第11期東京都障害者施策推進協議会 第3回専門部会資料

2026年10月9日

第3回専門部会での審議にむけた意見

専門部会委員 市橋博
（障害者と家族の生活と権利を守る都民連絡会）

【質問事項】 後日でよいので、以下の質問に対する回答をお願いします。

1.令和8年度に実施された「東京都医療的ケア児者実態調査」は、東京都のホームページに概要が発表されていますが、詳しい分析などは現時点では未発表です。

令和3年度の調査における結果報告書では、「利用を断られたサービス」という問いに対する結果として、他のサービスに比べ「短期入所（ショートステイ）」13.7%、「放課後等デイサービス」9.1%と高くなっていました。また「付き添いを求められ、利用をあきらめたサービス」として、やはり「短期入所（ショートステイ）」6.6%、「放課後等デイサービス」6.0%と高くなっています。

令和8年度の実態調査における同じ問いに対する結果が現時点で分かれば教えてください。

2.「資料 4-2 障害児通所支援について」に記されている各事業について質問します。

①「強度行動障害の状態のある児」 の利用状況がわかれば教えてください。

②医療的ケア児の利用状況がわかれば教えてください。

3.同じく「資料4−2 障害児通所支援について」において、「児童発達支援事業所」「放課後等デイサービス」「保育所等訪問支援事業」の項で、「未設置自治体の状況」に「ニーズが少ない」という報告が載せられています。

自治体の回答は、それぞれニーズ調査をしたうえで「ニーズが少ない」としているのかどうか、わかりますでしょうか。

4.精神病院からの地域生活への移行について、数字上ではなく、その地域生活の実状（どのような生活を行っていて、どのような支援が行われているのかなど）がわかる個別の報告があれば教えてください。もちろん個人情報などは配慮して出せる範囲で大丈夫です。

【審議に際しての意見】

1.医療的ケア児に関して

〔意見〕

医療的ケア対応職員確保の予算の負担が難しい状況にあることが想定されます。東京都は、都の責任で職員の確保に対するなお一層の補助を行うべきであると考えます。

〔理由〕

令和8年度に実施された医療的ケア児（者）実態調査と令和3年度の「東京都医療的ケア児（者）実態調査」の概要を比較してみると、調査対象や項目に若干の違いがあるものの、以下の指摘ができます。

＊「必要であるが不足しているサービス」として、どちらも「短期入所（ショートステイ）」が一番高くなっているが、その比率が38.9%から55.3%と大きく増えている。

＊令和8年度の事業所側の調査では、医療的ケアが必要な方の受け入れ状況は、「受け入れている」とした事業所が27.6%となっていて、前回の調査に比較し受け入れが若干進んでいる傾向がある。一方で、相変わらず65%と高い比率で「受け入れていない（対応困難）」となっている。

＊医療的ケアを提供する上での課題として、3年度調査も8年度調査でも、事業所からの約50%の回答が「医療的ケアが実施できる職員の確保が難しい」となっている。

＊受け入れを行わない理由としては、3年度調査も8年度調査でも「実施職員の確保ができない」75%強、「設備・機器等の所有ができない」が60～70%となっている。

現計画では、医療的ケア児への支援の項で、とりくみの方向性として「医療的ケア児や重症心身障害児の放課後等支援の充実のため、看護師等専門職の配置や開所時間の延長、送迎サービスの実施等による放課後等デイサービスや日中一時支援での受入支援、学童クラブにおける医療的ケア児等受入れのための体制整備など、地域の実情に応じて様々な施策を展開する区市町村を支援します。」「引き続き短期入所の基盤整備を推進するとともに、家族の休養や就労等を図るレスパイトケアを行う区市町村を支援するなど、重症心身障害児（者）を介護する家族の負担軽減等の充実を図ります。」等と記しています。そして医療的ケア児への支援として、東京都はいくつもの事業を行っています。

