

2003.8.26

厚生労働省「障害者（児）の地域生活支援の在り方に関する検討会」

社会福祉法人旭川荘・川崎医療福祉大学
末光 茂

1. はじめに
2. 北欧・英国・アメリカでの「脱施設化」の地域差
3. 「知的障害病院」としての特徴
4. ニューヨーク州での「脱施設化」の報告
5. 脱施設化＝施設閉鎖ではない（カスティラーニの主張）
6. ニューヨーク州の成功の要因
7. 保健・医療の確保の重要性と対応
8. グループホームの問題点
9. 「生活支援プログラム」について
10. まとめ

【参考資料】

- (1) 中園康夫、末光茂（監訳）「脱施設化と地域生活—北欧・英国・米国における比較研究—」相川書房、2000年
- (2) 中園康夫、末光茂「障害をもつ人にとっての生活の質—モデル・調査研究および実践—」相川書房、2002年

私の役割(本日の)

1. 「脱施設化」と「地域生活」に関するアメリカを中心とする歴史と現状報告
2. 「検証」としていくつかの側面を報告



「脱施設化と地域生活」の特徴

1. 副題「北欧・英国・米国における比較研究」
2. 「理念と実証的研究」
3. 各国のなかの先駆的リーダー的報告
4. 1996年時点のもの

北欧4ヶ国の「脱施設化」

ノルウェー	(人口440万人)	「脱施設化」完了
スウェーデン	(885万人)	
デンマーク	(529万人)	要医療と強度行動障害者限定
フィンランド	(513万人)	中央施設の新設ストップ

—イギリスの国内格差—

ウェールズ > イングランド >
スコットランド > アイルランド

アメリカ合衆国

人口: 2億8,000万人(日本の2倍)

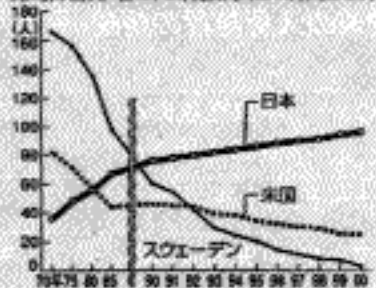
面積: 936万km²(日本の25倍)

50州と1特別区

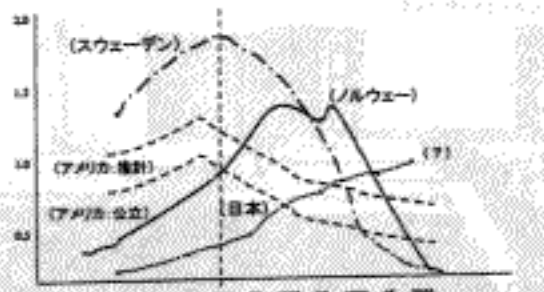
—アメリカの制度—

- 1964年「公民権法」
- 1973年「リハビリテーション法」
(自立生活Independent Living, IL運動)
- 1975年「発達障害者援助・権利法」
- 1978年「発達障害法」(DD Act)
- 1990年「障害をもつアメリカ人法」(ADA法)

知的障害児・者の入所者数(人口10万人あたりの)



(85年まではジム・マンセル/アント・エリクソン編「施設退化と地域生活—英国・北欧・米国における比較研究」(若川善房)のグラフからの複製。90年以降と日本分は、愛知県コロニー発達障害研究所が作成)



スウェーデン、ノルウェーと日本の知的障害入所施設の人口割り定床の推移(人口1,000人あたり)



米国の知的障害大施設—ワシントン州—ワシントン州のワシントン郡より、現在は、ノーザンウェスト州に移転するために閉鎖された施設。

欧米と日本の知的障害施設

欧米	日本
「病院法」	「知的障害福祉法」「児童福祉法」
医師・看護師中心	保育士・指導員中心 (嘱託医程度)
大規模・マンモス施設	小・中規模施設



ニューヨーク州内の格差

州北部(田園地帯):グループホームや地域プログラムを歓迎し、州主導

ニューヨーク市:関心薄い、いったん反対運動が起こると複雑に。政治的影響力が弱い、民間主導

ニューヨーク州における施設閉鎖成功の条件

1. 地域施設の建設(反対運動も)
2. 居住者の移転(親の理解とともに)
3. 州議員の転職先の確保
(職員雇用対策室→職員配置換え援助プログラム)
4. 地域内の保健・医療サービス体制の確立
(OMRDDがミニ病院経営も)
5. 施設の転用問題
(地元へ相当額の州資金の支出が見込まれること)
6. その他(政策間の統合、縦割り行政間の調整、議員等の政治的圧力や危機管理等)

(カステラニ、第3章)

—文化・制度の違いの一例—

1. 代替家族
(フォスター・ファミリー)
2. 制度・財政の違い

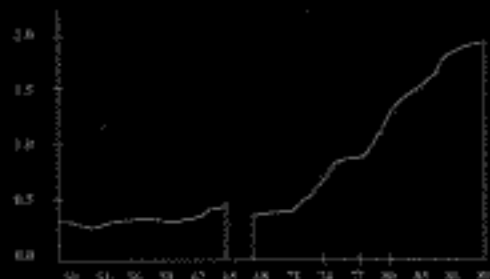
—グループホームは「ミニ施設」か—

1. イギリスでの調査:むしろサービス低下も
2. ノルウェーの3つの課題
3. アメリカのグループホームでの「不審死」



真の「脱施設化」の結果としての
グループホームをめざして

施設職員数/ノルウェーの居住型施設における比率(1950~1997)



コネティカット州

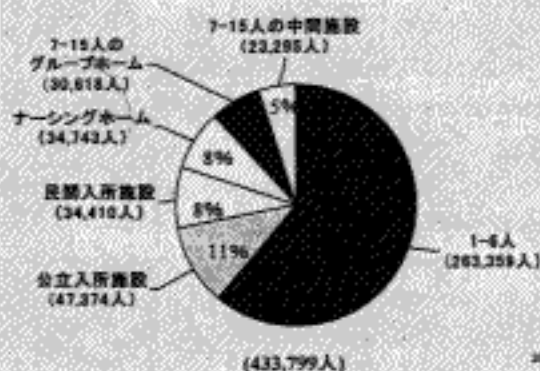
合計額	5.73	(5位)
施設サービス	1.59	(7位)
地域サービス	4.14	(9位)
	(ドル)	(全州)

