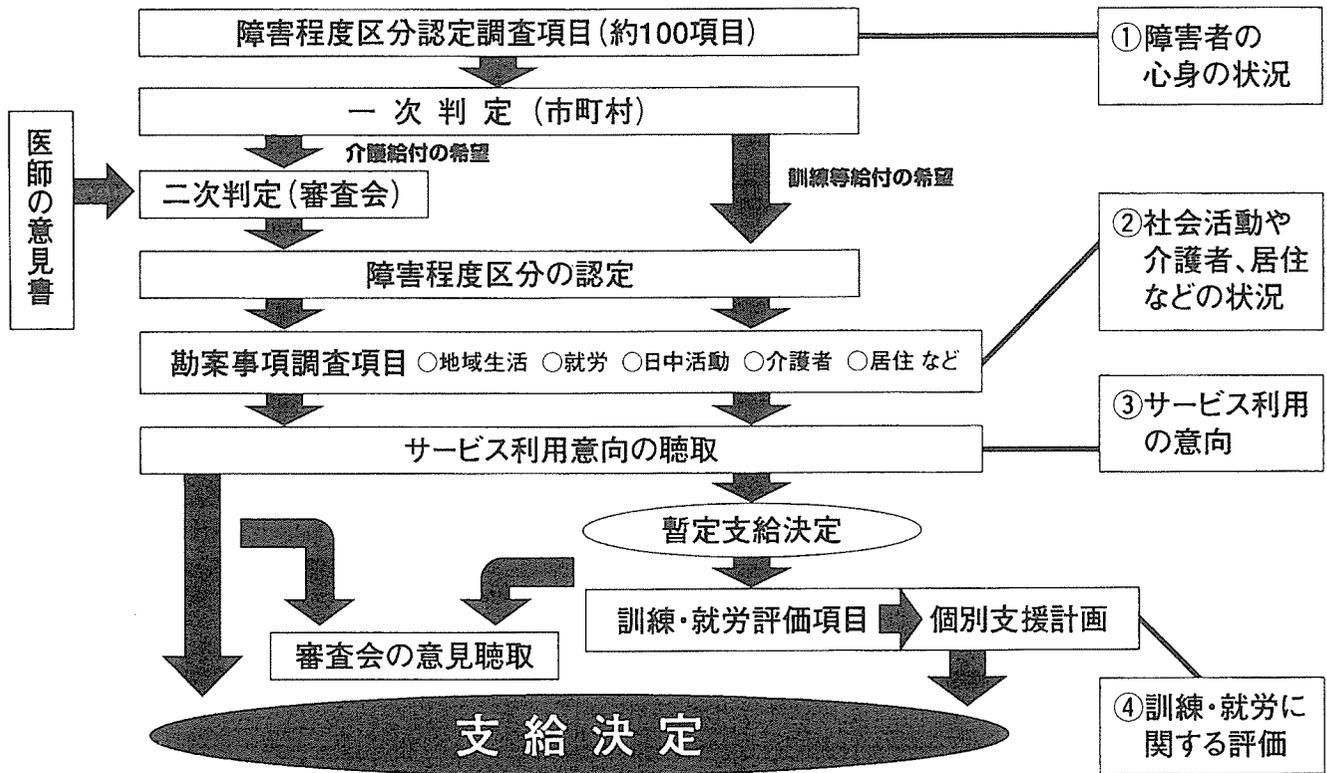


図3 支給決定について

障害者の福祉サービスの必要性を総合的に判定するため、支給決定の各段階において、
 ①障害者の心身の状況(障害程度区分)、②社会活動や介護者、居住等の状況、③サービスの利用意向、
 ④訓練・就労に関する評価を把握し、支給決定を行う。



さいごに

ケアマネジメントにおけるアセスメントは、利用者の望む暮らしを実現するために、ニーズを把握し、そのニーズを充足させる方法を検討し、そのニーズに合致した社会資源を検討するプロセスです。したがって、ケアマネジメントにおけるアセスメントは、公的な福祉サービスを利用するための必要性を総合的に判定する手続きを包括するものでなければなりません。そのような統合化が、障害者自立支援法案におけるケアマネジメントの制度化をよりよくすることにつながります。

この統合化が、具体的な形で提示されることが、大きな課題となってきます。

障害者ケアマネジメントは、現在、大きな発展の時期にきています。それをどのような形で具体化するかが問われています。介護保険制度におけるケアマネジメントの動向を踏まえながら、障害者のために相談支援体制を構築する重要な時期にさしかかっているといえます。高齢者と障害者は違うという視点より、社会福祉援助技術であるケアマネジメントをいかに実践していくかを議論することが大切であると思われます。

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



相談支援体制の構築へ向けて

前回、障害者自立支援法案に基づいて、障害者ケアマネジメントの制度化について触れました。介護保険制度においては、保険給付という形でケアプランを作成しています。ケアマネジメントは、どのような性格をもっているのか、いろいろな考え方があります。今回は、このようにいろいろな捉え方によって、相談支援の提供に違いが見られることについて触れてみたいと思います。



介護保険制度における ケアプラン作成と相談支援

介護保険制度においては、ケアプラン作成は介護支援専門員が担うことになっており、保険給付として提供されています。ケアプランを作成依頼するか否かは利用者側に委ねられています。保険給付として提供されるということは、サービス・メニューの一つとして位置づけられることになります。しかしながら、介護保険制度が浸透するにつれて、介護支援専門員は高齢者やその家族などの相談相手として重要な立場に成長し、その専門性についても高度な面接技術を求められるようになってきました。現場感覚では、相談を受けることとケアプランを作成することは表裏一体として動いているようです。優秀な介護支援専門員は、よりよいケアプランを作成する能力ももっているといえます。

一方、高齢者や家族の相談内容は介護ニーズだけだろうか、という問いにはそこでどのように答えるべきなのでしょう。介護支援専門員であれば、介護保険の保険給付の提供に関する相談を受けます、と答えるのでしょうか。例えば、財産の相続の悩み、住宅の売買の悩みなど、高齢者の日常的な悩みや困りごとには、どのように相談にのっているのでしょうか。「専門家に相談してみたら」と答えるのでしょうか。熱心な介護支援専門員ならば、このような保険給付以外のサービスも連絡・調整する能力を有していると思われます。しかしながら、すべての介護支援専門員がこのように高齢者やその家族の生活支援を行っているとは限りません。

