

「健康状態」(病気・加齢・妊娠など)と「生活機能低下(障害)」との関係

<病気>

- ・ 病気の状態・調子によって障害(不自由さ)が大きく変わること理解して欲しい
 - ・ 病気の状態が悪い時は「怠けている」といわれてしまう。(内部疾患・精神障害ともに)
 - ・ 認定などの時には、状態が悪い時のことも考慮してほしい。
 - ・ 状態が悪い時だけサービスを利用できればありがたい。
但し、障害者自身もそのような時だけ利用するように心がける必要がある。悪用してはならないと思う。
一方サービス事業者側からみると、都合のよい時だけ利用されると経営的にも困るとは思われるが。

<加齢・ストレスなどの影響>

- ・ 新たに生じた病気の影響は、健常者よりも大きい。
- ・ 年をとると老化の影響は健常者よりも大きい。
- ・ ストレスの影響は精神障害者でなくとも障害者では大きい。(心理面への影響も身体面への影響も)

<妊娠など>

- ・ 障害者が妊娠すると健常者より妊娠中も出産後も影響が大きい。
- ・ 「障害者が子供を生むなんて」という目で見ないでほしい。

環境因子：各種制度・サービスについて

<医療機関への要望>

- ・ 病気のことだけみて、障害への影響を考えてくれるところは少ない。
 - ・ 病気の治療の時に、障害(生活の不自由さ)という観点から話を聞いて薬の量を調整して欲しい。症状は軽くなっても、日常生活上はボーッと何もしなくなる。
- ・ 障害のことを理解して欲しい。知識をもって欲しい。
 - ・ 生活での不自由さの質問をしてもうるさがられる。放っておかれる。
 - ・ 開業医に行くと、ただ薬をくれるだけで自分たちの生活をみてくれないので困る。
 - ・ 医学教育で障害について教えて欲しい。
- ・ 医療機関では、自分が知らない病気の場合はきちんとした専門医を紹介して欲しい。
 - 例：・ 専門医にたどり着く3年以上の間きちんとした対応がされず、その年月を棒にふるってしまった。
 - ・ 障害のために副作用が出やすかったりするので薬の使い方など治療法をわかっている病院が欲しい。
- ・ 病気の治療法や、どのようなことに気をつけるべきなのかの知識が欲しい。医療機関で説明して欲しい。
 - ・ インターネットで調べると誤りもあって心配。
 - 例：パーキンソン病の症状の出方、日常生活の仕方や関節可動域訓練のやり方など。
 - ・ どのようなことに気をつけるべきかを早く知っていたら、障害は軽くすんでいたと思う。また進行することも遅くなっていたと思う。
- ・ 障害があるだけで、病院では診療を嫌がられてしまう。
 - ・ 障害者のことはよくわからないから、と言われる
 - ・ 症状が上手く伝わらないので嫌がられてしまう
 - ・ 車椅子で通院することを嫌がられる(介護保険がはじまり、急に良くなったが)
 - ・ 車椅子の高齢者への診療はいやがられなくとも、障害者への対応は悪い気がする。

<医療機関を嫌うこと>

- ・病院や医療関係者のことを毛嫌いする障害者がいるが、医療関係者に障害のことをわかった上で治療してもらわないと適切な治療が行われず、障害に対しても十分な対応ができないことを理解して欲しい。進行しない病気の障害者の中にそのような偏った考え方があるような気がする。
- ・障害のことは障害者しかわからないというが、病気のことを理解しないと障害にきちんと対応できない種類の障害もある。

<医療の進歩>

- ・医療の進歩を知りたい。
- ・障害を受けたときの医療のレベルと、現在は違っていると思う。後遺症でもまだ良くなる可能性があるのではないと思う。障害に関係する医療にどうしたらアクセスできるかを知りたい。

<病気についての考え方>

- ・生活習慣病という言葉が辛い。自分が悪くて病気になり障害者になったようである。
- ・I型糖尿病とII型糖尿病について
 - ・I型糖尿病の人から
(II型糖尿病は自分で生活習慣をきちんとしていないのがいけないのだから) II型とI型を一緒にしないで欲しい。
 - ・II型糖尿病の人から: I型糖尿病の人が、II型糖尿病の人を自分たちがきちんと健康を管理をしないから病気になったのだからI型とは全く違うということで差別をする傾向が一部ではある。障害者自身の他の障害に対する差別で非常に悲しい。(合併症による) 様々な障害があってもとても苦しいのは同じなのに。

<発達障害>

- ・発達障害の子をみれる医者がとても少ない。
- ・経済面などで有利になるので、障害者手帳の認定をもらっているが、障害者だとは思っていない。本当は障害者制度ではない方がよい。

<リハビリテーション>

- ・以前のリハビリテーションの関係者は、障害者の退院後の生活を一緒に考えてくれたり、励ましてくれていた。今はただ訓練時間だけの訓練をしているだけになった。脳卒中や老人以外のことはあまり知らないと思う。
 - ・昔リハビリテーションを受けていた病院は障害者をみれていたが、今は老人や脳卒中だけみているようで、安心して相談することができない。
 - ・ADL訓練や買い物などの外出の訓練やスポーツのことを教えられるPT・OTが少ないのではないか。
 - ・早く退院させることだけを考えているのではないか。退院後の生活も考えてくれない。
- ・制度上制限があるので十分に訓練できないというのが言い訳に聞こえる。昔は診療報酬などいなくても社会に戻れるよう一生懸命やってくれた。
- ・退院後の生活を考えることができる知識自体が乏しくなったのではないか。相談しても障害者自身の方が知識があることも少なくない。
- ・リハビリテーションが機能訓練だけという考えが広まりすぎているのではないか。そのため退院後の生活を考えなくてもよいと専門家まで思ってしまうのではないか。
- ・老人のリハビリテーションと違い早く社会復帰できるリハビリテーションをやって欲しい。
- ・医療以外のリハビリテーションのことをもっと充実する必要がある。医療リハビリテーションの人もそのことを知っているか疑問に思う。自分達ができないなら紹介する必要がある。

