

障害者自立支援法に基づく 「障害程度区分認定」 試行検証作業報告書

(第三次集計；2006.4.3)

NPO法人大阪障害者センター

障害者生活支援システム研究会

「障害程度区分認定」試行検証作業実行委員会

大阪市住吉区苅田5-1-22/TEL 06-6697-9005

「障害程度区分認定」試行検証作業報告

第三次集計結果
2006年4月3日現在

今回の、この「障害程度区分認定」試行検証作業は、大阪障害者センターが「イブス」と提携して開発した「障害程度区分認定ソフト；センターくん」を活用して、「調査員マニュアル」(Ver3)に基づき、調査票の記入を行い、ソフト自体のバグの修正と同時に、認定結果についてその特徴等を明らかにする作業として行なった。

【検証作業の実際】

事業名；「障害程度区分認定」施行検証作業事業

使用ソフト；「センターくん」(試作版)

ソフトの特徴；1 / 13 障害程度区分説明会のデータを使用
「マイクロソフトアクセス」ベース

ソフトの内容；ステップ1・2の判定

警告コードの反映

特記事項の記入可能

インストール；インストールにはパスワードが必要です。

(無断コピー厳禁；開発途中であることや、運動的目的での利用のため)

完成品については、一般公開も検討中

対応OS；Win2000以上(アクセス2000以上)

別版でアクセス用のバーシク有り

入力上の注意

- ・ 必ず、調査員マニュアルを参照して、その基準で入力を行なうこと。(主観的判断を行なわないこと。)
- ・ 警告コードについては、そのままにして、修正を行なわないこと。
- ・ 個人情報との関係もあり、趣旨を話し、本人からの判定の許可をもらうとともに、氏名等は、実際の入力では番号、イニシャル等で行なうこと。
- ・ 調査結果の一般公表は行なわないこと。

試行検証の内容

一次判定結果の検証

- ・ A群項目の判定への影響の特徴及び問題点
項目・時間等
- ・ B群項目の判定への反映への特徴及び問題点
- ・ 警告コードの矛盾点

判定ソフトの検証

- ・ 結果の検証(手計算との結果比較)
- ・ バグ等の問題点
- ・ 入力操作の利便性
- ・ 付加したい機能の把握

実施時期

- ・ 平成18年2月～3月10日
- ・ 各事業所ごとに、施行検証の上、上記項目についての意見書を提出のこと。

【作業実施者】

43事業所（内報告回収32箇所分） 総数1686名分

【検証ケース数】

検証ケース

	入所施設	通所施設	居宅	合計	比率
身体障害	88	66	3	156	9.3%
知的障害	149	1240	112	1501	89.0%
精神障害	0		28	28	1.7%

【判定結果】（厚労省試行とは厚労省の試行事業での結果比率）

判定結果

	入所施設	比率	通所施設	比率	居宅	比率	全体	比率	厚労省試行
非該当	0		11	0.8%	13	9.1%	24	1.4%	6.8%
区分1	3	1.3%	100	7.7%	47	32.9%	150	8.9%	29.9%
区分2	37	15.6%	391	29.9%	78	54.5%	506	30.0%	27.5%
区分3	88	37.1%	418	32.0%	10	7.0%	516	30.6%	12.6%
区分4	36	15.2%	145	11.1%	2	1.4%	183	10.9%	6.0%
区分5	27	11.4%	115	8.8%	2	1.4%	144	8.5%	6.7%
区分6	46	19.4%	122	9.3%	1	0.7%	169	10.0%	10.4%

【判定結果の疑問点及び意見】

〔判定結果の傾向〕

- ・ 判定結果については、基本的に身体介護（麻痺・移動・食事・複雑動作）を必要とする場合、区分程度が高く、知的・精神障害に関しては、比較的low区分判定が行なわれる傾向がある。
- ・ 嚥下機能低下で口腔摂取困難な利用者で体の麻痺の制限の多い場合、食事介護時間がlow判定されるなど、医療的ケアの状況によって、実際の介護時間の格差が生じる。
- ・ 区分6の判定であっても、実際はたえずSPO2を測定し、気道確保を行なわなければならない人や吸引の必要なひと等でも130分以上の枠になってしまう。
- ・ 知的障害で、「強いこだわり」等を持つ場合や「意思を伝えるのに支援が要る」などの日常的な支援の度合いが軽視され、実際の支援の必要時間数と判定の介護時間数が大きく異なるケースが多い。
- ・ 視覚・聴覚障害の単体の障害の場合、「非該当」の判定結果が出る場合がある。
- ・ 精神障害に関しては、状態のよい場合と悪い場合の格差が大きく「良；区分2 不良；区分5」の違いがある。また一般的には、区分2程度までの判定がほとんどとなるが、中には「非該当」のケースも発生している。
- ・ また、精神障害者の必要な支援などが反映されにくく、体調によって調理、掃除、洗濯などが出来ず、ヘルパーを週1回利用して安定をしている人がいるが、判定は非該当であったり、週3日ヘルパーを利用中（食事、先約、入浴支援）支援センターも週2～3日（通院や買物支援、服薬の確認、見守りなど）関わっている人がいるが区分2であるなど実際の支援との遊離が顕著である。
- ・ また、気温や季節に合わせて調節が出来ず支援が必要な場合が反映されないなどの問題も指摘されている。
- ・ 糖尿や腎臓などの食事管理の項目や生活のしずらさ等の実際の支援内容で反映できる項目が無い場合、現場での支援時間との遊離がある。

