委員提出資料

委員提出資料

（五十音順）

委員提出資料

かとういいんていしゅつしりょう
加藤委員提出資料

知的障害者入所施設の現状と課題
－東社協・部会報告を通して－

公募委員　加藤　守康

私の妹は知的障害者で６年前入所施設でその生涯を終えました。施設の園長は大変すばらしい方で、いつも利用者の側に立って対応される方でした。入所施設に対する私の考え方は「必要である」で現在も変わりません。

その後、様々な要因の中で、入所施設についても「地域移行を大原則とし、入所施設については、真に必要とされる者の数を踏まえて設定される等、入所施設は厳しい時代に入りました。勿論、福祉施設から地域生活への移行促進は進められるべきであり、理念的にはすばらしいものです。しかし、なかなかそうもいかない現実もあります。最近では、親、本人の高齢化の進展により、施設が「終のすみ家」となり、むしろ積極的にそのように位置づける考え方もあるようです。

知的障害者入所施設の現状・課題は何なのか。今後、どうあるべきなのか。妹が“卒園”して直接的には、こうしたテーマにかかわりはなくなりましたが、たえず関心をもちつづけてきました。こうした状況の中で、縁あって私は今期公募委員に選任されました。妹の為にも、お世話になった園の為にも、この際、入所施設の現状と課題、あり方を考えたいと思いました。こうした問題意識の中で、長く入所施設にかかわってきた知人に相談した所、現状と課題を整理した次の２冊の報告書を紹介されました。

① 東京都社会福祉協議会　知的発達障害部会　都外施設特別委員会「平成２０年度施設状況調査報告書　２０１０年（平成２２年）１０月」（以下『都外』）
② 千葉知的障害者福祉協会　調査研究委員会「平成２５年度施設状況調査報告書」（以下『千葉』）

いずれも、施設の現状と課題を同一設問のアンケート方式で１０年以上前から繰り返し行い、「経年変化を把握することにより今後の課題を把握するとともに対策を検討するための基礎資料として活用できるなど意義あるもの」（『千葉』）としています。

同様、『都外』においても、「実態としての数を把握・具体的な問題の把握を通して課題を整理し」「これからの都民利用施設としての施設入所支援のあり方について検討する。」としています。

両者とも調査項目はほぼ同じであり、各項目について各施設からの自由意見も採録されるなど大変貴重な資料です。直近の調査時点は『千葉』が平成２５年と最新ですが、調査結果の各項についてのコメントは、やや乏しく、短時間での解析は困難でした。

『都外』は、平成２１年調査と若干時間の経過はあるものの、文字どおり東京都内外の知的障害者の入所施設の実態を映し、各項目にコメントがあったので、これによる事にしました。

報告書の結論は、高齢化の一層の進行の中で、医療的ケアのさらなる充実、ターミナルケア、看取り等、施設の必要性はむしろ高まっているというものです。

以下、『都外』の調査結果をベースに、利用者の視点から、知的障害者入所施設の現状と課題の片鱗を改めて確認することで、今後の方向性を見定めていきたいと思います。

≪第４次都外施設特別委員会　施設状況調査報告書≫概要

目次　（資料１）

１　調査実施主体

東京都社会福祉協議会　知的発達障害者部会　都外施設特別委員会（委員長　大利根旭出福祉園　中塚博勝）

２　調査実施要綱　（資料２）

〇目的

都内・都外の入所施設の現状・問題の把握を通して課題を整理し、施設入所支援のあり方について検討する。

〇内容

〇対象

児童入所施設１６か所

入所更生施設９５か所（都内５３、都外４２）

〇調査基準日

平成２１年４月１日

３　調査結果の概要　（資料３）

※児童施設に関する情報は省略。

補足数字等は当方が資料に追記。

４　資料編

調査結果の詳細が掲載されている。特に各施設の自由意見等は貴重なものですが、ボリュームがあり、今回はカットしました。

５　総括・提言（資料４）

報告書は最後に「（５）全体をとおして」として、今回の調査結果から明らかになった入所施設の現状と課題を５つの視点で総括すると共に４つの提言をしています。

総括（要旨）

１．施設利用率に大きな増減はなく、各年度とも定員を満たしている。また、入所施設利用希望者は減少していない。入所施設依存の状況が依然として根強いことを示している。あらためて望ましい施設支援に向け一層の努力を払わねばならない。

２．施設における医療的ケアのさらなる充実が図られなければならない。緊急時、入院対応に医療機関の理解・協力が得られにくい。入院治療を要した利用者や施設内で医療的行為を必要とする利用者が多い。年を追うごとに死亡者数が増加傾向。

３．地域生活移行に係わるコーディネーター機関の廃止は、再考されるべき課題ではないか。

４．利用者の高齢化が一層進行し、施設の努力だけでは対応しきれなくなっている。ソフト・ハード両面の整備が行政の施策として実施されることが必須の条件である。「ターミナルケア」「看取り」それはひとの生や尊厳・死という重いテーマに対して厳粛な思いをもって臨まねばならない。

５．トータルケアの場としての施設。それは利用者一人ひとりの暮らしを預かって、生活のすべてに関わる事であり、利用者中心主義に立った支援で営まれることが大切である。

提言

１．利用者の医療的ケアの充実を図るために、看護師の配置に特段の配慮が望まれる。

２．利用者の高齢化に対応できる人的配置や建物設備等の改善に関わって、東京都は他の自治体にない先駆的な施策を実施されること。

３．都外施設利用者の地域生活移行を進めるために、コーディネーターセンターの再設置を強く求める。

４．都民利用施設としての都外施設に対して、利用者の安心を確保できるよう都内施設と同等の配慮をされること。

まとめとして総括されている前述の５つの事項は、地域移行をふまえながら、入所施設の必要性を改めて確認し、今後の施設のあり方、方向性を示したものです。

今後、総括・提言の考えにそって、施設、行政、利用者一体となって障害者施策が推進されなければならないと考えます。

〈資料1〉

目　次

はじめに

1　第４次都外施設特別委員会 活動報告 …… 2

2　施設状況調査実施要綱 …… 4

3　調査結果の概要
（1）全体 …… 5
（2）児童施設 …… 11
（3）都外施設 …… 17
（4）都内施設 …… 21

4　資料編
（1）調査票
①　児童施設用 …… 26
②　成人施設用 …… 36
（2）児童施設の調査結果 …… 49
（3）都外施設の調査結果 …… 66
（4）都内施設の調査結果
①　民間 …… 79
②　都立 …… 103
③　自由記述 …… 115
（5）死亡退所者状況の集計 …… 130
（6）高齢知的障害者支援の課題 …… 133
（7）東京知的障害児・者入所施設保護者会連絡協議会の意見 …… 137

5　総括・提言
（1）ｸﾞﾙｰﾌﾟﾎｰﾑ・ｹｱﾎｰﾑ等への地域移行について …… 144
（2）地域移行ｺｰﾃﾞｨﾈｰﾄ機関について …… 145
（3）児童施設関連 …… 151
（4）都内施設関連 …… 152
（5）全体をとおして …… 154

<資料2>

2　平成２０年度施設状況調査実施要綱

1．調査の目的

都内・都外の入所施設（児童施設を含む）の現況について、実態としての数を把握すること、具体的な問題の把握を通して課題を整理し、それを明確にし、それに則ってこれからの都民利用施設としての施設入所支援のあり方について検討する。

2．調査の内容

調査項目は、児童施設と成人施設とでは若干の差異はあるが、基本的には成人施設に準じて設定されている。その内容は別添の調査票の通りである。

なお、今回の調査にあたり、以下の５項目を新たに付け加えた。

・グループホーム・ケアホーム退所者の状況
・死亡退所者の状況
・法人・施設が実施している障害福祉関連事業の状況
・利用者の医療的ケアについて
・高齢知的障害者の現状と課題

3．調査対象

平成２１年４月１日現在東京都社会福祉協議会知的発達障害部会会員施設のうち児童入所施設１６か所・入所更生施設部会９５か所（都内施設５３　都外施設４２）を対象として実施した。

4．調査方法

検討委員会が作成した調査票を東社協事務局からメーリングリストにより配信、回収は郵送により行った。

5．調査の基準日・調査期間

・調査の基準日　平成２１年４月１日
・調査期間　　平成２１年５月末日より平成２１年７月末日

6．結果の整理方法

結果の整理は、それぞれの種別ごとに行った。但し、成人施設については都内施設、都外施設を分けて集計した。また、公立施設は別に集計した。

なお、報告書は前段に調査結果の概要を、後段に資料編として結果の詳細を載せた。

<資料3>

3　調査結果の概要

（1）全体

種別ごとの概要報告は別に行うとして、ここでは調査全体を通しての概要を報告する。

1．回収率

・児童施設　　１４／１６　８７．５％　（都内・都外公立を含む）

・成人施設　　７６／９１　８３．５％　（都内・都外とも民間施設のみ）

〔内訳：都内施設　３６／５０　７２％・都外施設　４０／４１　９７．６％〕

2．基準日（２１．４．１）現在の利用状況

種　別	施設定員	現　員	在籍率
児童施設	７０３	５４８	７９．９％
都内成人施設	１９５２	１９４３	９９．５
都外成人施設	２９９４	２９９０	９９．８
都　定　員	２５４３	２２７２	８９．３

