

# 戸山サンライズ

12・1  
2004・2005

## 特集

精神保健福祉センターの役割と今後の展望

## スポーツ

精神障害者スポーツとその組織づくり





船のゆれとカモメのホバーリングの調整、  
カメラがブレないように30分ぐらい粘っ  
て撮りました

## 第19回障害者による写真全国コンテスト

金賞 「カモンベイビー（熱い視線）」  
（長崎県島原）

沖縄県 平良 佳之

このコンテストは、障害者の文化活動等の推進を図ることで技術の向上、自立への促進並びに積極的な社会参加を目的として、(財)日本障害者リハビリテーション協会(全国身体障害者総合福祉センター)の主催により毎年開催されているものです。第19回を迎えた今回のコンテストでも、全国各地より200点にのぼる素晴らしい作品の数々がよせられました。

2004年 12・2005年 1 月号

## 目次

### 特集

「精神保健福祉センターの役割と今後の展望」 ..... 伊勢田 堯 1

### スポーツ

「精神障害者スポーツとその組織づくり」 ..... 大西 守 5

### 障害者の健康と栄養

「食事療法ーハーブ体操の取り組みについてー」 ..... 飛田 恭子 11

### レクリエーション

「精神障害者のレクリエーション観」 ..... 西山 珪子 14

### 最新行政情報

「平成17年度障害保健福祉関係予算（案）の概要」 ..... 厚生労働省 17

社会保険情報 ..... 23

### お知らせ

「戸山サンライズ主催研修会 実施要綱」 ..... 24

# 精神保健福祉センターの役割と今後の展望

東京都立多摩総合精神保健福祉センター

所長 伊勢田 堯

厚生労働省精神保健福祉対策本部は平成16年9月に「精神保健医療福祉の改革ビジョン」、厚生労働省障害保健福祉部は、平成16年10月に「今後の障害保健福祉施策について（改革のグランドデザイン案）」を発表し、「入院医療中心から地域生活中心へ」転換するための改革案を提示しています。これらをもとに、厚生労働省は、身体、知的、精神の障害別だった福祉施策を一元化する「障害者自立支援給付法」（仮称）の制定、精神保健福祉法など関連法規の改訂を目指しています。

これらの「改革」は、精神に障害をもつ人々が、現在のような病院・施設ではなく、普通の地域で生活し、社会参加を果たすことを目標にしていますが、そのためには、それを可能にする地域生活支援体制を、わが国でも早急に構築しなければなりません。

そのなかで、精神保健福祉センターがどのような役割を果たしていかなければならないのか、国レベルでも都道府県・政令都市レベルでも検討がなされています。

この小論では、精神保健福祉センターの設立経緯を振り返りながら、現在果たしている役割、期待も込めた今後の展望について、筆者の考えを述べることにします。断るまでもないことですが、できるだけ公式な文書や客観的経緯に基づいた見解を述べることにしますが、あくまで私的な評価、見解であり、いかなる公的機関を代表するものではないことをお断りしておきます。

現在では、政令指定都市に精神保健福祉セ

ンターが設置されるようになりました。これらのセンターは市町村のレベルの役割を担っていますので、都道府県に設置されるセンターとその役割が異なる部分があります。さらに、職員定数が80名を超すセンターから8名程度のセンターまであり、ひとくくりにセンターの役割を論ずることはできない現状にあります。ここでは、都道府県の標準的センターを想定して話を進めていきます。

以下、わが国の精神保健福祉の歴史からみた精神保健福祉センターの役割、現在果たしている役割と業務、そして、今後の展望について述べます。

## 1. わが国の精神保健福祉の歴史と精神保健福祉センター

100年余にわたるわが国の精神保健福祉の基本的文脈は、社会防衛のための根強い隔離収容体制に、治療・リハビリテーションの理念が市民権を得ようとするせめぎ合いにあると見えます。

1900年（明治33年）に、わが国最初の精神保健に関する法律である「精神病者監護法」が制定され、私宅監置（座敷牢）を家族に義務づけ、監督官庁を警察とするという隔離収容体制が先ず出来上がりました。これに対抗するために、治療・リハビリテーション体制を導入しようと、1919年に「精神病院法」が制定されましたが、努力義務にとどまったために精神病院の設立・普及による治療の導入は遅々として進みませんでした。

公衆衛生の向上増進を国の責務とした新憲法の成立を受けて、1950年（昭和25年）には、精神病者監護法を「精神衛生法」と改め、私宅監置を禁止し、措置入院、（家族による）同意入院などの強制入院を制度化し、監督官庁を警察から保健所に移しました。全体として、強制入院法の性格が強いものでしたが、少しだけ近代的リハビリテーションの理念、地域ケアの方向性が打ち出されました。すなわち、精神障害の発生予防、国民の精神的健康の保持向上の考えが取り入れられ、訪問指導とともに精神保健福祉センターの前身である精神衛生相談所が規定されたのです。つまり、精神衛生センターは、隔離収容体制に対抗する役割、治療とリハビリテーション、なかでも地域ケアを推進する役割を期待されて誕生したものと いえます。

1965年（昭和40年）の精神衛生法改訂では、保健所を地域における第一線の精神衛生行政機関と規定しました。そして、在宅精神障害者の訪問・相談業務を強化し、都道府県に技術的中核機関として「精神衛生センター」を位置づけました。そして、継続した医療を確保するために通院医療費の公費負担制度を新設し、これらの態勢がいくつかの先進的市町村で地域ケアを発展させるという成果を生むことになりました。しかしながら、その後の精神病床の急激な増加によって、地域ケアの発展は挫折し、病院収容時代の本格的到来となってしまうました。国際的視野で見ると、世界が脱施設化に邁進している時期でしたから、その後の30年の日本の精神医療・保健・福祉は、世界の動向とまったく逆行する逆噴射の異常な展開となりました。このつけが、今日の重い負の遺産となって覆いかぶさっているわけです。

海外の脱施設化と地域ケアの目覚ましい発展を背景に、わが国の精神障害者への隔離収容政策への不満が表面化し、数次にわたる法改

正が行われました。1987年には、「精神保健法」に改称し、精神障害者本人の同意に基づく任意入院の新設、社会復帰施設の創設が盛り込まれ、地域ケアの視点が強化されました。1995年には、精神保健法から「精神保健福祉法」（精神保健及び精神障害者福祉に関する法律）に改正され、福祉政策の充実が図られ、1999年には、在宅福祉サービスを市町村中心に提供し、人権に配慮した精神医療の確保などをねらいとする改正が行われました。

これらの数次にわたる法改正に伴って、「精神衛生センター」は、「精神保健センター」、「精神保健福祉センター」へと改称されました。現在は、弾力的呼称が認められ、「こころ（心）の健康（増進）センター」としているところもあり、全都道府県（東京都は3か所）に加えて、全政令指定都市に設置されるようになり、現在では合計62か所になっています。

しかしながら、こうした努力にもかかわらず、精神病床数は人口万対28床（国際的には10床以下、先進地域では3、4床）と病院収容型治療から抜け出せず、国際的に地域ケアがめざましく発展する中で劇的な遅れをとっています。

## 2. 現在の精神保健福祉センターの役割と業務

精神保健福祉センターは、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」（精神保健福祉法）第6条及び精神保健福祉センター運営要領に規定されている事業を行っています。都道府県（指定都市）に設置し、精神保健及び精神障害者の福祉に関する知識の普及をはかり、調査研究を行い、相談及び指導のうち複雑又は困難なものを行うとともに、精神医療審査会の事務並びに精神障害者通院医療費公費負担及び精神障害者保健福祉手帳の申請に関する事務のうち専門的な知識及び技術を必要とするものを行う総合的技術センターとし



て位置づけられ、政令による精神保健福祉センター運営要領にもとづいて運営されています。

センターの目標は、地域住民の精神的健康の保持増進、精神障害の予防、適切な精神医療の推進から、社会復帰の促進、自立と社会経済活動への参加の促進のための援助に至るまで、広範囲にわたっています。この目標を達成するために、保健所及び市町村が行う精神保健福祉業務が効果的に展開されるために、技術指導及び技術援助を行ない、医療、福祉、労働、教育、産業等の関係機関と連携をはかる役割を担います。具体的な業務は、企画立案、技術指導及び技術援助、教育研修、普及啓発、調査研究、資料の収集、分析及び提供、精神保健福祉相談並びに組織の育成、精神医療審査会の審査に関する業務、精神障害者通院医療費公費負担及び精神障害者保健福祉手帳の判定などに大別されますが、これらの業務の総合的な推進によって、地域精神保健福祉活動の実践を行わなくてはならないとされています。そして、可能なところでは、診療機能、デイケア、社会復帰施設等のリハビリテーション機能をもつことが望ましいとされています。

それぞれの精神保健福祉センターは、上記の広範な事業を限られた職員配置の中で、総合的に、そして多様に展開しています。

### 3. 精神保健福祉センターの今後の展望

改革ビジョンでは、精神保健医療福祉改革の基本方針として、「入院医療中心から地域生活中心へ」にすることを基本方針とし、「受け入れ条件が整えば退院可能な者（約7万人）」を、精神病床の機能分化・地域生活支援体制の強化等、立ち遅れた精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化によって、10年後の解消を図るとしました。そして、地域生活支援体系の再編では、①ライフステージに応じた住・生活・活動等の支援体系の再編、②重層的な相談支援体制の確立、③市町村を中心とした

計画的なサービス提供体制の整備を基本的方向として示しています。

この文脈のなかで、精神保健福祉センターをどのように機能強化するのか、明確には触れていません。基本的には、先の精神保健福祉センター運営要領にもとづく役割と業務を引き続き果たすことになるものと思われます。しかし、改革を推進する役割を果たすためには明確にしなければならないいくつかの課題があります。

全国精神保健福祉センター長会は、平成16年12月27日、厚生労働大臣宛に「精神保健福祉法改正に関する要望」を提出しています。この中で、精神保健福祉センターに関しては4つの事項を挙げています。これを土台にして、以下の私見を述べることにします。

その一つ目に、精神疾患並びに精神障害の発生、再発、慢性化予防を担う地域精神保健ケアシステムを確立することがあります。そのために、精神保健福祉センターを都道府県（政令指定都市を含む）圏域の中核機関、保健所を二次医療保健圏域の中核機関、市町村を身近な実施機関として、再編整備する必要があるでしょう。

