

相談支援事業について

澤 温

日精協誌第25巻第3号

2006年3月発行

相談支援事業について

澤 温

大阪 さわ病院 理事長・院長

Key Words 相談支援事業、生活支援センター、
生活障害評価、しゃかいふつぎ

はじめに

相談支援事業という名前は本年4月に施行される（相談支援事業は10月から施行）自立支援法の中で出てくる名称であるが、これは従来の精神障害者地域生活支援事業から分化してきたものである。そしてこの相談支援事業の中心は後に述べるように、精神障害者が地域生活を適切に行えるように相談支援する事業と言える。障害程度区分やケアマネジメントなど聞きなれない文言が出てくるうえに、相談支援事業は、今後自分たちの病院では関係ないと思う方もおられよう。しかし精神障害者が疾患と障害を併せ持っていると言われる中で、医療的視点も必ず入れて支援することは、むしろ精神障害者が疾患にかき回されることなく生活を考えるための基盤であると考えられる。したがって精神科医が積極的に障害程度区分を決定する審査会に入り、一次判定の結果を見ながらも、障害程度から考えられる適切なサポートを考え、二次判定において正しい障害程度区分を導き出すことはきわめて重要である。この二次判定では日精協政策委員会精神科ケアマネジメント対策部会が中心に作成した生活障害評価が医師の意見書に取り入れられているので、これを大きく取り入れることにより適切なサポートを考え、それに見合う障害程度区分を決めることを勧めたい。

ここでは相談支援事業の経緯、その機能について述べ、その中のケアマネジメント業務と、そのときに推奨する医師の意見書にも取り入れられた生活障害評価について述べる。

精神障害者地域生活支援センターと相談支援事業との関係

精神障害者地域生活支援センターは、1996年障害者プランの重点項目の1つとして創設された。その後、1999年精神保健福祉法改正に伴い精神障害者社会復帰施設の1つに位置づけられた。1996年健医発573精神障害者地域生活支援事業実施要綱（保健医療局長から各都道府県知事、指定都市市長宛）によると、目的については「精神障害者地域生活支援事業は、地域で生活する精神障害者の日常生活の支援、日常的な相談への対応や地域交流活動などを行うことにより、精神障害者の社会復帰と自立と社会参加の促進を図ることを目的とする。」、実施場所は「この事業は、（略）、夜間・休日における支援・相談等に対応する必要があることから、精神障害者生活訓練施設、精神障害者授産施設、精神障害者福祉ホームに附置して実施することを原則とする。」とし、対象者は「地域で生活している精神障害者を対象とする」としている。またその事業内容については以下のような項目が挙げられている。

