

障害者の地域生活支援実践における課題

— 制度を超えたアプローチの視点から —

Task on Supportive Community Life for Persons with Disabilities — Focusing on Approach that Exceeds Systems —

田村 光子

要旨： 障害者の地域生活移行には、制度の枠組みでは語れない部分での実際的な支援実践の展開が重要な役割を果たしている。特に障害のある人の居住支援に注目し、その実践展開から、制度の枠組みを超えた視座の必要性を示す。縦割り化した制度の中でニーズも縦割り化してしまうこと、居住のニーズは包括的で、そうした包括的ニーズをもてるようなアプローチが重要であることを提示した。

Key Word : 障害者地域支援、制度を超える、縦割り化されたニーズ

1. はじめに

障害のある方の地域生活において在宅支援サービスが定着しつつある。一方、利用者、事業者の双方からはサービス供給不足の声を聞く。ヘルパー数、在宅支援サービスを提供する事業所数の不足に加え、暮らしの場を支えるケアホームやグループホームなどの居住の場の不足の問題がある。

障害者自立支援法の導入は、これまで昼夜サービスをパッケージ化してとらえていた視点から、「日中活動」と「住まいの場」を分離してサービスを提供する視点を導入した。しかしながら、障害者の居住の場は、制度による支援を背景としたとき、「施設」「ケアホーム・グループホーム」、または支援を受けずに「在宅」という選択肢がみえてくるが、それは数の問題だけではなく、その選択肢の少なさも課題ではないかと考えている。

障害のある人の居住に対しては、まず障害のある方一人ひとり、障害の種別や程度に応じた支援ニーズのちがいに対応することが不可欠である。しかし、障害のある人の居住への支援にはその前提として、安心して、快適に暮らせることを目指すのがあたりまえである。そこには、上記のような対応と同様に、個人の意思や趣向性、家族との関係、地域（コミュニティ）との関係など、多くの配慮や支援が必要であり、こうした部分はサービス提供者の努力目標であり、それらが現行制度の中で配慮されているとはいいがたい。

早川和男ら（1997）は「居住福祉」を提唱し、こうした福祉分野における居住の視点の重要性を指摘してきたが、この視点はいま少子高齢化、貧困、格差問題などを背景に、社会保障分野において重要な議論をなげかけている。山本美香（2008）は地域福祉の視点から、「居住」の概念を、「個人的な住まいではなく、まちを形成する一要素としての『公共財』の概念、まわりの環境を含む地域（コミュニティ）を包摂するほか、住み続けることによって成り立つ関係性の継続（人とネットワーク）、そのことによる自分自身のアイデン

ティティの保持などを含む」とし、居住には空間的広がり、時間的継続、他者とのネットワークという幅広い要素が含まれていることを指摘している。

これからの障害のある人の居住の支援を考えると、こうした要素をもった居住とそのため
の支援、さらにそれを補完する政策が展開されていくことが必要である。そこで、本
研究では、障害のある人の居住に注目し、実践的な地域生活移行の支援事例におけるア
クションリサーチから、障害者の地域生活移行には、制度の枠組みでは語れない部分での実
際の支援実践の展開が重要な役割を果たしていることを示したい。

2. 障害者地域生活移行支援の経過

これまでの障害者地域生活移行に関する実践と政策転換がどのような経過であったのか
を簡単に概観したい。

わが国の障害者福祉施策において、戦後一貫してすすめられてきた、「施設」整備から、「
地域」に視点が向けられたのは80年代以降、ノーマライゼーション思想が広まったこと
からである。しかしながら、高度経済成長を背景として障害者コロニー等、施設整備に重
点がおかれてきた背景もあり、施設福祉と地域福祉の二本立ての制度整備が展開されるこ
とになった。

90年代、米国のレスパイトサービスの視点を取り入れた一時預かりやそれに伴う送迎サ
ービス等を民間事業者が展開され、それに伴い一時介護助成制度⁽¹⁾等、県や市町村単位
での利用料金助成制度も展開した。学齢期障害児の放課後支援にも、一般の学童保育にて
障害のある子どもの受け入れに支援者を加配することを支援したり、障害児のみの学童保
育事業等を実施したりと積極的に各県ごとに条例制定などのかたちで展開していった。こ
れらの取組へのニーズは高かった一方で、これらの展開は各地域行政の努力によるもので
まったくこうした支援が実施されない地域との地域格差、さらに条例制定によるものなど、
継続的な支援体制には不安ものこる状態があったことも事実であった。

