

5 モニタリング及び再アセスメント

① モニタリング

当初は週1回程度、家庭訪問をするなかで、食事、金銭管理、健康状態の聴き取りを行い、通所施設の職員からも聴き取りを行いました。また、サービス提供事業者からは3週間に1回程度、電話連絡を通じて、状況把握に努めました。

① ホームヘルプサービスと移動支援サービスについて

食事作りに関しては、ホームヘルパーとの関係も良好で、Aさんも「料理のレパートリーが増えた」と大変喜んでいました。ただ、相談支援専門員が客観的に見ていく中で留意点も出てきました。各々のヘルパーは熱心に取り組んでいるのですが、個々によって関わり方が異なっており、中には「障害があるからやってあげなければいけない」と思い込んでいるヘルパーもいたため、ホームヘルプサービス提供事業者のサービス提供責任者との連絡調整をしていきながら、支援内容の意思の統一を図りました。また、Aさんがずっと気にかけていた亡き両親のお墓参りにも、乗り換えなしのバスで行けることがわかりました。

② 金銭管理について

権利擁護サービスの金銭管理に関しては、時間的な制約もあるため、自宅ではなく通所施設に通っている時間帯に郵便局へ同行することになりました。Aさんは、自分自身で郵便局に行って手続きすることなど絶対にできないと当初は話していたのですが、生活支援員の必要な部分への支援をもとに「ずいぶん自信をもてた」という言葉が出るようになってきました。支援センターの相談支援専門員も月に2回程度訪問して、金銭使途状況の確認や休日の過ごし方、役所からの郵便物の確認などをして、障害者自立支援法のサービス利用に関する負担金の決定のための諸手続きなどは、Aさんと一緒に取り組み、何とか無事に終えることができました。

③ 家族・サービス提供事業者からの聴き取り

伯母さんからは、以前関わりを多くもっていた時から考えると、本当に本人一人で大丈夫かと内心不安だったが、さまざまな人たちの手助けがあり最近では安心しているといった感想が聞かれました。

通所施設へも訪問してAさんの仕事ぶりを尋ねると、施設の職員から

「毎日休まずに通ってきてくれて、全体の作業が遅れて納品に間に合っていないときでも進んで遅くまで残って手伝ってくれます」という話がありました。ただ、最近気になることとして、以前に比べて少しやせすぎはないかと感じているので、病院の担当医から話を聞いてもらった上で対処が必要であれば、またサービス担当者会議で説明をお願いします」ということでした。

ホームヘルプサービス提供事業所からも同様の話があったばかりだったため、相談支援専門員は医師へ連絡を取り、医療情報を取りました。幸い、現時点では糖尿病の顕著な進行もなく、食事による栄養管理程度で構わないとのことでしたが、担当医師によると、Aさんは、休日などに食材の買物に行った際、揚げ物が好物であり、どうしても弁当や総菜を多めに買って食べてしまうとのこと、食事面での見直しが必要になってきているのではないかの助言がありました。ヘルパー事業所と通所施設へその旨の連絡を取り、その際、近日中にサービス担当者会議の開催調整をすることを伝えました。

事例のポイント

- ① Aさんの場合はホームヘルプサービスの利用が初めてであったため、ホームヘルパーとの会話が弾みすぎて肝心の食事作りを覚えていくといった当初の目的から逸脱してしまうことも多々ありました。慣れない一人暮らしのなかで自宅に来てくれる人がいるという安心感がAさんの寂しさを紛らわしてくれるといった気持ちの表現になっていったことが推察されます。
- ② 墓参りや金銭拠出のための外出支援も当初は初めての取り組みであったため、相談支援専門員も同行して実態を把握することに努めました。
- ③ 食事面のことは医師には話せても相談支援専門員にはなかなか話せないことなどもあり、つい対応が遅れがちになってしまいました。それゆえに各機関との連絡調整が非常に重要であることを痛感することになりました。

モニタリングは、相談支援専門員の取り組みの中でも最も重要な役割となります。本人は満足しているか、ヘルパーが関わり方に戸惑いを抱いていないか、当初の計画通りにサービス提供がなされているか、事業所相互の連絡調整は滞っていないか、新たな課題が表出して

いないか、そして何より本人のエンパワメントがなされているか、権利擁護につながっていく課題は表出していないかなど、様々な視点でモニタリングしていくことが重要です。

【モニタリング】一般的なポイント

- ① モニタリングは、初期モニタリング、継続モニタリング、終結に向けたモニタリングによって、その目的が異なります。初期モニタリングは、サービスが提供された直後から実施され、計画されたサービスがマッチしているか、サービスが適切に提供されているか、利用者を取り巻く環境に変化はないか等をチェックします。継続モニタリングは、サービスの質を確保すること、新たなニーズが発生していないかをチェックします。終結に向けたモニタリングは、計画された目標が達成されているか、もし達成に向かっていない場合、その原因は何かを明らかにします。
- ② 新たなニーズが発生したり、サービス利用計画を修正する必要がある場合、再アセスメントを行うかどうかを判断する必要があります。
- ③ 再アセスメントが必要であれば、ニーズ・アセスメントから開始することになります。
- ④ モニタリングは、利用者の満足度、サービス提供者の目標達成への意見等により行われます。
- ⑤ サービス利用計画作成費の算定においては、モニタリングは1か月に1回自宅を訪問し、本人と面接して記録することになっています。

