

図 6 サービス管理責任者受講者数の状況

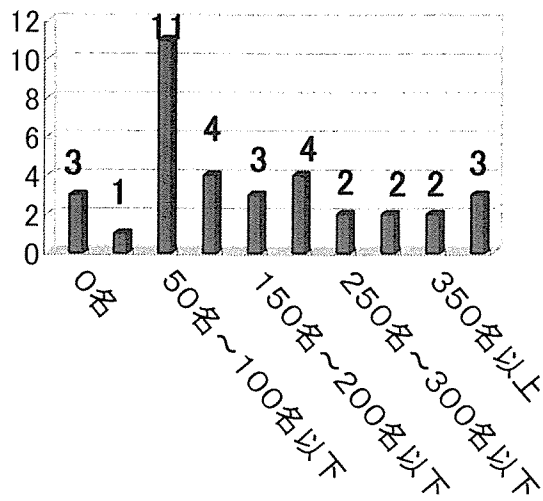


図 7 初任者研修の研修総時間

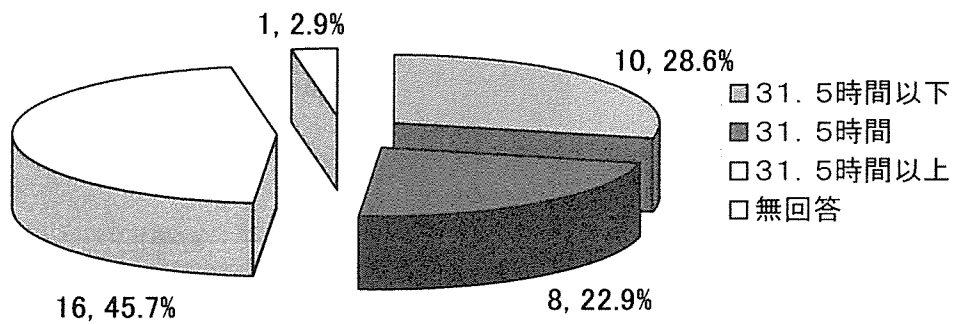


図 8 現任研修の研修総時間

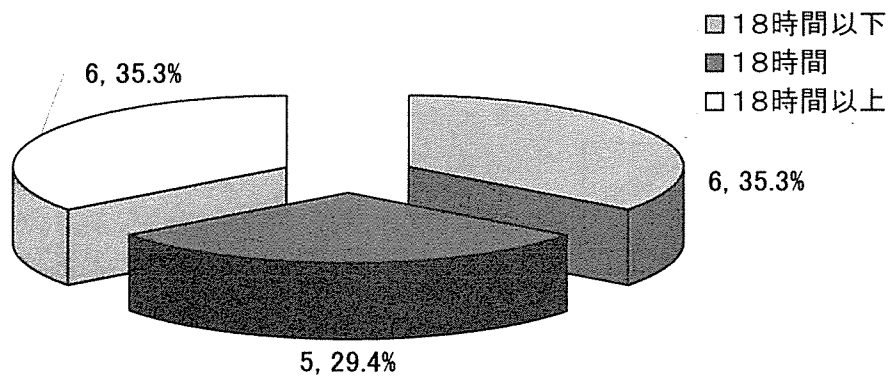


図 9 研修全体の運営に対する満足度

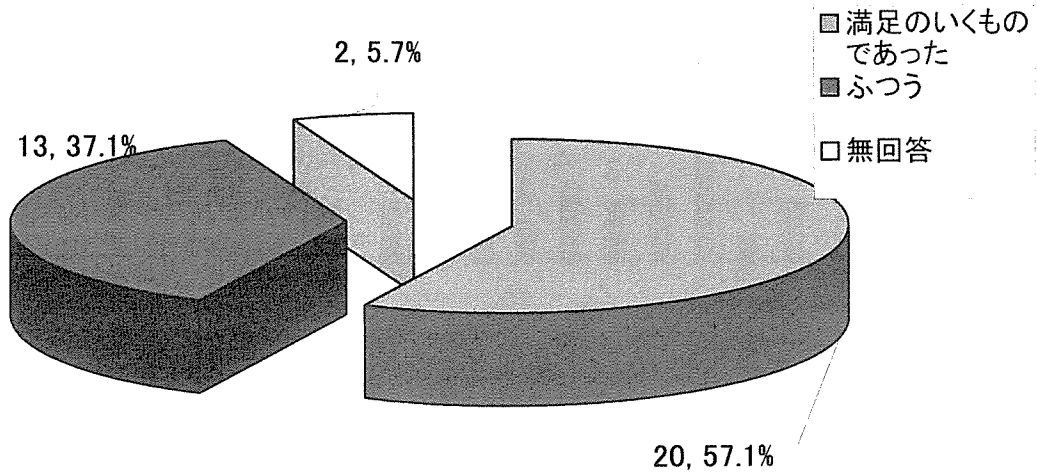


図 10 講義に対する満足度

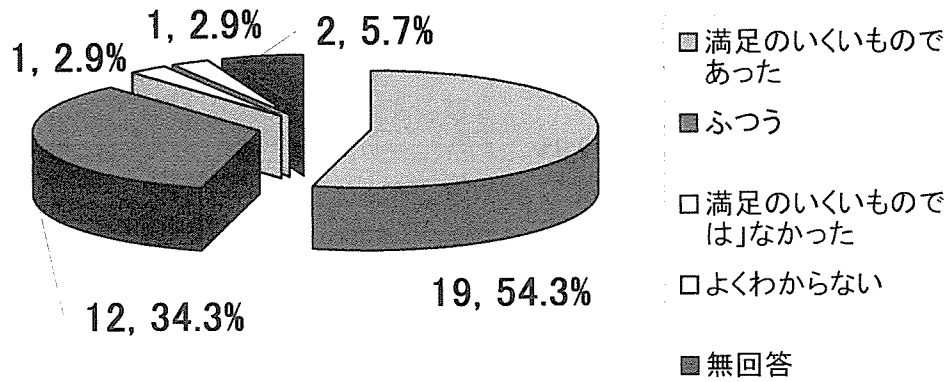


図 11 演習に対する満足度

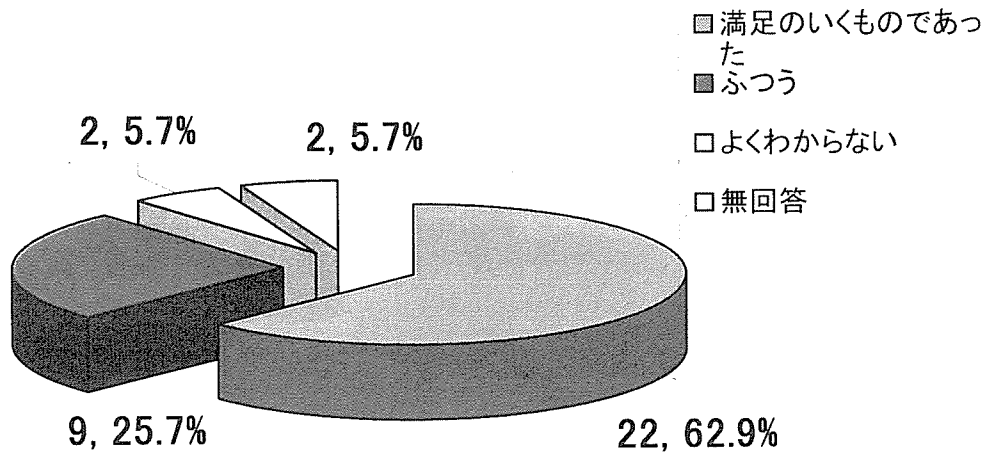


