

200500599A

障害者のケアマネジメントの総合的研究

平成17年度研究報告書

(課題番号:H17－障害－001)

厚生労働科学研究 障害保健福祉総合研究事業

主任研究者 坂本洋一

目 次

- 総括研究報告 障害者自立支援法におけるケアマネジメントの必要性と課題 …… 1
主任研究者 坂本 洋一
- 第1部 利用決定プロセスにおけるケアマネジメントのあり方 …… 7
分担研究者 伊藤 順一郎
- 第2部 相談支援事業の人材の確保と資質の向上の仕組みのあり方 …… 93
分担研究者 高原 伸幸

厚生労働省科学研究費(障害保健福祉総合研究事業)

障害者のケアマネジメントの総合的研究

2005年度

総括研究報告書

主任研究者 坂本 洋一 和洋女子大学家政学部生活環境学科教授

分担研究者 伊藤 順一郎 国立精神・神経センター精神保健研究所
社会復帰相談部長

高原 伸幸 社会福祉法人 つつじさぼーとせんたー
「かもみる」

1 支援費制度開始時の課題

障害者自立支援法が、2005年(平成17年)10月31日に成立し、11月7日に交付された。社会福祉基礎構造改革のなかで、平成15年度4月に身体障害者、知的障害者及び障害児において支援費制度がスタートした。戦後の障害者福祉行政にとって、措置制度から支援費制度に転換したことは大きな変化をもたらした。その変化は、サービス提供現場において、利用者主体のサービス、障害者の自己決定の尊重等が強調されてきたことでもわかる。

支援費制度は、目指すべき理念や考え方を提唱し関係者の同意を得られた。しかしながら、支援費制度は、基本的には障害者が福祉サービスを利用する際の支援費支給手続きの改正にとどまっていたといえる。

このような背景の中で、在宅サービスの財源不足がクローズアップされ、財源確保をどのようにするか関係者の話題となっていた。平成16年に「今後の障害保健福祉施策について(改革のグランドデザイン)」が社会保障審議会障害者部会に提案されたとき、多くの関係者は財源問題が底辺にあること意識していたように思われる。

しかしながら、私自身の中では、支援費制度では、障害者福祉制度の根本的な改革はできないのではないかと考えていた。その理由は、支援費制度を構築する過程において、障害者の施設サービス体系が複雑であると同時に、身近な障害者施設に障害の程度が異なり、障害者本位のサービスを提供できていない状況にあることがわかってきた。地域の身体障害者通所授産施設には、障害の程度が重く、密度の高いサービスを受ける必要のある障害者と巧緻性もあり一般就労も可能な障害者とは同じ施設の同じ作業場で活動しているような状況にあった。障害者の適切なサービスを提供するために、施設内で職員が努力している姿をみるにつけ、施設職員の努力に応えられる制度体系なのだろうかという疑問が常に頭の中に存在していた。

一方、障害者の所得保障の課題、相談支援体制構築の課題、地域生活支援の課題など多くの課題が支援費制度の開始後にも残っていた。障害者自立支援法は、これらの直面している課題を解決する方向で議論することが重要である。

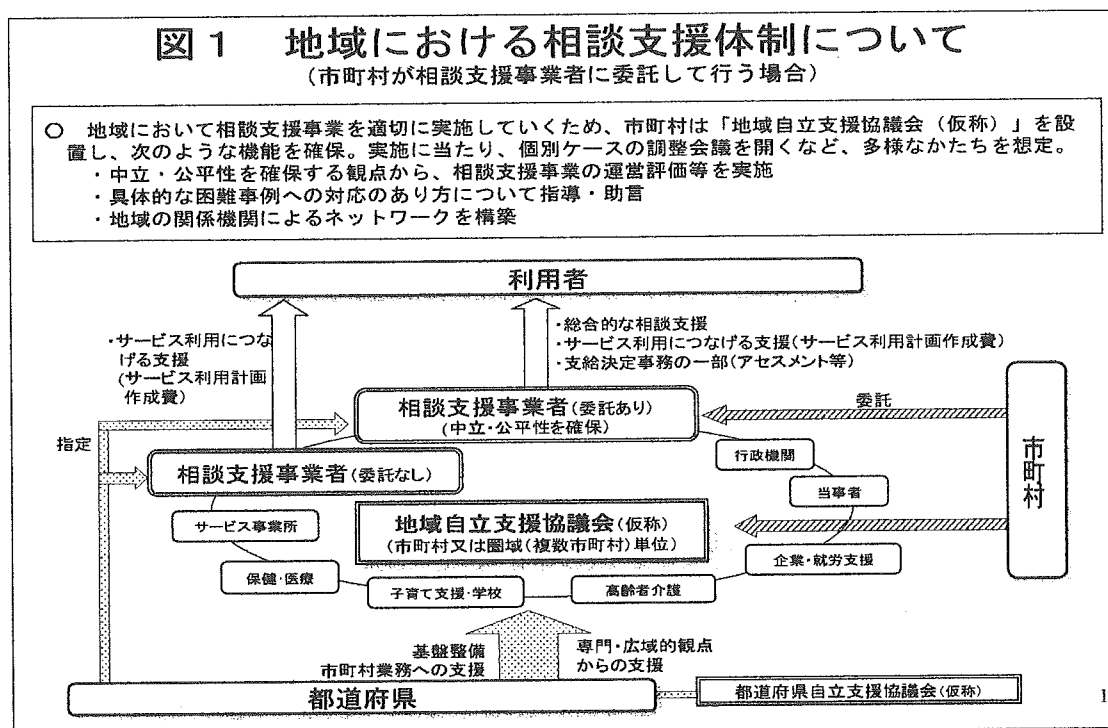
2 障害者自立支援法における相談支援とケアマネジメント

障害者が地域で生活するためには、身近なところで必要に応じて相談支援を利用することがたいせつである。

地域生活支援事業において、相談支援は必須事業として掲げられており、市町村が自ら実施するか指定相談支援事業者に委託する等して行なわれる。また、都道府県においても専門性の高い事業など、広域的に対応する相談支援事業が都道府県地域生活支援事業に位置づけられる。