00年代に入り、社会基礎構造改革のもと障害者福祉施策は「措置から契約へ」という流
れの中で03年、支援費制度が導入され、多くの民間事業者がこうした制度に対応するヘル
パー派遣事業やデイサービス事業展開に移行していくことになった。レスパイトサービス
は介護者の休息を目的に始まったが、一方で障害者の地域での暮らしの充実にもつなが
った。集団的援助体制から一対一でのガイドヘルパー派遣まで提供されるサービス内容が広
がっていく一方で、利用者自己負担が大きいことが問題であった。⁽²⁾支援費制度では応
能負担によるヘルパー派遣が利用できることから、サービスニーズの拡大につながった。
05年、障害者自立支援法の導入により、障害種別により分離、重層化したサービス体系を
一元化し、実施主体の市町村への一元化の方向性、「施設」単位から「事業」単位へ、24
時間サービスから「日中活動」と「住まいの場」のサービス分離へ展開がみられた。一方
で、応益負担の導入による自己負担への懸念が指摘され、さらに、サービス一元化の中で、

¹ 一時介護助成制度は、千葉県東葛飾地域で展開した市町村単位の制度。あらかじめ登録された事業所のサービス利用料の一部を市町村が助成するというもの。助成金を受け取るためには個人申請を基本とし、各市によって限度額もさまざまであった。

² 例として、遊園地に出かける支援 8:00 自宅を出発→9:00 到着・入園→15:00 退場・出発→16:00 帰宅という8時間支援の場合、1時間800円の事業体を利用すると、1日で6,400円がかかる。その他交通費や入園料、昼食代などの実費負担を考えたとき、相当な負担になること。

これまで県、市町村で単独でとりくまれていた事業、作業所・ワークホーム事業³⁾、一時介護助成事業、生活ホーム事業⁴⁾等が廃止、一元化の中で他事業への検討に追い込まれている現状がある。

3. 実践展開の経過からの課題検討

居住支援「住まいの場」を実践展開する地域生活支援事業所の取組を2事例とりあげる。特に制度を超えた視点を展開していることに注目したい。

1) 事業体 A による地域生活支援実践の過程とケアホームおよびその周辺にある実践からの検討

2) 事業体 B による重度障害者への病院から地域への地域生活移行実践の課程と課題検討

1) 事業体 A の実践展開の経過

01年、民間事業所として知的障害児、者を対象とし、マンツーマン援助を基本としたガイドヘルプ事業を開始。利用者家族からの事業化への要望や、地域からの要請から、03年、支援費制度導入とともにNPO法人化、支援費制度による居宅介護事業（家事援助、生活援助、外出支援）、行動援護サービスを展開。障害者自立支援法の施行とあわせて、上記の事業に追加したかたちで、地域生活支援事業（日中一時支援事業）、ケアホームを2箇所運営、さらにスタッフ自宅で障害者下宿実践を展開し、現在に至る。

ケアホームの運営について、現在の利用者概況、支援体制は以下の通りである。

<利用者概況>

現在、7名の男性が入居（3名と4名に分かれて入居・区分は以下のようになっている）

第1ホーム … 障害程度区分 区分2（3名）・区分5（1名）

第2ホーム … 障害程度区分 区分3（3名）

<支援者体制>

世話人、生活支援員の二人体制／15：00～19：00（母親役割）と19：00～翌9：00（父親役割）40代から70代までの地域在住者の女性と男性が勤務。

02年から親の会の運営により生活ホームとして展開されてきた場所を、07年から事業体 A への業務委託が行われ、同時に自立支援法のケアホーム事業へと移行した。生活ホームからケアホームへの転換は生活ホーム事業縮小の方向性にある行政からの要請でもあった。3人しか入居できない構造であったため、改築も含めて、運営体制等を事業体 A が引き継ぐことになった。ケアホーム事業はこれまでの生活ホーム事業に比較して事業単価が非常

³⁾ 1970年代に在宅障害者に対応できる社会資源の絶対数や多様性において極点に不足している就労の場を補おうという動きから、障害者団体や親の会等によって任意に創設されたもので、各県、市町村任意の補助事業として展開している。80年代からは精神障害者、90年代からは生活保護施設利用者の就労支援などへ拡大した。

