

重症心身障害者の通所施設における市町村の役割

—通所施設における実態調査から

Keyword 重症心身障害者・医療的ケア・通所施設・公的責任・地域生活支援

山本 雅章 調布市役所

I 問題の所在

今般、障害者基本法が改正され、また障害者自立支援法（以下、「支援法」という）も障害者総合支援法に改められるのを契機に、特に障害の重い人たちの生活支援のあり方が問われている。そもそも、戦後の日本国憲法は国民の基本的人権として「生存権」を認め、1960年代には重症心身障害児施設が制度化されたが、重症心身障害児や重症心身障害者¹⁾（以下「重症者」という）が生きるのに不可欠な条件整備としての施策は入所施設整備に限定され、その内容も人権無視の棄民政策となっていた（田中 1974）。これが社会問題化したのは1979年の養護学校義務化実施以降のことであった。すなわち、自宅から養護学校に通う重症心身障害児が徐々に増加したが、学校卒業後には行き場がなく、在宅放置の者が増加し続けたためである。そのため、無認可の通所施設を整備するなどのとりくみが芽生え、1990年代以降、重症者問題の課題は在宅者への支援に移行していった（岡田 1993）。しかし、障害者の中でも少数で支援に特殊性を有する重症者に対する施策は国や都道府県を主体として展開され、通所施設などの在宅福祉施策について市町村はほとんど無関心で、重症者は地域の通所施設に通えない場合もあるなど家族からの要望に応えうる基盤整備は行われてこなかった（東京都 2007）。

今日でも、重症者は年々増加し（厚生労働

省 2008）、特別支援学校に通う者も増えている。そして、その卒業生のほとんどが進路として通所施設の利用を希望している（東京都教育委員会 2008）。これに伴って、吸引や経管栄養などの医療的ケア²⁾（以下「医療的ケア」という）を含めた重症者の障害特性に対応する通所施設整備が要望されている。加えて、2012年に施行された支援法一部改正において、重症心身障害児（者）通園事業は児童発達支援と生活介護に分離され、重症者を含む障害者の支給決定や基盤整備など支援の主体は市町村に位置づけられたことから、重症者及び家族のニーズと現実の通所施設の整備状況との矛盾は市町村施策の問題として顕在化したものである。

憲法第25条に定める健康で文化的な最低生活保障とすべての生活部面における社会福祉の向上増進に努めるという規定の具体化には、医療的ケアを含めた障害特性による特別な条件整備を確保したものでなければ彼らは取り残されざるを得ない（河野 2000）。そうした障害の個性への対応に加え、従来の「児者一元化」の見直しを含めて、人間らしい生活を支えるケアの必要にどう対処するかが、介護福祉の観点から問われている。その点から、重症者が通所できる条件を整備するためには、支援の実施主体である市町村が、重症者に必要な介護の質の向上を含む地域生活の基盤づくりにどのように向き合い、具体的な対応を果たしていくのが問題となる。

II 先行研究の概要

1979年の養護学校義務化以降、在宅生活の充実が求められるようになるまで、重症者研究は重症心身障害児施設に勤務する医師らによって重症心身障害児の医療や看護、施設の役割、発達などについて論ずるものがほとんどであったが、1990年代以降には重症者の在宅生活に関する研究が見られるようになる。末光（1991）は岡山県での実践から地域医療システムの必要性を提言し、杉本（2001）や北住（2003）、岡田（2003）らは医師として積極的に地域にかかわるべきだとし、重症心身障害児施設を拠点とした重症心身障害児（者）通園事業や地域療育等の必要性を論じている。

重症者の地域生活支援についての先行研究の動向を調査することを目的に、1980年から1990年にかけての社会福祉法人旭川荘（1992）が作成した「重症心身障害者に関する文献目録」に収録されている1,623論文を調べ課題別に分類した。その結果、医療技術や症例、看護、理学療法等に関する研究が1,139（70.2%）と最も多く、次に重症者の教育や療育に関するものが153（9.4%）、入所施設での実践に関するものが92（5.7%）あった。一方、「重症心身障害児の退院後のフォロー」等の家族支援やボランティア活動等地域生活支援に関する研究は55（3.4%）あったが、多くが医師らによる地域療育に係る研究である。福祉領域から地域における重症者の日中活動やケアホームなど居住の場におけるケアの実態の解明や実施主体としての市町村の役割について論じた断片的に言及されてきてはいるが、これまで重症者福祉施策の主体が都道府県に位置付けられていたことか

ら、実施主体としての市町村の役割について論じた本格的な研究は筆者の知る限りない。

支援法では市町村が障害者支援の主体となったものの、その役割は支給決定や計画策定による支援などに限定され、社会的共同業務を担う市町村が有する公共性（芝田 1985）は矮小化され企業やNPOなど民間に委ねられつつある。憲法第25条の規定が重症者も地域で安心して暮らすことできる個人の尊厳にふさわしい援助過程の保障まで含むものであるとするなら（河野 2000）、重症者の教育権保障や生活権保障のための学術的蓄積に学びつつ、現実のニーズを市町村レベルで具体化する障害者に対する介護福祉のあり方が問われざるを得ない。

