

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、コミュニ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、併せて定期的を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は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ダンス『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。

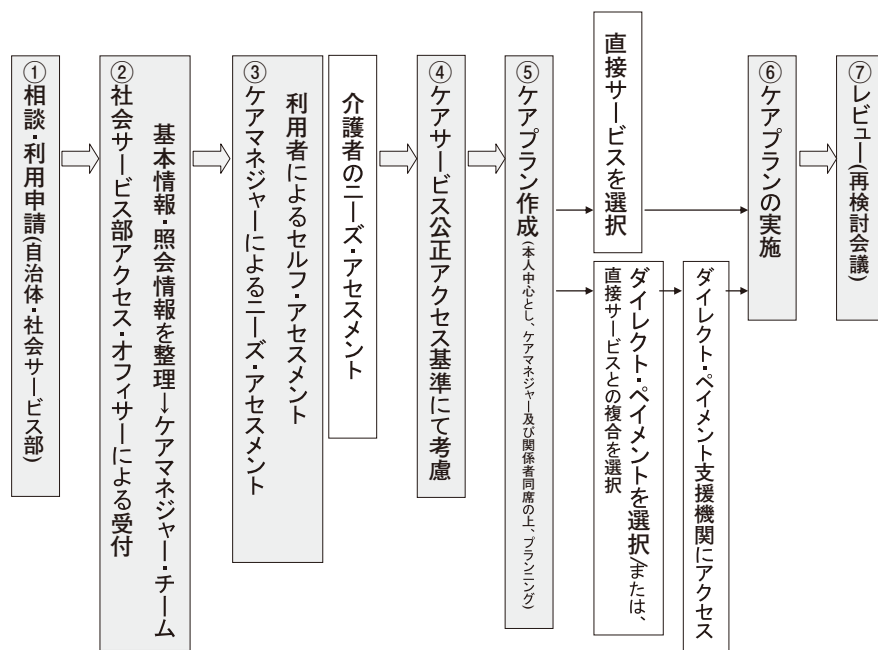


図1. イギリスの支給決定プロセス

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的傾向、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

(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、住宅付加手当、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。

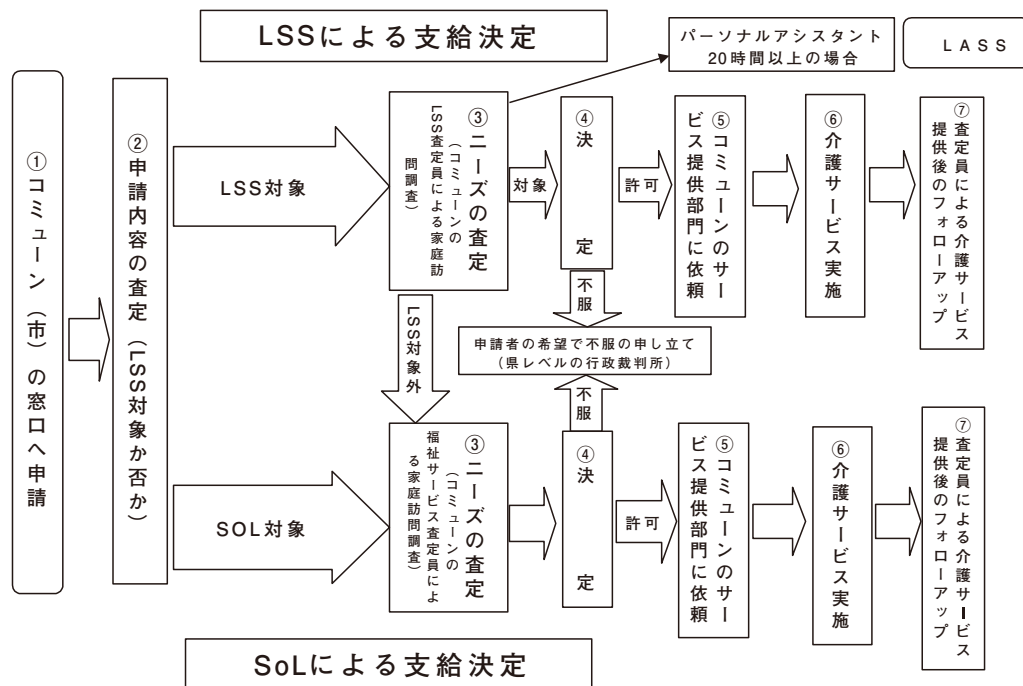


図2. スウェーデンの支給決定プロセス

3) 申請から受理まで (以下①～図2.の番号)

利用申請①はコミュニオンとなっているので、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)	コミュニティのLSS、福祉サービスのそれぞれの査定員
		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			
		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

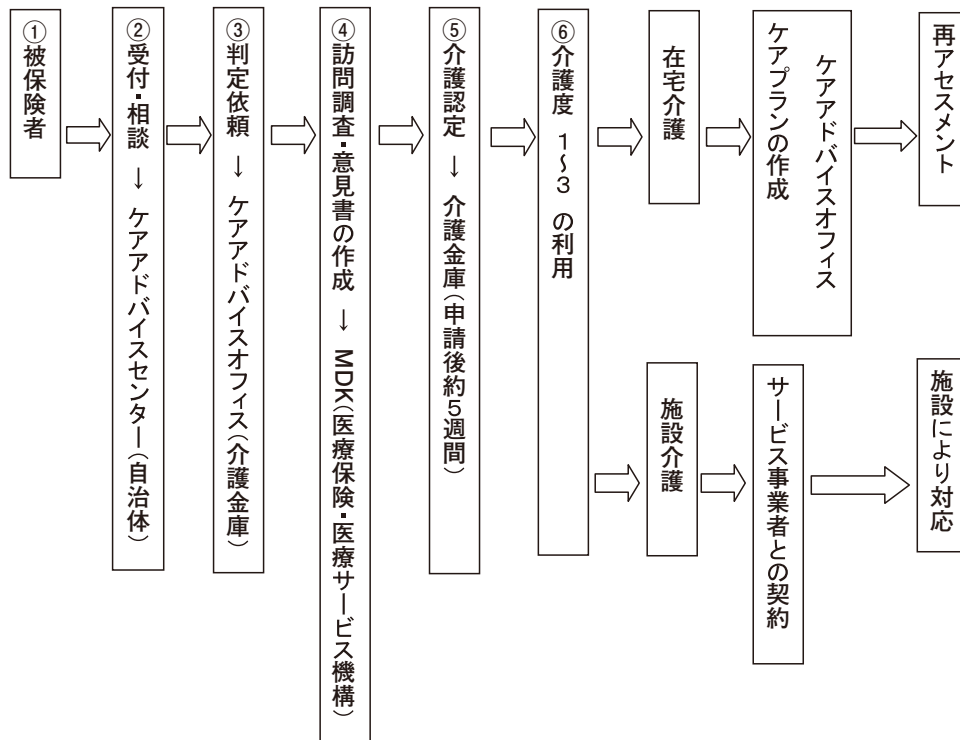


図3. ドイツの支給決定プロセス

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		
	ケアプランの作成	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。

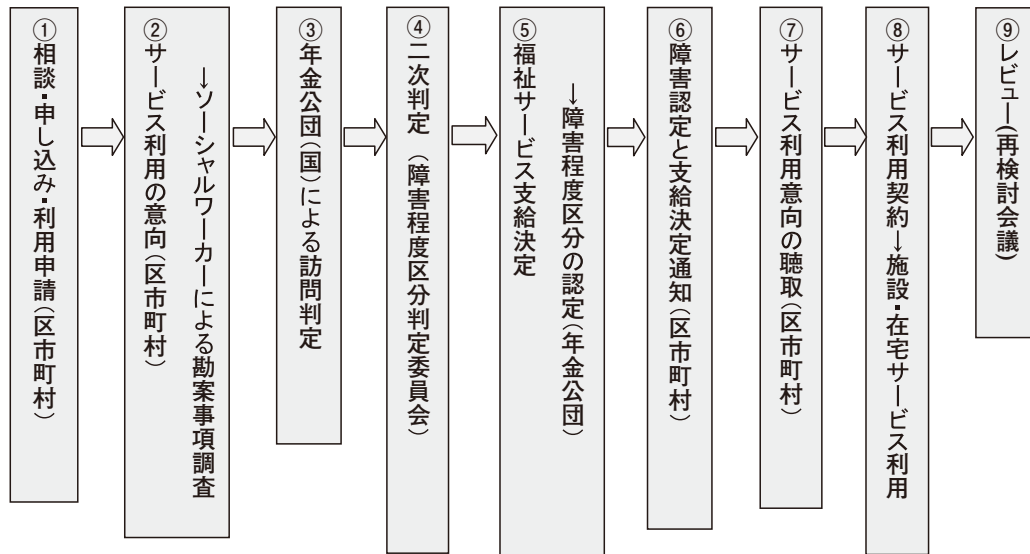


図4. 韓国の支給決定プロセス

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、精神障害等をもつば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、知人など地域の人々の力を借りたり（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起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。

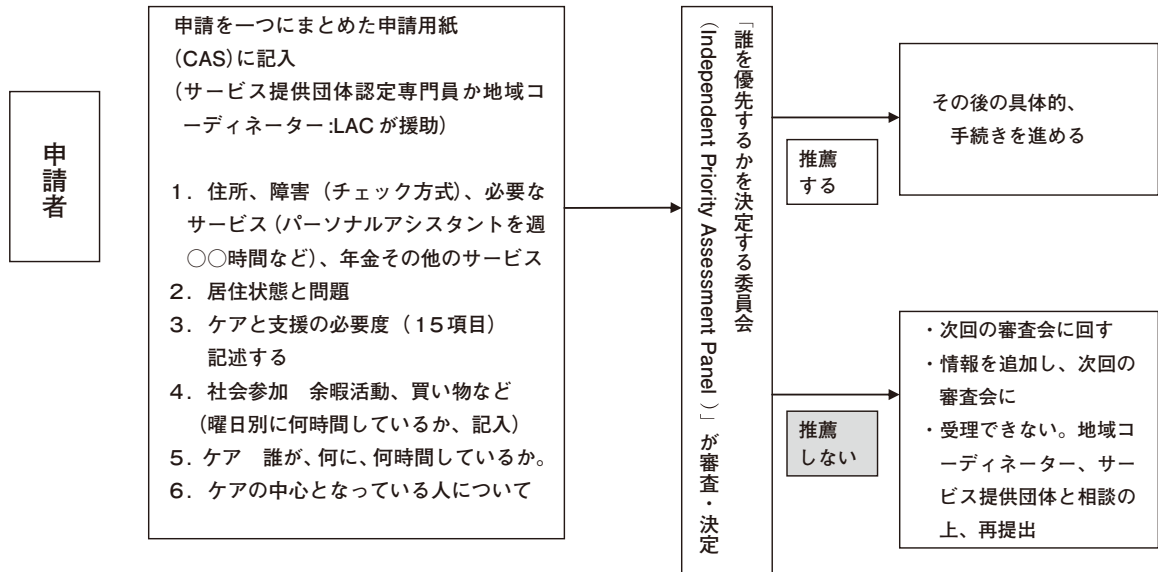


図5 西オーストラリア州の障害サービス局 (Disability Services Commission: DSC) が直接審査するサービス支給決定プロセス

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。
- ・一人で置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

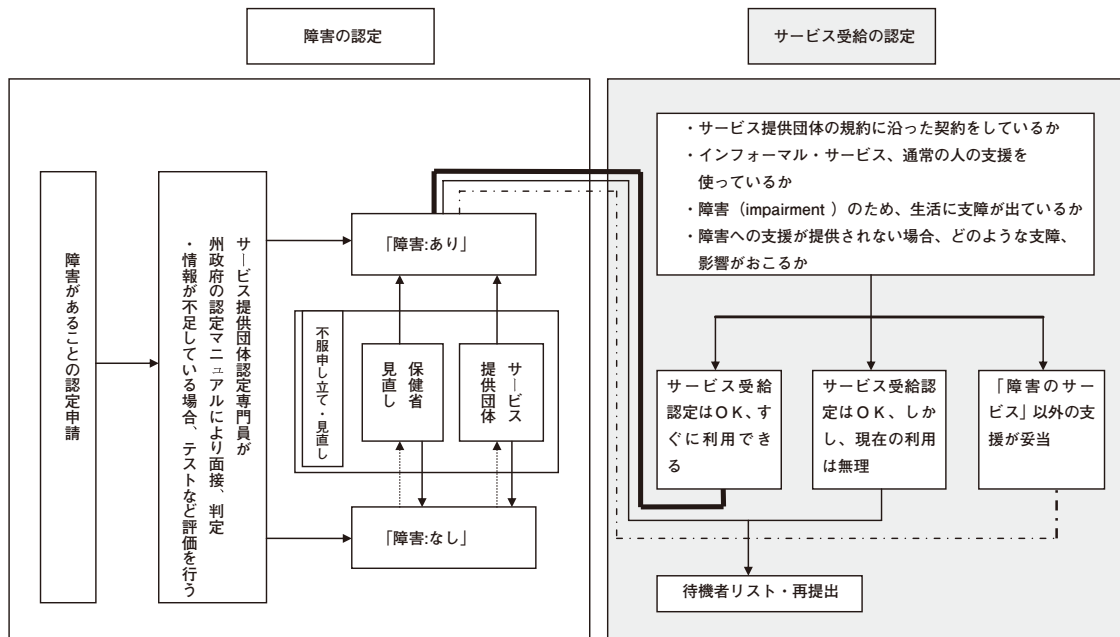


図6 その他のサービス支給決定プロセス

「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が良くなるらない

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、特に聞き取りをしたり、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的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、長期的なものにしろ、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。

四. 日本における新たな支給決定プロセス

1. 日本知的障害者福祉協会における取り組み
 - (1) 協会における支給決定プロセスの検討の経緯

2. 日本における新たな支給決定プロセスの提案
 - (1) 新たな支給決定プロセスの提案
 - (2) 新たな支給決定アセスメント項目の提案

河原 雄一
里見 吉英
生川 善雄

四 日本における新たな支給決定プロセス

1. 日本知的障害者福祉協会における取り組み

(1) 福祉協会における支給決定プロセスの検討の経緯

日本知的障害者福祉協会（以下、本協会）では、かねてより政策委員会において障害者自立支援法の支給決定プロセスの課題を検証し、提案を行ってきた。

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〔2008年1月版〕

障害者自立支援法の支給決定プロセスを検討するにあたり、現状の制度における課題の分析と、先行制度である介護保険法の支給決定のプロセスを検討し、福祉協会として提言を行った。

〔障害者自立支援法における支給決定の課題〕

障害者自立支援法の支給決定のプロセスを検証した結果、次のような課題があげられた。

①障害程度区分認定調査

認定調査員の資格は、市区町村が実施する認定調査に関わる研修を受けた、もしくは相談支援事業所の相談支援専門員や者がその任にあたる。わが国の障害福祉に関わる市区町村行政担当者は、一般行政職が多く、障害福祉の専門職ではない。障害特性の理解が足りないため、調査員の質に格差が見られ、特記事項の書き込みが不十分等、適切な調査が実施できないケースが多く見られる。

②一次判定

「プロセス1」におけるコンピューター判定は、もともと高齢者向けに作られたものであり、障害者の支援に合致しないロジックがある。障害特性を加味する「プロセス2」で、コンピューターに反映される項目は7項目しかない。また、「プロセス1」で区分3以上の判定が出ても、「プロセス2」のコンピューターの計算上、区分が上がらない仕組みになっている。

③二次判定

障害程度区分認定調査時に行った「概況調査・現行サービス状況・サービス利用意向」は二次判定内容から外されている。障害当事者を取り巻く環境要因が判定に加味されていない。認定審査会の委員は、市区町村が実施する研修修了者がその任にあたるが、三障害に詳しい専門家がバランスよく構成されてないケースが多く、そのため審査会の水準に市区町村格差が見られる。また、国庫負担基準限度額を超えて、サービスが必要な場合の、非定型に関わる審査が仕組みとして用意されているが、この審査は実施されていない。

④支給決定の課題

介護給付は障害程度区分の結果によって、使えるサービスと使えないサービスがあるた

め、利用者のサービスの選択権が保障されてない。多くの市町村が、サービスの支給量の上限を厳格に設定し、それを守るため、利用者の状況を反映し柔軟な、ニーズに沿った支給決定を行っていない。

⑤サービス計画作成費の問題

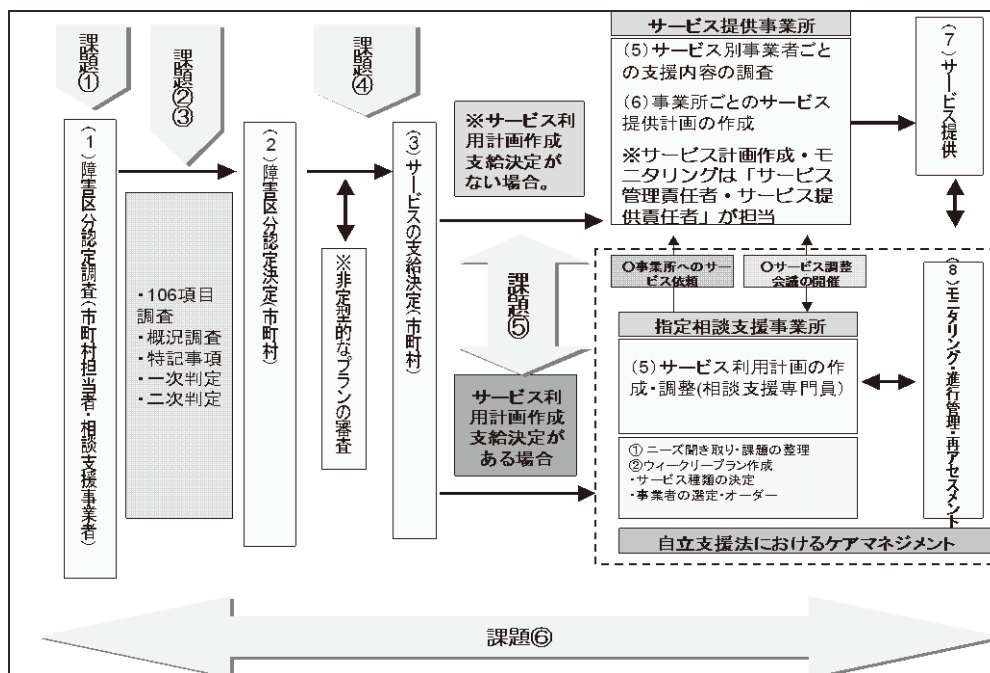
平成19年4月現在、全国1,821市町村におけるサービス計画作成費の支給決定は、1,429件と極端に少ない。(2008年8月社会保障審議会障害者部会提出時の数字。平成21年4月国速報値は、1,798市町村において、2,731件である。)

支給決定が少ない原因は、①市町村行政のこのサービスに対する理解が著しく低い ②支給要件が厳しい などが考えられる。また、サービス計画作成費の支給要件が有期限であること、ケアマネジメントの継続性に欠ける等の問題点がある。

⑥ケアマネジメントの課題

障害程度区分とサービス支給決定のプロセスにおいて、ケアマネジメントの仕組みが全く機能していない、障害者のライフサイクルに沿った一貫した相談支援体制がない、地域で暮らす障害者の暮らしを中心になって支える専門職が不在である、市町村行政は障害区分認定や支給決定に関わる事務的な対応が多いため、従来のケースワーク業務をほとんど行えない状況である、といった問題点がある。

また、平成19年12月現在、全国1,821市町村における地域自立支援協議会設置状況は904箇所と地域を束ねるシステムが機能してない。(平成21年4月現在、全国1,798市町村における地域自立支援協議会設置状況は1,426箇所)



作成：日本知的障害福祉協会 政策委員会

図7 自立支援法における支給決定プロセスとケアマネジメントの課題

今後の障害福祉制度における支給決定プロセスを検討する際には、図7の①から⑥の課題点を解消するための制度設計が重要だと考える。

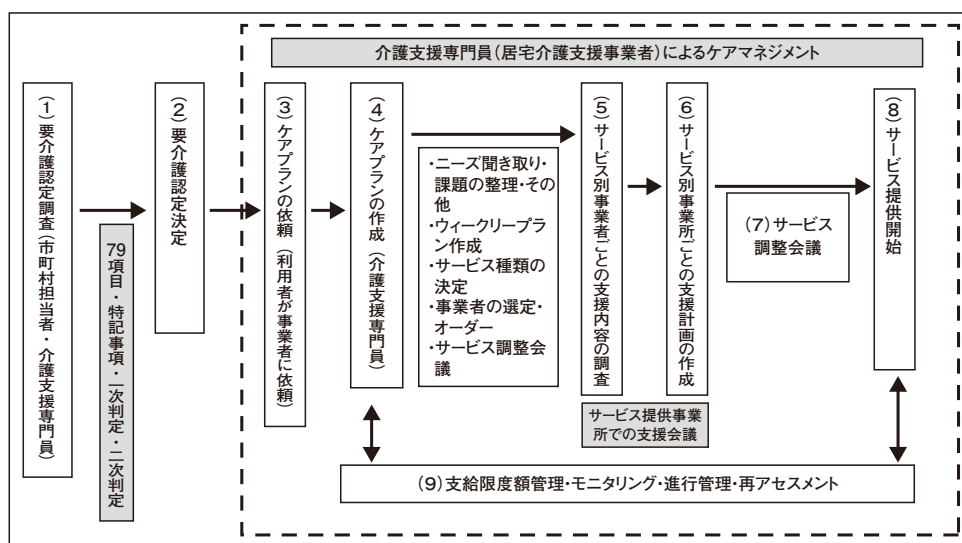
福祉協会では、障害者自立支援法における支給決定やケアマネジメントを検討する過程で、障害者自立支援法における支給決定プロセスの基となった、わが国の介護保険法のサービスを受ける仕組みについても検証している。

[介護保険法における支給決定の仕組み]

介護保険法における支給決定プロセスの特長は、

- ・ 要介護高齢者の介護の状態像を明らかにするため、基本的日常生活動作・本人の能力評価を主にした「要介護認定調査」を実施している。
- ・ 調査は、行政担当者や介護支援専門員等が実施する。
- ・ 要介護認定結果に応じて、高齢者一人ひとりに対し、相談支援・ケアプラン作成・サービス調整を行う専門職「介護支援専門員」が配置されている。
- ・ 特別養老人ホーム等においても「施設専門の介護支援専門員」が配置されている。要介護に応じて、一ヶ月使うサービスの量が支給限度額として上限が決まっている。
- ・ 支給限度額以内なら、どのサービスも選択できる。
- ・ 特別養護老人ホームを除く居宅サービスは、一応選択が可能なサービス量がある。介護支援専門員は、専門員一人対し、担当ケースが35ケースと決められている。
- ・ 介護支援専門員は、一月の利用者のサービスに関する調整と同時に支給限度額に関する給付管理業務を担っている。

以上のように、制度として介護保険のサービスを受ける仕組みがシステム化されている。また、利用者一人に対し、必ず介護支援専門員が担当となり利用者サービスの現状把握や調整を行っている点は、障害者自立支援法にはない仕組みである。



作成：日本知的障害福祉協会 政策委員会

図8 介護保険法におけるケアマネジメント

〔当協会支給決定の提案 2008年1月〕

制度上の違いはあるが、介護保険法のケアマネジメントの特長を障害者自立支援法の仕組みに活かす場合、区分認定と支給決定の仕組みを明確に分け、支援を必要とする人に必要なサービスが届く仕組み作りが重要と考え、次の2つの案を提案した。

【1案】支援区分に応じた支給限度額を使うサービスを目安として各区分に設定する案

【2案】二次判定後、ケアプランの作成を希望する障害者は訓練等給付・介護給付に関係なく、相談支援事業所等の支援によりケアマネジメントの手法を活かし個別ケアプランを作成する。それを元にサービスの検討機関として、市町村自立支援協議会もしくはサービス支給ケアマネ会議を行い、地域のルールに基づき支給決定する。目安と設定された区分を参考に、市町村独自の判断でサービスの支給量の増減を柔軟に対応する案

この2案を検討し、福祉協会が障害者自立支援法の支給決定に代わるものとして提案した内容は次のとおりである。

〔支給決定プロセスの主旨 -2008年1月-〕

現行制度の一次判定で実施されている障害程度区分は、障害の機能を中心に判定がなされている。福祉協会では、障害のある人の機能評価だけでなく、知的障害者にとって必要な支援の状態を現す調査項目を検討し、新たな「支援に関する調査」を提案する。

支給決定にあたっては、現在の自立支援法の二次判定等で使われてない「概況調査や周辺環境の調査」を二次判定の判断材料として反映させ、判定後、ケアプランを作成する。こうすることにより、意思決定が困難な知的障害者等に、専門的かつ継続的な支援の提供が可能となり、地域での安定した暮らしが実現すると思われる。

①一次判定

支援調査は、知的障害者支援に必要な基本調査を実施。8領域・83項目の調査表。(SIS

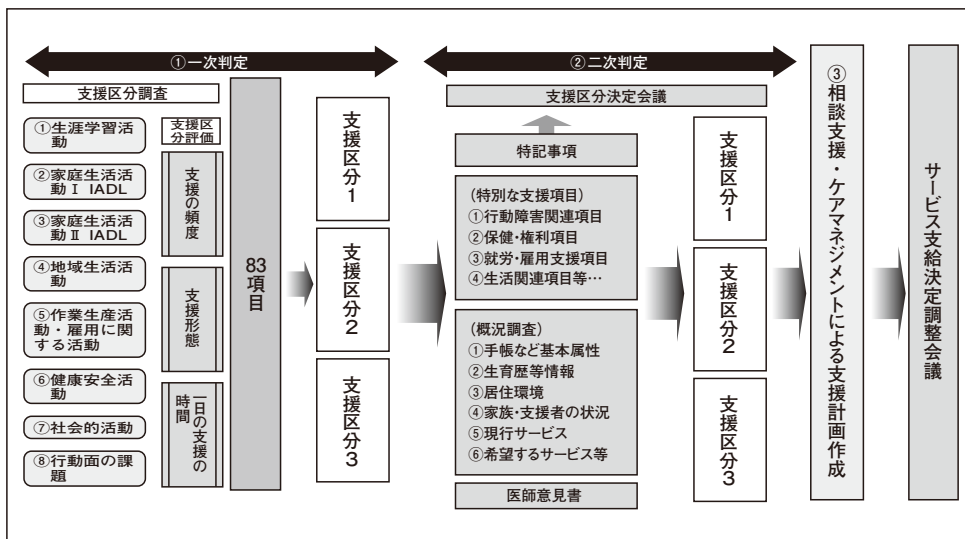


図9 2008年1月福祉協作成・支給決定プロセス案

6つのパートに協会検討のパートを組み入れた。)

SISの「頻度」「一日の支援の時間」「支援形態」で評価し、標準得点のよる一次支援区分を三つの支援区分とする。

支援度調査に当たっては、「生涯学習活動」「家庭生活活動1」「ADL・家庭生活活動2」「IADL」「地域生活活動」「作業生産活動」「雇用に関する活動」「健康と安全活動」「社会的活動」「行動面の課題」の各領域について実施する。

②二次判定

特別な支援項目「行動障害・権利擁護・雇用契約等」及び「概況調査」「医師意見書」を参考に支援区分を3区分で測定し、最終的な支援区分を決定する。

③ケアマネジメントによる支援計画の作成

一次判定により出された支援区分に基づき、相談支援事業者等がケアマネジメントの手法を使い支援計画を作成する。相談支援専門員等がケアプランを作成する仕組みを参考にした支給決定プロセスである。

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〔2008年8月6日版〕

本協会では、2008年1月以降、障害者自立支援法の最大の問題点である障害程度区分の抜本的な見直しに向け、AAIDD（アメリカ知的・発達障害協会）のSIS（支援尺度）をベースに協会独自の新たな支援尺度の提案を行った。

また、利用者にとってふさわしいサービスが行き渡る仕組みの検討も重要であることから、前述の2008年1月提言の支給決定プロセス案をたたき台に、2008年8月の社会保障審議会障害者部会の事業者団体ヒヤリングに向けた議論を福祉協会政策委員会を中心に検討した。

論点は次のとおりである。

●障害程度区分の抜本的見直し

第一次判定項目について現行の介護保険ベースのものを抜本的に見直し、知的障害などの特性を適切に反映させることを目指す。障害者支援実態調査に当たっては検討のため、新たに支援に関する項目を加えて調査する。

①障害者支援実態調査に当たっては、支援に要する時間だけでなく、どのような支援をしているか（形態）についても調査する。調査については、必要な支援を測るのではなく、「現在どのような支援が行われているか」とならざるを得ないが、施設で行われていない在宅での支援も含めて、調査する。あわせて、適切な支援のあり方（人員基準、報酬等）については、別に検討する。（今回の調査・検討は、障害状況に応じて、現在どれだけの支援が行われているかの調査を行い、支援の必要度を壮大的に把握するためのもの）

※支援調査項目の検討に関しては、協会版支援尺度作成に向け500ケース実施した調査結果

を元に、75項目の調査内容を提案する。

- ②第二次判定についても、見直すべきことがあれば見直す。個々の支援を決定するプロセスについて、障害程度区分に加えて、障害者を取り巻く環境や、サービスの利用意向などを勘案して個々の支援を検討する仕組みについて、充実を検討する。その際、知的障害については、新たな支援の項目を参考にしながら検討する。

●支給決定プロセスの検討

障害程度区分の抜本的な見直しとして障害特性が反映できる支援尺度の提案と、利用者に適切なサービスが届くシステム＝ケアマネジメントの構築を今回の見直しの基本原則とした支給決定プロセスを検討した。検討課題として、支給決定プロセスにおいて、個別のケアプランをどの部分で活かすかであった。これに関し、次の2案を中心に検討を重ねた。

(第一案)

支援区分を二次アセスメントで確定し、個別のケアプランを作成する。その後、サービスの支給決定を行うこととする。支援区分を決める機関として、支援区分決定会議（仮称）を提案する。この会議では、基本事項をより支援状況を検討し、二次支援区分を確定するものとする。その結果に基づき相談支援事業者が、再度アセスメントを実施し個別のケアプランを作成するものとする。そのケアプランの結果について「サービス支給決定会議」(仮称)を市町村ごとに設け、最終的な支給決定がなされるものとする。

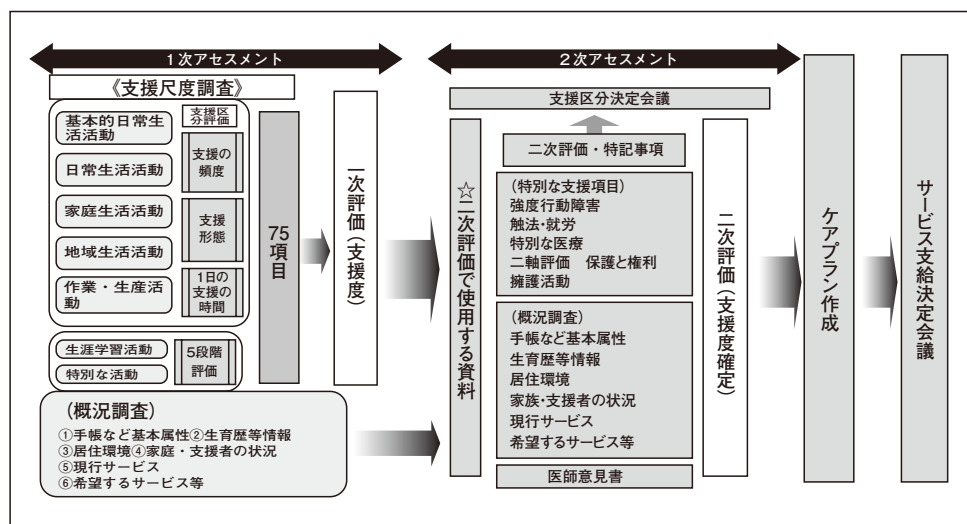


図10 サービス支給決定プロセス案1

(第二案)

一次アセスメント後にケアプランを作成し、二次アセスメントにケアプランを反映させ支給決定する案である。一次アセスメント後に、相談支援事業者が支援に必要なアセスメントを実施し個別のケアプランを作成することとする。二次アセスメントは、「サービス調整会議（仮称）」で実施するものとする。この会議では、作成された個別のケアプランをベ

ースに、前述の特記事項・1次支援区分・特別な支援項目・概況調査を判断材料として加え、支援区分及びと支給決定が行われることとする。

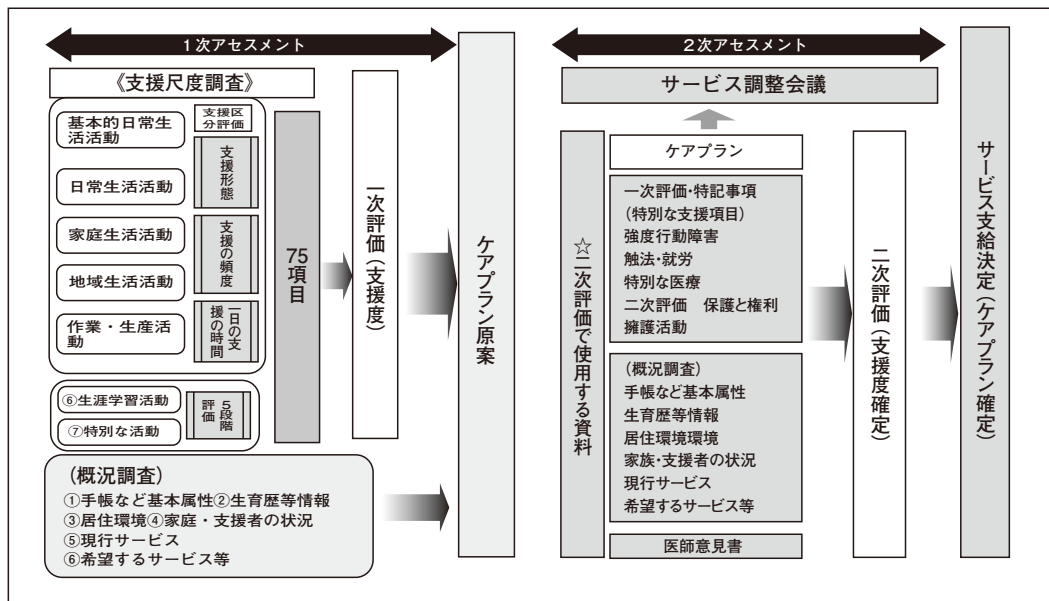


図11 サービス支給決定プロセス案2

検討の結果、利用者の支援の状況を二次アセスメントに加えることが、利用者のニーズが反映された支給決定とサービス提供につながることを結論とし、ケアプランを相談支援事業所等で一次判定後に作成し、二次判定の判定要素とすることとした協会案をまとめ、2008年8月6日社会保障審議会障害者部会に提出した。

〔新たな支援尺度と支給決定プロセスの構築〕

現行制度では、障害区分認定、審査、サービス支給決定、サービス計画が各々で機能し、全体が連動していない。障害程度区分の抜本的な見直しとして、障害特性が反映できる支援尺度の提案と、利用者に適切なサービスが届くシステム(=ケアマネジメント)の構築を今回の見直しの基本原則とし、それぞれの支給決定プロセスに連動性を持たせた。

加えて、利用者のニーズを基本とした個別のケアプランを作成し、そのプランを支給決定プロセスの判断材料として取り入れることにより、きめ細かいサービス提供が実施可能なシステムを提案した。

〔一次アセスメント (現行自立支援法の一次判定)〕

○一次アセスメント

「支援尺度調査」と「概況調査」を実施する。支援尺度調査は、福祉協会が提案したSISをベースにした、「基本的日常生活活動」「日常生活活動」「家庭生活活動」「地域生活活動」「作

業・生産活動」「生涯学習活動」「行動面の課題」の7領域・75項目の調査を実施する。支援尺度の評価は、SISの「頻度」「一日の支援の時間」「支援形態」で評価しコンピューター処理され、標準得点により一次支援区分を決定する。

○概況調査

手帳など基本属性・生育歴等情報・居住環境・家族・支援者の状況・現行サービス内容・希望するサービス等の面接を通じた聞き取り調査を実施する。

一次アセスメントでは、障害者に詳しい専門スタッフによる極めて確実性の高い調査が実施されることを希望したい。そのためには、行政職だけでなく、民間法人等、障害者の専門的支援を実施してきた事業所の協力体制と人材を育成するシステムが課題であると思われる。

〔支援計画（ケアプラン）の作成〕

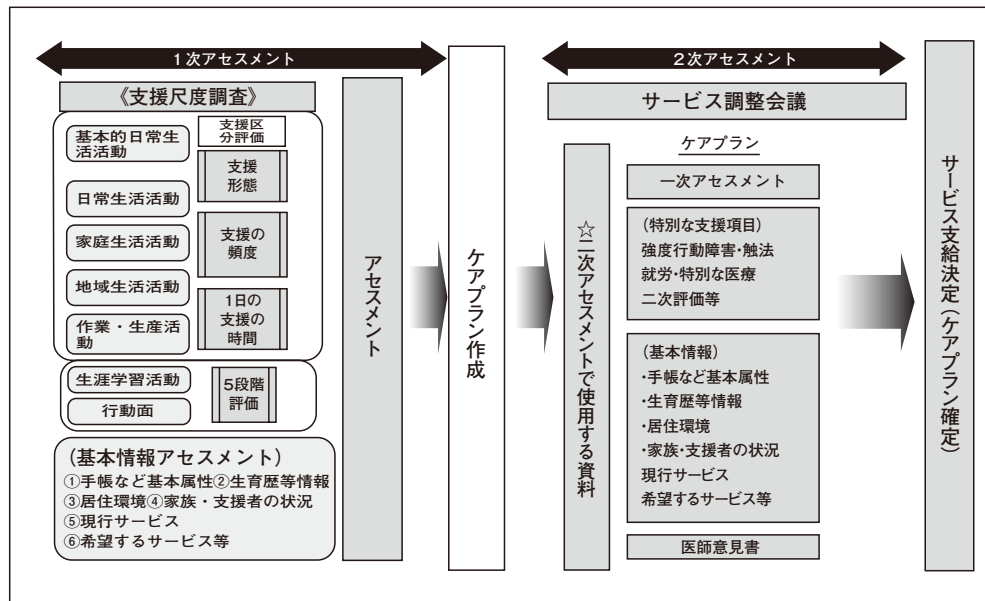
一次アセスメント後に、相談支援事業者等が再アセスメントを行い、個別の支援計画（ケアプラン）を作成する。このプランを基本に、二次アセスメント「サービス調整会議（仮称）提案」において、前述の特記事項・一次支援区分・特別な支援項目・概況調査をもとに、支援区分と支給決定が行われる

〔二次アセスメント（現行自立支援法の二次判定）〕

つぎの基本事項により二次支援区分を検討する。

一次評価の支援区分（支援尺度調査結果）と調査の特記事項。客観的な評価を行う項目として、特別な支援項目「強度行動障害・触法・就労・特別な医療・二軸評価・保護と権利擁護活動など」概況調査・医師意見書・現行サービス状況・希望するサービスなどを二次アセスメントの判定要素とする。このような項目が判定に加わることにより、障害者の生活環境や個別の障害特性が加味されることとなる。

このシステムを実施することで、支援区分がサービスごとの報酬と連動する仕組みからの転換を図られ、支援区分は、市町村にとって提供するサービスの全体・総量の目安として構築される。個別支援計画に沿って必要なサービスが利用者に届く、ケアマネジメントを体系化した。



社会保障審議会・障害者部会への本協会提出資料：2008年8月

図12 サービス支給決定プロセス案

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〔2010年12月〕

2008年12月16日の社会保障審議会障害部会報告において、自立支援法施行後3年の見直しに係る支給決定プロセスに関する報告が出された。

サービス利用手続きの見直しとして、サービス利用の手続きについて障害者の利用するサービスが適切なもの（必要且つ十分なもの）となるよう、そのプロセスにケアマネジメントの仕組みを導入すべきである。具体的には、サービス利用計画の作成が、市町村による支給決定の後（利用できるサービスが決まった後）となっていることを改め、障害者が抱える課題を分析し、どのようにサービス等を組み合わせる支援していくべきかを含むサービス利用計画案を作成し、支給決定の参考とするようにすべきである。

2009年8月に、本協会が提案した支給決定プロセスの見直し（案）が一部取り入れられた「障害者自立支援法の一部改正案」が前政権から提案されたが、政権交代により廃案となった。

その後、2010年12月に現政権下において、議員立法により、「障がい者制度改革推進本部等における検討を踏まえて障害保健福祉施策を見直すまでの間において障害者等の地域生活を支援するための関係法律の整備に関する法律」（障害者自立支援法の一部改正）が成立し、支給決定プロセスの見直し等が行われた。この法律のほとんどは、前政権下で2009年8月提出された障害者自立支援法の一部改正案を踏襲しており、その点においては、協会提案の支給決定プロセスの案は一部反映されている。

特にサービス利用計画の作成については、①計画の作成が市町村の支給決定後となっている。②対象者が限定されている、などの理由からあまり利用されていない。の2点が課題となっており、支給決定の前にサービス等利用計画を作成し、支給決定の参考とするよう見直す。サービス等計画作成の対象者を大幅に拡大する内容が自立支援法の一部改正に盛り込まれた。

