対する適切な指導・助言を行い、改造が必要であれば内容を検討し、業者に依頼する。また福祉制度(助成金・補助金)の情報提供も行う。

訓練課以外の他部署との連携については、週1回行われる全部署合同のケース会議の場で行ったり、医務日誌、指導員日誌等から情報の収集・交換を行っている。

3) 事例

脳血管障害による右片麻痺、失語症を持つ56才、男性。スナック経営をし、バーテンダーとして働いていた。自宅でのADLは自立レベルであり、洗体時のみ背中を洗ってもらう介助をうけていた。これについては、PT、OTで洗体動作を指導し自立した。復職が大きなニーズとして挙がっており、PTとケースワーカーと一緒に職場訪問し、現場での実際的评价を行った。PT訓練ではその評価を活かしたシミュレーション訓練を行い、自宅からの通勤手段としてのバス・地下鉄といった交通機関利用訓練をプログラムに取り入れた。OTは、訪問による情報を基に調理訓練の環境設定をより実際的に変え、付き出しや、カクテルを作る調理訓練へと移行していった。

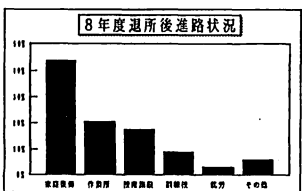
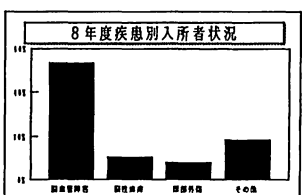
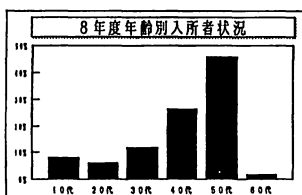
STでは仕事上で必要なことば「いらっしゃいませ」「ご注文は？」などの復唱訓練など、復職に向けての発話の向上を目指した訓練を当初から実施した。仕事(レジ)に活かせるものとして、電卓での計算練習、注文を忘れないために記憶面の把持力の向上を目指した訓練を実施している。また、書字に対しては、OT、STの両面からアプローチを行うことで改善が見られた。

以上、復職に向けて各部署が訓練を展開しているが、いくつかの問題点も生じている。例えば、障害受容が不十分であった為に、機能改善に対するニーズが高く両上肢でのシェイカー操作獲得や、更なる発話能力の改善などを要求された。しかし、機能回復にも限界があるため、繰り返し障害についての説明を行った結果、自己の障害に対して不安を抱き、一時復職に対して消極的となった時期も見られた。また、歩行スピードの影響から、通勤時間が掛かりすぎるため、妻が一時消極的な姿勢にな

る時期もあった。しかし上記したような訓練・働きかけを続けることによって徐々に自信を回復してきている。また、ゴールを復職1つにするのではなく、昼間に作業所、夜間にスナックというように方向性に幅を持たせることで、精神面での余裕が出てきており、現在も訓練継続中である。

4) まとめ

当センターで、取り組んでいるチームアプローチの内容及び各部署同志の連携について報告し、事例を通して具体的に述べた。チームアプローチでは、同時に多種のセラピストが訓練に携わることで、それぞれの専門分野に応じた評価ができ、多角的に入所者にかかわることが可能になる。しかし一方では、訓練に多くの職員が携わるため、時間割上その他の訓練では、職員が少なくなるという現状もみられる。また、他部署同志連携してアプローチを進めていく上では、密接な連携が不可欠である。現時点では、定期的に会議の場は設けられているが、回数においては不十分である。今後チームアプローチを進めていく上で、ケースにおける様々な問題に対し、どの部署が責任を持って、いかに関わっていくかが重要である。ある問題に対し、いつまでに解決するのかという期日、内容、及びその結果を明確にする必要性を感じている。当センター訓練課のチームアプローチとは、専門分野ごとに役割分担して効率よく訓練を実施すること、また1つの事象に対して共同してアプローチすることといえる。PT、OT、STが普段から連絡を密にとり訓練を実施しているからこそ実現できるものであるといえる。今後もおお一層の効果的なチームアプローチを実施していくことが出来るように努めていきたい。



各部署でのアプローチ	基本的動作訓練 移動・移乗 動作訓練 電動車椅子 操作訓練 自主訓練指導 自己管理指導	機能的アプローチ ADL訓練 職業前評価訓練 認知(再)教育 心理支持的 アプローチ	構音訓練 失語症基礎訓練 失語症応用訓練 自主訓練指導
部署	PT	OT	ST
チームでアプローチしている訓練	入浴・洗体訓練 食事動作指導 外出訓練 車椅子・シーティング 家屋改造 ワークプロ		
		問題解決訓練	嚥下評価

在宅訪問の取り組みからみた対象者の変化と課題

在宅重度身体障害者訪問診査事業4年間の調査から

目黒 順子 阿部 美枝
(仙台市障害者更生相談所)

1) はじめに

当市においては、平成4年度に身体障害者更生相談所(以下更生相談所)開設以来、地域リハビリテーションの一環として「在宅重度身体障害者訪問診査事業」(以下当事業)を実施している。対象者は年々増加し、当事業に対するニーズが高まっているが、今回対象者のそれぞれの原疾患が占める割合に注目し、その変化から当事業の今後の課題を得たので報告する。

2) 研究方法

(1) 期間:平成4年4月～平成7年3月末

(2) 対象者:在宅の重度身体障害者(肢体不自由者)で、来所による相談、判定が困難な方、生活環境等確認のため、訪問による相談、指導がより適切と思われる方589名を対象とした。

(3) 分析方法:障害の原因となった疾患を分類し、年度別にそれぞれの原疾患が占める割合及び年齢構成を比較した。

(4) 疾患別分類:脳血管疾患、脳性マヒ、リウマチ、変性疾患、筋疾患、脊髄損傷、ポリオ、頭部外傷、その他の9項目とした。

3) 結果

(表1)のとおりに対象者の割合は推移し、平成4年度に42.9%を占めていた脳血管疾患は徐々に減少し、平成7年度は33.0%と4年間で9.9%減少となった。リウマチ、変性疾患、筋疾患を難病として包括した分類にすると、4年度21.4%、5年度18.0%、6年度19.6%、7年度23.6%だった。

50～59歳台が占める割合が各年度共に最多の割合を占め、次いで40～49歳台が多く、各年度共に40～59歳までが4割～5割強を占めていた。男女比については、表のとおりであり、大きな差は見られない。

4) 考察

脳血管疾患による死亡率については、戦後は昭和40年をピークに低下しており、現在は悪性新生物、心疾患に次いで第3位である。また、生活習慣病として、ある程度の予防は可能であり、今後も減少が予想される。

今回の調査においても年々、脳血管障害者が占める割合が減少し、その傾向を裏付ける結果となった。難病

以外の、脳性マヒ、脊髄損傷、ポリオ、頭部外傷については、その疾患の性質上、発病率の増加は予想し難い。

以上の状況から難病による対象者の増加が予想され、今後の動向が注目される結果となった。難病については、その多様な病態、後遺症、進行に伴う精神的不安、介護者の心身の負担等々、障害者とその家族が抱える問題は大きい。対象者の約半数が中高年齢者であることから抱える問題の大きさが推察される。

5) まとめ

4年間の当事業の実態調査から対象者の占める割合が、脳血管障害者から難病による障害へと変化しつつある結果が得られた。そして次の2点が今後、当事業を行う上での課題として浮かび上がった。

(1) 専門的相談判定機関として、難病に関する様々な情報を収集し、知識を深める必要がある。

(2) 更生相談所の役割の一つとして、関係職員の質向上を図ることも挙げられており、毎年実施している福祉事務所身障職員対象の研修会に、難病に関する内容を盛り込む事を検討する。

6) おわりに

今回、当事業4年間の調査から、今後の当事業の内容充実に向けての足がかりが得られた。

[参考文献] 1) 国民衛生の動向 厚生統計協会

1996年 2) 平成8年度健康福祉局事業概要 仙台市健康福祉局 3) 阿部正和 他 新臨床内科学第5版 医学書院1992年

表1 対象者の原疾患別区分

疾患名	平成4年度	平成5年度	平成6年度	平成7年度
脳血管疾患	30(42.9%)	63(40.6%)	63(39.9%)	68(33.0%)
脳性麻痺	11(15.7%)	19(12.3%)	18(11.4%)	26(12.6%)
リウマチ	7(10.0%)	3(1.9%)	8(5.0%)	12(5.8%)
変性疾患	4(5.7%)	22(14.2%)	11(7.0%)	23(11.1%)
筋疾患	4(5.7%)	3(1.9%)	12(7.6%)	14(6.7%)
脊髄損傷	3(4.3%)	2(1.3%)	11(7.0%)	14(6.7%)
ポリオ	2(2.9%)	2(1.3%)	3(1.9%)	10(4.8%)
頭部外傷	1(1.4%)	11(7.1%)	7(4.4%)	8(3.8%)
その他	8(11.4%)	30(19.4%)	25(15.8%)	31(15.0%)
計	70	155	158	206

(人)

表2 対象者の年齢性別区分

疾患名		平成4年度	平成5年度	平成6年度	平成7年度
年齢別	18～19歳	1(1.4%)	4(2.6%)	4(2.5%)	0(0%)
	20～29歳	4(5.7%)	18(11.6%)	9(5.7%)	16(7.7%)
	30～39歳	6(8.6%)	20(12.9%)	16(10.1%)	12(5.8%)
	40～49歳	15(21.4%)	26(16.8%)	30(19.0%)	47(22.8%)
	50～59歳	25(35.7%)	44(28.4%)	34(21.5%)	53(25.7%)
	60～69歳	10(14.3%)	22(14.2%)	33(20.8%)	38(18.4%)
	70～	9(12.9%)	21(13.5%)	32(20.2%)	40(19.4%)
性別	男	42(60.0%)	84(54.2%)	87(55.1%)	115(55.8%)
	女	28(40.0%)	71(45.8%)	71(44.9%)	91(44.2%)
実人員		70	155	158	206

(人)

小規模併設型療護施設のあり方

福井 尚子 (重度身体障害者更生援護施設 千種川リハビリテーションセンター)
大野 仁美 (小規模身体障害者療護施設 千種川ナーシングホーム)

1) はじめに

千種川ナーシングホームは、平成3年7月に重度身体障害者更生援護施設千種川リハビリテーションセンターに併設する30名定員の小規模療護施設として開設し、今年で6年目を迎えた。開設以来66名(現在30名利用)の重度身体障害者が当ホームを利用している。併設型療護施設では利用者がPT・OT・STの各種リハビリテーションを含めたケアが受けられる事が従来の療護施設とは異なる点である。

開設より6年を経過した今、当ホームのかかえる問題点・課題を明らかにし、併設型療護施設の今後のあり方について検討したい。

2) 千種川ナーシングホームの概要

入所定員	30名
職員構成	ケアワーカー 12名 生活指導員 2名 看護婦 2名 介助員 1名 事務員 1名 ※施設長、事務長、PT、OT、ST、 心理判定員、厨房職員は兼務
施設設備	居室、食堂、トイレ、医務室、事務・指導員室、ケアワーカー詰所、トレーニングルーム、談話コーナー ※PT室、OT室、ST室、浴室、厨房は重度更生の施設を共用
プログラム	ADL、PT(トレーニングルーム)、ワーク(趣味・作業)、レクリエーション、喫茶、歩行トレーニング、足浴 ※PT、OTは週2回実施。個人のニーズに応じて重度更生のプログラムで行う。

※印は重度更生と重なる部分である。

[利用者の状況]

- 平均年齢 49歳
- 障害状況 CVA(頭部外傷をふくむ) 20名(67%)
CP 5名(17%)
脊髄損傷 1名(3%)
その他 4名(13%)
- 入所前の状況 病院よりの入所 19名(63%)

単独の療護施設と比べ、病院を経路とする中途障害者が多くCPの利用者の割合が少ない。そのため平均年齢が49歳と高い。また、失語症・失行・失認・記憶障害等の高次脳機能障害を有する利用者が15名と50%を占めていることが特徴といえる。

当ホームの利用の際、ADLの改善のためリハビリテーションを継続して受けたいと希望する利用者が多く、身体障害者更生相談所よりの照会もその点を考慮された照会であることが多い。

3) 現状と課題

重度更生に併設しているため利用者のリハビリテーションへのニーズに対応ができることがメリットといえるが、PT・OT・STはリハの目的を次のようにとらえている。

PT⇒ADL能力の維持を中心としたリハ

拘縮や痛みがADLの阻害因子となるためそれを防ぎながらADLの維持や向上をはかる

OT⇒QOLを重視したリハ

利用者の状況に応じた自助具の作成。趣味の拡大、余暇時間の活用を考えたアクティビティの導入

ST⇒安心してコミュニケーションのできる環境作り

失語症者の状態をケアワーカーに伝え、可能なコミュニケーションの手段を考える。他の手段としてジェスチャー・描画などの方法を身につける

また、現在の障害以外に高血圧・てんかん発作・内臓疾患等の疾患を有する利用者が多く看護面での健康管理も重要なポイントである。

また、生活の部分を受け持つケアワーク・生活指導は当ホームでの目標を次のように考えている。

ケアワーク⇒個々のペースにあわせたケア

安心してケアを受ける中で利用者のニーズをひきだす

生活指導⇒受障後の生活を共に考える

障害を持ちながらの地域(在宅・施設)での生活を共に考え、外出や地域との交流の方法を模索する

本来は生活施設である療護施設の色合いが薄れ、訓練室でのリハビリテーションが主になっており、利用者自身も病院の生活の延長のようにとらえている。地域(在宅・施設)での生活を考えていくためには、ケアワーク・生活指導の取り組みを強化する必要があると考える。

4) 併設のメリットを利用した事例

【事例1) 重度失語症の男性】

重度失語症(全失語)のため、病院入院中もほとんど訓練のペースに乗らず歩行不能であったケース。本来は重度更生の判定であったが、本人の状況よりケアが十分受けることのできる併設型療護施設の利用判定を検討してもらった。当ホーム入所後、生活パターンの確立ができ、訓練に対しても積極的となる。現在は短下肢装具・T字杖を使つての室内歩行が可能となる。

【事例2) 重度更生で体調不良より能力低下をきたした男性】

CVA(両側性麻痺)で歩行失行があるケース。重度更生入所時は杖歩行が辛うじて可能であったが体調不良のため全介助の状態となる。投薬の調整と共に当ホームの空きベッドを利用し日常のケアを受ける。寝返り・起き上がり等の基礎訓練を再度行い、車いすでの移動が可能となり約2ヵ月の併設型療護利用の後、重度更生での生活を再開した。

事例1)は、重度更生では不適應状態となり訓練拒否に結びつきやすいケースであるが、ケアスタッフの充実した体制がとれる併設型の利用で本人のニーズが把握できADLがアップしたと思われる。

事例2)は、従来の体制であれば対応ができず措置解除になる場合が多いが併設型療護施設を一時的に利用することにより、短期間でADLをアップし重度更生での生活を再開することが可能となった。

5) まとめ

当ホームの現状と課題より、今後の併設型療護施設のあり方を考える。

(1) 生活の場としての併設型療護施設

病院での医学的なりハビリテーションや重度更生での身辺自立に重きをおいたリハビリテーションとは異なり、QOLの向上に重点をおいたリハビリ

テーションを進め、生活の充実をめざす。

当ホームでは、今後小グループでの外出や地域との交流を進め生活の場としての充実を図りたい。

(2) 在宅生活指向者への援助

現在の退所者の26%が在宅生活を送っている現状からみて、当ホームを生活施設としてではなく、病院と在宅の中間施設として利用する場合が考えられる。今後地域での在宅生活への支援が充実していくとこの傾向が高くなると考えられる。

その場合、家族の介助量の軽減が重要になると思われる。利用者のADLの改善とともに住宅改造への援助・家族への介助法の伝達・福祉制度の紹介が必要となると思われる。

(3) 療護施設利用の前段としての利用

併設型療護施設を利用し、ADLの改善を試みてから改めて療護施設を利用する場合。QOLの向上のためにもこのようなケースが考えられると思われる。

(4) 在宅障害者のショートステイ利用

在宅障害者がショートステイとして重度更生を利用する事はあるが、ケアスタッフの充実した併設型療護であればより重度の在宅障害者が利用できる。

以上、併設型療護施設の今後のあり方について検討してきたが、利用者の障害が重度化し、ニーズが多様化するなかで、より質の高いサービスを提供するためには、ケアスタッフが充実し様々なリハスタッフが揃う併設型療護施設への利用者が多くなるのではないだろうか。

私達スタッフも利用者のニーズに答えていくため今後も資質の向上につとめ援助していきたい。

ケアワーカーとしてのOJT (On The Job Training)

牧沢 裕子 大隅 恵子 田辺 京子
(社会福祉法人天竜厚生会 浜北学苑)

1) はじめに

浜北学苑(重度身体障害者更生援護施設)は、職業的更生は困難であるが、自動動作の機能が回復する可能性がある重度身体障害者を対象とし、少しでも自立した状態で生活出来るよう、日常生活訓練・作業訓練・機能訓練・学習指導を行なっている。利用者数は、60名、平均年齢は43.3歳(20代~60代)である。利用者60名は、障害・能力・年齢等に差が大きく個々の訓練内容がそれぞれ異なっている。又その訓練の成果により内容も変化していく。利用者の訓練成果向上のためには、職員が統一した指導を行なわなければならない。

現在、浜北学苑は18名の職員で利用者の自立援助を行なっている。そのうちケアワーカーは13名で、毎年平均2~3名の新入職員(異動・初任者)が配置される。新入職員が一日も早く意欲を持ち職務を遂行できるよう先輩・後輩の信頼関係を築きながら、お互いにレベルアップしていくにはどうすれば良いか思案し、ケアワーカーとしてのOJTを研究することとした。

OJT(On The Job Training)とは、職場内教育=能力開発のことで、その目的は成長・目標達成である。

2) ケアワーカーの勤務体制

(単位:人)

	平日	土	日	祭日
夜勤	2	2	2	2
日勤	5	1	0	0

※平日の日勤5人は最低人員(機能訓練2名・作業訓練2名・ADL訓練1名)

3) OJT計画の作成

- (1) 職務分担表及び職員の基礎知識作成(表1、2)
- (2) OJT予定表を作成し、指導者を決める
- (3) 手順を決める
- (4) OJT実施記録作成(表3)
- (5) OJT計画シート作成(表4)
- (6) 実施期間を決める

4) OJTの実施

- (1) 勤務初日に基礎知識を説明する(表1)
 - ・習う準備をさせる

(2) 勤務初日に職務分担表を説明する(表2)

- ・ステップを区切り、理解させる
- ・急所を強調する
- ・理解する能力に合わせる

(3) OJT予定表に基づき実施

- ・やらせてみる

(4) OJT実施記録記入(表3)

- ・教えた後を見る

(5) OJT計画シート記入(表4)

※OJT推進者が10日ごとにOJTの進行状況をチェックし(4)・(5)を繰り返す。

5) 成果

今回のOJTの対象者は、10年のキャリアがある異動職員だったため、環境に慣れるのが早く、細かな作業以外はすぐに習得できた。又、本人の仕事に対する意欲もあり、指導がしやすく、OJTの成果としては充分なものだった。さらに、対象者からの提案でOJT希望項目シート(表5)を作成するようになり、先輩・後輩に係わらず、気がついた問題点を、連絡会の場等で自然に発言できるようになった。このような環境作りにより、利用者一人ひとりによりよい処遇を統一して行なえるようになったと共に、職務に対する責任感を各自再確認できた。

6) 今後の課題

基本が分からず、きめ細かな指導を必要とする初任職員のOJTについては、専任指導者を配置する必要がある。又、新入職員(異動・初任者)が2~3名の場合は、それに係わる職員も多く必要となり、今回のようにスムーズに行なうことが出来ないであろう。しかし、この研究を無駄にしないよう方法を検討し、簡潔化させ、更に新入職員に苦痛を感じさせず、意欲を持ってOJTに臨めるようレベルアップさせ、継続性のあるOJTを目指して、施設向上のため努力していきたい。

表1. 施設職員としての基礎知識

- I. マナーとエチケット
- II. 尊厳と権利
- III. 行事・行楽等の付き添い
- IV. 食器・食事用具の工夫
- V. 衣類の着脱
- VI. 移動
- VII. 処遇記録の書き方(別紙参照)

表2. 平日 夜勤者

	A		B
8:30	ラジオ体操、歩行訓練	8:30	Aに同じ
35	濯鉢会	35	Aに同じ
	洗面確認及び指導 (夜勤者担当利用者)		Aに同じ
	下着交換指導介助 月・水・金・日 (女子)		
	火・木・土・日 (男子)		
10:00	休息	10:00	Aに同じ
15	個別指導	15	作業訓練指導
45	作業訓練指導	45	個別指導
11:00	食事準備 昼食与戻トレイ持参 三角布・17cm・17cm・4枚着 手洗い進行 ご飯点火 お茶用意	11:15	食事準備 三角布・エプロン装着

