

身体障害者福祉部会

【身体障害者福祉部会とは】

東京都社会福祉協議会に属する都内・都外の88ヶ所の身体障害者福祉法及び障害者総合支援法に基づく身体障害者を主とした施設等で組織されています。本部会は、施設長及び従事者によって運営され、障害者福祉の増進と資質向上を期するため、施設及び関係諸機関との連携調整を図り、委員会中心に各種専門委員会等を開催して必要な情報交換や課題の整理・共有、調査・研修、会員向けへの部会通信などを発行し相互に活動を行っています。

障害の一元化に伴い、身体障害者部会、知的発達障害部会、東京都精神保健福祉連絡会、東京都セルフセンターによる「障害者福祉連絡会」を立ち上げ、共通課題の検討を行っています。

『今後に予想できる大きな課題にどう取り組むか』

今後10年以内に障害者福祉全体で考えられる大きな課題は、今以上に高齢化する障害者の生活環境をいかに充実したものに変えて行くことが出来るかということです。国は現在障害者の地域移行を推進しています。現状においては少なからずともグループホームやケアホーム又は単身アパート暮らし等、積極的に地域への移行が行われています。しかしながら障害者自らの高齢化が進んだ10年先を想像すると、いずれは街の中に重度で高齢化した障害者が一人で生活することが困難な状況に陥り、医療が充実した療育的な入所施設や身体高齢介護を必要とする終の棲家的な入所施設が求められ、現状とは逆流した医療が充実した入所施設ニーズや障害者に対する訪問看護が加速的に求められるのではないのでしょうか。そのことを今から予測して、10年先の東京の障害者福祉の真の有り方を真剣に考えて行くことがとても重要なことと考えます。このことを今後間もなく迎える最大の課題として挙げておきたいところです。

【提言項目1】

サービス推進費の見直しについて

【現状と課題】

平成22年度より国が示した障害者自立支援法の給付費制度に合わせ、東京都のサービス推進費が新たに見直されました。東京都のサービス推進費は、施設経営において大きな比重を占めています。しかしながら、平成23年度のサービス推進費について全施設で要件がどの程度満たされているかを実態調査しましたが、多くの施設が必要条件を満たすことが出来ず、特に加算項目は燦燦たる状況に終わっています。

また、最近では通所施設においても、重度の障害者が急激に増加する傾向にあり、いささか改定一年後の直ぐの見直しは制度施策上困難と思われるので、新制度設立3年後の平成26年度実施に向け、実態に沿った補助金が受けられる制度の見直しを行って頂きたいです。

【提言内容】

最近では通所施設においても利用者の高齢化と重度化が顕著に進んでいます。施設によっては、現状の職員だけでは生命の危険回避が出来ない程の医療的ケアを実施している施

設が増えているのが実態です。

平成26年度に向けたサービス推進費制度の見直しを25年度に実施して頂きたいです。

- ① メニュー選択式加算項目の見直しを行うこと
- ② 通所施設等における看護師配置の加算
 - ・医療的ケア充実加算の無い施設において看護師複数配置に対する努力加算項目を設置すること

【提言項目2】

施設利用者の障害重度化に伴う医療的ケア等支援体制の再構築について

【現状と課題】

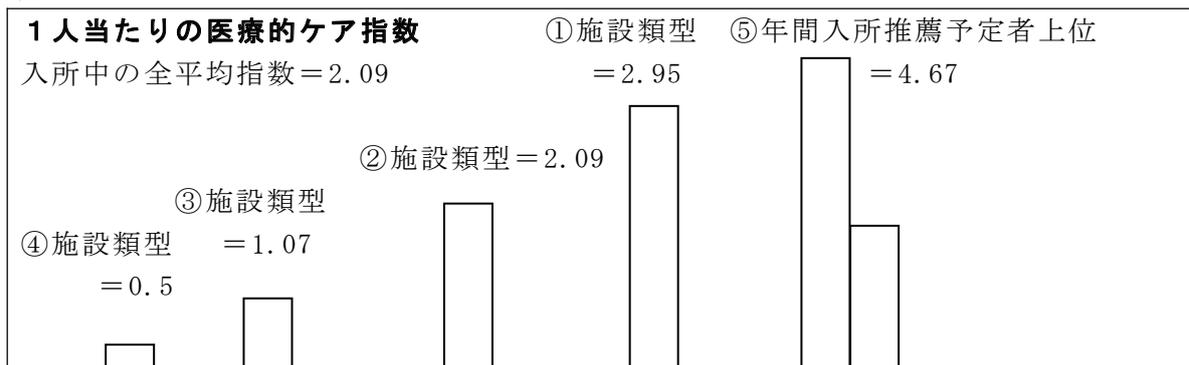
都内の身障系施設は、この間急速に重度化が進行してきております。とりわけ旧療護施設においては、一部の施設で療養型医療施設の全国平均と同程度もしくはそれ以上のたんの吸引、経管栄養等の医療的ケアを必要とする利用者が存在します。これは生活施設でありながら実態は病院化しつつある現状を如実に表しています。近い将来この状況がどのように推移するのかという予測も2010年7月にシミュレーションしてみました。