しかし上記調査の結果からは、計画の実施をしてもなお「不足するサービスへ」への回答が増えているひとつの大きな原因は、事業所において医療的ケアを実施する職員の確保が難しいからであると考えられます

2.「強度行動障害の状態のある児・者」に関して

〔意見〕

都の責任において、強度行動障害のある児・者の実態及びサービスに対するニーズ調査を行ってください。

〔理由〕

現時点で、強度行動障害のある児・者の実態調査は行われていないものと推測されます。

現計画の中では、「（グループホームの）全体の数は増加しているものの、強度行動障害を有する障害者や医療的ケアが必要な障害者が利用できるグループホームは十分ではありません」という記述があります。グループホームに限らず、強度行動障害のある児・者については、放課後等デイサービスやショートステイなどの利用も十分でないと考えられます。

きちんと調査を行わないで「ニーズは少ない」という回答とならないように、東京都が統一した様式を設けて、各自治体と連携して実態調査およびニーズ調査を行ってください。

3.「強度行動障害の状態にある児の支援のための体制の整備」について

〔意見〕

強度行動障害の状態にある児・者の支援のための体制の整備においても、「本人中心」の姿勢が基本になることを、東京都も各福祉事業も周知徹底してください。

〔理由〕

強度行動障害の状態にある子どもや大人の支援には、「行動には必ず理由がある」という理解が重要です。外部環境の調整だけでは足りない場合もありますが、「不安」を感じる原因が何かを探り、そこに手当てすることで「安心」「納得」につながり、不安が軽減することがあります。たとえば、発熱の際、風邪と診断するかインフルエンザと診断するかでその後の処方が変わるように、問題が起きたときに支援者は「原因は何か」を問うことが必要です。家族の負担も大きな問題ですが、いちばんつらいのは本人であることを関係機関は意識しなければなりません。

なお、強度行動障害は、言葉の与える印象から、対象になりうる子どもや大人がいても、保護者や支援者が抵抗感を示し、加算の算定ができない、という事例があります。支援を必要とする子どもや大人に届くような見直しも必要です。

4. サービスの質の向上について Ⅰ

〔意見〕

現計画にある障害福祉サービス等の質の確保・向上についての十分な審議を求めます。最低限、都による運営指導・監査を充実させなければならないと考えます。新計画の中では運営指導・監査の実施率についても、施策に基づいて数値目標を示してください。

〔理由〕

いうまでもなく、サービスの質の向上は、人権の保障上最重要な事項です。

そしてそれは、事業者に求められるものでもあると同時に、都や区市町村の大きな責任でもあります。これまでも、社会的に問題となる事件が多発している状況の中、安心して支援やサービスを受けられる施策を、この協議会で論議し、新しい計画の中に反映させていきたいと考えます。

現計画では「事業者等に対する指導検査」「福祉サービス第３者評価制度」の項目をあげています。少なくとも、この項目についての実績を明らかにして、評価しなければならないと考えます。

特に、事業者等に対する指導検査については、都の実施率は異常に低い状況だと聞いています。国はおおむね3年に一度（つまり毎年33．3%の実施率となる）実施すべきとしていますが、厚生労働省の資料では、東京都の実施率は事業所総数に対して1%前後の数字となっています。

都は区市町村が独自に運営指導等を実施することを考えているようですが、区市町村は事業所の指定権限を持たない場合がほとんどで、行政処分はできないといいます。都と区の役割分担を明確にしながら、東京都における運営指導・監査の充実に向けた施策の確立が求められます。

5．サービスの質の向上について ２

〔意見〕

東京都が全国に先がけて、保護者や支援者とともに「本人中心」を進めてください。

放課後等デイサービスの利用に関して、児童生徒本人の意見を調査してください。

都型放課後等デイサービスの制度についても、関係者の意見と現状を踏まえて、特に子ども本人の視点をふまえて、引き続き見直しを行っていってください。

〔理由〕

「令和八年子ども家庭庁・厚生労働省告示第四号　障害福祉サービス等及び障害児通所支援等の円滑な実施を確保するための基本的な指針」は、各自治体が障害福祉計画や障害児福祉計画の作成または変更にあたって即すべき事項を定めているものです。

