

第8節 アメリカ合衆国

(カリフォルニア州アラメダ郡)
United States of America

1. 障害者介護サービスに関する調査	340
2. モデルに関する調査	355
3. 障害児に関する調査	360
■添付資料.....	363
1 / 医師による査定書	
2 / IHSS 申請説明書 & 申請書	
3 / IHSS 用情報記載書	
4 / IHSS 所得適格審査-成人用	
5 / IHSS ニーズ査定-フェイスシート	
6 / 初回面接/スクリーニング	
7 / アラメダ郡社会福祉局 IHSS 初回査定ワークシート	

稲垣 典子 (Asian Community Mental Health Services)

1. 障害者介護サービスに関する調査

(1) 障害の定義、範囲、区分(制度別)

法律として明確に定義されているのは、次の「アメリカ障害者法」(「障害をもつアメリカ人法」ともいう)と「ランターマン発達障害者サービス法」の2つである。なお、日本にあるような区分や介護のための障害の定義は存在しない。

アメリカ障害者法(P.L. 101-336 Americans with Disabilities Act of 1990;ADA)

身体的・精神的な障害を理由とした差別を禁止した連邦法で、1990年に制定された。同法においては、障害とは以下の個人を指す。

- (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

(斉藤明子訳. 第3項定義. アメリカ障害者法【全訳】現代書館. 1991年, p.6.)

ランターマン発達障害者サービス法(Lanterman Developmental Disabilities Act)

セクション4500から始まるカルフォルニア州福祉・施設法(California Welfare and Institutions Code)で、発達障害があるカルフォルニア州の人が「地域で他の人たちと同じように生活するためにサービスとサポートを利用できる」権利とプログラムと実施を含む、自分の生活を選択する権利を定めたカリフォルニア州の法律である。1960年代に、障害と認定された子供と一緒に暮らしたい親が州を相手に裁判を起こしたことをきっかけに成立し、同法により障害児は親と同居できるようになった。

ランターマン発達障害者サービス法(以下、ランターマン法)第4512項(a)において、発達障害は次のように定義されている¹⁾。

「発達障害(Developmental Disability)とは、障害が18歳以前に始まり、継続または一生続くと見なされ、その障害を持つ人にとって重大な支障となることを意味する。教育長との協議により発達障害サービス局長によって定義されたように、この用語は、知的障害、脳性マヒ、てんかん、自閉症を含んでいる。またこの用語は知的障害に密接に関連していること、あるいは知的障害に対するサービスと同様のものを必要とすることが判明される日常生活に支障をきたす(disabling)状態を含んでいるが、本来、単に身体的であるその他の社会的に不利な(handicapping)状態は含んでいない。」

同法では、身体障害だけでは対象にならず、学習障害も含まれない。なお、上記の知的障害とは、IQ69以下を指す。

ランターマン法により、カリフォルニア州では21のリージョナルセンター(Regional Center)が設立された。リージョナルセンターは、障害の疑いのある子供・成人を同法の定義(上記)に基づき認定するNPOである。認定された障害者には、一生涯ケースマネージャーがつく。

サービスとサポートは、「メンタルヘルスサービス」、「発達障害者自身とその家族のカウンセリング」、「行動に関する訓練と行動修正プログラム」および「緊急事態・危機介入」を含む事例で定義されている。

(2) 要介護者の定義、範囲、区分(制度別)

範囲、区分については明確に存在しない。

アラメダ郡における IHSS (In-Home Supportive Services / パーソナルアシスタントサービス)²⁾ の認定は、医師の診断書をもとに、ソーシャルワーカーが査定を行う。

最初に医師が次のような項目でチェックする。

1. 診断名
2. 予後
3. 歩ける、歩行器の使用、杖の使用、車椅子の使用、寝たきり、体を動かすことの限界、物を取れるか、握れるか、持ち上げられるか、どのくらい立っていられるか、かがめられるか。
4. 認知の程度:問題なし、軽い混乱、中ぐらいの混乱、重い混乱
5. メンタルの状態
6. 服薬管理:問題なし、中ぐらいの管理、全然できない、不明
7. 視力:問題なし、中ぐらい、全然見えない、不明
8. 聴力:問題なし、中ぐらい、全然聞こえない、不明
9. 便と尿の管理:問題なし、中ぐらいの管理、全然管理できない、不明
10. 移動:問題無し、中ぐらいできる、全然できない、不明

次に、アラメダ郡社会福祉局の在宅介護査定人(大学の修士課程を終了し、10年以上の現場経験があり、さらに規定の訓練を受けたソーシャルワーカー)が、医師の診断、治療経過の報告書をもとに本人と面接し、次の項目で5段階の評価を行う。

1. 家事、2. 食事の準備、3. 食事の後片付け、4. 日常的な洗濯、5. 食料品の買い物、6. その他の買い物、7. 呼吸の介助、8. トイレ(排便・排尿)の介助、9. 食事の介助、10. 清拭、11. 着替え、12. 生理のケア、13. 歩行(移動)の介助、14. ベッドからの/ベッドへの移動、15. 入浴・口腔衛生・身だしなみの介助、16. 皮膚マッサージ、体位変換 など、17. 補装具セットの介助/援助、18. 医療機関への付き添い、19. 医療機関以外の必要な施設(市役所など)への付き添い、20. 医師以外の医療従事者によるサービス

(3) 制度の名称、根拠法

在宅生活を支援する制度として「IHSS (In-Home Supportive Services / パーソナルアシスタントサービス)」²⁾ があるが、この制度を利用するには公的扶助である「メディケイド (Medicaid)」と「補足的保障所得 (Supplement Security Income ; SSI)」の受給資格を持っていることが条件となる。また、公的扶助を受ける前に社会保障制度である「社会保障障害保険 (障害年金, Social Security Disability Insurance ; SSDI)」と「メディケア (Medicare)」によって生活と医療をカバーする体系をとっている。そこで、ここでは最初に受給が検討される社会保障制度から説明していく。

A. 社会保障法(Social Security Act)

社会保障法は、1929年の大恐慌のときに800近くあった民間の年金プログラムが破綻したことを受けて高齢者が立ち上がり、1935年に成立した。97%の労働者が加入し、受給の対象は、高齢者、障害者、遺族年金者(夫・妻・子供)。働いているときに、6.2%が給料から社会保障として引かれる。また、雇い主は6.2%を社会保障として支払う。自営業者は確定申告の際に12.4%を支払う。

障害者年金を受け取るためには、最低限10年間の加入期間が必要である。また、10年以上の結婚歴があれば、離婚した後でも配偶者の保険が使える。22歳未満で障害者になれば、親の年金を使って障害者年金を受け取ることができる。

a) 社会保障障害保険(障害年金)(Social Security Disability Insurance; SSDI)

1950年に社会保障法に組み入れられた制度で、継続して1年以上働けない人のための障害者年金制度である。10年以上、働いて社会保障費を支払っていた人に受給資格がある(専業主婦などで支払っていない場合は受給資格がない)。申請から受理まで半年かかる。

本当に働けないことを証明する必要がある、ソーシャルワーカーと医師が相談し、必要な書類を本人(当事者)と作成して申請を行う。

b) メディケア(Medicare)

1965年から社会保障法に組み入れられた制度で、連邦社会保障庁が所管する高齢者公的医療保険である。働いているときに年齢に関係なく1.45%を給料から差し引かれ、雇用主も1.45%を支払う(自営業者の場合は、確定申告の際に支払う)。

【メディケアの受給資格】

- ・米国市民と永住権のある人とその伴侶。また、離婚後も伴侶の資格を利用することも可能である。
- ・10年間以上、社会保障税を支払っていた。
- ・65歳以上である。
- ・腎臓機能障害がある。65歳以下で障害者になったときは、2年間自己負担である(腎臓機能障害は除く)。自分の資産を使い果たして貧困になる人も多い。

【メディケアの受給内容】

次のパートA～Dの4つから成っている

- ・パートA / 公的な掛け金は支払わない。入院費用を60日間保障するが、一生に60日間しか支払われない。入院中の医師の治療費(検査費等)20%は支払わなくてはならない。
- ・パートB / 公的な掛け金を毎月96ドル支払う。医療費用のうち入院、外来の20%は自己負担となる。眼科医と歯科医、聴力関係は支払われない(全額自己負担)。
- ・パートC / パートBの20%の自己負担分を補うためのもので、民間の保険を買い、月約100ドルを支払う。
- ・パートD / 高齢者が使う処方薬のための保険。毎月96ドル支払うことで、医者から処方された薬は全額パートDで負担される。毎年11月～12月末迄に各保険会社の提供する薬の品名を、各ケースマネジャーがパソコンで登録する仕組みである。保険会社が毎年、提供する薬品名を変えるので、利用者の薬品名を確認し、再登録する必要がある(登録されていないときは、後で調整を行う)。なお、貧困により保険料を支払えないときは、メディケイド(後述)が利用できる。つまり、各医療機関は費用を回収するために低所得者にメディケイドを必要とする。

B. メディケイド(Medicaid)／メディ・カル(Medi-Cal)

カリフォルニア州では、メディケイドのことをメディ・カルと呼んでいる。

連邦政府と州が50%ずつ負担する、子供のいる低所得世帯、妊婦、高齢者、障害者を対象とした公的医療扶助制度である。カリフォルニア州では、ヘルスサービス部が管轄する。

基本的に無料で医療サービスを受けられるが、すべての医者、クリニックおよび病院がメディ・カルを受け入れているわけではない。またメディ・カルとメディケアの両方から給付を受けている人もいる。

州のプログラムであり、受給者の資産が単身2,000ドル、夫婦で3,000ドル以下であり、医療費を払う。車椅子、ナーシングホーム等の費用も支払う。アラメダ郡では、2008年7月の時点で78,000人が受けている。3ヶ月ごとに書類が届き、必要事項を記入する。書類を提出しないと受給資格を失う。

C. 補足的保障所得(Supplement Security Income; SSI)

就労による自活が1年以上できない人だけに現金給付を行う公的扶助である。財源は、連邦政府と州で50%ずつ負担する。運営はアラメダ郡。

補足的保障所得(SS I)の対象となる人々の範囲は高齢者、視覚障害者、妊婦、18歳未満の子供、障害者を基本としている(何らかの事情により働けない人)。

住んでいる家、4,500ドル以下の車は含まれない。受給者の資産が単身2,000ドル、夫婦で3,000ドル以下であることが条件(ただし、持ち家がありメディ・カルを受給している人は、死後、持ち家は処分され、その代金はメディ・カルの費用として回収される)。

3ヶ月ごとに書類が届き、必要事項を記入する。書類を提出しないと受給資格を失う。

D. IHSS(In-Home Supportive Services / パーソナルアシスタントサービス)²⁾

在宅の高齢者、盲人または障害者に対して日常生活の介護と家事のサービスを提供するもので、在宅介護を受ければ安全に家で暮らすことができるが、そうでなければ高度看護施設(Skilled Nursing Facility ; SNF)に入所せざるを得ないと認定された人々に対してサービスを提供する。IHSSは、18歳以上の介護の必要な人で、補足的保障所得(SS I)とメディ・カル(Medi-Cal)を受給していなければ認定されない。

アラメダ郡におけるIHSSとメディ・カルの受給資格のある人の資産調査によると、単身者の資産は2,000ドル以内、夫婦で3,000ドル以内である。住んでいる家と4,500ドル以下の車は含まれない。

ただし例外として、重度の障害児がいる場合には、SSIやメディ・カルを受けていなくても親が再就職のための職業訓練を受けているときなどは、IHSSを受けられる。

なお、精神障害者の場合は、身体に重大な障害がない限り受けることは難しい。

(4) 運営主体

カリフォルニア州の社会福祉局が医療以外の福祉を所管している。アラメダ郡の住民の11.3%が社会福祉局のサービスを受けている。年間予算は278万ドルで、職員は2,400人である。

発達障害について州から委託を受けているのは、NPOである21カ所のリージョナルセンター (Regional Center) で、所管は発達障害局である。リージョナルセンターの詳細は、「(17) リージョナルセンター」で触れる。

