

は保育所、町村の保健センターが中心となっているのが現状である。そこでは母子保健・保育の面は担保されるものの発達を前提にして情緒的・心理的側面の援助は弱いように思われる。

その意味において、心理学的地域援助の出来る専門職員がその役割を荷負うのは意義あることと考える。1歳6ヵ月・3歳児健康診査は障害児の早期発見にとって類を見ない秀でた制度であり、ここで発見された障害児が地域で発達を保障され、健やかに育てられていくためには地域の資源を十分に活用した精健後の支援体制を確立していくことが必須であると思われる。

No.101

国がすすめている地域療育支援事業指定施設において地域療育活動の一環として、外来、訪問等により母子保健あるいは精健を担うことが適当である。

No.102

母子保健や地域療育が市町村単位また市町村主体でなされる流れの中で精健も、すでに市町主催の事業にスタッフとして参加する形になってきている。当所管内では、市町の民生と保健がタイアップして主催することが多い健診後母子グループ指導にスタッフとして心理判定員が参加しながら、その中で精健の事業内容を実施することが多い。

No.103

母子保健が市町村に移譲されてから、市町村保健センターから3歳児精健として、児相にあがってくるケースは減少している。また、保健所の方で実施している特殊育児クリニックの方にも相談ケースは少なくなっている。かといって、市町村独自の地域教育の場も増えていない現状である。市町村の中で、健診体制→精健→地域療育と体制が整えてきているところと、そこまでなかなかすまないところとの市町村格差がでている現状である。市町村における母子保健、地域療育の考え方に差が見られるが、先進的に市町村をモデルとして、地域療育体制を整えていく必要がある。

No.109

精健が保護者に対する療育への動機付けや障害受容のきっかけとなればと考えている。地域の保健士さんから児相へ紹介はされるものの保護者にとっては、敷居が高く、相談所に出向くことへの抵抗が多いように感じられる。もっと身近な相談機関となるよう心がけたい。また、地域の保健士の方々と連携を密にできるよう心がけたい。

No.111

判定員が1名しか配置されていない当支所では精健まで手がまわりかねるが、保健所からのことわりきれない地域療育は市町村で、母子精健は保健所で、障害認定は児相で、と一応の役割分担をしているが、ケースを一貫して支えるところがなくとりこぼしがあったり、それぞれの動きがかみ合わなかったり、行くとこ行くとこ説明がちがうと利用者からしかられたりしている。有機的連携という聞こえはいいが、集団無責任になりかねない。市町村のレベルアップ、保健所の主導性発揮を望みたい。

No.112

平成11年4月に精密健康診査を含む乳幼児健康診査事業が「市町村事業化」されたことに伴い、精密検査や事後指導の未受診児のフォロー責任の所在についての議論等もなくなり、第一義的には「市町村」に、第二義的には「県保健所」に、第三義的には「児童相談所」にあることを認識した上で、互いに各機関の機能発揮を実現しやすくなったと考えている。具体的には、市町村が必要なスタッフを確保し、単独でなく広域的に協力して「精密検査」の場を設定する。なお、早期療育につながることを要するケースについては児童相談所へ連絡をもらい、療育相談の上で地域での「毎日通園の療育機関」や児童相談所の「母子通園指導事業」等の療育の場で発達援助を行い、また一部

については「保健所や市町村の育児支援の場」につなぎながら発達フォローを展開するシステムを構築できないかと考えている。

No.119

直接各ケースをマネジメントして行くのは各地域の保健婦が中心となっていくべきである。当然保健婦はソーシャルワーカー的資源や技量を必要とされるので研修等も必須である。

No.121

乳幼児精健のシステムあるいは療育態勢が地域で根付いてきつつある現状および平成11年度から国の通知によれば児相が実施主体から外れたということも併せ考えると今後も児相が主体的な役割を持っていくべきものとは考えられない。しかしながら乳幼児精健は障害についての診断ということのみならず、保護者に対して療育の方向性について援助したり、障害受容を促したりという側面もあり、幅広い援助を必要となるものと考えられる。