図 1 2 事例の提出に対する満足度

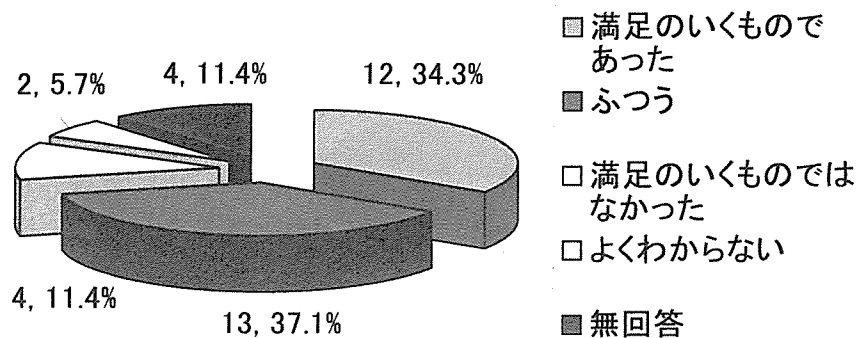


図 1 3 講師の選定に対する満足度

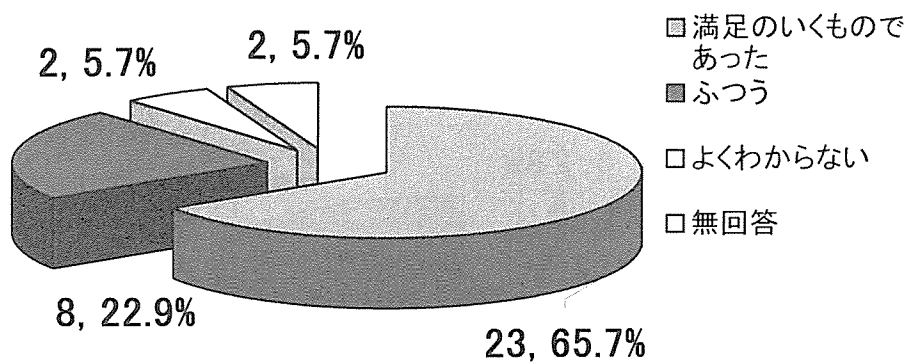


図 1 4 研修テキストの利用状況

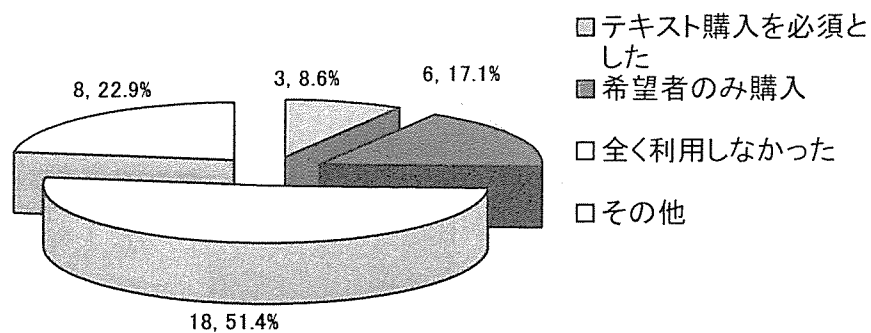


図 15 テキスト活用状況

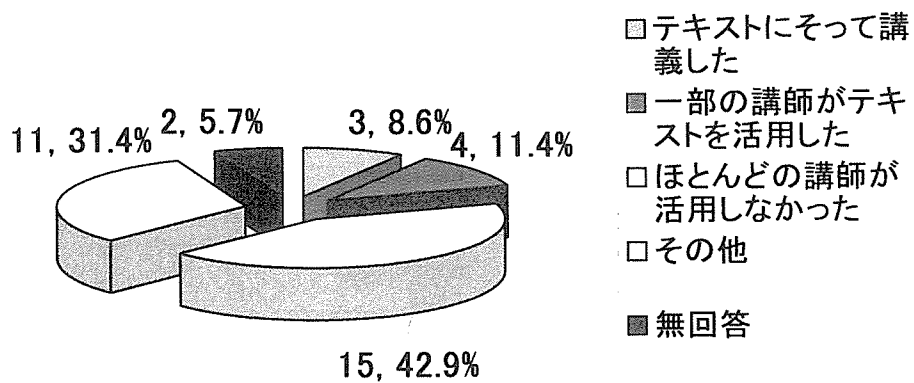


図 16 相談支援の手引きの利用状況

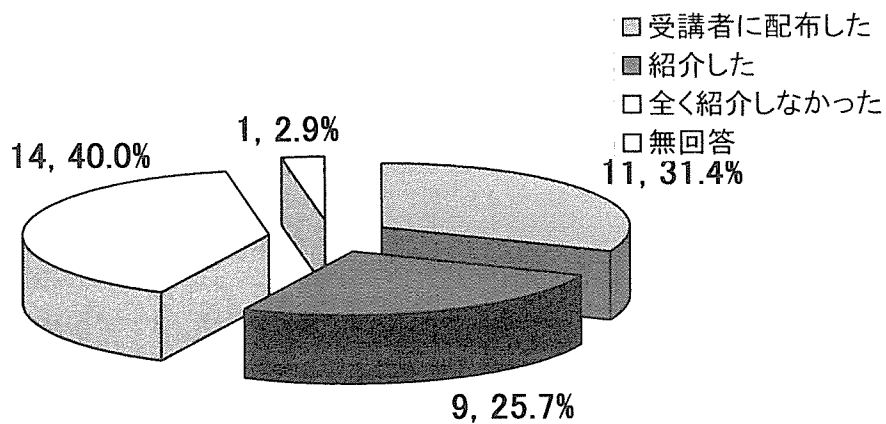
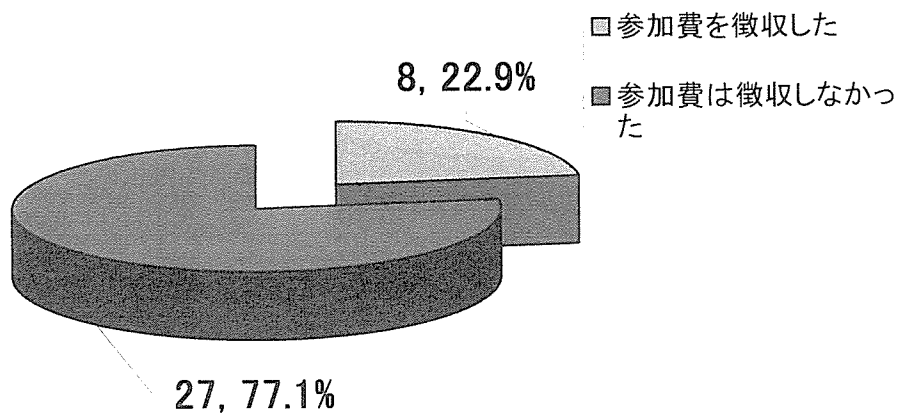


