

トを実施した際に同時に行っていたケースが80%以上を占めていた。サービスの提供においては、障害をもつ人のニーズを明らかにすることが不可欠である。したがって、アセスメントの際に障害程度区分の認定に関わる項目だけでなく、本人や家族の主訴や期待、希望を聞き取ることは妥当な流れといえよう。さらに調査者にとっての負担の軽減という点からも効率的と考えられる。

支給基準については主に口頭で説明されており、口頭と書面両方での説明はわずか3件であった。本人の自己決定を尊重するのであれば、本人及び家族が納得したうえで支給決定案が作成され、サービス提供に至る必要がある。したがって、本人及び家族が理解できる方法によって説明をしなければならないだろう。市町村の説明責任を果たすためにも、口頭だけでなく、書面により説明することが必要である。

支給決定案の作成に際し、関係者を交えての会議を開催していたのは7件であり、多くの市町村が面接あるいは電話による個別相談を実施していた。当該研究の範囲は、窓口対応から支給決定後のサービス利用計画の作成までとしていたが、一部の地域では支給決定を本人に報告して終了していた。調査のために既にサービスを利用している方に協力を依頼した市もあるため、実際にサービス利用計画が作成されていないか否かは明らかではない。

支給決定までの流れには、申請者やその家族の負担や効率性を考慮した上での柔軟な対応が求められるだろう。特に、緊張の強い対象者の場合、関係性の確立できている支援者が調査に同席・同行することが効果的な場合もあると思われる。さらに、障害をもつ人のニーズに即した保健福祉サービスの提供となるように、アセスメントの段階ではできる限り多くの情報を信頼できる情報源から得る必要がある。そしてニーズが充足されるよう、自立支援法によるサービスだけでなく、法定外のインフォーマ

ルサービスを駆使することも重要である。

障害者自立支援法は三障害合同の枠組みが基調となっているため、これまで別々のサービス体制のもとにあった身体・知的・精神の各種サービス機関が、連携を強める必要性が生じている。2次判定においては医師の診断書が必要であり、その意味で福祉関係者だけでなく医療との連携も求められている。地域の資源を有効に活用するために、他機関のサービス内容についての把握が要される。また、当該法律の施行にともない行政機構の内部で従来身体障害・知的障害を担当してきた福祉部門と、精神障害を担当してきた保健部門が統合される自治体もある。役所内部での情報連絡の円滑化が期待される。

一方、本研究では「人材確保」が自治体共通の課題として挙げられていた。障害者の認定のために市町村が人員を確保しようとすれば、予算の上でも訓練の上でも容易ではない。したがって、障害特性をよく知る地域の支援センター等に認定作業を委託する自治体も多くあると考えられる。

平成18年度調査は調査中であるため詳細な考察は差し控えたいが、今回聞き取り対象として選定した地域は、障害者自立支援法施行以前より、障害者福祉における地域システム形成に積極的に取り組んでおり、法施行後の方向性がすでにある程度見えている印象を受けた。したがって、他の地域とは若干異なり、予想される問題や課題に対して、準備期間を設けることができていたと考えられる。聞き取り対象地域は全国の中でも先進的な取り組みをしているところであり、今後、これらの地域に共通する要素を抽出し、明確化することで、ケアマネジメントにおけるシステム整備の基準が明らかになると考える。

## E. 結論

本研究では、障害者自立支援法に基づく支給決定プロセスを検討し、各段階での課

題を明らかにした。また、障害者ケアマネジメントを円滑に進めるための地域づくりの重要性について焦点を当てた。ケアマネジメントは支給決定がなされて終わりというわけではなく、その後も継続的にモニタリングや再アセスメントが行われる。これらのプロセスが適切に行われているかを客観的に評価する機能が地域自立支援協議会と考えられる。

平成 18 年度は新制度が導入されてからまだ間もなく、過渡期にあるため、地域のシステム全体が今後数年間で大きく変化していく可能性は高い。したがって、障害者ケアマネジメントのプロセスとそれを支える地域のシステムの在り方については、今後もさらに検討していくことが必要である。

#### F. 研究発表

##### 1. 論文発表

なし

##### 2. 学会発表

なし

# 資料 1

第 1 版

## 相談支援マニュアル

平成 17 年度厚生労働科学研究 主任研究者 坂 本 洋 一

# 相談支援マニュアル

## 目 次

- 第1章 ケアマネジメントの基本
  - 第1節 ケアマネジメントの基本
    - 1 ケアマネジメントの意義と目的
    - 2 ケアマネジメントにおけるチームアプローチ
    - 3 ケアマネジメントのプロセス
    - 4 社会資源の改善・開発
  - 第2節 ケアマネジメント過程における倫理と基本姿勢
    - 1 ケアマネジメント過程における倫理
    - 2 ケアマネジメント過程における基本姿勢
  - 第3節 利用者の権利擁護
    - 1 利用者の視点に立つサービス
    - 2 サービスと苦情対応の仕組み
    - 3 相談支援専門員と権利擁護
  
