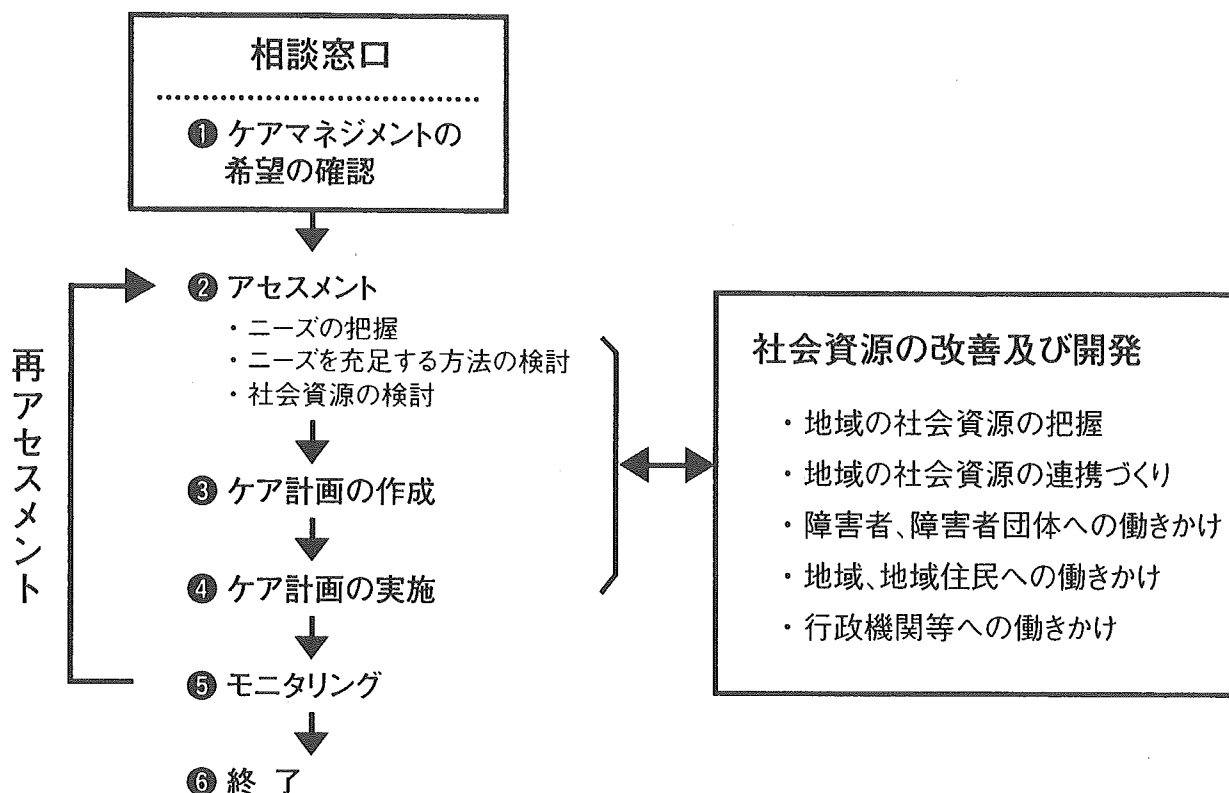


図1 障害者ケアマネジメント過程の概略



もあります。ただし、サービスを調整することも大切ですが、まずは利用者が納得するケア計画表を作成することです。その後に、サービス調整会議を開催することもあります。

次に、ケア計画を実行し、さまざまなサービスを投入することになります。サービス投入のプロセスにおいて、モニタリングが行われます。このモニタリングは、サービスの有効性、利用者の満足度、サービス提供者の満足度などを点検することが目的です。また、新たな生活ニーズが発生したら、再度アセスメントのステップに入ります。そして、最後に、ケアマネジメントの終結となります。終結については、非常に難しい判断を要することになります。どのようなときに終結となるか、実践の場でも意見が分かれるところです。利用者本人が必要ないと訴えたとき、病院に入院したとき、施設に入所したときなどはとくに問題はないと思います。これ以外に、利用者がエンパワメントされた状態で、利用者本人がサービスを利用でき、地域生活の継続に自信をもてるようになったときも終結となります。ケアマネジメントの大きな目標は、エンパワメントすることです。したがって、このような終結を考えると、ケアマネジメントは一定の期間を定めて利用者と約束して開始することを考えてみて

