

障害程度区分の認定等におけるアンケート結果概要

障害者自立支援法の施行に伴い、障害福祉サービスの必要性を総合的に判断するため、新たに障害程度区分の認定が導入された。

この認定の仕組みでは、介護保険における聞き取り項目や認定システムを多く取り入れたことなどにより、当初より知的障害者、精神障害者などの認定が適切に反映できないのではないかといった問題が指摘されていた。

法施行後これまでに認定基準にかかる改正は行われていないが、国においても現在、関係者等からの意見を聴きながら見直しの検討が進められているところである。

本ワーキングにおいても、障害程度区分の認定基準の見直しを検討するため、認定事務に携わる市町村、認定調査員、審査会委員に対しアンケート調査を実施し以下のとおりその概要を取りまとめた。

今後、調査結果を踏まえ、国等に対する具体的な要望として活用して行く。

記

1 アンケート実施・対象等

- ・実施年月 平成19年7月～8月
- ・対象・回答数 市町村 43市町村
 認定調査員158名（各市町村4、5名程度）
 審査会委員175名（各市町村4、5名程度）

2 概要

(1) 府内の区分の分布と上位区分への変更率

府内の3障害の障害程度区分の分布を見てみると、3障害共通して区分3が占める割合が最も高くなっている。全体では25.9%、内訳として身体障害者21.4%、知的障害者26.6%、精神障害者38.8%である。区分4以上が占める割合を見てみると、全体で49.3%となっており、内訳を見ると身体障害者55.3%、知的障害者52.1%、精神障害者21.5%である。

また、2次判定における上位区分への変更率を見ると、全体で43.6%であり、内訳として身体障害者27.4%であり、特に知的障害者で53.9%、精神障害者で65.8%と顕著になっている。

府内の障害程度区分の分布と上位変更区分率

	身体障害者	知的障害者	精神障害者	全体
非該当	0.0%	0.2%	0.2%	0.1%
区分1	5.6%	4.5%	7.7%	5.4%
区分2	17.6%	16.6%	31.9%	19.2%
区分3	21.4%	26.6%	38.8%	25.9%
区分4	14.9%	24.6%	16.2%	19.0%
区分5	13.6%	15.7%	4.2%	13.2%
区分6	26.8%	11.8%	1.1%	17.1%
合計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
2次判定上位区分変更率	27.4%	53.9%	65.8%	43.6%

さらに、上位区分へ変更した 43.6%のうち 1UP したものが 35.0%と 8割を占めており、中には、4UP した例も見られる。

区分変更の理由を把握している範囲でみると、B1、B2、C項目を理由としたものが 25.4%、特記事項が 22.0%、医師意見書が 52.2%となっており、半数以上が医師の意見書をその理由にあげている。

上位変更区分の内訳と変更理由

変更程度	件数	割合
4以上UP	27	0.1%
3UP	223	0.8%
2UP	2,064	7.6%
1UP	9,518	35.0%
変更なし	15,252	56.1%
DOWN	82	0.3%

区分変更理由	件数	割合
B1、B2、C項目	1,772	25.4%
特記事項	1,535	22.0%
医師意見書	3,642	52.2%
その他	27	0.4%
	6,976	100.0%

※区分変更理由は、理由が判明しているもののみを集計している。

(2) 府内の認定審査事務の体制

①認定調査員

府内の認定調査員の人数は 19年 7月現在で 536名となっており、構成員は、市町村職員(専門職含む)が 290名(54.1%)、相談支援事業者等が 156名(29.1%)、委託などが 90名(16.8%)となっている。

②市町村審査会委員

府内の市町村審査会委員数は 19年 4月現在で、695名となっており、構成は医師等が 199名(28.6%)、学識経験者 54名(7.8%)、当事者団体 46名(6.6%)、保健師・看護師 15名(2.2%)、理学療法士・作業療法士等 68名(9.8%)、社会福祉士・精神保健福祉士等 82名(11.8%)、施設職員等 162名(23.3%)、その他相談員等 69名(9.9%)となっている。

市町村審査会委員構成(平成19年4月末現在)