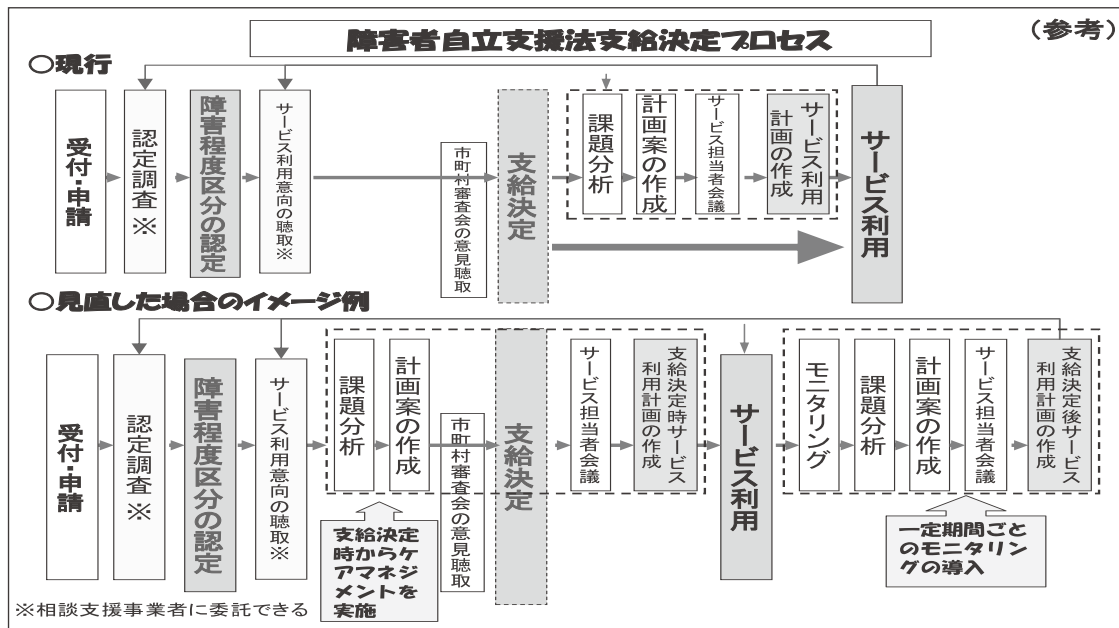


図13 自立支援法の一部改正における支給決定プロセス

4) 総合福祉法（仮称）における支給決定プロセスへの福祉協会の取り組み

2009年9月に政権が交代し、障害者制度改革に推進に向けて新たな取り組みが行われている。その中に、障害者自立支援法を廃止し、2013年8月を目途に「障害者総合福祉法（仮称）」を制定することが明確になった。

わが協会では総合福祉法制定に向け、2009年12月厚生労働省とのヒヤリングにおいて支給決定プロセスの見直しも含め、様々な課題に対する提言をまとめた。主な内容は次のとおりである

障害福祉サービス利用の支給決定のあり方に関する提言

財団法人 日本知的障害者福祉協会

<新制度への要望事項>

- ・ケアマネジメントの制度としての明確な位置づけをお願いしたい。
- ・地域格差を解消するために、サービスの決定を行うガイドラインは、全国共通的な物を示してほしい。
- ・ガイドラインの作成にあたっては、関係団体との協議をお願いしたい。
- ・ニーズ調査・ケアプラン作成・支給決定にあたっては、知的障害者の障害特性を十分配慮し、本人の自己決定に向けた専門的支援をお願いしたい。
- ・必要なニーズについては、サービス量の上限を設定しないことを願いたい。
- ・利用者のサービス利用の決定を行うため、障害に関わる専門家による決定機関の設定をお願いしたい。
- ・計画策定の報酬は、人件費と計画策定等の実績評価を考慮してもらいたい。

<新制度移行までの課題と対応（ブラッシュアッププラン）>

- 現行制度からスムーズに新制度に移行するため、次の施策を講じてもらいたい。
- ・現行制度における「サービス利用計画作成」の対象者の拡大と、支給要件の緩和
- ・利用できるサービス種類の制限の撤廃を願いたい。
- ・ニーズを把握するための専門スタッフの要件の検討
対象となる資格要件。（国家資格・協会認定資格等）。相談支援専門員の位置づけ。サービス管理責任者の役割と今後の位置づけ。
- ・市町村がケアマネジメントの制度化するための準備としての体制整備に関わる試行的事業の実施。
- ・ニーズを把握するためのアセスメントツールの開発。特に、知的障害者の障害特性、「生活の生きにくさ・意思疎通の取りにくさ」に対応するニーズアセスメントの検討・開発。
- ・当事者に意向が十分に反省されるとともに、決定に対して、当事者もとより関係者からの異議申し立てが出来る仕組みの検討を願いたい。

[新たな支給決定プロセスの提案～2010年1月30日福祉協会政策委員会案～]

本協会が従来から検討してきた支給決定プロセスを参考に、総合福祉法におけるサービスを受けるための支給決定プロセスの提案を行った。今回の報告書の提案の元となる案である。

この支給決定プロセスは、障害当事者の支援の必要性を明らかにし、利用者中心のサービス決定が受けられることを目的とした。また、従来から福祉協会が検討してきた「協会版支援尺度」を共通のアセスメントツールとし、利用者に専門的・継続的な支援を提供す

る専門職として「ソーシャルワーカー専門員」を提案した。詳細は次のとおりである。

○ニーズ調査

サービス受けるあたり支援のニーズを把握するため、福祉協会が検討している「協会版支援尺度」によりニーズのアセスメント調査を実施する。調査は、一定資格を有するソーシャルワーカー専門員（仮称）（以下「専門員」という。）により実施する。（※資格案・相談支援専門員・サービス管理責任者・社会福祉士。人員が確保されるまでは、経過措置として施設等で5年以上の経験者）専門員は、相談支援事業所等に配属する。

○パーソナルプラン（仮称）作成

専門員はニーズ調査に基づくアセスメントを中心に「支給決定ガイドライン（仮称）」を参考に、サービスを希望する障害者個々のパーソナルプランの作成をする。複数支援を必要とする場合は、調整会議を実施する。ニーズ調査の他、一定期間によるモニタリングも実施する。

○支給内容決定委員会（仮称）

委員は、障がい福祉の専門職・保健医療・学識経験者等によって構成される。

委員会では、専門員が作成したパーソナルプランの検討・支援内容の決定を行い行政機関に指示を出す。この他、専門員によるモニタリングの評価も実施する。

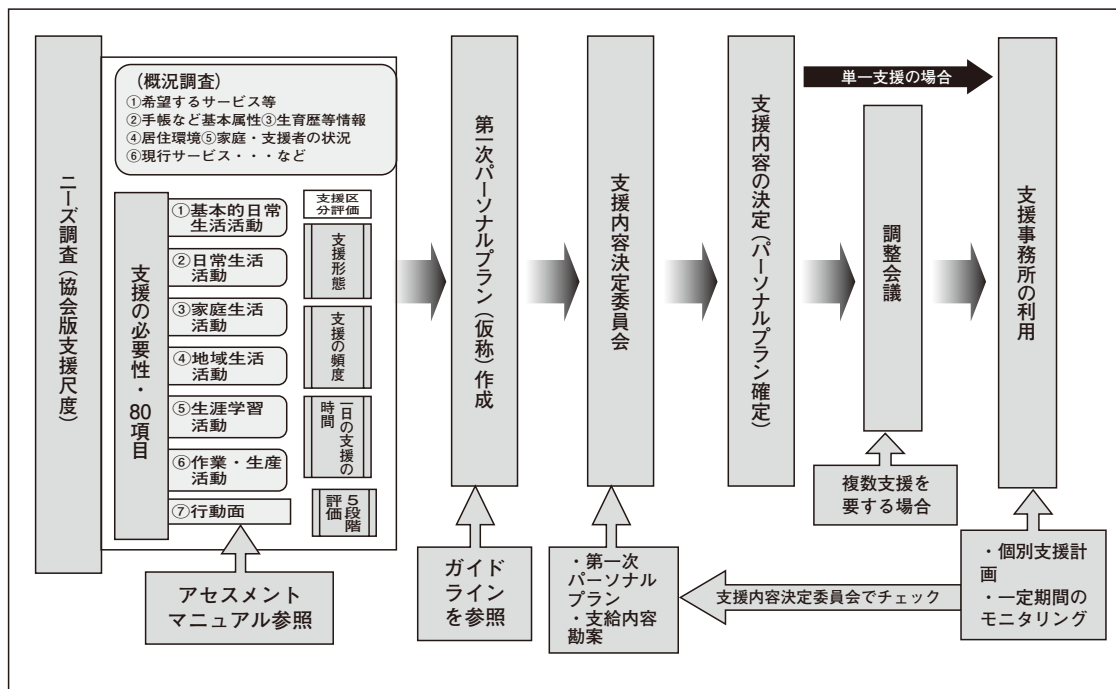


図14 支給決定プロセス案 2010年11月

2. 日本における新たな支給決定プロセスの提案

(1) 新たな支給決定プロセスの検討

1) 諸外国と我が国の制度を比較した課題

諸外国の支給決定プロセスとわが国の現行制度を比較すると、次の点が課題として上げられよう。

- スウェーデン・イギリスなどは、社会福祉を専門とする行政職が支給決定の権限を持っているが、日本の現状としては障害福祉に関わる行政担当者は、障害福祉の専門職と限らない。
- 今回の調査では、韓国を除く、諸外国は、支給決定にあたる行政の専門職（査定員）が障害当事者それぞれの実情に伴い、利用者のアセスメントを実施し、アセスメントの内容は様々であるが、基本的には、専門職が障害当事者の生活全般にわたる調査を実施していることが分かった。日本の障害者自立支援法では、細かい機能障害・能力評価を中心に障害者の状態を調査している点と異なる。また、日本のように、障害程度区分の専門の研修を受けた者が実施する「認定調査員」のような制度が見当たらない。
- 五カ国の比較で述べたように、長期的には、本人主体の理念が実現して、本人の参加が可能になる支給決定に向かうことが望ましいが、そのためには、本人主体の考え方、知的障害者に対する地域社会の特に社会参加に関する理解、知的障害の特性、問題、地域資源、地域社会でのサービス・ネットワークなどに詳しい専門家の育成が必要である。
- 現時点では、その方向への一つの条件作りとして、支援尺度などの道具を用い、それによって支えられながら、学ぶことが重要であると思う。しかし、尺度はあくまで補助であって、本人と専門家との話し合い、情報の交換を第一に考えるべきである。

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）

これまでの先行研究及び諸外国の支給決定プロセスを参考に、新たな日本における新たな支給決定プロセスは、次を考慮した。

〔提案の主旨〕

- サービスを希望する障害者が主体であり、障害当事者のニーズに基づく支給決定であること。
- 障害の捉え方を、機能障害を基本とする「医学モデル」から、社会での生きにくさを中心とらえる「社会モデル」の考え方とすること。
- 障害当事者による「セルフマネジメント」と合わせて、意思決定が困難な障害者に対し、

専門的かつ継続的な支援が実施されるよう、当事者・関係者が協働してサービスが受けられる「ケアマネジメント」の手法も取り入れる必要があること。

○わが国では、諸外国のように支給決定にかかわる行政専門職の配置がないため、「社会福祉主事任用資格を有する行政担当者の他、社会福祉士・精神保健福祉士・相談支援専門員・障害当事者をよく知る人」等が障害当事者のニーズを把握し、継続的な支援を担うこと。

○ニーズを把握し支援の必要性を知るためには、共通のアセスメントツールが必要であること。

○支給決定にあたり、都道府県・市区町村の役割・関与・権限の明確化が必要であること。

○支給決定プロセスでは、障害当事者のニーズを中心に「本人を中心としたパーソナルプラン（仮称）」を作成し、福祉サービスの提供が受けられる仕組みが必要であること。

○市区町村の行政機関は、パーソナルプランを決定するための権限を持つこと。

以上を柱として、新たな支給決定プロセスを提案することとした。

〔誰が障害当事者の継続した支援にあたるか〕

ニーズ調査やプラン作成にあたっては、諸外国のように行政の専門職をわが国では配置していない。障害当事者のニーズを継続的・専門的に担う人の提案としては、既存の専門資格を活かし、かつ、障害当事者をよく知る人など幅広い人が必要と考えた。

そのため、ニーズ調査やプラン作成にあたっては、「支援を希望する障害当事者・社会福祉主事任用資格等を有する行政担当者（以下「行政担当者」という）・社会福祉士・精神保健福祉士・相談支援専門員等の専門職（以下「専門職」という）・障害当事者間のピアカウンセラー・家族・福祉従事者・その他支援者（以下「本人を良く理解している支援者等」という）」が障害当事者・家族と協働して実施することが適切と思われる。専門職は、指定を受けた相談支援事業所、サービス提供事業所に原則、所属する。

また、行政機関との各専門職等の役割を明確にすることから、これら事業所に配属された専門職は、行政機関からの委嘱を受けることとする。「本人を良く理解している支援者等」のうち障害当事者間のピアカウンセラー・福祉従事者についても、一定の要件を満たした場合は、行政機関からの委嘱を受けることとする。その他支援者、家族は原則、行政機関や専門職の担当者の協力を得て実施することができることとする。

提案する支給決定プロセスの内容は次のとおりである。

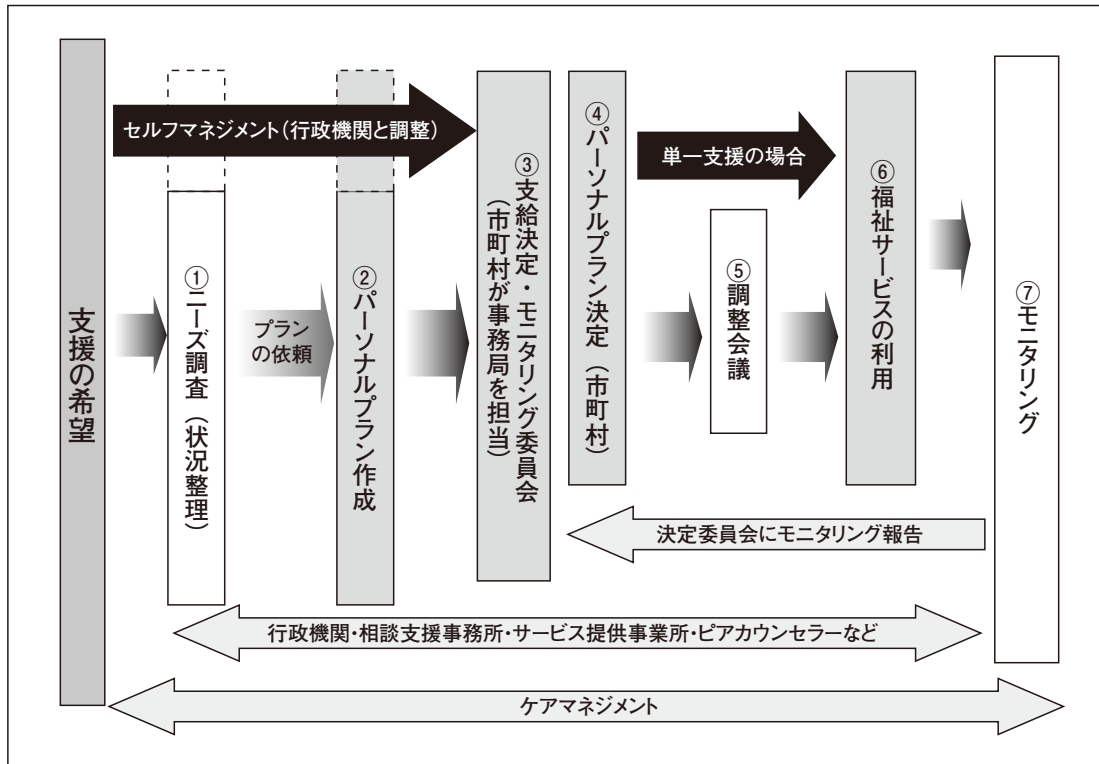


図15 日本における新たな支給決定プロセス案

①ニーズ調査・状況整理

ニーズ調査は「(A) ニーズ調査1・概況調査 (B) ニーズ調査2・支援に関する調査」によって実施される。聞き取り調査にあたっては、利用者の状態像を把握するための共通の福祉協会版支援尺度等によるアセスメントツールを利用して実施する。（「調査にあたっては、支援尺度のマニュアル」を参考にする。）

(A) ニーズ調査1・概況調査票 (P. 143参照)

ニーズ調査1は、障害当事者の希望するサービス及び障害当事者を取り巻く生活環境等を聞き取ることを目的とする。調査内容は、・調査実施者・調査対象者・認定を受けている各種の障害等級等・希望する生活・どんな暮らしをしたいか。ご本人の思い。希望するサービス・生育歴・病歴・一週間の生活状況、現在使っているサービス・一日の生活状況・家族状況・居住環境・保護と権利擁護に関する支援。の10項目によるものを提案している。

以上の内容を「行政担当者・専門職・本人をよく理解している支援者等」が、障害当事者の意向を中心に聞き取りにより調査を実施する。

(B) ニーズ調査2・支援に関する調査 (P. 144参照)

ニーズ調査2は、福祉協会がこれまで取り組んできた「協会版支援尺度調査」のアセスメント様式により実施する。

この支援尺度は、福祉協会が障害者自立支援法の障害程度区分にかわる、知的に障害のある人の支援の状況を把握するため、2006年から検討を重ね、本事業でモデル調査を実施し、

提案するものである。障害程度区分認定調査が、障害当事者の機能障害・能力評価を中心に障害状態を「非該当から区分6」の7段階により区分をわけてきた「診断・医学モデル」とは異なり、障害当事者が生活をするうえでの支援の必要性を現すためのシートである。

調査は、基本的な生活に関わる支援の状況を聞き取る「基本調査」と個別の障害特性やニーズに関わる支援の状況を聞き取る「個別勘案調査」により実施される。

基本調査は、5領域「基本的生活活動」「日常生活活動」「家庭生活活動」「地域生活活動」「生涯学習活動」の46項目に関し障害当事者の支援の必要性を聞き取る。

これに加え、個別の障害状況に勘案し支援の状況の必要性を聞き取るための「特別な行動の支援」「作業・生産活動・雇用活動の支援」「医療の支援」の3領域に関する支援の状況を聞き取る。

ニーズ調査2においても「行政担当者・専門職・本人をよく理解している支援者等」が障害当事者から支援の必要性を聞き取ることとする。

② パーソナルプラン作成（本人のニーズを中心とした計画）

基本調査の結果を参考に、本人が希望する生活やサービスに関し、本人のニーズを中心とした「パーソナルプラン（以下「プラン」という。）」を作成する。この際、セルフマネジメントを希望する障害当事者は、自らのプランを作成できることとする。

一方、プラン作成を希望する障害者は、当事者のニーズを中心に「行政担当者・専門職・本人をよく理解している支援者等」と協働しプランを作成する。プランの作成にあたっては、在宅生活を希望する障害者は、地域の社会資源等の実情を加味した「パーソナルプラン作成の留意事項（仮称）」を参考に、「本人中心計画（PCP）・ストレングスモデル・協議調整モデル・協会版支尺度」等の各種アセスメントの手法を用いて作成する。

プラン作成に携わった者は、支援事業所における当事者の支援状況・サービスの実施状況・サービスの満足度等のモニタリングも実施し、モニタリングを評価する機関に報告をする。

③ 支給決定・モニタリング委員会（仮称）

プランは、障害当事者によるセルフマネジメントや「行政担当者・専門職・本人をよく理解している支援者等」がプランを作成することから、そのプランを承認し、制度の実施主体である行政機関が最終的なサービスの支給決定を行うことが重要である。

提案する支給決定プロセスにおいては、支給決定に関わる権限を持たない「専門職・本人をよく理解している支援者等」がプラン作成にあたっていることから、諸外国では見られない、わが国と独自に客観性・公平・中立性を担保しプランの支給決定の承認を行う機関が必要と考えた。

そのため、障害当事者や障害当事者から依頼を受けた専門職等が作成した「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、行政機関に指示を出す。」ことを実

施する。また、定期的実施したモニタリングの報告を受ける第三者機関として、各市区町村に「支給決定・モニタリング委員会（以下「委員会」という。）」を設置することを提言する。

委員会は、各市区町村の障害のある人の人数・サービス利用者の数に応じて複数委員会を設置できる。委員会の構成は「障害福祉の専門職・保健医療・学識経験者・当事者等」によって構成される。委員会には、プランを作成した「専門職・本人をよく理解している支援者等」が参加しプラン内容の説明を行うこととする。行政機関は、委員会の取りまとめなど事務局を担当する。

④ パーソナルプランの決定

委員会からの指示により、市町村はプランの支給決定を行う責務を負うものとする。また、「専門職・本人をよく理解している支援者等」が一人あたり担当するケースは、障害当事者からの相談に即応できるように、また、きめ細かいケアマネジメントが実施できるよう30ケース前後を原則とする。

決定したプランに基づき、「行政担当者・専門職・本人をよく理解している支援者等」が当事者と共に希望するサービス支援の事業所の選択・調整などを行う。

⑤ 調整会議

複数のサービス事業者による支援は必要な場合は、障害当事者・支援に関わるサービス事業者など関係機関が一堂に集まり、支援に係る調整会議を開催する。但し、単一業所の場合の調整会議の開催は任意とする。

⑥ 福祉サービスの利用

サービス利用後は、サービス事業所ごとに当事者支援に関わる個別支援計画を作成する。個別支援計画の作成・サービス提供者への連携・指導・支援計画の進行管理は、各事業所にサービス管理責任者を配置して実施する。サービス管理責任者一人が担当するケースは原則30ケースとする。

⑦ モニタリング

モニタリングは、サービスが適正に実行されているか、サービス利用者のサービス利用の満足度・苦情など、再アセスメントの必要性について実施する。基本的には、専門職等プラン作成者等が一定期間ごとに実施し、支給決定・モニタリング委員会に報告する。さらに、サービスの利用状況に応じて次のとおり実施する。

- ・入所・病院から退所・退院した場合は、もしくは、新規にサービス利用を開始した場合は、生活環境の変化から原則1年間は、集中的なモニタリングを実施する。前半半年間は、1ヶ月に一回のモニタリングを実施。後半半年間は、二ヶ月に一回のモニタリ

ングを実施する。

- ・在宅生活等もしくはサービスを1年以上継続的に利用している者については、サービス種類応じ、3ヵ月から6ヶ月に一回のモニタリングを実施することを原則とする。
- ・モニタリング期間はあくまで原則であり、緊急を要する状況が発生した場合は、これに限らない。

[不服申し立ての仕組み案]

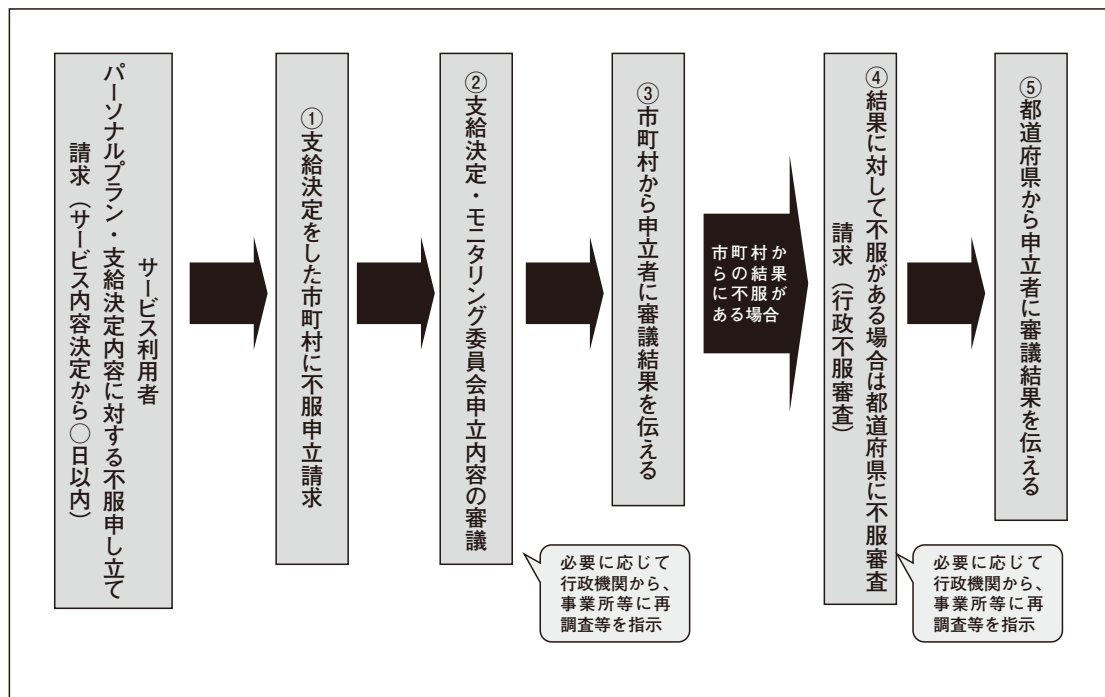


図16 パーソナルプラン・支給決定内容の不服申し立て（案）

支給決定プロセスの提案と共に、障害当事者の支給決定内容に関する不服申し立ての権利を明確にする点から、不服申し立てのプロセスについても提案をする。

この仕組みにおいて不服申し立てを一義的に受ける機関は、支給決定を行った市区町村である。

パーソナルプラン・支給決定内容に対し不服のある障害当事者及び家族等は、支給決定から60日以内に支給決定をした市区町村に対し不服申し立て請求をする。この申立の審議は「支給決定・モニタリング委員会」で実施する。（同委員会は、必要に応じ、行政機関を通じ事業所等に調査を指示することができる。）

委員会は審議した結果を市町村行政に報告する。委員会は、審議内容によって、サービス事業者や行政機関等が内容の改善を必要とするケースには、改善命令等の指示を出す権限をもつ。

不服申し立ての審議内容・結果は、市町村から不服申し立て者に伝える。

市区町村の審議結果に不服がある場合は、二義的な受けつけ機関は、都道府県となる。この段階では、行政不服審査の手続きに順じ、不服申し立て請求を行うことができる。都道府県は、行政不服審査の手続きに沿って、内容を審査し、申立者に審議結果を伝えるものとする。

3) 今回の提案における課題

障害者のニーズは多様なため、福祉先進国では、一律の区分を設けず、社会福祉専門職又は審査機関に公的な決定権を付与して決定する方法が一般的である。しかし、我が国では、そのような人材育成もされていないし資格制度も未熟である。介護保険ではケアプランがあってサービス内容を決定していくが、障害福祉サービスではサービス利用計画の支給決定がほとんどなく、ケアマネジメントが機能していない。

今回の提言は、まだ、完成されたものではなく提案できなかった課題を継続的に検討する必要がある。

① プロセス全般の課題

2010年1月に内閣府に設置された障害者改革推進会議の障害者総合福祉法を検討する専門部会（同年4月27日設置された総合福祉部会）におけるこれまでの議論では、障害当事者によるセルフマネジメントや「協議調整モデル」が提唱されている。しかし、知的障害は、生活の困難さを意思表示しサービスに結びつけるなどのプロセスを自ら実施することは、その障害特性から非常に難しい。このような状態にいる障害当事者に「継続的・専門的・総合的な支援」を実施するためには「ケアマネジメント」の手法は重要だと考える。

② ニーズ調査・プラン作成にあたる担当者の資格・質の問題

ニーズ調査やプラン作成にあたる専門職等のうち、社会福祉士・精神保健福祉士は国家資格である。現行制度で相談支援を担う相談支援専門員は、研修を修了したことによる職種であるため资格的な位置づけが法的に明確でない。また、現在の相談支援専門員の研修体系は、5日間の初任研修と5年に一回の更新研修しかないため、専門職として一定の質を担保するには、明らかに不十分である。

この課題を解消するためには、相談支援専門員の資格化と質を担保するための研修の体系化を早急に検討する必要があると思われる。

また、社会福祉士・精神保健福祉士についても、ニーズ調査やプラン作成を担当するにあたっては、障害者支援に関わる専門知識を得るための研修受講を必須とし、それに関わる研修の体系化が必要となろう。

行政担当者においても同様で、専門知識を身につけるため、社会福祉主事任用資格取得

と相談支援専門員等が受ける研修等専門研修の受講を必須とすることと研修の体系化が必要である。

③ プラン作成の課題

本報告書では、「本人中心計画（PCP）・ストレングスモデル・協議調整モデル・協会版支尺度」等の各種アセスメントの手法を用いて作成することを提案したが、専門職等が的確なアセスメントが実施するためには、これに限らない他の手法の確立やアセスメント研修の体系化が必要と思われる。

福祉協会では地域の社会資源等の実情を加味した「パーソナルプラン作成の留意事項（仮称）」を提案したが、具体的な内容を本報告書では示すことが出来なかった。ガイドラインの必要性も含め、内容の検討が必要だと考える。

④ 支給決定・モニタリング委員会（仮称）の課題

総合福祉部会では、障害当事者・家族・相談機関・行政機関から「協議・調整による支給決定」が提唱されているが、本報告書では、客観性・公平・中立性を担保しプランの支給決定の承認を行う機関の必要性から「支給決定・モニタリング委員会」を提案した。しかし、各市区町村でこれらを担う専門職が配置と検討内容の整理が課題である。

今後の障害福祉の制度設計にあたっては、支給決定に関わる課題を含んだ、市区町村・都道府県の役割・権限の明確化が必要である。

4) 今後の課題

○支援の必要性の尺度の検討

ニーズ調査を実施する際、「行政担当者・専門職・本人をよく理解している支援者等」が正確に利用者のニーズを聞き取るための、今回の協会版支援尺度の精度を高める、共通認識が的確に実施可能にするためのアセスメントツールの開発の更なる調査・研究が必要を考える。

また、的確にニーズを聞き取るための調査に関するマニュアル・ガイドラインの策定も検討する必要がある。支援の必要性の客観的な目安となる尺度の必要性は本報告書でも提案するところであるが、支援の尺度を区分的な設定の手法を用いるか、あくまで、個別の支援に着目したものとするかは検討する必要がある。

○支援の必要性の尺度を障害共通にすべきかの問題の検討

障害程度区分認定にかかわる認定調査が、国の研究の結果、介護保険の要介護認定調査内容との妥当性があると結果に基づき活用されている。

介護保険法の要介護認定調査は、介護保険法施行に併せて、わが国の初の高齢者介護の

スケールとして開発された。人間は等しく年を重ね必ず高齢者になり、加齢により機能は低下し、要介護状態になる割合も高くなる。多くの方がライフステージにおいて必ず高齢化は迎えることである。

一方、障害について考えてみたい。先天性障害か中途障害など、障害を負った年齢や時期により、その人の障害のとらえ方や家族のおかれる状況は異なる。また、障害の範囲は広く個々の障害状況も異なる。障害者の支援を考える上では、受障時期や個々の障害状況や家族・周辺環境など、個々人の状況に応じた支援が求められると思う。高齢者は誰でもなるが、障害者には誰もがなるとは限らない。

今回の研究を通じ、「支援の必要性をはかる尺度＝アセスメントツール」が各障害に共通して必要か否かについては結論を得なかった。しかし、自立支援法のように三障害を一本化した調査のやり方から、障害者の個別性を重視し、それに配慮したアセスメントの開発が今後は重要だと考える。

参考までにサービス事業所における個別支援計画作成のプロセスは次のとおりである。

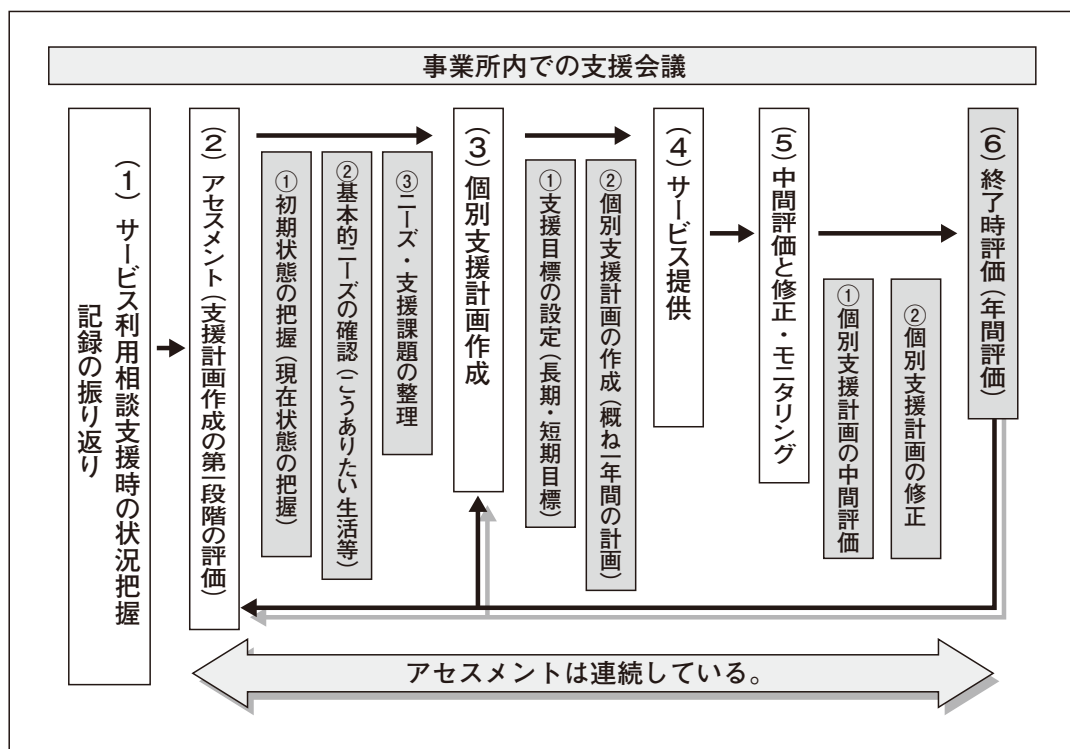


図17 サービス事業所におけるサービス提供プロセス

(2010年度厚生労働省サービス管理責任者指導者養成研修資料から)

(2) 新たな支給決定アセスメント項目の提案

1) アセスメント項目の作成の経緯

利用者の希望、心身の状況や置かれている環境等の的確な把握（アセスメント）をしたうえで必要な福祉サービスが提供されなくてはならないことは言うまでもない。アセスメントとは、対象者が直面している課題と置かれている状況を把握し、問題の解決のための計画作成に至るまでの過程である。

利用者の支援ニーズを把握（アセスメント）するうえで、その前提となる知的障害の概念・定義について、厚生労働省は「知的機能の障害が発達期（概ね18歳まで）にあらわれ、日常生活に支障が生じているため、なんらかの特別な援助を必要とする状態にあるもの」（厚生労働省平成12年9月知的障害児（者）基礎調査）としているが、その障害認定・程度判定や支援尺度については、厚生労働省の研究班において指針や指標が示されているものの、身体障害などとは異なり、法的には未だに明確に示されていない現状にある。

このように、知的障害においては、障害特性の客観性が確保されておらず、基本となる支援対象者が不明瞭とならざるを得ないという背景がある。また、支援ニーズについても客観的視点で捉えがたいものとなっている。

戦後長らく続いた措置制度の時代においては、知的障害の程度の基準として知能指数（IQ）が重視され、機能障害あるいは能力障害に視点をあてた対応が図られてきた傾向があった。その後、平成15年に始まった支援費制度では、支援サービスの種類（居宅と施設、施設種別）ごとに、チェック項目による判断基準により、日常生活における困難性や支援度合いに注目した障害程度区分が設定され、サービスの支給決定に反映された。

このような中、平成18年の障害者自立支援法が施行され、新たな障害程度区分が設けられることとなった。障害程度区分の認定は106項目の障害程度区分によって利用できるサービスが一部限定されたが、支給決定については支援費制度と同様に、個別の状況が勘案された。

障害程度区分については当初、全国一律の客観的な区分認定がなされるとされていた。しかし、介護保険の要介護認定項目を基礎としているため、知的障害者の一次判定は実態より低い傾向が強く、更には二次判定の市町村間の格差も大きいのが現状である。これは、支援の度合によるものではなく医療モデルを基にしていることに起因している。

日本知的障害者福祉協会では、平成22年度障害者総合福祉推進事業研究に先駆けて、障害者自立支援法の障害程度区分の問題点の検証を行い、医療モデルを機軸とした障害程度区分判定ではなく、新たなアセスメントツール・尺度として、「その人の支援の度合によるスケールの策定・知的障害者に関わる支援尺度」の研究を実施してきた。

福祉協会における検討のポイントは次のとおりである。

- ・ 自立支援法における障害程度区分の課題の検証
- ・ 障害程度区分に替わる新たな支援尺度項目の検討
- ・ 新たな支援尺度の策定に向けた調査研究
- ・ 知的障害者版支援尺度の提案

2) 障害者自立支援法における障害程度区分の課題

障害者自立支援法の施行により障害程度区分の一次判定は、介護保険で用いられている「要介護認定基準」を準用することとしたが、各施設の判定試行結果の分析をしたところ、予想通り、知的障害者や精神障害者は障害程度区分が低く判定されるという結果が浮き彫りになった。また、二次判定においても市町村審査会において、一次判定を基に、医師意見書等の情報により認定するが、市町村により判断基準が異なるため、最終的な認定結果に大きな格差が生じている。その結果、必要なサービスを受けられないという事態が生じた。

障害程度区分認定は障害特性の異なる身体障害・知的障害・精神障害を同一の尺度で判定する調査項目で行われ、身体機能に伴う介護ニーズの直接的な支援を重視しておりその人の置かれている環境要因や社会参加・活動における間接的支援、発達支援などの視点が軽視されている。認定調査員の障害に対する理解の不足等から適切な評価がなされず、市町村審査会でも審査会ごとに区分変更に必要な差があるなど、公平感や透明性という点でも大きな問題が顕在化している。

福祉協会では区分認定の実態の把握と問題点の検証を行うとともに市町村の意識を高め、適切な区分認定が図られるよう喚起することを目的に、平成18年10月認定調査員の構成及び市町村審査会の設置形態等について調査を実施した。個々の調査項目に対する意見は割愛し、認定調査員・市町村審査会委員のアンケート結果はつぎのとおりである。

〔認定調査員からのアンケート結果〕

- 調査員は事前情報がない方が客観的な判断ができるとのことで、全く初対面の方の調査を依頼されることが多かった。しかし、普段の生活を全く知らず、支援者もない状態。また、家族支援自体もしんどいケースなどにおいては最小限の事前情報が欲しいと感じることが多かった。自治体や調査員によって判断に差があるとのことで施設より苦情が出ることもあり、定期的な調査員のすりあわせや、地域で格差が出ないように対応を考えなければならぬと感じた。
- 3障害同じ調査項目でその殆どが介護保険と同じ内容であることで、知的障害者の本当の姿がどの程度捉えられるかが疑問である。

四. 日本における新たな支給決定プロセス

- 具体的なエピソードを伺っていくと、長時間にならざるを得ず、マニュアルにあるように一時間で終えることはまずなかった。
- 調査のみにとどまらず、福祉に関する相談をされる方（話の流れから発展していったタイプと、最初から相談するつもりでいた方）がおり、相談も可とおもわれているようで、長時間となる一因となった。
- 判定によって今まで受けられたサービスが利用できなくなり別の方向性をつくらないといけないのは、利用者にとって苦痛ではないかと思う。
- 制度的にわかりにくい制度になってきているように思う。例えばヘルパーに関しても自立支援法のヘルパーと市町村事業のヘルパーの違いも利用者にはわかりづらく、手続きからも簡潔明瞭にして欲しいと思う。
- その人の状態がどういう風にあるのか、第三者に解るように記載していくのはとても難しいことだと思った。
- 対象者に会わないで、不在の時間帯に家庭訪問し、彫査した市があったが、知的の方でもご本人に会って本人から直接調査をして欲しいと思った。
- 聞き取る側のスキルがないと十分に本人を伝えられないと感じた。
- 聞き取る側への情報は提供されているのに、聞き取られる側には項目さえも事前に伝えられていないのは不公平ではないか。
- できる／できない という項目では本人の実態が伝えにくく、特記事項に書いても限界がある。
- 身体機能に着目した項目が多く、行動についての質問は言い回しが不適切なものもあり、知的や精神の方には合わないものが多かった。

〔市町村審査会委員からのアンケート結果〕

- 審査会委員及び認定調査員の研修を十分に実施することが必要である。
- 知的障害者の場合、質問項目の内容の理解ができずに「しない」あるいは「できる」と答えてしまうなども見られ、調査員は障害の実態を把握している者でなければ正しい調査結果を得るのは極めて困難な状況である。
- 一つのシステムで三障害の審査、判定を実施するにはかなりの無理が生じており、審査項目、審査委員会、認定調査員の選任については、それぞれの専門の分野に委託している所とそうでないところが見られるため、統一した基準での選任が必要である。
- 審査員マニュアルに従って出した審査結果と、サービスが必要な人が受けられるサービスの間大きな差が生じることに、驚愕と失望を感じる。
- この障害程度区分は、あくまで障害の程度を測るもので、サービスの量を計るものではないと言われるが、対象者の家庭環境や生活実態等は加味されず、調査及び審査の結果に疑問が残るケースが多い。

- 今回出された障害程度区分、これから出される区分によってどれだけの障害者が引きこもり生活を余儀なくされ、支援を受けられない状態においこまれ、人としての尊厳も認められなくなるのではないか。
- 関わりがある利用者については、全体像が明確であり審査しやすいが、利害関係がある場合は、審査に支障が出る。やはり、本人の障害程度を判断する正確な情報が豊富であることと、明確な判断基準が構築される事が望ましい。また、障害程度区分で、使えるサービスが限定されるため、審査の結果次第では本人のニーズに応えられないケースが出てくるのではないか。客観的な審査が必要であるが、障害の程度だけでなく本人の希望や必要なサービスも考慮されることが望ましい。
- 本人の状況は概況調査で概ね把握できるが、それと1次判定との間にかなりの格差を感じたケースがかなりある。特に知的障害、内部障害、視覚障害者については顕著だった。IADL、行動障害の項目によっても、十分反映されないケースも多かった。既に指摘されていることだが、調査項目自体の問題とIADL項目、行動障害項目が反映される範囲が極めて限定されていることに問題を感じた。また、聞き取り調査では、当事者のプライドからか「できない」ことも「できる」と答えているケース（特記事項や医師意見書の内容からみて）や、逆に何も「できない」と答えているケースがあった。当然ともいえるが、本人及び家族への聞き取りが正確さを欠く場合があった。本人に聞いて分かるのは「できる・できない」ではなく、何をしたいかであり、サービスがニーズに基づいて提供される本来の姿に早くなしてほしいと思う。
- 高齢者のニーズと障害者のニーズは異なる。介護保険との統合ありきでこの認定調査となっていることから現段階での不都合はあたりまえのことと思われる。3年後には今回の判定結果と利用サービスとの照らし合わせを行い国で認定調査の見直しを行うと聞いているが、どんな年齢層の障害者であれ、また、その家族も納得してサービスを受けられるよう福祉基盤を整備してほしい。調査・審査を含め、申請から通知までの流れを市町村審査会が掌握されておらず、申請者の方々から不安の声が多く聞かれた。調査委員としての質問にもなかなか明確な回答が得られなかった。
- 大人しい知的障害者ほど、区分は低くなってしまいう傾向にあり、介護に視点を置く調査項目に反映していかない。3障害を一つのソフトで判定すること自体無理があると思う。療育手帳の判定等に付加して区分判定したほうがより説得性が生じると思うのだが。
- ①一次判定をするソフト上の問題 ②調査員の力量（特記事項の記入の仕方を含む）③区分変更の際の明確な基準 ④審査の検討時間 など
- 実際に二次判定を終えた現状をみても、実際に障害が軽く、介護の時間が高いように思えない方が区分6であったり、どう見ても障害が重い方の区分が低い現状となってしまう、家庭によっては、不服申し立てもできない現状の方があり、今後、受けることのできるサービスも限られてしまう方がいることが残念。当然、各施設（事業所）を利用されている方は職員が各家庭に働きかけができるが、在宅が主な生活の場の方は何もできないままになってしまう恐れがあるかと思う。少なくとも利用されている事業所には区分の決定一覧のような形で通知があれば