二つ目に、精神障害者福祉については、市町村を実施機関、障害福祉圏域内の保健所を市町村への技術的支援機関、精神障害者地域生活支援センターを協力機関、精神保健福祉センターを都道府県（政令指定都市を含む）圏域の支援機関として、再編整備する必要があるでしょう。

三つ目に、導入されようとしている精神障害者ケアマネジメントでは、実施主体を市町村とし、技術的支援機関として保健所を、教育研修機関として精神保健福祉センターを位置づけることが考えられます。しかしながら、精神保健福祉センターが有効な教育研修機能を発揮するためには、複雑困難ケースに関する地域ケアの先進的活動を実際に行っている

か、現場との人事交流を確保していることが必須の要件になるでしょう。

四つ目に、現行の運営要領にある診療、リハビリテーション機能がどうなるかという問題があります。これからのセンターは政策立案に徹して、デイケアなど直接サービスは民間に任せるといった傾向が強まっています。実際、デイケアを中止するセンターが出てきています。この背景には、医療デイケアが普及したこととともに、公設リハビリテーションが施設ケアから脱皮した地域ケアのリハビリテーションの開発・普及に必ずしも十分な成果を上げてこなかったという事情もありそうです。また、リハビリテーションの実践をしていない職員が市町村への複雑困難なケースの支援をする力量をもつことが出来るのかという深刻な問題も残ります。アウトリーチサービス(訪問支援)がこれからの中心的サービスになるわけですが、それを支援し、協働する施設サービスとしてのリハビリテーションモデルをどう精神保健福祉センターが作り上げることができるのかは、地域ケア時代の新たな課題であり、わが国で地域ケアが根付くかどうかに関わる精神保健福祉センターの果たすべき重要な課題の一つと考えます。そのように考えますと、財政上の理由で、診療・リハビリテーション機能を手放すことがないように深い配慮を求めたいと思います。

最後に、以上の役割の重要性を考えますと、精神保健福祉センターが都道府県に一ヶ所でもいいかと言う問題が出てきます。人口や面積、地形などの地理的条件を加味した上で、サブセンターを設置するなど、総合的技術センターとして機能強化されなければならないものと考えます。

#### 4. おわりに ～世界の現状から見た今後の展望～

2004年12月20日英国保健省は、精神保健10

カ年計画(1999年)の前半5年間の中間総括と残りの5カ年計画を発表しました。このなかで、専門職による地域精神保健チームを全国的に設立し、発病初期支援、重複精神障害者への集中的支援を提供していること、職員数も十分に投入したこと、近代的治療が広く普及したこと、これらの成果をユーザーも積極的に評価していること、自殺率も最低記録を更新していること、総じて、英国の地域ケアの精神保健サービスは前人未到の前進を続けていること、今後の5年間も政府の重点課題として関与していくことなど、その成果を高らかにうたい、これからの具体的課題を提示しています。

筆者の見聞したところでは、フランスでは2000年に今後10年間で精神科病院をなくすという国家目標を公表していますし、スウェーデンでは1900年代の後半には精神科病院をなくし総合病院に病床を移していますし、北イタリアでは入院禁止法が成立していると聞きます。これらの動向を見ますと、5年後、10年後の世界では、日本のような精神科病院で治療しているのは、日本と韓国ぐらいになっている可能性もあります。

そういう目で見ますと、今国が提示している7万人の社会的入院者を10年間かけて解消するという政策は「改革」の名に値するのか、大義名分とは裏腹に、現在の病院・施設中心ケアの体制を実質的に残してしまうことにならないのか、心配は増すばかりです。

そうならないためにも、われわれ精神保健福祉センターは、「入院医療中心から地域生活中心へ」という大義名分を十分に活用し、市町村を中心とする地域ケアを、サービスユーザーの声に耳を傾けながら、地域の実情に応じた多様な発展をはかる努力を続けることが求められているといえるでしょう。それが、私どもに課せられた歴史的使命ではないかと、その責任の重大性を感じているところです。

# 精神障害者スポーツとその組織づくり

社団法人 日本精神保健福祉連盟

理事 大西 守

## I. はじめに

一昔前まで、日本で精神障害者スポーツといえば、精神科に入院中の当事者の余暇充実やリハビリテーションを目的とするものがほとんどでした。院内運動会や病院対抗の野球大会がその典型でしょう。ところが、入院当事者の高齢化が進んだ結果、野球やバレーボールなど活動量の多いスポーツは下火となり、ゲートボールが盛んになってきたと仄聞されるようになりました。

さらに、入院主体の精神医療から地域精神医療への流れの中で、外来通院中の当事者やリハビリテーション施設通所者がスポーツに接する機会が増加してきました。まさに、精神障害者スポーツにおいても、入院施設中心から地域主体の移行期にあたるのです。

一方、海外での精神障害者スポーツはどうなっているのでしょうか。残念ながら、精神障害者のスポーツ活動に関する報告はあまり多くありません。わずかに、知的障害を対象とした **Special Olympic** などに混じっての参加報告が目につく程度です。それ以外のは、統合失調症当事者を対象としたリハビリテーションを目的としたスポーツ活動に関する報告がほとんどで、日本と同様傾向です。ただし、各国で活用されている競技種目をみてみますと、乗馬、バスケットボール、サッカー、柔道など多彩です。対象疾患もうつ病、痴呆、摂食障害など幅広く、統合失調症者への適用が多い日本とは若干異なるようです。

また、日本人精神障害当事者が海外でのス

ポーツイベントに参加したり、外国人精神障害当事者が日本でのスポーツイベントへの参加は、文献での報告はほとんどされていません。唯一、九州の不知火病院に通院中の統合失調症当事者が台湾に出かけ、台北市立療養院に入院中の当事者と卓球の親善試合を行った報告があるぐらいです。1993年に、千葉県で開催された世界精神保健福祉連盟（WFMH）の世界会議において、親善の卓球とテニスのプログラムが用意され、何人かの当事者の参加があったようですが詳細は不明です。

## II. 現在までの連盟における活動

社団法人日本精神保健福祉連盟（以下、連盟）は、昭和28年に日本精神衛生連盟として発足し、平成7年より日本精神保健福祉連盟と改称し現在に至っています。現在、日本精神科病院協会、日本精神衛生会、全国精神障害者家族会連合会など16団体で構成され、精神保健福祉の向上を求めて活動を展開しています。その一環として、平成11年度より社会福祉・医療事業団(当時)からの助成を受けながら、連盟内に設置された「障害者スポーツ推進委員会」が中心となって精神障害者スポーツ推進に関して研究・実践活動を繰り広げています。

その結果、精神障害者スポーツに対する当事者・家族・関係者の理解が少しずつ進んできました。たとえば、全国精神障害者スポーツ大会開催やブロック大会開催に関しても、

当然のこととして受けとめられ、決して特別な大会ではないという認識が生まれつつあるように感じます。

それでは、現在までの精神障害者スポーツの流れを、連盟の活動を通じて俯瞰してみましょう。

### 1. 平成11年度の活動

平成11年度の連盟の活動は、精神障害者スポーツの基礎的研究が中心となりました。

全国における精神障害者のスポーツ大会の取り組み状況に関するアンケート調査の結果（46の都道府県および一部政令指定市から回答）では、県レベル、保健所レベル、市町村レベルで平成10年度におけるスポーツ大会実施状況を調べましたが、結果は予想以上に盛況でした。とくに、1995年以降、活発になったようです（図1）。大会競技の技術的な質を維持するためには、スポーツ専門家（公式審判員など）の協力が不可欠ですが、各行政レベルにおいて2-3割はスポーツ専門家を関与してもらっていました。同様に、ボランティアの協力も重要戦力で、市町村レベルでの認識が高いようでした（図2）。

### 2. 平成12年度の活動

これらの基礎データをもとに、精神障害者の具体的なスポーツ大会実施と組織づくりを目指して動き出したのが平成12年度です。

まず、東京都作業所交流祭バレーボール大会にあわせて、自治体関係者向けに2日間にわたるスポーツセミナーを開催しました。1日目は精神医学・リハビリテーション上の留意点、全国の動向、実際の運営方法、資金の集め方など、かなり具体的な内容です。そして、2日目は実際に参加者にもバレーボール大会を見学してもらいました。東京体育館において約2,000名が参加する大規模なもので、渋谷区ママさんバレーボール協会に所属する専門家の協力を得て本格的な運営がなされていました。

そして、平成13年度に宮城県で開催される第1回全国障害者スポーツ大会（身体障害と知的障害が初めて合同で実施）に向けて、精神障害者の参加可能性を探るべく、平成13年3月に仙台市において連盟関係者と地元精神保健福祉関係者との話し合いがもたれました。その結果、公開競技「ボッチャ」への精神障害者の参加や、同時期に精神障害者を集めてバレーボール大会の開催を目指すことで合意されました。

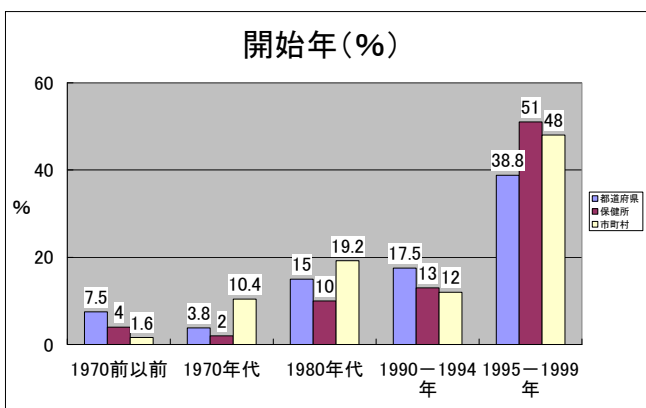


図1

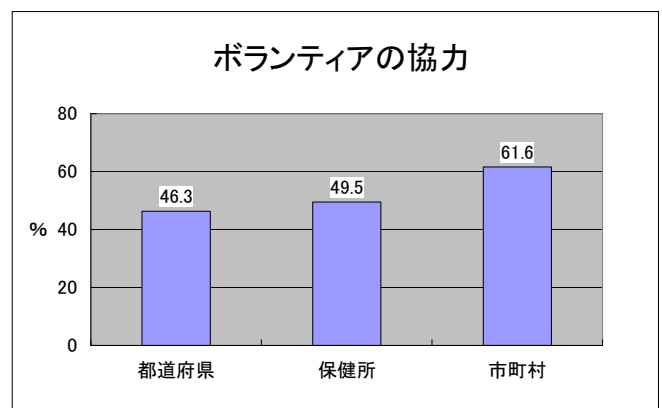


図2





### 3. 平成13年度の活動

平成13年度の活動としては、まず精神保健福祉フォーラム「精神障害者のスポーツ振興を考える」を6月に高知市において開催されました。平成14年には第2回全国障害者スポーツ大会が高知県で開催予定になっていたことから、地元関係者の意識を高めるねらいがありました。高知県ばかりではなく、近県関係者や北海道からの当事者の参加もあって成功裡に終わり、後の「高知県精神障害者スポーツ推進協議会」設立につながりました。

