

障害者活動センターについて

- 重度・重複・重症障害者の地域生活のために -

平成8年5月
全国社会福祉協議会
障害者地域生活支援に関する調査研究委員会

総論

1. 目的

重度・重複・重症障害者の地域生活を実現することが目的である。

その目的を実現するためには、その支援システムの確固たる核として、通所の活動センターが必要である。その理由を述べ、その輪郭を明らかにする。

2. 通所の活動センターを核とする理由

障害者が地域で生活をしていくためには3つの要素（暮らす・働く・楽しむ）が必要であるとされている。

働くことを生活の軸とし得る障害者であれば、各種授産所を含めて、日々通う場は保障されている。だが、労働を軸としない重度・重複・重症の人びとには「日々通う場」が用意されていない。

孤立化した人びとが最初に願うことは仲間同士の集まりである。そのことは養護学校卒業の親子が、あるいは、精神障害者の家族会が「生きがい作業所」を作ってきたという歴史が雄弁に語っている。

今後、地域において多様なサービスが展開されたとしても、この「日々通い、集い、活動する」機能が存在しなければ、地域支援のシステムは画竜点睛なきうらみがのこる。

本センターが地域で暮らす最も重要な拠点として政策化されることを重度・重複・重症の人びとは願っている。

3. 見直しの経過

歴史的に言えば、重度・重複・重症の人びとが地域で家庭で生活するようになってきて、通所の授産や更生の施設に通うことを望み、次第に通所事業は重度化し、それらの施設がもつ通過施設という役割を失い、運営も混迷化してきた。

一方では法外の小規模作業所が誕生し、しかも大量に増えつづけ長い年月が経過した。これらの小規模作業所は未来的エネルギーを示すが、行政的にもこのままで支援することができがたく、地方格差は目を覆うほどに拡大してきた。こうして既存体制の根本的な見直しが必要となった。

すでに、1980年代後半から、小規模作業所のあり方についての意見交換が続いていたが、1990年当初、厚生省3局長の私的懇談会が召集され、授産施設制度のあり方に関する協議が行われた。

その結果として、1992年7月30日、厚生省は同委員会の結論として以下の提言を公表した。提言は現在の授産施設制度を以下のように分化整理し、それぞれの方向に誘導されていくことが期待された。

雇用されることの困難な障害者等に対する福祉的就労、作業活動の場については、次のような現行の基本的考え方を踏まえつつ、各機能に応じた施設の体系的整備を行う必要がある。

就労を重視し、高い工賃を目指す福祉工場訓練と福祉的就労（作業）の機能を併せもつ授産施設

社会参加、生きがいを重視し、創作・軽作業を行うデイサービス機能をもつ施設

この「社会参加、生きがいを重視し、創作・軽作業を行うデイサービス機能をもつ施設」は新概念であり、重度障害者の地域生活を支える基本的施設として、全国的に当事者たちから強い関心が寄せられるものとなった。

そのため、全社協・心身障害児者団体連絡協議会は第15・16回障害者地域生活支援システム研究会議（94年 - 松山・95年 - 新潟）で引き続きこの問題を取り上げ、本年度もこの問題を中心に開催される予定である。

一方、1995年4月、全国社会福祉協議会は「障害者地域生活支援に関する調査研究委員会」（委員長 = 高松鶴吉・西南女学院大学教授）を創設し、同委員会は同年10月「重度障害者通所活動施設構想に関する試案」を発表、以後、広範な意見を求めながら最終的にそれをまとめ、今回の報告となった。

4. 「通所活動センター」の基本性格

(1) 本センターを重度・重複・重症障害者の地域生活を支援する基本拠点とする

(2) 有期限（通過型）ではなく昼間生活を長く支えるものとする

いうまでもなく、このセンターを拠点として彼らの地域生活が描かれていく。

(3) 成人期のすべての重度・重複・重症の障害者（中途障害者を含む）を対象とする

言うは易いが現実には慎重かつ弾力的に対応する必要があり、決して無理をしてはならないと考える。だが、法的・理念的には各障害別概念を超えた「あらゆる重度・重複・重症の障害者の」センターとすることは可能であり、かつ未来的である。

(4) 障害および地域の特性はさまざまであり、それらの特性に応じて変形し得る柔軟さを制度の基本性格とする

障害の違いだけでなく、展開する地域もまた千差万別であり、一つの固定された形像で対応できるものではない。そこで創りたいと願う人びとの、その願いの実現を助け得る柔軟で多様性が許されることを基本的な性格としたい。

5. 「障害者活動センター」の内容

(1) 通所日数は原則週5日

利用者の権利として（義務としてではなく）日々通うことが保障されることは、生活の基本リズムを崩さないためにも必要である。

(2) 事業内容（障害種別すべてに配慮）

社会参加、生きがいを重視し、創作・軽作業、文化活動、レク等を行う。

(3) 対象者数

おおむね20名程度とするが、地域特性により「分場」「小規模複合」などの工夫が必要である。

(4) 基準面積

利用者1人当たり25㎡を基本とする。ただし、他施設からの移行や都会地での面積確保困難のために、基準面積が障碍となることも起こるので、一定の範囲で弾力的に考慮する。

(5) 職員

利用者3に対して直接援助職員1を基準とし、専門職および介護職を実態に応じて付加する（専門職のうち社会福祉士および看護婦を必置とするが、他は嘱託・臨時可）。

(6) 濃厚な医療ケア

利用者によって異なるが、日々医療を求める人びとも排除しないことは基本的な条件である。

(7) 日々の昼食と送迎は必須

日々の昼食と送迎は必須だが、委託可能とし、選択権を利用者側に与えるために一部は自己負担とする。

(8) 関係施策・事業との関係

通所は地域生活の柱だが、地域生活には住まい・短期宿泊・相談事業・訪問援助などの確立も必要である。本施設を地域生活支援の重要な拠点とするため、外部にネットワークを広げるか、内部で複合化するか、自由に展開できるようにする。

(9) 地方自治体の任務

地方自治体は関係する人びとの強い意欲を前提として、各種通所施設からの移行、重症心身障害や精神障害の領域を含めて、小規模作業所など地域で生まれている諸活動からの発展を支援すること。

(10) 設置数

当面は求めに応じて設置する。だが、絶対数の不足や地域偏在の傾向を是正するために、市町村を基礎として、およそ人口5万人に1カ所を目標とする。

(11) 名称

当初は本センターを仮に「デイセンター」と呼称

したが、それでは内容が示されず、いかにも便宜的な曖昧な名称と思われた。

英語でいうactivity centerが比較的内容を表現するので、日本語としては耳慣れないが、重度・重複・重症の「障害者活動センター」という名称を提案したい。

6. おわりに

全国の各地で本センターを中心に、重度・重複・重症の人びとの地域生活に関する集会をもってきたが、多くの人びとが参加し、集会では活発な意見が語られ、その実現への期待と熱意が溢れた。

この「障害者活動センター」こそ、重度・重複・重症の人びとが地域で暮らすキーとなることは間違いない。

本報告書はその実現を願う意見を集約し整理したものである。

現行施設制度の問題点

1. はじめに

働くことが困難な、障害が重い人びとの昼間時間帯を支える社会資源は、質量ともに不十分な状況にある。

「障害者プラン」では地域生活の支援に重点が置かれているが、障害の重い人びとの昼間生活に関する具体策については、必ずしも明確とはいえない。地域生活のために新たな通所制度をつくることは、緊急かつ重要な課題となっている。

