

# 1-2

## 障害者 ケアマネジメント (概論)

### (獲得目標)

ケアマネジメントの目的、理論的変遷、障害者の生活ニーズの捉え方の理解を深める。

### (内 容)

ケアマネジメントの目的、理論的変遷、障害者の生活ニーズの捉え方など、障害者ケアマネジメントの概論を障害者ケアガイドラインをふまえ理解する。

### (研修企画のポイント)

- ケアマネジメントの概説を行う。
- アセスメントにおける生活ニーズの捉え方について講義する。
- ケアマネジメントのプロセスはこの枠で行い、「支給決定プロセス」の内容と重複しないよう留意する。

# 1 ケアマネジメントとは

## 1 ケアマネジメントの始まり

ケアマネジメントは、ケースマネジメントとして1970年代にアメリカにおけるコミュニティケアの推進のもとで、精神障害者が病院を退院し、地域で暮らすための生活支援の方法として開発されました（白澤政和ほか：2001年）。精神障害者が、地域生活を継続するための要因として二つの点が明らかにされました。一つは、福祉住宅をいかに整備するかという問題です。住まいの確保が地域生活の基本であるということになります。もう一つは、サービスを断片的に利用しても地域生活の改善にはつながらず、生活ニーズに合致したサービスを利用できない状況が出てきました。そこで、一つの相談窓口で精神障害者の生活ニーズを把握し、生活ニーズに合致したサービスを準備し、有効なサービスを結びつけるよう援助する実践方法を理論的にまとめあげていきました。つまり、「ケアの一貫性と利用のしやすさ、責任と効率の程度を高める」ことが求められました。これが、アメリカのケースマネジメントの始まりであり、地域生活を支援する方法として活用されてきました。

このようなケアマネジメントの手法は、アメリカから、カナダ、イギリス、オーストラリア等に普及し、我が国でも介護保険制度の創設時にさかんに議論されるようになりました。

## 2 ケアマネジメントの定義

ケアマネジメントは、地域生活を支援することを目的として出発した手法です。この点は、現在でも世界共通の目的であり、ノーマライゼーションの理念を具体化する方法として考えられています。これらの背景には、脱施設化の施策の推進が図られようとしていることは明らかです。我が国においても、脱施設化は、大きな課題となっており、障害者自立

★1 Burns T, "Case management, care management and care programming", *British Journal of Psychiatry*, 170 pp. 393-395, 1997.

支援法においても地域移行を促進する考えが反映されています。

ケアマネジメントの定義は、色々な立場の人が提案していますが、本節では、我が国でよく紹介されている定義についてふれておきます。

D. P. マクスリーは、「多様なニーズを持った人々が自分の機能を最大限発揮して健康に過ごすことを目的としてフォーマル及びインフォーマルな支援と活動のネットワークを組織し、調整し、維持することを計画する人(もしくはチーム)の活動<sup>★2</sup>」と定義し、多様なニーズに対するフォーマル及びインフォーマルな活動を行うこととしています。また、竹内孝仁は、「自立とQOLを目指して、そのためのニーズをしっかりとらえてサービスを行う総合的な援助<sup>★3</sup>」としてケアマネジメントを定義しています。竹内は、自立とQOLの目標のためのニーズとサービスの調整を強調しています。白澤政和は、「対象者の社会生活上でのニーズを充足させるため適切な社会資源を結びつける手続きの総体<sup>★4</sup>」としてケアマネジメントを定義しています。白澤は、ニーズと社会資源を結びつけるということを強調しています。

これらの定義にみられるように、ケアマネジメントは、利用者の生活ニーズをしっかりと把握し、適切な社会資源に結びつけることが重要であることがわかります。

## 2 ケアマネジメントの理論的変遷

ケアマネジメントを実践する上で、ケアマネジメントに対する考え方がいくつかあります。ケアマネジメントの理論的な変遷と軌を一<sup>いっ</sup>にしていると思われます。本節では、地域生活を支援するための、ケアマネジメントの標準的な考え方、強化型、包括型などを紹介します。

