

厚生労働省

平成22年度障害者総合福祉推進事業

指定課題6-1

支給決定プロセスに係る海外の実態に関する調査

— 新たな支給決定プロセスの提案 —

研究報告書

平成23年3月

財団法人 日本知的障害者福祉協会

はじめに

わが国の障害福祉サービスの支給決定は、平成18年4月に施行された障害者自立支援法による3障害一元化のもと、障害程度区分の判定結果に基づき、本人の概況等を勘案して行われている。しかしながら、現行の障害程度区分の判定方法では知的障害者の障害特性が反映されにくく、障害の状況と個々人のニーズに応じた適切なサービスの受給が困難な状況であること、それを緩和するために市町村審査会において区分を変更するが、著しい市町村格差が生じていること等の問題が指摘されている。

このようななか、平成21年度より内閣府に設置された障害者制度改革推進会議の総合福祉部会では、新たな障害者福祉制度としての「総合福祉法（仮称）」が検討され、その中で、サービス受給の対象となる「障害者の範囲の拡大」や「障害のある本人のセルフマネジメント」、「協議・調整による選択と決定のプロセス」等が議論されているところである。

一方、本協会では、2006年からICF国際生活機能分類や現行の障害程度区分判定基準および要介護判定基準等を基に、公正な配分に耐えうる「知的障害者向けの新たな支援尺度（案）」について、政策委員会を中心に検討を重ねてきている。さらに、アメリカのAAIDD（アメリカ知的・発達障害協会）による支援尺度（Support Intensity Scale：以下SISと略）がすでに数カ国で翻訳され、ベルギーやスペインなどで使用の方向に進んでいることから、本協会のこれまでの研究にSISの要素を加え、更なる検討を行ってきた。

本研究の目的は、これまでに本協会が検討してきた「日本版知的障害者向け支援尺度（素案）」が、支援を希望する当事者のニーズと支援の必要度を客観的かつ公平に把握することができるか、また、その尺度を国の障害福祉制度に取り入れる場合、支給決定プロセスの中でどのように位置づけることができるかについて、諸外国の障害福祉サービスの内容と支給決定プロセスを参考に、今後の障害福祉制度の検討の参考に資するべく比較分析を試みたものである。

時間的な制約等により、当初企図した内容に十分に達しない部分が多々あったが、今後の障害福祉制度の構築・改善に少しでも参考となれば幸甚である。

本研究の企画や調査にご協力いただいた関係各位の皆様には厚く御礼を申し上げますとともに、今後とも本会活動に対する皆様のご理解とご協力を願うところである。

平成23年3月

財団法人 日本知的障害者福祉協会
会 長 中 原 強

研究体制

【研究責任者】

中原 強（財団法人 日本知的障害者福祉協会 会長）

【検討委員会】

大久保 常明（全日本手をつなぐ育成会 常務理事）

佐々木 敏宏（ワークセンターけやき 所長）

富岡 貴生（かながわ障がいケアマネジメント従事者ネットワーク理事長）

星野 泰啓（全国社会就労センター協議会 顧問）

【研究担当委員】

○英 国

小川 喜道（神奈川工科大学 教授）

○スウェーデン

光増 昌久（社会福祉法人 札幌緑花会 松泉学院 施設長）

河原 雄一（社会福祉法人 藤沢育成会 湘南セシリア 施設長）

○ドイツ

雄谷 良成（社会福祉法人 佛子園 理事長）

○韓 国

菊地 達美（社会福祉法人 同愛会 理事長）

○オーストラリア

渡辺 勸持（東日本国際大学 教授）

○新たな支給決定プロセス検討

最上太一郎（社会福祉法人 菊愛会 わらび学園 施設長）

河原 雄一（社会福祉法人 藤沢育成会 湘南セシリア 施設長）

里見 吉英（社会福祉法人 佑啓会 理事長）

○調査分析

生川 善雄（千葉大学 教授）

○資料提供

柴田 洋弥（社会福祉法人 同愛会 プロシード 施設長）

【事務局】

今井 政之（財団法人 日本知的障害者福祉協会 事務局長）

末吉 孝徳（財団法人 日本知的障害者福祉協会 総務課長）

古屋 貴邦（財団法人 日本知的障害者福祉協会 経理課）

三浦 史子（財団法人 日本知的障害者福祉協会 総務課）

【事業概要】

1. 事業の名称 平成22年度障害者総合福祉推進事業 指定課題6-1

『支給決定プロセスに係る海外の実態に関する調査』

2. 事業実施主体 財団法人 日本知的障害者福祉協会

3. 事業責任者 会長 中原 強

4. 研究事業予算 4,309,000円

5. 事業実期間 平成23年3月31日まで

6. 研究事業の運営体制

[検討委員会]

役割：定期的に事業の推進状況を確認し評価するとともに助言を行う

委員 大久保 常明（全日本手をつなぐ育成会 常務理事）

佐々木 敏宏（ワークセンターけやき所長）

富岡 貴生（かながわ障がいケアマネジメント従事者ネットワーク理事長）

星野 泰啓（全国社会就労センター協議会）

[研究担当委員会]

役割：実際の研究を担当する

・英国 : 小川 喜道（神奈川工科大学 教授）

・スウェーデン : 光増 昌久（社会福祉法人札幌緑化会 松泉学院 施設長）

・ドイツ : 雄谷 良成（社会福祉法人佛子園 理事長）

・韓国 : 菊地 達美（社会福祉法人同愛会 理事長）

・オーストラリア : 渡辺 勸持（東日本国際大学 教授）

・新たな支給決定プロセス :

最上太一郎（社会福祉法人菊愛会 わらび学園 施設長）

河原 雄一（社会福祉法人藤沢育成会 湘南セシリア 施設長）

里見 吉英（社会福祉法人佑啓会 理事長）

・調査分析 : 生川 善雄（千葉大学 教授）

7. 研究事業の日程

・第1回研究会議 平成22年8月26日

・第2回研究会議 平成22年9月6日

・第3回研究会議 平成22年9月15日

・第4回研究会議 平成22年10月5日

・国への中間報告 平成22年10月25日

・第5回研究会議 平成22年11月17日

・第6回研究会議 平成23年1月17日

・調査結果分析等 平成23年2月14日

・第7回研究会議 平成23年2月25日

・検討委員への報告会 平成23年3月9日

【研究要旨】

I. 目的

本研究の目的は、わが国の障害福祉サービスの支給決定のあり方と諸外国における支給決定のあり方とを比較し、障害者の生活をよりよい方向に向ける支給決定の方法を明らかにすることである。

II. 方法および内容

サービスの支給決定プロセスは、財源を配分する政府にとっても、サービスを受ける障害者にとっても、いい生活が送れるようになるか、どうか、ということの根幹に関わる問題であり、そのため、その時代の社会の障害者への対応の仕方を含む社会の思想と深く関連をもってきた。

障害者への見方は、個人の身体機能に焦点をあてて治療を考えた医学的なモデルから、その人の生活全体を考えて地域社会の中でよい生活を送るためへの支援を考える社会的な生活モデルへと転換した。この転換に沿って、支給決定プロセスも変化してきた。このような時代の趨勢を考え、支給決定のプロセスは、地域社会の中で障害のある人がよい生活が送れるようにするための支給決定であることが望ましい。本研究班は、その見方に立って研究を行う。

調査対象の5カ国は、日本障害者協議会（平成18年度）、日本障害者リハビリテーション協会（平成20年度）によって行われた先行研究から、欧米諸外国の支給決定プロセスは、スウェーデン、英国などのグループ（本人の申請後、家族構成、個人の経済状況、住環境、家族のニーズ、ADLの状態とともにニーズを聞き、チームによるニーズ評価を行い、ケアプランを作成し、家族、本人との合意の上でサービスを個別に認定する）と、ドイツ、フランス、日本などのグループ（障害程度、範囲を認定し、障害者手帳のような証明書を発行し、その証明によって福祉、雇用、教育などのサービスを受ける）の二つに大別されることをうけ、前者のグループから英国、スウェーデン、後者のグループからドイツを選択し、さらにこれまで厚生労働省の先行研究で対象としなかった韓国とオーストラリアをとりあげた。韓国は、アジア圏で日本と文化が似ており、オーストラリアはコーディネーター（後述）の活躍に注目したためである。

我が国では、平成15年に措置制度から自己選択、自己決定を尊重する支援費制度へと転換した。その3年後には障害者自立支援法が施行され「障害程度区分」が定められたが、それによる判定は、「身体障害者の介護ニーズ評価には使えるが訓練等給付のニーズ評価には困難がある、知的障害者・精神障害者の介護ニーズについては一部しか把握できない」などの問題が生じた。その後、平成19年2月から開始された障害程度区分勉強会で、1. 客観的な支援の必要度の評価方法として、見守りの評価、支援必要度と環境因子等の関係、訓練等給付の必要度、2. 認定調査、審査の問題として、障害特性等の理解、市町村格差の問題、3. 支給決定とケアマネジメントの問題としてニーズや環境因子等の勘案事項の把握方法についての問題が提起された。現在、総合福祉部会の作業チームで新たな支給決定システムのあり方が検討されている。

それを受け、本研究では、これまで日本知的障害者福祉協会が検討してきた「支援尺度」を検証・修正した「新たな支援尺度」を用い、新たに175名に対しニーズ調査・アセスメント調査を

実施し、「新たな支援尺度」の各項目の妥当性、信頼性をみるために、主成分分析を行った。さらに、更生・生活介護系通所施設利用者と授産・就労系利用者との比較、療育手帳の等級、障害程度区分、IQ、基礎年金等級、等の比較を行い、それらの結果から「新たな支援尺度」の有用性を得た。また長年知的障害者の支援に関わってきた支援者による討議によって、今後のニーズ調査及びアセスメントの方法、パーソナルプランの作成、支給決定、モニタリング等について、諸外国の動向との関係と併せて日本の施策の具体的な問題点、改善策を検討した。

Ⅲ. 結果の概要

(一) 5カ国における障害者に対する支給決定のプロセス

以下、明らかにされた各国の支給決定の特色を述べる。(苦情処理・見直しについては本文を参照のこと)

1. 英国：申請先は、障害、高齢、年齢の区別なく、一つの窓口で受ける（ワン・ストップ）。インテークオフィサーが基本情報を聞き、ソーシャルワーカーや作業療法士を中心としたケアマネージャーにつなぐ。ケアマネージャーは障害分類作業よりもニーズ評価を中心に行い、評価する。本人による自己評価もできる。また、障害者と同様に、介護者も申請に応じて、支援を受けるためのニーズ評価を受ける。サービス提供の優先順位については、英国政府が「もしもそのサービスを受けられない場合、どのようなリスクがあるか」という視点で作成した「危機的」「重度」「中度」「軽度」の4分類を参考にする。サービスに対する現金直接払い（ダイレクト・ペイメント）も可能であり、そのための助言指導を受けることができる。
2. スウェーデン：申請内容によって、「一定の機能的障害のある人々に対する援助とサービスに関する法律」(LSS)に該当するもの（知的障害、自閉症、重度の身体、精神障害のある人々の相談・個別援助、パーソナルアシスタンスなど社会参加支援、就労支援）と社会サービス法(SoL)に該当するもの（児童、青少年、高齢者、機能障害者等の在宅介護サービス・・・ホームヘルプサービス、日中活動、ショートステイ、移送サービス等）に分かれる。LSSの場合には、LSS査定員によるニーズ調査+医師の診断書、SoLの場合には、コミューンの福祉サービス査定員+医師の診断書が必要となる。実際の運営は、どちらもコミューン（市町村に該当する）が行う。アセスメントとケアプランはどちらも専門家である査定員（ソーシャルワーカーや作業療法士など）が行う。
3. ドイツ：介護保険によって行う。介護保険の運営主体は、医療保険を運営する各地の医療金庫が設置した医療保険・医療サービス機構（MDK）であり、その医療金庫が財源となっている。申請は地方自治体のケアアドバイスセンターで行うようになった（2008年）。しかし、受理後は、医療保険・医療サービス機構（MDK）から派遣される医師や医療関係者が訪問調査を行う。運営母体が医療保険のため、評価は、心身機能・身体構造などを重視した評価項目が多く、社会参加の項目が少ない。障害の程度は、「医学的鑑定業務手引き」によって10から100までの程度で示される。支給決定は、ケアアドバイスオフィスで行う。
4. 韓国：申請者は区市町村の担当課で機能評価（日常活動動作7項目、手段的日常生活遂行能力8項目、追加項目5項目）を受ける。家庭訪問の調査は区市町村のソーシャルワーカーと看護師が行うが、年金公団の障害者審査センターの職員も同行することが多い。身体障害は「障

害等級判断基準」、知的障害はウェクスラー知能検査とGAF、精神障害はICD GAFによって等級に分ける。資料集収集の後、第二次審査会（メンバーは医師、調査委員、ソーシャルワーカー、サービス提供者、障害者・家族）が行われるが変更は少ない。支給決定は、国の障害者審査センターが行い、「障害者登録カード」を発行する。「審査センター」から「韓国社会サービス管理院」にデータが送られ、バウチャーカードが発行され、それでサービスを受ける。

5. オーストラリア：オーストラリアでは福祉は州の単位で法律、制度が決められており、コーディネーター事業を実施している西オーストラリア州を調査対象とした。申請は、その内容によって2通りに分かれる。第一は、西オーストラリア州の障害サービス局（DSC）が、障害が重度・最重度の人、知的障害・自閉症の人を対象として直接、住宅、就労に代わる日中活動、家族支援のサービスを提供する場合であり、この場合の支給決定プロセスは、第一段階で申請者がすべての障害の人に共通な申請書（46頁にわたる詳細な記録のため、専門家が支援して障害者、家族、地域支援者とともに記入する）に記入、第二段階で申請書類を資料として、委員会が申請者の中で誰のどのサービスを優先するか決定する。優先順位は、「優先順位決定委員会」（メンバーは5人：障害のある本人、障害者の家族、サービス提供団体（NGO）、権利擁護団体、州の障害サービス局の委員）によって決定される。委員会は、年3回開催され、その都度、予算総額が公表され、それに該当しない場合は他のサービスか、次回の委員会に提出される。第二は、サービスプロバイダーに所属する認定専門員によるもので、「障害の認定」と「サービスを受給できる認定」は、障害サービス局（DSC）からの指導、ガイドラインによってサービスプロバイダーに所属する認定専門員によって行われる。これらの手続きを可能にするために、コーディネーターが配置されている。コーディネーターは、従来のソーシャルワーカーよりも、個人のニーズを地域社会全体の支援体制づくりと関連させて満たしていく役割を持つ。スコットランド、ニュージーランドはこのシステムを採用している。

（二）5カ国および日本の支給決定プロセスの比較

ドイツとスウェーデン、英国、オーストラリアを比較すると、先行研究でも述べているように、ドイツは、障害程度、範囲についての客観的な指標を設定し、それを基本にして、福祉、雇用、教育などのサービスを決定しており、スウェーデンや英国では必要な支援について利用者に聞くことから始めている。

前者では、公正な配分を考えるときに、まず、客観的な指標を考える。しかし、それらの客観的指標は身体機能、精神機能が中心となるため、社会参加や本人主体の理念であるその人がどのように生きたいか、そのためにどのような支援を必要としているか、ということに支援が広がらない。

後者では、障害のある申請者に行うため、申請者がどのようなことで支援をほしいか、ということを知ることができる。しかし、公正な配分に必要な客観的な指標がない。

本人主体、本人を中心とした計画などを進めようとする、そのための指標が必要となる。

スウェーデンや英国で、人々が公正な配分であると納得できるか、どうかのポイントは、障害者と政府の間をつなぐ人、すなわち、ソーシャルワーカーなどの専門家を信頼できるか、どうかであると考えられる。スウェーデンの2, 3万人のコミュニティ（市町村）の中でその専門家が長く勤めて、障害のある人々や地域社会の人々をよく知っていることが信頼性を獲得するのに役立つ。

つ。また、オーストラリアのように、その専門家が本当に障害のある人々の生活をよくするのに役立っているか、というアンケートを行うことによって信頼性をチェックすることができる。

日本でも、コーディネーター事業（1996年）は、それに近い方向に進んでいた。日本が、本人主体の政策を行うために基本的に取り組むためには、この「信頼できる専門家」をどのようにして障害のある人々の近くに配置するかということについての長期的な展望と具体的な施策を構築することが必要である。

（三）知的障害における支給決定プロセス

日本知的障害者福祉協会が提案する「新たな支給決定プロセス」は、以下の通りである。

1. ニーズ調査については、概況調査と支援の必要度を聴き取る支援尺度による調査を行う。これを実施する専門職については、相談支援専門員の資格化と質の向上、社会福祉士、精神保健福祉士については障害者支援に関わる専門知識の研修、行政担当者においては社会福祉主事任用資格と相談支援専門員等の専門研修が必要である。
2. パーソナルプランの作成はセルフマネジメントも含め、行政担当者、専門職、本人をよく理解している支援者等と協働して、地域の社会資源等の実情を加味し、本人中心計画、ストレングスモデル、協議調整モデル等の手法を用いて行う。
3. 支給決定については、第三者機関として各市町村に客観性、公平性、中立性を担保する第三者機関として、「支給決定・モニタリング委員会」を設置し、パーソナルプランの内容を検討し、プランに基づくサービス支給決定を行い、併せて定期的実施したモニタリングを受ける。そのメンバーは、当事者、障害福祉の専門職、保健医療、学識経験者等とする。
4. パーソナルプランの支給を実施するものは、担当ケースを30ケース前後とし、当事者とともにサービス支援の事業所の選択、調整、また複数のサービス事業者による支援が必要な場合の調整会議を行う。
5. モニタリング期間は、利用者の状況に応じて、多くて1ヶ月に1回から6ヶ月に一回まで、定期的に行う。
6. 不服申し立てについては、60日以内に支給決定をした市町村に対して行う。

Ⅳ. 事業の成果及び活用方法

現在、総合福祉部会の相談支援・支給決定プロセス作業チームがまとめた仕組みには、障害当事者の自立生活運動の基本的理念に基づいて考えられている。

本人を中心にして支援を考えることは、すべての人にとって重要である。

本研究で明らかにされたスウェーデン、英国、オーストラリアにおける本人主体の理念を実現するためのサービス支給決定の方法は、我が国が今後、障害のある人のよりよい生活を進めるためのサービス支給決定を考えるときに参考になることが多い。

しかし、支給決定のプロセスは、それぞれの国の障害者に対する見方、考え方、国民の民意と深く関わっており、そのままでは使うことができない。サービス提供のエリアの大きさ、専門的なソーシャルワーカーの育成の歴史などは、スウェーデンや英国と日本では大きな違いがある。

5カ国と日本の比較で述べたように、本人主体を進めるには、政府と利用者の中に立って行われる支援機能をもつこと、そのために「障害のある人の近くにおいて、信頼できるソーシャルワーカーなどの支援者」を長期的な視野で育成する必要がある。

本研究では、そのような長期的な視点での提言と同時に、さしあたって、現在の体制から何を、どう変えるべきか、という具体的な提言も行った。これらの提言が総合福祉部会でも取り上げられ、サービス支給決定のプロセスを通じて、障害のある人の生活を少しでもよりよくしていく方向に貢献できれば、と考えている。

知的障害者は、自分で自分の生活を考え、よりよい生活にしていくために必要な支援を考えるときに、他の支援者を必要とする。

この支援者はどうあるべきか、本当に利用者やその家族から信頼を得られるためには、その支援者に対して社会はどのような役割、資格、状況を用意すべきか、ということを真剣に考える必要がある。

支給決定プロセスのそれぞれの段階で、聞き取りをする人が障害のある人や地域社会の人々から信頼されるにはどのようなことが必要か、その人々を育成するときに支援尺度のようなものが使われるとすればその役割は何か、支給決定はどのような仕組みの中で誰が責任を持つのか、モニタリングの方法やその結果に対応した改善、地域社会の人々がこの支給決定にどう参加しているか、このような問題が山積している。

今回の支援尺度の作成は、これまでのように「どこに障害があるのか」を見るのではなく、「何を支援してほしいのか」ということを本人に聞いて、それを実現しようという考えである。

この考え方の転換は、尺度を使っていく中で少しずつ理解されていくかもしれない。そうした具体的な改善を、支給決定プロセスの全体にわたって考えていく作業がこれから一層求められている。

目 次

はじめに	i
研究体制	ii
研究要旨	iv
目 次	ix
一 研究の背景	
1 障害に関する世界的動向とサービス支給決定プロセス	3
(1) 小さな村でのサービス支給決定	3
(2) 個人の障害について客観的指標を作ってサービスを支給した	3
(3) 障害者の人権を尊重する新しい見方が生まれた	4
(4) 新しい障害の見方と支援の中で、支給決定プロセスはどうあるべきか	4
2 日本における支給決定プロセスの歴史と経緯	6
(1) 措置制度	6
(2) 支援費制度の障害程度区分	7
(3) 障害者自立支援法の障害程度区分	9
(4) 障害程度区分の作成の背景	11
1) 介護保険の要介護認定	11
2) 平成16年度厚生労働科学研究	11
3) 平成17年度「障害程度区分判定等施行事業」	11
4) 平成18年4月施行以後	12
5) 政権交代後	14
二 5カ国における障害者に対する支給決定のプロセス	
1 5カ国の選択理由	17
2 5カ国の支給決定プロセス	19
(1) 英国	19
1) 国の概要と障害者政策・法制度の状況	19
2) サービス支給決定プロセス	22
3) 申請から受理まで	22
4) 受理後のアセスメントと支給決定	23
5) 決定の通知と苦情処理、その後の見直し手続き	24
6) 英国における特徴と我が国のプロセスとの比較	24
7) 現在のプロセスへの意見・批判、将来の方向性	25
8) 英国の一覧表	29

(2) スウェーデン	30
1) 国の概要と障害者政策・法制度の状況	30
2) サービス支給決定プロセス	33
3) 申請から受理まで	34
4) 受理後のアセスメントと支給決定	34
5) 決定の通知と苦情処理、その後の見直し手続き	34
6) スウェーデンにおける特徴と我が国のプロセスとの比較	35
7) 現在のプロセスへの意見・批判、将来の方向性	36
8) スウェーデンの一覧表	37
(3) ドイツ	38
1) 国の概要と障害者政策・法制度の状況	38
2) 公的介護保険のサービス支給決定プロセス	40
①申請から受理まで	40
②受理後のアセスメントと支給決定	40
③決定の通知と苦情処理、その後の見直し手続き	41
3) 介護給付以外の制度	41
①障害の程度と区分	41
②公的介護制度と他制度の補完関係	42
4) ドイツにおける特徴と我が国のプロセスとの比較	42
5) 現在のプロセスへの意見・批判、将来の方向性	43
6) ドイツの一覧表	45
(4) 韓国（大韓民国）	46
1) 国の概要と障害者政策・法制度の状況	46
2) 申請から受理まで	47
3) 受理後のアセスメントと支給決定	48
4) 決定の通知と苦情処理、その後の見直し手続き	49
5) 韓国における特徴と我が国のプロセスとの比較	50
6) 韓国の一覧表	52
(5) オーストラリア連邦	53
1) オーストラリア連邦	53
①オーストラリアの概要	53
②オーストラリアの障害者制度の歴史	53
③障害者支援に関する連邦政府と州・準州政府の役割	54
2) 西オーストラリア州	56
①西オーストラリア州の概要	56
②西オーストラリア州を研究対象として選択した理由	56
③西オーストラリア州における障害の定義と支給決定プロセス	57

3) サービス支給決定のプロセス	58
①西オーストラリア州の障害サービス局が直接審査するサービス支給決定プロセス	58
②サービスプロバイダーに所属する認定専門員によるサービス支給決定プロセス	63
4) 西オーストラリア州における特徴と我が国のプロセスとの比較	66
①地域コーディネーター (LAC) の配置と日本の状況	66
②サービス支給決定のアセスメント (評価) について	66
③サービス支給決定の優先順位の決定プロセスについて	66
5) 現在のプロセスへの意見・批判、将来の方向性	68
6) 西オーストラリア州の一覧表	71
三 5カ国および日本の支給決定プロセスの比較	75
1. 障害者自立支援法における障害程度区分の問題の背景	75
(1) 障害の医学モデルと客観的指標の重視	75
(2) 生活領域における身辺自立の重視と「社会参加」の欠落	76
2. 今後の一人ひとりの生活を良くするための支給決定プロセスの方向	77
(1) 支給決定の手続きで本人の意見をどう反映するか	77
(2) 本人の主体を反映する支給決定プロセスの各段階での対応	77
1) 申請後の聞き取り及び評価の段階	77
2) 申請者の評価 (聞き取り) を終えて、支給費を決定する段階	80
(3) 日本のこれからの方向 ～信頼されるソーシャルワーカーの育成と配置～	80
四 日本における新たな支給決定プロセス	85
1. 日本知的障害者福祉協会における取り組み	85
(1) 福祉協会における支給決定プロセスの検討の経緯	85
1) 障害者自立支援法における支給決定プロセスに対する福祉協会の提言	85
2) 社会保障審議会障害者部会に提出した支給決定プロセス案	89
3) 障害者自立支援法の一部改正に伴う支給決定プロセスの見直し	93
4) 障がい者総合福祉法 (仮称) における支給決定プロセス案に対する福祉協会の取り組み	94
2. 日本における新たな支給決定プロセスの提案	97
(1) 新たな支給決定プロセスの検討	97
1) 諸外国と我が国の制度を比較した課題	97
2) 日本における新たな支給決定プロセスの提案 (知的障害を中心に)	97
3) 今回の提案における課題	103
4) 今後の課題	104

(2) 新たな支給決定アセスメント項目の提案	106
1) アセスメント項目の作成の経緯	106
2) 障害者自立支援法における障害程度区分の課題	107
3) 障害程度区分に代わる新たな支援尺度項目の検討	111
①介護保険制度の検証	111
②ICF（国際機能分類）の検証	112
③福祉協会 調査・研究委員会の知的障害者向けアセスメント（プランゲート） の検証	113
④AAIDD（アメリカ知的・発達障害協会）の支援尺度（SIS）の検証	113
⑤知的障害者支援尺度（日本暫定版）の必要性	113
4) 知的障害者支援尺度の開発	114
5) 本研究における新たな支給決定のアセスメント項目調査の実施	118
6) 新たな支給決定アセスメント項目の検証	121
①目的	121
②方法	121
③結果と解釈	122
④結論	126
⑤調査票帳票類	143
五 今後の展望	149
参考資料	157
<参考資料1>	157
○ 新たなアセスメントを用いた事例	
○ ニーズ調査等を担当した方からのご意見・ご感想等	
<参考資料2>	197
○ 措置時代からの支給決定の経緯	
○ ICF及びSIS関連資料	
おわりに	220

