もくじ　CONTENTS

・「個性を輝かせる社会構築には」

茨城大学地域総合研究所客員研究員

茨城大学非常勤講師　有賀　絵理　…… 3

・資料Ⅰ　〈茨城県こども福祉医療センター新設関連資料〉　……13

(1)　こども福祉医療センター新施設の整備について（茨城県障害福祉課）

(2)　新施設「社会福祉法人愛正会」による事業計画の概要（愛正会）

(3)　こども福祉医療センター新施設の整備運営に関する基本協定書（案）

・資料Ⅱ　新いばらき障害者プラン（抜粋）　茨城県　……19

・公開シンポジウムの「大震災と防災茨城からの発信」のおしらせ　……38

編集後記……39

白ページ

「個性を輝かせる社会構築には」

茨城大学地域総合研究所客員研究員
茨城大学非常勤講師　有 賀　絵 理

1．はじめに

2012 年 2 月 5 日（日）、「第 2 回 障がい児・者の医療を考える会 シンポジウム」が一般社団法人 地方自治研究センターおよび茨城の地域医療を考える会によって開催された。現在の茨城県立こども福祉医療センターを、民間（社会福祉法人 愛生会）に委託することになったが、今以上に福祉・医療の充実した新施設が建設されることになった。そこで、新施設の利用者側の要望を、ハード・ソフトの両面から相互理解を目的としたシンポジウムが企画された。関係者や当事者はもちろんのこと、多くの地域住民も参集し、会場は熱気に包まれていた。関係者の皆様からの配慮で、筆者がシンポ基調講演者に依頼された事に感謝すると共に、講演資料に加筆して本文を作成した。

筆者は重度身体障がい者であり、特殊電動車いすを使用し生活している。そして、現在、茨城大学地域総合研究所で、バリアフリーやユニバーサルデザインを主に障がい者福祉を専門に研究する傍ら、茨城大学非常勤講師として講義をしている。今回のシンポジウムの主題である施設 茨城県立こども福祉医療センターは、幼い頃、リハビリテーションや内科、外科等でお世話になった病院である。また茨城県立こども福祉医療センターは、現在の病名ではないが最初に障がい名を診断してもらった病院でもある。当時、県内の障がい者の多くは、この茨城県立こども福祉医療センターで診療を受けていた。当時のことを懐かしく思い出しながら、一般社団法人 地方自治研究センターおよび茨城の地域医療を考える会の方々の話を伺った上で、今回の講演を引き受けさせていただいた。

障がい者とは何か。障がいとは何か。また障がい者が施設に入所する過程には、どのような背景があるのだろうか。昨今、『障がい』を “個性” と表現する人々もいる。その個性と付き合っていくためには、どんな社会条件構築が必要だろうか。施設関係者、入所・通所の利用者とその家族、住民、一人ひとりがそれぞれの立場で、今後の新施設の在り方に参画できるようなヒントを述べて見たい。そしてまた、近年、米国をはじめ北欧では脱施設策が進行している中で、日本社会に必要な「新施設」とは何かを、今までの研究成果と筆者の実体験・経験を踏まえて、研究者且つ車椅子ユーザーとしての目線から提言させていただいた。

２．バリアフリーとユニバーサルデザインと ノーマライゼーションの関係性

昨今、『バリアフリー』という言葉よりも『ユニバーサルデザイン』という言葉を多く耳にする。ユニバーサルデザインやバリアフリーという言葉は、小学校の授業等でも学ぶ時代であるため、ユニバーサルデザインやバリアフリーという言葉の社会的認知は拡がりつつある。しかし、現実の世の中には、まだまだバリアは存在している。

バリアフリーとユニバーサルデザインとの違いは、筆者の論文や講演等のなかで、何度も啓発してきた。しかしながら、ユニバーサルデザインとバリアフリーとの相異についての理解は進んでいない。現状は、まだまだユニバーサルデザインとバリアフリーという言葉だけが、それぞれに一人歩きをしている。

２－１　バリアフリー

バリアフリーとは、言葉の如く、バリア・障壁をフリー・自由にすること、障壁を取り除いた状態をいう。「バリアフリーデザイン」という報告書が出版された頃から、この言葉が一般的に使用されるようになってきた（国連障害者生活環境専門家会議、1974）。

『バリアフリー』という言葉・・・多くの人々は一言で“バリアフリー”と使っているが、バリアフリーとは４種類のバリアがフリーになった時、“バリアフリー”が実現するのである。４つのバリアとは、「障害者白書」（内閣府）の中で指摘される、「物理的バリア」、「制度的バリア」、「情報・文化のバリア」、「意識上のバリア」である。

障害者白書（1995 年版、内閣府）には「障害者を取り巻く４つの障壁」と表現してあり、そこには、

１．物理的な障壁（交通機関、建築物等における）
２．制度的な障壁（資格制限等における）
３．文化・情報面の障壁（点字や手話サービスの欠如における）
４．意識上の障壁（障害者を庇護されるべき存在としてとらえる差別感等）

と挙げられている。

この４つのバリア『物理的バリア』、『制度的バリア』、『情報のバリア』、『意識上のバリア』は、バリアフリーを考察する上での基本的な課題である。

具体的に、４つのバリアとは、

『物理的バリア』

車椅子などで移動する場合に障がいとなる段差や施設の不備など、高さ、長さ、重さ、時間などが「行く手を阻む」バリアをいう。また、器具類のデザインによって使えない場合もあるので、身近なものから建物まで、設備・構造の不備に起因するバリアをいう。

『制度的バリア』

法律的バリアとも言い、法令や制度などによって機会の均等を奪われている構造などをいう。または、障がい者を受け容れたにも関わらず、障がい者の安全性や行動などを制限するなど、行政や社会制度の立ち遅れに起因するバリアも含まれる。

『情報のバリア』

物事を判断する時に障壁となる場合や、点字や手話通訳などの情報伝達手段の欠如など、また、五感で感じる場合に不都合が起きて、情報要素を感知できない条件で発生するバリアをいう。

『意識上のバリア』

今まで無視されていたバリアである。ココロのバリアとも言う。４つのバリアの中で根幹をなし、その解決が難しいとも易しいとも言える。偏見や憐憫など、障がい者に対しての理解不足や無関心から起こり、「対等な個人」として処遇しない差別である。または、障がい者が仕方ないと妥協・我慢をし、屈辱感や不満を感じることも含まれる。このような、人間の尊厳性に関わるバリアである。

４つのバリアの解決法として、物理的バリアは、やはり段差の問題があり設計、施工時から取り組む必要がある。制度的バリアは、施設の公共性についての意識そのものにかかわっている。制度というのは、国、または都道府県、市町村、あるいは公共施設、あるいは、その時、そこで働いている人々の意識次第で変わる可能性がある。情報のバリア対応としては、点字ブロックの設置など情報伝達が必要不可欠である。意識のバリアはココロのバリアとも言い、今まで見落とされてきた問題で、予算的対応を必要としない。例えば歩行スロープ前の放置自転車について考えてみる。その自転車の持ち主がスロープから少し外れたところ、スロープから数メートルかもしれない、あるいは数センチメートルかもしれないが、少し移動して駐輪しておくことにより、その自転車はバリアにはならないのである。持ち主の心一つで意識のバリアは解決し、『意識のバリア』から『意識のバリアフリー』の人に変われるのである。だから予算的対応を必要としない、見落とされていた問題の一つであるといえる。この意識のバリアの解決が、４つのバリアの解決の基本条件となっている。

従って、バリアフリーとは、バリアの存在を取り除こうというハード的な思考だけではなく、他者の行動に迷惑を掛けないという社会常識が基本となっている。

４つのバリアが解決し、バリアフリーが実現したとき、ユニバーサルデザイン（ＵＤ）の社会が構築できるのである。

２－２　ユニバーサルデザイン

ユニバーサルデザインとは、バリアフリー領域の人たちも、高齢者も、妊婦も、子どもも、左利きや右利きの人も、男性も、女性も、黒人も、白人も、すべてのあらゆる人々が対応可能

なデザインである。すべての人にとって、できる限り利用可能であるように、製品・建物・環境をデザインすることであり、デザイン変更や特別使用などのデザインが必要なものであってはならない。一部の障がい者のための対応から始まって、すべての生活者のためのユニバーサルデザインという考えは、ノースカロライナ州立大学ユニバーサルデザインセンター元所長ロナウド・メイス氏によって 1994 年に提案された。

ユニバーサルデザインで有名な品には、シャンプーとリンスの相違点があげられる。また近年では､広報誌や街の中でも「ユニバーサルデザイン」という語を眼にする機会が多くなった。デパート等の文房具売り場などでもユニバーサルデザイン受賞などと掲げてある商品も売られている。

