

行政院及所屬各機關出國報告

(出國類別：考察)

日本發展遲緩兒童早期療育業務考察

服務機關：行政院衛生署

出國人職稱：薦任技士

薦任科員

姓名：陳秀玫

藍靜誼

出國地區：日本

出國期間：九十年八月廿六日至八月三十一日

報告日期：九十一年三月

※本報告由考察團員共同完成。

行政院研考會/省(市)研考會
編號欄

J4/
C09100160

公務出國報告提要

頁數 19 含附件 否

報告名稱

赴日本東京考察發展遲緩兒童早期療育工作

主辦機關

行政院衛生署

聯絡人/電話

王玲紅/23210151#507

出國人員

藍靜誼 行政院衛生署 醫政處 薦任科員
陳秀玫 行政院衛生署 醫政處 薦任技士

出國類別

考察

出國地區

日本

出國期間

民國 90 年 08 月 26 日 -民國 90 年 08 月 31 日

報告日期

民國 91 年 03 月 08 日

分類號/目

J4/公共衛生、檢疫 J4/公共衛生、檢疫

關鍵詞

發展遲緩兒童，早期療育

內容摘要

本次日本發展遲緩兒童早期療育業務考察，主要參訪負責規劃早期療育之主管規劃機關及療育相關機構，以提供國內推動早期療育之參考。在日本由政府（中央或地方）主動出擊，進行新生兒全面篩檢並定期追蹤，成效頗佳。國內健保給付四歲以前，六次兒童健康檢查，其檢查項目較著重生理檢查，僅在18個月列有一次發展相關之檢查，89年使用率為55.6%。建議於檢查時程設定關卡，規定至少兩次必要施行之時點，配合預防接種時程，以提高到檢率，並應用發展遲緩兒童篩檢表，以有效落實遲緩兒早期發現政策。比照入小學繳交預防注射資料卡，應強制規定進入托兒所或幼稚園應繳交兒童健康檢查或發展篩檢相關資料者方可入學，未完成者應予立即補做健康發展篩檢才能入所或入園。

本文電子檔已上傳至出國報告資訊網

目錄

一、考察目的..	P1
二、考察團成員名單.....	P2
三、考察過程.	P3
四、東京都心身障害者福祉中心... ..	P4
五、東京都立北療育醫療中心.....	P6
六、東京都福祉局障害福祉部	P9
七、厚生省社會援護局障害福祉部.....	P11
八、神奈川縣立丘學園.....	P12
九、神奈川縣立三浦半島學園.....	P13
十、考察心得及建議.. ...	P14

附件：日本障礙兒、障礙者福祉制度資料

日本發展遲緩兒童早期療育業務考察

一、考察目的：

行政院衛生署為建立為建立發展遲緩兒童聯合評估的完整醫療模式，自八十六年度起，推動設立「發展遲緩兒童聯合評估中心」，已補助台北市立婦幼綜合醫院、台中榮民總醫院、國立成功大學醫學院附設醫院、私立高雄大學附設醫院、佛教慈濟綜合醫院、長庚紀念醫院林口兒童分院、嘉義基督教醫院、彰化基督教醫院、本署新竹醫院、羅東聖母醫院、中國醫藥學院附設醫院、屏東基督教醫院、長庚紀念醫院高雄分院及光田綜合醫院等十四家醫院辦理，以期能早期發現、早期治療。將以當地政府整合推動狀況為考量，逐年擴增服務點，以每縣市至少成立一家中心或建立聯合評估機制為目標。

本次參訪日本發展遲緩兒童早期療育相關機構，希望藉由參訪負責規劃早期療育之主管機關，瞭解日本發展遲緩兒童療育服務系規劃，以提供國內推動早期療育之參考。

二、考察團成員：

本次考察團成員主要以醫療人員為主，包括評估中心醫師、療育相關治療師、特殊教育人員、社工人員、政府及民間單位發展遲緩兒童早期療育業務推動者。

※花蓮慈濟醫院 王本榮教授、梁忠詔主任
劉盈綺、陳佳惠、單秀蘭治療師

※發展遲緩兒童基金會 雷游秀華 董事長

※台北市立婦幼醫院 陳質采醫師

※羅東聖母醫院 郭峰志主任

※高雄長庚紀念醫院 周文君主任

※彰化基督教醫院 鄭琿主任、張逸琳心理師

※高醫附設中和紀念醫院 鐘育志教授、王慧儀講師、
周映君講師

※成大附設醫院小兒科 陳永榮教授

※嘉義基督教醫院 賴德聰主任

※行政院衛生署醫政處 陳秀玫小姐、藍靜誼小姐

三、考察過程：

- ※8/26 下午 桃園中正機場至東京羽田機場
- ※8/27 上午 東京都心身障害者福祉中心
地址：東京都 新宿區 戸？山 3-17-2
- ※8/27 下午 東京都立北療育醫療中心
地址：東京都 北區 十條台 1-2-3
- ※8/28 上午 東京都福祉局障害福祉部
地址：東京都 新宿區 西新宿 2-8-1
東京都廳第一廳舍
- ※8/28 下午 厚生省社會援護局障害福祉部
地址：東京都 千代田區 霞關 1-1-1
法曹會館
- ※8/29 下午 神奈川縣立丘學園
地址：橫濱市 港南區 芹丘 2-1-1
- ※8/30 下午 神奈川縣立三浦半島學園
地址：橫須賀市 長澤 4-13-1
- ※8/31 下午 東京羽田機場至桃園中正機場

四、東京都心身障害者福祉中心：

※中心成立於昭和40年（民國57年），為東京都都立，主管機關為福祉局（如同我國社會局）。

※病患種類，以成人肢障（中風病人占86%）、智障為主，小兒個案較少。

※中心成立的宗旨，在使功能低的身心障礙者能日常生活能獨立自主，功能高的身心障礙者能回歸社會主流獲得工作的機會。

※中心訓練的重點，非常注重日常生活訓練及職業訓練。

「日常生活訓練方面」：

國內的醫療院所常因受限於空間，對日常生活訓練的設備十分不足，但本中心依一般日本家庭的設備，擺設一個日常生活訓練的「家」，讓病患如同在自己家中接受日常生活訓練，使身心障礙者能日常生活能獨立自主，不須依賴他人協助，相反的，台灣很多的家庭對病患太多的協助與保護，反而阻礙病患日常生活的進步。

「職業訓練方面」：

國內的醫療院所在職業訓練設備上，比日常生活訓練設備更加不足，全國除了台北榮民總醫院有相關職業訓練設備外，幾乎沒有醫院提供職業訓練的服務，其他方面只有各身心障礙協會成立的庇護工廠可提供部份職業訓練的機會，一個高功能的身心障礙者，可借由職業再訓練，使他能回歸社會、並獲得工作，像日本由政府主導，並補助大量訓練費用，這一點國內仍有相當長的路要走。

※中心的職業訓練，依病患的能力分二階段訓練：

- 1、智能障礙訓練室階段。
- 2、作業適應訓練技能系階段。

※訓練費用，完全不收費。

「智能障礙訓練室階段」

※訓練者平均智力為60，平均年齡21歲。

※訓練者來源：有工作意願且職業評估確定有工作潛力者。

※每周一至五，上午9：00至下午4：00，提供4-12月的職業訓練。

※結業後，由中心工作人員陪同訓練者至公司找尋工作。

※結業後的工作情況，工作性質以服務業為主，如清潔工作、清洗衣物、超市裝物品，工作五年以上的就業率約45%，平均薪資可高於政府所定的基本工資，但近年日本也受經濟不景氣的影響，就業率有明顯下降。

「作業適應訓練技能系階段」

※來源：智能障礙訓練室階段的個案，再經職能開發中心評估後有工作潛力者。

※每周一至五，上午9：00至下午4：00，提供12-18月職業訓練。

※結業後，由中心工作人員陪同訓練者至公司找尋工作。

※結業後的工作情況，工作性質以製造業為主，有板金焊接科、機器雕刻科、縫紉科。工作五年以上的就業率90%，平均薪資可高於政府所定的基本工資。

五、東京都立北療育醫療中心：

※中心成立於昭和37年（民國54年），為東京都都立，初期為服務腦性麻痺兒童為主的肢體不自主中心，昭和60年（民國77年），擴大服務範圍至17科門診服務，平成9年開辦重症身心障礙兒童病房，以我的看法，此院如同一個殘障兒童醫院，提供的服務「在醫療上」，有（1）身心障礙兒童的門診（2）一般疾病的住院（3）重症身心障礙兒童加護病房，「在早期療育上」有（1）通園療育（2）入園療育（3）入所療育（4）地域內的在宅支援。

「身心障礙兒童的門診」

※有十一個專科，一日門診量約 200 人。

「一般疾病的住院」

※共 50 床，成人與小兒各 25 床。

「通園療育」

※對象針對6歲以下輕、中度肢、智障兒童，服務量40人。

※以日間托育的方式，每周提供2-5日的療育，療育時母親一定要來參與，學習教養技巧。

※交通上，醫院有派車至家中接送。

「入園療育」

※對象針對18歲以下輕、中度肢、智障兒童，以住宿方式提供早療服務，服務量60床。

※除了有保育員照顧其日常生活起居與做日常生活訓練之外，並接受復健治療。

※學齡的兒童，由鄰近的北養護學校派車來接送上學。

「入所療育」

※對象針對3-18歲或18歲以上重度身心障礙兒童，以長期住院方式，提供服務以養護為主，服務量共40床，住院時間長短不限，費用全免，大大降低家長的付擔，此點本人以為非常值得我們學習，也就是說重度身心障礙兒童的養護，不應是由一個家庭來負擔，而是應由整個社會來共同負擔。

※學齡的兒童由鄰近的北養護學校派車來接送上學。

「在宅支援」

對地域內無法至醫院治療的兒童提供三種服務：

1、 治療師至家中或保健所治療：

※目前國內健保制度為了防蔽，並不支付至家中治療的費用，日本的制度值得我們學習。

※目前國內健保制度為了防蔽，也不支付至「非醫院」的治療費用；但在日本以各地「保健所」為中心，提供負責區域內發展遲緩兒童的療育場所，此點本人以為非常值得我們學習，如此治療師不必至家中治療，但就距離而言，病患也相對上較方便，如此在地域內某一定點提供療育服務，不但有效率、可防止濫用健保資源，且不會有安全顧慮。

2、 喘息治療：

※家中有發展遲緩兒童，家人負擔與壓力十分大，本中心在「入園療育」的各額中保留3-4床，做臨時托育、喘息治療之用，此點也值得我們學習。

3、 以「通園療育」的方式，醫院派車去接病患來治療。

※目前國內健保制度為了防蔽，對醫院派車到家中接送病患多採負面看法，本人以為對「身心障礙者與其家庭」應不在此限。

「療育費用」：

※費用問題對身心障礙者與其家庭而言是為最現實的問題，如此完善的安置體制，幾乎完全免費，在公辦的療育機構是完全免費，在民間辦的療育機構，則依家長收入等級，部份負擔，最高等級每月負擔2.6萬日幣。我們常說「兒童」是屬於社會的，而非單屬於父母的；相同的觀念，「身心障礙的兒童」的養育責任，應由整個社會來共同負擔，而不是由「一個家庭」辛苦的、無助的來承受。

※「療育經費那裏來」？

日本行政體系三級制，(1) 中央政府 (2) 都、道、府、縣 (3) 市、町、村，三級政府依比例負擔療育經費。

六、東京都福祉局障害福祉

第二天參訪位於東京都廳的東京都福祉局，在我國相當於台北市政府社會局，由相關官員介紹東京都的社會福利措施與母子保健事業。

日本的發展遲緩「早期發現」系統以市、町、村的「保健所」為基礎，分工清楚、且有可近性，非常值得我們學習。

「母子保健的預防流程」：

所謂預防勝於治療，日本的發展遲緩「預防保健」做得不錯，其目的在減少發展遲緩兒童的發生。其措施包括：

※婚前健診。

※妊娠對策：媽媽確定懷孕了，須至市、町、村的「保健所」報到，並交與媽媽母子保健手冊與二次公費妊娠健康診查票，進行妊娠健診，另外高危險群，可安排媽媽進一步的產前診斷如羊水、超音波檢查。

※產婦對策：醫院或保健所的有設立媽媽教室，提供保健指導及營養諮詢。

※以上費用由政府負擔。

「母子保健的早期發現流程」

※早期發現以市、町、村的「保健所」為基礎，保健所如同我國大型衛生所。

※小孩一出生，由出生所在醫院做先天性代謝異常篩檢，出生醫院需將小孩相關出生資料，通知小孩戶籍所在的保健所。

※小孩出生一個月內，保健所的公衛護士進行「新生兒家訪」。

※小孩出生後三個月，所有嬰兒至保健所做健康診查，並發二張免費診查券。

※小孩出生後六個月及九個月，用免費診查券至居家附近診所追蹤。

※小孩出生後十八個月，至保健所或居家附近診所追蹤。

※小孩出生後三年，至保健所做健康診查，此時特別重視視、聽力檢查。

※由上面的健康診查的流程可得知，3個月與3歲是篩檢兩大關

卡，全國所有的小孩，在3個月與3歲大時皆必須回保健所做健康診查，再加六、九及十八個月雖可至附近診所追蹤，但診所須寄回小孩的診察結果才可請領免費診查券的費用，如此一來保健所有全國兒童，從出生至3歲的完整診察資料。

※各市、町、村的保健所設有「親子教室」，在此有由附近大型醫院的臨床心理師、物理治療師、職能治療師、語言治療師所組成專業巡迴團隊來提供療育訓練。

※有問題的個案可轉至兒童相談（諮詢）所或就近的療育中心，做進一步的安置與療育。

※就學安置：以前日本的就學安置，較傾向以機構化、住宿化，目前逐漸轉向以社區化為主。

發展遲緩兒童的「早期發現流程」有三個階段：

1. 階段一：「觀察健診」，診察項目主要在：身高、體重、頭圍與外觀，由保健所中的小兒科醫師、保健護士、營養師負責。
2. 階段二：「發達健診」，診察項目主要在：心智、動作的發展，由保健所中的小兒神經科醫師、物理治療師、保健護士、營養師負責。
3. 階段三：「精密健診」，診察項目主要在：若階段二的診察仍無法確定病因，在階段二時，由保健所中的小兒神經科醫師開立免費精密健診票，至大型醫院進行精密診察。

名稱	對象	實施方法
觀察健診	如體重增加不良等，身體經過觀察有必要檢查者	衛生所、保健中心、診所實施。 小兒科醫師、公衛護士、營養師等檢查。
發展健診	身心運動發展遲緩兒童有必要檢查者	區市町村的衛生所、保健中心、診所實施。 小兒神經科醫師、物理治療師、公衛護士、營養師檢查。

精密健診	疑有疾病，有診斷確定必要的兒童	區市町村的衛生所、保健中心、專科醫院，發給精密健診單使用。確定診斷後，給予醫療費用的協助。
------	-----------------	---

七、厚生省社會援護局障害福祉部：

第三天參訪厚生省社會援護局障害福祉部，在我國相當於內政部與衛生署之下主管殘障福利的單位，由於台灣與日本的邦交問題，故只能在霞關法曹會館，由相關官員為我們介紹日本的殘障福利措施。

※日本身心障礙的種類，分三大類：

- 1、身體障害者
- 2、知的障害者
- 3、精神障害者

「身體障害者」：等級分1-6級

※日本於平成8年所做的統計，全國18歲以上身體障害的人數有2,933,000人（人口比2.9%），肢體不自由占56.5%，內部障害占21.2%，聽覺、語言障害占11.9%，視覺障害占10.4%。

※18歲以下身體障害的人數為81,600人（人口比0.3%），肢體不自由占50.7%，內部障害占22.3%，聽覺、語言障害占20.1%，視覺障害占6.9%。

「知的障害者」：分輕度、中度、重度、極重度四種等級。

※日本於平成7年所做的統計，知的障害者的人數有413,000人。

「精神障害者」：

※日本於平成8年所做推測統計，有217萬人精神障害者。

八、神奈川縣立丘學園

※此學園設立於昭和24年，學園的性質，屬於最終養護的教養院，成員多為父母無法照顧的個案，多為中重度智障，病患數兒童80人，成人40人（一個寮20人，共6個寮），住院可分成兩類：（1）長期住院，但暑假期間家長可以來同住，稱之為家族短期入所，本人以為此制度，非常值得我們學習（2）短期臨托，期間一個月以內，一寮空出2-3個名額，供地域內家中有殘障兒童喘息服務之用。兒童80人，其中60人由校車接送至附近養護學校上課，此學園的特點，有醫務所，醫務所有1位專任小兒科醫師、1位精神科醫師，1位兼任兒童齒科醫師，殘障兒童牙齒的保健不易且治療時不易配合，醫務所有兒童齒科醫師駐診實在是很好的做法。因本中心的成員多為中重度智障，故復健治療並不重視，只有兼任物理、職能治療師定期至學園給老師諮詢，並沒有在學園訓練病患，日本療育機構尚有一個特點一進入機構即須拖鞋。

九、神奈川縣立三浦學園

※此學園設立於昭和 38 年，學園的性質同神奈川縣立丘學園，屬於最終養護的教養院，成員多為父母無法照顧的個案，多為中重度智障，此學園沒有專任醫師，由湘南兒童醫院醫師來支援。

十、參訪感想及建議：

1. 在早期發現方面：我國的新生兒篩檢可由定期預防針注射配合早期篩檢，除了一般健康及醫療健診之外，可由各縣市之專業團隊或使用本土功能性篩檢量表以增強篩檢之可靠性。此外，家長教育的推廣也是非常重要的一環，研究中顯示大部分早期發現的個案是由家長轉介來的，所以教導家長如何觀察自己的孩子以及開放諮詢管道對0-3歲兒童的早期發現是非常有幫助的。在美國，各專業人員亦會藉由學前學校與小學一年級的活動課來進行再次篩檢，這是在日本或我國未能做到的部分，也是我們可以思考的方向。而在早期療育方面，並未在此次參訪之行中看到深入的層面，在醫療體系中各專業團隊成員的整合，我國的專業團隊比日本完整，日本的模式較偏於地域集中的多專業模式(multidisciplinary)，而我國已走向專業間模式(interdisciplinary)，且專業角色亦較為明確。在養護學校的早期療育，日本亦多為多專業模式，而我國專業整合在這個系統中則較為薄弱，但兩國皆大多以兼任的專業支援為主。在學校或教育系統的早期療育或許應參考歐美較完整的專業合作制度。
2. 通園型與通所型的施設：在養護機構中，大多以中重度智障或極重度肢障以及心智障礙者為主，參訪中的機構所收的對象年齡層多為7歲以上。日本的機構予人明亮寬敞，乾淨整齊的印象，尊重兒童的人權，且能以未來職業發展為考量來訓練障礙者。只是無法了解日本社會就業市場對這些經訓練過的障礙兒之接受度與就業率，這個一直是困擾我國職業訓練者的問題。
3. 地域資源支援：在養護學校或機構中與鄰近縣市的醫院或醫學中心皆有支援服務，在機構內也設有各科別的診間，這是我國養護機構欠缺的部分。
4. 政策之推行：國內在90年代身心障礙者保護法與特殊教育法法令之推動下，社會大眾對身心障礙者的認識已略有進展，而日本在1947年推動兒童福祉法，1949年身體障害者福祉法，1987年精神保健法，比國內法令推動歷史早，但在此次