一. 研究の背景

1. 障害に関する世界的動向とサービス支給決定プロセス

渡辺 勸持

2. 日本における支給決定プロセスの歴史と経緯

光増 昌久

一 研究の背景

1 障害に関する世界的動向とサービス支給決定プロセス

「サービス支給決定プロセス」の研究の目的は、障害のある人々の生活がよくなるためには、どのようにサービスを支給することがよいか、ということである。

税金をサービスの形で再配分することは、政府にとって障害者施策の根幹に関わる問題であり、配分される障害のある人にとっては生活の根幹に関わる問題である。

サービス支給決定のプロセスは、障害と障害者の見方、考え方に大きく関わりながら時代の中で変遷を遂げてきた。

ここでは、税金の再配分として障害者へのサービス提供を行うようになった時代の変化とそれに対応してサービス支給決定のプロセスについて研究を進めるときの研究班の立場を述べる。

(1) 小さな村でのサービス支給決定

サービス支給決定の方法を考えたときに、発展途上国の人から聞いた話を思い出した。

障害のある人にどのようなサービスを提供するか、ということを考えるときには、村の人が集まり、村の地図を書きながら、一軒、一軒、この家には障害のある人がいるかどうか、話し合う。「いる」と結論が出た場合には、どういう支援がよいかを話し合う、という話である。

この話に、次のような二つのサービス支給決定の原点のようなものを感じる。

第一、Aさんに障害があるかどうかを村の人が決める。

第二、どのようなサービスが必要か、あるいは提供できるかを村の人が決める。

この場合、障害とは、多数の健常者と身体、精神機能が異なるために、その村での生活に不自由が生じ、支援が必要となっている状態である。たとえ、片足が欠損していてもそのことが即障害にはならない。

仕事があり、収入があり、家族を養い、村で楽しく過ごしていれば、片足のないことは多少の不自由こそあれ、「障害者」とは呼ばれず、支援も必要がない。

(2) 個人の障害について客観的指標を作ってサービスを支給した

しかし、行政単位が百万、千万と広がるにつれて、人々は相手の生活を見ることができなくなり、住民参加の話し合いもできなくなる。

そのため、皆が納得するための手段が必要になり、話し合いにとって代わったのが客観的に障害の程度を示していると言われた「尺度」である。身体欠損の程度により障害2級、あるいは、鉛筆と紙のテストによるIQ53、等が考えられ、それによって年金や生活援助金が給付される制度が普及した。

特定の身体機能の欠損が同じ欠損をもつ全ての人の生活に、同じようなサービスの支給が必要なわけではない。しかし、障害が治療の対象として考えられた時代には、身体障害者手帳交付と同じように、障害の種類や程度を明らかにした障害の客観的指標を作り、その指標に対応して車いすの貸与など、障害から直接生じる不便さを軽減する具体的サービスを支給した。

車いすの貸与等は、その人の生活全体のごく一部の問題である。生活の中では、障害から来る様々な不自由さがある。障害に対する人々の偏見から生ずる仕事や社会参加に対する否定的な態度、差別に虐げられる日々もある。

障害の客観的指標を作り、クラスに分け、そのクラスに対応して障害に直接関連するサービスを提供する一方で、年金や手当のような現金給付、税金の控除や交通費の軽減等を行い、障害によって生ずる様々な不自由、不便の軽減を図ってきた。

(3) 障害者の人権を尊重する新しい見方が生まれた

これらの障害への対応が、変わってきた。

「障害者」、あるいは「障害のクラス」としてのラベルが貼られ、その下で生きてきた人々が、そのラベルをはがし、一人ひとりが障害者である以前に、人間であり、普通の人々がしているように地域社会の中で、一人の市民として、一人の個人として、自分の生き方、生活の仕方を選択し、決定したいと発言を始めた。その動きに対応して、障害が治療の対象として見られた医学を中心とするアプローチから、障害に対する支援をその人の生活全体に広げて考えるようになり、この見方は、国連の障害者の権利宣言から障害者権利条約に至るまで、世界中に拡がり、これから進むべき方向、理念として掲げられるようになった。

障害に対する生活支援も、仕事、住居、余暇等により細分化され、障害のある人々へのサービスがより細かく施策の中で作られるようになり、ソーシャルワーカー、ヘルパーなどの専門的援助が増え、クラスとして障害者への支援をするのではなく、一人ひとりの生活、暮らしをよくする支援のあり方が求められるようになった。

AさんとBさんが同じような身体障害であっても、二人の生活の仕方の違いが認められ、それぞれの生活に必要なサービスを行うという考えが出てきた。

(4) 新しい障害の見方と支援の中で、支給決定プロセスはどうあるべきか

障害に対して、個人の身体障害や知的・精神障害を中心に考える場合のサービス支給決定のプロセスは、きわめて簡単である。個人の障害程度の客観的指標（たとえそれが、その人の生活全体に及ぼす関係がはっきりしない場合でも）を作り、それによって評価を行い、クラスに分け、金を配分することで終わる。

しかし、一人ひとりについて、その人の障害にどのようなサービスを提供すれば、その人の生活がよくなるか、という考えに立つと、この支給決定全体の構造そのものがおかしいものに見えてくる。どのような生活がその人にとって望ましいか、その生活を実現する

ためにはどのような支援が必要か、ということは、発展途上国で示された例のように、一人ひとりと話し合わなければ進まない。

障害のある人が自ら、このような支援がほしい、ということが発言すること、そこからすべてが始まるからである。

自分の生活の仕方、生き方について十分に考え、発言することが困難な人には、その人の考えていることを代弁できる支援のシステムが必要であるが、いずれにしても、最初にスタートするのは、障害のあるその人、である。

この変化の過程で、もっとも、重要にすべきことは、人は自分の人生を自分の望むように生きて良いはずだ、ということであろう。障害があるという理由だけで、他人がその人の人生を決定することは許されない。

どちらのアプローチが、より経費がかかるか、あるいは、よりよい生活に近づけるか、ということは一概には言えない。ここで論じているのは、単なる「支給決定の方法」であり、現実にどれだけの金を障害者のサービスに使うか、ということは、別の場所で決定される事柄である。

しかし、障害のある人に「あなたの人生です。どのように生きていますか。どのような支援を望みますか」と、一人ひとりに問いかけながらサービス支給決定を行うことは、障害者の社会参加、障害者の権利、障害のある人々もふつうの人として生活する、ノーマライゼーション、本人主体、という方向に近づく可能性がある。

本研究もその一部となる、新しいサービス支給決定のプロセスを模索することによって、本人の生活が一層よくなることを祈りたい。

2 日本における支給決定プロセスの歴史と経緯

平成15年4月に支援費制度が始まる前までは、精神障害者の福祉を除く、身体障害者、知的障害者の福祉は措置制度であった。現在も緊急避難的には措置を使う場合もあるが、報酬単価の基準は自立支援給付の報酬構造と同じ形になっている。

ここでは、措置制度の報酬構造を振り返り、支援費制度の障害程度、障害者自立支援法での障害程度区分について述べる。

(1) 措置制度

措置制度の報酬は、施設種別と定員（例：知的障害児施設は、10人、11～20人、30人まで、31～40人から10人単位で、190まで、191人以上。知的障害者施設は知的障害児施設と140人まで同じで上限140人以上。）、地域区分（特別区、特甲地域、甲地域、乙地域、丙地域）と各種加算が組み合わさっていた。

また障害程度の区分はないが、障害の種別に応じた重度加算費が障害児入所施設に25%加算分、30%加算分、重度知的障害者加算が25%、30%加算となっていた。

表1 重度障害児の加算

区分	児童に係る加算率の区分による対象児童	
	25%加算分	30%加算分
重度 肢体不 自由児 加算費	次の(1)、(2)のいずれかに該当する児童。 (1) 各種補装具を用いても身体の移動が困難なもの。 (2) 機能障害が重度であっても、食事、洗面、排泄及び衣類の着脱等の日常生活動作の大部分に介助を必要とするもの	
重度 知的 障害児 加算費	次の(1)、(2)のいずれかに該当する児童であって右の対象児童を除いたもの。 (1) 知能指数がおおむね35以下と判定された児童であって、次のいずれかに該当するもの。 ア 食事、着脱衣、排便及び洗面等日常生活の介助を必要とし、社会生活への適応が著しく困難であるもの。 イ 頻繁なてんかん様発作又は失禁、異食、興奮、寡動、その他の問題行為を有し、監護を必要とするもの。 (2) 盲（強度の弱視を含む。）若しくはろうあ（強度の難聴を含む。）又は肢体不自由を有する児童であって知能指数がおおむね50以下と判定されたもの。	左の対象児童のうち、次のいずれかに該当するもの。 (1) 年齢が6歳未満のもの。 (2) 重症心身障害児施設を退所後3年未満のもの。 (3) 入所後1年未満のもの。

盲ろうあ児 重度加算費	<p>次の（１）、（２）のいずれかに該当する盲児（強度の弱視を含む。）又はろうあ児（強度の難聴を含む。）であって、右の対象児童を除いたもの。</p> <p>（１）知的障害を有するために盲児施設又はろうあ児施設において、特別の保護指導を行わなければ社会適応能力の向上が困難と認められるもの。</p> <p>（２）機能障害が重度であって、食事、洗面、排泄及び衣服の着脱等の日常生活動作の大部分に介助を必要とするもの。</p>	<p>左の対象児童のうち、知能指数がおおむね35以下と判定されたもので、入所後1年未満のもの。</p>
----------------	--	---

表2 重度知的障害者加算費

区分	左の入所者に係る加算率の区分による対象者	
	25%加算分	30%加算分
重度知的障害者 加算費	<p>次の（１）、（２）のいずれかに該当する児童であって右の対象児童を除いたもの。</p> <p>（１）知能指数がおおむね35以下と判定された者であって次のいずれかに該当するもの。</p> <p>ア 日常生活における基本的な動作（食事、排泄、入浴、洗面、着脱衣等）が困難であって個別的指導及び介助を必要とするもの。</p> <p>イ 失禁、異食、興奮多寡動その他の問題行動を有し、常時注意と指導を必要とするもの。</p> <p>（２）肢体不自由、盲、ろうあ等の障害を有する者であって、知能指数がおおむね50以下と判定されたもの。</p>	<p>左の対象者のうち、次のいずれかに該当するもの。</p> <p>（１）重症心身障害児施設を退所後3年未満のもの。</p> <p>（２）入所後1年未満のもの。</p>

なお強度行動障害特別処遇加算費に関しては、強度行動障害判定指針 強度行動障害の目安と内容例（11内容）と強度行動障害判定基準表で11の行動障害の内容を三段階〔1点、3点、5点〕でチェックした結果、家庭にあって通常の育て方をし、かなりの養育努力があっても、過去半年以上強度な行動障害が継続している場合、10点以上を行動障害とし、20点以上を特別処遇の対象としていた。

（２）支援費制度の障害程度区分

措置制度に代わり2003年（平成15年4月）に誕生した支援費制度は、厚生労働省のパンフレットP2に支援費制度の目指すものとして～自己決定・自己選択を尊重します～の中で、「こうした障害者福祉施策の流れの中で、福祉サービスの利用に関して、これまでのように行政がサービスの利用者を特定し、サービス内容を決定する「措置制度」から、利用者本位の考え方に立つ新しい仕組み「支援制度」に移行することとなった。

この新しい制度では、利用者である障害のある人が、事業者との対等な関係にもとづき、

一. 研究の背景

自らサービス提供者を自由に選択し、契約によってサービスを利用することとなる。

これにより、障害のある人の個人としての尊厳を重視した21世紀にふさわしい、福祉サービスの利用制度となることを目指している。」と記載されている。では、支援費の障害程度区分はどうであったか。

目的 「障害程度区分は、重度障害者に対する支援が適切に行われるよう、施設訓練棟支援費の額について、障害の程度に係る区分に応じた差異を設けるものである」平成13年8月『事務大要』

特徴 各施設の種類と、通所・入所別に設定。援助の必要性が高い順に3区分（施設はA、B、C、在宅は1、2、3、）の単価に分かれている。

根拠は、平成13年度の厚生科学研究の施設サービスの実態調査（支援の必要性の度合いと支援の困難性の度合いには高い相関が認められた。）をもとに設定され、平成14年4月24日の支援費制度担当課長会議で『障害程度区分の決定方法について』公表説明された。

チェック方法 チェック項目ごとに、支援の必要性が高い方から、「全面的な支援が必要」、「部分的な支援が必要」、「ほとんど必要なし」、あるいは「毎日必要」、「ときどき必要」、「ほとんど必要なし」などの評価項目で3段階でチェックし、支援の度合いが高い順に2点、1点、0点とカウントし合計点数で施設種別、入所、通所の別で、A、B、Cの区分が決定される。

判定は市町村職員が実施するが、多くは、市町村が施設に調査を委託したので、「チェック項目」ごとの選択肢の判断基準が提示されているが、公平さ、透明さに欠ける実態になり、支援費制度の障害程度区分の抜本的な見直しが迫られる事になった。

しかし障害者自立支援法施行後も旧法の入所施設、通所施設はこの支援費制度の障害程度区分を平成24年3月31日まで使うことになった。

*参考 知的障害者更生施設支援（入所）の障害程度区分に係るチェック項目

- ア 起床、就寝の働きかけ
- イ 洗面・歯磨き等の整容に関する支援
- ウ 衣服の着脱の介助
- エ 屋内・屋外移動に関する介助
- オ 食事の準備から摂食・後片付けまでの支援
- カ 排泄行為に関する支援
- キ 入浴の介助又は入浴中の見守り等の支援
- ク 医療処置や受診等に係る援助
- ケ 医師等の診断結果や説明の理解に関する支援
- コ 健康管理（健康チェック、軽度じょくそうや肥満の予防等）に関する支援
- サ 自ら身体や衣服の清潔を保持することへの支援

- シ 金銭管理に関する支援
- ス 衣類や身の回り品等の管理に関する支援
- セ 外出、買い物等に関する支援
- ソ 強いこだわり、多動、パニック等の不安定な行動への対応
- タ 睡眠障害や食事・排泄に係る不適応行動への対応
- チ 自傷行為や他人・物に対する粗暴な行為への対応
- ツ 集団生活や人間関係等に関する問題への対応
- テ 日常生活における不安や悩み等に関する相談援助
- ト 余暇活動や地域の活動等への参加に関する支援
- ナ 訓練に対する動機づけ及び内容の理解に関する支援
- ニ 地域・在宅生活に必要な生活関連行為（清掃、洗濯、調理等）を習得するための支援
- ヌ 各々の障害に応じたコミュニケーション手段による支援やコミュニケーション訓練
- ネ 代筆や電話の仲立ち等に関する支援
- ノ 就労・社会復帰に向けた生活支援の体制づくり等に関する支援

(3) 障害者自立支援法の障害程度区分

支援費制度は3年で終わり障害者自立支援法が2006年4月から施行された。支援費制度の目指すものとして～自己決定・自己選択を尊重します～のスローガンは障害程度区分の誕生で、区分による利用制限や区分による居宅介護の利用時間の制限などができ、自己決定・自己選択の理念は、消え去ってしまった。

では、障害程度区分とは何なのか。厚生労働省・全国社会福祉協議会が発行している「障害者自立支援法サービス利用について」のパンフレットP 9. には、このように記載されている。

※障害程度区分とは

障害程度区分とは、障害者に対する介護給付の必要度を表す6段階の区分（区分1～6：区分6の方が必要度が高い）です。介護給付の必要度に応じて適切なサービス利用ができるよう、導入されました。

障害者の特性を踏まえた判定が行われるよう、介護保険の要介護認定調査項目（79項目）に、調理や買い物ができるかどうかなどのIADLに関する項目（7項目）、多動やこだわりなど行動障害に関する項目（9項目）、話がまとまらないなど精神面に関する項目（11項目）の計27項目を加えた106項目の調査を行い、市町村審査会での総合的な判定を踏まえて市町村が認定します。

また障害者自立支援法のポイントには、⑤支給決定の仕組みを透明化、明確化がでてくるが、果たして透明化、明確化になっていたのでしょうか？支給決定プロセスとその問題点を探ってみます。

支給決定までの流れ

障害者の福祉サービスの必要性を総合的に判定するため、支給決定の各段階において、障害者の心身の状況（障害程度区分）社会活動や介護者、居住等の状況サービスの利用意向、訓練・就労に関する評価を把握し、その上で支給決定を行う。

介護給付を希望する場合

- ①相談・申し込み【相談支援事業者】（市町村）
- ②利用申請
- ③心身の状況に関する106項目のアセスメント（市町村）
- ④障害程度区分の一次判定（市町村）
- ⑤二次判定【審査会】【医師意見書】
審査会は、障害保健福祉をよく知る委員で構成される。
- ⑥障害程度区分※の認定（市町村）
介護給付では区分1から6の認定が行われる。
- ⑦勘案事項調査（市町村）
地域生活 就労 日中活動 介護者 居住 など
- ⑧サービスの利用意向の聴取（市町村）
必要に応じて、市町村審査会の意見を聴取する。
- ⑨支給決定（市町村）

訓練等給付を希望する場合

- ①相談・申し込み（相談支援事業者）（市町村）
- ②利用申請
- ③心身の状況に関する106項目のアセスメント（市町村）
- ④勘案事項調査（市町村）
地域生活 就労 日中活動 介護者 居住 など
- ⑤サービスの利用意向の聴取（市町村）
- ⑥暫定支給決定（市町村）
- ⑦訓練・就労評価項目→個別支援計画
一定期間、サービスを利用し、
①ご本人の利用意思の確認 ②サービスが適切かどうかを確認
確認ができれば、評価項目にそった一人ひとりの個別支援計画を作成し、その結果をふまえて本支給決定が行われる。
必要に応じて、市町村審査会の意見を聴取する。
- ⑧支給決定（市町村）

(4) 障害程度区分の作成の背景

1) 介護保険の要介護認定（厚生労働省のホームページから）

- ① 要介護認定は、介護サービスの必要度（どれ位、介護のサービスを行う必要があるか）を判断するものである。従って、その方の病気の重さと要介護度の高さとが必ずしも一致しない場合がある。
- ② 介護サービスの必要度（どれ位、介護サービスを行う必要があるのか）の判定は、客観的で公平な判定を行うため、コンピューターによる一次判定と、それを原案として保健医療福祉の学識経験者が行う二次判定の二段階で行う。
- ③ コンピューターによる一次判定は、その方の認定調査の結果を基に、約3,500人に対し行った「1分間タイムスタディ・データ」から推計する。
【要介護度判定は「どれ位、介護サービスを行う必要があるか」を判断するものであり、これを正確に行うために介護老人福祉施設や介護療養型医療施設等の施設に入所・入院している3,500人の高齢者について、48時間にわたり、どのような介護サービス（お世話）がどれ位の時間にわたって行われたかを調べた。（この結果を「1分間タイムスタディ・データ」と呼んでいる。）】
- ④ 一次判定のコンピューターシステムは、認定調査の項目等ごとに選択肢を設け、調査結果に従い、それぞれの高齢者を分類してゆき「1分間タイムスタディ・データ」の中からその心身の状況が最も近い高齢者のデータを探しだして、そのデータから要介護認定基準時間を推計するシステム。この方法は樹形モデルと呼ばれるものである。

2) 平成16年度厚生労働科学研究（長寿科学総合研究）

「要介護状態の評価における精神、知的及び多様な身体障害の状況の適切な反映手段の開発に関する研究（主任研究者遠藤英俊）」では、介護保険の要介護認定（79項目）が障害者のニーズを測定する上でも有効だと総括研究報告の結論に書かれているが、2つの分担報告では「要介護認定は身体障害者の介護ニーズ評価に使える、ただし訓練等給付のニーズ評価には別の報告が必要」「要介護認定は、知的障害者・精神障害者の介護ニーズの一部を把握するが完全ではない」「本研究の対象者については、現行の要介護認定基準は身体介護の介護ニーズの一部を反映していると考えられた。しかし、知的障害と精神障害のそれぞれにおいて、現行要介護認定で評価される要因以外の関与も推定されるので、さらに検討を進めることが必要と考えられた。」とある。（佐藤）

3) 平成17年度「障害程度区分判定等試行事業」

支給決定に関する調査（アセスメント）や障害程度区分素案の試行を通じ、障害者等の心身の状態等に関するデータを収集し、障害程度区分の開発を行うとともに、新制度における新支給決定手続き実施の際の実務上の課題を把握することを目的として全国61市町村

(各都道府県1カ所及び指定都市)で実施された。

調査対象者の選定は、既に在宅サービス利用している身体障害者・知的障害者・精神障害者各10名、合計30名とし、在宅サービス利用者の中から、無作為抽出により選定し、障害種別ごとに、①ホームヘルプサービス利用者の中から行うが、これだけで10ケースに満たない場合は、②ショートステイ利用者、③グループホーム利用者、④通所施設利用者という優先順位で合計10ケースになるまで選定する。

障害程度区分認定調査については、認定調査員の選定に基準を設け、調査員には、本事業の概要、障害程度区分素案の考え方、認定調査マニュアルによる認定調査の実務などの説明を実施し、「認定調査票(概況調査)」「認定調査票(基本調査)」「医師意見書」を基に一次判定を「障害程度区分判定ソフト(仮称)」により実施し、一次判定結果は、調査用紙と合わせて国に報告した。

市町村審査会を設置、施行したうえで、市町村審査会で支給決定プロセスに係る試行をし、国に報告する事業であった。現在の支給決定プロセスの骨格がこの試行事業で作られた。

試行事業で使われた介護保険の要介護認定79項目に新たに27項目を追加し、認定調査が行われた。一次判定のコンピューター判定結果に審査会で27項目、特記事項、医師意見書を加味して審査し二次判定を実施した。

27項目は「行動関連項目」「精神症状関連」「生活関連」である。

試行事業の結果は、「障害程度区分判定等試行事業の結果」として公表されているが、対象者をホームヘルプ利用者を中心に選定しており、身体障害者はホームヘルプとの相関があるが、知的障害者、精神障害者はほとんど相関がない結果となった。

4) 平成18年4月施行以後

試行事業の結果や、認定ソフト配布でのシュミレーションでは、知的障害者、精神障害者、自閉症者は第一次判定で適切な区分が出ない結果となることから、障害程度区分のシステムの改修の要望が障害者団体や事業者団体から提出されていた。

さらに、医師意見書における医師の専門領域での記載の格差、精神障害関連項目の記載の有無による違い、市町村審査会の構成メンバーによる二次判定の変更率の違い等があり、広域で審査会を構成する場合の問題点などが指摘されていた。

しかし、当時の厚生労働省の説明では、一次判定で区分が上がらなくても、二次判定で区分が上がる事例等を示しながら、障害程度区分の見直しがすぐできない状態が数年続いた。(参考資料、障害別の一次判定と二次判定の結果票 厚生労働省 略)

見直しで動き出したのが平成19年2月から始まった「障害程度区分勉強会」で、この第1回の冒頭で「障害程度区分は、介護(支援)の必要度を客観的に示す指標であるが、より身体障害者、知的障害者、精神障害者の障害特性を踏まえた障害程度区分のあり方について、障害保健福祉部長の私的勉強会において、各障害種別団体と意見交換を行うとともに、施設の視察等を行う。」との趣旨説明があった。

メンバーは障害保健福祉部長、障害福祉課長、精神・障害保健課長、第1回の参加団体は、全国身体障害者施設協議会、日本知的障害者福祉協会、日本精神科病院協会、全国精神障害者社会復帰施設協会、全国社会就労センター協議会で、その他国立身体障害者リハビリテーションセンター、国立精神・神経センター及び国立秩父学園の専門家が参加した。

障害程度区分勉強会は（平成19年2月19日から6月13日）計5回開催された。

第二回からは、障害者団体のプレゼンテーションを行い意見を聴取した。主な意見の項目は①障害特性等障害程度区分の判定要素、②認定調査、審査についての意見、③その他で、厚生労働省からは、さらに論議してほしい点として以下が提示された。

①障害程度区分の役割について

- ・「支援の必要度」の客観性の確保について
- ・客観的な「支援の必要度」の評価方法
 - －障害特性の評価方法
 - －「見守り」等の評価方法
- ・「支援の必要度」とニーズや環境因子との関係をどう考えるか。
- ・「訓練等給付の必要度」の指標は作成できるか。

②認定調査、審査の問題点

- ・障害特性等についての理解の充実方法
- ・市町村格差の解消方法

③支給決定とケアマネジメントの課題

- ・サービス利用意向（ニーズ）の把握方法
- ・勘案事項（環境因子等）の把握方法

しかしながら、この勉強会は結論を出すまでにはいたらなかった。厚生労働省としてはタイムスタディによる実態調査を模索したが、介護保険の79項目の見直しをしないで新たな項目を追加しただけのタイムスタディに関しては、検討は行われたが疑問視され、実現には至らなかった。

勉強会の参考資料に、第9回自由民主党・障害者福祉委員会（平成19年4月27日）における主な意見（障害程度区分関連）が掲載されていた。

1. 障害程度区分は制度の基本。国民にわかりやすく説明できるようにすべき。
2. 利用者一人ひとりに最適な、生き甲斐を感じさせるようなプログラムを構築する必要がある、そのためにはより現場に近い身近なところが担うシステムでないといけない。必要なサービスを提供すればお金はかかる。
3. 障害程度区分は、全国一律に、公平・公正にすべき。
4. 障害者一人ひとりの権利を全て汲み取るのは不可能であり、介護保険のような整理をすることに無理がある。

5. 障害者自立支援法は介護保険を真似して失敗した。介護保険は、いくらまで使えるか、というお金の必要度の問題であるのに対し、障害者施策は「支援」の必要度を計るものだ。状態像の把握が必要で、発想を変える必要がある。
6. 措置制度下では個別的にやっていた。全国一律・公平公正というが、ナショナルスタンダードを強調するのはいかなるものか。もともと福祉は個別性が強く、その個別性を出していけばナショナルスタンダードはなくなっていくのではないか。介護保険との統合という疑念も招く。

5) 政権交代後

連立政権の三党合意では障害者自立支援法の廃止、また障害程度区分の廃止、撤廃が掲げられている。障害者制度改革推進本部が設置され、障がい者制度改革推進会議で論議が進み、具体的作業は、総合福祉部会の作業チームで新たな支給決定システムのあり方が検討されている。

[参考文献]

- 1) 佐藤久夫「現行の障害程度区分の問題点およびその改善策について」2007年4月13日（厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部「障害程度区分勉強会」報告）
- 2) 佐藤久夫「障害程度区分の策定経過への疑問」2007. 1. 『すべての人の社会』