厚生労働省が平成14年3月31日に提起した「障害者ケアガイドライン」は、複合的なニーズを適切な社会資源に結びつける（リンケージ）

★2 デビット・P. マクスリー（野中猛・加藤裕子監訳）『ケースマネジメント入門』p. 12, 中央法規出版, 1994年 (Moxley, D. P., The Practice of Care Management)

★3 竹内孝仁『ケアマネジメント』p. 11, 医歯薬出版, 1996年

★4 白澤政和編著『ケアマネジャー養成テキストブック』p. 5, 中央法規出版, 1996年

ことに主眼が置かれています。そして、地域に散在している社会資源を一体的・総合的に提供するサービス・パッケージの考えがあります。このようなケアマネジメントは、ケースマネジメントとして出発した地域生活支援の方法の中核となるものでした。このケアマネジメントの実践は、標準的な手法として位置づけられ、仲介型と分類されます。

仲介型のケアマネジメントは、重症の精神障害者の地域生活の支援をするのに不十分であることがわかってきました。重症度の低い精神障害者は、仲介型ケアマネジメントによって地域生活を支援することが可能であるかもしれませんが、入退院を繰り返し、地域生活をうまく暮らしていけない重症の精神障害者への地域生活支援が必要になってきました。そこで、医療機能を包含したチームによって、訪問による24時間集中的に支援する考え方がでてきました。それが、集中型ケアマネジメント (Intensive Case Management) といわれるものです。

さらに、集中型ケアマネジメントを発展させた考え方が、包括型地域生活支援プログラム (Assertive Community Treatment ; ACT) というものです。ACTは、利用者に柔軟なサービスを提供することを原則として、看護師、ソーシャルワーカー、作業療法士等の専門家から構成されるチームによって24時間体制でサービスが提供されます。

このような地域生活支援の方法には、いつかのモデルが存在します。ケアマネジメントとACTはどのような違いがあるのかという問いがよく聞かれますが、西尾雅明が述べているように、「そもそも『ケアマネジメント』とACTでは、プログラムの適用となる対象者の層が違うことを銘記しておく必要があります。逆に言えば、『ケアマネジメント』とACTのどちらが優れているかといった議論は不毛で、1つの地域の中で、それぞれのプログラムが相補的に機能していけるようなシステムを構築していく視点が重要<sup>★5</sup>です」。したがって、相談支援専門員は、地域生活を支援する方法の一つとしてケアマネジメントを理解することが大切です。

---

★5 西尾雅明『ACT入門』p.56, 金剛出版, 2004年

# 3 障害者ケアマネジメントとは

## 1 障害者ケアマネジメントとは

障害福祉分野におけるケアマネジメントが独自に存在するかどうかという問いは、立場によって異なる考え方があります。例えば、ケアマネジメントをサービスとしてとらえる立場では、当然、ケアマネジメントの展開は障害種別によって異なることになります。この立場は、ケアマネジメントの展開では共通の基盤をもちながら、障害特性を強調しています。もう一方、ケアマネジメントを社会福祉援助技術の手法としてとらえる立場では、対象が変わっても、社会福祉の対象は福祉ニーズであることから、ケアマネジメントの対象者を高齢者、障害者、児童等に区別しません。

本節は、「障害者ケアマネジメントとは」というテーマであり、便宜的に、障害のある人々に対する支援を行うための社会福祉援助技術の一つの手法として考えることにしましょう。

厚生労働省は、「障害者ケアガイドライン」を提起し公表しています。相談支援の実践においては、現在でもこのガイドラインが活用されています。そこで示されている障害者ケアマネジメントとは、「障害者の地域における生活を支援するために、ケアマネジメントを希望する者の意向を踏まえて、福祉・保健・医療・教育・就労等の幅広いニーズと、様々な地域の社会資源の間に立って、複数のサービスを適切に結びつけて調整を図るとともに、総合的かつ継続的なサービスの供給を確保し、さらに社会資源の改善及び開発をも推進する援助方法である」と定義されています。この定義で、障害者ケアマネジメントのおおよそのポイントが理解できます。

### 地域生活の支援

障害者の地域生活を支援することが障害者ケアマネジメントの目的となっています。社会福祉施設あるいは病院から地域へ移行しようとする障害者も含めて、障害者の地域での生活を支援する方法を明らかにすることが大切になってきます。