短期參訪中，未確實看到其社會對法令的反應，但在簡報中，對兒童從醫療系統到養護學校或機構的銜接，因為其地域資源的分配而顯得較能落實。

5. 大致上而言，就醫療體系完整度，國內近幾年對早療的重視與努力，並不亞於日本，但在養護機構之設備與專業支援上，國內還有待加強，學校系統則並未在此參訪中看到，或許將來可以較先進的歐美模式，作為將來早期療育全面考量，評估與執行時的參考。
6. 日本十分重視個人隱私，參訪機構時，若有病患在治療，不但不可拍照，甚至不可參觀，此點值得我們學習。
7. 日本的母子保健中心同時提供孕產婦與嬰幼兒的問題，這可以是中央政策，並由地方衛生所承接，雖然台灣分別有婦產科與小兒科可以服務這兩群病患，然一個整合性的中心可能更方便患者並提昇醫療品質。
8. 嬰幼兒定期追蹤：日本政策明確指示新生兒要定期到醫院做發展追蹤，並設置一系列追蹤與後送方式，以達到應有的早療目的與精神，台灣也有做一些新生兒及健兒門診相關追蹤，但較放在預防針的注射，若我們能提供簡單的發展相關檢查並詳實施行，勢能提昇就診的品質，另外有高危險群如早產兒等，可以和相關機構連結如早產兒基金會，做一些進一步的特殊檢查。
9. 大小型醫院的銜接：日本大型醫學中心要能接受民間特殊案例的後送單位，若要與地方保持良好的互動管道，需要大醫院本身主動與其他團體做主動的聯繫與提供服務。
10. 建立層級分明的責任區域網：日本劃分固定的區域網並有固定的後送流程，需要由政府主管機關設計都市計劃，規劃療育區域網，及相關的後送流程，這樣病患才不會集中在幾家醫院，造成醫療資源分配不均。
11. 廣設養護療育所：日本有特別為肢體障礙、智能障礙、精神障礙等人士設立養護療所，似乎較像台灣的療養院及啟智學園等，台灣的醫院不是療養中心，但可採合作方式提供附近

的相關療養院所所需的醫療服務，或是成立日間留院的方式提供特殊兒童治療與訓練的服務；另外也可以廣設除了精神病患以外的療育所，以服務其他障礙人士，如肢障等。

12. 設立家庭短期聚所：日本療養院提供家族短期入所，讓病患可以和家人有相處的機會，此為台灣所缺乏的，家人有時擔心病患回家會為家庭帶來困擾與危險，但病患確實需要與家人相處的需求與經驗，為讓家人能有與病患相處的機會，療育機構可以提供短期家庭形式的環境與住所。
13. 提倡團隊服務模式：日本早療採用團隊方式進行，反觀台灣雖各式醫療人員都有，但卻分散在各部門，需要想辦法將各資源加以連結運用。
14. 跨專業模式建立：早期療育需要多專業的合作，維繫與結合醫師與治療師是很重要的，若要形成跨專業服務，則需要考慮科別之間的成本問題，建議需要一套特殊應對方式。
15. 成立諮詢中心：日本的身心障礙服務中心都附有相談所(諮詢所)，可以在評估與治療前先做諮詢，這的確是一個方便病患與家長的方式，可以更快得到相關有力的資源。
16. 諮詢專線需要專人服務：日本有許多相談所都是由志工來作，也許在社會局、兒童局、或衛生局所承辦的資源中心，也可以嘗試訓練一批專職有素養的志工，以服務民眾的資源取得，或是安排後續諮詢。
17. 密集與集中式的日間病房：建議兒童日間病房的成立，此形式必須與一般兒童病房作區分，可以是綜合式也可以為單一疾病，為提供特殊類型兒童作療育與訓練。
18. 國內健保給付四歲以前，六次兒童健康檢查，其檢查項目較著重生理檢查，僅在 18 個月列有一次發展相關之檢查，89 年使用率為 55.6%。建議於檢查時程設定關卡，規定至少兩次必要施行之時點，配合預防接種時程，以提高到檢率，並應用發展遲緩兒童篩檢表，以有效落實遲緩兒早期發現政策。
19. 比照入小學繳交預防注射資料卡，應強制規定進入托兒所或幼稚園應繳交兒童健康檢查或發展篩檢相關資料者方可入

學，未完成者應予立即補做健康發展篩檢才能入所或入園。

20. 每一縣市應做資源整合，把兒童健診及可以執行發展遲緩兒童評估的醫療院所分級；而針對發展遲緩兒童療育工作之醫療院所也應做類似分級工作，且上述醫療相關資訊應由當地衛生局作彙整並上網方便讓家長取得相關資訊。

*本次考察順利完成，感謝各受訪單位的熱情接待，及參訪團員之高度配合，並提供資料讓此考察報告完成。

日本の障害児・障害者福祉制度について

2001/8/28 山口和彦
厚生労働省社会・援護局
障害保健福祉部障害福祉課

I 総括的事項

1. 障害児・障害者の状況（資料 P 1～）
 - (1) 身体障害者
 - (2) 身体障害児
 - (3) 知的障害児・知的障害者
 - (4) 精神障害者
2. 障害児・障害者福祉施策の体系（資料 P 23～）
 - (1) 障害児・障害者施策の一覧
 - (2) 身体障害者福祉施策
 - (3) 障害児福祉施策
 - (4) 知的障害者施策
 - (5) 精神障害者保健福祉施策
3. 障害児・障害者福祉の法的根拠（資料 P 28）
4. 障害者プラン（資料 P 29～）
5. 在宅サービスの概要（資料 P 46）
6. 施設サービスの概要（資料 P 47～）
7. 厚生労働省障害保健福祉部の組織と業務の分担（資料 P 49）

II 障害児の早期療育

1. 乳幼児期の療育

(1) 早期発見の場合＝乳幼児健康診断

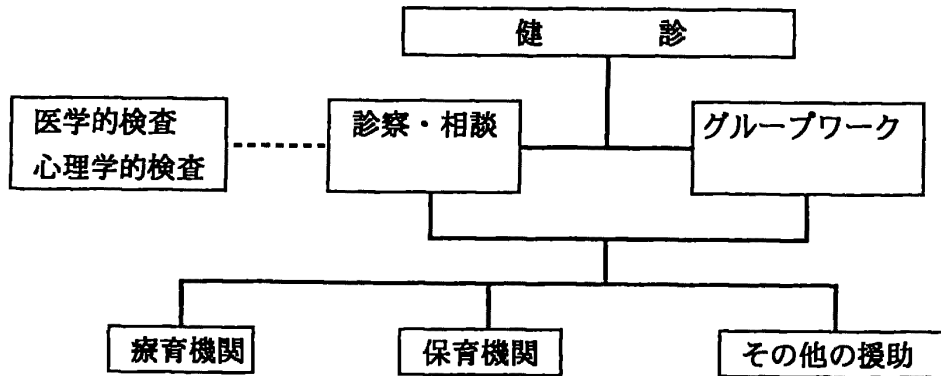
実施主体：市町村（保健所又は保健センターで実施）

実施時期：生後3～4か月、1歳6か月、3歳

スタッフ：医師、歯科医師、保健婦、栄養士、心理士、理学療法士など

(2) 療育手帳・身体障害者手帳

(3) 健診から保育療育機関への流れ



2. 地域の療育体制

(1) 保健所・保健センターによる母子保健サービス

保健所＝都道府県・政令指定都市・特別区に設置義務（663か所）

保健センター＝市町村に設置が認められている（1,813か所）

※1998年

事業：訪問指導、相談対応、育児学級など

(2) 福祉サービスの提供

①福祉事務所＝都道府県・政令指定都市・市・特別区に設置義務

（1,197か所…1998年）

役割：援護の実施に関する事務

②児童相談所＝都道府県・政令指定都市に設置義務（174か所・・・1999年）
役割：相談、調査、判定、援護の実施

③保育所＝市町村、社会福祉法人が設置
⇒障害児の統合保育を実施

④通所型施設（心身障害児総合通園センターなど）、
入所型施設（知的障害児施設、重症心身障害児施設）

（3）医療体制

- 第1次医療圏……………診療所など
- 第2次医療圏……………一般的な入院医療（中級程度の病院設備・ある程度の専門医）
- 第3次医療圏……………高度に専門化された医療（国立病院・大学病院）
- 小児医療専門病院……………未熟児出生への対応、総合的な周産期母子医療
重症心身障害児施設など・医療機能を備え、地域の障害児医療専門機関として機能

（4）地域の資源

①盲・聾・養護学校幼稚部（1998年5月）

盲学校……………	87学級・	218人
聾学校……………	401学級・	1,402人
養護学校（知的障害）…	20学級・	48人
養護学校（肢体不自由）…	22学級・	76人
養護学校（病弱）……………	1学級・	2人

②幼稚園……………障害児の受け入れが徐々に進んでいる。

- ③教育委員会・・・都道府県・政令指定都市・特別区・市町村に設置義務
- ・就学時健康診断 学校保健法に基づいて実施（栄養状態、脊柱、胸郭、目、耳鼻咽喉、耳鼻咽喉、皮膚、その他の疾病及び異常の有無、視力、聴力）
 - ・就学相談・・・保護者からの申請を受けて、就学先の決定及び就学後の教育内容等について、専門の相談員と医師、教員等を交えて行う。

- ④心身障害児総合通園センター（13か所・・・1999年）
- ・・・相談、医学的・心理学的・社会的な診断、個別・集団的指導、治療（小児科・耳鼻咽喉科・整形外科・眼科・歯科・精神神経科等）、通園施設（知的障害児・肢体不自由児・難聴幼児）

⑤通園施設

- ・知的障害児通園施設
対象は中度の知的障害児（就学前の幼児がほとんど）
独立自活に必要な知識技能を与えることを目的
スタッフは、嘱託医・児童指導員・保育士など
- ・肢体不自由児通園施設
対象は肢体不自由のある児童（就学前の幼児がほとんど）
独立自活に必要な知識技能を与えることを目的
スタッフは、医師・看護婦（士）・児童指導員・保育士・理学療法士・作業療法士など
- ・難聴幼児通園施設
対象は強度の難聴の幼児
残存能力の開発及び言語障害の除去に必要な指導訓練を行う
スタッフは、嘱託医・児童指導員・保育士・聴能訓練や言語訓練を行う職員

- ⑥障害児通園事業・・・障害種別を問わず・保育園との平行通園が可能
- 対象は知的障害、肢体不自由、視覚障害、聴覚障害のある幼児（小学校、盲・聾・養護学校の小学部在籍者も可能）
 - 日常における基本動作の指導、集団生活への適応訓練を行う

⑦重症心身障害児（者）通園事業

対象者は在宅の重症心身障害児（重度の知的障害と重度の肢体不自由が重複）

日常生活動作訓練や運動機能等の訓練や指導、保護者の療育技術の習得を図る。

⑧知的障害児施設・自閉症児施設

対象者は18歳未満の知的障害児のうち保護者のいない者や家庭で適切な保護指導の受けられない者

独立自活に必要な知識技能を与えることを目的

スタッフは、嘱託医・児童指導員・保育士など

⑨重症心身障害児施設

対象者は重度の知的障害と重度の肢体不自由が重複している児童

治療及び日常生活の指導を行うことを目的とする

医療法に基づく病院の設備機能をもち、常時医療の管理のもとで総合的な療育を行う施設

スタッフは、医師・看護婦（士）・児童指導員・保育士・心理担当職員・理学療法士・作業療法士など

⑩心身障害児（者）施設地域療育事業

障害児（者）施設の機能を在宅の重症心身障害児（者）、知的障害児（者）、身体障害児及び保護者に利用できるようにするもの

心身障害児（者）巡回療育相談等事業と障害児（者）短期入所事業を内容とする。

⑬障害児（者）地域療育等支援事業

在宅の重症心身障害児（者）、知的障害児（者）、身体障害児を対象に、療育指導、相談等が受けられることを目的とする。

3. 教育 (資料 P50)

(1) 盲・聾・養護学校 (2000 年)

- ①盲学校… 71校・1,184人
- ②聾学校…107校・3,512人
- ③養護学校 (知的障害) …523校・29,517人
- ④養護学校 (肢体不自由) …196校・11,971人
- ⑤養護学校 (病弱) …95校・3,008人

(2) 小中学校 (2000 年)

①特殊学級

- ア) 知的障害…16,431学級・48,712人
- イ) 肢体不自由…1,446学級・2,518人
- ウ) 病弱・虚弱…801学級・1,766人
- エ) 弱視…123学級・174人
- オ) 難聴…512学級・1,050人
- カ) 言語障害…345学級・1,193人
- キ) 情緒障害…6,598学級・17,508人

②通級による指導

- ア) 言語障害…23,290人
- イ) 情緒障害…2,660人
- ウ) 弱視…146人
- エ) 難聴…1,420人
- オ) 肢体不自由…7人
- カ) 病弱・身体虚弱…24人

(3) 養護学校高等部 (2000 年)

- ①盲学校…2,677人
- ②聾学校…2,024人
- ③養護学校 (知的障害・肢体不自由・病弱) …34,575人

1 身体障害者(児)の状況

我が国における在宅の身体障害者(児)の実態については、おおむね5年ごとに全国調査が行われています。

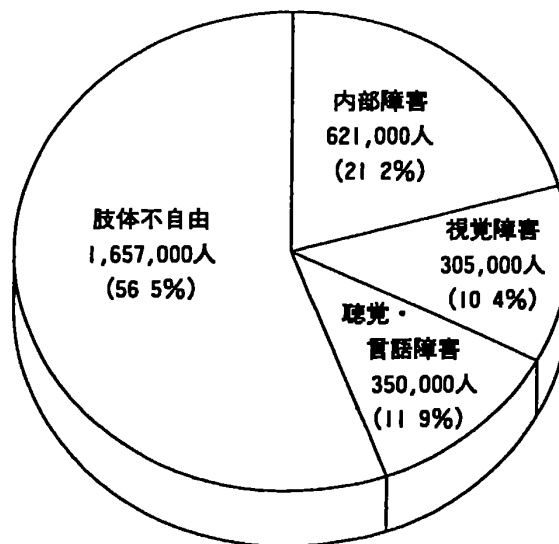
平成8年11月に実施された調査結果によれば、全国の18歳以上の身体障害者数(在宅)は2,933,000人(人口比2.9%)、18歳未満の身体障害児数(在宅)は81,600人(人口比0.3%)と推計されています。

1 障害の種類別にみた数

①——身体障害者

これらの身体障害者を主な障害の種類別にみると、肢体不自由者が1,657,000人(56.5%)、内部障害者が621,000人(21.2%)、聴覚・言語障害者が350,000人(11.9%)、視覚障害者が305,000人(10.4%)となっています。

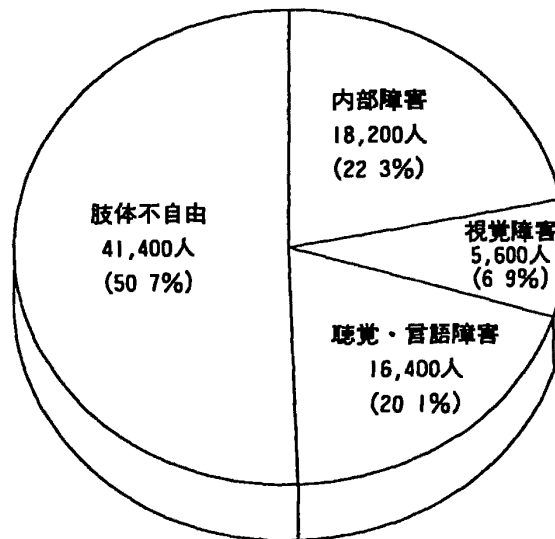
障害の種類別にみた身体障害者数



②—— 身体障害児

身体障害児を主な障害の種類別にみると、肢体不自由児が41,400人（50.7%）、内部障害児が18,200人（22.3%）、聴覚・言語障害児は16,400人（20.1%）、視覚障害児は5,600人（6.9%）となっています。

障害の種類別にみた身体障害児数

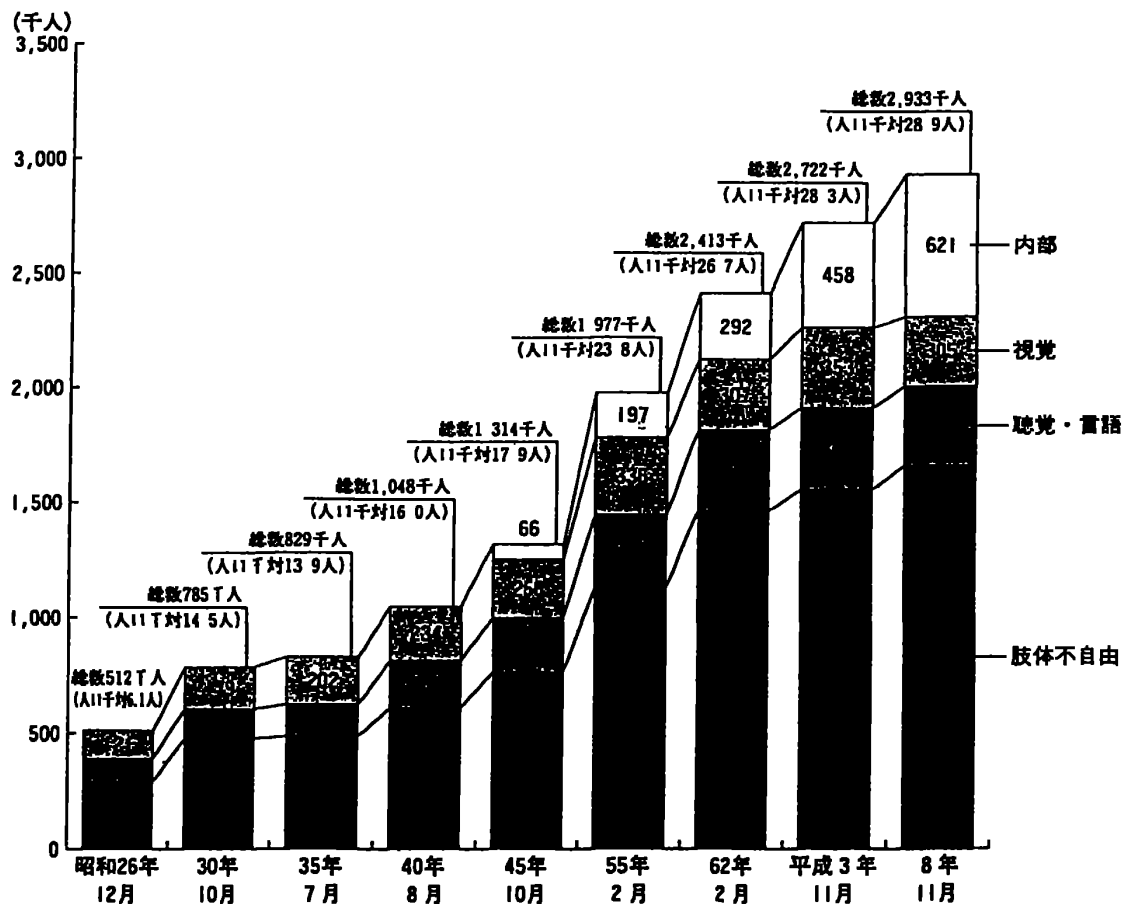


2 障害の種類別推移

① 身体障害者

全国の18歳以上の身体障害者数（在宅）を前回（平成3年11月）調査と比較してみると、総数では211,000人（約7.8%）の増加となっています。これを障害種類別にみると、増加率では内部障害が約35.6%増、肢体不自由が6.7%増となっている一方、視覚障害、聴覚・言語障害は減少しています。

