



統合失調症患者にどのような社会的サービスが必要か

安西 信雄

Key Words

schizophrenia, social services, care management, assertive community treatment, deinstitutionalization

1 社会的サービスとは

家族や近隣、友人などによる支援はインフォーマル・サービスと呼ばれ、地方自治体や国が提供する公的な支援はフォーマル・サービスと呼ばれる。後者は従来「福祉」と呼ばれてきたものにほぼ一致するが、精神障害に限らず、近年そのあり方が大きく変貌してきている。

従来は福祉といえば貧困対策(低所得性に着目した生活保護や母子家庭への支援などの施策)であったが、イギリスにおけるコミュニティ・ケア改革の中で既存の対策は「ニーズにも沿わず、非効率」と考えられるようになった。そこで登場したのが「対人社会サービス(personal social services)」の考え方である^{6,7)}。こうした考えの背景には、地域で自立して生活する能力に乏しい人たちを施設に収容する方式から、個々のニーズの正確なアセスメントに基づき社会資源の活用を個別的に調整し地域生活を支援するケアマネジメントへの転換がある。

わが国では2000年に社会福祉基礎構造改革⁸⁾に関連した一連の法改正が行われ支援費制

度が発足した。この改革の基本的方向は、①サービスの利用者と提供者の対等な関係の確立(措置から契約への転換)、②個人の多様な需要への地域における総合的支援、③信頼と納得が得られるサービスの質と効率性の確保、④幅広い要望に応える多様な主体の参入促進、⑤住民の積極的な参加による豊かな福祉文化の土壌の形成、⑥情報公開などによる事業運営の透明性確保にまとめられている。これらの根底にある「社会福祉の理念」は、「自己責任に委ねることが適当でない問題に社会連帯に基づく支援」を行い、「自己実現と社会的公正」を図ることにあるとされた。支援費制度は2003年4月に施行されたが、予想を上回るニーズの掘り起こしがあり、急激な支出拡大の結果、短期間で財政破綻をきたした。

その後、2004年10月に厚生労働省から発表された「今後の障害保健福祉施策について(改革のグランドデザイン案)」¹¹⁾では、「基本的な視点」として、市町村中心の一元的体制により地域福祉の実現を図る「障害保健福祉の総合化」、保護から自立支援へ、自己実現・社会貢献を図る「自立支援型システムへの転換」とともに、給付の重点化・公平化と制度の効率化・透明化を図る「制度の持続可能性の確保」の3つの柱が謳われた。これは社会福祉基礎構造改革の理念を

継承しつつ、理念と財政との両立を図る努力の成果と考えることができる。そのために採用された方法が、給付の重点化・公平化(障害認定の基準を設けて必要な人に必要なサービスを提供する)、制度の効率化・透明化(認定の仕組みを確立し、国民の前に明らかにする)ということである。

精神障害の分野では、高橋¹⁹⁾が述べているように、2003年12月に発表された社会保障審議会障害者部会精神障害分会報告により、わが国の精神障害者施策の問題点と改革の方向性が明示され、それが精神医療改革については2004年9月の精神保健福祉の改革ビジョン¹²⁾に、地域生活支援については改革のグランドデザイン¹¹⁾と障害者自立支援法に結実したという流れになる。

障害者自立支援法についてはさまざまな議論があるが、障害を持つ人への社会的サービスのあり方を上記の「対人社会サービス」の方向へ転換していく可能性を持つものと考えられる²⁾。以下、統合失調症患者の実態と、必要な社会的サービスにつき検討を進める。

2 わが国における統合失調症患者の実態と「改革ビジョン」の課題

平成8年厚生省患者調査によれば精神障害を持つ患者数は217万人と推定されている¹⁰⁾。日本の人口が約1億2,500万人であるから、人口の1.7%が精神障害を持つことになる。通院・入院を含めた統合失調症(統合失調型障害および妄想性障害を含む)患者は72万人なので人口の約0.6%になる。

精神科病院の在院患者は約33万人で、うち統合失調症が21万人で64.9%、血管性および詳細不明の認知症が10.9%、気分障害6.7%、アルコール5.2%である。退院患者の在院日数は、全科では40.8日であるが、精神および行動の障害では330.7日、統合失調症(統合失調型障害および妄想性障害を含む)に限ると606.1日とさらに長くなる。これは退院患者から求めた平均在

院日数であるが、大島¹⁵⁾によると平成8年患者調査から実際の入院期間を算出すると平均8.5年になったという。これらの在院患者のうち地域での受け入れ条件が整えば退院可能ないわゆる社会的入院患者は諸調査から30~40%とされている¹⁵⁾。これらの患者の多くは地域生活に移行するために支援を必要としており、地域ケアの対象と考えられる。

一方、外来患者は約183万人で、統合失調症(統合失調型障害および妄想性障害を含む)が50万人で27.3%、神経症圏が24.9%、気分障害22.3%、てんかん16.7%となっている。

大島¹⁵⁾は昭和58年の精神衛生実態調査から援助サービスが必要な数を、通院では全精神障害の41%、統合失調症の57%、入院では全数が要援助と推定し、それを平成8年患者調査に適用して要援助患者数を推計した。それによると、全精神障害では通院患者64.2万人、入院者34万人で合計98.2万人。うち統合失調症では通院者21万人、入院者20.5万人で合計41.5万人と試算された。

以上により、精神保健医療福祉の改革ビジョン¹¹⁾に謳われている「入院医療中心から地域生活支援中心へ」の転換と、精神科在院患者の7万人以上の地域移行の実現の成否は、精神科在院患者の2/3近くを占める統合失調症患者の退院と地域生活支援にかかっていることが明らかである。現状では、わが国の統合失調症患者71万人のうち21万人(29.6%)が入院していることになるが、地域生活支援の拡充により、さしあたり14万人(19.7%)に減少させること、すなわち統合失調症患者の約3割が入院している現状を、約2割に減少させることが課題となる。

3 地域ケアのエビデンスとケアマネジメント

米国の州立病院の病床数は1955年には56万床であったが、1963年のケネディ教書により脱施設化と地域精神医療への転換が開始され、1976年には22万床に減り、1990年には人

口万対精神科病床数は6.4床に削減された。英国でも人口万対在院患者数は1954年の35人から1970年には23人、1993年には10人に減少した⁵⁾。米国では脱施設化の結果、さまざまな弊害が明らかになった。すなわち、退院患者の50～60%は地域生活を2年間維持できず、年間の再入院率が30%も増加するなど「回転ドア現象」が著しくなり、地域でのボードアンドケアホームでの生活の質は貧しくホームレスの増加が問題となった。そこで統合失調症などの重い精神障害(Severe Mental Illness; SMI)を持つ人が地域生活を行うためには援助が必要であることが明らかになり、米国精神保健研究所(NIMH)によって地域支援プログラム(Community Support Program; CSP)が1977年から全米数カ所で開始された。これは重い精神障害者を「過去5年間のうちに6カ月以上持続した1回の入院、または12カ月の間に2回かそれ以上の入院」のどちらかを満たす者と定義し、心理社会的治療の提供、危機介入サービス、権利擁護、ケースマネジメントなどの10項目のサービスを提供するものであった。そのうち、最も成果をあげ、その後各地で追試されることになったのがウィスコンシン州マジソンで実施されたACTであった¹³⁾。

マジソンのACT (Program of Assertive Community Treatment; PACT)は職員が生活の場に出向いて援助すること、多職種チームによる継続的なケア、スタッフ1人当たりのケースは10人前後、24時間・週7日のサービス、短時間で頻回の援助を実施した。SteinとTest¹⁷⁾は、マジソン郡で入院施設に紹介されてきた急性期の全患者(約半数が統合失調症)を無作為に伝統的な入院治療+アフターケアとPACTに振り分け14カ月間の追跡を行った。その結果、PACT群では入院期間が有意に短く、入院率が低く(18%対89%)、自立して生活している人の率が高く、職業的予後も良好で、精神症状も改善していた。その後、同様のプログラムがシドニーでも追試され1年後の追跡で同様の結果が得ら