委員数	医師・歯科医師					学識経験者	当事者団体	保健師・看護師	療法士	福祉士	施設職員等	相談員	市町村職員	その他	
	計	整形	内科	心療内科	精神										
695	199	54	23	2	98	22	54	46	15	68	82	162	6	5	58

なかでも医師等の 199名の内訳をみると、整形 54名、内科医が 23名、精神科医 98名、その他 24名となっている。

また、審査会委員のなかで、当事者は 56名(8.1%)であり、内訳は身体障害者 53名、精神障害者 3名となっている。(身体障害者の内訳は視覚障害者 4名、聴覚・平衡機能障害者 4名、肢体不自由者 39名、内部機能障害者 6名となっている。)

市町村に対し現行の合議体委員の専門性、客観性を聞いたところ、68.3%が的確な審査が行える体制であるとしており、「やや弱い」を含めると 85.5%となっている。

(3) アンケート概要

市町村、認定調査員、審査会員に対し 106項目、特記事項、認定システムなどにおける課題や見直しの視点などについてアンケートを実施したところ以下のような意見があった。

①市町村

現行の障害程度区分認定のシステムの課題について、特に大きな問題がないと応えたのは 11.4%、認定のシステムに問題はないが調査項目に問題があると回答したのが 54.5%、システム、項目とも問題が

Q 現行の障害程度区分認定のシステム(仕組み)等における課題について、どのように考えているか。

ア	認定のシステム(仕組み)及び調査項目について、特に大きな問題はない(現行のままでもよい)と考えている。	11.4%
イ	認定のシステム(仕組み)自体には問題はないが、認定調査項目には課題がある。	54.5%
ウ	認定調査項目だけでなく、認定のシステム(仕組み)にも課題がある。	31.8%
エ	その他	2.3%

あると答えたのが 31.8%となっており、調査項目だけを見ると 86.3%が課題ありとしている。

特に、正しく認定できないと思われる障害種別については、精神障害者 35.1%、知的障害者 29.8%、視覚障害者 17.0%、聴覚障害者 8.5%の順になっている。

Q 調査項目の改善を行う(国に要望する)場合、次のような方向で改善すべきだと考えるか。

ア	B1・B2・C項目群において、より障害者の特性を考慮した適切な調査項目を追加すべきである。	14.3%
イ	B1・B2・C項目群において、より障害者の特性を考慮した適切な調査項目を追加するとともに、A項目群(79項目)については、その比重(項目数等)を減らすべきである。	50.0%
ウ	現行の106項目自体、全面的に見直すべきである。	25.0%
エ	その他	10.7%

Q 現行の認定システム及び認定調査項目では、正しく認定できない(正しく認定されにくい)と思われる障害種別は何ですか(複数回答可)

ア	身体障害(視覚障害)	17.0%
イ	身体障害(聴覚障害)	8.5%
ウ	身体障害(全身性障害)	1.1%
エ	身体障害(内部障害)	5.3%
オ	知的障害	29.8%
カ	精神障害	35.1%
キ	その他	3.2%

また、どのような改善をすべきかとの問いに対し、50.0%がB1、B2、C項目において障害者の特性を考慮した適切な項目を追加するとともに、A項目についてはその割合を減らすべきとし、25.0%は106項目を全面的に見直すべきとしている。

(106項目について)

具体的な意見としては、「全体として、「一部介助」の幅が大きすぎるため、選択肢を増やすべき」「介護保険を元にした調査になっており、高齢者における介護と障害者への支援とは根本的に違う」「知的・精神障害者の場合、能力が勘案しづらい」「本人はできると答えることが多く正確な状況が把握できない」「調査員、家族などに十分理解できる分かりやすい基準とすべき」「医師意見書にある項目は省略できるのではないか」などの回答があった。

さらに個別の項目については、「7-行動障害」、「9-社会生活」についての項目に意見が多く、一連の行為に対するハードルの高さを回答された市町村もあった。

(選択肢について)

調査項目の選択肢について、37.5%が選択肢の数だけでなく内容も改善すべきと答えており、「視覚、聴覚にかかるものが5段階となっているのに対し、多くのADLや行動面の評価が3段階になっているものを4、5段階にすべき」「生活環境も考慮した選択肢が必要」などといった意見もあった。