## ケアマネジメントの対象者

ケアマネジメントの対象は、ケアマネジメントを希望する者であり、その次に障害者に対してケアマネジメントとは何かを具体的に事前説明し、希望するか否かを確認することが必要になってきます。「希望する者の意向を踏まえて」となっていますが、その趣旨は、ケアマネジメントの導入を希望するか否かだけでなく、「ケアマネジメントの導入をいつでも中止することができますよ」という確認も含まれています。また、サービス利用計画を障害者本人が作成することはできますし、サービス調整は相談支援専門員に依頼することもできます。

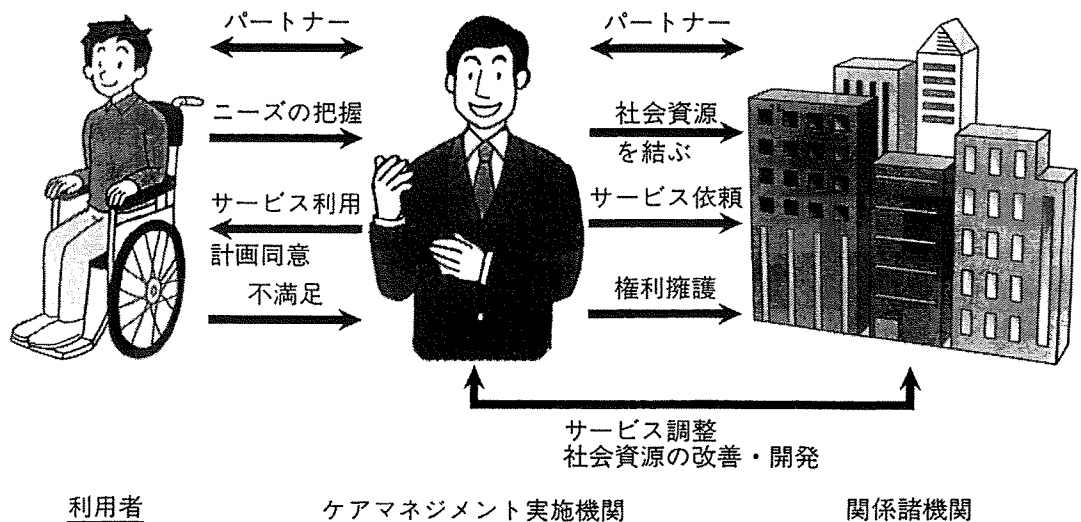
サービス利用計画作成費の対象  
☞ 121, 134頁

障害者自立支援法においては、サービス利用計画作成費の対象は、「特に計画的な自立支援を必要とする障害者」となっています。したがって、ケアマネジメントの対象者はサービス利用計画作成費の支給対象者と考えられます。

## ニーズと社会資源の間

障害者ケアマネジメントの実践は、サービス・オリエンテッド（サービス本位）ではなく、ニーズ・オリエンテッド（ニーズ本位）です。障害者のニーズを総合的に把握することによって、ニーズの充足を図ることが大切です。既存のサービスを提供するだけでは、地域生活を支援することは難しいのです。サービスを利用することで、生活の何を変えて、何を達成しようとするかを明確にし、それを目指すことが大切になります。そこで、相談支援専門員は、社会資源の側に立たないことが重要で

図1-2-1 ●ケアマネジメントにおける連携



す。図1-2-1に示しているように、相談支援専門員は、障害者の代弁者であり、質の悪いサービスが提供されているときは、サービス提供者と調整し、サービスの改善を求めます。もし、相談支援専門員が、社会資源の側に所属し、障害者の求めることを調整できなかつたら、障害者の地域生活を支援できません。

### 複数のサービスを適切に結びつける

ケアマネジメントの導入は、複数のサービスを必要とする場合に用いられます。障害者が、単発の補装具の給付などの相談支援でニーズを充足することができる場合、それは通常の相談支援として行います。ケアマネジメントは、複数のサービスを適切に結びつけるところに、手法としてのメリットがあります。いわゆるケアマネジメントのサービス・パッケージです。

