

ることにより意味をなすので、総合調整が必要となってきました。これは、それぞれの専門性を決して否定するのではなく、それぞれの専門性を前提として、そこで明らかになった個々の課題の相関性や統一性などをもとにサービスの総合調整を行わなければならないということです。これがチームアプローチであり、ケアマネジメントする相談支援専門員は、それぞれの専門職が個々に把握した、複雑なサービスや地域の資源を、利用者の支援者としての位置づけで整理し、利用者に対する相談援助の窓口の一本化とサービスの複合化をすすめることができるようになるのです。

- ・生活の目標と生活支援の目標の共有化
- ・複数の専門職のアセスメントの段階からの関わり
- ②利用者や家族の「参加」
- ③多分野の専門職との協働
- ④サービス提供事業者や地域の機関との協働
- ⑤支給決定する市町村との協働
- ⑥相談支援専門員同士の協働と人脈との協働

地域の中で、地域によるケアを実現していくことが大切です。相談支援専門員は自分自身の力を高める努力は当然行わなければならないかもしれませんが、自分一人ではケアマネジメントは展開できないということを強く認識しなければなりません。

■ ケアマネジメントのプロセス

介護保険法における介護支援専門員の制度化に伴い、給付管理を伴うケアマネジメントについて関心が広まるにつれて、多くの人にケアプランを作成することがケアマネジメントの目的のように受け取られてしまったことは否めません。

ケアマネジメントのプロセスでは、地域で日常生活を営む上で、多様で複合的なニーズと対応するニーズの継続的な連結が必要ですが、そのためのプラン作成は自立した生活を維持・継続するための手段です。

一般的なケアマネジメントのプロセスは、

- ・第1段階：「インテーク」
- ・第2段階：「アセスメント」
- ・第3段階：「ケアプラン」
- ・第4段階：「ケアプランの実施、サービス調整・仲介」
- ・第5段階：「モニタリング」・「再アセスメント」
- ・第6段階：「集結」

ア. 第1段階：「インテーク」

一般的にインテークは、利用者の依頼などに対して相談支援専門員が担当する内容（ケアマネジメントの対象者）かどうかを確認し、ケアマネジメントのプロセスをとおして生活機能における様々なニーズや課題・問題を整理し、生活の目標を明らかにしていくことを相互に確認することです。

【主訴の洞察】

利用者が自分の問題について、「話を聞いてもらいたい」という気持ちで接する初めての場面です。

- ①具体的に自分の問題を理解している人
- ②問題が漠然としていて、何から話したらいいのかわからない人
- ③問題の核心を隠し、周辺の問題や愚痴だけしか話さない人など、相談の始まりは人それぞれです。

インテークは、利用者との人間関係を印象づける、重要なポイントになりますし、利用者は非常に緊張して相談に見えます。相談支援専門員は、これから長い付き合いの始まりですが、接し方は終始変わらない受容的言動と表情であることを基調とすることが望まれます。

- インテークでは、次のことを確認しておくことが大切です。
- ①その時点の主訴の確認
 - ②守秘義務の確認
 - ③ケアマネジメントの目的と内容の確認
 - ④相談支援専門員と利用者の役割と責任の確認
 - ⑤納得と同意に基づく進め方であることの確認

イ. 第2段階：「アセスメント」

利用者が自立した日常生活を営むためには、様々なサービスを利用します。そのサービスを効果的・効率的に組み合わせ、調整するためには、アセスメントをとおして自立に向けての課題整理と利用者が自己決定するための情報整理を行います。

自立支援のサービスを提供するためのケアプランを作成するために必須の情報収集と分析です。

ケアマネジメントは、「アセスメントに始まりアセスメントに終わる」という、訪問した際に、何気ない会話から状況を伺い評価と分析を心がけることが大切です。

アセスメントの基本的なねらい

- ①日常生活動作（ADL）のアセスメント
- ②手段的日常生活動作（IADL）のアセスメント
- ③残存能力の評価と可能性のアセスメント
- ④介護環境のアセスメント
- ⑤居住環境のアセスメント
- ⑥利用者及び家族の健康（医療）の確認（主治医の把握）
- ⑦既存サービスの状況（フォーマル・インフォーマル含む）

などのアセスメントをとおして、

- ⑧利用者が望む自立した生活を阻害する要因を生活全般から明らかにする。
- ⑨自立に向けて利用者がどのような希望や意志をもっているかを明らかにする。

などにより、解決すべき課題を明らかにして把握する。

こうしたアセスメントにより、相談支援専門員は初めて利用者の実情に即したサービスを組むことが可能になるものであり、こうした利用者の実情をよく承知するためのアセスメントという手続きを疎かにして、ケアマネジメントは利用者の立場に立つことはできません。

このため、相談支援専門員はケアマネジメントの作成に当たり、必ずアセスメントを行わなければならないことになり

【インテークの基本姿勢】

利用者の希望やニーズを引き出すためには、利用者が話しやすい環境作りや、うまくまとめられない思いを言語化するお手伝いです。

【確認すべき事項】

相談は、こういうことですね。
秘密は守ります。
問題・課題分析と社会資源活用等
お任せより、エンパワーメント。
自己決定と信頼関係の構築。

★障害者自立支援法では、アセスメントを次の段階別に区分しています。

- ①認定調査・概況調査
 - ②サービス利用意向聴取（ニーズアセスメント）
 - ③課題分析（ニーズの把握）
- 《第2章第2節：支給決定プロセス参照》

【アセスメントのねらい】

・ICFの考え方等を用いることもひとつの要素です。

ます。

ただし、アセスメントは、利用者との関係を見極めながら、訪問などの機会ごとに蓄積や整理を繰り返していくものですので、初めのアセスメントで完全なものを求めるものではありません。

実際にケアプランの依頼を受け、アセスメントを実施する場合、相談支援専門員は、相談支援事業者の重要事項説明書において、事業者の内容を十分に説明し、説明した内容が了解されたことを証する署名や押印等をもらうこととなります。