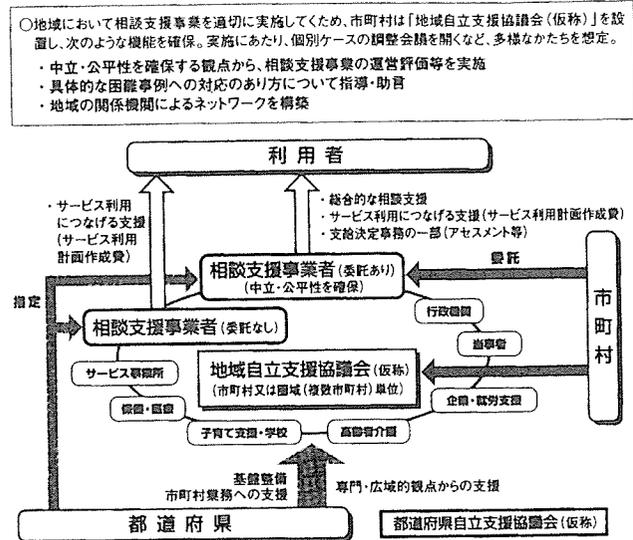
高齢者やその家族の悩みには、介護ニーズという保険給付だけではなく、高齢者の生活の質に関わるニーズも含まれています。しかし、相談支援とケアプラン作

効果が薄れてくるのではないかという疑問をもたざるをえません。ケアマネジメントは、高齢者の生活支援や自立支援を実行するものであるとするなら、自ずと保険給付以外のサービスもパッケージして提供することが少なくとも大きな目的です。

高齢者やその家族の生活支援を行うためには、幅広い相談支援体制が必要になってきます。介護支援専門員を配置するだけでは、十分な支援ができないのではないでしょうか。介護保険制度の側からみると、介護ニーズを充足させる保険給付をその高齢者や家族の状況に応じてケアプランとして作成することが大きな役割だといえます。もちろんそのこと自体は、大切な支援です。しかし、そうするとより広範な高齢者やその家族の生活ニーズに対する相談支援体制はどこが担っているのでしょうか。実は、そのような相談支援体制が現実には求められていると思われます。

また、介護保険制度では介護支援専門員のケアプラン作成は、保険給付として提供される仕組みになっていますが、そのケアプランの作成費用だけで、居宅介護支援事業者は、事業として成り立っているのでしょうか。ほとんどの居宅介護支援事業者は、居宅介護等事業者というサービス提供事業者のもとで給与をもらっている立場になっていないのでしょうか。もし、そうであれば、ケアプランを作成する際に、介護支援専門員が所属している居宅介護等事業者のサービスをケアプランに組み込むことは当然の成り行きとなります。そうすると、利用者の立場というより、事業者の立場を重視したケアプランになってしまうおそれが出てきます。ケアプランを作成する際の判断が適切で、高齢者やその家族にとって有益であれば問題ないのですが、他のサービス提供事業者と比較したとき、劣悪なサービス提供になっていた場合、高齢者やその家族はどのような対応をしたらよいのでしょうか。そこでは、中立・公平性が問われてき

図 地域における相談支援体制について
(市町村が相談支援事業者に委託して行う場合)



す。この中立・公平性を確保する仕組みは、ひじょうに難しいことですが、少なくともケアプラン作成者とサービス提供事業が同一の母体である現状では、高齢者やその家族が安心してサービスを受けられる体制が相談支援に必要なと思われる。



障害者自立支援法における相談支援体制と ケアマネジメントの制度化

障害者自立支援法において、相談支援体制の構築は急務の課題です。障害者福祉政策においても、地域生活支援は大きな目標として掲げられています。今回の障害者自立支援法では、「地域福祉の実現」というキーワードが使われています。11月号で図2として「障害者自立支援法案における支給決定とケアマネジメントの流れ」を掲載しました。障害者自立支援法において相談支援は、補装具費の支給、住宅改修の相談など多様な機能をもっています。決して、法律に基づく福祉サービスだけをサービス利用計画案として作成するわけではありません。ただし、障害者自立支援法によれば、ケアマネジメントを必要とする障害者は、その対象を限定し、「長期間の入所・入院から地域生活へ移行しようとする者、家族や周囲からの支援が得られず、孤立しており、具体的な生活設計ができない者、その他福祉サービスを利用しようとする者であって、自らその利用を調整

ることが困難であり、計画的な支援を必要とする者」となっています。つまり、地域生活を望んでいる障害者がすべてサービス利用計画作成費の支給の対象となっていません。サービス利用計画案を作成するときは、法定外のサービスも組み入れる必要があるれば、それらのサービスを組み込んでサービス利用計画を作成し、サービス利用計画費の支給を受けることになります。しかし、サービス利用計画作成費の支給対象になる障害者と対象にならない障害者が出てきます。では、対象とならない障害者は、どのような相談支援を受けるのでしょうか。図の「地域における相談支援体制について」は、障害者自立支援法における相談支援体制を示しています。都道府県から指定を受けて相談支援事業を行っている場合、障害者の相談を受けることになります。そこでは、サービス利用計画作成費が支給される対象者とそうでない対象者が出てきますので、作成費が支給されない場合も、事業者が敬遠することがないような仕組み作りをする必要があります。したがって、相談支援事業者の事業の評価を適切に行い、中立・公平性を担保することが重要になってきます。介護保険制度と同じように、障害者福祉分野でも、サービス提供事業者の中に相談支援を行う職員がいます。そうすると、介護保険制度の介護支援専門員と同じように、所属している事業所のサービスだけを購入するように勧めるということができてきます。また現実的には、介護保険制度の居宅介護支援事業者も障害者自立支援法の相談支援事業者も、サービス提供事業者から独立して、事業を運営するほど運営財源があるわけではありません。

障害者自立支援法では、「地域自立支援協議会(仮称)」が相談支援事業の運営評価を担うことになっています。この協議会が、適切に運営されないと、利用者の不利益が発生する可能性がありますので、市町村における相談支援体制づくりは、大きなポイントとなってきます。



さいごに

高齢者、障害者を問わず、相談を必要としている利用者に対する相談支援は、中立・公平性を担保することが重要になってきます。日頃、ケアマネジメント手法を用いて、相談支援を行っている専門職は、この点を肝に銘じて活動することが求められます。

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によって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