れた。米国のDixon⁴⁾、Mueserら¹⁴⁾は詳細な検討によりACTにより重症の精神障害者について入院期間の短縮、地域生活の安定が得られ、症状や生活の質の改善にも中等度の効果が示されたことを確認した。わが国でも厚生科学研究費により伊藤・塚田らが国府台地区でACT-Jを実践し、入院期間の短縮などの効果を確認している⁸⁾。

地域ケアの運営方法についてBachrach³⁾は、①生活の場に出向いて行われる積極的支援(out-reach service)、②個別的なケア計画、③日常生活での援助、④当事者の長所を伸ばすサービス、⑤市民生活を行う権利と責任のある生活者として遇する援助、⑥危機介入体制、⑦他の機関や家族などの諸資源の調整を行う、⑧医療・保健・福祉の総合的ケア、⑨家族や友人への援助、⑩ケースマネジメントの重要性を強調している。

伊藤⁹⁾はACT-Jの経験をふまえて精神障害を持つ人に対してはACTのような直接サービス型のケアマネジメントが特に必要であることを述べている。高齢者の場合は福祉用具の貸与や住宅改造などの仲介型サービスが有効な場合も多いと思われるが、精神障害者については「サービスの前提にある安心感や安全保障感が侵襲されている場合」が多く、「本来であればさまざまなサポートが必要な人ほど、ときとしてサポートを遠ざけ周囲の人に対して拒否的」になるので、「時間をかけて作られていく対人関係の安心感が、ケアマネジメントの前提として欠かせない」こと、ACTで実施する買物同行や家事支援等の直接サービスがこうした信頼関係づくりに有効であることを述べている。

4 必要な社会的サービス

対象者に安心感や安全保障感を与えることのできる、信頼関係に基づくケアマネジメントが個々人のニーズに対応して提供されることが前提となる。ケアマネジャーは1人のケースに継

続的に関わり、さまざまなサービスを統合して供給する。その際には仲介型サービスだけでなく、現場での直接サービスも積極的に実施する。欧米ではケアマネジャーに入退院の権限や予算配分の権限が与えられているが、わが国でも関係者のチームとしてこうした機能を考慮すべきであろう。以下、Lieberman¹³⁾を参考に必要な社会的サービスを述べる。

1. 住居プログラム

期限の限定のない住居サービスが必須とされ、障害者の能力に応じた段階的な住居が利用可能で、より拘束性の低い住居に移行できることが必要とされる。アパートでの単身生活(必要に応じてスタッフが訪問指導)、共同住居(スタッフが訪問するものから常駐するものまでである)、ホスピタルホステル(24時間ケア体制の地域内の共同住居)などの選択肢が用意されるべきである。わが国においても、グループホームや福祉ホームなどが増加しているが、今後より重症で生活障害の強い患者にも地域生活を可能にするために援助者付きの住居サービスの拡充が必要と思われる。

2. 危機介入プログラム

地域リハビリテーションの前提として、再発などの危機状態の際にタイムリーに対応できる危機介入プログラムが必要である。これには緊急度によって、電話での対応、家庭訪問、家庭でのミーティング、緊急宿泊施設(レスパイトケア)、入院などがある。

3. 日中の活動援助

デイケア、共同作業所、ソーシャルクラブなどがあるが、就労援助プログラムが重要である。一般の労働者と同じ職場で、ジョブコーチによる就労支援を受けつつ一定の給与を得る援助付き雇用(supported employment)の実施が必要である。

5 おわりに

国際的潮流は「いまや精神的障害のある人々

をケアする場所は病院から地域社会に代わっている」¹⁶⁾とされる。わが国の入院中心の精神障害者医療とリハビリテーションを地域中心に移行させていくために、精神障害者の地域生活支援施策をさらに充実させることと同時に、「障害を持ちつつ地域社会で生活する」ことを可能にするために精神障害者の地域リハビリテーションの発展が求められている。

地域生活の支援が必要な人に必要なサービスを提供できる仕組みを社会として設けるために、精神障害者の要介護状態の評価方法の検討を進めること、特に実際のサービス提供を評価するタイムスタディなどの実証的な検討を進めることが必要と思われる。

文献

- 1) 安西信雄, 瀬戸屋雄太郎: 介護保険制度見直しと精神科医療, 精神障害者の要介護状態の評価について. 日本精神科病院協会雑誌 24: 28-33, 2005
- 2) 安西信雄, 瀬戸屋雄太郎: 障害者自立支援法と社会の在り方. 精神科 8: 314-319, 2006
- 3) Bachrach LL: Research on services for the homeless mentally ill. Hosp Com Psychiatry 35: 910-913, 1984
- 4) Dixon L: Assertive community treatment: Twenty-five years of gold. Psychiatr Serv 51: 759-765, 2000
- 5) 長谷川憲一: イギリス, アメリカの現状. 井上新平, 堀田直樹編: 精神科リハビリテーション・地域精神医療, 臨床精神医学講座 20. 中山書店, 東京, pp62-72, 1999
- 6) 広井良典: 日本の社会保障. 岩波新書, 東京, 1999
- 7) 広井良典: ケアを問い直す—<深層の時間>と高齢化社会. ちくま新書, 東京, 1997
- 8) 伊藤順一郎, 西尾雅明, 大島 巖ほか: 精神医療システムの改革 その理念とエビデンス—日本版 ACT (ACT-J) 研究事業の成果と今後の展望. 精神医学 47: 1345-1352, 2005
- 9) 伊藤順一郎: 障害者自立支援法の実施に向けて, 精神科医療とケアマネジメント. 日本精神科病院協会雑誌 25: 14-22, 2006
- 10) 厚生省大臣官房統計情報部: 平成 8 年患者調査, 1996
- 11) 厚生労働省障害保健福祉部: 今後の障害保健福

- 祉施策について（改革のグランドデザイン案），
2004年10月12日
- 12) 厚生労働省精神保健福祉対策本部：精神保健医療福祉の改革ビジョン，2004年9月
 - 13) リバーマン RP 編（安西信雄，池淵恵美監訳）：リバーマン—実践的精神科リハビリテーション．創造出版，東京，1993
 - 14) Mueser KT, Bond GR, Drake RE et al : Models of community care for severe mental illness. A review of research on case management. Schizophr Bull 24 : 37-74, 1998
 - 15) 大島 巖：精神障害者の実態：精神障害者の困難状態と援助必要性．蜂矢英彦，岡上和雄監修：精神障害リハビリテーション学．金剛出版，東京，pp127-133, 2000
 - 16) Shepherd G（長谷川憲一，小川一夫，伊勢田堯訳）：精神科リハビリテーションの最近の発展．精リハ雑誌 1 : 56-70, 1997
 - 17) Stein LI, Test MA : Alternatives to mental hospital treatment. Arch Gen Psychiatry 37 : 392-397, 1980
 - 18) 炭谷 茂編著：社会福祉基礎構造改革の視座—改革推進者たちの記録．ぎょうせい，2003
 - 19) 高橋清久：わが国の精神医療・福祉施策の動向．精神医学 47 : 1327-1333, 2005

*

*

*



障害者の ケアマネジメント・プロセス(5)

—— 障害程度区分の認定の一次判定 ——

前は、障害程度区分の認定の流れについて触れました。介護保険制度における介護認定の手続きと同様に行政手続きです。今回は、この障害程度区分の認定についてさらに詳しく触れたいと思います。

障害程度区分の認定調査

認定調査は106項目から構成されており、障害福祉サービスの支給決定を受けようとする障害者はすべてこの認定調査を受けることになります。

認定調査では、専門性はもとより、中立性・公平性が重要になります。従って、市町村は安易に外部に委託するのではなく、まずは市町村職員が実施することが望ましいと、厚生労働省は指摘しています。市町村

職員が自ら実施できない場合、嘱託職員を活用することも考えられています。いずれにしても、認定調査員の研修を受けなければ、認定調査を円滑に進めることは難しいでしょう。介護保険制度の認定調査を実施しているから安易に障害程度区分の認定もできると思うのは早計です。障害者の介護を的確に評価する27項目が加わっており、その判断基準を習得することが大切です。嘱託職員の活用ではなく、市町村の地域内に中立かつ公平な立場で調査できる主体がある場合、市町村の判断で、その機関に委託することができます。