III 研究目的

本研究では、居住の場、日中活動の場、余暇の場という障害者の生活構造（大泉 1989）にかかわって特に日中活動の場について焦点化し、重症者が特別支援学校卒業後にも通所施設で介護を受けながら充実した生活を送るための市町村の役割について示唆を得ることを目的とする。重症者問題では直接的なケアのあり方に研究の関心が向きがちだが、地域に存在しない施設は利用できず、いない専門職の支援は受けられない。したがって、少し視野を広げ、質の高い介護活動の基盤を生み出す可能性を通所施設の実情に即して明らかにすべきであろう。介護など生活の支援に手厚い配慮を要する重症者が質の高い日中活動を行うためには、通所施設職員の熱意や努力のみだけでは困難であり、手厚い人員配置を行える財政的裏付けなどの条件を確保しているのではないかと考える。そこで、次の点を

具体的課題とした。

第一に、支援の実施者としての公的責任を問う観点から、重症者が日中活動を行うため市町村がどのような関与を行っているのかを通所施設の財政状況から明らかにする。

第二に、医療的ケアを要する者を含めた重症者が通所する施設の実情から、国が介護職により医療的ケアを容認した施策について批判的に検証し、日中活動の保障をする市町村の役割を問い直すとともに、それを支える国の責任についても重症者の障害特性に対応する報酬単価等の所与条件などから明らかにする。

第三に、2011年の支援法の改正において、これまで都道府県の施策であると位置づけられていた重症者施策が市町村に移行された点を踏まえ、重症者の日中活動を保障する市町村の関与が国の制度につながる可能性について問い直す。

IV 研究の方法

本研究では、重症者の生活を支援するに必要な医療的ケアを含む介護などの実践がどのように可能となりうるのかという視点から、こうした実践を支える地域の基盤を整備する市町村行政の役割を問い直すことを本研究の枠組みとし、総合的に課題の究明を行うこととした。そこで、次の2つの方法を用いた。

1 質問紙調査

東京都通所活動施設職員研修会医療的ケア研究会又は東京都市町村公立施設協議会に所属し、施設を利用する重症者の医療的ケアに対応しているとした通所施設20カ所を対象に、各施設の利用者及び職員の状況や医療的

ケアを行うに至った経過、運営形態、財政状況、国や施設所在地の区市（以下「区市」という）への要望等を問うため12ページの質問紙により郵送調査を行った。調査期間は2010年12月から2011年4月までである。

本調査では、16施設から回答があった(80.0%)。そして、その結果について、職員数、重症者の割合や医療的ケアの実施状況、公設公営・公設民営・民設民営の運営形態区分、財政力指数などを指標として比較検討を行った。なお、公になりにくい財政状況については記入しづらいとの理由から当該欄が空白になっている施設もあった。また、公設施設では報酬が直接所管部署に歳入されるため施設では回答できないところもあった。そこで、当該施設については調査票回収後再度電話調査を行い、できる限り回答を取計した。

2 ヒアリング調査

上記調査で回答のあった施設のうち、重症者の受け入れが多い公設公営施設1施設、民設民営施設3施設の長を対象に、質問紙調査の結果を基に、重症者の受け入れの考え方や受け入れている場合の課題、職員配置の現状と問題点、市町村による財政的支援の課題などについて半構造化面接により聞き取りを行った。調査期間は2011年4月から5月の間に行い1施設の所要時間は約90分であった。そのうえで、重症者の通所を可能とする通所施設の役割と市町村の関与（受委託の関係や独自補助など）などについて検討した。

3 倫理的配慮

質問紙調査及びヒアリング調査に当たっては調査の目的、概要等を明示するとともに、事業所の法人名や事業所名等が特定できない

よう処理する旨を記載した文書を同封し、倫理上の配慮を行った。

V 結果

1 調査対象施設の概要

① 施設の種別及び重症者の利用

回答のあった16施設中、区市が設置運営している施設³⁾は3施設（以下「公設公営施設」という）で、指定管理者制度により区市から管理運営を受託している施設（以下「公設民営施設」という）は6施設、社会福祉法人が設置運営している施設は7施設（以下「民設民営施設」という）であった。施設種別は14施設が生活介護、1施設が知的障害者通所更生、1施設は区市が設置した重症心身障害者通園事業B型の施設であった。これら全ての施設では重症者が通所しており、施設利用者の平均障害程度区分（旧法施設1カ所を除く）は5.3であった。また、1施設当たりの一日当たりの平均利用者は31.7人で、そのうち重症者の数は12.9人（40.6%）であった。

② 職員配置状況

職員配置を見ると利用者1人あたりの直接職員配置は1.49人であった。常勤の医師が配置されている施設はなく、看護師の配置は1施設当たり常勤換算で平均2.1人、うち正規職員の看護師配置は平均1.3人であった。