＊施設定員数は東社協会員名簿による

定員に対する在籍状況は、ここに示したように児童施設における大幅な定員割れであるのに対して、成人施設では１００％に近い状況である。

都定員に対する現員数の少ないことは、回答段階での記入ミスと思われる。

3．年齢別在籍数

1）児童施設

性別／年齢	男性		女性		合計		総計
	契約	措置	契約	措置	契約	措置	
6歳未満	2	2	1	2	3	4	7
6～12未満	26	22	13	4	39	26	65
12～15未満	39	18	13	8	52	26	78
15～18未満	92	15	24	21	116	36	152
18～20未満	34	3	11	2	45	5	50
20～25未満	52	1	12	1	64	2	66
25～30未満	53	0	9	0	62	0	62
30～40未満	42	1	7	0	49	1	50
40歳以上	1	0	0	0	1	0	1
合　計	341	62	90	38	431	100	531

年齢は１８未満３０２／５３１　５６．８％．１８歳以上２２９／５３１　４３．２％　２０歳以上１７９／５３１　３３．７％にのぼり、在所延長児童が全国平均に比べ高い数値を示している。

2）成人施設

性別 / 年齢	都内施設 男性	都内施設 女性	都内施設 合計	都外施設 男性	都外施設 女性	都外施設 合計	総計
16～20	7	14	21	18	4	22	43
21～25	62	55	117	53	25	78	195
26～30	96	52	144	104	34	138	282
31～35	194	95	289	252	94	346	635
36～40	206	129	335	432	178	610	945
41～45	161	125	286	324	181	505	791
46～50	116	113	229	156	118	274	503
51～55	62	70	132	123	99	222	354
56～60	79	102	181	165	152	317	498
61～65	47	74	121	88	111	199	320
66～70	26	25	51	74	82	156	207
71～75	9	12	21	34	47	81	102
76～80	4	7	11	12	12	24	35
81～85	1		1	1	0	1	2
86～90				2	1	3	3
90以上							0
合計	1070	873	1943	1838	1138	2976	4919

2874人 (58.4%)

1521人 (30.9%)

成人施設における年齢分布はここに示したように、３０歳代から４０歳代にかけて全体の５８．４％が集中している。また、もう一つの傾向として３０歳以下と比較して分布が５０歳以上に偏っており、施設利用者の高年齢化を見て取ることができる。

都内施設では５１歳以上が５１８／１９４３　２６．６％であるのに対して、都外施設では１００３／２９７６　３３．７％と、都内施設に比べ７％も高い傾向にある。

4．地域生活移行を希望する利用者が暮らしたいと望んでいるところ

1）都内施設

移行先＼性別	男　性	女　性	合　計	
施設所在地のGH．CH	32	40	72	43.3%
都内のGH．CH	19	57	76	45.8
アパート等一人暮らし	1	3	4	2.4
その他	3	11	14	8.5
合　計	55	111	~~165~~ 166	1943人 [8.5%]

2）都外施設

移行先＼性別	男　性	女　性	合　計	
施設所在地のGH．CH	59	29	88	53.7%
都内のGH．CH	14	12	26	15.9
アパート等一人暮らし	10	5	15	9.1
その他	17	18	35	21.3
合　計	100	64	164	2906人 [5.5%]

地域生活移行に対する希望調査の結果はここに示した通りである。こうした希望にどのように応えていくのか。私たちに負わされた課題である。特に、都外施設から都内への移行を進めようとするとき、どの機関が責任をもって対応してくれるのか、あらためてコーディネートセンター廃止の処置に対する是非が問われることになろう。

5．長期入院の状況（平成18．19．20年度の合計　都内・都外施設合算）

入院期間	1w～2w	3w～4w	1か月	2か月	3か月	3か月以上	合　計
入院者数	117	49	29	33	18	18	264

6．施設における医療的行為を要する利用者数（都内・都外施設合算）

23

医療的行為	人数	医療的行為	人数	医療的行為	人数	医療的行為	人数
インスリン注射	12	痰の吸引	2	ストーマ処置	1	消　毒	(4)60
点　滴	8	座薬挿入	11	習慣性脱肛	1	処　置	(4)60
採　血	(2)156	膀胱洗浄	3	糖尿病	5		
腹膜透析	1	内服薬	(1)229	骨粗しょう症	6		
経管栄養	1	塗　薬	(3)129	じょくそう処置	5		
バルーン導入	5	浣　腸	5	爪切り	(4)60		
尿カテーテル	6	血圧測定	3	耳かき	(1)40	合　計	809

医療的行為としてあげられた内容はさまざまであるが、看護師業務の煩雑さが伺える。

7．死亡による退所者の推移

年度 / 種別	17	18	19	20	合計
都内施設	4	0	15	10	29
都外施設	11	13	16	27	67
合計	15	13	31	37	96

1943(15%)
2976(23.3%)
4919(20%)

8．死亡時年齢　（都内・都外施設合算）

年齢 / 性別	20～29	30～39	40～49	50～59	60～69	70～79	80以上	年齢不祥	合計
男性	1	7	11	12	6	11	0	2	40
女性	0	2	9	11	17	7	0	0	46
合計	1	9	20	23	23	18	0	2	96

ここでは、死亡退所者の年度別の推移、死亡時年齢を一覧にまとめた。時間の経過の中で死亡による退所者数が増加している傾向は、利用者の高齢化を反映しているものと思われる。それは、死亡時年齢の単純比較においても、カッティングポイントを50歳としたとき、両グループの死亡数に大きな差があることによって裏付けられる。

9．高齢知的障害者の現状

1）都内施設

年齢 / 性別	60～64	65～69	70～74	75～79	80～84	85以上	合計
男性	60	29	14	3	2	0	108
女性	85	35	13	7	2	0	142
合計	145(58%)	64(25.6)	27(10.8)	10(4.0)	4(1.6)	0	250 (100%)

2）都外施設

年齢 / 性別	60～64	65～69	70～74	75～79	80～84	85以上	合計
男性	118	79	34	16	3	2	252
女性	114	96	47	13	4	1	275
合計	232(44%)	175(33.2)	81(15.3)	29(5.6)	7(1.3)	3(0.6)	527 (100%)

ここに示した数値で見る限り都外施設における高齢者の数は、都内施設の二倍以上である。けれども、今回の調査にあたって都内施設では、創立年代の古い施設からの回答が得られなかったという状況があり、その限りでは都内施設の結果は実態を正確に反映しているといえない。 Ⓐ

一方で、都外施設における状況は、高齢者に対する望ましい支援をどのように構築していくかという大きな課題を負わせることになる。それは将来のことではなく、いま眼前に突き付けられている事態でもある。

10．健康の状況　（都内・都外施設合算）合計 312　384　696

健康状況	男性	女性	合計
元気でこの一年病気らしい病気はない	89	119	208
時に風邪をひいたり下痢をしたりする程度	91	103	194
やや病弱で、よく医者にかかる	42	60	102
ほとんど病気がちで治療を受けている	90	102	192

294

健康の状況はここに示したように、やや病弱・ほとんど病気がちを合わせると、294／777　37．8％に上り、およそ四割の利用者が健康上の問題を抱えていることが見てとれる。こうした状況は、先に示した入院や医療的ケアの実態と合わせて、さらには通院件数の増加と相まって、看護師はもとより支援員にまで大きな負担を負わせることになる。

11．身体障害の状況　（複数回答・都内・都外施設合算）

区分／内容		等級（身体障害者手帳の所持状況）					合計
		1級	2級	3級	それ以外	手帳無	
視覚障害		21	11	5	15	37	89
聴覚	聴覚	7	19	3	20	33	88
	平衡	0	0	1	5	17	23
音声・言語・咀嚼		7	9	5	13	56	90
肢体不自由		48	82	41	63	48	282
内部障害		8	2	9	13	28	37
合計		91	123	64	129	196	603

身体障害の状況はここに示したように、障害の内容として肢体不自由をもつ利用者が282／777　36．3％を占めている。この中には、脳性まひの後遺症に加え加齢に伴う身体機能の低下によるものも少なくないと思われる。また、視覚や聴覚に障害を持つ利用者も加齢に伴って発症したものも含まれていると推測される。

このような状況は、日常の支援に多くの困難をもたらすことになり、施設のソフト面・ハード面の整備にかかわって多くを煩わすことになっている。

Ⓐ 前文の前提をふまえてであるが、都内においては、60～64歳が58％と6割弱をしめる一方、都外においては44％であり、65％以上が6割弱であり、都外の高齢化が進んでいる。ちなみに都内の85歳以上は0であるが、都外においては3名おり、最高齢は88歳の男性との事である。

１２．行動上の困難さ　（複数回答）　（都内・都外施設合算）

項　目	人　数	項　目	人　数
強いこだわり	４１０	盗　癖	１２１
自傷行為	２０９	性的問題	５２
他　傷・他　害	２７５	異　食	５６
奇　声	２１９	弄　便	５０
無断外出	１０２	弄　火	３
器物破損等著しい破壊行為	１０８	睡眠の乱れ	１９６
著しい騒がしさ	１４６	寡　黙	６５
飛び出し	８５	夜　尿	２８１
寡　黙	６３	失　禁	３１２
放　浪・徘　徊	１３４	その他	４１
多動・落ち着きがない	１７１	合　計	３０９９