<福祉への要望>

- ・福祉の人にも医療的知識を身につけて欲しい。制度のことを紹介するだけでなく、病気のこと知識をもって欲しい。
 - ・相談をして、福祉サービスを教えてもらったが、病院で治療を受けたら軽くなり、サービスも使わず生活できることになった。
 - ・利用できる介護サービスのことは詳しいが、むしろ自立できるように、どのようにしたら仕事につけるかや、もっと活動的な生活を送れるのかを紹介して欲しい。
 - ・行政の人は自分が知っている範囲のサービスのことは知っていても、他のサービスの事は十分に知らないために対応が不十分になる。知らないことは、他の専門のところに紹介して欲しい。
 - 例：地域のグループ活動などを他の障害者から知った。
 - 例：介護保険で装具は作れないといわれたが、病院で医療保険で作ることができた。
 - ・障害者の能力を高めるようなサービス提供を充実させて欲しい。もう改善しないと思って対応される。
- ・年をとって介護保険制度を利用するようになったら、活動的に生活できるようなサービスが受けられないようで心配である。
- ・サービスについて社会制度だから当然使う権利があるからどんどん使えと言われるような説明があることは疑問を感じる。
- ・特に介護保険関係の事業者やメディアですらと言われることは疑問だ。介護保険料でまかなわれていることはきちんと説明が必要だ。
 - ・限られた財源なら、もっと若い障害者に対応がなされることが望まれる。
- ・高齢者と障害者は違うのだから、一般の人も専門家や法制度も同じように考えて欲しくない。
 - ・障害者：自分たちは自立したい
 - ・高齢者：これまでの生活を続けたい

<各種専門家への要望>

- ・障害のことを学ばないでも、障害者にサービス提供をする色々な資格があるのは問題である。
 - ・環境設備やホームヘルパー、ケアマネージャーでもほとんど障害のことを学ばない。
 - ・そのような人が専門家だということで対応されることで、間違っていることがある。
 - ・希望を言うといやがられてサービスを受けづらくなるので、つい黙ってしまうことになる。
- ・施設の職員や行政の熱心な人ほど燃え尽きてしまったり、身体を壊していくことが残念だ。そのために困ることが多い。その人達の環境や収入を保証して欲しい、

<障害者間の情報交換>

- ・障害者間の情報交換が役立つ。
- ・行政や専門家から聞くことよりも実際に役立つことが多い。
- ・非公的サービスでQOLの高い生活が送れるが、これは公的サービスからはほとんど教えてもらえない。
- ・知りたい情報だけ知ったら、患者会から脱退していく人が多い。他の人に役立つ役割を果たすという順番があることも自覚して欲しい。(この時勢が関係しているかもしれないが)

<教育への要望>

- ・一生学び続ける場が欲しい。
 - ・卒業後も継続して学び続けることができればよい。
- ・障害の程度に合わせた適切な教育を受けたい。
 - ・親や子供の意見を尊重して入学先や転校先を決められると良い。
 - ・親の意志ではなく子供の意志を尊重して欲しい。

・教育委員会の説明だけでなく、他の選択肢を教えてくれるのが同じ障害者の関係者しかいないことは問題だと思う。

- ・先生の質で一生が左右されてしまうことが大きい。(普通学級か養護学校かの違いではないと思う)
- ・特別支援学校への偏見がなくなったことはよいが、専門的な教育がしてもらえなくなっていることは大問題である。
- ・同じ障害のある人の中で教育を受けるほうが良いことを、他の障害の人にも理解して欲しい。運動をしている人も自分の障害だけで考えて欲しくない。
 - ・普通学級に入ることが良いことだと強く言われて、結局十分な教育を受けられなかった。
- ・一人の人生がかかっている教育を運動の手段にして欲しくない。その時は協力してもらってうれしかったが、偏った情報になっていた。
- ・年齢的に低い(若い)学級に入って学ぶことができればありがたい。

<建物・道路など>

- ・疲れやすいので休憩を取れるような場所をたくさん設けて欲しい。
- ・車椅子用のスロープが段差よりも歩きにくく、危険があることも知って欲しい。
- ・階段は下りの方(降段)が難しい人も多いことを知って欲しい。
- ・形式的に車椅子の人や盲の人への対応だけしてバリアフリーとうたっている設備が多い。
- ・車椅子の人以外のことも考えた整備をして欲しい。
- ・一般国民にとって何が不自由かを知って心がけないとバリアフリーにならない。
 - 例：点字ブロックの上の障害物など。
- ・建物など(物的環境)を変えればよいと単純に思っている専門家や行政が多い。
- ・障害のことを知らないで建物や道路やバリアフリーのことがわかるとは思えない。

- ・バリアフリーやユニバーサルデザインを金儲けのネタにしている業者や文化人(と称する人)がいることが問題だ。これによって間違った整備がされ、障害者について誤解が広まっている。
- ・多額の研究費が福祉機器関係に使用されているが、役立つものは作られていないのではないか。期待はしているが。
 - ・研究に協力しても結局完成していない。(期待しているだけに裏切られた感がある)
 - ・テレビを見て問い合わせてもその後完成しない。
- ・コンピュータ化でむしろ不自由なことが増えている。もっと障害のことを考慮して欲しい。

<メディア、一般市民への要望>

- ・「障害者がとてもがんばっている」という美談で扱わないで、自然に放っておいて欲しい。

参加：地域生活・仕事など

<外出するところがない>

- ・学校卒業後は外出するところがほとんどない。
 - ・学校で卒業後のことをちゃんと考えて欲しい。
 - ・仕事につくことしか考えてくれていない。
 - ・18歳で高校卒業後、就労できない人への対策を十分に考えて欲しい。

- ・退院後は外出するところがない。退院した後はサービスを受ける紹介しかしてくれない。
- ・医療的ケアと介護がないと外出できない人に、外出できるように配慮して欲しい。

