

身障施設協

平成12年度第2
号

特集

療護施設における
リスクマネジメントを考える 1

実践活動

..... 7

療護施設の在宅福祉サービスを追う...在宅障害者への個別支援の取り組み
(埼玉県・大樹の家)

療護施設の新たな取り組み...N氏(ALS)の援助を振り返って
(兵庫県・三愛園)

新施設紹介

..... 14

北海道・屈足わかふじ園
鹿児島県・星空の里

トピックス

..... 18

「支援費支給制度に向けたスケジュール、明らかになる」

会務報告

..... 23

障害関係図書の専門店 スペース96の新刊情報 27

療護施設における リスクマネジメントを考える

平成15年度から移行する支援費支給制度においては、利用者と事業者による直接的な契約にもとづき、サービス提供がなされる。これにより、トラブル等が発生した場合には、第一義的に施設や法人側の責任となる。

最近、特に医療事故にまつわる新聞記事などを多数見受けるが、これらを未然に防ぐため医療界ではリスクマネジメントの考え方が浸透し始めている。

平成12年10月10日、本協議会は協議員等を対象にした「協議員セミナー」を開催したが、その「特別講義」において児玉安司氏より、リスクマネジメントの考え方や医療訴訟の動向、事故がおきた際の法的責任の考え方、平成13年度施行の消費者契約法の内容、事故事例、福祉施設の今後の取り組み課題など、大変内容の濃い、かつ基調なご講義をいただいた。本号では、この内容の一部紹介と、当日、事例報告のあった茨城県・ユーカリの里における苦情解決の取り組みを紹介する。

協議員セミナー
特別講義

「施設サービスとリスクマネジメント」

三宅坂総合法律事務所 弁護士・医師・ニューヨーク州弁護士 児玉 安司

「あつてはならぬ」から「未然に防ぐ」へ

大きな社会問題として高齢者の介護をどのように対応したらいいのかという議論がなされ、高齢者の分野では介護保険の導入、そして文字通りの措置から契約への移行が行われ、また、様々な問題点を指摘されつつも進行しています。

今日は「施設サービスとリスクマネジメント」というテーマで、既に進んできた高齢者の介護の状況や問題をふまえて、これがこの先、障害者施設でどのように進んでいくのか、どのような理念、考え方をもって現状をとらえたらいいかというようなことをお話しさせていただきたいと思います。

措置から契約へ移行することによって、従前、公の福祉を担ってきた担い手の人々は、事業者として位置づけられます。そこで事業者と利用者の間には契約が生じ、事業者は常に安全なサービスに努めなければなりません。この安全の裏返しであるリスクをマネジメントしていくことが求められています。

ただし、契約制度に移行しても、社会福祉を貫く理念に何らの変わりがあつてはならないはずで、障害者福祉のためにご努力してこられた施設の皆さま方のなかにある支え合う、そして助け合う福祉の心というものが、法律的なテクニカルな議論あるいは経営管理の議論の中に埋没してしまつてはならないということを、常々感じております。

このリスクマネジメントということ、実際に私が実践させていただくようになったのは、いまからちょうど2年ぐらい前、ある病院群で医療事故が多発したころからです。

従前、典型的な考え方が2つありました。1つは「医療事故はあつてはならぬ事」であり、これにより、「極めて例外的なもの」とであるというニュアンスが非常に強く持たれておりました。さらには、「あつてはならぬ事」というのが、ある意味「言つてはならぬ事」と、タブー視される部分もありました。ところが実態としては、患者さんのために努力している現場の努力にも関わらず、全国の病院で多数の事故が実際には発生していました。

ところが病院の中でいったいどういう人が、どういう状況で、どういう事故を起こしているのかという事例を、実際にオープンに、外部にはオープンにできませんが内部的にオープンに話し合つていってみますと、確かに一



部非常に不心得な方というのはどんな集団にもいるわけですが、むしろそういう方が医療事故を起こすというのは極めて例外的な事で、むしろ一生懸命仕事をしておられる方に仕事が集中し、仕事が集中している中で多数の医療行為を行っていく。そのなかで疲労とかいろいろな背景要因があって、そしてうっかりミスが起こる。そういうことが医療事故の本質ではないかということが、次第に明らかになってきました。

そういう考え方をとって、いまは本当に多くの病院で事故防止対策委員会、あるいはリスクマネジメント委員会というようなものを立ち上げ、そして事故事例あるいは事故に至らなかったけれども従業員がこれは危なかった、ひやっとした、はっとしたというようなそういう事例の収集、さらにはその分析からさらに事故防止対策マニュアルなどを作るというような、2年前には考えられなかった積極的な取り組みがなされるようになっていきます。

苦情解決とリスクマネジメント

苦情は最大の情報源

次に、苦情対応についてお話をしたいと思います。細目はケースバイケースで、もちろん誠心誠意に当たるといのが基本ではあるのですが、大きく捉えるといくつか共通の教訓のようなものがあるのではないかと考えています。

私は病院あるいは福祉施設にかかわる仕事をさせていただくなかで、苦情に対しては少し発想を転換してやる必要があると常々感じます。

例えば世界の市場を席卷したトヨタの車であれ、ソニーの電化製品であれ、消費者の側がどういう不満を持っているかということを常に生産者側にフィードバックしながら、より良い、満足度の高いサービス・製品を提供しようという、そのフィードバックの繰り返しのなかでより洗練された製品が生産されるようになってきた経緯があるわけです。

苦情というのはむしろどういうサービスをユーザー側が求めているか、利用者側が求めているかを知る重要な機会です。その逆情報、例えば、役に立たないただの言いがかり的なものもありますが、たくさんある中に本質的なサービスの改善につながるアイデアも、実はこのお客様の視点からしか出てこない場合があるわけです。そういう意味で苦情は最大の情報源であるということが言えると思います。

契約の理屈だけからではなくて、現場の状況から考える。そして苦情を処理してしまう、終わりにしてしまうというのではなくて、その制度の再検討あるいはシステ

ムの構築、経営管理のあり方を考える情報源として考えることが今後必要です。

苦情対応の原則1：事実関係の確認

ただし、中にはクレームと言われるような大変対応に苦慮するようなものも少なからずあるわけですが、苦情がきたときに小手先でその場でお話を返してしまうような対応をしますと、これは後で必ず問題が大きく広がります。

例えば転倒事故が起きた。ベッドサイドに転倒して頭を打って倒れていた。そうすると軽々にベッドから落ちたというような事実をおっしゃる方がいらっしゃるわけです。ただ実際に詳しくお話を聞いていくとベッドから落ちたのではなくて、歩ける方でトイレに行き帰りに躓いて倒れて、それでベッドの脇まで漸くたどり着いてそこで倒れていたという話かもしれません。

何か事故が起こったり、問題が起こったりしたときに、経営者の方であれば往々にしてご経験されることかと思えますけれども、関係者ごとに言うことがばらばらにあるということはよくあります。そして対応窓口がばらばらですと聞く人ごとに言うことが違う。

医事紛争で一番揉めるパターンというのは、ナースの言っていること、ドクターの言っていること、事務長さんの言っていること、院長先生の言っていること、これがばらばらになったらまず確実に患者さん側は訴訟を起こしてきます。

つまり言うことがころころ変わるといのがいちばん利用者の側との信頼関係を破壊する行為なわけですから、まず事実関係をすべての関係者に確認しなければなりません。

苦情対応の原則2：組織としての対応

そして後ほど申し上げるとおり法律的な責任は個人に帰すものではなく、契約関係では常に一義的に法人が責任を負います。そうするとサービス事業者の責任であるとするならば、誰が悪かったかという話をしても、Aさんが悪かろうが、Bさんが悪かろうが、結局施設・法人が責任を負うわけですから、常に組織として、事業者自体の問題として取り組むというのが基本だということになるわけです。

苦情対応の原則3：十分なコミュニケーション

それから多くのクレームは十分なコミュニケーションがとれれば、相手の言い分を正確に理解できる、そういう方が窓口としてきちんと出ておられれば、それほど深刻にならないものというのは多数あります。

私などもいままでたくさん示談をやってきておりますけれども、示談のプロセスで「先生、いろいろな話を聞



いてくれたね。もういいよ、分かったよ」というようなところでスッと終わるような事案がけっこうあるわけです。相手の言い分をまず正確に把握するということが苦情対応の出発点であろうかというふうに思います。

サービスの質とCSの向上がリスクマネジメントの本質ではどういう苦情が出てくるのでしょうか。介護保険に関しては、おそらく最初は自己負担額とか対価に対する苦情が出てくるだろうと思います。

それが次第にサービスの質とか顧客対応の苦情にだんだん変化していくでしょう。これは国民皆保険でも、結局は医療サービスの質に対する苦情・紛争・訴訟が非常に多くなってきている。同様のことも福祉の世界で起こってくるのではないのでしょうか。

それでは事業者はリスクマネジメントとして何に取り組むべきか。2つの側面があります。

1つは事業者自身として「サービスの質の向上 (Quality Improvement)」に努めることです。それから、質が良くなったかどうかを最初に判断しなければならないのはお客様の側であり、「顧客満足度 (Consumer Satisfaction)」をいかに上げていくかが重要です。

この2つの側面でリスクマネジメントは組み立てられており、裏返していえば、なんとか小手先の技術でその紛争を回避しようという話ではなくて、本質的にサービスの質を上げ、顧客満足度を向上するための経営管理の手法がリスクマネジメントであるご理解いただければと思います。

ただし、サービスの質の向上ということで上を見るのは大切なことではあるのですが、まずサービスの足場は安全かという視点が大事です。安全でないサービスというのはあってならないものです。

しかも事故のパターンというのはそんなにたくさんあるわけではありません。入浴に関する事故も、再々いろいろな事故報告書を見ていると、ちょっと目を離れた際に転倒という事故がずらりと並びます。

そういう事故のパターンが限られているとするなら

ば、そういうパターンがたくさんあるということを予知した上で事前に予防対策を立てていく必要があるかと思うわけです。

リスクマネジメント～医療から福祉へ

福祉の業界では医療ほど紛争は顕在化してきてはいません。ただ、次第に事故による紛争は潜在的にはありますけれども増大傾向にあります。ここへ自己負担という一つのエポックメイキングな出来事が起きますと権利意識というのは飛躍的に強くなってきます。費用負担に関する苦情の顕在化から、次にサービス内容、事故に対するクレームへ発展していく。しかもマスコミの注目のもとで起こる事故は、単なる事故が事件に発展します。

しかも制度的にも基礎構造改革が保健・医療・福祉、この三者が次第に効率的に連携していこうという意図をもっているわけで、医療系サービス・福祉系サービス、あるいは療養型病床群、老健、特養、ショートステイ等々、かなり医療と福祉がクロスオーバーする部分が出てきますし、介護保険の運営基準等を見ておりますと当然のことながら医療機関との連携ということは随所にうたわれています。そもそもその連携が必要であるというのは当然なわけなのですが、医療不信とか訴訟紛争とか事故とか、そういった問題の影響を直接間接に受け易い状況に置かれてきます。

そして医療の世界でこれはキーワードのように再三問われていることなのですが、「安全配慮義務」という言葉があります。例えば赤ちゃんを新生児室でお預かりするとすると、ナースに課せられた義務というのは安全配慮義務という大切な義務があります。あるいは褥瘡のときもやはり安全配慮義務という言葉が使われましたし、様々な場面で安全にどう配慮するか。転倒事故、転落事故、これは典型的な安全配慮義務です。

介護、福祉の世界でどのようなレベルの安全配慮義務を課していくのか、これはこれまで集積した裁判例がありませんので、これから問題になる度ごとに裁判所が検討し判断をくだしていくことになるかと思えます。

医療界も当初は、どうやって法律的にディフェンスしきるかという発想のほうが強かったのですが、現状では激しい嵐のような医療界バッシングのなかで、むしろより安全なサービスを提供するためには何が問題になっているか、何が限界をつくっているのかということ、むしろ論点をこちらから明らかにしていこうという方向性が次第に出始めているわけです。またその同じパターンの事故が繰り返されているということにおいては、福祉施設、介護施設も同様の問題を抱えているように見えてならないわけです。

日常の努力が何よりも必要

契約においては、契約書に判子をついた法人が直接責任を負う。これは大原則になります。

そしてその法人自身に問題があるとき、経営者・管理者に問題があるとき、過失があるときのみならず履行補助者と言いまして、雇われている人だけではなくボランティアとかそういう形でサービス提供のお手伝いをしてくれる人はみんな、そういう人達に過失があれば全部法人が責任を負うというのが、契約責任の非常に厳しいところです。

