

ていながら、発症とともに認識や思考、感情の機能に問題が生じ、それまでの機能の一部が失われる状態です。つまり身体の中途障害と同じで、ある程度成長した脳の機能が精神疾患のために一部障害されてしまうのです。したがって、この障害には「喪失」の感覚が伴います。かつて出来たことが今は出来ないという心の痛みがそこにあるのです。たとえば、自分の意思を尊重されず子ども扱いをされることの辛さは、障害をもつ前後で周囲の人々の対応が違うことがわかるだけに深刻です。

また、精神障害の場合は、脳の機能の中でも精神疾患に侵されていない領域、たとえば読み書き計算の能力や、一般的な理解力、状況の把握力、抽象的な思考の能力などは、一定の条件の下では十分に機能します。たとえば、不安や妄想がひどい時は人と十分話が出来ない人であっても、気持ちが落ちつけば話している内容を理解出来るのです。一見無気力で何もしておらず、問いかけにもなかなか反応が返ってこないような人でも、状態が少し良くなってくると自分が行きたいと思う喫茶店には行くことが出来るのです。

しかし、これは逆に安定している状態では出来ることが、精神症状の悪化した状態では行いにいなくなるということでもあります。ストレスへの対処がうまくいかず、疲労を蓄積させてしまった状態では、不安や恐怖感がつゆるなど感情が不安定になり、あるいは注意が散漫になり物事に集中することが出来ず、日頃は普通に行っていた外出や家事、あるいは対人関係などが、急激に難しいものになってしまうことがあるのです。つい最近までアルバイトが出来ていたのに、ちょっとしたつまずきから感情も体調も不安定になって、自宅から外へ出ることすら難しくなってしまった、とは、しばしば生じうる出来事です。このような「障害の不安定性」とでも呼びべきものが、身体・知的障害などの他の障害とは異なる精神障害の特徴の一つといえましょう。このために、仕事が長続き出来なかったり、対人関係が安定しなかったりといった「生活のしづらさ」が、精神障害をもつ人の大きな困難の一つなのです。

精神障害をもつ人々のケアマネジメントをしていくにあたっては、この「障害の不安定性」があることを是非念頭においてもらいたいと思います。体調を崩した際には、的確にサービスの内容を変えていくという柔軟性が求められるのです。

#### 4) 障害や困難が複合していることもあります

上述のように、精神障害は、統合失調症など主として思春期や青年期に始まり慢性の経過をとる精神疾患にともなう障害です。したがって、ケアマネジメントが始まるまでに、長い療養の歴史をもっていることはむしろ一般的です。そこには、障害をもつ本人や家族のさまざまな苦勞が積み重ねられているのです。

たとえば家族という単位で考えると、困難は精神障害をもっている人ばかりではない場合もあります。両親も高齢化して体が不自由で家事が十分に出来ないこともあります。どちらかの親が認知症(痴呆)ということもあるかもしれません。あるいは家族の誰にも十分な就労の場がなくて金銭的に追いつめられていることもあります。生活保護を受けている場合も稀ではないでしょう。あるいは障害をもつ本人が糖尿病や高血圧など他の内科疾患を抱えていて、そのコントロールが大変ということもあります。

そしてこのように困難が大きいと、一般的には人と人とのコミュニケーションも歪みがちです。親子の間で言い争いが絶えなかったり、あるいは両親が逆にとても自分を犠牲にした生活を送っている場合などもあります。しかし、いずれも障害を抱えながら生

活をしてきた結果としてそのようなことが生じているわけです。誰も好きこのんで、罵り合ったり心配し過ぎたりするわけがありません。

家の中のコミュニケーションがぎくしゃくしている場合には、上記のように「さまざまな困難が重なっているかもしれない」という判断をして、「この人たちはどのような生活を望んでいるのか」を丁寧にアセスメントすることが大事です。「問題の多い家族だ!」「きっと本人の障害が重いのだな!」というような即断をすることは、ケアマネジメント従事者としては不適切な行動です。マイナスの評価から入る支援はしばしば権威的になり、適切な支援とは程遠い関係性を作ってしまうがちです。

このような時は、まず、本人や家族が望む具体的応援のうちでも小さな、実現可能なことからケア計画を作り始めてみましょう。困難が複合していて深刻に見えるときほど、小さな援助から始めるくらいの方が、良い援助になるように思います。ケアマネジメント従事者は、さまざまな困難に圧倒されて「革命」のような大変化を望みがちですが、そのようなときは、しばしば本人たちの力をケアマネジメント従事者が信じられていないときです。小さな、しかし確実に「気持ちが良い」方向を向いている変化こそが、安心感をもって障害をもつ本人や家族に受け入れられ、一つ起こった小さな良い変化が、さざ波のように広がって、ひいては大きな変化につながることもあるのです。

## 第3章 小さなケアマネジメント

この章では、第1章でも記述しました特定の個人に対して、ケアのネットワークを形成していくという「小さなケアマネジメント」の基本的な流れについて確認していきます。

これまでも、この「ケアマネジメント」という手法は障害者の支援に必要な支援技法として紹介されてきましたが、その技法を使用して支援するかどうかは各支援者の裁量にまかされていました。しかし、今年度から施行されることになった、障害者自立支援法においては、サービスを利用するときに必要な手続きのなかに、ケアマネジメントの観点が取り入れられ、ケアマネジメントの手続きがシステムとして一部具現化されました。

しかし、実際に行われる障害者自立支援法の「サービスの利用手続き」と、理念・理想型としての「ケアマネジメント」では共通する部分もありますが、他方で若干異なる部分もあるのが現状です。また、障害者自立支援法のサービスの利用手続きは三障害合同の枠組みになっているため、特に精神障害をもつ方に対するよりよい支援ということを考えて場合には、支援者が気をつけたいポイントも多々あります。

本節ではまず、①理念の雛形としてのケアマネジメントの手法について確認をします。次に、②実際の障害者自立支援法の「サービスの利用手続き」を説明します。③そのうえで、両者を比較しながら、精神障害をもつ人のためのケアマネジメントを、障害者自立支援法の制度を利用しながらどのように行っていけばよいかについて述べていきたいと思います。

### 1. ケアマネジメントの基本的な過程とは

#### 1) ケアマネジメントの対象

精神障害者ケアマネジメントの対象は、複数のサービスを、継続的かつ総合的に提供する必要がある人です。

障害をもつ人々は、生活をしていくために、疾患だけでなく、日常生活・社会生活上のさまざまな側面に障害があり、困難を感じていることが少なくありません。たとえば、長い間の入院から退院されるAさんがいるとしましょう。Aさんは退院後に「地域で働きながら暮らしていきたい」、という希望をもっています。しかし、Aさんは退院後、仕事を見つけるまでの間生活を支えていくだけの十分なお金がなく、退院先の住居にも困っています。また長い間入院をしていたので、家事の仕方など日常生活にも困難を感じています。Aさんの希望をかなえるためには、単に「就労支援」というだけでなく、「生活費の確保」や「日常生活の支援」といったさまざまな領域での支援が必要となるのです。しかし、Aさんのように障害をもつ人々が抱えるさまざまな困難に対して、支援が適切に結びついていないことがしばしばあるのです。