その際、「第一　障害福祉サービス等及び障害児通所支援等の提供体制の確保に関する基本的事項　一　基本的理念」の「5　障害児の健やかな育成のための発達支援」の項において、5年前の指針には書かれていなかった「障害児本人の意見の尊重」という文言が追加されています。これは、重要だと考えます。

歴史を紐解くと、障害児の支援は、東京都が全国に先がけて実施し、それがのちに国の制度となった事例が複数あります。たとえば、障害児の全員就学は、東京都では1974年に実現し、全国では1979年に実現しました。就学できたことで、放課後や長期休暇の必要が出てきましたが、東京都では「心身障害者(児)通所訓練事業(1970年４月実施)」の補助金の活用でこの要望に応えました。この実績が大きな力となり、障害児の家族や支援者による国会請願を経て国の制度としての放課後等デイサービスが2012年に実現しました。これらの実現は「子どものために」と願う家族や支援者だけでなく、東京都も大きな役割を果たしてきました。

「本人中心」を軸に据えた施策は、のちに国の制度となって広がります。障害者権利条約の「私たち抜きに私たちのことを決めないで」を東京都が率先して実施してください。

特に、現状、放課後等デイサービスの利用は、1つの事業所に毎日通う児童もいれば、望まないまま週に2～3か所に通わなければならない児童もいる状況です。児童生徒の中には、A 放課後等デイサービスには行くのが楽しいけれど、B 放課後等デイサービスには「行きたくない」と強く主張することもあります。児童生徒にとって、好きな事業所と苦手な事業所があるということです。

強度行動障害や医療的ケアも含めて、児童生徒が安心して利用でき、「障害の有無に関わらず、すべての児童がともに成長できるよう、地域社会への参加や包容（インクルージョン）を推進する必要があります。（現計画より）」

ぜひ、 まずは放課後等デイサービスから、児童生徒本人の意見を調査し、施策に反映させてください。

6.障害児及びその家族への伴走的な相談支援体制の確保について

〔意見〕

相談支援専門員が東京都の初任者研修で学ぶ「本人中心」の姿勢を、各福祉事業の研修でも周知徹底してください。

東京都としての成果目標を実現するためには、障害児相談支援に対する公費の支弁を拡充してください。

〔理由〕

障害児相談支援は、障害児及びその家族の生活全体を理解しながら進めることから、東京都が「本人中心」を軸に据えていることは大変意義深いことと考えます。相談支援の「本人中心」が実効性のあるものになるためには、計画の策定を受けてつながる各福祉事業にも徹底されなくてはいけません。しかし、各福祉事業において初任者の研修は東京都においては行われておらず、事業所任せになっています。たとえば、放課後等デイサービスの場合、新たに入職する職員には、1人の子どもとしての人権の理解をはじめ、支援に際しては「本人中心」の姿勢を学び、さらに教育と福祉の施策の影響を受けることを理解してから支援にあたることが望まれます。また、複数の事業を利用する場合、どの事業においてもこの姿勢が共有されていなくては、関係機関が同じ方向を向いた支援はできません。東京都の相談支援の基本姿勢を、東京都において各福祉事業（特に初任者）に周知徹底することが望まれます。

障害児及びその家族への伴走的な相談支援体制を行うためには、現行の報酬体系では実現は不可能です。たとえば、放課後等デイサービスを利用する児童で、計画作成と6か月後のモニタリングの場合、年間の報酬は3～4万円ほどです。支援内容によって多少の加算がつくことはあれ、事業として成り立つためには相談支援専門員1人で100人の利用者が必要ともいわれています。担当する利用者が増えるほど、1人の子どもにかけるリソースは分散するため、成果目標の実現はできません。相談支援が伴走的な体制を構築するには、公費による支弁の拡充が必要です。

