

- ・ **教育・就労**：精神に障害をもつ人も、教育を受けたり、就労をすることによって自らの生活の質を向上させることができます。このようなことを実現させていくために、関連する社会資源や、実際の教育・就労現場と緊密な連携を図っていく必要があります。

なお、利用する資源については、精神保健福祉法などに規定される法定の公的サービスのほかに、一般の保健福祉サービスの活用できる場面もあります。また、民間のサービス、ボランティア、親類、近隣の人々などの非公的なサービス（インフォーマルサービスといいます）も検討します。利用者を取りまく自然な社会資源やネットワークの活用がますます重要になるでしょう。精神保健福祉領域における公的な制度だけでなく、一般の保健福祉サービスの活用を図るとよいでしょう。活用しうる資源については本章4節や付録をご参照ください。

また、適当なサービスや資源が存在せず、ニーズが満たされない場合には、必要な資源を長期的に開発していくことが市町村の責務となります。

### **(3) 利用者との契約とサービスの実施**

ケア計画の内容や、実施方法、期限が最終的に決定したら、改めて利用者に説明を行い契約を結びます。なお、作成されたプランについて本人は拒否する権利を有し、再度の変更や中断を望むことが出来ることを伝えます。そのうえで、本人との契約が結ばれたら、サービスの開始となります。

## **4. ケア計画の実施**

ケア計画に従って、ケア会議において連携した機関から、サービスが提供されます。なおケア会議において、サービスがいつから、どのように実施されるか、を関係機関で共有しておくことが必要です。

また、提供機関からのサービス開始にあたって、本人が不安や緊張を覚える場合があります。その場合、ケアマネジメント従事者が利用者とサービス提供機関に同行したり、あるいは訪問サービスの場合には開始時に利用者宅を訪問する、などして導入を丁寧に行う場合もあります。

## 5. サービスの実施状況のモニタリングと評価

### モニタリング

サービスの提供後も、計画されたサービスが適切に履行されているかを確認していくために、担当のケアマネジメント従事者が日常的にその後の経過も注意深くみていく必要があります。この実施状況の観察を「モニタリング」と言います。この際に、利用者とサービス提供者が十分に連携できサービスを活用できているかどうか、あるいは新たなニーズが生じているか、などを意識する必要があります。

特に、精神障害におけるケアマネジメントは、単にサービスを一度仲介するだけでは、その機能を十分に発揮しないとされています。これは前述の精神障害の「不安定性」という特徴によって、状態像の変化が起きやすく、一度作成されたケア計画を適宜修正していく必要があるからです。よって、ケア計画によって、本人のニーズが満たされているかどうか、ケアマネジメント従事者は利用者の「伴走者」として、綿密にその実施状況を確認しつつ、微調整や支援を行っていくことが重要なのです。この意味で、精神障害のケアマネジメントにおける「モニタリング」の役割は、他障害以上に重要であると言えるでしょう。

こうしたモニタリングには、以下のような機能が求められます。

- ・ 利用者に新たなニーズが生じていたり、あるいは不必要なサービスが提供されていないかどうかを確認します。必要性が認められた場合は、再度ニーズのアセスメントを行い、ケア計画を再作成します。
- ・ サービス提供機関から適切にサービスが提供されているかどうかを確認します。もし、ケア計画通りにサービスが提供されていなかったり、あるいは利用者からサービスについての苦情などがあり、利用者に不利な形でのサービス提供が行われていることが分かった場合などには、利用者の立場に立ちながら仲介・調整を行います。

なお、こうしたケア計画実施後のモニタリングについては、定期的な相談のほかに、サービス提供機関や本人宅への訪問などを活用していくことも重要です。

## 再評価

ケア計画の実施状況の評価に関しては、上記のような恒常的な注視のほか、定期的な評価(再アセスメント)をすることが不可欠です。ケアマネジメントの実施の効果や、解決されていない問題やニーズ、利用者の満足度を、たとえば6ヶ月ごとに再び評価し、ケア計画を見直します。

## 6. サービスの終了

再アセスメントをしてニーズが解消した場合については、利用者の同意をもってケアマネジメントを終了します。

なお途中で入院、施設入所となった場合にもケアマネジメントを中止するのではなく、継続して関与をし、退院促進などの必要がないか、など適宜にニーズの評価とケア計画を検討することが必要です。

また、精神障害をもつ人の中には、サービス提供者との関係が不安定になったり、結果としてサービスを拒否する場合があります。一時的にケアマネジメントの枠組みから外れても、何かあった場合にはすぐに対応がとれるように、長期的な関わりを視野に入れることが必要です。