- ・ 排尿・排便などの一連の行為（後始末等）や諸準備等に関する介護時間への反映がなされていない。
- ・ ステップ1からステップ2への段階での移行は、全施設での調査は行なっていないが、一法人（総数465名分）の傾向をみると、区分1 区分2（3%）区分2 区分3（15%）となっているが、実際には、区分3以上からの変更は無い。しかし、実際の介護時間との関係では、IADL・行動障害に関して支援の内容は深刻で、すべての区分においてこうした支援内容が反映した、認定が必要と思われる。
- ・ なお、現行の障害程度区分との関係では、入所（A87.8%、B12.2%）通所（A83.7%、B13.1%、C0.6%、小規模2.4%；不明分除く；66名分）との対比でみても、新基準での判定との格差が極めて大きいことも特徴である。
- ・ 特に、入所施設が多く移行を予定している「生活介護事業」の対象者像が区分4を基準としている中で、区分4以上が46%程度のとどまり、約4割が対象外となるとすれば、これまで入所施設が果たしてきた役割を果たしきれぬのか、また単純に地域移行が可能なのかについても大きな疑問が残る。
- ・ 一方通所施設の場合、区分4以上が29.2%、区分3が32.0%、区分2が29.9%となっているが、ここでも先の現行区分との遊離は決定的であり、実際の支援の困難さが、こうした判定で反映されているのかについては、極めて疑問が残るところである。

〔判断基準に関する問題点〕

- ・ なお、実際の判定にあたって、調査員マニュアルでの不適切な表現（洗身項目）や判断の基準が不明瞭（IADLにおけるできる、できないの項目の判定）な内容が指摘をされている。
- ・ また、内容によっては、本人に直接聞き取りを行なうのに抵抗のある項目（IADL）などもある。
- ・ さらに、オームがえし的な回答やかん黙症などでの対応をコミュニケーションとして判断するかなど、調査員判断が極めて困難なケースもある。
- ・ 目的意識や行為を調整しながら、生活自立をはかるという知的障害者の支援課題にふさわしい項目に改善させる必要がある。
- ・ 日常生活でできるかどうかを判断基準にしているが、長年施設暮らしをしている人は動けてしまう。しかし実際分かって動けているわけではない人も多くいる。地域生活に移行する際、単純に施設内で動けているからできるというものではない。家に帰ったときの行動や地域で暮らすことを想定した判断を行わないと意味がない点も指摘されている。
- ・ 特に、こうした判断がマニュアルが整備されてきているとはいえ、調査員の判断となるが、具体的な対応で、支援費制度の判定の際にも用いられたような「本人からの聴取」「保護者・支援者からの聴取」を区分して行なうなどの配慮とともに、特記事項掲載内容が十分審査会で反映できる仕組みをつくることが求められる。

【警告コードの内容】

- ・ 警告コードに関しては、聴力・視力の判断で矛盾する項目及び行動障害との関係で矛盾する項目、実際の生活力との関係で矛盾する項目などが多数発生しているが、こうした矛盾は障害の特性上発生する可能性は高く、介護認定等での警告コードとの取り扱いとは異なった対応が求められる。

【まとめ】

本来、今回の障害程度区分認定は、介護認定をベースに当初行なわれた試行事業の結果、障害の状況が必ずしも反映されないことから、ステップ の介護項目判定に加え、ステップ でIADL、行動障害項目を反映させて、一次認定を行なうプログラムとして再提案された。結果、厚労省が当初から指摘するように、「非該当」者は激減したとはいえ、実際の「客観的な支援の必要度」を判定するものになっているのかは、当初から不安が指摘されている。

しかし、この障害程度区分認定のソフト開発の基本となったものは、介護保険制度における「介護認定ソフト」をベースに開発されたものである。したがって、この時点で、当該ソフトが基本的に大きな矛盾を持つものとなったと考えられる。