行動上の困難さについての調査結果から、さまざまな行動障害をもっていることが見て取れる。特に取り上げられる項目は、こだわりの強さ、夜尿、失禁である。こだわり行動は自閉症特有の特徴でもあるが、ここでは年齢要因を考慮すると、融通のきかなさや頑固と言った高齢者に特徴的な行動ともいえよう。さらに、排泄に関する問題のある利用者の多いことも、加齢に伴って生じる傾向と思われる。

なお、高齢者支援の実際的な課題については資料編に掲載した。

以上、都内施設・都外施設の調査結果の概要を記した。児童施設については、こうした整理方法になじまないため、別にまとめることとした。

<資料4>

（5）全体をとおして

総　　括

ここでは今回の調査結果から明らかになった都外施設の状況ををあらためて整理し総括に代える。

1．施設利用率

平成１８．１９．２０年度における施設利用率に大きな増減はなく各年度とも定員を満たしている。また、この３年間の退所者数２９３人に対して、入所者数３１１人という数が示すように、入所施設利用希望者は減少していない。

たしかに、地域生活移行者数は１９，２０年度２年間で８６人の実績を上げているものの、一方で２００人の新規入所者があるということは、入所施設依存の状況が依然として根強いことを示している。だからといって、それをもって入所施設が安泰であると受け止めるべきでなく、あらためて望ましい施設支援に向け一層の努力を払わねばならないこと銘じなければならない。

2．施設における医療的ケア

今回初めて利用者の健康管理の状況について調査した。緊急時の対応・入院対応について医療機関の理解や協力が得られにくいこと、入院治療を要した利用者や施設内で医療的行為を必要とする利用者が多いことが指摘された。さらに、高齢化に伴って年を追うごとに死亡者数が増加傾向にあることも伺えた。

このような状況は、利用者の高齢化対応とともに、施設における医療的ケアのさらなる充実が図られなければならないことを意味している。

3．地域生活移行

平成１６年度から２０年度までの間にグループホーム・ケアホームに移行した利用者は１７２人に上った。一方、２１年４月１日現在地域生活移行希望者は２４７人、そのうち２６人が都内での地域生活移行を希望している。コーディネーター機関の廃止が、この人たちの移行実現にどのような影響を及ぼすのか。あらためてその是非が問われることになろう。

廃止に関わる施設からの意見は、資料編にそのまま掲載した。再考されるべき課題である。

4．利用者の高齢化

1）年齢構成

平成１３年に調査を開始したとき、６１歳以上の在籍者は　２３８／２６２２（９．１％）であった。２１年度には　４６４／３００６（１５．６％）、６０歳を加えると５２７／３００６（１７．５％）、さらに５１歳以上では１００３／３００６（３３．７％）となり、年齢構成の分布が高年齢層にシフトしている状況が如実に示されている。こうした傾向は、時間を待たずにこれからに向けた施設のあり方を見

直さざるを得ない状況にあることを意味している。

2）高齢者支援の課題

それぞれの施設から寄せられた支援の実態や課題についての意見は、資料編に載せた。高齢者対策はこれまでもそれぞれの施設が独自の工夫でなされてきた。しかし、対象者の増加は単に施設の努力だけでは対応しきれなくなってきている。

そこでは、利用者のさまざまなニーズ（医療的ケア・身体介護・食事や入浴への配慮・日中活動プログラム等）に適った支援を行うために、ソフト・ハード両面の整備を行政の施策として実施されることが必須の条件である。

また、先に述べた死亡退所者の状況を引き合いに出すまでもなく、高齢化は人生の終末期をどのように過ごし、どのように最期を迎えるかというある意味で最大の課題に私たちがどう向き合うのかを問われることになる。

ターミナルケアや看取り、それは、支援に関わる私たち自身が常に「ひとの生やいのちに対する尊厳」・「死」という重いテーマに対して、厳粛な想いをもって臨まなければならないことを求められているのである。

5．施設について

ここでは、これまでの入所施設に対する様々な意見や議論についてあらためて論述するつもりはない。

いまの、そしてこれからに向けた施設、それは「トータルケアの場としての施設」という発想の中にそのありようが示される。

それは取り立てて新しい機能を施設に求めるものではなく、これまで長年に亘って培ってきたそれぞれの施設の実践を振り返り、これからに向けて求められていることはなにかという視点に立って再構築することによって可能になるものである。

「トータルケア」とは利用者一人ひとりの暮らしを預かって、生活のすべてに関わることである。一人ひとりの生活のすべてが利用者中心主義に立った支援で営まれることを大切にしたいものである。

提　言

今回の調査を通して以下のことを提言する

1．利用者の医療的ケアの充実を図るために、看護師の配置に特段の配慮が望まれる

2．利用者の高齢化に対応できる人的配置や、建物設備等の改善に関わって東京都は他の自治体にない先駆的な施策を実施されること

3．都外施設利用者の地域生活移行を進めるために、コーディネーターセンターの再設置を強く求める

4．都民利用施設としての都外施設に対して、利用者の安心を確保できるよう都内施設と同等の配慮をされること

委員提出資料

ささがわいいんていしゅつしりょう
笹川委員提出資料

平成２６年８月１２日

東京都障害者施策推進協議会専門部会への意見

公益社団法人東京都盲人福祉協会
笹川吉彦

障害者の就労問題について

近年関係者のご尽力により、障害者の就業率が年々向上しつつあることは、大きな前進であり、今日までの成果として評価します。しかし、その内容は極めて不明確であり、特に視覚障害者の就労状況は定かではありません。今後の議論を進めて行く上で必要となりますので、下記の点のデータを明らかにして下さい。

１．障害種別による確実なデータ

２．身体障害者の就業率については、肢体障害、言語聴力障害、内部障害、視覚障害ごとに数値を明らかにし、ここ２年間の動向を明らかにして下さい。

以上のことが明らかにならない限り、視覚障害者の就労問題を議論することはできませんので、ご配慮のほど宜しくお願いいたします。

改めて言うまでもなく、働くことは人間の生命であり、例えそれが軽微なものであっても「生きる喜び」を提供することになります。地域生活を営む上では、その保障は必ず絶対条件となります。

委員提出資料

佐田委員提出資料
さたいいんていしゅつしりょう

東京都障害者施策推進協議会専門部会への意見

２０１４年8月１２日

佐田光三郎

１．障害児支援の地域生活の充実のために

①放課後等デイサービスの利用料の減免をはかり、利用を控えることが無いようにしていくことが必要です。放課後等デイサービスは、家庭の所得によって利用料が生じます。これまでの制度と比べると利用料が高くなる家庭があります。そのために利用を控える家庭も出ています。これまで利用できていたのに断念しなければならない事態が出ることは、障害児の地域生活の充実をはかる方向と矛盾するものです。こうした事態への財政的支援を行うべきです。減免措置を計画に具体的に明記してください。

②特別支援学校の教室不足の実態は、児童・生徒の増加が想定を越えており、解消が今の計画でできるのかどうか危ぶまれます。学齢期での学校教育の充実は、卒業後の社会生活を営む上でも重要です。その根幹ともいえる教室が無いことは人権問題ともいえます。事業目標のなかに今後の教室の必要数とそれに基づく学校建設の必要数を具体的な数値目標を明確にする必要があります。

２．就労の促進について

障害者の就労については、雇用促進法の改正がはかられるなど、一層促進することが求められています。そのためにも以下の点について改善や具体化をはかれるよう計画に盛り込むことを求めます。

①東京都自らの雇用の促進をはかることが必要です。第 3 期計画の１４８項に障害者雇用率３％の確保を図るとあります。下記の表は、東京都の知事部局雇用率の変遷です。これを見る限り過去３％を越えていた時期があります。しかし、雇用促進の制度・施策の改善の方向が強まっているにもかかわらず、知事部局の雇用率が低下していることは、その姿勢が問われるものではないでしょうか。民間への雇用促進を指導するのであれば、東京都自らの雇用促進をはかる必要があると考えます。目標は雇用率の引き上げも行われている現状を考え４％とすることを数値目標として提案します。

2004 年	2005 年	2006 年	2007 年	2008 年	2009 年	2010 年	2011 年	2012 年
2．89%	3．05%	3．19%	3．16%	3．14%	3．16%	2．94%	2．59%	2．60%

②知的障害者などの雇用についてより促進する旨、計画に明記する必要があります。「障害者の雇用の促進等に関する法律」では、国および地方公共団体に、法定雇用率以上の身体障害者または知的障害者の雇用を義務付けています。しかし知事部局においても雇用は行われていません。この点で何故できないのかを明らかにするとともに、改善の方向を具体化する必要があります。

③事業計画１４９のチャレンジ雇用の促進について、雇用の機会の拡大をめざす取り組みとして促進を図ることは大事な取り組みになっています。こうした取り組みを全庁的に広げ職域の拡充やノウハウを深め、雇用機会の拡充につなげていくことが必要です。

④東京都教育委員会の雇用の促進について、より踏み込んだ計画の具体化をはかる必要があります。昨年も全国で６つの「障害者雇用が進んでいない６都県の教育委員会に対して障害者採用計画の適正実施を勧告」を受けています。こうしたもとで非常勤職員の雇用など行われていますが、抜本的な改善とは言い難いものです。教員、職員の採用など、より踏み込んだ計画の方向を出す必要があります。