⁴⁾ 生活ホーム事業は、各県単独事業として少人数の住まいの場と世話人による支援提供を可能にしてきた事業。法人化等が要求されない、個人で参入が可能、人員規定や施設基準がグループホームと比較して緩やかであることなどから、障害者の住まいの場として全国で展開されてきた。

に低く、さらに入居者の障害程度区分によって事業単価が左右されるものの、グループホーム整備推進事業における改築費用補助金、生活ホーム事業の事業収益とグループホーム・ケアホーム事業収益の格差を埋めるために補助金、家賃補助として半額分の返還等、さまざまな上乘せのかたちでの補助金が導入されている。A 事業体においてもその適用をうけている。

事業体 A における実践展開において興味深いのが、1 日に母親役割、父親役割という支援者を二人つけているという部分である。一般的に女性の支援者は宿泊が厳しいことから導入した形式であったが、暮らしの世話（洗濯、掃除、食事の世話など）については指導もふくめて、母親的な役割で女性支援者があたること、一方夜間の安全面での世話（危険回避、就寝への体制づくりなど）は男性支援者があたるという、家庭での母親、父親役割と同じようなかたちで、世話人二人体制での支援展開ができたことで、自宅にかえってくるような雰囲気での援助が展開できている。これまでの経過においても、利用者に課題や問題がおこったとき、両者の視点から生活上の課題について意見をだしてもらい事業所としての対応できるという利点がある。

さらに制度の枠を超えたかたちで緊急一時的な暮らしの場を実験的に実施している。スタッフ自宅の一室を開放し、食事や生活のもろもろは家族の一員として過ごすという障害者下宿である。一般的な学生の下宿と同じ形式で、障害のある方への理解と支援を少しだけ加えたかたちで展開できないかという発想で実験的に実施した。実施の動機は、県外に暮らす軽度の知的障害のある方が長時間の通勤で仕事に通っていたが、体力の限界や生活上の課題から実家での生活でなく自立生活を必要としており、グループホームを数件見学しても、本人のニーズにあった、また親御さんの希望に合った支援体制が期待できないと感じていた。千葉県内のある行政区のワーカーから A 事業体を紹介され、来談。相談にのるなかで、簡単な援助で支援ができるということから、ケアホームで暮らさなくてもなにか違う方法で暮らしの場ができるのではないかと理事長ほか、スタッフが考え、工場から近いスタッフ自宅の 1 室を開放し、障害者下宿というかたちで生活することになった。

一人で調理する（火の管理）などは難しいものの、食事の配膳を手伝ったり、会話したりすることはできる。必要な支援としては、時間感覚がスローで少し声掛けが必要。落ち込んだり気分のムラが多少あったりするため、食事のときに会話をして今日一日感じたこと、本人なりの言分などを聞いてあげることなどの援助である。専門的な心理的サポート等は、法人がフォローしながらのスタートであった。1 年間の障害者下宿での生活を経て、職場をやめることや実家での暮らしが可能になったことなどから帰宅することになった。その後も、緊急一時的な 1 ヶ月間の入居などの受け入れ、グループホームや生活ホームへの入居までのつなぎ役としても機能している。

2) 事業体 B の実践展開の経過

現在、障害者自立支援法における「療養介護」⁵⁾ 指定は、全国にある国立病院機構の

⁵⁾ 療養介護指定は、医療を必要とする障害者で常時介護を必要とする障害者に対して、主に昼間に病院や施設で機能訓練、療養上の管理、看護、医学的管理の下の介護、日常生活上の世話等を提供する。具体的には長期入院による医療的ケアを要する者で、ALS 患者、筋ジストロフィー患者などで障害程度区分は 6 が想定されている。

運営する病院と長野にある、一箇所の病院しか指定をうけていない状況がある。「療養介護」指定をうけられる患者が筋ジストロフィー、ALS等の難病指定をうけた疾患により長期療養を余儀なくされている利用者たちである。