地域生活支援事業における相談支援において、一般的な相談支援は、交付税によって行なわれることになっている。つまり、市町村は自ら相談支援体制を構築するか、都道

府県が指定した相談支援事業が地域における相談支援を行なう。ここで、指定相談支援事業者は、2つのタイプがある。つまり、都道府県が指定する相談支援事業者のうち、相談支援、サービス利用計画作成費の対象となる者の相談支援を行なえる事業者と相談支援、サービス利用計画作成費の対象となる者の相談支援、自立支援給付の支給決定事務の一部である全国共通の認定調査あるいはサービス利用意向の聴き取りができる事業者がある。後者は、一部市町村事務を行なうことから市町村から委託された相談支援事業者となる。

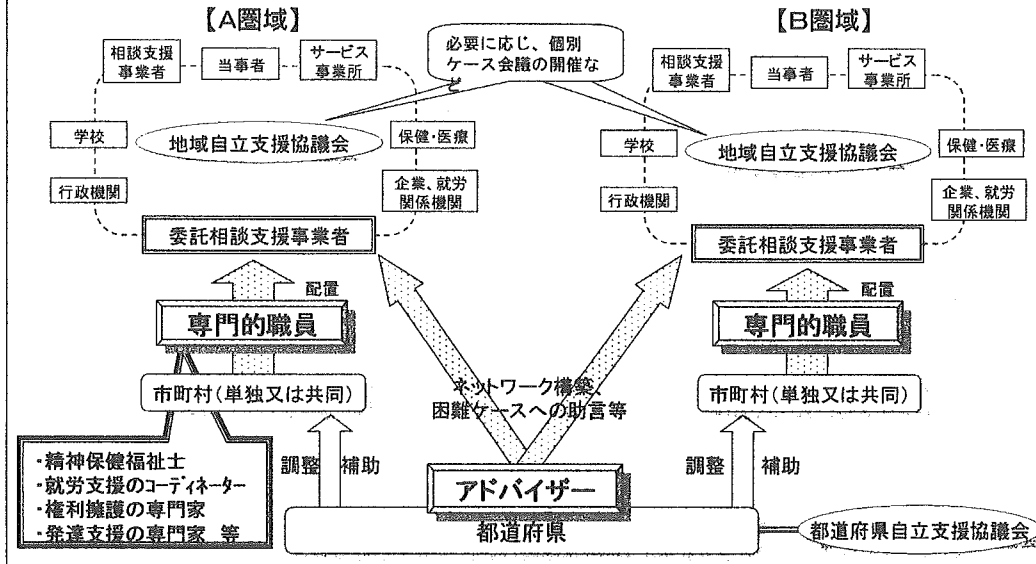


さらに、市町村相談支援機能強化事業として、特に必要と認められる能力を有する専門職員を市町村等に配置する。図2に示す専門的職員がこの配置となる。この専門職員とは、社会福祉士、精神保健福祉士、保健師等事業を強化するために必要と認められる者をさしている。

障害福祉サービス利用とケアマネジメントについて、図3に「相談支援事業とサービス利用計画作成費について」を示している。障害者は、支給決定を受け、いよいよ福祉サービスを利用するプロセスとなる。支給決定により、障害福祉サービスの種類や支給量等が決められたら、どの事業者からどれぐらいのサービスを利用するかを決める必要がある。障害者本人が、自分でサービス利用計画を立てられれば理想的である。しかしながら、地域にどのような社会資源があるのか知らないケースが多い。そのようなケースでは、一般的な相談支援を受けることになる。障害福祉サービス利用者のうち、サー

図2 相談支援体制の整備について

- 新制度において、相談支援事業を市町村に一元化することとしているが、直ちに、市町村では十分な体制を確保できない場合も想定されることから、次のとおり、都道府県が積極的に支援を行う。
- ・ 相談支援に係る専門的職員を市町村に配置
 - ・ アドバイザーの派遣を通じ、圏域ごとのネットワークづくり、困難ケースへの対応等を支援



サービス利用にあたって特に計画的な自立支援を必要とする障害者に対しては、サービス利用計画作成を支援しなければ、地域生活を送れない。そこで、そのような障害福祉サービス利用者に対して、サービス利用のあっせん・調整などを行なうための給付を制度化した。その給付は、サービス利用計画作成費として個別給付されることになっている。これが、この法律に示されているケアマネジメントの制度化である。したがって、複数のサービスを組み合わせてケア計画を作成したからといって、すべてのサービス利用者に対する個別給付が行なわれるわけではない。なお、このサービス利用計画作成については、利用者負担は伴わないこととされている。

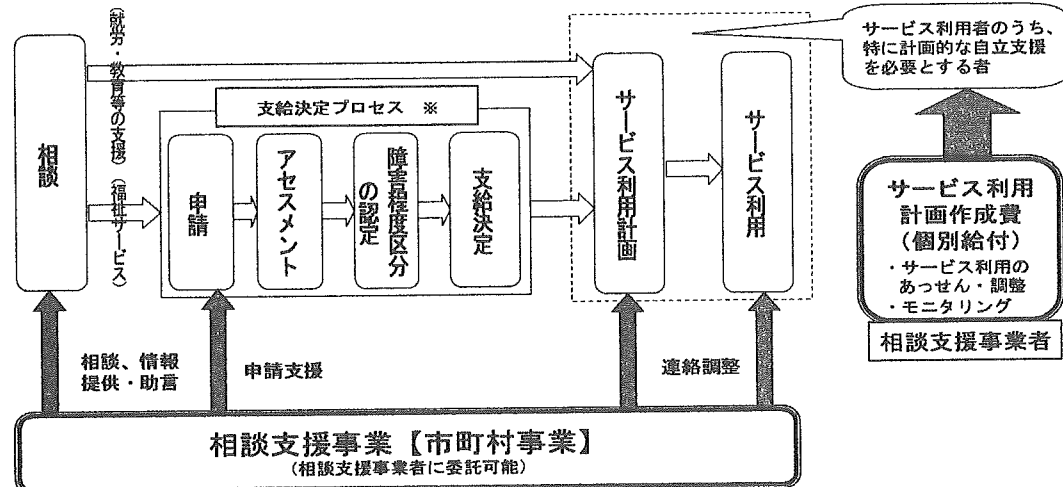
では、図4に示しているように、支給決定段階からサービス利用段階までに「ケアマネジメントの導入」とされているのは、どのように理解することになるのだろうか。ケアマネジメントは援助技術の一つの方法であり、「障害者ケアガイドライン」にそって、相談支援の一局面で用いられるものである。支給決定とケアマネジメントの関係について、図5がわかりやすい。障害者が地域で生活するためには、利用できるサービスは法定外サービスと法定サービスの2つのタイプがある。支給決定については法定サービスに限定されるが、法定外のサービスを必要とするケースがある。したがって、サービス利用計画を作成するとき、法定外サービスも考慮しなければならない。

