

# 社会福祉施設改革をめぐる今日的課題

— 身体障害者施設のあり方を中心に —

## Contemporary Problems of Welfare Institutional Reform

— Perspectives in Residential Care for People with Disabilities —

茨木 尚子\*

Naoko Ibaraki

はじめに

戦後、わが国の社会福祉施策は、障害者、児童、高齢者等の要介護者を、対象別に援護することを目的とする社会福祉施設の整備を中心として展開してきた。しかし1980年代以降、高齢化社会を迎えたわが国の社会福祉施策は、身近な地域である市町村を単位とする在宅福祉サービスのあり方にその重点が移行しつつある。在宅福祉中心の施策が展開される中で、戦後社会福祉事業が開始されて今日に至るまで、その中心的機能を果たしてきた社会福祉施設の存在が今根幹から問い直されようとしている。

最近では、障害者福祉分野においては、いかに地域への障害者の統合を推進していくかという観点から、入所型の社会福祉施設の存在そのものを否定的に捉えるいくつかの論もみられる<sup>(1)</sup>。また現状の入所型施設から、より地域に統合された一般的な生活形態をめざすものとして、施設の小規模化、あるいはグループホーム化を提唱する声も多い<sup>(2)</sup>。

その一方で、在宅福祉サービスの需要が高まる中、施設を在宅福祉サービスの拠点とし、その機能強化を求める声も多い。しかし、本来入所者の処遇を目的として運営されている社会福祉施設に在宅福祉サービスの拠点としての機能

を付加的に強化することは「木に竹を接ぐようなもの」とする意見もある<sup>(3)</sup>。

このように社会福祉施設をめぐる様々な角度から議論が行われている一方で、後述するように、特別養護老人ホーム、身体障害者療護施設、精神薄弱者更生施設等を中心とした成人の障害をもつ者を対象とする入所型社会福祉施設の総数は、過去20年間、今日に至るまで増加の一途を辿っている。重度の障害をもつ者も地域に統合されて生活するべきであるというノーマライゼーション理念を導入し、コミュニケーションをめざす施策の方向と、重度の障害をもつ者が結果として、生活施設への入所を希望せざるをえない現実との乖離がそこにはみられる。「施設はできればない方がよい。しかし施設でしか生きていける場所がない。だから施設は存在せねばならない」という消極的な意味でしか施設は存在しえないのであろうか。今日の地域福祉に重点を置いた施策体系において、入所施設を含めた障害者施設のより積極的な位置づけを意図的に行っていく必要が迫られているのではないだろうか。

また1980年代以降、障害者福祉の新しい動向として注目されている、自立生活運動等にみられるサービス利用者としての当事者の積極的な施策への参加は、社会福祉施設の運営や処遇の

中には、導入できないものなのであろうか。

以上のような観点から、本論文は身体障害者施設を中心に、今日の社会福祉施設の現状と問題点を明らかにし、今後の改革の方向性を示すことで、地域福祉時代の社会福祉施設の積極的な存在意義を検討したい。

### 1. 身体障害者施設の現状とその問題点

広義に捉えるならば、身体障害者福祉法に規定されている身体障害者更生援護施設の他にも、18歳以上の身体障害者を対象とする社会福祉施設には、救護施設、特別養護老人ホーム等も含まれる。しかし65歳以上の高齢障害者を対象とする、特別養護老人ホームや経済的状況を入所条件とする保護施設については一応ここでは除外して、身体障害者更生援護施設について「身体障害者施設」として論じることとする。

身体障害者福祉法では、身体障害者更生援護施設として、20種の施設を規定している<sup>(4)</sup>。

これらの施設は、1947（昭和22）年、傷痍軍人対策として12ヶ所の身体障害者授産施設が創設されたのを皮切りに、国立身体障害者更生指導所等の更生施設の整備と続いていったように、その時代、その時期の身障者のニーズに応じて新しく創設されていったものである<sup>(5)</sup>。20種の身障者更生援護施設は、そのサービス内容＝施設機能によって以下の4つの類型に分類されている。①更生施設（リハビリテーション等の訓練の場としての施設）、②生活施設（介護サービスや日常生活の便宜を提供する施設）、③作業施設（雇用されることが困難な障害者のための訓練や生活・就労の場としての施設）、④地域利用施設（地域で生活している障害者の利用を目的とする施設）である。

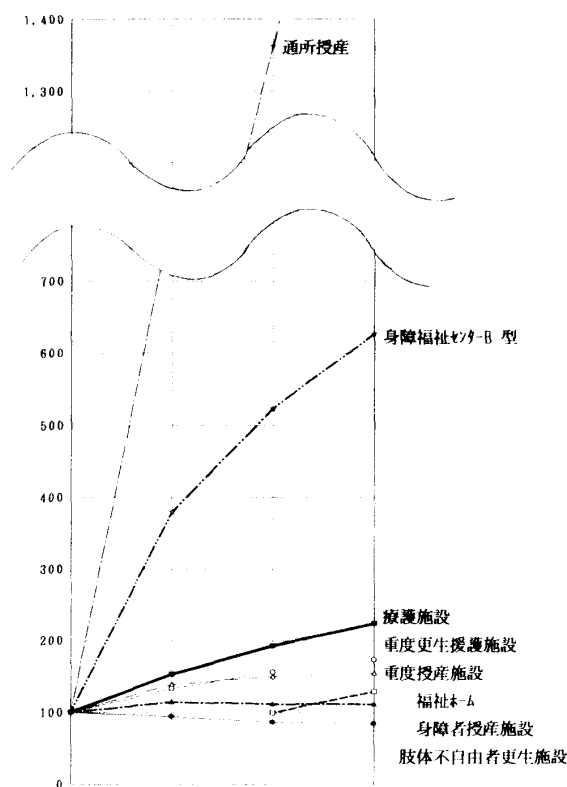
これらの施設の現状とその問題点について、統計資料等をもとに述べる<sup>(5)</sup>。

