

## II 職員体制

### 1 所長の勤務形態（回答数 70）

所長の職種については、事務職が 58 名（82.9%）、医師が 12 名（17.1%）であった。表 5 に示すように、事務職の内訳では、一般行政職、福祉職、心理職などであり、そのうち一般行政職が半数（51.4%）を占めている。

職種別に現職を含む知更相の経験年数をみると、一般行政職の所長は平均 1.0 年であり、他の職種の所長に比べて明らかに少ない。また、一般行政職の所長の社会福祉現業の従事年数を見ると、平均従事年数が 5.7 年で、福祉職の所長の 25.8 年、心理職の所長の 27.1 年に比べて著しく少ない。一般行政職の所長のうち 15 名は所長就任前に社会福祉現業の従事経験がなかった。

次に、所長職の医師の専門領域を見ると、整形外科が 5 名、精神科が 4 名、その他の科が 3 名であった。医師として知更相の相談業務に関与しているのは 4 名（33.3%）、また判定会議に参加しているのが 6 名（50.0%）であった。

今回の調査からみた知更相の所長業務については、医師、事務職にかかわらず、専門性よりも業務の統括、所の管理が重視されている。

### 2 医師の配置状況（回答数 70、表 6）

常勤、非常勤にかかわらず医師を配置している施設は 68 か所（97.1%）であった。しかし、専任常勤の医師を配置している知更相はわずか 1 か所（1.4%）で、兼任常勤の医師を配置している施設も 19 か所（27.1%）にすぎなかった。すなわち、常勤の医師を配置している知更相は 20 か所（28.5%）で、多くは非常勤嘱託医師に頼っている。また、医師不在の施設は 2 か所であった。

知更相 1 施設あたりの常勤医師の人員数

は 0～4 名、平均 0.4 名、非常勤を含む 1 施設あたりの人員数は 0～19 名、平均 3.2 名であった。医師の専門分野については、大多数が神経精神科の医師であり、他に少数ながら小児神経精神科や神経内科、整形外科などの医師も存在した。

知更相業務における医師の役割は重要であるが、常勤医師の配置状況はきわめて貧弱であると言わざるを得ない。

### 3 知的障害者福祉司の配置状況（回答数 70、表 7）

専任常勤の知的障害者福祉司を配置している施設は 31 か所（44.3%）であった。これは全体の半数にも達しない。また、1 施設あたりの平均人員数も 0.8 人で、1 名にも満たない。この中には専任常勤に加えて兼任常勤をも配置している施設が 12 か所あったが、一方、兼任常勤だけの知更相が 32 か所（45.7%）であった。専任、兼任にかかわらず常勤を配置しているのは 63 か所（90%）で、1 施設あたりの平均人員数は 3.1 名であった。非常勤嘱託のみが 1 か所、配置なしが 6 か所（8.5%）であった。非常勤を含む 1 施設あたりの人員数は 0～20 名、平均人員数は 3.3 名であった。

知的障害者福祉司の業務は、専門的立場に立ち、知的障害者の福祉に関する相談や処遇、事務、また、関係職員に対する技術的指導・助言などを行うこととされ、知更相業務を遂行する上でその役割は大きい。今後、最低限 1 名以上の専任常勤の定員化が必要であると思われる。

### 4 心理判定員の配置状況（回答数 70、表 8）

専任常勤の心理判定員を配置している施設は 31 か所（44.3%）であった。知更相 1 施設あたりの平均人員数は、0.9 人で、知的障害者福祉司と同様に 1 名に満たない。

専任常勤に兼任常勤をも配置しているのが10か所あったが、専任常勤はなく兼任常勤のみの施設が39か所(55.7%)であった。心理判定員については70施設すべてが常勤を配置しており、1施設あたりの平均人員数は3.5名であった。非常勤を含む1施設あたりの人員数の幅は1~15名、平均人員数は4.0名であった。

心理判定員も知的障害者福祉司と並んで知更相業務においては大きな役割を持つが、各施設とも兼務が多い。児相または身更相兼務の場合には知更相業務が片手間になりやすく、最低限1名以上の専任常勤の定員化が必要と思われる。

## 5 看護婦・保健婦の配置状況

専任常勤の看護婦・保健婦を配置している施設は3か所(4.2%)、兼任常勤を配置しているのが33か所(47.1%)、非常勤嘱託を配置しているのが1施設であった。常勤、非常勤にかかわらず看護婦・保健婦を配置している施設は37か所(52.9%)、配置なしが33か所(47.1%)であった。非常勤を含む1施設あたりの人員数は0~4名、平均人員数は0.7人であった。

知更相における看護婦、保健婦の業務は保健、医療の相談、指導が中心となるが、職員構成上欠くことの出来ない職種である。1名の定員化が望まれる。

## 6 職能判定員の配置状況

専任常勤の職能判定員を配置している施設はなく、兼任常勤がわずか7か所(10.0%)、また非常勤・嘱託が1か所(1.4%)であった。各施設の人員数はいずれも1名であった。配置なしが62か所(88.6%)で、大部分の知更相では職能判定員が欠員のままであった。知更相の現況を考えると専任常勤の配置は難しいが、1名の定員化が望まれる。

## 7 職員の配置状況

### 1) 管轄区域内の人口・職員数比

管轄区内の人口に対する知更相職員数(非常勤を含む)の比をみると、人口100万人あたり最多が1.28人、最少が0.02人で、平均0.16人であった。平均値以上の施設は17か所で、複数設置県や地方の県設置の施設において人口・職員数比が高い傾向がみられる。

### 2) 職員総人員数

1施設あたりの職員総人員数(非常勤を含む)を見ると、最多が37名、最少が4名で、平均12.6人であった。平均値以上の総人員数を配置している施設数は21か所であり、当然のことながら人口の多い都道府県や指定都市において職員総人員数が多い傾向が見られる。