図 17 参加費の徴収状況



## 資料3

事例1「家族全員が障害のある家庭に対する支援；

地域福祉権利擁護事業利用による生活安定の取り組み」

### 1、障害者の基礎的事項(平成19年2月現在)

本人 女性 58歳 知的障害 療育手帳 A2

<家族>

夫 療育手帳 B1 脳内出血により1年前 62歳で他界

長男 30歳 知的障害 B2 (別居)

次男 28歳 知的障害 B2 (同居)

三男 27歳 知的障害 A2 身障右片麻痺 5級 (同居)

<生活歴>

同郷の夫と結婚し子ども3人を儲けたが、夫がS63年1回目の脳内出血で倒れて以後働けず、夫の障害年金と本人の障害基礎年金で生活していた。以前から本人、夫とも利用されたり騙されることがあり、他人の借金を背負うことが途切れず、返済できずに差し押さえられた経験もある。また、家賃や水光熱費を滞納し電気やガスを止められることもしばしばあった。遠方にいる夫の兄弟が見かねて借金の肩代わりをすることもあったが、度重なるため通帳管理を夫の実弟がするようになり送金を受けて生活していた。それでも他人から利用される状況がみられ、食事が満足にできない生活の中で当センターに相談があった。その後、夫は2度目の脳内出血で入院し6年間の闘病の後他界したが、生前から権利擁護事業の金銭管理サービスを夫婦共に契約していたため、病院への支払いや手続き、生活費の確保が確実にされた。現在、関係者の支援を受けながら安定した生活を送っている。

### 2、障害者及び家族の要望とニーズ

本人、家族はお金に不安のない生活がしたいという願いがあり、生活費の組み立てや金銭管理の方法を知って経済的に安定した暮らしを送りたいというニーズがある。また、将来に渡って安心して家族と生活できることが望みである

### 3、援助の内容と経過

H10年2月 ・三男が通っている養護学校の担任を通して進路についての相談が当センターにある。

・家庭訪問で借財の問題があることがわかり、経済基盤の建て直しが優先課題であることが判明する。

・知人に利用されて作った借財について弁護士に相談し対応の助言を受ける。

H10年3月 ・関係者(夫の兄弟、行政担当者、家庭相談員、民生委員、長男、次男が通っている知的障害者通所施設の職員、当支援センター)の

協議を開催。家族全体の現状と課題を共有する。

以後 支援センターが週1回家庭訪問して、弁護士や金銭管理を引き受けている夫の実弟と連絡をとりながら生活の立て直しに取り組む。

H11年9月 家事の援助を目的としたホームヘルプサービスを導入。

H12年3月 ・借財の整理に目途がついたため、改めて生活費の組み立てについて話し合う。K市社会福祉協議会の権利擁護モデル事業の対象者として金銭管理を委ねることになり、実弟を含めた関係者協議を開催する。

・本人、夫とも権利擁護モデル事業の金銭管理サービスを利用することになる。

H12年6月 三男の障害基礎年金受給に伴い三男も権利擁護モデル事業の利用者となる。

以後、月三回の権利擁護センター生活支援員の訪問が継続される。

H12年12月 夫が脳内出血で入院。緊急手術を受ける。以後、入院先を変えながら闘病生活を送る。

H16年6月 本人が乳がんの手術を受ける。経過は良好。

H18年2月 夫が他界。

\* 現在も地域福祉権利擁護事業の利用を継続しながら、当センターが適宜、訪問をしていながら生活状況の把握、金銭の使途状況の確認や必要な手続きの援助、関係機関との連絡調整をおこなっている。

#### 4、評価と事例からの教訓

世帯全員に障害があり、キーパーソン不在の家族である。他人から騙されたり利用されたりすることが頻繁にあったが、関係者の支援体制が生まれ金銭管理が地域福祉権利擁護事業に委ねられることで、利用しようとする人間が徐々に遠のいていった。また、計画的な生活費の使い方ができるようになり、貯蓄も確実に増えている。今後は生活を豊かにする質の面での援助も必要である。

兄弟、親族に疎まれていた家族だが生活の立て直しに取り組む支援者の様子を見て親族も徐々に協力の依頼に応じてくれるようになった。親族を含めた支援体制を、意識的に作る大切さを痛感した。

#### 5、権利擁護等に関する特筆すべき事項

適切な判断ができずに金銭管理が難しい知的障害がある家族や単身生活者には、金銭管理サービスや財産保全サービスは安定した生活を送る上で有効性の高い事業であるが、利用時間帯の制限が対象者の利用を妨げている場合があり改善を望むところである。

## 資料4

### 事例2 「成年後見センターの援助・助言が有効利用の取り組み」

#### 1、障害者の基礎的事項

##### (1) 氏名等

T・H 男性 35才

生年月日 S46, 12, 29(35才)

##### (2) 障害状況

自閉症(未診断)、療育手帳B2

##### (3) 家族状況

父(80才)、母(71才)の三人家族だが、母親は認知症の進行で3年前から特別養護老人ホームに入所中のため父親との二人暮らしをしている。

本人は、現在週3回小規模作業所に通い、父親は介護保険によるホームヘルプサービスを毎日、利用している。近隣に母方の兄弟はいるものの、長期に渡り行き来は全くない状態が続いている。また、父方の兄弟は関東に兄がいるのみで最近では電話連絡もとっていないとのことである。この2～3年に父親の身体的な衰え、ものわすれも急激に進み、話しの通りも悪くなってきている。そのため、居室の整理をケアマネジャーやヘルパー等から様々な場面で働き掛けるが、父親はなかなか納得せず、必要な書類等もどこにあるのか分からなくなることも多々ある。母親は病状が進み、会話のできる状態ではない。

