

## 療護施設自治会全国ネットワーク

# SSKUあした No34

## 利用者のニーズが施設を変える

### MENU

電動車いす・基準外交付への挑戦	村上真一	1
私を支えてきたもの	畠山千春	4
「支援費制度への提言」を考える	小峰和守	5
「支援費制度への提言」 全社協・全国身体障害者施設協議会		8
ふと思うこと Part1	山科賢一	17
施設の交差点		
安藤登光さんのページ ◇その4◇		18
まりりんさんのページ ◇その2◇		18
小幡哲昭さんのページ ◇その3◇		19
稲葉進さんのページ ◇その5◇		22
日本弁護士連合会人権擁護大会シンポジウムのお知らせ		23
新聞記事より		
福祉施設の苦情処理窓口 整備が進まず4割弱		24
電動車いすによる交通事故急増 電磁波で誤作動		25
社会福祉法人も見直し——規制改革中間報告案		26
隣の夕ご飯	事務局	27

# 電動車いす 基準外交付への挑戦

神奈川県秦野市在住 村上 真一

私が新しい電動車椅子を手に入れるために基準外交付の申請を始めたのは2年前のことです。それから様々な問題を乗り越え、交渉に交渉を重ね、ようやく先頃のゴールデンウィーク明けに正式な“OK”が出ました。こんなに長い時間が掛かってしまったのは、いわゆる“お役所仕事”といわれる公共機関の対応の遅さが大きな原因であるとは思いますが、振り返って考えてみると制度や車椅子に関して自分が勉強不足であったことも原因のひとつだったのではないかと思う今日この頃です…

私が現在使っている電動車椅子(イマセン製/チン・コントロール)は受傷から1年半後に買った私にとって初代の車椅子です。7年前に購入した当時、私はまだ入院中だったこともあり福祉の制度につ

いて何も知りませんでした。相手の不注意による交通事故で受傷した私は示談交渉の中で電動車椅子の購入費用を賠償金の一部として含むことに何の違和感もなく了解しました。ですが、これは後になって考えれば慰謝料からその分を差し引いて前借りしていたのと同じコト(賠償金総額は変わらず明細の内訳が変わっただけ?)で…つまりは全額を自費負担で100万円近い電動車椅子を購入していたのです。その事に気付いたのは退院後に自宅で生活を始め、保健婦さんや市役所の担当者から福祉制度についていろいろと教えてもらってからのことでした。

退院後、初めてアメリカ製の電動車椅子『Action』(現在は『Invacare』)に出会ったのは国際福祉機器展(毎年秋に東京ビッグサイトで開催)の会場でした。当時、

チン・コントロールの電動車椅子といえばイマセンかスズキの製品しかないと業者から聞かされていた私は初めて海外製の電動車椅子を目にして驚きました。デザイン、操作性、安全性、各種の機能…国産メーカーの電動車椅子とは何処を取っても比べ物にならない完成度の高さ！さらにヘッド・コントロールというそれまで見たことも聞いたこともなかった操作形態！展示会場で初めてその電動車椅子を見た私はすぐにでも購入を考えたのですが…約300万円という価格を聞いてビックリ！とても個人で購入できる車椅子ではないと諦めていました。

それから数年後、いろいろと外出する機会も増え、家でも外でも大活躍するようになった私の電動車椅子はあっちこっちにガタがきて、いつの間にかボロボロになっていました。修理を頼んでもメーカーにパーツが残ってなくて中古部品の使い回しという状態…。これはいよいよ新車に換えなくては！と考え始めた私は市役所に相談に行きました。“基準外交付”という制度について具体的な説明を受けたのはこの時でした。通常、福祉制度を利用して電動車椅子を作る場合に交付される金額は40万円程度が上限(それを越えた分は自己負担)とされるのに対し、それ以上高価な場合でも全額支給してもらえらるというのです！でも、その制度を利用できるのは重度の障害を持ちながらも著しく社会に貢献している“特別な人”と聞かさ

れていました…具体例として聞いたのは、仕事を持っていて毎日通勤する必要のある人とか、近辺の学校や施設に講演をして回る人とか…。だから、まだ退院して間もなく自宅での生活がやっと軌道に乗り始めたばかりの自分にとっては遠く雲の上の存在の制度だとはか思えませんでした。

でも、今使っている車椅子には不満と不安だらけだった私はダメで元々と思いつつ「頻繁に外出しても大丈夫のように今の物より頑丈で安全な電動車椅子(つまりは“高価な海外製”と言いたかった)を基準外交付で作れませんか？」と、切り出しました。すると担当者は「どういう目的で外出する必要があるのですか？」と、聞き返してきたのです。今思えばこの一言が私の闘志に火をつけたんだと思います(笑)。私はその質問に「散歩じゃ～！買い物じゃ～！目的がなかったら外出したらアカンのか～！！」と、つい大声を上げてしまいました。結局、最終的には「とにかく見積書を提出してみてください…」と、なったので、私はココを基準外交付申請のスタート点ということにしています。申請を始めるに当たって書類提出などの手続きは最後まで特になかったのです…。



まずは自分に合った電動車椅子を見付けなければなりません。候補に挙げていた2社3機種を自宅と神奈リハで試乗させてもらいました。まず自宅内と周辺の道路で乗ってみて実際に使えるかどうかを自分で確かめました。

そのうえで、もう一度神奈リハで乗ってみて専門家(主治医、リハ工、SW、PT、OT…なるべく多くの人)に見てもらいました。自分で乗っただけではどれに乗っても現状よりは快適なので欠点にまで目が届かなかったのですが、専門家の視点で冷静に見てもらおうと自分では気付かなかった部分を客観的に指摘してもらえるので助かりました。実際、自分が乗った感想でベストだった機種は後に神奈リハで致命的な問題が見つかり候補から落ちたのです。また、この際に車椅子だけでなくそれを扱う業者が信頼できる相手かどうかを見るのも必要だと思います。業者が持っている試乗用のデモ機は台数が少ないので個人的に使わせてもらうためには日程調整に手こずります。この時の業者側の対応の早さや態度を見ていると購入後のメンテナンスの良さが窺えるような気がしました。

車椅子の機種が決まったら市と県の担当者を呼んで改めて神奈リハで試乗しました。これは試乗というより、申請の手続き上、主治医の口から「この車椅子なら大

丈夫です」と証明をもらう場なので、この際に必要なオプションや付随品(クッションなど)も含めて全ての必要性を説明しなければなりません。私は事前にレポートにまとめたものを作っておいたので説明がスムーズに進みました。ただし、デモ車、主治医、市・県の担当者、そして自分の都合の良い日を設定するのは容易ではありませんでした。特に県の担当者の都合に振り回されて何ヶ月も待たされた気がします。この時点で“OK”が出ると全てを含めた見積書と主治医の意見書を提出することになります。自分で何かできるのはココまで…後は県の審査が終わるまで待つだけです。この答えが出るまでがまた長い！

