

2008.8.6.

第36回社会保険審議会障害者部会ヒアリング

全国肢体不自由児通園施設連絡協議会

会長 宮田 広善

I. 障害のある子どもの状況

1. 脳性麻痺児の発症率の増加（表1）
2. 在宅重症心身障害児の増加（表2）
⇒ 医療職の配置や医療機関との連携が不可欠
3. 自閉症等の発達障害児の増加
 - 1) 肢体不自由児施設診療所にも自閉症等の発達障害が激増（表3）
＝ 障害種別ごとに分けられた障害児通園施設の限界
 - 2) 「保護者の障害理解」や「障害認定」以前からの支援が必要
⇒ 障害児施設ではなく保健センターなどの「敷居の低い場所」での相談受付や支援が求められる
 - 3) 保育所入所後、就学後に気づかれることが多い
⇒ 専門的支援の提供の場を施設から地域（保育所、学校）に移すことが必要

II. 障害児通園施設の現状と問題点

1. 障害児通園施設の不足と都市部への集中・偏在
2. 障害種別（知的障害・肢体不自由・難聴）に分かれた施設体系
 - ・ 障害が違えば身近な地域で専門的な支援が受けられない
 - ・ 自閉症などの「新しい障害」に対応する施設がない
 - ・ 重複した障害のある子どもの受け入れ先に苦慮することがある
3. 年齢によって分けられた制度
 - ・ 「移行支援」「学齢期支援」が脆弱
 - ・ 「成人期の自立」を目指す一貫した支援が困難
4. 一般保育所や普通学校の障害児の増加 ⇔ 障害児施設の専門性を地域に提供する制度がない

Ⅲ. 肢体不自由児通園施設（全国99ヵ所）が提供できる機能

1. 医療型障害児施設＝医療専門性を基盤にした子育て支援機能

1) 診療所の併設

- ・医療機関から家庭への移行期の支援や早期対応が可能
- ・「定員外」「対象外の障害」にも専門機能の提供が可能
- ・診断確定・障害認定以前の子どもへの早期対応が可能

2) 医療的支援が必要な重症心身障害児（超・準超重症児）にも対応が可能

2. 地域拠点となりうる多専門職種の配置（表4）

1) 地域の機関（保健センター・保育所・学校・児童デイサービスなど）への職員派遣が可能

2) 保護者・家族支援のための相談支援が可能（各種地域支援事業の受託）（表5）

Ⅳ. 今後の障害児支援の在り方

1. 障害児施設：相談支援事業を基盤にした家族・地域支援機能の充実（図1）

2. 一般保育所の障害児受け入れを促進

1) 「障害の確定前」から始まる育児支援が重要

2) 障害児施設からの専門職員派遣による障害児保育機能の強化

⇒ 障害児施設の「施設外支援・職員派遣」を可能にする制度が必要

3. 市町村域での児童デイサービス設置の促進 = 身近な地域に専門的支援の場を確保

4. 障害児通園施設の一元化（障害種別の撤廃）

1) どんな障害の子どもも身近な地域で必要とする支援が受けられる施設体系

2) 支援機能：「通園機能（基本的機能）＋ 相談支援機能（含・職員派遣）± 診療機能（図2）」

3) 保育所・児童デイサービスなどに対する支援機能の強化

5. 「市町村域－障害保健福祉圏域－都道府県域」の重層化された障害児支援システムの構築

（図2・3・4）

- ・都道府県域 ⇒ 医療機能をもつ拠点施設（肢体不自由児施設・心身障害児総合通園センター等）
- ・障害保健福祉圏域 ⇒ 障害児通園施設
- ・市町村域 ⇒ 児童デイサービス

<表 1>

姫路市における脳性麻痺発症率の推移

在胎週数	脳性麻痺児/出生数				脳性麻痺発症率 (出生1000人)			
	83~87	88~92	93~97	98/00~03	83~87	88~92	93~97	98/00~03
~27W	1/62	7/40	9/48	11/75	16.1	175.0	187.5	146.7
28~31W	5/111	15/99	15/105	24/113	45.0	151.5	142.9	212.4
32~36W	8/1031	10/1007	10/1013	14/1282	7.8	9.9	9.9	11.1
37W~	26/2262	19/2426	25/2699	24/2818	1.0	0.8	1.0	1.0
計	40/28,246	51/25,410	59/26,660	73/26,568	1.4	2.0	2.2	2.7