その第一は、別記資料にもあるように、当該介護保険の介護認定の仕組みそのものが持っている問題点がある。「要介護度と投与サービス量の設定は、「特別養護老人ホームのサービスの質の向上に関する調査研究」をもとに、8つの属性の組み合わせによるケアタイプの想定と介護サービス量の推定したことにあると指摘されている。結果この介護時間は、介護の能動性、共同性を無視したブラックボックスによる介護の企画化が行なわれ、家族介護、カウンセリング、通院サービス、グループワークが評価されないという問題点も指摘されている。」と指摘されるように、心身の障害度からのみ類推された要介護認定等基準時間、介護過程を無視した要介護認定等基準時間、介護の個別性を無視した要介護認定等基準時間、「樹形図」の分岐の設定で操作できる要介護等基準時間、架空の要介護者像による要介護認定等基準時間として設定されているため、実際の支援時間とは大きく異なる結果が生じるということ。

第二に、高齢者における「介護」の問題と、幼少期から障害を持つことによって、社会的経験も不足する中で、障害に合わせた「自己実現」や「自己決定」のレベルまで新が必要な上に、こうした自己能力を開花させるために必要な「発達の支援」や「待ちの支援」、「事前にリスクを回避するための予防的支援」を必要とする障害児者への支援は、大きく異なる側面を持っていること。

第三に、行動障害や精神障害など集団や生活環境等の条件で状態が大きく変化するものであること。このことは、試行調査段階で、ある行動障害をもつ人たちを多数受け入れている施設において、認定調査を行なった担当者が「意外と行動障害があっても、落ち着いていますね。」と語ったといわれていますが、結局、これは、学園の環境と支援の中で、生活を安定させている状況は無視して、「この力が、地域に帰ってもそのまま発揮できるかどうかの検証すらされていない中での発言である。」との批判が現場からも起こったといわれているが、まさにそうした実態を軽視していることがうかがわれる。

第四に、高齢者施設での1分間タイムスタディをベースにした、当該ソフトに対し、実際の障害者施設や家庭での支援の実態を十分に検証することなく、ソフトの有効性にのみ着目した結果で、仕組みづくりを強行したこと。等から、矛盾は大きくなっていると考えられる。

ここでは、こうした基本問題については、今後の分析におうものとして、障害に関する矛盾点を整理しておくこととする。

1、基本的な障害特性から来る介護認定の矛盾

- ・ 先の介護認定において指摘されるように、施設でのタイムスタディによる介護時間が基本的に準用されているため、所要の介護時間に対して、その準備過程や事後処理の過程などが相殺され、実質的な家庭における介護時間への必要時間との格差があり、障害の

重度の人であっても、逆に単純介護時間の割り出しによって、区分が比較的軽度に反映される場合がある。

- ・ 特に、知的障害や精神障害の場合、必要な自己決定に関する支援や、予防的支援などが全く想定されていないため、実際の支援時間との大きな乖離があり、区分に反映されていない。
- ・ したがって、実際の施設等での支援内容と、必要度の区分での遊離が大きくなっている、このことは、実際の障害者施設での支援が、突発的な行為やパニックを防ぐ予防的な支援 ある行為を行なうにあたって、一連の流れで支援 ある行為を行なうための準備も支援 障害者の生活上の支援ニーズについて柔軟に多様な側面からの支援 それぞれの行為場面は文化的背景を持つ「生活」という一連の流れのなかで位置づけられる支援等が全く反映していないため、これまでの支援内容と判定が大きく食い違いを見せている。
- ・ つまり、介護認定では、居宅と施設サービスの相違点が反映されていないことが指摘されてきたが、今回の障害程度区分認定においては、施設における「障害者支援の固有性」が反映されていない点も含め二重の遊離が発生しているものと考えられる。

2、調査上の判断に関する問題点

- ・ マニュアルに基づく判定で、判断をしにくい項目がかなりある。例えば、IADLなどについて、機能上の問題として判断するのか、或いは生活上の困難さの中で判断するのか等を明確にするべきである。
- ・ マニュアルの表現の中で、直接本人に聞き取れない項目「なぜそんなことまで聞くのか？」等の反応を受ける項目もある。（行動障害・精神関係の項目）
- ・ こうした状況をどの場面で、施設内か家庭生活かで異なる状況もある中で、どうした条件化での状態かが明確にされていない。
- ・ 精神などはそのときの状況で、生活力に大幅な相違も発生する。
- ・ 本人の回答を基本とするとはいえ、それ自体が本当にコミュニケーションとして成り立っているかどうか等の判断もはじめて対応する調査員では、判断しかねる。
- ・ こうした矛盾を解決するためにも、親・家族だけでなく、実際に支援を行なっている人の立会い等を求めることが重要である。ただし、この際、すべて本人と立会人との菅家では、主張しにくいこともあり、別途の聞き取りなども配慮する必要がある。