### 3) 職員構成

知的障害者福祉法における知更相の標準的な職員構成としては、所長の他に医師(嘱託でもよい)、心理判定員、職能判定員、ケースワーカー、看護婦、その他必要とする職員からなるとされている。これらの職種のうち、ケースワーカーについては、知的障害者福祉司又は社会福祉主事の資格を有する者とされ、一般的には知的障害者福祉司が充てられている。そこで、各施設の職員構成を見ると、「その他必要とする職員」を除くすべての職種の職員を配置しているのは7か所(10%)に過ぎず、知更相の職員構成の標準的基準を満たしている施設は極めて少数である。

職員総人員数及び職員構成から見た各知更相の職員配置状況について、都道府県と指定都市とを比較すると、後者がより充実しており、業務遂行上も機能的で

あると思われる。

#### 4) 実態調査の結果からみた知更相の職員体制

今回の結果から現在の知更相の職員体制の問題点を挙げると次のようになる。

- ①職員体制については、職員総人員数、職員構成のいずれにおいても知更相間の格差が大きい
- ②知的障害者福祉法の標準的職員構成を満たす知更相は極めて少数である。
- ③知的障害者福祉司、心理判定員については兼任常勤が多く、専任常勤の配置が不足している。
- ④看護婦、保健婦、職能判定員も不足しており、特に職能判定員の配置は極端に少ない。
- ⑤職員体制で都道府県と指定都市とを比較すると、指定都市の方がより充実している。

#### 8 職員の資質向上への取り組み（回答 63 施設）

職員が研修会、研究会、学会に参加している施設は 59 か所（93.6）であった。施設別にみた参加回数は 0～26 回、1 施設平均 4.5±5.1 回（平均値±標準偏差）、参加職員の職種別では心理判定員が最も多い。研修会等への参加についての業務上の取扱いは、大部分が旅行命令によるものであるが、一部に職専免によるもの、極めて少数であるが、自費によるものもあった。

### Ⅲ 更生相談

#### 1 更生相談の方法

##### 1) 更生相談の実施形態と実施状況（回答数 70）

表 9 に示すように、5 つの実施形態のうち所内（来所）相談は全施設で行って

いたが、他の相談形態による相談の実施は施設によってまちまちであった。すべての相談形態による相談を行っているのは 18 か所（25.7%）であり、これに対して所内相談は行うがその他の相談は行わないとするのが 9 か所（12.8%）あった。

更生相談の実施に際して判定依頼書を求めている施設は 54 か所（77.1%）、また、必要に応じて求めているが 14 か所（20.0%）であった。

相談の際の福祉事務所の知的障害者福祉担当職員の立会いについては、回答した 63 か所のうち「立会いを求めている」のが 28 か所（44.4%）、そのうち「必ず」が 11 か所、「必要時」が 17 か所であった。これに対して「特に求めている」は 35 か所（55.6%）で、内訳として「ほとんど立会わない」が 28 か所、「福祉事務所によってまちまち」が 12 か所、「求めているが立会っている」が 2 か所などであった（複数回答あり）。

##### 2) 医学的判定の実施状況（回答数 70）

更生相談において医学判定を省略することがあるとした施設の数 69 か所、医学判定を必ず行うとしたのは 1 か所だけであった。省略する場合は多いのは、療育手帳再判定が 59 か所（84.2%）、重度認定が 42 か所（60.0%）、施設通所判定が 30 か所（43.4%）などであった。一方、療育手帳の新規判定の際にも医学判定を省略するとしたのは 27 施設（38.5%）であった。

##### 3) 心理判定において使用する検査法（回答数 67）

表 10 は各施設で心理判定の際に使用している主な検査法を示している。知能検査では一般的に田中ビネー法か鈴木ビネー法が使用されている。その他、ケー

スに応じてWAIS-Rを使用する施設も多い。発達検査では遠城寺式発達検査が、その他の検査としては新版S-M式社会生活能力検査や櫻井試案などが使用されていた。

#### 4) 職能判定 (回答数 70)

職能判定を実施している施設は 37 か所 (52.8%)、実施していないは 33 施設 (47.2%) であった。実施している場合の判定方法としてはMN式が多く、25 施設 (67.5%) で用いられている。

#### 5) 診断書の作成 (回答数 70)

判定後に診断書を作成している施設は 38 か所 (54.3%)、診断書を作成していない施設が 27 か所 (38.6%)、原則として作成しないが 5 か所 (7.1%) であった。診断書の内容については、障害基礎年金診断書を作成している施設が 37 施設 (97.3%) で、他には特別障害者手当診断書が 17 か所 (44.7%) であった。

## 2 更生相談の現況 (平成 11 年度)

### 1) 来所相談 (回答数 70)

利用者数を見ると、年間で利用者の最も多い施設は 4590 人、最も少ない施設が 20 人であった。1 施設あたりの平均利用者数は  $675.9 \pm 764.4$  人 (平均値  $\pm$  標準偏差) であり、施設間のばらつきが極めて大きい。

相談スタッフの構成を見ると、最も多いのが医師、知的障害者福祉司又はケースワーカー、心理判定員の 3 名以上からなるもので、46 施設 (65.7%)、次いで医師とケースワーカーまたは心理判定員の 2 名以上からなるものが 12 施設 (17.1%) であった。医師が参加しない施設は 11 施設 (15.7%) であった。

### 2) 巡回相談 (回答数 60)

回答のあった 60 施設のうち巡回相談を実施したのは 50 施設であった。利用者数では、最も多い施設が 1008 人、最も少ない施設が 7 人で、巡回相談を行った 1 施設あたりの平均利用者数は  $206.6 \pm 204.4$  人であった。巡回相談の利用者数についても施設間のばらつきが大きかった。

相談スタッフを見ると、医師、知的障害者福祉司又はケースワーカー、心理判定員の 3 名以上からなるものが 27 施設 (54.0%)、次いで医師と知的障害者福祉司または心理判定員の 2 名以上からなるものが 7 施設 (14.0%) であった。医師が参加しない施設は 15 施設 (30.0%) であった。

### 3) 施設訪問相談 (回答数 60)

回答のあった 60 施設のうち施設訪問相談を実施したのは 48 施設であった。利用者数で最も多い施設では 400 人、最も少ない施設では 1 人で、施設訪問相談を実施した 1 施設あたりの平均利用者は  $95.9 \pm 106.3$  人であった。これも施設間のばらつきが大きい。