注: 脳性麻痺の診断は3歳以後とし「厚生省脳性麻痺研究会の定義(1968年)」を用いた。

<表 2>

肢体不自由児通園施設措置児の合併症の状況 (平成16年度 総数:2,609人)

合併障害		人数	割合
知的障害	重度	1,460	56.0%
	中軽度	797	30.6%
自閉性障害		226	8.7%
てんかん	コントロールできている	443	17.0%
	コントロールできていない	408	15.6%
視覚障害		377	14.5%
聴覚障害		164	6.3%

内臓障害	人数	割合
循環器系	106	4.1%
人工呼吸器	14	0.5%
呼吸器系	58	2.2%
ネブライザー使用	139	5.3%
酸素使用	46	1.8%
吸引機使用	248	9.5%
消化器	67	2.6%
胃ろう	211	8.1%
腸管栄養	195	7.5%
腸えんが多い	54	2.1%
泌尿器系(導尿など)	76	2.9%
その他	76	2.9%

⇒ 療育や保育現場での日常的な医療的支援が必要
介護家族への生活レベルでの支援が必要

<表 3>

肢体不自由児通園施設診療所の新患児の障害 (2007年度)

障害名	姫路市社会福祉 通園センター	朝来市東部 地域療育センター	三島市西部 こども療育センター	三島市東部 こども療育センター
脳性麻痺	28	3	10	5
精神遅滞	88	20	11	25
自閉症	精神遅滞なし	113	157	78
	精神遅滞あり	109	263	45
LD・AD/HD	7	3	24	14
言語障害	15	45	21	16
発達症	5	0	2	0
神経筋疾患	4	0	1	0
染色体異常	7	9	14	7
その他(食・正味)	26	13	49	42
薬のみの相談・薬の治療	5	0	0	0
計	407	356	334	224

<表 4>

肢体不自由児通園施設の職員配置 ~多職種・多数の職員配置~

職種名	医師	看護師・保健師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	保育士・指導員	心理士	ケースワーカー	栄養士	調理員	その他	計
平均職員数	0.6	1.8	2.3	1.4	0.9	6.9	0.3	0.2	0.4	1.0	2.2	18.0

(1施設平均 平成16年度調査 71施設)

*「障害児に対するサービスの提供実態に関する調査研究」によれば、常勤換算22.24人/施設で、障害児通園施設中最多。
(平成19年3月・こども未来財団)

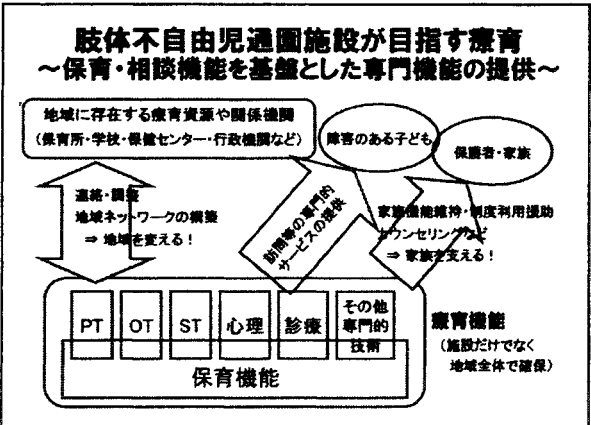
<表 5>

肢体不自由児通園施設の各種事業の受託状況

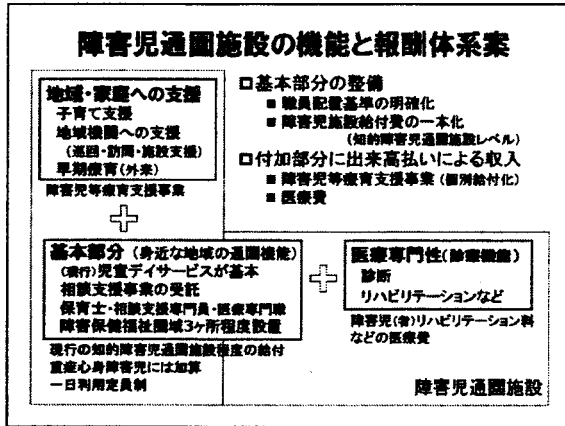
	施設数 (91)		公立公営 (46)		公立民間 (33)		私立民間 (12)	
	施設数	割合%	施設数	割合%	施設数	割合%	施設数	割合%
障害児(者)地域療育等支援事業	40	44	14	30	22	67	4	33
重症心身障害児(者)通園事業	12	13	4	9	5	15	3	25
児童デイサービス事業	15	16	8	17	4	12	3	25
地域療育事業 (通園療育など)	8	9	2	4	5	15	1	8
短期入所事業 (日中預かり等)	13	14	3	7	7	21	3	25
相互利用制度	13	14	3	7	6	18	4	33
平行通園	46	51	26	57	13	39	7	58
その他	6	7	3	7	2	6	1	8

