

第7章 総括

1. 事業の成果

- ・本事業では、調査対象となった 329 の市区町村から約 6 千件の障害者の認定データ、概況調査、医師意見書、サービス等利用計画、支給決定データ等のデータ・資料を収集した。また、昨年度事業で収集したデータとあわせた大規模なデータで、分析をおこなった。
- ・障害福祉サービス利用者の状態像（認定調査データ、医師意見書、概況調査）と支給決定結果（内容・量）にかかる大規模データを個人単位で連結したうえで分析を行った試みは昨年度に続き、他に例のないものである。
- ・本事業における成果は下記の 4 点である。
 - －障害福祉サービス別にみた支給決定者の属性に係る集計を行った
 - －訪問系サービス利用者の支給決定量に係る分析を行った
 - －常時介護を要する障害者等のサービス利用状況の分析を行った
 - －サービス等利用計画の質の向上に向けた記載基準の提案を行った

2. 結果の概要

1) 障害福祉サービス別にみた支給決定者の属性に係る集計

- ・支給決定されているサービス別に対象者の属性を比較した。居宅介護の支給決定者は身体障害（重複含む）が 48.9%、知的障害（重複含む）が 33.5%、精神障害（重複含む）が 34.6% を占めていた。行動援護の支給決定者はほぼ全て知的障害（重複含むと 98.9%）であり、精神障害（重複含むと 4.8%）は少なかった。就労系サービスでは、支給決定者の属性は全体的に知的障害が多いが、就労継続支援（A 型）では精神障害の比率が高く（重複含むで 43.0%）なっていた。地域移行支援・地域定着支援の支給決定者は精神障害で比率が高くなっていた（重複含むでそれぞれ 80.0%、63.2%）。
- ・障害程度区分別のサービスの支給決定状況をみると、居宅介護では区分 1 から区分 6 まで幅広く支給決定者がおり、特に区分 2、3 の比率が高くなっている。同行援護は区分 1～3 までの支給決定者が 87%を占める。
- ・認定調査項目の中間評価項目のうち、「麻痺・拘縮」、「移動」、「複雑動作」、「特別介護」の項目群において得点が低い（要介助状態に近い）者は、重度訪問介護、重度障害者等包括支援、療養介護の支給決定者に多かった。「身の回り」の項目群において得点が低い者は、重度訪問介護、重度障害者等包括支援、療養介護、行動援護の支給決定者に多かった。「意思疎通」の項目群において得点が低い者は、重度障害者等包括支援、療養介護、行動援護の支給決定者に多かった。「行動」の項目群において得点が低い者は、行動援護の支給決定者に多かった。
- ・医師意見書における行動上の障害がある者の比率は、重度包括障害者等支援、行動援護の支給決定者に多くなっていた。行動援護の支給決定者では、約 50%が介護への抵抗があり、約 35%に暴行や徘徊の傾向がみられるとされていた。

- ・医師意見書における精神・神経症状のある者の比率は、行動援護の支給決定者で「社会的行動障害」が 61.3%、「遂行機能障害」が 54.2%、「注意障害」が 49.4%となっていたほか、地域移行支援の支給決定者で「幻視・幻聴」が 47.7%となっていた点などに特徴が見られた。
- ・療養介護の支給決定者にはてんかんがある者の割合が高く、約 50%を占めていた。
- ・医師意見書における特別な医療の有無別の集計では、療養介護の支給決定者で、経管栄養（胃ろう）29.3%、吸引処置 22.8%、モニター測定 21.1%、レスピレーター（人工呼吸器）14.6%と高くなっていた。重度訪問介護の支給決定者では、吸引処置 13.2%、経管栄養（胃ろう）11.2%、気管切開の処置 10.0%、レスピレーター（人工呼吸器）9.2%となっていた。
- ・就労系サービスを支給決定されている者のうち、概況調査時点で、就労希望のある者は、移行支援で 79.4%、就労継続支援（A 型）で 83.5%、就労継続支援（B 型）で 44.6%であった。
- ・居宅介護支給決定者の 32.0%、重度訪問介護支給決定者の 17.9%は家族介護者がいない者であった。
- ・人口とサービス支給決定状況の関係をみると、5 万人未満の市区町村では、重度訪問介護や行動援護の支給決定者の割合が相対的に低く、療養介護や施設入所支援の支給決定者の割合が相対的に高くなっており、サービス資源の影響を受けていると考えられた。