表3. OJT実施記録

評価 A:目標達成(ひとりでできる)
B:目標不十分(ひとりでは出来ない)
C:未達成(ひとりでは無理)

指導項目	10月14日		10月17日		10月21日		10月22日	
	評価	評価	評価	評価	評価	評価	評価	
作業訓練	B	B					B	B
作業意欲を高める指導	B	B					B	B
職務訓練			A	B	B	AB		
個々のリハビリ指導			B	B	B	B		
ADL訓練							B	A
洗面							B	A
洗濯							B	A
着脱							B	
夜勤業務								
食事準備・配膳								
食事介助								
食事片付け								
手洗								
土曜日勤務								
トピ介助指導			A	A	A	B		
入浴介助(一般浴)			B	F	B	B		
入浴介助(特浴)	B	B	B	A			B	B
チャム								
歩行訓練			B	A	B	C		
身辺介護	B	B	B	B	B	B	B	B
健康管理	B	B	B	B	B	B	B	B
コミュニケーション	A	A	A	A	A	A	A	A
本人問題点・疑問点	10月14日: 洗面指導が苦手 10月17日: 洗濯のやり方がわからない 10月21日: 食事準備のスピードが遅い 10月22日: 歩行訓練のペースが合わない							
担当指導・援助	10月14日: 洗面指導を丁寧に教える 10月17日: 洗濯の順番を教える 10月21日: 食事準備の効率を教える 10月22日: 歩行訓練のペースを合わせる							

表4. OJT計画シート

10月23日

指導項目	中間評価	現状(問題点)	方法(援助)	日付	結果評価
作業訓練	B	入浴介助のスピードが遅い	作業意欲を高める指導	10/23	A
作業意欲を高める指導	B				A
職務訓練	B		指導(手洗い)		B
個々のリハビリ指導	B				B
ADL訓練	B		洗面指導(手洗い)		B
洗面	B		洗濯指導		B
洗濯	B				B
着脱	B		食事準備指導		A
夜勤業務					
食事準備・配膳					
食事介助					
食事片付け					
手洗					
土曜日勤務					
トピ介助指導	B	入浴介助のスピードが遅い	作業意欲を高める指導		B
入浴介助(一般浴)	B	入浴介助のスピードが遅い	指導(手洗い)		B
入浴介助(特浴)	B				A
チャム					
歩行訓練	C		指導(手洗い)		B
身辺介護	B		指導		B
健康管理	B				B
コミュニケーション	A				B
行動観察	中間評価	現状(問題点)	方法(援助)	日付	結果評価
仕事の段取り	B	作業意欲を高める指導	作業意欲を高める指導	10/23	B
仕事の手順	B				B
仕事ぶり	B	指導(手洗い)			B
仕事への取り組み	B				B
電話の応対	B	入浴介助のスピードが遅い	指導(手洗い)		A
職場での挨拶	A				A
同僚とのコミュニケーション	B	洗面指導(手洗い)	指導(手洗い)		B
来客の応対	B	洗濯指導	指導(手洗い)		B

※ 10月23日の評価は、10月21日の評価を参考にしています。
 ※ 10月23日の評価は、10月21日の評価を参考にしています。
 ※ 10月23日の評価は、10月21日の評価を参考にしています。

表5. OJT希望項目シート

平成28年10月23日
氏名

自分の現状	入浴介助のスピードが遅い。洗面指導が苦手。洗濯のやり方がわからない。
問題点・原因	1. 洗面指導が苦手。2. 洗濯のやり方がわからない。3. 食事準備のスピードが遅い。
目標(こうありたい)	1. 洗面指導が上手になる。2. 洗濯のやり方がわかるようになる。3. 食事準備のスピードが速くなる。
希望項目(こうしてほしい)	1. 洗面指導の指導(手洗い)。2. 洗濯指導(手洗い)。3. 食事準備指導。

拓杏園(肢体不自由者更生施設)における有事退所者について

穴戸 敬 石垣 眞 (宮城県拓杏園)

〔はじめに〕

拓杏園における創立以降30年間の退所者510名について、いわゆる問題退所者(有事退所者)を選びだし、その原因を探り、施設の対応などについて考察する。

〔結果〕

30年を10年刻みに1、2、3期とに分けた。1期が10名、2期が2名、3期が2名の計43名であり、漸増の傾向にある。

障害原因の疾病別では、当初は脳性麻痺、切断者が多く、脳血管障害と頭部外傷の経年的増加がみられる。問題退所の原因は、施設不適応19例、医療問題24例に二分され、医療問題が近年増加している。

不適応退所の原因は多様であり、

- 1) 障害の受容の悪さ
- 2) 飲酒問題
- 3) 施設生活に馴染めない
- 4) 家族離れができてない
- 5) 入所目的の理解不足
- 6) 対人関係のトラブル

などがあげられる。就中、対人関係のトラブルの増加が特徴であるが、脳血管障害などに伴う言語障害を主な訓練目的とするケースや頭部外傷ケースの入所件数の増加が一つの原因と考えられる。

コミュニケーション障害から対人関係作りの拙さに加えて、病前性格とも思われる頑固さ、家族離れの悪さなどから施設への馴応に時間がかかる。しかし、入所初期の難しい時期を乗り越えると、順調に訓練効果を得られることが多く、職員、入所者併せて声掛けしてやるなど細やかなサポートが肝要である。

頭部外傷ケースは、障害受容の悪さや感情コントロー

ルの低下、精神症状の発現、対人関係などから施設での生活にトラブルを招きやすい。訓練効果や将来の見通しがたち難く、退所後の適当な受入れ場所がないなど社会復帰に困難な例が多い。

●医療問題による退所例について検討する。

再発は全て脳血管障害者で、2期1例、3期5例で内3名が死亡した。入院治療が必要となった持病の悪化は2期3例、3期1例で、高血圧、糖尿病、慢性肝炎である。

心身機能が低下し、遂には失禁状態になるなど中軽度の施設では対応しきれず措置替えになったものは2期2例、3期4例で、社会的理由で長期入所になったケースに多くみられる。事故は転倒による腰椎骨折、頭部外傷に伴う脳出血の2例で、訓練中はとくに転倒予防に努めねばならない。

ヒステリーや幻覚、被害妄想などの精神症状が発現し、精神病院へ転医したものは1、2期各2例、3期1例で、アルコール依存症、てんかん、ストレス蓄積による反応性のものと思われるものであった。既往歴の十分な調査は勿論のこと、とくに入所当初は新しい環境への馴応や対人関係でストレスが蓄積するので、職員の綿密な観察と適切な対応が求められる。同室者からの情報収集も大切である。

〔まとめ〕

●問題退所者について、その原因及び対応方について検討した。

第一に主たる原因である施設不適応の防止である。障害の受容の悪さを如何に改善するかが重要なポイントになる。入所時にケースに入所目的と必要と考えられる期間と訓練方法、退所後の進路など施設生活に対する

〔拓杏園における有事退所者について～図表〕

表1 有事退所者の原因疾病

	脳性麻痺	切断	脳血管障害	頭部外傷	その他	計
1期	4	3	2	0	1	10
2期	1	0	6	2	3	12
3期	0	1	16	4	0	21

十分な理解を得ることが大切である。

入所当初は環境の変化によるストレスが蓄積しがちであるから、心身面の観察、管理に留意し、困難な時期をトラブルなく乗り越えられるようにサポートする。第二に医療問題が多様化、深刻化しつつあり、原因疾病、持病、余病併発などに対する医学的管理が重要である。

ケースの心身状態に関する既往歴、現病歴を把握し、主治医と情報交換を密接にし、医学的管理についての助言を求めよう努力する。入所者の重度化により中軽

度の更生施設は適切な入所者の選択に困難をきたしている。

一定期間の訓練後に社会復帰若しくは適切な施設への措置替えが円滑に行われず、引き取り手もなく、療養施設或いは老人施設への入所待機などの社会的理由からの長期入所になっている例も少なくない。半ば生活施設化しつつある更生施設で施設不適應と医学管理の問題はさらに深刻になりつつある。有事退所者の問題に対して、適切な対応が望まれる所以である。

表2 有事退所者の事由

	不適應退所	医療問題退所	計
1期	7	3	10
2期	3	9	12
3期	9	12	21

表3 不適應退所の内訳(重複あり)

	障害受容	対人関係	飲 酒	入所目的	家族離れ	その他
1期	2	1	0	2	3	0
2期	0	3	2	0	0	1
3期	2	10	1	2	3	2
計	4	14	3	4	6	3

表4 医療問題退所の内訳

	再 発	余病併発	持病悪化	心身低下	精神症状	事 故
1期	0	0	0	0	2	1
2期	1	1	3	2	2	0
3期	5	0	1	4	1	1
計	6	1	4	6	5	2

国立身体障害者リハビリテーションセンター病院と更生訓練所における脊髄損傷者(二分脊椎を含む)の機能的状態の相違

北村 昭子 藤本 茂記 水田 賢二 金田 安正
河野 章 梅崎 多美 安梅 勅江 中村 隆一

(国立身体障害者リハビリテーションセンター)

【目的】

国立身体障害者リハビリテーションセンターでは、医療から職業訓練に至るまでの身体障害者に総合的なリハビリテーション・サービスを提供している。それぞれの領域のサービスに対して、それに対応する障害者の機能的状態は異なっているはずである。そこで、医学的な機能訓練を主体とした病院入院患者と、主として職業訓練の対象である更生訓練所入所者の機能的状態の相違を、脊髄損傷者を対象として調査し、病院から更生訓練所への移行タイミングを検討した。

【方法】

1) 対象: 病院入院患者21例(32.3±12.9歳)、更生訓練所入所者25例(25.1±6.4歳)、計46例の日常生活で車椅子移動を行っている脊髄損傷者を対象とした。

2) 測定項目: 機能的状態は(1)フィットネス(2)日常生活活動(3)社会生活上の活動能力で表わした。

(1) フィットネスの指標として車椅子3分間走の走行距離を用いた。20mの直線の両端に置かれた支柱(スラロームピン)の外側を3分経過の合図があるまで全力で走り続けるものであり、3分間の走行距離で表わす。

(2) 日常生活活動の指標としてパーセルインデックス(以下BIとする)を用いた。これは日常生活全てができるかどうかを判断するものではないが、在宅における身の回りのことができるかどうかは判定できる。病院患者では看護部門の日常生活観察の記録を利用した。更生訓練所入所者はインタビューを行った。

(3) 老研式活動能力指標(以下TMIGとする)を用いた。病院患者、更生訓練所入所者ともにインタビューを行った。

【結果および考察】

(表1)に病院患者と更生訓練所入所者の諸変数の平均値と標準偏差を示す。3分間走、BI、TMIGはいずれも更生訓練所入所者が病院患者に比べ有意($p < 0.01$)に高い値を示した。(表2)に病院患者と更生訓練所入所者の3分間走とBI、TMIGの各変数間の

相関係数を示す。全体としては、3分間走とBIおよびTMIGとの間に(いずれも $r=0.70$)、BIとTMIGとの間には($r=0.61$)と有意($p < 0.01$)な相関が認められた。病院患者においては3分間走とBIおよびTMIG、BIとTMIGの相関は有意($p < 0.01$)であった。更生訓練所入所者では3変数間に有意な相関は認められなかった。(図1~図3)は、病院患者と更生訓練所入所者の3分間走とBIおよびTMIGとの関係を示したものであるが、3分間走が200m以下の病院患者では走行距離が長い者ほどBI、TMIGも高い値を示していた。一方、更生訓練所入所者では3分間走で200mを超える者が多く、BI、TMIGは3分間走行距離に関係なくほぼ一定の値を示す結果となった。以上のことから病院患者ではフィットネス、日常生活活動、社会生活上の活動能力の各機能が訓練によって改善されている段階であるといえることができる。

また、病院患者が更生訓練所へ移行する時期については、3分間走で200m(自然歩行の速さと同じ程度の移動の車椅子走行の速さ)もしくはそれ以上、BIが75以上(階段昇降、排泄の自立を除く)、老研式が10以上(ある程度の社会的適応能力)が達成された時点であると推定される。

図1 3分間走とBIの関係

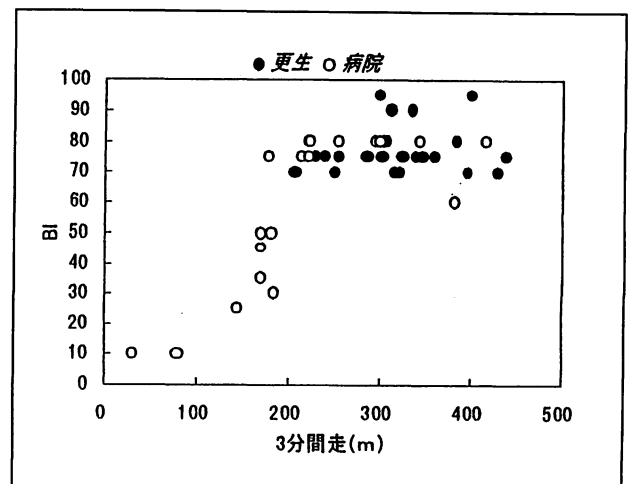


表1 諸変数の平均

	全体	病院	更生訓練所	P<
年齢(歳)	28.4(10.5)	32.3(12.9)	25.1(6.4)	0.05
受傷期間(週)	282.7(287.9)	132.9(190.7)	408.6(292.2)	0.01
3分間走(m)	277.2(89.8)	229.3(95.9)	317.5(60.2)	0.01
BI	68.5(19.9)	58.1(24.9)	77.2(7.4)	0.01
TMIG	9.4(2.5)	7.9(2.5)	0.7(1.7)	0.01

() : 標準偏差

表2 測定変数間の相関

	3分間走	BI	TMIG
3分間走		0.152	0.247
BI	0.763**		0.142
TMIG	0.781**	0.619**	

左下：病院

右上：更生訓練所

** : P<0.01

図2 3分間走とTMIGの関係

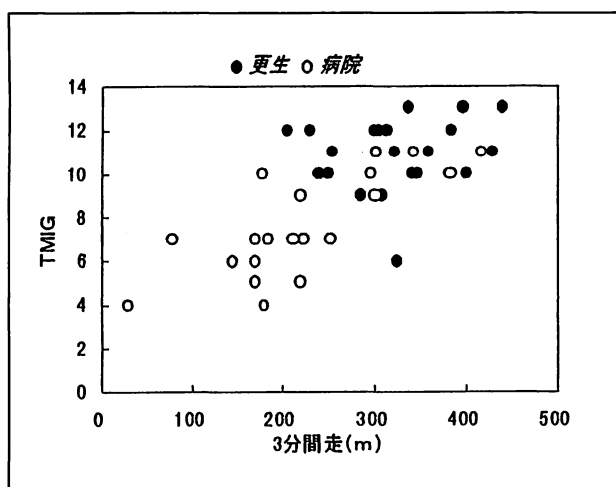
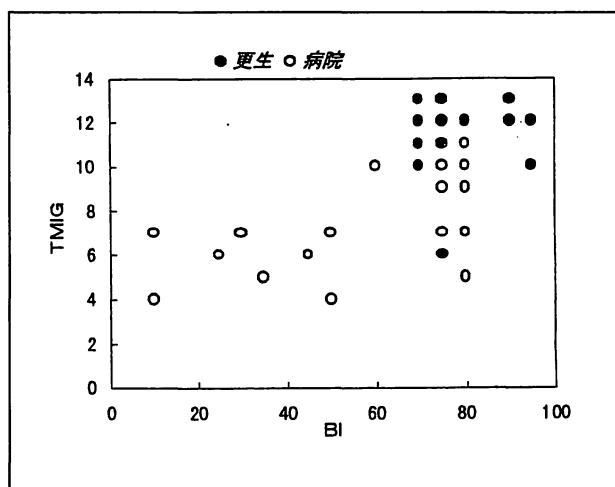


図3 BIとTMIGの関係



施設等利用者の視覚障害原因等調査

久保 明夫 石田 みさ子 築島 謙次 菅野 和子
三輪 まり枝 林 弘美 西村 留美 大津 あかね
(国立身体障害者リハビリテーションセンター)

平成8年8月に視覚障害者更生施設等の利用者を対象に、障害の原因等の調査を実施した。この調査は昭和61年より5年ごとに実施しており、今回で3回目である。この調査結果について報告する。

- 1) 調査の対象:視覚障害者更生施設、(重度)身体障害者更生施設、(重度)授産施設及び地域のセンター等の施設等の利用者を対象にした(盲学校はのぞく)。
- 2) 調査内容:主に施設利用申し込み時の眼科診断書等に基づき、性別、年齢、疾患名、視力、障害原因等とした。
- 3) 回答施設及び人数:24(更生・授産施設21、その他の利用施設:3)、1276人

4) 調査の結果

(1)年齢・性別:男892人(69.9%)、女384人(30.1%)、平均年齢37.2歳(男38.0歳、女35.4歳)、前回(女26%)と比べると性別では女子の割合が増えている。平均年齢が2.4歳高齢になっている。

(2)視覚障害の原因:先天素因が44.3%と前回より減っている。特に未熟児網膜症の占める割合が前は4.9%であったが今回の調査では1.9%に減少している。全身病が17.3%と前回調査(16.1%)より増えている。疾患別に見ると網膜色素変性症が23.2%(前回:21.2%)と最も多く、次いで視神経萎縮が12.9%(前回:13.6%)、糖尿病性網膜症が10.0%(前回:9.7%)の順で順位は前回と変わらない。前は10位まで入っていなかった網膜剥離が今回は5.2%で4位である。

(3)視力:弁別能(手動弁以上の視力)のあるものが、71.5%と前々回(66.2%)及び前回(67.2%)に比べ多くなっている。疾患別にみると弁別能のあるものが最も多い疾患は黄斑変性症の100%(前回:データなし)である。次いで網膜色素変性症91.9%(前回:88.2%)、高度近視89.7%(前回:不明)、緑内障89%(前回:65.2%)と続いている。一方、弁別能のないものが多い疾患は、眼球ろう87.5%、未熟児網膜症70.8%、小眼球64.7%となっている。

(4)視覚障害を自覚した年齢:未熟児網膜症、小眼球

及び先天性白内障の場合はほとんどが、20歳未満に障害を自覚している。また、黄斑変性症、高度近視、視神経萎縮及び網脈絡膜萎縮は20歳未満に障害を自覚しているものが多い。網膜剥離、ペーチェット病及びぶどう膜炎は30代が最も多い。網膜色素変性症も30代が最も多いが、次いで10代、40代と広がりが見られる。緑内障は30代が最も多く次いで50代、40代となっており自覚年齢が高くなっている。糖尿病性網膜症は40代が最も多くどの疾患よりも自覚年齢が高いが、20代が40代に次いで多くなっている。

5) おわりに

総じて、原因は全身病が増加しているが、視機能的には全盲者よりもロービジョン者が増えているといえる。このことから、更生施設及び病院等でのロービジョン者への対応がより必要であると考えられる。

[資料] 施設調査データ

1. 対象者(全施設)		
	人数(人)	%
男	892	69.9
女	384	30.1
計	1276	

2. 平均年齢	
	(才)
男	38.0
女	35.4
計	37.2

3. 年齢段階別状況				
年齢段階	人数 (人)	平成8年 (%)	平成3年 (%)	昭和61年 (%)
12 ~ 19	145	11.4	15.7	10.3
20 ~ 29	304	23.8	23.5	21.3
30 ~ 39	234	18.3	22.6	26.2
40 ~ 49	324	25.4	23.0	24.7
50 ~ 59	221	17.3	13.2	15.3
60 ~ 69	41	3.2	2.0	2.2
70 ~ 79	6	0.5	0.0	0.0
不明	1	0.1		
計	1276			

※平均年齢

37.2

34.8

36.3

4. 疾患別状況				
疾患名	人数 (人)	平成8年 (%)	平成3年 (%)	昭和61年 (%)
網膜色素変性症	296	23.2	21.2	22.0
視神経萎縮	165	12.9	13.6	7.8
糖尿病網膜症	127	10.0	9.7	6.3
網膜剥離	66	5.2		
緑内障	64	5.0	4.6	
小眼球	51	4.0		
ベーチェット病	45	3.5	4.0	7.1
先天性白内障	39	3.1	4.4	5.1
眼球ろう	32	2.5	6.2	
網脈絡膜萎縮	31	2.4		
高度近視	29	2.3	3.3	
ぶどう膜炎	25	2.0	2.5	2.5
黄斑変性症	24	1.9		
未熟児網膜症	24	1.9	4.9	
その他	258	20.2	20.0	
計	1276			

5. 弁別能の有無から見た状況				
視力	人数 (人)	平成8年 (%)	平成3年 (%)	昭和61年 (%)
弁別能なし	364	28.5	32.8	33.1
弁別能あり	912	71.5	67.2	66.2

障害受容の促進を図る社会生活技術訓練 グループ・ディスカッションの試み

濱田 敏也 青木 昌子 大場 説子
(横浜市総合リハビリテーションセンター 身体障害者更生施設)

