

論点に関する委員意見

論点⑥

【17条】障害児支援について

○茨木尚子委員

結論

一般児童施策、例えば地域の保育所の入園、放課後児童クラブ等への参加が、障害を理由に制限されないように、一人ひとりの障害に応じた必要な支援が一般児童施策でも提供できる方向をめざす。

理由

地域において、児童一般施策と障害児施策が分断され、障害児が児童一般施策を利用しにくい、または利用できないという状況が未だあるため、この問題を解消すべきである。(地域によっては障害児の通所施設が身近に確保できないところも多い)

障害の有無をこえて、地域で子どもの養育を支えるシステムが整備されるように、子ども・子育て新システム等での計画に障害児やその家族、支援者が参画できるようにすべきである。

結論

小児慢性特定疾患等の子どもやその家族についても、障害児支援の対象として、そのニーズに応じて介護給付等の福祉的な支援が受けられるようにする。

理由

小児がんなどの子どもの治療については、長期化、また退院入院を繰り返す、また高度医療が必要なために居住地以外の専門医療機関を利用しているケースも多い。そのため病児の看護、介護負担が重く家族にかかることが多い。現在は、一部の民間団体が、専門病院付近で病児家族の宿泊施設や、家事援助サービスを提供している状況にある。障害児や家族を対象とした介護給付などの派遣型の福祉サービスが利用できる途を開くことが必要と考える。

○大濱真委員

結論

重度障害児に対する支援策の充実（短期入所と重度訪問介護の利用）。

理由

親への過度な負担軽減のために医療連携型短期入所を地域に設置し、同時に月間5～7日程度、在宅で重度訪問介護あるいは同様な介助体制を構築する必要がある。

○尾上浩二委員

結論

障害児支援の枠組を、「障害の有無によって分け隔てられることのない共生社会」の実現を基本とし、地域で生活していく者という視点に転換し、各種障害福祉サービスの利用拡大、障害のない子どもが利用できている学齢前、学齢期の地域におけるあらゆる社会資源も利用できるようにするとともに、子ども本人や親が早くから将来の地域での自立生活を安心して思い描けるようにするべきである。

理由

障害児支援は、ともすると、医療やリハビリテーションの視点のみが強調され、そのために、医療的なケアをはじめ様々な障害がある子どもが、地域の保育所や学校への入所・就学する際に多くの社会的障壁に阻まれることが多々ある。基本法17条に「その身近な場所において療育その他これに関連する支援を受けられるよう必要な施策を講じなければならない」とあることをふまえ、どんなに重度の障害があっても地域でともに育つことのできる施策が展開されるべきである。

結論

就学前の障害児が、医療施設や療育施設での療育や訓練治療に限られることなく、公立・私立を問わず地域の保育所や幼稚園での受け入れ、ともに育つ保育（教育）をすすめる。その上で、ともに育つための合理的配慮として、医療的ケアをはじめとした必要な支援を、速やかにできるようにするべきである。

理由

地域によっては障害児を地域の保育所に積極的に受け入れ共同保育を進めてきたところもある。それらの実践をみると、就学前から地域の保育所や幼稚園においてともに育つ保育を進めていくことが、その後の地域での小中学校への就学につながることで、さらには、それが将来に向けての地域生活の準備につながっているから。

そして、共同保育を前提に、ともに育つ際の合理的配慮、必要な支援を速やかに受けられるようにすることが必要である。

医療的ケアが必要なために、親が付き添ったり通ったりするケース、親が通えないために保育所入所を断念した（在宅で暮らす）ケース等がある。こうした事態を解消するために保育所の看護師が医療的ケアを担ったり保育士への指導等ができるようにすることが求められる。また、発達障害の場合、医師による「障害の認定」をしなければ人員加配をしないと言われ、障害認定のために病院探しに親が奔走することを余儀なくされる実態もある。こうした問題を解消して速やかに必要な支援を得られようとするのが求められる。

結論

障害福祉サービスの利用をより柔軟にして拡大するとともに、障害のない子が地域において享受している保育所や学校、学童保育など放課後活動などの社会資源の利用へのアクセスを障壁のないものにしていくべきである。

理由

障害故に必要な介護等の支援サービスは積極的に認め、障害のない子と同様に自然な親子関係の距離がとれるようにすること、そして、障害のない子が利用している社会資源に平等にアクセスできることが、成人期における地域での自立生活の準備にもなっていくから。

結論

医療や福祉の施設利用だけでなく、年齢の低い頃からの家族以外の地域社会での人間関係の構築、そして、将来の地域における自立生活を思い描けるようなプログラムが、どの地域、どの年齢においても提供できる社会サービスの実施・推進が必要である。

理由

障害のある子どもの場合は、療育施設・支援学校・ディサービス・家庭という限られた空間と、その移動だけで過ごすことが多く、地域での人間関係をつくる機会が制限されがちになるから。

「地域全体で子育てを」と言われて久しいが、障害のある子どもの場合、親・家族と関係者だけに対応が求められがちである。すでに、障害のある子ども向けの自立生活プログラムを提供したりするNPO活動等も展開されており、こうした活動を積極的に推進し、地域住民と出会うこと、地域住民の理解を進めることが重要である。

結論

地域生活を基本においた各種支援計画と教育との連携が必要である。教育における支援計画や指導計画と福祉サービスにおけるケア計画が連動していないため、各所で様々な計画が作られるが、ぶつ切りになっており、実践につながっていない。登下校の介助もこのぶつ切り支援のために家族が行わなければならない状況にある。学校での活動と放課後や休暇中の活動もつながりが無い。こうしたことを解消するために教育と地域生活支援の連携を進めるべきである。障害のある本人を中心に、本人の思いを受け取りながら、学校生活・放課後や休暇期間・家庭生活・地域活動など連携をした計画づくりを進める。