それに対して公と受益者の関係でボランティアが参加しているというときであれば、法人の責任というのはなかなか出てまいりません。

ところが法人・施設が、利用者と契約を締結してこういうサービスを致しますよと、安全配慮も致しますよという契約、これは必ず結ぶことになります。そのときに、ボランティアがやって来てボランティアのミスで、例えばボランティアが車椅子のストッパーを掛け忘れて転落事故が起こったというようなことになると、この責任というのは当然その法人の責任ということが直ちにでてくるのが契約責任です。

「過失とは何か」という法律上の議論はいろいろあるのですが、そのポイントは、契約当事者になったら法人・施設が安全配慮義務を負う。そして契約書を作ることによって相手方の権利意識がどんどん変化してくる。これに対応していかななくてはならないということがポイントではないかというふうに思うわけです。

その時、「どこまで配慮すればいいのですか」と、当然ご質問があると思います。

これはそもそも障害者、高齢者の方はリスクの高い集団ですから、どこまでの義務を負うのかというのはケースバイケースとしか言いようがありません。

ただ、その時に日頃いったい何をしていたか、どういう努力をしていたか、ここまで努力をしていたが防せぎようがないよという、そういうお話というのは裁判官の胸にかなり響くのです。

その場面だけとらえて、この人がこういうふうに動いたから事故が起こってしまったということが明確な場合、どうしても裁判官は被害者救済をしたいという気持ちがおきます。

しかし、その施設が日頃からこれだけ事故防止対策あるいは職員の訓練、ボランティアに対する訓練、いろいろなことをやって努力をしていたという経緯があったのに、こんなに一生懸命やってもやっぱりそれはリスクの高い集団だからたまにはそういうことは仕方な

いかなという心証を、裁判所にとってもらうか。これが訴訟の帰趨を分ける部分です。

ですから訴訟というのはその訴訟になったときに小手先でなんとか凌げばいいという話ではなくて、やはり日頃が大切なのだということが言えると思います。

契約書の文言で事業者は有利にはならない～消費者契約法

事業者にとっては、今までよりも多くの課題に取り組みなければならなくなるわけですが、これらを回避するために「契約書」を作成しても事業者が有利になることはありません。

消費者契約法というのが来年4月1日に施行されますが、この法律はどういう契約に適用されるかということ、事業者と消費者のあいだの契約に適用されるということが明記してあるわけです。公と受益者の関係であればこれは消費者契約法とは無縁ですが利用制度の形で一方が事業者であり一方が利用者であるということになりますと、これは当然消費者契約法の適用対象になってまいります。

消費者契約法は12条のごく短い条文なのですが、根本的に何を言っているかということ、事業者と消費者の間で自由な市場、自由な取引を行うとしても、情報の質・量には大変な格差がある。また交渉力にも格差がある。それを前提にし、消費者保護のために必要な情報提供、それが行われなかったときに契約の申込承諾を取消する権限をその消費者側に与えるというものです。

さらに、「何が起っても意義申立をいたしません」「損害賠償請求などいたしません」、あるいは「私にご迷惑をおかけしたら、違約金をお支払いします、それも高額な違約金をお支払いします」というような事業者と消費者のあいだの力関係の差を利用したと思われるような契約条項は全部無効にするという、非常に広範囲な消費者保護の法律がまもなく施行されようとしているわけです。

過去にも判例上、例えば手術で問題が起こったとしても意義申立をいたしませんとか、責任追求等をいたしませんとか、そういう一札を取るというようなことについて、裁判上は無効という判決はいくつか出ているのですが、今回のこの消費者契約法ではこれらが無効であるとはっきり条文でうたっています。これまで契約書でこういうふうに交わせばなんとかなるのではないかという事業者側の細かい仕掛けをほぼ全て無効にしまったというところが、今回の消費者契約法の大きなインパクトのあるところです。

最後に

結局大きな制度的な枠組みが変わっていくなかで基盤となるものは何だろうかという、やはり出発点は利用者の安全です。

そして一つ一つの事故から、例えば日本看護協会が開発した「4M - 4Eマトリックス表」などを使って、誰かが悪いという単純化ではなくて、背景にある要因を膨らみをもって把握し、職員のやる気を引き出すQC活動等によって活性化する。

これは医療の世界だけでなく多くの産業で実験され、成功に導いてきたそういう取り組みを福祉・介護の世界にも導入していく必要があります。最終的に質の高いサービスを提供し、また利用者の満足度を高めていくということが重要ではないかというふうに思うわけです。

どんな法律的な枠組み、形式が変わろうとも、またどんなに環境が変わっていこうとも、社会保障のむかうべき理念が変わりがあるはずはなく、またその福祉のところに変わるはずはありません。

ただ、契約というものをきっかけにしてもう一度サービスの出発点としての利用者の安全というところの再点検を、各施設いろいろと既にご努力されていることとは思いつつ、事故事例を毎日見ている経験からひと言申し上げたいと思い今日お話しをさせていただいた次第です。

ますますの各施設のご発展、各県での取り組みのご発展を祈念しお話しを終わりにさせていただきます。

4M - 4Eマトリックス表

	Man (人間)	Machine (物・機械)	Media (環境)	Management (管理)
具体的要因				
Education (教育・訓練)				
Engineering (技術・工学)				
Enforcement (強化・徹底)				
Example (模範・事例)				

協議員セミナー 事例報告

茨城県・ユーカリの里における苦情解決の取り組み

ユーカリの里・施設長 伊藤 勇一

苦情解決の仕組み導入にあたっての準備

研修の実施

昨年度から基礎構造改革の学習を全職員挙げて取り組んでまいりました。施設内研修で苦情解決の周知のための学習をして理解を深めてきました。突然「苦情解決」に取り組んだわけではなく、今までも毎月、各部署の責任者と共に、利用者との懇談会という形でいろいろな要

望、あるいは苦情をくみとってきました。

私どもの法人は、療護施設と知的障害者更生施設を運営しておりますが、この「苦情解決」は施設ごとではなく、法人として立ち上げました。

苦情解決の責任者は各施設長がこれに当たっています。療護施設の苦情受付担当者



は、当初、生活指導員の男性2人で行っていましたが、この9月から女性の栄養士を苦情解決担当者に加えました。ひとつは直接処遇職員が窓口であるとなかなか苦情の申し立てをためらってしまうのではないかと。さらには、利用者には当然男女がいるわけですから、その点も考慮しました。栄養士は利用者への嗜好調査などを通して、日頃から直接処遇者と違った側面から接しているので利用者の方も随分と気軽に苦情が言えるようになったと感じております。

第三者委員、責任者、受付担当者3者での打ち合わせ

第三者委員は現在2名の方をお願いしております。一人は私どもの法人の監事をしての方です。この方は以前に県の児童施設に長くおり、虐待の対応に大変豊かな経過をお持ちです。もう1人の方は、昨年まで私どもの保護者会の会長をしていた方です。この方は長い間裁判所に勤務されて、現在も裁判所の調停員をしております。苦情解決の仕組みや内容、また設置にあたっては、ほぼ厚生省の指針に沿って立ち上げまで進めてまいりました。

苦情解決マニュアルの作成

第三者委員、責任者、さらには担当者の3者合同で苦情解決のマニュアルをつくり、最後の読み合わせ、確認を行ったりしました。仕組みの趣旨、解決の手順を何度もリハーサルを含めて行いました。

利用者への説明および広報

次に利用者に対する告知ですが、5つ行いました。

1つ目は、利用者懇談会において、大きく模造紙4枚程度張り合わせまして、漫画で分かり易く苦情解決の仕組みについて説明をし、また直接第三者委員の方も、その場でご紹介をしました。

2つ目は、施設内にポスターを掲示しました。

3つ目は、ご家族の方々に文書およびチラシを送付しました。

4つ目が、法人の機関紙へ掲載をしました。

最後の5つ目に、ホームページの掲載をしました。

特に、ホームページへの掲載については、利用者からだけではなく、むしろ家族や在宅の方がた、あるいはボランティアの方、あるいは施設見学にお出でになった方からも、広くご意見も含めて頂戴したいという趣旨でホームページの中に盛り込みました。

発足後の動き

発足後の利用者の反応は、今までも利用者懇談会やその都度現場で介護職員に苦情なり要望を申し出てきた経緯もあったためか、逆に利用者からの苦情内容を文書で残すことに対して、堅苦しいとか、気軽に言えなくなったというようなご意見も直接伺いました。

受付の段階で、利用者自身が苦情解決のシステムを使って解決をすることを、むしろ好んでいないということに、実は驚きました。したがって、もっとフランクに今まで通りに話を聞いてもらえれば有り難い、記録に残すのであれば話をしたくないという場合には、苦情受付の係がその方の日誌にそういった内容をメモするようにしているところがございます。

また、利用者のうち、十分に自己決定が出来る方が8名しかいません。したがって自己決定できない場合には保護者の方、また、知的障害者更生施設の利用者の方については、既に保護者会の役員さんのほうから直接第三者委員の方をご紹介いただき、いろいろ確認なり、システムについてもっと細かい話を聞かせて欲しいとの要望もあります。

苦情解決の仕組み導入によるメリット・デメリット

メリットとしては、職員に今まで以上に緊張感が生まれました。言葉遣いや利用者に接する態度などが顕著に、いい方向に変わってきました。

デメリットとしては、苦情解決の限界もあるということです。

ひとつは、意志疎通の不十分な方がたが多い私たちの施設の中において、こういった苦情解決のシステムが本当に十分に活用することが出来るのだろうか、また、自己決定できる方は、いろいろと要望などをされますが、そのことが自己決定出来ない方にとって、逆に迷惑になってしまう場合もありうるということです。

すなわち、苦情、要望の申し出の出来ない方に対して、むしろ苦情解決の仕組みだけに頼るのはやっぱり無理があり、結局のところ基本に立ち返って、日頃の観察に心掛けて、自己決定できない、物が言えない方々の代弁者として日々援助に当たっていくことが、むしろ最良の解決の方法ではないかとも感じているところです。

今後の課題

私どもの施設の今後の課題としては、現在、第三者委員が男性の方2名ですので、できればあと一人、女性でフットワークの軽い、しかもある程度制度などに明るい方を求めているところがございます。第三者委員は3人でも4人でもと思っており、幅広い視点から利用者にとって最良の解決方法が導き出せればという思いでいます。

併せまして、今後ピアカウンセラーを配置し、職員とは異なる立場で苦情、要望、あるいは日頃のよろず相談に応じられる体制を整えていきたいと考えています。

また来年、身障デイの開設を予定していますが、デイやショートステイ利用者など在宅の方がたなどに対しても広く対応していきたいと考えています。

利用者といろいろ話してみると、最初から苦情など言っているのではなく、むしろ、「話を聞いて欲しい」、次に「分かって欲しい」、それから「こうして欲しい、ああして欲しい」という声が聞こえてきます。このことを私たちは大事にしていきたいと考えております。

在宅障害者への個別支援の取り組み

埼玉県・大樹の家 生活支援室 コーディネーター 堀口 和美

はじめに

「色は静岡 香りは宇治よ 味は狭山でとどめさす」と茶作り歌で知られる茶どころ狭山市の中心部にほど近く、横浜から千葉へ走る国道16号沿いに身体障害者療護施設大樹の家があります。

狭山市は東京のベッドタウンで、川越狭山工業団地や航空自衛隊の基地もあり、陸も空も賑やかな人口16万人余りの街です。

全室個室の療護施設(ショートステイ10床)の開所に伴い、市の「障害があっても一般社会の中で普通の生活が送れるような条件を整えるべき」との障害者福祉計画を受けてデイサービス、ホームヘルプサービス、レスパイトサービスなどの在宅生活支援事業をスタートさせました。

開所からの取り組み

在宅支援事業は、コーディネーター2名、ピアカウンセラー1名で開始しました。

開所当初、地域へのPRとともに、大樹の家デイサービスセンター利用希望者の訪問調査を行い、生の声を聞くことによって、在宅で暮らす障害者とその家族の状況やニーズが徐々に見え始めました。

デイサービスに通う事で「仲間ができて生活に楽しみが増えた」「家族との会話が増え家庭が明るくなった」「悲観的で家に閉じこもっていたが、口紅でもつけて出掛けてみようという気持ちが湧いてきた」という方たちの口コミの力も大きく、秋には定員いっぱいまで利用者が増えました。それにつれて、活動の内容もリハビリ、創作活動の他に、パソコン、俳句教室、木製家具・広報紙の制作など幅広く充実してきました。