そして、9月20日に仙台市において第1回全国精神障害者バレーボール大会が開催されました。ソフトバレーボールを使用することと、常に最低1名の女性選手が入ること以外、6人制バレーボールのルールを原則としました。日本における全国レベルでの精神障害者のスポーツ大会としては初めてで、画期的な出来事です。地元宮城県（3チーム）をはじめ北海道、青森県、秋田県、岩手県、山形県、福島県、東京都（2チーム）、高知県、沖縄県と、10都道県、13チームで約600名の参加がありました。とくに事故や怪我もなく、無事終了できたことは多いに評価されます。なお、栄えある優勝は秋田県チーム、準優勝

は福島県チームでした。

さらに、バレーボール以外を視野に入れて、大分市で開催された九州・沖縄地区精神障害者ソフトボール大会に協賛し、関係者との交流をはかりました。

また、「精神保健福祉フォーラム in 東京ー第2回精神障害者のスポーツ推進を考える」が、11月の2日間にわたって開催されました。

一方、第3回全国障害者スポーツ大会開催予定の静岡県で、12月に「しずおか精神障害者スポーツ推進協議会」が設立され、静岡県においても本格的な準備が始められました。

### 4. 平成14年度の活動

平成14年度においては、全国精神障害者バレーボール大会を全国精神障害者スポーツ大会と名称変更して計画が進められました。高知県関係者の努力の結果、第2回全国障害者スポーツ大会のオープン競技として精神障害者バレーボールがオープン競技として認められ、準公式参加が果たせました。大会運営には、地元小学生をはじめ多くの関係者の協力もあって整然と進められました（写真）。

また、全国を8ブロックに分けてバレーボール大会の開催を始めたのも大きな動きで

す。これは、全国精神障害者スポーツ大会への予選を兼ねるとともに、各地域での精神障害者スポーツの底上げをはかる目的がありました。8ブロック全てで開催され、参加県・参加者数の増加を果たすことができましたが、参加チーム数にばらつきがあり、地域較差を強く感じさせる結果でもありました。

一方、大会運営に関するノウハウが全般的に少ないため、全国大会・ブロック大会開催に関するマニュアル・運営要領の作成や、競技に関する統一ルールづくりなどが連盟を中心として進められました。

とりわけ、こうした動きを円滑に進めるためには、背景基盤となる県レベルでの精神障害者スポーツ推進協議会といった組織整備・人材育成推進が不可欠です。組織基盤育成に関しては、筆者を主任研究者として、平成14年度厚生労働科学研究「精神障害者のスポーツ振興のための組織基盤確立に関する研究」において並行的に検討されました。その結果、精神障害者スポーツの全国大会やブロック大会の開催は、地元関係者への啓発普及効果が大きく、その後の県レベルでの精神障害者スポーツ推進協議会の設立につながることを強く示唆する所見が得られたのは大きな成果です。

### 5. 平成15年度の活動

平成14年度より始まったブロック大会は2年目に入り、参加チーム・参加者数は増加するとともに、競技レベルも確実に上がってきました。また、代表チームの選出過程をみても、県内大会を開催して選抜するところが少しずつ増えてきました。つまり、ブロック大会の参加に関して、選抜方法に公平性・透明性が出てきたといえるでしょう。

また、政令指定都市も1チームとして参加してもらうこととなり、参加のみならず、北九州市においては九州・沖縄ブロックの開催という先駆的役割を担った所も出てきました。

組織基盤育成をみても、長野県のように前

年のブロック大会主催が起爆剤となって、平成15年度に「長野県精神障害者スポーツ推進協議会」設立にこぎつけた所もありました。

このように、精神障害者スポーツ・ブロック大会開催は、参加者の底上げをはかるとともに、組織整備に結びついている役割は大きく、昨年度の筆者らの研究調査報告を裏付けるものでした。

そして、平成15年11月9日に第3回全国精神障害者スポーツ大会（第3回全国障害者スポーツ大会のオープン競技）が静岡市で開催されました。昨年に引き続きバレーボールが全国精神障害者スポーツ大会のオープン競技として位置づけられ、定着した観があります。参加チームの技術的な向上はもちろんのこと、ユニフォームなども確実に整備されてきました。また、選手団の派遣費用なども県予算から支出されたチームもあり、行政レベルでの認知度も徐々に上がってきました。なお、優勝は高知県チーム、準優勝は静岡県チームでした。

一般市民への精神障害者スポーツに関する啓発活動としては、「精神障害者スポーツ振興シンポジウム」が平成15年10月に岡山市で開催されました。平成17年には岡山県において全国障害者スポーツ大会の開催予定で、その準備を促進する狙いが込められました。翌日の地元山陽新聞に本シンポジウムが写真入りで大きく掲載され、地元への啓発普及効果が一段と高まったと考えます。

さらに、関係者間でもう一度障害者スポーツに関して語り合える機会をもつため、平成16年1月に東京で「精神障害者スポーツ振興の戦略と課題」と題したフォーラムが開催され、精神障害者スポーツ振興の戦略と課題を多少なりとも明確化されました。

## Ⅲ. 精神障害者スポーツの課題

### 1. 入院施設から地域主体のスポーツへの移行期

先述しましたように、精神科領域において

入院施設中心から地域主体のスポーツ活動に移行期にあたりと考えられます。そのためか、精神障害者スポーツに関する既存大会・既存組織と新興大会・組織との関係にも微妙な影を投げかけているのも事実です。うまく融合・統合化される方向で進んでいる地域がある一方で、歴史的経緯から何かとギクシャクしている地域も散見され、県レベルでの精神障害者スポーツ推進協議会などの実現が難しいところもあります。

## 2. スポーツの目的・意義づけ

精神障害者スポーツの振興が当事者のQOLを向上させるとともに、精神障害・精神障害当事者への偏見・誤解を除去する啓発効果があるのは間違いありません。しかしながら、その方法論として娯楽性を重視する立場から、障害に見合ったルールの特化を求める声がある一方で、競技性を重視してルールなどの厳格運用こそが真のノーマライゼーションにつながるという意見も少なくありません。他障害の例をみると、当初は娯楽性が優先され、次第に競技性が重視されるようになった経緯があるようですが、精神障害者スポーツの当面の目標をどのレベルに設定すべきか検討課題です。

現在、バレーボール種目が先行していますが、競技性重視の関係者からはソフトバレーボール使用から皮ボールに戻すべきだという意見や、男女別々にチーム編成すべきといった意見も出ています。しかしながら、比較的盛んなバレーボール種目においても、男性単独チームはともかく、女性単独チームを全国でどれだけ編成できるか疑問も残ります。

## 3. 公式大会への参加と他障害との協調

精神障害者の全国障害者スポーツ大会への参加を目指しているなか、高知大会、静岡大会においてオープン競技として準公式参加が定着し、一歩前進したわけですが、いくつか

の問題が顕在化しています。

1つは国体開催後に開催される全国障害者スポーツ大会は、数年前から綿密な開催準備が進行しているのですが、当連盟を含め精神障害側の準備が後追いになっているのが現状で、関係者に迷惑をかけている点です。

また、後述する参加者のプライバシー保護や参加資格についても、他障害との整合性が求められています。

## 4. 参加者のプライバシー保護の考え方

精神障害者のプライバシー確保や権利擁護に関しても意識改革が求められています。プライバシー確保に細心の配慮が求められるのは論を待ちませんが、何でも隠すという発想は通用しなくなりつつあります。たとえば、全国障害者スポーツ大会のオープン競技への参加に際しては参加者名簿の提出が原則で、氏名などが明示されます。啓発普及効果を考えれば、積極的にマスコミなどに取り上げてもらう必要があり、当然、テレビや新聞取材などで写真撮影などの事態が予想されます。従来は、事前に了承を得た当事者だけを撮影したり遠景のみに限定するなどの配慮が一般的でしたが、大会規模が大きくなり参加者数が増大すると現実的には対応困難になります。

また、他障害者との一緒の参加となれば、精神障害者だけ撮影しないとといった方法は不可能に近く、むしろそうした対応をマスコミ関係者に要望すること自体が、権利擁護どころか逆差別につながるという意見も少なくありません。当事者はもちろんのこと、家族の意識改革が求められているのです。

## 5. 公式大会参加資格をめぐる

公式大会参加資格について、全国障害者スポーツ大会への参加資格は、大会規定により16歳以上の障害者手帳所持者ですので、精神障害者の参加資格もこれに準じる形で、精神障害者保健福祉手帳（以下、手帳）所持者と

なる可能性が高いと考えられます。しかしながら、他障害者と比較して手帳所持率が低い現状を考慮しますと、手帳所持者と限定すべきか検討の余地があります。

ちなみに、高知県での第2回全国精神障害者スポーツ大会への参加資格は、手帳所持者もしくは同等レベルの障害を有する人と曖昧に表現され、静岡県での第3回全国精神障害者スポーツ大会への参加資格は、原則手帳所持者と表現が改められています。

### 6. 運動効果に関する医学的検証

スポーツ活動がさまざまな形で障害者にメリットをもたらすことは間違いありませんが、その効果の科学的検証は不十分です。そうした中、平成15年9月に日本スポーツ精神医学会が設立され、わが国においても精神障害者スポーツに関して本格的な精神医学的研究も始まったのは非常に意義深いことです。こうした専門学会と当連盟との積極的な連携も、今後の活動を展開するうえで重要課題と考えられます。

## IV. まとめ

(社)日本精神保健福祉連盟が現在までに展開してきた精神障害者スポーツ振興に関する研究・活動・組織育成について紹介しました。入院施設から地域主体のスポーツへの移行期にあたること、他障害とのスポーツ連携実績に地域差があるなど、当事者・関係者間の考え方や目標は多様です。したがって、スポーツ大会開催やシンポジウム開催などを積み重ね、関係者間のコンセンサスづくりを継続的に行っていく必要があります。

