

利用者の活動と参加に着目した障害サービス

マネジメント手法の検討

—WHO-DAS2.0によるアセスメントの活用を通して—

松本 将八

キーワード：障害福祉サービス、就労継続支援B型、WHO-DAS2.0、アセスメント、活動と参加

1. はじめに

2003（平成15）年4月の「支援費制度」の導入により、障害者に対する福祉制度は、従来の「措置制度」から大きく転換した。これに関する一般的な理解は、行政が障害者に適正とされるサービスの利用先や内容を決めていた措置制度から、障害のある方の自己決定に基づきサービスの利用ができる契約制度への転換といえる。だが、この制度は、導入前から懸念されていた通り、サービス利用者数の増大や財源問題、障害種別（身体障害、知的障害、精神障害）間の格差、サービス水準の地域間格差など、新たな課題が生じることとなった。

このため厚生労働省は、これらの課題の解消を目的とし、2005（平成17）年11月に「障害者自立支援法」を公布し、これまで障害種別ごとに異なっていたサービス体系を一元化するとともに、障害の状態を示す全国共通の尺度として、介護保険制度における要介護認定を模した「障害程度区分」（現在は、「障害支援区分」という。）が導入された。これにより、支給決定プロセスは一定程度明確化され、支援費制度と比較すればその透明化が図られたと言われている。

また、同法において、安定的な財源確保のために、国が費用の2分の1を義務的に負担する仕組みや、サービス量に応じた定率の利用者負担（応益負担）も導入された。し

かし、この制度には利用者側からの不満も多く、施行後も検討がなされ続け、特に利用者負担については、軽減策が講じられ、2010（平成 22）年の法律改正により、従来の利用量に応じた 1 割を上限とした定率負担から、負担能力に応じたもの（応能負担）になり、2012（平成 24）年 4 月から実施されている。

さらに 2012（平成 24）年 6 月には「地域社会における共生の実現に向けて新たな障害保健福祉施策を講ずるための関係法律の整備に関する法律」により、2013（平成 25）年 4 月に「障害者自立支援法」は「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（障害者総合支援法）」となり、障害者の範囲に難病等が追加されるほか、障害者に対する支援の拡充などの改正もなされた。

この法律により、障害者に対する支援は、さらなる見直しがなされ、とくに障害者の高齢化・重度化に対応するとともに、住み慣れた地域における住まいの場の確保の観点から、「共同生活介護（ケアホーム）」は「共同生活援助（グループホーム）」に一元化され、グループホームにおける新たな支援形態として、外部サービスの利用によるサービスが可能な「外部サービス利用型」が設定された。このなかには、「重度訪問介護」及び「地域移行支援」といったサービスがあり、それぞれ利用対象が拡大された。とくに重度訪問介護は、これまでは重度肢体不自由者が対象のサービスであったものを新たに重度の知的障害者及び精神障害者も利用可能となった。

地域移行支援についても、これまでは施設に入所している障害者及び精神科病院に入院している精神障害者が対象だったが「地域における生活に移行するために重点的な支援を必要とする者」が対象として追加された。

さらに、2018 年には、介護保険制度改正によって、共生型サービスの創設が予定され、その内容について、「高齢者と障害（児）者が同一の事業所でサービスを受けやすくするため、介護保険と障害福祉、両方の制度に新たに共生型サービスを位置付ける。具体的な指定基準等の在り方は、平成 30 年度介護報酬改定及び障害福祉サービス等報酬改定にあわせて検討」とされている。

こういった背景下で、障害児・者の福祉サービス提供事業所は、年々増え続け、全国では 2014 年に 112,259 事業所（厚生労働省平成 27 年社会福祉施設調査）となり、兵庫県でも 2016 年で 5,928 事業所（WAMNET）が障害福祉サービスの指定を受けている。

これに伴い、障害福祉サービスの社会保障給付費は、2015 年度の概算要求額で 1 兆 6331 億円になり、前年度より 1312 億円（+8.7%）も増加している。これは 2009 年度、約 1 兆円だったことからみれば、毎年 10%前後の伸びである。このうち自立支援給付

費は 60%以上を占めている。また生活介護¹⁾ が 38%、就労継続支援 B 型²⁾ が 16%で、両方で 54%を占めていることになる（財務省主計局 2014）。

生活介護は、障害福祉サービスの介護給付にあたり、給付にあたっては障害支援区分の認定が必要であるが、区分認定は、実際に提供されているサービスの量とアセスメントの情報との関連性についての検証がなされていないとされ（大夢賀 2016）、大きな課題として認識されている。

一方、就労継続支援 B 型については、障害福祉サービスの訓練等給付にあたり、障害支援区分の認定は必要とされていないため、利用者の希望と事業所側の受け入れ状況が可能となれば、どのようなサービスが適切かについての判断は事業者任せられることになる。

言うまでもなく、これら 2つの障害福祉サービスは、適正なアセスメントがなされ、これに基づいてサービス提供が行われることが期待されているわけだが、先に述べたように、その判断は個々の事業者の判断で行われている、それは統一のアセスメントツールが障害領域には存在しないからである。

したがって、障害福祉サービスの提供にあたって、適切なサービス利用の担保となるようなアセスメントはなく、計画相談支援事業で作成されているアセスメントは国で定めた様式が一応はあるものの、その実態は自治体ごとで異なっている。しかも個別支援計画書作成時に使用するアセスメント方式においても統一はされていないため、サービスを提供する事業所によって異なるというのが実態である。

国家が多様な障害を抱えた人々に対して、適切なサービスを提供するという責任を果たすためには、科学的根拠に基づいたアセスメント手法が確立される必要があると考えられる。換言するならば、こういった前提にたって提供されたサービスと、その後の障害者の変化に関する評価が行われることで、国はようやく障害をもった方々に対しての責務を果たせるといえよう。

一般に、アセスメントとは「知ること、理解すること、評価すること、個別化すること」（Meyer, C. H. 1995）とされる。これは、「いかに対象者の問題に介入するか、問題を解決するか」を見つけ出すことを目的に情報を収集、統合し、さらに分析をして最適の解決法を探ろうとする活動と考えられてきた。

1 生活介護とは、施設の入所者・通所者に対し、日中、入浴、排せつ、食事の介護等を行うとともに、創作的活動の提供等を行う。障害を抱えた方の中でも障害支援区分が 3～6 の方（50 才以上は 2～6）と決まっており、障害の中度や重度の方が利用対象となっている。

2 就労継続支援 B 型とは、通常の事業所に雇用されることが困難な就労経験のある障害のある方に対し、生産活動などの機会の提供、知識および能力の向上のために必要な訓練などを行うサービス（WAM NET）。障害支援区分の必要はなく、一般的に福祉的就労の場（旧作業所・授産施設）とされており、これから就労を目指す人や、就労から一度リタイヤして就労準備を行う方などが利用されている。

障害者福祉の領域においても、これまで様々なアセスメント手法が検討されてきており（橋本 2001）、障害をもった人々のそれぞれの問題状況、対象者のニーズ、問題を取り巻く環境を把握しようとしてきた。

しかし、わが国においては、障害があまりに多様であるため、様々な対象領域に応用できて、なおかつクライアントと問題との関連性の全体像を捉えることは、いかなるアセスメント手法においても困難とされ、統一的なアセスメント手法は確立してこなかった（室林・村上 2012）。

そこで本研究においては、世界保健機関（WHO）が障害分野の今後の研究や政策決定を促進するために創られた ICF³⁾ のコンセプトに立脚したとされる WHO-DAS2.0⁴⁾（WHO Disability Assessment Schedule 2.0。以下、本文中において WHO-DAS と略す。）をアセスメントツールとして用いることとした。

WHO-DAS は、6つの領域における機能レベルの把握を行うために、「領域1：認知」、「領域2：運動能力」、「領域3：自己管理」、「領域4：人付き合い」、「領域5：日常生活」、「領域6：参加」という多次元の尺度によって構成され、あらゆる病気による障害を比較できるとされており、これらの領域および項目は、ICFの「活動及び参加」の項目に直接、結びつけられる評価尺度であると示されている（World Health Organization 2015）。

