

第八期東京都障害者施策推進協議会
(第2回専門部会)

平成29年8月8日

福祉保健局

(午後4時01分 開会)

○松矢部会長 それでは、定刻になりましたので、東京都障害者施策推進協議会の第2回専門部会を開催いたします。

それでは、まず初めに、事務局から委員の出席状況等について、ご説明をお願いします。よろしくをお願いします。

○渡辺課長 よろしくお願ひいたします。計画課長の渡辺でございます。

本日は、お忙しい中、委員の皆様にご出席いただきまして、まことにありがとうございます。

委員のご出席状況でございますが、本日は、水野委員と笹生委員からご欠席の連絡をいただいております。また、嶋津委員におかれましては、10分ぐらいおけると連絡をいただいております。

また、本部会の書記といたしまして、福祉保健局と関係局等の課長が同席しております。資料2の名簿をもって紹介にかえさせていただきます。

続きまして、配付資料の確認をさせていただきます。配付資料につきましては、次第を1枚めくっていただきますと一覧がございます。資料1が、専門部会の委員の名簿でございます。資料2が書記の名簿でございます。資料3が協議会の開催日程ということで、本日は、平成29年8月8日、第2回専門部会でございます。それから、資料4-1が福祉施設入所者の地域生活への移行等に係る実績でございます。資料4-2が福祉施設入所者の地域生活への移行等に係る事業でございます。資料5、入所施設から地域生活への移行に関する成果目標の考え方、資料6-1が入院中の精神障害者の地域生活への移行に係る実績、資料6-2が東京都における精神科入院医療の状況、資料6-3、精神障害者の地域生活への移行に係る事業、資料6-4、精神障害者支援のための関係者による協議の場について、資料6-5、各地域における相談支援事業所の設置状況、資料7が入院中の精神障害者の地域生活への移行に係る成果目標の考え方、資料8-1が障害児福祉計画に係る実績、資料8-2、障害児通所支援事業所、事業所数及び定員数の推移、資料8-3、各地域における整備状況（児童発達支援センター、主に重症心身障害児を支援する障害児通所支援事業所）の資料となっております。それから、資料8-4が障害児入所施設の定員数の推移、資料8-5、障害児入所施設 利用者数の推移でございます。資料9-1、医療的ケアが必要な障害児への支援について、資料9-2、医療的ケア児支援のための関係機関の協議の場の設置について、それから資料10が発達障害児（者）への支援に係る事業でございます。資料11は、横になってございますが、社会保障審議会障害者部会資料でございます。それから、委員からの提出の資料をおつけしてございます。一番最後に、大変申しわけございません。資料の目次には入っていないんですけども、前回の第1回の部会の資料で一部修正があり、その差しかえということで置かせていただいております。

それから、配付した資料につきましては、皆様方に送らせていたものと同じでございますが、資料7の入院中の精神障害者の地域生活への移行に関する成果目標の考え方の分、調整中としていたところを数値を入れまして差しかえましたので、資料説明の際に説明させていただきたいと思っております。

それから、本協議会は審議、資料、議事録、いずれも原則公開とさせていただきます。

また、本日は、傍聴者の方もいらっしゃることをご承知おきいただきますよう、お願いを申し上げます。

事務局からは以上でございます。

○松矢部会長 ありがとうございます。

それでは、議事に入ります。議題の一つ目、施設入所・入院から地域生活への移行促進の取組について、移ります。

今日は二つテーマがありますので、なるべく時間を節約しながら、協議に重点を入れたいと思っておりますので、事務局にもご協力をお願いいたします。

それでは、お願いいたします。

○渡辺課長 それでは、資料4から7の部分が地域移行の資料になっておりますので、なるべく簡単に説明をさせていただきたいと思っております。

まず、資料4-1でございます。第2回総会でもお示ししたもので、上のほうは地域移行の目標値と実績を示してございます。目標値が一番右にありますように、25年度末の数値から12%、890人を地域移行ということでしたが、28年度末にはちょっと達していない状況で、目標達成が厳しい状況となっております。

それから、入所施設定員数のほうは、17年10月の7,344人というのを据え置いてというふうな目標にしておりましたが、28年度末では7,393人と、まだ目標には届いておりません。

ちなみに、第2回の総会でお示ししたときに、7,436という数字をご案内していたんですが、こちらの7,393が正しい数値ですので、今回のものが正しい数字ということで、よろしくお願いいたします。

それから、めくっていただきまして、年齢別・障害支援区分別利用者数の推移でございます。これは、施設入所者の利用者の内訳を年齢別と、それから支援区分別でお示したものです。

年齢別に見ますと、24年度末に40歳以上の方の全体に占める割合が74.9%だったのが、28年度末には81.3%ということで、施設に入所していらっしゃる利用者の方の高齢化が進んでいる。

それから、支援区分も区分5、6の方が、24年度末に72.9%だったのが、28年度末には83.6%ということで、重い区分の方が増えているという状況です。

それから、地域移行された方の状況を次のページにお示ししています。26年から28年度の3年間に地域移行した方の状況ですが、年齢別で見ますと、一番構成比が多い

のが40代の方、28.9%、次が30歳未満の方、22.3%、30代の方が16.7%ということで、この辺までで7割ですので、先ほどの入所者のほうと比べていただきますと、比較的若い方が地域移行されている。

それから、支援区分では、支援区分の4、5のあたりが31.7%でございますので、こちらも比較的、支援区分の低いほうの方が地域移行をされておりますが、区分6の方も72人の方が地域移行をされているという状況です。

それから、次が施設入所者の待機数の推移です。28年度末には、身体障害者の施設の待機者は323人、それから知的障害者の方が856人という方が待機をされております。内訳を見ますと、どちらも在宅にいる重度の方が多いという状況になっています。

一番下の欄は、重症心身障害児施設への入所待機者の推移ですが、28年度末には528人の方が待機されておまして、その内訳を見ますと、18歳以上の方が451人ということで、多くを占めています。

次に、資料4-2でございます。東京都が実施しております福祉施設入所者の地域移行の事業です。地域移行促進コーディネート事業といたしまして、入所施設に地域移行促進のコーディネーターを配置いたしまして、施設入所者の地域移行を促進する事業です。

内容としましては、入所者の方への相談支援ですとか、ピアサポート、グループホームなどの体験を通じて地域移行へのイメージを持っていただいて、理解を促進して地域移行を進めていくもの。

また、コーディネーター相互が連携して、区市町村相談支援事業者等とも連携して、地域への移行を進めております。実績は下の欄にあるとおり、ピアサポート活動利用者が178人等々のごらんいただいているような実績となっております。

それから、入所施設から地域生活への移行に関する成果の目標の考え方でございますが、第4期は二つ指針がございまして、基準時点25年度を基準にしまして、12%以上が地域生活への移行ということと、入所施設者を4%以上削減するというのが国の指針でございましたが、都は地域生活の移行については国の基本指針に即して定めましたが、入所施設については7,344人という数値を超えないということで、考え方を示しております。

第5期につきましては、国の基本指針が9%以上、今度は基準時点を28年度末にいたしまして、9%以上が地域生活へ移行、それから施設入所者数を2%以上削減という目標になっておりますが、地域生活への移行のほうについては、国の指針に即して、区市町村からの実情も踏まえて意見も聞きながら設定すると考えております。

それから、施設入所者の定数のほうなんですけれども、こちらは前回と同じような事情、真に入所の必要な待機者がいることとか、それから都内の未設置地域における地域生活支援型入所施設の整備を推進したりというような事情がありますので、引き続き、第4期と同じ目標にしてはどうかと考えております。

ちなみに、地域生活支援型入所施設の要件といたしましては、都の整備の基本指針で定めている内容と、第4期の東京都の障害福祉計画で定めている内容を、次のページのように示しています。

以上が、入所施設から地域生活への移行に関する成果目標の考え方です。

次に、入院中の精神障害者の地域生活への移行に係る実績をご説明させていただきます。資料6-1ですが、こちらも第2回の総会でお示ししたものに、27年度の東京都の実績だけまとめましたので、追加しています。

27年度は、3カ月時点の退院率が54.4%ということで、ちょっと下がってしまいました。それから、1年時点の退院率は87.5%となっております。また、1年以上の長期在院者数は1万937人となりまして、前年よりも減少しております。

それから、次のページですが、資料6-2は、東京都における精神科入院医療の状況を成果目標に係るものを中心に記載をさせていただいております。

まず、1の平均在院日数につきましては、平成27年が191.8日ということで、こちら推移を見ていただくと、毎年少しずつ短縮されてきている。また、全国に比べても短い状況となっております。

2が、平成27年10月1日現在の病院数・病床数です。精神病床のある病院数が多摩のほうに多い状況がわかるかと思えます。

3番は、平成27年の新規入院患者数及び医療保護入院届出数です。ごらんのとおり、新規入院患者数は3万7,298人、医療保護入院の届出数が1万7,851人となっております。

それから4は、これは26年6月の入院者の6月、1カ月に入院した方の退院の状況を実数でお示ししたものでございます。前ページのグラフのほうで、54.4%、87.5%という率をお示ししましたが、この数は26年6月に入院された方の3カ月後、1年後の退院数というのを追いまして、そのパーセントを出したもので3,843人が3カ月後には2,090人が退院されて、この率が54.4%、1年未満で退院された方はその累計で3,364人になりまして、残っていらっしゃる方は479人というような数字になっています。

それから、1枚めくっていただきまして、長期在院患者数の推移です。在院患者に占める1年以上の長期在院患者数は、27年で54.9%となっております。これも少しずつ減少しておりまして、全国よりは下回っている状況です。

それから、6の27年6月1日から6月30日の1カ月間の期間に退院した、今度は退院患者のほうを追いまして、3,180人の退院された方がどのくらい在院していたのかということを示したものです。こちら、3カ月未満に退院される方は70.2%と一番多くなっております。

また、同じ方々がどちらへ復帰されたのかということのを調べたものが7番の退院時の状況別退院患者数ということで、こちらも家庭復帰の方が約7割というような状況となっ

ております。

それから、次に資料6-3に移らせてください。資料6-3は、精神障害者の地域移行に係る取り組みとして、関連する事業の概要と実績をお示ししてございます。

精神障害者地域移行体制支援事業といたしましては、退院促進に向けた働きかけとか、地域との調整などを行う地域移行促進事業とグループホーム活用型ショートステイ事業を中心とした事業となっております。28年度の実績につきましては、地域移行促進事業374人の相談者のうち、個別給付へつながった方が82人ということになっております。また、本事業に係る協力病院は63病院となっております。

また、ピアサポート活動につきましては、169人のピアサポーターの方が登録されて、地域移行に向けた支援にご協力をいただいているところでございます。

それから、グループホーム活用型ショートステイ事業は、次のページになりますが、入院中に利用した、真ん中、左から3番目の列ですけれども、入院中に利用された88人のうち、34人が退院をしているということになっています。

次の、精神障害者早期退院支援事業では、医療保護入院者の地域生活への移行促進のために、病院の中の会議に地域の援助事業者が参加するという事業でございます。28年度の実績が68病院で586事業者が380回参加したという実績になっています。

次が、精神保健福祉士配置促進事業ということで、精神科病院において、入院患者さんが退院支援にかかわる精神保健福祉士の配置を促進するということを支援するための事業でございます。28年度は29病院が申請しています。

それから次の資料ですが、資料6-4です。これは、国の新しい指針で示されたもので、平成32年度末までに全ての市町村ごとに、保健、医療、福祉関係者の精神保健医療に係る協議の場を設置するということが示されておりますが、区市町村の現状を5月の現在でお聞きしてまとめたものです。