さらに、ヘルパーからの情報により家に閉じこもっている障害者の現状も見えるようになりました。ショートステイやデイサービスの利用につなげたことで生きがいのある生活につなげることができました。

紳士になったNさん

ホームヘルパーを利用している視覚障害者でアルコール依存症のNさんは、10年近く家に閉じこもり、お酒を飲んで暴れるという自堕落な生活を続けていました。



施設全景

近隣とのトラブルも絶えず、市内の病院も1か所を残して全て出入り禁止になってしまうほどでした。唯一通院が認められている病院へも、朝からお酒を飲んでいるため通うことができない状態でした。

そこで、ショートステイを利用することで1週間お酒を飲めない環境をつくり、治療のための服薬も徹底し、生活を整えるきっかけをつくりました。ショートステイを定期的に利用する他に、デイサービスの利用を開始し、家の外に出て、他人とふれあう機会を生活の中に取り入れたことでNさんが変わり始めました。

まず、規則正しい生活が戻るにつれて、身だしなみ・服装にも気を使うようになりました。また、手の震えも見られなくなり、他の人の車椅子を押すなど、他人への気遣いができるようになりました。他の利用者との会話も弾み、見違えるほど表情が豊かになりました。

このように法人内の機能をフル活用したことで各サービス間の連携がよりうまくいき、Nさんの生活を安定させることに成功しました。

今年4月に介護保険がスタートしましたが、身障手帳を持っていれば、介護保険の認定を受けても身体障害者の施設が選べるようになりました。現在介護保険の対象になっている施設は、もともと高齢者が対象の施設であるため、会話や活動の内容に物足りなさを感じる方が少なくないようです。そんな中で「パソコンを覚えたい」「仲間がほしい」などと、意欲的な生活を送りたいと思う人たちからも大樹の家の利用を望む声が高まっています。

今年の夏、デイサービス利用者を中心とした方たちから「人間として普通に生きよう。次世代のために何かを始めよう」をモットーに『大樹会』というグループが発足され、母体施設の地域交流スペースを利用して、まずは1泊旅行の実現に向けて活発なミーティングがたびたび行われています。

レスパイト事業開始までの歩み

障害を持つ子どもを育てている親の立場で、「介護から少し離れたい、狭山市内に、安い料金でいつでも利用できるレスパイトサービスを」と障害児(者)を守る会、肢体不自由児(者)父母の会、狭山手をつなぐ親の会等からの強い要望で、レスパイトサービスを開始しました。

事業開始に向けての説明会には、広い地域交流スペースが溢れんばかりの人が集まりました。具体的な質問も

次々と飛び交い、その関心の深さを目の当たりにしたものです。

レスパイト事業は、原則として5才以上の方を対象とし、障害は問いません。また30分単位で料金を設定し、短時間でも利用しやすしたり、レスパイトで宿泊の希望がある時は利用料が高額になるため、ショートステイに切りかえるなどして対応しています。

デストロイヤーAくん

「おかえりA君」。A君が来ると玄関は大賑わい。あっという間に観葉植物は丸裸、小原流の生け花はバラバラに。靴を脱ぐにも、履くにも1人が手を押さえ、もう1人が履かせ。それはそれはたくさんの職員を集めていました。落ち着いて座ってられないA君には、まず他の人と一緒に「歩くこと」を集団への参加の第一歩として踏み出してもらいました。また階段の昇り降りでも足元に意識を集中することを覚えてもらい、徐々に集中する時間を長く持てるような取り組みをする事で、レクや制作活動に参加できるようになりました。

パニックが減った！

年末年始や夏休みなど、家にいる時間が増えたためか、近所からも苦情が来るほど落ち着かず、つねりや噛みつきなども出て親も対応に困り果ててしまったK君は、1.5時間ずつ10日続けて利用しました。マンツーマンで職員が対応し、落ち着いたところで集団への参加を促すという方法を取り、落ち着いた状態で家に帰れるような取り組みをしました。手で顔を叩く自傷に対しては、その手を止めるだけでなく、手に何かを持ったり、手を使った作業をすることで自傷が減るような促しをしました。連続して利用したことで、家に帰ってから散歩、食事、入浴、就寝という生活のリズムができました。また、



レスパイトサービス送迎風景



夕涼み会 入居者による宝樹太鼓の演奏

親も、不調の際1人で介護を抱え込まず預けられる場所が近くにあることで、精神的な負担も軽くなったとのことです。

療護施設というひとつの社会の中でレスパイト事業を行うに当たり、利用者から外出の付き添いや自宅への派遣を望む声もあります。これはどこかに行って楽しく過ごしてほしい、慣れた自宅で子どもを見て欲しいという要望でもあり、それも当然のことで、大切なことです。

しかし、あえて大樹の家では療護施設と言う母体を生かし「年齢の違う人たちとふれあい」という社会参加を通して成長を負いたいと考えています。そのため、預かった時間だけなんとか過ごせばいいという考えは持たず、利用するたびに「できた」を増やすことを目標に、集団を利用しての発達プログラムを組み対応してきました。

集団というのは、私たちがそうして生きてきたように、

利用料金

コース	Aコース	Bコース
年会費(4月~翌年3月)	30,000	10,000
介護料(1時間)	600	1,400
宿泊(17時~翌日8時)	7,000	10,000
食事	朝食300円 昼食500円 夕食600円	
送迎料(片道)	市内300円・10~15km500円・15km以上相談	
登録料	無料	

* 市町村生活サポート事業登録者に限る

模倣(見よう見まね)や、感応現象(つられて動く)などができる、絶好の発達の間でもあります。歩く、走る、座る、見る、読む、書くなど、1人ではできない人でも周りにつられて気がつくと、いつのまにか出来たということになり、マイペースからユアペースへ切り替えることができ、言い換えれば社会という大きい集団に入っていけるということに他ならないのです。

障害がなくても集団の中で過ごせない若者が増えている昨今、障害があっても地域社会の中で愛されながら生きていく。その実現に向けての積み重ねがレスパイトサービスの目的でもあるのです。

終わりに

これまでの支援事業は、数々の相談や困難なことに対して母体施設と法人内の機能をフルに活用することで対応できてしまい、他施設の利用までに至りませんでした。また、デイサービス、ホールヘルプサービス、レスパイトサービス等の在宅支援活動、各種講演活動及び地域への啓蒙活動その他を通して、各ジャンルの団体、機関、小学校、中学校、養護学校と関わりを持つことができました。

措置から契約の時代を迎え、今後は上記に企業等を加え、福祉の現場から幅広いネットワークづくりをしていきたいと考えています。

療護施設の新たな取り組み

「N氏(ALS)の援助を振り返って」

兵庫県・三愛園 主任看護婦 糴川 範子

はじめに

当施設三愛園は中核都市姫路、世界文化遺産となっている姫路城の西12kmの『太陽公園』内にあります。兵庫県下では7番目の開設で、13年半経ちます。現在、県内には15の療護施設があります。開園当初の利用者障害別状況は重複障害者15名、頸椎損傷者5名、難病疾患者6名（うち筋萎縮性側索硬化症2名）、脳性小児麻痺者9名、脳血管障害者15名でしたが、現在は状況も大きく変化し、ALSの利用者は入所しておりません。当園は峰相山の山並みに囲まれた静かな環境です。建物は2人部屋が26室、個室が4室（ショート用等に改築）あり、施設全体がゆったりとした空間で快適です。平成4年にはアクティビティを求め「地域交流ホーム」を開設し、福祉コミュニティの拠点として、利用者とのふれあい活動・ボランティア活動・家族会・職員研修など幅広く活用しています。また、地域交流ホームで「ミニ・デイサービス事業」を施設単独で7年間実施してきました。平成11年度からは「デイサービスセンター」を併設し、市の委託事業として「介護型デイサービス」を開設し、2年目を迎えました。なお、利用者は加齢に伴うADLの機能低下など、医療ケアの増大と医療サービスの充実が求められてきました。医療体制は嘱託医（週2回）看護職員3名（うち1人パート）協力病院（週1回・ドクターの往診）です。サービスの第一は利用者の安全性と健康管理、第二は利用者が主体的に「自分らしくイキイキ生きる」ことを主眼に人権を擁護しサービスの質



施設全景

の向上に切磋琢磨しております。「役に立つ施設」「開かれた施設」を目指し施設福祉と地域福祉との推進に努めております。

事例の概要

氏名	N氏（男性） 昭和41年9月生まれ
既往症	ボタロー開存症（3歳の時に手術）・脊椎側彎症・交通事故
原疾患	運動のニューロン疾患の中の広義の筋萎縮性側索硬化症（ALS）で脊髄性進行性筋萎縮症（SPMA）
入所前	<ul style="list-style-type: none"> ・6歳頃より頻繁に転倒する（発病時期） ・交通事故に遭遇（脳波の乱れを指摘され4～5年服薬） ・14歳頃より左足が動き難くなる（進行性筋萎縮症の診断） ・15歳 中学校卒業（普通校・卓球部） ・18歳 養護学校高等部卒業（寮生活・医師よりALSを告知） ・18歳 就職（入寮・陶芸の作業をする） ・20歳 退職（自力で作業や寮生活ができなくなる） （21歳 8月三愛園入所）

受け入れの経緯

「同じ障害者と生活したい・話したい・みんなを笑わせるのが楽しみ」

N氏は、開園を待って昭和63年8月に入所（平成10年10月24日死亡退所）し、不安定ながら10メートル位は自力歩行（歩行車使用）していた。診断書には広義のALSである脊髄性進行性筋萎縮症（SPMA）と記入されていた。当時、筋萎縮性側索硬化症（狭義のALS）の利用者（女性・51歳）が2年間利用されており（死亡退所）、ALSの特性を理解するまで時間を要していた。この体験を生かしていろいろな予測を踏まえ、N氏の総合的な生活支援の計画をたてた。N氏は「同じ障害者と生活したい・話したい・みんなを笑わせるのが楽しみ」というだけあって、利用者を中心的存在で、好青年でした。N氏は具体的な趣味を持ち、ライフワークとQOLの向上にも大きな支えになっていた。ただ、メンタルケアとALSの進行性の症状を見守る過程には、N氏の若さも

あり家族や職員にはいろいろな葛藤と努力があったことは言うまでもありません。N氏との出会いで私たちは多くのことを教えられました。健康な状況の時の生活は言うまでもなく大変充実されたと思いますので、ここではALSの進行の変化に伴う福祉用具・医療面、食事面、そして介護面についてその経緯を遡り、ALSについて報告したいと思います。

入所から人工呼吸器装着まで

まず、N氏は入所1年程で立位が困難となり歩行車不可、手動車椅子使用、座位保持ができなくなるが特殊浴拒否する。入所2年目は転倒多くヘッドギア装着、電動車椅子使用（承諾まで時間かかる）となる。入所3年目は進行してゆくであろうとの予測から、病院との連携を図って長期的医療ケアを計画的に進めるため、嘱託医と循環器病センターの神経内科医との協力のもと受診してもらう。電動車椅子のスイッチも押しにくくなりスイッチの位置を改造。その後、電動フルリクライニング車からリクライニングのみ手動に変更する。排泄も全介助となる。入所4年目は排泄感覚曖昧で失禁多くなるが、できるだけトイレで排泄出来るよう床式トイレの補助具を使用する（らくちゃん）。食事全介助多くなる。Nコールが押せなくなり、呼吸式Nコール使用となる（最初は消極的）。入所5年目は電動車椅子の安全運転のためスピードを低速化する（了解に時間かかる）。入所6年目は失禁も頻繁となり夜間だけオシメ使用を勧めるが拒否。不眠時、眠剤薬使用（センシル・アモバン）となる。電動車椅子での座位保持が一層困難となり胸部用ベルトを補充する。マイコンセンサーチンコントロールアーム電動フルリクライニング式を拒否。入浴回数と時間（入浴開閉式シャワー浴へ）及び外出や行事参加などその度に身の置き所のない程の倦怠感の訴えが多くなり、医師より生活全体に制限の指示あり、入所7年目は電動車椅子の操作不可能となり介助用車椅子の交付を受ける。平成6年11月誤嚥性肺炎のため協力病院へ緊急入院、呼吸不全（蘇生）人工呼吸器装着となる。長期入院予測のため、協力病院から循環器病センターに転院する。入院中は治療に専念の傍ら文字盤でコミュニケーションを図り、見守り介護に努める。

人工呼吸器外れ退院後、施設生活へ戻る

平成7年1月17日早朝に阪神淡路大震災が起こり、福祉機関も病院も大混乱の状態となり、3か月経過後もそのまま長期入院となる。そのお陰で体力が回復し、4月末に人工呼吸器が外れ、一か月様子を見て5月末に退院となる。重症度はステージ6で、退院後の完全な様子観

