

イ 施設利用判定を行う上での問題点を記入してください。

(3) 職業相談について

- 職業安定所等と連携して就労に結び付けている。
 - 職業安定所等を紹介する。
 - その他 ()
- 職場の問題等を通所指導等により改善を図っている。
- 福祉事務所に判定書を送付し、福祉事務所での対応を依頼している。

知的障害者の就労支援のために、何らかの取り組みを行っていただければ、ご記入ください。

(4) 精神病を伴う知的障害者への援助について

- 精神科の受診を勧め、知更相が通所相談等でフォローする。
- 精神科受診を勧め、福祉事務所での継続指導を依頼する。□その他 ()

精神病を伴う知的障害者への援助のために、何らかの取り組みを行っていただければ、ご記入ください。

(5) 自閉性障害や学習障害、高次脳機能障害への取り組みを行っていただければ、ご記入ください。

--

(6) 問題行動を伴う処遇困難ケースへの取り組みを行っていただければ、ご記入ください。

--

(7) その他、更生相談での課題等があれば、ご記入ください。

--

3 判定会議

(1) 判定会議を開催している場合

ア 開催時期：□定例的に開催 □随時開催

イ 協議事項及び構成メンバー（該当箇所に人数を記入してください。）

	所長	精神科 医師	知的障害者 福祉司	ケース ワーカー	心理 判定員	職能 判定員	看護婦・ 保健婦	福祉事務所 職員			計
療育手帳判定	人		人	人	人	人	人	人			人
施設利用判定											
職親委託											
職業											
医療保健											
経済											
生活											
教育											
重度認定											
その他											

(2) 判定会議を開催していない場合は、その理由をお聞かせください。

〔理由

〕

(3) 判定会議の問題点等がありましたらご記入ください。

IV 療育手帳制度について

現行の各都道府県市の療育手帳の障害程度区分についてお尋ねします。(なお、療育手帳に関する規則、要綱、要領、内規等がありましたら、一緒に送ってください。)

1 障害程度の基本的な区分について

昭和48年の厚生事務次官通知とともに通知された児童家庭局長通知「療育手帳制度の実施について」では、障害程度を重度(A)とその他(B)と区分していますが、貴都道府県市の障害程度区分について、お知らせください。(4区分を採用している都道府県市が多いため、4区分としましたが、それ以外の場合は、表を修正してお使いください。)

	表記*1	IQ値*2	基準	備考
最重度				
重度				
中度				
軽度				

*1：A、B、C、A1、A2、1度、2度等の手帳上の表記を記入してください。

*2：おおよそのIQ値を定めている場合は、そのIQ値の範囲を記入してください。

2 重複障害の取扱いについて

(1) 身体障害との合併について、どのように障害程度区分に加味しているか、記入してください。(厚生省通知では、IQ50 以下で身体障害者手帳が 1～3 級の場合に重度としている。)

--

(2) 自閉性障害との合併について、どのように障害程度区分に加味しているか、記入してください。

--

(3) その他に障害程度に加味している事項がありましたら、どのように加味しているか記入してください。

--

(4) 知的障害と普通域（療育手帳非該当）との境界をどのように定めていますか。IQ 値や定義でご記入ください。

--

(5) 18歳未満に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、療育手帳の交付対象としていますか。(該当項に○印を付けてください。)

	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
知的障害があれば対象とする					
知的には平均下域(概ねIQ90未満)まで対象とする					
知的障害の有無にかかわらず対象としている					
その他 ()					

3 再判定の期間について

(1) 再判定の時期をどのように設定していますか。

	2年以内	5年以内	7年以内	10年以内	無期	その他
最重度						
重度						
中度						
軽度						
障害程度が境界域						

(2) 成人の知的障害者は、何年以内に再判定することが適切と思いますか。

- 2年以内 5年以内 7年以内 10年以内 無期として、必要に応じて再判定する
 年齢や障害程度により、異なる その他 ()

(3) 療育手帳の再判定について、ご意見があれば記入してください。

V 施設入所者の措置費重度加算にかかる重度認定について

1 重度認定の実施について

- 福祉事務所のみで認定している。 福祉事務所が知更相の判定に基づき、認定している。
- その他 ()

2 知更相が重度認定の判定を行っている場合、どのように実施していますか。

(1) 初回の重度認定について

- 施設入所判定の記録に基づき、判定している。
- 重度認定のための実地の判定を行っている。
- 施設からの調書等に基づき、書類判定している。
- その他 ()

(2) 2回目以降の重度認定について

- 毎年、実地に判定している。
- 定期的に実地の判定をしている→ () 年ごと (実地判定以外の年は、施設からの調書等により、判定している)
- 施設からの調書等に基づき、書類判定している。
- その他 ()