2－3　ノーマライゼーション

1981 年 国際障害者年 以降に、ノーマライゼーションが国際的に定着してきた。ノーマライゼーションとは、障がいを持つ人を排除することなく、障がいを持たない人と同じような生活ができるよう、社会システムを変革すること。障がいを持っている人も当たり前の生活が過ごせるような社会こそが、ノーマルな、普通な社会である。

ノーマライゼーションとは、所謂、障がい者が地域の中でも問題なく生活できる「まちづくり」を前提とする考え方につながる。

3．社会のなかのバリアとバリアフリー

かつて身体障がい者のためだけへの考えであったバリアフリーは、急速な少子高齢化社会によって、これまでの特殊対応から一般的な福祉施策等も視野に入れるようになってきた。そのため、行政や事業所などでも、バリアフリー運動やバリアフリー教室（国土交通省）などのバリアフリーを学び・取り組む機会が重視されてきた。それにより、バリアフリーは徐々に増えてきたが、まだまだ多くの４つのバリアが混在しているのが現状でもある。

どのようなバリアが存在しているだろうか。そして、バリアフリーには、どのようなことがあるのだろうか。

3－1　バリアの例

まず、側溝である（写真１）。

まだまだ茨城県は左側の荒目型側溝が多いが、近年、右側の細目型側溝が多くなってきている。左側の荒目型側溝は、コイン・小銭を落とした場合入ってしまったり、ハイヒールのかかとがはまってしまったり、あるいは手動車椅子の前輪がはまってしまう大きさである。また気温が氷点下には凍結してしまい、足の不自由な人が滑って転倒してしまうという事例も数々存在しているのである。それに対し、右側の細目型側溝は、小銭･コインも入りにくく、ハイヒー

ルのかかとや手動車イスの前輪もはまらない。また柔らかい合金製の、凍結しても滑りにくいデザインになっている。

建物前のスロープ写真には（写真２）、駐輪禁止の看板があっても、写真のように無造作に駐輪している例がある。このような状態は、スロープを利用しなければ出入りできないヒトにとっては大きなバリアとなる。

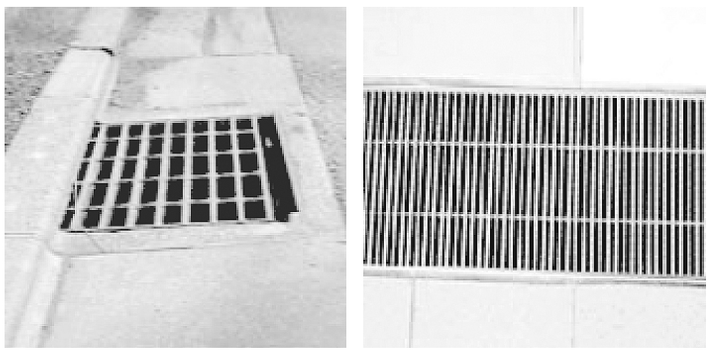


写真１　側溝

しかし、このような状況は、この建物だけの問題でもなく、また駐輪した人だけの問題でもない。社会の中には、街の中には、このようなバリアは絶えず存在しているのである。例えば、お店の前に出してある看板であったり、自動車が歩道上に乗り上げであったり、バリアは様々な形で存在する。

バリアは日本国内の問題だけではなく、海外でのバリアも経験してきた。

日本国内でも同様な事例がたくさんあるが、大韓民国の某施設内の障がい者トイレの写真である（写真３）。トイレを利用する人が少ないのか、それとも利用する人がいないのかは定かではない。しかしながら、障がい者トイレが掃除用具などの置き場所になっていたところもあった。また、水道管が腐朽し、水漏れしていたトイレもあった。もちろん、きれいに清掃されているトイレもあったが、このようなバリアは世界共通課題であると理解できる。

写真２　建物のスロープ前の迷惑駐輪

写真３　トイレのバリアの例

３－２　バリアフリーの例

バリアは不自由と不愉快を感じるため、眼につき、心の痛みとして残るが、反対に、バリアフリーも心のエネルギーとして残るもので反対です。

2-1. バリアフリーでも触れたが、バリアというのは、物理的な面、情報な面、制度的な面に、意識の面が重なったとき、バリアを実感し、バリアが発生するのである。その反面、バリアフリーというのは、物理的な面、情報な面、制度的な面がバリアであっても、そこに重なる意識

の面がバリアフリーであると、バリアと感じつつも不思議と心の痛みとしては残らず、バリアとは感じない場合もある。

その例を紹介する。大韓民国忠北大学校へ訪問したときである。

写真４　階段のバリアを乗り越える

筆者は特殊電動車いす（ドイツ製，トルネード）を使用しており、車いす自体でも 100 キログラムは超えている。筆者は初めて訪れた大学校に、どこがバリアであるかわからず、階段の前に辿りついてしまい戸惑っていた。しかも、階段付近にはスロープ等がなく、馬力のある電動車いすでも上がれそうなところもなく、筆者の電動車いすを人力で上げてもらうのには重すぎて抵抗があったため困惑していた。すると、同行の方々をはじめ周囲の方々が「皆で協力すれば、あげられるだろう！」と、数人の掛け声で、すぐに電動車いすごと筆者を持ち上げてくださったのである。申し訳ない気持ちと感謝の気持ちでいっぱいになってしまった。そればかりではなく、筆者を階段の上にあげると、何もなかったかのように皆が自然に散ってしまったのである。

このように、電動車いすを使用する筆者にとっては、たいへん大きな物理的バリアが立ち塞がっても、ヒトのサポートにより、物理的バリアは一瞬で消滅してしまったのであった。しかも、重量のある電動車いすと筆者を、通りすがりの方までもが自然に協力して持ち上げてくださったこと、大変さを誰一人として見せず何事もなかったかのように自然に行なってくださったこと、これこそが真のバリアフリーだと感じた体験である。

国境という言葉はあっても、ヒトの温かさ・ヒトのココロには国境などという言葉はないと理解できた瞬間であった。これこそが、真実（ほんとう）のバリアフリーである。

４．新施設と４つのバリアのかかわり

今回の新施設には、どのような４つのバリアが存在しているだろうか。

まず、物理的バリアとして、設計段階での確認は十分であるのだろうかということと同時に、過分や不足はないかということである。2. バリアフリーとユニバーサルデザインとノーマライゼーションの関係性でも述べたように、設計というのは、４つのバリアの物理的バリアに大きく関わっている。設計段階からバリアフリーを超えたユニバーサルデザインを考慮して行なわなければ、建物完成直後から手直しが必要になる。

制度的バリアとして、現在働いている方々の雇用と新規スタッフとの業務対応の相互理解が進められているだろうかということである。今までは、茨城県立こども福祉医療センターの公

務員として運営に参加されていた。しかしながら、民間委託によって、公務員としての身分保障は、どのように引き継がれていくのだろうということもある。また、新規スタッフの採用、教育、指導なども必要になってくるであろう。それと同時に、医師などの医療専門スタッフの確保と、重度心身障がい者対応施設という点から医療専門スタッフの専門知識（専門分野）以外の知識も必要不可欠となる。筆者も重度身体障がい者であることから、病院選びはもちろんのこと、ヒトとしての医師との関係には健常者以上に気にしてしまうことがある。本来は専門病院の専門医に掛かるのがよいのであるだろうが、専門的な医療機関も少なく、また専門医は総合病院での勤務が多く、受付時間、または担当医の診察曜日や診療時間等が厳しく制限されている場合が多い。そのため、障がいがある場合、それらの制限が加わることにより、病院には頻繁には掛かりにくいのも現状でもある。

情報のバリアとして、関係者以外の方々への連絡は十分であるだろうかということである。現在の施設の通所・入所などを含む利用者、そしてその家族や支援者の方々への配慮と、周囲の方々、地域の方々への説明は必要不可欠になる。

意識のバリア解消には、施設関係のすべてのスタッフと施設利用者の信頼関係が重要である。スタッフと通所・入所などの利用者との関係は、信頼関係が築けなければ、いくら建物が最高であっても中身は伴わなくなってしまうからである。新施設では、今まで以上の規模になるため、信頼関係づくりを、どのように培っていくかということが重要である。

そして、さらには、施設に入所できる条件も必要だと感じる。今までは、学校卒業後、あるいは在学中に、施設入所希望ということで登録ができた。しかし、現在の日本国は、施設入所希望登録理由が明確でなくても、あるいは入所理由が明確でなくても、空きがあれば登録順に入所させるのである。希望者１００％受け容れるのではなく、そこに入所させる目的、あるいは目標は、今後の施設では重要課題になってくる。「家族が面倒見られないから」と、または「地域に戻って来てほしくないから」と、もしくは「帰りたくないから」という閉鎖的な理由だけで入所させることは、あってはならない入所基準である。入所には、何かしらの条件が必要だと思う。どうして施設に入所させるのかという目的、または目標をもって入所させてほしいのである。例えば、「１０年後には地域に戻って自分の家で暮らすために、家の改造と地域周知のため１０年間くらいを目途に入所させたい」とか、または「自分の地域に戻れない環境にあるから次の所が見つかるまでの間、入所させる」でもよいだろう。または「家族では介護が困難で、制度を使用しても介護が厳しいから」でもよいであろう。または「入所させても家族が月に数回は会って、家族との時間も大切にする」、または「入所しても月に１度は家族で外出するように心掛ける」でもよいでしょう。入所させることは、悪いことではない。施設内の生活も悪いことではない。もちろん、家庭の事情で、施設で生活しなければならない人がいることも理解している。医療的ケアが必要で入る人がいることも理解している。どうしても施設で暮らさなければならない人を優先的に入所させる制度も同時に検討する必要があるだろう。