現在の段階では、まだ検討中という自治体が多いのですけれども、既存の会議の検討ということも含めて、今後、市町村のほうでも計画を進めていると思いますので、また、引き続き、市町村との意見交換等の際に、実情を聞いていきたいと思っております。5月時点では、11自治体が既存の会議等を活用して、この会議の協議の場というふうにご回答いただいております。

それから、次の資料6-5は、相談支援事業所の設置状況で、こちらも前回の部会でもお示した資料のうちから抜き出したものですが、地域移行、地域定着を進めるに当たって、活動していただく事業所として、地域移行のほうが都内183、地域定着が166の事業所を指定しているという状況をお示ししています。

それから、資料7です。入院中の精神障害者の地域生活への移行に関する成果目標の考え方です。精神障害者の地域生活への移行に関する成果目標につきましては、第4期は国の目標に即して定めたところでございますが、目標にはちょっと届いていない状況です。

第5期計画に係る国の基本指針では、前期の目標に加えて、入院後3カ月、1年後という目標を定めていたんですが、これに加えて、入院後6カ月時点での退院率というのを設定するよということを示されています。

また、入院期間1年以上の長期在院者数については、目標値の設定に国が提示する推計式を用いて算出せよということで、ちょっと複雑な算式が示されています。65歳以上と65歳未満の内訳をつけて目標値を定めることとされています。

ここの部分は、皆様方にお送りした資料としては、数字が入ってなかったんですけども、今回、数字を入れさせていただきます。

第5期の障害福祉計画の都の考え方といたしましては、3カ月、6カ月、1年の退院率につきましては、国の基本指針に即して設定していくのが適切かと考えております。

また、長期在院者の削減に関する目標につきましては、右の欄にありますように、国の推計式は将来の入院需要をまず推計して、そこから政策効果を差し引いて、入院需要の目標値を設定せよということになっております。

この紙で説明しますと、目標の年数である計画の最終年度である平成32年度の入院需要の推計が1万3,916人というふうに計算されまして、この数から政策の効果分として、パーセントに幅がありますので、最少の場合に2,461人、最大の場合に3,304人という方が地域に移るということを含めて退院されるということで、これを差し引きますと、目標値はここにありますように1万1,455人から1万6,122人の範囲となります。

65歳以上と65歳未満の内訳は、下にあるようになっております。この範囲で区市町村とか、関係機関、医療計画とも関係しますので、東京都の地方精神保健福祉審議会等の意見も聞きながら、調整の上、設定してまいりたいと思っております。

この数字なんですけれども、ちょっとこれだけ見ても計算の仕方がわからないかと思って、次のページにメモをつけています。

まず、簡単に説明しますと、32年度ベースの入院見込みというのが今回、26年度の患者調査の入院受療率を使うということで、今まで6月30日の精神病院の実態調査を使っていたんですけども、調査のベースが異なっております。これを5歳刻みの性別・年齢別に32年度の推計人口を掛けて、さらに表にありますように認知症以外の方と認知症の方、65歳以上と65歳未満の四つに分けて、足し上げますと1万3,916人という前のページに出ていた32年度の受療率が出ます。

特に、26年度の患者調査が住所地ベースで1万2,888人というふうに示されていますので、前回のもとは一概にちょっと比較ができない状況となっております。伸び率は、この6年間、26年から32年で8%程度の伸びが人口による受療率の伸びが見込まれる形となっております。

それから、政策効果の係数なんですけれども、継続治療がこの時点で必要な人の割合が80%から85%の割合で定めよと。それから、新しい治療薬の普及等の効果を勘案

する率として、95%から96%、これに3年間なので3乗して調整係数を0.95で割りなさいと示されております。

また、認知症施策の高度化の係数としては、97%から98%、これを3乗した数で積算しなさいとなっております。

これを計算しますと、一番最少になる場合で、Aと記載してあるところですが、合計が1万612人で政策効果分、が裏返しにした分ですね、3,304人、それから、Bのほうの入院患者が最大に残る場合が1万1,455人、政策等効果分が2,461人という形で計算したものを表に入れてあります。

この入院係数が α の部分の「継続治療が必要な人の割合」というのが、裏返すと入院治療がもう要らなくて、いわゆる社会的な入院に当たる部分というふうに考えられますので、その部分15%から20%減らしなさいという目標と考えると、前の計画との比較がしやすいのかと思っております。

現状としましては、3年間で7、8%分の実績ですので、少ない方の数値でもかなり高い目標になるかと考えております。

地域移行に関するものの資料の説明は以上です。ちょっと長くなりましたが、よろしく願いいたします。

○松矢部会長 ありがとうございます。

この議題に関しては、佐々木委員、佐田委員、柴田委員、鈴木委員、中西委員、山下委員から、事前に資料をいただいております。大変恐縮ですが、お一人あたりおおむね5分程度を目安として、説明をお願いいたします。前回、非常にうまく進みました。今回も、皆さん方、要領よくコメントをまとめてくださっておりますので、さらにご協力をお願いいたします。

それでは、まず佐々木委員、お願いいたします。

○佐々木委員 公募委員の佐々木と申します。このたびは発言のお時間をいただき、ありがとうございます。

私は、八王子市に住んでおまして、特別支援学校高等部3年、重度の知的障害、自閉症の息子がおります。障害児の保護者として、また一市民として身近にある問題とそれに対する意見をお伝えしたく資料を提出させていただきました。今回は、資料に補足という形で2点ほどお話をさせていただきます。

一つ目は、計画相談の質についてです。現行の障害福祉計画では、35ページ、取組2、地域生活を支える相談支援体制等の整備のあたりになるかと思えます。

我が子は、これまで二つの事業所で計画相談を利用しましたが、事業所間で質的に驚くほどの差がありました。これについては、前回までのほかの地域からも同様の課題が出ていますので、詳細の説明は省略させていただきますが、保護者の立場から一番にお願いしたいのは、サービス等利用計画が本人支援の観点の作成されること。それに必要なアセスメント、モニタリング、そして詳細の見直し等が柔軟に行われることをお願い

したいと思います。

次期の計画では、相談支援のあり方や具体的なガイドラインをより明確にしていきたいと切に希望いたします。

二つ目は、地域移行の取り組み、中でも相談支援事業との連携についてです。こちらにつきましては、鈴木委員を初めとする委員の皆様より、豊富なデータやご経験に基づく方策のご提案がありまして、ご賛同申し上げるとともに、大変心強く感じております。

重ねまして、八王子在住の私からは行政地域の思いをお伝えさせていただきたいと思っています。

既にご承知のとおり、東京都の中で八王子市は人口に対する精神科病棟の比率が青梅市に次いで2位となっております。他市や23区から入院されている方々が地域生活移行をされる際の受け皿ともなります。

希望する方が安心して住み続けることのできる八王子市であってほしいとの願いから、そこに欠かすことのできない相談支援事業との連携体制の強化を重ねまして、お願いしたいと思います。

なお、私の知人に相談支援事業所の管理者がおりまして、地域の現状や現場の声について私が聞き取りを依頼しましたところ、障害福祉計画がよりよいものになるのであればということで、情報提供をいただいた旨をここに申し添えさせていただきたいと思っています。

私からの発言は、以上となります。どうぞよろしくお願いたします。

○松矢部会長 ありがとうございます。八王子市は非常に病院や入所施設が多いところで、そういったところでよりよい地域移行を図っていくための連携の必要性という、これはほかの市もあるかと思いますが、多摩地域はですね。

どうもありがとうございました。

それでは、次に佐田委員、お願いいたします。

○佐田委員 障都連の佐田です。いくつか質問も含めてお願いしたいと思うんですが、一つ、資料の4-1の3枚目の地域移行の状況のところなんですが、一つは障害別にどうなっているのかというのは、出せないでしょうか。

それからもう一つ、移行している移行先についてはどんなところが一番多いのか、その辺についても出していただければと思っています。

それから、あと資料の、地域拠点施設のところも資料と出されてきていると思うんですが、それについての現在の箇所数についても、資料5の地域生活支援型入所施設のところなんですが、これも箇所数がもしわかれば教えていただけると、思います。

○渡辺課長 地域移行の方の、まず障害種別なんですけども、もともと入所施設が知的の方が多ということで、多くなるのではないかなと想定されるんですが、今現在、お示しできる数字等がございません。

それから、地域移行型の施設につきましても、ちょっと区分をしていないものでござ

いますので、次回以降、わかるようでしたら、調べさせていただきます。

○佐田委員 わかりました。ありがとうございます。

ということで、おそらく地域移行の問題というのは、とっても大事な中身を含んでいるのではないかなと思っています。

その点で、第4期の福祉障害福祉計画に、計画の段階からの経過を含めて評価して、次の計画がたてられているのですが、何が足りて何が足りないのか、そのためにはどうしていくのかというあたりのところを、もう少しいろいろな状況を、先ほどの資料の問題も含めて出し合いながら、深めていく必要があるのではないかなというふうに思っています。

今後、障害のある人、高齢化の問題も含めて、地域移行だけの問題ではなくて、入所施設をどうしていくのかという問題も当然出てくるのではないかなと思いますので、この問題の状況を出し合いながら、深めていくというのが大事だと思っています。

今日は、具体的な提案ということではないんですが、そういうことで進める方向を検討していただければと思っています。

以上です。

○松矢部会長 ありがとうございます。ここでは、地域生活支援型入所施設を整備していく必要があるというところが大きいところですね。

ありがとうございます。

それでは、次に柴田委員、お願いいたします。

○柴田委員 柴田です。入所施設からの地域移行のときに、移行先に必ずしも合わないということが、しばしばあるようです。生活の場面が急変するということは、ご本人にとっても非常に大きなストレスになりますので、移行先が十分に合うということを確認することが必要ですが、それが現実には見切り発車のようにして決められてしまうことが多いようですので、送り出す施設の現在の状況を受ける側が十分見られるようにするとか、あるいは、また移った後も両方で継続して見られるようにするとか、場合によっては、一旦、元に戻るといような、そういう対策が必要ではないかということが一つ目になります。

それから、二つ目は、実際になかなか地域移行が進まない最大の理由は、特に要支援度の高い人が地域で暮らすという仕組みが十分に整っていないというところに、大きな原因があります。その一つは、特に支援区分の高い人を支援できるグループホームを整備する必要があります。

これについては、夜間の職員体制、それからグループホームになかなか職員が集まらないという声が事業所からも非常に多く出ておりますので、人件費への抜本的な助成、それから開設するときの建築費・改築費が非常にかかるというところでもありますので、都の補助金の抜本的な見直しが必要です。それから借家の場合は、やはり部屋代が高くなりますので、東京都独自の課題かと思いますが、その助成を検討する必要があります。

それから、土日の日中加算とか、移動支援を使いやすくするということを含めていくつかの問題を解決していかないと、このグループホームの問題は解決しないのではないかなと思います。

また、ショートステイについても、やはりほぼ同じような問題を抱えています。

それから、移動支援については、一応、市区町村の問題というふうに整理されるわけでありませけれども、市区町村単独では対応し切れないというところがありまして、これに対して都としての支援策を講じていく必要があるのではないかなというふうに思います。

以上、地域移行について、よろしく申し上げます。

- 松矢部会長 ありがとうございます。入所施設から地域に移行したときの適否の問題ですね。これは、地域相談支援事業を受けているところと、本人の方とどういうふうに情報をきちっとしていくか、地域相談支援事業所の質の強化とか、その辺のところもあるかなというふうに思いますね。