とにかく、何についてもこちらから何度も問い合わせを入れないと待っているだけではいつまでも返事が来ません。最後まで待たされ続けの基準外交付申請です。GW後に正式な交付書が届き、それと同時に業者に正式に発注…今は新車が届く日を楽しみに待っているところです。

※ さらに詳しいコトは個人的にお話ししましょう。是非メール下さい！

[sin-m@zc4.so-net.ne.jp](mailto:sin-m@zc4.so-net.ne.jp)



# 私を支えてきたもの

島山 千春

私事である。介護という仕事について25年が経つ。勤めはじめのころ、職業を尋ねられ「施設で介護をしています。」と答えると、決まって「若いのにえらいですねえ、誰にでも出来ることじゃないですよ」という返事が帰ってきた。一方職場では、「介護なんて大学を出てまでする仕事じゃない、男子一生の仕事じゃない」と話す同僚達がいた。どちらにせよ、聞くたびに不快に思った。

高校時代進路が決まらず、親に薦められるまま福祉系の大学に入った。福祉を学ぶ気なんてなかった私を、これまで繋ぎ止めてきたものは一体何か。

いくつかの出会いがあった。一つは、大学に入学して最初に読んだ論文、一番ヶ瀬康子氏の『社会福祉「学」とは何か』である。“熱い胸”と“冷たい頭”という言葉に代表されるが、感性的認識にとどまっている限り、根本的な解決につながらない。何故そうなったのか、また、他人事のように思える問題が、実は他人事ではないという理性的認識を深めていくこと。それを実践で確かめていくことの大切さが述べられていた。

二つ目は、学生時代の先輩である。「福祉を学ぶということは社会を学ぶこと、社会を学ぶとは経済を学ぶことだ。なぜなら経済の動向によって、福祉政策や制度が変わる。様々な政策・制度が変わる。文化や国民の意識も変化する」と熱く語ってくれたことが、今も記憶に残る。

三つ目は、大勢の障害者・居住者である。勤務終了後、時には休みの日に出かける。食事をする、酒を飲む、旅行をする。

「職員」「居住者」という関係性から解放されたとき、居住者の重い口が開く。一人一人の悲しみや辛さ、また、施設が抱える問題の根深さのまえに、一言も答えることができない。非力さを痛感する。こうした思いが、全国療護施設QOL研究職員ネットワークに参加させたのではないかと考えている。

これまで出会った大勢の障害者・居住者が私を励まし、支え、育ててくれた。語ってくれた一言一言、顔や表情が忘れられない。私の財産である。

\*\*\*\*\*

島山氏は「麦の家」を退職されたのを機に、全国療護施設QOL研究・職員ネットワーク（職員ネットワーク）の会長も辞任されました。1994年の設立以来本当にご苦労さまでした。この文章はお勤め先の「麦の家」の機関誌に載ったものを氏の了解のもとに再録したものです。次期会長は決まり次第、お知らせします。（事務局）

# —施設協が示す— 「支援費制度のあり方への提言」 を考える

小峰和守

全国身体障害者施設協議会(以下「施設協」)は「支援費制度のあり方への提言」の2次中間まとめを提示しましたので、以下にその抜粋を、個人的見解を添えて、示します。

ただ、ご注意願いたいのは、この提言がそのまま国の政策になるとは到底考えられないことです。それでもある程度の方向性を確認できると思われ、提言段階ですが載せてみました。

また、以下に示す個人的見解については、同様な指摘を施設協にも提出しておきました。さらに、皆様からのご意見をお待ちしております。

なお、全文(A4/12枚)は各施設に配布されているはずですし、

<http://member.nifty.ne.jp/RYOGONET/>

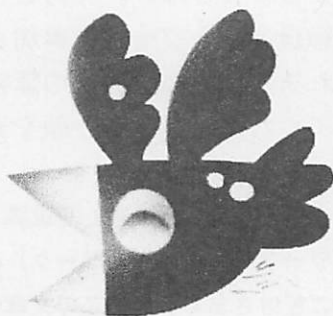
にも載せておきました。また、コピーをご希望の方はご一報ください。

## 1. 各種加算

施設協の提案の主な特徴は支援費を「施設生活基本料」・「専門サービス料」・「各種加算」の3段階に分けたこと、

そして、そのうちの「各種加算」にあります。それは『社会参加や医療・看護サービスについても提供できる単価設定』に示されるように、社会生活参加と高度医療という2極化した利用者ニーズに対応しようとする、従来の措置費では対応していなかったサービス提供システムです。現状に見合った政策とも考えられ、成否が注目されるところです。

ただ、それでも何点かの問題点を指摘できます。最初に一つの極である「医療・看護サービス」面についてもう少し考えます。その後でもう一つの極である「社会生活参加」のプログラムの疑問について考えます。



## 2. 医療加算

『医療・看護サービスは、出来高払い方式を採用すべきである』とあり、各種の医療行為の点数に見合った金額を支援費に加算することになり、それだけ収入が増えることになるわけです。となれば、医療面は充実するだろうし、職員がやるしかなかった医療行為にも歯止めがかけられる可能性も出てきます。高度な医療を必要としている利用者には朗報といえるのかもしれませんが。しかし、以上を参考に、提案の後半での職員配置について見ていくと問題が見えてきます。

施設協の提案は『利用者と「看護婦、介護職員」の総数」を2.2対1以上とすること』とし50人定員で2人の職員(看護婦を含め)の増を求めています。出来高払いと言う金の成る木が導入されれば、この2名増は看護婦に流れ、介護職員増は無いという危険性を含んでいます。介護職員と看護婦の役割は全く別のものなのに、それを単に加えて井勘定で妥協するべきではないはずで。

また、比率についても施設協の徳川会長は以前(シンポジウム「療護施設制度化20周年を迎えて」)、1.7対1とか2.0対1を主張されており、そのまま使わせて貰えば、

施設協の提案を『利用者と介護職員を2.0対1以上とすること』と変更する

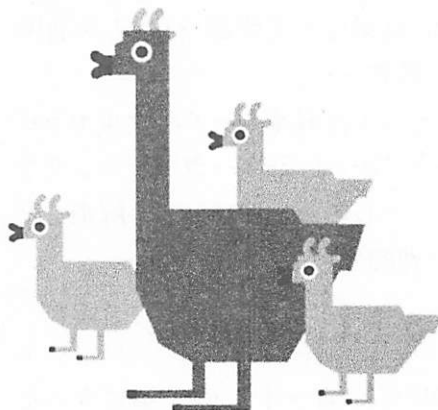
べきです。

## 3. 社会参加加算

施設協の提言でいう社会参加とは、「パソコン技術訓練」、「資格免許取得」、「社会生活力訓練」、「就労機会体験」、「自立生活支援」などで、施設の途中下車など、利用者のニーズを中心に据えた新たなサービスです。このサービスにより、これまでは「わがまま」だと言われたり、思い込まされていた、利用者一人ひとりのニーズが正当に評価されることとなります。その実践のための人的、予算的な裏付けがつけられることにもなります。