2) 訪問系サービス利用者の支給決定量に係る分析

(1) 居宅介護

- ・居宅介護サービスを利用している場合の、利用者の障害程度区分別の支給決定時間の平均値を算出したところ、区分 1 の平均時間は 15.5 時間、区分 2 は 19.7 時間、区分 3 は 27.1 時間、区分 4 は 35.5 時間、区分 5 は 45.9 時間、区分 6 は 58.9 時間であった。身体介護では特に程度区分が高くなるほど平均支給決定時間も大きくなっていたが、家事援助は区分 4 以上ではほぼ一定、通院介助（身体介助あり／なし）では区分を問わずほぼ一定であった。
- ・居宅介護サービスを利用している場合の、認定調査項目の移動についての中間評価項目得点別に支給決定時間の平均値を算出したところ、点数が低いほど（全介助状態であるほど）居宅介護の支給決定時間が長く、点数が高いほど（自立であるほど）居宅介護の支給決定時間が低くなっていた。この傾向は身体介護の支給決定時間では同様の傾向が見られたが、家事援助では緩やかな傾向となり、通院介助では点数にかかわらず支給決定時間はほぼ同じであった。
- ・居住する自治体の特性別に平均時間を算出したところ、規模の大きな自治体であるほど支給決定時間が長くなる傾向があった。特に身体介護では 1 万人未満の自治体と 30 万人～50 万人未満の自治体では、支給決定量におよそ倍の差があった。
- ・障害種別、障害程度区分、介護者の有無の 3 つの要因を考慮に入れた居宅介護の平均支給決定時間を集計したところ、「身体障害のみ」の対象者では、程度区分が高くなるほど、また、介護者なしであるほど平均支給決定時間が長くなる傾向がみられた。「身体障害のみ」の対象

者ではサービス別にみても、ほぼ全ての分類において介護者なしであるほうが平均支給決定時間が長い傾向がみられた。

- ・居宅介護で 100 時間以上の支給決定がある者について認定調査項目の中間評価項目得点の分布を集計した。「100 時間以上」支給決定されている群では、「移動」、「複雑動作」、「特別介護」、「身の回り」の中間評価項目得点が「100 時間未満」の群よりも低得点に分布しており、より支援を要する状態の者が多いことが示された。

（２）重度訪問介護

- ・重度訪問介護サービスを利用している場合の、利用者の障害程度区分別の支給決定時間の平均値を算出したところ、区分 4 は 122.2 時間、区分 5 は 151.5 時間、区分 6 は 232.4 時間であった。
- ・認定調査項目の特別介護についての中間評価項目得点別に算出したところ、点数が低いほど（全介助状態であるほど）重度訪問介護の支給決定時間が長く、点数が高いほど（自立であるほど）重度訪問介護の支給決定時間が短くなっていた。
- ・重度訪問介護サービスを利用している場合の、介護者の有無別の支給決定時間の平均値を算出したところ、介護者ありの場合の平均は 195.8 時間、介護者なしの場合の平均は 287.1 時間であった。
- ・重度訪問介護で 400 時間以上の支給決定がある者について認定調査項目の中間評価項目得点の分布を集計した。「400 時間以上」支給決定されている群では、「移動」、「複雑動作」、「特別介護」、「身の回り」の中間評価項目得点が「400 時間未満」の群よりも低得点に分布しており、より支援を要する状態の者が多いことが示された。