以下、現状についての考察、すなわち現行の障害者施設制度の特徴ならびに問題点等について略述する。

2. 成人期障害者を対象とした施設制度・施設体系の現状

(1) 5つの観点による分類体系

現行の制度は、あまりにも複雑過ぎる。身体障害者福祉法ならびに精神薄弱者福祉法、精神保健及び精神障害者の福祉に関する法律を根拠法令としながら、施設制度は40種類近くにも及ぶ(資料1参照)。

制度の種類が多いだけでなく、さまざまな観点によって分類されていることも複雑さを助長している。

その内容をみると：

- ・ 障害種別による区分(身体障害、知的障害、精神障害ごとに)
- ・ 措置費方式(施設・第一種社会福祉事業)か補助金方式(事業・第二種社会福祉事業)
- ・ 通所型か入所型
- ・ 通過型か長期滞留型
- ・ 作業活動型か生活訓練型

などに分類されている。

(2) 施設制度ごとに見る諸基準の特徴

施設の種類によって、面積や職員配置(措置費・補助金の交付基準額)にかなりの差がある。

例えば、同じ通所型の授産施設でも精神障害者授産施設の支弁公費は、精神薄弱者授産施設の2分の1以下である。こうした支弁される公費と連動して職員定数が定まる。

また、利用者1人当たりの建築基準面積についても同様で、身体障害者通所授産施設の23.0㎡が最も広く、次いで精神薄弱者授産施設(通所)と精神障害者通所授産施設の15.8㎡、精神薄弱者通所更生施設の14.9㎡となっている。

3. 現行施設制度の問題点

(1) 量的側面に見る問題点

問題点としては、まず第一点目に絶対数の不足と地域偏在をあげたい。

例えば、地域生活と関連の深い精神薄弱者授産施設(通所)でもその総数は、全国で518カ所に過ぎない。同じく身体障害者通所授産施設や精神薄弱者通所更生施設についても、それぞれ160カ所、195カ所といった状況である。

この絶対数の不足に追い打ちをかけているのが、地域偏在という問題である。現行の施設制度でもっとも設置数の多い精神薄弱者授産施設(通所)でさえも、設置数5カ所未満の都道府県が14県であり、身体障害者通所授産施設にいたっては38道県にも及ぶ。地域生活を支える社会福祉事業としては、とても有効値とはいえない。

(2) 対象者の制限

各施設制度ごとに対象者が限定され過ぎている。障害別が前提だし、通所の授産や更生の施設は、基本的には重度障害者を対象にしない(デイサービス事業など、一部の「事業」では重度障害者を対象と

している)。

そのため、障害別を超えた共同利用が困難だけでなく、重度・重複・重症の障害者はいずれの施設制度でもしっくりいかず、脳血管障害などの中途障害者や難病、アルコール依存などの障害者にいたっては事実上対象外になる。

各種施設制度を拡大解釈して重度・重複・重症の障害者を対象としているところはあるが、それでよいということにはならない。

(3) 手薄い公費の裏付け

支弁される公費も不十分である。教育分野と比較するとその差は歴然たるものがある。同じ通所(通所)タイプで、養護学校と精神薄弱者授産施設(通所型施設で最も公費が手厚い施設)を比べると、年間1人(児童生徒・利用者)当たりの公費は、養護学校の約800万円に対して精神薄弱者授産施設は約200万円と、約4倍もの開きがある。同等の障害程度でありながら、卒業時を分岐点にこれほどまでの格差が生じてしまう。

このことは、医療分野(精神病院など)との比較でも同様である。

また、施設制度間の格差も見逃せない。同じ通所型の授産施設であっても、障害別によって2倍以上もの差がある。

(4) 施設設立に伴う莫大な設置者負担

最後に、施設設立に際して設置者の負担があまりにも大きいことを挙げたい。

社会福祉法人の取得を前提とし、そのための基本財産(土地など)の準備や施設建築費の負担などを合わせると、莫大な資金(資産)を確保しなければならない。

これでは、小規模作業所から法定施設への移行を願っても、多額の借金など資金面で展望をもてず無認可の状態に甘んじているところが少なくない。

4. 法定(国)の施設制度の質的・量的不備を背景とした新たな動向

施設制度の質量両面での不備を背景にして、新たな動きが見られている。

その第一は、地方自治体の独自事業が展開され始められていることである。通所型の精神薄弱者授産施設や更生施設の制度を活用しながら重度・重複・重症障害者を受け入れているところでは、国や都道

府県からの基準額に独自に費用を上積みし、なかには基準額の2倍以上に達しているところもある。

第二は、法定外・無認可の社会福祉事業、すなわち小規模作業所の著しい増加現象である。この10年間毎年200カ所以上のペースで増え続け、その数は4,000カ所を上回るにいたった。重度・重複・重症の障害者を多数受け入れ、精神障害者や難病、脳血管障害による中途障害者など、絶えず新たな障害群のニーズに应运ってきた小規模作業所は現行の施設制度や施設体系の問題点や矛盾に警鐘を鳴らす存在ともいえよう。

新たな動きの三点目は、個々の施設制度が本来の機能や性格を失ってきているということである。通過型の施設であったはずの授産施設や更生施設は、実質的には長期在籍型に変身した。

また「授産」(作業活動中心)か「更生」(生活訓練中心)といった活動内容面での区分も、ほとんど境界がなくなってきた。これらの現象は、現行施設制度がいかに対象者のニーズや実態とかい離し、形骸化したものになっているかを示すものである。

5. 施設制度・施設体系の見直しにあたっての基本視点

以上、現行施設制度を概観しその問題点について言及した。現在もっとも矛盾が集中している重度・重複・重症の障害者を中心として考えると、もはや部分的もしくは一時的な修復ではどうにもならないと思われる。

「障害者プラン」という新たな道しるべが示された今、施設制度についても本プランの思想・理念に基づく斬新かつ抜本的な改革を望みたい。

以下、重度・重複・重症の障害者の施設制度全体を見直すにあたって、とくに留意すべき基本的な視点を掲げさせていただく。

- (1) 明確な施設機能の分化(障害実態などにより施設機能を大きく3つに分ける「授産施設制度のあり方検討委員会」提言の趣旨に沿って)
- (2) 施設(事業)の絶対数不足の解消・適正配置
- (3) 措置費など公的費用の改善(教育や医療分野との均衡性を中心に)
- (4) 地域特性(地理的条件)に応じて柔軟な運用が可能な設置・運営基準
- (5) 重度・重複・重症障害者対象の通所型施設制

度の創設に伴う関連・周辺制度の整備（新たな視点でのグループホーム・介護システム・所得保障など）

地域生活にはたすべき施設機能

1. 位置付け

通所施設としての「障害者活動センター」は、地域で暮らす（入所施設や病院で生活していない）人で、就労が不可能か著しく困難と考えられる人（状態）に対し、日中の活動を保障し援助する場である。その主たる役割の中身は「活動内容」として別項で説明される。それゆえ、ここでいう「施設機能」とは、次の2つを意味する。

第1は、通所する人（通所者）にあって、地域で暮らすために必要とされる援助の中で、別項の「活動内容」以外の目的であり役目である。その場に来て活動するためには、それを可能にするさまざまな援助が必要である。それらを、どのように準備し提供するか。第2は、その場に在籍し通所はしないが、地域に暮らす障害者に対して行う援助サービス、あるいは通所にあつて、その場にいない時間の援助である。地域における生活を支える重要な社会資源として、日中の「活動の場」としてでなく「サービスを提供する場」としてなされる、そのサービスの内容を意味する。

これらの機能は、「障害者活動センター」に必然的に付随すべきものであるか、別の社会資源を利用して処理すべきか、あるいは拡大・強化して「地域生活支援センター(仮称)」として、独立した機関にすべきかについては、いろいろな方式が考えられる。

