

標の提示や大阪府の判定指標作成などを経て、1988年の「執務概要」骨子案、そして、1989年の厚生省への要望書へとつながる。しかし、翌年の全国実態調査を経て立ち消えとなってしまう。

1991年ころから

- ・千葉の重度及び特別重度加算（行動障害）認定基準
- ・奈良県のN式社会生活尺度
- ・群馬県の援護施設入所等判定基準

などの独自評価表の動きがあり、逆に1994年に幾つかの府県市から再度全国統一基準作りへの要望が再燃した。厚生省は1995年に全国基礎調査を実施し、統一基準作りは事後の課題として今日に至っている。

現実的には、2回の「心身障害研究報告」で示された基準と、2度の「全国基礎調査」で用いられた指標を基本に、それぞれの都道府県・政令指定都市で独自の判定方法が取られている。

2) 療育手帳及び施設入所の判定の問題点について

○療育手帳の判定については

- ・判定基準が都道府県・政令指定都市によって異なる。
- ・障害区分の数についてもまちまちである。
- ・障害程度の表示方法もまちまちである。
- ・全国統一基準を作成するにあたって必ずしもすべての機関が積極的でない。
- ・再判定の機関、やり方について統一性がみられない。

○施設入所判定については

- ・明文化された判定基準は必ずしも整備されていない。
- ・療育手帳の判定に準じた手法を取っている場合が多い。
- ・障害程度の評価に加えて作業能力や目標となる生活訓練の内容などが判定されるが、施設区分が「更生」「授産」「通勤寮」程度で、なおかつ施設選択の自

由度が低いため、判定の効力はさほど高くない。

ことがあげられる。

3) 具体的な判定方法についての問題点

○現行の都道府県・政令指定都市の障害程度の判定基準はおおまかに次の3つのグループに分類できる。

I群：厚生省全国基礎調査基準を採用している機関

II群：心身障害研究報告方式を採用している機関

III群：その機関独自の方法を行っている機関

I群、II群については、知能指数、社会生活（日常生活）能力評価、及び介護の程度の3指標を用いて、総合的に程度判定を行っている。

III群については、知能指数を主軸とし、適宜日常生活の様子を加味した判定を行っている場合が多い。

○知能指数については、標準化された知能検査を用い、上限をおおむね75としているところが多いが、80または、70としている機関もある。

○社会生活（日常生活）能力の評価については、市販の社会生活能力検査を用いたり、基礎調査で示された評価表を用いたり、また、独自に通過率を調査して作成したものをを用いたり、あるいは調査項目を経験則によって作成し使用しているものなど様々である。そのため、評価領域としては、広範なものから限定的なものまでかなり幅広い違いが見られる。

○介護の程度については、行動面と健康面の評価が中心であるが、場合によっては、日常生活面が社会生活（日常生活）能力と重複して評価されていることがある。

4) 検討の方向性

- ・定義を適切に評価する判定手法を開発する。

⇒年齢要件、知能指数、社会生活（日常生活）能力、援助を必要とする状況、

など

- ・ 障害認定の目的を明確化する
⇒ 判定から障害認定へ（全人格的評価から、場面・状況毎の評価へ）
サービス利用との関係、施設サービスの多様化との関係 など
- ・ 実務に耐える手法を開発する
⇒ 公正性、専門性、簡便性、公開性 など

Ⅲ-1 障害認定基準に関する法律・通知など (制定の年代順)

国民年金法 昭和34年4月16日

第3節 障害基礎年金

第30条 2 障害等級は、障害の程度に応じて重度のものから1級及び2級とし各級の障害の状態は、政令で定める。

○国民年金法施行令

昭和34年5月25日 政令
(障害等級) 第4条の7 法第30条第2項に規定する障害等級の各級の障害の状態は、別表に定めるとおりとする。

別表

(障害の程度 1級)	～略～ 精神の障害であって、前各号と同程度以上と認められる程度のもの
(障害の程度 2級)	～略～ 精神の障害であって、前各号と同程度以上と認められる程度のもの

重度精神薄弱児収容棟の設備及び運営の基準について

昭和39年3月13日 厚生省児童局長通知

○重度精神薄弱児収容棟 対象児童

- (1) 知能指数がおおむね35以下の児童であって、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こと。
 - 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であること。
- (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。）又はし体不自由を有する児童であって知能指数がおおむね50以下の精神薄弱児

重度精神薄弱者収容棟の設備及び運営について

昭和43年7月3日 厚生省児童家庭局長通知

1. 重度棟対象者、入所措置及び認定

- (1) 対象者 対象者は精神薄弱者更生施設に入所することが適当な者のうち、標準化された知能検査によって測定された知能指数がおおむね35以下（肢体不自由、盲、ろうあ等の障害を有する者については50以下）と判定された精神薄弱者であって、次のいずれかに該当するもの（以下重度者という。）であること。
 - 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者
 - イ 失禁、異食、興奮、多寡動その他の問題行為を有し、常時注意と指導を必要とする者

療育手帳制度について

昭和48年9月27日 厚生次官通知

1. 障害の程度について 障害の程度は次の基準により重度とその他に区分するものとし、療育手帳の障害の程度の記載欄には、重度の場合は「A」と、その他の場合は「B」とするものとする。

- (1) 重度
18歳未満の者「重度精神薄弱児収容棟の

設備及び運営の基準について」の1対象児童の(1)又は(2)に該当する程度の障害であって、日常生活において常時介護を要する程度のもの

18歳以上の者 昭和43年7月3日児発第422号児童家庭局長通知（「重度精神薄弱者収容棟の設備及び運営について」）の1の(1)に該当する程度の障害であって、日常生活において常時介護を要する程度のもの

(注) 前記通知の解釈にあたっては、知能指数が50以下とされている肢体不自由、盲、ろうあ等の障害を有する者の身体障害の程度は、身体障害者福祉法に基づく障害等級が1級、2級、又は3級に該当するものとする。

(2) その他

(1)に該当する以外の程度のもの

2. 障害の程度の区分については、1に定める区分のほか中度等の他の区分を定めることもさしつかえないものとする。

特別児童扶養手当等の支給に関する法律施行令

昭和50年7月4日

第2条 この法律において「障害児」とは、20歳未満であって、第5項に規定する障害等級に該当する程度の障害の状態にある者をいう。

2 この法律において「重度障害児」とは障害児のうち、政令で定める程度の重度の障害の状態にあるため、日常生活において常時の介護を必要とする者をいう。

5 障害等級は、障害の程度に応じて重度のものから一級及び二級とし、各級の状態は、政令で定める。

別表第1及び第2

～略～精神の障害であって、全各号と同程度以上と認められる程度のもの

○特別児童扶養手当等の支給に関する法律別表第一における障害認定要領等の改正につ

いて

昭和50年9月5日 厚生省児童家庭局長通知
別紙1 第2項 障害の認定については、
次によること

(1) 法第2条第1項にいう「障害の状態」とは、精神又は身体に法別表第一に該当する程度の障害があり、障害の原因となった傷病がなおった状態又は症状が固定した状態をいうものであること。～略～

