

全国救護施設協議会

# 全救協

2004 no. 117

## CONTENTS

<b>特集</b>	<b>2</b>
三位一体、障害保健福祉施策 改革の動向	
<b>動向</b>	<b>11</b>
制度改革関係情報	
・ 社会保障審議会福祉部会生活保護制度の在り方専門委員会の 検討状況	
・ 精神保健福祉等に関する動向について	
・ 「精神保健医療福祉の改革ビジョン」示される	
・ 社会福祉施設職員等退職手当共済制度の見直し意見書まとまる	
<b>連載報告</b>	<b>17</b>
施設経営におけるリスクマネジメント 児玉安司氏	
<b>ブロックだより</b>	<b>20</b>
平成16年度活動状況	
・ 北陸中部地区／・ 中国四国地区	
<b>改築施設情報</b>	<b>22</b>
救護施設フローラ（大阪府）	
<b>キャッチボール</b>	<b>26</b>
「機能回復訓練業務委託及び精神科医雇上」に関する アンケート結果	
<b>活動日誌</b>	<b>28</b>

Message  
from  
Editor

### No.117の発行にあたって

新潟県では、7月には「7・13水害」、10月には「新潟県中越地震」と度重なる大きな災害に見舞われた年だったので、今年こそは穏やかな良い一年になるようにと願うばかりである。

全救協が、国の生活保護制度の見直しにあわせて立ち上げた生活保護制度のあり方に関する検討委員会での議論を基に、生活保護制度のあり方と保護施設のあり方に関する検討に対して田中会長が発言を続けてきたが、その最終報告が先般出されたところである。

また、障害関係種別の施設について、大きく変革が提案されている様子を見るにつけ、救護施設の将来に対する不安は隠しきれないが、とにかくこれまで同様に最後の砦、セーフティネットとしての役割だけはしっかりと果たしていかなければならないと考えている。

ところで、わが名立園では10月に念願であった供養塔が完成し、開眼式と納骨式を無事執り行なうことができた。この一年前に亡くなったある入所者の遺骨を家族に引き取ってもらえず、近くのお寺に預ってもらっていたが、これで安心してゆっくり眠ってもらえると思う。家庭の事情で親はなく、姉妹も離ればなれ。山奥の田舎の農家で作男として辛酸をなめ、その後当園に入所となったのだが、園がやっと安心して生活できる居場所となり、入所者自治会の役員をしたりコモ織り作業に従事するなど、17年間をいきいきと過ごすことができた終の棲家であっただけに、園の供養塔に入ることができてよかったと思っている。

隣の富山県の八尾園の西浦園長から色々ご教示いただき、当園でも供養塔の建立に至ったのだが、八尾園ではすでに40体ほどの仏様を供養されている。当園のものは、八尾園さんのものに比べるとはるかに小さいものであるが、それでも骨壺が18体納骨できるようになっている。

救護施設を利用される方は地方によって様々であるが、どこの救護施設にとってもセーフティネットとしての使命は変わり無く、お互いよい施設づくりに励むと同時に、全救協の名の下にこれからも一致団結して進んでいけたらと願っている。

名立園 金子栄一

## 特集

## 三位一体、障害保健

## 三位一体改革の全体像出される

地方六団体の国庫補助負担金のあり方に関する改革案を受け、政府・与党は、基本方針2004に基づき平成18年度までの三位一体改革の全体像について、平成16年11月26日合意した。

国庫補助負担金改革については平成17年度・18年度予算において、3兆円程度の廃止・縮減等の改革を行う。(下記参照)

義務教育制度については、その根幹を維持し、国の責任を引続き堅持するという方針の下、費用負担についての地方案を活かす方策を検討し、また教育水準の維持向上を含む義務教育のあり方について幅広く検討する。こうした問題については、平成17年秋までに中央教育審議会において結論を得るとされ、中央教育審議会の結論が出るまでの平成17年度予算については、暫定措置を講ずることになった。

1. 国民健康保険については、地方への権限移譲を前提に、都道府県負担を導入する。
2. 3兆円規模の税源移譲のうち、その8割方について次のとおりとする。

・義務教育費国庫負担金(暫定)	8,500億円程度
(平成17年度分(暫定))	4,250億円)
・国民健康保険	7,000億円程度
・文教(義務教育費国庫負担金を除く)	170億円程度
・社会保障(国民健康保険を除く)	850億円程度
・農水省	250億円程度
・経産省	100億円程度
・公営住宅家賃収入補助	640億円程度
・総務省、環境省	90億円程度
・平成16年度分	6,560億円程度

---

税源移譲額 合計 24,160億円程度

3. 平成17年中に、以下について検討を行い、結論を得る。

- (1) 生活保護・児童扶養手当に関する負担金の改革
  - ・生活保護費負担金及び児童扶養手当の補助率の見直しについては、地方団体関係者が参加する協議機関を設置して検討を行い、平成17年秋までに結論を得て、平成18年度から実施する。
- (2) 公立文教施設等、建設国債対象経費である施設費の取り扱い
  - ・公立文教施設費の取り扱いについては、義務教育のあり方等について平成17年度秋までに結論を出す中央教育審議会の審議結果を踏まえ、決定する。

## 〔平成17年度及び18年度に行う3兆円規模の国庫補助負担金改革の工程表〕

厚生労働省(取り組み状況) 9,340億円

(概要) 国民健康保険国庫負担、養護老人ホーム等保護費負担金、児童保護費等補助金(産休代替保育士費等補助金等)、在宅福祉事業費補助金(生活支援ハウス等)、社会福祉施設等施設整備費補助金・負担金等

障害保健福祉施策改革の動向について  
～大変革、障害者福祉施設体系

第18回社会保障審議会障害者部会(10月12日開催)から議論されている「今後の障害保健福祉施策について(改革のグランドデザイン案)」(以下、グランドデザイン)については、障害福祉部ニュース等ですでに資料をご提供しているが、その後の検討状況等も含め改めて動向の報告をする。保護施設はこの改革の流れの中には入っていないが、改革案が実施された後に保護施設にはどのような影響が及ぶのか、今後注視していく必要がある大きな動きである。

# 福祉施策 改革の動向

## 1. 改革の基本的視点と基本的方向

今回示された改革の基本的視点は、①障害保健福祉の総合化（年齢や障害種別等に関わりなく、できるだけ身近なところで必要なサービスを受けながら暮らせる地域づくり）、②自立支援型システムへの転換（障害者が、就労を含めてその人らしく自立して地域で暮らし、地域社会にも貢献できる仕組みづくり）、③制度の持続可能性の確保（障害者を支える制度が安定的に運営できるよう、公平で効率的な制度に）の3点である。

改革の基本的方向は、大きく①現行の制度的課題を解決するものと、②新たな障害保健福祉施策体系を構築するものがあり、現行の制度的課題を解決するためには、「市町村を中心とするサービス提供体制の確立」「効果的・効率的なサービス利用の促進」「公平な費用負担と配分の確保」が必要とされている。

### 市町村を中心とするサービス提供体制の確立

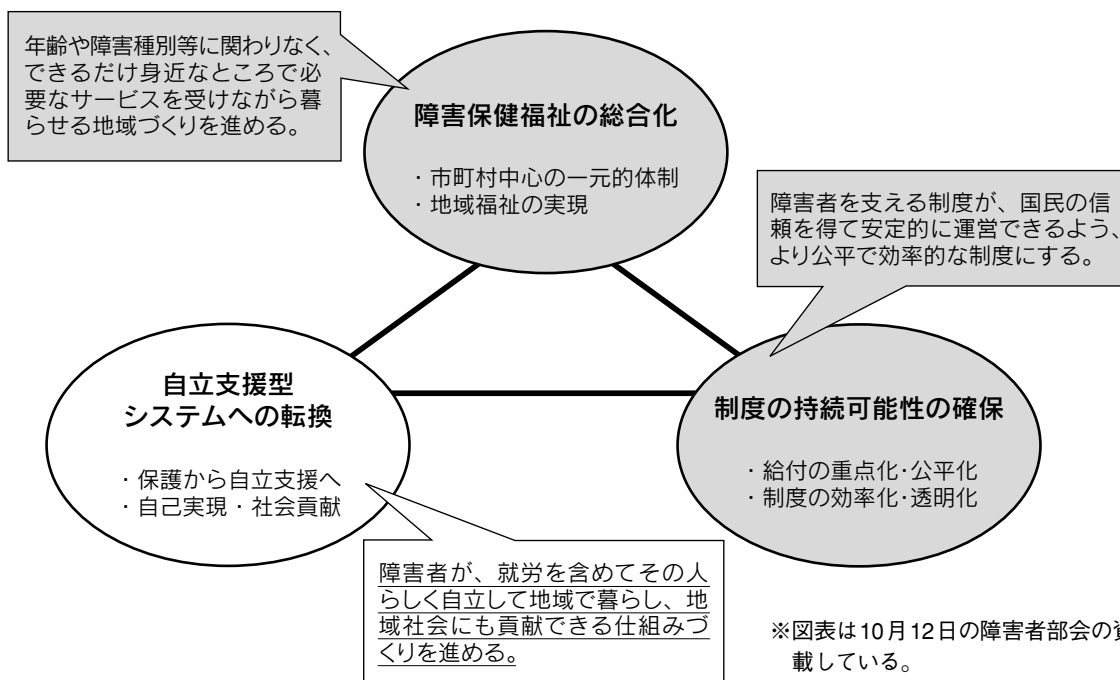
今後、福祉サービスについては、年齢、障害種別、

疾病等を超えて「市町村に実施主体を一元化」し、「国、都道府県が効果的に支援」しつつ、「地域福祉の実現」と「全国的に均衡ある提供体制の確保」の両立を図る必要がある。具体的には、①福祉サービスの提供に関する事務の市町村移譲と国や都道府県による支援体制の確立（図2）、②障害保健福祉サービスの計画的な整備手法の導入（図3）、③各障害共通の効果的・効率的な事務執行体制の整備、④障害等に対する国民の正しい理解を深める国の取り組み、を行うとしている。

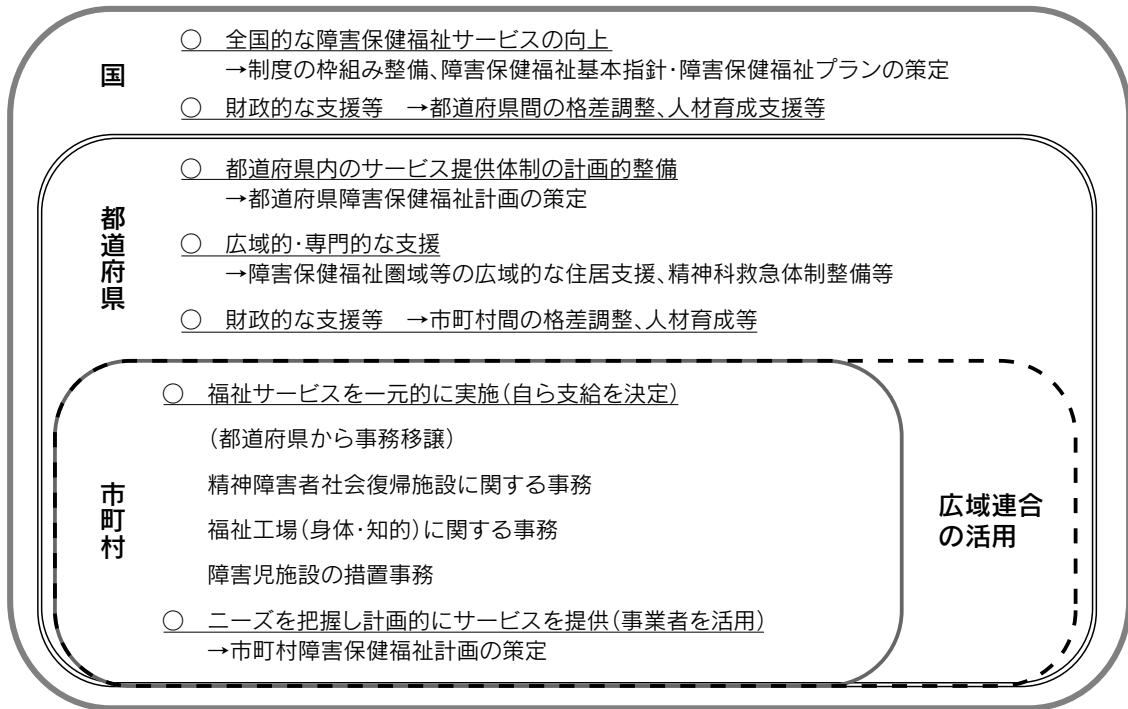
### 効果的・効率的なサービス利用の促進

支援費制度の施行や、居宅生活支援関係費用の急増の中、制度を維持管理する仕組みが極めて脆弱なことから、より効果的・効率的なサービス利用ができるよう制度の見直しが必要となっている。障害者サービスが国民負担により賄われる以上、国民全体が納得できる「客観的・合理的な基準、手続」に基づいて運営される必要がある。具体的には、①市町村を基礎とした重層的な障害者相談支援体制の確立とケアマネジメン