(認定システム等)

認定調査員が客観的・的確な判断を行うために必要なことへの問いに対し、43.8%がマニュアルの判断基準の改正をすべきとしている。

また、現在の国の「認定調査員マニュアル」では、課題があるとしている項目については、40を越える意見があり、「日常の意思決定」「行動面」などに問題意識の高さが伺える。

1次判定をコンピュータで判定することについて、2次判定で審査会による判定システムが構築されているため、コンピュータ判定の仕組みそのものの改善の必要性は感じないという意見が62.8%であり、34.9%は判定システムを改善すべきという意見があった。改善すべきとする具体的な内容は「特記事項等の個別聞き取りに重点をおいたものとするべき」と答えたのが36.4%、「区分ごとの基準時間を見直すべき」との意見が31.8%であった。

また、判定プロセス(プロセスⅠ→Ⅱ→Ⅲ)については69.2%が現行のまま問題がないとしている。

2次判定における問題点については、63.6%が上位区分への引き上げに明確なルールがないことをあげており、22.7%が合議体間での判断の差を懸念している。

また、特記事項については、52.4%が審査会の資料として十分役立っていると答えたのに対し、40.5%は記載内容が十分でないとしている市町村もあった。同じ質問に医師意見書の記載についても聞いているが65.1%が十分でないと回答している。

具体的な医師意見書の記載についての意見や改善点について、「複数の病院に通院している場合他の病院に対しても医療情報の提供をし、総合的な記載ができる体制をつくる」「知的障害者の場合、更生相談所の判定などを参照できる仕組みとすべき」「主治医としての今後の見通しについて記載できる欄を設ける」「二軸評価など判断内容があいまいで、現実と乖離している」などの意見があった。

障害程度区分の認定後に本人または家族等から認定区分の変更の求めがあったとき、再調査を実施している市町村は、実施予定も含めると85.7%と、ほとんどの市町村が実施(予定)している。

(市町村における独自の取り組み)

府が実施している認定調査員、審査会委員に対する研修以外に市町村独自に実施しているかの問いについては、認定調査員11.1%、審査会委員14.0%が独自に研修を実施しており、40%程度の市町村では独自の説明会等を実施している。

また、市町村で独自の判断基準を持っているかについては、ほとんどの市町村ではないと答えている。

(介護保険との関係)

障害者が65歳になったときの介護保険との適用関係について、58.1%が「個別ケースに応じて介護保険では足りない部分については障害者自立支援制度によるサービスを支給する場合がある」としている。

具体的な意見として、高齢者が障害者手帳を取得した場合の支給対象者の範囲等の対応に苦慮しているといった意見もあった。

②認定調査員

(認定の仕組みについて)

現行の1次判定から2次判定における仕組みについて、55.1%が多少の課題があると思うが、仕組みそのものは変える必要はないと答えており、現行のままでよいを含めると75.5%となっている。また、現行のシステムで正しく認定されていない障害種別については、知的障害者33.5%、精神障害者34.6%、視覚障害者10.4%、内部障害者10.0%となっている。

その理由としては、「調査項目が肢体障害に偏っている。」「視覚・聴覚障害者は身の回りのことができる人が多いため、認定が低くなる傾向がある。」「知的・精神障害者を反映する項目が少ない。」といった意見が多かった。

Q 現行の認定システム及び認定調査項目では、正しく認定できない(正しく認定されにくい)と思われる障害種別は何ですか(複数回答可)

ア	身体障害(視覚障害)	10.4%
イ	身体障害(聴覚障害)	7.8%
ウ	身体障害(全身性障害)	1.5%
エ	身体障害(内部障害)	10.0%
オ	知的障害	33.5%
カ	精神障害	34.6%
キ	その他(アスペルガー、高機能自閉症などの広汎性発達障害、高次脳機能障害など)	2.2%