⑤就労支援とともに大事なことは、定着支援です。就労はしたものの離職する障害者がたくさんいます。働き続けるためには障害特性を理解し、その上で的確な支援を行う人的配置が欠かせません。特に東京のジョブコーチ支援事業はその役割がますます重要に成っていると考えます。支援は一過性でなく継続的に行っていくことが不可欠です。独自制度をさらに充実することを計画に盛り込むことが必要です。

３．防災の課題について

①近い将来直下型の地震が想定されているもとで、障害者等の防災対策は待ったなしです。なかでも障害者施設の耐震化は不可欠です。第３期計画では、耐震診断、耐震化とも事業の推進をはかるとしていますが、少なくとも第４期計画の間に耐震診断と耐震化工事を終了する計画を盛り込むことを求めます。
　また障害者施設は民間の建物を借りているところが多いのが現状です。これらについても早急な対策が必要です。

②災害時において、避難所の問題は重要です。ひとつは一次避難所です。障害者等を受け入れるためには、受け入れ先のバリアフリー化は不可欠です。特に一次避難所の多くは小、中学校となります。バリアフリー化のすすんでいない学校は一刻も早く着手する必要があります。まちづくりとも連動して対策を強化することが必要です。また二次避難所についても、細かな対応が行えるように民間福祉施設の活用も重要になります。耐震化、不燃化

などの対応や必要な備蓄品が置けるように財政的な支援も行う必要があると考えます。

③避難所に備えるべき備蓄品や留意点について、これらも区市町村の役割になっていますが、備えるべきものについてはどこでも共通であるべきだと考えます。そのためにも共通のガイドラインづくりを行っていく必要があるのではないでしょうか。今回の計画に盛り込み具体化をめざすことを求めます。

参考資料【具体的な福祉避難所の備蓄品】東京２３区　　２０１２年度調査

①未記入
②各施設の既存設備、医薬品、水、食料、ふとん等
③ポータブルトイレ等
④車いす、生活補助機器
⑤避難所用としての備蓄等はなし
⑥車いす
⑦おかゆ、クラッカー（付き添い用）アルファー米（付き添い用）飲料水、毛布、敷きマット、簡易便所
⑧広域防災倉庫に一次避難所及び福祉避難所用の物品を備蓄しており、災害時はそこから必要に応じて各避難所に提供。
⑨避難所の備蓄物資で対応
⑩小型発電機、折りたたみベット、毛布、肌着セット、紙おむつ、ミネラルウオーターなど
⑪飲料水、非常食
⑫車いす、カセットコンロ・ボンベ、リヤカー、組み立て貯水槽、担架、かまど、防災ラジオ
⑬福祉避難所に備付けの物品を使用、災害時には、区備蓄倉庫から福祉避難所に物資を搬送
⑭一部の施設に担架ベット、納付を配備
⑮第二次避難所に指定している特別養護老人ホームには、今年度中に簡易ベットを配備する。水、毛布、アルファー米等の備蓄については検討中。
⑯施設によって異なるが、水、乾パン、ビスケット、クラッカー、アルファー米、ビーフカレー、カップ味噌汁、缶詰、毛布等
⑰福祉避難所を開設後速やかに必要な物資を配送する計画。

④災害時の都立施設の役割について、防災対策は一義的に区市町村の役割となっていますが、対応についてもっと積極的な役割の位置づけが必要なのではないかと考えます。少なくとも防災拠点として位置づけ、必要な備蓄品の整備を行うことを計画に盛り込むことを求めます。

４．人材育成について

福祉の現場を困難にしているものに、人材の確保、人材の定着問題があります。計画の大きな柱でもあります。しかし計画の内容は研修課題の計画が中心であり、人材確保の最も必要な処遇改善については、触れられていません。都には優れた公私の格差是正の制度がありました。今後増大する福祉の場で働く人たちが継続して働き続けられるように、計画に処遇改善の一層の改善をはかる独自施策の充実を盛り込むことを求めます。

委員提出資料

しばたいいんていしゅつしりょう
柴田委員提出資料

東京都障害者施策推進協議会専門委員会への意見書

2014 年 8 月 26 日　柴田洋弥

●地域生活移行について

〇入所施設からの地域生活移行については、その受け入れ先となるグループホームの開設が不足しているため進みにくいという事情があるため、都内におけるグループホームの開設をいっそう推進すべきである。第 4 期障害福祉計画においては、従来の開設目標数を上回る年間 1000 人程度のグループホーム開設目標を設定する必要がある。

〇知的・発達障害者の入所施設からの地域生活移行については、入所施設での人間関係が継続するほうが本人にとって重要となる場合が多い。移行先の地域については、本人の意向を尊重して、出身区市か入所施設の近くかを選べるようにすべきである。時に、多摩地域の入所施設や他県の東京都独占・協定施設の場合には、施設の近くのグループホームに移行できるような選択肢が準備される必要がある。

〇入所施設からの地域移行は、本人への意思決定支援により、本人自身の意思によって決定することを原則とすべきである。グループホームを見学したり、試しに泊まる経験などにより、本人自ら判断できるような意思決定支援が必要である。意思決定支援をつくしても本人が理解できない場合に限り、本人の最善の利益をもとに、本人の意向を尊重して、地域移行すべきかどうかを支援関係者の協議より決定することが許されると考えるべきである。

〇入所施設にいる時期から、地域の日中活動の利用、地域への買い物や娯楽、社会参加など、入所者が地域での暮らしになじんでいることが、地域移行を順調に進める上で重要である。施設入所者が土・日曜日に移動支援を利用する事は制度上可能であるが、都内では施設入所者に移動支援を支給する区市町村が少なく、これを促進する必要がある。

〇都内では親と同居する知的・発達障害者が特に多い。親の高齢化・病気・死亡等によって生活の基盤を失うときに、グループホームも入所施設も圧倒的に不足している現状は、再度確認されるべきである。都内におけるグループホームの増設と共に、やや規模の大きいグループホーム（ショートステイと合わせて定員 20 人以内）をベース（これに面的整備を合わせる方法も含めて）とする「地域生活支援拠点」を、平成 29 年度までに全区市町村に整備するよう、第 4 期障害福祉計画の目標に明記する必要がある。地域支援型の小規模入所施設をベースにする方法や、入所施設やグループホームに拠らない面的整備とする方法もあるが、メインはグループホームをベースにすべきである。

〇親や家族と同居する知的・発達障害者の場合に、日中活動系サービス以外の障害福祉サービスを利用しない場合が多い。移動支援や、行動援護・重度訪問介護・居宅介護等の訪問系サービスを、普段からもっと利用できるように、家族の制度理解を進めることも重要である。そのようなサービス利用により、本人は徐々に親離れの練習をしていく効果もある。

〇また、短期入所サービスを、緊急時でなくても定期的に活用する事も、親離れの練習には欠かせない。「地域生活支援拠点」の短期入所に、緊急時保護の枠の他にこのような自立練習の枠を設けることも必要である。
〇都内では、相談支援事業の整備が極めて遅れている。入所施設からにせよ、親同居からにせよ、地域生活移行のための相談支援事業の整備拡充が不可欠である。
〇最近、高齢者と同居する 40 歳代・50 歳代の長期ひきこもり者の存在がクローズアップされつつある。その中には、発達障害者・軽度知的障害者・精神障害者もかなり含まれている。親自身に介護が必要となった時の、この人たちの生活と社会参加をどう支えて行くのかが今後の大きな課題となろう。その際にも、「地域生活支援拠点」や、サテライト型グループホームの整備とその活用が必要である。

