



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 ——

前回は、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

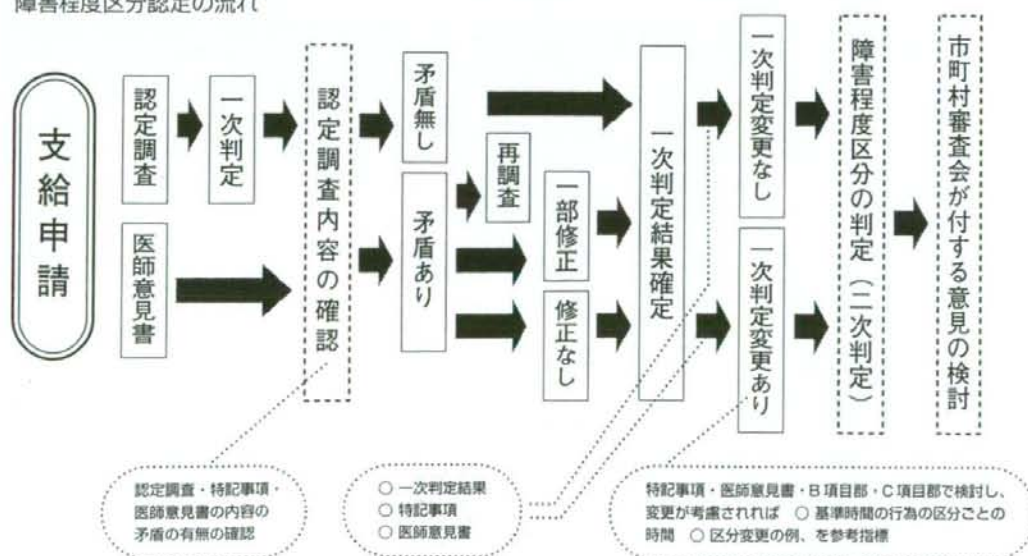


図2 障害程度区分基準時間

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。



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、

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。

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・下膳(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
突然走っていき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 ≤ 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 ≤ 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

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

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。

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
麻痺 (左-上肢)	2-1 寝返り	3-1 立ち上がり
麻痺 (右-上肢)	2-2 起き上がり	3-2 片足での立位
1-1 麻痺 (左-下肢)	2-3 座位保持	3-3 洗身
麻痺 (右-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 スポン等の着脱	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。

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。

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にあると

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なため、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、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制約的対応…自傷・他害を適切におさめ、危険を回避する。強いこだわり、突発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」「排便」「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3	
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、全観管理の援助。 ○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、相該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、身体機能の維持・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通じ、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になります。

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、重度の肢体不自由者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護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があります。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。

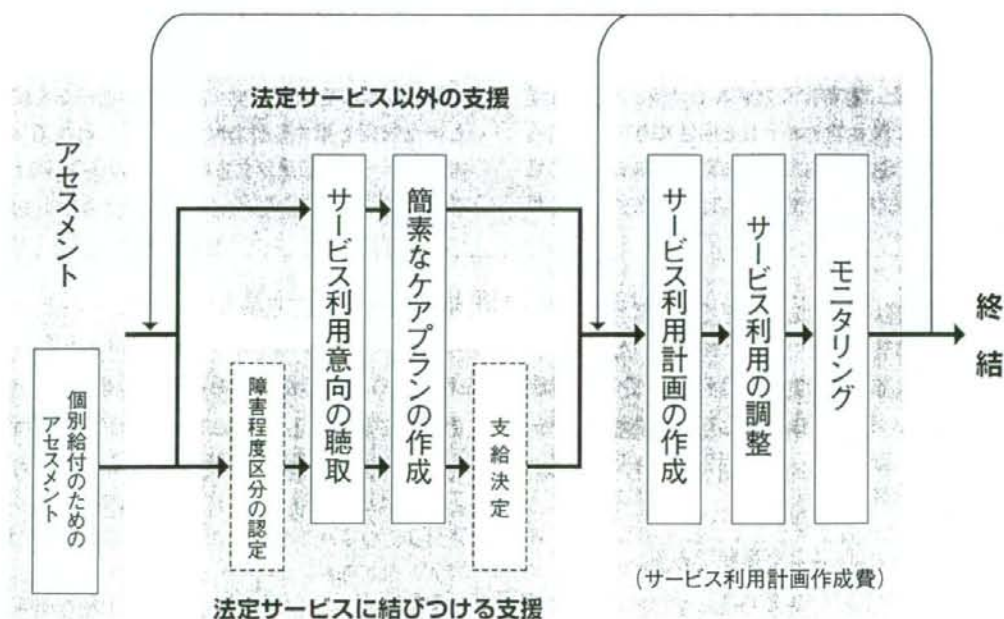


障害者の ケアマネジメント・プロセス(8)