#### (1)身体障害者施設種別総数の推移

グラフ I は、各種身体障害者施設の施設数について、1980（昭和55）年を100として1994

（平成5）年までの約15年間の増加の推移を追ったものである。これをみると、身障通所授産施設、身障福祉センターB型といった「地域利用施設」の増加率が極めて高いことがわかる。1980年代以降、障害者の地域生活援助に施策の重点が置かれ、その拠点として地域利用施設が整備されていった結果であろう。

一方、入所型施設においては、療護施設及び重度身障者更生援護施設、重度身体障害者授産施設の増加率が目立つ。特に重度身障者の生活施設である療護施設は、この15年間で約2倍以上に増加している。重度身障者更生援護施設は、リハビリテーションを目的とする更生施設に位置付けられているが、実際には入所期間が5年を超える者も多く、現状では重度障害者の生活施設としての機能を果たしている部分も大きい。以上から現在も重度身障者については、入所型生活施設へのニーズが高く、施設整備が一貫して進められていることがわかる。



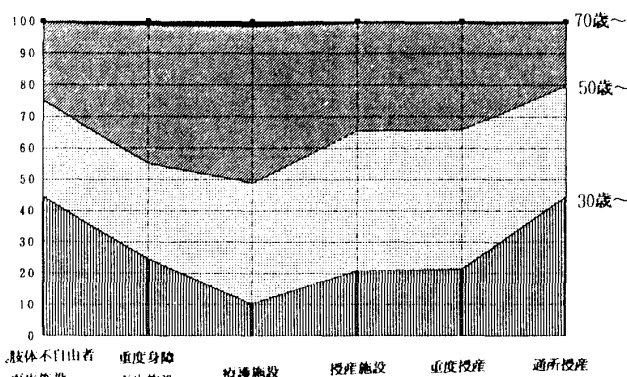
グラフ I 施設種別総数の推移  
（平成5年 社会福祉施設調査より作成）

### (2)各施設利用者の年齢層からみた問題

通所施設の整備がかなり進められているのと同時に、生活施設の増加も伸びているという現象は、施策の方向性として一見矛盾しているように思われる。しかしグラフⅡをみると、各施設を利用している障害者の年齢層に差があることがわかる。療護施設、重度身障更生施設は、50歳以上の中高齢者層がその約半数を占めている一方、通所授産施設については、30歳未満の比較的若い年齢層が4割強を占めている。その他の法外作業施設も、その大半は40歳未満の利用が多いことから、地域利用施設は養護学校等を卒業した比較的若い世代の在宅障害者がその利用対象の大半を占めていると考えられる。それに対して、療護施設等の入所型生活施設へは、両親の高齢化等によって家族介護が困難となった重度障害者や、在宅生活の難しい中途高齢障害者等が入所を希望するケースが多い。

以上のように施設種別の利用年齢層でみる限り、現状の地域利用施設は、家族介護を中心とする介護力が期待できる20～30代の比較的若い身障者には対応しているが、地域での介護力が期待できない40代以降の中高齢者で重度障害をもつ者については、生活施設への入所に至るケースが多い現状を映し出している。

また、利用者の半数を50歳以上の層が占めている療護施設については、大半の入所者が現状では施設利用をこのまま継続していくことが予測され、10年後にはこれらの利用者が65歳以上の高齢者となる。中高齢で重度の身体障害があり施設利用に至る人が多い一方、入所中に高齢



グラフⅡ 施設別利用者年齢層  
(平成5年 社会福祉施設調査より作成)

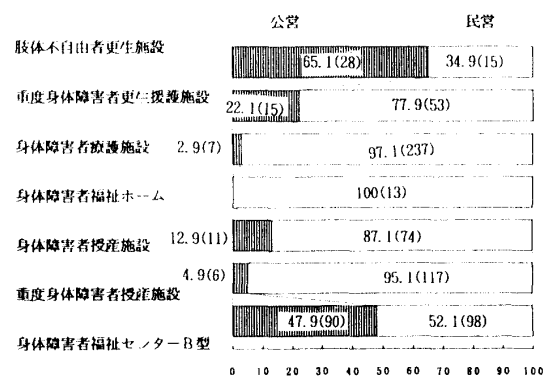
になる人が確実に増加している療護施設では、今後利用者の高齢化による健康障害の増加や障害状況の変化等の問題が生じることが予測される。そしてこのことが今後の療護施設のあり方に大きな影響を与えていくと思われる。

### (3)施設経営主体からみた問題

身体障害者更生援護施設の総数は、1994年現在約1,200ヶ所であるが、228施設(18.9%)が公営、979施設(81.1%)が民営となっており、明らかに民営主体であることがわかる。施設種別にその経営主体をみると、公営施設の割合が高いのは、肢体不自由児更生施設(65.1%)、身体障害者福祉センターB型(47.9%)である。その他は身体障害者療護施設(97.1%)を始めとして、大部分の施設種はその8割以上を民間施設が占めている。(グラフⅢ)

肢体不自由者更生施設は公立施設の割合が比較的高いが、これは身体障害者の「更生」を中心に身体障害者福祉対策が進められた昭和20年代から、各都道府県に1ヶ所の配置を目標に計画的に整備された結果である。また障害者福祉センターB型は、公営の割合の高い地域利用施設であるが、80年代以降市区町村を単位とする地域型福祉サービスの拠点として、東京都、大阪府等の大都市市区部を中心に整備されてきているものである。

以上の2つの施設は、それぞれ都道府県単位、市区町村単位での身障者のリハビリテーションサービスの拠点として、今後より重要な役割を果たしていくことが期待される施設であるが、