察が困難なため、福祉機関との相談により症状が安定するまで自宅近くの病院に一時入院となる。その後しばらく自宅療養となるが、N氏の「もう一度三愛園で暮らしたい」との強い訴えや家族の「仲間のいる園で生活させたい」と要望。N氏の施設への受け入れについては、ケース会議・医務会議・運動療法会議・栄養会議・職員会議等で慎重に何回も検討し、家庭訪問や福祉機関とも相談するが不安なことばかりである。

「人工呼吸器装着」という思いが職員の頭から向けきれず、次のような課題がでた。

施設・職員の立場から

常勤医が常駐していないため、通院が多くなると送迎及び付き添いの人がいないこと。

看護職員の配置は日中でも一人体制であるのに、夜間は看護婦が不在のため、その日の勤務看護婦が対応することになり、リスクが多くなる。

夜勤のケアスタッフ2名で、5分毎の対応を要すると現状では無理である。

ALS特有の頻繁な介護への24時間対応が難しいこと。

安全な栄養管理や食事介助はどこまで出来るのか。

どこまでメンタルケアが出来るのか。

急変時に事故なく適切な対応が出来るのか。

医療機関での入院は生死に関わる時だけになるのではないのか。

短期的・長期的に職員の不安は解消できるか。

N氏の生きる権利を尊重して～入所希望時と同じ。三愛園と利用者者が大好きという気持ちが強まる

家族では継続的なケアが困難であり、生活は施設利用以外はないのではないのか。

N氏の生活とQOLの向上及びニーズの自己実現は誰が援助するのか。

N氏の精神的支えは「食・住」共にしてきた利用者との強い絆ではないのか。

緊急時は家族の協力と病院との連携があるではないのか。

「最後の一人の尊重」を実践するのが療護施設の役割ではないのか。

正直、N氏のALSの患側ばかりに視点がいき、全体的にマイナス思考に陥りすぎていないかということから、「最も援助を必要とする最期の一人を大切に」と療護施設の理念に立ち、6月25日待望の帰園となった。元の部屋に戻るが二人部屋での生活は難しくなり、入所8年目は、下肢の拘縮大やADLの極度な低下による頻回の介護等で同室者の安眠やプライバシー確保が困難となった。天井走行リフター付き個室改築をし、移室した。入所9年目は3回入院した（運動ニューロン疾患症状・空気嚥下症による胃拡張・麻痺性イレウス・脱水・低栄養などを繰り返す）。完全にベッド上生活となり、余暇

活動を図るため残存機能を少しでも生かしていただこうと読書スタンド、ナースコール台の改造、TVリモコン等製作した（かろうじてタッチ）。

ターミナルケア

入所10年目に入ってから、家族は積極的に受診の協力をし、惜しみなく時間を割いてくれました。人工呼吸器装着の有無について家族の意思を確認し、自然死という「尊厳死」を選択され、N氏と家族は最期まで「対話・咀嚼による食事」を切望し、人工呼吸器の装着必要であったが、装着せず、ターミナルケアは家族と施設との連携で、しっかりとN氏を看守り、職員としても悔いのないように努めた。両親は・受診・お墓参り・里帰り・小旅行などのため車椅子の改造修理をしてN氏と一緒にの時間を持った。ALS特有の症状により、摂取困難となり脱水・低栄養などの治療のため2回入院となった。

入所11年目は、両親の希望もあり高カロリー飲料水も提供するが、直ぐ腹満強度となり嘔吐・水分補給困難となりチューブにて抜気・排液後点滴の繰り返しとなり、循環器病センターでは^図の診察券を発行し、いつでも救急扱いで優先的に持続点滴注射など外来受診をしていただいたが、入院はなかなかさせてもらえませんでした。それだけに、ターミナルケアは常にN氏の食事と排便とが主な管理となり、食事の時は出来るだけ上体を起こしてゆっくりした食事を、食後はやや左側臥位となり、毎食無事に摂取出来るよう確認するのが日課でした。また、嚥下力の低下と腹満を予防するため、毎日の下剤服用、それでも排便のない時は浣腸するという状態で、夜間に「尿が出ない、お腹が張る。」との訴えに駆けつけて導尿や浣腸することも度々でしたが、何とか苦痛の軽減をと必死でした。また、一時的に声が出なくなったり、胃カメラ施行することもあった。平成11年1月から2月は特に体調が不安定になった。3月には、家族揃って開通前の明石大橋を瀬戸内海を眺めながら車椅子で渡り初めをした。家族ならではの楽しい冒険でした。その後、症状も進行して機能も一挙に下がり、施設生活の限界となった。10月12日は最期の入院となり、24日に召天され、33年間の人生の幕を下ろされた（10か年半の施設生活中、入院11回・受診63回）。N氏は私たちに会いと勇気と力を与えてくれました。「お疲れ様でした」「本当にありがとう」

介護の状況

食事面

N氏は最期まで食事に大きな楽しみを持たれた。心身

の栄養となるよう、できる限り工夫して魅力ある介護食を提供した。平成6年9月頃より、主食は粥食、副食は刻み食（歯はあるが咀嚼で疲れ食べにくいいため、材料によりミキサー使用）、フライ物はパン粉の代わりに小麦粉を、汁類にはトロメリン等を使用し食材や調理の工夫により安全な食事を図った。平成6年11月から平成7年6月末まで入院し、一時人工呼吸器装着・鼻くう栄養となった。平成8年には、胃に空気が溜まり1200カロリーの摂取へさがり、入退院を繰り返した。また、材料によってはカッターやミキサーで流動食状で提供すると「何を食べているのかわからない」と苦情が出て、目の前でハンドミキサーや料理パサミを使い、流動食から軟菜食を確認して摂取した。また、N氏は「他の利用者と同じ物が食べたい、何でも食べられる。」と嚥下困難の自覚に欠けたので、N氏、家族、栄養士を交えて、摂取機能障害による嚥下性肺炎の危険性など説明し理解を求めた。また、「食べたいものや食べにくいもの」を聞いて、普通食と同材料で形態を変え、食べやすく、見た目にも美しい介護食となるよう更に工夫した。平成9年には本格的な介護食となり、体重も自然に減少し、家族の要望もあり医師に相談して濃厚流動食（エンシュアリキッド）を3食毎に少量補食した。平成10年には腹部の張りや嘔吐など頻繁となり、お茶などの摂取は一口毎にげっぷをして交互に飲むが、水分系でも嘔吐やむせることが多くなり、摂取困難による入退院を繰り返すようになった。

介護面

N氏は平成7年5月に人工呼吸器が外れ、末に退院。6月自宅療養後、24日帰園した。当分、日常生活は安静状態の介護に留意し、ベッド上でのリハビリを少しずつ行い、徐々に元の生活に戻していったが、手指、下肢の拘縮はますます強くなり、特有のサル手、ワシ手など四肢麻痺となった。靴を履くと痛みを訴えるようになり、短下肢装具や特殊なコルセットを製作した。入所時体重38kg、平成3年9月50kgもあった体格は身長170cm、体重約32kgとなった。身体・首・手足が細く脱力状態なので、トランスファーや体位交換の介護はN氏の痛み、負担、脱臼骨折などに十分注意しなければならなかった。体位交換は定時、随時にと昼夜を問わず訴えが頻繁となり、頭部・体幹・手・腕・足・つま先の一つ一つが楽な姿勢となるようにその都度、円座・枕・クッション・ぬいぐるみなどでバランスを取り、本人の意思確認を行った。N氏の「もっといろんなことをしたい。おいしいものを食べたい。旅行もしたい。」等と存在感やパワフルなニーズを求められるが、現実、マンパワーの不足と複雑な

業務との狭間で、何も出来ない辛さを噛みしめながら心の介護に努めた。また、お洒落なN氏は衣服の選択と着替えが楽しみで、体調にあわせて衣服の枚数・形状（レッグウォーマー、膝掛け、ブランケット他）などで風邪を引かない様留意し離床に努め、N氏の個性や気分転換を図った。入浴は体力低下に伴いシャワー浴機（整備）で週3回から2回へ、そして1回へ、また本人の疲労度合いにより清拭へと移行していった。排泄状況は、N氏の排泄感覚の低下に伴いオムツ使用を促すがなかなか承諾せず、本人と家族の意思を尊重して排泄の訴え時は尿瓶対応等をし、並行して、一部布オムツや尿とりパットなど柔軟な使用により人格尊重に心がけた。一方、排泄ニーズ（空排泄が頻繁になる）の介護等で風邪を引かせないように室温調節したり、頻回のナースコールなど、どうしてもN氏中心の対応となりがちで、同室者の不眠などが起こった。2人部屋では一人一人プライバシーの確保が難しく、天井走行リフター付き個室改築整備（防音付き）をして、平成8年4月に個室へ移った。電動ベッド・呼吸式ナースコール・改造TVリモコン・加湿器・空気清浄機（風邪など予防）等の整備をして安全と感染症の予防を図った。個室に変わると健康への諦め（症状の進行）などから精神的不安を抱き、寂しさも募っていったが、N氏は園内の人気者であったので、家族、利用者、ボランティアそして友人などがよく訪問し、最後まで暖かく見守り支えてくれた。また、N氏のストレス軽減のため、ベッド上ではあるが潤いのある生活を実感できるよう、N氏の視覚や聴覚や壁を生かして、あこがれの人気歌手のポスターなどを貼り、趣味の自己実現など細部にわたり環境づくりに努め、心理的サポートにあたった。N氏の限りある命にみんな一丸となって応援できたのもN氏の人柄に導かれたものと感謝で一杯です。

今後の課題

ALS患者のケアの要点として栄養管理・呼吸管理・コミュニケーションなどの身体的問題と精神的ケアの問題と環境管理・介護者のケア（特に在宅の場合）等の社会的問題が考えられます。最重度障害者の生活施設において、とかくALS患者の患側に目が奪われがちですが健側の視点で、利用者が「生活の喜び」や「生きがい」を可能な限り持てるよう支援し、保護していかなければなりません。利用者の主体性や人権を擁護しなければなりません。また、基本的にはソフト面・ハード面において利用者が「安全と安心」の持てるサービスを提供しな

ければなりません。また、措置から契約によるサービス利用へと移行した時、契約にどのように対応すべきか、今後ますますリスクマネジメントが重要となってきます。質のマンパワーの充実に加え、医療の充実とともに、各職員の専門的知識、技術、チームワークとたゆまぬ努力が必要とされ、さらに、ALS患者と「共に生きる」という人間の連帯感が最も大切ではないかと思えます。利用者からの信頼を得て、充実したサービスが提供できるには次のことを配慮しなければなりません。

ALSについての学習と協力と理解を全員が持ち、精神面もしっかりサポートすること

医師（常勤）・看護婦（加配）及び病院（特に神経内科医を）と24時間緊急体制で、介護者（施設または家庭）、保健所、ボランティアや友人などとの連携・協力体制の整備をすること。

早期から腹筋トレーニング、発声トレーニング、ROM維持など耐久力をつけるリハビリを行うこと。

本人のニーズに応じた各種の福祉用具の使用などで生活の改善を図ること。

コミュニケーション手段を確保しておくこと。

可能な限り「どうすれば出来るか」「共に生きる」の視点に立って物事をすすめて、生命尊厳の自己実現を図ること。

人工呼吸器装着などについて、本人や家族の意志確認をしておくこと。

個室などハード面、ソフト面においてプライバシーの確保と人権擁護を図ること。

医療機器及び介護機器の整備をして安全・安心・快適なケアを図ること。

スタッフの配置を充足し、職員の心身のケアを図ること。



新施設紹介



屈足わかふじ園



施設の概要

施設名	屈足わかふじ園
法人名	社会福祉法人 厚生協会
施設長名	田中 雅之
所在地	北海道上川郡新得町屈足旭町1丁目 TEL 01566-5-2001 FAX 01566-5-2003
定員	50名(他にALS専用居室2名)
設立	平成12年4月1日

実施している在宅福祉サービス(事業名)

身体障害者デイサービス(小規模介護型)
身体障害者ショートステイ

同一法人内で運営している社会福祉施設

わかふじ寮 身体障害者授産施設(利用定員30)
第2わかふじ寮 重度身体障害者授産施設(利用定員50)
わかふじワークセンター
身体障害者通所授産施設(利用定員40)
やすらぎ荘 聴覚障害者養護老人ホーム(利用定員50)
新得やすらぎ荘 特別養護老人ホーム(利用定員50)
日帰りサービスセンターやすらぎ荘
指定通所介護事業所(利用定員15)