【重要事項説明書】

ウ. 第3段階：「ケアプラン：サービス調整・仲介」

アセスメントは、実際のサービスに結びつける情報収集と分析であり、その結果、利用者の生活の自立支援のために「ケアプラン」を作ることになります。このときは、支給決定内容を、利用者の受給者証から確認することとなります。

【支給決定と受給者証の確認】

この場合、利用者のニーズに対するサービスに対して、利用者の指定する事業者があればよいですが、どこにどのような事業者があるのかわからないような場合は、事業者の条件等を聴取し、その条件に合う事業者情報等を提供し、その中から選んでいただくなどの権利擁護の視点から事業者等の仲介やサービスの調整を図ることとなります。

ここで、情報をつかんでおくべき事業者情報は

- ①重要事項説明書の内容
- ②契約書の内容
- ③運営規程の内容（職員配置、利用料など）
- ④パンフレットを用意しておく（利用者への説明用）

ケアプランは、相談支援専門員がキーパーソンとなって作成するものですが、その作成は利用者や相談支援専門員、その他の関係者（専門職やサービス提供事業者など）による協働作業によるものです。

ケアプランは相談支援専門員だけのものではなく、利用者や家族のものであり、サービス提供事業者も共通の自立支援の考えに沿った協働のプランへの関わりを持たなければならないからです。

利用者や家族にとっても相談支援専門員と共にプランを作ったということで満足度が高まり、プランの内容に沿って自律的にサービスを受けて生活していくことへの責任感も高まることとなります。

ケアプランは、個々の利用者が有する原因、状態、問題や意欲に即した具体的なサービス計画であり、一人の利用者のために利用者や家族はもちろん、多様な専門職などが集まり、利用者のために、統一された共通の支援方針を合意し、樹立したものと考えるのが原則です。

この場合、サービス担当者会議を開催し、相談支援専門員

【サービス担当者会議】

がケアプランを作成した内容の確認と、利用者とサービス提供事業者が利用者のニーズや情報を共有し、相談支援専門員のケアマネジメントにおけるお互いの機能の意識や役割分担を図ることになります。(サービス担当者会議は相談支援専門員が調整を取り開催することになります。)

・利用者の生活している所で、本人を中心に行うことが原則です。

相談支援専門員は、「私は何をする人間なのか」ということを十分に説明する必要があります。つまり、相談支援専門員は、利用者の主体性を基調としたニーズを共に考え、様々なサービスや社会資源を上手く調整してケアプランに導いていく「支援者」であって、「全てお任せ」という依存型ケアプランを作成する人間ではないことを明確にすべきです。

【利用者のケアプランへの主体的な参加】

そういう意味では、ケアマネジメントの目的やプロセスについてわかりやすく説明することが大切です。それは、利用者が参加しなければケアマネジメントは成立しないことと、利用者自身も目標に向かっていかなければならないという気づきを共有するためだからです。

ケアプランがサービス担当者会議で了承され、実施されることが確認された場合、契約を締結することになります。

【ケアプランの契約締結】

エ. 第4段階：「ケアプランの実施」

ケアプランが終わったので、モニタリングまではホッと一息といきたいところですが、そうはいきません。

第2段階のアセスメントで、「ケアマネジメントはアセスメントに始まり、アセスメントで終わる」と言いましたとおり、ケアプランが実施されても、利用者を訪問し、サービスがサービス担当者会議で調整された内容どおりに行われているか、何か不都合はないか、またはサービスの内容で利用者から別のニーズや新たな課題等が生じていないか、検証を含めてアセスメントや再調整を図る必要があります。

次のチェックや対応が必要です。

- ①受給者証にサービス事業者との契約日の記載と押印がなされているか。
- ②利用者にサービス提供事業者が重要事項説明がなされているか、また、利用料等の確認
- ③利用者とサービス提供事業者との契約が締結されているかの確認
- ④サービス提供事業者が初めてサービスを提供するとき一緒に同行し、利用者の不安や緊張に対する精神的緩和剤の役割を図るなどの対応。
- ⑤利用者がサービスを利用している時の状況や表情などを見て、モニタリングに役立てる。

【相談支援専門員のチェック・対応】

ケアプランの実施において、このような対応をすることにより、利用者は安心し、信頼関係が強まり、事業者との間にはよりよい緊張感と連携が深まることになります。

オ. 第5段階：「モニタリング」・「再アセスメント」

モニタリングは、ケアプランが実情に即しているか、また自立支援を見通しながら現在をどうするかなどについて、ケアプランの問題点や環境、状況の変化をどのように把握するかという観点から、新たな課題を明確にし、次のケアプランに結びつけていくものです。ケアプランは明確な目標と達成時期の設定があります。絶えず、この検証を行うこととなりますが、この達成の時期が到来したときは、計画された目標が達成されているか否かを評価し、達成されていない場合はその原因をケアマネジメントのプロセスにより課題分析していくこととなります。

モニタリングの目標は

①目標の達成度の確認

自立支援を基にした計画が、本人や家族を含めて、サービス提供事業者とともに、目標に向かって実行されているかなどを確認する。

②サービス内容の適否の確認

目標達成度から、サービス内容の適否を判断し、現状で進めていくか、別の工夫が必要であるかなどを、常に利用者と接しているサービス提供事業者などの意見を参考にしながらアセスメントする。

③新たな生活目標の確認

利用者や家族に新たな課題などが明らかになってきたら、次の段階に進むか、別の取り組みにより改善方法を再アセスメントしなければならない場合などがあり、新たな生活目標を確認する。

モニタリングには、利用者の状況により次の種類が想定されます。

①初動期モニタリング

利用者の状況が退院や退所又はサービス利用が初めてなどの理由により、プランの内容が変わりやすい場合などは、比較的早い時期に再アセスメントを行い、ケアマネジメントのプロセスを展開する必要があります。

この場合は、時宜に応じてサービス担当者会議などを開催するなどして、自立支援の共有性をその都度図る必要があります。

②継続的モニタリング

ケアプランは、目標と達成時期を設定していく必要があります。利用者の自立支援と質の高いサービスを継続的に確保し、高めていくためには、継続的なモニタリングが不可欠です。比較的安定した次期における、定期的な対応で行われているのが現状のようです。