「この事業の実施主体は、地域の実態等の把握及び各種の啓発普及を行うとともに、地域に積極的に出向くなどの方法により、以下の事業を行うものとする。

（1）日常生活の支援

生活の基本である住居、就労、食事等、日常生活に即した課題に対して、個別・具体的な援助を行うとともに、生活機能や対人関係に関する指導・訓練等を行う。

（2）相談等電話・面接および訪問により服薬、金銭管理、対人関係、公的手続き等日常的な問題、夜間・休日における個々人の悩み、不安・

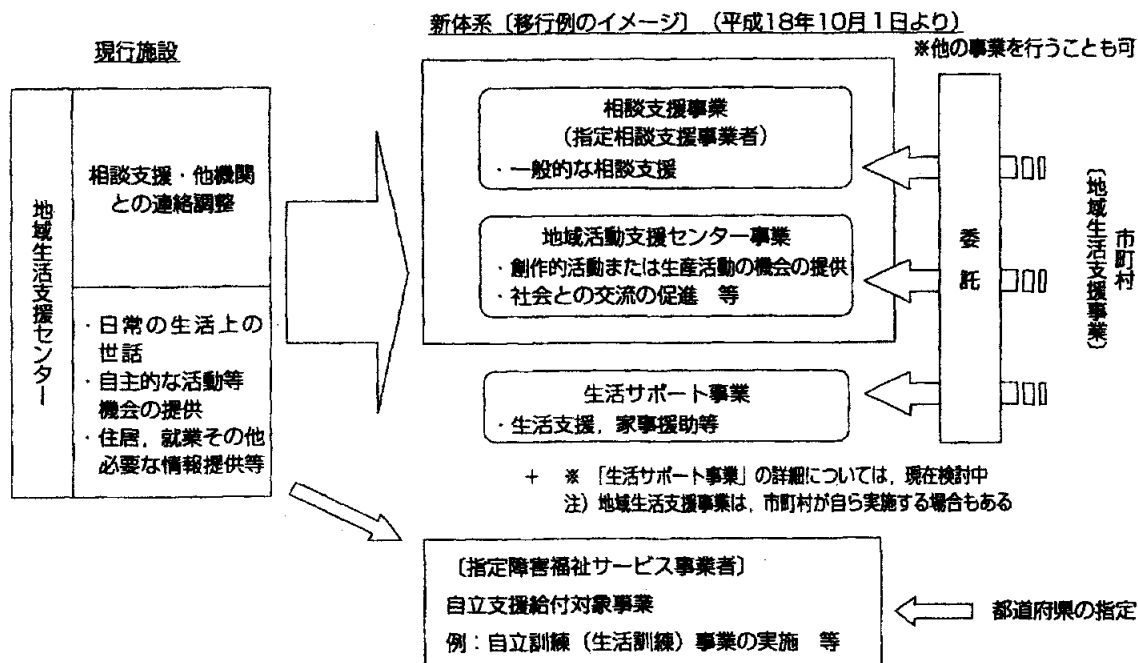


図1 精神障害者地域生活支援センターの移行

孤独感の解消を図るための助言、指導を行うとともに、必要に応じて関係機関等への連絡を行う。

（3）地域交流等

ア. 場の提供

レクリエーション等障害者の自主的な活動、地域住民との交流等を図るための場を提供する。

イ. 生活情報の提供

住宅、就職、アルバイト、公共サービス等の情報提供を行う。

（4）その他地域の実情に応じた創意工夫に基づく事業を行う。」

今回新たな事業とされた相談支援事業は、精神障害者地域生活支援センターの目的の中の「地域で生活する精神障害者の日常生活の支援、日常的な相談への対応」に該当し、事業内容の（1）（2）に当たると考えられる。

厚生労働省が精神障害者地域生活支援センターと相談支援事業との関係、移行について表したものを図1に示した。

この意味では、相談支援はこれまでの精神障害者地域生活支援センターのほんの一部を担当することになると言える。それなのになぜ相談支援センターとして特化するのかはその機能を見ると理解できる。

相談支援事業について

1. 指定相談支援事業について

厚生労働省が示した解説によると、相談支援事業を行うものは、①市町村による相談支援、②都道府県知事が指定する相談支援事業者の2つがあり、後者が指定相談支援事業者となるとされている。日精協会員が相談支援事業を行うにはこのような指定を受ける必要がある。相談支援事業者として市町村から委託される場合が多くなると思われるが、市町村が自ら相談支援事業を行う場合には委託されない場合も考えられる。以下に厚生労働省が1月末現在で表している内容を示した。

- 1 サービス利用計画作成費の支給対象者
何らかの障害福祉サービスを利用する者であって、

下記のいずれかに該当する者。

- ①入所・入院から地域生活へ移行するため、一定期間（6ヶ月程度を想定）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等のため、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、下記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
 - 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
 - 極めて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
- 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、重度訪問介護等の障害福祉サービスの支給決定を受けた者

※施設入所者、自立訓練の利用者、グループホーム及びケアホーム利用者、重度障害者等包括支援の利用者は、計画的プログラムによる包括的支援を受けていることから対象としない。

2 サービス内容

①相談支援

- 生活全般の相談
- 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
- サービス事業者の担当者会議の開催
- サービス事業者との連絡調整
- モニタリング
- 利用者負担の上限額管理

等

②サービスの利用に係る自己負担なし。

3 報酬基準等

- ①サービス利用計画作成費については、先行地域の相談支援の状況やホームヘルプサービスの報酬水準を参考として設定する。
- ②併せて、利用者負担の上限額管理を行う対象者については加算を行う。

