

II 療護施設の介護と医療の現状

1. 療護施設の介護の現状

療護施設に入居利用者の求める生活は、①障害がリハビリ訓練で少しでも良くなること、②障害がこれ以上悪くならないよう生活しながら、自分らしく、できれば楽しく暮らすこと、③障害もあり高齢にもなったため施設でのんびり暮らすこと、④地域での社会生活をめざした生活力づくりをすること等、に大別できる。しかし、これらの要望（ニーズ）は意思表示できる利用者からのものであり、コミュニケーションのとれない利用者の思いは、計り知れない。入居当初のこの思いは、多くの利用者は1～2年で次のようになっていく。

①の利用者は、理学療法や作業療法等の訓練を行い、当分はこの生活の中で回復や元気を取り戻したいと思いつつ②③④のどれかに目標をきり替える。②の利用者は、自分にとって施設生活が良好な環境になることを求める。③と④も表面的な行動が②とよく似ているが、少しスタンスが違い、③の利用者は、この施設にいることを承知し、または施設を拠点（居を構えた形）にして、地域に出かけ生活用品を揃えて自分の生き方を求める。④の利用者は、施設の内環境整備を求めつつ施設内外で生活力づくりの協力を求め、地域社会での生活を探り、あるいは地域社会に出て（介護サービスも受け）自活する。

つまり、人は、障害のあるなしに関係なく、自分の生き方を自分の意思（意志）で決断し、納得し、不満や要望を持ち、自分の生き方を求めるものである。

利用者は、療護施設と“自分でできることは自力で行う”ことを話し合い、双方が承知したうえで生活が始まり、“自分で困難な動作・行動”については、施設職員の介護や看護、その他用意される訓練や支援等によって、目的が果たせるよう協力を要請する。

生活プログラム“日課”は、介護スタッフの支援を中心に、概ね日常生活ができるよう生まれ、日常生活（ADL）支援、生活関連（活動）支援、精神的（メンタル）支援等が普通に（自然な形で）行われる。これらのことが、支援費制度の契約で始まっている。

(1) 入所者の障害状況の変化

最も重度な身障害者のための生活施設として法制度化された昭和50年頃は、先天的な障害の脳性マヒや重度心身障害者がほとんどで、その後の国際障害者年事業や重点的な障害者福祉施策等によって、入所者の障害（病症類別）状況に少しずつ変化が現れている。これは、まず平成に入って5～10年頃より、多くの待機者や入所希望者を受け入れる療護施設を増加してきたこと、成人病といわれる糖尿病、高血圧、心臓病、脳梗塞や脳出血等の後遺症の障害者が、療護施設へ入り始めたためであると思われる。

(2) 療護施設の介護支援の内容

療護施設の利用対象者は、身体障害者手帳1～2級の重度障害者で、かつ支援費制度の障害認定（受給者証）区分A・B・Cの要介護状態の障害者であり、その役割は、利用者の身体的介護や地域社会での活動等、生活支援や援助サービスの提供にある。

①日常生活（ADL）の支援

療護施設の多くは、全国社会福祉協議会発行「新・療護施設職員ハンドブック」（平成5年3月改訂版）に基づいて、現在の介護の事業活動を展開していると考えられる。

この中に、「定時介護」即ち、“一定の介護計画のもとに日課として行う介護”というのがある。身障協加盟施設は、これを周知し、実施の基本指導書としている。

ここでは、入所者のニーズに添って応えていくことを原則としている。

ハンドブックの要点を引用すると、「入所者は、同じような障害状態に見えてもそれぞれ

違う。」「その入所者の従前の介護の仕方を確かめ、その方法で介護しながら、徐々に専門的な方法を伝えて、良い方向に改めていく。」「入所者のやり方が、好ましくなく非効率的であっても、理由も聞かずむやみに改めることはこのましくない。」としている。

具体的な介護を日課で見ると、起床（含着替え）、洗面（含歯磨き）、整髪（含髭剃り）、食事援助の仕方、排泄、入浴（含清拭）、清掃、整理整頓、ベットメイク、就寝準備、氷枕（含氷嚢）、移動介助等、日常的支援が示され、加えて、詳細な介護技術・介護行為が述べられている。

これは、「専門的介護（あり方）理論」を含めた「介護技術（技術の要領や手段）方法論」を示しており、これが「療養施設の介護施設の現状」といっても大方の了解を得られるであろう。

<表-1>は、1例であるが、入所60名定員の療護施設の要約「日課と介護スタッフ（サポーター）業務」である。

サポーター業務一覧

	早出 (C班)	早出 (AB班)	遅番	早出・遅出共通	夜勤
6:00起床					・オムツ交換、体位交換
7:30早出出勤 7:50HD出勤	・食器消毒 食事記録・介助 ・ボイラースイッチ	・食器消毒等 記録・介助 ・ハミガキ介助		洗濯業務 *土曜、日曜のみ	・起床介助、点眼介助 ・洗面、ヒゲ剃り介助 ・排せつ確認、記録 *早出に引継ぎ ・食事介助・夜勤者朝食 ・食器掃除 *8:46までに5Fに上る
7:50朝食					
8:45申し送り HD開始	・ハミガキ介助 ・HD室への誘導 ・申し送り			EVマット水洗い *第④日曜日(3班交替制)	・申し送り(夜勤リーダーのみ) *他二人はコール待機
9:00	・オムツ交換、トイレ誘導 ・居室・廊下掃除	・オムツ交換、トイレ誘導 ・居室掃除、布団干し、(各班)			・勤務終了
9:15 ~30 (ABC共同時間)	・6Fトイレ掃除 ・ゴミ集め、灰皿、洗面所 ・給茶器 ・5F6Fゴミ出し・EVマット掃除 ・布団干し、清拭おしぼり巻き ・点眼介助 ・布団干し ・4F和室、ボラ室、更衣室掃除 ・4Fトイレ掃除	・廊下掃除、ゴミ集め(A班) ・洗面所、給茶器掃除 ・SS室、ディルム掃除(B班) ・点眼介助 ・清拭おしぼり巻き ・水分補給			
10:00遅出出勤	・申し送り(HDSP) ・活動時間対応、個別支援	・活動時間対応、個別支援			

