

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）
『最新・介護福祉士養成テキストブック14 障害の理解 第2版』中央法規出版 2022年

◆参考テキスト

講義概要・一般目標

病気や怪我の後遺症、治療を継続している慢性的な病気や進行性の病気、加齢によって、心身に生理学的な機能不全や機能低下が生じます。この機能不全や機能低下が、生活環境や社会環境と相互作用することによって、障害の状態が作り出されます。障害の状態は、医療（心身の生理学的な機能）と福祉（日常生活と社会生活）の2つの領域にわたります。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を回復することも目標になります。この講義では、各障害の生理学的な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。DP（4）

到達目標

- 1) 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、改訂前の国際障害分類（ICIDH）と対比させて説明できる。
- 2) 障害者福祉の基本理念について、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、全人間的復権）、ノーマライゼーションとソーシャルインクルージョン、バリアフリーと合理的配慮、アドボカシーを説明できる。
- 3) 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。障害者の自立と自己決定について、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、エンパワメントとストレングス、ピアサポートと自助グループを説明できる。
- 4) 障害者福祉の国際動向について、障害者の権利宣言、国際障害者年、障害者権利条約を説明できる。
- 5) 我が国の戦後の障害者福祉の法律・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。
- 6) 障害者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。障害の自己受容と社会受容を説明できる。
- 7) 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・重症心身障害・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を説明できる。
- 8) リハビリテーションの専門職種（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。
- 9) 障害者を取り巻く障壁（バリア）について、物理的バリア、制度的バリア、情報のバリア、意識のバリアを説明できる。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、医療的ケア、権利擁護を説明できる。
- 10) 生活場面と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。障害者の家族の介護力と介護負担、家族特有の心理を説明できる。

評価方法

科目単位認定試験により評価。

学習指導

第1章 障害の概念と障害者福祉の基本理念

この章のポイント

到達目標1) 障害の概念

障害の医学モデルは、障害を個体の問題として捉えて、疾病や外傷が障害を生み出していると考えます。障害の社会モデルは、障害を社会の問題であると捉えて、障害を統合できない社会環境が、障害を作り出していると考えます。国際生活機能分類（ICF）は、障害の医学モデルと社会モデルの2つを統合して、個体と環境の相互作用として障害を捉えます。

到達目標2) 障害者福祉の基本理念

人権とは人が生まれながらに有している、人らしく生きる権利のことです（自然権）。ノーマライゼーション、リハビリテーション、インクルージョンといった障害者福祉の理念は、自然権の人権思想と、資本主義における市場経済の競争原理の中で、国家が生存権の保障（社会権）を行う責務があることに基づいて理解します。

到達目標3) エンパワメントと自己決定

障害者の自立の目標は、ADL（日常生活動作）の自立、職業の自立、自己決定の自立があります。利用者の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、利用者を依存的でパワレスな状態にします。利用者の潜在的な能力と可能性を引き出すために、利用者の出来るところや強み（ストレングス）を使って、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。

到達目標4～5) 障害者福祉の国際動向、障害者福祉の制度

我が国の障害者福祉の法律は、戦後の日本国憲法の下に整備されて、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しました。福祉関係八法の改正は、福祉各法へ在宅福祉を位置づけました。社会福祉基礎構造改革は、措置型福祉から契約型福祉に移行しました。障害者自立支援法は、身体・知的・精神の3障害へのサービス給付を一元化して、サービスの実施主体も市町村に一元化しました。障害者権利条約は、障害を理由とした差別の禁止と合理的配慮を規定しています。障害者総合支援法は、障害者の地域における共生生活の実現を目指しています。

第2～3章 障害別の基礎的理解と特性に応じた支援Ⅰ～Ⅱ

この章のポイント

到達目標6) 障害受容

障害受容とは、自分が人にどう思われ（社会受容）、自分自身をどう思うか（自己受容）という主観的な意識です。障害受容は段階的に進みます（ステージ理論）。障害受容は、諦めでも居直りでもなく、価値観の転換であり、積極的な生活態度に転じることです。

到達目標7) 障害別の機能特性と支援

障害者福祉の法律は3障害（身体障害、精神障害、知的障害）に分かれます。それに対して、障害の医学では2つ（身体障害と精神障害）に分かれて、知的障害は精神障害の中に含まれます。

生体の機能には、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は内部障害（呼吸・循環・消化・代謝・排泄・免疫）、生活環境に適応することの障害は、感覚障害（視覚・聴覚）、運動障害、精神障害です。生活環境に適応することは、身体（感覚）→精神→身体（運動）の情報伝達になります。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）。それぞれの生体の機能が、生活環境の中で果たしている働きや役割に応じて、各障害の機能特性と生活ニーズは異なります。

第4～5章 連携と協働、家族への支援

この章のポイント

到達目標8) リハビリテーション

医学的な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。理学療法は身体の基礎的な運動機能を、物理的な手段によって回復します。作業療法は日常生活の中での応用的な動作や社会適応力を回復します。言語聴覚療法は言語中枢—発声発語運動—聴覚の3つが含まれて、大脳の失語症だけでなく、併存する高次脳機能障害も担当します。また発声発語運動は摂食のための器官（声帯、口腔、舌、歯）を転用しているので、嚥下訓練も担当します。

到達目標 9) バリアフリーと社会資源、地域生活

障害者を取り巻く障壁（バリア）は4つあります（物理的、制度的、文化・情報、社会の意識）。社会資源は社会的なニーズを充足するために用いられる有形無形の資源のことで、施設、制度、機関、人材、資金、技術、情報、知識など、種類を問わずあらゆるものが含まれます。社会資源には、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。これらの社会資源と利用者を結びつけることが、ケアマネジメントです。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。ソーシャルサポートはストレスを緩和して、家族以外の人間関係はQOLを高めます。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。

到達目標 10) 障害者の家族支援

障害者のニーズは、生活場面やライフステージ（幼児期・児童期・思春期・青年期・成人期・老年期）に応じて変化します。障害者の家族支援は、介護力としての家族を支援することと、家族自身の自己実現を支援するという2つの側面があります。障害者の家族には、障害を自分のことのように思う同一化や、介護を休むことへの罪悪感という家族特有の心理があります。障害者の家族は、量的にも質的にも介護負担が大きく、在宅介護者のうつ発症が高率になります。