このように、ある困難や課題があり、より良い状態になる必要性があるにもかかわらず、そのための支援やサービスが適切に行なわれていない状態を「ニーズがある」状態と呼びます。

ケアマネジメントとは、福祉・医療・保健・就労・教育など、複数の領域で「ニーズがある」状態の精神障害をもつ人々に対して、ケアマネジメント従事者が、複数のサービスや支援のための資源を適切に結びつけたり調整を図ることで、そのニーズを満たし

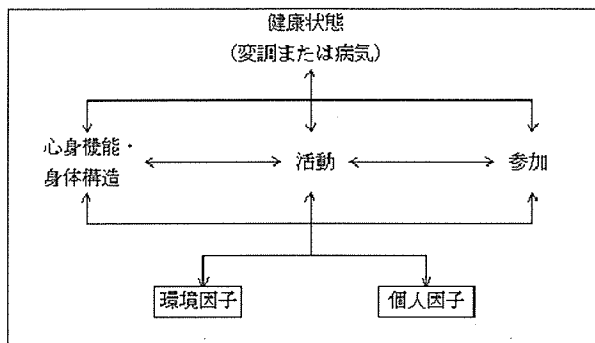


図 3-1 国際障害分類

ていこうとするものなのです。

なお、ニーズというと、障害をもつ人の状態だけが問題のように誤解されることもあります。しかしたとえば、A さんの就職に関しても、就職を難しくしているのは A さん本人の能力（個人因子）の問題ではなく、事業者が、A さんが働くことについて不安や偏見を覚えている（環境因子）からかもしれません。もし、事業者が、どのような作業で

週何時間程度働けるか、というような A さんの作業能力の程度について了解出来れば、A さんは就労が出来るかもしれないのです（個人因子と環境因子の調整）。このようにニーズに対する課題（障害）というのは、本人の側に一方的に存在するのではなく、本人とそれを取りまく周囲の環境との間に生じる関係や相互作用によって現れてくるのです。

図 3-1 は国際障害分類の考え方を表したのですが、これは活動や参加といった生活上の制限が、障害をもつ人の身体的精神的な機能の問題だけでなく、環境の因子や個人の因子の影響をこうむること、偏見や充分に支援のない状態での参加の制約が逆に活動の制限、生理的機能の低下につながる可能性についても表しています。

ケアマネジメントにおけるニーズの理解についてはこのような柔軟な理解が求められます。

## 2) ケアマネジメントの基本的な流れ

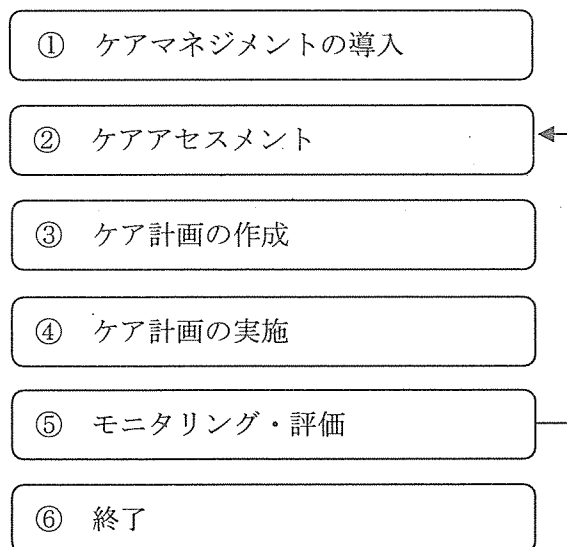
ケアマネジメントの細かい流れを詳しく理解する前に、基本的な流れをおさえておきましょう。流れを図式化すると図 3-2 のようになります。（なお、各段階の流れについては本章で後述します。）

図 3-2 ケアマネジメントの流れ

まず①受付をする窓口において、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利用者が確認され、ケアマネジメントへの導入が行なわれます。

次に②利用者の希望は何か、利用者の希望が達成されるために充足させるために必要なサービスや支援とは何か、に関して調べられます(アセスメント)。この過程で、利用者の生活全般にわたる情報が把握されます。

集められた情報を基に、③利用者の意向を踏まえて支援をどの



ように提供していくかというケアの計画「ケア計画」が作成されます。このケア計画の作成の際には、サービスや支援を提供する関係者から構成されるケア会議を開催します。利用者本人の希望があればこの会議に利用者自身が参加することは意義深いことです。

④ケア計画にのっとって支援が実施されます。その傍ら、⑤そのサービスが適切に実施されているかの確認と調整が行われ(モニタリング)、定期的に評価がなされます。この評価でニーズの変化などが把握された場合には、②に戻り再アセスメントを行い、一連の流れを繰り返します。これらの過程を経てケア計画の目的が達せられたとき、⑥ケアマネジメントは終了します。

特に主として②ニーズのアセスメントから⑤モニタリング・評価まで、利用者を個別に担当し、中心的な役割を担う担当者のことを、「ケアマネジメント従事者」と呼びます。以下で、具体的に各過程でどのようなことを行うのか詳細にみていきましょう。

## ① ケアマネジメントへの導入

一般的にケアマネジメントの始まりは、相談窓口における本人・家族からの相談です。また、他の機関から窓口へ紹介される場合などもあるでしょう。窓口の担当者は、利用者からの相談を聞く中で、こういった生活のしづらさがあるのか、社会資源の利用状況はどうなっているのかなどを聞いていき、ケアマネジメントの対象となるかどうかを判断し、導入していくこととなります。他方で、話を伺っていくなかで、一般的な悩み相談や、サービスや施設に関する情報提供のみでよさそうな場合などは、それぞれに適した対応をとります。

相談に来た人がケアマネジメントの対象であると確認されたら、サービスの開始にあたって、本人の同意を得る必要があります。ケアマネジメントは、本人との合意に基づいた契約に成り立つサービスであり、サービスに関する本人の理解および同意が必要となってきます。サービスの趣旨を説明し、本人からの同意をもってサービスが開始されます

## ② アセスメント

本人(および家族)が、どんなサービスや支援を望んでいるのか、必要としているかを明らかにするために、担当となるケアマネジメント従事者が、詳しく話を聞いていきます。この一連の査定のことを「ニーズのアセスメント」と呼びます。

情報を集めるに際しては、本人はもちろん、可能であれば家族や既に関係している医療などの地域機関からも情報を集めます。なお、家族や地域関係者、専門職などから情報を得る場合は、本人の了解を得る必要があります。

### ア) アセスメントの流れ

ケアマネジメントは、「生活の中で実現したいこと」「そのためにほしいサポート」を基本にして進められていきます。本人自身とまず信頼感をもって話せる関係づくりが大切で、そのうえで、こういった生活をしたいのか、どんなことにチャレンジしたいのかなどについて話を聞いていきます。

他方で、利用者自身も気づいていないニーズがある場合もあります。たとえば、就労に関する希望をしている人が、実は通勤に必要な交通機関の利用の仕方がよくわからない、大勢の人といるのが苦手だというような場合です。こんなときに

「それでは無理だね」となるのではなく、「仕事をするための第一歩として、切符の買い方を練習しよう、それから何人くらいの人がいるところだったら快適に過ごせるかを確認してみるのはいかがでしょうか」というように、ニーズに応じたプランを組み立てていくことが大切です。ケアマネジメント従事者に必要なのはこうした柔軟性でしょう。