グラフⅢ 施設種別にみる公私経営の割合  
(平成5年 社会福祉施設調査より作成)

個々の都道府県、市区町村でその整備状況にかなりの格差がみられる。

一方、療護施設を代表とする重度身障者の生活施設については、明らかに民営施設中心に整備されてきている。これは重度障害者対策が積極的に行われるようになったのが昭和50年以降であり、行政改革の流れの中で負担の大きい入所型施設については、公営を避け民間主導で施設整備が進められた結果と考えられよう。

## 2. 機能別にみる身体障害者施設の改革と施設体系のあり方について

先に述べたように身障更生援護施設は、20種の施設をその機能別に4つの体系に分けて規定している。

身体障害者更生援護施設は、1970年心身障害者対策基本法が制定された際、同時に出された「身体障害者福祉審議会答申」が提案した施設体系を基盤に整備されてきた。この答申では、施設体系を①訓練施設、②授産施設、③作業施設、④療護施設、⑤利用施設という機能に応じた5体系に分け、各体系毎に施設機能の拡大、充実、弾力的運営を図ることをめざした。

さらに、1982年に出された答申では、施設体系を①更生施設、②生活施設、③作業施設、④地域利用施設の4種類の機能に分け、今後の施設整備の方向として、障害者のライフサイクルに着目し、これらの各施設の機能を併せ持つ、システム化された総合施設づくりがすすめられてもよいとして、利用者のニーズに合わせた弾力的な施設づくりの方向を打ち出している<sup>(7)</sup>。

以上のように、1970年以降に出された答申の方向としては、身体障害者の施設整備は、障害者の地域生活と施設生活を分断することなく連続的に捉え、障害者がそのニーズに合わせて、機能別に施設を利用することをめざした施設体系を志向している。しかし現実には、施設はこのような連続した機能を果たしているのだろうか。ここでは期待されている機能毎に、現状の各施設の問題点について述べ、その改革の方向

性を検討する。

### (1) リハビリテーションサービス拠点としての更生施設及び地域利用施設のあり方

身障者更生施設は、対象となる障害別に5種類の施設種があり、対象となる障害者を入所させ、更生に必要な指導訓練を行っている<sup>(8)</sup>。

1984年の身体障害者福祉法の改正により、これらの障害種別更生施設は、身体障害者更生施設として統合され、障害種別の違いを超えて入所できることとなった<sup>(9)</sup>。これは、障害者の機能回復訓練から社会復帰までの一貫した援助サービスを行う総合リハビリテーションセンターとしての機能を更生施設に持たせることを意図したものである。1979（昭和54）年に国立身体障害者リハビリテーションセンターが設置され、その前後に都道府県レベルで肢体不自由者更生施設を母体とする総合リハビリテーションセンターが数ヶ所設置された。このような総合リハビリテーションセンターは、都道府県1ヶ所の設置を目標に公立施設中心に整備が進められたが、結果として全ての施設が障害の枠を超え、高度の専門的サービスを提供できる総合リハビリテーションセンターとしての機能をもつところまでには至っていない。

都道府県単位を拠点とするリハビリテーションセンターは、①高度なりハビリテーション医学の提供、②リハビリテーションに関する研究開発、③関連スタッフの養成、研修機能、④他施設へのリハビリテーション支援等の機能を果たすことが期待される<sup>(10)</sup>。その中で特に、医療スタッフ、PT、OT、ST、義肢装具士等のリハビリテーションに係わる多様な専門職が更生施設に配置され、施設内外でのサービス提供を行うことが重要になる。

しかし現実には、依然として入所者の職業的自立を目標として、洋裁等の職業訓練を中心に運営する更生施設も多い。都道府県単位で、公営施設中心に整備されてきている更生施設の中心的機能は、当該する地域のリハビリテーションの中核施設としての役割であり、施設の枠を

超えたりハビリテーションサービスの提供が期待されているのではないだろうか。

一方1993（平成5）年度から、措置権が町村に委譲され、身体障害者についても、より生活に密着した場としての市町村レベルにおける地域リハビリテーションシステムの確立が課題となっている。そして身障者に対する地域リハビリテーションの拠点として最も期待される施設が、身体障害者福祉センターB型である。B型センターは、公私の経営割合がほぼ50%となっているが、民営のほとんどが社会福祉協議会、又は社会福祉事業団となっており、自治体の計画的な配置による公営主導型施設のひとつとして整備がなされている。しかしB型センターの設置基準は、人口10万人規模に1ヶ所の規制があるため、東京都区部等では、各区ごとに1～2ヶ所以上設置されうるが、人口密度の低い地域では、対応する地域が広域になりすぎ、結局地域リハの拠点としての機能を果たすことができなくなってしまう。人口5万人規模に対応するデイサービスセンターについても、やはり1市1ヶ所の設置となっているところが多く、全国的にみて身近な地域に地域リハ施設が存在している状況にはない。

身障施設を機能別に区分し、計画的に地域に配置していこうとする時、各エリア毎にその中心拠点になる施設を設置することが重要となる。都道府県単位、市町村単位でこの中核施設となる施設を決定し、機能を高めていくためにも、身障更生施設についてはそのサービス内容、職員の専門性の充実が必要となってくるであろうし、B型センター、デイサービスセンターについては、高齢者との共同利用を図る等の工夫をすることによって、人口規模ではなく、地域リハセンターとして適切な地域エリアを設定し、整備していくことが重要となるであろう。

## (2)生活施設の機能の意義とその課題

身障者の生活施設は、法的には療護施設と福祉ホームの2種類が設けられている。このうち療護施設は、1972（昭和47）年に常時介護が必

要で在宅生活の困難な重度者のための入所施設として創設された、比較的新しい身障者施設である。療護施設については創設時から今日に至るまで、その存在意義やサービス内容をめぐって、多くの論議が行われてきている。