援助の一部については児相の機能を活用することが期待されていることも否定できない。地域療育システムが根付きつつあると言っても地域格差も残っており、市町村保健婦等への技術援助や療育教室の開設援助等側面的な援助の役割も全くなくなったとは考えられない。

No.123

- ・精健の意義は発達障害の発見と診断がなお中心となっているが、広く子育てにかかる相談の場として位置付け、体制を整備することが望ましい。
- ・健診をきっかけとする子育てのサポート、より広いゆるやかな交流グループなど、子や親の状況に応じた選択肢があれば、利用しやすい。児童虐待への対応も、母子保健の方向からだアプローチしやすいことがあり、母子保健の重要性は大きい。
- ・精健を地域療育の橋渡しと位置付けているが、現実には保育所以外には身近に利用できる療育施設がない地域が多い。保育所の療育機能を高める。市町村の健診における心理職等の導入の推進。
- ・市町村の母子保健と福祉・教育の、連携と役割分担が効果的に行われること。

No.126

地域療育がもっとできるようになるとよい。それには、専門スタッフが絶対数とは足りない。

No.128

当児童相談所は、管内に三つの保健所と九つの自治体があり、管内人口は120万人余である。心理判定員は課長も含めて4人で、保健婦の配置もない。児童相談所に寄せられる相談は、崩壊家庭、機能不全家庭等での虐待や児童の不応行動、非行などが多く、緊急性の高いそれらの相談への対応を迫られている。児童相談所での知的障害児への対応は、療育手帳の判定や通園施設の利用等に関するものが多い。次いで前述の養護、性行、非行等の相談で関わる場合も多い。乳幼児健診のフォローは、市町村や保健所が心理職を配置するなどの体制を整えて対応しつつあり、相対的に児童相談所へくるケースは減少している。児童相談所は管内が広い上に、虐待を中心とした養護、非行、性行等への対応を迫られており、療育の領域まで守備範囲を広げることが困難になりつつある。また、障害児やその家族にとっても一次健診から関係のある保健所や市町村の保健センター等の方が身近で利用しやすいと思われる。

今後は、児童相談所はさらに増加が予想される養護、非行、性行等を中心に対応し、知的障害児の療育や指導は地域の保健所や市町村が担って行くことが合理的で効果的であると考え。さらに地域の通園施設等が技術的援助のセンター的な役割を担って行くことが望ましいと考える。

No.130

「早期発見、早期治療」という目標のもとに勧められてきた乳幼児健診は、今日の障害を持つ子

ども達への援助の制度やシステムを確立させてきた。その一方で「子どもの遅れ」の発見とその対応に熱心になる余りに、母親の不安や、育児のしんどさに対する対応が、なおざりにされてきたのではないかと思う。育児のアドバイスや支援が十分なされないままに、療育の場に入った結果、子どもの発達や、機能向上に偏りすぎた療育のなかで、それを介してしか親子関係が成立しなかったり、育児への自信が持てず、必要な躰ができないといった問題が生じている。「早期発見、早期治療」がその目標をほぼ達成した今、母子保健は本来の「育児支援」に重点を置くようシフトしていく必要があると考える。

No.133

- 虐待の予防のために育児不安をかかえている母親へのフォロー体制を作っていきたい。
- 母親が病的な状態であることも多くなっており、精神科医が児相スタッフの一員となって欲しい。
- 知的障害施設等が行う地域療育事業について、訪問指導・カンファレンス等により児相が連携・援助していきたい。

資料4 AAMR について

精神遅滞の定義と分類について

～アメリカ精神遅滞学会 (AAMR) 「定義、分類とサポートシステム」(1992) の考え方～

AAMR (アメリカ精神遅滞学会) は米国での精神遅滞に関する概念、理解、定義および分類法の検討とそれらに基づいた実践において中心的な役割を果たしてきた。1992年、AAMR「精神遅滞定義、分類とサポートシステム」が出版された。これは AAMR による精神遅滞定義と分類マニュアルの第9版であり、精神遅滞の新しい考え方と定義が示されている。第9版は精神遅滞をどのように理解するかという問題に、従来になかった視点を導入し、個人の適応機能とサポートの実際を重視した機能主義を中心に据えている。そこではサポートが必要な領域と程度が明らかにされ、社会生活を送る上で必要な援助が精神遅滞とされる個人の理解にとって不可欠な要素として取り入れられている。第9版に述べられている精神遅滞定義や考え方から、わが国における知的障害の判定や援助の実際を再検討するにあたっての有用な視点を得ることができる。ここでは第9版の概要を述べ、その特徴と新しい考え方の実際を示す。