## 7. 精神障害におけるケアマネジメントの技術的特徴

精神障害をもつ人の特徴については、第2節で特に他障害との違いとして述べました。そのうえで、精神障害に対するケアマネジメントの特徴として、「障害の不安定性という理解」と「医療機関との関与」の2点を特に強調しておきたいと思います。

### 障害の不安定性という理解

特に、地域で暮らす精神障害をもつ人へのケアマネジメントを理解するには、既に述べましたが「障害の不安定性」という特徴を理解することが助けとなるでしょう。精神障害をもつ人の症状は、持続的にある一定の状態で経過する場合がありますが、むしろ、症状が軽快したり、逆に大変悪い時期があったり、と、非常に不安定である人も多いことが特徴です。こうした活動の不安定性のために、たとえば、入退院を繰り返し、安定的な就労

や居住、対人関係を送ることが難しい場合があります。そういった不安定な生活を送る中で、本人自身も「また悪くなるのではないか」という思いの中で自信を失い、やりたいことがあっても控えてしまうこともあります。つまり、本人がかかえる障害の程度が固定的ではなく、大変不安定であり、そのことがさらに困難を生じさせるのです。

精神障害をもつ人に対するケアマネジメントは、こうした「不安定性」に応じる必要があるといえるでしょう。そのためには、以下のような特徴に留意することがポイントです。

i) 医療との継続性が断たれると、この不安定性が増強する人が少なくありません。

したがって医療は重要な社会資源であり、医療継続のモニタリングは、ケアマネジメント従事者の重要な仕事になります。

ii) 不安定性をとまなう障害のために、再入院のような事態に陥りやすいことも特徴です。しかし、急性期病棟の入院期間は原則3ヶ月程度ですので、急性期のみの入院の場合は、原則としてケアマネジメントは継続し、退院後の生活をどう組み立てていくか、ケアマネジメントに備えることが必要です。

iii) 利用者との定期的な直接の相談というプロセスは継続して行い、不安定性を伴う障害のために生じるニーズの変化に対して、ケア計画の内容を変更したり、見直すなど、柔軟に対応していく必要があります。このような場合、ケア計画の見直しの際のサービス量の変化は、一般的に他障害における見直しよりも幅が大きいことも特徴です。サービスを流動的に変更したり、随時刷新していくために、担当者はケア計画を作成したら関わりを終了するのではなく、対象者の「伴走者」として、日ごろから定期的な相談によって関係を維持する必要があるでしょう。

#### 医療機関との関与

既に各所で触れていることですが、精神障害をもつ人が地域で安定した生活を送っていくためには、医療的に安定した状況を作ることが非常に大切です。ケアマネジメントを行っていく際にも、利用者が主治医と良好な関係を作り、定期的に通院しているかどうか、処方されている薬が利用者本人にあっているかどうか、きちんと服薬がされているかどうかといった情報が、非常に重要になってきます。そのため、医療機関とケア会議などで定期的にコンタクトをとりながら、これらの情報を相互に確認していくことが必要です。また、支援や目指していくものの方向性が、医療機関とケアマネジメント、利用者相互の間で統一されているかどうか、についても、確認をすることが必要です。

なお、医療との連携を円滑に進めていくにあたって、市町村の担当者・ケアマネジメント従事者は精神障害に関する医学的な知識を身に付けていく必要があります。個々の事例を通して、主治医から情報提供や意見などを得ることで医療との緊密な連携を図っていくことが必要です。

## その他のポイント

### ●本人や家族とのやりとりについて

- ・ 本人や家族が、自らのニーズを明確に表明することが難しい場合があります。その際には、利用者を含めて関係者と「何がニーズか」を丁寧に明らかにしていくことが必要です。ケアの導入に十分時間をかける必要があります。
- ・ 提供されるサービスに対して、本人が拒否的な場合や、誤解が生じることもあります。このような場合には、利用者がどのようなことを気にされているのか、について話を聞き、共通の理解を作っていくことが必要です。
- ・ 利用者は、「ケアマネジメント」という言葉を知っているとは限りません。ケアマネジメントの導入について説明していく中で、「管理されるのではないか」「プライバシーが脅かされるのではないか」といった不安をもつのは無理のないことです。ケアマネジメントは本人の生活に侵入するものではなく、「利用者がしていきたいことを応援する」ものであることを、丁寧に説明をしていくとよいでしょう。

### ●ニーズの特徴について

- ・ 自立生活能力 (ADL) や疾患の問題だけでなく、仕事や学業、あるいはボランティアなどの社会的役割をもつなど、どのように社会参加をしていくか、に関するニーズをもっていることが多いことも特徴です。
- ・ 家事代行や身体介護などの直接的支援を必要としているとは限りません。たとえば家事労働などの場合、助言や見守りがあれば、それを自主的に行う能力を潜在的にもっていることは少なくありません。むしろ利用者が生活を豊かにしていくためには、利