—個人所得1,000ドル当たりの財政支出—

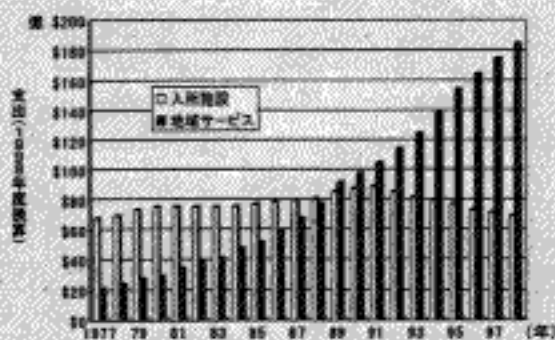
36例の不審死の原因

食物による窒息	13例 (40.6%)
肺炎	5例 (15.6%)
転倒	4例 (12.5%)
外出時の交通事故	3例 (9.4%)
腸閉塞	2例 (6.3%)
溺死	2例 (6.3%)

発達障害者のサービス内容別分布(2000年)



知的障害者サービスへの公費支出(全米 1977~1998)



—「脱施設化」は総合的戦略が必要—

歴史・文化・経済・政治、等

の総合的課題の上に

—アメリカのその後—

1. ニューヨーク州: 州立施設は縮小したが現存
2. テネシー州: アーリントン発達センター (存続中)
3. その他: 裁判にて係争中

—「生活支援」の基本—

1. 施設やプログラムよりも個人を基本に
2. 柔軟性のある支援やサービスを創造
3. 個人の選択
4. 地域社会とのつながり
5. 住まいと支援やサービスを分ける

—本人本位の計画—

1. Person-Centered Planning (アメリカ)
2. Active Support (イギリス)

—まとめ—

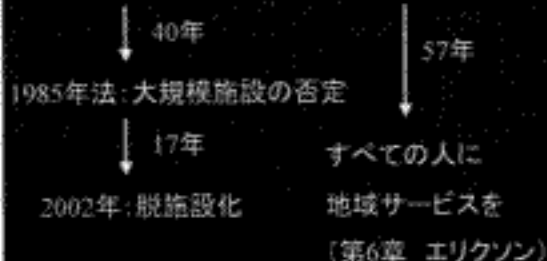
願いは「未完成」

1. ある人にとっては痛いほど遅い進歩
2. ある人にとっては破壊的なほど急激な動きと、映るであろう

(J.W. オブライエン「障害者・家族・専門家の共働」慶応義塾大学出版会)

スウェーデンの「脱施設化」

1946年：ノーマリゼーション原理

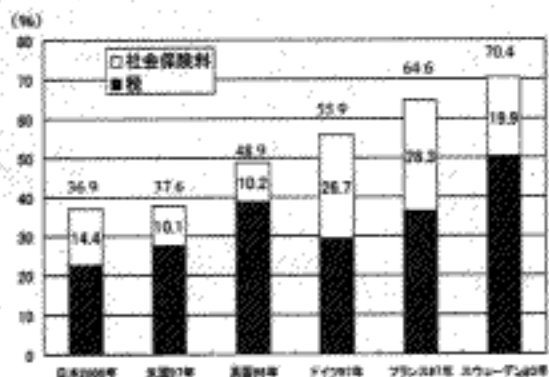


知的障害者への財政支出状況 (アメリカ)

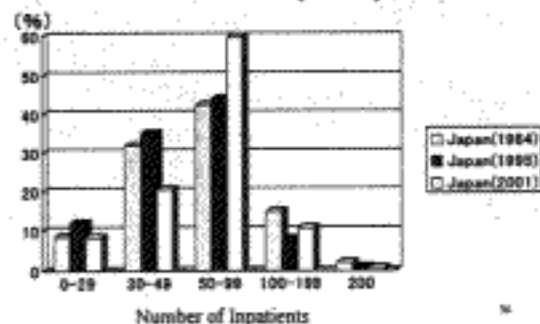
	合計 (ドル)	施設サービス (ドル)	地域サービス (ドル)
'77	2.26	1.69	0.57
	↓	↓	↓
'98	3.69	1.03	2.66

(個人所得1,000ドル当たりの財政支出)

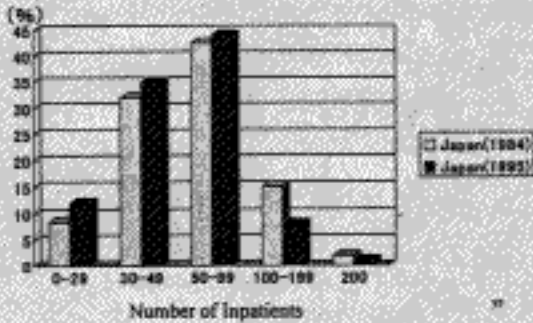
国民負担率の国際比較(国民所得比)



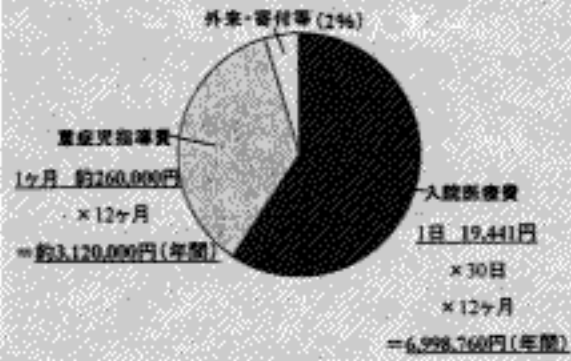
Changing Panorama of Facilities for Persons with Intellectual Handicap in Japan



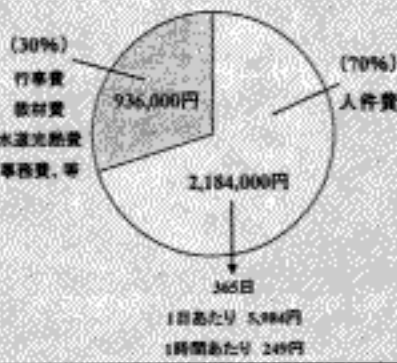
Changing Panorama of Facilities for Persons with Intellectual Handicap in Japan