	早番・遅番 (C班)	早番・遅番 (A班B班)	早番・遅番共通	夜勤
11:30 ~ 12:00 (ABC共同時間)	・食器準備 ・オムツ交換、トイレ誘導 ・食事介助、職員昼食	・オムツ交換、トイレ誘導 ・食事介助、職員昼食	・食器おしぼり巻き ・食事介助、職員昼食 *コール待機(AB班) ・布団取り込み	
13:00 ~ 13:30 (ABC共同時間)	・食器掃除(AC班共通) (入浴準備、エプロン回収)	・食器掃除(AC班共通) (入浴準備、エプロン回収)		
13:30 ~ 14:00 (ABC共同時間)	・ハミガキ介助 ・休憩(13:30~14:00)	・ハミガキ介助 ・休憩(13:30~14:00)	・ハミガキ介助 ・休憩(13:30~14:00) *コール待機(AB班)	
通称終了(HD昼食)	・食事介助・更衣介助、居室誘導 移動介助			
14:00(入浴開始)	・オムツ交換、トイレ誘導	・オムツ交換、トイレ誘導	・入浴介助 ☆洗体 3名 ☆着脱 3名 ☆移動、整容 2名 ☆コール待機 2名 【各班で人数調整を実施】 *土曜は、タオル準備	・申し送り ・チェンロック ・清拭車水交換 ・食器準備 ・洗面業務
15:00	・点眼介助 ・水分補給	・点眼介助 ・水分補給		
16:00(夜勤出勤)	・申し送り(HD担当出席) ・排せつ確認、記入 *遅番に引き継ぐ	・排せつ確認、記入 *遅番に引き継ぐ	・入浴確認、バイタル記入	
16:30(入浴終了)	・勤務終了	・勤務終了		
16:45	・HD担当勤務終了			
17:30(夕食)	・オムツ交換、トイレ誘導 食器準備 ・食事介助 ・ハミガキ介助	・オムツ交換、トイレ誘導 食器準備 ・食事介助 ・ハミガキ介助		
18:30 ~ 19:00 (ABC共同時間)	・オムツ交換、トイレ誘導 ・就寝介助・オムツ洗濯出し ・排せつ確認、記入 *夜勤に引き継ぐ	・オムツ交換、トイレ誘導 ・就寝介助・オムツ洗濯出し ・排せつ確認 *夜勤に引継ぎ		・食事介助 ・看護確認引継ぎ ・夜勤者夕食 ・食器掃除 ・オンボリ・エプロン洗濯

	早番・遅番（C班）	早番・遅番（A班B班）	早番・遅番共通	夜勤
19:00 [遅番勤務終了]				<ul style="list-style-type: none"> 水分補給 就寝前準備の配付・介助 点検介助
21:00	夜勤に引継ぎ	夜勤に引継ぎ		<ul style="list-style-type: none"> オムツ交換、体位交換、トイレ誘導、巡回
23:00 消灯時間				<ul style="list-style-type: none"> 体位交換、消灯（5、6F）
23:30				<ul style="list-style-type: none"> 仮眠A（22:00～24:30） オムツ交換、体位交換、巡回
24:30				<ul style="list-style-type: none"> 仮眠B（24:30～3:00） サポーター室掃除
2:00				<ul style="list-style-type: none"> 体位交換、巡回
2:30				<ul style="list-style-type: none"> 仮眠C（3:00～5:30）
5:30				<ul style="list-style-type: none"> オムツ交換、更衣介助、洗面介助、移乗介助 トイレ誘導
7:30 早出出勤				<ul style="list-style-type: none"> 食卓清掃

②生活関連の支援

療護施設は、入所者の自立に向けた援助、即ち生活関連の介護支援として、繰り返して「不特定介護」を行う。不特定介護も、前述の「新・療護施設職員ハンドブック」に示された介護業務・支援の1つである。

不特定介護とは、介護スタッフが“定時介護（日課として行う介護）の合間に、時間を捻出して行う介護のこと”と捉えている。

具体的には、代読、代筆、電話、爪きり（含手入れ）、耳掻き、洗濯、外出・外泊・買い物介助等がある。

これらは、入所者個々のニーズへの対応（介護サービス）である。たとえば、利用者本人の意志・判断で、娯楽性の高いクラブ活動に参加するなどは、個人の能力を最大限に引き出すことにもなる。支援費制度のニーズの実現に向けた個別支援計画支援と考えると分かりやすい。

③精神的（メンタル）支援

入所者の多くは、療護施設に入所するまでに、障害という身体的な面だけではなく、経済的、精神的な面での困難にも遭遇してきたと思われる。生活できる施設が決まり、入所するとき「ほっとした」という人、逆に「もう共同生活はこりごりだけどやむを得ない」という人もいるだろう。

病院では、診察内容や時間、医療スタッフの説明や話し方、治療や処置、リハビリ、投薬、病室の広さ、家族や入院患者との人間関係、医療費の支払い等々。また、退院後の生活や通院等も長期化、慢性化すると、身体状態に加えて職場や家族との良好な関係がおかしくなる。

養護学校の卒後体験等で施設利用をしても、入所して今後ずっと施設で生活することが分ければ、気持ちは家に走り、精神と肉体のバランスが崩れ、不安や不満が爆発して、人によっては自傷他害に続くことになる。

職員の配置は、医療関係にいるスタッフの医師、看護師、栄養士、調理師、理学療法士（作業療法士）等がいて、介護や支援の中心になる寮母（ヘルパー、介護福祉士等）や生活支援員（社会福祉主事、社会福祉士等）がいる。

勿論、これらの職業に関係することなら、相談に乗ることができる。実際、整形外科医や脳神経外科医に、リハビリと平行して他に何をどうしたらいいか、理学療法士に、障害が重くなったため、車椅子利用を考えているがどうしたらいいか等、相談例はたくさんある。困ったことや不安なことは、相談して解決することが一番いい。また、不満やいらいらなどは気分転換を図ることもいい。

施設は、日課や年間行事、例えばゲーム、カラオケ、演芸会等レクリエーションや誕生会、クラブ活動、買い物・外食外出、日帰りや宿泊行楽等を、営みや娯楽とせずに交流の場としても捉え、入所者同士や職員とのコミュニケーションづくりをはかっている。

家族の方にも面会や帰省（外泊）による家族関係の暖かさや絆をお願いし、家族ボランティアの活動や施設行事への参加をいただいている。

このような精神的（メンタル）支援は、療護施設の入所者に限らず、療護施設の付帯的事業でもあるショートステイや通所療護、デイサービス等の事業企画や利用者にも始められている。

支援費制度が始まり、施設内に意見箱や相談係が置かれるようになった。できれば、これに頼る前にコミュニケーションや日課・行事を通して、自然な会話のうちに利用者の思いが伝わり、理解され、目的達成となりたいものである。

2. 療護施設の医療の現状

療護施設の入居利用者は、身体障害者の中でとりわけ社会的・身体的に、最も生活適応困難な重度重複の障害者であり、自身の意志・意欲（生活力）を基に、施設職員や家族、ボランティア等の援助・協力を得て日常（家庭）的生活を送っている。