屈足わかふじ園は社会福祉法人「厚生協会」が運営する7番目の社会福祉施設として、平成12年4月1日に開設しました。北海道内では21番目、十勝管内では初めての療護施設です。

施設の運営方針

当法人としての全体目標として、次の3点が設定されています。

- 「人間の尊厳を守る」
- 「基本的人権を尊重する」
- 「利用者の自立を支援する」

療護施設の開設にあたり、この法人の全体目標を基本に置き「利用者一人ひとりが主役として健康で生き生きとした生活が送れることを保障し、さらに先駆的・開拓的サービスの実現を目指し、地域とのふれあいを大切にすること」を目的としています。

「利用者一人ひとりの人格が尊重され、健全で安らかな生活が送られることを目指す。」

「一般家庭と変わりのない日常生活が送られることを目指す。」

「利用者の残っている心身の機能に目を向け、施設の持つ機能を最大限に活かし、自立した生活を目指す。」

「利用者と地域住民との交流を図る。」

以上の4項目を運営方針として、利用者が家庭に代わる生活の場として長期にわたって安心して快適に暮らせるよう、全職員が一丸となって福祉サービスに取り組んでいます。



リハビリ風景

施設の特徴

当園は十勝平野の中核をなす帯広市の、西北約40kmにある新得町の屈足(くつたり)地区の市街地であり、人口1,500人程の小さな集落ではありますが地域との交流を図るには非常に恵まれた環境にあります。

平屋建の特徴を生かし、段差をなくすなどのバリアフリー化を図り、車椅子の方でも安全に生活できる構造になっています。

居室はすべて個室で、プライバシーが保たれるようになっています。

居室は4つの居室棟に分散した小舎制になっており、ゆったりとした生活空間が確保されています。

廊下の屋根部分等を工夫し、自然光を取り入れやすくして、明るい生活空間を保つようになっています。また食堂は訓練室と一体になっていて、多目的ホールとしても使用することもできます。

調理業務を外注化し、より良い給食を提供できるよう努めています。

身体障害者デイサービス事業を実施しており、レクリエーション活動等を通じ施設利用者と通所利用者との相互交流を図っています。

約半数の居室に電話線を通しており、利用者の希望により個人での電話使用あるいはインターネットの利用が可能です。

施設の活動内容

開設してまだ日の浅いこともあり、十分な活動ができているとはいえませんが、行事では毎月の誕生会のほかに季節行事(花見・花火)を定期的の実施しております。9月9日には「きずなの郷まつり」を開催し、数百人規模の地域の方々にも参加していただきました。また利用者、職員共に地区のマラソン大会や町内の運動会等の各種行事、消防団活動にも積極的に参加しています。

また、日課の中では通常の入浴日(一人当たり週2回)以外にも夜間入浴日を設けています。

今後も利用者の希望に応じ、クラブ活動や余暇活動を充実させていくと共に、同一法人内の特養や授産施設の利用者との交流や、地域住民との交流を進めていく予定です。

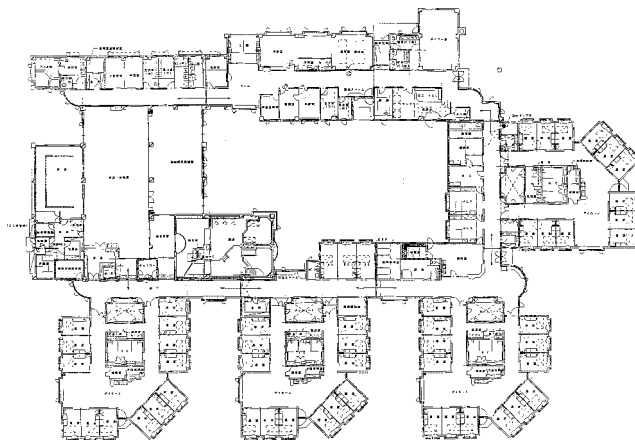


小学校 収穫祭

今後の課題

開設したばかりの現状では、全ての事柄について今後の課題を含んでいるといえますが、中でも当初予想していた以上に障害の重い方が多い上に、医療面を含め、多様な個別のニーズにどう対応していくかということが当面の最大の課題といえます。日課を始め生活の場としての施設全体の生活環境の向上を図りながら、個別処遇の充実を進めるためには職員の資質の向上を図ることも重要な課題であるといえます。

また、人口7千人程度の規模の町ではデイサービス・ショートステイの利用にも限界があり、如何にして今後の利用増を図っていくのかが大きな課題となっています。



新施設紹介



星空の里



施設の概要

施設名	星空の里
法人名	社会福祉法人 大一会
施設長名	大保 ミチ子
所在地	鹿児島県大口市宮人463番地33 TEL 09952-4-2511 FAX 09952-4-2514
定員	50名
設立	平成11年4月1日

実施している在宅福祉サービス（事業名）

身体障害者デイサービス事業
身体障害者短期入所事業
障害児（者）地域療育等支援事業
老人デイサービス事業
老人介護支援センター

同一法人内で運営している社会福祉施設

大口園	知的障害者更生施設（利用定員50）
〃	知的障害者短期入所事業（利用定員4）
フォーラム	知的障害者地域生活援助事業利用（利用定員9）

環境

当施設が所在する鹿児島県大口市は、南九州三県（鹿児島県・宮崎県・熊本県）のほぼ中央に位置し、緑豊かな山々、清らかな川の流れ、美しく澄んだ星空と自然豊かな「天と地と人のふれあう」文化の町、教育の町として、歴史とロマンを感じさせる都市であります。

運営方針

身体障害者の方々の自立支援と社会経済活動への参加を促進するための援助を行い、また、必要に応じて保護することで、身体障害者の方々の福祉の増進を図ることを目的としております。身体上障害のある方で、常時介護を必要とする方に入所していただき治療及び養護を行います。

また、居宅生活支援センターとして地域における身体障害者の方々の日常生活を支援することにより、ひとり一人の笑顔をもって、大切に接し、明るく和やかに生きる喜びを与える施設として利用者すべての幸せを願い、一層の福祉の充実を図ることを理念としております。

施設建設にあたって工夫した点

重度障害者への介護、養護、機能回復を目的とし、かつ近隣地域の在宅障害者を対象としたデイサービス（15人）、ショートステイ（6人）の受入れ施設です。施設入所利用者（50人）には、地域を超えて「選ばれる施設」づ



運動会（身障旗入場）



社会福祉大会の作品展コーナーでの1カット

くりを目標に建物の外観、機能、サービス等を十分満足でき、一生を送れるような空間づくりに努力いたしました。

まず、外観は、関連施設(知的障害者更生施設、老人デイサービスセンター)の南端に建設されるため、温かみが出る色、形を要し、切妻屋根とドーム屋根との連携で付近の連山と融和させてあります。機能としては、利用者が快適に生活できるように、全室個別空調で特に冬期対策として床暖房を施してあります。また、変化に富んだ空間として天井を高くとり採光を考慮したほか、板壁、木製ドア、パーゴラ等で自然を強調し、特に段差ゼロとし手摺、設備スイッチ等バリアフリーを徹底しました。

利用者への配慮として、便所には手摺はもとより介護リフト、脱臭機のほか冬期の暖房対策として赤外灯を設置し、居室の利便性・安全性については、寝たままでスイッチ等の操作ができる設備(リモコン)を整え、におい対策としては、全室空気清浄機を設置し、非常時には居室からの脱出が容易に出来るよう、段差をなくしております。

そのほか、食堂に隣接したアウトダイニングを設け、利用者のリフレッシュや団欒等に利用するなどの配慮をしております。

施設の主な活動内容、特徴的な活動

食事については、利用者の身体状況に合わせ、きざみ食、流動食、普通食とそれぞれの食事を用意するほか、嗜好調査や人気メニューを取り入れながら利用者の健康管理に努めております。入浴については、温泉を利用し、水曜日を除く毎日行っており、利用者には大変好評を得ております。

機能回復訓練は、PTによる残存機能の後退防止に努

めているところです。(これらはいずれも行なっていることで、ここで紹介するようなことではありませんが敢えて紹介いたしました。)

当法人は、他に知的障害者更生施設を併設しており、合同で行なう行事としては、夏祭り、運動会があり地域住民との交流を図っております。

そのほか、春は花見、夏は花火大会、秋は紅葉狩りと季節ごとの行楽やショッピング、1泊旅行などを企画しながら利用者のリフレッシュに心がけております。

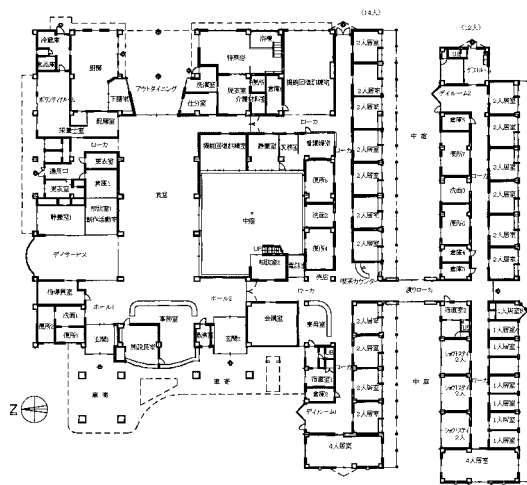
施設内においては、囲碁、将棋、オセロ、習字、短歌、手芸などのほかパソコンを趣味としてそれぞれ活動されていますが、同好会・クラブ活動までには未だ至っておりません。

今後の課題

すでに予定されている改革に向けて、如何に良質な商品(サービス)を消費者(利用者)に販売(提供)できるかが最大のセールスポイントとなってくることは、喫緊の課題であり、否めない事実であります。

このことは、セールスポイントをどこに置くのかが問題となってきます。良質(職員・施設・環境など)な商品のブランド化が必要であり、羊頭肉の世界は通用しない時代となり、「消費者は神様」であるとの商概念を学ばなければなりません。

このためには、これまでのフォードシステム(措置～実施)ではなく職人の手作りの技が必要になってくると思います。如何に良質な商品に消費者に買っていただくか、メーカーとしての誇りを持ちたいと思います。



支援費支給制度に向けたスケジュール、明らかになる

障害保健福祉主管課長会議開催

平成12年11月14日、厚生省は三田共用会議所において「全国障害保健福祉主管課長会議」を開催した。当日、会議では 支援費支給制度、 授産施設会計基準（案）、 小規模通所授産施設、 平成12年度補正予算、 平成12年度障害福祉課関係予算、 補装具事業の取扱いなどについて、説明がなされた。

本号では、その資料を一部抜粋して掲載するとともに、都道府県などから厚生省にあげられた質疑に対し、中村企画課課長補佐が回答した内容を紹介する。

なお、中村補佐は、支援費支給制度をめぐる今後の厚生省の取り組みとして、「現在、（厚生省の）内部にチームを設け検討している。早め早めに検討をし、かつ皆さんに示したい」と説明するとともに、「支援費支給制度においては、身近なところで相談に応じられる体制の整備が重要である。しかし、この度法定化した相談支援事業（市町村障害者生活支援事業等）の進捗がはかばかしくない。もっと取り組む必要がある。」と強調した。

社会福祉基礎構造改革について

支援費支給制度における都道府県の役割

都道府県は、広域的な自治体として、市町村において制度が円滑に実施されるよう、必要な支援を行うとともに、事業者、施設の指定を行う。主なものは以下の通り。

1. 支援費支給制度の円滑な導入のための市町村支援
支援費支給制度の円滑な導入に向け、市町村のサービス提供体制整備への支援、情報提供などを始めとして、必要な支援を行う。
2. 事業者・施設の指定、指定事業者・指定施設の指導、監督
（身障法第17条の17～第17条の31、知障法第15条の17～第15条の31、児福法第21条の17～第21条の23）
指定基準に基づき、支援費支給の対象となる事業者・施設を指定するとともに、指定した事業者・施設に対する指導、監督を行う。
3. 支援費、措置費に対する負担、補助（身障法第37条、知障法第25条、児福法第55条の2）
市町村に対して、支援費、措置費の支給に要する費用について、負担、補助を行う。

（参考）

都道府県での検討事項

都道府県においては、支援費支給制度導入に向けて、準備が必要な事項、検討が必要な事項として、以下の事項が考えられる。なお、条例等の改正の必要性などについても、検討が必要と考えられる。

1. 市町村への支援、指導
市町村でのサービス提供体制整備に対する支援
市町村障害者計画未策定の市町村に対する計画策定の支援、指導（広域的計画策定への取り組みを含む。）