モニタリングは、相談支援専門員一人で行うことはできません。利用者や家族と直接頻回に会ってサービスを提供しているサービス提供者や近隣の関係者は、利用者や家族から様々な相談や現実的な話を受けているかもしれません。その都度、相談支援専門員にはサービス提供者等から連絡や情報が

【モニタリングの目標】

【初動期モニタリング】

【継続的モニタリング】

不可欠であり、相談支援専門員は常にこのようなケアチームのネットワークからモニタリング情報を得ることができるよう連携を図る必要があります。

モニタリングは、利用者に直接訪問したりして面接することになりますので、不正請求の防止や管理にもつながります。

カ. 第6段階：「終結」

利用者がケアプランによるサービスを必要としなくなることによって終結します。この判断は、制度を利用している場合は、その制度の対象者から外れた場合が考えられます。しかし、この場合であっても、利用者に対する支援が終わったことで相談支援専門員の対象者でなくなったということではなく、地域における個人として、ケースワークの継続的関わりは続きます。利用者や家族及び地域がもつ「強さ」や他の専門職との連携を図っておき、新たなサービス開発や資源開拓を進める基礎を築いておくことが重要です。

■ 社会資源の改善・開発

利用者が住み慣れた地域で自立した生活を継続するには、相談支援専門員が身近な地域に存在する社会資源を使ったり、構築する方がむしろ大きい役割としてあります。

地域には近隣などの様々な協力者や新たな協力を作り出してくれる機関があります。相談支援専門員は、全てを一人で全ての社会資源活用や構築を行うことはできませんが、様々な社会資源を担ってくれる関係機関や団体・個人がいますので、そういう方々に機能していただくためにも、地域の情報を多く持つことができるネットワークがあれば、ケアマネジメントの参考になります。《インフォーマルサービス》

【インフォーマルサービス】

→社会福祉協議会、シルバー人材センター、NPO、登録ボランティア、近隣など

社会資源におけるインフォーマルサービスを組み入れながら、更に、ケアマネジメントにおける相談支援専門員の重要な役割は、制度（フォーマルサービス）を十分に理解し、縦横無尽に使いこなせることが上げられます。しかし、制度を利用する場合、利用者負担が発生するなど、利用者が面倒な手続きをしなければならないことがあり、制度管理の知識と併せて様式を準備しておくことにより、申請代行などの便宜を供与できる役割もそなえていることから、制度上のネットワークシステムが社会資源としてあります。《フォーマルサービス》

【フォーマルサービス】

→利用者負担を考慮する。

ケアマネジメントの過程では、社会資源を把握している社会資源調査票や社会資源分類票などで整理しているものを活用すると、利用者のニーズに対応しやすいようです。

【社会資源の開発】

また、社会資源調査票等は、サービス提供事業者の概略が記載されていると便利です。

さらに、ケアマネジメントの段階において、次のような現実的問題が生じる場合があります。

- ①地域に社会資源が十分ない。
- ②既存の社会資源が利用者のニーズに合っていない。
- ③こういう社会資源があればよい。

このような問題が生じた場合

- ①現状の実態や分析をとおした資料の作成
- ②他の地域の社会資源の状況
- ③利用者のニーズ調査と既存の社会資源の現状
- ④相談支援専門員がケアマネジメントに取り入れたい社会資源

上記の運動を相談支援専門員同士や当事者団体との連携をとおして、当事者の代わりに発言するなど（アドボカシー）、市町村独自の制度や法の改正及び新たな社会資源の要望に向けて声を上げていくことにより、社会資源の開発にも視点を向けていくことが重要な仕事です。

・様々な機関や団体等と連携をとっておくことが、問題意識の共有化につながります。

第2節 ケアマネジメント過程における倫理と基本姿勢

■ ケアマネジメント過程における倫理

相談支援専門員の役割には、利用者の権利としての自己決定・自己実現（empowerment）を支える中立的介入・仲介（provid）と代弁（advocate）が基礎となります。

相談支援専門員は、ケアマネジメント過程において、利用者が自立した日常生活が送れる支援をするために、様々な社会資源や保健・医療・福祉サービスの調整を図ります。

そのときに、相談支援専門員は、本来の専門職としての基礎資格や職種があり、その上で制度上の相談支援専門員としての位置づけがあります。従って、それぞれの専門職としての倫理綱領などを遵守して行っていると思いますが、どの専門職においても共通して認識しているのは、「利用者の権利擁護」という倫理と基本姿勢です。

ケアマネジメント過程における基本倫理とは、概ね次のものが上げられます。

①利用者の主体性の尊重（利用者主権）

利用者が自分の生活をどのようにしたいのか、どういうことをしたいのか、将来の意思表示をするのは利用者本人であり、その実現のために努力するのは利用者本人であることを前提にしたケアマネジメントの基礎となっています。

利用者の主体性の尊重は、「自己決定の原則」として、ケアマネジメントの過程に具体的に現れてくるものであり、利用者と相談支援専門員、サービス提供事業者の対等性を意味するものです。

②利用者の権利・尊厳の尊重（人権擁護）

利用者が自立した日常生活を送る場合、家庭や地域で基本的な人権が侵害されないよう相談支援専門員は配慮する必要があります。

基本的人権が侵害される例として

- 1) 言語に障害があり、自分の意見や意志の表現に難がある。
- 2) 家族に遠慮して、家族の押しつけになっている。
- 3) 預金通帳を家族が管理しており、自由にお金が使えない。
- 4) 碁会所に行きたいが、障害者がそんな所に行って、みんなの迷惑になると決め込まれて、生き甲斐を消失している。
など、周囲の理解不足な場合は、利用者の代弁者(advocate)として権利擁護の立場を守ることが大切です。