精神障害者に関しては州の精神衛生局が管理する。5ヶ所の州立精神科病院の運営と58郡のメンタルヘルス部門を管理している。

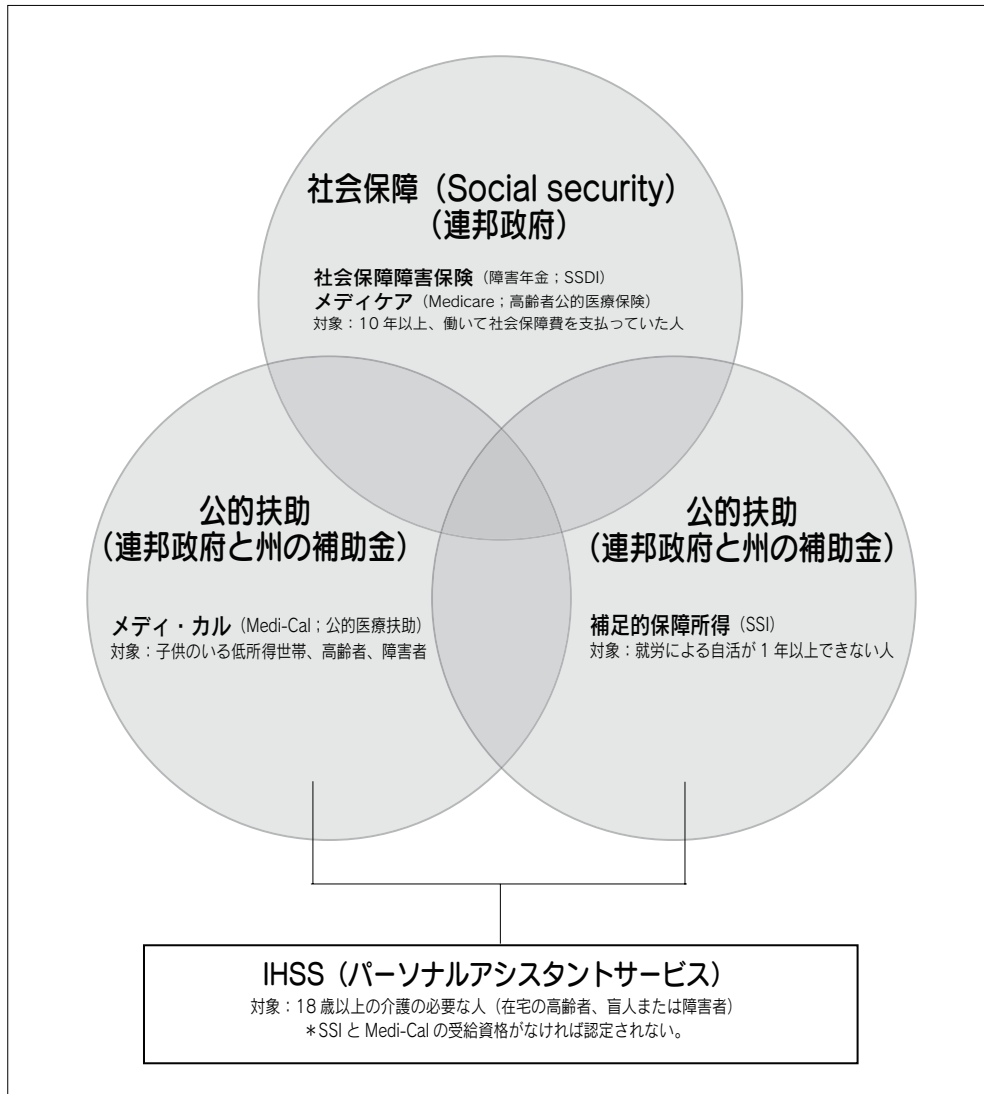
アラメダ郡のメンタルヘルス部門は、「アラメダ郡行動衛生ケアプログラム (Alameda County Behavioral Health Care Program)」と呼ばれる。アルコール中毒や薬物依存症もメンタルヘルス部門に含まれる。

アラメダ郡には「ジョン・ジョージ・パビリオン (John George Pavilion)」と呼ばれる郡立の精神科病院 (100床) しかない。72時間の保護入院の後は、病院付属の裁判所の裁判にて入院の延長が決められる (裁判のときは当事者に国選弁護人がつき、医師の診断書、ソーシャルワーカーの報告書、家族からの保護命令 Restraining order を出して、入院の延長を求めて判事に申請する) が、最長2週間となる。費用は税金でまかなわれる。裁判で民間会社 TELE CARE (株) の経営する3ヶ所の長期入院の病院へ転院する。入院の必要がないときは、家族やグループホーム、ホームレスシェルターに退院する。医療保険を持っている人は民間の総合病院の精神科が8ヶ所ある。

(5) 制度の体系・相互の位置づけ

制度体系は大きく社会保障と公的扶助に分かれ、IHSS (パーソナルアシスタントサービス) は、公的医療扶助のメディ・カル (Medi-Cal) と補足的保障所得 (SSI) の2つの公的扶助の受給者のみが受けられる (図表1参照)。社会保障のみの受給者はIHSSの対象外となる。なお、申請の際には所得制限と資産調査があり、資産は単身2,000ドル、夫婦で3,000ドル以下であることが条件となる。

図表1 制度の体系



(6) 加入対象者、加入者数

加入対象者は、前述「(3) 制度の名称、根拠法」を参照のこと。なお、在宅生活に必要な医療をカバーするメディ・カル(Medi-Cal)と、在宅介護をカバーするIHSS(パーソナルアシスタントサービス)の受給者数は、次の通りである。

加入者数／アラメダ郡(2008年7月8日現在)

メディ・カルの受給者	78,000人
IHSSの受給者	11,000人

(7) 給付内容

明確な法律に基づく給付は存在しない。低所得者を対象としたサービスとして、次のようなものがある。

A. IHSS (パーソナルアシスタントサービス)

補足的保障所得 (SSI) とメディ・カル (Medi-Cal) を持っている人のみ受給資格があり、在宅介護の部分をカバーする。毎月最長 283 時間 (1 日 9 時間) 分まで受けられる。

B. メディ・カル (Medi-Cal)

広い意味で在宅生活に必要な医療サービスをカバーする。高度看護施設 (Skilled Nursing Facility ; SNF) の費用も全額支払ってくれる。また医者への訪問、処方箋、入院、X線と検査、老人ホームでの介護、成人のデイサービス、歯の診療、緊急サービス、眼鏡、義肢装具、補聴器、医療機器、ホスピスケアなどのサービスをカバーする。

C. カル・ワーク (CalWORKs)³⁾

カリフォルニア州独自の制度である。1996 年に成立した連邦法により貧困家庭一時扶助は原則として生涯 5 年間しか受給できなくなった。その期限の切れる親を対象に就労援助訓練を行い、就労させることを目的とするプログラムである。介護職 (日本ではヘルパー 2 級程度) の訓練を行い、在宅介護のヘルパーとして登録される。カル・ワークを受けている間に、医療援助、フードスタンプ、保育料を支払って、就労に結びつける。訓練期間は 2 年間と決められている。

(8) 障害者のみの付加給付

障害者のみの付加給付はなく、以下のような各種控除がある。

貧困ライン (年収 1 万ドル程度) があり、これ以内の収入の人は税金が控除されるほか、24 時間電気等を使用する障害がある場合は、電気、ガス、電話会社で障害者の割引料金がある。電車、バスは 5 分の 1 くらいの割引料金で定期が購入できる。無料駐車場の利用もできる。

(9) ケアマネジメント (ケースマネジメント)

ランターマン法に基づき、リージョナルセンター (Regional Center) によって発達障害と認定された時点でケースマネジャーがつき、地域で生活できるように全面的な援助が行われる。金銭管理も家族ができないときは、リージョナルセンターが無料で行ってくれる。

精神障害者も重い状態であり、仕事も、家事もできないようなときは、ケースマネジャーがつく。そして、権利擁護もしてくれる。地域で生活できるよう全面的に援助する。

金銭管理のできない精神障害者に、無料でアラメダ郡の代理受取人プログラム (Alameda County Substitute Payee Program) がお金の管理をしてくれる。

高齢者も低所得者であれば、複雑な制度を利用するためにケースマネジャーがついて、権利擁護をしてくれる。

“One Point Responsibility” という方針で、担当者が決まったら、ケースマネジャーがその人を全面的にサポートするというシステムである。

(10) 給付対象者

要介護の高齢者と障害者は IHSS（パーソナルアシスタントサービス）を申請するときには、かかっている医師の申し込みの書類が必要である。IHSS のソーシャルワーカー（アラメダ郡社会福祉局の在宅介護査定人）が自宅に訪問して観察し、どれだけの介護時間が必要かを定める。在宅介護を提供しないと、高度看護施設 (Skilled Nursing Facility; SNF) に行く必要があると考えられるかどうか判断基準となる。また、本人が在宅を望み、医師が可能と判断した場合は、在宅介護になる。なお高度看護施設の費用は、大都市では最低、月 8,700 ドルかかり、ほとんどが税金の負担となる。

IHSS を受けるには厳しい資産調査と所得制限があるので、普通の人にとっては、条件的にも心理的にも使いにくい制度である。そのため、80% の高齢者は民間や NPO の紹介で自分や家族が面接して自費で介護者を雇っている。

(11) 認定主体

アラメダ郡の要介護認定は、アラメダ郡社会福祉局が所管する。IHSS のソーシャルワーカー（アラメダ郡社会福祉局の在宅介護査定人⁴）が医師の診断、治療経過の報告書をもとに本人と面接・観察をしてから認定する。所得制限、資産調査がある。

(12) 認定基準

在宅介護を受けないと高度看護施設 (Skilled Nursing Facility; SNF) に行かなければならない状態であると考えられる人について、下記の項目について 5 段階にわたり審査する。

1. 家事、2. 食事の準備、3. 食事の後片付け、4. 日常的な洗濯、5. 食料品の買い物、6. その他の買い物、7. 呼吸の介助、8. トイレ（排便・排尿）の介助、9. 食事の介助、10. 清拭、11. 着替え、12. 生理のケア、13. 歩行（移動）の介助、14. ベッドからの／ベッドへの移動、15. 入浴・口腔衛生・身だしなみの介助、16. 皮膚マッサージ、体位変換 など、17. 補装具セットの介助／援助、18. 医療機関への付き添い、19. 医療機関以外の必要な施設（市役所など）への付き添い、20. 医師以外の医療従事者によるサービス

ソーシャルワーカーが当事者を観察して 1 ヶ月に何時間介護が必要かを認定する。認定時間に不満があるときは不服申し立て制度がある。

なお、IHSS が認定される最高時間は 283 時間（要介助者の在宅における機能的な能力状況に基づいて判定されるため、提供されるサービスや認められる時間量は異なってくる）で、どのようにパーソナルアシスタントサービスを利用するかは利用者（要介護者）の責任である。

(13) 認定者数

IHSS(パーソナルアシスタントサービス)/(2008年7月現在)

カリフォルニア州	416,043人
アラメダ郡	11,000人

【要介護認定】

医師よりリハビリをするようにPT(理学療法士)、OT(作業療法士)、ST(言語聴覚士)のいる高度看護施設(Skilled Nursing Facility; SNF)に転院を勧められたとき。医師により要介護者が自宅で生活するのは無理と判断されたときに、高度看護施設へ行くように勧める。

アラメダ郡には77ヶ所の高度看護施設がある。毎月約8,700ドル(2人~3人が同じ部屋にいる)の費用がかかる。高齢者と障害者は高度看護施設に行くことを嫌がるようである。

(14) 利用手続き、所管窓口

本人または家族が社会福祉局に申請することになっているが、本人で申請方法を知っている人は少ない。医師やソーシャルワーカーが申し込み手続きを援助する。制度が複雑なため、ソーシャルワーカーや弁護士が書類の作成を請け負って、本人はサインのみということも多い。

書類は社会福祉局にもあるが、各病院、診療所、インターネット、NPOでも入手でき、家族にプログラムを勧めている。

(15) 要否判定方法

アラメダ郡におけるIHSS(パーソナルアシスタントサービス)の認定は、医師の診断書をもとに、アラメダ郡社会福祉局のソーシャルワーカーが査定を行う。

具体的には、次の手順で行われる(申請書等は添付資料1~7参照)。

IHSS 申請から利用までの流れ

1. 要介護が必要と思われたとき、本人、家族、ソーシャルワーカー、医師が認めたら診断名を含む書類を作成し、IHSSの申し込み用紙に書き込んで、アラメダ郡社会福祉局にインターネット、ファクス、または郵送する。