【図1】 改革の基本的視点

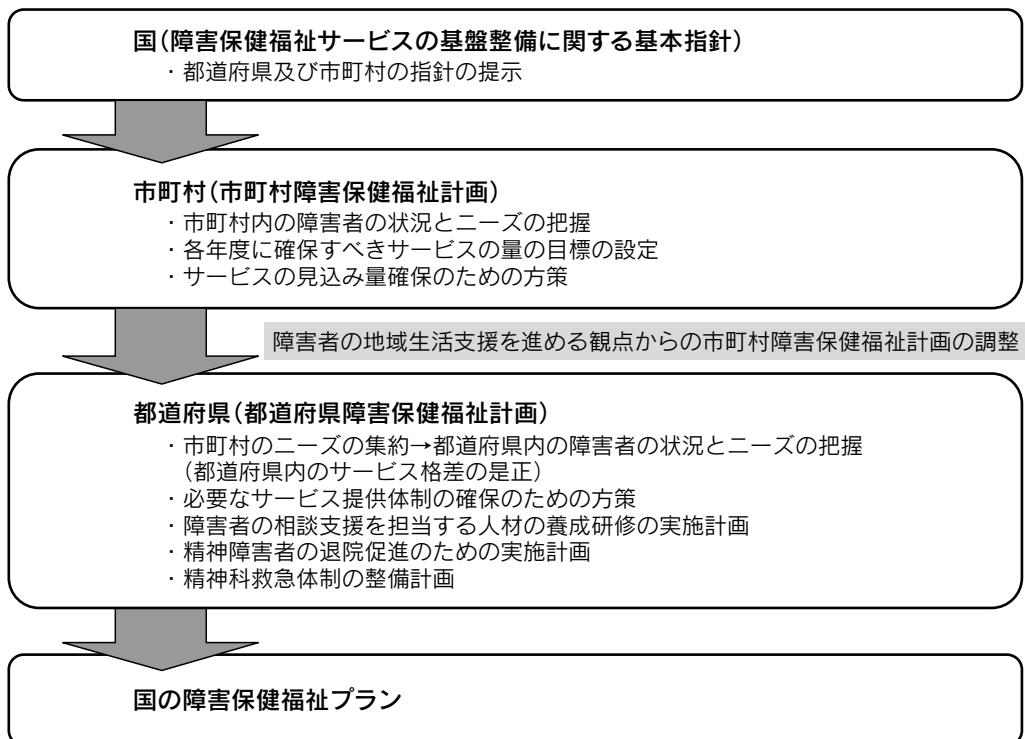


【図2】 福祉サービスの提供に関する事務の市町村移譲と国・都道府県による支援体制の確立



※障害児については、被虐待等の要保護性を有する者に係る実施主体の問題があり、概ね5年後の施行を目的に3年以内に結論を得る。

【図3】 障害保健福祉サービスの計画的な整備手法の導入

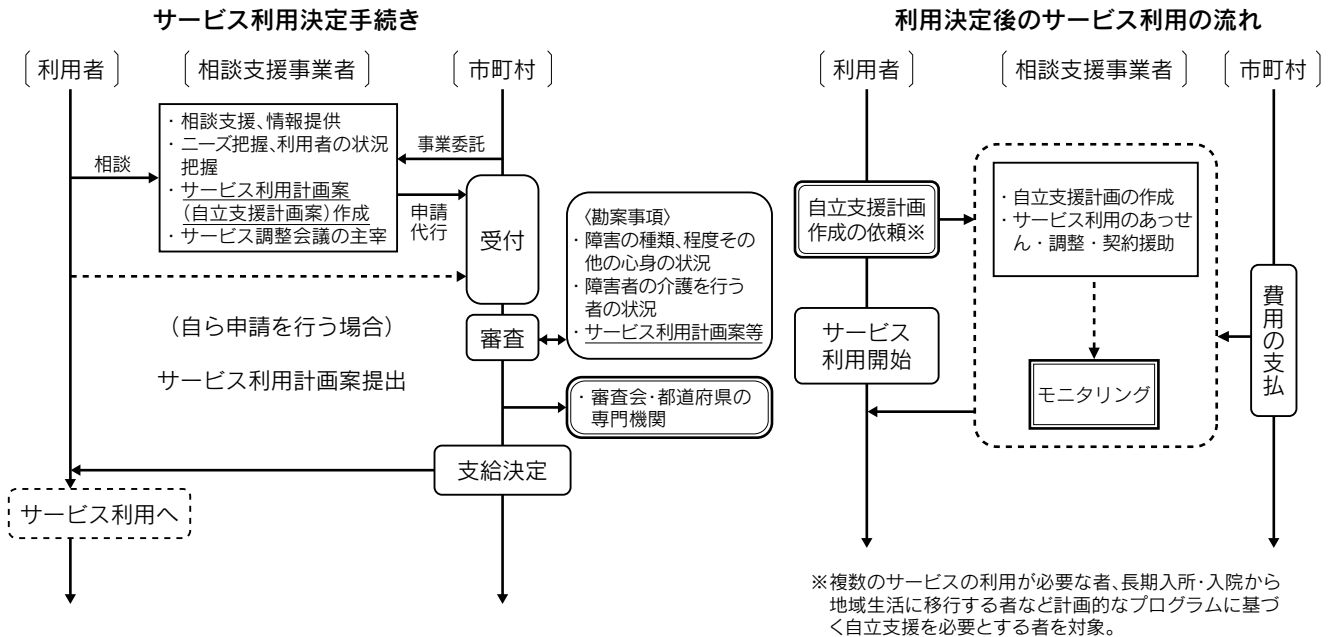


※市町村と都道府県の計画は、障害者基本法に基づく障害者計画と一体のものとして策定。

このほか、次のような取り組みを進める。

- 報酬請求事務等の電算化、外部化などの障害種別を超えた効果的・効率的な事務執行体制の整備の取り組み
- 「精神分裂病」の「統合失調症」への名称変更などの障害等に対する国民の正しい理解を深める国の取り組み

【図4】 利用決定プロセスの透明化



このほか、次のような取り組みを進める。  
 ○各サービス共通の尺度を開発して客観性のある障害程度区分を設定し、標準的な費用額を設定するなどの取り組み。  
 ○人材確保と資質の向上の取り組み。

ト制度の導入、②利用決定プロセスの透明化（図4）、③障害程度等に係る各サービス共通の尺度とサービスモデルの明確化、④人材確保と資質の向上、に取り組む。

### 公平な費用負担と配分の確保

負担能力の乏しい者へ配慮しつつ、契約した本人について「受けたサービス量に応じた負担」「入所施設と地域生活の均衡ある負担」を求める仕組みの導入が必要であり（図5・6）、また、障害保健福祉サービスに対する国費配分については、入所サービスから自立支援サービスへ、医療費負担の軽減措置から地域福祉サービスの確保等への「配分の重点の変更」を進めることが必要であるとされる。具体的には、①福祉サービスに係る応益負担の導入、②地域生活と均衡の取れた入所施設の負担のみ直し、③障害に係る公費負担医療の見直し、④国・都道府県の補助制度の見直し、について取り組む。

改革の基本方向の2. 新たな障害保健福祉施策体系の構築については、①障害保健福祉サービス体系の再編、②ライフステージに応じたサービス提供、③良質な精神医療の効率的な提供、を行うとしている。

### 障害保健福祉サービス体系の再編

障害者の自己実現・社会貢献を図るため、「総合的な自立支援システム」を確立する（図7）。既存の施設や事業が必ずしもニーズに適合した体系となっていないことから、結果として本来果たすべき機能が十分に発揮されておらず、いわゆる障害種別のはざま問題も顕在化している。このため、サービス体系を「機能に着目して再編」し、「各障害共通の体系」を確立することを目標としている。

このためには、①総合的な自立支援システムの構築、②障害者の施設、事業体系や設置者、事業者要件の見直し、③権利擁護の推進とサービスの質の向上、④新たなサービス体系に適合した報酬体系の導入に取り組むとしている。

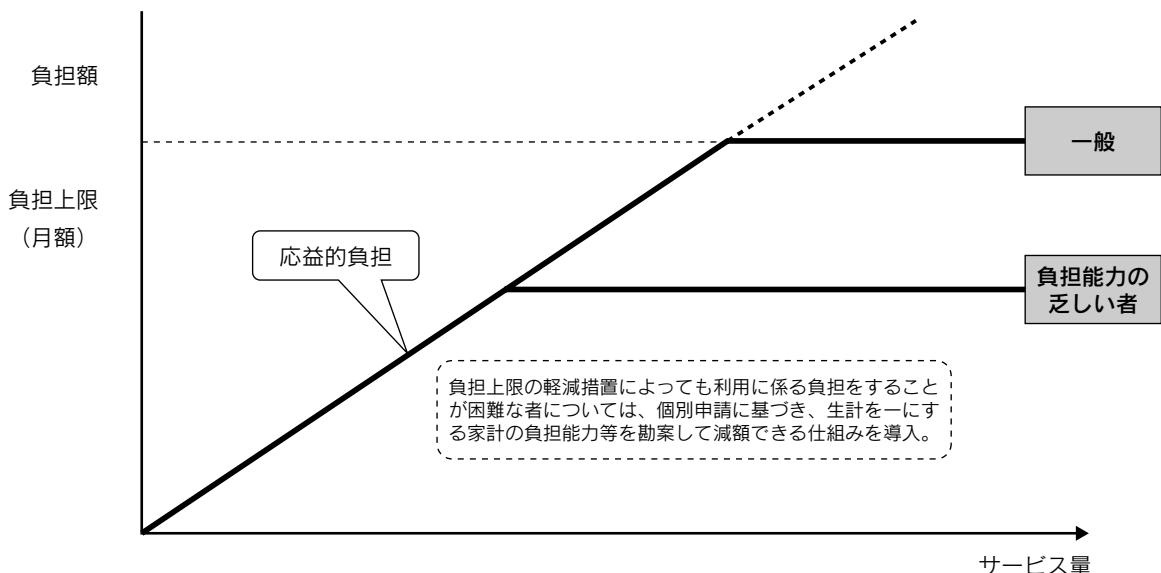
### 〈施設体系・事業体系の見直し「日中活動の場」＋「住まいの場」〉

地域生活支援、就労支援などの課題に対応するため、自立訓練や就労移行支援等の地域生活移行へ資する機能を強化するための事業を実施する。また、本来の施設の機能と入所者の実態の乖離を解消するため、サービス体系を機能に着目して再編する。

既存の施設は、「日中活動の場」と「住まいの場」に

【図5】 福祉サービスに係る応益的な負担の導入

- サービスの量に応じて負担が変わる応益的な負担を導入。扶養義務者の負担は廃止。
- 家計に与える影響等を勘案し、一定の負担上限（毎月）を設定。
- 負担率、負担上限は、他の同様の制度等を勘案して設定（経過措置も検討）。
- 負担能力の乏しい者については低い負担上限額を設定。



※負担上限の該当の有無は、各サービスに係る負担額の合計で計算する。

【図6】 地域生活と均衡のとれた入所施設の負担の見直し

- 入所施設利用者と地域で生活する場合の費用負担の均衡を図る。
- 医療費、食費、日用品費は、原則自己負担。
- 個室利用（状態等から必要な者は除く）や施設が生活の場となっている場合には、一定の利用料を負担。
- 負担能力の乏しい者に係る食費、施設利用料については、他制度との均衡を図りつつ別途配慮措置を検討。

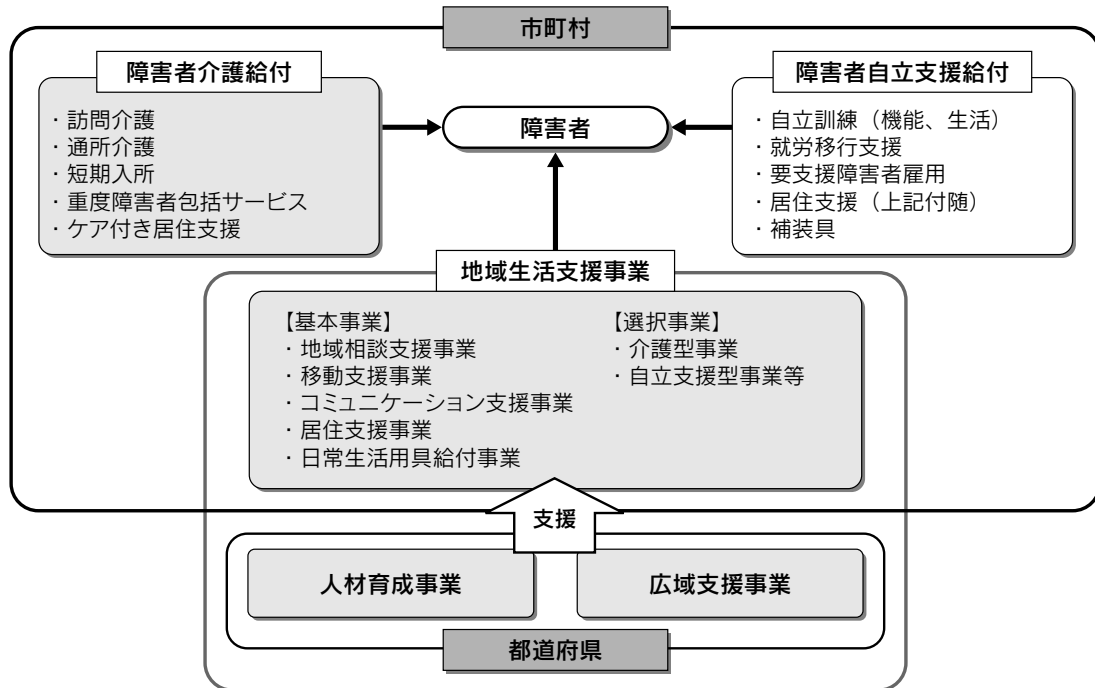
経費の内訳	入所施設の負担の状況			見直しの方向性
	身体障害者	知的障害者	精神障害者	
直接サービス費 (人件費等)	支援費 一人平均 306千円/月	支援費 一人平均 273千円/月	補助	1)と同様の応益負担 の仕組みとする。
居住費	応能負担 実効負担率 9.2%	応能負担 実効負担率 11.8%	自己負担	
生活費 食費 日用品費 等	一人 平均31 千円/月	一人 平均37 千円/月	自己負担	個室利用・長期入所者 等は施設利用料負担 食費・日用品費は自己 負担
医療費(自己負担分)	実費負担(日用品) 自己負担 ※1	公費補助	自己負担 ※2	

