

障害の理解

専門教育科目 / 2 単位 / T 授業

担当教員 藤田 英樹

■使用テキスト

介護福祉士養成講座編集委員会（編）
『新・介護福祉士養成テキストブック13 障害の理解 第4版』中央法規出版 2015年

◆参考テキスト

講義概要・一般目標

障害は、病気や怪我の最終的な結果（帰結）の1つです。i) 治療後に残された後遺症、ii) 加療中の慢性的な症状、iii) 加齢による心身の生理学的機能の低下と、生活環境の中で活動の制限や参加の制約が生じます。障害は、心身機能の低下と生活環境の双方の相互作用において生じるものであり、医療（心身機能の障害特性）と福祉（生活ニーズ）の2つの領域にわたります。

I) 心身の生理学的機能の低下（身体障害と精神障害）とリハビリテーション

II) 生活（日常生活・社会生活）、環境（生活環境・社会環境）とバリア（障壁）、意識（自己と他者）

障害の医療と福祉では、障害によって低下した心身の生理学的な機能を回復するだけでなく、障害によって失われた人間的な生活条件を回復することも目標になります。この講義では、障害の医療と福祉、障害の機能特性と生活ニーズの繋がりを踏まえて、障害の医療と福祉に関する基礎的な内容を、網羅的に学習します。

到達目標

- 1) 障害者福祉の代表的な思想や理念について、ノーマライゼーションとリハビリテーション（治療的アプローチ、代償的アプローチ、および全人間的復権）、ソーシャル・インクルージョンを説明できる。障害者の自立について、身辺自立（ADL）、経済的自立（職業）、自己決定（意思決定）を説明できる。
- 2) 我が国の戦後の障害者福祉の代表的な法律・制度・政策について、福祉関係八法の改正、社会福祉基礎構造改革、障害者自立支援法、障害者総合支援法に至る流れを説明できる。障害者福祉の国際動向として、障害者の権利宣言、国際障害者年、および障害者権利条約を説明できる。
- 3) 障害の医学モデルと社会モデルを説明できる。国際生活機能分類（ICF）の考え方を、改訂元の国際障害分類（ICIDH）と対比させて説明できる。
- 4) 身体障害（視覚障害・聴覚障害・言語障害・運動障害・内部障害・難病）と精神障害（精神疾患・パーソナリティ障害・高次脳機能障害・知的障害・重度心身障害・発達障害）の機能障害の医学的な内容と、福祉の生活ニーズの繋がりを説明できる。
- 5) リハビリテーションの各専門職種（理学療法士・作業療法士・言語聴覚士）が担当する内容を説明できる。障害者の日常生活動作（ADL）について、基本的ADLと手段的ADLを説明できる。
- 6) 障害者のバリア（障壁）について、物理的バリア、文化・情報のバリア、制度的バリア、社会の意識を説明できる。障害者の地域生活について、社会資源とケアマネジメント、ソーシャルサポートを説明できる。
- 7) 障害者の自立と自己決定について、エンパワメントとピアサポート、セルフヘルプグループを、専門家主導のサービスや病理欠陥アプローチと対比させて説明できる。
- 8) 障害の主観的な体験や障害受容（ボディイメージ・価値転換・ステージ理論）を説明できる。ライフステージに合わせた障害者の家族支援を説明できる。

評価方法

科目単位認定試験により評価。

学習指導

第1章 障害の基礎的理解

この章のポイント

1) リハビリテーションの元の意味は、喪失した状態を回復することです。医療のリハビリテーションは、日常生活動作（ADL）について、心身機能の回復訓練（治療的アプローチ）や代償的アプローチ（利き手交換や補装具）を行います。全人間的復権とは、障害によって失われた人間的な生活条件（生活の質 QOL）を回復することです。ノーマライゼーションは、知的障害者をノーマルに近づけるのではなく、知的障害者の生活条件をノーマルにしていける環境を提供することです。ソーシャル・インクルージョンは、物理的環境や生活様式の問題ではなく、

社会における地位と役割が保障され、関係性が保てることです。戦後のリハビリテーションの対象は、戦傷者から一般市民に拡大され、障害者の自立の目標はADLや職業の自立を超えて、自己決定の自立とされます。

2) 我が国の障害者福祉の法律は戦後に整備されました。福祉関係八法の改正では施設福祉サービスに比べて比重の低かった在宅福祉サービス整備方針を明確にして、社会福祉基礎構造改革では措置型福祉から契約型福祉に移行しました。国連の障害者の権利宣言に沿って、具体的な行動を起こすことを各国に要請したのが国際障害者年、その主題は「完全参加と平等」です。これよりも法的拘束力があるものが、障害者の権利条約です。

3) 障害の医学モデルは障害を個人の問題であり、病気や外傷から直接的に生じると考えます。障害の社会モデルは、障害を統合できない社会環境が障害を作り出すと考えます。国際障害分類 (ICIDH) は障害の医学モデルに基づき、ICIDHの改訂版である国際生活機能分類 (ICF) は障害の医学モデルと社会モデルを統合しています。ICIDHもICFも、障害を3つのレベル (心身の生理学・日常生活・社会生活) に分けることは共通していますが、ICIDHはマイナスの面に注目することに対して、ICFはプラスの面に注目しています。