スポーツ領域に限らず、今後ますます3障害合同の活動が増加することが予想され、他障害を含め当事者・家族・関係者間で意見交換をはかりながら、障害者の権利擁護と真のノーマライゼーションを目指していく必要があります。

この原稿を執筆中の平成16年11月14日に第4回全国精神障害者スポーツ大会が開催され、成功裏に終了したことを最後にご報告します。

### 文献

- 1) 伊東秀幸：地域精神保健福祉活動におけるスポーツ大会の意味。日本精神保健福祉連盟広報誌29:34-41, 2003
- 2) 三村一郎：財団法人日本障害者スポーツ協会内における精神障害者のスポーツへの取り組みについて。日本精神保健福祉連盟広報誌29:17-24, 2003
- 3) 日本精神保健福祉連盟：平成11年度「精神障害のある人のスポーツ振興に関する調査研究」報告書。日本精神保健福祉連盟、2000
- 4) 日本精神保健福祉連盟：平成12年度「精神障害のある人のスポーツ振興に関する調査研究」報告書。日本精神保健福祉連盟、2001
- 5) 日本精神保健福祉連盟：平成13年度「精神障害のある人々のスポーツ事業振興への取り組み」報告書。日本精神保健福祉連盟、2002
- 6) 日本精神保健福祉連盟：平成14年度「精神障害のある人々のスポーツ事業振興への取り組み」報告書。日本精神保健福祉連盟、2003
- 7) 岡崎伸郎：精神障害者スポーツ振興の現状と展望。日社精医誌12:179-186, 2003
- 8) 大西守：精神障害者の参加促進を。私の視点、朝日新聞2001、10月21日紙面
- 9) 大西守、高畑隆、浅井邦彦：精神障害者スポーツの振興に関する最近の動き。臨床精神医学31:1411-1415, 2002
- 10) 大西守：平成14年度厚生労働科学研究「精神障害者のスポーツ振興のための組織基盤確立に関する研究」報告書。2003
- 11) 大西守：平成14年度厚生労働科学研究「精神障害者のスポーツ振興のための組織基盤確立に関する研究」一地域における精神障害者スポーツ推進協議会の設立マニュアル。2003
- 12) 大西守：精神障害者スポーツの現状と課題。スポーツ精神医学1:11-15, 2004
- 13) 田所淳子：第2回全国障害者スポーツ大会(よさこいピック高知)オープン競技の開催を語る。日本精神保健福祉連盟広報誌29:25-33, 2003
- 14) 内田直、高畑隆、宮崎伸一：精神障害者スポーツと競技性。精神経誌104:1242-1248, 2002
- 15) 横山浩之、西村良二：精神科デイケアにおける運動・スポーツの効用についての検討。臨床精神医学31:1389-1396, 2002



# 食事療法

## —ハーフ体操の取り組みについて—

身体障害者療護施設 愛生園

飛田 恭子

### 【はじめに】

利用者の8割が血管障害からくる身体障害を主体とする療護施設で加齢に伴う重度化や合併症、更に複雑化した新規利用者で栄養内容や介護がますます難しくなっている現状にきており、生活全般の活動が低下していくための肥満・骨粗鬆症・貧血等の問題が現れてきています。

人間の身体は、動かすことによって機能を維持していくものと考えられています。

運動の減少は身体機能の低下をもたらし、脳血管障害からくる機能障害者は運動能力の低下が見られ、健康管理の基本とも言える栄養・運動・休養のバランスがとりにくい現状下にあります。

このことから、自己管理が困難で肥満度が高く介助困難な利用者を対象にもっと身体を動かせること、肥満度を低下させることを目標に医師、運動指導士、看護師の協力のもと利用者個人の残存能力を生かした有酸素運動（腹式呼吸）と食事療法を組み合わせ精神面、栄養面、運動面においてあまり負荷をかけ過

ぎず継続できる方法で実施しました。

### 【ケースの現状・分析】

(1) 自己管理が困難な対象者を選定するにあたり基盤となった栄養管理と関連業務

- ① 栄養管理と関連業務（表1参照）
- ② 栄養アセスメント（表2参照）
- ③ 調査項目

糖尿病や肥満等の危険因子の高い利用者を中心に総合的な判断

- 1) 栄養アセスメント（血液検査・体脂肪率・体重）の評価
- 2) 介護状況（生活状況・運動状況・治療状況）
- 3) ADL 評価

栄養レベルでの目標設定

- 1) 栄養所要量の設定
- 2) 食品構成表作成
- 3) 献立作成、摂取状況の確認・分析

正確に栄養状況を判定することによって、低栄養（Alb $\geq$ 3.5）であれば適切な栄養補給を、過剰栄養なら肥満度・合併症の有無など

表1 栄養管理と関連業務

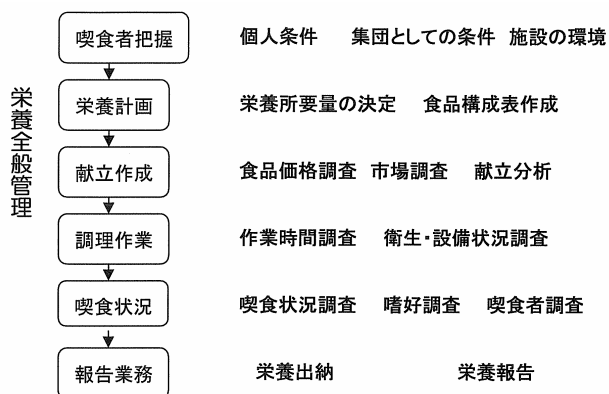
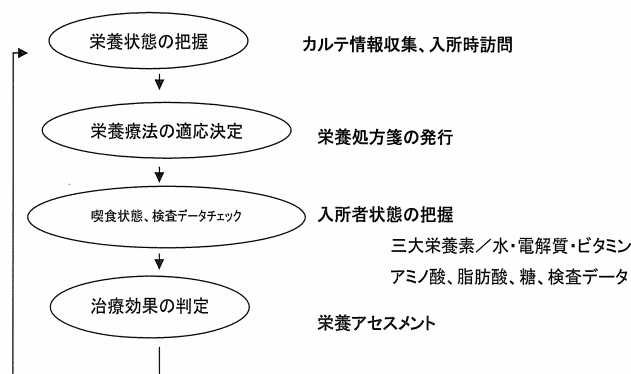


表2 栄養アセスメントの流れ



から適切な栄養、運動指導を行います。

①肥満度が高い方②データの的に問題のある方③介助が困難な方、これら得られた情報の総合的判定から、自己管理が困難な利用者男性6名、女性7名を選定し、医師、運動指導士を交えて有酸素運動プログラムメニューを作成し、対象となった利用者に適応した運動や複式呼吸による「ハーフー体操」の実践を行いました。

**(2) ハーフー体操と指導カリキュラム**

期 間 平成10年9月～平成15年～現在  
 内 容 有酸素運動 –ハーフー体操–  
 (腹式呼吸と食事療法)  
 人 員 男性 6名 女性 7名

12:00～ 12:30	12:30～ 13:00	13:00～ 13:30	13:30～ 14:00
昼 食 お や つ	休 憩	コーヒー 紅 茶	ハーフー体操

**(3) 有酸素運動（ハーフー体操）の実際**

方法は、腹式呼吸で行います。

この腹式呼吸の息を出す発音が「ハーフー」と聞こえることから施設内では、いつの間にか「ハーフー体操」と言われるようになりました。

脳血管障害に伴う片マヒのため、思うような動きができない状況です。

◆一段階（導入）

- ① 息出し訓練（カガミ、風船）
  - ② 手足を動かす（タオル、ゴム）
  - ③ 声出し訓練（発声練習）
  - ④ 頭を下げない練習（高血圧予防）
- ①～④の取り組みから少しずつ焦らず、運動レベルの向上に努めました。

◆二段階

- ① 運動実施前後の血圧測定  
 運動前後の血圧の状況と原疾患の影響
- ② ドクターの回診と音楽療法  
 週一回回診時、利用者の身体チェック  
 心肺を強めるための音楽療法
- ③ 食事のコントロール

インスリンの効果を上げるためおやつ時間を昼食時へ変更

脂肪燃焼率を上げるため運動開始30分前コーヒーを飲用

**【経過・考察】**

ハーフー体操開始3ヶ月頃から対象者全員に体重・体型（腹囲、足首）に変化が現れ、浮腫等もなくなり、手足が以前より動くようになりました。また、声も出る様になったと対象者が体操することに大きな喜びを感じてもらえる事が出来ました。

さらに、①血圧の変化 ②体重、体脂肪の減少 ③体型 ④コレステロールの低下 ⑤中性脂肪の低下 ⑥その他血液検査の数値の改善が見られました。（図①～④参照）

ハーフー体操は、呼吸と手足を軽く動かすだけにもかかわらず、以上の経過がみられたため、利用者は呼吸循環器系の機能を高め、維持していくのに十分な身体活動をしていない事がわかりました。

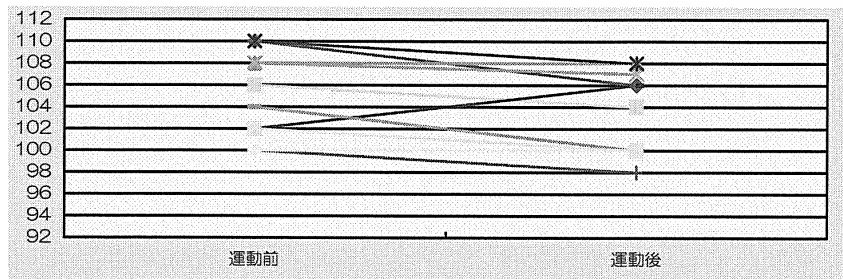
このことから呼吸の大切さと継続することの大切さを痛感しました。

**【おわりに】**

自己管理が困難な利用者を対象に、もっと身体を動かせること、肥満を低下させることを目標に取り組みましたが、即効性のあるものではありませんでした。しかしながら、利用者の方々の楽しみと生きがいへと定着しましたし、検査数値的にも良い結果が得られましたので今後とも継続していきたいと思えます。