事業体Bを立ち上げたI氏は、国立病院機構付属病院勤務にて筋ジス病棟を担当し、非常に能力が高く身体的条件をサポートする体制さえあれば自立は可能ではないかと感じる多くの利用者をケアしてきた。一方、幼い頃から入院を余儀なくされ、何十年間自宅に帰ったことのない利用者も多く存在し、自立して地域生活するというイメージが乏しい現状の中、「ここから出たい」という思いを多くの利用者から伝えられた。長期療養患者について考えるブログを立ち上げ、そのやり取りの中でも患者たちの声を耳にするようになった。また当事者へのヒヤリングやアンケート調査を通して次のような結果を得た。

こうした経験の中で、筋ジストロフィーをもつR氏からの「病院を出たい」という思いを受け、R氏と話し合いを進め、約1年前から自立生活の準備を開始した。R氏は父、母、兄2人の末っ子として昭和45年に生まれ、3歳で筋ジストロフィーの診断をうける。小学校2年生から養護学校に通うが、病院付設の養護学校で、入学の条件として入院を余儀なくされ、そのまま30年病院にて療養生活を送っていた。養護学校でも勉強がよくでき、イラストを描くこと、パソコンも得意。自立生活の準備にあたって一番重要なのが生活費をどのように捻出するのかということであった。

R氏の収支は以下のようなものである。一般的な長期療養者の収支として参考にできればと考えている。

- <収入> 障害基礎年金1級（年間99万100円）
重度心身障害者医療制度による医療費助成
- <支出> 障害者自立支援法の療養介護給付の自己負担（低所得者2のため24600円）
食事療養費（14400円） ・ その他電話代、雑費
有償ボランティア代金、外出費用
（ヘルパー分も払うため月40,000円を超えることもある）

障害基礎年金が唯一の収入源であるが、外出等には有償ボランティアに頼まねばならない実状があり、以下に示した費用を施設入所者と比較して長期療養者は自己負担分も多く自己資金がなかなかできない状況にある。

同時に07年夏頃に相談支援事業に相談。相談支援事業は在宅障害者の自立支援事業のため、病院の中に入り込みにくさもあったようで、相談支援事業者による支援をうけての実現は難しい状態であった。秋になって住居地を千葉市に決定、受け入れ先の事業所を探しはじめた。しかし、自立支援法における重度訪問介護⁶の時間数をたくさん受けてくれ

⁶ 重度訪問介護サービスは、障害者自立支援法・介護給付サービスの一つで、重度の肢体不自由者であって常時介護を要する障害者につき、居宅における入浴、排せつ又は食事の介護や外出時における移動中の介護等を総合的に支援するものである。従来の居宅介護サービスのみでなく、長時間、総合的に支援すること、障害程度区分が3～6であることが条件で、歩行、移乗、排尿等に困難がある重度障害者が対象となる。

病院から地域への地域移行の実際

(「日本保健医療社会学会」報告資料より)