1) はじめに

障害受容の過程における認識の方法に関してはフロイトのMorning Work (喪の仕事)から引用された過程(ショック期、否認期、混乱期、解決への努力期、受容期)が評価の視点として代表的なものである。また、総合的なリハビリテーションの視点をもって利用者の生活設計の再構築を援助する更生施設の仕事として、利用者の障害受容を把握し、各スタッフが統一した見解をもって処遇にあたることは重要である。

しかし、障害受容の過程については一般化しているものの、その過程を認識する方法、促進を図る方法は一般化されておらず、各々のスタッフが利用者に接する場面、相談や助言、カウンセリング等で個別に対応しているのが現状ではないだろうか。

横浜市総合リハビリテーションセンター身体障害者更生施設(以下、更生施設と略す)では利用者の障害受容の過程を認識し、かつ利用者自身が障害理解を深め、受容を促す一つの方法として社会生活技術訓練のグループ訓練で、集団精神療法を参考にした集団での話し合い、「グループ・ディスカッション」を試行している。今回は「グループ・ディスカッション」の方法論と今後の課題についてまとめた。

2) 対象

当更生施設の利用者は40才代、50才代の脳血管障害の後遺症を有する利用者が47.8%を占めており(平成7、8年度在籍者実績)グループ・ディスカッションの対象者もほぼ準じている(図1)。ただし、話し合いを中心としたプログラムであるため、口話による意志疎通が可能な利用者が対象となっている。

対象の選択は臨床心理士、あるいは生活指導員による社会生活技術訓練の入所時評価において検討している。評価の視点は障害受容に課題(回復期待が強く、現状の障害状態を認識できない。障害を負ったことにより自信を喪失し意欲が低下している等)があり、そのため生活設計の再構築が困難になっていると評価された利用者をグループのメンバーとして考慮している。具体的な参加の決定は、臨床心理士とグループディスカッション担当の生活指導員で協議し、入所時の施設カンファレン

スにて了承を得た後に担当の生活指導員からグループの目的を説明し利用者の理解を得た上としている。

3) 方法

(1) グループ構成

グループは4~6、7人の利用者と援助者(生活指導員、臨床心理士)2名の小集団で、途中でのメンバー変更のないクローズドグループとしている。

(2) 期間、回数、頻度、時間

セッションは週1回、1時間とし、6回を1クールとしている。1クルールの期間は約2ヶ月となる。当更生施設では平均入所期間が7ヶ月強と比較的短期であるため、クローズドグループとするためには短期にならざるを得ない。ただし、利用者によっては2クール、3クールと連続して参加する場合もある。期間、回数はそれぞれの施設の実情に合わせて考慮すべきであると考えられるが、頻度と時間に関しては、参加する利用者が苦痛を感じずに話し合いを続けられることが重要と考えている。

(3) 内容

セッションで話し合われる内容は、基本的には利用者任せだが、初期の段階では話題の展開に苦慮する場合もあるため、大まかな目安としてセッション毎のテーマを設定している。テーマは(1)オリエンテーション、自己紹介(2)自己の障害、障害原因について(3)訓練について(4)これからの暮らしについて(生活、仕事)(5)今後の課題について(6)フリーディスカッション、としている。

(4) グループ内での約束

セッションでは利用者の自己開示が促進され、自由な話し合いが展開できるようにルールを設定している。それは(1)セッションで話された内容は他には決して漏らさない(2)聞かれたことに答えなければ答えなくとも構わない、である。

(5) ミーティング、記録、スタッフへの情報提供

毎回のセッション終了時に援助者のミーティングを実施し、利用者の発言内容や表出された感情表現(表情、声の調子、姿勢、身体の動き等)から話されていた話題に対する利用者の受け入れや捉え方、さらに障害受容の状況について把握し、毎回の記録を作成している。

また、1クール終了後にクール全体にわたる利用者の

状況変化をまとめ、記録するとともに、終了するメンバーと次回のクルのメンバーを選定し、施設カンファレンスで報告し、スタッフへの情報提供としている。

(6) 援助者の態度

ロジャースの来談者中心療法におけるカウンセラーの態度を原則としている。つまり非指示的、受動的な態度で、利用者の発言を価値判断せず傾聴するとともに、表出された感情表現などを整理し、フィードバックすることにより利用者の自己開示、自己洞察が進展するよう促している。

4) 効果

現状では客観的な効果測定の方法を導入していないため、明確な効果を提示できないが、印象として(1)表出された感情がグループに受容されることにより情緒が安定する。(2)他者の話題を聞くことにより自己の状況と照らし合わせ、洞察が促されるとともに参考になる。(3)グループの参考となるような意見を提示したり助言を与えることにより、自己の存在価値を確かめることができる、などが挙げられる。ここではヤロムが指摘する集団精神療法の治療的因子を参考として掲げておきたい。(表1)。

また、スタッフへの効果として、(1)利用者の障害受容の状況が把握できることにより、利用者の宿舍や訓練場面での感情表出や訓練への取り組みなどの背景を知ることが出来る。(2)特にソーシャルワーカー、生活指導員は家族調整など処遇上の有効な情報とすることができる、が考えられる。

5) 課題

当更生施設の現状では対象として、口頭での話し合いが可能な利用者としているため、失語症を有する利用者や、器質的に重篤な右半球症状により現実検討能力が著しく低下している利用者、あるいは脳外傷などで感情のコントロールに課題がある利用者などは集団での話し合いが困難なため対象にはできない。これらの利用者の障害受容の課題に対しては、それぞれ個別の心理カウンセリングや生活指導員による相談場面で対応しており、グループダイナミクスを活用した取り組みはなされていない。また、脳血管障害以外の障害を有する利用

者(例えば脊髄損傷者など)の入所が少数であるため、グループが必要と評価されても話題の共有が困難なことから、実際のグループ化が現状では困難となっている。今後はグループが必要と判断されながらグループ化できなかった利用者に対してグループディスカッションの方法がどこまで応用できるかを課題として取り組んでいきたい。

[参考、引用文献]

大塚まり子、納戸昌子、功刀浩:身体障害者のグループ。集団精神療法の進め方、P280～299。星和出版、1992

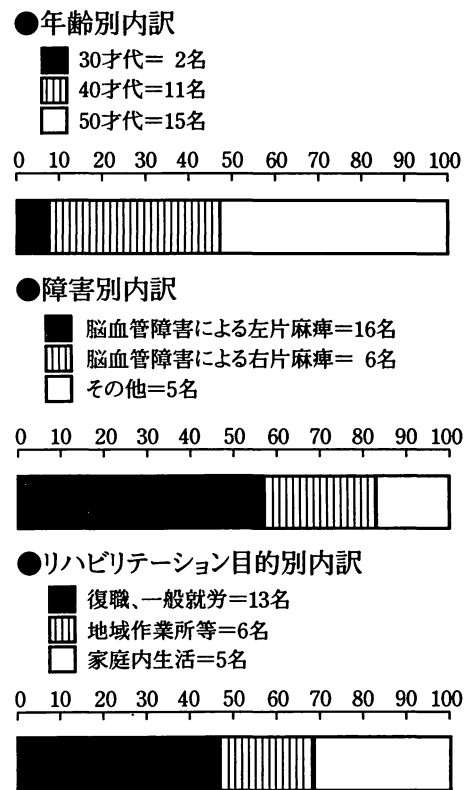


図1 参加者の状況

表1) ヤロムの治療因子(参考)

- 1 愛他性
- 2 カタルシス
- 3 受容
- 4 ガイダンス
- 5 自己理解
- 6 同一視
- 7 希望
- 8 普遍性
- 9 実存的要因
- 10 対人関係：自己表現、関係技術
- 11 家族力動理解

利用者主体の援助プログラムを目指して(Part2)

大塚 庸次 (七沢更生ホーム)

【はじめに】

近年当事者の選択性と自己決定を重視した、利用者主体のプログラムの開発が求められている。これまでの医学モデル(専門家主体)から生活モデル(利用者主体)への転換である。

平成7年の山口県で開催された本研究集会において、生活モデルを主体した「社会生活支援プログラム」を報告した。本プログラムのコンセプトは(1)できないことをできるようにするのではなく、「できる力」に着目する(2)利用者の「ニーズ」を把握し、それを支援する(3)退所後の生活の「連続性」を目指すこととした。しかしその後実践経過を報告するまでにいたっていない。その要因として(1)利用者のニーズの確認は面接方式では難しい(2)利用者は「できないことを出来るようにして欲しい」が強い(3)入所中では社会生活支援プログラムの名称が紛らわしい(4)医学モデルと生活モデルの違いについて職員間で充分意見交換がなされていない(5)支援の一貫性(連続性)を形として示しきれしていないなどが挙げられた。

今回は、こうした反省に基づいて、「リハビリテーション訓練アセスメント表」と「社会生活ニーズアセスメント表」を作成した。このことによって、施設利用中の訓練プログラムと退所後の支援プログラムとの区分が可能となり同時に連続性が図られることになったので報告したい。

1) リハビリテーション支援プログラムに向けて

先の社会生活支援プログラムでは、利用者のニーズ把握の仕方を面接による積み上げ方式とした。しかし面接方式では時間がかかり過ぎて効率的ではなかった。また入所したばかりの利用者(多くが障害の受容過程にある障害者)に退所後の生活設計を含めたニーズの把握は至難の技であった。また援助者側にとっても面接方式は、時間の確保が保証されていない、仕事の経験差、情報量の差、ケースワークの力量差などからくる課題によって、職員のコンセンサスを得ることは難しかった。

これらの理由から今回は、ニーズの把握の仕方を面接方式からアセスメント方式に変更した。なお、アセスメントの項目については新たに考えるのではなく、これまで使い慣れた当施設の様々な評価表(資料1参照)を参考

にした。これらに職業リハの領域と社会リハの領域を加えて、「リハビリテーション支援プログラム」(資料2参照)とした。

アセスメント方式によって(1)当事者の自己決定による訓練プログラムの作成が可能となる(2)社会リハなどの新たな訓練に気づきを得られる(3)当事者の自覚による訓練内容の修正・変更が可能となる。

援助者側にとっても面接方式によるデメリットが解消し(1)利用者のニーズに基づいた訓練なので担当者間の共有化が得られやすい(2)訓練内容によって障害の受容のレベルを知ることができるなど考えられる。但し高次脳機能障害者や知的障害等によりワーカビリティが低い場合は家族等が行う必要があろう。

2) 社会生活支援プログラムに向けて(修正版)

一般に使われているケアマネジメントを更生施設にそのまま導入することは難しい。しかし我々はこれまで更生施設から利用者が退所(社会参加・社会復帰)するとき、常に利用者のニーズを確認しそれを基にして、社会資源の調整・結びつきを行っている。

最近の事例を紹介したい。脳卒中の後遺症を持つSさんは、各リハセクションの方向性は療護施設であった。しかし、本人のニーズは単身生活であった。生活担当職員は本人のニーズを尊重して、自立実習棟を活用しながら単身生活に向けたプログラムを組んだ。終期の頃には、地域のヘルパーと福祉事務所の担当ワーカーと会合を持って、ケアニーズと地域資源の結びつきを行った。その結果、3年の期間(途中入院もあった)を要したものの単身生活を達成することができた。

このように利用者自身が、社会生活ニーズアセスメント表(資料3参照)を元に退所後のニーズ(裏を返せば施設の中で受けている介助)を確認し、その確認に基づいて、地域の社会資源情報を収集し、活用する機関等の調査・確認・照会等を行い「社会生活支援プログラム」(資料4参照)を作成する。当事者が作成した本プログラムを退所時に携えて、次の関係機関に手渡すことによって、支援の連続性が可能となる。

こうした一連のプロセスは、まさに当事者が主体となったアマネジメント(セルフマネジメント)であり、退所後必要

する社会生活力の一つと言える。

【おわりに】

厚生省は平成7年度末に障害者プランを発表し「地域で共に生活するために」の具体的な展開策の一つとして「障害者地域生活支援センター」構想を立ち上げ、平成8年度より事業を開始している。本事業は、今後重度障害者の在宅支援の要になっていくものと思われる。地域のこうした機関と連携をしていくためにも、長年重度障害者の社会復帰に携わってきた更生施設は、利用者のニーズを正しく把握できる者として、さらには最も身近な援助者として積極的にケアマネジメントの実践を示していく必要がある。

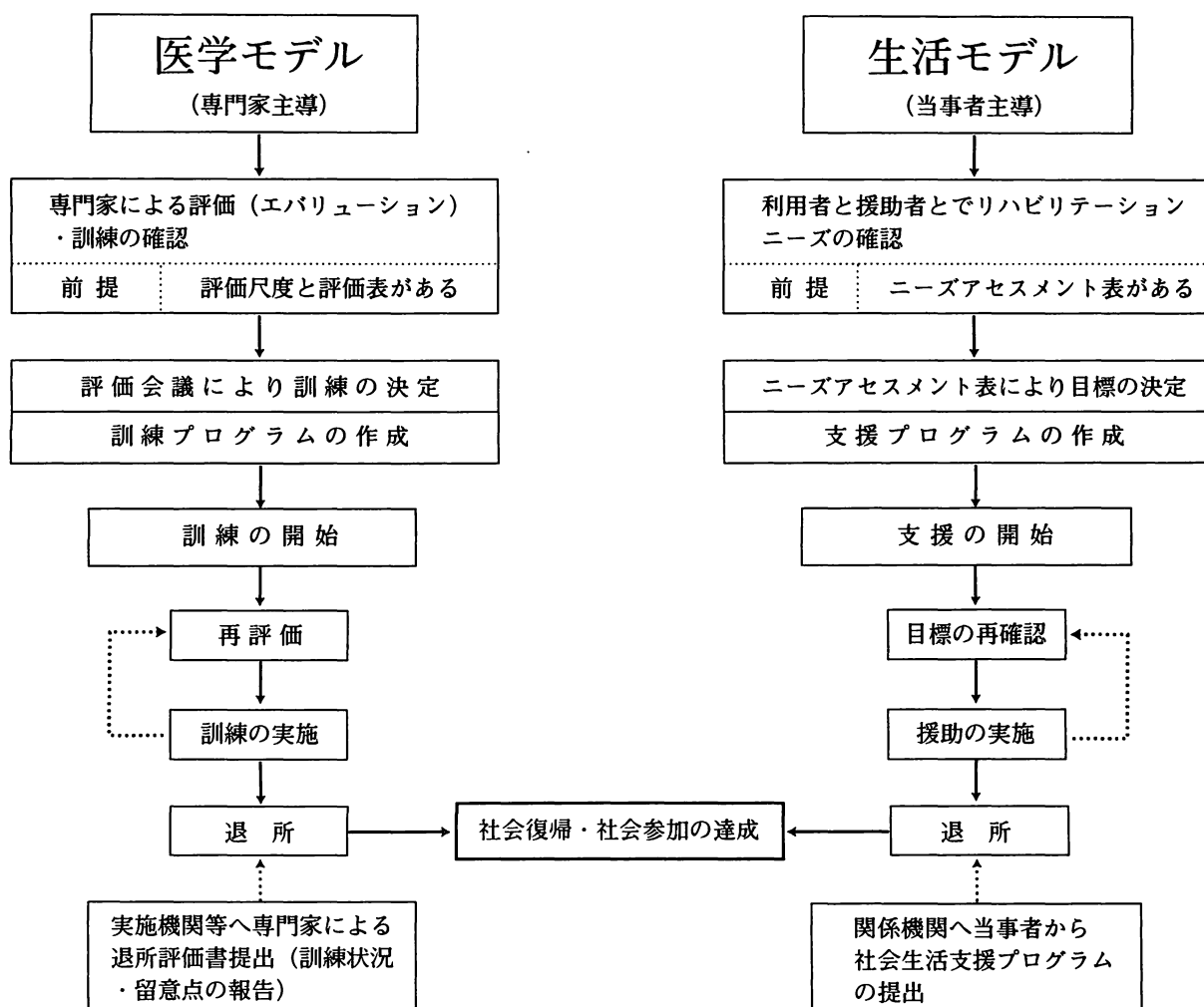
【参考文献】

・介護福祉士養成講座、リハビリテーション論、中央法規出版、1997・平成8年度厚生科学研究報告書、障害者の社会生活訓練プログラムの体系化と総合マニュアルの策定に関する研究、平成9年3月・ケースマネジメントの理論と実際、中央法規、白澤政和、1992・ケアマネジメント全国研究集会報告書、日本社会福祉士会、1995

【参考資料】

社会生活支援プログラム研究報告書、更生ホーム社会生活支援プログラム研究会、1994年度版、1995年度版

【参考資料】 医学モデルと生活モデルの流れ図



障害者の社会参加と自立への支援について

「障害者週間」を活用した援助

今寺 忠造

埴生 知則

宮澤 真奈美

(青山彩光苑リハビリテーションセンター)

1) はじめに

当施設の作業療法では、身体に障害をもつ人達の自立援助とQOLの向上を図ることを第1目標とするとともに、障害をもつ人や高齢者が主体的に社会参加できる活動を企画実行し、地域社会への働きかけおよび更生訓練としての活用について検討してきた。

今回、平成8年度の『障害者週間』における取り組みとその援助の一端を紹介する。

2) 『障害者週間』の概要

『障害者週間』のイベントは、平成5年12月以来、障害をもつ人の自立と社会参加の促進を図ることを目標に、障害をもつ人が“自ら”主体的に(社会)生活をすることを考える“場”となるように企画してきた。

今回の開催では、当施設入所者(150名)とその家族、OB、デイサービス利用者(高齢者、身障者)の当施設関係者にとどまらず、広く在宅障害者(精神障害者・身障者)や地域住民、学校(小・中・高)、病院、ボランティア、社会福祉協議会、保健所などの機関に働きかけ、「ともに生きる地域づくりー自立と支援ー」をテーマとした一週間(12月3日～9日)のプログラムを計画した(表1)。

その主な内容は、口頭発表や標語、ビデオによる「私の主張」、垣根を越えた交流会(小学生・精神障害者)、各種セミナー(生活、社会、リフレッシュ、健康、栄養など)、『障害者の日』in Aoyama Saiko-en、障害者をもつ人のアート展(ショッピングセンター・郵便局)、電動車椅子サッカー大会および卓球大会、文化祭、合唱大会、ナイトセミナー、食談会などである。

特に、メインプログラムの『障害者の日』in Aoyama Saiko-enでは、特別講演(2題)、障害をもつ人が実際に体験したことを発表する「障害者の社会参加に向けた実践活動」(全国身体障害者スポーツ大会、交通安全運動、4.2195Km駅伝大会、キャンプ)および「旅行」(国内・海外)をはじめ、シンポジウム「地域で生きるー自立と支援ー」(当施設OB、ボランティア、地域住民、行政)、家族を対象とした分科会「ともに生きる社会づくりー家族の役割ー」を開催した(表2)。

3) 更生訓練としての援助

当作業療法では、「体験」、「教育」、「自己認識」を3

本柱とした訓練を試み、“地域で生きる力”の育成に努めてきた。グループを用いた方法としては、個々人に対する直接的アプローチと地域社会に働きかける新しい方法を試みている。

この方法の基本的な流れは、(1)活動目標の設定、(2)実態把握(評価・調査)、(3)メンバーの決定(目標志向的なグループの編成)、(4)オリエンテーション(同意)、(5)グループにおける計画立案、(6)実行、(7)評価および効果判定、(8)体験発表の『場』の提供、(9)反省会、(10)フォローアップである。(図1)は、障害者自身による交通安全運動(ボランティア)を通じた援助の一例である。

これらのグループ活動や『障害者の日』における体験発表はそのプロセスを通して、残されている能力、引き出される能力、工夫され代償されていく能力を活用して援助することが可能であり、個々人の能力の開発や自己啓発に大いに役立つものと考えられた。実際に体験した活動を人前で発表することは、障害をもつ人が自ら地域社会に働きかける貴重な機会であるとともに、自分自身の正しい能力把握に繋がる重要な“場”であると思われた。

また、障害者週間における各種の活動は、その活用の仕方ですべて“生きる力”育成になるとともに、個々人の能力を大いに高める作業であると考えられた。

4) まとめ

この障害者週間を活用した援助は、施設利用者の自立援助の促進とQOL向上に大いに役立つとともに、地域住民や地域社会に少なからぬ影響を及ぼしたと思われた。

表1. 障害者週間のプログラム
(12月3日～9日)