それから、地域移行では、重度の方々の支援度の高い人たちの移行のためのグループホームのきちとした配慮、支援の、要するに設置のところのいろんなお金がかかりませ、そういうことございませね。

ありがとうございます。

それでは、次に、鈴木委員にお願いいたします。

- 鈴木委員 鈴木でございます。よろしくをお願いいたします。

私からは、精神科病院からの地域移行についてということで、主に意見を述べさせていただきますと思います。資料のほうをご確認いただければと思いますが、まず一つ目に、地域移行に関する事として、まず地域相談支援についてご提案を申し上げたいと思います。

地域相談支援、具体的には地域移行支援と地域定着支援になりますが、この二つの事業はともに平成28年度までの実績値が東京都の見込み値を大幅に下回っているという現状があります。前回の専門部会第1回の際に、資料として配られたものを見ましても、そのようになっておりましたし、今日、資料6-5で各相談支援事業所の設置状況ということで、市区町村さんごとに地域移行、地域定着、事業所の数が先ほど示されておりまして、地域移行が183カ所、地域定着が166カ所の事業所が実際にあるということとなっているんですが、前回の第1回の相談専門部会で示された資料だと、27年度末の時点のものですが、地域移行支援は55件で定着支援は153件しか実施されていないということですよ。

地域移行支援に関しては3分の1、事業所が183あるのに、実施は55というような恐ろしい数字かと思ひませけれども、ほとんど実施されていないというような状況になっているという、大変問題の大きな事業かと思ひませ。

この取り組みのおくれを解決していくべく、いくつかのことを提案させていただきます

いと思います。

一つ目の提案は、数字の取り方に対する提案なんですけれども、提案①障害福祉計画にかかわる地域移行支援・定着支援の実績の出し方を変えることです。

現行の前回の第1回の専門部会などで配られた資料などを拝見しますと、今、地域移行と定着支援の数の出し方は、各年度の末月、ですから、27年度分ということは28年の3月31日時点というようなことで、その時点での実施の数を表にして上げていただいているんですが、これでは通年で実際に何人の方が地域移行支援を利用して、そのうち利用した方のうちの何人が実際に退院、あるいは施設からの退所ということにつながったのかというのが正確にわからないわけですね。

特に、地域移行支援の場合は、6カ月単位で支給決定されるのが通例ですから、例えば28年の2月の時点で退院した人が10人とか20人いた場合には、翌月の実績というのは当然下がるわけですよ。翌月には退院しているから、支給決定されていないわけですからね。

そうすると、ある時点の数を出しただけでは、実際にどのぐらいの方が地域移行支援を利用し、そのことによって退院あるいは退所というものにつながったのかが、実証的な数字がわからないということになります。

ですから、今の数字の出し方は、計画上、無意味なものに私には思いますので、以下のような形の数字の出し方に変えることを提案いたします。

A) 平成24年度から29年度までの各市区町村の地域移行支援の新規の支給決定数を年度ごとに出して、6年分合算します。これで、どのぐらいの人が地域移行支援を利用したかということがわかるはずですよ。

B) 平成24年度から29年度までの各市区町村の地域移行支援の請求のうち、「退院月加算」、退院退所月加算というものが地域移行支援にはありますので、地域移行支援を実施している事業所は、その人が退院、退所した場合には、必ずこの加算を請求することになりますので、この加算の請求件数を6年分調べる。これによって、一旦はこの人が退院したとか、退所したということがわかるはずですよ。

C) 地域定着支援については、A)と同様の実績の数を出す。

このように、利用の実績を出し直して、それを参考に今後の見込み値を検討すべきであるということを提案したいと思います。これは、もう24年度分からできるはずですよ。早速にでも東京都さんのほうに次回以降、この数字の出し方でもう一度、数字を出していただきたいと思います。

○松矢部会長 はい。

○鈴木委員 次の提案なんですけど、地域移行支援に「都加算」をつけることという提案をさせていただきます。地域移行が進まない背景には、特に精神科の場合には、都内の精神科病院の地域偏在という問題があります。先ほど、八王子の佐々木委員もご指摘されていましたが、私も資料で簡単な図をつくらせていただきましたので、それを見ていた

できればわかるかと思うんですけれども、特に青梅、八王子といったところに病院が集中していて、23区の人口の多いところに病院が少ない、病床が少ないというのが東京のはっきりした特徴ですので、ふだんから地域移行の事業所は日常的に市区町村や自分の圏域を超えた広域的な支援を求められているかと思います。

このような東京特有の広域的な取り組みに対して、以下のような加算をつけるということで、指定地域相談支援事業所が自分の事業所のある圏域以外の精神科病院まで出向いて、地域移行を行う場合に、毎月の給付に都加算としての「広域加算」というようなものをつけるということや、あるいは自分の事業所のある圏域以外の市区町村から地域移行支援の支給決定を受けた場合にも、同様の都加算をつけるということで、かなり広域に動かなきゃいけない事業所に対して、インセンティブをつけるということや、ぜひ行っていったらいいんじゃないかということを考えています。

提案の三つ目ですが、地域相談支援事業所を行っている事業所の指定をするのは東京都なんですけれども、ぜひ東京都さんにはその指定を行う責任上、地域移行の事業所の実態の把握と人材の育成を責任を持って行うべきであるということも提案したいと思います。

実際に、先ほどの数値から見ても、指定を受けていても地域移行支援や地域定着支援を1件も実施していない事業所というのがかなりあるのではないかというふうに想定されますので、そのような事業所がどのくらいあるのか、実際、なぜそれができないのかということや、ぜひ調査をする必要があると思います。

また、地域相談支援に関する人材育成として、東京都の相談支援従事者研修の中で、専門コース別の研修として、「地域移行・定着支援」をテーマとした研修を毎年度、都でも実施するという必要かと思っています。

すみません、ちょっと長くなりますが、次に成果目標に関するところの提案もさせていただきます。

先ほど、東京都のほうから説明があつて、国のほうの実績に基づいた数の出し方というのでご説明がありましたが、それはそれとして、それだけではないような成果目標の出し方を東京都ですべきということを提案したいと思います。

一つ目は、社会的入院という問題に、やはり取り組むというためには、1年以上の入院の方の中でも、特に入院が長期化している方への支援を積極的に行うことを、ぜひ東京都として表明し、以下のような目標も設定していただきたいと思っています。

A) 27年6月末時点で、都内の精神科病院に10年以上入院している方というのは2,979人いらっしゃるんですね。32年度末までに、この方たち全員と会うということや、何らかの形でやって、「精神障害者地域移行体制整備支援事業」の説明や、地域移行支援の説明を行うということや、ぜひやっていただきたいと思っています。

また、27年の6月末現在で、今度、4年以上10年未満の入院の方というのは3,250人いらっしゃるんですね。この方たちの半数には、少なくとも地域移行支援を実

施するというぐらいの成果目標を、ぜひ立てていただきたいというふうに考えています。

もう一つです。国の成果目標の中に、32年度末までに障害保健福祉圏域ごとに協議の場を設置するというふうなことが書かれているんですけども、実は障害保健福祉圏域というのは、都道府県によって立て方が全然変わってしまっていて、全国の一覧の表を見ると、東京都は全国で唯一、障害保健福祉圏域というものが1カ所しかない都道府県なんですよね。

障害保健福祉圏域ごとにやったら、東京都は1カ所しかつくらないということになりちゃいますから、これでは圏域ごとの取り組みというのは実質できないということになりますので、これは以下のような目標設定をするとよいのではないかという提案をします。

東京都内では、障害保健福祉圏域ではなくて、二次保健医療圏域を基準にして、この圏域ごとの協議の場というのをつくるのがいいのではないかと思います。

島しょを含めると13カ所ありますので、その13カ所に協議の場を設置し、その13カ所の協議の場を統括する機関として、東京都の自立支援協議会に地域移行部会を設置するというようなことをすればいいのではないかと思います。

さらに、現在もやっています精神障害者の地域移行体制整備支援事業を今、6カ所の事業所しかやっていませんので、これを2次保健医療圏域1カ所ずつ配置して13カ所にして、そこを中心にして圏域ごとに地域移行の活動に取り組む、その事業所が中核になるということですね。

さらに、東京都の精神科病院の偏在の問題は、なかなか障害福祉の話の中だけでは解決できないものになりますので、現在、実は東京都の保健医療計画も策定中で、そちらのほうの協議会をやっていらっしゃるかと思うんですが、精神病床というのを現状では三次保健医療圏域ごとに東京都全体の病床数の設定にしかなくなってないんですね。

これを、ぜひ二次保健医療圏域ごとに精神病床も必要病床を策定するようというのと、これをやっていかないと、なかなか精神科病院の偏在の問題というのは解消されないものですから、ぜひこういうことを障害の施策推進協議会から保健医療の協議会にも申し入れていくというようなこともしていく必要があるんじゃないかというふうに思っております。

あと、追記のところは、読んでいただければと思いますので、説明は以上になります。

ありがとうございました。

○松矢部会長 ありがとうございます。私も共鳴する点が結構多いのですが、東京都の圏域が1カ所というのは、東京都は東京都全体で1カ所ということなんですよね。ですから、ないといってもいいわけです。

○鈴木委員 そうですね。

○松矢部会長 ある意味ではですね。ですから、ここでどういうふうに圏域をつくっていくか。つまり相談事業との関係なんですよね。東京都以外の府県は、障害保健福祉圏域

を持っていますから、その圏域ごとに、また自立支援協議会も圏域の自立支援協議会があるのです。

一番大きな成功例は、長野県の西駒郷ですね。日本で最初の国立コロニーです。脱施設化、地域移行支援が成功したんですね。それは、希望者をとって各圏域ごと、要するにみんな自分の故郷に帰るということで、圏域ごとに県がきちっとグループホームをつくっていくとか、施策を出したわけです。

ですから、非常にうまくいったわけですね。東京都はそれがいないために、移行支援は非常に困難な状況にあります。自立支援法が区市町村なのですね。これはたくさんの地域の格差という問題とした絡んでいますので、とても重要な提案なんです。どういうふうに考えるか、精神病院につきましては、医療の圏域でできるんじゃないかという、非常にすっきりする提案であると思っております。

以上です。

それじゃあ、次に移ります。中西委員、お願いいたします。

○中西委員 委員の皆さんから地域移行、なかなか進まないという話とか、相談事業所をやっても地域で受け皿がないというふうな話が出てくるわけですけども、やはり根本的な改善を図るために、今、我々が自立支援協議会の地域移行化を八王子のほうでやっている例では、重度訪問介護を重度高度障害の知的障害者に対応して使って、地域でマンツーマンの介助をしていくという体制を組んでおります。

一人の知的障害者に20人ぐらいの介助者が24時間体制で対応するわけですけども、やはり20名の中で実質的に親が安心して寝れるというのは二人ぐらいしかいないわけですね。残り18人は、相当研修を積んで訓練を積まない難しいと。要するに、人材が地域にいないから、受け皿ができないと。受け皿ができなければ一切進まないと。

そこで、重度訪問介護事業所は、先ほどのデータでも、今日、変更案が出ましたけども、67名しか都内で使っている人はいないと。結局、いないというよりも、事業所に受ける能力がないと。