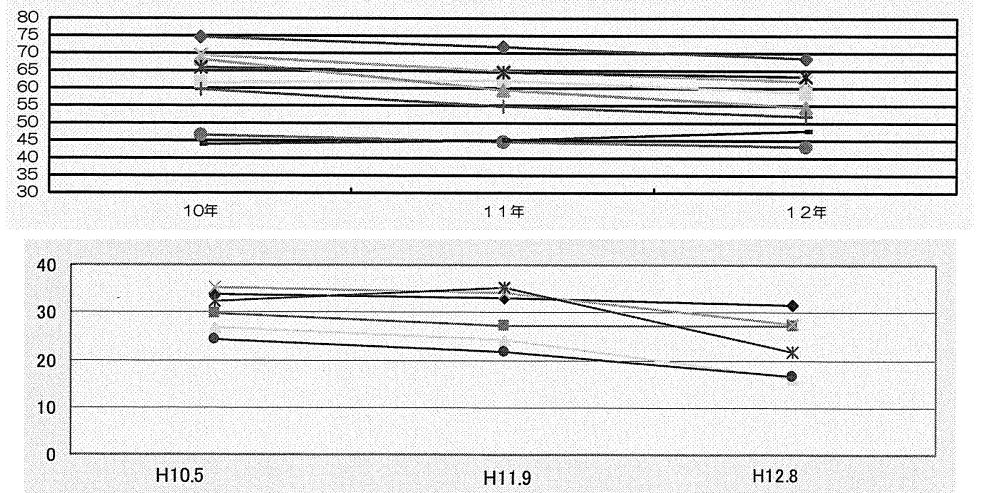
現在ユニット方式で支援していますが、支援費制度における自己決定の促進により、外出・外食・その他支援になったことで栄養管理が出来ない部分が生じました。そのため、このハーフー体操を通じて自己管理の啓発を行い、栄養教室等へも活動をつなげていきたいと思えます。

① 血圧の変化



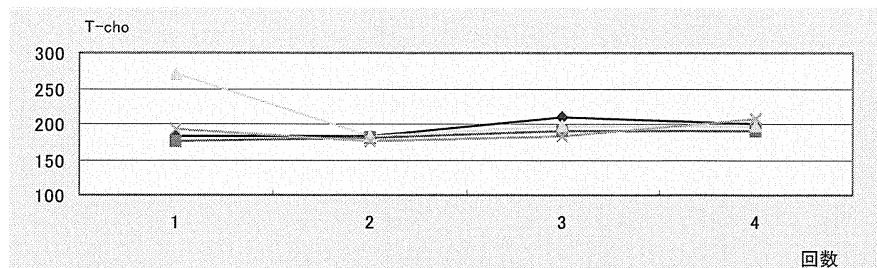
(図 1)

② 体重・体脂肪の減少



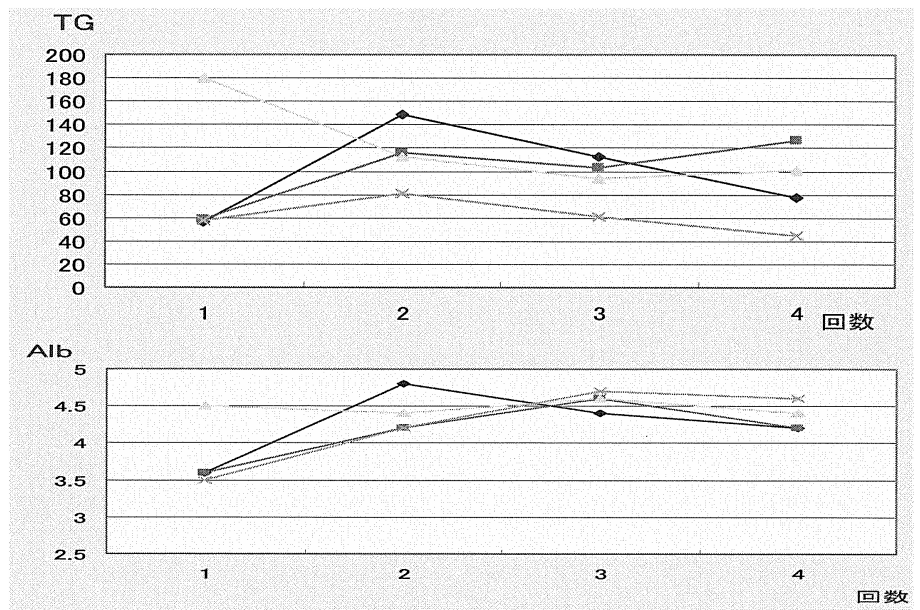
(図 2)

③ コレステロールの変化



(図 3)

④ 中性脂肪・アルブミン値の低下



(図 4)

# 精神障害者のレクリエーション観

東京都福祉レクリエーション・ネットワーク会 会員

精神保健福祉士 西山 珪子

## はじめに

我が国の精神障害者の特色として入院者の割合が高いこと、入院期間が長期にわたることがまず第1にあげられる。このことは1人ひとりが持ち合わせている個性の損失であり、社会性の欠落を生む。

集団による単調な生活リズムと危険防止の名のもとに制限された生活の中で、病状の安定を計るべく患者としてのみ扱われるのである。こうした精神障害者は、必然的にコミュニケーションのとり方が下手であり、行動学習ができにくい状況にある。

当然のことながら精神病という特殊性がそうさせるといえようが、10年余り精神障害者と仕事を通じ関わった筆者にはただそれだけでないことを痛感させられる。地域社会との交流の中で、多様なコミュニケーションを体験することの重要性は、いくら強調してもしすぎることはないと思う。

## (1)「作業所」の果たす役割

筆者は精神病院の生活療法センター指導員として、OTと共に10年間仕事を共にしてきた経験を持つ。その一方区内外の幾つかの精神障害者の作業所にも、一個人の立場で出入りする機会を得てきた。

筆者が仕事やボランティアや客として関わってきた10年間の体験を通して知る限り、退院後に行き場がないため患者として長期入院（20～30年入院もめずらしくない）し、たまたま病院内で生きる人も、幸いにして住む所と通所先を持つ作業所メンバーとして生きる人も、筆者の見る限りではさほどの差は見

受けられない。

筆者は病院入職以前から、地域で知的障害者の作業所をサポートしていたこともあって、作業所には早くから強い関心を持ってきた。精神病院という医療現場（ヒエラルヒー領域）では、仕事上関わることの出来る患者を相手にアンケートをとることは不可能なため、作業所メンバーの皆さんにアンケートの協力を依頼した。その結果をもとに、精神障害者のレクリエーション観を考察してみたい。

今日の社会の動向を見る限り、作業所に期待されるものは多い。精神障害者をとりまく保健医療福祉の社会状況は、時代の要求と共にその機能を作業所に求めているといっても過言ではない。近年急速に多様化する傾向にある作業所は、概ね3つのタイプを持ち、①就労の場としての足がかり、②基礎生活以外の社会生活・余暇生活の維持と活用、③①と②を合せ持つ役割を果たす場などに大別される。いずれも退院した精神障害者にとっては重要な生活の一部となる場合が極めて高い。

通所メンバーの皆さんのレクリエーション観を考察することは、退院しようにもできない長期入院患者の今を知ることでもある。またそうした人々の近未来の姿を写し見ることでもあると思われてならないのである。

リハビリ目的だけで一律にプログラム化したレクリエーションには問題を感じる。青年期、社会人になるまで普通に生きた後、精神を病んだ人たちが、一斉にプログラム化され、ただ繰り返されるだけの活動を求めたり受容したいだろうか？ ゲーム化したレクリエー



ション中心のプログラムを楽しみとするだろうか？ 障害があるからといって指導下・監督下に置くだけでは、安全にできるかもしれないが、レクリエーションとしての価値が見失なわれないだろうか？ そうした日頃の筆者の疑問をアンケートによって投げかけてみた次第である。(データは1999年のもの)

## (2) アンケートの結果から

東京を中心とした関東地区127人(男性88人、女性39人)のアンケート調査によれば、レクリエーションに友人や知人が増えることを求め、活動の後の爽快感による活力回復を求め、日常の生活とは違った刺激を通して自信につなげたいとする人が多い。またそれらの行動を通して心が癒されることや新しい自分の発見を求めている。

「レクリエーションイメージ」では、趣味や遊び、リフレッシュすることなら何でもレクリエーションだとし、自らの通所先のレクリエーションプログラムにそれを求めてもいる。そして、お金がかかるもの、かからない

ものに関らず共通して“楽しい”という項目が群を抜くし、レクリエーションによって共通の話題が得られるとしている。

「本人が楽しみとしているもの」では旅行を筆頭に、自らを外に連れ出す行為に得点が高い。

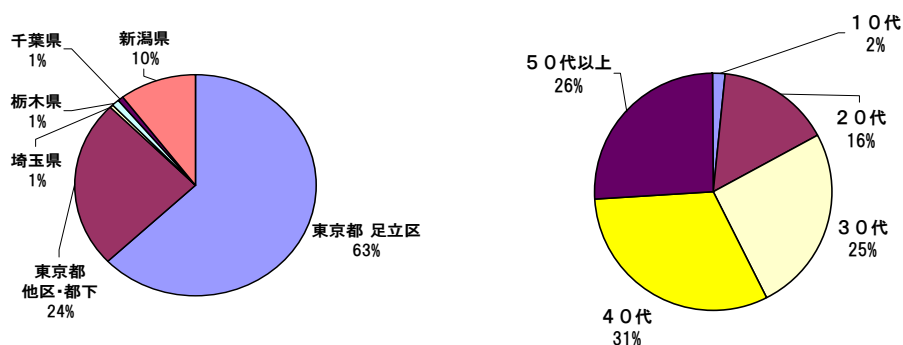
また「協力者、指導者を得られた上で身につけたい楽しみ」としては、音楽系(楽器類・うたなど)とパソコン系(ワープロ含)が群を抜く。

この調査からも分るように精神を病んでいるとはいえ、レクリエーションに対する考え方は極めて一般的である。また、レクリエーションの特色には、41.7%にもものぼる単身暮らしという背景が無関係ではない事がわかる。

今後、精神障害者のレクリエーションは、「セラピー」から「レジャー教育」を経て、「レクリエーション参加」に至るレクリエーションの深化と発展の方向を踏まえてプログラムを考え、精神障害者の真のニーズを把握して進める事が大切である。

