

## 第2章 各国の障害者介護サービス

### 第1節 各国の主要調査項目の比較

各国の調査は、国ごとに「障害者介護サービスに関する調査」「モデルに関する調査」「障害児に関する調査」の3項目で構成されている。

ここでは、「障害者介護サービスに関する調査」の項目を表にまとめた。

各国の詳細については、第2節以降の各国の報告に展開している。

# 主要調査項目の比較 -1

調査国	日本	オランダ	ドイツ	フランス (障害者に対する制度のみ)
障害者に対する介護サービスを提供している制度の名称と根拠法	障害者自立支援法と介護保険法	特別医療介護保険法と社会支援保険法	社会法典第X I 編公的介護保険に規定。	障害補償給付(PCH)について社会福祉・家族法典L.245-1条からL.245-14条に規定
障害の定義、範囲、区分(制度別)	身体障害者:18歳以上で、視覚、聴覚、音声、言語、肢体不自由、心臓、腎臓、呼吸器、膀胱、直腸、小腸、HIVによる免疫機能において、永続する一定の障害があるもの。 知的障害者:厳密な定義はないが、おおむね18歳までに発症し、おおむねIQ70未満で適応行動に困難がある場合が該当する。 精神障害者:統合失調症、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害、精神病質その他の精神疾患を有し、社会生活に制限を受ける者。	障害とは、体力、感覚(器官)力、知力の悪化の結果として、通常の機能が限定され、この悪化が永続性を持つ恒久的なもの。障害には身体、知的、感覚器官があり、疾病疾患による限定には末期患者、認知症、精神疾病、心理社会的要因がある。	・障害とは、「その身体的機能、知的能力又は精神的能力が、その年齢の典型的な状態と比べ、6ヶ月以上にわたり逸脱する可能性が相当に高く、かつ、それゆえに社会生活への参加が制限されている状態」(SGB IX)。 ・障害の程度は20～100まで、10刻みに区分。重度障害者とは、障害程度が50以上の人。障害程度が30以上50未満で障害により適切な職に就けない場合も重度障害者と認定される。	1つまたは複数の身体・感覚器官・知能・認識・精神に関する機能の実質的永続的決定的悪化、多重障害、あるいは、健康上のトラブルを理由として、障害者が、その環境において被る活動の制限あるいは社会生活への参加の制約のすべて(社会福祉・家族法典L.114条)
要介護者の定義、範囲、区分(制度別)	65歳未満の障害者:障害者自立支援法 65歳以上および40歳以上65歳未満の特定疾病者:介護保険法 対象者は、障害等により介護を必要とするものであるが、身体障害者福祉法のみ、視覚、聴覚、音声、言語、肢体不自由、心臓、腎臓、呼吸器、膀胱、直腸、小腸、HIVによる免疫機能の障害に限定されており、障害の永続性が条件になる。 障害者自立支援法では、障害程度区分に基づき、介護保険法では、要介護認定により、利用できるサービス時間が異なる。	中央介護認定機関、児童介護事務所の認定を受け、特別医療介護保険法に基づく看護や介護が必要な人並びに各自治体の認定を得て社会支援法に基づく介護が必要となる人。制度の対象は特医法が重度の医療介護で、社支法は軽度程度の医療介護、福祉、住宅である。	