図1 障害程度区分認定の流れ

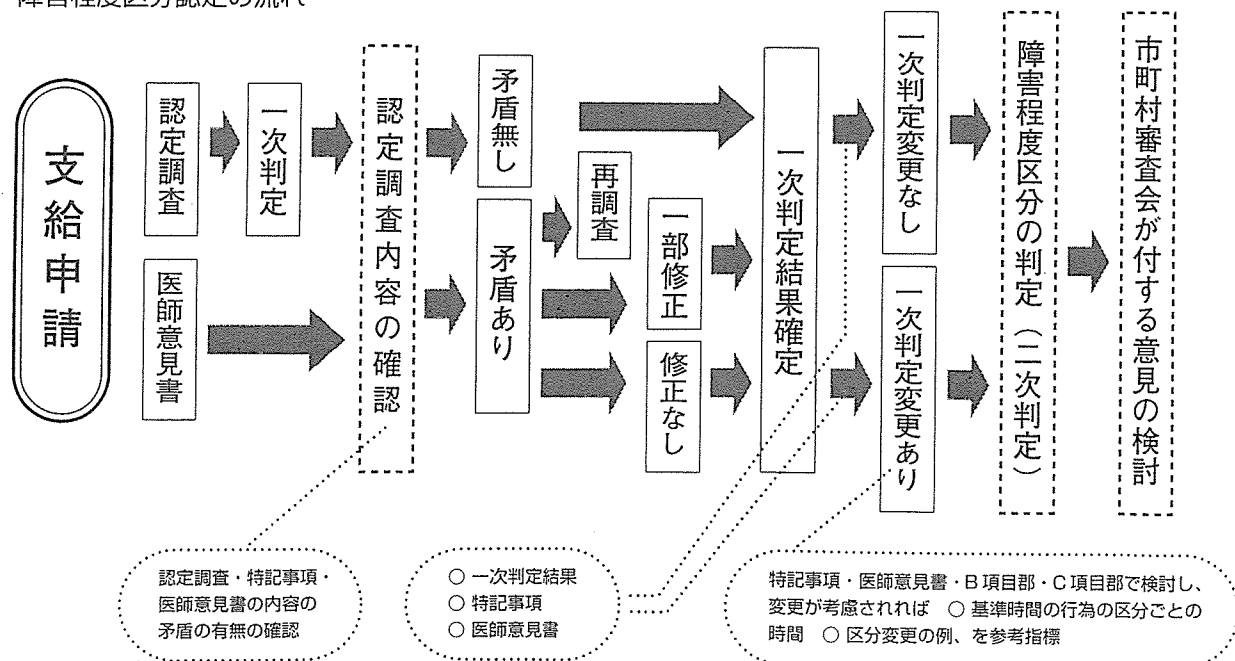


図 2 障害程度区分基準時間

区分 1	障害程度区分基準時間が	25分以上32分未満	である状態又はこれに相当すると認められる状態
区分 2	障害程度区分基準時間が	32分以上50分未満	である状態又はこれに相当すると認められる状態
区分 3	障害程度区分基準時間が	50分以上70分未満	である状態又はこれに相当すると認められる状態
区分 4	障害程度区分基準時間が	70分以上90分未満	である状態又はこれに相当すると認められる状態
区分 5	障害程度区分基準時間が	90分以上110分未満	である状態又はこれに相当すると認められる状態
区分 6	障害程度区分基準時間が	110分以上	である状態又はこれに相当すると認められる状態

※これに相当すると認められる状態とは、行動障害と IADL の結果を勘案して、その状態に相当する、あるいは、障害程度区分認定基準時間、認定調査（109 項目）の結果、特記事項及び意見書を勘案して、その状態に相当すると認められる状態

経過的な取り扱いとして、今年9月までは、認定調査員の研修を受けることを条件に、市町村は、現行の相談支援事業者、介護保険の指定市町村事務受託法人、居宅介護支援事業者に委託することができます。10月以降は、認定調査員の研修を受けることを条件として、委託相談支援事業者・指定市町村事務受託法人、障害者支援施設（新規認定の場合、委託することはできません）に委託することができます。

調査結果の整合性を吟味します。矛盾がないときは、一次判定の結果を確定します。もし、医師意見書の内容と矛盾する場合、認定調査員等に内容を確認します。あるいは再調査をすることもあります。このようにして、一次判定結果を確定していくことになります。一次判定の結果は、非該当、区分1～6までの区分になります（図1参照）。

ここで、留意しなければならないのは、一次判定の結果には2段階のプロセスがあるということです。まず、第1段階は、介護保険制度における要介護認定を行う79項目と同じ認定調査項目によって非該当から区分1～6までの調査結果があります。厳密には、介護保険制度における要介護度が算出されます。それによって、障害程度区分基準時間が算出されます（図2参照）。第2段階は、この要介護度をもとに、IADLスコアと行動障害スコアの障害者の介護を反映する項目を勘案します。



障害程度区分基準時間

一次判定で、まず市町村の審査会事務局は、認定調査の結果をコンピュータ判定にかけることになります。そこで、コンピュータから警告コードが発生した場合、

表 1 IADLスコア表

調理（献立を含む）	できる	0点	見守り・一部介助	0.5点	全介助	1.0点
食事の配膳・下善（運ぶこと）	できる	0点	見守り・一部介助	0.5点	全介助	1.0点
掃除（整理整頓を含む）	できる	0点	見守り・一部介助	0.5点	全介助	1.0点
洗濯	できる	0点	見守り・一部介助	0.5点	全介助	1.0点
入浴の準備と後片付け	できる	0点	見守り・一部介助	0.5点	全介助	1.0点
買い物	できる	0点	見守り・一部介助	0.5点	全介助	1.0点
交通手段の利用	できる	0点	見守り・一部介助	0.5点	全介助	1.0点

（注）各項目の点数を総計した値について 7点満点を6点満点に置き換えた結果値をスコアとする



一次判定における 障害者の介護状態の反映

障害者の介護状態を適切に反映するためには、二つの要因があります。まず一つは、表1のIADLスコアについて、回帰分析を行った結果得られた変数(X3)

が1以上1.5未満のときに1段階、1.5以上の場合に2段階重度に区分を変更することができます。二つめは、IADLスコアが1.28を超える、または行動障害スコアが0.07を超える場合に限り、非該当から区分1に変更することができます。

まず、区分の変更を考えるとときには、表1のIADLスコア表と表2の行動障害スコア表によって、それぞれのスコアを算出します。

表2 行動障害スコア表

泣いたり、笑ったりして感情が不安定になる	ない	0点	ときどきある	0.5点	ある	1.0点			
暴言や暴行	ない	0点	ときどきある	0.5点	ある	1.0点			
しつこく同じ話をしたり、不快な音を立てる	ない	0点	ときどきある	0.5点	ある	1.0点			
大声をだす	ない	0点	ときどきある	0.5点	ある	1.0点			
助言や介護に抵抗する	ない	0点	ときどきある	0.5点	ある	1.0点			
目的もなく動き回る	ない	0点	ときどきある	0.5点	ある	1.0点			
「家に帰る」等と言い落ち着きがない	ない	0点	ときどきある	0.5点	ある	1.0点			
1人で外に出たがり目が離せない	ない	0点	ときどきある	0.5点	ある	1.0点			
いろいろなものを集めたり、無断でもってくる	ない	0点	ときどきある	0.5点	ある	1.0点			
物や衣類を壊したり、破いたりする	ない	0点	ときどきある	0.5点	ある	1.0点			
特定の物や人に対する強いこだわり	ない	0点	ときどきある	0.5点	ある	1.0点			
多動または行動の停止	ない	0点	稀にある	0.5点	月に1回以上	0.5点	週に1回以上	ほぼ毎日	1.0点
パニックや不安定な行動	ない	0点	稀にある	0.5点	月に1回以上	0.5点	週に1回以上	ほぼ毎日	1.0点
自分の体を叩いたり傷つけるなどの行為	ない	0点	稀にある	0.5点	月に1回以上	0.5点	週に1回以上	ほぼ毎日	1.0点
叩いたり蹴ったり器物を壊したりなどの行為	ない	0点	稀にある	0.5点	月に1回以上	0.5点	週に1回以上	ほぼ毎日	1.0点
他人に突然抱きついたり、断りもなく物を持ってくる	ない	0点	稀にある	0.5点	月に1回以上	0.5点	週に1回以上	ほぼ毎日	1.0点
環境の変化により、突発的に通常と違う声を出す	ない	0点	稀にある	0.5点	週に1回以上	0.5点	日に1回以上	ほぼ毎日	1.0点
突然走っていなくなるような突発的行動	ない	0点	稀にある	0.5点	週に1回以上	0.5点	日に1回以上	ほぼ毎日	1.0点
再三の手洗いや、繰り返し確認のため、日常動作に時間がかかる	ない	0点	稀にある	0.5点	ある	1.0点			