<地域生活>

- ・特別の目でみられてしまうことで、外出することや、人と接することを何もしたくない。
 - ・自分から手助けを求めにくいので遠まきにしないで、声をかけて手伝って欲しい。
 - ・かわいそうな人という目でみられることが嫌だ。
 - ・親切ぶった対応はとても傷つく。
 - ・過剰に手伝われてしまう。手伝う時は目立たないようにやって欲しい。目立つくらいなら手伝って欲しくない。
- ・地域の人と交流できにくい
 - ・以前は近所の人でも障害のあることや、どのように接するのか（接しないことも含めて）を知ってくれていて、地域の中で生活できた。新しい住民の目にさらされるのが嫌で外出しなくなった。（地域内での交流自体が減ってきたことも影響しているが・・・）
 - ・何かあったときに責任を取りたくないの、地域活動に参加することを嫌がられる。遠まわしに断られる。
- ・施設等では事前に支援を求めておいた方が良い場合も多い。そうしないで手伝ってもらって当然という障害者の態度が、障害者への偏見やマイナスを生んでいることを知って欲しい。
- ・障害者に対してだけでなく、国民全体のモラルの低下があるのではないかと思う。
- ・町内会費を払えないため回覧板、広報等回らず知識を得られない。

<仕事>

- ・昼寝したり、自分のペースで仕事ができる一般企業があればよい。
- ・自宅のできる仕事が欲しい。通勤は難しいが仕事の能力がある人は少ないと思う。
- ・仕事を精一杯した後、疲れて家でぐったりしていると怠けていると言われることがつらい。
- ・もっと色々な仕事に就ける可能性が欲しい。決まりきった作業ではなく。
- ・障害者特有の仕事や障害者への仕事上の優遇措置を考えて欲しい。

例：・三療の関連分野に健常者が入ってくることで、仕事がとても減ってきた。

- ・コンピュータ関係の仕事が少なくなった。

<家族関係>

- ・家族の生活を妨げていることがつらい。
- ・家族の一言や態度がとても辛い。
- ・別れて暮らしたいが、経済的問題や介護の関係で一緒に暮らしている。
 - いい家族だと回りはみている。家族へちゃんとするように伝えて欲しいが、間違っって伝わると益々辛くあたられるのが怖いので、人に言えない。
- ・障害者への家族の虐待は結構多いことを知ってほしい。
 - ・傷があっても障害のため転んだからと言える。
 - ・言葉の虐待の方がつらい。
- ・他人よりも家族の中での偏見の方がくやしい。
- ・家族自身が自分の障害を理解してくれない（理解しようとしな、理解していない）ことによって色々問題が生じることがつらい。でも自分も説明することが難しい。
- ・家族が年をとり介護できなくなったり、亡くなると本人がどういう生活を送るのが不安。
- ・親が亡くなった後、財産管理を誰に任せればよいか不安
- ・成年後見制度では心配だ。

<レジャー・スポーツ>

- ・障害があっても、そして収入が少なくとも人生を楽しむ権利はある。レジャーなどの機会を増やして欲しい。
- ・スポーツやレジャーの、やり方を工夫して教えて欲しい。(医療機関でも)
- ・患者会や障害者だけの集まりでなく、一般の人々と一緒に楽しみたい。
- ・コンピュータ化や家電が進み、趣味を楽しめる機器が少なくなった。障害者用の趣味の機器・用具も考えて欲しい。
- ・スポーツや外出をした後に疲れてぐったりしていると、自己管理できていないと言われる。でも楽しみたいのだから理解して欲しい。
- ・オリンピックに比べ、パラリンピックの放映が短く、国民の関心が薄いことは残念だ。
- ・選手強化の施設をオリンピックとパラリンピック選手を別々にしようとしていることはよくない。

<法>

[家族の立場から]

- ・犯罪の“カモ”と思われがちなので守って欲しい。
- ・子供がいつか犯罪を犯したりするのではないかと心配である。
 - ・犯罪的なことをするよりは、被害者になるくらいは仕方ないかと思っている。
 - ・やさしくしてくれた人が実は犯罪に引きずり込むことが少なくない。
 - ・性的犯罪を起こすのではないかと心配なので去勢手術を受けさせたいが、本人の意志の尊重などといわれとても困っている。子供を監視する親の身にもなってほしい。犯罪をおこすと親の生活もめちゃくちゃになる。
- ・女性障害者は性的被害者になっていることが多いことが表面に出にくい。(本人自身は恋愛だと思い込んでいる場合もあるが)
 - ・避妊手術を受けさせたいが、本人の意志の尊重などといわれ困っている。結局本人がかわいそうだし、本人は生まれた子供を育てられない。妊娠中絶を繰り返している。

<参加：その他、一般>

- ・障害者であっても社会に貢献したい。
- ・たった一度の発作や転倒などで、仕事や“健常者の集まり”への参加ができなくなり、生活の範囲が制限されてしまう。
 - ・その後は責任を取りたくないので拒否される。
- ・健常者の集まりに参加してたときに“障害者”として扱われることがつらい。自然に扱って欲しい。

偏見

- ・目に見える障害よりも、見えない障害の方が、怠けているとみられて偏見が強いと思う。
- ・「精神障害者＝キチガイ＝犯罪を起こす、危ない人」という目でみられる。
 - ・特に精神障害者が犯罪を起こしたり、裁判があるときにはそのようにみられる。
 - ・罪を逃れるために精神障害者であることを使おうとするような弁護をして欲しくない。
- ・エイズや肝炎では「うつる病気」と思われての偏見が強い。うつらない障害よりも偏見は格段に大きいと思う。
 - ・エイズや肝炎は性病で不道德だからなつたと偏見がある。
- ・性同一性障害は水商売でないと生きにくいのに(収入面でも)、水商売でふらついているような偏見がある。“気持ち悪い”と言う偏見がある。

[家族の立場から]

- ・ 障害を生じたのは家族のせいのように言われることが辛い（発達障害、知的障害など）。また脳卒中や外傷でも家族が気をつけていなかったからと言われる。
- ・ 介護するのは家族がして当然だと周囲から思われることがつらい。サービスを使うと家族がいるのに・・・と思われる。

その他

<障害の理解>

- ・ 障害については障害者でないとわからないことがあることを知ってほしい。
- ・ しかしそれが「理解しようとする人、支援しようとする人」を拒絶することにならないようにすることも大事
- ・ 障害のことを一般の人がもっと知ってほしい。
 - ・ マスコミで作られたイメージが強すぎる。
 - ・ がんばろうと思ってもがんばれない障害者も多い。
 - ・ 老人の介護ではなく自立にむけた対応を扱って欲しい。
 - ・ ICF の考え方が広まると良い。感覚的に障害をとらえるのではなく、理論的に整理していくこともこれからは必要と思う。