※1/月に1回以上利用者の居宅を訪問（モニタリング）するなど、適切な指定相談支援が提供されない場合は、報酬を減算する。

※2/新たなサービスであり、対象者の範囲について市町村間でばらつきが生じることが予想されることから、限られた財源を公平に配分する観点から、市町村の障害福祉サービス利用者数（施設入所者、自立訓練の利用者、グループホーム及びケアホーム利用者、重度障害者等包括支援の利用者を除く）

の10%に相当する数を基礎として国庫負担額を設定。

4 指定相談支援事業の人員基準

①従事者の員数

○事業所ごとに、相談支援専門員を一名（常勤換算）以上配置する。

②管理者

○事業所ごとに専従の管理者を配置。ただし、事業所の管理に支障のない場合は、当該事業所の他の職務等に従事し、又は同一敷地内のある他の事業所、施設等の職務に従事することができる。

5 相談支援専門員について

①基本的な考え方

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詳細な知識と経験が必要であることから、実務経験（5年）と障害者ケアマネジメント研修の受講を要件とする。

※現任研修を5年に1回以上受講すること。

②実務経験の対象とする業務の範囲

- 現在の相談支援事業における相談支援業務等（公的機関の相談支援を含む）
- 障害福祉サービス事業者のサービス管理責任者、生活支援員

等

③研修の受講

上記の実務経験を有する者又は介護支援専門員の資格を有する者は、国又は都道府県の実施する障害者ケアマネジメント研修を受講し、相談支援専門員になることができる。

○相談支援事業者のうち、平成17年度以前の上記研修受講者については、平成18年度以降に実施される、新制度における相談支援の研修を19年度末までに受講しなければならないものとする。

○現在、相談支援事業に従事し、実務経験の要件を満たす者であって、これまでに研修を受講していない者については、平成19年度末までに国又は都道府県の実施する障害者ケアマネジメント研修を受講することを要件として相談支援専門員の業務を行うことができる。

6 指定相談支援事業者の相談支援事業の受託について

相談支援事業は、市町村が行う地域生活支援事業の必須事業として位置づけられているが、市町村は下記の条件を満たす指定相談支援事業者に対し、相談支援事業を委託することが考えられる。

- 常勤(※)の相談支援専門員を配置して指定相談支援事業を行っている法人であること。
- 事業計画や事業実績について、地域自立支援協議会において評価を受けること。

※当該事業所において定められている常勤の従事者が勤務すべき時間数に達していること。

2. 相談支援事業の内容(相談支援の手引きから)

厚生労働省が都道府県に示した相談支援の手引きの抜粋を以下に示した。

障害者が住み慣れた地域で自立した日常生活を営むために、障害者の多様な生活課題などを様々な支援者や専門家が個々に把握して対応するのではなく、相談支援専門員が生活全体を総合的に捉え、そこで明らかになった課題の関連性や統一性を基に、サービス提供事業者等のチームアプローチをとおしてケアマネジメントを展開し、総合的かつ効率的なサービスを提供することが可能となります。

ケアマネジメントの定義は多様ですが、「地域で希望する生活を維持継続する上で阻害するさまざまな複合的な生活課題(ニーズ)に対して、生活の目標を明らかにし、課題解決を達成する道筋と方向を明らかにして、地域社会にある資源の活用・改善・開発をとおして、総合的かつ効率的に継続して利用者のニーズに基づく課題解決を図っていくプロセスと、それを支えるシステム」といえます。

(略)

4 ケアマネジメントにおけるチームアプローチ

ケアマネジメントを地域社会における支援システムとして考えると、そのキーパーソンになるのは相談支援専門員です。しかし、相談支援専門員が一人ですべてを背負うわけではありません。利用者が生活を営む上で、保健、医療、福祉、就労をはじめ、さまざまな領域に関わっていることは前述しましたが、ケアマネジメントは特定の「誰か」がすべてを担当するのではなく、その人に関わるさまざまな領域の専門職がチームとして対応していくことに意味があるのです。