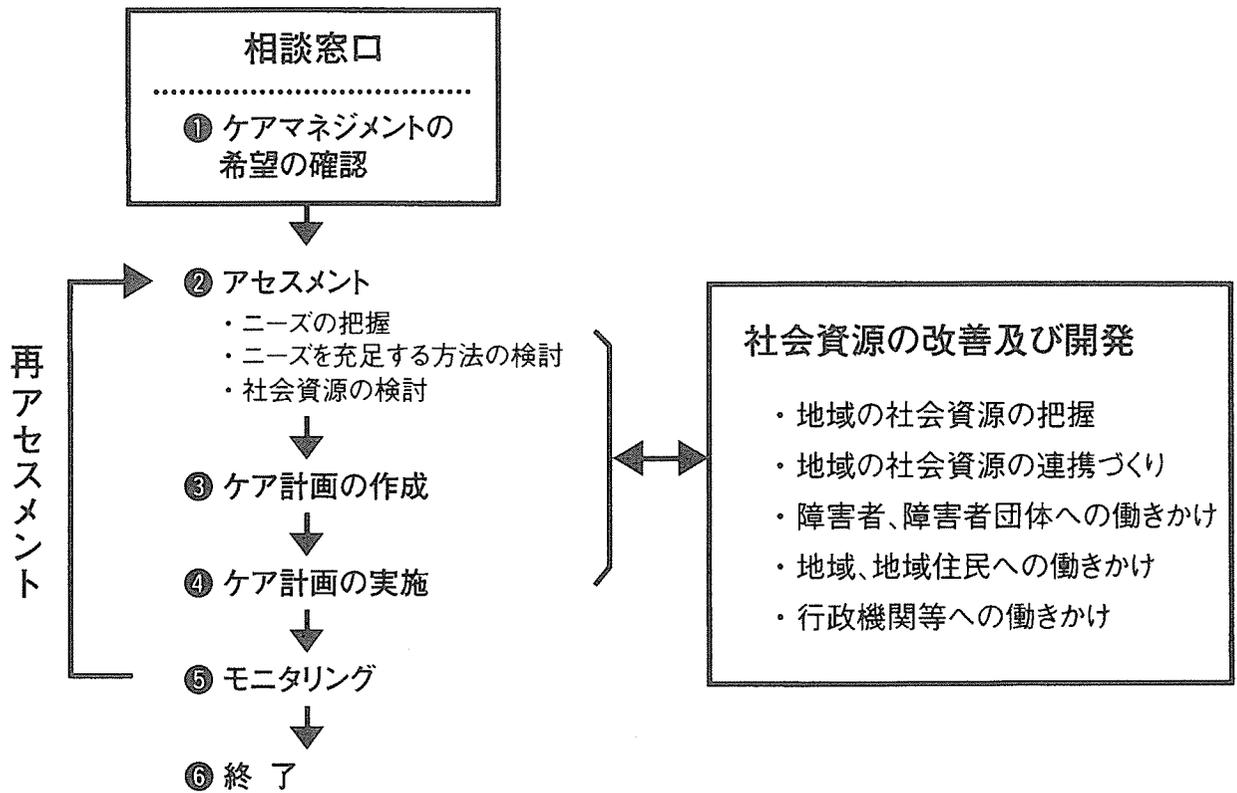
してケアマネジメントの対象者だけを相談支援するわけではありません。

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。このケア会議を共同調整会議と呼んでいるケース

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、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

もよいのではないかと思います。

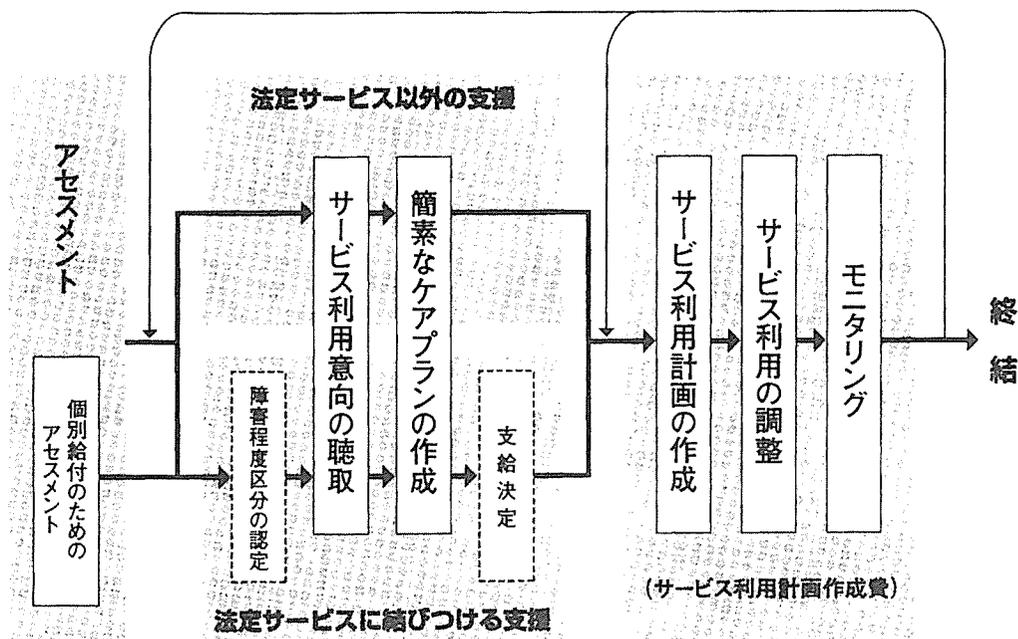
このような一連のケアマネジメント・プロセスが、障害者自立支援法によって異なったものになってくるようです。そこには、ケアマネジメント本来の姿がなくなってしまう恐れすらあります。



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。そのために、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立案形成を行ってきま

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。

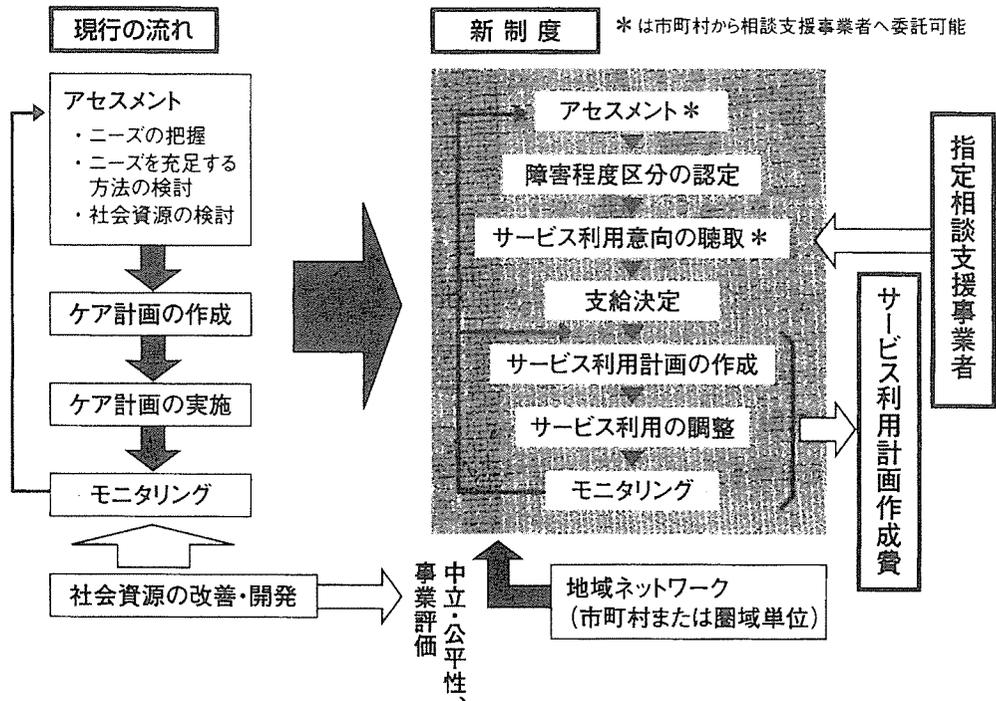
ケアマネジメントを市町村自らが実施する場合、相談窓口は行政に置かれます。また、都道府県が指定した相談支援事業者がケアマネジメントを実施する場合もあり、その場合、相談窓口は相談支援事業者にあります。しかしながら、支給決定手続きには、障害程度区分の認定がありますので、その認定を受けなければなりません。その手続きは、当然、市町村の責務となります。その際、障害程度区分の認定のためのアセスメントが実施されます。その認定のための調査は市町村自ら実施してもいいのですが、相談支援事業者や認定調査員が実施することもできるようになっています。ここで、相談支援の流れが二つになってきます。つまり、市町村と相談支援事業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