##### (4) 生活歴

S62、3 市立中学校卒業

H2、3 県外の私立高校卒業

H2、4 県外のコンピュータビジネス専門学校(情報システム科)入学

H4、2 中退

H4、3 市内のコンピュータ学院(ワープロ科)入学

H5、9 コンピュータ学院(ワープロ科)卒業

H8、11 A県障害者職業センターB支所に相談するが、就職活動は続かず、以後在宅にて生活。

#### 2、障害者及び家族の要望とニーズ

○将来、仕事をしたい。

○住み慣れた家で、父親と二人で生活を続けたい。

○父親や母親のことも含めて、将来が心配である。

#### 3、援助の内容と経過

- H15、3 父親のケアマネジャーと父親とで支援センター来所。  
(家族状況、就労等の相談)
- H15、6 父親手術(前立腺ガン)ために、泌尿器科入院。病院にて、時々本人の様子を見に自宅に行き、貰えないかの依頼が父親からある。
- H15、7 父親退院  
本人との関係作りから始める必要性が感じられたため、訪問などを適時行ったり、必要に応じて来所してもらうような関わりを行った。  
この中で、療育手帳の申請などの話しも出るが、父親自身が本人の障害受容に抵抗がある。父親、本人共に就労希望が強く、当面就労への取り組みを進めていくこととする。
- H16、7 A県障害者職業センターB支所にて、職能評価を受ける。
- H16、8 職業センターにて、職能評価結果(本人、父親、支援センター)をもとにした協議をする。評価に対しては、知的障害との指摘に対して親子共、受け入れたくない様子ではあったが、合わせて提示をした療育手帳の申請については一応承諾をする。
- H16、9 区役所にて療育手帳申請手続き同行(本人、支援センター)
- H16、12 これまでショートステイを利用しながら在宅を継続していた母親が、特別養護老人ホームに入所となる。  
療育手帳取得、この頃から父親との来所が見られなくなる。
- H17、1 療育手帳の使い方が分からないという本人からの電話があり、家族状況の把握も含めて訪問して対応する。
- H17、2 更生相談所において障害基礎年金申請のための診断を受け、その後年金申請援助を進める。
- H17、4 作業所についての情報を親子に提示し、利用する方向で進める。本人は通いたいという気持ちを表すが、父親は「早く仕事に就いて、この家を守って貰わないといけない」「普通高校まで行って成績も良かった。」「ただ、コミュニケーションが上手くできないから面接に落とされるし、誤解を受けるのだ。馬鹿じゃない」と繰り返され、当初はかなり強く反対をされていた。当センター職員から、作業所に通う目的、本人の希望などを伝えながら説得し、通所の承諾を得る。
- H17、5 作業所を利用開始(週2回 火、木)
- H17、7 障害基礎年金2級支給決定通知  
父親との関係も徐々にではあるが関係性も高まり、親族の状況や家族の生活状況の聞き取りが進む。その中で、過去2回ほど屋根の修理(1回目500万円、2回目150万円)が入っていることが分かり、父親も騙されたと受け止めていた。
- H17、12 父親と本人の関係者で、成年後見制度申し立ての働きかけを父親、本人に始めるが、当初、父親の承諾を得ることは難しかった。
- H18、4 新設された成年後見センターへ相談し、今後の対応を検討する。



- H18、5 父親の体調が急に悪くなり、入院となる。  
成年後見センター職員と父親の面談を設定する。  
父親が、息子への成年後見制度導入を承諾する。
- H18、11 成年後見センターの支援を得ながら、父親の申立て、保佐人を成年後見センターということで審判に到る。

#### 4、評価と事例からの教訓

父親の息子の障害に対する認識が薄い中、関係者の協力を得ながら関わることで、父親との関係を深めることができた。当初は関係者からの説明も入りづらく、時間がかかりながらも、関係者が一致した考えで成年後見制度の要否を判断し、働きかけを進めたことで父親の了承が得られて、速やかに制度導入に到ることができた。

#### 5、権利擁護等に関する特筆すべき事項

父親、母親の死亡時に備えて、父親の遺言作成、本人の生活に伴う金銭管理のための権利擁護事業などの他の制度等も含めた利用援助が、今後もこの家族には必要と考えられ、単に制度導入だけでなく、関係機関の一致した関わりが重要であると同時に、何より、その後の援助、助言を受けることができる窓口としての成年後見センターの存在は大きい。

## 資料5

事例3 「消費者金融のトラブルに対する成年後見制度や地域福祉権利擁護事業の活用」

### 1、障害者の基礎的事項

#### (1)氏名等

S・O 男性

生年月日 S25, 7, 4(56才)

#### (2)障害状況

脳性マヒによる両下肢強直性マヒ 身体障害者手帳2級

知的障害 療育手帳A3

#### (3)家族状況

本人は、既婚歴はなく、長期に渡り単身生活をしている。父、母は既に亡くなっており、兄(58)が本人の出身県であるM県に在住。電話連絡や帰省など行き来はあっているとのこと。

#### (4)生活歴

出生時 M県で、出生。すでに片足に障害があった。

2才 高熱にて脳性マヒとなり、両下肢が不自由となった。6才までつかまり立ちしかできなかった。

8才 2年遅れて、小学校は2年入学。中学校1年時に授業についていけず、特殊学級に変わった。

17才 中学校卒業

M県身体障害者職業訓練入校

18才 Nで就職(陶器の吹きつけの仕事)

26才 K県身体障害者訓練校入校

27才 R市で就職(印鑑)

28才 職を求めて当市へ、タクシーの配車係等、職を転々とする。

34才 一旦M県に戻る。

43才 K県で就職(下請けの仕事)

48才 当市に転居

49才 地域で出会ったラーメン屋店主の店で働き始める。

### 2、障害者及び家族の要望とニーズ

○市営住宅の立ち退きの呼び出しが来ているが、どのように対応して良いかわからない。

- 友人に頼まれて借りた消費者金融の取り立てが厳しく困っている。
- 兄と連絡を関係者で取ったところ「弟のことは心配しているが、遠方なので対応が難しいので相談にのってやって欲しい」とのことであった。

### 3、援助の内容と経過

- H12 ラーメン店での仕事内容を確認すると無給で手伝いながら、本人の障害基礎年金が振り込まれる通帳は店主の長女が管理している状況であり、本人には毎日、長女宅の犬の散歩をした後に500円を渡されているといった状態であった。
- そのため、国民保険料、市営住宅の家賃も滞納している状態が続いていた。市営住宅の滞納については、文書による督促が何度も行われていたが、文面の内容が理解できないため結果的に放置しているといった形になっていた。
- また、飲み屋の店主に頼まれ断り切れずに、本人名義で消費者金融から20万円を借りて、店主に渡したものの結果的には戻してくれずに、消費者金融から督促で何度も自宅を訪ねてきたとのこと。
- H13 療育手帳取得(A3)、市営住宅の家賃の滞納については、再三にわたる市からの督促に応じないために、退去処分の申し立てをされる。しかし、地裁からの呼び出し文書等に対して本人は意味が理解できずに対処できなかった。
- 本人、区役所職員と相談しながら、ラーメン屋店主の娘から年金の振り込まれている通帳、飲み屋店主に騙されて、消費者金融から借財した20万円を返済すると同時に市営住宅家賃の滞納分にあてることを確認した上で、弁護士に相談し、和解の申立を家裁に申し立て、和解成立裁定がおきる。
- H14 これまで知り合った人から金銭面で何度も騙されていることもあり、本人に成年後見制度の利用と社会福祉協議会の権利擁護事業の導入を勧め、社団法人成年後見センター・リーガルサポートの社員である司法書士の支援で、補助の申し立てをすることになった。
- その後、補助の決定を受けると同時に、権利擁護事業、ホームヘルプサービスを利用しながら単身生活を継続している。