5．考　察

3-1 バリアの例のように、あっても無いのと同じような状態が社会の中には多く存在している。これは日本国だけの問題ではなくて、世界共通の問題であり、課題である。

特に、設計段階は重要である。例えば建物の中に障がい者が使えるトイレがあっても建物自体の出入口が段差や階段であり、車いす使用者が出入り出来なかったり、またはエレベーターがあっても狭過ぎて車いす使用者は乗れなかったりと、設備があるにも関わらずあってもないのと同じような構造がある。または、建物内に障がい者等が使用する多機能トイレがあっても構造が使えないトイレであり、トイレがあってもないのと同じである場合もある。
これを“気付かないが故に・わからないが故に・知らないが故に、起こしてしまうバリア”である。新建設の場合、“気付かないが故に・わからないが故に・知らないが故に、起こしてしまうバリア”が設計段階には関わってきて、とても重要になる。

なぜならば、例えば、茨城県庁は平成になってから建設された比較的新しい建物であるにも関わらず、障がい者トイレの構造が、とても使いにくいトイレになっている。制度的には、基準を満たしているので十分ではあるのだろうが、構造が不十分であったといえる。簡素なトイレであったとしても、過分なトイレであったとしても、構造１つで、使えるトイレか、使えないトイレかが別れてしまうのである。新バリアフリー制定後、障がい当事者の事前、事後評価に意見を聴くという機会が増えてきている。しかし、障がい当事者も自分自身の意見ばかりでなく、不特定多数の人々のことも考慮できる障がい当事者の意見を聞いて設計していかなければ、あってもないのと同じ無駄な施設になってしまうのである。

そして、機能訓練と同時に“自りつ訓練”も入れてほしい。自りつ訓練には、自己責任により考え行動する自立と、自分の精神状態をコントロールする自律とがある。ここでは、２つの自立・自律の意味を込め、自りつ訓練と表現する。施設から社会に出てからは、社会の一員として、住民の１人として、自分はどう生きていくかを自分で決定し、自分で犯した過ちの責任は自分にあることを理解・反省してほしいのである。そして、地域の住民として、何が必要で・何が必要ではないのか、または何が常識で・何が非常識なのかを自りつ訓練の訓練科目として採用してほしいのである。それと同時に、自分の障がい受容の理解と、自分自身の精神状態や性格の理解も必要になってくる。それが必要で、それを訓練として学び、理解し、伴った時、地域に出るための第一歩になってくるのではないだろうか。

そして、施設入所者には、生きる・生きている目的・目標をもってほしいのである。学校は年月が過ぎれば必然的に卒業する。しかし、施設は、一度入所すると、施設外に出て生活する機会が少なくなり、特別な理由、または家族や本人が退所を申し出るまで出る機会が無いのだ。入所はあっても退所はなかなかないのが実状である。そうなると、社会の中が、どのようになっているかもわからないで人生が終わってしまう人もいるのである。買い物の仕方、公共交通機関の利用方法、そして家事、もちろん四季も感じられない。本当に施設に入って幸せだろうか。

いまや、米国をはじめ北欧では脱施設策に移行しつつある。もちろん、施設から地域へという考え方であるが、そればかりではない。脱施設とは、施設を廃止することだけでなく、すべての揃った大きな施設から、小さな規模の地域との関わりを持った建物で生活をしようとの考えも含まれている。それには、地域住民、家族、ボランティア、行政との関係、そして制度などの条件が整って、成り立つことである。そのようなことを考慮すると、現在の日本では、脱施設はもちろんのこと、地域で生活することさえも困難な地域があるのも確かである。

退所させることが目的・目標ではない。しかし、立派な施設を作って、無条件で、入所者として受け容れるだけでは、人としての尊厳が損なわれることが危惧される。

6．まとめ

今まで約 30 年間生きてきて、さまざまな病院施設、そして、いろいろなスタッフを視、触れ合い、感じてきた。

新施設にも 4 つのバリアフリーが重要である。

新施設には、①施設から地域移行のできる施設になってほしい。地域に戻るということは、地域の一員として、地域住民としての生活も感じてほしいからである。そして、そこから、家族、地域、仲間、制度などで生活を補う大切さも感じてほしいのである。施設という保護されている世界から離れるということは、とても大変なことであるのは確かである。しかし、社会生活を知らないで、特定の人だけの触れ合いではヒトは成長しないのではないだろうか。また、②一番辛く苦しいのは家族や周囲の人々ではなく、当事者本人であることを理解し、社会に出ることは良いことであるが、健常者以上に大変なことも多々あることの理解を育てる施設になってほしい。そして、③自分が生きる・生きている大切さということによろこびを感じられる施設運営が期待される。ヒトは、この世に生命を受けたことには意味があると共に、その意味探しを自分自身で人生の中で求めていくことも大切であることを理解してほしい。それには、生きていくための目標を持つことの大切さを理解させる施設であってほしいのである。障がいがあってもなくても、または、どんなに重度の障がいがあっても、生きる目的が必ずあるはずである。それには、自分で目標を持って生きていくことの大切さを理解すべきである。そして、④施設にて働いているスタッフも施設利用者も、お互い、感謝の気持ちを忘れないで生活できるような施設運営が必須条件である。スタッフの方にも、利用者の方にも、誰にでも、いつ、どんな時があっても、お互いがお互いを、障がい者、健常者関係なく、感謝の念が維持される関係を大切にして欲しい。そして、⑤お互いが、認め合い・助け合い・支え合うことが出来る施設であってほしいのである。そして、⑥施設に関わるすべての人々がココロのバリアフリー人である施設であってほしい。意識のバリア・ココロのバリアの解決により、障がい者と健常者の隔たりがなくなるのである。

このことが個性を輝かせる社会構築の第一歩である。いや、個性の輝く持続可能な社会構築

のユニバーサルデザイン実現である。

謝　辞

講演するにあたり、全日本自治団体労働組合茨城県本部、一般社団法人 茨城県地方自治研究センター、茨城の地域医療を考える会、茨城県職員組合の関係者の皆様に深謝申し上げます。また、一般社団法人 茨城県地方自治研究センターへ推薦をしてくださった茨城大学名誉教授　帯刀治先生、執筆するにあたりご助言くださった恩師　大嶋和雄先生に、この場をお借りしまして、感謝申し上げます。そして、介助者として付き添って支えてくれる自薦ヘルパー 平野寿美子氏、母 (敏子) にも感謝申し上げます。ありがとうございました。

引用・参考文献

・有賀絵理（2007)：災害弱者の避難と課題　日本福祉のまちづくり学会第 10 回全国大会概要集
・有賀絵理（2011）: 障がい者福祉からみる社会的企業に必要な課題　茨城大学地域総合研究所年報 第 44 号
・有賀絵理・大嶋和雄（2003）: 大学施設のバリアフリーの現状と課題　茨城大学地域総合研究所年報 第 36 号
・茨城新聞（2012）：2012 年 4 月 6 日　記者手帳
・河東田博（2007）：福祉先進国における脱施設化と地域生活支援 現代書館
・国土交通省関東運輸局茨城運輸支局（2011）：バリアフリー教室
http://wwwtb.mlit.go.jp/kanto/koutuu_kankyou/barrier_free/date/h23/barifuri_110727.pdf
・末光茂 , 他（2000）：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
・帯刀治・熊沢紀之・有賀絵理（2010）: 原子力と地域社会　文眞堂
・忠北大学校（2010）：国際学術セミナー資料
・内閣府（1995 年版）：障害者白書 平成 22 年版

資料Ⅰ

資料Ⅱは、「第２回障がい児・者の医療を考える」シンポジウム（2012 年２月５日　茨城教育会館）で配布された資料です。

〈茨城県子ども福祉医療センター新施設関連資料〉

茨城県障害福祉課

こども福祉医療センター新施設の整備について

1　新施設整備の検討経緯

(1) 現施設の課題

①　施設の老朽化

・開設後 50 年が経過（耐震診断では，施設の一部に倒壊の危険性が指摘）

②　利用状況の併科

・入所児数の減少（定員 160 名に対し現員約 30 名）と外来診察・外来機能訓練の増加

・障害の重度化，重複化，多様化（重症心身障害児の増加）

(2)「こども福祉医療センター整備検討委員会」での検討

平成 22 年２月に外部有識者からなる「整備検討委員会」が，「民間が重症心身障害児施設と併せて一体的に整備・運営する肢体不自由児施設に対し，県が関与・支援を行うとともに，政策的な事業を県が委託する方式により整備すること」等を案とする報告書を知事に提出。