※1 一部を更生医療でカバー  
 ※2 一部を通院公費でカバー

〔※負担能力が乏しい者の  
 食費・施設利用料につ  
 いては配慮措置を検討。〕

【図7】 総合的な自立支援システムの構築

新しい給付等の体系（総合的な自立支援システム）



機能が分かれる（図8）。「日中活動の場は」生活療養事業（医療型）、生活福祉事業（福祉型）、自立訓練事業（通過型）、就労移行支援事業（通過型）、要支援障害者雇用事業、デイサービス事業として再編し、それぞれの事業ごとに標準的な支援プログラムを整備する。「住まいの場」は障害者支援施設、または居住支援サービスとして事業を行う。障害者支援施設の利用者は、当該施設以外の施設等が提供する通所型事業を利用できる。また障害者支援施設は地域に開かれたものとするため、選択した事業に係る要件を満たせば、地域の障害者の利用も可能とする。

再編後の事業の実施主体については、社会福祉法人の他、NPO法人等広く運営可能となるような法的整備を図る。

#### 〈居住支援サービスの再編〉

居住支援サービスは、障害者ケアホーム、グループホーム、福祉ホームに再編され、居住サポート事業が実施される（図9）。

#### ライフステージに応じたサービス提供

具体的に見直す内容としては、①雇用施策と連携のとれたプログラムに基づく就労支援の実施（図10）、②

極めて重度の障害者に対するサービスの確保、③障害児施設、事業のサービス体系の見直しを行う。

#### 良質な精神医療の効率的な提供

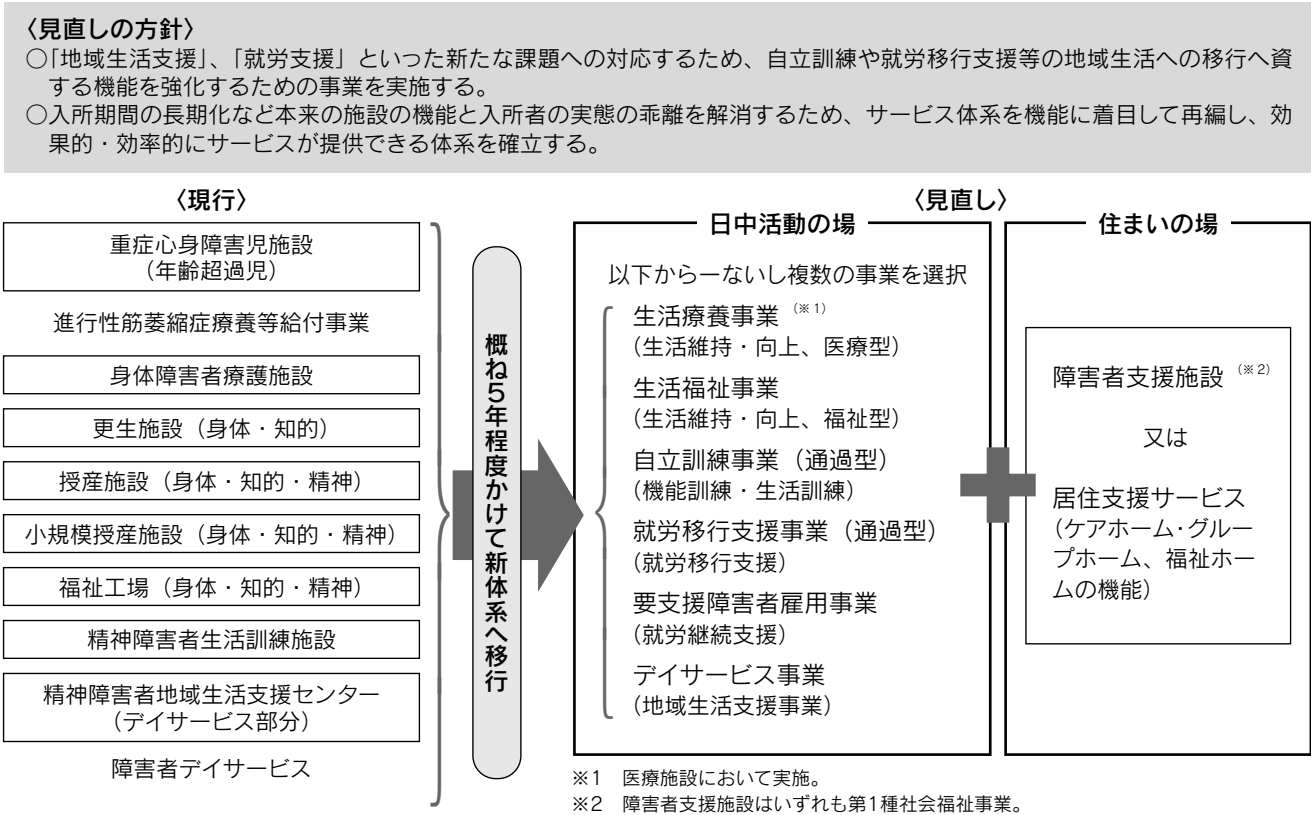
精神病床の入院患者について10年間で7万床相当の病床数の減少を促すため、各都道府県の10年後の平均残存率（1年未満群）、退院率（1年以上群）について、概ね全国の3位または5位の平均値相当を目指す。新規に入院する患者については、できる限り1年以内で退院できるよう、「病床機能の分化」を図り、良質な医療を提供する。1年以上入院している患者については、医療と地域生活支援体制の協働の下、地域生活への移行を促進する。

#### 2. 法改正について

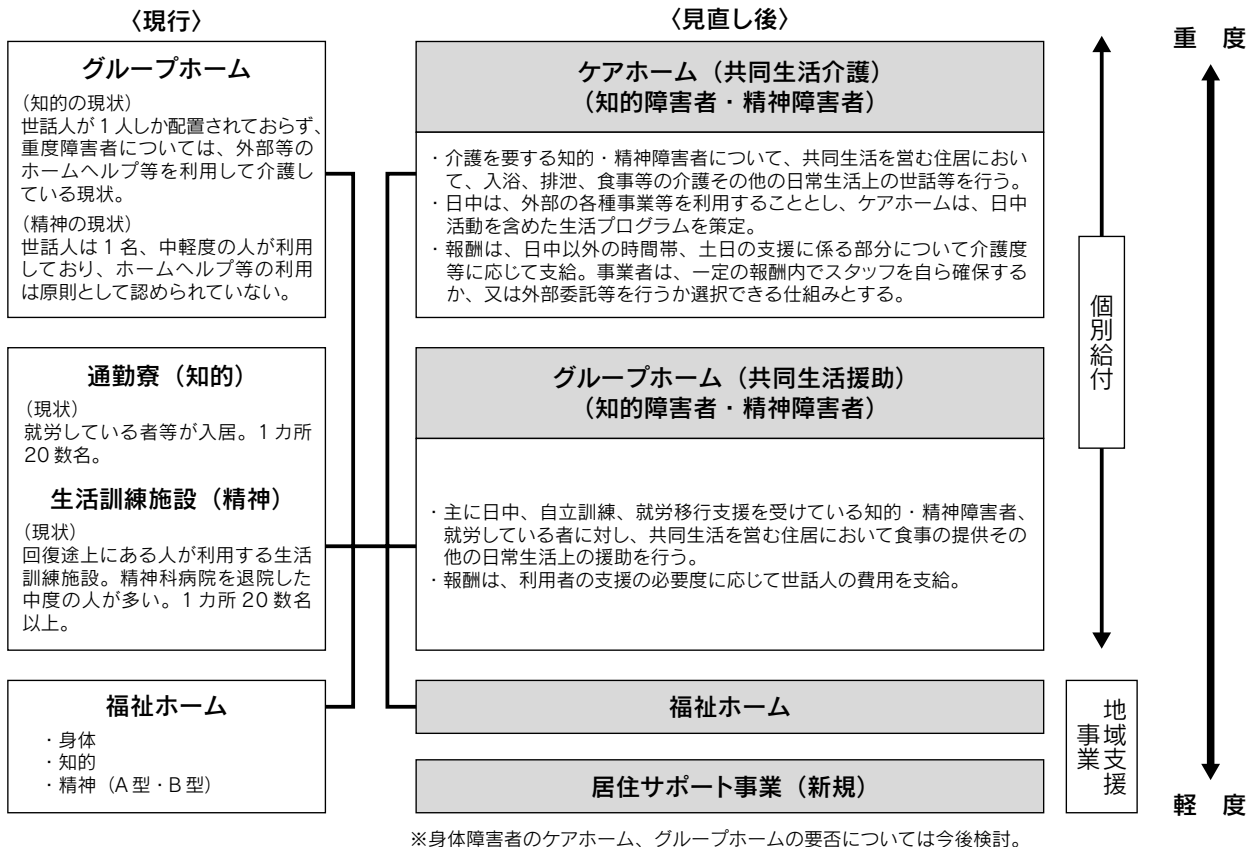
各障害者共通の自立支援のための給付・サービス体系や利用者負担体系、財政システムの整備や、各障害別の課題等に対応するために、次期通常国会に法案を提出すべく調整を進める。障害児関係の一部事項については、概ね5年後の施行を目的に、社会保障審議会障害者部会等で引続き検討し、3年以内に結論を得る。