委員提出資料

てらだいいんていしゅつしりょう
寺田委員提出資料

地域移行支援事業について
～地域で、「医療」と「福祉」事業を行っている立場からの現状と意見～

多摩在宅支援センター円　寺田悦子

今年１月に「障害者権利条約」を日本は批准した。厚労省はもとより東京都も「地域移行」を前面に掲げ様々な施策を講じてきた。しかし、この間精神病院の病棟を居住施設に転換することを条件付きで認める方針を固めた。
７月１日「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策に係る検討会」のまとめが出された。検討委員の一部から「精神障害者は病院と同じ建物内や敷地内である限り、その自由意思は担保されず、入院中となんら変わらず地域とは言えない生活を強要される懸念があるため、認めるべきではない。」「病院による抱え込みとなる懸念があるため認めるべきではない」とあくまでも否との強い意見があった。しかし、「病床削減を行った場合に、敷地内への居住施設の設置を認めることとし、グループホームの立地に係る規制＊の見直しを行う」と。現行のグループホームについては「＊入所施設又は病院の敷地外にあるようにしなければならない。」とされている。
とても残念である。民間病院は、空きベッドがあると収入が減る為、患者を囲い込む傾向は周知の事実である。八王子市・立川市周辺地域で訪問看護ステーションや委託事業（居宅生活安定化自立支援事業・地域移行促進事業）を行ってきた私たちは、「ベッドコントロール」を行っている病院を目の当りに見てきている。八王子市は、人口 57 万人で精神科病院が 18 ヶ所・4300 床弱の地域である。かたや立川市には、単科の精神病院がない地域である。この環境の違いは、社会資源の数・質や訪問看護依頼者数に表れている。
平成 18 年度（モデル事業はＨ１６、17 年度）退院促進コーディネート事業（１２ヶ所）を行い、平成 24 年度から地域移行体制整備事業（6 ヶ所）となり、退院促進事業が相談支援事業として位置づけられ個別給付化された。これまで退院準備から退院後の定着支援まで一貫した支援者が関わっていたことによる成果は大きい。しかし平成 24 年度から個別給付による地域移行・定着支援は、地域活動支援センターの役割としてあるにも関わらず、計画相談支援でサービス等利用計画の作成に追われて余裕がない現状の為この事業を受けてくれる事業所は少ない。また、精神科病院から退院の訪問看護の依頼を見ると、昨年度、訪問看護ステーション元では 45 人退院中（1 年以上は 7 名、地域移行 4 名）であった。中には頻回の入退院者や重度の精神疾患の方も含まれており、地域移行・定着支援事業の存在を知らない方が医療関係者には多い実情も確認しておいた方が良い。退院準備がなく地域にもどってきた方の再入院も増えている。
また、精神科病院の偏在化（多摩地域に病床が多い。東から西へ転院）の問題は大きく、協力病院 64 ヶ所、退院数の格差が出てきているのではないでしょうか。精神科病院へ地域コーディネーターがアプローチし、退院希望があっても退院させない病院が少なからずあったり、交通機関が不便な場所もあり、地域移行を困難にしている。
更に、地域移行で退院した方たちの高齢化問題もあり、自立支援法から介護保険への移行についても課題は山積みである。しかし、65 歳以上の長期入院精神障害者増加傾向になっており、避けては通れない問題である。医療・福祉・介護の連携が増々必要になってくる。

精神科病院の総合評価（ベッドの回転率の低さと死亡退院数の多さ・生活保護受給者数等）を第三者が行い、劣悪な病院に関しては行政指導も必要ではないでしょうか。民間事業所の限界（一人がどんなに頑張っても）もある為精神科病院の経営問題に関してはダイナミックな転換が行われなければ、劣悪な病院が転換型居住系施設を作り、統合失調症の方を入所させそれを病床削減となってしまうことが懸念される。

地域コーディネーターからの声

① 地域支援者関係機関への報加算

本人の退院の意思や帰りたい場所がはっきりし、家族の協力が得られたり、自分で行動ができる人は地域移行につながっていく。しかし、多くの長期入院者は何年、何十年も病院内だけで過ごしてきて家族や帰る家もなく、その何十年の間に地域はあまりにも変化し外に出ること自体がとても勇気がいることになっている。退院を希望しても聞いてもらえず、中には退院について話しすらされてない人もいる状態で、退院を諦めて過ごしてきた長期入院者たちは、退院への動機づけ支援から地域移行支援につながるまでにとても時間がかかる。

地域移行に繋げるのに病院スタッフだけでは限界があり、地域支援者が関わりたくてもそれにかかる費用は持ち出しとなり、人手も少ないので地域事業所の負担が大きいので受け入れてくれる地域移行支援事業所が少ない。

退院支援のための支援に対し加算がつくシステムがあればよい。例えば、入院中の人が外出するときの同行ヘルパー事業所や見学・体験を受け入れた作業所、地域移行支援につながるまで地域支援者が病院に出向いた事業所、遠隔地は交通機関も少なく時間も交通費もかかるので広域で支援した事業所、体験宿泊を受け入れた GH 等々に加算がつくなど、このように退院支援を行う際に、加算がつけば地域関係事業者も関わりやすくなる。

② ＧＨ活用型ショートシティの増設

病院での管理された生活に慣れてしまった長期入院者は地域での自分の生活を描けなくなっている。地域生活のイメージを作るためにもアパートや GH での生活体験をすることは有効である。体験する場として GH 活用型ショートスティがあるが都内に５カ所しかなく７月末現在で既に満杯状態である。病院によっては遠くて利用できない場合もある。各市区町村に体験できる場所が必要である。

＊滞在型ＧＨのニーズは多いにもかかわらず、東京都のＧＨは通過型が多く、２４％が滞在型のＧＨになっている。今後ニーズに合わせた、見直しが必要である。

③ マネジメントに報酬を！

重度であっても支えがあればアパート生活できる人がいる。往診、訪問診療・訪問看護などの医療と障害福祉サービスをもっと柔軟に組み合わせ支えられる仕組みがあると良い。それをマネジメントする相談支援専門員には事業者が専従を雇えるくらいの個別給費が付き、重度の人や重複障害の人など手厚い支援が必要な人を支援している場合は加算がつくなど地域での支え手が支えていけるようお金を含めたシステムが必要である。

委員提出資料

なかにしいいんていしゅつしりょう
中西委員提出資料

地域での医療的ケアの充実について

DPI 日本会議常任委員　中西正司

拝啓

東京都においては施設での医療的ケア利用者が増えているがその原因は、在宅での医療的ケアが十分になされていないため、施設入居をせざるを得ない状況があるためである。一方東京都では、たんの吸引等の研修が年２回しか行われておらず、たんの吸引や経管栄養を必要とする利用者が６か月待たないと介助者を得られない状況が生まれている。居宅介護サービスの派遣事業所ではこれらのニーズに答えきれず、利用者の施設入居を余儀なくされている現状がある。この制度の問題点は以下の２点に要約できる。

① 東京都の研修の回数を２か月に１回の頻度にして頂きたい。
② 基本研修を修了後、３か月以内に実地研修をしなければ、座学の修了を取り消されるという厳しい制度を、１年以内に受ければ良い、などの配慮が必要である。

敬具

委員提出資料

はしもといいんていしゅつしりょう
橋本委員提出資料

専門部会意見

橋本　豊

旭出の中で仕事をやり生活をして過ごしてきたある日、当時の施設長から、豊島通勤寮に入寮してみないかという話があり、自分はこれが地域生活のスタートになりました。

集団生活は旭出で経験したつもりでしたが、通勤寮では身だしなみのチェックや地域にあるお店や銭湯などを使っての生活を経験しました。毎週土曜日には飲み会を開いてもらえたことなど、一人の大人として認めてもらったことなど、いろいろな生活経験をさせていただきました。

つらくてきびしい約1年間の生活でしたが、今思い出してみると豊島通勤寮での経験が今いかされていることを身をもって感じます。

旭出の中では、「進路」という授業の時間があり、心の準備ができて施設での実習ができるようになると聞いています。

自分のまわりを見てみると、そういう経験をした人としていない人の差がこんなに違うのかと感じています。

確かに地域へ行くための体験はつらくてきびしいかもしれませんが、それが必ず自分にプラスになって帰ってくること、自分自身が豊島通勤寮でがんばったことで、地域で生活ができるようになったと思います。

その他に、「障害が重い人たちや高齢になった人でも、安心して暮らせるグループホームがたくさんできることを望んでいます。」

「地域で暮らしていても、障害者を理解してくれていない人がいっぱいいます。病院に行っても、診察を断られてしまうことがあるという話も聞きます。もっと理解が進むようにしてほしい。」

という意見が仲間からでていますので、あげさせていただきます。

委員提出資料

矢野委員提出資料

やのいいんていしゅつしりょう

第２回専門部会　議事に関しての意見

社会福祉法人東京都知的障害者育成会　矢野久子

１　地域生活移行の取り組み

地域生活移行において、また親からの独立（グループホーム利用や一人暮らし）において、次の３点が少なからず壁になっているのではないかと考えます。

⑴　医療費助成

入所施設では医療費の自己負担はありませんが、地域での生活では、愛の手帳３度・４度の場合、医療費の自己負担が生じます。３度・４度の人も中高年齢になると医療機関にかかることが多くなりますし、その頃には親も高齢になっていますので、より負担感が増します。所得制限や年齢制限を設けるなど、１度・２度と同様の助成でなくてもよいので、医療費助成の拡大を要望します。

⑵　家賃助成

障害者の収入額は低い状況にありますが、２級年金受給、福祉就労の工賃の人が家賃の高額な東京都で地域生活を送ることは、非常に厳しいことは明らかです。

国制度の月１万円家賃助成が開始されましたが、東京都の家賃助成額に相殺され、収入の低い人への助成額は据え置かれる結果になりました。国助成の上積みが必要です。

⑶　高齢化

高齢になり医療的ケアが必要になったときや、職場や作業所などに通うことができなくなったとき、グループホームでの生活が続けることができるのか不安です。医療的ケアが必要なときや、日中もグループホームに滞在する場合に、支援員が配置できる報酬単価が望まれます。

２　障害児支援について

慣れない子育ての上に、子どもに障害があるとわかった場合、若い親は非常に不安になります。初めて出会う相談機関や医療現場の対応が、その後の子育てに希望をもって取り組むことができるかの差となります。家族支援の視点が重要です。

福祉、教育、保健・医療の連携と、ライフステージで途切れることのない一貫した支援（相談機能の継続）を望みます。

(1)　児童発達支援

引っ越しの際、転居先でも現自治体と同じような支援が受けられないのではと心配している保護者がたくさんいます。どの地域に住んでいても、希望する支援が利用できるように地域間格差の解消を望みます。