だから、せっかくそういうふうに支援体制を組めるのに、使える人材がいない、事業所がないと、だから事業数を増やせばいいじゃないかと。

重度訪問介護事業所を促進するような東京都の施策①としては、精神知的障害者を対象に、月に500時間以上のサービスを重度訪問介護事業所へ提供すれば1,000万円の奨励金をつけると、その対象数などについても今後、我々とも話し合いながら、この制度化について、東京都ができることというのは、単価アップはできないですから、この程度のことしかできないですよ。

まず、事業所をやったら、職員を二人は雇えるよと、その中で重度の知的の高度障害を組めるような人員体制と研修体制をつくれということですよ。

2番目に、重度訪問介護の職員研修をしなければいけないと、だから、都内にある事業所にまず声をかけて、知的高度障害、それから精神の重い人たち、知的障害を含める人

たちに対応してくれるような職員研修をやれば、これは進められるよということで、やはり職員研修のためにマニュアルをつくってやって、研修を深めないと難しいだろう。

我々でも、マニュアルを今、作成中ですが、もうちょっと知恵を広げて、検討委員会を東京都で開いてもらって、そこでみんな経験値と、それから今までのいろんなシステムとかありますよね、そういうものを使いながら、これを作成すると。マニュアルを印刷して、各事業所に配付して職員の研修を行うというふうなことをやって、今、都内でおそらく重度行動障害をやれるところは3カ所か4カ所ぐらいしかないですね。

だから、それも人数としては多摩市で5名、八王子でやるとしたら10名とか15名になるでしょうけど、この一番困難なところをまず克服すると、そうすれば軽度障害は何の苦もなくやっていけるということです。

だから、まず一番高い山から登れと、それを達成した市には報奨金を出して、促進していくという具体的な策を今、やらなければ、もう手おくれになるだろうと、5年後には介護保険との統合も来るから、知的障害者にしても、この重度訪問介護を使っておけば、介護保険に統合されないで済むんだということで、自由度の高いサービス、今日は天気がいいから山に登ろうとか、今日は洗濯しようとか、そういう個々の人のニーズに合わせたサービスメニューはつくれるサービスである重度訪問介護を使う以外に、知的障害の人なんかの不安定な精神状態のフォローしていくのは難しいと。

これは我々の現場の経験値ですから、何を言おうと皆さん施設で閉鎖的な環境の中で育てて管理しながら、知的障害者、精神障害者を支援していくというやり方を根本的に改めなければ、彼らの満足度はいつまでたっても、幾らお金を使ってグループホームを八王子も130カ所もつくっているけど、誰も満足していないですよ。喜びの顔が彼らに見えない。

やっぱり彼らが一日喜びながら、にこにこ笑って心から喜んでいる姿を見れるようなサービスを最終ゴールとして我々は目指しております。

ありがとうございました。

- 松矢部会長 ありがとうございます。前回に引き続いて、重度訪問介護推進の具体的な提言が今日、出されたということで、地域生活推進、それから移行支援の推進ということで、かなり重点的に提言が出てきていると思うんですね。グループホーム重度の支援度の高い人たちのグループホームを整備したり、こういう精神、知的の方々の訪問介護が非常に少ないということをどういうふうに打開するかということで、意見が出てまいりました。

そこで、事務局の説明と委員の提言を深めていただきまして、審議に、児童のほうをやらなきゃいけないんですね。どうしますか。

- 渡辺課長 その前に、山下委員からの。

- 松矢部会長 そうか、山下委員のもあるんですね。すみません。いろんな時間を気にしたり、失礼いたしました。山下委員、お願いいたします。

○山下委員 青梅学園の山下と申します。皆さんからいろいろ意見があるんですけども、地域移行、うちも地域移行のコーディネーター事業を受けておりまして、可能性のある方については地域移行を進めているわけなんですけども、今期の計画の中で一番大事なことというのは、もちろん地域移行も大事なんですけども、これから出てくる現在の現状というところにも書かせてもらったんですけども、現在、要するに就労している人であっても、あるいは作業所に通っている人であっても、生活という部分については、ご家族が支えている部分が非常に多いんですね。公的なサービスで支えているわけじゃなくて、家族が支えているんです。

2025年に団塊の世代の方々が75歳を迎える、そうすると親御さんが高齢で介護が必要な時期に来る。そうすると、同時にそのお子さんたちが支援を受けることが難しくなる、家庭での支援が難しくなるというのが、もう7年後に迫ってきているということが非常に我々としては心配しているところです。

ですから、グループホームにしろ、入所施設にしろ、いろいろ入所施設に対して、ご批判もあるわけでしょうけども、我々、今、現状でのサービスとしては、そんな集団指導体制で40人いっぺんに支援するみたいなことはやっているわけでありませし、ユニットに分け、本当に最重度の人たちは3人ぐらいで日中活動も見るといような体制を組んでやらせていただいています。

先ほど中西委員の言われた行動障害の激しい方、そして高齢虚弱化して動けなくなって食事のペースト食とか、そういうものにも入所施設というのは対応しているんですけども、その中で職員の指導というんですかね、研修の機会を設け、いろんな形でこれから、うちなんかでもグループホームにこれから職員は出せるぞというような段階になってきているかなと思うんですが、やっぱり、ある程度のノウハウを持った者が地域に行かないと、なかなか新任でその場に来て、初めてもって、ほかに相談する人がいない状況の中でやっていくことは、非常に困難なのではないかというふうに考えています。

もう一つ、障害児の支援施設の状況なんですけども、障害児支援施設が33年には延びましたけれども、18歳以降、児童施設にいられない状況に、いられないといたら、出なきゃいけないことになっていまして、東社協の知的部会で調べたところ、60%の利用者さんが都外独占の東京都のお金が入っている施設も含めてですけども、まだ細かいところまでは出ていませんけども、60%の人が東京都外に流出しているということが現状としてあります。これは、結果としてあるということですね。

それほど、東京都内にサービスが足りないということになるわけで、いずれにしろ根本的に考えて、後のほうに6項のロというのがありますが、グループホーム、今日笹生委員がいらっしゃっていないのであれなんですけども、6項のロというのは、福祉施設並みの何ですかね、規模の建物をつくらないといけないということになっているんですね。区分5、6の人たちが入るところは。

そうすると、ものすごい金額がかかる、既存の建物の改修ではとてもできない、1.

6 mの幅でしたかね、廊下幅とか、エレベーターは必ずつけなければいけない、「誰でもトイレ」を各階につけなければならぬというような、そういう条件が出てくるわけですね。そういう建物をつくるには、新規に建てなければならぬ。

今、東京都の補助で消防の設備を含めて1軒2, 400万円というところでは、とても建て切れない、根性を決めて各施設というか、各法人がつくらない限りはできないというのが、重度の人たちのグループホームなんですよ。

これをやっぱり根本的に考えていただかないと、もちろん入所施設にいる利用者さんは重度の方なので、重度の人が対応できるような建物をグループホーム、これから地域生活拠点という形で考えていくのか、その辺のところも具体的に考える必要があると思うんですが。

もう1点は、先ほど言ったように、一人支援というのは、虐待の面から考えても非常に危険だというふうに私たちは経験上考えています。それから、OJTとか、スーパービジョンにしても、やはり複数配置の中でやっていかないと支援は厳しいだろうというふうに考えると、ある程度の一定の規模の建物、あるいは事業というもので考えていかないとならぬだろう、だから、その辺のところをどうするのかということ、考えなければいけなかなというふうに思っています。

いろいろ具体的な例は書かせていただきましたけれども、今、現状の一番、先ほど中西委員がおっしゃったように、強度行動障害の方、それから病虚弱になった方、こういうことをやっぱり今、入所施設は主に中心的に背負っておりますので、この人たちもきちんと見られるような地域支援が組み立てられないと、地域移行というのが、なかなか進まないという現状があるんじゃないかというふうに思いますので、ひとつよろしくお願いたします。

あと、詳しくはちょっと書いてありますので、お読みください。

以上です。

○松矢部会長 ありがとうございます。重度の方々が、支援度の高い方々が利用するグループホームを建てるという場合、非常に困難があるということ、これは一応、頭に入れておくことと。それから、児施設の方々が成人になったときの移行が都外施設に60%ですか。

○山下委員 そうです。

○松矢部会長 というのは、ちょっと大きな数なので、この辺もしっかりと考えていかなければいけないというふうに思います。

司会進行なんですけれども、今日は二つ議題がありまして、この地域移行のことと、それから児のこともあるので、15分間ですね、6時終了のところですが、15分間延長させていただきたいと思うんですが、いかがでしょうか。よろしいですか。

(「異議なし」の声あり)

○松矢部会長 じゃあ、15分間延長していただくということで、終了を18時15分と

いうことで、進めていきたいと思えます。

それでは、施設入所・入院から地域生活への移行促進の取組についての討論に入りたいと思えます。

事務局の報告と、今、提言いただきました内容を参考にして、委員の皆様のご意見をいただきたいと思えます。どうぞ。

どうぞ、鈴木委員。

○鈴木委員 事務局に質問なんですけれども、先ほどの説明していただいた資料7の入院中の精神障害者の地域生活への移行に係る成果目標の考え方の、今日、計算式の説明とともにお示しいただいた一番下の長期在院者数の推計値ですね、目標値なんですけど、一つは平成32年度の入院需要推計1万3,916人というのは、これは全体ということですね、要するに慢性期とか急性期というものの、全部をひっくるめて1万3,916人という数の入院需要ということでしょうか。

○渡辺課長 違います。1年以上です。

○鈴木委員 1年以上の方の受療率が。

○渡辺課長 はい。1年以上の方の分で、この分は国のほうからデータの提供をいただきまして、1年以上入院している方の受療率に、次のページのメモのほうにあるんですけども、掛けあわせて出したものになっています。急性期と回復期と言われている、一応、3カ月未満と3カ月から1年未満の方は除いて出してあります。

○鈴木委員 そうですか。それが1万3,916という数字で。

○渡辺課長 はい。

○鈴木委員 それに政策効果分というのを差し引いて、目標値としては1万1,455から1万612というのは、これは現状の目標の数よりも増えるということですか、全体が。

○渡辺課長 2枚目のメモのところにあるんですけども、まずベースの数字が26年、比べていただくと、患者調査を使っています。患者調査は、住民ベースで出しているもので、その時点で既にちょっと差があるんですね、病院のある地域の患者数ではなくて、東京都を住所にしている人を推計して出しているもので、そこでちょっと増えている。

それから、今回、目標の最終年度の数の人口推計を出すというのは新しい形で、今まで、人口増に対応する部分というのは、初めての考え方ですので、それを一旦増やした上で、増やしたというか需要に応える形で、そこから政策効果を出すというのが新しく考えられております。

前の形が上位の県のを単純に参考にしたということで、人口の動態とかが勘案されていなかったということもあるのかと思っております。

○鈴木委員 ありがとうございます。

○松矢部会長 よろしいですか。ほかにどうでしょうか。

それじゃあ、佐田委員、どうぞ。

○佐田委員 今、地域移行についても、いろいろ出されているんですが、私も先ほど言ったように、今の段階でやっぱり数値が先にどうしても出てくるということになって、本当に何が必要なのかというあたりのところのやつが、なかなか見えてこないというのか、そういう感じがすごくしています。

例えば、私もかかわっているグループホームはかなり障害の重い子を受け入れているんですが、処遇していく上で当然、先ほどから出ているように職員の確保が必要になってきます。

しかし現実には職員の確保ができないので、障害の重い子を受け入れたのはいいんだけど、土日は帰さなければならない、そういう状況も一方ではあるわけです。単純に地域移行という言葉だけではなくて、地域移行するためにはどんなものが基本的に準備されなければならないのか。