(注) 各項目の総点数について、19点満点を6点満点に置き換えて、スコアとします

そこで、X2を次の回帰式から計算します。

$$X2 = 0.6903 \times X1 + 0.1796 \times (\text{IADLスコア}) + 1.1148$$

X2の値が出たら $X3 = X2 - X1$ によってX3を算出します。そこで、

X3 < 1の場合、

① X1 = 1 (非該当)であり、IADLスコア > 1.28 又は行動障害スコア > 0.07の場合、 $X4 = X1 + 1$ となり、非該当から区分1に変更できます。

② ①以外の場合には、 $X4 = X1$ で、変更は認められません。

$1 \leq X3 < 1.5$ の場合、

$X4 = X1 + 1$ となり、区分の1段階重度の判定になります。

$1.5 \leq X3$ の場合、

$X4 = X1 + 2$ となり、区分の2段階重度の判定となります。

図3 回帰式に当てはめるX1の変数

要介護度	要介護 5	要介護 4	要介護 3	要介護 2	要介護 1	要支援	非該当
区分	区分 6	区分 5	区分 4	区分 3	区分 2	区分 1	非該当
変数	7	6	5	4	3	2	1



一次判定等の表示

X1、X4を一次判定の候補とし、区分として表記されます。これらの回帰式の一連の計算は、コンピュータによって判定されます。しかしながら、障害者の介護状態を反映する理由や論理を理解しておくことは重要です。それは二次判定を理解するためにも重要となります。

図4は、パソコン画面に一次判定によって表示される例を示しています。つまり、79項目による障害程度区分基準時間は84.4分であったが、回帰式によって計算したところ、区分4から区分5に変更されたことを示しています。

図4 パソコン画面に出力される表示例

1 一次判定等 (この分数は、実際のケア時間を示すものではない)							
				プロセスI	区分(プロセスII)		
一次判定結果				: 区分4	→	区分5	
障害程度区分基準時間				: 84.4分			
食事	排泄	移動	清潔 保持	間接	行動 援護	機能 訓練	医療 関連
20 分	21.6 分	12.1 分	10.8 分	10 分	0.1 分	2.9 分	6.9 分



さいごに

ここまで障害程度区分の判定について、コンピュータによる判定の構造を解説しました。二次判定において、これらの調査項目をどのように勘案して修正するかが次の課題となります。従って、今回は、二次判定における市町村審査会の審査業務について解説したいと思います。

※ 筆者注：本原稿は、筆者が分担研究者として参加している厚生労働科学研究費補助金による障害保険福祉総合研究事業の研究成果を参考にしている

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(6)

市町村審査会

前回、障害程度区分認定の一次判定について解説しました。障害程度区分の認定に係る事業の施行が10月となっていますので、4月から9月までの期間に都道府県の認定調査員及び市町村審査会の研修、認定調査等が実施されることとなります。市町村によっては審査会をどのように進めればよいか苦慮している様子ですが、今回は市町村審査会における障害程度区分の二次判定について触れたいと思います。



市町村審査会の役割

市町村審査会は、審査判定という大きな業務を二つ担っています。まず第一に、障害程度区分認定基準に照らして審査及び判定を行うこと、第二に、市町村が、支給要否決定を行うにあたり、意見を述べることです。

審査会の設置形態には、いくつか考えられますが、市町村単独で設置する、広域連合や一部事務組合で対応する、機関を共同で設置する、市町村の委託による都道府県審査会を設置する等の形態があります。設置に関しては、都道府県と市町村が十分に調整し、審査判定が円滑に実施できるようにすることが大切です。

委員は、市町村の非常勤特別職という身分になり、身体障害、知的障害、精神障害の障害種別の均衡に配慮し、障害保健福祉の学識経験者で中立かつ公正な立場で審査が行える者を任命することになっています。したがって、市町村職員や認定調査員は原則として委員になることはできないようになっています。委員は、市町村審査会委員研修を受講し、審査及び判定の趣

旨、考え方、手続き等を確認します。

審査会は、市町村から審査対象者の一次判定の結果、特記事項の写し、医師意見書の写し、概況調査票の写し等、個人を特定できない形で必要書類の提出を受けます。



審査判定の手続

① 一次判定の結果内容の確認

審査会は、まず一次判定の結果内容について確認作業に入ります。確認作業は、認定調査の結果をみて、特記事項及び医師意見書の内容と認定調査結果に矛盾がないかをみます。例えば、「座位保持ができる」と認定調査結果で明らかになっているのに、医師意見書では「座位保持ができない」と記述されている場合、明らかな矛盾です。このような矛盾を発見したら、再調査を実施するか、必要に応じて医師及び認定調査員に照会した上で、認定調査の結果を修正するかどうかを判断することになります。

表 認定調査項目の構造

A 項目群		
麻痺拘縮	移動	複雑動作
1-1 麻痺 (左一上肢)	2-1 寝返り	3-1 立ち上がり
麻痺 (右一上肢)	2-2 起き上がり	3-2 片足での立位
麻痺 (左一下肢)	2-3 座位保持	3-3 洗身
麻痺 (右一下肢)	2-4 両足での立位	
麻痺 (その他)	2-5 歩行	
拘縮 (肩関節)	2-6 移乗	特別介護
拘縮 (肘関節)	2-7 移動	
拘縮 (股関節)		4-1 ア じょくそう
拘縮 (膝関節)		4-1 イ 皮膚疾患
拘縮 (足関節)		4-2 えん下
拘縮 (その他)		4-3 食事摂取
		4-4 飲水
		4-5 排尿
		4-6 排便

認定調査結果を変更できないケースもあります。ただし、認定調査では得られなかった状況が、特記事項または医師意見書の内容（審査会における認定調査員及び医師の発言も含まれます）等によって新たに明らかになった場合は、必要に応じて変更することができます。

一部修正できないケースとして、すでに当初、一次判定の結果で勘案された心身の状況で、特記事項及び医師意見書の内容が調査結果と一致し、新たな状況が明らかになっていない場合には、その内容に基づく認定調査結果の一部を修正することはできません。さらに、特記事項や医師意見書の内容に記載されていない内容に根拠をおいて、修正することはできません。

② 一次判定結果の変更

認定調査結果を修正しなかった場合には、そのままの一次判定結果を、あるいは認定調査結果を修正した場合には再度一次判定用ソフトによる一次判定結果をみて、特記事項、医師意見書、B項目群、C項目群の内容から考察し、通常に比べてより長い（あるいは短い）時間の介護を要するかどうかを判断します。その判断に基づいて、一次判定結果を変更して二次判定結

果とします。しかしながら、すでに一次判定で評価されているB1項目群（79項目の要介護認定の結果で非該当となった場合にはB1及びB2項目群）のみをもって重度に変更することはできません。表に認定調査項目の構造を示しています。A項目群は、介護保険の要介護認定調査項目と同じで障害程度区分基準時間の区分を定める項目群です。B項目群は、一次判定においてIADLや行動障害のスコアによって区分変更するのに関係する項目群で、日常生活に関する7項目（B1項目）と行動面に関する9項目（B2項目）からなっています。C項目群は、障害の特性を補足的にとらえるための項目群で11項目からなっています。前号の一次判定に関する解説を思い出していただくと、79項目によって判定された結果、非該当になっている場合、要支援に変更するときに考慮する項目は、B1とB2のIADLと行動障害の11項目に着目していました。したがって、一次判定において、非該当となった人は11項目を考慮していることに留意します。一方、B1項目群は、79項目の調査結果の後にすでに考慮していることに留意します。