相談スタッフについては、医師、知的障害者福祉司またはケースワーカー、心理判定員の 3 名以上からなるのが 4 施設 (8.3%)、知的障害者福祉司またはケースワーカーと心理判定員の 2 名以上からなるのが 27 施設 (56.2%)、心理判定員のみが 16 施設 (33.3%) であった。施設訪問相談においては医師が参加しない施設がほとんどで、44 施設 (91.7%) にのぼる。

### 4) 訪問相談 (回答数 59)

訪問相談を実施したのは 45 施設であった。利用者数が最も多い施設では 400

人、最も少ない施設では1人、訪問相談を実施した1施設あたりの平均利用者数は25.2±62.4人であった。標準偏差値の大きさが示すように施設間格差が大きい。これは訪問相談を積極的に実施している施設とそうでない施設とに分かれるためである。

相談スタッフについては42施設から回答があったが、医師、知的障害者福祉司又はケースワーカー、心理判定員の3名からなるのが12施設(28.5%)で、知的障害者福祉司またはケースワーカーと心理判定員の2名からなるのが16施設(38.0%)、心理判定員のみが12施設(28.5%)などであった。医師が参加しないのは29施設(69.0%)であった。

訪問相談を行う理由として、回答をした51施設すべてが本人の来所困難な時を条件にしている。来所困難な理由には、寝たきりや肢体不自由、重複障害などによる本人の移動能力に問題がある場合とするのが多く、他に保護者が高齢、本人の引きこもり、家族の状況把握なども挙げられている。

#### 5) 書類判定(回答数 68)

書類判定を行っているのは63施設(92.6%)、行っていないのは5施設(7.4%)であった。48施設が利用者数を記入しているが、それによると利用者数が最も多い施設で3656人、最も少ない施設で3人、書類判定を実施した1施設あたりの平均利用者数は552.9±782.6人であった。上述した訪問相談と同じように積極的に実施している施設とそうでない施設とに分かれ、施設間の違いが大きい。

書類判定を行う理由については、半数の施設が「判定件数が多く、すべてのケースに面接して判定できないため」と答

えている。

療育手帳について書類判定を行う場合の理由として、①療育手帳の転入ケースの交付判定(71.4%)、②状況調書等から状態変化が認められない場合(61.9%)、③前回の判定からの期間が短い場合(42.8%)などが挙げられている。③の期間が短いとするのは2年以内の場合が多い。前述の①～③の場合にはすべて書類判定を行うと回答した施設は12か所(19.0%)であった。

療育手帳の書類判定を行う場合に重度レベルを考慮するか、しないかについては、最重度、重度に限るという施設もあるが、多くは(82.7%)重度レベルは関係ないという回答であった。

#### 3 相談内容と実績(平成11年度)

表11に更生相談の内容別平均件数と実際に相談を実施した知更相の実数を示した。相談件数が多いものは療育手帳判定や重度認定、施設利用判定などであり、主な知更相業務はこれらのものであることを示している。標準偏差値と実施施設実数を見ると、施設間格差がきわめて大きい。

なお、参考までに療育手帳判定の新規と再判定の平均件数を記載しておくが、両者を区別して報告したのは42施設であった。前者の1施設あたりの平均件数は100.0±85.4、後者は422.8±412.4であった。再判定件数は新規件数の約4倍であった。

#### 4 施設利用判定における入所要件

各都道府県における施設利用判定を行う場合の入所要件や判定基準を施設別に紹介する。

##### 1) 知的障害者更生施設(回答数 66)

《入所施設》

各都道府県によって入所要件や判定基準は異なっている。そのうち17都道府県

(25.7%)においては特に入所要件・判定基準を定めていない。入所要件・判定基準を定めているのは49か所であったが、その内容はさまざまである。比較的共通する、主な入所要件・判定基準を列記しておく。

- ①18才以上の知的障害者であること
- ②常時介護を要するような身体疾患、又は常時医師の管理を必要とするような精神障害や行動障害がないこと
- ③集団生活が可能であること
- ④知的障害の程度が最重度、重度、又は中度のもの
- ⑤日常生活において基本動作が困難であって生活訓練を必要とするもの
- ⑥家庭における介護能力が低く、在宅生活が困難であるもの

#### 《通所施設》

入所要件・判定基準は入所施設のそれに準じているが、都道府県によっては、さらに、通所可能なものとか、本人、親が通所を希望するものなどの要件を加えているところもある。

### 2) 知的障害者授産施設 (回答数 63)

#### 《入所施設》

16 都道府県 (25.3%) では特に入所要件・判定基準を定めていない。また、入所要件・判定基準が更生施設と全く同じのところもある

主な入所要件・判定基準を列記しておく。

- ①18才以上の知的障害者であること、年齢の上限は概ね35才まで
- ②日常生活や作業活動において著しい支障をきたすような身体障害、又は精神障害や行動障害がないこと
- ③集団生活が可能であること
- ④知的障害の程度は、都道府県で異なり、重度から軽度まで、中度程度、あるいは軽度程度と3つに分かれている

- ⑤雇用されることが困難な者
- ⑥身辺自立ができており、職業訓練が指導の中心となる者
- ⑦本人、家族が授産施設への入所を希望する者

#### 《通所施設》

入所施設と通所施設を区別せず、通所可能な者としているところが多い。都道府県によっては作業活動に馴染めれば、地域性を考慮して日中の活動の場として利用できるように、障害程度にはこだわらないなど入所要件を広くしているところもある。

### 3) 知的障害者通勤寮 (回答数 50)

15 都道府県 (30.0%) では入所要件を定めていない、又は判定実績なしという回答も少なくない。主な入所要件・判定基準を列記しておく。

- ①年齢は15才以上、あるいは18才以上の者
- ②日常生活動作は自立している
- ③就労している者、あるいは就労予定の者
- ④生活面での自立に向けて助言、指導を必要とする者