二. 5カ国における障害者に対する 支給決定のプロセス

1. 5カ国の選択理由

渡辺 勸持

2. 5カ国の支給決定プロセス

(1) 英国

小川 喜道

(2) スウェーデン

光増 昌久

(3) ドイツ

雄谷 良成

(4) 韓国

菊地 達美

(5) オーストラリア

渡辺 勸持

二 5カ国における障害者に対する支給決定のプロセス

1 5カ国の選択理由

厚生労働省関係の調査研究の中には、過去に外国における福祉制度にふれているものがある。

その中で、支給決定プロセスとの関係にも言及しているものは、「障害の法定義、認定に関する国際比較」（日本障害者協議会政策委員会・障害の定義・認定ワーキンググループ平成18年）と「障害者の福祉サービスの利用の仕組みに係わる国際比較に関する調査研究事業」（日本障害者リハビリテーション協会平成20年）である。

前者の研究では、総括部分で、誰にどれだけの社会福祉のサービスを支給するか、の基準を、「障害程度の認定」を前提とする国（フランス、ドイツ、ベルギー等）と「ニーズ」を前提とする国（スウェーデン、オランダ、イギリス等）の二つに大別している。

後者の研究では、研究要旨の結果部分で、福祉サービスの認定について、ドイツやオランダは介護金庫等の保険者が行っているが、多くの国では、市町村のソーシャルワーカーが医師の診断書などを参考にしながら判定を行う、と両者の違いを述べている。

植村(2004)は、「欧米先進諸国の障害認定制度は、大きく二つの型に分けることができる。」と以下のように述べている。

第一の型は、ドイツ、フランス、日本のように、①障害程度、範囲を認定し ②障害の証明書（日本では、障害者手帳）を発行 ③その証明で、福祉、雇用、教育などのサービスを受ける、というものである。その際、障害の程度は数値で示される。例としてあげられているフランスでは、植物状態、昏睡状態のように能力がまったく低下した場合を能力低下率100%として程度を示す。また、複数の障害がある場合は、能力低下率を掛け合わせて算出している。これのプラスの点は、この能力低下率がどのようなサービスにも適用できること。マイナスの点は、機能障害、能力障害に偏り、社会的側面の評価がされにくい。多様化したニーズに対応できない。施策の目的に合わない利用料金割引などを行う事がある。

第二の型の認定制度は、英国やスウェーデンのように、障害をそれぞれのサービスに対応して個別に認定するもの。①本人からの申請後、まず、ニーズを聞く。②チームによるニーズ評価を行い、家族、本人と合意する。評価には、家族構成、個人の経済状況、住環境、家族のニーズ、ADLの状態などが聞かれる。③ケアプランを作成し、実施する。プラスの点は、生活支援にポイントを置き、社会参加を促進することにつながる。

今回の研究対象国では、第一の型としてドイツを、第二の型から英国、スウェーデンをとりあげた。

それに加えて、これまで厚生労働省の調査でふれられなかった韓国、オーストラリアを対象とした。

韓国をとりあげたのは、例えば家族が障害のある人を支援するなどの、欧米とは異なる文化的、社会的な歴史があり、そのことが支給決定のプロセスにどう影響しているかを見ようとしたためである。また、ある事柄の展開に関して後発的な国々は、先進国の優れた点をとると同時に、誤りである点を改善するということがおこる。そのような点が見られるかどうかにも関心があった。

西オーストラリア州の障害者の支援は、地域コーディネーターが中心的な存在となっている。コーディネーターの役割は、これまでケースマネジメント・ケアマネジメントに代表されるように、ソーシャルワークは障害者個人へのサービスに中心を置く傾向にあったが、コーディネーターは、支援を個人だけを対象とせず、隣人、近隣の人々、地域社会の人々との連携へとつなげる支援を重視し、そのことを推進する専門家として配置されている。このコーディネーターの役割あるいはその方針が今後の障害者福祉の支援に重要であると考えたスコットランドはこの制度を採用した。ニュージーランドも採用を決定している。このようなコーディネーターを地域に配置した場合、その制度がサービス支給決定のプロセスに与える影響を調べようとした。

2. 5カ国の支給決定プロセス

(1) 英 国

1) 国の概要と障害者政策・法制度の状況

① イギリスの概要と法制度

イギリスは、グレート・ブリテン及び北アイルランド連合王国を正式名称とし、略して連合王国 (United Kingdom: UK) と呼ばれている。グレート・ブリテンは、イングランド、スコットランド及びウェールズからなる。それぞれ少しずつ異なる政策・法制度を持っているが、ここでは主としてイングランドの支給決定プロセスを示す。

イギリスの人口は、約6,160万人であり、高齢者人口は16.0%となっている¹⁾。また、生産年齢（男性16-64歳、女性16-59歳。2005年時の年齢基準）人口にみる障害者697.7万人の障害別割合は、視覚障害1.6%、聴覚障害1.4%、肢体不自由33.0%、精神疾患10.4%、呼吸器障害11.1%、心臓・循環器障害11.7%、知的障害2.7%、てんかん2.1%、などとなっている²⁾。但し、年少人口及び高齢人口を加えるとこの割合は変わってくる。

表3 サービス種別による利用者数 (2007年度、単位:人)

障 害	総 数	ホーム ケア	デイ ケア	配食 サービス	短期 入居	ダイレクト・ ペイメント	専門職 サポート	福祉用具・ 住宅改修	その他
全体数	1,535,000	577,000	227,000	136,000	77,000	67,000	507,000	519,000	129,000
身体障害	1,114,000	474,000	112,000	119,000	56,000	48,000	275,000	484,000	76,000
内訳：肢体不自由	876,000	385,000	89,000	98,000	47,000	37,000	207,000	399,000	57,000
聴覚障害	13,000	1,400	700	100	50	500	5,800	6,700	1,200
視覚障害	40,000	13,000	4,200	4,500	1,500	1,800	15,000	15,000	4,900
重複の感覚障害	6,200	2,300	700	700	300	400	2,600	2,400	600
知的障害	111,000	33,000	58,000	1,600	8,000	11,000	44,000	7,900	20,000
精神障害	266,000	58,000	53,000	12,000	10,000	6,900	174,000	16,000	25,000
薬物依存	11,000	1,000	800	300	1,900	80	5,800	400	3,300
脆弱な状態	32,000	11,000	3,100	3,500	1,300	1,100	9,100	11,000	4,200

(数字は概数であり、内訳の数字と合計は一致しない)

(出典: The Health and Social Care Information Centre, 2009)

ここで、障害者の社会サービスの利用状況について、2007年度利用者約177万人の障害別、及びサービス項目別に表3に示す³⁾。在宅サービスを利用した障害別人数には、65歳以上の高齢者も含まれている。イギリスでは、統計的に65歳での区切りをしているが、障害別・

年齢別にクロス集計をしているので障害のある人たちが受けているサービスの全体像がわかる。あえて、18～64歳を切り出した場合、利用者は51万人（2007年度）になる。いずれにしても、多くの障害をもつ人が高齢であることは明らかである。知的障害者は、全体数から見ると少ないが、各種サービスを利用していることがわかる。ダイレクト・ペイメントを利用してパーソナル・アシスタント^{注1)}による援助を受けている数字も1万人を超えている。

戦後イギリスの障害者施策に関する法制度は、1944年障害者（雇用）法に始まり、主として戦傷者の保護雇用に力が入られ、その後、1970年慢性疾患及び障害者法にて地方自治体が所管地域の障害者ニーズの把握、情報提供、福祉サービスの提供などを定めた。その後の障害者関連法も地方自治体に義務付けるものが多く、したがって、障害者福祉は自治体が担っていると言える。特に1990年国民保健サービス及びコミュニティケア法においてケアマネジメントが位置付けられ、地方自治体の社会サービス部にてケアプランに基づきサービスを受給するシステムが確立された。こうして、それまでの施設ケアから地域基盤のケアに移行していくことになる。

障害者が生活上必要となる移動、身辺介助、家事、配食、余暇活動、福祉機器などのサービスを行う上で、アセスメント、ケアプランニング、その実施、モニタリングという一連のケアマネジメント・プロセスが前提となっている。このシステムが2000年代に入り、さらにサービス利用者主体の考え方を取り入れた方向、すなわち「パーソナライゼーション」の方向に向かった。2005年の障害者福祉施策に関するブレア前首相の諮問会議最終報告の前書きの中で、「家と職場を往復したり、飲みに行ったり、友達と映画をみたりすることは、私たちがふつうにしている活動であるが、多くの障害者はそれらが困難なままにある。この困難を超えて、ノーマルな生活を実現するために戦略会議をもった」と記されている⁴⁾。障害者自身が制度利用の中心に置かれるよう「セルフ・アセスメント（例えば、自治体HPより日常生活などの困難点を項目に従って書き込む形式）」の導入や、パーソナル・アシスタント^{注1)}を直接雇用する経費について社会サービス部より現金給付で受ける「ダイレクト・ペイメント」制度の利用拡大に触れている。同2005年、保健省の緑書『自立、幸福、選択』では「インディビジュアル・バジェット（個別予算）」が障害者に対する社会ケアの革新的な発展となると述べている⁵⁾。翌2006年1月、白書『私たちの健康、私たちのケア、私たちの声－コミュニティ・サービスの新たな方向性』の中でも、明確に個別予算が示され、「人々がケアのタイプを選び、また、望むサポートを受ける上で、より自由を与える」ものとしている⁶⁾。個別予算で統合的対応を行う機関は、「社会ケア基金」（社会サービス部から提供される資金）、「就労へのアクセス支援」（障害者と雇用主に助言、情報提供をすると共に、設備改善などの資金提供）、「自立生活基金」（障害者が地域で暮らすための財政的支援）、「サポーティング・ピープル」（自立に向けた住宅情報、提供などの事業）、「福祉用具支援」（福祉用具、機器の提供）、「障害者設備資金」（住宅改修のための資金提供。例えば、ドア幅の

拡張、スロープの設置、浴室の改修など)、である。こうした資金を合算して本人中心のサポートを行うものであり、透明性の高い資源活用を個人に提供するものとなっている。こうして、イギリスでは「パーソナライゼーション」の流れの中で、個別予算化という方法が導入されてきた⁷⁾。そして、現在ではサービス利用者が受給方法を選択でき、ダイレクト・ペイメントでも、直接サービス受給でも、あるいはその両方を併用することもできるようになっている。

② 本人中心のプランニング (Person-centred planning)

2001年の白書『価値ある人々 (Valuing People)』において提示され⁸⁾、2002年に発行された実践的ガイドンス『当事者との協働によるプランニング－本人中心のアプローチに向けて－』に「本人中心のプランニング」が組み込まれている。これに基づき、保健省は知的障害者調査グループ (Learning Disability Research Initiative) を発足し、本人中心のプランニングという新たな施策に向け調査を始めた。また、この白書に基づいて、「知的障害者パートナー委員会」が発足している。この委員会は、福祉サービスの新たな支援戦略の中心的なものとして、本人中心のアプローチがケアマネジャーによって有効に活用されるよう、そして、サービスのコントロールがより本人の手によるものとなるよう設置され、障害者本人と家族が出席・参加するよう促された。

委員会の役割は、①本人中心のプランニングの意味が何であるかを啓発するためのサポート、②本人中心のプランニングを行う方策を作り上げること、③知的障害者と家族が自分で決めることを確かなものにする、④専門職が本人中心のプランニングのもとで機能することをサポートすること、これらの機能を持たせている。

本人中心とは、障害者自身が行いたい方法でものごとをすることを意味している。つまり、障害者の生活をプランニングする際、その中心に本人を置くことである。「現在したいことは何か」「将来したいことは何か」について、障害者自身が振り返ることを手助けすることである。対象者の幅は広く求められており、①自分のしたいことを主張できる人のためだけではないこと、②多くの知的障害者は自分のしたいことを説明できるわけではないこと、などを挙げ、なによりも大前提として自分の選択により生活をする「権利」を持っていることを示している。

保健省は、その後に「プッティング・ピープルファースト (Putting People First)」を設置して、知的障害者に対する福祉サービス提供の啓発普及を進めてきた。そこでは、本人中心のプランニングとサービスの自己管理 (Self-directed support) は、パーソナライゼーションを徹底化し、障害者自身の選択とコントロールを最大限にすることの核となると認識している。

今日では、ダイレクト・ペイメントがさらに拡大し、利用しやすさを増しているパーソナル・バジェットの仕組みを使った「サポート・プランニング」も行われている。本人中心のプランニングとサポート・プランニングは、パーソナライゼーションに基づく実践的

方法であり、現在のイギリスにおける重要な福祉サービス提供の基本となっている。

さらには、具体的手法もさまざまに提示されている。「本人中心に考えるツール」として障害者とのコミュニケーション用シート、アイデア整理表などに当たるもの、また、一人の障害者を複数のスタッフで支えるための「ワン・ページ・プロフィール」（その人を十分理解するために重要なこと、本人がどのように援助されたいかについての情報をわかりやすく示す1枚のシート）などが提案されている⁹⁾。

2) サービス支給決定プロセス

障害者がケアを受ける場合には社会サービス部に申し出るが、そこではニーズ・アセスメントをケアマネジャー（主にソーシャルワーカー、作業療法士）が行い、緊急度に応じて対応される。なお、イギリスの福祉サービスは「ニーズ主導」であり、障害分類作業に時間を費やすのではなく、ニーズやリスクの把握に努めている。社会サービス部には各障害者、高齢者に対応したケアマネジャーのチームが存在し、それぞれが専門的なアセスメントを行っている。医学的診断は家庭医、必要に応じて専門医の所見が必要となる。

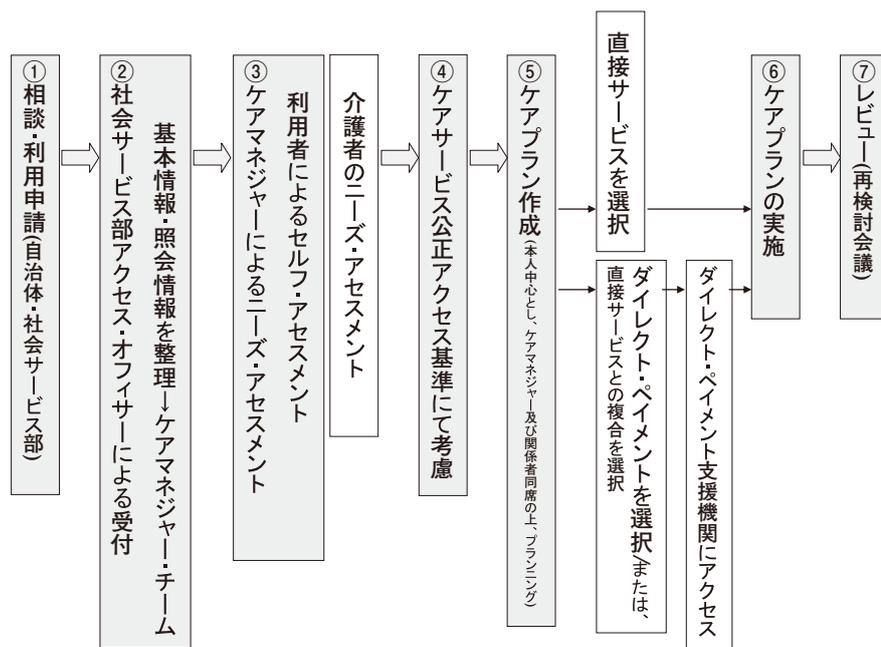


図1. イギリスの支給決定プロセス

3) 申請から受理まで

利用申請先の地方自治体・社会サービス部は「ワン・ストップ」となっているので、成人と高齢者の区別なく、また、障害の区別なく一本化されている。(図1. ①)

サービス利用希望者に対して、社会サービス部にてインテークのオフィサーが基本情報（または、他機関からの照会情報）を整理し、ケアマネジャー・チームのアセスメントにつなげる。基本情報とは一般的に、氏名、年齢、住所、連絡先、民族、言語、GP（家庭医）、

保険番号、障害者登録情報（手当などを受けている場合は登録されている）、などであり、照会情報は照会元の把握しているものであり、統一されているわけではない。また、ケアマネジャーは、高齢者・肢体不自由・視覚聴覚障害・知的障害・精神障害など分担していることが多く、それぞれのチーム内で担当が決定されることになる。（図1.②）

4) 受理後のアセスメントと支給決定

アセスメントについては、パーソナライゼーションの考え方に基づき¹⁰⁾、セルフ・アセスメントが進められている。これは、自治体提供のシート（オンラインにてアセスメントする場合と文書記入する場合）に自らの困難点や希望などについてアセスメントすることであり、本人の主体性や自己決定の前提としてのアセスメント方式^{注2)}と言える。

従来のアセスメント方式は、ケアマネジャーによって行われており、次のように分けられる。

- (a) 利用者ニーズ・アセスメント 家庭訪問等により本人のニーズ把握を行う。
- (b) 介護者ニーズ・アセスメント 1995年介護者（認知及びサービス）法（2004年改正）に基づき、介護者の申出によりニーズを把握する。

介護者アセスメントの主な項目は、以下の通りである。(a) 介護の状況（介護環境や最近の変化など）、(b) 介護の頻度、(c) 介護に対する困難点（家族のストレスやうつ傾向、孤独感など）、(d) 介護者への援助（レスパイトや支援状況）^{注3)}、(e) 支援（住宅改修、福祉用具提供、カウンセリング、など）、(f) 文化的要素（民族的背景などの考慮）、(g) 援助についての感覚的理解（ヘルパーなど他人が家庭内に入ることへの抵抗感、など）（図1.③）

なお、サービス提供にあたって優先順位がつけられるが、その場合、ケア・サービスに対する公正アクセス（Fair Access to Care Service）に基づき、リスクの視点で「危機的」「重度」「中度」「軽度」に分類される^{注4) 11)}。2002年に政策ガイダンス、2003年に実践ガイダンスが示され、2010年に改正された。それにより、優先すべきニーズとパーソナライゼーション・アジェンダの両面から考慮することになる。（図1.④）

ケアプランは、パーソナライゼーション・アジェンダに基づき、サポートを受けながら、自らケアプランを作成することができる^{12) 13)}。知的障害者を対象とした「本人中心のプランニング」は、現在では全ての利用者へと広がってきている。（図1.⑤）

前項でも述べたが、ケアプラン作成の際、直接サービス提供を受けるか、またはダイレクト・ペイメントを受けて自らサービスの購入に当たるか、あるいはその両方を組み合わせて利用するか、を決定することができる。ダイレクト・ペイメントを利用する場合は、その地域のダイレクト・ペイメント支援機関（自立生活センター、地域の障害者団体、民間団体などに委託）につなげ、ダイレクト・ペイメントの利用方法、パーソナル・アシスタントの雇用、訓練などの助言指導を受ける¹⁴⁾。

なお、ここで重要なのはケアプランニングの主体性を具体化するため、ケアの自己管理

(セルフ・ディレクテッド・サポート: Self-directed Support) の実施が進められている。(図1.⑥)

5) 決定の通知と苦情処理、その後の見直し手続き

再検討会議は、原則的には3ヶ月、6ヶ月、1年後において利用者中心に実施される。ニーズが複雑な場合には、さらに頻繁に行われることもある。ダイレクト・ペイメント利用者は、モニタリング報告書を定期的に社会サービス部に提出することが義務付けられている。(図1.⑦)

なお、プロセスの中で不服な点があれば、12ヶ月以内に不服申し立てができる。6ヶ月以内に文書回答される。これに満足できない場合は、自治体オンブズマンに訴えることができる。この不服申し立て制度は、地方自治体社会サービス部及び国民保健サービスに対する苦情処理(イングランド)規則2009年に基づいている。

6) 英国における特徴と我が国のプロセスとの比較

日本とイギリスの大きな違いは、我が国は障害程度からサービスを検討するのに対し、イギリスはニーズからサービスを検討することである。また、我が国は行政側の評価を重視するのに対して、イギリスは障害者自身によるアセスメントが進められていることである。要するに当事者主体という方向にあるのがイギリスの特徴といえる。(表4参照)

表4 日本とイギリスの障害者福祉サービスにおける支給プロセスの比較

対比項目	日本の支給プロセス	英国の支給プロセス
障害の定義	身体障害者福祉法、知的障害者福祉法、精神保健福祉法、児童福祉法に基づく3障害。	2010年平等法第6条の定義に基づく。コミュニティケアは、高齢、障害により生活上の困難を抱える人全てを含む。
障害程度区分	認定調査に基づくコンピュータ判定、及び市町村審査会の結果に基づき、障害程度6区分の認定を行う。	自治体・社会サービス部のケアマネジャーはOT、SW等専門職。医学的診断はかかりつけ医(必要に応じて第二次医療機関)。障害程度分類ではなく、個々のニーズに基づきサービス提供。
市町村審議会	委員は、市町村長が任命する、障害者等の保健又は福祉に関する学識経験者	このシステムは無い。
総合相談	市町村窓口。地域生活支援事業に基づく総合相談事業。 障害に対応して、市町村障害者生活支援事業、療育等支援事業、精神障害者生活支援センターが相談窓口として存在。	社会サービス部。インテークからモニタリングまで一連のマネジメントを行う。 その他、情報提供機関、障害者団体の相談窓口がある。

アセスメント	程度区分に基づき利用可能なサービス項目が決定され、その上でニーズ・アセスメントが行われる。家族の負担などは、同一様式の中で勘案する。	本人と家族・介護者は分離して実施。 現在では、セルフ・アセスメントが進められている。
ケアプラン	ケアプランは必須ではなく、障害者が必要とされる項目について受給者証に示される。	ケアプランは、ケアマネジャーが個別に作成する。現在では、ケアプランの計画・実施について自己管理の方向に進んでいる（セルフ・ディレクテッド・サポート）。
苦情処理	行政不服審査法。 施設サービス等では、苦情解決、第三者委員等。	保健・福祉に関わる行政の苦情処理過程あり。 自治体オンブズマン。

7) 現在のプロセスへの意見・批判、将来の方向性

今後のイギリスにおける支給プロセスは、「セルフ・アセスメント」と「望むアウトカム（サービス利用により望む暮らし）」を確認合意した上で、決定された予算をダイレクト・ペイメントか直接サービス提供を受けるか、あるいは混合して利用するかを決定することができる。さらに、ダイレクト・ペイメントから、ケアのパーソナル・バジェット、ケアへ、また、ケア、住宅、就労支援、福祉機器の資金も含めた包括的なインディビジュアル・バジェットの活用へと発展していくことになる。

イングランドにおいて、社会ケアの提供は「パーソナライゼーション・アジェンダ」に基づいて変更されつつある。これは、2008年1月17日に出された保健省の自治体への通知（LAC(DH)(2008)1）に基づくものである。その通知は、「社会ケアの移行」と題されたA4、27ページである。内容は、二つのパート、「個別化のアプローチ」「成人の社会ケアを変革するためのサポート・プログラムの展開」からなっており、それに社会ケア改革の予算額と関連サイトのリストが示されている。そして、2010年の間に拡大し、2011年までに全てのサービス利用者は個別化されたケアプランをもつことになる予定である。必要な場合には、社会ケアの職員から支援を受けることができる。ケアプランは、QOLの課題、例えば、就労、余暇活動、家庭内や家族の仕事を含む。社会サービスは、「パーソナル・バジェット」と呼ばれる費用支給を行う。この「パーソナル・バジェット」は、ダイレクト・ペイメントによる場合や直接サービスを受ける場合、あるいはその両方を組み合わせる場合がある。つまり、ニーズを満たす費用をどのように使用するか、について障害者がコントロールするものである。

日本の支給決定プロセスを考える場合、次のような検討課題が挙げられる。

- ・支給決定プロセスにおける障害程度区分は、サービス利用の谷間を作っている。必要なサービスを過不足なく提供するための方策を検討すべきであろう。

- ・本人中心のプランニングは、障害者のエンパワメントにつながるものであり、我が国でも推進されるべき考え方である。
- ・イギリスでは、社会サービス部がワン・ストップで対応しているが、我が国では行政に専門職が配置されておらず、相談支援機関に委ねるなどプロセスにあいまいなところがある。
- ・パーソナル・アシスタント制度を我が国に導入する場合、身体、知的、精神、等いずれの障害者にも提供されるよう検討すべきであろう。

【注】

1) パーソナル・アシスタント制度は、身体障害者の自立生活運動から始まり、ダイレクト・ペイメントとリンクしている。もともと1948年国民支援法にて直接サービス提供しか認められておらず、現金給付は自立生活基金などを迂回して行われていたが、1996年コミュニティケア（ダイレクト・ペイメント）法により大きく前進することとなった。これは、英国障害者協議会（BCODP: British Council of Disabled People, 現在はUnited Kingdom Disabled People's Councilと呼称）がロビー活動などを積極的に行い実現したものであり、現在では全ての障害者、高齢者に適用されている。特に、知的障害、自閉症のある人にとっては、特定の信頼関係を築いている人の見守り、援助が必要となり、金銭管理やスケジュール管理については側面的に援助がなされる。

パーソナル・アシスタントに通常求められる業務は、日常生活の介助、家事援助、ベッドメイキングや子供の世話、家具の配置や屋外のメンテナンス、雪かき、など幅広い対応を行う。なお、家庭内に入ることもあり、原則、犯罪歴などの照会も行った後に雇用することになる。

2) アウトカム・アセスメントという、本人主体の方式が行われるようになってきている。これは、本人の望む暮らしを前提としてプランニングするもので、単にその時点での困難点を見出すアセスメントではない。個々人がどのような生活をしたいのか、サービスを利用することでどのような結果を望んでいるか、ということが重要となる。自立と自己決定ができる生活、清潔や快適性が確保される生活、経済活動への参加、社会参加などの望みに対応することになる。

3) 介護者に対するニーズ・アセスメントは、介護にあたる家族自身の生活保障を求めてロビー活動を行った英国介護者協会が成立に貢献した1995年介護者（認知及びサービス）法に基づく。例えば、介護者に対するレスパイトを行う上で、次のような質問をなされる。

- ①介護者自身のための時間をもっていますか。
- ②介護者自身が何かしたい時に、余暇活動にそれを求めることができますか。

- ③最近は、いつ介護から解放されましたか。
- ④レスパイト（一時休息）は、介護を続ける助けとなっていますか。
- ⑤どのようなレスパイトを好みますか。
- ・日中　・夜間　・週末　・ウィークデイ　・本人と一緒に休暇　・本人と離れて休暇
 - ・計画的なレスパイト　・柔軟に決められるレスパイト　・その他