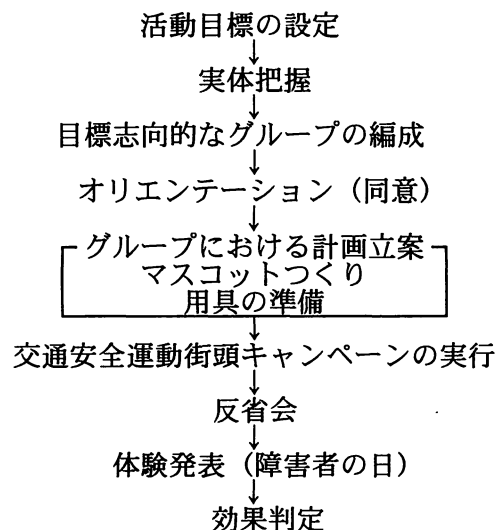
	午 前		午 後	
3(火)	オープニングセレモニー 『私の主張』	食 談 会	公開セミナー① 『各種福祉施設の紹介』	※ 障 害 を も つ 人 の ア ー ト 展
4(水)	生活セミナー①：『東海・北陸車椅子市民交流会』報告 合唱大会(第1部) 公開セミナー①	食 談 会	健康セミナー①：『骨密度測定』 公開セミナー②：太鼓教室 健康セミナー②：『楽しく食べよう』	
5(木)	生活セミナー②：『施設生活を考える』 交流会：スポーツ・レクリエーションを通して(精神障害者) 公開セミナー①	食 談 会	合唱大会(第2部) 交流会：小学生との訪問交流 リフレッシュセミナー：社会体験講座(パチンコ)	
6(金)	生活セミナー③：自立と支援 栄養セミナー：『栄養カルタ』 生活セミナー④：『障害者と外出行』(ファッションショー)	食 談 会	社会セミナー①：『自立と支援』	
7(土)	卓球大会		文化祭：ふれあいコンサート/炎のチャレンジ 各種模擬店/公開セミナー/バザー/他 ナイトセミナー	
8(日)	『障害者の日 in Aoyama Saiko-en』			
9(月)	社会セミナー②：『OBの生活から学ぶ』	食 談 会	電動車椅子サッカー大会	

※：障害をもつ人のアート展は地域ショッピングセンターと郵便局で開催

表2. 『障害者の日 in Aoyama Saiko-en』
テーマ：「共に生きる地域づくり－自立と支援－」
－プログラム－

9:40	開会式および表彰式	
9:50	特別講演 『共に生きる地域づくりと施設の役割』	
10:15	～自立と社会参加を目指して～	
10:20	『障害者の社会参加に向けた実践活動』 全国身障スポーツ大会・交通安全運動	『共に生きる社会づくり』 －家族の役割－
11:00	42.195km 駅伝大会・キャンプ	(発表、意見交換)
11:10	『障害者と旅行～旅は最高のリハビリテーション』 －国内・海外旅行の体験発表－	
11:50	(発表：利用者、家族)	
13:30	シンポジウム『地域で生きる～自立と支援～』 当苑OBの立場から 地域住民の立場から ボランティアの立場から 行政の立場から	
14:20		
14:30	特別講演 『こころの時代と私』	
15:30		
15:35	閉会式	

図1 交通安全運動を通じた援助の流れ



重度心身障害者に対する訪問による 座位保持装置の判定、作成の試み

中土 保 (大阪市立心身障害者リハビリテーションセンター診療所)

前田 陽子 (大阪市立心身障害者リハビリテーションセンター更生相談課)

座位保持装置とは座位を維持できるように骨盤、体幹などを保持する装置であり、その対象は長時間座位姿勢をとることができない者、自力で座位姿勢を保持できない者である。座位保持装置は平成2年3月22日に厚生省により「補装具の種目、受託報酬の額等に関する基準」に追加され、身体障害者福祉法に定められた補装具とされている。

●座位保持装置の使用目的としては

- 1) 全身緊張の抑制
- 2) 異常姿勢の防止
- 3) 安定した座位の確保
- 4) 座位での生活、活動の促進

などがあげられ、使用場所は自宅が主であり、他に施設、職場などが考えられる。

座位保持装置は前記のように補装具であるため、処方、適合判定は更生相談所において行われ、原則的には処方時、仮合わせ時、完成時と計3回の来所が必要である。当センターでは平成2年度より処方を開始している。その件数は平成2年度が10件、3年度が8件、4年度が1件、5年度が8件、6年度が17件、7年度が24件、8年度が53件と最近急激に増えている。しかし、これを必要とする障害者の障害程度は重度で、来所が困難である場合が多い。そのため家人が必要と感じても、来所ができないためにあきらめるケースも少なくはない。また、他の装具、義足ほどには一般的でないためにその存在も知られず、必要な状態であっても申請が行われないこともあると思われる。

また、使用場所が自宅であるにもかかわらず、来所時の状態だけで処方を決定し、適合判定を行うために、設置スペース、使用状況などが把握しにくく、完成したものの結局使用できない場合も起こり得る。実際、当センターでも処方を開始した当初にはこのようなケースが存在し、作製しなおしたこともあった。

そこで、我々は平成8年度より特に重度の障害者に対し、訪問による座位保持装置の処方、適合判定を行っている。元々当センターでは医師、看護婦、ケースワーカーの3人をチームとして、訪問による肢体不自由身障手帳診断

等のサービスは行っており、平成8年度よりその回数を増やし、その中に座位保持装置の処方、適合判定を組み込んだ。

現在までに処方を行ったのは15名であり、そのうち完成に至ったのは9名である。その内訳は男性7名女性2名、年齢は16歳～82歳(平均40.9歳)、障害等級はすべて肢体不自由1級を交付されている。9名中1名のみ施設(特別養護老人ホーム)に入所しており、他の8名は自宅にて生活している。原疾患名は6名が脳性麻痺(内1名は脳血管障害を合併)、2名が脳血管障害、1名が筋萎縮性側索硬化症であった。また、処方から完成に至る期間は3ヵ月～10ヵ月(平均5.4ヵ月)であった。主に処方、仮合わせ時に訪問し、完成はセンターにて業者の持ち込みによる現品のみのチェックを行っている。これらの9名のうち進行性の疾患である筋萎縮性側索硬化症の1名を除いては、使用頻度は高く有用であると判断された。

●問題点としては、まず作製に時間がかかることである。

これは、

- 1) いずれの障害者も重度であるため四肢、体幹の変形が強く、適合させることが困難である。
- 2) 障害者自身の体調が変動しやすく、長時間にわたる作業をすすめられるとは限らない。
- 3) 作製する座位保持装置は、すべて手作りによるいわば職人作業である。
- 4) 作製業者も訪問して型取りなどの作業を行う必要があり、業者にとっても負担である。
- 5) 座位保持装置を作製できる業者が少なく、それぞれの処理能力に限界がある。

などの理由が挙げられる。

現時点では処理能力等の問題もあって、この試みを大々的に広報しているわけではない。しかし、これまでに自宅用として座位保持装置を完成、使用している障害者の中には作業所などの施設でも使用している場合があり、その人たちの間で口コミにて徐々に広がるなどで、来所にての処方、判定も件数が増える傾向にある。業者の中には件数が増えるに従い、処理能力を拡大しているもの

もある。今後はこれまで交付した座位保持装置のフォローアップを行いつつ、新たな訪問、もしくは来所による処方、適合判定を拡張してゆきたい。

【結語】

座位保持装置は、その特殊性より従来の義肢、装具と同様に来所方式による処方、適合判定を行うことは次のような点で問題がある。

- 1) 座位保持装置とはどういうものであるかが周知されていない。
- 2) 処方される対象が重度障害者であることが多いため、来所が困難である。
- 3) 設置使用場所が主に自宅であるため、設置スペース、使用状況などが把握しにくい。

そこで、訪問による処方、適合判定の試みが有用であったが、作製に時間がかかる、実際に作製できる業者が少ないなどの解決しなければならない問題点も多い。今後は新たな処方、判定とともに、フォローアップも綿密に行ってゆきたい。

身体障害者地域利用施設における「教室・講座」の 運用状況調査の結果について

森原 良明 西河 広一
(大阪府身体障害者更生相談所)

1) 調査目的

平成2年から活動を行ってきた身体障害者地域利用施設連絡協議会を平成5年度に「大阪身体障害者地域リハビリテーション協議会」の専門部会の1つとして再編した。

協議会の事業として平成3年に施設運営状況のアンケート調査を実施したが、その後の福祉サービスをめぐる諸情勢の目覚ましい変化の中で、身体障害者福祉センターの置かれている現状を客観的に捉え、新たな時代のニーズへの対応策を探ることを目的として7年度に再度調査を行い、8年度は身体障害者地域利用施設の主要な事業である「教室・講座」の実施状況について調査したので報告する。

2) 調査対象・方法

府の設置するA型(1施設)、市の設置するB型(14市17施設)、デイサービス施設(7市7施設)、B型に準ずる施設(1市1施設)を対象とした。身体障害者福祉センター要項(昭和59年)制定以前の設置が10施設、以降に設置されたのは16施設であり、平成3年の調査以降の動きは1市でB型新設に伴い「準ずる施設」が廃止され、1市でデイケア施設が設置されたに止まっている。調査はアンケートの郵送により実施した。

3) 調査結果と考察

「身体障害者地域利用施設状況調査」平成7年度実施(回収率100%)

アンケート項目と回答状況は(表1～表5)のとおりである。

平成3年度の結果と比較すると教室・講座の科目が増えたり、入浴サービスを実施しているところもでてきているが、地域在住の障害者のニーズに応えるべく一歩踏み込んだサービス事業を展開しているところはまだ少ない。

利用者の状況を見ると肢体不自由者の利用は20施設から報告されており引き続き多いが、今回は重複障害者の利用が11施設と増えており、また精神障害者の利用が1施設から報告されている。専任スタッフの配置は少なく、2名のスタッフで運営している施設もある。何らかの送迎体制を実施しているところが20施設あり、前回の調査時から10施設増えており施設へのアクセスが利用

者の大きなニーズであることがわかる。地域福祉サービス供給体制をつくるべく地域の福祉・医療・保健関係機関との連携が図られつつあり、情報交換などのため連絡会議を定期的に開催しているところが8施設ある。

「教室・講座アンケート調査」

平成8年度実施(回答率92%)

教室・講座の内容は(表6～表8)のとおりである。

合計165教室・講座が設けられており、回数・期間は週1回、月2回程度が多く費用は無料である。人気の教室・講座は陶芸や手芸だが、「メンバーが固定」「内容がマンネリ」との回答もある。「受講者が集まりにくい」と、数量的な実績を課題にしているところが9施設ある。送迎体制は増えているものの未だ送迎が不十分との回答が3施設からあった。今後の取り組みとしては「アンケートをとる」「新講座の設置」「対象者の拡大」「広報、啓発活動の充実」等の回答があった。

地域利用施設は十分とは言えないまでも障害者のニーズをサービスメニューとして具体化しつつあるが、先行している老人施策の後追いに留まっている側面がある。その背景には国の要項に基づく自治体の考えや施策があるのも事実だが、地域利用施設は措置や規則に縛られず施設の姿勢次第で柔軟な対応ができるのではないだろうかと思われた。障害者が地域で主体的に自らのことを決める、いわゆる「自己決定権を行使して生きる」ためにも地域利用施設の事業の企画立案に利用者(障害者)が参画する視点を求められているのではないだろうか。

尚、この調査にあたっては山本研峯氏(豊中市立障害福祉センター)他部会幹事の協力を得た。

表1 注：表1～6の数値は実施施設数

事業の内容	教室・講座	機能訓練 24	スポーツ・レク 20	社会適応訓練 23	創作的活動 26
	他の事業	相談事業 健康指導 療育活動 入浴サービス 貸館(室) ボランティア育成 広報活動			

表2

利用者の状況	障害別構成	肢体不自由者 20	知的障害者 15	聴覚障害者 14	精神障害者 1
		内部障害者 12	音声・言語障害者 8	視覚障害者 12	その他 12
	年齢別構成	65才以上 13	18才～60才 16	幼児 4	

表3 ()内は専任職員配置

職員配置状況	指導員 17(12)	理学療法士 16(5)	保健婦・看護婦 18(11)	医師 12(0)
	事務職員 21(14)	作業療法士 11(6)	心理判定員 3(2)	
	栄養士 1(0)	言語療法士 4(3)	その他 12(9)	

表4

送迎について 送迎有20	種類	タクシー 3	リフトマイクロバス 11	マイクロバス 3	公用車 7
	方法	家庭まで 11	コースの停留所まで 11		

表5

関係機関との 連携について	連携をしている 機関	福祉事務所 22	社会福祉協議会 16	保健所 17	教育委員会 4	その他 9
		保健センター 8	病院・医師会 10	相談機関 4	学校 6	
	連携について	必要 21	どちらともいえない 3	無回答 1		

表6

教室・講座等の 開催回数	音楽・カク・コーラス 5	生け花 5	墨絵 2	生活・健康等 2	洋裁 1
	編み物・手編み 7	茶道 4	太極拳 2	ステンドグラス 1	料理 5
	さおり織り等 4	英語 4	彫刻等 3	タイ・ワブ・パソコン 3	華道 2
	手芸・折り紙等 10	七宝焼 7	点字 2	ペン習字 1	文章 2
	絵画・デッサン 8	語り部 1	陶芸 14	レクリエーション等 2	そろばん 1
	スポーツ各種 9	書道 7	俳句 4	レザークラフト 1	その他 4

表7

障害別利用者数 (講座・教室 への登録数)	肢体不自由 722	視覚障害 107	聴覚障害 348	内部障害者 84
	知的障害 353	精神障害 5	言語障害 5	その他 18
	重複障害者 視+肢15 視+聴24 知+肢48 知+言1 肢+精1			介護者 230

表8

教室・講座等の 開催回数	週1回 60	週2回 14	週3回 4	週4回 1	週5回 1
	月1回 18	月2回 56			
	年2回 2	年3回 1	年4回 3	年5回 3	年6回 3
	年7回 1	年10回 1	年13回 3	年11回 2	年12回 6
	年16回 1	年24回 5			

福祉施設における職員の腰痛対策

岩崎 洋明 治多 満
(奈良県身心障害者リハビリテーションセンター)

1) はじめに

福祉施設においては、トランスファー（移乗）が自立していない障害者を介助する機会が多いので、職員に腰痛を起こさせないよう予防策を講じることが必要である。予防策として腰痛に関する教育をすること、環境をととのえることや腰痛体操を奨励することなどが大切とされている。以上の対策は教科書的な常識として知られていることであるが、実際にこれらを十分納得させてくれる経験を持つ機会はそう多くないと思っている。今回幸いにもこれらを実際に経験する機会を持ったので報告する。

(1) 一つは奈良県身心障害者リハビリテーションセンターにおいて、開設当初職員に腰痛が多発したが、教科書通りの対策を講じたところ腰痛の発生が減少したことを経験した。

(2) 二つは奈良県吉野郡の山林労働者の腰痛実態調査を行い、永年重労働に従事すると、どのような変化がおこるかを知り、同時に腰痛体操の有効性を知ったので報告する。

2) 福祉施設における職員の腰痛について

奈良県身心障害者リハビリテーションセンターが開設されたのは昭和63年6月である。開設当初、その中にある更生施設の職員に腰痛が多発した。指導員の17名中7名に腰痛が出現して心配されたので、リハセンターの他の部署についても調査したところ、病棟の看護婦と通園センターの保母にも多発していることを知った。リハセンター開設の昭和63年6月から2年半の間の症例は(表1)のとおりである。いずれも障害者(児)の移乗を介助する職種に多発した。なお障害者の移動障害の状態を簡単に知って頂くために移乗の介助、入浴介助および歩行不能の障害者数を記入した。

腰痛の状態を診断名からみると表のとおりで、椎間板由来の疼痛と診断された者が多かった。治療の内容ならびに経過は(表2)のとおりで、通常の腰痛疾患に対する治療を行った。ただなるべく休職しないですませられるよう、早目に軟性コルセットを処方した。さらにヘルニアの場合にはコルセットに牽引用の環を取りつけ、夜間自宅牽引するよう奨励指導した。経過はおおむね良好であった。ただ2週間程で一旦治癒するが、数カ月の間

隔をおいて、また腰痛発作を繰り返している者が8名いることは見逃せないところである。

(表3)に初診日別分類を示したが、開設6ヵ月以内に多発し、心配されたので、機会あるごとに腰痛に関する教育を行い、腰痛体操を奨励した。なお奈良県が毎月10日を健康の日と定め、各職場ごとに工夫して健康に結びつく行事を行うよう行政指導されたので、当センターでは職員をホールに集めて、共同演者の体育指導員を中心にストレッチ体操やエアロビック体操および腰痛体操などを行った。以上のような努力が実って腰痛の発生が表のように減少してきた。もっとも職員が次第に仕事に馴れてきたことをあげておく必要もあろう。

3) 山林労働者における腰痛の実態調査

(1) 腰痛の発生頻度など

昭和62年から奈良県吉野郡の山林労働者の腰痛の実態調査を行った。労働者1,124名に腰痛の有無をアンケート調査した。このうち腰痛を訴える人は502名(45%)にのぼっていた。中腰で重量物を挙上する作業が原因になっていて、当施設の事情と類似性があると思われた。これに第2次アンケート調査を行った。設問内容は、日本産業衛生学会の腰痛委員会によって作成されたものを用いた。回答が得られた(回答率97.4%)もののうちはっきりした外傷や手術歴のあるものを除く489名を対象とした。調査結果では起床時や中腰姿勢をとる時、あるいは重量物の挙上並びに運搬時に腰痛が頻発していた。また急性発症を繰り返しやすいが比較的短時間で治るという傾向が認められた。

(2) 直接検診について

さらにこのうちの一地区に対し直接検診を施行したが、その中に20年以上にわたって毎日熱心に腰痛体操を行っている人が3名いたが、3名ともに腰痛の経験が極めて少ないことを知り、触診時に腰部脊柱起立筋の柔軟性が高いことが確認された。

4) 結語

- (1) 移乗を直接介助する職種に腰痛が発生し易い。
- (2) 腰痛に関する教育と腰痛体操の奨励で腰痛の発生が減少した。
- (3) 山林労働者における腰痛の実態調査を行った結果、

繰返しおこる腰痛の発生に類似性がみられた。また、腰痛体操の有効性を知った。

表1 症例

罹患者数	19名 (男 3名、女 16名)		
年 令	平均23.9歳 (21~37歳)		
職 種 別	病 棟 (移乗要介助者 32名) 6名 (看護婦 19名中) 更生施設 (入浴介助者 11名) 7名 (指導員 17名中) 通園施設 (歩行不可能児 27名) 6名 (保 母 16名中)		
疾 患 別	椎間板ヘルニア 7名 椎 間 板 症 5名 分 離 症 2名 筋・筋膜性腰痛症 2名 椎間関節性腰痛症 1名 急 性 腰 痛 1名 腰 痛 症 1名		

表2 治療内容と経過

治療内容	薬物療法、コルセット、局所ブロック、理学療法		
経 過			
治癒	2 週 以 内		4 名
	1 ヲ月以内		2 名
	3 ヲ月以内		1 名
	6 ヲ月以内		2 名
改善	症状が続いている		2 名
	治癒したが時々再発する		8 名

表3 初診日別分類

初 診 日	1988年	後半期	1 2 名
	1989年	前半期	4 名
		後半期	0 名
	1990年	前半期	2 名
		後半期	1 名

当センターにおける住宅改造指導援助の 実際と課題について

篠崎 孝 福田 俊江 上田 晃 藤平 淳一
(栃木県身体障害医療福祉センター)

1) はじめに

当センターは、療育部門(診療・訓練)と相談指導部門(身体障害者更生相談所・肢体不自由児施設・重度身体障害者更生施設)を一体的に運営する複合施設であります。

栃木県における重度身体障害者の住宅改造については、平成6年度から併設の更生相談所を窓口として、医師・PT・OT・CWで構成するリハビリテーションチームが家庭訪問を行い、専門的技術的な指導援助に取り組んでおります。

そこで今回、この3年有余間における当センターの指導援助について、その実際と今後の課題など、若干の検討を行い報告します。

2) 指導援助の実際

この指導援助については、原則として市町村実施の「障害者住宅改造補助事業」を対象としていますが、従来の住宅改造はややもすると施工業者中心に進められ、必ずしも適切な工事内容になっていない事例も見受けられました。

このため、平成6年度から補助対象経費に福祉機器購入を加えたことを契機として、リハビリテーション専門職の確保が難しい、市町村に対する支援を強化するため、特に階段昇降機、入浴用リフト、各種の手すりなどの設置を中心として、市町村が工事内容を決定する際の、「意見書」を作成・交付することで、具体的な改造案を提するなど、必要な情報の提供に努めております。

この間の工事箇所別の指導援助件数は、トイレ32件、浴室34件、玄関7件、段差解消等48件で、60世帯の家庭を訪問し、延べ121件の指導援助に当たっています。

その具体的な内容としては、手すりの設置数や設置場所、出入口の段差解消の方法等施工業者の過大・過少な工事計画の修正、あるいは階段昇降機、段差解消機、日常生活用具の有効活用等の技術的な援助など、適切な補助事業の推進という面では、一定の役割を果たしたと考えております。また、直接の家庭訪問を通して、デイサービス、ホームヘルパーの活用など、幅広い福祉サービスの相談助言に当たれるという側面的な効果も得られました。

しかしながら、固定型の段差解消機にすべきところ移動式スロープで対応するなど、既存住宅の構造や敷地面積あるいは同居家族の生活への配慮から、機能的には不十分な改造となってしまった事例もあり、適切な指導援助の難しさを痛感しております。