- 第2章 相談支援の流れ
  - 第1節 受付・相談
    - 1 受付・相談の意義と目的
    - 2 受付・相談の内容と方法
    - 3 障害福祉サービスの説明
  - 第2節 支給決定プロセス（相談支援の流れ）
    - 1 受付・申請
    - 2 障害程度区分認定調査・概況調査
    - 3 一次判定（コンピュータ判定）
    - 4 医師意見書
    - 5 市町村審査会（二次判定）《障害程度区分の認定》
    - 6 判定結果通知（市区町村長・申請者）
    - 7 サービス利用意向聴取：ニーズアセスメント
    - 8 個別ケア会議
    - 9 支給決定案の作成（簡易サービス計画）
    - 10 支給決定と支給決定通知
    - 11 サービス利用計画作成依頼と契約
    - 12 課題分析：ニーズの把握
    - 13 サービス利用計画（案）
    - 14 サービス担当者会議
    - 15 サービス利用計画費
    - 16 モニタリング
    - 17 終結

### 第3章 市町村等の責務

#### 第1節 市町村等の責務

- 1 国の責務
- 2 国民の責務
- 3 都道府県の責務
- 4 市町村の責務

#### 第2節 地域自立支援協議会の目的と位置づけ

#### 第3節 地域自立支援協議会の構成

#### 第4節 地域自立支援協議会の運営内容

障害者の地域生活と就労をすすめる、自立を支援する観点から、障害者基本法の基本的理念にのっとり、これまで障害種別ごとに異なる法律に基づいて提供されてきた福祉サービス、公費負担医療等について、共通の制度の下で一元的に提供する仕組みを創設することとし、自立支援給付の対象者、内容、手続き等、地域生活支援事業、サービスの基盤整備のための計画作成、費用の負担等を定めるとともに、精神保健福祉等の関係法律について所要の改正を行うために、障害者自立支援法（以下「法」という。）を制定しようとするものです。

法の主な改革のねらいは、以下のとおりです。

1. 障害者の福祉サービスの「一元化」！

サービス提供主体を市町村に一元化する。障害の種類（身体障害、知的障害、精神障害）にかかわらず障害者の自立支援を目的とした共通の福祉サービスは共通の制度により提供される。

2. 障害者がもっと「働ける社会」に！

一般就労へ移行することを目的とした事業を創設するなど、働く意欲と能力のある障害者が企業等で働けるよう福祉側から支援します。

3. 地域の限られた社会資源を活用できるよう「規制緩和」！

市町村が地域の実情に応じて障害者福祉に取り組み、障害者が身近なところでサービスが利用できるよう、空き教室や空き店舗の活用も視野に入れて規制を緩和します。

4. 公平なサービス利用のための「手続きや基準の透明化・明確化」！

支援の必要度合いに応じてサービスが公平に利用できるよう、利用に関する手続きや基準を透明化・明確化します。

5. 増大する福祉サービス等の費用を皆で負担し、支え合う仕組みの強化！

(1) 利用したサービスの量や所得に応じた「公平な負担」！

障害者が福祉サービス等を利用した場合、食費等の実費負担や利用したサービスの量等や所得に応じた公平な利用者負担を求めるとともに、低所得者に配慮した経過措置を設けます。

(2) 国の「財政責任の明確化」！

福祉サービス等の費用について、これまで国が補助する仕組みであった在宅サービスも含め、国が義務的に負担する仕組みに改めます。

以上のように、法が障害の種類を共通の制度に一元化したことを受け、今まで分かれていた障害者の相談支援体制もその一元化が必要であり、この度、法の主旨に沿った相談支援事業の手引きを作成することになりました。

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相関性や統一性を基に、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、総合的かつ効率的サービスを提供することが可能となります。

この手引きは、ケアマネジメントを行う市町村及び相談支援事業者が、様々な社会資源を活用し、総合的かつ効率的課題解決を図っていく過程において、障害者自立支援法のサービスを活用する場合の支給決定の流れに沿った、簡潔でわかりやすく、新制度の理解にも結びつく内容にまとめたものであります。

# 第1章 ケアマネジメントの基本

## 第1節 ケアマネジメントの基本

### ■ ケアマネジメントの意義と目的

障害者の相談支援業務に携わる職員（ケアマネジメント従事者）は、障害者基本法の理念を常に念頭において、個人の尊厳と社会、経済、文化活動の参加の機会を保障することが大切です。