本人の希望がどこにあるのか、必要なサービスがどの領域にあるのかななどを把握していくために、探索していくニーズの領域には以下のものがあります。誤解の無いように言っておきますが、精神障害をもってしまうと常に以下のすべての領域でニーズが生じるということではありません。あくまでも可能性として考えておいた方がよいというのが表 3-1 の領域です。

#### イ) アセスメントの留意点

一般に、「ニーズ」を明らかにする、ということ、本人やその周りの家族の問題点や「出来ていないこと」に目が行きがちなものですが。しかしこのような視点からのみ物事を把握すると、本人や家族の欠点や問題点ばかりを見つけてしまい、「あれも出来ていない」「これも出来ていない」という認識になりかねません。

アセスメントにおいては、①本人の希望や「したいこと」にまず耳を傾け、②そのためにどこまでは出来ているかを確認する、③その上で次の課題として実現したいこと、すなわちニーズを確認する、という手順を確実に守ってください。

教科書的な、あるいは理想的な生活を思い描いての「ニーズ探し」はかえって非現実的になって、利用者の変化への動機をあまり高めないものです。

病気や障害をかかえながらも既に「出来ていること」や「やれていること」などを確実に押さえながら、実現可能な範囲の次のステップを明らかにしようという思いで「ニーズ」を明らかにすると良いようです。

また、アセスメントを行うためには、日常生活面の詳細について聞くことが出来る良好な関係を作ることがとても大切です。

なお、アセスメントのための面接は、一度に全てを行う必要はありません。利用者の状態に合わせて話を聞いたり、周囲からの必要な情報も得ながら無理のない範囲で進めていきます。

### ③ ケア計画の作成

#### ア) ケア計画の作成

アセスメントによって明らかにされたニーズを満たすために、いくつかのサービスを利用者が活用出来るように、サービスを組み立てる作業が必要です。この、サービスを組み立てていく過程を「ケア計画」作成の過程といいます。ケアマネジメント従事者の役割はこのケア計画の作成をサポートしていくことです。

精神障害において特徴的なのは、適切な支援によって質の高い生活を手に入れることが出来ると、安心感が増して自信がつくので、利用者の生活機能が向上してきて、精神的な症状にもいい影響を与えるといういい循環が生まれる可能性が高いということです(図 3-3)。

表 3-1 さまざまなニーズ

<p>①医療に関するニーズ</p>	<p>●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、医療のサービスが的確に行われていることが重要です。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■主治医との間に信頼関係が作られているか。</li> <li>■定期的に通院することができているか</li> <li>■服薬・薬物療法の副作用・悪化時の緊急的な対処・糖尿病などの身体的合併症などで困っていないかどうか</li> </ul> <p>を確認していくことが必要です。</p> <p>●病気のこと、治療のことについて精神障害をもつ人は今まで十分に情報を与えられてこなかった歴史があります。しかし、今利用者のなかには病気について知り、また薬についても知りたいという希望をもっている方が大勢います。治療や薬について十分な情報をもっているか、知りたいと思っていることが満たされているかということも大切なアセスメントの項目です。</p> <p>●なお精神医学的な問題が想定されるにもかかわらず、医療を受けていない人が相談に来られる場合もあります。受診の必要性が認められる場合については、ケアマネジメントを進める中で受療に繋げていくことを考慮する必要があります。</p>
<p>②日常生活能力に関するニーズ</p>	<p>●精神障害をもつ人は、その思春期から青年期に発症するという障害の特性や長期入院などにより、しばしば十分な社会経験をつむ機会がうばわれていることが少なくありません。また、障害の結果として根気ややる気が健康なときよりも落ちていることが多く、具体的な家事など日常生活に困難を感じるものが少なくありません。食事の問題、身だしなみや掃除など衛生管理の問題、生活リズム、大切なものの保管などにニーズがあるかどうかを確認していきます。</p> <p>●なお、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、それを自主的に行な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。</p>
<p>③社会生活に関するニーズ</p>	<p>●交通機関の利用や銀行や郵便局など公共機関の利用に関して、経験不足や体験不足から利用することに不安を覚える、あるいは使い方が分からない、などの理由で困っていることがあります。</p>
<p>④住居に関するニーズ</p>	<p>●精神障害をもつ人が一人暮らしをしたいと望んでも、経済的に困窮していたり、探し方がわからない、保証人がいないなどの理由で、住む場所について支援を要することがあります。</p> <p>●家族がある方でも長年の闘病生活のうちに家族との同居が困難になっている場合もあります。また、家族の世話にずっとなっていることが必ずしも本人の望むところではなく、叶うなら一人暮らしを望む方もありますので、住まいに関する本人の希望がどこにあるかを、聞き出す工夫も必要です。</p> <p>●さらに、住み続けるために、ごみの出し方や大家との付き合い方など一人暮らしに伴う生活の工夫など、いろいろ学ぶことが必要な場合もあります。引っ越したばかりのときは、いろいろなその土地のやり方になじむまでに時間がかかるものです。淋しくなったときの対処の仕方、不安が高じたときの相談相手など住まいに</p>

	関わる生活のニーズも多くあります。
⑤対人関係に関するニーズ	●友達を持ちたいが緊張しやすくて困る、働きたいが休み時間にどんな風にはほかの人たちと接していいか戸惑ってしまう。その他家族との関係、近隣とのつきあいなどに、困難や不安をかかえていることがあります。
⑥就労・教育に関するニーズ	●自尊心をもちながら社会の中で生活していく重要な手段の一つとして、仕事を持つことは、社会参加と社会的役割を得ると同時に、収入を得ることができます。また仕事を持つことは、生活のメリハリも出来、対人関係も広がるので生活の質が高くなります。そして、精神に障害をもつ人の多くが就労を希望されています。 ●しかし、精神障害をもつ人が就労する場合、さまざまな困難がおきがちです。たとえば、障害を明らかにして就労したほうがいいのか悩む、履歴書の書き方、面接の受け方などで悩む、職業スキルを得る機会がなかったので自信がもてない、職場の対人関係で苦しくなってしまう、などです。このような困難をどのように解決していくかというところにさまざまなニーズがあります。 ●また教育に関しても、教育を受けたいという希望がありながらも、教育機関に関する情報が得づらく、また、継続的な就学に困難を感じている場合があります。
⑦経済生活に関するニーズ	●精神障害をもつ人は、就労による収入の確保が難しくなっているなどの理由で、経済的支援を必要としている場合が多々あります。所得保障の手段としての障害年金・生活保護受給手続きや、負担軽減のための自立支援医療制度や介護給付・訓練等給付減免申請などの制度利用のための手続きを支援することも必要です。 ●また、金銭の自己管理が苦手な方に、金銭を計画的に使うことで暮らしやすくなるために、金銭管理に関して、助言や権利擁護の支援を必要としている場合があります。
⑧日中活動・社会参加に関するニーズ	●日中を有意義に過ごすことは、生活の質を高めるうえでとても大切なことです。しかし、長期に入院生活を送る、あるいは自宅にひきこもっていたなどで、社会参加をする機会や場面が極端に少なかったり、参加の希望は持ちながらも新たな人々との出会いに不安や困難を感じていることが多いものです。また、趣味や楽しみみの時間をもつことに困難を感じていることも少なくありません。個々人の楽しみや生きがいにつながるような人との出会いやサークルへの参加などに対する支援も重要なニーズです。