介護保険による定義は「身体的、精神的、知的な疾患や障害により、日々繰り返される日常生活を送るにあたり著しくあるいは多大な量の支援が長期にわたり通常最低で6ヶ月間必要とされる者」。介護度は私的な世話人が世話をする時にかかる時間と、状態の2つの基準により3段階に区分。 その他の社会保障制度による要介護者の定義は各制度の規定に従う。	障害補償給付(PCH)の受給者:障害の結果、①生活の基本的活動を行うことが極めて困難である者、及び、②基本的活動の少なくとも2つを行うことに重大な困難がある者(社会福祉・家族法典Annexe2-5)
運営主体	障害者自立支援法:市町村が直接実施 介護保険法:市町村が保険者となって実施	特別医療保険法:介護事務所 社会支援法:各自治体	公的介護保険の保険者は介護金庫。法人:財政は別だが公的医療保険の各保険者が業務代行。	県: 県障害者センター(MDPH)が窓口となり、支給決定等を行う。
制度の体系・相互の位置づけ	上記。	寝たきりなどの重度障害者や要介護者の医療介護と共生社会の中でできるだけ独立して機能できる可能性がある軽度障害者や要介護者の医療介護の一貫性を持たせることにある。	介護に関する給付は、主に介護保険が担うといえるが、その他の社会保障制度からも介護給付が補完。	技術的支援に関しては、疾病保険から支給されないものが障害補償給付(PCH)から支給される。
加入対象者、加入者数	障害者自立支援法:利用者数は、約7万人(H20年7月実績) 介護保険法:利用者数は、約162万人。	特別介護保険の利用者数は国民の3.6%にあたる588,000人(2008年1月)。給付サービスで一番多いのは指導サービスで20万人に達している。社会支援法の利用者実数は制度が開始されたばかりと各自治体によるので不確定。	一定所得以上の被用者や自営業者は公的保険の加入義務は免除。それ以外は強制加入。ただし公的医療保険の任意加入者の場合、民間介護保険に加入できる。国民の約90%が公的保険に加入。	無拠出制給付であり、加入の概念はない。(認定者数参照)
給付内容	障害者自立支援法:ホームヘルプ、重度訪問介護、行動援護、児童デイサービス、ショートステイ、重度障害者等包括支援、療養介護、生活介護、ケアホーム、夜間ケア、福祉用具給付 介護保険法:訪問介護、訪問看護、訪問入浴、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、短期入所、居宅介護支援、福祉用具貸与	特別医療介護保険:個人介護、看護、支援指導、活動促進指導、治療、滞在、介護程度パッケージ 社会支援法:家事家政の介助、住宅、車椅子か他の移動手段、交通手段、障害者用駐車カードと駐車場、福祉関係仕事、マントルケア人とボランティア、中毒者ケア、女性受け入れ施設、社会的受け入れ施設、公的精神保健ケア、家内暴力撲滅	[在宅]ホームヘルプ、デイ&ナイトケア、介護の不足を補う付加給付、無料の介護講習、代替介護、介助補助道具費用補助、テクニカルエイド補助資金、居住環境改良資金、介護者への社会保障 [施設]介護ホーム、短期入所介護施設	①人的支援、②技術的支援、③住宅・自動車の改修費支援・交通に係る超過費用、④特別・例外的負担、⑤動物による支援の5種類