4) ケアの提供における公正アクセスとして、リスクを4段階に区分している。最も緊急度の高い状況とは、・生命が脅かされる、重要な健康問題が発生する、身辺環境の重要部分について選択や制御ができない、深刻な虐待や放置がなされる、基本的な身辺処理または家事が遂行できない、などが挙げられている。また、最も軽度な場合とは、身辺処理または家事の1つまたは2つが遂行できない、労働、教育や学習の1つ2つの部分についての参加ができない、家族内あるいはその他社会的役割や責任の1つ2つが果たせない、などが挙げられている。

[参考文献]

- 1) 荻原康生ほか編（2010）『世界の社会福祉年鑑2010』旬報社,
- 2) Meager, N. & Hill, D. (2005) The Labour Market Participation and Employment of disabled People in the UK, Institute for Employment Studies
- 3) The Health and Social Care Information Centre (2009) Community Care Statistics 2007-08: Referrals, Assessments and Packages of Care for Adults, England
- 4) Prime Minister' s Strategy Unit (2005) Improving the Life Chances of Disabled People (Final Report)
- 5) Department of Health (2005) Independence, Well-being and Choice
- 6) Department of Health (2006) Our health, our care, our say: a new direction for community services
- 7) 小川喜道「障害者福祉－ダイレクト・ペイメントの行方－」『海外社会保障研究』（国立社会保障・人口問題研究所）No.169, 2009
- 8) Department of Health (2001) Valuing People: A New Strategy for Learning Disability for the 21st Century
- 9) Robertson, J. et al (2005) The Impact of Person Centred Planning – A Summary for Service Users, Institute for Health Research
- 10) Department of Health (2010) Personalisation through Person-Centred Planning
- 11) Department of Health (2002) FAIR ACCESS TO CARE SERVICES: GUIDANCE ON ELIGIBILITY CRITERIA FOR ADULT SOCIAL CARE（佐藤久夫仮訳（2007））ケアサービスへの公正なアクセス: 成人社会ケアの受給資格基準に関するガイダンス

二. 5カ国における障害者に対する支給決定のプロセス

http://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/resource/ea/071124_sato_DH2002/index.html)

- 12) Department of Health (2008) Local Authority Circular – Transforming Social Care
- 13) Disability alliance (2010) Disability Rights Handbook 35 Edition 2010
- 14) 小川喜道 (2005) 『障害者の自立支援とパーソナル・アシスタンス、ダイレクト・ペイメント－英国障害者福祉の変革』明石書店

8) 英国の一覧表

英国						
プロセス	図番号	Question	Answer	そのプロセスの背景にある考え方	国のガイドライン	追記
申請	①	申請は、どこにするか	申請先:地方自治体の社会サービス部:障害でも、高齢者でも申請は、同じところ(「ワン・ストップ」) 申請内容、書式がわかれば追加する			
インテーク	②	インテークを誰が、どのように行うか インテークする人の専門性・資格	インテークの担当者(access officer)が受付し、基本情報、他機関からの照会情報を収集、整理し、ケアマネージャーのチームに伝える。 ※ケアマネージャー・チーム→各自治体の社会サービス部に所属する多くのケアマネージャーは、高齢者・肢体不自由・視覚聴覚障害・知的障害・精神障害などに分担していることが多く、その中で担当が決定される。			インテーク担当者の専門性:受付窓口担当であり、特に専門性は定められていない。
アセスメント	自治体	利用者へのアセスメント	アセスメントを、誰がどのように行うか	ケアマネージャーが家庭訪問により、ニーズアセスメントを行う。	本人中心のプランニング person-centered planning パーソナライゼーション(その人、その人の個性を尊重する)に基づいて、アウトカム(サービスを利用することによって本人が得たいと望んでいること)を確認合意した上で、アセスメントを行う。それによって、決定された予算を、ダイレクト・ペイメント、直接サービス提供、あるいは両者の混合利用を行う。	・NHS&Community Care Act ・Disabled Persons (Services, Consultation & Representation) Act 1990 ・Carers Act (Recognition & Services) 1995 ・Carers & Disabled Children Act 2000
		介護者へのアセスメント	介護者へのアセスメントは、誰が、どのように行うか アセスメントする人の専門性・資格。決定に携わる人、あるいは組織	介護者の申し出により、ケアマネージャーが介護者と面接して行う		
		アセスメントにおける国の指針	④ 国による全ての自治体を実施すべきアセスメントを行っているか	ケアサービス公正アクセス(FACS:Fair Access to Care Service)により、もしもサービスが提供されない場合どのような問題が生ずるか、という視点から、すべての申請者を「危機的」「重度」「中度」「軽度」に分類する。		
	作成	⑤ ケアプランは、誰が、どのように行うか	自らプランをたてる。 ケアマネージャーからの支援を受けることができる。			
ケアプランの作成	サービスを受ける方法	直接、サービスを受ける	⑤ 直接サービスを受けるときの、配慮点	サービスについて利用者の自己管理(Self-directed support)が尊重される。		
		直接、現金を受ける	現金を受け取る(ダイレクト・ペイメント)が行われているか。 知的障害者にも行われているか。	ダイレクト・ペイメントを利用する場合、その地域のダイレクト・ペイメント支援機関(自立生活センター、地域の障害者団体、民間団体など)に委託。利用者は、モニタリング報告書を社会サービス部に提出する義務がある。ケアプランの実施に当たっては、柔軟に対応することができる。		・Community Care (Direct Payments) Act 1995
支給決定		どのような組織が、どのようにして、サービスの支給決定を行うか	社会サービス部が本人との合意に基づき、支給決定を行う。			
ケアプランの実施	⑥					
アセスメントの見直し(レビュー)	⑦	見直しは、いつ、どのように行われるか	原則、3ヶ月、6ヶ月、1年後。			
不服申し立て		支援プロセス内で不服がある場合、どこに申し立てるか。 その回答にさらに不服がある場合、どこに申し立てるか。	支援プロセス内で不服があれば、12ヶ月以内に不服申し立てができる。6ヶ月以内に回答がある。回答に満足できない場合は、自治体オンブズマンに訴えることができる。		The Local Authority Social Services and NHS Complaints Regulation 2009	
今後の方向		今後、どのような方向に進むか	パーソナライゼーションの理念に基づく、本人中心のケア・プランニングが推進される。 ケア、住宅、職業、福祉機器を含めた包括的な個人予算(individual budget, personal budget)の活用方向へ展開していく。			

(2) スウェーデン

1) 国の概要と障害者政策・法制度の状況

① スウェーデンの概要と法制度

ユニバーサルな福祉国家、普遍的な福祉国家であるスウェーデンは、立憲君主国で2010年の総選挙では、穏健、中央、自由、キリスト教民主の4党による中道右派連合が勝利した。

スウェーデンの人口は、約941万人（2010年10月）であり、地方行政区は県に相当する地方自治体は2種類あり、国会と政府の出先機関であるレーン（21箇所）で県民の代表たるランスティング（20箇所）があり、日本の市に相当するのがコミューン（全国で290）である。

「保健・医療サービス法」により、心身障害者の社会復帰のための治療や訓練はランスティングの義務と規定されている。

障害者は社会サービス法の中にある、LSS法に規定されていて、普通IQが70以下で、何らかの障害がある人を示し、全人口の2-3%の人を対象にしている。全国民の約0.4-0.5%、約37,000人が何らかの知的障害者である。スウェーデンでは、知的障害者の障害別の比率では、軽度（24%）、中度（34%）、重度（41%）としている。

65歳以下の機能障害を持つ人に対しては、コミューンが責任をもつことが義務付けられている。

補助手当として、出産後小学校に入学までは「児童補助手当」、小学入学から18歳までは「教育手当」が支給される。「障害者手当」は「教育手当」以後65歳の定年まで支給され、特別許可があれば65歳以後も支給する場合がある。

スウェーデンは税金を主とする福祉制度で成り立ち教育、医療、保育、老人介護、年金に関する費用の全部または大部分を国が引き受け、所得税が30%の地方税、コミューン（市町村）（26%～35%）、消費税25%である。

保健医療サービス法（1982）では、保健と医療の責任はランスティング（県）とコミューン（市町村）で分担する。コミューンは特別住宅で暮らす高齢者、障害者の介護に責任を負っている。

戦後スウェーデンの障害者施策に関する法制度は、下記のように段階的に整備されてきた。共生社会を目指すスウェーデンにとって施設解体（脱施設化）が早くから重要な政治課題となった。（10）訓覇）訓覇は大きくスウェーデンの障害者政策を3期に分けて説明している。

第1期（1960-70年代末）社会保険改革、脱施設化の準備が始まり、補助器具研究所、送迎サービス、1967年の援護法により、教育やケアへのアクセス、住宅、就労や日常生産活動への権利保障が実施。1970年代後半には障害者の雇用保護や労働環境整備が進められ、国の助成により社会工場（サムハル）が成立され障害者の雇用政策が拡充された。

第2期(1980—1995年) 社会サービス法(以下SoL)と保健・医療サービス法が制定され、知的障害者施設閉鎖の国会可決を経て、1993年障害者援助サービス法(以下LSS)や障害者オンブズマン法が制定された。

第3期(1999年～) 差別撤廃へ向けて、労働生活差別禁止法(1999年)、学生平等対応法(2002年)、差別禁止法(2006年)、生徒保護法(2006年)。2000年には21世紀に向けての障害者国政基本方針(患者から市民へ)が可決。

スウェーデンの障害者政策の国政目標は、すべての人を包摂する社会連帯と障害者の完全社会参加が可能な社会形成、障害者の男女間の生活条件均等化である。これらの目標を実現するための戦略として、障害者の完全社会参加を阻止する要因の追及、障害者差別の予防と撤廃、障害児・者の自立と自己決定の確立が挙げられている。(10) 訓覇)

以下の法律制定の過程には当事者、家族が大きな役割を果たした。特に1952年にできたFUB(スウェーデン知的障害者育成会)、FUBに関わりノーマライゼーションの原理を北欧から世界に広げたベンクト・ニリエの影響は大きかった。同時期デンマークのバンク・ミケルセンとノーマライゼーションの理念を両国が世界に広げていく。北欧知的障害者会議(NFPU)、世界育成会連盟(インクルージョン・インターナショナル)が推進役となった。特に知的障害のある当事者を理事に入れて、知的障害者福祉を入所施設から地域生活へ大きく転換したのもノーマライゼーションの原理を実現させるためのものであった。

特にスウェーデンでは、施設を解体し地域生活移行を実現させるための法律を作り、障害の重い人も地域で暮らせるように、制度を作っていた。

その主な流れを以下に示す。

1967年「精神発達遅滞者援護法」

- * 全員就学の実現、居住環境の質的改善を求め。「保護」から「援護」へ、施設から地域(グループホーム化)への動きが始まる。

1980年「社会サービス法」

1982年「保健・医療ケア法」

1985年「精神発達遅滞者等特別援護法施行法」(新援護法)

- * 中途知的障害者や小児精神病者にも対象枠を広げた。特別な権利とそれを受けられる権利を明示、対象者の自己決定権や上訴権の行使を認めた。施設ケアから地域ケアへ、入所施設解体などを明示。

1993年「LSS」(一定の機能的な障害を有する人々の援助とサービスに関する法律)

- * 「援護」から「権利の達成」へと援助とサービスの内容にかかわる新しい概念を示し、「自己決定権」を明確にした。「機能的な障害をもつ人」という表現を用いて対象範囲の拡大を図り、全ての障害をもつ人々を対象に。特別病院や入所施設の解体を義務付け。パーソナル・アシスタンス(個別介助)制度の導入。

1994年「入所施設解体法」

1994年「パーソナルアシスタント個別介助制度」

1999年12月31日 全ての入所施設解体

②スウェーデンの障害福祉関係法律の概要

複数の法律によりカバーされている。基本的には「保健医療法」「賃金補助法」「保護雇用法」「社会サービス法 (SoL)」、「一定の機能的な障害のある人々に対する援助とサービスに関する法律 (LSS)」「アシスタント補償法 (LASS)」などが障害福祉を支える法律である。

各法の関係性は (表5) のとおりである

表5 スウェーデンの障害福祉関係法律概要

法律名	社会サービス法 (SoL) 15.8% :	一定の機能的な障害のある人々に対する援助とサービスに関する法律 (LSS)	アシスタント補償法 (LASS) 83.2% (LSS+LASS)
給付対象者	・児童・青少年・高齢者・機能障害者・麻薬乱用者・長期療養者・高齢者・機能障害者の世話をしている親族、犯罪被害者。・経済的・社会的保障がなされず、生活条件の平等も保障されず、地域社会生活への積極的な参加がしにくい人。	・区分1~3の該当する機能障害者。(すべての身体・知的・精神障害者に適用) ※次ページ参照	・パーソナルアシスタント雇用費用の補償。週20時間以上の個別介護を必要とする者。(施設入所者及びGH入所者は除く)
対象年齢	・社会サービスを必要とする者、全年齢が対象者	・65歳未満。パーソナルアシスタントについては、65歳以上も引き続きサービスを受けることができるが、時間数は65歳以上増やすことができない。	・65歳未満
運営主体	各コミュニティ (市単位)	各コミュニティ (市単位)	各コミュニティ (市単位) または、社会保険庁 (社会保険事務所)
サービス	在宅介護サービス及び特別住宅 (施設化介護サービス)・所得保障	相談・個別援助・パーソナルアシスタンスなど社会参加支援・就労支援	パーソナルアシスタンスが週20時間を超える場合。
認定主体	各コミュニティの福祉サービス査定員によるニーズ調査と医師の診断書をもとに対象サービスを振り分ける。	各コミュニティLSS査定員によるニーズ調査と医師の診断書をもとに対象サービスを振り分ける。	
認定基準	各コミュニティにより異なる。	LSSに規定される区分と医師の診断書を合わせて査定する。	LSSの査定により。PAが20時間越えると査定された場合

支出総額に全体の占める障害者関連の支社10.6% : 2007年

SoL（社会サービス法）及びLSS、LASSに基づくサービスは次のとおりである。

***SoLに基づく在宅サービス**

ホームヘルプサービス、訪問看護、訪問リハビリ、日中活動、ショートケア・ショートステイ、夜間巡回サービス、緊急通報アラーム配布、移送サービス、福祉機器貸与、住宅改修手当て、住宅付加手当て、雪かきサービス

***LSS、LASSに基づく給付内容（表6参照）**

相談・個別援助、パーソナルアシスタンス、ガイドヘルプサービス、コンタクトパーソン、レスパイトサービス、ショートステイ、延長学童保育、児童青少年特別住宅、成人用特別住宅、日中活動（LSS区分1及び2に相当する者のみ：就労可能な年齢である人々で職業も持たず学業にもついてない人々）

表6 LSSによる機能障害の区分

区 分	対 象 者
1	発達遅滞者、自閉症または自閉症的症状を示す人々
2	成人に達してからの外傷または身体的疾患に起因する脳障害により、重篤かつ恒久的な知的機能障害のある人々
3	明らかに通常の高齢化にはよらない、他の恒久的な身体的または精神的機能障害のある人々。つまり、障害の程度が重く、日常生活を送る上で著しい困難が見られるため、広範な援助とサービスを必要とする人々。 ※区分3は下記4つの条件の全てを満たさなければならない。 1. 障害が永続的・継続的である、2. 重度の障害、3. それが日常生活に相当程度の困難をもたらす、4. それゆえ広範囲にわたる援助及びサービスを必要とする。

[参考：LSSによる機能障害者の区分]

2) サービス支給決定プロセス

障害者がケアを受ける場合にはコミュニンに申し出るが、そこでは査定員が本人、家族、パーソナルアシスタント等の意見を聴取し、下記のようなスウェーデンの福祉サービスは、「ニーズ主導」であり、家庭訪問や職場訪問などで本人のニーズを良く聴き取り、ニーズ調査に重きを置いている。医学的診断は家庭医、必要に応じて専門医の所見が必要となる。

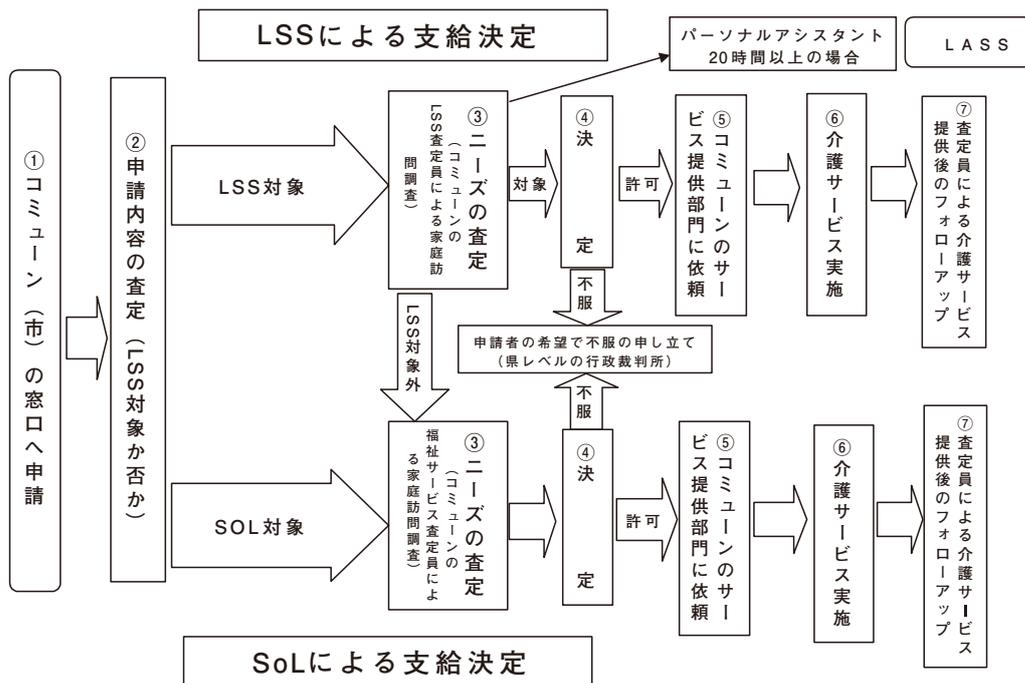


図2. スウェーデンの支給決定プロセス

3) 申請から受理まで (以下①～図2.の番号)

利用申請①はコミュニティとなっているので、申請内容によってLSSの査定かSOLに分かれる。②LSS対象でない場合はSOLの家庭訪問調査に戻る。③ニーズ調査を重んじているが、医師の診断書も参考に支給決定する。その後、サービス提供部門に依頼し介護サービスを実施する。

4) 受理後のアセスメントと支給決定

(a)利用者ニーズ・アセスメント 家庭訪問等により本人のニーズ把握を行う。③家庭訪問時には本人の他、家族、パーソナルアシスタントも立ち会うことができる。職場に訪問調査することもできる。LSSの場合ニーズ査定③でパーソナルアシスタント週20時間以上越えるとLASS (パーソナルアシスタント補償法) に移る。

特別な援助やサービスが承認された時点で、対象者は、特別な援助とサービスに関する個人計画が、対象者との話し合いにより作成されるよう要求することができる。継続的に実施され最低年1回は見直されなければならない。(9) 河東田)

5) 決定の通知と苦情処理、その後の見直し手続き

決定に対しての申請者の希望で不服申し立てができる。

LSSでは上訴権が保障されているので、市議会により選出された委員会や県の決定事項に対し、下記の事項に関しては、行政裁判所に上訴することができる。

・特別な援助やサービス、・対象者以外の者への支払い、・(不正等による)返済、・(民間業務不祥事に対する)是正命令または許可の取り消し第1項に関する問題(特別な援助やサービス)に関する決定は、直ちに施行される。しかし、行政裁判所または上級行政裁判所は、これらの決定事項が法的効力を発揮して初めて有効であると命令することができる。
(9)河東田)

6) スウェーデンにおける特徴と我が国のプロセスとの比較

日本とスウェーデンの大きな違いは、我が国は障害程度からサービスを検討するのに対し、スウェーデンはニーズからサービスを検討することである。また、我が国は行政側の評価を重視するのに対して、スウェーデンは障害者自身によるアセスメントが進められていることである。要するに当事者主体という方向にあるのがスウェーデンの特徴といえる。
(表7参照)

表7 日本とスウェーデンの障害者福祉サービスにおける支給プロセスの比較

対比項目	日本の支給プロセス	スウェーデンの支給プロセス
障害の定義	身体障害者福祉法、知的障害者福祉法、精神保健福祉法、児童福祉法に基づく3障害。	SoLとLSSで定義
障害程度区分	認定調査に基づくコンピュータ判定、及び市町村審査会の結果に基づき、障害程度6区分の認定を行う。	自治体のニーズ認定調査員(査定員)が障害程度区分はなく、個々のニーズに基づきニーズ認定が行われサービス提供。
市町村審議会	委員は、市町村長が任命する、障害者等の保健又は福祉に関する学識経験者	このシステムは無い。
総合相談	市町村窓口。地域生活支援事業に基づく総合相談事業。 障害に対応して、市町村障害者生活支援事業、療育等支援事業、精神障害者生活支援センターが相談窓口として存在。	市町村窓口
アセスメント	程度区分に基づき利用可能なサービス項目が決定され、その上でニーズ・アセスメントが行われる。家族の負担などは、同一様式の中で勘案する。	コミュニン、社会保険事務所の認定主事(査定員)が家庭訪問、職場訪問を独自あるいは合同で行う。当事者のほか、家族、アシスタント等も調査に参加する。
ケアプラン	ケアプランは必須ではなく、障害者が必要とされる項目について受給者証に示される。	認定主事(査定員)が申請者と一緒に24時間の生活を営むにあたって必要な事項や家庭を取り上げ援助時間を算定。
苦情処理	行政不服審査法。 施設サービス等では、苦情解決、第三者委員等。	ニーズ認定に関して不服であれば、行政裁判所による不服申し立てを行うことができる(上訴権の保障)

7) 現在のプロセスへの意見・批判、将来の方向性

日本の支給決定プロセスを考える場合、次のような検討課題が挙げられる。

- ・支給決定プロセスには、本人のニーズ調査を主体に支給決定している。日本のようなサービス利用の谷間を作っている障害程度区分での問題はない。また地域での生活を中心に、パーソナルアシスタントの制度の導入など参考になる。また6ヶ月以内でパーソナルアシスタントの時間数を調整できるなど柔軟な姿勢も参考になる。
- ・基準の時間を超える場合査定員が、市町村議長と協議して支給量を決めている。
- ・重度の障害のある知的障害、自閉症、強度行動障害の人たちの支援付自己決定のシステム、本人中心の聴き取りなど参考にすべき点は多い。

[参考文献]

- 1) 「スウェーデンの知的しょうがい者とノーマライゼーション—当事者参加・参画の論理」河東田博 1992
- 2) 「自立と社会参加をめざして障害者&ボランティア国際交流報告書」NHK厚生文化事業団 1994.
- 3) 「ノーマライゼーションの原理」Bニィリエ著 河東田博他訳編 1998
- 4) 「スウェーデンからの報告—施設、地域生活、当事者活動」「施設変革と自己決定」編集委員会 2000年
- 5) 「スウェーデンにおける施設解体—地域で自分らしく生きる」ヤンネ・ラーション、アンデシュ・ベリストローム、アン・マリー・ステンハンマン共著、河東田博、ハンソン友子、杉田穂子訳 2000.
- 6) 「スウェーデンの知的障害者—その生活と対応策—」河本佳子 2006
- 7) 「福祉先進国に学ぶしょうがい者政策と当事者参画—地域移行、本人支援、地域生活支援国際フォーラムからのメッセージ」河東田博監修 2006.
- 8) 「スウェーデン・ノーマライゼーションへの道—知的障害者福祉とカール・グリユネバルト」ジョーラン・グラニンガー、ジョン・ロビーン著、田代幹康、シシリア・ロボス訳著 2007
- 9) 「ノーマライゼーション原理とは何か—人権と共生の原理の探求」河東田博2009
- 10) 「スウェーデンの障害者政策」訓覇法子『さぼーと』2009.2.P. 22-25

8) スウェーデンの一覧表

スウェーデン						
プロセス	図番号	Question	Answer	そのプロセスの背景にある考え方	国のガイドライン	追記
申請	①	申請は、どこにするか	申請先: コミューン(市)の窓口へ申請			
インテーク	②	インテークを誰が、どのように行うか インテークする人の専門性・資格	自家発電			
アセスメント	自治体	利用者へのアセスメント	アセスメントを、誰がどのように行うか	査定員が家庭訪問により、ニーズアセスメントを行う。場合によっては職場訪問も行う。	・社会サービス法 (SoL) ・一定の機能的な障害のある人々に対する援助とサービスに関する法律 (LSS) ・アシスタント補償法 (LASS)	
		利用者本人によるセルフアセスメントは、どのように行われているか。アセスメントの決定に携わる人、あるいは組織	SOL対象者がLSS対象者かでニーズ査定が変わる。必要に応じて、家族、パーソナルアシスタントもニーズ調査に立ち会える	コミュニティのLSS、福祉サービスのそれぞれの査定員		
		介護者へのアセスメント	介護者へのアセスメントは、誰が、どのように行うか アセスメントする人の専門性・資格。決定に携わる人、あるいは組織	介護者、パーソナルアシスタントの申し出により、が査定員が介護者と面接して行う		
	アセスメントにおける国の指針	国による全ての自治体を実施すべきアセスメントを行っているか	国によるアセスメントはない。			
ケアプランの作成	作成	ケアプランは、誰が、どのように行うか	自らプランをたてるが、LSS対象者は自らでも可能だが、本人、家族の意見・要望を聴取し、パーソナルアシスタントが本人の自己決定を尊重しながら計画を作成する。			
		直接サービスを受ける方法	⑥ 直接サービスを受けるときの、配慮点	サービスについて利用者の自己管理が尊重される。6ヶ月以内での支給量の調整ができる。		
		直接現金を受ける	現金を受け取る(ダイレクト・ペイメント)が行われているか。知的障害者にも行われているか。	ダイレクト・ペイメントではないが、関係する事業者が管理できる。6ヶ月の利用調整も本人の意見を聞き実施する。		
支給決定	④	どのような組織が、どのようにして、サービスの支給決定を行うか	コミュニティ(市)の査定員が本人との合意に基づき、支給決定を行う。ただし基準を超えて支給決定を検討する場合は、市町村議会の議長の承認を受けなければならない。			
ケアプランの実施	⑥					
アセスメントの見直し(レビュー)	⑦	見直しは、いつ、どのように行われるか	継続的な見直しができる。最低年1回は見直しされなければならない。			
不服申し立て		支援プロセス内で不服がある場合、どこに申し立てるか。その回答にさらに不服がある場合、どこに申し立てるか。	上訴権が保障されている。市議会、県の決定に関して行政裁判所に上訴できる。			
今後の方向		今後、どのような方向に進むか				