### 4) 知的障害者福祉ホーム (回答数 38)

11 都道府県 (28.9%) では、入所要件について、「利用者と経営主体との契約により利用者が決定される施設であり、知更相で判定を行うものではない」、また、「知更相の判定は必要ない」、「判定依頼を受けたことがない」などであった。これに対して「判定を求められれば受ける」や「入所調整を行う」、「総合的に判断する」などとする都道府県もあった。

入所要件としての意見を述べたのは13か所であったが、まとめると以下のようになる。

- ①原則 18 才以上の知的障害者
- ②一般就労や福祉就労、ディサービスなど日中の活動が保障されていること
- ③食事自炊、日常処理が可能で施設適応能力があること
- ④住居の確保が困難な者

#### 5) 施設利用判定を行う上での問題点 (回答数 51)

表 12 に施設利用判定を行う上での主な問題点をまとめて示した。その中でも特に同じような意見が多かったのは、「施設の少なさから本人の能力にあった施設を選択することが困難」(9 か所)、「重複障害化、多様化、身体疾患や精神疾患の合併などによって施設の選定及び判定が困難」(8 か所)、「判定の際に非常勤精神科医のため連絡がとれず、精神障害を合併しているケースの判定書の作成が困難である」(8 か所)、「自治体、福祉事務所等で判定前に入所施設が決定されており、事後承諾的な判定を求められることがある」(7 か所)、「施設が少なく、『将来必要になったとき』という判定では具体性に欠け、家族は納得できない」(5 か所) などであった。

さまざまな問題点が寄せられたが、判定を実施する際の問題点だけでなく、施設利用についての、各都道府県、指定都市の深刻な状況を示す意見も多かった。

#### 5 職業相談 (回答数 59)

知更相における職業相談としては、職業安定所の障害者担当窓口の紹介や、必要に応じて障害者職業センターへの紹介を行っている、判定書を作成して福祉事務所に対応を委ねているなどが多い。また、上記機関との連絡会議への出席、情報交換なども行われていた。

知的障害者への就労支援の取り組みとしては、就労・進路支援として職能評価、訓

練、就労支援を一貫して行っている施設や、ピアカウンセリング研修会のなかで、社会的自立について知的障害者どうしの話合いの場をもうけている施設もあった。

職業相談については以下のような回答であった(複数回答)。

- ①職業安定所等を紹介する：41 か所 (69.4%)
- ②福祉事務所に判定書を送付し、福祉事務所での対応に依存している：11 か所 (18.6%)
- ③障害者職業センターへの紹介や同センターとの連携：9 か所 (15.2%)
- ④職業安定所と連携して就労に結びつけている：6 か所 (10.1%)
- ⑤職場の問題を通所指導により改善を図っている：3 か所 (5.0%)
- ⑥その他：7 か所 (11.8%)

#### 6 精神病を伴う知的障害者への支援 (回答数 48)

精神病を伴う知的障害者への支援としては、まずは精神科の受診を勧め、その後の支援は福祉事務所に依頼するという施設が多い。回答は以下のようなものであった。

- ①精神科受診を勧め、福祉事務所での継続指導を依頼：28 か所 (58.4%)
- ②精神科の受診を勧め、知更相が通所相談等でフォロー：7 か所 (14.6%)
- ③その他(精神科受診を勧め、精神科医師との連携、保健所への指導を依頼するなど)：13 か所 (27.0%)

#### 7 自閉性障害、学習障害、高次脳機能障害への取り組み (回答数 17)

自閉性障害や学習障害、高次脳機能障害に対して特別な取り組みをしている施設はない。これらの障害への対応として、以下のような回答があった。

- ①発達障害については、日常生活上支障

があり援助が必要な場合には、知的障害者として判定することがある

- ②知的障害者に類似した障害の状態にあり、本人のニーズに合えば、知的障害者サービスの利用を検討している
- ③ケースによって相談、精神科医師による助言、指導を行っている
- ④知的障害やそれに類似した行動が認められない療育手帳非該当のケースは次の相談窓口を紹介している
- ⑤高次脳機能障害については調査を行っている、また、普通の相談ケースとして対応し、医療機関や「友の会」を紹介している

## 8 問題行動を伴う処遇困難ケースへの取り組み (回答数 40)

利用施設からの相談に応じ、コンサルテーションを行っている、または検討会を開いているが11か所(27.5%)。また福祉事務所からの相談があれば、検討会の開催やコンサルテーションを行っているが7か所(17.5%)、医師の助言を受けるや精神科医師による医療相談を行っている、強度行動障害特別支援事業施設へのショートステイの活用を行っているなどの記載があった。

また、性的逸脱行動や犯罪、非行、サラ金からの借金などの相談ケースが増加する傾向があり、知更相の相談体制の再検討が必要という意見があった。

## 9 更生相談における課題 (回答数 31)

更生相談についての回答は人員不足で、時間的余裕がなく、利用者のニーズに応えることができないという意見が圧倒的に多い。その理由については、①知更相には専任職員がいない、日常業務をこなすことで、精一杯、②療育手帳や施設利用についての判定依頼が多く、事務的な対応に追われている、③児相などの併設相談所の緊急性の

ある相談業務に追われて知更相の相談業務までは手が回らない、④相談を受け、継続指導ができる職員体制にはなっていないなどであった。知更相は相談所ではなく判定機関にすぎないという厳しい意見もあった。また、福祉事務所には担当者に専門職が配置されていないために、相談主訴の把握が出来ていない、背景調査が不十分とか、連携が円滑に進まないという問題点を指摘する意見があった。

更生相談は知更相業務の基本的なものであり、ケースワーカーなどの専門職を増員して相談機能の拡充を求める声が強い。本人や保護者、関係機関などに助言できる力量が知更相には必要である。また、精神・神経疾患、行動障害、身体疾患などのために入院による医療が必要であっても、それに応じてくれる病院を探すことが困難で、相談に十分応えられないという意見もあった。

市町村への事務委譲や地域ケアの推進によって、相談業務についてのニーズはますます増加することが予想され、更生相談の充実が求められる。

## IV 判定会議

### 1 判定会議開催の有無 (回答数 70)

知更相における判定業務の処理については、判定会議を経て行うこと、また、所長は判定会議の議長を務めることとされている。

今回の調査の回答で判定会議を開催しているとしたのは46か所(65.7%)、開催していないが21か所(30.0%)、記入なしが3か所(4.3%)であった。開催している場合に定期的に開催しているのは18か所(39.1%)、不定期が28か所(60.9%)であった。開催している施設は全知更相の約2/3であった。