とくに独立機関については、1989年の『小規模作業所のあり方についての提言』（全社協・「小規模作業所のあり方」に関する研究会、委員長＝板山賢治）では、「重度障害者生活援助センター(仮称)」の創設を、「重度障害者の通所施設」とは別に提案している。そのようになれば、「地域生活支援センター」の機能として論じる必要がある。

2. 具体的内容

ここで期待される機能は、以下の内容が考えられる。

(1) 権利擁護

地域での生活は、さまざまな危険に遭遇するし、周りとの摩擦が発生する。それゆえ、権利の侵害(虐待・迫害等)を防止し、発生した場合は関係機関と協力し救済する。制度の正当な利用への援助、日常的なトラブルの調整を図る。

(2) 相談

種々の困難(ニーズ)に対し、その対応を助言し、力をつけるための援助(相談)が必要である。それは、当事者(本人・家族)相互による「ピア・カウンセリング」と、法律や福祉等の専門家による「専門相談」が平行して実施される。

(3) 当事者活動支援

種々の活動を実施するために、その方式についての援助(指導)や情報の提供が重要である。また、それを行う団体やグループが、拠点として利用できるように、そこに事務所の設置を保障し、活動の場や機器等を提供する。

(4) 介護・ケアの支援

地域での生活を可能にするには、多様で柔軟な援助が必要である。それゆえ、家族と生活する人に対して、家まで出向いて介護(援助)する。また、サービスの総合的利用、長期的な問題の解決のために、キーパーソンを配置する。

(5) 家族支援

家族を有効な社会資源としてとらえ、その機能の強化(エンパワーメント)のための援助が必要である。そのため、困難な状況の場合の緊急一時保護(シヨートステイ)や、力の再生のためにレスピット(家族の休息)を実施する。

(6) 情報提供

当事者が主体的に地域で生きるためには、利用できる制度等を周知することが前提である。また、市民や専門職へも情報の提供が求められる。そのため、情報誌・紙を発行するとともにパソコンネットワークを利用した情報提供を行う。

(7) 余暇文化活動

生活を豊かにするため、「衣食住」や「労働(活動)」だけでなく、レジャーや創作文化活動が必要である。そのためのサークル活動、青年学級、カルチャー教室を実施したり、自主的な活動を保障し援助を行う。

(8) デイ・サービス

重度・重複・重症の障害者の場合、家庭での入浴

が困難である。また、通所者には昼食の用意、独立生活者には朝・夕食の提供が必要である。現行のデイサービス事業の内容と類似する部分はある。

(9) 移動援助

通所するには、送迎が不可欠である。それも、ドア・ツー・ドア（入口から入口まで）を保障しなければならない。また、社会参加における移動にも、車の保障（多くの場合は、リフト付）や付添者（ガイド・ヘルパー）が必要になる。

(10) 社会啓発

社会の中に理解を広め、積極的な支援者（ボランティア）を増やさなければならない。そのために、情報の提供や相互交流の場を作り、具体的な活動の参加を促し（組織し）、援助の技法（スキル）を高める機会と場を提供する。

3. 現状

施設や学校等の通所機関は、「活動の場」としての内容の他に、それを保障する、あるいは補完する機能を必然的にもっている。しかし現状では、人員の配置を含め、それは「付随サービス」の域を越えていない。多くは家族の負担で賄われており（送迎等）、本来の専門的アプローチ（援助）の阻害になる場合（通所中のトラブル等）もあり、とても地域で生活する通所者でない人へのサービスまでは手が回らない状況である。

それゆえ、日中の活動（それも、8時間足らず）の場を保障しても、あるいは夜の生活（寝る場、暮らす場）を用意しても、家族は安心して障害者を地域に委ねることができない。

そのためには、所得保障や権利擁護、医療保障を含む「(総合的な)地域生活支援システム」の整備が前提であり、その背景としての法の整備が不可欠である。

しかし、その実際的なサービスを実施する最前線は、ここで論じている「機能」である。

4. 課題と提起

ある程度の機能の整備は必然である。しかし、それを独自に施設が保持するか、それとも別の社会資源を利用するかは、論が分かれるところである。

また、それは「生活支援センター」として独立機関にするか否かに関しても、同様である。

今回の「障害者プラン」では、人口30万人に2カ所として、3種の「支援センター」の設立が提示されている。この機関の役割との関係でも、論議を深めなければならない。

ここで提起すべきは、地域生活を保障するには、たとえ「日中の活動」一つを取っても、「待ちの援助（そこに来れば提供しましょうという方式）」では不可能である、ということである。そのため、どのような形にしる、この場で提示した「機能」の内容が整備され、提供されなければならない、ということである。

活動内容について

1. はじめに

本センターは通過型訓練施設ではなく、授産的作業が困難な成人期の重度・重複・重症の障害者が長期利用し、社会参加し生きがいを持って活動する施設である（ただし作業の力が向上して授産施設等に移る事は可能である）。そこでの活動内容や援助の姿勢、それを具体化する援助条件について提案したい。

2. 活動内容

(1) 創作・作業活動

目的は、生産による社会参加だけでなく、達成感を味わい生活にリズムをつけることや物との関わりを媒介として援助者とのコミュニケーションを図ることなど、一人ひとりの利用者によって異なる。知的に重度の人ほど工賃より作業そのものの楽しさを味わう。作業種目は、下請加工・受託作業・自主生産等の授産的作業の他に、陶芸オブジェなどの創作または創作的作業、ピース通しのような練習的作業がある。収益性の無い種目もあるが、オブジェ作品を美術品として販売するなどの工夫をし、収益がある場合は出来高払いの工賃を支払う。

作業活動が一斉に行えない場合は、各人の持続時間に合わせて行う。「できる作業」ではなく「できて、したい作業」を可能な限り自分で選べるよう援助する。また「作業をしない」という選択肢も認められる。

(2) 文化・レクリエーション活動

音楽・リトミック・カラオケ・絵画・ジョギング

・散歩・水泳他各種スポーツ等、心身を豊かにする活動と、料理・買物・乗り物利用など日常生活や社会生活を広げる活動がある。この分野については現在の通所施設の実践は不十分であり、関連する分野の専門家の中から、重度障害者への援助技術をもった講師群が育って行くことが必要である。

(3) 生活と健康の維持増進

特に重複障害者は昼間の時間にも食事・排泄・排痰・入浴等の基本的な生活分野での介護・援助を行う必要がある。さらに、医師・理学療法士・作業療法士等による健康の維持・増進のための援助を欠かせない。

(4) 通所日数と時間数

1週間につき5日間、1日6時間程度は通所利用ができる。ただし、個人の事情により通所時間や通所日数を減らしたり、他のサービスとの併用もできる。

3. 援助の基本姿勢

(1) 安心感と自己決定の尊重

どんなに障害が重くても希望や意思があり、それは尊重されるべきである。活動の場や職員に対して絶対的な安心感と信頼感を持つこと、理解力に応じて情報を伝え、経験を増やしてよりよい自己決定ができるように援助することが必要である。

見通しを持っていない時に激しいパニックに陥る人には、入所当初は遊び時間の過ごし方も伝え、場の理解が広がるに従い自由に選べる範囲を広げるなど、状態に応じた援助が重要である。

(2) コミュニケーションの工夫

重度知的障害者については、絵カードや文字カード、現物を見せる事、簡単な手話や身振り等、分かりやすいコミュニケーション方法を開発する。職員の大声での指示は多くの利用者を不安にさせるので、職員が近くに行き同じ目の高さで穏やかに話しかける。意思表示の少ない人も、表情や行動から意思を読み取り職員が応じる事によって徐々に明確な表現をとれるようになる。

