

- Becker, D. R. 1997 An update on supported employment for people with severe mental illness. *Psychiatric Services*, **48**, 335-346.
- Glynn, S. M., Marder, S. R., Liberman, R. P., Blair, K., Wirshing, W. C., Wirshing, D. A., Ross, D., & Mintz, J. 2002 Supplementing clinic-based skills training with manual-based community support sessions: Effects on social adjustment of patients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, **159**, 829-837.
- 後藤吉道・佐藤正二・佐藤容子 2001 児童に対する集団社会的スキル訓練 行動療法研究, **26**, 15-23.
- Hogarty, G. E., Anderson, C. M., Reiss, D. J., Kornblith, S. J., Greenwald, D. P., Ulrich, R. F., & Carter, M. 1991 Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. II. Two-year effects of a controlled study on relapse and adjustment. *Archives of General Psychiatry*, **48**, 340-347.
- 池淵恵美 1995 生活技能訓練 (Social Skills Training) についての文献総説 集団精神療法, **11**, 89-101.
- 池淵恵美 2000 治療抵抗性分裂病の心理社会的治療 精神医学, **42**, 788-800.
- Ikebuchi, E. & Anzai, N. 1995 Effect of the medication management module evaluated using the role play test. *Psychiatry and Clinical Neuroscience*, **49**, 151-156.
- 池淵恵美・安西信雄 1999 社会生活技能訓練 (SST) と精神科リハビリテーション—認知的介入とエンパワーメントへの展開 岩崎徹也・小出浩之 (編) 臨床精神医学講座 第15巻 精神療法 中山書店 Pp. 381-404.
- 池淵恵美・宮内 勝・安西信雄・熊谷直樹・畑哲信・本城幾代・天笠 崇・前田ケイ 1994 ロールプレイテストによる慢性精神障害者の生活障害の評価の試み 精神神経学雑誌, **96**, 157-173.
- 角谷慶子 1996 第5回アンケート調査の結果 (第2回目) SST ニュースレター, **8**(2), 2-8.
- 角谷慶子 1998 SSTの現況—第5回アンケート調査から— SST普及協会 (編著) SSTの進歩 創造出版 Pp. 209-215.
- 加藤哲文・小林重雄・山中貴子 1985 軽度精神遅滞児の選択性緘黙反応への行動療法的アプローチ—刺激フェイディング法と社会的スキルトレーニングの併用による効果 特殊教育学研究, **23**, 12-20.
- Lehman, A. F. & Steinwachs, D. M. 1998 Translating research into practice: The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) treatment recommendations. *Schizophrenia Bulletin*, **24**, 1-10.
- Liberman, R. P. & Corrigan, P. W. 1993 Designing new psychosocial treatments for schizophrenia. *Psychiatry*, **56**, 238-253.
- Liberman, R. P., Glynn, S., Blair, K. E., Ross D., & Marder, S. R. 2002 In vivo amplified skills training: Promoting generalization of independent living skills for clients with schizophrenia. *Psychiatry*, **65**, 137-155.
- Mueser, K. T., Bond, G. R., Drake, R. E., & Resnick, S. G. 1998 Models of community care for severe mental illness: A review of research on case management. *Schizophrenia Bulletin*, **24**, 37-74.
- Mueser, K. T., Liberman, R. P., & Glynn, S. M. 1990 Psychosocial interventions in schizophrenia. In A. Kales, C. N. Stefanis, & J. A. Talbott (Eds.) *Recent advances in schizophrenia*. New York: Springer-Verlag. Pp. 213-235.