サービス利用計画作成費の支給対象とならない障害者に対して、ケアマネジメントを実施してはならないかというところではない。交付税に基づく障害者相談支援事業においては、ケアマネジメント手法を用いて、ケア計画を作成することができる。

図3 相談支援事業とサービス利用計画作成費について

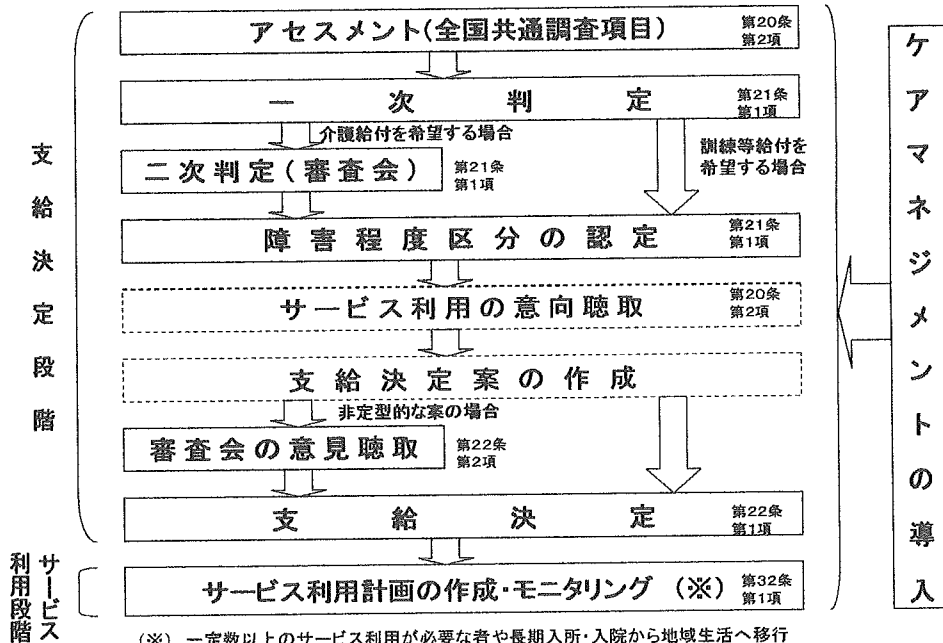
新制度では、

- (1) 一人一人の利用者が、必要に応じて支援を受けられるよう、市町村の必須事業（地域生活支援事業）として相談支援事業を位置付け、これを相談支援事業者に委託できるようにする。（第77条第1項第1号）
- (2) 特に計画的な支援を必要とする者を対象として、サービス利用のあっせん・調整などを行うための給付（サービス利用計画作成費）を制度化。（第32条第1項）



※支給決定事務の一部（アセスメント等）について、市町村から相談支援事業者へ委託可能。

図4 支給決定・サービス利用のプロセス(全体像)



(※) 一定数以上のサービス利用が必要な者や長期入所・入院から地域生活へ移行する者などのうち、計画的なプログラムに基づく自立支援を必要とする者を対象

3 障害者自立支援法における相談支援の課題

障害者自立支援法によれば、障害者相談支援体制の確立、利用決定プロセスの透明化とケアマネジメント制度の導入が取り上げられている。新たな制度設計の観点から「利用決定プロセスにおけるケアマネジメントのあり方」、「相談支援事業の人材の確保と資質の向上の仕組みのあり方」は、大きな行政課題となる。

つまり、「利用決定プロセスにおけるケアマネジメントのあり方」においては、市町村における福祉サービスの利用決定のプロセスでケアマネジメントを導入する際に、相談支援体制をどのように構築していくかを各市町村が認識しながら進めることが求められる。

「相談支援体制の人材の確保と資質の向上の仕組みのあり方」においては、都道府県における地域生活支援事業において、障害者ケアマネジメント従事者研修を実施することになるが、都道府県がばらばらに実施すれば、資質の担保に地域格差が生じる。そのため、研修カリキュラムの標準化が必須となる。

このような課題を抱えて、障害者自立支援法においては、相談支援事業は重要な役割を担うことになっている。社会福祉基礎構造改革により、障害者が福祉サービスを利用する場合の利用契約の制度が導入された。利用契約によって、新たな相談支援として、ケアマネジメント手法を用い、サービスを選択できるような支援を行うことが、障害者の自立支援に欠かせないものとなりつつある。そのため、障害者ケアマネジメントの制度化を意図するのであれば、障害者福祉行政の実施体制の中に実態的に組み入れることが求められる。また、市町村の相談支援において、地域格差が生じることのないように相談支援マニュアルや障害者ケアマネジメント従事者研修カリキュラムを示す必要がある。

本研究の成果は、障害保健福祉実施体制における3障害の障害者ケアマネジメントの制度化を推進するための基礎的な資料を提供することができ、市町村の相談支援体制の構築を推進するとともに、障害者福祉における障害者ケアマネジメントの実施方法の普及を図ることが期待される。

第1部

利用決定プロセスにおけるケアマネジメントのあり方

分担研究者 伊藤 順一郎

研究協力者 島村 聡 (那覇市健康福祉部)

谷口 明広 (自立生活問題研究所)

遅塚 昭彦 (埼玉県健康福祉部)

西尾 雅明

(国立精神・神経センター精神保健研究所)

深谷 裕*

(国立精神・神経センター精神保健研究所)

吉田 光爾

(新潟医療福祉大学社会福祉学部)

* 執筆担当者

第1章 研究の目的

本研究は、障害者自立支援法（平成17年法律第123号）（研究開始時は「障害者自立支援法案」）が、2006年度より施行されることに先立ち、新制度が障害をもつ人や家族、福祉サービス提供者にとって利用しやすいものとなるよう、新たに導入される障害程度区分および自立支援費支給決定までの過程において、予測される課題や改善点を明らかにすることを試みた。