2. 社会福祉局は受給資格があるか調査する。また、医師の診断を含む書類が不備であると判断すると、社会福祉局が指定している医師に再診断を依頼する。IHSSの受給資格は、SSI(補足的保障所得)とメディ・カルを受けていることである。



3. 書類の審査が終了したら、社会福祉局のソーシャルワーカーが本人の面接のために訪問し面接をする。大体2～3時間くらいで、何ができないかを観察する。本人が説明できないことがあるため、ケースマネジャーが同席する。なぜならば、社会福祉局はどうやって時間を減らそうかと考えているので、ケースマネジャーが利用者(要介護者)の権利を擁護するためである。



4. 申し込み用紙と医師の診断書をそろえて、アラメダ郡社会福祉局に送る。



5. 社会福祉局が書類を見て、見立てをする(判定)。



<介護を受ける場合(例)>

6. CIL(Center for Independent Living;カリフォルニア州のNPOの1つ)は独自の介護者を登録している。また介護者の訓練もしている。利用者は自分と気の合う介護者を選ぶ。つまり、日系人であれば日系人の介護者が好まれる。食事の支度にあまり説明しなくてよいからである。しかし、現実には介護者になる人は移民が多いようである。また、介護者は家族でもよく、家族が登録されており、家族に在宅介護の費用が払われる。利用者が英語を話せないときは、家族がよいようである。娘であったり、嫁であることがある。時には、夫であり、息子の場合もあるが、娘や嫁が在宅介護をすることが多い。



<不服申し立てをする場合(例)>

6. 福祉局に控訴する。福祉局の7人のソーシャルワーカーの上に1人のスーパーバイザーがおり、ソーシャルワーカーの判定を弁護する⁵⁾。それでも不服の場合(スーパーバイザーの説明に納得できない場合はCILに連絡する(弁護士がつく)。また、無料の弁護士が相談にのり、公聴会、和解へと持ち込まれる。CILには要介護者自身である弁護士がおり、在宅介護について弁護してくれる。
* CILの弁護士により、最高の283時間/月をもらえたケースもある(1日9時間)



7. 月2回、本当に介護を受けられたかを確認するための書類がアラメダ郡社会福祉局より送られてくる(ヘルパーが本当に介護を行ったかを確認する)。利用者(要介護者)がこの書類にサインをする。



8. 介護料支払いの小切手が利用者(要介護者)に送られ、利用者がヘルパーに直接、手渡す。あくまでも利用者が介護者を雇っているという形態を保つためである。

(16)利用者負担

補足的保障所得 (SSI) とメディ・カル (Medi-Cal) を利用することになるため、利用者負担はなし。ただし、SSI とメディ・カルは所得制限と資産調査を受けてから支給が決まる。

なお、リージョナルセンター (Regional Center) のサービス (次項を参照) については、年収が 21 万ドル (税込み) の人は無料で受けられる。つまり、親の年収が税込み 21 万ドル以内であれば、障害児は無料でリージョナルセンターのサービスが受けられる。

(17)リージョナルセンター

カリフォルニア州は行政区として 58 の郡に分かれている。州には 21 ヶ所のリージョナルセンター (Regional Center, NPO) がある。リージョナルセンターとは発達障害者が地域社会で生活できるように受給資格を認定する機関であり、サービスを必要とする人にケースマネジメントを行う機関である。

カリフォルニア州には発達障害と認定される人 (3 歳以上～成人) が 193,000 人いる。0 歳～3 歳の発達障害になるハイリスクの乳幼児が 29,000 人いる (2008 年時点)。年間予算は 4 億 3,000 万ドルである。地域社会で暮らしている発達障害者の 99% (232,12 人) の予算は 37 億 9,830 万 8,000 ドル。大規模施設 (居住、病院、学校などが集まった町のような施設) で暮らしている 2,449 人の予算は 6 億 6,932 万ドルである。

リージョナルセンター設立には、大学を卒業しても仕事のない人たちが、地域社会に根ざした多くの非営利団体 (Non-Profit Organization ; NPO) を立ち上げたという社会背景がある。2000 年には全労働者の 11% が NPO で働いている。アラメダ郡にあるバークレイ市で 1972 年に設立された NPO である CIL (Center for Independent Living) は、大学を卒業しても高度看護施設 (Skilled Nursing Facility ; SNF) に行くより選択がなかった身体障害者が地域で暮らせるように立ち上げた NPO である。CIL は独自に介護者を登録して、利用者 (要介護者) が意思決定をして、介護者にいつ、何をしてもらおうかを決めている。

リージョナルセンターにはケースマネジャーがおり、発達障害者と認定された要介護者を生涯にわたり面倒をみる。認定するには医師と心理博士があたる。利用者 (要介護者) に対して必要なサービスをコーディネートするが直接のサービスは提供せず、言語聴覚士等が必要であれば、CIL の登録者から紹介する。

なお、要介護者が大規模施設に行かず地域で暮らすために、リージョナルセンターでは以下のようなサービスをコーディネートしている。

1. 移動訓練
2. 看護
3. 行動訓練 (専門の心理学博士を自宅に派遣する)
4. 特別のデイケア
5. 必要な器具の給付 (声を発生する PC などの提供)
6. 移動 (利用者がバスなどの公共交通機関を利用できなければ移動を提供しているところを紹介し、その費用を支払う。グループホームが移動をミニバスによるパラトランジット⁶⁾で提供し、費用はリージョナルセンターに請求する)
7. 生活支援

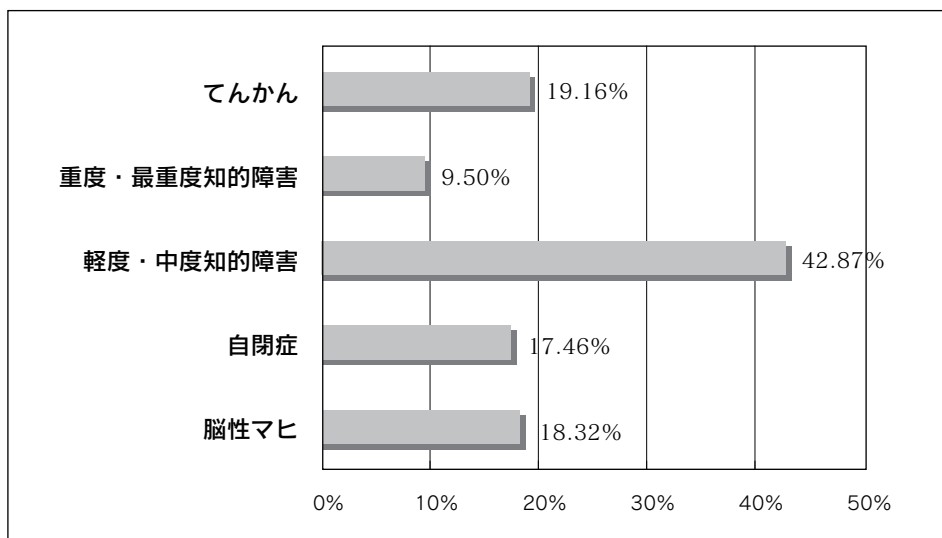
8. 一時休息(介護をしている家族が休息するための支援。ショートステイの費用を支払う。父母が離婚しており、母が週末は面倒をみられないときなどに利用する)
9. 障害児の一時保護など(里親など)
10. 特別育児ケア(重度の障害児が生まれ、親だけで対応できないときに提供される)
11. 自立生活のための訓練
12. 言語療法、カウンセリング
13. 遺伝検査(妊娠する前に遺伝検査が必要であれば、その費用を支払う)
14. デイプログラム(18歳以上を対象にした日中活動プログラム)
15. カウンセリング、精神療法
16. 特別の医療や歯・口腔内の治療費
17. 乳児サービス(0歳～3歳のハイリスクの子供に提供)

アラメダ郡とコントラコスタ郡を受け持っているのが、リージョナルセンター・イーストベイ (Regional Center of the East Bay ; RCEB) である。リージョナルセンター・イーストベイは、アジア系移民の場合は NPO のアジアンコミュニティ・メンタルヘルスサービス (Asian Community Mental Health Services) と委託契約している (1年ごとの更新)。ラテン系の場合は NPO の LA クリニカ (LA Clinica) と委託契約している。アジアンコミュニティ・メンタルヘルスサービスは、33人のケースマネジャーが960人の発達障害者のサービスを受け持っている。デイプログラムも週5日運営している。

なお、2007年には、14,090人がリージョナルセンター・イーストベイを利用した(0歳～3歳には、Early Start プログラムがある)。図表2に発達障害者の分類について記す。

出典: Performance Report for Regional Center of the East Bay, Spring 2008, RCEB

図表2 診断名による発達障害者の分類



出典: Performance Report for Regional Center of the East Bay, Spring 2008, RCEB

リージョナルセンターで認定を受けたら、一生涯サービスを受けられる。しかし、障害を持って生まれても、介護が受けられるわけではない。例えば、全盲の子供が生まれても、IHSS(パーソナルアシスタントサービス)は受けられない。

一方、てんかんがいつ起きかわからない子供の母が育児に疲れており、この子供が重い状態であるという事例では、ケースマネジャーがを申請して、月175時間のサービスを受けてい

る。そして、この子供は 17 歳であり、自分では何もできない状態である。このほか、レスパイトケア(介護をしている家族が休息するための支援)も受けている。

障害と認定されて、リージョナルセンターのサービスを受けられない人は大変苦勞する。例えば、知的障害のボーダーラインだと全盲であってもリージョナルセンターのケアを受けていないので、盲学校でも職員側が苦勞する。同じように、知的障害のボーダーラインは精神障害があってもリージョナルセンターのサービスは受けられない。

(18) グループホーム

21 歳になり本人が希望すると B / C Home (グループホーム) で暮らすことができる。

アジア系以外では 18 歳になると成人とみなし、親の家を出ていく習慣がある。そのため、家を出ても一人暮らしができない人はグループホームに入ることになる。発達障害者といえども例外ではない。グループホームで暮らし、週末になると親の家に遊びに行ったりする。

なお、アジア系は 18 歳を過ぎても親と同居し、本人も親も同居することを望む傾向があるため、あまり利用されていないようである。

a) グループホーム数

- ・アラメダ郡: 231 施設 (1,709 人受け入れ可能)
- ・コントラコスタ郡: 152 施設
- ・カリフォルニア州: 5,272 施設

b) 高齢者のグループホーム(65 歳以上)

- ・アラメダ郡: 372 施設 (7,518 人受け入れ可能)
- ・カリフォルニア州: 7,819 施設 (66,881 人受け入れ可能)

c) 発達障害者のグループホーム

サービスのレベルが 4 段階になっている。なお、レベル 1 のグループホームは費用が安く経営上成り立たないため、アラメダ郡には存在していない。

・レベル 1

問題行動がなく、セルフケアもできるが、1 人で暮らせない人である(バスに乗ったりはできるが、料理・洗濯などはできない)。8 畳くらいの広さの部屋であれば 2 人部屋になるが、ほとんどが個室である。だいたい、4 人～6 人くらいで 1 軒の家に暮らしている。見守りする人がすぐそばに 24 時間体制でいる。1 人でバスに乗ってデイプログラムに行ける。

・レベル 2

問題行動はほとんどなく、自立生活訓練の必要がある人で、セルフケアと見守りが必要である。自立生活訓練はリージョナルセンター・イーストベイ (Regional Center of the East Bay; RCEB) より、契約された専門職が提供する。昼間はデイプログラムに行く。移動(パラトランジット)は提供されるが、費用はリージョナルセンター・イーストベイが支払う(ミニバスなどを利用)。どのようなサービスプランが必要かはケースマネジャーが利用者と相談して決める。

・レベル3

自立生活訓練が常に必要な人、移動に介助が必要である。自傷行為がある。昼間はデイプログラムに行っている。移動（パラトランジット）は提供される（ミニバス）。ヘルメットをかぶって、車椅子でデイプログラムに通ってくる。デイプログラムにも介助の人がいる。