まずは、**説明1**の要領で算出の都内各施設1人当たり医療的ケア点数を基に、施設類型別（現旧都立、都卒小規模、区卒主体、特養併設等）1人当たり医療的ケア点数を指数として導き出します。さらに、**表1**で示されるように「東京都障害者支援施設利用調整制度（身障）」における入所待機者の中から、1年以内にほぼ確実に入所推薦され、約半数が入所に繋がるとされる方々（名簿順位上位60名：障害の程度や緊急度で順位付け）の1人当たり医療的ケア点数を同様に導き出しました。その結果、都内入所施設利用者の1人当たり平均点数よりも、推薦対象入所待機者上位グループの同平均点数は、約2.2倍（居所が病院の30人場合は、3.3倍）と高い状況が分かりました。

説明1 医療的ケアの数値化による実態比較

医療的ケアの数量的比較ができないかという問題意識から、3か所の比較的医療的ケアを多く実施する施設に依頼し、『気管切開からのたん吸引等日常管理を10ポイント』とする基準により、看護師、生活支援職員及びその両者が協働で行う手技を『技術、頻度、リスク』の3要件から比較検討し、それぞれの医療的ケア項目を点数化した。手技は、「気切吸引、人工呼吸器、口腔・鼻腔内吸引、胃ろう他経管栄養、人工肛門・膀胱ろう、酸素、膀胱留置バルーンカテーテル管理、導尿」の以上に限定し、合計点数を利用者定員で割ることによって、各施設1人当たりの医療的ケア量が分かり、比較可能という試みである。

表 1



この調査から約3年が経過し、介助職員によるたん吸引等の研修も開始されました。医療的ケアへの支援状況は確実に増加し、関連する頻繁な状態観察記録等も増加の一步をたどってきています。さらに、重度の高次脳機能障害の方々の入所利用が増える傾向にあり、そうした利用者への見守りに影響が出ることも懸念され始めてきています。

【提言内容】

① 「違法性の阻却論」は継続すべき

介助職員による24時間対応なくして医療的ケア支援は成立し得ず、対象項目も、例えば国が定めた気管切開カニューレに限定した範囲だけでは、昨今の病院での施術がカニューレを装着しないケースも多く、施設生活の維持が困難となり退所を余儀なくされかねない問題があります。また、短期入所利用時における医療的ケアの実施では、予めの主治医意見書が必要となり、実地研修を行いつつそれが支援サービスとなるという事態です。そのため、緊急一時保護での医療的ケア支援は制度上かなり厳しい状況と言えます。したがって、「違法性の阻却論」は、以上のような方々への一定の救済措置の論理となり得るため、継続すべきです。

② 入所調整をなくすことは困難では

介助職員が対応できる範囲を超えた医療的ケアを必要とする利用希望者が、東京都の利用調整制度により推薦され入所する状況は全く変わりません。「国の要件は超えられないので受入れられない」と言えばそれまでのことです。しかし、知的障害分野における入所調整制度は廃止となりましたが、身障では、各区市町村福祉事務所の要望もあり、入所調整を止めたならば障害の重い希望者の行き場がなくなります。見捨ててはならないという思いから広域の入所調整制度の継続を主張してきました。契約制度だから契約者双方に基本は委ねるという東京都の考え方が、需要と供給のアンバランスが続く状況では最重度の障害を抱える利用希望者にとって大変不利となります。他県の特別養護老人ホームに都民である高齢障害者が多数入所しその傾向が拡大していると最近報道されました。障害分野も同じで、入所を待ちきれないという待機者、あるいはそもそも障害支援区分の状況から都内での入所は無理と判断した障害者の方々（そう思っている方も他県では重度と見なされる）が自主的に他県の施設へと流れて行きます。

