

(図表 C-4-15) 高齢者福祉分野の政策評価指標(案)に関する具体的データ

1. 要介護・要支援認定率関係

【指標 1-A】要介護・要支援認定率(平成14年9月末)

	介護保険 第1号被保険者数 (A)	(A)のうち 要介護・要支援認定者数 (B)	要介護・要支援認定率 (B) ÷ (A) × 100
全 国	23,497,918 人	3,139,520 人	13.4 %
北 海 道	1,097,566 人	156,312 人	14.2 %
A 市	9,790 人	1,202 人	12.3 %
B 町	3,899 人	576 人	14.8 %
C 町	2,501 人	356 人	14.2 %
D 町	2,014 人	256 人	12.7 %

【指標 1-B】要介護度 2 以上認定率(平成14年9月末)

	介護保険 第1号被保険者数 (A)	(A)のうち 要介護 2 以上認定者数 (B)	要介護・要支援認定率 (B) ÷ (A) × 100
全 国	23,497,918 人	1,746,316 人	7.4 %
北 海 道	1,097,566 人	82,856 人	7.5 %
A 市	9,790 人	588 人	6.0 %
B 町	3,899 人	338 人	8.7 %
C 町	2,501 人	202 人	8.1 %
D 町	2,014 人	129 人	6.4 %

2. 平均要介護度関係

【指標2-A】要介護・要支援認定を受けている介護保険第1号被保険者の平均要介護度（平成14年9月末）

	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計	平均要介護度
全国	445,675人 (14.2%)	947,529人 (30.2%)	575,557人 (18.3%)	393,485人 (12.5%)	394,231人 (12.6%)	383,043人 (12.2%)	3,139,520人 (100.0%)	2.16
北海道	22,711人 (14.5%)	50,745人 (32.5%)	28,762人 (18.4%)	17,549人 (11.2%)	17,245人 (11.0%)	19,300人 (12.3%)	156,312人 (100.0%)	2.09
A市	215人 (17.9%)	399人 (33.2%)	186人 (15.5%)	115人 (9.6%)	137人 (11.4%)	150人 (12.4%)	1,202人 (100.0%)	2.01
B町	53人 (9.2%)	185人 (32.1%)	109人 (18.9%)	78人 (13.5%)	81人 (14.1%)	70人 (12.2%)	576人 (100.0%)	2.28
C町	37人 (10.4%)	117人 (32.9%)	69人 (19.4%)	43人 (12.1%)	40人 (11.2%)	50人 (14.0%)	356人 (100.0%)	2.23
D町	58人 (22.7%)	69人 (27.0%)	48人 (18.7%)	26人 (10.2%)	28人 (10.9%)	27人 (10.5%)	256人 (100.0%)	1.91

(注) 平均要介護度の算定に当たり、要支援は要介護0として扱うものとする。

【指標2-1B】介護保険第1号被保険者の「平均要介護度財政影響指数」（平成14年9月末）

① 全国

	要介護・要支援認定を受けていない第1号被保険者	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
支給限度基準額(単位) (A)	0	6,150	16,580	19,480	26,750	30,600	35,830	—
人数(人) (B)	20,358,398	445,675	947,529	575,557	393,485	394,231	383,043	23,497,918 (C)
(A)×(B) (千単位)	0	2,740,901	15,710,031	11,211,850	10,525,724	12,063,469	13,724,431	65,976,406 (D)

* 第1号被保険者の「平均要介護度財政影響指数」= ((D) × 1,000) ÷ (C) = 2,808

② 北海道

	要介護・要支援認定を受けていない第1号被保険者	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
支給限度基準額(単位) (A)	0	6,150	16,580	19,480	26,750	30,600	35,830	—
人数(人) (B)	941,254	22,711	50,745	28,762	17,549	17,245	19,300	1,097,566 (C)
(A)×(B) (千単位)	0	139,673	841,352	560,284	469,436	527,697	691,519	3,229,961 (D)