また、この WHO-DAS は、生物心理社会的モデルを適用しながらも、これらの ICF コードを用いた計測ツールとは異なる視点からの障害の評価を行うために開発されたものであり、患者の反応から、直接的に障害の性質を点数づける評価ツールとなっている。

WHO が提唱する ICF の考え方は、すでに国際的なスタンダードになっており、この考え方に基づいて開発された WHO-DAS の検証が各国で実施されてきた。既にイタリア語、英語、スウェーデン語、オランダ語、ドイツ語、韓国語、ポーランド語、ノルウェー語、トルコ語、スペイン語、フランス語、アラビア語に翻訳がされてきた。特殊な言語体系を持つ日本語への翻訳は困難と考えられたが、筒井らが日本語版を開発し、本研究では筒井らが開発した日本語版を用いた（筒井 2014c）。

本研究では、第一の目的として、WHO-DAS をアセスメントとして使い、このアセスメントに認められている3種類の調査方法による WHO-DAS スコアとの関係を明らかにし、

3 この ICF では ICIDH で用いられた impairment-disability-handicap という連続的な展開の考え方を放棄し、個人の機能と障害は健康状態と個人/環境の状況的要因との動的な相互作用によるものとする循環型相互作用モデルを導入したとされる。）

4 WHO-DAS2.0 のアセスメントは、一般的・臨床的な診察で使用できるとされており、健康と障害を測定するための実用的・一般的な評価ツールであるとされている。

臨床場面での利用についての課題を明らかにする。

第二として、WHO-DAS によるアセスメント結果として示されたスコアと利用者の基本属性との関連性を分析する。

以上の2点を明らかにし、今後の障害者分野における WHO-DAS の利用に関する課題をまとめ、臨床現場で利用方法について検討すべき点を明らかにした。

2. 研究の対象と方法

2-1. 対象

1) (A) NPO 法人の概要

①事業内容

調査対象者がサービスを利用する (A) NPO 法人は、平成 14 年 11 月に設立しており、兵庫県神戸市と明石市に事業所がある。(A) NPO 法人は、障害福祉サービスにおける就労継続支援 B 型、生活介護事業所、グループホーム、相談支援事業所、就労継続支援 B 型の訓練所(出張所)として、お好み焼き屋や喫茶店、クッキー工房を運営している。

②事業収益等

この法人の平成 28 年度の総収益は、199,592,670 円、そのうち障害福祉サービス収益は 192,731,247 円であり、このうち就労継続支援 B 型の収益は、同年度で 67,019,417 円であった。総費用は 189,106,170 円であった。

(A) NPO 法人の職員数は全体で 79 名であり、そのうち就労継続支援 B 型に所属している職員数は 19 名である。先の総費用のうち人件費は 113,043,485 円(人件費率 58.6%)で就労継続支援 B 型の人件費は、27,171,528 円で B 型の人件費率は 40.5%であった。

2) 調査対象

上記の (A) NPO 法人は、就労継続支援 B 型を 3 カ所で事業所を運営している。就労継続支援 B 型の利用定員は 60 名で、登録利用者数は 58 名であった。これらの利用者のうちアセスメントの同意が得られたのは 27 名であったことから、これらを調査対象とした。

2-2. 方法

1) 基本属性

調査対象の基本属性としては、年齢、性別、障害種別(身体、知的、精神などの障害)、

障害者等級、障害者支援区分、世帯状況、婚姻の有無についての調査を実施した。

2) WHO-DAS による調査

WHO-DAS の 36 項目版の調査を実施した。WHO-DAS には、自己記入版・面接記入版・代理人記入版があり、これらを併用して調査対象からデータを収集した。なお、WHO-DAS を用いた調査にあたっては、その調査方法には厳格なルールが決められており、これに従って調査を実施した (World Health Organization2015)。

自己記入版方式は、利用者が独力で記入する方法である。本研究において、この方式を選択した利用者は、まず、面接記入版による調査を実施後、自己記入版の利用が可能かを面接者が判定し、質問項目を理解していることを把握した後に実施したもので、この結果として、7名が自己記入方式によって調査結果が得られた。

面接記入版による調査は、9名が対象となった。この方法では、利用者1名と面接者1名で面接者が質問をしながら、質問項目に回答を記入する方式となる。この方法はWHO-DASのルールに則り、面接者がフラッシュカードを示して説明を行い、回答しやすいように配慮した。

代理人記入版方式を採用した利用者は、質問の内容の理解が難しい、もしくは質問項目への回答が難しいと面接者と事業所で利用者の支援を主に行っている職員が判断した11名であった。

②WHO-DAS スコアと、調査項目のカテゴリーに関して

調査項目のカテゴリーは、「難しくない」1点、「少し難しくない」2点、「中程度」3点、「かなり難しい」4点、「ものすごく、またはできない」5点、「健康状態に関係なく30日以内について経験がなかった」N/Aは、0点として計算することとなっている。なお、「健康状態に関係があり経験がない、または少なく出来ない」と答えたもの、「ものすごく、またはできない」も5点となる。

さらに、WHO-DASのアセスメント全36項目は、0～5点の配点がなされ、180点が最高点になるが、分かりやすく100点に基準化することとされる。基本的に、スコアは高いほど、障害に関する支援が必要と考えられる。



図 1 : WHO-DAS による調査の流れ

③倫理的配慮

本研究の倫理的配慮については、対象者は調査参加に同意した後も、随時、自由に同意を撤回することが出来るとし、調査によって不利益を被らないことを説明したうえで実施した。なお、調査に際しては、兵庫県立大学に設置された倫理審査委員会での認証を受けた（倫理審査認証番号 2017-0002）。

2-3. 分析

項目の評点を足した WHO-DAS スコアを算出し、領域別スコアについても算出した。その後、WHO-DAS のルールに従い、100 点満点に基準化したスコアも算出し、3 種類の記入方法別のスコアに差があるかについて検討した。

また、WHO-DAS のスコアおよび領域別スコアについては、種類の記入方法別、基本属性別に平均値を算出するとともに分布を確認し、SPSS を使った一元配置分散分析によって比較検討を行った。

3. 調査結果

3-1. 調査対象者の属性

調査対象となった利用者の性別は、男性が 12 名、女性が 15 名であった。

年齢は、平均が 34.8 歳で、最も年齢が若かった者が 18 歳で、高齢の者は 63 歳であった。年齢階層別には、10 代が 3 名、20 代が 12 名、30 代が 2 名、40 代が 3 名、50 代が 6 名、60 歳以上の人も 1 名が利用していた。20 代が最も多かった。

障害種別としては、知的障害が 18 名、次いで身体障害が 5 名、精神障害が 3 名、発達障害が 1 名、未診断者が 1 名で利用しており、知的障害が最も多かった。

障害者等級⁵⁾ は、1 級・A 判定が 8 名、2 級・B1 判定が 13 名、3 級・B2 判定が 5 名、4 級以下は 0 名、手帳を保持していない人が 1 名で、B1 判定が最も多かった。

障害者支援区分⁶⁾ は、該当なしが 12 名、区分 1 が 3 名、区分 2 が 6 名、区分 3 が 2 名、区分 4 が 5 名、区分 5 や区分 6 はいなかった。該当なしが最も多かった。

世帯構成としては、親と住んでいるが 18 名、夫婦が 1 名、単身が 4 名、GH（グループホーム）が 2 名、その他（祖母と兄弟）が 2 名で、親との同居が最も多かった。

婚姻状況は、結婚したことがない者が 23 名ともっとも多く、結婚しているが 1 名、離婚が 3 名で、結婚経験なしが多くを占めていた。

⁵ 障害者等級とは、障害の状態をランク付けしている。例えば障害 1 級は障害の状態がより高く障害 3 級より低いと認定されている。また障害者等級により障害者年金の受給の有無や額も変わる
『障害の多様な特性その他の心身の状態に応じて必要とされる標準的な支援の度合を総合的に示すものとされている。障害支援区分が 6 の方はより支援の度合いが高く、該当なしや支援区分 1 の方は支援の度合いが低いとされている