判断能力が不十分である場合や困難な場合は、成年後見制度や地域福祉権利擁護事業などの制度の活用を図ることも必要です。

③個人情報の保護（守秘義務）

個人情報の保護は、障害者の尊厳にかかわる大切な部分であり、利用者との信頼関係の要となるものです。この信頼関係が損なわれることにより、ケアマネジメントの展開にも影響が生じます。

相談支援専門員は、利用者のよりよいサービスを提供するために、専門職やサービス提供事業者同士の情報交換が必要であることについて理解を図り、理解を得られた場合は、絶えず、利用者には、どこで、どういう人に、どういう情報を提供してよいかなどについて、利用者の納得と了解を得て、利用者が自分の情報を誰がもっているかを知っておくようにしておく配慮も重要です。

④公平性（相談支援専門員の自己コントロールと自己評価）

公平性は、ケアマネジメント過程における地域のフォーマルサービスをはじめとする様々な社会資源のサービス適性配分や利用者の個別性に配慮したサービス調整という点において大切な視点です。更に、相談支援専門員は価値観の異なる利用者や家族との相互関係においても、専門職の倫理観にのっとり、公平な支援関係を築く自覚が不可欠です。

そのためには、利用者や家族との感情的な問題に巻き込まれない自己コントロールや自己評価を繰り返し、適切なスーパービジョンに心がける必要があります。

⑤中立性(利用者・家族・事業者間等の利害関係からの中立)

相談支援専門員における中立性は、利用者とサービス提供事業者においてもっとも重要な位置づけとなるものです。利用者の自立支援に対する希望に反して、相談支援専門員の所属する事業者や関係の深い事業者との利益が顕在化することがないように、常に利用者の権利を代弁する中立性と公益性を念頭におくことが大切です。この基礎的条件の基に、利用者が自立した日常生活が送れるようになるとともに、地域社会の社会資源の健全な有益性が育まれることとなります。

相談支援専門員は、利用者の「障害」や「できないこと」など、「マイナス」の面にとらわれるのではなく、利用者が自己実現に向け、生活の目標を実現するために、ケアマネジメントを利用する意識を利用者自身がもち、相談支援専門員やサービス提供事業者が、利用者自身がもつ「プラス」の面を引き出すことが役割であることを倫理観の基底とすべきであると考えます。

■ ケアマネジメント過程における基本姿勢

相談支援専門員のケアマネジメント過程における基本姿勢を例示し、これから更なる自己の研鑽を図られることが望まれる。

①利用者の自立支援への姿勢

自立支援は、ケアマネジメントの基本理念であります。それは、相談支援専門員が一人で頑張っても、利用者が自立に対する強い意志をもつことが大前提です。しかし、自立支援に対する考え方は、画一的なものではありませんから、利用者の性格や置かれている環境等を洞察し、利用者の権利と責任の下で自らの生活を方向付ける姿勢を持つべきです。

【利用者の自立支援への姿勢】

②家族あつての自立支援である姿勢

家族は、利用者にとって最も影響力のある身近で主要な資源の一つです。ケアマネジメントに重要な要素であります。利用者とは日々介護等で接している関係上、精神的にも身体的にも負担や感情が錯綜する家族に対し、家族の生活の質を改善するなどの家庭環境の改善、精神的な支援を検討する姿勢を持つべきです。

【家族あつての自立支援である姿勢】

③こまめなアセスメントの姿勢

ケアマネジメントは、サービスが利用者の自立支援に適切であるか、こまめなアセスメントがあつて、利用者の自己決定やサービス提供事業者の意思疎通が図られるという効率的・効果的支援に結びつく姿勢を持つべきです。

【こまめなアセスメントの姿勢】

「ケアマネジメントはアセスメントに始まりアセスメントに終わる」姿勢

④資源の把握と開発姿勢

利用者の自立を支援する必要なサービスは、ニーズに合う社会資源の存在が大きな位置を占めます。ケアマネジメント過程で、サービスの質や量を調整する場合に大きな影響を与えることとなります。そのためには、常に資源を把握しておく工夫が重要です。

【資源の把握と開発姿勢】

利用者が必要としているサービスが地域にない場合は、発掘したり開発し、行政との調整を図るなどの現状分析や利用ニーズを把握するなど、資源分析をしておく必要があります。更に関連する専門職とのチームとしての共通認識を図っておくことも重要です。

⑤チームアプローチの姿勢

利用者の生活全体を支援するケアマネジメントは、複合的な課題解決に係わる多くの相談援助機関やサービス提供事業者等のチームアプローチが不可欠となります。

それぞれの専門職や事業者が個々バラバラに独自の判断で利用者に係わられれば、利用者の自立支援の総合性が失われます。

相談支援専門員は、それぞれの役割が自立支援に効果的に行われるよう、サービスの調整や総合調整を図るためのリーダーシップが求められます。

【チームアプローチの姿勢】

⑥苦情への対応

サービスを受ける利用者とサービスを提供する事業者との間には、少なからず力関係が生じることがあります。

利用者には、サービスを「受けている」という力関係。サービス提供事業者は、サービスを「提供する」という力関係。利用者は、言いにくいため不満をため込み、サービス提供事業者は気づかぬまま、ズルズルと関係が悪化し、利用者はサービスを断るようになります。

【苦情への対応】

相談支援専門員は、相談支援が始まることから、「様々な苦情があったら、些細なことでもお話しください。」という苦情受け付けを説明しておく必要があります。また、毎回のモニタリング時には、必ず苦情の受ける雰囲気を作る工夫が必要です。

相談支援専門員は、アセスメントやモニタリング時に利用者の心の内を聞き出す人間関係を構築しておくことが重要であり、話しやすい雰囲気を作るのも技術の一つであることを十分に認識する必要があります。