* 第1号被保険者の「平均要介護度財政影響指数」= ((D) × 1,000) ÷ (C) = 2,943

③ A市

	要介護・要支援認定を受けていない第1号被保険者	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
支給限度基準額(単位) (A)	0	6,150	16,580	19,480	26,750	30,600	35,830	—
人数(人) (B)	8,588	215	399	186	115	137	150	9,790 (C)
(A)×(B) (千単位)	0	1,322	6,615	3,623	3,076	4,192	5,375	24,203 (D)

* 第1号被保険者の「平均要介護度財政影響指数」= (D) ÷ (C) = 2.472

④ B町

	要介護・要支援認定を受けていない第1号被保険者	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
支給限度基準額(単位) (A)	0	6,150	16,580	19,480	26,750	30,600	35,830	—
人数(人) (B)	3,323	53	185	109	78	81	70	3,899 (C)
(A)×(B) (千単位)	0	326	3,067	2,123	2,087	2,479	2,508	12,590 (D)

* 第1号被保険者の「平均要介護度財政影響指数」= (D) ÷ (C) = 3.229

⑤ C町

	要介護・要支援認定を受けていない第1号被保険者	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
支給限度基準額(単位) (A)	0	6,150	16,580	19,480	26,750	30,600	35,830	—
人数(人) (B)	2,145	37	117	69	43	40	50	2,501 (C)
(A)×(B) (単位)	0	227,550	1,939,860	1,344,120	1,150,250	1,224,000	1,791,500	7,677,280 (D)

* 第1号被保険者の「平均要介護度財政影響指数」= (D) ÷ (C) = 3.070

⑥ D町

	要介護・要支援認定を受けていない第1号被保険者	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
支給限度基準額(単位) (A)	0	6,150	16,580	19,480	26,750	30,600	35,830	—
人数(人) (B)	1,758	58	69	48	26	28	27	2,014 (C)
(A)×(B) (単位)	0	356,700	1,144,020	935,040	695,500	856,800	967,410	4,955,470 (D)

* 第1号被保険者の「平均要介護度財政影響指数」= (D) ÷ (C) = 2.461

【指標2-C】平均要介護度の変化率

	平成12年4月末における 要介護・要支援認定を受け ている第1号被保険者(A) の平均要介護度(注1) (B)	平成14年9月末における (A)の集団に係る 平均要介護度(注2) (C)	(C)の(B)に対する 変化率
A 市	未把握	未把握	—
B 町	2.00	2.77	+38.5%
C 町	1.86	2.69	+44.6%
D 町	1.75	2.18	+24.6%

(注1) 平均要介護度の算定に当たり、要支援は要介護0として扱うものとする。また、平成14年9月末までの間に死亡した者は除いて算定するものとする。

(注2) 平均要介護度の算定に当たり、要支援及び自立は要介護0として扱うものとする。また、平成14年9月末までの間に死亡した者は除いて算定するものとする。

【指標 2-D】各要介護度ごとの集団の一定期間経過後の平均要介護度

(注) 平均要介護度の算定に当たり、要支援及び自立は要介護 0 として扱うものとする。また、平成 14 年 9 月末までの間に死亡した者は除いて算定するものとする。

① A 市

		平成 12 年 4 月末において下記の各要介護度であった第 1 号被保険者の集団に係る平成 14 年 9 月末における平均要介護度				
平成 12 年 4 月末における要介護度	要支援	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
平成 14 年 9 月末における平均要介護度	未把握	未把握	未把握	未把握	未把握	未把握

② B 町

		平成 12 年 4 月末において下記の各要介護度であった第 1 号被保険者の集団に係る平成 14 年 9 月末における平均要介護度				
平成 12 年 4 月末における要介護度	要支援	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
平成 14 年 9 月末における平均要介護度	1.21	1.87	2.92	3.67	4.44	4.12

③ C 町

		平成 12 年 4 月末において下記の各要介護度であった第 1 号被保険者の集団に係る平成 14 年 9 月末における平均要介護度				
平成 12 年 4 月末における要介護度	要支援	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
平成 14 年 9 月末における平均要介護度	1.17	1.93	2.83	3.76	4.63	5.00

④ D町

平成12年4月末において下記の各要介護度であった第1号被保険者の集団に係る平成14年9月末における平均要介護度						
平成12年4月末における要介護度	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
平成14年9月末における平均要介護度	0.69	1.70	2.74	3.40	4.32	4.75