第1の問題として、療護施設の存在自体に係わる論議がある。1970年代以降の国際的にみた障害者福祉は、長期入所型の施設から地域生活への統合を図るための福祉サービスへの移行を進めている。このようにノーマライゼーション理念を具体化する時に、「リハビリテーションの余地は少なく、常時介護が必要な重度障害者に対する生活の場」としての機能をもつ療護施設が果して必要不可欠な施設なのかという論議である。現実には療護施設が急増し、入所待機者が増加の一途を辿ってはいても、入所する障害者が療護施設を、「重度の障害をもつ者は、住宅事情や在宅福祉サービスの現状では、施設に入所しないかぎり生活が保障されない」という理由で選択しているかぎり、それは「必要悪」としての存在でしかないとする考え方である<sup>(11)</sup>。

住宅サービスや交通手段、介護サービス等の在宅サービスの現状に問題があるためこれらのサービスを利用できずに、結果として地域での生活を断念し、最終的に施設入所を選択する障害者が多いことは否定できない事実である。今後の療護施設のあり方を考えるために、現状の療護施設機能の意義を根本的に問い直すこのような議論は重要な意味をもっている。

英国において1988年に出されたワグナレポートは、コミュニティケア時代における入所施設ケアのあり方を示した報告書として注目されているが、その中心原則を「施設入所の積極的選択」とし、住宅ニーズとサービスニーズを明確に区別しなければならないとした。その上で、在宅でも利用できるサービスを受給するために施設入所は求められるべきでないことを明記している<sup>(12)</sup>。

今日の療護施設の機能が「重度障害者の生活の場」であるとするならば、それは「積極的選

択の結果」であることが必要となってくる。このことは、療護施設の在り所の現状からも重要な意味をもっている。半数以上の施設が設立後15年程度であるにもかかわらず、入所者の平均在り所期間は5年以上、約2割が10年以上の在り所となっており、入り所期間は確実に長期化している。また、退り所した人の理由は、死亡と入り院が約6割を占めており、一度療護施設に入り所すると、そこは入り所者にとって「終りの住居」となっている<sup>(13)</sup>。このことから、療護施設入り所者は、今後より一層在り所期間が長期化すると予想され、比較的若い年齢で入り所した場合、20年～30年の在り所期間となることもありうる。一つの施設にそれほど長い期間生活すること自体大きな問題なのではないだろうか。

以上から今後の生活施設は、大きく2つの方向性にむけての改革が必要となってくるのではないか。第一には、入り所者が長期に生活するのにふさわしい、物理的、人的環境を整備していく必要性である。入り所者のプライバシーを最大限優先するための物理的環境の改善や、外出や食事等、生活上の自己選択の尊重等の処遇面の向上が、早急に進められなければならない。この面からの改革を進めていく上では、運営や処遇への当事者参加が重要な鍵を握っていると思われる。この処遇、運営面における改革については、3章において総括的に述べたい。

また長期に生活する場であるということは、入り所者の高齢・重度化にたいするケアも必要となってくることを意味する。プライバシーや自己選択を原則としつつも、より手厚いケアが必要な利用者への対応についても考えていかねばならない。それは現在比較的プライバシーや自己選択の幅が認められているとされるいくつかの療護施設において、原則として職員がナースコール対応で介助に入るといふあり方とは、異なる介護体制に向かっているかなければならないことを示している。

このことについては、現在の入居者から「施設らしい体制に施設が逆戻りする」とする警戒の念が示されている<sup>(14)</sup>。

しかし手厚いケアを行うことは、利用者のプライバシーや自己決定をそこなうこととは、本来異なる次元の問題でなければならないはずである。ナースコール対応での必要最低限の介助を希望する人もいれば、より手厚いケアを要求する人もいる。本来介助ニーズは多様であり、個別性の高いものである。今後、利用者の個別性を重視した質の高いケアを提供していくことが、療護施設に求められているのではないか。

生活施設改革の第二の方向性は、施設に地域生活との連続性を持たせるための機能強化である。入り所者本人の希望を優先させることはいうまでもないが、施設から地域生活へ入り所者を移行させる道筋があることも、入り所者の可能性や生活の幅を広げる意味で、療護施設に必要な機能となってくるのではないだろうか。それによって身障者は、「施設入り所か、地域生活か」という二者択一ではなく、施設と地域生活に連続性を持つことができるはずである。

療護施設は、一般には「リハビリテーションの効果の期待できない重度障害者」を対象とする施設とされている。しかし、今日のリハビリテーションサービスの目的が、ADLの向上からQOLの向上へと変化したことを受けて、療護施設の機能にも重度障害者の生活の質の向上をめざしたリハビリテーションサービスの提供を加えていく必要があるのではないか。

例えば、知的障害者の生活施設の機能をもつ精神薄弱者更生施設では、「精神薄弱者自活訓練事業」「精神薄弱者社会自立促進モデル」等のプログラムを実施しており<sup>(15)</sup>、入り所者が施設を出て地域生活に移行するための試行期間を設けている。療護施設では利用者が地域生活を希望しても、このような試行プログラムを経験することができず、地域生活を体験するためには、施設を退り所するしかなく、二者択一をせまられてしまう。施設と地域生活を繋ぐ試行プログラム事業を行うことが療護施設の機能として今後求められてくるのではないだろうか。

また、最近療護施設が新たに開始した事業として、「身体障害者自立支援事業」がある<sup>(16)</sup>。

これは地域生活を送る重度障害者に療護施設が介助サービスを提供するものであり、施設と地域生活を結ぶ連続的なサービスの一つとして注目すべきものである。しかしこのサービスを提供するにあたって、多くの療護施設はその立地条件において大きな障壁を抱えている。調査によれば、50%以上の施設が山間部等の住宅地から隔離された地域に存在しており、公営住宅や身体障害者福祉ホーム等で生活する障害者に介助サービスを提供するバックアップ施設としての機能を果たすことが距離的にも困難と思われる<sup>(17)</sup>。