障害の種類別、身体障害者の推移

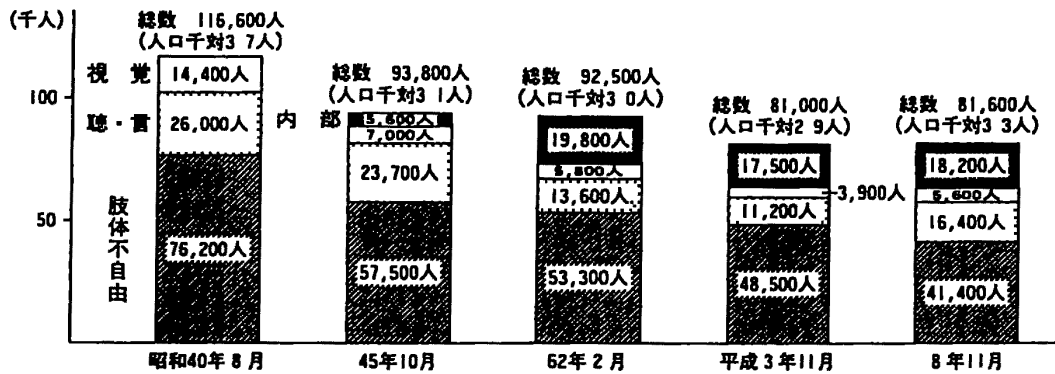


注 内部障害については、昭和42年8月から心臓・呼吸器機能障害が、昭和47年8月からじん臓機能障害が、昭和59年10月からは、ぼうこう又は直腸の機能障害が、昭和61年10月からは小腸機能障害が、それぞれ身体障害者の範囲に取り入れられた。

②—— 身体障害児

全国の18歳未満の身体障害児数(在宅)を前回(平成3年11月)調査と比較してみると、総数では600人(0.7%)増加しています。これを障害種類別にみると、増加率では聴覚・言語障害が46%増、視覚障害が43%増、内部障害が4%増となっており、肢体不自由は減少しています。

障害の種類別、身体障害児の推移

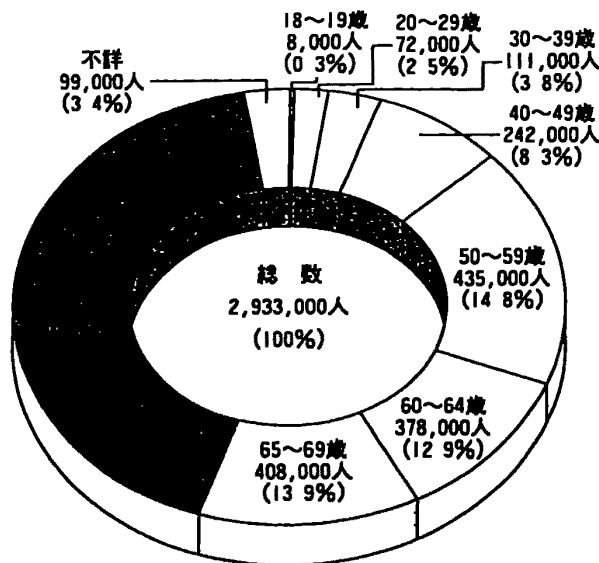


3 障害の年齢階層別状況等

① 身体障害者

- (1) 年齢階層別に身体障害者数の構成比をみると70歳以上が最も多く40.2%を占めており、年齢階層が低くなるにしたがって、その構成比の減少がみられます。前回調査との比較でみると、60歳以上が62.7%から67.0%へと増加し、高齢化の傾向がうかがえます。
- (2) 障害の種類別に年齢階層別の分布をみても、いずれも70歳以上が最も多く、年齢階層が低くなるにしたがって、構成比の減少がみられます。

身体障害者の年齢階層別状況（平成8年11月）



身体障害者の年齢階層別・種類別状況

(単位 千人)

	総数	性別			18~19	20~29	30~39	40~49	50~59	60~64	65~69	70~	不詳
		男	女	不詳									
8年11月	2,933 (100 0)	1,523 (51 9)	1,292 (44 1)	118 (4 0)	8 (0 3)	72 (2 5)	111 (3 8)	242 (8 3)	435 (14 8)	378 (12 9)	408 (13 9)	1,179 (40 2)	99 (3 4)
3年11月	2,722 (100 0)	1,502 (55 2)	1,150 (42 2)	70 (2 6)	16 (0 6)	71 (2 6)	136 (5 0)	266 (9 8)	467 (17 2)	377 (13 9)	412 (15 1)	918 (33 7)	58 (2 1)
対前回比(%)	107 8	101 4	112 4	168 4	50 3	102 0	81 6	91 0	93 2	100 2	99 1	128 4	171 5
8年の内訳													
視覚障害	305 (100 0)	139 (45 6)	159 (52 2)	7 (2 3)	1 (0 3)	7 (2 3)	12 (3 9)	26 (8 5)	43 (14 1)	31 (10 2)	36 (11 8)	138 (45 2)	10 (3 3)
聴覚・言語障害	350 (100 0)	182 (52 0)	148 (42 3)	20 (5 7)	2 (0 6)	15 (4 3)	11 (3 1)	24 (6 9)	31 (8 9)	40 (11 4)	38 (10 9)	174 (49 7)	14 (4 0)
肢体不自由	1,657 (100 0)	845 (51 0)	735 (44 4)	77 (4 6)	3 (0 2)	41 (2 5)	76 (4 6)	146 (8 8)	260 (15 7)	206 (12 4)	219 (13 2)	644 (38 9)	61 (3 7)
内部障害	621 (100 0)	358 (57 6)	250 (40 3)	14 (2 3)	1 (0 2)	9 (1 4)	11 (1 8)	46 (7 4)	101 (16 3)	101 (16 3)	115 (18 5)	222 (35 7)	14 (2 3)
重複障害 (再掲)	179 (100 0)	95 (53 1)	77 (43 0)	7 (3 9)	- (-)	6 (3 4)	6 (3 4)	11 (6 1)	22 (12 3)	16 (8 9)	23 (12 8)	90 (50 3)	5 (2 8)

注 () 内は構成比 (%)

(3) 障害者の出現率は、人口1,000人に対して28.9人であり、前回に比して2.1%の増加となっています。また、年齢階級別身体障害者の出現率は高年齢ほど高くなっています。

年齢階級別にみた身体障害者の人口比 (対千人)

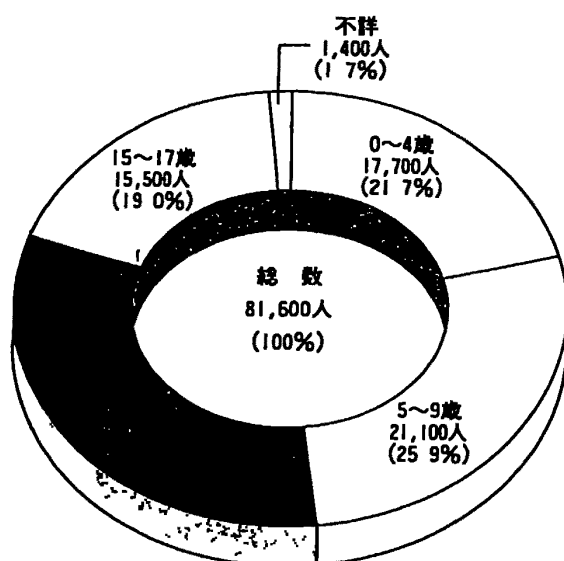
(単位 人)

	総数	18~19歳	20~29歳	30~39歳	40~49歳	50~59歳	60~64歳	65~69歳	70歳~
8年11月	28 9	2 3	3 8	7 0	12 2	26 2	49 6	62 3	94 6
3年11月	28 3	3 9	4 1	8 3	13 4	28 9	54 5	75 9	90 4
対前回比(%)	102 1	59 0	92 7	84 3	91 0	90 7	91 0	82 1	104 6

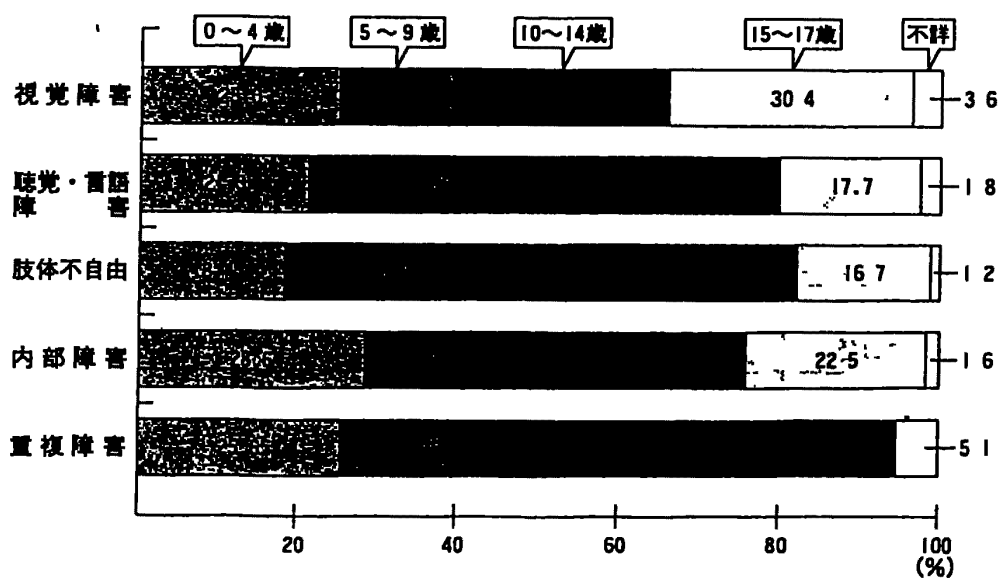
②——身体障害児

(1) 年齢階層別に身体障害児数の構成比をみると、10～14歳の階層が最も多く31.6%を占めており、年齢階層が低くなるに従ってその構成比は減少しています。障害の種類別に年齢階層別の分布をみると、5～9歳の階層で聴覚・言語障害の占める割合が最も多いのに対し、10～14歳の階層で肢体不自由児に次いで内部障害が多く、また重複障害の占める割合も多くなっています。15～17歳の階層では視覚障害の占める割合が高くなっています。

身体障害児の年齢階層別状況（平成8年11月）



身体障害児の種類別・年齢階層別状況



年齢階層別、身体障害児の分布状況

(単位 人)

		総 数	0～4歳	5～9歳	10～14歳	15～17歳	不 詳
8年11月		81,600 (100 0)	17,700 (21 7)	21,100 (25 9)	25,800 (31 6)	15,500 (19 0)	1,400 (1 7)
3年11月		81,000 (100 0)	12,100 (14 9)	23,300 (28 8)	24,700 (30 5)	18,900 (23 3)	1,900 (2 3)
対前回比(%)		100 7	146 3	90 6	104 5	82 0	73 7
8 年 の 内 訳	視覚障害	5,600 (100 0)	1,400 (25 0)	800 (14 3)	1,500 (26 8)	1,700 (30 4)	200 (3 6)
	聴覚・言語 障害	16,400 (100 0)	3,500 (21 3)	5,900 (36 0)	3,700 (22 6)	2,900 (17 7)	300 (1 8)
	肢体不自由	41,400 (100 0)	7,600 (18 4)	11,000 (26 6)	15,400 (37 2)	6,900 (16 7)	500 (1 2)
	内部障害	18,200 (100 0)	5,200 (28 6)	3,400 (18 7)	5,200 (28 6)	4,100 (22 5)	300 (1 6)
	重複障害 (再掲)	3,900 (100 0)	1,000 (25 6)	1,000 (25 6)	1,700 (43 6)	200 (5 1)	

注 () 内は構成比 (%)

- (2) 身体障害児の人口比は、人口1,000人に対して3.3人であり、前回に比して13.8%の増加となっています。また、年齢階層別身体障害児の出現率はほぼ横ばいになっています。

年齢階層別、身体障害児の人口比 (対千人)

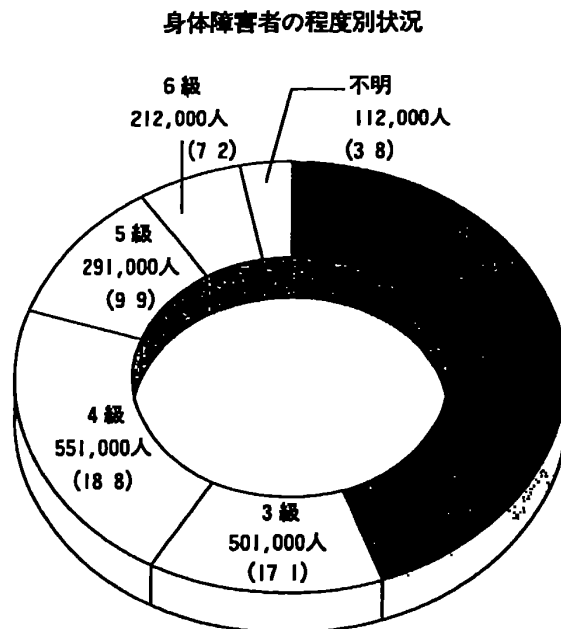
(単位 人)

	総 数	0～4歳	5～9歳	10～14歳	15～17歳
8年11月	3.3	3.0	3.3	3.5	3.2
3年11月	2.9	1.9	3.2	3.0	3.3
対前回比(%)	113.8	157.9	103.1	116.7	97.0

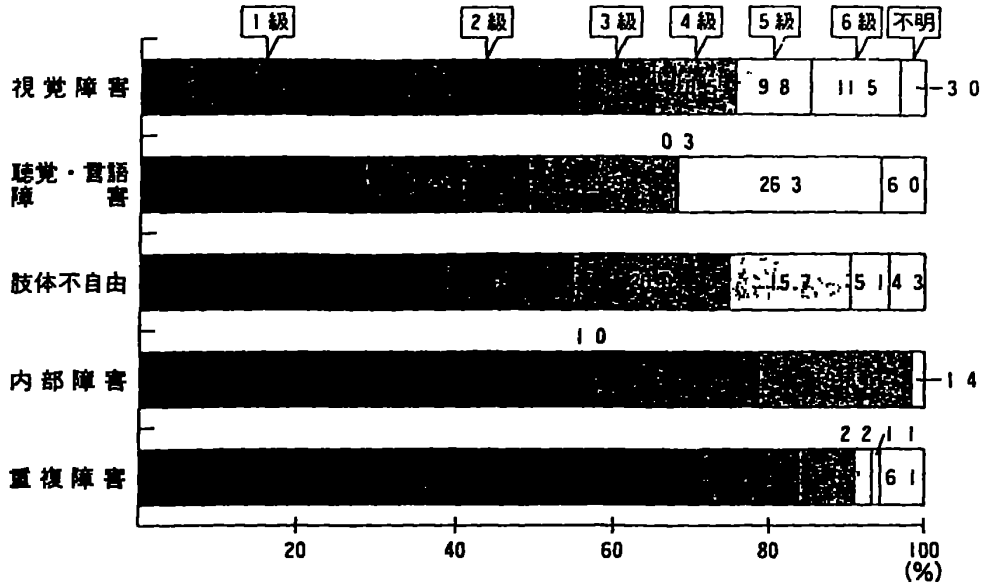
4 障害の程度別状況

①——身体障害者

- (1) 身体障害の程度についてみると、1・2級の重い障害を有する身体障害者は1,266,000人で、身体障害者総数の43.2%を占め、前回の40.1%に比してその割合が増大し、重度化の傾向がみられます。
- (2) 障害の種類別に1・2級をみると、視覚障害では168,000人(55.1%)、聴覚・言語障害99,000人(28.3%)、肢体不自由641,000人(38.6%)、内部障害では357,000人(57.5%)となっており、視覚障害と内部障害では重度の身体障害者が半数を超えています。
- (3) 重複障害についてみると、最も重い1級が49.2%を占め、1・2級を合わせると71.5%にのぼり、重度の障害が多いことがわかります。



身体障害者の種類別・程度別状況



身体障害者の種類別・程度別状況

(単位 千人)

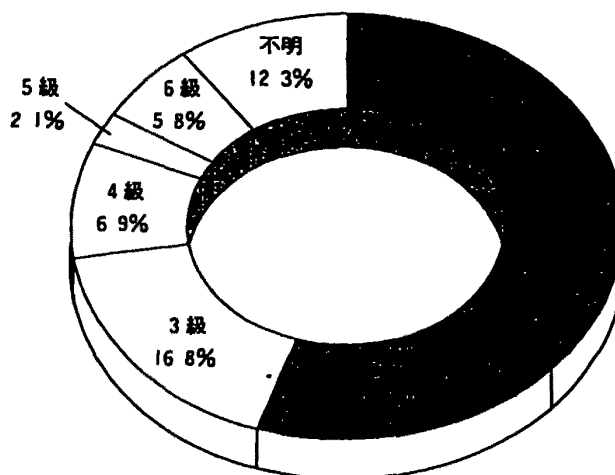
		総数	1級	2級	3級	4級	5級	6級	不明
8年11月		2,933 (100 0)	796 (27 1)	470 (16 0)	501 (17 1)	551 (18 8)	291 (9 9)	212 (7 2)	112 (3 8)
3年11月		2,722 (100 0)	638 (23 4)	454 (16 7)	448 (16 5)	506 (18 6)	288 (10 6)	238 (8 7)	150 (5 5)
対前回比(%)		107 8	124 8	103 5	111 8	108 9	101 0	89 1	74 7
8年の内訳	視覚障害	305 (100 0)	97 (31 8)	71 (23 3)	30 (9 8)	32 (10 5)	30 (9 8)	35 (11 5)	9 (3 0)
	聴覚・言語障害	350 (100 0)	16 (4 6)	83 (23 7)	72 (20 6)	66 (18 9)	1 (0 3)	92 (26 3)	21 (6 0)
	肢体不自由	1,657 (100 0)	332 (20 0)	309 (18 6)	267 (16 1)	331 (20 0)	260 (15 7)	85 (5 1)	72 (4 3)
	内部障害	621 (100 0)	351 (56 5)	6 (1 0)	131 (21 1)	123 (19 8)	- (-)	- (-)	9 (1 4)
	重複障害 (再掲)	179 (100 0)	88 (49 2)	40 (22 3)	22 (12 3)	13 (7 3)	4 (2 2)	2 (1 1)	11 (6 1)

注 () 内は構成比 (%)