蛇足になりますが、国の「施設サービス共通評価基準」でも利用者一人ひとりのニーズに着目した評価が重点の一つになっています。

ただ、職員の意識がこの変革に対応できるかどうかは大きな問題として残りますが、これでやっと本来の個別支援への体制が整ったようです。



への体制が整ったようです。

ところで、提言のサービス内容については何点か見落とされていたり、誤解しているとも見受けられる点もあり、以下に指摘しておきます。

〈施設協案〉パソコン技術訓練プログラム加算・・・

〈変更案〉IT等によるコミュニケーション支援。メール、読み上げ、テロップ、拡大、ポインティングデバイスなどヒューマンインターフェース支援

〈理由〉パソコンとは一つのツールにすぎない、最新のITを駆使してコミュニケーションをどう獲得、拡大するかが問われている。

〈施設協案〉『資格免許取得プログラム加算』

〈変更案〉就学・資格就学免許取得プログラム加算

〈理由〉教育の機会均等と言われながら就学免除を押しつけられた人たちの存在

〈施設協案〉『音楽療法・・・意志疎通困難者・・・』

〈変更案〉音楽療法・アニマルセラピー・アロマセラピー・ガーデニングなど・・・心の癒し。ストレスの解消など心理的生理的な健康増進

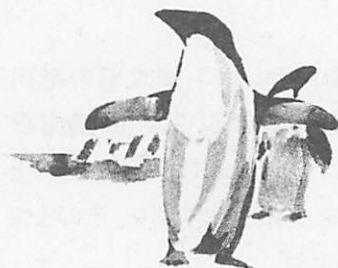
#### 4. 個室化へ

最初の『総論～本人の立場に立った

制度構築を～』で、施設協は『基礎構造改革の趣旨からみて、「財政ありき」の視点ではなく、「本人主体」「利用者主体」の視点から制度設計していくことが欠かせない』とその心意気を高らかに謳っています。

しかしながら、棚上げされている雑居部屋の解消については一言も触れられていません。新たな制度に移行するにあたり、過去の清算という意味からも、同一線のスタートラインにつくと言う点からも、その個室化を図る必要があります、そのための個室化・グループホーム(分室・分園・サテライト)への特別補助金制度を設けるべきです。

特に、アパート借上げ方式等により、町中に施設の一部としてのグループホーム(分室・分園)を作ることは、多少の法律改正を必要とするでしょうが、自立生活支援プログラムにも無くてはならないし、通所療護の一形態としても有効でしょう。一方、施設では空き室を個室化できるという一石二鳥のメリットもあると思えます。





## 第2次中間まとめ (抄)「支援費制度のあり方への提言」(案) ～身体障害者施設支援を中心に～

全社協・全国身体障害者施設協議会

### はじめに

《省略》

### 総論～本人の立場に立った制度構築を～

措置費制度から支援費制度への移行にあたっては、これを「円滑にすすめなければならぬ」という理由や、国の緊迫した財政状況を理由に、「従来の予算の枠組みを大きく変えない」ということが、厚生労働省からいわれている。

しかしながら、これまでの社会福祉基礎構造改革の議論では、制度改革の趣旨として「利用者の立場にたったサービス」「利用者本位の制度」を構築することが言われ、我々も障害のある人びとの自立支援のための「支援費」であると理解してきた。

支援費制度は税財源で行うことから、介護保険制度とは異なり新たな財源が創出されるわけではないが、基礎構造改革の趣旨からみて、「財政ありき」の視点ではなく、「本人主体」「利用者主体」の視点から制度設計していくことが欠かせない。

## 1. 支給決定関係

### (1)障害程度区分について

○ 障害程度区分の設定にあたっては、障害の種類や介護職員が提供するサービスの量などで一律に判断せず、総合的に利用者の生活ニーズを把握したうえで、設定すべきである。

○ 《省略》

○ 具体的には、「中間まとめ」に示した「6つの機能」を組み合わせ、利用者の自立を支援していくことが求められる。療護施設における「障害程度区分」の設定にあたっては、「自立支援機能」を除く5つの機能ごとに支援の度合をアセスメントし、総合的な「程度区分」を設定すべきである。

○ こうした総合的な判断が不可能な場合には、療護施設利用者に対する障害程度区分の設定や支援費に格差を設けることは不適切であり、行うべきではない。

## (2) 支援費支給期間について

- 支援費支給期間を設けることについては賛同する。ただし、この期間は、一定時期に提供されているサービスの内容と、その時点での障害の状態やニーズなどの不一致等を確認するためのものであることから、利用者と施設との間で作成されるケアプラン(個別支援計画)と連動させる必要がある。(1年に1回はケアプランを見直されるべき)
- なお、利用にあたっては、「中間まとめ」に示したように、全ての利用者に対して終身利用を前提とせず、利用者のニーズに着目することが重要である。

## (3) 支給の要否決定の際の市町村における勘案事項

- 《省略》
- 《省略》

## (4) 支給決定に関する具体的な手続き及び更生相談所の役割

- 《省略》

# 2. 支援費基準

## (1) 支援費の水準

- 支援費の構造は、主に間接経費部分(施設の事務的費用、施設の維持管理費用等)である「施設生活基本料」と、直接サービスに要する費用をもとに積算された「専門サービス料」にわけ、さらに、利用者の状況等に応じて「加算」を設けるべきである。

---

### 施設生活基本料

〈内容〉 固定経費部分

〈単価〉 A案：定員規模別の定額 or B案：50人定員がスタンダードとし、施設規模によらず一定。ただし、小規模(30人以下)には配慮が必要。

### 専門サービス料

〈内容〉 通常行うべき介護・社会参加プログラム。療護施設で頻回に行われている医療・看護行為

〈単価〉 必要なサービスが提供できうる単価

### 各種加算

〈内容〉 利用者の個別的な状況に対応。(従来の措置費では対応していなかったサービス)

〈単価〉 加算によって変化

---

**A案** ○ 現在の監査などにおいては、「措置費のなかに、施設サービスに要する費用はすべて含まれている」と言われることがある。従って、支援費の水準の設定にあたっては、公費として負担すべき利用者支援に必要なサービスは全て盛り込むか、もしくは支援費に含まれているものと、そうでないもの(利用者負担により提供すべきサービス)の整理を、国として行うべきである。

**B案** ○ 支援費単価を設定する際には、厚生労働省は支援費の積算を明らかにすべきである。これにより、療護施設サービスのあり方を規定することができ、利用者との間にサービス内容に関する契約を締結する上での判断基準とすることができる。

○ 現在のところ療護施設の過半数は50人定員であり、療護施設の支援費の水準の検討にあたってはこの「50人定員」をスタンダードとすべきである。

○ 改正身体障害者福祉法においても、支援費は「通常要する費用」とされていることから、間接経費も含めた「施設生活基本料」を固定的な支援費とすべきである。また、「施設生活基本料」には、減価償却費なども含めるべきである。

○ 「専門サービス料」は、通常行うべきサービスにかかる費用である。現行措置費水準では、最低限の介護サービスを中心に提供せざるをえなかったが、社会参加や医療・看護サービスについても提供できる単価設定とすべきである。