また、在宅障害者の住宅改造への指導援助については、家庭訪問は一世帯1回が限度であり、当センター入所者の退所時の住宅改造に比較して、障害の状況やADLの把握が難しく、初対面の限られた時間の中で指導助言に当たるといった困難性を有しております。

このため、市町村担当者による事前調査を求めているますが、その内容は不十分な現状にあり、しかも家庭訪問時に障害者本人が不在あるいは既に工事が始まっているなど、市町村や施工業者との調整・連携にも問題を抱えている状況にあります。

3) 今後の検討課題

平成8年度に栃木県が実施した「障害者福祉基礎調査」によると、今後の福祉機器の導入意向は、これまでの浴室やトイレの改造、廊下・階段の手すりに加えて、緊急通報システム、ホームエレベーター(階段昇降機を含む)、スロープの段差解消といった、より複雑な住宅改造の要望が増加する傾向にあります。また、本県では、高齢者のいる世帯への住宅改造費補助、障害者や高齢者のいる世帯に対する住宅改造費融資など、各制度も充実されつつあります。

このため、住宅改造の指導援助については、より専門性の高い技術的援助を、高齢者を含めた、より広い範囲から求められることが予想されますので、今後とも継続してより効果的に実施するため、次のような諸課題について検討を進めることが大切と考えております。

一つ目は、実施体制について、効率的な指導援助を適切に実施するため、市町村担当者研修会などによる事前調査の徹底、必要に応じては家庭訪問の回数を増やすなどの検討が必要であります。

二つ目は、リハビリテーションスタッフのチームアプローチについて、障害者個々の価値観やライフスタイルに応じて、障害像を正しく反映した改造を進めるため、センター専門職はもとより、施工業者や民間のリハ関係者との

連携も検討する必要があります。

三つ目は、フォローアップについて、改造後の日常生活面や介護面での指導援助は不可欠であり、今後のノウハウの蓄積や技術向上を図るためにも、市町村や施工業者の理解を得て、何らかの仕組みを検討する必要があります。

四つ目は、具体的な住宅改造に当たっては、進行性疾患の予後予測や加齢による機能低下や、障害者本人はもとより同居家族の使い勝手に対する配慮など、障害者とその家族の理解の得られる住宅改造を、広い視野から指導援助する必要があります。

4) まとめ

障害者の住宅改造については、ADLの自立度アップや安全性の確保、介護負担の軽減のほか、生活空間や地域社会との関わりの拡大するという観点からも、大きな役割が期待されています。

このような住宅改造に対する指導援助については、障害者個々の障害程度や日常生活動作の能力を正しく評価した上で、一緒に生活する家族の意向や介護能力に合わせて、実現性の高い適切な技術的援助を継続的に推進することが期待され、より拡大することも予想されます。

このため、これまでに当センターが指導援助した住宅改造について、工事内容や改造後の障害者の生活の変化などを点検することは、今後の指導援助をより効果的かつ適切に実施していく上で極めて有意義なことであり、フォローアップの仕組みを検討するなど、市町村等の協力を得ながら、具体的な検証作業を進めていきたいと考えております。

単身生活に向けての支援プログラムの 取り組みについて

寺野 政利 東堀 克己 山内 述雄
(大阪市更生療育センター)

【はじめに】

当センターでは、社会復帰に向けて様々な取り組みを行っているが、退所後の方向性においては、家庭復帰と入所授産とで全体の7割以上を占めている。センターでは週末帰宅や年末年始等の帰宅訓練を家庭復帰のための1つ条件として位置づけているため、単身生活者の入所は過去においては少数であったが、最近では、単身者も徐々にではあるが増えてきており、また単身者に限らず地域で単身生活をしたいという希望もあり、このようなニーズに答えるため昨年度より自立生活訓練プログラムを開始した。今回はその内容等について述べたい。

●単身生活プログラム

当センターでは単身生活を希望する者にたいしては、あらかじめ各訓練部署で評価を行い、訓練指導を実施してきたが、これだけでは実際の生活を十分に評価し実行することは困難なことが多い。このことから上記の評価・指導に加え①センター内で単身生活のシュミレーションの実施とその評価・指導②単身生活を行うための経済的準備③住居の確保④住宅改造⑤QOLの向上を目的とした社会資源の紹介。等について支援を行っている。この中で今回は単身生活のシュミレーションの紹介を行う。

将来単身での生活を希望する入所者に対してはセンター内の和室やADL室を利用して3泊4日程度の宿泊訓練を行っている。このプログラムでは本人が可能な限り自立して生活できるよう各専門部署が協力をして評価をし、支援を行っている。次に具体的な実施方法を紹介する。

(1) 行動計画案の作成(入所者と職員が協議を行う)。

午前9時30分	オリエンテーション
10時00分	作業所での作業実習 (センターより徒歩10分、昼食は作業所で弁当を購入)
午後2時00分	近くのスーパーで夕食等の買い物
3時00分	ADL室で夕食の準備
6時00分	夕食(カレー、サラダ等)
7時00分	後かたづけ

8時00分 日誌の記入・自由時間

午前7時00分 起床

午前8時00分 朝食

9時30分 作業所実習

*以下同様のスケジュールで3日間行う。

(2) 行動計画表に基づいて日常生活の実施。

(3) 生活日誌・金銭管理表等の記入。

(4) シュミレーション終了後評価の実施(入所者と職員で話し合い、反省を行う)。

このようにセンターでの単身生活に向けての支援プログラムを通じてセンター周辺で自立生活を送る人たちも増えている。ここで、入所から単身生活に至るまでの経過を具体例をあげながら紹介を行う。

<事例>

SKさん：S10年生まれ。58歳(入所時) 男。

平成5年8月発病。脊髄梗塞による両下肢機能全廃(Th12以下)、直腸、膀胱障害。1種1級。

大阪府能勢町で出生。地元の高校を経て、6年程度足袋の製造会社に勤めた後、印刷会社に就職する。昭和41年結婚し、2女をもうける。昭和48年に印刷会社を独立して始める。病前は、夫婦で印刷会社を切り盛りしていたが、活版印刷だけであったので、オフセット印刷やワープロ印刷に押され、生活は楽ではなくなり、対妻との関係、対子どもとの関係も決してよいとはいえない状態であった。妻によると、本人は頑固で無口であり、家族には冷たかったとのことであるが、妻にも相談なく友人の借金の保証人に再三なっており、センターへ入所したころには、まだ借金が残っており、妻のパート代から少しずつ返していた。

本人が病気になる、印刷会社がやれなくなってしまったことから、今までの本人への不満が一挙に爆発し、センター退所時に離婚するという条件で入所になった。

入所時でのADL面はほぼ自立しており、年齢的には授産施設などの入所施設は難しく、単身生活への準備が、センターの入所目的となった。

印刷関係の仕事をしていたこともあって、手先は器用であり、調理や洗濯、掃除なども少しの指導でマスターし、問題として残ったのは住宅を見つけることと住宅改造で

あった。公営住宅は、センター入所前から申し込むも当たら
ず、民間の住宅では、常時車椅子利用ということで家
主の理解が得られず、住宅の確保が最大の課題となった。

幸い理解ある不動産屋が、家主を説得してくれ、住宅
の確保はできたものの、続いて住宅改造の問題が残った。
借りれたのは、民間のワンルームマンションであり、幸い
段差がなくエレベーターがあったものの風呂とトイレが一
緒になったユニットバスが車椅子利用者には最大のネック
になり、既存の設備のままでは利用できないことが、PT、
OT同伴の調査で判明した。このことも家主を不動産屋
を通じて説得してもらい、「退去時に現状に戻す」という
条件付きながら了解をもらった。

妻も「センター退所まで本人の面倒をみます。」という
入所時の約束を守り、権利金や生活諸道具の準備金
および引っ越しの段取りや代金なども妻が用意した。退
所後は、年金が未加入であったため、収入確保のため
退所と同時に、生活保護が出るよう支援活動を行った。

マンションから5分位のところに、センター退所者が中
心になって作った作業所があり、昼間はそこに通い、食
事も自炊を行っており、規則正しい生活を送っている。
別れた妻子も月に1～2回様子を見に来ている。

(本人の感想)

現在の生活には、だいたい満足しています。住宅面
では、センターのPTやOTの先生がかなり細かいところ
まで改造をしてくれていて、車椅子から離れられない私
でもそう不自由なく生活できています。また近くに作業所
があり、昼間はそこに通えるし、体調が悪いときは、作業
所のメンバーが食べ物を持って様子を見に来てくれる
ので助かっています。

[まとめ]

センター開所より約10名の者に対して住宅確保を中
心に単身生活に向けての支援を行ってきた。その中
には入所前より住宅の確保の支援を行ったり、退所者の
住宅を確保し地域の作業所へ通えるように支援を行っ
たりしているため、センター周辺で単身生活を送る者が
増えてきている。また昨年度より開始した自立生活プロ
グラムを経験した者は5名であるが、今後ともその必要性
は高まっていくと思われる。またより現実に近い形で単

身生活を経験させるためには、センター外にワンルームマ
ンション等を確保し、そこで訓練を行うことも考えていく必
要もあると思われる。

更生相談所における投影法検査の可能性と問題点

「SCT」「TAT」「三つの願い」を中心として

糸田 尚史（北海道立心身障害者総合相談所）

1) 問題

厚生省監修の『身体障害者更生相談所事務マニュアル』（1995）によると、心理学的判定は、リハビリテーション業務における評価機能の一環として行われ、そのリハビリテーション計画を策定する上に、極めて重要な意義をもつものであるとされている。そこには面接のほかに行動や態度観察にできるだけ標準化された心理検査を加えて、実施されることが望ましいとある。心理検査の施行には批判も多いが、筆者の所属する更生相談所でもWAIS-Rなどの知能検査に、性格検査などを加えて行っている。本報告では、筆者がこれまでに経験した事例の中から、比較的多くの反応例を収集できた「文章完成(法)テスト(SCT)」「主題統覚検査(TAT)」「三つの願い」といった投影法(projective methods)の検査を中心に他の検査も含め、その可能性と問題点について考察してみたい。

2) 心理検査の概要

(1) 文章完成(法)テスト(SCT)

「周囲の人々に対する認知」「自己概念」「自己の課題に対する態度」「自己の将来に対する態度」「生き方に対する洞察」という5つの観点から、それぞれ各5問ずつ、計25個の刺激文からなる簡易なSCT(出典を御存知のかたは是非ご教示いただきたい)を、“口頭で反応してもらおうという方法”で、利用している。刺激文は、1)私のお母さんは～、2)私のお父さんは～、3)私の家族は～、4)私の(主治医の、担任の、担当の、○○の)先生は～、5)私の友達は～、6)私はよく人から～、7)お母さんは私のことを～、お父さんは私のことを～、8)家族は私のことを～、9)友達は私のことを～、10)私はとても～、11)私の恥ずかしいことは～、12)私の気になることは～、13)私の悪いところは～、14)私はこれまで～、15)私は自分の～、16)私がいま考えていることは～、17)これから私は～、18)家(養護学校寄宿舎、病院、○○)を出て施設に暮らすとしたら私は～、(そして将来的に)施設を出て町に暮らすとしたら私は～、19)私になりたいものは～、20)もしも私が～、21)もっと楽しく暮らすには～、22)一回や二回失敗しても～、23)テレビや映画でやることは～、24)勉強は～、25)自分を幸せにしていけるには～、などからなる。

(2) 主題統覚検査(TAT)

現代心理学では殆ど使用されなくなってしまった統覚(Apperzeption)という概念も、心理面のリハビリテーションに際して、その機能の状態をアセスメントしておくことは、いまだに有用であると考えられる。ただし、この検査の実施にあたっては、なるべくクライアントには必要以上の負担がかからないよう配慮して、(図版1)、(図版13MF)、(図版16)(白紙カード)、(図版20)といった4枚程度の実施にとどめる短縮法を採用している。

(3) 三つの願い

たとえば「もし魔法使い(神様、妖精、人間の形はしているが人間ではない超自然的な存在など)が来て、“あなたの願い(現実には不可能とされているようなどんな難しい望みでも可)を3つだけきいてあげましょう”と言ったとしたら、どんなことを頼んでみたいですか」と訊ね、かなえてほしいと思っている願望を3つまであげてもらっている。

(4) その他の投影法検査

他に、状況に応じ、図版を数枚のみに簡略化したロールシャッハ・テスト、僅かの時間だけで描けるノバウム・テスト、口述筆記によるP-Fスタディなどを用いる場合もある。

(5) 東大式エゴグラム検査(TEG) 同伴者用

質問紙法の検査ではある(投影法の検査ではない)が、60項目のすべてに「～という人です」という文章を付加して印刷し、CP・NP・A・FC・ACの各項目をバラさずに一塊に纏めて採点しやすくしたものを作成した。本人をよく知っている親族や病棟職員などに記入してもらうことで、本人の精神的疲労の軽減や心理判定の時間短縮を図るとか、時には自己の評価と周囲の評価との異同を把握するなどの試みも併せて行っている。

3) 考察

施設入所を主訴として更生相談所に来談するケースのなかには、内気であったり、同席した親族などへの遠慮から、インテーク面接では相談員にはタテマエしか話せずに終る例も稀に存在する。その時に心理判定場面で投影法検査を通じて少しでもホンネが語れるとすると、その情報はより適切な更生援護に役立てられる可能性に繋がるように思われる。大問題は、本当は触れたくな

い自己の障害にかかわる複合感情を執拗に言語化させてしまうテスト・バッテリーとなり易いことであろう。投影法検査の活用で心理的外傷などが予想される時には、適用を控えていく必要がある。検査の開始にあたってはインフォームド・コンセント(説明と同意)の手続きに従い、反応は強制ではないこと、パス(遣り過ごし)が許されること、いつでも中止できることなどを保証していくことも大切である。

脳性麻痺の活動時心拍数に関する調査

内田 淳 峯松 博文 佐々木 力三 大谷 直寛 柴田 千代子 藤田 亘
(大阪府立身体障害者福祉センター)

1) はじめに

大阪府立身体障害者福祉センター更生施設(当更生施設)の入所者のプログラムは、週5日、1日4時間単位で行っている。この中で、機能訓練課は、機能回復訓練、外出訓練スポーツ訓練、炊事訓練などを担っている。我々は、入所者の日常生活に即した評価の一つとして、基礎代謝や運動負荷テスト、活動時心拍数などの調査を行ってきた。今回は、外出・スポーツ時の活動時心拍数を測定し、若干の知見を得たので報告する。

2) 対象と方法

(1) 対象

当更生施設の脳性麻痺者5例(男性3、女性2)、年齢:19~24歳(平均21.2歳)

障害タイプ:アテトーゼ2例(AB)、痙直型四肢麻痺2例(CD)、痙直型両麻痺1例(E)

(2) 方法

外出、スポーツ時に、キャノントレーディング株式会社製ハートレイトモニター・バンテージXLnew を装着し、1時間の活動中の心拍数を測定し、その結果を解析する。

外出は、車椅子使用(ロフスタンドクラッチ使用1例あり)、コースは若干の高低差はあるがほぼ平坦な道路で行う。スポーツは、当更生施設で行われているゴロバレー5例

車椅子ホッケー2例について行った。

3) 結果

(1) 外出時とスポーツ時の心拍数の比較(表1)

Dを除いては、平均値、標準偏差、最大値でスポーツの方が高値を示している。

(2) 外出時心拍数の比較(表1、図1)

CEの心拍数は全体的に安定している。ABDは標準偏差、最大値が大きく、Dは特に高値を示す。

Eの車椅子での外出とクラッチの外出では、前者の心拍数が安定している。

(3) スポーツ時心拍数の比較

ゴロバレーでは、Aが標準偏差、最大値共に突出している(表1)

ホッケーはBC共、インターバルトレーニングの様相を示している(図2)。

4) 考察

心拍数と運動強度には密接な関係があり、運動強度を下記の式で表すことができる。

$$\frac{\{(\text{運動時心拍数}) - (\text{安静時心拍数})\}}{\{(\text{年齢推定心拍数}) - (\text{安静時心拍数})\}} \times 100(\%)$$

運動強度から各個人が、その時期にどれだけ頑張っ
て活動しているかが算出できる。

[表1] 活動時心拍数

	活動内容	mean	sd	max	min	range	mode
A	外出	113.2	11.04	142	82	60	113
	ゴロバレー	125.2	28.41	179	57	122	150
B	外出	114.9	10.60	142	82	60	108
	ゴロバレー	128.3	13.03	161	99	62	132
	ホッケー	116.6	15.47	152	87	65	99
C	外出	107.6	8.34	134	86	48	108
	ゴロバレー	113.6	11.89	146	90	56	110
	ホッケー	107.8	16.18	160	80	80	100
D	外出	134.1	20.34	172	80	92	153
	ゴロバレー	114.4	15.39	149	74	75	115
E	外出 車椅子	106.9	6.66	124	88	36	109
	外出クラッチ	129.9	14.18	152	98	54	136
	ゴロバレー	96.3	6.06	116	80	36	97

平均値(mean), 標準偏差(sd) = 心拍数のバラツキ, 最大値(max), 最小値(min), 範囲(range), 最もデータ数の多い心拍数(mode)

この調査によってどのようなことが考えられるかを、次にあげてみる。

(1) 個人のプログラム作成の指標となる(個人差の判断, 適切なプログラム作成)

結果から分かるように、CとDを同じグループで外出訓練を行った場合、Cは物足りなさを感じ、Dは頑張り続けなければならない。スポーツにしても、運動量の高い人と低い人がある。このことから、個人のプログラムを作成する上で、外出グループの選択や効率のよいスポーツの選択を行う必要がある。スピードや機能面だけで訓練グループやプログラムを考えないようにすることが大切である。

(2) リスク管理に役立つ

これは最も大きな問題であり、個人差があるということ念頭に、一人一人どれくらいの運動量で過負荷の状態になってしまうのか、休憩はどれくらいで必要か、どのようなスポーツが適切かなど予測し、計画的な訓練を組み立てることができる。1例として、運動負荷試験で心拍数が130/分を越

えると不整脈が出現する入所者に対し、心拍数130/分までの運動をプログラムし実行しているケースがある。

(3) 個人変化の確認が可能である

時期をおいて再度測定することで、訓練効果の確認ができる。また、季節など外的因子による影響の有無を確認できる。

(4) モチベーションを高める

結果を知らせることで、外出に自信をもち、活動範囲が広がっている。

4) おわりに

社会の高齢化とともに当更生施設入所者も平均年齢が高くなり、脳血管障害者が増加しており、プログラム中のリスクについてはより一層の配慮が必要となる。心拍数は運動だけでなく、精神的緊張でも増加する。特にスポーツ時の興奮度は考慮しておかなければならないであろう。今後この調査を入所者全員に行い、実用的な生活を考えていく指標にしたいと思う。

[参考文献]

リハビリテーション医学全書 運動療法 医歯薬出版 大井淑雄 他
 リハビリテーション医学講座 循環器疾患/呼吸器疾患 医歯薬出版 芳賀敏彦 他
 基礎運動学 医歯薬出版 中村隆一 他

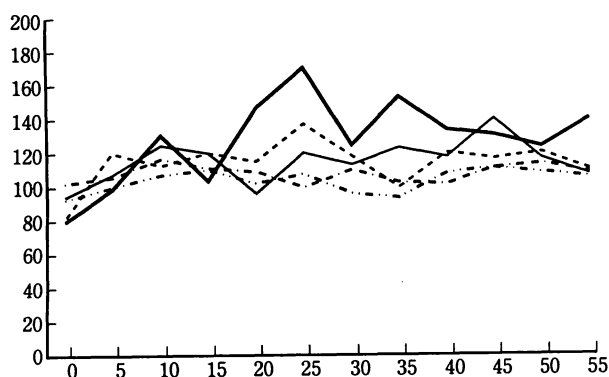


図1 A~Eの外出時心拍数

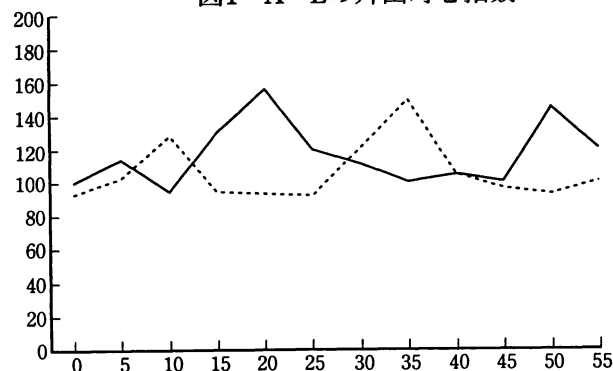


図2 B・Cのホッケー中の心拍数

当身体障害者更生相談所の現状と課題

富永 積生 服部 一伸 京谷 信子 西尾 芳信
池田 美和子 山岡 和子 嶋田 隆 藤村 ちぐさ (島根県身体障害者更生相談所)