（「障害者自立支援法第45条の規定に基づく指定相談支援の事業の人員及び運営に関する基準」平成18年9月29日厚生労働省令第173号、第15条第13号）

② 再アセスメント

支援が開始されたのち、4か月後にサービス担当者会議を開くことになりました。参加者は第1回と同様です。

Aさんは食生活改善の必要性があることを通所施設の栄養士に伝え、できるだけわかりやすくAさんに説明してもらうようお願いをし、このままだと入院をする必要もあることを伝えたところ、Aさんも事の重大さに気づいてくれました。

その後、サービス担当者会議を開く中で、サービス導入後、

- Aさんが生き生きとして一人暮らしをしていること
- 料理のレパートリーも増えてとても喜んでいること

○生活支援員の助言をもらいながらではあるものの、郵便局に行って自分で生活費をおろせるようになってきたこと

○念願の両親のお墓参りに行けるようになったこと

など、生活に幅ができて充実してきたことなどを共有化しました。

その上で、新たな課題として、

① 糖尿病のための食事管理をどのようにAさんがストレスを感じないようしながら進めていくか

② 日常の食材に関する買い物やお墓参り以外に外出機会が乏しいため、休日時の過ごし方の提案をどのようにしていくか

を中心に話し合いがされました。

①については、定期通院の際に、担当医師から食事管理の必要性を伝えてもらうことになりました。また、通所施設の栄養士が月ごとに自宅で献立を作成して、ホームヘルプサービス提供事業所のサービス提供責任者と打ち合わせをしていきながら、ホームヘルパーに周知すると同時に、協力して手伝ってもらえるようになりました。

②については、Aさん自身は節約化であり無駄遣いをしないことと相まって、洋服や下着なども最近購入したことがないとの話が以前聴取したアセスメント票にも記載されていたため、月に一回開催されている当事者活動の情報提供と合わせて、「もし、当事者活動に参加することになると、外出着が必要では？」と促していきながら、休日時の衣類等の購入を前提としたサービス利用に結び付けていけないか、といったことを前提に相談支援専門員から働きかけてみることになりました。

また、今回のサービス担当者会議で話し合われた内容と、Aさんの同意をもとにした「モニタリング報告」「サービス利用計画作成書」をサービス利用計画作成費審査委員会へ報告することにしました。

事例のポイント

① Aさんの場合は、通所施設の栄養士の協力により支援の幅が更に広がることとなります。医師も同様で、通常なら必要な時以外連絡を取らないといったケースも少なくはありませんが、Aさんについては定期的な連絡調整を常に図っていたことで、医師の協力もスムーズに得ることができました。

② Aさんの場合は質素な生活に終始し、必要以上の金銭拠出をせず、衣類の購入や旅行などに対しても意欲が高くないため、相談支援専

門員はAさんの生活全般に対する意欲を高めてもらうことを今後の取り組みとしました。

当初のサービス提供が開始されると、本人や家族からは特別な事情がない限り、不満や苦情が出されないことがあります。相談支援専門員は客観的な視点をもって常にサービスの見直しを前提とした聞き取りが重要となってきます。

また、権利擁護の視点、本人のエンパワメントの視点を常に欠かさないことが重要です。

〔再アセスメント〕の一般的なポイント

- ① 再アセスメントは、新たなニーズが発生した場合、必ず行われます。その際、ニーズ・アセスメントから出発します。
- ② サービス利用計画を修正する必要がある場合も、必要に応じて再アセスメントから出発します。
- ③ 相談支援専門員は、最初に行ったアセスメントにおいて見落としや実施していなかったことがなかったかをチェックしましょう。
- ④ アセスメント内容に変更またはもれがないときは、利用者の主訴からニーズを引き出し、ニーズの整理を行ったときに問題はなかったかを確認しましょう。
- ⑤ サービス担当者会議において、ニーズを充足するための検討が行われたかを確認しましょう。

6 利用者負担上限額の上限管理

Aさんの場合は障害者自立支援法の自立支援給付のうち、通所施設(就労継続支援B型；訓練等給付)と居宅介護(介護給付)、移動支援(地域生活支援事業)を利用することで、利用者負担上限額の上限管理を相談支援専門員が担うことになります。

Aさんは母親が残してくれた財産があることで、負担上限額がどうしても高くなってしまうこともあり、こういったサービスを月に何回、何時間利用したことで各事業所から請求書が届いていることなどをできるだけわかりやすく説明するようにしています。また、サービス提供と負担額のバランスを考慮して、サービスの増減も含めて毎回説明をしているところです。

サービスを提供している事業者とは、サービス管理責任者やサービス提供責任者と綿密な調整をしていきながら各々の事業者の請求業務に支障が出ないように丁寧なやり取りを心がけています。

事例のポイント

Aさんの利用状況を毎回確認していくことが必要ですが、各事業所から毎月送付されてくる書類をどういった形で説明をしていくかがポイントです。Aさんにはできるだけわかりやすく利用した回数や時間帯などを説明していきながら、その結果、自己負担金がどれくらいかかるかを丁寧に説明していくようにしました。

【利用者負担上限額の上限管理】一般的なポイント

- ① 複数のサービス提供事業者からサービスを受け、利用者負担の上限額を超えるサービス利用者に対しては、利用者負担の上限額管理を行います。
- ② 上限額管理を必要とする利用者に対しては、利用者が利用している事業者のどちらかを上限額管理事業者として指定するようにアドバイスする必要があります。

7 サービス利用計画作成費の請求

相談支援事業者から提出された「モニタリング報告」「サービス利用計画作成書」は市のサービス利用計画審査委員会等で適切な取り組みがなされているか、モニタリングが適切に行われているかを協議・検討し、結果は市町村を経て、最終的に事業者には減算なしといった結果が示されました。それ以降に具体的な請求をしていくことになります。