<ICF について>

- ・ ICF について推進会議でも間違ったことも言われている。早く訂正しないと誤解が広まるのではないか。

障害者支援の在り方に関する国際的動向

—過去半世紀にわたる認識の発展と現在の到達点—

研究分担者 上田 敏 （財）日本障害者リハビリテーション協会 顧問

研究要旨 高齢の障害者への支援の在り方に関する研究の一環として、障害者支援の在り方に関する検討を深めるために、国際連合（国連）と世界保健機関（WHO）を中心とした、過去半世紀にわたる、この問題に関する国際的動向について調査した。1958年から2006年の約半世紀における報告書、宣言、行動計画、標準規則、国際条約等の検討に立って、障害者に対する総合的支援の在り方に関する国際的認識・理念の現在の到達点として、次の諸点を確認した。すなわち、（1）基本原則は当事者中心、（2）目的は、①「完全なインクルージョンと参加」を最終目的とし、②そのために自立が重要で、③更にそのために身体、精神、職業的、社会的な能力が必要だと重層的にとらえる、（3）望ましい自立の水準は、自己決定を前提とした「最大限」の自立、（4）手段は医療、職業、教育、および社会（福祉）的サービスの4分野に加えて、あらゆる必要な技術を含む包括的なもので、「ピア・サポート」をも含む、（4）支援の対象（本人だけでなく、身近な、また社会的な環境への働きかけをも含む）、（5）支援の主体は、専門家だけでなく、本人、家族、地域社会が手を携えて行うもの、等である。今後のわが国における障害者支援の在り方を考える上で、このような国際的到達点を十分理解し、当事者中心の原則に立って総合的に進めることが重要と考えられる。

A. 研究目的

本研究班の目的は高齢障害者支援のシステム及びプログラムを、WHO・ICF（国際生活機能分類）を基本とする実態調査に基づき明確にすることであり、その際、要介護認定者を含む高齢者一般及び、非高齢障害者と比較した高齢障害者の特徴を解明し、障害者施策のみでなく高齢者施策全体の中での位置づけも行うことである。その研究の一環として、障害者支援の在り方に関する検討を深めるために、国際連合（国連）と世界保健機関（WHO）

を中心とした、過去半世紀にわたる、この問題に関する国際的動向について調査した。

B. 研究方法

国連およびWHOを中心に、障害者支援に関する国際的組織・機関による報告書、宣言、勧告、条約等を広く渉猟し、関連性の高いものについて検討した。なお文中の報告書等の名称および定義等の翻訳については、既存の訳のあるものについてはそれを参考にしつつ、基本的には引用者の責任において訳した。

C. 結果

1. WHO 医学的リハビリテーション専門委員会第1次報告(1958)

障害者支援に関する最初の国際機関の文書は、WHOが1958年に発表した「医学的リハビリテーションに関する第1次報告書」(WHO Technical Report Series NO.158, Expert Committee on Medical Rehabilitation: First Report, WHO, 1958)と考えられる。

ここで「リハビリテーション」の語の用法について付言したい。国際的にいう「リハビリテーション」とは、この語の本来の意味が「人間らしく生きる権利の回復」(「全人間的復権」)であることから分かるように、わが国で通常理解されているような医療分野におけるサービス(「医学的リハビリテーション」)だけでない、より包括的な概念である。それは障害者が人間らしく生きるために必要とする支援(対人サービス)のすべてを含むものとされ、最初から医学的リハビリテーションに加えて、少なくとも障害児教育(「教育的リハビリテーション」)、就職・就労支援(「職業リハビリテーション」)、障害者福祉サービス全般(「社会リハビリテーション」)の、計4分野の多様なサービスを含む総合的なものであり、その分野間の緊密な連携・協力で行われるものと考えられていた。このように「リハビリテーション」は障害者に対する支援を、総合的に捉える理念的な概念として出発し、しかもこの半世紀の間に、以下に見るように、当初の4分野に対し、年を追うごとにますます多様なサービスが追加され、さらに近年には障害者・家族、そして地域社会が中心的な役割を果たすものと考えられ、環境改善も含まれるなど、この半世紀の間にその概念に大

きな広がりと深まりをみせている。

しかし、わが国での理解は一般に極めて狭いものにとどまっているため、単に「リハビリテーション」と述べただけでは誤解を招くおそれがある。そのため以下必要に応じ、このような総合的な支援のありかたを強調する場合には「総合リハビリテーション」と呼ぶことにしたい。

さて、戦後最初のこの問題に関する国際文書である本報告は、一応「医学的リハビリテーション」のあり方に関するものであるが、その前提として「総合リハビリテーション」の見地に立っていることは、次の文章からも明らかである。

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

このように戦後最初の国際文書における「リハビリテーション」が、すでに医学・教育・職業・社会の4側面からなる総合的なものと規定されていることは重要である。

2. WHO 医学的リハビリテーション専門委員会第2次報告(1969)

その約10年後の、同委員会第2次報告(WHO Technical Report Series NO.419, WHO Expert Committee on Medical Rehabilitation:

Second Report, WHO, 1969) のリハビリテーションの定義は次の通りである。

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

ここで重要なのは、初めてリハビリテーションの「目的」が明確にされたことで、それは「可能な最高水準 (highest possible level) の機能的な能力」である。ここで「機能的」とは、英語での慣用で「实际的・実用的」という意味であり、ICF (国際生活機能分類) で言えば「活動」を中心とした能力をいう。また後にも触れるが、ここで「可能な最高水準」の能力が目指されていたことは記憶されてよい。

なおこの文章のはじめに「障害についていう場合には」という限定があるのは、「リハビリテーション」(rehabilitation) の語は先にも述べたように「権利・名誉・尊厳の回復」という意味の一般用語であり、「無実の罪の取り消し」「復権」「名誉回復」、さらには(災害からの)「復興」などの意味でもひろく使われているものなので、障害者支援に関するものであることに話題を限定するためのものである。

3. WHO 障害予防とリハビリテーション専門委員会報告 (1981)

その更に約 10 年後の 1981 年(国際障害者年)には「障害予防とリハビリテーション」に関する報告書が出された(WHO Technical

Report Series NO.668, Disability Prevention and Rehabilitation: Report of the WHO Expert Committee on Disability Prevention and Rehabilitation, WHO, 1981)。注目すべきことは、ここではすでに「医学的」リハビリテーションに限定せず、「リハビリテーション」全体、すなわち「総合リハビリテーション」が真正面から取り上げられていることである。