2 施設の運営形態と財政状況

施設の財政状況について回答のあった施設は13施設（回答施設のうちの81.3%）全てで法定の報酬以外に区市から委託料の超過や補助等（以下「法定外超過額」という）を得て施設運営を行っていた。その施設を運営形態によって区分しその財政状況について比較し

た。運営形態は公設公営施設、公設民営施設、民設民営施設に分けた。なお、収入において利用料及び実費負担収入は除外し検討した。

回答施設は13施設で、いずれの施設も運営経費は国が定めた報酬額を上回っており、法定外超過額は所在地区市が負担していた。報酬は国が二分の一、都道府県と市町村が四分の一ずつ負担しているが、その報酬額全体を上回って市町村が所要額を負担していたのである。その額は、一人当たり年額61万円から577万円とばらつきがあったが、全施設の平均法定外超過額は一人当たり年約258万円であった。その法定外超過額の運営形態ごとを比較すると、公設公営施設では一人当たり年間約492万円、公設民営施設では年間約154万円、民設民営施設では年間約221万円となっていた。

3 施設の財政状況と重症者数及び職員数との比較

法定外超過額と重症者の支援の関係を明らかにするため、施設類型ごとに一日当たりの重症者通所者の割合、職員の配置状況などについて比較するとともに、重症者率の高い施設の法定外超過額を比較した。

全通所者に対する重症者の割合では（有効回答15施設）、10%未満が2施設、10%から29%が3施設、30%から69%が4施設、70%以上が6施設と差異があった。運営形態別の重症者の割合では公設公営施設88.2%、公設民営施設35.5%、民設民営施設22.6%と、公立施設で高かった。

重症者比率と財源、運営形態の関係を検討するため、前項で回答のあった13施設のうち重症者率が70%を超えている5施設の一人当たり法定外負担額を比較すると、年約154

表1 施設運営形態別超過負担と重症者の比率, 正規職員比率等

	一人当たり法定外超過額 (年額, 平均)	重症者割合	通所者中の医療的 ケア必要者割合	正規職員比率
公設公営	4,924 千円	88.20%	21.90%	83.80%
公設民営	1,543 千円	35.50%	3.80%	76.50%
民設民営	2,214 千円	22.60%	18.10%	65.60%

万円から約577万円, 平均で一人年約362万円であった。また, この5施設中3施設は公立施設であった。一方, 重症者比率が70%以下の施設では, 年約60万から416万円, 平均で一人年約163万円であった。後述するヒアリング調査の結果も含めて考えると, 公設公営が医療的ケアを含む重症者の受け入れを施設の役割として位置づけ, 民設民営施設では, 所在地区市からの補助を条件に医療的ケアを要する者を受け入れているためであると推定できる。したがって, 前項に掲げた13施設の一人あたりの法定外超過額において, 公立公営施設が重症者の割合が多いため負担額も大きく, 次いで民設民営施設が位置づいたと考えられる(表1参照)。

次に, 利用者を直接支援する介護職等の数と利用者数の関係に注目した。「障害者自立支援法に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員, 設備及び運営に関する基準」(厚生労働省2011, 以下「国基準」という)における生活介護の人員に関する基準を見ると, 利用者一人あたりの職員配置は平均障害程度区分が5以上の場合は利用者の数を3で除した数以上であることが最低基準となっている。しかし, 本調査における職員一人に対する1日当たりの利用者数を見ると, 多い施設では2.42人であったが少ない施設では0.86人となっていた。運営形態別にみると公設公営施設では平均1.30人, 公設民営施設では1.89人,

民設民営施設では1.38人と公設公営施設における割合が高かった。いずれの施設においても国基準を大きく上回っていた。

民設民営施設においても公設公営施設とほぼ同様の法定外超過額であり, かつ職員配置も公設公営同様の施設が2施設あった。これをグラフにして検討したところ, 職員一人当たり利用者数が0.86人である施設は512万円の法定外超過額がある一方, 2.42人の施設は156万円となっているなど, 法定外超過額が多い施設は, 介護職員数に対する利用者数が少ないという相関関係があることが明らかとなった(図1参照)。

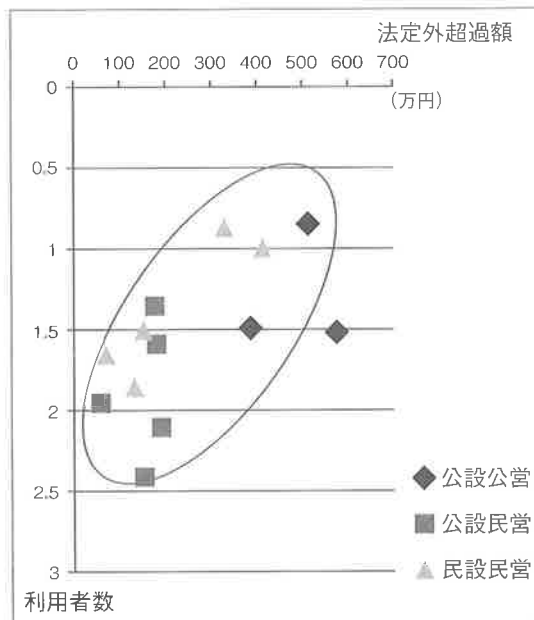


図1 一人当たり法定外超過額に対する職員一人当たりの利用者数の関係 (n=15)