### 総合的・継続的なサービス供給の確保

サービス供給は、ケアマネジメントが終わっても、継続されます。よく、ケアマネジメントが終了すると、サービス提供も終了するのではないかと不安を抱く障害者がいます。継続的なサービス供給は、地域生活を営むベースとなっているのですから、継続することが基本です。

### 社会資源の改善及び開発

ケアマネジメントは、障害者の一人ひとりに対する支援を行うことが基本です。しかしながら、社会福祉援助技術の基礎である環境調整・社会活動も間接援助技術として行います。地域の社会資源が、障害者の生活ニーズに合致していないときは、社会資源の改善を行う必要があります。障害者の生活ニーズに合致した社会資源を検討するプロセスがケアマネジメントにはありますが、もし、社会資源をちょっと改善すれば障害者の生活ニーズに合致するようになるのであれば、相談支援専門員は社会資源の改善の働きかけを行います。また、地域に障害者が望む社会資源がない場合、社会資源の開発を行います。この援助技術が、ケアマネジメントの重要な点です。よく、「私たちの地域には社会資源がないので、ケアマネジメントを導入できない」といわれることがあります。障害者が地域で暮らすために、社会資源を中期・長期に開発する手法を身につけることが相談支援専門員に求められています。相談支援専門員

は、地域づくりの視点で、地域の社会資源を検討することも必要になってきます。

## 2 基本理念

ケアマネジメントを実践するためには、障害者に対するアプローチの基本理念を理解する必要があります。

### ノーマライゼーションの実現に向けた支援

ノーマライゼーションは、障害者福祉の基本的理念であり、ケアマネジメントを実践するとき常に念頭に入れるべき考え方です。ノーマライゼーションとは、一般的に、障害のある人もない人も、誰もが住み慣れた地域社会で普通の生活を営み、活動できる社会を構築することを目指します。障害者が地域で生活するためには、地域住民が積極的に障害者を支える仕組みづくりが重要になってきます。「障害者のことはわからない」「障害者本人がよければよい」などと地域住民が障害者の存在を特別にあるいは無関係に考えることは、地域社会という観点から地域の発展につながりません。障害者が存在しない世界はありえないので、地域住民の支え合いが、地域の中に定着することによって、誰もが住みやすい地域となる。また、障害者自身も障害者に合った地域貢献をすることができます。地域住民と積極的に交流し、お互いのかかわりを通して支え合う地域社会づくりを目指します。

### 自立と社会参加の支援

最近の福祉施策において、自立というテーマは分野の違いによらず共通の福祉理念として掲げられています。例えば、介護保険制度においても高齢者の自立を目指すとされています。その理由は、自立のとりえ方が変わってきたことによるといえます。従来、自立とは、経済的自立、職業的自立、ADLの自立を指してきました。経済的自立や職業的自立が困難な重度・重複障害者への対応が叫ばれるようになって、重度・重複障害者の自立とは何かを考えるようになりました。その結果、自立を経済的自立や職業的自立といった狭い意味にとらえるのではなく、一人ひとりが責任ある個人として主体的に、自律的に生きること、自分の生き方を自分で考え、自己決定して生きていくこととして広くとらえるよう



になってきたのです。もちろん、経済的自立や職業的自立が自立の構成概念としてなくなったわけではありません。介護を受けながら、自分自身の生き方を求めていくことも自立として考えるようになってきました。一人で食事ができる、入浴ができないなどと、「できる—できない」という尺度ではなく、その人らしさをどのように発揮するかが課題となってきたといえます。

社会参加は、障害者本人の努力とともに、環境条件の整備を図る必要があります。障害者の社会参加を促進するためには、リハビリテーション・サービスや福祉サービスの提供体制の整備、住まい、福祉用具、情報、移動、交通手段、建物へのアクセス、文化、レクリエーション、スポーツ等の機会均等化を実現することが重要となってきます。社会参加の分野は、障害者団体の活動、地域の町内会活動など地域に密着した活動から教育、政治、経済、スポーツ、芸術など広範囲な活動が含まれています。