理由

保護者が、教育支援計画やケア計画の内容を知らないことも多く、形骸化していることが多い。本来、地域生活支援の計画の中に、教育計画があるべきである。そして、就学前（保育所幼稚園）→学校→社会人とその計画が引き継がれていくことで、成長の過程でぶつ切りにされずに、人生を過ごしていくことができるから。

結論

療育や医療の専門職の育成に、「生活者」の視点での支援を学ぶ内容を設けるとともに、障害当事者や親から学ぶ機会を増やしていくべきである。また、将来の地域生活を見据えたサポートを提供する支援者として、地域生活を円滑に安心して営む生活者として子どもや親を捉え、そこに寄り添うことができる相談員のスキルアップも必要不可欠である。

理由

療育や医療の専門職が、個別対応での関わりが中心となりがちで、「ともに育つ」子どもの様子や地域生活に関する支援制度についての知識・情報が欠如している場合が見受けられる。専門職養成の過程で、子どもたちが育ちあっている現場を知る機会やプログラムが研修内容に組み入れられる必要がある。また、専門職養成の場に、障害当事者や家族が参画することによって、「共生社会」実現に向けた社会的障壁の現状への認識を深め、実践的な知識を得る機会にもなるから。

○加藤正仁委員

結論

「障害児」を「障害者」の視点からの一元的な枠組みで捉えようとしすぎているのではないか。子どもは小さな大人ではない。大人の靴を履かされて、一緒に走れと言われても・・・。

理由

児の場合、人生の中でもっとも可塑性に富んだ時期であり、存在である。また周囲の大人たちの大きな影響下にあるし、命すらも大人達に委ねている存在である。つまり、児自身の課題、親自身や家族の課題（障害受容・養育体制の再構築・離婚・虐待など）、さらには両者の相互関係性の課題でもある。また相談支援も直接支援もネットワーキングもその対応は時間軸も入れた4次元的なものになっていて大人の世界とはさまざまな点で大きく異なった課題下にある。

結論

障害児の存在は、一般子ども施策／母子保健・保育・幼児教育・学校教育等の取り組みと別体系ではなく、それぞれの体系の中にも確かな位置づけをすべきである。

理由

児童憲章・児童権利宣言・児童福祉法等の中に高らかにうたわれるところの「子ども」の権利は（障害のある子どもは除く）となっているのではない

か。例えば、少子化対策としての次世代支援育成法に基づく各自治体での次世代支援育成事業や、子ども子育て支援法での新システム構築の中で、彼らのことが盛り込まれているのか。

結論

児の存在は「障害」という視点ではなく、一人ひとりの育ち上での個性として捉え、一人ひとりの育つ権利を保障する視点での立場から、共育というインクルーシブな育ち環境を日常的に地域のなかで保障すべきである。

理由

児は圧倒的な障害児と圧倒的な健常児という2者が存在すると言うよりは、それらを両極とする中間にスペクトラム用に位置している。そこに便宜的で操作的な線引きをして2者に分けているに過ぎない。その意味では、医療モデルではなく、一元的なインクルーシブモデルでの育ち・学び・暮ら環境をどう構築するかを考えるべきである。支援の場の保障から、必要とするサービス内容の保障への迅速なる転換を図るべきである。例えば、サービス内容の質を高めるための人材養成と人材確保やサービスの選択肢を重層的に活用できる方途を考えるべきである。

結論

さまざまな所管にまたがるモザイク的で、錯綜する障害・子ども施策を整理統合し、骨太の施策枠組みのもとで、わかりやすく、使いやすく、効率よくすべきである。

理由

昨今の目まぐるしい制度改革のなかで煩雑化し、複雑化した制度や仕組みは身近な市町の行政レベルも支援事業者や利用者も混乱の極み状態である。(中央×県×市町、省庁間、局部課間など)その社会的ロスは大きい。限りある人と金などの資源の一層の有効化、敏速化、適切化をすべきである。

結論

障害施策と子ども施策の中で、発達支援を必要とする子どものことが両制度・施策間の谷間に落ち込んでしまう事はなんとしても回避しなければならない。

理由

先の推進会議等からも取り上げられているように、谷間のない制度・施策の推進が求められている。しかし状況は、どうしても（障害児を除く）という懸念・不安・危惧を感じざるを得ない。

結論

インクルーシブな子ども環境を構築していくためには、子どもの育ち環境での現実的な地域間格差やサービス間格差を解消すると同時に既存の人的・物的資源生かしつつ、さらなるバージョンアップのための研究・モデル構築が必要ではないか。

理由

現実のサービス供給体制は、子どもとその家族の同類サービスの同日利用など重層的なサービス利用を制限・禁止している。また、出来高払い（日々利用人数制）により、都市部への資源の集中や山村部の資源の空洞化など、利用可能な資源の地域格差がさらに大きくなりつつある。

○加納恵子委員

結論

障害者である子どもが、「その性別、年齢、障害の状況及び生活の実態に応じ」、可能な限りその身近な・・・と明示すること。

理由

「子ども」とひとくくりにせず、特に、年齢に応じた成長過程にある性別を配慮した支援が必要と思われる。虐待リスクが児童の中でも障害のある子ども、特に女子のリスクが高いという現状認識と「第2次性徴に伴う心身の発達」支援への留意が必要である。「永遠の子ども/無性の存在」からの脱却。