例えば、居宅の支援なんかについても、これだって、やっぱり地域間の格差がありますよね。これが等しくできるようになるためにも、きちんと制度的にも、それから支援の中身も深めていかなくちゃいけないという感じがしますので、我々の中でもイメージをつくっていく必要があるんじゃないかなと感じています。

数字が先にあるのではなくて、どういう支援があればどういう形で地域に移行できるのかというところを考えていただきたいと思っています。

それから、もう一つ、地域移行の一方で、今日の資料にも出されているとおり、施設の入所待機者というのはたくさんいるんですよね。家族的もすごく大変な状況に置かれているんじゃないか。

この点については、光が当たらないというのか、この間、地域のいわゆるサービス提供の問題についても話が出されているんですが、療育センターについては、都もつくるという感じになっていませんし、今、施設活用型という形しかないんですが、本当にそれでいいのか、私はすごく気になります。

私の意見とすれば、やっぱり入所施設というか、いわゆる療育センターというのは、もっと整備をしてほしいし、当然、待機している人の中には、そういう人はたくさんいますので、整備の方向も含めて、地域の移行の問題については、ぜひ考えていっていただきたいなと感じています。

○松矢部会長 ありがとうございます。

じゃあ、中西委員、どうぞ。

○中西委員 佐田委員も言ったけども、人がいないという問題を我々、どう確保しているかというところ、今、20の事業所が一人の知的障害の行動障害に対して職員を送っているんですね。

全体の力として、それをやり抜いていくという形しか、今の地域の素材では、1カ所で丸受けするというのは難しい。しかも、やはり偏りが出ちゃうわけですよね。人生、生きていくのにいろんなタイプの介護者と対応しなきゃしょうがないんで、そんな優秀

な20名中、二人選りすぐりだけで精鋭部隊を組むなんてできないですよ。

できないのならば、それを研修しながら全員で1回1回考えながら、どうやって支援するか、この日中、暑い中、知的の行動障害はアイスを食べたがるわけですよ。それで、地団駄踏んで介護者を殴ったりとかしながら、要求を通そうとするんだけど、それを一旦通しちゃうと、今度は際限なく譲る一方になっていくと。それを全体で20名が共同して夕食の後、1本のアイスクリームをしようねということで、本人と合意を得るというようなことをやりながら、現場現場で起こった事件ごとに対応を考えると、もちろん親も入れて考えると。

だから、食べ放題の店を行くと、食べ過ぎちゃうんで、絶対食べ放題へ行かないと、定食の店へ行って一定量しか出てこない量で本人に我慢してもらおうというふうなこととか、今日は介護者が気に入らなければ地団駄踏んで、また叫びまくったり、部屋から逃げ出して脱出して逃亡しようとしたりするわけだけども、そういうときに、優秀な職員が応援に急遽駆けつけてテレビゲームやろうねとか、絵本見ようねとか言って、別な方向に注意を喚起させて、そういう衝動を抑えるようにするとか、そういうことは、みんなの知恵を使いながら、こういうふうにするんだよ、このときはというふうに一人一人対応の仕方が違いますからね、経てきた過去の経歴も違う、親の教育の仕方も違う、その中で彼に合った支援の仕方をオーダーメイドでつくっていく。

だから、1事業所が全部受けるのはもうできない、グループホームはできないですよ。行動障害の重いのはなんていうのは。

だから、そういうやり方じゃなく、地域の資源を全部使って、20の事業所の知恵をも人材も吐き出させて、そして支援していくという、拠点事業の面的整備を各地域でやっていくという方法しか支え方はないだろうと、今、思っています。

○松矢部会長 ありがとうございます。その面的整備という、精神障害のほうの鈴木さんのご提言では、病院の配置のそういう圏域を使うとかで、だから面的でどういうふうにかちっと抑えていくかというようなことは、どうもないとまずいんではないかという気もいたしております。

柴田委員、ありますか。

○柴田委員 保健医療福祉圏域という考え方ですが、東京都の場合は、多摩地区に病院とか施設が偏在をしているから、圏域をつくりにくいという政策的な背景があったんだろうと思うんですね。

しかし今、区部にも入所施設ができてきているわけですし、東京都の次は市区町村という構造では、市区町村が横の連携がとれないということがあると思うんですね。

じゃあ基準に分けるかということ、いろんな分け方があるんですけども、医療圏域に分けるというのは、一つの場合だろうと思います。ある程度、圏域に分けて市区町村の横の連携を、例えば自立支援協議会とか、そういうレベルでもいいから、横の連携をつくって、そこに東京都が出向いて行って、市区町村のまとまりの中で、東京都からも支援を

していくような仕組みを考えないと、本当に進まないと思うんですね。

本来的には入所施設に頼らない地域福祉を築くべきだろうと思うんですね、障害者権利条約の趣旨から言いますと。

そういうことを考えても、保健福祉圏域という考え方を改めて検討していただけたらと思います。

○松矢部会長 はい。それでは、ほかの方、あと一人ほど。

はい、どうぞ。

○谷代委員 公募委員の谷代です。精神障害を患った患者の家族の立場から意見を申し上げたいと思います。宜しくお願い致します。

今、資料のご説明を受け、地域移行ということで、おそらくご家族の負担が多くなると思われま。精神障害の患者さんは、一見すると健常な方と変わらないため、障害の有無に気づきにくいかと思うのですが、実情は、一緒に生活をされている家族が病状から一番大変な思いをされていると思われま。その状況を吐き出す場所もなく、相談を受け入れてくれるところが病院の先生ぐらいしかありません。

当事者である母も高齢になり、介護保険を利用してのサービスを受けようかと思いましたが、精神障害に特化した看護師やヘルパーさんが見つからず、母もサービスを受けられない状況です。

また、先日こんな記事を目にしました。「精神疾患の親がいて」というタイトルで、内容は親が精神障害でその子どもがまだ小さく、そうした子どもの支援が不足しているという状況下で、実態が把握されておらず、子ども達は孤立しているということでした。厚生労働省の2014年の統合失調症の患者数は、全国で約77万人、双極性障害やうつ病も最近増加傾向にあり、同じく2014年時点での精神疾患の患者数は300万人を超えているそうです。その何割の患者さんに子どもがいらっしゃるのかは調べられない状況で、社会的偏見から子どもの自身が周囲に語りにくく、患者の子どもの存在が見過ごされている現状だそうです。東京都での状況はわかりませんが。子どもがそのような状況で育ちますと、孤独感や自信のなさといった形で影響が残りやすく、将来、その子ども達がまた精神疾患を患うという負の連鎖が引き起こされる可能性があります。このような状況も含めまして、家族の立場からどのようなサービスが必要なのかということも検討していただけたらと思っております。以上です。

○松矢部会長 そうですね、精神疾患の特に高齢な祖父母の方を支援している場合、やはり外部のヘルパーさんが入る場合にも、対人的な問題がいろいろありますよね。ですから、それも人材がかかわるということで、あと、子供については柴田委員が児童で、ひきこもり等について提言されますので、そちらに移りたいと思います。

それでは、ここで児のほうに移りたいと思います。

それでは、事務局からご説明をお願いいたします。

○渡辺課長 それでは、障害児の関係の資料の8からになります。資料8-1をごらんく

ださい。こちら、障害福祉の児童の支援のサービスについて、26年度から28年度までのサービスの見込みと実績を示したもので、第2回総会でご説明したものと同じですので、資料の説明は省かせていただきます。

次に、資料8-2でございます。こちらは、障害児の通所支援のうち、事業者数と定員数が特に伸びている。児童発達支援と放課後等デイサービスの推移を示してございます。

24年度から制度が変わって、この体系になったわけですがけれども、児童発達支援のほうは定員が1.7倍、事業者数が2.2倍、大体どちらも2倍程度、それから、放課後等デイサービスについては、定員が約3倍、事業者数も約4倍と大きくサービス量は伸びています。

それから、資料8-3です。各地域における、これは現時点での児童発達支援センターと主に重症心身障害児を支援する障害児通所支援の区市町村ごとの整備状況となっております。

児童発達支援センターは児童発達支援事業のほかに相談支援とか、地域の支援の機能を持つ拠点として考えられているものでして、支援事業所は、かなり伸びているんですけども、センターのほうはまだ合計で34ということでございます。福祉型が29で、医療型の児童発達支援センターの五つは、いずれも都立の施設となっております。

次のページですけれども、主に重症心身障害児を対象とする障害児通所支援の事業所の整備状況でございます。児童発達支援は、まだ36、それから放課後等デイサービスについては29という数字になっております。

次の計画の中では、国の基本指針ではいずれも児童発達支援センター、それから主に重症心身障害児を支援する児童発達支援事業所と放課後等デイサービスを区市町村に1カ所ずつ確保しようというのが目標となっておりますので、この辺も課題かと思っております。

それから、次が資料8-4でございますが、障害児入所施設の定員数の推移です。こちらは、福祉型施設が28年度末で見させていただきますと、定員数が767人ということで、知的の方が多いということになっております。

それから、医療型施設は28年度末は1,229の定員で、重心の方を対象としている施設が多いということで、こちらの施設の利用者の状況を次のページの8-5でお示ししてございます。

福祉型施設の、利用者数を4年間、都内都外、または児童と、それから、みなしの規定が33年3月31日まで延長され、18歳以上の方が利用できますのでその内訳、契約と措置の内訳で示しています。

福祉型施設につきましては、措置の割合が高くなっています。

それから、医療型施設につきましては、同じようにお示ししてございますが、合計で見ますと、特に利用者数のうちの18歳以上の方、「者」と書いてありますところすけ

れども、18歳以上の方の利用、これは医療型施設については児者一貫が恒久化されましたので、こちらのほうが多くなっているという状況がございます。

内訳も旧重心と旧肢体不自由にしてございますが、こちらは見ていただければと思います。

それから、横になってございますが、資料9-1でございます。こちらは、医療的ケアが必要な障害児への支援ということで、現在の取組をまとめたものでございます。ちょっと字が小さくて申しわけないんですけども、医療技術の進歩等を背景としまして、NICUから卒業された方で人工呼吸器とか、胃ろうなどを利用したり、そういったことでたんの吸引とか経管栄養などが必要な障害児の中で、これまで重度の肢体不自由と重度の知的障害を併せ持つ重心児については施策があったんですけども、制度的に少し谷間になっているところがあると。

児童福祉法の一部改正（28年5月）におきまして、こういった医療的ケアを要する障害児の方が適切な支援を受けられるように、自治体において福祉・医療・保健の連携に努めるものということが決められております。

現在の都の取組、左側の下の欄ですが、連携の促進として、関係機関の連絡会をするほか、障害児の通所支援のほうに看護師を配置して受け入れたり、それから重心児を対象としていた事業を、こういった医療的ケアの必要な障害児について拡大するなどの取り組みを行っているところです。

それから、次のページ、資料9-2です。これについても、区市町村のほうで連携の協議の場というのを設置するということが今回の計画の基本指針で国のほうで示されておりますけれども、29年5月現在、区市町村に聞いたところ、5カ所ということになっております。

既存の障害の部局だけではなくて、保健の部局ですとか、または子供の部局の検討会などがたくさんありますので、どれをどういうふうにするかというのは、まだ自治体のほうで決めかねているところかと思っておりますけれども、お答えのあったところでも自立支援協議会を活用しているところ、それから子供の施策の要保護児童のほうの対策の地域協議会を活用しているところ、それから保健のほうなのか、療育の支援のネットワークといったようなものを利用しているところなどがあります。これも今期の課題という形になっております。