(3) 内科的疾患に基づく身体の障害及び精神の障害の程度の判定にあたっては、現在の状態、医学的な原因及び経過、予後等並びに日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度等を十分勘案し、総合的に認定を行うこと。

なお、日常生活の用を弁ずること不能ならしめる程度とは、精神上若しくは身体上の能力が欠けているか又は未発達であるため、日常生活において常に他人の介助、保護を受けなければほとんど自己の用を弁ずることができない程度のものをいうものであること。また、日常生活が著しい制限を受けるか又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度とは、他人の助けをかりる必要はないが、日常生活が極めて困難であるものをいうものであること。

第3項 障害児が療育手帳制度要綱による療育手帳の交付を受けているときの取り扱いについては、障害の程度が「A」と記載されているものは法別表第一の一級に該当するものとして認定してさしつかえないこと。

別添3 精神の障害についての認定基準
精神障害についての認定は、次の基準によるものとする。

第1項 児童の精神の障害の原因となる主な傷病名及び状態像は、～略～早期幼年自閉症及び精神薄弱である。

(1) 精神の障害の程度の判定については、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもを法別表第一の一級に、日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもを法別表第一の二級に該当するものとする。

(2) 法別表第一の一級に該当すると思われる病状には、次のようなものがある。

ク 精神薄弱によるものにあつては、精神能力の全般的発達に高度の遅滞があるもの。

(3) 法別表第一の二級に該当すると思われる病状には、次のようなものがある。

キ 精神薄弱によるものにあつては、精神能力の全般的発達に遅滞があるもの。

○特別児童扶養手当支給事務に係る精神薄弱児の児童相談所における判定について

昭和50年9月8日 厚生省児童家庭局長
企画課長通知

2 精神薄弱の判定についての基本的事項

(2) 精神薄弱とは、認定要領別添3「精神の障害についての認定基準」に定める精神薄弱をいうものであること。

(3) 精神薄弱の判定にあつては、次のことに留意し、総合的に行うものとする。

ア 単に現在の状態及び障害の有無等に着目するにとどまらず、医学的な原因、経過、予後の判断をもできる限り調査、検討することを原則とすること。

イ 「日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度」等の判定にあつては、標準化された「社会生活能力検査」を用いるほか、意志疎通、運動機能、日常生活動作および知的能力等障害児の全体像を勘案しておこなうこと。なお、知的能力の判定方法については、標準化された個人知能検査によること。

(4) 判定後、おおむね2年後に再判定すること。

障害者の雇用の促進等に関する法律施行規則

昭和51年9月30日 労働省令

第1章 (精神薄弱者)

第1条の2 法第2条第4号の労働省令で定める精神薄弱がある者(以下「精神薄弱者」という。)は、児童相談所、精神薄弱者更生相談所、精神保健福祉センター、精神保健指定医又は法第9条の障害者職業センター(次条において「精神薄弱者判定機関」という。)により精神薄弱があると判定された者とする。

(重度精神薄弱者)

第1条の3 法第2条第5号の労働省令で定める精神薄弱者の程度が重い者は、精神薄弱者判定機関により精神薄弱の程度が重いと判定された者とする。

○障害者の雇用の促進等に関する法律の一部を改正する法律による「重度精神薄弱者」の取り扱いに係る留意事項について

1 重度精神薄弱の判定基準 ~略~ 次のいずれかに該当するものを重度精神薄弱をしたこと。

(1) 知能検査によって測定された知能指数(IQ)が50未満の精神薄弱者であつて、労働省編一般職業適性検査(事業所用(GAT-II))の手腕作業検査盤を使用し、その器具検査1、器具検査2の評価のいずれかが中以下であるもの

(2) 知能指数(IQ)が50以上60未満の精神薄弱者(50未満で上記器具検査1、器具検査2の評価がいずれも上であるものを含む)であつて、精神薄弱者社会生活能力調査票によって調査された「意思の表示と交換能力」「移動能力」及び「日常生活能力」のうちいずれかが2つの能力の評価が中以下であるもの。

障害児福祉手当及び特別障害者手当の障害程度認定基準について

昭和60年12月28日 厚生省社会局長通知

第2 障害児福祉手当の個別基準

令別表第一に該当する障害の程度とは次によるものとする。

- 6 (2) 精神薄弱の程度については、知的機能の発達程度のほか、適応行動上の障害を十分勘案のうえ、別表に掲げる発達障害の程度により判定するものとし、年齢階層別の障害の程度が再重度とされるものについては令別表第一第九号に該当するものとする。

なお、この場合における精神発達遅滞の程度は、標準化された知能検査による知能指数がおおむね20以下に相当する。

- 7 (2) 精神薄弱と他の病状又は機能障害が重複する場合における精神薄弱の程度については、別表に掲げる年齢階層別の障害が重度とされたものとする。

なお、この場合における精神発達遅滞の程度は標準化された知能検査による知能指数がおおむね35以下に相当する。

第3 特別障害者手当の個別基準

1 障害児福祉手当の個別基準

(8) 精神障害

ア 精神の障害の原因となる主な傷病名は、～略～ 早期幼年自閉症及び精

神薄弱であり、その傷病及び状態像が令別表第二第七号に該当すると思われる症状等には、次のようなものがある。

～略～

- (キ) 早期幼年自閉症によるものにあつては、高度の自閉言語発達遅滞、精神発達遅滞、異常行動のあるもの
 (ク) 精神薄弱によるものにあつては、精神能力の全般的発達に高度の遅滞があるもの

イ 精神の障害の程度については、日常生活において常時の介護を必要とする程度以上のものとする。

ウ 精神薄弱の程度については、知的機能の発達程度のほか、適応行動上の障害を十分勘案のうえ、別表に掲げる発達障害の程度により判定するものとし、年齢階層別の障害の程度が最重度とされるものについては令別表第二第七号に該当するものとする。

なお、この場合における精神発達遅滞の程度は、標準化された知能検査による知能指数がおおむね20以下に相当する。

エ アの症状を有するもので、次の日常生活能力判定表の各動作及び行動に該当する点を加算したものが10点以上の場合にイに該当するものとする。

日常生活能力判定表

動作及び行動の種類	0 点	1 点	2 点
1 食事	ひとりできる	介助があればできる	できない
2 用便（月経）の始末	ひとりできる	介助があればできる	できない
3 衣服の着脱	ひとりできる	介助があればできる	できない
4 簡単な買い物	ひとりできる	介助があればできる	できない
5 家族との会話	通じる	少しは通じる	通じない
6 家族以外の者との会話	通じる	少しは通じる	通じない
7 刃物・火の危険	わかる	少しはわかる	
8 戸外での危険から身を守る	守ることができる	不十分ながら守ることができる	守ることができない

2 令第一条第二項第二号に該当する障害の程度とは次のいずれかに該当するものとする

(1) 令別表第一号から第七号までのいずれか一つの障害を有し、かつ、次表に規定する身体の機能の障害若しくは病状又は精神の障害を重複して有するもの

～略～

第11号 精神の障害であって前各号と同等の程度と認められるもの

～略～

サ 第11号について

精神の障害については1の(8)のアの

症状を有するもの又はこれに準ずる程度の症状を有するものであって、1の(8)のエの日常生活能力判定表の各動作及び行動に該当する点を加算したものが八点以上のものとする。