生活へのサポートがない場合

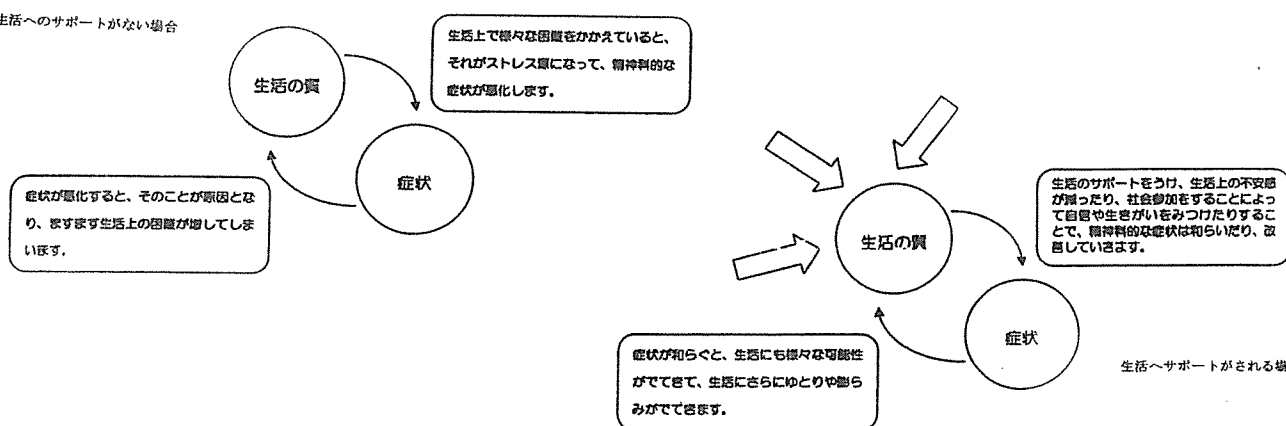


図 3-3 生活へのサポートと症状の関係



本人の「このような生活がしたい」という意欲が明らかであれば、多少の症状が生活の邪魔をしていても、望んでいる生活に近づくようにケア計画を立てることが重要です。よく、『症状が治ったら、いろいろやってみよう』と考えるケアマネジメント従事者を見かけますが、「症状があっても本人の意思さえ明確であれば、質の高い生活を始めることは可能」と考える方が、利用者本人の希望が膨らむのです。

しかし、希望を実現するためには、多角的にニーズをとらえ、包括的にサービスを供給出来るようにすることがケアマネジメント従事者に求められます。充実したケア計画を作成するためには、ニーズに対するサービスの提供が想定される関係者に呼びかけて「ケア会議」を開催します。

## イ) ケア会議の開催

こうしたケア計画を作成するためには、ニーズに対するサービスの提供が想定される関係者に呼びかけて「ケア会議」を開催します。

### A) 利用者の参加

一般的には、ケア会議の開催においては利用者の参加が原則となります。ケア計画は本人のニーズを満たすことが目的であり、また本人自身の能力を生かすことも期待されるため、その希望や意見を尊重しながら、計画を立てていくべきだからです。

そのため、あらかじめ利用者にはケア会議の趣旨を説明して、可能な限り同席してくれるよう求めます。同時に会議の場で利用者のプライバシーは尊重されること、ケアマネジメント従事者は利用者の生活上の希望を最大限尊重したいと考えていることなど、利用者の安全保障感が損なわれないような配慮についても伝えます。

### B) ケア会議におけるケアマネジメント従事者の役割

ケア会議の中で、これまでばらばらにサービスを提供してきた各機関・個人が利用者のニーズや情報を共有し、お互いの機能を意識しながら役割を分担していきます。ケア会議の目的とは、関係者が相互に情報を共有しながら、利用者を支えることの出来る、十分に機能するネットワークを作っていくことに他なりません。

利用者や関係各機関同士の中で、「何が必要なサービスか」「本人や家族の状態はどのようなものか」など、状況についての理解が異なっている場合もあるものです。ケアマネジメント従事者には、このような場合の意見の調整と共通の理解を作っていく役割が期待されます。

また、利用者は誰しも、提供されるサービスの質や内容についての意見や権利を主張し、時には改善を要求することが出来ます。しかし中には、サービスへの意見を表現することに困難を感じる利用者もいることでしょう。ケア会議の際には、本人の立場に立って、権利と利益を守っていく姿勢を基本としながら、利用者の意見の表現を援助したり、時には代弁をしていくことも大切です。(アドボカシー)

### C) 活用する資源

ケア計画を作成するには、利用者本人の能力を活かすよう配慮します。また、ケア計画は、保健・福祉、医療、さらに教育・就労といった幅広いニーズを考慮して作成することが重要です。

なお、活用する資源については、障害者自立支援法などに規定される法定の公的サービスも大切ですが、一般の保健福祉サービス、一般市民を対象としたサービス、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)の活用も重要です。

障害をもっている地域社会の中で孤立することなく質の高い生活を営むようになるためには、普通にある社会資源やネットワークの活用がますます重要になるのです。

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。資源開発のために「このようなサービスがあると良い」との声を利用者から集め、市町村に提言することもケアマネジメント従事者の仕事といえましょう。

### D) 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、開始の時期や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自分の希望と異なる場合は利用者は拒否する権利を有し、再度の変更や中断を望むことができます。このような権利についても確認したうえで、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。

## ⑤ サービス実施状況のモニタリングと評価

### A) 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は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、利用者サービス提供者の間に良い関係が出来てサービスを十分活用出来ているかどうか、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。

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、あるいは利用者の能力を下げたような不必要なサービスが提供されていないかどうかの確認。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の確認。もし、理由もなく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

は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。

#### イ) 評価

ケア計画の実施状況の評価に関しては、現在のケア計画の継続で今後も良いのかという視点から定期的な評価(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

教科書的には再アセスメントをしてニーズが満たされた場合については、利用者の同意をもってケアマネジメントを終了することが出来ることとなります。しかし、精神障害をもつ人のケアマネジメントの終了基準は、なかなか難しいものがあります。

たとえば、途中で地域生活が困難になり入院、施設入所となった場合にもケアマネジメントをすぐに終了してよいかは検討を要する事項です。なぜなら、基本は短期入院、短期入所であり、いずれ始まる地域生活のために入院・入所中も継続して関与をし、退院退所促進のために、施設の外側から応援することが役に立つ場合があるからです。むしろ、不安定な状況が予測される利用者には、長期的に地域生活を推し進めるために、「危機のときに、医療をどのように利用するか」を計画に盛り込むことも必要です。入院・入所のときにケアマネジメント従事者による外側からの訪問が必要ないかなどは利用者やサービス提供者と丁寧に相談して決めることが必要でありましょう。