(3) 重度認定について、ご意見があれば記入してください。

--

VI 知的障害者援護施設入所調整会議について

1 調整会議の設置について

- 設置されている。 正式の設置ではないが、入所調整が行われている。 未実施

2 主催

本課 知更相 福祉事務所 その他 ()

3 対象施設

全施設 新規開設施設 公立施設 その他 ()

4 会議の構成

本課 知更相 福祉事務所 施設 児童相談所 その他 ()

5 調整実績 (平成 1 1 年度)

会議の開催： 回 調整件数： 件/年

6 調整会議における知更相の役割

7 未実施の場合の今後の予定

実施予定 必要だが、未定 必要ない (理由：)

8 現状についてのご意見を記入してください。

9 施設への入所が利用制度になったときの知更相の役割について、お考えをお聞かせください。

VII 市区町村、施設等への専門的技術的援助について

1 現状について

(1) 市区町村や施設職員への研修について（事業概要で分かれば、その写しを同封で結構です。）

ア 11年度実績

	研修名	日数	対象者	講義内容	講師（職種）	外部講師に○
1						
2						
3						
4						
5						
6						

イ 12年度実施計画について記載してください。

	研修名	日数	対象者	講義内容	講師 (職種)	外部講師に○
1						
2						
3						
4						
5						
6						

(2) 講師派遣協力

i 1 年度に市町村や団体等の研修に講師として職員を派遣した実績を記載してください。

	テーマ	日数	派遣先・対象者	派遣した職員の職種
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

(3) 関係機関との連絡会議の開催について

回数	福祉事務所	施設	障害児(者)地域療育支援事業体託施設	公共職業安定所	障害者職業センター	その他
	回	回	回	回	回	()

(4) 福祉事務所や市区町村への専門的技術的援助について

行っている 行っていない

現状

今後の方向と課題

--	--

- (5) 施設への専門的技術的援助について
行っている 行っていない

現状	今後の方向と課題

- (6) 障害者の家族会や本人の会との関係について

何らかの支援をしている 特に関係をもっていない
 ご意見がありましたら、記入してください。

Ⅷ アドボカシー(advocacy)への取り組みについて

取り組んでいる。 試行的な取り組みをした。 今後取り組み予定。 取り組み予定はない(権利擁護相談センターの領域と考える)
 障害者の権利擁護のための何らかの取り組みをしていれば、記入してください。

IX その他

なんでも結構ですが、知更相業務等についてご意見がありましたら、記入してください。

--

ご協力ありがとうございました。

資料 3

市町村身体障害者・知的障害者福祉法
施行事務実施体制等に関する調査票

平成12年度厚生科学特別研究事業

市町村身体障害者・知的障害者福祉法
施行事務実施体制等に関する調査

市町村身体障害者・知的障害者福祉法施行事務実施体制等に関する調査

市町村名

担当課名

記入者

1 市町村の規模

① 平成12年10月1日国勢調査人口（速報値）

総人口	18歳未満	18歳以上		
		18歳～39歳	40歳～64歳	65歳以上

② 身体障害者手帳新規交付者数（平成11年度）

障害種別	総数	年齢区分別交付数			
		18歳未満	18歳～39歳	40歳～64歳	65歳以上
肢 体					
視 覚					
聴 覚・平 衡					
音・言・そ					
内 部	呼 吸 器				
	心 臓				
	じ ん 臓				
	直腸・膀胱				
	小 腸				
	免 疫				
合 計					

③ 療育手帳交付数（平成12年3月31日現在）

障害程度区分	総数	18歳未満	18歳以上		
			18歳～39歳	40歳～64歳	65歳以上
最重度()					
重 度()					
中 度()					
軽 度()					
合 計					

※3段階の場合には、最重度と重度の合計を重度欄に記載してください。

2 障害者福祉推進体制(数値記入及び該当する□にレ点)

① 課又は担当グループ内の障害者の福祉を担当する常勤職員は何人いますか。

人

② ①のうち、身体障害者福祉司、知的障害者福祉司等、ケースワーク担当職員は何人ですか。

人

③ 障害児の福祉担当課はどこですか

同一課 (同一係・G 別の係・G)

別の課 (課名・担当G名)