(平成16年度肢体不自由児通園施設実態調査)

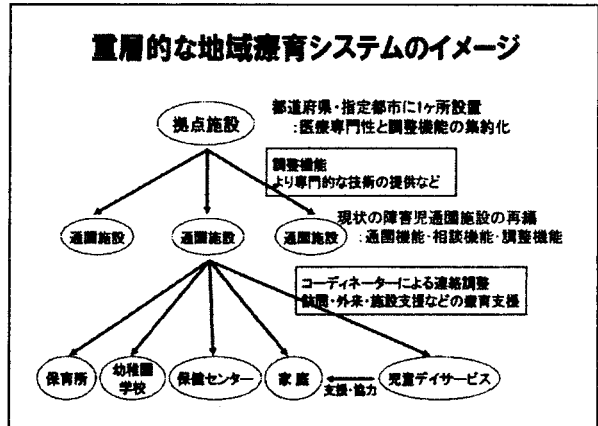
<図 1>



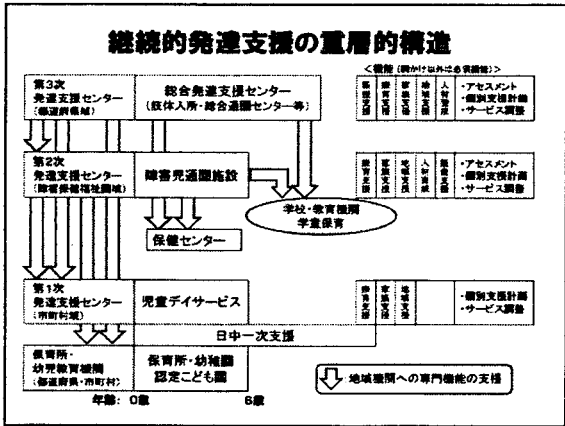
<図2>



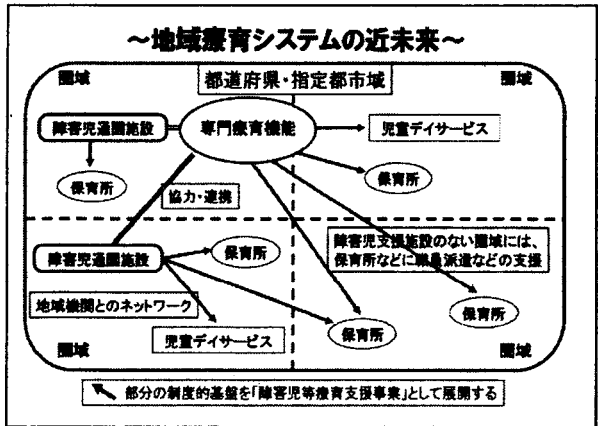
<図3>



<図4>



<図5>



第36回社会保障審議会・障害者部会ヒアリング資料＜2008年8月6日＞

障害者自立支援法の見直しに向けての意見

団体名；きょうされん

代表者；理事長 西村 直

発表者；副理事長 斎藤なを子

障害者自立支援法（以下「自立支援法」）が施行されて2年4ヵ月が経過しましたが、これがもたらした影響は甚大かつ広範なものとなり、この間、二度にわたる大幅な運用見直しが実施されました。しかし、自立支援法の骨格は維持されたままとなっており、当事者及び家族の不安、事業者の将来への不透明感は依然として根強く残されています。

障害のある人たちの生活実態と人間としてあたりまえに生きていきたいという願いに寄り添った、自立支援法の真の「抜本的見直し」となるよう、貴部会での審議を切望するものです。あわせて、これまで積み残されてきた障害施策全般の諸課題を前進させていく道筋をつけていただくことを期待しております。

以下、当会としての意見を申し述べます。

1. 見直しにあたって

① 自立支援法施行による具体的影響と実態の検証、評価を

施設退所、利用抑制、利用料の滞納など、自立支援法の施行により、当事者の地域生活の後退を招く事態が様々に生じました。これらの具体的影響をあらためて把握し直し、その要因の分析と評価のうえにたつての見直しをすすめるべきです。その際、統計的データのみならず、一人ひとりの具体的な生活実態に即した検証が求められます。