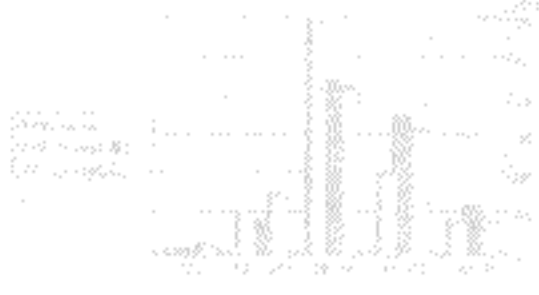
重症児施設の収入内訳



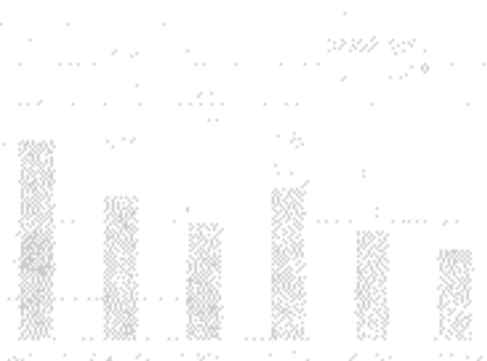
重症児指導費内訳



重症児施設の収入内訳



重症児指導費内訳



「脱施設化」と「第三者評価」に備える

社会福祉法人旭川荘 副理事長 末光 茂 氏

▼…入所施設の真価が問われている今、私たちには重症心身障害児者の真の幸せを見極めていく必要があるのではないのでしょうか。今号では、障害児者の制度改革が進む中で焦点となっている「脱施設化」と「第三者評価」について、本会理事でもある末光先生にご説明いただきました。

I. はじめに

「新障害者基本計画」と「新障害者プラン」策定や「支援費制度」の導入等、国レベルでの制度改革が進んでいます。それに連動する形で、「脱施設化」や「第三者評価」が各方面で話題になっています。

時あたかも宮城県福祉事業団は知的障害入所施設「宮城県船形コロニー」(定員485人)を10年までに解体すると宣言し注目を集めました。それらの動向と基本的理念について一緒に考えてみましょう。

II. 「脱施設化」への提言

昨年12月24日に「新障害者基本計画」(03~12年度)が発表され(表1)、それを受けて「新障害者プラン」の中で当面5年間の整備目標(表2)も示されました。それに対して入所施設の閉鎖、縮小が十分に謳われていないという指摘とともに、地域生活を支える受け皿としてのグループホーム等をもっと早急に充実すべきだとする声が高まっています。

表2

〈新障害者プランの目標値〉2003年度~2007年度まで

- *在宅サービス
 - ホームヘルパー6万人(4万5千人)
 - ショートステイ5,600人分(4,500人分)
 - デイサービスセンター1,600ヶ所(1,000ヶ所)
 - 障害児通園事業 11,000人
 - 重症心身障害児(者)通園事業 280ヶ所
 - 精神障害者地域生活支援センター470ヶ所
(人口30万人あたり2ヶ所)
- *住まい・働く場
 - グループホーム・福祉ホーム3万5,600人(2万人)
 - 通所授産施設7万3,700人(6万2,800人)
- *その他
 - 10年で精神障害者約7万2千人の退院・社会復帰
 - 05年までにノンストップバスの路線バス導入約10%
 - 雇用障害者数を08年度に60万人に

* ()内は現行プラン(96~02年度)目標値

表1

〈新障害者基本計画の概要〉2003年度~2012年度まで

【考え方】だれもが人格と個性を尊重して支えあう共生社会の実現

【4つの視点】

- ・社会のバリアフリー化の推進
- ・利用者本位の支援
- ・障害の特性を踏まえた施策の展開
- ・総合的かつ効果的な施策の推進

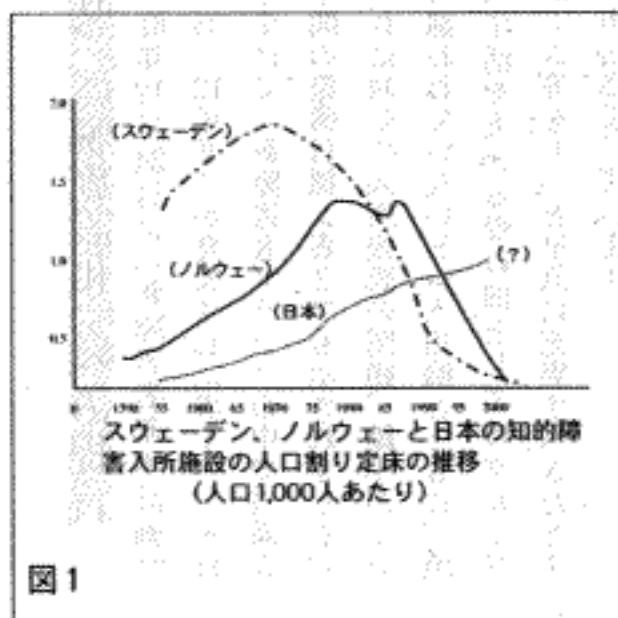
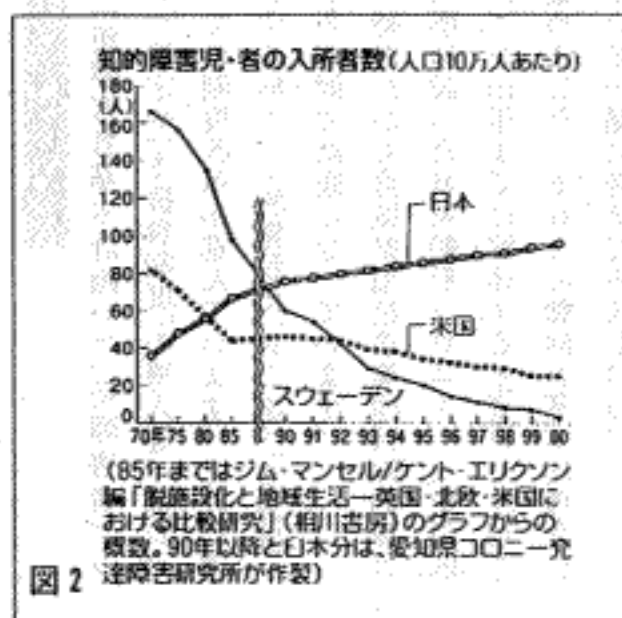
【新規・重点施策の例】

- ・入所施設は限定し、小規模化、個室化を進める
- ・障害者が障害者政策決定過程にかかわる
- ・精神障害者を法定雇用率対象とすることを検討
- ・IT(情報技術)を活用した雇用の促進
- ・学習障害、多動性障害などへの教育支援
- ・うつ対策など自殺予防

朝日新聞は、12月25日わが国の知的障害入所施設の推移が、欧米福祉先進国のそれに逆行しているとの論調で、図1を紹介しました。¹⁾ 小沢温編「よくわかる障害者福祉」の「脱施設化」を解説した章でも、同様の図が用いられています。²⁾

私は、まず欧米福祉先進国での知的障害施設の整備状況の歴史を、もう少し過去にさかのぼって理解し直す必要があると主張しています。それが図2です。³⁾ 欧米の国々は1950年代から1970年代にかけて、急速に入所施設の整備を進めた後、ノーマライゼーション理念を背景に縮小、閉鎖へと方向転換をしました。そして現在はわが国よりも相対的に少ない状態に、あるいはゼロに近い段階に至る歴史的経緯をたどったわけです。