なお、精神薄弱の程度については標準化された知能検査による知能指数がおおむね35以下に相当する場合に該当するものとする。

(2) 令別表第二第三号から第五号までのいずれか一つの障害を有し、かつ、次のいずれかの日常生活動作評価表の日常生活動作能力の各動作の該当する点を加算したものが10点以上のもの

発達障害の程度の指標

	重	度
5歳以下	1 ことばがごく少なく意思の表示は身ぶりなどで示す 2 ある程度の感情表現はできる(笑ったり怒ったり等) 3 運動機能の発達の遅れが著しい 4 身のまわりの始末はほとんどできない 5 集団あそびはできない	1 言語不能 2 最小限の感情表示(快、不快等) 3 歩行が不能またはそれにちかい 4 食事・衣服の着脱などはまったくできない。
6歳から17歳	1 言語による意思表示はある程度可能。 2 読み書きの学習は困難である。 3 数の理解に乏しい。 4 身近なものの認知や区別はできる。 5 身辺処理は部分的に可能。 6 身近な人と遊ぶことはできるが長続きしない。	1 言語は数語のみ 2 数はほとんど理解できない。 3 食事、衣服の着脱などひとりではほとんどできない。
18歳以上	1 日常会話はある程度できる。 2 ひらがなはどうか読み書きできる。 3 数量処理は困難	1 会話は困難 2 文字の読み書きはできない。 3 数の理解はほとんどできない。 4 身辺処理はほとんど不可能。 5 作業能力はほとんどない。

注1 「5歳以下」の欄は4～5歳の発達障害の程度を示したものであり、それ以下の年齢についてはこれと年齢相応の発達の程度を参考にして判定すること。

2 失禁、興奮、多寡動等の特別な介護を必要とする異常行動等が認められる場合は、当該異常行動等を勘案のうえ総合的に精神薄弱の程度を判定すること。

精神薄弱(児)者実態調査で使用されている障害認定基準(平成2年、7年)

強度行動障害特別処遇加算費について

平成10年7月31日 障害保健福祉部長通知

強度行動障害判定基準

別紙1 強度行動障害判定指針

強度行動障害の目安と内容例

行動障害の内容	行 動 障 害 の 目 安 の 例 示
1 ひどい自傷	肉が見えたり、頭部が変形にいたるような叩きをしたり、つめをはぐなど。
2 強い他傷	噛みつき、蹴り、なぐり、髪ひき、頭つきなど、相手が怪我をしかねないような行動など。
3 激しいこだわり	強く指示してもどうしても服を脱ぐとか、どうしても外出を拒みとおす、何百メートルも離れた場所に戻り取りにいく、などの行為で止めても止めきれないもの。
4 激しいもの壊し	ガラス、家具、ドア、茶碗、椅子、眼鏡などをこわし、その結果危害が本人にもまわりにも大きいもの、服を何としてでも破ってしまうなど。
5 睡眠の大きな乱れ	昼夜が逆転してしまっている、ベッドについていられず人や物に危害を加えるなど。
6 食事関係の強い障害	テーブルごとひっくり返す、食器ごと投げるとか、椅子に座っていれず、皆と一緒に食事できない、便や釘・石などを食べ体に異常をきたしたことがある拒食、特定のものしか食べずに体に異常をきたした偏食など。
7 排泄関係の強い障害	便を手でこねたり、便を投げたり、便を壁になすりつける、脅迫的に排尿排便行動を繰り返すなど。
8 著しい多動	身体・生命の危険につながる飛びだしをする。目を離すと一時も座れず走り回る、ベランダの上など高く危険な所に上る。
9 著しい騒がしさ	たえられないような大声を出す。一度泣き始めると大泣きが何時間も続く。
10 パニックのもたらす結果が大変なため処遇困難な状態	一度パニックが出ると、体力的にもとてもおさまられずつきあっていかれない状態を呈する。
11 粗暴で相手に恐怖感を与えるため処遇困難な状態	日常生活のちょっとしたことを注意しても、爆発的な行動を呈し、かかわっている側が恐怖を感じさせられるような状況がある。

強度行動障害判定基準表

行 動 障 害 の 内 容	1 点	2 点	3 点
1 ひどい自傷	週に1、2回	一日に1、2回	一日中
2 強い他傷	月に1、2回	週に1、2回	一日に何度も
3 激しいこだわり	週に1、2回	一日に1、2回	一日に何度も
4 激しいもの壊し	月に1、2回	週に1、2回	一日に何度も
5 睡眠の大きな乱れ	月に1、2回	週に1、2回	ほぼ毎日
6 食事関係の強い障害	週に	ほぼ毎日	ほぼ毎食
7 排泄関係の強い障害	月に	週に	ほぼ毎日
8 著しい多動	月に	週に	ほぼ毎日
9 著しい騒がしさ	ほぼ毎日	一日中	絶え間なく
10 パニックがひどく指導困難			あれば
11 粗暴で恐怖感を与え、指導困難			あれば

IV 「知的障害」についての最近の動向

上述してきたように、障害認定は、知的能力、社会生活（日常生活）能力、介護度（健康面、行動面）のうちのいくつかの指標を用いている。ところが、障害を違った観点から理解しようとする考え方がみられる。AAMR（1992年）とICIDH-2（国際障害分類第2版1997年）の一部について紹介したい。

1 AAMR（1992年）

AAMR（アメリカ精神遅滞協会）は、1921年に第1版を出版以来、精神遅滞についての用語と分類に関するマニュアルを作成し、今回は第9次改訂となる。

今回の改定で大きく変わった点は、

- 1) 「適応行動」の概念を発展させて10領域の適応領域（コミュニケーション、身辺処理、家庭生活、社会的技能、地域社会の利用、自己志向性、健康と安全、実用的学業、余暇、仕事）を設けたこと
- 2) 定義に付随して4つの前提を提示したこと
 - ① 妥当な評価とは、コミュニケーションや行動に見られる個人差だけでなく、文化的ならびに言語的な多様性を考慮したものである。
 - ② 適応スキルの制約は、コミュニティ環境の中での制約であり、それは、その人の個別的なサポートへのニーズを示すものである。
 - ③ 特定のスキルが制約を受けていても、別のスキルではまさったりすることが往々にしてある。
 - ④ 一定期間適切なサポートが提供されるなら、精神遅滞者の生活の機能状態は一般的に改善する。
- 3) 精神遅滞を4段階分類（軽度、中度、重度、最重度）する方式ではなく、サポートシステムの程度と種類を4段階（随時、限定、広範、全面）に分類する方式を採用したこ

と、である。

AAMRは、「精神遅滞」は特定の機能状態であり、幼少期に始まり、知的な制約とそれに関連する適応スキルの制約とが共存する状態をさす、としている。そして、精神遅滞の定義において重要な要素として「能力」「環境」「機能状態」の3つをあげ、能力と環境が精神遅滞の理解に欠かせないこと、社会的サポートへのニーズが個人の機能状態を反映すること、また、サポートの有無、質や量が機能状態に影響するとしている。