表 1 : 調査対象者の属性

	全体 (N=27)		自己記入 (N=7)		面接 (N=9)		代理人 (N=11)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
性別								
男	12	(44.4)	3	(42.9)	4	(44.4)	5	(45.5)
女	14	(51.9)	4	(57.1)	5	(55.6)	6	(54.5)
年齢階層								
10代	3	(11.1)	1	(14.3)	0	(0.0)	2	(18.2)
20代	12	(44.4)	2	(28.6)	3	(33.3)	7	(63.6)
30代	2	(7.4)	2	(28.6)	0	(0.0)	0	(0.0)
40代	3	(11.1)	0	(0.0)	2	(22.2)	1	(9.1)
50代	5	(18.5)	2	(28.6)	2	(22.2)	1	(9.1)
60代以上	1	(3.7)	0	(0.0)	1	(11.1)	0	(0.0)
障害種別								
身体	5	(18.5)	1	(14.3)	2	(22.2)	2	(18.2)
知的	17	(63.0)	3	(42.9)	5	(55.6)	9	(81.8)
精神	2	(7.4)	1	(14.3)	2	(22.2)	0	(0.0)
発達	1	(3.7)	1	(14.3)	0	(0.0)	0	(0.0)
その他	1	(3.7)	1	(14.3)	0	(0.0)	0	(0.0)
手帳								
1 級・A	8	(29.6)	0	(0.0)	2	(22.2)	6	(54.5)
2 級・B 1	13	(48.1)	5	(71.4)	5	(55.6)	3	(27.3)
3 級・B 2	5	(18.5)	1	(14.3)	2	(22.2)	2	(18.2)
4 級以下	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
なし	1	(3.7)	1	(14.3)	0	(0.0)	0	(0.0)
障害支援区分								
該当なし	12	(44.4)	5	(71.4)	4	(44.4)	3	(27.3)
1	2	(7.4)	1	(14.3)	2	(22.2)	0	(0.0)
2	6	(22.2)	1	(14.3)	4	(44.4)	1	(9.1)
3	2	(7.4)	0	(0.0)	1	(11.1)	1	(9.1)
4	5	(18.5)	0	(0.0)	0	(0.0)	5	(45.5)
5	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
6	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
世帯								
親	11	(40.7)	5	(71.4)	2	(22.2)	11	(100.0)
夫婦	1	(3.7)	0	(0.0)	1	(11.1)	0	(0.0)
単身	4	(14.8)	1	(14.3)	3	(33.3)	0	(0.0)
GH	2	(7.4)	1	(14.3)	1	(11.1)	0	(0.0)
その他	2	(7.4)	0	(0.0)	2	(22.2)	0	(0.0)
婚姻状況								
結婚したことがない	0	(0.0)	7	(100.0)	6	(66.7)	10	(90.9)
結婚している	1	(3.7)	0	(0.0)	1	(11.1)	0	(0.0)
離婚している	3	(11.1)	0	(0.0)	2	(22.2)	1	(9.1)

3-2. 調査法による WHO-DAS のスコアの違い

自己記入の利用者の基準化された最低点は 22.20 点、最高点は 64.40 点、平均のスコアは 35.90 点、面接記入方式（以下、面接と略す）を採用した利用者の基準化された最低点は 16.10 点、最高点は 45.60 点、平均のスコアは 31.0 点、代理人記入方式（以

下、代理人と略す) を採った利用者の基準化された最低点は 28.30 点、最高点は 66.70 点、平均のスコアは 46.10 点で、面接と代理人との間には有意差が示され、代理人のスコアが高かった。

表 2 : 基準化された WHO-DAS のスコアと記入方法⁷⁾

	自己記入 (N=7)	面接 (N=9)	代理人 (N=11)	自己記入⇔面接	自己記入⇔代理人	代理人⇔面接
WHO-DAS 基準化スコア	35.9	31.0	46.1			*

**P < 0.01; *P < 0.05

3-3. WHO-DAS の記入方法別領域別スコア

1) 意思疎通

記入法別に WHO-DAS における領域別スコアを比較した。意思疎通の領域における基準化された自己記入の利用者の最低点は 5 点、最高点は 15 点、平均のスコアは 10.57 点、面接の最低点は 5 点、最高点は 14 点、平均のスコアは 8.78 点、代理人の基準化された最低点は 7 点、最高点は 26 点、平均のスコアは 13.55 点であった。面接のほうが、有意に低い平均値を示していた。

2) 運動能力

自己記入の利用者の最低点は 5 点、最高点は 7 点、平均のスコアは 5.86 点、面接の最低点は 5 点、最高点は 11 点、平均のスコアは 5.78 点で、代理人では最低点は 5 点、最高点は 12 点、平均のスコアは 6.55 点であった。調査方法別のスコアには有意差はなかった。

3) 自己管理

自己記入の利用者の最低点は 3 点、最高点は 8 点、平均のスコアは 4.86 点、面接の最低点は 3 点、最高点は 8 点、平均のスコアは 4.56 点、代理人の最低点は 3 点、最高点は 11 点、平均のスコアは 8.09 点であった。面接と代理人のスコアには、面接のほうが有意に低かった。また、自己記入と代理人のスコアにも有意差が示され、自己記入のほうが、代理人よりもスコアが低かった。

4) 人付き合い

自己記入の利用者の最低点は 2 点、最高点は 20 点、平均のスコアは 10.71 点、面接の最低点は 3 点、最高点は 22 点、平均のスコアは 6.89 点、代理人の最低点は 4 点、最高点は 22 点、平均のスコアは 11.27 点であった。調査方法別のスコアには有意差はなかった。

5) 日常活動

自己記入の利用者の最低点は8点、最高点は24点、平均のスコアは15.29点、面接の最低点は8点、最高点は24点、平均のスコアは13.22点、代理人の最低点は9点、最高点は32点、平均のスコアは22.45点であった。面接と代理人のスコアには有意差が示され、面接のスコアが低かった。

6) 社会参加

自己記入の利用者の最低点は5点、最高点は32点、平均のスコアは17.14点、面接の最低点は1点、最高点は29点、平均のスコアは16.67点、代理人の最低点は7点、最高点は33点、平均のスコアは20.91点であった。調査方法別に有意差はなかった。

表3：記入方法別 WHO-DAS スコア、領域別スコア⁷⁾

	面接 (N=9)		自己記入 (N=7)		代理人 (N=11)		P値		
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	面接⇔自己記入	面接⇔代理人	自己記入⇔代理人
WHO-DASスコア	55.89	18.367	64.43	27.724	82.82	26.218		*	
領域別スコア									
意思疎通	8.78	2.728	10.57	5.412	13.55	5.733		*	
運動能力	5.78	1.986	5.86	1.574	6.55	2.841			
自己管理	4.56	2.007	4.86	1.574	8.09	3.208	**		*
人付き合い	6.89	6.254	10.71	4.821	11.27	4.692			
日常活動	13.22	5.019	15.29	9.069	22.45	9.417		*	
社会参加	16.67	9.772	17.14	9.100	20.91	9.924			

**P < 0.01; *P < 0.05

3-4. 基本属性別 WHO-DAS のスコア

1) 年齢階層別

年齢階層別に WHO-DAS スコアを比較した結果、10-20 歳代は 79.4 点と 50 歳以上 54.0 点と比較して有意に高いスコアを示していた。

次に領域別スコアを年齢階層別に分析した結果、有意差が示されたのは、運動能力と自己管理と人付き合いと日常活動の4領域であった。

運動能力に関しては、10 歳代～20 歳代の利用者の最低点は5点、最高点は12点、平均のスコアは6.87点、30 歳代～40 歳代の利用者の最低点は5点、最高点は6点、平均のスコアは5.40点、50 歳以上の利用者の最低点は5点、最高点は5点、平均のスコアは5.00点で、10～20 歳代の利用者が50 歳以上の利用者より、有意に高かった。