さて、今回はまず入居利用者の医療的ケアの現状について、平成 15 年度身体障害者療護施設実態調査を参考にまとめ、利用者や介護スタッフから見た施設の医療的ケアの困難点や限界点を探る。

(1) 身体障害者療護施設の設置・設備基準

- 省令に定める医務室の設置
- 医療法に定める診療所
- 保健所へ医療法に定める診療所の開設届出
- 医務室に近接して静養室やALS室の設置
- 医務室には、入所者の診療及び健康管理に必要な医薬品、医療用具等の整備
 - ・頓服、貼り薬等市販の医薬品や処置等に必要な器材の常備。
 - ・心電計、オートクレーブ、ネブライザー、酸素吸入器、吸引機等医療機器の整備。
 - ・機器取扱者を含めたスタッフ（医師、看護師、介護者、非常勤技師等）が必要。

(2) 保険診療上の禁止及び制限

- 施設の医務室（診療所）は、保険診療の禁止
- 施設配置医師（含嘱託医）の保険診療の制限

- ・配置医師の給与は、支援費（施設）人件費から支払われる。

○保険医でない配置医師ができる医療行為の範囲

- ・医師が診療で行う健康管理上の医薬品や処置材料は、支援費収入の事業費保健衛生費で支払う。
- ・問診、触診等入所者の健康管理及び療養上の指導が中心。
- ・施設スタッフからの入所者の病状報告や看護師から医療的判断に必要な情報入取。
- ・データの分析。必要と思われる場合は、紹介状を作成し保険医療機関へ依頼する。
- ・保険を使わない（施設負担で）検査や医薬品の処方（投薬）。
- ・相談、助言、指示。

○保険医である配置医師ができる医療行為の範囲

- ・利用者は健康保険を使い、配置医師（嘱託医）の診察を受けて、薬剤等の処方にて自己負担金を支払う。医師は、治療、検査・処置・処方等ができ保険請求できる。
- ・保険医が属する医療機関名で保険診療ができる。
- ・通知にある嘱託医（配置医師）は、保険診療上請求できない項目のものがある。

(3) 療養施設のおもな医療スタッフ

○おもな医療スタッフ

- ・医師：常勤（又は嘱託医師）1人以上
- ・看護師：入所定員により定数がある（*）
- ・理学療法士又は作業療法士：1人以上
- ・栄養士：1人以上

（*）施設は、事業の柱の一つとして医療的ケアをしているが、夜勤体制が組めるほどの看護師定数はなく、又経営的に定数以上の看護師を抱えているわけでもない。夜間帯の就寝前や朝食前に、利用者や介護スタッフから必要な看護業務を求められるが、夜勤配置ができていないのはわずかな施設だけである。

○配置医師は、利用者の健康管理及び療養上の指導を行う業務と規定

- ・利用者は、一部の生活保護受給者を除けば健康保険等により、各個の病気、けがや体調不良について自己負担金を支払い、治療し、健康回復や生活復帰を図ることができる。
- ・利用者の多くは、重度重複障害に加えて、合併症などからくる状態の悪化や慢性疾患に移行するなど、日常的に看護、処置、服薬、検査等が必要になる。医師は、予後がわかる状況なら事前に指示を出す。そうでないときの夜間帯では、救急外来受診の指示となり、夜勤介護スタッフの業務優先順位が変わり混乱が生じる。
- ・医師は、＜表-2＞で示すとおり、回答した385施設のうち内科医は、277施設が非常勤医師で72%を占めている。常勤医師は、専任、兼任合わせて39施設の10%である。

医師の状況 <表-2>

(n=385)

	内科					神経内科					整形外科				
	総数	記入数	平均	最低	最高	総数	記入数	平均	最低	最高	総数	記入数	平均	最低	最高
常勤医師(専任)	28	28	1	1	1	0	0	0	0	0	3	3	1	1	1
常勤医師(兼任)	12	11	1	1	2	2	2	1	1	1	7	5	1	1	3
非常勤医師	332	277	1	1	8	36	33	1	1	2	112	106	1	1	3

	リハビリテーション科					精神科					歯科				
	総数	記入数	平均	最低	最高	総数	記入数	平均	最低	最高	総数	記入数	平均	最低	最高
常勤医師(専任)	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1
常勤医師(兼任)	0	0	0	0	0	2	2	1	1	1	2	2	1	1	1
非常勤医師	19	16	1	1	2	65	63	1	1	2	49	44	1	1	4

	その他				
	総数	記入数	平均	最低	最高
常勤医師(専任)	7	7	1	1	1
常勤医師(兼任)	7	4	2	1	3
非常勤医師	91	64	1	1	10

(平成15年度身体障害者療護施設実態調査より)

- ・福祉施設の常勤医を希望する医師が少ないのは、臨床的、研究的にも魅力がなく、業務内容や給与、そして医師としての将来性に不安をいだくようである。
- ・配置医師の業務内容について、施設のまるかかえ予算として、入所者に必要な医学的診断や治療、検査、研究等の経費を組めば、当然のことながら莫大な事業負担を施設はかかえることになる。
- ・配置医師は、これらを踏まえると必然的に嘱託医師契約とし、保険医師を置くことになる。
- ・保険医である嘱託医師は、保険診療上の制限を承知の上で、障害福祉への理解とボランティア精神、医師としての誇りと責任において、入所者の診察や健康管理に協力いただけている。

○看護師の業務は、利用者の保健であり、病気の早期発見等生活・医療面での看護と相談援助、処置、服薬管理、医師の補助等

- ・看護師は、入所者数が50人を超えない施設で、常勤者1人と常勤換算で1人以上とされ、これ以降入所者(定員)数によって看護師の定数が省令で示されている。

○理学療法士又は作業療法士は、専門的な指導、訓練スタッフであり、利用者の自立の支援や日常生活の充実に向け重要な役割を担当

- ・機能訓練室では、指導、訓練に必要な機械器具等を備え、利用者の心身の状況に応じて、必要な機能の維持と機能の減退を防止するプログラムを用意し業務する。
- ・入所者数が100人を超えない施設は、常勤換算で1人以上を置く。

- 栄養士は、栄養や身体状況及び嗜好等を考慮した献立表をつくり、美味しく、楽しく、適切な時間に喫食できるよう実施
 - ・献立表に従って調理され、作りたて、もしくは同等の保温食を提供する。
 - ・栄養士は、医療的ケアの食事提供、栄養の指導や相談に応じる。