AAMR 精神遅滞定義：改訂の歴史的経過

AAMR の精神遅滞定義の歴史的経過は、「客観的」に評価された知的能力数値に基づく考え方から、個別的な機能や適応を重視したより臨床的な定義への発展を示している。AAMR は1921年に精神遅滞の定義についての初めてのマニュアルを編集。1959年のマニュアル第5版では適応行動の判別基準を導入し、従来の標準化された心理測定で得られる知的能力値を中心にすえた定義から、より個人の生活や適応状態を重視する方向性を打ち出している。第5版は医学的な分類体系と行動分類体系に分かれており、後者では測定知能が85以下（平均より1標準偏差低い）で、同時に適応行動に障害を持つことの二つを認める場合を精神遅滞と定義づけた。

また、1983年の定義（第8版）ではさらに臨床的な視点を拡大させ、測定された知能水準は精神遅滞判定の一指標に過ぎないとした。ここでは臨床判定を合わせて行い、知能指数約75以下が精神遅滞の対象になりうると述べている。

このように AAMR による精神遅滞定義の変遷には、適応行動という概念の導入・測定された知能水準と臨床判定の二者による評価に現れているような、個別性と社会的でリハビリテーション的な視点を重視しようとする流れを見ることができる。そして、第9版ではそのなかで「大きな意識改革」と形容されている視点の変更が提示されている。要約すると精神遅滞を固定的・継続的に存在する障害としてではなく、ある個人の現在の機能が制約を受け機能障害が起こっている「状態」と考えるという画期的なものである。

第9版の基本的な方向性と新しい精神遅滞定義

① 第9版では精神遅滞という概念の理解を深めること、同時に現代にふさわしい最善な定義と分類を探求することが基本的な目的として述べられている。新しい定義では、定義を改め精神遅滞理解の視点を従来のものから変更することを提唱している。そこには精神遅滞者が持つ障害を、精神遅滞者個人と環境との相互作用、および遅滞者個人と主なサポートの程度や種類との相互作用に注目して理解しようとする立場がある。新定義は欠陥モデルから支援モデルへの積極的な転

換を図るものであり、精神遅滞と判断される人の数を増やすことを意図しているのではない。精神遅滞者を援助するシステムを記載する定式化された方法が示されている。適応行動は、設定された行動領域に分類・整理され、判定に利用される。

② 精神遅滞という用語（呼称）の使用について

この用語が持つ差別的な意味あいや偏見に結びつくことがあるという欠点を認め、継続して使用するという結論に至っている。現在の時点で精神遅滞と認識されている障害について、有用な定義を求めて時代に即した分類法を確立するというマニュアルの目的達成のために、一般的に使われている精神遅滞という用語を引き続き使用する必要性を考慮した結果、このような結論を得ている。また、AAMRはマニュアル作成後の数年間を新しい定義と分類が普及するための移行期間と考えているという。新たな定義は公的給付の適格基準など遅滞者とその家族にとって現実的で大きな影響をもたらすため、法制度の整備や福祉サービス基準の検討、専門家の育成などの対応策が米国の一部の地域で行われていると述べられている。