○川崎洋子委員

結論

すべての教職員に対する精神疾患・精神障害の研修

理由

障害児教育についての教職員の研修は、身体、知的障害に発達障害を加え研修等を実施しているところが増えてきているが、精神の疾病についての研修は充実しているとは言えない。

○佐藤久夫委員

結論

障害児への専門的・総合的な、かつ通園や短期間の入園機能をもつ、多機能で総合的な医療療育機関の整備が必要である。

理由

障害児の生きる力を伸ばし、発達を保障するためには、障害児とその家族に対して、相談、医療、教育、福祉、福祉用具、訓練、家族への教育やレスパイトなど、多面的・総合的・全人的な支援を要する。多くの専門的な職種が必要である。とくに若年ほど様々な課題に遭遇している。

こうした拠点機能を核に、一定のエリアでの在宅障害児を支援できるシステムが必要である。

結論

障害が疑われている時期、診断を受ける前の時期の、子どもと親への支援を施策化すること。

理由

乳幼児健診で要経過観察となった子どもや保育所・幼稚園における「気になる子」が気軽に通えるハードルの低い通園の場が求められているが、ここに対する公的制度が存在しない。現在の障害児通所支援は受給者証の発行を前提としているため対象とならない。乳幼児健診後の「親子教室」「あそびのひろば」や、児童発達支援事業・センターにこうした機能を位置づけ、どの自治体でも実施できるようにすべきである。将来的には、支給決定の仕組みを見直すべきである。

結論

小児高次脳機能障害（後天性脳損傷児）への関心と支援の強化を。

理由

この障害類型は、発達障害者支援法の「その他これに類する脳機能の障害」と位置づけられる。交通事故、脳炎後遺症、脳腫瘍後遺症等によって、就園、就学中に障害が発生する。中途障害であることも要因となって一般的な発達障害児とは異なる困難を経験している。

自分の能力が低下してしまったことが分かることからくる自己喪失感、挫折、周囲から「お前馬鹿になった」とかいじめの対象となり、登校拒否や引きこもり、さらには親や教師の無理解からの過度の訓練や学習を強いられる。社会的行動障害が増悪して精神障害（統合失調症）と誤診されて長期入院させられていた例もある。

結論

放課後等デイサービスは、報酬単価を改善する必要がある。

理由

子どもの発達支援には、会議、研修、事務、学校・保護者・関係機関との連携など、午前中からの業務を不可欠とする。だが、放課後等デイサービスの平日の報酬単価は、その点への配慮が欠けていると考えられる。乳幼児を対象とした児童発達支援事業と同等の活動を行なっても、不合理な格差を生じている。このため、職員の確保、特に（年長の男子への対応に必要な）男性職員の確保・定着が困難になっている。4時間以上開所する場合には休日の報酬単価を適用するなどの対応が必要である。

○柴崎博委員

- ・ 早期支援について

結論

障害の早期発見、早期療育支援の充実について

理由

健康診査等による障害の早期発見、障害が発見された要支援児童には、早期

療育を実施することが重要であり、専門的な支援機能の充実整備が必要であります。

- ・ 療育支援体制の充実

結論

可能な限り身近な場所で専門性の高い療育の場所の確保が必要

理由

障害児の特性を踏まえた専門性の高い療育支援が可能な限り身近な所で受けられるように療育基盤の整備を図ることが必要です。

専門施設での通所・相談支援、家庭への訪問による育児相談支援や、巡回による保育所、幼稚園などへの訪問支援が円滑に実施できるように、また、センターから離れた地域の児童への相談支援を可能とするため、児童発達支援センター等の支援機能の充実を図ることをお願いします。

- ・ 家族支援の実施

結論

家族支援により、家族の絆を守ることが必要

理由

在宅重症心身障害児の家庭では、介護者の主体が母親（93%）であり、障害児にかかりきりの状態であるため、他の家族への手が回らない場合が多く、特に障害児の兄弟姉妹に対する関わりが疎かになって、家族関係に支障が起きている実態があるので、家族支援の観点から兄弟支援や、短期入所、施設への入所、入院機能の確保にも配慮する必要があります。

○清水誠一委員

結論

新生児集中治療室（NICU）退院後の生活支援体制の構築

理由

退院後の医療的ケアの必要な障害児の在宅介護に不安がある。家族介護ができる公的支援システム（レスパイト入院も含む保護者の支援）の構築。夜間ケ

アも含めた訪問看護の支援体制と、地域の受け皿としての医療ケアのできるショートステイなどの充実が必要と考える。

また、退院後の地域での生活へのカウンセリング体制も必要。

結論

相談支援体制の検証と見直し

理由

法律改正後の相談支援の現状を検証する必要がある。障害児、特に就学前の幼児（障害の有無に関わらず懸念、不安も含む）のいる保護者への相談支援体制構築は不可欠と考える。

結論

通園・通学等の移動支援や課外授業時の支援体制の構築

理由

財政の裏付けがある自治体が単独事業として実施している場合が多く地域格差の一つである。医療的ケアを必要とする障害児は送迎バスも利用できない場合がある。

特別支援学校への看護師や支援者の配置を含め、教育と福祉の垣根を越えた連携、支援体制の見直しが必要と考える。

○中原強委員

結論

従来の子どもの障害のみに焦点を当てた支援だけでなく、障害のない同年代の子どもが有している全ての基本的な権利が保障される障害者基本計画にしなければならない。

理由

障害のある子どもも障害のない子ども同様に、地域でさまざま支援を受けながら普通の生活をしていくという視点が重要であり、児童の権利条約の基本原則に掲げられている「児童の最善の利益の確保」を優先させるべきである。