（３）行動援護

- ・行動援護を利用している場合の、利用者の障害程度区分別の支給決定時間の平均値を算出したところ、区分 3 は 21.2 時間、区分 4 は 31.0 時間、区分 5 は 36.4 時間、区分 6 は 32.7 時間であった。分布を比較すると、区分 4 以上では支給決定時間に大きな差は見られなかった。
- ・居住する自治体の特性別に平均時間を算出したところ、人口 50 万人以上の大都市では平均支給決定時間が 49.3 時間と大きかったが、それ以外の自治体には大きな差は見られなかった。また、自治体に所在する事業所数の分布で比較しても、地域差はそれほど大きくなかった。
- ・行動援護で 60 時間以上の支給決定がある者について認定調査項目の中間評価項目得点の分布を集計した。「60 時間以上」支給決定されている群では、「特別介護」、「身の回り」、「意思疎通」、「行動」の中間評価項目得点が「60 時間未満」の群よりもやや低得点に分布しており、より支援を要する状態の者が多いことが示された。

(4) 同行援護

- ・同行援護を利用している場合の、利用者の障害程度区分別の支給決定時間の平均値を算出したところ、区分1の平均時間は29.5時間、区分2は31.6時間、区分3は33.7時間、区分4は35.0時間、区分5は27.1時間、区分6は27.5時間となっており、区分によって大きな差はみられなかった。
- ・また、居住する自治体の特性別に平均時間を算出したところ、規模の大きな自治体であるほど支給決定時間が長くなる傾向があった。
- ・同行援護で60時間以上の支給決定がある者について、認定調査項目の回答状況を集計し、回答割合に差の見られる結果を抜粋した。「60時間以上」支給決定されている群では、「移動」、「排尿」の項目で「一部介助」の割合が高いほか、「視力」が「ほとんど見えず」、「聴力」が「やっと聞こえる」の割合がやや高く、より支援を要する状態の者が多い可能性が示された。

3) 常時介護を要する障害者等のサービス利用状況の分析

本事業では、常時介護を要する障害者等の状態像について、障害支援区分の認定調査項目から定義を検討し、定義に当てはまる者が支給決定されているサービスの種類や量についての分析を行った。さらに、現在は常時介護の概念に包括されていない精神障害者等で常時の支援を必要とする場合の状態像について検討を行った。

(1) 常時介護（主として身体介護）を要する者

- ・常時介護を常時の身体介護が必要な者として定義した場合、重度訪問介護支給決定者の92.9%、行動援護支給決定者の88.1%、重度障害者等包括支援支給決定者の100.0%、療養介護支給決定者の92.3%、生活介護支給決定者の54.3%が定義に当てはまっていた。重度訪問介護、行動援護、重度障害者等包括支援、では定義のうち四肢麻痺等による要介護を想定した「生活支援型A」に当てはまる者が最も多く、行動援護では強い行動障害を想定した「生活支援型C」に当てはまる者が最も多くなっていた。
- ・重度訪問介護では、対象者に占める割合は1割程度であるが、人工呼吸器装着を想定した「医療型A」の場合に平均支給決定時間が最も長く、より重度な者が該当している可能性が示された。
- ・生活介護においては、定義に当てはまる者の割合は過半数を下回り、今回設定した常時介護の定義とは異なる状態像の者が多いことが示された。具体的に生活介護利用者の状態像をみると、常時の“身体介護”は必要ないが、常時の見守りや意思決定の支援など、多様な支援を必要とする者が含まれているようであった。