このように、多分野・多職種専門職による多様なサービスを一体的に、継続的に利用することができるようになることがチームケアといわれるもので、地域によるケアを実現していくためのシステムの重要な要といえるものです。

チームケアを実現するためには、チームによる利用者の生活の目標に対する取り組みが必要となります。

これをチームアプローチといいます。

各種のサービスは、それぞれの専門職や利用者に関わる人によって担当されることになりますから、チームアプローチはサービス提供に当たっての前提となるものです。

また、サービス提供にあたっては、サービス事業者間の調整や協同を図ることなしには適切なサービスを提供することができませんから、同一職種だけでなく他の専門職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。

ケアマネジメントで実現しようとする一人ひとりの自立した生活は、それぞれの専門職やサービス提供事業者等によって多様な生活課題などを個々に把握して対応するのではなく、その人の生活全体を総合的にとらえて対応することにより意味をなすもので、統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関連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、複合的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支援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。

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。

5 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：「サービス利用計画」
- ・第4段階：「サービス利用計画の実施、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：「終結」

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って生活機能におけるような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。

（略）

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、アセスメントをとっ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。

アセスメントの基本的なねらい

- ①日常生活動作関連（ADL）のアセスメント
- ②認知・意思関連のアセスメント
- ③行動障害関連のアセスメント
- ④手段の日常生活動作関連（IADL）のアセスメント
- ⑤精神症状関連のアセスメント
- ⑥残存能力の評価と可能性のアセスメント
- ⑦介護環境のアセスメント
- ⑧居住環境のアセスメント
- ⑨利用者及び家族の健康（医療）の確認（主治医の把握）
- ⑩既存サービスの状況（フォーマル・インフォーマル含む）

以上は、自立支援のサービスを提供するためのサービス利用計画を作成するために必要とされる情報収集と分析です。

これらのアセスメントをとって、

- ①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。
- ②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た内容をサービス利用計画に反映していくことになります。

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。

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すると、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ます。

（略）

ウ. 第3段階：「サービス利用計画：サービス調整・中立的介入」

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「サービス利用計画」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。

（略）

サービス利用計画は、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、その作成は利用者と相談支援専門員、その他の関係者（専門職やサービス提供事業者など）による協同作業によるものです。（略）

サービス利用計画は、個人の利用者が有する課題や問題、希望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本人や家族はもちろん、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、樹立したものであるのが原則です。

この場合、サービス担当者会議を開催し、相談支援専門員がサービス利用計画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事になります。

（略）

エ. 第4段階：「サービス利用計画の実施」

（略）サービス利用計画が実施されても、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。

（略）

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、サービス利用計画が実情に即し

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、サービス利用計画の問題点や環境、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、次のサービス利用計画に結びつけていくものです。サービス利用計画は明確な目標と達成時期（終結）の設定があります。絶えず、この検証を行うことになりますが、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になります。

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。(略)

カ. 第6段階：「終結」

利用者がサービス利用計画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又は、複合的なサービス調整の必要性がなくなり、安定したサービスが提供されることにより、利用者本人の希望とする自立支援が可能となった場合等が考えられます。しかし、この場合であっても、利用者に対する使用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。(以下略)

このように相談支援事業では資格を持った相談支援専門員が中心になってサービス利用者の立場になって、第1段階：「インテーク」、第2段階：「アセスメント」、第3段階：「サービス利用計画」、第4段階：「サービス利用計画の実施、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：「終結」というケアマネジメントの流れに沿って、障害者の地域生活の支

援に関する相談の中心的役割を負うものである。したがって、これまでの精神障害者地域生活支援センターの機能の中の相談支援というほんの一部を担当するよう見えるがその内容は上述のように、障害を超え、基準を満たして指定された事業所が、資格を得た相談支援専門員を中心にケアマネジメントの流れに沿って相談支援をするという意味では大きく膨れ上がって特化する意味が理解できる。