苦情を受けた場合は、苦情の相手先に伝える方法も十分に吟味して伝えうることが重要です。

- 1) 支給決定した市町村に伝えるべき苦情か。
- 2) 直接サービス提供事業者に伝える苦情か。
- 3) チームアプローチの段階で伝えるべき苦情か。

など、様々な対応のタイミングや手段がありますので、対応が間違えば、大きな問題に発展しかねない場合がありますので、上司やスーパーバイザーの援助も活用しましょう。

⑦記録は要点をまとめて

常に記録（ケース記録）を付ける癖が重要です。記録はメモ書きしておき、長文にならず、要点をまとめて記入するコツが大切です。

記録は、サービス担当者会議や緊急時の本人を知る重要な資料となります。

【記録は相談支援専門員のセンス】

第3節 利用者の権利擁護

■ 利用者の視点に立つサービス

障害福祉サービスは、「与えられるサービス」から「選ぶサービス」という社会環境が普通になりつつあります。つまり、サービスが「商品」という捉え方にかわり、サービスの市場競争原理が定着しつつあります。

商品（サービス）は売られ、消費者である利用者は、より良い商品（サービス）を選んで買うことになります。しかし、商品は市場（社会資源）に複数あるし、粗悪な商品はできれば買いたくないけれど、どの商品がどういう商品であるのか消費者はわからず、満足できない商品を購入することがあります。こういうときに、商品マネジメントしてくれる人が身近にいれば、様々な商品情報の提供を受けて、生活により合った商品を手に入ることになるわけです。

障害福祉サービスは、利用者が望む生活を選択により契約することになり、利用者にあったサービスを契約する総合的な調整は相談支援専門員のケアマネジメントに大きく係わることになります。

利用者が間違った契約に陥らないよう、利用者の「生活設計図」を作りやすい視点に立ったサービス提供のケアマネジメントを基本とすべきです。

■ サービスと苦情対応の仕組み

サービス提供事業者の職員の対応に不満があったり、別のサービス提供事業者のサービス内容がサービス担当者会議の内容と異なる対応をしているなどに対して、利用者の自立支援と契約の観点から、苦情解決の規定があります。

社会福祉法や政省令等に苦情解決が規定されており、相談支援事業者やサービス提供事業者の運営規程においても規程が義務づけられています。

事業者は、運営規程に基づき「苦情解決担当職員」を都道府県知事に届け出ることとなっており、苦情を受けやすい環境作りを図ることが義務づけられています。

苦情は様々なところから出てきますが、法ではサービス提供事業者による対応を第一義として、次に市町村が対応し、市町村で解決できなかった場合は、都道府県の不服審査会が対応することになっています。

介護保険制度の導入により、契約に基づく人権擁護思想の浸透に伴い、サービス提供事業者の第三者評価や市民団体によるオンブズマンが普及してきており、サービスの自己点検・自己評価などが、苦情解決の制度と対になって、重層的な展開が図られています。

■ 相談支援専門員と権利擁護

判断能力が十分でない利用者に対する「権利」の考え方は、権利が脅かされないように、判断しなくてもよい場面に逃げる方法をとってきました。

これからの「権利」に対する考え方は、「判断」を補うた

【運営規程】

【苦情解決担当職員】

【不服審査会】

【第三者評価】

【オンブズマン】

【権利に対する考え方の変遷】

めの支援をどうするかという背景が求められています。

例えば、「本人が一人暮らしで、無理だから施設に入所させたい」という考え方から、「本人が一人で暮らすためには、どういう社会資源やサービスを用いることにより自立した生活が営めるか」という自立支援の立場で考えて、ケアマネジメントしていくという「権利擁護」の思想性が重要です。

利用者が自立した日常生活を送るために、自立を補足するのに必要とされるサービスなどを活用していくということの上「権利擁護」は成り立っています。

そのために、「契約」をして、自分の自立した生活を関係者と約束していくものです。

「契約」は「約束」という性格をもつもので、利用者は相談支援専門員やサービス提供事業者等と約束したけれども、「自分も約束を果たしていきます。」という意味合いのある契約です。

【契約は約束です。】

つまり、自立に向かって相手も自分も約束を果たす義務を負う（契約当事者）というのです。

【契約当事者】

相談支援専門員は、ケアマネジメント過程において、利用者の全ての生活権をトータルマネジメントすることになりますが、時として「私が全てをやってやるなければ」というパターンリズム（保護主義）に陥る危険性があります。

相談支援専門員は常に、「自分が利用者の立場であったら、どういう生活をしたいか」というアセスメント視点を自問自答し、利用者の権利擁護の視点を確認するという姿勢が必要です。

第2章 相談支援の流れ

第1節 受付相談

■ 受付相談の意義と目的

第5条

17 この法律において「相談支援」とは、次に掲げる便宜の供与のすべてを行うことをい
い、「相談支援事業」とは、相談支援を行う事業をいう。

- 一 地域の障害者等の福祉に関する各般の問題につき、障害者等、障害児の保護者又は障害者等の介護を行う者からの相談に応じ、必要な情報の提供及び助言を行い、併せてこれらの者と市町村及び第29条第2項に規定する指定障害福祉サービス事業者等との連絡調整その他の厚生労働省令で定める便宜を総合的に供与すること。
- 二 第19条第1項の規定により同項に規定する支給決定を受けた障害者又は障害児の保護者（以下「支給決定障害者等」という。）が障害福祉サービスを適切に利用することができるよう、当該支給決定障害者等の依頼を受けて、当該支給決定に係る障害者等の心身の状況、その置かれている環境、障害福祉サービスの利用に関する意向その他の事情を勘案し、利用する障害福祉サービスの種類及び内容、これを担当する者その他の厚生労働省令で定める事項を定めた計画（以下この号において「サービス利用計画」という。）を作成するとともに、当該サービス利用計画に基づく障害福祉サービスの提供が確保されるよう、第29条第2項に規定する指定障害福祉サービス事業者等その他の者との連絡調整その他の便宜を供与すること。

留意点・その他

相談支援専門員は、相談に見えた方（以下「相談者」という。）とのこれからの関係を視野に入れると、最初の受付の場面には特別の意味があり、ケアマネジメントに結びつけるためにも、重要な場面です。