③ 第9版の精神遅滞定義

精神遅滞とは現状の機能が実質的に制約されていることを指し、以下のような特徴を持つものをいう。

1. 平均より有意に低い知的機能が存在すること
 2. 同時に二つ以上の、1と関連する適応スキルの制約があること
 3. 発症（状態の出現）は18歳以前であること
- 2で用いられる適応スキルの領域は以下のように分類されている：コミュニケーション、セルフ・ケア（身辺動作）、家庭生活、社会的技能、地域社会資源の利用、自分自身をコントロールすること、健康と安全確保、機能的な学習能力、余暇を過ごすこと、就労の10領域である。第9版では適応行動の概念を今までよりも緻密にし、このような各領域に特定して記述する方式を取っている。
 - 有意に低い知的機能とは、標準化された知能検査を個別に施行した結果で知能指数が70から75、またはそれ以下であることを意味している。（75以下まで含まれるという基準は、測定誤差の可能性を考慮に入れたものであり、当然適応スキルの制約の有無と合わせて判定されることになる。またこの知能指数の基準値は、学際的に検討され妥当性が裏付けられる必要がある、と述べられている）
 - 10の適応スキル領域には、社会生活を営む上で中心となる領域があげられており、援助のニーズにも関係する分野である。また、求められる適応スキルは年齢によって変化するので、個人の生活年齢を考慮して評価する必要がある。なお、AAMRが開発した適応行動尺度が適応行動の評価に用いられているが、この尺度は年齢ごとの適応行動を例示している。
 - 精神遅滞の診断は知的能力の制約に加えて、適応スキルの制約が同時に存在しなければならないが、ここでいう適応スキルの制約は他の条件、例えば感覚機能の障害にはなく、知的な機能の制約に密接に関連づけられるものを指している。少なくとも二つのスキルの領域に制約があることで、特定領域の制約を広範な領域にわたる制約と見なすことを防止したり、スキル評価上の誤差を縮小させることができる。
 - 18歳以前の発症（状態の出現）を条件の一つにする前提は、アメリカ社会（に代表される工業化社会）においては、社会的に成人としての行動が期待される年齢にあたるからである。異なる

った文化的背景を持つ社会では、他の年齢基準が適当な場合があり得る。

新しい精神遅滞の定義：その理論的根拠の概要

第9版では定義の理論的な根拠が詳細に述べられている。その概略を示し、新定義の背景にある基本的な考え方を把握する一助としたい。

- 精神遅滞は特定の機能状態であり、幼少期に始まり、知的な制約とそれと関連がある適応スキルの制約とが共存している状態を指す。精神遅滞は身体的特徴を指すものではなく、医学的疾患でもない。また必ずしも病因によって説明できず、精神遅滞を医学モデルや精神病理モデルで判定することはできない。第9版の定義の基本的な考え方は機能モデルである。そして機能状態には個人の能力と、個人的・社会的環境や期待される状態との相互作用が働いていることを重視する。
- 新定義では精神遅滞を現在の機能が実質的に制約を受けている状態としている。つまり精神遅滞をその個人が持つ「特徴」ではなく、その個人の特定の部分で機能障害が起こっている「状態」と考える。特徴を測定することで判定しようとするのではなく、日常生活の中での実際の機能の状態把握を重視する。それによって新定義は精神遅滞の概念を拡張させ、障害に対して環境が及ぼす影響や地域社会での生活機能改善のために必要な援助内容の理解を促進させる。
- 「障害」とは「機能の制約」を社会的な状況で表現した場合に用いられる用語である。つまり障害は知的な制約や適応スキルでの制約と、環境からその個人に要求されるものとの相互作用の「結果」である。

個人の能力には独立した構成要素がある。精神遅滞者は特定の知的能力において制約があり、他の領域での個人的な能力に制約がある必然性はない。(例えば感情的な能力、身体能力など)つまり、精神遅滞は知的な制約の一類型であって、能力全体の状態を示すものではない。

- 持続期間：制約が消失すれば、精神遅滞という判定には当てはまらなくなる。
しかし、一般的な社会生活を送る上で、機能を維持するための何らかの援助やサービスが必要な場合は、精神遅滞が継続して存在すると考える。そして、そのような援助の継続が精神遅滞を持つ個人の社会参加を促進することになる。また、個人の能力や個人を取り巻く環境からの要求水準に変化が生じた場合、精神遅滞が再発する可能性がある。精神遅滞は永続的な状態ではなく、現状での機能状態と定義するならば、機能状態は一生を通じて変化する。従って再発の可能性も継続して存在する。