一次判定の結果の妥当性を検証する場合、障害程度区分基準時間の行為の区分毎の時間や区分変更例を参考にして検証します。

身の回り	行動	特別な医療
5-1ア 口腔清潔	7 ア 被害的	8-1 点滴の管理
5-1イ 洗顔	7 イ 作話	8-2 中心静脈栄養
5-1ウ 整髪	7 ウ 幻視幻聴	8-3 透析
5-1エ つめ切り	7 エ 感情が不安定	8-4 ストーマの処置
5-2ア 上衣の着脱	7 オ 昼夜逆転	8-5 酸素療法
5-2イ ズボン等の着脱	7 カ 暴言暴行	8-6 レスピレーター
5-3 薬の内服	7 キ 同じ話をする	8-7 気管切開の処置
5-4 金銭の管理	7 ク 大声を出す	8-8 疼痛の看護
5-5 電話の利用	7 ケ 介護に抵抗	8-9 経管栄養
5-6 日常に意思決定	7 コ 常時の徘徊	8-10 モニター測定
	7 サ 落ち着きなし	8-11 じょくそうの処置
	7 シ 外出して戻れない	8-12 カテーテル
	7 ス 一人で出たがる	
	7 セ 収集癖	
	7 ソ 火の不始末	
	7 タ 物や衣類を壊す	
	7 チ 不潔行為	
	7 ツ 異食行動	
	7 テ ひどい物忘れ	
意思疎通		
6-1 視力		
6-2 聴力		
6-3-ア 意思の伝達		
6-4-ア 指示への反応		
6-5ア 毎日の日課を理解		
6-5イ 生年月日をいう		
6-5ウ 短期記憶		
6-5エ 自分の名前をいう		
6-5オ 今の季節を理解		
6-5カ 場所の理解		

③ 二次判定

一次判定結果を確定し、修正の必要がない場合には二次判定として障害程度区分を確定することになります。もし、修正する必要がある場合、次の点に留意します。

まず、特記事項及び医師意見書の内容と認定調査の結果が一致し、新たな状況が明らかになっていない場合には一次判定の結果を変更することはできません。また、特記事項または医師意見書に記載されていない状

況を理由に一次判定の結果を変更することはできません。介護に要する時間とは直接に関係しない事項、例えば年齢、ある行為に要する時間などを理由に一次判定の結果を変更できません。ただし、ある行為に関して特記事項または医師意見書に記載されている内容に基づいて実際に受けている支援の具体的な内容から心身の状況を判断すると、介護に要する時間が延長または短縮していると判断されている場合には変更できます。

心身状況以外の状況は、障害程度区分の認定には考慮されません。例えば、施設入所・在宅の別、住宅環境、家族介護者の有無、現在受けているサービス等です。ただし、特記事項または医師意見書に記載されている内容に基づいて、居住環境や介護者の状況の変化に伴い本人の心身の状況に大きな変化が生じることが予想され、介護に要する時間が延長または短縮すると判断された場合は変更することができます。

B 1 項目群

9-1	調理
9-2	食事の配下膳
9-3	掃除
9-4	洗濯
9-5	入浴の準備の片づけ
9-6	買い物
9-7	交通手段の利用

B 2 項目群

7 ト	こだわり
7 ナ	多動・行動停止
7 ニ	不安定な行動
7 ヌ	自ら叩く等の行為
7 ネ	他を叩く等の行為
7 ノ	興味等による行動
7 ハ	通常と違う声
7 ヒ	突発的行動
7 ホ	反復的行動

C 項目群

6-3-イ	独自の意思伝達
6-4-イ	説明の理解
7 フ	過食、反すう等
7 ヘ	憂鬱で悲観的
7 マ	対人面の不安緊張
7 ミ	意欲が乏しい
7 ム	話がまとまらない
7 メ	集中力が続かない
7 モ	自己の過大評価
7 ヤ	疑い深く拒否的
9-8	文字の視覚的認識

その他、審査対象者の希望や抽象的な介護の必要性、例えば「介護の必要性が高い」等抽象的に表現されている記載のみで一次判定の結果を変更することはできません。



市町村審査会の意見

市町村審査会は、障害程度区分認定に関する審査判定を行なうとともに、必要に応じて支給要否決定に関して意見を述べるすることができます。まず、訓練等給付等の有効な利用に関して留意事項を述べるすることができます。その次に、障害程度区分の認定に関して、市町村はその有効期間を定めることになっています。そのため、市町村審査会は、障害程度区分認定の有効期間について、身体上または精神上的の障害の程度が6ヵ月から1年程度の間において変動しやすい状態であると

考えられる場合、施設から在宅、在宅から施設に変わる等、置かれている環境が大きく変化するなど、審査判定時の状況が変化する可能性があると考えられる場合など、現在の状況がどの程度継続するかという観点から、認定の有効期間を検討します。認定の有効期間は3年間ですが、市町村審査会の意見として、3ヵ月以上に設定することもできます。



さいごに

障害程度区分の二次判定について、解説しました。介護保険制度の要介護認定とは認定の手続きが異なりますので、障害程度区分の使用目的、障害程度区分の変更については、とくに留意しておくことが大切です。今回は、障害程度区分の認定が終わり、支給決定までのプロセスについて考えてみたいと思います。

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



障害者の ケアマネジメント・プロセス(7)

— 障害程度区分と障害福祉サービス —

前月号において、障害程度区分の認定までの手続きについて解説しました。いよいよ支給決定の段階になります。支給決定がなされる前に、障害程度区分が認定されて、どのような障害福祉サービスを利用できるのか知っておく必要があります。今回は、障害程度区分と障害福祉サービスの関連について解説します。

表1 障害福祉サービスI (介護給付)

	居宅介護	生活介護	療養介護	施設入所	短期入所
サービス内容	○ホームヘルプサービス	○食事や入浴、排せつ等の介護や日常生活上の支援を提供。 ○軽作業等の生活活動や創作活動の機会も提供。 ○これらを通じて、身体機能、日常生活能力の維持・向上を目指す。	○病院等への入院による医学的管理の下、食事や入浴等の介護を提供。 ○日常生活上の相談支援やレクリエーション活動等の社会参加活動支援を実施。また、声かけ、聞き取り等のコミュニケーション支援。 ○これらを通じて、身体能力日常生活能力の維持向上を目指す。	○夜間における入浴、排せつ等の介護や日常生活上の相談支援等。 ○生活介護の利用者は利用期間の制限なし。	○入浴、排せつ又は食事等の介護や日常生活上の介護や日常生活上の支援を提供する。
利用者像	障害程度区分が区分1以上(要支援以上である者)	常時介護が必要な障害者であって、障害程度区分3(併せて施設入所支援を利用する場合は区分4)以上であるもの。または年齢が50歳以上で障害程度区分2(併せて施設入所支援を利用する場合は区分3)以上であるもの。 ①身体機能の状態から、在宅生活することが困難であり、施設に入所して介護をうけながら安心した生活をしたい。 ②病院は退院したが、介護者の支援が必要のため、直接地域生活に移行することには、不安がある。 ③訓練施設を利用していたが障害の状態が悪化し、介護が必要な状態になった。	医療及び常時の介護を必要とする障害者のうち最期の入院による医療的ケアを要するもので、 ①筋萎縮性側索硬化症(ALS)患者等気管切開を伴う人工呼吸器による呼吸管理を行っている者であって障害程度区分が区分6以上。 ②筋ジストロフィー患者又は重症心身障害者であって障害程度区分が区分5以上。	生活介護利用者のうち障害程度区分4以上の者(50歳以上の場合は区分3以上)	居宅においてその介護を行う者の疾病その他の理由により、障害者支援施設その他の施設へ短期間の入所を必要とする者。
非該当					
区分1(要支援)	区分1				区分1
区分2(要介護1)	区分2	区分2(50歳以上)			区分2
区分3(要介護2)	区分3	区分3(50歳以上で、施設入所支援を利用)		区分3(50歳以上)	区分3
区分4(要介護3)	区分4	区分4(併せて施設入所支援を利用)		区分4	区分4
区分5(要介護4)	区分5	区分5	区分5(筋ジストロフィー患者又は重症心身障害者)	区分5	区分5
区分6(要介護5)	区分6	区分6	区分6(筋萎縮性側索硬化症(ALS)患者等気管切開を伴う人工呼吸器による呼吸管理を行っている者)	区分6	区分6