3、ステップ 判定の限界

- ・ 精神障害者の場合、こうしたプログラムを活用しても、多く区分2までしか判定が行われない等、ステップ における修正は、結局非該当者を引き上げる役割は果たすが、区分4以上になることは無く、結局行動障害等への支援時間が相殺される結果となっている。
- ・ また、視覚・聴覚等の単一障害に対しては、適切に反映せず、支援時間が相殺され、非該当者も多発する結果となる。ただし、IADLにおいては、その質をどのように反映させるかも大きな問題と言える。例えば全盲の障害者にとって「洗濯機を回すことはできるが、実際に汚れが落ちているかどうかは分からない。」等の意見が出されているが、実際にはこうした面での家事援助も必要な支援である。
- ・ また、精神障害等の場合、状態によって大きく生活能力が著しく低下する場合もあるが、こうした障害の特徴に対応する判定にはなっていない。

4、警告コードの矛盾

- ・ 警告コードは、基本的に身体の機能に着目して、付け加えられたコードであるが、知的・精神障害の場合には、本人の恣意的能力によって、その力の発揮に大きな差異が生じる場合がある。こうした側面を無視しているため、さも矛盾するかのごとくの警告コードが発生している。
- ・ したがって、身体機能等からの矛盾か、別の障害によるものからくる矛盾かを個別に検証していく必要があり、調査員の再調査に特定せず、二次判定の再、こうした警告コードもそのまま提出を行い、適正な判定を行う必要がある。

5、検証作業の結果から総じて言えること

- ・ こうした多くの矛盾をはらんだ、認定手法に対して、改めて早期にそのシステムの見直しを行っていくことが求められる。その際、障害による支援の必要性は、極めて個別性が高く、単純に機械的判定とならないよう留意する必要がある。
- ・ なお、こうした限界をもつものだけに、調査段階での聞き取りについては、十分慎重に取り扱いが行なわれる必要がある。特に本人には直接聞き取りにくい項目や質問事項もあり、関係者からも適切な意見の徴収を行なえるよう、本人の同意を得て、立会いだけでなく、別設定での関係者からの聞き取りを行なっていく必要がある。
- ・ また、具体的な支援に必要性についても、調査項目の中に反映されていない項目もあることを前提に、丁寧に具体的な支援の必要性を把握することが求められる。
- ・ 二次審査においても、こうした修正が適切に行われるためには、単純に判定結果と医師診断書による判定に限らず、必要に応じて当事者や支援者の意見も反映できる仕組みを持たなければならない。
- ・ 医師診断書についても、知的障害など必ずしも経年的な障害像を把握する機会の少ない医師との関係が多く、必ずしも正確な診断を行うことは困難である。したがって医学の見地からの診断に加え、これまでの直接的支援者（親だけでなく、福祉・教育現場の専門員も含む）からの意見書を添付するなどの工夫が必要と思われる。
- ・ また、こうした必要度の認定と本人の支援ニーズ、医学的な障害像は必ずしも一致できるものではない。したがって、こうした認定基準をサービス利用の際の基準に単純に当てはめることがあってはならない。厚労省もそうした指摘を行っているが、一方各サービスの利用者像にこうした区分基準が表記されており、このことが市町村に対しても事業者に対しても大きな混乱を生じる事となっている。
- ・ こうした基準の正確な検証作業が行われ、適切な修正が行われるまで、改めて、利用者像における区分を撤廃し、本人のニーズと勘案事項、障害程度区分の総合的な判断で支給決定の行われるよう配慮されなければならない。
- ・ 特に生活の場の保障に当たっては、社会的問題なども勘案して地域での生活に単純化することなく、必要な支援が十分行える条件を付加して判断を行う必要がある。その際の「施設入所支援」のサービス基準についても改めて検討が求められる。

【資料；介護認定の問題点】

- ・介護認定そのものについても、各界からは、様々な問題点が指摘されてきた。
まず、介護時間設定の問題点であるが、主として以下のような内容に整理される。(納得できない要介護認定；萌文社)

心身の障害度からのみ類推された要介護認定等基準時間

介護過程を無視した要介護認定等基準時間

介護の個別性を無視した要介護認定等基準時間

「樹形図」の分岐の設定で操作できる要介護等基準時間

架空の要介護者像による要介護認定等基準時間

- ・要介護度で問われる移乗の程度が、実際の介護現場と一致しない
- ・痴呆の要介護度が現実と合致しない
- ・判定結果が逆転現象
- ・機能低下の調査結果にみる判定の逆転現象
- ・生活構造を無視した要介護判定

逆転現象の具体例

「要支援の例6」は、麻痺・拘縮がなく、身体障害は軽く、腰痛・関節痛などで歩行や立ち上がりに支えが必要になった状態で、そのほかには身の回りに少し介助がいる方である。この例での逆転を見てみると、例えば居室の掃除ができなくなり「全介助」となり、視力が落ち「目の前のものがやっと見える」の悪化の2項目をチェックすると、要介護認定等基準時間は24分となり「自立・非該当」になる。一方、症状を軽くして介護度が重度になる逆転は、両足での立位を「できる」にし、立ち上がりも「できる」にすると、要介護認定等基準時間は31分となって一次判定は「要支援」から「要介護1」となる。このように「要支援の例6」では、2項目を変更すると、それも状態が重くなったら「自立」、軽くなったら「要介護1」という逆転が起こる。また、この要支援例に、痴呆や問題行動が起こったらどうなるのかが痴呆の例である。