・レベル4

A～Iまでの9段階がある（Iが一番重度）。利用者と職員の数が多くなる。つまり、4-Iが一番職員の数が多いということである。問題行動も多く、自立生活訓練も必要であり、働いている職員は専門職ではない。しかし、看護師や行動療法を行う人がコンサルタントとしてグループホームのサービスが提供できる体制になっている。自傷行為も常にあり、身体の介助も常に必要である。しかし、昼間はこのような重い人でも行けるデイプログラムに通う。

d) 精神障害者のグループホーム

アラメダ郡には20ヶ所ぐらいしかない。デイケアは1ヶ所だけである。送り迎えのミニバス（パラトランジット）がある。クラブハウスが5ヶ所ある。キッチンとトイレが共同の安いホテルに泊まっている。Section 8と呼ばれる連邦政府の低所得者用の援助を受けてアパートに暮らしている人もいる。

グループホームを運営しようとする人は最初に35時間の訓練を受ける。発達障害者のグループホームを運営するには、その分野の訓練を自己負担で受ける。その後、州の専門のソーシャルワーカーの面接を受けて、問題がなければ州にライセンスを申し込む。毎年監査がある。運営に問題があると、近所の人が通報して、調べて、ライセンス停止となる場合もある。

IHSS（パーソナルアシスタントサービス）を受けないと高度看護施設（Skilled Nursing Facility；SNF）に入所、つまりナーシングホームに行かなければならないが、発達障害者、精神障害者、高齢者でグループホームに入居している人は、IHSSは受けられないという制度になっている。

1. 障害者介護サービスに関する調査 脚注

- 1) 下記 Web サイトより。
<http://www.dds.cahwnet.gov/Statutes/WICSectionView.cfm?Section=4500-4519.7.htm&anchor=4512>
4512. As used in this division:
(a) “Developmental disability” means a disability that originates before an individual attains age 18 years, continues, or can be expected to continue, indefinitely, and constitutes a substantial disability for that individual. As defined by the Director of Developmental Services, in consultation with the Superintendent of Public Instruction, this term shall include mental retardation, cerebral palsy, epilepsy, and autism. This term shall also include disabling conditions found to be closely related to mental retardation or to require treatment similar to that required for individuals with mental retardation, but shall not include other handicapping conditions that are solely physical in nature.
- 2) In-Home Supportive Services (IHSS) を日本語に訳すと「在宅支援サービス」となる。しかし IHSS は日本における在宅支援とは異なり、利用者（要介護者）が介護者を直接雇用するサービスであるため（認定された時間分の小切手が利用者に送られ、それを介護者に渡す）、本書では、IHSS を「パーソナルアシスタントサービス」と記述する。
- 3) CalWORKs (California Work Opportunity and Responsibility to Kids) の表記は、次の Web サイトを参照した。
<http://www.cdss.ca.gov/cdssweb/PG85.htm>
- 4) 大学の修士課程を終了し、10 年以上の現場経験があり、さらに規定の訓練を受けたソーシャルワーカー。
- 5) 要否判定を行うソーシャルワーカーは 7 人で 1 組となり、年 1 回、1,100 人に対して 6 人のソーシャルワーカーで再査定を行っている。初回のインテークは残り 1 人で行い、1 ヶ月で 30 件の査定をしている。
- 6) バラトランジットサービスとは、相乗りのドア・ツー・ドアの旅客輸送サービスのこと。「アメリカ障害者法」に基づき、障害のために通常の公共交通機関ができない人向けに創設された。

2. モデルに関する調査

(1) モデル 1 / 全盲

Aさん(モデルの名前をAさんと記述する)は、18歳～40歳まで働いていて、勤労収入から天引きされる社会保障税を払ってきており、また現在、糖尿病性網膜症のために失明状態であるため、社会保障法(Social Security Act)に基づく社会保障障害保険(障害年金, SSDI)を月1,064ドル受給している。Aさんは、資産もなく、糖尿病治療費は高額になるため、高齢者、障害者と透析患者を対象とした公的な医療保険(メディケア; Medicare)のパートBに加入しているが、保険料(1ヶ月に96ドル)が支払えないので免除されており、また、メディ・カル(Medi-Cal)が適用される。メディ・カルに対して年間自己負担が450ドルはあるものの、それ以外の医療費は、薬物、救急車の移動を含め無料で提供される。

Aさんは、月800ドルの民間のアパートに入居しているが、連邦住宅局のSection 8(1974年住宅コミュニティー開発法)により家賃の3分の2を負担してもらっているため、自己負担は約280ドルである。電話、電気、ガス代は、電話、電気、ガス会社から低所得者向けのサービスがあり、例えば、電話は、月30通話までに制限されるが、月額料金は10ドルに減額される。

Aさんは、失明後、中途失明者のための自立生活訓練センターに通所して視覚障害者のための日常生活訓練や歩行訓練を受けた。その訓練費用はメディ・カルが自立生活訓練センターに実績に応じて支払ってくれるので本人の負担は無料であった。訓練のおかげで、日常生活は自分で行うことができる。近所の買い物も、自分で行ける。

地域のサポートグループの集まりに週1回参加しているが、公的なガイドヘルプサービスはないので、パラトランジットを利用している。パラトランジットは、民間の企業が運営している送迎サービスで、本人は、片道3ドル払うが、通常料金との差額はアラメダ郡が税金で負担している。戸口からグループの場所まで送ってくれる。

また、月1回の病院への通院もパラトランジットを利用している。利用できるのは障害者のみである。自宅から通院する診療所の受付まで運転手が送り迎えをしてくれる。利用申請書に診断名を記入し、医師またはソーシャルワーカーのサインをもらい、申し込む。距離に応じて料金が設定されているが、タクシーよりも安い。

遠出を必要とする外出は、友人に車で送迎してもらったり、ボランティアを依頼したりする。ボランティアは、個人的にリストを用意していて電話をかけて可能かどうかを聞きながら調整する。また、銀行預金の管理等、視力が必要な活動などは、ライトハウス(NPOの1つ)の登録ボランティアに月2回、2時間ずつ来てもらっている。いろいろな生活上の相談には、CIL(Center for Independent Living; カリフォルニア州のNPOの1つ)の全盲の人のためのカウンセラーに相談している。

(2) モデル 2 / 頸髄損傷

Bさん(モデルの名前をBさんと記述する)は、重度の肢体不自由があり介護度が高い。通常は高度看護施設(Skilled Nursing Facility ; SNF)に入所するのが普通であるが、本人が強く在宅生活を望んでいるため、メディ・カル(Medi-Cal)の受給者が受けることのできるアラメダ郡のIHSS(パーソナルアシスタントサービス)を利用して在宅生活をしている。この制度は、障害者が介護者を雇用する形態をとる。ただし、利用費用として1時間10.45ドルかかり、月175時間が限度である。ただし、Bさんは最重度であるため、特別に283時間が認定されている。

IHSSを申請するには、医師による診断書が必要である。診断書は、当事者がナーシングホームに行かず、在宅を強く希望しており、医師も在宅で生活できると判断するという内容が書かれていなければならない。申請後、IHSSのソーシャルワーカー(アラメダ郡社会福祉局の在宅介護査定人)が自宅を訪問し、面接評価する。評価内容は次の20項目であり、5段階で査定される(添付資料7参照)。

1. 家事、2. 食事の準備、3. 食事の後片付け、4. 日常的な洗濯、5. 食料品の買い物、6. その他の買い物、7. 呼吸の介助、8. トイレ(排便・排尿)の介助、9. 食事の介助、10. 清拭、11. 着替え、12. 生理のケア、13. 歩行(移動)の介助、14. ベッドからの/ベッドへの移動、15. 入浴・口腔衛生・身だしなみの介助、16. 皮膚マッサージ、体位変換 など、17. 補装具セットの介助/援助、18. 医療機関への付き添い、19. 医療機関以外の必要な施設(市役所など)への付き添い、20. 医師以外の医療従事者によるサービス

ソーシャルワーカーが全ての項目について最も重度の段階の査定をすると、その報告書をもとに最長時間のIHSSのサービスが利用できる。

介護時間が決まると、ソーシャルワーカーは、どこの介護者を利用したいかを尋ねる。IHSS(アラメダ郡社会福祉局)でも登録されている介護者を紹介できるが、通常は、自分で自分が通っているNPOで登録されている介護者を雇いたいと申し出ることが多い。自分で介護者を探して利用する場合は、介護者の氏名と社会保障番号をIHSSに登録すると、月2回、介護者に対する(自己負担分除いた)介護料の支払いの小切手がBさんに送られてくる。介護料は、通常、最低賃金法に基づく額で、時給10.45ドルくらいである(2009年3月現在)。利用者(要介護者)は、それを使って介護者に賃金を支払う。

Bさんは、だいたい1日9時間の介護時間が割り当てられたので、NPOに連絡し、介護者を紹介してもらい、面接し、本人が気に入った人を採用し、いつ、何をしてもらうかを決めた。その介護者はNPOで介護について簡単な訓練を受けている。

Bさんは、現在6人の介護者を雇っている。1日9時間の介護時間では不足するので、もう1人の障害者と共同で4ベッドルームを借り、そのうち、2つのベッドルームを無料で学生に提供し、夜と土日は交替でいてもらっている。

住まいは連邦政府の住宅局のSection 8(1974年住宅コミュニティー開発法)により、3分の2は連邦政府が負担し、Bさん(要介護者)は収入の3分の1だけを支払う。この補助は応募制であり、審査に落ちれば認められない。ただし、一度認められれば、終生利用できる(麻薬の使用などがあれば、すぐに打ち切られる)。

(3) モデル 3 / 知的障害

Cさん(モデルの名前をCさんと記述する)は、生後11ヶ月の男子乳児の検診のとき、医師より自閉症の疑いがあるといわれた。医師に指示され、母親がリージョナルセンター・イーストベイ (Regional Center of East Bay; RCEB) に申請し、電話スクリーニングの結果、1歳近くなっても発語がないことを理由にサービスの対象として認められた。

リージョナルセンター・イーストベイは、アラメダ郡とコントラコスタ郡を担当するリージョナルセンター (Regional Center) である。リージョナルセンターとは、NPO 組織で、発達障害者(前述のランターマン法の定義に基づく発達障害者)が大規模施設に入所せずに、地域で暮らすために必要なサービスをコーディネートするが、直接のサービスは提供せず、必要に応じサービスを紹介する仕組みである。リージョナルセンター・イーストベイは州の発達障害局の管轄であり、州が委託契約をし、運営費用を負担している。ただし、親の医療保険など、活用できるものは全て活用するのが原則である。

コーディネートするサービスは、次の1～17である。

1. 移動訓練、2. 看護、3. 行動訓練 (専門の心理学博士を自宅に派遣する)、4. 特別のデイケア、5. 必要な器具の給付(声を発生するPCなどの提供)、6. 移動(利用者がバスなどの公共交通機関を利用できなければ移動を提供しているところを紹介し、その費用を支払う。グループホームが移動をミニバスによるパラトランジットで提供し、費用はリージョナルセンターに請求する)、7. 生活支援、8. 一時休息 (介護をしている家族が休息するための支援。ショートステイの費用を支払う。父母が離婚しており、母が週末は面倒をみられないときなどに利用する)、9. 障害児の一時保護など (里親など)、10. 特別育児ケア (重度の障害児が生まれ、親だけで対応できないときに提供される)、11. 自立生活のための訓練、12. 言語療法、カウンセリング、13. 遺伝検査(妊娠する前に遺伝検査が必要であれば、その費用を支払う)、14. デイプログラム(18歳以上を対象にした日中活動プログラム)、15. カウンセリング、精神療法、16. 特別の医療や歯・口腔内の治療費、17. 乳児サービス(0歳～3歳のハイリスクの子供に提供)

リージョナルセンターにはケースマネジャーがおり、発達障害者と認定された利用者を生涯にわたり、面倒をみる。発達障害の認定には医師と心理博士が担当する。カリフォルニア州は行政区として58の郡に分かれているが、21ヶ所のリージョナルセンターがある。ケアマネジャーは年に1回報告書を書く義務を負っている。

Cさんは、認定1ヶ月後からリージョナルセンター・イーストベイによる在宅訓練(理学療法)を開始した。訓練は、アセスメント(Assessment; 診断評価)に始まり、その後は理学療法士(PT)が週1回家に来て、親の同席のもと筋肉の強化訓練などを実施した。また、理学療法士の指導で、親が毎日1時間子供に運動をさせたりした。6ヶ月後には、言語療法が始まり、やはり、言語聴覚士(ST)が週1回家に来て訓練を実施した。