### 4、評価と事例からの教訓

ラーメン店主、長女は、本人の年金が振り込まれる通帳から多額に流用して本人にはほとんど渡していない状態であった。しかし、関係者の働きかけにより長女から通帳を取り戻した時も本人に被害者意識は無かった。また、市営住宅の強制退去の情報もたまたま得ることができ、関係者の強い働き掛けがなければ強制退去になっていたことが予想される。本人との関わりは、H10年に住環境の整備ということで何度か区役所職員

と対応していた。その際にラーメン店主との接触もあり、当時から店主への疑いを持っていたが、当時は関与する術が無かった。

その後、市営住宅の強制退去通告といった事態が、介入する手立てになり、結果としては年金を本人の元へ戻し、強制退去も免れることができたが、疑わしいと受け止めた時点からの関与について、もっと検討すべき点があった。

#### 5、権利擁護等に関する特筆すべき事項

当時は成年後見センターも設置されておらず、法律相談等は区役所で月1回開催される「高齢者・障害者無料法律相談」などを利用する他に無かった。現在は後見センターや権利擁護センターとの協力の下、総合的な判断や取り組みができるようになり、結果的にスピーディに対処できるようになってきている。

### Ⅲ 研究成果の刊行に関する一覧表

#### 書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
坂本洋一	障害者ケアマネジメント(概論)	障害者相談支援従事者初任者研修テキスト編集委員会	障害者相談支援従事者初任者研修テキスト	中央法規出版	東京	2006年	P.150 ~ P.169

#### 雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
高原伸幸	障害者ケアマネジメントの現状と課題	月刊福祉	9月号		2005年
坂本 洋一	障害者ケアマネジメントの制度化	月刊ケアマネジメント	Vol.16, No.11	P.30-31	2005年
坂本 洋一	相談支援体制の構築に向けて	月刊ケアマネジメント	Vol.16, No.12	P.32-33	2005年
坂本 洋一	障害者ケアマネジメント・プロセス(1)	月刊ケアマネジメント	Vol.17, No.1	P.32-35	2006年
坂本 洋一	障害者ケアマネジメント・プロセス(4)	月刊ケアマネジメント	Vol.17, No.4	P.38-41	2006年
坂本 洋一	障害者ケアマネジメント・プロセス(8)	月刊ケアマネジメント	Vol.17, No.8	P.42-45	2006年
坂本 洋一	障害者ケアマネジメント・プロセス(9)	月刊ケアマネジメント	Vol.17, No.9	P.50-53	2006年
坂本 洋一	障害者自立支援法の概要	第4回生活支援工学系学会連合大会講演予稿集	予稿集	P. 9	2006年
坂本 洋一	障害者自立支援法の地域支援体制における連携軸に関する考察	日本リハビリテーション連携科学学会第8回大会論文集	大会論文 文集	P. 61-62	2006年

## IV 研修成果の刊行物・別刷

### 障害者ケアマネジメントの実情と課題

社会福祉法人 つつじ さぼーとせんたー「かもみる」

高原 伸 幸

はじめに

2000年8月に名古屋市で開催された、国の「障害者ケアマネージャー養成指導者研修」を受講した時、ニーズ中心のケアマネジメントの理念と手法を学んだ。市町村障害者生活支援事業を実施する立場から、ケアマネジメント手法を具体的に理解し、地域のケアマネジメント体制の構築にむけ、決意新たに帰郷したことを今も鮮明に記憶している。

障害者相談支援事業者は、支援費制度以前においても以後においてもケアマネジメント手法を活用し、障害児者の地域生活支援を推進してきた。そして、「障害者自立支援法」は障害者の支給決定手続きの明確化のためにケアマネジメントを導入するとしている。政省令による詳細が未だ示されていない段階では言及できない点も多くある。しかし自立支援法におけるケアマネジメントが着実に実践されるために特に注意しておきたいことは、件(くだん)の研修で強調された「自立」、「エンパワメント」、「権利擁護(アドボカシー)」の実践基盤の整備がすすめられるかということである。

### 障害者ケアマネジメント

2002(平成14)年3月31日に厚生労働省から出された「障害者ケアガイドライン」では、ケアマネジメントの円滑な実施のための要件として2点ほど示している。そのひとつは、「ケアマネジメントを実施可能とする地域の仕組みづくり」であり、いまひとつは「ケアマネジメントを実施するケアマネジメント従事者の養成」である。

「地域の仕組みづくり」のキーステーションとして期待された障害者ケアマネジメントの主要な実施機関である3障害の相談支援事業は、表のように全国1,356か所で運営されているに過ぎない。さらに利用者のニーズに即した個別ケア会議や地域の課題の共有、地域資源の点検・開発を行う定例的な連絡調整会議(サービス調整会議)などを定着させながら取り組んでいる地域は、一部に限られていると言われている。また2003年度予算において、表の

上段2事業が一般財源化されて以来、事業実施か所数こそ若干増えているものの、1か所あたりの予算(都道府県や市町村からの委託料)

は縮小傾向にある地域が多い。

身体障害者	市町村障害者生活支援事業	374か所	一般財源 (※)
知的障害者・ 児	障害児(者)地域療育等支援事業	536か所	一般財源 (※)
精神障害者	精神障害者地域生活支援センター	446か所	国庫補助

表：相談支援事業の現状(2005. 2. 17障害保健福祉主管課長会議資料より)

※ 地域生活支援ステップアップ事業による支援(国庫補助)あり

(注)市町村障害者生活支援事業及び障害児(者)地域療育等支援事業については、平成15年9月30日現在、精神障害者地域生活支援センターについては、平成16年4月1日現在

また、「ケアマネジメントを実施する人の養成」は、障害者ケアマネジメント従事者養成研修として国・都道府県で実施され、全国で4万人余を養成(筆者推計)している。しかし障害のある人の分野でケアマネジメントは制度化されることがなかったために、働き場所もなくケアマネジメント従事者の多くは実践現場から遠ざかっていると言っている。

このように、障害者ケアマネジメントは、「地域の仕組みづくり」と「ケアマネジメント従事者の養成」において、あるいはエンパワメントやアドボカシーの視点を堅持し質の高い支援を実現する実施体制と手法の普及の面において、極めて不十分な現状にあると言わざるを得ない。

筆者の所属する「かもみーる」は、1999年4月に創設された障害者地域生活支援センターである。相談支援事業を常勤職員2名で取り組んでいるが、東広島市(2005年2月7日に周辺5町と合併、人口17万5千人)の障害者数約7千人弱に対する相談支援体制としてはボリュームが乏しく、年齢や障害種別を超えた総合相談体制の必要性を身にしみて感じている。