4 医療的ケアに対する対応

回答のあった16施設における医療的ケアを要する重症者人数の平均は4.8人で、一日当たりの通所人数は平均で3.2人となっていた。また、通所している者に対する医療的ケアを必要とする者の割合は公設公営21.9%、公設民営施設3.8%、民設民営施設18.1%、平均12.2%であった。医療的ケアに対応している職種で見ると、看護職は全ての施設で対応していたが、介護職も対応していると答えた施設が9施設(56.2%)あり、日常的に介護職も吸引や経管栄養等の医療的ケアに対応していた。一方、看護師配置数との関係で見た場合(回答は15施設)、医療的ケアが必要な重症者が3人以上いる施設は5施設あり、うち4施設で看護師が複数以上配置されていた。

5 ヒアリング調査の結果

ヒアリング調査では、重症者の受け入れの考え方や受け入れている場合の課題、職員配置の現状と問題点、市町村からの財政的支援の課題など設問ごとに聞いた。

重症者の受け入れの考え方について、公設公営施設では当該施設が重症者の受け入れを主たる目的として運営されており、受け入れは当然と考えていた。民設民営施設では、3施設とも市町村から補助を条件に受け入れを依頼されていると回答した。

また、受け入れている場合の課題としては、どの施設も、重症者は一人ひとりに応じた支援を図る必要があり、とりわけ医療的ケアへの対応を行う場合は吸引時の吸引場所や経管栄養時の経管の長さなど個人に応じた対応が必要なため、そのマニュアルをつくるなど個別対応を徹底する必要が挙げられた。個々の

利用者の日常の変化を見逃さず、心身に変化のあった場合は看護師などと連携しながらその対応を図るためには、介護職員の力量形成も重要である。それを可能にしているのが介護職員1人に対し利用者が1人に近い体制であることが共通して指摘された。この裏付けとなっているのが市町村からの財政的支援であり、こうした介護職員配置が職員同士の職種間連携を可能にし、ひいてはそれによる職員の力量形成が可能となっていると考えられる。しかし、市町村財政の厳しさが増しておりこれまで通りの法定外の超過負担ができるかという不安を感じていた。とりわけ、民設民営施設では、補助が削減された場合、医療的ケアへの対応だけでなく重症者の受け入れすら困難となる事態も想定されるなどの危機感を抱きながら重症者の受け入れを図っている状況が明らかとなった。

VI 考察

本研究の目的からすれば、特別支援学校卒業後の進路状況や在宅生活の実態を一般的に把握するだけでなく、その実態の内容を問い、日中活動の場を得ることの困難や通所施設の実践的困難を明らかにするとともに、それらの困難を打開していく可能性を究明する必要がある。このような問題意識の下に、今回の調査結果の意味するところについて以下の三点を考察した。

1 重症者が通所施設に通うための市町村の関与

①人員配置と財政支援

回答のあった13施設では法定外超過額を市町村から得ており、その額は利用者一人当

たり平均約258万円である。この法定外超過額について東京都の民間福祉施設（公設を除く）に対する独自のサービス推進費補助制度は定員1人に対し年間約24万円程度であることから、超過負担の大部分は区市による負担であると推定された。

本調査における平均障害程度区分（旧法施設1カ所を除く）は5.3で、職員一人当たりの利用者数は1.49人と国基準の配置人数を大きく上回っていた。また、看護師の配置も国基準では1人と定められ、週に1日（時間数は不問）でも在職していればよいこととなっているが、本調査では1施設当たり常勤換算で平均2.1人、正規職員の看護師配置は平均1.3人となっていた。また、一人当たりの介護職員に対する利用者数が少ない施設ほど法定外超過額が多いことが明らかとなった。すなわち、法定外超過額があるから国基準を上回る人員配置が可能となっていることが推定される。

重症者は言語や行動による意思表示が難しいため、その介護では表情などを読み取りながら十分な注意を払う必要がある。また、早期に始まる身体機能の退行に応じ、嚥下状態を把握した食事介護や、座位保持、拘縮予防のための介護においても障害特性を理解しリラックスして生活できるように環境を整えることが必要である（小谷 2003）。そうした日常の実践で得た知見を通所施設職員全体のものとし、丁寧なコミュニケーションを媒介として一人ひとりに応じた支援をつくり上げていくことは、通所施設の介護職員にとって重要な役割となる（峰島 2007）。調査対象施設では法定外超過額による職員配置により丁寧な対応が可能となっているからこそ、40%もの重症者の通所が可能となる実践ができてい