(3) 個性と長所の尊重

どんなに障害の重い人でも何かすばらしい面を持っている。職員はその個性・長所に共感しつつ、それがもっと光り輝くように援助する。これは、長期にわたって介護を続ける家族を励ますためにも、ま

た職員のモラルを高めるためにも重要である。

援助の一部である「訓練・指導・療育」は、目的が明確であり、効果があり、時間・期間が限定され、本人または後見人の同意の下にのみ行われる。また「学習・練習」という用語に置き換えると利用者の主体的な意思を尊重すべきことが自ずと明らかになる。

(4) 人格の尊重

利用者の成人としての人格は尊重される。職員による呼び捨て、見下した言い方、体罰や言葉の暴力は許されない。「～君」「～ちゃん」という呼び方しか理解できない重度知的障害者に対しても、「～さん」という敬語に徐々に移行する。

そのためには職員間でも「～さん」を用いるように努力する。利用者の総称として「園生」「寮生」等の生徒扱いをしない。利用者の記録についても、人権と人格への配慮をする。

(5) 小グループ活動と個別援助

集団行動の困難な人が多くまた多種多様な障害を持っているので、活動内容や援助方法が異なる場合は小グループに分かれて活動する。またグループ内の利用者が個別の活動をしてよい。施設が決めたプログラムに利用者に対応させるのではなく、利用者に合わせてプログラムを作り、一人ひとりが楽しんで活動できることが大切である。

(6) 社会参加を進める

さまざまな活動をなるべく地域社会に参加するようにして行う。

(7) 家族との連携

家族（または後見人）はその利用者についての共同援助者である。個別援助計画や個別記録は本人や家族に公開し、相談する。

4. 援助の条件

直接に援助する職員はおおむね利用者3人に対して1人以上欲しい。それに健康の維持管理のために看護婦が必須である。

重度・重複・重症障害や強度行動障害など介護度・看護度の高い人には必要な職員を加算する。

医師については別稿にゆずるが、OT・PT・臨床心理士・言語療法士・各種文化活動の講師などについては、数カ所の通所活動施設を巡回し、重度障害者への援助技術を蓄積するシステムが必要であると

思う。

医療について

1. はじめに

ここでは、わが国において在宅・地域生活を支援する活動に関わってきた人たちが共通の認識として語り合ってきた内容、すなわち「必ずしも労働とか作業などにはなじみ難い在宅の人たち（例えば重度・最重度の障害を伴う人たちの一部）が、日常生活をより豊かにするために、通常、日中の一定時間（一般には5 - 6時間程度）を安定的かつ快適に過ごすことができるような通所活動施設」の仮の用語として障害者活動センターと呼ぶことにする。

2. 障害者活動センターにおける医療的対応のあり方

障害者活動センターの主たる利用者が重度・重複・重症障害者になることは十分に予想されるので、障害者活動センターを検討する場合には、利用者の健康管理をおろそかにすることはできない。しかし、諸外国の様子やわが国におけるさまざまな活動実態から判断して、障害者活動センターの全てが医療機能を具備すべしとすることも適切ではない。

ここで論議される障害者活動センターは、障害種別にこだわらないことが前提となっている。すなわち、それぞれの障害種別に対応して個別の障害者活動センターを実現させるというのではなく、可能な限り、障害種別の壁を越えて利用者を受け入れるべき障害者活動センターという認識である。しかし、このことは、一つのセンターがあらゆる障害に対応する、という意味ではない。むしろ、障害者活動センターとしての基本性格は共通でありながら、いくつかのサブタイプを想定する必要があるというべきであろう。

ごく大まかに分けて、少なくとも次のサブタイプが考えられると思う。

Aタイプ：障害は重度であっても、その背景には病理的要因はないか、あっても基本的に活動性ではなく、通常は、健康を脅かされることが少ないという利用者で占められる障害者活動センター（医療

機能を備える必要はなく、常に提携できる医療機関を確保してあればよい）。（注）多くの在宅児（者）がその対象となる。この場合、施設の状況や利用者の相互理解のもとに、可能な限り、障害種別を克服するように努力する必要がある。

Bタイプ：障害そのものが疾病としての対応を必要としており、あるいは、続発症ないし合併症があるために、専門的な医療管理が必要とされる利用者が通う障害者活動センター（基本的には、神経小児・内科系を中心とした病院ないし診療所に付設される。特例的に、別組織の医療機関と機能的に十分な連携がとれる場合には認められる場合がある）。（注）重度肢体不自由児（者）・筋ジストロフィ児（者）・重症心身障害児（者）

・内部障害児（者）などで、継続的に医療管理を必要とする状態にある人たちが対象となる。ただし、医療を要しない人が利用する場合であってもよいような弾力性は必要。

このタイプの障害者活動センターは、平成8年度から国の事業として発足する「重症心身障害児（者）通園事業」を行う「施設」にすべてとは言えないが該当する場合が多い。

Cタイプ：特に精神医療としての治療やリハビリテーションを並行して行う必要のある利用者でも通所できる障害者活動センター。

（注）精神障害者について、このタイプのセンターしか利用できないと考えることは、本構想の基本思想に反するものである。

3. 障害者活動センターにおける医療の意味

在宅の重度・重複・重症の障害児（者）のうち常時医療的対応を必要としているのは、障害者活動センターを必要としている人たちの総数からすれば、おそらく少数派であろうと思われる。そして、しばしば耳にするのは、「医療、医療と言われると、でき

るものもできなくなってしまう。医療を必要としている人は少ないのだから、もっと現実的に対処してほしい」という声である。一見、もっともに聞こえる意見ではある。しかし、もともと障害者問題そのものが少数派の問題であり、本センター構想そのものは「すべての重度・重複・重症の障害者を対象とする」ことが前提で出発している。一部の人の特殊な事情を十分に考慮するということは決して間違っていないと思う。

筆者は、長く重症心身障害児に関わり、いまは重度・重複・重症の障害をもつ人たちに関わっている。その立場からいえば、今日の障害児（者）問題においては、ますます保健・医療の関わる領域が拡大しているといわざるを得ない。ただし、誤解を避けるために付言すれば、すべてのケースがそうだとされている訳ではない。いま、関係者が大変神経質になっているのは、例えば「重症心身障害児に医療はいらぬ」という指摘があることである。本センターの制度化を強く望むあまり、ついこのように発言するのかもしれないが、それが親や施設関係者である場合には、及ぼす影響が余りにも大きい。

か細い命を、まるで宝もののように大切に扱っている親・家族・医師・看護婦・医療機関がいる。そのケースのほとんどは基本的に在宅である。これらの人たちは、障害や疾病そのものを治療しようとしている訳ではない。日々の生活を、安定して快適で豊かなものにするために、医学の知識・技術と医療的な援助を応用しているにすぎない。その結果、それなりの健康を維持し、生命を保ち、周囲に生きる喜びと感動を与えているのである。障害者活動センターで整備すべき医療も、まさにこれと同じである。障害者活動センターで一日の一定時間を過ごすに際して、苦痛のない快適な状況をつくるには、医療分野からの協力が不可欠なのである。

4. 障害者活動センターにおける健康管理と医療職能

障害者活動センターで提供される健康管理も医療も、ある意味では限定的なものである。つまり、健康管理や医療的需要のすべてに応えるという意味のものではない。

基本的には、次のような方針で臨むべきであろう。

(1) 日々の健康状態の正確な把握

(2) 予防医学的な配慮と異常の早期発見

(3) 通常疾患に対する対応手段の確立（自施設で対応できるか、連携医療機関で対応するかの判断基準とその手順）

(4) 専門医療技術による対応（呼吸管理・食事管理・姿勢保持・リハビリテーション・自助具補装具管理・心理的援助・特別な心身管理など）

上記(1)、(2)、(3)は、すべての障害者活動センターが明確な方針をもつべきである。その場合、どのような職員を配置し、どのような設備を整え、どのような手順で行うか、それぞれのセンターの判断だけでなく、共通の基準設定が必要になる。特に、看護婦・ソーシャルワーカー・心理担当職員を配置することを真剣に考慮すべきである。