また、コンピュータ判定については、57.1%が改善の必要性は感じないとしており、33.3%は改善を行うべきとしている。

また、どのような改善が必要かについては、46.2%が特記事項、個別の聞き取りに重点を置いた仕組みとすべきとしており、23.1%が区分ごとの基準時間数の設定を見直すべき、26.2%が樹形図の仕組みを見直すべきとしている。

(聞き取り)

現在、聞き取りに要している平均時間については、3障害とも1時間～1時間半が50%を超えて実施しており、特に知的障害者、精神障害者では1時間半～2時間未満となっている割合も20%程度と高くなっている。

聞き取り調査が難しいと感じている障害種別は、37.0%が知的障害者、35.4%が精神障害者となっており、実際に聞き取りが難しい場面では、全体として直接本人に聞き取りすることの難しさを訴える意見が多かった。聞き取りを行う場所（屋外、屋内、施設等）や時期などによっても変わる場合があり留意する必要があるといった意見もあった。

障害種別ごとに見ると、身体障害者では「麻痺や関節の状況」について聞き取りが難しかったことや、本人に対し行動面での聞き取りに躊躇することなどがあつた。

知的障害者の場合、本人への聞き取りに際し十分意思疎通ができないかといった意見や行動面の調査項目の聞き取りの難しさを訴える意見が多かった。

精神障害者の場合、日によって体調や意欲等に変化があり聞き取りが難しく、本人が話したがらないなどで聞き取りができなかったケースなどの意見もあった。

そのほかの意見として、うまく聞き取りができなく十分引き出せなかったのではとする意見や詳しく聞き取るあまり本人を疲れさせてしまったといった意見もあった。

(106項目について)

106項目の判断基準については、60.0%が全国統一の基準として尊重はしているが一部の項目について疑義があるとしており、10.0%が疑義のある部分が多いとしている。

現行の項目は完全であるとは思わないが、実際に改善は難しいと答えたのは39.1%であり、課題があるため見直しを行うべきは49.7%と約半数に上つて

Q 調査項目の改善を行う(国に要望する)場合、次のような方向で改善すべきだと考えますか。

ア	B1・B2・C項目群において、より障害者の特性を考慮した適切な調査項目を追加すべきである。	20.5%
イ	B1・B2・C項目群において、より障害者の特性を考慮した適切な調査項目を追加するとともに、A項目群(79項目)については、その比重(項目数等)を減らすべきである。	37.2%
ウ	現行の106項目自体、全面的に見直すべきである。	30.8%
エ	その他	11.5%

Q 「認定調査員マニュアル」における106項目の国の判断基準について、どのように考えていますか。

ア	全国統一的な判断基準として、妥当なものである。	23.3%
イ	基本的には全国統一的な判断基準として尊重しているが、一部の項目において、判断基準に疑義があると思われる部分がある。	60.0%
ウ	判断基準に疑義のある部分が多い。	10.0%
エ	その他	6.7%

Q 障害程度区分の適正な認定の観点から、現行の認定調査項目(106項目)の内容について、どのように考えていますか。

ア	現行の調査項目は、内容的に概ね適当である。	9.3%
イ	現行の調査項目は、内容的に完全であるとは思わないが、実際に改善することは難しいと考える。	39.1%
ウ	現行の調査項目は内容的に課題があり、必要な見直し(改善)を行うべきである。	49.7%
エ	その他	2.0%

いる。

また、どのような方向で改善すべきかについては、37.2%がB1、B2、C項目では項目を追加し、A項目は減らすべきとしており、30.8%は全面的に見直すべきとしている。

選択肢については、41.5%が修正の必要を感じておらず、39.8%が項目によっては選択肢を

Q 調査項目の選択肢の数については、どのように考えていますか(複数回答可)。		
ア	特に修正する必要を感じない。	41.5%
イ	現行の選択肢では選択の判断に迷う調査項目があることなどから、調査項目によっては選択肢を増やす必要があると考える。	39.8%
ウ	選択肢を増やす必要のある調査項目もあれば、減らす必要のある調査項目もあると考える。	11.0%
エ	調査項目によっては、選択肢の数のみならず、選択肢の内容も改善すべきものがあると考え。	7.6%
オ	その他	0.0%