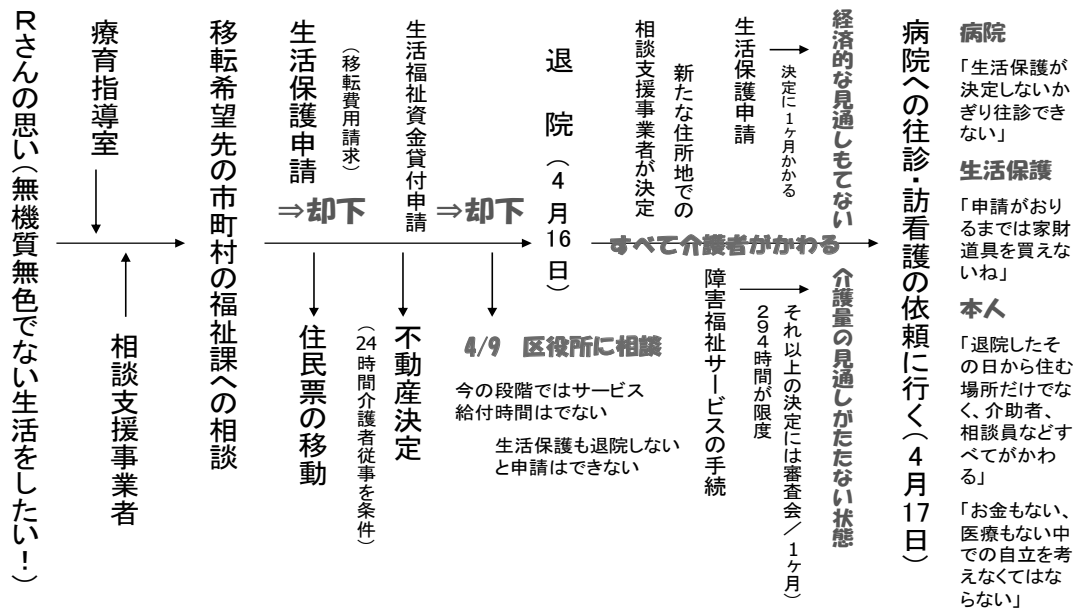


図1 病院から地域への地域移行の実際

る事業所がない⁷⁾ 実情をうけ、それならば I 氏自らで事業所を新たに作るようになった。

実際の地域生活への移行では、「病院から地域へ」という移行にさまざまな壁があることを実感させられことになった。地域生活へ移行するにあたっての経過を図1に示した。

R氏のような重度障害者の病院から地域への移行は、地域でも稀なケースであったことも重なったが、「医療サービスから福祉へのサービスへの転換」ということ点で非常に困難があった。例えば、入居金やさまざまな生活用品の購入にお金がかかるため、生活保護の申請を行ったが却下された。却下の理由は「病院という暮らす場所が確保できているため。」というものであった。さらに、生活福祉資金についても「生保目的の人が対象ではない。」という理由で却下されることになり、結果、移転費用を自分で補えるという人でなければ地域生活への移行は非常に困難なものになるということ、彼らのような医療的ケアが非常に必要であることが誰にも認識される状態でありながら、法律の上では、一度ホームレス状態になる、またはそういった扱いでないと、福祉サービスの支給や決定についての検討ができないという矛盾した状態になる現実があることがわかった。また、障害者自立支援法上のサービスにおいても、「療養介護」から「重度訪問介護」への障害者自立支援法上のサービスを転換しなければならない点についても、Rさんのようなケースは、24時間の重度訪問介護サービスを提供してもらわなくてはならないが、「いまの段階ではどれくらいの時間数が必要なのか想定ができず時間数をだすことがむずかしい」と言われ、

⁷⁾ 重度訪問介護サービスは単価設定が低い。R氏の場合一日に26時間介護となっているが、0時～0時のサービスを行うと、一時間あたりの単価は1200円となる。
また個人の障害特性にあわせて専門的な援助が必要となることもあり、利用登録者の多い居宅介護事業者にとっては、必要度が認識されていても引き受けることが難しいサービスである。

退院当日まで暮らしの最低条件としての生活保護や介護サービスを想定できない状態で病院を出ることになった。重度訪問介護サービス、生活保護の決定は、1か月かかるのではないかという申請時の見通しを上げられた。1ヶ月は見通しがたない状態で生活せざるを得ない状態であったが、支援者やボランティアの協力、I氏の協力によりその生活が援助されることになる。また30年間の生活が一転する中、退院翌日から、はじめて出会う支援者やボランティアの協力はありがたい一方で、一からかかわる援助者ひとりに介護法を24時間おしえつづけなければならない実際的な苦労もあり、Rさんのような状態の人が地域移行の過程で病院から福祉へ、さらに施設から地域へという二重の壁に阻まれることがわかった。

4. 実践事例課題の考察

A事業体とB事業体の実践事例は、利用者の障害の種類や支援内容、ニーズも異なっているものの、地域における生活支援実践の視点からみえる政策的課題に共通点がある。

まず、実践的展開と制度や政策の間に乖離があるということである。A事業体の実践では、ケアホーム実践やさらに制度を超えた障害者下宿の取り組みの実践であるが、両者の実践ともに、「障害」へのケア以上に、「地域の中に生きる人の暮らし＝居住」の視点をもったケアを実践している視点がある。国はグループホーム／ケアホームの基準が満たされないために事業化できない場合を見込み、いくつかのグループホーム／ケアホームが場所が離れていてもある規定範囲（2km範囲）以内であれば1人で4か所まで持てるという制度緩和を図った。実際にこうした体制で、移動をしながら見守り体制で対応しているというグループホームの実践があるようだが、これが看守的な支援とならないことを期待しなければならない。支援者は彼らとともに暮らす立場から、支援を提供できることが重要である。だからといって世話人が障害者支援のプロでなくてはならないのではない。A事業体では地域在住の中高年、40代～60代にかけての世代で支援を展開している。その地域に在住で、障害者支援にかかわったことはないができることを協力したいという思いのあるメンバーに恵まれたということである。自家製の食材や、必要な食材を持参してもらったり、利用者の好みにあわせて食材をもちよったりするなど、生活者の視点にたった支援が展開され、一人ひとりの居住の場として安心して帰って来られる場所であることを大切にしている。