福祉サービスにかかる共通部分については、現行の

【図8】 障害者の施設、事業体系や設置者、事業者要件の見直し



【図9】 障害者の居住支援サービスの見直し

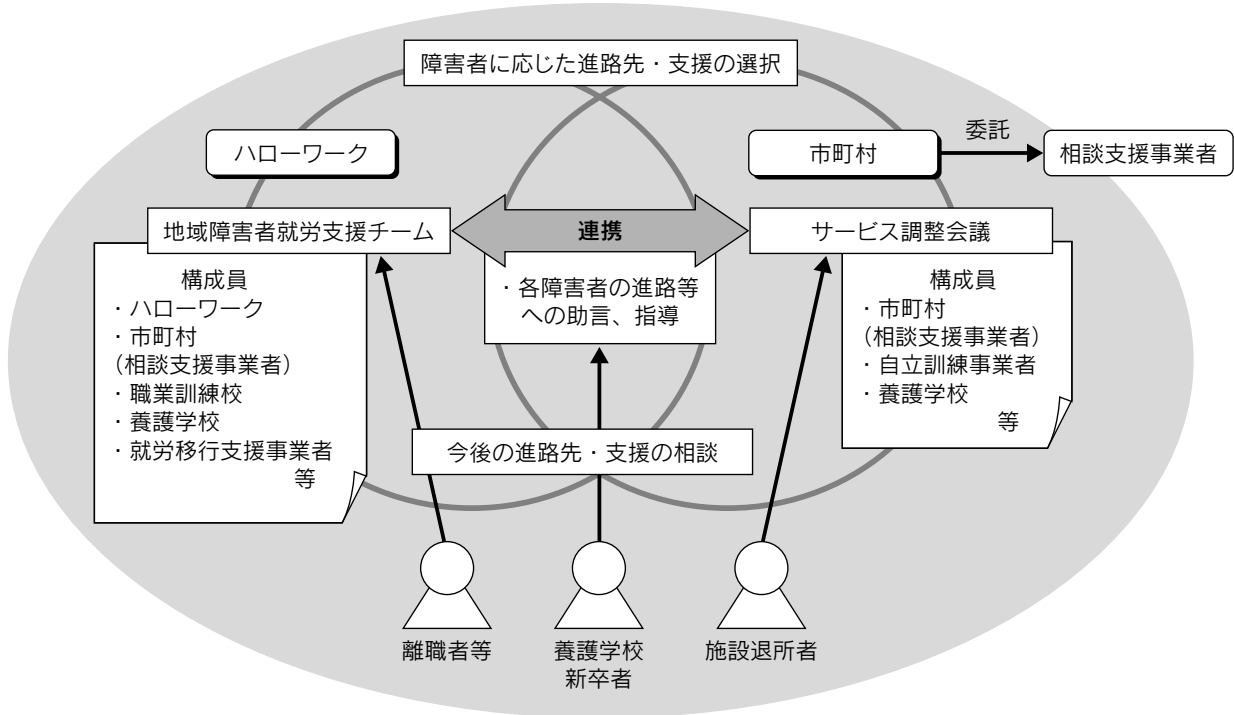




【図10】 雇用施策と連携のとれたプログラムに基づく就労支援の実施

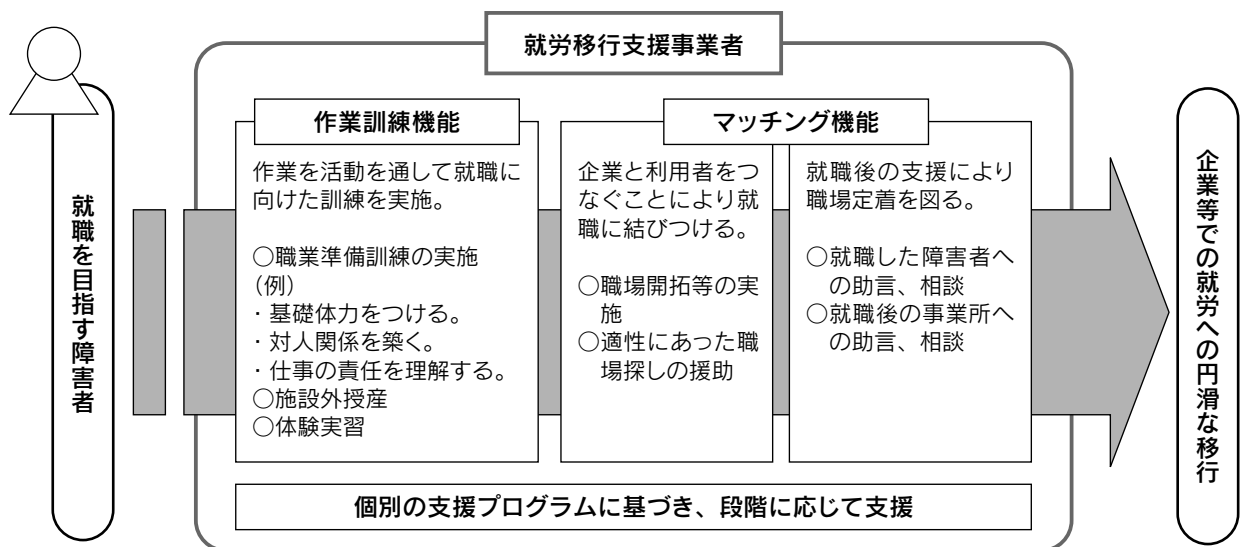
- 既存の授産施設、更生施設等を、就労移行支援事業、要支援障害者雇用事業等に再編。
- 雇用施策との連携を強化することにより、障害者の意欲と能力に応じて職業生活を設計・選択できるような支援体制を確立。

就労支援に係るサービスマネジメント体制



就労移行支援事業のイメージ

- 障害者ごとに支援計画を作成し、それに基づき、企業等での就労を目指した訓練を実施。
- 有期限のプログラムを組み、作業訓練から就職活動まで一貫した支援を行うことにより、就労へ結びつけるとともに、就職後も引き続き支援を行うことにより、定着を図る。



※障害者就業・生活支援センターを併設することにより、より効果的な支援を実施

各障害別の法律を個別に改正するのではなく、新たな共通の法的枠組み（障害福祉サービス法（仮称））を導入する可能性について検討する。各障害に共通の給付・サービス体系等に係る介護保険制度との関係については、年内に結論を得て、必要な内容を法改正に反映するとされている。

障害福祉サービス法（仮称）は、障害種別に関わり

のない共通のサービス等に関する7つの事項（総則、給付、地域生活支援事業、事業及び施設、障害保健福祉計画、費用負担、その他）については一本化して規定し、障害種別による独自部分については、従来どおり身体障害者福祉法、知的障害者福祉法、精神保健福祉法、児童福祉法の各個別法に残ることになる。

【図11】 障害福祉サービス法（仮称）のイメージ

<u>障害福祉サービス法（仮称）</u>			
（障害種別に関わりのない共通のサービス等に関する以下の事項について規定）			
第一 総則 ○ 目的、責務、用語の定義等 第二 給付 ○ 個別給付の支給決定等の手続き及び支給 ○ 公費負担医療（更生医療、育成医療、精神通院公費）の支給 第三 地域生活支援事業 ○ 市町村事業（相談支援事業、移動支援事業、コミュニケーション支援事業等） ○ 都道府県事業 第四 事業及び施設 ○ 事業の開始及び施設の設置、サービスの質の評価、取り消し等 第五 障害保健福祉計画 ○ 国の基本指針 ○ 市町村障害保健福祉計画 ○ 都道府県障害保健福祉計画 第六 費用負担 ○ 市町村の支弁 ○ 都道府県の負担、調整交付金 ○ 国の負担、調整交付金 第七 その他			
<b>身体障害者福祉法</b>	<b>知的障害者福祉法</b>	<b>精神保健福祉法</b>	<b>児童福祉法</b>
・身体障害者更生相談所 （第11条関係） ・福祉の措置 （第18条関係）  等	・知的障害者更生相談所 （第12条関係） ・福祉の措置 （第15条の32、第16条関係）  等	・精神保健福祉センター （第6条関係） ・措置入院等 （第29条関係）  等	・児童相談所 （第15条関係） ・福祉の措置 （第27条関係）  等

# 動向

## 制度改革関係情報

### 社会保障審議会福祉部会生活保護制度の在り方専門委員会の検討状況

#### 生活保護制度に導入される自立支援プログラム

当初平成16年8月までの予定の専門委員会であったが、9月以降も延長して開催されることとなり、9月24日に第16回が、10月27日に第17回が開催された。

第16回委員会では、自立支援の在り方に関連し、自立支援の具体的なプログラムのイメージが事務局より示された。自立支援プログラムは、現在の生活保護制度の経済的給付のみでは、被保護者の抱える様々な問題への対応が限界である、保護の長期化を防ぐための取組みが不十分、実施機関担当職員個人の経験に依存する実施体制にも限界がある等の問題点を踏まえ、生活保護制度に自立支援プログラムを導入し自立・就労支援を強力に推進しようというものである。

プログラムは、有子世帯、就労経験の少ない若年者、社会的入院患者等（精神障害者等）、多重債務者、ホームレス、高齢者の6パターンが示され、社会的入院患者等のプログラムには、居宅生活等への移行の支援として、救護施設における居宅生活訓練事業も例示された。

自立支援プログラムの大まかな流れは、「被保護世帯の自立阻害要因の把握」→「本人同意のもと、自立支援プログラムの参加を指導」→「自立支援プログラムへの取組み状況の評価」を経て、健康で自立した生活を目指すというもので、生活保護の適用に至らない相談者に対し

ても、自立支援プログラムへの参加を助言することによって、効果的な自立・就労支援が可能となるとしている。地方自治体は、自主性・独自性を活かして、自立・就労支援メニューを整備し、参加を指導したにもかかわらず、被保護者が参加を拒否する場合には保護の廃止を実施できる。厚労省は17年度概算要求において、自立支援プログラムの策定・実施に必要な経費として、生活保護費補助金の増額を要求している。

#### 報告書まとまる

第17回専門委員会において、報告書骨子（案）が示され、最終となる第18回委員会に報告書案が提示された。そこでの議論を踏まえ、最終報告がとりまとめられた。報告書の骨子は、1. 生活保護制度の見直しの方向性について、2. 生活保護基準の在り方について、3. 生活保護の制度・運用の在り方と自立支援について、4. 制度の実施体制について、5. その他の指摘事項の5つの柱が示され、上記3の中で保護施設の在り方が取り上げられている。

報告書は各施設宛、既にお送りしているため、本号での全文の掲載は割愛させていただいた。

## 生活保護制度の在り方に関する専門委員会 報告書骨子

<p><b>第1 生活保護制度の見直しの方向性について</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 制度見直しの背景</li> <li>2 近年の生活保護の動向</li> <li>3 制度見直しの基本的視点</li> </ol> <p><b>第2 生活保護基準の在り方について</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 生活扶助基準の評価・検証等について</li> <li>2 加算の在り方について</li> <li>3 級地</li> <li>4 その他</li> </ol>	<p><b>第3 生活保護の制度・運用の在り方と自立支援について</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 自立支援の在り方について             <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 自立支援プログラムの導入</li> <li>(2) 自立支援推進体制の構築</li> <li>(3) 教育支援の在り方</li> </ol> </li> <li>2 資産、能力の活用等の在り方</li> <li>3 保護施設の在り方</li> </ol> <p><b>第4 制度の実施体制について</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 実施体制（財源の確保と組織的取組）</li> <li>2 低所得者対策等他施策との連携</li> </ol> <p><b>第5 その他の指摘事項</b></p>
--	--

## 生活保護制度の在り方に関する専門委員会 開催状況

回	月日	議題
第1回	平成15年 6月8日	・委員長の選出について ・生活保護の現状等について
第2回	9月30日	・現行の生活保護基準等について
第3回	10月14日	・生活保護基準について
第4回	11月18日	・生活保護基準について
第5回	11月25日	・生活保護基準について
第6回	12月2日	・中間取りまとめについて
第7回	平成16年 1月27日	・相談体制の在り方について
第8回	2月24日	・保護の要件等の在り方について
第9回	3月22日	・自立支援の在り方について
第10回	4月20日	・自立支援の在り方について
第11回	5月18日	・保護の要件等の在り方について
第12回	6月8日	・保護施設の在り方について ※田中会長より「今後の救護施設の在り方に関する課題提起」について述べる。 ・移動能力の活用について
第13回	6月29日	・保護の要件等の在り方について ・保護施設の在り方について ※「保護施設は混合入所であり専門性に欠ける」「専門分化していくことが今後の方向性」「地域移行を妨げる傾向がある」等の委員の発言に対しての意見を述べる。
第14回	7月14日	・母子加算の在り方等について
第15回	7月26日	・保護施設、移動能力、資産保有について ※保護施設について、田中会長より以前提起した課題の5つのポイントについてと、救護施設の名称についての意見を他の委員に求める。 ※他の委員からは、保護施設の現行の体系については見直しがいずれ必要。名称については授産施設についてもふさわしい名称を検討する必要がある。など意見が出された。
第16回	9月24日	・自立支援の在り方について
第17回	10月27日	・母子加算の在り方について
第18回	12月15日	・報告書（案）について

## 精神保健福祉等に関する動向について

### 「精神障害者の地域生活支援の在り方に関する検討会」（座長：高橋清久 国立精神・神経センター名誉総長）最終まとめ出される

平成15年10月から16年7月まで12回にわたり、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本的方策を推進するため、退院後等における地域生活を継続できる体制をどのように構築するか等の視点から地域生活支援の在り方について検討を

行ってきた標記検討委員会の最終まとめについて報告する。

この報告は、今後進めるべき施策体系の枠組みや、個々の事業等に係る議論を整理したもので、引続き関係審議会の意見を聴きながら国として検討され、精神保健福祉法の改正等につなげられるべきものとされている。

最終まとめは「1. はじめに」「2. 現状分析」「3. 今後の方向性」「4. おわりに」に分かれている。データをもとにした、地域生活

支援体制の現状についての評価・検討を踏まえて導き出された今後の方向性は、①ライフステージに応じた住・生活・活動等の支援体系の再編、②重層的な相談支援体制の確立、③市町村を中心とした計画的なサービス提供体制の整備の3点を軸に、立ち遅れた精神保健福祉体系の再編と基盤整備を進め、新たな地域生活支援体制を構築する必要があるとしている。最終まとめのポイントを掲載する。

### 資料 1

#### 精神障害者の地域生活支援の在り方に関する検討会 最終まとめのポイント

#### 1. はじめに

#### 2. 現状分析

#### 3. 今後の方向性

##### (1) 基本的考え方（総論）

- ①ライフステージに応じた住・生活・活動等の支援体系の再編
  - 障害者の状態等と社会資源とをどう結びつけるか、自立に向けて必要な能力を向上するための機能は何かといった視点から、システムの再編を図ることが必要。
  - 自立に必要な支援・機能をライフステージ等に応じて整理の上、既存の施設やサービスを機能面から再整理することが必要。
  - それぞれの障害の特性を踏まえつつも、3障害に共通した問題については障害の枠を超えた支援を行っていくことが必要。
- ②重層的な相談支援体制の確立
  - 就労、教育面も含め障害者の地域生活を包括的に支援する重層的な相談支援体制の確立が必要。
  - ケアマネジメント等により障害者の状態や必要性に応じて、各社会資源を効果的に活用した総合的に提供されることが必要。
  - 障害者の地域生活を支援する上で権利擁護を必要とするケースについて対応できるような枠組みの整備が必要。