### 地域での取り組みから

障害者の自立支援は、介護給付だけで足りるものではない。その障害受容や自分自身を信頼することの再構築、家族関係の修復、仲間(ピア)との出会い、社会参加を通じた役割の確認等々、本人のみならず家族、周囲そして地域がしっかりとその人を理解し見守り支える「関係づくり」が必要である。エンパワメントプログラムによる支援と権利擁護(アドボカシー)が必要なのだ。

障害者自立支援法は「地域移行」を謳っている。私たちは「地域移行」支援を、施設入所者が地域での暮らしを希望し施設から地域へ移行する場合だけでなく、在宅サービスを利用して主たる介護者が高齢や病気で確保できなくなっても、継続して地域生活を希望する場合の支援も含めている。このような地域移行のモデル事例を出来るだけ多く積み重ね、試行錯誤の繰り返しの中で、その地域にふさわしい地域生活支援の仕組みを醸成してゆくことになる。

Aさんは、幼いときから施設暮らしを続けてきたが、「かもみーる」の主催するピアサロン、ピアカウンセリング、自立生活プログラムなどを通じて施設から地域への移行を決意し、今その暮らしが始まったばかりである。複数の事業所から派遣されてくるヘルパーとの関係をどうつくるのか、自分の趣味やスポーツ活動を継続するための社会資源の活用の仕方、緊急時の対応方法、医療的ケアのチェックなど、施設ではおよそ考えもしなかった事柄が次から次へと押し寄せてくる。その時に、ケアマネジメント従事者は常にそばで一緒に考えてくれる存在として支援を続けてゆくのである。

Bさんも、長期の入院生活のあとようやく自立に向けたプログラムに踏み出そうとしている。介護保険を併用しながら、家族の一員として主婦の役割を再構築し、自分らしい暮らしの姿を見つけ出してゆかなければならない。

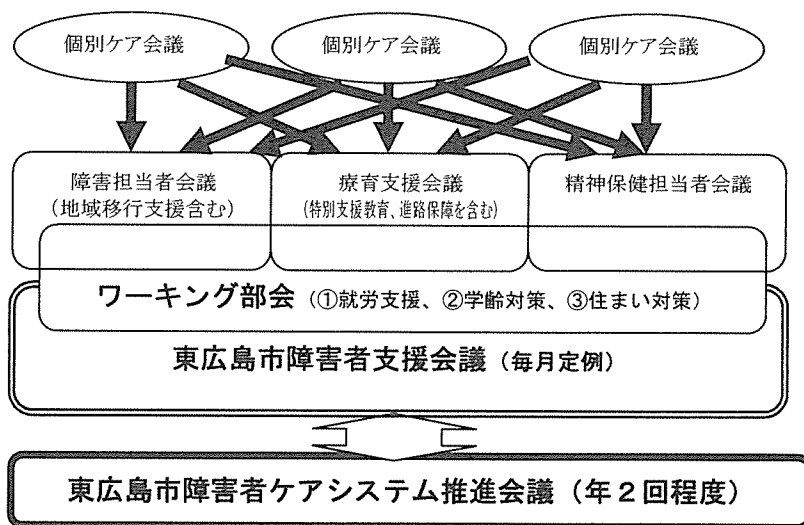
また重度の知的障害のある子をもつCさんは、養護学校を卒業したあとの地域生活が継続できるように早い時期から地域の関係資源と繋がってみたいと来所された。子どもは自閉症と診断されており、「初めての場所は不安がって、限定した場所でない活動でき

ない」「放課後や土日はこの子にずっと付きっきりだけど、ふと自分が病気になった時はどうなるのかと考えると不安で仕方ない」などと具体的な課題を聴くこととなる。このような学齢期の場合、特別支援教育コーディネーターと連絡を取り合い、個別の指導計画や移行支援計画を協働して作成する取り組みが始まっている。

### 障害者自立支援法と相談支援体制

東広島市では、「東広島市障害者支援会議」を毎月定例で開催している。そこでは3障害の相談支援事業者から、自己完結に陥らないように、また各自が事例の課題を抱え込まず地域全体で確認し解決するために、それぞれの取り組み事例が報告される。事例検討では地域の課題がいくつか共通して認識されるが、その課題解決を検討するために、種別や分野を超えて実務関係者によるワーキングチームが組織されている。現在は「地域移行支援(住まいの場づくり・日中活動の場づくり)」と「ライフステージ

図1: 東広島市障害者支援会議イメージ図



移行支援(卒業後の進路保障・就労支援)」のワーキングを進めており、この議論が東広島市の障害福祉計画に反映されるように取り組んでいる(図)。

障害者自立支援法におけるケアマネジメントの制度化とは、誤解を恐れずに言えば「支給決定プロセスの透明化」にある。介護保険に倣った制度化と言えるだろう。肝心のエンパワメントプログラムの実施や社会資源の開発・活用、権利擁護支援などは、市町村が実施主体の地域生活支援事業の中の相談支援事業で実施されることになるが、この事業の財源は補助金(地方交付税)がベースとなる。今後の社会保障や地方分権の流れをみれば、相談支援体制整備は市町村の裁量に委ねられることになり、つまりは、市町村の障害福祉への姿勢次第ということである。従って、市町村から委託される相談支援事業も地域の困難事例への対応や重度障害者への支援などが「評価」対象となると考えられる。別な言い方をすれば、「ケアマネジメント」の在り様はその市町村の障害福祉の試金石となるのである。

私たちの仕事は、利用者のニーズから出発している。それは単に「サービスの利用意向」をサービスにつなげるということではなく、暮らしをどう豊かにするのかという本人や周囲の関係者の意識の芽生えにたずさわることである。自立支援給付や地域生活支援事業によっても尚満たされないニーズがあり、これを実現してゆくには、市町村審査会をはじ



めとした「制度化されたケアマネジメントプロセス」での顔の見えない議論に期待するより、「障害者地域支援会議(サービス調整会議)」のように顔が見える形で「適切な支援」と「効果的なサービス利用」といった事例検証の場を設定することが重要だろうと考える。それは地域の障害者への理解と共感の場であり、その地域での必要なケアのスタイル作りにつながる。

また障害者ケアマネジメントを充実させてゆくには、指定相談支援事業の育成と共に市町村が行う相談支援事業がしっかりと協働して行く必要がある。この協働とは、地域の中で取り組まれているケアマネジメント事例の検証を行うことであり、その積み重ねが自分たちの地域にふさわしい地域生活支援の仕組み(システム)を醸成することになる。

#### おわりに

今回の障害福祉の改革は明らかに介護保険との統合が視野に入っている。それは、身近な地域ですぐに対応してくれるユニバーサルな相談支援体制構築の志向なのかもしれない。だがそれは、「制度化」されたプロセスとして進めるのではなく、地域づくりとしてケアマネジメント手法が的確に活用されなければならない。