それから、次のページは、資料10なんですけれども、発達障害児（者）への支援に係る事業ということで、まとめさせていただきました。発達障害がある児（者）を通しての事業となりますが、都で行っている事業でございます。発達障害者支援体制整備事業といたしまして、事業内容ですけれども、発達障害者支援地域協議会を実施するほか、人材育成の事業を実施しております。

実績は、下に示すとおりでございます。

それから、次のページですが、発達障害者支援センターを設けておりまして、これも

社会福祉法人に委託しまして、発達障害児（者）及びその家族等に対する相談支援等、それから関係機関等に関する普及啓発及び研修の事業ということを行ってございまして、事業実績 28 年度ですけれども、1 番の相談件数のほうが相談支援・発達支援、就労支援ということで、それぞれ 2,921 件、910 件、それから関係機関等への助言ということで、相談支援・発達支援に関するものは 72 件、それから就労支援が 95 件といったような実績をお示ししています。

それから、最後に社会保障審議会の障害者部会の資料で、障害児支援に係る詳細な部分について、ご紹介させていただきます。

前回、者のほうのサービスについてはご紹介いたしましたんですけれども、30 年 4 月から施行される法律の政省令の検討がされております。

資料 1 と書いてあるものを、さらにもう 1 枚めくっていただきますと、一つは、居宅訪問型の児童発達支援というのが創設されました。

重度の障害があるために、なかなか発達支援事業所に通えない方について、訪問して発達支援のサービスをしようというものです。法律では、決まっているところはここのところで読みますと、重度の障害の状態、またはこれに準ずるものとして厚生労働省令で定めるものということについて、2 番目の枠にありますように、対象者のところ、重度の障害というのは法定で決まっていると。省令で定めるものとして、人工呼吸器を装着している状態その他の日常生活を営むために医療を要する状態にある場合ということで、先ほどの医療的ケアを必要とする障害児の方が入っているのと、重い疾病のために感染症にかかるおそれがある状態にある場合というのを、省令で明確にしては、という内容です。

次のページが、保育所等訪問支援の支援対象の拡大です。保育所のほかに乳児院や児童養護施設に入所している方も障害児が多いということで、これも省令で定める事項として、保育所のほかの施設として乳児院、児童養護施設というのを明確にしようということなんです。

それから、障害児のサービスの提供体制の計画的な構築ということで、こちらは障害児の計画をつくるということのほかに、一番下の丸に下線が引いてありますけれども、先ほど伸びの多かった放課後等デイサービス、それから障害児の入所支援のうちの省令で定めるものということで、1 枚めくっていただきますと、具体的内容として児童発達支援と放課後等デイサービス、二つのサービスなんですけれども、量が多い場合に、都道府県が指定の上限を定めることができるというようなものを盛り込もうと。

これらについては、この審議会で検討がされて、これから省令になって出てくるということで、厚労省の提案ということでご紹介させていただきました。

以上でございます。

○松矢部会長 ありがとうございます。

それでは、資料の説明が終わりましたので、これから提言をお願いしたいと思います。

それでは、安部井委員、お願いいたします。

○安部井委員 発言の場を与えていただきまして、どうもありがとうございます。

事前に文書を提出させていただきましたが、先ほど資料説明の中の資料9-2にもありますように、協議の場の設置については、まだほとんどの区市町村で検討中ということで、国のほうからは絵が示されていますけれども、実際、その区市町村なりにいろいろな社会資源を使ってとなると、なかなか難しい面があって、すぐにできないというのが実情ではないかなと思います。

現在、地域で医療的ケアのある子供と、その親がどんなふうな暮らしをしているかという、ほとんど親みずからがコーディネーターとなって奔走しているというのが実情だと思います。

今、サービスを使うためには、サービス等利用計画を相談支援事業所に行ってつくらなければならないというふうな仕組みになりましたが、なかなか濃厚な医療的ケアを必要としている方たちの生活実態というのは、なかなか伝わりにくくて、簡単には計画もつくれないような実情ではないかと思っています。

なおかつ、人的なものが足りない、要するにその地域地域で先ほども都立施設においてはあるというご説明もありましたけれども、療育センター系の都立施設があるところと、ない市区町村では大変難しくなるのではないかと思います。

実際に稼働している療育施設もありますけれども、それが薄い施設もあるはずなんですね。どの施設も同じように稼働していけるように都の指導としてなっただけのように、お願いしたいと思います。

コーディネーターですけれども、重症心身障害児（者）のコーディネーターは、大変手間も時間もかかります。ですので、今回の国の報酬改定のヒアリングで、全国守る会のほうからも、そこに加算をしてくださいというようなお願いをしておりますが、それがかなった場合には、少しは地域で進んでいくのかなとは思いますが、なかなか難しい。コーディネーターの育成というものは市区町村では、なかなかできないことなどで、都の中で、ぜひ人材の育成ということもやっていただきたいなと思っております。

あとは、文章に書きましたので、お読みいただければと思います。

以上です。

○松矢部会長 ちょっと聞きたいんですが、配置をする場合、守る会がありますよね、ある程度、地域的に考えられるんですが、療育センターの設置場所は重なっていないので、その辺のところはどういうふうに考えますか、配置ということ。

○安部井委員 療育センター、要するに都立施設というものがありますけれども、地域に出向いて行って積極的にやっていらっしゃるところと、そうではないところで、何か濃淡があるように見えるので、その部分をちょっと話したんですが。

○松矢部会長 何か具体的な解決法というのはありますか。

○安部井委員 都の中で、横断的につながっていただければと思いますけれども。

○松矢部会長　じゃあ、また具体的に提言の段階で、よろしくをお願いします。

それでは、次に、佐田委員、お願いします。

○佐田委員　障都連の佐田です。私のほうから、1点だけ、放課後デイサービスのことについて、お話ししたいと思っています。

先ほどの、資料の説明の中でも放課後等デイサービスの問題については、総量規制の問題とか出ているんですが、これが放課後等デイサービスあり方についての大きな問題をはらんでいると考えたほうがいいのではないかなと思っています。

特に、福祉がもうけの対象になっているというところが、そもそも大きな問題であるし、そういう方向自体を是正していかなければ、なかなか、いい方向に行かないのではないかなと思っています。

ただ、そうした中でも、現場では本当に子供たちの放課後保障のために頑張っていますので、いくつか国の制度としても足りない分を、ぜひ都として独自に支援をしていくというのか、そういう方向を提言の中でも検討していただけるといいかなと思っています。

その中身についてですが、一つは、障害の重い子供を受け入れたときの支援をもっときちんと定めるべきではないかなということです。

それから、利用料の問題が結構大きなところがあって、いわゆる利用を控えていくということも利用料によって生じてくるということもありますので、これについてはもう少し利用料の段階を刻むといった、利用料の支援について、都のほうでやっていけるような方向も出せないかどうかということを考えているところです。

それから、東京という大都市の特徴になるんじゃないかなと思っていますんですが、車での送迎だけではなくて、交通機関等を使って、登園していくということもありますが今、送迎加算の対象にはなっていないわけです。放課後の取り組みで、自立した生活の力をつけていく上では、とても大事な中身になってくるのではないかなというふうに思っております。

そういった点では、ぜひ国にもお願いして思ってほしいと思っていますんですが、今すぐできるという状況ではありませんので、当面都の独自の支援をしていく方向を検討していただければというふうにして思っているところです。

以上です。

○松矢部会長　私は、かなり多くの学校の委員をしているんですが、放課後事業の普及は大変普及してきたなど。しかし、駐車場の問題ですね、大変なんですね。徒歩で下校する子供たちがけがをするんじゃないかというような、混乱した状況も見受けられるので、ここに出ている、要するに普及させるための条件整備というのがとても大切だなと思っております。

それでは、柴田委員、お願いします。

○柴田委員　では、資料を見ていただきたいんですけども、私の資料の2ページ目から

です。放課後デイサービスについては、既に言われておりますので省略をします。

不登校からのひきこもりという問題ですが、かなり長期のひきこもりに至るケースが多いわけです。現在、東京都では、青少年治安対策本部で「ひきこもりサポートネット」、あるいは「若者社会参加応援事業」などが行われていますけれども、これらとの連携が不十分だというふうに思われます。

特に、福祉保健局、それから教育庁との連携が非常に重要であろうと思います。

これについての定期的な協議の場をつくる、あるいは放課後デイとか、通信制サポート校とか、フリースクールなどにソーシャルワーカー等を派遣する必要があるという提案をしたいと思います。

それから、三つ目です。これは、特別支援教育推進計画（第二期）で発表されている文章で、やや理念的なことでもありますけれども、「一人一人の能力を発揮して、社会参加・貢献できる人間を育成する」という考え方、そのものです。

社会参加はいいでしょうけど、社会貢献できる人間を育成するという発想を入れてくると、そうすると、やっぱり社会貢献をできない人というのは社会から排除されるということになります。1年前に悲惨な事件が相模原で起きましたけども、そこに同じように人間を差別する思想を感じるわけです。

生きているだけで、ひとり一人かけがえのない価値を持っているという基本的な考え方から、原則をつくっていただきたいと思います。

それから、次のページにいきまして、「学校生活支援シート」とか「個別支援計画」の引き継ぎが不十分であるということです。これがつくられていること自体は歓迎すべきでありますけれども、必ずしも統一されていない。中には、「自閉症スペクトラム障害」が治るという誤った発想があったりしますので、この計画に対する保護者との十分なコミュニケーションをとって、そして意識を共有していただきたいと思います。詳しくは読んでいただきたいと思います。

それから、特別支援学校、あるいは特別支援学級、あるいは通級学級への研修であります。現在の特別支援学校の教員免許保有率が、非常に低いわけですね。実際に経験のない教師がこれらに配置されるということから、実際にはこういう特別支援教育の教師による新たな第二次被害といたしまししょうか、二次障害といたしまししょうか、それを引き起こすことが大変多いわけなんです。やはり、きちんとした教師の研修をしていただきたいと思います。

さらにそういう特別支援学校、学級だけではなく、やはり通常学級における教師の研修も必要です。

それから、最後に、4ページにいただいていきまして、特別支援学校高等部の充実ということで、お願いをしております。非常に数が増えて、そして場所も狭い。それから最近、就労ということに非常に力を入れておられる、そのことはそのことでいいと思いますけれども、重度の生徒に対する教育が高等部ではおざなりになっているのではな

いかというふうに、家族は大変心配をしています。

それから、スクールバスについても、高等部のスクールバスは今、例外的にしか認められないわけですが、その通学支援を行ってほしい。

それから、これは最後の項目ですが、自閉症・情緒障害学級の配置についてということで、東京都内は固定の障害児学級が非常に偏在をしているんですね。ここに書いておりませんが、知的障害の学級も同じです。同じ一つの市内、あるいは一つの区内の特定の学校に集中的につくられるというのは、これはおそらく全国的に見ても東京都だけの状況でありまして、他の県では、大体その子供の学区内にこれらの特別支援学級をつくるわけですね。それが、東京では特別支援学級を選ぶと、自分の学区から外れた兄弟とは別の学校に通わなければならないという現状があるわけで、これについても市区町村でこれらの学級をつくっていくように指導する必要があるかと思えます。

それから、ここに書き忘れたんですが、発達障害者支援センターです。都内に1カ所ということですが、都内は非常に広いので、現実には多摩地区から支援センターの支援を応援するということがかなり物理的に難しいということがありますので、この支援センターについても都内に、さっきの圏域ではないですが、できたら圏域ごとにというふうに思いますが、そういう支援センターを複数配置する必要があるかと思えます。