ると考えられる。

②施設種別類型による通所者の状況

設置主体と運営主体の差異が通所者の状況にどのように影響するか検討した。

重症者が全利用者に占める割合は公設公営施設では88.2%、医療的ケアを必要とする通所者の割合でも公設公営施設は21.9%といずれも高かった。このことは公立施設が地域のセーフティーネットとして心身の状況から支援に人手のかかる重症者を受け入れているためであると考えられる。財政状況との比較で考えれば、一人当たりの法定外超過額の多い公立施設だからこそ比較的多くの重症者を受け入れられているとも言えよう。他方で、公設民営施設と民設民営施設では必ずしも超過負担額と重症者の割合の相関関係は見いだせなかった。これは、市区が一定の法定外超過額をしながらも、通所者に占める重症者割合及びその中での医療的ケア要する者の割合も低く、知的障害者を中心とした施設に一部重症者も通所しているという実態があるためであると考えられる。しかし、一方で、こうした施設でも重症者が2割以上通所していることは重い事実として受け止める必要があると考える。

2 医療的ケアを要する重症者をも支える給付費

医療的ケアを要する重症者は増加する傾向にある（飯野 2002）。しかし、重症者は地域で生活し続ける希望があっても、通所施設での医療的ケアは容認されず（下川 2003）、低い報酬金額とも相まって日中活動の場が十分保障されないという実情があった（東京都 2007）。こうした実情が、障害者制度改革推進会議福祉部会などでも議論され（厚生労働省 2010）、障害者施設での医療的ケアの必要が高まると、国はようやく2011年に「社

会福祉士・介護福祉士法」の一部改正を図り、介護職員による障害者施設の医療的ケアの実施を容認することとなった。2011年度の国予算では、介護職員等医療的ケア研修予算を計上し、2012年の障害福祉サービスの報酬改定では、「医療連携体制加算」など医療的ケアに関し報酬上の配慮⁴⁾を行った。しかし、看護師2人分を算定した場合、1施設当たりの増収は年間約250万円である。調査対象施設の平均利用者数を勘案すると一人当たり78千円の増収となるだけである。

医療的ケアを要する重症者の介護には看護職と介護職が連携し、一人ひとりの利用者の心身の表現をわかりながら（高谷 2011）介護の質の向上に対応することが不可欠である。本調査対象施設では多くの施設で重症者を受け入れ、介護職や看護師が連携し医療的ケアにも対応していた。ヒアリング調査からもこれを可能としているのが、区市からの財政支援であった。本調査対象施設の平均法定外超過額とこの報酬改定による増収額を比較しても、現状の支援法上の報酬単価が、重症者の支援に足るものとなっていないことは明らかである。一人ひとりを観察することが可能な介護職員の配置や看護職員の複数配置などの支援がなければ重症者の介護の質の向上どころか受け入れすら図れない。これはヒアリング調査でも各施設で強調された点である。重症者の日中活動を可能とする環境整備を図り、どんなに重い障害があっても地域で暮らし続けることを保障するため、医療的ケアにも対応し得る給付費算定見直しが必要である。本調査からは、重症者が70%以上通所する施設の法定外超過額は1人当たり平均362万円であった。これを240日の通所日数を想定し、1日の加算額として報酬算定するならば、1

日約1万5千円となる。国が憲法第25条に掲げる責任を果たすためには、これらの市町村の取り組みに見られる法定外超過額を実践に基づくひとつの指標とし、重症者加算などの方法で次期の給付費報酬改定に反映することが必要であり、そのことにより、重症者の地域生活の拡充に大きく寄与すると考える。

3 市町村支援が国制度に広がる可能性

本研究では東京都をフィールドとした。東京都は、全国の1割を占める人口を擁していること。重症者を受け入れている身体や知的障害者を主な対象とした通所施設が多く存在していること（東京都通所施設職員研修会 2008）からその動向は全国的な典型事例となり得る。また、都内区市は比較的財政状況が安定しているといわれているものの、実際の財政状況は多様であり全国の市町村を取り巻く状況と類似している。総務省の2010年の調査によると、16施設の所在地13区市（重複する区市を除く）の財政力指数は1.31から0.35で差異がみられた。また、その数値を全国の区市の財政力指数を上位から20%ごとに区分し5のグループに分け、当該所在地区市がどのグループに位置づくか調べたところ、1位グループが5区市となったが、2位グループが2区市、3位グループが1区市、4位グループが4区市、5位グループが1区市となった（総務省 2010, 図2参照）。その点から、調査対象施設所在地の区市全ての財政状況が特段良好であるから法定外の超過負担が可能となった訳ではない。財政力が高くなく人口の少ない市町村であっても、個別給付である報酬への市町村独自の上乗せ補助など手法をとれば、支援は可能であることになる。