—— 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

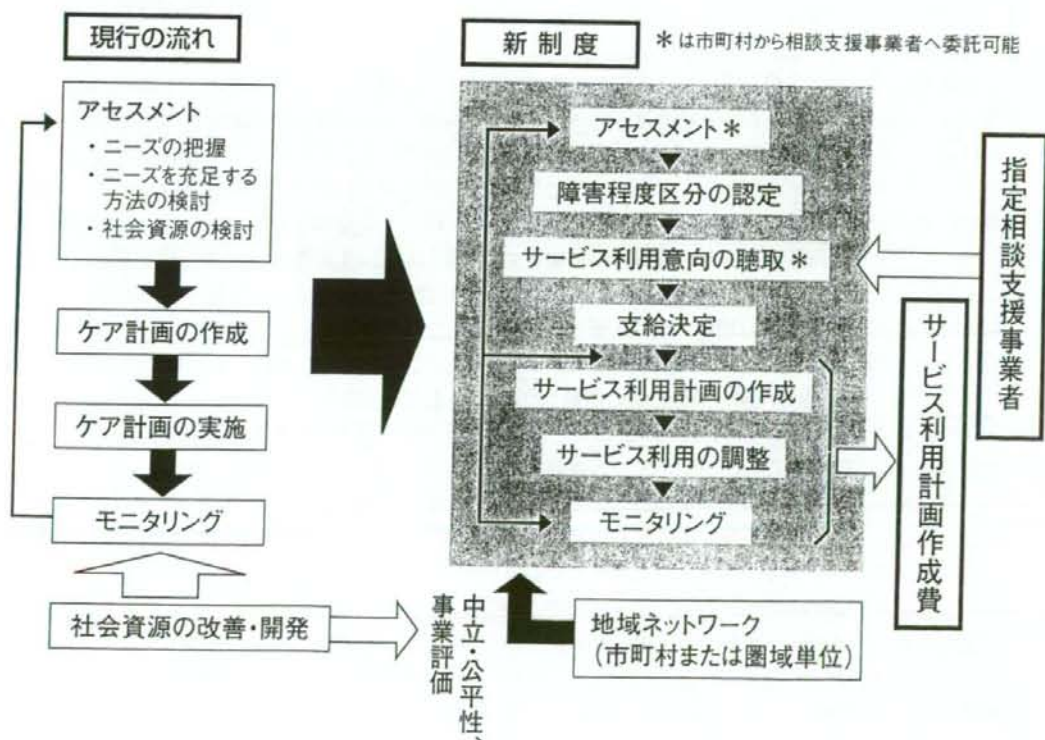


障害程度区分の認定から 支給決定まで(介護給付の場合)

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、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になります。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。

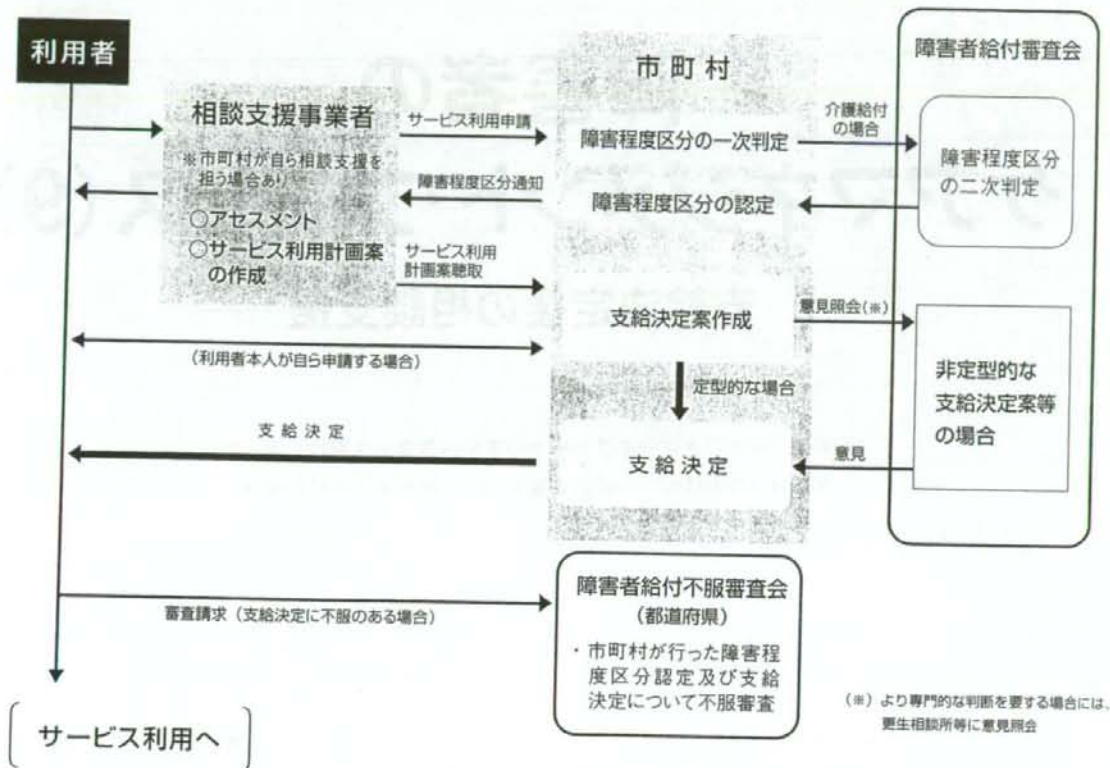
市町村は、この個別支援計画案をもとに、支給期間等を設定して、支給決定を行います。支給決定し、支給決定期間が経過した場合、原則として更新は行われません。ただし、評価指標に基づき再評価を行った結果、訓練により一定の改善がみられており、給付継続により一般就労等の更なる成果が期待できる場合には、追加訓練期間等を明示した個別支援計画案を提示し、市町村の審査を受けます。その審査結果によって、支給決定の更新が認められる仕組みとなっています。

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の場合、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。

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。今回は、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もらいます。



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となります。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