## 2 協議事項及び構成メンバー（回答数 46）

表 13 に示すように、協議事項については施設利用判定や療育手帳判定が多い。また、表 14 に示すように、これらの判定会議に参加している所長は約 2/3 程度であり、会議が開催されていても所長は必ずしも参加していない。また、会議の構成メンバーとして重要な精神科医や知的障害者福祉司が参加している知更相は 1/3 程度にすぎない。

## 3 開催しない理由（回答数 15）

判定会議を開催しない理由については、表 15 に多い順から列記した。職員不足で、判定会議を開催できない状況がうかがわれた。

## 4 判定会議の問題点（回答数 22）

表 16 に判定会議の問題点を列記した。判定会議を開催しない施設が少なくないためか、問題点の内容も開催しない理由を述べているものが多い。「時間的に判定会議を実施することが困難である」（8 か所）、「福祉事務所等関係機関職員との日程調整が困難である」（5 か所）、「判定会議を実施するだけの体制がとれない、スタッフがいない」（3 か所）など職員不足を示唆するものが多い。

## V 療育手帳制度

### 1 障害程度の基本区分（回答数 60）

#### 1) 障害程度区分の方法

障害程度の区分の方法は各都道府県によって異なっている。程度区分に際して重視している評価因子としては、日常生活能力や日常生活の介護度、社会生活能力、標準化された知能検査の IQ、身体障害者手帳の等級区分、問題行動の種類と程度などを挙げている。

判定の際の障害程度の区分については、

厚生省通知によるとしたのは 3 都道府県、4 段階評価が 54 都道府県、その他が 3 都道府県であった。

### 2) 重度区分における IQ の評価

知的障害の重度区分における IQ の目安については次のようなものであった。

- ①最重度、重度と評価する場合には IQ が 35 未満又は以下
- ②中度と評価する場合には IQ が 35 又は 36 以上、上限は 50 以下
- ③軽度の下限は IQ が 51 以上、上限としては、IQ が 75 以下とする都道府県が 32 か所（53.3%）、70 以下とするのが 19 か所（31.6%）であった。
- ④自閉性障害については、IQ に比較して適応能力が低い場合には IQ 75 以上であっても 80 未満であれば軽度の知的障害とするという都道府県もあった。

### 3) 療育手帳の程度の表記

療育手帳に記載する障害の程度については、2 段階表記や 4 段階表記が多い。

2 段階表記	27 か所 (45.0%)
4 段階表記	21 か所 (35.0%)
3 段階表記	9 か所 (15.0%)
5 段階表記または 6 段階表記	3 か所 (5.0%)

## 2 重複障害の取扱い

### 1) 身体疾患の合併（回答数 54）

厚生省通知では、IQ が 50 以下で、身体障害者手帳が 1～3 級の場合には障害の程度を重度とするとしている。

身体障害を知的障害区分にどのように加味するかについては、①厚生省通知に準じているが 18 都道府県（33.3%）、②身体障害者手帳が 1～3 級のものは、中度を重度に、重度を最重度にしているが 19 都道府県・指定都市（35.2%）であった。②もほぼ厚生

省通知に準じていると考えられ、両者を併せると68.5%になる。その他の都道府県においては介護の必要度や社会生活能力などをも加味して総合的に判定しているようであった。

自閉性障害を除くその他の重複障害の取扱いについては、大部分が、てんかん、精神疾患、行動障害、反社会的・非社会的行動がある場合には障害程度に加味すると回答している。

## 2) 自閉性障害の合併 (回答数 49)

自閉性障害を知的障害の程度にどのように加味するかについては、①自閉性障害を障害程度に特別に加味することほしない、が13都道府県(26.5%)、②行動障害や適応能力、介護の必要度などを評価し、加味するが24(48.9%)都道府県であった。少数ではあるが、比較的IQが高くても療育手帳の対象とするものとして、③IQが80未満であれば療育手帳の対象としている、さらに、④境界ないし正常域でも社会生活能力が知的障害者レベルであれば、軽度と判定するなどの記載があった。

## 3) 知的障害と普通域の区分 (回答数 56)

知的障害と普通域(療育手帳非該当)との境界をIQではどのように定めているかについては、以下のような結果であった。世界保健機関(WHO)の定めた精神遅滞のIQの上限(69まで)に比しやや高い都道府県が多いようである。

概ね70まで	13か所(23.2%)
概ね75まで	34か所(60.7%)
概ね80まで	9か所(16.1%)

## 4) 高機能自閉症等の取扱い (回答数 59)

18歳未満で発症している高機能自閉症、高次脳機能障害、精神分裂病、注意欠陥多動障害、学習障害のある者について療育手

帳の対象としているかという問いに対しては、知的障害の有無にかかわらず療育手帳の対象としている都道府県はなかった。しかし、高機能自閉症については、IQによる評価は実際的ではないので、日常生活に支障がある者に対しては療育手帳の対象にすべきであるとか、知的平均下域(概ねIQ90未満)でも対象にすべきという記載があった。上述の障害については、56都道府県(94.9%)が知的障害があれば療育手帳の対象とするということであった。

## 5) 重度別の再判定時期の設定 (回答数 51~32)

表17に各都道府県が設定している再判定の時期を示した。再判定の時期は障害の程度にかかわらず5年以内とするものが多い。しかし、都道府県によっては、重度別に再判定の時期を設定したり、それに年齢を加味するところもあった。

## 6) 再判定の期間についての意見 (回答数 54)

療育手帳の再判定について、成人の知的障害者は何年以内に判定すべきかという回答は、「年齢や障害の程度によって異なる」というのが多い。

5年以内	7か所(13.0%)
10年以内	3か所(5.5%)
年齢や障害程度に応じて再判定	32か所(59.3%)
無期、ただし必要に応じて再判定	10か所(18.5%)
その他	2か所(3.7%)