2011年の支援法の改正では、これまで都

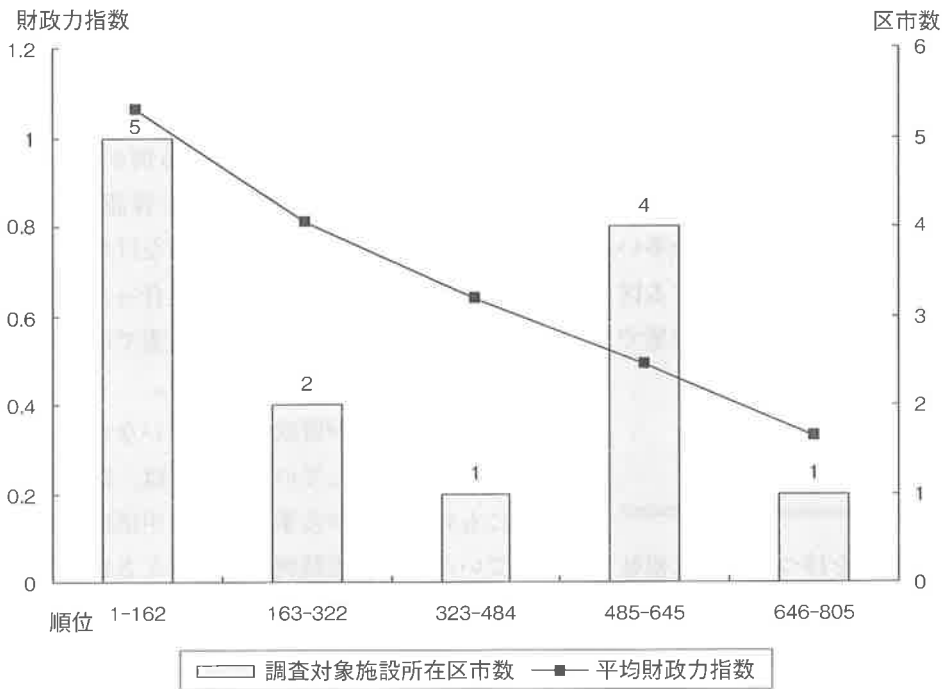


図2 財政力指数階級別所在地区市分布数 (n=13)

道府県の施策であると位置づけられていた重症者の通所施策が市町村に移行された。具体的には、重症心身障害児施設において児童は児童発達支援に、成人は施設入所支援と重度包括支援、生活介護などに移行し、同一施設に異なる法体系が併存する二重制度としたほか、重症心身障害児（者）通園事業は、成人を対象とする場合、生活介護に移行することとなり、成人である重症者の支援は全て支援法に規定されることとなった。

いうまでもなく、支援法に定める支援の実施者は市町村である。法的には重症者のサービスの支給決定や生活介護など福祉サービスの基盤整備も市町村が担わざるを得ないことになったのである。市町村は憲法第25条の規定を具体する市民の命と暮らしを守るといふ役割を有し、障害者基本法に定める「相互

に人格と個性を尊重し合いながら共生する社会」を実現するという理念の具体化が求められる。そして、それを可能ならしめる社会的共同業務を担う地方政府としての固有性がある⁵⁾。支援法が改正され市町村の役割が拡大するなか、市町村が財政的に支援し重症者の日中活動を保障しているという本調査の結果は全国への広がる可能性を有するものであり、これを明らかにした本研究の意義は無視できないものがあると考えられる。

障害者制度の歴史を振り返っても、当事者や家族、実践現場での運動が都市部での先駆的試行につながり、それを国が制度化した例が数多くある。その一つが京都府や東京都などで実施され国が1979年に制度化した養護学校義務化である（青木 1972, 平田 2001）。また、福祉分野でも東京都や横浜市で先駆

的に実施されたケアホーム制度（中島 2005、角田 2009）や大阪府枚方市で実施され全国に広がった知的障害者ガイドヘルプ制度（古井 2005）など、市町村が住民のニーズに基づき先駆的に実施した制度が各地に広がりを見せ、国が制度として定着させた例は数多い。その点から、重症者の日中活動を保障する区市の通所施設への支援も国の制度化を展望できるものとして位置づける必要がある。

VI 結 論

重症者は少数で特殊性を持つがゆえに福祉施策においても顧みられることが少なかった。国の重症者施策も、入所施設や医療施設を中心に展開され、市町村の関与の余地は少なかった。その研究も主に医療や看護、国の福祉政策、入所施設での実践を中心に行われてきた。その意味から、市町村の障害者福祉行政において、重症者ケア施策は新しい課題である。彼らが質の高いケアを受けながら個人として尊重され生活できる地域をつくるためには、これまでの中央集権的な施策に対し、一人ひとりのニーズに応える地域での基盤整備が必要となる。

本研究では、これまで知り得ることの難しかった重症者が通所し医療的ケアにも対応している施設の財政状況等を調査し、重症者福祉施策を実現する実践的プロセスとそこで果たすべき市町村の役割を地方自治との関係から構造的に把握して、実施主体である市町村の役割と固有性を明らかにした。その結論は次の点である。