2003年に主に身体障害者および知的障害者を対象とした「支援費制度」が開始され、2004年10月には新たな障害保健福祉施策の今後の方向性を示す「改革のグランドデザイン」が発表された。そして翌年2005年11月7日に「障害者自立支援法」が公布された。これらの動きが示すように、障害者保健福祉施策は短期間のうちに抜本的な改革のときを向かえている。

障害者自立支援法による改革のねらいとして以下5つが挙げられている。

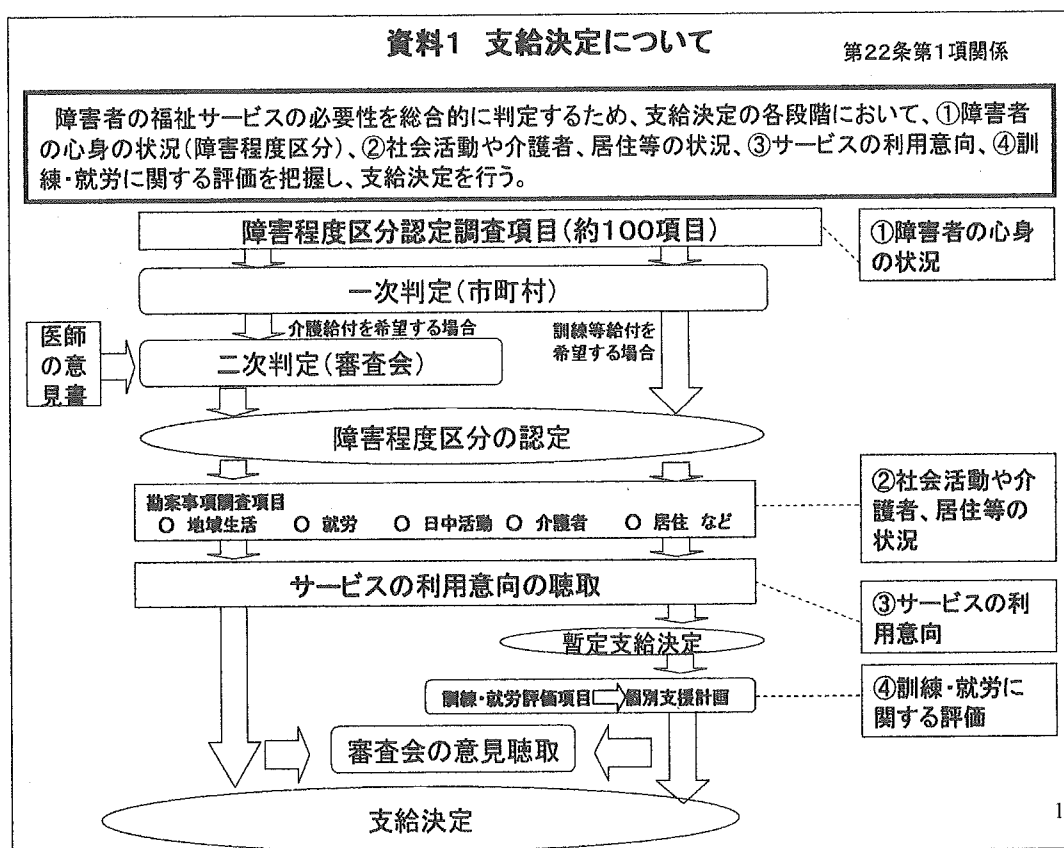
- ① **障害者福祉サービスの一元化** 従来は身体障害・知的障害・精神障害は異なる制度や実施主体によって保健福祉サービスが提供されてきた。今後は当該法律により障害の種別にかかわらず、サービスの提供主体を市町村に一元化し、共通の制度の下で提供していくこととなる。それに伴い、市町村は財源の確保、システム形成・運営、サービス提供の実施等にかかわる責任をもたねばならない。
- ② **障害者がもっと働ける社会に** これまで、障害をもつ人々が社会の一員として地域で生活できるようさまざまな就労支援サービスが提供されてきたが、それらのサービス機能には効果性・効率性の点で課題があった。そこで、これまでの支援体制を見直し、就労支援の強化を目指している。
- ③ **地域の限られた社会資源を活用できるよう「規制緩和」** 障害をもつ人々にとって利用しやすいサービスが提供できるよう、施設基準の緩和による空き店舗の利用、事業委託、NPOを法人資格に加えること等がここには含まれるだろう。
- ④ **公平なサービス利用のための「手続きや基準の透明化、明確化」** 支援費制度の問題として、支給決定の仕組みや施設・事業体系がわかりにくく使いにくいということが指摘されていた。自立支援法では支給決定の仕組みの透明化、明確化を図っている。
- ⑤ **増大する福祉サービス等の費用を皆で負担し支え合う仕組みの強化** 支援費制度は、増加し続けるサービス利用のための財源の確保が困難であることが指摘されていた。そこで、利用したサービスの量や所得に応じた「公平な負担」と国の「財政責任の明確化」を基調とした財源の確保を要点に据えることとなった。

さて、障害者自立支援法による自立支援給付には、介護給付、訓練等給付、自立支援医療、補装具が含まれており、その他に市町村には地域生活支援事業の展開という役割が課せられている。これらの支給にあたっては、上記④にもあるように、障害者自立支援法では支給決定の仕組みの透明化・明確化を重視している。そこで、厚生労働省は自

立支援費支給決定までの一連の流れを資料1のように示した。介護給付を希望する場合と訓練等給付を希望する場合には、その後の手続きの流れが若干異なることがわかる。

資料1の流れを見ると、介護保険制度における要介護度の判定・支給決定のプロセスとの類似が明らかではあるが、資料1では地域生活の状況、就労状況、介護者の状況などの勘案事項の調査があり、さらに本人のサービス利用の意向について聴取する点が、この制度の特徴のひとつと言える。また、地方自治体によっては資料1の流れと類似の手法を用いて、支援費の支給を決定している地域もあると推測される。しかし、障害程度区分の認定や審査会の開催は、支援費制度では見られないものであり、その意味では厚生労働省が提案する支給決定までの流れの適切性を明らかにする必要がある。具体的には、利用希望者や調査担当者（市町村職員あるいは委託事業者）にとっての負担の大きさ、実際に支援費制度で採られている方法との調和／不調和、各段階で生じる疑問点や課題などが考えられる。