## 3 療育手帳の再判定についての意見 (回答数 34)

さまざまな意見が寄せられたので、表18に主なものを紹介しておく。多かった意見としては、「本人の希望や状態の変化があれ

ば再判定が必要である」(14 か所)、「知的障害者のフォローアップや的確な支援を行うためには再判定を行う必要がある」(9 か所)、「その場合には5~10年間隔で再判定するのがよい」(6 か所)などであった。

## VI 施設入所者の措置費重度加算に関する重度認定

### 1 重度認定の実施機関 (回答数 60)

重度認定の実施機関については、福祉事務所のみで認定するが9都道府県(15.0%)、福祉事務所が知更相の判定に基づき認定するが38都道府県(63.3%)であった。その他に、前二者の認定方法を併用するや、知更相が実施する、あるいは本庁担当課が実施するなどが13都道府県(21.7%)であった。

### 2 知更相が重度認定に関わっている場合の認定方法 (回答数 40)

#### 1) 初回

施設入所判定の記録に基づいて判定するが31か所(77.5%)であった。この中には、ケースによっては実地判定をも行うことがある(3か所)や、施設からの調書等をも参考にして判定する(6か所)、療育手帳判定の際の記録に基づいて判定する(2か所)などが含まれている。

重度認定のための実地判定を行う、施設からの調書等に基づく書類判定、あるいは最近の判定記録による判定がそれぞれ3か所(7.5%)づつであった。

#### 2) 2回目以降

毎年実地判定を行う機関はない。定期的に実地判定をするが10か所、その間隔については3年、5年、あるいは10年であった。施設からの調書による書類判定が23か所、その他、療育手帳の判定その他の判定を参考するや、時期によって実地調査を実施す

るなどなどが7か所であった。

### 3) 重度認定についての意見 (回答数 31)

知更相が一定期間ごとに判定し、重度認定に関与すべきという意見もあるが、多くの施設は知更相の関与に消極的であった。表19に多い順に意見を列記する。

## VII 知的障害者援護施設入所調整会議

### 1 調整会議の設置状況 (回答数 58)

知的障害者援護施設への入所に係る調整会議を設置しているのは23都道府県(39.6%)においてであった。正式の設置ではないが、入所調整を実施しているのは15都道府県(25.9%)、これに対して調整会議を実施していないが20都道府県(34.5%)であった。調整会議が設置されている場合に会議を主催する機関は、本課が17か所(74.0%)、知更相、福祉事務所がそれぞれ3か所(13.0%)であった。

正式の設置ではないが、入所調整を実施している都道府県における主催機関は、本課が11か所(73.3%)、知更相、福祉事務所がそれぞれ1か所(6.7%)、その他が2か所(13.3%)であった。

入所調整を実施している場合、対象施設については、全施設を対象にするが11都道府県(28.9%)、このうち9か所は調整会議を開催している。新規開設施設のみを対象とするのは23都道府県(73.6%)で、このうち14か所が調整会議を開催している。調整会議のメンバーとして知更相が参加しているのは20か所(86.9%)、正式設置ではないが入所調整を行う時にメンバーとして知更相が参加するのは11か所(73.3%)であった。

### 2 調整実績

平成11年度の調整実績については、調整会議又は入所調整に参加したのは24知更

相で、参加回数は1～12回、平均3.3回であった。

調整会議における知更相の役割は都道府県によって異なっているが、専門的意見を述べたり、資料の提出、会議の調整などであった。現在の体制では援護施設側が主導権を握っているという意見もあった。

## Ⅷ 市町村・施設への援助

回答数が少なく、しかも回答のほとんどが実施したとする知更相からのものであった。参考までにその数値を記載しておく、回答数38のうち、平成11年度に市町村職員や施設職員へ対して研修を行ったのは35知更相(92.1%)であった。開催回数は年1回程度で、対象は市町村職員や福祉関係機関の職員というものが多い。

また、同年度における市町村や施設への職員派遣状況については、職員を派遣したのは32知更相(84.2%)であった。

関係機関との連絡会議を開催したのは42知更相であった。会議の対象とした機関、施設等の内訳は次のとおりである。

福祉事務所	32か所
施設	16か所
障害児(者)地域療育支援事業委託先	13か所
公共職業安定所	24か所
障害者職業センター	12か所
その他	18か所

福祉事務所や市町村への専門的援助については、回答数48のうち実施している知更相が32か所(66.7%)、実施していないが16か所(33.3%)であった。

施設への専門的援助については回答数54のうち、実施しているが31か所(57.4%)、実施していないが21か所(38.9%)であった。

障害者家族会や本人の会との関係につい

ては、回答数54のうち、何らかの支援を行っているが15か所(27.8%)、特に関係は持たないが39か所(72.2%)であった。

## Ⅸ アドボカシーへの取り組み(回答数48)

アドボカシーについて「取り組んでいる」が4か所(8.3%)、「試行的取り組みをした」が3か所(6.3%)、「今後取り組む予定」が3か所(6.3%)、「取り組む予定はない」が38か所(79.1%)であった。アドボカシーについての知更相の取り組みはごく少数の都道府県にとどまっている。

## X その他

### 1 知更相業務等についての自由意見(回答数25)

表21に知更相業務等について自由意見を、(1)職員体制について、(2)知更相業務について、(3)療育手帳、(4)その他に分類して列記した。

職員構成については、職員体制が貧弱で、現在の業務を遂行することが困難であるという意見が多かった。知更相業務については、全国的にみると業務形態が不統一、また、療育手帳についても同様に判定が不統一であるという意見が多かった。

### 2 児相、身更相等の関連施設を統合して、総合的に運営することについての意見(回答数55)

現在、知更相の設置形態は併設や総合が多いが、今後、さらに総合化の方向に進むことも予想される。その場合に利点、不利な点を知っておくことは重要であり、表22に、児相や身更相などの関連施設を統合して、総合的に運営することについての意見をまとめて列記した。