(4) 医療的ケアをとともなう重度重複障害者の受け入れ

○福祉改革による療護施設入所対象者の変化

- ・障害者福祉施設について、この10年間、社会経済の大きなうねりの中で、障害者福祉施策の変更、とりわけ障害者基本法の改正や身体障害者、知的障害者、精神障害者それぞれの福祉法改正があった。
- ・施設は、運営や利用者接遇のあり方等の見直し、職員の資質の向上や障害について新たな学習、設備や備品、職員体制、業務内容等の改善・改革をはじめている。
- ・ALSをはじめとする難病や重症心身障害、遷延性意識障害等医療的ケアの必要な障害者を受け入れ始めた。療護施設の主体であった生活介護支援と同じかそれ以上、医療的ケアが主体の新しい入所対象者である。
- ・脳血管障害後遺症や脊椎損傷の障害者は、固定した症状への医療的ケアはあるものの、定期的な診察で概ね安定した生活を送ることができている。
- ・今後、法の規定にそって医療的ケア主体の障害者を療護施設の入所対象者とするならば、看護師の定数増加、設備の充実、医務室の保険診療の検討等が必要である。

○医療・看護情報から接遇、支援方法を考える

- ・介護スタッフは、医師や看護師から症状の特徴や治療状況、看護の方法等医療的ケアを知り、介護のあり方を学ぶ。
- ・ALS利用者は、常時医療的看護体制と言うべき医務室、又は看護室隣接のALS室で生活し、かつ24時間医療的ケアをしている。
- ・囑託医師による診療は、毎日ではない。体調変化や異常については、看護師の観察情報が必要に応じて報告され、随時医師の指示が出て、処方や処置がなされる。
- ・介護スタッフは、介護困難な施設生活継続と入院治療（医療）生活の分岐点がわからず困惑し、利用者には高質な医療的ケア施設を選ぶべきではと考えている。

(5) 入所者の医療的ケア状況と入院時の病名例

○療護施設利用者の多くは、年毎に障害が重度重複化し医療的ケアの範囲も拡大

- ・利用者ニーズを中心に、個別の支援計画を毎年再作成するが、「身体状態の良し悪し」でその支援内容が2分していると感じる。
- ・ひとつ、体調良好な者は素行を前進させ、より意欲的な行動、活動を求めた計画へ。
- ・対して、体調不良の者は常時介護や医療的ケアが増え、居室や浴室、夜間帯等でのきめ細かな援助・協力ニーズが出てくる。

○生活施設である療護施設の日課は、日常の住・食・衣・動・浴・便・眠等を基本とするADL介助や生活支援プログラム

- ・生活日課（家庭生活）には、障害介護以外の医療的ケアが気づかないうちに数多く盛り込まれている。
- ・虫歯・口臭予防（歯磨き）、感染予防（手洗い・うがい）、清潔（洗面・洗髪・入浴・爪切り）、体力維持（できることは自分で・動く・レクリエーション）、ボケ防止（話す・聴く・考える）等々。

○実態調査の〈表-3〉「医療ケアの提供状況」は、看護師の施設業務の1つを示してい

るが、利用者一人ひとりの身体状態の違いもあって、手間も時間も必要である。介護スタッフの協力や手伝いが必要なのは必然となっている。

医療ケアの提供状況 <表-3>

医療ケアの内容	総数	施設数	平均
定期服薬	19,564	369	53.0
採血	5,024	189	26.6
検尿	3,632	166	21.9
軟膏塗布	4,932	319	15.5
定期皮膚科処置	3,884	296	13.1
定期浣腸及び摘便	4,454	347	12.8
定期点眼	2,105	344	6.1
座薬挿入	1,714	295	5.8
膀胱カテーテル使用	1,719	325	5.3
膀胱洗浄	1,356	284	4.8

(平成15年度身体障害者療護施設実態調査より)

・<表-3>の他に、皮下・皮肉・筋肉注射、吸引、経管栄養（胃ろう）、静脈確保（点滴用）、点滴抜去、定期褥瘡処置、静脈注射、経管栄養（鼻腔）、定期導気（排ガス）、気管切開、定期点滴、等々まだいくつもの医療的ケアがある。

○入院時の病名

- ・肺炎、脳出血、脳梗塞、骨折、頸椎手術、気胸、胸膜炎、胃潰瘍、十二指腸潰瘍、消化管出血、低酸素脳症、狭心症、痙攣、不穏、麻痺性イレウス、血圧コントロール、癌末期等々がある。
- ・利用者は、重度重複の障害名のみならず多種多様の病名も持っている。
- ・この障害と疾病を身にまとった利用者について、施設で楽しく生活する方法を医師・看護師が考えることは勿論、介護スタッフもどのように生活介護し、医療的ケアに協力すればいいかを学ぶことは必要不可欠になっている。

(6) 協力医療機関

○省令の「設備・運営に関する基準」第35条<協力医療機関>で規定

- ・入院治療を要する利用者のために、理解ある医療機関との協力関係を結ぶ。
- ・施設は、利用者の緊急受診や入院のため、病院と協力医療機関契約をするが、しかし、病院はいつ来るかわからない我々の入居利用者のために、ベットを空けて置くとは思えない。特に、現在の医療保険制度は、病院の経営に甘くない。
- ・勿論、療護施設が協力医療機関契約において、（1ベット又は1部屋）病院と貸借契約していることはないと思われる。

○施設にとって協力医療機関は必要であり、又その関係の保持は重要

- ・療護施設では、入所者がひとりで受診することは少なく、ほとんど職員が付き添う。車両送迎できる範囲（30～60分以内）の病院に協力依頼している。
- ・協力医療機関は、医師・看護師の都合から総合病院又はそれに近い病院、又は利用者の病状から近医の専門病医院に依頼する。

○下記<表-4>は、入所者の通院状況・疾病（受診科）を調査したものである。

通院治療継続中の疾病（診療科）と人数 <表-4>

診療科		総数（人）	施設数	平均（人）
1	胃腸科	4,595	250	18,4
2	皮膚科系疾患	3,457	296	11,7
3	神経科系疾患	2,796	253	11,1
4	高血圧症	2,625	257	10,2
5	歯科系疾患	2,741	268	10,2
6	精神科系疾患	2,897	317	9,1
7	泌尿器系疾患	2,254	323	7,0
8	眼科系疾患	1,745	306	5,7
9	骨・関節疾患	1,383	259	5,3
通院治療を受けている入所者数		15,912	366	43,5
加えて、服薬治療中の入所者数		15,404	364	42,3