さらに特徴的なことは、この報告書では、1960 年代終わりから 70 年代にかけての「異議申立ての時代」、すなわち既成の観念に関する厳しい批判やパラダイム転換の時代を反映して、かなり新しい考え方が打ち出されていることである。その定義は次のようである。

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

この定義の新しい点はほぼ次の 4 つにまとめることができる。

- ① リハビリテーションの「手段」は従来の 4 領域(医学、教育、職業、社会)に限らない「あらゆる措置」
- ② リハビリテーションの「目的」は「能力障害や社会的不利を起す諸条件の悪影響を

減少させ、障害者の社会統合を実現すること」
③ リハビリテーションが働きかける対象は障害者だけでなく、その直接の環境と社会全体への働きかけも重要

④ リハビリテーションの計画と実施への障害者自身・家族・コミュニティの関与（リハビリテーションは専門家だけが行うものではなく、障害当事者を含む広い範囲の人々の行うもの）

なお、上記②で触れた「能力障害 (disability)」「社会的不利(handicap)」の用語は、前年(1980)に同じWHOから出された国際障害分類(ICIDH)の概念であり、これらを引き起こす「諸条件」という表現には、能力障害や社会的不利は心身の機能障害(impairment)からだけ起こるものではなく、環境を含む多くの因子が関与して起こるもの、という新しい考え方を見てとることができる。また上記④は、今に続く「本人中心」という考えかたを打ち出した点で画期的である。

4. 国連 障害者に関する世界行動計画(1982)

1981年は国連の国際障害者年であったが、それに続く「国連障害者の10年」(1983-1992)に向けての行動計画が1982年に定められた(World Programme of Action Concerning Disabled Persons <United Nations General Assembly Resolution 37/52, adopted December 3, 1982>)。これは前年の報告書に見られたパラダイム・シフトを更に推しすすめたものともいえ、次のように述べている。

「リハビリテーションとは、機能障害をもった人が最適な(optimum)精神的、身体的、社会的な機能水準に到達することを可能にし、

それによってその人に自分自身の人生を変革する手段を提供することを目指す、目標指向的で時間を限定したプロセスである。」

この定義の新しい点は次の4点である。

①リハビリテーションの最終目的は「障害者が自分自身の人生を変革すること」(障害者の主体性尊重)

②中間目的は「最適な精神的・身体的・社会的機能水準」(「最適」の意味については下記参照。「社会的機能」が含まれることも重要)

③目標指向のプロセス

④時間を限定したプロセス

ここで①には「本人中心」の考え方が更に徹底されているが、②で「可能な最高水準」(1969)でなく、「最適な機能水準」とされているのも、「本人中心」に立った新しい考え方である。「最高」(highest)でなく「最適」(optimum)とは、従来リハビリテーションの「目的」は「その人にとって可能なかぎりの最高の水準」を目指すことと考えられがちだったのに対し、自己決定権の思想に立って、「ある人がどのレベルまで自分の能力を高めるかはその人が選ぶもの(その人にとって最適であるもの)」ということである。

この②の中間目的によって達成しようとするのが①の最終目的であり、それは「自分自身の人生の変革を可能にすること」である。この場合、人生をどういうものに変革するかという内容・方向は、当然本人自身が決定することである。

③の「目標指向性」も重要である。「目標」(goal)とは「目的」(objective)が方向性を示すのに対して、「ある時点までに達成されるべき具体的な状態」を示すものである。リハビリ

リテーションに限らず障害者に対するあらゆる支援（サービス）は、漫然と行われるべきものではなく、明確な具体的な目標を当事者と支援者が共有して進められるべきものであり、それが明確に打ち出されたのは重要である。

④の「時間を限定した」については当時も種々議論があり、次節に述べる障害者権利条約では除かれている（詳しくは注1参照）。

なお、本行動計画と時間的に前後する国連の障害者支援に関する文献としては、次の三つに触れないで済ますことはできない。

1) 障害者の権利宣言 (Declaration on the Rights of Disabled Persons <United Nations General Assembly Resolution 3447, adopted December 9, 1975>).

2) 国際障害者年世界行動計画 (Plans for Action for the International Year of Disabled Persons <United Nations General Assembly Resolution 34/158, adopted January 30, 1980>、1981年の国際障害者年を前に採択された国連決議)。

3) 障害者の機会均等化に関する標準規則 (The Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities <adopted by the United Nations General Assembly Resolution at its 48th Session on 20 December 1993 <Resolution 48/96>).

しかし、内容的には、上記 1), 2) はいずれも短く、障害者支援についてはごく原則的な点を述べているにすぎず、その内容は 1982年の「世界行動計画」を超えるものではない。一方、3) はかなり長文で詳細かつ具体的な規

則集であり、また「世界行動計画」からほぼ10年を経ている点でなんらかの思想的発展があるかと期待される面もあるが、実際には基本的な理念については、この「世界行動計画」とほぼ同じである。すなわち3)の規定は「リハビリテーションとは、障害者が最適な (optimal) 身体的、感覚的、知的、精神的、社会的な機能水準に到達し維持することを可能にし、それによってその人の人生をより高い自立水準に向けて変革する手段を提供することを目指すプロセスである。」であり、「世界行動計画」とほとんど同じである。

5. 国連 障害者権利条約 (2008)

以上のような様々な論議を踏まえた、最新の結論ともいえるべきものが、2006年に国連で議決され、2008年に発効した障害者権利条約である (United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities, adopted by United Nations General Assembly, August, 2006)。その「第26条：リハビリテーションとリハビリテーション」は次のように規定している（「リハビリテーション」については注2参照）。

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

特に、保健・雇用・教育および社会的サービスの分野での包括的なリハビリテーショ

ン・サービスを強化し、それらは、①できる限り早期に開始し、②障害者の属する地域社会のできる限り近くで利用可能であるべきである。」

ここで総合リハビリテーションの「目的」はいわば「三段構え」で定義されている。すなわち、1) 上位（最終）目的は「生活のあらゆる側面への完全な包容（インクルージョン）と参加」であり、2) それを達成するための中間目的が『「最大限」の自立』、そして、3) さらにそれを実現するための下位目的が「十分な身体的、精神的、社会的および職業的な能力」である。