幾分か迅速な対応ができたと思われる。今後、調査員は施設職員からも聞き取りがあった方が本来の利用者像が見えやすい調査書がでてくるのではないかと感じた。(在宅の方においては、別方法とする)それにより、本当に要する介護時間が算定できるように感じる。

- 3障害を障害程度区分認定調査で評価すること自体に無理があると思うが、決まってしまったこととして感想を述べると調査員によって、概況調査や特記事項の記載内容にかなりのばらつきが生じており、客観的な状態像の把握が困難な事例が多く見られる。医師意見書についても医師の記載する内容に格差が感じられる。
- 審査すること自体では、区分変更の客観的なルール(変更事例とその解説)が、十分に示されていないことと、環境を含めて状態像を把握する事が難しい、要介護認定のように変更の指数や、自立度の組み合わせ、中間評価項目の平均得点、状態像の例(レーダーチャート)等の客観的で具体的な指数があれば審査しやすくなると思われる。
- 知的障害者関係の者だが、どうしても審査会の中で知的障害者の障害特性が十分反映されていない一次判定のコンピューターソフトによる区分に疑問を感じる。(見守り声かけの必要度が時間で計れず足し算されない。)二次判定において、再判定する際に特記事項や医師の意見書を十分考慮しているが、例示の多くは区分が1つ上がる程度にしかっていない。
- 精神障害の機能評価(精神状態・能力障害二軸評価)があるように知的障害者についても別の項目での評価が必要と思われる。また医師の意見書の「てんかん」の取扱いについても支援の度合いが大きく左右される症状なので、取扱いについても客観的な基準を設けてほしいと思う。
- 審査をしていて、苦慮したというより、理不尽さを感じずにいられない。変更の基準も一応マニュアルに示されているものの、家族の状況、サービスの利用状況、医師の二軸評価などは、参考として加味されないことになっている。しかしそこにこそ対象者の障害程度を測る材料があり、読み流してしまうべきものではないと考える。対象者の状態像をいかに把握するかを意識すれば、よりこれからの情報が重要で、これらの情報が区分変更の理由にならないことは納得しがたい。
- 審査委員にとって大切なことがマニュアルをこなすこととなってはいけないと思う。対象者の障害程度をなるべく正確に審査することが重要であり、正確に審査されているなら対象者が困ることがあってはいけないはずである。そのことを審査委員の研修でもっとしっかり伝えるべきではないか。こうした役割意識を持って、対象者を見つめようとする(=調査票を読み込む)審査委員がどのくらいいるのかということも、不安である。

結果として支援の必要性が調査項目では反映されない問題点が多く指摘され、市町村審査会でも介護認定のように変更指標や中間評価項目の平均得点、自立度の組み合わせ等、客観的な変更基準が示されていないため混乱が生じ、市町村格差の要因にもなっている実態が認められた。

3) 障害程度区分に代わる新たな支援尺度項目の検討

福祉協会における支援尺度項目の検討過程では、既存の障害の定義やアセスメントに用いられている、「介護保険の認定調査・国際生活機能分類（以下「ICF」）・福祉協会の知的障害者向けアセスメント（以下「プランゲート」）・米国知的発達障害協会（以下「AAIDD」）の知的障害者支援尺度(以下「SIS」)・障害程度区分認定調査項目・厚生労働省提案のケアコード等を検証し、知的障害者にとって必要な支援を導き出すためのアセスメント項目の検討を開始した。

① 介護保険制度の検証

介護保険は、身体機能やADLの介助の状態に関する調査項目が多く、知的障害者の障害特性である「知的障害者の行動面・意思疎通の支援・周囲との関わりでの支援」を調査する項目が見られない。

介護保険のコンピュータ判定は、日常生活動作等の介助の形態とADLの項目の関連と介助の時間を相関づけた介護保険のタイムスタディによる樹形図によるものである。一つの調査項目と他の調査項目に論理的矛盾がある場合は、警告コードとして表示される。(例:「起き上がり」が「3. できない」にもかかわらず、「立ち上がり」が「1. できる」。場合は警告コードとなる。)

樹形図の警告コードの内容を見ると知的障害者の場合、ADLの介助度が低くても行動面で課題を持つケースも多く、知的障害者の障害特性との矛盾が見られる。警告コード62項目中28項目がこのケースに該当する。

障害者自立支援法の一次判定のプロセス1にも、介護保険の一次判定のコンピュータ判定が用いられているが、樹形図による評価は、知的障害者の支援の状態を正確に評価しにくいと考えられる。

介護保険の一次判定の警告コード中、知的障害者の支援に関連がある事例

コード	説明
17	「洗身」が「1. 自立」にもかかわらず、「異食行動」が「3. ある」
22	「つめ切り」が「1. 自立」にもかかわらず、「物や衣服を壊す」が「3. ある」
23	「つめ切り」が「1. 自立」にもかかわらず、「異食行動」が「3. ある」
24	「薬の内服」が「1. 自立」にもかかわらず、「物や衣服を壊す」が「3. ある」
25	「薬の内服」が「1. 自立」にもかかわらず、「不潔行為」が「3. ある」
26	「薬の内服」が「1. 自立」にもかかわらず、「異食行動」が「3. ある」
27	「金銭の管理」が「1. 自立」にもかかわらず、「常時の徘徊」が「3. ある」
28	「金銭の管理」が「1. 自立」にもかかわらず、「一人で出たがる」が「3. ある」
29	「金銭の管理」が「1. 自立」にもかかわらず、「収集癖」が「3. ある」
30	「金銭の管理」が「1. 自立」にもかかわらず、「物や衣服を壊す」が「3. ある」
31	「金銭の管理」が「1. 自立」にもかかわらず、「不潔行為」が「3. ある」
32	「金銭の管理」が「1. 自立」にもかかわらず、「異食行動」が「3. ある」
36	「聴力」が「5. 判断不能」にもかかわらず、「指示への反応」が「1. 通じる」
46	「意思の伝達」が「4. できない」にもかかわらず、「日常の意思決定」が「1. できる」
47	「聴力」が「5. 判断不能」にもかかわらず、「排尿」が「1. 自立」
48	「聴力」が「5. 判断不能」にもかかわらず、「移動」が「1. 自立」
49	「物や衣類を壊す」が「3. ある」にもかかわらず、「日常の意思決定」が「1. できる」
50	「意思の伝達」が「4. できない」にもかかわらず、「電話の利用」が「1. 自立」
51	「片足での立位」が「1. できる」にもかかわらず、「飲水」が「4. 全介助」
52	「異食行動」が「3. ある」にもかかわらず「電話の利用」が「1. 自立」
53	「指示への反応」が「3. 通じない」にもかかわらず「日常の意思決定」が「1. できる」
54	「自分の名前をいう」が「2. できない」にもかかわらず「日常の意思決定」が「1. できる」
57	「洗身」が「1. 自立」にもかかわらず、「飲水」が「4. 全介助」
58	「視力」が「5. 判断不能」にもかかわらず、「飲水」が「1. 自立」
59	「自分の名前をいう」が「2. できない」にもかかわらず、「電話の利用」が「1. 自立」
60	「火の不始末」が「3. ある」にもかかわらず、「飲水」が「4. 全介助」
61	「視力」が「5. 判断不能」にもかかわらず、「移動」が「1. 自立」
62	「物や衣類を壊す」が「3. ある」にもかかわらず、「電話の利用」が「1. 自立」

② ICF（国際機能分類）の検証

ICFの「障害を個人の機能面の原因だけでとらえるのではなく、社会・環境との関連で生活する上での生きにくさが障害である」という考え方は、知的障害者の障害特性を的確にとらえた理念であるといえる。しかしながら、今回、ICFの分類項目を詳細に検証した結果、次のような課題がみられた。

「心身機能」

- ・知的障害者の自傷・他害など行動障害にあたる項目がなかった。

「活動と参加」

- ・この領域は、知的障害者の支援に必要な項目が多く見られた。

「環境因子」

- ・国際的に標準的な環境に関わる項目が多く、日本の生活実情なじみがない項目や知的障害に必要な項目が欠けている。このようなことが分かった。従って、ICFの項目を、すべて、日本の生活風土及び知的障害者の支援を評価する項目として使用するのとは適当ではない。

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

長年にわたり、福祉協会の調査・研究委員会が検討し、知的障害者の個別支援計画を作成する上で実際に使用してきたアセスメントである。項目的には現在も参考にできるものが多いことが分かった。一方で、評価の方法が「できる・できない」等、医学モデル中心であるため、それのみでは「支援の必要性」を測る尺度としては課題がある。

④ AAIDD（アメリカ知的・発達障害協会）の支援尺度（SIS）の検証

SIS（知的障害者支援尺度）は、ICFを前提として、2004年にAAIDD（米国知的発達障害協会）により作成され、知的障害者に特化した支援尺度であり、使いやすい。また、支援の評価が「支援の頻度」「支援の時間」「支援の形態」という3つの軸を用い、また各項目間の重みのバランスは「標準得点」という心理統計手法を用いるなど、妥当性が高い。

調査の領域・項目はシンプルに構成されているが、日本の文化に合わない項目もあるため、日本で活用する場合は項目等の内容を再検討する必要がある。

⑤ 知的障害者支援尺度（日本暫定版）の必要性

身体障害者への「介護は」障害者ができないところを介護者が補う行為である。しかし知的障害者への「支援」は、障害者の心の内面に支援者が働きかける支援であり、「心と心の交流による支援」である。従って、知的障害者の要支援度と、身体障害者の要介護度を統合すべきではないというのが協会の考え方である。

福祉協会が最も力を注いだのはこの「障害程度区分」の問題である。自立支援法の運用について協会内でも調査・検討を重ね、厚生労働省が予定していたタイムスタディについてはケアコードと調査項目にかなりの修正を加えたが、この修正をもってしても知的障害の特性を十分に反映することは困難であり、協会としては抜本的見直しを求め意見の集約と課題を整理し、厚生労働省等に要望を継続的に行った。

参考までに福祉協会では、この障害程度区分について、次の改革が必要であると主張している。

- ・心身の状態」により区分を設けることは、1980年のWHO国際障害分類における「障害は当事者と社会との間に生じる」という考え方に反し、医療モデルへの逆行である。
- ・「障害程度区分」は、「障害者が社会の中で普通に生きることの困難に対する支援の必要度」として「要支援度」にすべきである。
- ・身体障害者への「介護」は、障害者ができない所を介護者が補う行為である。しかし知的障害者への「支援」は、障害者の心の内面に支援者が働きかける支援であり、「心と心の交流による支援」である。従って、知的障害者の要支援度と、身体障害者の要介護尺度を統合すべきではない。知的障害者のための要支援尺度を開発すべきである。
- ・障害者のニーズは多様なため、一律の区分を設けず、社会福祉専門職または審査機関に公的な決定権を付与して決定する方法が、福祉先進国では一般的である。しかし我が国では、そのような人材育成もされていないし資格制度も未熟であるため、全国共通の区分を設ける必要がある。
- ・今後、このような判定を行う社会福祉専門職制度やケアマネジメントの仕組みを作り上げていく必要がある。
- ・障害程度区分による利用制限を撤廃し、利用者の選択により本人の希望するどの事業でも利用できるように改めるべきである。

4) 知的障害者支援尺度の開発

本協会は、知的障害者の支援尺度として、AAIDD（アメリカ知的・発達障害協会）が2004年に開発したSIS（Supports Intensity Scale：知的障害者支援尺度）を基に、福祉協会が積み重ねてきた実態調査の方法や調査項目を加え、日本の現状に合わせて修正し、「知的障害者支援尺度（暫定版）」を作成した。「知的障害者支援尺度（暫定版）」は、406人の知的障害者のデータに基づいている。

この「知的障害者支援尺度（暫定版）」を、知的障害者を対象として障害程度区分の1次判定に用いた場合には、2次判定との相関係数がかなり高いことが判明している。

知的障害者の様態は千差万別であり、それをいくつかの「支援度」に区分けすること自体にもともと無理がある。言い換えれば、完全な支援尺度を作ることはできない。このような限界はあるが、この知的障害者支援尺度（日本暫定版）を知的障害者の1次判定で用い、2次判定で修正する仕組みを設ければ、知的障害者の要支援度をより客観的に認定することができる。

〔知的障害者支援尺度（日本暫定版）の詳細〕

①調査票の面接者と回答者

支援尺度調査を実施する面接者は、障害者福祉の分野で働いており、知的障害・発達障害への支援経験と一定の知識を有する人でなければならない。

回答者は、調査対象となる知的障害者・発達障害者を直接によく知っている人で、少なくとも2名以上が必要である。調査対象となる本人が回答してもよいものとする。

②調査票の領域・活動項目と評価方式

この調査票は、次の8領域、74活動項目により構成されている。また評価方式は、領域1から領域5までが「SIS評価方式」、領域6から領域8までが「協会評価方式」を用いる。

領域番号	領域名	活動項目数	評価方式
1	基本的生活活動	10	SIS評価方式
2	日常生活活動	11	SIS評価方式
3	家庭生活活動	8	SIS評価方式
4	地域生活活動	8	SIS評価方式
5	作業・生産活動	8	SIS評価方式
6	生涯学習活動	9	協会評価方式
7	特別な行動1	10	協会評価方式
8	特別な行動2	10	協会評価方式

③SIS評価方式による活動項目素点

SIS評価方式の活動項目（領域1～領域5）については、活動項目ごとに、次の3つの測定値の得点を求める。

	支援の形態	支援の頻度	1日あたりの支援時間
得点	どのような形態の支援が必要ですか？	支援を必要とする時、どのくらいの頻度で支援が必要ですか？	支援を必要とする時、1日当たりどのくらいの時間が必要ですか？
0点	無	1月1回未満	無
1点	見見守り	1月1回以上、1週1回未満	30分未満
2点	言葉かけあるいは動作による促し	1週1回以上、1日1回未満	30分以上、2時間未満
3点	部分的なマンツーマンによる支援	1日1回以上、1時間1回未満	2時間以上、4時間未満
4点	全面的なマンツーマンによる支援（代行を含む）	1時間1回以上	4時間以上

「支援の形態」において、「見守り」や「言葉かけあるいは動作による促し」がマンツーマンで必要な場合は、「部分的なマンツーマンによる支援」か「全面的なマンツーマンによる支援」とする。また「代行」とは、調査対象者に代わって支援者が行うことや、自動車による移送等を含む。

活動項目によっては、通常あり得ない頻度や時間の得点部分が記入できないように、調査票は制限されている。例えば、「食事の準備・片づけの支援」では「支援頻度4」を記入できない。

その支援が現在提供されているかどうかにかかわらず、調査対象者が行っていない活動、当てはまらない活動についても、もし行ったらどの程度の支援が必要かを想定してニーズを測定する（活動可能性評価）。総ての活動項目について、最大限必要と想定される支援を記入する。

この活動可能性評価を行うときに、「支援の頻度」と「1日あたりの支援時間」を想定することが難しいという意見がある。そこで、支援が必要か否かに関係なく、その活動項目について、現在日本人が通常行っている「活動の頻度」と「1日あたりの活動の時間」を想定し、「付表1」（通常の標準的な活動頻度・時間表）を作成した。

調査対象者について「その活動を行っていないが、もし行ったらどの程度の支援が必要か」を測るときに「支援が不要」と見込まれるのなら、「付表1」を使う必要はない。しかし「支援が必要」と見込まれるのなら、「付表1」を参考に、「支援の頻度」と「1日あたりの支援時間」を想定する。ただし「付表1」はあくまでも参考例であって、個々人により違いがあるので、「付表1」のとおりでなくてもよい。

活動項目ごとに「調査票の記入方法」を示しているので、実際の記入に当たってはこれを参照する。

このようにして活動項目ごとに、「支援の形態」「支援の頻度」「1日あたりの支援時間」の得点を求めると、次の計算式により活動項目ごとの「活動項目素点」を求める。「活動項目素点」＝「支援の形態の得点」＋「支援の頻度の得点」＋「1日あたりの支援時間の得点」

④協会評価方式による活動項目素点

協会評価方式の活動項目（領域6～領域8）については、活動項目ごとに、次の5段階で評価し、活動項目素点を求める。

活動項目素点	
0点	ほとんど支援の必要が無い
1点	点検・注意または配慮が必要
2点	時々または一時的にあるいは一部支援が必要
3点	常時多くの面で支援が必要
4点	常時すべての面で支援が必要

その支援が現在提供されているかどうかにかかわらず、調査対象者が行っていない活動、当てはまらない活動についても、もし行ったらどの程度の支援が必要かを想定してニーズを測定する（活動可能性の想定評価）。総ての活動項目について、最大限必要と想定される支援を記入する。この活動可能性の想定評価について、協会評価方式では評価が容易なので、SIS評価方式の場合のような参考資料を用意していない。

活動項目ごとに「調査票の記入方法」を示しているのので、実際の記入に当たってはこれを参照する。

⑤領域ごとの標準得点

まず、領域ごとに、領域内の各活動項目の素点を合計して「合計素点」を求める。

次に「付表2」により、「合計素点」から各領域の「標準得点」を求める。「標準得点」の点数が大きいほど、その領域での支援の必要度が高い。

「知的障害者支援尺度（暫定版）」は406人の知的障害者のデータにより作成された。領域ごとに「合計素点」の平均点は異なるため、「合計素点」だけでは領域間の比較ができない。そこで領域ごとに、合計素点が平均点からどの程度離れているかを表す統計手法が「標準得点」である。

領域ごとに、合計素点の平均点を標準得点10点とし、標準偏差を3点に設定する。そのため、4点～7点に14%、7点～10点に34%、10点～13点に34%、13点～17点に14%の人が概ね含まれる。

⑥全領域の「合成標準得点」を求める

まず、次の計算式により、全領域合計標準得点を求める。

$$\begin{aligned} \text{「全領域合計標準得点」} &= \text{「領域1標準得点」} + \text{「領域2標準得点」} + \text{「領域3標準得点」} \\ &\quad + \text{「領域4標準得点」} + \text{「領域5標準得点」} \\ &\quad + \text{「領域6標準得点」} + \text{「領域7標準得点」} + \text{「領域8標準得点」} \end{aligned}$$

次に「全領域合計標準得点」から「合成標準得点」を求める。

この「合成標準得点」は、「全領域合計標準得点」の平均点を100点とし、標準偏差を15点に設定する。そのため、70点～85点に14%、85点～100点に34%、100点～115点に34%、115点～130点に14%の人が概ね含まれる。

⑦障害程度区分1次判定の基準

以上の方法により406名の合成標準得点を算出し、合成標準得点順に並べた上で、障害程度区分2次判定の区分ごとの人数に合わせて分割し、区分の境目となる合成標準得点を定める。

これにより、知的障害者一人ひとりの合成標準得点を求めれば、障害程度区分1次判

定結果を得ることができる。ただし、ここでは現行通り6区分とすることを前提としているが、4区分とするなど別の区切り方とする場合は、区分の境目を別途設定する必要がある。

(資料提供：柴田洋弥)

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

これまで福祉協会が調査し作成してきた「知的障害者支援尺度」は、障害程度区分に変わる支援の尺度として研究してきた。そのため、障害程度区分にかわる支援区分を検討し、支援区分においては、前述のように、活動項目ごとに、「支援の形態」「支援の頻度」「1日あたりの支援時間」の三領域を評価軸とし、標準得点化してきた。

しかし、今回の総合福祉法においては、障害程度区分の廃止の方針が明らかになったため、これまでの福祉協会の研究結果を参考に、新たな支給決定プロセス及びアセスメントの仕組みの研究を行った。

前章の支給決定プロセスの五カ国の比較で述べたように、「長期的には、本人主体の理念が実現して、本人の参加が可能になる支給決定に向かうことが望ましいが、そのためには、本人主体の考え方、知的障害者に対する地域社会の特に社会参加に関する理解、知的障害の特性、問題、地域資源、地域社会でのサービス・ネットワークなどに詳しい専門家の育成が必要である。現時点では、その方向への一つの条件作りとして、支援尺度などの道具を用い、それによって支えられながら、学ぶことが重要であると思う。しかし、尺度はあくまで補助であって、本人と専門家との話し合い、情報の交換を第一に考えるべきである。」(新たな支給決定プロセスの提案より抜粋)のとおりである。本研究では、福祉協会がこれまで検討してきた知的障害者支援尺度の内容を更に精査し、出来る限り障害のある人の「支援の必要性」を客観的に評価し、障害のある人の状況を共通認識して把握するツールの開発に向け「新たな支給決定におけるアセスメント項目」の調査を実施した。

[調査の概要]

①調査対象

地域での様々な生活形態を次の8領域に分け、平成22年12月に知的障害者175人に対して調査を行った。

- A. 在宅+授産・就労系通所事業利用者
- B. 在宅+更生・生活介護系通所事業利用者
- C. GH(CH)利用+一般就労者
- D. GH(CH)利用+授産・就労系通所事業利用者
- E. GH(CH)利用+更生・生活介護系通所事業利用者
- F. 入所施設利用(A) 更生・生活介護利用者
- G. 入所施設利用(B) 授産・在宅+一般就労者
- H. 在宅+一般就労者

②調査票の面接者と回答者

調査を実施する者は、協力事業所において、相談支援専門員・サービス管理責任者・支援員として5年以上の者が、知的に障害のある人本人・家族と面接し実施した。

③調査票の内容

ニーズ調査は「(A) ニーズ調査1・概況調査 (B) ニーズ調査2・支援に関する調査」によって実施した。

(A) ニーズ調査1・概況調査内容

ニーズ調査1は、障害当事者の希望するサービス及び障害当事者を取り巻く生活環境等を聞き取調査で、内容は、「調査実施者・調査対象者・認定を受けている各種の障害等級等・一週間の生活状況、現在使っているサービス・一日の生活状況・家族状況・居住環境・保護と権利擁護に関する支援・希望する生活・どんな暮らしをしたいか。ご本人の思い・希望するサービス」である。

(B) ニーズ調査2・支援に関する調査内容

ニーズ調査2は、福祉協会がこれまで取り組んできた「協会版支援尺度調査」のアセスメント様式により実施する。

〔調査票の領域・活動項目と評価方式〕

調査概要は、基本的な生活に関わる支援の状況を聞き取る「基本調査」と個別の障害特性やニーズに関わる支援の状況を聞き取る「個別勘案調査」により実施される。

(基本調査)

領域番号	領域名	項目数	評価
1	基本的な生活活動	10	支援の必要度・支援の希望・誰の希望か
2	日常生活活動	11	支援の必要度・支援の希望・誰の希望か
3	家庭生活活動	8	支援の必要度・支援の希望・誰の希望か
4	地域生活活動	8	支援の必要度・支援の希望・誰の希望か
5	生涯学習活動	9	支援の必要度・支援の希望・誰の希望か

(個別勘案調査)

個別勘案調査は、各6～8領域ごとに支援の必要性の有無を選択してもらい、有の場合について設問に答えてもらうようにした。

四. 日本における新たな支給決定プロセス

領域番号	領域名	項目数	評価
6	特別な行動の支援	20	支援の必要度・支援の希望・誰の希望か
7	作業・生産活動・雇用活動の支援	11	支援の必要度・支援の希望・誰の希望か
8	医療の支援	15	支援の必要度・支援の希望・誰の希望か

④支援の必要度

活動項目ごとに、次の5段階で評価し、活動項目素点を求める。

活動項目素点	支援の必要性
0点	支援の必要が無い
1点	点検・注意・配慮が必要
2点	一部支援が必要
3点	多くの面で支援が必要
4点	常時支援が必要

その支援が現在提供されているかどうかにかかわらず、調査対象者が行っていない活動、当てはまらない活動についても、もし行ったらどの程度の支援が必要かを想定してニーズを測定する（活動可能性の想定評価）。総ての活動項目について、最大限必要と想定される支援を記入する。

⑤支援の希望

各評価の項目ごとに、支援の希望について本人・家族等から次の2段階について聞き取った。

活動項目素点	支援の希望
0点	支援の希望なし
1点	支援を希望する

⑥誰の希望か

各評価の項目ごとに、支援を誰が希望するかについて本人・家族等から次の3段階について聞き取った。

活動項目素点	支援の必要性
1点	本人
2点	家族
3点	その他（支援者等）

調査結果及び分析については、次ページ以降のとおりである。

6) 新たな支給決定アセスメント項目の検証

① 目的

新たなアセスメント項目から支援の必要度を測定する尺度を作成し、その尺度の信頼性について検討を行う。さらに、住居・日中活動の内容の違い、療育手帳による障害程度の違い、自立支援法による障害程度区分の違い、I Qの違い、基礎年金の等級の違いにより、それぞれの尺度得点がどのように異なるかを分析し、各尺度の妥当性について検討を行う。

② 方法

a. 調査対象

調査対象は、有意抽出による175名の知的障害者であった。その属性は以下の通りである。年齢は、17歳から75歳であった。50歳未満の者が約80%を占めていた（表11-1）。

性についてみると、男性が105(61.4%)名、女性が66(37.7%)名、未記入が4(2.3%)名であった（表11-2）。

調査対象者の住居、日中活動の内容は、表11-3の通りである。

療育手帳による障害程度をみると、重度者が53(30.3%)名、中度者が56(32.0%)名で、この両方で6割を占めていた（表11-4）。

自立支援法による障害程度区分は、非該当が5名、区分1が9名と少なかった。区分4が55(31.4%)名と最も多かった（表11-5）。

I Qをみると、不明、未記入が多かった。I Q 20-34は29(16.6%)名、35-50は39(22.3%)名、51-70は19(10.9%)名であった（表11-6）。

基礎年金区分は、1級64(36.6%)名、2級72(41.1%)名であった（表11-7）。

b. 支援尺度の作成

支援に関するアセスメント項目調査票の尺度に関する検討を行った。

「ニーズ調査Ⅱ・支援に関する項目調査」票の「1. 基本的な生活活動」から「7. 作業・生産・雇用に関する活動」に関して、尺度としての妥当性、信頼性の検討を行った。

まず、「1. 基本的な生活活動」「2. 日常生活活動」「3. 家庭生活活動」「4. 地域生活活動」「5. 生涯学習活動」「6. 特別な行動」「7. 作業・生産・雇用に関する活動」の7領域について、各領域の下位項目の支援の必要度を0～4として点数化した値をもとに、各領域ごとに主成分分析を行った。

その結果、「1. 基本的な生活活動」「2. 日常生活活動」「3. 家庭生活活動」「4. 地域生活活動」「5. 生涯学習活動」の5領域については、第2主成分以下の固有値が1以下であったので、領域を構成する項目は1因子で、類似の内容からなると判断した。これら5領域の第1主成分の説明率は、順に、77.36%、75.64%、72.51%、75.59%、69.93%であり、「5.

生涯学習活動」を除いた4領域ではいずれも70%を超えていた。そこで、これら5領域については、下位項目をもとにそのまま尺度を作成した。これら5個の尺度の α 係数は、0.967、0.967、0.946、0.951、0.946といずれも0.9以上と非常に高いものであった。

「6. 特別な行動」領域の20項目についての主成分分析の結果は、固有値が1以上の主成分が4個であったので、とりあえず4因子とみなしたが、そのままの4因子の負荷行列の解釈は困難であった。そこで、20項目について主因子分析を行い4因子でプロマックス法による回転を行った。0.4以上の因子パターン係数に注目して20項目を整理したところ、表11-8のように単純構造とみなせる因子パターン行列が得られた。表11-8をもとに、「6. 特別な行動」領域の20項目から「特別な行動Ⅰ」「特別な行動Ⅱ」「特別な行動Ⅲ」「特別な行動Ⅳ」の4個の暫定尺度を作成した。これら4個の尺度の α 係数は、0.886、0.826、0.855、0.752といずれも0.7以上と高いものであった。

さらに、「7. 作業・生産・雇用に関する活動」の11項目についての主成分分析の結果は、固有値1以上の主成分が2個であった。第1主成分の固有値は6.539（説明率 59.45%）、第2主成分のそれは2.667（説明率 24.25%）であった。2因子の負荷行列はそのまま解釈可能であった。すなわち、項目67から項目74の8項目からなる因子と項目75から項目77の3項目からなる因子とに分けることができた。そこで、「作業・生産活動」と「就職活動」の2個の暫定尺度を作成した。これら2個の尺度の α 係数は、0.959、0.981といずれも0.9以上で非常に高かった。

③ 結果と解釈

以下、「基本的な生活活動」「日常生活活動」「家庭生活活動」「地域生活活動」「生涯学習活動」「特別な行動Ⅰ」「特別な行動Ⅱ」「特別な行動Ⅲ」「特別な行動Ⅳ」「作業生産活動」「就職活動」の11個の尺度の支援必要度・支援希望の平均値を、調査対象者の住居・日中活動の内容、療育手帳による障害程度、自立支援法による障害程度区分、IQ、基礎年金区分の5個の属性と関連づけて分析した結果について記述する。

表11-9 基本属性と尺度得点

・入所系施設であっても、更生・生活介護系通所利用者と授産・就労系利用者との間には、「基本的な生活活動」「日常生活活動」「家庭生活活動」「地域生活活動」「生涯学習活動」の支援度に差がみられる。概して、更生・生活介護系通所利用者は授産・就労系利用者に比べて支援の必要度が高くなっている。

・同じ在宅であっても、更生・生活介護系通所利用者、授産・就労系利用者、一般就労者の間では、支援の必要度に差がみられる。一般就労者に比べて、更生・生活介護系通所利用者と授産・就労系利用者の支援の必要度が高くなっている。入所系施設の場合と同様に、在宅の場合も、更生・生活介護系通所利用者は、授産・就労系利用者に比べて、支援の必要度が高い。

・GHに関しても、更生・生活介護系通所利用者、授産・就労系利用者、一般就労者の間で、支援の必要度に差がみられる。当然のことながら、一般就労者の支援の必要度が低くなっている。更生・生活介護系通所利用者と授産・就労系利用者とを比べると、「基本的な生活活動」については、更生・生活介護系通所利用者の支援の必要度が明らかに高いが、他の4尺度については、更生・生活介護系通所利用者と授産・就労系利用者との間で、支援の必要度に差はみられない。

表11-10療育手帳等級別尺度得点

・療育手帳の等級に関して、最重度の人から軽度の人にかけて等級が軽くなるにつれて、「基本的な生活活動」「日常生活活動」「家庭生活活動」「地域生活活動」「生涯学習活動」の5個の尺度の支援の必要度が次第に低くなっている。

表11-11障害程度区分別尺度得点

・自立支援法の障害程度区分に関して、予想通り、区分6の支援の必要度がいずれの尺度においても高くなっている。区分6と5との間、区分5と4との間、区分4と3との間でも概して支援の必要度に明らかな差が認められる。しかし、区分3と2との間、区分1と非該当との間では、それぞれの尺度において、支援の必要度にそれほど差が見られない。ただし、区分2と1との間では支援の必要度に明らかな差がみられる。非該当と区分1、区分2と区分3との間の差異は比較的小さかった。

表11-12IQ別尺度得点

・IQについては、測定不能から、19以下、20-34、35-50とIQがあがるにつれて、「基本的な生活活動」「日常生活活動」「家庭生活活動」「地域生活活動」「生涯学習活動」の支援の必要度が低くなっている。概して、各尺度においてIQ19以下とIQ20-34との間の支援の必要度の差は大きくなっている。他方、IQ35-50とIQ51-70との差は比較的小さい。

表11-13基礎年金等級別尺度得点

・基礎年金等級については、「基本的な生活活動」「日常生活活動」「家庭生活活動」「地域生活活動」「生涯学習活動」の5尺度において、1級の人への支援の必要度が2級の人に比べて明らかに高い。

表11-14基本属性と尺度得点（希望）

・入所施設利用者（A）更生・生活介護利用者の支援の希望はいずれの尺度においても、明らかに多くなっている。また、在宅授産・就労系利用者、GH（CH）利用授産・就労系通所利用者も、「日常生活活動」「家庭生活活動」「地域生活活動」「学習活動」の4尺度に関する支援の希望が多くなっている。

表11-15療育手帳等級別尺度得点（希望）

・療育手帳最重度の人は、5つの尺度の支援希望が多かった。重度、中度、軽度の人達の支援の希望については、いずれの尺度においてもそれほど差が見られなかった。

表11-16障害程度区分別尺度得点（希望）

・それぞれの尺度において、区分5、6の人達は、概して、支援希望が多かった。また、「基本的生活活動」を除く4個の尺度において、非該当の人の支援の希望が多かった。「基本的生活活動」を除く4個の尺度の支援の希望については、自立支援法の障害程度と支援の希望の割合が必ずしも一定の傾向を示してはいない。

表11-17IQ別尺度得点（希望）

・IQ測定不能と19以下の人達は、「基本的生活活動」「日常生活活動」「家庭生活活動」「地域生活活動」「生涯学習活動」の5個の尺度において、支援の希望が多くなっている。

表11-18基礎年金等級別尺度得点（希望）

・基礎年金等級についてみると、1級の人の方がいずれの尺度においても、2級の人よりも支援の希望がやや多い。

表11-19基本属性と尺度得点2

・特別な行動に関して、住居・日中活動の違いとの関連でみると、「特別な行動Ⅰ」「特別な行動Ⅱ」「特別な行動Ⅲ」「特別な行動Ⅳ」の4尺度において、入所更生・生活介護系通所利用者の支援の必要度は高くなっている。他方、在宅・一般就労者は4尺度において、支援の必要度は低い。「特別な行動Ⅲ」に関して、在宅更生・生活介護系通所利用者の支援度が高くなっている。

・「作業生産活動」の支援の必要度は、GH(CH)及び在宅の一般就労者において支援の必要度が低くなっている。「就職活動」では、在宅の更生・生活介護系通所利用者の支援の必要度が低くなっている。

表11-20療育手帳等級別尺度得点2

・特別な行動における療育手帳の等級の違いについてみると、概して、「特別な行動Ⅰ」「特別な行動Ⅱ」「特別な行動Ⅲ」の3個の尺度においては、最重度から軽度にかけて、支援の必要度が低くなっている。

「特別な行動Ⅳ」の支援の必要度は、最重度が最も低く、重度が最も高かった。

・「作業生産活動」の支援の必要度は、療育手帳の等級がかかるにつれて低くなっている。他方、「就職活動」では、等級と支援の必要度との間で一定の傾向は認められない。

表11-21障害程度区分別尺度得点2

- ・特別な行動を自立支援法の障害程度区分別にみると、区分5、6の人は、「特別な行動Ⅰ」「特別な行動Ⅱ」「特別な行動Ⅲ」の3個の尺度の支援の必要度が高い。非該当の人は、4つの尺度において、支援の必要度が低くなっている。
- ・「作業生産活動」に関しては、障害程度区分が重くなるにつれて支援の必要度が高くなる傾向がみられる。「就職活動」の支援の必要度については、そのような傾向は見られない。

表11-22 I Q別尺度得点2

- ・I Q測定不能と19以下の人達は、「特別な行動Ⅰ」「特別な行動Ⅱ」「特別な行動Ⅲ」の3個の尺度の支援の必要度が高い。このような結果は、自立支援法の障害程度区分5、6の人が「特別な行動Ⅰ」「特別な行動Ⅱ」「特別な行動Ⅲ」の3個の尺度の支援の必要度が高かったことと類似している。

表11-23基礎年金等級別尺度得点2

- ・基礎年金の等級に関しては、「特別な行動Ⅰ」「特別な行動Ⅱ」「特別な行動Ⅲ」の3個の尺度で、1級の人の方が2級の人よりも支援の必要度が高くなっている。
- ・「作業生産活動」に関しては、基礎年金の等級が1級の人の方が支援の必要度が高いが、「就職活動」の支援になると、その必要度は障害の軽い2級の人の方が高くなっている。

表11-24基本属性と尺度得点2（希望）

- ・「特別な行動Ⅰ」「特別な行動Ⅱ」「特別な行動Ⅲ」の3個の尺度については、概して、在宅・更生・生活介護系利用者、GH・授産・就労系利用者、入所系・更生・生活介護系利用者の支援希望は多い。「特別な行動Ⅳ」の支援希望については、住居、日中活動の違いによる差は見られない。
- ・「作業生産活動」に関して、一般就労者の支援希望は更生・生活介護系利用者、授産・就労系通所事業利用者に比べて低い。「就職活動」の支援希望については、更生・生活介護系利用者において多くなっている。

表11-25療育手帳等級別尺度得点2（希望）

- ・療育手帳の等級に関しては、「特別な行動Ⅰ」「特別な行動Ⅱ」「特別な行動Ⅲ」の3個の尺度で、最重度の人の支援の希望が多くなっている。「特別な行動Ⅳ」の支援希望は、障害等級による違いは見られなかった。
- ・「作業生産活動」の支援希望についても、障害等級による違いは見られなかった。「就職活動」の支援希望は、障害等級の中度、軽度の人において多い。

表11-26障害程度区分別尺度得点2（希望）

- ・ 自立支援法による障害程度区分に関しては、概して、「特別な行動Ⅰ」「特別な行動Ⅱ」「特別な行動Ⅲ」において、区分5、6の人の支援希望が多くなっている。
- ・ 「作業生産活動」の支援希望は、障害程度区分による差異は見られない。「就職活動」については、概して、程度区分が重い人の方が支援希望が少なくなっている。

表11-27 I Q別尺度得点2（希望）

- ・ I Q別にみると、一定の傾向は認められなかったが、I Q20-34、35-50の人の「特別な行動Ⅰ」「特別な行動Ⅱ」「特別な行動Ⅲ」の支援希望は少なくなっている。
- ・ 「作業生産活動」「就職活動」の支援希望についても、I Q別の一定の傾向は認められなかった。

表11-28基礎年金等級別尺度得点2（希望）

- ・ 基礎年金等級別の支援希望は、「特別な行動Ⅰ」「特別な行動Ⅱ」「特別な行動Ⅲ」について、1級の人が2級の人よりも多くなっている。
- ・ 「作業生産活動」に関しては、差は見られなかったが、「就職活動」の支援希望の2級の人の方が多くなっている。

④ 結論

以上の分析から、調査対象者の住居・日中活動の違い、療育手帳の障害程度区分の違い、自立支援法による障害程度区分の違い、I Qの違い、基礎年金等級の違いにより、多くの尺度得点において解釈可能な一定の傾向が認められた。

例えば、自立支援法の障害程度区分に関して、「基本的生活活動」「日常生活活動」「家庭生活活動」「地域生活活動」「生涯学習活動」の5尺度において、区分6の人の支援の必要度が最も高くなっていた。他方、非該当と区分1の人の支援の必要度は他の区分に比べて低かった。同様に、療育手帳の等級に関して、最重度の人から軽度の人にかけて等級が軽くなるにつれて、5個の尺度の支援の必要度が次第に低くなっていた。

また、「特別な行動Ⅰ」「特別な行動Ⅱ」「特別な行動Ⅲ」「特別な行動Ⅳ」の4尺度において、入所更生・生活介護系通所利用者の支援の必要度は高くなっていたが、他方、在宅・一般就労者は4尺度において、支援の必要度は低かった。「作業生産活動」の支援の必要度は、GH（CH）及び在宅の一般就労者において支援の必要度が低くなっていた。「就職活動」では、在宅の更生・生活介護系通所利用者の支援の必要度が低くなっていた。

その他の尺度においても、外的な基準との関連性が多く認められた。

したがって、本調査票をもとに作成した尺度は、知的障害のある人の支援度を多角的に評価することが可能であるとみなすことができよう。すなわち、知的障害のある人の支援度区分尺度として、信頼性が高く、妥当性もあり、十分に使用可能なものであるというこ

とができよう。

しかし、尺度から得られた数値の解釈には、慎重な態度が望まれる。障害のある人の声によく耳を傾け、尺度の限界を踏まえたうえで使用することが大切になってくる。本アセスメント項目調査票においては、「支援の必要度」に加えて「支援の希望」を尋ねている。そこで、本尺度から得られた支援の必要度と本人の希望とをよく把握したうえで、支援計画作成の際の参考資料とすることが重要である、といえよう。

四. 日本における新たな支給決定プロセス

表11-1 年齢区分

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	17-19 歳	11	6.3	6.3	6.3
	20-29 歳	49	28.0	28.2	34.5
	30-39 歳	52	29.7	29.9	64.4
	40-49 歳	27	15.4	15.5	79.9
	50-59 歳	23	13.1	13.2	93.1
	60-69 歳	11	6.3	6.3	99.4
	70-75 歳	1	.6	.6	100.0
	合計	174	99.4	100.0	
欠損値	システム欠損値	1	.6		
合計		175	100.0		

表11-2 性別区分

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	男	105	60.0	61.4	61.4
	女	66	37.7	38.6	100.0
	合計	171	97.7	100.0	
欠損値	システム欠損値	4	2.3		
合計		175	100.0		

表11-3 基本属性

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	在宅+授産・就労系利用者	15	8.6	8.7	8.7
	在宅+更生・生活介護系 通所利用者	27	15.4	15.6	24.3
	GH(CH)利用+一般就労 者	15	8.6	8.7	32.9
	GH(CH)利用+授産・就 労系通所利用者	31	17.7	17.9	50.9
	GH(CH)利用+更生・生 活介護系通所利用者	28	16.0	16.2	67.1
	入所施設利用(A)更 生・生活介護利用者	24	13.7	13.9	80.9
	入所施設利用(B)授 産・就労系通所利用者	21	12.0	12.1	93.1
	在宅+一般就労者	12	6.9	6.9	100.0
	合計	173	98.9	100.0	
欠損値	システム欠損値	2	1.1		
合計		175	100.0		