社会的な存在にはおのずと「盛衰」、つまり成長する時期と衰退するサイクルがあります。この図2を見ると、知的障害入所施設についても同様だということが判ります。その観点からすると、日本は欧米先進



国の後追いをしていると見ることができません。「逆行」と考える必要はないのかもされません。

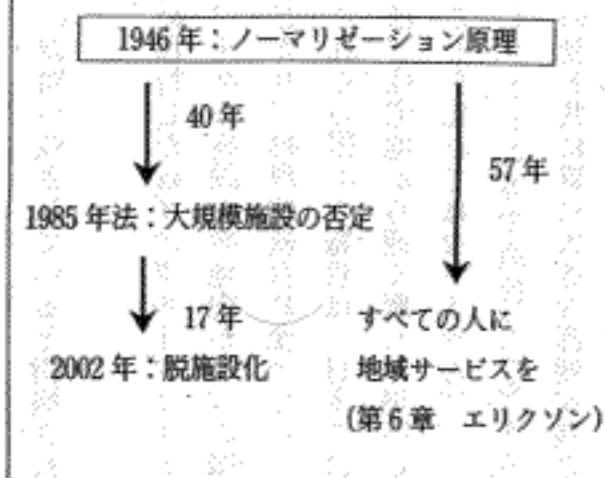
1. 北欧諸国での「脱施設化」の歩み

知的障害領域での「脱施設化」を最も早く、国レベルで完了させたのが北欧です。スウェーデンでの「脱施設化」の経緯は、「両親の集い」55号でも紹介してきましたが、もうすこし詳しく振り返ってみます。

⁴⁾ スウェーデンは1946年に全世界に先駆けてノーマライゼーション理念を提唱したあとも、25年間入所施設を増やしつづけて、1970年にピークに達しています。その後、減少に転じたわけですが、15年後の「1985年法」制定によって、はじめて「大規模施設閉鎖」が明文化されています。それでも、この法律制定後15年たった2000年になって、ようやく入所施設がゼロになったわけです。ノーマライゼーション理念提唱後55年かかったこととなります。それが人口わずか885万人の小国での

表3

スウェーデンの「脱施設化」



実態です。理想の実現には年月が必要というところでもありません(表3)。³³⁾
 このようにスウェーデンは、ノーマライゼーション理念の提唱後も大規模施設を増やし続けたあと、徐々に縮小をすすめる、さらに法律によって閉鎖を決定した後により早く、すべての知的障害入所施設閉鎖を完了しています。

それに対し、ノルウェーはスウェーデンよりも少し遅れて施設整備をすすめたあと、「脱施設化」についてもそのあとを追う形

で対応を進め、1995年、つまりスウェーデンの2000年よりも5年早くすべての知的障害入所施設の閉鎖を完了しています。それはノルウェーが人口440万人で、スウェーデンの半分以下ということと、施設規模がもともとスウェーデンのそれより小規模だったこと等が影響しています。それに、スウェーデンがピーク時に人口1、000人あたり1.8人分の知的障害入所者数に達していたのに対して、ノルウェーは1.3人とどまっていたことも大きく関わっていると考えられます(日本は今現在1.0人前後です)。³⁴⁾
 では、他の北欧諸国も同じ道筋を辿ったかという点、必ずしもそうではありません。スウェーデンと共にノーマライゼーション理念の発祥の地であるデンマークでは、かつての中央施設が人口529万人の国内11ヶ所に配置されていた訳ですが(その他に地方小規模施設として29ヶ所、約2、000人分が用意されていました)、多い時には1施設あたり400〜800人規模(平均534人)で

あったのを、順次小規模化し、現在100〜200人規模に縮小した所です。そこでは医療ニーズの高い人や強度行動障害等(わが国の寝たきり重症児や動く重症児に近い人々を含む)を中心とした人々のための限定利用になっています。

さらにフィンランドは新たな中央施設の新設を数年前によりやく中止し、徐々に施設規模の縮小・小規模化に取り組み始めたばかりです。³⁵⁾

このよう一口に北欧福祉先進国といっても、大きく「スウェーデン・ノルウェータイプ」と「デンマーク・フィンランドタイプ」の2つに分けられるという点を理解しておく必要があります。³⁶⁾

2. 「脱施設化」後の課題

では、「脱施設化」を完了した国々で、知的障害の方々はすべて満足した地域生活を送っているか、という点必ずしもそうではないようです。ノルウェーのトロンハイム大学のテッセプロト教授によると、大き

く3つの課題が残されていると指摘されています。

①地域に移行したはずのグループホームの半分が、元々の施設の敷地内か、その隣接地にとどまり、物理的統合に至っていない(特にこれらの国々の施設は、日本では考え難いほど住宅地から遠く離れた場所に位置することを忘れてはなりません)。

②グループホーム等で直接ケアをするスタッフの量と共に質に大きな課題が残されている(ノルウェーでは職員1.8人で知的障害者1人のケアにあたっており、日本の知的障害施設の5倍以上手厚い配置になっているにもかかわらず、スタッフが定着せず1年か2年でほとんどすべてが入れ替わるという状況にあります)。

③地域内に移行した人々に対して、地域住民の「心のバリア」が取り除かれていない。NIMBY現象(Not In My Back Yard)「私の裏庭に來ないでほしい」という差別意識が、福祉先進国でも根強く残っているということ。このことは障害者

の地域生活を実現する上で最も根幹に横たわる課題として、重く受け止める必要があると考えます。⁹¹⁾

さらに、脱施設化を完了したはずのスウェーデンでは、施設の再評価、見直しを進めているとの報告もあります。⁹²⁾

3. アメリカでの「脱施設化」

アメリカ合衆国は日本の約2倍の人口を有し、50州と1特別区で行政運営がなされています。ここでも州立の知的障害施設を次々と縮小閉鎖し、地域のグループホームへの移行を進めています。しかし50州の内10州、それも人口100万人前後の人口規模の小さい州で「脱施設化」が完了したにとどまっています。その他のほとんどの州は、まだまだ大規模施設の縮小に取り組みつつある段階です。

それも北欧諸国の一施設数百人規模ではなく、数千レベルといった超マンモス施設の「小規模化」に取り組んでいるのが現状です。ノーマライゼーション理念の北米

でのリーダー、ウォルフエンズベルガー氏が州立施設の非人間性を告発したスライド集の一枚を図3に示しました。広大な荒地の中にボツンと巨大な知的障害施設が建っている様子を示しています。このような超マンモス施設の縮小に力を注いでいるわけです。⁹³⁾