(3) 新施設整備の基本方針

整備検討委員会の報告を受け，利用者や関係団体等への説明会を実施し，意見等を聞いた結果，利用者の要望に応えられる充実した施設を整備することを最優先に，以下の方針により整備を進めることとした。

①　現在の肢体不自由児施設の機能を維持し，サービスの充実を図るため，民間が整備運営する施設（民立民営）に対し，機能を充実・強化するための財政支援や政策的な事業の委託などによって，県が責任を持って関わっていく方式により，整備を進める。

②　新施設の事業者は，重症心身障害児施設を一体的に整備運営できることを条件に公募により選定する。

③　整備場所は，水戸養護学校との連携・協力関係を重視し，「旧水戸産業技術専門学院跡地」とする。

2　事業者公募

(1) 公募条件等

① 公募方法：県内社会福祉法人（入所施設を３年以上運営）を対象に，プロポーザル方式により公募

② 公募期間：平成 23 年 2 月 24 日（木）～平成 23 年 4 月 15 日（金）
※東日本大震災の影響により期間を延長

③ 整備を行う施設の概要
肢体不自由児施設　　入所定員：35 名以上
重症心身障害児施設　　入所定員：60 名以上

④ 建設予定地：水戸市元吉田町（旧水戸産業技術専門学院跡地:県有地を売却）約 1.7ha

⑤ 主 な 機 能：現施設の機能の堅持
機能訓練の充実，内科等の新たな診療科目の設置　等

⑥ 県 の 支 援：初期投資に対する一部補助（国庫補助制度に加え，県単独で 10 億円を補助）
県の事業委託（在宅障害児の地域支援等），医師等の県職員の派遣

(2) 事業者の選定

・応募法人数：１法人（社会福祉法人愛正会）

・外部有識者等による事業者選定委員会（平成 23 年 4 月 22 日開催）での審査を経て，新施設整備の事業者として社会福祉法人愛正会を決定。

3　基本協定の締結

新施設の整備運営に当たり，県と事業者が，利用者に対して最善の処遇を行うことを目指し，施設機能の充実・強化を図るためにそれぞれが果たすべき役割等を確認し，新施設の整備運営計画の実現に資することを目的として，平成24年１月17日に県と事業者との間で「新施設の整備運営に関する基本協定」を締結した。

こども福祉医療センター新施設
「社会福祉法人愛正会」による事業計画の概要

1　「社会福祉法人愛正会」の概要

(1) 会　長　　金川一郎

(2) 所在地　　高萩市大字下手綱字大谷口 1,951 番地の 15

(3) 福祉施設の運営実績

・重症心身障害児施設「水方苑」

・障害者支援施設「愛正園」

・特別養護老人ホーム「松籟荘」「一想園」

・介護老人保健施設「田尻ヶ丘ヘルシーケア」ほか

※医療法人として，田尻ヶ丘病院，やすらぎの丘温泉病院，安良川クリニックを運営

2　事業計画の概要

(1) 定員等

肢体不自由児施設：35 名，重症心身障害児施設：100 名

※短期入所，日中一時支援：各 10 名

(2) 延床面積，構造等

12,378 ㎡（鉄筋コンクリート造，地上 3 階，地下 1 階）

(3) 総事業費　約 43 億円（用地取得費 2.3 億円を含む）

(4) 機能の充実等

・機能訓練の充実

	理学療法		作業療法		言語聴覚療法		合　計	
	現施設	新施設	現施設	新施設	現施設	新施設	現施設	新施設
総コマ数	7,934	19,520	5,333	14,640	2,581	7,320	15,848	41,480
配置人員	6	10	4	8	1(1)	5	11(1)	23

現施設　1 日　8 コマ（月～金　9:00 ～ 16:30）

新施設　1 日　10 コマ（月～土　8:30 ～ 17:30）

※ 1 コマは 1 人当たり 40 分の訓練時間　現施設は H21 実績

配置人員は理学療法士，作業療法士，言語聴覚士の総数（　）は嘱託職員

・診療科目の充実

小児科，神経小児科，整形外科，リハビリテーション科，内科

・18 歳以上の障害者への診察・訓練の実施

・県立こども病院等関係機関との連携

・職員確保のための院内保育所（定員 35 名）の設置

(5) 県からの受託事業

・地域療育等支援事業（訪問リハビリテーション等）

・発達障害児への医療的支援

・小児リハ推進支援センターとしての事業

・新施設への移行円滑化の支援事業（機能訓練の充実強化，水戸養護学校との連携維持）

(6) 県への支援要望

・初期投資　10 億円

・運営費への支援（県からの受託事業）

・県職員の派遣

(7) その他

・防災対策費として，避難用スロープの設置，非常用電源の設置，法人所有給水車の活用及び耐震性受水槽，井戸の設置

・現センター跡地（国有地）を施設利用者のための公園，近隣住民をも含めた避難防災広場，駐車場として活用することについての提案

(8) 今後のスケジュール

・平成 23 ～ 24 年度：設計，施設建設

・平成 25 年 3 月　　：施設開所（予定）

こども福祉医療センター新施設の整備運営に関する基本協定書（案）

茨城県（以下「甲」という。）と社会福祉法人愛正会（以下「乙」という。）は，こども福祉医療センター新施設（以下「新施設」という。）の整備ならびに運営について，次の条項により協定を締結する。

（目的）

第１条　本協定は，新施設の整備運営に係る事業者公募の趣旨を踏まえ，利用者に対して最善の処遇を行うことを目指し，甲の支援と関与の下に，乙が現「県立こども福祉医療センター」の機能を発展的に引き継ぐ新施設を整備し，運営を行うための基本的事項につき協定することを目的とする。

（新施設並びに運営の基本）

第２条　甲及び乙は，新施設の整備，運営に当たって，「県立こども福祉医療センター整備検討委員会報告書（平成 22 年２月 23 日）の趣旨を最大限尊重するものとする。

２　乙は，甲が定めた「こども福祉医療センター新施設の整備に係る事業者公募要項（平成 23 年２月）」（以下「要項」という。）に記載されている事項を遵守するとともに，要項に基づき，平成 23 年４月１５日付けで甲に提出した新施設の愛正会事業収支計算書をはじめとする整備運営計画（以下「整備運営計画」という。）の実行に当たって，甲と十分協議するものとする。

（甲の支援と関与）

第３条　甲は，新施設の機能の充実を図るため，新施設の整備並びに運営の全般にわたり，乙に対する支援と関与を行うものとする。

２　乙は，新施設の設計，整備，運営方法等について，甲と十分協議を行い，進めるものとする。

３　甲は，乙に対し，整備運営計画を踏まえ，要項に基づき，新施設の整備運営に必要な財政支援等を行うものとする。なお，運営に対する支援の内容については，甲乙協議し，新施設の運営開始までに決定するものとし，運営開始後も必要に応じ随時見直すものとする。

４　甲は，乙が行う新施設の運営に関して，医師等の職員の確保を支援するとともに，必要に応じて県職員の派遣等の協議に応ずるものとする。

５　乙は，新施設の運営に当たり，施設の運営方針や運営状況の把握等に関わる組織に甲の職員を参画させるものとする。

（新施設の整備時期）

第４条　乙は，新施設の整備を平成 25 年３月末日までに行う。ただし，やむを得ない事情により整備が期限内に終了しない時は，甲乙協議のうえ，新たな期限を決定することができる

ものとする。

（疑義の協議）

第５条　この協定書に定めのない事項並びにこの協定書の解釈に疑義が生じた時は，甲と乙とは，第１条及び第２条の趣旨を尊重し，協議して定めるものとする。

この協定の締結を証するため，協定書正本２通を作成し，甲乙記名押印の上，各自その１通を保有するものとする。

平成24年１月　　日

甲　水戸市笠原町９７８番６
　　茨城県知事

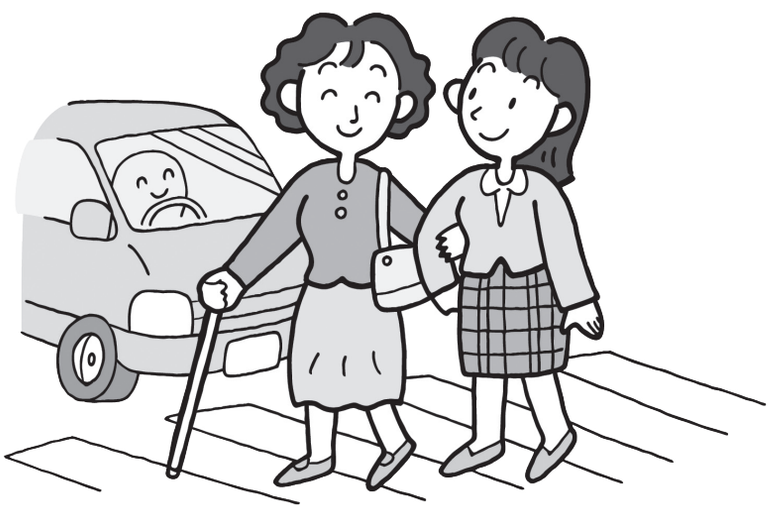
乙　高萩市下手綱１９５１番地の１５
　　社会福祉法人　愛正会
　　会　長

資料Ⅱ

【抜粋】

新いばらき障害者プラン

茨城県障害者計画・茨城県障害福祉計画



平成 24 年３月

茨城県

第１章　計画の策定にあたって

１　計画策定の趣旨

本県では，障害者福祉に関する施策を計画的に推進するため，障害者基本法に基づき，平成15 年３月に「いばらき障害者いきいきプラン」を策定し，関係機関や関係団体との連携を図りながら，障害者のニーズに応じた施策の推進に努めてまいりました。