自己管理においては、10～20 歳代の利用者の最低点は3点、最高点は14点、平均スコアは7.80点、30～40 歳代の利用者の最低点は3点、最高点は8点、平均のスコアは

⁷⁾ N/A の数については、自己記入延べ18項目、面接延べ40項目、代理人延べ25項目であった。なお、ここでいう延べ項目とは、記入方法別の調査対象者全員における n/a の総計のことを指している。

3.80 点、50 歳以上の利用者の最低点は 3 点、最高点は 6 点、平均のスコアは 4.14 点で、10～20 歳代の利用者が 30～40 歳代、50 歳以上の利用者より、有意に高かった。

人付き合いにおいては、10～20 歳代の利用者の最低点は 2 点、最高点は 22 点、平均のスコアは 11.13 点、30～40 歳代の利用者の最低点は 6 点、最高点は 22 点、平均のスコアは 11.40 点、50 歳以上の利用者の最低点は 3 点、最高点は 9 点、平均のスコアは 4.71 点で、50 歳以上の利用者が 10～20 歳代及び 30～40 歳代の利用者より、有意に低かった。

日常活動については、10～20 歳代の利用者の最低点は 11 点、最高点は 37 点、平均のスコアは 21.53 点、30～40 歳代の利用者の最低点は 8 点、最高点は 24 点、平均のスコアは 15.20 点、50 歳以上の利用者の最低点は 8 点、最高点は 13 点、平均のスコアは 10.57 点で、10～20 歳代の利用者が 50 歳以上の利用者より、有意に高かった。

以上のように、年齢階層別に有意差がなかった領域は意思疎通と社会参加だけだった。

表 4：年齢階層と WHO-DAS スコア

	10～20代 (N=15)		30～40代 (N=5)		50代以上 (N=7)		P値		
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	10～20代 vs 30～40代	10～20代 vs 50代以上	30～40代 vs 50代以上
WHO-DASスコア	79.40	29.539	61.20	15.881	54.00	52.571		*	
領域別スコア									
意思疎通	12.67	5.972	9.00	2.000	9.86	9.571		*	
運動能力	6.87	2.774	5.40	.548	5.00	5.000		*	
自己管理	7.80	2.883	3.80	.837	4.14	4.000	*	*	
人付き合い	11.13	5.125	11.40	6.189	4.71	5.286		*	*
日常活動	21.53	9.403	15.20	6.301	10.57	10.571		**	
社会参加	19.40	11.538	16.40	6.618	17.14	18.143			*

**P < 0.01; *P < 0.05

2) 性別

性別に WHO-DAS の領域別スコアの比較をした結果、意思疎通で男性と女性と比較して有意差が示された。

意思疎通については、男性の利用者の最低点は 7 点、最高点は 26 点、平均のスコアは 13.29 点、女性の利用者の最低点は 5 点、最高点は 17 点、平均のスコアは 8.92 点で、男性が女性より有意に高かった。以上のように、性別で WHO-DAS のスコアに有意差があった領域は意思疎通だけであった。

表5：性別と WHO-DAS のスコア

	男性 (N=14)		女性 (N=13)		P値 男性⇄女性
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	
WHO-DASスコア	77.36	29.027	60.15	20.473	
領域別スコア					
意思疎通	13.29	5.594	8.92	3.475	*
運動能力	6.71	2.920	5.46	.877	
自己管理	6.50	2.955	5.62	2.987	
人付き合い	10.43	5.273	8.85	5.771	
日常活動	20.43	10.105	14.38	6.305	
社会参加	20.00	9.711	16.92	9.412	

**P < 0.01; *P < 0.05

3) 障害種別

障害種別に WHO-DAS スコアを比較した結果、身体障害は 45.00 点と知的障害 75.72 点となっており、知的障害の方が、身体障害を持った利用者より有意に高いスコアを示していた。次に、領域別スコアを障害種別に分析した結果、有意差が示されたのは、意思疎通と人付き合いと日常活動の 3 領域であった。

意思疎通については、身体障害の利用者の最低点は 6 点、最高点は 14 点、平均のスコアは 6.50 点、知的障害の利用者の最低点は 5 点、最高点は 26 点、平均のスコアは 12.11 点、精神・発達・その他の利用者の最低点は 5 点、最高点は 15 点、平均のスコアは 11.60 点で、身体障害の利用者が知的障害の利用者より、有意に低かった。

人付き合いについては、身体障害の利用者の最低点は 3 点、最高点は 9 点、平均のスコアは 4.25 点、知的障害の利用者の最低点は 3 点、最高点は 22 点、平均のスコアは 10.56 点、精神・発達・その他の利用者の最低点は 2 点、最高点は 20 点、平均のスコアは 10.80 点で、身体障害の利用者が知的障害の利用者より、有意に低かった。

日常活動については、身体障害の利用者の最低点は 9 点、最高点は 12 点、平均のスコアは 9.75 点、知的障害の利用者の最低点は 8 点、最高点は 37 点、平均のスコアは 19.94 点、精神・発達・その他の利用者の最低点は 8 点、最高点は 23 点、平均のスコアは 15.00 点で、身体障害の利用者が知的障害の利用者より、有意に低かった。

以上のように、障害種別に有意差が無かった領域は、自己管理と運動能力と社会参加であった。

表 6 : 障害種別と WHO-DAS のスコア

	身体 (N=4)		知的 (N=18)		精神・発達・その他 (N=5)		P値		
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	身体⇔知的	身体⇔精神・発達・その他	知的⇔精神・発達・その他
WHO-DASスコア	45.00	4.082	75.72	25.055	64.40	31.754			
領域別スコア							*		
意思疎通	6.50	.577	12.11	5.144	11.60	5.595	*		
運動能力	5.00	.500	6.44	2.526	6.00	1.732			
自己管理	5.25	2.217	6.61	3.256	4.80	1.924			
人付き合い	4.25	1.258	10.56	5.204	10.80	6.611	*		
日常活動	9.75	1.708	19.94	8.741	15.00	9.539	*		
社会参加	14.50	4.655	20.06	9.837	16.20	11.278			

**P < 0.01; *P < 0.05

4) 障害者等級

WHO-DAS スコアの領域別スコアと障害者等級を比較した結果、有意差が示されたのは社会参加であった。

社会参加については、1級・Aの判定の利用者の最低点は9点、最高点は20点、平均のスコアは13.00点、2級・B1判定の利用者の最低点は1点、最高点は33点、平均のスコアは22.36点、3級・B2の利用者の最低点は5点、最高点は29点、平均のスコアは18.80点で、1級・A判定が2級・B判定より、有意に低かった。以上のように、障害者等級別に有意差があったのは、社会参加であった。

表 7 : 障害者等級と WHO-DAS のスコア

	1級・A (N=7)		2級・B1 (N=14)		3級・B2 (N=5)		P値		
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	1級・A⇔2級・B1	1級・A⇔3級・B2	2級・B1⇔3級・B2
WHO-DASスコア	66.43	27.220	75.29	26.794	61.20	24.773			
領域別スコア									
意思疎通	12.43	7.591	11.14	4.111	10.60	4.336			
運動能力	5.00	.000	7.00	2.746	5.40	1.517			
自己管理	7.71	2.215	5.50	2.504	5.60	4.722			
人付き合い	9.29	6.396	10.29	5.370	7.60	5.273			
日常活動	19.00	7.141	19.00	10.213	13.20	6.301			
社会参加	13.00	10.456	22.36	7.642	18.80	7.823	*		

**P < 0.01; *P < 0.05

5) 障害者支援区分

障害支援区分別に WHO-DAS スコアを比較した結果、該当なしの利用者 67.50点と障害支援区分3・4の利用者 91.57点と比較して有意に低いスコアが示された。また障害支援区分1・2の利用者 50.29点と障害支援区分3・4の利用者 91.57点と比較して有意に低いスコアが示された。