### 地域における生活の継続の支援

ノーマライゼーションの理念を具体化するために、障害者の地域生活の継続を支援します。障害者が地域で生活することは、容易なことではありません。地域における社会資源が整備されていなかったり、障害者に対する偏見が残っている地域すらあります。住まいや日中活動の場を確保することが基本であり、地域の社会資源が未整備のため、地域生活を継続できない環境にあります。また、障害者自身が地域生活に不慣れなために、地域で暮らすことを躊躇しています。相談支援においては、安心して地域で暮らせるよう支援するとともに、そのような地域社会を創造するよう努力しなければなりません。

### 主体性・自己決定の尊重・支援

障害者が地域で暮らすライフスタイルは、それぞれ違いがあります。これらのライフスタイルを尊重し、その人らしさを発揮できるように支援します。ともすれば、障害者が地域で生活するために、「サービスを受けている」と考えがちですが、障害者が「サービスを利用している」という主体的な考え方をもてるように支援します。したがって、障害者が物語の主人公であり、サービスを利用するすべてのプロセスにおいて、障害者が積極的にかかわりをもてるように支援します。そのようなプロ

セスにおいて、障害者自身が自己決定できるように支援することが重要です。

そのため、ケアマネジメントのプロセスにおいて、まず障害者と情報を共有することが大切です。専門家だけが情報をたくさんもっていて、障害者に小出しに情報を提供し、情報を共有して一緒に考えていない状況がまだまだみられます。障害者自身が地域で暮らす力を身につけるためには、情報を共有し、一緒に目標達成に向かっていくプロセスを経験することが大切です。このようなプロセスにおいて、障害者が地域生活における様々な課題に対して自己決定できるようになってきます。

### 地域における生活の個別支援

障害者ケアマネジメントは、一人ひとりの利用者の生活を知り、抱えている課題や困難を理解し、利用者の生活を取り巻く家族や各種の社会資源、地域社会とのかかわりのなかで個別支援をします。そのため、利用者に身近な市町村が中心となって、各種行政サービスや社会経済活動への参加の機会を提供し、地域社会において質の高い生活を継続できるように支援します。

ケアマネジメントの基本は、地域で暮らすあるいは暮らそうとするAさん・Bさんを個別支援することに大きな意味があります。したがって、フェース・ツー・フェースでの社会資源の活用であり、決してAさん・Bさんのニーズから乖離した社会資源を提供してはいけません。

ケアマネジメントを実践している相談支援専門員が、「私の地域は、更生相談所、施設、行政、養護学校、職業センター等の関係機関の連携がうまくできており、関係機関のネットワークが構築されている」と自慢しているのをみかけます。実は、このような関係機関のネットワークは、Aさん・Bさんの地域生活にどのように影響を与えているかを考えることが重要です。

関係機関のネットワークをベースにして、Aさん・Bさんのニーズを充足する支援ネットワークづくりをしなければ、効果的な社会資源の活用になっていきません。従来のように、サービスをまず考えて、利用者とそのサービスを提供する方法であれば、関係機関のネットワークで十分です。しかしながら、ケアマネジメントは、Aさん・Bさんという個別性にのっとり、Aさん・Bさんのニーズに合致したサービスを提供するための支援ネットワークを構築することに大きな意味があります。

## エンパワメントの視点による支援

障害者ケアマネジメントは、利用者が自己の課題を解決するに当たり、自分が主体者であることを自覚し、自分自身に自信がもてるように、利用者の力を高めていくエンパワメントの視点で支援します。

エンパワメントという言葉は、課題を抱えた人自身が自己決定、課題解決能力を高めていくという考え方で、多くの領域で重要視されるようになってきました。決して、社会福祉分野だけの言葉ではありません。エンパワメントとは、アメリカの公民権運動の中で、黒人等社会的に抑圧された人々等マイノリティが失っている力を強化していくことであり、生活が弱体化、無力化している人々に対し、本来もっている力を回復・強化していく支援のことです。

ケアマネジメントの実践においては、利用者の悪い点だけに着目しないで、長所や強さに着目して支援します。私たちは、利用者のできない点をアセスメントして、できない行為を介護サービスで埋めようとしてはいいのでしょうか。利用者の主体性を生かすためには、利用者の趣味等、生活の中で生き生きする場面を発見し、その趣味を最大限に活用して地域での生活に元気を取り戻すように支援することも大切です。