障害程度区分の活用

障害程度区分が認定されると、障害福祉サービスのどのサービスを利用できるかを知っておくことが大切です。障害者の地域生活を支えるためには、障害者のニーズに合致したサービスを提供することになります。その際、いわゆる公的サービスである障害福祉サービスとインフォーマルなサービスを適切に組み合わせて一体的にサービスを提供することが相談支援者に求められます。障害者自立支援法は、障害者のニーズを把握し、サービスの利用者像を特定し、個別支援計画を作成して、適切なサービスを提供することを強調して

います。したがって、自立支援給付のそれぞれの利用者像を明確にする必要があります。障害程度区分は介護給付を希望する場合、ある程度区分に属していないと利用できません。訓練等給付の場合、障害程度区分と関係なく、希望するサービスを利用できます。



障害程度区分と障害福祉サービス

表に、介護給付、訓練等給付、地域生活支援事業、障害児タイムケア事業の標準的なサービス内容、利用者像、障害程度区分についてまとめてあります。障害

行動援護	重度訪問介護	重度障害者等包括支援	ケアホーム(共同生活介護)	児童デイサービス
外出時及び外出の前後に行う以下のサービス。 ①予防的対応…初めての場所についての事前説明、行動障害の引き金となるものからの回避。 ②制御的対応…自傷・他害を適切におさめ、危険を回避する。強いこだわり、突然動かない等の極端な行動時の対応。 ③身体介護的対応…排便、食事、着脱介護。	居宅における入浴、排せつ又は食事の介護、外出時における移動の介護を総合的に提供する。	居宅介護その他の障害福祉サービスを包括的に提供する。 例1 (ALSの方が介護給付、介護保険、医療保険を組み合わせて利用) 例2 (重症心身障害者の方が通所サービス、訪問系サービス、ケアホームを利用)	○食事の援助、掃除、洗濯、買い物等日常生活関連動作の支援。 ○緊急時の応急対策。健康管理、服薬管理、金銭管理の援助。 ○左記支援内容に加えて移乗支援、排せつ支援、入浴支援等。 ○本人の安心と安定の確保。 ○日中活動を含めた、利用者負担上限額の管理。	○日常生活における基本的な動作の指導。 ○個別プログラムに添った集団療育。
知的障害者又は精神障害により行動上著しく困難を有する障害者であって、常時介護を要するもの。行動援護の項目10点以上。 ※障害程度区分が区分3以上。	重度の肢体不自由者であって、常時介護を要する障害者。 ※障害程度区分が区分4以上であって、下記のいずれにも該当するもの。 ア) 二肢以上に麻痺があること。 イ) 障害程度区分認定調査項目のうち「歩行」「移乗」「排尿」「排便」のいずれも「できる」以外と認定されていること。	○常時介護を有する障害者であって、その介護に必要程度が著しく高い者。 ※障害程度区分が区分6に該当する者のうち、意思疎通に著しい困難を有するものであって、以下に掲げる者。 ①重度訪問介護の対象であって、四肢すべてに麻痺があり、寝たきり状態にある障害者のうち、下記のいずれかに該当する者。 ア) 気管切開を伴う人工呼吸器による呼吸管理を行っている身体障害者。 イ) 最重度知的障害者 ②障害程度区分認定調査項目のうち行動関連項目(11項目)等の合計点数が15点以上である者。	○生活介護や就労継続支援の日中活動を利用している知的障害者・精神障害者であって、地域において自立した日常生活を営む上で、食事や入浴等の介護や日常生活上の支援を必要とする者。 ※障害程度区分が区分2以上。	○療育の観点から集団療育を行う必要が認められる児童(必要に応じて児童相談所・保健所に意見を求める)。 就学前児童を原則とするが小学生から18歳未満の児童も可とする(年齢要件あり)。
			区分2	
			区分3	
区分3 (行動援護の項目10点以上)			区分4	
区分4	区分4		区分5	
区分5	区分5		区分6	
区分6	区分6	区分6		

表2 障害福祉サービスⅡ（訓練等給付）

	グループホーム (共同生活援助)	自立訓練 (機能訓練)	自立訓練 (生活訓練)	就労移行支援	就労継続支援 (雇用型)	就労継続支援 (非雇用型)
サービス内容	<ul style="list-style-type: none"> ○食事の援助、掃除、洗濯、買い物等日常生活関連動作の支援。 ○緊急時の応急対策。健康管理、服薬管理、金銭管理の援助。 ○地域生活のルール、コミュニケーション支援、余暇活動の支援。 ○日中活動を含めた、利用者負担上限額の管理。 	<ul style="list-style-type: none"> ○理学療法士や作業療法士の身体的リハビリテーションや日常生活上の支援等を実施。 ○通所による訓練を原則としつつ、個別支援計画の進捗状況に応じ、訪問による訓練も組み合わせる(利用者ごとに標準期間18ヵ月内で利用期間を設定) 	<ul style="list-style-type: none"> ○食事や家事等の日常生活能力を向上するための支援や日常生活上の相談支援を実施。 ○通所による訓練を原則としつつ、個別支援計画の進捗状況に応じ、訪問による訓練も組み合わせる(利用者ごとに標準期間24ヵ月、長期入所者36ヵ月で利用期間を設定)。 	<ul style="list-style-type: none"> ○一般就労等への移行に向けて事業所内や企業における作業や実習。適性にあった職場定着のための支援等を実施。 	<ul style="list-style-type: none"> ○通所により雇用契約に基づく就労の機会を提供するとともに、一般就労に必要な知識、能力が高まった者について、一般就労への移行に向けて支援。 	<ul style="list-style-type: none"> ○通所により、就労や生産活動の機会を提供(雇用契約は結ばない)するとともに、一般就労に必要な知識、能力が高まった者は、一般就労等への移行に向けて支援。
利用者像	<ul style="list-style-type: none"> ○就労し、又は就労継続支援等の日中活動を利用している知的障害者・精神障害者であって、地域において自立した日常生活を営む上で、相談等の日常生活上の援助が必要な者。 ※障害程度区分が区分1、非該当。 	<ul style="list-style-type: none"> ○地域生活を営む上で身体能力・生活能力の維持・向上等を図るため、一定の支援が必要な身体障害者。 ①入所施設・病院を退院したものであって、地域生活への移行等を図る上で、身体的リハビリテーションの継続や身体機能の維持回復などの支援が必要な者。 ②盲・ろう・養護学校を卒業したものであって、地域生活を営む上で、身体機能の維持・回復などの支援が必要な者。 	<ul style="list-style-type: none"> ○地域生活を営む上で身体機能・生活能力の維持・向上等を図るため、一定の支援が必要な知的障害者・精神障害者。 ①入所施設・病院を退院したものであって、地域生活への移行等を図る上で、生活能力の維持・向上などの支援が必要な者。 ②盲・ろう・養護学校を卒業したものであって、地域生活を営む上で、生活能力の維持・向上などの支援が必要な者。 	<ul style="list-style-type: none"> ○一般就労を希望し、知識・能力の向上、実習、職場探し等を通じ、適性に合った職場への就労が見込まれる者(65歳未満の者)。 ①企業等への就労を希望する者 ②技術を取得し、在宅で就労・企業を希望する者。 	<ul style="list-style-type: none"> ○就労機会の提供を通じ、生産活動にかかる知識及び能力の向上を図ることにより、雇用契約に基づく就労が可能な者(利用開始時65歳未満の者)。 ①就労支援移行事業を利用したが企業等の雇用につなげなかった者。 ②盲・ろう・養護学校を卒業して、就職活動をおこなったが、企業等の雇用につなげなかった者。 ③企業等を離職した者等就労経験があるもので、現に雇用関係がない者。 	<ul style="list-style-type: none"> ○就労支援移行事業を利用したが企業等の雇用につなげなかった者や、一定年齢に達している者などであって、就労の機会等を通じ、生産活動にかかる知識及び能力の向上や維持が期待される者。 ①企業等や就労継続支援(雇用型)での就労経験がある者などであって、就労の機会を通じ、生産活動にかかる知識及び能力の向上や維持が期待される者。 ②就労移行支援を利用したが企業等又は就労継続支援(雇用型)の雇用につなげなかった者。 ③上記の①②に該当しない者であって、50歳に達している者、又は試行の結果、企業等の雇用、就労移行支援事業や就労継続支援(雇用型)の利用が困難と判断された者。