総合的運営の利点として、専門的機能を強化、充実して、障害児・者の保健福祉制度の一元化、総合化が可能となりライフス

ページ全般にわたる支援体制をつくること  
ができるなどが挙げられた。

これに対して、総合的運営の不利な点として、現実的には組織が大きくなり、意思疎通、意思決定の過程が複雑化し、あるいは手続きの煩雑化をまねき、意思決定、対応に遅れが出る。現実的には他の機関の業務が優先され、知更相にとってメリットはないなどの意見が聞かれた。今回の調査の他の項目でも指摘されていたことではあるが、児相との統合では、虐待にからむ児相の多忙さのために知更相の業務遂行が難しくなるという意見が目立った。このような意見を考え合わせると、総合化を進める場合には職員体制の充実、特に知更相の専任職員の配置が重要であると考えられる。

## XI まとめ

1) 今回の実態調査の結果に基づいて、知更相の職員体制を見ると、職員総人員数、職員構成のいずれにおいても施設間格差が大きい。知的障害者福祉法に示されている標準的な職員構成を満たす知更相はきわめて少数であった。職種別の職員配置状況では、全国的に見て、常勤医師の配置が不足しており、また、知的障害者福祉司及び心理判定員については兼任常勤が多く、専任常勤の配置が不足していた。職員体制の点で都道府県と指定都市を比較すると、指定都市のほうがより充実していた。しかしながら、一般的に知更相の職員体制は貧弱であると言わざるを得ない。

2) 更生相談の実施状況については、主な相談内容は療育手帳の判定や重度認定、施設利用判定などであったが、相談の実施形態においても、また実施件数においても施設間格差が大きかった。

3) 判定会議を開催している施設は全知更相の約2/3であった。会議の構成メンバーとして所長が参加していない施設があるこ

と、また、精神科医や知的障害者福祉司の参加が少ないことも目立った。

4) 療育手帳制度については、障害の程度区分や療育手帳の程度の表記、重複障害の取扱いなどにおいて各都道府県間に違いが見られ、全国的に見て不統一であった。療育手帳の法制化が必要と考えられた。

5) 施設入所者の措置費重度加算に関する重度認定や援護施設入所調整会議、市町村・施設への援助、アドボカシーへの取り組みなどについても各知更相でまちまちであった。

6) 以上の現状分析の結果から、大部分の知更相においては貧弱な職員体制のために、相談業務をはじめとして知更相に課せられた業務を十分に遂行できない状況にあると考えられる。従って、今後、支援費支給制度に伴う市町村への支援などの新しい業務が求められた場合には地域の実情に応じた人員増が必要と考えられた。



表2 知更相の設置形態（回答数 70）

設置形態	
単 独	3 か所 ( 4.3%) 36 か所 (51.4%)
総 合	身更相及び児相を含む： 21 か所 (58.3%) 身更相を含む： 7 か所 (19.4%) 児相を含む： 6 か所 (16.7%) その他： 2 か所 ( 5.6%)
併 設	31 か所 (44.3%) 児相との併設： 11 か所 (35.5%) 身更相との併設： 9 か所 (29.0%) 身更相及び児相等との併設： 6 か所 (19.4%) その他： 5 か所 (16.1%)

表3 知更相所長の専任、兼務別（回答数 70）

専任、兼務別	
専 任	10 名 (14.3%)
兼 務	60 名 (85.7%) 総合リハビリテーションセンター長： 5 名 ( 8.3%) 身更相及び児相等 a 兼務： 21 名 (35.0%) 身更相兼務： 17 名 (28.3%) 児相兼務： 13 名 (21.7%) その他 b： 4 名 ( 6.7%)
a：婦人相談所、福祉事務所、その他、b：精神保健福祉センター、児童福祉センター、児童療育福祉センター	

表4 現組織についての利点と不利な点（回答数 59）

<p>単独施設（回答数 3）</p> <p>利点：組織が小規模で意思決定、物事への対応が迅速にできる。高い専門性をもって対応できる。</p> <p>不利な点：事務所に職員が不在になりがち。予算規模、職員数に制約があり、職務遂行の支障となっている。</p>	
<p>総合施設（回答数 29）</p> <p>利点：重複障害の総合相談や児相からの継続性のある相談ができる。複雑ケースに対する相談が迅速かつ円滑にできる。診療部門が併設されているので、診療結果についての情報が得られる。総務部門の人員が節減できる。業務の均等化ができる。共通認識をもって業務に取り組める。</p> <p>不利な点：児相業務が中心になり、知更相が相対的に軽視されやすくなる。業務が兼務となり、専門性が低下するおそれがある。業務量が多く、多忙になりがち、職員の負担も大きい。</p>	
<p>併設施設（回答数 27）</p> <p>利点：児相が併設されている場合には、児童から者への相談記録の移行が円滑にでき、一貫した判定ができる。療育手帳の事務処理が一本化でき効率的。身更相が併設されている場合には、知更相、身更相の両機能を有しているため、重複障害者にとって利便性が高い。身更相と併設されていて医師の活用など専門職の活用ができる。</p> <p>不利な点：専任職員がいないため、業務遂行上問題がある。専門職員がいないため専門性のある高い業務が行えない。知更相の独自性が保てない、児相が併設されている場合には、児相中心に運営されており、業務が多く、知更相業務は片手間になり、利用者に十分な対応ができない。</p>	

表5 知更相所長の職種と知更相経験年数（回答数 70）

職 種	人数 (%)	現職を含む知更相の 平均経験年数	現職平均経験年数
事務職			
一般行政職	36名 (51.4)	1.0	0.8
福祉職	15名 (21.4)	4.7	0.8
心理職	6名 (8.6)	8.7	3.7
記入なし	1名 (1.5)	—	—
医 師	12名 (17.1)	5.7	5.7