（基本理念）

第3条 すべての障害者は、個人の尊厳が重んぜられ、その尊厳にふさわしい処遇を保障される権利を有するものとする。

2 すべての障害者は、社会を構成する一員として社会、経済、文化その他あらゆる分野の活動に参加する機会を与えられるものとする。

また、人間は、生まれながらにして、または、人生途中にして、障害や疾病などの様々な原因によって、他からの支援や介護を必要とする状態になったり、自分だけのあるいは家族だけの力では生活できないことがあります。

支援や介護が必要な状態になっても、

- ・「可能な限り自分らしい生活を営みたい」
- ・「自分の人生に主体的・積極的に関わり自分の人生を自分で創り上げていきたい」
- ・「家族として、人間としての尊厳ある人生と生活を送ってみたい」

障害をもつ方々が住み慣れた地域で自立した生活を送ることは、ふつうのことです。しかし、自立した生活を送るためには、住み慣れた地域の様々なサービス資源や、保健・医療・福祉・教育・就労等をはじめとする様々な領域のサービスを上手に使ったり、地域の障害者に対する意識やかかわりを深めたり、また、地域（又は利用者・家族）が有している“強さ”や“力”を引き出していくことが必要となりますが、それは容易にできるものではありません。これらのことを、障害者のおかれている状況等を踏まえ、適切かつ総合的に課題調整する必要が生じてきます。その技法がケアマネジメントです。

ケアマネジメントとは、「地域社会の中で、利用者が地域社会による見守りや支援を受けながら、地域での望ましい生活の維持継続を阻害するさまざまな複合的な課題に対して、生活の目標を明らかにし、課題解決に至る道筋と方向を明らかにして、地域社会にある資源を活用し、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。

それでは、なぜ、そのようなプロセスとシステムが必要なのでしょう。

【障害者基本法はケアマネジメントの原点】

【他から支援や介護を必要とする状態】

【自分や家族だけの力で生活できない状態】

【支援や介護が必要な状態になっても、意志や希望がある】

★エンパワーメント  
（自己決定・自己実現）

★ノーマライゼーション

★社会資源

★ストレングス

【ケアマネジメントとは】

例えば、前述のような意志や希望を実現するために、「どこに相談に行ったらいいの？」ここに相談したらいいだろうか？」というときに、市区町村に行くこととなります。

市区町村が相談支援を委託している場合がありますので、市区町村が相談支援事業を委託している場合は、委託された相談支援事業者

障害者自立支援法（以下「法」という。）では、市区町村の相談窓口以外に相談支援事業者を都道府県知事が指定（指定相談支援事業者）する場合は、そこに相談支援専門員（ケアマネジメント従事者）を配置することとしました。

相談支援専門員は、ケアマネジメントのプロセスとシステムを活用して利用者のニーズに基づく課題解決を図っていくこととなります。

それは、利用者も「有する能力」に応じた日常生活を営むことを求めており、人間の尊厳を示す「自己決定」や「自立」という権利をもっているからです。「人間の尊厳」を実現していくためには、何が必要なのでしょうか。ケアマネジメントの目的は、「人間の尊厳」を守ることであり、「自己決定」「自立」を支えることです。「自己決定」と「自立」は、本人及び家族（介護者）の生活の質と深く結びつき、日常生活における「利用者の自立」と「家族の自立」を支援することによって具体的に現れます。

このために、法の中にケアマネジメントが位置づけられました。

法上は「自立」についての定義はしていません。しかし、  
・「可能な限り自分らしい生活を営みたい。」  
・「自分の人生に主体的・積極的に関わり自分の人生を自分で創り上げていきたい。」  
・「家族として、人間としての尊厳ある人生と生活を送ってもらいたい。」

などという意識が「自立」という価値観を見だし、そのエネルギーに対して「支援」していくこととしています。

つまり、「自立支援」という考え方がケアマネジメントを法に位置づけた理念です。

【ケアマネジメントの意義と目的】  
★自己決定と自立  
★人間の尊厳  
【ケアマネジメントの目的】  
【ケアマネジメントの意義】  
【自立の考え方】  
【法の基本理念】

(目的)  
第1条 この法律は、障害者基本法の基本的理念にのっとり、身体障害者福祉法、知的障害者福祉法、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、児童福祉法その他障害者及び障害児の福祉に関する法律と相まって、障害者及び障害児がその有する能力及び適性に応じ、自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、必要な障害福祉サービスに係る給付その他の支援を行い、もって障害者及び障害児の福祉の増進を図るとともに、障害の有無にかかわらず国民が相互に人格と個性を尊重し安心して暮らすことができる地域社会の実現に寄与することを目的とする。



## ■ 障害者の自立を支援するための給付

法は、利用者が自立した日常生活又は社会生活を営むことができることを目的とし、具体的には、利用者が暮らしている地域の社会資源のみでは自立支援ができない場合、必要な障害福祉サービスに係る給付をすることにしています。