一般的には以下のような状態が重なったときにケアマネジメントの終了が考えられるかと思われます。

- ア) 利用者が十分に回復した感覚を持っており、ケアマネジメントを必要としないと感じている。
- イ) 今受けているサービスの関係も良好でかつ安定しており、今後も関係の継続が見込まれる。
- ウ) ケアマネジメント従事者の側から見ても、利用者の状態は満足した状態であり、終了に同意出来る。

なお、いったん終了してもまたニーズが生じればケアマネジメントを再開することはありえます。

## 2. 障害者自立支援法下における支給決定

さて、ケアマネジメントは上記のようなプロセスに基づくわけですが、障害者自立支援法が施行された現在、障害をもつ人が各種のサービスを受けたり、施設を利用する場合には、全国で共通化された手続きをすることとなります。以下ではこのプロセスについて簡単に説明しましょう。

本節では、障害者自立支援法の枠組みとケアマネジメントによるサービスの関連について整理をしてみたいと思います。まず、障害者自立支援法における手続きをおさらいします。次に現時点で研究班が検討した障害者自立支援法下の精神障害をもつ人々に対するケアマネジメントの課題を整理します。そして、最後に、障害者自立支援法下での精神障害をもつ人々に対するケアマネジメントの実施について、私たちの見解を述べたいと思います。

以下の説明は主として厚生労働省の資料による解説をもとにまとめて整理したものです。「サービス利用の手続き」とは本来ケアマネジメントの仕事ですが、それが法律の中ではどのように扱われているかを整理するのがここでの目的です（図3-4、3-5参照）。

### 1) サービス利用への導入

利用者はまず市町村に、サービスの利用申請をします。相談支援事業者は利用者の状況をアセスメントし、サービスの利用計画を後に作成する場合に役に立つ情報を収集します。なお、この導入の過程を、市町村が直接利用者の相談によって行う場合もあります。

### 2) 障害程度区分判定

次に申請を受けた市町村は、障害福祉サービスの必要を明らかにするために、利用者に対して約100項目ある障害程度区分認定調査項目によるアセスメントを行います。この調査項目にもとづき、障害程度区分を判定します。なお、判定の際には次の2種類のステップを経ることになります。なお、障害程度区分の判定は、介護給付を希望する場合のみ行います。

- ① 一次判定：要介護認定調査項目79項目と手段的日常生活動作（IADL）と行動障害等に関する項目27項目のあわせて106項目よりなる基本調査。訓練等給付に関してはこの判定の後、支給決定のプロセスが始まる。
- ② 二次判定：一次判定の結果が市町村審査会にかけられ、医師意見書や特記事項を判断材料に加え障害程度区分の認定がなされる。

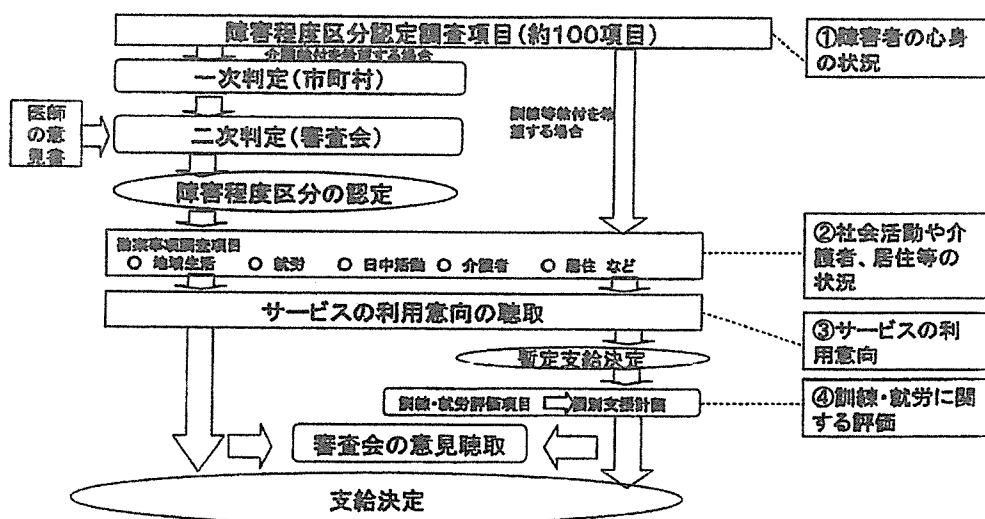


図3-4 支給決定までの流れ(厚生労働省作成)

### 3) 支給決定までのプロセス

判定の結果、障害程度区分が決定すると、それに加え介護を行う者の状況、利用者のサービスの利用に関する意向などを勘案して介護給付費等の支給の要否について決定が行なわれます。

なお、利用者が訓練等給付を希望する場合には、一次判定後、暫定支給決定となります。暫定支給決定の後、訓練の効果、本人の利用意思などの確認後、評価指標による評価に基づき、実際にサービスを提供するサービス事業者が、「個別支援計画案」を策定し、個別支援計画が効果的であると判断されれば、市町村により正式に支給決定されます。

### 4) 支給決定後のサービス利用の流れ：サービス利用計画の作成・サービス担当者会議

相談支援事業者は、支給決定を受けた障害者の依頼を受けて、サービス利用計画を作成します。それにより、サービスを適切に利用出来るように、①障害福祉サービスの種類や内容、②就労支援、教育、インフォーマルサービス等必要なサービスを定めます。

また、その計画に基づくサービスの提供が確保されるように、サービス事業者など必要な関係者・利用者が集まり、具体的なサービスの利用を調整するためのサービス担当者会議を行います。