3. 在宅サービスの利用状況関係

【指標3-A】介護保険サービスを利用している第1号被保険者に占める在宅サービス利用者の割合（平成14年9月末）

	介護保険サービスを利用している第1号被保険者数 (A)	(A)のうち在宅サービス利用者数 (B)	在宅サービス利用者の割合 (B) ÷ (A) × 100
全 国	2,449,104人	1,759,517人	71.8%
北 海 道	115,284人	75,107人	65.1%
A 市	900人	537人	59.7%
B 町	481人	281人	58.4%
C 町	287人	173人	60.3%
D 町	211人	116人	55.0%

【指標3-B】第1号被保険者に係る介護保険給付費に占める在宅サービス給付費の割合（平成14年9月支払分）

	第1号被保険者に 係る介護保険給付費 (A)	(A)のうち 在宅サービス 給付費 (B)	在宅サービス 給付費の割合 (B) ÷ (A) × 100
全 国	385,081 百万円	162,094 百万円	42.1 %
北 海 道	19,380 百万円	5,895 百万円	30.4 %
A 市	156 百万円	40 百万円	25.6 %
B 町	86 百万円	24 百万円	28.2 %
C 町	47,571 千円	14,227 千円	29.9 %
D 町	36,289 千円	6,932 千円	19.1 %

4. 在宅死の割合関係

【指標4】死亡者に占める在宅での死亡者の割合

(1) 全年齢の死亡者に関するデータ (平成12年)

	死亡総数 (A)	(A)のうち 自宅での死亡数 (B)	在宅死の割合 (B) ÷ (A) × 100
全 国	961,653	133,534	13.9 %
北 海 道	43,407	3,619	8.3 %
うち 市 部	31,021	2,707	8.7 %
うち 郡 部	12,386	912	7.4 %
A 市	未把握	未把握	—
B 町	142	5	3.5 %
C 町	98	10	10.2 %
D 町	78	3	3.8 %

(2) 65歳以上の死亡者に関するデータ (平成12年)

	65歳以上の 死亡総数 (A)	(A)のうち 自宅での死亡数 (B)	在宅死の割合 (B) ÷ (A) × 100
A 市	未把握	未把握	—
B 町	118	4	3.4 %
C 町	85	8	9.4 %
D 町	64	3	4.7 %

5. 高齢者の就業率関係

【指標5】高齢者（65歳以上の者）の就業率（平成12年国勢調査結果）

	65歳以上人口 総数 (A)	うち労働力人口 総数	うち就業者数 (B)	就業率 (B) ÷ (A) × 100
全 国	22,005,152 人	5,081,747 人	4,891,445 人	22.2 %
北 海 道	1,031,552 人	203,080 人	194,089 人	18.8 %
A 市	9,356 人	未把握	1,629 人	17.4 %
B 町	3,644 人	873 人	855 人	23.5 %
C 町	2,401 人	709 人	686 人	28.6 %
D 町	1,920 人	435 人	425 人	22.1 %

- ・ 指標 2-A と同様、後期高齢者割合が最も高い D 町において、「平均要介護度財政影響指数」が最も低くなっている。この指標からも、D 町では、相対的に「自立支援」や「介護予防」という政策目的がよく達成できていると評価することができるように思われる。

【指標 2-C】 平均要介護度の変化率

- ・ 平成 12 年 4 月末から平成 14 年 9 月末までの変化をみると、B 町や C 町と比較して、D 町は、平均要介護度の上昇率がかなり低く抑えられており、「自立支援」や「介護予防」という政策目的の達成度が相対的に高いと評価できるように思われる。