(2) 精神障害者で常時の指導・援助を要する者

- ・“現在はまだ地域で暮らしていないが常時の支援があれば地域生活が可能となる”精神障害者の状態像の分類を、平成19年度厚生労働科学研究 精神医療の質の実態把握と最適化に関する総合研究より「精神病床の利用状況に関する調査」のデータを二次分析することで、探索的に検討した。
- ・分析の結果、状態像の特徴から20の分類に分けられ、そのうち分類1～分類5が、「看護師・ケースワーカー・ヘルパー等による援助・指導」が「24時間常駐で必要」となる可能性の高い状態像であった。
- ・分類1・3・4については、個人衛生（洗面、入浴、身繕い等を行う能力）について「全面介助（全面的に介助する必要がある）」であり、自分の意思の伝達能力が「伝えられない」もしくは「具体的要求に限られる」ことが共通していた。さらに、分類1では他と比較して統合失調症の割合が低く、精神遅滞、てんかんの割合が高く、IADLのすべての項目で「非常に困難」との回答が大半を占めた。そのため、何らかの脳器質性障害により知的能力や判断能力が損なわれている群と考えられた。分類3は、身体合併症があり、「特別な管理（入院治療が適当な程度）」もしくは「日常的な管理（外来通院が適当な程度）」が必要であるという特徴をもっていた。また、分類4は食事の管理が「非常に困難」であり、食事の管理以外のIADLについても低下している傾向がみられた。分類2は、まとまりのない話が「1日に1回以上」、短期記憶に「問題があり」、自傷他害の危険性が「中程度」もしくは「高い」という特徴をもっていた。分類5は、薬の管理が「いくらか困難」もしくは「非常に困難」、病識が「ほとんどない」という特徴をもっていた。
- ・状態像を鑑みるに、5つの分類に当てはまる者は精神障害者の中でも特に多くの支援が必要な者であるが、主治医の判断によれば、3割～5割は「支援を整えば退院可能」、もしくは「支援を整えば近い将来には退院可能」と回答されていた。そのため今後は、これらの者が退院するために必要なサービス資源を検討し、構築していく必要があることが示された。

4) サービス等利用計画の質の向上に向けた記載基準の提案

- ・アセスメント・計画作成手法の確立・質の向上のために、サービス等利用計画について「支給決定の根拠」及び「情報共有の手段」としての観点から、記載内容の具体性やわかりやすさの検討を行った。
- ・下記の5つの分類について、「0：わからない・書面だけでは評価不可」「1：わかりにくい」「2：わかりやすい」「3：とてもわかりやすい」の4段階での採点基準の設定を試みた。
 - － 1. 【本人の思い・希望】
本人の思い・願いができるだけ具体的な言葉を使って表現されているか。
 - － 2. 【本人のニーズ】
本人の意向、希望する生活が具体的、かつ、的確に把握され、「～したい」「～なり

たい」等、本人の言葉として表現され、記載されているか。

－ 3. 【幅広いサービス・インフォーマル支援】

障害福祉以外の幅広い領域のサービス、および公的支援だけでなく、その他の支援（インフォーマル支援）が本人ニーズに基づき、必要に応じて記載されているか。

－ 4. 【支援の方向性】

支援に関わる関係機関等が共通の理解をもって取り組めるよう、支援の方向性が、明確、かつ、具体的に記載されているか。

－ 5. 【目指す生活の全体像】

最終的に到達すべき方向性、サービス提供によって実現する本人が希望する生活の全体像が、総合的かつ具体的に記載されているか。

- ・採点基準の使い方としては、計画を作成した際のセルフチェック、事業所内での再鑑や、自治体が支給決定を行う際の判断基準とすることなどが考えられる。
- ・4段階の基準のうち、「0：わからない・書面だけでは評価不可」～「1：わかりにくい」に該当する記載内容では、利用者の思いやニーズが十分に記載されておらず、サービスの支給決定根拠やサービス提供者間での情報共有のための書類として十分な情報量を達成していないといえる。サービス等利用計画の作成にあたっては、「2：わかりやすい」以上に分類されるような記載が望まれることから、必要に応じて加筆・修正を行うべきと考える。
- ・今後はサービス等利用計画の質が向上していくことが期待されるが、そのためにはまず、サービス等利用計画を複数の視点でレビューする体制を整えていくことが求められる。複数の視点から計画を再検討することで、アセスメントの内容が計画に反映されているか、サービスの組み立てに偏りはないか、他に活用できるインフォーマル資源はないか、他人が読んで伝わる記載となっているか等を検討でき、より具体的で実行力のある計画が作成できるものと考えられる。

3. 現在の支給決定状況のまとめと今後への期待

【訪問系サービス利用者の支給決定量について】

支給決定量に特に大きな差のつく訪問系サービスにおいては、すべての利用者に国庫負担基準と同量のサービスが支給決定されるのではなく、必要な者には手厚く、必要のない者には少なく、利用者の必要度に応じた支給決定がされることが望ましい。調査結果からは、自治体における支給決定量には、状態の違いにより、国庫負担基準の支給量よりも多く支給決定されている者が一定数存在することが示された。