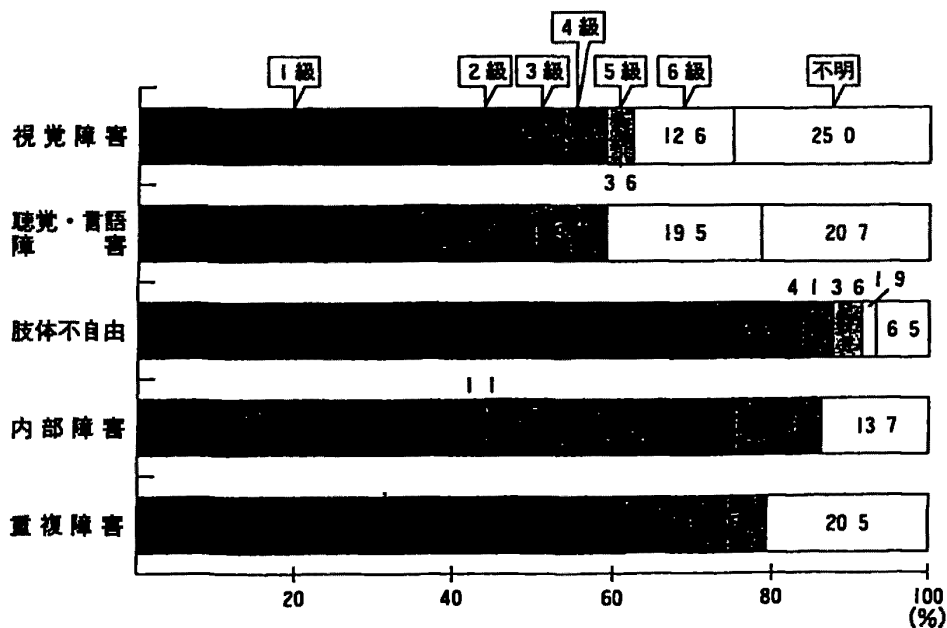
②——身体障害児

- (1) 身体障害児の障害の程度についてみると、1・2級の重い障害を有する身体障害児は45,900人で、身体障害児総数の56.3%を占め、重度の障害児の占める割合は高くなっています。
- (2) 障害の種類別に1・2級の状態をみると、視覚障害では2,700人(48.2%)、聴覚・言語障害5,700人(34.8%)、肢体不自由では29,500人(71.3%)、内部障害では8,000人(44.0%)となっており、肢体不自由では重度の身体障害児の割合が非常に高くなっています。

身体障害児の程度別状況



身体障害児の種類別・程度別状況



(3) 重複障害についてみると、最も重い1級が48.7%を占め、1・2級を合わせると61.5%にのぼり、重度の障害が多いことがわかります。

身体障害児の種類別・程度別状況

(単位 人)

		総数	1級	2級	3級	4級	5級	6級	不明
8年11月		81,600 (100.0)	28,200 (34.6)	17,700 (21.7)	13,700 (16.8)	5,600 (6.9)	1,700 (2.1)	4,700 (5.8)	10,000 (12.3)
3年11月		81,000 (100.0)	32,000 (39.5)	16,500 (20.4)	14,100 (17.4)	6,800 (8.4)	2,900 (3.6)	3,400 (4.2)	5,300 (6.5)
対前回比(%)		100.7	88.1	107.3	97.2	82.4	58.6	138.2	188.7
8年 の内訳	視覚障害	5,600 (100.0)	2,200 (39.3)	500 (8.9)	300 (5.4)	300 (5.4)	200 (3.6)	700 (12.6)	1,400 (25.0)
	聴覚・言語障害	16,400 (100.0)	— (—)	5,700 (34.8)	2,500 (15.2)	1,500 (9.1)	— (—)	3,200 (19.5)	3,400 (20.7)
	肢体不自由	41,400 (100.0)	18,200 (44.0)	11,300 (27.3)	5,100 (12.3)	1,700 (4.1)	1,500 (3.6)	800 (1.9)	2,700 (6.5)
	内部障害	18,200 (100.0)	7,800 (42.9)	200 (1.1)	5,700 (31.3)	2,000 (11.0)	— (—)	— (—)	2,500 (13.7)
	重複障害 (再掲)	3,900 (100.0)	1,900 (48.7)	500 (12.8)	500 (12.8)	200 (5.1)	— (—)	— (—)	800 (20.5)

注 () 内は構成比(%)

5 障害の原因別状況

①——身体障害者

身体障害者を原因別にみると、疾病によるものが63.8%、事故によるものが18.4%、不明10.2%、不詳7.6%となっています。

身体障害者の障害原因別状況

(単位 千人)

	総数	事 故					疾 病							不明	不詳
		交通 事故	労働 災害	その他 の事故	戦傷病 災	小計	感染症	中毒症 疾患	その他 の疾病	出生時 の損傷	加齢	その他	小計		
8年11月	2,933 (100)	128 (4.4)	201 (6.9)	149 (5.1)	63 (2.1)	541 (18.4)	57 (1.9)	9 (0.3)	1,261 (43.0)	132 (4.5)	101 (3.4)	311 (10.6)	1,871 (63.8)	299 (10.2)	223 (7.6)
3年11月	2,722 (100)	115 (4.2)	186 (6.8)	154 (5.7)	69 (2.5)	525 (19.3)	85 (3.1)	9 (0.3)	1,172 (43.1)	97 (3.6)	調査項 目なし	226 (8.3)	1,588 (58.3)	205 (7.5)	404 (14.8)
対前回比(%)	107.8	111.3	108.1	96.8	91.3	103.0	67.1	100.0	107.6	136.1		137.6	117.8	145.9	55.2
8年の内訳															
視覚障害	305 (100)	8 (2.6)	12 (3.9)	11 (3.6)	6 (2.0)	37 (12.1)	5 (1.6)	2 (0.7)	125 (41.0)	17 (5.6)	13 (4.3)	44 (14.4)	206 (67.5)	39 (12.8)	23 (7.5)
聴覚・言語 障害	350 (100)	5 (1.4)	9 (2.6)	7 (2.0)	7 (2.0)	28 (8.0)	8 (2.3)	3 (0.9)	97 (27.7)	22 (6.3)	35 (10.0)	48 (13.7)	213 (60.9)	79 (22.6)	30 (8.6)
肢体不自由	1,657 (100)	114 (6.9)	173 (10.4)	129 (7.8)	48 (2.9)	464 (28.0)	30 (1.8)	3 (0.2)	671 (40.5)	88 (5.3)	41 (2.5)	133 (8.0)	966 (58.3)	111 (6.7)	116 (7.0)
内部障害	621 (100)	1 (0.2)	7 (1.1)	1 (0.2)	2 (0.3)	11 (1.8)	14 (2.3)	2 (0.3)	367 (59.1)	4 (0.6)	12 (1.9)	87 (14.0)	486 (78.3)	70 (11.3)	54 (8.7)
重複障害 (再掲)	179 (100)	6 (3.4)	9 (5.0)	4 (2.2)	3 (1.7)	22 (12.3)	4 (2.2)	1 (0.6)	91 (50.8)	3 (1.7)	6 (3.4)	11 (6.1)	116 (64.8)	17 (9.5)	22 (12.3)

注 ()内は構成比(%)

②——身体障害児

身体障害児を原因別にみると、疾病によるものが60.7%、事故によるものが4.4%、不明は30.3%、不詳は4.8%となっています。

身体障害児の障害原因別状況

(単位 人)

	総数	事 故			疾 病						不 明	不 詳
		交 通 事 故	そ の 他 の 事 故	小 計	出 生 時 の 損 傷	感 染 症	中 毒 性 疾 患	そ の 他 の 疾 患	そ の 他	小 計		
8年11月	81,600 (100.0)	1,400 (1.7)	2,200 (2.7)	3,600 (4.4)	20,800 (25.5)	2,200 (2.7)	700 (0.9)	16,000 (19.6)	9,800 (12.0)	49,500 (60.7)	24,700 (30.3)	3,900 (4.8)
3年11月	81,000 (100.0)	1,000 (1.2)	4,400 (5.4)	5,400 (6.7)	20,400 (25.2)	3,400 (4.2)	—	11,200 (13.8)	13,600 (16.8)	48,600 (60.0)	21,300 (26.3)	5,800 (7.2)
対前回比(%)	100.7	140.0	50.0	66.7	102.0	64.7	—	142.9	72.1	101.9	116.0	67.2
8年の内訳												
視覚障害	5,600 (100.0)	—	800 (14.3)	800 (14.3)	1,400 (25.0)	—	200 (3.6)	800 (14.3)	1,000 (17.9)	3,400 (60.7)	700 (12.5)	700 (12.5)
聴覚・言語 障害	16,400 (100.0)	—	—	—	2,700 (16.5)	1,200 (7.3)	—	1,700 (10.4)	2,000 (12.2)	7,600 (46.3)	8,300 (50.6)	500 (3.0)
肢体不自由	41,400 (100.0)	1,400 (3.4)	1,400 (3.4)	2,800 (6.8)	12,300 (29.7)	500 (1.2)	200 (0.5)	7,800 (18.8)	4,600 (11.1)	25,400 (61.4)	11,100 (26.8)	2,200 (5.3)
内部障害	18,200 (100.0)	—	—	—	4,400 (24.2)	500 (2.7)	300 (1.6)	5,700 (31.3)	2,200 (12.1)	13,100 (72.0)	4,600 (25.3)	500 (2.7)
重複障害 (再掲)	3,900 (100.0)	—	—	—	700 (17.9)	200 (5.1)	—	700 (17.9)	1,000 (25.6)	2,600 (66.7)	1,000 (25.6)	300 (7.7)

注 ()内は構成比(%)

6 障害の疾患別状況

①——身体障害者

- (1) 身体障害の原因を疾患別にみると、多いのは脳血管障害 (12.2%)、心臓疾患 (10.0%)、骨関節疾患 (8.7%) となっています。
- (2) また、前回調査からの増加率をみると、心臓疾患、じん臓疾患、ぼうこう疾患などの内部障害が目立っています。

身体障害者の疾患別状況

(単位 千人)

	肢 体 不 自 由											聴覚障害	
	総 数	脳 性 マ ヒ	脊 髄 性 小 児 マ ヒ	脊 髄 損 傷 I	脊 髄 損 傷 II	遺 行 性 筋 萎 縮 症	脳 血 管 障 害	脳 挫 傷	そ の 他 の 脳 神 経	骨 関 節 疾 患	リ ウ マ チ 性 疾 患	中 耳 性 疾 患	内 耳 性 疾 患
8年11月	2,933 (100)	74 (2.5)	47 (1.6)	43 (1.5)	33 (1.1)	13 (0.4)	359 (12.2)	14 (0.5)	64 (2.2)	254 (8.7)	99 (3.4)	78 (2.7)	66 (2.3)
3年11月	2,722 (100)	67 (2.5)	43 (1.6)	34 (1.2)	29 (1.1)	12 (0.4)	325 (11.9)	調査項目なし	調査項目なし	214 (7.9)	96 (3.5)	73 (2.7)	89 (3.3)
対前回比(%)	107.8	110.4	109.3	126.5	113.8	108.3	110.5			118.7	103.1	106.8	74.2

注 表中の脊髄損傷Iは「対マヒ」を、脊髄損傷IIは「四肢マヒ」をいう。()内は構成比(%)

	視 覚 障 害			内 部 障 害						そ の 他	不 明	不 詳
	角 膜 疾 患	水 晶 体 疾 患	網 脈 神 経 系 疾 患 ・ 膜 ・ 患	じん 臓 疾 患	心 臓 疾 患	呼 吸 器 疾 患	ぼう こう 疾 患	大 腸 疾 患	小 腸 疾 患			
8年11月	48 (1.6)	22 (0.8)	113 (3.9)	131 (4.5)	293 (10.0)	78 (2.7)	22 (0.8)	34 (1.2)	1 (0.0)	605 (20.6)	121 (4.1)	322 (11.0)
3年11月	46 (1.7)	55 (2.0)	105 (3.9)	95 (3.5)	195 (7.2)	68 (2.5)	16 (0.6)	25 (0.9)	1 (0.0)	521 (19.1)	103 (3.8)	512 (18.8)
対前回比(%)	104.3	40.0	107.6	137.9	150.3	114.7	137.5	136.0	100.0	116.1	117.5	62.9

②——身体障害児

- (1) 身体障害児の原因を疾患別にみると、多いのは脳性マヒ(22.8%)、心臓疾患(18.4%)となっています。
- (2) また、前回調査からの対前回比でみると、進行性筋萎縮症、中耳性疾患、網脈絡膜・視神経系疾患、じん臓疾患などが目立っています。

身体障害児の疾患別状況

(単位・人)

	肢 体 不 自 由											聴覚障害	
	総 数	脳 性 マ ヒ	脊 髄 性 小 児 マ ヒ	脊 髄 損 傷 I	脊 髄 損 傷 II	進 行 性 筋 萎 縮 症	脳 血 管 障 害	脳 挫 傷	そ の 他 の 脳 神 経 疾 患	骨 関 節 疾 患	リ ウ マ チ 性 疾 患	中 耳 性 疾 患	内 耳 性 疾 患
8年11月	81,600 (100.0)	18,600 (22.8)	700 (0.9)	500 (0.6)	800 (1.0)	2,000 (2.5)	1,900 (2.3)	300 (0.4)	3,400 (4.2)	1,000 (1.2)	— (—)	1,000 (1.2)	3,700 (4.5)
3年11月	81,000 (100.0)	21,800 (26.9)	1,000 (1.2)	1,900 (2.3)	1,900 (2.3)	500 (0.6)	2,400 (3.0)			1,000 (1.2)	— (—)	500 (0.6)	4,900 (6.0)
対前回比(%)	100.7	85.3	70.0	26.3	42.1	400.0	79.2			100.0		200.0	75.5

注 表中の脊髄損傷Iは「対マヒ」を、脊髄損傷IIは「四肢マヒ」をいう。()内は構成比(%)

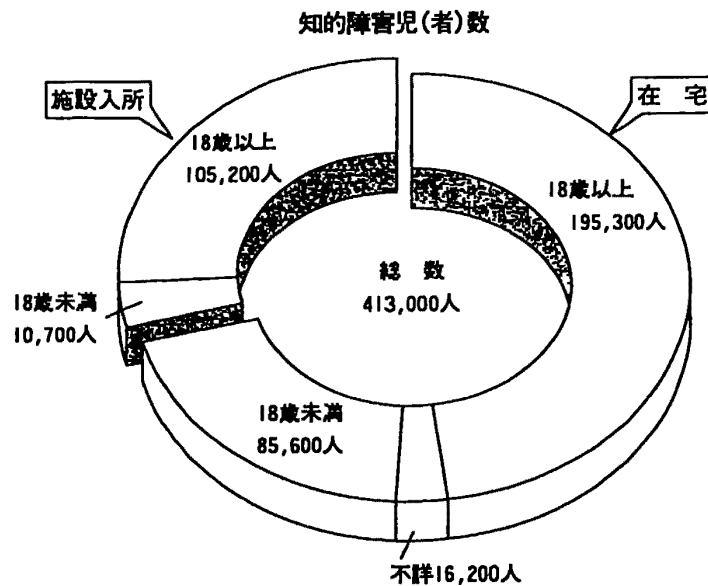
	視 覚 障 害			内 部 障 害						そ の 他	不 明	不 詳
	角 膜 疾 患	水 晶 体 疾 患	網 視 脈 絡 系 疾 患	じん 臓 疾 患	心 臓 疾 患	呼 吸 器 疾 患	ぼう こ う 疾 患	大 腸 疾 患	小 腸 疾 患			
8年11月	300 (0.4)	700 (0.9)	1,000 (1.2)	1,500 (1.8)	15,000 (18.4)	500 (0.6)	300 (0.4)	— (—)	200 (0.2)	18,600 (22.8)	5,600 (6.9)	4,200 (5.1)
3年11月	500 (0.6)	— (—)	500 (0.6)	500 (0.6)	14,600 (18.0)	— (—)	— (—)	— (—)	500 (0.6)	14,100 (17.4)	6,300 (7.8)	8,200 (10.1)
対前回比(%)	60.0		200.0	300.0	102.7				40.0	131.9	88.9	51.2

2 知的障害児(者)の状況

1 知的障害児(者)数

平成7年9月に実施された精神薄弱児(者)基礎調査の調査結果によると、在宅の知的障害児(者)は、297,100人と推計されます。

なお、施設入所児(者)は115,900人であり、我が国の知的障害児(者)総数は、413,000人と推計されます。



知的障害児(者)総数

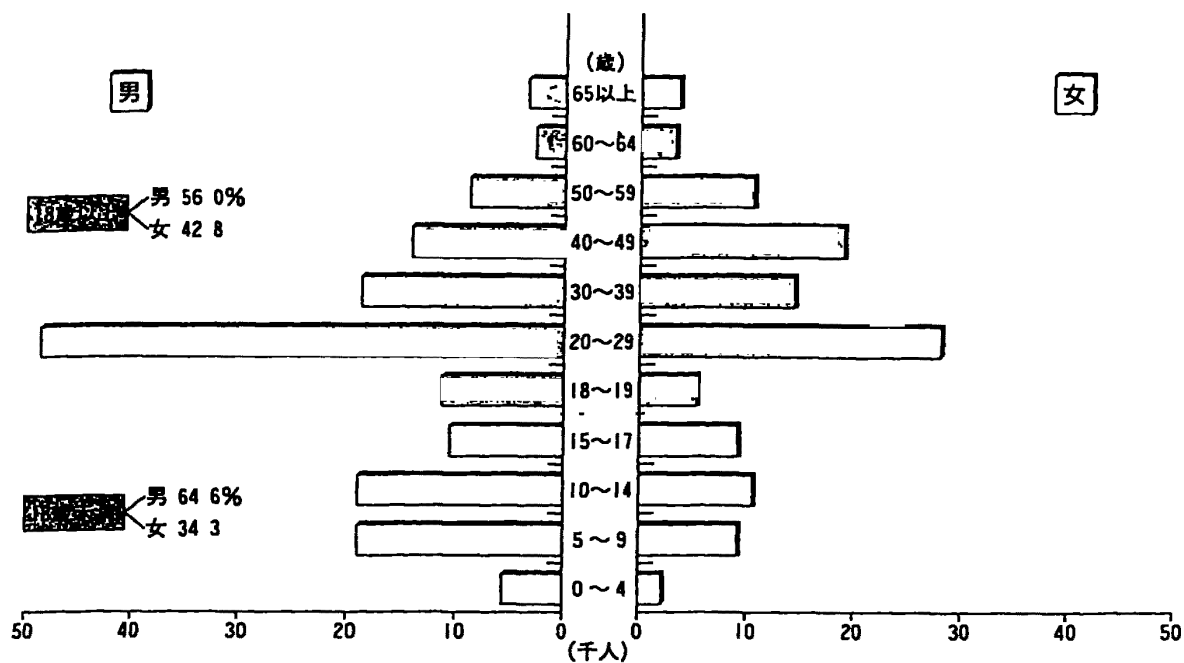
(単位：人)

	総数	在宅	施設入所
総数	413,000	297,100	115,900
18歳未満	96,300	85,600	10,700
18歳以上	300,500	195,300	105,200
不詳	16,200	16,200	0

注1 施設入所は、社会福祉施設等調査(平成7年10月1日)等による。

注2 施設入所とは、知的障害児施設(自閉症児施設を含む)、重症心身障害児施設、国立療養所委託病床(重症心身障害児)、知的障害者更生施設、知的障害者授産施設の各施設である。

年齢階層別知的障害児(者)の分布状況



年齢階層別・性別にみた知的障害児(者)数

(単位 人)

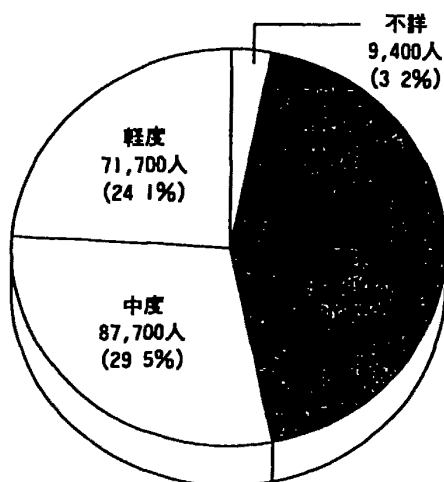
	総 数	男	女	不 詳
総 数	297,100 (100 0)	167,200 (56 3)	115,600 (38 9)	14,300 (4 8)
18歳未満	85,400 (100 0)	55,200 (64 6)	29,300 (34 3)	1,000 (1 2)
0 ~ 4	7,800	5,700	2,100	—
5 ~ 9	27,700	19,300	8,400	—
10 ~ 14	30,000	19,500	10,200	400
15 ~ 17	19,900	10,700	8,600	600
18歳以上	195,300 (100 0)	109,300 (56 0)	83,600 (42 8)	2,200 (1 1)
18 ~ 19	16,400	11,500	4,900	0
20 ~ 29	77,500	49,200	27,900	400
30 ~ 39	34,200	18,900	14,600	600
40 ~ 49	33,800	14,300	18,900	600
50 ~ 59	19,700	8,800	10,500	400
60 ~ 64	6,100	2,900	3,100	0
65歳以上	7,600	3,700	3,700	200
不 詳	16,200 (100 0)	2,500 (15.4)	2,500 (15 4)	11,100 (68 5)