必要な準備作業について、市町村を指導、支援。

市町村職員研修などの実施。

住民に対する相談支援体制の整備について、市町村を指導、支援。

市町村への支援、指導体制の検討。

2. 知的障害者関係事務の円滑な委譲
知的障害者に対する施設サービスについては、都道府県から町村に事務が移管されることになる。
3. 利用者、住民への情報提供
制度一般についての情報提供
指定事業者についての情報提供
4. 事業者への情報提供、事業者指定の円滑な実施、指定事業者への指導
事業者への情報提供、説明会の開催
事業者指定申請の受付
事業者に対する説明会の開催
申請書の受付の体制の検討
事業者の指定
「審査基準」の設定（行政手続法上、定める必要がある。）
（内容自体は、「指定基準」として厚生労働省令で定める。）
「標準的事務処理期間」の設定（行政手続法上、定める必要がある。）
指定の具体的手順、体制の検討
事業者指定担当職員に対する研修の実施
事業者台帳の整備の検討
15年度以降の運営指導、監査の体制の検討
事業者に関する苦情に対する処理体制の検討を含む。

支援費支給制度における市町村の役割

市町村は、障害者に対する支援体制の整備に努めるとともに、住民に対し提供された障害者サービスについて、支援費の支給を行う。主なものは以下の通り。

1. 情報の提供（身障法第9条、知障法第9条、児福法第21条の24）
障害者の福祉に関し、必要な情報の提供を行う。
2. 支援体制の整備（身障法第14条の2、知障法第15条の3）
地域の実情に応じた障害者の支援体制の整備に努める。

3. 利用の調整(身障法第17条の3、知障法第15条の4、児福法第21条の24)

障害者からの求めに応じ、サービスの利用についてあつせん又は調整を行うとともに、必要に応じ、事業者、施設に対し、利用の要請を行う。

4. 支援費の支給(身障法第17条の4～第17条の16、知障法第15条の5～第15条の16、児福法第21条の10～第21条の16)

障害者からの申請に基づき、居宅生活支援費、特例居宅生活支援費及び施設訓練等支援費の支給決定を行い、提供されたサービスについて、支援費の支給を行う。

5. 支援費支給制度の利用が困難な者に対する措置(身障法第18条、知障法第15条の32～第16条、児福法第21条の25)

支援を必要とする者が、やむを得ない事由により法律に規定する支援費の支給を受けることが著しく困難な場合は、措置を行う。

6. 支援費、措置等の支弁(身障法第35条、知障法第22条、児福法第51条)

支援費、措置費の支弁を行う。国、都道府県の負担、補助あり。

利用者から求めがあつたときのあつせん、調整、利用の要請について進め方の検討。

旧措置者の把握、申請勧奨(旧措置入所者については、1年間の経過措置あり。)

・特に、権限委譲が行われる知的障害者の施設サービスについては、県から町村への情報移管が必要。

支給申請の受付

・市町村における体制の整備。

支給決定

支給決定に係る「審査基準」の設定(行政手続法上、定める必要がある。)

「標準的事務処理期間」の設定(行政手続法上、定める必要がある。)

支給決定を行う手順、体制の検討

利用者負担の決定方法の検討

受給者証の交付

転居時の取り扱い

・利用者側からの手続、転居前後の市町村間の業務の進め方について検討

5. 利用者と施設・事業者との契約の円滑な締結

・利用者が契約を締結するに当たつての支援の検討。

6. 支援費の請求、審査、支払

事業者ら市町村への請求

様式、請求方法について検討

支援費の審査、支払

委託するかどうか、委託する場合の委託先について検討

審査方法、体制の検討

指定事業者と基準該当事業者とを併せて利用する場合の突合などの事務処理の検討

基準該当事業者を利用する場合の手続の検討

7. 苦情処理、異議申し立て

苦情処理

市町村において、支援費支給決定等についての苦情処理体制を検討する必要がある。

異議申し立て

市町村において、異議申し立ての処理体制を検討する必要がある。

(参考)

市町村での検討事項

市町村においては、支援費支給制度導入に向けて、準備が必要な事項、検討が必要な事項としては、以下の事項が考えられる。なお、条例等の改正の必要性などについても、検討が必要と考えられる。

1. サービス提供体制の整備

・市町村障害者計画の着実な推進

・市町村障害者計画未策定の市町村においては、広域的な計画策定への取り組みを含め、早期の計画策定。

2. 利用者への情報提供等

制度についての一般的な情報提供

利用が見込まれる者の把握

・施行前準備行為として、現在の利用者を中心として、サービスの利用が見込まれる者の的確な把握、申請の勧奨(申請書の交付、手紙の送付など)を実施。

身近なところで相談に応じられる体制の整備

・市町村の業務として、「身体障害者の福祉に関し、必要な情報の提供を行うこと」が定められている。

3. 「措置」事務の円滑な実施

「措置」の対象となりうる利用者の把握

・市町村は、支援を必要とする者が、やむを得ない事由により法律の規定による支援費の支給を受けることが著しく困難であると認めるときは、措置を行うことができる、とされている。

4. 支援費支給決定の円滑な実施

利用者の施設・事業者の選択への支援

障害者サービスに関して、身近なところで相談できる体制の整備。

支援費支給制度導入スケジュール(案)

時 期	内 容	
12年度	3	全国会議(1)
	4	
13年度	1	
	2	支援費支給決定に係る事務の主要の提示 平成14年度予算概算要求
	3	事業者指定基準案の提示 支援費支給決定に係る政省令案の提示
	4	事業者指定関係省令の公布 支援費支給決定関係政省令の公布 その他の手続関係の政省令の公布
14年度	1	都道府県事業者指定担当職員研修 支援費支給決定に係る都道府県職員研修
	2	支援費の国庫負担等概算要求 支援費基準の骨格の提示
	3	
	4	障害保健福祉関係予算の確定 支援費基準関係の政省令、告示の公布
15年度	1	制度発足

平成12年度補正予算について

障害者情報バリアフリー設備整備事業について

- ・ 障害者（児）情報バリアフリー設備整備事業（以下「整備事業」という。）は、在宅の障害者（児）が容易に使用できる情報機器等を、障害者（児）施設に配置し、当該施設において、配置された情報機器等を活用して、障害者（児）情報機器等利用事業（以下「利用事業」という。）を実施することにより、在宅の障害者（児）の情報バリアフリーを促進し、IT革命による情報通信の利便を障害者（児）が等しく享受できる環境づくりを進めるものである。

なお、本事業の実施要綱（案）については、別紙1、2のとおりであるので、本事業の趣旨をご理解の上、積極的な実施につき特段の配慮を願いたい。

- ・ 本事業の国庫補助予算額等は下記のとおりである。なお、本事業は全施設数の1/2程度の施設で実施することを想定している。

[身体障害者]

(国庫補助予算額) 1,330,760 千円

(予算科目)(項) 身体障害者保護費

(目) 身体障害者福祉費補助金

(目細) 市町村在宅福祉事業費

(事項) 障害者情報バリアフリー設備整備事業費

(補助限度額) 1施設当たり 4,800 千円

(負担割合) 国 1/2 都道府県 1/4 市町村 1/4

国 1/2 指定都市・中核市 1/2

[身体障害児・知的障害児(者)]

(国庫補助予算額) 1,564,885 千円

(予算科目)(項) 児童保護費

(目) 児童保護費等補助金

(目細) 在宅心身障害児(者)福祉対策費補助金

(事項) 障害者情報バリアフリー設備整備事業費

(補助限度額)

・ 身体障害児関係施設 1施設当たり 4,800 千円

・ 知的障害児(者)関係施設 1施設当たり 1,400 千円

(負担割合)

・ 身体障害児、知的障害児 国 1/2 都道府県・指定都市 1/2

・ 知的障害者 国 1/2 都道府県、指定都市、中核市、市、福祉事務所設置町村 1/2

(別紙1)

身体障害者情報バリアフリー設備整備事業実施要綱(案)

1 対象施設

身体障害者更生施設、身体障害者授産施設、身体障害者療護施設、点字図書館、点字出版施設、聴覚障害者情報提供施設等の身体障害者関係施設

2 対象機器

・ パーソナルコンピューター（障害者対応ソフト・周辺機器を備えたもの）

・ 点字ディスプレイ

・ 点字プリンター

・ 視覚障害者用音声合成装置（墨字を読みとり音声で出力するもの）

・ デジタル録音図書読書機

・ 字幕スーパーアダプター（字幕のないビデオテープ等に字幕を挿入する装置）

消耗品費及び運用経費は整備事業の対象としない。

3 実施主体

市町村（特別区を含む。以下同じ）

4 事業実施に当たっての留意事項

整備事業

- ・ 整備事業の実施については以下のとおり行うこと。

市町村は、管下施設のうち、地域における障害者のニーズ等を勘案した上で、利用事業を実施することが可能な施設を選定すること。

都道府県は、市町村からの事業実施の要望をとりまとめ、厚生省に協議を行うこと。また、指定都市、中核市は事業実施の要望をまとめ、厚生省に協議を行うこと。

厚生省は、都道府県・指定都市・中核市からの要望をとりまとめ、精査のうえ、内示を行うこと。

市町村は、各実施施設について、補助限度額の範囲内において、地域のニーズに応じて必要な情報機器を選択して配置すること。

- ・ 実施施設の選定に当たっては、地域における在宅の障害者が等しく当該利用事業を活用できるよう配慮すること。また、地域の障害者団体等の意見を聞くなど、当該利用事業を効果的に実施することができるよう、配慮すること。

- ・ 必要な情報機器の選択に当たっては、必要に応じて地域のニーズ把握のための調査を行うなど、地域の障害者の障害種別や程度等を勘案して必要な機器の選択や、組み合わせ（パーソナルコンピューターを整備する場合のソフト、周辺機器等）の検討など、作業療法士等、専門的見地からの意見も参考にしながら行うこと。

- ・ 上記3に掲げる対象機器は例示であり、情報機器の選択に当たっては、この例示に限定することなく、幅広い検討を行った上で必要な情報機器を選択すること。

利用事業

- ・ 実施施設は、市町村から配置された情報機器を活用して、利用事業を実施すること。

- ・ 利用事業の実施に当たっては、施設内の空きスペースを活用するなど、入所者の処遇に支障がないよう、配慮しなければならないこと。

- ・ 利用事業の実施に当たって、利用者から実費相当分の利用料を求めることは差し支えないものとする。ただし、その利用料は無料又は定額なものとする。また、その利用料収入については、当該利用事業の実施に当たって必要な消耗品費や運用経費等に充てるものであること。

その他

市町村障害者計画の策定推進について

- ・ 平成8年度を初年度とする7か年の計画として策定された「障害者プラン～ノーマライゼーション7か年戦略」(平成7年12月障害者対策推進本部決定)も計

画期間の5年目となっており、厚生省としても、在宅サービスや社会福祉施設の整備など各種保健福祉サービスの充実について、平成14年度の数値目標達成に向け、積極的かつ着実なプランの推進に努めているところであるが、障害者プランを推進していくに当たっては、国における事業量の確保に加え、市町村障害者計画の策定が極めて重要である。

- ・ 市町村は、障害者基本法第7条の2により、障害者計画を策定するように努めなければならないこととされているところであるが、策定率は極めて低調な状況と言わざるをえない。
- ・ 総理府が行った調査によると、平成12年3月末現在における市町村障害者計画の策定率は、63.5%であり、これを市区と町村に分けてみると、市区が91.1%であるのに対し、町村が56.2%という状況にある。
- ・ また、数値目標が設定されている計画は、策定している市町村の40.5%にとどまっている状況にある。
- ・ さらに、人口規模別に策定率をみると、市区では人口2万人未満で、町村では人口5千人未満で策定率が50%未満となっている。
- ・ その背景の一つとして、人口規模が小さい市町村においては、単独で計画を策定することが難しいことが挙げられている。
- ・ ついては、複数の自治体により、広域で計画を策定する等により、市町村障害者計画の早期策定を実現する必要があるため、管下市町村への積極的な支援をお願いする。
- ・ また、早期策定を実現するためには、都道府県が、障害保健福祉圏域等の広域圏域ごとに、圏域内の障害保健福祉施策の実施状況及び課題等を明らかにするとともに、圏域内における障害保健福祉施策の推進方策について検討し、圏域内の市町村に対して、市町村障害者計画について提言等を行い、次いで、それをもとに各市町村が圏域内での障害者施策の役割分担や、相互の協力及び連携を前提にした各々の市町村計画を策定する手法が有効であると考えている。
- ・ このため、厚生省としても、これまで、都道府県に対して、障害保健福祉圏域単位で計画策定作業が円滑に進められるよう支援をお願いしているところであり、平成11年度に、「障害保健福祉圏域計画推進事業」を創設するなどの支援を行ってきたところである。
- ・ 特に、12年度中に策定が見込まれる市町村を加えても、策定率が50%に達しない8道県については、同事業の活用も含めて、強力な市町村への指導・助言方をお願いする。