（平成15年度身体障害者療護施設実態調査より）

(7) 医療機関への送迎（付添い・介助）

○療護施設は、身体障害者福祉法で「入所者に治療及び養護を行う」と規定

- ・利用者は、医療スタッフから健康・保健サービスを受け、治療や処置、看護や介護を受ける。
- ・定期診察又は緊急外来受診、入院等では、受診者数、受診頻度、時間帯を考慮して、送迎車両の用意をし、運転手、付添い・介助スタッフ（必要な職種や人数）を手配する必要がある。
- ・ただし、重度重複の障害者の受診や高齢化、慢性疾患化した入所者の受診は、原則看護師を付添い・介助スタッフにすべきである。医師への情報提供や医師からの処方・処置等の指示においては、専門性のある看護師である。
- ・現在の健康・保健担当職員の配置、即ち看護師数は、重度重複障害者や医療的ケアが必要な利用者が増加するとき、平穏な日常生活や業務展開で決めたであろう職員配置基準では、人数不足が解決されない。
- ・実態調査<表-5>は、日常的で定期的な「通院介助・付添い」の状況である。

日常的で定期的な「通院介助・付添い」の状況 <表-5>

		総数	施設数	平均
1	1週間の延べ通院回数	2,765回	361	7,7
2	1週間に通院した入所者の延べ人数	4,310人	357	12,1
3	1週間に通院した通院先（病院・診療所等）の数	1,292ヶ所	362	3,6

4	通院1回あたりの入所者平均人数	618人	352	1,8
5	通院1回あたりに要する付添い・介助職員数(平均)	574人	359	1,6
6	通院1回あたりに要する付添い・介助時間数(平均)	908時間	357	2,5
7	通院する医療機関の距離(1回平均往復)	6,429km	355	18,1

(平成15年度身体障害者療護施設実態調査より)

- ・5の通院1回あたりの付添い職員数は、集計385施設のうち359施設が総数で574人と答え、平均1.6人となり、概ね2人を必要とした。
- ・2の1週間の通院延べ人数は、357施設で4,310人、1施設平均12.1人、平日の6日間の通院とすると、1日概ね2人が受診した。
- ・これは、週2回定期受診送迎している施設は、1回あたり概ね6人が受診したことになる。5と2のデータから、1回あたり付添い・介助職員は2人以上が必要である。
- ・6の1回あたり2.5時間の通院(受診)時間は、施設での受診準備や戻ってきてからの整理を加えると、およそ半日の業務となる。

(8) 施設の医療費用

○利用者自身の障害・疾病治療費は自己責任

- ・利用者は、自分の障害や疾病の医療費は、健康保険や生活保護等を利用し支払う。
- ・利用者の中には、身体障害者手帳を利用して医療費の一部負担金分を、国の更生医療制度や自治体の障害者医療サービス(医療費助成制度)で支払う者もいる。

○施設内の医薬衛生材料や健康管理経費は、施設会計で処理

- ・施設の医療費は、施設会計の勘定科目「保健衛生費」に集約される。しかし、保健衛生費は、医薬品や医療器具だけでなく、浄化槽清掃費や紙おむつ代等も含まれ、施設によっては他の科目(委託事業費や日用品費等)に入れることもある。
- ・数例の施設で保健衛生費を見ると、ばらつきがあるが入所定員50人の施設で年間およそ200~250万円、60人の施設では年間およそ400万円と聴く。

○医療費どこまで施設負担

- ・今後、支援費制度の単価改正により、利用者の在宅移行がすすめば利用者の入れ替わりもあり、医療費の施設負担が軽減するかもしれない。
- ・しかし、重度重複障害者や常時医療的ケア障害者を受け入れる施設訓練支援でもあるとすると、更に施設の医療費用や人件費は高額化する。

(9) 介護スタッフがかかえる困難な医学的介護

○療護施設の常時介護を必要とする身体障害者への治療及び養護

- ・療護施設は、生活(介護)支援施設であるが、入所利用者や家族の治療や医療的ケアへの期待が大きく、これを施設内で対応しようとする、看護や介護等の業務・運営上で起きる困難が医療行為にあたるといわれる部分である。
- ・医療行為のできる配置職員に、医師・看護師がいる。しかし、定員や勤務体制から昼間時に配置し、夜間時に医師・看護師はいない。夜間時は、日常的な医療行為ができない状態にあり、ここに問題が起きる。
- ・夜間待機の看護師に連絡を取って介護にあたる。最悪なときは、協力医療機関の病院へ救急車で緊急外来受診し、難を乗り切るというマニュアルがある。

○施設内で行われやすい医師・看護師以外のスタッフの医療的行為(想定)

- ・行われやすい医療的行為として、血糖値測定、インスリン注射、膀胱洗浄、排便、浣腸、吸入・吸引、酸素吸入等。

○療護施設の生活の現況に応じた医療スタッフの配置要請

- ・これら全てを医師・看護師に行って欲しいが特に、看護師数の適正配置の必要性。
- ・福祉施設の看護と介護の業務の明確化。国家資格としての専門分化の必要性。
- ・国家資格のある介護福祉士を基準配置し、介護業務の専門性を示す必要性。
- ・介護の専門性に、看護と重なる部分があれば明示して、双方が業務できる必要性。

○おもに夜間時に求められる介護スタッフの困難な医学的介護例（想定）

- ・血糖値測定　：インスリン量調整のため、深夜や早朝時等に測定が必要なとき。
- ・吸入・吸引　：頻回に吸入・吸引が必要になったとき。
- ・インスリン注射：自己注射していた入所者が、障害の重度化や体調不良等で自己注射できなくなったとき。
- ・酸素吸入　　：医師より、常時酸素吸入が必要と言われて夜間帯での管理。
- ・その他　　　：早期と思われる病医院退院（保険診療等都合？）により、身体及び精神的に安定していない状態の入所者への生活介護や支援のとき。

※この時、夜間帯で状態変化があり「受診」と判断すれば、2～3名の夜勤者のうち1～2名が付き添い、施設は、数時間混乱する。

○家族と施設介護スタッフの違い

- ・利用者の病医院退院後の処置・介護等の世話にかかる人数、時間、量、責任が違う。
- ・この世話は、家族は身内の役割や協力の範囲だが、施設は契約上や法的な責任が生まれる。
- ・特に処置は、家族はできうる範囲全てできるが、施設は資格ある医師・看護師とする。しかし、看護師不在の夜間時は介護スタッフが限られた範囲とはいえ看護業務の協力をしている。
- ・家族は、時に24時間利用者に付添いマンツウマンで介護するが、施設では昼間時利用者4～5人に介護職員1人、夜間時は20～30人に1人の設定である。
- ・これは、支援費制度の職員配置基準でいう利用者2.2：職員1の比率とは違う。
- ・介護スタッフの勤務体制に、早出、遅出、日勤や夜勤の他に週休2日、行事出勤の代替休暇、有給休暇、特別休暇等も組み込む。このように、利用者の日常（家族に代わる）を守るのに、初めから目いっぱいの変則勤務を組んでいる。まず、この辺りの問題から解決策の検討をしなければならない。