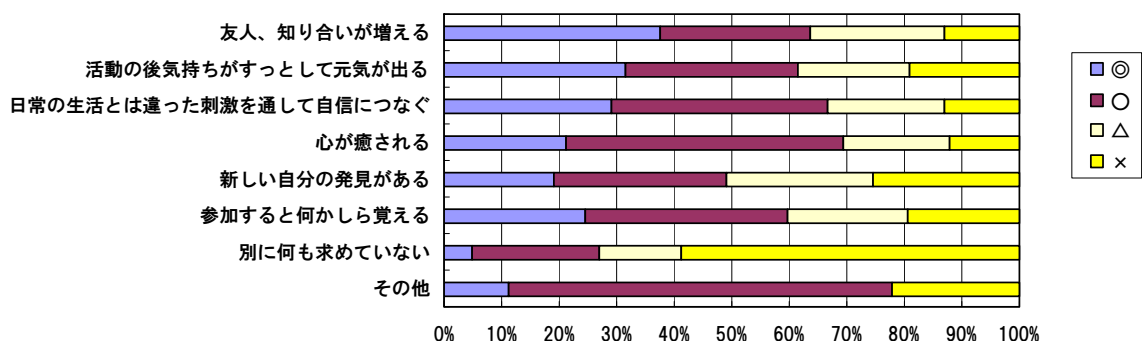
## アンケート調査結果

### 【対象者】

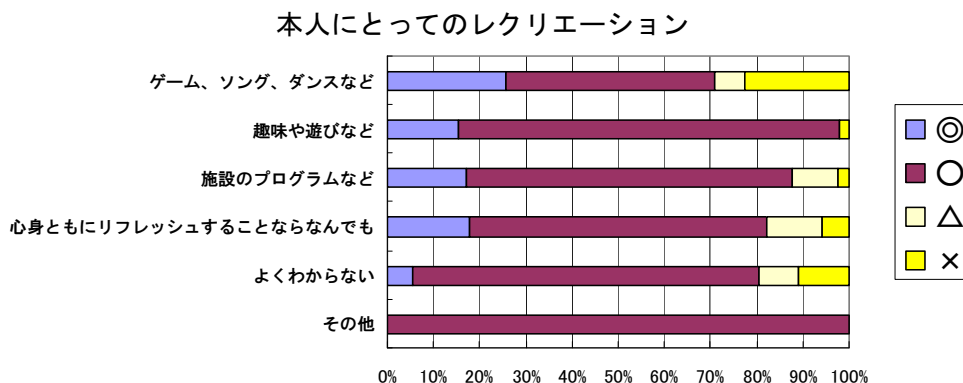


### ●ご本人がレクリエーションを通して得られるプラス効果はなんですか。

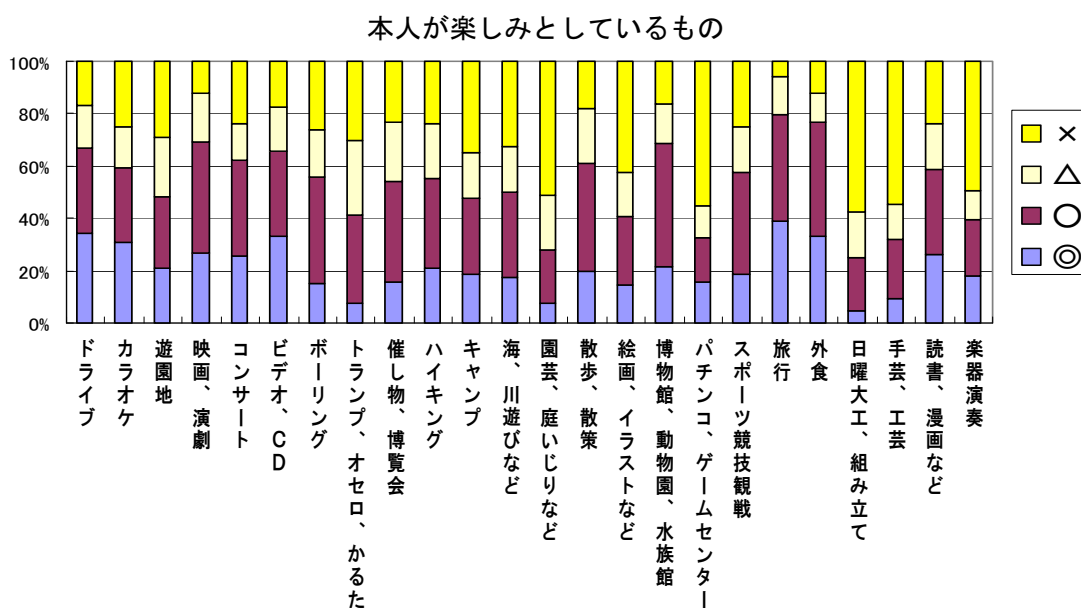
#### レクリエーションを通して得られるプラス効果



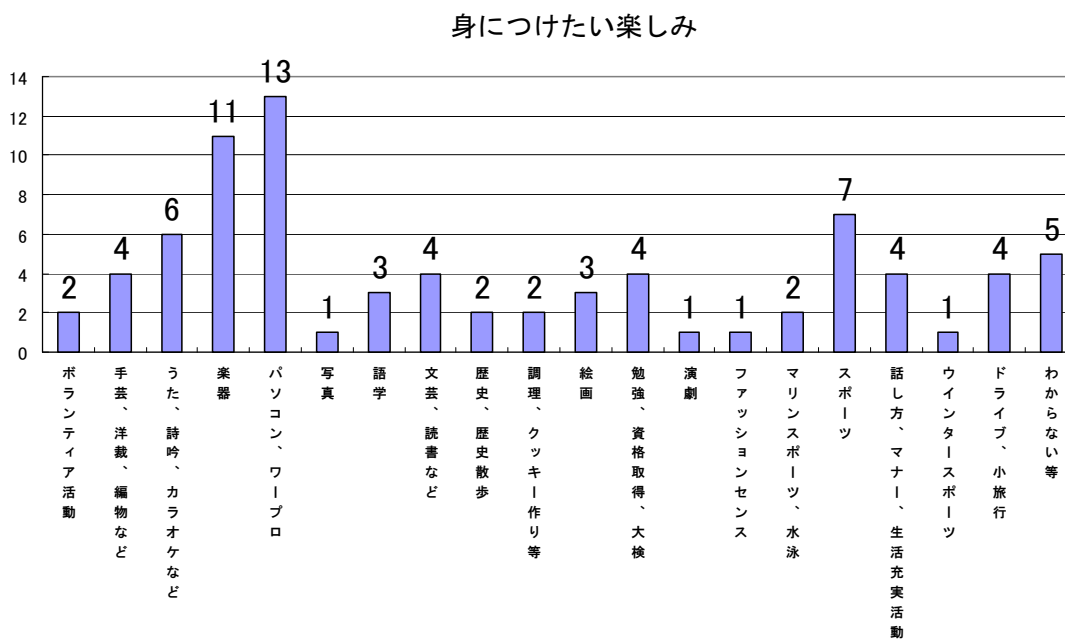
●ご本人にとってのレクリエーションをどのようなものと考えていますか。



●ご本人が楽しみにしているものに◎、○、△、×をつけてください。



●ご本人が指導者や協力者を得た上で心地よいとき（生活の快）を過ごされるのは、どんな時だと思われますか？



## 平成17年度障害保健福祉関係予算(案)の概要

平成16年12月

障害保健福祉部

平成16年度予算	6,942億円
平成17年度予算(案)	7,532億円
差引増△減	590億円
	(対前年度比8.5%増)

### 障害保健福祉施策の抜本的な見直し

障害保健福祉施策については、障害者の地域における自立した生活を支援する体制をより強固なものとするため、

- ① 障害保健福祉施策の総合化
- ② 自立支援型システムへの転換
- ③ 制度の持続可能性の確保

といった視点から、制度の抜本的な見直しを行い、現行の制度的な課題の解決を図るとともに、新たな障害保健福祉施策体系を構築する。

### 見直しの主なポイント

#### 1 障害者の福祉サービスを「一元化」

(サービス提供主体を市町村に一元化。障害の種類(身体障害、知的障害、精神障害)にかかわらず、障害者の自立支援を目的とした共通の福祉サービスは共通の制度により提供。)

#### 2 障害者がもっと「働ける社会」に

(一般就労へ移行することを目的とした事業を創設するなど、働く意欲と能力のある障害者が企業等で働けるよう、福祉側から支援。)

#### 3 地域の限られた社会資源を活用できるよう「規制緩和」

(市町村が地域の実情に応じて障害者福祉に取り組み、障害者が身近なところでサービスが利用できるよう、空き教室や空き店舗の活用も視野に入れて規制を緩和する。)

#### 4 公平なサービス利用のための「手続きや基準の透明化、明確化」

(支援の必要度合いに応じてサービスが公平に利用できるよう、利用に関する手続きや基準を透明化、明確化する。)

#### 5 増大する福祉サービス等の費用を皆で負担し支え合う仕組みの強化

##### (1) 利用したサービスの量や所得に応じた「公平な負担」

(障害者が福祉サービス等を利用した場合に、食費等の実費負担や利用したサービスの量等や所得に応じた公平な利用者負担を求める。この場合、適切な経過措置を設ける。)

##### (2) 国の「財政責任の明確化」

(福祉サービス等の費用について、これまで国が補助する仕組みであった在宅サービスも含め、国が義務的に負担する仕組みに改める。)

**17年度予算案に盛り込んだ主な見直し  
関連事項**

**○障害者の自立支援のための居宅生活支援  
サービス等の充実 3,887億円**

障害者が身近な地域で自立した生活を送れるよう、居宅生活支援サービスの推進を図る。  
居宅生活支援

602億円→930億円(328億円)

**○障害に係る医療の給付（公費負担医療）  
740億円**

精神障害者通院公費、更生医療、育成医療の良質かつ適切な医療の効果的な提供

※福祉サービス及び公費負担医療に関する利用者負担の見直し

- ・在宅と施設のバランスの観点から、食費等の実費は利用者の負担とする。
- ・障害者個人を給付対象とする福祉サービス及び公費負担医療に係る利用者の負担は、サービスの量・医療費と所得に応じた負担とする。
- ・公費負担医療については、対象者の重点化を図る。
- ・負担の激変を緩和するため、食費等の実費負担や福祉サービス及び公費負担医療に係る利用者負担について、適切な経過措置を講じる。