その後，平成 18 年４月には，障害者自立支援法が施行され，障害の種別に関わりなく，市町村を中心として福祉サービスを一元的に提供する仕組みへと変わり，地域生活への移行と就労支援の強化が一層求められることになりました。そして同法に基づき，平成 19 年３月に「第１期茨城県障害福祉計画」を，平成 21 年３月には「第２期茨城県障害福祉計画」を策定し，「いばらき障害者いきいきプラン」の実施計画としての位置づけのもと，障害福祉サービスの提供体制の整備・充実等を促進してまいりました。

こうした中，国においては，平成 21 年 12 月に「障がい者制度改革推進本部」が設置され，障害のある当事者を中心に編成された「障がい者制度改革推進会議」において障害者制度の抜本的な改革を図るべく活発な議論が行われております。

その結果，平成 23 年６月には，「障害者虐待の防止，障害者の養護者に対する支援等に関する法律」が成立し，同年８月には，全ての国民が障害の有無によって分け隔てられることなく，相互に人格と個性を尊重し合いながら共生する社会が実現されるよう「障害者基本法」が改正されました。さらに，障害者自立支援法を改め「障害者総合支援法」に変更し，平成25 年４月の施行を目指すことが決定されました。

また，平成 23 年３月に発生した東日本大震災の教訓を踏まえた，障害者等要援護者に対する防災対策の充実を図っていかなければなりません。

このような障害福祉行政を取り巻く状況の変化に的確に対応し，より障害者のニーズに合った施策が総合的に実施できるよう「いばらき障害者いきいきプラン」と「第２期茨城県障害福祉計画」を統合し，「新いばらき障害者プラン」を策定することとしました。

2　計画の概要

(1) 計画の性格

・　この計画は，障害者基本法第 11 条第 2 項に定める「都道府県障害者計画」及び障害者自立支援法第 89 条第 1 項に定める「都道府県障害福祉計画」として策定するものです。

・　この計画は，茨城県の障害者施策推進の基本的方向や目標を明らかにするとともに，障害福祉サービスの提供体制に関して計画的な整備を進めるための方策を定め，障害者施策の総合的な推進を図るものです。

・　この計画は，「茨城県総合計画（いきいき いばらき生活大県プラン）」の部門別計画として位置付けられるものであり，「茨城県保健医療計画」，「いばらき高齢者プラン２１」，「茨城県地域福祉支援計画」など，関連する他の計画と調和が保たれるよう配慮しています。

(2) 計画の期間

・　平成 24 年度から平成 29 年度までの 6 か年計画とします。

・　平成 26 年度に，それまでの達成状況を踏まえ計画の見直しを行います。

<table>
<tr><th></th><th>23 年度</th><th>24 年度</th><th>25 年度</th><th>26 年度</th><th>27 年度</th><th>28 年度</th><th>29 年度</th></tr>
<tr><td rowspan="3">障害者計画</td><td></td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>いばらき障害者いきいきプラン</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="6">新いばらき障害者プラン
（改訂版）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">障害福祉計画</td><td></td><td colspan="6">（第３期計画）　（第４期計画）</td></tr>
<tr><td>第２期茨城県障害福祉計画</td><td colspan="6">↑
（見直し）</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="6"></td></tr>
</table>

（3）基本理念

「ノーマライゼーション」と「完全参加」

この計画は，障害の有無によって分け隔てられることなく，障害者が一般社会の中で普通の生活を送ることができる「ノーマライゼーション」とあらゆる分野に参加する機会が確保される「完全参加」を基本理念とし，県民すべてが相互に人格と個性を尊重し合いながら共に生きる社会の実現を目指します。

（4）基本目標

基本理念を踏まえ，次の 3 つの視点と 13 の項目を施策の基本目標とします。

Ⅰ　ひとりひとりが尊重される社会をめざして

1　思いやりと助け合いの心づくり
2　権利擁護の推進
3　地域生活への移行の促進
4　教育・育成の充実
5　就労の促進
6　文化芸術・スポーツ・レクリエーション活動の充実

Ⅱ　質の高い保健・医療・福祉の充実をめざして

7　保健・医療の充実
8　福祉の充実
9　人材の確保・育成
10　保健・医療・福祉・教育・労働の連携

Ⅲ　快適に暮らせる社会をめざして

11　人にやさしいまちづくり
12　外出支援の充実
13　安全・安心な暮らしの確保

3　安全・安心な暮らしの確保

障害者が地域社会において安全にかつ安心して生活を営むことができるようにするため，障害者の性別・年齢・障害の状態及び生活の実態に応じて，防災及び防犯等に関し必要な施策を講じる必要があります。

このため,「防災対策の充実」及び「消費者被害の防止と防犯意識の高揚」に努めてまいります。

（1）防災対策の充実

【現状と課題】

- 東日本大震災においては，電話の不通により安否確認に時間を要した他，避難の設備等が要援護者＊に対応していなかったという課題があったので,要援護者一人一人について，迅速に安否確認を行い，誰がどの避難所等に避難するかを定め，必要な支援を的確に実施できる体制を平常時から整備していく必要があります。
- 要援護者＊については，一般的な避難所では避難生活に支障を来たす恐れがあるため，市町村において福祉避難所＊を指定する必要があります。
- 災害時に必要とする生活用品や食糧の確保等を図るため，県は関係団体や事業者と協定を締結し連携を図るほか，人工呼吸器を装着する在宅の重症難病患者の療養が確保されるよう，拠点病院等と連携を図る必要があります。
- 障害者が安全な生活を送るために，障害福祉施設職員等の関係者に対する防災教育の充実とともに地域の防災体制づくりに努めていく必要があります。

【施策展開の方向】

○要援護者＊情報の把握と共有化

- 市町村は，民生委員＊等の協力を得て，地域の要援護者に係る情報を把握し名簿化するとともに，この要援護者名簿を民生委員や自主防災組織＊等と共有することが求められております。災害時には，この名簿に基づき安否確認や避難支援を行ってまいります。
- 県は要援護者名簿の作成や共有化の推進が図られるよう，市町村の取り組みを支援してまいります。

○避難支援プラン個別計画＊の策定

- 災害が発生し又はその恐れが高まったときに，要援護者＊の避難誘導等を迅速かつ適切に行うため，あらかじめ要援護者一人一人について，誰が支援して，どこの避難所等に避難させるかを定める計画を「避難支援プラン個別計画」と呼んでいます。

  市町村は，民生委員＊や自主防災組織等の協力を得ながら，避難支援プラン個別計画を策定することが求められており，県は，この計画策定の推進が図られるよう，県独自の

基準の作成や先進事例の紹介，個別の市町村への助言などを実施しながら，市町村の取り組みを支援してまいります。

○福祉避難所＊の指定と支援体制の整備

・　要援護者＊については，一般的な避難所では避難生活に支障を来たすおそれがあるため，設備や生活用品，食糧などに特別な配慮をした福祉避難所を事前に指定しておく必要があります。

　市町村は，障害福祉施設や特別養護老人ホーム，老人福祉センター＊などをあらかじめ福祉避難所として指定するとともに，要援護者やその避難支援者を中心とした住民に，福祉避難所に関する情報の周知徹底を図ることが必要なことから，県は福祉避難所の設置とその周知徹底が図られるよう，市町村の取り組みを支援してまいります。

・　避難先における生活用品や食糧の確保等において，県は関係団体や事業者と協定を締結し連携を図ってまいります。

・　人工呼吸器を装着する在宅の重症難病患者については，災害時においても療養の確保が図れるよう拠点病院等との連携に努めてまいります。

・　東日本大震災においては，燃料の供給不足により介護職員等の要援護者＊支援を行う者が移動できないという事例があったことから，訪問介護を実施する車両を優先給油の対象車両に加える等，災害時における人的支援体制の強化を図ってまいります。