なお、この場合、長期の入院・入所から地域生活へ移行しようとする場合や、家族

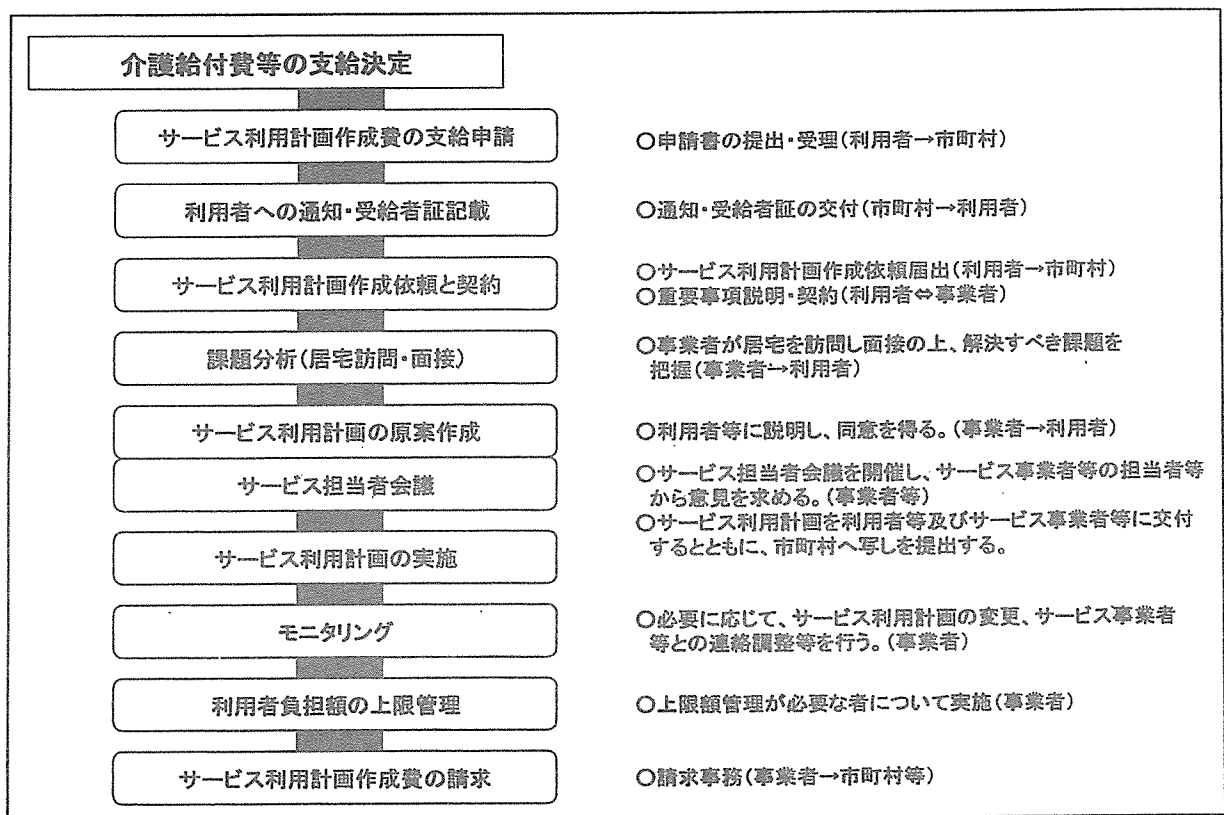


図 3-5 サービス利用計画の作成（厚生労働省作成）

などの支援を得られず孤立しており、具体的な生活設計が出来ない人々などの場合はサービス利用計画作成費が算定されます。このサービス利用計画により、ケア計画が書式としてまとめられます。

### 3. 障害者自立支援法を使いながら精神障害をもつ人のケアマネジメントを進めることとは？

#### 1) 障害者自立支援法における精神障害ケアマネジメントの課題

さて、ここまで、理念としてのケアマネジメントのあり方と、障害者自立支援法におけるサービス利用の手続きについてみてきました。障害をもつ人がサービスを受けるにあたって、アセスメントを行い、サービスの内容を吟味し、実際にサービスを受けるというプロセスに大きな違いは無いように見えます。しかし、実際にはいくつかの違いや課題点が存在しています。そのことが精神障害をもつ人々への支援にあたっていろいろな障壁になることも懸念されます。ここでは、精神障害におけるケアマネジメントの特徴と課題点を整理してみましよう。

#### ① 全体的な課題

##### ア) 精神障害の不安定性について

精神障害をもつ人の症状は、持続的にある一定の状態経過する場合もありますが、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、安定した就労や居住、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、本人が抱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。

しかし、このことは別に悪いことばかりではありません。先にも図 3-3 で示したように、本人の生活が仮に当初は著しく制限をうけていたとしても、支援を受けながら、疾患・ストレスへの対応を学んだりさまざまな福祉サービスを利用することによって、本人の生活が改善・向上していきます。また、これまで十分な支えが無く困難感や不安感を覚えていた人の場合、「誰かが支えてくれる」という安心感も得られるでしょう。そのように生活の状況が少しずつ改善すると、それにつれて症状そのものも軽くなっていくことがあります。そうすると今後の生活に対してより希望をもつことで、生活が膨らみを増す・・・という良循環が起こり、着実に事態が良い方向に向かう、ということもよくあることです。その場合は、必要な支援の量は少しずつ減っていくわけです。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」に應じる必要があると言えるでしょう。

#### ◆ ケアマネジメントのプロセスを一貫して見ている人は？

ケアマネジメントにおいては、導入からアセスメント、ケア計画の立案、ケ

ア会議、モニタリングという一連の流れを、ケアマネジャーが一貫して行うことが通常とされてきました。このことにより、対象者に関する情報を十分に把握し、利用者一人ひとりに合った個別的な支援を提供する体制を整え、必要に応じてサービスの利用や内容を責任をもって調整するという、いわゆる「伴走者」の役割をとることが可能だからです。

しかし、障害者自立支援法下ではこの一連の流れを一貫して見る人が不在になりがちです。具体的には、導入の担当は相談支援事業者、障害判定にかかわるアセスメントをする者は市町村、暫定支給における個別支援計画の作成者は実際のサービス事業者に属するサービス管理責任者となってしまいます。また、サービス利用計画を作るケアマネジメント従事者が最初に導入を担当したケアマネジメント従事者かどうか不明瞭です。

つまり、利用者に関する情報や状況を把握する人が過程の各所に散在する構造になっているのです。このことにより、利用者の障害の状態や意向、緊急時の対処などに関する情報が偏在したり、同じ事を何度も聞かれたり、各所に行き渡らなかつたりする可能性が生じがちです。利用者にしてみると、どの人が主たる相談者になるかがともすると混乱しがちです。その結果、適切な支援が受けられなかつたり、各機関のサービス方針が矛盾・重複するなど、サービスの効果的な運用が妨げられる可能性があります。

#### ◆ 不安定性に対処しにくいシステム

また、精神障害におけるケアマネジメントでは、その不安定な状態の変容に伴い、モニタリングを行い、必要に応じてアセスメントをしたり、ケア計画・実施体制を修正していく必要があるということを随所で述べてきました。

しかし障害者自立支援法におけるサービス利用の手続きでは、利用申請や障害判定、支給決定などの一連の手続きは基本的に頻回に行われることを想定していません。現実の生活では障害をもっている人々が不意のストレス要因などで急に症状の悪化がみられ危機介入を余儀なくされる場合もあります。このようなことが起きるとサービスの内容や量は安定していたときとは異なる必要があるわけです。しかし、法的な枠組みの中だけで対応しようとすると、障害程度区分の見直しなどサービスの提供体制が硬直的になることが懸念されます。基本的に法律の構造が「障害＝状態がある程度安定していること」という考え方を前提にしているので、この障害への不安定性への対処がしにくくなっていると言えるでしょう。

#### イ) 関係性作りが重要

精神障害をもつ人のケアマネジメントでは、ケアマネジメントへの導入に至るまでの関係作りがとても大きな意味をもちます。精神障害をもつ人は、新しい対人関係に緊張や不安を覚える人が少なくありません。また、しばしば新しい環境に対して不安や緊張を感じる人が多いため、使ったことのないサービスには忌避感を覚えて、必要でも遠ざけてしまいがちだったりします。また、自らの希望をうまく言葉で表明出来なかつたり、あるいは本人自身も気づいていないニーズが背後に隠されていたりします。そのため、ケアマネジメント従事者は、まず、

精神に障害をもつ人が「この人なら相談出来るな」「いろんなことを話しても安心だな」と思えるような関係をゆっくり作っていき、精神障害をもつ人がどんな生活をしたのか、何がニーズなのかを共同で明らかにして行く必要があるわけです。