増やす必要があると考えている。

また、3障害を同じ項目で聞き取ることに對して、障害種別に応じた項目とすべきとする意見が多くあった。

具体的にどのような項目で課題があり、どう改善すべきという質問に対し多くの意見が寄せられたが、すべてを記載できないため、その一部を以下のとおり記載した。

- ・「移動」屋内と屋外を分けてはどうか。身体的には動けるが精神面で動けない場合の判断日ごろから外出している人や介助者のかかわりによっても違う部分をどう反映するのか。
- ・「食事」介護者となる家族等の支援をどのように判断するのか。
- ・「日常の意思決定」で「妥当な判断」の内容があいまいである。聞き取る調査員によって判断にぶれがあるところが大きいなど。また、選択肢として「特別な場合を除いてできる」と「日常的に困難」の間に新たな区分が必要。
- ・「意思の伝達・指示への反応」本人の意思を確認するのが難しいことや本人から聞き取りで確認するのは難しい。
- ・「記憶・理解」選択肢について「できる」「できない」ではなく中間的な区分「ときどきできる」が必要。
- ・「行動障害関連」3障害を同じ項目で調査することに無理がある。項目のウエイトが低い。本人から聞き取りに苦慮する。知的・精神障害者の場合、日によって状態が違ふことが多く聞き取りづらい。また、項目のなかで重複しているものを整理すべきといった意見が多かった。(例えば「物や衣類を壊す」「器物を壊す」の項目が類似しているといったもの。)
- ・「火の始末」環境上の工夫で他者に管理されている場合の判断に疑義を感じる。今後自立生活をしていく中で家族から離れて生活するケースもあるため判断基準の見直しを行うべき。
- ・「文字の視覚的認識使用」質問を誤解される。「視力」の項目ではダメか。

そのほか、「生活のしづらさ」のようなものが反映される項目の創設を求める意見もあった。選択肢についても、全体的に「一部介助」の範囲が広すぎるとの意見や、3段階を5段階にすべきといった意見があった。

(特記事項について)

特記事項について、80.6%ができるだけ詳細に聞き取りを行い、可能な限り特記事項に記載していると答えている。

(認定調査員マニュアル、研修について)

マニュアルについては、事例を紹介したもの、Q&Aを多く記載されたいといった意見が多い。また研修についても、現任者研修の実施や内容についても単に項目だけの説明に終始せず工夫してもらいたいといった意見が多かった。そのほか、調査員対象の勉強会や意見交換の場の設定などを希望する声が多かった。

③審査会委員

(認定の仕組みについて)

現行の障害程度区分認定の全体的な仕組みについて、問題がないと答えたのは9.3%に過ぎず、調査項目を見直すべきが33.4%、特記事項が15.6%、医師意見書が20.2%、全体を見直すのが15.2%となっており、多くの委員は何らかの課題があると考えている。

具体的には、どのような点に問題があるのかについては、3障害を同じ尺度で調査することの難しさや、障害者手帳の等級などを用いたプロセスの検討などがあつた。

(障害種別からみた課題)

現行の認定システムでは正しく認定できないと思われる障害種別については、精神障害者34.3%、知的障害者31.2%、視覚障害者13.9%、聴覚障害者9.0%の順となっている。

これは、特記事項、医師意見書の判定手続きごとにみた場合でも同様の傾向がみられた。

正しく判定されない理由として、コンピュータ判定については、対象となる項目が介護保険と同じ項目であり、身体機能の面に重点がおかれていることや、点数化することの困難さなどがあげられている。

また、特記事項については、調査員自身の障害特性への理解不足や聞き取り能力の問題、とりわけ精神障害者については病状の不安定さなどが理由としてあげられている。

医師意見書については、特に知的障害者について主治医がないケースが多いこと、また、医師側の障害に対する理解不足や専門外であることなどが、理由としてあげられている。

(106項目について)

認定調査項目の改善をどのような方向で行うべきかについては、B1・B2・C項目群で項目を追加すべきと答えたのは57.6%であり、一方、106項目全体を見直すべきという意見が32.2%となった。