補装具給付事業について

地方分権一括法の施行に伴い、補装具給付事業については、身体障害者(児)に身近な行政機関である市町村の「自治事務」として位置付けられたところである。

このため、市町村は「補装具給付事務取扱指針」(平成12年3月31日障第290号)を踏まえながら、自らが主体性を持って実施する住民サービスとして、障害

者(児)の身体状況の把握はもとより、住環境、職業上・学業上等の個々の事情等についても配慮し、ニーズに即した補装具を給付することが求められている。以上を踏まえ、下記の点について、管下市町村に対し改めて周知願いたい。

基準外補装具の要否についても市町村が判断することとなったところであるので、基準に定める補装具で対応できない等の理由を明らかにし、その必要性について十分検討すること。

補装具の一部の種目について告示に定める耐用年数を見直したところであるが、再交付の取り扱いにおいてはこれまでと同様、実情に即して判断するものであること。

なお、多くの補装具取扱業者に対して委託することにより、きめ細かなサービスの提供及び身体障害者(児)の利便性の確保が期待されることから、契約業者数の見直しを図るといった点についても配慮されたい。

介護保険法の施行に伴い、高齢障害者等が介護保険制度において貸与される福祉用具の種目と共通する補装具の交付を希望する場合には、介護保険制度による福祉用具の貸与を受けることを基本としている。このことから、当該補装具の給付のみを希望する高齢障害者等が、要介護認定等申請を行っておらず、介護保険によるサービス利用を希望しない場合であっても、要介護認定等申請を行うよう本人に対し理解を求めるところとしているところである。

しかしながら、高齢障害者等の身体状況に個別に対応する必要があると判定された場合には、補装具給付制度において給付しても差し支えない取り扱いとしていくことから、この場合の決定がより迅速に行われるよう、介護保険優先の原則は維持しつつ、一定の条件のもとに要介護認定等申請の省略を認めることとする次の特例を設ける予定である。

補装具の交付のみを希望する者が、介護保険制度における要介護認定等申請を行っていても、その身体状況等から明らかに既製品では対応できず、個別に製作する必要があると判断される者である場合には、補装具給付制度において要否の検討を行って差し支えないこととする。

なお、この取り扱いを含め、介護保険と補装具給付の適用に関する留意事項について、近々、通知を発出する予定である。

外出介護員(ガイドヘルパー)について

外出時における移動の介護を行う外出介護(ガイドヘルプサービス)事業については、これまで運営要綱上に利用目的が具体的に例示されていたことをもって限定的に実施している市町村があるという実態に鑑み、「身体障害者居宅生活支援事業の実施等について」(平成12年7月7日 障第528号 厚生省大臣官障害保健福祉部長通知)により、下記のとおり運営要綱等の改正を行ったところである。については、本改正の趣旨をご理解の上、

社会参加促進の観点から個々の障害者ごとに必要性を判断して外出介護員（ガイドヘルパー）の派遣が行われるよう管下市町村に対し十分周知し、事業の適切な実施につき配慮願いたい。

（改正前）

「市町村、福祉事務所等公的機関、医療機関に赴く等社会生活上外出が必要不可欠なとき及び社会参加促進の観点から実施主体が特に認める外出をするとき」

（改正後）

「社会生活上必要不可欠な外出及び余暇活動等社会参加のための外出をするとき」

なお、外出介護（ガイドヘルプサービス）事業は、重度の視覚障害者及び脳性まひ者等全身性障害者の社会参加を促進する観点から重要な制度なので、未だ実施していない市町村に対して本事業を周知し、積極的に実施するよう指導願いたい。

支援費支給制度に関する現段階の厚生省の考え方（中村企画課課長補佐の回答より）

Q. 支援費の支給にあたって、厚生省は客観的な基準を設けるのか。

A. 具体的には今後の検討課題であるが、障害者へのサービス提供は現在においても総合的に勘案されるもので、今後も個人においてサービス量は異なるものであり、客観的な基準を設けるのは難しいと考えている。

Q. 支援費支給制度においても、介護認定審査会のようなものをつくるのか。

A. 現在では想定していない。

Q. 法律にある「障害程度区分」は何段階になるのか。

A. 簡素で合理的なものとしたいが、何段階かは今後の検討課題。

Q. 「障害程度区分」は何をベースに考えるのか。身障手帳や療育手帳とどう関係するのか。

A. 支援費支給制度では機能障害だけでなく能力障害も加味する必要があり、手帳と直接リンクしないものと考えている。

Q. 支援費は、入所期間が長くなることによって低くなるのか（逡減制が導入されるか）。

A. 例えば軽度の障害者が、地域生活が可能であるにも関わらず長期入所している場合や、逆に新たに入所した場合などは人手がかかることを考え、支援費に反映させることは可能性としてある。

Q. 支援費の額は、公立施設も民間施設も同じか。

A. 支援費支給制度の趣旨に照らし合わせ、差を設けるべきではないと考えている。

Q. 以前の身障審の意見具申において「重度更生を廃止し、重度加算を創設する」とあったが、どのような基準になるのか。

A. 重度加算は設けず、障害程度区分のなかに盛り込む予定。

Q. 施設の定員規模によって、支援費の額を変えるのか。

A. 利用者に着目して単価を設定する制度なので、定員の多寡に関係ないものとする予定。

Q. 市町村単独事業として、利用者負担の軽減をすることは可能か。

A. 厚生労働大臣が決める額を越えない範囲で定めることになるので、可能。

Q. 支援費支給制度においては、ケアマネジメントや障害者ケアマネジメント体制整備推進事業がどのように位置付けられるのか。

A. 支援費支給制度においては、ケアマネジメントを制度上位置付けていない。しかし、利用者が自ら選択するのをサポートするときや、市町村が支援費の支給決定をするときに、ケアマネジメントの手法が有効であると考えている。

Q. 都道府県で養成している障害者ケアマネジャーは、今後どのように位置付けられるのか。

A. 前述のとおり、制度上ケアマネジャーも位置付けていない。支援費の支給決定は公的なサービスについてだけ行うが、ケアマネジメントはボランティアなど民間サービスなども含めて行うものであり、性格が異なるものと考えている。よって、支給決定に必要な事項は、ケアマネジャーとは別に研修会を行う予定。ただし、ケアマネジャーの養成研修を受けたものが、支給決定の担当部局にいる場合には活用したり、社会福祉法人にいる場合には「支援事業」などに活用していただくことを考えている。

Q. 意思能力が低い知的障害者の場合は、保護者が契約の当事者となるのか。

A. 成年後見制度で対応することが基本だが、運用においては医療保険と同じように本人意思を代弁する者が契約締結することになるだろう。

Q. 成年後見の手続きには相当の時間を要することから、その間を措置制度で対応することは可能か。

A. 緊急を要する場合は、措置制度で対応する。

常任協議員会

8月24日に第3回常任協議員会を開催しました。その協議内容の概要を以下に述べます。

全国研究大会について

第26回全国大会の開催要綱（案）が提案され、了承されました。

次回から、全国大会に学会方式を導入することが提案され、了承されました。複数の分科会の発表や、研究の成果を聞きたいとの要望に応えるもので、継続的な研究・発表が可能になり、職員の資質向上につながるメリットがあります。

他方、分科会が多くなり参加が困難、分科会の総括が困難、実行委員会の負担、発表レベルの低下などの懸念が出されました。これに対しては、自由に資料を収集できる仕組み、発表の実績を正しく評価できる仕組み、学会方式についての周知を図るとしています。

支援費支給制度の導入に合わせ、分科会への主体的な参加の意識を高め、参加の仕組みを検討すること、また、全国大会とブロック大会の役割分担の検討が必要であるとの意見が出されました。

研修会について

今年度から始まる協議員セミナーの持ち方についての説明があり、了承されました。

今年度の第14回中堅職員・第10回看護職員研修会開催要綱（案）が提出され、了承されました。

併せて、来年度から、中堅職員・看護職員研修会を発展的に解消し、「療護施設ケアプラン研修会」（仮称）とすることが提案され、了承されました。

調査・研究について

平成12年度身体障害者療護施設基礎調査について説明があり、了承されました。

療護施設入所待機者・退所者調査について検討し、了承されました。

予算対策小委員会、個別援助計画検討委員会の状況についての報告もがありました。

制度・予算対策について

身体障害者のデイサービスとショートステイの仮単価にかかわる要望をまとめ、同日、常任協議員会終了後、厚生省障害福祉課長に要望書を提出しました。

（徳川 輝尚）

総務・広報委員会

平成12年度第1回総務・広報委員会が7月27日、全社協において開催されましたのでご報告致します。

「第26回全国研究大会開催要綱（案）」（於：岩手県）について協議しました。特に、分科会の在り方については第25回全国研究大会（於：浜松）のアンケート等をも踏まえ、参加者自ら研究意欲が高まり、研究大会を一層効果的にするために、「研究」の要素を高め自らの意志による発表、即ち「学会方式」の導入などを検討しています。

「本協議会の組織の在り方及び運営内規の見直し」を協議しました。平成15年度から開始される「支援費支給方式」等、諸課題について本協議会が積み上げてきた実績を繁栄させ、新たな仕組みを作り上げていく上で機能的に、的確に、敏速に対応できる体制を検討しているところです。

「第1回協議員セミナーの開催」について内容を協議しました。福祉社会の改革期における中央行政の動向と直近の情報を的確に把握し、一方、今後の療護施設の役割を明確に示し、本協議会の協議員の機能の強化を図りたいと思います。

ホームページを開設している施設は、調査の結果370余りの療護施設のうち50施設余りありました。いつでも、どこでも情報収集や情報提供が速やかに利用出来るよう整備を進めたいものです。

今後、「新しい制度」への改革に向けて、本協議会は「全員参加」の基本姿勢で取り組んでいきたいと願っております。ご協力を宜しくお願い致します。

（増山勝子）

研修委員会

平成12年度第1回研修委員会の開催概要は次の通りでした。

【個別援助計画を学ぶ】

平成12年5月16日

会場 / 全社協第1会議室

出席 / 全委員8名 / 事務局

議題 「第14回療護施設中堅職員・第10回看護職員研修会」開催要綱案について

〔趣旨の検討〕支援費支給方式に備え、より強く求められる個別支援計画の策定方法を学ぶことを第一の研修主題としました。次いで中堅と看護職員対象の研修会を同時開催することの是非について議論しました。これまでの経緯はありますが、今後改めるべきとし、三日目の講義の「人権問題」については、学術的ではない方向で講師の人選を討議しました。

平成12年度第2回研修委員会の開催概要は次の通りでした。

【平成13年度後の研修事業】

日時 / 平成12年8月8日

会場 / 全社協第1会議室

出席 / 委員7名、福澤副会長、欠席1名、事務局

議題 平成13年度以降の研修事業の進め方について。事務局より資料の説明の後、討議に入りました。

職員の資質向上についての資質及び、資質に欠けるものは何か。資質のレベルの範囲から第三者評価等にも議論を広げた討議をしました。

今、施設ではケアプランを作っているが、まだ科学的体系のものには至っていない。全国施設規

模でリーダーを養成するか、都道府県規模で養成するのか、今後議論を詰め調・研にも協力を求め、ケアマネージャー育成を図っていくべきではないか等を議論。

「中堅・看護職員研修会」をケアプラン研修会とする改称案を常任協議委員会に図ることにしました。（注 / 第3回常任協議委員会にて承認）

【経営戦略の経営とは何か】

議題 全国療護施設経営セミナー（平成13年3月13日～14日 / 全社協灘尾ホールにて開催予定）

前回のアンケートを重視し、反省を含め経営の名称を冠しただけの内容と言われないように、財務、労務（人事考課等）の実務面の新学習及び、在宅福祉サービス等、地域社会に広げる戦略的課題、新事業等を探ることを次回委員会（11月6日）で改めて討議するために、全委員が「療護施設の経営とは何か」について試案レポートを10月末までに提出することにしました。経営セミナー参加予定人数 / 約380名。法人役員、施設長、事務長を対象。初日 / 行政説明・基調講演・懇親会。2日目 / 講義。