第 1 節 各国の主要調査項目の比較

スウェーデン	デンマーク	イギリス	アメリカ (カリフォルニア州アラメダ郡)
<p>社会サービス法 (S o L ) 一定の機能的な障害のある人々の援助とサービスに関する法律 ( L A S S ) アシスタンス補償法 (介護手当てに関する法律) ( L S S )</p>	<p>社会サービス法</p>	<p>1990 年の国民保健サービスおよびコミュニティーケア法 (National Health Service and Community Care Act 1990) 等に基づく。</p>	<p>1. SOCIAL SECURITY ACT (社会保障法) ・SSDI (障害者年金) ・MEDICARE (高齢者公的医療保険) 2. MEDICAID (公的医療扶助。カリフォルニア州では MEDI-CAL と呼称) 3. SSI (生活保護) 4. IHSS (パーソナルアシスタントサービス)</p>
<p>L S S と L A S S で機能障害者を 3 つに区分。 「区分 1」発達遅滞者、自閉症または自閉症の症状を示す人々。 「区分 2」成人に達してからの外傷または身体的疾患に起因する脳障害により、重篤かつ恒久的な知的機能障害のある人々。 「区分 3」明らかに通常の高齢化にはよらない、他の恒久的な身体的または精神的機能障害のある人々。つまり、障害の程度が重く、日常の生活を送る上で著しい困難さが見られるため、広範な援助とサービスを必要とする人々。</p>	<p>社会サービス法に定義はないが、給付対象の規定では、身体的機能障害・精神的機能障害に加えて、社会的問題をもつ人も含めている。障害の種別・程度による区分はしていない。「障害があるとは、人が身体的、精神的な障害があるために、他の市民と同じ生活をする上で保障が必要である状態」というのが政策上の理解である。</p>	<p>障害者とは、「日常生活を送ることを阻む重大で長期的な身体的、または精神的な障害を持つ人々。(障害者差別禁止法 The Disability Discrimination Act)」</p>	<p>アメリカ人障害者法 (連邦法) : (A) 主たる生活活動の 1 ないしそれ以上を実質的に制限する身体あるいは精神障害、(B) 上記の障害の過去の記録、(C) そのような障害を持つとみなされること。 ランターマン発達障害法 (カリフォルニア州法) : (1) 18 才未満で発生、(2) てんかん、(3) 自閉症、(4) 知的障害 I.Q 69 以下、(5) 脳性マヒ</p>
<p>S o L : 全年齢を対象。経済的・社会的保障がなされず、生活条件の平等も保障されず、地域社会生活への積極的な参加がしにくい人。 L S S ・ L A S S : 65 歳未満が対象。区分 1 ~ 3 に相当する全ての障害者。パーソナルアシスタンス制度のみ、週 20 時間未満の場合その費用を各市が負担し、週 20 時間以上の場合その費用を社会保険庁 (事務所) が負担する。</p>	<p>身体的・精神的機能障害、社会問題があることによって、何らかの保障を必要とする人すべてが要介護者である。具体的には、児童・若者、高齢者、在宅での長期療養者、機能障害者、アルコール中毒、麻薬乱用者、DV を受けた人、ホームレスなど。障害・ニーズの種別・程度による区分はなし。</p>	<p>介護サービスは、18 歳以上の成人を対象としたケアサービスへの公正なアクセス指針により、要介護者を緊急 (Critical)、重度 (Substantial)、中度 (Moderate)、軽度 (Low) に分類。</p>	<p>18 歳以上の介護の必要な人で、SSI (生活保護) と Medi-Cal を受給していれば、IHSS (パーソナルアシスタントサービス) が認定されることがある。要介護者の範囲、区分についての明確な規定は存在しない。</p>
<p>S o L ・ L S S は、各市。 L A S S は、社会保険庁。</p>	<p>コムーネ (市) に決定・実施責任がある。協議により、レギオナ (広域保健圏域) に移管する場合もある。</p>	<p>国民保健サービスとソーシャルケアサービスは保健省が管轄。ジョブセンタープラスは労働・年金省により運営されている。ソーシャルケアサービスの業務執行機関は地方自治体。</p>	<p>アラメダ郡社会福祉局在宅介護課 (医療以外の福祉)</p>
<p>S o L : 社会サービスや保健医療の大枠を定める総合立法。 L S S ・ L A S S : 補足法 上記法は、併用が可能。</p>	<p>社会サービス法に一元化されている。</p>	<p>上記。</p>	<p>上記。</p>
<p>定めなし。国籍を問わずに利用可。 S o L : 利用者数 43,800 人 (0 ~ 64 歳未満、2008 年 6 月)。 L S S ・ L A S S : 利用者数 45,800 人 (2007 年)。</p>	<p>保険方式ではないので加入の概念なし。デンマークに合法的に居住するすべての人が利用できる。</p>	<p>国民保健サービス、ソーシャルケアサービス、ジョブセンタープラスとともに英国内の住民であれば利用できる。</p>	<p>MEDI-CAL : 子供のいる低所得者帯、高齢者、障害者が対象となり、受給者は 78,000 人。 IHSS : MEDI-CAL (公的医療扶助) と公的扶助の SSI (生活保護) の両方の受給者が対象となり、利用者数は、11,000 人 (2008 年 7 月現在)</p>
<p>S o L : ホームヘルプサービス、訪問看護、訪問リハビリ、日中活動、ショートケア・ショートステイ、夜間巡回サービス、緊急通報アラーム配布、移送サービス、福祉機器貸与、住宅改修手当て、住宅付加手当て、雪かきサービス。 L S S : 相談・個別援助、パーソナルアシスタンス、ガイドヘルプサービス、コンタクトパーソン、レスパイトサービス、ショートステイ、成人用特別住宅、日中活動。 L A S S : パーソナルアシスタンス。</p>	<p>在宅ケア、ショートステイ、在宅生活支援、リハビリテーション、パーソナルアシスタント (イェルパー) 制度、同行サービス、補助器具、住宅改造</p>	<p>国民保健サービスは、医療サービス (プライマリケア、二次的ケア、中間ケア、継続するケア、統合ケアなど) を提供している。 ソーシャルケアサービスは、介護を含む総合的な福祉サービスを提供している。 ジョブセンタープラスは、所得保障に関する給付等を行っている。</p>	<p>IHSS (パーソナルアシスタントサービス) : 最長月 / 283 時間 メディカル : 在宅生活に必要な医療・介護サービス</p>