(4)の対応については、病院ないし診療所の確保が原則となる。この場合、留意すべきことは、「障害者活動センターで提供する医療とは、第一義的に、生活を豊にするためのものであるから、あらゆる医療的需要に高度な水準で応える必要は必ずしもない」ということである。勿論、本センターを支える医療機関は、しばしば、高度な水準の医療機関である場合が少なくない。しかし、本センターの意味が失われてしまう。ただし、精神障害者のための障害者活動センターでは、医療制度の中で行われる場合も考えられ、その場合には治療ないしリハビリテーションとしての目標設定も必要になる。

5. おわりに

障害者活動センターは、利用者が満足できるようなサービスを提供しなければ意味がない。その点では、本人の自己選択・決定、QOLの測定、アメニティの確保、などについても十分な配慮が必要であり、そのような立場からみた医療のあり方という視点も重要になると思われる。また、このような医療に対して、どのような制度的裏付けが可能か、新たな課題でもある。

精神障害者の現状から見た課題と今後の方向性

1. 精神の病気による「障害」を持つ人の数的把握

精神の病気による「障害」を持つ人を、ここでは

次のように分ける。

- (1) 症状の改善のための治療をテーマとし、生活面での能力障害を持つ人
- (2) 症状は治療によりコントロールされているが、生活面での能力障害を持つ人

現在、(1)のみでなく(2)の人びとも多く入院しているが、真に入院治療の必要な人(常に入院という形での医療的ケアの必要な人)は、(1)の中の更に限られた人びとである。

昭和58年当時でも、実態調査において医師は「退院の可能性のある者57%」と答えている。昭和50年代後半から始まった共同作業所、グループホームなどを核にした地域活動は、(2)のみでなく、(1)の人びとであっても、【1】住むことへの支援、【2】気がねなく参加できる場所、そして、定期的な収入(障害年金などの所得保障)という支えがあれば、通院しながら地域にとどまれることを実証する形となった。

以上のことなどから、入院34万人のうち約6割(20万人)が退院可能となると、精神障害者総数147万人(内入院34万人)のうち130万人は通院治療で地域生活できる人びととすることができる。

2. 精神保健福祉関係施設・資源の現状

医療的なケアやり八(医学的アプローチ)を行う医療機関でのデイケアは、ここでいう地域生活支援としての「障害者活動センター」構想(福祉的アプローチ)とは別のものである。つまり、医療的ケアとしてのデイケアなどは別にして、精神の病気による「障害」をもつ人が利用できる福祉的施設や資源は、量・質ともにまだ創設・整備の過程にあり、極めて不備・不足・未熟な状況にあるのが現実である。

精神の病気は青年期に発病し長期化するという中途障害としての特性を持っている。従って、治療により症状の一応の安定をみて、これからの人生を考える時、家族はすでに高齢化しており、物心両面での介護、扶養の限界に近づいている場合が多いこと、本人の中にも親に面倒をみてもらうことへのためらいがあることも特性の一つである。

このようなことから【1】住むことへの支援と、【2】気がねなく参加できる場所とは同時進行的に整備される必要がある。だが、現実はそのどころか、【2】においても絶対数が少ない上に、更に県格差の著し

さなど当事者ニーズとははなはだしくかけ離れているのが現在の実情である。

【1】 住むことへの支援(法内施設)

[住む練習をするところ=期限つき]
援護寮 78(1600人)

[住めるところ=期限なし]

グループホーム 221(1100人)

福祉ホーム 69(700人)

【2】 気がねなく参加できる場

[気がねなく参加できるところ]

共同作業所 921(18000人)

[就労を目的にしているところ]

通所授産施設 75(1500人)

入所授産施設 5(150人)

福祉工場 1(20人)

【3】 地域生活支援センター(新規事業)

47(援護寮・福祉ホーム・通所入所授産に付設が原則)

法内施設(印)といえども施設基準、補助金額など他の社会福祉施設と比較して不十分である。作業所も同様に絶対数の不足と、不安定な運営、職員の体制不備、研修体制の弱さなどから、通所者のニーズに応え切れず、個々をフォローする体制も弱いままである。

その結果、この不備な条件でも活動が継続できる人びとへの援助が精一杯で、それに追われているのが全国各地に共通する傾向である。

実に9割以上の当事者が限られた施設・資源に参加するチャンスを持たず、やっと参加しても上記のような状況から挫折していくのが現実なのである。

このような厳しい状況のまま、この本センター構想を通して、今日的課題(どんな重度障害であろうとも、医療や施設を必要に応じて利用しながら地域での生活を自立させていく)を追求する戦列に、精神障害者も加わった形となった。

3. 「障害者活動センター」への期待

1.2.を踏まえて【1】【2】【3】を「障害者プラン」の数値目標まで達成したとすると

【1】住むことへの支援

援護寮、福祉ホーム利用者 約10,000人

グループホーム利用者 5,000人

【2】気がねなく参加できる場

通所・入所授産施設、福祉工場 約10,000人
共同作業所が毎年100か所増えたとして

32,000人

【3】地域生活支援センター 650か所
という数字になる。

特に【1】の住むことへの支援がこのテンポでは
実態にそぐわないことがわかる。精神の病気による
「障害」を持つ人の重軽度を「生活面での能力障害」
(1. の(1)と(2)で示した)という側面でも、重
軽度によって入院か外来かが区別されるのではなく、
家族の介護・扶養能力によって入院か外来かに区別
されるのが現実であろう。

従って、どれだけ多くの精神での重度者が地域生
活しているのか掴めてはいないが、これらの人びと
のほとんどは、【1】【2】とは無関係に、通院以外
はまともに外出することのない状態で日々を過ごし
ていることが想像される。

「一人では通所できない」「少人数のグループであ
っても、なかなか入れない」「個別の対応・進め方を
中心としたプログラムが必要」などなどから、医療
機関でのデイケアにもそぐわない、通所できないと
されている場合が多い。

4. 「障害者活動センター」の予想される書

これらの人びとが活動参加できる場として障害者
活動センターを想定する場合、次のような形が考え
られる。

イ. 地域によって、既存の精神の施設・資源(【1】
【2】【3】)へ併設する

- 精神障害者だけが利用

ロ. 地域によって、障害者福祉センターB型など
へ併設する

- 混合利用：精神のグループへの専従
職員がつく

ハ. 地域によって、基本形の障害者活動センター
をつくる

混合利用：精神のグループへ専従職
員がつく

ニ. 地域によって、精神だけの障害者活動センタ
ーをつくる

- 精神障害者だけが利用

精神の施設への併設が適当なところ(イ)、他障害
者の施設に併設した方がよいところ(ロ)、別個に作

るべきところ(ハ、ニ)というような作り方におい
ての弾力的運用と、相互の緊密な連携が期待される。

絶対数が不足している精神の関係施設の活動の幅
を広げ、その数的・質的向上を促し、さらに、重度
といわれる人びとの住むところを支援できる施設(【1】
のいずれでもない新たな更生施設的存在)の必要性
を明確にしていくなど、精神保健福祉関係だけでは
進め切れない側面への強力な施策としても、本セン
ター構想の実現が切実に求められている。

職員配置と財政問題

1. はじめに

本報告は、成人期の重度・重複・重症の障害者の
ための「障害者活動センター」における職員の配置
と財政問題についての提案である。これまで「障害
者活動センター」の制度的位置づけ、その機能や役
割、障害者への援助を述べてきているが、その活動
を実践し運営するための職員の配置と財政問題は本
センターの土台・基礎となる問題である。