また、具体的な意見として、それぞれの障害特性に応じた項目とすべきとするものが多く見られた。その他には、障害等級は全体像をよく表しているため、障害者手帳を基本に介護保険の項目を応用するというのはいかがでしょうかといったものや、全体としてADL偏重の傾向となっているため、障害者のQOLにつながる社会参加、行動制限等の項目の比重を増やすようにといったものや、また、必要とされる支援を評価できる項目に改善すべきといったものがあつた。

(選択肢について)

選択肢の数については、修正するのを感じていないのは13.2%にとどまり、82.7%が見直す必要があるとしている。

また、選択肢の内容も改善すべきとするものは40.1%にのぼつた。

(判断基準)

調査項目の判断基準については、調査員は判断基準(マニュアル)に沿うべきであるが、審査会で審査することで正しい区分認定に結びつくとの回答が38.7%ある一方、認定調査の判断基準には疑義のある部分も多く、調査員の判断に影響を及ぼしているとの回答が20.8%になった。

特に、「一部介助」と「全介助」の判断に関する

Q 現行の認定システム及び認定調査項目では、正しく認定できない(正しく認定されにくい)と思われる障害種別は何ですか(複数回答可)

ア	身体障害(視覚障害)	13.9%
イ	身体障害(聴覚障害)	9.0%
ウ	身体障害(全身性障害)	1.9%
エ	身体障害(内部障害)	8.0%
オ	知的障害	31.2%
カ	精神障害	34.3%
キ	その他	1.7%

意見が多くあげられており、具体的には、声かけや見守り等を行っていて単に介助者が全部介助するより長い時間かかる場合や、促がしに多大な支援がかかるといった場合、一部介助より全介助ではないかといった意見があった。

また、対象者自身の工夫等により、結果としてできている場合の判断について指摘するものや、判断理由を特記事項に記載して欲しい（特に見守り、一部介助）といった意見も見受けられた。

（特記事項について）

特記事項については、十分な記載がされ、審査会資料として役立っているものは27.4%にとどまっており、審査会の判断に寄与していない場合があると答えたのは57.7%と高くなっており、課題が多いことがうかがえる。また、審査会の判断に寄与しうるようになるためには、調査員の研修を充実

Q これまで審査に当たられた案件の審査会資料において、特記事項の記載については、どのような状況になっていますか。

ア	十分に記載されており、審査会の資料として十分役立っている。	27.4%
イ	記載が十分でないケースがあり、審査会の判断に寄与していない場合がある。	57.7%
ウ	十分に記載できていないケースが多く、審査会の判断に支障をもたらしている。	8.6%
エ	その他	6.3%

（医師意見書について）

医師意見書については、十分な記載がされ、審査会資料として寄与しているものは18.8%にとどまっており、審査会の判断に寄与していない場合があると答えたのは65.1%と高くなっている。

これについては、意見書を記載する医師が、かかりつけ医でない場合、あるいは専門外である場合など、本人の状態像を十分に把握できない状況などにおいて記載されたケースなどが一因として伺える。

審査会の判断に寄与するために、認定における医師意見書の重要性及び障害特性の理解のため、医師への研修を徹底することに加え、「専門医が必ず記載するような仕組みとすること（場合によっては行政機関からの照会）」「なるべく多くの情報を記載してもらう」との意見があげられた一方で、「必ずしも全てのケースで意見書を必要とするかどうか」「継続して診ているケースでない場合は、世話人・指導員から情報を得る。」といった意見もあった。

Q 「認定調査員マニュアル」には106の認定調査項目に係る国の判断基準が示されていますが、どのように考えていますか（複数回答可）

ア	「認定調査員マニュアル」にどのような判断基準が記されているか、あまり承知していない。	6.6%
イ	全国統一的な判断基準なので、認定調査員はこのマニュアルの基準に沿った判断をすべきであるが、実際には独自の考えにより判断している調査員が多いと思われるため、公正な障害程度区分認定に影響を及ぼしている。	23.1%
ウ	認定調査員は、マニュアルに沿った判断をすべきであるが、障害程度区分については、市町村審査会で改めて審査することで、正しい認定に結びつくことになると考える。	38.7%
エ	認定調査員マニュアルの判断基準には疑義のある部分も多く、このことが、調査員の適切な判断に影響を及ぼしていると考えられる。	20.8%
オ	その他	10.8%