そのためには、一般の児童福祉施策との整合性を図ったものとする必要がある

る。

この基本的な考えのもと、障害児支援については、子ども・家族にとっての身近な地域において、①早期発見・相談・支援に必要な施策の構築、②子どもの将来の自立に向けた発達支援、③子どもの障害及び年齢に応じた一貫した支援、④家族を含めたトータルな支援、等の観点からの基本計画とする必要がある。

また、障害児入所施設等に入所する児童の多くは被虐待等の社会的養護を要していることから、障害児入所施設の抜本的な見直し等を含めた、障害のある子どもの社会的養護に対する体制整備を盛り込んだ基本計画とすべきである。その一方で、障害児入所施設の利用は、子どもの意思に関係なく親の意思による契約での施設養護が可能となるため、家庭不分離を基本とした子どもの権利を侵害する恐れがある。

○三浦貴子委員

結論

本人および保護者が希望する地域で希望する支援を受けられるよう、都道府県や市町村がサービス基盤を整えることが急務である。

そのためには、①継続して、細やかにニーズを聴き取り教育機関等と連携する相談支援、②医療的ケアを含む生活支援、③保護者へのレスパイトサービス等、④地域ぐるみでの虐待防止対策、⑤地域における保育・教育施設の利用ができるために必要なサービスの保障等を目標とし、地域の実情に応じた事業所指定などを含む総合的支援提供体制づくりが必要。

理由

障害児への福祉サービスは、ニーズに対し事業所が不足している。また成人施設が、日中一時支援事業において、生活介護事業の約半分の報酬で障害児支援を担っている実態が多い。例えば、医療的ケアの必要な重心児でもより安全に受け入れる体制をつくるために、適正な報酬で支援が行えるよう、障害児の人数が単独事業所立ち上げには満たないなどの場合、ひとりの障害児からでも生活介護等の事業の対象として利用できるような仕組みが必要。また保護者の負担軽減策は、より具体的に基本計画に示されるべきである。

論点⑦

【14条】保健の増進，医療・リハビリテーションの提供について

○伊藤たてお委員

- ・ 保健師を増員し、保健所の機能を強化すること。また、医療機関におけるリハビリテーションは、維持期になっても必要に応じて治療が続けられるよう、診療報酬上のしくみを保障すること。

障害者が地域において安心して生活をしていくためには、医療、リハビリテーションが必要に応じて受けられる体制が必要である。そのため、地域で障害者を訪問し、医療、保健、福祉をつなぐために、地域で訪問活動のできる保健師を増やし、保健所機能を強化することが必要である。

- ・ 障害者の医学的管理の重要性、介護の重要性は、すべての患者・障害者に必要なものである。

医学・医療技術の進歩による最高水準の医療・リハビリテーションが受けられるよう、医療費の負担軽減、医療へのアクセスなどの社会的な支援策を拡充させることが必要である。

○上野秀樹委員

結論

社会的入院の解消と国際水準に見合った具体的な精神科病床削減の目標値を掲げることが必要

理由

日本の精神科医療には、

- ・ 精神科病床数が国際水準に比較してきわめて多く（約 34.8 万床）、9割が民間病院であること
- ・ 長期在院患者が、国際水準に比較してきわめて多いこと
- ・ 病棟の人員配置が少なく、低コストで運営されていること

の3つの特徴がある。

これは、社会的入院患者が多いためである。刺激の少ない病棟生活では、統

合失調症などの病気の特性とも相まって、社会生活能力の低下などの入院者の「施設化」が急速に進行する。人員配置が少ない、包括払いの精神科療養病棟（約10万床）では、社会的入院患者の方が病院の経営が安定する。民間病院の収入の多くが入院者数に比例する入院料のため、入院者数の減少で容易に経営困難に陥り、入院者数を減らすことは難しい。民間病院主体の現状では、社会的入院患者の解消のために病床を利用しないということは不可能である。病床削減が必要であるが、病院の経営努力には限界があり、政策的なバックアップが必要である。

○大濱真委員

結論

急性期から亜急性期および回復期のリハを適切に受けられるように、診療報酬や医療機関情報も含めた制度構築が必要である。

理由

急性期リハにおける初期加算が14日間、早期加算が30日間に限られているため、1ヵ月を目途に病院側から転院を迫られ、適切なリハを受けられない中途障害者が多数にのぼる。それが原因となって二次障害や三次障害が生じ、機能障害が重度化するケースも少なくない。

結論

重度訪問介護を毎日長時間利用している1人暮らしの最重度全身性障害者等が肺炎等で一時的に入院する際にも、個々人の介護に精通した重度訪問介護ヘルパーによる介護が病院内で必要である。

理由

重度訪問介護を毎日長時間利用している1人暮らしの最重度全身性障害者等が肺炎等で一時的に入院する際にも、その障害者個々人の介護に精通しているヘルパーによる支援が不可欠である。このような重度障害者は、たとえば体の変形、障害状況、病状が個々人ごとに大きく異なり、1人1人の介護方法が全く違うことが多く、慣れたヘルパーによるいつもの決まった方法による介護でないと睡眠もできず、病室で体力回復ができないため、肺炎等がどんどん悪

化して死に至ってしまう。よって、在宅や病室などあらゆる場で、日常的な支援としての同じ熟練ヘルパー（通常、在宅では複数人が交代で1日8時間以上連続の介護を提供している）の確保が不可欠である。