ところが中には州立施設の閉鎖を決めたにもかかわらず、その後の裁判で施設の運営継続を決定し直している州や、行政責任者の交代と地元存続運動を受けて閉鎖を撤回している州もあり、必ずしも順調に進んでいるとは言えない状況にあります。

その上、コネティカット州という全州でも知的障害者への財政支出(トータルの額が多いだけでなく、施設支援よりも在宅・地域支援のための財政支出に比重をかけている)が上位の州でも(表4)、この10年間に36人のグループホームでの不審死と思われる事例があったと地元紙が取り上げ、裁判を含む大きな社会問題に発展しています。その主な内容は表5の通りです。窒息、

図 3



米国の伝統的な巨大施設——ヴォルフエンズベルガー——建築のスライド集より。彼は、ノーマリゼーション原理を説明するために950枚近くのスライドを作成した。

表 4

コネティカット州

合計額	5.73 (5位)
施設サービス	1.59 (7位)
地域サービス	4.14 (9位)

(ドル) (全州中)

表 5

36例の不審死の主な原因

食物による窒息	13例 (40.6%)
肺炎	5例 (15.6%)
転倒	4例 (12.5%)
外出時の交通事故	3例 (9.4%)
腸閉塞	2例 (6.3%)
溺死	2例 (6.3%)

肺炎、事故等で占められています。ここでも職員の資質とともに、職員体制の不備が大きく指摘されています。⁹⁾

4. 欧米福祉先進国での「施設」の実態

今まで「知的障害入所施設」という同じ用語を使ってきましたが、ここでもう一度、欧米の知的障害入所施設とわが国のそれとは、その形態や利用者の実態そしてケアの内容が、歴史的に大きく異なっていたことを紹介しておきます。

欧米福祉先進国の（北欧もアメリカも）

かつての知的障害入所施設は、いわゆるわが国の病院形式のそれでした。医師が施設長をし、スタッフの中心は看護職でした。

いわゆる「精神薄弱病院」あるいは「知的障害病院」だった。（オーストラリアのそれは、精神科医と精神科看護師による「精神薄弱精神病院」でした）それらを日本語では「施設」と呼び慣わしてきたわけです。そこでのケアの中心は、当然のこととして

生活の質の向上よりも、むしろ生命の維持と安全と健康保持に重点が置かれていたことは、前述のノルウェーのテッセブロー教授の指摘を待つまでもありません。¹⁰⁾ それに対して日本の知的障害入所施設は、

児童指導員や保育士を中心とした福祉・教育専門職が、施設の運営責任とケアの中心に位置付けられ、「生活型施設」として運営されてきました。生活支援、教育指導が主目的でしたし、今日でもそうです。

医師が施設長であるのは、わが国の知的障害施設では例外中の例外です。つまり、

医療に欠ける、看護も十分でないという側面を、わが国の知的障害施設は本来的に抱えもっていたわけです。そのためもあって、昭和30年代後半に、いわゆる重症児がそれらの施設から排除される中、家庭介護の限界に直面し、一家心中等の悲惨な事態が多発し、社会問題に発展せざるをえなかったわけです。そこで国では昭和42年に、日本独自の「重症心身障害児施設」を児童福祉施設でありかつ病院という体制のもと法に認める施設としてスタートせざるを得なかったわけです。(欧米ではこれらの重症児も上述の「知的障害病院」で受け入れられていたわけです)。³⁾

また一施設の規模が、比較にならないほど異なっていました。北欧のそれは、前述したように200〜800人、平均して500人前後だったのに対して、アメリカは平均2,000人(最大は5,000人近い)規模の超マンモス施設が目白押しだったわけです。それに対し、わが国のそれは40〜50人規模が大半を占めています(図4)。規模だけ

を見ると、グループホームに今一步の小規模ないし中規模施設が多く、1980年代のノルウェーに近似しているといえます。そして規模の違いはおのずと質の違いをもたらしていた可能性が大きいともいえます。³⁾

さらにわが国でも、施設は住宅地よりやや辺鄙なところに設置されることが少なくありませんが、それとは桁違いに人里離れた、逆に言うところと自然豊かな広大な敷地内に建てられていたのが欧米の施設です(上述のウォルフエンズベルガーのスライドのよう)。従って、ノルウェーで「脱施設化」が完了したあとのグループホームの大半が、元の施設の敷地内か隣接地にとどまることの問題点が鮮明に浮かんできます。そしてその施設の整備状況は、図1と2でも示したように、70年代にピークに達していますが、その時には人口1,000人あたり1.3〜1.8人レベルに、どの国でも達しています(オランダは2.0人)。今から30年以上前には、知的障害の人々は今日とは比

較のしがたい程に寿命が短く、なかでも重度の人々は若くして死亡していました。したがって今日よりも人口あたりの知的障害者の人数は相対的に少なかった。そしてその主体は知的障害者の軽度・中度の人々で占められていたと考えねばなりません。

そのような中で日本の現在の1.3〜2.0倍の入所率だったということは、入所者の中で軽い知的障害の人々が相当数、いやむしろ大部分を占めていたと考えざるを得ません。それに対してわが国の知的障害入所施設の状態をみますと、重度・最重度の人が6割以上を占めており、中・軽度の人々は少なかったわけです(図5)。