これらの費用は、リージョナルセンター・イーストベイがいったん理学療法士や言語聴覚士に全額支払い、後日、リージョナルセンター・イーストベイより、親の医療保険会社に費用の請求をする。保険会社は、親に対して子供の自閉症の状態を記入するように100ページ程度の書類の記入を求めている。

Cさんは、3歳になるまで自宅で言語療法を受けた。3歳になったときリージョナルセンター・イーストベイは再判定をし、発達段階の80%を満たしているかを判定するが、満たしていなかったため、サービスは継続された。

Cさんは、市町村教育委員会から障害児と認定されたので、3歳～22歳まで、地域の公立の保育園、小学校、中学校、高校に通学した。これらの学校は、全米障害児教育法 (Education for All Handicapped Children Act) で障害児の受け入れを拒否できないことになっている。もし、正当な理由があり公立学校で受け入れを拒否されたときは、私立学校に入学することもあるが、そのときは、市町村の教育委員会が授業料を支払う。

18歳になった時点で、親は養育責任から解放されるので、18歳になる半年前からケアマネジャーが補足的保障所得 (SSI) とメディ・カル (Medi-Cal) の申請をした。その結果、Cさんは、月870.00ドルのSSIを受給しており、それが、Cさんの収入になっている。

リージョナルセンターのケアマネジャーが、毎年1回、当事者、親と関係機関と会議を開いて、年間の個別支援計画を立てる。Cさんは、18歳になって、本人、ケアマネジャー、両親、関連機関と就労の可能性を検討したが、親元で暮らすことを希望したために、母親が介護をしている。ケアマネジャーは再三、「(18)グループホーム」参照)のグループホームに行くように勧めているが、親から離れられない状態である。

家庭では、突然家を飛び出したりするので、常時、見守りが必要である。移動も、母が付き添っている。SSIとメディ・カルの受給者が受けるIHSS (パーソナルアシスタントサービス) の制度を申請し、月95時間認められた。この判断は、日中、平日は日常活動プログラムとしてレベル4のデイプログラムに通所していることから、それ以外の時間分として1日3時間認められたものである。1日3時間の介護サービスの提供者としては、母が登録されている。

アラメダ郡社会福祉局には1,100人の対象者に対してソーシャルワーカーが7人しかいないので、年1回家庭訪問し、本人に会ってフォローアップするくらいしかしない。その際多くはケースマネジャーも同席する。社会福祉局は何とかしてサービスの時間を減らそうとするので、ケースマネジャーは、当事者と家族の権利擁護をする必要があるからである。

社会福祉局は介護サービスの内容と時間以外は介入しない。それ以外のサービスについてはケースマネジャーが調整する。ガイドヘルプサービスはない。

(4) モデル4 / 精神障害

Dさん(モデルの名前をDさんと記述する)は、統合失調症でジョン・ジョージ・パビリオン (John George Pavilion; 郡立の精神科病院で100床) に保護入院になり、72時間後に精神科病院に付属の裁判所で2週間の入院が決定された。2週間後に地域社会に戻るために、退院までにどのような形(家庭、ホームレスシェルター、グループホーム、安ホテルなど)で地域に戻すかが病院のケース会議で決定される。

Dさんは安ホテルに戻ることであり、同病院のマスター・ソーシャルワーカー(修士課程を修了している者)は、地域の精神科診療所に戻すために連絡をとった。それ以後は、精神科診療所

(NPO)のケースマネジャーがDさんを担当する。このケースマネジャーは、その後、Dさんが安定するまで、もし、安定しなければ終生フォローする。

精神科診療所は、過去の実績に基づき、アラメダ郡から年間の予算をもらっている。例えば、重度の精神障害者500人に対して、実績に応じて、ケースマネジャーは時給98ドル、医師は30分97ドルというように予算を請求する。

精神科診療所のインテークで診断名がつき、郡の行動衛生ケア部門 (Department of Behavioral Health Care) に連絡すると、クライアント番号がつけられる。ケースマネジャーの主な仕事は、再入院させないことで、安定してきたら、カウンティの就労プログラムへ参加させることもある。

Dさんのような場合、補足的保障所得 (SSI) とメディ・カル (Medi-Cal) を申請するが、申請書の記入は簡単ではないため、精神科に入院中は精神科診療所のケースマネジャーが申請する。

本人が申請できるが申請書に何を書くかコツがいるためである。しかし、すぐには受給できないので、一時金280ドルを半年間給付する一般扶助 (General Assistance) を申請することになる。一般扶助は貸与の制度で、SSI とメディ・カルが半年後に給付されたときには返済する。

精神障害者の場合、非常に重度の場合を除き IHSS (パーソナルアシスタントサービス) の対象にならない。Dさんは、現状では、IHSS を申請してもサービスを受けるのは難しい。ケアマネジャーはグループホームに住むことを提案しているが、本人がグループホームに住みたくない主張するため、ケアマネジャーは、単身で住める安いホテルを探したものである。

SSI は、在宅の場合970ドルであり、小切手が本人に届く。グループホームの場合は1,017ドルで、グループホームに小切手が送られる。本人には、日用品費として月105ドルの小切手が送られるが、額が少ないのでDさんはグループホームを希望しなかった。ホテル代は月550ドルであり、420ドル生活費が残り、食事は外食ですませるのでそちらを選択する人が多い。

ケアマネジャーは割引券 (パート¹⁾ は62.5%割引、バスは5分の1程度になる) などの申請をして、必要な生活費が少なくなるように支援している。本人が望めば精神障害者の通所施設のクラブハウスを紹介する。同行して気に入れば週5日通所でき、キッチンで皿洗いなど就労支援プログラムなどを提供している。また、昼食も1ドルで食べられるが、Dさんは希望しないので通所していない。

幻聴があるので、精神科医を定期受診しているが、ケースマネジャーは、診察日に同席して投薬治療の調整をしてもらう。精神障害者の場合、ガイドヘルプサービスは必要としていない。

ケースマネジャーは、定期的にDさんに来院してもらい、チェックリストに基づきアセスメントをする。精神科診療所に受診後1ヶ月以内に処遇計画 (Treatment Plan) を作成することが委託の義務となっている。本人のサイン、医師のサインが必要で、保存される。最長6ヶ月毎に更新する。

2. モデルに関する調査 脚注

- 1) パート (BART; Bay Area Rapid Transit) はサンフランシスコ市とイーストベイ各地 (サンフランシスコ郡、アラメダ郡、コントラコスタ郡、サンマテオ郡) をつなぐ高速鉄道システムである。駐車場やエレベーターはほとんどの駅に設置。障害者と子供は62.5%割引となる。

3. 障害児に関する調査

(1) 障害児施設の種別と数

地域の学校に通い、家庭で暮らすことが原則のため、障害児施設の種別と数は比較的少ない。

リージョナルセンター (Regional Center; 発達障害児が地域社会で生活できるように援助を行うプログラムのある事務局) が家庭で暮らす支援を行っているため、0歳～22歳の障害児の99%が家族か後見人と暮らしている。例えば、発達障害と認定された障害児がいる家族は、アフタースクールプログラム (After School Program; 学童保育) やレスパイトケア (Respite Care; 短期の在宅介護) が提供される。0歳～3歳の発達障害児のリスクのある子供の理学療法 (PT)、作業療法 (OT)、言語療法 (ST) 等の費用はリージョナルセンターが支払ってくれる。障害児と認定されると、送迎バスで自宅から学校まで通学を支援してくれる。しかし、地域で暮らせない子供は大規模の州立の施設に入所するが、そこで、いつも、地域に戻るための訓練を受ける。

大規模施設 (州立 / 5ヶ所)

地域で暮らせない障害児や障害者が暮らし、生活・娯楽施設や小・中・高等学校等が整い、町のように機能している。カリフォルニア州には次の5つの大規模施設がある。大人になったという理由で施設が変わることはない。

また、大規模施設に子供だけのサービスやプログラムはあり、普通の子供が生活するようにサービスやプログラムがある。

a) カリフォルニア州の5つの大規模施設 (発達障害センター)

Agnews Developmental Center	106人 (2008年9月)
Fairview Developmental Center	514人 (2008年10月)
Lanterman Developmental Center	512人 (2006年11月)
Porterville Developmental Center	632人 (2008年9月)
Sonoma Developmental Center	675人

出典: Developmental Centers Home Page
<http://www.dds.cahwnet.gov/DevCtrs/Home.cfm>

b) 運営概要 (2施設を例とする)

【Fairview Developmental Center】

24時間の高度の医療と看護を必要とする障害児 (者) のための施設である。カリフォルニア州の南のオレンジ郡にあり、設立は1959年。広さは752エーカーで、4,125人の入所が可能な施設である。1967年には2,700人が暮らしていた。2008年10月現在、514人が暮らし、職員数は1,500人。水泳プール、講演会場、図書館、小さい動物を飼う施設、作業場、レクリエーションをする施設があり、一つの町のような感じである。

プログラムは日常生活訓練、職業訓練、移動訓練 (モビリティ訓練)、レジャー、学校、社会生活訓練、コミュニケーション訓練を提供している。必要があれば、地域でも訓練する。例えば、地域の学校に通学したりして訓練する (大規模施設に暮らしながら、施設の近くの学校に通学して

訓練をする、という意味)。その後、この施設から地域に戻り、暮らせるようになるのが目標である。最低年1回のケース会議を通して、いかに早く地域に戻って生活できるかが話し合われる。

出典: Fairview Developmental Center
<http://www.dds.cahwnet.gov/Fairview/Index.cfm>

【Lanterman Developmental Center】

ロサンゼルス市から車で1時間くらいの所にある大規模施設。ベッド数は1,090床あるが、2006年11月時点で512人が暮らしている。職員数は1,382人。施設内の建物の数は86棟。毎年、入ってくる障害者は12人であり、出ていく障害者は27人である。

この施設の特徴は、重い知的障害者が主であること。この施設も24時間体制の医療、高度看護を提供している。広さは320エーカーである。年間予算(2006年7月～2007年6月)は1億1,175万162ドルである。

出典: 出典: Lanterman Developmental Center
<http://www.dds.cahwnet.gov/Lanterman/Index.cfm>

(2) 利用条件

地域で暮らせず、24時間の高度看護の必要があり、裁判で決められる。費用はその子供が住んでいたリージョナルセンター(Regional Center)が支払う。

大規模施設

障害児であり、高度看護が24時間必要であり、地域の教育機関で扱えない子供が対象である。大規模施設には24時間の看護体制があり、医師もいる。そのほかの専門職も月曜～金曜体制で対応できる。また、施設内に学校もあり、教師もおり、学ぶこともできる。レクリエーションとして泳ぐためのプールがあり、施設内では動物も飼っており、普通の生活ができる。

(3) 予算

カリフォルニア州には発達障害と認定される人(3歳以上～成人)が193,000人いる。0歳～3歳の発達障害になるハイリスクの乳幼児が29,000人いる。年間予算は4億3,000万ドルである。地域社会で暮らしている発達障害者の99%(23,212人)の予算は37億9,830万8,000ドル。

施設(大規模施設)で暮らしている2,620人の予算は7億7,579万2,000ドルである。職員数は7,337人である(2007年7月～2008年6月)。

＜参考資料＞

- ・『アメリカ障害者法【全訳】』（斎藤明子訳、現代書館）
- ・In-Home Supportive Services
<http://www.dds.ca.gov/SupportSvcs/IHSS.cfm>
- ・Regional Center of the East Bay <http://www.rceb.org/>
- ・Performance Report for Regional Center of the East Bay, Spring 2008, RCEB
- ・Developmental Centers Home Page
<http://www.dds.cahwnet.gov/DevCtrs/Home.cfm>
- ・Social Work with Older Adults THIRD EDITION, Kathleen McInnis-Dittrich
- ・THROUGH THE MAZE, Robin L. Goldfaden, Disability Rights Advocates
- ・American Social Welfare Policy A Pluralist Approach FIFTH EDITION, Howard Jacob Karger
David Stoesz
- ・The Preferred Resource for Senior Housing & Services Since 1992, Alternatives for Seniors

■添付資料

1 / 医師による査定書

アラメダ (Alameda) 郡
社会福祉局

医師による査定書
In-Home Supportive Services: IHSS
6955 Foothill Blvd., Ste.300, Oakland, CA 94605