1) 精神遅滞の判別、分類、サポート設定は、以下の第1段階から第3段階で行う。

第1段階 精神遅滞の判別～知的機能レベル、適応スキルレベル、発現年齢の3つの判別基準で判別する

- i 知的機能レベル 標準的な知能検査を用いて、IQ70ないし75以下を基準とする。
- ii 適応スキルレベル 適応スキルの10領域（コミュニケーション、身辺処理、家庭生活、社会的技能、地域社会の利用、自己志向性、健康と安全、実用的学業、余暇、仕事）について、個人のレベルの概要を評価し、2つ以上の適応スキルの領域において知的機能の制約と関連した制約を随伴しているかどうかを判別する。
- iii 発現年齢 精神遅滞の状態が18歳までに発現したかどうか。

第2段階 分類と記述～第1段階で精神遅滞を判別されると、第2段階に進み、次の3次元について、長所と短所を明記する。書式例を図1に示す。

- 第1次元 知的機能と10領域の適応スキル
- 第2次元 心理／情緒の把握
- 第3次元 身体／健康状態／病因の把握
- 第4次元 環境要因の把握

図1 段階2：分類と記述

名 前 _____	日 付 _____								
<p><u>第1次元：知的機能と適応スキル（10領域）</u></p> <p>知的機能と適応行動における個人の長所と短所について記述してください。 その際、検査、観察のうちどちらを情報源としたか明記してください。</p> <p>*コミュニケーション</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black;">長 所</td> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black;">情報源</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">短 所</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">情報源</td> </tr> </table> <p>*身辺処理</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black;">長 所</td> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black;">情報源</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">短 所</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">情報源</td> </tr> </table> <p>∫ 略（ほか8領域について既述） ∫</p>		長 所	情報源	短 所	情報源	長 所	情報源	短 所	情報源
長 所	情報源								
短 所	情報源								
長 所	情報源								
短 所	情報源								
<p><u>第2次元 心理／情緒の把握</u></p> <p>個人の長所と短所について記述してください。その際、行動観察、臨床判定、または正式な判別法（たとえばDSM-Ⅲ-R）のうち、どれを情報源としたか明記してください。</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black;">長 所</td> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black;">情報源</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">短 所</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">情報源</td> </tr> </table>		長 所	情報源	短 所	情報源				
長 所	情報源								
短 所	情報源								
<p><u>第3次元：身体／健康状態／病因の把握</u></p> <p>行動観察、臨床判定、または正式な判別法（たとえばICD9）に基づき、健康状態に関する判別、主要な病因、その他の要因について記述してください。</p> <p>健康状態に関する判別： _____</p> <p>主要な病因： _____</p> <p>その他の病因： _____</p>									
<p><u>第4次元：環境要因の把握</u></p> <p>個人の生活環境、労働環境、教育環境について、その環境が、個人のコミュニティ参加や社会的サポート（家族や友人）、物質的な幸福（収入、住居、財産）等をどの程度促進しているか、または制限しているかについて記述してください。</p> <p>*生活状況</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black;">長 所</td> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black;">情報源</td> </tr> </table>		長 所	情報源						
長 所	情報源								

短 所 _____ 情報源 _____

* 仕事

長 所 _____ 情報源 _____

短 所 _____ 情報源 _____

* 教育

長 所 _____ 情報源 _____

短 所 _____ 情報源 _____

最適な環境について

個人の自立／相互依存、生産性、コミュニティ参加を促進するために最適と思われる環境について記述してください。

第3段階 必要なサポートの概要と程度～
一般的に、個人が必要とする訓練
やサポートのレベルは、個人のも
つ制約に比例する。そこで、第3
段階では、他分野の専門家グルー
プが必要なサポートを決定する。
そのサポートは4次元全域にわたる。

ズのあるサポート（例えば失業、重い
病気など）

○限定 (Limited) 特定の期間内に継
続して提供されるサポート。(例えば
短期の職業訓練、学生から成人への過
渡期のサポート)

○広範 (Extensive) 特定の環境 (例
えば職場、家庭) にいる間は定期的
(例えば毎日) 提供されるサポート。(例
えば長期の日常的な家庭介護)

○全面 (Pervasive) どんな環境にい
るかに関係なく提供される、恒久的に
密度の濃いサポートで生命維持に関わ
る可能性を含む。

2) サポートについて

① サポートの程度別定義と実例

○随時 (Intermittent) 「必要な都度」
提供されるサポート。単発的で、サポ
ートを常時必要とはしない個人が対象。
短期的ではあるが一生涯を通じてニ

② サポートの資源、機能、程度、期待される結果のモデル

サポート資源

- ・ 本人
- ・ 他者
- ・ 技術
- ・ サービス

サポート機能

- ・ 教示
- ・ 身の回りの世話・家庭生活援助
- ・ 金銭出納計画の援助・就労援助
- ・ コミュニティへのアクセスと利用
- ・ 健康援助
- ・ 行動支援

サポートの程度

- ・ 随時
- ・ 限定
- ・ 広範
- ・ 全面

期待される結果

- ・ 適応スキルレベルの向上と機能の改善
- ・ 訓練目標を最大限にする
- ・ 現存社会の環境的側面の改善や、選択、能力、尊敬、社会参加の促進

- ③「サポート」を用いる際に留意すべき点
- i. 一定期間適切なサポートが提供されるなら、精神遅滞者の生活の機能状態は一般的に改善する。しかし、必要なサービスが打ち切られることのないように、個人は種類や程度の異なるサポートやサポートシステムの枠の中から「出たり入ったりできる」との認識に立っている。
 - ii. 個人が本来持っているスキルの改善を目的とする「訓練と治療努力」と、環境や社会の受け入れ態勢の改善とを、概念としてはっきり区別しなければならない。
 - iii. その他、開発途上にあるサポート技術のポイントや精神遅滞者の精神生活の役割、サポートの基準についてなどの提案

④適用の実際

高校卒業を間近にひかえた事例

アリスは18歳で、職業訓練終了と高校卒業を間近にひかえている。彼女は、社会的技能、仕事や日常生活のスキルに長所があるため、必要なサポートは、卒業生特殊教育学習計画による臨時就労援助のみである。アリスは進行性視力低下のため、まもなく医学的介護（短期で集中的）が必要である。環境面では一時的な随時のサポートが必要と思われる。なぜなら彼女は現在自宅で生活しているが、両親はどちらも70代後半で病弱との事情があるためだ。このサポートがあれば、彼女は両親とともに経済的な計画作りに着手できる。アリスが必要とするサポートの概要を表1に示す。

表1 現在アリスが必要とするサポート

次元／領域	サポート機能	活 動	時 間	程 度
1) 知的機能と適応スキル				
仕事	コミュニティへのアクセス 就労援助 友好	職場への往復 担当する仕事 同僚や上司との相互依存を学習	継続的 継続的 継続的	限定 随時 随時
家庭生活	教示	家事 食物管理 予算計画	継続的 継続的 継続的	随時 随時 随時
地域社会の利用／社会的技能	コミュニティへのアクセス 友好／教示	同輩や同僚との余暇活動	継続的	随時
実用的学業	金銭出納計画の援助	労働報酬の調整	継続的	随時
2) 心理／情緒の把握				
3) 身体／健康状態／病因の把握	健康援助	眼科手術	時期限定	広範
4) 環境要因の把握	友好 金銭出納計画の援助	住居の選択 交友関係 予算計画	時期限定 継続的	随時 限定