表11-4 療育手帳障害程度区分

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	最重度	22	12.6	13.8	13.8
	重度	53	30.3	33.1	46.9
	中度	56	32.0	35.0	81.9
	軽度	29	16.6	18.1	100.0
	合計	160	91.4	100.0	
欠損値	システム欠損値	15	8.6		
合計		175	100.0		

表11-5 自立支援法障害程度区分

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	非該当	5	2.9	3.2	3.2
	区分1	9	5.1	5.8	9.0
	区分2	24	13.7	15.4	24.4
	区分3	33	18.9	21.2	45.5
	区分4	55	31.4	35.3	80.8
	区分5	15	8.6	9.6	90.4
	区分6	15	8.6	9.6	100.0
	合計	156	89.1	100.0	
欠損値	システム欠損値	19	10.9		
合計		175	100.0		

表11-6 IQ 区分

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	測定不能	16	9.1	10.6	10.6
	19以下	5	2.9	3.3	13.9
	20-34	29	16.6	19.2	33.1
	35-50	39	22.3	25.8	58.9
	51-70	19	10.9	12.6	71.5
	71以上	4	2.3	2.6	74.2
	未測定	4	2.3	2.6	76.8
	不明	35	20.0	23.2	100.0
	合計	151	86.3	100.0	
欠損値	システム欠損値	24	13.7		
合計		175	100.0		

表11-7 基礎年金区分

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	1級	64	36.6	47.1	47.1
	2級	72	41.1	52.9	100.0
	合計	136	77.7	100.0	
欠損値	システム欠損値	39	22.3		
合計		175	100.0		

表11-8 「特別な行動」20項目についての因子パターン係数

	活 動 項 目	I	II	III	IV
48	暴言や大声を出すことによるトラブルに対する支援	0.838	0.133	-0.270	-0.013
53	人の都合を考えずに自分勝手な行動をとることに対する支援	0.825	0.060	-0.069	-0.100
64	多動・多弁に対する支援	0.733	-0.006	-0.004	-0.104
55	強いこだわりに対する支援	0.615	-0.003	0.132	0.041
56	助言や介護の抵抗に対する支援	0.552	-0.068	0.111	0.178
60	突然泣いたり、笑ったりして感情が不安定になることに対する支援	0.512	-0.011	0.149	0.156
54	パニックや不安定な行動に対する支援	0.473	0.096	0.275	0.091
50	衣類等身の周りのものを壊したり破いたりすることに対する支援	-0.134	0.696	0.347	-0.046
52	弄火・放火等、触法行為に対する支援	0.099	0.631	-0.266	0.102
51	器物(物・家・壁等)を破壊する行為に対する支援	0.010	0.610	0.162	0.083
49	他人を叩いたり蹴ったりすることに対する支援	0.397	0.453	0.039	-0.134
47	他人に突然抱きついたりすることに対する支援	0.232	0.450	0.058	0.039
65	不潔な行為(排泄物を弄ぶ等)に対する支援	-0.216	0.035	0.955	-0.070
57	自分の体を叩いたり傷つけたりする行為に対する支援	0.057	0.055	0.821	-0.016
58	異食、過食、反すう、過飲等の食事に関する行動に対する支援	0.075	-0.072	0.760	-0.011
61	夜間不眠あるいは昼夜の逆転があるために起こる行動に対する支援	0.205	-0.157	0.488	0.256
63	体は悪くないのに昼間から寝ていたり閉じ込めることに対する支援	-0.160	0.141	-0.205	0.939
62	他者と交流することへの不安や緊張に対する支援	-0.012	0.052	0.056	0.726
59	実際にはないものが見えたり、聞こえることに対する支援	0.159	-0.144	0.074	0.472
66	行動の停止(膠着)に対する支援	-0.028	0.030	0.208	0.440

表11-9 基本属性と尺度得点

基本属性		基本的生 活活動	日常生活活動	家庭生活活動	地域生活活動	学習活動
在宅+授産・就労系利用者	平均値	.633	2.152	2.167	2.450	2.489
	標準偏差	.403	.792	.896	1.020	.792
	度数	15	15	15	15	15
在宅+更生・生活介護系 通所利用者	平均値	2.200	3.082	3.417	3.389	3.378
	標準偏差	1.268	.980	.781	.932	.719
	度数	25	26	27	27	25
GH(CH)利用+一般就労 者	平均値	.237	1.248	1.758	2.092	1.904
	標準偏差	.333	.611	1.097	.963	.783
	度数	15	15	15	15	15
GH(CH)利用+授産・就 労系通所利用者	平均値	.523	2.012	2.625	2.879	2.423
	標準偏差	.465	.741	.890	.902	.920
	度数	31	31	31	31	31
GH(CH)利用+更生・生 活介護系通所利用者	平均値	1.164	2.036	2.531	2.821	2.246
	標準偏差	1.019	1.207	1.160	1.210	1.117
	度数	28	28	28	28	28
入所施設利用(A)更 生・生活介護利用者	平均値	2.004	3.087	3.279	3.484	3.255
	標準偏差	1.003	1.087	1.111	.915	.747
	度数	24	24	24	24	24
入所施設利用(B)授 産・就労系通所利用者	平均値	.290	1.522	2.036	2.437	1.911
	標準偏差	.513	.994	.958	.858	.956
	度数	21	19	19	18	20
在宅+一般就労者	平均値	.350	1.311	1.479	1.583	1.537
	標準偏差	.295	.936	.879	.731	.819
	度数	10	12	12	12	12
合計	平均値	1.033	2.172	2.564	2.790	2.489
	標準偏差	1.090	1.144	1.140	1.093	1.045
	度数	169	170	171	170	170

表11-10 療育手帳等級別尺度得点

療育手帳等級		基本的生 活活動	日常生活活動	家庭生活活動	地域生活活動	学習活動
最重度	平均値	2.850	3.624	3.639	3.722	3.687
	標準偏差	1.052	.574	.830	.696	.581
	度数	22	22	22	22	22
重度	平均値	1.116	2.523	3.002	3.238	2.893
	標準偏差	.959	.950	.826	.735	.769
	度数	51	53	53	53	51
中度	平均値	.647	1.641	2.078	2.361	1.976
	標準偏差	.689	.946	1.055	1.036	.919
	度数	56	54	54	53	55
軽度	平均値	.270	1.393	1.629	1.935	1.720
	標準偏差	.283	.906	.897	1.056	.831
	度数	27	28	29	29	29
合計	平均値	1.046	2.173	2.523	2.769	2.466
	標準偏差	1.120	1.156	1.143	1.092	1.053
	度数	156	157	158	157	157

表 11-11 障害程度区分別尺度得点

障害程度区分		基本的生 活活動	日常生活活動	家庭生活活動	地域生活活動	学習活動
非該当	平均値	.260	1.218	1.100	1.675	1.622
	標準偏差	.230	.559	.602	.505	.586
	度数	5	5	5	5	5
区分1	平均値	.375	1.444	1.458	1.514	1.728
	標準偏差	.354	.952	.508	.694	.669
	度数	8	9	9	9	9
区分2	平均値	.650	1.822	2.229	2.417	2.019
	標準偏差	.573	.972	1.101	1.269	1.097
	度数	24	24	24	24	24
区分3	平均値	.630	1.812	2.432	2.720	2.296
	標準偏差	.653	.944	.983	.979	.777
	度数	33	32	33	33	33
区分4	平均値	1.032	2.374	2.941	3.146	2.673
	標準偏差	.982	.963	.877	.756	.814
	度数	54	54	55	54	53
区分5	平均値	1.693	2.988	3.213	3.558	3.437
	標準偏差	1.109	.880	1.023	.513	.661
	度数	14	15	15	15	15
区分6	平均値	3.107	3.812	3.667	3.767	3.681
	標準偏差	.885	.318	.881	.748	.580
	度数	15	15	15	15	15
合計	平均値	1.090	2.279	2.675	2.900	2.574
	標準偏差	1.105	1.104	1.092	1.041	.984
	度数	153	154	156	155	154

表11-12 IQ別尺度得点

IQ		基本的生 活活動	日常生活活動	家庭生活活動	地域生活活動	学習活動
測定不能	平均値	2.763	3.733	3.648	3.766	3.715
	標準偏差	.881	.337	.849	.722	.526
	度数	16	15	16	16	16
19 以下	平均値	2.300	2.918	3.413	3.650	3.467
	標準偏差	1.336	1.304	1.314	.783	.735
	度数	5	5	5	5	5
20-34	平均値	.852	2.298	2.918	3.099	2.695
	標準偏差	.950	.874	.763	.699	.744
	度数	29	29	29	29	27
35-50	平均値	.573	1.678	2.154	2.358	2.164
	標準偏差	.573	1.032	1.026	1.074	1.022
	度数	39	39	37	37	38
51-70	平均値	.589	1.404	1.743	2.319	1.678
	標準偏差	.606	.751	.838	.888	.884
	度数	18	18	19	18	19
71 以上	平均値	.333	1.545	1.469	1.063	1.444
	標準偏差	.208	1.088	.632	.331	.363
	度数	3	4	4	4	4
未測定	平均値	1.233	2.136	2.719	2.906	2.778
	標準偏差	1.079	1.396	1.666	1.192	.973
	度数	3	4	4	4	4
不明	平均値	.862	1.960	2.486	2.671	2.381
	標準偏差	.899	1.066	1.217	1.254	1.015
	度数	34	34	35	35	35
合計	平均値	1.002	2.090	2.528	2.748	2.459
	標準偏差	1.056	1.133	1.146	1.112	1.054
	度数	147	148	149	148	148

表11-13 基礎年金等級別尺度得点

基礎年金等級		基本的生 活活動	日常生活活動	家庭生活活動	地域生活活動	学習活動
1級	平均値	1.505	2.749	3.195	3.381	3.050
	標準偏差	1.153	1.030	.853	.730	.809
	度数	62	62	64	64	62
2級	平均値	.606	1.713	2.100	2.373	2.049
	標準偏差	.640	.997	1.106	1.099	.993
	度数	72	72	70	69	71
合計	平均値	1.022	2.192	2.623	2.858	2.515
	標準偏差	1.015	1.134	1.132	1.064	1.038
	度数	134	134	134	133	133

表11-14 基本属性と尺度得点（希望）

基本属性		基本的生活 活動希望	日常生活 活動希望	家庭生活 活動希望	地域生活 活動希望	学習活動希望
在宅+授産・就労系利用者	平均値	.540	.909	.955	.883	.976
	標準偏差	.314	.214	.105	.214	.089
	度数	15	14	14	15	14
在宅+更生・生活介護系 通所利用者	平均値	.669	.706	.685	.659	.843
	標準偏差	.338	.321	.340	.365	.285
	度数	26	26	27	26	24
GH(CH)利用+一般就労 者	平均値	.215	.606	.670	.698	.700
	標準偏差	.297	.392	.372	.393	.422
	度数	13	12	11	12	10
GH(CH)利用+授産・就 労系通所利用者	平均値	.378	.906	.894	.902	.949
	標準偏差	.348	.210	.239	.219	.167
	度数	23	26	27	28	26
GH(CH)利用+更生・生 活介護系通所利用者	平均値	.226	.279	.292	.326	.280
	標準偏差	.387	.421	.439	.445	.423
	度数	27	27	27	28	27
入所系施設利用(A)更 生・生活介護利用者	平均値	.878	.982	.875	.923	.856
	標準偏差	.306	.063	.233	.179	.223
	度数	20	20	20	21	20
入所系施設利用(B)授 産・就労系通所利用者	平均値	.060	.165	.411	.601	.481
	標準偏差	.223	.322	.326	.295	.330
	度数	20	21	21	21	21
在宅+一般就労者	平均値	.246	.515	.635	.568	.713
	標準偏差	.274	.390	.317	.270	.319
	度数	12	12	12	11	12
合計	平均値	.415	.625	.660	.687	.707
	標準偏差	.409	.423	.389	.373	.384
	度数	156	158	159	162	154

表11-15 療育手帳等級別尺度得点（希望）

療育手帳等級		基本的生活 活動希望	日常生活 活動希望	家庭生活 活動希望	地域生活 活動希望	学習活動希望
最重度	平均値	.881	.848	.821	.810	.889
	標準偏差	.242	.324	.337	.359	.277
	度数	21	21	21	21	19
重度	平均値	.378	.556	.580	.623	.631
	標準偏差	.392	.421	.379	.385	.416
	度数	48	50	50	52	47
中度	平均値	.314	.565	.627	.665	.663
	標準偏差	.407	.456	.421	.394	.392
	度数	50	51	53	50	54
軽度	平均値	.275	.607	.677	.710	.742
	標準偏差	.319	.405	.361	.308	.347
	度数	26	25	24	28	25
合計	平均値	.410	.610	.647	.679	.696
	標準偏差	.414	.426	.390	.373	.385
	度数	145	147	148	151	145

表11-16 障害程度区分別尺度得点（希望）

障害程度区分		基本的生活 活動希望	日常生活 活動希望	家庭生活 活動希望	地域生活 活動希望	学習活動希望
非該当	平均値	.300	.818	.833	.813	.926
	標準偏差	.216	.196	.191	.161	.128
	度数	4	4	3	4	3
区分1	平均値	.379	.779	.750	.750	.905
	標準偏差	.331	.371	.402	.250	.175
	度数	7	7	7	7	7
区分2	平均値	.335	.583	.641	.651	.671
	標準偏差	.386	.460	.452	.448	.455
	度数	23	24	24	24	24
区分3	平均値	.252	.529	.593	.625	.636
	標準偏差	.330	.441	.428	.418	.424
	度数	29	28	31	32	29
区分4	平均値	.371	.579	.620	.661	.660
	標準偏差	.408	.432	.390	.386	.405
	度数	52	52	51	52	49
区分5	平均値	.765	.903	.804	.884	.833
	標準偏差	.333	.270	.289	.193	.298
	度数	13	14	14	14	14
区分6	平均値	.936	.844	.804	.786	.861
	標準偏差	.122	.310	.328	.362	.251
	度数	14	14	14	14	12
合計	平均値	.431	.644	.664	.693	.710
	標準偏差	.409	.421	.395	.381	.391
	度数	142	143	144	147	138

表11-17 IQ別尺度得点（希望）

IQ		基本的生活 活動希望	日常生活 活動希望	家庭生活 活動希望	地域生活 活動希望	学習活動希望
測定不能	平均値	.910	.848	.725	.725	.812
	標準偏差	.123	.299	.328	.351	.254
	度数	15	15	15	15	13
19 以下	平均値	.750	1.000	1.000	1.000	.861
	標準偏差	.500	.000	.000	.000	.278
	度数	4	3	4	4	4
20-34	平均値	.308	.623	.708	.737	.752
	標準偏差	.336	.394	.338	.323	.353
	度数	26	27	27	28	26
35-50	平均値	.303	.548	.629	.660	.642
	標準偏差	.384	.467	.397	.396	.420
	度数	34	36	35	36	36
51-70	平均値	.329	.561	.618	.669	.627
	標準偏差	.419	.449	.425	.356	.414
	度数	17	18	17	17	17
71 以上	平均値	.188	.318	.375	.438	.750
	標準偏差	.312	.283	.270	.161	.190
	度数	4	4	4	4	4
未測定	平均値	.467	.606	.542	.625	.778
	標準偏差	.321	.262	.289	.250	.385
	度数	3	3	3	3	3
不明	平均値	.378	.561	.553	.553	.619
	標準偏差	.369	.443	.443	.440	.441
	度数	32	30	33	33	30
合計	平均値	.406	.605	.637	.661	.686
	標準偏差	.400	.424	.389	.377	.388
	度数	135	136	138	140	133

表11-18 基礎年金等級別尺度得点（希望）

基礎年金等級		基本的生活 活動希望	日常生活 活動希望	家庭生活 活動希望	地域生活 活動希望	学習活動希望
1級	平均値	.556	.712	.713	.752	.774
	標準偏差	.428	.398	.375	.360	.365
	度数	58	58	61	62	58
2級	平均値	.300	.552	.605	.633	.608
	標準偏差	.380	.454	.415	.392	.409
	度数	62	65	63	63	62
合計	平均値	.424	.627	.658	.692	.688
	標準偏差	.423	.434	.398	.380	.396
	度数	120	123	124	125	120

表 11-19 基本属性と尺度得点 2

基本属性		特別な行動 I	特別な行動 II	特別な行動 III	特別な行動 IV	作業生産活動	就職活動
在宅+授産・就労系事業利用者	平均値	1.235	.500	.214	.464	2.117	3.667
	標準偏差	.942	.674	.365	.759	.667	.488
	度数	14	14	14	14	15	15
在宅+更生・生活介護系通所事業利用者	平均値	1.369	.824	1.125	.406	2.800	1.474
	標準偏差	1.271	.967	1.290	.546	.994	1.982
	度数	24	25	24	24	20	19
GH(CH)利用+一般就労	平均値	1.104	.527	.500	.636	1.323	2.897
	標準偏差	.975	.781	.716	.854	.904	1.197
	度数	11	11	11	11	12	13
GH(CH)利用+授産・就労系通所事業利用者	平均値	1.286	.962	.523	.591	2.182	3.545
	標準偏差	.789	.898	.790	.762	.816	1.006
	度数	21	21	22	22	22	22
GH(CH)利用+更生・生活介護系通所事業	平均値	1.324	.493	.500	.800	2.109	2.250
	標準偏差	1.078	.512	.686	.862	1.192	1.669
	度数	15	15	14	15	8	8
入所施設利用(A)更生・生活介護	平均値	2.298	1.417	1.635	1.021	3.222	3.647
	標準偏差	1.035	1.245	1.200	1.213	1.010	1.057
	度数	24	24	24	24	18	17
入所施設利用(B)授産・就労系通所事業	平均値	1.393	.737	.359	.531	2.162	3.556
	標準偏差	1.005	.676	.447	.670	.862	.927
	度数	16	16	16	16	20	21
在宅+一般就労	平均値	.635	.022	.028	.306	1.281	2.917
	標準偏差	.663	.067	.083	.370	.990	.955
	度数	9	9	9	9	12	12
合計	平均値	1.435	.793	.741	.622	2.245	3.058
	標準偏差	1.084	.928	1.013	.832	1.075	1.416
	度数	134	135	134	135	127	127

表 11-20 療育手帳等級別尺度得点 2

療育手帳等級		特別な行動 I	特別な行動 II	特別な行動 III	特別な行動 IV	作業生産活動	就職活動
最重度	平均値	1.694	.955	1.455	.466	3.235	2.588
	標準偏差	1.140	.821	1.161	.568	1.019	1.970
	度数	21	22	22	22	17	17
重度	平均値	1.443	.949	1.032	.788	2.608	2.736
	標準偏差	1.249	1.199	1.279	1.106	1.085	1.796
	度数	39	39	39	39	29	29
中度	平均値	1.412	.762	.457	.589	2.031	3.371
	標準偏差	1.004	.877	.589	.826	.937	.930
	度数	42	42	41	42	44	44
軽度	平均値	1.143	.486	.143	.643	1.486	2.962
	標準偏差	.919	.542	.245	.645	.756	1.164
	度数	21	21	21	21	26	26
合計	平均値	1.424	.808	.764	.639	2.230	3.006
	標準偏差	1.097	.944	1.035	.861	1.100	1.428
	度数	123	124	123	124	116	116

表 11-21 障害程度区分別尺度得点 2

障害程度区分		特別な行動Ⅰ	特別な行動Ⅱ	特別な行動Ⅲ	特別な行動Ⅳ	作業生産活動	就職活動
非該当	平均値	.893	.150	.125	.250	1.313	3.000
	標準偏差	.071	.191	.144	.354	.599	.816
	度数	4	4	4	4	4	4
区分1	平均値	.776	.371	.179	.643	1.484	3.083
	標準偏差	.605	.390	.313	.643	.763	1.342
	度数	7	7	7	7	8	8
区分2	平均値	1.313	.525	.333	.656	2.250	3.500
	標準偏差	1.040	.653	.488	.811	.654	.842
	度数	16	16	15	16	17	18
区分3	平均値	1.126	.704	.269	.394	2.026	3.014
	標準偏差	.750	.911	.463	.491	.834	1.492
	度数	25	25	26	26	24	24
区分4	平均値	1.465	.898	.860	.773	2.449	3.114
	標準偏差	1.115	1.012	1.020	.979	.987	1.505
	度数	43	43	43	43	39	38
区分5	平均値	2.204	1.253	1.875	1.000	3.175	3.500
	標準偏差	1.157	.912	1.159	1.131	.547	1.269
	度数	14	15	14	14	10	10
区分6	平均値	1.638	.840	1.217	.550	3.425	2.000
	標準偏差	1.324	1.114	1.369	.814	1.247	2.108
	度数	15	15	15	15	10	10
合計	平均値	1.424	.794	.768	.654	2.371	3.083
	標準偏差	1.074	.930	1.031	.851	1.011	1.449
	度数	124	125	124	125	112	112

表 11-22 IQ別尺度得点 2

IQ		特別な行動 I	特別な行動 II	特別な行動 III	特別な行動 IV	作業生産活動	就職活動
測定不能	平均値	1.830	1.062	1.188	.609	3.375	2.222
	標準偏差	1.394	1.083	.873	.826	1.291	2.108
	度数	16	16	16	16	9	9
19 以下	平均値	2.314	1.720	1.800	1.050	3.042	4.000
	標準偏差	.944	1.439	1.351	1.151	.191	.000
	度数	5	5	5	5	3	3
20-34	平均値	1.468	.944	.722	.708	2.294	3.146
	標準偏差	1.232	1.182	1.114	1.044	.912	1.587
	度数	18	18	18	18	17	16
35-50	平均値	1.240	.614	.379	.517	1.887	3.312
	標準偏差	.927	.716	.589	.829	1.004	1.119
	度数	28	28	29	29	31	31
51-70	平均値	1.552	.680	.518	.767	1.850	2.917
	標準偏差	1.165	.645	.576	.842	.869	1.119
	度数	15	15	14	15	15	16
71 以上	平均値	.238	.000	.000	.417	1.281	2.333
	標準偏差	.218	.000	.000	.520	.664	.861
	度数	3	3	3	3	4	4
未測定	平均値	1.667	1.000	1.500	.125	3.000	.000
	標準偏差	1.528	1.732	1.803	.177	.000	.000
	度数	3	3	3	2	2	2
不明	平均値	1.335	.733	.731	.657	2.215	3.027
	標準偏差	.749	.817	1.044	.794	1.037	1.539
	度数	26	27	26	27	25	25
合計	平均値	1.454	.807	.726	.639	2.182	2.987
	標準偏差	1.080	.944	.960	.851	1.064	1.449
	度数	114	115	114	115	106	106

表 11-23 基礎年金等級別尺度得点 2

基礎年金等級		特別な行動 I	特別な行動 II	特別な行動 III	特別な行動 IV	作業生産活動	就職活動
1級	平均値	1.826	1.208	1.279	.676	2.842	2.982
	標準偏差	1.133	1.193	1.274	.932	.972	1.717
	度数	51	52	51	51	38	38
2級	平均値	1.254	.515	.459	.586	2.030	3.393
	標準偏差	.940	.585	.595	.749	.978	1.011
	度数	54	54	55	55	55	56
合計	平均値	1.532	.855	.854	.630	2.362	3.227
	標準偏差	1.073	.992	1.061	.839	1.050	1.349
	度数	105	106	106	106	93	94

表 11-24 基本属性と尺度得点 2 (希望)

基本属性		特別な行動 I 希望	特別な行動 II 希望	特別な行動 III 希望	特別な行動 IV 希望	作業生産活動希望	就職活動希望
在宅+授産・就労系事業利用者	平均値	.549	.233	.096	.212	.991	1.000
	標準偏差	.313	.281	.163	.304	.033	.000
	度数	13	12	13	13	14	15
在宅+更生・生活介護系通所事業利用者	平均値	.532	.400	.457	.281	.868	.294
	標準偏差	.452	.413	.437	.340	.296	.470
	度数	22	24	23	24	19	17
GH(CH)利用+一般就労	平均値	.390	.091	.114	.205	.587	.846
	標準偏差	.307	.138	.172	.292	.466	.376
	度数	11	11	11	11	13	13
GH(CH)利用+授産・就労系通所事業利用者	平均値	.622	.415	.283	.283	.935	.857
	標準偏差	.266	.300	.376	.311	.140	.359
	度数	14	13	15	15	21	21
GH(CH)利用+更生・生活介護系通所事業	平均値	.365	.333	.361	.361	.703	.500
	標準偏差	.485	.500	.486	.486	.340	.535
	度数	9	9	9	9	8	8
入所施設利用(A)更生・生活介護	平均値	.687	.445	.607	.375	.831	.750
	標準偏差	.395	.400	.437	.406	.322	.447
	度数	21	22	21	22	17	16
入所施設利用(B)授産・就労系通所事業	平均値	.190	.120	.117	.150	.819	.921
	標準偏差	.336	.291	.265	.280	.336	.256
	度数	15	15	15	15	20	21
在宅+一般就労	平均値	.333	.000	.028	.194	.531	.917
	標準偏差	.385	.000	.083	.273	.450	.289
	度数	9	9	9	9	12	12
合計	平均値	.486	.290	.304	.267	.807	.775
	標準偏差	.400	.366	.398	.342	.337	.417
	度数	114	115	116	118	124	123

表 11-25 療育手帳等級別尺度得点 2 (希望)

療育手帳等級		特別な行動 I 希望	特別な行動 II 希望	特別な行動 III 希望	特別な行動 IV 希望	作業生産活動希望	就職活動希望
最重度	平均値	.622	.411	.618	.250	.812	.438
	標準偏差	.431	.349	.467	.333	.335	.512
	度数	17	19	19	19	16	16
重度	平均値	.382	.265	.300	.278	.815	.643
	標準偏差	.396	.393	.406	.377	.345	.488
	度数	34	34	35	36	29	28
中度	平均値	.478	.286	.228	.243	.815	.881
	標準偏差	.407	.377	.356	.376	.333	.328
	度数	35	35	34	35	42	42
軽度	平均値	.468	.176	.153	.333	.721	.897
	標準偏差	.353	.282	.273	.297	.386	.295
	度数	18	17	18	18	26	26
合計	平均値	.468	.284	.309	.271	.793	.762
	標準偏差	.401	.366	.408	.354	.347	.425
	度数	104	105	106	108	113	112

表 11-26 障害程度区分別尺度得点 2 (希望)

障害程度区分		特別な行 動Ⅰ希望	特別な行 動Ⅱ希望	特別な行 動Ⅲ希望	特別な行 動Ⅳ希望	作業生産 活動希望	就職活動希望
非該当	平均値	.536	.100	.125	.188	.750	1.000
	標準偏差	.137	.200	.144	.375	.339	.000
	度数	4	4	4	4	4	4
区分1	平均値	.486	.120	.100	.450	.857	.875
	標準偏差	.359	.179	.224	.326	.378	.354
	度数	5	5	5	5	7	8
区分2	平均値	.484	.200	.231	.269	.853	.941
	標準偏差	.385	.297	.374	.401	.343	.243
	度数	13	11	13	13	17	17
区分3	平均値	.400	.267	.143	.155	.870	.750
	標準偏差	.361	.360	.302	.279	.287	.442
	度数	20	21	21	21	24	24
区分4	平均値	.429	.303	.308	.281	.852	.694
	標準偏差	.413	.389	.382	.326	.265	.467
	度数	40	39	39	40	38	36
区分5	平均値	.727	.508	.687	.423	.889	.778
	標準偏差	.316	.380	.401	.413	.333	.441
	度数	11	13	12	13	9	9
区分6	平均値	.527	.286	.429	.268	.875	.500
	標準偏差	.453	.357	.485	.360	.317	.527
	度数	13	14	14	14	10	10
合計	平均値	.480	.292	.308	.275	.858	.759
	標準偏差	.389	.362	.399	.345	.295	.430
	度数	106	107	108	110	109	108

表11-27 IQ別尺度得点2 (希望)

IQ		特別な行動I希望	特別な行動II希望	特別な行動III希望	特別な行動IV希望	作業生産活動希望	就職活動希望
測定不能	平均値	.560	.440	.550	.300	.736	.222
	標準偏差	.465	.442	.445	.425	.397	.441
	度数	13	15	15	15	9	9
19以下	平均値	.750	.600	.500	.313	.667	.667
	標準偏差	.500	.490	.456	.473	.577	.577
	度数	4	4	4	4	3	3
20-34	平均値	.366	.250	.203	.203	.792	.750
	標準偏差	.414	.346	.356	.332	.348	.447
	度数	16	16	16	16	18	16
35-50	平均値	.354	.168	.110	.154	.733	.871
	標準偏差	.367	.281	.205	.246	.414	.341
	度数	25	25	25	26	30	31
51-70	平均値	.536	.436	.396	.417	.797	.560
	標準偏差	.381	.480	.458	.417	.344	.465
	度数	12	11	12	12	16	13
71以上	平均値	.095	.000	.000	.250	.531	.750
	標準偏差	.165	.000	.000	.250	.544	.500
	度数	3	3	3	3	4	4
未測定	平均値	.476	.333	.417	.333	1.000	.366
	標準偏差	.412	.577	.382	.382	.000	.414
	度数	3	3	3	3	2	16
不明	平均値	.610	.273	.330	.359	.870	.354
	標準偏差	.356	.286	.389	.344	.205	.367
	度数	22	22	22	23	23	25
合計	平均値	.475	.293	.295	.275	.779	.536
	標準偏差	.401	.371	.385	.347	.356	.381
	度数	98	99	100	102	105	12.000

表11-28 基礎年金等級別尺度得点2 (希望)

基礎年金等級		特別な行動I希望	特別な行動II希望	特別な行動III希望	特別な行動IV希望	作業生産活動希望	就職活動希望
1級	平均値	.581	.426	.489	.326	.858	.657
	標準偏差	.416	.414	.452	.387	.289	.482
	度数	44	47	45	46	37	35
2級	平均値	.423	.200	.208	.219	.770	.863
	標準偏差	.369	.318	.323	.300	.355	.341
	度数	48	46	48	49	55	56
合計	平均値	.498	.314	.344	.271	.806	.784
	標準偏差	.398	.385	.414	.347	.331	.411
	度数	92	93	93	95	92	91

⑤調査票の種類

【帳票1】

二一ズ調査 I ・概況調査票

【基本属性】

NO(未記入)	氏名(イニシャル)
年齢	性別 男・女

1. 在宅+授産・就労事業利用者
 2. 在宅+更生・生活介護系通所事業利用者
 3. GH(CH)利用+一般就労
 4. GH(CH)利用+授産・就労系通所事業利用者
 5. GH(CH)利用+更生・生活介護系通所事業
 6. 入所施設利用(A)更生・生活介護
 7. 入所施設利用(B)授産・就労系通所事業
 8. 在宅+一般就労

1. 調査実施者(記入者)

実施日時	年月日	実施場所
ふりがな		
記入者氏名		

2. 認定を受けている項目の該当する等級及び区分に○をつけてください

障害種別	等級および程度区分
1) 精神障害者保健福祉手帳(等級)	1級・2級・3級
2) 身体障害者手帳(等級)	1級・2級・3級・4級・5級・6級
3) 療育手帳(等級)	最重度・重度・中度・軽度
4) 障害程度区分(自立支援法事業利用者のみ回答のこと)	非該当・区分1・区分2・区分3・区分4・区分5・区分6
5) 区分(旧法区分については、新法利用者についても過去の区分をご回答ください)	A・B・C (種別:入更・通更・入授・通授・通動寮)
6) IQ	測定不能・19以下・35以下・50以下・70以下・71以上・未測定・不明
7) 障害基礎年金等級	1級・2級

3. 家族状況

1. 支援者(家族等)の有無
 なし あり(利用者との関係: 父・母・きょうだい・祖父母・その他())
 家族状況(ジェノグラムにて家族構成を表記して下さい。)
 2. 支援者(家族等)の状況・特記事項
 特に問題はなく、現在の支援者による支援で、当面の生活の継続が可能。
 何らかの理由により、支援者の支援能力が低く、今後の継続が不安。
 理由 支援者の身体的理由(高齢・病氣・出産等) ネグレクト・無関心等による支援放棄
 支援者が働いており、日中(または夜)目が行き届かない
 その他()

4. 居住関連について

① 生活の場所:
 自宅(単身) 自宅(家族等同居) グループホーム ケアホーム
 入所施設 その他()
 ② 居住環境障害
 障害状況に配慮した居住環境を整える必要はない
 状態に配慮した居住環境を整える必要がある
 具体的に バリアフリー等住宅改修工事 防音工事 強化ガラス工事 床・壁の強化工事
 必要性はあるが、賃貸住宅のため実施できない
 その他()

5. 日中活動関連について

主に活動している場所
 主に自宅 施設(入所・通所) 一般就労 その他()

6. 保護と権利擁護に関する支援の必要度

支援の必要度を5段階で評価し、近いものに○をつけてください(0:ほとんど必要ない 4:必要度高)

1. 自分の財産管理に関する支援・・・0・1・2・3・4
 2. 搾取から自らを守ることへの支援・
 (他人の要求を断れず人の言いなりになること等)・・・0・1・2・3・4
 3. 自分で考え選択し、決定する事への支援・・・0・1・2・3・4
 (特記事項)

7. 現在使っているサービス

1. 居宅介護 2. 重度訪問介護 3. 行動援護 4. 養護介護 5. 生活介護
 6. 児童デイサービス 7. 短期入所 8. 重度障害者等包括支援 9. 共同生活介護
 10. 共同生活援助 11. 自立訓練 12. 就労移行支援 13. 就労継続支援(A型・B型)
 14. 施設入所支援 15. 旧法サービス()
 16. その他()

8. 希望する生活 (どんな暮らしをしたいか・ご本人・ご家族の思い・希望するサービス)

ご本人
 ご家族等

四. 日本における新たな支給決定プロセス

ニーズ調査Ⅱ・支援に関する項目調査															
NO (未記入)	氏名(イニシャル)	※NOは事務局で記入します。氏名はイニシャルで記載して下さい。													
年齢	性別	男	女												
領域	設問NO	連番	項目ID	活動項目	支援の必要度				支援の希望				誰の希望か		
1・ 基本 的 生 活 活 動	1-1	1	007	排尿の支援	0	1	2	3	4	0	1	1	2	3	
	1-2	2	008	排便の支援	0	1	2	3	4	0	1	1	2	3	
	1-3	3	009	食事を摂ることへの支援(食べること・飲むことを含む、口腔刺激・顎下固定含む)	0	1	2	3	4	0	1	1	2	3	
	1-4	4	015	衣服の着脱の支援	0	1	2	3	4	0	1	1	2	3	
	1-5	5	017	履物を履く・脱ぐことへの支援	0	1	2	3	4	0	1	1	2	3	
	1-6	6	021	自分の身体を洗うことへの支援	0	1	2	3	4	0	1	1	2	3	
	1-7	7	027	手洗いの支援	0	1	2	3	4	0	1	1	2	3	
	1-8	8	028	洗顔の支援	0	1	2	3	4	0	1	1	2	3	
	1-9	9	032	起床および就寝(働きかけ等)に関する支援	0	1	2	3	4	0	1	1	2	3	
	1-10	10	066	自室内の移動・移乗・歩行に関する支援	0	1	2	3	4	0	1	1	2	3	
2・ 日 常 生 活 活 動	2-1	11	010	食事の準備・片付けの支援(調理・配膳・後片付けを含む)	0	1	2	3	4	0	1	1	2	3	
	2-2	12	011	掃除・片付けの支援(台所・居住の掃除・ごみ捨てを含む)	0	1	2	3	4	0	1	1	2	3	
	2-3	13	014	衣服や衣類の洗濯と乾燥・補修に関する支援	0	1	2	3	4	0	1	1	2	3	
	2-4	14	016	適切な衣服を選択するための支援(季節や状況にあった衣服の選択など)	0	1	2	3	4	0	1	1	2	3	
	2-5	15	022	肌の手入れの支援	0	1	2	3	4	0	1	1	2	3	
	2-6	16	023	整髪と髭の手入れの支援	0	1	2	3	4	0	1	1	2	3	
	2-7	17	024	歯の手入れの支援(はみがき・入れ歯の手入れ)	0	1	2	3	4	0	1	1	2	3	
	2-8	18	025	爪・耳の手入れ等の支援	0	1	2	3	4	0	1	1	2	3	
	2-9	19	029	身だしなみ・清潔の保持への支援	0	1	2	3	4	0	1	1	2	3	
	2-10	20	020	入浴の準備と後片付けの支援	0	1	2	3	4	0	1	1	2	3	
	2-11	21	031	寝具の準備及び片付けに関する支援	0	1	2	3	4	0	1	1	2	3	
3・ 家 庭 生 活 活 動	3-1	22	012	郵便物等(宅配便含む)の受け取り等に関する支援	0	1	2	3	4	0	1	1	2	3	
	3-2	23	013	戸締りに関する支援	0	1	2	3	4	0	1	1	2	3	
	3-3	24	018	家庭器具の使用と手入れの支援	0	1	2	3	4	0	1	1	2	3	
	3-4	25	019	火の始末や火元の管理の支援	0	1	2	3	4	0	1	1	2	3	
	3-5	26	033	個人的な余暇活動に関する支援	0	1	2	3	4	0	1	1	2	3	
	3-6	27	034	電話の使用に関する支援	0	1	2	3	4	0	1	1	2	3	
	3-7	28	068	安全に関する支援・危険を回避するための支援	0	1	2	3	4	0	1	1	2	3	
	3-8	29	071	心身の健康維持のための支援	0	1	2	3	4	0	1	1	2	3	
4・ 地 域 生 活 活 動	4-1	30	036	交通機関(手段)を利用して地域内を移動するための支援(外出支援)	0	1	2	3	4	0	1	1	2	3	
	4-2	31	038	周辺の地理(生活圏内)を理解し行動するための支援	0	1	2	3	4	0	1	1	2	3	
	4-3	32	039	店やスーパー等で買い物(商品を購入)するための支援(日常的なお金の使い方の支援)	0	1	2	3	4	0	1	1	2	3	
	4-4	33	041	公共機関や建物設備の利用に関する支援	0	1	2	3	4	0	1	1	2	3	
	4-5	34	042	地域での余暇・趣味活動に関する支援	0	1	2	3	4	0	1	1	2	3	
	4-6	35	056	友人や家族とつきあうことへの支援	0	1	2	3	4	0	1	1	2	3	
	4-7	36	069	医療機関の受診に関する支援(薬の受け取り、医師等の診断結果の説明理解含む)	0	1	2	3	4	0	1	1	2	3	
	4-8	37	070	緊急時にサービスを得ることを理解し実行するための支援	0	1	2	3	4	0	1	1	2	3	
5・ 生 涯 学 習 活 動	5-1	38	001	注意を集中することへの支援(聞くこと・見ること)	0	1	2	3	4	0	1	1	2	3	
	5-2	39	002	文字などを読むことへの支援	0	1	2	3	4	0	1	1	2	3	
	5-3	40	003	文字などを書くことへの支援	0	1	2	3	4	0	1	1	2	3	
	5-4	41	004	数の理解への支援(数の計算・お金の計算など含む)	0	1	2	3	4	0	1	1	2	3	
	5-5	42	005	時間の理解への支援	0	1	2	3	4	0	1	1	2	3	
	5-6	43	006	自分でスケジュールを立て行動するための支援	0	1	2	3	4	0	1	1	2	3	
	5-7	44	057	社会的常識・一般的なルール・マナーの理解への支援	0	1	2	3	4	0	1	1	2	3	
	5-8	45	058	個人の要求を他人へ伝達することへの支援	0	1	2	3	4	0	1	1	2	3	
	5-9	46	059	困った時、助けを求めることへの支援	0	1	2	3	4	0	1	1	2	3	

どのような支援が必要ですか?
 0=支援の必要が無い
 1=点検・注意・配慮が必要
 2=一部支援が必要
 3=多くの面で支援が必要
 4=常時支援が必要

0・支援の希望なし
 1・支援を希望する

1・本人
 2・家族
 3・その他(者)

ニーズ調査Ⅱ・支援に関する項目調査

NO (未記入)	氏名 (イニシャル)
年齢	性別 男・女

個別勘案調査の要否

6・特別な行動への支援の必要性	有	無
-----------------	---	---

⇒有の場合、個別勘案調査表「6・特別な行動への支援」調査を行って下さい。

領域	設問NO	連番	項目ID	活動項目	支援の必要度				支援の希望				誰の希望か						
6・特別な行動	6-1	47	073	他人に突然抱きついたりすることに対する支援	0	1	2	3	4	0	1	1	2	3	0	1	1	2	3
	6-2	48	074	暴言や大声を出すことによる周囲とのトラブルに対する支援	0	1	2	3	4	0	1	1	2	3	0	1	1	2	3
	6-3	49	075	他人を叩いたり蹴ったりすることに対する支援	0	1	2	3	4	0	1	1	2	3	0	1	1	2	3
	6-4	50	076	衣類等身の周りのものを壊したり破いたりすることに対する支援	0	1	2	3	4	0	1	1	2	3	0	1	1	2	3
	6-5	51	077	器物(物・家・壁等)を破壊する行為に対する支援	0	1	2	3	4	0	1	1	2	3	0	1	1	2	3
	6-6	52	078	弄火・放火等、触法行為に対する支援	0	1	2	3	4	0	1	1	2	3	0	1	1	2	3
	6-7	53	089	人の都合を考えずに自分勝手な行動をとることに対する支援	0	1	2	3	4	0	1	1	2	3	0	1	1	2	3
	6-8	54	091	パニックや不安定な行動に対する支援	0	1	2	3	4	0	1	1	2	3	0	1	1	2	3
	6-9	55	092	強いこだわり(特定の物や人、決めた時間、手順、場所等)に対する支援	0	1	2	3	4	0	1	1	2	3	0	1	1	2	3
	6-10	56	094	助言や介護の抵抗に対する支援	0	1	2	3	4	0	1	1	2	3	0	1	1	2	3
	6-11	57	080	自分の体を叩いたり傷つけたりする行為に対する支援	0	1	2	3	4	0	1	1	2	3	0	1	1	2	3
	6-12	58	081	異食、過食、反すう、過飲等の食事に関する行動に対する支援	0	1	2	3	4	0	1	1	2	3	0	1	1	2	3
	6-13	59	084	実際にはないものが見えたり、聞こえることにより不安定になることに対する支援	0	1	2	3	4	0	1	1	2	3	0	1	1	2	3
	6-14	60	085	突然泣いたり、笑ったりして感情が不安定になることに対する支援	0	1	2	3	4	0	1	1	2	3	0	1	1	2	3
6-15	61	086	夜間不眠あるいは昼夜の逆転があるために起こる行動に対する支援	0	1	2	3	4	0	1	1	2	3	0	1	1	2	3	
6-16	62	087	他者と交流することへの不安や緊張のため外出できないことに対する支援	0	1	2	3	4	0	1	1	2	3	0	1	1	2	3	
6-17	63	088	体は悪くないのに昼間から寝ていたり閉じ込めることに対する支援	0	1	2	3	4	0	1	1	2	3	0	1	1	2	3	
6-18	64	093	多動・多弁に対する支援	0	1	2	3	4	0	1	1	2	3	0	1	1	2	3	
6-19	65	095	不潔な行為(排泄物を弄ぶ等)に対する支援	0	1	2	3	4	0	1	1	2	3	0	1	1	2	3	
6-20	66	096	行動の停止(膠着)に対する支援	0	1	2	3	4	0	1	1	2	3	0	1	1	2	3	