当相談所における業務を示し、現状の取り組みと実績データを掲げると共に、今後取り組まれるべき課題を掲げる。

1) 当所の役割

当所は身体障害者福祉法に設置が義務づけられ、医療法より開設・認可され、医師法に則り業務を行う医学的判定機関であり、これを福祉へと結ぶコーディネーター的役割を果たしている。

2) 当所の業務と現状

(1) 業務内容

ア) 更生医療要否判定

平成8年度の更生医療要否の判定件数は腎臓透析、心臓手術が圧倒的に多く、人工関節手術は少ない(表1)。治療概算額が病院により大きく異なる。

イ) 身体障害者手帳判定

身体障害者手帳判定件数は年々増加しており、平成8年度の手帳保有者は33,436名である。年間判定件数は3,448件で月平均300件近くとなる。肢体不自由が半分以上を占める(表2)。判定上難解なケースは主治医に返戻するか、社会福祉審議会にかける。

ウ) 補装具給付・適合判定

補装具給付・適合判定は17ヵ所の医療機関に依頼しているが、本来独自で取り組むべきところで、本県方式といえる。車椅子件数が536件と圧倒的に多い。このレデイメイド部分を除けば、かなりの減少となる(表3)。電動車椅子件数が急増傾向にある。

エ) 巡回相談判定

巡回医療相談は当所の活動のパロメーターとされる。障害の身、出向いて相談を受ける訳である。この相談事業は定期と不定期とに別けられる。

定期は地域を考慮し県下4ヵ所に設定した。松江、出雲、浜田に加え川本である。場所、日時を設定した。月1～2回である。

不定期には整形外科、耳鼻咽喉科、眼科の合同相談と整形外科、リハビリテーション科の単独相談を組む。単独相談は合同相談から漏れた希望

のところのすべてに赴いている。

オ) 施設入所判定

施設入所判定は(表5)の施設に対して行っている。療護施設は年間殆ど動かず1～2名の退所があるのみであるが、判定件数は増加する。短期入院の指導を受け病院入院中に判定依頼がくる。

カ) 市町村重度在宅障害者支援事業

市町村の重度在宅障害者への訪問事業への支援を依頼によりその都度行っている。審査・判定を当所の事業に絡めて行っている。この在宅判定は急激に増加する。

(2) その他の業務＝地域リハビリテーション推進事業

地域リハビリテーション推進事業には多くの医師が部長、役員としてお世話になっている。この事業は当所と医療機関、福祉機関とを結び連携してやって行くべきなのに、会合を重ねるが具体的な事業に結びつかない。

3) 現状から見た課題

以上、現状を紹介したが、医師や医療関係者と深く関わり、医学的的重大な決定をするこの所を他県なみに発展し権威あるものにするにはどうすればよいかを掲げる。

まず、巡回相談はサテライト・システムを組む。定期相談場所を県下エリアを埋めるべく拡大し、そこをキーステーションとし、そこから担当エリアへの展開する。

独自で検査データがとれ診断できる機能を持つ必要がある。最先端の宮崎身体障害者相談センターは各科検査機器、機能訓練設備、電動車椅子試乗場を設けている。県立身体障害者リハビリテーションセンターを持つところは医学的専門スタッフを繰り出せる。当所はそこにあって県下リハビリテーション関係機関の中核として統括する。県下リハビリテーション・システムは当所を核として関係機関の連携によって成り立つ。医療情報が共有され、互いに入手し合うことによりより正確な判定が可能となる。

【結語】

以上、当所の現状と課題を掲げた。施設的に、情報通信上も医療機関との連携なくしては当所の円滑な機能は発揮できないとした。

表1 更生医療要否判定

判定項目	件数
腎臓透析	150(54.3%)
心臓手術	100(36.2%)
人工関節手術	26(9.4%)
眼手術	0(0%)
耳、口腔手術	0(0%)
合計	276(100%)

表2 身体障害者手帳保持者

障害分類	人数
肢体不自由	18,711(55.9%)
内部機能障害	5,711(16.1%)
聴覚機能障害	5,395(15.7%)
視覚機能障害	4,016(12.0%)
手帳保持者合計	33,436(100%)

手帳判定件数

年間判定	3,448件
------	--------

表3 補装具給付・適合判定

補装具分類	件数
義肢	137(9.2%)
- 上肢義手	38(2.5%)
- 下肢義足	99(6.7%)
装具	346(23.4%)
- 上肢装具	22(1.5%)
- 下肢装具	307(20.8%)
- 体幹装具	17(1.5%)
電動車椅子	57(3.9%)
車椅子	536(36.3%)
座位保持装置	36(2.4%)
補聴器	351(23.8%)
矯正眼鏡	8(0.5%)
その他	12(0.8%)
合計	1475(100%)

表4 相談事業

相談形態	件数
巡回相談(合同庁系、轄9町村)	370
定期相談(松江市、出雲市、浜田市)	70
[平成8年8月～本年3月]	

表5 施設入所判定

施設分類	件数
療護施設	25
授産施設	14
更生施設	16
合計	55

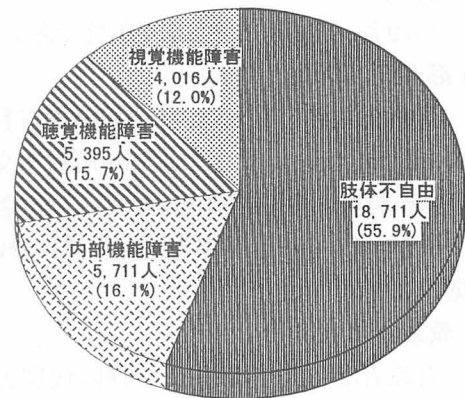
表6 市町村・施設への支援事業

在宅・施設重度障害者訪問判定(定期・不定期相談時)審査12

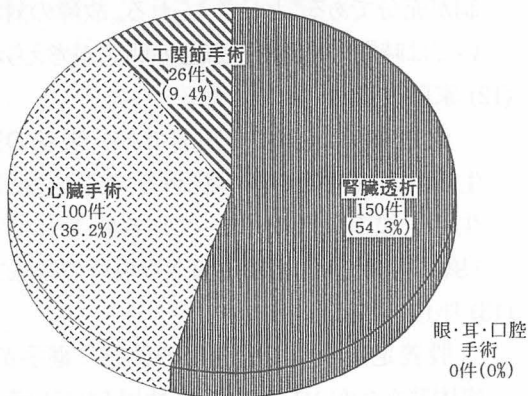
表7 地域リハビリテーション推進事業

島根県リハビリテーション協議会
 総会、常任委員会
 部会-施設入所等検討部会
 養護学校卒業後対策専門部会
 補装具適正専門部会
 地域ケア専門部会

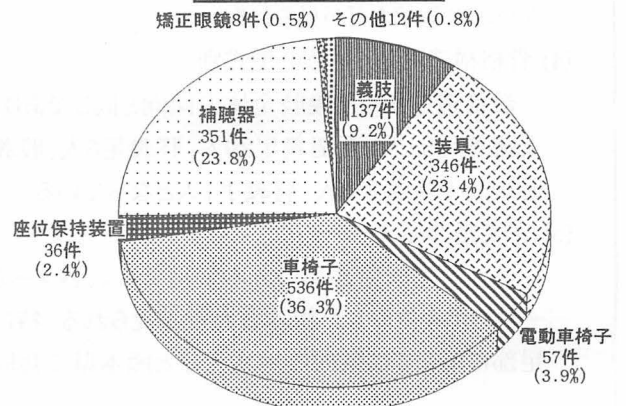
身体障害者手帳保持者



更生医療要否判定



補装具給付・適合判定



更生相談所における骨格構造義肢判定後の現状と課題

骨格構造義肢利用状況のアンケート調査を実施して

立山 康一（熊本県福祉総合相談所）

1) 実態調査の目的

熊本県福祉総合相談所（以下「身更相」とする）では、骨格構造義肢について全ケースの処方および適合判定を実施しているが、実際の生活状況、使用状況、使用効果、クレーム対策などの実際の生活場面での調査が不十分であり、切断者のおかれている状況および、ニーズを把握し身更相の判定の参考とし、利用者により使い易い義足を交付することを目的とし調査を実施した。

2) 調査対象者および調査方法

平成3年度から平成7年度までに判定を受けた202名を対象に郵送によるアンケート方式で調査を実施した。

3) 調査内容

基本属性、義肢本体、環境、福祉全般などについての26項目。

4) 調査結果

対象者202名中、100名回答（転居先不明4名、死去4名、回答なし94名）で49.5%の回答率であった。

(1) 男女構成

男79名、女21名で、約8割が男性である。

(2) 都市別

骨格構造義肢判定は、身更相の処方判定が必要であるためか、身更相の近郊市町村や交通便の良い市町村に多く見られる。なお、この改善として、平成6年度から身体障害者巡回相談に於いても対応している。

(3) 職業分類

有職者は48人で職種として保険代理店や家電販売アフターサービス、僧侶、郷土史講師、理容師、自動車整備、獣医師、高圧ガス取扱、米、野菜、茶、みかんの栽培などが見られる。

(4) 骨格構造義肢名称別・型式別

殻構造を含めた義肢全体の傾向と同じであり、大腿義足58人、下腿義足29人、膝義足6人、股義足4人、上腕義手2人、肩義手1人となっている。

(5) 完成用部品メーカー

単独の完成用部品のみでの使用でなく、各メーカーの特徴を生かした組み合わせが見られる。特に足部に関しては県内の地元大学と熊本県で共同

開発された完成用部品が多く利用されている。

(6) 骨格構造義肢情報源・メーカー決定相談相手
義肢装具士、医師など義肢使用者に一番身近な関係者が多く見られる。

(7) 骨格構造義肢利点

歩きやすい、あぐら可能、軽いなどの項目に多く見られるが、日常生活の基本的な部分に骨格構造義肢の利点が発揮されている。

(8) 使用目的

仕事、散歩、趣味、家事、スポーツなど日常生活全体である。仕事の内容についても、(3)の職業分類にあるように多岐にわたっており、骨格構造義肢の持つ機能が評価されている。

(9) 使用具合

良い66名、悪い20名、不明14名である。良いについては骨格構造義肢利点や使用具合で見られるが、悪いについて、義足ではソケットや懸垂用品の不適合、歩みにくさ、義手ではコスメチックな問題がある。

(10) 修理箇所

自費、福祉共に含んだデーターである。修理が必要となる原因として「継手」については異音・磨耗、「ソケット」は破損・体型の変化、「足部」や「外装」も破損などが考えられる。

(11) 故障連絡先・故障対応

業者（義肢装具士）に9割は連絡しており相談者に一番身近かであり、アフターケア、危機管理体制が充分であることが考えられる。故障の対応については時間の問題と手続きの問題が考えられる。

(12) 家屋改造

改造有りは全体の3割弱であり、現状の家屋で生活している件数が多く見られる。改造内容としては、生活全般の場所にわたっているが、特に「トイレ」や「風呂場」が多く、必要不可欠な場所の改造である。

(13) 座位方法

股義足について股関節の位置に継手があり起座困難なためいす、ソファーが使用されている。大腿、膝義足については、あぐら機能があり座位が可能

となり豊利用者も多くなっている。なお下腿義足についてはさまざまな座位方法が考えられる。

(14) 二階利用

二階建て家屋居住者のうち二階利用率41.3%で、制限されるためか二階使用者は少ない。

(15) ベット利用

ベット保有者について、ベット利用率は92.8%で起座する時や義肢装着する際の場所として便利であり利用率も高い。

(16) 生活変化

行動範囲の拡大、歩行疲労感の軽減、山道散歩など歩くことに対する変化や農業機械操作が可能となり仕事への復帰、外見に対する心理的な面の安心感、スポーツや旅行への参加などの生活の変化が見られる。

(17) 骨格構造義肢に対する要望

「骨格本体」については、完成用部品および製作要素への要望、「メンテナンス」は業者による定期的なチェック希望、「開発」については、より使用しやすい義肢への要望がみられる。

(18) 福祉に対する要望

「事務効率化」について、交付手順の簡素化や迅速化、「情報提供の確立」、「製作者者適正化」、「福祉制度充実」、「環境整備」などの要望がみられる。

5) まとめ

基本属性として男性及び高齢者の利用が多くみられる。これは切断に至る原因や熊本県における65歳以上の超高齢化の進展に起因しているのではないかと。職業について有職者の数は回答者の約半数であり、職種としてもさまざまなものがあり骨格構造義肢の利点をうまく利用している。

情報提供について義肢装具士や医療関係従事者のみではなく、身更相、市町村などの行政機関における情報の提供も必要である。使用利点や使用目的において優れているとしたものは、殻構造義肢を利用して骨格構造義肢に移行した利用者の数が全体的に多い。これは歩行性、座位、軽量化の向上により仕事への効果や、会合、スポーツ、趣味などの社会参加が可能となったものである。骨格構造義肢を利用することによりADL向上改善志向からQOL志向への変化をもたらしていることが考えられる。

修理などのアフターケアについて、義肢装具士が積極的に関与していることは理想的とも言えるが、その他の機関への相談があった場合については速やかな対応が必要であり、情報提供と共に各関係機関の連絡調整や連携が重要となる。

今後は、より利用しやすい骨格構造義肢が開発されると考えられる。これからも身更相として利用者の立場に立って処方、適合判定業務を推進していきたい。

表1

事務職	7	作業員	4
サ・ビ・入業	11	農業	11
自営業	3	学生	1
技術職	11		

表2 (複数回答)

医師	41	友人知人	3
訓練士	8	親兄弟	1
相談員	2	新聞	1
業者	63		

表3 (複数回答)

医師	30	友人知人	2
訓練士	13	親兄弟	1
市町村	4	本人	1
業者	69	相談所	1
相談員	1		

表4 (複数回答)

歩きやすい	68	靴が選べる	12
走れる	15	見かけ良い	24
あぐら可能	35	その他	4
正座可能	12		

表5 (複数回答)

仕事	56	育児	3
学校	2	会合	10
散歩	29	スポーツ	12
通院	25	趣味	23
家事	24	その他	12

表6 (複数回答)

股継手	4	懸垂用部品	9
膝継手	13	ターミネータール	5
足継手	17	外装	26
ソケット	53	ソフティンサート	4
足部	21		

表7 (複数回答)

トイレ	23	玄関	1
階段	2	寝室	2
手すり	2	廊下	1
風呂場	15	新築	7

表8

・股義足			
ソファ	1	椅子	3
・大腿義足			
畳	35	椅子等	28
・膝義足			
畳	5	椅子等	1
・下腿義足			
畳	18	椅子等	20
車いす	1	ベッド	1

表9 (複数回答)

骨格本体	18	歩行性	7
軽量化	8	メンテナンス	7
異音	6	開発	12
耐久性	7		

県域身体障害者更生相談所における 理学療法士の業務と課題

浦岡 健（滋賀県障害者更生相談所）

参加者名簿





参加者名簿

都道府県	施設・機関	参加者氏名	職名	発表	懇親会
1 北海道	北海道立心身障害者総合相談所	糸田 尚史	福祉専門員	IV	○
2 北海道	北海道立身体障害者リハビリテーションセンター	三田 忠二	所長		○
3 北海道	北海道立身体障害者リハビリテーションセンター	月舘 修	訓練課長		○
4 北海道	北海道立肢体不自由者訓練センター	三井 義之	所長		○
5 北海道	北海道立福祉村	長嶋 義明	総合施設次長		○
6 北海道	渡島リハビリテーションセンター 更生部	伊藤 隆志	施設長		
7 北海道	北海道リハビリテーションセンター	雪田 劭己	施設長		○
8 北海道	北海道リハビリテーションセンター	西村 文洋	生活指導員		○
9 北海道	北海道リハビリテーションセンター	佐藤 良子	准看護婦		○
10 北海道	北海道リハビリテーションセンター	堀 きよ美	准看護婦		○
11 北海道	大滝わらしべ園	平 勝彦	指導員		○
12 青森	青森県肢体不自由者更生指導所	山口 昌勝	所長		○
13 青森	青森県肢体不自由者更生指導所	西川 マツ子	主査		○
14 岩手	岩手県身体障害者更生相談所	小野寺 俊彦	所長補佐		
15 岩手	岩手県身体障害者更生相談所	金野 輝美	心理判定員		
16 岩手	都南の園	田澤 睦夫	園長		
17 岩手	都南の園	石関 尚子	主任生活指導員		
18 岩手	都南の園	荒川 秀子	職業指導員		
19 宮城	仙台市障害者更生相談所	目黒 順子	身障相談係係長	II	
20 宮城	宮城県拓杏園	石垣 眞	園長		
21 宮城	宮城県拓杏園	穴戸 敬	ケースワーカー	III	
22 宮城	宮城県拓杏園	早坂 勝夫	技師		
23 宮城	宮城県身体障害者更生相談所	小林 くに子	課長		
24 宮城	宮城県身体障害者更生相談所	樫本 修	医師		
25 宮城	重度身体障害者更生援護施設 静和園	伊藤 正義	施設長		○
26 宮城	重度身体障害者更生援護施設 静和園	早坂 せい子	看護主査		○
27 宮城	重度身体障害者更生援護施設 静和園	武者 桂子	寮母		○
28 秋田	秋田県身体障害者更生相談所	落合 晶子	所長補佐		
29 秋田	秋田県身体障害者更生訓練センター	三浦 勝雄	所長		○
30 秋田	秋田県身体障害者更生訓練センター	石川 司	准看護師		○
31 山形	山形県立総合療育訓練センター	草苺 武雄	事務局長		○
32 山形	山形県立総合療育訓練センター	結城 英俊	更生指導主査		○
33 茨城	茨城県立リハビリテーションセンター	中山 勇次	センター長		
34 茨城	茨城県立リハビリテーションセンター	伊王野 栄子	専門員		
35 茨城	茨城県立リハビリテーションセンター	海老根 信水	主任		
36 茨城	茨城県立リハビリテーションセンター	小原 昌之	主任		
37 茨城	茨城県立リハビリテーションセンター	岡野 典子	主事		
38 茨城	茨城県立リハビリテーションセンター	安蔵 友宏	技師		
39 茨城	茨城県立リハビリテーションセンター	大蔵 一博	技術員		
40 茨城	茨城県立リハビリテーションセンター	内桶 道子	技師		
41 栃木	栃木県身体障害医療福祉センター	高柳 慎八郎	所長		○
42 栃木	栃木県身体障害医療福祉センター	小松 孝	相談指導部長		○
43 栃木	栃木県身体障害医療福祉センター	秋沢 克男	副主任兼庶務課長		○
44 栃木	栃木県身体障害医療福祉センター	江田 正美	主任		○
45 栃木	栃木県身体障害医療福祉センター	渡辺 美恵	副主任兼看護科長		○
46 栃木	栃木県身体障害医療福祉センター	川原 博子	婦長		
47 栃木	栃木県身体障害医療福祉センター	谷田部 洋	療育部長補佐		○
48 栃木	栃木県身体障害医療福祉センター	福田 俊江	主査		○
49 栃木	栃木県身体障害医療福祉センター	伊沢 憲夫	相談指導部長補佐兼更生相談課長		○
50 栃木	栃木県身体障害医療福祉センター	新井 義男	副主任		○
51 栃木	栃木県身体障害医療福祉センター	篠崎 孝	主事	IV	○
52 栃木	栃木県身体障害医療福祉センター	亀田 厚郎	主事		
53 栃木	栃木県身体障害医療福祉センター	前山 豊	主事		