程度区分については、網掛けの部分に該当する障害者が利用できることとなります。

居宅介護は、障害程度区分が1以上の者が利用者像となっています。生活介護は、障害程度区分3(併せて施設入所支援を利用する場合は区分4)以上の者です。ただし、年齢が50歳以上の場合には障害程度区分2(併せて施設入所支援を利用する場合は区分3)以上の者が利用できます。施設入所は、生活介護利用者のうち障害程度区分4(50歳以上の場合区分3)以上の者が利用者像となります。短期入所は、障害程度区分1以上の者です。行動援護は、障害程度区分が区分3以

上で、厚生労働省が示す行動援護の項目において10点以上の者です。重度訪問介護は、重度の肢体不自由で障害程度区分が区分4以上であって、二肢以上にマヒがあり障害程度区分の認定調査項目のうち「歩行」、「移乗」、「排尿」、「排便」のいずれも「できる」以外と認定されている者です。重度障害者等包括支援は、障害程度区分が区分6に該当し、意思疎通に著しい困難を有するものであって、重度訪問介護の対象であって、四肢すべてにマヒがあり、寝たきり状態にある障害者のうち、気管切開を伴う人工呼吸器による呼吸管理を行っている身体障害者か、あるいは最重度知的障害者

表3 地域生活支援事業

	移動支援	地域活動支援センター			相談支援	コミュニケーション支援事業	日常生活用具給付事業
サービス内容	屋外での移動に困難がある障害者・児について、外出のための支援をおこなうことにより、地域での自立生活及び社会参加を促す。	創作活動又は生産活動の機会の提供、社会との交流の促進等の便宜を図る。 I型 医療・福祉及び地域の社会基盤との連携強化のための調整・地域ボランティア育成、障害に対する理解促進を図るための普及啓発。	創作活動又は生産活動の機会の提供、社会との交流の促進等の便宜を図る。 II型 機能訓練・社会適応訓練・入浴等のサービス。	創作活動又は生産活動の機会の提供、社会との交流の促進等の便宜を図る。 III型 小規模作業所からの移行を想定。	障害福祉サービスその他のサービスを利用しつつ、その有する能力及び適性に応じ、自立した日常生活または社会生活を営むことができるよう地域の障害者の福祉に関する各般の問題につき、障害者、障害児の保護者又は障害者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等をおこなう。障害者等に対する虐待の防止及びその早期発見のための関係機関との連絡調整、その他障害者等の権利擁護のために必要な援助を行う事業。	聴覚、言語機能、音声機能その他の障害のため、意思疎通を図ることに支障がある障害者等に、手話通訳等の方法により、障害者等とその他の者の意思疎通を仲介する手話通訳者等の派遣を行い、意思疎通の円滑化を図ることを目的とする。	重度障害者に対し、自立生活支援用具等の日常生活用具給付を給付又は貸与すること等により、日常生活の便宜を図り、その福祉の増進に資することを目的とする。
利用者像	障害者・児であって、市町村が外出時に支援が必要と認めたとする。					聴覚、言語機能、音声機能その他の障害のため、意思疎通を図ることに支障がある障害者等。	重度の身体障害者（児）、知的障害者（児）、精神障害者であって、当該用具を必要とする者。

障害児タイムケア事業	
サービス内容	障害のある中高生等が養護学校等の下校時に活動する場について確保するとともに、障害をもつ親の就労支援と障害児を日常的にケアしている家族の一時的な休息を目的とする。
利用者像	障害のある中高生等であって原則として日中において監視する者がいないことにより放課後や夏休み等の長期休暇中の活動場所が必要な障害児とする。

ないことが大切です。地域生活支援事業によるサービスもありますが、表に掲載しているのは国が必須事業として掲げている事業です。市町村によっては、この表以外の事業を実施している場合がありますので、地域の支援事業あるいは社会資源をあらかじめ知っておく必要があります。



さいごに

相談支援を行う場合、障害程度区分と障害福祉サービスとの関連を熟知し、その他のサービスも視野に入れて、個別支援計画を作成することになります。表に示されている内容は最低限の知識として身につけておく必要があります。次回は「支給決定におけるケアマネジメント・プロセスについて考えてみます。」

で障害程度区分認定調査項目のうち行動関連項目（11項目）等の合計点数が15点以上である者です。ケアホームは、障害程度区分2以上の者です。

このように、それぞれのサービスには、利用者像が規定されており、それに合致していることが条件となります。相談支援者は、介護給付のサービスを提供する個別支援計画を作成する場合、これらの点を踏まえて立案することになります。

介護給付と訓練等給付を併せて利用する場合もあります。そのため、訓練等給付のサービス内容を検討し、利用期限のあるサービスかなどを考慮することを忘れ

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

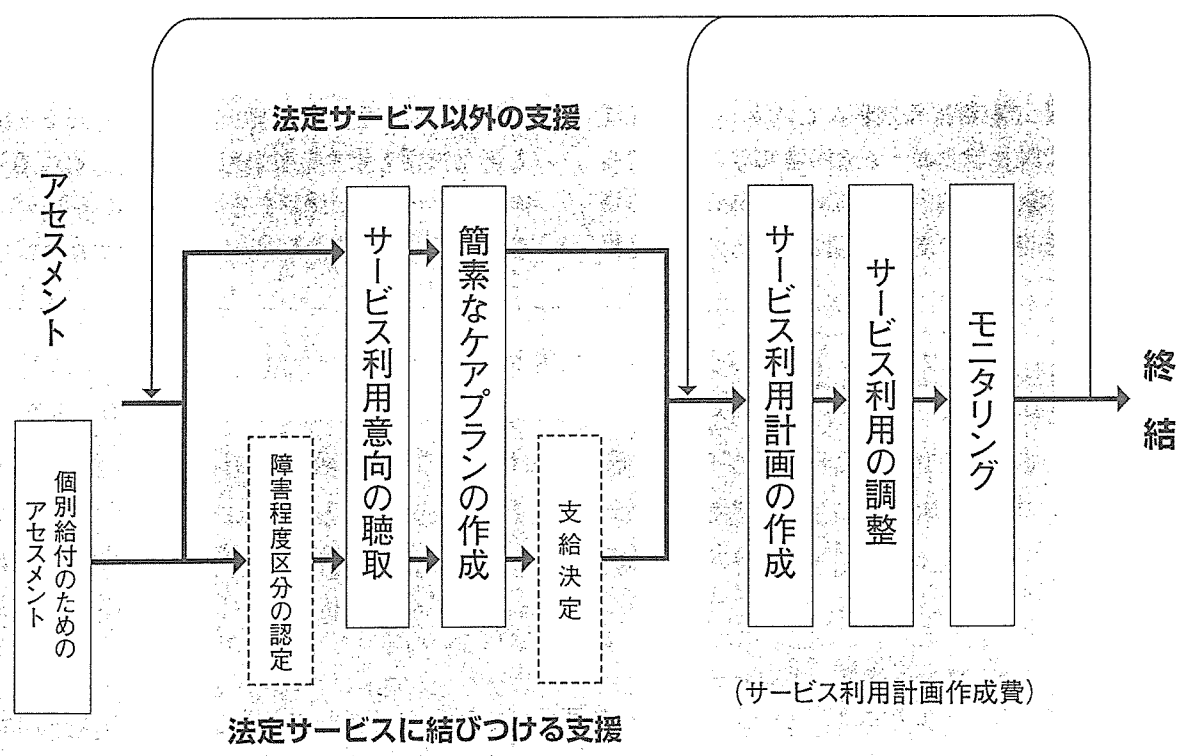


障害者の ケアマネジメント・プロセス(8)