【指標 2-D】 各要介護度ごとの集団の一定期間経過後の平均要介護度

- ・ 平成 12 年 4 月末から平成 14 年 9 月末までの変化をみると、B 町や C 町と比較して、D 町は、要介護 5 を除くあらゆる要介護度の集団について、平均要介護度の上昇率が低く抑えられており、「自立支援」や「介護予防」という政策目的の達成度が相対的に高いと評価できるように思われる。
- ・ B 町及び D 町において、要介護 5 の集団の平均要介護度が低下している点が注目される。要介護 5 の者の要介護度が低下する例としては、脳卒中の後遺症で要介護 5 だった者が、その後のリハビリによって要介護度を低下させたといったようなケースや、痴呆症状が最悪の状態の時に要介護 5 と判定され、その後症状の緩和がみられたケースなどが考えられるが、一方、最初の要介護認定が不適切で要介護 5 と判定してしまったようなケースが存在する可能性も否定できず、こうした点については、さらに精査が必要である。

(ウ) 在宅サービスの利用状況関係

【指標 3-A】 在宅サービス利用者割合

- ・ 協力市町村のすべてにおいて、全道平均よりも在宅サービス利用者割合が低い状況にある。
- ・ 指標 2-A ~ D において、相対的に高く評価された D 町が、この指標からは、最も低い評価となる点が注目される。D 町では、在宅の高齢者については元気な人が多く、そもそも在宅で介護サービスを利用する人が少ないので、結果として介護保険サービス利用者に占める施設サービス利用者の割合が高くなったという可能性もある。そうだとすると、この指標のみをもって、D 町を低く評価することは問題がある。このことは、1 つの指標のみをもって、断定的な評価を下すのは難しいということを示す一例であるように思われる。

【指標 3-B】 在宅サービス給付費割合

- ・ 指標3-Aの算定結果とほぼ同様のことがいえる。

(エ) 在宅死の割合関係

【指標4】死亡者に占める在宅での死亡者の割合

- ・ 全年齢の死亡者に関するデータをみると、北海道では、在宅死の割合が全国よりも5.6ポイントも低くなっており、病院や施設などで亡くなる人が多いことがわかる。
北海道の中でも、市部に比べ、郡部の方が、在宅死の割合が低くなっている。これは、郡部では、市部に比べ、死期の迫った状態の人が在宅で療養を続けていくために必要となる支援体制が不十分なものとなっていることを反映していると考えられるのではないかと。
- ・ 全年齢の死亡者に関するデータをみても、65歳以上の死亡者に関するデータをみても、C町は、在宅死の割合がB町やD町よりもかなり高くなっており、この指標からは、相対的に高く評価できるのではないかと。
- ・ 年間の在宅での死亡者が数名程度の町では、在宅死の割合が、年によってかなりブレることも予想される。したがって、他の自治体との比較をより適切に行うためには、5年分ぐらいのデータが必要となるかもしれない。

(オ) 高齢者の就業率関係

【指標5】高齢者（65歳以上の者）の就業率

- ・ 協力市町村の中で後期高齢者割合が最も低いA市において高齢者の就業率が17.4%と最も低く、後期高齢者割合が2番目に高いC市において高齢者の就業率が28.6%と最も高くなっているのは、通常予想される結果とは逆であり、注目される。高齢者の就業率の高さと後期高齢者割合の低さとの相関関係は弱く、それ以外の要因が高齢者の就業率により大きな影響を与えているものと予想される。

② データ把握の容易性

自治体におけるデータ把握の容易性について検証が必要とされた指標（指標2-C、指標2-D、指標4）についての検証結果は、下記（ア）～（ウ）のとおりである。

この結果から、各指標とも、データ把握が物理的に不可能なものではなく、データ把握の困難性から指標としての適格性に欠けるといふことにはならないことが、検証できたと思われる。

ただし、市町村の規模が大きい場合には、手作業によるデータ把握には限界があり、電算処理によるデータ把握が必要となるケースも予想される。こ

のような場合、ソフトウェア開発に一定の費用を要することも考えられるが、例えば、国が、当該指標を全国統一的な政策評価指標として採用するといった方針を示すならば、自治体においても対応しやすくなるであろう。

(ア) 指標 2-C (平均要介護度の変化率) について

協力市町村に対し、「ある時点における要介護・要支援認定者の集団を固定して『平均要介護度』を継続的に把握していくことは、容易に対応可能ですか?」と尋ねたところ、次のような回答があった。