用者が自らの能力を活用しながら行動するのを助ける、「見守り」や「助言」という形での支援が有効な場合があるのです。

- ・ 重い精神障害をもつ人の日常では、急な症状の悪化と精神的な危機を無視して通ることとはできません。しかし、危機への対応を必要とする事例の多くは、何日も前から悪化のサインが現れていることが多いので、その前兆が現れた時点での適切な対応が可能となれば、再発・再燃に至らずに地域での生活を維持することができます。
- ・ また、導入の際に、自分を傷つける・自殺を具体的に考えたり実行しようとしている、あるいは暴力など周囲に危害をなす恐れがあるなど緊急の状況にある場合があります。ケアマネジメントを実施する前に、早急に、適切な医療機関や保健所などと連携しながら対応をとる必要があります。

#### ●精神障害をとりまく社会の環境について

- ・ 精神障害をもつ人へのケアマネジメントを実施する際に障壁となり得るものは、精神障害をもつ人へのサービスが十分に整備されていないという現状です。不足しているサービスを確保したり、新たな社会資源の開発を働きかけたりすることが必要となります。こうした視点から、利用者の満たされないニーズを丁寧に扱う必要があります。さらに精神保健福祉の領域の資源にこだわらず、積極的に地域に存在する誰もが利用可能な社会資源を活用していくことも必要です。
- ・ 残念なことですが精神障害に対する社会的偏見や差別がまだまだ強いのが現状です。ケアマネジメントを実施していく際にも地域住民や社会資源からの偏見に直面することがあります。このような偏見や差別をなくし、精神障害に対する正しい知識を普及させていくことも、精神障害をもつ人へのケアマネジメントの特徴といえます。特に実際のケアマネジメントの過程では、個々の事例を通して周辺住民や関係者への働きかけが重要となります。

## 第4節

### 地域の社会資源について

#### 1. 法定の社会資源とインフォーマルな社会資源

精神保健に関する社会資源というと、巻末の参考資料(付録 2-a: 社会資源に関する資料)に列記するような精神保健福祉法などによる法定の資源がまず思い当たるかと思います。しかし、市民一般に公開されているサービスや、インフォーマルな社会資源、つまり、地域関係者の援助や当事者・家族からの支援も忘れてはいけない重要な資源です。誰もが普通に使えるインフォーマルな社会資源はそれぞれの地域に豊富にあり、これらを積極的に活用することで、精神に障害をもつ人々が地域に溶け込んだ生活をする助けになります<sup>1</sup>。生活の質(QOL)を上げるためには、いかにインフォーマルな資源を開発し、活用していくかが鍵となります。

#### 2. 地域生活からの排除から統合へ

障害のある人もない人も、だれもが住み慣れた地域社会で普通の生活を営み、活動できる社会を目標とするのがノーマライゼーションの考えです。このノーマライゼーションの視点から障害をもつ人々も、地域の社会資源を有効に使う権利を有していることを改めて指摘したいと思います。地域ケアを進めるに当たって、利用者が自然なかたちで地域での生活を送るためには、精神保健・福祉システムのネットワークのみに依存するのではなく、出来るだけインフォーマルな社会資源を有効に活用することが重要です。というのも、人々の地域における生活の質(QOL)は適切な住まい、日中の過ごし方、余暇の過ごし方、人とのつながりなどに影響を受けるものであり、精神障害に付随する問題のみがその人の人生を

---

<sup>1</sup> Rapp CA: The strengths model: Case management with people suffering from severe and persistent mental illness. Oxford University Press, Oxford, 1998. (江畑敬介監訳: 精神障害者のためのケースマネジメント 1998 金剛出版)

規定するわけではないからです<sup>2</sup>。さらに、利用できる社会資源と、地域での生活を進めていくという周囲の人々の期待は、ひとりの人間の活動とそのQOLに大きく影響を及ぼすといえます。

### 3. 社会資源をめぐるケアマネジメント従事者の役割

#### 1) 社会資源の把握

ケアマネジメント従事者は、まずその地域内で法定の、そしてインフォーマルな社会資源について把握することから始めます。それぞれのニーズに応じて、どのような社会資源が利用可能かをまとめた社会資源マップを作ることも地域の理解の一助になるでしょう。参考までに、巻末に社会資源マップ(付録 2-b: 社会資源マップ)を掲載します。ただし、ここで注意したい点は、精神保健・福祉関連の社会資源の枠のみで囲い込まないように、さまざまなネットワークを通じて、地域内で協力者を見出したり、これらの人々を調整することの重要性です。このような精神保健・福祉以外の社会資源の開発の際には、市町村や保健所などが活用可能な社会資源の情報をもっていることが多く参考になるでしょう。また、市民のボランティア活動やサークル活動など、自由な発想で開拓していくことも大切です。先に述べたように、社会資源とは、精神保健・福祉サービスだけでなく、既存のインフォーマルな社会資源も積極的に活用できるものなのです。