##### ③市町村を中心とした計画的なサービス提供体制の整備

- 身体・知的と同様、精神保健福祉（在宅・施設）については、市町村を実施主体とすることを基本として、その提供体制の整備を進めることが必要。
- 市町村に対する都道府県や国のバックアップにより、知識の蓄積やアウトソーシングの推進等の段階的に環境整備を進めることが必要。
- 介護保険と同様、精神保健福祉分野でも、市町村、都道府県、国が事業計画を定め、地域差を解消しつつ計画的に取り組む仕組みが必要。

##### (2) 今後の施策体系の在り方（各論）

- ①支援体系の全体像
- ②相談支援体制
- ③住居支援
- ④就労支援・活動支援
- ⑤居宅生活支援
- ⑥社会復帰施設の機能の見直し
- ⑦長期入院患者の社会復帰意欲を促す仕組み
- ⑧市町村を中心とした地域生活支援体制
- ⑨計画的な行政の推進
- ⑩利用者への情報提供と質の評価
- ⑪財源の在り方

#### 4. おわりに（実現に向けた道筋等）

# 「精神保健医療福祉の改革ビジョン」示される

精神保健医療福祉対策本部中間報告に基づき設置された3検討会（精神障害者の地域生活支援の在り方に関する検討会、心の健康問題の正しい理解のための普及啓発検討会、精神病床等に関する検討会）の結論を踏まえ、平成16年9月、精神保健福祉対策本部が「精神保健医療福祉の改革のビジョン」を示した。

「入院医療中心から地域生活中心

へ」という基本方策を推進するため、国民各層の意識の変革や、精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化を今後10年間で進める。また、受け入れ条件が整えば退院可能な者（約7万人）についても、地域生活支援体制の強化等により10年後の解消を図ることを基本方針としている。そして、10年後における国民意識の変革、精神保健医療福祉体系再編の達成水準として、達成目標

が示されている。

また、①国民意識の変革、②精神医療体系の再編、③地域生活支援体系の再編、④精神保健医療福祉施策の基盤強化、について施策の基本的方向並びに当面の重点施策群等が示された。

精神保健医療福祉の改革ビジョンの概要を掲載する。

## 資料 2

### 精神保健医療福祉の改革ビジョン（概要）

精神保健福祉対策本部  
平成16年9月

精神保健福祉対策本部中間報告に基づき設置された3検討会の結論を踏まえ、精神保健医療福祉の改革ビジョンを提示する。今後、地方公共団体、関係審議会等の意見を聴きながら、平成17年における精神保健福祉法の改正をはじめとする施策群の実施につなげる。

#### 1 精神保健医療福祉改革の基本的考え方

##### (1) 基本方針

- 「入院医療中心から地域生活中心へ」というその基本的な方策を推し進めていくため、国民各層の意識の変革や、立ち後れた精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化を今後10年間で進める。
- 全体的に見れば入院患者全体の動態と同様の動きをしている「受入条件が整えば退院可能な者（約7万人）」については、精神病床の機能分化・地域生活支援体制の強化等、立ち後れた精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化を全体的に進めることにより、併せて10年後の解消を図る。

##### 〈受入条件が整えば退院可能な者の動態〉

- ・1年以内の入院期間の者が約2万人（約3割）、1年以上の入院期間の者が約5万人（約7割）であり、全てが長期入院の者ではない。
- ・平成11年と14年の患者調査で動態をみると、7万人の約半数が3年間で退院しており、残りの半数が継続して入院しているが、さらに、その3年間に約6.3

万人が新たに入院し、うち約3.4万人が14年時点まで継続して入院していることから、結果として、平成14年時点では、ほぼ横ばいの約7万人となっている。

##### (2) 達成目標

概ね10年後における国民意識の変革、精神保健医療福祉体系の再編の達成水準として、次を目標とする。

##### ①国民意識の達成目標

（目標）

- 精神疾患は生活習慣病と同じく誰もがかかりうる病気であることについての認知度を90%以上とする。

（考え方）

- 精神疾患を正しく理解し、態度を変え行動するという変化が起きるよう、精神疾患を自分自身の問題として考える者の増加を促す。

##### ②精神保健医療福祉体系の再編の達成目標

（目標）

- 各都道府県の平均残存率（1年未満群）を24%以下とする。
- 各都道府県の退院率（1年以上群）を29%以上とする。

※この目標の達成により、10年間で約7万床相当の病床数の減少が促される。

(考え方)

- 新規に入院する患者については、入院中の処遇の改善や患者のQOL（生活の質）の向上を図りつつ、できる限り1年以内に速やかに退院できるよう、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の整備を促す。
- 既に1年以上入院している患者については、本人の病状や意向に応じて、医療（社会復帰リハビリテーション等）と地域生活支援体制の協働の下、段階的、計画的に地域生活への移行を促す。

### (3) 国、都道府県、市町村における計画的な取り組み

- 国においては、今後10年間で5年ごとの第一期と第二期に区分し、第一期における改革の成果を評価しつつ、第二期における具体的な施策群を定める。

この場合、精神障害、身体障害、知的障害それぞれの特徴を踏まえつつも、3障害に共通した問題については障害の枠を超えた体制整備を行うものとする。

また、下記のように都道府県単位で定められた計画を基に、国としての全国レベルでの計画等を定め、計画的にサービス供給体制を整備する仕組みを導入する。

- 都道府県単位で(2)の達成目標を実現するため、地域実態を正確に把握し、行政と地域の専門家や当事者等が意見交換を行いつつ、医療と保健・福祉が連動した計画的な取り組みを進める。
- 医療分野では、都道府県ごとに、医療計画において(2)の達成目標を反映した精神病床に係る基準病床数を算定するとともに、その実現のための当該都道府県での具体的方策について数値目標を明示した計画の策定を促す。
- 保健・福祉分野では、精神障害者のニーズ等の実態を把握した上でサービス供給目標等を市町村が策定し、これに基づき、都道府県等が計画的に社会復帰施設を含め供給体制を整備する仕組みを導入する。

## 2 改革の基本的方向と国の重点施策群

### (1) 国民意識の変革

#### ①精神疾患に関する国民意識の現状

#### ②施策の基本的方向

- 精神疾患に関する基本的な情報の提供を通じた主体的な理解を促進
- 精神疾患の正しい理解に基づく態度の変容や適切な行動を促進
- 訴求対象者に応じて地域単位の活動とメディアを通じた活動を促進

#### ③当面（改革第一期）の重点施策群

- 「こころのバリアフリー宣言」が、国民的な運動となるよう地方公共団体や各界各層に広く呼びかけ、必要な協力を行う。

- 毎年10月末の精神保健福祉週間等を中心として、政府公報や公共広告、マスメディアの特集等、集中的に知識を広く情報発信するような取組を進める。

- 検討会でとりまとめた主体別の取組を総合的に進めるため、障害に関する正しい知識の普及啓発に係る都道府県等の取組を支援する。

- 地域単位での施策決定の場への当事者の参画の推進を図る。

### (2) 精神医療体系の再編

#### ①精神医療の現状

#### ②施策の基本的方向

ア 精神病床に係る基準病床数の算定式の見直し

イ 精神病床の機能分化と地域医療体制の整備

ウ 入院形態ごとの適切な処遇の確保と精神医療の透明性の向上

#### ③当面（改革第一期）の重点施策群（主なもの）

- 都道府県ごとに設定される各目標値を反映する新たな算定式を平成17年度から導入する。

- 入院患者の早期退院を促進し地域の目標値を達成するため、急性期、社会復帰リハ、重度療養等の機能分化を促進し、患者の病状等に応じた適切な医療を各病院の病棟・病室（ユニット）単位で柔軟に実施できる体制を、平成18年度には実現することを目指す。

- 急性期、社会復帰リハ、重度療養等の機能別の人員配置、標準的な治療計画等について、厚生労働科学研究等により検討した上で、その成果を踏まえ、中央社会保険医療協議会で結論を得る。

- 精神科救急について、現行の一般救急システムと同様に、輪番制など二次医療圏単位での既存体制に加えて、中核的なセンター機能を持つ救急医療施設の整備を進める。

- 精神症状が持続的に不安定な障害者（例えばGAF30点以下程度を目安）に対して、24時間連絡体制の下、他職種による訪問サービス、短期入所（院）、病状悪化時における受入確保等のサービスを包括的に提供する事業の具体像を明確化する。

- 措置入院を受け入れる病院について、病棟の看護職員配置を3：1以上にする等の医療体制の改善を、地域ごとの事情に応じて段階的に進める。

- 都道府県の実地指導において処遇の改善命令を行ったにも関わらず適切な改善がなされない場合に、その内容等を公開する仕組みを導入する。

#### (3) 地域生活支援体系の再編

##### ①地域生活支援体制の現状

##### ②施策の基本的方向

ア ライフステージに応じた住・生活・活動等の支援体系の再編

イ 重層的な相談支援体制の確立

ウ 市町村を中心とした計画的なサービス提供体制の整備

##### ③当面（改革第一期）の重点施策群（主なもの）

- 今後の障害者本人を支える新たな地域生活支援体系として、重層的な相談支援体制を中心に、住・生活・活動の総合的な支援体系を整備する。
- 相談支援体制については、市町村による相談支援体制を基礎に、障害保健福祉圏域、都道府県の3層構造の体制を標準として、各主体の機能の強化や事業者の制度的位置付けを図る。
- 障害者の単身入居を推進するため、緊急時の連絡先や身元保証を求める住居提供者等のニーズに対応する体制を障害保健福祉圏域ごとに確保する。
- 精神障害者の雇用を促進するとともに、既存の授産施設等を継続的就労、就労移行支援、自立訓練、憩いの場と機能面から再編する。
- 社会復帰施設ごとの努力・実績が反映されない現行の施設単位の支払方式から、努力・実績を反映する個人単位の支払方式に見直す。
- 市町村等が、ケアマネジメントを活用し総合的な「自立生活支援計画」を策定した上で、給付決定等がなされる仕組みとする。

(市町村等への必要な支援措置が必要不可欠)

- 相談支援の質の向上を図るとともに、社会的な合意を得るため、障害程度等について一定の目安となる尺度を明確にする。また、精神障害者保健福祉手帳の信頼性向上のため写真を貼付する。

#### (4) 精神保健医療福祉施策の基盤強化

- ①人材・財源配分の現状
- ②今後の基本的方向

- 病床や施設機能の再編状況等に応じた人材の確保、再教育・再配置
- 既存の精神保健福祉施策における医療・福祉双方の重点化・効率化
- 必要となる支援の内容やその費用を明示し、新規財源確保につき社会的合意を獲得

#### ③当面の検討事項

- 都道府県単位の計画策定や病床機能分化の進捗状況を踏まえつつ、必要な人員の将来見通し等を行い、その育成・再教育等の方策を検討する。
- 障害程度等の尺度の明確化や障害程度等の違いに応じたサービスメニューの整理、標準的なケアモデルの開発等を通じて、国民が納得し得るような障害程度別の必要な費用額について検討する。
- 費用が急増している通院公費負担について、医療提供の実態、利用者の症状や経済状況、地域間格差等について分析を進め、必要な対応について検討し早急に結論を得る。
- 入院者数（対人口）に大きな地域間格差が生じている措置入院について、これを受け入れる病院の医療体制の見直し等による影響を見極め、格差の解消策について検討し早急に結論を得る。
- 社会復帰施設や居宅支援事業について、利用目的・利用率等の利用実態や、利用者の症状や経済状況等の分析を進め、入所施設利用者と地域で暮らす者とのバランスや受けたサービス量とのバランスも考慮しつつ、必要な対応について検討し早急に結論を得る。

## 社会福祉施設職員等退職手当共済制度の見直し意見書まとまる

社会保障審議会福祉部会では、社会福祉施設職員等退職手当共済制度（以下、退職共済制度）について意見書をまとめた。

退職共済制度は、社会福祉法人の経営する社会福祉施設等の職員の待遇改善をすることにより、職員の身分の安定を図り、社会福祉事業の振興に寄与することを目的に創設された。国家公務員準拠の給付水準が設定され、国、都道府県、社会福祉法人が3分の1ずつ財源

を負担する制度である。

退職共済制度については、退職手当給付費の今後の増大への対応が課題となっており、また介護保険制度の対象となる高齢者関係施設・事業への多様な主体の参入が進展する中、民間の事業主体とのイコールフットINGの観点から、助成のあり方を見直すことが閣議決定されている。意見書では、公費助成のあり方を見直しについて、介護保険制度の対象となる高齢関係の

施設・事業等の職員については2/3の公費助成を廃止、但し経過措置として既加入職員については、退職時まで公費助成を継続するとされた。

また給付のあり方を見直しについては、経営者の掛金負担を軽減し、制度を安定的に運営していく観点から、給付水準を一定程度抑制し、概ね現行水準から1割程度引き下げることが適当とされている。