FAX送付先:
初回面接: (510) 577-1803
地域: (510) 577-1876

ソーシャルワーカー:	ワーカー番号#:	電話番号#:
医師の名前、住所および電話番号を活字体で記入してください。:		
宛先:	事例番号#:	患者:
		生年月日:
		社会保障番号#:
		送付日:
FAX番号#:	電話番号#:	

担当医殿:
この患者が自宅で安全に過ごすために、在宅ケアワーカーによるIHSSが必要か否かを査定いたしたく、ご協力お願い申し上げます。下記に提供していただく情報は、ソーシャルワーカーが必要なサービスのレベルを決定する際に参考にさせていただきます。記入済みの用紙は、郵便またはFAXにてご返送ください。ご協力に感謝申し上げます。

I. 最終診察日: _____

II. 診断名: _____ 予後:
A. _____ A. 良好 普通 不良

予想される持続期間: _____

B. _____ B. 良好 普通 不良

予想される持続期間: _____

C. _____ C. 良好 普通 不良

予想される持続期間: _____

III. 機能上の制限(当てはまる欄に印をつけてください。):

患者は: 歩行可能 困難・危険を伴うが歩行可能 車いすで移動可能 寝たきり
活動の制限: なし 手を伸ばす つかむ 持ち上げる 立ち続ける 体を曲げる
精神状態: 明瞭 軽度の混乱状態 中度の混乱状態 重度の混乱状態

IV. 機能状態

a. 服薬	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 中程度の問題	<input type="checkbox"/> 重度の問題	<input type="checkbox"/> 不明
b. 視力	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 中程度の問題	<input type="checkbox"/> 重度の問題	<input type="checkbox"/> 不明
c. 聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 中程度の問題	<input type="checkbox"/> 重度の問題	<input type="checkbox"/> 不明
d. 排尿および排泄	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 中程度の問題	<input type="checkbox"/> 重度の問題	<input type="checkbox"/> 不明
e. 移動	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 中程度の問題	<input type="checkbox"/> 重度の問題	<input type="checkbox"/> 不明

V. IHSSが提供されない場合、この患者は施設(介護施設、病後療養所)入所となる可能性がありますか?
(回答を○で囲んでください。) はい いいえ

VI. コメント: _____

医師の署名

署名日

電話番号#

Y:\IHSS\医師による査定 改訂0302004\ay

改訂 0302004

2 / IHSS 申請説明書 & 申請書

アラメダ (Alameda) 郡
社会福祉局
副局長
リンダ・クレッツ (Linda Kretz)

成人・高齢者福祉課
(Department of Adult and Aging Services)
IHSS ; In-Home Supportive Services
6955 Foothill Blvd., Third Floor
Oakland, Ca 94605-2409
510-577-1900
Lkretz@acgov.org
www.acgov.org/assistance

In-Home Supportive Services ; IHSS

申請説明書

- ◆IHSS を受けるには、メディ・カル (Medi-Cal) の加入資格を満たしていなければなりません。
- ◆すでにメディ・カルに加入している場合、あるいは最近メディ・カルへの加入を申請し、まだ結果が出ていない場合は、申請の手続きを開始するために以下の書類への記入が必要となります。

申請書 No. 1 : IHSS 申請書

- ◆メディ・カルに加入していない場合、申請の手続きを開始するために以下の書類への記入が必要となります。

申請書 No. 1 : IHSS 申請書 および

申請書 No. 2 : キャッシュエイド、フードスタンプ、および/またはメディカル申請書

・皆様が記入された申請書 No.1 および申請書 No.2 を当局にて受け取り後、メディ・カル申請書の PACKET をご郵送いたします。

- ◆メディ・カルの加入資格が認定されましたら、ソーシャルワーカーが皆様のお宅への家庭訪問の予定を組みます。ソーシャルワーカーは、皆様が在宅ケアを受ける資格があるかどうか、また皆様のご自宅で安全に過ごすためには、何時間のケアが必要であるかを決定します。

申請方法 :

- 電話 : 平日の午前 8 : 30 から正午までと午後 1 : 00 から 5 : 00 までは、510-577-1800 にお電話のうえ、担当者とお話してください。
- 郵便 : 510-577-1800 にお電話いただき、申請書を請求してください。必ず、ゆっくりと、そしてはっきりと話し、お名前とご住所を留守番電話に録音してください。
- 直接 : 平日の午前 8:30 から正午までと午後 1:00 から 5:00 までの間に、当局 (Eastmont Town Center 3 階) にお越しください。申請書をお受け取りいただくか、あるいは担当者との面接をお申し込みいただくことができます。

申請書No.1
サービス申請書

アラメダ (Alameda) 郡成人・高齢者福祉課
In-Home Supportive Services: IHSS申請書

名前: (ファーストネーム、ミドルネームのイニシャル、ラストネーム)		社会保障番号	生年月日	電話番号
自宅住所 (街路名、アパート番号、都市名、郵便番号)				<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
結婚歴: <input type="checkbox"/> 独身 <input type="checkbox"/> 既婚 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 別居 配偶者は、IHSSを申請していますか? はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 配偶者名 _____ 配偶者の社会保障番号 # _____				
SSIを受けていますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	メディ・カルを受給していますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (いいえの場合、申請書No.2も記入してください。)	言語	種族的出身	翻訳が必要ですか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
紹介者 (名前、関係、住所)				電話番号 # _____
緊急連絡先 (名前、関係、住所)				電話番号 # _____
収入	収入源 _____	収入源 _____	収入源 _____	
	金額 _____	金額 _____	金額 _____	
主治医 (名前、住所)				電話番号 # _____
申請者と同居しているのは誰ですか? _____				
定期的に家事を行うことができない健康状態ですか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
現在、病院、介護施設、リハビリテーションセンターに入院・入所していますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ はいの場合、IHSSが受けられるかどうかによって退院・退所が決まりますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ いつ退院・退所する予定ですか? _____ 最近、病院、介護施設、あるいはリハビリテーションセンターを退院・退所しましたか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 末期状態にありますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				

郡記入欄

初回面接担当ソーシャルワーカー番号 # _____	会話言語 (記入してください。) _____ 優先事例 (回答欄に印をつけてください。) 1.2 <input type="checkbox"/>
担当任命日 _____	至急 <input type="checkbox"/> 事例番号 # _____
追跡記録 A B C (1つに○を付けてください。)	
実施日 _____	署名 _____

申請書No.1 IHSS App (2006年改訂)

申請書No.2

カリフォルニア州ー保健福祉局

カリフォルニア州社会福祉課
カリフォルニア州保健福祉課

キャッシュエイド、フードスタンプ、および/またはメディ・カル/州の郡医療サービスプログラム (STATE CMSP) 申請書

本申請書記入の前に、表紙をお読みください。回答欄が足りない場合は、本用紙の裏側にお書きください。

1. 名前:(ファーストネーム、ミドルネームのイニシャル、ラストネーム)		2. 社会保障番号		郡記入欄	
3. 旧姓またはその他の名前(ある場合)		2A. 生年月日(MM-DD-YYYY)		事例名	
4. 自宅住所: 番地 街路名		5. 郵送先住所(自宅住所と異なる場合)		事例番号	
都市名 州名 郵便番号		都市名 州名 郵便番号		受理日	
6. 電話番号: 自宅 () () 勤務先 () () 留守番電話 () ()				申請の種類: キャッシュエイド(CA): <input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> 難民キャッシュエイド(RCA) フードスタンプ(FS): <input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 再申請 <input type="checkbox"/> その他 メディ・カル(MC): <input type="checkbox"/> 州の郡医療サービス(CMSP): <input type="checkbox"/>	
7. 自宅住所は定住所ですか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 電話なし 定住所ではない場合、説明してください。:				ホームレス: フードスタンプ: <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
8. ご家族のどなたかが、以下の支援を申請中ですか? キャッシュエイド <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ フードスタンプ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ メディ・カル <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 州の郡医療サービスプログラム <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ その他のプログラム <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合、説明してください。: IHSS				キャッシュエイド: <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> CW42 <input type="checkbox"/> 苦境のスクリーニング	
9. ご家族のどなたかが、メディ・カル(Medi-Cal)/州の郡医療サービス/メディケイド、ダイバージョンキャッシュサービスあるいはノンキャッシュサービスを含む支援または給付金を、請求したことや受給したことがありますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合、記入してください。: 支援/給付金の種類 受給日 利用者名 どこから受給しましたか?(郡/州/国)				民族: 人種: 母語: キャッシュエイド(CA)即時支給の必要性 <input type="checkbox"/> 否認/通知書(NOA)準備 <input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 優先支給 <input type="checkbox"/> 申請者が郡福祉課(CWD)にSAWS1の記入を要請 () (イニシャル)	
10. 法律により、民族、人種および母語の記録が義務付けられています。これは受給資格には影響しません。 A. 民族 <input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> ヒスパニック系 <input type="checkbox"/> 黒人 <input type="checkbox"/> フィリピン人 <input type="checkbox"/> グアム人 <input type="checkbox"/> インド人 <input type="checkbox"/> アラスカ原住民 <input type="checkbox"/> アメリカインディアン <input type="checkbox"/> ラオス人 <input type="checkbox"/> カンボジア人 <input type="checkbox"/> 日本人 <input type="checkbox"/> 韓国 <input type="checkbox"/> 中国人 <input type="checkbox"/> サモア人 <input type="checkbox"/> ベトナム人 <input type="checkbox"/> ハワイ人 <input type="checkbox"/> その他のアジアまたは太平洋諸島系(具体的に記入): B. 母語 <input type="checkbox"/> 英語 <input type="checkbox"/> 広東語 <input type="checkbox"/> ラオ語 <input type="checkbox"/> タガログ語 <input type="checkbox"/> アメリカ手話 <input type="checkbox"/> スペイン語 <input type="checkbox"/> カンボジア語 <input type="checkbox"/> ベトナム語 <input type="checkbox"/> ロシア語 <input type="checkbox"/> その他(具体的に記入):				フードスタンプ(FS)優先サービス <input type="checkbox"/> 優先サービスに関する質問のすべてに回答していない <input type="checkbox"/> 優先サービスのためのスクリーニングを実施 実施日 () (イニシャル)	
11. ご家族の中に、移民あるいは出稼ぎ農場労働者はいますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				フードサービス(FS)紹介先: <input type="checkbox"/> 優先サービスの手続き <input type="checkbox"/> 通常サービスの手続き	
12. ご家族の中に、妊娠中の人はいいますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合、彼女は仮受給資格者証を取得しましたか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				<input type="checkbox"/> 郡福祉課(CWD)記録未梢 <input type="checkbox"/> メディ・カル適格者データベース センtralデータベース(MEDS CDB)未梢 <input type="checkbox"/> 所得適格証明システム(IEVS)開始 <input type="checkbox"/> SAWS1および表紙のコピーを申請者に提供	
13. ご家族の中に、個人的に緊急状態にある人はいいますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合、当てはまる項目にチェックを付けてください。: <input type="checkbox"/> 緊急治療が必要 <input type="checkbox"/> 妊娠 <input type="checkbox"/> 児童虐待 <input type="checkbox"/> 家庭内暴力 <input type="checkbox"/> 高齢者虐待 <input type="checkbox"/> 健康または安全を脅かすその他の緊急事態 説明してください。:				移行事例番号	
キャッシュエイドの即時支給が必要な場合……14-18の項目に記入してください。 フードスタンプの優先サービスが必要な場合……14-17の項目に記入してください。					
14. お子さんを含め、ご家族全員でどれだけの流動資産を所有していますか? <input type="checkbox"/> 現金、現金化されていない小切手または郵便為替 \$ _____ <input type="checkbox"/> 当座預金/普通預金または信用組合預金 \$ _____ <input type="checkbox"/> 信託証書、受取手形、株または債券 \$ _____ <input type="checkbox"/> その他(説明してください) \$ _____		17. 今月の家賃に含まれていない公共料金はいくらですか? \$ _____			
15. お子さんを含め、ご家族全員の今月の収入はいくらでしたか、あるいはいくらになる予定ですか? 日付 金額 日付 金額 _____ \$ _____ _____ \$ _____ _____ \$ _____ _____ \$ _____		18. 立ち退き通知書や支払通知書または辞職勧告書を受け取っていますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
16. 今月の家賃または住宅ローンはいくらですか? \$ _____		電気・ガス・水道を止められたことがありますか、または止めるとの通告を受けていますか? 今後3日以内に食糧がなくなりますか? おむつなどの必須の衣類や防寒着が必要ですか? 食糧、衣類、医療ケア、その他の緊急物資を入手するための移動に支援が必要ですか?			
<p>・私は、表紙のコピーを受け取ったことを証明します。私は、受給資格者規則に従わなければならないこと、またその中の一部は、私への支援の提供が可能となる前に、実施を求められる場合があることを理解し、これに同意します。私は、私がこの申請書に記載した内容が、調査・確認される場合があることを理解します。</p> <p>・私は、フードスタンプを申請した場合、郡が私に優先サービスの権利について伝えたことを証明します。</p> <p>・私は、偽りの場合はアメリカ合衆国およびカリフォルニア州の法律に従い偽証罪の適用を受けることを了解し、この申請書に記した情報が真実であり、正確であり、かつ完全であることを宣言します。</p>					
19. 申請者または指定代理人による署名(あるいは文字以外の記号による署名)		発行日		申請を受理した郡	
文字以外の記号による署名の証人あるいは通訳者の署名		発行日		居住郡(異なる場合)	