生活障害評価について

日精協はかねてより、ケアマネジメントは地域生活支援の手法であるが、既述の1から6段階の一定の手順を踏めばその中で用いるアセスメント法はいくつかあってよいと考えている。介護保険においても日本介護福祉士会方式、日本訪問看護振興財団方式、居宅サービス計画ガイドライン、三団体ケアプラン策定研究会方式、日本社会福祉士会方式、MDS-HC方式などがあり、これを自由に使ってよいとされているので、精神科領域でもそれまで出されているさまざまなアセスメント方式を参考にし、日精協独自の簡便で、しかも医療的視点をはずさない生活支援アセスメント方式を作ること企画し、2004年秋に精神科ケアマネジメント対策部会が開催された。部会は政策委員会の下部部会に当たり、メンバーは長尾副会長、松原常務理事、花井常務理事を中心に、筆者（部会長）、長谷川まこと（部会員）、鹿野亮一郎（部会員）、小渡敬（部会員）、オブザーバーとして山角駿（委員長）、齊藤純一（委員）である。

作業はケアアセスメントにおける簡易な評価法の作成である。ケアアセスメントについては、先進諸外国では1970年代に脱施設化の流れの中で多くの評価法が出されたが、先行して各都道府県でケアガイドライン¹⁾に基づいて研修が行われていること、他の評価表とそれが共通点を持つことを鑑み、ケアガイドラインの中の24項目のうち、共通領域をまとめ作成することとした。すなわち、地域生活に必須のもの以外は省く、医療が直接関与しているものは省くとして整理した結果、7項目に集約できた。この評価法の特徴は7項目と簡略であり、しかも該当すると考えられるサービス

と対応させたこと、住まう場と日中の活動と専門職のサポート、の3つの側面に対応するサービスを設定し、全項目の評価後それぞれの側面でもっとも濃厚なサービスを設定するとその障害者にふさわしいサービスが決定できる、そしてその地域にそのレベルのサービスがない場合には代替のサービスで濃厚なほうが代行するのが原則となる、短時間で施行できる点である。精度も高く、信頼性、妥当性も高いが、これについては他のところで論じる。この内容を表1に示した。

ちなみにこの7項目は筆者らが発表した評価表²⁾、通称「しやかいふつき」と同じ項目であるので日精協版しやかいふつき(項目の頭の文字をとった。すなわち食事、生活リズム、保清、金銭管理、服薬管理、対人関係、社会的適応を妨げる行動を並べ替えて、し(社会的適応を妨げる行動)、や(やりくり:金銭管理)、か(活動:生活リズム)、い(飲食:食事)、ふ(服薬管理)、つ(つきあい:対人関係)、き(きれいさ:保清)である。

この日精協版ケアアセスメントがそのまま医師の意見書の生活障害評価に用いられたが、違いは右端の欄にある、住まう場、日中の活動、専門職のサポートである。この3点は従来から筆者が地域生活を支えるのに必要な4要素³⁾と言ってきたもののうちの3つに当たる(残る1つは地域の理解と受容である)。この3要素についての各障害での各段階においてどの程度のサービスが必要かについては部会のメンバーが持ち帰り、各医療機関の医師、看護師、精神保健福祉士、作業療法士などの意見を取り入れて決めたものである。これについては検定されていないが、今後実際にサービスを提供する中で検証され、バージョンアップされと考えている。

生活障害評価は残念ながら一次判定には取り入れられなかった。医師意見書の末尾に二軸評価とともに入っただけである。しかし一次判定が3障害共通という立場を厚生労働省が貫き、しかもその基盤のほとんどが2000年に施行された介護保険の一次判定のための認定調査項目79項目に知的障害者と精神障害者の27項目をつけたため、試行調査で精神障害者の障害区分はかなり低く評価された。これに対し二次判定で訂正され適切に

区分を上げられた区分比率にコンピュータで修正をかけるソフトで手直しができて適切になったと厚生労働省は言っているが、実際のサービスとどう繋がるかは不明である。この点、生活障害評価尺度はそのオリジナルにおいて、サービスを3つの要素から考えているので利用しやすいと考えている。