東京大学大学院特任教授・弁護士  
見玉安司氏

平成16年度「救護施設経営者・施設長会議」講義より抜粋

# 施設経営における リスクマネジメント

今年度の経営者・施設長会議では、「施設運営におけるリスクマネジメント」をテーマに医療の現場にもお詳しい弁護士で東京大学大学院医学系研究科特任教授（当時は東海大学医学部教授）の、見玉安司先生よりご講義をいただきました。前号「キャッチボール」でご紹介したアンケートでは、リスクマネジメントに関する検討体制について、回答いただいた107カ所の施設のうち、3割は検討体制を整えていないという結果になっています。今回から数回にわたり連載する講義概要をお読みいただき、リスクマネジメントはなぜ必要なのかをそれぞれの施設で考えていただければと思います。

## リスクマネジメントとは何か

平成14年、私もメンバーの一人でしたが、「福祉における危機管理（リスクマネジメント）取組指針」が出されました。「危機管理（リスクマネジメント）」という表現がとられておりまして、リスクマネジメントイコール危機管理なのだろうか、危機管理とはいったいどのようなことをするのだろうか、またリスクマネジメントとはどのような中身なのだろうか。タイトルからして色々な疑問が湧いてきます。

さらにタイトルは「福祉における危機管理（リスクマネジメント）の取組指針」とあり、「利用者の笑顔と満足を求めて」というサブタイトルがついております。「危機管理（リスクマネジメント）」と「笑顔と満足」、それぞれすぐにはつながらないような話がタイトルのなかにいっぱい含まれています。実は、そのタイトル自体が1年間勉強会を続けて検討させていただく中で、出発点から最後にたどり着いたところまでの検討会の軌跡、足跡を示しているわけです。

当初、介護保険がもたらす増加してくる紛争に対して、どのように組織を守っていったらいいのか、紛争に対応したらいいのか、クレームや訴訟、場合によってはマスコミの厳しい追及の対象になるような事故を起こしてしまった後に、どのように対応をしていったらいいのか、どうすれば傷口が広がらないで済むのか、というような非常に強い危機意識があったわけです。とにかく介護保険が導入されて契約になってしまうと、措置の世界とは違う。相手方の権利意識がどんどん強くなってくるとし、どんどんクレームや訴訟も起こってくるだろう。なんとか対応しないと大変なことになるという強烈な危機意識、あるいは恐怖感といってもいいかもしれませんが、そのようなお気持ちが前

### Profile

こ だま やす し  
見玉 安司

- 1991年 在日アメリカ海軍横須賀病院医師
- 1994年 長谷川俊明法律事務所
- 1995年 Blatt Hammesfahr & Eaton 法律事務所（シカゴ）  
Sidley & Austin 法律事務所（シカゴ）製造物責任グループ
- 1996年 Barlow Lyde & Gilbert 法律事務所（ロンドン）再保険部
- 1997年 長谷川俊明法律事務所
- 1998年 三宅坂総合法律事務所パートナー
- 1999年 獨協医科大学非常勤講師
- 2000年 東海大学医学部教授
- 2002年 新潟大学医学部非常勤講師
- 2004年 東京大学医学部非常勤講師  
6月より東京大学大学院特任教授  
主著「事例に学ぶ医療事故」医学書院2000年5月／「ヘルスケアリスクマネジメント～医療事故防止から診療記録開示まで～」医学書院2000年10月／「多発する事故から何を学ぶかー安全神話からリスク思想へー」財団法人日本学術協力財団2001年8月 その他多数

提としてあって、「危機管理について検討したい」というところから出発したわけです。ですからタイトルにも、「福祉における危機管理」という言葉が出てくるわけです。

ところで、実際に「危機管理」と呼ばなくてはいけないような、本当の意味での危機が福祉の世界にどれほどあるのでしょうか。実際に、確かにごく少数、訴訟になったりトラブルになったり、たとえば集団感染や大きな事故が起こってマスコミの記事として大きく取扱われたり、例外的な事象は確かに起こっているわけですが、そのような危機そのものは実は極めて非日常的なことであり、施設として滅多に遭遇することはないはずです。介護保険になったからといって、直ちに福祉関係の訴訟が増えて多額の損害賠償金を払っている、というような状況でもありません。

措置から契約へ、社会福祉基礎構造改革、そして権利意識の高揚、紛争の増大、訴訟の増大。契約書というものに判をついた以上、大変なことになりそう。枯れ尾花の影に怯えるような部分が大いにありつつ、非常に誇張された形での危機意識が強まって、それが危機管理をやらなくてはいけないという言葉につながっていったのだらうと思います。

しかし、「危機管理」という言葉に過剰反応するよりも、むしろ本来の意味のリスクマネジメントを行うべきでしょう。福祉のサービスの主体にあるリスクを発見し、分析し、対処するのがリスクマネジメントです。そしてリスクマネジメントの彼方にある目標は利用者の笑顔と満足のはずです。リスクマネジメントの目指すものは組織を守ることでなくて、利用者を守ることによって施設が発展していくような仕組みのものでなくてはいけないはずだ、という議論が進んでいくなかで、先ほど申し上げたような「福祉における危機管理（リスクマネジメント）の取組指針」で、サブタイトルが「利用者の笑顔と満足を目指して」に徐々に移行していったわけです。

大きな事故を起こして施設の上を報道のヘリコプターが飛び交っているような、本当の危機的な状況というのがごく稀に訪れることがあります。

この危機の事態をどう打開するか、これを「クライシスコントロール」といいます。クライシスをどのように管理・コントロールするかという手法です。いわゆる「危機管理」はこの「クライシスコントロール」を中心にしたものです。

ただ、いわゆるリスク管理といわれるものは、もう

少し広い視野で危機を見えています。起こってしまったこと、しかもそれが社会的に重大な問題として取り上げられたこと、あるいは訴訟や紛争として大きくトラブルが広がっていったこと、そのような事態だけを想定して、それを管理しようという発想では本当の「危機管理」はできません。むしろ危険というのは日常的に存在することを十分に認識し、日常的に存在する危険をいかに管理していくかが重要です。このような発想で組織の管理を見るのを「リスク管理」、あるいは「リスクコントロール」と呼んでおります。

施設長さんの会議ということで、施設の主だったリーダーの方が全国からお集まりになっておられると思いますが、例えば今この瞬間に、地元の施設で利用者の方が窓から転落して死亡されたとします。それを想定した事前の準備は果たして行われているのでしょうか。

火災訓練は消防法上義務づけされていますので、いまこうやって施設長さんが留守をされているときにも、火災が起こったときには緊急連絡網がすぐに作動して、誰がどういう分担で、誰をどのように誘導して、どのような形で対応していくかという役割分担と、それぞれの仕事ははっきりイメージされているはずです。それぞれの役割に従った訓練が定期的に行われていれば、火災といういつ起こるか分からないリスクに対する対応ができていて、火災というリスクが管理された状態にある、と言えます。

転落事故についても、直ちにそれについての緊急連絡網が機能して救命救急体制、身内の方への連絡と説明、警察や行政への連絡などの一連の仕事が、火災のときと同じように準備され訓練されているのであれば、リスク管理ができていくことができます。

各種の施設で転落事故や転倒事故が現に起こっています。事例をたくさん集めてみると、それほど多くのパターンで事故は起こっているわけではありません。事故には必ず限られたパターンがある。その限られたパターンを事前に予知して、事前に対応を考えるのが日常的な危険の管理、「リスクコントロール」です。

転落事故が起こる場所は窓と階段室が多いです。階段室のドアは緊急避難用ですから、ロックすることに制約があります。

先日見せていただいた施設では、手すりや壁づたいに付けられておりますが、階段室のところは転落しないようにガードされていました。車椅子ごとの階段からの転落を防止するためには見守りや声かけだけではやはり限界があり、物理的に転落を防ぐ措置を考慮しておく必要があります。

窓からの転落は、つまり窓が開くということです。窓からの転落事故は偶然生じた事故ではなくて、どのような窓の管理をしなくてはいけないかというルールづくりと教育訓練の問題が背景にあるでしょう。窓からの転落や階段室の転落という事故は、今この瞬間にも起こるかもしれない事故です。色々なことがあるからで片付けしないで、起こるかもしれないリスクを想定して対処を考えていく。そのような管理を「リスクマネジメント」と呼んでいます。

トイレ回りの転倒事故も発生しています。人間は最後まで一人でトイレへ行きたいので、無理してトイレへ行って、排便したあと血圧が下がって、低血圧の状態で歩き出して倒れることがあります。お風呂での転倒事故では「ちょっと目を離したすきに」転倒したという報告がかなり目立ちます。「君の不注意だ」と叱って終りにしてしまえばそれまでですが、目を離すには目を離す理由があるはずです。

いま福祉の世界は若い人がどんどん入ってきています。そうすると職場に新人が増えるというリスクと、ベテランが新人の指導と世話で手をとられるリスク、この2つのリスクがどの職場でも生じています。

お風呂まわりでちょっと目を離す理由というのは、ベテランと新人とは違います。新人がちょっと目を離す理由で、私がお話を聞いて一番多いと思うのは忘れ物です。お風呂に行くときに、何を持っていくかという準備ができていない。お風呂へ連れていってから、あっしまった、忘れたと気がつく。気がつくと、着せて連れて帰るのも大変なので、ちょっとここにつかまって待っていてねと言って走って行き、戻ってくると転倒事故が起こっています。

新人は慣れるまでの間はお風呂へ連れていくときは、持っていく物のチェックリストを予め持たせて、チェックしてから行くことにすると、事前に忘れ物の防止対策ができるはずです。

ベテランのパターンでよく聞くのは、ポケットベル類を持ってケアをしておられる方が結構いらっちゃって、とりわけベテランの方はプレイングマネージャーでありまして、自分自身がケアを行いながら若手を何人も指示して一生懸命教育訓練や指導をしているわけです。そうするとベテランがちょっと待っていてねと手を離すパターンというのは、ポケットベルが鳴るなどして呼ばれ「ちょっと待っててね」といって駆けつける。その間に転倒事故が起こります。

このように、事故の背景には必ず日常的な危険やリ

スクが隠れていて、放置されています。そこに踏み込んだ対策をどう立てられるかというのが、「リスクマネジメント」の眼目です。

マネジメントの、ひとつの翻訳は「管理」です。問題が発見され、分析され、対処されている。これが「管理」された状態です。お風呂での転倒事故があるということを認識して、背景要因をどんどん分析をしていって、対処していくのが「管理」です。

それからマネジメントという言葉はもうひとつ「経営」という意味があります。限られた人的な資源、限られた予算の中で、いつも百点のことはできません。100%安全な状態というのはつくり出すことができません。そうだとすると、限られた資源のなかでコストと効果を考える。どのような対応策が一番効果が上がるだろうか。どれだけコストをかければ、どれだけ安全になっていくのだろうか。この経営的視点もリスクマネジメントの重要な要素であるわけです。

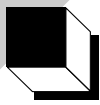
事故が起こってしまった際の事後の対応も確かに大切なことでありまして、いまこの瞬間に施設長が施設を離れていても、事故が起これば適切な緊急連絡網が作動し、役割分担がとられているということであれば、事後対応がきちんとできます。

また事前の予防、背景要因まで遡った予防対策をきちんと考えておくことも大事なことです。

事後対応も、事前予防も、事故が起こってから考えれば良いというわけにはいきません。日頃から考えて訓練していなければ、突発的に起こった事故に対応できません。潜在している日常のリスクの管理ができなくて、非日常の危機管理ができるはずがありません。

事前予防も事後対応も、結局のところ起こり得る可能性のある一連の事象を予め予想して準備することが必須です。いつ起こってもおかしくないことを事前に予測して、そして組織的な対応の仕組みを考えておく。これがリスクマネジメントの本質であります。

(次号に続く)



# ブロックだより

社会福祉制度改革への対応や、サービスの質の向上に向けて、各地区救護施設協議会組織においてさまざまな活動が行われています。本コーナーでは、地区協議会活動の充実に向けての情報共有として、各地区の動きや取り組み状況をご紹介します。

## 平成16年度活動状況

### 北陸中部地区 救護施設協議会

会長 西浦博良（八尾園施設長）

### 北陸三県救護施設スポーツ大会による交流

富山県、石川県、福井県の救護施設利用者の皆さんが交流をし、親睦を深めようと、春は運動会、秋はソフトバレーボールのスポーツ大会を、施設持ち回りで実施している。

この取り組みは昭和60年頃、職員との交流や親睦はあるが、利用者の交流会をもてればとの発想から三谷の里ときわ苑（第二常盤苑・石川県）との春夏のソフトボール大会から始まったものである。

この成果が良く、利用者が楽しみにする行事となったので、その後山陽ホーム（石川県）、七尾更生園（石川県）、大野荘（福井県）と参加施設が増え、現在の構成になっている。どの施設も利用者の高齢化・障害の重度化の状況が顕著になってきており、ソフトボールのチームを作ることはできなくなってきたが、この取り組みは続けようと春は運動会、秋はソフトバレーボールを実施している。

春の運動会はどの施設も参加しやすいように種目を設定して、玉入れ、ボーリングレース、缶積み、フォークダンス、お掃除しましよ

う、缶釣り、綱引きなどの7～8種類を行い、勝利を争いながらも和気あいあいの中で競技が進められている。

秋のソフトバレーボールは職員もチームの中に入り、職員は攻撃をしないと、メンバーチェンジは何回してもよい等の、この大会ならではの特別ルールを設けている。1施設25名が参加、回を重ねるごとに知り合いも増え利用者どうしが近況を話し合うなど、年々親睦が深まって盛り上がりを見せている。