(2)　放課後等デイサービス

事業所は増えてきましたが、活動内容は様々です。現在の制度は定員以外同じ報酬単価ですが、各児童に必要な支援程度や活動内容による加算が必要です。

(3)　共に育つためにも、障害児の保育園・幼稚園・放課後活動の受け入れを進めてください。

3　障害者の就労支援策

「障害者の生活実態」の結果（速報）では、現在仕事をしていない理由又は福祉的就労をしている理由として、受け入れてくれる職場が見つからないためという選択肢を選んだ人がおよそ３割です。この結果からも働きたいと希望する障害のある人は多く、適切な支援があれば就労が可能な人が多くいると思われます。

(1)　知的障害者の都庁での正規雇用をお願いします。東京都教育委員会でのチャレンジ雇用を進めてください。

(2)　一般企業で働くには、受け入れ企業が知的障害の障害特性を理解し、「合理的配慮」が欠かせません。理解促進を目指す活動をさらに進めてください。

(3)　就労している人が気軽に相談できるようにしてほしいと思います。

委員提出資料

やましたいいんていしゅつしりょう
山下委員提出資料

提言Ⅳ　障害者の地域生活支援に関する提言

１　提言の背景

「東京都障害者計画・第３期東京都障害福祉計画」の理念である「障害者が地域で安心して暮らせる社会の実現」のために、東京都では地域の生活基盤の緊急整備を進めています。しかし、知的障害者の急激な増加や高齢化などのニーズの拡大に対し通所施設やグループホーム、入所施設等の障害福祉サービスが供給不足となっており、更に強力な整備が喫緊の課題です。

知的障害者の手帳取得者の急激な増加は、いくつかの調査でも明らかになっています。国の療育手帳（東京都は愛の手帳）を持つ在宅の知的障害者は平成 17 年の 41 万 9,000 人から平成 22 年の 62 万 2,000 人と 1.5 倍に増加しています（資料①参照）。また、「東京都特別支援教育推進計画 第三次実施計画」によると、特別支援学級と特別支援学校の知的障害児童は、平成 21 年までの 5 年間で 1.3 倍、さらに情緒学級の児童は 2.5 倍となっています（資料③参照）。幼児期の検診などの知見から知的障害者は約 2%（250 万人）、発達障害者は 7%（875 万人）と言われています。急増の理由として、手帳を持たない潜在的な障害者が、平成 18 年の障害者自立支援法による自由なサービス利用が始まったことにより、サービスを利用し始め顕在化することになった結果と思われます。平成 22 年においてもサービスを利用している知的障害者の手帳取得率は 29%であり、今後、社会的に増加すると予測できます。

さらに知的障害者の住まいの問題も危機的状況となっています。これまで、知的障害者の親の運動や事業者等により多くのグループホームが整備されてきました。東京都のグループホームの緊急整備事業により平成 15 年の 1,500 人分から平成 24 年には 6,600 人分と年平均約 560 人分強の増加があります。しかし、平成 23 年 3 月から 10 月の東京都の知的障害者の増加人数は約 1,400 人となっており、グループホームの利用可能性の比率は低下しています。約 7 万人いる知的障害者の世帯では多くの老障介護の実態が報告され、限界状態を超えた障害者は、都外のグループホームや入所施設を利用しています。また、1,000 人を切っていた東京都の入所施設待機者は、再び 1,000 人を超えています。

一方、重度障害者グループホーム、就労支援など優れた東京都独自の障害者施策や各基礎自治体の運用努力等により、質的には高い障害者福祉サービスを提供してきました。

しかし、法令の変遷により多様な障害者を網羅し、仕組みを大きく変容させるなか、現在、「相談支援」や「自立支援協議会」の仕組みの機能強化が求められています。平成 26 年度までに全サービス利用者への「サービス等利用計画」の作成を法は定めていますが、取り組みは不十分と言わざるを得ません。

そこで東京都においてケースワークと給付を分け民間事業者等と行政の協業により、地域にケアマネジメント・ケアアドミニストレーションによる福祉共生社会を築き、障害者の地域生活を確かなものにするために、次の 3 点を提言します。

資料①：厚生労働省「平成 23 年生活のしづらさなどに関する調査（全国在宅障害児・者等実態調査）結果の概要」（H25.6.28）抜粋

1　障害者手帳所持者数等（推計値）

今回の調査結果によると、障害者手帳所持者数は、4,791,600 人と推計される。

このうち、身体障害者手帳が 3,863,800 人、療育手帳が 621,700 人、精神障害者保健福祉手帳が 567,600 人となっている。

表１　障害の種類別にみた障害者手帳所持者数等

（単位：千人）

	障害者手帳所持者	障害者手帳の種類（複数回答）			障害者手帳非所持かつ自立支援給付等を受けている者 ※1　※2
		身体障害者手帳	療育手帳	精神障害者保健福祉手帳	
平成23年	4,792	3,864	622	568	320
前回※3	—	3,576	419	—	—
対前回比（%）	—	108.1	148.4	—	—

※1　例えば、精神障害者保健福祉手帳を所持していないが、精神科医療機関に通院している者。

※2　本調査の対象となった障害者手帳非所持で、自立支援給付等非受給者数の推計値については、1,888 千人（65 歳未満 439 千人、65 歳以上（不詳含む）1,449 千人）であり、うち、障害による日常生活を送る上での生活のしづらさがある者の推計値は、1,329 千人（65 歳未満 293 千人、65 歳以上（不詳含む）1,035 千人）。

また、そのうち、福祉サービスを利用しておらず、福祉サービスの利用を希望する者の推計値は、201 千人（65 歳未満 60 千人、65 歳以上（不詳含む）141 千人）。

※3　身体障害者（児）については平成１８年調査の結果、知的障害者（児）については平成１７年調査の結果。ただし、前回調査の数値は、手帳所持者数と手帳は所持していないが同等の障害を有する者数との合計数。

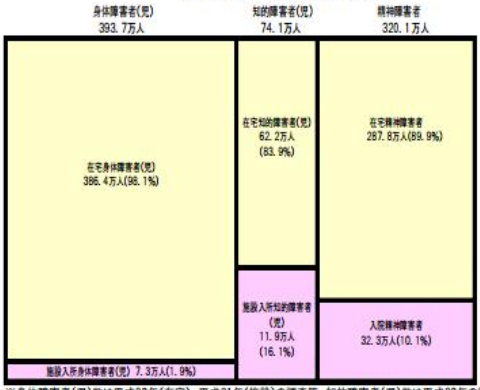
資料②：厚生労働省資料

障害者の数

○ 障害者の総数は787．9万人であり、人口の約6．2%に相当。
○ そのうち身体障害者は393．7万人、知的障害者は74．1万人、精神障害者は320．1万人。
○ 障害者数全体は増加傾向にあり、また、在宅・通所の障害者は増加傾向となっている。

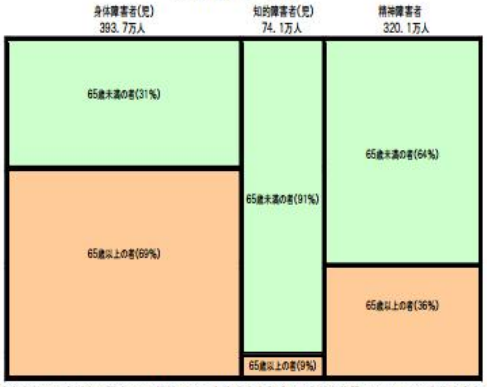
（在宅・施設別）

障害者総数　787．9万人（人口の約6．2%）
うち在宅　736．4万人（93．5%）
うち施設入所　51．5万人（ 6．5%）



（年齢別）

障害者総数　787．9万人（人口の約6．2%）
うち65歳未満　50%
うち65歳以上　50%



※身体障害者(児)数は平成23年(在宅)、平成21年(施設)の調査等、知的障害者(児)数は平成23年の調査、精神障害者数は平成23年の調査による推計。なお、身体障害者(児)には高齢者施設に入所している身体障害者は含まれていない。
※平成23年の調査における身体障害者(児)数(在宅)及び知的障害者(児)数(在宅)は岩手県、宮城県、福島県、仙台市、盛岡市、郡山市、いわき市及び大阪市を除いた数値である。知的障害者(児)数(施設)は、宮城県、福島県の一部市町村を除いた数値である。
※平成23年の調査における精神障害者数は宮城県の石巻医療圏及び気仙沼医療圏並びに福島県を除いた数値である。
※在宅身体障害者(児)、在宅知的障害者(児)は、障害者手帳所持者数の推計。障害者手帳非所持で、自立支援給付等(精神通院医療を除く。)を受けている者は19.5万人と推計されるが、障害種別が不明のため、上記には含まれていない。
※複数の障害種別に該当する者の重複があることから、障害者の総数は粗い推計である。