個別勘案調査の要否

7・作業・生産・雇用の支援の必要性	有	無
-------------------	---	---

⇒有の場合、個別勘案調査表「7・作業・生産・雇用の支援」調査を行って下さい。

領域	設問NO	連番	項目ID	活動項目	支援の必要度				支援の希望				誰の希望か						
7・作業・生産・雇用に 関する活動	7-1	67	043	作業(就業)のための動機付けに関する支援	0	1	2	3	4	0	1	1	2	3	0	1	1	2	3
	7-2	68	044	作業(就業)内容の理解に関する支援	0	1	2	3	4	0	1	1	2	3	0	1	1	2	3
	7-3	69	045	作業(就業)の準備及び後片づけに関する支援	0	1	2	3	4	0	1	1	2	3	0	1	1	2	3
	7-4	70	046	作業(就業)中の安全に関する支援(安全配慮等)	0	1	2	3	4	0	1	1	2	3	0	1	1	2	3
	7-5	71	047	作業(就業)で困ったことに対し援助を求めることの支援	0	1	2	3	4	0	1	1	2	3	0	1	1	2	3
	7-6	72	048	技術の習得及び作業の遂行に関する支援	0	1	2	3	4	0	1	1	2	3	0	1	1	2	3
	7-7	73	051	職場のルールを守るための支援	0	1	2	3	4	0	1	1	2	3	0	1	1	2	3
	7-8	74	052	職場の仲間との交流に関する支援	0	1	2	3	4	0	1	1	2	3	0	1	1	2	3
	7-9	75	053	就職先の選定及び就職先との調整に関する支援(職場を変わることを含む)	0	1	2	3	4	0	1	1	2	3	0	1	1	2	3
	7-10	76	054	面接・会社訪問等の一連に関する支援	0	1	2	3	4	0	1	1	2	3	0	1	1	2	3
	7-11	77	055	雇用契約内容・労働契約内容等の理解への支援	0	1	2	3	4	0	1	1	2	3	0	1	1	2	3

個別勘案調査の要否

8・医学的支援の必要性	有	無
-------------	---	---

⇒有の場合、個別勘案調査表「8・医学的支援」調査を行って下さい。

領域	設問NO	連番	活動項目	支援の必要度				支援の希望				誰の希望か							
8・医学的支援	8-1	78	吸入・酸素療法	噴霧器もしくは酸素を使用する	0	1	2	3	4	0	1	1	2	3	0	1	1	2	3
	8-2	79	体位ドレナージ	肺からの分泌物/粘液を吐き出しやすくするために、体を一定の角度に傾けたり支えたりする必要がある	0	1	2	3	4	0	1	1	2	3	0	1	1	2	3
	8-3	80	胸腔内圧チューブ	分泌物排出を助けるため胸部理学療法が必要	0	1	2	3	4	0	1	1	2	3	0	1	1	2	3
	8-4	81	吸引	分泌物の吸引が必要	0	1	2	3	4	0	1	1	2	3	0	1	1	2	3
	8-5	82	口腔刺激・顎下固定	食事をするのに助けるため身体的援助や口腔刺激が必要	0	1	2	3	4	0	1	1	2	3	0	1	1	2	3
	8-6	83	経管摂取(経鼻胃管)	経鼻胃管による栄養投与	0	1	2	3	4	0	1	1	2	3	0	1	1	2	3
	8-7	84	非経口摂取(経静脈栄養)	静脈内投与	0	1	2	3	4	0	1	1	2	3	0	1	1	2	3
	8-8	85	体位変換	床ずれを防ぐために椅子やベッドで身体の向きを変える際に援助が必要	0	1	2	3	4	0	1	1	2	3	0	1	1	2	3
	8-9	86	開放性創傷ドレッシング	開いた傷口を消毒し、包帯を巻く際に援助が必要	0	1	2	3	4	0	1	1	2	3	0	1	1	2	3
	8-10	87	免疫システムの悪化を招く感染症の保護	免疫力の低下や感染症の発生により、感染を防ぐための予防策が求められる	0	1	2	3	4	0	1	1	2	3	0	1	1	2	3
	8-11	88	発作の管理	薬を要し、発作の予防策とその管理が必要	0	1	2	3	4	0	1	1	2	3	0	1	1	2	3
	8-12	89	透析	腹膜透析もしくは血液透析が必要	0	1	2	3	4	0	1	1	2	3	0	1	1	2	3
	8-13	90	人口ろう(Ostomy care)	人工肛門形成における介護が必要	0	1	2	3	4	0	1	1	2	3	0	1	1	2	3
	8-14	91	胃ろう		0	1	2	3	4	0	1	1	2	3	0	1	1	2	3
	8-15	92	膀胱ろう		0	1	2	3	4	0	1	1	2	3	0	1	1	2	3

五. 今後の展望

最上 太一郎

五 今後の展望

知的障害のある人々に対する社会の期待は、この60年間で大きく変化した。かつては、自立した生活及び社会で働く適応能力が低いと判断された知的障害を含む発達に障害のある人に対しては、保護や訓練を主とし、社会から隔離する施策がとられた。また、在宅で暮らす知的障害者等に対する公的な福祉制度もほとんどなく、家族が唯一の支援者として知的障害のある人のニーズに精一杯応えてきた。

こうした中、ここ10数年、知的障害のある人への支援の状況はさらに大きく変化しつつある。知的障害者福祉法の制定により、精神薄弱の名称が法的に変わったことは、障害のとらえ方の変化の顕れといえよう。また、2003年の支援費制度として、知的障害のある人が、様々な支援を受けながら自分の好きな地域社会で暮らすことが可能となる施策が制度化された。

このことは、知的障害のある人への支援に携わる多くの人々が、様々な立場から障害のある人の権利を擁護するという思想を中心に、障害者が入所施設を中心とした生活から地域で社会活動に参加しながら生活することを基本とし、また、そうした考え方に対して肯定的な期待を持って、支援のあり方を模索しつつ、必死で実践してきた結果といえよう。

従来の「障害の定義」は、世界保健機構（以下「WHO」）が1980年に示した「国際障害分類」の障害構造モデル（以下「ICIDH」）が一般的であった。ICIDHは、障害そのものを人間の生物学的な機能面の障害ととらえ、個人の機能障害が社会的な不利を生むと定義している。例えば、適応行動に障害がある場合には、社会に適応する様々な項目の能力を「できる事、できない事」を評価し、できないことをできるようにすることを支援の目的としている。

一方、2001年にはWHOから、新たな障害の定義として「国際生活機能分類の生活機能構造モデル（以下「ICF」）」が出された。ICFは、個々人の機能的な障害の他、自分の持つスキルにより環境から生じる色々な課題に対して、さまざまな環境や活動に参加する際にどのような支援が必要か、あるいは、どのような支援を作り出す必要があるかという考え方に基づいている。

このような中、2006年に施行された障害者自立支援法は、「障害程度区分」によりサービスの種類や範囲が制限されている。障害程度区分の認定調査項目は、本論でも述べた通り、機能障害面の評価（診断・医学モデル）「介護」による身体的機能面から評価する領域が多いため、知的障害者が地域生活で生きていく上での周辺環境との関連性は支給決定の仕組み上あまり加味されていない。

知的障害者における相談支援の必要性は、障害そのものに視点をあてた「医学モデル」

から、社会の中で生活上の生きにくさを中心とした「社会モデル」のよるものであると考える。障害者自立支援法の見直しに関し、福祉協会が再三にわたり要望してきた内容は次の通りである。

(障害程度区分にかわる支援尺度の早急な策定)

障害程度区分の名称の変更を含む法律上の規定（障害者自立支援法第4条4項）の見直しと並行して、障害程度区分そのものについても知的障害者の障害特性や支援ニーズを反映して支援の必要性を把握する尺度に改めるべきです。具体的には、医学モデル（心身の状態）と社会モデル（活動・参加）を包括した統合モデルをベースに、「背景因子〔環境因子（住宅環境、家族状況、外出環境など）・個人因子（自立意欲、社会参加の希望など）〕」の相互作用から支援ニーズを把握するべきと考えます。

また、新たな支援尺度は支援ニーズと支援の必要性を把握する尺度とし、区分だけによるサービスの利用制限は撤廃すべきと考えます。

(支給決定プロセスの見直し)

サービス利用計画作成対象者を拡大するとともに、支給決定前にサービス利用計画を作成する仕組みに改めるべきです。さらに、新法の中にいわゆるケアマネジメントの仕組みを位置づけるには、支援ニーズを把握するための専門スタッフの養成やケアマネジメント体制の整備をする必要があると考えます。

2010年1月に障がい者制度改革の推進に関する検討の場として「障がい者制度改革推進本部」が内閣府に設置され、同時に「障がい者制度改革推進会議」が、障害当事者の半数以上の参画により開催された。更に同年4月より、「障がい者総合福祉法（仮称）」を検討する場として「障がい者総合福祉部会」が立ち上がった。同会議・部会における、サービスを受けるための支給決定プロセスの主な論点は、「障害当事者による自己決定・自己選択により、自分で希望するサービスの組み立てを実施するセルフマネジメント」を中心とする考え方である。そのため、障害当事者と行政担当者が「協議・調整」して障害福祉サービスの支給決定を行う仕組みが提案されている。

しかしながら、本協会が支援する知的障害のある人（他の障害を重複する人を含む）の中には、「情報を理解し、整理して自らの意思を決定することに支援を必要としている人」が多く、このことは、自らの意思により福祉サービスを求めることのできる人たちと大きく異なる重要な点である。

また、知的障害のある人の意思決定は、支援（相談支援）なしでは困難であり、本人の意思を尊重する意思決定・自己決定を実現するには、本人と支援者との信頼関係が重要な要素となる。特に重い知的障害のある人の場合は、更に深い本人と支援者間の心のつながりを作り上げなければならず、信頼できる優秀な支援者は欠かすことができない。

新たに制定される「障がい者総合福祉法（仮称）」の中では、このような意思決定に支援を必要とする知的障害のある人への配慮を重視した施策を明確に位置付けることが必要である。

詳細は、四（２）新たな支給決定プロセスの提案 で詳しく述べているが、総合福祉部会の「相談支援・支給決定プロセスの作業チーム」においては第一次作業チーム報告として、「協議・調整」モデルを中心とした、次の支給決定プロセスが提案されている。

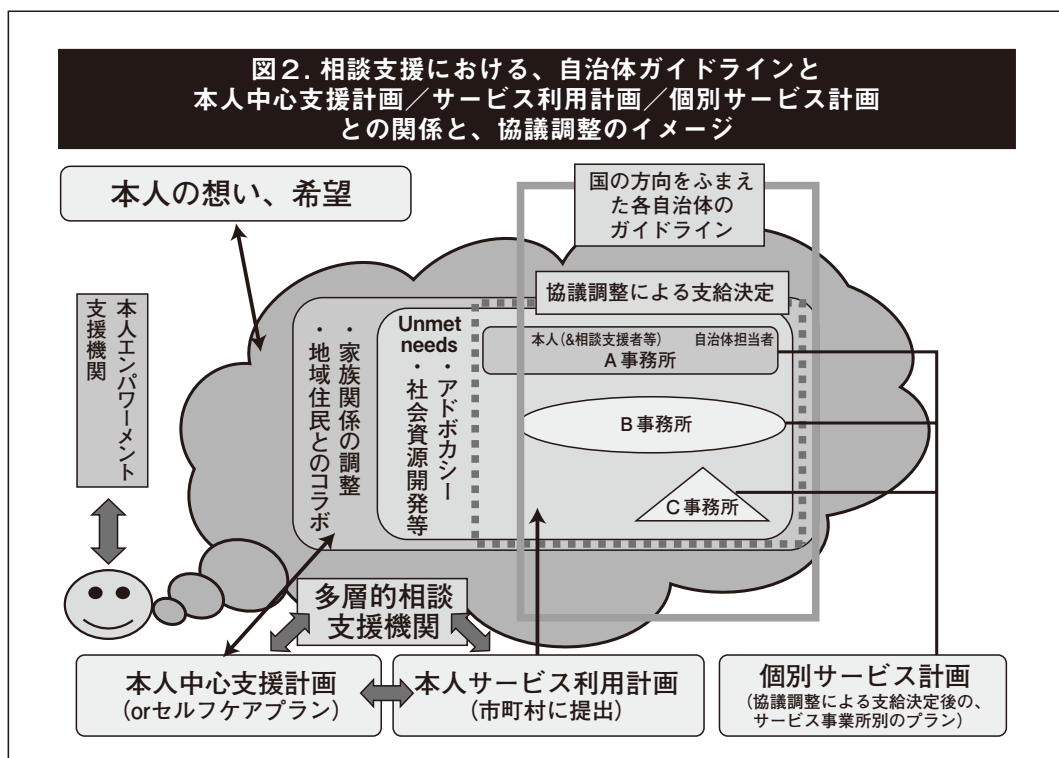


図18 総合福祉部会 相談支援・支給決定プロセス作業チーム資料より

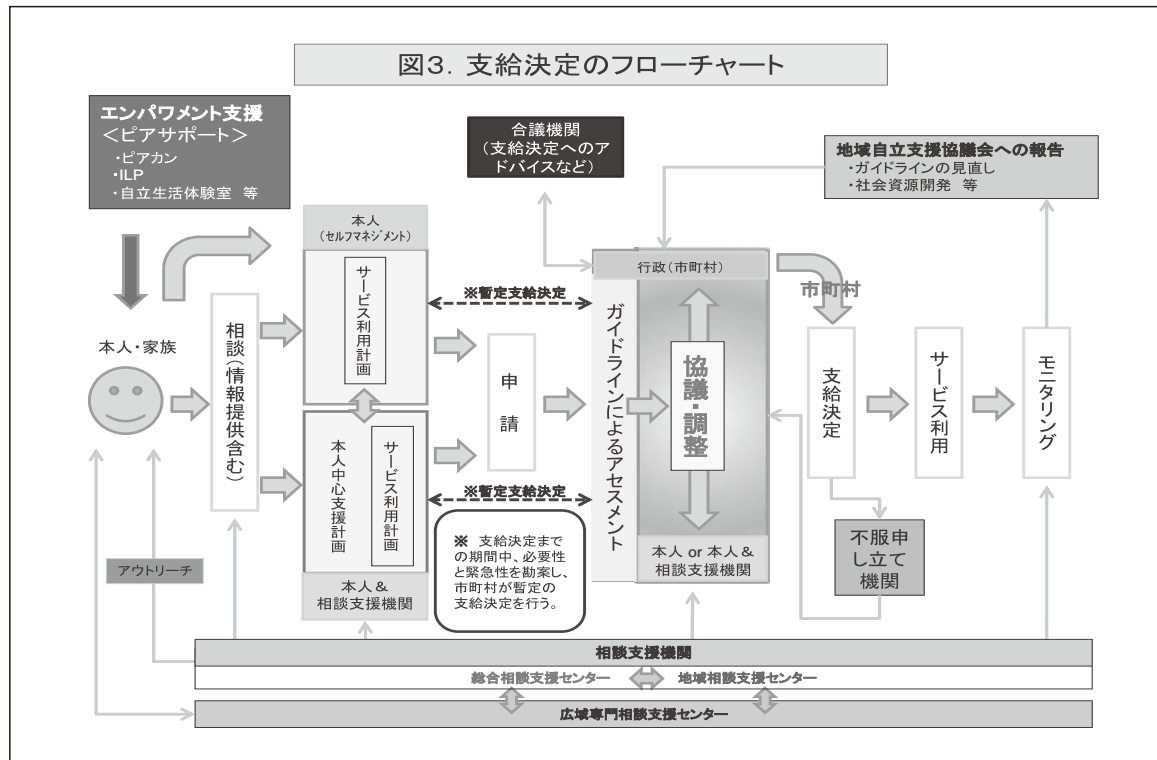


図19：総合福祉部会 相談支援・支給決定プロセス作業チーム資料より

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この仕組みは、障害当事者の自立生活運動の基本的理念に基づいた考えが中心にあるようである。この仕組みにおける「本人中心支援計画」は、知的障害等を対象とした意思決定が困難な人に対して本人のニーズを汲み取ることを明確に位置づけたと説明されているが、我々のように長年知的障害者への支援に携わってきた者には、ただ単に「位置付け」を強調するためだけに設定したようにも思えてしまう。事実、このプロセスの目指す方向性を具体的にどのように制度化するのは、財源問題も含め、未だに見えない。

例えば、本人を中心においた将来計画（Personal futures planning）や、これからの活動計画（Making Action Plans）人生設計（Essential Life-Style Planning）人生の全体設計（Whole Life Planning）などのライフステージを、本人を中心に、家族とともにどのように実現していくかについて計画を立てることが大切であり、そのためにどんなサポートが必要かということや、スキル目標をどうするかなどのプログラムは、具体的にどこが担うと考えて設定されているのだろうか。いまひとつ、ここでいう「本人中心支援計画」の意味合いと焦点が見えてこない。

とはいえ、今後の支給決定プロセスの議論において我々が期待するものは非常に大きい。ここで、知的障害者や自らの意志を上手く伝えない人たちが福祉サービスを受けるために

必要と思われる事項を次のとおり述べておく。

- ① 「社会モデル」を中心とするアセスメントの仕組みの構築
- ② アセスメント様式とニーズ調査項目及びそれらのマニュアルの作成
- ③ 支給決定における留意事項、ガイドラインの作成
- ④ モニタリングの必要性と検証の仕組みの構築
- ⑤ 知的障害等に配慮した協議・調整のあり方の検討

特に今後の検討課題としては、アセスメントの必要性やアセスメント領域と調査項目を設定するためのエビデンス（evidence）が必要であると思われる。

ただ単に、諸外国のものを置き換えるのではなく、日本にいる障害のある人が、必要な制度を受けるための手法とイノベーション（innovation）をどのように構築するかが重要な課題である。

諸外国の支給決定プロセスは、歴史や文化や宗教など多くの要因によって培われたものであり、その時々を経済状況に大きく関わっていることがうかがわれる。

日本における障害児者への支援は、財源論なしでは語れないことは誰もが承知しているところである。理念に基づいたしっかりした制度を構築し、それを最大限活かすための財源を確保することが必要であるが、今の障害福祉改革推進の議論では肝心の財源確保について、何も議論されていないように感じる。

また、各障害を一元的に包括できる法律であったとしても、具体的なサービスや支援を得るための仕組みとの中では、インテークとしての相談支援やアセスメントは各々の専門家が担うべき（例えば自治体や相談支援に専門家を配置するなど）であり、そうした仕組みがあってはじめて、その人の生きてきた道筋や障害特性毎に沿った支援を提供できると考えられる。そうすることによってケアマネジメントやセルフマネジメントがより本人のニーズに沿うものとして展開され、真に必要なサービス受給できるようになると考える。

現在、障害者を取り巻く制度は、短期間で大きく変わる過渡期にあるとともに、今後の日本の障害福祉施策がますます大きく成長する時期にあるといえる。この時期を活かすか無駄にするかは我々障害福祉に携わるものの腕にかかっているといても過言ではないかもしれない。

本研究を通じ、日本と諸外国の制度は、福祉制度全般からサービスの支給決定プロセスに関わる点で、異なることが多いことが明らかになった。

諸外国の制度の良い点や見習うべき仕組み、取り入れられる手法等は大いに活用し、さらにわが国向けに改良を加えることで、日本におけるより良い障害福祉制度が早急に確立されることを願い、今後の展望とする。

参考資料 1

- 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

二一ス調査II・支援に関する項目調査

※NOは事務局で記入します。氏名はペンネームで記載して下さい。

Table with columns: 領域, 説明NO, 氏名(ペンネーム), 性別, 年齢, 項目ID, 活動項目, 支援の必要度, 支援の希望度, 備考. Includes a legend for support levels and a note about the survey's purpose.

二一ス調査II・支援に関する項目調査

氏名(ペンネーム), 性別, 年齢

Table with columns: 領域, 説明NO, 氏名(ペンネーム), 性別, 年齢, 項目ID, 活動項目, 支援の必要度, 支援の希望度, 備考. Includes a legend for support levels and a note about the survey's purpose.

→有の場合、個別別案調査表「6・特別な行動への支援」調査を行って下さい。

Table with columns: 領域, 説明NO, 項目ID, 活動項目, 支援の必要度, 支援の希望度. Contains items 6-1 through 6-20.

→有の場合、個別別案調査表「7・作業・生産・雇用の支援」調査を行って下さい。

Table with columns: 領域, 説明NO, 項目ID, 活動項目, 支援の必要度, 支援の希望度. Contains items 7-1 through 7-11.

→有の場合、個別別案調査表「8・医学的支援」調査を行って下さい。

Table with columns: 領域, 説明NO, 項目ID, 活動項目, 支援の必要度, 支援の希望度. Contains items 8-1 through 8-15.

ニーズ調査I・概況調査票

【基本属性】

NO(未記入)	氏名(イニシャル)	T. S
年齢	56	性別 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女

1. 在宅+授産・就労事業利用者 2. 在宅+更生・生活介護系通所事業利用者
 3. GH(CH)利用+一般就労 4. GH(CH)利用+授産・就労系通所事業利用者
 5. GH(CH)利用+更生・生活介護系通所事業 6. 入所施設利用(A)更生・生活介護
 7. 入所施設利用(B)授産・就労系通所事業 8. 在宅+一般就労

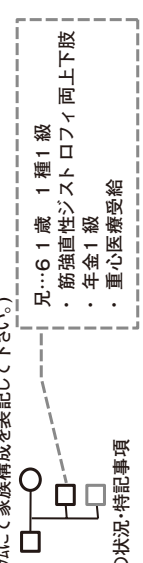
1. 調査実施者(記入者)

実施日時	22年 12月 20日	実施場所	自宅
ふりがな	田 博		
記入者氏名	○田 △博		

2. 認定を受けている項目の該当する等級及び区分に○をつけてください

障害種別	等級および程度区分
1) 精神障害者保健福祉手帳(等級)	1級・2級・3級
2) 身体障害者手帳(等級)	(1種・2種) 1級・2級・3級・4級・5級・6級
3) 療育手帳(等級)	最重度・重度・中度・軽度
4) 障害程度区分(自立支援法事業利用者のみ回答のこと)	非該当・区分1・区分2・区分3・区分4・区分5・区分6
5) 区分(旧法区分については、新法利用者についても過去の区分を回答ください)	A・B・C (種別:入更・通更・入授・通授・通勤寮)
6) IQ	測定不能・19以下・35以下・50以下・70以下・71以上・測定不明
7) 障害基礎年金等級	1級・2級

3. 家族状況

1. 支援者(家族等)の有無
 なし あり(利用者との関係: 兄弟・ 父母・ 祖父母・ その他())
 2. 家族状況(ツェンガ)にて家族構成を表記して下さい。


兄…61歳 1種1級
・筋直性ジストロフィ 両上下肢
・年金1級
・重心医療受給

 3. 支援者(家族等)の状況・特記事項
 特に問題はなく、現在の支援者による支援で、当面の生活の継続が可能。
 何らかの理由により、支援者の支援能力が低く、今後の継続が不安。
 理由 支援者の身体的理由(高齢・病気・出産等) ネグレクト・無関心等による支援放棄
 支援者が働いており、日中(または夜)目が行き届かない
 その他()

4. 居住関連について

1. 生活の場所:
 自宅(単身) 自宅(家族等と同居) グループホーム ケアホーム
 入所施設 その他()
 2. 居住環境障害
 障害状況に配慮した居住環境を整える必要はない
 状態に配慮した居住環境を整える必要がある
 具体的に バリアフリー等住宅改修工事 防音工事 強化ガラス工事 床・壁の強化工事
 必要性はあるが、賃貸住宅のため実施できない
 その他(住宅改修についてはH22年4月に完了(トイレ・浴室))

5. 日中活動関連について

主に活動している場所
 主に自宅 施設(入所・通所) 一般就労 その他(月～金の日中は就労事業所)

6. 保護と権利擁護に関する支援の必要度

支援の必要度を5段階で評価し、近いものに○をつけてください(0:ほとんど必要ない 4:必要度高)

1. 自分の財産管理に関する支援… 2・3・4
 2. 搾取から自らを護ることへの支援
 (他人の要求を断れず人の言いなりになること等)… 1・2・3・4
 3. 自分で考え選択し、決定する事への支援… 1・2・3・4
 (特記事項)
 財産管理(金銭管理)については父親が管理している。本人が管理するとある分だけ使われる。
 父親の話では本人、お酒が好きでスナック等で深酒し体調を壊され入退院を繰り返して持病の喘息の悪化も心配されるため。

7. 現在使っているサービス

1. 居宅介護 2. 重度訪問介護 3. 行動援護 4. 療養介護 5. 生活介護
 6. 児童デイサービス 7. 短期入所 8. 重度障害者等包括支援 9. 共同生活介護
 10. 共同生活援助 11. 自立訓練 12. 就労移行支援 13. 就労継続支援(A型・B型)
 14. 施設入所支援 15. 旧法サービス(通所授産)
 16. その他(日中一時支援)

8. 希望する生活 (どんな暮らしをしたいか・ご本人・ご家族の思い・希望するサービス)

(ご本人)
 ・特になし
 (ご家族等)
 ・ADL低下や喘息を悪化させないために確実な服薬と健康管理及び定期的な通院外来の定着
 ・主たる援助者(両親)の体調面の体調面での環境の変化が生じた時のサポート体制の構築。安心、安全に暮らせる環境整備 など

二一ス調査II・支援に関する項目調査

Header table for the survey with columns for NO, 氏名, 性別, T, S, and 性別.

個別動案調査の要否
有 無

Main table for the survey with columns for 領域, 説明NO, 項目ID, 活動項目, 支援の必要度, 支障の希望か.

個別動案調査の要否
有 無

Main table for the survey with columns for 領域, 説明NO, 項目ID, 活動項目, 支援の必要度, 支障の希望か.

個別動案調査の要否
有 無

Main table for the survey with columns for 領域, 説明NO, 項目ID, 活動項目, 支援の必要度, 支障の希望か.

二一ス調査II・支援に関する項目調査

Header table for the survey with columns for NO, 氏名, 性別, T, S, and 性別.

個別動案調査の要否
有 無

Main table for the survey with columns for 領域, 説明NO, 項目ID, 活動項目, 支援の必要度, 支障の希望か.

0=支援が必要ですが
1=点検、注意、配慮が必要
2=一部支援が必要
3=多くの面で支援が必要
4=常時支援が必要
どのよう支援が必要ですか?
0=支援の必要が無し
1=本人
2=家族
3=その他

【帳票 1】

ニーズ調査I・概況調査票

【基本属性】

NO(未記入)	氏名(イニシャル)	M.S
年齢	性別	男・女
31歳	男	

1. 在宅+授産・就労系事業利用者
 2. 在宅+更生・生活介護系通所事業利用者
 3. GH(CH)利用+一般就労
 4. GH(CH)利用+授産・就労系通所事業利用者
 5. GH(CH)利用+更生・生活介護系通所事業
 6. 入所施設利用(A)更生・生活介護
 7. 入所施設利用(B)授産・就労系通所事業
 8. 在宅+一般就労

1. 調査実施者(記入者)

実施日時	H22年12月29日	実施場所	生活介護事業所 デイ松泉
ふりがな	○ ○ △ △		
記入者氏名	○ 葉 △ 弓		

2. 認定を受けている項目の該当する等級及び区分に○をつけてください

障害種別	等級および程度区分
1) 精神障害者保健福祉手帳(等級)	1級・2級・3級
2) 身体障害者手帳(等級)	○1級・2級・3級・4級・5級・6級
3) 療育手帳(等級)	○最重度・重度・中度・軽度
4) 障害程度区分(自立支援法事業利用者のみ回答のこと)	非該当・区分1・区分2・区分3・区分4・区分5・区分6
5) 区分(旧法区分については、新法利用者についても過去の区分をご回答ください)	○A・B・C (種別:入更・通更・入授・通授・通勤寮)
6) IQ	○測定不能・19以下・35以下・50以下・70以下・71以上・未測定・不明
7) 障害基礎年金等級	○1級・2級

3. 家族状況

① 支援者(家族等)の有無
 なし あり → (利用者との関係: 父・母・きょうだい・祖父母・その他())

② 家族状況(ファミリーグラムにて家族構成を表記して下さい。)
 父 ———— Mさん
 母 ————
 (注: Mさんは母と同居)

③ 支援者(家族等)の状況・特記事項
 特に問題はなく、現在の支援者による支援で、当面の生活の継続が可能。
 何らかの理由により、支援者の支援能力が低く、今後の継続が不安。
 理由 支援者の身体的理由(高齢・病氣・出産等) ネグレクト・無関心等による支援放棄
 支援者が働いており、日中(または夜)目が行き届かない
 その他()

4. 居住関連について

① 生活の場所:
 自宅(単身) 自宅(家族等同居) グループホーム ケアホーム
 入所施設 その他()

② 居住環境障害
 障害状況に配慮した居住環境を整える必要はない
 状態に配慮した居住環境を整える必要がある
 具体的に バリアフリー等住宅改修工事 防音工事 強化ガラス工事 床・壁の強化工事
 必要性はあるが、賃貸住宅のため実施できない
 その他(住宅改修についてはH22年4月に完了(トイレ・浴室))

5. 日中活動関連について

主に活動している場所
 主に自宅 施設(入所・通所) 一般就労 その他(月～金の日中は就労事業所)

6. 保護と権利擁護に関する支援の必要度

支援の必要度を5段階で評価し、近いものに○をつけてください(0:ほとんど必要ない 4:必要度高)

1. 自分の財産管理に関する支援…0・1・2・3・04
 2. 搾取から自らを護ることへの支援
 (他人の要求を断れず人の言いなりになること等)…0・1・2・3・04
 3. 自分で考え選択し、決定する事への支援…0・1・2・3・04
 (特記事項)

7. 現在使っているサービス

1. 居宅介護 2. 重度訪問介護 3. 行動援護 4. 療養介護 5. 生活介護
 6. 児童デイサービス 7. 短期入所 8. 重度障害者等包括支援 9. 共同生活介護
 10. 共同生活援助 11. 自立訓練 12. 就労移行支援 13. 就労継続支援(A型・B型)
 14. 施設入所支援 15. 旧法サービス(通所授産)
 16. その他(日中一時支援)

8. 希望する生活 (どんな暮らしをしたいか、ご本人・ご家族の思い・希望するサービス)

(ご本人)
 (ご家族等)
 いろいろなサービスを使いながらの生活ができてきているので、このまま継続して少しでも今の生活を続けていきたい。

二一ズ調査II・支援に関する項目調査

個人別調査の要否

有 無

領域	説明NO	連番	項目ID	活動項目	支援の必要度	支援の希望が
1. 身体的生活活動	6-1	47	073	他人に突然抱きついたりしたるに対する支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	6-2	48	074	他人に突然抱きついたりしたるによる周囲にのトラブルに対する支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	6-3	49	075	他人を叩いたり蹴ったりするに対する支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	6-4	50	076	衣類等身の周りのものを壊したり壊れたりしたるに対する支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	6-5	51	077	器物(家器等)を破壊する行為に対する支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	6-6	52	078	斧火・放火等、焼酎行為に対する支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	6-7	53	081	人の命を奪うに自分勝手な行動をとるに對する支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	6-8	54	082	ハニワや不安定な行動に対する支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	6-9	55	092	強いこだわり(特定の物や人、決めた時間、手順、場所等)に対する支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	6-10	56	094	助言や介助の拒否に対する支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	6-11	57	080	自分の体を叩いたり傷つけたりする行為に対する支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	6-12	58	081	興奮、過食、反す、過飲等の食事に對する支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	6-13	59	084	突然泣いたり、笑ったりして感情が不安定になることに対する支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	6-14	60	085	夜間不眠あるいは昼夜の逆転があるため起こる行動に対する支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	6-15	61	086	夜間不眠あるいは昼夜の逆転があるため起こる行動に対する支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	6-16	62	087	他者と交流することへの不安や緊張のため外出できないことに対する支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	6-17	63	088	体は熱くないのに暑がりから暑がりになることに対する支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	6-18	64	093	多動・多弁に対する支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	6-19	65	095	不潔な行為(排泄物等を弄ぶ等)に対する支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	6-20	66	096	行動の停止(閉塞)に対する支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3

個人別調査の要否

有 無

領域	説明NO	連番	項目ID	活動項目	支援の必要度	支援の希望が
7. 作業・生産・雇用の支援	7-1	67	043	作業(就業)のための動機付けに関する支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	7-2	68	044	作業(就業)内容の理解に関する支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	7-3	69	045	作業(就業)の準備及び後片づけに関する支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	7-4	70	046	作業(就業)中の安全に関する支援(安全配慮等)	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	7-5	71	047	作業(就業)で困ったことに対し援助を求めることに対する支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	7-6	72	048	技術の習得及び作業の遂行に関する支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	7-7	73	051	職場のルールを守るための支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	7-8	74	052	職場の仲間との交流に関する支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	7-9	75	053	就業先の選定及び就職先の課題に関する支援(職場を変わることを含む)	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	7-10	76	054	面接・会社訪問等の一連に関する支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
7-11	77	055	雇用契約内容・労働契約内容等の理解への支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3	

個人別調査の要否

有 無

領域	説明NO	連番	項目ID	活動項目	支援の必要度	支援の希望が
8. 医学的支援	8-1	78	049	聴覚器もしくは聴覚補助器具を使用する	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	8-2	79	050	聴覚器の調整・修理・交換に関する支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	8-3	80	051	分泌物排出を助けるための処置(理学療法)が必要	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	8-4	81	052	分泌物の吸引が必要	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	8-5	82	053	食事をするのを助けるため身体的援助や口腔刺激が必要	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	8-6	83	054	経腸栄養(経鼻経管)による栄養投与	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	8-7	84	055	経腸栄養(経鼻経管)による栄養投与	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	8-8	85	056	経腸栄養(経鼻経管)による栄養投与	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	8-9	86	057	胃ろうを閉鎖し、胃帯を巻く際に援助が必要	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	8-10	87	058	胃ろうの低下や漏れ等の発生により、腸管静脈のための予防処置が求められる	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
8-11	88	059	腸管静脈の閉塞	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3	
8-12	89	060	腸管静脈の閉塞	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3	
8-13	90	061	人工肛門形成における介入が必要	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3	
8-14	91	062	腸ろう	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3	
8-15	92	063	腸ろう	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3	

二一ズ調査II・支援に関する項目調査

個人別調査の要否

有 無

領域	説明NO	連番	項目ID	活動項目	支援の必要度	支援の希望が
1. 身体的生活活動	1-1	1	007	排便の支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	1-2	2	008	排便の支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	1-3	3	009	食事を取ることに伴うこと・飲むこと・飲むことを含む、口腔刺激(嚥下面を含む)	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	1-4	4	015	衣服の着脱の支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	1-5	5	017	履物を履く・脱ぐことへの支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	1-6	6	021	自分の身体を洗うことへの支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	1-7	7	027	手洗いの支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	1-8	8	028	洗髪の支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	1-9	9	032	起床および就寝(着かけ等)に関する支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	1-10	10	066	自室内の移動・移乗・歩行に関する支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	2-1	11	010	食事の準備・片付けの支援(調理・配膳・後片づけを含む)	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	2-2	12	011	掃除・片付けの支援(台所・居住の掃除・ゴミ捨てを含む)	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	2-3	13	014	衣服や衣類の洗濯・乾燥・補修に関する支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	2-4	14	016	適切な衣服を選択するための支援(季節や状況にあった衣服の選択など)	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	2-5	15	022	通いの手入れの支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	2-6	16	023	髪と顔の手入れの支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	2-7	17	024	歯の手入れの支援(はみがき・入れ歯の手入れ)	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	2-8	18	025	爪・耳の手入れ等の支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	2-9	19	029	身だしなみ・清潔の保持への支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	2-10	20	020	入浴の準備と後片付けの支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
2-11	21	031	寝具の準備(毛布(寝巻き))の受け取り等に関する支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3	
3-1	22	012	郵便物等(宅配便含む)の受け取り等に関する支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3	
3-2	23	013	戸締りに関する支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3	
3-3	24	018	家庭器具の使用と手入れの支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3	
3-4	25	019	火の始末や火元の管理の支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3	
3-5	26	033	個人的な余暇活動に関する支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3	
3-6	27	034	電話の使用に関する支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3	
3-7	28	068	安全に関する支援(高除を回避するための支援)	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3	
3-8	29	071	心身の健康維持のための支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3	
4-1	30	036	交通機関(手袋)を利用して他地域を移動するための支援(外出支援)	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3	
4-2	31	038	周辺の地理(生活圏内)を理解し行動するための支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3	
4-3	32	039	店やスーパー等で購入した商品(商品)を購入するための支援(日常のお金の払い)	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3	
4-4	33	041	公共機関や建物設備の利用に関する支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3	
4-5	34	042	地域での余暇・趣味活動に関する支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3	
4-6	35	056	本人や家族とつきあうことへの支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3	
4-7	36	069	医療機関の受診に関する支援(薬の受け取り、医師等の診断結果の説明(含む))	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3	
4-8	37	070	緊急時にサービスを得ることを理解し実行するための支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3	
5-1	38	001	注意を集中することへの支援(聞くこと、見ること)	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3	
5-2	39	002	文字などを書くことへの支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3	
5-3	40	003	文字などを読むことへの支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3	
5-4	41	004	数の理解への支援(数の計算・お金の計算などを含む)	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3	
5-5	42	005	時間の理解への支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3	
5-6	43	006	自分でスケジュールを立て行動するための支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3	
5-7	44	057	社会的常識・一般的なルール・マナーの理解への支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3	
5-8	45	058	個人の要求を他人へ伝達することへの支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3	
5-9	46	059	困った時、助けを求めることへの支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3	

どのよう支援が必要ですか?