## 主要調査項目の比較 -2

調査国	日本	オランダ	ドイツ	フランス (障害者に対する制度のみ)
障害者のみの付加給付	行動援護、重度障害者等会話支援、福祉用具の給付。	特別医療保険法と社会支援法慢性病患者並びに障害者補償法、社会就労サービス法 (WSW) の給付や補助金	・精神障害、知的障害、認知症で医療保険医療サービス機構により認定された者、および認知症で要介護者に該当しない者への付加給付 ・障害者援護施設の入所者の施設利用料補助	障害補償給付 (PCH)、障害者を対象とする給付
ケアマネジメント	障害者自立支援法、介護保険とも、ケアマネジメントの手法を支援の基本にしている。	政府や自治体のケア政策と、各医療介護施設が出すケアマネジメント、各利用者を対象とするケアマネジメントがある。 ケアマネジメントの重要なことは、利用者が中心で、どこのどんな施設でも利用者苦情不平等委員会があることである	ケアマネージメントサービス (情報やアドバイスの提供、サービスの手配)、および MDK による介護プランの提案と定期的な再調査の実施。	まず、障害者本人が、生活計画 (projet de vie) を作成する。次いで、それを基に、MDPH 内に設置される学際チームが、障害者本人の意見を聴取し、話し合いを行いつつ、障害者の補償ニーズの評価を行い、個別補償プランを作成する。最後に、同プランと障害者本人の意見書が障害者権利自立委員会 (CDAPH) に送られ、CDAPH が PCH の支給に関する決定を行う。
給付対象者	上記。	上記	最小保険加入期間が2年以上の被保険者で、要介護と認定された人。	上記
認定主体	市町村。 審査会、および医師の意見を反映させる。	特別医療保険法: 中央介護認定機関、 社会支援法: 市町村	医療保険医療サービス機構 (Medizinischen Dienstes der Krankenversicherungen: MDK)	障害者権利自立委員会 (CDAPH)
認定基準	障害者自立支援法: 介護の必要量 (6段階) に応じて認定。 介護保険法: 介護予防 (2段階) および介護の必要時間数 (5段階) に応じて認定。	特別医療保険法: 障害要介護程度区分認定申請書が認定標準プロトコール、 社会支援法: 各市町村が作成	「日常生活において一定の活動の遂行能力がどの程度制限されているか」が基準となる。SGB 11 編に従いガイドラインが作成。 12歳未満の子供は、別途認定基準あり。	①生活の基本的活動を行うことが極めて困難であること、②基本的活動の少なくとも2つを行うことに重大な困難があること (社会福祉・家族法典 Annexe2-5)。
認定者数	上記。	上記	2007年の処理申請者数は88万人、うち認定者数は63万人。	28,600人 (2007年12月) (従来型の第三者補足手当 (ACTP) の受給者 (118,000人) を含めると、合計で146,000人)
利用手続き、所管窓口	障害者自立支援法、介護保険法ともに、市町村窓口に申し込み。	特別医療介護保険法: 地域中央介護認定機関、 社会支援法: 各自治体の社会支援窓口	加入する疾病金庫内の受付窓口で、介護金庫に対して申請手続きを行う。	県障害者センター (MDPH) の窓口申し込み
要否判定方法	障害者自立支援法、介護保険とも、市町村職員による生活調査と主治医の意見書をもとに、コンピュータによる一次判定、および、審査会による二次判定を実施して判定する。	特別医療介護保険法: 標準認定プロトコールによるもの、単純認定申請、複雑認定申請、 社会支援法: 各自治体または委任団体により異なる	医療保険医療サービス機構の判定チーム (医師、介護専門職等) が、申請者の自宅を訪問し実際の活動の遂行状況を審査する。 MDK 審査結果に基づき、介護金庫が要否を判定。	上記ケアマネジメントを参照
利用者負担	障害者自立支援法、介護保険ともに原則1割。 ただし、低所得者に対する軽減措置があり、低所得者はほとんど負担なし。	特別医療介護保険法も社会支援法も国が利用者負担基準を定めている。 低所得者に軽減措置。	要介護度別に設定された支給額を超える部分、施設介護のホテルコスト、施設介護の新築・改築費用のうち自治体の補助金上限額を超える部分は利用者負担	支給上限あり。 上限の枠内で、収入が2万4259.88ユーロ以下の者の自己負担率は0%、収入がこれを超える者の自己負担率は20%。 ただし、収入に、本人や配偶者の就労所得、成人障害者手当 (AAH) や障害年金等は含まれない。