相談者と相談支援専門員が最初に接触するのが、受付相談です。

【インテーク】

相談者が何で相談に来たのか、話しやすい雰囲気をつくる工夫が重要なポイントになります。そのポイントとは、

①信頼関係を築く。

【信頼関係】

相談者の言うことを、ありのままに受け入れることから始まります。何事も決めつけて接することは禁物です。相談者は自ら生活上の問題や困難を抱え、不安を抱いて来ますので、安心して話ができる雰囲気をつくる努力が大切です。それが信頼関係に結びつけば、ケアマネジメントはより有効的に発揮できます。

②不安を和らげる。

【不安を和らげる】

多くの相談者は、今現在自ら直面している困難や問題に対する不安を抱えて相談に来ます。

相談支援専門員は、最初は聞き役になり、訴えがまとまりのないものであっても、全体像から主訴をつかみます。

相談者が「思いを吐露」し、それに傾聴することから不安を取り除いていき、ケアマネジメントの過程に結びつけ

る関係を作り上げていく段階になります。

《バイステックの7原則》

【個別化の原則】

③個別化してとらえる。

相談支援専門員にしてみれば、「よくあるケース」かもしれませんが、相談者を取り巻く環境は、一つとして同じというものはない（「唯一無二」）という姿勢で相談することが基本です。

【唯一無二】

④感情をうまく表現できるよう手伝う。

相談支援専門員は、相談者の感情に敏感で、洞察性を鋭敏に働かせるという感性の豊かさが必要です。

【意図的な表情表出の原則】

相談者は、相談中に不安、恐れ、悲観、怒りなどで、心を乱すこともあれば、苦しかったけど嬉しかったことや楽しかったこと、助けられたことなど、プラスの感情も表出されます。

また、「できれば将来こういうことができればいいと思う」など、期待や希望を生き生きと表現することもあります。

【相談者が理解できてくる】

相談支援専門員は、このような否定的な感情と肯定的・希望的感情の両面を、言葉にして話してもらえるよう働きかける必要があります。

【統制された情緒的関与の原則】

⑤感情の統制（コントロール）

相談者から表出される様々な内容や状況に、相談支援専門員自身の生育環境や性格、道徳規範、価値観などから、相談支援専門員の感情が動かされることがあります。

どのような状況においても、相談者との信頼関係の構築やこれからケアマネジメント過程での人間関係を見据え、マイナスの影響を及ぼさないように、自分の表情や態度・姿勢をコントロールする訓練と能力が求められます。

【受容の原則】

⑥受容する姿勢

相談支援専門員が、相談者の話を受け入れる姿勢を示すことによって、相談者がどんな気持ち、どんな思い、どんな希望を持っているかを理解しようとする態度が伝わることとなります。

【非審判的態度の原則】

⑦審判的態度で接しない

相談者の障害や価値観はさまざまです。相談支援専門員は、権威的な態度や画一的な対応に陥ることなく、更に相談支援専門員自身の価値基準で相談者を評価しない態度を保つべきです。

【自己決定の原則】

⑧自己決定を原則とする

相談者がケアマネジメントを行う対象者になったとき（このときから「利用者」となります。）、基本的ルールを説明する必要があります。

相談支援専門員が利用者の全てを一方向的に援助するのではなく、利用者が自身の生活をどのように望むのか、その希望に向けてケアマネジメントを展開していきます。その過程では、利用者自身の意志を尊重していく基本姿勢を示し、自己決定が自立支援の原則であることの認識を促します。

自己決定に対して、相談支援専門員は側面から専門的後押しをするという位置づけを明確にしておく必要があります。

す。

⑨守秘義務を告げる。

極めてプライベートな相談になるため、生活上の困難や問題を安心して話ができるよう、相談の内容について、秘密は厳守するという原則をきちんと話すことが大切です。

以上のような面接場面における相談支援専門員の態度を説明しましたが、このほかに、家庭訪問の形態をとることがあります。

■ 受付相談の内容と方法

(1) 障害者と接触する経緯

障害者と接触する経緯は、様々な例が考えられます。代表的な受付相談の想定例を紹介します。

①障害者本人からの受付相談の場合

- ・障害者は、法やその他制度等（資源）をよく知っているわけではありません。相談支援専門員は当たり前のこととして使用する言葉でも、障害者にとっては耳慣れない、初めて耳にする言葉が多くあります。
- ・相談支援専門員は、専門用語の使用を避け、わかりやすく説明することを心がける必要があります。

②家族などの関係者からの受付相談の場合

- ・①と同様に、制度や専門用語に精通していないので、丁寧な説明を行う姿勢が必要です。
- ・家族などの相談や訴えは、障害者のニーズと一致しているとは限らないので、家族等の相談を受け入れるとともに、後で本人と面談する了解を家族から得ることが必要です。
- ・ケアマネジメントにおいては、障害者のみならず、相談過程においては家族を含めて捉える必要があります。

③関係機関からの受付相談

- ・関係機関は、市町村の障害者担当や他の相談支援事業者又は医療機関である場合があります。
- ・相談支援専門員は、障害者と接触する前に、関係機関に情報の提供を求め、本人について情報収集しておくことが必要です。
- ・この場合、個人情報管理に十分配慮し、関係機関は障害者又は家族から情報提供の承諾を得ておく必要があります。

④電話による受付相談

- 1) 障害本人から直接電話で相談があった場合は、家庭訪問して詳しい話しを聞くことを前提に、あまり長い電話にならないようにすることが望ましい。

【秘密保持の原則】

- ・電話で相談があった場合は、訪問する日時 of 約束をし、訪問する前日に訪問の確認をするのが理想的です。
- ・障害者は一度の説明では、必ずしも理解したとは限りません。大切なことは何度も繰り返し、丁寧に説明することが必要です。
- ・非言語的コミュニケーションも障害者の感情面を汲み取れます。

- ・障害者とどういう関係であるかを確認する。
- ・障害者本人のニーズで相談に来たのか。
- ・障害者との面会の承諾を得ることが必要です。

- ・なぜ、依頼をすることになったのかを確認しておく。

【本人からの電話相談】

- ・家庭訪問の了解が得られることが前提。障害者の生活している住居等の環境をベースに相談を受けることが大切。

2) 家族など関係者から電話で相談があった場合は、電話の相手が障害者本人とどういう関係であるかを確認した上で、家庭訪問して、障害者と直接面接することについての了解を得ることが大切です。