Ⅲ 地域に根ざした療護施設

障害者の方々が基本的人権を持つ1人の人間として、地域の中で普通の生活を営んでいける為に、又住み慣れた地域で出来るだけ長く自立して暮らして頂く為の社会作りが必要である。療護施設は本当に地域で暮らす障害者にとって必要な資源となり得ているか、地域に根ざした施設としての機能、役割について考えてみたい。

1. 拠点施設としての療護施設6つの機能（地域に根ざした療護施設としての視点）

(1) 自立支援機能

重度の障害者であっても自信を持って生きていく為の強さを助長し、社会生活を営む上での力を持ち自己決定が出来る、その人がその人らしく生きる為の支援をする。

(2) 専門的介護機能

同じ障害があってもその人のニーズ、その人が目指す生活等により身辺介助の方法等に於いて、重度障害者特有の介護を提供しなければならず、より専門的な知識と技術を今以上に高め、専門的ノウハウ発揮した支援をする。

(3) 治療健康管理機能

それぞれの障害、疾病に応じた再発防止、病状増悪に対する為、健康管理、生活習慣病対策、医学的リハによる機能維持、向上、とそれに対応するリハビリテーション看護等、利用者を心理面、身体面の両面から支援する。

(4) 社会リハビリテーション機能

利用者が社会の一員として参加、活動できるように、地域住民の活動に参画し、共に地域活動を生み出していく事を目指し、様々なサービスや場を提供していく、即ち、その人の人生の再創造を図るよう支援する。

(5) 地域生活支援機能

障害者の地域支援システムの構築に積極的に関わり、直接的に在宅福祉サービスに取り組み、障害者へのケアマネジメントを具体的に展開し、障害児・者及びその家族の継続的な支援を進めていく。

(6) 住居提供機能

安全で快適な生活を確保する為の生活の場を提供し、個室化、バリアフリー化等の整備を図ると共に、小規模化、ユニット化、分場方式等についても検討し対応を図る。

以上、療護施設における6つの機能は、拠点施設としての役割を担う時、求められている機能でもあり、必要な時にはすぐに提供できる機能として、とても重要であると考えられる。

2. 拠点施設としての療護施設の役割

新しい「障害者基本計画」の中で、入所施設は「真に必要なものであるとともに、地域生活支援に向けて積極的に取り組む姿勢を有しているものに限る」という方向性が示され、この方向性が社会の要請である事を十分認識し、在宅支援の拠点として、地域生活支援に積極的に取り組んでいかなければならない。

(1) 在宅福祉サービスの推進

(平成15年8月1日現在、療護施設在宅サービス実態調査・対象施設431施設)

どのような環境におかれている重度障害者であっても、療護施設はその生活を支援していく事が求められており、療護施設の豊かな人材やノウハウを活かした積極的な在宅福

祉サービスの推進を図る事が重要である。

①身体障害者生活支援事業（設置数 69 センター）

市町村生活支援事業は、障害者の地域生活を支える大きな柱であり、施設に入所している人の地域移行の鍵を握るものである。

平成 15 年度より、一般財源化された為、事業実施が後退したり、市町村の財政事業により縮小されたりしているが、市町村と共にこの事業の持つ意味を考える機会を持ち、障害者の豊かな生活の実現が市町村にとっても大きなメリットとなるという理解を共有出来るよう努力する。療護施設で余裕のある事業所に於ては、独自事業として立ちあげる事をも含めて積極的に検討してみる必要がある。

②身体障害者デイサービス事業（設置数 201 センター）

デイサービスセンターは、在宅の障害者が安心して出かけ楽しむ場、チャレンジする場として、地域になくってはならない資源である。又、家族にとっても介護負担が軽減される等、心強い事業であると共に、施設本体にとっては、施設を「特別な場所」としない為の地域開放の第一歩である。

介護保険事業所に比べて支援費単価が低く、送迎エリアが広い為、送迎に時間がかかりすぎる等、送迎加算のあり方等々問題はあるが、在宅の障害者が身近な場所で利用できるよう全施設で取り組むべき事業である。

③身体障害者短期入所事業（ショートステイ）（設置数 404 施設）

身体障害者短期入所事業は、身体障害者療護施設では、ほぼ全ての施設で実施されている。しかし、その利用状況については様々である。

支援費制度により職員配置等については、施設本体と合算ベット数で決められる為、その利用率は療護施設の経営にも大きく影響を与えてくる。この短期入所事業は、重度障害者を地域で支える大きな柱である。今後どの様にして利用者を増やすのかを十分検討していく事が必要と思われる。

実際に、この事業を利用する理由は、本人、家族等の介護負担軽減が理由の多くではあるが、療護施設の機能として、リハビリテーション等も含め、社会生活力向上の様々なメニューを地域に提供すべきだと思われる。

障害者の在宅サービスは、介護保険事業とは違い、利用エリアが広い、又、地域に障害者サービスが全て整っている地域は少ない。療護施設の持つ機能を少し変化させ、知的障害者や、障害児への対応も地域にニーズがあるとすれば、取り組むべきである。そうすることで、地域に貢献出来る施設として、地域ニーズに合ったショートステイ事業の展開が期待される。

④身体障害者居宅介護事業（ホームヘルプ）（設置数 53 センター）

身体障害者居宅介護サービスは、地域生活支援の基幹をなす事業である。

障害のある人々の地域生活を考える時、やはり介護が大きな比重を占める。もし、新たに地域生活支援に取り組もうとするなら、最初に取り組んでいくのが適当な事業である。ところが、このホームヘルプ事業と、障害者生活支援事業は他の地域事業に比べて極端に実施する施設が少ない事業である。

この傾向でいえる事は、私達は利用者の方から来られる事業には、かなり関わっているが施設から出て行く必要のある事業には関わりが少ないということである。

今は、施設で利用者を持つ時代ではない、地域に積極的に出て行って始めて、地域のニーズを見出すことが出来るのではないだろうか。

地域には、実際に療護施設で生活をされている方より重度の障害者の方々、介護が限界にきている家族の方々、何らかのサービスがあれば、精神的にも安定する事が可能な方々が沢山おられる。これらは、地域に出て行って始めて見えてくることなのである。

最も援助を必要とする方々の望まれる援助は施設の中だけで提供可能なものではない。この様に考えてくると、ホームヘルプサービス事業は、どうしても取り組む必要がある事業である。