この生活障害評価のどの程度のものがどの区分に当たるかはここで述べるべきではないが、筆者の私見では、どの項目も1である以外は少なくとも区分1(いわゆる要支援)以上になると考えている。また松原常務理事は二次判定の目安として、①「二軸評価」から障害程度区分を変更する目安(表2)とともに、②「生活障害評価」から障害程度区分を変更する目安を提案している。すなわち、「二軸評価」と「日常生活能力評価」で、二次判定における変更の根拠とすることができるというものである。「二軸評価」と「生活障害評価」のうち、両者を勘案し、より重度に評価されるほうを利用し、より重度に変更することもできるとしている。内容的には、食事・生活リズム・保清・金銭管理・対人関係で、ランク3以上が1項目以上あれば区分2以上、ランク3以上が2項目以上あれば区分3以上、ランク4以上が1項目以上あれば区分4以上とし、社会的適応を妨げる行動ではランク3以上が1項目でもあれば区分4以上とすべきとしている。日精協としてもまもなくこの点について会員に示すだろう。

最後に

介護保険のときも大混乱の中で施行され、日精協は認知症の程度が低く出ると主張してきたが初期は認められず、その後数年を経て改正された。自立支援法、およびその基盤となる障害程度区分も3障害を同じに、そして介護保険を視野にという意味で精神障害者の障害特性は十分入れられないままスタートしようとしている。この点はまた改正されなければならないであろうが、当面これを是正するのは二次判定で生活障害評価を重視して実際必要なサービスを考えることであり、そのためには意見書に必ず生活障害評価を記載し、審査会にこのことを理解した日精協会員を始めとす

る精神科医が参加することであると考え。そして相談支援事業所も生活障害評価をアセスメントに入れることによってより精度のいい、サービス計画を立てられるものと信じている。

文 献

- 1) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課, 監, 高橋清久, 大島 巖, 編: ケアガイ

ドラインに基づく精神障害者ケアマネジメントの進め方—ケアマネジメント従事者養成テキスト, (財) 全国精神障害者家族会連合会, 2004.

- 2) 澤 温, 井上英治, 藤本圭子, 他: 精神障害者のサバイバル的社会的復帰のための簡便スケール“しゃかいふっき”について, 病院・地域精神医学 42: 255-257, 1999.
- 3) 澤 温: 社会復帰施設と福祉, 日精協誌 14 (10): 24-30, 1995.

表1 日精協版ケアアセスメント

平成17年1月27日
精神科ケアマネジメント対策部会

No.	項 目	内 容	想定されるサービス
1	食 事	1) 適当量の食事を適時にとることができる。(外食, 自炊, 家族・施設からの提供を問わない)	① 1人住まい ② 一般就労 ③ なし
		2) 時に施設からの提供を必要とする場合があるが, 1) がだいたい自主的にできる。	① 1人住まい ② 授産施設～一般就労 ③ なし
		3) 時に助言や援助がなければ, 偏食したり, 過食になったり, 不規則になったりする。	① 日中ケアのある施設 ② 作業所 ③ ヘルパー
		4) いつも同じもののばかりを食べたり, 食事内容が極端に貧しかったり, いつも過食になったり, 不規則になったりする。強い助言や援助を必要とする。	① 24時間ケアのある住居 ② デイケア ③ 訪問看護, ヘルパー
		5) 常に食事へ目を配っておかないと不食に陥ったり, 偏食, 過食など問題の食行動があり, 健康を害す。	① 入院 ② 作業療法 ③ —
2	生活リズム	1) 一定の時刻に自分で起きることができ, 自分で時間の過ごし方を考えて行動できる。 ※一般的には午前9時には起きていることが望まれる	① 1人住まい ② 福祉工場～一般就労 ③ なし
		2) 時に寝過ぎることがあるが, だいたい自分なりの生活リズムが確立している。夜間の睡眠も1時間以内のばらつき程度である。生活リズムが週1度以内の崩れがあってもすぐに元に戻る。	① 1人住まい ② 授産施設～福祉工場 ③ なし
		3) 時に助言がなければ, 寝過ぎすが, 週に1度を超えて生活リズムを乱すことがあっても元に戻る。夜間の睡眠は1～2時間程度のばらつきがある。	① 日中ケアのある住居 ② 作業所～授産施設 ③ ヘルパー, 訪問看護
		4) 起床が遅く, 生活のリズムが週1回を超えて不規則に傾きがちですぐには元に戻らない。強い助言や援助を必要とする。	① 24時間ケアのある住居 ② デイケア ③ ヘルパー, 訪問看護
		5) 臥床がちで, 昼夜逆転したりする。	① 入院 ② 作業療法 ③ —
3	保 清	1) 洗面, 整髪, ひげ剃り, 入浴, 着替え等を自主的に問題なく行っている。必要に応じて(週に1回くらいは), 自主的に掃除やかたづけができる。TPOに合った服装ができる。	① 1人住まい ② 一般就労 ③ なし
		2) 洗面, 整髪, ひげ剃り, 入浴, 着替え等をある程度自主的に行っている。回数は少ないが, 自室の清掃やかたづけをだいたい自主的にできる。	① 1人住まい ② 福祉工場～一般就労 ③ ヘルパー, 訪問看護
		3) 個人衛生を保つためには, 週1回程度の助言や援助が必要である。自室の清掃やかたづけについて, 週1回程度の助言がなければ, ごみがたまり, 部屋が乱雑になる。	① 日中ケアのある住居 ② 授産施設 ③ ヘルパー, 訪問看護