※国の財政責任の明確化

- ・市町村が実施し、障害者個人を給付対象とする福祉サービス等の費用について、在宅サービス、施設サービスを通じて、国が義務的に負担する仕組みに改める。

**○障害者の就労支援の推進 108億円**

障害者就業・生活支援センターの増、小規模作業所の育成等と就労支援の推進等を図る。

**○障害者の社会参加等の推進 276億円**

**○発達障害に対する支援 7億円**

平成16年12月に成立した「発達障害者支援法」（平成17年4月施行）を推進するためのモデル事業の実施や、自閉症・発達障害者支援センターの拡充を図る。

**関連する法整備**

次期通常国会に、予算関連法案として「障害者自立支援給付法（仮称）」を提出。

**実施時期**

- 利用者負担の見直しに関する事項のうち公費負担医療にかかるもの 17年10月
- 国等の負担（義務的負担化）に関する事項及び利用者負担の見直しに関する事項のうち福祉サービスにかかるもの 18年1月
- 新たな施設・事業体系への移行に関する事項 18年10月

**1 居宅生活支援サービス等の推進**

350,919百万円→

388,676百万円(37,757百万円)

障害者が身近な地域で自立した生活を送れるよう、居宅介護等事業（ホームヘルプ）、地域生活援助事業（グループホーム）等の居宅生活支援サービスの推進を図る。

**(1) 支援費**

(ア) 居宅生活支援費（平成18年1月から義務的経費化）

60,188百万円→

93,009百万円(32,821百万円)

（義務的経費16,112百万円を含む）

【居宅生活支援費の運用上の工夫等について】

適正な運用を図るため、以下の見直しを行う。

○ホームヘルプサービス（平成17年4月実施）

- ・身体介護及び移動介護（身体介護を伴う）の長時間利用時における加算単価の見直し
- ・知的障害者の長時間利用類型の新設

○制度改正に伴う利用者負担の見直し（平成18年1月実施）

- ・応益負担、食費の自己負担化
- 上記の他、更なる適正化に向けて必要な見直しを行う。

(イ) 施設訓練等支援費

287,118百万円→

290,165百万円(3,047百万円)



## 【施設訓練等支援費の運用上の工夫等について】

- 実態を踏まえた支援費基準額の見直し  
(平成17年4月実施)
- 制度改正に伴う利用者負担の見直し  
(平成18年1月実施)
- ・応益負担、食費等の自己負担化
- ・知的入所施設の医療費の自己負担化

## ⑧(2) 障害児タイムケア事業

0百万円→805百万円(805百万円)

障害のある中高生の放課後等の活動の場の確保及び保護者の就労支援と障害児を日常的にケアしている家族の一時的な休息を目的とし、デイサービス事業所や小学校等の空き教室を利用した中高生障害児の預かり等のサービスを実施する。

## (3) 障害者地域生活推進特別モデル事業

578百万円→399百万円(△179百万円)

施設に入所している障害者の地域生活移行及び在宅の障害者の地域生活支援を積極的に促進するため、都道府県が市町村を指定し、都道府県の調整のもとに障害者の地域生活のための支援費対象サービス利用等の相談、利用援助及び住居、活動の場の確保についての支援等を総合的に行う。

## (4) 支援費事業経営実態調査事業

40百万円→226百万円(186百万円)

支援費基準額の見直しのために必要な基礎資料として、各支援費事業の経営等の実態を平成16年度、17年度の2か年計画で調査する。

## 2 就労支援の充実

9,388百万円→

10,800百万円(1,412百万円)

うち他施策重複分等

695百万円→790百万円(95百万円)

障害者福祉施策と雇用施策の連携及び福祉部門における就労支援の充実などにより、障害者の働くことを支援する。

## ⑧(1) 小規模作業所への支援の充実強化事業

0百万円→353百万円(353百万円)

自立支援、就労支援費等の機能の向上を図りつつ、新たな施設類型への移行等を図るため、小規模作業所への支援を充実強化し、地域での障害者の就労支援を促進させる。(全国47か所で実施)

⑧(2) 重度障害者在宅就労促進特別事業  
(バーチャル工房支援事業)

0百万円→50百万円(50百万円)

在宅の障害者に対して、情報機器やインターネットを活用し、在宅で就労するための訓練等の支援を行う事業者(バーチャル工房)に対する補助事業を創設する。(全国10か所で実施)

## (3) 障害者就業・生活支援センター事業

817百万円→1,023百万円(206百万円)

地域の障害者の職業生活における自立支援を図るため、身近な地域において雇用、保健福祉、教育等の関係機関のネットワークを形成し、障害者の就業面及び生活面で一体的な支援を行う。(80か所→90か所(10か所))

## (4) 小規模通所授産施設

4,155百万円→4,930百万円(775百万円)

## (5) 小規模作業所

2,481百万円→2,481百万円(0百万円)

## (6) 福祉工場

1,935百万円→1,965百万円(30百万円)

## 3 発達障害に対する支援

252百万円→706百万円(454百万円)

うち他施策重複分等

7百万円→11百万円(4百万円)

発達障害者の乳幼児期から成人期までの各ライフステージに対応する一貫した支援を行うため、都道府県・指定都市に発達障害の検討委員会を設置、障害保健福祉圏域において個別支援計画の作成等、支援の体制整備をモデル的に実施するとともに、自閉症・発達障害支援センターの拡充など発達障害者の支援の充実を図る。

## ⑧(1) 発達障害者支援体制整備事業

0百万円→247百万円(247百万円)

都道府県、指定都市に発達障害の検討委員会を設置するとともに、障害保健福祉圏域において個別支援計画の作成等、支援の体制整備をモデル的に実施する。

**(2) 自閉症・発達障害支援センター運営事業**

245百万円→443百万円(198百万円)  
(20か所→36か所(16か所))

**(3) 研修及び普及啓発等**

7百万円→16百万円(9百万円)

⑦(ア) 発達障害普及啓発費

0百万円→5百万円(5百万円)

発達障害についての普及啓発を図り、正しい理解を求めるためのポスター等の作成、配布を行う。

⑦(イ) 発達障害関係職員研修会開催経費(国立秩父学園)

0百万円→4百万円(4百万円)

都道府県、指定都市において発達障害分野の指導者となる行政担当者、保健師、保育士等の現任者に対し、「学習障害(LD)」や「注意欠陥多動性障害(ADHD)」等といった発達障害に関する研修を行い、知識、技術の向上を図る。

(ウ) 自閉症・発達障害支援センター職員研修開催経費等(国立秩父学園)

7百万円→6百万円(△1百万円)

**4 社会参加等の促進**

27,578百万円→

27,577百万円(△1百万円)

障害のある人が社会の構成員として地域で共に生活できるよう、また、自己表現、自己実現、社会参加を通じて生活の質的向上が図れるよう、障害者自立支援・社会参加総合推進事業や補装具給付事業等を推進する。

**(1) 障害者自立支援・社会参加総合推進事業**

4,800百万円→4,500百万円(△300百万円)

障害者IT総合推進事業、身体障害者補助犬の育成や視聴覚障害者の情報・コミュニケーション支援事業など、障害者の社会参加推進のための事業を総合的に推進する。

**(2) 補装具給付事業**

17,872百万円→18,085百万円(213百万円)

身体障害者及び身体障害児の失われた身体部位、損なわれた身体機能を代償、補完する用具(補装具)の交付又は修理を行う。

- ・遮光眼鏡の給付対象者の拡大(網膜色素変性症の者に加え、白子症等の者も対象とする)

- ・修理基準の見直し(消耗品の廃止)

- ・厚生年金保険事業(整形外科療養)の廃止に伴う増

- ・市町村民税非課税世帯からの費用徴収(平成18年1月から実施)

**(3) 日常生活用具給付等事業**

2,205百万円→2,385百万円(180百万円)

日常生活を営むのに著しく支障のある在宅の重度障害者等に対し、特殊寝台等日常生活用具を給付又は貸与する等により、日常生活の便宜を図る。

- ・市町村民税非課税世帯からの費用徴収(平成18年1月から実施)

**(4) 障害者スポーツ・文化芸術活動振興事業**

96百万円→91百万円(△5百万円)

- ・全国障害者スポーツ大会の開催

- ・障害者芸術・文化祭の開催

**(5) 身体障害者福祉促進事業委託費**

515百万円→469百万円(△46百万円)

視聴覚障害者の情報・コミュニケーション支援事業である点字図書の製作や標準手話の研究等を関係団体に委託して行う。

**(6) 高度情報通信福祉事業**

149百万円→132百万円(△17百万円)

インターネットを活用して全国の点字図書情報や日々のニュース、様々な福祉関連情報を提供する。

**5 精神障害者保健福祉施策の充実**

80,609百万円→

95,561百万円(14,952百万円)

うち他施策重複分等

7,772百万円→7,132百万円(640百万円)

在宅サービス及び精神障害者社会復帰施設

の充実、良質かつ適切な精神医療の効率的な提供等により、精神保健医療福祉対策の充実を図る。

また、心神喪失者等医療観察法の施行に伴う、指定医療機関の運営、医療従事者等の人材の養成等に必要な経費を確保する。

**(1) 精神障害者の社会復帰対策の推進**

22,939百万円→  
25,690百万円(2,751百万円)

**(ア) 精神障害者居宅生活支援事業の充実  
(平成18年1月から義務的経費化)**

3,013百万円→  
4,086百万円(1,073百万円)  
(義務的経費785百万円を含む)

- (i) 居宅介護等事業(ホームヘルプサービス)
- (ii) 短期入所事業(ショートステイ)
- (iii) 地域生活援助事業(グループホーム)

**【居宅生活支援費の運用上の特記事項について】**

適正な運用を図るため、以下の見直しを行う。

- ホームヘルプサービス
  - ・長時間利用時における加算単価の見直し
  - ・移動介護における区分(身体介護を伴う、伴わない)ごとの単価の新設
- 制度改正に伴う利用者負担の見直し(平成18年1月から実施)
  - ・応益負担、食費の自己負担化
 上記の他、更なる適正化に向けて必要な見直しを行う。

**(イ) 精神障害者社会復帰施設の充実**

18,940百万円→  
20,086百万円(1,146百万円)

- (i) 生活訓練施設(援護寮)
- (ii) 福祉ホーム
- (iii) 授産施設(入所、通所)
- (iv) 小規模通所授産施設
- (v) 福祉工場
- (vi) 地域生活支援センター

**(ウ) 地域精神保健福祉対策の推進**

986百万円→1,518百万円(532百万円)

- (i) 地域精神保健福祉特別対策

96百万円→397百万円(301百万円)  
・社会的入院解消のための退院促進支援事業

63百万円→162百万円(99百万円)

- ・こころの健康づくり対策事業

33百万円→105百万円(72百万円)