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いきます。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

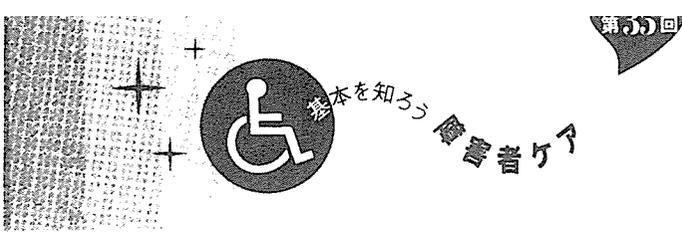
なサービスを組み入れてほしいという考えが見え隠れします。ニーズに対応したケア計画という大切なケアマネジメントの考え方がどこまで実践できるか不安になってしまいます。

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



障害者の ケアマネジメント・プロセス(4)

—— 障害程度区分の認定の流れ ——

前回、ケアマネジメント・プロセスにおけるアセスメントについて触れました。今回は、支給決定手続きにおける障害程度区分について考えたいと思います。介護保険制度においては、要介護認定という手続きがあります。同じように、障害者福祉分野においても、類似した障害程度区分の認定の手続きがあります。この障害程度区分とはどのようなもので、どのように認定されるのかを理解しておくことが大切です。

障害程度区分とは

障害程度区分は、障害の程度を表わす区分ではありません。現行の身体障害者手帳、療育手帳、精神保健福祉手帳の手帳制度に、障害の程度を表わす障害等級があります。障害等級が1級であれば重度の障害者と考えられています。この障害等級と障害程度区分の認定とはまったく異なるものであるということを知っておきましょう。

障害程度区分は、障害者に対する障害福祉サービスの必要性を明らかにするため、障害者の心身の状態を総合的に示す区分であり、市町村がサービスの種類や提供する量を決定する場合に勘案すべき事項の一つです。例えば、障害程度区分の活用例として、療養介護の介護給付を希望する場合、医療及び常時介護を必要とする障害者のうち、長期の入院による医療的ケアを要する者で、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障害程度区分6の者、あるいは筋ジストロフィー患者・重症心身障害者で障害程度区分5以上の者であると利用者像が特定されてい

ます。また、生活介護を希望する場合、常時介護が必要な者で、障害程度区分3（施設入所は障害程度区分4）以上、また50歳以上の障害者の場合、障害程度区分2（施設入所は障害程度区分3）以上のものが想定されています。このように障害程度区分は、支給決定にあたり、勘案する事項の一つとしての役割をもっています。

障害程度区分の性格

障害程度区分は、身体障害、知的障害、精神障害の特性を反映できるように配慮された3障害共通の基準となっています。障害者自立支援法においては、障害福祉サービス支給決定の透明化、基準の明確化を目指していますので、全国共通の認定調査項目によって測定することが大きな意義をもっています。今までは、市町村の判断に委ねられていた部分が大きかったのですが、全国共通の調査項目と尺度（物差し）を適用することによって公平性が守られることになります。こ

れによって、ある市町村では多くの障害福祉サービスを購入できたが、ほかの市町村では障害福祉サービスを十分に受けられなかった、というような不公平性は解消されました。

また、全国共通の調査項目を作成しても調査者や判定者の主観によって左右されてしまっは意味がありません。そこで、客観的な基準に基づいて調査や判定が行われることが重要になってきます。そのために、認定調査員の研修や医師意見書の作成の研修も実施されます。障害程度区分の認定は、介護給付を希望する場合、必ず市町村審査会において審議することになっていますので、透明性を確保する観点からも従来の支給決定の手続きとは異なっています。

介護給付と訓練等給付では、それぞれ障害福祉サービスの内容が異なっています。したがって、介護給付は介護の必要性に応じて区分を認定することになっています。また、訓練等給付は支給決定時の優先度の判定に用いるスコアを設定することになっています。その際、認定調査の内容に着目して優先度を考えるようになっています。



全国共通の認定調査項目、 医師意見書

全国共通の認定調査項目は、介護保険制度の要介護認定の調査項目 + 27項目から構成されています。表1・2に示す項目が障害程度区分の認定に使われる調査項目です。表中の○が付いている項目が介護保険制度で用いられている認定調査項目以外のものです。障害者の介護を客観的にみようとすると、コミュニケーション関連の一部、行動等関連の一部、生活関連の項目が重要になっていることがわかつています。認定

調査項目は、①麻痺・拘縮、②移動等、③複雑な行動等、④特別な介護等、⑤身の回りの世話等、⑥コミュニケーション等、⑦行動障害等、⑧特別な医療、⑨社会生活の9つの領域に分類されます。特記事項については、9つの領域における各調査項目に関する特記事項を記入します。医師意見書は、全国共通の認定調査結果である一次判定を補足する資料であり疾病、身体の障害の状況、精神の状況、介護に関する所見などについて医学的見地から意見を述べるものです（表1・2）。



障害程度区分の認定の流れ

障害者は、全国共通の認定調査を受けます。その後、市町村は一次判定の段階に進みます。

一次判定は認定調査に基づき、コンピュータにインストールされたソフトによって機械的に行います。そのソフトウェアには警告コードが発生するようになっており、医師意見書の内容と矛盾がある場合には認定調査員等に内容を確認することが求められます。一次判定結果は、介護保険制度で用いられている要介護認定基準の79項目と新たに加えられた27項目から導き出されます。その結果、非該当及び区分1～6までの判定がなされます。

二次判定は、介護給付を希望する場合に実施されるものです。訓練等給付の場合は、障害程度区分の認定のプロセスに入ります。二次判定は、市町村審査会における審査判定のプロセスです。その審査判定は、一次判定によって非該当、区分1～6に分類された結果を、特記事項及び医師意見書等を資料として審査を行います。この市町村審査会は、介護給付に係る障害程度区分に関する審査判定と市町村の支給要否決定に当