0=支援の必要無し

1=尚ほ注意・配慮が必要

2=一部支援が必要

3=多くの面で支援が必要

4=常時支援が必要

1.本人

2.家族

3.その他

相談支援事業 個人基本台帳
事業所名：生活介護事業所 ●●●●
サービス利用計画検討表

受付No. 氏名 M. S 様 平成23年2月11日 (作成者 ○葉 △弓)

援助の全体目標	健康や衛生面に配慮し、ご本人の楽しみや可能性を見いだせる様支援を行っていく。長期的にはご家族の希望でも在宅生活を少しでも長く続けられるようご家族と連絡調整を行いながら、様々なサービスの情報提供も行っていく。
短期目標	長期目標
在宅での入浴が困難の為、週2回入浴を提供する。又音楽や感触遊び、手を動かすことなど取り入れていく。	生活の幅を広げ楽しく過ごすことができるよう支援を行う。母親が腰痛持ちの為、状況に応じては送迎時車いすへの移乗も行い、入浴の継続提供で負担軽減を図る。

ニーズ	援助目標	サービス内容・頻度・時間	提供先・担当者・摘要
入浴をさせたい	衛生面を考慮し定期的な入浴を提供する。	月・金の利用日に入浴を全介助で行う。(週2回 40分)	生活介護事業所●●●● 支援員・介助員
楽しく過ごす	ご本人の好む音楽を探る為、利用日には様々なジャンルの音楽を聴く時間を設ける。	入浴前・後で音楽を聴く時間を設定し、様子を観察していく。(週2回 30分程)	生活介護事業所●●●● 支援員・介助員
手を動かす機会を持つ	左手を中心に様々なものに触れ感触を楽しむ。また動かすことも取り入れていく。	入浴前・後音楽を聴きながらフラフープを持つ。食事後スプーンを持つ。午後の散歩時展示物や草花に触れるなど行う。(週2回 30分程)	生活介護事業所●●●● 支援員・介助員

M. S 様 週間プラン

月	火	水	木	金	土	日	主なサポートなど
4:00							
5:00							
6:00							
7:00							
8:00	ヘルパー						家族支援 ・日中活動の場 ・移動支援 ・月1回訓練に行く ・居宅介護事業所 ・保護者レスパイト (短期入所)
9:00	ヘルパー						
10:00	ヘルパー						
11:00	ヘルパー						
12:00	ヘルパー						
13:00	ヘルパー						
14:00	ヘルパー						
15:00	ヘルパー						
16:00	ヘルパー						
17:00	ヘルパー						
18:00	ヘルパー						
19:00	ヘルパー						
20:00	ヘルパー						
21:00	ヘルパー						
22:00	ヘルパー						
23:00	ヘルパー						
0:00							
1:00							
2:00							
3:00							

サービスの種類	利用の内容	サポート量/月
生活介護事業所	入浴含む日中活動	当該月の日数から8日を控除した日数 (週2回)
通園事業	訓練含む	週2回
移動支援	機能訓練場所移動	2時間 (月1回程度)
短期入所	レスパイト	31日療養介護 (月1回2泊3日~3泊4日)
居宅介護事業所	身体介護	月35時間 (8:45~9:15)

事業所名：生活介護事業所 ●●●● FAXXXXX-XXXX-XXXX
 作成日：平成23年2月11日 担当者：●●●●

ニーズ調査I・概況調査票

【基本属性】

NO(未記入)	氏名(イニシャル)	H.Y
年齢	性別	男・女

1. 在宅+授産・就労系事業利用者 2. 在宅+更生・生活介護系通所事業利用者 3. GH(CH)利用+一般就労 4. GH(CH)利用+授産・就労系通所事業利用者 5. GH(CH)利用+更生・生活介護系通所事業 6. 入所施設利用(A)更生・生活介護 7. 入所施設利用(B)授産・就労系通所事業 8. 在宅+一般就労

1. 調査実施者(記入者)


実施日時	H22年 12月 28日	実施場所	施設
ふりがな	○○○ △△		
記入者氏名	○○田 △治		

2. 認定を受けている項目の該当する等級及び区分に○をつけてください

障害種別	等級および程度区分
1) 精神障害者保健福祉手帳(等級)	1級・2級・3級
2) 身体障害者手帳(等級)	1級・2級・3級・4級・5級・6級
3) 療育手帳(等級)	最重度・重度・○中度・軽度
4) 障害程度区分(自立支援法事業利用者のみ回答のこと)	非該当・区分1・区分2・区分3・区分4・区分5・区分6
5) 区分(旧法区分については、新法利用者についても過去の区分をご回答ください)	○A・B・C (種別:入更・通更・入授・通授・通動寮)
6) IQ	測定不能・19以下・35以下・50以下・70以下・71以上・未測定・不明
7) 障害基礎年金等級	○1級・2級

3. 家族状況

① 支援者(家族等)の有無 なし あり(利用者との関係: 父・○母・きょうだい・祖父・その他())

② 家族状況(ファミリーグラムにて家族構成を表記して下さい)

 弟...同居だが、本人家族から兄弟の話題を聞くことはほとんどない。

③ 支援者(家族等)の状況・特記事項
 特に問題はなく、現在の支援者による支援で、当面の生活の継続が可能。
 何らかの理由により、支援者の支援能力が低く、今後の継続が不安。
 理由 支援者の身体的理由(○高齢・病氣・出産等) ネグレクト・無関心等による支援放棄
 支援者が働いており、日中(または夜)目が行き届かない
 その他()

4. 居住関連について

① 生活の場所:
 自宅(単身) 自宅(家族等同居) グループホーム ケアホーム
 入所施設 その他()

② 居住環境障害
 障害状況に配慮した居住環境を整える必要はない
 状態に配慮した居住環境を整える必要がある
 具体的に バリアフリー等住宅改修工事 防音工事 強化ガラス工事 床・壁の強化工事
 必要性はあるが、賃貸住宅のため実施できない
 その他()

5. 日中活動関連について

主に活動している場所
 主に自宅 施設(入所・通所) 一般就労 その他()

6. 保護と権利擁護に関する支援の必要度

支援の必要度を5段階で評価し、近いものに○をつけてください(○:ほとんど必要ない 4:必要度高)

1. 自分の財産管理に関する支援...○・1・2・3(4)
 2. 搾取から自らを護ることへの支援 (他人の要求を断れず人の言いなりになること等)...○・1・2(3)・4
 3. 自分で考え選択し、決定する事への支援...○・1・2(3)・4

【特記事項】
 ・言語によるコミュニケーションをおこなうが、判断能力が不足している。
 ・物を捨てられない傾向がある。母親が捨てた物を自宅へ持ち帰ることが度々ある。
 ・威圧的態度から周囲の利用者、支援者とトラブルを起こすことがある。向精神薬服用中。

7. 現在使っているサービス

1. 居宅介護 2. 重度訪問介護 3. 行動援護 4. 療養介護 5. 生活介護
 6. 児童デイサービス 7. 短期入所 8. 重度障害者等包括支援 9. 共同生活介護
 10. 共同生活援助 11. 自立訓練 12. 就労移行支援 13. 就労継続支援(A型・B型)
 14. 施設入所支援 15. 旧法サービス(知的障害者更正施設 通所)
 16. その他(日中一時支援)

8. 希望する生活 (どんな暮らしをしたいか、ご本人、ご家族の思い、希望するサービス)

【ご本人】
 ・お金をもらえらる仕事をしたい。母親が病気になるたりすることが不安である。
 【ご家族等】
 他人とのトラブル(威圧的な態度や暴力行為)がなくなるといい。精神科に通院することは不安がある。将来的には服薬の量を減らしたい。しかし、本人には必要な部分だと最近感じていて。身だしなみを整えて欲しい。将来の生活の場についても考えていきたい。

二一ス調査II・支援に関する項目調査

NO (本人記入) 42 氏名(フリガナ) H.V. 性別 〇・女 無

個別助産調査の要否 〇有 無

特別な行動への支援の必要 〇有 無

→有の場合、個別助産調査表「6・特別な行動への支援」調査を行って下さい。

領域	説明NO	連番	項目ID	活動項目	支援の必要度	助産師の希望か
1. 基本的な生活活動	6-1	47	073	他人に突然抱きついてくることに対する支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	6-2	48	074	悪言や大声を出すことによる周囲の人に対する支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	6-3	49	075	他人を叩いたり蹴ったりすることに対する支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	6-4	50	076	衣服等の周りのものを壊したり破いたりすることに対する支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	6-5	51	077	器物(物・家・車等)を破壊する行為に対する支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	6-6	52	078	弄火・放火等、無法行為に対する支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	6-7	53	089	人の命を脅かすに自分勝手な行動をとることに対する支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	6-8	54	091	ハニワや不安定な行動に対する支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	6-9	55	092	強いこだわり(特定の物や人、決めた時間・手順・場所等)に対する支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	6-10	56	094	助言や介助の拒否に対する支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	6-11	57	080	自分の体を叩いたり傷つけたりする行為に対する支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	6-12	58	081	興奮、過激、反常、過激等の行事に関する行動に対する支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	6-13	59	084	突然泣いたり笑ったりして感情が不安定になることに対する支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	6-14	60	085	突然泣いたり笑ったりして感情が不安定になることに対する支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	6-15	61	086	夜間不眠あるいは昼夜の逆転があるため起こる行動に対する支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	6-16	62	087	他者と交流することへの不安や緊張のため外出できないことに対する支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	6-17	63	088	体が震えたりに震動から驚いたり閉じ込めることに対する支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	6-18	64	093	多動・多弁に対する支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	6-19	65	095	不潔な行為(排泄物を弄ぶ等)に対する支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
6-20	66	096	行動の停止(暴着)に対する支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3	

7.作業・生産・雇用の支援の必要 〇有 無

→有の場合、個別助産調査表「7・作業・生産・雇用の支援」調査を行って下さい。

領域	説明NO	連番	項目ID	活動項目	支援の必要度	助産師の希望か
7.作業・生産・雇用の支援	7-1	67	043	作業(就業)のための動機付けに関する支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	7-2	68	044	作業(就業)のための動機付けに関する支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	7-3	69	045	作業(就業)の準備及び後片づけに関する支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	7-4	70	046	作業(就業)中の安全に関する支援(安全配慮等)	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	7-5	71	047	作業(就業)で困ったことに対し援助を求めることに対する支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	7-6	72	048	技術の習得及び作業の遂行に関する支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	7-7	73	051	職場のルールを守るための支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	7-8	74	052	職場の仲間との交流に関する支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	7-9	75	053	就業先の選定及び就業先の調解に関する支援(職場を変えることを含む)	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	7-10	76	054	面接・会社訪問等の一連に関する支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	7-11	77	055	雇用契約内容・労働契約内容等の理解への支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3

8.医学的支援の必要 〇有 無

→有の場合、個別助産調査表「8・医学的支援」調査を行って下さい。

領域	説明NO	連番	項目ID	活動項目	支援の必要度	助産師の希望か
8.医学的支援	8-1	78	049	困難な状況に際しては医療者を使用する	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	8-2	79	050	必要に応じて医療者(医師・看護師)と連携してケアを行う	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	8-3	80	051	分泌物排出を助けるため医師・理学療法士が必要	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	8-4	81	052	分泌物の吸引が必要	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	8-5	82	053	食事をするのを助けるため身体援助や口腔ケアが必要	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	8-6	83	054	経腸栄養(経鼻胃管)	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	8-7	84	055	経腸栄養(経腸栄養)	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	8-8	85	056	経腸栄養(経腸栄養)	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	8-9	86	057	経腸栄養(経腸栄養)	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	8-10	87	058	経腸栄養(経腸栄養)	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	8-11	88	059	経腸栄養(経腸栄養)	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
8-12	89	060	経腸栄養(経腸栄養)	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3	
8-13	90	061	経腸栄養(経腸栄養)	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3	
8-14	91	062	経腸栄養(経腸栄養)	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3	
8-15	92	063	経腸栄養(経腸栄養)	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3	

二一ス調査II・支援に関する項目調査

NO (本人記入) 42 氏名(フリガナ) H.V. 性別 〇・女 無

個別助産調査の要否 〇有 無

特別な行動への支援の必要 〇有 無

NOは事務局で記入し、氏名はインキで記載して下さい。

領域	説明NO	連番	項目ID	活動項目	支援の必要度	助産師の希望か
1. 地域生活活動	1-1	1	007	排尿の支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	1-2	2	008	排便の支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	1-3	3	009	食事の摂ることを含む、口腔ケア(嚥下・嚥下困難含む)	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	1-4	4	015	衣服の着脱の支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	1-5	5	017	履物を履く・脱ぐことの支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	1-6	6	021	自分の身体を洗うことの支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	1-7	7	027	手洗いの支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	1-8	8	028	洗髪の支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	1-9	9	032	起床および就寝(働きかけ等)に関する支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	1-10	10	066	室内での移動・移乗・歩行に関する支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	2-1	11	010	食事の準備・片付けの支援(調理・配膳・後片付けを含む)	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	2-2	12	011	掃除・片付けの支援(台所・居住の掃除・ごみ捨てを含む)	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	2-3	13	014	衣服や衣類の洗濯と乾燥・補修に関する支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	2-4	14	016	適切な衣類を選択するための支援(季節や状況にあった衣服の選択など)	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	2-5	15	022	靴の手入れの支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	2-6	16	023	髪と髭の手入れの支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	2-7	17	024	歯の手入れの支援(はみがき・入れ歯の手入れ)	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	2-8	18	025	爪の手入れ等の支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	2-9	19	029	身だしなみ・清潔の保持への支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	2-10	20	020	入浴の準備と後片付けの支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
2-11	21	031	寝具の準備及び片付けに関する支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3	
3-1	22	012	郵便物等(宅配業者等)の受け取り等に関する支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3	
3-2	23	013	戸締りに関する支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3	
3-3	24	018	家庭器具の使用と手入れの支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3	
3-4	25	019	火の始末や火元の管理の支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3	
3-5	26	033	個人的な余暇活動に関する支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3	
3-6	27	034	電話の使用に関する支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3	
3-7	28	068	安全に関する支援(危険を回避するための支援)	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3	
3-8	29	071	心身の健康維持のための支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3	
4-1	30	036	交通機関(手袋)を利用して地域内を移動するための支援(外出支援)	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3	
4-2	31	038	周辺(生活圏内)を理解し行動するための支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3	
4-3	32	039	店やスーパー等で買い物(商品を購入)するための支援(日常のお金の使い方の支援)	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3	
4-4	33	041	公共機関や建物設備の利用に関する支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3	
4-5	34	042	地域での余暇・趣味活動に関する支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3	
4-6	35	056	友人や家族とつるまうことへの支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3	
4-7	36	069	医療機関の受診に関する支援(車の受け取り、医師等の診断結果の説明を含む)	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3	
4-8	37	070	緊急時にサービスを得ることを理解し実行するための支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3	
5-1	38	001	法曹を集中することへの支援(聞くこと・見ること)	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3	
5-2	39	002	文学などを読むことへの支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3	
5-3	40	003	文学などを書くことへの支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3	
5-4	41	004	数の理解への支援(数の計算・お金の計算などを含む)	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3	
5-5	42	005	時間の理解への支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3	
5-6	43	006	自分でスケジュールを立て行動するための支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3	
5-7	44	057	社会的常識・一般的なルール・マナーの理解への支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3	
5-8	45	058	個人の要求を他人へ伝達することへの支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3	
5-9	46	059	困った時、助けを求めることへの支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3	

どのよう支援が必要ですか?

0=支援の必要が無い

1=名称・注意・配慮が必要

2=一部支援が必要

3=多くの面で支援が必要

4=常時支援が必要

1.本人

2.家族

3.その他

【帳票1】

二一ズ調査I・概況調査票

【基本属性】

NO(未記入)	氏名(イニシャル)	N.M
年齢	性別	男・女

1. 在宅+授産・就労系事業利用者
 2. 在宅+更生・生活介護系通所事業利用者
 3. GH(CH)利用+一般就労
 4. GH(CH)利用+授産・就労系通所事業利用者
 5. GH(CH)利用+更生・生活介護系通所事業
 6. 入所施設利用(A)更生・生活介護
 7. 入所施設利用(B)授産・就労系通所事業
 8. 在宅+一般就労

1. 調査実施者(記入者)

実施日時	22年12月25日	実施場所	ケアホーム○○○
ふりがな	○○△△		
記入者氏名	○流△史		

2. 認定を受けている項目の該当する等級及び区分に○をつけてください

障害種別	等級および程度区分
1) 精神障害者保健福祉手帳(等級)	1級・2級・3級
2) 身体障害者手帳(等級)	1級・2級・3級・4級・5級・6級
3) 療育手帳(等級)	最重度・重度・中度・軽度
4) 障害程度区分(自立支援法事業利用者のみ回答のこと)	非該当・区分1・区分2・区分3・区分4・区分5・区分6
5) 区分(旧法区分については、新法利用者についても過去の区分をご回答ください)	A・B・C (補別:入更・通更・入授・通授・通動案)
6) IQ	測定不能・19以下・35以下・50以下・70以下・71以上・未測定(不明)
7) 障害基礎年金等級	1級・2級

3. 家族状況

① 支援者(家族等)の有無
 なし あり(利用者との関係: 父・母・きょうだい・祖父・祖母・その他())

② 家族状況(ファミリーグラムにて家族構成を表記して下さい。)

③ 支援者(家族等)の状況・特記事項
 特に問題はなく、現在の支援者による支援で、当面の生活の継続が可能。
 何らかの理由により、支援者の支援能力が低く、今後の継続が不安。
 理由 支援者の身体的理由(高齢・病気・出産等) ネットワーク・無関心等による支援放棄
 支援者が働いており、日中(または夜)目が行き届かない
 その他(父親の暴力により、母親とは離婚。本人も虐待を受けていた。)

4. 居住関連について

- ① 生活の場所:
 自宅(単身) 自宅(家族等同居) グループホーム ケアホーム
 入所施設 その他()
- ② 居住環境障害
 障害状況に配慮した居住環境を整える必要はない
 状態に配慮した居住環境を整える必要がある
 具体的に バリアフリー等住宅改修工事 防音工事 強化ガラス工事 床・壁の強化工事
 必要性はあるが、賃貸住宅のため実施できない その他()

5. 日中活動関連について

- 主に活動している場所
 主に自宅 施設(入所・通所) 一般就労 その他()

6. 保護と権利擁護に関する支援の必要度

- 支援の必要度を5段階で評価し、近いものに○をつけてください(0:ほとんど必要ない 4:必要度高)
1. 自分の財産管理に関する支援...0・1・2・3・4
 2. 搾取から自らを護ることに向けた支援(他人の要求を断れず人の言いなりになること等)...0・1・2・3・4
 3. 自分で考え選択し、決定する事への支援...0・1・2・3・4
 (特記事項)

7. 現在使っているサービス

1. 居宅介護 2. 重度訪問介護 3. 行動援護 4. 療養介護 5. 生活介護
 6. 児童デイサービス 7. 短期入所 8. 重度障害者等包括支援 9. 共同生活介護
 10. 共同生活援助 11. 自立訓練 12. 就労移行支援 13. 就労継続支援(A型・B型)
 14. 施設入所支援 15. 旧法サービス(通所授産)
 16. その他()

8. 希望する生活 (どんな暮らしをしたいか、ご本人・ご家族の思い、希望するサービス)

- 【ご本人】
 就職をして、一人暮らしができるようになりたい。
- 【ご家族等】

二一ス調査II・支援に関する項目調査

NO. 氏名(イニシャル) 年齢	氏名(イニシャル) 性別 男 女	NM
------------------------	---------------------	----

個別助産調査の要否
 有 無

一有の場合、個別助産調査表「6・特別な行動への支援」調査を行って下さい。

領域	説明NO	連番	項目ID	活動項目	支援の必要度	支援の希望が
1 基本的 生活活動	6-1	47	073	他人に突然抱きつかれることに対する支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	6-2	48	074	暴言や大声を出すことによる周囲とのトラブルに対する支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	6-3	49	075	他人を叩いたり蹴ったりすることに対する支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	6-4	50	076	衣類等自身の周りのものを乱暴したり壊したりすることに対する支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	6-5	51	077	器物(家・車等)を破壊する行為に対する支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	6-6	52	078	斧火・放火等、焼酎行為に対する支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	6-7	53	081	人の都合を考へずに自分勝手な行動をとることに対する支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	6-8	54	089	パニックや不安定な行動に対する支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	6-9	55	092	強いこだわり(特定の物や人、決めた時間、手順等)に対する支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	6-10	56	094	助言や介護の拒否に対する支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	6-11	57	080	自分の体を叩いたり傷つけたりする行為に対する支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	6-12	58	081	興奮、過食、嘔吐、下痢、過飲等の食事に伴う行動に対する支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	6-13	59	084	実際にいもいもがえたり、固くなることにより不安定になることに対する支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
6-14	60	085	突然泣いたり、笑ったりして感情が不安定になることに対する支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3	
6-15	61	086	夜間不眠あるいは昼夜の逆転があるため起こる行動に対する支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3	
6-16	62	087	他者と交流することへの不安や緊張のため外出できないことに対する支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3	
6-17	63	088	体が熱くないのに汗がからでいたり閉じこもることに対する支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3	
6-18	64	093	多動・多弁に対する支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3	
6-19	65	095	不潔な行為(排泄物を弄ぶ等)に対する支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3	
6-20	66	096	行動の停止(閉塞)に対する支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3	

個別助産調査の要否
 有 無

7.作業・生産・雇用の支援の必要
 一有の場合、個別助産調査表「7・作業・生産・雇用の支援」調査を行って下さい。

領域	説明NO	連番	項目ID	活動項目	支援の必要度	支援の希望が
7 作業・ 生産・ 雇用	7-1	67	043	作業(就業)のための勤務付けに関する支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	7-2	68	044	作業(就業)内容の理解に関する支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	7-3	69	045	作業(就業)の準備及び後片づけに関する支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	7-4	70	046	作業(就業)中の安全に関する支援(安全配慮等)	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	7-5	71	047	作業(就業)で困ったことに対し援助を求めることに対する支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	7-6	72	048	技術の習得及び作業の遂行に関する支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	7-7	73	051	職場のルールを守るための支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	7-8	74	052	職場の仲間との交流に関する支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	7-9	75	053	就職先の選定及び就職先との調整に関する支援(職場を変えることを含む)	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	7-10	76	054	面接・会社訪問等の一環に関する支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	7-11	77	055	雇用の内容・労働契約内容等の理解への支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3

個別助産調査の要否
 有 無

8.医学的支援の必要性
 一有の場合、個別助産調査表「8・医学的支援」調査を行って下さい。

領域	説明NO	連番	項目ID	活動項目	支援の必要度	支援の希望が
8 医学的 支援	8-1	78	040	聴覚検査もしくは聴覚器を使用する	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	8-2	79	041	聴覚検査もしくは聴覚器を修理する	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	8-3	80	042	分泌物排出を助けるため肺理学療法が必要	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	8-4	81	043	分泌物の吸引が必要	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	8-5	82	044	口腔ケア(嚥下困難)	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	8-6	83	045	経腸栄養(経鼻胃管)	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	8-7	84	046	経腸栄養(経口摂取補助)	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	8-8	85	047	経腸栄養(経口摂取補助)	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	8-9	86	048	経腸栄養(経口摂取補助)	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	8-10	87	049	経腸栄養(経口摂取補助)	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	8-11	88	050	経腸栄養(経口摂取補助)	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	8-12	89	051	経腸栄養(経口摂取補助)	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	8-13	90	052	経腸栄養(経口摂取補助)	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
8-14	91	053	経腸栄養(経口摂取補助)	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3	
8-15	92	054	経腸栄養(経口摂取補助)	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3	

二一ス調査II・支援に関する項目調査

NO. 氏名(イニシャル) 年齢	氏名(イニシャル) 性別 男 女	NM
------------------------	---------------------	----

個別助産調査の要否
 有 無

一有の場合、個別助産調査表「6・特別な行動への支援」調査を行って下さい。

領域	説明NO	連番	項目ID	活動項目	支援の必要度	支援の希望が
1 基本的 生活活動	1-1	007	007	部屋の支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	1-2	008	008	排便の支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	1-3	009	009	食事を取ることへの支援(食へること、飲むことを含む、口腔ケア(嚥下)も含む)	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	1-4	015	015	衣服の着脱の支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	1-5	017	017	履物を履く・脱ぐことへの支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	1-6	021	021	自分の身体を洗うことへの支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	1-7	027	027	手洗いの支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	1-8	028	028	洗顔の支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	1-9	032	032	起床および就寝(着かき等)に関する支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	1-10	066	066	室内での移動・移乗・歩行に関する支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	2-1	010	010	食事の準備・片付けの支援(調理 配膳 後片付けを含む)	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	2-2	011	011	掃除・片付けの支援(各所・居住の掃除・ごみ捨てを含む)	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
	2-3	014	014	衣服や衣類の洗濯と乾燥・補修に関する支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3
2-4	016	016	適切な衣類を選択するための支援(季節や状況にあった衣類の選択など)	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3	
2-5	025	025	服の手入れの支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3	
2-6	023	023	髪と爪の手入れの支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3	
2-7	024	024	歯の手入れの支援(はみがき・入れ歯の手入れ)	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3	
2-8	025	025	爪の手入れ等の支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3	
2-9	029	029	身だしなみ・清潔の保持への支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3	
2-10	020	020	入浴の準備と後片付けの支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3	
2-11	031	031	寝具の準備及び片付けに関する支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3	
3-1	012	012	郵便物等(宅配業者等)の受け取り等に関する支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3	
3-2	013	013	戸締りに関する支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3	
3-3	018	018	家庭器具の使用と手入れの支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3	
3-4	019	019	火の始末や火元の管理の支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3	
3-5	026	026	個人的な余暇活動に関する支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3	
3-6	034	034	電話の使用に関する支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3	
3-7	068	068	安全に関する支援(危険を回避するための支援)	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3	
3-8	071	071	心身の健康維持のための支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3	
4-1	036	036	交通機関(手帳)を利用して地域内を移動するための支援(外出支援)	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3	
4-2	038	038	周辺の地理(生活圏内)を理解し行動するための支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3	
4-3	039	039	店やスーパー等で買い物(商品を購入)するための支援(日常のお金の使い、方の支援)	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3	
4-4	041	041	公共機関や建物設備の利用に関する支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3	
4-5	042	042	地域での余暇・趣味活動に関する支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3	
4-6	056	056	友人や家族とつきあうことへの支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3	
4-7	069	069	医療機関の診察に関する支援(車の受け取り、医師等の診断結果の説明を含む)	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3	
4-8	070	070	緊急時にサービスを得ることを理解し実行するための支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3	
5-1	38	001	注意を集中することへの支援(聞くこと・見ること)	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3	
5-2	39	002	文字などを読むことへの支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3	
5-3	40	003	文字などを書くことへの支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3	
5-4	41	004	数の理解への支援(数の計算・お金の計算など含む)	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3	
5-5	42	005	時間の理解への支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3	
5-6	43	006	自分でスケジュールを立て行動するための支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3	
5-7	44	007	社会的常識・一般的なルール・マナーの理解への支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3	
5-8	45	008	個人の要求を他人へ伝達することへの支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3	
5-9	46	009	困った時、助けを求めることへの支援	0 1 2 3 4	0 1 1 2 3	

どのよう支援が必要ですか?
 0=支援の必要が無し
 1=点検・注意・配慮が必要
 2=一部支援が必要
 3=多くの面で支援が必要
 4=常時支援が必要

0=支援の希望なし
 1=本人
 2=家族
 3=その他

【帳票1】

ニーズ調査I・概況調査票

【基本属性】

NO(未記入)	氏名(イニシャル)	T. N
年齢	38	性別 男・ <input checked="" type="checkbox"/> 女

1. 在宅+授産・就労系事業利用者 2. 在宅+更生・生活介護系通所事業利用者
 3. GH(CH)利用+一般就労 4. GH(CH)利用+授産・就労系通所事業利用者
 5. GH(CH)利用+更生・生活介護系通所事業 6. 入所施設利用(A)更生・生活介護
 7. 入所施設利用(B)授産・就労系通所事業 8. 在宅+一般就労

1. 調査実施者(記入者)

実施日時	H23年01月06日	実施場所	
ふりがな	〇〇△△		
記入者氏名	〇水 △美		

2. 認定を受けている項目の該当する等級及び区分に○をつけてください

障害種別	等級および程度区分
1) 精神障害者保健福祉手帳(等級)	1級・2級・3級
2) 身体障害者手帳(等級)	1級・2級・3級・4級・5級・6級
3) 療育手帳(等級)	最重度・重度・中度・軽度
4) 障害程度区分(自立支援法事業利用者のみ回答のこと)	非該当・区分1・区分2・区分3・ <input checked="" type="checkbox"/> 区分4・区分5・区分6
5) 区分(旧法区分については、新法利用者についても過去の区分をご回答ください)	<input checked="" type="checkbox"/> A・B・C (種別: <input checked="" type="checkbox"/> 通更・ <input checked="" type="checkbox"/> 入授・ <input checked="" type="checkbox"/> 通授・ <input checked="" type="checkbox"/> 通勤寮)
6) IQ	測定不能・19以下・35以下・50以下・70以下・71以上・未測定・不明
7) 障害基礎年金等級	<input checked="" type="checkbox"/> 1級・2級

3. 家族状況

1. 支援者(家族等)の有無
 なし あり(利用者との関係: 父・母・きょうだい・祖父母・その他(GH世話人))
 ② 家族状況(「エグザム」にて家族構成を表記して下さい。)
 ③ 支援者(家族等)の状況・特記事項
 特に問題はなく、現在の支援者による支援で、当面の生活の継続が可能。
 何らかの理由により、支援者の支援能力が低く、今後の継続が不安。
 理由 支援者の身体的理由(高齢・病氣・出産等) ネグレクト・無関心等による支援放棄
 支援者が働いており、日中(または夜)目が行き届かない
 その他()

4. 居住関連について

① 生活の場所:
 自宅(単身) 自宅(家族等と同居) グループホーム ケアホーム
 入所施設 その他()
 ② 居住環境障害
 障害状況に配慮した居住環境を整える必要はない
 状態に配慮した居住環境を整える必要がある
 具体的に バリアフリー等住宅改修工事 防音工事 強化ガラス工事 床・壁の強化工事
 その他()

5. 日中活動関連について

主に活動している場所 主に自宅 施設(入所・通所) 一般就労 その他(月～金の日中は就労事業所)

6. 保護と権利擁護に関する支援の必要度

支援の必要度を5段階で評価し、近いものに○をつけてください(0:ほとんど必要ない 4:必要度高)

1. 自分の財産管理に関する支援…0・1・2・3・4
 2. 搾取から自らを護ることへの支援(他人の要求を断れず人の言いなりになること等)…0・1・2・3・4
 3. 自分で考え選択し、決定する事への支援…0・1・2・3・4
 (特記事項)

7. 現在使っているサービス

1. 居宅介護 2. 重度訪問介護 3. 行動擁護 4. 療養介護 5. 生活介護
 6. 児童デイサービス 7. 短期入所 8. 重度障害者等包括支援 9. 共同生活介護
 10. 共同生活援助 11. 自立訓練 12. 就労移行支援 13. 就労継続支援(A型・B型)
 14. 施設入所支援 15. 旧法サービス()
 16. その他()

8. 希望する生活 (どんな暮らしをしたいか、ご本人・ご家族の思い、希望するサービス)

[ご本人]
 (ご家族等)
 健康で安全に暮らしてほしい。

二一ス調査II・支援に関する項目調査

氏名(フリガナ) T. N. 性別 男 女 年齢 30

個別助産調査の要否 ○有 無

※特別な行動への支援の要否 ○有 無

→有の場合、個別助産調査表「6・特別な行動への支援」調査を行って下さい。

領域	説明NO	連番	項目ID	活動項目	支援の必要度	支援の希望か
1. 基本的な生活活動	1-1	007	073	他人に突然抱きついてくることに対する支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	1-2	008	074	悪言や大声を出すことによる周囲の人に対する支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	1-3	009	075	他人を叩いたり蹴ったりすることに対する支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	1-4	015	076	衣服等の周りのものを壊したり破いたりすることに対する支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	1-5	017	077	器物(物・器等)を破壊する行為に対する支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	1-6	021	078	弄火・放火等、無法行為に対する支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	1-7	027	079	人の都合を考えずに自分勝手な行動をとることに対する支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	1-8	028	080	ハニワや不安定な物・人、決めた時間・手順・場所等)に対する支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	1-9	032	081	強いこだわり(特定の物や人、決めた時間・手順・場所等)に対する支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	1-10	066	082	助言や介助の拒否に対する支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
2. 日常生活活動	2-1	010	084	自分の体を叩いたり傷つけたりする行為に対する支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	2-2	011	085	罵詈雑言、悪言、悪口、悪態等の言葉に対する支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	2-3	014	086	異常な笑い、笑たがりで感情が不安定になることに対する支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	2-4	016	087	夜間不眠あるいは昼夜の逆転があるため外出できないことに対する支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	2-5	022	088	他人と交流することへの不安や緊張のため外出できないことに対する支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	2-6	023	089	体が震えたり、倒れたりする行為に対する支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	2-7	024	090	多動・多弁に対する支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	2-8	025	091	不潔な行為(排泄物等)に対する支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	2-9	029	092	行動の停止(暴着)に対する支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	2-10	020	093	入浴の準備と後片付けに関する支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3

7.作業・生産・雇用の支援の要否 ○有 無

→有の場合、個別助産調査表「7・作業・生産・雇用の支援」調査を行って下さい。

領域	説明NO	連番	項目ID	活動項目	支援の必要度	支援の希望か
7.作業・生産・雇用の支援	7-1	67	043	作業(就業)のための動機づけに関する支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	7-2	68	044	作業(就業)内容の理解に関する支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	7-3	69	045	作業(就業)の準備及び後片づけに関する支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	7-4	70	046	作業(就業)中の安全に関する支援(安全配慮等)	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	7-5	71	047	作業(就業)で困ったことに対し援助を求めることに対する支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	7-6	72	048	技術の習得及び作業の遂行に関する支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	7-7	73	049	職場のルールを守るための支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	7-8	74	050	職場の仲間との交流に関する支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	7-9	75	051	就職先の選定及び就職先との調整に関する支援(職場を変えることを含む)	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	7-10	76	052	面接・会社訪問の一連に関する支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
7-11	77	053	雇用契約内容・労働契約内容等の理解への支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3	

8.医学的支援の要否 ○有 無

→有の場合、個別助産調査表「8・医学的支援」調査を行って下さい。

領域	説明NO	連番	項目ID	活動項目	支援の必要度	支援の希望か
8.医学的支援	8-1	78	054	困難な状況に陥ることを避けるための支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	8-2	79	055	必要に応じて専門機関へ相談し、適切な支援を受けるための支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	8-3	80	056	分泌物的排出を助けるための補助(理学療法が必要)	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	8-4	81	057	分泌物的の吸引が必要	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	8-5	82	058	食事をするのを助けるため身体的援助や口腔制御が必要	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	8-6	83	059	経鼻胃管による栄養投与	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	8-7	84	060	膀胱内投与	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	8-8	85	061	排便の補助(経腸栄養)	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	8-9	86	062	閉じた傷口を消毒し、包帯を巻く際に援助が必要	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	8-10	87	063	発汗防止のために帽子やベントで身体への向きを変える際の援助が必要	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
8-11	88	064	発汗防止のために帽子やベントで身体への向きを変える際の援助が必要	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3	
8-12	89	065	薬を要し、薬物の予防接種とその管理が必要	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3	
8-13	90	066	人工肛門手術における介護が必要	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3	
8-14	91	067	人工肛門手術における介護が必要	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3	
8-15	92	068	人工肛門手術における介護が必要	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3	

二一ス調査II・支援に関する項目調査

氏名(フリガナ) T. N. 性別 男 女 年齢 30

個別助産調査の要否 ○有 無

※NO14事務用として記入します。氏名はインキで記入してください。

領域	説明NO	連番	項目ID	活動項目	支援の必要度	支援の希望か
1. 基本的な生活活動	1-1	007	007	排便の支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	1-2	008	008	排尿の支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	1-3	009	009	食事摂ることに支障(食べること・飲むことを含む、口腔ケア・嚥下(咽下)を含む)	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	1-4	015	015	衣服の着脱の支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	1-5	017	017	履物を履く・脱ぐことの支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	1-6	021	021	自分の身体を洗うことの支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	1-7	027	027	手洗いの支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	1-8	028	028	洗面の支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	1-9	032	032	起床および寝床(敷きかけ等)に関する支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	1-10	066	066	目薬の準備と後片付けに関する支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
2. 日常生活活動	2-1	010	010	食事の準備・片付けの支援(調理・配膳・後片付けを含む)	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	2-2	011	011	掃除・片付けの支援(台所・居住の掃除・ゴミ捨てを含む)	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	2-3	014	014	衣服や衣類の洗濯と乾燥・補修に関する支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	2-4	016	016	適切な衣服を選択するための支援(季節や状況にあった衣服の選択など)	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	2-5	022	022	靴の手入れの支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	2-6	023	023	髪と髭の手入れの支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	2-7	024	024	歯の手入れの支援(はみがき・入れ歯の手入れ)	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	2-8	025	025	爪の手入れ等の支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	2-9	029	029	身だしなみ・清潔の保持への支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	2-10	020	020	入浴の準備と後片付けの支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
3. 家庭内生活活動	3-1	021	021	寝具の準備(毛布・枕等)の受け取り等に関する支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	3-2	023	023	戸締りに関する支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	3-3	024	024	調理器具の使用と手入れの支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	3-4	025	025	火の始末や火元の管理の支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	3-5	026	026	個人的な余暇活動に関する支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	3-6	027	027	電話の使用に関する支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	3-7	028	028	安全に関する支援(危険を回避するための支援)	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	3-8	029	029	心身の健康維持のための支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	3-9	030	030	交通機関(手段)を利用して地域内を移動するための支援(外出支援)	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	3-10	031	031	周辺の地理(生活圏内)を理解し行動するための支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
4. 地域生活活動	4-1	032	032	店やスーパー等で買い物(商品を購入)するための支援(日用品の持込の使い方の支援)	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	4-2	033	033	公共機関や車椅子の活用に関する支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	4-3	041	041	地域での余暇・趣味活動に関する支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	4-4	042	042	地域での余暇・趣味活動に関する支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	4-5	043	043	友人や家族とつきあうことへの支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	4-6	044	044	文字などを書くことへの支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	4-7	045	045	医師等との診察に関する支援(薬の受け取り、医師等の診断結果の説明を含む)	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	4-8	046	046	緊急時にサービスを得ることを理解し実行するための支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	4-9	047	047	注意を集中することへの支援(聞くこと・見ること)	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	4-10	048	048	文字などを読むことへの支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
5. 生涯学習活動	5-1	049	049	文字などを書くことへの支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	5-2	050	050	数字などを覚えることへの支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	5-3	051	051	数字の理解への支援(数の計算・お金の計算などを含む)	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	5-4	052	052	時間の理解への支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	5-5	053	053	自分でスケジュールを立て行動するための支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	5-6	054	054	社会的常識・一般的なルール・マナーの理解への支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	5-7	055	055	個人の要求を他人へ伝達することへの支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	5-8	056	056	困った時、助けを求めることへの支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	5-9	057	057	困った時、助けを求めることへの支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3
	5-10	058	058	困った時、助けを求めることへの支援	0 1 2 3 4 0 1 2 3	0 1 2 3 4 0 1 2 3

このように支援が必要ですか?

0=支援の必要が無い
1=点検・注意・配慮が必要
2=一部支援が必要
3=多くの面で支援が必要
4=常時支援が必要

1.本人
2.家族
3.その他

0=支援の希望なし

受付No.

氏名 T. N 様

平成23年2月14日 (作成者 ●●●●)

援助の全体目標	短期目標	長期目標
本態性高血圧、低カリウム血症、貧血、歯周疾患、水虫の諸疾患の治療と健康維持をはかる。また、安心した人間関係の構築した上で有意義な日中活動の参加を促すとともに、生活上の楽しみを提供できるようにする。	・持病を悪化させないための医療との連携と 日常的なケアの定着 ・職員に対して安心して心を開けるような人間関係の構築	・中年期に差し掛かる中での健康管理の計画実行 ・安心できる人間関係の広がりと、その中でのスムーズな活動参加および問題行動の軽減

ニーズ	援助目標	サービス内容・頻度・時間	提供先・担当者・摘要
持病に対して治療を進めてほしい	・通院の付添援助をし、医師と相談しながら治療にあたる ・悪化しないように日常生活でのケアをマニュアル化し徹底する	健康管理 通院・外来の付添い／受付・診察・会計時の介助 ◆施設入所支援 通院／医師との調整	●●●●● (看護師○○、棟担当○○)
誰か安心できる人と一緒に行動したい	・ジェントラーニングの手法を用いて人間関係を構築し、一人遊び (トレットパ-バ-ちぎり) にふける時間を少なくする ・本人の好きな物・事を探し、それを日中活動や生活の中で共有していく	職員との関わりの深化 余暇支援、日中活動 ◆施設入所支援、生活介護	●●●●● (棟担当○○)
食事がきちんと摂れるようにしてほしい	・食べない時のために本人が好む食材を常備しておく ・嗜好調査の継続 ・残量調査と栄養計算	食事、栄養管理 ◆施設入所支援	●●●●● (管理栄養士○○、棟担当○○、食事担当○○)

T. N 様 週間プラン (案)

月	火	水	木	金	土	日	主なサポートなど
4:00	施設入所支援						
5:00	施設入所支援						
6:00	起床、バイタルチェック、寝具チェック、着替え						
7:00	朝食、服薬						
8:00	洗面、歯磨き、薬塗布、居室整理						
9:00	日中活動の場(生活介護)						施設入所支援
10:00	畑作業						生活介護 (※14土曜のみ)
11:00	(通院等介助について) 定期外来予定に合わせてスケジューリングを行う						個別外出 1回/2月 土日のいずれか
12:00	昼食						
13:00	歯磨き、昼休み						
14:00	サークル活動						
15:00	入浴						
16:00	買物便						買物便
17:00	施設入所支援						施設入所支援
18:00	夕食						
19:00	歯磨き、着替え						
20:00	夜食						夜食
21:00	服薬						
22:00	就寝						
23:00	就寝						
0:00	就寝						
1:00	就寝						
2:00	就寝						
3:00	就寝						

サービスの種類	利用の内容	サポート量/月
生活介護	作業とレクリエーション	当該月の日数から8日を控除した日数
施設入所支援	住まいの確保(A.D.L. I.A.D.L.)に関する援助/施設外実務	当該月の日数

事業所名：●●●●●

☎XXXXXXXX-XXXX FAXXXXXXXXX-XXXX

作成日：平成23年2月14日 担当者：○○○○

【帳票 1】

ニーズ調査I・概況調査票

【基本属性】

NO(未記入)	氏名(イニシャル)	Y.Y
年齢 21	性別 (男)・女	

- 1. 在宅+授産・就労系事業利用者
- 2. 在宅+更生・生活介護系通所事業利用者
- 3. GH(CH)利用+一般就労
- 4. GH(CH)利用+授産・就労系通所事業利用者
- 5. GH(CH)利用+更生・生活介護系通所事業
- 6. 入所施設利用(A)更生・生活介護
- 7. 入所施設利用(B)授産・就労系通所事業
- 8. 在宅+一般就労

1. 調査実施者(記入者)

実施日時	22 年 12 月 12 日	実施場所	障害者就労支援センター
ふりがな	○ ○ △ △		
記入者氏名	○見 △子		

2. 認定を受けている項目の該当する等級及び区分に○をつけてください

障害種別	等級および程度区分
1) 精神障害者保健福祉手帳(等級)	1級・2級・3級
2) 身体障害者手帳(等級)	1級・2級・3級・4級・5級・6級
3) 療育手帳(等級)	最重度・重度・中度・ <u>軽度</u>
4) 障害程度区分(自立支援法事業利用者のみ回答のこと)	非該当・区分1・区分2・区分3・区分4・区分5・区分6
5) 区分(旧法区分については、新法利用者についても過去の区分をご回答ください)	A・B・C (補別:入更・通更・入授・通授・通動案)
6) IQ	測定不能・19以下・35以下・50以下・ <u>70以下</u> ・71以上・未測定・不明
7) 障害基礎年金等級	1級・2級

3. 家族状況

- ① 支援者(家族等)の有無
 - なし
 - あり(利用者との関係: ④・⑤・⑥・まづだい・祖父母・その他())
 - ② 家族状況(ファミリーグラムにて家族構成を表記して下さい。)
 - ③ 支援者(家族等)の状況・特記事項
 - 特に問題はなく、現在の支援者による支援で、当面の生活の継続が可能。
 - 何らかの理由により、支援者の支援能力が低く、今後の継続が不安。
- 理由 支援者の身体的理由(高齢・病氣・出産等) ネットワーク・無関心等による支援放棄
- 支援者が働いており、日中(または夜)目が行き届かない
- その他()

4. 居住関連について

- ① 生活の場所:
 - 自宅(単身)
 - 自宅(家族等同居)
 - グループホーム
 - ケアホーム
 - 入所施設
 - その他()
 - ② 居住環境障害
 - 障害状況に配慮した居住環境を整える必要はない
 - 状態に配慮した居住環境を整える必要がある
- 具体的に バリアフリー等住宅改修工事 防音工事 強化ガラス工事 床・壁の強化工事
- 必要性はあるが、賃貸住宅のため実施できない その他()

5. 日中活動関連について

- 主に活動している場所
- 主に自宅 施設(入所・通所) 一般就労 その他()

6. 保護と権利擁護に関する支援の必要度

- 支援の必要度を5段階で評価し、近いものに○をつけてください(○:ほとんど必要ない 4:必要度高)
- 1. 自分の財産管理に関する支援…1・2・3・4
 - 2. 搾取から自らを護ることへの支援 (他人の要求を断れず人の言いなりになること等)…1・2・3・4
 - 3. 自分で考え選択し、決定する事への支援…1・2・3・4
- (特記事項)

7. 現在使っているサービス

- 1. 居宅介護
- 2. 重度訪問介護
- 3. 行動援護
- 4. 療養介護
- 5. 生活介護
- 6. 児童デイサービス
- 7. 短期入所
- 8. 重度障害者等包括支援
- 9. 共同生活介護
- 10. 共同生活援助
- 11. 自立訓練
- 12. 就労移行支援
- 13. 就労継続支援(A型・B型)
- 14. 施設入所支援
- 15. 旧法サービス()
- 16. その他()

8. 希望する生活 (どんな暮らしをしたいか、ご本人・ご家族の思い・希望するサービス)

- (ご本人)
- 当面は自宅で家族と一緒に生活したい。将来はグループホームを利用したい。
- (ご家族等)
- 親が元気づけにグループホームを利用させたい。成年後見制度の利用を考えたい。

二一ス調査II・支援に関する項目調査

Header table for the survey with columns for NO, 氏名, 性別, 年齢, 職別, 支障, etc.