法における給付は、「利用者の自立を支援する」ために行うこととしています。

【障害者の自立を支援するための給付】

(目的)

第1条 この法律は、障害者基本法の基本的理念にのっとり、身体障害者福祉法、知的障害者福祉法、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、児童福祉法その他障害者及び障害児の福祉に関する法律と相まって、障害者及び障害児がその有する能力及び適性に応じ、自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、必要な障害福祉サービスに係る給付その他の支援を行い、もって障害者及び障害児の福祉の増進を図るとともに、障害の有無にかかわらず国民が相互に人格と個性を尊重し安心して暮らすことができる地域社会の実現に寄与することを目的とする。

法の自立の考え方の基本理念が、「自立支援」であることを述べてきましたが、この自立支援は具体的には給付をとおして行われることとなります。(法第29条)

【介護給付費・訓練等給付費】

(介護給付費又は訓練等給付費)

第29条 市町村は、支給決定障害者等が、支給決定の有効期間において、都道府県知事が指定する障害福祉サービス事業を行う者（以下「指定障害福祉サービス事業者」という。）若しくは障害者支援施設（以下（「指定障害者支援施設」という。）から当該指定に係る障害福祉サービス（以下「指定障害福祉サービス」という。）を受けたとき、又はのぞみの園から施設障害福祉サービスを受けたときは、厚生労働省令で定めるところにより、当該支給決定障害者等に対し、当該指定障害福祉サービス又は施設障害福祉サービス（支給量の範囲内のものに限る。以下「指定障害福祉サービス等」という。）に要した費用（食事の提供に要する費用、居住若しくは滞在に要する費用その他の日常生活に要する費用又は創作的活動若しくは生産活動に要する費用のうち厚生労働省令で定める費用（以下「特定費用」という。）を除く。）について、介護給付費又は訓練等給付費を支給する。

## ■ 障害者自立支援法へのケアマネジメントの導入

法における自立支援を、給付をとおして行う場合は、ケアマネジメントの仕組みを導入することによりサービスを提供することとしました。

【自立支援はケアマネジメントを導入することによりサービス提供することとした】

ケアマネジメントを受けるか否かの判断は「利用者の判断」になります。また、どのようなサービスをどのように組み合わせるか、その判断も、最終的には「利用者の選択」に委ねられます。《サービス利用の主体は利用者本人》

【ケアマネジメントは利用者から依頼を受けてから】

【サービスの組み合わせも利用者の選択】

従って、サービス利用計画（以下「ケアプラン」という。）も最終的には利用者の承諾を得ることになります。

【ケアプランは利用者の承諾を得る】

利用者がケアプランを承諾するということは、承諾する過程において、利用者の判断と希望が取り入れられていますので、利用者も自立支援に対する責任をもたなければならない、「協同の作業」としてケアマネジメントを受けているからで、

【自立支援に対する利用者の責任】

す。

## 第5条

17 この法律において「相談支援」とは、次に掲げる便宜の供与のすべてを行うことをい  
い、「相談支援事業」とは、相談支援を行う事業をいう。

一 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。

二 第19条第1項の規定により同項に規定する支給決定を受けた障害者又は障害児の保  
護者（以下「支給決定障害者等」という。）が障害福祉サービスを適切に利用すること  
ができるよう、当該支給決定障害者等の依頼を受けて、当該支給決定に係る障害者等の  
心身の状況、その置かれている環境、障害福祉サービスの利用に関する意向その他の事  
情を勘案し、利用する障害福祉サービスの種類及び内容、これを担当する者その他の厚  
生労働省令で定める事項を定めた計画（以下この号において「サービス利用計画」とい  
う。）を作成するとともに、当該サービス利用計画に基づく障害福祉サービスの提供が  
確保されるよう、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その他の者  
との連絡調整その他の便宜を供与すること。

## ■ 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、そのキーパーソンは誰になるのでしょうか。それ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・多職種の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となりますから、チームアプローチはサービス提供にあ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働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。

保健・医療・福祉・教育・就労等のサービスは、これまで多様な問題に対応できるように専門分化がすすめられてきました。しかし、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、多様な生活課題などを個々に把握し、

★相談支援専門員は、中立・公平な立場でケアマネジメントする位置づけとなっております。法人等の所属長など、立場や権限を行使し、中立・公平を損ねることは決してあってはなりません。

《相談支援専門員の独立・中立性の保証》

★チームアプローチの要素  
①アセスメントの共有

ることにより意味をなすので、総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相関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、複雑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援助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。

- ・生活の目標と生活支援の目標の共有化
- ・複数の専門職のアセスメントの段階からの関わり
- ②利用者と家族の「参加」
- ③多分野の専門職との協働
- ④サービス提供事業者や地域の機関との協働
- ⑤支給決定する市町村との協働
- ⑥相談支援専門員同士の協働と人脈との協働