これらのことを十分理解した上で、わが国の「脱施設化」をすすめる必要があると考えます。⁴⁾

5. 日本型の「脱施設化」

以上、欧米福祉先進国での知的障害施設の「脱施設化」の歩みとわが国との比較を紹介してきました。私は「脱施設化」その

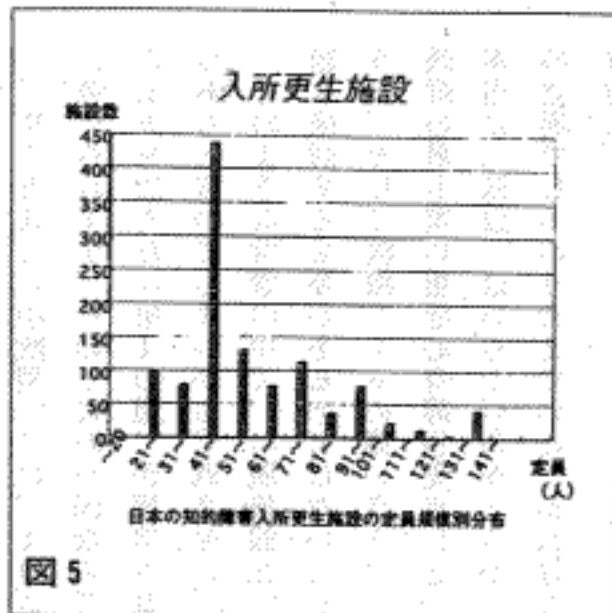


図 5

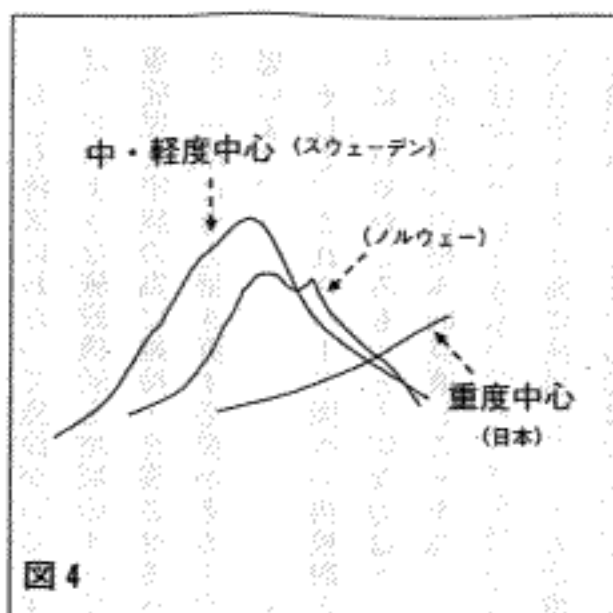


図 4

施設の状態と中味、そして利用者の様子を中心に上述してきましたが、医療福祉を支える経済的な体制面の違いにも思いをいたさねばなりません。図6のように北欧は租税方式による「高負担高福祉」をめざして「大きな政府」での運営がなされてきました。結果としての平等は保障されましたが、税負担の重さは我々日本人の想像を越えるものといえましょう。

アメリカは自己責任と自助努力を基本に「小さな政府」としてやってきました。そ

ものを否定するものではありません。むしろノーマライゼーション理念の具現化の一貫として、正面から進めるべき課題だと考えます。しかし、あるべき本質部分と現実の姿とを混合してはいけないのではないのでしょうか。歴史・文化・政治・経済・習慣等の異なる外の国々のそれを、そのまま「猿真似的」に導入することには慎重でなければなりません。日本にあったものを、そして私たちにとっては、重症児の本当の幸せを基本に考えるべきでしょう。

日本の現実はこちらの両極端とは異なりますし、今、めざそうとしている福祉社会も日本型のそれといえそうです。

つまり国民の税金に大きく依存する北欧や、個人の民間保険加入に頼るアメリカとは別の道です。むしろ「第3の道」としての共助・連帯を基本とする国民皆保険（「医療保険」や「介護保険」への全国民加入制度）に依拠するドイツ・オランダ・

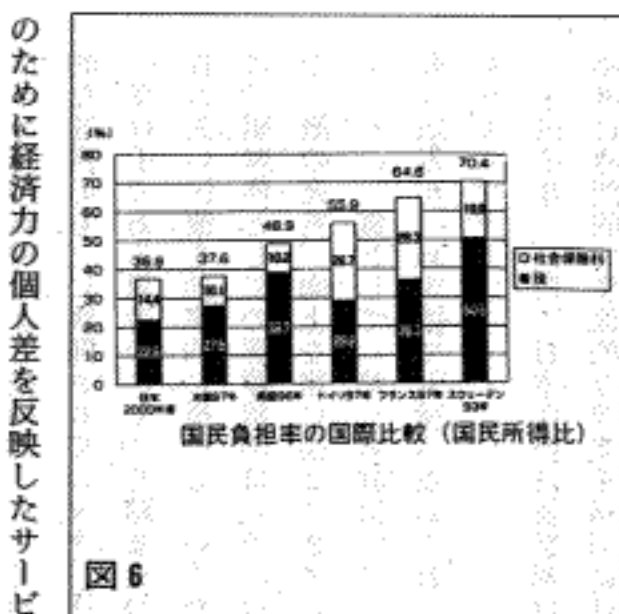


図 6

イギリス方式（「中欧型」）に、より近いと考えられます。その上にわが国ならではの工夫を加えた「第4の道」が模索されつつあると言ってもよいかもしれません。⁹⁾

そのような背景の中で、「脱施設化」問題も検討する必要があるのではないのでしょうか。そして医療ニーズの高いうえに、介護度の最も重い重症心身障害児者にとって、本当に「施設」はいらないのかどうか、親の立場でしっかり考えていただかねばなりません。

もしも将来にわたって施設がいるとすれば、どのような施設機能を地域のすべての重症児と家族の為に維持・充実させるべきか、一緒に考え築き直す必要があるように思います。

そして、これらハード面への再検討とともに、いやむしろもっと大切なのはケアのあり方への根本的見直しこそを急ぐべきではないでしょうか。ハンディを持つ人の欠点やマイナス面に注目して、その治療や改善のみに力を注ぐのではなく、どんなに

重い障害をもつていようと、その人ならではの長所・力・良さを見つけ、それらをエンパワメントするような支援の浸透をはからねばなりません。イギリスのActive Support（積極的支援）やアメリカのPerson-centered-Planning（本人中心の計画）に学び、根づかせたいと私は考えます。^{9) 10)}

現実の姿よりもあるべき本質部分に学ぶべきだと前述したのは、この点にあります。

III. 第三者評価

すべての国民が適切で質の高いサービスを安心して享受できる。そのことを医療福祉分野で、サービスを受ける立場の人々は当然のこととして、提供する立場からも切望する社会環境になってきています。

重症心身障害児の分野でも現場実践に対する信頼を一層ゆるぎないものとし、さらに学術的観点からも、そしてそれらが主観に頼るのではなく、第三者の中立的な人々による評価にも十分に耐えられるよう

なものとして整備し、問題点があればすみやかに改善を図る、そのようなシステム作りが進められようとしています。

すでに他の医療福祉分野では幾つか先駆的な取り組みがあります。参考にすべき点がありますので、その概要を少し紹介しておきます。

(1) 日本医療評価機構

病院をはじめとする医療機関が提供する医療サービスは、医師・看護師等をはじめ、様々な専門職種による技術的、そして組織的な連携のもとに展開されています。医療の受け手である患者のニーズを踏まえつつ、質の高い医療を効率的に提供していくために、組織体としての医療機関は、その役割の一層の充実、向上を常に図ってきています。その一貫として「第三者評価」による取り組みが、わが国でも積み重ねられつつあります。^{12) 13)}

平成7年、(財)日本医療評価機構は、高度に専門的で多面的な要素を適切に評価、

分析する目的のもとに設置され、平成9年から本格的に活動をつづけています。具体的には医療機関の機能の改善、向上を図り、地域住民の信頼を高めるために、特定の立場に偏することのない、中立的な立場で評価を行なうべく組織されています。基本的枠組と評価実施の大きな流れは、表6と表7の通りです。