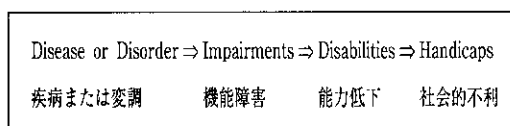
2 ICIDH-2 (国際障害分類第2版)

ICIDH-2 (国際障害分類第2版) は、International Classification of Impairments, Activities and Participation: A Manual of Dimensions of Disablement and Functioning = 機能障害、活動、参加の国際分類：障害と機能の諸次元のマニュアルである。1980年にWHO (世界保健機構) によって発行された「国際障害分類」ICIDH: International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps = 機能障害、能力障害 (能力低下)、社会的不利の国際分類 = の改訂版で、1999年まで検討が続けられ最終案が作られる予定である。

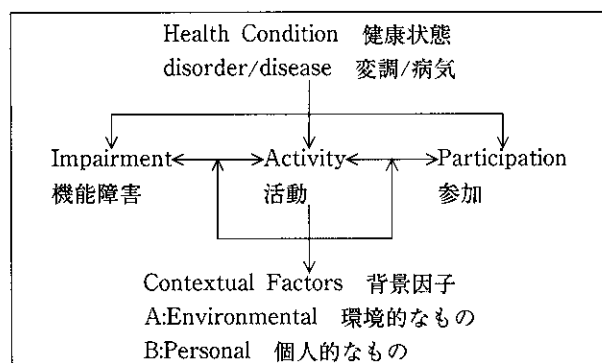
ICIDH-2はICD (国際疾病分類) が疾病や変調、精神的外傷など健康状態それ自体はICDで分類され、健康状態に関連した諸帰結がICIDHで示される。

この中で注目されるのは、1980年版で考えられた図式の変更の提案である。

1980年



今回の改定では、「能力低下」を「活動」に、「社会的不利」を「参加」として、肯定的な意味合いを加えた。また、「活動」に大きな影響をもつものとして、社会の態度や建築の様式、法制度などの「環境要因」と性別、年齢、ライフスタイル、性格などの「個人因子」を背景因子として捕らえ、「活動」の質や量が固定的なものではなく、背景因子によって内容が変わりうるものであることを図式で表している。



(ICIDH-2の仮訳 (佐藤久夫氏らによるホームページ <http://plaza6.mbn.or.jp/~jlmr/icidadcover.html> # ICIDHを参考に引用)

3 今後の課題

AAMR、ICIDH-2においては、障害を固定された状態像とは考えず、環境との関係の中で変化しうるものと捉えている点で共通している。AAMRでは既述したように、障害の認定にとどまらず、適応レベルの詳細な記述からサポート案の提示までを視野に入れている。

また、サポート案の作成、決定作業には、専門家だけでなく、本人や家族の意見が取り入れられる。アメリカにおいては、IEP (個別学習計画) を始めとして、個人ごとに将来を見通した計画が、所属する場に関係なく一貫して行われるシステムが存在すると聞く。

(IV-1、IV-2)

わが国においては、障害認定は今のところ各種給付金やサービス利用の資格的なものに止まっていて、障害をもつ人の将来を見越した一貫的なかつ、機関毎でない総合的なサービス計画の作成にはほど遠い現状である。

今後、高齢福祉に関わるケアプランの影響を受け、障害者においても介護支援計画の策定などが俎上に上ると思われる。一人一人の障害者について、障害認定からサービス提供に至る総合的・一貫的な計画の作成、専門家のチームワーク、本人・家族の計画策定への参加などが検討される必要があるだろう。

IV-1 「PERSON CENTERED パーソナルセンタード、当事者中心!

～カリフォルニア州、発達障害者支援に関わる人々」

編集/発行 障害当事者中心の支援システム研究会

IV-2 「アメリカ障害児教育の魅力」

佐藤恵利子・裕著 学苑社

V 療育手帳制度の現状と課題

1 療育手帳所持者数 (成人) の推移

療育手帳制度発足当時は、手帳を所持することで福祉の分野あるいはそれ以外のところで排除的な対応がなされるのではないかと家族の

懸念もあった。各自治体をはじめ相談判定機関としては手帳が適切に活用されるよう、関係機関をはじめ市民への啓発をおすすめてきた。

大阪府内における成人の療育手帳所持者はS49年度以降、尚増加し続けている。S62年度の成人の所持者数を100とすれば、H10年度には166になる。障害程度別にみるとH4年度には重度は125 中度は164 軽度は114であるが、H10年度には重度は159 中度は197 軽度153と増加し、特に中度の増加が著しい。これは平成3年12月にJR旅客運賃割引制度が発足したことによるものと考えられる。

障害程度における割合を全国平均でみると、重度が48%、中・軽度が52%（1995年3月全日本手をつなぐ育成会調査）である。大阪府内においては重度58%、中度28%軽度が15%である（表V-1 大阪府内療育手帳所持者数の推移）。

成人になってはじめて手帳を申請した人の年齢層について、大阪府知的障害者サポートセンター（法上は大阪府知的障害者更生相談所）の9年度の状況から調査した（表V-2 交付申請者の年齢層）。9年度に新規交付申請をした人は364人であるが、そのうち319人（男性178

人56%、女性141人44%）がまったくはじめて更生相談所を訪れた人であった。20歳代前半、20歳代後半でそれぞれ2割近く占め、30歳代前半、30歳代後半、40歳代前半、40歳代後半でそれぞれ1割近く、50歳以上で1割強の申請であった。日常の相談・判定業務のなかで20歳代の人については学校卒業後就労していたが、不景気、倒産など会社の状況や、本人の不応感・行動のため退職を余儀なくされ、次の職場を求めて公共職業安定所へ求職活動が続けるなかで、障害認定をうけての就労が望ましいのではないかとの考えから手帳申請にいたった人たちが多く。それ以降の年代の人も在宅で家族との生活をながく続けてきていて、家族が人づてにはじめて福祉制度のことをきいたり、世帯主が親から兄弟に代わりし、障害のある兄弟の将来を考えてはじめて福祉事務所に相談をかけて、手帳のことを知った人が多い。

このような状況から療育手帳制度が発足して25年を経ているが、尚潜在層がかなりあるだろうと考えられる。今後、障害についての国民の理解が更に深まり、また障害程度で利用者を制限するような現行のやり方がみなおされれば申請数は更に増加するものと思われる。

表V-1 大阪府内 療育手帳所持者数の推移（各年度末）

年 度	総 数 成 人	成人 程度別内訳人数		
		重度 A	中度 B 1	軽度 B 2
昭 和 62	11,152	6,823	2,433	1,896
昭 和 63	10,482	6,052	2,912	1,518
平 成 1	11,503	6,640	3,210	1,653
平 成 2	12,611	7,296	3,491	1,824
平 成 3	13,637	7,913	3,731	1,993
平 成 4	14,675	8,519	3,991	2,165
平 成 5	15,666	9,145	4,214	2,307
平 成 6	16,538	9,664	4,405	2,469
平 成 7	17,462	10,227	4,575	2,660
平 成 8	18,310	10,679	4,768	2,863
平 成 9	18,569	10,852	4,809	2,908