事例のポイント

法律上は、Aさんにはサービス利用計画作成費の請求について直接関わりはありませんが、「利用者主体」の観点から「サービス利用計画審査委員会」等で助言や指導があった項目についてはできるだけわかりやすい内容に変えて、「今後は、相談支援専門員も助言があった内容を意識して取り組みを進めていく」ことをAさんにも説明しました。

【サービス利用計画作成費の請求】一般的なポイント

- ① サービス利用計画作成費の支給対象者には、毎月サービス利用計画

作成費が支給されます。

- ② サービス利用計画作成費の支給には、生活全般の相談（アセスメントを含む）、サービス利用に関する情報提供、サービス利用計画の作成、サービス担当者会議の開催（サービス事業者との連絡調整を含む）、モニタリング（少なくとも月に1回）を行っていることが必要です。
- ③ 相談支援を開始した日から5年間は記録を保存しなければなりません。

8 終結

Aさんの場合は支援の途中であり、現時点では終結までには至っていませんが、サービス導入して、安定してくるまでには、再アセスメントやサービス調整が必要となってくることが当然予想されることから最低でも1年程度の期間が必要と思われます。

また、場合によっては糖尿病の悪化なども予想され、一旦終結しても生活上大きな変化がもたらされることが予想される場合は市町村との打ち合わせをもとにして、再度相談支援専門員の関わりが必要になってきます。

事例のポイント

障害のある人の生活を支援していく上で、「終結」することは考えにくいと思われませんが、相談支援専門員が取り組んできた役割を、どういった機関や人に委ねていけばよいかを常に考慮に入れて支援の組み立てをしていく必要があります。また、利用者のエンパワメントによって社会性の向上を見極めていくことも重要です。

利用者も、相談支援専門員から突然、関わりを終えると告げられることで、不安や戸惑いが生じてしまうでしょう。そのため、どうしても相談支援専門員が担ってきた役割を担える機関や人がいない場合は、市町村と協議していきながら、今後の対応を検討し、地域自立支援協議会に終結が困難と思われる利用者についての対応を提言していくことが必要となります。

現時点でAさんは、終結までには至っていませんが、関係者による支援が開始された当初からすると、現在たくさんの関係者が見守ってくれている実態があります。相談支援専門員の調整も、Aさんの健康

状況に変化があったときや伯母さんに制度変更の説明をすることなどに限られてきています。今後は、Aさんのエンパワメントを高めて自身での生活を更に充実した上で、終結に向けての取り組みを進めていく必要があります。

【終結】一般的なポイント

- ① 相談支援の終結に当たっては、サービス提供は継続的になされることを利用者に理解してもらう必要があります。
- ② 相談支援が病院に入院する等中断される場合、再開の準備をしておくことが大切です。
- ③ ケアマネジメントは、ある程度期限を設定して始める方が、利用者やサービス提供者にとって効果的な場合もありますので、利用者と話合って期限を決めておくことも大切です。
- ④ 利用者が住居を移転するときは、利用者の了解を得た上で、移転先の市町村に情報を提供しましょう。
- ⑤ 終結後に、地域のネットワーク、社会資源等が今後も適切に機能するか、地域に定着するかを見直しましょう。

第2節 障害者自立支援法に基づく主な専門職

障害者自立支援法は、新たな障害者の自立システムを構築することを目指し、施設・事業体系を見直し、事業の人員や運営基準を示している。本節では、障害者自立支援法における指定事業所で障害福祉サービス等に携わる専門職種を概観する。

1 | 相談支援専門員

■ 法における位置づけ

相談支援専門員は、「障害者自立支援法に基づく指定相談支援の事業の人員及び運営に関する基準」(平成18年度厚生労働省令第173号)の第3条において、「指定相談支援事業者は、当該指定に係る事業所(以下「指定相談支援事業所」という。)ごとに専らその職務に従事する相談支援専門員(指定相談支援の提供に当たる者として厚生労働大臣が定めるものをいう。以下同じ。)を置かなければならない。ただし、指定相談支援の業務に支障がない場合は、当該指定相談支援事業所の他の職務に従事させ、又は他の事業所、施設等の職務に従事させることができるものとする」と規定されている。

■ 相談支援とは

障害者自立支援法の第5条第17項に、相談支援とは、「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」と規定されている。さらに、サービス利用計画作成対象障害者等の依頼を受けて、支給決定にかかる障害者等の心身の状況、そのおかれている環境、障害福祉サービスの利用に関する意向その他の事項を勘案し、サービス利用計画を作成するとともに、障害福祉サービスの提供が確保されるよう指定障害福祉サービス事業者等との連絡調整を行う指定相談支援がある。

■ 相談支援専門員の要件

相談支援専門員の要件は、「指定相談支援の提供に当たる者として厚生労働大臣が定めるもの」（平成18年厚生労働省告示第549号）に規定されている。

この規定によれば、相談支援専門員は、障害特性や障害者の生活実態に関する専門的な知識と経験が必要であるので、実務経験と都道府県知事が行う相談支援従事者初任者研修の受講を要件としている。

具体的な実務経験の範囲は、表6-1に示しているように、①障害者の保健、医療、福祉の分野における相談支援の業務および介護の直接支援業務、②障害者の就労、教育の分野における相談支援の業務に携わっていた者を定めている。