第6群の意思疎通の項目、特に5の毎日の日課理解の項目以降すべてを「できない」とし、問題行動も介護上危険な問題行動を4項目追加してみたが、要介護認定等基準時間は25分のままで、一次判定結果は「要支援」のままである。

これでは何のために痴呆・問題行動の項目を調査したのか、まったく意味のない結果になっている。つまり、身体障害が軽く痴呆のひどい例の介護は無視されたシステムといえる。

「要介護1の例7」は片麻痺・拘縮があるが、基本的には要支援例に近い状態で、移動・複雑動作に少し介助が必要な方である。この例も2項目を変更することによる逆転が多くある。左片麻痺に加え右の下肢の筋力低下があり「麻痺あり」とし、両足での立位が「支えが必要」になった時には、要介護認定等基準時間は28分となって、一次判定は「要支援」となり、介護度の逆転が起こる。一方、歩行が「つかまれば可」から「できる」に、浴槽の出入りを「一部介助」から「できる」に改善すると、要介護認定等基準時間は50分となって、「要介護2」となり、状態はよくなったにもかかわらず、一次判定は重くなる。「要介護1」の状態像での浴槽の出入りの逆転は、例7以外に例8や例10でもみられる。

要支援の例と同じく痴呆・問題行動をこの例でも追加してみた。意思の疎通はまったくできないとし、問題行動の危険な6項目もすべて追加してみたが、要介護認定等基準時間は36分で、一次判定結果は「要介護1」のままとなる。しかし、要介護認定等基準時間は痴呆・問題行動のない41分から36分と減っており、このことからもでたらめな判定結果だといえる。

- ・こうした、問題点が発生する原因として、要介護度と投与サービス量の設定は、「特別

養護老人ホームのサービスの質の向上に関する調査研究」をもとに、8つの属性の組み合わせによるケアタイプの想定と介護サービス量の推定したことにあると指摘されている。結果この介護時間は、介護の能動性、共同性を無視したブラックボックスによる介護の企画化が行なわれ、家族介護、カウンセリング、通院サービス、グループワークが評価されないという問題点も指摘されている。

- ・ 総じて、本体の介護認定時間の問題点を改めて、整理しておくこと、以下のような整理が行なわれている。「トータルケアマネジメント 2000 Vo15：日総研」

施設ケアと在宅ケアの整合性の問題（施設データのみに基づいて構築されており、在宅ケアとの整合性が取れていない。施設ケアと在宅ケアの介護時間からみた整合性の検証も行われていないため、在宅の高齢者への適応に問題がある。）

樹形モデル構築上の問題（モデルの作成が統計的手法に終始し、介護現場の専門的な意見がまったく反映されていない。通常、臨床現場に樹形モデルを応用する際、臨床的観点からの検証を行う必要がある。つまり、統計学的な妥当性を維持しつつ、さらに臨床的な理解や枠組みと一致するかどうか重要になるのだが、それがなされていない。）

自立・要支援・要介護1の区別の問題（樹形モデルを9つに分けたため、全項目に問題がない場合でも、合計介護時間は25分になってしまう。要支援の定義は25分以上30分未満であり、時間による区別が非常に難しくなっている。）

調査項目区分の定義の問題（樹形モデルでは、高齢者の属性に関する73の調査項目とその区分などに基づいて、グループ分けが行われている。その際、区分があいまいなために、割り当てられる介護時間が変わる可能性がある。）

基礎データ収集時の問題（1分間タイムスタディは2日間だけ実施され、そのため入浴や機能訓練について、サービスが提供されていない人も、ケアが必要なかった人も同じ扱いをしており、結果的に平均介護時間が短くなってしまっている。）

73項目の調査項目の問題点（調査項目がこれでよいのか、は検討されていない。特に問題行動の評価については、19項目の多数を調査するようになっているが、その問題行動別の介護への時間のかかり方や症状の重みなどは何も区別されていない。）