表1 認定調査票（基本調査）の106項目 その1

	項目	※		項目	※	
麻痺等関連	1-1	左上肢麻痺等	身 辺 関 連	5-1ア	口腔清潔	
	1-1	右上肢麻痺等		5-1イ	洗顔	
	1-1	左下肢麻痺等		5-1ウ	整髪	
	1-1	右下肢麻痺等		5-1エ	つめ切り	
	1-1	その他麻痺等		5-2ア	上衣の着脱	
	1-2	肩関節の動く範囲の制限		5-2イ	ズボン、パンツの着脱	
	1-2	ひじ関節の動く範囲の制限		5-3	薬の内服	
	1-2	股関節の動く範囲の制限		5-4	金銭の管理	
	1-2	ひざ関節の動く範囲の制限		5-5	電話の利用	
	1-2	足関節の動く範囲の制限		5-6	日常の意思決定（日常生活における不安、悩み等に関する相談）	
移動関連	2-1	寝返り（体位交換）	コ ミ ュ ニ ケ ー シ ヨ ン 関 連	6-1	視力	
	2-2	起き上がり		6-2	聴力	
	2-3	座位保持		6-3ア	意思の伝達	
	2-4	両足での立位保持		6-3イ	本人の独自の表現方法を用いた意思表示	○
	2-5	歩行		6-4ア	介護者の指示への反応	
	2-6	移乗（車いすとベッド間）		6-4イ	言葉以外の手段を用いた説明理解	○
	2-7	移動		6-5ア	毎日の日課を理解することが	
動作関連	3-1	立ち上がり	6-5イ	生年月日や年齢を答えることが		
	3-2	片足での立位保持		6-5ウ	面接調査の直前に何をしていたか思い出すことが	
	3-3	洗身（入浴行為以外）		6-5エ	自分の名前を答えることが	
介護関連	4-1ア	じょくそう（床ずれ）	6-5オ	今の季節を理解することが		
	4-1イ	じょくそう以外で処置や手入れが必要な皮膚疾患等		6-5カ	自分がいる場所を答えることが	
	4-2	えん下				
	4-3	食事摂取				
	4-4	飲水				
	4-5	排尿				
4-6	排便					

※ ○＝要介護認定基準の認定調査項目以外の項目（27項目）

たり、意見を述べることを業務としています。具体的には、障害程度区分の審査判定においては、障害程度区分に該当するかどうか、該当する場合はどの区分に該当するかを審査判定するとともに、障害程度区分認定の有効期間を定める意見や市町村が支給決定する際の考慮すべき事項に関する意見を述べます。審査決定の結果は、程度区分、認定の有効期間（原則3年）、支給決定に関する審査会の意見について、市町村に通知されます。

この障害程度区分は、介護給付と訓練等給付によっ

て、その利用のされ方が異なっています。介護給付の場合、①居宅介護等の国庫負担基準額、②療養介護、生活介護、重度障害者等包括支援等の給付要件、③報酬体系に活用されます。一方、訓練等給付の場合、①支給決定時の優先度の判定、②報酬体系に活用されます。

訓練等給付についても全国共通の認定調査が実施されますが、二次判定における審査判定を経ず、障害程度区分の認定を市町村が行います。介護給付と同様に、障害程度区分は区分1～6の6段階です。

表2 認定調査票（基本調査）の106項目 その2

	項目	※		項目	※	
	7ア	物を盗られたなどと被害的になることが		7ヘ	気分が憂鬱で悲観的になったり、時には思考力も低下することが	○
	7イ	作話をし周囲に言いふらすことが		7ホ	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ことが	○
	7ウ	実際にはないものが見えたり、聞こえることが		7マ	他者と交流することの不安や緊張のために外出できないことが	○
	7エ	泣いたり、笑ったりして感情が不安定になることが		7ミ	一日中横になっていた、自室に閉じこもって何もしていないことが	○
	7オ	夜間不眠あるいは昼夜の逆転が		7ム	話がまとまらず、会話にならないことが	○
	7カ	暴言や暴行が		7メ	集中が続かず、いわれたことをやりとおせないことが	○
	7キ	しつこく同じ話をしたり、不快な音を立てることが		7モ	現実には合わず高く自己を評価することが	○
	7ク	大声をだすことが		7ヤ	他者に対して疑い深く拒否的であることが	○
	7ケ	助言や介護に抵抗することが		8-1	点滴の管理	
	7コ	目的もなく動き回ることが		8-2	中心静脈栄養	
	7サ	「家に帰る」等と言い落ち着きがないことが		8-3	透析	
行動等 関連	7シ	外出すると病院、施設、家などに1人で戻れなくなるが		8-4	ストーマ（人工肛門）の処置	
	7ス	1人で外に出たがり目が離せないことが		8-5	酸素療法	
	7セ	いろいろなものを集めたり、無断でもってくるが		8-6	レスピレーター（人工呼吸器）	
	7ソ	火の始末や火元の管理ができないことが		8-7	気管切開の処置	
	7タ	物や衣類を壊したり、破いたりすることが		8-8	疼痛の看護	
	7チ	不潔な行為を行う（排泄物を弄ぶ）ことが		8-9	経管栄養	
	7ツ	食べられないものを口に入れることが		8-10	モニター測定（血圧、心拍、酸素飽和度等）	
	7テ	ひどい物忘れが		8-11	じょくそうの処置	
	7ト	特定の物や人に対する強いこだわりが	○	8-12	カテーテル（コンドームカテーテル、留置カテーテル、ウロストーマ等）	
	7ナ	多動または行動の停止が	○	9-1	調理（献立を含む）	○
	7ニ	パニックや不安定な行動が	○	9-2	食事の配膳・下膳（運ぶこと）	○
	7ヌ	自分の体を叩いたり傷つけるなどの行為が	○	9-3	掃除（整理整頓）	○
7ネ	叩いたり蹴ったり器物を壊したりなどの行為が	○	9-4	洗濯	○	
7ノ	他人に突然抱きついたり、断りもなく物を持ってくるが	○	9-5	入浴の準備と後片付け	○	
7ハ	環境の変化により、突発的に通常と違う声を出すことが	○	9-6	買い物	○	
7ヒ	突然走っていなくなるような突発的行動が	○	9-7	交通手段の利用	○	
7フ	異食、過食、反すう等の食事に関する行動が	○	9-8	文字の視覚的活用	○	

※ ○=要介護認定基準の認定調査項目以外の項目（27項目）

さいごに

ここまで障害程度区分の認定の流れなどについて触

れてきました。ケアマネジメント・プロセスからみると、この認定の手続きは大切なものであり、障害程度区分が認定されて初めてサービスに結びつけることができるようになります。今回は、障害程度区分の認定の方法について触れたいと思います。