#### 2) ケア計画の中での社会資源の利用

ケアマネジメント従事者の次の大切な役割は、できるだけ多くの社会資源の選択肢を用意し、それぞれの利用者の目標を満たす可能性のあるものを提示することです。そして、利用者のゴールにつながるように、利用者本人の意向を尊重しながら、社会資源をうまくつなげてプランを提示することです。しかしこれまでの研究からは、サービスの調整を主とする仲介型のケアマネジメントよりも、直接的なサービスを提供するケアマネジメントのモデルのほうが効果的であるという結果も出ています。実際の業務ではサービスの調整だけではなく、必要に応じて直接的なサービスを行う場面も出てくるかもしれません。

<sup>2</sup> Rapp CA: The strengths model: Case management with people suffering from severe and persistent mental illness. Oxford University Press, Oxford, 1998. (江畑敬介監訳: 精神障害者のためのケアスマネジメント 1998 金剛出版)



一般的に、利用者が職業的、社会的、また生活上成熟するにつれて、ケアマネジメント従事者による紹介・利用は、専門機関よりも、不動産屋、住宅関係機関、社会福祉などのより「一般的」な機関が増加します<sup>3</sup>。具体的には、仕事を求めている利用者に対して、法定の職業リハビリテーション施設を紹介するよりも、一般の事業主と協力して就労先を探し、またその職場で仕事が維持するように職場内外での支援を行うことが考えられます。また、利用者が生活のしづらさを訴えているときには、精神科デイケアを紹介するよりも、生活上の技術を彼らの生活の場で教えることも一つの方法です。

### 3) 社会資源の開発

市町村によっては、社会資源を把握していく中で、自分の地域に必要な資源が十分そろっていないという現実にも直面するかもしれません。このようなときには、新しい社会資源の創造が必要かもしれませんが、その前にインフォーマルな社会資源を利用して、サービスの提供の仕方を工夫する独創性が求められるかもしれません。また、既存の社会資源が現場のニーズに必ずしも合っていない、あるいは改善が必要であるということを当事者の代わりに発言したり(アドボカシー)、現状を分析して各自治体で試行的にプログラムを立案・実施したり、制度や法の改正に向けて声をあげていくことも重要な仕事の一つです。既存の社会資源は必ずしも十分とはいえないのが現状ですが、よりよいサービスや利用者の生活の質の向上を求めて、ケアマネジメント従事者の柔軟性と持続性が必要とされます。そこには、仕事としてのやりがいと誰かの人生に関われるという喜びがあるのです。

本ガイドラインの末尾の付録では、精神医療・保健・福祉領域での既存の社会資源について述べます(付録 2-a)。また、一例として、既存の社会資源の一覧のマップを示します(付録 2-b)。それぞれの地域において同様のマップ作りを始めることは、改めて自分の地域を知るきっかけになるでしょう。

---

<sup>3</sup> Rapp CA: The strengths model: Case management with people suffering from severe and persistent mental illness. Oxford University Press, Oxford, 1998. (江畑敬介監訳: 精神障害者のためのケアマネジメント 1998 金剛出版)

## 第2章

# 市町村で精神障害者ケアマネジメントを 行うためのシステムづくり

これまで精神障害をもつ人々へのケアマネジメントの理念、技法、資源、制度などについて述べてきました。では実際に、これまであまり精神保健福祉の施策には関与していなかった市町村が主体となり、ケアマネジメントを推進していくためにはどうしたらよいのでしょうか？本章ではその具体的な方法を示していきます。

# 第 1 節

## まずこれを実行しましょう

### ～市町村で行う精神障害者ケアマネジメントについて理解する～

#### 1. 担当する部署全体でこのガイドラインを読む

##### 1) ケアマネジメントについて理解を深めましょう

まず始めに大切なことは、ケアマネジメントを担当する部署全体でこのガイドラインに目を通し、ケアマネジメントについて理解を深めることです。市町村は住民にとって身近な存在だけに、精神保健福祉に関連した多岐にわたる相談が、ケアマネジメント事業の窓口を持ち込まれる可能性があります。そのため、ケアマネジメントを担当する全ての職員が、ケアマネジメントの理念やプロセスに関する基本的知識を共有していなければなりません。また、最近ではケアマネジメントに関する書籍も多く出版されており、このような教材を用いるなどして、部署や市町村内の関係者と勉強会を行うのもよいでしょう。