⑤身体障害者療護施設通所（設置数 119ヶ所）

通所型の利用者は 20～30 歳代が約半数を占め、6割が知的障害との重複障害者である。在宅生活は続けたいが、家庭で介護するには、介護者の負担が大きい人、いずれは入所を考えているので、施設になじみたいが今はまだ在宅生活をしたい人等、入所か在宅の二者択一ではなく、その中間にあるニーズに応える事業として有効である。

(2) 地域福祉の推進

①社会教育活動への取組み

地域住民の福祉教育＝人権講座、家族介護者教室、在宅障害者学習会等
児童、生徒の福祉教育＝小中高校生、大学生等ボランティア体験講座等

②コミュニティ活動への取組み

各種行事による交流会＝納涼祭、運動会等
広報、啓発活動

③防災型地域交流への取組み

災害等緊急時の避難場所と対応、地元消防署、地域各種団体等との連携、総合防災訓練、救命・救急法講座、障害者に必要な用具の備蓄

今、支え合う仕組み作りへの再構築、住民参加の町づくりが推進されている。

地域住民に対する啓発事業にも積極的に取り組み、暮らしやすい町を目指すと共に、老人も障害者も子供達も、みんなが生き甲斐のある生活を送れる事を願って、推進事業に積極的に取り組むと共に、在宅障害者の避難生活の場、応急対策活動の拠点施設として、市町村の地域防災計画にも位置づけ、地元消防団、児童民生委員との連携のもと、被災者を受け入れる等、生活対応、協力の場所としての役割、支援体制も重要である。

3. 拠点施設としての療護施設の課題

今後の療護施設を考える視点として、まず第一に療護施設と地域生活支援があげられる。専門的立場で地域障害者福祉の拠点施設としての役割、課題について検討し、積極的に推進を図っていかなければならない。

(1) 地域の在宅の方々を支援

○在宅支援の施設機能を強化していく為には、まず在宅で暮らしていくニーズを把握し満たす。

・必要な衣食住ニーズを、どこの部分で担おうとしているのか。

・デイサービスを併設して通所サービスをすれば在宅支援は出来ているのか。

・担えない部分を、どこで、誰が支えるのか。

○ケアマネジメントの必要性

地域生活支援は“ニーズありき”それに合わせた複合的なサービス提供が必要とされる。利用者の望む生活、ニーズに適した調和のあるサービス提供をする為にも、ケアマネジメント抜きのサービス提供は考えられない。地域にケアマネジメント機関が

ない場合は、法人が独自で行なうことも必要と考えられる。

(2) 利用者を地域生活に移行させる為の支援

- ・在宅ケアが充実することにより、療護施設（生活施設）が一時利用施設へと、地域と施設を行ったり来たりする人の姿が見られる時代（理想）
施設から地域へ出す力、地域が受け入れる力、両方が重要である。
- ・重度障害者の就労は非常に困難ではあるが、生活の場としての療護施設から訓練、作業、生き甲斐活動の為の授産施設等に通所出来る仕組みを積極的に推進する。
- ・重度障害者についても、施設を小規模化、ユニット化し、地域生活援助事業（グループホーム）の様な、小規模施設を身近な地域に設置し、将来的にも地域の中で生活を続けたい人、施設から地域移行を考えている人の住環境の整備を推進する

(3) 生活施設であるので利用者のQOLを高めるのが目的であるが、それだけではない。

- ・利用者の地域での生活も視野に入れたサービス、QOLの向上
- ・療護施設にとって、支援費メニューや既存のサービスにとらわれない、より効果的で地域に密着したサービス展開が重要である。
- ・配食サービス
- ・移送サービス
- ・在宅生活をしている重度障害者に対する複合的ニーズを適格に把握して、出来る限り円滑、かつ総合的に各種ニーズを満たすと共に、様々なサービスを提供していく為に、地域に現存している巾広い領域の諸機関との連携を図り、「いつでも、誰でも、どこでも」相談出来る支援体制を推進する。
- ・サービス利用者や家族が「望んでいる暮らし、生活」を実現する為、利用者の地域に於ける社会参加や自己実現等、利用者の主体性、自立性、選択性を基本とし、自分らしくより良く生きる為のサービス提供に努める。

(4) 高い専門性と豊かな資源を地域に対して還元する。

- ・職員の資質の向上
- ・サービス利用の際の苦情等に対して、電話相談、相談窓口の設置、他機関との連携との対応等により、利用者とは十分話し合い問題解決に努める等、サービス利用者の苦情解決システムの整備に努め、障害者の人権、権利を擁護する仕組みを充実する。

IV 生活支援と日中活動支援について

法的に言われる療護施設は、「身体障害者手帳の交付を受けた身体障害者であって、常時の介護を必要とするものを入所させて、治療及び養護を行う生活施設」として位置づけされている。また、療護施設開設時より、「最も介護を必要とする最重度の身体障害者の方を対象にした施設」であった。しかし、療護施設開設 30 数年を経てその対象者は大きく変化してきた。開設時には、生まれながらにして又は幼少時に脳性マヒ等を発病して、身体障害を有したものが中心だったが、脳血管障害・頭部外傷など中途障害による障害、高度な救命医療による障害（遷延性意識障害等）の結果障害を有した者の施設利用の増加が見られ、日々の生活の中での医療行為の増加が見られる。

その結果、現在の療護施設には下記の課題があると考えられる。

- (1) 30 年前の開設時に想像していた利用像の変化
 - ① 年齢層範囲の拡大
 - ② 看護配置の基準を超えた医療行為を必要とする利用者の増加
 - ③ 生涯利用としての施設利用
 - ④ 療護施設の高齢者施設化
- (2) 様々な障害に伴うサービス形態の整備
 - ① 療護施設の施設機能のあり方
 - ② 目的実現利用としての生活施設
- (3) 最終受け皿としての施設

性別・障害等級別・年齢別状況 <表-6>

(n=385)

	20歳未満					20歳～29歳					30歳～39歳				
	総数	記入数	平均	最低	最高	総数	記入数	平均	最低	最高	総数	記入数	平均	最低	最高
男性	38	32	1	1	3	622	250	2	1	10	1,430	341	4	1	15
女性	25	20	1	1	3	458	219	2	1	12	1,039	325	3	1	15
1級	54	40	1	1	5	870	290	3	1	16	1,923	360	5	1	22
2級	11	10	1	1	2	186	117	2	1	7	492	230	2	1	11
3～6級	0	0	0	0	0	8	7	1	1	2	27	25	1	1	2