○尾上浩二委員

結論

社会的入院患者の地域移行政策に関する長期目標を作成する際は、社会モデル的な指標である入院患者へのニーズ調査をエビデンスの基盤とすべきである。

理由

「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会報告書」では、退院促進の数値目標に関して、「統合失調症の入院患者数」および「平均残存率・退院率」が掲げられている。これらは入院患者のニーズに基づかない、統計学的な数値目標であり、医学モデル的な視点である。一方、総合福祉部会で検討され、厚生労働科研で行われた長期社会的入院患者への対面式のニーズ調査は、統計学的データより確度の高いエビデンスになっている。障害者の人生を大きく左右する計画を作成する際は、本人の声に基づく数値目標の設定こそが求められる。

結論

社会的入院を防止し、医療的ケアが必要な人の地域生活を支える為の、地域資源の基盤整備を進めるべきである。

理由

地域保健・医療体制の不備ゆえに「特定の生活様式を実質的に義務づけられている」障害者は沢山いる。この社会的入院は単に病院の責任、でははく、地域の医療的ケア体制などの不備による部分が多い。権利条約19条のa項およびb項を実現する為には、医療機関と地域生活支援の役割分担を仕切り直し、総合福祉部会の骨格提言に書かれた「地域基盤整備10カ年戦略」を実現する中で、医療的ケアの必要な人の地域生活支援体制を構築すべきである。

結論

入院中の精神障害者の権利擁護システムを確立すべきである。

理由

精神医療の現場では、密室性が強いため、権利侵害の実態が報告されても、なかなか改善されてこなかった。現在、医療保護入院のあり方を見直す検討がされているが、任意入院や強制入院全体を通じた、入院中の権利擁護体制の強化そのものの議論はされていない。医療や保健、リハビリテーションの質を高めるためには、総合福祉部会の骨格提言にも書かれているような、入院中の精神障害者も含む精神科病院における権利擁護を定着させるための制度(例えばオンブズパーソン制度)を位置づける必要がある。

○勝又幸子委員

結論

女性障害者の妊娠から出産に至る一連の支援を、その他の女性のそれと同様に受けられるようにすることを医療機関に対してもとめる。

理由

かつて女性障害者に対して「強制不妊手術」が行われたことは人権侵害の許すべからざる事実だが、今もなお女性障害者は医学的に生命の危険をより多く伴う妊娠や出産であることを理由にして、医師や医療機関から十分な支援が受けられずにいる。障害の有無にかかわらず、性と生殖に関する権利が保障される社会にすることが、他の者との平等を掲げる障害者権利条約の批准には必要不可欠である。

○加納恵子委員

結論

「その人権を十分の尊重しなければならない」の具体的な内容として特に長期にわたる療養生活の場合は「**性別に配慮したケア**」を明示すること。

理由

DPI 女性障害者ネットワークの「女性障害者の複合差別実態報告書」に、医療場面での性的被害や異性介助など人権に配慮しないケアの事例が多数上がっている。

○河崎建人委員

結論

障害に対する保健・医療・リハビリテーションサービスの充実

理由

適切な医療や医学的リハビリテーションが提供されることにより、障害の軽減が図れるようなサービス提供システムを構築しなければならない。特に、難病や精神障害については、身近な所で必要な時に必ず医療サービスが受けられるようなシステムが不可欠である。この際には、福祉サービスとの連携が重要であり、これらの提供体制の充実を図るべきである。

結論

精神保健・医療施策の推進

理由

精神障害については、特に医療サービスと福祉サービスの双方がその必要性に応じてバランスよく提供されなければならない。そして病状の増悪時や緊急時に対する医療提供をより充実させるために、精神科救急医療体制を充実させる施策が必要である。また、国民のみならず医療福祉関係者に対して精神障害に関する正しい知識を普及し偏見・差別を除去しなければならない。さらには医学教育においてもこのような観点から卒前・卒後教育で精神障害に対する正しい知識の普及を図るべきである。

○川崎洋子委員

結論

保健と医療の連携による相談支援体制の構築

理由

精神保健福祉相談に関しては、身近な相談の場として保健所があるが、機能していないところが多い。精神障害者の地域生活を支えるのは、相談支援であるといっても過言ではない。精神保健福祉相談員を充実させ、また地域の相談支援事業が保健と医療の連携による支援が可能になるように人材の確保が急務と考える。そのためには、精神障害を理解した人材の養成も合わせて実施する必要がある。

○佐藤久夫委員

結論

難病等に係る予防、早期発見、早期治療、知識の普及、調査研究を一層強化するとともに、難病等に係る障害者に対する施策をきめ細かく推進すること。

理由

障害者基本法第三十一条に述べているとおり。障害者総合支援法では一定範囲の難病に伴う障害者を支援の対象とすることとされたが、同法による支援の内容は特に変更はなく、この新たな対象者にどう配慮するか検討もされていない。その基礎となるニーズ調査はようやく 2011 年度に「生活のしづらさ調査」として行われたが、この調査では十分とはいえない。

結論

風邪や腹痛などの一般的な病気に関して障害のある子どもが受診しやすい環境を整備するために、地域の第一次医療機関にたいして障害や難病の研修を実施すること。

理由

筋ジストロフィーなどの難病児や重症児の場合、一般の診療機関で診療を拒否される場合があり、指定医療機関まで通院しなければならない。すくなくとも初期診療が地域でできるように整備されるべきである。