相談支援従事者初任者研修は、都道府県知事が行う研修で、障害者等の意向を踏まえ、必要な保健、医療、福祉、就労支援、教育等のサービスを、総合的かつ適切に利用するための援助に関する知識および技術を習得させることを目的としている。なお、相談支援専門員は、相談支援従事者現任研修を5年に1回以上受講しなければならない。

2 | サービス管理責任者

■ 法における位置づけ

サービス管理責任者は、「障害者自立支援法に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準」（平成18年厚生労働省令第171号）において、療養介護、生活介護、共同生活介護、児童デイサービス、共同生活援助、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援A型、就労継続支援B型のそれぞれの人員に関する基準のなかで利用者数に応じて配置されることとされている。

■ サービス管理責任者の責務

サービス管理責任者の責務については、「障害者自立支援法に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準」（平成18年厚生労働省令第171号）の運営に関する基準において規定され、療養介護における第58・59条がほかの障害福祉サービスにも準用されている。この規定によれば、サービス管理責任者は表6-2の業務を担うことになる。

また、個別支援計画（療養介護計画、児童デイサービス計画、共同生活援助計画、共同生活介護計画、自立訓練（機能訓練）計画、自立訓練（生活訓練）計画、就労移行支援計画、就労継続支援A型計画、就労継続支援B型計画）の作成に関する業務を核としながら、関係機関との連携を図るとともに、従業員への助言、技術指導を行う。

表6-1 相談支援専門員の要件となる実務経験等

- 相談支援専門員の要件となる実務経験者
 - ① 第1の期間が通算して3年以上である者
 - ② 第2、第3、第5および第6の期間が通算して5年以上である者
 - ③ 第4の期間が通算して10年以上である者
 - ④ 第2から第6までの期間が通算して3年以上かつ第7の期間が通算して5年以上である者
 - ※ 3年以上の実務経験とは、業務に従事した期間が通算して3年以上であり、かつ当該業務に従事した日数が540日以上
 - 3年以上(540日以上)
 - 5年以上(900日以上)
 - 10年以上(1800日以上)
- 実務経験となる業務
 - 第1 平成18年10月1日において現にイまたはロに掲げる者が、平成18年9月30日までの間に、イまたはロに掲げる者として相談支援の業務(身体上もしくは精神上の障害があることまたは環境上の理由により日常生活を営むのに支障がある者の日常生活の自立に関する相談に応じ、助言、指導その他の支援を行う業務)その他これに準ずる業務に従事した期間
 - イ 障害児相談支援事業、身体障害者相談支援事業、知的障害者相談支援事業の従事者
 - ロ 精神障害者地域生活支援センターの従業者
 - 第2 イからロに掲げる者が、相談支援の業務その他これに準ずる業務に従事した期間
 - イ 障害児相談支援事業、身体障害者相談支援事業、知的障害者相談支援事業の従事者
 - ロ 児童相談所、身体障害者更生相談所、精神障害者地域生活支援センター、知的障害者更生相談所、福祉事務所、保健所、市町村役場その他これらに準ずる施設の従業者
 - ハ 身体障害者更生施設、知的障害者更生施設、障害者支援施設、老人福祉施設、精神保健福祉センター、救護施設および更生施設、介護老人保健施設、精神障害者社会復帰施設、指定居宅介護支援事業所その他これらに準ずる施設の従業者
 - ニ 保険医療機関の従業者(社会福祉主事任用資格者、ホームヘルパー養成研修2級課程相当の研修の修了者、第7に掲げる資格を有する者、または第2のイからハに掲げる従事者および従業者の期間が1年以上の者に該当する者)^{※1}
 - 第3 イからハに掲げる者であって、社会福祉主事任用資格者等が、介護等の業務(身体上または精神上の障害があることにより日常生活を営むのに支障がある者につき、入浴、排泄、食事その他の介護を行い、ならびにその者およびその介護者に対して介護に関する指導を行う業務)に従事した期間
 - イ 障害者支援施設、身体障害者更生施設、身体障害者療護施設、身体障害者福祉ホーム、身体障害者授産施設、身体障害者福祉センター、精神障害者社会復帰施設、知的障害者デイサービスセンター、知的障害者更生施設、知的障害者授産施設、知的障害者通所寮、知的障害者福祉ホーム、老人福祉施設、介護老人保健施設、療養病床その他これらに準ずる施設の従業者
 - ロ 障害福祉サービス事業、老人居宅介護等事業その他これらに準ずる事業の従事者
 - ハ 保険医療機関または保険薬局、訪問看護事業所その他これらに準ずる施設の従業者
 - 第4 第3のイからハに掲げる者であって、社会福祉主事任用資格者等でない者が、介護等の業務に従事した期間
 - 第5 次に掲げる者が、相談支援の業務その他これに準ずる業務に従事した期間
 - 障害者職業センター、障害者雇用支援センター、障害者就業・生活支援センターその他これらに準ずる施設の従業者
 - 第6 盲学校、聾学校および養護学校その他これらに準ずる機関において、就学相談、教育相談および進路相談の業務に従事した期間
 - 第7 医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士、視能訓練士、義肢装具士、歯科衛生士、言語聴覚士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、栄養士(管理栄養士を含む)または精神保健福祉士が、その資格に基づき当該資格に係る業務に従事した期間
 - ※1 社会福祉主事任用資格者等
 - 社会福祉主事任用資格を有する者、訪問介護員2級以上に相当する研修を修了した者等、保育士、児童指導員任用資格者、精神障害者社会復帰指導員任用資格者

■ サービス管理責任者の要件

サービス管理責任者の要件は、「指定障害福祉サービスの提供に係るサービス管理を行う者として厚生労働大臣が定めるもの等」(平成18年厚生労働省告示第544号)に規定されている。この規定では、療養介護、生活介護、共同生活介護、児童デイサービス、共同生活援助、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援A型、就労継続支援B型のそれ