㊦・精神科救急特別対策事業

0百万円→130百万円(130百万円)

救急患者対策として、24時間、365日、地域の拠点となる病院(精神科救急医療センター)を整備し、急性期に集中的な手厚い医療を提供することにより、患者の早期退院を図る。

㊧(ii) 精神障害者社会復帰施設等実態調査事業

0百万円→67百万円(67百万円)

社会復帰施設等における報酬体系、利用者負担体系の見直しのために必要な基礎資料として実態を調査する。

**(2) 良質かつ適切な精神医療の効率的な提供**

55,052百万円→  
61,677百万円(6,625百万円)

- (ア) 措置入院費
- (イ) 通院医療費
- (ウ) 医療保護入院費
- (エ) 精神科救急医療体制の整備

**(3) 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に関する医療体制の整備**

2,618百万円→8,193百万円(5,575百万円)  
うち他施策重複分等

2,475百万円→  
229百万円(△2,246百万円)

心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に対する適切な医療を実施するとともに、指定医療機関の運営に必要な経費の負担、医療従事者等の養成研修を行うなど医療体制の整備を図る。

(ア) 指定入院医療機関の整備

2,475百万円→

4,527百万円(2,052百万円)

(イ) 指定医療機関の運営

0百万円→3,374百万円(3,374百万円)

- ⑨(i) 医療費  
0百万円→1,082百万円(1,082百万円)
- ⑨(ii) 運営費  
0百万円→2,292百万円(2,292百万円)
- (ウ) 医療従事者等人材の養成  
91百万円→125百万円(34百万円)
- (エ) その他の経費  
52百万円→167百万円(115百万円)

**6 その他の主な施策**

236,601百万円→  
240,790百万円(4,189百万円)  
うち他施策重複分等  
2,710百万円→2,962百万円(252百万円)

- (1) 医療費の公費負担  
12,994百万円→13,869百万円(875百万円)  
・更生医療費、育成医療費 等
- (2) 手当等の給付  
121,181百万円→  
123,963百万円(2,782百万円)  
・特別児童扶養手当、特別障害者手当等
- ⑨(3) 制度改革に伴う市町村等への施行事務費等  
0百万円→731百万円(731百万円)
- (ア) 制度改革に伴う市町村等への施行事務費  
0百万円→537百万円(537百万円)  
新たな仕組みの導入に伴い、支給決定事務で発生する都道府県、市町村の事務費について補助を行う。
- (イ) 障害程度区分調査モデル事業  
0百万円→21百万円(21百万円)  
全国の標準的な障害程度区分の分布状況を把握するための調査を行う。
- (ウ) 市町村支援費給付費実態調査  
0百万円→15百万円(15百万円)  
平成18年度以降のサービス量を見込むため、全国の利用量等を把握するための調査を行う。
- (エ) 事務処理電算処理運用方式導入検討費  
0百万円→8百万円(8百万円)  
市町村やサービス提供者の事務の簡

素化・効率化等を進めるため、報酬請求事務等の外部化を行うための検討を行う。

- (オ) 制度普及啓発費等  
0百万円→11百万円(11百万円)
- (カ) 障害者給付認定調査員等事業費等  
0百万円→138百万円(138百万円)  
新たな仕組みの導入に先立ち、認定調査員の研修、支給決定等の試行事業に要する経費の補助を行う。

⑨(4) 知的障害児(者)基礎調査

0百万円→90百万円(90百万円)  
知的障害児(者)に対する施策の一層の充実を図るために、知的障害児(者)の生活の実情とニーズを把握するための調査を実施する。(無作為抽出調査、前回調査：平成12年度)

(5) 厚生労働科学研究費〔厚生科学課一括計上〕

2,710百万円→2,962百万円(252百万円)  
・障害関連研究経費、こころの健康科学研究経費、身体機能解析・補助・代替機器開発研究経費

- (6) 国立更生援護施設の運営費、整備費  
9,855百万円→9,896百万円(41百万円)  
・補助犬トレーナー育成研修事業等の実施(国立身体障害者リハビリテーションセンター)  
・高次脳機能障害支援モデル事業(国立身体障害者リハビリテーションセンター)  
・発達障害関係職員研修会開催経費(国立秩父学園)

**施設整備費**

(1) 社会福祉施設整備費等

障害者施設体系の見直し及び地域移行や就労支援等を推進するための整備

⑨(2) 地域介護・福祉空間整備等交付金の創設

○交付金対象施設  
視聴覚障害者情報提供施設 等



## 社会保険情報

**(問)** 老齢厚生年金を150万円ほど受け、妻と二人で暮らしている65歳になった者です。知人には扶養親族の申告書が届いたようですが、私には届きません。何もしなくて良いのでしょうか。

**(答)** お尋ねのありましたものは、「公的年金等の受給者の扶養親族等申告書（平成17年分）」というものです。これは、社会保険庁の社会保険業務センターが、11月上旬にこの用紙を受給者に送付し、提出を求めているものです。

### 1 課税対象

老齢厚生年金については、所得税法で「雑所得」として所得税がかかります。その徴収にあたっては、源泉徴収が行われています。

しかし、課税の対象となる年金額が次の額に満たない受給者については、源泉徴収を要しないものとされています。

65歳以上の受給者：158万円

65歳未満の受給者：108万円

年金額が上の金額未満である場合は、「扶養親族等申告書」を提出する必要がなく、用紙の送付もありません。

したがって、あなたの場合、提出する必要がないので、送付もされなかったということになります。

なお、障害年金と遺族年金は、課税の対象になりませんので、これらの受給者にこの用紙が送付されることもありません。課税の対象になるのは、老齢年金で一定額以上のものとなります。

### 2 確定申告

あなたが課税対象額未満の年金以外に他に所得がなければ、税金関係は特に生じません。しかし、年金以外に給与等の所得がある場合は、税務署に確定申告をする必要があります。

確定申告をするときは、1月に社会保険業

務センターから年金受給者全員に交付される「源泉徴収票」を税務署に提出することとなります。

このことについて、詳しいことは、税務署にお尋ね下さい。

**(問)** 「扶養親族等申告書」について、控除対象配偶者であった妻が亡くなりました。記入は、どのようにすればよいでしょうか。

**(答)** 「扶養親族等申告書」（平成17年分）の「④□変更があります」の□欄に「レ」をつけ、「①控除対象配偶者」欄には記入しないで提出してください。

**(問)** 平成17年に「扶養親族等申告書」を提出した場合と提出しない場合の所得税額の例を示してください。

**(答)** 平成17年は、年金の支給額から控除される所得控除額の引き下げ等もあって、平成16年に比べて所得税が多く源泉徴収されることとなります。

御本人（無職・63歳・老齢厚生年金額240万円受給）と妻（無職・61歳）の例として、年金支給期ごとの所得税額は、

「扶養親族等申告書」を提出した場合

→ 8,400円

「扶養親族等申告書」を提出しない場合

→ 30,000円

となります。

申告書を提出することにより、所得控除と定率減税がありますので、両者の差が大きくなっています。

（回答：社会保険労務士  
高橋 利夫）

平成16年度 第2回  
身体障害者福祉センター等職員研修会  
実 施 要 綱

- 目的 身体障害者福祉センター等の管理者（施設長）、幹部職員について、施設管理、相談指導等、その職務に必要な知識、技術等を討論・検討し、さらに「身体障害者福祉センター全国連絡協議会総会」を同時に開催することにより、身体障害者福祉センター等の活動の充実を図る。
- 主催 全国身体障害者総合福祉センター（戸山サンライズ）
- 開催場所 全国身体障害者総合福祉センター（戸山サンライズ）  
〒162-0052 東京都新宿区戸山1-22-1  
TEL 03(3204)3611（代） FAX 03(3232)3621
- 期間 平成17年2月24日（木）～2月25日（金）
- 対象者 身体障害者福祉センター等において、現に業務に従事している管理者（施設長）、幹部職員で、各都道府県・指定都市・中核市障害者福祉主管課長の推薦する者。
- 定員 50名
- 必要経費 ①研修費 13,500円  
②宿泊費（1泊朝食付き） 5,000円（希望者のみ）
- 申込方法 受講申込書を各都道府県・指定都市・中核市障害者福祉主管課を通して申し込む。各都道府県・指定都市・中核市障害者福祉主管課、または、全国身体障害者総合福祉センターまでお問い合わせください。
- 申込締切 平成17年2月4日（金）**必着**
- 受講決定 平成17年2月8日（火）頃別途通知を発送する。
- 宿泊申込 戸山サンライズに宿泊を希望する受講者は、宿泊申込書により申し込む。（できる限りキャンセル等変更がないようにお願いします）

詳細につきましては、戸山サンライズホームページをご覧ください。

→ <http://www.normanet.ne.jp/~ww100006/index.htm>

## 編集後記

新しい年が始まりました！ 新年のスタートはいかがですか？

酉の年2005年の年男、年女は十二支別の人口で最も少ない943万人で、総人口を占める割合は7.4%とのことです（総務省人口推計 2005年1月1日現在）。十二支別で人口が最少なのは、第二次世界大戦が終わった1945年の出生者が、前後の年に比べて少ないことなどのようです。

さて、この1年もグランドデザイン案をはじめ、障害者福祉をめぐる環境の大きな変革の年となりそうですね。戸山サンライズも昨年12月9日で20周年を迎え、これらの環境の変化に対応した研修会や、障害のある方へのニーズに対応でき、利用しやすい宿泊施設・会議室等の提供をより充実させ、皆様の身近なセンターとしてお役に立てるようサービス提供に努めていきたいと思っております。

2005年も皆様にとって、飛躍あるよい1年となりますように。（西田）



### お詫びと訂正

第216号（平成16年11月号）の9ページに訂正個所がございます。

第19回障害者による書道・写真全国コンテスト  
結果発表 写真の部・銅賞

兵庫県 遠藤 光男様の作品

<誤> 吉滝 <正>・滝

ここで訂正させていただきますとともに、関係者の皆様に深くお詫び申し上げます。

（編集部）

### 戸山サンライズ（通巻第217号）

発行 平成16年12月10日（毎月10日発行）

発行人 （財）日本障害者リハビリテーション協会  
会長 金田一郎

編集 全国身体障害者総合福祉センター  
〒162-0052 東京都新宿区戸山1-22-1  
TEL. 03(3204)3611（代表）  
FAX. 03(3232)3621  
<http://www.normanet.ne.jp/~ww100006/index.htm>