(3) ドイツ

1) 国の概要と障害者政策・法制度の状況

①ドイツの概要と社会保障の方向性

ドイツ連邦共和国 (Bundesrepublik Deutschland)、通称ドイツは、人口総計約8,175万人 (2010年)、2009年のGDPは3兆3,527億ドル (対米ドル為替レート単純換算値) と、アメリカ合衆国、中華人民共和国、日本に次いで世界第4位の経済大国であり、フランスと並ぶ欧州連合 (EU) の中核国である。一方、2010年におけるドイツの高齢化率は20.5%、既に5人に1人が65歳以上であり、合計特殊出生率も1.32と我が国ほどではないにしろ、急速な少子高齢化に直面していることは間違いない。

社会保障の分野においては、世界に先駆けて社会保険制度を導入したのがドイツであり、日本など多くの諸外国が規範としている。19世紀後半、宰相ビスマルクのもとに医療保険、労災保険、年金保険、その後に失業保険、1994年に公的介護保険が5番目の柱として誕生した。それ以前から、領主の統治、キリスト教会による慈善活動、ギルドやツunftといった商業・職業集団による共済組織がベースとなって様々な形で社会福祉制度が展開されていたので、その歴史は古い。1990年のドイツ再統一によって、ドイツ民主共和国 (旧東ドイツ) を構成していた15県および東ベルリンが6州として編入され、現在の16州となったが、首都と地方、州というよりは、各々が緩やかに独立した国家のように機能している。実際にドイツ連邦とするよりは、「ドイツ同盟」と訳すほうが望ましいとする考えもあるほどである。

このことを押さえないで、「民間がやれることを地方自治体が、地方自治体がやれることを州が、州がやれることを連邦が行ってはいけない (やれないことだけを上位組織が行う)」というドイツの国家としての大原則「補完性原理」は理解できない。日本のような中央集権国家が、大きな政府を小さな政府に移行するうえで、地方に権限を委譲していく形とは全く成立過程が違っている。ドイツの社会保障制度もその「補完性原理」に基づいており、わが国の社会保障のように各法のもとに一元化されておらず、その州や地域によって様々な制度がその状況に応じてフレキシブルに組み合わせられているといった方が良い。ドイツの障害福祉を考査するにあたり、ベースとなる介護保険はすでに年齢制限や障害の有無種別は撤廃、基本的には介護状態にある全国民を対象としており、障害福祉だけを取り出してわが国と対比することは、ドイツの地方主権特性に併せて非常に困難である。したがって、どの施策がどのように障害福祉を担っているかに限らず、連邦レベルで定められた様々な政策がどのように組み合わせられ活用されているのかという観点を加えながらすすめることとする。

その他、移民問題や東西ドイツ格差、大戦時のナチ問題、プロテスタントとカトリックなど多元的な問題を抱えながら、政治的にはシュレッダー社会民主党時代の「社会的市場

経済（自由競争による市場経済と社会的公平・社会福祉の調和をモットー）」から、経済の効率を重視する政策を掲げるドイツ初の女性首相メルケル・キリスト教民主同盟に政権交代するなど、様々な条件が複雑に絡み合っている。

②部分給付としての公的介護保険の特徴とその問題点

介護保険の運営主体は日本のように市町村ではなく、伝統的民間共済組合を前身とし各地の医療保険を運営する医療金庫が設置した介護金庫である。介護認定は複数の医療金庫が共同で設置した医療保険・医療サービス機構（MDK）が行い、その認定基準は連邦社会法典（SGB）第11編「公的介護保険」に従い策定されている。「日常生活において一定の活動の遂行能力がどの程度制限されているか」が基準となり、判定の対象となる日常生活活動は四つの領域（ボディケア、食事、移動、家事）に分類され、さらに各領域は具体的な「行為」に分類される。運営母体が医療保険のため、認定基準から判定者に至るまで医療的手法が色濃く反映され、心身機能・身体構造などが重視されるアセスメント項目は、近年、福祉先進諸国で取り入れられている地域との関係性や人間関係、社会参加項目重視の傾向からすると前時代的であることは否めない。

2008年7月1日より、従来の介護プラン（医療保険・医療サービス機構（MDK）が介護判定結果とともに介護金庫に提出していた）に加え、「ケアアドバイスサービス」が開始された。これはわが国のケアマネジメントと地域包括支援センターの手法を取り入れたもので、州はケアアドバイスセンター、介護金庫はケアアドバイスオフィスの設置が義務付けられ、整備が進められている。

ドイツがケアマネジメントの強化に乗り出した背景には様々な要因が考えられるが、ひとつにはドイツの介護保険があくまでも部分給付であり、利用者個々の状態に応じて様々な制度を組み合わせ補完することで成り立っていることから、横断的組織が必要となったことは間違いない（日本のように介護保険一本ですべてが完結すること＝総量規制に繋げやすい、逼迫する保険運用の影響）。またドイツに特徴的な「現金給付」は、現物給付に比べると支給額は半分程度となるが、要介護者本人が受け取り、介護に当たっている家族に直接支払うことで「迷惑をかけている」といった心理的負担の軽減や自己決定の確立に寄与し、一方で社会保障費高騰の歯止めとなっている。介護者への給付も充実していて、介護のために無職となることを想定、収入を失うことで年金保険の受給資格が途切れないよう介護保険が介護保険料の肩代わりをしたり、介護によってもたらされた心身の疾病は労災保険の適用を受けることができる。しかし、家族に対する教育プログラムが行われているとはいえ、専門性を持たない介護者に十分な支援が提供できるのかといった疑問や、実際にはまともな介護が受けられていないのではないのかといったモラルハザード的な側面への対応も理由として散見される。

2) 公的介護保険のサービス支給決定プロセス

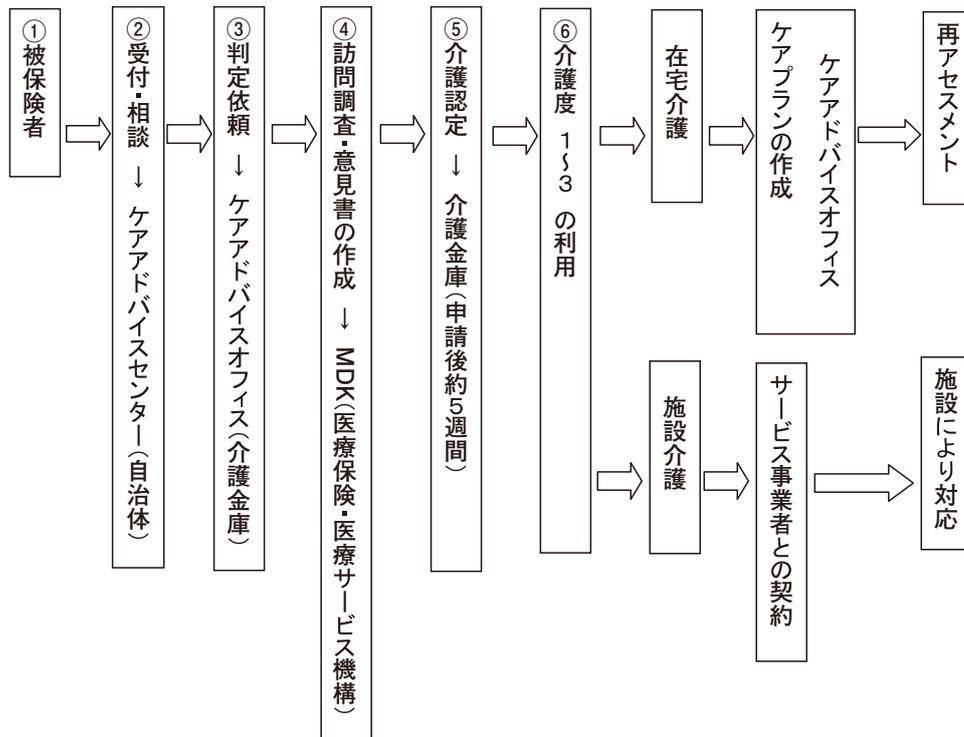


図3. ドイツの支給決定プロセス

①申請から受理まで

障害者がケアを受ける場合には、一般的には地方自治体が運営するケアアドバイスセンター（※1）が窓口となるが、障害の原因や本人の状況・環境に応じて、介護保険以外のサービスを主に受けるような場合には、それぞれの事業所窓口が受付となっているのが現状。ケアアドバイスセンター（※2）が制度化されてからわずかしか経っていないため、依然としてネットワークが形成されていないところが多く、どのサービスを主として利用すればよいかというマネジメント業務が期待されている。

※1. ケアアドバイスセンターとは日本における地域包括支援センターのような機関

※2. ケアアドバイスサービスは2008年7月制度化のためドイツ全国には設置経過期間中

②受理後のアセスメントと支給決定

ドイツでは、医療保険をベースにする医療金庫が介護金庫の設置者となっているため、MDKから派遣される医師や医療関係者を中心とした判定が行われる。したがってアセスメントは医療モデル中心であるが、訪問調査の際には実際の住居や家族などによる介護が受けられる状態にあるかどうかといった環境アセスメントを意見書（介護プラン）として作成しており、サービス決定の際のケアプラン作成に活かされている。ただ介護保険は部分給付であるため、他の制度を利用する場合にはそれぞれのアセスメントと判定が個々に設

定されており、なんらかの理由で居住地が変わるような場合には、それぞれの制度の捉え方が地方行政ではまったく異なっている場合もあり、サービス事業者の組み合わせが最初からやり直しとなることも少なくない。

③ 決定の通知と苦情処理、その後の見直し手続き

在宅介護の場合には、ケアアドバイスオフィスがそのサービスの状況に応じて、4半期、半期、1年ごとに行う。部分給付で様々な形の補完サービスがあるため、一つの特定のサービスに対して苦情を申し出るといったケースよりも、他の補完するサービスに新たに申請しサービスを受けることで解決している場合が多い。施設介護の場合には、施設内でのアセスメントによるもので事業者ごとに状況は大きく異なっているが、自治組織による施設側との交渉を行っているような場合もある。国民の自己決定に対する意識が強いため、わが国では問題となるような病院搬送や医療的措置等に関する問題ケースでも、自らが選択して施設に住んだ結果であり、本人家族等から施設に対する訴訟件数は意外と少ないという。

3) 介護給付以外の制度

ドイツでは、介護保険により高齢者に限らず全ての要介護者を対象として介護給付が行われているが、障害者のリハビリテーション、就労、地域生活参加等の社会参加のための給付は、社会扶助（日本でいう生活保護）、「リハビリテーションと障害者参加」、労災保険、児童・青少年援助、戦争被害者保障などその他の給付として行われている。介護給付以外のサービスを受けるには、それぞれの受給基準が設けられているが、社会法典や連邦援護法を元に定められているケースが多い。

① 障害の程度と区分

障害の定義については、社会法典（Sozialgesetzbuch=S G B）第9編「リハビリテーションと障害者参加」2条で、障害とは「身体的機能、知的能力または精神上の健康が、その年齢の標準的な状態と比べ、6ヶ月以上にわたって逸脱し、社会生活への参加が制限されている状態。」としている。

また、区分と認定については、連邦援護法（Bundesversorgungsgesetz=B V G）の所管官庁である州の援護局が、社会法典第9編に基づく障害認定のための手引き「医学的鑑定業務手引（A H P）」に従って判定し、重度障害者証明書の発行を行う。2007年現在、691万人、全人口の8%を占める。障害の程度は10から100まで、10刻みで示され、障害程度が50以上、もしくは30以上50未満でそのため就業できない場合は「重度障害者」と認定される。

②公的介護保険と他制度の補完関係

・社会扶助における介護保険との関係

社会扶助は介護保険よりも受給条件が緩和されており、介護保険では保険加入期間が2年以上であるが、それ以下で支援が必要な場合は公的扶助を利用する。また、介護保険では、6ヶ月以上の介護の必要性が問われるが、それ以下の場合や介護ニーズが少なく対象とならない場合でも利用できる。

・「リハビリテーションと障害者参加」との関係

介護保険の介護ニーズを軽減するか、または深刻化を防ぐ場合には、「リハビリテーションと障害者参加」の統合支援が介護保険より優先される。

・児童・青少年援助との関係

公的介護保険との関係において影響されない。

その他様々な事業主体による障害の定義としていくつか例に挙げると、労働能力の欠損（健康保険基金法→疾病のために自らの仕事または同様の活動を継続できず、生計を維持できないと見なされる。連邦雇用サービス法→一般の労働市場で保険を伴う雇用契約で週15時間以上就労できない場合、生計を維持できないと見なされる。etc）、生計獲得能力の減退（健康保険基金法→部分的な能力減退とは、常勤で1日3時間以上6時間以下就労可能な場合をいい、部分的年金支給対象。全般的な能力減退とは、1日3時間未満の就労しかできない場合とされ、完全障害年金受給となる。）などがあり、審査基準には、医学的ガイドラインと社会医学的ガイドラインが使用されている。

4) ドイツにおける特徴と我が国のプロセスとの比較

日本とドイツの大きな違いは、なによりもまず障害者に関する施策が一元化されているかないかである。

表8 日本とドイツの障害者福祉サービスにおける支給プロセスの比較

対比項目	日本の支給プロセス	ドイツの支給プロセス
障害の定義	身体障害者福祉法、知的障害者福祉法、精神保健福祉法、児童福祉法に基づく3障害。	社会法典第9編2条「身体的機能、知的能力または精神上の健康が、その年令の標準的な状態と比べ、6ヶ月以上にわたって逸脱し、社会生活への参加が制限されている状態。」
障害程度区分	認定調査に基づくコンピュータ判定、及び市町村審査会の結果に基づき、障害程度6区分の認定を行う。	介護保険では介護区分三段階で。連邦援護法では、州の援護局が社会法典第9編に基づく「医学的鑑定業務手引」に従って判定。10から100まで10刻み。
市町村審議会	委員は、市町村長が任命する、障害者等の保健又は福祉に関する学識経験者	このシステムは無い。
総合相談	市町村窓口。地域生活支援事業に基づく総合相談事業。 障害に対応して、市町村障害者生活支援事業、療育等支援事業、精神障害者生活支援センターが相談窓口として存在。	地方自治体が設置した「ケアアドバイセンター」
アセスメント	程度区分に基づき利用可能なサービス項目が決定され、その上でニーズ・アセスメントが行われる。家族の負担などは、同一様式の中で勘案する。	MDK（医療保険・医療サービス機構）が訪問調査時に行う環境的アセスメント。ケアアドバイスオフィスが定期的に行う。
ケアプラン	ケアプランは必須ではなく、障害者が必要とされる項目について受給者証に示される。	ケアアドバイスオフィスが、介護保険対象者を中心に作成する。介護保険を利用せずに他の制度を直接利用するような場合は、その制度やそれぞれのサービスのあり方によって、各々独自の方法で行われており、様々である。
苦情処理	行政不服審査法。 施設サービス等では、苦情解決、第三者委員等。	介護保険の場合は、介護金庫を通してMDKへ。他制度の場合は、それぞれのサービスによって独自の苦情処理システムがある。

5) 現在のプロセスへの意見・批判、将来の方向性

ドイツ全体では、2008年に日本の地域包括支援センターやケアマネジメントの制度を取り入れているところからすると、障害者に限らず要介護状態にある国民一人ひとりの状況

に応じた細やかな個別支援がされていなかったという現状であろう。また前述のとおり、医療ベースで介護保険が組み立てられた経過からも、医学モデルを中心としたアセスメントが主流であり、その意味では、介護保険が障害福祉に適応されていることを除けば、我が国の現状と非常に似通ったシステムであるといえる。ドイツが現在の介護保険を本当の意味で一般化して介護を必要とする全国民を対象としようとする場合、乳幼児や知的障害・精神障害に十分対応されていない現在の高齢者向け医療型要介護認定システムは不十分であろうし、そのことは我が国における障害者自立支援法下の障害程度認定において障害種別の特性が反映されないことが制度の公平性に大きく影響していることから理解できる。本人主体といった観点からも、国際的にPCP（本人を中心とした計画づくり）等の先進的アセスメントが開発・適用されていくなか、両国ともに依然としてシステム中心の計画づくりになっていることは否めない。

財源論からは、例えばドイツでは、実際のところ介護保険適応の入所施設もあれば、社会扶助（生活保護＝税利用）適応の入所施設もあるのが現実である。本来はすべての入所施設を介護保険対象としたかったが逼迫する介護保険の財源問題から政治的判断で社会扶助に残す形となり、一部介護保険から補填するといった形をとらざるを得なかった経過がある。我が国でも税収ベースとしている障害福祉の介護保険統合は、様々な理由によって見送られたが、財源論が制度改革に大きく影響しているところまで似通っている。

介護保険を補完する様々な制度については、それぞれ状況は様々である。社会扶助は我が国の生活保護のあり方と同じで、生活保護レベルが最低基準であるべきものが制度の組み合せによっては他の制度を大きく超えるような現状もあり、社会問題となっている。また、就労系の制度は、ドイツの共済制度が本来、職業的な背景から生まれてきたこともあり、勤労可能な時間を程度判定にするなど、福祉サービスというよりは労働という現実に即した制度となっており、大変有効である。

ドイツは、様々な制度による補完による現状と介護保険の普遍化という相反した課題に取り組んでいる。そんな意味では、我が国の障害福祉も障害福祉独自の制度として残さなくてはいけないものと、障害の有無・年齢等にこだわらずに一般化されるものを見極めをつけなくてはいけないという点では共通しているといえる。

6) ドイツの一覧表

ドイツ(公的介護保険の場合)						
プロセス	図番号	Question	Answer	そのプロセスの背景にある考え方	国のガイドライン	追記
申請	①	申請は、どこにするか	申請先:ケアアドバイセンター(自治体)			
インテーク	②	インテークを誰が、どのように行うか インテークする人の専門性・資格	州などの自治体に設置されるケアアドバイセンター職員。自治体職員の場合が多い。			インテーク担当者の専門性:受付窓口担当であり、特に専門性は定められていない。州によって違い。
アセスメント	自治体	利用者へのアセスメント	アセスメントを、誰がどのように行うか 利用者本人によるセルフアセスメントは、どのように行われているか。 アセスメントの決定に携わる人、あるいは組織	MDK(医療保険・医療サービス機構)スタッフ 医療金庫に所属するかもしくは委託を受けた医師等の医療従事者 訪問調査による環境アセスメント	医療型アセスメント	
		介護者へのアセスメント	介護者へのアセスメントは、誰が、どのように行うか アセスメントする人の専門性・資格。決定に携わる人、あるいは組織	ケアサービスオフィスのケアマネージャー・ケアマネージャー		
		アセスメントにおける国の指針	④ 国による全ての自治体を実施すべきアセスメントを行っているか	社会法典第11編にもとづくアセスメント表による		
	作成	⑤ ケアプランは、誰が、どのように行うか	ケアサービスオフィスのケアマネージャー			
ケアプランの作成	サービスを受ける方法	直接、サービスを受ける	⑤ 直接サービスを受けるときの、配慮点			
		直接、現金を受ける	現金を受け取る(ダイレクト・ペイメント)が行われているか。 知的障害者にも行われているか。	現金給付あり。それぞれのサービスによって現物支給との差額が発生しているか概ね50%支給		
支給決定		どのような組織が、どのようにして、サービスの支給決定を行うか	MDK(医療保険・医療サービス機構) 介護金庫を設置する複数の医療金庫が設置する機関			
ケアプランの実施	⑥					
アセスメントの見直し(レビュー)	⑦	見直しは、いつ、どのように行われるか	原則、3ヶ月、6ヶ月、1年後。			
不服申し立て		支援プロセス内で不服がある場合、どこに申し立てるか。 その回答にさらに不服がある場合、どこに申し立てるか。	ケアサービスオフィス(介護金庫)を通してMDKへ。			
今後の方向		今後、どのような方向に進むか	社会保険制度と税財源による制度との整合性 制度の単純化			

(4) 韓国 (大韓民国)

1) 韓国の概要と障害者施策・法制度の状況

韓国は大統領制であることから大統領が代わると制度も変更となる場合が存在している。そのため、福祉関連法においても「大統領令で定める」または、「保健福祉家族部例で定める」として随時変更ができる体制としている。

韓国の人口は2009年の調査によると約5,006万人、高齢化率約10.7%であり、産業経済については日本に次いで国際競争力を持つ先進国として、財閥を中心とした企業が電子、エネルギー、建築、自動車、電子機器などにおいて発展し、国際的な経済において台頭するまでに至っている。その一方、深刻な少子高齢化の課題と多民族化の様相を見せ始めている。

社会福祉においては、これまで生活保護を中心とした老人・障害者・児童などを福祉基本法としていたが、社会的弱者を救済する仕組みから福祉サービス利用者の普遍化を図る制度へと改革をすすめ、2008年7月より老人療養保障制度（介護保険制度）が導入された。

なお、韓国においては障害者の表記を「障碍人」としている。障害者の表記については現在日本においても障害者制度改革推進会議総合福祉部会等を中心に議論されているところであるが、ここでは、「障碍人」を「障害者」と表記することとした。

障害者福祉制度は、1989年に障害者福祉法が成立し、この法律により、障害者の居住施設・地域社会再活施設・職業再活施設等の施設支援と、障害者総合福祉館や家庭奉仕員など、多様な在宅支援を提供しているが、今後の課題としては、障害者の社会参加と精神障害者の急増に対応した支援体制の構築があげられている。

障害者の完全な社会参加と平等の保障を目標に「障害者福祉発展5か年計画」一次計画（1998～2002年）、二次計画（2003～2007年）により障害者の福祉・雇用・教育等の諸問題の解決を総合的に推進するとともに、「障害者の雇用促進及び職業リハビリ法」「障害者・高齢者・妊婦等の便宜増進補償に関する法律」「障害者企業活動促進法」「障害者福祉法」

2001年「国家人権委員会法」、2006年「障害のある人の権利に関する条約」、2007年「障害者差別禁止及び権利救済等に関する法律」が整備され、障害者のための各種支援を実施してきた。2001年から2007年までの7年間、障害者に関わる法的環境がさらに整備され、2007年時点での登録障害者数は約208万人となり毎年障害者の数は増え続けているとともに、福祉サービス利用者も増大している。

2008年より保健福祉家族部（「保健福祉部」を2008年「保健福祉家族部」と変更した。）が中心となり、各施策を実施している。制度改革により、障害者福祉対象者の拡大のために、①障害手当・障害児手当、②教育支援、③障害者自立支援金貸与など15事業、中央行政機関が行う事業として、①自動車消費税免除、②所得税人的控除、③障害者医療控除など12事業、地方自治団体が条例によって行う事業、①障害者用車両登録・取得税・自動車税免除、

②公共施設料金減免、など4事業と地方移譲事業として18事業、民間機関が運営規定によって実施する事業、①鉄道料金減免、②電話料割引、③無料法律救助など11事業、労働部が中心となり、障害者の雇用促進のために①障害者雇用義務制度（法定雇用率2%）、②障害者雇用促進の支援、③就業あっせん及び職業訓練の支援などが進められている。

現在は、障害者福祉サービスと老人療養保障制度（介護保険制度）との統合に向けたシステム調整が行われ、移行期ということもあり、2010年9月より一部実施となっている。

また、所得に関係なく障害者福祉サービスの利用が可能（応能負担、無料から8万ウォンまで）となったことから、入所支援サービスの基盤整備が不足する事態となり、小規模施設（30名入所施設）の整備が行われている。ハード面の整備については、区市町村が事業指定となっていることから、大規模施設から小規模施設化への移行がすすめられている。

2011年からは現在の「障害者福祉法」において福祉サービスを提供しているパーソナルアシスタンス支援を、「障害者活動支援に関する法律」の制定により「障害者福祉法」ではなく別の枠組みとして設け、さらに応益負担とすることで、老人療養保障制度（介護保険制度）との統合の条件が整うことになる。

2) 申請から受理まで

福祉サービス利用申請者は、障害者登録カード保持者が福祉サービス利用前提条件であり、原則として本人が申請するが、家族または後見人、隣人、知人、サービス提供機関、教育機関、医療機関等による代理申請も可能（障害者福祉法第32条）となっている。（P.48 図4の①）

申請資格は、障害者登録一級（15種 全体）であり、6歳以上から65歳未満とされている。障害者単身世帯については、一級判定に上級調整になり支援対象としている。

福祉サービス利用申請と障害者登録カード申請窓口は、区市町村の担当課（図4の②）となっている。担当は、区市町村調査と機能評価（日常活動動作7項目、手段的日常生活遂行能力8項目、追加項目5項目）を行い、在宅支援サービス（区市町村支給決定）、通所施設サービスと居住施設サービス（障害者審査センター支給決定）の支給決定を行う。家庭訪問により受理調査（予備調査的側面）区市町村のソーシャルワーカーと看護師が行うが、多くの区市町村は国の年金公団（障害者審査センター以下表記とする。）に同行を求め、同時調査にしている。医師の意見書・認定調査書・申請書を障害者審査センターに障害登録認定調査依頼請求を行うこととなる。

区市町村単独福祉サービス（居宅支援）については区市町村受付、区市町村支給決定となっている。また、有料福祉サービスの利用申請は、有料福祉サービス提供事業所と利用者の随意契約となっている。しかし、障害者本人の権利擁護の関係から、障害認定と利用申請の明確化が求められ、障害者福祉法第32条の適用とされるところとなった。

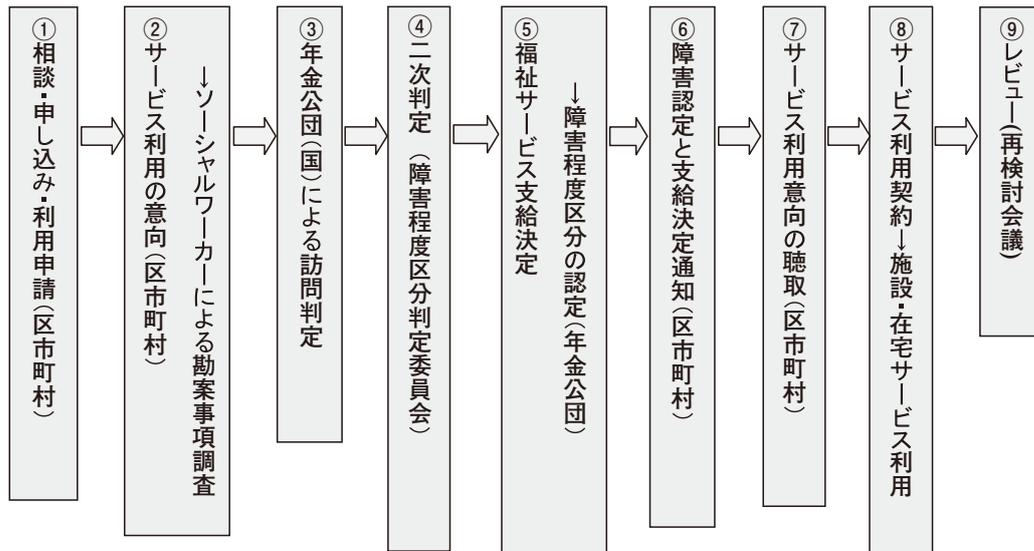


図4. 韓国の支給決定プロセス

3) 受理後のアセスメントと支給決定

現在のアセスメントは、区市町村による調査と障害者審査センターによる調査の二重調査となっており、保健福祉家族部と中央行政機関が行う福祉サービス以外は区市町村の審査会において支給決定できるが、障害者登録カード保持が必要であることから、現実的には障害者審査センター（図4の③）の訪問認定調査（一次判定はPC入力判定である。）が行われ、二次判定の審査会（図4の④）に移される。