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りません、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。

## ■ 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：「ケアプラン」
- ・第4段階：「ケアプランの実施、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：「集結」

### 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おして生活機能における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。

【主訴の洞察】

利用者が自分の問題について、「話を聞いてもらいたい」という気持ちで接する初めての場面です。

- ①具体的に自分の問題を理解している人
- ②問題が漠然としていて、何から話したらいいのかわからない人
- ③問題の核心を隠し、周辺の問題や愚痴だけしか話さない人など、相談の始まりは人それぞれです。

インテークは、利用者との人間関係を印象づける、重要なポイントになりますし、利用者は非常に緊張して相談に見えませんが、接し方は終始変わらない受容的言動と表情であることを基調とすることが望まれます。

【インテークの基本姿勢】  
利用者の希望やニーズを引き出すためには、利用者が話しやすい環境作りや、うまくまとめられない思いを言語化するお手伝いです。

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。

【確認すべき事項】  
相談は、こういうことですね。  
秘密は守ります。  
問題・課題分析と社会資源活用等  
お任せより、エンパワーメント。  
自己決定と信頼関係の構築。

- 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、アセスメントをとおし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。

★障害者自立支援法では、アセスメントを次の段階別に区分しています。

自立支援のサービスを提供するためのケアプランを作成するために必須の情報収集と分析です。

- ①認定調査・概況調査
- ②サービス利用意向聴取  
(ニーズアセスメント)
- ③課題分析 (ニーズの把握)  
《第2章第2節：支給決定プロセス参照》

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。

### 【アセスメントのねらい】

- アセスメントの基本的なねらい
- ①日常生活動作 (ADL) のアセスメント
  - ②手段的日常生活動作 (IADL) のアセスメント
  - ③残存能力の評価と可能性のアセスメント
  - ④介護環境のアセスメント
  - ⑤居住環境のアセスメント
  - ⑥利用者及び家族の健康 (医療) の確認 (主治医の把握)
  - ⑦既存サービスの状況 (フォーマル・インフォーマル含む)

などのアセスメントをとおして、

- ⑧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。
- ⑨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。

・ ICF の考え方等を用いることもひとつの要素です。

などにより、解決すべき課題を明らかにして把握する。

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して、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。

ただし、アセスメントは、利用者との関係を見極めながら、訪問などの機会ごとに蓄積や整理を繰り返していくものですので、初めのアセスメントで完全なものを求めるものではありません。

実際にケアプランの依頼を受け、アセスメントを実施する場合、相談支援専門員は、相談支援事業者の重要事項説明書において、事業者の内容を十分に説明し、説明した内容が了解されたことを証する署名や押印等をもらうこととなります。

【重要事項説明書】

### ウ. 第3段階：「ケアプラン：サービス調整・仲介」

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「ケアプラン」を作成することになります。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。

【支給決定と受給者証の確認】

この場合、利用者のニーズに対するサービスに対して、利用者の指定する事業者があればよいですが、どこにどのような事業者があるのかわからないような場合は、事業者の条件等を聴取し、その条件に合う事業者情報等を提供し、その中から選んでいただくなどの権利擁護の視点から事業者等の仲介やサービスの調整を図ることとなります。

ここで、情報をつかんでおくべき事業者情報は

- ①重要事項説明書の内容
- ②契約書の内容
- ③運営規程の内容（職員配置、利用料など）
- ④パンフレットを用意しておく（利用者への説明用）

ケアプランは、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、その作成は利用者や相談支援専門員、その他の関係者（専門職やサービス提供事業者など）による協働作業によるものです。

ケアプランは相談支援専門員だけのものではなく、利用者や家族のものであり、サービス提供事業者も共通の自立支援の考えに沿った協働のプランへの関わりを持たなければならないからです。

利用者や家族にとっても相談支援専門員と共にプランを作ったということで満足度が高まり、プランの内容に沿って自律的にサービスを受けて生活していくことへの責任感も高まることとなります。

ケアプランは、個々の利用者が有する原因、状態、問題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、樹立したものと考えるのが原則です。

この場合、サービス担当者会議を開催し、相談支援専門員

【サービス担当者会議】

がケアプラン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ことになります。(サービス担当者会議は相談支援専門員が調整を取り開催することになります。)

相談支援専門員は、「私は何をする人間なのか」ということを十分に説明する必要があります。つまり、相談支援専門員は、利用者の主体性を基調としたニーズを共に考え、様々なサービスや社会資源を上手く調整してケアプランに導いていく「支援者」であって、「全てお任せ」という依存型ケアプランを作成する人間ではないことを明確にすべきです。

そういう意味では、ケアマネジメントの目的やプロセスについてわかりやすく説明することが大切です。それは、利用者が参加しなければケアマネジメントは成立しないことと、利用者自身も目標に向かっていかなければならないという気持ちを共有するためだからです。