次に領域別スコアを障害支援区分別に分析した結果、有意差が示されたのは、運動能力、自己管理、人付き合い、日常活動の4領域であった。

運動能力に関しては、該当なしの利用者の最低点は5点、最高点は7点、平均のスコアは5.3点であった。障害支援区分1・2の利用者の最低点は5点、最高点は5点、平

均のスコアは5.00点であった。障害支援区分3・4の利用者の最低点は5点、最高点は12点、平均のスコアは7.9点で、障害支援区分3・4の利用者が、該当なし及び障害支援区分1・2の利用者より、有意に高かった。

自己管理に関しては、該当なしの利用者の最低点は3点、最高点は10点、平均のスコアは5.2点であった。障害支援区分1・2の利用者の最低点は3点、最高点は8点、平均のスコアは4.3点であった。障害支援区分3・4の利用者の最低点は8点、最高点は14点、平均のスコアは9.4点で、障害支援区分3・4の利用者が、該当なし及び障害支援区分1・2の利用者より、有意に高かった。

人付き合いに関しては、該当なしの利用者の最低点は3点、最高点は22点、平均のスコアは9.2点であった。障害支援区分1・2の利用者の最低点は3点、最高点は11点、平均のスコアは5.7点であった。障害支援区分3・4の利用者の最低点は7点、最高点は22点、平均のスコアは12.0点で、障害支援区分1・2の利用者が障害支援区分3・4の利用者より、有意に低かった。

日常活動に関しては、該当なしの利用者の最低点は8点、最高点は24点、平均のスコアは16.1点であった。障害支援区分1・2の利用者の最低点は8点、最高点は13点、平均のスコアは11.0点であった。障害支援区分3・4の利用者の最低点は11点、最高点は37点、平均のスコアは24.7点で、障害支援区分3・4の利用者が、該当なし及び障害支援区分1・2の利用者より、有意に高かった。

以上のように、障害支援区分別に有意差がなかった領域は、意思疎通と社会参加だけであった。

表8：障害支援区分と WHO-DAS のスコア

	該当なし (N=12)		1・2 (N=7)		3・4 (N=7)		該当なし⇔1・2	P値	
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		該当なし⇔3・4	1・2⇔3・4
WHO-DASスコア	67.50	26.603	50.29	9.013	91.57	24.535		*	**
領域別スコア									
意思疎通	11.08	6.431	8.86	2.610	14.14	3.532			
運動能力	5.58	1.165	5.00	.577	8.29	3.352	**	**	**
自己管理	5.25	2.301	3.71	.756	9.57	2.149	**	**	**
人付き合い	10.67	5.852	5.29	2.812	12.14	5.210			*
日常活動	16.75	7.288	10.57	1.988	25.86	10.090	*	*	**
社会参加	18.17	10.667	16.86	7.244	21.57	10.565			

**P < 0.01; *P < 0.05

6) 世帯状況別

世帯別に WHO-DAS スコアを比較した結果、親・夫婦と同居の利用者 77.74 点とグループホーム・その他の利用者 42.25 点と比較して有意に高いスコアが示された。

次に領域別スコアを障害支援区分別に分析した結果、有意差が示されたのは、意思

疎通と人付き合い、社会参加の3領域であった。

意思疎通については、親・夫婦と同居の利用者の最低点は5点、最高点は26点、平均のスコアは12.74点、単身の利用者の最低点は7点、最高点は14点、平均のスコアは8.00点、グループホーム・その他の利用者の最低点は5点、最高点は9点、平均のスコアは7.00点で、親・夫婦と同居の利用者がグループホーム・その他の利用者より、有意に高かった。

人付き合いについては、親・夫婦と同居の利用者の最低点は2点、最高点は22点、平均のスコアは11.00点、単身の利用者の最低点は4点、最高点は22点、平均のスコアは8.75点、グループホーム・その他の利用者の最低点は3点、最高点は6点、平均のスコアは4.25点で、親・夫婦と同居の利用者がグループホーム・その他の利用者より、有意に高かった。

社会参加については、親・夫婦と同居の利用者の最低点は5点、最高点は33点、平均のスコアは20.89点、単身の利用者の最低点は10点、最高点は23点、平均のスコアは16.75点、グループホーム・その他の利用者の最低点は1点、最高点は10点、平均のスコアは9.00点で、親・夫婦と同居の利用者がグループホーム・その他の利用者より、有意に高かった。

表9：世帯類型とWHO-DASのスコア

	親・夫婦 (N=19)		単身 (N=4)		グループホーム・その他 (N=4)		P値 親・夫婦 ⇔グループ ホーム・その 他	P値 単身 ⇔グループ ホーム・その 他
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
WHO-DASスコア	77.74	25.232	54.75	18.715	42.25	10.689	*	
領域別スコア								
意思疎通	12.74	5.269	8.00	2.160	7.00	1.826	*	
運動能力	6.53	2.547	5.25	.816	5.00	.500		
自己管理	6.84	3.060	4.00	.500	4.75	2.363		
人付き合い	11.00	4.595	8.75	8.921	4.25	1.258	*	
日常活動	19.74	9.297	12.50	7.724	12.00	.000		
社会参加	20.89	9.626	16.75	4.349	9.00	6.976	*	

**P < 0.01; *P < 0.05

7) 婚姻の有無別

WHO-DASスコアの領域別スコアと婚姻の有無を比較した結果、有意差が示されたのは自己管理であった。

自己管理については、結婚したことがない利用者の最低点は3点、最高点は14点、平均のスコアは6.33点、結婚している利用者の最低点は4点、最高点は4点、平均のスコアは4.00点、離婚している利用者の最低点は4点、最高点は4点、平均のスコアは4.00点で、結婚したことがない利用者が、離婚している利用者より、有意に高かった。

以上のように、婚姻の有無に有意差があったのは、自己管理であった。

表 10：婚姻の有無と WHO-DAS のスコア

	結婚したことがない (N=24)		結婚している (N=1)		離婚している (N=2)		P値 結婚したことがない⇔離婚している
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	
WHO-DASスコア	69.38	27.590	66.00	.	67.00	21.213	
領域別スコア							
意思疎通	11.21	5.365	14.00	.	9.50	2.121	
運動能力	6.21	2.359	5.00	.	5.50	.707	
自己管理	6.33	3.031	4.00	.	4.00	.000	*
人付き合い	9.67	4.887	3.00	.	13.00	12.728	
日常活動	17.92	9.021	11.00	.	16.00	11.314	
社会参加	18.04	9.791	29.00	.	19.00	5.657	

**P < 0.01; *P < 0.05

3-5. 有意差が示された項目

1) 意思疎通

利用者の基本属性別に WHO-DAS 領域別スコアの意思疎通との関連性を分析した結果、性別で男⇔女、障害種別で身体⇔知的に有意な差が示された。性別では、男性より女性の利用者のスコアが低く、性別で意思疎通の違いがあったことが明らかになった。

障害種別では、身体障害者より知的障害者の利用者のスコアが高く、障害種別で意思の疎通の違いが明らかになった。(A) NPO 法人の就労継続支援 B 型事業所を利用している知的障害の利用者に、意思疎通の支援が必要な利用者が多いことを示している。

2) 運動能力

利用者の基本属性別に WHO-DAS 領域別スコアの運動能力との関連性を分析した結果、年齢階層で 10~20⇔50 代以上、障害者支援区分では該当なし⇔3・4 と 1・2⇔3・4 に有意な差が示された。年齢では 10~20 代が 50 代以上よりスコアが高かった。運動能力では、生活経験を積み重ねていくとスコアが低くなっている。

3) 自己管理

自己管理では、調査方法に面接⇔代理人と自己記入⇔代理人、年齢階層で 10~20 代⇔30~40 代と 10~20 代⇔50 代以上、障害支援区分で該当なし⇔3・4 と 1・2⇔3・4、婚姻状況で結婚したことがない⇔離婚しているところで有意の差が示された。調査方法では、面接と自己記入より代理人が有意に高かった。