これらについての検討は、新制度のスムーズな導入、申請者および実務者の負担の軽減、障害をもつ人々の生活実態に即したサービス提供に貢献するものとする。



第2章 研究の方法

本研究は、厚生労働省が「障害程度区分判定等試行事業」の一環として、障害程度区分の判定も含めた支給決定に至る過程について試行事業を実施した際に、地方自治体の試行事業担当者および障害をもつ方を対象に調査票を配布するという方法を採用した。

第1節 試行事業について

支給決定プロセス試行事業への参加市町村（全18箇所）は、新規に福祉サービスを受けようとしている障害をもつ人か、あるいは既にサービスを受けており、更新の時期にきている障害をもつ人（複数名）に対し、資料1に示したプロセスを通じて提供するサービスの内容（支給額）を決定する。ただし、地方自治体により決まった方法（手続きのプロセス）が既にある場合は、その中に障害程度区分のための聴取や勘案事項の聴取、審査会を独自に取り入れる形になる。したがって、資料1にしたがっている市町村と、ある程度の柔軟性をもたせた市町村があると考えられた。

実際には障害者自立支援法の給付決定の過程は介護給付希望者および訓練等給付希望者に適用されるが、試行事業は介護給付のみが対象となった。また、本来サービス利用計画後に開催される審査会は、サービス利用計画が非定型な場合に限られるが、当該試行事業においてはすべての事例について開催することとなった。

第2節 調査票の配布と回収

調査票Aは2005年6月24日に地方自治体の担当者宛に複数部ずつ送付した。また、ページの最後に、障害をもつ人を対象とした調査票Bを添付した。調査票A・Bとともに回答の方法を示した調査マニュアルを送付している。調査票Aは図5の各段階の担当者が個別に記入をするようになっている（資料4参照）。調査票Bでは、支給決定までのプロセスに対する意見を試行事業の対象となった障害をもつ人本人（必要に応じて担当者や家族の支援あり）に回答してもらった（資料5参照）。2005年8月1日を回収期日としたところ、地方市町村17箇所、55事例について回答を得た。得られたデータについては、単純集計により結果を示した。

第3節 倫理的配慮

回答者の個人情報を保護する目的から調査票Bについては無記名にしている。また、調査票Aについては質問項目の性質上、身体的および精神的侵襲性は極めて低いと考える。また回収した記入済み調査票については、厚生労働省担当官および研究担当者以外の目に触れないよう厳重に管理している。

第3章 結果

第1節 支給決定プロセスについて

審査会開催日や関係者の日程の都合、あるいは既存のプロセスとの整合性の点から、資料1の各項目の順番を変更した市町村が多かった。また、調査票配布段階で既に障害程度の区分や判定が終了していた地域も多く見受けられたが、いずれも振り返る形で記入されていた。調査から得られた結果を資料2に示した。

調査対象者のうち新規のサービス利用手続き希望者は、55名のうち25名(45%)であった(図1)。本試行事業が自治体を通しての事業であったため、80%以上の自治体で市町村が窓口となっており、またインテークやアセスメントの実施も市町村事務職員や保健師、社会福祉主事が主体となっていた(図2、6、8)。窓口に至る経緯として今回最も多かったものは、直接本人が申し出てくる場合で、次いで家族、他機関からの紹介となっている(図3)。インテーク場所は自宅が最も多くなっているが、アセスメントと同時に実施していると思われるケースが27件(49%)あった(図10)。アセスメントの際に本人以外から話を聞いているケースは33件あり、その多くが家族であった。ただ、インテークかあるいはアセスメントのいずれかで施設職員が関わっている場合も12件(22%)程度あった。アセスメント所要時間は平均50分程度であり、2回に分けて実施している場合もあった。

対象者の障害の種別を図12に示した。精神障害をもつ対象者が身体障害をもつ対象者のおよそ半数であった。特に、肢体不自由者が多かった(図15)。また、手帳の等級からは、知的障害および精神障害では中程度の人が多いことがわかる(図13~15)。対象者の多くは一人暮らしかあるいは家族との同居であった(図17)。また、アセスメントの担当者らと既に面識がある場合は27件あり、その場合平均で17ヶ月(1年半程度)の長さであった(図18)。

1次判定の結果および2次判定の結果について図19~23に示した。1次判定では非該当から要介護1までが多く、その後2次判定により1段階修正されているケースが多いことがわかる。特に本調査の対象者の中では半数以上の知的障害者の障害程度が修正されていた。

資料1では障害をもつ人本人からの利用意向の聴取は、障害程度区分の認定後に位置づけられているが、実際は市町村職員がアセスメントの際に聴取していたケースが8割以上を占めた(図25、26)。

支援費の場合、地方自治体によっては支給基準を設けているところもあり、その場合、口頭で既存の支給基準を説明しているケースが39件ほどあり、書面での説明は2件であった。また、説明をしていない場合も8件ほどあった(図27)。

支給決定案の作成は、主に本人と個別に相談しながら、市町村が実施するケースが多かったが、サービス事業者を含めた会議を開催しているケースも7件ほどあった(図30)。その際、特に医師の意見書(17%)と介護者の状況(24%)について勘案されていた

(図 31、32)。

支給決定案が非定型の場合に開催される審査会について、今回はすべてのケースについて審査会で議論している。実際は、2次判定の審査会と同日に議論された地域が多く、審査会を別の日に改めて開催しているところは4地域のみであった。

支給決定後、個別のサービス利用計画が立てられ、それに沿ってケアマネジメントが実施されていくことになる。ただ、図 35 が示すように本調査ではサービス利用計画を「作成していない」(14件)か、あるいは支給決定案をそのままサービス利用計画とした場合(11件)も多かった。図 37 からは、サービス利用計画を作成する際に、事業者を含めた会議を開催しているケースは5件程度であったことがわかる。

第2節 市町村担当者からの意見

各地域で試行事業担当者に、支給決定のプロセスについての課題と自治体としての課題について尋ねている(資料3参照)。プロセスについての課題としては、医療との連携の必要性、審査会開催の日程調整や十分な資料収集の難しさ、時間がかかりすぎる可能性があること、担当者の技術向上の必要性などが挙げられていた。

また、自治体の課題としては、人材確保の課題を挙げた地域が最も多く、その他専門性の向上、支給基準の明確化、三障害合同への切り替えにとまなう行政内部での連携等について挙げられていた。