	40歳～49歳					50歳～59歳					60歳～64歳				
	総数	記入数	平均	最低	最高	総数	記入数	平均	最低	最高	総数	記入数	平均	最低	最高
男性	2,402	373	6	1	25	4,332	381	11	1	34	2,370	366	6	1	21
女性	1,667	365	5	1	16	2,823	379	7	1	24	1,587	358	4	1	15
1級	3,003	374	8	1	29	5,066	377	13	1	46	2,663	368	7	1	23
2級	950	321	3	1	16	1,883	361	5	1	19	1,181	330	4	1	16
3～6級	46	39	1	1	3	122	85	1	1	6	70	63	1	1	2

	65歳～69歳					70歳～79歳					80歳以上				
	総数	記入数	平均	最低	最高	総数	記入数	平均	最低	最高	総数	記入数	平均	最低	最高
男性	1,314	322	4	1	15	537	182	3	1	10	18	16	1	1	3
女性	959	299	3	1	11	577	194	3	1	12	66	41	2	1	5
1級	1,478	325	5	1	17	664	201	3	1	17	52	37	1	1	4
2級	727	267	3	1	10	425	163	3	1	8	27	22	1	1	2
3～6級	35	31	1	1	3	19	19	1	1	1	3	3	1	1	1

(平成15年度身体障害者療施設実態調査より)

入所年数別人数 <表-7>

(n=385)

	2年未満					2~4年未満					4~6年未満				
	総数	記入数	平均	最低	最高	総数	記入数	平均	最低	最高	総数	記入数	平均	最低	最高
男性	2,147	346	6	1	39	1,937	318	6	1	40	1,775	275	6	1	52
女性	1,306	331	4	1	27	1,175	294	4	1	33	1,140	253	5	1	40

	6~8年未満					8~10年未満					10~12年未満				
	総数	記入数	平均	最低	最高	総数	記入数	平均	最低	最高	総数	記入数	平均	最低	最高
男性	1,398	242	6	1	42	989	211	5	1	37	844	182	5	1	34
女性	898	226	4	1	22	670	191	4	1	27	634	176	4	1	25

	12~14年未満					14~18年未満					18~22年未満				
	総数	記入数	平均	最低	最高	総数	記入数	平均	最低	最高	総数	記入数	平均	最低	最高
男性	556	155	4	1	24	1,104	181	6	1	27	955	147	6	1	22
女性	443	139	3	1	22	869	169	5	1	18	842	142	6	1	23

	22~26年未満					28年以上				
	総数	記入数	平均	最低	最高	総数	記入数	平均	最低	最高
男性	806	105	8	1	27	467	40	12	1	28
女性	697	101	7	1	24	400	40	10	2	34

(平成15年度身体障害者療護施設実態調査より)

「生活支援と日中活動支援 (Active) の機能分化」

療護施設は開設以来、最も重度の身体障害者を受け入れる施設としてサービスを提供してきた。しかも療護施設が持つ機能を活用し、利用者が持つ基本的人権を尊重し、利用者一人ひとりのライフステージに合ったサービスでなければならない。前章の「ライフステージに応じた施設」でも述べられているが、現在の療護施設は6つの機能を有して、利用者個々の生涯設計を立てる中で、年齢に応じた身体的・心理的・社会的状況を考慮しなければならない。

「現在の療護施設の機能は重装備でなければならない、また療護施設は自己完結式の機能を整えなければならない。」といった考え方から、将来的には「多機能」施設として変化し、地域に存在する必要がある。生活支援と日中活動支援 (Active) の機能分化はその1つの考え方である。Activeには「生きがい」「リハビリ」はもとより「就労」等も含めて表す用

語であり、療護施設のみで自己完結できるのか、他の施設との共同で行うかは今後の課題といえる。

1. 生活支援としての療護施設のあり方

療護施設の機能としては、身障協の「制度・予算対策委員会小委員会中間まとめ」（平成13年2月）に示してあるように、専門的生活介護機能、治療・健康管理機能、社会リハビリテーション機能、地域生活支援機能、住宅提供機能を総合的に活用して、自立生活支援機能を発揮する事を示している。しかし、これらの機能は療護施設が自己完結を目的としたものではなく、地域生活を推進すべき拠点としての施設機能を有する事も示している。

2. 日中活動支援としての療護施設のあり方

生活施設としての療護施設のあり方で示した機能のほかに、療護施設でしか示す事ができない「活動」があるのではないかと。療護施設は上記のサービス機能を提供してきたが、その最終目的には、倫理綱領にも示しているが「利用者に安全・安心・快適なサービス」を提供している事に着目しなければならない。生理的欲求・安全を求める欲求・所属と愛情の欲求・自尊と承認の欲求と段階に進んでいく中で、療護施設を利用する者にとっては、「個人・個性・個別化」が大きく影響しており、利用者の人生設計を立てる中で、「個人を主体とした、その人らしい生活の支援」を療護施設の中でいかに実現していくかにかかっている。

「活動」という空間の位置付けが、「余暇時間」という空間として、利用者に「安全・安心・快適なサービス」が提供している事も忘れてはならない。

3. 就労問題について

「リハビリテーションの究極は就労にあり、またノーマライゼーションの究極は結婚にある」と言われている。「働く」ということは、ただ単に生活の糧を得るためではなく、生きがいや、社会参加にもつながりその人の人生にとって大きな意味をもつものである。

療護施設の利用については、上記のとおり様々な利用形態があると同時に30年で大きく変化してきたし、今後も社会情勢の変化に影響し、利用者を含め施設利用の変化は予断を許さないが、療護施設の機能として、障害の有る無しにかかわらず、同年代が経験する様々な事柄に対して提供する場でもある。

言葉を変えるならば、療護施設と言う限られた空間の中で、または療護施設を利用する空間の中で、その方が持つ「個別化を基本とした人間性・人生観」を最大限に生かせる機会を提供しなければならない。

要するいかに重度の障害者であろうと、どこに居住していようと本人の能力が最大限に発揮できるよう様々な施策の実施が求められている。

療護施設の機能として大切な事は、専門的生活介護機能、治療・健康管理機能、社会リハビリテーション機能、地域生活支援機能、住宅提供機能を総合的に活用して、自立生活支援機能を発揮する事に努めなければならない。ここでいう「自立支援」とは、障害の重度・軽度を基準に考えるものではなく、如何にその人がその人らしく生きていくかを支援するものである。同時に、療護施設の機能として大切な事は、障害に状況に応じたその人が持つエンパワメントを引き出すことである。また、療護施設入所者の授産施設利用については、平成15年度身体障害者療護施設実態調査の療護施設入所者の授産施設利用の状況によると、回答数の9%の施設で実施されている。