3) 関係機関からの電話による相談があった場合は、家庭訪問する前に、詳しい利用者の内容を引き継ぎたい旨を伝えることが大切です。

(2) スクリーニング

- ・ ケアマネジメントを必要とする障害者であるかどうかを判断する段階です。
- ・ ケアマネジメントの対象者は、複数の多様な生活課題（ニーズ）を抱えた人です。

・ 複数の社会的ニーズを抱えた人であっても、緊急に入院治療が必要な人や深刻な虐待状況にある人は、ケアマネジメントの援助の対象者よりも、入院や緊急的対応を考える必要があります。

・ この段階で重要なことは、インテークで把握した情報から、自分の相談支援事業者で対応できるか否かを判断することです。もし、対応が困難であると判断した場合は、適切な機関を紹介する手続きをとる必要があります。

《対応の可能性を判断する事例》

- 1) 医療の緊急性が高い。
- 2) 虐待等専門の機関での緊急的対応が高い。
- 3) 精神障害者で、医療的アプローチが比較的高い。
- 4) 他の制度（介護保険、教育、就業）の対象者である。
など

(3) 記録の重要性

- ・ 受付相談を行った時から、記録が始まります。記録することから相談者のイメージが湧き、本人像が絞り込まれてくるものです。
- ・ 記録は、ケアマネジメント過程における検討資料や関係機関等との担当者会議など、様々な場面における資料として活用されますし、苦情や事故などにより第三者機関から資料提出を求められたときの重要な証拠ともなります。
- ・ 記録は、パソコンにソフトとして入っているものが増えてきますが、記録を容易に変更できたり、表現を変えることができるので、ペンで書いたり、プリントアウトしたものに責任者が押印するなどの方策を講じておくことが良いでしょう。（訂正は見え消しとすることが望ましい。）

【家族等からの電話相談】

- ・ 電話の相手が、障害者とどういう関係であるかが重要。
- ・ 家庭訪問の了解を得る。

【関係機関からの電話相談】

- ・ 専門職同士の情報交換は、よい刺激になる。情報の捉え方や整理の仕方、客観性などが参考になる。

【スクリーニング】

【ケアマネジメントの対象者】

【ケアマネジメントの非対象者】

【関係機関との連携】

【対応可能な範囲の判断】

- ・ 対象者の課題・問題の内容性を得意とする機関との調整
- ・ 対象者に相談支援を別の機関に調整することを、理由付けして了解をいただき、お願いした機関の相談支援専門員と同行訪問して引き継ぐ。

【記録と契約主義の関係】

- ・ サマリーにして記録する。
- ・ 障害者の全体像が整理された台帳を用意しておく。
- ・ 苦情や事故に対してどういう対応をとったのかを記録しておく。
- ・ 記録は、事業者の管理者に定期的に提出し、組織的に記録が管理されていることが望ましい。
- ・ 管理者やスーパーバイザーの関わりが、事故や苦情解決及び事業者の質の向上に役立ちます。

■ 障害福祉サービスの説明

相談の過程において、障害者はほとんどサービスに関する情報は持ち合わせていないのが普通です。相談支援専門員はサービスを一方的に提供するのを避け、社会資源一覧表のような資料を準備しておき、更に、サービス提供事業者や様々な社会資源等のパンフレットを準備しておく、その中から障害者が選ぶという手法をとることが望ましいと思われま

す。こういう配慮を欠いた場合、

- ・相談支援専門員に一方的に事業者や資源を薦められた。
 - ・色々情報を提供してくれれば、他の事業者が選べたのに。
 - ・相談支援専門員に一方的にサービスを薦められた。
- などの苦情を受ける原因となります。

- ・社会資源一覧と事業者パンフレットの準備があれば、利用者は選びやすい。
- ・社会資源一覧には、自分の目で見たと客観的な評価をしておく方が良い。
- ・公平・中立は相談支援専門員のモラル
- ・苦情対応は常に念頭に置く。

第2節 支給決定プロセス（相談支援の流れに沿って）

ここでは、介護給付の申請を受けた場合の流れに沿って説明します。

■ 申請

（1）申請は、次の場合が想定されます。

①本人又は家族等が市町村窓口に来る場合

- ・申請書の内容を確認する。
- ・医師意見書作成の医師がいるかを確認する。
（通院又は投薬を受けている医療機関を確認する。）
- ・サービス利用計画書を作成するに当たり、障害程度区分認定調査票、概況調査票及び医師意見書等を委託相談支援事業者、サービス提供事業者等に資料として提示することに同意するかの確認をします。

②委託相談支援事業者が申請を代行する場合

- ・①の他に、申請を代行する者が委託相談支援事業者であるかを確認する。

（2）申請書を受理した場合、市町村は次の手順で事務処理をします。

①申請者情報と認定調査員名、認定調査票提出期限等の内容を付して、市町村審査会に送付する。

②市町村審査会は、医師意見書を医師（医療機関）に依頼する。

③認定調査票と概況調査票を認定調査員に送付する。

（3）緊急やむを得ないサービスの利用の場合

申請から支給決定されるまでの間に、緊急やむを得ない理由によりサービスを必要とされる方の場合は、特例介護給付費又は特例訓練等給付費によりサービスの提供を受けることができます。

（特例介護給付費又は特例訓練等給付費）

第30条 市町村は、次に掲げる場合において、必要があると認めるときは、厚生労働省令で定めるところにより、当該指定障害福祉サービス等又は第二号に規定する基準該当障害福祉サービス（支給量の範囲内のものに限る。）に要した費用（特定費用を除く。）について、特例介護給付費又は特例訓練等給付費を支給することができる。

一 支給決定障害者等が、第二十条第一項の申請をした日から当該支給決定の効力が生じた日の前日までの間に、緊急その他やむを得ない理由により指定障害福祉サービス等を受けたとき。