表6-2 サービス管理責任者の責務

- 1 指定療養介護事業所の管理者は、サービス管理責任者に指定療養介護にかかる個別支援計画（療養介護計画）の作成に関する業務を担当させる。
- 2 サービス管理責任者は、療養介護計画の作成にあたっては、適切な方法により、利用者について、その有する能力、そのおかれている環境および日常生活全般の状況等の評価を通じて利用者の希望する生活や課題等の把握（アセスメント）を行い、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援するうえでの適切な支援内容の検討をする。
- 3 アセスメントにあたっては、利用者面接して行わなければならない。この場合において、サービス管理責任者は、面接の趣旨を利用者に対して十分に説明し、理解を得る。
- 4 サービス管理責任者は、アセスメントおよび支援内容の検討結果に基づき、利用者およびその家族の生活に対する意向、総合的な支援の方針、生活全般の質を向上させるための課題、指定療養介護の目標およびその達成時期、指定療養介護を提供するうえでの留意事項等を記載した療養介護計画の原案を作成しなければならない。この場合において、当該指定療養介護事業所が提供する指定療養介護以外の保健医療サービスまたはその他の福祉サービス等との連携も含めて療養介護計画の原案に位置づけるよう努める。
- 5 サービス管理責任者は、療養介護計画の作成にかかる会議（利用者に対する指定療養介護の提供にあたる担当者等を招集して行う会議をいう）を開催し、療養介護計画の原案の内容について意見を求める。
- 6 サービス管理責任者は、療養介護計画の原案の内容について利用者またはその家族に対して説明し、文書により利用者の同意を得なければならない。
- 7 サービス管理責任者は、療養介護計画を作成した際には、当該療養介護計画を利用者に交付する。
- 8 サービス管理責任者は、療養介護計画の作成後、療養介護計画の実施状況の把握（利用者についての継続的なアセスメントを含む。以下、「モニタリング」という）を行うとともに、少なくとも6か月に1回以上、療養介護計画の見直しを行い、必要に応じて療養介護計画の変更を行う。
- 9 サービス管理責任者は、モニタリングにあたっては、利用者およびその家族等との連絡を継続的に行うこととし、特段の事情のない限り、①定期的に利用者面接する、②定期的にモニタリングの結果を記録する。
- 10 療養介護計画の変更については、2から7までの手順を踏まえる。
- 11 サービス管理責任者は、1から10までの業務のほか、①利用申込者の利用に際し、その者にかかる指定障害福祉サービス事業者等に対する照会等により、その者の心身の状況、当該指定療養介護事業所以外における指定障害福祉サービス等の利用状況等を把握する。②利用者の心身の状況、そのおかれている環境等に照らし、利用者が自立した日常生活を営むことができるよう定期的に検討するとともに、自立した日常生活を営むことができると認められる利用者に対し、必要な支援を行う。③ほかの従業者に対する技術指導および助言を行う。
- 12 共同生活援助、共同生活介護においては、さらに、利用者が自立した社会生活を営むことができるよう指定生活介護事業所等との連絡調整を行う。

それぞれにおいて実務範囲が明記されており、その実務経験を満たすとともに、一定の研修を修了した者がサービス管理責任者として業務を遂行することができる。研修コースは、11.5時間の相談支援従事者初任者研修を修了し、サービス管理責任者研修における「サービス管理責任の役割に関する講義」を6時間、「アセスメントやモニタリングの手法に関する講義」を3時間、「サービス提供プロセスの管理に関する演習」を10時間、合計19時間を修了することになっている。

3 | サービス提供責任者

■ 法における位置づけ

サービス提供責任者は、「障害者自立支援法に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準」（平成18年厚生労働省令第171号）において規定され、都道府県知事から指定を受けた居宅介護事業所、重度訪問介護事業所、行動援護事業所、重度障害者包括等支援事業所に配置されることとされている。

■ サービス提供責任者の業務

サービス提供責任者の業務は、「障害者自立支援法に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準」（平成18年厚生労働省令第171号）において規定されている。その規定によれば、サービス提供責任者は、①利用者または障害児の保護者の日常生活全般の状況および希望等を踏まえて、具体的なサービスの内容等を記載した居宅介護計画を作成しなければならない、②居宅介護計画を作成した際は、利用者およびその同居の家族にその内容を説明するとともに、当該居宅介護計画を交付しなければならない、③居宅介護計画作成後においても、当該居宅介護計画の実施状況の把握を行い、必要に応じて当該居宅介護計画の変更を行う、④指定居宅介護事業所に対する指定居宅介護の利用の申込みにかかる調整、従業者に対する技術指導等のサービスの内容の管理等を行う、とされている。

4 | 生活支援員等の職員

表6-3に示しているように、障害者自立支援法における主な事業所に配置されている職種は数多く、特に生活支援員は、多くの事業所に配置されており、事業を推進するうえで重要な役割を果たしている。療養介護と生活介護には、医師、看護職員が配置されているが、看護職員とは看護師、准看護師または看護補助者とされている。就労関係の事業所には、職業指導員が配置されるが、就労移行支援事業においては就労を推進する観点から就労支援員が配置されている。また、知的障害者と精神障害者の自立訓練（生活訓練）の事業所には地域移行を推進する観点から地域移行支援員が配置されている。