2 障害の程度別状況

知的障害児(者)を程度別についてみると、「最重度」「重度」が43.2%、「中度」「軽度」が53.6%となっています。

前回調査時(平成2年)には、「最重度」「重度」が43.5%、「中度」「軽度」が51.3%となっており、構成割合に大きな変化は見られません。

障害の程度別にみた知的障害児(者)数



(単位 人)

	総数	最重度	重度	中度	軽度	不詳
平成7年	297,100 (100.0)	37,100 (12.5)	91,200 (30.7)	87,700 (29.5)	71,700 (24.1)	9,400 (3.2)
平成2年	283,800 (100.0)	35,200 (12.4)	88,300 (31.1)	76,400 (26.9)	69,200 (24.4)	14,800 (5.2)

注 () 内は構成比 (%)

障害の程度別にみた知的障害児(者)数 (在宅者)

(単位 人)

	総数	最重度	重度	中度	軽度	不詳
総数	297,100 (100.0)	37,100 (12.5)	91,200 (30.7)	87,700 (29.5)	71,700 (24.1)	9,400 (3.2)
知的障害児 (18歳未満)	11,300 (3.8)	11,300 (31.0)	26,700 (23.6)	22,700 (20.1)	22,800 (20.2)	2,000 (1.8)
知的障害者 (18歳以上)	24,700 (8.3)	24,700 (69.2)	60,700 (24.6)	60,500 (24.5)	45,400 (18.0)	4,000 (1.6)
不詳	1,000 (0.3)	3,700 (10.0)	4,500 (13.5)	3,500 (10.5)	3,500 (10.5)	3,500 (10.5)

注 () 内は構成比 (%)

3 保健面, 行動面の状況

保健面では, 身体的健康に嚴重な看護が必要な「1度」が34%となっており, 行動面では, 行動上の障害が顯著で常時付き添い注意が必要な「1度」が52%となっています。

保健面の状況

		100 0%
1度	身体的健康に嚴重な看護が必要。生命維持の危険が常にある	34
2度	身体的健康に常に注意, 看護が必要。発作頻発傾向	83
3度	発作が時々あり, あるいは周期的に変調がある等のため, 一時的又は時々看護の必要がある	151
4度	服薬等に対する配慮程度	212
5度	特に配慮は必要ない	283
不詳		238

行動面の状況

		100 0%
1度	行動上の障害が顯著で常時付き添い注意が必要	52
2度	行動上の障害があり, 常時注意が必要	108
3度	行動面での問題に対し注意したり時々指導したりすることが必要	231
4度	行動面での問題に対し多少注意する程度	198
5度	特に配慮は必要ない	169
不詳		241

注 行動上の障害とは, 多動, 自分を傷つける, 物を壊す, 拒食の問題等本人が安定した生活続けることを困難な状態にしている行動をさす。

4 生活の場の状況

知的障害児(者)のほとんどが「自分の家やアパート」で暮らしており, グループホームで生活している者も約2%います。

		自分の家や アパート	会社の寮	グループ ホーム	その他	不詳
全体	100 0%	90 9%	0 9%	1 7%	6 0%	0 5%
18歳未満	100 0	96 3	0 5	0 7	2 5	—
18歳以上	100 0	89 0	1 0	2 2	7 4	0 3
年齢不詳	100 0	85 8	2 5	1 2	7 4	4 9

3. 精神障害者の状況

1 精神障害者数

知的障害を除く精神障害者は、全体で217万人と推定されています。そのうち精神病院に入院している者は34万人、社会復帰施設に入所している者及びグループホームを利用している者は8,000人、在宅において生活している者は約182万人と推計されています。

総数 217万人		
精神病院入院	社会復帰施設入所, グループホーム利用	在宅
34万人	0.8万人 (内 通院公費負担医療患者数48万人)	182万人

資料・平成8年患者調査、厚生省報告例等

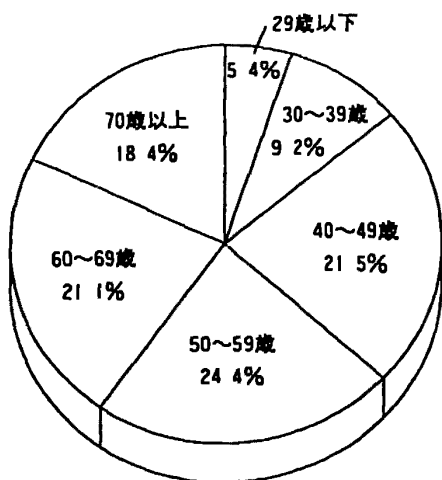
2 精神病院入院患者の年齢構成

平成8年日本精神病院協会総合調査によると、精神病院の入院患者の年齢構成は、70歳以上が18.4%、60～69歳が21.1%、50～59歳が24.4%、40～49歳が21.5%、30～39歳が9.2%、29歳以下が5.4%となっています。60歳以上の高齢者が約4割となっており、精神病院入院患者の高齢化が見られます。

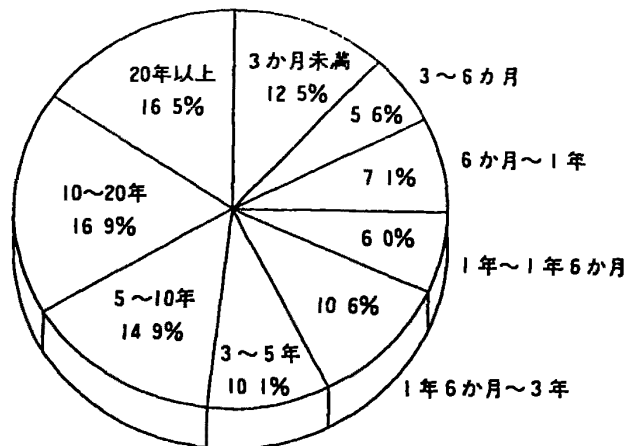
3 精神病院入院患者の在院期間

平成8年日本精神病院協会総合調査によると、精神病院の入院患者の在院期間は、20年以上が16.5%、10～20年が16.9%、5～10年が14.9%となっています。10年以上在院している患者が3割以上となっており、精神病院の入院患者の在院期間が長期となっています。

精神病院入院患者の年齢構成



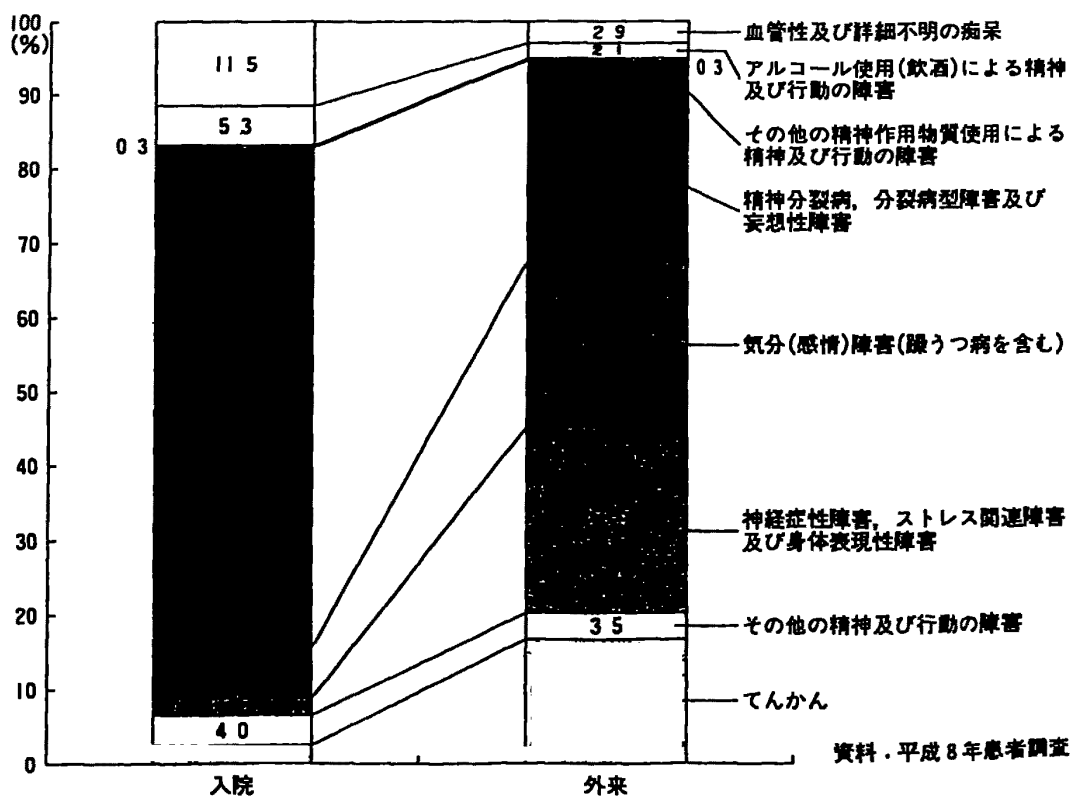
精神病院入院患者の在院期間



4 精神障害者の精神疾患の種類別構成割合

精神障害者の精神疾患の種類別構成割合は、「精神分裂病、分裂病型障害及び妄想性障害」が最も多く、27.3%を占めています。その次に「神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害」24.9%、「気分（感情）障害（躁うつ病を含む）」22.3%、「てんかん」16.7%となっています。

精神障害者の精神疾患の種類別構成割合

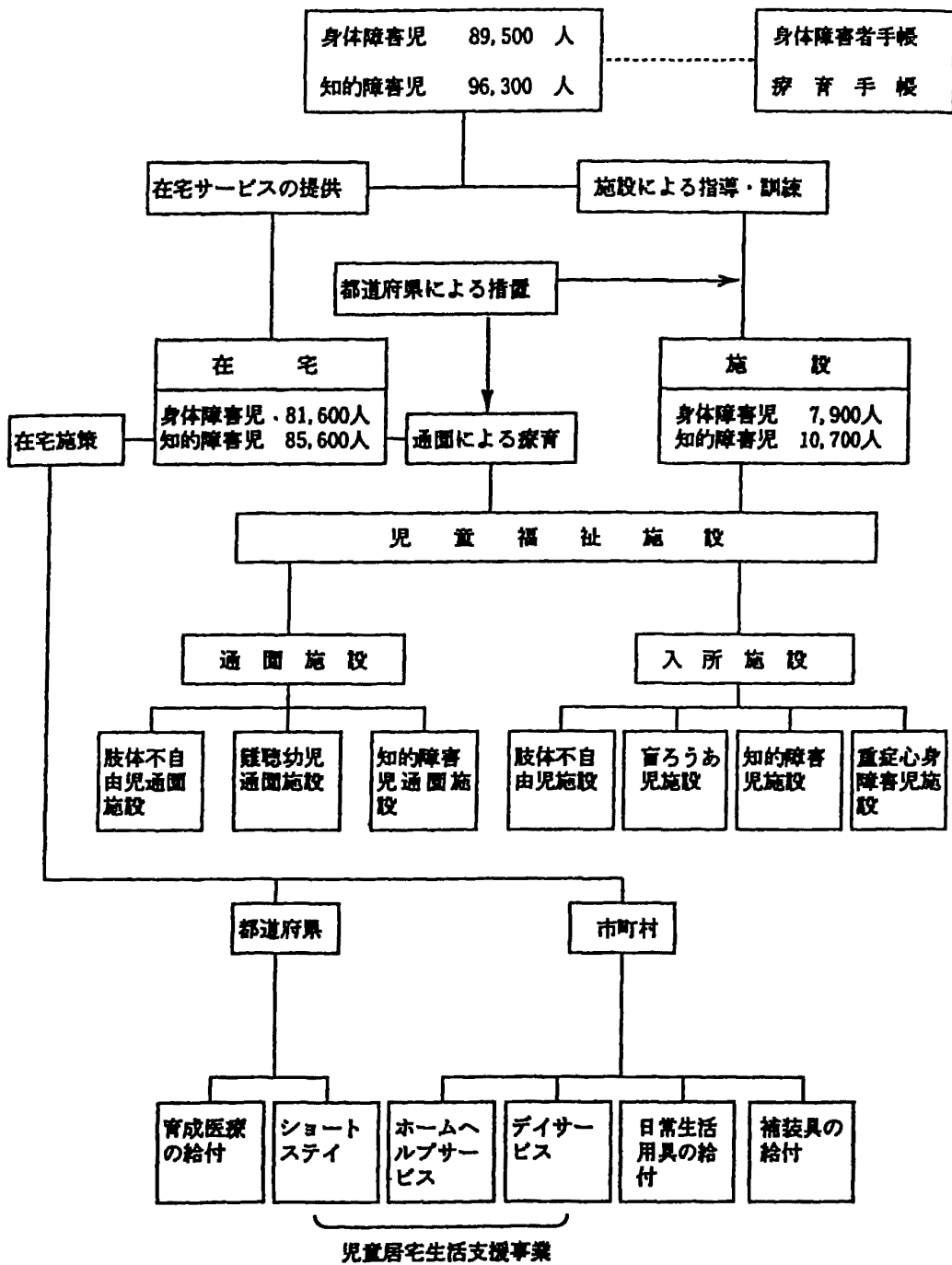


1 障害者福祉施策の概要

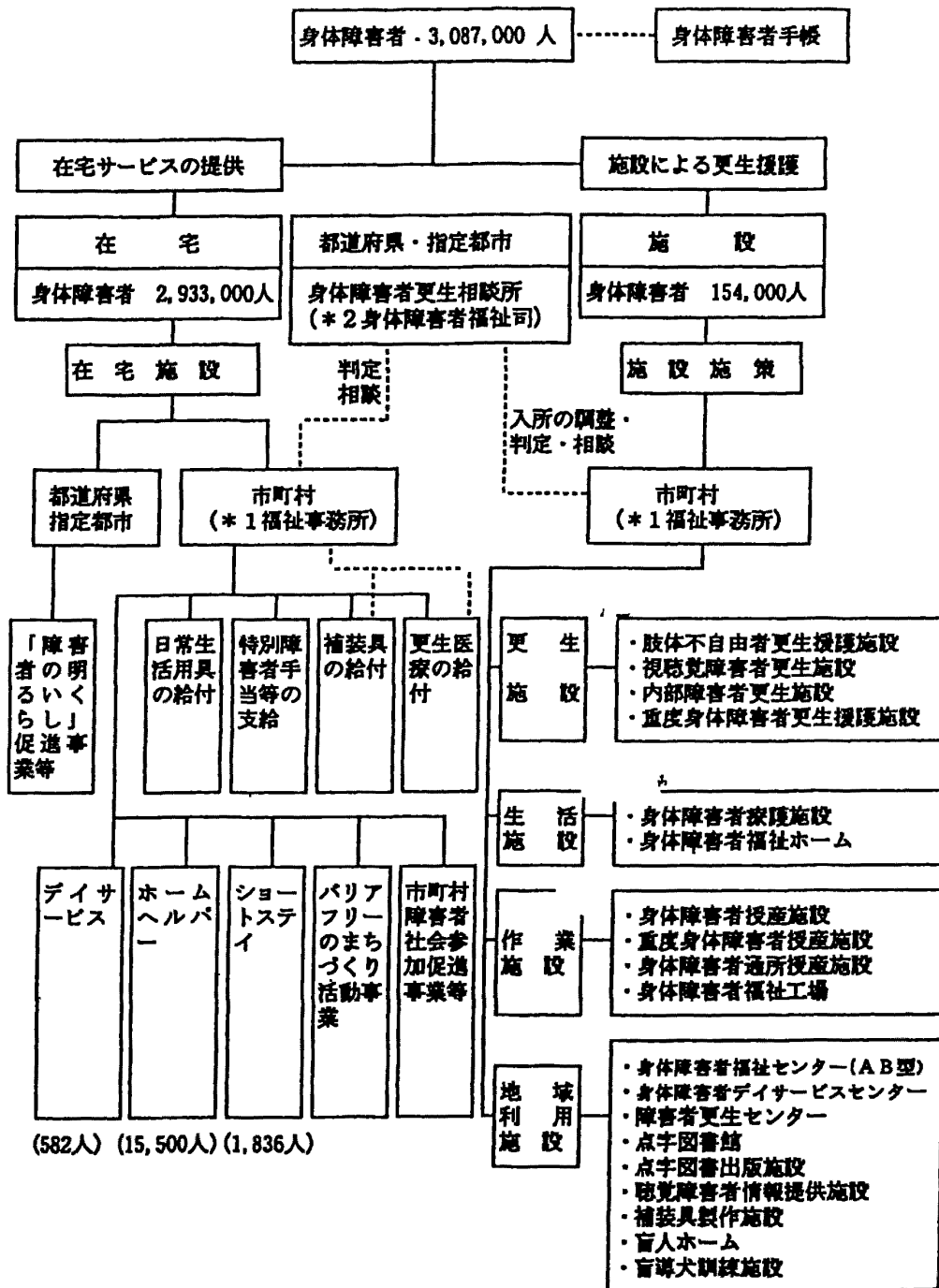
障害児・者施策一覧

		乳 幼 児 期	少 年 期		成 年 期	
		0 歳	6 歳	15 歳	18 歳	20 歳
発生予防	発生予防	妊婦健診等				
	早期発見	！… 先天性代謝異常等検査 健康診査（乳幼児、1歳6か月児、3歳児）				
在宅	早期療育	保健所、児童相談所等による相談指導 心身障害児総合通園センター 育成医療 障がい通園（ダイサービス）事業 障害児保育 障害児通園施設				
	福祉サービス	補装具の交付（修理） 日常生活用具の給付 ホームヘルパーの派遣 児童相談所 家庭児童相談室（福祉事務所） 更生相談所 福祉事務所等による相談指導 知的障害者 身体障害者相談員、民生 児童委員、民間団体による相談指導 身体障害者手帳、療育手帳の交付 ショートステイ（心身障害児（者）施設地域療育事業等） 障害児（者）地域療育等支援事業 重症心身障害児（者）通園事業 更生医療 訪問診査 グループホーム（知的障害児等） 小規模作業所 市町村障害者社会生活支援事業 デイサービス事業 市町村障害者社会参加促進事業 「障害者の明るいくらし」促進事業				
策	社会参加					
	平当年金	特別児童扶養手当の給付 障害基礎年金の給付 障害児福祉手当の給付 特別障害者手当の給付 心身障害者扶養保護制度				
施設施策	施設	障害児施設 障害者施設				