現状の施設設置最低基準では施設配置の物理的環境についての基準は設けられていない。療護施設利用者が自由に外出でき、地域生活の移行プログラムを実施するために、療護施設の立地条件は重要な要素である。そこで長期に障害者が生活する施設の場合には、設置基準等においてその立地条件や、施設から外出する際のアクセス面での条件整備について、一定の基準を設けることが必要となってくると思われる。

### (3)作業施設の機能分化と障害枠を超えた利用のあり方について

身障者の作業施設には、身体障害者授産施設、重度身体障害者授産施設、身体障害者通所授産施設、身体障害者福祉工場がある。作業施設については、1992年に「授産施設制度のあり方検討委員会の提言について」が発表され、他の領域に先んじて、施設体系の再編成に向けての改革が実施され始めている<sup>(18)</sup>。

改革の第一は、「雇用されることの困難な障害者に対する福祉的就労、作業活動の場について、各機能に応じた施設の体系的整備を行う」こととして、従来の施設の枠組みを編成し直したことである。この改革は作業施設を、①就労を重視し、高い工賃を目指す福祉工場、②訓練と福祉的就労（作業）の機能を併せ持つ授産施設、③社会的参加、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の3つに区分し、各機能別の施設を地域バランスを

考慮しつつ、体系的に整備することを目指している。

改革の第二は、施設利用にあたって対象となる障害種別について、従来の枠を超えての相互利用（混合利用）の促進を明記した点である。実際、授産施設では障害の枠を超えた利用が実施され始めている。しかし、現状では利用する障害者や職員の意識が混合利用を阻む壁になっているという指摘もある。

第三点としては、職住分離の推進を図るため、作業施設は通所利用を基本とすることを明記した点である。その上で生活の場として、福祉ホームやグループホーム等の整備充実や各種在宅福祉施策との連携を図ることとしている。このことは、日中の活動の場と居住の場を切り離すことで、利用者の生活の幅を広げることを目的としている。

一方将来的には、このように作業施設が整備されていった場合、先に述べた生活施設入所者が、日中地域の作業施設を利用できる道を開くことが必要となるのではないだろうか。これが認められれば、現在施設入所している者の昼間生活の充実がはかれるだけでなく、作業施設に通所している障害者が、将来施設入所となった場合でも、それまでの生活が分断されることがないという意義をもっている。

しかし授産施設、療護施設は現状ではともに措置施設であり、二重措置は認められていない。施設機能による障害者施設の再編成の意義は一つの施設が一人の利用者の全生活を丸抱えにするのではなく、利用者がニーズに応じて幾つかの施設を選択できるところにある。その意味で、施設再編成を推進するためには、現行の措置制度のあり方について検討することが必要となってくるだろう。

### (4)地域利用施設のあり方について

身障者の地域利用施設は、先に述べた身障者福祉センターB型、身障者デイサービスセンターの他に、スポーツ、レクリエーション等の会場設備をもつA型センター、視聴覚障害者情報提

供施設等9種の施設がある。現状の地域利用施設は主に2つの機能をもっている。一つは地域リハビリテーションサービスも含めた在宅サービスの拠点としての機能であり、B型センター、デイサービスセンターは主にこの機能を有している。二つ目は、障害者団体の集会場や、障害者のスポーツのための体育館、プール、視聴覚障害者のための図書館や情報センターとしての機能である。

前者の機能については、先に述べたように、その対象とする地域が広すぎ、結局一部都市を除いて有効に機能していないという点が問題となっている。また、体育館、集会場、図書館等は、障害者の地域生活を豊かにする上で欠かせない社会資源であり、特に外出の機会の制限される身障者にとっては、障害者に利用しやすい機能をもったこれらの施設があることによって、レクリエーションの機会を得ることもできる。

しかし、このように障害者専用の利用施設を整備していくのではなく、一般のスポーツ施設、集会施設、図書館等の公共施設について、障害者が利用可能となるような設備基準やサービス内容を設けていくことが、より重点的に行われるべきではないだろうか。レクリエーション施設については、その利用にあたって、障害者とそうでない者とを分断させることなく、相互の理解と交流を深めるために、「可能な限り障害者専用の思想を超えていくこと」<sup>(19)</sup>が優先されるべきであろう。

### (5)機能別にみた身体障害者施設体系のあり方

最後に身障施設の機能別にみた体系化について考えてみたい。

これまで検討してきた各種施設の課題を踏まえて、身障施設体系のあり方を示したのが、図1である。この体系では、従来の更生施設の総合リハビリテーションセンターとしての機能を強化させ、都道府県全体のリハビリテーションサービスの統括施設としている。これは従来の入所型更生施設の機能とともに、リハビリテ-

ーションについて、他施設への専門サービスを指導・提供する機能を持ち、各施設の職員の研修等も行える中枢施設となっていくことを期待しているものである。

また、他の3領域の施設については、それぞれの地域生活の他領域の対策との関連性をもたせている。生活施設は、地域生活試行プログラム等を実施することによって、住宅対策との連続性をもたせることを、作業施設は、段階的作業施設を整備することによって、労働対策との連続性をもたせることを、地域利用施設は、一般公共施設の障害者利用を重点的にすすめることによって統合化を図ることを意図している。このように、施設体系全体が閉鎖的なシステムとして自己完結することなく、オープンに他のシステムとの流通性を持たせることが重要と思われる。