審査会（二次審査）は、医師、調査員、ソーシャルワーカー数名（調査員も参加）、福祉サービス提供者、障害者や家族などで構成されているが、現在は、訪問認定調査の変更はないといわれている。

障害者審査センター（国の年金公団：図4の③・④・⑤）の役割は、「訪問認定調査部所」と「判定委員部所」さらに「不服審査部所」の機能がある。障害等級判定調査（障害者福祉法第29条）の規定と障害等級判定基準（障害者福祉法施行規則第2条）に則した障害等級となる。障害分類（障害者福祉法施行規則 [略表1]）がされている。

〈略表1〉韓国における障害分類

大分類	身体的障害		精神的障害
中分類	外部障害	内部障害	精神遅滞 精神障害 発達障害
小分類	肢体障害・脳病変障害・視覚障害 聴覚障害・言語障害・顔面障害	肝臓障害・心臓障害・腎臓障害・呼吸器障害・腸瘻、尿瘻障害・てんかん障害	

障害者登録カード（障害者福祉法第32条障害者登録）の支給決定は、児童扶養手当と障害者手当の判定、パーソナルアシスタンス支援を一括して判定する。障害等級（障害者認定カード）は児童扶養手当と障害者手当に比例した判定となっている。

障害者審査センターのアセスメントによる障害等級は、調査項目での判断としている。①身体障害は医療機関の障害類型別の所管専門医が障害者法令及び「障害等級判断基準」に基づき判定する。②知的障害はウェクスラ知能検査とGAF採点、③精神障害はICDとGAF採点、④発達障害はICDとGAF採点で判定している。また、特別級（重複障害や特別な支援を必要とする人）と障害等級一級（重度）220点以上は全サービスの利用が可能となる。2級以下については在宅サービスの利用となっている。

今年（2011年）「障害者活動支援に関する法律」が制定されることとなっており、それ以後は、全ての障害児者福祉サービス等は市区町村受付となり、障害認定は「障害者審査センター」が実施することとなる。

4) 支給決定通知と苦情処理、その後の見直し手続き

支給決定通知は、区市町村から「障害登録カード」が発給送付され、また、福祉サービス利用申請者には、審査センターから送られた福祉サービス利用者のデータを「韓国社会サービス管理院」が専用金融機関へ発給資料を送付した後、専用金融機関から福祉サービス利用者に「バウチャーカード」が発給送付される。なお「バウチャーカード」は目的外使用ができないこととなっている。

苦情処理については、福祉サービス提供事業所のソーシャルワーカー、区市町村のソーシャルワーカー、代理申請者が窓口となっている。審査決定に対する不服については、「障害者福祉法第84条（審査請求）①障害者、障害者の法定代理人又は大統領令で定める保護者は、この法律による福祉措置に不服がある場合、該当の障害者福祉実施機関に審査を請求することができる。②障害者福祉実施機関は、第1項による審査請求を受付した場合は1ヶ月以内に審査・決定し、請求人に通報しなければならない。③第2項による審査・決定に不服があるものは、『行政審判法』により行政審判を提起することができる。」としている。区市町村が受け付け、障害者審査センターの「不服審査部所」に送付する流れとなっている。

現時点においては不服審査に至るケースはないとのことである。その理由として区市町村ソーシャルワーカーと障害者審査センターの訪問認定調査ソーシャルワーカーの動向調査と申請者との面接調査によりニーズの明確化が図られている結果と考えられる。

5) 韓国における特徴と我が国のプロセスとの比較

韓国の支給決定プロセスの特徴には、制度としての側面と国民性や文化的側面が存在する。制度としての特徴は、これまでの遅れを一気に解消（先進国としての法整備、国際的基準としての法整備）する潮流である。障害者福祉制度改革は、これまでの生活保護制度の枠組みと、有料福祉サービスの選択しにくい状況から考えると、より多様な利用が可能となることや、福祉サービス利用者の拡大になること等を理由に、老人療養保障制度（介護保険制度）との統合は多くの国民から賛同を得ている。韓国の人口は日本の約半数であり、国土においても日本の状況とは全く違っているため、急速な制度改革が実施できると考えられる。

韓国における福祉関係法や仕組みの大枠は、日本と概ね近いと捉えられよう。例えば、日本の内閣府におかれた障害者制度改革推進会議で検討されている「障害者の定義」と、韓国における障害者の定義（表9）は、双方とも広い定義でありながら身体障害、知的障害、精神障害等をもっぱらの対象としていることや、法体系が日本の障害者福祉法と類似した作りとなっていること等である。

しかし、障害福祉制度の具体的事項の比較となると、韓国はアバウトな法体系によるものとなっていることに対し、日本は細かな点においても制度に盛り込まれているなど、国民性や文化の違い等による差異は存在するといえるだろう。韓国は、アバウトさを補完するため「ソーシャルワーカー」が配置されている。障害者や家族のニーズを勘案するためにも「ソーシャルワーカー」は必要となる。また、支給決定が市町村単位ではなく国によって行われていることも日本との大きな違いとなっている。

文化的側面は、家族主義と宗教観は、弱くなりつつあるとはいわれているが、日本と比較するとまだまだ強い側面があり、仏教・キリスト教が広く浸透し生活の一部となっていること、また、家族主義的側面も依然として存在していることがみてとれる。つまり、障害者福祉制度の普遍化の方向性でありながらも、家族を含めた障害者福祉として普遍化を目指していると考えられる。

韓国においては、施設サービス雇用支援は法的に別の枠組みとなっており、日本の自立支援法による一括判定とは状況が異なっていることや、企業の役割、介護保険を利用した制度に上乗せした障害者福祉制度が存在している。

表9 日本と韓国の障害者福祉サービスにおける支給プロセスの比較

対比項目	日本の支給プロセス	韓国の支給プロセス
障害の定義	身体障害者福祉法、知的障害者福祉法、精神保健福祉法、児童福祉法に基づく3障害。	2008年障害者福祉法第2条の定義に基づく身体障害（外部障害、内部障害）と精神的障害（知的・精神・発達障害）
障害程度区分	認定調査に基づくコンピュータ判定、及び市町村審査会の結果に基づき、障害程度6区分の認定を行う。	国の障害者審査センターSW等専門職によるコンピュータ判定。障害程度分類ではなく、障害等級と個々のニーズを勘案しサービス提供。
市町村審議会	委員は、市町村長が任命する、障害者等の保健又は福祉に関する学識経験者	現在は存在しているが今後障害者審査センターに一元化
総合相談	市町村窓口。地域生活支援事業に基づく総合相談事業。 障害に対応して、市町村障害者生活支援事業、療育等支援事業、精神障害者生活支援センターが相談窓口として存在。	区市町村窓口。区市町村SWや福祉サービス提供機関SW、その他、情報提供機関、障害者団体の相談窓口がある。
アセスメント	程度区分に基づき利用可能なサービス項目が決定され、その上でニーズ・アセスメントが行われる。家族の負担などは、同一様式の中で勘案する。	障害等級と家族等のニーズに基づきして実施。障害者審査センターSWのアセスメント
ケアプラン	ケアプランは必須ではなく、障害者が必要とされる項目について受給者証に示される。	ケアプランは、障害等級とニーズに応じ支給量が設定されている範囲以内のケアプランが提供機関SWが個別に作成する。
苦情処理	行政不服審査法。 施設サービス等では、苦情解決、第三者委員等。	再審査請求と行政審判法。 施設サービス等では、区市町村SW、障害者団体

[参考文献]

障害者差別禁止法日韓セッション資料〔2007〕（韓国障害者差別禁止実践連帯、日本障害フォーラム）

韓国障害者福祉法〔2009〕（韓国平沢市キムカンヒョン）

萩原康生「アジアの社会福祉」放送大学教育振興会2006年発行

川崎医療福祉大学vol.18.NO.1 22008 竹並正宏「韓国の障害者福祉の今後の展望と課題」

6) 韓国の一覧表

韓国								
プロセス		図番号	Qestion	Answer	そのプロセスの背景にある考え方	国のガイドライン	追記	
申請		①	申請は、どこにするか	区市町村担当課に行うが、家庭訪問により受理調査(予備調査的側面)を区市町村のソーシャルワーカーと看護師が行う。しかし、多くの区市町村は国の年金公団(障害者審査センター)に同行を求め同時調査にしている。医師の意見書・認定調査書・申請書を障害者審査センターに障害登録認定調査依頼請求を行う	身体障害等に関してはセルフアセスメントが存在しているが知的障害等に関しては家族のニーズが比較的優先されている。国の機関を「保健福祉家族部」としているのも障害者単独の視点より、家族も含めた福祉サービスとしている。	障害福祉法		
インテーク		②	インテークを誰が、どのように行うか インテークする人の専門性・資格	自治体のソーシャルワーカーが、家庭訪問により、サービス利用の意向について聞き取り調査を行う。(20項目の調査)				
アセスメント	自治体	利用者へのアセスメント	③	アセスメントを、誰がどのように行うか			国の組織である年金公団の障害者審査センターのソーシャルワーカー、看護師で構成されるチームが障害程度区分の判定を行う。知的障害は、知能検査とGAF得点(DSM-IVの全体的機能尺度)、精神、発達障害は、ICDとGAF得点で決定する。	
			利用者本人によるセルフアセスメントは、どのように行われているか。 アセスメントの決定に携わる人、あるいは組織	現時点では行われていない。アセスメントの決定は本人、家族、障害者審査センターのソーシャルワーカー福祉サービス提供者などのケア会議により決定				
	介護者へのアセスメント	介護者へのアセスメントは、誰が、どのように行うか アセスメントする人の専門性・資格。決定に携わる人、あるいは組織	区市町村ソーシャルワーカーと障害者審査センターの訪問認定調査ソーシャルワーカーの同行調査と申請者との面接調査によりニーズの明確化が計られている					
	アセスメントにおける国の指針	④	国による全ての自治体を実施すべきアセスメントを行っているか	アセスメントはすべて、国の機関である年金公団の障害者審査センターのチームによって行われる。				
支給決定			どのような組織が、どのようにして、サービスの支給決定を行うか	特別級(重複障害や特別な支援を必要とする人)				
ケアプランの作成	作成	⑤	ケアプランは、誰が、どのように行うか	利用契約事業所のソーシャルワーカーが福祉サービス利用者の「パウチャーカード」の支給量に相当するケアプランを作成する。				
			直接サービスを受けるときの、配慮点	サービスについて利用者の自己管理(Self-directed support)が尊重される。				
			現金を受け取る(ダイレクト・ペイメント)が行われているか。 知的障害者にも行われているか。	「パウチャーカード」による現物給付				
ケアプランの実施		⑥						
アセスメントの見直し(レビュー)		⑦	見直しは、いつ、どのように行われるか	原則3ヶ月、6ヶ月、1年、				
不服申し立て			支援プロセス内で不服がある場合、どこに申し立てるか。 その回答にさらに不服がある場合、どこに申し立てるか。	認定結果に疑問がある場合は、再調査・再審査が行われ、一ヶ月以内に結果報告有り。それでも解決しない場合は不服申し立てを判定委員会に対して行う				
今後の方向			今後、どのような方向に進むか	現在の障碍人福祉法で福祉サービスを提供しているパーソナルアシスタント支援を次年度「障碍人活動支援に関する法律」制定を進めており、施設支援サービスと活動サービスを福祉サービスと位置づけ、就労支援サービスは労働法に位置付いたサービスとするか検討している。				

(5) オーストラリア連邦

1) オーストラリア連邦

①オーストラリアの概要

オーストラリアは、米国同様の連邦制国家（Commonwealth of Australia）であり、連邦政府とニューサウスウェールズ州、ビクトリア州、クィーンズランド州、南オーストラリア州、西オーストラリア州（WA）及びタスマニア州の6つの州と北部特別地域及び首都特別地域の2準州の州政府から成る。州政府の下には、市町村などの約656の地方自治体がある（2006年4月現在）。

総人口は2,100万人（2007年6月末現在）、日本の約20倍の国土面積を有する。WHO2007によると平均寿命は、男性79.0歳、女性83.7歳で、国民全体では日本に次ぎ81.4歳と世界第2位の長寿国である。高齢者人口（65歳以上人口）は270万人で、総人口に占める65歳以上人口の割合を示す老年人口割合（高齢化率）は13%となっている。この数値は、10年前（12%）より1ポイント増加しており、2036年には、630万人と24%に達することが見込まれている。

オーストラリアの65歳以上の高齢者の中には、アボリジニ等の原住民が0.5%含まれているほか（国民全体ベースでは2.5%）、35%が海外で出生している移民大国でもある。（2006年現在）。

オーストラリアの障害者人口は、オーストラリア統計局（Australian Bureau of Statistics: ABS）による障害、高齢、介護者調査（Survey of Disability, Aging and Carers: SDAC）によると、2003年には、全人口の20%（390万人）が障害をもつ。そのうち、260万人の障害者は65歳以下（65歳以下の全人口の15%）である。常時、あるいはときどき身辺のケア、移動、コミュニケーションで援助を必要とする人は120万人（65歳以下だけに限ると70万人である）。

身辺のケア、移動、コミュニケーションで援助を必要とする人が、どのような援助を受けているか、という調査では、約65%が家族や友人からの公的経費と関係のない援助を受けている。家族や友人からの援助と公的援助の双方を受けている人が26%、公的援助だけを受けている人が3%。援助を提供されていない人が6%であった。

②オーストラリアの障害者制度の歴史

1961年、オーストラリア障害者リハビリテーション協会（ACROD）結成、その後各州、準州に支部が結成、全豪中央組織体になっている。1971年、国連、障害者の権利宣言、1975年障害者の権利宣言の署名国になる。1970年代にそれまで中心に居座っていた施設福祉から、障害者の社会参加を積極的に進め、地域ケアを重視するようになった。1983年、障害者インターナショナル設立。1985年在宅・地域ケア事業（HACC：Home and

Community Care Program) が開始され、介護者も支援対象者となる。1986年、全豪障害サービス法 (the Commonwealth Disability Services Act) 成立。地域社会生活を前提とした一人ひとりのニーズと希望に対応したサービス、利用者主体の新しいモデルが打ち出された。入所施設の規模を縮小することと保護授産所を地域社会の雇用に変えていく方針が出される。1991年、連邦・州政府間障害者協定 (CSDA) によって、連邦政府は雇用就労と所得保障、州政府は、家族支援、リクリエーション、地域社会資源の利用、居住サービスの支援の責任を担うこととされた。権利擁護サービスと調査研究の資金供給は連邦政府、州・準州政府の共同責任とされた。協定は、それ以後の利用者のニーズ十分に取り上げていないことがわかり、1998年、2003年に見直され、2009年には全豪障害条約 (NDA) に変わった。1992年に障害者差別禁止法 (DDA) を制定している。

③障害者支援に関する連邦政府と州・準州政府の役割

A. 連邦政府所管の所得保障

- 1) 障害年金 (disability Support Pension) 受給者数、給付額から最も重要な給付金である。資産調査がある。受給者約73万人が給付され、給付総額は60万人 (2008年)
- 2) 移動手当 (Mobility Allowance) 雇用、職業訓練、無償 (voluntary) 労働、求職活動などの移動に関する手当。受給者約3万5000人 (2000年)
- 3) 疾病手当 (Sickness Allowance) 病気、傷害、障害のため仕事あるいは学習活動を一時停止しなければならない状況で給付される。受給者約1万人 (2000年)
- 4) 介護者支給金 (Carer Allowance) 家庭で、重度あるいは慢性疾患にある児童、成人を介護している者に支給される。介護者支給金の資格要件の判定には評価ツールが用いられる。受給者約42万人 (2008年)
- 5) 介護者手当 (Carer Payment) 連邦政府の所得援助を受けている人を6ヶ月以上、常時ケアをしている人への所得援助。受給者約4万人 (2000年)

その他、優遇カード (Concession Cards) 制度では、光熱水道費、市営料金、交通関係費 (公共交通、タクシー補助、自動車登録、免許料などが割引になる。

B. 連邦・州政府障害者協定 (CSTDA) による障害者支援サービス

就労サービスは連邦政府が所管し、州政府は居住サービス、地域生活援助、コミュニティアクセス・サービス (地域社会参加促進)、レスパイトケアを所管する。

このサービスを受けた人は、2000年の調査をした日で見たと、6万2,341人で、その60%が知的障害、12%が身体障害、9%が精神障害である。2003-2004年度では、この障害者支援サービスの総支出は、32.8億ドルで、半分以上は州政府が支出する居住サービスに用いられている。

サービスの種類とそのサービス受給者は以下の通りである。

- 1) 居住サービス (Accommodation support) 規模の大きい入所施設を閉鎖し、地域生活

が可能にする施策を明確に打ち出しており、グループホーム、ホステル、付き添いケア、訪問サービス（drop-in Support）などを充実している。居住サービスの利用は2000年に全体の34.3%をしめ、その中でも、グループホームを利用した人がもっとも多く、45%を占めている。2007年には全体の48%となる。

- 2) 地域生活援助（Community Support）早期療育、リクリエーション、休日プログラム、治療（OT、ST、PT）、行動療法、家族・個人ケースマネジメント、カウンセリング、セルフヘルプ・グループ。2000年に全体の27.3%、2007年に42%となる。
- 3) 地域社会促進援助（Community Access Service）学校卒業後のオプション、継続教育、自立生活訓練、成人教育センター。2000年に全体の23.5%、2007年に22%になる。
- 4) レスパイト・サービス自宅でのレスパイト、センターでのレスパイトなど。2000年に全体の4.2%
- 5) 雇用就労支援 2000年に全体の27.9%、2007年に37%になる。
- 6) その他 サービス評価、訓練、調査開発など

その他の障害者支援サービス

- 1) 65歳以上の高齢者サービスのナーシングホーム、ホステル等の施設に主には50～64才の障害者が約6,000人、居住している。（2000年）これは脱施設化の問題でもある。
- 2) 高齢者と障害者を対象とした、在宅・地域ケア事業（HACC）では、ホームヘルプ、家屋維持、訪問看護、給食サービス、移送と買物援助、パラメディカルサービス、相談援助などがなされているが、利用者の障害者の割合は、全豪で19%である。

これらのサービスは地方自治体、民間、NPO団体などによって提供されており、その補助金は連邦政府が60%、州政府が40%を拠出している。

- 3) リハビリテーションおよび補装具

雇用就労の維持、雇用就労に戻すことを意図したりリハビリテーション・サービス又聴力障害、コミュニケーション障害の人へのサービス、医療補助具への補装具サービス

C. 一般の人を対象としたサービスの中で受けるサービス

- 1) 保健サービス

国民全員を対象としたメディケア制度があり、公立病院での入院医療費は無料、外来は15%が自己負担である。

- 2) 教育

障害のある児童9万7,546人のうち、約8割が公立学校へ行き、その内の81%が通常の学校（メインストリーム）に通う。2割は私立学校で91%が通常の学校に通っている。

- 3) 雇用就労支援

求職者のアセスメントと雇用就労支援は、連邦政府機関のセンターリンク（Centrelink）が行っている。障害者は、連邦・州政府障害者協定（CSDA）による障害者雇用就労サ

ービスに照会されるが、軽度の障害者は、ジョブネットワーク（Job Network）へ照会される。

4) 住宅

公共住宅に障害者の優先割り当てシステムがあり、連邦政府の家賃補助を受けている世帯の17%（15万71689人）は障害年金の受給者であった。（2000年）

2) 西オーストラリア州

①西オーストラリア州の概要

西オーストラリア州は、右の地図で最も西にある色の濃い部分である。



西オーストラリア州（人口223万人（2009年）、その内70%は首都パースに住む。面積はオーストラリアの三分の1で253万km²、日本＝38万km²の6倍、主要産業は鉱業、農業）には、地方自治体が116ある。その人口別内訳は、1万人以下が79、1万～4万人が25、4万～10万人が10、10万人台が2である。

障害者（定義は下記参照）は、40万人（人口の20.6%）。その内、重度、最重度の人（生活に必要な活動をするのに大きな制約がある人、家族や友人から理解されにくい人、非言語のコミュニケーションをする人）が11万人（人口の5%）。11万人のうち、65歳以下の人が71,600人である。

②西オーストラリア州を研究対象として選択した理由

西オーストラリア州の選択理由は、下記に述べる地域コーディネーター（LAC）の役割がサービス支給決定のプロセスを経済的、かつ質の高いものに行っていることに着目したからである。

スコットランドはこの制度を導入し、ニュージーランドも導入することが決定された。西オーストラリア州のサービスは、オーストラリアで最もお金のかからない、最もいい生活を提供しているといわれている（ニュージーランド政府報告書LOCAL AREA COORDINATION 2009 p.1）。

地域コーディネーター（Local Area Coordinator：LAC）の役割と活動

1980年代、パース近くのアルバニー（人口25,000人）の港田舎町で知的障害児へのサービスがないために、児童が都市部の施設に入所していた。児童を町でケアするために地域コーディネーションの制度が作られ、この制度が西オーストラリア州、全土に広まった。スコットランド政府は西オーストラリア州の地域コーディネーター（LAC）制度を2002年か

ら徐々に取り入れた。ニュージーランド政府は、現在取り入れを積極的に検討している。

西オーストラリア州の地域コーディネーターは115人（2009年）。一人の地域コーディネーターが40人～65人のクライアントを担当している。

活動内容は、通常のソーシャルワーカーの専門性が、ニーズを聞いてサービスを調整するケアマネジメントを中心とするのに対し、地域コーディネーター（LAC）は、「どういう生活をしたいですか?」と聞くことから始め、その人に合った融通の利く、すぐ対応できる支援を行い、ケースの解決に専門家ではない家族、友人、知人など地域の人の力を借りたり（natural support）、福祉、就労、保健、住宅、教育などその地域のすべての社会資源に関わって地域社会が障害者を受け入れる力をつける（Community Capacity Building）活動をしながら進めている。

*2003年の調査では、障害サービス局（DSC）のコーディネーター事業に関する調査では、コーディネーター制度により利用者は、より自分のニーズにあった多様なサービスを選択できる。情報や支援を得たいときにコーディネーターに連絡すれば済む（ワン・ポイント・コンタクト）などの利点が挙げられ、よいコーディネーターの条件は、利用者とのよい関係（positive relationship）をもつことであるとしている。しかし、一人のコーディネーターがもつケース数の多さ、給料の問題、中には情報をあまり知らない人がいる等の問題も指摘された（Carmel Laragy 2008）。2008年の調査でも、利用者は、地域コーディネーター（LAC）との関係に概ね満足し、生活がよい方向に変化したと述べている。地域コーディネーター（LAC）が利用者とのよい関係を保つには、誰とでも仲良くやってくれる性格、クライアントに対して偽りのない関心をもってくれること、理解してくれること、支持的な態度をもつこと、クライアントの生き方、目標に賛同してくれることなどの意見が出ている。地域コーディネーター（LAC）の離職率は少ないが、引き継ぎの難しさにも触れている。

障害認定や支給決定の段階でも、障害者は、自分の地域コーディネーター（LAC）に援助を求め、彼らと共に、申請書を作成するため、日本のような家庭への聞き取り、第二次審査会はもっていない。

また、障害者が自分の生活を選択、決定、構築しやすいようにというダイレクト・ペイメントは、地域コーディネーター（LAC）の支援もあって、西オーストラリア州では1988年知的障害者を対象として始まり、現在では「レスパイトサービスと治療」をのぞくすべての領域で重度の人だけではなく、障害者、家族、ケアをする人を対象に行われている。

③西オーストラリア州における障害の定義と支給決定プロセス

障害者の社会サービスは、障害サービス局（Disability Services Commission : DSC）が管轄している。障害者サービスの基幹となる法律は、障害サービス法（The Disability Service Act 1993）である。

1) 障害の定義

障害とは、知的、精神、認知（cognitive）、神経、感覚、身体の医学的な損傷（impairment）

が長期にわたって続き、慢性的あるいは再発的な状況にあって、損傷が、意思の疎通（コミュニケーション）、社会的活動（social interaction）、学習、移動のいずれかの能力低下をひきおこすために日常生活に支障を来たし、継続して支援のサービスを必要とするものである。

注* 長期にわたって続く＝リハビリテーションをしても続く

* 能力低下のために支障をきたし＝普通の人と比較して。その人が損傷を受けた前の状態と比較して、ではない。

* 精神障害は、上記の障害との重複障害でない場合は、保健部が扱う。

損傷（impairment）があっても、日常生活の活動や決定に支障をきたさなければ、障害認定されない。（Eligibility is not only about the presence of impairment but how this affects the person's ongoing capacity to undertake daily living tasks and make decisions.）

3) サービス支給決定のプロセス

サービス支給決定プロセスは、サービスの内容によって、以下の二つの異なる手続きを経る。

① 西オーストラリア州の障害サービス局（Disability Services Commission: DSC）

が直接審査するサービス支給決定プロセス

住宅、就労に代わる日中活動・家族支援のサービスについては、障害が重度・最重度の人、知的障害・自閉症の人を対象として州の障害サービス局（Disability Services Commission: DSC）が審査、決定を行っている。（図5）

この場合の支給決定のプロセスは、大別すると2段階しかない。第一段階は、申請者が申請書（CAP）に記入する。申請書の内容は、それだけで評価に耐えるように専門職の人が援助する。