それは例えば公平・中立性の確保要件も含め相談支援事業の機能整備、障害者支援会議(サービス調整会議)のシステム化など、一つ一つの項目をスモールステップ化して行政と共通の戦略(行程表)をもちケアマネジメント体制を整備することである。

障害種別や年齢を超えた包括的な地域総合支援センターの整備は、このようなステップアップの視点をもってこそ形になると考えている。

#### 〔参考文献〕

高原伸幸、対等な関係ということについて、「さぼ一と」2004 年9月号、No572、日本知的障害者福祉協会、2004

高原伸幸、ケアマネジメントの方向性を考える、「PIECE」第2号、全国地域生活支援ネットワーク、2005

平成16年度厚生労働省・老人保健健康増進等事業「障害者と高齢者のケアマネジメントの比較等に関する調査研究」ケアマネジメント分科会報告「ケアマネジメントの在り方に関する検討」、主任研究者：渡辺次男、分担研究者：加瀬進、2005



# 障害者ケアマネジメント の制度化

前回は、介護と自立支援について、自己管理支援の必要性に触れました。ケアマネジメントはチームアプローチであり、ケアマネジャーはリハビリテーション・スタッフとの連携をとることの大切さを理解していただければと思っています。今回は、障害者ケアに携わる障害者ケアマネジメント従事者の実践しているケアマネジメントが、制度化されようとしている点について触れたいと思います。



## 障害者自立支援法による ケアマネジメントとは？

障害者福祉分野において、障害者自立支援法案が国会で審議されており、厚生労働省は来年度からの施行を目指しています。その法案の中で、ケアマネジメントの制度化を取り上げています。

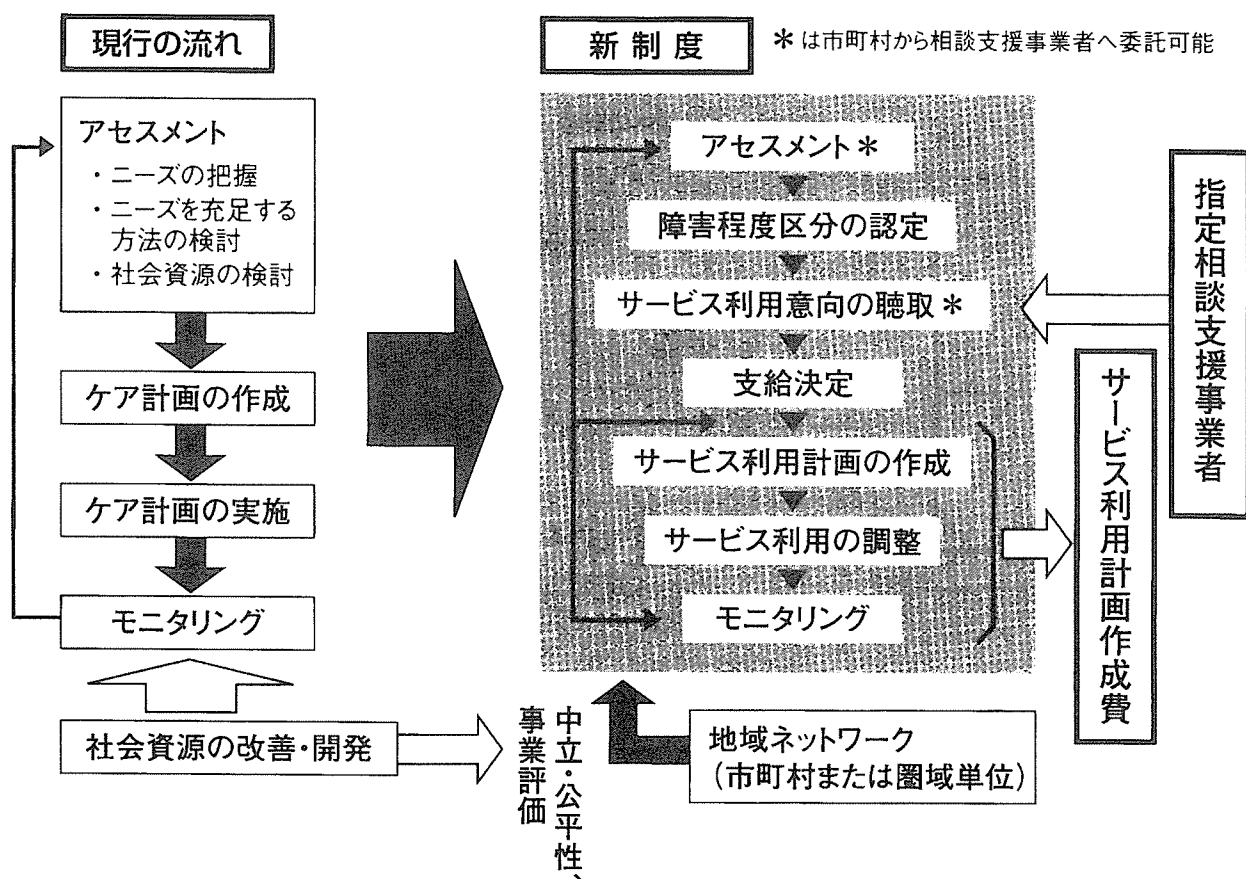
厚生労働省の資料によると、新制度におけるケアマネジメントとは、障害者や家族からの相談に応じ、障害者個々の心身の状況、サービス利用の意向、家族の状況などを踏まえ、①適切な支給決定がなされるようにするとともに、②さまざまな種類のサービスが適切に組み合わせられ、計画的に利用されるようにすること、とされ、新制度では、①相談支援事業を市町村の必須事業とし、これを相談支援事業者に委託できるとともに、②長期入所・入院から地域生活に移行する者などのうち、計画的なプログラムに基づく支援を必要とする者を対象に、サービス利用の斡旋・調整などを行うための給

付（サービス利用計画作成費）を制度化する、と提起しています。

この厚生労働省の提起では、福祉サービスに対する支給決定が適切になされ、計画的に福祉サービスを利用できるようにすることがケアマネジメントであり、そのために、都道府県が指定する相談支援事業者に市町村が委託することができるとなっています。また、ケアマネジメントの対象者は、長期入院・入所から地域生活に移行する者などで、計画的なプログラムに基づく支援を必要とする者となっています。そして、制度化に伴っ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。

この提起は、サービス利用計画作成費の支給が、制度化の根拠となっているように思われますが、決してサービス利用計画を作成することだけが、サービス利用計画作成費の支給ではないということです。図1は現行と障害者自立支援法案とにおけるケアマネジメントを比較したものです。この図の中で、サービス利用計画作成