など、介護保険における介護認定そのものへの批判は、かなり以前から行なわれてきたところである。

- ・ 今回の調査でも、明らかなように、介護度中心の認定は大きな問題を包含している。
- ・ こうした介護79項目の認定で、主として区分4以上が判定されることになるが、この79項目の判定の特徴は、介護認定のソフト等を利用して、傾向を知ることができる。
- ・ この要介護度認定ソフトについては、橋本真也医師の作成した「上州街道」（<http://www3.wind.ne.jp/hassii/wiki/wiki.cgi?page=%A5%A4%A5%F3%A5%B5%A5%A4%A5%C9%B2%F0%B8%EE%CA%DD%B8%B1>）等では、AIモード（狭義の模擬一次判定だけでなく、判定をリアルタイムにチェックする機能、数項目（1～3項目）の回答による一次判定の変化をしらみつぶしにチェックする機能、7通りの方法で「状態像の例」60例と比較する機能レーダーチャート表示および数値表現が可能）が付加されており、こうしたソフトなどを使って、対象項目を検討していくことも求められています。
- ・ これらのAIモードなどを利用した場合、特に「食事・移乗・移動」などの項目が大きく注目されています。
- ・ ただし、知的・精神などの障害の場合どのようにこうした項目への対応を図るか、単に数値的な対応策というより、実際の介護や支援の実態の中で対応することが重要です。

障害程度区分判定上の問題点

判定結果	麻痺・移動の判定で0になる、座位も困難、すべての関節に制限ありの人が、排泄・移動の時間が低く判定される。実際は2人介護が必要
	嚥下機能低下で口腔摂取困難な利用者で体の麻痺の制限の多い場合、食事介護時間が低く判定される
	日中発作が多発し、常時介護を必要とするにもかかわらず、区分4に
	区分6ではあるが、たえずSPO2を測定し、気道確保を行わなければならない人や吸引の必要なひと等でも130分以上の枠になってしまう
	区分3判定だが、精神疾患もあり、集団に入れず個別対応が求められ、マンツマン対応が必要
	障害よっての生活のしづらさが反映されない
	ステップでは、区分4以上にはならない、行動障害の反映が必要
	精神障害の場合、区分2までがほとんど、また対人関係に課題のある人などの問題が反映されない
	全盲で知的障害が軽度の人々の時間数が増えない
	食事の時間数が、見守りが必要な人でも麻痺拘縮が無ければ少ない時間に
	排尿・排便などの一連の行為（後始末等）をどこまでチェックできるかが疑問
	全身麻痺で寝たきりでも区分5しかでない
	年配利用者で、統合失調症など精神面に課題を抱える利用者で、現在も日常生活において精神的な支えの必要度の高い利用者が多く区分2と出た。
	全体的に行動面や意思疎通に問題があり、身体的には問題のない人の判定結果が軽くなる傾向にある。
	予想以上に麻痺拘束や移動などの項目が判定に及ぼす影響が大きい
	身の回り、意思疎通がほとんどできず、身体的には大丈夫な人は結果に大きく反映されない。日常生活を見る際、この項目は時間で見ると、かなりかかっている。特に一つひとつにこだわりをもって次に動けない人は身体介助の必要な人よりももっと介護時間はかかっている。これがもっと反映されるべき。
	身体的にほとんど問題なくB群項目で「ほぼ毎日」がついても区分4になかなか反映されない人が多い。
	障害のある人にてんかん発作をもっている人は多いのに、項目にあげられていないのはおかしい。かなり介護度の高い人もいる。医師の診断書ではなく、一次判定に反映されないのはおかしい。
	判定の最終決定は市町村になる。市町村が適切な判断ができるよう、働きかけをおこなっていく必要がある。
	知的で問題行動は無いが、援助の必要な人の判定が軽くなる
精神障害者の聞き取りは、状況によって異なる「良好時；区分2、不良時；区分5」	
糖尿や腎臓など治療食の調理や食事摂取管理の項目が無い	
介助者の介護度合いの感覚と判定結果が異なる	
火元の管理について、まったく火の始末やできない環境にある場合の選択肢が無い	
習慣的にはできることが、新たな場面ではできないなどの場合は特記事項で反映か	
知的障害の認定が低くなる	
日常生活支援において見守りやうながしが絶えず必要であるが、適切に反映しにくい	
かなり激しい行動障害の人でも、判定が低い	
てんかんの人で常時付き添いやみまりの必要な人でも直接的な介護がなければカウントが低くなる	