ちなみに、神奈川県では、県に一つ、それから横浜市、相模原市、川崎市と4カ所の発達障害者支援センターがあるわけですが、東京都は神奈川県よりも倍ぐらいの人口がありながら、1カ所しかないというような状況です。これも、改善が必要かと思えます。

それから、最後になります。障害者権利条約を批准するときに、文部科学省は障害者が教育を選べるという説明をしました。特別支援学校も選べる、特別支援学級も選べる、通級制指導も選べるし、普通学級も選べる。そういう選べるの中から、その人に合った教育をしていくんだという、そういう説明であったわけです。

しかしながら、知的障害だけはそれに含まれておりませんで、知的障害は普通学級や通級指導教育の対象にはなっていないんですね。特別支援学級と特別支援学校だけが対象になっている。

現実には、通常学級に知的障害者がかなり入っているわけですが、それに対する支援は現実的には余り行われていないというようなことがあります。

これは障害を理由とする差別そのものだろうと思っています。ぜひともこの点についても、抜本的な検討を加えていただけたらというふうに思えます。

○松矢部会長 ありがとうございます。

これで、3人の方々の提言が終わって、30分弱なんですけど、時間ができましたので、事務局の説明とご提言の内容を踏まえて、ご発言をお願いします。

教育委員会の担当の方もいらっしゃいますので、必要に応じて発言していただければというふうに思えます。

それでは、どうぞ。

越智委員、どうぞ。

- 越智委員 東京都聴覚障害者連盟の越智です。私、7時から別なところで講義を受け持っているのですが、6時になったら退席させていただきます。先にちょっとお断りしておきます。

聴覚障害の状況について、お話ししたいと思います。聴覚障害者も東京都に入所施設が一つあります。入所施設が全国でも三つか四つしかないというふうに聞いているんです、聴覚障害に関しては。東京都には一つあるんですけど、でも、運営が危なくなっているということで、来年閉園という予定だという話を聞いていますけど、幸いに新たな受け入れ先が見つかって、延期して何とか継続できるという状況になっています。

なぜ運営ができなくなったかと言いますと、子供の数が減ってきている。東京の聞こえない子供の数が減ってきているというふうに、運営だけ見ると割合がほかの県のほうが増えてきて、東京では施設は合わないのではないかということで、補助金の打ち切りも検討されているということもあります。

聴覚障害の入所施設というのは、やはりコミュニケーション面で必要です。子供の健全な成長のためには、コミュニケーションの意思疎通に関して、その子を育てるということは必要だと思うんです。

そういった情報に関する施設が必要ですので、それをやめるとか、閉鎖するというのではなく、何とか公益的な運営も含めて検討が必要じゃないかと思っております。

コミュニケーションだけではなく、手話を使って言葉を身につける言葉の発達ということでも必要だと思います。そのためにも、同じ言葉を持ってコミュニケーションをとるということが必要です。

サラマンカ宣言があったときにも、世界連盟がインクルーシブが必要ですけど、聴覚障害者に対しては手話を使ってコミュニティを形成していくことが必要という説明がありました。そのように、聴覚障害者の施設運営についても、今後も検討していただきたいと思えます。

それともう一つですが、これは、ろう学校特別支援学校の運営ですので、ここの話とは別かもしれないですけど、一つ課題になっておりますのは、ろう学校における手話を指導する上で新しい先生が配置されても手話ができません。ですけど、そのために手話が必要、先生も一生懸命頑張って勉強したり、研修を受けて手話を少しずつ身につけて1年、2年たって手話を使って十分な指導ができるようになったところに異動命令が出てほかのところに行ってしまうという状態があります。また別の人が来るということで、その繰り返しなんです。

ですから、みずから変わりたいという話だったら別だけど、やっとなら、手話で教えられるのに、異動命令が出てしまうということ、そういう状況を何とか解決してもらいたいなと思っております。

よろしく願いいたします。

- 松矢部会長 東京都は金町学園というろうあ児施設があるんですが、そういう経営上の問題ということで、やっぱりこれは視覚障害と同じように子供の数が減ってくるということと関係して、しかし一人一人の支援の重さということがありますので、今のご意見はとても重要だと思います。

また、視覚障害特別支援学校、聴覚障害特別支援学校、盲学校、ろう学校ですね。特に盲学校も同じ問題で、点字をマスターすると先生が異動するということがあって、これはやはりろう学校、盲学校、今、特別支援学校ですけれども、教員の専門性、配置の問題は格段の配慮が必要だろうというふうに、私、専門が障害児教育なので、そうつくづく思っております。

どうもありがとうございました。

それでは、他の方々のご意見を願いいたします。

それでは、皆さん、発言して、とっていきたいと思います。

まず、じゃあ、笹川委員から。

- 笹川委員 東京都盲人福祉協会の笹川と申します。

私は、かねてからインクルーシブ教育のことを訴えてきておりまして、権利条約の承認とともに、当然、東京都でもインクルーシブ教育に入っていると思います。ところが、その状況が全くわからない。したがって、インクルーシブ教育が今、どういう形で東京都は行っているのか、その辺をお聞かせいただきたいと思います。

- 松矢部会長 これは、後でまた説明いたしましょう。

それじゃあ、菊地委員、どうぞ。

- 菊地委員 東京都精神障害者団体連合会の菊地と申します。

先ほどの前半でちょっと手を挙げたんです。そのときに発言できなかったんで、それを含めてになります。

柴田委員が指摘された問題の中で、特別支援教育推進計画（第二期）についてということで、東京都自閉症協会が「一人一人の能力を最大限に伸ばして、社会に参加・貢献できる人材を育成」という表現は優生思想につながると考え、パブリックコメントを提出した。とありますけれども、やっぱり基本的に障害支援の考え方の中に、私は就労支援というのがあると思うんですよ。

それは、別に悪いことではないし、就労できることによって、本人の環境が飛躍的に改善するんで、私は反対しているわけじゃないです。

ただ、就労支援というのを重視する余りに、ここに書いてあるとおり、一人一人は生きているだけで誰もがかけがえのない価値を持っているという考え方ですね。これが大事なのであって、この考え方を推進していくためには、やっぱり就労支援に傾いてしまうのはまずいんじゃないかなと思うわけですね。

先ほどの私が言い忘れたのは何かと申しますと、この人の資料ばかり使って申しわ

けないんだけど、鈴木委員の提出された資料のことについてですけども、社会的入院ということが指摘されていまして、これ、本当に鈴木委員の指摘のとおり、非常に歴史的な問題なんです。これ、先進国の中でも極めて日本が特殊な状況に置かれている社会的入院という状況なんですね。

これをもう少しイメージしていただくためには、結局、入院という言葉に問題があるんですよ。同じ鈴木委員の指摘している死亡退院という概念ですけども、ここで死亡退院というのは退院じゃないですよ。死亡退院ということで、数字上は退院ということで何か数字上、扱われるんで、鈴木委員も指摘されているとおり、数値の中に埋もれてしまっているんですが、死亡退院というのは、入院したまま死んじゃうわけですから、これは退院でも何でもないわけですよ。

だから、そういう数値の扱い方にも、私、問題があると思いますし、やっぱり社会的入院ということに対するイメージがまだまだないと思うんですよ。

私は、自分、入院体験がありますんで、一言だけ言っておきますと、これは一応、入院ということで薬も与えられてはいるんですけども、本当は必要ないんです。だから、かなり例えば歯がなくなっちゃうとかね、そういう薬の弊害というか、それが目につくわけです。おなかの何というんですか、腸閉塞を起こしている人もたくさんいらっしゃいますしね、中には便が出なくなっちゃって職員が手袋でかき出すという人がいるわけですよ。

だから、そういうこととか、とにかく自由がないわけですから、もう完全に入院というよりは、いわゆる刑務所に入っている状況と同じなんです。

ですので、やっぱりもう少し想像力を働かしていただいて、この社会的入院というのをなくしていくということに関しても、なかなか難しい問題がありまして、なかなか進まないということは、一つには、本人自身がなかなか先ほどからの指摘にありますように、地域に移行するということを必ずしも望んでいないんですよ。だから、それがあって、もう本当に退化しちゃって赤ちゃんと同じになっているような人がたくさんいるわけですよ。社会に出るといっても無理なんですね。

だから、そういう方々を含めて、じゃあ、本人が希望しているから入院してもらおうでいいんだろうなみたいな話になるのもおかしいですし、やっぱり本人はそういうところを出して、出たいという気持ちは心の中にはあるわけですから、そこを考えるとという意味では、非常に難しいけれども、やっぱりそういう先進国の中での特異な状況だということ認識した上で、取り組んでいただきたいということを、私のほうからもつけ加えさせていただいて、数値の死亡退院の扱いとともに、提案させていただきます。

以上です。

○松矢部会長 ありがとうございます。

それでは、小倉委員、どうぞ。

○小倉委員 東京都医学総合研究所の小倉です。

難病を持つ小児の方、成人の方への支援にかかわることに関係しまして、今日の議題の一つであります、障害児の方、特に医療的ケアを必要とする方の支援に関係するところで、3点ほど申し上げたいと思います。

一つは、安部井委員もおっしゃっていらしたところなんですけれども、通所のことについてです。

通所サービスを提供する事業所で、医療的ケアを必要とする方が十分に利用できる状況はないというお話があったかと思うんですけれども、一つ前の計画のときにも一度申し上げているところなんですけれども、いわゆる看護が主体になって介護の方と連携をしてというところで、介護保険の事業所で、障害の事業が提供できる、いわゆる療養通所介護事業所というものがありますけれども、これが東京では普及しておりませんで、今現在も正式に、全都で2カ所とか3カ所とかそういった状況になっています。呼吸器を装着されているとかという場合のときには、やはり、医療の緊密な連携のもとに見させていただき、その中で、生活、豊かな生活というところで、療育等の生活と結びつくところですので、今あるいわゆる療育センター等での通所等に加えて、そういったところと連携しつつ、各皆さんの生活している地域にある訪問看護ステーション等にも併設をされる療養通所介護事業所が、これは介護保険等の施策とも連動する形で、ぜひ広がっていただいて、身近な生活のところで、そういったものを受けていただけるような形になっていくことについての、とても強い希望を持っております。

それから、もう二つ目なんですけれども、安部井委員もおっしゃられたんですが、そういうお子さん方の日々の計画相談に関して、非常に親御さん中心となって計画を作成されて、計画相談の方とのいろいろな課題があるというお話がありました。難病の方の成人あるいは小児の方の場合ですと、この場合、現在ですと、いわゆる介護保険の対象の方ですと、ケアマネジャーの方と保健所の保健師の方。つまり広域的に療養支援に携わるというところで、希少性であるとか、そういった難病等の特徴を持つ方々について、数を集約する形で支援をされていますので、そういったところで、保健所等の保健師の皆さんも動いていらっしゃると思いますので、そういったところの機能を引き続き強化していただきたいと思います。

これについては、たしか、第2回の総会の資料の中にも関連する施策との連動というところで、保健所の機能が書いていただいたところなんですけれども、その点と、強化についてもぜひお願いしたいと思います。