No.	項目	内容	想定されるサービス
4	金銭管理	4) 個人衛生を保つために、強い援助や助言を必要とする。自室の清掃やかたづけを自主的にはせず、いつもごみがたまり、部屋が乱雑になり、強い助言や援助を必要とする。	① 24時間ケアのある住居 ② デイケア、作業所 ③ ヘルパー、訪問看護
		5) 助言や援助をしても、個人衛生を保つことができず、自室の清掃やかたづけを、助言や援助をしてもしないか、できない。	① 入院 ② 作業療法 ③ -
		1) 1カ月程度のやりくりが自分でできる。また、大切な物を管理できる。	① 1人住まい ② 一般就労 ③ なし
		2) 時に月の収入を超える出費をしてしまい、必要な出費(食事等)を控えたりする。ときおり大切な物を失くしてしまう。	① 1人住まい ② 福祉工場 ③ ヘルパー
		3) 一週間程度のやりくりはだいたいできるが、時に助言を必要とする。また大切な物をなくしたりするために時として助言が必要になる。	① 日中のケアのある施設 ② 福祉工場～作業所 ③ ヘルパー、訪問看護
5	服薬管理	4) 3～4日に一度手渡して相談する必要がある。大切な物の管理が一人では難しく、強い助言や援助を必要とする。	① 24時間ケアのある住居 ② 作業所、デイケア ③ 訪問看護
		5) 持っているお金をすぐに使ってしまう。大切な物の管理が自分ではできない。	① 入院 ② 作業療法 ③ -
		1) 薬の必要性を理解しており、適切に自分で管理している。	① 1人住まい ② 一般就労 ③ なし
		2) 薬の必要性は理解しているいないにかかわらず、時に飲み忘れることもあるが、助言が必要なほどではない。(週に1回以下)	① 1人住まい ② 一般就労、福祉工場 ③ なし(あるいは訪問看護)
		3) 薬の必要性は理解しておらず、時に飲み忘れるので助言を必要とする。(週に2回以上)	① 日中ケアのある施設 ② 福祉工場～作業所 ③ 訪問看護
6	対人関係	4) 飲み忘れや、飲み方を間違えたり、拒薬、大量服薬をすることがしばしばある。強い助言や援助(場合によりデポ剤使用)、さらに、薬物血中濃度モニター管理を必要とする。	① 24時間ケアのある住居 ② デイケア、作業所 ③ 訪問看護
		5) 助言や援助をしても服薬しないか、できないため、ケア態勢の中で与薬を行ったり、デポ剤が中心となる。さらに、薬物血中濃度モニターは不可欠である。	① 入院(デポで24時間ケアのある住居も可) ② 作業療法、デイケア ③ -、訪問診療、訪問看護
		1) あいさつや当番などの最低限の近所づきあいが自主的に問題なくできる。近所、仕事場、社会復帰施設、病棟等で、他者と大きなトラブルをおこさずに行動をすることができる。必要に応じて、誰に対しても自分から話せる。同世代の友人を自分からつくり、継続してつきあうことができる。	① 1人住まい ② 一般就労 ③ なし
		2) 1)が、だいたい自主的にできる。	① 1人住まい ② 福祉工場、一般就労 ③ なし
		3) だいたいできるが、時に助言がなければ孤立的になりがちで、他人の行動に合わせられなかったり、挨拶や事務的なことでも、自分から話せない。また助言がなければ、同世代の友人を自分からつくり、継続してつきあうことができず、周囲への配慮を欠いた行動をとることがある。	① 日中ケアのある施設 ② デイケア～作業所～授産施設 ③ 訪問看護
		4) 1)で述べたことがほとんどできず、近所や集団から孤立しがちとなる。3)がたびたびあり、強い助言や介入などの援助を必要とする。	① 24時間ケアのある住居 ② デイケア、作業所 ③ 訪問看護
		5) 助言・介入・誘導してもできないか、あるいはしようとせず、隣近所・集団とのつきあい・他者との協調性・自発性・友人等とのつきあいが全くなく孤立している。	① 入院 ② 作業療法 ③ -