	医療については、2週間ということで見ることになっているが、たまたま2週間以内で入院したケースは、点滴管理にチェックが入ると区分が跳ね上がる
	食事・排泄でのチェックと行動面での自傷行為等で区分5・6が出るケースがある
	傾向としては、身体機能（麻痺や移動、複雑動作の項目）の軽度な利用者が、知的に重度であっても区分としては低く出たという印象があります。また逆に意思疎通など、コミュニケーション能力が高くても、身体機能が重度な利用者は区分が高くなりました。そのような利用者の場合、区分が4以上であっても、施設入所支援ではなく、ケアホームなどに行きたいという方もあるかと思えます。また二次判定や医師の診断書の特記事項、聞き取りなどから、どの程度区分の変更が可能なのか？市町村によっても対応が違うなどの話も伺っています。現状のサービスが妥当であると考えていても、区分判定により将来的に施設から出なければならない利用者が出てくるのではないかと危惧しています。
	身体介護の多い人は区分が高く、知的は低い区分にとどまっている
	かん黙症のため、行動障害項目でも拾い出しが難しく、「したいのにできない」「職員のあと押しが必要」などの支援は反映しない。区分2
	介護度は低いが日常的に精神的なフォローの必要な人の反映がされない
	ある程度手がかかるのに予想外に区分が低く出たケースは、基本的な身体能力1, 2, 3, 4群と6群が高かった。見た目だけで判断してしまう傾向が強くなるのか。
	「こだわり」行動などの強い利用者の区分は、低く出てしまいがち
	行動障害スコアが満点でも、79項目が低いので区分4の結果です。（常にマンツーマンで対応している利用者）
	気温や季節に合わせて調節が出来ず支援が必要な場合が反映されない。
	知的障害と精神障害が重複している人で、本人の聞き取りでは幻聴があることが分からなかったが、支援者(生活ホームの職員)より、幻聴があると聞き訂正した。訂正前は、非該当であった。
	精神障害者の必要な支援などが反映されにくい。体調によって調理、掃除、洗濯などが出来ず、ヘルパーを週1回利用して安定をしている人がいるが、判定は非該当であった。もう1人は週3日ヘルパーを利用中（食事、先約、入浴支援）、支援センターも週2~3日（通院や買物支援、服薬の確認、見守りなど）関わっている人がいるが区分2であった。
	「移乗」の項目で「見守り」「一部介助」にすると点数が高くなり区分に影響する
	身体障害による行動が制限されることは判定に大きく影響するのに対し、精神障害者の病気の症状である妄想・幻覚・幻聴や意欲低下等による行動障害は判定にほとんど影響しない傾向がある。（結果、調査を実施した精神障害者は全員判定が区分3以下となった。）
	食事介助に手のかかる人は時間が長くなり、判定に影響が出る。直接手は出さないが、1対1で見守りをしている場合、介護時間（手を取られている時間）は同じなのに、基準時間に反映されない。
	同じように、移乗等の場合も、1人であることを大事にして、限りなく介助に近い見守りをしている場合も基準時間に反映されない。
	「物を壊す」「不潔な行為を行う」等については、そうさせない為に支援している時間は長いにもかかわらず、反映されない。
	身体介護が多少なりとも必要か否かで判定に差が出る。しかし、見守りであれ介護時間に変わりはないので実際の支援時間との差が出てくる。
判	発作のある場合、常時見守りを行なわれるので特記事項のそれぞれ記入しなければならない

断 基 準	職員が立ち会っても、「これは居宅ですから、施設は関係ない」といわれる
	本人の回答がオーム返しのもので、そのまま調査員が記入するケースもある
	職員によって判断が異なる
	麻痺について手帳記載のとおりか、日常生活への困難度かで判断に困った
	自閉症で指示を求めての行動が多く、発語がないが、意思が強いのと思うどおりの指示でないとかこちら側の指示で他傷行為に結びつく人について、プロセス で非該当となった。例えば食事摂取、飲水、衣服の着脱などパターンどおりにできることについての判定が人によって違うことと見守り程度では判定対象にならない？
	認定調査表の質問にはどうにでも捉えられる答えにくい項目がありすぎる。例えば、発語のない人に 7 行動の項目についてほとんどが答えにくい形となっている。
	選択肢の判断基準で洗身等で通常考えられない表記がある
	マニュアルの内容が分かりにくい
	名前が言える、季節が言えるといっても、形としていえるだけで、コミュニケーションとしては機能していない場合もある
	設問によっては本人が答えにくかったり、客観的な判断はしにくいと思ったところがあった。例えば「自分の思いが人に伝わっているか？」「他人に対して攻撃的であるかどうか？」などである。身体機能のできるできない、とは違い、設問の意味が伝わりにくかったり、本人の思いと実際に起こっていることにずれが生じる場合があった。できていないこともできていると答えたりすることも多く、本人が答えやすくなるよう質問の仕方に工夫と、本人の日常の様子を良くわかっている人が、同席しないと正確な本人の状況が把握できない可能性があると思われる。
	また「洗濯が出来るか？」など能力を計る設問についても、実際洗濯機が使えるかどうかと言うだけでなく、洗濯物が選べるか、洗う、干す、取り入れるの一連の作業として出来るかとか、全部自分で出来るか、付き添いがあれば出来るのかなど人によって「できる」ことの中身は違うので、単なるできる、できないだけでなく、生活の中で何が大変なのかを浮き彫りにできるような聞き取り方の工夫が必要である。
	今回調査に協力いただいた人は、自分のことを素直に話してくれました。自分の苦手な部分や対人関係での特徴も少しづつ認められてきている人で、また、自分にとって必要な福祉サービスのイメージをもっている人でもあります。時間も 1 時間程度で終わりました。そうした人の場合は、調査していても違和感を覚えることは少ないのですが、一方で、自分の認識と周りの人の認識にズレがある人は、認定調査でどのように聞き、表すかは難しいように思います。そうした場合は、特記事項と合わせて判定が示されることが必要と思います。また、本人の暮らしを知っている人の同席は必要に思います。
	また、機械的に項目に当てはめていくような聞き方では十分に障害程度が出ないように思います。認定調査員の聞き取りの姿勢も重要に思います。
	IADL 項目の「できる」「できない」の判定が難しい、洗濯物はたためるが.....
	基本的に機能はあるが極端に声が小さいなどの人のコミュニケーション支援は？
	洗身で洗おうという意欲はあるが洗えず、全面介護となるものも一部介護？
	排尿・排便で一連の動作はできるがふきとりがきちんとできないケースは？
衣服の着脱の準備は？	
日常の意思決定が留意点だけでは判断しにくい	
指示への反応で、指示が通じていても反応できない場合は「通じない」となるのか	
火元の管理について、周囲が安全配慮をする場合、管理できないとなるのでは	
掃除については、一連の行為ができて、隅々までできない場合は？	
精神や知的障害の場合、立会いがとりわけ重要	