- 西園昌久・皿田洋子 1990 分裂病治療における生活技能訓練の意義と役割 臨床精神医学, **19**, 1331-1335.
- 丹羽真一・伊藤光宏・竹内 賢 1996 陰性症状の生理学 臨床精神医学, **25**, 147-162.
- 佐藤正二・佐藤容子・岡安孝弘・高山 巖 2000 子どもの社会的スキル訓練—現状と課題— 宮崎大学教育文化学部紀要 教育科学, **3**, 81-105.
- 佐藤正二・佐藤容子・高山 巖 1988 拒否される子どもの社会的スキル 行動療法研究, **13**, 26-33.
- 精神保健福祉研究会 2001 我が国の精神保健福祉平成 12 年度版 厚健出版
- 社会保障審議会障害者部会精神障害者分会 2002 今後の精神保健医療福祉施策について 社会保障審議会障害者部会精神障害者分会報告書 Pp. 1-19.
- 庄司一子・小林正幸・鈴木聡志 1989 子どもの社会的スキルに関する展望-1-概念的検討 教育相談研究, **27**, 59-70.
- 高沢加代子・田村嘉子・木津明彦・福井 至・岩本隆茂・千丈雅徳・斉藤康子・斉藤巖 1996 本邦における認知療法, 認知行動療法, 生活技能訓練および社会技能訓練の動向 行動療法研究, **22**, 21-42.
- 緒方 剛 1993 ごあいさつ 安西信雄 (分担研究者): 精神障害者の社会生活技能訓練 (SST) に関する研究 平成 3 年度厚生科学研究費補助金分担研究報告書 P. 1.
- 内山喜久雄 1999 日本の行動療法の四半世紀 学会創立 25 周年にあたって 行動療法研究, **25**, 1-9.

## Social Skills Training for Patients With Mental Illness: Developments and Future Directions in Mental Health Services in Japan

Nobuo ANZAI\* Emi IKEBUCHI\*\*

\*Department of Social Psychiatry, National Institute of Mental Health,  
National Center of Neurology and Psychiatry

\*\*Department of Psychiatry, Teikyo University School of Medicine

### Abstract

The dissemination of social skills training (SST) in the mental health field in Japan started after Liberman's first visit to Japan in 1988. In the present article, the development of social skills training during the past 15 years was examined, based on 6 questionnaire surveys about the implementation of social skills training. It was found that: (1) implementation started mainly in daycare treatment settings for the improvement of patients' social functioning, (2) financial coverage by national health insurance since 1994 facilitated dissemination in both medical and non-medical institutions, and (3) social skills training is now practiced for a wider range of patients, using various modules. Misunderstandings and criticisms that emerged in the process of dissemination were examined, and the role of the Japanese Association of Social Skills Training (JASST) was studied. The number of papers on social skills training in Japanese journals per year and research trends are summarized. Social skills training has become crucial in relation to new policies in the Japanese mental health service system for the improvement of patients' coping skills in real life situations (such as the introduction of *in vivo* amplified skills training, or IVAST), and for turning the "exodus plan" for returning long-term inpatients to the community into reality.

**Key Words:** social skills training (SST), deinstitutionalization, community care, schizophrenia, *in vivo* amplified skills training (IVAST)



# 障害者自立支援法における障害程度区分

前回は、福祉用具と補装具について触れました。今回は、障害者自立支援法案における障害程度区分について考えてみたいと思います。介護保険制度におけるケアマネジャーの方も、障害程度区分がどのようなもので、その目的は何かを理解するとともに、介護保険制度における要介護認定とどのように違うのか知っておくことが大切です。

## 障害者自立支援法の障害程度区分

本誌6月号では、「サービス支給決定の流れと障害程度区分判定等試行事業」について厚生労働省の石渡博幸障害福祉専門官が説明していました。まだ、具体的な障害程度区分の認定については、明らかにされていませんが、現在、61市町村の自治体で障害程度区分判定等の試行事業を実施している段階で、7月に試行事業のとりまとめが行われることになっています。

そこで、障害程度区分がなぜ必要なのかを考えてみる必要があります。障害者自立支援法案では、公平なサービスを利用するための手続きや基準の透明化・明確化を改革のポイントとして示しています。では、現行の制度において手続きや基準が透明でなく、明確になっていないのかということと必ずしもそうは言いきれないところもあります。