54	栃木	栃木県身体障害医療福祉センター	大橋 俊子	医長（主査）			○
55	栃木	栃木県氏家更生園	田中 一弘	園長			
56	栃木	栃木県氏家更生園	佐藤 昌幸	副主任			
57	栃木	栃木県氏家更生園	金子 範男	主査			
58	栃木	栃木県氏家更生園	小田倉 功	主任			
59	群馬	群馬県立身体障害者リハビリテーションセンター	田口 勝人	更生援護部長			○
60	群馬	群馬県立身体障害者リハビリテーションセンター	等々力 英夫	主査			○
61	埼玉	国立身体障害者リハビリテーションセンター	中村 隆一	更生訓練所長			○
62	埼玉	国立身体障害者リハビリテーションセンター	露口 長	指導部長			○
63	埼玉	国立身体障害者リハビリテーションセンター	吉野 保	指導課長			○
64	埼玉	国立身体障害者リハビリテーションセンター	北村 昭子	主任運動療法士		Ⅲ	
65	埼玉	国立身体障害者リハビリテーションセンター	伊藤 通夫	総務課補佐			
66	埼玉	国立身体障害者リハビリテーションセンター	久保 明夫	生活訓練専門職		Ⅲ	
67	埼玉	国立身体障害者リハビリテーションセンター	泉 徹	生活指導専門職		Ⅱ	○
68	埼玉	国立身体障害者リハビリテーションセンター	工藤 裕司	生活指導専門職			○
69	埼玉	国立身体障害者リハビリテーションセンター	山田 敏書	業務係長			○
70	埼玉	埼玉県総合リハビリテーションセンター	飯田 勝	総長			○
71	埼玉	埼玉県総合リハビリテーションセンター	高橋 登喜男	福祉局副局長			○
72	埼玉	埼玉県総合リハビリテーションセンター	斉藤 誠	主査			○
73	埼玉	埼玉県総合リハビリテーションセンター	森中 昌樹	主任			○
74	千葉	千葉県障害者相談センター	坂口 洋	判定課長			○
75	千葉	千葉市障害者更生相談所	原田 克己	係長			○
76	千葉	千葉市障害者更生相談所	宝達 勝彦	主査補			○
77	千葉	千葉リハビリテーションセンター 第一更生園	大橋 隼男	園長			
78	千葉	千葉リハビリテーションセンター 第一更生園	太田 東吾	医師			
79	千葉	千葉リハビリテーションセンター 第二更生園	所司 明子	主任看護婦			
80	千葉	千葉リハビリテーションセンター 第二更生園	立石 章子	主任介護員			
81	千葉	千葉リハビリテーションセンター 第二更生園	清水 直次	主任介護員			
82	東京	東京都心身障害者福祉センター	村瀬 弘	所長			○
83	東京	東京都心身障害者福祉センター	橋本 光博	生活援助科生活係主事		Ⅰ	
84	東京	東京都心身障害者福祉センター	佐藤 久身江	生活援助科生活係主任			
85	東京	東京都心身障害者福祉センター	遠藤 てる	生活援助科長			
86	東京	東京都心身障害者福祉センター	林 政幸	生活援助科生活係主事			
87	東京	東京都ろうあ者更生寮	大谷 透	指導員			
88	東京	東京都ろうあ者更生寮	村松 徳治	指導員			
89	神奈川	神奈川県立総合療育相談センター	鈴木 松子	主査			○
90	神奈川	神奈川県立総合療育相談センター	永井 洋保	課長補佐			○
91	神奈川	神奈川県総合リハビリテーションセンター 七沢更生ホーム	漆畑 貞吉	所長			
92	神奈川	神奈川県総合リハビリテーションセンター 七沢更生ホーム	大塚 庸次	副所長		Ⅲ	
93	神奈川	神奈川県総合リハビリテーションセンター 七沢更生ホーム	小崎 賢明	生活指導員			
94	神奈川	横浜市障害者更生相談所	佐鹿 博信	所長			○
95	神奈川	横浜市障害者更生相談所	若杉 夏樹	ケースワーカー			○
96	神奈川	横浜市総合リハビリテーションセンター	佐々木 葉子	施設長			
97	神奈川	横浜市総合リハビリテーションセンター	濱田 敏也	生活指導員		Ⅲ	
98	神奈川	川崎市障害者更生相談所	上野 誠	ケースワーカー			○
99	神奈川	身体障害者授産施設 川崎市明望園	重村 伸也	生活指導員		Ⅱ	○
100	山梨	山梨県障害者相談所	林辺 真弓	主査			○
101	山梨	山梨県立あけぼの医療福祉センター	佐藤 英貴	所長			○
102	山梨	山梨県立あけぼの医療福祉センター	谷 信也	福祉指導幹			○
103	山梨	山梨県立あけぼの医療福祉センター	中込 勝美	課長			○
104	山梨	山梨県立あけぼの医療福祉センター	小尾 春美	主査		Ⅰ	○
105	長野	長野県身体障害者リハビリテーションセンター	仁科 章	指導課指導課長			
106	長野	長野県身体障害者リハビリテーションセンター	上條 晃靖	指導課主任生活指導員		Ⅰ	
107	長野	長野県身体障害者リハビリテーションセンター	小根沢 範昌	指導課生活指導員			



参加者名簿

108	長野	長野県身体障害者リハビリテーションセンター	松本 昭一郎	更生相談室更生相談専門員		
109	長野	長野県身体障害者リハビリテーションセンター	黒柳 みよ	更生相談室身体障害者福祉司		
110	新潟	新潟県長岡身体障害者更生相談所	塚田 令子	主査		
111	新潟	新潟県上越身体障害者更生相談所	小嶋 眞	主任		
112	新潟	新潟県身体障害者更生指導所	桑原 和文	主任		○
113	新潟	新潟県身体障害者更生指導所	小林 照子	職業指導員		
114	富山	富山県身体障害者更生相談所	酒井 俊子	副主幹		
115	石川	石川県身体障害者更生相談所	中山 外喜子	主査		
116	石川	(福) 徳充会 青山彩光苑リハ'リテーションセンター	今寺 忠造	施設長	III	○
117	石川	(福) 徳充会 青山彩光苑リハ'リテーションセンター	松柳 登	ソーシャルワーカー	I	○
118	石川	(福) 徳充会 青山彩光苑リハ'リテーションセンター	長田 真理子	ケースワーカー	I	○
119	福井	福井県総合福祉相談所	忠谷 範子	看護婦長		○
120	福井	福井県美山荘	梅田 千秋	荘長		○
121	福井	福井県美山荘	島本 芳久	作業療法士		○
122	岐阜	岐阜県身体障害者更生相談所	箕浦 甫佐子	所長		
123	岐阜	岐阜県身体障害者更生相談所	細江 保雄	技術吏員		
124	岐阜	岐阜県身体障害者更生相談所	和田 謙二	事務吏員		
125	岐阜	岐阜県身体障害者更生相談所	後藤 喜久博	事務吏員		
126	静岡	静岡県西部身体障害者更生相談所	岩瀬 智久	副主任		○
127	静岡	静岡県賀茂身体障害者更生相談所	加藤 千明	主事		○
128	静岡	静岡県中部民生事務所	赤堀 静雄	主幹		
129	静岡	重度身体障害者更生援護施設 静岡医療福祉センター成人部	磯部 あつ子	看護婦		○
130	静岡	重度身体障害者更生援護施設 静岡医療福祉センター成人部	儘田 聡	指導員		○
131	静岡	重度身体障害者更生援護施設 静岡医療福祉センター成人部	住吉 美佐江	主任		○
132	静岡	農協共済中伊豆リハ'リテーションセンター重度身体障害者更生援護施設	衣斐 広文	自立支援部次長		○
133	静岡	浜北学苑	牧沢 裕子	ケアワーカー	II	○
134	静岡	浜北学苑	田辺 京子	ケアワーカー		○
135	静岡	浜北学苑	平山 儀久	マッサージ師		○
136	静岡	浜北学苑	市川 哲	指導員		○
137	静岡	(福) あしたか太陽の丘 とおがさ作業所	正守 和宏	指導員		○
138	静岡	(福) あしたか太陽の丘 とおがさ作業所	森山 早苗	指導員		○
139	静岡	(福) あしたか太陽の丘 重度身体障害者更生援護施設 かぬき学園	遠藤 幸俊	園長		○
140	静岡	(福) あしたか太陽の丘 重度身体障害者更生援護施設 かぬき学園	斎藤 昌宏	係長		○
141	愛知	愛知県身体障害者総合施設 希全センター	三宅 宏邦	生活指導課長		
142	愛知	愛知県身体障害者総合施設 希全センター	鈴木 将弘	指導員		
143	愛知	愛知県身体障害者総合施設 希全センター	山本 明雄	理療師		
144	愛知	名古屋市総合リハ'リテーションセンター重度身体障害者更生援護施設	浅井 隆行	更生施設課長		
145	愛知	重度身体障害者更生援護施設 名古屋市緑風荘	田中 紀元人	荘長		
146	三重	三重県身体障害者更生相談所	小林 正生	所長		○
147	三重	三重県身体障害者更生相談所	増村 浩二	主査		○
148	三重	三重県身体障害者総合福祉センター	佐野 守一	所長		○
149	三重	三重県身体障害者総合福祉センター	牧戸 貞	ケースワーカー		○
150	三重	三重県身体障害者総合福祉センター	長谷川 雅子	生活指導員		○
151	滋賀	滋賀県障害者更生相談所	小西 一之	次長		○
152	滋賀	滋賀県障害者更生相談所	浦岡 健	主任	IV	○
153	滋賀	滋賀県障害者更生相談所	門 治	専門員		○
154	滋賀	滋賀県立むれやま荘	本村 正一	所長		○
155	滋賀	滋賀県立むれやま荘	宮本 潔司	生活指導員		
156	滋賀	滋賀県立むれやま荘	吉水 律子	寮母		
157	京都	京都府身体障害者更生相談所	平井 完一	所長		○
158	京都	京都府身体障害者更生相談所	浜中 一徳	身体障害者福祉司		
159	京都	京都府身体障害者更生相談所	長山 正子	専門員		
160	京都	京都市身体障害者リハビリテーションセンター	佐野 耕三	所長		○
161	京都	京都市身体障害者リハビリテーションセンター	園子 文緒	ケースワーカー		

162	京都	京都市身体障害者リハビリテーションセンター	稲田 和久	施設生活指導員	I	
163	大阪	大阪府身体障害者更生相談所	諏訪 真一	主幹		○
164	大阪	大阪府身体障害者更生相談所	仁科 亮子	所長代理		○
165	大阪	大阪府身体障害者更生相談所	本田 俊	相談指導班長		○
166	大阪	大阪府身体障害者更生相談所	今春 泰邦	主査		
167	大阪	大阪府身体障害者更生相談所	澤井 春子	主査		
168	大阪	大阪府身体障害者更生相談所	森原 良明	身体障害者福祉司	III	○
169	大阪	(福) 重度身体障害者更生援護施設 わらしべ園	丸山 正雄	施設長		○
170	大阪	(福) 重度身体障害者更生援護施設 わらしべ園	石川 太一朗	生活指導員	II	○
171	大阪	大阪市立心身障害者リハビリテーションセンター	藤谷 健	所長		
172	大阪	大阪市立心身障害者リハビリテーションセンター	山田 修	ケースワーカー		
173	大阪	大阪市立心身障害者リハビリテーションセンター	中土 保	医師	III	
174	大阪	大阪市立心身障害者リハビリテーションセンター	山本 和仁	事務		
175	大阪	大阪市立心身障害者リハビリテーションセンター	番匠 美恵子	保健副主幹		
176	大阪	大阪市更生療育センター	大浦 敏明	所長		
177	大阪	大阪市更生療育センター	岡本 忠士	次長		○
178	大阪	大阪市更生療育センター	東堀 克己	生活指導主任		○
179	大阪	大阪市更生療育センター	山内 正雄	生活指導主任		
180	大阪	大阪市更生療育センター	寺野 政利	生活指導員	IV	
181	大阪	大阪市更生療育センター	上村 友明	理学療法士	II	○
182	大阪	大阪市更生療育センター	川端 正嗣	理学療法士		○
183	大阪	大阪市更生療育センター	田部井 貴久枝	作業療法士		○
184	大阪	大阪市更生療育センター	佐倉 あゆみ	作業療法士		
185	大阪	大阪市更生療育センター	松阪 和子	理学療法士		
186	大阪	大阪市更生療育センター	遠藤 佳子	理学療法士		
187	大阪	大阪府立身体障害者福祉センター	澤田 啓祐	所長		○
188	大阪	大阪府立身体障害者福祉センター	小松 正道	次長		○
189	大阪	大阪府立身体障害者福祉センター	坂本 憲一	指導課長		○
190	大阪	大阪府立身体障害者福祉センター	坂上 誠	主幹		○
191	大阪	大阪府立身体障害者福祉センター	妹尾 幾	授産課長		○
192	大阪	大阪府立身体障害者福祉センター	谷川 芳子	機能訓練課長		○
193	大阪	大阪府立身体障害者福祉センター	徳田 和久	係長		○
194	大阪	大阪府立身体障害者福祉センター	西村 京治	主査		○
195	大阪	大阪府立身体障害者福祉センター	古川 誓一郎	主査		○
196	大阪	大阪府立身体障害者福祉センター	峯松 博文	主査		○
197	大阪	大阪府立身体障害者福祉センター	平井 道恭	主査		○
198	大阪	大阪府立身体障害者福祉センター	鈴木 望	主査		○
199	大阪	大阪府立身体障害者福祉センター	岩見 和夫	主査		○
200	大阪	大阪府立身体障害者福祉センター	佐々木 力三	理学療法士	I	○
201	大阪	大阪府立身体障害者福祉センター	藤田 亘	作業療法士	IV	○
202	大阪	大阪府立身体障害者福祉センター	松葉 義尋	ケースワーカー		○
203	大阪	大阪府立身体障害者福祉センター	柴田 千代子	作業療法士	I	○
204	大阪	大阪府立身体障害者福祉センター	内田 淳	理学療法士	IV	○
205	大阪	大阪府立身体障害者福祉センター	宇根 千恵	心理判定員		○
206	大阪	大阪府立身体障害者福祉センター	坪倉 江理夏	介護福祉士		○
207	兵庫	国立神戸視力障害センター	管 一十	指導課長		
208	兵庫	国立神戸視力障害センター	金子 勇	主任生活指導専門職		
209	兵庫	国立神戸視力障害センター	淵上 正寛	生活指導専門職		
210	兵庫	国立神戸視力障害センター	成戸 宏幸	生活指導専門職		
211	兵庫	兵庫県立身体障害者更生相談所	中島 咲哉	所長		○
212	兵庫	兵庫県立身体障害者更生相談所	黒田 大治郎	所長補佐		○
213	兵庫	兵庫県立身体障害者更生相談所	松岡 慶子	身体障害者福祉司		
214	兵庫	兵庫県立身体障害者更生相談所	横尾 久美	事務吏員		
215	兵庫	兵庫県立総合リハビリテーションセンター 自立生活訓練センター	安井 義博	自立生活訓練部次長兼課長		○



参加者名簿

216	兵庫	兵庫県立総合リハビリテーションセンター 自立生活訓練センター	池 幸美	課長補佐	II	○
217	兵庫	兵庫県立総合リハビリテーションセンター 自立生活訓練センター	川西 良明	主任		○
218	兵庫	兵庫県立総合リハビリテーションセンター 自立生活訓練センター	山本 直樹	理学療法士		○
219	兵庫	兵庫県立総合リハビリテーションセンター 自立生活訓練センター	板谷 裕美	看護婦		○
220	兵庫	西はりまリハビリテーションセンター	三木 武三	施設長		○
221	兵庫	西はりまリハビリテーションセンター	越智 信成	生活指導員		○
222	兵庫	千種川リハビリテーションセンター	井谷 博文	事務局長		○
223	兵庫	千種川リハビリテーションセンター	尾崎 和洋	理学療法士		○
224	兵庫	千種川リハビリテーションセンター	福井 尚子	生活指導員	II	○
225	兵庫	千種川リハビリテーションセンター	重内 栄子	看護婦	I	○
226	奈良	奈良県身体障害者更生相談所	岩崎 洋明	所長	I	○
227	奈良	奈良県心身障害者リハビリテーションセンター	村井 文則	施設部長		
228	奈良	奈良県心身障害者リハビリテーションセンター	假屋 光代	看護婦		
229	奈良	奈良県心身障害者リハビリテーションセンター	松葉 理恵	生活指導員		
230	奈良	奈良県心身障害者リハビリテーションセンター	佐竹 朋子	生活指導員		
231	和歌山	和歌山県子ども・障害者相談センター	口井 富美子	福祉主事		
232	和歌山	和歌山県子ども・障害者相談センター	松本 知子	主事		
233	和歌山	琴の浦リハビリテーションセンター	出口 陽一	事務局長		
234	和歌山	琴の浦リハビリテーションセンター	吉井 豊彦	部長		
235	鳥取	鳥取県福祉相談センター	藤井 ひとみ	主任保健婦		
236	鳥取	鳥取県福祉相談センター	宮脇 政光	身体障害者福祉司		
237	島根	島根県身体障害者更生相談所	富永 積生	医療専門監	IV	○
238	島根	島根県身体障害者更生相談所	嶋田 隆	心理判定員		○
239	岡山	岡山県身体障害者更生相談所	野田 京美	主査		○
240	広島	広島市身体障害者更生相談所	上迫 潤子	主事		
241	広島	広島県立身体障害者リハビリテーションセンター 重度身体障害者更生援護施設 あけぼの寮	佐々木 芳彦	主査		○
242	広島	広島県立身体障害者リハビリテーションセンター 重度身体障害者更生援護施設 あけぼの寮	近末 勝司	指導員		○
243	広島	広島県立身体障害者リハビリテーションセンター 重度身体障害者更生援護施設 あけぼの寮	石田 美穂	指導員		○
244	広島	重度身体障害者更生援護施設 広賀園	蓮池 智	施設長代理		○
245	広島	重度身体障害者更生援護施設 広賀園	柴田 喜代子	寮母		○
246	広島	広島県立身体障害者更生相談所	圓尾 優子	専門員		
247	山口	山口県身体障害者福祉センター	中山 淳	身体障害者福祉司		○
248	山口	山口県身体障害者福祉センター	久保 淑子	主事		○
249	山口	山口県身体障害者福祉センター	野村 和宏	主事		○
250	徳島	徳島県立身体障害者福祉センター	市瀬 善章	所長		
251	徳島	徳島県立身体障害者福祉センター	中井 知恵子	技術主任		
252	徳島	徳島県立身体障害者福祉センター	四宮 尚郎	技師		
253	徳島	徳島県立身体障害者福祉センター	前田 英利	技師		
254	徳島	徳島県立身体障害者福祉センター	寶田 和代	技術指導員		
255	香川	香川県身体障害者総合リハビリテーションセンター 事業団 重度身体障害者更生援護施設	松山 壽文	施設長		○
256	香川	香川県身体障害者総合リハビリテーションセンター 事業団 重度身体障害者更生援護施設	西山 市朗	副主幹		○
257	香川	香川県身体障害者総合リハビリテーションセンター 身体障害者更生相談所	彦坂 典子	主任技師		
258	愛媛	愛媛県身体障害者更生相談所	児島 宏美	専門員		
259	愛媛	愛媛県身体障害者更生指導所	河野 源太郎	所長		○
260	愛媛	愛媛県身体障害者更生指導所	藤井 武夫	指導担当主任		○
261	愛媛	愛媛県身体障害者更生指導所	鷹尾 健介	介護員		○
262	高知	高知県立幡多身体障害者更生相談所	藤岡 洋子	主幹		○
263	高知	高知県立中央身体障害者更生相談所	尾崎 壮	主幹		
264	高知	高知県立身体障害者リハビリテーションセンター	下元 幹	主任		
265	福岡	国立福岡視力障害センター	杉江 勝憲	指導課長		○
266	福岡	福岡県身体障害者リハビリテーションセンター	太田 保	主任指導員		
267	福岡	福岡県身体障害者リハビリテーションセンター	京谷 千恵子	寮母		
268	佐賀	佐賀県立希望の家	古庄 康伸	指導課長		
269	長崎	長崎県長崎身体障害者更生相談所	太田 正博	専門幹		○

270	長崎	長崎県佐世保身体障害者更生相談所	古賀 喜見枝	専門幹		
271	長崎	長崎県身体障害者更生指導所	家永 智恵子	所長		○
272	長崎	長崎県身体障害者更生指導所	野村 高幸	係長(副参事)		○
273	熊本	熊本県福祉総合相談所	梶原 宗通	主幹兼相談課長		
274	熊本	熊本県福祉総合相談所	小原 守雄	主幹兼判定課長		
275	熊本	熊本県福祉総合相談所	立山 康一	参事	IV	
276	大分	国立別府重度障害者センター	有馬 昭郎	生活指導専門職		
277	大分	大分県身体障害者更生指導所	江口 吉弘	所長		
278	大分	大分県身体障害者更生指導所	広田 真澄	主任職業指導員		
279	大分	大分県身体障害者更生指導所	佐藤 澄江	作業療法士		
280	大分	大分県身体障害者更生指導所	矢野 国治	主事		○
281	大分	(福)農協共済別府リハビリテーションセンター	大屋 國益	施設長		
282	大分	(福)農協共済別府リハビリテーションセンター	佐藤 義智	生活指導員	I	○
283	宮崎	宮崎県身体障害者相談センター	末藤 誠八	指導判定課主任		
284	宮崎	重度身体障害者更生援護施設 宮崎リハビリ更生センター	日高 国尊	指導員		○
285	宮崎	重度身体障害者更生援護施設 宮崎リハビリ更生センター	小出 千春	寮母		○
286	宮崎	重度身体障害者更生援護施設 宮崎リハビリ更生センター	金丸 孝太郎	寮父		○
287	宮崎	重度身体障害者更生援護施設 宮崎リハビリ更生センター	森本 恵美	事務		○
288	宮崎	重度身体障害者更生援護施設 宮崎リハビリ更生センター	井上 みゆき	理学療法士		○
289	宮崎	重度身体障害者更生援護施設 宮崎リハビリ更生センター	竹之下 里美	調理員		○
290	宮崎	重度身体障害者更生援護施設 宮崎リハビリ更生センター	日野 純明	事務長		○
291	鹿児島	鹿児島県身体障害者更生指導所	宮下 健二	所長		
292	鹿児島	鹿児島県身体障害者更生指導所	山本 常隆	理学療法士		
293	沖縄	沖縄県身体障害者更生相談所	当間 宣子	所長		○
294	沖縄	沖縄県身体障害者更生相談所	仲嶺 廣子	保健婦		○
295	沖縄	沖縄県立身体障害者更生指導所	山城 泰子	生活指導員		
296	沖縄	沖縄県立身体障害者更生指導所	宮城 好子	職業訓練指導員		
297	沖縄	沖縄県立身体障害者更生指導所	浦崎 武	寮父		