- ・ A市: 手作業となり、ある程度の労力を要するが、可能。
- ・ B町: 処理条件が明確にされ、対象者の移動条件もあらかじめわかれば可能と考える。また、このような調査の仕方は市町村にとっても有効と考える。
- ・ C町: 本町の規模であれば、現時点で算定シートを策定し、将来、時系列的に数値を把握することは可能と考える。ただし、規模の大きい市町村においては、電算処理による対応が必要ではないか。
- ・ D町: 可能。

(イ) 指標 2-D (ある時点における各要介護度ごとの集団の一定期間経過後の要介護度) について

協力市町村に対し、「ある時点における各要介護度ごとの集団について、『平均要介護度』を継続的に把握していくことは、容易に対応可能ですか?」と尋ねたところ、次のような回答があった。

- ・ A市: 手作業となり、ある程度の労力を要するが、可能。
- ・ B町: 容易に対応可能、かつ、市町村にとっても有効と考える。
- ・ C町: 本町の規模であれば、現時点で算定シートを策定し、将来、時系列的に数値を把握することは可能と考える。ただし、規模の大きい市町村においては、電算処理による対応が必要ではないか。
- ・ D町: 可能。

(ウ) 指標 4 (65歳以上の死亡者に占める在宅での死亡者の割合) について

協力市町村に対し、「『在宅死の割合』について、65歳以上の者に限定したデータを把握することは、容易に対応可能ですか?」と尋ねたところ、次のような回答があった。

- ・ A市: ある程度の労力をかければ、物理的には対応可能。ただし、そこまでの作業をすべきかどうかについては、にわかに判断しかねる。
- ・ B町: そのような事務処理をすることをあらかじめ決めていけば、

容易に対応できると考える。

- ・ C町： 手作業で確認し、集計することは可能。
なお、「在宅死」の中に、在宅での「自殺」、「事故死」といった望ましくないものが含まれている一方、ずっと在宅介護を受けてこられた方が心臓疾患等で、救急搬送されて病院で亡くなるケースが含まれていないことは、政策評価の観点からみて、疑問を感じる。
- ・ D町： 可能。

③ 今回提案を行った指標全体に対する協力市町村の意見

B町及びC町から、次のような意見が寄せられた。

(ア) B町

- ・ 全体的に非常に参考になるデータと考える。本町でも、このような視点で、今後分析することを検討したいと思う。

(イ) C町

- ・ 指標2-Bの「平均要介護度財政影響指数」については、「平均要介護度」を補完するものとして、その意図が理解でき着目できる。
- ・ 多種多様化する高齢者福祉の「政策課題」に対応した「政策評価指標」を作るのは、統一した視点の有無などの面から難しく、苦慮されたことと察する。
- ・ 今回提案された指標により、高齢者福祉全体の政策評価を行うことは、範囲及び内容からみて難しいと感じているが、一定の範囲では評価は可能であり意義あることと考える。

(3) まとめ

以上のような検証作業を通じて、今回提案を行った高齢者福祉分野の指標は、完全なものとはいえないものの、政策評価のためにこれらの指標を活用することの意義については、協力自治体の方々にも、ある程度ご理解をいただいたように思われる。

そもそも、特定の政策目的の達成度とのみ強い相関関係があり、他の要素の影響は全く受けないといったような完璧な指標が存在するとは考えがたい。考え得る最善の指標をいくつか組み合わせて、総合的な視点から政策評価を行うといった対応が望まれよう。

1 障害福祉分野の政策目的

(1) 障害福祉施策の基本的な方針

我が国の障害福祉分野の施策については、特に日本国憲法に明記された生存権、法の下での平等の理念の下、身体障害、知的障害、精神障害の分野ごとに、福祉や医療を中心に関係法令の整備や各種施策の展開が図られてきた。これらの各種施策については、1960年代以降に欧米を中心に提唱されたノーマライゼーションの理念によって再構成され、福祉や医療の充実などを通じて「障害者の自立と社会、経済、文化その他あらゆる分野の活動への参加を促進すること」（障害者基本法第1条）、すなわちノーマライゼーションの理念の実現を大目的とするもの、という理解が一般的である。