注：大阪市はのぞく（大阪市は平成5年12月より 療育手帳制度実施）

表V-2 交付申請者の年齢層（人）

	男	女	計
～ 19 歳	24	24	48
20 ～ 24 歳	32	26	58
25 ～ 29 歳	35	19	54
30 ～ 34 歳	18	7	25
35 ～ 39 歳	22	14	36
40 ～ 44 歳	15	13	28
45 ～ 49 歳	16	15	31
50 ～ 54 歳	6	10	16
55 ～ 59 歳	8	7	15
60 ～ 64 歳	1	5	6
65 歳 ～	1	1	2
計	178	141	319

2 障害程度について

昭和35年以来、療育手帳制度が発足するまでは施設への入所に際して知的障害のある人の状態を説明するのに全体の臨床像とともにIQ値をとりあげて重度、中度、軽度と評定していたむきがあった。大阪府では療育手帳制度の発足後、徐々に適応行動の側面をとりいれはじめ、昭和60年に厚生省心身障害研究「心身障害の判定指標の開発に関する研究」で紹介した現行案（図V-1）について、試行期間を経て昭和62年4月より用いている。個人の知的能力を重視するのではなく、社会生活能力と同等の比重を考え、介護の程度（健康障害・行動障害）を更に勘案するというものである。しかし、福祉サービスの利用にあたっては、個々人のサービスの必要度についての判断とは別に障害の程度によってサービスが分断されるという結果をうみだしている。また、この重度、中度、軽度というのは総合判定であるため、個人の状態をあきらかにすることはではなく、軽度で不就労の人、重度で永年勤続就労している人などさまざまに本人、家族、社会の誤解を生み出してきたといえる。AAMR第9版等最近の障害についての考え方は、従来の障害程度概念をこえて、「障害のある個人ができることはなにか」「できないことはなにか」「どのような支援があればできるようになるのか」といった視点にたっている。そういった意味で程度分類よりは先ずどのようなニーズのある人にどのような援助・サービスが必要なのかといったサービス内容についての施策の目的を適切かつ明確なものにしていくことが重要ではないかと考えている。

3 程度評価の軸（知能・社会生活能力・介護の程度）について

大阪府・市では図V-1の基準をもちいている。数年の間隔において、再度、知能検査を実施することがある。その結果多くの人において大きく変動はしない。知能と社会生活能力の関係について調査したところ相関は高かった。表V-3のデータに対してカイ二乗検定を行った

ところ、 $\chi^2 (df9) = 2126.7$ $P < .001$ であった。ケンドールの順位相関係数を算出したところ、 $r_k = 0.744$ となった）しかしなかには本人の意欲の低下や老化、疾病など、精神的あるいは身体的な状態の変化のために以前に比べ、能力低下がおきたり、逆に環境調整や医療的ケアが作用して、積極性・安定性が育まれて、能力の充進や豊かな内容が表現されることがある。また適応行動の優位な人や知能の優位な人がいる。適応行動の優位な人は、環境との関係のなかでその人の力を十分発揮しているわけである。知能が優位だけれど適応行動の力の弱い人は日常生活での体験の幅がとても少なかった人で、環境面あるいは医療面の援助がより必要になる。

表V-3 知能と社会生活能力（平成5年度来所者のうち1,912人）

知能	軽度	3	15	116	176	計 310
	中度	22	136	349	51	558
	重度	103	347	139	0	589
	最重度	408	47	0	0	455
	計	536	545	604	227	
	最重度	重度	中度	軽度		
	社会生活能力					

4 再判定について

厚生省通知では2年ごとに再判定を実施するようにとの考えが出されているが、各都道府県の工夫はさまざまである。大阪府では在宅で生活している人については5年後、居住型施設で生活している人については10年後に定めている。勿論、さまざまな原因により知的障害者の状況が変化し、療育手帳の程度もかわるのではないと思われる場合は、その都度、更新申請をなすことは可能になっている。

援護の実施機関である各市等の福祉事務所には地域でくらしている知的障害者・施設でくらしている知的障害者の各々の実情を把握し、新たな制度や資源をわかりやすく家族等に届けることが求められている。しかし多くの事務所に

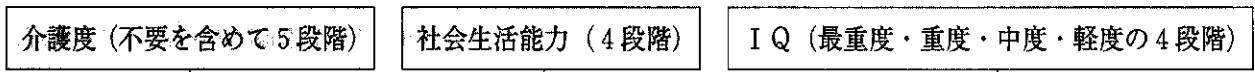
において担当職員が少ないうえ、多様で他分野にわたるさまざまな分掌をになっているため上記のことがらが十分できているとは言いがたい状況があるため、少なくとも5年に1度の更新申請の機会を大切にしたい思いをもっている。なかには本人の状態に変化はないのに再判定のために時間をさかねばならないのかと家族からお叱りをうけることもある。一方、心身ともにとっても障害が重い状態だが、本人や家族の生活について福祉事務所や相談所の職員と話し合える機会があることを楽しみに迎えてくださる場合も多い。まずの目的は療育手帳を取得することであっても、新たなサービスを届けたり、ニーズをほりおこす機会になればと考える。福祉の理念や動きについての情報を家族に届け、家族だけで背負い続けてきた悩みのいったんをにない、本人が個人として満足できる生活を支援するために本人の可能性をふくめた状態、願いと

環境との関係を理解し、援助の方策を共に考えるうえで再判定制度がもつ意味は大きいと考えている。

5 手帳の名称・様式について

手帳の名称については、全国的にみて「療育手帳」が多く用いられているが、東京都においては「愛の手帳」、埼玉県においては「みどりの手帳」となっている。子どもからおとなまで共通の名称になっている「療育手帳」に関して、検討を求める関係者の声は大きい。また様式については、とりわけ知的障害のある本人たちから日常、活用するうえで、携帯に便利なもの、提示しやすいものをとコンパクトなカード形式のものをと提案がだされている。これからの改訂にあたっては、これらの意見を十分反映することが大切であると考えている。

知的障害とは、出生前、出産時或いは出生後の発達期における種々の原因によって、知能が明らかに平均以下の状態にあり、社会適応の障害を伴っているものである。



精神発達障害の程度
〔I～Ⅶの7段階〕

療育手帳 (A・B₁・B₂)