議題 第14回中堅職員・第10回看護職員研修会開催について、日時 / 平成12年11月7日～9日・場所 / 幕張プリンスホテル。

プログラムは、ケアプランを核とした前回の討議案を確認しました。なお、最終日の特別講演は「新ちゃんのお笑い人権高座～自分の人生、自分が主役」に決まりました。

目前に迫っている契約社会に向けて、全職員の資質向上のための研修こそ、当研修委員会の使命と考えています。皆様のご叱声とご協力をお願い申し上げます。

（寺門 栄）

調査研究委員会

第1回調査研究委員会（平成12年8月2日）

平成12年度における調査研究委員会の事業の進め方について次の議題について協議を行いました。

1. 基礎調査の実施について

昨年度より実施している基礎調査の主要項目の検討及び是正と、調査記入方法について検討を行い、その

結果フロップイ入力を原則とし協力頂くこととしました。

2. 介護保険が実施されたことに伴う影響の調査

待機者がどの程度変化したかを把握する待機者把握調査、療護施設に入所していた人が、どの程度介護保険施設に移行したかを把握する退所者把握調査、在宅福祉サービス（デイサービス、ショートステイ）が、介護保険によりどのような影響を受け、利用者像がどの程度、変化したかを把握する介護保険施行後実態把握調査（在宅福祉サービス研究部会にて調査）を行うこととしました。

3. 身障デイ・身障ショートの仮単価への対応（在宅福祉サービス部会）

会員施設に対し、どのように周知方を進めるか、厚生省に対し、どのような働きかけを行うことが最も有効かについて、協議してきました。

4. 身体障害者デイサービス研究会議（仮称）について 在宅福祉サービス研究部会にて調査研究することとしました。

第2回調査研究委員会（平成12年10月31日開催予定）

主要議題として、1. 「退所者把握調査」及び「待機者把握調査」の調査結果の分析について。2. 支援費支給方式における在宅サービスの検討課題について。3. 平成13年度の調査研究事業について。それぞれについて鋭意分析、検討することにいたしています。

第1回「療護施設の個別援助計画検討委員会」（平成12年7月21日）

徳川会長出席のもと、委員長白澤政和大阪市立大教授、委員として亀山幸吉淑徳短大教授、調査研究委員長ほか七名、オブザーバーとして厚生省障害福祉課小田島明専門官出席のもとに、次の協議題について協議検討を行いました。

1. 委員会の趣旨及び進め方について

支援費支給方式における支援費の授受においては、個別援助計画が必要

療護施設のサービスの標準化の視点から、組織として個別援助計画の標準様式の作成を行う必要

計画書だけでなく、質の向上につなげるためにも処遇マニュアルについても検討を要する

さらに、これに付随する計画策定マニュアルの整備、個別援助計画の様式の検討を行うこと

とし、様式の検討終了時点で対応方法を検討するなど趣旨・目的の確認を行いました。

また主要検討項目としては、

施設でのケアプランの作成状況の調査

アセスメント票の検討・作成、

ケアプランの検討・作成、

ケアプラン作成マニュアルの作成、

処遇マニュアルの作成

などを挙げ検討しその具体化を図ることとしました。スケジュールについては、概ね本年度中を目途に、その間ワーキンググループでの検討をも実施し、年5回程度の委員会開催で所期の目的達成を図ることとしました。

2. 個別援助計画の取り組みについて

既に施設毎に実施されつつある取り組み事例のうち3施設（聖マーガレットホーム/有誠園/ときわ台ホーム）の取り組み事例の報告を受け、白澤委員長の有益な示唆のもとに協議を進めることができました。

第2回「療護施設の個別援助計画検討委員会」（平成12年8月23日）

第1回の検討委員会の協議を受けて、今回の主な討議内容は次のとおり。

1. 全体像について

施設としてすぐに対応しなければならない部分もあるが、はじめにそれありきではなく、積み重ねの仕組みをつくる必要がある。

基礎知識の部分と、ADLサポートの面、満足度のための視点が必要。

2. マニュアルについて

介護マニュアルを「障害別」にわけるより障害の機能別にわけた方がマニュアルにしやすい。

マニュアルをチェック式でできないか検討する必要があるなど。

3. アセスメントについて

心理・身体・環境面からのそれぞれのアセスメントが必要。

アセスメント様式にとりかかる前に、本人からの希望、想いを十分に聴くことが大事、という面も大切、アセスメントには、マイナス面に焦点を当て勝ちで、プラスの事をきき、能力を發揮できるよう行間をうめる仕事が必要、そのためには余裕のあるアセスメント用紙が必要で例えば「本人は入浴が好き」と書ける方が望ましい。要はケアプランが本人のエンパワメントの材料になるよう考えていきたい等。

討議の過程で白澤委員長よりの提案があり、また、「療護施設における個別援助計画のイメージ図(枠組み)」が整理提案されました。

ワーキンググループのメンバーについては、亀山教授（座長）のほか4名で委員構成し、来る11月上旬に実施される中堅・看護職員研修会との関連も考慮に入れ、8月23日から10月15日まで4回程度することとしました。

なお、そのすすめ方についても協議し、第3回個別援助計画検討委員会（10月12日予定）にて総合的に協議・検討することを前提にワーキンググループの裏りある討

議がなされるよう付託することにしました。

第1回在宅福祉サービス研究部会（平成12年4月24日）

当日開催されました本協議会主催による「市町村障害者生活支援事業意見交換会」をふまえ、先にお手元にお届けしました「事例集」に盛りこむべきことは何かを主題に、「療護施設が「支援事業」に取り組む意義」「制度的課題」「運営上の課題」、「今後の『支援事業』の取り組み課題」など療護施設における本事業の積極的な推進を図るとともに事例集をよりよきものにするための協議検討を行いました。

「意見交換会」につきましては、さきの機関紙「身障施設協」（平成12年度第1号）の28頁の「会務報告」をご参照下さい。

第2回在宅福祉サービス研究部会（平成12年8月25日）

福澤副会長も出席のもと、当在宅サービス研究部会としても重要課題である次の議題について協議しました。

1. 介護保険施行後の実態把握調査（身障デイ・身障ショート）について

調査内容パラダイムや調査項目など協議検討し、厚

生省の示した仮単価（障害区分やその単価等級など）についてもその対応をいらんでの討議も行いました。

2. 身体障害者デイサービス研究会議について

さきに（平成11年2月）示された在宅福祉サービス研究部会報告書をふまえて身障デイのその後の実態及び今後の課題など研究討議するシステム作りの前段として、研究会議を開催する必要性について協議し、さらには、高齢者福祉の分野におけるデイサービスの組織化動向の影響をも視野に入れて来る10月30日に開催する案件について協議を行いました。

3. その他、厚生省に対する要望について

身障在宅福祉分野の仮単価について平成13年度概算要求案が示されようとしているこの時点で、前日開催の常任協議員会で協議された本協議会としての要望内容を当部会としても了承しました。

平成15年度にいたる重大な時期における今後の調査研究委員会などの役割・その責任の重大さを委員ともども痛感いたしているところです。

（三澤 昭文）

制度・予算対策委員会小委員会

制度・予算対策委員会小委員会は、支援費支給方式に対応すべき委員会ではありますが、平成15年4月実施と言われており時間があるようでも我々委員にとっては少ない時間と思います。

それは、課題が数多くあり、一つの課題においても例えば施設が郡部にあるか都市部にあるか、また法人の経営母体が医療機関であるかないか、さらには施設の規模の違い、行政の支援の有無、常勤の医師等各施設によって考え方が異なる中で、厚生省または審議会等の方向が固まらないうちに我々身障協議会の意見要望を入れてゆかなければならないのであり、会議のスピード、タイミングが非常に重要な気がします。

委員会の議論としては、療護施設の位置づけ、指定事業者の基準、支援費のイメージ、支援費の額等を中心に協議しています。

9月は、支援費支給方式のイメージ、骨格の検討まで来ておりますが、支援費の支給に当たっての判定基準であります介護度等についていろいろ議論されました。

今後は利用者の声を聞かなければならないと思います。つまり、利用者の負担等について種々のご意見もあると思いますので、アンケート調査を実施しながら、また、根拠や理論武装しながら予対活動を進めて参りたいと考えております。引き続き、会員の皆様のご協力のほどお願い申し上げます。

（森川盛人）

お詫びと訂正

「身障施設協」（平成12年度第1号）の18頁「すみれ園」の施設長名に誤りがありました。ここにお詫びをし、訂正をさせていただきます。

- ・誤 「原 幸恵」
- ・正 「十川郁男」

Quick 10

ご注文方法：下記ご希望冊数をご記入のうえフリーダイヤルでファックスまたはご郵送ください。

【フリーダイヤル】 東京都の方（ノーマルモードでお送り下さい）0120-896-968（10けた）

東京都以外の方（ノーマルモードでお送り下さい）0077-23-896968（12けた）

発送手数料（送料を含む）は冊数・地域にかかわらず1回につき350円です。

価格は本体価格を表示しています。お買い上げの際は消費税が加算されますのでご了承下さい。

ケアマネジャー パーフェクト解説 98・99年度本試験問題	98、99年の本試験問題と解答、各選択肢ごとの解説および標準テキストの対応位置を記す。[ケアマネジャー試験問題解説委員会編]	2,381円	冊
福祉まんがカット集 介護のすべて	介護に関する、施設、生きがい、体力づくり、介護用品・福祉機器、福祉の仕事、医療・障害者などのカット集。無許可転載自由。[高宮信一ほか著]	1,714円	冊
介護保険 特定疾病の基礎知識	介護保険の制度のもとで特定疾病とされるいわゆる難病等について、その概念、所見、対応法などを明らかにする。[全国老人保健施設協会編]	1,500円	冊
ソーシャルワーク実践における エンパワメント その理論と実際の論考集	エンパワメント実践とは何かについて、女性、貧困、レスビアン、障害者、ホームレスなど様々な対象別に検討を加える。[E・O・コックスほか編著]	3,200円	冊
【解説】 社会福祉法人 会計基準	本年2月に制定された新たな社会福祉法人会計基準の解説および制度移行の留意点等をまとめた社会福祉施設必携の一冊。[本田親彦・渡部博著]	1,700円	冊
看護・介護 サービスのための 目で見る用語事典	保健・医療・福祉に関する372の用語を、イラスト・表・写真などを多様して目でわかる形でポイント解説を行う。[島内節ほか編著]	3,400円	冊
重症児のQOL 「医療的ガイド」	重症心身障害児の医療ケアと「二次障害」について、親や保育者・教師など直接ケアにあたる者が理解できるように解説する。[藤岡一朗著]	2,000円	冊
改訂 障害者ケアマネジャー養成 テキスト [身体障害編]	身体障害者介護等支援サービス指針に基づいた試行事業の取り組みにふまえ、新様式をとり入れた改訂版。[身体障害者ケアマネジメント研究会監修]	3,500円	冊
障害者ケアマネジメント 実施マニュアル [身体障害編]	ケアマネのプロセスをわかりやすく図式化し、実践の場で活用できるように編集した実施マニュアル。[身体障害者ケアマネジメント研究会監修]	4,200円	冊
めざせ！ 車いすの ビューティフルデザイン	8月に徳島で行われたリハビリテーション工学カンファレンスにおける車いすSIGのテキスト、発表論文集。[日本リハ工学会SIG車いす編]	3,000円	冊

「クイック・テン」はスペース96により月2回ファックスで発行される障害者関係図書の最新情報です（年間購読料1,575円）
 今回は、2000年6月から9月に発行された「クイック・テン」の中から身体障害者療護施設に関係するものを選び出して特集
 してみました。「クイック・テン」のご購読をご希望の場合は、電話03-3991-9600までお問い合わせください。
 上記の書籍をご希望の場合は、下記にお名前・ご住所・お電話番号をご記入のうえ、03-3991-9634までファックスして下さい。

施設名	ご住所 〒
(ご担当)	
お電話	ファックス

編集後記

以前も本機関誌で紹介しましたが、聖隷福祉事業団の理事である田嶋さん曰く「福祉の人は『ヒラメ症候群』が多い」とのこと。「上ばかり見ている」という意味だそうです。これからは上ばかり見ても、何も解決しなくなってきました。現場の問題の答えは、現場にあります。今までは単に情報を「早く」仕入れることで勝ち負けが決まることが多々見受けられました。しかしそういう時代も終わろうとしています。地域に根ざし、利用者に満足していただけるサービスを創り上げていくことが求められています。20世紀もあとわずか。これまでの仕事を改めて見つめなおし、それを踏み台にし、大いなる飛躍をしたいものです。(G)