○ なお、現行制度ではALSや遷延性意識障害の利用者に対し「特別介護経費加算」が実施されているが、ALS以外にも筋ジストロフィーをはじめ、相当の医療的ケアを要する障害のある利用者が、療護施設を多数利用している。したがって診療報酬にある

①特殊疾患入院施設管理加算、②難病等入院診療加算、③超重症児入院診療加算

などを療護施設にも準用した「特別加算」を導入し、療護施設における医療サービスを向上することが必要である。

○ 利用期間により支援費単価が下がる逓減方式は導入すべきではない。しかし、入所直前から入所直後にかけては特別な配慮(例えば、利用者のニーズを把握するなど)が必要であることから初期加算(ケアプラン作成費)などを設けることは有効と考える。

○ 《省略》

○ その他の加算については次項(2)でふれる。

## (2) 重度障害者等への対応

○ 重度障害者の利用が忌避されないようにするには、利用者のニーズに見合った支援費を設定することが必要であるが、支援費とは別枠の加算を設け、利用者への個別的な対応をはかるべきである。

○ この加算は、一定の状況を満たしたプログラム等を利用する場合に適用されるものである。参考として、前述した特殊疾患入院施設管理加算などを除き、次を掲げる。

- 1 パソコン技術訓練プログラム加算  
インターネット・メールの送受信・ホームページ開設方法の取得
- 2 資格免許取得プログラム加算  
運転免許・ピアカウンセラー他
- 3 社会生活力訓練プログラム加算  
家事・外出・コミュニケーション他
- 4 嚥下能力改善プログラム加算  
食事介助・訓練、メニュー・食材の研究・開発
- 5 褥瘡対策プログラム加算  
生活指導・介助方法・治療用具の改善・栄養指導
- 6 自助具・補装具の開発プログラム  
日常生活用具等の改善・開発・指導・作製
- 7 在宅復帰訓練加算  
送迎(付き添いも含める)  
家庭での介護サービス(ホームヘルプ)
- 8 音楽療法加算  
意志疎通困難者のコミュニケーション、意志疎通手段の獲得
- 9 特別食加算  
特別治療食(管理栄養士が献立したもの)  
経管栄養食・胃ろう食等のチューブセット費用
- 10 精神科医非常勤加算  
治療行為
- 11 就労機会体験加算  
体験期間の通勤費用(交通費)就労を可能とする必要経費
- 12 自立生活支援プログラム計画加算  
自立生活支援プログラム計画の作成社会資源調整費

○ 特に、医療・看護サービスについては、全利用者の健康管理を主としたサービスは「専門サービス料」に含めること。ただし、下記のような利用者個人の病状に応じ提供される医療・看護サービスは次の診療報酬を参考に、出来高払い方式を採用すべきである。

呼吸器処置、栄養管理、褥創処置、排泄処理、摂食指導、皮膚科軟膏処置、注射、理学療法、点眼、点耳

○ 利用者が入院した場合、その期間中、事業者側にベッドを確保するよう義務付ける場合には、ベッドを確保・維持するための費用を公費として支出すべきである。それができない場合には、利用定員以上の利用を認めることが必要であり、利用者が安心して入院できる仕組みが求められる。

### (3) 支援費の地域区分のあり方

○ 支援費において地域区分を設ける必要があるが、現段階の措置費における大きな格差を見直すべきである。

○ 《省略》

### (4) 民間事業者に対する支援費のあり方

○ 《省略》

### (5) 地域生活への移行努力などの評価

○ 重度障害者であっても、地域において生活することは可能であり、またそのような取り組みや方向性が、わが国の施策として重要性を増している。

従って療護施設においては、地域生活を希望する者に対しそれに向けたプログラムを提供する場合、加算(前述(2)－12「自立生活支援加算」など)が支出されるような仕組みを講じるべきである。(障害者施策は障害者のリハビリテーションを目的としていることから、改めて加算を設けずに支援費に盛り込むとの考えもあるが、授産施設や更生施設にこのような加算を設けるのであれば、療護施設にも設けるべきである。)

○ プログラム例としては、自立生活プログラム、ピアカウンセリング(ピアカウンセラーの配置)、社会生活力プログラムなどが考えられる。

## 3. 利用者負担

### (1) 負担額の水増し

障害の原因は利用者本人に起因するものではなく、むしろ環境などによることから、障害程度区分と自己負担額は連動させるべきではない。

### (2) 扶養義務者の範囲

支援費制度は、あくまでも契約当事者である利用者のための制度であることから、介護保険制度と同様に契約者である本人のみの負担とし、扶養義務者から負担を求めるべ

きではない。

## 4. 事業者指定基準

### (1) 職員配置

現行の職員配置基準では、利用者対比「看護婦、介護職員、理学療法士及び生活指導員の総数」が2.2対1以上とされている。しかし、療護施設創設時と比べ、利用者の重度化・重複化が深刻化している。また、医療策の影響も直に受け、提供すべき医療サービスの量・質ともに著しく増加しており、設備導入などによる効率化だけでは、対応できなくなっている。利用者の生活の質を考えれば、職員増が緊急の課題となっている。

**A案** ○ そこで、現行の「2.2」の範囲から理学療法士と指導員を除き、当面、利用者対比「看護婦、介護職の総数」を2.2対1以上とすることを提案する。

これにより、50人定員の場合に2名の職員増が可能となる。(2名増では不十分であるが、国の財政事業等を考えると致し方ない。)

また、理学療法士については、様々な理由があるが、全ての療護施設には配置されていないことから、理学療法士が配置されている場合のみPT加算などで対応することも致し方ないと考え(ただし、当分の間はあん摩マッサージ指圧師も認めること)。

**B案** ○ そこで、「中間まとめ」に示した「療護施設の機能」に着目し、これを提供できる単価設定と抜本的な人員配置基準の改善を図るべきである。

○ 現行においても、例えば50人定員施設においては、看護職員を2人以上おくという規定のほかは、前述の「2.2」基準をクリアすればよいこととされている。新たな「指定基準」においても、看護職員と介護職員を合算して基準とすべきである。

○ 利用者の思い・ニーズを受理し、自立支援に向けたケアプラン(個別支援計画)を策定するための専門職員の配置が必要である。介護保険施設における介護支援専門員の主要業務が保険給付管理であり、また支援費制度は保険制度ではないが、障害者施

設においては、効率的・計画的にサービス提供していくための専門職員の配置が欠かせない。

○ 支援費の請求事務や、利用者負担分の徴収をするための事務職員を新たに確保する必要がある。70人定員までは事務員は1人のみの配置基準とされているが、実際には、平成12年4月1日現在総数にして815人、1施設あたり2.3人の常勤事務員が配置されている(総施設数=348施設/ 因みに50人定員施設における常勤事務員の平均人数は2.2人)。

## (2) 基準面積

○ 現行の基準面積は、利用者1人あたり療護施設では35.5m、特養では34.13mとなっているが、療護施設利用者は、特養利用者に比べて重度障害者が多く、また車いす利用が多数占めることから、特養よりも基準面積を大きくすべきである。