代理人の方法を採った利用者が、WHO-DAS のスコアが高く支援が多く必要であることが明らかになった。

年齢階層別では、10~20 代が 30~40 代と 50 代以上より有意に高かった。年齢が若

い利用者の生活経験が短く、WHO-DAS のスコアが高いことが明らかになった。

婚姻状況では、結婚したことがない利用者が離婚している利用者より有意に高かった。

4) 人付き合い

年齢階層で 10～20 代⇔50 代以上と 30～40 代⇔50 代以上、障害種別で身体⇔知的、障害支援区分で 1・2⇔3・4、世帯で親・夫婦⇔グループホーム・その他で有意の差が示された。

世帯では、親・夫婦がグループホーム・その他より有意に高かった。また内訳として親との同居が 18 名・夫婦が 1 名、グループホームが 2 名・その他が 2 名であった。

5) 日常活動

日常活動に関しては、調査方法で面接⇔代理人、年齢階層で 10～20 代⇔50 代以上、障害種別で身体⇔知的、障害支援区分で該当なし⇔3・4、1・2⇔3・4 で有意の差が示された。

6) 社会参加

社会参加では、障害者等級 1 級・A⇔2 級・B1、世帯で親・夫婦⇔グループホーム・その他で有意の差が示された。

障害者等級では社会参加で、1 級・A の利用者が 2 級・B1 より有意に低かったことが示された。障害者等級では 1 級・A 判定の利用者の方が一般的に障害は重度とされているが、今回の調査結果では反対の結果が示された。

表 11：有意差があった面接方法・基本属性の組み合わせのまとめ

分類	組み合わせ	P値
WHO-DASスコア		
調査方法	面接⇔代理人	*
年齢階層	10～20代⇔50代以上	*
障害種別	身体⇔知的	*
障害支援区分	該当なし⇔3・4	*
障害支援区分	1・2⇔3・4	**
世帯	親・夫婦⇔グループホーム・その他	*
意思疎通		
性別	男⇔女	*
障害種別	身体⇔知的	*
運動能力		
年齢階層	10～20代⇔50代以上	*
障害支援区分	該当なし⇔3・4	**
障害支援区分	1・2⇔3・4	**
自己管理		
調査方法	面接⇔代理人	**
調査方法	自己記入⇔代理人	*
年齢階層	10～20代⇔30～40代	*
年齢階層	10～20代⇔50代以上	*
障害支援区分	該当なし⇔3・4	**
障害支援区分	1・2⇔3・4	**
婚姻状況	結婚したことがない⇔離婚している	*
人付き合い		
年齢階層	10～20代⇔50代以上	*
年齢階層	30～40代⇔50代以上	*
障害種別	身体⇔知的	*
障害支援区分	1・2⇔3・4	*
世帯	親・夫婦⇔グループホーム・その他	*
日常活動		
調査方法	面接⇔代理人	*
年齢階層	10～20代⇔50代以上	**
障害種別	身体⇔知的	*
障害支援区分	該当なし⇔3・4	*
障害支援区分	1・2⇔3・4	**
社会参加		
障害等級	1級・A⇔2級・B1	*
世帯	親・夫婦⇔グループホーム・その他	*

**P < 0.01; *P < 0.05

4. 考察

4-1. WHO-DAS 調査における実施上の課題

WHO-DAS の調査にあたっては3種類の方法が示されており、まず自己記入方式は、利用者が独力で記入する方法である。本研究で自己記入が可能であった利用者は、わずかに7名であった。この方式を選択した利用者は、面接による、面接者による調査実施

後、自己記入の利用が可能かを面接者が判定し、自己記入としている。この選択にあたっては、面接者が、利用者が質問項目を理解していることを把握した後、実施したものであった。

一方、代理人記入方式が採られた利用者は、自己記入ができず、面接においては、利用者からの情報を得ることができなかつたものであり、代理人を調査事業所の職員が担い、調査が行われたものである。

調査の結果、面接と代理人との間には、WHO-DAS のスコアに有意差が示され、代理人のスコアが高かつた。領域別では、自己管理について、代理人と自己記入でも有意な差が示された。このように記入方法別に有意差が示されたことから、質問を理解することが困難な障害者を対象とする WHO-DAS 調査においては、代理人による記入方法で統一すべきであつたと考えられた。

しかしながら、WHO-DAS のアセスメント結果から利用者の活動や社会参加の実態が明らかにされることは支援を行う事業所にとっては、有益な情報であつた。今後、これを臨床現場で用いるためには、この調査にあつて代理人記入方式を採る場合には、活動能力や社会との関わりを当事者主体の視点や当事者の方について、よく理解している人が評価を行うことが前提となるだろう。なぜなら、本調査の面接者は、障害福祉サービスの提供経験は 10 年以上あり、WHO-DAS 調査においても習熟していたにも関わらず、利用者から回答を引き出せない調査項目があつたからである。回答が得ることが困難な質問項目には、今の日本文化に馴染みにくい表現もあつたが、WHO-DAS のアセスメントの利用にあつて、先行研究（筒井 2014c）でも指摘されているように、面接者の訓練が必須であることがわかつた。

調査においては、相手の表情や声のトーンなど、非言語的な要素を確認する能力を具備することや、回答に自信がなさそうな場合など、より具体的に説明を行うといった臨機応変の対応をできる調査スキルを習得しなければならず、こういった調査能力の向上をいかに図るかが、アセスメントツールとして WHO-DAS を用いる際の課題と考えられた。

4-2. アセスメントツールとして WHO-DAS を利用する上での留意点

日本の障害者福祉領域で、アセスメントツールとして WHO-DAS を利用する際には、調査項目が日本の文化と合致していないという点、例えば、社会参加の領域の質問項目である「他の人と同じ方法で地域の活動に参加するのに、どれだけ問題がありましたか」では、表現が分かりにくく、WHO-DAS 面接基準マニュアルにある具体例では、自

治会への参加や祝祭行事、宗教活動、レジャーやスポーツ活動があげられていた。現代の日本文化では、このような活動に参加しているという実態は、居住する地域に大いに依存する。また、30日以内に経験したか否かで判断することについても疑問であった。この条件によって社会参加の質問では他の質問も同様に、30日以内での問題が上らなかったことが面接でのN/Aの数が増えた原因でもあった。

特に、就労継続支援B型では、18才以上の利用者で、障害の程度にばらつきはあるものの比較的軽度や中度と言われる障害が軽い利用者や中程度の利用者が大半であった。

また障害当事者への家族の悩みや社会での問題は、学生期や障害を抱えた時期にあり、個人差はあるものの、当事者を含めてある程度、上記の問題をクリアしている人や30日以内に起こりうる可能性が低いと言える人が利用をしていることがわかった。しかし、そのような中でも障害の種類によっては、症状がどのように発現するか、自らも認識できないという問題も抱えていることから、近所の人と挨拶が出来ないという利用者もいた。

利用者である障害者の恋愛や結婚に対する質問や回答に際しては、面接者、利用者ともに躊躇する場面があり、質問項目の意図を配慮しながらも、日本の文化にあった質問のあり様についても検討が必要と考えられた。

これらの課題が解決できれば、WHO-DASは、障害を持った人の生活のしづらさや、社会での不利な内容が把握されることにより、どの部分にどんなサービスが必要で、またどれくらいの支援が必要なのかを考える目安となる可能性がある。

さらに、サービスを提供する側としては、この内容をサービス等利用計画書・個別支援計画書に反映できると考えられる。例えば、「親密なスキンシップ」という質問項目では、異性との恋愛経験が非常に少ないものの、興味がある利用者もいたことがわかった。こういった場合は、WHO-DASのスコアで言うと意思の疎通のスコアが上がるようなコミュニケーションの学習や、他者との交流のある作業を提供することができると考えられた。

この他にも、「重要事項を行うことを覚えておく」の質問に対して、難しいと回答した人への支援としては、カレンダーに記入すること、携帯電話のスケジュールで管理すること、また家族や支援者から口頭で喚起されるような協力を得られるようにするコミュニケーションの練習などが可能であると考えられ、こういったことを事業所のサービス提供における目標とする努力が必要であることがわかった。