結論

最重度の障害児への専門的な医療（リハビリテーション）職の育成の拡大

理由

NICU から出られない重症児が溜まってきている。また自宅に帰った児童でも家族が途方に暮れることがしばしばで、母子入園などで家族をささえるその大変さには職員の間にも燃え尽きといえる状況や離職などがあると指摘されている。質・量の両面からの充実が必要である。特に心理・精神関連の専門的な支援が必要とされている。

結論

小児高次脳機能障害を理解する人材育成を充実する必要がある。

理由

全国的にこの問題に取り組む医療機関があまりにも少ない。大学医学部の中で、漸く成人の高次脳機能障害について学ぶ体制ができてきたが、小児については小児科医にこのような教育はまったくされていないようである。児童精神科、リハビリテーション科、看護、心理士等の養成が不足している。

学校カウンセラーの配置を進めることも大切である。また児童生徒が復学する学校現場での教員への研修体制、特別支援教育課程にも、この問題をぜひ提起して、早急な取り組みが行われるよう文部科学省が進めるべきである。

相談指導機関の研修や放課後児童デイ、保育・養護教諭等の指導者に対する啓発・指導も実施できる体制が望まれる。

結論

障害の早期発見と早期対応、乳幼児健診の充実策に関する研究をすすめる。あわせて、「健やか親子21」のなかに発達障害をはじめとする障害に関する施策を明確に位置づけ、実施する。

理由

現行では「健やか親子21」等の推進により障害の早期発見を徹底することになっているが、健診内容やスタッフ、相談システムなど乳幼児健診の実施状況は市町村によって異なる。診療科を手厚くする、心理職や子育て相談の職員を増やす、健診会場を整備するなど、乳幼児健診の水準を全国的にあげることが求められる。

○柴崎博委員

- ・ 障害児医療とリハビリテーション

結論

障害児の専門医療とリハビリテーションの場の確保

理由

- 障害児が身近な所で医療やリハビリテーションが容易に受けられる体制にはなっていないために、必要な支援が受けられないのが実態です。

児童発達支援センターや、医療体制が整った専門の入所施設の外来診療・リハビリ機能が充実されるとともに、訪問看護や、家庭への理学療法士等の派遣による訪問リハビリが可能となるようにしていただきたい。

- 重症心身障害児及び肢体不自由児には、医療ケアを要する人が多くあり、安心して地域で生活して行くための医療支援が必要です。特に、NICU の退院児などで、人工呼吸器を着けた人などは、濃厚な医療を必要とする状態にあって、24 時間の家族介護（母親が主体）によって、生活を保っている実態にあります。このため訪問医療・訪問看護、訪問介護の連携による在宅支援が重要であるとともに、医療的ケアの必要度の高い障害児には、施設入所支援機能の確保が必須のもとなっております。

在宅支援と施設支援が連携調和してバランスよく実施される必要があり入所施設は、セーフティネットとしての機能の役割を持つものです。

なお、重症心身障害の人たちについては、ライフステージを通じて一貫した支援が必要です。

○清水誠一委員

結論

医療的行為の見直し

理由

腔内吸引等特定された医療的行為は研修を受ければ実施可能となったが、咽頭の中の喀痰吸引行為などは認められていない。痰の吸引行為や胃ろうからの栄養管理など研修、実習を重ねれば誰もがができ、日常生活で常時必要な行為に

関しては、生活行為とし医療行為と切り離した見直しが必要と考える。

結論

介護職員等の医療的行為の研修機関増設支援

理由

危険な業務として敬遠されがちな現状を踏まえ、介護職員等への医療的行為に対する正確な知識普及も含めた研修制度の確立と、研修機関の充実（地域により研修機関の数に違いがあることの是正も含む）が必要と考える。

結論

療養介護施設や医療ケアが必要な通所施設・短期入所の充実

理由

療養介護の定員は不足している。途中障害で同様のケアが必要としている障害者が受け入れられた事例を聞かないほどである。

また、在宅の障害者の場合は、ショートステイ等が不足しているため緊急時は途方にくれる状況である。

利用希望者は増加しているが、数が少ないうえ近隣にない場合も多く保護者の負担は大きい。特に医療ケアが必要な障害者とその家族には切実な問題となっている。

結論

24時間介護が必要な在宅障害児者への支援

理由

家族介護、支援が前提の支援計画では、保護者の負担が重く障害児者の自立も促すことができない。障害者の望む在宅生活が維持できる支援体制（訪問看護や介護）の充実が必要と考える。

結論

維持期のリハビリテーションの充実と医療報酬体系の改善

理由

関節稼働域の減弱や筋力の低下が大きい障害者は、改善・予防のためのリハビリテーションが欠かせない。しかし維持期のリハビリテーションの評価は低

い。予防対策と同様に重要な健康維持の治療手段として考える必要がある。

○関口明彦委員

結論

強制入院の削減について具体的数値目標を立てること、強制医療なかでも身体拘束や閉鎖処遇及び隔離については喫緊の課題であり数値目標が必要である。とりわけ地域間で数値の格差があったり、年々身体拘束が増えている実態は大問題である。更に精神病床の削減は必須事業として、数値目標を立てなければならない。年次計画として強制入院強制医療の廃止、病床の削減および医療の名による人身の自由の剥奪を廃止する具体的計画を立てることと、同時にそのための予算措置やオールタナティブ開発と良き実践への研究開発を障害者とともに行うことが重要である。

理由

障害者政策委員会の議論は障害者の権利に関する条約の批准を前提として議論されている。又、既に日本政府は署名していることから一定程度の国内法上の規範性があると言える。そして障害者基本法は条約の理念に基づいて作られた。そこで、以下の事実は重要である。