二 支給決定障害者等が、指定障害福祉サービス等以外の障害福祉サービス（次に掲げる事業所又は施設により行われるものに限る。以下「基準該当障害福祉サービス」という。）を受けたとき。

■ 障害程度区分認定調査・概況調査

（1）障害程度区分認定調査

★認定調査は、障害程度区分を判定するために、三障害共通の客観的調査項目を設定したものであります。

- ・ここでは、市町村の担当者や指定相談事業者は、障害程度区分を判定するために、三障害共通の客観的な指標である

- ・介護保険優先者の確認をする。
- ・主治医がいない場合は、市町村が協力医としてお願いしている医療機関を紹介する。

・提出期限を付ける。

・提出期限を付ける。

【特例介護給付費】

【認定調査】

- ・どういうところに着目して調査

認定調査を行うわけですが、現実的には、このとき同時にニーズアセスメントも行われることもあります。

- ★認定調査は、精度の高い調査になるよう、マニュアルを熟読し、どういうことに着目した調査項目であるか、調査の要領をつかみ、調査イメージを作ることが重要です。
- ★チェック内容を説明する必要がある場合は、必ず「特記事項」に補足記載することが、程度区分認定の精度を高めることを認識して調査に望むことが重要です。
- ★概況調査票は、認定調査対象者や家族及び住居環境等を踏まえた、全体的イメージが浮かぶ内容になるように整理することが重要です。
- ★認定調査は、調査依頼を受けてから、概ね10日間程度で市町村審査会に届けます。

するのか、マニュアルを参照する。

【特記事項】

- ・程度区分認定の精度を高める重要な補足効果。

【概況調査】

- ・認定調査者等の全体的イメージが浮かべられる調査

(申請)

第20条 支給決定を受けようとする障害者又は障害児の保護者は、厚生労働省令で定めるところにより、市町村に申請をしなければならない。

2 市町村は、前項の申請があったときは、次条第一項及び第二十二条第一項の規定により障害程度区分の認定及び同項に規定する支給要否決定を行うため、厚生労働省令で定めるところにより、当該職員をして、当該申請に係る障害者等又は障害児の保護者に面接をさせ、その心身の状況、その置かれている環境その他厚生労働省令で定める事項について調査をさせるものとする。この場合において、市町村は、当該調査を第三十二条第一項に規定する指定相談支援事業者その他の厚生労働省令で定める者（以下この条において「指定相談支援事業者等」という。）に委託することができる。

3 前項後段の規定により委託を受けた指定相談支援事業者は、障害者等の保健又は福祉に関する専門的知識及び技術を有するものとして厚生労働省令で定める者に当該委託に係る調査を行わせるものとする。

★認定調査の手順

①市町村職員が認定調査を行う場合

- ・申請を受理した時点で、誰が調査員になるかを決定し、申請者に調査員を紹介し、調査日時を調整します。

②委託相談支援事業者に認定調査を委託する場合

- ・委託相談支援事業者に認定調査依頼します。
- ・依頼を受けた委託相談支援事業者は、申請者に電話等で連絡し、訪問する調査員名を告げ、調査日時を調整します。

- ・市町村は委託契約書を締結していること。「認定調査員研修」修了書を添付。

★認定調査員の要件

認定調査員は、都道府県が行う「認定調査員研修」を終了し、修了書の交付を受けている者です。

【認定調査員の要件】

★罰則

認定調査員は、過去にその職にあった者も含め、認定調査に関連して知り得た個人の秘密に関して守秘義務があります。これに違反した場合は、公務員に課せられる罰則が適用されます。

- ・守秘義務の遵守
- ・委託相談支援事業者の調査員は公務員に課せられる罰則が適用

(申請)

第20条 省略

5 第二項後段の規定により委託を受けた指定相談支援事業者等の役員又は第三項の厚生労働省令で定める者で、当該委託業務に従事するものは、刑法（明治四十年法律第四十五号）その他の罰則の適用については、法令により公務に従事する職員とみなす。

(2) 概況調査

- ・概況調査は、認定調査にあわせて、本人及び家族等の状況や、現在のサービス内容や家族からの介護状況が詳しく記載されていることがポイントです。特に、日中活動関連、介護者関連、居住関連は詳細に記載されていることが重要です。
- ・認定調査対象者の課題や問題、暮らしにくさ、希望などが見えてくるか。
- ★概況調査をサービス利用計画作成に利用することに、同意するか否かの確認がされているかを確認します。
- ・「記載例」を参考にする。

■ 一次判定（コンピュータ判定）

- ★障害者と高齢者で介護に共通する部分については、介護保険制度における認定調査項目で一次判定を行うこととしました。
- ★更に、知的障害者、精神障害者に特有の生活上の困難さを認定調査項目として追加し、一次判定に用いることとしました。
- ★市町村認定審査会事務局の手順
- ①認定調査員は、市町村認定審査会の事務局に認定調査票、概況調査票を届けます。
- ②審査会事務局は認定調査項目をコンピュータに入力する。警告コードが発生した場合は、認定調査員に確認し、警告の整理を行います。
- ③医師意見書が届いた時に、認定調査票と医師意見書の共通項目の突合を行い、矛盾点は両者から聞き取り、整理を行います。
- ・精度の高い認定調査が、一次判定の精度を高めます。

■ 医師意見書

医師意見書は、疾病、身体の障害内容、精神の状況、介護に関する所見など、申請者の医学的知見から意見を求めるものです。

これは、二次判定において、一次判定を補足する資料という重要な位置づけで使用するものです。

(障害程度区分の認定)

第21条 省略

2 市町村審査会は、前項の審査及び判定を行うに当たって必要があると認めるときは、当該審査及び判定に係る障害者等、その家族、医師その他の関係者の意見を聴くことができる。

- ・特に知的障害者の場合、通院歴のないことも想定されます。このような場合に備えて、市町村では、地域の知的障害者施設の嘱託医等を協力医としてお願いしておくことが、障害程度
- ・介護給付の申請を行ったとき、【通院歴のない知的障害者の医師意見書の扱い】