第二段階は、申請書類を資料として、委員会が申請者の中で誰のどのサービスを優先するか決定する。

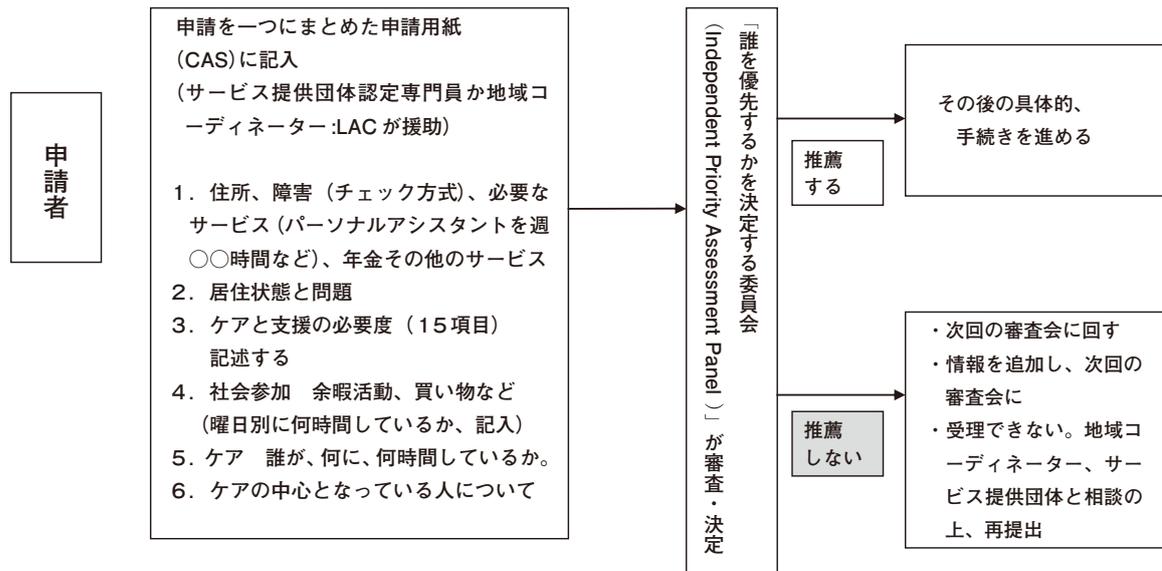


図5 西オーストラリア州の障害サービス局 (Disability Services Commission: DSC) が直接審査するサービス支給決定プロセス

第一段階 申請と評価

申請時に申請資格があるかどうかを地域のコーディネーターか障害関係団体の援助で確認する。地域社会のさまざまなサービスで対応できる場合は、それを優先するのが原則である。

申請者は、申請内容を地域コーディネーターやサービス提供団体認定専門員の援助をうけながら申請書に記入する。申請書はすべての障害の人に共通である。以前は、申請書は申請の内容等によって異なっていた。何通も書くという不便を除くために、住宅、就労に代わる日中活動、家族支援のどのサービスにも使える統一申請用紙 (Combined Application Process: CAP) を作成し、申請書を一本化した。これは46頁からなる。申請書以外の情報を、その後を求めることがあるが、この申請書をもとに、サービス支給決定が行われる。申請書が重要と思われるので、申請書の内容を詳しく述べる。

統一申請用紙の内容

A. 個人情報

オーストラリア人であることの確認、収入、障害の種類、望む支援とその量 (週あたりの時間数、そのための年間経費 (これは地域コーディネーターなどが記入)、受ける予定のサービスを誰が管理するか、コンタクトパーソン (自分を担当している地域コーディネーターあるいは障害局認定の障害者団体)、申請者とコンタクトパーソンの署名

B. 居住に関する現況

- ・誰と住んでいるか。

選択項目：(一人で、家族と、里親と、ホストファミリーと、支援者と、友達と、その他)
一人で住んでいない場合は、一緒に住んでいる人の名前、年齢、関係を記入。

- ・どのような住居で住んでいるか。

選択項目：(自分の家・アパート、障害者のグループホーム・ホテル、下宿、ナーシングホーム・病院、リクリエーション施設、レスパイト施設、緊急避難の施設、刑務所、トレーラーハウス、ホームレス・住居がない・一週のうちを転々とする)

- ・住居は、一定期間だけのものか。NoかYesか： Yesの場合

過去住んでいた期間：選択項目：(一ヶ月以内、1-3ヶ月、4-6ヶ月、7-12ヶ月、一年以上)

これから住める期間：選択項目：(一ヶ月以内、1-3ヶ月、4-6ヶ月、7-12ヶ月、一年以上)

- ・現在、住んでいる住居で問題が起こる、あるいは住めなくなる危険があるか。NoかYesか： Yesの場合は自由記述。

C. 支援のニーズ

- ・自分一人で、どの程度、やれるか。【表に記入】

行項目：(車いすからベットへの移動・移乗等、移動、シャワー、トイレ、食べる、着脱衣、服薬、簡単な食事の準備、テレビをつける・寝室をきちんと片付ける、洋服をしまう、公共交通機関の利用、買い物・映画・喫茶店などにいく、他人とうまくつきあう、自分の安全を守る、金銭管理、自分で決める) 列項目：(自分でできる、ときどき援助あるいは指導・見守り (supervision) が必要、全面的な援助が必要)

- ・ニーズが変化することがあるか。NoかYesか： Yesの場合、どのように変化するか、その変化によっておこる影響について自由記述。

- ・他の人がコミュニケーションをとろうとしてくるときに、その人の言うことが理解できるか。選択項目：(いつもできる、会話は大体できる、簡単な指示だけわかる、単語だけわかる、まったくわからない)

- ・あなたは他の人とコミュニケーションをとることができるか 選択項目：(自分の知らない人でもわかってもらえる、知っている人ならわかってもらえる、自分の要求を知らせるコミュニケーションの補助機器を使っている、音や声をだして相手にわからせられる、理解してもらうことはまったくできない)

- ・現在受けている介護や支援は安全か。NoかYesか： Noの場合、危険を感じたり、危害を加えられる恐れについて自由記述。安全でないために、誰かが見てくれるとしたら、どの程度みてもらいたいか。選択項目：(時々、かなり頻繁に、いつも)

- ・あなたの行動や、介護のために、他の人がリスクを負ったり、危害を受けることがある

- か。NoかYesか： Yesの場合、危害を受ける人は誰か、どのようにして危害を蒙るか、どのくらいの頻度で危害を被るかについて自由記述。
- ・一人でいておかれても大丈夫か NoかYesか： Yesの場合の選択項目：（2時間以内、3-4時間、5-6時間、7時間以上）
 - ・糖尿病の血圧管理、特別な食事の維持、発作の管理、服薬など、医療的なケアが必要か。NoかYesか： Yesの場合は自由記述。
 - ・特別な食事に関する特別な配慮、NoかYesか： Yesの場合は自由記述。
 - ・車いす、ホイスト（リフト）、補聴器などの補助機器の使用、NoかYesか： Yesの場合は自由記述。
 - ・現在は、使用していないが、あれば介護者に負担をかけないような機器、例：届かない物をたぐりよせる（reacher）、特別仕様の車いすなど。
 - ・介護の際に考慮しなければならない持病があるか、例：心臓、意識を失う、糖尿など。NoかYesか： Yesの場合は自由記述。
 - ・精神衛生上、特別なケアが必要か、NoかYesか： Yesの場合は自由記述。
 - ・行動上、特別なケアが必要か、NoかYesか： Yesの場合は自由記述。
 - ・その他の、薬物、アルコールなどで特別なケアが必要か、NoかYesか： Yesの場合は自由記述。
 - ・夜間のケアが必要か。例：服薬、夜間の寝返り、目を覚ましたときの対応など。NoかYesか： Yesの場合は自由記述。
 - ・医者や銀行など、一人で予約した所にいけるか。NoかYesか： Yesの場合は自由記述。

D. 地域社会への参加

外での活動をどのくらいしているか。【表に記入】

1週単位で記入。4週間の平均をめどとする。

列項目：月曜日から日曜日

行項目：

- ・公的な活動（学校、職業専門学校、大学、会社、会社に代わる日中活動、リハビリテーション）
- ・社会的な活動（スポーツやレクリエーション、障害のある人のスポーツやレクリエーション、友達と会う、家族を訪問、教会に行く、買い物、映画・趣味関係の場所に行く、ボランティア、その他・・・自由記述）
- ・上の活動をするときの交通機関を使うか。例：介護者やボランティアの車、バス、タクシーなど）NoかYesか： Yesの場合は自由記述。
- ・上記の活動のうち、来年終わるものがあるか。NoかYesか： Yesの場合はその時期、理由を自由記述。
- ・今はできないけれど、してみたい活動があるか。NoかYesか： Yesの場合はその理由、

活動に参加できない場合の問題を自由記述。

E. 介護と支援の計画

家族と友人からの支援

- ・誰が介護、支援をしているか。どの程度、何時間【表に記入】
列項目：(主たる無給の介護者、その他の無給の家族、それ以外の無給の家族)
行項目：(氏名、本人との関係、週あたりの介護時間(昼間：am7:00-pm7:00)、週あたりの介護時間(夜間：pm7:00- am7:00))
- ・他人からの支援【表に記入】
列項目：(学校、職業専門学校、会社、リハビリテーション、会社に代わる日中活動、家庭で有給支援者といるとき、レスパイトサービスで家から出ているとき。レクリエーション・スポーツ・余暇・社会的活動、グループホーム・ホテル、その他の場所)
行項目：(介護を提供する個人・団体の名前、週あたりの介護時間(昼間：am7:00-pm7:00)、週あたりの介護時間(夜間：pm7:00- am7:00)、週あたりの援助に対する支払額、支払金の出所(家族、障害サービス局、在宅・地域ケア事業(HACC))
- ・上記の支援のうち、次年度終了が予定されているものがあるか。NoかYesか： Yesの場合は自由記述。
- ・現在、すでに受けている介護・支援に加えて、さらに介護・支援を申請する理由。
選択項目：(①介護・支援のニーズが変わった→なぜ、どのように変わったかを記述。②環境が変わったため→その変化を記述(例：離婚した、失業した、家を引っ越した、所得状況が変わった、学校を卒業した、ホームレスになった、等)③受けていた支援が使えなくなった→何が、なぜ、使えなくなったかを記述。④その他)
- ・今回の申請以外に、なんらかの方法で新しい介護・支援を得ようとしたことがありますか。NoかYesか： Yesの場合は「したこと」を記述。

F. 主たる介護者について

オーストラリア国には英国と同様、介護者にもそのニーズに応じた支援が行われるため、ここで調査を行う。本研究、障害者サービス支給決定プロセスとは、直接的な関係にないために、その概要のみを述べる。

主たる介護者とは、サービス団体からの有給職員、短期のフォスターケアなどは除く。

調査項目は、主たる介護者であった期間、主たる介護者が他の障害者をみている場合は、その関係、理由などを記入、介護者に障害がある場合は、その障害による障害者への介護・支援への影響について記入、介護・支援するときのその他の問題(精神的問題、アルコール、家庭内暴力など)についての記入、介護上で他の人や団体から支援を受けている状況について記入、介護のために精神的、身体的悪化等の問題があれば、それについて記入、障害者への介護が他の家族の生活に影響を及ぼしていることがあれば、その内容を記入、介護・

支援を続けることができるか、できない場合はその理由を述べる。

第二段階 優先順位の決定

申請書記載事項以外に資料・情報が必要な場合、それらが収集され、「優先順位決定委員会 (Independent Priority Assessment Panel : IPAP)」に送られ、その審査によって、サービス受給者が決定される。

優先順位決定委員会 (IPAP) のメンバーは5人。

- ・ 障害のある本人
- ・ 障害者の家族
- ・ サービス提供団体 (NGO)
- ・ 権利擁護団体
- ・ 州の障害サービス局の委員

である。

議長には議決権はない (大学教員などがすることが多い)。委員会の委員が公正に評価できるように、委員は研修を受ける。(どのくらいの人が、どのような研修を受けるかは不明) 一つの委員会で5人の委員が出席し、委員は次の委員会で交替する。委員会は年3回開催。委員会開催毎に、公表されるその時の予算額に対応して、サービス利用者数が決まる。CAPの応募者数、利用決定者数は委員会終了後、一般に公表される

第三段階 決定後の対応

上記の優先順位を決める委員会は、年に3回開かれ、その都度、使用できる予算額が提示される。サービスを利用できる人は、利用の手續きに進むが、利用できない人は、次回の委員会に再提出となる。また、会議で他のサービスが妥当とされた場合には、その他のサービスを利用する。

②サービスプロバイダーに所属する認定専門員によるサービス支給決定プロセス

上記の、西オーストラリア州の障害サービス局 (Disability Services Commission: DSC) が、直接、審査するサービス以外のサービスは、サービスプロバイダーに所属する認定専門員によって行われる。(図6)

二. 5カ国における障害者に対する支給決定のプロセス

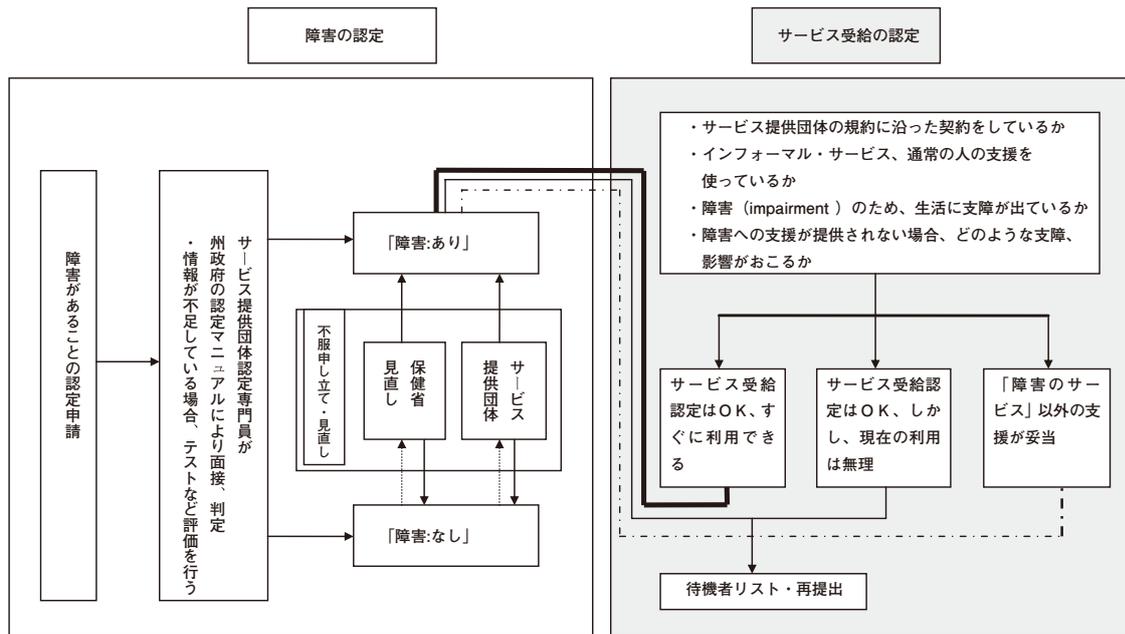


図6 その他のサービス支給決定プロセス

「障害の認定」と「サービスを受給できる認定」は、別である。

これらの認定については、障害サービス局 (DSC) からのガイドライン (Guidelines Eligibility Policy for Specialist Disability Services 2010) による。ガイドラインでは、情報収集を、本人からの聞き取り、家族や本人にとって重要な人々からの聞き取り、保健、教育関係者からの情報、関連する医学的情報から得るが、聞き取りは最小限、必要な情報だけにとどめることを強調している。また、これについての関連機関への文書依頼の例などもガイドラインで記載している。

サービス提供団体 (プロバイダー) の認定専門員が、障害認定、サービス認定をするときに役立つ聞き方を障害サービス局 (DSC) が下記の18項目でまとめている。(ガイドライン添付資料より)

- ・知的、認知、神経、感覚、身体、あるいはその重複した障害 (impairment) があるか。
- ・サービスを受けて、どのようなことを変えたいと思っているか
- ・申請に来たニーズは何か
- ・支援の申請にきた直接のきっかけは？例：環境の変化、生活を変えなければならない時期になった。
- ・診断書を持っているか。障害の内容が書かれているか
- ・予後はどうか。診断書に書いてあるか
- ・過去に、医学的、教育学的な評価を受けたことがあるか。その結果は？

- ・この障害 (impairment) はどのくらいの期間続いているか
- ・障害のために福祉機器を用いているか。その効果は？
- ・損傷 (impairment) のために、**身辺自立** (食べる、入浴、シャワー、着脱衣、衛生、トイレ) に問題が生じているか
- ・損傷 (impairment) のために、**自己管理** (社会的理解、行動、安全、お金の管理、突然起こる状況への対応、危険から身を守る、日や週、年の理解) に問題が生じているか
- ・損傷 (impairment) のために、**移動** (身の回りの活動、家事や地域社会の活動の際の移動) に問題が生じているか
- ・損傷 (impairment) のために、**コミュニケーション** (自分の要求や意見、感情を伝える、指示に従う、知人や知らない人に援助を頼む) に問題が生じているか
- ・損傷 (impairment) のために、地域社会で生活するための支援の評価を受けているか。どのようなサービスをどのくらい受けているか
- ・過去に、町 (the local council) やサービス提供者から、なんらかのサービスをうけていたか。どんなものか。
- ・家族や友達など、インフォーマルな支援を受けているか。どんな支援を誰からうけているか。その支援は今後も続くものか。
- ・そのような支援が有れば、家族からのケアが持続するか
- ・本人のニーズは、高齢化の問題と関係していることはないか。

提供できるサービスには限りがある。誰を優先するか。

上記、(1) 西オーストラリア州の障害サービス局 (Disability Services Commission: DSC) が、直接、審査するサービス支給決定プロセスでは、利用者の優先順位は、優先順位決定委員会 (IPAP) によって決められるが、サービスプロバイダーに所属する認定専門員によるサービス支給決定プロセスの優先順位は、利用申請者間の比較し、以下の指標を参考にして優先順位を決定する。

- ・家族、介護者、あるいは支援の地域ネットワークがその支援によってどの程度、強まるか
- ・その支援によって、本人や家族、ケアする人、それを取り巻く地域社会の安全、よい生活 (Wellbeing) が確保できるか
- ・本人の生活状況、社会や地域の状況を考えて、その人の生活に障害による不利な状況が見られるか
- ・今、支援しないと、障害の影響が広まり、将来さらに多大な支援しなければならないリスクが予想される
- ・専門家によるサービスを提供しない限り、本人の生活状況、QOLが良くならない

4) 西オーストラリア州における特徴と我が国のプロセスとの比較

①地域コーディネーター（LAC）の配置と日本の状況

西オーストラリア州の選択理由でも述べたように、地域コーディネーター（LAC）の配置がサービス支給決定のプロセスでも大きな位置を占めている。

地域コーディネーター（LAC）は、1996年（平成8年）の障害児者地域療育等支援事業の地域生活支援事業（コーディネーター事業）に発足した事業と似ている。この事業では、人口15万人あたり身体、知的、精神障害、3人のコーディネーターが割り当てられた。当時、コーディネーターの役割に就いた多くの人々が、障害者を受け入れる地域を目標として、グループホーム、就労支援などの事業と関連して「地域資源を開拓」していた。この動きは、上記の西オーストラリア州のコーディネーターとよく似ている。

しかし、2003年（平成15年）事業は一般財源化に移行し事業計画は中断された。もしも、コーディネーター事業が現在まで存続したと仮定すると、総人口1億2,770万人に対して2,553人のコーディネーターがいることになる。本研究の支給決定のプロセスにおいても、これらのコーディネーターは、西オーストラリア州と同様に活躍し、支給決定は、より経済的に、かつ、本人主体の理念を取り入れ、地域社会の人々の理解の上で行われた可能性も考えられる。

事業の目的の一部は、障害者自立支援法で市町村障害者生活支援事業の障害者相談支援事業として継続している。しかし、平成15年の厚生労働省調査では、事業の担当者数は、市町村障害者生活支援事業では職員250人、地域療育等支援事業にすぎない。

西オーストラリア州の地域コーディネーター（LAC）は、210万人の総人口に対し115人。人口15万人あたりにすると、8人、となる。

②サービス支給決定のアセスメント（評価）について

西オーストラリア州では、自治体職員が行う日本における家庭への聞き取りや、第二次審査会がない。州の障害サービス局（DSC）が直接、支給決定の判断をする場合は、その二つのプロセスは、上記に詳述した「統一申請用紙（Combined Application Process：CAP）」の申請書で済んでいる。申請書は、上記に詳述したように46頁からなる大部のものである。この作成には、地域コーディネーターか、サービス提供団体が援助して作成できる、としており、その書類を専門家と作成することが重要になっている。

サービス提供団体の認定専門員が決定する場合には、州の障害サービス局（DSC）のガイドラインによる。

③サービス支給決定の優先順位の決定プロセスについて

日本では、第二次審査会で意見を聞き、地方自治体が要支援度を決定する。

西オーストラリア州では、要支援度のような等級、ランクの制度がない。

州の障害サービス局（DSC）が直接、支給決定の判断をする場合は、「優先順位決定委員会（Independent Priority Assessment Panel：IPAP）」のメンバー5人のうちの4人、障害のある本人、家族、権利擁護団体、サービス提供団体が、州の障害サービス局以外から参加していることも西オーストラリア州の特徴であるように思える。委員会はサービスにかかる経費の総額を国民に提示した後で、その総額内の決定を行う。

どのように決定したか、という経過について開示すべきだという意見があるが、委員会では開示するとそれに沿って申請するなどの偏りが出るという理由で現在は開示していない。

サービス提供団体の認定専門員が決定する場合には、州の障害サービス局（DSC）のガイドラインによる。

表10 日本と西オーストラリア州のサービス支給決定プロセスの比較

対比項目	日本の支給プロセス	西オーストラリア州のプロセス
障害の定義	身体障害者福祉法、知的障害者福祉法、精神保健福祉法、児童福祉法に基づく3障害。	身体・精神機能の欠損（impairment）があっても障害ではない。 そのために生活に支障が出て、支援を必要としている状態が障害であることを強調している。
聞き取りと評価	市町村職員の聞き取り+第二次審査会	障害のある人を支援してきてよく知っている人（コーディネーター、サービス提供団体のうちの認定専門員）が、本人や本人をよく知っている人と話し合いながら、資料を作成する。したがって、特に聴き取りをしたり、5人が集まって会議をもつ必要がない。
障害程度区分	認定調査に基づくコンピュータ判定、及び市町村審査会の結果に基づき、障害程度6区分の認定を行う。	障害程度区分の概念は、ない。 本人主体の理念が強く、本人が望む生活を実現するための支援と述べる。
市町村審議会	委員は、市町村長が任命する、障害者等の保健又は福祉に関する学識経験者。聞き取り後、再び、5人で第二次評価を行う	障害程度区分がないため、障害のある人が、その区分のどこに入るか、ということは考えないでよい。サービスが本当に必要かどうかは、十分な資料をもとに自治体職員の専門家か優先順位決定委員会（IPAP）」で決定する。
家族への支援		主たる介護者についても障害のある人と同じようにニーズ調査があり、サービス支給決定を受けて、支援される。

5) 現在のプロセスへの意見・批判、将来の方向性

現在のプロセスへの意見、批判については、調査できなかった。

西オーストラリア州では、現金による支援（Direct Funding）で、2010年には1,500人が1千万ドル（10億円）を使用している。20年前の地域コーディネーターができた頃は、現金による支援は少なかったが、その後増え、現金給付のマネジメントも利用者本人からサービス提供団体によって行われるまで多様である。

現在、レスパイトサービスと治療以外は、すべて現金による支援を利用できる。金額は、1回利用で50ドルから、サービスの少ない場合は5千ドル、多い場合には10万ドルのケースもある。地域コーディネーターが現金による支援の中心的役割を果たしており、現金による支援のサービスは、だんだんとインフォーマルな支援が増えている。

西オーストラリア州では、このアプローチをさらに広げ、より普通の人々の地域社会の中で自然な形の支援（natural support）を増やす方向にいき支援のネットワークを広げたいと考えている。

日本の支給決定プロセスを考える場合、次のような検討課題が挙げられる。

- ・西オーストラリア州と日本では、サービス支給決定プロセスは全く異なると言っている。自治体職員の聞き取りや第二次審査会がない。配布されるべき金額を明示した上での「優先順位決定委員会（Independent Priority Assessment Panel：IPAP）」での決定プロセスについても日本の市町村での決定と異なっている。ケアプランの作成が、申請書内での「どのようなサービスが、どれだけ必要か」と言うことの中に組み込まれているので、優先順位決定委員会の前に会合はほとんど開かない感じである。
- ・なぜ、このようにシンプルになるのか。
障害者をよく知っている地域コーディネーターの役割が大きいように思う。生活の状況をよくわかっていて、信頼できるコーディネーター（あるいはソーシャルワーカー）がいることによって、よりよい生活をする方向への新しい方法にチャレンジすることができるのではないか。現金での直接払い、サービスを専門職に限定せずに地域社会の普通のサービスや家族、友人のナチュラルサポートを利用する、障害者のニーズではなく障害者ができることに注目して支援を考える、など古い制度に捕らわれずに新しい方向に向かっている
- ・日本も理念としては、ノーマライゼーションやインクルージョン、本人主体などに言及するが、そのような方向性、理念につながる現実の施策の構築が弱いように思われる。

[参考文献]

- 1) 植村英晴 (2004) 諸外国における障害認定の状況 ―身体障害の認定を中心に― 月刊
ノーマライゼーション、2004年12月号 (第24巻 通巻281号) DINF (障害保健福祉研究
情報システム) より入手可能
- 2) 高木邦明 (2005) オーストラリアの障害者福祉 相川書房,
- 3) Australian Government Australian Institute of Health and Welfare,
Australia's national agency for health and welfare statistics and information
<http://www.aihw.gov.au/introduction-to-disability-and-disability-services-in-australia/>
- 4) 西オーストラリア州障害サービス局 (Disability WA Disability Service
Commission:DSC) の ホームページ <http://www.disability.wa.gov.au/>
サービス支給決定プロセスについて
 - ・ Guidelines Eligibility Policy for Specialist Disability Services Funded or Provided by
The Disability Services Commission February 2010
 - ・ Eligibility for Specialist Disability Services Information about getting specialist
disability services西オーストラリア州障害関係の年次報告
 - ・ Annual Report 2009-2010 (DSC) p1-138.
 - ・ Looking forward to community living: A booklet on community living for people with
disabilities in Western Australia「統一申請用紙 (Combined Application Process : CAP)」の申請書
 - ・ CAP (Combined Application Process)
 - ・ Disability in Western Australia
- 5) 西オーストラリア州の地域コーディネーター (LAC) の歴史、役割と知的障害を対象と
したダイレクト・ペイメントとの関係についてとりあげている
 - ・ Carmel Laragy (2008) Does individualized funding offer new opportunities or
unacceptable risks? Australian case studies of people with an intellectual disability.
In “Achieving their own lives : the implementation of individualized funding for
people with intellectual disability” Proceedings of the Third Annual Roundtable on
Intellectual Disability Policy. P.23
- 6) 西オーストラリア州地域コーディネーター (LAC) 2003年の調査
 - ・ Review of the Local Coordination Program Western Australia (march 2003)
p.1-92. [http://www.disability.wa.gov.au/dscwr/_assets/main/report/documents/pdf/
final_report_lac_review1_\(id_369_ver_1.0.2\).pdf](http://www.disability.wa.gov.au/dscwr/_assets/main/report/documents/pdf/final_report_lac_review1_(id_369_ver_1.0.2).pdf)
- 7) 西オーストラリア州地域コーディネーター (LAC) 2010年の調査
 - ・ Local Area Coordination Consultation Project (January 2010) p.1-24.