6 障害児福祉施策の概要

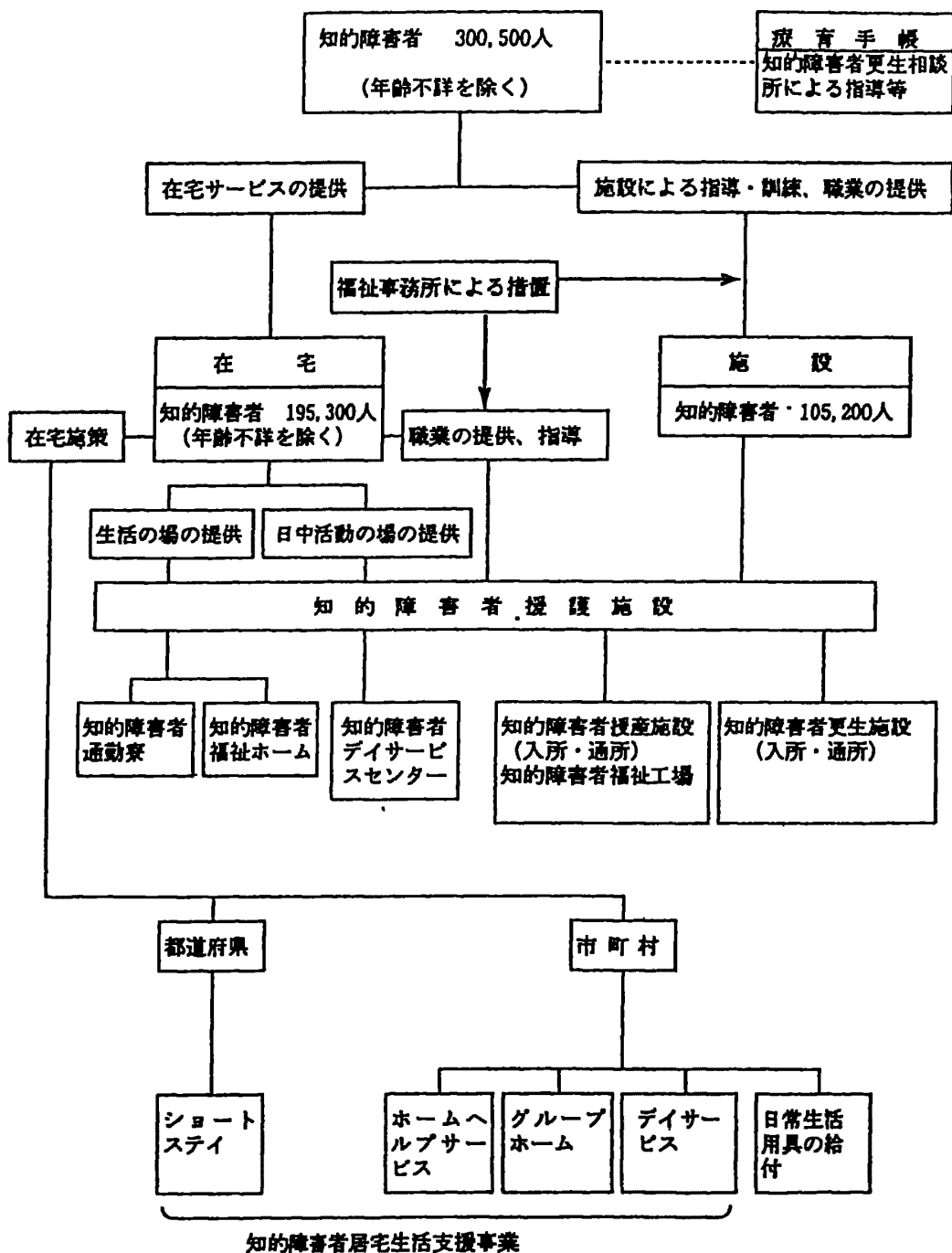


5 身体障害者福祉施策の概要

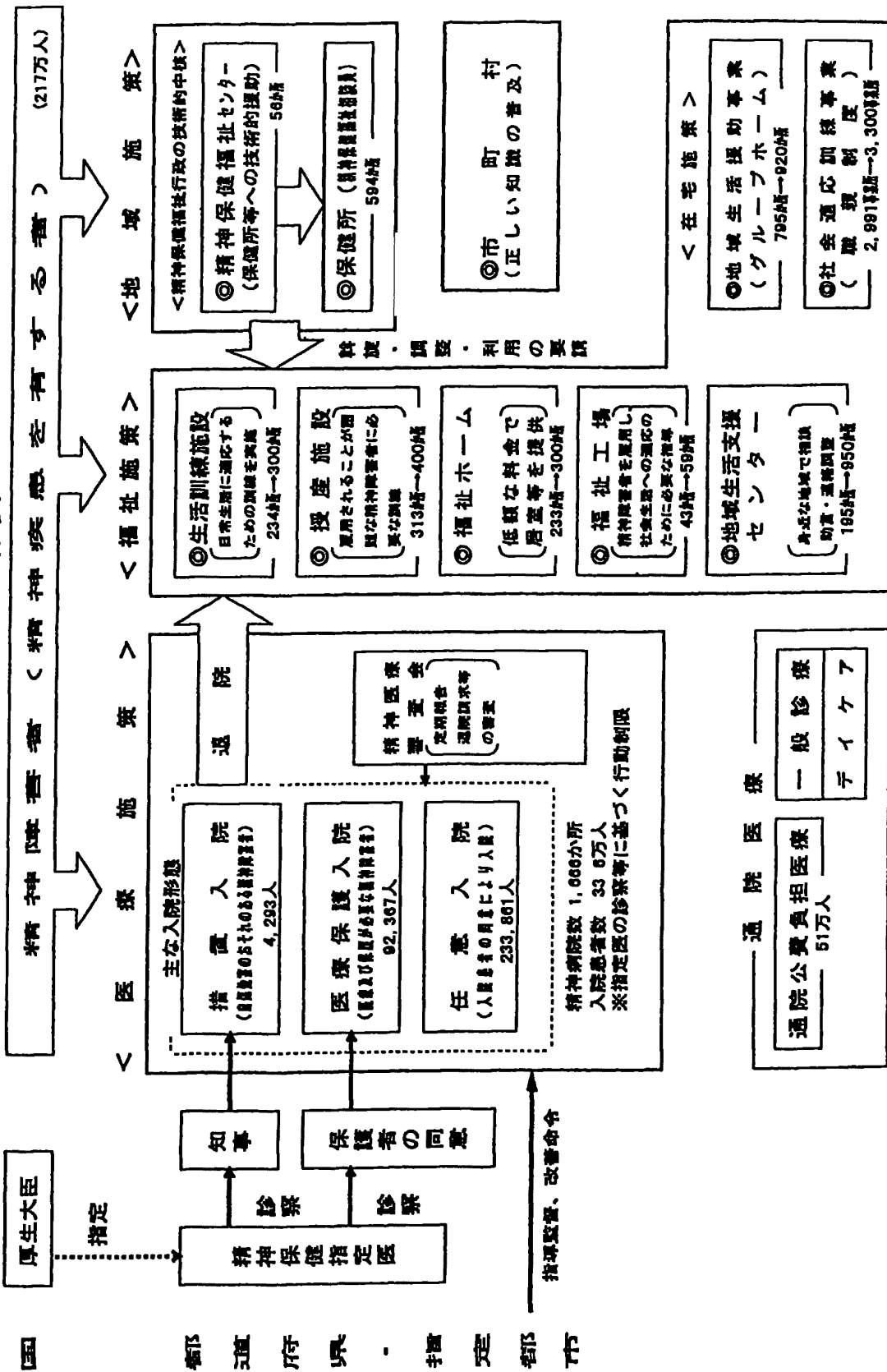


*1 福祉事務所を設置している市町については、福祉事務所を実施。
 *2 身体障害者福祉司は、福祉事務所への技術的指導を行っている。

7 知的障害者福祉施策の概要



精神障害者保健福祉施策の概要



※ 入院患者数及び精神病院数は平成10年6月30日現在、社会福祉施設等の数は平成12年度予算案が所収一般書プラン数値目標である。

祉法などがある。他方、障害者のみを対象とした法律はあまり多くなく、障害者基本法、障害者雇用促進法、戦傷病者特別援護法、身体障害者福祉法、知的障害者福祉法などである。

障害者福祉は表1-2にみるように現在4つの法律に基づいて行われている。児童福祉法は障害の有無にかかわらず18歳未満の児童を対象としているが、障害児のための各種施設や補装具給付、育成医療など多くの障害児福祉サービ

表1-2 障害者福祉に関する4つの法律の枠組み

法名称・略称	児童福祉法	身体障害者福祉法	知的障害者福祉法	精神保健福祉法
制定年	1947年	1949年	1960年	1950年 精神衛生法 1987年 精神保健法 1995年 現行名称
目的	心身ともに健やかに育成する	自立と社会経済活動への参加を促進するため、援助し、必要に応じて保護する	更生を援助するとともに必要な保護を行う	国民の精神保健の向上、精神障害者の医療と保護、社会復帰の促進、自立と社会経済活動への参加の促進のために必要な援助を行う
対象	17歳以下の児童	18歳以上の身体障害者	18歳以上の知的障害者	精神障害者（年齢を問わない）
障害者（児）の定義	特になし	法別表の身体障害をもち都道府県知事から身体障害者手帳の交付を受けた者	特になし	精神分裂病、中毒性精神病、精神薄弱、精神病質その他精神疾患をもつ者
実施機関（◎＝中心機関）	◎児童相談所 福祉事務所 保健所 市町村	◎市町村 福祉事務所 身体障害者更生相談所	◎福祉事務所 知的障害者更生相談所 市町村	◎保健所 精神保健福祉センター 市町村
専門行政職員	児童福祉司	身体障害者福祉司	知的障害者福祉司	精神保健福祉相談員
民間の相談員	児童委員	身体障害者相談員	知的障害者相談員	特になし
手帳制度	身体障害者手帳、療育手帳の制度を利用	身体障害者手帳	療育手帳（法律ではなく通知で実施）	精神障害者保健福祉手帳
審議会	児童福祉審議会（国／都道府県は必置、市町村は任意）	身体障害者福祉審議会（国に必置、その他は規定なし）	規定なし	地方精神保健福祉審議会（都道府県に必置、その他規定なし）

障害者プラン

～ノーマライゼーション7か年戦略～

平成7年12月

障害者対策推進本部

目次

I 位置づけ

II 基本的考え方

III 期間

IV 推進方策等

V 地方公共団体への支援

VI 各施策分野の推進方向

地域で共に生活するために

- 1 住まいや働く場ないし活動の場の確保
- 2 地域における障害児療育システムの構築
- 3 精神障害者の保健医療福祉施策の充実
- 4 介護等のサービスの充実
- 5 総合的な支援体制の整備
- 6 福祉施設の適正な立地の促進等
- 7 障害者施設体系の見直しと施設・サービスの総合的利用の促進
- 8 社会参加の推進
- 9 マンパワーの養成・確保
- 10 市町村中心の保健福祉サービス体系
- 11 成年後見制度の検討
- 12 所得保障
- 13 難病を有する者への対応

社会的自立を促進するために

1. 障害のある子供達に対する教育の充実
- 2 教育相談体制・研修の充実
- 3 後期中等教育段階における施策の充実
- 4 法定雇用率達成のための障害種類別雇用対策の推進
- 5 重度障害者雇用の推進
- 6 職業リハビリテーション対策の推進

バリアフリー化を促進するために

- 1 歩行空間の整備

- 2 移動・交通対策の推進
- 3 建築物の整備
- 4 地方公共団体の福祉のまちづくりへの支援
- 5 農山漁村における生活環境の整備

生活の質(QOL)の向上を目指して

- 1 福祉用具等の研究開発・普及
- 2 情報通信機器・システムの研究開発・普及等
- 3 情報提供の充実
- 4 放送サービスの充実
- 5 障害者スポーツ、芸術・文化活動の振興等
- 6 公園、水辺空間等オープンスペースの整備
- 7 障害者の旅行促進のための方策の推進
- 8 食生活環境の改善

安全な暮らしを確保するために

- 1 地域の防犯・防災ネットワークの確立
- 2 緊急時の情報提供・通信体制の充実
- 3 災害時・緊急時の避難誘導対策の充実
- 4 災害を防ぐための基盤の整備
- 5 防犯・防災知識の普及
- 6 防犯・防災設備の開発・普及の促進

心のバリアを取り除くために

- 1 障害者への理解を深めるための教育の推進
- 2 ボランティア活動の振興等
- 3 障害者週間における啓発・広報活動の重点的展開
- 4 「精神薄弱」用語の見直し
- 5 精神障害者についての社会的な誤解や偏見の是正

我が国にふさわしい国際協力・国際交流を

- 1 政府開発援助における障害者に対する配慮
- 2 国際機関を通じた協力の推進
- 3 国際協調・交流の推進

障害者プラン

～ノーマライゼーション7か年戦略～

I 位置づけ

「障害者対策に関する新長期計画」(平成5年度から14年度)の具体化を図るための重点施策実施計画とする。(目次へ戻る)

II 基本的考え方

国においては、ライフステージの全ての段階において全人間的復権を目指すリハビリテーションの理念と、障害者が障害のない者と同等に生活し、活動する社会を目指すノーマライゼーションの理念の下、「障害者対策に関する新長期計画」を策定し、その推進に努めているところであるが、この理念を踏まえつつ、次の7つの視点から施策の重点的な推進を図る。

- 1 地域で共に生活するために
- 2 社会的自立を促進するために
- 3 バリアフリー化を促進するために
- 4 生活の質(QOL)の向上を目指して
- 5 安全な暮らしを確保するために
- 6 心のバリアを取り除くために
- 7 我が国にふさわしい国際協力・国際交流を

(目次へ戻る)

III 期間

本プランは、平成8年度から平成14年度までの7か年計画とする。

(目次へ戻る)

IV 推進方策等

(1) 本プランの推進状況を定期的にフォローアップし、社会経済情勢の変化、関連制度・法令の改正、市町村障害者計画の策定状況等を踏まえ、必要に応じプランの見直しを行う。

(2) 障害者施策は広範な分野にわたるため、関連する分野の施策が効果的かつ効率的に実施されるよう関係行政機関相互の連携を強化する。

(3) 各施策の適正な推進の基礎となる障害者等の実態調査については、プライバシーに配慮しつつ、関係者と十分調整して実施する。

(目次へ戻る)

V 地方公共団体への支援

(1) 本プランに対応し、地方公共団体が地域の特性に応じ主体的に取り組む障害者施策を積極的に支援する。

特に地方公共団体が地方単独事業で行う障害者にやさしいまちづくりや障害者の社会参加等のための施設整備、保健福祉マンパワー養成に関する事業に対して積極的な支援策を講ずる。

(2) 市町村の施策の実施に当たって、障害者等の意見を適切に反映するため、市町村の自主性、主体性を尊重しつつ、市町村障害者計画の策定と障害者及び障害者福祉事業に従事するメンバーを含む市町村の地方障害者施策推進協議会の設置等を促進する。

(3) 本プランが都道府県・市町村の障害者計画へ適切に反映され、施策の計画的推進が図られるよう、計画策定手法の普及、計画づくりへの支援等を行う。なお、必要に応じ、複数の市町村による広域的な計画づくり等の取扱いについても検討する。

(目次へ戻る)

VI 各施策分野の推進方向

地域で共に生活するために・

ノーマライゼーションの理念の実現に向けて、障害のある人々が社会の構成員として地域の中で共に生活を送れるように、ライフステージの各段階で、住まいや働く場ないし活動の場や必要な保健福祉サービスが的確に提供される体制を確立する。

1. 住まいや働く場ないし活動の場の確保

(1) 住宅整備の推進

○ 新設される全ての公共賃貸住宅を、段差の解消等身体機能の低下に配慮した長寿社会対応仕様とするとともに、住戸改善の際にもできる限り同様の仕様とする。

○ 住宅に困窮する障害者等の居住の安定を図るため、障害者等を優先入居の対象とする公共賃貸住宅の供給を積極的に推進する。

○ 障害者等が暮らしやすい民間住宅の整備を推進するため、「長寿社会対応住宅設計指針」の普及を図るとともに、公的融資制度等を通じて、長寿社会対応仕様の住宅取得、身体障害者に配慮した住宅建設・改造等の促進を図る。

○ 生活支援の機能を持つ住宅であるグループホーム及び福祉ホームを、ニーズに対応できるようにするため、約2万人分を目標として計画期間内に整備する。

○ 障害者世帯向け公営住宅や福祉施設を併設・合築した公共住宅団地の建設を推進するとともに、公営住宅のグループホームへの活用を進めることにより、障害種類別の特性やニーズに応じた良質な住宅の供給を図る。

○ 地方公共団体が策定する住宅マスタープランにおいて、障害者向けの公共賃貸住宅に関する事項を盛り込むことを促進し、障害者のニーズに対応した住宅の供給を推進する。

○ 地域生活に円滑に移行するための精神薄弱者通勤寮の整備の促進を図る。

(2) 福祉的配慮のされた働く場ないし活動の場の確保

○ 授産施設及び福祉工場を、ニーズに対応できるようにするため、約68万人分を目標として計画期間内に整備する。

○ 小規模作業所について、授産施設の分場方式の活用及びデイサービス事業の拡充による法定施設化を進めるとともに、助成措置の充実を図り、運営の安定化を推進する。

2. 地域における障害児療育システムの構築

○ 各都道府県において、療育に関する専門的指導等を行うことのできる、障害児療育の拠点となる施設の機能の充実を図るとともに、市町村が行う心身障害児通園事業等の地域療育に対し、障害児通園施設等が指導・支援する事業を、概ね人口30万人当たり概ね2か所ずつを目標として実施する。

○ 障害児通園施設の見直しを図り、障害の種別にとらわれない利用を図る。

○ 在宅の障害児が身近な場所に通うことができるよう、保育所等を活用した小規模の心身障害児通園事業及び重症心身障害児(者)のための通園事業を約13か所を目標として計画期間内に整備する。

3 精神障害者の保健医療福祉施策の充実

(1) 社会復帰・福祉施策の充実

○ グループホーム、福祉ホーム、授産施設及び福祉工場に加え、精神障害者生活訓練施設(援護寮)については約6千人分を目標として、精神障害者社会適応訓練事業については約5千人分を目標として、計画期間内に整備する。

○ 社会復帰施設の整備を促進し機能の強化を図る。

○ 地域で生活する精神障害者の日常生活の支援や日常的な相談への対応、地域住民との交流を支援する事業を、社会復帰施設に付置する形で、概ね人口30万人当たり概ね2か所を目標として実施する。

○ 精神保健福祉センターや保健所等による相談指導の充実、家族会活動や患者会活動への支援、精神障害者社会復帰促進センターの事業の充実、手帳に基づく福祉的措置の充実など地域精神保健福祉施策の充実を図る。

○ 精神障害者の特性に留意しつつ、社会復帰のための訓練を充実するとともに、社会的自立をめざし訓練から雇用へつながるよう、雇用施策との連携を図る。

(2) より良い精神医療の確保

○ 夜間や休日を含めて緊急の精神科対応ができるよう、精神科救急医療システムの整備を進める。

○ 精神障害者の人権に配慮しつつ、合併症を含め病状に応じた適切な医療が確保できるよう体制の整備を図る。

○ 医学的リハビリテーションにより精神障害者の社会復帰を促進する等のため、精神科デイケア施設を約1千か所を目標として計画期間内に整備する。

○ 精神病院の病棟の近代化を推進し、療養環境の向上を図る。

○ 質の高い療養生活が安心して送れるよう、長期入院者の医療の在り方について多角的な視点からの検討を進める。

4. 介護等のサービスの充実

(1) サービス供給体制の整備

○ ガイドヘルプなど障害者特有のニーズにも配慮しながら、身体介護や援助を必要とする状態の者にホームヘルプサービスが的確に提供できるよう、また、デイサービスやショートステイを必要とする者及び入所施設での処遇を必要とする者がこれらのサービスを利用できるよう、市町村におけるサービス提供体制を整備する。