第1節 各国の主要調査項目の比較

スウェーデン	デンマーク	イギリス	アメリカ(カリフォルニア州アラメダ郡)
<p>社会参加支援:ハビリテーション、リハビリテーション、補装具支給、手話等通訳サービス、カウンセリング・助言・個別相談、レクリエーション、交通サービス、自動車購入・改造サービス。</p> <p>就労支援:雇用助成金、保護雇用・就労移行機会の提供、公共部門での保護雇用、補助者付雇用、特別職業訓練所、仕事・日中活動提供。</p> <p>所得手当; 傷病手当、労働災害手当、失業手当、活動/疾病補償、障害手当、病児・障害児介護手当、特別年金加算。</p>	<p>住宅提供、作業所・社会参加活動、必要経費保障、障害者年金(年金法)、就業支援(労働市場法)</p>	<p>国民保健サービスでは車椅子の提供、ソーシャルケアサービスでは障害者設備補助金などの提供、ジョブセンタープラスでは障害者生活手当、介助手当(Attendance Allowance)を給付している。</p> <p>非政府組織の自立生活基金は、障害者のみを対象としたシステムである。</p>	<p>控除はあるが、付加給付はない。</p>
<p>市の認定を行うLSS査定員などによりサービスの種類・量・内容などが決定される。</p>	<p>社会福祉部のソーシャルワーカーがニーズ・アセスメントからサービス・コーディネート、モニタリングまで行う。</p>	<p>ケアマネジャーが、情報の提供、スクリーニングの実施、ニーズの評価、ケアプランの作成、ケアプランの実行、モニター、レビューの7段階を通して、ケアマネジメントを行っている。</p>	<p>ランターマン発達障害者法に基づきRegional Centerによって発達障害と認定された時点で、ケアマネジャーが付き、地域で生活出来るように全面的に援助する。</p>
<p>S o L : ニーズのある機能障害者で、認定された者。</p> <p>L S S ・ L A S S : 区分1~3に相当する者。</p>	<p>基本的には、身体的・精神的機能障害者、社会的問題を抱える者でニーズを認められた者。サービスにより内容が若干異なる。</p>	<p>国民保健サービスは全国民を対象、ソーシャルケアサービスは、一般的に、最重度及び重度のニーズを持つ人が対象となる。</p>	<p>上記。</p>
<p>市の福祉担当区域事務所の査定員。医師、地区担当ソーシャルワーカー等の意見を参考にする。</p> <p>L A S S では社会保険事務所が認定。</p>	<p>コムーネの社会福祉部。サービスにより異なるが、基本的には社会福祉部のソーシャルワーカーが、関連の専門職、医師などと協議して認定する。</p>	<p>国民保健サービス:国民保健サービスが自ら認定</p> <p>ソーシャルケアサービス:地方自治体</p>	<p>アラメダ郡社会福祉局在宅介護課(要介護認定)</p>
<p>S o L : 市により異なる。</p> <p>L S S : パーソナルアシスタンス制度には大まかな基準がある。週20時間を超えると担当部署が移動。</p>	<p>ICFに則り、環境因子・個人因子を踏まえて「ニーズ」を評定する。基本情報(背景、機能障害)、日常生活、社会生活、余暇・労働、コミュニケーション、住宅、移動の7領域で評価する。ニーズの高低による区分はない。</p>	<p>・国民保健サービスのプライマリーケア、セカンドリーケアの利用に認定基準はない。ただし、継続医療ケアやNHSが助成するケアホームには認定基準が設定されている。</p> <p>・ソーシャルケアサービスは、最重度、重度、中度、軽度の枠組みを設定している。一般的には、最重度、重度を対象としている。</p>	<p>法的な基準はない。在宅介護を受けないと高度看護施設に行かなければならない状態の人。</p>