③ 介助支援員の確保に必要な援助を

都内療護系全15施設が参加する、全国身体障害者施設協議会には『最も援助を必要とする最後の一人の尊重』という理念があります。施設と職員が医療的ケアで苦勞しながら、かつ個別生活支援を忘れずに実行しようとするには、並大抵の努力で成せるわけではありません。このところ、介助支援職員が集まらないことが、各施設の大きな課題となっております。人員の確保は当然のこととして、介助支援職員の処遇向上にも力を注ぎたいところですが、小手先では難しい事態となりつつあります。根本的な人件費の補助を考えて頂

きたい。

④ 最重度障害者への積極的な支援を

このままでは、最重度で支援の困難性が高い利用希望者を敬遠して、都の入所調整制度から離脱し自己防衛に向おうとする施設が出かねない状況です。

「入所は真に必要な人に」であるならば、この困難な支援状況に進んで参加できる施設を増やすべきです。そのためには、まず都の入所調整制度対象施設を1床でも多く拡大し、医療的ケアを実質的に取り組み、最重度障害者を積極的に支援する生活施設への再評価とバックアップをお願いしたい。

【提言項目3】

障害者地域移行における多様性の承認と支援の充実を目指して

【現状と課題】

厚生労働省は、平成26年度末までに、平成17年10月時点の障害施設入所定員から3割の地域移行と、1割の入所定員削減の数値目標を障害福祉計画の中で打ち出しております。このことは、我が国が国連障害者の権利条約批准を目前に控えていることと関係していることは言うまでもありません。

すなわち、障害のある人の権利に関する条約19条にある、「特定の生活様式で生活するよう義務づけられないこと」（川島聡訳）が課題となっており、これは施設・病院が「特定の生活様式」とされているからです。しかしながら、他方で同条約19条では、「居住地及びどこで誰と生活するかを選択する機会を有すること」も記述されており、多様な生活スタイルの選択が保障されるべきにとらえられます。

そのため、『グループホーム（ケアホーム）が小ぢんまりとした共同生活で良い』という方、『アパート等で重度訪問介護を利用しながら、単独自立生活をするほうが自分自身の生活が作れる』という方（中には『アパートで暮らしたいが、障害程度区分が軽く見られ介助者の配置が取れなくて難しい』という方も）、『障害者同士で結婚しホームヘルパー等の支援を受けながら家族世帯を築いている』という方、また『地域移行も考えたが施設には熟練介助者がおり、看護師やPTが揃って安心感があり入所施設利用を継続する』という方等がいらっしゃいます。それが、障害者権利条約に沿った障害者自身による生活であり、今後も障害者の生活スタイルはより多様化していくと考えられますが、可能な限り障害当事者自身が社会的関わりを持てる社会システムを目指していかなければなりません。

ところが、地域移行は国も東京都もグループホーム（ケアホーム）の共同生活に施策が偏重ぎみとなっており、これでは次なる「特定の生活様式の押し付け」になりはしないかとの危惧さえ感じざるを得ません。グループホーム（ケアホーム）は解決しなければならない問題も多く、設置者にとっては建設費や改修費の負担（身障系はバリアフリーが前提）、報酬が少ない中での必要人材の確保、単位が小さいために生じる権利擁護や高齢化対策等の課題があります。また、利用者にとってはいわゆるホテルコストへの負担、医療的ケアへの不安、施設生活との積極的な差異を実感できないという声からその先のステップへの展望等の課題があります。むしろ実際には、地域移行そのものに対しても、入所施設利用者の中から『かつて、行政から施設へ行くようにと言われ、歳を取ってからは地域に行くようにと言われる。措置時代と何ら変らない』という声も聞かれる現実があります。

制度の変わり目は混乱が付きものです。知的障害分野におけるグループホームの歴史はそれなりの経過があり、身障分野でも知的重複障害者の方々にとって、集団での共同生活の有効性は一定程度認められます。しかし、身障分野ではグループホーム（ケアホーム）

が制度化されてから年数が経っておらず基盤整備も不十分な中、都内では利用者が土日や年末年始に自宅へ帰らざるを得ない状況のケアホームも見受けられます。これは障害の重い方が利用している場合等に、必要な介助職員を確保できる制度レベルまでに至っていないことから、安定的な運営が出来ていないことを示しています。