個別助産調査の要否
特にならざる行動への支援の必要

Main table for the survey with columns for 領域, 項目ID, 活動項目, 支援の必要度, 障の希望か, etc.

7.作業・生産・雇用の支援の要否
二一の場合、個別助産調査表「7.作業・生産・雇用の支援」調査を行って下さい。

Table for the survey with columns for 領域, 項目ID, 活動項目, 支援の必要度, 障の希望か, etc.

8.医学的支援の要否
二一の場合、個別助産調査表「8.医学的支援」調査を行って下さい。

Table for the survey with columns for 領域, 項目ID, 活動項目, 支援の必要度, 障の希望か, etc.

二一ス調査II・支援に関する項目調査

Header table for the survey with columns for NO, 氏名, 性別, 年齢, 職別, 支障, etc.

個別助産調査の要否
特にならざる行動への支援の必要

Main table for the survey with columns for 領域, 項目ID, 活動項目, 支援の必要度, 障の希望か, etc.

どのよう支援が必要ですか?
0=支援の必要無し
1=台帳・注意・配慮が必要
2=一部支援が必要
3=多くの面で支援が必要

ニーズ調査を担当した方からの所見・ご意見

(所属名) 社福) ●●●● (調査員氏名) ●藤・●田

(1) ニーズ調査 I・概況調査票の内容について、改善点・ご意見がありましたらお願いします。

①調査項目・内容に関するご意見等
 調査項目の補完材料として概況調査内容に生活歴や 1 日の行動内容等の聞き取りの記述枠を設けて頂くと区分及びケアプランに反映 (市町村職員が状況を把握する上で) できると思います。
 ※調査前に相談支援事業所が介入していない状況も踏まえて・・・。

②その他

(2) ニーズ調査 II・支援に関する項目調査について、改善点・ご意見がありましたらお願いします。

①調査領域の設定に関するご意見等
 医療的支援の項目に服薬管理ができない利用者に対しての枠を設けてほしい。(特記事項に記載はするが・・・)

②活動項目の設定・内容に関するご意見等

③支援の形態の評価に関するご意見等

④支援の必要性に関するご意見等	
⑤その他	
③利用者との面談方法・その他にご意見がありましたらお願いします。 利用者と面接する際に相手の要望する時間、場所を設定する。ただし相手が精神的、体調の場面を見て面接するのが厳しいと判断した場合は面接を延期する旨を伝える。 家族 (親、兄弟、祖母等)・家族以外の支援者からの聞き取りも必要であると感した。	

ニーズ調査を担当した方からの所見・ご意見

(所属名) 社福) ●●●● (調査員氏名) ●●●●

(1) ニーズ調査 I・概況調査票の内容について、改善点・ご意見がありましたらお願いします。

①調査項目・内容に関するご意見等

調査項目としては、適切ではないかと思われる。

②その他

どの調査項目に対しても、特記事項の欄がないことから、詳細な部分まで書き記せないといった不便さを感じ取られた。よって、調査による支援度は把握できても、「どういった支援が必要だからこういった支援度になった」といった流れが把握できないと思われる。判定の際にも、その点には苦勞するのではないだろうか。

(2) ニーズ調査 II・支援に関する項目調査について、改善点・ご意見がありましたらお願いします。

①調査領域の設定に関するご意見等

調査領域としては、適切ではないかと思われる。

②活動項目の設定・内容に関するご意見等

知的障害を主に作成したと思われるが、重複障害のケースも多くあり、身体・精神に関する項目がより多く必要かと思われた。特に、移動に関する支援や、気持ち落ち込んでしまった時の状態といった項目を、詳細に増やすことも考えても良いかもしれません。

③支援の形態の評価に関するご意見等

5段階での評価としては、特記されることはないと感じたが、「支援の必要度 4」の意味合いが理解として困難ではあった。

④支援の必要性に関するご意見等

支援を必要としているのは本人であって、誰の希望かといった項目は必要ないのではないかと感じた。ご家族からの希望であるならば、特記事項の欄で特筆できた方が、本人の調査・ニーズがはつきりとして分かりやすいのではないかと感じた。

⑤その他

(3) 利用者との面談方法・その他にご意見がありましたらお願いします。

どの調査に対しても同様なことが言えるのですが、本人ができていて、周囲はそうは思っていない、その線引きをどう判断するのか、調査員の客観的視点が求められると思います。言葉では説明できない、マニュアルを説明することで、本人の心を傷つけてしまう恐れがあるといった、問題点を切実に感じています。これらを打開できるような調査の在り方に着眼し、改善できればと思います。

ニーズ調査を担当した方からの所見・ご意見

(所属名) 社福 ●●●● (調査員氏名) ●水●●●

(1) ニーズ調査Ⅰ・概況調査票の内容について、改善点・ご意見がございましたらお願いします。

①調査項目・内容に関するご意見等

必要な支援を中心に記入することで、本人に必要なことをたくさん考えることができます。

②その他

(2) ニーズ調査Ⅱ・支援に関する項目調査について、改善点・ご意見がございましたらお願いします。

①調査領域の設定に関するご意見等

問題行動に特化しているようであるが、ここからどうニーズをくみ取っていくのか、支援に必要なことをどのようにくみ取っていくのか、これだけでは分かりませんでした。

②活動項目の設定・内容に関するご意見等

もう少し細分化したほうが、網羅できるのではないかと感じました。

③支援の形態の評価に関するご意見等

支援方法を考えるのは、とても利用者の立場に立てることだと思います。

④支援の必要性に関するご意見等

重度になればなるほど、この必要性や希望の聞き取りが難しくなりそうです。

⑤その他

(3) 利用者との面談方法・その他にご意見がございましたらお願いします。

区分判定と同時に、どのような生活を望んでいるかを聞き出せたら、この判定を活かして、よりよいサービスを提供できると思います。

ニーズ調査を担当した方からの所見・ご意見

(所属名) 社福) ●●●● (調査員氏名) ●●●●月●●●●

(1) ニーズ調査 I・概況調査票の内容について、改善点・ご意見がありましたらお願いします。

①調査項目・内容に関するご意見等

・身体障害者手帳（等級）の記入欄に、障害の種類（視覚障害、聴覚障害、肢体不自由等）の記入欄があればよいと思います。重複障害がある場合、その障害が、生活上あらゆる面で影響があるの具体的などのような障害なのか種類が分かるようにした方がよいと思います。

②その他

・てんかん発作の有無や頻度を記入する欄もあればと思います。

(2) ニーズ調査 II・支援に関する項目調査について、改善点・ご意見がありましたらお願いします。

①調査領域の設定に関するご意見等

・コミュニケーションに関する領域があればと思います。生涯学習活動で一部、触れていますが、意思決定や意思表示の手段・程度等、コミュニケーションに関する支援の必要性を入れていただければと思います。

②活動項目の設定・内容に関するご意見等

・特別な行動の項目について、知的障害者の方は、その時々々の状態や精神的な部分での支援の必要性が大きいので、もう少し項目を増やしていただければと思います。障害の重さ・程度をより知る上でも項目が多くあった方がよいと思います。

③支援の形態の評価に関するご意見等

・特にありません。

④支援の必要性に関するご意見等

・特にありません。

⑤その他

(3) 利用者との面談方法・その他にご意見がありましたらお願いします。

・利用者との面談方法について、支援の希望を取り寄せる場合、利用者の理解度に応じた伝え方に工夫が必要であることや重度の利用者の場合、支援者側で判断しないといけないことが多いので客観的に必要とされる支援を見極める支援者の力量が問われると思います。

ニーズ調査を担当した方からの所見・ご意見

(所属名) 社福) ●●●● (調査員氏名) 水●●●●

(1) ニーズ調査Ⅰ・概況調査票の内容について、改善点・ご意見がありましたらお願いします。

①調査項目・内容に関するご意見等

- ・生活の場、活動の場は、選択式でなくとも、記述式で良いのでは。また、4. 居住関連、5. 日中活動関連と項目が重複している。
- ・IQに関する情報は得にくいので、項目になくてもよいのではないか。
- ・3. 家族状況については、自由記述欄があった方が、整理しやすく、より多くの情報を記述できるのではないかと思った。
- ・6. 保護と権利擁護に関する項目については、具体的な指標がないため、チェックしにくい。

②その他

- ・医療面に関することや生活歴に関することについて、記述する項目があれば、アセスメントとして活用する場合、役立つのではないかと思った。

(2) ニーズ調査Ⅱ・支援に関する項目調査について、改善点・ご意見がありましたらお願いします。

①調査領域の設定に関するご意見等

- ・7. 作業、生産、雇用の支援の必要性については、具体的な指標がなく、チェック難しかった。

②活動項目の設定・内容に関するご意見等

- ・在宅系のサービス利用者には、聞き取りしやすと思うが、施設入所者に対しては、回答が難しい項目も多かったのではないか。

③支援の形態の評価に関するご意見等

④支援の必要性に関するご意見等

- ・例えば、食事の準備、片づけの支援について、調理はできないが、配膳、後片付けができる場合は、「一部支援が必要」なのか、「多くの面で支援が必要」なのか、迷った。特記事項に、記述すれば問題はないかもしれないが、いくつか迷う項目があった。

⑤その他

- ・「支援の希望」「誰の希望か」という項目については、チェックが難しい。本人が何かを手伝ってほしいと意思表示することはあまりないため、そう思っているだろうという判断の場合は、「自分が希望している」をそれ以外の場合は、「支援者が希望している」にチェックした。ただ、支援者が支援を希望するというのは、しっくりこない感じがする。

(3)利用者との面談方法・その他にご意見がありましたらお願いします。

<p>③支援の形態の評価に関するご意見等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・支援の経験のある方なら、支援の必要度（0～4）のニュアンスは理解できると思いますが、評価者に個人差がでないとも考えられません。支援の必要度の繰引きが必要ではないでしょうか。 	<p>④支援の必要性に関するご意見等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・支援を誰が希望しているかという点について、ケースH、Yの場合、例)基本項目I 3-8、4-7などは、本人、家族、支援者共に必要性を感じる項目もありました。そのような場合の、「誰の希望か」という点での優先順位は明確にできず、本人の希望を優先としました。 また、ご家族は普段おこなってあたりまえというような状況で、そこが「ニーズ」と認識していない、感じていないこともあるかと思いました。しかし家族が日頃おこなっている支援は、家族のニーズとしてチェックしました（今回聞き取りが十分におこなえなかったので、実際は、聞き取りをおこなう時点で明確にするということになるでしょうか）。
<p>⑤その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ・7・作業・生産・雇用に関する活動について、障害の重い方のケースについては、雇用の可能性を想定すると支援の必要度が高い（ケースY、TとE、M）と評価したケースと、明らかに障害が重いために職場での雇用は考えられないとして支援の必要がない（ケースO、YとH、T）としたケースがありました。 結果として能力があり支援度が純粋に低い人と、雇用の可能性が低い人が同じ評価となっていました。 	<p>(3)利用者との面談方法・その他にご意見がありましたらお願いします。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者が同席の場合、分かりやすい表現や、短時間で要領よく調査がすすむことが必要だと思います。よく理解せずに、返答する場合もあるので、調査者の技量が大切であると考えます。 <p>短時間でとりまとめでしたので、内容の見落としや、趣旨を取り違えての評価やコメントがあるかもしれません。その点をご容赦ください。不明な点はご連絡ください。よろしく願います。</p>

<p>二一ズ調査を担当した方からの所見・ご意見</p> <p>(所属名) 社福) ●●●● (調査員氏名) ●●●●田●●●</p>	<p>(1) 二一ズ調査 I・概況調査票の内容について、改善点・ご意見がありましたらお願いします。</p> <p>①調査項目・内容に関するご意見</p> <ul style="list-style-type: none"> ・内容について簡潔に評価できるので良いと思います（利用者、ご家族の負担軽減にもなる）。 <p>②その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自閉症の方や、情緒面に問題や課題がある方などは、どのように調査し、記載していくのかと感じました。項目2の認定を受けている障害種別の評価ではその状態像が浮かび上がってこないのか。記載項目が必要ではないでしょうか。 また、調査者が、「自閉症のようだけど?」「情緒障害があるのでは?」「診断をうけたことがあるか?」というような疑問が生じた場合も考えられます。支援方法にも配慮が必要になるので調査できる項目があると良いと感じます。
<p>(2) 二一ズ調査 II・支援に関する項目調査について、改善点・ご意見がありましたらお願いします。</p> <p>①調査領域の設定に関するご意見等</p> <p>今回は特記事項の記載はおこなっておりませんが、特記事項の活用がより利用者の状態像を明確にするので必要と考えます。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・マニュアルについて、要領よくまとめられていると思います。 <p>特記事項の記入について、調査者がどのような内容を記載していくか考える時に、評価表マニュアルの内容がもう少し細分化されているほうが実施しやすいのでしょうか。評価者による内容、表現の差が軽減されるのではないかと考えます。ただ、細かくなりすぎて障害程度認定区分のマニュアルのようになると逆に扱いにくいものになるので、より調査の目的にあったものになれば良いと思います。</p>	<p>②活動項目の設定・内容に関するご意見等</p>

二一ズ調査を担当した方からの所見・ご意見

(所属名) 社福) ●●●● (調査員氏名) ●沼●●●

(1) 二一ズ調査Ⅰ・概況調査票の内容について、改善点・ご意見がありましたらお願いします。

①調査項目・内容に関するご意見等

- ・項目の数も多すぎず、必要な内容で記入しやすかった。

②その他

(2) 二一ズ調査Ⅱ・支援に関する項目調査について、改善点・ご意見がありましたらお願いします。

①調査領域の設定に関するご意見等

- ・設定数も多すぎず良いと思う。
- ・知的障がいや精神の方には適切だと思う。
- ・それぞれ領域にわかれていて見やすく良いと思う。

②活動項目の設定・内容に関するご意見等

- ・項目の内容等は必要なことであると思うが、ご本人に聞く際に全て理解できているか疑問がある。
- ・重度の方に対しての項目事項を取り入れてはどうか？
- ・食事を摂ることの支援について、箸の使い方（手づかみ）また、一気食い等も食べる事に含まれるのか？
- ・食事の準備、配膳等は出来ても調理が出来ない事で支援度が一気に上がってしまうが分けるのはどうか？
- ・以前のものに比べ、発達障がいや実行機能障がいの方に当てはまる項目が増えているが、それが「どの位の頻度であるのか」「環境の設定によって変化があるのか」等の配慮を入れる必要があるのではないか。

③支援の形態の評価に関するご意見等

- ・支援の必要度の判断が難しかった。
- ・誰の希望かという部分で、少し分かりづらかった。
- ・支援の希望や誰の希望かの項目が追加されたのは良い。反面意見をくみ取るのが難しい方や表出しない方に対してどう評価したらよいかと感じた。

④支援の必要性に関するご意見等

- ・一部支援が必要と多くの面での支援が必要との部分では調査する人によって差が出るように感じた。また、一部支援と多くの面での支援という言葉が具体的にどのくらいの範囲を示しているのか判断が難しかった。
- ・評価は簡潔になっているが、本人にとってその支援が必要かどうかかわからない項目があった。

⑤その他

- ・答える側がどこまで理解できているのかの判断が難しいと感じた。

(3) 利用者との面談方法・その他にご意見がありましたらお願いします。

- ・実際に、ご本人と調査をするうえで説明をする支援者側の技術が必要だと感じた。説明によっては、ご本人に間違っって伝わる可能性もあると思う。
- ・視覚的に提示して分かりやすい方法など用いれば、ご本人の理解にも繋がると思う。

二一ズ調査を担当した方からの所見・ご意見

(所属名) 社福) ●●● (調査員氏名) ●部●●

(1) 二一ズ調査 I・概況調査票の内容について、改善点・ご意見がありましたらお願いします。

①調査項目・内容に関するご意見等
 障害種別や、発作の状況など、本人の障害状況の把握項目が必要ではないでしょうか。

②その他
 現行の認定調査でも感じたことですが、「ご本人の能力」を問うているのか、現時点で「環境的に整っていて支援なければいい」のか、不明瞭な部分がある。
 【例えば財産管理の必要性…能力的には必要（支援度・高）しかし、入所支援で環境は整っているで現状としては問題なし（支援度・低）で、どちらに評価して良いか】

(2) 二一ズ調査 II・支援に関する項目調査について、改善点・ご意見がありましたらお願いします。

①調査領域の設定に関するご意見等

②活動項目の設定・内容に関するご意見等
 上の(1)の②でも述べましたが、「ご本人の能力」を問うているのか、現時点で「環境的には整っていて支援なければいい」のか、判断に迷う部分がある。マニュアル等で明示いただければ。

③支援の形態の評価に関するご意見等
 「個別勘案調査の要否」に関して。支援の形態を分野別に括り、必要に応じて回答すれば良い、と定調査を受けていても、不必要な項目に対する回答の多さは感じていたところ。ただ、1つでも該当項目があれば、全てに回答しなくてはならないのであれば、結果として以前と変わらないことになってしまふと感ずます。不必要な項目には回答しなくて良い、または必要項目だけ回答のこと（同じことです）、注釈等があればと思います。

④支援の必要性に関するご意見等
 ほとんどの判断は0～4の5段階でできるかとは思われますが、特記の記入欄があってもよいかと思います。例えば今回エクセルシートで先頭に付していただいた「調査マニュアル」シートの、マニュアルが示されていたスペースを空欄にして書き込み可能にしてはいかがでしょうか？

⑤その他
 「支援の希望」のチェックについて。支援の希望者を3者（本人・家族・支援者等）と設定されているのであれば、「支援の必要度」項目で、1以上の評価があれば必然的に「支援の希望」は1の支援を希望する、になるかと思われまふ。支援の「必要」がないのに「希望」がある場合にのみ必要な項目になってくるのかと思ひますが、いかがでしょうか。
 また、支援の希望が2者以上の場合は、複数チェックでも構わないのか（例えば本人と家族両方とか）、（さらに、それが区分判定に影響するののか）明示いただくと分かりやすいと感ずまふ。

(3)利用者との面談方法・その他にご意見がありましたらお願いします。

<p>③支様の形態の評価に関するご意見等</p>	<p>④支様の必要性に関するご意見等 支様者だけが支様の必要性を感じている場合（項目）について、支様を提供する場合に利用者さんの人権や支様の必要性の適正をどのように判断するのか</p> <p>⑤その他 「誰の希望か」の付け方は？家族と支様者の両者が望む場合もあると思われるが、つけるのは1つだけか、重複してもよいか？ もしも1つだけであれば、「支様の希望」がご本人からある場合は「誰の希望か」が必然的に「1. 本人」となるがそれによいか？</p>
<p>③利用者との面談方法・その他にご意見がありましたらお願いいたします。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・今回の利用者さんは、自分でできる事は多々あるがやっても与えらるならば手伝ってもらおうという依存性が高い方でしたので、「支様の希望」を伺うと多くの項目で「希望あり」という結果になってしまう。（特記に説明を記入するようになるが、調査票記入の偏りは大丈夫か？）このような場合でもきちんと評価されるとよい。 	

<p>二一ズ調査を担当した方からの所見・ご意見</p> <p>(所属名) 社福 ●●●● (調査員氏名) ●川●●</p>	<p>(1) 二一ズ調査Ⅰ・概況調査票の内容について、改善点・ご意見がありましたらお願いいたします。</p> <p>①調査項目・内容に関するご意見等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・基本属性の生活の場と日中活動の場を記載する中で8項目に該当しない方もいるので、「その他」の項目があっても良いのではないかと。(例：在宅＋引きこもり、ホームレスなど) ・家族状況①で家族ではあるが、支様者とならないケース（虐待等）もあると思うので分けた方がより丁寧ではないか。 ・②のジェノグラムの記載例があれば分かりやすい。また施設入所やOHなど生活を共にしていないケースの場合は同居の捉え方はどうか。 <p>②その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ・休日活動等の余暇(サークルやクラブ等)の有無やそこにある個人的なネットワーク等が分かるというのではないかと。 ・児童や未成年者もカバードできる内容をもっと充実してもいいのではないかと？
<p>(2) 二一ズ調査Ⅱ・支様に関する項目調査について、改善点・ご意見がありましたらお願いいたします。</p> <p>①調査領域の設定に関するご意見等</p> <p>②活動項目の設定・内容に関するご意見等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・犯罪トラブル回避についての項目があると良いのではないかと。 ・性に関する項目があるとよいのではないかと。 	

ニーズ調査を担当した方からの所見・ご意見

(所属名) 社福) ●●●● (調査員氏名) 細●●●●

(1) ニーズ調査 I・概況調査票の内容について、改善点・ご意見がありましたらお願いします。

①調査項目・内容に関するご意見等

- ・ 2-5のところ、旧法区分自体必要なのだろうか？と感じた。
- ・ 6に関して、現在、成年後見制度を利用しているかなど、もう少し細かいところまで設問があるとうよいと思った。(例えば誰が年金や通帳・印鑑類を管理しているのかなど)

②その他

(2) ニーズ調査 II・支援に関する項目調査について、改善点・ご意見がありましたらお願いします。

①調査領域の設定に関するご意見等

- ・ コミュニケーションの領域が無かったので、コミュニケーションの領域を入れて、本人さんの意思伝達方法も加味できると良いと感じた。それによって、発達障害の方の障害特性を反映できるのではないかと。
- ・ 健康的な領域があっても良かったと思う。(薬の管理や服薬方法など)

②活動項目の設定・内容に関するご意見等

- ・ 地域生活活動の内容がもっと良かったと感じた。「ATM を使用できるか」など日常生活スキルに関する内容がもっとあれば良かった。
- ・ 2-1のようにひとつの項目の中に、食材準備、調理、盛付、後片付けなど多くの着眼点があるため、活動項目を具体的な内容に細分化することで、より正確な本人像が出てくるのではないかと思う。
- ・ 個別勘案調査の「8、医学的支援の必要性」のところ、身体障害を併せ持つ方の細かい設問(例えば、車いす使用、義手・義足使用、全盲、聾啞など)がないため、知的障がいと身体障がい併せ持つ方が該当しにくいということになりかねないと感じた。療育手帳と身体障害者手帳の両方を持っている人も多くいるので、身体状況を記載できるようにした方が良いと感じた。

③支援の形態の評価に関するご意見等

④支援の必要性に関するご意見等

- ・ 5段階で良いと思うが、全体的に経験したことのあることについての「0~4」と未経験での「0~4」では大きく違ってくるように感じる。
- ・ 「支援の希望」「誰の希望か」の項目があることによって、支援の必要性が客観視できると良いと感じた。

⑤その他

- ・ 全体的に本人さんの出来ないところ探しのようになっていないと感じた。
- ・ もう少しでもできる部分への着目と社会環境(近隣住民との相互理解など)の視点から評価できると良いのではないだろうか。

(3)利用者との面談方法・その他にご意見がありましたらお願いします。

今回実施した3名の内、2名は設問の理解が難しかったため、調査員主体の記入になった。面談スタイルで実施できる方が少なかったため、多くの情報が必要だと感じた。

ニーズ調査を担当した方からの所見・ご意見

(所属名) 社福) ●●●● (調査員氏名) ●浦●●●

(1) ニーズ調査 I・概況調査票の内容について、改善点・ご意見がありましたらお願いします。

①調査項目・内容に関するご意見等

ご本人の状況として、身体的な部分での困っている所（視力が弱い方等）の記入も出来る
パーソナルデータとして必要なものが見えてくると思っています。

②その他

(2) ニーズ調査 II・支援に関する項目調査について、改善点・ご意見がありましたらお願いします。

①調査領域の設定に関するご意見等

②活動項目の設定・内容に関するご意見等

大まかな項目設定に感じました。項目がもう少し細かくなっていると本人さんが見えて来る様
思います。何となく漠然とした感じを受けました。

③支援の形態の評価に関するご意見等

支援の必要度で、段階だけではなく細かい特記の様なものが同じ欄にあると解りやすいかと思
いました。

④支援の必要性に関するご意見等

支援項目と本人の必要性・希望・誰の希望か 聞き取る事が困難な方や話したくない方等での
聞き取りは困難だと思えます。

⑤その他

(3) 利用者との面談方法・その他にご意見がありましたらお願いします。

- ・聞き取りをする人間と本人の関係が、正しい本人の気持ちを取り聞かせるか不安な所がある。
- ・本人のできる事やできない事だけでなく、どう支援したら出来る・本人がどう支援して欲しい
か等の前向きな部分をお聞きする事ができると支援に生かせると思えます。

ニーズ調査を担当した方からの所見・ご意見

(所属名) 社福) ●●●● (調査員氏名) 滝●●●●

(1) ニーズ調査 I・概況調査票の内容について、改善点・ご意見がありましたらお願いします。

①調査項目・内容に関するご意見等

②その他

(2) ニーズ調査 II・支援に関する項目調査について、改善点・ご意見がありましたらお願いします。

①調査領域の設定に関するご意見等

・健康管理やコミュニケーション・対人関係の枠を設定してもよいのでは。

②活動項目の設定・内容に関するご意見等
・簡潔にまとめられている。
・発達障害に関する項目も充実させるべきではないか。
③支援の形態の評価に関するご意見等
・『支援の希望』と『誰の希望』は、一緒にまとめてもよいのでは。
・『誰の希望』で1つに絞れない場合、重複してもよいのか？

④支援の必要性に関するご意見等

・

⑤その他

- ・項目も簡潔にまとめられており評価し易かった。
- ・ポリューム的にも丁度良い。

③利用者との面談方法・その他にご意見がありましたらお願いします。

直接、本人と一緒に調査票を進められれば良いのだが、(聞き取りが)難しい場合もある。そうした
場合、評価・記入が曖昧にならない様、きちんとした情報収集が必要となってくる。評価の判断が
難しい時は、つい低い評価をしがちになってしまう。

ニーズ調査を担当した方からの所見・ご意見

(所属名) 社福) ●●● (調査員氏名) 深●●●

(1) ニーズ調査 I・概況調査票の内容について、改善点・ご意見がありましたらお願いします。

①調査項目・内容に関するご意見等

②その他

マニュアルと調査票が一緒になっている(マニュアルを読みながら記入できる)と、調査しやすいと思われる。

(2) ニーズ調査 II・支援に関する項目調査について、改善点・ご意見がありましたらお願いします。

①調査領域の設定に関するご意見等

②活動項目の設定・内容に関するご意見等

③支援の形態の評価に関するご意見等

「誰の支援か？」が重複する場合、例えば、ご本人もご家族も支援者も支援を希望している場合、「1」・「2」・「3」全てをチェックしても良いのか？

④支援の必要性に関するご意見等

・ 評定キーの3つの尺度で、例えば頻度が「1」でも、サポート形態では「4」となる場合、どうポイント付けをすれば良いのか迷う。

・ スキルとして「できる」か「できない」かではなく、「支援の必要度」となっている為、その点では評価しやすかった。

※ スキルはあっても、特性上、多くの動作に指示が必要な受動型の自閉症の方を調査する場合、特に評価し易い。しかし、マニュアルに明記しておかなければ、評価する方によっては、低く出てしまう場合も考えられるので、留意されるので、留意されるべき点であると思う。

⑤その他

(3)利用者との面談方法・その他にご意見がありましたらお願いします。

調査の性質上、仕方のないことかもしれないが、調査・記入をしていると、ご本人のマイナスマンばかりを見出すように、意識が向いてしまっていることに気付いた。もっとニーズに着目して、調査をしていきたい。

ニーズ調査を担当した方からの所見・ご意見

(所属名) 社福) ●●● (調査員氏名) 松●●●

(1) ニーズ調査 I・概況調査票の内容について、改善点・ご意見がありましたらお願いします。

①調査項目・内容に関するご意見等

3、家族状況について

グループホーム等を利用されている方の支援者（家族）に関し、スタッフに関しての記載を「協力者」をどの様な形で記載するか、必要性はあると思うため、項目に入っているとよいと思いました。在宅の方が使用する図式と考えるのであれば大丈夫かと思いました。

②その他

④支援の必要性に関するご意見等

⑤その他

(3) 利用者との面談方法・その他にご意見がありましたらお願いします。

・グループホームを利用し、一般就労をされている方のため、個別勘案調査の要否「6～8」に関しての特記事項がほとんど当てはまらない内容でした。

・ある程度ご本人が意見を出せる方のため家族等の要望は「本人の意思に任せる」といった状況でした。

②活動項目の設定・内容に関するご意見等

③支援の形態の評価に関するご意見等

二一ズ調査を担当した方からの所見・ご意見

(所属名) 社福 ●●●● (調査員氏名) 山●●●●

(1) 二一ズ調査Ⅰ・概況調査票の内容について、改善点・ご意見がありましたらお願いいたします。

①調査項目・内容に関するご意見等 現在に至るまでの経過を正しく推定できるのか疑問が残った。
②その他 特になし。

(2) 二一ズ調査Ⅱ・支援に関する項目調査について、改善点・ご意見がありましたらお願いいたします。

①調査領域の設定に関するご意見等 特になし。
②活動項目の設定・内容に関するご意見等 特になし。
③支援の形態の評価に関するご意見等 特になし。

④支援の必要性に関するご意見等 特になし。
⑤その他 特になし。

(3)利用者との面談方法・その他にご意見がありましたらお願いします。 調査には複数名の支援員の意見がないと正確な情報にはならないと考える。客観的な意見をと いっても、相性からくる主観的な意見も含まれていると思われる。 利用者の現状とこれまでの経緯を数枚のシートにまとめあげること自体、かなり難易な作業と思 われる。

二一ズ調査を担当した方からの所見・ご意見

(所属名) 社福 ●●●● (調査員氏名) 工●●●●

(1) 二一ズ調査Ⅰ・概況調査票の内容について、改善点・ご意見がありましたらお願いします。

- ①調査項目・内容に関するご意見等
- ・療育手帳の判定 A・Bの項目が必要。
 - ・入所施設利用者の「支援者」＝「家族」がピンと来ない。当面の生活とは一時帰宅を指すのか？それとも施設利用の事か判断に困った。
 - ・成年後見制度利用について項目設定があった方が良い。

②その他
特になし。

(2) 二一ズ調査Ⅱ・支援に関する項目調査について、改善点・ご意見がありましたらお願いします。

- ①調査領域の設定に関するご意見等
特になし。
- ②活動項目の設定・内容に関するご意見等
医療的支援～事故免疫疾患に対する自己注射や糖尿病に対する血糖値測定、インシュリン注射、高血圧症に対する（本態性）毎日の血圧チェック等、項目に入れて欲しい。
項目の内容自体は出来て、例えば「排尿」行為に問題はなくとも、ペーパーを大量に使う、生理以外でも生理用品を何枚もあてる。陰部を弄って出血させる等、様々な問題行動はどこに現れるのか？ 口頭だと調査員がどう受け止めて、どの程度評価に加味しているのかが見えづらい。
- ③支援の形態の評価に関するご意見等
特になし。

④支援の必要性に関するご意見等
支援を希望するか、しないか、誰の希望か？この評価は必要なのか疑問。意図が不明。
家族に希望するか、確認とるのですか？（同席した場合のみ）
本人が「自分で出来る」と評価し、支援を希望しなくても、支援者から見れば必要と判断することは少なくなく、その場合「本人は希望していないのに支援者や事業所の都合ではないか」とあらぬ誤解に繋がらないか？また、家族と支援者とでも認識がずれる時があります。

⑤その他
特になし。

(3) 利用者との面談方法・その他にご意見がありましたらお願いします。

人の心や行動は単純ではないため、数値化して評価すると言うことは、とても難しいと感じます。支援内容については段階がありますが、例えば、Aさんは、いつもニコニコして穏やかですが、言語は持たず、食事や排泄、入浴等、生活全般に「常時支援が必要」です。しかし、Bさんは基本的な生活習慣はほぼ自立しており「点検・注意・配慮が必要」な程度ですが、しつこく同じ確認を繰り返し何度も助言を求めておきながら、助言とは別のことを選択したり、そのしつこさや身勝手な態度から周囲の利用者とのトラブル続きの状況です。Bさんの問題は評価としてはなかなか数字には表れて来なく、知的障がい者の中には似たようなケースが沢山あります。
項目に沿った形で特記説明は必要ですし、付き添う支援者が事前に特記事項を記述し（箇条書きでも）それを面談時に提出してもらおうのほうでしょう。
支援者側も事前準備しながら、面談に向けてイメージが作りやすいと思います。項目に沿って書き込める様式がいいと思います。
マニュアルの内容はもっと具体的でもいいと思います。

参考資料2

- 措置時代からの支給決定の経緯
- ICF及びSIS関連資料

措置制度時代における障害程度区分と支給決定プロセス

措置制度は、福祉サービスを受ける要件を満たしているかを判断し、また、そのサービスの開始・廃止を法令に基づいた行政権限としての措置により提供する制度である。措置制度下においては、障害者の受ける福祉サービスを行政が決定し、行政から措置委託された施設が、障害者の意思や希望と関係なく処遇計画を決定した。福祉サービスを受ける要件を満たしているかを判断するのは、市町村のケースワーカーが聴き取りなどにより判断し、障害者手帳（知的障害者の場合、療育手帳）を所持しているか否かが重視された。

ちなみに療育手帳は、厚生省が1973年に出した通知「療育手帳制度について」に基づき各都道府県が判定している。つまり、法律に基づいた制度ではなく、基準やサポートなどはバラツキが生じている。本来、等級はA（重度）、B（その他）の2種類だけだが、多くの自治体は、おおむね下記の3～4段階の等級と基準で判定している。

（参考）療育手帳の判定基準

最重度	A1	○の中にA（マルA）と表記される自治体あり
重度	A2	Aと表記される自治体あり
中度	B1	Bと表記される自治体あり
軽度	B2	Cと表記される場合あり

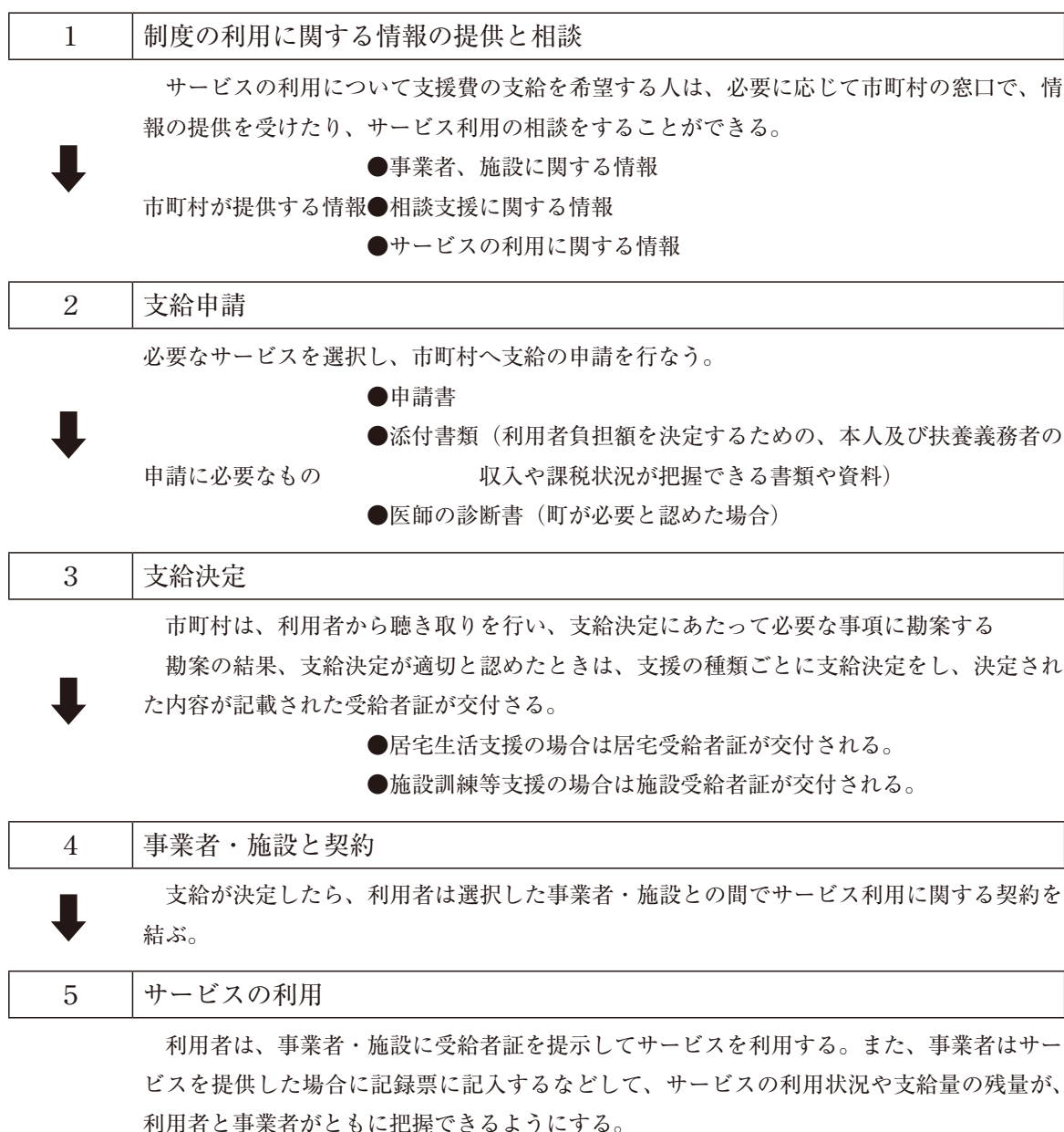
最重度	1 2 3 4	身辺処理は他人の助けが必要である 単純な意思表示しかできない。会話は困難 文字の読み書きや数の理解はほとんどできない 作業能力はほとんど期待できない	おおむねIQ 20以下
重度	1 2 3 4	身辺処理はだいたいできる ごく簡単な日常会話しかできない 自分の名前は書けるが、やさしい文字の読み書きも困難、数量処理も困難。 単純作業にある程度従事できる	おおむねIQ 21～35
中度	1 2 3 4	身辺処理は自立 限られた範囲なら日常会話はどうにか通じる、簡単な読み書や簡単な計算はできる。 簡単な社会生活の決まりをある程度は理解できる。 単純作業に従事できる	おおむねIQ 35～50
軽度	1 2 3 4 5	身辺処理は自立。状況に応じた配慮がある程度できる 日常会話はできるがこみいった話は難しい 簡単な読み書きや金銭の計算はできる。小学校5・6年生程の学力にとどまる 抽象的思考や合理的判断に乏しい 職業生活はほぼ可能。事態の変化に適應する能力は弱い	おおむねIQ 51～70

支援費制度における障害程度区分と支給決定プロセス

支援費制度は、利用者本位のサービスの提供を基本として、事業者との対等な関係に基づき、障害者自らがサービスを選択し、契約によりサービスを利用する仕組みである。

サービスの利用に当たっては、利用したいサービスを選択し、市町村窓口で支給申請を行うことになる。支給申請がなされると、担当者等が家庭や施設を訪問し、障害の種類や程度、介護の状況、サービス利用についての希望などについて聞き取り調査が行われ、支給の妥当性が認められれば受給者証が発行される。使用者はこの受給者証をもって、サービス提供事業所と利用契約を結ぶことになる。

障害程度が同一であっても必要とするサービスの種類、量は同一ではない。その点で支援の必要性を支給の根拠としていた支援費制度はきわめて妥当性の高い制度であった。



なお、支援費制度における障害程度区分認定については、知的障害者福祉法（昭和三十五年法律第三十七号）第十五条の十一第四項の厚生労働省令で定める省令（平成十四年七月二十九日厚生労働省令第九十九号）に基づき行われた。

支援費制度における障害程度区分

知的障害者更生施設支援（入所）

- イ 区分A 別表第一に掲げる支援を行う必要性が著しく高いと認められる程度
- ロ 区分B 別表第一に掲げる支援を行う必要性が相当程度高いと認められる程度
- ハ 区分C 別表第一に掲げる支援を行う必要性が区分A及び区分Bに該当しない程度

知的障害者更生施設支援（通所）

- イ 区分A 別表第二に掲げる支援を行う必要性が著しく高いと認められる程度
- ロ 区分B 別表第二に掲げる支援を行う必要性が相当程度高いと認められる程度
- ハ 区分C 別表第二に掲げる支援を行う必要性が区分A及び区分Bに該当しない程度

知的障害者授産施設支援（入所）

- イ 区分A 別表第三に掲げる支援を行う必要性が著しく高いと認められる程度
- ロ 区分B 別表第三に掲げる支援を行う必要性が相当程度高いと認められる程度
- ハ 区分C 別表第三に掲げる支援を行う必要性が区分A及び区分Bに該当しない程度

知的障害者授産施設支援（通所）

- イ 区分A 別表第四に掲げる支援を行う必要性が著しく高いと認められる程度
- ロ 区分B 別表第四に掲げる支援を行う必要性が相当程度高いと認められる程度
- ハ 区分C 別表第四に掲げる支援を行う必要性が区分A及び区分Bに該当しない程度

知的障害者通勤寮支援

- イ 区分A 別表第五に掲げる支援を行う必要性が著しく高いと認められる程度
- ロ 区分B 別表第五に掲げる支援を行う必要性が相当程度高いと認められる程度
- ハ 区分C 別表第五に掲げる支援を行う必要性が区分A及び区分Bに該当しない程度

2 前項に規定する支援を行う必要性の認定は、同項各号に掲げる知的障害者施設支援に係る施設訓練等支援費の支給を要する知的障害者につき、厚生労働大臣が定める方法により行うものとする。