### 施設で経験した新潟県中越地震

高橋茂子（おぐに荘園長）

この度の中越地震は86名の利用者を抱えるわが施設も直撃した。地震の後、すぐ施設に駆けつけると、施設内はまだ自家発電で明るかったが、まもなく消えて、懐中電灯の明かりのみとなった。繰り返し襲う余震に利用者の表情が不安を訴える。言葉を掛け合ったり、歌を歌ったりして気持ちを紛らわす。まず、この人たちに今晚どこで休んでいただくか、判断しかねていると、役場や消防団の人たちが来てくれて、体育館がいいと言われる。

急遽、施設の体育館に布団を敷いて、そこで一晩過ごすことにする。電気も水道もガスもない。86人の人たちの食事をどうするか。みんなで知恵を出し合った。水道の出ている職員の家で、米を磨ぎ、水をもらってきた。トイレの水は、近くの小川を塞ぎ止めてバケツリレーで運んだ。見かねた職員の家族が小型揚水ポンプを持って来てくれた。

非常口の外の避難スロープが陥没した。避難路にはたくさんの亀裂が入り、路肩が陥没。至急応急措置を要する状態。県内の他の施設



が、紙の食器や食料品を車で届けてくれた。県外の施設からは、宅配便で支援物資が届いた。今すぐ必要なものばかりでありがたかった。懐中電灯の電池を職員が上越まで買いに走った。パンが欲しいが手に入らない。

25日夜にようやく電話が通じる。利用者の家族が安否を心配して電話をかけてくるので、電話の前を離れられない。事務室で一夜を明かす。26日夜電気が来る。翌日に水道も復旧する。今度は下水道が壊れていて、トイレと風呂が使えないという。ポータブルトイレを購入し、仮設トイレを設置してもらう。入浴は柏崎市の施設の風呂を借りる。洗濯もさせてもらう。

地震から6日目夕方、下水道が仮復旧してようやく元の生活にもどった。幸い建物がしっかりしていたため、外に避難しなくてすんだ。職員は自分の家も大変な中テキパキと働き、利用者は、くるくると変わる対応によく耐えた。たくさんの人たちのおかげで、この災害をとりあえず乗り切ることができた。人びとの善意が心にしみている。(新潟日報「窓」に11月3日に掲載されたものを転載)

## 中国四国地区 救護施設協議会

会長 大西 弘 (清水園施設長)

### 1. 平成16年度中国・四国地区救護施設研究協議大会について

5月27日・28日高知市において、第35回中国四国地区大会を「信頼され期待される救護施設を目指して」をテーマに、150名の参加を得て盛大に開催しました。

開会式に引き続き、中央情勢報告として山田宜廣全社協障害福祉部長から、生活保護制度検討委員会の動きを中心に講演、午後から

は4分科会を開催しました。

翌日には、記念講演として坂本竜馬記念館小椋克己館長から「坂本竜馬 日本の新時代を拓く」の講演がありました。

### 2. 調査研究研修委員会、理事会(第2回)の開催について

10月5日、岡山国際センターで、調査研究研修委員会を開催し、第35回中国四国地区大会のアンケート結果による反省、第36回中国四国地区大会開催要綱の検討、今後の委員会の充実について協議しました。

また10月22日・23日には、愛媛県松山市で第2回理事会を開催し、各施設の当面の課題、平成18年度の予算要望事項、調査・研究活動の充実策等を協議し、更に、平成17年度の第36回大会は5月18日から20日に島根県松江市で開催することに決定しました。

### 3. 施設要覧の改訂

平成6年に、中四国地区の施設要覧を作成していましたが、今年度改訂をいたしました。施設数は30と変動はありませんが、内容の動向について概要を紹介します。

各施設の運営目標・方針については、新しい時代に対応した施設づくりのため、個別支援計画の策定や多様な自立支援への取り組みとなっております。このため職員研修や地域との交流、施設整備などを通じて施設の充実化を目指しております。

また、利用者の自立支援の一環としての作業についても、各種取り組まれており、なかには地域産業と連携した作業も数多くあります。年間行事については、各施設とも季節行事を中心に数多くなされております。

利用者の状況では、前回と比べ、施設の定員充足率は、全体で3.1%

減少し100.3%となっております。また定員が充足していない施設は6施設から12施設へと増加しております。

利用者の平均年齢は、61.6歳と4歳ほど高齢化しており、65歳以上の利用者は全体の37.7%を占めております。こうした高齢化の中で、障害別では単一が66.8%、重複で28.4%と前回と比べ、単一から重複へ若干増加しております。また、単一の精神障害は前回と変わらず42%を占めております。

また、従来の障害区分に該当しない者が、37名に増加しております。なお、経営面では、調理の外注委託などは2施設から5施設と増えています。

### 4. 施設の改築、グループホームの取り組みなど

会報115号でもご紹介いたしました。10月24日、愛媛県の丸山荘の改築工事が竣工いたしました。

定員120名のうち、95名が鉄筋コンクリート3階建に改築した個室、二人部屋で生活しております。今後、残りの35名の居室についても、平成16年度中に個室、二人部屋に改修の予定となっております。

その他、事業として通所事業を5施設が実施しておりますが、関連事業として、精神保健福祉法による、精神障害者グループホームを島根県の泉の園では3箇所開設し、このうち、1施設は県初の女性のグループホームとなっております。また、このような事業は、鳥取県の大平園、岡山県の浦安荘でも取り組まれています。

# 改築施設情報

## 利用者の様々な個性の「花」を育む施設として

松田昌訓 大阪府・救護施設フローラ／施設長

当施設は、昭和23年に「浮浪者救済医療施設あづま寮」を精神病院の附属施設として創設、昭和27年に救護施設の認可を受けて布施救護院に改称、昭和39年には新しい施設が建設され、増改築および定員の増員を経て、今般（平成16年10月）隣地に全面リニューアルを果たしました。施設名称もこの改築に合わせて「フローラ」に改称、あえて「福祉施設らしくない名前」を付け、利用者が萎縮して生活することなく、地域にも溶け込める名称としました。

当施設は、大阪市ミナミの中心難波駅まで約15分と、交通の至便な位置に存しており、東大阪市においても中心的位置をなしています。

当該建物は、社会福祉法人立の精神病院（537床）との合築で、第二期工事として建設されました。プロジェクト発足から約5年、そのうち救護施設の工事には約1年1か月の期間を要しました。

特筆すべきことは、総合設計制度による容積率緩和を受けるため、公開空地を導入したことで、したがって建物の周囲に塀がなく、緑地や歩道などで整備されており、オープンでフラットな環境を呈しています。

「人間が人間らしい生活を過ごせることに貢献する」という法人理念の下、当施設は人格の尊重と確



施設外観

保、成長を目指しています。生活保護法にいう「健康的で文化的な最低限度の生活」の「最低限度」を考え出すと悩ましくなり出口が塞がれる由、当施設では利用者サービスを考える場合、「できることはする、できないことはいかにすればできるかを考える」というアプローチを心がけており、そのポリシーの集大成がこの施設となったわけです。

フローラの特徴をいくつか列挙します。

1. 定員90名の施設を4つに分けたケアユニット（我々の施設ではユニットと称せず、コミュニティと称している）を導入。個別的、対面的、家庭的関わりを追求したいという理念の具現化をねらった。



4人部屋における個室的多床室

2. プライベートを重視したいことから、より個人の領域が明確となる個室的多床室を導入。同時に、廊下側の利用者にも窓のある凹凸の外壁構造を採用し、採光と換気という大きな役割を持たせた。
3. 施設の利用期間が長期化する中で、利用者の所持品も比例して増加。その量に耐え得る収納スペースの確保を図った。
4. 一人でいたいときは自室、気心の知れた利用者と会話を楽しむにはその人の部屋やダイナー、もっと多くの輪の中に入りたいときはコミュニティのリビング・ダイニング、さらに不特定多数のふれあいを楽しみたいならば外へ、といういくつかの生活シーンに配慮。屋上庭園やレイズド・ベッド（車椅子のままガーデニングができる作りの花壇）、ウッドデッキなど、心の癒しを求めることができる空間も用意した。
5. アメニティの向上はすなわち、光熱水費をはじめとするコスト負担増をもたらす。当施設では、隣接する病院が採用したコージェネレーションシステム（後述）を利用し、そこから得る光熱をフル活用するとともに、トイレや散水には地下水を利用、ランニングコストの削減を図った。また利用者が利用するトイレの電灯は、センサーによって点灯と消灯ができるように配慮した。
6. 多種多様な交流を育むことを目的に多目的ホー



コミュニティ内のリビング兼ダイニング

- ルを用意した。
7. 保温保冷車の導入を行い、適温給食を実施。
8. コミュニティ・ケアの実現は、複数の「子施設」を施設内にもつことになり、意思疎通を阻害する傾向にある。サービスの不均衡や不公平、施設理念の拡散化や不統一などの弊害に対応するため、生活支援ソフトウェアとグループウェアとが一本化されたソフトを導入、施設内を18か所の端末で結び、情報の共有化をめざした。
9. PHSを導入し、職員がどこにいてもナースコールを受けられることができただけでなく、インターホンや着信電話などの遠隔対応を実現、即時的対応が可能になった。

施設完成までには、多くの施設、公共施設など、随分見学し、大いに参考にさせていただきました。それにもかかわらず、どれだけ有益な建物になったか甚だ不安ではありますが、移転後の利用者の表情や意見を聴いたりすると、その不安も東の間彼方においやられます。

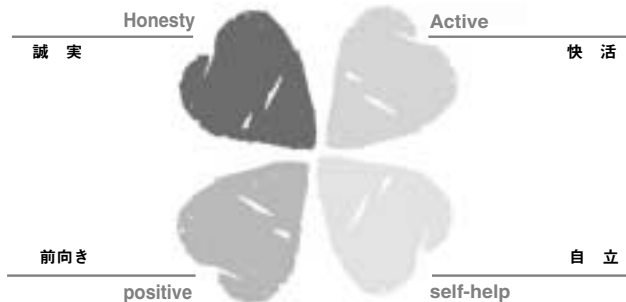
#### ●コージェネレーションシステムとは？

石油、ガスなどを用いて発電し、その時発生する廃熱を、冷暖房や給湯などの用途に利用する熱電併給のシステム。フローラの場合、現状では電気の使用料の30%をガスで発電しているそうです。（事務局）

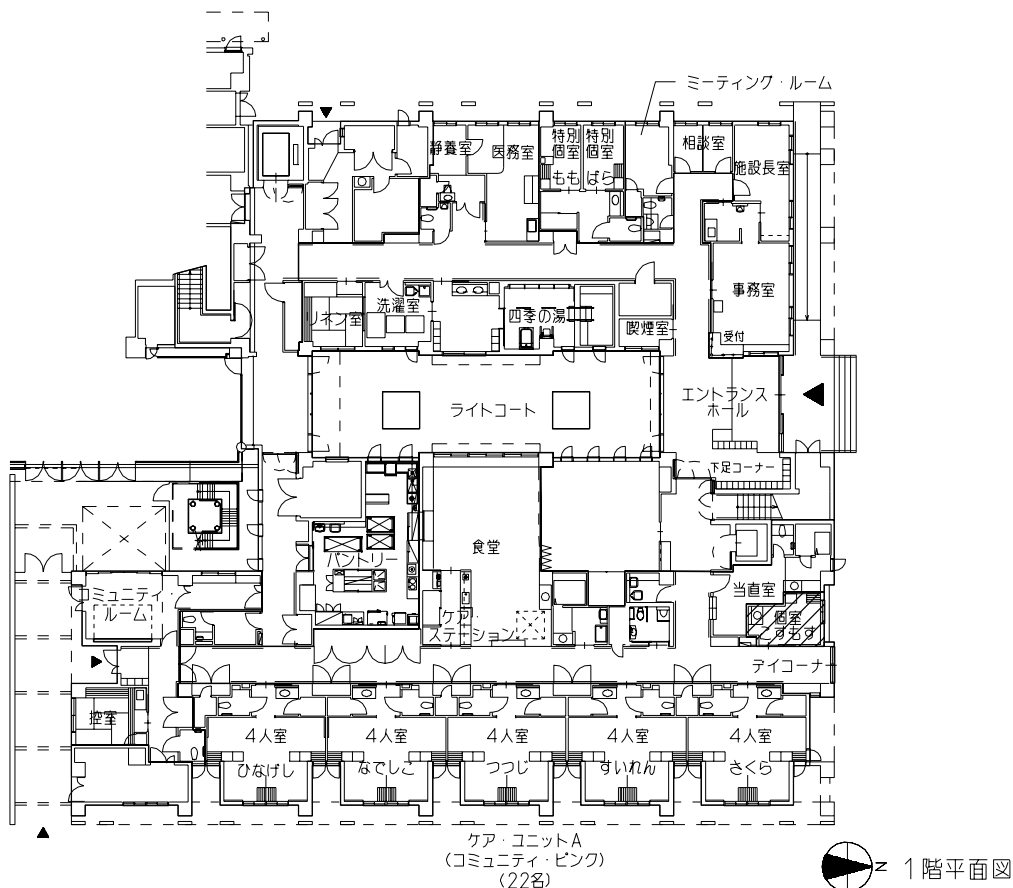
## 建物の概要

全体	所在地	東大阪市永和2丁目7番30号	
	主用途	病院・救護施設・看護学校	
	敷地面積	8206.45m <sup>2</sup>	
救護施設	構造	RC造	
	階数	3階	
	建築面積	1212.82m <sup>2</sup>	
	述べ床面積	3364.25m <sup>2</sup>	
	居室構成	4人室	21室
2人室		3室	6.0m <sup>2</sup> ~7.6m <sup>2</sup> /人
個室		5室	8.2m <sup>2</sup> ~9.8m <sup>2</sup> /人