昨年12月に策定された国の新しい「障害者基本計画」においては、こうした流れを更に進め、「障害の有無に関わらず、国民誰もが相互に人格と個性を尊重し支えあう共生社会」の構築を提唱している。また、共生社会の具体的なイメージとして、「共生社会においては、障害者は、社会の対等な構成員として人権を尊重され、自己選択と自己決定の下に社会のあらゆる活動に参加、参画するとともに、社会の一員としてその責任を分担する」ものとしている。

(2) 障害福祉分野の主要な政策課題

障害福祉分野においては、障害者の様々な生活上のニーズに応えるという分野の性質上、多種多様な政策課題が存在する。こうした政策ニーズに応えるため、近年、大きな制度改正が行われており、その成果が注目されているところである。近年の主要な政策課題のうち、身体障害・知的障害・精神障害の各分野に共通するものについては、以下のとおりである。

① 障害者の自己選択と自己決定の尊重

ノーマライゼーションの理念の中核をなすのが、障害者が社会の一員として、自己選択と自己決定を尊重されることである。特に、福祉サービスについては、障害者が社会参加するための基盤をなすものと位置づけられるものであり、どのような福祉サービス

をどのサービス提供者から受けるのか、について、自らの意思で決定する仕組みとすることが急務である。あわせて、自己選択と自己決定を支える仕組み、障害者が選択するための前提として、福祉サービスの評価や権利擁護について、制度的な担保が求められる。

② 在宅福祉サービスの拡充と施設機能の明確化

ノーマライゼーションの理念のもう一つの現れが、これまでの施設中心型の福祉サービスの提供体制を転換し、在宅福祉サービスの充実を図ることである。昨年12月に策定された国の新障害者プランにおいては、入所施設サービスについては真に必要なものに限定する一方、障害者が福祉サービスによる支援を受けながら、地域の中で生活することを可能にする仕組みを構築する、という方向性が明らかにされており、こうした流れを確かなものにする事が求められている。

③ 就労・社会参加の促進

障害者が社会の構成員として社会に関わっていく、社会参加のあり方の中で、「働く」ことによる社会との関わりは非常に重要である。この分野は、これまで福祉分野と労働分野の間であって取り組みが遅れていたが、厚生労働省の発足を機に、国や自治体において施策の充実が図られつつあり、こうした流れを確かなものにする事が求められている。また、これ以外にもスポーツや文化活動を通じて、あるいは近年進歩が著しいIT技術も活用しながら、社会参加の促進を図っていくことが必要である。

2) 障害福祉分野の施策

先述したとおり、障害福祉分野の施策は、障害者の様々な生活上のニーズに応えるため、多種多様なメニューによって展開されており、網羅的に列挙することは困難であるが、1の(2)で挙げた近年の主要な政策課題に沿って概略を挙げると、以下のとおりである。

(1) 障害者の自己選択と自己決定の尊重

① 支援費制度の導入

これまで障害福祉分野においては、どのサービス事業者から、

どのような福祉サービスを受けるかを行政が決定する、いわゆる「措置制度」によって運営がなされてきた。近年のノーマライゼーションの理念の浸透に照らし、この制度を改め、契約をベースにした福祉サービスの提供を可能にするのが、平成15年度から導入が予定されている「支援費制度」である。この制度においては、障害者と福祉サービス事業者との間に契約関係が生じ、福祉サービスの提供に必要な費用については、利用者負担分を除き、市町村から支援費として支給されることになる。この制度への移行によって、障害者の自己選択と自己決定の尊重や、サービス基盤の充実が期待されている。

② 障害者ケアマネジメントの本格実施

障害者ケアマネジメントについては、支援費制度の実施にあわせて本格実施すべく、平成11年度から、自治体においてケアマネジメントの試行や人材養成のための研修が実施されてきたところである。支援費制度においては、介護保険制度と異なり、ケアマネージャーの資格化など制度上の明確な位置づけはなされず、相談支援の技法として活用するという位置づけにとどまっているが、障害者に対してサービスの選択肢を提供し、真の意味で自己選択と自己決定を可能にするものとして、その機能の強化が期待されている。