1. 強制入院、強制医療は、差別的に障害者の自由権を否定するものであり、国際法上インテグリティの侵害であり拷問および虐待ととらえられている。
2. 障害者権利条約は強制入院および強制医療を否定しており、すでに締約国政府報告書審査で再三、その旨が委員会より述べられている。強制入院強制医療は、障害者権利条約12条、14条、15条、17条、25条d、26条bおよび3条の非(b) 非差別〔無差別〕という一般原則の侵害であり、廃止されなければならない。また強制や施設の廃止が逆に放置という虐待をうまないためには、各国ですでに進められている実践も含め多様なオールタナティブの開発が行われる必要があり、そのためには障害者の参加は核となる。
3. 障害者基本法に於いても、14条5項で、国及び地方公共団体は、医療若しくは介護の給付又はリハビリテーションの提供を行うに当たっては、

障害者が、可能な限りその身近な場所においてこれらを受けられるよう必要な施策を講ずるものとするほか、その人権を十分に尊重しなければならない。とされていて条約の趣旨は、人権を十分に尊重、と言う点に集約されて規定されているのであるから、既に規範性を有している国内法にも書き込まれている。

4. 近年、閉鎖病棟の率の増加、病棟の閉鎖性の強化、とりわけ問題なのは身体拘束の急激な増加の実態がある。これらの条約制定前の国際基準であるいわゆる国連原則にすら違反している不当な人権侵害は早急に改善されるべきである。

○三浦貴子委員

結論

難病等の人々が他の障害者と同様にサービスを受けられるよう、現行の訪問介護員養成研修プログラムに、難病の理解と難病の人々への支援技術研修を義務付ける。そして、難病患者等居宅生活支援事業が、全市町村で行えるような道筋を確保する。医療的ケア等専門技術を有す職員の人材養成と保障、安全の確保が必要。

理由

医療的ケアをより安全に行える対策や、難病等の人々への福祉サービスの基盤づくりは急務である。専門的なケアが必要な利用者がいるところへ専門的なケアができる職員が派遣できる仕組みづくりや、ひとりの人のニーズに、医療・保健・福祉が連携する体制（ネットワーク）の構築を図る必要があるため。

論点⑧

【14条】医療・リハビリテーション、福祉用具等に関する研究開発の推進について

(【31条】障害の原因となる傷病の予防等についてを含む。)

○伊藤たてお委員

- ・ 福祉用具等は、障害のある人の状態に応じて最も進んだ用具、機器が利用できるようにすべきである。また、進行性の病気には早めに給付できるようにすべきである。
- ・ 再生医療の安全性確保のための権限をもった監視・規制システムを早期に構築する必要がある。
- ・ 「障害の原因となる傷病の予防」について
希少・難治性疾患のように遺伝子レベルの変異が一因であるものが少なく、人類の多様性の中で、一定の割合発生することが必然であるような疾患は予防することは不可能である。
「傷病の予防」ではなく、傷病（疾患）をもっていることにより将来社会的な活動制約などの障害が予想される場合に、それを未然に防ぐための予防的措置を講じることが必要である。

○上野秀樹委員

結論

精神科入院の詳細な実態調査が必要

理由

日本の非自発的入院（措置入院、医療保護入院）比率は約40%と諸外国に比較してきわめて高率である。入院患者の在院期間別分布をみると、医療保護入院患者よりも、任意入院患者で長期在院患者の割合が高率である。

任意入院患者179,290人(平成21年度)の41.2%にあたる73,911人が5年以上の入院期間となっており、そのうちの24,451人は20年以上の入院期間と

なっている。調査時に 20 歳以上 40 歳未満の在院者 13,642 人の中で 50 人が 20 年以上入院している。さらに任意入院であるにもかかわらず、半数近くが終日閉鎖で処遇されている。

上記事実からは、日本の任意入院が本当に本人にきちんと情報が提供された上でなされた、自らの真摯な意思決定に基づいているのか、それとも長期入院の弊害により、社会生活能力が奪われた結果によるものなのか、詳細に調査・研究が必要であると考えられる。

○大濱真委員

結論

5 年から 10 年の長期にわたる予算を確保し、障害の原因となる傷病の解明のための研究予算ならびに臨床へ至るプロセスを確立することが必要である。

理由

再生医療は、日本再生戦略のなかでも重点施策の 1 つに挙げられており、再生医療実現化プロジェクトによって、網膜の臨床移行から中枢神経系の治療に至るまで、難病を含めた多くの障害者の QOL 向上の可能性がある。今後 5 年から 10 年で、iPS やあらゆる幹細胞による障害の軽減や重度化予防が見込まれる。特に医薬品医療機器総合機構（PMDA）で、専門性の高い審査員や安全対策要員の増員、人材育成を進める必要がある。

○尾上浩二委員

結論

「社会、経済、文化その他あらゆる分野の活動に参加する機会が確保される」ためには、障害者自身が自ら希望する補装具・日常生活用具等を選び、利用できるように、「必要な人に必要な機器」が開発、提供、カスタマイズできる仕組みが必要である。また、新しく開発された機器でも、効果が確認されたものは、積極的に品目に入れていけるような柔軟な仕組みが求められる。