現在、市町村は、身体障害者と知的障害者が福祉サービスを利用する場合、支援費制度における障害程度区分の認定を行っています。施設を利用する場合、その種類によって、障害程度区分の聞き取り項目が若干異なっています。つまり、身体障害者療護施設、身体障害者授産施設、身体障害者更生施設、知的障害者授産施設、知的障害者更生施設、知的障害者通勤寮、独立行政法人国立のぞみの園といった各施設ごとにチェック項目が異なり、障害程度区分が3段階に設定され、施設訓練等支援費の支給額に差が設けられています。その聞き取り項目は、すべての障害者程度区分について、生活動作等支援と社会参加等支援の二つの領域に分かれ、身体介助、医療・保健、生活援助、相談援助・社会参加、訓練・作業、コミュニケーション、地域移行の7つの分野において聞き取りを行っています。

一方、ホームヘルプサービス、デイサービス、ショートステイの在宅福祉サービスを利用するときは、ホームヘルプサービスとデイサービス、ショートステイとで支給額

表1 身体障害者デイサービス及びショートステイの区分内容

区分	障害の程度
区分1	食事、排せつ、入浴及び移動のうち3つ以上の日常生活動作について全介助を必要とする程度又はこれに準ずる程度
区分2	食事、排せつ、入浴及び移動のうち3つ以上の日常生活動作について一部介助を必要とする程度又はこれに準ずる程度
区分3	区分1及び区分2に該当しない程度

の算出方法が異なっています。ホームヘルプサービスは、時間単価で支給額が決定されています。デイサービスとショートステイは、単価を決めるための基準を設けてあり、その基準によって支給額が異なってきます。例えば、身体障害者のデイサービスとショートステイでは、表1のような3区分になっています。

現状では、このような基準をもっていますが、現行の制度の課題は、だれが、どのように決定するかという問題を抱えていることです。支給決定の基準を厳密にすることはいくらかでも可能です。現行の基準は、確かに、おおまかで支給決定をする市町村の裁量が大きなウエイトをもっています。支給決定の基準を厳密にすることによって、公平さが高められることが大切です。そのためには、障害者自立支援法案におけるアセスメントの調査項目を適切に評価する仕組みがカギとなります。障害者からの不服審査の請求は認められていますが、そこまで障害者が請求することは、まれだと言わざるを得ません。従って、障害者自立支援法案における審査会の手続きは、支給決定の透明化を進める観点から重要な手続きです。ただ、この審査会の運営をどのようにするか、障害当事者が参加できるようになるのかなどの課題も抱えています。

では、障害者自立支援法案では、どのような障害程度区分を目指しているのでしょうか。まず、身体障害、知的障害、精神障害の3障害の障害程度区分を策定することになっています。従って、3障害の障害者の心身の状況を把握することが目的となります。3障害の特性を

表2 介護保険制度と障害程度区分の基本調査項目の比較

考慮しながら、共通の調査項目を設定するのか、あるいは障害種別による調査項目を設定するのかが大きな課題となってきます。いずれにしても、この調査項目は全国共通のものとして国によって決定されることとなります。また、障害程度区分は、介護給付を受ける場合の国庫負担基準額を決める療養介護、生活介護、重度包括支援などのサービスを給付する要件やサービス単価を決めるために用いられ、訓練等給付を受ける際のサービス利用の優先順位をつけるのに活用されると思われます。



## 介護保険制度の要介護度の認定と障害程度区分

介護保険制度では、要介護状態を認定するために、概況調査、基本調査を行い、審査会を経て決められていきます。障害者自立支援法案の場合、障害程度区分によって障害者の心身の状況を把握する作業が、介護保険制度の概況調査、基本調査に相当することになります。

そこで、現在進められている「障害程度区分判定等試行事業」における認定調査票の基本調査と介護保険制度の基本調査を比較してみましょう(表2)。

このように介護保険制度の基本調査の項目と障害程度区分の項目とでは、重複している項目が多いことがわかります。障害程度区分の基本調査項目は、介護保険制度の基本調査の項目に障害者特有の介護状態を測定するための項目を追加したことがわかります。基本調査だけ比較して認定の手法全体を言い切るわけにはいきませんが、障害程度区分の認定と要介護状態の認定とは類似しているといえます。介護保険制度の基本調査の「問題行動」と障害程度区分の「行動」とは対応した調査項目ですが、内容としては障害程度区分の方は、障害者特有の行動の不応状態を聞き取る項目になっています。