第3節 障害をもつ人等からの意見

試行事業に参加した障害をもつ人あるいは本人を良く知る人々から得られた意見を資料2図39～45に示した。45名から回答があり、そのうち障害をもつ人本人が33名、家族6名(母親5、義妹1)、その他6名(施設職員、ヘルパー)であった。窓口(図39)、制度の説明(図40)、わかりやすさ(図42)、利用意向の聴取(図44)、サービスの利用計画(図45)等については、概ね肯定的な感想が多かった。一方、プロセス全体の長さについてはおよそ66%(29名)の回答者が「長かった」あるいは「少し長かった」と感じていた。また、調査を受けたことについて、「少し大変」、「大変」あるいは「すごく大変」と答えたのは全体の79.5%(35名)であった。

第4章 考察

新制度実施に向けた短期間の試行事業であったため、当該調査のために特定のサービス利用者に調査への協力者を依頼した市町村もあり、恣意的に対象者が集められた結果となった。また、調査票の配布時期とインタビュー、アセスメント、審査会の開催日等が合致せず、各段階の担当責任者ではなく試行事業担当者がまとめて調査票に記入していた市町村も多かった。これらの事情を踏まえたうえで当該調査によって得られた結果について考察を加えることとする。

当該調査により得られた結果と、支給決定がなされるまでの予測される実際のプロセスとは、いくつかの点で若干異なると推測される。まず窓口についてであるが、本試行事業は各自治体を通して依頼しているため、ほとんどの回答自治体において市町村が窓口になっていた。しかし実際は、委託支援事業者となる地域の支援センターなどが窓口となる可能性も高いと考えられる。また、サービス利用申請の経緯についても、本研究では本人からの申請が多数を占めたが、実際には当該研究の状況とは異なる可能性が高い。特に、障害をもつ人の特性を鑑みると、知的障害者や精神障害者の場合は家族や関係機関からの紹介などが多くなると推測できる。したがって、インテークの場所は必ずしも自宅というわけではなく、市町村職員や支援センター職員が電話などを通して最初にニーズのある障害をもつ人についての話を聞くことも多いだろう。

本研究においてアセスメント担当者の所属では市町村が多かったが、障害者自立支援法が施行されると市町村によっては、委託支援事業者がアセスメントを担当する場合もある。アセスメント担当者の資格は事務職が多かった。多くの障害をもつ人にとって初対面の人との面接は緊張や不安をともなうものであるため、普段とは異なる様子を示すこともある。このような条件下で障害をもつ人個人の普段の生活を正しく理解するためには、高い技術が必要となる。調査では、本人以外から情報を収集しているケースは33件ほどあったが、このように普段の本人をよく知る家族や支援者からの情報収集は重要である。個別に聴取する方法と申請者と同席で聴取する方法があるが、それぞれの長所・短所を踏まえておく必要があるだろう。また、今回調査に対して「大変」と感じている障害をもつ人や家族が多かった。本人あるいは家族が直接的に当該調査に関わった中では、アセスメントの部分が大きいと考えられる。したがって、平均50分間ではあったが、アセスメントに対する本人・家族の負担が大きかったことが推察される。質問項目が多いため、1度でアセスメントを終了させようとするれば、障害をもつ人にとって負担になる可能性も高い。したがって、状況に応じて数回に分けてアセスメントを実施することも検討する必要があるだろう。

さて、1次判定および2次判定であるが、1次判定で障害程度が低く見積もられる傾向があり、2次判定により上方修正された事例がおよそ半数を占めていた。特に精神障害者、知的障害者では修正されている場合が多かった。試行調査実施後、障害程度区分の判定に関しては厚生労働省による修正が試みられており、障害の特性を考慮しながらそれぞれの障害毎に適切に障害程度を認定できるよう改善を図っている。ただ、前述の通り調査員との関係性や調査の場所によって得られる情報の内容や質が異なってくる可能性があることに留意したい。また、特に知的障害の場合は特定の医療機関にかかっておらず、障害をもつ人本人をよく知らない医師が意見書を書く場合がある。市町村職員が医療との連携をプロセスの課題として挙げていたことから、医師の診断書の入手には困難を伴うこともあると予想される。個々の判定に際しては情報源の性質や情報収集時の状況についても配慮が求められるだろう。

勘案事項や利用意向の聴取はアセスメントを実施した際に同時に行っていたケースが80%以上を占めていた。サービスの提供においては、障害をもつ人のニーズを明らかにすることが不可欠である。したがって、アセスメントの際に障害程度区分の認定に関わる項目だけでなく、本人や家族の主訴や期待、希望を聞き取ることは妥当な流れといえよう。さらに調査者にとっての負担の軽減という点からも効率的と考えられる。

支給基準については主に口頭で説明されており、口頭と書面両方での説明はわずか3件であった。本人の自己決定を尊重するのであれば、本人及び家族が納得したうえで支給決定案が作成され、サービス提供に至る必要がある。したがって、本人及び家族が理解できる方法によって説明をしなければならないだろう。市町村の説明責任を果たすためにも、口頭だけでなく、書面により説明することが必要である。

支給決定案の作成に際し、関係者を交えての会議を開催していたのは7件であり、多くの市町村が面接あるいは電話による個別相談を実施していた。当該研究の範囲は、窓口対応から支給決定後のサービス利用計画の作成までとしていたが、一部の地域では支給決定を本人に報告して終了していた。調査のために既にサービスを利用している方に協力を依頼した市もあるため、実際にサービス利用計画が作成されていないか否かは明らかではない。ただ、支給決定案作成日と同日にサービス利用計画を作成している事例が11件あったこと、また支給決定報告日にサービス利用計画作成していても、支給決定案がそのままサービス利用計画に名前を変えている場合もあると想定できることから、「支給決定案＝サービス利用計画」としている地域もあると考えられる。その場合は、障害をもつ人個人に対するサービス提供体制を明確な共通認識にするため、そしてネットワークの形成のために、支給決定案の作成には市町村関係者のみならずその障害をもつ人に関わる支援者たちが顔を合わせる必要があると思われる。支給決定案とサービス利用計画を別に作成する市町村でも、障害をもつ人本人をよく知り、代弁者機能を果たすような支援機関等を交えて支給決定案を作成する必要がある。