http://www.disability.wa.gov.au/dscwr/_assets/main/report/documents/pdf/lac_consultation.pdf

8) ニュージーランド政府の地域コーディネーター (LAC) に関する報告

ニュージーランドと西オーストラリア州の地域コーディネーター (LAC) とのサービス支給決定についての比較もある。

・ LOCAL AREA COORDINATION (2009) Ministerial Committee on Disability Issues 18 August 2009 p.1-12. [http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/pagesmh/5362/\\$File/local-area-coordination-paper-mar2010.pdf](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/pagesmh/5362/$File/local-area-coordination-paper-mar2010.pdf)

・ Inquiry into the quality of care and service provision for people with disabilities. Report of the Social Services Committee (2008) p.23.

http://www.parliament.nz/NR/rdonlyres/06259D2F-780B-40A0-9170-005C8C046E72/93089/DBSCH_SCR_4194_6219.pdf

9) スコットランドにおける地域コーディネーター (LAC) の実施に関する評価 (2007)

スコットランド文部省発行。Evaluation of the Implementation of Local Area Co-ordination in Scotland スコットランドで地域コーディネーター (LAC) を導入した経過とその後の評価。地域コーディネーター (LAC) の優れた点が詳しく述べられている。1-150. 西オーストラリア州の地域コーディネーター (LAC) の評価については p.14-18. <http://www.scotland.gov.uk/Publications/2007/03/28152325/3>

スコットランドにおける地域コーディネーター (LAC) 国からのガイダンス 漫画、写真入りで解る安く説明している

National Guidance on the Implementation of Local Area Co-ordination *An Easy Guide* the Scottish Government (2008) p.1-18

6) 西オーストラリア州の一覧表

西オーストラリア州						
プロセス		Question	Answer	そのプロセスの背景にある考え方	国のガイドライン	
申請		申請は、どこにするか	(1) 州の障害サービス局 (Disability Services Commission: DSC) の認定から補助金を受けているサービス・プロバイダー (提供団体) (2) 障害サービス局 (DSC) が直接サービスを提供している場合は、DSC (3) 助言を受けてから提出する場合は、地域コーディネーター (LAC)	障害は、impairmentsではなく、それによって生ずる日常生活活動あるいは決定に支障が生ずる状況であり、そのために支援を必要とするものである。 利用者主体 (person centered) を中心に、地域社会の中で、いい生活 (a good life) ができるような支援を目標にしている。 A good life とは、良い人間関係、本人の選択、本人の社会貢献、将来への安心感、成長する機会の保障がある生活である。	全豪障害サービス法 (the Commonwealth Disability Services Act) 連邦・州政府間障害者協定 (CSDA) 全豪障害条約 (NDA) に名前が変わる	
インテーク		インテークを誰が、どのように行うか インテークする人の専門性・資格	西オーストラリア州では、支給決定のプロセスは、二通りある。			
アセスメント	自治体	利用者へのアセスメント	アセスメントを、誰がどのように行うか 利用者本人によるセルフアセスメントは、どのように行われているか。アセスメントの決定に携わる人、あるいは組織			第一. 障害サービス局 Disability Services Commission: DSC が、住宅、就労に代わる日中活動、家族支援のサービスについて、障害が重度・最重度の人、知的障害・自閉症の人を対象として州のサービス障害サービス委員会 (Disability Services Commission: DSC) が審査、決定を行う。この場合は、1. サービス、障害に関わらず46頁からなる申請用紙 (Combined Application Process: CAP) を専門家の援助で作成。2. その申請資料に基づき優先順位決定委員会 (IPAP) がサービスを決定する。
		介護者へのアセスメント	介護者へのアセスメントは、誰が、どのように行うか アセスメントする人の専門性・資格。決定に携わる人、あるいは組織			第二. 上記以外のサービスは、申請者は障害サービス局から認定されたサービス提供団体の認定委員に会い、障害認定、サービスの受給認定を得る。この場合のガイドライン (指針) は、障害サービス局が通知している。 介護者へのアセスメントは、第一の場合は、書式審査と同様に行う。第二の場合は、現段階の研究で明らかでない。
	アセスメントにおける国の指針	国による全ての自治体を実施すべきアセスメントを行っているか	国によるアセスメントはない			
支給決定		どのような組織が、どのようにして、サービスの支給決定を行うか	第一の場合は、優先順位決定委員会 (Independent Priority Assessment Panel: IPAP) が決定する。 第二の場合は、サービス提供団体の認定専門員および団体が決定する			
ケアプランの作成		サービス支給決定は、各サービスに対して行われ、要支援、要介護のような階級判定は行わない。 したがって、サービス支給決定プロセスの中で、ケアプランの作成は、行われない。				
アセスメントの見直し (レビュー)		見直しは、いつ、どのように行われるか	見直しは行われるが、詳細は現段階の研究で明らかでない。			
不服申し立て		支援プロセス内で不服がある場合、どこに申し立てるか。 その回答にさらに不服がある場合、どこに申し立てるか。	不服は the Office of Health Review に申し立てる			
今後の方向		今後、どのような方向に進むか	直接払いが増え、専門家に限定しない友人、地域社会の人々による自然な支援が増大する方向に進んでいる			

三. 5カ国および日本の支給決定 プロセスの比較

渡辺 勸持

三 5カ国および日本の支給決定プロセスの比較

これまで、5カ国のサービス支給決定プロセスについて述べてきた。支給決定のプロセスは、国によって違っており、それぞれの国で用いられているプロセスには、それぞれの国の障害のある人への支援のあり方が現れている。どの国の人も、そのプロセスによって支給決定を行ううちに、そのプロセスを創成したときの障害に対する考え方を知らず知らず受け入れ、親しみ、それに慣れ親しむ。

いろいろな国のプロセスを比較しながら考えてみることは、日本の支給決定と同時に日本が障害のある人々にどのような支援を行ってきたかという姿勢を知ることに役立つ。

各国のレポートの最後には、日本の支給決定プロセスとの比較が述べられている。

ここでは、それらの5カ国の日本との比較を資料にして、サービス支給決定プロセスの5カ国全体の状況と日本の状況とを比較し、日本のサービス支給決定の問題点と今後の展望を考えてみよう。

最初に「障害者自立支援法における障害程度区分の問題の背景」に焦点をあてて、障害者自立支援法で問題となった支給決定の方法を5カ国の方法と比較し、障害者程度区分の発想に関わる歴史的、社会的背景について述べる。

その後で、「今後の一人一人の生活をよくするための支給決定プロセスの方向」として、前述した、現在のあるいはこれからの障害者の支援の枢要軸と考えられる「本人主体」、「本人を中心としたサービス」、「一人一人の生活がよくなるためのサービス」を実現するには、どのようなサービスの支給決定プロセスが望ましいか、現在の状況からその望ましい方向へと転換するには、どのような事柄を考え、計画すればよいか、ということ述べたい。

1. 障害者自立支援法における障害程度区分の問題の背景

障害者自立支援法におけるサービスの支給決定プロセスでは、身辺自立に偏重した障害程度区分を導入したことによって、知的障害、精神障害の人々のサービスの必要度が低く算定される、という結果が生じた。

障害程度区分は、どのような考え、状況のもとで発想されるのだろうか、改めて考えてみたい。

(1) 障害の医学モデルと客観的指標の重視

障害程度区分は、個人の障害を対象として、その種類や程度を区分する。この発想は、障害者に対して障害を治療するということを第一義に考えて長く行われてきた医学的発想を継承している。

医学による身体障害者への診断や治療では、自然科学の文脈に沿った客観的測定が重視

される。これは、後に、知的障害に対して行われた心理学的なアプローチでも引き継がれた。知能の一側面だけを知能検査によって測定した知能指数（IQ）に代表されるように、現実には測定が困難な人間の行動に対して客観的指標や数値を求めようとする、評価できる側面だけをとりあげて作成することが多い。これらの指標は、一般の人には理解しがたい統計等の分析を含み、いつの間にか、あたかもIQという数値が知的能力のすべてを示すかのように用いられる。また、「客観的な数値」は、集計や序列化に便利なために、多人数を処理する行政の対応に用いられやすい。過去には、隔離施設への収容基準にIQが使われた。

20世紀後半になると、障害者の人権を回復する施策が進められ、障害者への支援が、普通の人々と同じように、教育、就労、福祉、余暇活動などの生活全体に対する支援へと広がってきた。この流れは、国際障害年の「完全参加と平等」に見られるようにノーマライゼーション、インクルージョン、エンパワーメントなどの理念へとつながり、それらの理念の具体化の方法として、本人に本人の意見、願いあるいは希望を聞いてサービスを行うという本人主体の考えが主流となってきた。

障害のある人々が自分にとって快適な生活になるような支援は、従来の医学的対応で用いられてきた身体や精神の一部をとりあげた客観的指標を根拠にサービスを支給するのは困難である。「個人の側」の障害（impairment）を見ると同時に、障害のある人々に対する社会の側の人々の意識や地域社会の資源、地域社会の中で支援する人々、地域社会の支援のネットワークを考えて対応しなければならない。そのための新しい支給決定の方法が必要となってきた。

我が国でも、支援費制度を導入する時には、自己選択、決定、本人主体という言葉が使われ、この新しい方向へ進もうとした。しかし、障害者自立支援法の具体的な施策では、本人主体の理念を掲げながら、個人の障害分類だけに注目し、旧態然とした個人の障害評価にとどまった。

これは、本人主体を理念にとどめたまま、それを実現する支援の基本的なシステムについての考えが抜け落ちたまま、進んできたことの証である。

（2）生活領域における身辺自立の重視と「社会参加」の欠落

初期の支給決定プロセスは、個人の障害（impairment）を見て客観的な指標を求めようとした。本研究で、個人の障害程度を中心にサービス支給決定を行ったドイツをみると、これらの障害程度分類によるサービス支給方法は、客観的な指標としての要件は満たすが、個人の生活全体を見る視点が欠如し、評価は、食事、排泄、移動などの身辺自立に偏向するという結果となった。

このような生活領域の偏向は、客観的な指標を用いたことと同時に、高齢者、障害者に共通した指標を作成しようとしたことにもよると思われる。どのような支援を行うことがよい生活を創り出すか、ということは、それぞれの人によって様々である。支援の必要度が異なるより多くの人を対象として共通の客観的指標を求めようとする、それらの多様

性がある人々の最小公倍数をとることになりやすい。その結果、お互いに共通する身辺自立のような狭い生活領域だけの評価になってくる。

ドイツでは、評価によって漏れ落ちた障害者の社会参加の支援について他の法律の援用によって維持している。しかし、両者の法律の整合性や有効性についての問題が提起されている。

障害者自立支援法の障害程度区分の考え、あるいは客観的な視点に拘泥する見方には、人の生活全体よりも、障害者の生活のごく一部分をあたかも全体のように示す、という問題が潜在している。「公正な配分」はいろいろな方法で可能である。客観的な指標を持ち出すことが「公正な配分」であると思いついて手続きを進めることは、本来は数値ではかりきれない、個人の一人ひとりの生活を犠牲にするという大きな問題をはらんでいることに注意しなければならない。

2. 今後の一人一人の生活をよくするための支給決定プロセスの方向

本人主体の理念を実現し、一人ひとりの生活がよくなるためにはどのような支援のシステムが必要だろうか。どのような支給決定のプロセスを踏むことが本人主体につながるのか。そのためには、どこから手をつけたらよいのか、考えてみたい。

多くのQOL（生活・人生の質、よい生活）研究で述べられているように、普通の人々が生活している健康・医療、経済・所得保障、友人・家族の人間関係、住宅、仕事などの客観的な指標と同時に、その人がこれらの指標に満足しているか、また、どのような生活を望んでいるか、ということの二側面を明らかにしなければならない。後者の主観的なアプローチは、本人主体、本人を中心とした計画等の考えと重なりあう部分であり、支給決定のプロセスの全体を通じて、行われる必要がある。

最初に（1）本人主体の支給決定において、本人の意見が反映されるにはどうすればよいか、ということ述べ、次に（2）日本と5カ国の比較をしながら、本人の意見、気持ちを反映する支給決定プロセスの各段階での対応についてまとめ、（3）日本のこれからの方向について述べる。

（1）支給決定の手続きで本人の意見をどう反映するか

5カ国の内、英国、スウェーデン、オーストラリアでは、本人の意見を聞いて、それを決定に反映するという配慮が進んでいる。

身体障害の場合には、自分の生活でどのような支援を必要とするかという評価を自分で行うこと、パーソナル・アシスタントを自分で選択、決定、雇用すること、あるいは、他のサービスについても現金を受給し（ダイレクトペイメント）自分で生活のプランニングをすること、などが行われている。支援については、ソーシャルワーカーがよりも同じ障害を持つピアサポートの形でが行われることがより望ましいという意見もある。

「自分の人生を自分で決めたい」ということは、知的障害・精神障害の人々も同じである。しかし、障害のために、自分の望ましい生き方を考え、他人に伝えるということが不得手な人がある。この場合は、聞き取りをする場合、聞き取りをする側の人やチーム、聞き取りを受ける側の人やチームについて、十分な配慮をする必要がある。この人たちへの配慮を考えながら支給決定プロセスの段階別に、5カ国と日本との比較検討を行う。

(2) 本人の主体を反映する支給決定プロセスの各段階での対応

支給決定の段階別に、どのような支援が必要か、について考えてみよう。

1) 申請後の聞き取りおよび評価の段階

A. 誰が、聴き取るか。誰が、答えるか。

本人が望むような生活に近づき、その人の生活を少しでも良い方向に向けていこうとすると、支給決定プロセスの中で、この聞き取りの段階がもっとも重要となる。

スウェーデンや英国、オーストラリアでは、この段階で十分に聞き取ることを重視する。それがうまくできれば、後は優先順位を決定するだけである。日本では、ここでの聞き取りを「市町村職員の調査項目の聞き取り+第二次審査会」の二段構えで行うという特異性が見られる。

スウェーデン、英国、オーストラリアで、聞き取りを行う人（ソーシャルワーカー等）は、その地域で障害のある人の相談を行っている専門家である。すでに申請者の置かれている社会の中での生活状況を理解している。さらに、その人を取り巻いている地域社会の人々、様々な社会資源、福祉の制度もよく知っている。このことは、社会参加の支援を重視する場合は、大変重要になる。本人の近くにいる家族、友人・知人、地域社会の人々の輪を十分に知らずして本人のニーズを理解することは難しい。本人の意向に沿って生活を設計し支援することは、さらに困難となる。

一方、聞き取りを受ける人は、スウェーデン、英国、オーストラリアでは、障害のある人と信頼関係がある家族や地域社会での友人、生活や仕事の支援を行っている職員や施設長、学校の教師などと一緒に聞き取ることが多い。聞き取りをする人がその人々に依頼することもある。

聞き取る人が、地域社会の中で専門家として支援していれば、障害のある人からも、その人の生活を見ている周囲の人々からも情報は聞き取りやすい。「ほんとうに相手のニーズを聞き取れるか」「コミュニケーションの障害があるときに、どのように聞くか」という面接の基本的な条件は、聞き取る人と聞き取られる人が通常の生活の中ですでに知り合っており、お互いに信頼していることによってかなり満たされる。

聞き取りをする人と聞き取られる人が、信頼して、情報を交換できるようになるためには以下のことが考えられる。

一つ目は、「小さいエリア」である。

スウェーデンは、福祉サービス対象エリア（コミュニティ）の人口が、数万と非常に小さい。その地域でソーシャルワーカーが長く活動をすれば、障害のある人や家族の状況、その地域で利用できる公的なサービス、あるいは公的ではないが人々が自然に行っている活動などがわかってくる。それによって、障害のある人が望んでいるサービスの聞き取りがしやすくなる。日本でも、1996年（平成8年）にコーディネーター事業が進められた。人口15万人に対して精神、知的、身体各障害の3人のコーディネーターを配置した。その事業が現在も持続し、展開していればこれに近い状況が得られたと思われる。

二つめは、「専門チーム」である。

英国では福祉サービス対象エリア内に、知的障害や精神障害のサービスチームを作って対応している。多少、福祉サービス対象エリアの大きさが、大きくても、障害別にチームを構成することによって、コミュニケーションしにくい人々に対しても、よりよい聞き取り、評価ができる。

三つめは、「信頼できる、地域社会につなげられる専門家」である。

西オーストラリア州は、地域社会の中で活動をするコーディネーターを配置した。コーディネーターは、地方自治体に所属するが、専門家にありがちな権威主義を極力避け、普通の人々として障害のある人のニーズに沿って活動できる役割を強調している。対人関係中心のソーシャルワークとともに、地域社会の活動、地域社会の育成を中心としたソーシャルワーカーを育てることも、障害のある人の幅の広い生活領域に対応した支援の支給評価につながると思われる。

B. 聞き取りのための聞き取り書類のフォーム

スウェーデン、英国のように、福祉サービス対象エリアが小さく、人口が少ないところで、ソーシャルワーカーが長く障害者の支援を行っている地域では、聞き取りのための書式や項目は大枠を提示するにとどめ、細部の内容についてはソーシャルワーカーの専門的な実力に任せている。小さなエリアで長くソーシャルワーカーが勤務すれば、サービス支給決定の法制度内の位置づけ、必要不可欠な情報、今後のサービス提供の問題などについての理解は十分にわかってくる。住民や関係者も、そのソーシャルワーカーによる専門的な評価の妥当性、信頼性について、長期間の間に「見えてくる」のであろう。

逆に、支給決定に必要な情報を網羅した細かな書類のフォームを作成し、その記入を障害のある人や関係者、コーディネーターと一緒に記入する方法をとっているところが西オーストラリア州である。書類作成の間に、聞き取りが家族や関係者で行われ、書類作成には時間がかかるが、その後の評価会議が不要となる。

地域社会でソーシャルワーカー等の仕事をしている人が聞き取る利点は、そこで得る情報が、障害のある人を支援するときの必要な情報として記録され、地域社会の情報として蓄積されていくことである。聞き取りそのものが支援の一環となっている。

申請者のサービスに対するニーズは、家族メンバーの構成、学校や就職などの社会的活動、

死亡などによって変わってくる。ソーシャルワーカー等がふだんの支援の一環として聞く場合には、これらの変化に対応した情報を得ることができる。

2) 申請者の評価（聞き取り）を終えて、支給費を決定する段階

日本の支給決定は、「市町村福祉部職員＋第二次審査会」というプロセスを経てまとめられた障害程度区分を支給配分の基礎算定資料として市町村が行う。

スウェーデン、英国では、地方自治体の専門家が聞き取り、専門家のグループが優先順位を決定する。その間に、不明な点があれば、それをさらに聞き取り、完成に近づける。

これは、単純なようであるが、これを行うには専門性のあるソーシャルワーカー等の職員がある程度の期間、地方自治体に配置され、その人々の専門性が地域住民や行政機関の中で認知されていることが必要である。それに伴って、地方自治体の中での福祉財源、あるいはソーシャルワーカーを中心とした福祉部の権限が独立していることなどが必要条件になる。

オーストラリアでは、障害のある本人、家族、権利擁護団体、サービス提供団体関係者の4名に州の障害サービス局1名を加えた「優先順位決定委員会（Independent Priority Assessment Panel：IPAS）」で決定する。なぜ、スウェーデン、英国のような福祉部関係者で決定しないのかは不明であるが、独立した決定機関を設けることで当事者参加と透明性を維持しているように見える。

いずれにしても、スウェーデン、英国、オーストラリアと比較すると、日本では、福祉におけるソーシャルワーカー等の専門性と権限が欠如している。

(3) 日本のこれからの方向 ～信頼されるソーシャルワーカーの育成と配置～

これまで本人中心の施策に取り組んできたスウェーデン、英国、オーストラリアを中心に、障害のある人がよりよい生活を作るための支援を必要とするとき、その人が自分で望む生き方をどのように伝え、そのサービスが実現するように支援者がどのように受けとめ、実現していくか、その最初の出発点となる支給決定プロセスは、どのように行われているか、ということを見てきた。

A. 願い→「信頼されるソーシャルワーカー」→新しいサービスの創成→障害のある人々が受け入れられる地域社会へ

スウェーデン、英国、オーストラリアの国々のニーズの聞き取りや評価の段階、サービスを支給するときの決定の段階を見ると、一つの重要なポイントが見える。

それは、スウェーデン等では障害のある人の願いが、一人の信頼できるソーシャルワーカーに伝わり、ソーシャルワーカーはその実現のために地域社会のサービスを使い、時には現在はない新しいサービスの仕組みを考え、願いを実現しようとする。それは、地域社会を活性化し、障害のある人々が受け入れられやすい社会を作ることにつながっていることである。

日本では、市町村職員の聞き取り→第二次審査会→市町村行政というプロセスを使っている。市町村職員は聞き取りをして書類に書く。その書類が5人の審査委員に回され補足される。そして決定機関の市町村行政部署に回る。ここには、その願いを聞き、実現にもっていく人がいない。Aさんの願いは、調査項目に分類され、数量化され、Aさんを知らない人がその書類を頼りに話し合う。Aさんの最初の願い、希望は徐々に変容し、弱まり、消えていく。

B. 信頼されるソーシャルワーカーはどのようにして生まれるか

障害のある人から信頼され、その人の願いや希望をよく聞き、よく理解し、そのニーズを、現在ある公的なサービスやその地域社会にいる人々のネットワークや社会資源につなげて障害のある人の願いを実現していく人が、障害のある人の横にいるといたないとは大違いなのである。

これは、障害のある人からすると、自分をわかってくれる人、自分のことを気にかけてくれる人、自分の味方がいる、ということだろう。

このような「信頼されるソーシャルワーカー」の育成は、ソーシャルワーカー自身の専門性に対する矜持と修練に関連しているのではないかと思う。ミネソタ州のソーシャルワーカー協会では、ソーシャルワーカーの規範の中に、「行政と利用者の板挟みになった場合には利用者を擁護すること」という項目がある。本研究の西オーストラリア州のように、利用者を対象とした広汎な聞き取り調査を行い、コーディネーターが本当に信頼されているかどうかを見ている国もある。

このような信頼のある専門家として、英国ではソーシャルワーカーが中心になり、スウェーデンではソーシャルワーカーや理学療法士などが、オーストラリアではコーディネーターがその役割を担ってきた。

日本ではどうだろうか。

日本でも、本人主体の理念は、よく言われるし、広まっている。

しかし、障害のある人の身近で、その人の声をよく聞き、その願いを実現するために地域社会で活動する、という役割の人を育ててこなかった。

自治体にソーシャルワーカーが配置されて活動している英国やスウェーデンの話をする時、「すばらしい」という答えが返ってくる。しかし、「日本ではソーシャルワーカーはいないから、同じようにはできない」という意見がその後で来ることが多い。「今、日本にはないから、無理だね」で終わってしまう。そうして、本人のニーズを聞き取る手段としてのケアマネジメントやコーディネーターが必要になると、その都度、その場しのぎのように、短期の研修を実施して間に合わせる。今回のサービス支給決定のプロセスの中での最初のニーズを聞き取りに行く人に対しても、項目の説明を中心として半日程度の認定員研修が行われた。

本人中心という言葉は掲げるが、中心にいるのは、自治体の職員と一時的に招集された

委員会が作成する書類である。

サービスの支給決定プロセスについて、「本人を中心として」、「本人の声を聞いて」、「本人がどのように暮らしたいかを聞いて」という本人主体の方向を言うのであれば、スウェーデン、英国のように、直接障害のある人々の支援をしながら、聞き取りを行い、決定を行い、障害のある人々が自分たちの声を出せるような支援を行うソーシャルワーカーを福祉エリアの中で育てなければならない。その人を通じて本人の願いが地域社会の人々の中に浸透していく。

このようなシステムを作るには年数がかかるだろう。しかし、長期的なものにして、目指すべき方向をきちんと確認し、それに至る設計図を描き、少しずつ目標に近づく努力を続けることが必要である。

補足：

本研究は日本知的障害者福祉協会が行った。

協会は、障害者自立支援法の障害程度区分の考え方に問題があるとして、「どのような支援が必要か」という視点から支援尺度が必要と考え、その尺度作成の作業を進めてきた。

障害程度区分は、個人の障害に焦点をあてて「何ができないか」ということを明らかにし、できない部分を支援する、という考え方に立脚している。この考え型の弱点は、人はできないことをできるようにするために生きているのではない、という視点をもっていないことだろう。人は、自分のしたいことを夢見て、その実現のために生きている。そのときに、何かをできないことが障壁になるかもしれない。しかし、そうであれば、自分のできることを考えて、その夢を追う。

支援尺度では、まず、あなたの生き方や生活をよくするために、どういうことを支援して欲しいですか、と聞く。聞かれた人が、その願いを聞いて、その実現のために社会や環境を変えていくことを期待している。

その点で、「障害程度区分」の見方と「支援尺度」の見方との間には、大きな違いがある。

支援尺度を使うことの利点は、この道具を用いることによって、「できる、できない」という軸に沿って考えてきたこれまでの障害についての見方を「どのような支援を必要としますか」という軸の見方へと変えていけることだ。知能テストを使っているうちに、いつの間にか、IQが知能全体の指標であるかのように錯覚したように、いつも支援尺度を使って障害のある人々に向かい合っているうちに、尺度の背後にある「支援」の重要性について知らず知らずに馴染むことがある。

しかし、すでに述べたように、尺度の数値や客観的な指標は、個人の主体的な願いや気持ちを見無視して、一人歩きをする危険がある。支援尺度を使う場合には、その適用範囲や限界を使用の際に規定しながら用いるべきである。

支援尺度の使用には、障害のある人の声や願いを聞くのは専門家である、という強い前提がある。尺度は、専門家を助ける一つの道具として副次的に使用されるべきである。