本報告では第1に、現行の国の制度での比較と分
析、および全国各地で重度・重複・重症の障害者に
取り組んでいる施設の調査結果と分析について述べ
る。次に実態調査を踏まえて、新しい「障害者活動
センター」が必要とする職員配置と財政問題につい
て述べる。

2. 現行制度と実態についての調査と分析

(1) 国の制度についての検討

「障害者活動センター」が対象とする「重度・重
複・重症障害者」が受け止められて、処遇され得る
国の施設制度はおおよそ以下の3種類と想定される。

すなわち、通所の授産施設(身体障害者、精神薄
弱者、精神障害者)、通所の更生施設(精神薄弱者)、
デイサービス事業(身体障害者、精神薄弱者)であ
り、それらの財政と職員配置については「資料2」
に示すとおりである。

これらの制度は、今回対象としている「重度・重
複・重症障害者」を本来想定していない。従って直
接処遇職員(指導員等)の配置をはじめ、その専門
機能と職員配置は極めて不十分である上に、障害種
別間での大きな格差が指摘される。

(2) 実例の調査と分析

国の制度化に先行して現在、全国各地で、地方自治体の単費助成や独自の資金づくりによって、「重度・重複・重症障害者」と家族のニーズと実態に応える努力がなされている。これらの中から障害の種別、制度利用の状況、地域などを考慮して19施設を抽出して調査を行った。この調査の結果を「資料3」に示した。

職員配置で見ると、利用者に対する直接処遇職員は、常勤職員で2.61人の障害者に1人の職員配置であり、非常勤職員も含めると2.19人の障害者に1人の職員配置となっている。この他に、看護婦、医師、作業療法士などが配置されている。

財政状況について見てみると、1人当たり公費（地方自治体補助を含む）の平均額は、3,195千円であり、全支出額の1人当たり平均額は3,482千円である。

3. 「障害者活動センター」の職員配置と財政について

新たな「障害者活動センター」は、単独施設として整備されるとともに、過疎地や大都市部の条件を考慮して、「分場」や他の障害者施設との複合施設として整備されることが望まれる。これらの整備方式によって職員配置と財政の必要額は異なってくるのが予想されるが、本論では基本形である、20名定員の単独施設における職員配置と財政について提案する。

(1) 職員の配置の提案

「障害者活動センター」の職員配置は、障害者の処遇の直接援助を職務とする「直接処遇職員」、施設長をはじめとした施設の運営等を職務とする「間接職員」および「専門職員配置」によって構成、配置される。

直接処遇職員については、先進事例の調査からも明らかなように、障害者3人に対して1人の直接処遇職員を提案する。職種は「指導員」を基本に「介護士」「ケースワーカー」などの組み合わせが想定できる。

間接職員については、通所の障害者施設に配置されている「施設長」「事務職」各1名と「調理員等」の複数配置を提案する。なお、「分場」等においては、給食の実施は前提として事務職、調理員等の非常勤配置がのぞまれる。

専門職配置については、「障害者活動センター」を、医療との連携を前提に「非医療の施設」として位置づけ、「看護婦」の常勤配置を提案する。なお、「理学療法士(PT)、作業療法士(OT)、言語治療士(ST)、心理職・医師」等の専門職はケースバイケースで具体化する。一定の地域エリアを設定しチームでの巡回訪問によるサポートのシステムの確立が望まれる。

その他の配慮として、介護を伴う重度・重複・重症障害者を対象とすることから、通所の移動保障は前提条件となろう。その具体化は、施設に通所バスと運転手を配置する方式およびタクシー等の移動手段の活用などの方式によって具体化されることが望まれる。

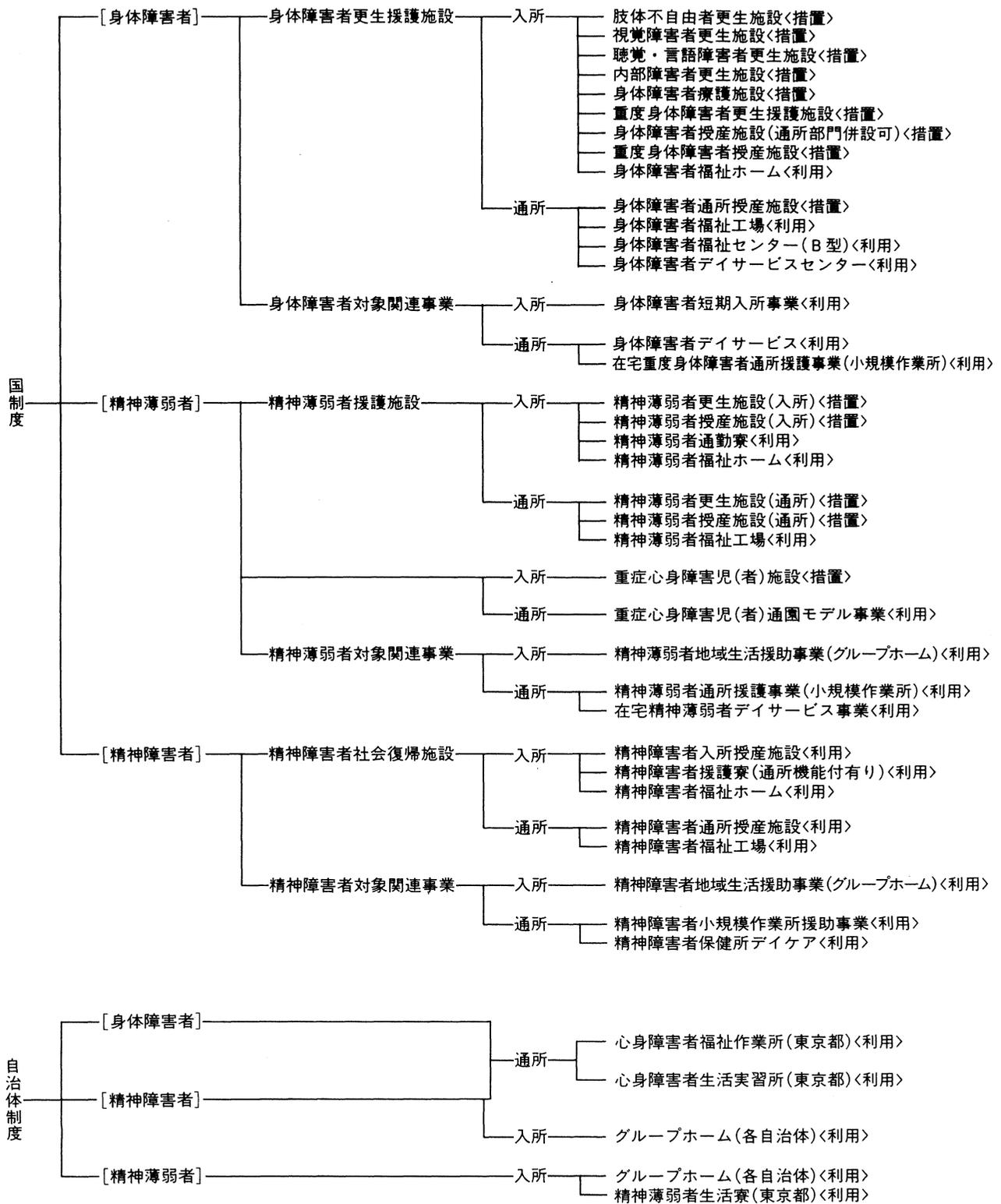
(2) 「障害者活動センター」の運営費、財政について

「障害者活動センター」を今後の我が国の重度・重複・重症障害者の昼間活動を支える基本施設として位置づけることから全国的に公的責任を明確にした基準を設定する。

基準額として障害者1人当たり年額300万円を提案する。根拠として、先進事例の調査の平均は3,482千円であり、本研究会の職員配置を前提に積算した年間の運営費の見積は「資料4」に示す必要額からも妥当であろう。