No.	項目	内容	想定されるサービス
7	社会的適応を妨げる行動	1) 周囲に恐怖や強い不安を与えたり、小さくても犯罪行為を行ったり、どこへ行くかわからないなどの行動が見られない。	① 1人住まい ② 一般就労 ③ なし
		2) この1カ月に、1) のような行動は見られなかったが、それ以前にはあった。	① 24時間ケアのある住居 ② デイケア ③ 訪問看護
		3) この1カ月に、そのような行動が何回かあった。	① 入院 ② 作業療法 ③ —
		4) この1週間に、そのような行動が数回あった。	① 入院 ② 作業療法 ③ —
		5) そのような行動が毎日のように頻回にある。	① 入院 ② 作業療法 ③ —

注) ①住まう場 ②日中の活動 ③専門職のサポート

表 2

	精神症状1	精神症状2	精神症状3	精神症状4	精神症状5	精神症状6
能力障害1	1	1～2	2～3	3～4	4以上 (M)	5以上 (M)
能力障害2	1～2	2～3	2～3	3～4	4以上 (M)	5以上 (M)
能力障害3	3～4	3～4	4	5	5以上 (M)	6 (M)
能力障害4	4～5	4～5	5	5以上	6 (M)	6 (M)
能力障害5	5以上	5以上	6	6	6 (M)	6 (M)

(M)：医学的管理を優先することが好ましい。

投稿規定

①精神医学、精神医療に関する論文、レポート、提言、資料等を掲載します。

②投稿は原則として協会会員およびその承認のあるものに限りま。

③原稿の採否は、総合情報委員会が決定します。

④投稿の際は下記の点に注意して下さい。

i) 原稿は原則としてワープロソフトを使用し、横書き、22字詰め8000字以内〔図表含む〕、Eメールまたはフロッピー（使用ソフト名明記）で提出して下さい（フロッピーには印字原稿を添付して下さい）。手書き原稿を希望される場合は、お問合せ下さい。

ii) 5つ以内の日本語のキーワードを添付して下さい。

iii) 外国の人名、地名等はカタカナを用い、必要な場合のみくゝ内に原語を示して下さい。なお欧文はできるだけワープロソフトをご使用下さい。

iv) 文献は次のように表記して下さい。 論文 著者名：論文題名、雑誌名 巻：頁、発行年（西暦）。
単行本 著者名：書名、頁、発行所名、発行地、発行年。

⑤図版、写真、表はそれぞれ別紙にお書きのうえ、原稿に挿入場所を明記してください。

⑥原稿は協会事務局（Eメール：kouhou1@nisseikyo.or.jp）あてにお送りください。なお、投稿につきましての原稿料はお支払いしていませんのであらかじめご諒承下さい。