ここで問題となるのは、2) で「最適」でなく「最大限」が用いられていることであり、1982年の国連障害者に関する世界行動計画が「最適」としたこと以前への「後退」ではないか、ということである。詳しくは他で論じた（注1）が、結論をいえば、国連障害者権利条約の大原則が自己決定権である（前文(n)、第3条(a)、第19条、等）ことを前提とする限り、「最大限の自立」の内容には当事者の価値観やライフスタイルの選択が当然含まれるのであり、後退ではなく、むしろ前進だと考えるべきものである。

その他、リハビリテーションの手段として、専門家のサービスだけでなく、障害者相互の支援（ピアサポート）を含むものとされたことも重要である。

なお、世界行動計画（1982）の定義に含まれていた「時間を限定したプロセス」が今回含まれていないことについては、障害と疾患（特に慢性疾患）が「共存」する場合は最近増えており（特に高齢社会で、いわゆる「中途

障害」として起こってくるもの、たとえば関節リウマチ、糖尿病の各種合併症、パーキンソン病その他の神経疾患など）、そのような場合には継続的なリハビリテーションが必要となり、「時間を限定」することが困難になる等の事情が関係していると考えられる（詳しくは注1参照）。

注1：上田 敏、「リハビリテーション」、松井 亮輔・川島 聡編集「概説 障害者権利条約」第7章、法律文化社、2010。

注2：「ハビリテーション」とは、先天性障害などについて、「復帰」という意味の接頭語「リ」を除くべきという考え方で使われることがある用語。しかし、①「リ」は必ずしも「復帰」ではなく、「本来望ましい状態にする」という意味もある、②「リハビリテーション」と「ハビリテーション」とは、考え方も技術面でも差異点よりも共通点のほうが強く、強いてこれらを区別する必要はないとの意見もある（詳しくは注1参照）。

D. 考察

以上の結果を総括すると、障害者支援の在り方に関する国際的認識・理念の歴史的変遷を踏まえた現在の到達点は次のようにまとめることができよう。

1) 基本原則：障害当事者中心で、その自己決定権を最大限に尊重しつつ進める。

2) 目的：「社会的（再）統合のための実用的能力の向上」で始まったものが、①最終目的は「完全なインクルージョンと参加」、②そのために自己決定を前提にした最大限の自立が重要で、③更にそのために身体、精神、職業

的、社会的な能力が必要だと重層的にとらえるべきものとなった。

3) 望ましい自立の水準：「可能な最大限」から「最適」となったが、最終的に自己決定を前提とした(本人が選ぶ)「最大限」となった。

4) 手段：はじめ保健・医療、雇用・職業、教育、および社会(福祉)的サービスの4分野の総合的サービスで出発し、現在も依然としてそれらは重要だが、それに限らず、あらゆる必要な技術を含む包括的なものであるべきで、更に障害者自身が支援しあう「ピア・サポート」をも含むものとされた。

5) 支援の対象：本人だけを対象とするものから、身近な、また社会的な環境への働きかけをも含むものへと対象が広まった。

6) 支援の主体：専門家だけでなく、本人、家族、地域社会が手を携えて行うものと考えられるようになった。

E. 結論

今後のわが国における障害者支援は、本報告書で検討したような歴史的経緯や国際的到達点を十分理解し、当事者中心の原則に立って、現実の障害者のニーズ(必要)の多面的で正確な把握に基づいて、総合的に進められる必要があると考えられる。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 学会発表

- ・上田敏：総合リハビリテーションの新生をめざして. 第33回総合リハビリテーション研究大会 2010年9月3日 東京

生活機能低下の実態についての一般啓発のあり方の検討

－ リーフレット「ICF（国際生活機能分類）に立った障害児・者実態調査
でみえてきたこと」の作製を通して －

研究代表者 大川 弥生 （独）国立長寿医療研究センター 部長
研究分担者 上田 敏 （財）日本障害者リハビリテーション協会 顧問
楠 正 日本薬剤疫学会 事務局長
吉川 一義 金沢大学人間社会研究域学校教育系 教授
本村 陽一 （独）産業技術総合研究所 主任研究員
磯部 健一 名古屋大学大学院医学研究科 教授
有馬 正高 東京都立東部療育センター 院長
丹羽 真一 福島県立医科大学医学部神経精神医学講座 教授

研究要旨 障害者への支援が適切に行われるためには、広く生活機能低下者に関与する各種専門家、そして一般市民が障害のある人の生活機能の実態と物的・人的・社会的環境などの諸因子について正しく理解していることが必要であり、これらの人々に対する啓発が重要となる。その啓発内容と方法を明らかにすることを目的として「ICFに基づく障害児・者の生活機能の実態調査」で明らかになった内容を啓発するリーフレットを作製し、それに対する意見を聴取した。その結果、具体的支援内容をその根拠となるデータとともに示すこと、その際機能障害種別による差もふまえることや、ICFモデルに沿った説明の活用が効果的であること等が明らかとなった。

A. 研究目的

障害者への支援が適切に行われるためには、広く生活機能低下者に関与する各種専門家、そして一般市民が障害のある人の生活機能の実態と物的・人的・社会的環境などの諸因子について正しく理解していることが必要と考えられる。そのためには、これらの人々に対する啓発が必要となる。そのための適切な啓発の内容とその方法を明らかにすることを目的

として、現在進行中の生活機能実態調査で得られた様々な新たな知見を、具体的支援内容と関連づけて、啓発を目的としたリーフレットを作製し、それを通して検討を深めることとした。

B. 研究方法

1. リーフレット作製

本研究で実施している生活機能実態調査

（「ICF（国際生活機能分類）に基づく障害児・者の生活機能の実態調査」）で明らかになった結果のうち、特に新しく一般の人々に広く知らせるべき内容についてリーフレットを作成した。