しかし、障害者自立支援法のサービス利用の手続きは、あたかもサービスの利用希望がすぐに利用者から表明され、すぐに障害判定のアセスメントに入るような印象を与えがちです。ましてやそのアセスメントの担い手は、これまで利用者との関係を十分に結んでいない市町村の調査員となっています。利用者との関わりの浅い調査員による形式的なアセスメントでは、緊張や不安を感じている利用者が十分に希望を表明出来なかったり、調査員が利用者の希望を過小評価してしまう可能性があるわけです。

また、第1章でも触れたことですが、必要なサービスをパッケージ化して手続きをするいわゆる「ブローカリング」タイプのケアマネジメントは、精神障害者の方には必ずしもそぐわない部分があります。新規のサービス機関に対して不安を覚えがちな利用者サービス機関を丁寧につないでいかないと、関係が途絶してしまったりすることもあるからです。障害者自立支援法の「サービスの利用手続き」を形式的に踏むと、この「ブローカリング」になりがちであると言えるでしょう。

#### ウ) ケアマネジメント従事者による直接サービスが評価されにくい

すでに述べたように精神障害をもつ人々は対人関係に対して不安や緊張を抱きやすくなります。地域生活を送るうえでさまざまなサービスを必要とするにしても、サービスを提供する側の人々が複数いて、また所属場所も違って考え方や熱意が異なるとは、不安や緊張は和らぎません。

やはり、一人の人が生活全体を見渡して利用者とともに質の高い生活の実現のために工夫することが、利用者にとっては安心出来る仕組みといえましょう。ケアマネジメント従事者はそのような役割を担うことの出来る立場なのです。

精神障害をもつ人のケアマネジメントをする際に、このように伴走者として寄り添うためには、単にオフィスで相談を受けるだけでなく、ケアマネジメント従事者が時々利用者のもとへ赴き、相談にのったり、あるいは時には買い物や通院の支援も行なうなど、生活の場で行動をともにすることが、時には重要な方法なのです。

ところが、障害者自立支援法下ではこのような行為に対する評価が明確ではありません。精神障害をもつ人々の場合、自らの希望をうまく言葉で表明出来なかったり、あるいは本人自身も変化を恐れニーズに気がついていないようなことがしばしばあるように思われます。このようなときは「この人なら相談出来るな」「いろんなことを話しても安心だな」と思えるような関係作りを、多くのやり取りを通じて支援のプロセス全体に渡り続けることが必要です。しかし、当該立法ではそれに対する評価が曖昧と言わざるを得ません。生活支援の責任を誰が取るのかをめぐって、現場の状況に合った議論がさらに必要と思われれます。



## エ) 精神障害の障害程度区分

障害者自立支援法ではサービスを受けるにあたって、障害の重さを示す障害程度区分が判定され、それに基づきサービスの支給量が決定されます。しかし、この障害程度区分の判定のためのアセスメント項目は、三障害共通ということもあり、身体状況や自立生活能力に関する項目が主たる項目となっているため、精神障害に特有な病状の波や、意欲の低下や強い不安による生活のしづらさは把握しにくいものとなっています。そのため、障害程度区分が実際上の生活状況より軽めに判定されてしまうのではないかと、という懸念が示されています。

とりわけ、生活上の活動に対する制約が強かったり自傷他害の恐れが強かったりして現在も長期の入院や頻回の入院をしているような重症の精神障害をもっていると呼ばざるをえない人々に対する評価が現行のアセスメント項目では難しいのが問題ではないかと思われまます。

## オ) 精神障害者のサービス利用は「訓練等給付」が主体

精神障害をもつ人のADLはその障害の不安定さにより大きく変動します。ある時には食事の準備や移動に問題が無くても、不安や緊張が高まった時には身動きが取れなくなっている、ということは多々見られることです。また、意欲があるときには身体の移動に問題は無いが、症状のために意欲を奪われると何日も入浴出来なかったり、他者の手助けがあっても外出が困難になる場合もあります。この様な状況は、四肢の麻痺を中心とした身体障害や重い知的障害のADLの評価尺度では適切に評価されえず、結果として「介護給付」上のサービスを受けることが困難なことが懸念されています。

表 3-2 は障害者自立支援法で見直しが見られる、施設体系・事業体系を示したのですが、実際にこれを見ると、精神障害に関するサービスメニューの多くは訓練等給付や地域生活支援事業に位置づけられていることがわかります。

たとえば入所型の訓練施設(生活訓練施設、入所授産)は日中活動が生活訓練、就労移行支援や就労継続支援に、居住については利用者の状況によってグループホーム対象者やケアホーム対象者、福祉ホームなどに移行していくことになるでしょう。精神障害をもつ人々へのホームヘルプ事業は居宅介護の家事援助と地域生活支援事業の移動支援を中心に生活訓練なども含めて位置づけられると思われまます。グループホームはグループホームかケアホームになり、地域生活支援センターも地域活動支援センターや相談支援などを中心に複数の事業をしていくことが予想されます。

そして、小規模作業所も現在は法外施設扱いですが、やがて訓練等給付である生活訓練、就労移行支援や就労継続支援などの個別給付か地域活動支援センター(I型、II型、III型)事業に位置づけを求められることになるでしょう。

要するに、身体的な活動の制限が著しくない場合、個別給付に関するものは居宅介護やケアホーム以外はほぼ訓練等給付で実施出来ると考えて良いと思われまます。そしてこのことは、以下のような課題を生むのではないかと思われまます。

◆訓練等給付では暫定支給決定のため、サービス提供事業者のサービス管理責任者が個別支援計画を作ることが義務付けられています。個別支援計画の作成

表 3-2 サービス体系

現行サービス		新サービス体系		
居宅サービス	ホームヘルプ	居宅介護（ホームヘルプ）	介護給付	
	デイサービス	行動援護		
	ショートステイ	重症障害者等包括支援		
	グループホーム	児童デイサービス		
施設サービス	重症心身障害児施設	短期入所（ショートステイ）		訓練等給付
	寮護施設	療養介護		
	更生施設	生活介護		
	授産施設	障害者支援施設での夜間ケア等		
	福祉工場	共同生活介護（ケアホーム）		
	通勤寮	自立訓練（機能訓練・生活訓練）		
	福祉ホーム	就労移行支援		
	生活訓練施設	就労継続支援（A型・B型）		
		共同生活援助（グループホーム）		
	移動支援	支援事業 地域生活		
	地域活動支援センター			
	福祉ホーム			

費は訓練等給付に含まれているからです。そのため、この個別支援計画の質の担保は、サービス提供事業者のサービス管理者の情報収集の技術やネットワークの能力、そして良いサービスを行おうという意気込みにかかっていると云えます。

◆訓練等給付は平成 18 年 2 月に出された障害者部会の資料などでは図 3-4 のように、障害程度区分判定—支給決定のプロセスを経ずに支給が決められます。障害程度区分のどこに位置づこうと、利用希望者は原則として本人の希望が尊重され暫定支給の対象となることになっているわけです。