第2～4章 障害のある人の生活の理解 I～III

この章のポイント

4) 障害者福祉の法律は3障害に分かれますが、障害の医学は2つ (身体障害と精神障害) で、知的障害は精神障害の1つになります。生体の機能は、生命を維持することと、生活環境に適応することの2つがあります。生命を維持することの障害が内部障害であり (呼吸・循環・消化・代謝・排泄・免疫)、加療中の慢性的な症状が障害の状態になり、医療依存度が高くなります。生活環境に適応するには、環境内の情報を得る (視覚障害・聴覚障害) → 情報を選択する (注意障害) → 情報を記憶して検索する (記憶障害) → 情報を理解して判断する (知的障害) → 意思決定 (遂行機能障害)・道徳性 (社会的行動障害) → 行動する (運動障害) 上肢 (操作)・下肢 (移動)・体幹 (直立)。このように身体 (感覚) → 精神 → 身体 (運動) の系列になり、身体機能は複数で分担しているのと同様に、精神機能も複数で分担しています。感覚機能 (視覚障害・聴覚障害) は、生活環境の情報 (音・形・音声・文字) を得ること、運動機能は大脳皮質の運動野→脊髄→骨格筋→関節のように、筋の収縮を関節の回転運動に変換することです。言語機能は大脳言語中枢→発声発語運動 (音声・構音) →聴覚の3つの機能のループです。統合失調症は自我の障害 (作為体験・妄想・無為)、うつ病は気分の障害 (悲観的・微小妄想) です。薬物依存の症状は、身体依存、精神依存、および耐性があります。パーソナリティ障害と神経症性障害は、不安や恐怖に対する防衛機制や条件づけ、欲求不満や感情のストレス対処において生じます。高次脳機能障害は、古典的なもの (失語・失認・失行・半側空間無視) と行政的な診断基準 (注意障害・記憶障害・遂行機能障害・社会的行動障害) があります。知的障害は発達することの障害で、発達の全般的な遅滞があり、IQ (70以下) と3つの適応スキルに基づき判定されます。重症心身障害とは、知的障害 (IQ=35以下) も運動障害 (歩けない) も、どちらも重度のもので、発達の全般的障害は知的障害、部分的な障害は発達障害であり、学習障害 (LD)、注意欠陥/多動性障害 (ADHD)、高機能自閉症・アスペルガー症候群・広汎性発達障害があります。

第5～7章 障害のある人に対する介護・家族への支援・連携と協働—地域におけるサポート体制

この章のポイント

5) 医学的リハビリテーションは、急性期→回復期→維持期の順に進みます。理学療法は運動障害、作業療法は応用的な動作で、精神障害の社会技能訓練 (SST) も担当します。言語聴覚療法は言語中枢—発声発語運動—聴覚の3つの機能が含まれ、大脳の失語症と高次脳機能障害は併存し、発声発語運動は摂食器官や呼吸器官を転用しているので、嚥下も担当します。日常生活動作 (ADL) は、基本的ADL (身辺動作) と手段的ADL (家事や移動) の2つがあり、この2つのADLが自立していることが、地域で一人暮らしが出来ることの指標です。

6) 物理的バリア (階段や段差) は運動障害、文化・情報のバリアは視覚障害 (文字)、聴覚障害 (音声)、車いす利用者 (高い位置の掲示物)、知的障害 (漢字や抽象語)、制度的バリアは資格取得の受験において障害者を制限するもの、社会の意識のバリアは差別や偏見です。社会資源は人・モノ・知識・情報・制度など、種類を問わずあらゆるものが含まれて、フォーマル (法律で制度化されている公的なもの) とインフォーマル (民間や非営利団体、善意や相互扶助) があります。ソーシャルサポートは支援的な人間関係のことで、道具的 (物質的な援助や手伝い) と情緒的 (心理的なつながり・共感・勇気づけ) があります。家族以外の人間関係は、ストレス対処やQOLにおいて重要な役割を持ちます。また地域生活では、医療的ケアの確保と権利擁護も課題になります。

7) できないことに注目して (病理欠陥アプローチ)、専門家主導でサービスを提供することは、当事者を依存的でパワレスな状態にします。当事者の問題解決力と自己決定 (パワー) を高めることがエンパワメントです。当事者の出来るところや強みを使って、専門家というより当事者同士の助け合い (ピアサポート・セルフヘルプ) によって、エンパワメントは促されます。エンパワメントはソーシャルワークの用語です。

8) 障害受容とは自分が人にどう思われ、自分自身をどう思うかという主観的な意識です。受容するものとして、身体の喪失 (ボディイメージ)、受け入れがたいもの (否認)、世間の低評価 (価値転換) があり、障害受容は段階的に進みます (ステージ理論)。価値転換は、i) 価値の範囲の拡大、ii) 比較価値から資産価値、iii) 身体の価値を従属的なものにする、iv) 障害の与える影響の制限の4つです。家族には、障害を自分のことのように思う同一化や休むことへの罪悪感という家族特有の心理があり、介護者のうつ発症が高率になります。