表6-3 主な事業と配置されている主な職種

事業	サービス管理責任者	サービス提供責任者	生活支援員	医師	看護職員	理学療法士または作業療法士	指導員または保育士	世話人	職業指導員	就労支援員	地域移行支援員	管理者
居宅介護、重度訪問介護および行動援護		○										○
療養介護	○		○	○	○							○
生活介護	○		○	○	○	○						○
児童デイサービス	○						○					○
重度障害者包括支援		○										○
共同生活介護	○		○					○				○
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A型	○		○						○			
就労継続支援B型	○		○						○			

◎参考文献

障害者福祉研究会監『障害者自立支援法 事業者ハンドブック指定基準編』中央法規出版、2007。

第3節 相談支援専門員の役割と実際

1 | 相談支援専門員の役割

相談支援専門員の業務は、「障害者自立支援法に基づく指定相談支援の事業の人員及び運営に関する基準」(平成18年厚生労働省令第173号)の第15条に規定されている(表6-4)。この運営基準によれば、相談支援専門員は、障害者が地域で自立した生活を維持・継続するために、障害者等のニーズを把握し、サービス利用計画を作成し、そのサービス利用計画に沿って、地域の社会資源を活用・改善・開発することによって、総合的かつ効率的に継続してサービスを提供できるよう調整を図り、またモニタリングを行い、障害者が望んでいる地域生活が実現するよう支援する役割を担っている。

2 | 相談支援専門員の実際

相談支援専門員は、年金、補装具費等の一般的な相談支援を行うとともに、複数のサービスを計画的・継続的に利用する必要がある、地域生活支援を希望する障害者に対する相談支援を行う。

表6-4 運営基準にみられる相談支援専門員の主な業務

- ① 相談支援専門員は生活全般に係る相談、サービス利用計画の作成に関する業務を担当する。
- ② 利用者等に対してサービスの提供方法等について理解しやすいように説明するとともに、ピアカウンセリング等の支援を必要に応じて実施する。
- ③ 地域のサービス事業者の情報を適正に利用者等に提供する。
- ④ 利用者の居宅を訪問し、面接によるアセスメントを実施する。
- ⑤ サービス利用計画の原案を作成する。
- ⑥ サービス担当者会議を開催し、サービス利用計画の原案内容について意見を聴取する。
- ⑦ サービス利用計画の原案を利用者等に説明し、文書により同意を得る。
- ⑧ サービス利用計画を利用者等および利用サービス等の担当者に交付するとともに、市町村へ写しを提出する。
- ⑨ 月1回以上、利用者の居宅を訪問し、モニタリングする。
- ⑩ 必要に応じ、サービス利用計画の変更を行う。

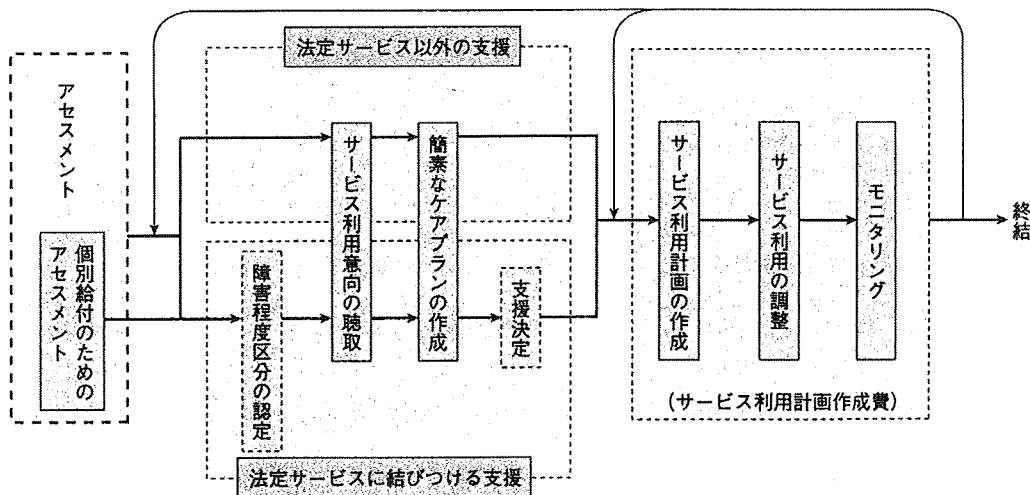
■ 相談支援のプロセス

相談支援専門員は、ケアマネジメントの手法を用いて、相談支援を行う場合がある。ここでの相談支援のプロセスは、ケアマネジメントのプロセスでもあり、インテークから始めて、アセスメント、サービス利用計画作成、サービス利用計画の実行、モニタリング、終結の一連のプロセスを経る。

インテークでは利用者や家族の主訴を明らかにし、アセスメントを行うための家庭訪問を約束する。アセスメントでは、家庭を訪問して利用者のニーズを明らかにし、利用者の課題分析を行う。その次に、利用者のニーズ・アセスメントによって明らかになった課題を解決するための援助の順序や優先度を検討し、簡素なケアプラン（サービス利用計画）を作成する。簡素なケアプランが作成されたら、サービス提供者等を招集し、サービス担当者会議を開催してケアプランを具体化するとともに、利用者の望んでいる生活等を共有する。そして、具体化されたケアプランに沿ってサービスを提供する。サービス提供中に、モニタリングを行い、新たなニーズが発生していないか、あるいは利用者がサービスに満足しているか等を点検する。もし、新たなニーズが発生していれば、再びアセスメントに戻る。利用者がケアマネジメントを必要としなくなったとき、病院に入院したとき等は終結に向かう。