資料

③：東京都特別支援教育推進計画 第三次実施計画（平成２２年１１月）抜粋

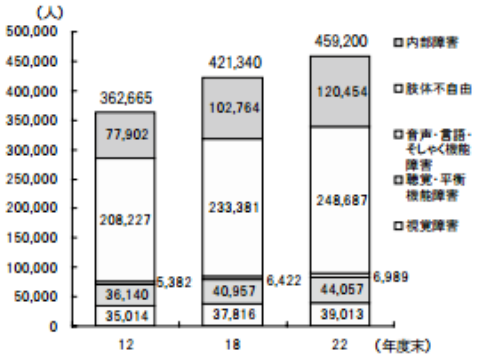
	障害種別	平成 16 年度	平成 21 年度	平成 27 年度（推計値）	平成 32 年度（推計値）
特別支援学校	視覚障害	265	262	277	282
	聴覚障害	591	623	629	645
	肢体不自由	1,974	2,102	2,169	2,219
	知的障害	5,221	6,983	8,811	9,490
	病弱	170	140	177	174
小・中学校 特別支援学級	情緒障害等（通級指導学級）	1,831	4,647	8,017	8,804
	知的障害（固定学級）	4,855	7,140	8,582	8,942

資料④：「東京都障害者計画」「第３期東京都障害福祉計画」の概要（H24.5）抜粋

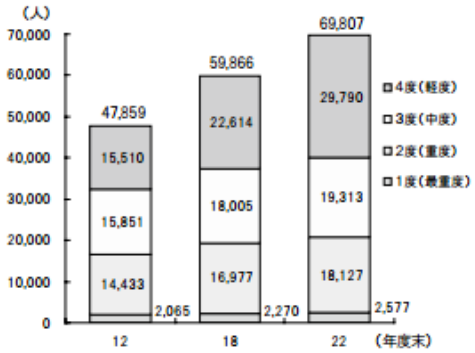
第１節　東京都における障害者数（11 ～ 13 ページ）

平成 23 年 10 月末現在、都内では、身体障害者手帳の交付を受けている人が 462,685 人、愛の手帳（知的障害者（児）を対象）の交付を受けている人が 71,209 人、精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている人が 64,527 人で、いずれの障害も増加傾向にあります。

身体障害者手帳交付者数推移（障害別）



愛の手帳交付者数推移（障害程度別）



提言Ⅳ―１　緊急整備事業の継続

平成 27 年度以降も引き続き「障害者の地域移行・安心生活支援 3 か年プラン」の緊急整備事業を継続し、地域の通所施設、グループホーム、短期入所、障害者支援施設の更なる整備をすること。

（１）施設整備の充実

国庫補助による社会福祉施設等施設整備費は、24 年度 108 億円、25 年度 52 億円、26 年度 36 億円と激減しています。東京都においては、各自治体や事業者が積極的な事業を開発し、通所施設やグループホームなどを中心に急激に拡大しています。しかし、特別支援学校の知的障害者の増加予測、老障介護による限界家族の支援の必要性、親亡き後の問題は今後さらに拡大すると予測できます。

地域移行や就職支援の充実など地域における障害者の受け入れを推進しつつも、専門的な支援が必要な障害者に適切なサービスを提供するために、26 年度で終了する「障害者の地域移行・安心生活支援 3 か年プラン」を継続し、更に高い目標で実施されることが求められています。

提言Ⅳ―２　グループホーム支援センターの新設

グループホーム世話人の支援力の向上や運営の適正化のために新たに「グループホーム支援センター」を整備すること。

（１）「グループホーム支援センター」の概要

「親亡き後」の住まいの問題は、古くて新しい問題です。かつて親の会運動等を背景に東京都の生活寮や国のグループホーム制度が整備され、多くのグループホームが地域にできています。その設置主体の多くが単独または小規模事業者であり、その運営基盤の脆弱さは、時に利用者虐待や不適切な事業運営となり社会問題化しています。昨年の障害者虐待防止法通報の統計を見ても、グループホームの世話人による利用者虐待や横領などが明らかになっています。また、通報に至らない多くの相談事例が事業者団体などに寄せられています。これは単純な制度設計では補えない、障害におけるニーズの多様さの矛盾が表出した結果であり、単純に世話人など直接支援に入るものだけを責められるものでもありません。そこで、基幹相談支援センターに「グループホーム支援センター」を新たに配置し、意思決定支援の必要な障害者が、安心して暮すための地域生活基盤を整備する必要があります。

（２）「グループホーム支援センター」のおもな役割

①グループホームのネットワークづくり
②グループホーム利用者の権利擁護の取り組み
③グループホーム事業者に運営上、利用者支援上の相談・情報提供等を行う
④グループホーム従業者に対する研修の実施
⑤個々の利用者のグループホームに関する相談に対応

今後とも増加するグループホーム利用者のためにも、地域の課題の抽出、地域のニーズに基づく研修、地域の個別の事例検討を通した研修等、地域のニーズに基づくコーディネートは必須と思われます。東京都でも先進的な地域では相談支援事業所が、運営法人を越えてグループホーム事業者のネットワーク作りを始めているところもありますが、専門的な人材の確保が必要という声もあります。運営法人を越えた取り組みが必要となることや、高度な知識、運営力が必要となる人材を確保育成できるか等の課題はありますが、早急に取り組む課題です。

提言Ⅳ―３　地域における「相談」の質を高めること

生活基盤となる地域での支援を必要とする障害者にとって相談機関は、大切なパートナーとなります。現状においても行政窓口や福祉司等によるケースワークとしての相談が行われています。更に、障害者総合支援法ではサービス等利用計画を作成する指定特定相談支援事業者（以下事業者）は、その利用者に対する基本相談支援も行うこととしています（資料⑤「障害者の相談支援体系」参照）。これらの地域の相談支援の連携や質の向上には、基幹相談支援センター機能の強化が望まれますが、東京都においては十分に機能していません。

また、平成 26 年度中に利用者のサービス等利用計画を作成することが義務付けられていますが、大変困難な状況と言われています。これは法制度的に、事業者が参入をためらう要因があると言われています。世田谷区自立支援協議会「指定特定相談支援事業に関する提言書」（※）によると、事業者は、「運営にかかる収支の検討や人材の確保の観点から、事業の運営が困難との判断」をし参入をためらい、「多くの事業所が赤字経営となっており、状況によっては事業からの撤退も検討が必要などの状態も生じている」ことを指摘しています。現状の報酬や業務時間などから検討し、事業者が「障害者福祉に精通した相談支援専門員を雇用し、事業者が安定した経営を行うことで初めて、利用者が安心して相談できる体制が確立する」とし、事業者の経営安定化のために「基本相談支援の報酬対象化」、「新規利用者に対する計画作成報酬への加算」、「事業所開設時の初期費用の補助」を提言しています。

この世田谷の考察と提言は、多くの地域で自治体や事業者、障害者本人からも意見があがっています。法の報酬の改定が必要でしょう。また、地域での事業振興を進めることが大切です。

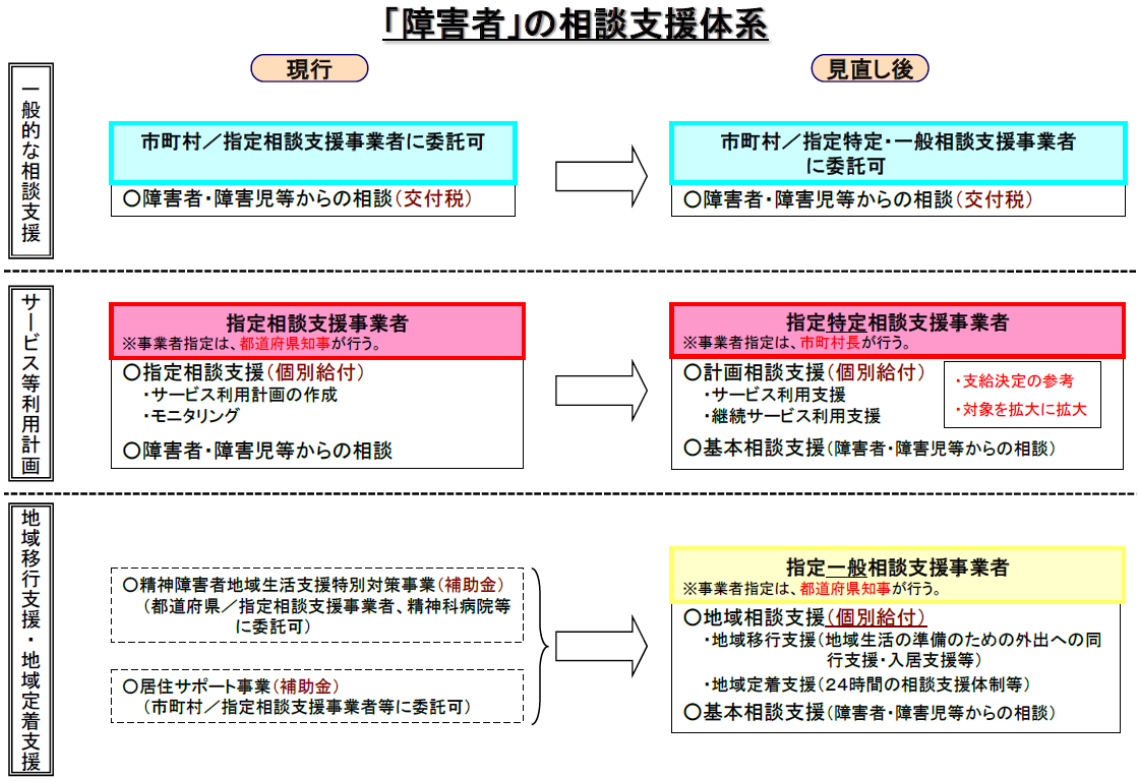
（１）指定特定相談事業者の参入促進を進めること

東京都における障害者の相談支援に関わる全ての関係者による、事業者参入への現状理解と促進策へ英知を集める必要があります。基幹相談支援事業所などは、参入希望事業者への関係法令や実践的なサービス計画作成手法の情報提供や職員育成などを進める必要があります。また、東京都や各自治体における報酬の上乗せなども効果的な方法のひとつであり、世田谷区自立支援協議会の提言は参考になります。