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

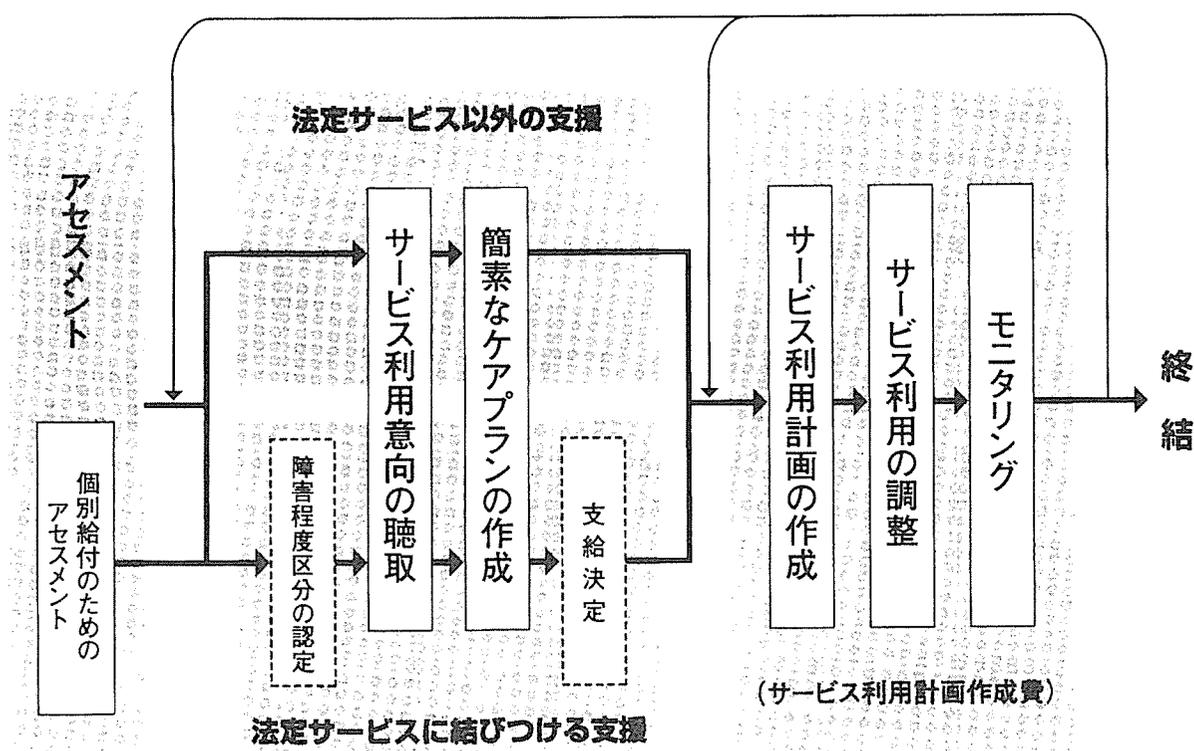


障害者の ケアマネジメント・プロセス(8)

— 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



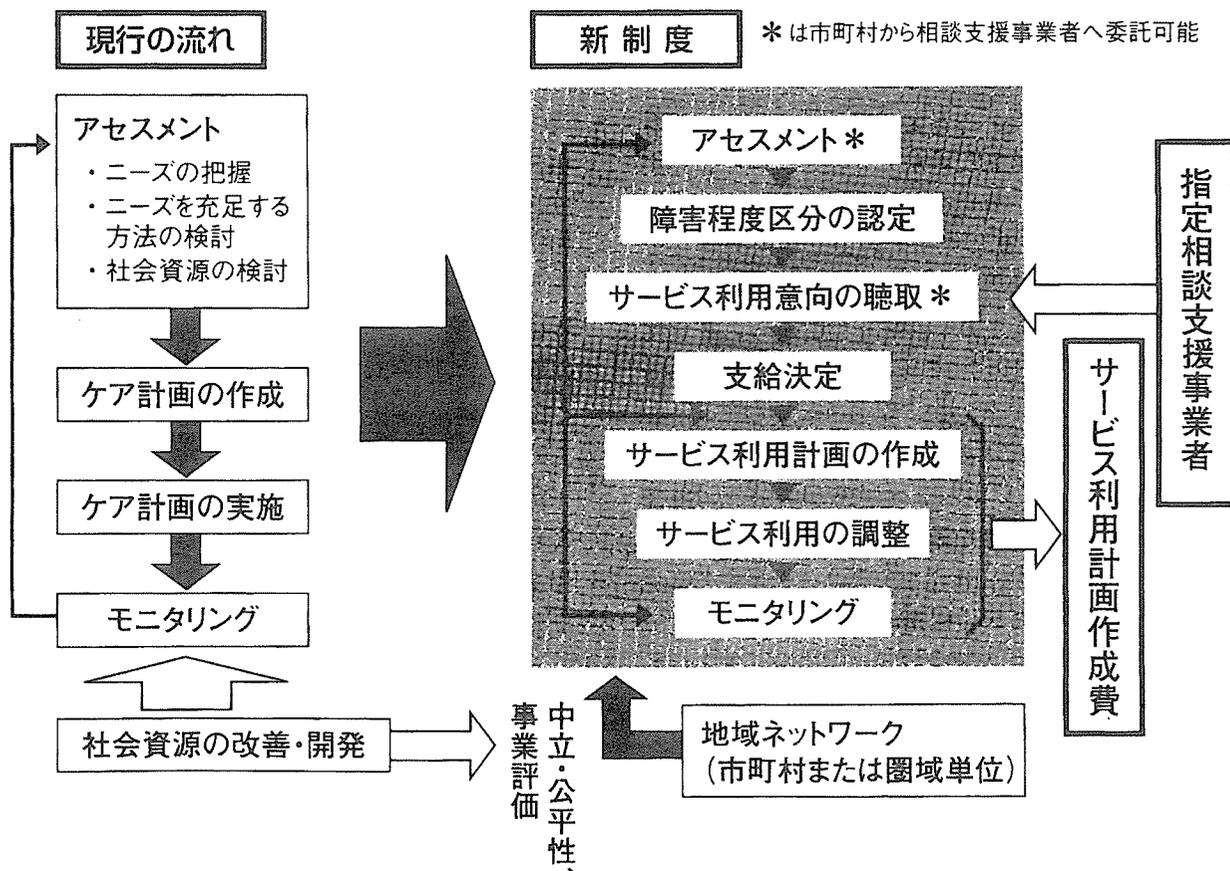


障害程度区分の認定から 支給決定まで(介護給付の場合)

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う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。