4-3. WHO-DAS スコアと基本属性から観えてきた（A）NPO 法人のサービス

利用者の基本属性別に WHO-DAS のスコアとの関連性を分析した結果、年齢階層別、障害種別、障害支援区分、世帯類型別には有意な差が示された。WHO-DAS のアセスメントでは、その4領域に違いがあることが明らかになった。

年齢階層別には、10-20歳代は79.4点と50歳以上54.0点と比較して有意に高く、WHO-DAS スコアは生活経験を積み重ねることによって低くなっていることがわかった。生活経験が障害福祉サービスによるものかどうか因果関係は分らなかったが、年齢が高い利用者程、福祉サービスの利用が長いことから、その生活経験が点数の多寡に影響をしているものと考えられた。

障害種別に WHO-DAS のスコアを比較した結果、身体障害は45.00点と知的障害75.72点となっており、知的障害の方が、身体障害を持った利用者より有意に高いスコアを示していた。これは WHO-DAS スコアが ADL のような日常生活基本動作の自立度を評価するといった視点よりは、意思疎通、人付き合いなどのコミュニケーションに関わる能力の評価が主となっているためと考えられた。

世帯類型別のスコアにおいても、親との同居等よりもグループホームなどで生活している利用者のほうがスコアは有意に低く、領域別のスコアとしても意思疎通や人付き合い、社会への参加の度合いが親と同居している利用者よりも有意に低く、活発であることが示されていた。これらの結果は障害者福祉において、これまで評価が困難とされてきた、コミュニケーションや社会参加といった能力を把握できる可能性を示しており、重要な知見といえる。

さらに、障害支援区分別にも WHO-DAS のスコアにも有意差が示された。障害支援区分3・4の利用者が、該当なし及び障害支援区分1・2の利用者より、有意に高かった。このことは、障害支援区分と WHO-DAS のスコアが概ね一致していたことを示していた。なお、このような傾向は、運動能力、自己管理、人付き合い、日常活動の4領域でも同様であり、障害支援区分3・4の利用者においては、該当なし、障害支援区分1・2よりも有意に高く、多くの支援が必要であることが明らかにされた。

ただし、現行の制度では、訓練等給付の受給には障害支援区分の認定が必要とされていない。だが、就労継続支援B型の事業を運営するにあたっては、認定結果の情報がないことによって、適切な支援がなされていない可能性もあることから、WHO-DAS のようなアセスメントツールを用いた利用者の社会的参加状況などの把握が今後は必要であると考えられた。

領域別のスコアの結果からは、意思疎通では、性別と障害種別に有意の差が示され

た。性別では、女性に比べて男性、障害種別では、身体障害に比べて知的障害の利用者に、意思疎通の支援が必要だと明らかになった。女性の方が意思疎通における能力が高く、また知的に障害のある利用者には意思疎通の支援が必要であると考えられた。

運動能力では、年齢階層と障害支援区分に有意の差が示された。障害支援区分では、上記でも述べたように WHO-DAS と障害支援区分での関連性が示された。しかし、今回の調査では1区分ごとではなく、2区分（区分1・2や区分3・4）ごとにまとめて行い、該当なしと区分1・2には有意差が示されなかったことから、該当なし～区分2までの領域に曖昧さがあったと窺える。

自己管理の領域では、調査方法、年齢階層、障害支援区分、婚姻状況に有意差があった。婚姻状況では、結婚生活を支える支援の必要性があると考えられた。障害者の恋愛においては、WHO-DAS のスコアの自己管理の領域が上がれば、結婚や恋愛といった情緒豊かな生活への道筋が示される可能性があることが示されたことは重要である。今回、調査をした者は、親との同居が多かったが、1人で生活できるようになるといった目標と、恋愛や結婚への支援とは、強い相関があると考えられた。

人付き合いの領域では、年齢階層、障害種別、障害支援区分、世帯別で有意の差が示された。世帯別では、今回調査した就労継続支援B型を利用している利用者のグループホームは、集合住宅を利用したグループホームであり、消防法令で集合住宅には、避難が困難な障害者としての規則⁸⁾があり、(A) NPO 法人では障害支援区分3までに限定しており、なおかつグループホームを利用している利用者の障害支援区分は該当なしや区分1・2の利用者が大半のグループホームであった。このため、結果的に自立度の高い利用者が多かった。

しかし、グループホームでは、自炊や掃除・買い物など、世話人と呼ばれる職員と一緒に訓練として家事をしているため、グループホームでの生活経験が積み重なると WHO-DAS のスコアが低く、自立度が向上するといったことが、このスコアから明らかにされる可能性が示された。また自己管理で考察した婚姻状況と合わせると、グループホームでの生活への支援と婚姻の成立には、相関があるということも考えられた。

社会参加においては、障害者等級と世帯に有意の差が示された。障害者等級では、とくに軽度の利用者が自らの疾患によって活動や社会参加が困難と感じている結果が示された。このことは、社会参加については、むしろ障害が重度の利用者より、障害が軽度の利用者に対する支援方法のバリエーションが必要なのではないかと考えさせられ

⁸⁾ 避難が困難な障害者を主として入所させるもの ⇒ (規則5条5項)「避難が困難な障害者等」とは、「障害者総合支援法の障害支援区分が4～6の者」を対象とし、定員の概ね8割を超えることを目安とし判断する。(⇒H26.3消防予第81号)

た。換言するならば、重度の利用者には必要な支援が届いているが、軽度の利用者には必要な支援が届いていないことと同義であり、この結果に関しては、今後、更なる検討が必要である。

今までの考察から、福祉サービスによる生活経験を重ねることに、WHO-DAS のスコアが低くなっていくと考えられた。また障害者の恋愛や結婚に関しては、自己管理における生活力に支援が届き、自立した生活が送れるようになると、その可能性が広がることが考えられた。これらの結果からは、(A) NPO 法人の今後の就労継続支援B型事業所における障害福祉サービスでは、意思の疎通への支援サービスや、就労の支援を通して WHO-DAS の自己管理における自立した生活が過ごせるような支援サービスの工夫がさらに必要であったと考えられた。

5. 結論

WHO-DAS のアセスメントには、課題があるものの日本文化にあったアセスメントを内容に確立することで、適正なサービスのマネジメントツールになり、障害福祉事業所におけるサービスマネジメントの効用になることが明らかになった。

また、WHO-DAS のアセスメントはまだ検証段階にあるが、今回の WHO-DAS のアセスメント調査を通して、(A) NPO 法人における就労継続支援B型事業所のサービス提供を評価すると、WHO-DAS の領域の意思疎通と自己管理が利用者のニーズに沿っての支援が不十分であったことが明らかにされた。

多様な障害を抱えた人々に対して、適切なサービスを提供するという責任を果たすためには、科学的根拠に基づいたアセスメント手法が確立される必要がある。

今後、科学的根拠に基づいたアセスメントによって、経時的なサービス提供の評価を行うことで、利用者の特性に応じた支援であったかサービスを見直すことができ、これによって量・質の両面からサービスの品質を上げていくことが可能になるものと考えられる。

謝辞

本稿を作成するにあたり、小山秀夫先生、筒井孝子先生、鳥邊晋司先生、藤江哲也先生にたいへん丁寧にご指導いただきました。深く感謝の意を表します。特に、筒井孝子先生には研究主題や調査方法の設計のほか、多くのご指導をいただきました。また、兵庫県立大学大学院経営研究科介護マネジメントコースの2期生、大冨賀政昭様、木下隆志様にも助言をいただきました。この場を借りて感謝を申し上げます。