ケアプランがサービス担当者会議で了承され、実施されることが確認された場合、契約を締結することになります。

#### エ. 第4段階：「ケアプランの実施」

ケアプランが終わったので、モニタリングまではホッと一息といきたいところですが、そうはいきません。

第2段階のアセスメントで、「ケアマネジメントはアセスメントに始まり、アセスメントで終わる」と言いましたとおり、ケアプランが実施されても、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。

次のチェックや対応が必要です。

- ①受給者証にサービス事業者との契約日の記載と押印がなされているか。
- ②利用者にサービス提供事業者が重要事項説明がなされているか、また、利用料等の確認
- ③利用者とサービス提供事業者との契約が締結されているかの確認
- ④サービス提供事業者が初めてサービスを提供するとき一緒に同行し、利用者の不安や緊張に対する精神的緩和剤の役割を図るなどの対応。
- ⑤利用者がサービスを利用している時の状況や表情などを見て、モニタリングに役立てる。

ケアプランの実施において、このような対応をすることにより、利用者は安心し、信頼関係が強まり、事業者との間にはよりよい緊張感と連携が深まることになります。

・利用者の生活している所で、本人を中心に行うことが原則です。

【利用者のケアプランへの主体的な参加】

【ケアプランの契約締結】

【相談支援専門員のチェック・対応】

## 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、ケアプラン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、ケアプランの問題点や環境、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、次のケアプランに結びつけていくものです。ケアプランは明確な目標と達成時期の設定があります。絶えず、この検証を行うこととなりますが、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となります。

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。

【モニタリングの目標】

モニタリングには、利用者の状況により次の種類が想定されます。

### ①初動期モニタリング

利用者の状況が退院や退所又はサービス利用が初めてなどの理由により、プランの内容が変わりやすい場合などは、比較的早い時期に再アセスメントを行い、ケアマネジメントのプロセスを展開する必要があります。

この場合は、時宜に応じてサービス担当者会議などを開催するなどして、自立支援の共有性をその都度図る必要があります。

【初動期モニタリング】

### ②継続的モニタリング

ケアプランは、目標と達成時期を設定していく必要があります。利用者の自立支援と質の高いサービスを継続的に確保し、高めていくためには、継続的なモニタリングが不可欠です。比較的安定した次期における、定期的な対応で行われているのが現状のようです。

【継続的モニタリング】

モニタリングは、相談支援専門員一人で行うことはできません。利用者や家族と直接頻回に会ってサービスを提供しているサービス提供者や近隣の関係者は、利用者や家族から様々な相談や現実的な話を受けているかもしれません。その都度、相談支援専門員にはサービス提供者等から連絡や情報が

不可欠であり、相談支援専門員は常にこのようなケアチームのネットワークからモニタリング情報を得ることができるよう連携を図る必要があります。

モニタリングは、利用者に直接訪問したりして面接することになりますので、不正請求の防止や管理にもつながります。

#### カ. 第6段階：「終結」

利用者がケアプラン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、利用者に対する支援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。利用者や家族及び地域がもつ「強さ」や他の専門職との連携を図っておき、新たなサービス開発や資源開拓を進める基礎を築いておくことが重要です。

#### ■ 社会資源の改善・開発

利用者が住み慣れた地域で自立した生活を継続するには、相談支援専門員が身近な地域に存在する社会資源を使ったり、構築する方がむしろ大きい役割としてあります。

地域には近隣などの様々な協力者や新たな協力を作り出してくれる機関があります。相談支援専門員は、全てを一人で全ての社会資源活用や構築を行うことはできませんが、様々な社会資源を担ってくれる関係機関や団体・個人がいますので、そういう方々に機能していただくためにも、地域の情報を多く持つことができるネットワークがあれば、ケアマネジメントの参考になります。《インフォーマルサービス》

社会資源におけるインフォーマルサービスを組み入れながら、更に、ケアマネジメントにおける相談支援専門員の重要な役割は、制度（フォーマルサービス）を十分に理解し、縦横無尽に使いこなせることが上げられます。しかし、制度を利用する場合、利用者負担が発生するなど、利用者が面倒な手続きをしなければならないことがあり、制度管理の知識と併せて様式を準備しておくことにより、申請代行などの便宜を供与できる役割もそなえていることから、制度上のネットワークシステムが社会資源としてあります。《フォーマルサービス》