社会モデルの観点から、当事者のニーズに応え、使いやすい機器が開発され

るようにしていくためには、当事者参画のもとでの開発と評価の仕組みが構築される必要がある。

理由

現在、公的な支援制度の対象となる補装具・日常生活用具等は極めて狭く、選択肢が少ないのが現状である。また、画一的な形での給付やレンタルの仕組みの指向が強く、障害者一人ひとりの障害の実態や社会モデルとしての障害の特性等にあわせた給付やカスタマイズがしにくい状況にあるから。

今後、社会モデルの観点から社会的障壁の除去という次元での効果が重視されることになり、これまで以上に当事者のニーズ・評価を軸にした開発ができる仕組みの構築が不可欠である。そのことによって、有益な機器が無駄なく開発されることにもつながっていく。

○加納恵子委員

結論

「障害の原因を取り除き、早期発見早期治療」の強調は、今秋導入された新型出生前診断の議論につながる優生思想的な懸念が払拭されない。むしろ、整備すべき施策は、障害者のQOLを高めることに資する「**2次障害**」の**実態把握と調査研究**である。

理由

改正前の「第三章 障害の予防に関する基本的施策（第二十三条）」では、「障害をもつ人の発生を予防する」とも受け取れる文章であったが、「原因となる傷病の予防」になり、人間を排除する優生思想から脱却したと認識している。むしろ、欧米では「2次障害」の調査研究が進んでおりわが国でも緊急課題として取り組む必要のある分野と思われる。

○河崎建人委員

結論

障害の原因となる疾病の予防に対する施策の充実と生命倫理についての議

論の必要性

理由

障害者に対する適切な保健・医療・リハビリテーションの提供を行うための施策の充実を、まず図らなければならない。その中で特に予防については、障害の原因となる疾病を発生させないという意味で重要ではあるが、出生前診断等が進歩する中で問題として出てくると予想される生命倫理について、十分な議論が必要である。また、障害を持つ児を出産する妊産婦に対する精神的ケアの体制を早急に確立しなければならない。

○川崎洋子委員

結論

医療と保健の連携による訪問支援の仕組みづくり

理由

精神疾患に関しては発症が分かりにくく、重症化して医療につながるケースが多い。保健師などの訪問により、早期にかかわることにより、予後の回復が良いとされている。保健機関と医療関係者の連携体制が必要である。

○佐藤久夫委員

結論

現場に根ざした、社会資源に直結した研究体制の充実が必要である。

理由

全国をみればさまざまな研究機関があるが、研究専門機関であることが多く、そして基礎的な研究を主としているところも多く、臨床の現場に直結した研究がしっかりと行われているとはいえない。韓国をはじめとして、多くの国に遅れをとっていると指摘されている。大学などでリハビリテーション関連の研究がなされているが、全体には散発的であり、継続した研究が少ない。

結論

障害児の成長発達に合わせた福祉器具・学習教材・補装具など（IT機器を含む）の研究開発が必要である。また、自己負担を軽減し、地域格差なく支給・使用できる体制が求められる。

○清水誠一委員

結論

採算ベースにのらない福祉用具の開発促進

理由

開発には大学機関や事業者などとの連携が必要であるが、採算ベースに合わない、需要が極端に低いものに関しては連携が難しいのが現状である。

需要の低い福祉用具の開発を支援する仕組みが必要と考える。

○関口明彦委員

結論

⑦で述べたように、強制入院や強制医療の廃止に向け、オールタナティブの開発研究が障害者の参加を条件として行われなければならない。とりわけ障害者の地域生活確立のために、介助支援の体制が送れ、医療体制のくびきにつながられている精神障害者に対する介助支援のあり方も含めた研究開発が必要である。その中には障害者自身による地域支援の試行プロジェクトも当然含まれるべきである。

理由

強制入院強制医療の廃止が即放置という虐待を産み、障害者切り捨てと野垂れ死にをうまないためには、障害者の求める支援介助をいかに具体的に保証していくのか、また地域生活確立のための支援介助はどうあるべきかなど、今までの精神病院の構造や処遇の実態、さらに施設中心の支援に変わるオールタナティブの開発研究と良き実践が必要であり、今まで専門家や医療主導で行われてきたものが結局障害者自身の求めに対応できていない実態があることから、障害者自身の研究参加やモニタリング評価は必須条件であり、多様な障害者の

参加と障害者自身による試行プロジェクトが必要である。

○三浦貴子委員

結論

コミュニケーション支援のための技術、再生医療等に対する研究開発には相応の財源を確保すべき。また、開発が促進されるよう、企業参入を誘導するような方策を講じる必要がある。

理由

身体機能等を補完するツール、発達障害等の人々の特徴に合わせた生活支援のツールや、医療の進歩には期待が高い。研究開発のための財源確保や企業参入の誘導は、将来的に、本人や家族の負担軽減につながると共に、本人の生活を根底から広げる可能性を有すものであるため。

その他

○大濱真委員

追加意見

論点⑤【23条】相談支援体制の構築について（成年後見制度の利用促進等を含む。）

結論

精神障害者の地域生活を実現するために、現在、全国各地で先行的に取り組まれている事例を検証し、効果的な手法を障害者基本計画のなかにも積極的に取り入れるべきである。

理由

北海道帯広市では1980年代から精神障害者の社会復帰活動が始まり、現在では多くの精神障害者が精神科病院を出て市内の各所で地域生活を送っている。さらに、近年ではマディソン・モデルを取り入れ、全体のレベルアップを図っている。また、マディソン・モデルは千葉県市川市や京都市でも実践が進められている。

○三浦貴子委員

新たな障害者基本計画には、策定にあたり現行の計画の進捗状況を検証すること、計画に相応する施策の工程表を作成し着実な推進を図るべき。