○ 高齢者施設に比べ、年齢層や障害の状況等利用者の状態やニーズに幅があることに着目し、療護施設に対してもユニットケアに対する面積加算を創設すべきである。

○ また、小規模化をすすめる観点から、サテライト方式なども検討すべきである。

## (3) ケアプラン

○ ケアプラン(個別支援計画)の策定を、施設訓練等支援費支給の条件とすべきである。障害者施設においても、利用者と事業者が合意したうえで、計画的にサービス提供していくことは当然なされるべきである。

○ なお、これを推進するため、厚生労働省はケアプラン(アセスメントシート、ケア計画書)に必要な項目等を示すべきである。

# 5. 市町村等事務

## (1) 支給決定、審査支払い等の手順

○ 支援費制度においては、サービス提供数か月後に代理受領という形を通じて支援費が払い込まれると思われるが、支援費制度へのスムーズな移行と、安定的運営を確保するために、概算払いなどにより事前に払い込まれるようにすべきである。

# 6. その他

利用者の「選択」を支援していくためには、「サービス量の確保」「的確な情報提供」「契

約の保障」などが欠かせない。

### (1)利用者等に対する情報提供体制及び相談支援体制の整備

- 《省略》
- 《省略》

### (2)利用契約と成年後見制度等の支援策

- 《省略》
- ただし、これを本格実施するとなると相当の予算を伴う一方、例えば利用者の親には契約能力がないことから、この支援がなされない場合は平成15年度以降も「措置」の対象となる。
- したがって、利用者と事業者の利用締結にかかる契約の際、利用者の判断能力が不十分な場合にどのように契約を結ぶべきかを改めて法的に整理することが前提である。

### (3)その他

#### ① サービス量の確保

- ・ 平成12年8月1日現在、本協議会の調べによると、療護施設待機者は約3,600人存在している。しかし、地域別にみると、既に定員割れが発生している県もある。
- ・ 「新・障害者プラン」の策定も必要であるが、今後はより計画的に療護施設の整備をしていくことが必要である。療護施設自身の取り組みとしても、利用者の地域生活移行に向けた努力をはかる必要がある。特に通所型療護施設をはじめとする事業に取り組まなければならない。

#### ② 居宅生活支援費の設定

- ・ 重度の障害者であることをもって療護施設利用を勧めるよりも、まずは在宅生活の可能性をさぐる必要がある。しかし、現行では在宅サービスにかかる補助単価が著しく低く(高齢者向けのサービスよりもきめ細かさが求められるにも関わらず、単価が同じく又は低く設定されている)、これが在宅障害者のための在宅サービスが伸びていかない理由と考えられる。
- ・ 社会福祉基礎構造改革の趣旨の1つとして掲げられている「地域福祉」を推進していくためにも、実態に見合った居宅生活支援費の設定が必要である。同時に通所型療護施設の単価も改善が必要である。



- ・ なお、利用者が自宅へ帰省(外泊)する際などは、ホームヘルパーの利用を認めるべきである。一定期間以上、療護施設の利用がない場合の施設支援費の減額は認める。

### ③ 代理受領について

- ・ 利用者や事業者の利便性を求めることから「代理受領」の仕組みが導入されているが、利用契約制度の本旨から利用者の意向等によっては、「本人払い」を導入すべきである。

### ④ 療護施設における医療問題の解決

- ・ 現在の療護施設利用者の多くは医療的な処置を要する人びとである。医療政策の影響を受け、急性期医療を終えた障害者が多数入所している状況にある。また、利用者の疾病構造も多様化している。
- ・ 別の言い方をすれば、起因疾患の管理や利用者の健康管理のみで足りる障害者が少なくなり、相当の医療管理を要する障害者が増えている。持続酸素吸入、人工呼吸器、中心静脈栄養など、高度な専門技術を伴う場合も少なくない。
- ・ このような中、現在の措置費では常勤医師1名分のみが計上されているが、措置費単価では不十分なこと、医療保険制度の材料費に相当する部分が含まれていないこと、通院に相当の人手と時間を要していることなどが指摘されている。また、現行の職員配置では、50人定員の場合、看護職員2名であり、介護職員が医療的ケアをせざるをえない状況も生じている。
- ・ 平成12年に改正された身体障害者福祉法においても、療護施設は「治療及び養護」を行う施設として位置付けられているが、現行基準では看護職員の24時間体制の確立が困難であり、また、そもそも「治療」の範囲が不明確であるという議論もある。
- ・ 我々療護施設側にとっては「医療的ケア」は特別な行為であっても、療護施設利用者にとっては、むしろ生活の一部であり、葛藤はあるが、療護施設自体として支援をしなければならない現状にある。
- ・ そこで、「日常的な医療行為(医療管理)」を超える部分(従来の措置費の積算に含まれていない部分)に対する財政的措置を実現する必要がある(支援費に適切な経費を盛り込むとともに、前述の加算や出来高払いの仕組みを導入する。)
- ・ 施設によっては、医療的ケアを多く要する利用者を多数受け入れている施設もある。そのような場合、療護施設においては保険診療により医療サービスを提供したいと考える施設もあるが、都道府県に十分に現状が伝わっていないことから保険診療を行えないことが多い。従って、必要な場合にはこれを可能とするよう厚生労働省は指導をすべき

である。

- ・ また、成人版の重症心身障害児施設を創設することも一考すべきである。療護施設における「医療」の位置付け及び診療所併設の有無などは施設によって異なるが、地域の実情に応じ自由に選択できることが必要である。
- ・ 非常に高度な医療行為を要する障害者を、療護施設では受け入れるべきではないという議論もあるが、地域の状況等により受け入れざるを得ないのが実情である。その一方で職員は大きな不安を日々抱えていることも見逃すことはできない。療護施設の医療の範囲を明確にすること、療護施設の看護職員を大幅に増員させ24時間の看護体制がとれるようにすることが早急に求められる。支援費制度の導入にあたっては、懸案となっている無資格者の医療行為の問題の解決を図るための財政措置などが図られるべきである。この問題の解決がなされない場合には、たとえ応諾義務があろうとも、受け入れが困難であることを訴えざるをえない。



## ふと思うこと Part1

山科 賢一

「あした」前号で今の私の近況を書きましたから、継続して「あした」を購読されている方々をご存知だと思います。私の生活は普通の人がしていると思われる日常生活をしています。ただ違いは、私の手足になってくれるヘルパーが24時間一緒にいるということだけです。

前号で宣伝した私の仕事の通信の名称が「小平通信ハッピーライフ」と決まりました。「ハッピーライフ」となぜつけたかと申しますと幸せな生活をする権利は身体が不自由だろうとなんだろうと、全ての人間にあると思うからです。

私のアパートのベランダの前に庭がありガーデニングの真似事をして、キュウリやパセリの種から植えてもうだいぶ育っています。またコスモスや色んな花の種が育っています。はたして今年はキュウリが何本収穫できるか楽しみです。その報告は又書きたいと思います。

毎日ナイター中継が終って風呂に入って眠るときふと思うことはなんという幸せな生活だなあと思って眠りに入ります。この幸せな生活を一人でも多くの今施設で暮らしている仲間にも味わって欲しいと願っています。ハッピーライフをお読みにになりたい方はぜひご連絡を下さい。