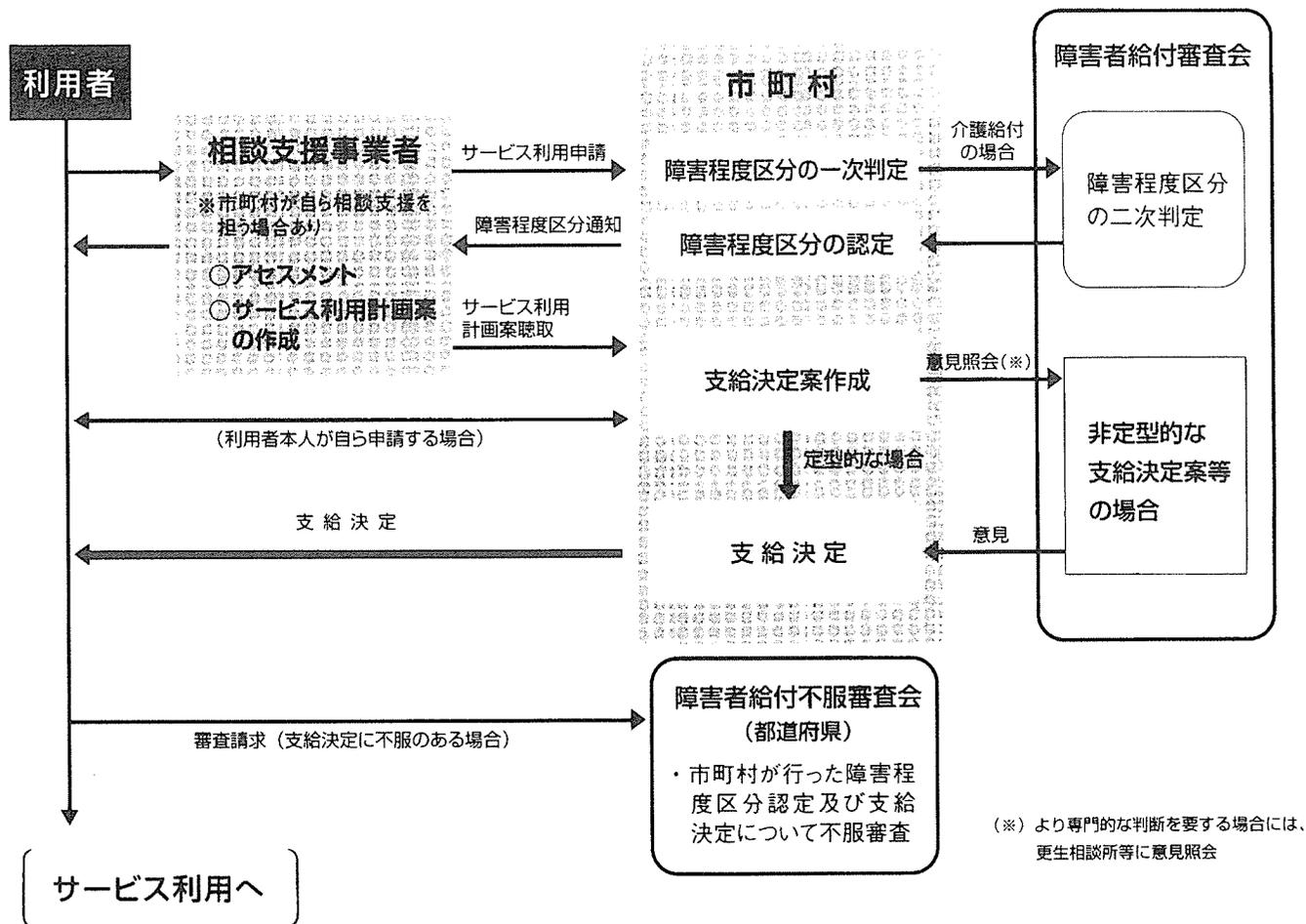


支給決定

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。

図3 介護給付・訓練等給付の利用手続き



さいごに

介護給付の場合には障害程度区分の認定の手続きがありますが、訓練等給付の場合障害程度区分の認定は

ありません。したがって、支給決定までの流れは、介護給付と訓練等給付とは異なっています。次回は、支給決定後の相談支援について解説したいと思います。

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

障害者自立支援法の地域支援体制における連携軸に関する考察

A Study on Connections among Community Support System In Services and Supports for Persons with Disabilities Act

和洋女子大学 坂本洋一, 国立精神・神経センター精神保健研究所 伊藤順一郎

キーワード: 連携軸, 地域支援体制, 障害者自立支援法

1 目的

2006年10月に障害者自立支援法が施行され、新たな障害福祉制度が構築されようとしている。障害者自立支援法は、従来の制度改革と異なり、事業体系、自立支援給付、地域生活支援事業、補装具費の支給、自立支援医療費等広範囲の分野で変革をもたらそうとしている。まさにグランドデザインの様相を呈している。リハビリテーションの分野においても、新たな制度を体系化しようと、施設や事業の体系を大きく変えるものとなっている。本稿では、障害者自立支援法が目指している地域における支援体制はどのように設計されようとしているのか、その課題は何かを考察することを目的とする。

2 方法

障害者自立支援法においては、地域自立支援協議会を中核として、地域の相談体制を構築しようとしている。一方、相談体制の構築と相まって、地域ケアシステムの構築も大きな課題となっている。そこで、本研究では相談支援体制の要となる地域自立支援協議会の確立と運用状況等に注目した。

2.1 調査対象

市町村の相談支援体制の構築に向けて取り組んでいる6か所を訪問して、担当者、キーパーソンに対してインタビューする。

2.2 調査内容

調査は、訪問インタビューにより、以下のような項目について行った。

①地域自立支援協議会の設置に向けた取り組み状況、②既存のネットワークをどのように変更したか、③3障害合同の形をどのように形成しようとしているか、④県と各圏域・市町村の考え方に対する調整、⑤地域自立支援協議会の設置の課題と機能、⑥地域の障害福祉システムにおいて不可欠と思われる要素は何か。

3 調査の結果

本稿では、すべての調査結果を掲載することはできないので、相談支援体制の構築に関して整理を行った。調査の結果、相談支援体制の構築に向けた取り組みの中で、相談窓口をどのような形で構築しようとしているかによって次の3つのタイプに分類された。①障害種別にかかわらず総合的な拠点を設置する、②障害種別に応じて複数の拠点を設置し、相互に連携を図る、③地域包括支援センターとともに総合的な相談窓口を設置する。①のタイプの例として図1に示す。

この市は、人口90,203人（平成18年6月現在）で圏域の人口は約22万人である。この市は、障害種別を越えて、さらに高齢者総合相談センターとして相談窓口を設置し、障害者・高齢者を一体化しようとしている。この支援体制



障害者の ケアマネジメント・プロセス(9)

—— 支給決定後の相談支援 ——

前回、障害認定区分の認定後から支給決定までを解説しました。
今回は、支給決定後の相談支援について触れることにします。

支給決定後の支給決定通知

市町村は、支給決定後に、自立支援給付の申請者に対して、支給決定通知と障害福祉サービス受給者証の交付を行うことになっています。市町村は、支給決定通知の不服申し立てに関して教示しなければなりません。もし、申請者が支給決定に対して不服があるときは、都道府県知事に不服申し立てをすることができます。この申し立ては、法律的には審査請求という手続きになります。都道府県は、障害者給付不服審査会を開催し、市町村が行った障害程度区分の認定や支給決定について不服審査を行います。しかしながら、支給決定を行ったのは市町村ですから、市町村の説明責任はまぬがれません。不服申し立てに対して、市町村は支給決定案作成会議等の支給決定の根拠となった資料を準備することが必要になってくると思われます。