掲載する内容の選択基準は以下のごとくとし、その基準にもとづいてリーフレットを作成した。

1) 調査結果のうち、従来指摘されていなかったが、今回明らかになった内容で、支援における基本的な考え方として重要なもの。

2) 生活機能実態調査での団体調査及び個人調査において、一般市民や専門職の誤解があるために問題が生じていることが明らかになった内容。

3) 多数例について該当する内容。但しその内容が該当しない場合（機能障害種別等による差など）はその旨を明記する。

2. リーフレットを用いての啓発の実施

平成 22 年度内閣府障害者週間連続セミナーにて発表し、配布した。また実態調査協力障害者団体、協力施設等を通して、また「ICFに基づく障害児・者の生活機能の実態調査委員会」の各委員を通じて委員所属及び関連の大学、研究機関、医療・福祉・介護施設、行政・教育機関職員、一般市民に配布した。

3. リーフレットについての意見聴取

「ICFに基づく障害児・者の生活機能の実態調査委員会」での議論及び上記リーフレット配布者から、リーフレット内容・形式、活用法の一層の改善について意見を聴取し、その内容から一般啓発のあり方について検討した。

C. 結果

I. リーフレット作製：原則と内容

リーフレットの内容は以下の通りとした。

1. 記載内容の原則

次の3原則に立って記載した。

1) 一般市民が理解できる内容とする

2) 1 ページに1 項目を記載する

各項目毎に実態調査のデータを示す。またその内容を支援に際してどう生かすかを述べる。

3) ICFモデルに沿って表示する

各項目の内容を、ICF（国際生活機能分類）モデルとしてどうとらえるかを図示する。なお、その前提としてリーフレットにはICFについて説明するページを設けた。

2. 選択した項目及びポイントは以下の通りであった。

1) 外出を増やすには何が必要か？：

ハード面だけでなくソフト面の充実を

「どこが変わればもっと外出できるようになるとお考えですか」の質問について、最も多いのは「外出の目的が増えること」であり、次に「外出のための介助者が得られること」、その次が「疲れやすさの改善」であった。

これらは、もっと外出できるためには、従来関心が高かった建物や交通機関などのハード面だけでなく、ソフト面への対応がより必要なことを示していると考えられる。

ソフト面への具体的対応として、「目的が増えること」には、「参加」についての多様な選択肢と、その「参加」を可能にする「活動」向上技術の提供が望まれているといえよう。

また「疲れやすさ」は、これまで重視されていなかったが、機能障害として配慮すべき

ことである。

2) 「参加」を支援しよう：

仕事や育児の前提がセルフケアではない身の回り行為（セルフケア）に介護を受けていても、仕事や他者への援助などの「参加」レベルでは高い状態になりうる。

身の回り行為を一人でしていることが、仕事や他者への支援、コミュニティライフなどの前提だと思えば、「参加」の可能性を狭めることになる。そうではなく、身の回り行為に介護を受けていても「参加」を拡大する支援プログラムやシステムが必要である。

3) コミュニティライフや余暇の充実を：

様々なかたちの「参加」を

「参加」として大事なことでありながら、従来実態把握が十分でなかった「コミュニティライフ・余暇」について多くの項目（18種類）をみた結果、項目や機能障害種別による違いはあるが、概して「回数」、「満足度・希望」とも低い結果になっている。

「満足度・希望」では「したいががまんしている」や「できないとあきらめている」がかなりあることも注目される。

4) 「活動」をどうとらえるか：

「どこでも」と「限られた場所で」の区別が重要

従来は、「活動」について「一人でしている」（医療・介護等の用語では「自立」）か、介護が必要か（そしてその程度）を分けていたが、今回「一人でしている状態」を次の2つに区別する必要が明らかとなった。

- ①ある特定の限られた場所（例えば自宅内、施設内）だけで一人でしている状態 [「限定的自立」：ICF評価点1]
- ②外出先・旅行先などでも1人でしている状

態 [「普遍的自立」：評価点0]

「限定的自立」にとどまっているため、「参加」の拡大にマイナスに働いていることが少なくない。このことは限られた場所で一人でしていれば（「限定的自立」）十分とするのではなく、「普遍的自立」にまで向上できるように専門家と当事者が協力して工夫することが必要なことを示している。

5) 機能障害からみた新たな支援の課題(1)：

複数の機能障害への「足し算」でなく「掛け算」の対応を

現在の制度上で用いられている機能障害名が、その人の障害（生活機能低下）の状態を代表するかのように思われていることがよくある。また、複数の機能障害がある場合、「重複障害」と呼ばれてきた。

しかし今回、一人の人が様々な機能障害をもつ場合が多いことが明らかとなった。また複数の機能障害の中には、現在まだ法的に障害として認められていないものも一定数含まれている。

それぞれの機能障害が別々にいわば「足し算」として表れている状態ではなく、むしろ別の新しい「かけ算」の状態として認識する必要がある。

そして支援も「足し算」で行えばよいのではなく、新しいあり方を考えていく必要があり、障害児・者への支援の新しいおおきな課題といえよう。

6) 機能障害からみた新たな支援の課題(2)：

「疲れやすさ」や「変動」にも配慮しよう

これまで注目されてこなかった「疲れやすさ」や、機能障害に「変化・変動」があることに配慮した支援であり、障害児・者への支援の新しい課題といえる。

7) 障害者・家族の高齢化は大きな課題

高齢化が大きな社会問題となっているが、障害の分野でも本人と家族の両方について高齢化は重要である。

しかし特に高齢者では、「不自由さの進行」の原因として高齢化の直接的影響だけでなく、「生活不活発病」をも考える必要がある。生活不活発病は予防し改善できるものであるから、正しい知識を持つことが必要である。

また家族は重要な環境因子で、生活機能の3つのレベル全体に大きく影響する。

8) 望ましい支援の内容を深めましょう：

「手助け」と「促し・誘い」との区別の必要

今回の調査では人的支援・物的支援を活用して様々な「参加」や「活動」を実現している人が多いことが注目された。

支援には人的支援・物的支援・制度・サービス支援がある。人的支援として重要な「介護」について、これまで「手助け」と「促し・誘い」はまとめて論じられがちであったが、今回この2つをはっきりと区別しなければならないことが分かった。