この日本医療評価機構での実際の評価内容は表9に示したように、診療の質や看護の適切さ、そしてそれからの満足度等を重視してきました。そしてこれらの過去の実績の上に、あらたな改善努力をしています。新評価体系の領域をみると、特に患者の権利と安全の確保、療養環境と患者サービスに新たなウェイトが置かれていることが判ります(表8)。

(2)高齢者福祉分野等での「第三者評価」
福祉領域でも高齢者施設を中心に先駆的な取り組みが進められています。全国社会福祉協議会ではすでに特別養護老人ホーム、

老人保健福祉施設のサービス評価基準と在宅福祉サービス基準を作成しており、各地で活用されつつあります(表9)。神奈川県では、それらを活用した施設サービス評価システムを、図7のように構想し、これを基本としたサービス評価システムの検討を進めています。¹²⁾

また痴呆性高齢者のグループホームについても、「第三者評価」の取り組みが始まろうとしています。

これらに共通しているのは、社会福祉施設の最低基準や介護保険の指定基準と、同レベルの基準にとどまるのではなく、より良いサービス水準に誘導するための基準にすべきだとの考えに基づいた「第三者評価基準」づくりへの工夫です。

評価項目や評価細目ごとの評価、あるいは総合評価といった狭義の評価に留めるべきか、認定書の交付や「A・B・C」等の格付けといった「認定」まで行なうかなども、それぞれに検討されています。そして第三者評価機関の数が不足するこ

表6

病院機能評価の実施手順

- 受審申込みを評価機構へ
- 書面審査票(自己調査票)を提出
訪問審査日通知、評価料払込み
- 訪問審査(診療、看護、事務管理の各担当者)
結果の評価検討会
- 認定証発行と結果内容の報告
認定期間5年間

表8

現行評価体系と新評価体系の領域の比較

現行評価	新評価
1.病院の理念と組織基盤	1.病院組織の運営と地域における役割
2.地域ニーズの反映	2.患者の権利と安全の確保
3.診療の質の確保	3.療養環境と患者サービス
4.看護の適切な提供	4.診療の質の確保
5.患者の満足と安心	5.看護の適切な提供
6.病院運営管理の合理性	6.病院運営管理の合理性

表7

サービスの評価方法

名称	(財)日本医療機能評価機構
性格	民間型
設立	1995年7月
目的	医療施設の機能を学術的・中立的に評価するとともに、その結果明らかになった問題点の改善について助言し、相談に応じる。
対象	一般病院A、一般病院B、精神病院、長期療養施設(予定)
費用	有料
審査員	評価調査者が病院種別ごとにチームを組んで訪問審査に赴く。
審査員の資格条件	第三者評価(院長・看護部長・事務部長等の病院管理経験者。5日間の研修を終了)
審査	書面審査調査票及び訪問審査調査票に基づき実施
審査結果	認定証を発行。認定証の有無により病院のランク付けを行うものではなく、病院の諸問題の改善に取り組む意欲を高めるために発行
結果公表	認定証を発行した病院名が公表される
評価結果の有効期限	認定証の有効期間は5年間
評価結果の効果	具体的に何らかの制度等とのリンクは行われていない

表9

保健福祉関連サービスの評価方法

題 目	特別養護老人ホーム・老人保健施設 のサービス評価基準	在宅福祉サービス
報告等の時期	平成5年	平成7年10月
実施機関	(社福)全国社会福祉協議会	高齢者在宅福祉サービス評価事業評価 委員会(全社協)
目 的	特別養護老人ホーム・老人保健施設 のサービス水準について公平かつ 客観的な評価を行いサービス内容 の改善の方向等について助言し、施 設がそのサービス水準の向上を図 ることを支援する。	利用者のニーズに合った適切なサービ スの確保の観点から老人福祉法に基 き市町村自らが行う在宅福祉サービ スの水準の向上、効率化、適正化への取 組みを支援する。
評価対象	特別養護老人ホーム・老人保健施設	在宅福祉サービス(ホームヘルプサー ビス、デイサービス、ショートステイ)
評価方法	第三者評価	第三者評価
評価者	特別養護老人ホーム・老人保健施設 サービス評価委員会委員	サービス評価委員会(保健・医療・福祉 関係者20~30名)
評価療域	1.日常生活援助サービス 食事、入浴、排泄等 2.専門的サービス 看護、介護、リハビリ 3.その他のサービス 入退所、在宅支援 4.地域連携 協力医療機関、地域福祉等 5.施設整備環境 施設整備、施設内環境衛生 6.運営管理 職員教育、研修、記録等	1.サービス提供の様式 2.サービス内容 3.サービス提供体制 4.事業管理、運営 5.地域全体のサービス提供体制
評価レベル	点数制ではない。Bが標準。今後の サービス改善の参考にする。	各評価項目につき、「実施している」 「実施しているが不十分」「実施してい ない」と実施状況を評価する
参考資料	特別養護老人ホーム・老人保健施設 のサービス評価基準	「在宅福祉サービス評価基準」 「神奈川県評価事業マニュアル」