B事業体の実践において、R氏のこんな談話がある。病院をでて地域生活をして実感してこととして「ぐっすり眠るといえるのはこういうことなんだ。」という思いがあったとのことである。これまで病院はでカーテンのみでしきられた4名部屋で、さらに2時間に1回の体位変換がある暮らしを30年間つづけてきた。地域での生活は24時間の重度訪問介護サービスが対応する。必要なときだけ体位介助をしてもらえばいい。本当に必要な介助量が自身で実感でき、はじめてニーズになるのではないか。Rさんの自立生活は1年がたとうとしている。ヘルパーの子どもたちと触れ合ったり、またヘルパーとショッピングに出かけたり、仕事をしようと考えたりと、さまざまな出会いの中で「暮らし」を実感しつつある。

上記の検討について図2に図式化を試みた。これまでは、制度によって利用者のニーズ

までもが縦割り化されてきた現実がある。縦割り行政の中でつくられた制度によって、障害者には「障害者福祉」の領域の中でのニーズが固定化されてきたという一面もあるのではないだろうか。Rさんの事例にあるように「医療」と「福祉」という一番移行がスムーズでなくてはならない領域で分断がみられ、可能性がたたれ、ニーズがもてなくなる状況があった。近年改正されつつあるが、こうした縛りをささえている「二重給付の禁止」という視点がある。これは、介護保険制度でも話題になる視点で、例えば生活保護を受けている世帯で介護サービスが必要になった場合、あるいは障害者自立支援法によるサービス提供を受けている人が高齢になり介護サービスが必要になった場合など、どちらかの法律が優先し、重複しないことが条件となっているという視点である。具体的にRさんのスムーズな移行がはかれるためには、長期療養者の自立支援サービスとして、病院をでて自立する前後1ヶ月に「二重給付」（診療報酬と介護報酬）を認めるといえることができれば、スムーズな移行が可能である。長期入院を余儀なくされてきた障害者が自立するためには、医療と福祉の連携が必要である。本来「療養介護」は両者の視点をあわせもつが、「医療」と「福祉」の縦割り化の中では、どちらもそれぞれが独立した中でニーズを限定してしまう。A事業体の障害者下宿につながる取り組み、B事業体のRさんの事例からも、地域生活における支援へのニーズは、あらゆる分野に横割りで、包括的なニーズが展開される。つまり制度の枠組みではとらえられない視点で支援が必要になったり、あるいは制度の枠組みではとらえられない部分での支援が非常に重要であったりすることにつながる。