9) 生活機能の観点からの災害時対策を：

災害からみえてくる平常時の課題

これらから、今後災害時の対応として以下にあげた配慮が必要と考えられる。

- ①医療面と生活機能の両面への対応が必要：障害児・者には難病、精神障害、心臓・腎臓・呼吸器機能障害等、疾患管理を必要とする人も多い。
- ②現在は「要援護者対策」として避難行動が難しい人を中心とした対応であるが、障害児・者全体、更には生活機能低下者全般への拡大が必要である。
- ③災害を契機として生じる生活機能低下を

予防する観点が必要である。

また以上全体を通じて、「平常時の障害児・者についての理解・対応の問題点が災害時に明らかになる」という認識が重要である。

II. リーフレットについての意見聴取

意見聴取はなお進行中のため、ここでは要点のみを示し、詳しい報告は他日にゆずる。

1. 内容について

- ・従来ほとんど知られていないことが多く盛り込まれており、専門家にとっても一般国民にとっても重要な啓発すべき内容である（多様な立場の多くの人の意見であった）。
- 例えば、「外出の目的が増える」ことの重要性、「セルフケアに介護を受けていても仕事や他者への援助の参加レベルでは高い状態になりうる」こと、複数の機能障害をもつ人が多いこと、「疲れやすさ」への支援が新しい課題であること、「手助け」と「促し・誘い」との区別の重要性、等々である。
- ・生活機能の3つのレベルのうちコミュニティライフや余暇などの「参加」に、障害者についても各項目に関心をもってもらうことに効果的な内容である。回数・満足度ともに低い結果であることは、実感として思うが、それを広く認識してもらう必要性は大きい。今後一般人（生活機能非低下者）との比較なども行って一層深めて欲しい。
- ・障害者団体で各機能障害種別毎に（別々に）議論していた内容が、議論に直接参加していない多くの人々も含めて、他の機能障害の状態とも比較できることはよい。
- ・自分は障害のある人への支援内容の研究者であるが、障害に関する基本ともいふべき

ことについて知らずに対応していることが痛感された。

例：工学分野で介護の内容として見守りの重要さは知らず、直接的介護しか知らなかった。

- ・ 障害者支援の専門家においても、知らないというより違って思い込んでいたために支援が不十分だったり、不適切に終わっていたことが反省されることが少なからずある。他の調査内容も含め、専門家にもより広く啓発して欲しい。
- ・ 「活動」を明確に位置づける必要性がはっきりした。
- ・ 障害者への支援としてよいことだと常識的に思っていたことが、むしろマイナスにある場合があるということを反省した。（一般市民、専門家とも）

例：「促し・誘い」が必要なのに「手助け」をしてしまっていた、等

2. 方法について

- ・ 各項目の内容をICFモデル図上に整理して示したことは効果的である。ICFモデルとして整理することで、調査に基づく一つひとつの内容を障害者としての捉え方の中で整理できる。

例えばその項目の内容だけでなく、モデル図の矢印をたどっていくことで他のレベルや他の項目にも影響することがわかる。

またこれを行うことを通して、ICF自体の理解にも役立つ

- ・ 裏表紙の「ICFに基づいて整理された概念図」は臨床上也留意すべきことを理解し活用する上で役立つ
- ・ 細かな数字が多いよりも、今回のように何割ぐらいの表示の方が拒否感を持たれない。

しかし専門家向けにももっと細かな数字を示すものもあるとよいかもしれない。

- ・ このような同一のリーフレットを用いることで当事者も専門家も同じ内容を知ることがよい。リーフレットの内容を専門家にみせたら、知らないことが多かったとびっくりしていた。

3. その他

- ・ ICFは、障害者自身が気づいていなかったが今回明らかになったような内容を、障害者自身がよりよく理解するためにもよいツールと思う。
- ・ 専門職の学生教育にも効果的な内容であり、活用されるとよい。
- ・ 障害児・者に関わる専門職にも知った上で対応して欲しい内容が多くあり、広く啓発して欲しい。

D. 考察

以上の結果をふまえて、障害者への適切な支援のために必要な一般啓発には以下のような条件が要請されると考えられる。

1) 生活機能低下者（障害児・者、高齢要介護者、慢性疾患患者、等）の生活機能の実態について、生活機能低下者自身も、専門家も、また一般国民も不正確な、あるいは誤った「思い込み」をしている場合が少なくないため、具体的な統計調査結果にもとづき、そのような誤解を正すことが、適切な支援の実現のための出発点として重要である。

2) 生活機能低下（障害）は、各種々の条件が影響し、生活機能の内部でも異なったレベル間の相互作用があるなど、複雑な内容をもっており、このような内容を明快に整理して示す必要がある。

このことができる点でICFモデルを活用することが非常に有効である。今後更にその活用法を深めることが望まれる。

3) 今回の調査で異なった機能障害種別の間での生活機能低下の共通点と差異とを明らかにして示したことは歓迎された。今後更に年齢(加齢)の影響、健康状態(病気)の影響等を含め、これらの点の分析を深める必要がある。また同年齢の一般人(生活機能非低下者)との比較も必要と考えられる。

E. 結論

障害者への支援者として、今後重視すべきと考えられる広い範囲の専門職及び一般国民向けに生活機能実態調査で明らかになった内容を啓発するリーフレットを作製し、配布し、それに対する専門家・当事者・一般市民の意見を聴取した。その結果本調査には従来知られていない内容も多く、その啓発によって当事者の生活機能向上に益することも多く期待されるため、一般人だけでなく、専門家・学生等に広く啓発することが望まれた。また啓発においてICFの活用が理解促進に効果的なことも明らかとなった。来年度は更に必要

な啓発内容及び一層適する啓発方法について検討をすすめる予定である。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 普及・啓発等

- ・大川弥生：ICF(国際生活機能分類)に立った障害児・者実態調査で見えてきたこと；「ICFに基づく障害児・者の生活機能の実態調査」の結果から、内閣府障害者週間連続セミナー 2010年12月7日、東京
- ・大川弥生：NHKラジオ第一、平成22年12月7日 私も一言！夕方ニュース 外出しない障害者～心のバリアフリーをどう進めるか？～
- ・大川弥生：NHK総合テレビ、平成22年12月7日 NHKニュース(夕方) 大規模障害者調査
- ・大川弥生：NHKラジオ第一、平成22年12月8日 ラジオ深夜便：ニュース 大規模障害者調査