## 3 原則

障害者のケアマネジメントを実践する際のいくつかの原則があります。これらの原則は、障害者特有のものではなく、一般的に、ケアマネジメントの実践において、相談支援専門員が肝に銘じておく事項です。

### 利用者の人権への配慮

利用者は、ケアマネジメントを利用する前に、ケアマネジメントについて十分な説明を受け、同意のもとにケアマネジメントを利用できます。相談支援専門員は、ケアマネジメントとはどのようなものか、どのような約束事があるのかを利用者にわかりやすい言葉で説明しなければなりません。また、利用者は、相談支援専門員、支援方法や手段等について選択することができます。相談支援にありがちなことですが、相談支援専門員が利用者を自分のクライアントであるとみなして、信頼関係を構築できない状況にあるのに、他の相談支援専門員に担当を替わることに躊躇することがあります。相談支援専門員を選ぶのは、利用者であり、

決して自分だけのクライアントであると思っはなりません。

さらに、ケアマネジメントの実践において、福祉サービス利用援助事業、成年後見制度、成年後見制度利用支援事業を活用できます。また、福祉サービスの利用時に、サービスに不満を抱いた場合、苦情解決の窓口や運営適正化委員会に苦情を申し出ることができることを理解してもらう必要もあります。相談支援専門員は、ケアマネジメントのすべてのプロセスで、これらの事業や制度を活用して、利用者の権利が侵害されることのないよう最大限の努力をしなければなりません。

### 総合的なニーズの把握とニーズに合致した社会資源の検討

地域生活を支援するためには、利用者の身体的・精神的側面のみならず、日常生活面や文化活動・余暇活動等の社会生活面を含めて総合的にニーズを把握し、ニーズを充足する方法やニーズに合致した社会資源の検討（アセスメント）を行います。

そのためには、相談支援専門員は、利用者と十分なコミュニケーションを図り、信頼関係を樹立する専門的援助技術が必要です。また、アセスメントは、利用者の生活全体を理解することが目的であり、その際、従来の「できるーできない」という問題点の把握だけでなく、利用者を取り巻く環境やその人のもっている強さに焦点を当ててアセスメントします。

日常生活面でのニーズを把握するためには、相談窓口における相談だけでなく、家庭訪問等を通して、実際に生活の場でニーズを把握すること、浴室の段差、玄関の段差等物理的な環境面や、近隣との人間関係、家族関係等の社会関係等は家庭を訪問してアセスメントすることが大切です。家庭訪問は、事前にその必要性を説明し、その目的を理解してもらいます。当然のことですが、家庭訪問は了解を得た上で行います。

### 目標の設定と計画的実施

相談を受けて利用者の総合的なニーズを把握し、その結果に基づき、利用者や必要な関係者と話し合いの上、期限を定めて具体的な目標を設定します。ニーズ・アセスメントが終わったら、専門的なアセスメントを必要とする場合、そのアセスメントを適切な専門家に依頼する必要があります。権利擁護のための弁護士であったり、浴室の段差解消のため作業療法士にアセスメントを依頼することもあります。このようなアセ

メントが終わってはじめてサービス利用計画の目標を設定します。目標の設定は、中期的・長期的な目標を設定するのが一般的です。そして、ケア目標の設定に沿って、支援の優先順位を決めます。その後、具体的なサービス利用計画を作成し、利用者との合意形成を図る必要があります。利用者の合意が得られないようであれば、サービス利用計画を修正し、合意形成に向けて努力します。ケアマネジメントの終結と関連しますが、ケアマネジメントはある期限を設けて支援することが大切です。いつまでも相談支援を受けることは、相談支援専門員も利用者も緊張関係を維持することが難しく、また、期限をつけることによって、目標に向かう動機づけを行うこととなりますので、例えば6か月とか1年とかの期限をつけてスタートするとよいと思います。ただし、福祉サービスが終結するわけではありません。

サービス利用計画を計画的に実施するために、提供したサービスが利用者の生活の改善・安定につながっているかを定期的に点検します。このモニタリングにおいて、新たなニーズが発生していれば、ニーズ・アセスメントを再び実施します。サービスの改善を必要とするようであれば、サービス提供者と話し合いをします。