またこの体系では、生活施設入所者が、作業施設や地域利用施設を利用することが可能となる等、それぞれの施設利用者の相互乗り入れが柔軟にできることを前提としている。

以上からこのモデルの最も大きな特徴は、一施設が身障者の生活を全面的に囲い込まないこと、つまり施設で生活している場合でも、地域サービスを連続して利用できること、また一方では地域生活者も、施設からの在宅支援サービスを受けられることを目的としている。

## 3. 障害者福祉施設の運営と処遇をめぐる改革の方向性

### (1)施設ケアサービスの質の向上

#### —サービス基準・評価とそのオープン化

これまで述べてきたように身障施設体系を整備していく前提として個々の施設が、それぞれの機能にみあう適切なサービスを実施しているかどうかが重要な鍵になってくる。例えば生活施設である療護施設については、入所者の安定した生活の場として、適切なサービスを提供しているかが、施設体系全体のシステムが有効に機能する必要条件となるのである。



そのために、各施設毎に提供するサービスの基準、および適切なサービスが提供されているかについての客観的な評価方法として施設ケアの基準及びその評価が必要となってくる。

今日リハビリテーションの目的は、「障害者のADLの自立」から「障害者の生活の質の向上」をめざすものになっている。ADLの自立が具体的な見えやすい基準であるのと比較して、生活の質の向上はきわめて主観的な評価となりやすく、このことが一層各施設ケアの基準や評価のあり方を難しくしている。しかし一方で具体的なケア基準やその評価項目をもたないことは、各施設の処遇水準の低下をまねきかねない。

現状では、各施設毎の最低設置基準が一つのケア基準となっており、それを遵守することで一定の水準を確保していると理解している場合が多い。しかし身障施設の設備及び運営基準は、いずれも昭和30年代～50年代に規定されたものであり、ノーマライゼーションの理念を具体化すべき、今後の施設のあり方の基準としてはあまりに問題が多い。またこれらの基準は、施設設置・運営をする際に、あくまで最低限で守るべき基準であり、より質の高いサービス提供をめざすことが必要となってくる。

これとは別にこの10年間に、入所施設を中心に障害者施設のサービス評価基準として、いくつかのチェックリストが提示されている<sup>(20)</sup>。また老人福祉施設では、1993年より「特別養護老人ホーム・老人保健施設サービス評価事業」が実施されており、チェックリストに基づく第三者評価が開始されている<sup>(21)</sup>。いずれのチェッ

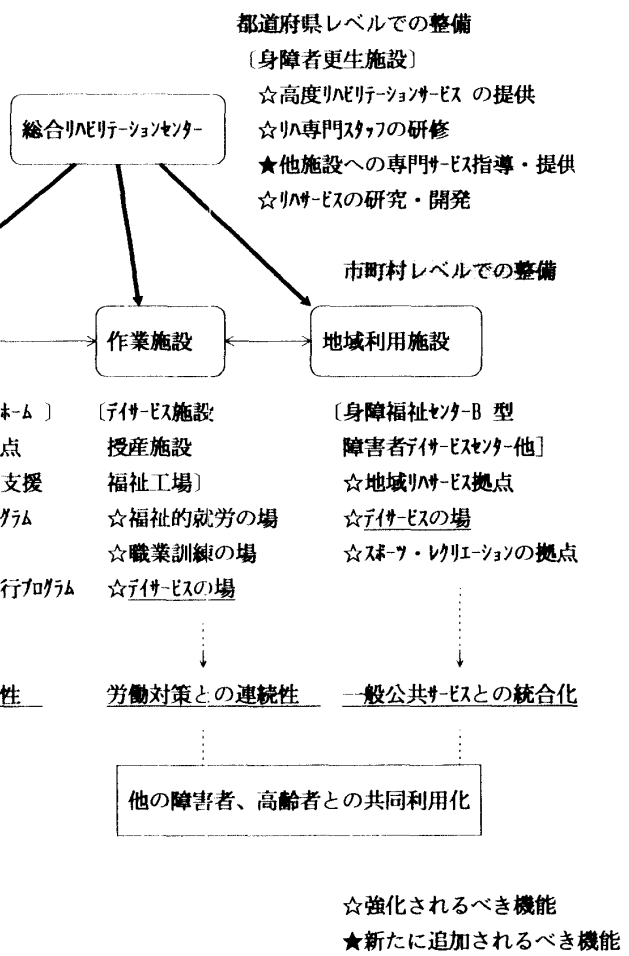


図1 機能別にみた身体障害者施設体系のモデル

クリストも、日本に先駆けて施設ケアの評価チェックが行われている欧米の評価基準の内容を参考にしながら、日本の現状に合わせたものとなっている。

これらの評価基準については、大きく2つの点で改善が必要と思われる。その一つは、サービス基準や具体的な評価項目設定の前提となる身障施設全体に共通となるべき施設ケアの理念とは何か十分に確認されていない点にある。

施設ケア基準の策定にあたっては、施設ケアの哲学というべき理念が共通基盤としてあることが前提となる。例えば、英国SSIの施設ケア基準では、施設ケアの質に直接かわる価値として、①プライバシー、②尊厳、③独立、④選択、⑤権利、⑥自己実現をあげ、これらの価値の尊重の下に、具体的な評価項目を設定している<sup>(22)</sup>。

日本の現在の施設ケアチェックリストは、い

ずれもその背景にある施設ケアの理念が不鮮明であり、全体の合意につながっていない。施設ケアの基準および評価項目の策定にむけて、利用者も含めて、施設ケアの基本理念とは何かについての合意形成から始めることが、施設の処遇面での改革の出発点となるであろう。

第二の改善点は、評価基準の大部分が施設の自己評価として実施されており、評価結果は公開されることがほとんどの場合ないことにある。評価基準は、特にその施設を利用する当事者や家族、また一般住民に対して公開されることにこそ意味をもつものである。また老人福祉施設で実施されている第三者評価の場合、評価委員は、医師や看護婦、介護福祉士、施設関係者等といった専門職集団から成っているが、ここに当事者やその家族といった利用者代表を加えることが、施設サービスの評価にとっては必要不可欠な条件と思われる。