このような基本調査の項目の違いは、当然、障害の特性を考慮すると出てくることになります。今後、これらの調査項目が障害者分野でどの程度公平性を反映させられるか検討することになるでしょう。いずれにしても、このように、高齢者と障害者の心身の状況を把握する項目は、ある程度共通の項目で測定できることがわかってくると思われます。

介護保険制度の基本調査	障害程度区分における基本調査
マヒ等の有無	マヒ等の有無
関節の動く範囲	関節の動く範囲
寝返り	寝返り
起き上がり	起き上がり
座位保持	座位保持
立位保持	立位保持
歩行	歩行
移乗	移乗
移動	移動
立ち上がり	立ち上がり
片足での立位	片足での立位
洗身	洗身
じょくそう	じょくそう
えん下	えん下
食事摂取	食事摂取
飲水	飲水
排尿	排尿
排便	排便
清潔	清潔
衣服の着脱	衣服の着脱
薬の内服	薬の内服
金銭の管理	金銭の管理
電話の利用	電話の利用
日常生活の意思決定	日常生活の意思決定
視力	視力
聴力	聴力
意思の伝達	意思の伝達
介護者の指示への反応	意思の伝達の独自の方法
記憶・理解	介護者の指示への反応
問題行動	言葉以外の手段を用いた説明
過去14日間の医療	記憶・理解
	行動
	過去14日間の医療
	調理
	食事の配膳・下膳
	掃除(整理整頓を含む)
	洗濯
	入浴の準備と後片付け
	買い物
	交通手段の利用
	文字の視覚的活用

これらの状況を踏まえて、高齢者分野のケアマネジャーの方も、障害者分野の理解が進めば、障害者福祉の担い手になれることを理解しておく必要があります。本来、障害者のケアマネジメントと高齢者のケアマネジメントとは考え方に違いはないと考えるべきであり、ケアマネジメントの原点を見つめるためにも、障害者分野の国の施策の動向を知ってほしいのです。



## さいごに

障害程度区分について、介護保険制度の要介護認定との比較で考えてみました。高齢者のケアマネジャーはその対象者数が多いということから、障害者のケアマネジメントを見逃してしまう恐れがあります。ケアマネジャーは、支援を必要としている利用者のために、ケアマネジメントの発展に寄与する責務をもっていることを自覚してほしいと思います。

さかもと よういち

1949年鹿児島県生まれ。立教大学応用社会学研究科を修了後、国立東京視力障害センター、国立身体障害者リハビリテーションセンターにおいて、視覚障害者の生活訓練に携わり、1998年から厚生労働省障害福祉専門官として障害者ケアマネジメント、支援費制度等の障害者福祉行政を推進してきた。2003年4月から和洋女子大学において社会福祉関係の講義を担当している



# 障害者の ケアマネジメント・プロセス (1)

今回から、ケアマネジメントのプロセスの一つひとつについて考えてみたいと思います。ケアマネジメント・プロセスは、一般的に一定の手順が決まっています。しかしながら、その手続きをどのように進めていったらよいか、いろいろな考え方があるようです。さらに障害者自立支援法が成立して、このプロセスが障害者分野では従来のそれと異なってきたようです。そこで、今号ではケアマネジメント・プロセス全体の流れについて触れたいと思います。



## 通常のケアマネジメント・プロセス

ケアマネジメントの良い点は、そのプロセスを共通認識として明確にすることができるということです。つまり、計画を立てて、その計画に基づいてサービスを投入し、ニーズの実現を確認するプロセスがあるということです。ケアマネジメントが有効に機能しなかった場合、そのプロセスを追跡して、どの時点の介入に問題があったのかを振り返ることが容易にできます。従来の援助技術においても、援助の有効性を評価することはあったわけですが、そのプロセスが必ずしも一定した手順でなかったために、共通認識をもつことが難しかったのだと思われます。

通常のケアマネジメント・プロセスは、図1に示しているプロセスあるいは手順を踏むということで多くの実践家も一致した見解をとっています。そのプロセスを一通り概観してみましょう。

相談窓口は、一般的にはさまざまな相談支援を行うところです。したがって、補装具だけのニーズをもっている人も、ガイドヘルプだけのニーズをもっている人も相談支援を受けることができます。この相談窓口は、決