(2) 在宅サービスの充実

○ ホームヘルパーについては約45万人、デイサービスセンターについては約1千か所、ショー

トステイについては約45千人分となることを目標として計画期間内にそれぞれ整備する。

- 施設の有するマンパワー等の専門的機能を活用し、地域への支援機能の充実を図る。
- 公営住宅や福祉ホーム等に住む身体障害者を対象とする介護サービスの提供の充実を図る。

(3) 施設サービスの充実

- 重度障害者等の福祉、医療ニーズに的確に応えられるよう、地域的なバランスに配慮しつつ、生活・療育の場として必要な入所施設を整備することとし、特に供給が不足している施設の特機者を解消するため、身体障害者療護施設については約25万人分、精神薄弱者更生施設については約95万人分となることを目標として計画期間内にそれぞれ整備する。
- 入所施設について、個室化の推進等生活の質の向上を図る。
- 介護機器など福祉用具の積極的導入による施設機能の近代化、自立支援機能の強化を推進する。
- 多くの障害者が入所している救護施設についても、その処遇の質的充実を図る。

(4) 重度化・高齢化への対応及びサービスの質的向上

- 常時の援護が必要な重度・重複障害者に対する施策の充実を図る。また、障害者やその家族の高齢化に伴う諸問題に適切に対応できるよう、調査研究を進める。
- 障害の種別や程度等個々の特性や障害者のニーズに応じ、適切な介護等のサービスが提供できるよう、ガイドラインの策定等を行う。
- 障害者が生活機能を回復・取得するために必要な医療、機能回復訓練、障害者の年齢等に応じた社会生活訓練等についての研究及び開発を推進する。

5. 総合的な支援体制の整備

- 身近な地域において、障害者に対し総合的な相談・生活支援・情報提供を行う事業を、概ね人口30万人当たり概ね2か所ずつを目標として実施する。
- 障害者の実情に応じた相談・調整に当たることのできる専門スタッフの養成を図る。
- 医療機関におけるリハビリテーション医療の一層の充実を図るとともに、歯科保健医療を含め、障害者にとっての医療の確保を図る。
- 相談・判定機能と施設機能、医療機能の統合連携を通じ、総合的なリハビリテーションの体制整備を図る。

6. 福祉施設の適正な立地の促進等

- 高齢者の施設等他の保健福祉施設や地域の公共施設との合築や複合的な整備を推進する。
- 区画整理、再開発等まちづくりに関する事業と連携してデイサービスセンターやリハビリテーション施設等、福祉施設の適正な立地を計画的に誘導するとともに、福祉施設の公共住宅団地への併設、合築等を積極的に推進する。

○ 福祉施設、医療施設の周辺において、障害者にとってより利用しやすい歩行空間の整備を優先的に推進する。

7. 障害者施設体系の見直しと施設・サービスの総合的利用の促進

○ 障害者のニーズに的確に応え、身近な地域において効果的な施設機能が発揮できるよう、障害の種別や程度、障害者の年齢を踏まえつつ、総合化等の観点から障害者施設体系について見直しを行う。

○ 障害の種別や程度、障害者の年齢を踏まえつつ、障害者関係施設の総合的利用の促進を図るとともに、高齢者のものも含めたサービスの共同利用の促進を図る。

8. 社会参加の推進

○ 障害者にとって最も身近な市町村を中心に、福祉バスの運行等移動時の支援施策や手話通訳者の設置、点字広報の配付等コミュニケーション確保の施策等障害者が社会参加するために必要な援助を行う事業について、概ね人口5万人規模を単位として計画期間内に実施することを目標として推進する。

○ 遠距離での移動を容易にするガイドヘルパーネットワーク事業、盲導犬育成事業、精神薄弱者の社会参加活動の支援事業等を推進する。

9. マンパワーの養成・確保

○ ホームヘルパー、施設職員、地域における専門スタッフ等の計画的養成・確保を図るとともに、作業療法士、理学療法士などリハビリテーションに係るマンパワーの量的・質的充実を図る。

○ 障害者の特性に対応できるようホームヘルパー養成研修の充実を図る。

○ 業務省力化・勤務時間の短縮・福利厚生充実による保健福祉職員の職場環境の整備を進め、良質な人材の安定的確保を図る。

○ 点訳奉仕員、朗読(録音)奉仕員、手話通訳者その他専門的知識・技能を有する者の養成・確保を図る。

○ 精神科ソーシャルワーカー、臨床心理技術者等の資格の在り方について、鋭意検討を進める。

10 市町村中心の保健福祉サービス体系

○ 市町村域・複数市町村を含む広域圏域・都道府県域の各圏域ごとの機能分担を明確にし、各種のサービスを面的、計画的に整備することにより、重層的なネットワークを構築する。

○ 障害児・精神薄弱者施策において、市町村をサービスの決定・実施の主体とすることを検討する。

○ 精神障害者のための社会復帰施策や福祉施策等については、都道府県の施策の充実を図りつつ、身近な施策については市町村の役割を高めていく方向で検討を進める。

○ 市町村が近隣の市町村と協力・連携を図ることや都道府県等との連携体制を整備することにより、地域におけるサービス提供の的確な実施を推進する。

○ 都道府県については、市町村に対する支援や市町村間の調整、精神医療の体制整備など広

域性・専門性の高い分野の業務の充実を図る。

11. 成年後見制度の検討

○ 精神薄弱者、精神障害者や痴呆性老人の財産管理や権利擁護等を内容とする、いわゆる成年後見制度について検討する。

12 所得保障

○ 障害無年金の問題について、年金制度の在り方全体をにらみながら、年金制度の中で対応するか福祉的措置で対応するかを含め、幅広い観点から検討する。

13. 難病を有する者への対応

○ 難病を有する者に対して、関連施策としてホームヘルプサービス等適切な介護サービスの提供を推進する。

(目次へ戻る)

社会的自立を促進するために

障害者の社会的な自立に向けた基盤づくりとして、障害の特性に応じたきめ細かい教育体制を確保するとともに、教育・福祉・雇用等各分野との連携により障害者とその適性と能力に応じて可能な限り雇用の場に就き、職業を通じて社会参加することができるような施策を展開する。

1 障害のある子供達に対する教育の充実

○ 盲・聾・養護学校、小・中学校の特殊学級における適切な教育を行うため、研究指定校による実践的研究、各種手引書の作成等により指導内容・方法の充実を図るとともに、教育設備等に対する補助を行う等、その充実を図る。

○ 軽度の障害のある児童生徒に対し障害の種類等に応じた専門的な指導を行うため、指導主事、通級担当教員に対する指導方法等の研修の充実を図る。

2 教育相談体制・研修の充実

○ 教育委員会において、教育、医療、福祉等の各関係機関の専門家が連携し、早期から適切な教育相談が行える体制を整備するとともに、指導資料の作成や相談技術の向上に関する研修を実施するなど、教育相談の充実を図る。

○ 担当教員に対し障害の特性に応じた専門的な内容(障害児の心理、各種発達検査、視覚障害者のための点字、聴覚障害者のための口話法・手話、発達特性・運動動作・病気の知識と理解等)の研修の充実を図る。

3. 後期中等教育段階における施策の充実

○ 盲・聾・養護学校の高等部について、社会の変化や生徒の実態の多様化等に対応した適切な教育を行うため、その整備を進めるとともに、教育内容・方法の改善等を図る。

○ 盲・聾・養護学校と労働・福祉関係機関や企業との連携を強化し、現場実習の充実や職域拡大を図る等、職業教育及び進路指導の充実を図る。

4. 法定雇用率達成のための障害種類別雇用対策の推進

(1) 身体障害者雇用の推進

- 実雇用率が法定雇用率を相当下回っている現状に鑑み、法定雇用率の達成に向けて、各種助成措置の活用、事業主の指導・援助の強化等身体障害者雇用率制度の厳正な運用を行う。
- 中途障害者については、雇用継続に係る諸問題を把握し、円滑な職場復帰を図るための施策を充実する。
- 自営業に就いている障害者については、引き続きその就業実態の把握及び支援の在り方の調査研究を行い、その結果を踏まえ、必要な雇用・就業対策を講ずる。

(2) 精神薄弱者雇用の推進

- 精神薄弱者の特性に応じた職域の開発、職業の能力の開発、人的援助体制等の条件整備を推進するとともに、精神薄弱者の雇用の実態を踏まえて、雇用率制度の在り方を検討する。

(3) 精神障害者雇用の推進

- 医療・福祉等と連携した支援体制の整備を図るとともに、精神障害者の特性に配慮した柔軟な職業リハビリテーションの実施及び雇用管理に関する支援等施策の充実を図る。また、精神障害者の雇用実態等を踏まえ、雇用率制度の適用の在り方を検討する。

5 重度障害者雇用の推進

- 重度障害者の雇用機会の拡大を図るため、重度障害者多数雇用事業所施設設置等助成金の支給等により、第3セクターによる重度障害者雇用企業等の全都道府県域への設置を促進する。
- 重度障害者の多様な職種雇用事例の作成とその成果の事業主への普及を内容とする「重度障害者雇用促進プロジェクト事業」の充実を図る。
- 重度障害者等特に就職が困難な障害者については、医療・福祉関係機関との連携や、職場環境や生活環境の整備等を行う体制を整えることが必要であるため、「障害者雇用支援センター」の設置を促進する。

6. 職業リハビリテーション対策の推進

- 「障害者職業総合センター」において、職業リハビリテーションについての高度かつ先駆的な調査研究を行うとともに、職業リハビリテーションに従事する専門職員等の確保及び資質の向上を図る。
- 地域の民間企業と協力し、職業的自立に必要な総合的・具体的な障害者の職域開発のための援助を行う事業を拡大するとともに、障害者雇用企業のノウハウを活用した職場実習等弾力的な職業リハビリテーションを拡充する。

(目次へ戻る)

バリアフリー化を促進するために

障害者の活動の場を拡げ、自由な社会参加が可能となる社会にしていいため、様々な政策手段を組み合わせ、道路、駅、建物等生活環境面での物理的な障壁の除去に積極的に取り組む。

1. 歩行空間の整備

- 21世紀初頭までに歩行者利用が見込まれる主な道路(約26万km)のうち約5割(約13万km)について、車いすがすれ違え、障害者等も安全で快適に利用できる幅の広い歩道(幅員3m以上)を整備することを目標に、その整備を推進する。
- 障害者等が安心して移動し、憩うことができる歩行空間を面的に確保するため、住居系・商業系地区における通過交通を制限できるコミュニティ道路等の整備を積極的に推進する。
- 歩道の段差解消や視覚障害者誘導用ブロックの設置を積極的に推進するとともに、放置自転車をなくすための自転車駐車場の整備、電線共同溝の整備等による電線類の地中化等を通じ、安心して歩行できる空間を確保する。
- 大都市圏の大部分の駅や地方圏の主要な駅を中心に、駅前広場、車道部の嵩上げにより連続的に平坦性が確保された幅の広い歩道、昇降装置付立体横断施設、動く歩道等の整備等を推進する。

2. 移動・交通対策の推進

(1) 公共交通ターミナルのバリアフリー化の推進

- 「公共交通ターミナルにおける高齢者・障害者等のための施設整備ガイドライン」等に基づき、各交通事業者等を指導するとともに、補助や財政投融資を活用しつつ、公共交通ターミナルのバリアフリー化を推進する。特に鉄道駅においては、事業者に対して「鉄道駅におけるエレベーター整備指針」等に基づき、エレベーターについては、新設又は大改良を行う駅には原則として設置するとともに既設駅についても5m以上の段差があり、1日当たりの乗降客が5,000人以上ある駅には順次計画的に整備すること等を重点的に指導する。

(2) 障害者等に配慮した車両の導入及びバス停等の整備

- 「心身障害者・高齢者のための公共交通機関の車両に関するモデルデザイン」やリフト付路線バスの導入等への国費による補助等の支援を活用しながら、公共交通機関における障害者等が利用しやすい車両の導入について事業者を指導する。
- バス停、路面電車停留所におけるベンチの設置等施設の充実及び歩道の嵩上げによる低床式バスへの対応等を促進する。

(3) 道路交通環境の整備

- 都市内の障害者用駐車スペースの確保を推進することとし、特に道路附属物として整備する駐車場については、全て障害者用駐車スペースを整備する。
- 高速道路等のサービスエリア及びパーキングエリア並びに主要な幹線道路で整備を進めている「道の駅」の全てについて、障害者用トイレ、駐車スペースを整備する。
- 平成8年度を初年度とする第6次交通安全施設等整備5箇年計画に基づき、障害者の利用に配慮した交通安全施設の整備を推進する。

(4) 運転免許取得希望者等に対する利便の向上

- 指定自動車教習所に対し、身体障害者用教習車両の整備や改造等を行った持ち込み車両等を使用した教習の実施等、必要な指導を行う。
- 運転免許試験場に身体障害者用の技能試験車両等の整備や持ち込み車両による技能試験の実施を行うとともに、手話通訳員の配置、身体障害者用トイレの整備、字幕スーパー入りビデオの活用等を推進する。

○ 各都道府県警察に運転適性相談室の設置、資器材の改善、運転適性に関する知識の豊かな適性相談員の配置等を推進する。

3 建築物の整備

(1) 公共性の高い民間建築物等の指導・誘導

○ 「高齢者、身体障害者等が円滑に利用できる特定建築物の建築の促進に関する法律」に基づき、不特定多数の者が利用する公共性の高い建築物(特定建築物)の建築主に対する必要な指導及び助言又は指示を行うとともに、誘導的基準を満たすものとして知事等の認定を受けた優良な建築物に対する補助、税制上の特例措置及び公的融資による支援策の活用を通じて、特定建築物のバリアフリー化を積極的に誘導する。

○ 旅館、飲食店等障害者等が身近に利用する民間施設について、公的融資制度の活用等により、障害者等の利用に配慮した施設整備を進める。

○ 地域の学習活動の拠点となる社会教育施設におけるスロープや点字案内版等の整備を促進する。

(2) 官庁施設の整備

○ 国が新たに設置する窓口業務を持つ官庁施設等については、全てスロープ、玄関自動扉、エレベーター、身体障害者用トイレの設置及び視覚障害者用床材の使用等を行う。

○ 国の既存施設については緊急性の高いものから逐次、新設の場合と同様の仕様への改修を行う。

4 地方公共団体の福祉のまちづくりへの支援

○ 市町村で福祉のまちづくりに関する総合的な計画の策定を促進するとともに、利用頻度の高い公共施設の改造・改善による生活環境基盤の整備を推進する。

5 農山漁村における生活環境の整備

○ 農山漁村において、広幅員の歩道の整備、福祉施設の用地整備等、障害者等に配慮した生活環境の整備を推進する。

(目次へ戻る)

生活の質(QOL)の向上を目指して

障害者のコミュニケーション、文化、スポーツ、レクリエーション活動等自己表現や社会参加を通じた生活の質的向上を図るため、先端技術を活用しつつ、実用的な福祉用具や情報処理機器の開発・普及を進めるとともに、余暇活動を楽しむことのできるようなソフト・ハード面の条件整備等を推進する。

1. 福祉用具等の研究開発・普及

(1) 福祉用具等の研究開発体制の整備

○ 国立身体障害者リハビリテーションセンターにおける基礎的・臨床的研究開発の推進を図るとともに、産学官の連携のもと、最先端の産業技術を駆使し、安全性、利便性に優れ、かつ低価格の医療、福祉用具の研究開発を推進する。

○ 福祉用具の開発等が整合性のとれた形で効果的に行われるよう、共用データベースや開発の統一基準の整備等の検討を進めるとともに、福祉用具の標準化を推進するため標準基盤研究等を実施する。

(2) 民間事業者等による研究開発、産業界の取組の促進

○ 「福祉用具の研究開発及び普及の促進に関する法律」等に基づき、実用的な福祉用具の研究開発を行う民間事業者等への支援等を行うとともに、福祉用具の評価基盤の整備等を通じ、産業界の福祉用具への取組を誘導する。

○ 福祉用具の評価基盤を整備し、福祉用具の適用性の向上と安全性を確保する。

(3) 福祉用具の普及促進

○ 障害者のニーズに見合い真に選択できる福祉用具の提供がなされるよう、相談・提供方法の多様化やフォローアップ体制の充実を図る。

○ 福祉用具相談担当職員や適合判定等の専門職員の養成、研修を充実し、福祉用具の適正な普及を図る。

2 情報通信機器・システムの研究開発・普及等

○ 「障害者等情報処理機器アクセシビリティ指針」に基づき、指針に準拠した機器の産業界における開発を促進するとともに、説明会等による機器の普及を図る。

○ 聴覚障害者のための骨伝導メカニズムによる音情報伝達システム等障害者の利用に配慮した情報通信システム、情報通信端末、情報伝達技術等の研究開発を推進する。また、最新技術の導入等に当たっての障害者の利用への配慮を進める。

3 情報提供の充実

○ 字幕(手話)入りビデオカセットの製作、貸出等を行う聴覚障害者情報提供施設を整備するとともに、点字図書館の情報化に対応した機能の充実を図る。

○ 保健福祉情報や福祉用具に係る情報、身体障害者向け通信・放送サービスに関する情報等、障害者が必要とする幅広い情報をデータベース化し、パソコン通信・ファックス通信等の活用により提供できる体制を整備する。

○ 公職の選挙の政見放送の手話通訳について、環境整備の状況を踏まえ、適切に対応する。

4. 放送サービスの充実

○ 字幕番組、解説番組等について、「身体障害者の利便の増進に資する通信・放送身体障害者利用円滑化事業の推進に関する法律」に基づき、制作費に対する助成を行うとともに、効率的な番組制作技術の研究開発を推進し、障害者向け放送番組の充実を図る。

○ 視覚・聴覚障害者向け専門放送システムの開発等を行い、視覚・聴覚障害者が放送を通して十分に情報にアクセスできるような環境整備を図る。

5. 障害者スポーツ、芸術・文化活動の振興等

○ 長野パラリンピック冬季競技大会(平成10年3月開催)を始め、各種スポーツ大会の開催、スポーツ・レクリエーション教室の開催、スポーツのできる施設の整備等を通じた障害者スポーツの

振興を図る。

○ 指導員の養成研修を強化するとともに、スポーツ大会へのボランティアの参加を促進し、障害者スポーツに対する理解と関心の高揚を図る。

○ 障害者の参加する芸術祭や展覧会等の開催を支援すること等により、障害者の生活を豊かにするとともに社会参加を促進する芸術・文化活動の振興を図る。

6 公園、水辺空間等オープンスペースの整備

(1) 公園等における障害者への配慮

○ 障害者等の健康づくりやふれあい・交流の場を身近に確保できるよう、21世紀初頭を目途に概ね全ての市街地において、住区単位に公園のネットワークを整備し、これらの公園内に障害者等の利用に配慮したトイレを設置する等、都市公園の充実を図る。

○ 障害者等に野外活動の機会を提供するとともに、障害のない者との交流・ふれあいを通じ、思いやりや助け合いの心を育むことができるよう、福祉施設等と一体となった公園の整備を推進する。

(2) 水辺空間整備における障害者への配慮

○ 障害者等が安全かつ快適に水辺空間を楽しむことができるよう、緩傾斜の堤防、スロープ、休憩施設等を備えた河川、海岸等の整備を推進する。

7. 障害者の旅行促進のための方策の推進

○ 障害者等が安心して手軽に旅行ができるよう、宿泊施設等のソフト・ハード両面における、より快適で望ましい旅行を行うための基準を策定する。

○ 障害者等に対する宿泊施設、旅行商品等の利用情報の提供体制の整備促進を図る。

8. 食生活環境の改善

○ 視覚障害者等に対する効果的な食品の表示に関する検討等を通じ、自立した食生活の実現に向けて環境の改善を図る。

(目次へ戻る)