別表第一

- 一 起床及び就寝の働きかけ
- 二 洗面、歯磨き等の整容に関する支援
- 三 衣服の着脱の介助
- 四 屋内及び屋外での移動の介助
- 五 食事の準備、摂食及び後片付けに関する支援
- 六 排せつ行為に関する支援
- 七 入浴の介助、入浴中の見守り等の支援
- 八 医療処置、受診等に関する援助
- 九 医師等による診断結果等の説明の理解に関する支援
- 十 健康管理に関する支援
- 十一 清潔保持に関する支援
- 十二 金銭管理に関する支援
- 十三 衣類、身の回り品等の管理に関する支援
- 十四 強いこだわり、多動、パニック等の不安定な行動への対応
- 十五 睡眠障害並びに食事及び排せつに係る不適応行動への対応
- 十六 自傷行為並びに他人及び物に対する粗暴な行為への対応
- 十七 自閉症等による対人関係に関する問題への対応
- 十八 日常生活における不安、悩み等に関する相談援助
- 十九 外出、買い物等に関する支援
- 二十 余暇活動及び地域の活動への参加等に関する支援
- 二十一 訓練のための動機付け及び訓練内容の理解に関する支援
- 二十二 在宅生活に必要な生活関連行為の習得に関する支援
- 二十三 各々の障害に応じた手段による意思疎通に関する支援（次号に掲げるものを除く。）
及び意思疎通の訓練
- 二十四 代筆、電話の仲立ち等の支援
- 二十五 就労又は退所後の生活に向けた生活支援の体制作り等に関する支援

別表第二

- 一 食事の準備、摂食及び後片付けに関する支援
- 二 排せつ行為に関する支援
- 三 医療処置、受診等に関する援助
- 四 医師等による診断結果等の説明の理解に関する支援
- 五 健康管理に関する支援
- 六 清潔保持に関する支援
- 七 金銭管理に関する支援

- 八 強いこだわり、多動、パニック等の不安定な行動への対応
- 九 睡眠障害並びに食事及び排せつに係る不適応行動への対応
- 十 自傷行為並びに他人及び物に対する粗暴な行為への対応
- 十一 日常生活における不安、悩み等に関する相談援助
- 十二 外出、買い物等に関する支援
- 十三 余暇活動及び地域の活動への参加等に関する支援
- 十四 訓練のための動機付け及び訓練内容の理解に関する支援
- 十五 在宅生活に必要な生活関連行為の習得に関する支援
- 十六 各々の障害に応じた手段による意思疎通に関する支援（次号に掲げるものを除く。）
及び意思疎通の訓練
- 十七 代筆、電話の仲立ち等の支援
- 十八 就労又は退所後の生活に向けた生活支援の体制作り等に関する支援

別表第三

- 一 屋内及び屋外での移動の介助
- 二 食事の準備、摂食及び後片付けに関する支援
- 三 排せつ行為に関する支援
- 四 入浴の介助、入浴中の見守り等の支援
- 五 医療処置、受診等に関する援助
- 六 医師等による診断結果等の説明の理解に関する支援
- 七 健康管理に関する支援
- 八 清潔保持に関する支援
- 九 金銭管理、身の回り品の管理等の生活管理に関する支援
- 十 強いこだわり、多動、パニック等の不安定な行動への対応
- 十一 睡眠障害並びに食事及び排せつに係る不適応行動への対応
- 十二 自傷行為並びに他人及び物に対する粗暴な行為への対応
- 十三 日常生活における不安、悩み等に関する相談援助
- 十四 外出、買い物等に関する支援
- 十五 余暇活動及び地域の活動への参加等に関する支援
- 十六 作業のための動機付けに関する支援
- 十七 作業内容の理解に関する支援
- 十八 在宅生活に必要な生活関連行為の習得に関する支援
- 十九 作業のための送迎及び移動に関する支援
- 二十 作業中の安全への配慮
- 二十一 作業の準備及び後片付けに関する支援
- 二十二 作業技術の習得及び作業の遂行に関する支援

- 二十三 各々の障害に応じた手段による意思疎通に関する支援（次号に掲げるものを除く。）
及び意思疎通の訓練
- 二十四 代筆、電話の仲立ち等の支援
- 二十五 退所後の生活に向けた生活支援の体制作り等に関する支援
- 二十六 就職先の選定及び就職先との調整に関する支援

別表第四

- 一 食事の準備、摂食及び後片付けに関する支援
- 二 排せつ行為に関する支援
- 三 医療処置、受診等に関する援助
- 四 医師等による診断結果等の説明の理解に関する支援
- 五 健康管理に関する支援
- 六 清潔保持に関する支援
- 七 金銭管理に関する支援
- 八 強いこだわり、多動、パニック等の不安定な行動への対応
- 九 睡眠障害並びに食事及び排せつに係る不適応行動への対応
- 十 自傷行為並びに他人及び物に対する粗暴な行為への対応
- 十一 日常生活における不安、悩み等に関する相談援助
- 十二 余暇活動及び地域の活動への参加等に関する支援
- 十三 作業のための動機付けに関する支援
- 十四 作業内容の理解に関する支援
- 十五 在宅生活に必要な生活関連行為の習得に関する支援
- 十六 作業のための送迎及び移動に関する支援
- 十七 作業中の安全への配慮
- 十八 作業の準備及び後片付けに関する支援
- 十九 作業技術の習得及び作業の遂行に関する支援
- 二十 各々の障害に応じた手段による意思疎通に関する支援（次号に掲げるものを除く。）
及び意思疎通の訓練
- 二十一 代筆、電話の仲立ち等の支援
- 二十二 退所後の生活に向けた生活支援の体制作り等に関する支援
- 二十三 就職先の選定及び就職先との調整に関する支援

別表第五

- 一 医療処置、受診等に係る援助
- 二 医師等による診断結果等の説明の理解に関する支援
- 三 健康管理に関する支援

- 四 金銭管理、身の回り品の管理等の生活管理に関する支援
- 五 強いこだわり、多動、パニック等の不安定な行動への対応
- 六 睡眠障害並びに食事及び排せつに係る不適応行動への対応
- 七 自傷行為並びに他人及び物に対する粗暴な行為への対応
- 八 日常生活における不安、悩み等に関する相談援助
- 九 外出、買い物等に関する支援
- 十 余暇活動及び地域の活動への参加等に関する支援
- 十一 在宅生活に必要な生活関連行為の習得に関する支援
- 十二 各々の障害に応じた手段による意思疎通に関する支援（次号に掲げるものを除く。）
及び意思疎通の訓練
- 十三 代筆、電話の仲立ち等の支援
- 十四 退所後の生活に向けた生活支援の体制作り等に関する支援

表 1 障害程度区分に係るチェック項目（知的障害者更生施設支援（入所）の例）

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	排せつ行為に関する支援
キ	入浴の介助また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、軽度褥瘡や肥満の予防等）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

表2 障害程度区分の決定方法のイメージ（知的障害者更生施設支援（入所）の例）

1. 下表のアからノまでの各項目について、(ア)～(ウ)列に示した選択肢のうち、あてはまるものにチェックを行う。

	(ア) 列	(イ) 列	(ウ) 列
ア. 起床、就寝の働きかけ	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
・ ・ ・			
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	毎日必要	ときどき必要	ほとんど必要なし
・ ・ ・			
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	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

2. 各項目について表の(ア)列にあてはまる場合には2点、(イ)列にあてはまる場合には1点を与え、その合計点数が◎点以上であれば区分A、△点以上▲点以下であれば区分B、□点以下であれば区分Cとする。

表3 支給決定の際の勘案事項、支給期間について

(1) 支給決定の際の勘案事項について

支援費の支給決定については、法律上、厚生労働省令で定める事項を勘案して、その要否等を決定する。居宅生活支援費であれば支給量と支給期間を、施設訓練等支援費であれば障害程度区分と支給期間を定める。

厚生労働省令で定める勘案事項は、以下の通り。

1. 障害の種類及び程度その他の心身の状況
2. 介護を行う者の状況
3. 居宅生活支援費の受給の状況
4. 施設訓練等支援費の受給の状況
5. 居宅支援及び施設支援以外の保健医療サービスまたは福祉サービス等の利用の状況
6. 利用意向の具体的内容
7. 置かれている環境
8. 指定居宅（施設）支援の提供体制の整備の状況

(2) 支給期間について

支援費を支給する期間については、障害の程度や介護を行う者の状況等の支援費の支給決定を行った際に勘案した事項が変化することがあるため、市町村が障害者の状況を的確に把握し、提供されているサービスの適合性を確認するとともに、障害程度区分または支給量について見直しを行うため、厚生労働省令で定める期間を超えない範囲で市町村が定める。

省令で定める期間

支援の種類	期間
身体障害者施設支援、知的障害者施設支援	「3年」
身体障害者居宅支援、知的障害者居宅支援（知的障害者地域生活援助（グループホーム）を除く。）、児童居宅支援	「1年」
知的障害者地域生活援助（グループホーム）	「3年」

(※) 支給期間の終了に際しては、改めて支援費の支給決定を受けることにより、継続してサービスを受けることは可能。

障害者自立支援法における障害程度区分と支給決定プロセス

障害者自立支援法は、障害の種別（身体障害・知的障害・精神障害）にかかわらず、障害のある方が必要とする福祉サービスを利用できるようにすることを狙いに制定された。この法律により、福祉サービスを利用するための仕組みが統一され、全国共通のルールに従って、支援の必要度を判定する尺度（障害程度区分）を導入し、支給決定のプロセスが明確にされた。

障害程度区分は、あくまで国から自治体に支給される金額（基準）等を決める尺度で、介護の量などを決める支給決定ではない。支給決定は今までどおり、本人の意向や生活状況等を聞いたうえで、最終的に市区町村で決めることとされている。

1次判定（マークシート方式・106項目の調査）

市町村は最初に全国共通の106項目からなる心身の状況に関するアセスメント調査を行う。調査の中身は、調理・食事の配膳・洗濯・掃除・交通手段の利用といった社会生活に関することがら、意思の伝達・指示への反応などのコミュニケーション能力、金銭管理・電話利用など身の回りの世話、麻痺の状態・移動など身体状況、点滴管理や透析など特別な医療の必要性などを確認する。このアセスメント調査結果をコンピュータによって一次判定する。その結果をもとに障害程度の区分の判定が実施される。障害程度の区分は、非該当、区分1～6に分類される。障害程度区分が決定したら、市町村は支給決定案を作成するための勘案事項調査（地域生活、就労、日中活動、介護者の状況、居住などの項目）を実施し、サービスの利用意向の聞き取り、訓練・就労に関する評価なども同時に行う

勘案事項調査の具体的な中身は、外出の頻度や社会活動参加の状況を調べる地域生活関連、過去・現在における就労の状況調査、日中活動の主な場所、介護者の有無と介護者の健康状態、主な生活の場所（自宅か施設か）といった項目となっている。

2次判定（市町村審査会）

2次判定は市町村審査会で介護給付を希望する利用者に対して実施される。コンピュータによる1次判定によって非該当、区分1～6に分類された結果に関して、医師の意見書、特記事項などの参考資料をもとに審査し、最終的に障害程度区分を認定する。判定結果は、障害程度区分、認定の有効期間（原則3年）、支給決定に関する意見について市町村に通知される。

障害程度区分の認定と結果の通知

障害程度区分の認定後に、市町村は地域生活の状況や日中活動、介護者、住居等の状況などの勘案事項調査とサービス利用の意向調査を行う。そして、認定結果と利用者のニーズを最終的に判断して支給決定を行う。障害程度区分は区分1～6の6段階。

この結果によって、サービス利用にかかわる（1）居宅介護等の国庫負担基準額（2）療養介護、生活介護などの給付要件などが決まる。

※暫定支給決定とは？？？

訓練等給付では、暫定支給決定という仕組みが導入されている。

訓練等給付は、そのサービスが適切かどうかを判断するために一定期間、訓練の効果や本人の意思を確認する。効果が認められない場合は、サービスの種類の見直しやサービス提供事業者を変更して再評価を行う。

1. 麻痺・拘縮に関連する項目

番号	調査項目
1-1	麻痺（左上肢）
	麻痺（右上肢）
	麻痺（左下肢）
	麻痺（右下肢）
	麻痺（その他）
	麻痺の種類
1-2	拘縮（肩関節）
	拘縮（肘関節）
	拘縮（股関節）
	拘縮（膝関節）
	拘縮（足関節）
	拘縮（その他）

2. 移動等に関連する項目

番号	調査項目
2-1	寝返り
2-2	起き上がり
2-3	座位保持
2-4	両足での立位
2-5	歩行
2-6	移乗
2-7	移動

3. 複雑な動作等に関連する項目

番号	調査項目
3-1	立ち上がり
3-2	片足での立位
3-3	洗身

4. 特別な介護等に関連する項目

番号	調査項目
4-1 ア	褥創（床ずれ）
4-1 イ	皮膚疾患
4-2	嚥下（えんげ）
4-3	食事摂取

7. 行動障害に関連する項目

番号	調査項目
7-ア	被害的
7-イ	作話
7-ウ	幻視幻聴
7-エ	感情が不安定
7-オ	昼夜逆転
7-カ	暴言暴行
7-キ	同じ話をする
7-ク	大声をだす
7-ケ	介護に抵抗
7-コ	常時の徘徊
7-サ	落ち着きなし
7-シ	外出して戻れない
7-ス	一人で出たがる
7-セ	収集癖
7-ソ	火の不始末
7-タ	物や衣類を壊す
7-チ	不潔行為
7-ツ	異食行動
7-テ	ひどい物忘れ
7-ト	特定の物や人に対する強いこだわり
7-ナ	多動または行動の停止
7-ニ	パニックや不安定な行動
7-ヌ	自分の体を叩いたり傷つけるなどの行為
7-ネ	叩いたり蹴ったり器物を壊したりなどの行為
7-ノ	他人に突然抱きついたり、断りもなく物を持ってくる
7-ハ	環境の変化により、突発的に通常と違う声を出す
7-ヒ	突然走っていなくなるような突発的行動
7-フ	過食、反すう等の食事に関する行動
7-ヘ	再三の手洗いや、繰り返しの確認のため、日常動作に時間がかかる
7-マ	他者と交流することの不安や緊張のために外出できない

4-4	飲水
4-5	排尿
4-6	排便

5. 身の回りの世話等に関連する項目

番号	調査項目
5-1 ア	口腔清潔
5-1 イ	洗顔
5-1 ウ	整髪
5-1 エ	つめ切り
5-2 ア	上衣の着脱
5-2 イ	ズボン等の着脱
5-3	薬の内服
5-4	金銭の管理
5-5	電話の利用
5-6	日常の意思決定

6. コミュニケーション等に関連する項目

番号	調査項目
6-1	視力
6-2	聴力
6-3 ア	意思の伝達
6-3 イ	本人独自の表現方法を用いた意思表示
6-4 イ	言葉以外の手段を用いた説明理解
6-5 ア	毎日の日課を理解
6-5 イ	生年月日をいう
6-5 ウ	短期記憶
6-5 エ	自分の名前をいう
6-5 オ	今の季節を理解
6-5 カ	場所の理解

7-ミ	一日中横になっていたり、自室に閉じこもって何もしないでいる
7-ム	話がまとまらず、会話にならない
7-メ	集中が続かず、いわれたことをやりとおせない
7-モ	現実には合わず高く自己を評価することができない
7-ヤ	他者に対して疑い深く拒否的

8. 特別な医療に関連する項目

番号	調査項目
8-1	点滴の管理
8-2	中心静脈栄養
8-3	透析
8-4	ストーマ（人工肛門）の処置
8-5	酸素療法
8-6	レスピレーター（人工呼吸器）
8-7	気管切開の処置
8-8	疼痛の看護
8-9	経管栄養
8-10	モニター測定血圧、心拍、酸素飽和度等
8-11	褥創の処置
8-12	カテーテル（コンドームカテーテル・留置カテーテル・ウロストーマ等）

9. 社会生活に関連する項目

番号	調査項目
9-1	調理（献立を含む）
9-2	食事の配膳・下膳（運ぶこと）
9-3	掃除（整理整頓を含む）
9-4	洗濯
9-5	入浴の準備と後片付け
9-6	買い物
9-7	交通手段の利用
9-8	文字の視覚的活用

ICF（国際生活機能分類）

ICF（国際生活機能分類）は世界保健機関（WHO）が、1980年に国際疾病分類の補助として発表された、障害機能と社会的不利に関する分類であるWHO国際障害分類（ICIDH）の改訂版として2001年WHO総会において採択された。

この改訂により、国際障害分類の内容が大幅に見直され、ICFとして充実された。そのもっとも大きな特徴は、単に心身機能の障害による生活機能の障害を分類するという考え方ではなく、活動や社会参加、特に環境因子というところに大きく光を当てていこうとする点である。

ICF（国際生活機能分類）とは、人間のあらゆる健康状態に関係した生活機能状態から、その人をとりまく社会制度や社会資源までをアルファベットと数字を組み合わせた方式で記述・表現するものであり、人間の生活機能と障害について、「心身機能・身体構造」、「活動と参加」、それに影響を及ぼす「環境因子」について、合計約1500項目に分類している。

それぞれの項目は、アルファベットと数字を組み合わせた方式でコード化され、アルファベットはb、s、a、p、eが用いられ、それぞれ「心身機能」、「身体構造」、「活動」、「参加」、「環境」を意味している。また、文字の後に続く数字は、左から1桁目が第1レベル（章番号）、それに続く3桁目までが第2レベルの分類、4桁目までが第3レベルの分類、5桁で第4レベルとだんだん細分化された分類の構造となっている。

ICF 活動と参加		
第1章：学習と知識の応用		
大項目	中項目	小項目
目的をもった感覚的経験	注意して視ること	
	注意して聞くこと	
	その他の目的のある感覚	
基礎的学習	模倣	
	反復	
	読むことの学習	
	書くことの学習	
	計算の学習	
	技能の習得	
知識の応用	注意を集中すること	
	思考	
	読むこと	
	書くこと	
	計算	
	問題解決	単純な問題の解決
	意思決定	複雑な問題の解決

第2章：一般的な課題と要求		
	単一課題の遂行	
	複数課題の遂行	
第3章：コミュニケーション		
コミュニケーションの理解	話し言葉の理解	
	非言語的メッセージの理解	ジェスチャーの理解
		一般的な記号とシンボルの理解 絵と写真の理解
	手話によるメッセージの理解	
	書き言葉によるメッセージの理解	
コミュニケーションの表出	話すこと	
	非言語的メッセージの表出	ジェスチャーによる表出
		記号とシンボルによる表出 絵と写真による表出
	手話によるメッセージの表出	
	書き言葉によるメッセージの表出	手紙
会話並びにコミュニケーション用具および技法の利用	会話	
	ディスカッション	遠隔通信用具の利用・書字用具の利用
	コミュニケーション用具および技法の利用	
第4章：運動・移動		
姿勢の変換と保持	基本的な姿勢の変換	
	姿勢の保持	
	乗り移り（移乗）	
物の運搬・移動・操作	持ち上げることと運ぶこと	
	細かな手の使用	
	手と腕の使用	
歩行と移動	歩行	
	さまざまな場所での移動	自宅内の移動
		自宅以外の屋内移動 屋外の移動
	用具を用いての移動	※車いす・歩行器
交通機関や手段を利用しての移動	交通機関や手段の利用	
	運転や操作	
第5章：セルフケア		
自分の身体を洗うこと	身体の一部を洗うこと	
	全身を洗うこと	
	身体を拭き乾かすこと	
身体各部の手入れ	皮膚の手入れ	
	歯の手入れ	
	頭髮と髭の手入れ	
	手の爪の手入れ	
	足の爪の手入れ	
排泄	排尿の管理	
	排便の管理	
	生理のケア	
更衣	衣服を着ること	
	履物を履くこと	

	履物を脱ぐこと	
	適切な衣服の選択	
食べること		
飲むこと		
健康に注意すること	身体壁快適性の確保	
	食事や体調の管理	
	健康の維持	
第6章：家庭生活		
必需品の入手	住居の入手	住居の賃借※購入を含む 家具調達の整備
	物品とサービスの入手	買い物
家事	調理	簡単な食事の調理
		手の込んだ食事の調理
	調理以外の家事	衣服や衣類の洗濯と乾燥
		台所の掃除と台所用具の洗浄
		居住部分の掃除
		家庭器具の使用
		日常必需品の貯蔵
ゴミ捨て		
家庭用品の管理および他者への援助	家庭用品の管理	衣服の作製と補修
		住居と家具の手入れ
		家庭内器具の手入れ※501とまとめる
		屋内外の植物の手入れ
		動物の世話
	他者への援助	他者のセルフケアへの援助
		他者のコミュニケーションへの援助 その他の特定の家庭生活：郵便物の受け取り等
第7章：対人関係		
基本的な対人関係	対人関係における敬意と思いやり	
	対人関係における感謝	
	対人関係における寛容さ	
	対人関係における批判	
	対人関係における合図	
	対人関係における身体的接触	
複雑な対人関係	対人関係の形成	
	対人関係の終結	
	対人関係における行動の制御	
	社会的ルールに従った対人関係	
	社会的距離の維持	
特別な対人関係	よく知らない人との関係	
	公的な関係	権限のある人との関係
		下位の立場にある人との関係
		同等の立場にある人との関係
	非公式な社会的関係	友人との非公式な関係
		隣人との非公式な関係
知人との非公式な関係 仲間との非公式な関係		

	家族関係	子どもとの関係
		親との関係
		兄弟姉妹との関係
		親族との関係
	親密な関係	恋愛関係
		婚姻関係
性的関係		
第 8 章：主要な生活領域		
教育	職業訓練	
仕事と雇用	仕事の獲得・維持・終了	職探し
		仕事の継続※工賃を伴う仕事含む 退職
	報酬を伴う仕事	非常勤雇用※工賃を伴う仕事含む
経済生活	基本的な経済的取引	
	複雑な経済的取引	
	経済的自給	
第 9 章：コミュニティライフ・社会生活・市民生活		
コミュニティライフ・社会生活・市民生活	レクリエーションとレジャー	
	宗教とスピリチュアリティ	
	人権 human rights	
	政治活動と市民権	

AAIDDの知的障害者支援度尺度SIS（※協会補足事項追加）

○SISの優位性

SIS（知的障害者支援尺度）は、ICFを前提として、2004年にAAIDD（米国知的発達障害協会）により作成され、知的障害者に特化した要支援尺度であり使いやすい。

また、「支援の頻度」「支援の時間」「支援の形態」という3つの尺度を用い、また各項目間の重みのバランスは「標準得点」という心理統計手法を用いており、妥当性が高い。

○支援ニーズ尺度の項目

・知的障害者の地域生活のニーズを評価。

(1) 6つのパート・活動領域

(A) 家庭生活活動 (B) 地域生活活動 (C) 生涯学習活動 (D) 雇用に関する活動 (E) 健康と安全活動 (F) 社会的活動

(2) セクション2：補足的な保護・権利擁護尺度

※このパートの評価は「支援頻度・一日あたりの支援に要する時間・サポート形態」の3つを総合評価。

(3) セクション3：特別な医療的・行動支援ニーズ

※このセクションは「自分で出来る・一部支援・全面支援」から選択。

SIS支援ニーズ尺度各調査項目の説明(政策委員会補足分・2007年7月30日改訂)			
パートA	NO	設問	対象者がどのような支援を必要としているか(政策委員会補足文は赤字で表示)
家庭生活活動	1	トイレの使用	一日を通してトイレを使用できるか?排尿の支援・排便の支援を含む
	2	洋服の手入れ(洗濯を含む)	洋服の管理はできるか?—洗濯、乾燥、アイロンかけ、裁縫、簡単な修復、クローゼットの中に洋服をかける、タンスの引き出しの中に洋服をたたんでしまうことも含む。
	3	食事の準備	食事は作れるか?(朝食、昼食、夕食およびおやつを含む)食事の後片付けの支援も含む
	4	食事を摂ること	食物を口を通して摂取できるか、噛めるか、また飲み込めるか?
	5	家事と掃除	居住部分の掃除(掃き掃除、拭き掃除およびほこりを払うことも含めて綺麗で見苦しくない生活空間を維持しているか?)台所の掃除と台所用具の洗浄・ゴミ捨て・郵便物の受け取り等・戸締り・寝具の準備及び片付けなどの支援を含む
	6	衣服の着こなし	その日に合った洋服を着こなせるか?また必要な時は服を着替えることができるか?衣服の着脱・季節や状況にあった服を選ぶこと、適切な衣服の選択・履物を履くこと、脱ぐ事の支援を含む。
	7	入浴と衛生面と身だしなみへの配慮	清潔にし、きれいに身だしなみを整えられるか?①入浴のかかわる行為(自分の身体を洗うことシャワー頭を洗うこと、入浴の準備と後片付けの支援)②身だしなみにかかわる行為(髭剃り、頭髪と髭の手入れ、手・足のつめの手入れ、洗顔)③衛生面(生理時の管理、歯磨き、歯の手入れ(義歯も含む))の支援。
	8	家庭用品の管理および技術の操作	①テレビ、電子レンジ、トースター、コーヒーメーカーといった日常的に使う家庭用電化製品を操作することができるか?(ただしこの中にビデオデッキを操作しテレビ番組を録画するといったより高度な操作は含まれない。)②衣服の作製と補修の支援③住居と家具の手入れ支援④火の始末や火元の管理の支援。以上を含む
パートB	NO	設問	対象者がどのような支援を必要としているか(政策委員会補足文は赤字で表示)
地域生活活動	1	地域の中で移動する(交通機関を利用して)	①食料品店、銀行、ショッピングセンターといった地域内の様々な場所へ行き来することができるか。交通機関や手段を利用して地域内を移動するための支援・外出支援。②外出時の危険回避のための状況判断の支援。③活圏・周辺の地理の理解し行動するための支援。を含む。
	2	地域での余暇活動への参加	チームでのボーリング、エアロビクス教室への参加や映画に行くといった地域が提供するレクリエーションや余暇活動に参加できるか?
	3	地域社会でのサービスの使用	銀行で用事を済ませたり地域サービス(インフルエンザの予防注射を行う保健所、利用等)を利用するといった典型的な日常必要な用事をやり遂げることができるか?
	4	友達や家族を訪問すること	自分で親しいとみなしている友達や家族(雇われているスタッフは含まれない)といった他人と面会したり交流したり訪問することができるか?
	5	好きな地域活動への参加	教会の行事への参加や地域団体でのボランティア活動といった対象者が心から尊重する活動に参加できるか?

	6	買い物や商品の購入	食料品店やショッピングセンターに出向いて、商品を選び、購入することができるか?
	7	地域社会の人々との交流	隣人、店員、警察官といった地域社会の人々や他の人々と社会的に適切な態度で交流することができるか?
	8	公共の建物と設備の使用	公共機関、役所、公園、郵便局、商店といった公共の設備を使えるか?
パートC	NO	設問	対象者がどのような支援を必要としているか(政策委員会補足文は赤字で表示)
生涯学習活動	1	他者との学習活動がとれる	生徒仲間や指導員達と教育の場面に参加することができるか?カルチャースクール・調理などの技術習得のための学習活動の参加状況。
	2	訓練と教育の決定への参加	訓練と教育上の目標の遂行に関して選択肢を述べ、計画立案の過程に加わることができるか?
	3	学習と問題解決方略の使用	問題解決策を実生活の中で応用することができるか?(バスに乗り遅れた際、最終的に目的地にたどり着くことを可能にすると同時に身の回りの安全を保障するためにどうしたらよいか学習するなど)
	4	訓練や教育場面の参加	教育上のプログラムに関与する必要がある人がコンピュータもしくは他のテクノロジーを操作できるか?
	5	学習のための機器の操作	成人の教育の機会(履修登録、学校への行き来等)へ参加するのに必要な仕事を完了することができるか?
	6	実用的な教科の学習(サインを読むこと、つり銭の計算、その他)	実生活の中で実用的な教科を応用できるか?(文字などの読み書き、デジタル時計を見て時刻がわかるか、日々のスケジュールを時計を使用して維持することができるか、商品を購入するときにお金が計算できるか等)
	7	健康や体育のスキルの学習	実生活の中で保健体育のスキルを応用できるか?(自己検査の技術を学び、いつプロのヘルスケアワーカーに相談すべきか見極める等)
	8	自己決定スキルの学習と使用への支援	実生活の中で自己決定スキルを応用できるか?(自分の目標を決め、その目標を達成するためのプランをたてることができるか等)
	9	自己管理の仕方の学習への支援	実生活の中で自己管理の仕方を応用できるか?(主要な業務を終えた後に自分自身への報酬としておやつを食べることをするか等)
パートD	NO	設問	対象者がどのような支援を必要としているか(政策委員会補足文は赤字で表示)
雇用に関する活動	1	仕事・作業の紹介を求めたり、受けること	適切な仕事の紹介を見極め、取り決めることができるか?(就職先の選定及び就職先との調整に関する支援・面接時、会社訪問等の一連の支援を含む)
	2	特定の作業スキルの学習と使用	特定の作業スキルを身につけ、その技術を自分の仕事に適用できるか?(就業・作業のための動機付け、内容の理解、準備及び後片づけ、安全配慮、技術の習得及び作業の遂行に関する支援を含む)
	3	仕事仲間との交流	同僚たちと仕事に関連した事柄を話し、ざっくばらんに打ち解けて交際できるか?職場の仲間との交流の支援を含む。
	4	上司やジョブコーチとの関わり	上司やジョブコーチと仕事に関連した事柄を話し、ざっくばらんに打ち解けて交際できるか?
	5	適切なスピードで仕事の課題を仕上げること	自分と同じ作業をしている他の労働者の生産性と変わらないペースで仕事を行なうことができるか?

	6	適切な質で仕事の課題を仕上げること	自分と同じ作業をしている他の労働者の職務遂行レベルと変わらない質で仕事を行なうことができるか?
	7	職場が変わること	雇用主の変わっていく要求をうまく処理していくため、また新たな割り当てられた仕事に順応するため、種々の割り当てられた仕事の課題を遂行することができるか?
	8	雇用者からの情報を求めたり援助サービスを受けること	雇用主にコンタクトを取り、自分の年金、保険の状態(例えば、休暇中も生ずるなど)や従業員援助プログラムの効力に関して情報を得られるか?就業・作業で困ったことに対し援助を求めること雇用契約内容、労働契約内容等の理解への支援を含む。
パートE	NO	設問	対象者がどのような支援を必要としているか(政策委員会補足文は赤字で表示)
健康と安全活動	1	服薬	薬を適切な時間に規定された量を飲むことができるか?薬の内服・薬の貼付・塗布の支援
	2	健康や安全に関する危機の回避	車の前を歩かないようにする、誤って中毒にならないようにする、安全なセックスを実行するというように健康や安全上、危険となるものから毎日回避している。身体の怪我や不調に気づき、適切な対応を行なうための支援、災害等の緊急時における危機回避の支援を含む。
	3	健康管理サービスを受けること	ヘルスケアの専門家に接触する、医者や看護師の診察を受けるために予約をとる、薬剤師によって書かれた処方箋を受け取るというように病気になった際に助けを得ることができるか?健康管理サービスを受ける支援・医療機関受診に関する支援(通院支援)医師等による診断結果等の説明に関する支援を含む。
	4	歩行と移動	周囲の環境の周辺を自分自身で動くことができるか?自室内の移動・歩行に関する支援・自室内移乗の支援・自宅以外の移動・歩行に関する支援・立位保持、座位保持のの支援を含む。
	5	緊急時にサービスを得ること	実生活の中で緊急時に必要なスキルを適用することができるか?(例えば110番通報する、適切な援助の種類を要求し、配送者に住所やどのような危機であるのかなど重要な情報を伝える、緊急時にサービスを得ることの支援を含む)
	6	栄養ある食事摂取の維持	栄養失調につながる病気を避けるため、十分に栄養のある食事を摂取しているか?食生活・栄養管理に関する支援を含む。
	7	身体的健康の維持	健康不良や肥満につながる病気を避けるため、十分な運動をしているか?起床および就寝の働きかけ、身体的健康維持の支援を含む。
	8	情緒的な幸福感の維持	不安にうまく対処する息抜きのテクニックや怒りの対処方法を用いたり、適切な臨床療法サービスを受けるなど、うつ病のような深刻な精神上的健康問題を回避するのに助けとなる生き方を維持しているか?
パートF	NO	設問	対象者がどのような支援を必要としているか(政策委員会補足文は赤字で表示)
社会的活動	1	家族とつき合うこと	家族の中の者(ルームメイトや家族等)と打ち解けて交流することができるか?家族とつきあうことの支援を含む。
	2	他者とレクリエーション・レジャー活動の参加	スポーツチームに加わったり、トランプをしたり、休日にパーティーを主催したりと他者とのレクリエーション/レジャー活動に参加できるか?

	3	家族以外の人とつき合うことの支援	家族以外の者(隣人、友達、同僚等)と打ち解けて交流することができるか?家族とつきあうことの支援を含む。
	4	友達を作り、つきあうこと	友情を築き、保てるか?
	5	個人の要求を他人への伝達	自分自身の悩みや願望を他者に告げることができるか?困った時、助けを求めるなど、個人の要求を他人へ伝達することの支援を含む。
	6	適切な社会的スキルの使用	行儀の良さ、あいさつの仕方、葬儀でのマナーといった社会的スキルを示す、対人関係を保つなど、集団への参加の支援、社会的常識・一般的なルール・マナーの理解の支援を含む。
	7	愛し合ったり、親密な関係を結ぶこと	特別な親密/恋愛関係を築き、保てるか?
	8	ボランティア活動を申し出ること	組織された企画(日中の公園掃除や病院、施設で働く等)のようなボランティア活動を他者と参加することができるか?ボランティアを募集している地域グループにコンタクトをとり、その取り組みに自分のスキルをどう適用するかを学習しているか?
セクション2	NO	設問	対象者がどのような支援を必要としているか(政策委員会補足文は赤字で表示)
保護と 権利擁護	1	自分の権利の擁護	欲しいもの、必要なものを含めて個人的な好みを述べることができるか?また要望の理由をきちんと述べられるか?自らの権利を護るための支援を含む。
	2	金銭と自分の財産管理	予算を立て、預金口座を管理し、請求額を払えるか?自分の財産管理、日常のお金の使い方、日常的な貴重品の管理に関する支援を含む。
	3	搾取から自らを護ること	他人の要求を断れず、人の言いなりになることを避けるための支援(搾取から自らを護ることへの支援)
	4	法的権利・責任の行使	地域社会の法律を守り、市民の義務を遂行しているか?(選挙で投票する等)
	5	自己権利擁護・支援組織への所属と参加	自己権利擁護活動やピープルファーストといった支援組織に参加しているか?
	6	法的サービスの獲得	法的なアドバイスをもらうため弁護士にコンタクトを取ったり、法的な業務遂行のために弁護士を雇うことはできるか?公的サービスを受ける選択と決定、法的権利・責任を行使するための支援への支援を含む。
	7	適切な選択と決定を行うこと	自分の選択に従って行動し、自分の決めたことを最後までやり抜くことができるか?
	8	他人の権利の擁護	他者の弁護をすることができるか、もしくは手伝うことができるか?他人の権利の擁護の支援を含む。
セクション3A	NO	設問	対象者がどのような支援を必要としているか(政策委員会補足文は赤字で表示)
医学的 支援	人工呼吸装置のケア		
	1	吸入 あるいは酸素療法	噴霧器もしくは酸素を使用する
	2	体位ドレナージ	肺からの分泌物/粘液を吐き出しやすくするために、体を一定の角度に傾けたり支えたりする必要がある
	3	胸腔内圧チューブ 吸引	分泌物排出を助けるため胸部理学療法が必要 分泌物の吸引が必要

医学的 支援	食事援助		
	4	口腔刺激あるいは顎下固定	食事をするのを助けるため身体的援助や口腔刺激が必要
	5	経管摂取(経鼻胃管)	経鼻胃管による栄養投与
	6	非経口摂取(経静脈栄養)	静脈内投与
	7	スキンケア	
	8	体位変換(体圧分散をすることによりムレや床ずれの防止をすること)	床ずれを防ぐために椅子やベッドで身体の向きを変える際に援助が必要
	9	開放性創傷のドレッシング	開いた傷口を消毒し、包帯を巻く際に援助が必要
	他の特別な医学的ケア		
	10	免疫システムの悪化を招く感染症の保護	免疫力の低下や感染症の発生により、感染を防ぐための予防策が求められる
	11	発作の管理	薬を要し、発作の予防策とその管理が必要
	12	透析	腹膜透析もしくは血液透析が必要
	13	人口ろうケア(Ostomy care)	人工肛門形成における介護が必要
	14	移乗あるいは移動	椅子やベッドからの移乗の際に援助が必要
	15	治療サービス	作業療法、心理療法、言語療法、個人またはグループでの精神療法
	16	その他一特記事項	
	セクションB	NO	設問
行動 サポート	外に向けられた破壊行動		
	1	他者に暴行や危害を加えることを防止する。	他者に対してたたく、なぐる、嘔む、もしくは故意に傷つける。他人に突然抱きついたりすることの防止、暴言や大声を出すことにより周囲とのトラブルを防ぐこと、他人を叩いたり蹴ったりすることへの防止等の支援を。
	2	持ち物を破壊すること(放火、家具を壊す等)を防ぐ。	窓を割る、家具を傷つける、火をつける、建物の外観を汚す、物や衣類を壊したり、破いたりすることの防止、器物を壊したりなどの行為への支援。
	3	盗みを防ぐ。	他者の所有物を取る/盗む、万引する、その他、放火等触法行動の防止等への支援。
	自己に向けられた破壊行動		
	4	自傷を防ぐ。	頭を打ちつける、目に親指を突っ込む、皮膚を刺す、切る、その他、自分の体を叩いたり傷つけたりするなどの行為への支援。
	5	食べられない物を食べることを防ぐ。	タバコの吸い殻、紙、その他の物を食べる等、異食、過食、反すう、過飲等の食事に関する行動への支援。
	6	自滅的な試みを防ぐ。	自殺する意図で自傷を試みる
	性的行動		
	7	性的な攻撃を防ぐ。	小児愛や婦女暴行などに走るなど、性的な行動上の問題への支援。
8	不適切な行動(猥褻物陳列、猥褻行為)を防ぐ。	公共の場でマスターベーションを行う、露出、ストーカー行為をする	

		その他
9	痲癩、情緒的爆発を防ぐ。	叫ぶ、悪態をつく、物をなげつける、暴力で脅す、パニックや不安定な行動の防止などの支援(突然走っていなくなるような突発的行動への支援・環境の変化により、突発的に通常と違う声を出すことの周囲へのトラブル防止等への支援・音や触覚などの感覚刺激に過敏に反応し不安定になることへの支援・新しい環境や見通しのつかない状況で情緒不安定になることへの支援。
10	ぶらつくことを防ぐ。	逃げる、道に迷う-迷子になる危険性や怪我をする可能性がある
11	事物を粗末に扱うことを防ぐ。	過度にアルコールを摂取する、処方された薬を誤用する、違法薬物や他の有毒物質を使用する
12	精神健康治療法を受け続けさせる。	向精神薬を使用する、予約時間に行く、治療に従う。泣いたり、笑ったりして感情が不安定になることの支援。夜間不眠あるいは昼夜の逆転があるため、行動面で起きることの支援。他者と交流することの不安や緊張のため外出できないことの支援。体は悪くないのに昼間から寝ていたり閉じこもっていることの支援。人の都合を考えないで自分勝手に行動するがある場合の支援。自殺企画の予防
13	他の重大な問題行動の阻止。	特定の物や人、決めた時間、手順、場所に対する強いこだわりへの支援 多動への支援 助言や介護の抵抗があった場合の支援 不潔な行為を行う(排泄物を弄ぶ)ことへの支援 行動の停止への支援 自分の役割・仕事が解りづらく誤解をもとに行動することへの支援

おわりに

今回「支給決定プロセスに係る海外の実態に関する調査研究」の申請に至った背景には、本研究に先駆け、福祉協会がわが国の障がい者自立支援法における支給決定のプロセスを検証し、ICFやAAMRやSISなど諸外国の支給決定プロセス等について検討をしてきたことが大きいということは、本文中でも述べたところである。

諸外国の研究にあたっては、福祉先進国であるアメリカも候補にあがったが、各州により法律や制度を確立し、国全体としての制度比較が簡単にできないなどがわかり、国で基本的に共通した福祉施策に取り組んでいる、イギリス・スウェーデン・ドイツのヨーロッパ諸国に加え、同じアジアで新しい障害福祉制度が最近できた韓国と、地域の特色を活かした支給決定を行ってるオーストラリアを選定した。

本研究は、限られた時間や制約があったが、各国の制度の仕組みの違い等を研究する中で、日本における新たな支給決定プロセスの提案を重点に研究を行い、一定の成果が表せたと感じている。

研究として積み残した課題は、「長時間サービスを必要とする際の特別な仕組み」と「国の国庫負担基準の有無や基準を超えた場合の自治体の公費負担の仕組み」「手続きに関する自治体のガイドライン」である。これらは詳細な調査ができなかった。今後、更なる専門機関で研究されることに期待したい。

障害者制度改革推進会議では「障害者基本法の改正における障害の定義」の見直しとして「社会モデルに基づき、生活の困難さに着目した対象者の拡大」が議論されているが、対象者が拡大すればするほど一つの法体系では決め細やかな支援がしきれない懸念もある。今般の諸外国の研究から、限られた財源を公平に分配することは、一体的には困難であること、そのため、わが国においては、総合福祉法でカバーしきれない福祉制度は、障害種別ごとの特性を考慮し、新たな法律等（上乘せ）を考える必要があることを提案したい。

本研究では、知的障害者等の特性に視点を置き、現在の支給決定プロセスで用いられているものに代わるものとして、新たなアセスメントシートや支給決定に関わるプロセスを研究してきた。本研究の成果が今後の障害福祉制度を構築する上でその一翼をとなることを願ってやまない。

最後に今回の調査研究に御協力をいただいた、関係者、関係機関等に心より厚く御礼申し上げ、本研究の報告としたい。

平成23年3月

財団法人 日本知的障害者福祉協会
政策委員会
委員長 最上 太一郎

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
研究報告書

平成 23 年 3 月

発行者 財団法人 日本知的障害者福祉協会

〒105-0013 東京都港区浜松町 2-7-19

KDX 浜松町ビル 6F

TEL03-3438-0466 (代表) / FAX03-3431-1803

<http://www.aigo.or.jp/>