<p>日常生活でできるかどうかを判断基準にしているが、長年施設暮らしをしている人は動けてしまう。しかし実際分かって動けているわけではない人も多くいる。地域生活に移行する際、単純に施設内で動けているからできるというものではない。家に帰ったときの行動や地域で暮らすことを想定した判断を行わないと、意味がない。</p>
<p>どういう状況を想定するのかで相違がある（例えば在宅か施設内での生活か）</p>
<p>一連の動作を考慮すると、介護度の比重が高くなる。「移動」でも身体能力だけでなく、目的意識をもってできるかどうかで答えがちがうのでは。</p>
<p>項目の設問自体が重度の行動障害の利用者の状況にあてはまらない</p>
<p>目的意識や行為を調整しながら、生活自立をはかるといふ知的障害者の支援課題にふさわしい項目に改善させる必要をあらためて感じます。</p>
<p>79 項目も目的のある一連の動作との解釈を、厳密にして当てはめると「自立」よりも「見守り」や「一部介助」「全介助」のほうがより妥当なこともあると思います。</p>
<p>・調査項目にあるが、質問の趣旨が異なるため回答には影響しないもの・身のまわりのこと（着替え、入浴、掃除、洗濯など）は行為そのものを行なう能力はあるが、病気の症状としての意欲低下により、自発的にやろうとしないこと。・電話の利用についても、自分で電話をかける行為そのものはできるが、一日に5回以上かけるなど頻度が多く、電話をかけることに依存してしまうこと。質問の趣旨をもっと幅広い解釈でとらえられるようにしてはどうか？</p>
<p>・調査項目に無いもの・対人関係能力の障害。対人関係がうまく結ばず、相手の言動に振り回されたり、過度に被害的になったり、逆に攻撃的になったりすることで日常生活に支障をきたしてしまうケースは少なからずある。対人関係能力に着目した項目を設けるべきではないか？</p>
<p>・ 6 の意思伝達の項目については、障害者の場合個別性が強く、このような項目に当てはめる事は出来ない。認定調査員研修では、「特記事項」に書き込むようにとのことだったが、膨大なものになり、何を基準とするのか、何を介護の大変さとするのかはまったく不明である。</p>

警告コードで示された内容

13	「歩行」が「1.できる」にもかかわらず、「移乗」が「4.全介助」	2
19	「じょくそう」が「2.ある」にもかかわらず、「常時の徘徊」が「3.ある」	
22	「つめ切り」が「1.自立」にもかかわらず、「物や衣類を壊す」が「3.ある」	8
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、「物や衣類を壊す」が「3.ある」	4
25	「薬の内服」が「1.自立」にもかかわらず、「不潔行為」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」	4
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」	
34	「視力」が「5.判断不能」にもかかわらず、「指示への反応」が「1.通じる」	
37	「視力」が「5.判断不能」にもかかわらず、第6群:6-5(記憶・理解について)の6項目がいずれも「1.できる」	
43	「聴力」が「5.判断不能」にもかかわらず、「飲水」が「1.自立」	
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」	2
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」	2
56	「視力」が「5.判断不能」にもかかわらず、「排尿」が「1.自立」	3
58	「視力」が「5.判断不能」にもかかわらず、「飲水」が「1.自立」	3
60	「火の不始末」が「3.ある」にもかかわらず、「飲水」が「4.全介助」	7
61	「視力」が「5.判断不能」にもかかわらず、「移動」が「1.自立」	2
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」	3