あと、3点目は質問にもなるんですけれども、資料の9-2について、お尋ねをしたいと思います。医療的ケアを必要とする方々の支援に関する協議の場ということなんですけれども、前半の地域移行についても、協議の場の設定についてあったのですけれども、やはり前半でも市区町村ベースだけで協議することについて、とても課題があるというお話があったと思います。医療的ケアを必要とする方々についても、例えばその専門的医療ですとか、地域の医療・看護生活支援等々が連動する形で、いろんな課題があって、

それに対する支援ということを検討するということで考えますと、必ずしも市区町村一つだけでということには、無理もある部分もあるかと思えます。

そして、9-2の中の上のところを読ませていただいたんですけども、この協議をする場の設定については、各都道府県あるいは各圏域、各市町村で設置をするというふうに記述をしてくださっていると思うんですけども、東京都において、このあたりについてが、どのような状況であるのかというのを質問とさせていただきたいと思えます。

この各圏域ということに関しましては、先ほど、保健所の保健師の皆さんのことを少しお話ししたんですけども、保健所の管轄圏域等の中で、各市区町村の皆さんと連携をして、難病等の方についての課題については協議をしているという実情がありますので、そのことも踏まえて、障害の施策のこちらのほうでの協議の設定ということについて、東京都の施策についてお尋ねをさせていただきたいと思えます。

○松矢部会長 この点は、また後で。保健所ということもあったんですね、圏域に近いものでは。

○瀬川課長 今のご質問について、お答えいたします。

○松矢部会長 いいですか。はい、じゃあ。

○瀬川課長 まず、医ケア児の関係機関の協議の場について、東京都については、資料の9-1にございますように、7月5日に関係機関で立ち上げ済みでございます。今後年間では2回ほど、関係者と協議をしていくということで考えております。

それと区市町村の状況について、まだなかなか低調であるというご指摘を頂戴しました。区市町村におきましても、関係課長会の中でも当然話題にもしておりまして、目下それぞれの地域において検討中というふうに伺っております。追ってこれについては地域の事情を踏まえ立ち上がってくるものというふうに考えております。

それと、保健所のエリアで、関係者との連携をというお話も頂戴したんですが、私どものところで、先ほどの資料の9-1の中の下のところ、医ケア児の支援、29年度取組、五つの事業がございますが、その真ん中の上から3番目のところに、重症心身障害児等在宅療育支援事業というのがございます。これは、重心児向けに従来からやっている事業なんですけど、この中で、いわゆる保健所のエリアの関係の方に集まっていたいて、保健医療福祉の関係の共通の話題について、検討する場を設けてございます。ご指摘にあった難病のことも含めて、課題検討を進めてきているというところでございます。

そういった場も活用しながら、今のご意見も踏まえて進めていきたいとそのように考えております。

以上です。

○松矢部会長 ありがとうございます。

それでは、安部井委員お願いします。

○安部井委員 すみません。教育についてなんですけれども、柴田委員から出された特別

支援教育推進計画（第二期）についてのご意見、読ませていただきまして、ちょっと異なるお話をさせていただければと思うんですが、障害の重い子供で、呼吸器などをつけた、本当に重いお子さん、児童生徒の方たちの中には、ICTを活用して、いろんな自分の意思を表出できるようになってきています。卒業教育といいますか、将来に向けて、どんなふうな人になりたいかということをお聞きしたときに、社会の役に立つ人になりたいというふうなことを言った子供がおりまして、まさしく社会貢献したいというふうな児童生徒もいるということで、それはまさに教育の場があったからこそ、そういうことを考えられる自我が芽生えたということでしたので、柴田委員には申しわけないんですけど、そういう児童生徒が実際にいるということで、ちょっと申し添えたいと思いました。

以上です。

○松矢部会長 そうですね。私も教育の専攻ですので、生きているだけでというのは、間違えだと思えます。どんなに障害重い子供たちも、特に家庭で、在宅であれば、本当に豊かな表情もしますし、コミュニケーションがあります。

また、最近ではICTの発達で、そういうコミュニケーションがかなりできるという、意思表示ができるということがあって、そういったところの認識は、きちんとしていかなければいけないんじゃないというふうに思いますが、柴田委員いかがでしょうか。

○柴田委員 もちろん、そのことを否定しているわけではないんですね。やっぱり教育の基本的な目標が、基本的には、まずどういう人にも生きているだけで価値があるということをお前提に置いた上で、一人一人の発達、成長を考えるべきであって、それを社会に貢献するというのを全ての子供の目標に設定するという自体に、やはり偏見が生まれる土壌があるんじゃないかなというふうに思います。

○松矢部会長 はい。いろいろ議論したいんですが、時間もあるので、あと教育のほうですね。よろしくをお願いします。

○伏見課長 本日、教育は、私しかいないので、答えられる範囲で対応したいと思います。この第二期の計画の基本理念を策定するときに大変議論をしまして、基本理念の一番、根底にあるのは、障害のある、どの子供も存在自体に価値があるんだということです。そのことを保護者の方たちもこの子に生かされているというふうなご意見を頂戴してましたし、私は特別支援学校の、もともと教員ですので、子供たちに生かされているという認識があります。そのことを議論して、このような文言にしています。育成すること、もう既に価値があるんだけど、さらに先ほど安部井委員からもあったお話のとおり、さらにそれを共生社会の実現に向けて、育成していくという意図を込めて、このような文言にしています。ストレートにもっとこの子に生かされているというふうなことを書けば、誤解がなかったのかもしれませんが計画なので、こういうちょっと婉曲な言い回しになってます。

あわせてもう一件、インクルーシブ教育のことについてなんですが、文部科学省のほうもインクルーシブ教育という言葉は使っていないで、インクルーシブ教育システムの

構築と言っています。それは特別支援教育、特別支援学校を含めた教育システム全般から取りこぼしが無いということ、そこから、かつてのような就学免除のような、そういったことが無いという教育システムをきちんとつくっていく中で、一人一人のお子さんにとって、必要な教育の場の整備と指導内容の充実、内容方法の充実をしていくということでございます。

ただ、一方で、これまで障害があると、原則として、特別支援学校に就学するということは見直しがされましたので、可能な限り通常の学校であるとか、通常の学校の中に設置されている特別支援学級に就学するということを検討していくということ。その際には、保護者の意向を最大限尊重していくということが、今回、平成25年の改正で取り入れられました。東京都としましても、特別支援学校への就学の際には、区市町村教育委員会に対して、十分に小学校・中学校の就学を検討した上で、特別支援学校が適当であるという判断をしたのかということを確認した上で特別支援学校へと、就学につなげているところです。

以上です。

○松矢部会長 ありがとうございます。

それでは、森山委員、お願いいたします。

○森山委員 もう時間が余りないので、手短かに話します。

○松矢部会長 まだ3分はあります。

○森山委員 あと3分。

医療的ケアのある人の計画相談ですが、やはり医療サービスとか、高齢のほうでは、介護保険との連携とよく言われていますが、医療的なケアが必要な人においては、なかなか相談員は、そういった知識がないんですね。ご家庭に聞いて、訪問介護についてだとか、訪問リハビリだとか、そういうところを計画に取り入れて、ケア会議を開くというような形になっていますので、研修等で、やはりこの分野も取り込んでいただければなと思うのが一つです。

それから、発達障害者支援センターのことです。発達障害を持つ親御さん、非常にこの子は、どういう子だろうかということで、すぐにでも相談したい。しかし、このセンターに行っても半年待ちとか、長く待つような状態です。地域の子ども家庭支援センターとか、子供発達とか行きますけど、ここでもそうなんです。医療の上で、診断がほしいというふうに言いますと、病院のリストをくれるというような形になっています。これをこのまま、そのままにしておきますと早期発見、療育というのは、とても大事で、このままで大人になってしまう人たちがいて、そうすると、何とか学校は卒業できた。サポート校に行ったというようなことがありますけど、社会、地域に出るとき、社会に出るときにここに大きな壁があって、ひきこもりになったり、就職ができないというような課題が、そこで大きく広がるわけですね。なので子供のときの発達に関する相談とか、療育というのは、すごく大事なので、ここをもう少し手厚くなればいいなというふ

うに思いました。

以上です。

○松矢部会長 ありがとうございます。これで、今日のご意見、みんないただいた。

○鈴木委員 指摘をしたいことが一つあるということなのですが、議論の内容ではないですが。

○松矢部会長 はい、どうぞ。

○鈴木委員 ごめんなさい。時間がないところで、地域移行の話のほうに戻ってしまうんですけども、今日出していただいた資料7の中で、数値を計算して出していただいたものがあるんですが、計算式自体はもちろん、東京都の計算の仕方は間違っていないくて、国のに基づいたものでやっていただいているんですが、資料7の2枚目のところで、政策等の効果係数を以下の範囲で定めるといふところの、 α 数字、継続治療が必要な人の割合というのが、80%から85%というふうに定められていますよね。要するにこの80%から85%の人たちというのは、継続治療が必要なもので、地域移行の見込みの数の中から除外されているというふうに、国はこういう計算をしろということをやっているわけです。

じゃあ、その継続治療が必要な割合のこの80%から85%というのは、何を根拠にして出されているかというのと、厚労科研の研究の中で、精神障害者の重度判定及び重症患者の治療体制等にかかわる研究というものを、帝京平成大学の安西信雄先生が研究代表となってやった研究結果がありまして、そこで、重度かつ慢性という基準を、国はその研究の中から出してきたんですよ。それは、重度かつ慢性という人が6~7割いて、その人たちが、いわば長期入院を必要な人たちなので、地域移行の対象から外すというようなことで、 α の係数というのは、その重度かつ慢性の研究に基づいた基準からこういうものを、国は式の中に入れて込んでいるんですが、実はこの研究の基準そのものが、かなりきちんとした科学的な根拠に基づくのかというのは、相当疑問があるものかと思えます。特に国の精神保健医療福祉のあり方検討会などでも、この重度かつ慢性の基準そのものに対して、当事者の委員を含めて、何人かの委員から異論がかなり出ていたと思えますので、今後、この東京都の数値を出すに当たって、 α の80%から85%という、これを採用することそのものが適当なのかということもきちんと議論が必要かと思っています。

すみません。以上です。

○松矢部会長 ありがとうございます。その点も次のご提言のときに、今日、貴重な資料をいただいておりますので、ちょっと書き込んでおいていただくとありがたいと思います。中西委員、ちょっとすみませんが15分過ぎてしまったので、次回に、またよろしく願いいたします。

それでは、事務局のほうに、お返しいたします。

○渡辺課長 すみません。時間を延長させていただきまして、ご熱心なご討議ありがとうございます。

ございました。次回につきましては、9月6日の17時からということで、よろしくお願いたしたいと思います。長い時間、どうもありがとうございました。

○佐田委員 すみません。一つだけ。

○松矢部会長 はい。

○佐田委員 次回のところの柱のところ、この共生社会実現に向けた取組状況というのは、どういうものをイメージしているのか教えてください。

○渡辺課長 すみません。今までの理解促進の事業ですとか、普及啓発、それから権利擁護の今、条例を検討していますので、そういったものの状況ですとか、もろもろ、特に障害のある人となない人との理解を深めるための事業等を想定してございます。

今までもユニバーサル社会とかと、そういう表現で今までの計画には載っていた部分を現行の状況を踏まえて、さらに充実させたいということで考えていただければ思っております。

○中西委員 これは、アクセシビリティとか入るの。バリアフリー問題は入るの。

○渡辺課長 はい。

○松矢部会長 ちょっとその点、今度はご案内のところ、少し書いておいてください。

○渡辺課長 はい。

○松矢部会長 はい。それでは、これで終了いたします。ご協力ありがとうございました。

(午後6時19分 閉会)