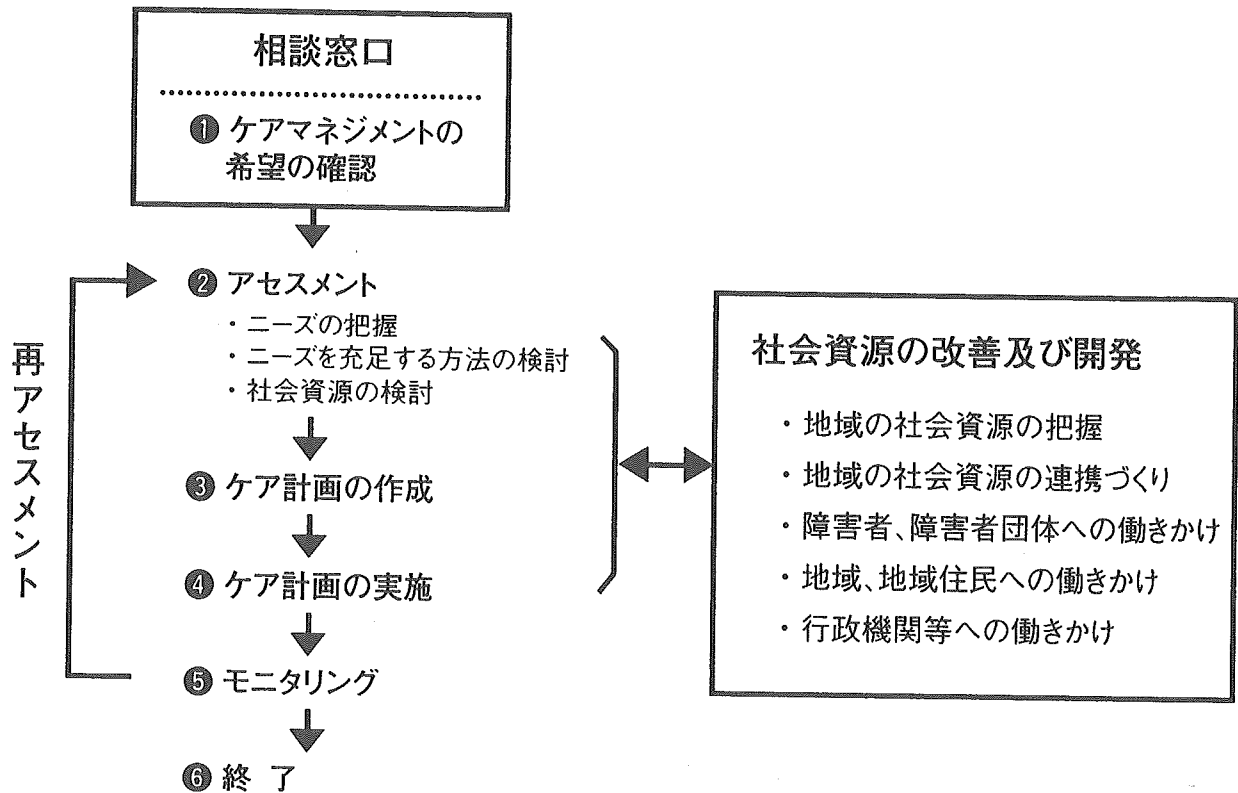
してケアマネジメントの対象者だけを相談支援するわけではありません。

その中で、ケアマネジメントを希望する利用者に対してはアセスメントに入ります。一般的な相談であれば、受付相談ということになりますが、受付相談においては、ケアマネジメントを希望するか否かの確認をとるだけであって、アセスメントを導入するのは、家庭訪問によるニーズ・アセスメントの段階からです。アセスメントは、ニーズ・アセスメント、ニーズを充足する方法の検討、社会資源の検討の三つの手続きを経ることになります。

その次に、アセスメントに基づき、ラフなケア計画(検討)表を作成します。最初から、完成されたケア計画表を作成することは難しいと思います。まずはラフなケア計画(検討)表を作成し、利用者との話し合いの場をもち、合意形成を図っていきます。