##### 2) 市町村で行うことの意義を確認しましょう

先に述べたように、市町村は地域住民にとって最も身近な行政機関です。その市町村が主体となってケアマネジメントを行うことの利点を以下に記しました。

#### ① 地域に密着していること

- ・ 機関が住民によく知られており、利用者やその家族が気軽に相談できる
- ・ 広報誌を全戸配布しており、利用者やその家族が情報を入手しやすい
- ・ 利用者の生活の場に近いため、家庭訪問など生活場面での支援が容易である
- ・ 地域の情報を広範囲に把握しており、関係機関と連携しやすい
- ・ 地域の特性を反映したサービスや制度を作りやすい
- ・ 潜在化している対象者にも働きかけがしやすい

#### ② 公的責任を有すること(さまざまなサービスや社会資源を統合しやすい)

- ・ 公的機関であることから地域の情報を得やすい
- ・ 保健と福祉が同一機関にあることから連携を図りやすい

- ・ 三障害(身体・知的・精神)を統合した支援や重複障害者への支援が行いやすい
- ・ 他の障害者施策や高齢者の施策の活用が可能である<sup>1</sup>

市町村は公共性など他機関にない機能を有しているので、ケアマネジメント事業を委託するにあたっては、その利点が失われてしまう可能性を念頭に入れ、慎重に判断する必要があります。

## 2. ケアマネジメント事業の担当者を決める

ケアマネジメントを市町村で展開していくために、まず役所内でケアマネジメント事業の担当者を決める必要があります。市町村障害福祉計画策定に関与している職員が、担当者としてふさわしいと言えるでしょう。

## 3. 担当者自身が都道府県などの研修会に参加する

ケアマネジメントについての理解や技術を高めるために、まず担当者自身が国や都道府県・政令指定都市で実施されている障害者ケアマネジメント従事者養成研修を受講することをお勧めします。どちらの場合も、都道府県・政令指定都市の担当部局に連絡をとって情報を入手しましょう。研修会に参加する利点は、担当者の資質を高めるだけでなく、ケアマネジメントに関連する人々とのネットワーク作りにも役立つということです。市町村は、複数の担当職員が継続的にこのような研修会を受講できる体制を整える必要があります(研修の詳細については第2章第2節参照)。

## 4. 圏域内に住む精神障害をもつ人々のニーズと社会資源を把握する

### 1) 地域のニーズを知る

精神障害をもつ人々やその家族が、地域生活を維持していくうえで必要としていることは何でしょうか?もちろん地域性や個々の事例によってニーズは異なるので、だからこそ、ケアマネジメントを効果的に実施していくためには、その地域で何が必要とされているか

<sup>1</sup> 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修 高橋清久/大島巖編集：改訂新版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 2001 精神障害者社会復帰促進センター

ということを、市町村が把握する作業は欠かせないのです。

厚生労働省が実施した平成 14 年度 of 患者調査によると、精神障害をもつ人の数は 258 万人となっています<sup>2</sup>。この数字から人口 1000 人に対して約 16 人が精神障害をもつと推計されます。これに基づくと 10 万人の都市では、1600 人の方が、統合失調症、躁うつ病、アルコール依存症など、なんらかの精神障害をもっていることとなります。これに、精神保健医療サービスとつながっていないホームレスの人たちやひきこもりの人たちも含めると、この数はさらに増えると考えられます。市町村は、アンケート方式の調査を実施するなどしてこれらのニーズを確実に把握し、市町村障害者福祉計画の中に地域精神保健福祉計画を盛り込みながら、その中でケアマネジメント事業の展開を実現していくようにします。

また、利用者や家族の生の声を聞き、お互いに合意が得られたサービスに関しては、施策展開をしていくことも可能でしょう。こうしたヒヤリングは、地域で精神障害をもつ人々が主体的に生活していくうえで必要となるネットワークづくりにも役立ちます。つまり、こうした機会を通じて当事者や家族の会が生まれることが多いからです。このような当事者団体とは、定期的に意見交換の場を設けるようにします。

## 2) 社会資源を知る

市町村のケアマネジメント担当者自身が、利用者が活用できる既存の地域社会資源や、各施設・機関が提供しているサービスについて熟知している必要があることは言うまでもありません。

よりよい地域生活支援を可能とするためには、さまざまな社会資源を各利用者のニーズに基づき適切に活用する必要があります。ここで言う社会資源とは、障害者に特化されたものだけではありません。ノーマライゼーションの観点から言えば、利用者の希望や自己実現を可能にする社会資源とは、地域に存在する誰もが利用できるものなのです(社会資源の詳細については、第 1 章第 4 節・付録 2 を参照)。