新しい定義に基づいた多次元評価

新定義は四次元からなる多次元評価に基づいたアプローチを取る。その目的は①精神遅滞の概念を拡張させること・②知能指数だけに依存して能力水準を決定する方法を避ける・③個人が必要とする援助を、自立と相互依存・生産性の向上および地域社会への統合を発展させるために適切なサポートに結びつけること、の3点にある。この目的を達成するためには定義・分類・サポートシステム決定の過程で以下の四つの評価次元が重要な意味を持っている。

第一次元：知的機能と適応スキル 第二次元：心理/情緒面の把握
第三次元：身体面/健康状態/病因の把握 第四次元：環境要因の把握

第一次元は、精神遅滞の定義で述べられている部分で、知的機能と適応スキルを検討することで、精神遅滞かどうかを判断する。

第二次元では、心理・情緒においての、第三次元では、身体面・健康状態における強さ（長所）

と弱さ（短所）について記述する。第三次元では病因も検討する

第四次元では現在の生活環境・学校・職場・地域社会の要因で、生活の質を向上ないしは低下させるものを記述する。

以上を踏まえて、自立・相互依存・生産性・地域社会参加の各側面を促進するために最適な環境と援助システムを決定するが、その手続きは以下の3段階にまとめられている。

診断・分類および援助システム決定にあたっての3段階

上記の四次元の評価を用いて、精神遅滞を診断・分類し必要な援助システムを決めるために3段階からなる作業を行う。

第一段階（診断）は精神遅滞の診断であり、第一次元にあたる。ここで精神遅滞として援助することの適格性が決定される。また、従来の知能指数による重症度分類（軽度・中度・重度・最重度）は行わない。

第二段階（分類と記述）で個人の長所（強さ）および短所（弱さ）、および援助のニーズを明らかにする。10の適応スキル領域について知的機能と適応行動を記述する（第一次元）。心理と情緒（第二次元）、身体的な健康状態について記述し、該当する病因を特定する（第三次元）。また、個人を取り巻く現在の環境、および成長や発達を促すためにはどのような環境が最適なのかを記載する（第四次元）。

第三段階は必要な援助の概要と程度の決定。四つの各次元について、どのような援助がどの程度必要なのか（間欠的、限定的、広範囲、全般のうちいずれに相当するか）を決める。

～診断、分類と援助システム決定のための3段階～

段階1：サポートの適格性を認定 精神遅滞の診断（第一次元）

知的機能は IQ70または75以下

二つ以上の適応スキルの領域に明らかな機能障害がある

状態の出現が18歳以前

段階2：分類と記述 長所と短所、援助のニーズを特定（第一～第四次元）

10の適応スキル領域について検査や観察を基にした記述

個人の心理・情緒面での長所と短所を記述

全体的な身体の状態や病因を記述

現在の生活環境と今後の成長発達を促すのに必要な環境を記述

段階3：必要なサポートの概要と程度（第一～第四次元）

四つの各次元ごとに必要な援助の種類と程度を決定する

第一次元では10の適応スキル領域について必要な援助を決定

AAMR「診断、分類およびサポートシステム」（1992）と日本の現状

AAMRの新定義に見られる考え方は、精神遅滞者（児）に対するさまざまな援助を促進させる基礎になり得る。個体側の要因だけにとらわれず、環境との相互作用で機能状態を理解しようとする姿勢は、個人にどのような援助が与えられれば一定の適応行動や社会生活が可能になり得るかを考えさせるものであり、精神遅滞者（児）の保健や福祉、教育にかかわる人々にリハビリテーション

的な接近を要求する。

一方、わが国では従来の主として知能指数に依拠した判定が広く行われている。生活スキルの評価もなされているが、対象とする範囲は狭く、身辺動作と一部の社会的なスキルの簡単な把握にとどまっている場合が多いであろう。そこでは環境との相互作用という視点は乏しいし、少なくとも援助を詳細に考える動機を有してはいない。わが国における精神遅滞判定の主目的は、特定の福祉給付基準に該当するかどうかを「選別」することにあると言ってもあながち誤りとは言えない現状がある。この傾向は成人の場合に著しいように思われる。個人の状況を理解し、適応状態と福祉の向上を図るための援助を積極的に考えるまでには、残念ながら至ってはいない。