そして、利用者も同席するケア会議を開催します。このケア会議では、ケア計画(検討)表に基づき、ケア計画を完成させることは当然ですが、サービス提供者に対して、利用者のニーズを明確に伝え、共通の目的意識をもつことが肝要です。サービス提供者がばらばらにアプローチしても有効なサービス投入にはなりません。このケア会議をサービス調整会議と呼んでいるところ

図1 障害者ケアマネジメント過程の概略



もあります。ただし、サービスを調整することも大切ですが、まずは利用者が納得するケア計画表を作成することです。その後に、サービス調整会議を開催することもあります。

次に、ケア計画を実行し、さまざまなサービスを投入することになります。サービス投入のプロセスにおいて、モニタリングが行われます。このモニタリングは、サービスの有効性、利用者の満足度、サービス提供者の満足度などを点検することが目的です。また、新たな生活ニーズが発生したら、再度アセスメントのステップに入ります。そして、最後に、ケアマネジメントの終結となります。終結については、非常に難しい判断を要することになります。どのようなときに終結となるか、実践の場でも意見が分かれるところです。利用者本人が必要ないと訴えたとき、病院に入院したとき、施設に入所したときなどはとくに問題はないと思います。これ以外に、利用者がエンパワメントされた状態で、利用者本人がサービスを利用でき、地域生活の継続に自信をもてるようになったときも終結となります。ケアマネジメントの大きな目標は、エンパワメントすることです。したがって、このような終結を考えると、ケアマネジメントは一定の期間を定めて利用者と約束して開始することを考えてみて

もよいのではないかと思います。

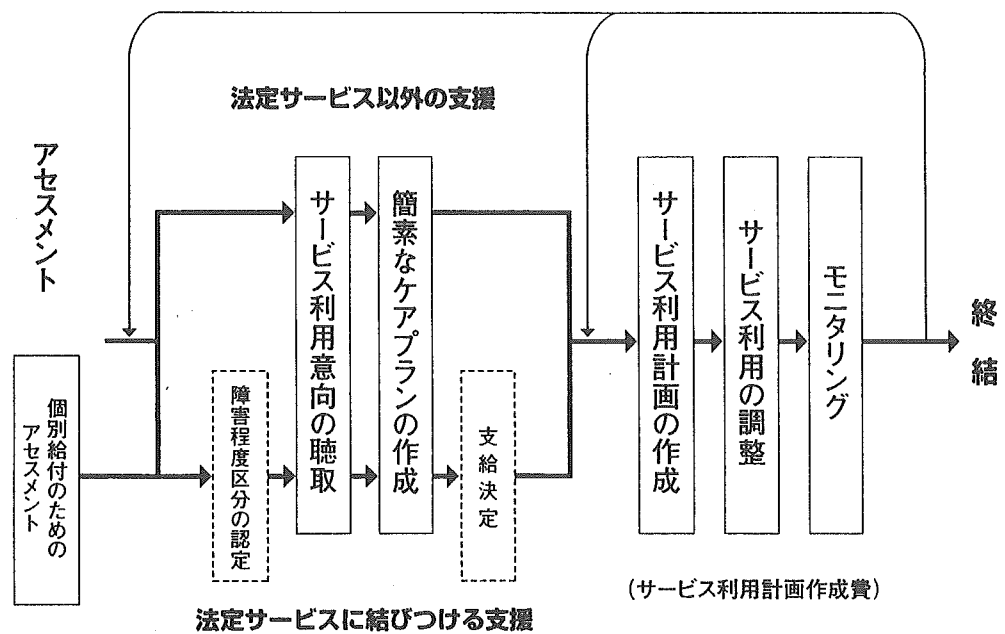
このような一連のケアマネジメント・プロセスが、障害者自立支援法によって異なったものになってくるようです。そこには、ケアマネジメント本来の姿がなくなってしまう恐れすらあります。



## 通障害者自立支援法における ケアマネジメント・プロセス

障害者自立支援法は、福祉サービス利用の透明化が改革の狙いの一つであるといわれています。そのため、ケアマネジメントの制度化を導入することになっています。制度化するということは、サービス利用計画作成費を支給することになります。そこで、ケアマネジメント・プロセスに福祉サービスの支給決定手続きが入り込んできます。今までのケアマネジメント・プロセスでは、公的な福祉サービスを利用する場合、市町村職員がケア会議に同席し、公的サービスもインフォーマル・サービスも含めてケア計画の合意形成を行ってきました。支