— 障害程度区分の認定後から支給決定まで —

前回、障害程度区分と障害福祉サービスについて解説しました。今回は、障害程度区分が認定された後、市町村が支給決定するまでの流れについて触れることにします。

図1 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



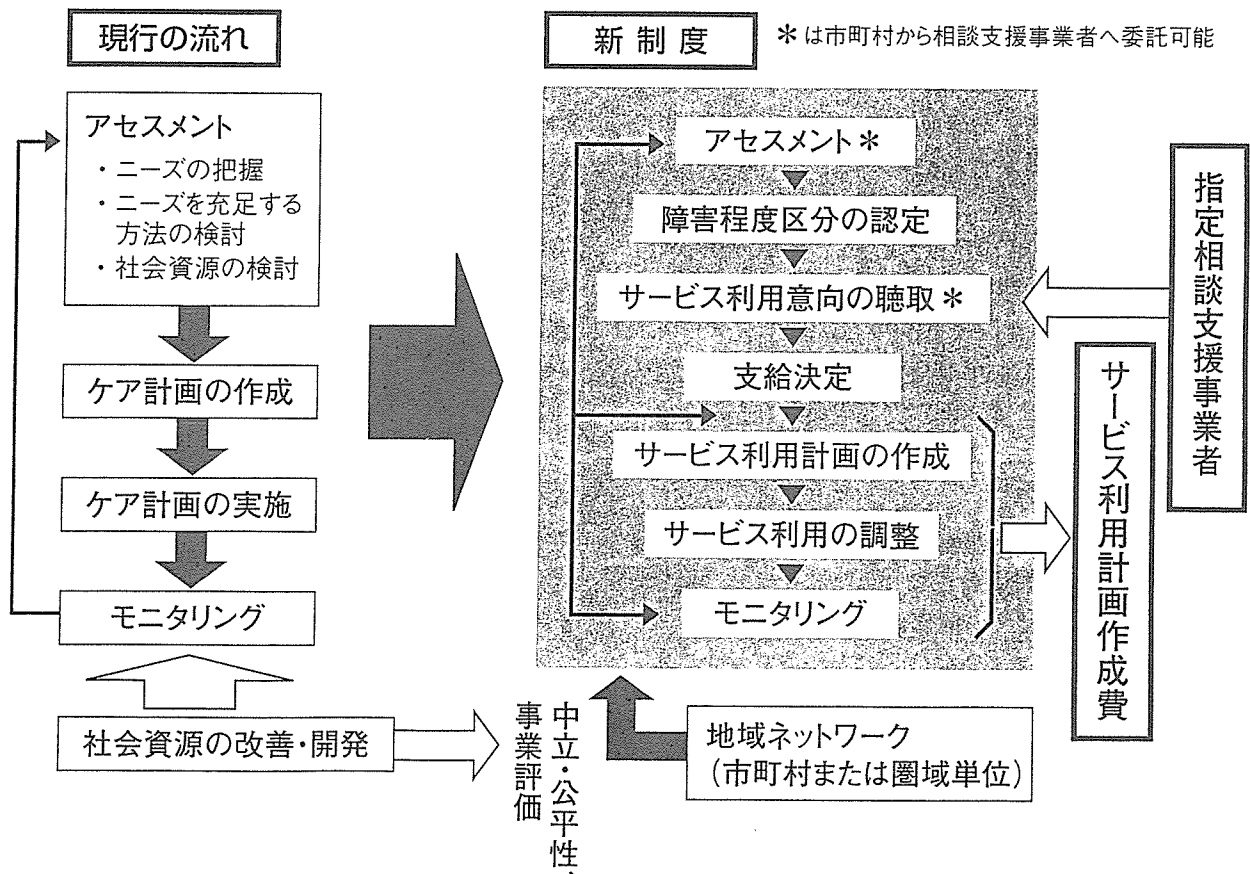


障害程度区分の認定から 支給決定まで(介護給付の場合)

障害程度区分が認定されたら、介護給付におけるサービス利用のニーズ・アセスメントが実施されます。以前にも示しましたが、図1・2のように、市町村はサービス利用意向の聴取を行います。このサービス利用意向の聴取は、相談支援事業者に委託することができます。そこで、主な聴取内容は、①サービス利用意向(障害者または障害児の保護者のサービス利用に関する意向の具体的な内容)、②介護者関連(介護者の有無、介護を行う者の状況・介護者の健康状態)、③地

域生活関連(外出の頻度、社会参加の状況、過去の入所歴や入院歴)、④就労関連(就労状況、過去の就労経験、就労の希望の有無)、⑤日中活動関連(自宅、施設、病院)、⑥居住関連(生活の場所及び単身、同居、グループホーム、病院、入所)、⑦サービスの提供体制関連(地域におけるサービス提供体制の整備状況)、⑧その他(障害の状況による特徴的状況、介護等の時間間隔)等です。これらのアセスメントをもとに、ラフなケア計画案を作成します。そのケア計画案には、障害福祉サービスいわゆるフォーマル・サービスだけでなく、インフォーマル・サービスも含まれます。障害者の地域生活を支援するためには、障害福祉サービスだけでなく、ボランティアの活用、地域で開

図2 ケアマネジメントの流れの比較



催される教養講座、障害者団体等が開催するパソコン教室等、地域の社会資源を活用して、ケア計画を作成する必要があります。



訓練等給付における支給決定

訓練等給付は、介護給付と異なり、正式な支給決定の前に暫定支給決定が行われます。暫定支給は、サービスが利用者にとって適切であるかどうかを判断するために行われるので、支給決定の実効性が高まるといえる大きな長所があります。ある施設を利用しようとしても、果たして、その施設のサービスが利用者の望んでいるものに合致しているかどうか、あるいは、リハビリテーションでもう少し訓練を受けて、生活自立を確立してから就労の道に進んだらよいのではないかと、いった懸念を解消できる仕組みとなっています。

訓練等給付は、できる限り障害者本人の希望を尊重することになりますが、ある地域で定員を超えて利用希望があった場合、暫定支給決定ができない可能性があります。その場合、暫定支給決定にあたっては、申請者の待機時間を考慮して利用の優先度を判断します。ただし、自立訓練事業の場合、待機時間に加えてIADL・生活関連のスコアを設定して判断します。具体的には、IADL項目の7つ(掃除、洗濯、調理、入浴準備、食事の配下膳、買い物、交通手段の利用)と生活項目の4つ(口腔清潔、洗顔、整髪、薬の内服)が対象となります。

暫定支給決定が行われたら、一定期間、訓練効果の期待可能性や本人の利用意志などを確認します。確認できない場合、サービスの種類の見直しやほかのサービス提供事業者で再評価を受けることとなります。本人の利用意志が確認されたら、訓練・就労に関する評価に基づきサービス提供事業者が個別支援計画案を作成します。訓練・就労に関する評価は、①移動・動作関連項目、②身辺関連項目、③生活関連項目、④就

労関連項目、⑤コミュニケーション関連項目が考えられています。

個別支援計画案には、成果目標、訓練期間の見込み、訓練期間中の処遇計画等が盛り込まれます。

市町村は、この個別支援計画案をもとに、支給期間等を設定して、支給決定を行います。支給決定し、支給決定期間が経過した場合、原則として更新は行われません。ただし、評価指標に基づき再評価を行った結果、訓練により一定の改善がみられており、給付継続により一般就労等の更なる成果が期待できる場合には、追加訓練期間等を明示した個別支援計画案を提示し、市町村の審査を受けます。その審査結果によって、支給決定の更新が認められる仕組みとなっています。



支給決定

市町村は、支給決定にあたって、障害程度区分の認定、支給の要否の決定を行うとともに、支給決定した場合、障害福祉サービスの種類ごとに月単位で障害程度区分の認定の有効期間である3年(原則として)の間に支給量等を定めます。そして、支給決定を行ったときに、支給量等を記載した「障害福祉サービス受給者証」を障害者または障害児の保護者に対して交付しなければなりません。

図3の「介護給付・訓練等給付の利用手続き」に示しているように、支給決定案を作成した場合、市町村が定める支給基準とその支給決定案とが乖離しているような非定型的な場合、その妥当性について市町村審査会に意見を聴くことができます。つまり、市町村審査会は、市町村の支給要否決定にあたり意見を述べるすることができます。また、市町村は、より専門的な判断を必要とする場合には、身体障害者更生相談所、知的障害者相談所、精神保健福祉センター、児童相談所等に意見を聴くことができます。