## (2)施設利用者の権利擁護のあり方

施設種ごとに提供すべきケア基準を明示していくことと同時に、そのケアを受ける施設利用者の権利擁護のあり方についても検討していく必要がある。

日野療護園入居者である徳木氏は「施設利用者にとっては、入居の結果どういサービスが提供され、どうい権利が保障されるのが最大の関心事だが、同時に施設入所により失われるものをいかに少なくするののかという問題も見過ごせない。」としている<sup>(23)</sup>。このことは、施設入所者が、施設での生活保障と引換えに、市民としての権利のいくつつかを失ってしまっている実態を表している。具体的な例として外出の制限を徳木氏はあげているが、安全や保護という目的のために、居住者の市民としての権利を奪っている事例は多い。施設利用者は、入所者として適切なサービスを受ける権利とともに、一般市民としての権利も当然のこととして、保障されるべきである。

このような利用者の権利が保障されるために、様々な手段が講じられる必要がある。まず第一

には、サービス基準のところで述べたように、施設ケアの理念を全職員、全利用者が確認しておく必要がある。知的障害者の授産施設である「北の杜舎」では、「入居者と係わる職員の倫理及び行動基準」とともに、「入居者及び保護者の基本的権利と義務」を策定し、これを公開しているが、職員と利用者間で保障されるべき権利と義務を確認するために、このような実践が他の施設でも行われていくべきであろう<sup>(24)</sup>。

入居者の権利侵害としては、外出制限にみられるように、施設管理の立場からあまりに入居者の自由権に制限を設けすぎているところにも要因がある。これまでの施設では自由を拘束して安全を守るとい管理があたり前のように行われてきたが、入居者の安全とその管理のあり方について、入居者の義務という観点を含めて、新たな方策が問われているのではないだろうか。また権利が侵害された状況を仮定して、保護的手段を講じることも重要である。施設外に利用者の権利擁護機関、例えば施設オンブズマンを配置する等の試みがいくつかの療護施設で実践され始めていることは注目に値する<sup>(25)</sup>。

また次第に療護施設を中心に、利用者の自治会が結成されているが、施設内に当事者組織が生まれていくことも、権利擁護の点から望ましい。最近、療護施設の各自治会が施設間でネットワークを形成したが、この組織が新しい情報ネットワーク等を利用して、他の施設の状況をいち早くキャッチできるようになれば、当事者の権利擁護機関として有効に機能する可能性を秘めている<sup>(26)</sup>。

入居者の権利保障の手段については、あらゆる方策が講ぜられるべきであり、入居者は権利侵害を受けた場合、それを訴えることのできる権利擁護のルートを複数持っていることが望ましい。その意味で、最近実践されつつある幾つかの試みの広がり支援していく必要がある。

## (3)施設運営への当事者参加－施設利用者のエンパワーメント

先に述べたように、身障施設は、入所施設を

中心にその多くが民営施設であり、一つの社会福祉法人が一つの施設を経営している場合が多く、その運営方針に格差が生じやすいことも事実である。例えば療護施設をみても、全個室制を導入したり、自治会組織やオンブズマン制度をもつ施設がある一方で、現在でも5人部屋以上が主体の施設も少なくない。施設を運営する社会福祉法人を中心に、その運営主体についても改革をすすめていく必要性がある。

障害者福祉分野では、1980年代以降、障害当事者による自立生活運動が一つの潮流となっている。この運動が今までの障害者運動と大きく異なる点は、当事者が介助サービスやピアカウンセリング等、自分たちで管理・運営するサービスを提供していることにある。リハビリテーション医療の患者からサービス消費者へ、そしてサービス運営・管理者へという、当事者運動の流れを、施設福祉の中にとり入れることができないものであろうか。

最近、いくつかの自立生活運動団体が、社会福祉法人格をとり、施設運営に乗り出している。これらの大部分の法人では、理事長や理事職に障害当事者が就任している。当事者が運営サイドにおいて発言権をもつようになれば、今後の施設のあり方に対して大きなインパクトを与えることになり、福祉施設にとって活性剤となりうる。しかしながら、現状の社会福祉法人格を障害者団体が取得するには、基本財産や人材等の点できわめて困難な道を経ねばならない。その結果障害者団体が、法人格取得のための募金活動や収益事業に忙殺されて、本来の当事者活動のエネルギーを失ってしまうケースも少なくない。現状の社会福祉法人についての様々な規制を緩和し、より柔軟なあり方について検討し直すことによって、当事者組織が容易に運営サイドに成りうる方策を探る必要がある。

#### (4)施設と地域社会との関係

当事者組織の運営への参加と同様に、施設が存在している地域住民の施設運営への参加が、一層進められる必要がある。

1970年代以降、社会福祉施設が整備計画に基づいて急増するのと時期を同じくして、新たに施設が開設される際に、その周辺住民から、苦情の申立てを受ける機会が多くなり、その中のいくつかは強力な施設反対運動へと発展していった経過がある。筆者はかつて、これらの「施設＝地域コンフリクト」について、それが施設と地域住民の共生を可能とする、新しい福祉コミュニティ形成への契機になりうる事態として論じた<sup>(27)</sup>。

住民の施設反対運動が反対運動のまま収束していった事例と、新しい施設＝地域関係を形成した事例とを比較すると、施設運営に継続的に地域住民の声を反映させるシステムを導入したか否かに相違点があるように思われる。コンフリクトを経て、法人の理事として反対していた住民代表を入れる、または評議員会を設置し、評議員として住民代表を入れる等にみられるように、運営組織内に住民代表を入れている施設も多い。こういった法人の運営サイドに、直接地域住民の声を反映させていくことも、施設と地域社会の連続性を緊密にしていく上で重要な点であろう。ただしこれらの試みは、名目的に住民代表を理事や評議員として配置するだけでは意味をもたない。そこに活発な理事会、評議員会活動があってこそ、始めて住民代表の意見が生かされることはいうまでもない。