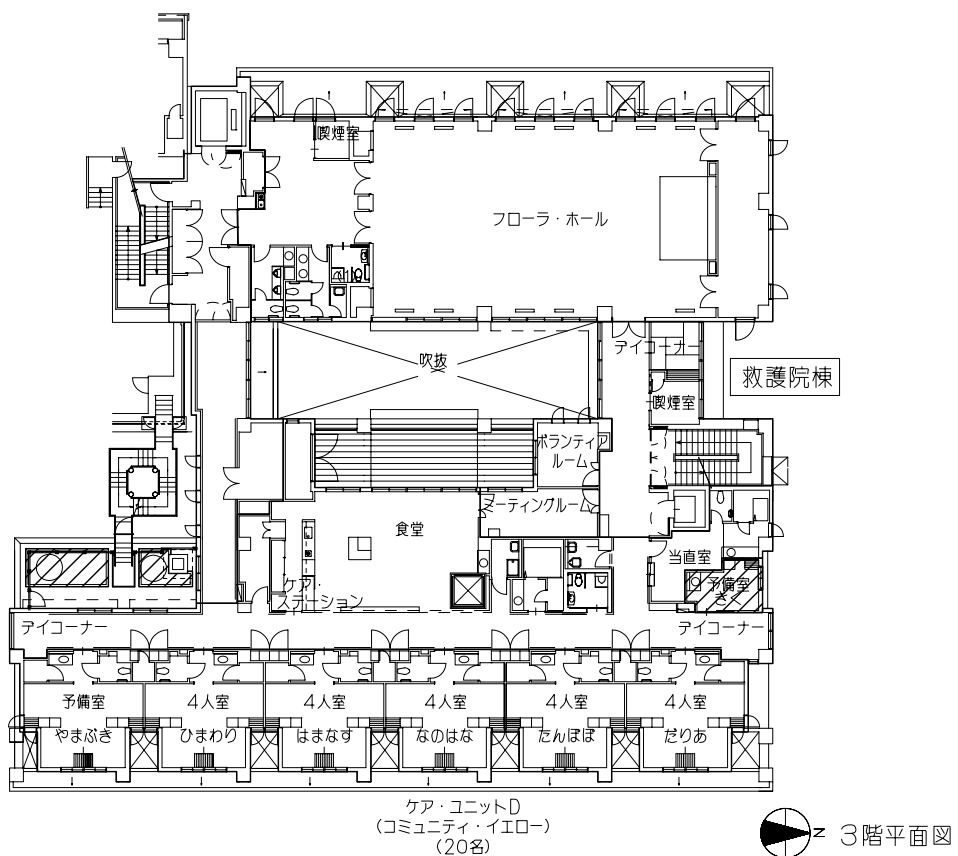
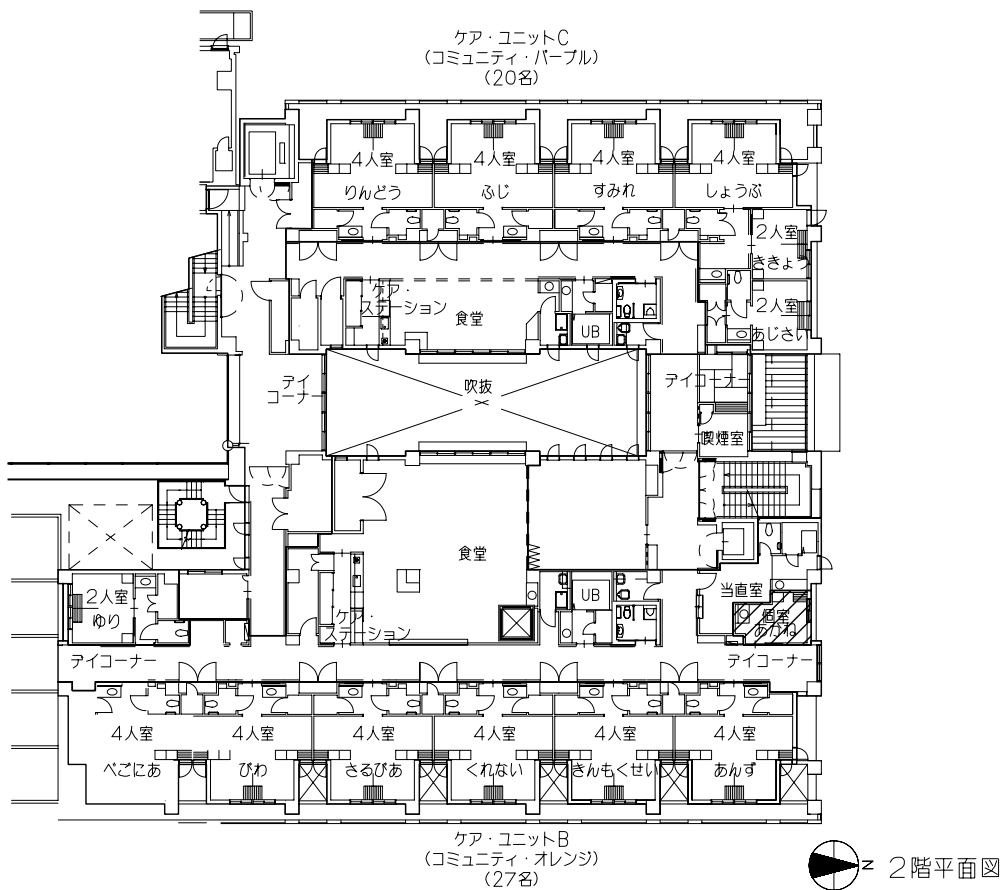
## Flora 救護施設 フローラ



「フローラ」はローマ神話における、花と豊穡を意味します。  
この名前には利用者ひとりひとりの個性を尊重し、  
様々な「花」を育てていきたいという願いがこめられています。  
生活の基盤である4つのコミュニティ（ユニット）には、それぞれに特色を持たせました。  
ピンクは桜で「自立」、オレンジは萱草で「前向き」、  
パープルは桔梗で「誠実」、イエローは菜の花で「快活」というように、  
この4つの花がもつメッセージとカラーをコミュニティ（ユニット）に取り入れました。







# CATCH BALL

## キャッチボール

「機能回復訓練業務委託及び精神科医雇上」に関するアンケート結果

回収数—93施設

(※『全救協』NO.116号添付)

(会員施設180施設に送付、回収率52%)

入所者の生活の質の向上、自立に向けた支援のために、PT・OTによる機能回復訓練の充実の必要性は従来よりいわれられており、全救協としても加算の改善について繰り返し要望しております。各施設の状況について、アンケートの集計結果をご報告いたします。

### 1. 機能回復訓練業務委託に係る状況について

※ ( ) 内の数字は施設数

①PTを委託している	(18)	
機能回復訓練の回数	週1回 (10)	1時間 (3)、2時間 (3)、3.5時間 (1)、4時間 (1)、不明 (2)
	週2回 (1)	2~4時間 (1)
	週5回 (1)	2時間 (1)
	月1回 (3)	2時間 (2)、3時間 (1)
	月2回 (2)	1時間 (1)、2時間 (1)
	月3回 (1)	2時間 (1)
経費 (賃金)	1回あたり	5000円~1万円未満 (3) 1万円~2万円未満 (4) 2万円以上 (3) 法人負担 (1)
	又は月額	5000円~1万円未満 (1) 1万円~2万円未満 (1) 2万円~3万円未満 (3) 3万円以上 (2)
県単・市単補助の有無	有り (3)	2万円~3万円未満 (3)
	無し (15)	
訓練対象者数	10~19人 (4)、20~29人 (6)、30~39人 (2)、40~49人 (2)、50~59人 (2)、100人以上 (2)	

②OTを委託している	(3)	
機能回復訓練の回数	週2回 (1)	2時間 (1)
	2週に1回 (1)	3時間 (1)
	月1回 (1)	2時間 (1)
経費 (賃金)	1回あたり	1万円~2万円未満 (1)
	又は月額	5000円~1万円未満 (1)
	又は年額	35万円 (1)
県単・市単補助の有無	有り (1)	2万円~3万円未満 (1)
	無し (2)	
訓練対象者数	10~19人 (2)、20~29人 (1)	

**【人材確保、経費面等で困っていること】**

- ・機能回復訓練は利用者の状態から毎日専門のPTによる訓練が必要であるが、雇い上げの費用が捻出できない。
- ・現在はボランティアとしてリハビリ指導されているPTが高齢であり、近い将来人材確保が必要となるが、かなり難しい。有資格者が通勤圏にいるかどうか。
- ・生活支援および予防を重要とするこれからの施設機能を考えると、指導を必要とする対象者は年々増えてきており、PT、OTの配置の制度化をぜひとも望みたい。
- ・長期向精神薬内服で機能障害が悪化、生活にも支障あり。作業療法士の指導も必要。
- ・看護師の採用について、給与等採用の条件が折り合わず苦慮している。
- ・法人としても折りをみて募集しているがとにかく応募がない。もっとも募集する側の問題として経験者を求め過ぎのきらいがある。
- ・PTの退職時に、次のPTを探すのに苦慮している。予算的には2人を雇用しているが、加算分では足りない状況。
- ・時間や経費（賃金）等、なかなか折り合わないため、人材確保で困っている。
- ・週1回の指導訓練がベストと考えるが、経費的に無理がある。PTの指導により利用者が機器で訓練する回数等を職員が記録し継続につなげている。
- ・リハビリ訓練強化のためにPTを週3回（1時間程）委託したいが収入源がない。

**2. 精神科医雇上に係る状況について**

※（ ）内の数字は施設数

精神科医を委託している	(75)	
精神科医の勤務回数（月）	1回 (21)、2回 (25)、3回 (6)、4回 (11)、4.5回 (5)、5回 (1)、6回 (1)、8回 (1)、9回 (1)、2か月に1回 (1)、不明 (2)	
経費（賃金）	1回あたり	1万円～2万円未満 (3)、2万円～3万円未満 (6)、3万円以上 (9)、法人負担 (2)
	又は月額	1万円～2万円未満 (4)、2万円～3万円未満 (12)、3万円～4万円未満 (6)、4万円～5万円未満 (5)、5万円～6万円未満 (7)、6万円～7万円未満 (2)、7～8万円未満 (2)、8～9万円未満 (1)、10万円～20万円未満 (4)、20万円以上 (6)、2万円と年末に5万円 (1)
	又は年額	131,250円 (1)、324,000円 (1)、不明 (1)
県単・市単補助の有無	有り	1回あたり 1万円未満 (1)、1万円～2万円 (1) 月額 2万円～3万円未満 (1)、5万円以上 (4)
	無し	(36)

**【人材確保、経費面等で困っていること】**

- ・常勤医1名が必要であるが、精神科医師不足のため採用が難しい。
- ・精神保健福祉士有資格者の配置加算も必要と考える。
- ・派遣を頂いている病院側の都合により、算定上の回数（計4回）を確保することが困難なため、所轄支庁との協議を経て「往診回数と事務費額の1回分を減らすもの」として実施している。
- ・経費面について、予算を獲得するのに苦慮しているので加算の改善を希望する。
- ・現在の加算では月2回来診でいっぱいの状況。
- ・特別養護老人ホーム等における療養の給付（医療）の取り扱いの通知がネックとなり、嘱託医契約を結べない。
- ・精神科医雇上に係る経費の増額をお願いしたい。

# NEWS MEMORY

## 活動日誌 (平成16年11月～12月)

---

平成16年 **11**月3日(木) (第3回) 理事会 (於: 全社協)  
29日(月) (第2回) 総務・財政・広報委員会

---

**12**月3日(金) (第12回) 救護施設における個別支援計画に関する検討会 (於: 全社協)  
10日(金) (第4回) 理事会 (於: 全社協)  
15日(水) (第18回) 生活保護制度の在り方に関する専門委員会 (於: 東京会館)

全救協 2004 no.117

---

発行人 田中 亮治  
編集人 大塚 晋司

発行 全国救護施設協議会  
〒100-8980 東京都千代田区霞が関3-3-2 新霞が関ビル 全国社会福祉協議会・障害福祉部内  
**TEL.03-3581-6502 FAX.03-3581-2428**  
<http://www.zenkyukyo.gr.jp>