もよいのではないかと思います。

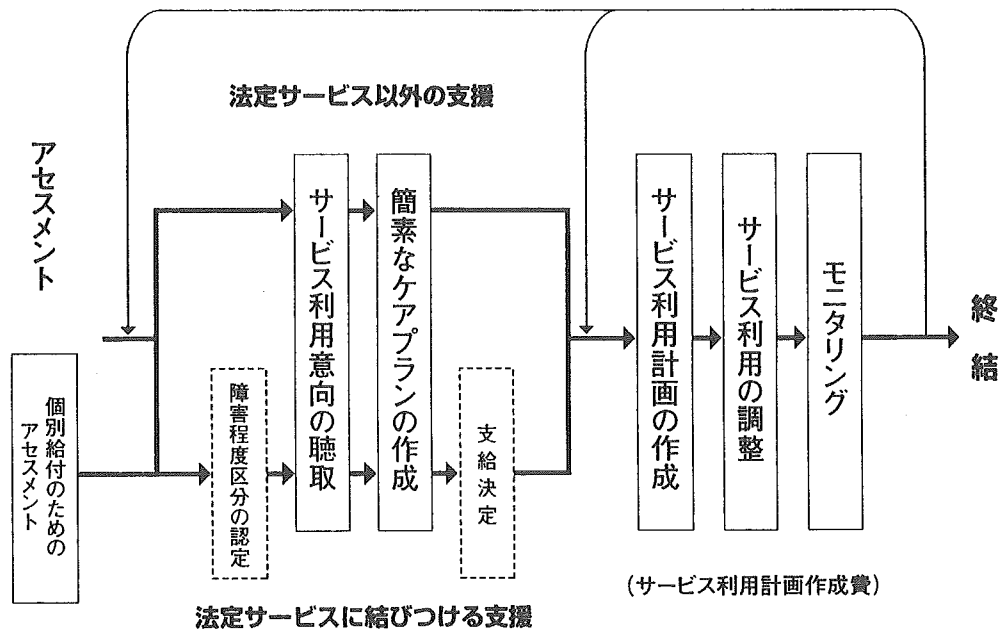
このような一連のケアマネジメント・プロセスが、障害者自立支援法によって異なったものになってくるようです。そこには、ケアマネジメント本来の姿がなくなってしまう恐れすらあります。



通障害者自立支援法における ケアマネジメント・プロセス

障害者自立支援法は、福祉サービス利用の透明化が改革の狙いの一つであるといわれています。そのために、ケアマネジメントの制度化を導入することになっています。制度化するということは、サービス利用計画作成費を支給することになります。そこで、ケアマネジメント・プロセスに福祉サービスの支給決定手続きが入り込んできます。今までのケアマネジメント・プロセスでは、公的な福祉サービスを利用する場合、市町村職員がケア会議に同席し、公的サービスもインフォーマル・サービスも含めてケア計画の合意形成を行ってきました。支

図2 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



援費制度におけるサービス利用は、ケア計画を作成する段階で、市町村との連絡調整が必須でした。今度の障害者自立支援法では、支給決定手続きをとる作業が入り込んでくるわけです。図2では、障害者自立支援法における支給決定手続きとケアマネジメント・プロセスが統合された形が示されています。

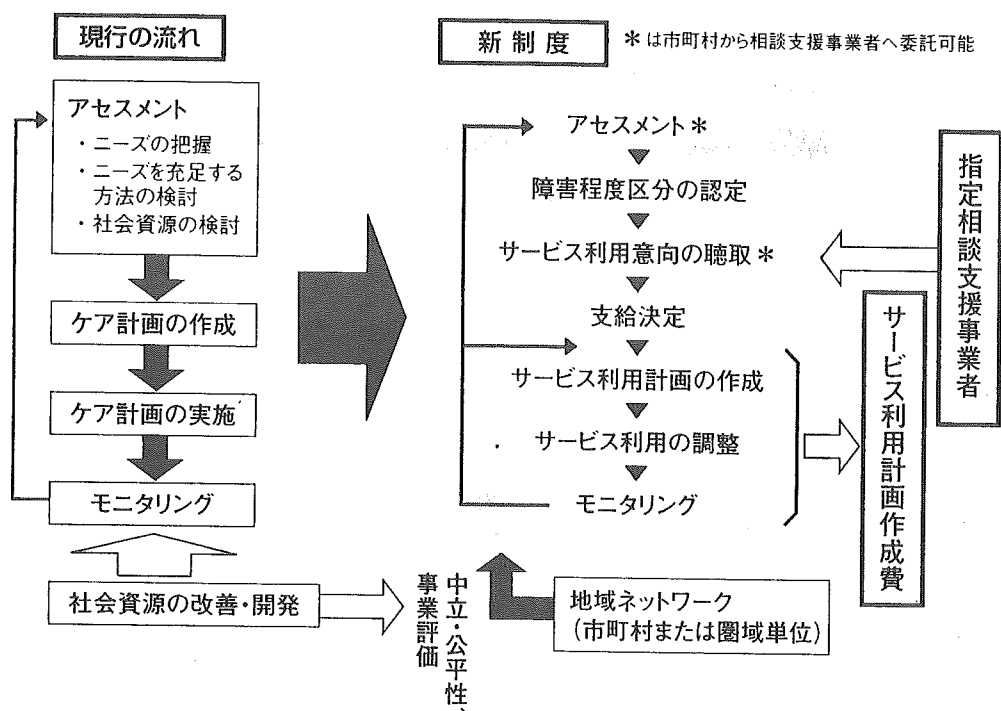
ケアマネジメントを市町村自らが実施する場合、相談窓口は行政に置かれます。また、都道府県が指定した相談支援事業者がケアマネジメントを実施する場合もあり、その場合、相談窓口は相談支援事業者にあります。しかしながら、支給決定手続きには、障害程度区分の認定がありますので、その認定を受けなければなりません。その手続きは、当然、市町村の責務となります。その際、障害程度区分の認定のためのアセスメントが実施されます。その認定のための調査は市町村自ら実施してもいいのですが、相談支援事業者や認定調査員が実施することもできるようになっています。ここで、相談支援の流れが二つになってきます。つまり、市町村と相談支援事業者が最初の相談窓口になるわけです。