関係施設・機関等

	都道府県	施設・機関	参加者氏名
1	滋賀	藍野学院 滋賀医療技術専門学校	宇野 恵美子
2	滋賀	藍野学院 滋賀医療技術専門学校	浜田 修三
3	京都	京都太陽の家授産場	河村 浩介
4	京都	洛西ふれあいの里療護園	森井 和子
5	京都	洛西ふれあいの里療護園	野村 雅子
6	大阪	希望の園	松村 均
7	大阪	(福) 大阪市障害更生文化協会 粉浜作業指導所	入江 隆
8	大阪	(福) 大阪市障害更生文化協会 粉浜作業指導所	阿部 秀和
9	大阪	大阪府福祉部障害福祉課	野村 龍太郎
10	大阪	大阪府福祉部障害福祉課	永堅 誠
11	大阪	大阪府守口保健所	野村 恭子
12	大阪	大阪府守口保健所	山崎 栄子
13	大阪	大阪府尾崎保健所	中山 佳代
14	大阪	大阪総合福祉専門学校	中西 邦恵
15	大阪	大阪総合福祉専門学校	藪田 要子
16	大阪	大阪総合福祉専門学校	福島 妙子
17	大阪	大阪市立平野養護学校	前畑 常男
18	大阪	大阪市立平野養護学校	能波 武浩
19	大阪	大阪市立平野養護学校	楠原 富美
20	大阪	吹田市社会福祉協議会	谷 奈々
21	大阪	吹田市社会福祉協議会	佃 由紀子
22	大阪	八尾市立養護学校	河内 景子
23	大阪	大阪府立藤井寺養護学校	大畑 むつみ
24	大阪	花園大学	北口 昌弘
25	大阪	佛教大学	北口 好子
26	大阪	八尾市保健センター	森田 剛史
27	大阪	医療法人橘会 東住吉森本病院理学診療科	松川 訓久
28	兵庫	(福) 緑水会 身体障害者療護施設 二郎苑	前田 大輔

賛助会員

	団体名	住所	電話番号
1	箕面学園福祉保育専門学校	大阪府箕面市箕面7丁目7番31号	0727-23-6551
2	川村義肢株式会社	大阪市北区天神橋1丁目18番18号	06-352-1012
3	医療法人頌徳会	堺市北野田626	0722-35-5800
4	株式会社メリコ	大阪市北区天神橋2丁目北1-14	06-357-5350
5	大阪総合福祉専門学校	堺市新金岡町4-1-6	0722-53-5063
6	河崎医療技術専門学校	貝塚市水間158番地	0724-46-6700
7	社会福祉法人四天王寺福祉事業団 四天王寺悲田院	大阪市羽曳野市学園前6丁目1番1号	0729-56-2985
8	大阪府理学療法士会	大阪市中央区森ノ宮中央2-4-7 永田ビル2-203	06-942-7233
9	大阪府作業療法士会	堺市旭ヶ丘中町4丁3-1	0722-44-8000
10	株式会社赤井	大阪市住吉区苅田8丁目11番19号	06-608-0562
11	株式会社小豆澤整形器製作所	大阪市東住吉区針中野4-4-19	0732-32-6072
12	石井医療器株式会社	大阪市西淀川区野里1丁目28番11号	06-471-9173
13	株式会社ウィズ	大阪市中央区常盤町2-1-6	06-945-4700
14	株式会社内田洋行	大阪市中央区和泉町2-2-2	06-920-2490
15	OG技研株式会社大阪営業所	吹田市江坂町2丁目4番16号	06-385-1525
16	株式会社北島藤次郎商店	大阪市東淀川区上新庄2丁目4番7号 マッハ87	06-326-5765
17	株式会社紀伊国屋書店	豊中市蛍池東町4丁目6番23号	06-843-0161
18	小池義肢製作所	寝屋川市御幸西町1-1-105	0720-26-2749
19	酒井医療株式会社	東京都文京区本郷3丁目15番9号	03-3814-9196
20	四方義肢製作所	堺市北三国ヶ丘3-3-18	0722-38-9120
21	スポーツバンク株式会社	大阪府堺市綾之町東1丁1-7	0722-28-2018
22	株式会社ゼスト	吹田市広芝町11-14 全労済近畿地方本部内	06-338-7766
23	中央法規出版株式会社	大阪市北区天神橋4-8-12 ツネクニビル6F	06-351-9079
24	日昇堂	兵庫県多紀郡丹南町杉271-3	0795-94-0761
25	MAC	東大阪市御厨南3-4-3	06-784-6336
26	株式会社丸和	和歌山市坂田348番地	0734-74-6655
27	株式会社フェリス	大阪市都島区都島南通り2丁目6番18号	06-922-7021
28	吉村義肢装具製作所	京都市右京区西院小米町37	075-311-2365

学校法人

箕面学園福祉保育専門学校

豊かな専門知識と思いやりの心で応えられる、

本物のプロフェッショナルを育てます！

学校法人 箕面学園沿革

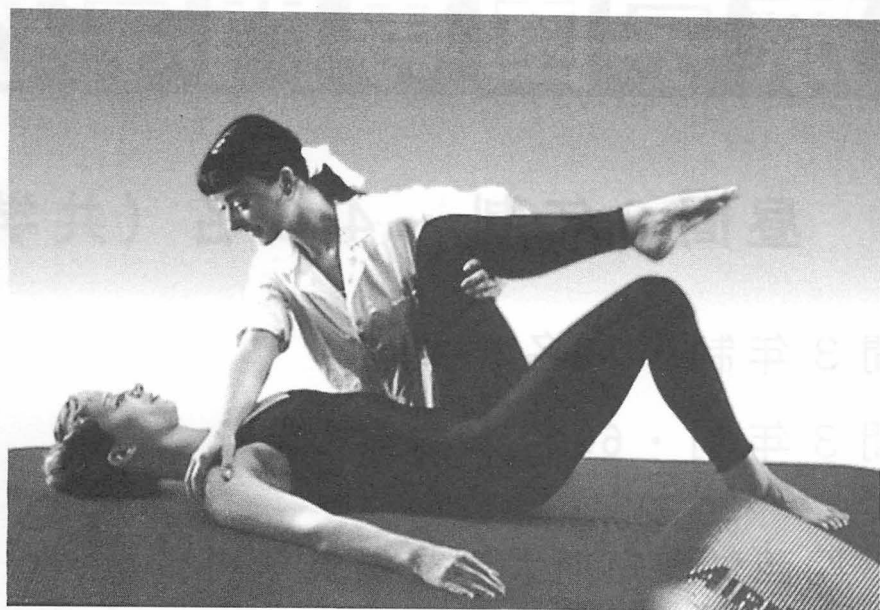
- 昭和21年 3月 財団法人箕面学園高等女学校設置認可開校
- 昭和24年 4月 附属幼稚園設置
- 昭和28年 4月 大阪学芸大学（現大阪教育大学）の指導により
幼稚園教員養成所を設置（夜間部）
- 昭和31年 4月 幼稚園教員養成所を保育専門学校と改称
- 昭和46年 4月 保母養成施設の指定を受ける（昼間部を設置）
- 昭和58年 7月 女子寮（紅楓寮）完成
- 昭和62年 4月 箕面学園福祉保育専門学校と改称
老人福祉科を開設
- 昭和63年 3月 厚生省より介護福祉士養成施設の指定を受ける
- 平成10年 4月 作業療法学科設置予定（厚生省認可申請中）

〒562 大阪府箕面市箕面7-7-31

TEL 0727-23-6590(代)

安全 清潔 軽量

医療・福祉施設でのリハビリテーションに。
教育施設でのトレーニングに。
水中でのエクササイズに。

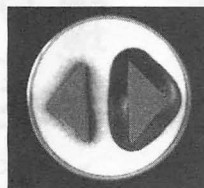


AIREX®

エアレックスマットシリーズ

■抗菌処理(サニタイズド)

素材の段階から抗菌処理を施したうえ、汚れても簡単に水洗いができます。



写真は「真菌」を例に増殖の度合いを比較したものです。右側が抗菌処理されたサンプルで、周囲に真菌を全くよせつけていません。



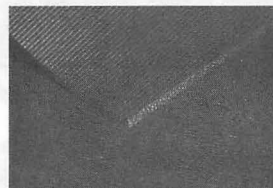
エアレックスマットの特長

■クローズド・セル構造

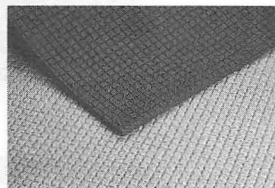
ポリ塩化ビニール(PVC)を、空気を密閉させた状態で発泡し、細かい気泡の集合体を形成。衝撃吸収性をはじめ、断熱・保温性、浮力性など、さまざまな特性を獲得しました。

■独自の表面加工

用途に応じた的確な弾性を確保し、2種類の表面加工パターンをラインアップしています。



波形パターン
コロナ・アトラス・コロネラ・
ヘラクレス 他



ワッフルパターン
オリンピック・ダイアナ・ロング
他

酒井医療株式会社

●本社 〒113 東京都文京区本郷3丁目15番9号 電話(03)3811-7211

学校法人 関西医療学園

関西医療学園専門学校

理学療法科 昼間3年制・40名（共学）

鍼灸科（昼間3年制・30名・共学）

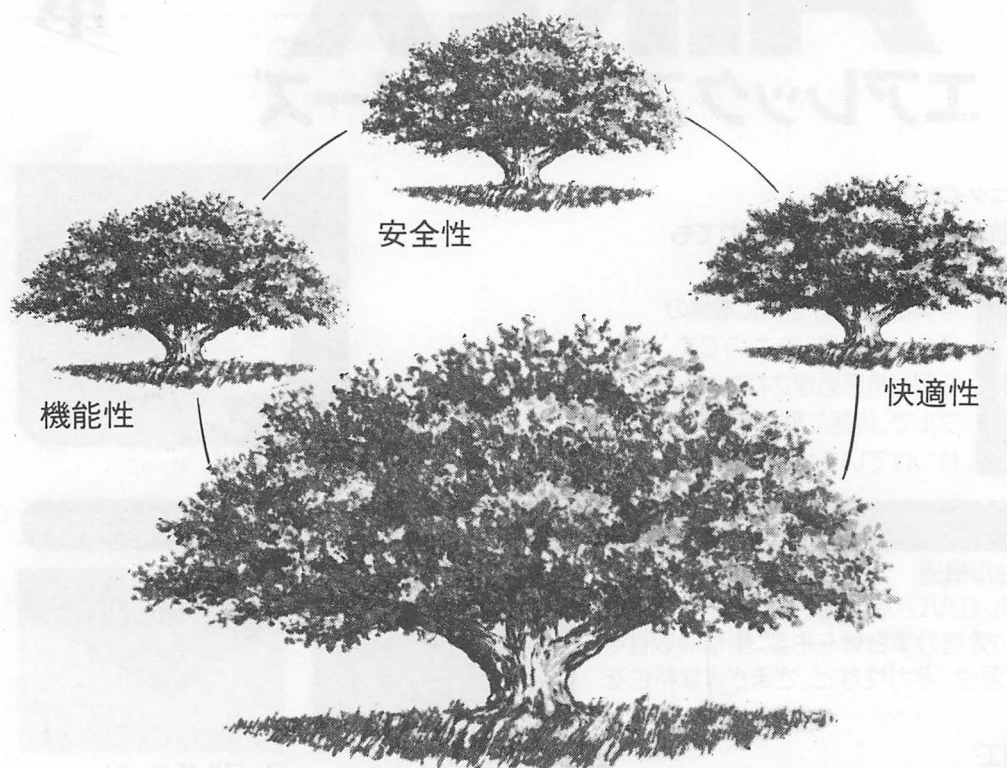
柔整科（昼間3年制・60名・共学）

〔併設校〕 関西鍼灸短期大学（鍼灸学科）

〒558

大阪市住吉区苅田6-18-13 TEL 06-699-2222代

インターネットホームページ <http://www.kansai.ac.jp>



ウチダがお届けします。安心と快適に満ちた
高齢者福祉環境「新ふれあい」。

ウチダがご提案する高齢者福祉施設は、●施設管理者にとって運営コストのバランスのとれた施設。●介護者にとって働きやすい施設。●入居者にとって安心感と愛着を覚える施設。人と人との「ふれあい」を真ん中に据えた環境づくりを実現します。

内田洋行

教育システム事業部

施設設備営業部

☎06-920-2491

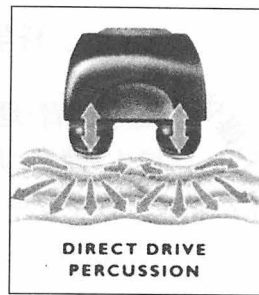
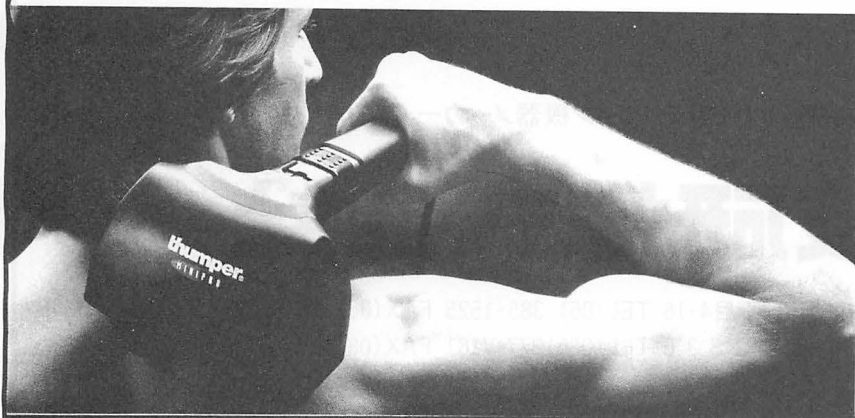
MINIPRO

プロのマッサージを貴方自身で

タンパーミニプロ

過去15年以上にわたって、マッサージ技術者やカイロプラクティック技術者、プロスポーツ選手に支持されたタンパーの一般個人用としてカナダでミニプロが開発されました。

単なるマッサージ器ではありません。タンパーミニプロの振動が、疲れやコリの根源に直接的かつ有効に働きかけます。『浸透する振動』が身体だけでなく心もほぐします。一人で、そして衣服を着たままでどうぞ。力を入れる必要もありません。リラックス、元気回復、そして《あーア！》という爽快感を感じることができます。



解剖学的に考慮を加え、設計されたマッサージ球2つが上下に動きます。1秒あたり20~40回の速度で調節でき、身体に深く浸透する周波を出し、緊張と固い部分を和らげてくれます。



バイオテック株式会社

本社 〒468 名古屋市天白区池見2丁目88
TEL (052) 835-0055 (代) FAX (052) 835-2777
東京営業所 〒161 東京都新宿区西落合3-26-6
TEL (03) 3565-7121 (代) FAX (03) 3565-7122
松本営業所 〒390 松本市高宮中12-6 中村ビル1F
TEL (0263) 27-2223 (代) FAX (0263) 25-3782
九州営業所 〒862 熊本市錦ヶ丘23-5
TEL (096) 368-4455 (代) FAX (096) 368-8187

車いす ベッド 介護用品

各府県市、厚生団、労災指定

身障手帳

厚生年金

労災保険

にて製作
致します。

NiCK ニック株式会社
大阪営業所
New Ideal Creation & Knowledge.

〒566 摂津市新在家2丁目29-2

TEL 06 (349) 4613

FAX 06 (340) 7785

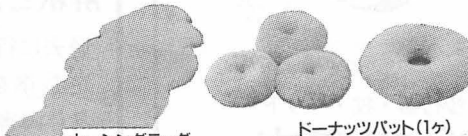
床ずれ予防用品・医療用小羊の毛皮

ナーシングラッグ



床ずれの3悪条件(重圧・湿気・摩擦)を取り除くやさしさ

●ブドウ球菌抗菌加工 ●大腸菌抗菌加工 ●防ダニ加工 ●防カビ加工 ●洗濯機で丸洗いOK



ナーシングラッグ

NR-1P 一匹 ¥25,500
NR-1.5P 一匹半 ¥36,500
NR-2P 二匹 ¥54,000

ドーナツパット(1ヶ)

NR-09 ¥3,000

円座

NR-10 ¥10,000

※この他、かかとあて、車いすクッションなど各種あります。

天然素材100%の羊の毛皮は、本来かざかざの利点をもっています。上質で特に厳選された小羊のみを使って特殊加工した「ナーシングラッグ」は、医療用シーブスキンとして最適のものです。

輸入製造発売元

With 株ウイズ

本社/大阪市中央区常盤町2-1-6

TEL 06-945-4700 FAX 945-9711

ショールーム/大阪市旭区森小路2-2-13

TEL 06-955-6400 FAX 955-6006

SINCE 1891

製造販売



株式会社 京都科学

本社・工場 / 〒612 京都市伏見区下鳥羽渡瀬町 35-1
教育機器部 TEL (075) 605-2510
FAX (075) 605-2519

東京支店 / 〒112 東京都文京区小石川 5丁目20-4
教育機器課 TEL (03) 3817-8071
FAX (03) 3817-8075

モデル媒体を通じて、科学と文化を伝達します。

医学教育・理科教育
標本・模型・実験機器
シミュレータ・VTR
X線ファントム

//////////////////// 医用電子機器・リハビリテーション機器メーカー //////////////////////

OG技研株式会社

本社営業所 / 〒564 吹田市江坂町2丁目4-16 TEL(06) 385-1525 FAX(06) 368-2713
本 社 / 〒703 岡山市海吉1835 TEL(086)277-7181 FAX(086)274-9072

より素敵なアメニティライフを
応援します。



車椅子・電動車椅子・歩行器・杖・ベッド

株式会社 **北島藤次郎商店**

大阪市東淀川区上新庄2-4-7マツハ87

TEX(06)326-5765

FAX(06)326-5798

中央法規出版

大阪障害者雇用支援ネットワーク、連合大阪＝編集
**障害のある人の雇用促進と
就労の安定を図るために**
実践と展開・Q&A

「障害者雇用促進法」の改正に完全対応した実践の手引き書。Q&A方式で現場の疑問にわかりやすく答えます。企業経営者、人事担当者、労働組合、障害者運動にかかわるすべての人々に必携の書。

B5判 210頁 定価 本体2000円(税別)

厚生省大臣官房障害保健福祉部企画課＝監修
三訂 身体障害認定基準
解釈と運用

過去に行われた各種の行政事例を集大成するとともに、認定基準を理解するうえでの必要事項についても言及。身体障害認定の実務に携わる方々の参考書に最適な一冊。

A5判 686頁 定価 本体6000円(税別)

◆◆◆ ◆◆◆ ◆◆◆ ◆◆◆ ◆◆◆ ◆◆◆ ◆◆◆ ◆◆◆ ◆◆◆ ◆◆◆

本書のご注文・お問い合わせは下記まで

中央法規出版 大阪営業所

〒530-0041 大阪市北区天神橋4-8-12
Tel.06(351)9079 Fax.06(355)3447



身体障害者リハビリテーション研究集会'97実行委員

代表	露口 長	国立身体障害者リハビリテーションセンター
	佐野 守一	三重県身体障害者総合福祉センター
	本村 正一	滋賀県立むれやま荘
	平井 完一	京都府身体障害者更生相談所
	佐野 耕三	京都市身体障害者リハビリテーションセンター
	岩崎 洋明	奈良県身体障害者更生相談所
	南 宥	琴の浦リハビリテーションセンター
	藤谷 健	大阪市立心身障害者リハビリテーションセンター
	中島 咲哉	兵庫県立身体障害者更生相談所
	澤田 啓祐	大阪府立身体障害者福祉センター

身体障害者リハビリテーション研究集会'97運営委員

委員長	澤田 啓祐	大阪府立身体障害者福祉センター
	黒田 大治郎	兵庫県立身体障害者更生相談所
	丸山 正雄	(福)重度身体障害者更生援護施設 わらしべ園
	番匠 美恵子	大阪市立心身障害者リハビリテーションセンター
	野村 龍太郎	大阪府福祉部障害福祉課
	永堅 誠	大阪府福祉部障害福祉課
	小松 正道	大阪府立身体障害者福祉センター
	坂本 憲一	大阪府立身体障害者福祉センター
事務局		大阪府立身体障害者福祉センター

身体障害者リハビリテーション研究集会'97

1997年11月発行

編集 身体障害者リハビリテーション研究集会'97

大阪集会実行委員・運営委員会

発行 事務局 大阪府立身体障害者福祉センター

〒590 大阪府堺市旭ヶ丘中町4丁3-1

TEL.0722-44-8000

「社会福祉・医療事業団(長寿社会福祉基金)助成事業」