図6-1に示すように、ケアプランは法定外の社会資源も取り込んで、利用者の望む地域生活を実現できるようなものとする。一方、法定サービスを利用する必要があるときは、市町村の障害程度区分の認定を受け、支給決定の手続きを行う。

図6-1 相談支援のプロセス



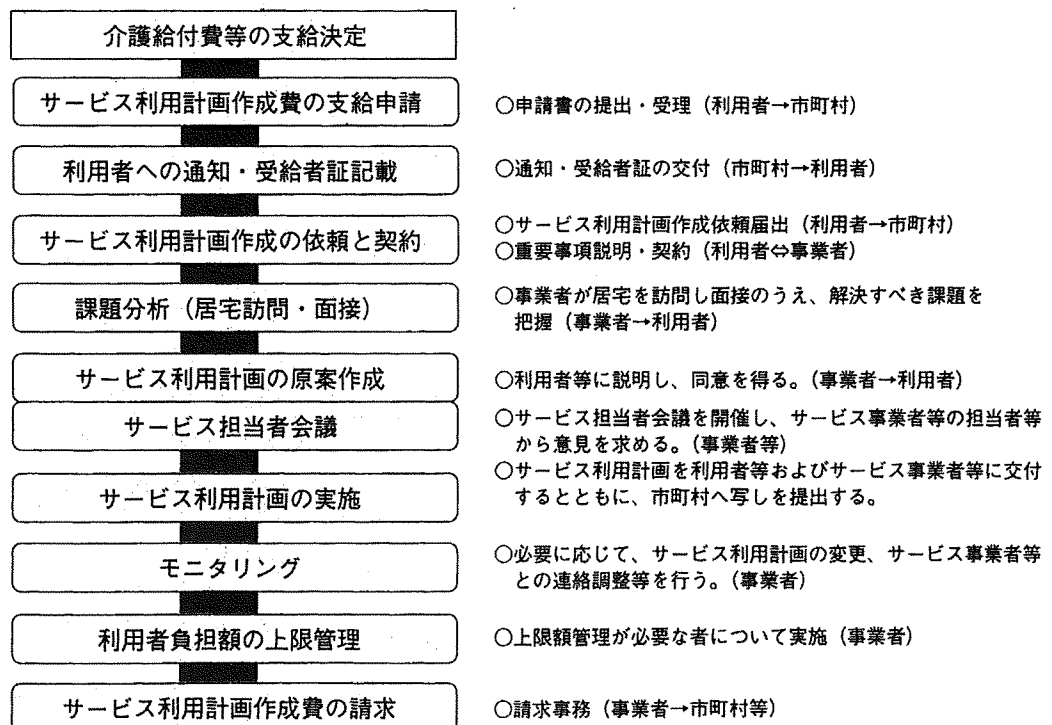
(平成21年1月現在)

■ サービス利用計画作成費支給対象者の相談支援

障害者の地域生活を支援するため、障害者自立支援法では、サービス利用計画作成費の自立支援給付を規定している。障害者のうち、特に計画的な自立支援を必要とする者に対して、サービス利用計画作成費の支給を行っている。サービス利用計画作成費の支給対象者を決定するのは市町村であるが、障害者自立支援法施行規則第32条の2にその支給対象者を規定している。その規則によれば、①障害者支援施設からの退所等に併い、一定期間、集中的に支援を行うことが必要である者、②単身の世帯に属するため、またはその同居している家族等の障害、疾病等のため、自ら指定障害福祉サービス事業者等との連絡調整を行うことが困難である者、③重度障害者等包括支援にかかる支給決定を受けることができる者、のいずれかに該当する障害者を対象としている。このようなサービス利用計画作成費の支給対象である障害者に対する相談支援では、図6-2に示すように相談支援専門員が中心的な役割を担ってサービス利用を支援する。

障害者は、市町村から支給決定通知を受けたとき、サービス利用計画作成費の支給対象であれば、市町村に支給申請を行う。支給申請に基づき市町村が支給決定を行った場合、障害者は指定相談支援事業者にサービス利用計画作成の依頼をし、事業者と契約を行う。障害者は、「サービス利用計画作成依頼届出書」を市町村に提出することになっている。指定相談支援事業者は、契約にあたっては、障害者に重要事項の説明を行い、説