ケアマネジメントの過程では、社会資源を把握している社会資源調査票や社会資源分類票などで整理しているものを利用すると、利用者のニーズに対応しやすいようです。

また、社会資源調査票等は、サービス提供事業者の概略が記載されていると便利です。

さらに、ケアマネジメントの段階において、次のような現実的問題が生じる場合があります。

【インフォーマルサービス】

→社会福祉協議会、シルバー人材センター、NPO、登録ボランティア、近隣など

【フォーマルサービス】

→利用者負担を考慮する。

【社会資源の開発】



- ①地域に社会資源が十分ない。
- ②既存の社会資源が利用者のニーズに合っていない。
- ③こういう社会資源があればよい。

このような問題が生じた場合

- ①現状の実態や分析をとおした資料の作成
- ②他の地域の社会資源の状況
- ③利用者のニーズ調査と既存の社会資源の現状
- ④相談支援専門員がケアマネジメントに取り入れたい社会資源

上記の運動を相談支援専門員同士や当事者団体との連携をとおして、当事者の代わりに発言するなど（アドボカシー）、市町村独自の制度や法の改正及び新たな社会資源の要望に向けて声を上げていくことにより、社会資源の開発にも視点を向けていくことが重要な仕事です。

様々な機関や団体等と連携をとっておくことが、問題意識の共有化につながります。

## 第2節 ケアマネジメント過程における倫理と基本姿勢

### ■ ケアマネジメント過程における倫理

相談支援専門員の役割には、利用者の権利としての自己決定・自己実現（empowerment）を支える中立的介入・仲介（provid）と代弁（advocate）が基礎となります。

相談支援専門員は、ケアマネジメント過程において、利用者が自立した日常生活が送れる支援をするために、様々な社会資源や保健・医療・福祉サービスの調整を図ります。

そのときに、相談支援専門員は、本来の専門職としての基礎資格や職種があり、その上で制度上の相談支援専門員としての位置づけがあります。従って、それぞれの専門職としての倫理綱領などを遵守して行っていると思いますが、どの専門職においても共通して認識しているのは、「利用者の権利擁護」という倫理と基本姿勢です。

ケアマネジメント過程における基本倫理とは、概ね次のものが上げられます。

#### ①利用者の主体性の尊重（利用者主権）

利用者が自分の生活をどのようにしたいのか、どういうことをしたいのか、将来の意思表示をするのは利用者本人であり、その実現のために努力するのは利用者本人であることを前提にしたケアマネジメントの基礎となっています。

利用者の主体性の尊重は、「自己決定の原則」として、ケアマネジメントの過程に具体的に現れてくるものであり、利用者と相談支援専門員、サービス提供事業者の対等性を意味するものです。

## ②利用者の権利・尊厳の尊重（人権擁護）

利用者が自立した日常生活を送る場合、家庭や地域で基本的な人権が侵害されないよう相談支援専門員は配慮する必要があります。

基本的人権が侵害される例として

- 1) 言語に障害があり、自分の意見や意志の表現に難がある。
- 2) 家族に遠慮して、家族の押しつけになっている。
- 3) 預金通帳を家族が管理しており、自由にお金が使えない。
- 4) 碁会所に行きたいが、障害者がそんな所に行って、みんなの迷惑になると決め込まれて、生き甲斐を消失している。

など、周囲の理解不足な場合は、利用者の代弁者(advocate)として権利擁護の立場を守ることが大切です。

判断能力が不十分である場合や困難な場合は、成年後見制度や地域福祉権利擁護事業などの制度の活用を図ることも必要です。

## ③個人情報の保護（守秘義務）

個人情報の保護は、障害者の尊厳にかかわる大切な部分であり、利用者との信頼関係の要となるものです。この信頼関係が損なわれることにより、ケアマネジメントの展開にも影響が生じます。

相談支援専門員は、利用者のよりよいサービスを提供するために、専門職やサービス提供事業者同士の情報交換が必要であることについて理解を図り、理解を得られた場合は、絶対に、利用者には、どこで、どういう人に、どういう情報を提供してよいかなどについて、利用者の納得と了解を得て、利用者が自分の情報を誰がもっているかを知っておくようにしておく配慮も重要です。

## ④公平性（相談支援専門員の自己コントロールと自己評価）

公平性は、ケアマネジメント過程における地域のフォーマルサービスをはじめとする様々な社会資源のサービス適性配分や利用者の個別性に配慮したサービス調整という点において大切な視点です。更に、相談支援専門員は価値観の異なる利用者や家族との相互関係においても、専門職の倫理観にのっとり、公平な支援関係を築く自覚が不可欠です。

そのためには、利用者や家族との感情的な問題に巻き込まれない自己コントロールや自己評価を繰り返し、適切なスーパービジョンに心がける必要があります。

## ⑤中立性(利用者・家族・事業者間等の利害関係からの中立)

相談支援専門員における中立性は、利用者とサービス提供事業者においてもっとも重要な位置づけとなるものです。利用者の自立支援に対する希望に反して、相談支援専門員の所属する事業者や関係の深い事業者との利益が顕在化することがないように、常に利用者の権利を代弁する中立性と公益性を念頭におくことが大切です。この基礎的条件の基に、利用者が自立した日常生活が送れるようになるとともに、地域社会の社会資源の健全な有益性が育まれることとなります。