支給決定までの流れには、申請者やその家族の負担や効率性を考慮した上での柔軟な対応が求められるだろう。特に、緊張の強い対象者の場合、関係性の確立できている支援者が調査に同席・同行することが効果的な場合もあると思われる。さらに、障害をもつ人のニーズに即した保健福祉サービスの提供となるように、アセスメントの段階ではできる限り多くの情報を信頼できる情報源から得る必要がある。そしてニーズが充足されるよう、自立支援法によるサービスだけでなく、法定外のインフォーマルサービスを駆使することも重要である。

障害者自立支援法は三障害合同の枠組みが基調となっているため、これまで別々のサービス体制のもとにあった身体・知的・精神の各種サービス機関が、連携を強める必要性が生じている。2次判定においては医師の診断書が必要であり、その意味で福祉関係者だけでなく医療との連携も求められている。地域の資源を有効に活用するために、他機関のサービス内容についての把握が要される。また、当該法律の施行にともない行政

機構の内部で従来身体障害・知的障害を担当してきた福祉部門と、精神障害を担当してきた保健部門が統合される自治体もある。役所内部での情報連絡の円滑化が期待される。

一方、本研究では「人材確保」が自治体共通の課題として挙げられていた。障害者の認定のために市町村が人員を確保しようとするれば、予算の上でも訓練の上でも容易ではない。したがって、障害特性をよく知る地域の支援センター等に認定作業を委託する自治体も多くあると考えられる。

第5章 結論

本研究では、障害者自立支援法施行に先立ち、新たに導入される障害程度区分および自立支援費支給決定までの過程において、予測される課題を明らかにした。対象者がもつ障害の特性に合わせて、申請者をよく知る施設職員や家族にアセスメントへの同席を依頼し、豊富で適切な情報収集を行う必要があること、長時間の面接が難しい場合はアセスメントを数回に分けて行うなどの配慮が必要であること、対象者の希望ができるだけサービス提供に反映されるように、またアセスメント担当者の効率性も考慮して、利用意向についてはアセスメントと同時に行うことが適当であること、対象者のもつ障害の特性に応じて説明方法を工夫する必要があること等が明らかになった。

これらの結論を踏まえて、市町村に役に立つ「相談支援マニュアル」を試作した。その内容は資料6に示している。

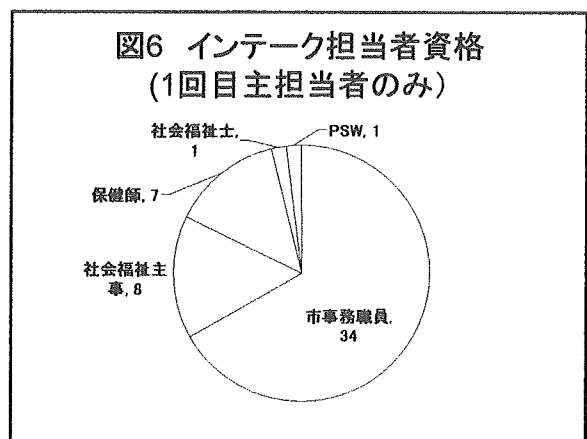
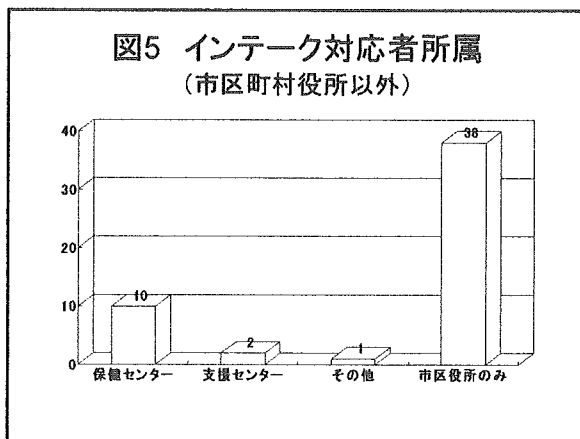
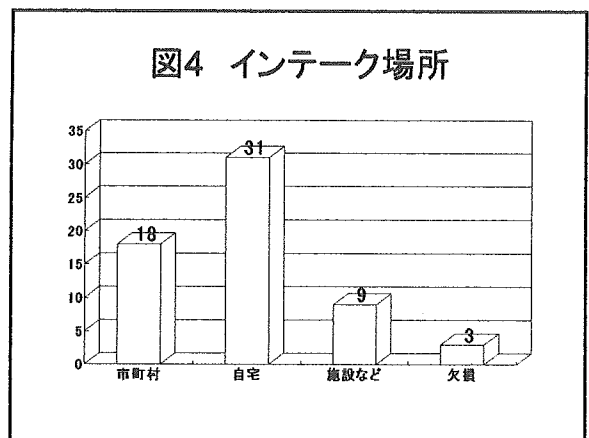
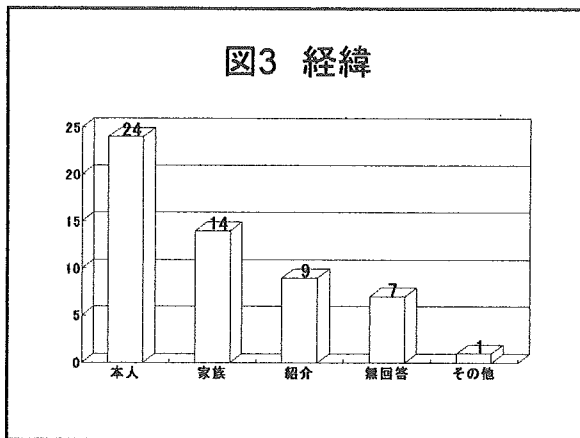
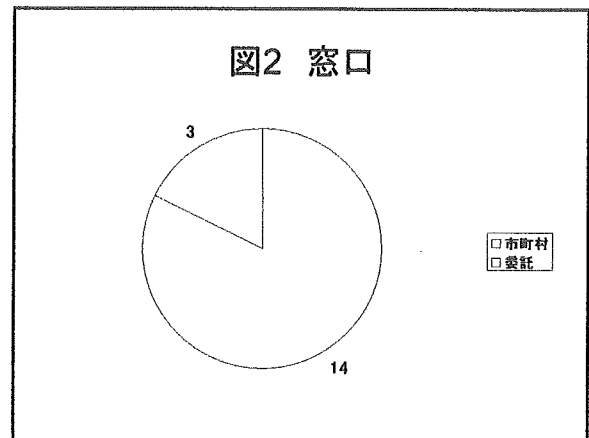
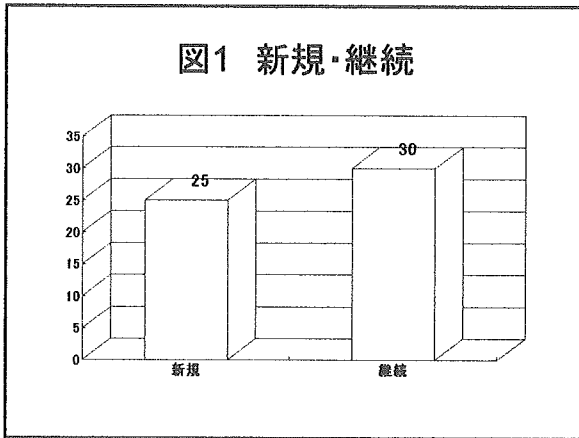