なお、障害者自身の選択権、自己決定権を保障し、公的責任を明確にした運営費のシステムを確立することが望まれる。また、他施設や事業の併用的利用が可能となる改善が必要である。

資料Ⅰ 成人期障害者に関する施設体系



厚生省（国）制度比較

'94 / 定員 20 名を想定し、特甲地域（都市部）単価にて設定

制度名	一 職 員 配 置 一			措置費 月額単価	年額 @×20×12	一 人 当 年 額	備 考
	直接処遇職員	間接職員	計				
身体障害者通所授産施設	2+(1)	長1+事1+調1 +(1)=3+(1)	5+(2)	事122,800 業 18,220	33,844,800	1,692,240	直接処遇職員は10対1
精神薄弱者通所授産施設	3+開職1=4	長1+事1 +調2=4	8	事175,430 業 16,510	46,065,600	2,303,280	直接処遇職員は7.5対1 事務費に授産加算を合算している
精神障害者通所授産施設	1+ケワー1=2	長1+専1=2	4	月額1,756,000+4,430×12 =年額 21,125,160		1,056,258	職員の労働時間41.5時間の時短実施加算4,430円を合算
精神薄弱者通所更生施設	3+(1)	長1+事1 +調2=4	7+(1)	事151,600 業 16,510	40,346,400	2,017,320	直接処遇職員は7.5対1
デイサービス事業 身体障害者「介護型」				事1カ月当 881,870+介護 型加算707,980×12 =年額 19,078,200		1,271,880	15人の基本形で計算 最高限度額23,244,200円が示されている。

表中：「事」は事務費（人件費と管理費）、「業」は事業費（処遇費）である

重度障害者を対象とする通所施設の「職員配置と財政」に関する調査結果Ⅰ（職員配置状況）

基礎制度 /地域	制度名	施設名	定員 /登録	平均利用 人員	全職 員数	【職 員 の 配 置】				ボラ	日利用 /全職	日利用 /直職	日利用 /常直職	備 考		
						常：非	直遇	間 部 部 門	専 門 職							
1群	愛知	通所重心	A-1	35	23	15	11:4 / 26.7%	9 = 7:2	4. 専・専2 (1:1)・調	看・医非	3	1.53	2.56	3.29	国・通所重心制度適応	
	東京	知・通所更生	A-2	40	24	23	13:10 / 43.5%	16 = 9:7	6. 専・専・調2・運非2	医非	0.2	1.04	1.50	2.67		
	神奈川	知・通所更生	A-3	40	36	39	28:11 / 28.2%	24 = 22:2	6. 専・専・調非3・運非	医非4. 看3. 栄. 歯科補2 (1:1)	10	0.92	1.50	1.64	診療所併設	
	大阪	知・通所更生	A-4	50	47	25	16:9 / 36.0%	12 = 12:0	4. 専・専・調2	医非3. 他非6		1.88	3.92	3.92		
	通所更生 小計 (平均)			165	130	102	68:34 / 33.3%	61 = 50:11	20			1.27	2.13	2.60		
	2群	東京	身・通所授産	B-1	30	28	15	11:4 / 26.7%	11 = 8:3	4. 専・専・調 2 (1:1)		2	1.87	2.55	3.50	
		愛知	身・通所授産	B-2	30	32	10	8:2 / 20.0%	6 = 5:1	4. 専・専・調2 (1:1)		1~2	3.20	5.33	6.40	
		大阪	知・通所授産	B-3	50	50	22	19:3 / 13.6%	15 = 14:1	6. 専・専2・調3 (1:2)	栄	1	2.27	3.57	3.33	
		東京	精・通所授産	B-4	29	20	8	5:3 / 37.5%	5 = 4:1	1 専非	医非		2.50	4.00	5.00	ケースワーカーは直接処遇に含む
		通所授産 小計 (平均)			139	130	55	43:12 / 21.8%	37 = 31:6	15			2.36	3.51	4.19	
	3群	東京	身・デイサービス	C-1	20	9.8	10	7:3 / 30.0%	6 = 6:0	4. 専・送介非・食介非2		0.5	0.98	1.63	1.63	指導間接職兼任・指導員・看護婦他施設と兼任
		愛知	身・デイサービス	C-2	40	12	5	5:0 / 0.0%	3 = 3:0	1. 運 (兼)	看		2.00	4.00	4.00	間接職兼任 / 診療所併設
大阪		身・デイサービス	C-3	34	5	9	7:2 / 22.2%	3 = 2:1	6. 専・専2・調2・運	看非・OT・手話通訳非		0.56	1.67	2.50	センター運営のスタッフを含む?	
身・デイサービス 小計 (平均)			94	26.2	24	19:5 / 20.0%	12 = 11:1				1.05	2.18	2.38			
4群	東京	都・重心	D-1	20	8.2	8	8:0 / 0.0%	6 = 6:0	(兼)	看2		1.03	1.37	1.37	OT / PT / 医 / 事は兼任 運転手委託	
	東京	生活実習所	D-2	31	30	19	16:3 / 15.8%	14 = 12:2	4. 専・専・調2 (1:1)	看	2	1.58	2.14	2.50		
	大阪	泉南市単費	D-3	15	10	6	4:2 / 33.3%	4 = 3:1	1. 専 (兼)	看 (医)		1.67	2.50	3.33		
	兵庫	西宮市単費	D-4	48	30	33	26:7 / 21.2%	29 = 24:5	2. 専・専	看非・OT非	3	0.91	1.03	1.25		
	自治体単費 小計 (平均)			114	78.2	66	54:12 / 18.2%	53 = 45:8	7			1.18	1.48	1.74		
	5群	埼玉	市地域デイ7事	E-1	19	10	8	6:2 / 25.0%	5 = 5:0		看非・OT非	0.2	1.25	2.00	2.00	
愛知		市重症心身小	E-2	6	5	6	4:2 / 33.3%	4 = 4:0	(兼)	OT非・PT非 (各月2回)	1	0.83	1.25	1.25		
京都		府重症心身事	E-3	10	7	5	3:2 / 40.0%	4 = 2:2	1. 専		1	1.40	1.75	3.50		
東京			E-4									3.11	3.11	3.11		
自治体単費 小計 (平均)			35	22	19	13:6 / 31.6%	13 = 11:2	1			1.16	1.69	2.00			
			547	386	266	197:69 / 25.9%	176 = 148:28				1.45	2.19	2.61			