第一に、財政的支援の役割と所要人員の確保の重要性である。調査対象施設では所在地の区市が財政的支援を行うことにより、重症

者の通所が可能となるよう国基準を上回る人員の配置や複数職種の配置などの環境整備を図っている実態が明らかとなった。特に公立公営施設ではそれが顕著となる例があった。国は福祉職による医療的ケアを容認したが、国基準を上回る介護職の配置がなければ医療的ケアなど重症者のニーズに見合った支援が困難である。その点から、本調査で明らかになった実態が持つ意味は大きい。

第二に、区市が財政支援を行いながら重症者の通所を確保している施設では、医療的ケアにも対応しながら重症者の日中活動を確保していた。この実践例から必要とされる報酬基準の額の指標を明らかにした。本調査からは、重症者が70%以上通所する施設の法定外超過額は1人について1日当たり約1万5千円となる。これを一つの指標とし、国が重症者加算などの方法で次期報酬改定に反映すれば、医療的ケアを要するものも含めた重症者の地域での生活の拡充に大きく寄与できると考える。

第三に、重症者の日中活動を保障する区市の通所施設への支援は国の制度化を展望できるものとして位置づける必要がある点である。本調査で明らかになったように財政力が高い区市であっても、社会的共同業務を担う地方政府としての役割を果たすため、現実に重症者の日中活動を保障する財政支援を行っており、個別給付への上乗せなどの手法をとればその普遍化は可能である。2011年の支援法の改正において、これまで都道府県の施策であると位置づけられていた重症者施策が市町村に移行され支援の主体となった。これまでの障害福祉の歴史を考えた場合、本調査で明らかとなった先駆的な区市による通所施設への財政支援のとりくみは市町村にとって

重要な示唆を与えるものであり、また、国制度への展望につながるものであると考える。

謝 辞

本研究に当たって、ご協力をいただいた東京都障害者通所活動施設職員研修会のみなさん、ご指導いただいた日本福祉大学大学院大泉溥先生、近藤克則先生に深く感謝する。

◆注

- 1) 重複した医学的に重い障害 (severely impairment) を有する人たちに關する福祉用語としては、重症心身障害児 (者) と重度重複障害者がある。重症心身障害児 (者) は「精神の発達の遅れと身体の障害を併せもち、しかもそれぞれの障害の程度が重度である者」として大島分類による1から4の区分に該当するものと解される。重度重複障害者というは身体障害者手帳、療育手帳などによって区分されより幅広い定義として、重度の身体障害 (肢体不自由以外も含む) 等と知的障害、精神障害が重複しているものと呼び、教育機関や障害者施設、市町村で使われてきたが、それは視覚障害や聴覚障害をも含めることもあった。しかし、中野 (2008 2-5) は『重度・重複』という概念を単なるカテゴリーとしてではなく、生活支援の困難さに着目する必要を指摘している。本論では地域で生活を送る狭義 (制度的カテゴリー) の成人重症心身障害者だけでなくその近縁に位置する重度肢体不自由と重度知的障害を重複する者をも含めて論じ、生活の困難さとその解決を図る福祉施策について論じる観点から、重症心身障害者という用語を広義で用いることとした。
- 2) 治療行為としての医療行為とは区別して経管栄養・たん吸引など日常生活に必要な医療的な行為を医療的ケアと呼ぶようになっており、国や都道府県の文書、学術論文、教育や福祉現場において一般化しつつある (北住 2006)。本論では、2004年「盲・聾・養護学校におけるたん吸引等の医学的・法律学的整理に関する取りまとめ」(在宅及び養護学校における日常的な医療の医学的・法律学的整理に関する研究会 2004) の定義に従う。
- 3) 2003年の地方自治法の改正により、地方公共団体の出資法人等に限定して委託できる「管理委託制度」が廃止され、企業など民間事業者等を含む指定管理者に管理を代行させる「指定管理者制度」が創設された。この法改正に伴い、公の施設の運営は直営施設又は指定管理者の二区分とされた。法改正前、管理委託制度を採っていた公設民営施設は直営に戻すか指定管理者に委託するかの選択することになったが、支援業務を法人に委託し施設管理や利用者決定、利用料徴収を市