社会生活能力における臨床像

介 護 度 表

	軽 度	中 度	重 度	最 重 度
破壊多動 暴力 盗み	指導容易	要指導	事故警戒	事故頻発の恐れ
自傷	時々傷つけることがある	終始あり、生傷がたえない	かなり危険あり、監視を要する	
性的問題	時々、人前で自慰をしたり露出する	しばしば、人前で自慰をしたり露出する	他人に害を及ぼす	
放浪	時々あるが、帰ってくる	探しにいかないと戻らない	目が離せない	
飲食障害：異食拒食 大食	たまにあるが注意すれば止める	要指導	要注意	
排泄障害：遺尿 夜尿 漏便 不潔	たまにあるが注意すれば止める	要指導	要注意 (便こねなど)	
睡眠障害	時々、夜間に騒ぐ	度々、夜間に騒ぐ	常時、昼夜逆転し人を困らせる	
薬物、酒			中毒症状	
常同行為、奇癖	時々あり、人を困らせる	度々、指導困難		
気分変動 心気症的傾向 被害意識	時々不調を訴える	度々不調を訴える	終始不調を訴え、指導困難	
癖、虚弱	加療で日常生活可能	家庭生活なら可能	療養、入院を要する	
てんかん	加療してれば発作はない	発作が月数回程度ある	大発作がいつおこるか分からない	重積発作
パーソナリティ障害 精神発達障害の程度への加味	0	-1	-2	-2

領域	ド 位 領域	最重度※1	重 度 ※2	中 度 ※3	軽 度 ※4	加重点
身辺自立	食事 排泄 着脱衣 入浴・洗面 身だしなみ	食事・排泄などに一部自立していることもある。	身辺処理はおおむね自立している。	身辺処理は自立している。	身辺を清潔に保つ。	×5
移動	身体移動 交通移動	家庭内であればひとりで移動する。	単純な経路であればひとりで通う。	交通機関はある程度利用する。	自由に交通機関を利用する。	×2
意思交換	了解 表現 人間関係	簡単なことばがあり、簡単な指示がわかり、それに従う。	簡単な会話ができる。	日常会話ができ自分から集団生活に参加する。	限られた人間関係は円滑に保つ。	×3
生活文化	文字・時間 数・買物 健康管理	介護者のもとで生活する。	限られた地域社会の中で生活する。	少しの援助があれば、地域社会の中で生活する。	特殊な場合を除いて、地域社会で生活する。	×3
職 業	意欲・興味 手洗・体力・身のこなし 家事 就労または家事労働	家族などの指示で、ごく簡単な作業や家事を手伝う。	きまった簡単な家事や作業をする。	ある程度の家事や仕事をこなす。	少しの援助で職業生活や家庭生活を維持する。	×4

註：※印は評価点

5つの領域の(評価点×加重点)の合計が社会生活能力評価点になる

精神発達障害の程度

IQ	社会生活能力評価点			
	17～29 最重度	30～42 重 度	43～56 中 度	57～68 軽 度
最 重 度	I	II	III	IV
重 度	II	III	IV	V
中 度	III	IV	V	VI
軽 度	IV	V	VI	Ⅶ

IQは知能検査により算出する

総 合 判 定

療 育 手 帳	介護度を加味した程度	I 以下	II、III	IV、V	VI、Ⅶ
		A		B ₁	B ₂
		(最重度)	(重 度)		

図V-1 知的障害の程度判定基準

VI 障害認定の方法

1 認定の目的

障害の認定は、障害を有する本人及びその家族が必要とする各種サービスを適切に把握し提供するために行われるものである。その実施に当たっては、人権擁護の観点から当該本人の同意を前提とし、専門家による総合的な認定方法がとられる必要がある。したがって、認定方法は、医師一人に、その個人の属性の診断を委ねるのに留まらず、現在、児童相談所や知的障害者更生相談所等で実施されているような福祉や心理学、医学等の専門家チームによる手法が不可欠である。

正当な手続きによる障害認定は、これを実施することで障害本人や家族の福祉の増進を図るのみならず、併せて、一般社会の障害に対する理解を促進し、障害者の地域での生活の満足度を向上させることにも寄与するものである。

2 認定の方法

障害の認定は、大きく3つの段階に分けられる。ひとつめは「知的障害」そのものの有無であり、ふたつめはその知的障害から生ずるその個人の「ニーズの評価」であり、3つめは特定の福祉サービスを受けるための受給要件としての「認定」である。

以下、本文では1番目を「障害認定」、2番目を「ニーズ評価」、3番目を「制度利用認定」と呼んで区別することにする。なお、後に問題となる療育手帳や障害年金、障害施設の利用などは適切な「障害認定」と「ニーズ評価」を経て、限定的に「制度利用認定」を行うものであることを明記しておきたい。

(1) 「障害認定」について

「障害認定」については、その定義にしたがい、以下の3点をすべて満たすかどうか診断する必要がある。

- ①知的機能の水準が平均よりも明らかに劣っていること

- ②社会生活能力において適応上の問題を持っていること

- ③発症年齢が発達期中であること

これらの診断の際には、福祉や心理学、医学の専門家による調査や検査が行われる。

まず、①知的機能については、標準化された知能検査により、標準よりも2標準偏差(SD)以上低いこと。具体的には、知能指数(IQ)75以下がめやすくなる。②社会生活能力については、身辺自立、移動、意思交換、生活文化、職業などの領域において少なくとも2つ以上の領域で適応上の問題を持つことがめやすくなる。③発症年齢についてはおおむね18歳までとなる。

なお、社会生活能力については、どの範囲を評価の対象とするかといった課題があると同時に、アメリカ精神発達遅滞協会(AAMR)の10領域を最高に、細分化をすればするほど認定の要件は緩和されることになる。この点については、節を改めて論じる。

(2) 「ニーズ評価」について

知的障害者個々の「ニーズ評価」に当たっては、さらに幅広い要件を調査し吟味する必要が生じてくる。まず、社会生活能力についての詳細な調査が必要である。次に、行動面と健康面等における特別な介護ニーズについての調査がある。また、知的障害となった原因の調査と、生活や教育、職場の環境についての調査が必要な場合もある。これらの調査から知的障害の程度の認定とともに、その環境や本人、また家族への援助プログラムが明確になってくる。

まず、社会生活能力については、成人の調査データは極めて不足している。大阪府知的障害者サポートセンターは、豊富な相談事例からその通過率を調査し独自の調査票を作成しているが、大きくは身辺自立、移動、意思交換、生活文化、職業の5領域、

下位領域としては、別表のと通りの17領域からなる評価表を作成し、現在の障害認定の作業を行っている。この調査票は大阪府の他いくつかの県・市の知的障害者更生相談所で実務に活用されている。

身辺自立	移 動	意思交換	生活文化	職 業
食事	身体移動	了解	文字・時間	意欲・興味
排泄	交通移動	理解	数・買物	手先・体力等
衣服の着脱		人間関係	健康管理	家事
入浴・洗面				就労
身だしなみ				

行動上の問題や健康面等での制約などにより、介護や支援が円滑に行われない場合は、さらに付加的なニーズが本人および家族から生じてくる場合がある。具体的には、粗暴行為や虚言、盗み、自傷、あるいは、妄想や不眠、てんかん発作、病虚弱、また複雑な身体介護などである。

次に原因の診断についてであるが、知的障害となる医学的な診断は医師によって行われるが、原因の特定は2割に満たないとされている。しかし、発達の初期においてはフェニールケトン尿症のように原因を特定することによりその

治療法が確定しているものについては障害の改善に大きく寄与することは特筆に値する。また、思春期の精神疾患等により急激な知能障害を併発した場合の鑑別に、原因の特定のもつ意味は大きいものがある。