表6 医師の配置状況（回答数 70）

常勤、非常勤別	施設数	形態別施設数			医師の 総人員数	1施設あたりの 平均人員数
		単独	総合	併設		
専任常勤	1 <sup>a</sup>	0	1	0	2	0.02
兼任常勤	19 <sup>b</sup>	1	10	8	30	0.42
非常勤嘱託	60 <sup>c</sup>	3	31	26	197	0.85
医師欠員	2		1	1	—	—

a：他に非常勤嘱託を配置、b：兼任常勤のみ配置が8か所、兼任常勤と非常勤嘱託を配置が11か所、c：非常勤嘱託のみを配置が48か所

表7 知的障害者福祉司の配置状況（回答数 70）

常勤、非常勤別	施設数	形態別施設数			知的障害者 福祉司総人 員数	1施設あたりの 平均人員数
		単独	総合	併設		
専任常勤	31 <sup>a</sup>	3	11	17	62	0.88
兼任常勤	44 <sup>b</sup>	0	29	15	158	2.25
非常勤嘱託	9 <sup>c</sup>	0	5	4	12	0.17
常勤欠員	7	0	2	5	—	—

a：専任常勤のみを配置の施設が19か所、兼任常勤をも配置が12か所、b：兼任のみを配置の施設が32か所、c：非常勤嘱託のみを配置の施設が1か所

表8 心理判定員の配置状況（回答数 70）

常勤、非常勤別	施設数	形態別施設数			心理判定員 総人員数	1施設あたりの 平均人員数
		単独	総合	併設		
専任常勤	31 <sup>a</sup>	3	11	17	66	0.94
兼任常勤	52 <sup>b</sup>	0	31	21	181	2.58
非常勤嘱託	19 <sup>c</sup>	2	8	9	36	0.51

a：専任常勤のみを配置の施設が12か所、専任と兼任常勤を配置が10か所、専任と兼任常勤、非常勤嘱託を配置が3か所、専任常勤と非常勤嘱託を配置が6か所、b：兼任常勤のみを配置の施設が34か所、兼任常勤と非常勤嘱託を配置が5か所、c：非常勤嘱託のみを配置の施設なし

表9 更生相談の実施形態と実施状況（回答数 70）

実施形態	実施状況	
	所内（来所）相談	実施している
巡回相談	〃	51 か所（72.8%）
施設訪問	〃	41 か所（58.5%）
訪問相談	〃	30 か所（42.8%）
書類判定	〃	41 か所（58.5%）

表10 心理判定で使用している検査法（H11年度実施分、回答数 67）

検査名	使用している施設数（%）
<b>知能検査</b>	
田中ビネー法	55 (78.6)
田中ビネー法と鈴木ビネー法を併用	26 (35.7)
鈴木ビネー法（田中ビネー法は使用せず）	12 (17.1)
WIAS-R	44 (62.9)
WISC-(-R)	11 (15.7)
コース立方体	36 (51.4)
DAM（グッドナイフ）	28 (40.0)
<b>発達検査</b>	
遠城寺式発達検査	28 (40.0)
津守式乳幼児精神発達検査	3 (4.3)
新版K式発達検査	14 (20.0)
<b>その他の検査</b>	
AAMR (AAMD)	2 (2.8)
桜井試案	14 (20.0)
新版S-M社会生活能力検査	20 (28.5)

表 11 更生相談の内容と件数（回答数 70、11 年度実績）

相談内容	1 施設あたりの平均件数 <sup>a</sup>	実施施設実数 (%)
療育手帳判定	593.7 ± 516.3	69 (98.5%)
施設利用判定	228.4 ± 245.2	68 (97.1%)
職親委託	1.9 ± 10.8	15 (21.4%)
職業	37.0 ± 57.6	53 (75.7%)
医療保健	36.9 ± 83.7	44 (62.8%)
経済 <sup>b</sup>	33.4 ± 72.7	20 (28.5%)
生活	89.7 ± 167.3	52 (74.2%)
教育	27.8 ± 92.5	29 (41.4%)
重度認定	289.0 ± 478.1	42 (60.0%)
その他	118.3 ± 205.2	56 (50.0%)
合計	1469.3 ± 1052.8	70 (100%)

a : 全 70 施設の平均件数を平均値±標準偏差で示した  
b : 「経済」に「生活」の件数をも含めて報告した 2 施設の件数は、すべて「経済」の件数とした

表 12 施設利用判定を行う上での問題点（回答数 51）

- ① 施設の少なさから本人の能力にあった施設を選択することが困難
- ② 重複障害化、多様化、身体疾患や精神障害の合併などによって施設の選定及び入所が困難
- ③ 判定の際に非常勤精神科医のため連携がとれず、精神障害を合併しているケースの判定書の作成が困難
- ④ 自治体、福祉事務所等で判定前に入所施設が決定されており、事後承諾的な判定を求められる
- ⑤ 施設が少なく、「将来必要になったとき」という判定では具体性に欠け、家族は納得できない
- ⑥ 職能判定が出来なかったり、短時間の判定では正確な施設利用判定は困難
- ⑦ 施設が少なく、直ちに入所が必要であるにもかかわらず待機ということになり苦慮する
- ⑧ 高齢者を更生施設に入所させることには抵抗を感じる
- ⑨ 施設の絶対数が足りない
- ⑩ 施設種別が混乱しており、施設を利用目的と機能別に再構成して支援の内容に応じた施設種別に明確化していくことが必要

表 13 判定会議の協議事項（回答数 46）

協議事項	実施施設数 (%)
療育手帳判定	40 (86.9%)
施設利用判定	40 (86.9%)
職親委託	10 (21.7%)
職 業	10 (21.7%)
医療保健	8 (17.3%)
経 済	7 (15.2%)
生 活	9 (19.5%)
教 育	10 (21.7%)
重度認定	9 (19.5%)
その他	8 (17.3%)

表 14 判定会議の構成メンバー（回答数 46）

参加メンバー	参加施設数 (%)	
	療育手帳判定会議	施設利用判定会議
所 長	29 (63.0%)	33 (71.7%)
精神科医	17 (36.9%)	17 (36.9%)
知的障害者福祉司	13 (28.2%)	12 (26.0%)
ケースワーカー	21 (45.6%)	26 (56.5%)
心理判定員	39 (84.7%)	35 (76.0%)
職能判定員	2 ( 4.3%)	2 ( 4.3%)
看護婦・保健婦	12 (26.0%)	12 (26.0%)
福祉事務所職員参加	4 ( 8.6%)	10 (21.7%)
その他 (副所長、次長、判定課長等)	14 (30.4%)	16 (34.7%)