3 / IHSS 用情報記載書

カリフォルニア州 - 保健福祉局

カリフォルニア州社会福祉課

IHSS (IN-HOME SUPPORTIVE SERVICES) 用情報記載書

注: IHSS受給資格の有無は、福祉・施設法セクション12300に従い、この記載書に記された情報により決定されます。

1. 申請者に関する情報		郡記入欄
名前(ファーストネーム、ミドルネーム、ラストネームの順)		
生年月日		
自宅住所	都市名	
郵便番号		
郵送先住所(異なる場合)	自宅電話番号 ()	
	留守番電話番号 ()	
出生地	社会保障番号	
	メディ・カル(Medi-Cal)カード番号	
あなたは: <input type="checkbox"/> 65歳以上ですか? <input type="checkbox"/> 障害がありますか? <input type="checkbox"/> 視覚障害がありますか?		
結婚歴: <input type="checkbox"/> 既婚 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 独身 (日付 / /) (日付 / /) (日付 / /) (日付 / /)		
以下に記入してください: 配偶者あるいは親(両親)(18歳未満の場合)の名前		
配偶者/親(両親)は: <input type="checkbox"/> 65歳以上ですか? <input type="checkbox"/> 障害がありますか? <input type="checkbox"/> 視覚障害がありますか?		
配偶者/親(両親)の社会保障番号	配偶者/親(両親)の住所(申請者と異なる場合)	
2. あなたはカリフォルニアに住み続ける意思をもって住んでいますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
3. あなたはアメリカ合衆国の市民ですか? (「はい」の場合、「項目4」へ) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (A.) アメリカ合衆国の市民ではない場合、合法的に永住が認められていますか、あるいは合衆国内に滞在することは法律上許されていますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (B.) あなたの外国人登録番号は何番ですか? (C.) 保証人の名前は? (D.) 保証人の住所は?		
4. あなたの住居形態についてお答えください。 住居: <input type="checkbox"/> 一戸建 <input type="checkbox"/> アパート <input type="checkbox"/> 下宿 <input type="checkbox"/> 食事付下宿 <input type="checkbox"/> トレーラー/キャンピングカー <input type="checkbox"/> その他 居住形態: <input type="checkbox"/> 持家/購入予定 <input type="checkbox"/> 借家 <input type="checkbox"/> 無償で居住 <input type="checkbox"/> 食事・介護付き		
家主の名前	家賃、食事代、および/または住宅ローンの金額 毎月\$	
自宅住所	都市名	
郵便番号		
5. 他の同世帯員はいますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (「はい」の場合、下に記入してください。)		
名前	関係	年齢

6. あなたやあなたの配偶者または親(両親)は、自宅以外に不動産を所有していますか？ (「はい」の場合、下に記入してください。あるいは、4ページの項目21に記入してください。) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					郡記入欄
住所		都市名	郡名		
州名	郵便番号	区画番号			
査定額 \$	住宅ローン総額 \$	毎月の支払額 \$			
年間税額 \$	年間保険料 \$	年間査定額 \$			
不動産をどのように活用していますか？	賃貸として使用している場合、家賃の金額を記入してください。		毎月の支払額の中に税金は含まれていますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
その他の不動産関連費用			毎月の支払額の中に保険料は含まれていますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
7. あなたやあなたの配偶者または親(両親)は、車両(自動車、トラック、オートバイ、ボート、キャンピングカー)を所有していますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (「はい」の場合、下に記入してください。)					
メーカーおよび型	製造年	推定価格	使用目的に印をつける 仕事用 通院用		障害者向けに改造されていますか？
8. あなたの流動資産の価値をお答えください。(申請者が18歳未満の視覚障害児またはその他の障害児の場合、児童の扶養責任がある親(両親)の資産も含めてお答えください。あなたやあなたの肉親の葬儀費専用の資産を指摘してください。)					
流動資産	ない場合は チェック	所有者の下に金額を記入			葬儀費用に チェック
		本人	配偶者/親(両親)	共有	
手持ちの現金 および/または 自宅保管金		\$	\$	\$	
当座預金、普通		\$	\$	\$	
預金、信用組合信託資金		\$	\$	\$	
小切手または貸金庫内の現金		\$	\$	\$	
投資信託証券、住宅ローン抵当証券、不動産譲渡証券		\$	\$	\$	
個人退職年金(IRA)、譲渡性預金証書、市場金利連動型預金		\$	\$	\$	
その他(具体的に):		\$	\$	\$	
9. あなたやあなたの配偶者または親(両親)(申請者が18歳未満の場合)は、総額で\$2,000を超える価値のある私物や家財道具を所有していますか？(例 家具、衣類および宝石類)(追加記入欄が必要な場合、「項目21」に記入してください。) (「はい」の場合、下に記入してください。)(リハビリテーション機器・設備は除いてください。) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					
内容	現行市場価格		未払額		
A.	\$		\$		
B.	\$		\$		
C.	\$		\$		
10. あなたやあなたの配偶者または親(両親)は、生命保険に入っていますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (「はい」の場合、下に記入してください。)					
契約者名	被保険者名	生命保険会社の名称および住所			
保険証券番号	額面保険金額合計	解約返戻金	保険加入日	保険証券を担保とした借金 はありますか？ 金額はいくらですか？	

11. あなたやあなたの配偶者または親(両親)は、葬儀基金、葬儀保険、葬儀信託に加入したり、墓地を購入したり、葬儀契約を結んだりしていますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					郡記入欄
各項目の契約者	各項目の名称	各項目の購入総額	各項目の未払金	会社/購入先の名称および住所	
			\$		
			\$		
12. あなたやあなたの配偶者または親(両親)(未成年者が申請している場合は、過去36ヶ月以内に、金銭を含む所有物を販売、譲渡、あるいは寄贈しましたか？(「はい」の場合、下に記入してください。) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					
内容	受渡日	見積価格	受領額		
		\$	\$		
		\$	\$		
13. あなたやあなたの配偶者は雇用されていますか、あるいは自営業ですか？(「はい」の場合、下に記入してください。)(申請者が18歳未満の視覚障害児またはその他の障害児の場合、親(両親)の雇用についてもお答えください。) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					
雇用者の名前		雇用者の住所			
職業		給与期間あたりの税込給与額 \$	支払回数は？		
自営業の場合、すべての通常必要な事業経費、元金の返済額あるいは債務、および個人所得税に関する証明書を添付してください。					
14. あなたやあなたの配偶者または親(両親)は、事業用機器の在庫あるいは原材料を所有していますか？(「はい」の場合、下に記入してください。) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					
内容	目的	見積価格	受領額		
		\$	\$		
		\$	\$		
15. あなたが視覚障害者あるいはその他の障害者で就労している場合、視覚障害あるいはその他の障害を原因とする、仕事関連の経費は発生していますか？(「はい」の場合、下に記入してください。) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					
職場への往復交通費 \$	仕事の準備に必要な品やサービスの費用	職務遂行に必要な品やサービスの費用 \$			
16. 毎月雇用先以外から受領している収入を記入してください。申請者が18歳未満の視覚障害児あるいはその他の障害児である場合、児童の扶養責任がある親(両親)の収入についてもお答えください。					
収入のタイプ	ない場合はチェック	毎月の受領額		請求番号	
		本人	配偶者/親(両親)		
A. 社会保障(退職、遺族、障害者保険)		\$	\$		
B. 寄付金		\$	\$		
C. 州障害者/失業保険		\$	\$		
D. 退役軍人年金/補償金		\$	\$		
E. 退役軍人局支援・介護/在宅手当		\$	\$		
F. 政府年金		\$	\$		
G. 民間および/または軍退職年金		\$	\$		
H. 離婚手当、養育費		\$	\$		
I. 家賃収入		\$	\$		
J. 利息、配当、使用料		\$	\$		
K. 鉄道退職年金		\$	\$		
L. 労災補償金		\$	\$		
M. 要扶養児童家庭扶助(AFDC)給付金		\$	\$		
N. その他(具体的に)		\$	\$		

17. あなたやあなたの配偶者または親(両親)は、「項目16.」に記載された支給先のいずれかから収入を得るための申請をしましたか、また、あなたは「項目16.」に記載された支給先のいずれかから収入を得られるようになりたいと思いますか？ (「はい」の場合、下に記入してください。)				郡記入欄 予想収入 証明方法: a. _____ b. _____ c. _____
□はい □いいえ				
収入のタイプ	申請場所	申請日	支給予定日	
18. あなたやあなたの配偶者または親(両親)は、過去3ヶ月以内に医療費の請求を受け、その費用をメディカル(Medi-Cal)が負担することを希望していますか？				現物収入 30-775, 11 証明方法: _____ _____ _____
□はい □いいえ				
19. (A.)あなたやあなたの配偶者または親(両親)は、現金以外の寄贈品や、貸し家、食糧、衣類、その他の必需品の提供を受けていますか？ (B.)あなたやあなたの配偶者または親(両親)は、労働に対する見返りとして現金以外の報酬を受け取っていますか？ ((A.)または(B.)が「はい」の場合、下に記入してください。)				
□はい □いいえ				保険料支払い 支払金額: \$ _____ 支払回収: _____ 証明方法: _____ _____ _____
提供された物品等	受領回数	現金相当額		
		\$ _____		
20. あなたやあなたの配偶者または親(両親)は、健康保険または入院保険(雇用主によって支払われている保険を含む)に加入していますか？(「はい」の場合、下に記入してください。)				_____ _____ _____
□はい □いいえ				
保険業者(当てはまるものに印を付けてください。)	被保険者			
<input type="checkbox"/> メディケア(Medicare) (請求番号)				
<input type="checkbox"/> 軍属健康医療計画(CHAMPS)				
<input type="checkbox"/> 退役軍人局保険				
<input type="checkbox"/> カイザー(Kaiser)				
<input type="checkbox"/> ロス&ルース(Ross-Loos)				
<input type="checkbox"/> ブルーシールド(Blue Shield)				
<input type="checkbox"/> ブルークロス(Blue Cross)				
<input type="checkbox"/> 先払い健康保険				
<input type="checkbox"/> 保健維持機構(具体的に:)				
<input type="checkbox"/> その他の保険業者(具体的に:)				
21. 項目番号	追加情報(必要な場合、追加用紙を添付してください。)			SOC 310 証明 <input type="checkbox"/> 適格 <input type="checkbox"/> 不適格 理由(不適格の場合): _____ _____ 社会サービスワーカー: _____ _____ 日付: _____

あなたに当てはまるすべての項目を読み、回答したことを確認してください。署名の前に以下をよくお読みください。

私はここに署名し、私のすべての回答が、私が知る限り正確かつ真実であることを宣言します。

私は、私の収入、所有物、あるいは費用、あるいは私の世帯員の数、あるいは住所の変更があった場合、郡の社会福祉課に10日以内に伝えることに同意します。そして私は、私が受けとった「メディカル(Medi-Cal)責任チェックリスト」で説明されているその他すべての責任を負うことに同意します。

私は、自分の記述についての証明を求められる場合があること、しかし法律により、郡はそれらを秘密にする義務があることを理解します。

私は、郡の社会福祉課がとる措置に不満な場合、州の聴聞会を請求する権利があることを理解します。

私は、不動産の場合は6ヶ月以内に、そして個人財産の場合は3ヶ月以内に、過剰な資源を処分しなければならないこと、そして処分した財産の売却代金のうち、過剰分すべてを返金しなければならないことを理解します。