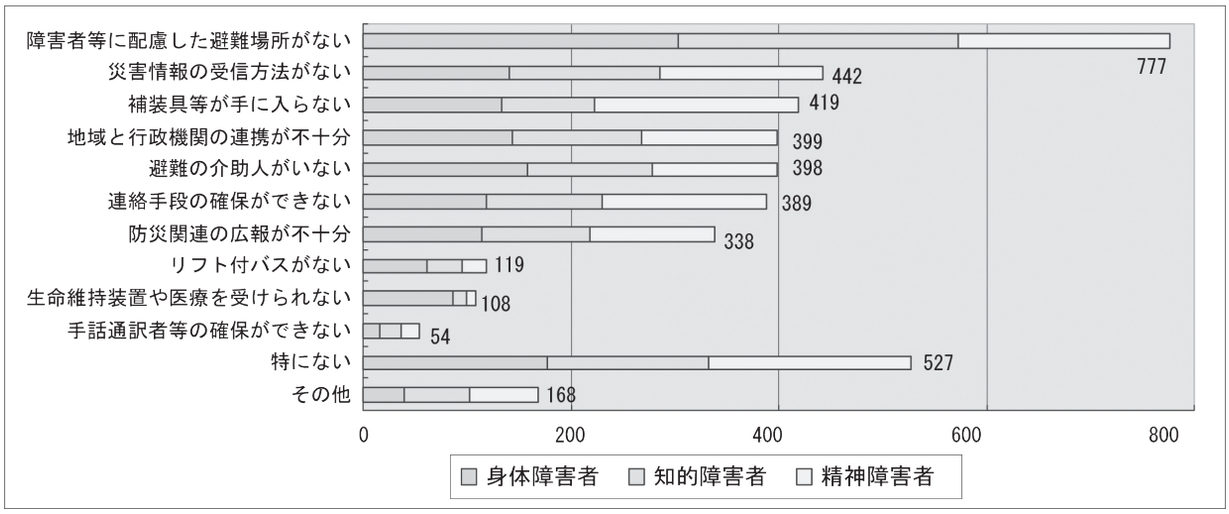
○防災知識の普及・啓発，防災訓練の実施

・　県と市町村は互いに連携し，近隣住民やボランティア組織などの協力により，要援護者＊やその家族を含めた防災訓練を実施するとともに，要援護者に配慮したきめ細かな防災に関する普及・啓発を図ってまいります。

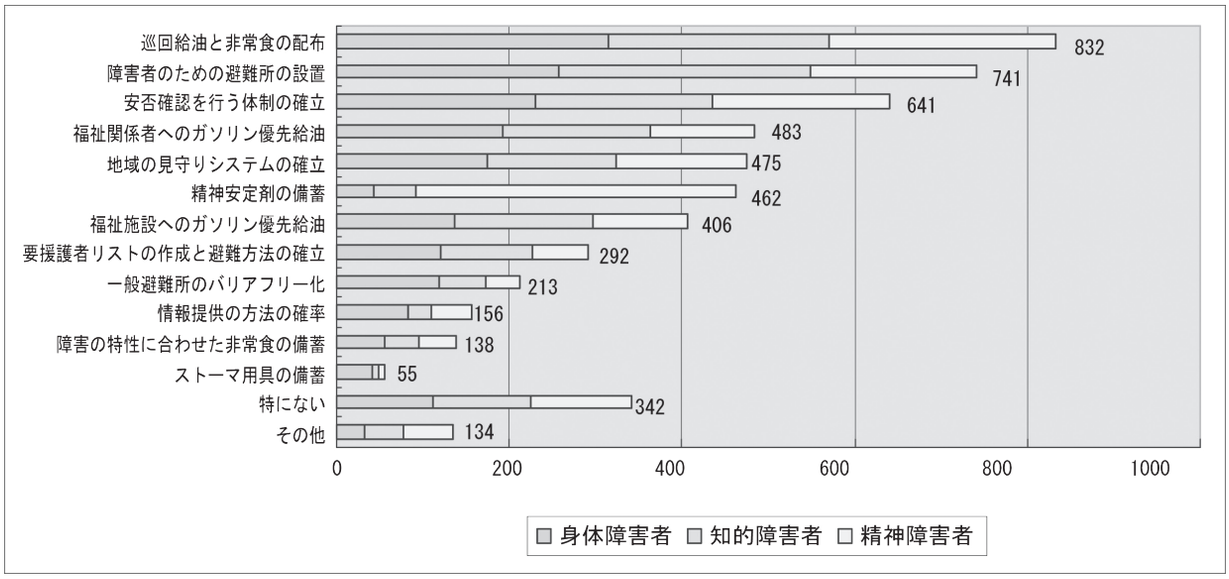
・　防災知識の向上を図り，災害時に的確に対応するため，障害福祉施設職員等の関係者に対する防災教育の充実に努めるとともに，地域住民の自主的な救出救護活動など地域の防災体制づくりに努めてまいります。

・　大きな災害の発生時には，防災を担う機関が被災する可能性もあることから，障害者においても日頃からの備えが重要となります。このため，災害発生時に自らの状況や必要とする援助を周囲の人たちに伝える「あんしんカード」（災害時に障害者本人が所持）の作成を促していくこと等により，障害者自身の防災意識の醸成を図ってまいります。

問　地震や台風などの災害が発生したとき，何が不安ですか。（複数回答）



問　3月 11 日の東日本大震災のとき，必要だと感じた対策は何ですか。（複数回答）



資料：平成 23 年度「茨城県障害者実態調査」（県障害福祉課）

（６）障害福祉圏域ごとのサービスの見込量

平成２６年度の圏域ごとの障害福祉サービス見込量

サービス		単位	水戸	日立	常陸太田 ひたちなか	鹿行	土浦	つくば	取手 竜ヶ崎	筑西 下妻	古河 坂東
訪問系	居宅介護 重度訪問介護 同行援護 行動援護 重度障害者等包括支援	時間 （月間）	11,817	9,594	23,524	6,808	2,998	7,188	7,022	2,449	3,376
日中活動系	生活介護	人日 （月間）	21,755	12,781	16,726	11,207	9,611	6,588	16,007	12,073	9,668
	自立訓練 （機能訓練）		193	157	290	131	76	254	352	66	63
	自立訓練 （生活訓練）		1,482	568	1,725	545	1,080	1,059	2,710	807	451
	就労移行支援		3,546	1,468	4,800	1,333	1,580	3,053	3,106	1,885	1,169
	就労継続支援 （Ａ型）		1,469	505	924	178	137	366	450	216	560
	就労継続支援 （Ｂ型）		9,582	5,793	8,162	3,386	4,746	4,237	10,929	4,202	5,133
	療養介護		1,728	780	1,084	584	301	278	969	556	860
	短期入所		1,156	684	792	882	584	498	1,123	996	629
居住系	共同生活援助 （グループホーム）	実人 （月間）	126	123	124	68	70	75	119	66	83
	共同生活介護 （ケアホーム）		193	134	225	131	76	80	129	143	89
	計		319	257	349	199	146	155	248	209	172
	施設入所支援		537	321	501	337	292	208	350	379	291
相談支援	計画相談支援	実人 （年間）	2,398	1,650	2,022	1,501	1,289	622	2,504	1,553	1,351
	地域移行支援		42	77	84	21	18	16	22	18	22
	地域定着支援		11	19	21	7	7	5	13	8	7

【全県】

障害福祉サービスの見込量

サービス		単位		H 24 年度		H 25 年度		H 26 年度	
訪問系	居宅介護 重度訪問介護 同行援護 行動援護 重度障害者等包括支援	実人（月	時間間）	2,324	55,785	2,586	64,946	2,851	74,776
日中活動系	生活介護	実人（月	人日間）	5,231	103,713	5,536	109,947	5,852	116,416
	自立訓練(機能訓練)			68	1,141	83	1,385	96	1,582
	自立訓練(生活訓練)			533	8,801	574	9,575	622	10,427
	就労移行支援			1,069	19,094	1,153	20,943	1,204	21,940
	就労継続支援(Ａ型)			172	3,496	207	4,228	235	4,805
	就労継続支援(Ｂ型)			2,627	44,803	2,939	50,280	3,290	56,170
	療養介護			221	6,662	227	6,848	236	7,140
	短期入所			699	5,999	773	6,613	858	7,344
居住系	共同生活援助（グループホーム）	実人（月間）		662		752		854	
	共同生活介護（ケアホーム）			948		1,061		1,200	
	計			1,610		1,813		2,054	
	施設入所支援			3,324		3,276		3,216	
相談支援	計画相談支援	実人（年間）		7,150		10,784		14,890	
	地域移行支援			202		257		320	
	地域定着支援			58		72		98	