（２）障害者一人ひとりの基本相談、計画相談の質を高め維持すること

サービス等利用計画作成ばかりでなく、日常的な基本相談が支援の基本です。これは、支援者の力量に左右されるもので、担う職員育成や職員が安心して働ける環境整備が必要になります。専用ソフトなどの業務効率化や標準化、職員への経済的な保証、適切な実践的な研修なども重要です。

資料⑤：厚生労働省障害保健福祉関係主管課長会議（H23.6.30）抜粋



※世田谷区自立支援協議会「指定特定相談支援事業に関する提言書」
http://www.city.setagaya.lg.jp/kurashi/105/148/635/d00132027.html

専門委員　山下　望

施策提言

前文

東京都における、現状の一番大きな問題は、住むところが無いということです。家族と一緒に暮らすことはできていますが、東京都の障害児全員就学から４０年経ち、ご両親の高齢化は、大きな問題になります。また、知的障害者は、親と暮らさなければならないということも問題でしょう。各区市町村の支援現場では、毎日のように、「介護者がいない、どうする？」という問題が生じています。一方、グループホームの設置が、消防法の見直しや、建設指導下の規制の拡大などにより、重度の利用者のためのグループホームは、児童福祉施設の条件による新築でないと許可がおりない状況になっています。区分５、６の利用者たちは、選択肢は、障害者支援施設しかないのが、現状です。東京都においては、国の第４期障害者福祉計画の指針に沿い平成２５年度末の数値から４％減を守り、障害者支援施設は作らない。グループホームは、作れない。障害当事者たちは、都外の都民独占の都外施設でないところに流出する。支援の中身(人員配置)は問わない。このような現状で良いのか考えていただきたいと思います。我々の施設には、毎日のように緊急な入所の問合せがひっきりなしの状況です。

また、グループホームの支援の質への対応も重要です。グループホームへの支援も考えていただき、第三者評価もグループホームへ入れていただきたいと思います。

「地域移行、福祉施設から一般就労へ」のキーワードも都内においては、他県とは違う事情があることも認識していただきたいと思います。障害者支援施設の最大の課題は、重度高齢化、虚弱化です。地域移行の可能性のある人については、これからも移行に向けて努力します。しかし、移行の可能性のある人は、本当に一部に限られてきています。また、通所施設からの一般就労についても、特別支援学校卒業時に一般就労が難しいために通所施設を選んで来ている人や一般就労でうまくいかなかった人を受け入れている状況があります。特別支援学校卒後の進路４０％以上が一般就労、１００％就職を目指す就業技術課のある特別支援学校も増えています。国の指針ではなく、東京都独自の指針を立て、必要な福祉サービスが展開できるようしていただきたいと思います。

児童分野

児童の最善の利益、東京都として望ましい児童福祉のサービス水準確保のために以下の提言をします。

（１）社会的養護機能の充実について

①小規模グループケアの推進

国の社会保障審議会児童部会社会的養護専門委員会において、児童養護施設のより家庭的な生活環境への流れが示され、本体施設のオールユニット化、地域小規模児童養護（グループホーム）等が加速しています。障害児童に関しては、平成 24 年度からようやく小規模グループケア加算が創設され、徐々に取り組みが見られるようになってきました。しかし、対象児童が「小規模なグループによるケアが必要な障害児」

と加算が児童個々に対するものとなっていることから二の足を踏む施設もあります。家庭的な生活環境への流れ、児童の権利に関する条約第 9 条「親子不分離の原則」、第 20 条「家庭環境を奪われた児童の保護・援助を受ける権利」を踏まえれば、施設に入所せざるを得ないすべての障害児童が小規模グループケアを必要とすると考えます。東京都においては、すべての児童を対象児童とし、より家庭に近い暮らしの場が提供できる小規模グループケアを推進してください。

②地域小規模施設等のグループホーム創設の推進

中軽度の障害児童の中には、地域の中でより家庭的な環境の下で育て直しをすることで能力を開花し、自立的な生活を営めるだけの大きな成長が期待される児童がいます。先に記述したように児童養護施設等の小規模化、家庭的養護の推進に向けては、小規模グループケアから地域小規模児童養護（グループホーム）へと進められています。障害児童においてもこれに類するグループホーム創設を推進してください。

（２）自立支援機能の構築について

①行政責任の明確化

児童福祉法改定により、20 歳以上の入所期間延長条項が廃止され、障害児入所施設は、完全通過型施設となりました。児童福祉法から障害者総合福祉法でのサービスへの移行が円滑に実行されるよう、退所後の支援を見据え、援護実施機関である区市町村が入所時より関与するように東京都として指導をしてください。

②自立支援ネットワークの構築

大人の生活の場への移行は、各施設の自前ネットワークにより成立しているのが現状です。また、入所児童の約４割が他県の施設もしくはグループホームへと入所している現実も忘れてはなりません。完全通過型施設となった今後においては、自前ネットワークだけでは崩壊します。生まれ育った地域（東京都）で大人になってからも生活していけるように東京都、区市町村、障害児施設、生活介護・就労移行支援事業所等の福祉サービス事業所、相談支援事業所等による自立支援ネットワークの構築に向けて東京都がイニシャティブを取ってください。

（３）早期療育、発達支援の充実について

指導員・保育士の配置基準見直し

通園の事業所においては、平成 24 年度厚労省総合福祉推進事業研究報告で直接支援員の配置が 2.67：1 とあります。入所においては、平成 22 年度厚労省総合福祉推進事業研究報告で 2.1:1 とあります。通園においては、早期療育による低年齢化と増加する発達障害児童の発達保障に応えるため、各事業所が加配をしているところです。入所においては、家庭に代わる生活の場(24 時間 365 日)であり、愛着形成不全等の児童の育て直しといった社会的養護機能に応えるため、各施設が加配をしているところです。

地域主権一括法により、厚労省令で定めていた指定基準等が都の条例で定めることとなり、平成 25 年から施行となっています。東京都は現在、入所 4.3：1、通園 4:1 の配置基準ですが、幼児期・児童期の健全な育成を維持向上させていくために指導員・保育士の配置基準の見直しをしてください。

（４）家族支援の充実について

①家庭相談支援専門員の創設

子どもの発達支援には、保護者の理解と協力は不可欠です。通園の事業所では、障害受容の課題や子育てへの助言等、場合によっては家庭における療育支援まで範疇に入れて細やかな対応が必要となります。入所では家庭へ戻って生活することを目標に児童相談所とも連携して助言等細やかな対応が必要となります。これらがきちんと有効に機能していくためには職員配置が必要です。児童養護施設等にある家庭相談支援専門員の創設を推進してください。

（５）地域支援の充実について

①区市町村格差の是正

障害者基本法改正により、第 16 条(教育)でインクルーシブ教育が、第 17 条(療育)で身近な場所で療育その他関連する支援が受けられるように、と規定されました。保育所等訪問事業と関連するところですが、保育所・幼稚園等におけるインクルーシブ保育・教育は推進されてきていますが、地域差が生じています。短期入所等の支給量も区市町村による差が生じています。東京都として格差が生じないように財政措置を含めた環境整備を図ってください。

②児童発達支援・放課後等デイサービスの質の向上

事業所数が 200 件を優に超えて認可されていますが、これからは質が問われてきます。療育指針の整備等を推進してください。

（６）障害児相談支援について

①障害児支援利用計画の対象者

サービス等利用計画・障害児支援利用計画は、福祉サービスを利用するすべての利用者に作成されることとなっていますが、障害児入所施設に入所する児童のみが対象外とされています。制度上、複数の福祉サービスを利用することは通常ありませんが、大人の生活の場への移行、地域生活への移行を見据えては、就労支援事業所、生活介護事業所等の体験を含めて入所施設の個別支援計画だけでなく、つながりを持って支援が継続されるよう少なくとも高校生年齢に達した児童は、計画相談の対象者とするように国に働きかけをしてください。

就労系事業所の課題について

就労系事業所では適切な作業種の開拓や工賃アップの工夫が行われ、就労継続支援では一般就労を目指したり、事業内容を工夫して施設外支援施や施設外就労を設けて、施設内に限らず働き甲斐が持てるよう努力しています。このことが統計調査にも表れるようにするとともに、推進のための方策を要望します。

社会福祉法人が経営する就労継続支援A型は、地域での障害者雇用のモデルとして雇用意思のある企業の参考となっていますが、経営的に不安定な状況に変化はありません。また、就労移行支援は就職実績のある事業者はますます実績を積み重ねています。加算がついているとはいえ、定着のための支援にエネルギーを注いでいるのが実情です。この点を一層実績に加えられるように配慮してください。就労定着が一番の雇用率確保の策であると考えます。