④ ②のケースワーク担当職員の担当する業務経験等について、下表にお答えください。

職員 A	1 担当業務： <input type="checkbox"/> 身体障害者福祉 <input type="checkbox"/> 知的障害者福祉 <input type="checkbox"/> 児童福祉 2 全業務に占めるケースワーク業務(措置決定事務等含む)の割合：およそ _____ % 3 社会福祉業務経験： <input type="checkbox"/> 福祉行政 _____ 年 <input type="checkbox"/> 福祉施設 _____ 年 <input type="checkbox"/> 社会福祉協議会 _____ 年 4 障害者(児)福祉実務経験：_____ 年 月 5 現 職：_____ 年 月 6 異動前の職場：_____ 課 _____ 担当 <input type="checkbox"/> 新規採用 (記入又は <input type="checkbox"/> にレ点) 7 任 用：福祉司発令 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (社会福祉主事任用資格 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)
職員 B	1 担当業務： <input type="checkbox"/> 身体障害者福祉 <input type="checkbox"/> 知的障害者福祉 <input type="checkbox"/> 児童福祉 2 全業務に占めるケースワーク業務(措置決定事務等含む)の割合：およそ _____ % 3 社会福祉業務経験： <input type="checkbox"/> 福祉行政 _____ 年 <input type="checkbox"/> 福祉施設 _____ 年 <input type="checkbox"/> 社会福祉協議会 _____ 年 4 障害者(児)福祉実務経験：_____ 年 月 5 現 職：_____ 年 月 6 異動前の職場：_____ 課 _____ 担当 <input type="checkbox"/> 新規採用 (記入又は <input type="checkbox"/> にレ点) 7 任 用：福祉司発令 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (社会福祉主事任用資格 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)
職員 C	1 担当業務： <input type="checkbox"/> 身体障害者福祉 <input type="checkbox"/> 知的障害者福祉 <input type="checkbox"/> 児童福祉 2 全業務に占めるケースワーク業務(措置決定事務等含む)の割合：およそ _____ % 3 社会福祉業務経験： <input type="checkbox"/> 福祉行政 _____ 年 <input type="checkbox"/> 福祉施設 _____ 年 <input type="checkbox"/> 社会福祉協議会 _____ 年 4 障害者(児)福祉実務経験：_____ 年 月 5 現 職：_____ 年 月 6 異動前の職場：_____ 課 _____ 担当 <input type="checkbox"/> 新規採用 (記入又は <input type="checkbox"/> にレ点) 7 任 用：福祉司発令 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (社会福祉主事任用資格 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)
職員 D	1 担当業務： <input type="checkbox"/> 身体障害者福祉 <input type="checkbox"/> 知的障害者福祉 <input type="checkbox"/> 児童福祉 2 全業務に占めるケースワーク業務(措置決定事務等含む)の割合：およそ _____ % 3 社会福祉業務経験： <input type="checkbox"/> 福祉行政 _____ 年 <input type="checkbox"/> 福祉施設 _____ 年 <input type="checkbox"/> 社会福祉協議会 _____ 年 4 障害者(児)福祉実務経験：_____ 年 月 5 現 職：_____ 年 月 6 異動前の職場：_____ 課 _____ 担当 <input type="checkbox"/> 新規採用 (記入又は <input type="checkbox"/> にレ点) 7 任 用：福祉司発令 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (社会福祉主事任用資格 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)
職員 E	1 担当業務： <input type="checkbox"/> 身体障害者福祉 <input type="checkbox"/> 知的障害者福祉 <input type="checkbox"/> 児童福祉 2 全業務に占めるケースワーク業務(措置決定事務等含む)の割合：およそ _____ % 3 社会福祉業務経験： <input type="checkbox"/> 福祉行政 _____ 年 <input type="checkbox"/> 福祉施設 _____ 年 <input type="checkbox"/> 社会福祉協議会 _____ 年 4 障害者(児)福祉実務経験：_____ 年 月 5 現 職：_____ 年 月 6 異動前の職場：_____ 課 _____ 担当 <input type="checkbox"/> 新規採用 (記入又は <input type="checkbox"/> にレ点) 7 任 用：福祉司発令 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (社会福祉主事任用資格 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)
職員 F	1 担当業務： <input type="checkbox"/> 身体障害者福祉 <input type="checkbox"/> 知的障害者福祉 <input type="checkbox"/> 児童福祉 2 全業務に占めるケースワーク業務(措置決定事務等含む)の割合：およそ _____ % 3 社会福祉業務経験： <input type="checkbox"/> 福祉行政 _____ 年 <input type="checkbox"/> 福祉施設 _____ 年 <input type="checkbox"/> 社会福祉協議会 _____ 年 4 障害者(児)福祉実務経験：_____ 年 月 5 現 職：_____ 年 月 6 異動前の職場：_____ 課 _____ 担当 <input type="checkbox"/> 新規採用 (記入又は <input type="checkbox"/> にレ点) 7 任 用：福祉司発令 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (社会福祉主事任用資格 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)