もしわが国において新定義の考え方を理解し、その精神を精神遅滞の判定に導入する試みがなされるなら、それは精神遅滞者（児）がどの程度詳細に理解されているかを、そして具体的にどのような援助を受けているかを見直す契機を与えてくれるだろう。また、第九版に見られる、詳細な評価と必要な援助の質的・量的な決定の手続きや、定式化された情報の記述方式から得られることは大きいと思われる。情報を一定の手続きに従って収集・管理できるので、成長・発達や加齢・環境の変化に伴う個人の機能状態を継続して知ることが可能になる。情報の蓄積は、より詳細に個人を理解することに通じる。

わが国では、乳幼児期は障害児の発達状況の観察が継続的になされ、情報も比較的共有されやすい。行動観察や発達検査から得られた情報に基づいた働きかけも、他の年代に比べれば積極的になされていよう。しかし、乳幼児期と就学後とは担当機関が変わることに伴って、情報の伝達や連携が充分に行われているとは言い難い。また、医療・保健・福祉と教育という異なった分野での精神遅滞へのアプローチについての共通理解と相互理解が乏しいと思われる。今後精神遅滞者の理解と援助を考えるに際しては、このような各分野の連携を発展させることが課題になってくると思われるが、AAMR が掲げている方向性は多くの示唆を含んでいる。

知的障害児・者の障害認定の基準と入所判定に関する総合研究

(更生相談所における障害認定と入所判定基準のあり方に関する研究)

分担研究者

大阪府中央子ども家庭センター

辰野洋子

厚生科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）

分担研究報告書

更生相談所における障害認定と入所判定基準のあり方に関する研究

分担研究者 辰野 洋子（大阪府中央子ども家庭センター）
研究協力者 上村 芳雄（大阪府立砂川厚生福祉センター）
小林 茂夫（大阪市障害者就労・雇用支援センター）
小尾 隆一（大阪府岸和田子ども家庭センター）
白江 清（大阪市民生局）
須郷 紳弘（大阪府障害者福祉事業団金剛コロニー）
茶谷 照美（大阪府知的障害者サポートセンター）
濱上 征士（龍谷大学短期大学部）
福田 和臣（兵庫愛心園）

研究要旨 療育手帳制度の発足以来、25年余が経過するが知的障害者やその家族の手帳制度に対する関心・関心は益々高いものがある。国際障害者年以降、知的障害福祉の動向は大きくかわり、とりわけ最近の AAMR 第9版や ICIDH-2 における障害についての考えは従前に比べて極めて斬新な内容が盛り込まれている。そこで当研究班では成人についての知的障害認定の現状と課題を整理し、障害認定の目的を明確にすることを提言した。更に施設入所判定について現状の問題点をあきらかにし、居住施設への入所判定の内容について、今後のそまれることとして「利用目的の整理」「その利用手続きの明確化」「利用期間の明示化」により ・施設利用依頼時 ・施設利用中 ・施設から地域生活への移行に際して、知的障害をもつ人、個々人に即したサービスや支援を組み立てるための「入所施設利用計画票」の作成について報告する。

見出し語 障害認定、ニーズ評価、制度利用認定、居住施設利用目的、入所施設利用計画票

1 はじめに

S35年の精神薄弱者福祉法立案の段階で、権威ある判定機関が整備され、判定方法及び基準が統一確立されるまでは、特別の定義をおかないものとし、精神薄弱の解釈ないしその範囲については社会通念によることとされた。そのため各府県においては独自に規定せざるを得ず、数か所の判定機関においては AAMR（アメリカ精神遅滞協会）によって提唱された1973年の概念にならって知的障害の認定をおこなっているが、AAMR は更に1992年の第9版で、個人のニードとサポートの程度を関連づける斬新な多軸

診断を打ち出し、1997年版 ICIDH-2（WHO 国際障害分類第2版）においても新たな障害の分類が提示されたところであり、早急に研究を深める必要がある。

次に S48年9月の厚生事務次官通知で各都道府県において順次実施された療育手帳制度が、全国すべての都道府県、政令都市で実施されて10余年になる。福祉サービスや制度の充実とともに「全国共通の利用しやすい手帳を」との願いは判定機関の現場をはじめ知的障害のある本人やその家族からも、長年にわたって強調されつつつけてきたところである。このような動向をふまえて、社会的に理解されにくい状況にあっ