【水戸】

障害福祉サービスの見込量

サービス		単位		H 24 年度		H 25 年度		H 26 年度	
訪問系	居宅介護 重度訪問介護 同行援護 行動援護 重度障害者等包括支援	実人（月	時間間）	431	10,522	470	11,220	503	11,817
日中活動系	生活介護	実人（月	人日間）	1,039	19,991	1,086	20,908	1,130	21,755
	自立訓練(機能訓練)			9	149	10	172	11	193
	自立訓練(生活訓練)			88	1,291	94	1,386	101	1,482
	就労移行支援			201	3,306	208	3,421	216	3,546
	就労継続支援(Ａ型)			65	1,325	68	1,386	72	1,469
	就労継続支援(Ｂ型)			540	8,674	568	9,174	593	9,582
	療養介護			56	1,667	56	1,667	58	1,728
	短期入所			136	988	146	1,069	156	1,156
居住系	共同生活援助（グループホーム）	実人（月間）		113		120		126	
	共同生活介護（ケアホーム）			176		186		193	
	計			289		306		319	
	施設入所支援			570		552		537	
相談支援	計画相談支援	実人（年間）		1,348		1,863		2,398	
	地域移行支援			24		34		42	
	地域定着支援			7		8		11	

【日立】

障害福祉サービスの見込量

サービス		単位		H 24 年度		H 25 年度		H 26 年度	
訪問系	居宅介護 重度訪問介護 同行援護 行動援護 重度障害者等包括支援	実人（月	時間間）	261	6,429	302	7,811	347	9,594
日中活動系	生活介護	実人（月	人日間）	520	10,252	573	11,502	630	12,781
	自立訓練(機能訓練)			7	157	7	157	7	157
	自立訓練(生活訓練)			23	424	25	495	27	568
	就労移行支援			73	1,216	80	1,343	87	1,468
	就労継続支援(A型)			14	259	20	372	27	505
	就労継続支援(B型)			285	4,976	302	5,374	320	5,793
	療養介護			26	780	26	780	26	780
	短期入所			55	513	63	599	70	684
居住系	共同生活援助（グループホーム）	実人（月間）		81		101		123	
	共同生活介護（ケアホーム）			104		118		134	
	計			185		219		257	
	施設入所支援			329		325		321	
相談支援	計画相談支援	実人（年間）		822		1,236		1,650	
	地域移行支援			59		68		77	
	地域定着支援			14		16		19	

【常陸太田・ひたちなか】

障害福祉サービスの見込量

サービス		単位		H 24 年度		H 25 年度		H 26 年度	
訪問系	居宅介護 重度訪問介護 同行援護 行動援護 重度障害者等包括支援	実人（月	時間間）	356	13,247	420	18,261	490	23,524
日中活動系	生活介護	実人（月	人日間）	771	14,946	818	15,797	866	16,726
	自立訓練(機能訓練)			12	227	15	285	15	290
	自立訓練(生活訓練)			103	1,369	111	1,497	125	1,725
	就労移行支援			225	3,670	237	4,157	267	4,800
	就労継続支援(A型)			27	554	35	736	43	924
	就労継続支援(B型)			408	6,413	468	7,208	541	8,162
	療養介護			33	1,022	34	1,053	35	1,084
	短期入所			102	683	108	729	115	792
居住系	共同生活援助（グループホーム）	実人（月間）		98		112		124	
	共同生活介護（ケアホーム）			149		178		225	
	計			247		290		349	
	施設入所支援			508		505		501	
相談支援	計画相談支援	実人（年間）		920		1,387		2,022	
	地域移行支援			43		57		84	
	地域定着支援			10		15		21	

【鹿行】

障害福祉サービスの見込量

サービス		単位		H 24 年度		H 25 年度		H 26 年度	
訪問系	居宅介護 重度訪問介護 同行援護 行動援護 重度障害者等包括支援	実人（月	時間間）	271	5,562	296	6,189	320	6,808
日中活動系	生活介護	実人（月	人日間）	521	10,386	543	10,796	565	11,207
	自立訓練(機能訓練)			5	109	6	131	6	131
	自立訓練(生活訓練)			27	421	31	524	32	545
	就労移行支援			90	1,803	97	1,960	64	1,333
	就労継続支援(A型)			5	112	7	156	8	178
	就労継続支援(B型)			117	2,141	146	2,667	192	3,386
	療養介護			15	429	17	491	20	584
	短期入所			73	757	80	825	86	882
居住系	共同生活援助（グループホーム）	実人（月間）		52		60		68	
	共同生活介護（ケアホーム）			97		112		131	
	計			149		172		199	
	施設入所支援			360		351		337	
相談支援	計画相談支援	実人（年間）		512		1,017		1,501	
	地域移行支援			10		15		21	
	地域定着支援			5		6		7	

【土浦】

障害福祉サービスの見込量

サービス		単位		H 24 年度		H 25 年度		H 26 年度	
訪問系	居宅介護 重度訪問介護 同行援護 行動援護 重度障害者等包括支援	実人（月	時間間）	158	2,803	162	2,901	166	2,998
日中活動系	生活介護	実人（月	人日間）	430	8,546	452	9,075	475	9,611
	自立訓練(機能訓練)			4	52	4	54	5	76
	自立訓練(生活訓練)			66	1,175	61	1,081	61	1,080
	就労移行支援			85	1,563	85	1,561	86	1,580
	就労継続支援(A型)			6	109	6	111	8	137
	就労継続支援(B型)			165	3,064	202	3,866	242	4,746
	療養介護			10	278	10	278	11	301
	短期入所			50	428	55	501	60	584
居住系	共同生活援助（グループホーム）	実人（月間）		46		53		70	
	共同生活介護（ケアホーム）			64		69		76	
	計			110		122		146	
	施設入所支援			307		300		292	
相談支援	計画相談支援	実人（年間）		909		1,100		1,289	
	地域移行支援			15		16		18	
	地域定着支援			4		4		7	

【つくば】

障害福祉サービスの見込量

サービス		単位		H 24 年度		H 25 年度		H 26 年度	
訪問系	居宅介護 重度訪問介護 同行援護 行動援護 重度障害者等包括支援	実人（月	時間間）	220	6,192	247	6,679	274	7,188
日中活動系	生活介護	実人（月	人日間）	299	6,266	308	6,437	315	6,588
	自立訓練(機能訓練)			12	138	17	188	23	254
	自立訓練(生活訓練)			52	874	57	961	63	1,059
	就労移行支援			118	2,300	137	2,654	158	3,053
	就労継続支援(Ａ型)			10	219	14	304	17	366
	就労継続支援(Ｂ型)			199	3,346	226	3,763	255	4,237
	療養介護			8	247	8	247	9	278
	短期入所			57	424	63	450	69	498
居住系	共同生活援助（グループホーム）	実人（月間）		62		68		75	
	共同生活介護（ケアホーム）			60		70		80	
	計			122		138		155	
	施設入所支援			210		210		208	
相談支援	計画相談支援	実人（年間）		196		344		622	
	地域移行支援			12		14		16	
	地域定着支援			4		5		5	

【取手・竜ヶ崎】

障害福祉サービスの見込量

サービス		単位		H 24 年度		H 25 年度		H 26 年度	
訪問系	居宅介護 重度訪問介護 同行援護 行動援護 重度障害者等包括支援	実人（月間）	時間	309	5,879	344	6,371	382	7,022
日中活動系	生活介護	実人（月間）	人日	674	13,081	744	14,450	823	16,007
	自立訓練(機能訓練)			13	200	18	289	22	352
	自立訓練(生活訓練)			113	2,012	135	2,416	151	2,710
	就労移行支援			134	2,424	156	2,834	171	3,106
	就労継続支援(A型)			15	322	19	407	21	450
	就労継続支援(B型)			485	8,069	566	9,438	658	10,929
	療養介護			29	885	30	916	31	969
	短期入所			98	697	126	876	165	1,123
居住系	共同生活援助（グループホーム）	実人（月間）		88		101		119	
	共同生活介護（ケアホーム）			96		111		129	
	計			184		212		248	
	施設入所支援			358		355		350	
相談支援	計画相談支援	実人（年間）		1,113		1,807		2,504	
	地域移行支援			16		19		22	
	地域定着支援			7		8		13	

【筑西・下妻】

障害福祉サービスの見込量

サービス		単位		H 24 年度		H 25 年度		H 26 年度	
訪問系	居宅介護 重度訪問介護 同行援護 行動援護 重度障害者等包括支援	実人（月	時間間）	168	2,103	182	2,298	195	2,449
日中活動系	生活介護	実人（月	人日間）	562	11,427	577	11,739	593	12,073
	自立訓練(機能訓練)			4	66	4	66	4	66
	自立訓練(生活訓練)			40	807	39	787	40	807
	就労移行支援			95	1,846	95	1,844	97	1,885
	就労継続支援(Ａ型)			8	156	10	196	11	216
	就労継続支援(Ｂ型)			194	3,723	208	4,025	217	4,202
	療養介護			18	556	18	556	18	556
	短期入所			78	941	79	966	81	996
居住系	共同生活援助（グループホーム）	実人（月間）		54		60		66	
	共同生活介護（ケアホーム）			126		133		143	
	計			180		193		209	
	施設入所支援			389		386		379	
相談支援	計画相談支援	実人（年間）		781		1,194		1,553	
	地域移行支援			11		16		18	
	地域定着支援			4		5		8	