図1 ケアマネジメントの流れの比較



費は、①サービス利用計画の作成、②サービス利用の調整、③モニタリングの業務に対して支給されることになっています。

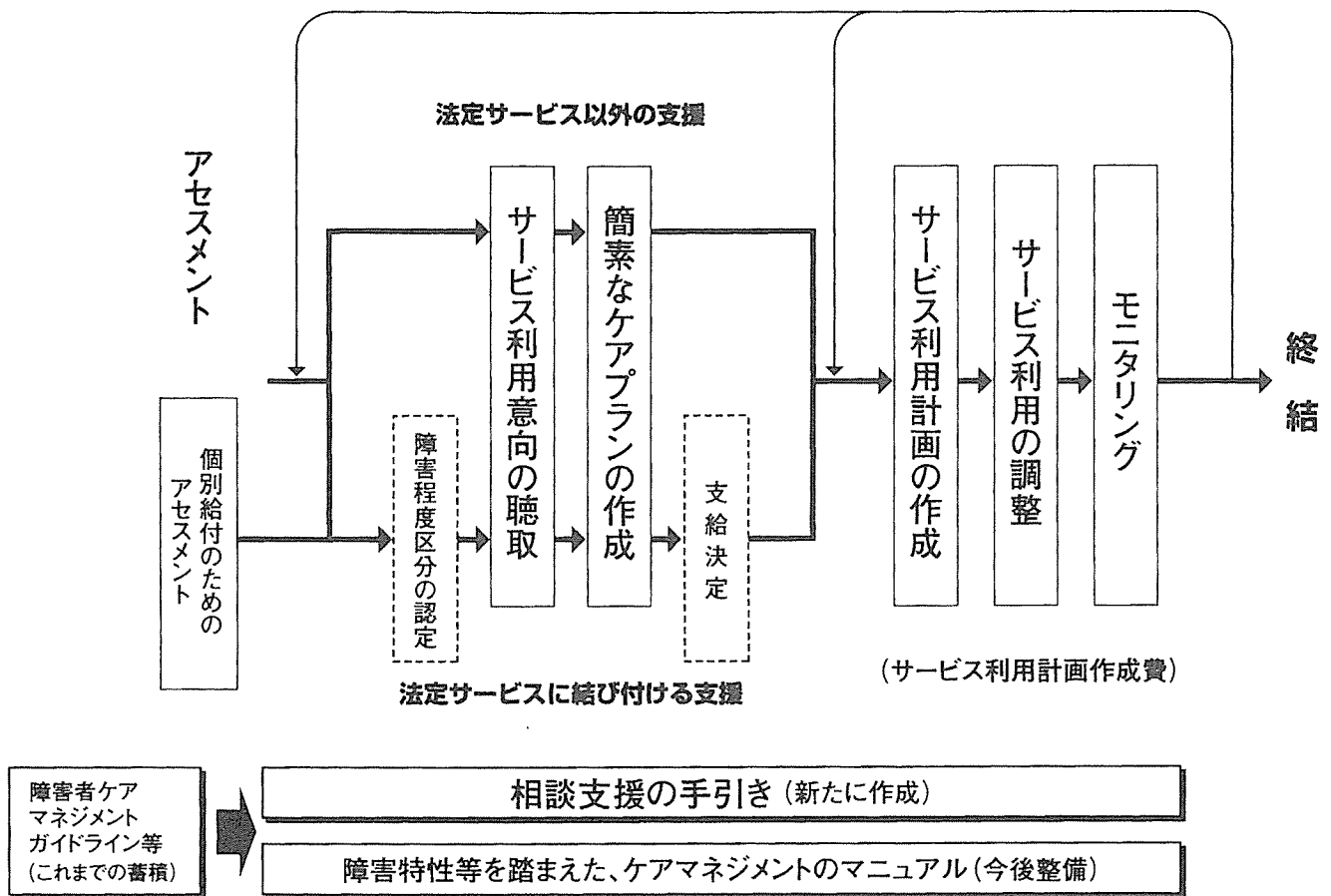
支援費制度のもとでは、支援費支給に関しては市町村の決定であり、ケアマネジメントを实践するうえで、公的な福祉サービスを利用するときには、市町村と連絡・調整しながらケア計画を作成することになっていました。厚生労働省が取りまとめた障害者ケアガイドラインにおいても、市町村と連絡を取り合ってケア計画を作成するようになっています。今回の障害者自立支援法案においては、福祉サービスの支給決定がケアマネジメントの中に位置づけられる形となっています。したがって、公的な福祉サービスの利用について、支給決定を受けてサービス利用計画が作成されることとなりますが、この流れは現行のケアマネジメントと実質的には変わらないように思われます。現行のケアマネジメントにおいても、支援費の支給申請を行うプロセスが入り込んでいました。

## 障害者自立支援法案におけるケアマネジメントの課題

今まで述べてきた事柄が、障害者自立支援法案によるケアマネジメントです。このようなケアマネジメントは、实践する場合、いくつかの課題を抱えています。現行のケアマネジメントにおいても課題がありますが、ここではその点には言及しません。新たな制度のもとで实践することがほぼ決定していますので、实践の視点から課題を整理し、その解決を図るほうが得策だと思われます。

まず、公的な福祉サービスの支給決定とケアマネジメントを統合することが大切です。支給決定の責任は市町村にあります。同時に、地域生活支援事業として相談支援の責任も市町村にあります。地域生活支援事業における相談支援は、相談支援事業者に委託することができるようになっていますので、実際の相談支援は相談新事業者が行う場合があります。つまり市町村自らが支

図2 障害者自立支援法案における支給決定とケアマネジメントの流れ



給決定とケアマネジメントを実施することができる市町村と、相談支援事業者に委託して実施する市町村ができてきます。委託する場合でも、最終的には、支給決定は市町村が行いますので、支給決定のプロセスの一部を委託することになります。図2は障害者自立支援法案による支給決定とケアマネジメントのプロセスを示しています。この図の通り、支給決定は、あくまでも法定サービスに結びつける支援として支給決定手続きが開始されます。一方で、法定以外のサービスに結びつける支援も実施されます。そうすると、障害者にとっては、一つのサービス利用計画だけが必要ですから、法定サービスと法定外サービスの両方が組み込まれたサービス利用計画になってきます。サービス利用計画を作成する場合、この点を明確にしておくことが必要になってきます。つまり、サービス利用計画作成費が支給されるのは、法定サービスと必要に応じて法定外サービスを組み込んだサービス利用計画を作成した場合であって、

法定サービスだけをターゲットにしたサービス利用計画だけではないということです。

公的な福祉サービスの支給決定とケアマネジメントの統合に関するもう一つの課題は、アセスメントに関するものです。ケアマネジメントは、サービス・オリエンテッドではなく、ニーズ・オリエンテッドであるという原則は浸透していると思われます。ニーズを把握することは、ケアマネジメントの重要なプロセスの一つです。そこで、支給決定における障害者の状況を的確に把握するための障害程度区分の認定の調査等とケアマネジメントのアセスメントを明確にしておく必要があります。つまり個別給付のためのアセスメントとケアマネジメントにおけるアセスメントを区別しておくことが大切です。図3に示すように、公的な福祉サービスを利用するための必要性を総合的に判定するために、障害程度区分の認定、勘案事項の調査、サービス利用意向の聴取の手続きがなされます。