・参考文献（引用文献含む）

- [1] Meyer, C. H. (1995) *Assessment. Encyclopedia of Social Work.* (19th. Ed.) N/ASW Press. 260-270.
- [2] Schein, E. H. (2006) *Career Anchors Self-Assessment*, John Wiley & Sons, Inc. (金井壽宏、高橋潔訳『キャリア・アンカー・セルフ・アセスメント』白桃書房、2009年)。
- [3] World Health Organization (2015) 『健康及び障害の評価 WHO 障害評価面接基準マニュアル WHO-DAS2.0』(田崎 美弥子、山口哲生、中根充文訳 一般財団法人 日本レジリエンス医学研究所) 日本評論社
- [4] 新井みち子 (2011) 「ES 調査とそれに基づく組織改革」三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社 70-73。
- [5] 石田真知子、柏倉英子 (2004) 「看護師の組織コミットメントとキャリアコミットメントの要因」 『東北大医保健学科紀要』 13 8-9。
- [6] 石塚隆男 (1997) 「キャリア・マネジメントに関する経営情報学的考察」 『Asi AUniversity』 67-73。
- [7] 石橋敏郎、河谷はるみ (2006) 「社会福祉サービスに関する利用者満足度調査の意義とその問題」 『熊本県立大学総合管理学会』 27-45。
- [8] 岩井洋、奥村玲香、元根朋美 (2016) 『キャリアデザイン』 弘文堂 第3版 92-105。
- [9] 上田敏 (2005) 『ICF の理解と活用』 萌文社 きょうされん 5-69。
- [10] 大冢賀政昭、筒井孝子、東野定律、木下隆志 (2014) 「WHO-DAS2.0 日本語版による独居要介護高齢者の日常生活や社会参加に関わる障害の把握」 『第73回日本公衆衛生学会総会』 472 頁, 栃木 5-7。
- [11] 大冢賀政昭、筒井孝子、東野定律、木下隆志 (2015) 「WHO-DAS2.0 日本語版による障害者の生活機能障害の把握—障害種類別の比較—」 『第74回日本公衆衛生学会総会』 422 頁, 長崎, 4-6。
- [12] 大冢賀政昭、瀧本稚子、熊岡穰、鷹津徹、吉田薫 (2016) 「介護施設職員の仕事とキャリアに関するアンケート調査」 兵庫県立大学大学院。
- [13] 鎌田洋 (2014) 『ディズニーを知ってディズニーを超える顧客満足度入門』 プレジデント社。
- [14] 木原秀樹、中野尚子 (2010) 「早産・低出生体重児のより良い発達を支援するために」 『赤ちゃん学会 ベビーサイエンス』 Vol.9 6 11-13。

- [15] 黒沢麻美 (2016) 「介護職員の生活満足度と職務満足度に関する一考察」
『Jour N/Al of health&socilservicea』 No14 1-7。
- [16] 栗田孝子、橋本麻由里、野村浩、鈴木里美 (2008) 「キャリア・マネジメント
の理解の変化からみたグループワークの学習課題」 『岐阜県立看護大学紀要』
第9巻1号 25-27
- [17] 小柳津久美子 (2013) 「キャリアアンカーから観た自己認識と将来志向」 『東
邦学誌』第42巻第1号 123-125。
- [18] 小山秀夫・笹岡眞弓・堀越由紀子 (2016) 『保健医療サービス』 ミネルヴァ
書房第3版 94-97。
- [19] 小山秀夫 (2004) 『病院のDON-看護管理で病院がよみがえる-』 医学書
院 100-104。
- [20] 四方典裕 (2017) 「介護職員における組織心理と行動に関する一観察 -職務
満足とソーシャルサポートが組織コミットメントと組織市民行動に与える影
響についての実証研究-」 『商大ビジネスレビュー』 第6巻 第4号 135-
145。
- [21] 志田貴史 (2013) 『ES 経営の鉄則』 中央経済社 2-15 164-169。
- [22] 瀧本稚子 (2016) 「介護職員の人材マネジメントの在り方に関する研究」 『商
大ビジネスレビュー』 第6巻 第3号 131-143。
- [23] 津田耕一 (2010) 「障害者の「個別支援計画」の作成に向けての現状と課題」
『総合福祉科学研究』 創刊号 39-48。
- [24] 筒井澄栄・大冨賀政昭 (2016) 「障害福祉サービス事業所の整備状況に関する研
究-地理情報システム (GIS) を基にした地域資源の把握-」 『厚生労働統計
協会』 2。
- [25] 筒井孝子 (2012) 「日本の地域包括ケアシステムにおけるサービス提供体制の考
え方-自助・互助・共助・の役割分担と生活支援サービスのありかた-」 『季
刊・社会保障研究』 Vol.47 No.4。
- [26] 筒井孝子 (2014a) 『地域包括ケアシステムのサイエンス-integrated care 理
論と実証-』 社会保険研究所 220-241。
- [27] 筒井孝子 (2014b) 『地域包括ケアシステム構築のためのマネジメント戦略
-integrated care の理論とその応用-』 中央法規 215-230。
- [28] 筒井孝子 (2014c) 「WHO-DAS2.0 日本語版の開発とその臨床的妥当性の検討」
『厚生指標』第61巻 第2号 37-44。

- [30] 筒井孝子 (2014d) 「日本語版 ICF コアセットの開発及び臨床的妥当性の検証に関する研究」 『経営と情報』 Vol.27 NO.2 37-45。
- [31] 筒井孝子 (2014e) 「ICF(国際生活機能分類)の普及を促進するためのツールとしての WHO-DAS の活用可能性に関する研究」 『総括・分担研究報告書』 4-8。
- [32] 筒井孝子 (2015) 「ICF の活用可能性と課題—研究から得られた知見を通して—」平成 27 年度 ICF シンポジウムプログラム 第 5 回 ICF シンポジウム生活機能分類の活用に向けて資料 3 18-67。
- [33] 中川典子、林千冬 (2004) 「日本における看護職者に関する職務満足度研究の成果と課題—過去 15 年間の S t a m p s -尾崎翻訳修正版尺度を用いた研究の文献レビュー」 『日看管会誌』 Vol.8 43-57。
- [34] 橋本創一 (2001) 「知的障害者の生活適応能力のアセスメントに関する研究」 『発達障害支援システム学研究』 第 1 巻 第 1 号 2001 年 20-26。
- [35] 室林孝嗣、村上満 (2012) 「知的障害のある人のアセスメントと個別支援計画に関する研究 —知的障害のある人のニーズを見出すために—」 『富山国際大学子ども育成学部紀要』 第 3 巻 (2012.3) 179-190。

・引用ホームページ

- [1] 平成 28 年障害者白書 (2017 年 4 月 5 日アクセス)。
<http://www8.cao.go.jp/shougai/whitepaper/h28hakusho/zenbun/index-pdf.html>
- [2] 平成 27 年ひょうご障害福祉計画 (2017 年 4 月 5 日アクセス)。
<https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf08/documents/text.pdf>
- [3] 厚生労働省 障害福祉サービス事業所等の状況 (2017 年 4 月 5 日アクセス)。
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/fukushi/10/dl/kekka-jigyol.pdf>
- [4] WAMNET (2017 年 4 月 5 日アクセス)。
<http://www.wam.go.jp/shofukupub/>
- [5] 厚生労働省 病院報告 平成 25 年 (2017 年 4 月 5 日アクセス)。
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/13/dl/byoin.pdf>
- [6] 第 4 回社会保障審議会福祉部会 福祉人材確保専門委員会 「介護福祉士 介護保険事業所 確保 困難」平成 27 年 2 月 23 日 (2017 年 4 月 5 日アクセス)。
http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000075028.pdf

- [7] 財務省主計局 (2014) 社会保障 2 (年金、生活保護、障害) 資料 1 (2017 年 5 月 24 日アクセス)。
https://www.mof.go.jp/about_mof/councils/fiscal_system_council/sub-of_fiscal_system/proceedings/material/zaiseia261027/01.pdf
- [8] 厚生労働省 年金 (2017 年 8 月 7 日アクセス)。
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/toukei/dl/01-24.pdf>
- [9] WAMNET 経営分析参考指標 (2017 年 8 月 11 日アクセス)。
<http://hp.wam.go.jp/tabid/1976/Default.aspx>
- [10] 介護 110 番 (2017 年 8 月 11 日アクセス)。
<http://www.kaigo110.co.jp/dictionary/word.php>
- [11] 厚生労働省 (障害者就労支援について平成 27 年 7 月 14 日資料 2-1) (2017 年 8 月 15 日アクセス)。
http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000091254.pdf