さらに環境の評価については、本人および家族の生活の状況や、教育および職場の環境が評価表などにより、広範にかつ系統的に評価される必要がある。しかし、わが国において、障害者やその家族がおかれている環境を障害認定の観点から評価する試みはほとんど見当たらない。先行する老人介護の分野においても、要介護状態の認定は、極力環境要因を排除し、本人の日常生活動作等を評価するところにとどまっております。環境要因の評価は今後の課題となっている。

これらの評価項目から全体的な「ニーズ評価」がなされるわけであるが、援助の必要度に応じて、次の4段階に整理するのが分かりやすい。つまり、介護や支援が「常時複雑な介護や支援が必要」(Ⅰ度)、「常時介護や支援が必要」(Ⅱ度)、「時々介護や支援が必要」(Ⅲ度)、「一時的に介護や支援が必要」(Ⅳ度)の区分である。

〔評価例〕 社会生活分野に対するニーズ評価

	身 辺 自 立	移 動	意 思 交 換	生 活 文 化	職 業
社会生活分野	食事 排泄 衣服の着脱 入浴・洗面 身だしなみ	身体移動 交通移動	了解 理解 人間関係	文字・時間 数・買物 健康管理	意欲・興味 手先・体力等 家事 就労
複雑					
常時				浪費ぐせ阻止	家事援助
時々		てんかん発作 事故防止	公的機関からの通知 の解説	余暇利用援助	職場での疎外防止
一時	季節の衣替え	旅行時の案内			

↑
援助の必要度

〔評価例〕 環境面への配慮としてのニーズ評価

	家族環境	地域環境	教育環境	職場環境	その他の環境
複雑					
常時	浪費ぐせ阻止 家事援助				
時々		てんかん発作 事故防止	余暇利用援助	職場での疎外防止	
一時	季節の衣替え	旅行時の案内			

↑
援助の必要度

具体的なニーズ評価の方法は、障害認定のように標準化された検査等はいわずに、面接と調査によって評価者が、知的障害者本人とその援助者と協力して行う共同作業となる場合がほとんどである。実際、このような試みは滋賀県甲賀郡障害者生活支援センターなどいくつかの地域生活支援センターなどで先駆的に実施されている。

(3) 制度利用認定について

現在、福祉的な諸制度はその制度の趣旨と財政的な理由などから、一定の障害者を限定的に制度利用の対象者として認定するしくみを作り上げている。手当支給、年金給付、税控除、利用割引などがこれにあたる。

制度利用認定はその主旨からいって知的障害者個々のどの様なニーズに対して優遇

措置を取るのかが明確にせざるをえない。例えば、雇用助成は「職業」分野のニーズへの対応であろう。それぞれの分野におけるニーズ評価を基にそれぞれの財政的理由から優遇措置の水準を設定すればもっとも合理的なものになるであろう。

3 療育手帳について

さて、このような障害認定を論じてくると、現在知的障害者の確認資料となっている療育手帳について議論を整理しておく必要が生じてくる。まず、「障害認定」において身体障害者と同様に、「療育手帳」の所持・不所持が障害の有無と直結するよう制度の整備を行うことがもっとも混乱のないやり方であろう。つまり「療育手帳」を所持している者が知的障害者であると社会的に位置づけ援護の基礎要件とすることである。

社会生活分野の援助の必要度 (該当のものに○)					
	身辺自立	移動	意思交換	生活文化	職業
複雑					
常時					
時々					
一時					
なし					

次に、ニーズ評価を「療育手帳」に記載し、諸制度の利用に資することである。どの社会生活分野において、どの程度介護や支援へのニ

ズが発生してくるかを記載できるようにし、諸制度の利用に繋げるものである。

「障害認定」は、一定の観察時間の後ほぼ確

定するのに比べ、「ニーズ評価」「制度利用認定」については、本児の発達や老化、また家庭、地域、学校、職場などの環境因により変動することが十分にありえる。そのため、後2者の認定には一定の有効期間と再認定の手続きを用意しておかなければならない。

認定の有効期間は1～5年とするのが妥当であろう。例えば大阪府知的障害者サポートセンターの場合、近々の変化が予想される場合、1年後の再認定を予定している。一方あまり変化が考えられない場合には、5年の有効期間を設定している。なお、再認定においては、これまで述べた認定手続きをある程度簡略化して用いることも可能であろう。またなんらかの変動が生じた場合には、速やかに再認定できるような体制と雰囲気を作っておくことも必要なことである。

4 認定不服請求

認定事務の実施に当たっては、認定基準や認定手法の整備のほかに不服請求等の救済制度を整備する必要がある。一般の行政不服審査制度を利用する方法は当然ながら、認定が高度に専門的な事務となることから、予め第三者を含めた「認定調査委員会」等の設置が求められる。認定事務の責任者の代表と知的障害者団体の代表、関連施設や企業等の代表、及び、学識経験者などからなる数名の「認定調査委員会」を設置し、不服請求に備える必要がある。ここでは、認定行為そのものの妥当性や認定の適切性、さらに再認定への勧告等が位置づけられる。

VII 知的障害者更生相談所の相談・判定等の現状と課題

1 更生相談所の現状

知的障害者福祉法による援護の対象であること及び18歳以上の知的障害者への療育手帳の交付、障害程度の判定を実施する機関として知的障害者更生相談所がある。

知的障害者更生相談所は、知的障害者福祉を図るための専門機関として、知的障害者の援護

の第一線機関である福祉事務所をサポートする技術センターの役割をになっている。福祉事務所が知的障害者を援護するにあたって、その基礎となる医学的、心理学的、職能的判定等を実施し、その結果に基づき援護の指針を提供するなど高度な専門的知識と技能を必要とするため、それら専門的な人材と設備を備えた中枢機関といえる。

また、昭和48年の療育手帳制度実施にあたって、手帳の交付対象者であるかどうかの障害認定と障害程度判定の業務、及び更新時の障害程度判定が知的障害者更生相談所と児童相談所に加わった。

知的障害者更生相談所は、都道府県においては義務設置である。政令指定都市については、平成2年の福祉八法の改正により、平成5年から任意に設置できることとなった。平成6年4月千葉市の設置をもって全政令指定都市が設置した。これにより都道府県の設置する60ヶ所(新潟県など5県で複数設置)に加え全国で72ヶ所となった。

しかし、その設置形態は、単独、児童相談所との併設、身体障害者更生相談所との併設(障害者更生相談所)、リハビリテーションセンター・その他相談機関との併設など様々な状況である。また、その人員配置については、全般に少人数であり、他の業務との兼任も多く厳しい状況にある。また、地域格差も窺える。

2 大阪における精神薄弱者更生相談所の業務内容

大阪では法に基づく業務以外に次のような業務を行っている。

1. 研修(福祉事務所・施設・養護学校等に対する研修、知的障害者相談員研修、グループホーム世話人養成研修など)
2. 知的障害福祉情報の収集・整理・提供
3. 本人・家族への継続指導、心理治療、本人活動支援
4. 進路相談(養護学校高等部卒業予定者に対する)など