181-0011 東京都三鷹市井口 4-18-22

ヴェラコーポシオン 102

山科賢一

## 施設の交差点

### 安藤登光さん(長崎県立コロニー)のページ ◇その4◇

～「地域の障害者の人権擁護と課題」のシンポジウムに参加して～

佐世保市の「障害者生活支援事業」を受け持っている「特定非営利活動法人・ピアさせぼ」が、8月25日に行った第6回市民セミナーの標記シンポジウムに参加しました。

第1部の基調講演は、熊本の自立生活センター代表の東俊裕・弁護士に「障害者の人権について」と題して90分ほど話をしてもらい、第2部は、標記テーマで東氏を含む4人のシンポジストでシンポジウムを行い、私はコーディネーター兼「身体障害者分野」のシンポジストとして参加し、施設での人権擁護の現状と課題についても議論を深めました。他に「精神障害分野」で精神科医に、「知的障害分野」で佐世保市手をつなぐ育成会理事長に参加してもらい、それぞれの分野の現状と課題について議論を深めました。

いずれの分野でも、今までの福祉の感覚で執行される行政・議会・司法では、今回の「社会福祉法の改正目的」は達成できない。一般市民を含めて、福祉の感覚を180度変えてもらい、障害当事者も人任せにせず、はっきり自分の意志を伝えて一般市民の中に加わることの重要性が確認されました。

私自身も、他の分野のことが理解できて、大変有意義な1日でした。これからも社会の中に出て、色々な問題点をオープンにし、一般市民を巻き込んで一緒にその問題解決に当たることが最も大切なことだと強く自覚いたしました。

### まりりんさんのページ ◇その2◇

#### 「利用者と職員」

施設歴20年のまりりんです。

この夏、私は3連休の職員さんと1泊2日の外泊をしました。でもひとりでは

行けないし、かといって家族と行きたい目的ではなかった。半ば諦めかけていたとき、たまたま職員さんとの雑談のなかでその話しをしたら、「私もその二日間、あなたがいきたい〇〇市へ行くのよ。一緒に行こう」と言ってくれたのだ。さっそく打ち合わせや準備をしながら外泊届けを書く時になって迷った。付き添い者名を「友人・ボランティア」にするか。それともはっきり名前を書くべきか？

通常、利用者と職員の外出はタブーとされている。たとえ、職員が公休日であっても特定の利用者の依頼にばかり応えることは出来ないし、事故があったとき困る。でも、そうやってばかりいたら施設に入っているかぎり高齢が進む家族以外と外出するチャンスは皆無ではないか。

そこで外出理由と付き添い職員の名を明確にし、「職員と行くことは公言しないで下さい」と書き添えた。他の利用者に申し訳ないから、黙って早朝に出発することにしたのだ。届けを見た事務側ではボランティア保険には入っていくことを条件に一応了承した。

当日、私たちは他の利用者さんの目に付かないようにこっそり出掛けた。

帰ってきてから事務に挨拶に行くと、施設長に次のように言われた。

「施設にいてもどんどん外出して欲しい。ただ、職員にボランティアとして行ってもらうなら費用の約束事なども決めて施設内ボランティアを組織するか、または、すべてのケースに答えられない場合が出るのは明らかなので、できたら市町村のボランティア組織に希望職員が登録し、利用者がその職員を指名しボランティアを頼むことは可能だと思う。あなたはこそこそと隠れるように外出したけど、これからはオープンな形で進めて欲しい」と。

今回、職員と出掛けることがいかに困難か、また問題点も勉強させてもらった。

そして、市町村のボランティア組織を利用できるなら利用させてもらおうと思った。どこまでのことをしてもらえるのか、これから問い合わせしてみよう。

### 小幡哲昭さん(京都府心身障害者福祉センター)のページ◇その3◇

「施設の交差点」のコーナーですから、今回は、他の施設の問い掛けに答えることにします。

まずは、「奈良県立菅原園」稲葉さんの寄稿について、最初のページの「ひのみね療護園」村上さんが作った「自治会憲章」についても同様で、我が施設にも、施設生活や自分たちの生活に責任ある行動や積極的な意見や活動をする利用者は、

ほんの僅かしか居ません。従って、自治会行事等はみんな役員任せで、自治会の話し合いで意見を求めても、あまり答えは返って来ません。

身体に障害があっても、それぞれに出来る事はたくさんあるのに、何もしないと言う人は、特に中途障害の方に多いようです。

多分、それは、何時までも失われた機能の事ばかりを考えて前に進めず、昔の輝いていた自分と今の施設生活とのギャップが大き過ぎて、何もする気力が湧かないのでしょうか。さりとて、元には戻れないのだから、現状を見据えて前向きに生きないと、残された人生がつまらなくなってしまう。

要するに、各々が一日も早く障害受容しなければならぬと言うこと。それはどうすれば良いかという、同じ中途障害者でも、より重度な人が前向きに生きている姿を見せ、率先して話し掛けて行くことでしょう。CPの人も同様です。

しかし、それもなかなか難しく、話し掛けても「貴方だから出来るんや」とか「そんなことして何が面白いんや」と言われてしまうので困るのです。と言うことで、なかなか解決策は見つかりません。だから、どの施設も同じなんじゃないでしょうか。

実は、我が施設も、「ひのみね療護園」さんが作られた「自治会憲章」と似たもので、「利用者心得」と言うのを、以前から作ろうと思っていたのです。と言うのは、前に述べたように、施設という特殊な世界に閉じこもり、自分の権利ばかりを主張して、一成人としての義務と言うか、一般常識が無さ過ぎる利用者が多すぎると思ったからです。

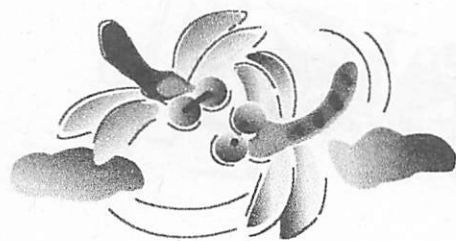
しかし、「ひのみね療護園」さんの言うように、我が施設も「利用者心得」を作ったところで、何の反応も進展もないと思うので、今も思案中です。

次に、「たまも園」桑島さんの問い掛けですが、我が施設も、今年の6月から苦情処理委員会が発足しました。しかし、それを利用する人はごくまれで、利用の仕方が分からない人や、「言う」と職員が発言が怖いから」と思って言わない人が多いのが現状です。

ですから、私が、そんな利用者の代弁者となり、苦情処理委員会に訴え続けていたのです。しかし、些細なことは解決出来ても、大きな職員人事のことなどに

なると、まったくダメでした。と言うのは、我が施設は、京都府の外郭団体である京都府社会福祉事業団が運営し、他にも老人ホームや児童施設など7施設があります。

そして、職員の就業規則等は、京都府職



員に準ずると言うことで、公務員の待遇と同じです。ですから、一度職員として採用されれば、余程大きな失敗をしない限り、退職や降格や減給処分にはならないのです。だから、退職する人も少なく職員の高齢化が目立ちます。何も若ければ良いのではなく、現に若い職員の中にも非力で態度の悪い職員も居ります。若くても高齢でも、自分は介護職には相応しくないとしたり、他者からそのようなことを言われたならば、自ら身を引く覚悟を持って仕事に臨んでもらいたいものです。