た知的障害の程度についての判定方法をあきらかにするとともに、地域や施設におけるサービスの利用に直結した療育手帳制度について検討をおこないたい。

II 「知的障害」についての最近の動向

現在、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。

今回の改訂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、それはその人の個人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段階で精神遅滞と判別されると、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 style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">略（ほか8領域について既述）</p> <p style="text-align: center;">↓</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 ICD 9）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> <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								

*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、他分野の専門化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。

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ーズのあるサポート (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) にいる間は定期的に (例えば毎日) 提供されるサポート。(例えば長期の日常的家庭介護)

○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 サポートの資源、機能、程度、期待される結果のモデル

サポート資源	サポート機能		サポートの程度
・本人	・教示	・行動支援	・随時
・他者	・身の回りの世話	・家庭生活援助	・限定
・技術	・金銭出納計画の援助	・就労援助	・広範
・サービス	・コミュニティへのアクセスと利用		・全面
	・健康援助		

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。

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。

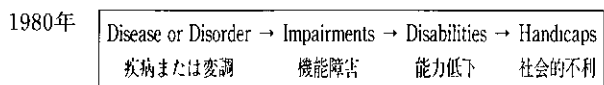
ICIDH-2は、ICD（国際疾病分類）が疾病や変調、精神的外傷など健康状態それ自体はICD

表1 現在アリスが必要とするサポート

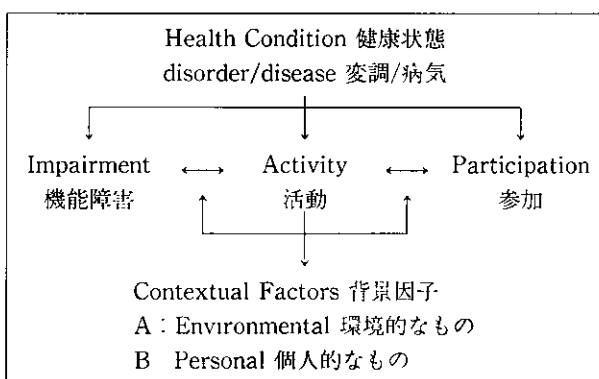
次元/領域	サポート機能	活動	時間	程度
1) 知的機能と適応スキル 仕事	コミュニティへのアクセス 就労援助 友好	職場への往復 担当する仕事 同僚や上司との相互依存を 学習	継続的 継続的 継続的	限定 随時 随時
家庭生活	教示	家事 食物管理 予算計画	継続的 継続的 継続的	随時 随時 随時
地域社会の利用/社会的技能	コミュニティへのアクセス 友好/教示	同輩や同僚との余暇活動	継続的	随時
実用的学業	金銭出納計画の援助	労働報酬の調整	継続的	随時
2) 心理/情緒の把握				
3) 身体/健康状態/病因の把握	健康援助	眼科手術	時期限定	広範
4) 環境要因の把握	友好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

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。



今回の改訂では、「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/icidhcover.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。(II-1、II-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。

II-1 「PERSON CENTERED パーソンセンタード、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

II-2 「アメリカ障害児教育の魅力」

佐藤恵利子・裕著 学苑社

III 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しすすめてきた。

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 軽度は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 等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。

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の9年度の状況から調査したところ、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歳台前半、20歳台後半でそれぞれ2割近く占め、30歳台前半、30歳台後半、40歳台前半、40歳台後半でそれぞれ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歳台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を続けるなかで、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。

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に考え、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、従来の障害程度の概念をこえて、「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、数年の間隔をおいて、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。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 知能と社会生活能力
(平成5年度 来所者のうち 1912人)

		計				
知能	軽度	3	15	116	176	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している知的障害者・施設でくらし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い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。

IV 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以下がめやすになる。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となる。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ともに、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ある。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、別表のとおり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 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

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) 社会生活分野のニーズ評価

	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、このように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ー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、一定の観察期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、本人の発達や老化、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も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