ケアマネジメント・プロセスからみると、最初の窓口が異なることによって、利用者の動線が違ってきます。通常、最初の窓口で受付相談して、どのような主訴があるかを明確にすることが援助技術の鉄則です。市町村の相談窓口でこのような主訴をしっかり聞いてもらえればいいのですが、市町村の相談窓口は事務的な手続きになってしまい、相談というより単に申請書類を受け付ける業務になってしまう恐れがあります。図2に示してい

るように、公的な福祉サービスを利用しようとする、必ず障害認定区分の認定のためのアセスメントを受けなければなりません。複数のサービスを利用するときは、複数のサービスをパッケージして提供するケアマネジメント手法が有効なのですが、このようなケアマネジメントでは、生活ニーズの把握が重要になってきます。図2のどの段階で、ニーズ・アセスメントを実施するかというと、障害程度区分の認定の後に、サービス利用意向聴取の手続きが入り込みます。

ここで、問題が発生します。一つは、障害程度区分のためのアセスメントとケアマネジメントのアセスメントの違いを明確にする必要があることです。実際のニーズ・アセスメントは、障害程度区分の認定後になされるわけですが、相談支援事業者が最初からかかわっていると、最初の窓口ですでに開始されるのが一般的だろうと思えます。相談支援事業者にとって、公的な福祉サービスをどの程度投入するべきかが後でわかることとなります。最初のケアプランを大幅に修正することになるかもしれません。本来、ニーズに対応して、どのようなサービスをどの程度投入するかをあらかじめラフに検討する必要がありますが、図2のように「公的な福祉サービスはこれですよ」と決められてからニーズ・アセスメントを実施し、ラフなケアプランを作成し、その後に支給決定がなされるわけですから、相談支援事業者は経験を積まないと見通しが立てられないのではと懸念してしまいます。ケアマネジメントの流れが、障害程度区分の認定や支給決定とうまくリンクすることが利用者

図3 ケアマネジメントの流れの比較



にとって大切だと思われるのですが、この流れが実際にはどのようなになるかが、最初にくぐるゲートが市町村の窓口か相談支援事業者の窓口かによって少し異なってくると思われます。

さらに、これがもっとも大きな課題なのですが、障害程度区分の認定のためのアセスメントは、市町村から委託を受けた相談支援事業者か、認定調査員が行うことができるようになってきました。委託を受けた相談支援事業者は、障害程度区分を判定するため利用者からの情報を入手します。本来、この業務は、行政の責務となっていますので、相談支援事業者が行政の業務を行っていると、利用者が警戒して、障害程度区分が低くなったのは、相談支援事業者が原因だという誤解を受けやすい事態を招きかねません。利用者との信頼関係のうえに成立している支援活動が崩壊する恐れがあります。この点をどのように解決するかが課題となってきます。図3にケアマネジメントの流れの比較を示しています。この比較図によっても、明らかに、サービス利用計画作成からの一連の手続きに対して、サービス利用計画作成費が支給されることになっていますので、公的福祉サービスがあらかじめ決められて、あとはインフォーマル

なサービスを組み入れてほしいという考えが見え隠れします。ニーズに対応したケア計画という大切なケアマネジメントの考え方がどこまで実践できるか不安になってしまいます。

最後に

ケアマネジメントは、一定の手続きを経て実施されることに大きな特徴がありました。そして、障害者自立支援法においてケアマネジメントが制度化され、支給決定手続きが入り込んできました。この支給決定手続きと本来のケアマネジメント・プロセスとの統合を図る必要があることを関係者は議論する必要があるように思われます。次回から、障害者自立支援法におけるケアマネジメント・プロセスのステップごとに課題を考えてみます。次号では受付相談のステップの課題を明らかにしたいと思います。

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

平成 17 年度
厚生労働科学研究費補助金
長寿科学総合研究事業

要介護状態の評価における精神・知的及び多様な身体障害の状況の
適切な反映手法の開発に関する研究

発行：平成 18 (2006) 年 3 月

発行所：国立長寿医療センター

(愛知県大府市森岡町源吾 36-3)

TEL：0562-46-2311 FAX：0562-46-8359

発行者：遠藤英俊