<p>上記。</p>	<p>サービス利用者数は、在宅ケア約3万人、在宅生活支援1.5万人、パーソナルアシスタント制度0.1万人、同行サービス0.5万人、作業所0.8万人、社会参加活動1.7万人、住宅提供1.7万人(恒久・一時)。</p>	<p>国民保健サービス:継続医療ケアの利用者78,369人(2008-9第1,2四半期)。ケアホーム利用者23,452人(2007年3月31日)。</p> <p>ソーシャルケアサービス:成人利用者175万人(2004-5)。18歳以上の在宅介護利用者259,000人(2005-6)。</p> <p>ジョブセンタープラス:障害者生活手当受給者260.9万人(2007年8月末)、介護手当受給者154.7万人(2008年5月)。</p>	<p>上記。</p>
<p>S o L ・ L S S : 市の福祉担当区域事務所に申請する。</p> <p>L A S S : 社会保険事務所に本人または市が申請する。</p>	<p>コムーネの社会福祉部に窓口が一本化されており、ここに申請する。各サービスの利用手続きも社会福祉部が窓口となる。</p>	<p>国民保健サービスの利用は近隣のかかりつけ医(GP)に登録、ソーシャルケアサービスの利用は地方自治体へ、ジョブセンタープラスの利用はジョブセンタープラスへ連絡する。</p>	<p>アラメダ郡社会福祉局在宅介護課</p>
<p>S o L : 査定員によるサービス必要性の有無と必要量のアセスメントが行われる。</p> <p>L S S : パーソナルアシスタンス制度の申請は、全て福祉担当区域事務所でなされる。</p> <p>L A S S : 本人あるいは市が社会保険事務所に申請し、同所の査定員が判定を行う。</p>	<p>各サービスの種類と量の判定は、専門職として経験が長いソーシャルワーカーが中心となり、複数の専門職・医師が関わって協議の上決定される。</p>	<p>ソーシャルケアサービスを受けられるかどうかの評価は、単一評価プロセス(Single Assessment Process)を使用し、ケアマネジャーもしくは作業療法士が対象者との会話から情報収集し、専門職として判定を下す。</p>	<p>医師の診断書をもとに、アラメダ郡社会福祉局在宅介護課のソーシャルワーカーが査定を行う。(パーソナルアシスタントサービスの認定)</p>
<p>S o L : 各市で決定。収入に応じた費用徴収を認む。最高負担額・最低保障額が導入されている。</p> <p>L S S : 原則無料。家賃・余暇費などは、市が実費徴収可能。</p>	<p>原則無料である。リハビリの一部、住宅提供の家賃は利用者負担である。</p>	<p>国民保健サービス:通院費、薬の処方、歯科、眼科、頭髪のサポートについて、一部を除いて利用者負担が発生する。</p> <p>ソーシャルケアサービス:コミュニティアラムシステム、家屋改造、デイセンターの利用、ショートステイの利用、ボランティアによる交通手段の利用、在宅介護、ケアホームの利用、食事の宅配サービスには利用者負担が発生する。</p>	<p>なし。</p>