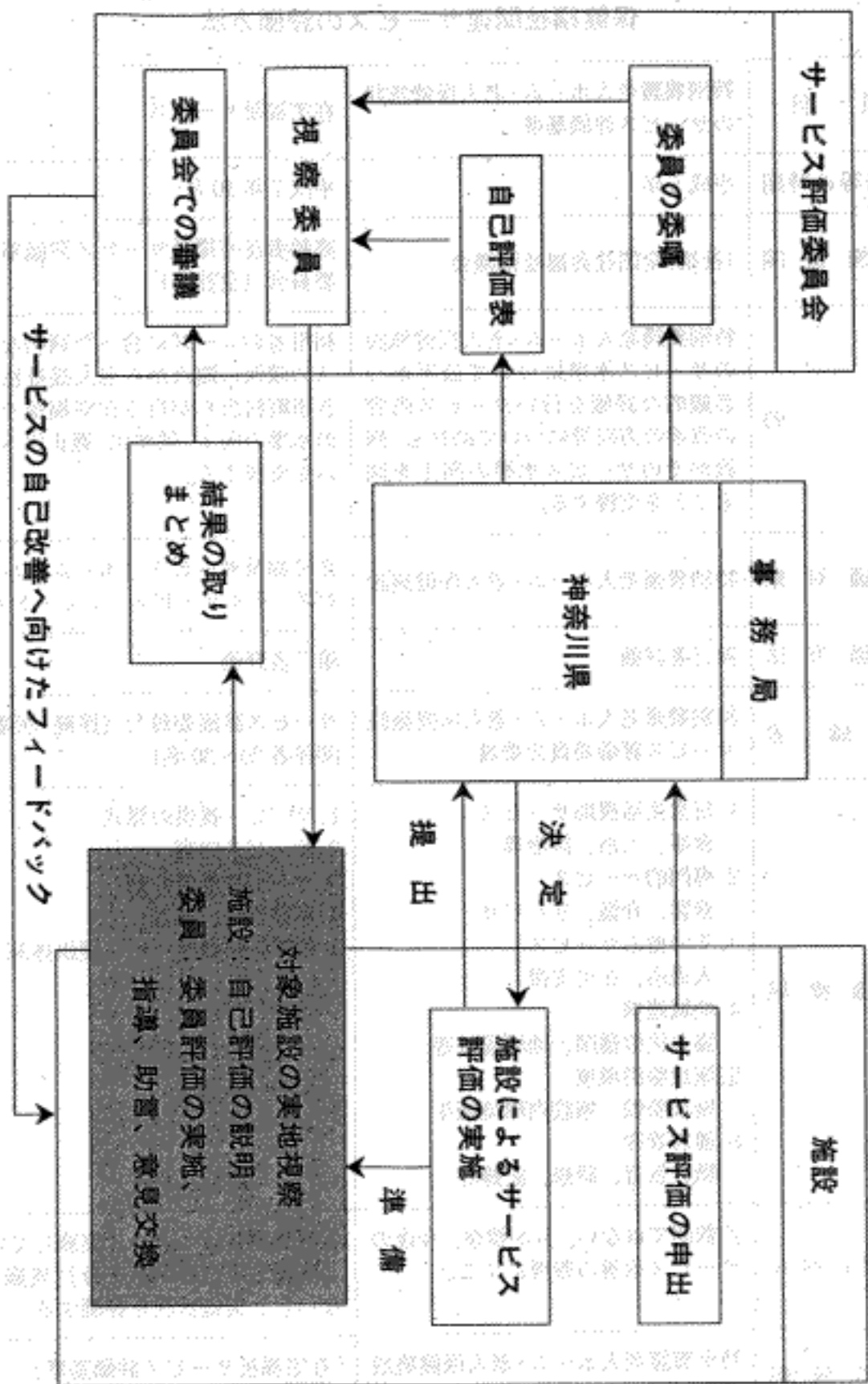


図7 施設サービス評価事業のプロセス

とのないように、要件を満たす第三者評価機関を国として育成することが必要だと指摘しています。なお福祉サービスを行う評価者は、評価基準に基づいて評価を行う「評価調査者」と、評価を元に最終的な評価機関の評価を下す合議体である「評価決定委員会」から構成されるシステムをとっています。その評価調査者は各評価機関に応じて評価を行うことから、それぞれに対応できる質の確保と研修体系が十分に定められるよう期待されています。

これらを背景に、平成10年11月厚生労働省は「福祉サービスの質に関する検討委員会」を設立し、同11年3月に報告書を取りまとめられています。そこで福祉サービスの第三者評価事業は、「事業者の提供するサービスの質を当事者（事業者及び利用者）以外の公正・中立な第三者機関が、専門的かつ客観的な立場から評価する事業」であるとされています。

第三者評価のポイントを整理すると

① 当事者（事業者及び利用者）以外の第

三者による評価であること

② 専門的かつ客観的な立場からの評価であること

この2点になります。

このような環境下で私たちは、他団体での「第三者評価」のシステムづくりや評価基準等を参考に、重症児施設に相応しいものを検討し、具体化していかねばなりません。

日本重症児福祉協会では、平成元年に障害者団体の中で最も早く独自の「施設評価チェックリスト」を、そして平成9年にその改定版と「自己点検べからず集」を作成、公表しました。それらを手がかりに各施設は、自主的に施設運営の改善努力を積み重ねてきたわけです。

そのような過去の実績の上に、新たな中立的立場での第三者評価機関が設置され、意思表示の困難な重症児とその家族に代わって施設運営やサービスの評価を実施し、その結果にもとづく改善、向上が一層図られる、そのような体系が構築されるよう期

待されています。

なによりも重症児の真の幸せを実現できるように、国民の理解と援助のもと、サービスを受ける立場で、安全、専門性、満足度、そして提供されるサービスへの批判などがマニュアル、ガイドライン、記録等を通じて評価され、それを手がかりに向上を図るとともに一定期間ごとに再評価を受ける、そのようなシステムづくりを実現したいものです。

(引用文献)

1. ジム・マンセル、ケント・エリクソン（中園康夫・末光茂監訳）、「脱施設化と地域生活―英国・北欧・米国における比較研究―」相川書房、2001年
2. 小沢温編「よくわかる障害福祉」ミネルヴァ書房、2003年
3. 末光茂「北欧での『脱施設化』の歴史と現状」川崎医療福祉大学、2001年
4. 末光茂「重症心身障害児（者）のライフサイクルに応じた援助について」両親

- の集い、第555号 P13-25、2002年
5. 末光茂「医療福祉学実践ノートI—重症児の医療福祉—」川崎医療福祉大学、2002年
6. 末光茂「医療福祉学実践ノートII—21世紀の医療福祉への視点—」川崎医療福祉大学、2002年
7. 小室豊充「ヨーロッパ老人福祉セミナー報告(1)(2)フィンランドとスウェーデン」未来経営、No114、No115、2002年
8. ウォルフエンズベルガー・スライド集(中園康夫「ノーマリゼーション原理の研究 欧米の理論と実践」海声社、1996年より引用)
9. 武田則昭・末光茂「米国の知的障害者対策、「脱施設化」の光と影」川崎医療福祉学会誌 vol12 No2 P413-420、2002年
10. 末光茂「高齢痴呆、精神障害、知的障害者のQOL面からみた地域評価に関する国際比較研究」川崎医療福祉大学、2003年)
11. S. Holburn & P. M. Vietze 「Person-Centered Planning Research, Practice, and Future Directions」2003年(相川書房より翻訳出版予定)
12. 日本医療機能評価機構「病院機能と医師の体制—病院と医師の関係に関する検討会—」日本医療機能評価機構、2002年
13. 日本医療機能評価機構「News Let.」No23、2002年
14. サービス評価検討委員会「平成9年度 サービス評価検討委員会報告書—評価制度の新たな創設に向けて—」神奈川福祉サービス振興会、1998年
15. 全国社会福祉協議会「サービスの質の向上をめざして—福祉サービス第三者評価事業Q&A—」全国社会福祉協議会、2002年