図2 障害者自立支援法における支給決定とケアマネジメントの流れ



援費制度におけるサービス利用は、ケア計画を作成する段階で、市町村との連絡調整が必須でした。今度の障害者自立支援法では、支給決定手続きをとる作業が入り込んでくるわけです。図2では、障害者自立支援法における支給決定手続きとケアマネジメント・プロセスが統合された形が示されています。

ケアマネジメントを市町村自らが実施する場合、相談窓口は行政に置かれます。また、都道府県が指定した相談支援事業者がケアマネジメントを実施する場合もあり、その場合、相談窓口は相談支援事業者にあります。しかしながら、支給決定手続きには、障害程度区分の認定がありますので、その認定を受けなければなりません。その手続きは、当然、市町村の責務となります。その際、障害程度区分の認定のためのアセスメントが実施されます。その認定のための調査は市町村自ら実施してもいいのですが、相談支援事業者や認定調査員が実施することもできるようになっています。ここで、相談支援の流れが二つになってきます。つまり、市町村と相談支援事業者が最初の相談窓口になるわけです。

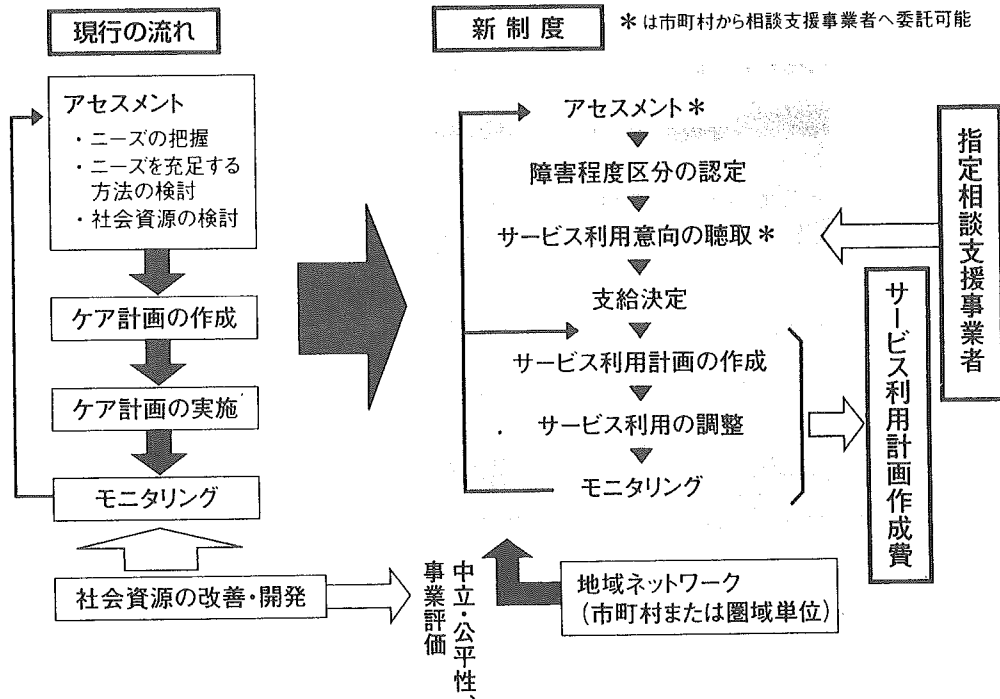
ケアマネジメント・プロセスからみると、最初の窓口が異なることによって、利用者の動線が違ってきます。通常、最初の窓口で受付相談して、どのような主訴があるかを明確にすることが援助技術の鉄則です。市町村の相談窓口でこのような主訴をしっかりと聞いてもらえればいいのですが、市町村の相談窓口は事務的な手続きになってしまい、相談というより単に申請書類を受け付ける業務になってしまう恐れがあります。図2に示してい