サービス利用計画作成費の 支給の申請

支給決定通知を受け取った申請者は、サービス利用計画作成費の対象者であるかどうかを知る必要があります。厚生労働省は、すべての障害者が必ずしもサービス利用計画作成費の支給の対象者ではないとしています。サービス利用計画作成費の支給対象者は、①長期間の入所・入院から地域生活へ移行しようとする者、②家族や周囲からの支援が得られず、孤立しており、具体的な生活設計ができない者、③その他、福祉サービスを利用しようとする者で自らその利用を調整することが困難であり計画的な支援を必要とする者を想定しています。したがって、これらのいずれかに該当すると思われる障害者は、市町村に対して、サービス利用計画作成費の支給の申請を行います。市町村は、この申請を受けて、サービス利用計画作成費の支給対象者であるか否かを通知します。

サービス利用計画作成費の支給認定を受けた場合、その障害者はサービス利用計画作成を指定相談支援事業者に依頼します。その際、障害者は、どの指定相談支援事業者に依頼するかという「サービス利用計画作成依頼書」を市町村に提出します。サービス利用計画の作成を依頼された指定相談支援事業者は、障害者との契約の段階に入ります。契約に際して、指定相談支援事業者は、重要事項説明書に基づく説明を行い、障害者から説明を受けたことを証明する署名等を得ます。



サービス利用計画作成費の支給の対象とならなかった場合

サービス利用計画作成費の支給対象者でない場合、相談支援は受けられないかというところではありません。したがって、障害者自立支援法におけるサービス利用計画作成費支給対象者（法律では、「計画作成対象障害者等」となっています）と、対象でない障害者が存在することになります。サービス利用計画作成費の支給対象でない障害者が、サービス利用計画を作成してもらう場合、相談支援において対応します。その際、指定相談支援事業者が、ケアマネジメントを手法として用いることは当然認められます。介護保険制度のように、本人が依頼すればケアプラン作成が保険給付として提供される仕組みとは異なっています。障害

者の相談支援は、基本的には地方交付税によって展開されていますので、ケアマネジメントを用いた支援を必要に応じて実施することになります。障害者自立支援法に基づくサービス利用計画作成費の支給の対象者が限定されているだけであり、その計画作成にあたって、ケアマネジメントを用いるということになります。このような仕組みだと、指定相談支援事業者は、サービス利用計画作成費の支給対象者だけを対象に相談支援するのではないかという不安があります。しかし、すべての障害者がサービス利用計画作成、サービス調整、モニタリング等の一連の支援を受ける必要があるかというところでもないと思われれます。ただ、一連の支援を必要とする障害者がすべてサービス利用計画作成費の支給対象者となるのかという課題は残ります。この点は、市町村の判断に委ねられているので、具体的なことを述べられないのが現実です。



アセスメント

指定相談支援事業者との契約がなされると、アセスメントに移行します。この段階までに、市町村によって利用者の障害程度区分の認定に用いた認定調査票、概況調査票、サービス利用意向の聴取結果、暫定的なサービス利用計画案などが明らかになっています。障害者の立場にたつと、ニーズ・アセスメント過程において、同じような調査を受けなければならないので、



二重の負担となってきます。できれば市町村の収集したデータを活用することができればよいと思われます。そのためには、障害者がデータの提供に関して同意していることが前提になります。データ提供の同意を得られている場合、市町村と調整して入手し、これらのデータを把握してニーズ・アセスメントに入ることができます。ニーズのアセスメントが終わったら、ニーズの整理を行い、優先順位をつけて、どのようなニーズから解決するか援助の優先順位を決定します。援助の優先順位が決められたら、次にニーズに合致した社会資源を検討します。したがって、相談支援専門員は、地域の社会資源について熟知しておかなければなりません。ここで、地域の社会資源の改善や開発の重要性が指摘されているわけです。



サービス利用計画作成

サービス利用計画案は、利用者といっしょに作成することになります。ケアマネジメントにおけるエンパワメントの視点が重要になってきます。利用者の参加を促すことによって、利用者自身が自分の課題をどのように解決するかを支援することになります。相談支援専門員だけでサービス利用計画案を作成すると、相談支援専門員に過度に依存的になり、自分の課題を解決する力を身につけることができなくなります。

サービス担当者会議の開催

サービス担当者会議は、いくつかの会議目的があります。最初の段階での会議は、サービス利用計画の作成を目的とするものです。その次に開催されるサービス担当者会議は、モニタリングを目的とします。最後の会議は、終結を目的とする会議です。もちろん、その間に、必要に応じてサービス担当者会議を招集することもあります。

最初のサービス担当者会議では、サービス利用計画の原案を提示し、サービス担当事業者と利用者の到達目標などを共有し、利用者主体のサービスを提供する視点をつくることです。



サービス利用計画 作成費の請求

サービス利用計画作成費の支給対象者の場合、毎月サービス利用計画費が給付されます。したがって、毎月、市町村にアセスメント票、サービス担当者会議の記録、モニタリングの実施状況等を添付して請求します。市町村が、障害者にサービス利用計画作成費を支給し、障害者は指定相談支援事業者にサービス利用計画作成費を支払うことになります。障害者自らがこの手続を行うのは困難です。また、一時的に障害者が費用負担することになってしまいます。そこで、代理受領方式により、市町村は、障害者に代わって、指定相談支援事業者からの請求に対してサービス利用計画作成費を支払うことができます。



利用者負担の上限管理

利用者の中には、A事業者から5時間、B事業者から8時間と、複数の事業者からサービスを受けることがあります。障害福祉サービスを利用する場合、利用者負担が生じますが、利用者負担の上限額が決められているので、複数の事業者から障害福祉サービスを購入している場合、利用者負担の上限管理を誰かがしなければなりません。この利用者負担の上限管理を指定相談支援事業者が行います。したがって、月末にサービス提供事業者からサービス利用実績を提供してもらい、利用者負担額を確定し、サービス提供事業者、障害者、市町村に連絡します。



モニタリングから終結まで

サービスが投入されている間、相談支援専門員は常に、サービスが適切に提供されているか、新たなニーズは発生していないか等をモニタリングします。新たなニーズが発生している場合、再アセスメントの手続きになります。サービス利用作成費の期間を延長する

必要がある場合、期間変更の協議を市町村と行うことになります。その後、サービス利用計画作成費の期間に、安定した生活が確保された場合、サービス利用計画は終結します。サービス利用計画は終結しても継続的な相談支援を必要とする場合、一般的な相談支援体制によって相談支援を受けられます。



最後に

障害者のケアマネジメント・プロセスについて、障害者自立支援法に基づいて解説を行ってきました。障害者分野における相談支援は、ケアマネジメントだけでなく、いくつかの広がりを見せています。地域生活支援の一つの手法として、重症精神障害者に対する包括型地域生活支援プログラム（ACT；Assertive Community Treatment）が実施されています。今後、ケアマネジメントもいろいろな臨床的な知見を基に議論する必要があります。今回は、障害者自立支援法の施行に関して議論を呼んだ利用者負担の仕組みを解説する予定です。

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