町村が行う施設は直営施設として位置づけられることになった。本調査ではこの施設も公設公営施設として類型した。

- 4) 2012年の報酬改定では、「重度障害者支援加算 (2)」の算定要件の見直しとして、「特別な医療が必要であるとされる者又は腸ろうによる経管栄養若しくは経鼻経管栄養が必要とされる者が利用者の数の合計の100分の20以上であること」が規定され加算要件が緩和された。また、看護職員が介護職員等にたんの吸引等に係る指導を行った場合に「医療連携体制加算」が設定されたが、「重度障害者支援加算 (2)」は一人当たり181単位、「医療連携体制加算」は看護職1人に対し1日500単位に過ぎない。
- 5) 区市の役割については、芝田 (1985 30-38) が公務労働の二重性を指摘しながら、統治組織管理の側面と福祉や生活基盤整備などの市民との社会的共同業務を担う側面の二面性を指摘している。重森 (2002 7-25) は、この理論の成果を継承させるべきものとしながら福祉国家型公共性の危機といえる状況の中、公共性が持つ意味について住民自治と住民協働を重視する柔構造型分権システムの構築による市民的公共性再生を展望している。一方、植田 (2004 256-267) も社会的共同業務を理論的基盤とし、市町村を市民生活から生じるさまざまな領域での協働性を基盤とした公共圏の結節点と位置づけなおすことに必要を論じている。本論ではこれまで区市が自らの業務としてとらえきれなかった重症者の命と暮らしを守ることを当事者や事業者など地域の様々な者との共同の中で、豊かな日中活動を保障する業務を担うことが主体的な市町村の役割であり、公共性=公的責任であると考えられる。

◆文 献

- 青木嗣夫 1972「障害児教育義務制実施にともなう諸問題」『日本教育学会大会研究発表要項』31
- 飯野順子 2002「医療的ケアを必要とする児童生徒の実態」全国肢体不自由養護学校長会編『肢体不自由教育実践講座第』ジアース教育新社、p.177
- 大泉溥 1989『障害者福祉実践論』ミネルヴァ書房
- 岡田喜篤 1998「重症心身障害児問題の歴史」『重症心身障害療育マニュアル (岡田ほか編)』医歯薬出版
- 岡田喜篤 2003「在宅重症心身障害児・者の現状と課題」『地域保健』24 (11)、pp.8-19
- 川島聡 2010「障害者権利条約と「既存の人権」」『発達障害研究』32 (5)、p.399
- 北住英二 2003「生活の場・教育の場における重症障害児医療」『脳と発達』35、pp.200-205
- 厚生労働省 2008『平成18年身体障害児・者実態調査結果』
- 厚生労働省 2010『第6回障がい者制度改革推進会議総合福祉部会議事録』
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/sougoufukusi/txt/0831-01.txt> (2012年2月10日閲覧)

- 厚生労働省 2011『障害者自立支援法に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準』
- 河野正輝 2000「社会福祉の権利」『新現代社会福祉法入門（佐藤進ほか編）』法律文化社, pp.46-53
- 小谷裕美 2003「思春期・青年期における重症児の発達と医療」『障害者問題研究』31（1）, pp.30-38
- 重森暁 2002「市民的公共性の再生と公務労働」『大阪経大論集』55（2）, pp.7-25
- 芝田進牛 1985『公務労働の理論』青木書店, pp.30-38
- 下川和洋 2003「医療的ケアを必要とする子どもたちの教育権保障とその展望」『障害者問題研究』31（1）, pp.40-41
- 社会福祉法人旭川荘 1992『重症心身障害者に関する文献目録』
- 末光茂ほか 1991「重症心身障害児（者）地域医療福祉システム構築の現状と課題」『川崎医療学会誌』1（1）, p.151
- 杉本健郎 2001「小児神経学会としての支援」『医療的ケアネットワーク（小西行郎ほか編著）』クリエイツかもがわ, pp.206-214
- 総務省 2010「平成22年度地方公共団体の主要財政指標一覧」http://www.soumu.go.jp/iken/zaisei/H22_chiho.html（2012年2月1日閲覧）
- 高谷清 2011『重い障害を生きるということ』岩波書店, pp.93-99
- 田中昌人 1974『講座発達保障への道』全国障害者問題研究会出版部
- 槌田洋 2004『分権型福祉社会と地方自治』桜井書店, pp.256-267
- 角田恵子 2009「日本の知的障害者グループホーム構想に見る『脱施設化』の特質と矛盾」『特殊教育学研究』47（4）, pp.201-212
- 東京都 2007『地域福祉の推進を基調とした障害保健福祉施策の新たな展開について』
- 東京都教育委員会 2008『特別支援学校（高等部）進路別卒業者』
<http://www.kyoiku.metro.tokyo.jp/toukei/20sotsugo/toppage.htm>（2011年12月10日閲覧）
- 中島直行 2005「精神障害者グループホームの現在」『東京家政学院大学紀要』45, pp.8-31
- 中野敏子 2008『『重度・重複』障害のある人をめぐって』『リハビリテーション研究』135, pp.2-5
- 平田永哲 2001「特殊教育：21世紀への展望」『琉球大学教育学部障害児教育実践センター紀要』3, pp.1-3
- 古井克憲 2005「知的障害のある人へのガイドヘルプにおけるコーディネイターの活動」『人間社会学研究集録』1, pp.265-285
- 峰島厚 2007『障害者自立支援法と実践の創造』全障研出版部, pp.146-147
- 結城康博 1998「医療的ケアを伴う重度重複障害者における問題」『社会福祉学』39（1）, pp.162-176