るように、公的な福祉サービスを利用しようとする、必ず障害認定区分の認定のためのアセスメントを受けなければなりません。複数のサービスを利用するときは、複数のサービスをパッケージして提供するケアマネジメント手法が有効なのですが、このようなケアマネジメントでは、生活ニーズの把握が重要になってきます。図2のどの段階で、ニーズ・アセスメントを実施するかというと、障害程度区分の認定の後に、サービス利用意向聴取の手続きが入り込みます。

ここで、問題が発生します。一つは、障害程度区分のためのアセスメントとケアマネジメントのアセスメントの違いを明確にする必要があることです。実際のニーズ・アセスメントは、障害程度区分の認定後になされるわけですが、相談支援事業者が最初からかかっていると、最初の窓口ですでに開始されるのが一般的だろうと思えます。相談支援事業者にとって、公的な福祉サービスをどの程度投入するべきかが後でわかることとなります。最初のケアプランを大幅に修正することになるかもしれません。本来、ニーズに対応して、どのようなサービスをどの程度投入するかをあらかじめラフに検討する必要がありますが、図2のように「公的な福祉サービスはこれですよ」と決められてからニーズ・アセスメントを実施し、ラフなケアプランを作成し、その後に支給決定がなされるわけですから、相談支援事業者は経験を積まないと見通しが立てられないのではと懸念してしまいます。ケアマネジメントの流れが、障害程度区分の認定や支給決定とうまくリンクすることが利用者



図3 ケアマネジメントの流れの比較



にとって大切だと思われるのですが、この流れが実際にはどのようなになるかが、最初にくぐるゲートが市町村の窓口か相談支援事業者の窓口かによって少し異なってくると思われれます。

さらに、これがもっとも大きな課題なのですが、障害程度区分の認定のためのアセスメントは、市町村から委託を受けた相談支援事業者か、認定調査員が行うことができるようになってきました。委託を受けた相談支援事業者は、障害程度区分を判定するため利用者からの情報を入手します。本来、この業務は、行政の責務となっていますので、相談支援事業者が行政の業務を行っている、利用者が警戒して、障害程度区分が低くなったのは、相談支援事業者が原因だという誤解を受けやすい事態を招きかねません。利用者との信頼関係のうえに成立している支援活動が崩壊する恐れがあります。この点をどのように解決するかが課題となってきます。図3にケアマネジメントの流れの比較を示しています。この比較図によっても、明らかに、サービス利用計画作成からの一連の手続きに対して、サービス利用計画作成費が支給されることになっていますので、公的福祉サービスがあらかじめ決められて、あとはインフォーマル

なサービスを組み入れてほしいという考えが見え隠れします。ニーズに対応したケア計画という大切なケアマネジメントの考え方がどこまで実践できるか不安になってしまいます。

## 最後に

ケアマネジメントは、一定の手続きを経て実施されることに大きな特徴がありました。そして、障害者自立支援法においてケアマネジメントが制度化され、支給決定手続きが入り込んできました。この支給決定手続きと本来のケアマネジメント・プロセスとの統合を図る必要があることを関係者は議論する必要があるように思われます。次回から、障害者自立支援法におけるケアマネジメント・プロセスのステップごとに課題を考えてみます。次号では受付相談のステップの課題を明らかにしたいと思います。

さかもと よういち

1949年鹿児島県生まれ。立教大学応用社会学研究科を修了後、国立東京視力障害センター、国立身体障害者リハビリテーションセンターにおいて、視覚障害者の生活訓練に携わり、1998年から厚生労働省障害福祉専門官として障害者ケアマネジメント、支援費制度等の障害者福祉行政を推進してきた。2003年4月から和洋女子大学において社会福祉関係の講義を担当している

平成 17 年度  
厚生労働科学研究費補助金  
長寿科学総合研究事業

要介護状態の評価における精神・知的及び多様な身体障害の状況の  
適切な反映手法の開発に関する研究

発 行： 平成 18 (2006) 年 3 月  
発行所： 国立長寿医療センター  
(愛知県大府市森岡町源吾 36-3)  
T E L : 0562-46-2311 F A X : 0562-46-8359  
発行者： 遠 藤 英 俊