## 3) 社会資源について情報を集約した冊子を作成する

社会資源の概要や利用方法、福祉制度を利用する際の具体的な手順などを集約した冊子を作成し、地域住民に配布することをお勧めします。情報と選択肢を余さず提示することで、障害をもつ人やその家族が自己選択する機会をより多く提供できます。このような冊子は、市町村のケアマネジメント担当者が地域のネットワーク作りを行ううえで役立つだけでなく、ケアマネジメント従事者が実際に圏域内で活動を行う際にもおおいに参考になるでしょう。

<sup>2</sup> 厚生労働省：精神障害者に関わる平成 14 年患者調査の概要

## 第 2 節

### 事業を効果的に展開するために

#### ～市町村で行う精神障害者ケアマネジメントのための基盤整備をすすめる～

#### 1. ケアマネジメント実施における市町村の役割

精神障害者ケアマネジメントにおける市町村の役割を一言で表すと、「ケアマネジメントに関わる法体系や自治体の障害者保健福祉計画と連動して、圏域内外の関係機関の協力を得ながら、圏域での精神障害者ケアマネジメント・システム全体の発展と調整・維持に対する責任を負う」、ということになるでしょう。具体的な役割としては、①「ケアマネジメントについて、正しい認識と利用法を住民に伝える」ための広報機能、②「ケアマネジメントにかかわる専門家の技量を高める」ための研修機能、③「ケアマネジメントが必要な人をみきわめ、サービスにつなげる」ための窓口・門番機能、④「ケアマネジメントの質を保証する」ための監査(モニタリング)・評価機能、⑤「ケアマネジメントと地域資源をより密接に結びつける」ためのネットワーキング機能、が挙げられます。それぞれについて、この節と第 3 節で触れていきます。

#### 2. ケアマネジメントについて情報提供を行う

##### 1) 対象ごとに情報提供のやり方を工夫する

障害をもつ人たちに対するケアマネジメントについて、地域の中で広く周知し、利用により恩恵を受ける可能性がある人が実際に相談窓口や実施機関にアクセスができるように、情報提供を行う必要があります。地域住民に対してはパンフレットを配布したり、自治体が発行する広報誌を用いること、関連事業者や医療機関に対しては適切な事業説明会を行うことが重要になります。近隣自治体や都道府県に対しても、最低限の整合性を図るために、これから行おうとしているケアマネジメントの仕組みを説明しておくとい良いでしょう。それぞれの対象ごとに、焦点を当てる内容や説明文書の言い回しを工夫するなどの配慮が求められます。

## 2) 三障害合同の理念を周知すること

ケアマネジメントを実施する機関の種別やアセスメントのポイント、提供されるサービスの内容など、実際の支援における細かな点では障害毎の違いが生じることも想定されます。しかし広く情報提供を行う際には、障害種別を超えて、地域生活支援の共通の枠組みとしてケアマネジメントがあるということを、読み手や聞き手に理解してもらうよう伝えなければなりません。

## 3. ケアマネジメントを行う人を育てる

### 1) 研修の目標 ー何を研修できればよいかー

利用者の個別性・主体性を重視した支援、生活者としての障害者のニーズを中心にしたエンパワメントを心掛けたかかわりなど、ケアマネジメントの理念とともに、ケアプロセスの実践的な流れについて研修を行うことによって、実際にケアマネジメントを行える人を育てていく必要があります。さらに、そうしたケアマネジメント従事者自身をエンパワメントするためのフォローアップ研修や、地域の中でスーパーバイザーとして機能する人を増やしていくための研修なども重要になります。

### 2) 既存の研修会の活用

現実的にはまず、国や都道府県で実施されている既存のケアマネジメント従事者に対する研修会を上手に活用していくことが求められます。

「養成研修」と呼ばれる初級研修や、「フォローアップ研修」と呼ばれる「養成研修」修了者を対象とした中級研修だけでなく、地域でスーパーバイザーとして機能する従事者を養成するための「上級研修」などが定期的に行われています。市町村の担当者は、研修を必要としている人がこうした研修会に参加できるように、常に情報の収集と共有を怠らないように努める必要があります。

### 3) 市町村独自の研修会の企画

政令指定都市ではない自治体が、単独で前記以外の研修会を開催することは時間と予算の関係で困難な場合もありますが、より地域に根付いたサービスの提供をはかるためにも、各市町村がその地域特性に配慮した独自の研修会を企画することは大変に重要なことだと