それに、毎年、事業団が運営している施設内で人事移動があり、明らかに介護職として相応しくないとされる職員が来る場合があります。他の施設では通用していたかも知れませんが、我が施設の介護職員としては、まったく通用しない人です。

ですから、「こういう職員を降格・減給・退職処分にしなさい」と言っても、何の処分もしないのです。現に利用者が困っているのに。

こんな形だけの苦情処理委員会ですから、この施設の未来は暗いといえな

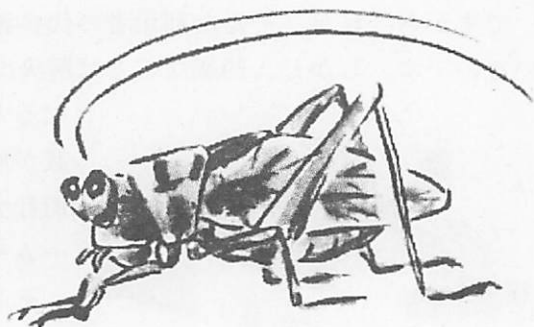
い。  
新聞やテレビで見聞きしたことですが、介護(ケア)に最も必要なのは、心配りと配慮であり、ケアの語源は「悲しみを共にする」の意味を持つギリシャ語の「カーラー」にあります。介護が必要になった人々には人知れない悲しみがあることをよく理解し、きめ細かい心配りができなければ、介護職員として失格です。

介護職がそういった配慮のできる専門性豊かな介護者に育っていくためには、一人ひとりの利用者と向き合うためのコミュニケーションを上手にとることが必要です。

最近では、医療面でも福祉と同様のことを言っています。

かつての医療現場は、医療側が「患者を診てやっている」といった一種の権威主義的な面がありましたが、現在では「患者と共にある医療」が治療の基本になっています。

以前、NHK 総合テレビで、熊本大学医学部の小川道雄教授が言っていた、「今の医師に欠けているのは、“患者をいたわる心”と“責任感”を取り戻すことだ、と。そして、常に勉強・技術・自省の精神が常に必要であると訴えていました。



この勉強・技術・自省という言葉は、どんな職業にも当てはまることで、特に介護職の方に知ってもらい実行してもらいたいことです。

勉強とは、常に文献や他人からの情報を見聞きすることにより、介護職として知識を少しでも多く得ること。

技術とは、常に介護技術を研究し磨くことで、利用者により良い介護が出来るようにする。

自省とは、常に自分のした行動を「これで良かったのか」と反省し、より良い介護職員になるように勤めること。

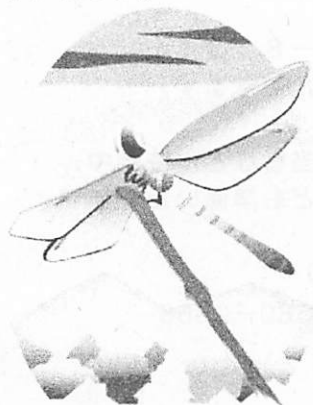
これが出来なければ、介護職として失格というか、一社会人としても失格でしょう。

では、少し長くなりましたが、今回は、これで終わります。

### 稲葉進さん(奈良県立菅原園)のページ◇その5◇

この原稿・1でも書きましたが、私は菅原園に入所して15年になります。この間、施設訪問・夜間中学通学や各種の外出を通して、社会との関わりを持つことが出来ました。

友人が二人・三人と自立して行く中、私も自立を夢見るようになり、介護者探しもしました。職員の何人かからも「お前なら出来る」と気軽に勧めてくれます。しかし、友人たちの苦勞を見聞きする度、自立への希望がなえてきました。私の信じている宗教では、この世に生まれたのは、けっして苦しむ為ではなく、遊び楽しむために生きていると説く。何のために生きているのか?、と考えるようになりました。



平均でも、あと三十年しかない人生です。それなら施設内にいて、施設障害者自身が自由に発言でき、それが反映される施設、生活しやすい施設作りをするため、つまり、障害者が参加できる施設の実現を目指して行こうと考えています。結果として、自立の難しさから諦めたのかも知れませんが、この選択が将来、間違っていなかったと思える自分になっていきたいと思います。

第44回日本弁護士連合会人権擁護大会シンポジウム第1分科会

「高齢者・障害者主権の確立を！」

障害者差別禁止法の制定をめざしてバリアのない社会のために」

人権擁護大会は、毎年1回、全国の弁護士千人以上が集まって開催する日本弁護士連合会最大の行事です。今年の人権擁護大会は、奈良県が会場となりました。

今年の人権擁護大会シンポジウム第1分科会は、「障害者差別禁止法の制定をめざしてバリアのない社会のために」のテーマで下記のとおり開催されます。

日本では、「社会が障害者をどの程度受け入れることができるか」とか、「障害者に対して福祉サービスを提供する」という視点から法律や制度が作られるばかりで、障害者自らがバリアを取り除き、自らの生活を選び取る権利は認められてきませんでした。その結果、障害者が地域の中で自立して、普通に生活できるような環境は未だ整えられているとは言えません。

一方、諸外国に目を移すと、この約10年の間にアメリカ合衆国、イギリス、オーストラリアなどの国々で、様々な生活の場面での障害者への差別を禁止し、差別を受けたり障壁を作られた障害者が自ら救済を求める権利を持つという障害者差別禁止法が次々と制定されています。

本シンポジウムでは、日本で障害を持つ方が置かれている実情の調査報告と同時に、日本に必要な障害者差別禁止法の内容、法制定のためにどのようなことが必要かなどについてのパネルディスカッションなどを行う予定です。

会場は、一般の方々にも公開されますので、皆様是非ご参加ください。

記

日時	2001(平成13年)11月8日(木) 午後12時30分から午後6時
会場	三井ガーデンホテル奈良 4階飛天の間 奈良市三条本町8-1 電話0742-35-8831
参加費	無料(但し、資料代(2000円程度)をいただきます)
内容	講演(北野誠一桃山学院大学教授) パネルディスカッション(国会議員、行政担当者などに依頼中)
その他	手話通訳、要約筆記、点字による要約資料なども準備いたします
申込方法	当日会場受付にて申込
問合せ先	日本弁護士連合会人権1課(担当山下、塚本) 電話03-3580-9504 FAX 03-3580-2866



# 新聞記事から

## 福祉施設の苦情処理窓口 整備が進まず4割弱

[河北新報 2001年08月04日]