安全な暮らしを確保するために

災害弱者といわれる障害者を、地震、火災、水害、土砂災害等の災害や犯罪から守るため、地域の防犯・防災ネットワークや緊急通報システムの構築を急ぐとともに、災害を防ぐための基盤づくりを推進する。

1. 地域の防犯・防災ネットワークの確立

○ 地域住民及びボランティア組織等との協力により、地域安全活動の強化、地域・職域の防犯ネットワークの確立を図る。

○ 福祉施設や障害者宅が参加したファックス・ネットワーク(交番、駐在所のファックスを利用して、管内の住民等との情報交換を行うもの)の構築を推進し、住民等との協力関係を形成する。

○ 手話のできる警察官等の育成に努め、手話のできる警察官等を配置した「手話交番」の設置を推進するとともに、警察署の受付や街頭活動等を行う警察官等に対し、「手話バッジ」の装着を推進する。

○ 自主防災組織の活性化及び育成、自主防災組織のリーダー育成、活動拠点の整備、防災訓練の実施等を推進し、地域住民を中心とした障害者等の災害弱者の支援体制を整備する。

2 緊急時の情報提供・通信体制の充実

○ ファクシミリにより緊急通報を受信する「ファックス 110番」の全都道府県警察への設置、及びその普及・活用を図るための広報活動を推進する。

○ 火災感知器及びワンタッチ式通信機器(ペンダント)による災害弱者と消防機関との間の緊急通報システムの整備を図る。

○ 洪水、高潮、土砂災害等に関する迅速かつ適切な情報提供を行うため、災害弱者に配慮した防災情報システムの整備を推進する。

3. 災害時・緊急時の避難誘導対策の充実

○ 障害者の避難誘導體制、迅速かつ的確な情報伝達の在り方等を盛り込んだ災害時の障害者援護マニュアルの作成及びその周知徹底を図り、障害者に係る災害対策の充実を図る。

○ 消防機関を通じ、障害者が入所する施設における避難路の段差の解消、点滅形誘導灯、誘導音響装置付誘導灯の設置等を推進するとともに、災害時における災害弱者に対する地域ぐるみの避難協力体制の確立を図る。

○ ボランティア組織等と連携して、災害時に障害者を支援できる体制を整備するとともに、防災訓練への参加を通じて、避難誘導等の在り方を検討する。

4 災害を防ぐための基盤の整備

○ 病院、社会福祉施設等が立地する地域において、土砂災害を防止するために、砂防、地すべり、急傾斜地崩壊対策等を重点的に実施する。

5. 防犯・防災知識の普及

○ 巡回連絡等を通じて、防犯指導、災害時の避難場所や緊急時における連絡方法等の教示等を推進する。

○ 防災に関するパンフレットの配布等により、障害者に対し、防災に関する知識の普及を図るとともに、住民等の障害者への援助に関する知識の普及を図る。

○ 交番、駐在所における点字によるミニ広報紙の作成、ファックスネットワークの活用等により、視覚・聴覚障害者に対する地域安全情報の提供を推進する。

6. 防犯・防災設備の開発・普及の促進

○ 防犯機器メーカー、警備業者に対して、障害者の特性に配慮したセキュリティシステム、防犯・防災設備の研究、開発、普及を進めるよう検討する。

(目次へ戻る)

心のバリアを取り除くために

子供の頃から障害者との交流の機会を拡げ、ボランティア活動等を通じた障害者との交流等を進めるとともに、様々な行事・メディアを通じて啓発・広報を積極的に展開することにより、障害及び障害者についての国民の理解を深める。また、障害者に対する差別や偏見を助長するような用語、資格制度における欠格条項の扱いの見直しを行う。

1. 障害者への理解を深めるための教育の推進

○ 盲・聾・養護学校と小・中学校や、特殊学級と校内他学級との交流教育等を推進するとともに、学校における奉仕活動等ボランティア教育の推進を図る。

2. ボランティア活動の振興等

○ 障害者への生活支援を厚みのあるものとするよう、ボランティア、企業、民間団体、障害者団体、労働組合等を含めた総合的なネットワーク化を図るなど、ボランティア活動等の振興を図る。

○ ボランティア活動を支援する事業の充実を図るとともに、拠点施設の整備を進める。

3. 障害者週間における啓発・広報活動の重点的展開

○ 12月9日の「障害者の日」を意義あるものとするため、障害者週間（12月3日から12月9日）の間に、テレビ・新聞等マスメディアを通じた広報活動、障害者団体と連携した各種行事等の実施を重点的に展開する。

4 「精神薄弱」用語の見直し

○ 「精神薄弱」に替わる用語について、保護者団体その他関係者の意見を踏まえ、見直しを行う。

5 精神障害者についての社会的な誤解や偏見の是正

○ 精神障害者に対する誤解や偏見が、回復途上の精神障害者の地域での自立や就労の促進、社会復帰施設の整備等に当たって大きな阻害要因となっていることから、地域住民に対する正しい知識の啓発普及や施設と地域住民との交流等を通して、その是正を図る。

○ 各種資格制度等における精神障害者の欠格条項の見直しを推進する。

我が国にふさわしい国際協力・国際交流を

アジア太平洋障害者の十年の期間中でもあり、我が国の障害者施策で集積されたノウハウの移転や障害者施策推進のための経済的支援を行うとともに、各国の障害者や障害者福祉従事者との交流を深める。

1. 政府開発援助における障害者に対する配慮

○ 我が国援助の効果的な実施方策として障害者等社会的弱者に十分配慮するとの「政府開発援助大綱」の趣旨を踏まえつつ、我が国の障害者施策の知識・技術の移転による各国の障害者リハビリテーション関係者の資質の向上に寄与するため、国際協力事業団等を通じた研修員の受け入れ、専門家、青年海外協力隊の派遣等を積極的に推進するとともに、我が国の障害者自身の国際協力への参画について検討を行う。

○ 障害者施策分野における様々な援助ニーズにきめ細かく対応するため、草の根無償資金協

力やNGO事業補助金等を通じた協力を推進する。

2. 国際機関を通じた協力の推進

○ 国連社会開発委員会のメンバー国として、国連が実施する障害者事業の策定に積極的に参加し、これらの事業を支援するための国連障害者基金への拠出を行う。

○ 国連アジア・太平洋経済社会委員会(ESCAP)に対する日本・ESCAP協力基金を通じた活動支援において、障害者関連施策を支援するため、「アジア太平洋障害者の十年」関連プロジェクトへの拠出を行うとともに、障害者等のためのバリアのない環境構築を推進するプロジェクトに対し、専門家の派遣等を通じて積極的な協力支援を進める。

○ アジア・太平洋地域におけるユネスコの地域協力事業への参加・協力(特殊教育の専門家を対象としたセミナーの開催、我が国からの専門家の派遣、我が国関係機関への研修訪問の受け入れ等)により、特殊教育分野の国際交流・協力を推進する。

3. 国際協調・交流の推進

○ 福祉用具の情報交流の国際協調体制の整備の推進を図る。

○ 障害者の自立支援、介護支援、社会参加支援等、世界各国が共通に直面している課題を解決するため、我が国の持つ優れた産業技術と海外の医療福祉技術とを融合させる国際共同研究を実施する等、国際協力を推進する。

○ 福祉用具に係るJISの国際規格への整合化を促進する。

○ 国立身体障害者リハビリテーションセンターを中心としたリハビリ専門家の研修や民間団体の交流等を通じアジア諸国との連携を図る。

問い合わせ先 厚生省 社会・援護局更生課企画係

担当 川久保

電話 (代)3503-1711

障害者プランの進捗状況調 ～平成11年度末実績～

区 分	7 年 度	11 年 度	目 標 値 (平成14年度)
地域生活援助事業(グループホーム) ・福祉ホーム	5,347人分	13,396人分	20,060人分
授産施設・福祉工場	41,783人分	58,601人分	67,570人分
重症心身障害児(者)等の 通園事業	307人分	540人分	1,238人分
精神障害者社会適応訓練事業 (通院患者リハビリテーション)	3,770人分	4,546人分	5,280人分
精神障害者生活訓練施設 (援護寮)	1,660人分	4,089人分	6,000人分
市町村障害者生活支援事業	— (8年度から実施)	116人分	690人分
障害児(者)地域療育等 支援事業	— (8年度から実施)	241人分	690人分
精神障害者地域生活支援センター	— (8年度から実施)	188人分	650人分
訪問介護員(ホームヘルパー)	— (既配置分に上乗せ)	40,028人増	45,300人増
短期入所生活介護(ショートステイ)	1,082人分	2,711人分	4,650人分
日帰り介護施設(デイビシネスター)	501人分	824人分	1,010人分
身体障害者療護施設	17,169人分	22,908人分	25,000人分
知的障害者更生施設	84,490人分	97,967人分	95,600人分

- (注) 1. 本資料は各都道府県・指定都市・中核市に依頼し、提出のあった数値を集計したものである。
 2. 施設については、平成12年3月31日現在において事業を実施又は完成した施設の定員である。
 3. 事業については、原則として平成12年3月31日現在実施しているカ所数である。
 4. 障害者プランは、平成8年度から平成14年度までの7か年計画である。

表1-4 在宅福祉サービスの種類（法に規定されていないものも含む）

分野	障害児	身体障害者	知的障害者	精神障害者
相談・診査	健康診査 相談指導	訪問診査 更生相談 健康診査	相談指導	相談指導
障害の軽減	育成医療 補装具 日常生活用具 障害児保育	更生医療 補装具 日常生活用具	特になし 日常生活用具	医療 デイケア
在宅ケア	ホームヘルプ ショートステイ	ホームヘルプ 短期入所	ホームヘルプ ショートステイ	ショートステイ
グループホーム	特になし	自立支援事業	地域生活援助事業	地域生活援助事業
就労関連	特になし	特になし	職親制度	社会適応訓練事業
社会参加促進	特になし	明るい暮らし促進事業 住みよい福祉のまちづくり事業 デイ・サービス スポーノ 社会参加促進センター	生活支援事業 社会活動総合推進事業 デイ・サービス スポーノ	特になし

サービスを区分する標準的な分類方法はないが、とりあえず総合的な相談や早期発見・診断、障害の軽減対策（ここでの障害には機能障害と能力障害が含まれる）、残った障害に伴って必要とされる介護・家事援助などの在宅ケア（この中には日中家族に代わって施設がケアするデイ・サービスを含めることも可能であるが、本書ではこれを社会参加促進の中に区分した）、ケアと生活の場の提供とを統合したグループホーム、社会参加促進のための各種サービスに区分した。表ではこの中で特に就労関連のものを独立させた。

障害の種類によってニーズに差があるのでサービスにも差があって当然であるが、この表より、知的障害分野にも健康診査事業が望まれること、精神障害者にもホームヘルプや各種社会参加促進の事業が望まれること、などがうかがわれる（1993年の法律改正で精神障害者社会復帰促進センターが設置されたが、まだ地域レベルでサービス提供をする拠点が設けられていない）。

施設福祉のサービス体系

障害者（児）の福祉施設はいろいろな基準・角度から分類できるが、表1-3では根拠法と施設の目的・性格という点で分類した。目的・性格の区分は身体

表1-3 障害児・者施設の種類

法名称 略称	児 童 福 祉 法	身体障害者 福 祉 法	知的障害者 福 祉 法	精 神 保 健 福 祉 法
更生施設	知的障害児施設 知的障害児通園施設 自閉症児施設 盲児施設 ろうあ児施設 難聴幼児通園施設 虚弱児施設 肢体不自由児施設 肢体不自由児通園施設 肢体不自由児療護施設 重症心身障害児施設 情緒障害児短期治療施設	肢体不自由者更生施設 視覚障害者更生施設 聴覚・言語障害者更生施設 内部障害者更生施設 重度身体障害者更生援護施設	知的障害者更生施設(入所) 知的障害者更生施設(通所) 知的障害者通所寮	精神障害者援護寮 精神障害者福祉ホーム
作業施設	特になし	身体障害者授産施設 重度身体障害者授産施設 身体障害者通所授産施設 身体障害者福祉工場 小規模作業所	知的障害者授産施設(入所) 知的障害者授産施設(通所) 知的障害者福祉工場 小規模作業所	精神障害者授産施設 精神障害者通所授産施設 精神障害者福祉工場 小規模作業所
生活施設	特になし	身体障害者療護施設 身体障害者福祉ホーム	知的障害者福祉ホーム	特になし
地域利用 施設	心身障害児通園事業	身体障害者福祉センター 在宅障害者デイ・サービス施設 障害者更生センター 補装具製作施設 点字図書館 点字出版施設 聴覚障害者情報提供施設 盲人ホーム	在宅精神薄弱者デイ・サービス・センター	特になし

2 施設入居者の状況（精神障害者除く）

平成11年10月1日現在

施設の種類	施設数	定員	在所者数	従事者数
総数	5,871	254,718	236,529	144,473
身体障害者更生援護施設	1,668	51,368	47,343	36,000
肢体不自由者更生施設	37	1,584	837	868
視覚障害者更生施設	14	1,372	898	456
聴覚・言語障害者更生施設	3	160	94	83
内部障害者更生施設	6	388	301	123
身体障害者療護施設	352	21,544	21,365	16,650
重度身体障害者更生援護施設	73	5,005	4,373	2,551
身体障害者福祉ホーム	39	532	458	195
身体障害者授産施設	81	3,773	3,433	1,445
重度身体障害者授産施設	127	8,308	8,090	3,106
身体障害者通所授産施設	244	6,344	6,155	2,526
身体障害者福祉工場	35	1,738	1,339	464
身体障害者福祉センター（A型）	40			776
身体障害者福祉センター（B型）	208			2,782
在宅障害者日帰り介護施設	271			2,668
障害者更生センター	9	620		150
補装具製作施設	24			203
点字図書館	73			627
点字出版施設	14			179
聴覚障害者情報提供施設	18			148
児童福祉施設	816	45,943	37,669	35,833
知的障害児施設	278	15,659	12,586	9,620
自閉症児施設	7	338	283	342
知的障害児通園施設	230	8,404	7,581	4,769
盲児施設	14	429	188	229
ろうあ児施設	16	561	218	284
難聴幼児通園施設	27	893	849	585
肢体不自由児施設	66	6,972	4,457	6,002
肢体不自由児通園施設	83	3,400	2,614	1,901
肢体不自由児療護施設	7	400	264	223
重症心身障害児施設	88	8,887	8,629	11,878
知的障害者援護施設	2,884	147,694	144,143	69,630
知的障害者更生施設（入所）	1,250	84,083	83,027	44,877
知的障害者更生施設（通所）	339	12,820	11,946	5,612
知的障害者授産施設（入所）	226	14,200	13,927	6,294
知的障害者授産施設（通所）	839	31,670	30,827	11,440
知的障害者福祉工場	43	1,260	1,080	450
知的障害者通所寮	119	2,805	2,628	773
知的障害者福祉ホーム	68	856	708	184
精神障害者社会復帰施設	473	9,117	7,374	2,913
精神障害者生活訓練施設	182	3,739	2,612	1,250
精神障害者福祉ホーム	111	1,123	832	351
精神障害者入所授産施設	21	574	417	188
精神障害者通所授産施設	150	3,425	3,355	1,039
精神障害者福祉工場	9	256	158	85
その他の社会福祉施設等	30	596		97
盲人ホーム	30	596		97

平成11年社会福祉施設等調査より

1. 障害保健福祉部の組織図

13 1 6



図3-4 特殊教育の対象と教育の場
(文部省 生きる力をはぐくむために)

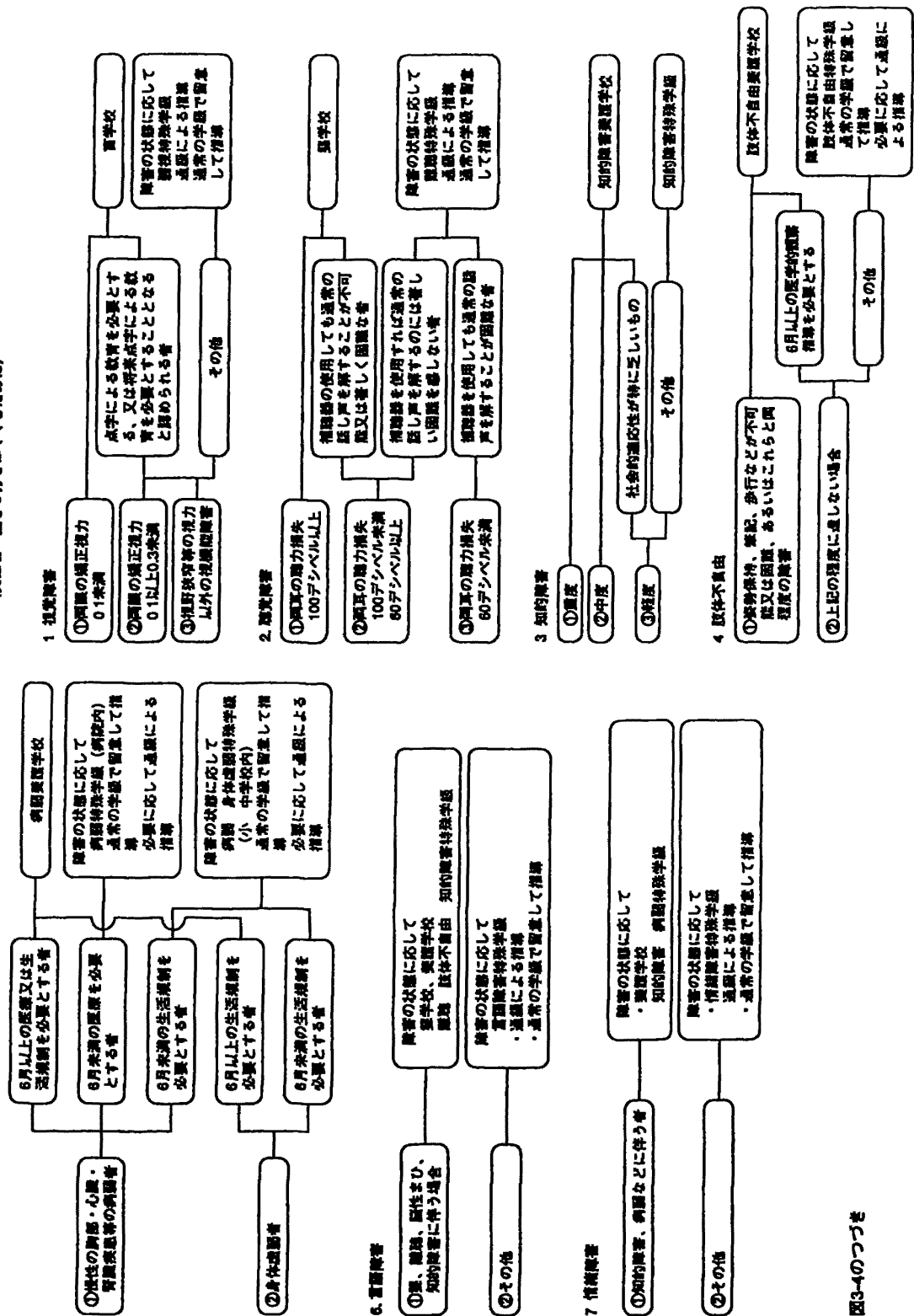


図3-4のつづき