③ 障害者の権利擁護

障害福祉サービスの提供が契約をベースとしたものになるなど、自己決定と自己選択の重要性が高まるのとあわせて、意思決定への支援や苦情の申立てについての制度的な対応が求められる。これまで、各都道府県の社会福祉協議会などが中心となり、福祉サービスの利用相談や金銭管理の援助などを行う事業（「地域福祉権利擁護事業」）や、福祉サービスに対する苦情解決制度が実施されているが、その機能の強化が期待されている。

④ 福祉サービスの質の評価

障害者がサービス事業者を選択する際には、それぞれの福祉サービス事業者が提供するサービスの質を客観的に評価できることが必要である。高齢者福祉分野においては、事業者による自己評価のほか、第三者評価の仕組みが整いつつあるが、障害福祉分野に

においても、同様の仕組みを整えることが求められている。

(2) 在宅福祉サービスの拡充と施設機能の明確化

① 在宅福祉サービスの拡充

障害者が地域生活を行うための基盤として、ホームヘルプ、デイサービス、ショートステイの各種サービスを引き続き大幅に拡充することが求められている。あわせて、地域における住まいとして、あるいは入所型施設からの受け皿として、グループホームの大幅な拡充も急務である。昨年12月に策定された国の新障害者プランにおいても、その方向性が明示されているところであるが、その方向性を確かなものとする必要がある。

② 通所施設の拡充

障害者の地域生活を支える基盤として、就労に至らない障害者の日中活動の場として、通所施設の拡充も引き続き求められている。

③ 入所型施設の役割の明確化

支援費制度への移行に伴い、入所型施設において3年を単位とする入所者のケアプランの策定が行われるなど、入所者の地域生活への移行促進に寄与する取り組みが充実することになる。入所型施設の役割を明確化し、在宅福祉サービスの大幅な拡充とあわせ、両者の明確な役割分担を図ることが求められている。

(3) 就労・社会参加の促進

① 就労支援策の拡充

障害者の就労に係る支援としては、これまで労働分野においてハローワークにおける職業紹介、障害者職業能力開発校等による能力開発の支援などが、福祉分野において授産施設などいわゆる福祉的就労の場の提供が、それぞれ行われてきたが、生活支援と就労支援とを連続的に行う必要性が指摘されてきた。こうした状況を踏まえ、国や自治体においてジョブコーチの配置や、就業・生活支援センター事業の開始など、施策の充実強化が図られており、こうした流れを引き続き強化していくことが求められている。

② コミュニケーション支援の充実

障害者のコミュニケーション支援としては、これまで手話通訳、ガイドヘルパーの養成派遣、点字や音声による情報提供など、様々な施策が実施されている。加えて、近年においては、IT 技術を活用したコミュニケーションの充実を図るべく、講習会の開催や相談窓口の設置などが行われており、こうした方向性をより確かなものとする必要がある。

③ スポーツ、文化活動の充実

障害者スポーツについては、平成13年度より身体障害・知的障害の両分野を一本化した全国大会が開催されており、近年では精神障害分野においても全国的な動きが始まるなど、取り組みが充実してきている。このほか、芸術分野でも各地で様々な催しが開催され、地域の実情に応じた展開が図られてきており、こうした流れを引き続き強化していくことが求められている。

3 自治体における指標設定の例

2で挙げた障害福祉施策の例ごとに、これまで自治体において設定された指標の主な例を挙げると、以下のとおりである。

(1) 障害者の自己選択と自己決定の尊重

- ケアマネジメント試行事業実施市町村の割合（三重県）
- 障害者ケアマネジメント従事者養成人員（静岡県）

これらは、現在試行的事業として実施されている「障害者ケアマネジメント体制整備事業」に盛り込まれている内容を指標とするものである。平成15年度から障害者ケアマネジメントは市町村を中心に本格実施される予定であるが、障害者ケアマネジメント従事者養成研修の修了者はその中核として期待されており、各都道府県・各市町村における修了者数は、それぞれのケアマネジメントの能力を示す指標たりうるのではないかと考えられる。

- 地域生活支援センターの数（岩手県、宮城県、神戸市など多数）