させることに加え、

・ B1・B2・C 項目群にチェックしたものは、必ず特記事項に記入すること

・ 特に審査会で疑義があるものについては、審査会での指摘を調査員に戻すか、研修資料として使用するなどして何らかのフィードバックを行う

・ 審査会事務局における特記事項のチェックの徹底

といった意見があげられている。

Q 医師意見書の記載については、どのような状況になっていますか。

ア	十分に記載されており、審査会の資料として十分役立っている。	18.8%
イ	記載が十分でないケースがあり、審査会の判断に寄与していない場合がある。	65.1%
ウ	十分に記載できていないケースが多く、審査会の判断に支障をもたらしている。	7.5%
エ	その他	8.6%

(二次判定：区分変更)

審査会における二次判定で区分変更等の判断を行う際に、特記事項、医師意見書、B1・B2・C 項目群のいずれを重要視されているかとの問いに対しては、一つを重要視するのではなく、複数を総合的にみるという回答が多かった。

また、それぞれ重要視する理由として、特記事項では、情報量の多さや、対象者の具体的な生活状況がイメージしやすい点など。

医師意見書では、対象者の状況を専門的に、また一時の状態ではなく総合的に把握している場合に有用である点など。

B1・B2・C 項目群については、障害特性（とりわけ知的・精神）を反映させる点などがあげられている。

Q 二次判定(市町村審査会)における問題点(課題)として、以下の中からあてはまるものを選んでください(複数回答可)

ア	限られた審査時間の中で複数案件を審査するため、十分な時間をかけて審査を行えない。	6.0%
イ	審査会資料の記載内容やその準備が十分でない、或いは資料の記載内容が相互に矛盾している等のため、適切に審査を行えないような場合がある。	11.3%
ウ	障害程度区分ごとの「障害者像」のイメージが明確でないため、具体的な障害程度区分認定を行うに当たっての判断が、委員によって異なる。	20.0%
エ	特記事項等を考慮した上で二次判定で認定すべき本来の障害程度区分に対し、一次判定結果があまりにも低く出る傾向にあるため(特に、知的・精神)、二次判定でどこまで上げるべきか(上げられるか)の判断が難しく、委員によってその判断に差が出る場合がある。	29.0%
オ	二次判定におけるランクアップ数(何ランクアップさせるべきか)を判断するための明確な根拠(ルール)がないため、適切な障害程度区分を判断しにくい。	22.6%
カ	審査会による判断は、委員個人個人の意見に基づくものであり、合議体間での障害種別のバランスや考え方に差があることなどから、実際には、合議体間の判断に差が生じている	11.1%

(審査会運営)

審査会運営に関する課題としては、二次判定においてランクアップさせる場合の判断について51.6%が、明確なルールがないことなどの理由により難しいとしている。

また、審査委員間での判断の差については、20.0%、合議体間での判断の差については11.1%が該当すると回答している。その他、審査会の構成(専門性の偏り)、審査時間の少なさや、市町村間での判定の差についても課題があるとする意見がみられる。

(その他の意見)

障害程度区分の段階について、これまでの支援費(施設入所等)のように、A~C といった3段階であったことや、療育手帳についてもほぼ同じ内容であったことから、判定の煩雑さを避ける意味でも3~4段階程度が望ましいといった意見もあった。

平成 19 年度 大阪府障害者自立支援制度市町村ワーキング

政令市ブロック	大阪市・堺市
北 摂ブロック	豊中市・高槻市
河 北ブロック	交野市・四條畷市
中 部ブロック	大阪狭山市・富田林市
泉 州ブロック	和泉市・岸和田市
町 村ブロック	島本町・河南町、田尻町

オブザーバー	大阪府市長会・大阪府町村長会 大阪府障害者自立相談支援センター 大阪府こころの健康総合センター
--------	---

事務局	大阪府健康福祉部障害保健福祉室計画推進課
-----	----------------------