※補足説明：

⑤ 課内における障害者援護の保健・医療体制についてお伺いいたします。

職 種	所属別職員数		雇 用 形 態			摘 要
	課 内	他課(課名等)	常 勤	非常勤	嘱 託	
医 師						
保 健 婦						
看 護 婦						
理学療法士						
作業療法士						
言語聴覚士						
()						
()						

※該当する欄にレ点及び必要な記述をしてください。

※非常勤・嘱託の場合、1か月当たりの勤務日数、時間等を摘要欄に記してください。医師については、診療標榜科名、身障法15条指定であるか否かを記してください。

⑥ 障害者プランの作成はお済みですか。

<input type="checkbox"/> 作成済み→(平成 年 月策定) <input type="checkbox"/> 現在作成中 <input type="checkbox"/> 未作成 → (作成しない理由:)
--

3 援護の取り組みの実際

① 市町村の責務に障害者の発見まで規定されていますが、どのような取り組みをしていますか。

<input type="checkbox"/> 広報紙などでPRしており、特別な取り組みはしていない。 <input type="checkbox"/> 民生委員や障害者相談員などを訪問する等して情報を得るとともに、障害者を訪問するなどしている。 <input type="checkbox"/> 相談支援事業(□身障 □知的)がよく機能しており、発見まで行っている。 <input type="checkbox"/> 福祉・保健・医療のネットワーク(脳卒中情報システムなど)があり、それぞれが発見次第早期に障害者に対して情報提供を行うなど必要なアプローチをしている。 <input type="checkbox"/> 社会福祉協議会など民間の組織にPRして、障害者に情報を提供してもらうようにしている。 <input type="checkbox"/> その他 ()

② 身体障害者手帳・療育手帳交付後の障害者の状況把握についてお伺いします。

<input type="checkbox"/> ほぼ全ケースを訪問している。 <input type="checkbox"/> ニーズがあった場合に訪問するようにしている。 <input type="checkbox"/> 極力訪問する方針であるが、職員体制に余裕がなく行えない。 <input type="checkbox"/> 人口が少なく各家庭の状況を把握している。 <input type="checkbox"/> 相談支援事業(□身障 □知的)がよく機能しており、必要な状況を把握している。 <input type="checkbox"/> その他()
--

③ ケースワーク業務担当職員の家庭訪問状況についてお伺いします。(入院・入所先に本人を訪問する場合も含みます。)

一人当たり平均的訪問回数：1か月平均約 回
 # 平均的訪問件数：1か月平均約 件

- ④ 市町村職員以外の福祉・保健・医療サービス関係者を含めた障害者（児）の処遇を検討する場（ケア会議など）を設けていますか。

<input type="checkbox"/> 設置→	<input type="checkbox"/> 年間開催回数（約 回）	
<input type="checkbox"/> 未設置→	<input type="checkbox"/> 代替する機能がある。（名称等：	）
	<input type="checkbox"/> その他（	）

- ⑥ 介護保険の特定疾病の障害者から援護の相談があったとき、どのような対応をしているかお聞かせください。

4 更生相談に対する取り組み

＜身体障害＞

- ① 更生相談所の相談判定への立ち会い状況をお聞かせください。

<input type="checkbox"/> 必ず立ち会っている。	<input type="checkbox"/> ※11年度中立ち会った日数 延べ 日
<input type="checkbox"/> 必要に応じて立ち会っている。	
<input type="checkbox"/> 立ち会わない。→ 理由：	
【所内相談に対する意見・要望】：	

- ② 巡回相談

ア 地元が会場となる巡回相談の利用者をどのようにして集めていますか。

<input type="checkbox"/> 対象者の大部分を日ごろの業務を通じ把握しており、利用を勧めている。
<input type="checkbox"/> 手帳再認定時期や補装具更新時期の障害者をリストアップし、利用を勧めている。
<input type="checkbox"/> 巡回相談の時期に手帳の相談や補装具相談があった場合に利用を勧めている。
<input type="checkbox"/> 巡回相談のあることを広報紙などでPRしている。
<input type="checkbox"/> 相談支援事業がよく機能しており、コーディネーターから紹介される例が多い。
<input type="checkbox"/> 民生委員や障害者相談員などに周知し、対象者に利用勧奨してもらっている。
<input type="checkbox"/> その他

イ 巡回相談の回数を増やしてほしいという希望がある一方で利用者が減っており、再考の時期に来ていると思われます。巡回相談のあり方について、意見・要望等お聞かせください。