また具体的に施設内に住民との共同利用スペースを設置したり、住民ボランティアを積極的に導入している施設では、その調整のために地域住民との定期的な会議を開いて、住民と直接サービスを提供する職員、居住者代表との交流を行っているところもある<sup>(28)</sup>。

入所施設の場合、未だ周辺のコミュニティとほとんど関係をもたずに、施設が一つの社会として閉鎖的に運営されているところも多い。施設居住者が、地域社会の一員としての生活を入所後も保障されるためにも、また施設が地域住民に対して在宅福祉サービスを提供する拠点として有効に機能するためにも、より強力な施設運営の社会化を図り、地域に対して開かれた施

設運営、施設処遇を行っていくことが、一層求められているのではないだろうか。

おわりに

以上身体障害者施設を中心に、現状の施設の抱える問題点とその改革の方向性について検討してきた。

本文でも述べたように、障害者施設改革のもっとも重要な点は、障害種別施設から機能別施設への体系の再編成を図っていくことにあると思われる。本論では身障施設に絞って論を進めてきたが、今後は他の障害児者施設や老人福祉施設を含めた総合的な施設体系を追究していく必要がある。

また施設運営面での改革の方向性については、現状の社会福祉法人の実態をより詳細に分析した上で、具体的な改革案を示すことが求められている。

コミュニティケアの拠点としての社会福祉施設は、利用者、地域住民、実施主体等の協同体であり、地域に開かれたシステムとして存在していかなければならない。それをめざすことによって、施設は地域社会にとってかかせないもの—インフラストラクチャー（生活環境基盤）となっていくのではないだろうか。

## 注・引用文献

- (1) 中西正司「当事者主体の福祉サービスの構築」鉄道弘済会『社会福祉研究』第57号, 1993, p52  
において、中西は「施設はどれほどに改善しても施設である。施設と保護・管理は切り離せないものであり、それは自己決定、自己選択によって主体的に生きる自立生活とは相反する原理で動くものである」として、施設解体を主張している。その他に、河東田博も『スウェーデンの知的障害者とノーマライゼーション』（現代書館, 1992年）において、施設解体論の立場で論を進めている。
- (2) 小林繁市「入所施設に代わってグループホームを障害者福祉の主流に」鉄道弘済会『社会福祉研究』第62号, 1995, p62-64.
- (3) 小國英夫「新しい福祉施設の創造」鉄道弘済会『社会福祉研究』第62号, 1995, p28.
- (4) 『体の不自由な人びとの福祉』（財）テクノエイド協会発行, 1994, p42.
- (5) 障害者施設の歴史的な経過については、以下の論文を参考にした。高橋憲二「障害者施設の発展過程と体系的整備の方向」全国障害者問題研究会『障害者問題研究』vol.22-3, 1994.
- (6) 統計資料については、厚生大臣官房統計情報部編『社会福祉施設等調査報告』より作成したものである。
- (7) 前掲(4) p140.
- (8) 肢体不自由者更生施設, 視覚障害者更生施設, 聴覚・言語障害者更生施設, 内部障害者更生施設, 重度身体障害者更生援護施設の5種類。
- (9) 前掲(4) p116.
- (10) 「リハビリテーションセンター」京極高宣監修『現代福祉学レキシコン』雄山閣, p409.
- (11) 前掲(1)
- (12) ジリアン・ワーグナー著, 山縣文治監訳『社会福祉施設のとるべき道』雄山閣, 1992.
- (13) 前掲(6)
- (14) 徳木とも子「これからの施設利用者」鉄道弘済会『社会福祉研究』第62号, 1995, p61.
- (15) 「精神薄弱者自活訓練事業」（昭和63年児障通知）は、精神薄弱者施設において、入所者に一定期間、地域での自立生活に必要な基本的生活の知識・技術を集中して、個別指導するプログラム事業。「精神薄弱者社会自立促進モデル事業」（昭和62年児発719）は、職場に定着できなかった精神薄弱者を入所施設に一時的に受け入れて、再就労に必要な指導・訓練を行う事業。
- (16) 平成3年社会局長通知。
- (17) 全国療護施設生活調査委員会『施設生活と環境についてのアンケート集計報告』1993.
- (18) 全国社会福祉協議会編『授産施設制度改革 Q&A』1992.
- (19) 東京都福祉局『ノーマライゼーション推進東京プラン』1992, p8.
- (20) 主なものとして、『老人ホームの処遇方針』『重症心身障害児施設評価チェックリスト』等がある。

る。

- (21) 厚生省老人保健福祉局監修『特別養護老人ホーム・老人保健施設のサービス評価基準』1995.
- (22) 松井二郎「施設ケアの基準に関する最近の動向」全国障害者問題研究会『障害者問題研究』vol.22-3, 1994, p53.
- (23) 前掲(14)
- (24) 横井寿之「個室化に至る施設づくりの実践について」鉄道弘済会『社会福祉研究』第60号, 1994, p90-91及び「知的障害をもつ人達の授産施設剣北の杜舎, 施設パンフレット」1993.
- (25) わかこま・自立生活情報室編「人権擁護関係資料集1, 2」1993.
- (26) 李 幸広「療護施設自治会全国ネットワーク遂に結成」『身体療護施設自治会ネットワークNo.2』1993.
- (27) 拙稿『社会福祉施設－地域社会関係の新しい視点(その2)』日本社会事業大学研究所年報 No.28, 1992, p215.