私は、IHSSの受給資格がある場合、私に支払い義務があるIHSSの負担金を支払えば、負担金なしのメディカルカードを支給されることを理解します。

私は、連邦および州の法律により、配偶者、未成年児童、あるいは永久かつ完全な障害児が生存していない場合、メディカル受給者の財産から、55歳以降に受給したメディカル給付金の全額を回収することが義務付けられていることを理解します。

私、署名者は、偽りの場合は偽証罪の適用を受けることを了解し、前述の内容が真実かつ正確であることを宣言します。			
申請者署名	日付	証人署名(申請者が文字以外の記号により署名した場合に必要)	日付
申請者代理人署名(関係:親、後見人、資産保全人)	日付	申請者の申請書記入を支援した者の署名	日付

4 / IHSS 所得適格審査－成人用

カリフォルニア州—保健福祉局

カリフォルニア州社会福祉課

IHSS所得適格審査－成人用

名前 _____ 事業番号 _____ 月/年 _____

受給者

配偶者

A. 高齢者、視覚障害またはその他の障害がある個人あるいは夫婦の所得 (配偶者が高齢者や視覚障害者、あるいはその他の障害者ではない場合、Bも記入してください。)		B. 高齢者、視覚障害者またはその他の障害がある個人と、高齢者、視覚障害者、またはその他の障害者ではない配偶者の所得	
	不労所得	勤労所得	
1. 不労所得 (リスト) (非課税所得は除く)			1. 相談者の配偶者の所得 \$ \$
a.	\$		2. 視覚障害やその他の障害がない児童への手当
b.	\$		a. 児童のニーズ \$ \$ \$
c.	\$		b. 児童の収入 \$ \$ \$
2. 不労所得合計 (A1aからA1cまで)	\$		c. 純ニーズ額 (a-b) \$ \$ \$
3. 所得控除 \$20			d. 手当合計 (B2cの和) \$
4. 純不労所得 (A2-A3) \$			3. 不労所得残額 (B1-B2d) \$
5. 勤労所得 (非課税所得は除く) \$		\$	4. 児童のニーズ不足額 (B2dがB1不労所得よりも多い場合、差額を記入) \$
6. \$20控除未使用分 (A3がA2よりも多い場合、差額を記入) \$		\$	5. 勤労所得残額 (B1-B4) \$
7. 勤労所得控除 \$65		\$	6. 配偶者の純所得 (B3+B5)
8. 控除額合計 (A6+A7) \$		\$	-- 以下の場合、A15の金額をCに記入
9. 勤労所得残額 (A5-A8) \$		\$	-- よりも多い場合、B7からB20までに記入
10. 純勤労所得 (A9×1/2) \$		\$	7. IHSS相談者の所得 (A2およびA5の金額) \$ \$
11. その他の勤労所得控除 \$		\$	8. 夫婦の所得 (B3+B7不労所得、B5+B7勤労所得) \$ \$
12. 純勤労所得合計 (A10-A11) \$		\$	9. 所得控除 \$20
13. 利用可能な純所得の合計 (A4+A12) \$		\$	10. 純不労所得 (B8-B9) \$
14. SSI/SSP給付水準 \$		\$	11. \$20控除未使用分 (B9がB8不労所得よりも多い場合、差額を記入) \$
15. IHSS負担金 (A13-A14) \$		\$	12. 勤労所得控除 \$65
			13. 控除額合計 (B11+B12) \$
			14. 勤労所得残額 (B8-B13) \$
			15. 純勤労所得 (B14×1/2) \$
			16. その他の勤労所得控除 \$
			17. 純勤労所得合計 (B15-B16) \$
			18. 利用可能な純所得の合計 (B10+B17) \$
			19. SSI/SSP夫婦対象給付水準 \$
			20. IHSS負担金 (B18-B19) \$
			C. 負担金 (A15またはB20のどちらか多い方の金額)** \$

**家族に視覚障害児あるいはその他の障害児もいる場合、C欄の負担金の支払いはありません。この金額を申請書SOC 294CのA9欄に記入してください。負担金は、SOC 294CのB16欄の金額になります。

ワーカー

日付

SOC 294A (3/02)

5 / IHSS ニーズ査定－フェイスシート

カリフォルニア州－保健福祉局

カリフォルニア州社会福祉課

IHSS; IN-HOME SUPPORTIVE SERVICES ニーズ査定－フェイスシート

A. 受給者に関する情報

名前	事例番号	電話番号 ()	生年月日(月/日/年)	性別(どちらかに○) 男 女
住所(番地、街路名):		IHSS関連事例、名称および番号:		
都市名	州名	郵便番号		
ニーズに関する受給者の申し立て:		特別な指示:		
緊急連絡先/指示:		利用中の代替リソース(提供者とサービスの内容を記してください。)		
特別な事情/医療上の問題:				

B. 医療情報

診断/予後:			カルテ請求日:
医師:	電話番号:	医師:	電話番号:
医師:	電話番号:	医師:	電話番号:

投薬/目的

1.	4.	7.
2.	5.	8.
3.	6.	9.

C. 他の同世帯員

名前	年齢	関係	IHSSの受給		在学/在職 時間数	受給者にIHSSを提供できない理由
			あり	なし		

コメント:

ワーカー:	電話番号 ()	地域事務所	日付
-------	-------------	-------	----

SOC 293A (11/99)

6 / 初回面接 / スクリーニング

初回面接 / スクリーニング		日付 _____	In-Home Supportive Services 6955 Foothill Blvd. Ste.300 Oakland, CA 94605 電話番号: (510)577-1800 ファクス番号: (510)577-1803 QICコード: 24552			
整理番号 # _____	支援タイプ _____	人口調査標準地域 _____	電話 <input type="checkbox"/>	郵便 <input type="checkbox"/>		
家族単位支給 (FBU) _____	FAX <input type="checkbox"/>		予約なし <input type="checkbox"/>			
申請者氏名 (ラスト、ファースト、ミドルの順)			電話番号 _____			
自宅住所 _____						
生年月日	年齢	性別	結婚歴 既婚 死別 別居 独身 離婚	種族的出身	母語	翻訳が必要ですか? はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
社会保障番号 #	SSI はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	メディ・カル (Medi-Cal) はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	住居形態 一戸建 <input type="checkbox"/> アパート <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/>			
収入	収入源 _____ 金額 _____	収入源 _____ 金額 _____	収入源 _____ 金額 _____			
主治医 (名前・住所)			電話番号 _____			
緊急連絡先 (名前・関係・住所)			電話番号 _____			
紹介者 (名前・関係・住所)			電話番号 _____			
誰が申請者と同居していますか?						
申請者の医療上の問題は何か?						
申請者の自宅ではどのような支援が必要ですか?						
介護者の選択はしましたか?						
その他の情報						
他のサービスへの紹介 成人保護サービス <input type="checkbox"/> 公後見人 <input type="checkbox"/> その他 _____ (虐待の報告) (資産保全者)						
担当ワーカー番号 # _____		担当任命日 _____				
作成者 ワーカー氏名 _____	ワーカー番号 # _____	プログラム _____				

斜線部分は当局記入欄

地域ベース長期介護 (CBLTC) 申請用紙 100.1 (2002年11月改訂)

7 / アラメダ郡社会福祉局 IHSS 初回査定ワークシート

アラメダ郡社会福祉局 IHSS初回査定ワークシート(1面)

A. 申請者情報		電子データシステム事例番号	生年月日	年齢	性別	家庭訪問日
名前					女性 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/>	
所在地住所			社会保障番号 #		紹介日	
都市名	郵便番号	電話番号	緊急連絡先/関係			
特別な指示:		B. 本人確認		電話番号 #		
家庭訪問時の在宅者:		確認先:	確認先:			
		名前:	名前:			
		番号:	番号:			
C. 障害の状態/社会的機能						
D. 医療情報						
他の健康保険請求番号 # _____						
診断名: _____						
主治医の名前			電話番号	医師の名前		電話番号
住所				住所		
薬/目的:						
E. リソース/地域の機関						
その他/コメント:		<input type="checkbox"/> 地域センター	<input type="checkbox"/> 食事の宅配	<input type="checkbox"/> 補足的保障所得 (SSI) レストラン手当		
		<input type="checkbox"/> 成人デイケア	<input type="checkbox"/> 集団給食			
		<input type="checkbox"/> 就学/就労プログラム	<input type="checkbox"/> パラトランジット			
		<input type="checkbox"/> 高齢者多目的サービスプログラム (MSSP) / リンケージ (Linkages)		申請者はIHSSの食事 手当を利用しますか? はい _____ いいえ _____		
		<input type="checkbox"/> 在宅保健局/ホスピス	<input type="checkbox"/> メディ・カル (Mei-Cal) 特例/時間延長プログラム			
			時間数/日 _____	開始日 _____		
F. 住居形態						
<input type="checkbox"/> 独居	<input type="checkbox"/> 一戸建	<input type="checkbox"/> 寝室数	<input type="checkbox"/> 家族の部屋	<input type="checkbox"/> 暖房器具	<input type="checkbox"/> 洗濯機	<input type="checkbox"/> 持家
<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> アパート	<input type="checkbox"/> 浴室数	<input type="checkbox"/> 庭	<input type="checkbox"/> 冷蔵庫	<input type="checkbox"/> 乾燥機	<input type="checkbox"/> 賃貸
<input type="checkbox"/> 介護者同居	<input type="checkbox"/> 移動住宅	<input type="checkbox"/> 居間		<input type="checkbox"/> 電子レンジ		<input type="checkbox"/> 他の人の家
<input type="checkbox"/> 家主/借家人	<input type="checkbox"/> ホテル	<input type="checkbox"/> 食堂				
<input type="checkbox"/> 食事付下宿	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 台所				
他の同世帯員 名前		生年月日	関係	IHSSの利用		コメント/その他の情報*
				あり	なし	

*他の同世帯員がIHSSの利用者である場合、その利用者の受給者番号を記入してください。

ワーカー署名: _____

ワーカー番号 # _____

日付: _____
申請用紙IHSS #72-1(2001年6月)

IHSS初回査定ワークシート(2面)

サービスの種類と機能状態	1日の時間数	1週間の回数	実施時間数	数合計	コメントと代替リソースの利用												
AA-家事 1 2 3 4 5																	
BB-食事の準備 1 2 3 4 5																	
CC-食事の後片付け 1 2 3 4 5																	
DD-日常的な洗濯 1 4 5																	
EE-食料品の買い物 1 3 5																	
FF-その他の買い物 1 3 5																	
HH-呼吸の介助 1 5																	
II-トイレ(排便・排尿)の介助 1 2 3 4 5																	
JJ-食事の介助 1 2 3 4 5																	
KK-清拭 1 2 3 4 5																	
LL-着替え 1 2 3 4 5																	
MM-生理のケア 1 2 3 4 5																	
NN-歩行(移動)の介助 1 2 3 4 5																	
OO-ベッドからの/ベッドへの移動 1 2 3 4 5																	
PP 入浴・口腔衛生・身だしなみの介助 1 2 3 4 5																	
QQ-皮膚マッサージ、体位変換 など																	
RR-補装具セットの介助/援助																	
SS-医療機関への付き添い																	
TT-医療機関以外の必要な施設(市役所など)への付き添い																	
YY-医師以外の医療従事者によるサービス サービスのタイプ:																	
WW-保護観察																	
<table border="1"> <tr> <td>記憶力</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>方向感覚</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>判断力</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> </table>	記憶力	1	2	5	方向感覚	1	2	5	判断力	1	2	5	知能診断 _____ 自傷行為 _____ _____				
記憶力	1	2	5														
方向感覚	1	2	5														
判断力	1	2	5														
紹介先とその内容/提供された情報/必要な耐久性医療機器:																	
時間表郵送日: _____ 転送日/否認日: _____ 合計時間数 _____ /週																	
コメント:																	

追加コメントの記入には面接記録用紙56-5を使用してください。

申請用紙IHSS #72-I(2001年6月)

障害者の福祉サービスの利用の仕組みに係る 国際比較に関する調査研究事業

報 告 書

平成 21 年 3 月

財団法人 日本障害者リハビリテーション協会
〒 162-0052 東京都新宿区戸山 1-22-1 (戸山サンライズ内)
TEL:03-5273-0796 FAX:03-5273-0615