これは肯定的に評価すれば、訓練等給付に位置づく精神障害者のサービスは、日常の援助に関わっているスタッフが本人のニーズを把握していれば、ニーズ発生とともに柔軟に即応的に関われることを意味します。しかし批判的な評価をすれば、サービス給付のプロセスに第三者がほとんど関与しない状態であるとも読み、「サービス管理責任者」に携わる人の力量や利用者との関係性に、サービス給付の内容が大きく左右されてしまう恐れがあるとも言えます。すでに利用者のことを良く知っていて、ケアマネジメントの発想や技法を理解している人が「サービス管理責任者」を担当すればこのプロセスは良く機能しますが、利用者のことをよく知らず、ケアマネジメントのプロセスを充分理解して

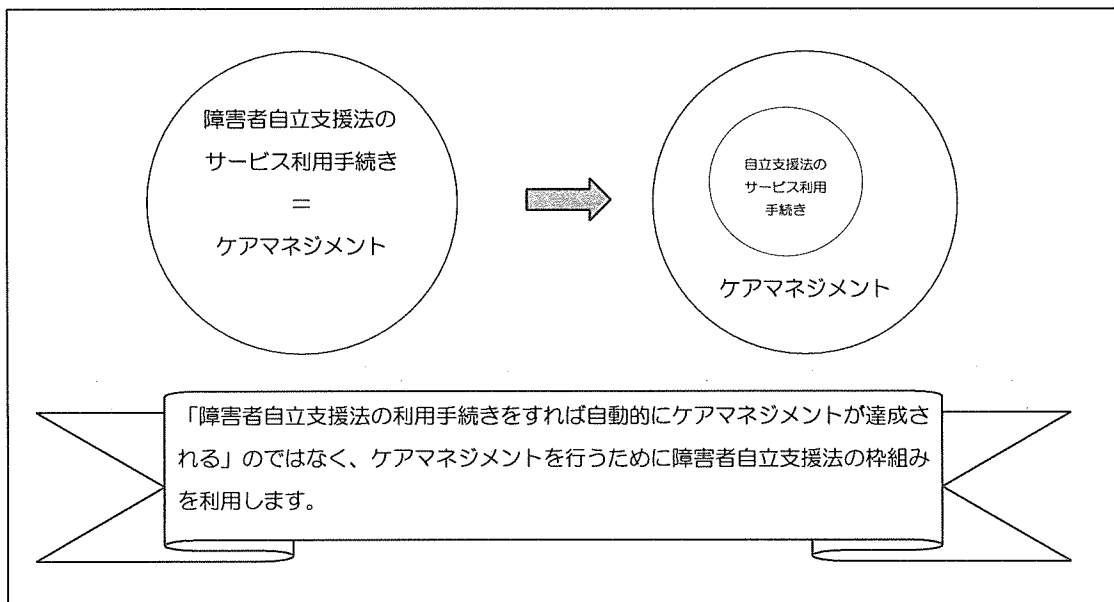


図 3-6 障害者自立支援法とケアマネジメント

いない人が担当する場合は、チェック機能が少ない分、そのサービス支給の妥当性が問われてしまうわけです。

## 2) 障害者自立支援法下での精神障害をもつ人々へのケアマネジメントのすめ方

このガイドブックで私たちが述べようとしていることは、今後日本で地域中心の精神保健医療福祉を推し進めるにあたって、十分に機能しうるケアマネジメントをしっかりと定着させることが必要である、ということです。

今まで挙げてきた課題が示しているのは、障害者自立支援法に導かれれば精神障害をもつ人々が使いやすいケアマネジメントが自動的に達成されるわけでは必ずしもない、ということです。しかし私たちは、精神障害をもっている人々が地域生活を送ることが出来るような仕組みを作るにあたって、必要としているケアマネジメントを障害者自立支援法下でどのように具体化出来るかを積極的に考える必要があります（図 3-6 参照）。以下は、そのための私たちの提言です。

### ① 全体的なポイント

#### ア) ケアサービス利用について責任をもつ人を作る

障害者自立支援法では、本人や本人の情報にかかわる人が、プロセスに従って次々に替わっていきます。しかし、こうしたことは「最後まで利用者の望むサービス・ケアを受けられるように調整するのは誰なのか」という責任を分散させがちです。

このようなことを防ぐために、利用者がフォーマル・インフォーマルサービスを活用しながら、自分が希望する生活を送れるようになるまでの体制を整える、ケアサービスの利用・調整のための責任者を、明確にしておくことが必要でしょう。つまり、導入からサービスの利用にいたるまで、現在、法的な手続きはどの段階

にあるのか、誰がその情報を持っているのかを把握し、手続きの過程が滞ったり問題が起こっている場合には調整に動くなど、全過程の一貫したサービス調整に関する責任者が必要なのです。

こうした役割を積極的に担うことが期待されるのは、やはり最初に相談の窓口・導入で本人にかかわり始める相談支援事業者でしょう。また、既に本人が通院している病院や社会復帰のためのサービス機関が、相談支援事業を行っていることも多いことと思われます。この場合は、すでに本人と関係が作れていることも多いでしょうから、その人にどんなサービスやケアが必要かを責任をもって考えられる立場にいるといえます。

他方、入所施設・グループホーム・ケアホームを利用する人の場合は、本人の日中活動について、事業者は外部事業者と連絡調整をとる必要があります。サービス利用者負担額上限管理も居住系サービス管理責任者がその責任を持つわけで、居住系サービス管理責任者がケアマネジメント従事者の役割を担うことになります。

もっとも、ケアマネジメントの従事者が絶対に、相談支援事業者あるいは入所施設の職員でなければならない、というわけではありません。大事なのは、利用者が安心してケアの利用・調整について相談出来る人が必ず存在する、ということです。そのようなケアサービスの利用調整に関する責任者は誰なのか、関連する支援機関内で調整しておく必要があると言えるでしょう。

#### イ) 専任の従事者をおきましょう

これまでケアマネジメントを行ってきた機関からは、医療行為や日常生活の訓練や軽作業の指導など直接利用者のサービスに従事していると、それらの業務に忙殺され、「なかなかケアマネジメントを行う時間がとれない」という声がよく聞かれました。特に、障害者自立支援法で制度的な手続きが保証されたことにより、書類上の事務的な手続きにも時間がかかり、タイムリーな時期に即応したケアマネジメントが可能になるかも懸念されます。また、くどいようですが精神障害をもつ人々の地域生活支援にあたっては、生活の伴走者になろうということ、すなわちケアマネジメント従事者と利用者との信頼関係が何よりも大切です。そしてケアマネジメント従事者が訪問活動を行えるなどの機動力を確保しておくことが大切です。

これらを解決するために、直接のサービスを担当する人と、ケアマネジメント従事者を分け、配置するとよいでしょう(図3-7)。

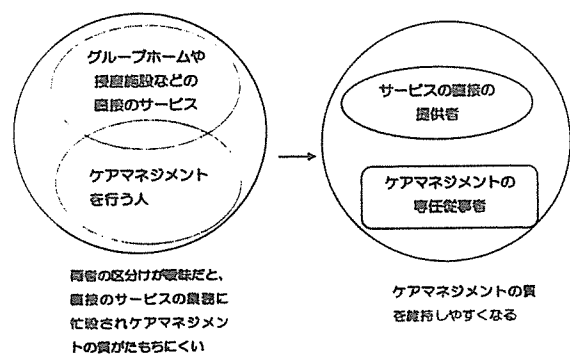


図3-7 サービス提供者と、ケアマネジメント従事者