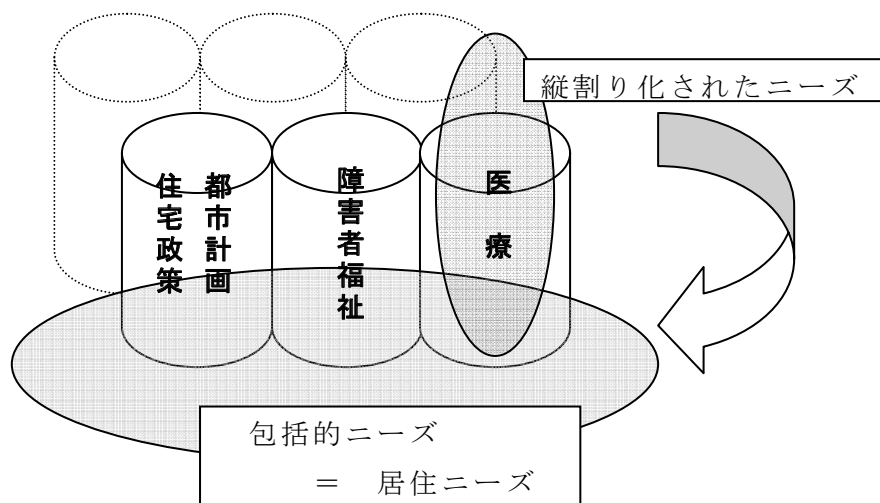


図2 縦割り化されたニーズから横（包括的）ニーズへの転換

制度を超えたアプローチはあらたな分野のみで実践されているものではない。障害者自立支援法によるサービスの一元化が図られる中で、廃止や統合の方向性にある事業の中にも、包括的にとらえる視点を含んだ施策については、検討を必要とする。「暮らしの場」の支援で考えた場合、「施設」「ケアホーム・グループホーム」、または支援をうけずに「在宅」という選択肢では、選択肢が少なすぎる。それは、障害の重い、軽いによるニーズ選択でなく、さまざまな居住ニーズ（どんな暮らし方をしたいか、どんな支援をうけたいか、誰と暮らしたいか等）をもてること、そして選択できることが大切だからである。このよう

な中で「生活ホーム」制度は非常に可能性をもった制度ではなかったかと考えている。集団生活でなく、一人または二人から対応でき、里親的な関わりを大切にしながら支援が展開される。これは子育てを終えて社会貢献したいと考える年金生活者夫婦が、理解を障害者下宿は極めてこの生活ホームのスタイルに近いが、生活ホーム制度でなくても、市町村独自でこうした選択肢をふやす取り組みをバックアップしていくような施策を展開していてもいいだろう。そしてこうした取り組みが展開されることは、障害者福祉の枠組みをこえた「共生」のまちづくりといった、これからの社会全体にもとめられる視座につながるものではないかと考えている。

5. まとめ

ここまで、障害者地域生活支援における制度の枠組みを超えた支援実践を検討してきた。特に「暮らしの場」における支援に着目していく中で、縦割り化した制度の中でニーズも縦割り化してしまうこと、居住のニーズは包括的で、そうした包括的ニーズをもてるような視点が必要であることを提示した。先にもあげたが、山本（2008）は「居住」の概念を、「個人的な住まいではなく、まちを形成する一要素としての『公共財』の概念、まわりの環境を含む地域（コミュニティ）を包摂するほか、住み続けることによって成り立つ関係性の継続（人とネットワーク）、そのことによる自分自身のアイデンティティの保持などを含む」とし、居住には空間的広がり、時間的継続、他者とのネットワークという幅広い要素が含まれていることを指摘している。障害者に対する地域生活支援においてこうした視座は、これまで制度の枠組みではないところ、また評価のない部分で、実践者たちの努力によって展開されてきたといえるであろう。障害のある人の居住福祉は、市場化のみでは推進されにくい。また支援者たちの努力のみで評価のないままでも推進されない。しっかりとした公的保障による下支えによる推進が必要だと考えている。また、筆者は施設福祉や療養病棟における支援が必要ないとは考えていない。むしろこれまで以上に重要であり、上記でいえば包括的ニーズから状況によって、縦割りのニーズ（というよりも必要な場合にはより厚い援助が展開されるような体制）に自由に移行できるようにもしなくてはならない。その自由な移行の選択があるためにも、公的保障による下支えは重要である。

さらに、筆者は障害者地域生活支援実践に取り組む中で、障害者福祉の課題は多くの社会問題が凝縮されたものとも感じてきた。「障害者のケアは家族の責任」といった意識は根強くあり、さらにこれまで論じたような縦割化した意識構造がさらに根強い地域（コミュニティ）の中で、問題が社会的に排除される傾向が強い。「共生」のまちづくりといった視点を考えたとき、そこに障害者の参画はかかせない。また障害者福祉分野においても、制度の枠を超えた全体論的、包括的なアプローチの視点をもっていくことが重要であると考えている。

謝 辞

本論文は、立命館大学先端総合学術研究科博士後期課程の伊藤佳世子氏との共同研究による執筆である。事例研究の実践ならびに検討において有益な示唆をうけたことに改めて感謝したい。

参考文献

- 1、 早川和男『居住福祉』岩波新書,1997.
- 2、 山本美香『臨床に必要な居住福祉』福祉臨床シリーズ 17 居住福祉論,弘文堂,2008
- 3、 田村光子・太田俊己『知的障害児(者)の生活支援ニーズとその実践的課題』,千葉大学教育実践研究,第 11 号,2004,181-194
- 4、 伊藤佳世子、田村光子、五島秀一『重度障害者の病院からの自立を阻む要因－病院から地域移行時の課題』第 34 回日本保健医療社会学会大会抄録集,保険医療社会学会論集,第 19 卷,2008,40-41