支給決定量に差のつく要因としては、本人に関係する要因として家族介護者の有無や心身の状態の程度があり、環境要因として自治体の規模（人口規模）などが確認された。

一方で、サービス等利用計画等における「本人の意向」がどの程度支給決定に影響を与え

ているのかは本調査では明らかにされなかった。第6章で述べたように、今はまだサービス等利用計画の記載量・内容にバラツキが大きく、支給決定の根拠として分析するには時期尚早であったが、今後は本人の意向を含めた分析が行われることが期待される。

【常時介護（主に身体介護）を要する障害者等のサービス利用について】

本事業を通じて、障害福祉サービスの利用要件として定められている「常時介護」の状態像が、サービス利用者によって大きく異なることが示された。具体的には、重度訪問介護、重度障害者等包括支援、療養介護においては、定義のうち「生活支援型A（四肢麻痺等）」に該当する者の割合が高く、行動援護においては「生活支援型C（強い行動障害）」に該当する者の割合が高くなっていた。一方で生活介護においては、定義に当てはまる者の割合は過半数を下回り、今回設定した常時介護の定義とは異なる状態像の者が多いことが示された。生活介護利用者の状態像とは、常時の“身体介護”は必要ないが、常時の見守りや意思決定の支援など、多様な支援を必要とする者が含まれているようであった。

多様な常時の支援が必要な状態像について、一律に「常時介護」と括るのではなく、「常時支援」等の広い概念を用いて状態像の分類を使い分けることも一案として考えられる。その場合には、直接的な介護ではない見守りについての評価のあり方を検討することが求められるのではないかと。

【常時の援助・指導等を要する精神障害者の分析について】

本事業では“現在はまだ地域で暮らしていないが常時の支援があれば地域生活が可能となる”精神障害者の状態像の分類を探索的に検討し、20の分類を作成することができた。これまで臨床的に語られてきたいくつかの状態像について、共通の解釈・概念によって検討することができるようになるため、データとして特徴づけることができた意義は大きい。

これらの常時の援助・指導等を要する者が退院するにあたって、主治医の判断では退院後に必要な日中支援として「生活介護」、「デイケア・ナイトケア・デイナイトケア」、「生活訓練」が多く挙げられていた。また、地域生活をしていく上で不可欠な支援として、「相談に乗ってくれる病院・診療所の相談員」、「具合が悪くなったらいつでも診察してくれるかかりつけの病院・診療所」が多く挙げられていた。しかし、データ収集当時に存在したサービスについての必要度の設問であったため、まだ地域に構築されていない新しい形態のサービスを含め、必要なサービスの内容、提供の仕方、アプローチについて、本データからは十分に分析を行うことができなかった。

今後は精神障害者の地域移行と地域生活支援が一層重要な課題となると考えられることから、精神障害者の状態像と支援の必要度について共通の基準や認識を確立したうえで、地域で暮らしていくために必要なサービスのあり方（新規で制度化すべきサービス、既存のサービスのカスタマイズ）等について実証的データに基づき検討を重ねていく必要がある。

【サービス等利用計画の質の向上について】

平成 24～25 年度に作成されたサービス等利用計画を無作為に抽出してワーキンググループで内容を検討したが、十分な記載ができているといえる計画は少なかった。具体的には、曖昧で抽象的な表現のみでまとめられていたり、背景や目的が省略された端的な記載となっていたり、支給決定ありきの計画作成になっていたりとした。

サービス等利用計画は「支給決定の根拠」および「情報共有の手段」として重要な書類であることから、できるだけ具体的で、わかりやすい書き方が求められる。その際には本人の状況がありありとイメージでき、サービスを利用することによってどのような生活像が達成されるのかを明確に記す必要がある。

本事業では、サービス等利用計画に記載される内容の具体性やわかりやすさについての検討を行い、4段階での判断基準を整理した。このようなチェック項目を利用しながら、複数の専門職で内容を吟味することにより、今後はサービス等利用計画の質がさらに向上していくことが望まれる。