7.精神病院から地域への移行について

〔意見〕

精神障害者の地域移行に際して、通過型同様、滞在型のグループホームについても必要な支援を行うようにしてください。また、グループホームだけでなく、安心して地域で住むことができる住宅の保障とサービスを進めてください。

〔理由〕

現在自治体によっては、精神障害者の通過型のグループホームの設置しか認めないとしているところがあると聞きます。その方の状況や希望に応じて、どちらを選んでも必要な支援が受けられるようにしていくことが重要です。当事者や地域の実情に応じて、自治体が予算上の縛りにとらわれることなく、必要なグループホームを保障していくために、東京都の更なる支援が必要です。

また、精神障害者の住宅の保障として、都営住宅の活用などを含め、東京都としてできることを最大限進めてください。

8. 精神障害がある高齢者の地域生活について

〔意見〕

65 歳を過ぎても障害者グループホームへの支給決定を自治体が出してください。

また都として、65 歳以上の精神障害がある人たちの独自のグループホーム制度、あるいは補助金を創設してください。

〔理由〕

以下のような実例があります。

就労継続 B に通っている精神障害の 67 歳の方は、95 歳の母親と同居していましたが、母親が寝たきりになってしまいました。本人はひとりで母親を介護することはもちろん、自分の身の回りのこともままならない方でした。本人や兄弟、関係者と話し合い、本人はグループホームへの入居を考えましたが、65 歳を過ぎているため、新規での障害者グループホームへの入居は空きがあっても自治体から支給決定が出ませんでした。介護保険の認知症グループホームはそもそも対象ではありません。

ということは、この方は実際には困難ですが、1 人でくらすという選択肢しかなくなりました。かといって一般のアパートは高齢者ましてや精神障害がある人には貸し渋りが顕著にみられます。

根本的に 65 歳を境に、就労系の支援以外は介護保険へ移行させられる選択肢しかない状況に問題があります。これは総合支援法の問題ではあるものの、地方自治体として解決できることはあり、たとえば、65 歳を過ぎても障害者グループホームへの支給決定を自治体が出したり、あるいは都として 65 歳以上の精神障害がある人たちの独自のグループホーム制度や補助金を創設したりしていただきたいです。これは現在各自治体ですすめている「（精神障害）にも包括」での連携を促進するだけでなく、長期入院をしている 65 歳以上の人たちが退院して暮らせるようにする資源が増えることにもなり、その効果は大きいと考えられます。横浜市の高齢精神障害者グループホームの補助金制度が参考になります。

9. 旧優生保護法被害者の把握と、補償情報の周知について

〔意見〕

設立の古い精神科業員（病棟）や障害者施設に対して、優生手術等の被害者の把握と保障を確実に進めるため、できるだけ早く東京都が主導して実態把握と周知・補償をすすめてください。

〔理由〕

「旧優生保護法に基づく優生手術等を受けた者等に対する補償金等の支給等に関する法律」（以下、「補償法」という。）の施行から、1年8ヶ月が経過しました。この間の認定件数は、全国で2000 件をわずかに上回るにとどまり（本年 8 月時点）、統計上の優生手術等の被害者約25，000人、人工妊娠中絶の被害者約59，000人と比べてもあまりに少ない状況です。全ての被害者に対する補償の実現にむけては、国による、これまで以上に踏み込んだ、抜本的かつ有効な施策及び積極的な対応が必要不可欠であるのはいうまでもありません。

一方で、補償の実現は国だけではなく、地方自治体が主体的に被害者の実態を積極的に把握し、補償に結びつけるための情報提供を行うことが不可欠ではないかと考えます。とくに都内あるいはとの関係の設立の古い精神科病院（病棟）や障害者施設に対して、実態把握への協力を東京都が主導し、できるだけ早く被害者への周知、補償をすすめる手助けをするべきではないかと考えます。