【古河・坂東】

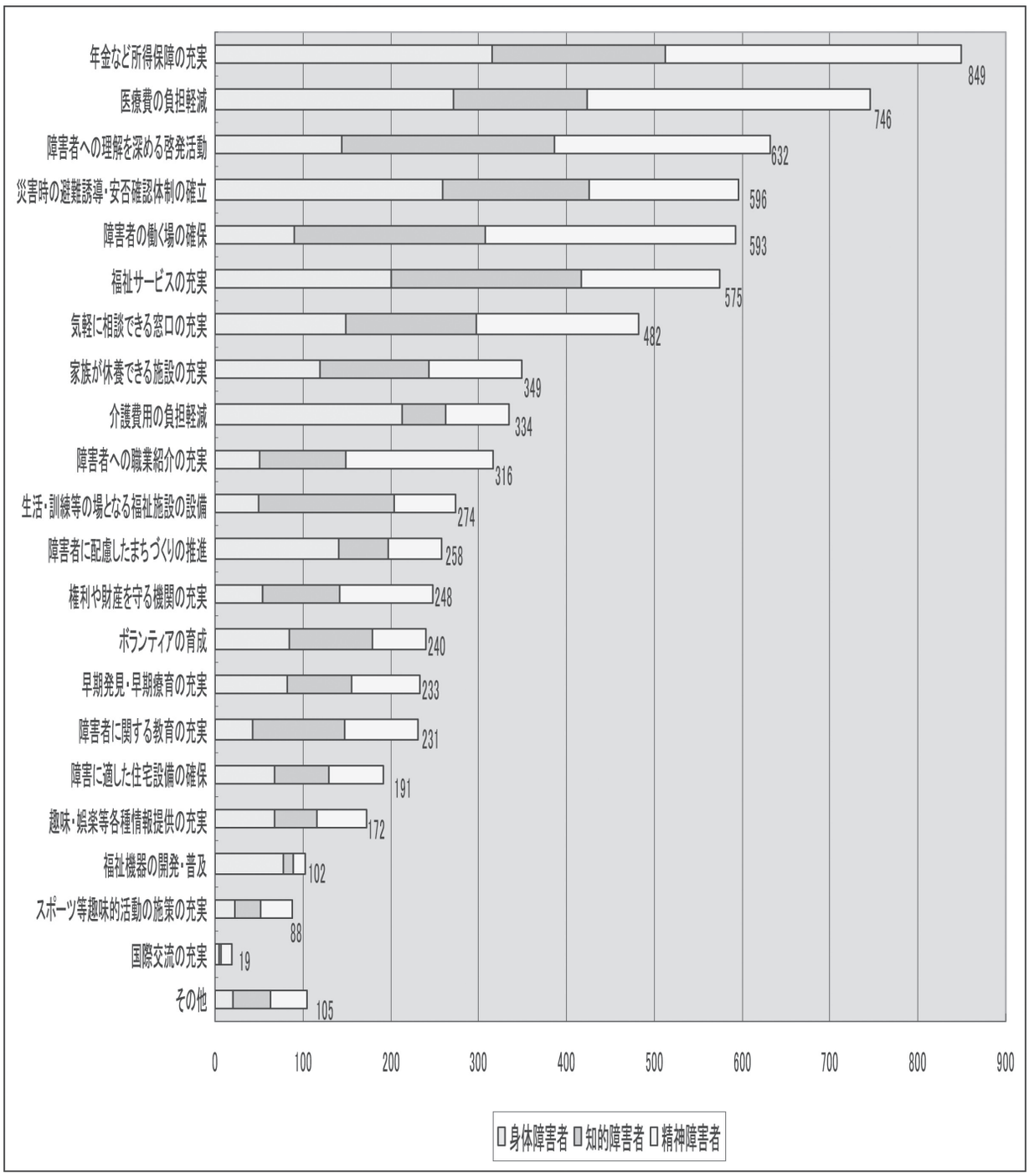
障害福祉サービスの見込量

サービス		単位		H 24 年度		H 25 年度		H 26 年度	
訪問系	居宅介護 重度訪問介護 同行援護 行動援護 重度障害者等包括支援	実人（月	時間間）	150	3,048	163	3,217	174	3,376
日中活動系	生活介護	実人（月	人日間）	415	8,818	435	9,243	455	9,668
	自立訓練(機能訓練)			2	43	2	43	3	63
	自立訓練(生活訓練)			21	428	21	428	22	451
	就労移行支援			48	966	58	1,169	58	1,169
	就労継続支援(Ａ型)			22	440	28	560	28	560
	就労継続支援(Ｂ型)			234	4,397	253	4,765	272	5,133
	療養介護			26	798	28	860	28	860
	短期入所			50	568	53	598	56	629
居住系	共同生活援助（グループホーム）	実人（月間）		68		77		83	
	共同生活介護（ケアホーム）			76		84		89	
	計			144		161		172	
	施設入所支援			293		292		291	
相談支援	計画相談支援	実人（年間）		549		836		1,351	
	地域移行支援			12		18		22	
	地域定着支援			3		5		7	

6　行政への要望

（今後力を入れてほしいと考える福祉サービス～

平成 23 年度「茨城県障害者実態調査」の結果から）



公開シンポジウム

「大震災と防災＊茨城からの発信」開催のお知らせ

当センターでは、東日本大震災が県内の自治体・地域にどのような影響を及ぼし、どのような課題があるのかをテーマに、自治体関係者等へのヒアリング調査を行ってきました。

今般、これらの調査結果や今後の防災計画、災害に対する地域・自治体のあり方などをテーマとしたシンポジウムを開催します。多くの方の参加・ご意見おねがいします。

・日　時　**2012 年 7 月 28 日（土）受付 13 時、開会 13 時 30 分～ 17 時**

・場　所　**「フェリベールサンシャイン」**

水戸市白梅２－３－86　ＴＥＬ　029－248－1122

ＪＲ常磐線「水戸駅」南口下車　徒歩 10 分

・おもな内容　**基調提起　I**

「茨城における大災害と復興の課題」

帯刀　治さん（茨城大学名誉教授　当センター副理事長）

基調提起　II

「災害と障がい者」

有賀絵理さん（茨城大学地域総合研究所　客員研究員）

シンポジウム

市町村や防災関係者によるパネルディスカッションを予定。

参加自由「無料」どなたでも参加できます。

詳細は当センターのホームページで。

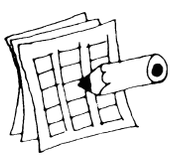
「一般社団法人茨城県地方自治研センター」で検索してください。

一般社団法人　茨城県地方自治研究センター役員・研究員体制

理事長	吉成好信（代表理事）	監事	木村重雄
副理事長	鈴木博久	監事	飯田正美
副理事長	帯刀　治	研究員	黒江正臣
専務理事	千歳益彦	研究員	岡野孝男
常務理事	本田佳行	研究員	波多昭治
理事	堀　良通	研究員	柴山　章
理事	佐川康弘	研究員	内山　一
理事	菊池正則	研究員	大高みよ
理事	石松俊雄		

当センターの 2012 年度第 1 回定期総会（2012 年 6 月 26 日　自治労会館）において、調査研究事業の強化をはかるため、研究員制度を設置しました。

編集後記



本号には、2012 年 2 月 5 日、茨城教育会館で当センターと茨城の地域医療を考える会主催で開催された、「第 2 回　障がい児・者の医療を考えるシンポジウム」における有賀絵理（茨城大学地域総合研究所客員研究員　茨城大学非常勤講師）先生の講演「個性を輝かせる社会構築には」に加筆していただい論文を掲載しました。同シンポジウムでは、茨城県が新たに肢体不自由児・者、重度心身障がい児・者の福祉・医療を充実するために新設する。「こども福祉医療センター」について、茨城県（障害福祉課）、運営主体の社会福祉法人の責任者、福祉医療活動を担う医療責任者から、新施設の運営理念、医療・福祉の提供内容等に関する課題が話し合われました。休日の午後にもかかわらず、150 名以上の参加者が熱心にシンポジウムに参加しました。主催者として、同シンポジウム開催に際して関係資料の提供やパネラーを快く引き受けていただいた。方々にお礼申し上げます。

自治権いばらき

№107　2012 年 6 月 29 日発行

発　行　所　一般社団法人 茨城県地方自治研究センター
水戸市桜川２－３－30　自治労会館内
ＴＥＬ　０２９－２２４－０２０６
編集・発行人　吉　成　好　信
印　　刷　凸　紋　字
水戸市栗崎町1242　TEL 029-269-2307