相談支援専門員は、利用者の「障害」や「できないこと」など、「マイナス」の面にとらわれるのではなく、利用者が自己実現に向け、生活の目標を実現するために、ケアマネジメントを利用する意識を利用者自身がもち、相談支援専門員やサービス提供事業者が、利用者自身がもつ「プラス」の面を引き出すことが役割であることを倫理観の基底とすべきであると考えます。

## ■ ケアマネジメント過程における基本姿勢

相談支援専門員のケアマネジメント過程における基本姿勢を例示し、これから更なる自己の研鑽を図られることが望まれる。

### ①利用者の自立支援への姿勢

【利用者の自立支援への姿勢】

自立支援は、ケアマネジメントの基本理念であります。それは、相談支援専門員が一人で頑張っても、利用者が自立に対する強い意志をもつことが大前提です。しかし、自立支援に対する考え方は、画一的なものではありませんから、利用者の性格や置かれている環境等を洞察し、利用者の権利と責任の下で自らの生活を方向付ける姿勢を持つべきです。

### ②家族あつての自立支援である姿勢

【家族あつての自立支援である姿勢】

家族は、利用者にとって最も影響力のある身近で主要な資源の一つです。ケアマネジメントに重要な要素ではありますが、利用者と日々介護等で接している関係上、精神的にも身体的にも負担や感情が錯綜する家族に対し、家族の生活の質を改善するなどの家庭環境の改善、精神的な支援を検討する姿勢を持つべきです。

### ③こまめなアセスメントの姿勢

【こまめなアセスメントの姿勢】

ケアマネジメントは、サービスが利用者の自立支援に適切であるか、こまめなアセスメントがあつて、利用者の自己決定やサービス提供事業者の意思疎通が図られるという効率的・効果的支援に結びつく姿勢を持つべきです。

「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」姿勢

### ④資源の把握と開発姿勢

【資源の把握と開発姿勢】

利用者の自立を支援する必要なサービスは、ニーズに合う社会資源の存在が大きな位置を占めます。ケアマネジメント過程で、サービスの質や量を調整する場合に大きな影響を与えることとなります。そのためには、常に資源を把握しておく工夫が重要です。

利用者が必要としているサービスが地域にない場合は、発掘したり開発し、行政との調整を図るなどの現状分析や利用ニーズを把握するなど、資源分析をしておく必要があります。更に関連する専門職とのチームとしての共通認識を図っておくことも重要です。

### ⑤チームアプローチの姿勢

利用者の生活全体を支援するケアマネジメントは、複合的な課題解決に係わる多くの相談援助機関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。【チームアプローチの姿勢】

それぞれの専門職や事業者が個々バラバラに独自の判断で利用者に係わられれば、利用者の自立支援の総合性が失われます。

相談支援専門員は、それぞれの役割が自立支援に効果的に行われるよう、サービスの調整や総合調整を図るためのリーダーシップが求められます。

### ⑥苦情への対応

サービスを受ける利用者とサービスを提供する事業者との間には、少なからず力関係が生じることがあります。【苦情への対応】

利用者には、サービスを「受けている」という力関係。サービス提供事業者は、サービスを「提供する」という力関係。利用者は、言いにくい不満をため込み、サービス提供事業者は気づかぬまま、ズルズルと関係が悪化し、利用者はサービスを断るようになります。

相談支援専門員は、相談支援が始まることから、「様々な苦情があったら、些細なことでもお話ください。」という苦情受け付けを説明しておく必要があります。また、毎回のモニタリング時には、必ず苦情の受ける雰囲気を作る工夫が必要です。

相談支援専門員は、アセスメントやモニタリング時に利用者の心の内を聞き出す人間関係を構築しておくことが重要であり、話しやすい雰囲気を作るのも技術の一つであることを十分に認識する必要があります。

苦情を受けた場合は、苦情の相手先に伝える方法も十分に吟味して伝えうることが重要です。

- 1)支給決定した市町村に伝えるべき苦情か。
- 2)直接サービス提供事業者伝えるべき苦情か。
- 3)チームアプローチの段階で伝えるべき苦情か。

など、様々な対応のタイミングや手段がありますので、対応が間違えば、大きな問題に発展しかねない場合がありますので、上司やスーパーバイザーの援助も活用しましょう。

### ⑦記録は要点をまとめて

常に記録（ケース記録）を付ける癖が重要です。記録はメモ書きしておき、長文にならず、要点をまとめて記入するコツが大切です。【記録は相談支援専門員のセンス】

記録は、サービス担当者会議や緊急時の本人を知る重要な資料となります。

## 第3節 利用者の権利擁護