思われます。小規模町村においては、障害保健福祉圏域程度の規模で、いくつかの自治体が協力して研修会を開催することも考えられます。

#### 4) ネットワークを活かした、定例のスーパービジョン体制の確保

年間に限られた回数で実施される研修会とは別に、市町村のケアマネジメント従事者が定期的に集まり、グループで対応困難事例を協議したり、スーパービジョンを受けるなどの仕組みを作ることが、質の高いケアマネジメント体制を維持するために検討されなければなりません。スーパービジョンでは、精神保健福祉センターなど圏域外の専門機関に講師を依頼することも検討します。

### 4. ケアマネジメントの窓口を作る ～ケアマネジメントの入り口である相談体制とその窓口をつくる～

#### 1) 窓口の役割は？

##### (1) どんな人が訪れるのか？

障害をもつ本人が相談窓口を訪れて、そこから必要に応じてケアマネジメントの導入がなされれば理想的ですが、実際には家族からの相談や、退院を間近にひかえた人の入院先の医療関係者からの照会も少なくありません。まずは、様々な関係者が窓口を訪れることを想定して門戸を広げておき、最終的には本人自身が登場する中で、ケアマネジメント利用に関する自己決定がなされるよう取り組みをすすめていきます。

##### (2) 窓口業務のポイントとは？

広報や普及のあり方にもよりますが、現状では、障害をもつ人やその家族が窓口を訪れた際に、最初から「ケアマネジメントを受けたい」と希望されることはまずありません。まずは障害をもつ人自身の生活のしづらさや、社会資源の利用希望、家族の負担など表出された話題を基にして十分に話を聞いたうえで、必要な場合にケアマネジメントを紹介、導入する流れになると思われます。したがって、窓口業務担当者には、通常の相談支援の技術にくわえて、相談の対象となった障害をもつ人がケアマネジメントの対象者として適切であるか判断する力が求められることとなります。

また、障害による生活上の困難をかかえた人が、その障害種別によっていくつかの窓口を転々とすることなく、必要な場合にはケアマネジメントを直接紹介されることが可能と



なるように、三障害合同の総合的な相談窓口を設けることが望めます。先駆的な自治体においてはこのような総合相談窓口を既に設けており、特別な専門知識がなくとも、ケアマネジメントについての基本理解が充分になされていればよいといえるでしょう。

### (3) どこまでが窓口の役割か？各機関との関係は？

窓口では、来談者への心理的配慮を怠ることなく、障害をもつ人の生活状況やニーズの概要を捉えて、ケアマネジメントが必要とされるかどうかの判断と、実際にケアマネジメントを実施する担当者への橋渡しを行います(これをゲートキーピング〔門番〕機能といいます)。実際には、初回の相談のみで当面の問題が解決されて、一時的には終結扱いとなる場合も少なくはないと思われます。行政とケアマネジメント事業者との役割分担は、どの程度まで行政が委託を行うかなどの、自治体の仕組みに左右されることになります。

## 2) 相談の窓口をどこに置くか

住民にとってのアクセスのしやすさ、情報収集力、公平性などを考えると、市町村の障害保健福祉担当部署に総合相談窓口を設けることが、まず必要となるでしょう。そのうえで地域の特性や圏域のサイズを考慮に入れて、サテライト的に専門の相談機関やケアマネジメント事業者でも同様の窓口を設け、来談者の同意を得たうえで行政の窓口と情報の共有と連携を図るようにする方法も考えられます。総合相談窓口を複数置くことのメリットは、その地域性と迅速性にありますが、市町村の担当部署には全体のコーディネート機能が求められます。その場合でも、「かかえている問題が整理できていない人」、「多様な機関の関わりが想定される人」の相談に関しては、市町村の総合相談窓口で対応することが望ましいでしょう。

## 3) 実際に誰が相談を担当するか

市町村の総合相談窓口においては、保健福祉領域で十分な相談業務経験のある保健師やワーカーが中心的な担い手になると考えられます。その中でも、前出の国・都道府県のケアマネジメント従事者養成研修修了者が任に当たることが望ましいでしょう。異なる障害領域の専門知識をもつ複数の担当者がチームを組んでこの窓口を担当することもあります。経験を重ねると、必ずしも専門家でなくとも適切な対応がとれるようになると言われて

## 5. ケアマネジメントをする人と地域のネットワークをつくる

### 1) ネットワークの形成

ケアマネジメント業務に従事する人同士の、さらに障害者・高齢者領域の当事者団体・支援団体やボランティア、民生委員など地域で活動する実務者レベルのネットワークを構築することは、専門家同士のピアサポート、インフォーマル資源の開発、地域に根ざした新たな社会資源や制度の開発につながり、市町村におけるケアマネジメントの質の向上につながる重要な取り組みであると言えます。そのうえで、こうした現場の声を自治体の施策に反映させやすくするために、行政の担当課長や関連団体・施設などの責任者レベルの定例会議を開催することも有効な手段となるでしょう。