福祉サービスの在り方を定めた国の「社会福祉事業法」が昨年6月、「社会福祉法」に改正され、社会福祉施設に苦情解決の体制づくりが義務付けられたにもかかわらず、宮城県内の施設では、苦情解決の窓口の設置が思うように進んでいないことが、県社会福祉協議会（丹野諒二会長）のアンケートで分かった。法施行から1年が経過した5月末現在、窓口の整備率は4割にも満たず、県は今年中に窓口をつくるよう県内の施設に通知した。

法の改正に伴い、厚生省（現厚生労働省）は昨年6月、「苦情解決の仕組みの指針」を作成。社会福祉施設の経営者に対し、（1）苦情受付担当者（2）苦情解決責任者（3）第三者委員（社会福祉士、民生委員、大学教授、弁護士など）の三者による苦情解決窓口の設置を求めた。

県社協運営適正化委員会が実施したアンケートは、県内の老人福祉施設、障害者福祉施設など910の事業者が対象。4月に調査票を発送し、5月31日現在で373件の回答があった。

それによると、国の指針通り三者でつくる窓口を設置した事業者は27.1%にとどまった。第三者委員のみ配置していない事業者を含めると、整備率は37.4%だった。

整備率を事業者の種類別に見ると、知的障害者福祉施設は65.4%、身体障害者福祉は56.5%と比較的高かった。一方で、老人福祉は39.7%、児童福祉は25.8%、精神障害者福祉は16.1%で、種類別で整備率に格差があることが分かった。

このような状況を踏まえ、県社会福祉課は7月下旬、今年中に窓口の設置を求めることなどを盛り込んだ「苦情解決制度の対応方針」を、県内の社会福祉法人などに通知。未整備の事業者に対しては、監査の際に指導する方針だ。

県社協運営適正化委員会の遊佐順事務局長は「できるだけ利用者側に立ったサービスを実施すれば、施設全体のレベルアップにつながるという理解が、まだ事業者に足りない所がある」と述べ、早急な窓口の設置を呼び掛けている。

## 電動車いすによる交通事故急増 電磁波で誤作動

08/02 朝日新聞ニュース速報

身体障害者や高齢者向けの電動車いすによる交通事故が急増している。社会参加の手段として電動三、四輪車などが普及してきている中、携帯無線などの電磁波が原因とみられる誤作動が起きたり、緊急停止用の手動ブレーキがない機種で暴走事故が起きたりしている。警察は、利用者への安全講習会を開いたり、メーカー団体の総会などに担当者を派遣し協力を呼びかけたりしている。

警察庁のまとめでは、昨年1年間で電動車いすがかかわった交通事故は187件あり、19人が死亡、167人がけがをした。4年前の96年は事故89件、死者2人で事故件数は年々増えている。

事故の原因はさまざまだが、携帯無線などの電磁波によるものとみられる事故も相次いでいる。

97年2月に埼玉県熊谷市、98年3月に札幌市でそれぞれ起きた事故はいずれも軽傷だったが、通産省・製品評価技術センター(現・製品評価技術基盤機構)や車いすメーカーの調査で、車いすのコントローラーの制御回路に電磁波や静電気が影響し、誤作動が発生したことが分かった。メーカーは電磁波の防止対策を取るとともに、販売済みの全数を回収し改良型のコントローラーと交換した。

こうした再現試験の結果は、電子情報通信学会誌などで紹介する一方、メーカー各社に対してコントローラーの遮へい対策の見直しなど、再発防止対策を要望してきた。今年1月には、電動車いすの性能を規定する日本工業規格(JIS)に新たに、電磁波や静電気の耐性を試験する項目が設けられた。

また、電動車いすの構造上の不備が指摘される例も増えている。中でも問題となっているのは、緊急用の手動ブレーキがついていないことで、裁判になったケースもある。

バッテリー切れなどで手押しをする際、車輪とモーターの駆動をクラッチで切るが、手動ブレーキがついていないため、手押しのまま坂道などで暴走を始めると、止められなくなる。

メーカーなど17社が加盟する「電動車いす安全普及協会」は、電磁波対策について、警告書や販売時の説明の中で、(1) 走行中の携帯電話や携帯無線の使用禁止(2) 高圧線やテレビ塔など強い電磁波の出ている場所での走行は避ける、ことなどを書くように注意を呼びかけている。

## 社会福祉法人も見直し——規制改革中間報告案

07/19 朝日新聞

### ◆介護・保育で自立促す

政府の総合規制改革会議(議長・宮内義彦オリックス会長)の中間とりまとめの最終案が18日、明らかになった。介護・保育部門で、社会福祉法人に対する公的助成のあり方を見直し、福祉部門への公的支出を抑えるとともに、個々の法人への補助金を抑制し、民間企業の参入を促すことを求めている。小泉内閣は構造改革の一環として、これまで聖域だった福祉分野でも法人制度の見直しを進め、雇用の拡大にもつなげたい考えだ。

最終案は、福祉などのいわゆる社会的分野が「非収益的な慈善サービス」とされ、サービスの質的向上・量的拡大が妨げられてきたと指摘。高齢化や女性の社会進出が進むなか、公営施設や社会福祉法人だけで対応した場合、大幅な予算の増加となるため、社会福祉法人の改革と民間企業の参入促進などを求めることにした。

たとえば、介護事業を行っている社会福祉法人について、寄付金だけに依存せず、介護報酬で運営する新しい方式の社会福祉法人を「早急に構築すべき」だと主張。来年度中に結論を出すよう求めている。

さらに、長期的課題として、現在ある社会福祉法人についても、施設整備費として出されている補助金を削減し、民間との「格差」を是正することも来年度中に結論を出すよう求めた。

# 隣の夕ご飯

いったいお隣の夕飯はどんなだろう？ここ以外の施設の食事がついつい気になっていましたが、ついに、それを写真で見せてくれるところを、インターネット上ですが、見つけてしまいました。

一つ目が新潟県の「第2みずほ園」(<http://www4.ocn.ne.jp/~dai2mzh/>)で、平成11年度実施の行事食のメニューが一部写真付きで載っております。

これ以外にも「園で生活する上でのルール」(利用者自治会の意見を受けて、それまで園生活の規則となっていた「入所者規則」に代えて、2000年6月に作成されたもの)が紹介されています。

二つ目が「ひのみね長屋」(<http://www.hinomine.com/>)です。徳島県のひのみね療護園の自治会の主催する、本邦初と思える利用者自治会のHPです。折々の夕飯がおおきな写真入りで紹介されているのもここだけではないかしら？まだ出来たてですので、今後、いろいろな自治会資料がUPされるのが楽しみです。

皆様自慢のHPを個人・施設問いませんので是非ご紹介ください。

療護施設自治会全国ネットワーク機関誌『あした』No 34

編集者：『療護施設自治会全国ネットワーク』事務局

連絡先：〒204-0023 東京都清瀬市竹丘3-1-7

東京都清瀬療護 大島由子 気付

TEL. 0424-93-3235 (施設) FAX. 0424-93-3234 (施設)

E-mail kiyose@din.or.jp (施設)

郵便振替：

『療護施設自治会全国ネットワーク』00180-0-715838

発行所	157の0073
障害者団体定期刊行物協会	6の26の21
定価100円	

## 療護施設自治会全国ネットワーク