図6-2 サービス利用計画作成費の支給プロセス



（平成21年1月現在）

明を受けたことを証明する署名等を得たうえで契約を行い、市町村は、サービス利用計画作成依頼届出書を受理したとき、指定相談支援事業者の確認を行う。

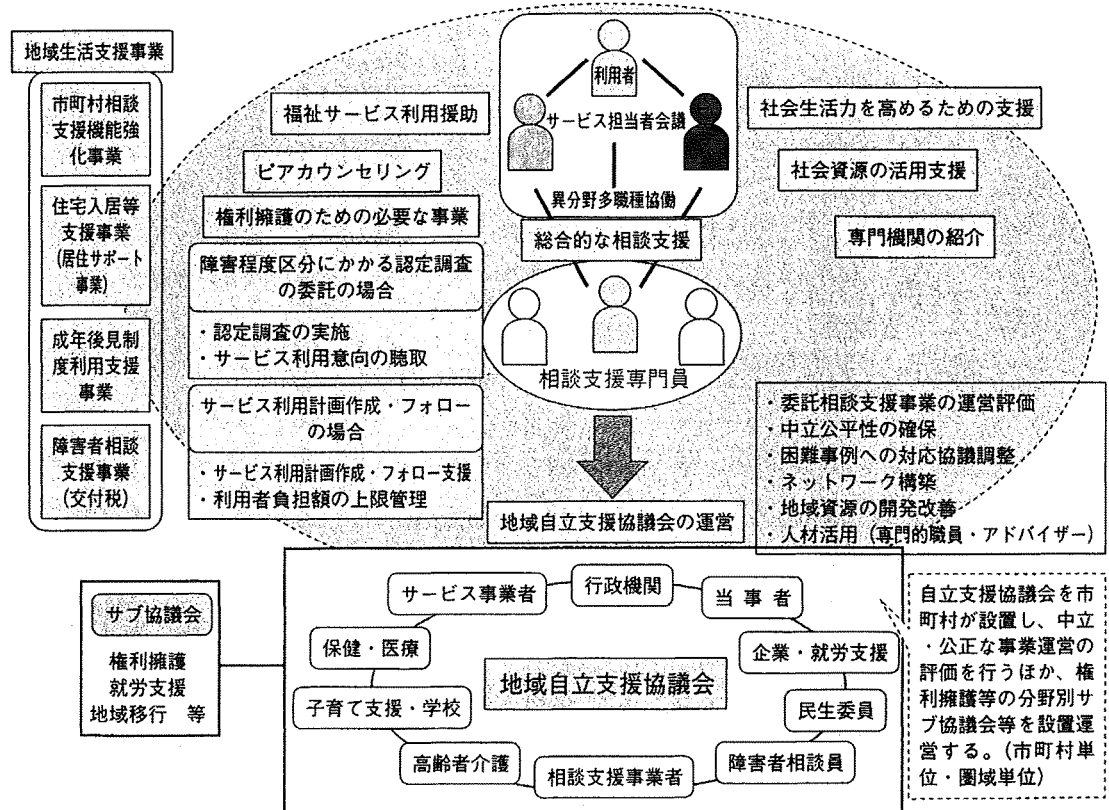
相談支援専門員は、アセスメントから終結までの一連のケアマネジメント・プロセスにかかわる。

■ 相談支援専門員の地域活動

相談支援専門員は、障害者個々人の地域生活を支援するため、地域における連携を推進する役割も担っている。特に、図6-3に示すように地域自立支援協議会とのかかわりが重要になってくる。地域自立支援協議会は、相談支援事業をはじめとする地域のシステムづくりの協議の場である。協議会は、福祉サービス利用にかかる相談支援事業の中立・公平性の確保、困難事例への対応のあり方に関する協議・調整、地域の関係機関によるネットワーク構築等に向けた協議、障害福祉計画の作成・具体化に向けた協議等を行う。

相談支援専門員は、困難事例の提供や、社会資源の開発等地域の関係者と連携を図りながら、専門職としての業務を行う必要がある。


図6-3 障害者相談支援の概要



特集 活かそう！ ケアカンファレンス

障害者ケアマネジメントにおけるケアカンファレンスの実際

坂本 洋一

 **リハビリテーション**

第4巻第4号 2009年4月 別刷

障害者ケアマネジメントにおけるケアカンファレンスの実際

坂本洋一*

はじめに

障害者ケアマネジメントは、支援費制度、障害者自立支援法の制定によって大きく変化してきている。

2005(平成17)年に障害者自立支援法が制定され、障害者のケアマネジメントの制度化が行われ、サービス利用計画作成費が個別給付として支給されるようになった。本稿では、障害者自立支援法における障害者ケアマネジメントの位置づけを概観しながら、ケアカンファレンスの実際を解説する。

1. 障害者自立支援法における障害者ケアマネジメントの位置づけ

厚生労働省が策定した障害者ケアガイドラインにおいて、障害者ケアマネジメントは「障害者の地域における生活を支援するために、ケアマネジメントを希望する者の意向を踏まえて、福祉・保健・医療・教育・就労などの幅広いニーズと、様々な地域の社会資源の間に立って、複数のサービスを適切に結びつけて調整を図るとともに、総合的かつ継続的なサービスの供給を確保し、さらには社会資源の改善及び開発を推進する援助方法である」¹⁾と定義している。

障害者自立支援法の制定に伴い、障害福祉サービスを利用する場合、図に示すように市町村の障害程度区分の認定を含む支給決定プロセスを経て指定相

談支援事業者によるサービス利用計画の作成を通じてサービス利用に至る。サービス利用計画作成費の対象となる障害者は、障害福祉サービス(重度障害者等包括支援、共同生活介護、施設入所支援、自立訓練および共同生活援助を除く)を利用する支給決定障害者などで、下記の項目のいずれかに該当する者である。

① 入所・入院から地域生活へ移行するため、一定期間、集中的な支援を必要とする者

② 単身で生活している者(家族が要介護状態であるためなど、同居していても適切な支援が得られない者を含む)であって、知的障害や精神障害のため自ら適切なサービス調整ができない、重度な身体障害のため、サービス利用に必要な連絡・調整ができないなどの状態にあるために自ら福祉サービスの利用に関する調整を行うことが困難であり、計画的な支援を必要とする者

③ 重度障害者等包括支援の対象者の要件に該当する者のうち重度訪問介護などほかの障害福祉サービスの支給決定を受けた者

したがって、すべての障害者がサービス利用計画作成費の対象となるわけではない。

2. ケアカンファレンスの実際

障害者ケアマネジメントにおけるケアカンファレンスは、図に示しているようにサービス担当者会議といわれている。地域によっては、個別支援会議、サービス調整会議、ケア会議などと呼ばれる場合も

* さかもとよういち/和洋女子大学生活科学系社会福祉学研究室 教授 (☎272-8533 千葉県市川市国府台 2-3-1)