② 国際基準に照らした見直しを

障害者権利条約やWHO国際生活機能分類（ICF）、ILO159号条約など、障害のある人々の諸権利に関する国際基準に照らしていくことを、見直しの基底に据えるべきです。とりわけ、障害者権利条約の批准に際して必要となる国内法整備の課題と今般の自立支援法の見直しを強く関連づけて、その内容をわが国のすべての障害のある人々の権利水準を引き上げる方向としていくことが必要です。

2. 見直し内容に関する意見

① 応益負担など費用負担制度について

応益負担制度は、障害のある人が、同年齢の市民と同等に生きていくうえでの最低限の支援を公的に保障する立場からこれを廃止するべきです。また、給食費などの実費負担もいったんは廃止し、負担のあり方について十分に議論を尽くすべきです。

② 小規模作業所・地域活動支援センターについて

地域活動支援センターを市町村事業としたことにより、小規模作業所をいっそう混乱させる事態を招き、地域間格差も著しくひろがっています。小規模作業所を他の事業体系と同等に位置づけることが、「小規模作業所の法定事業化」という真の問題解決の方向性で

す。よって地域活動支援センターは廃止し、小規模作業所の法定事業化等への支援策を十分な経過期間を設けて拡充すべきです。また、小規模作業所が存続する間は、国と地方自治体は最低でも従来の補助金制度を継続させるべきです。

③ 事業体系について

新事業体系は、「訓練」と「介護」という狭い枠組みとなっていること、体系全般が依然として複雑であることなど、さらなる再編が不可欠です。すべての事業を義務経費に位置づけ、日中活動の場は、厚生労働科学研究の提言（*注）に基づき、「一般就労・自営」「社会支援雇用」「ダイアクティビティセンター」に再編するべきです。とりわけ就労部分については、労働行政施策との有機的な連結を図り、日本版保護雇用制度を確立していくべきです。

*注/厚生労働科学研究「障害者（児）の地域移行に関連させた身体障害・知的障害関係施設の機能の体系的なあり方に関する研究」のうち、作業施設（福祉的就労）共同研究グループによる『日本版保護雇用（社会支援雇用）制度の創設に向けて』（2003年度～2004年度）

④ 障害程度区分について

現行では、障害程度区分によって支援内容と量が決められることとなり、本人の希望や障害実態、個々のおかれた状況を適切に反映したものはなっていません。障害のある人が必要とする支援は、ADLレベルの介護のみならず、見守りから社会参加支援まで幅ひろいものです。一人ひとりのニーズと環境要因により必要な支援を決定する新たなしくみを構築し直すべきです。

⑤ 事業者の報酬等の基準について

事業者の経営基盤が大きく揺らいでいるもとの、給与の切り下げや非正規化など障害者支援に従事する人々の労働条件の急激な低下が進行し、人材確保に困難をきわめている現状にあります。従事者の待遇水準は、そのまま障害のある人への支援の質に直結します。事業者への公費額を自立支援法施行以前の水準まで戻すとともに、報酬の日払い方式や加算減算などの成果主義的なあり方、人員基準の常勤換算方式はやめるべきです。

⑥ 社会資源の拡充について

わが国の障害のある人々の政策の立ち遅れを最も象徴する現象に、働く場や生活の場、居宅支援といった基幹的な社会資源の量的な不足があげられます。社会的入院問題の解消や入所施設からの地域移行がすすまない要因や、施設機能を高めにくい背景に、こうした社会資源の不足との関係が指摘されます。障害関連の社会資源を短期間に拡充（増量）していくための時限立法の制定など法的な手段を講じるべきです。

⑦ 障害施策の基幹的課題について

障害者基本法の定時改正もすすめられる機を活かし、自立支援法の見直しにとどまることなく、障害分野における長年の懸案である、成人期障害者の扶養義務制度の改正、差別禁止法の制定、総合福祉法の制定、本格的な所得保障制度の確立、障害定義と認定・等級制度の改訂、障害関連予算の正確な見積りと分配などの基幹的な課題について、向こう5年くらいのうちに、具体的な目途をつけていくべきです。

問い合わせ先

きょうされん

事務局長 多田 薫

Tel 03-5385-2223

Fax 03-5385-2299

E-mail:zenkoku@kyosaren.or.jp