これらの会議は、個別のケアプロセスの中でケアマネジメント利用者も参加して開催される「ケア会議」とともに、地域において提供される生活支援サービスを調整する重要な機能があり、「サービス調整会議」などと呼ばれています。

### 2) 公的機関と民間の役割分担と連携

こうしたネットワークを構築する際には、民間の力を活用する視点を充分に取り入れる必要がありますし、リーダーシップの所在は地域の特性に寄るところが大きいと考えられますが、公的機関が一定の役割を果たすことが求められることは言うまでもないでしょう。

### 3) 社会資源を拡充するための仕組み

ネットワークの形成のところで述べたように、個別の「ケア会議」、さらに「サービス調整会議」を活用していくことが、地域の社会資源や制度の開発につながります。一方で、障害者用の特別な施設や制度を作ってそれによしとするのではなく、インフォーマル資源を個別支援に生かしていく姿勢を常に忘れないようにするべきです。

## 第3節

### 実際に事業を行うために

#### ～市町村で行うケアマネジメントのシステムを創り出す～

#### 1. 対象者設定の仕組み(ゲートキーピング)

##### 1) 対象者の加入基準をどのように設定するか？

加入基準とは、どのような人がケアマネジメントを受けることができるかを定めたルールのようなものです。このルールが厳しすぎると、必要な人がケアマネジメントを受けることができなくなってしまいます。逆に甘すぎると、本来なら自分の力で地域生活をおくれる人が保健福祉サービスの中にかかえ込まれてしまい、ケアマネジメント従事者も一人当たりの担当数が増えて十分な働きができなくなってしまうなどの弊害が生じます。

一般的には、「精神障害をもち、複数のサービスを総合的かつ継続的に提供する必要があると判断される人々」が対象となるように設定します。原則として精神保健福祉手帳を所持していることを条件にするのが妥当と思われるのですが、通院医療費公費負担制度を受けていることの証明、あるいは精神科医療機関からの通院証明などで代替えることも考慮に入れるべきでしょう。

対象者は診断名や評価尺度で一律に決められるべきものではありません。「生活のしづらさ」をかかえながらもより質の高い生活を営むために、今後複数のサービスを活用することが必要である人々が明らかになるように加入基準を設定する工夫が必要です。若年層のひきこもりの人々、メンタルヘルスの問題をかかえながらホームレスになっている人々など、市町村によってサービスのニーズをもつ人々の実態は異なるでしょうから、最終的には、市町村が独自の判断を加えることができるように、加入基準には柔軟性を持たせておくことも必要です。

##### 2) ゲートキーピング〔門番〕機能は誰が担うのか？

障害をもつ人の生活状況やサービス・ニーズの概要を捉え、加入基準を参照しながらケアマネジメントが必要とされるかどうかの判断と、実際にケアマネジメントを実施する事

業者への橋渡しを行うことを、ゲートキーピング〔門番〕機能といいます。

ケアマネジメントの対象にならない人々に対して、他のふさわしいサービスにつなぐことも、大事な役割の一つになります。また、この過程では、単なる書類審査を行うのではなく、きちんと来談者の話を聞き、ニーズを明らかにする会話の中で物事を決めていくようにします。

ゲートキーピングは、ケアマネジメント事業者とは異なる視点をもつ者が担当することが望ましく、市町村の障害保健福祉担当部署においた総合相談窓口がその役割を担うことが、公平性の観点から望ましいと考えられます。

### 3) 行政(都道府県、市町村)がシステムの中で取る役割は？

まず、窓口を行政が担うことからわかるように、ゲートキーピングについての責任は行政が担います。したがって、窓口を訪れる事例についてのデータ分析を怠らず、サービスをより必要としている人々に適切にサービスが行き渡るように、適宜加入基準の調整をすることが求められます。

同時に、市町村圏域で現在何名がケアマネジメントを利用しているかといった情報も、行政が把握している必要があります。

## 2. ケアマネジメント業務を実際に誰が担当するのか？

### 1) 誰が決めるのか？

「ケアマネジメント事業者」の認定に当たっては、行政(都道府県、市町村)がその責任を取ります。各市町村で策定する障害者保健福祉計画に基づき、一定の基準を満たした「ケアマネジメント事業者」を必要数定めます。

### 2) 誰に決めるのか？

#### (1) ケアマネジメント事業者を決める際の原則

まず、本章の第1節で触れたように、市町村の社会資源を把握し、分析してみましょう。そのうえで、利用者の希望、アクセスのよさ、あるいは公共性などを考慮に入れてケアマネジメント事業者を決めていきます。もちろん、市町村の職員も、ケアマネジメント従事者として位置づけることが可能です。また、各事業者が有しているケアマネジメント従事