一方で、都内身障系の入所施設では、利用者の重度・高齢化が進行し、従来からの障害の比較的軽い対象者をイメージしたグループホーム（ケアホーム）への希望者が、必ずしも施設内に多く存在するとは言いきれません。むしろ、障害程度が比較的軽く、かつ施設入所をしていない、すなわち在宅生活をされている方々にとって都内での施設入所が難しいので、ケアホームを利用したいとする意識傾向があります。

【提言内容】

① グループホーム、ケアホームへの給付単価設定が低く過ぎる

- a. 身障者の共同生活では、見守りやアドバイス等が中心となる対象者とは異なり、1対1の介助・介護を前提とし、より多くの支援者を必要とする状況があります。そのために重度訪問介護の利用も可能となりましたが、ケアホーム側の減算が大きく影響し運営に支障が生じる状況もあります（派遣介助者にはなじまない支援業務も一方で多くなる）。また、重度障害者の地域生活にシフトするということは、医療的ケアを必要とする方やこれから希望が増える重症心身及び重度重複障害者の方々の地域生活希望にも応えていかなければならないということです。新設された国の医療連携体制加算だけでは、医療的ケアを必要とする複数の利用者が暮らせる人員体制は取れません。
- b. 都内の身障系の入所施設は個室化が進んでおり家賃もないことから、家賃を払うことへの抵抗感や、生活づくりに向けた日常生活資金の確保に課題もあります。また、身障分野では多様な生活のあり方を前提とした、入所施設におけるピアカウンセリングの導入や地域生活体験等への積極的支援が重要です。そして、意外に知られていないことを言いますと、施設で暮らす場合は殆どが65歳以降も障害施策の継続となりますが、地域生活では介護保険の適用とされ、訪問介護の時間数が減らされること等により地域生活を事実上断念せざるを得ない自治体が多いのです。そのため、64歳までに障害者施設に戻らなければ生活ができないと危機感を抱いている方もいらっしゃいます。
- c. 困難性が高いからと言って、希望者への地域生活移行支援を行わないということがあってはなりません。肝心なことです。施設の暮らしの中においては、家族の制約を受けないで自らの年金等の収入を適切に使える生活づくり（本人へのサポートが必要なケースも含めて）が実現出来ていなければ、地域移行への意識も生まれにくいように思われます。施設での日常支援の中身が問われているといっても過言ではありません。

② 入所施設へのリターンの新たなシステムが必要

- a. 地域生活が実現しても前述しました「65歳の壁」といった制度問題を含め、何年か先にはより医療や専門的支援体制が整っている入所施設に移りたいという希望が出ることもあり得ると考えなければなりません（過去の例から障害が重いと地域移行者の2～3割程度は再入所希望が出る）。そうした施設に戻ってくるような方を受け入れられるシステムが他方で存在しないと、障害の重い方の地域移行は現実的に進まないと思われ、地域生活が破綻した時の状況はかなり厳しい事態となります。そのために、施設においてはロングステイ（ミドルステイ）を前提とする空床型短期入所事業等の十分なバックアップ体制づ

- くりや、入所調整のあり方等が課題となります。
- b. 目指すべき方向は、障害を抱えるそれぞれの方のライフサイクルの中で、その時のライフステージにあった個人にとって最も望ましいであろう生活を、自らが、或いは自己決定を支える過程を通じて、本人がいつでも選択可能で、支援実施が出来る体制です。
 - c. 長い年月が掛かるのは間違いありませんが、実現へ向け一つひとつの課題に取り組みましょう。

【提言項目 4】

施設から地域への移行及び相談支援事業について

【現状と課題】

障害者自立支援法の施行に伴い、入所施設には施設から地域への移行が責務として求められています。しかしながら、現実的にグループホーム、ケアホームの建設も障害の重い人に対応する設備や構造を考えると、今の補助額では賄いきれません。その為に予想以上に成果が得られていません。地域の自立支援協議会が設立されていても、そのことで地域移行は進んでいません。現実に住まう場所の確保に苦慮しています。制度がどんなに素晴らしい物でも、住まう場所の確保が困難では、地域移行は進みません。

【提言内容】

障害者とその家族が地域で安心して地域生活を継続するためには、下記の内容を充実することが重要です。国が示している単価では十分な相談や時間を費やすことが困難です。

- ① 地域移行及び居宅支援相談の充実の為の補助金
 - ・地域移行及び居宅支援相談を充実するために必要な補助金の設置
- ② サービス推進費及び補助額の増額
 - ・サービス推進費の増額と相談費用の新規加算
 - ・グループホーム、ケアホーム建設に必要な費用の増額