図7 インテーク参加者(対象者)
(n=51)

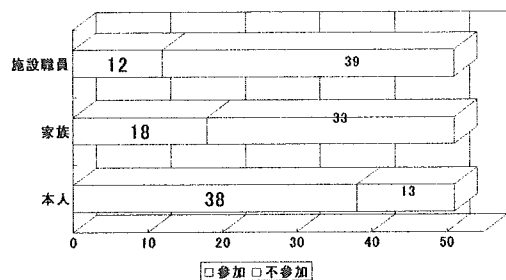


図8 アセスメント担当者所属(延べ)

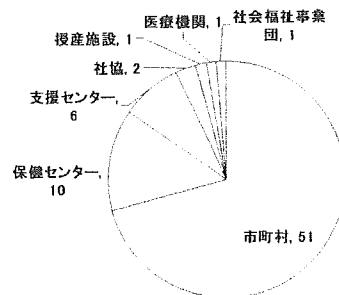


図9 アセスメント担当者資格(延べ)

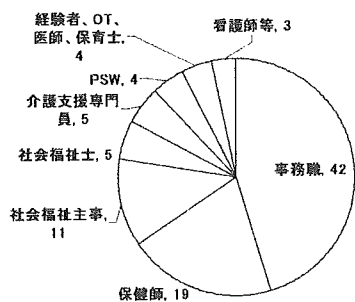


図10 アセスメント場所

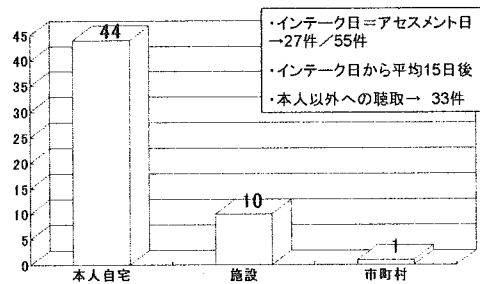


図11 性別

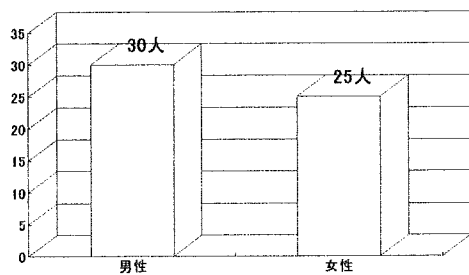


図12 障害種別(重複12件)

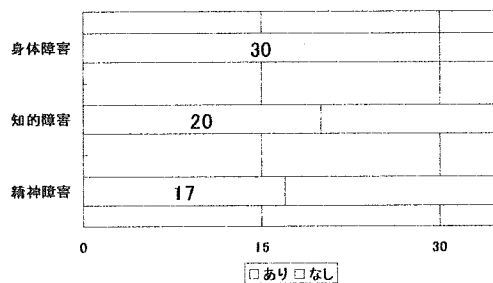


図13 精神障害者手帳等級

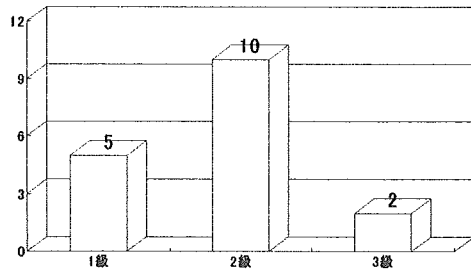


図14 療育手帳等級

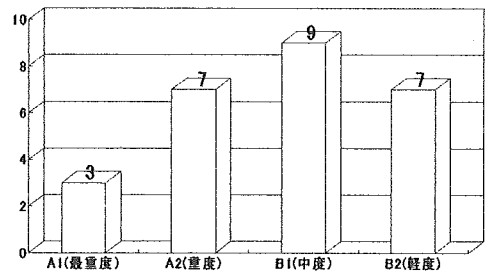


図15 身体障害者手帳等級

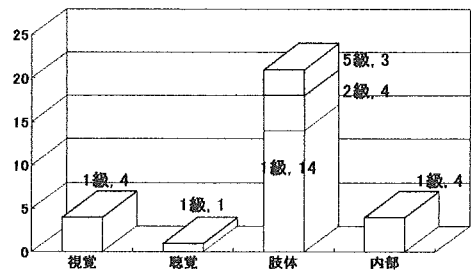


図16 障害年金受給者(22名)

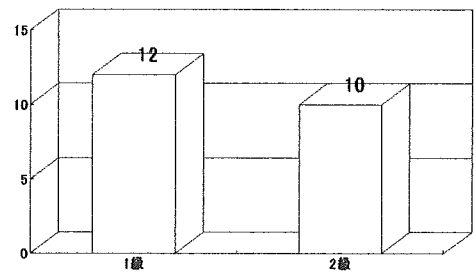


図17 居住状況

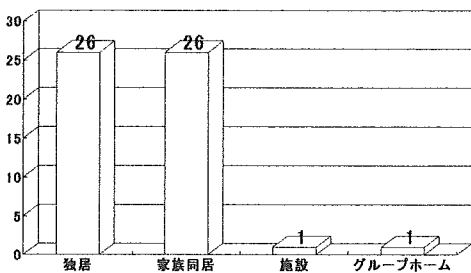


図18 アセスメント担当者との関係