重度障害者を対象とする通所施設の「職員配置と財政」に関する調査結果Ⅱ（財政状況）

基礎制度 /地域	制度名	施設名	定員 /登録	平均利用 人員	収入状況						支出状況						公費% 占有率	一人当 公費額	一人当 総支出額	備考	
					総収入	公費	利負担	寄付	運主	その他	総支出	人件費	内：常	内：非	管理費	事業費					その他
国の制度を基礎とする施設	1群	愛知 通所重心 A-1	35	23	82,521	77,529	86	757	3,000	1,149	80,856	71,455	65,103	6,352	3,546	5,855	0	93.95	3,370	3,515	国・通所重心制度適応
		東京 知・通所更生 A-2	40	24	97,627	96,013	23	0	0	1,591	97,321	72,631	60,478	12,153	12,198	6,992	5,500	98.35	4,001	4,055	
		神奈川 知・通所更生 A-3	40	36	180,427	171,395	0	509	0	8,523	178,190	150,956	120,956	30,000	15,356	11,698	180	94.99	4,761	4,950	
		大阪 知・通所更生 A-4	50	47	113,395	104,681	0	245	0	8,469	113,395	76,551	74,029	2,522	21,418	9,220	6,206	92.32	2,227	2,413	
		通所更生 小計(平均)	165	130	473,970	449,618	109	1,511	3,000	19,732	469,762	371,593	320,566	51,027	52,518	33,765	11,886	94.86	3,459	3,614	
	2群	東京 身・通所授産 B-1	30	28	82,635	78,734	0	1,400	1,052	1,449	82,635	57,869	52,591	5,278	10,725	14,041	0	95.28	2,812	2,951	
		愛知 身・通所授産 B-2	30	32	58,978	57,670	0	0	0	1,308	58,979	42,253	38,083	4,170	5,832	10,139	1,600	97.78	1,802	1,843	
		大阪 知・通所授産 B-3	50	50	152,620	137,484	0	0	10,558	4,578	152,620	123,716	117,259	6,457	9,931	15,437	3,536	90.08	2,750	3,052	
		東京 精・通所授産 B-4	29	20	41,671	40,948	418	100	0	205	39,245	27,079	23,553	3,526	322	4,877	6,967	98.26	2,047	1,962	
		通所授産 小計(平均)	139	130	335,904	314,836	418	1,500	11,610	7,540	333,479	250,917	231,486	19,431	26,810	44,494	12,103	93.73	2,422	2,565	
	3群	東京 身・デイサービス C-1	20	9.8	57,204	56,000	649	0	0	555	55,232	43,708	38,459	5,249	6,593	4,931	0	97.90	5,714	5,636	
		愛知 身・デイサービス C-2	40	12	33,286	28,376	415	67	3,700	728	33,255	28,456	28,205	251	2,988	1,811	0	85.25	2,365	2,771	
		大阪 身・デイサービス C-3	34	5	44,969	3,270	157	0	41,542	0	44,969	31,599	28,689	2,910	0	13,370	0	7.27	654	8,994	公費は国・府 運営は市
身・デイサービス 小計(平均)		94	26.2	135,459	87,646	1,221	67	45,242	1,283	133,456	103,763	95,353	8,410	9,581	20,112	0	64.70	3,345	5,094		
地方自治体の制度を基礎とする施設	4群	東京 都・重心 D-1																			
		東京 生活実習所 D-2	31	30	95,294	93,231	1,928	0	0	135	90,669	73,911	65,627	8,284	9,079	7,679	0	97.84	3,108	3,022	
		大阪 泉南市単費 D-3	15	10	36,345	32,221	0	0	2,917	1,207	34,000	17,503	12,166	5,337	7,485	7,952	1,060	88.65	3,222	3,400	
		兵庫 西宮市単費 D-4	48	30	200,138	195,301	0	0	3,406	1,431	200,138	166,229	156,739	9,490	15,137	3,055	15,717	97.58	6,510	6,671	
		自治体単費 小計(平均)	94	70	331,777	320,753	1,928	0	6,323	2,773	324,807	257,643	234,532	23,111	31,701	18,686	16,777	96.68	4,582	4,640	
	5群	埼玉 市地域ケア事 E-1	19	10	26,188	16,069	1,700	478	6,080	1,861	25,894	17,872	16,582	1,290	6,085	1,886	51	61.36	1,607	2,589	
		愛知 市重症心身小 E-2	6	5	10,433	8,716	300	1,350	64	3	10,433	7,677	5,779	1,898	1,613	596	547	83.54	1,743	2,087	
		京都 府重症心身事 E-3	10	7	19,011	10,700	2,400	5,223	0	688	19,011	15,560	12,360	3,200	2,056	469	926	56.28	1,529	2,716	
		東京 E-4																			
		自治体単費 小計(平均)	35	22	55,632	35,485	4,400	7,051	6,144	2,552	55,338	41,109	34,721	6,388	9,754	2,951	1,524	63.79	1,613	2,515	
			527	378.2	1,332,742	1,208,338	8,076	10,129	72,319	33,880	1,316,842	1,025,025	916,658	108,367	130,364	120,008	42,290	90.67	3,195	3,482	

資料4 利用者1人あたりの運営費の積算理由

・職員人件費

施設長	1名 (6-3)	$270,600 \times 17.2 \text{ カ月} \times 10\%$	=	5,119,752
指導員	7名 (3-5)	$210,200 \times 17.2 \text{ カ月} \times 10\% \times 4\% \times 7$	=	28,952,444
事務員	1名 (3-3)	$196,100 \times 17.2 \text{ カ月} \times 10\%$	=	3,710,212
看護婦	1名 (医 2-9)	$224,400 \times 17.2 \text{ カ月} \times 10\%$	=	4,245,648
調理員等	2名 (21-11)	$162,700 \times 17.2 \text{ カ月} \times 10\% \times 2$	=	6,156,568
				合計 48,184,624 円— a

本計算は平成7年度ベースでの「精神薄弱者援護施設・通所施設」の「措置費」の計算基礎になっている職種別人件費を基に計算した。

各職種に積算されている10%は「調整手当」、指導員の4%は「業務手当」である。指導員の7名は、定員20名とした時、3対1の配置で6.6名で約7名で計算した。調理員等は「精神薄弱者援護施設・通所施設」の配置を基本に計算した。

・管理費 $8,080 \times 1.5 \times 20 \times 12 \text{ カ月} = 2,908,800$ ー b

・事業費 $16,680 \times 20 \times 12 \text{ カ月} = 4,003,200$ ー c

$55,096,624 \text{ 円} (a + b + c) \div 20 = 2,754,831 \div 3,000,000 \text{ 円}$

委員会討議経過

●本委員会

本委員会	日 時	会 場	内 容
第1回	平成7年6月6日	全社協特別会議室	・委員会の目的とねらいについて ・委員会のすすめ方について
第2回	平成7年7月26日	全社協第1会議室	・デイセンターに求められる機能について
第3回	平成7年8月30日	武蔵野市障害者総合センター	・現地調査（デイセンター山びこ）
第4回	平成7年10月17日	（福）訪問の家 朋	・現地調査（社会福祉法人訪問の家 朋）
第5回	平成7年11月22日	ロフォス湘南	・デイセンター構想について
第6回	平成7年12月12日	全社協第2会議室	・報告書の骨子について
第7回	平成8年1月17日	全社協第4会議室	・報告書の検討
第8回	平成8年2月14日	大阪国際交流センター	・報告書の検討
第9回	平成8年3月19日	全社協第1会議室	・報告書の検討
第10回	平成8年4月18日	全社協第4会議室	・報告書の検討

●作業委員会

本委員会	日 時	会 場	内 容
第1回	平成7年9月8日 ～9日	全社協第5会議室	・デイセンター構想の試案について
第2回	平成7年9月29日	戸山サンライズ	・デイセンター構想の試案について

障害者地域生活支援に関する調査研究委員会委員

委員長	高 松 鶴 吉	（西南女学院大学 教授）
副委員長	鈴 木 清 覚	（全社協・全国社会就労センター協議会 調査研究研修委員長）※
”	松 友 了	（全社協・心身障害児者団体連絡協議会 総合対策委員長）※
	池 末 美穂子	（全国精神障害者家族会連合会 相談室長）
	兒 玉 明	（全社協・身体障害者団体連絡協議会 副会長）
	柴 田 洋 弥	（デイセンター山びこ 施設長）※
	手 塚 直 樹	（全日本手をつなぐ育成会 常務理事）
	藤 井 克 徳	（共同作業所全国連絡協議会 常務理事）※

※＝作業委員