### 福祉・保健・医療等の総合的なサービスの実現

これまで、「福祉」は福祉事務所等、「保健」は保健所又は市町村保健センター等、「医療」は病院又は診療所、「教育」は学校等、「就労」は公共職業安定所等と、サービス提供機関が異なるために、サービスを利用しにくい状況にありました。それぞれのサービス提供機関は、単体でのサービス提供でした。障害者が地域で生活するためには、福祉、保健、医療、教育、就労等のサービスが総合的・一体的に提供される必要があります。

そのためには、相談支援専門員は、各機関で提供されているサービスを熟知し、利用者のニーズに合ったサービスを提供します。利用者のニーズに合致したサービスが常に地域に存在するとは限りません。したがって、相談支援専門員は、不足するサービスはサービス調整を行い、新たなサービスの確保や社会資源の開発に努めます。

### プライバシーの尊重

複合的な生活ニーズに対応して総合的なサービスを提供するために

は、チームアプローチが必要になってきます。チームアプローチを行うため、情報の共有化が必然的になされます。情報の共有化に関しては、利用者に十分に説明し、了解を得ることが大切です。事前に、どのような情報をどの程度共有していくか等了解を得ることが前提です。地域生活においては、日常的に顔を合わせるが多く、障害者相談員、民生委員、ボランティア等の支援を活用することもあり、利用者だけでなく家族のプライバシーの保護にも十分に配慮します。

## 4 意義と留意点

### ① 意義

#### 地域生活の相談支援の手法

障害者ケアマネジメントは、障害者が地域生活を継続するための相談支援における社会福祉援助技術の手法の一つです。この手法の意義は、地域に散在している社会資源をパッケージし、生活ニーズに基づいて総合的・一体的にサービスを提供することにあります。障害者が地域で生活しようとするれば、生活ニーズが多種多様に発生し、自分一人ではサービスを総合的に活用することは困難です。障害者自身、地域で自分らしく主体的に生活することを望んでおり、そのようなパワーが低下している障害者に対して相談支援をする必要があります。障害者自らが、サービス利用計画を作成し、サービスを利用できるのであれば、ケアマネジメントによる相談支援を必要としません。

また、施設に入所している障害者が地域での生活を望んでいるのであれば、相談支援専門員は、施設に赴き、施設の職員と協力・連携して、安心して地域生活に移行できるようにします。一時的に、病院に入院する必要がある場合、いつでも地域におけるサービスを受けられるように配慮しておくことも大切です。

#### アドボカシーの考え

障害者ケアマネジメントにおけるアドボカシーは重要なキーワードです。社会福祉援助活動において、いつも問題となるのは障害者の権利擁護を常に心がけているのだろうかという懸念です。障害者自身が相談支

援専門員を信頼できないという現実もあります。相談支援専門員が、信頼を獲得するためには、このアドボカシーの考えを実践すること以外にないように思います。本節で述べたように、相談支援専門員は、「利用者のニーズと社会資源の間に立つ」ということを実践するのは難しい面もあります。多くの相談支援専門員は、サービス提供機関に所属していますので、所属機関のサービス改善にはどうしても踏み込めないという構造的な欠陥をもっています。一方では、重症の精神障害者の場合、ケアマネジメントを実践する専門家が、直接サービスを提供するほうが効果的であるという考えもあります。重度の知的障害者においても、第三者とのコミュニケーションを考えると、ケアマネジメントを実践する専門家がサービスを提供するほうが安心して生活できるという面もあります。障害者の権利擁護は、ケアマネジメントの全プロセスにおいて、支援する専門家が常に心がけながら実践することが重要です。

### エンパワメントの考え

障害者ケアマネジメントにおける重要なキーワードのもう一つに、エンパワメントがあります。今までも、エンパワメントについてふれてきました。障害者ケアマネジメントの究極の目標は、「利用者自身が地域で生活する力を獲得すること」にあります。したがって、サービス利用計画の作成から、サービス調整に至るまで、相談支援専門員だけが行うのではなく、利用者が生活ニーズの充足に向けて相談支援専門員と一緒に課題を解決するプロセスを重視します。従来、サービスを投入して、生活が改善されたプロセスを追跡するという方法はあまり重視されてきませんでした。サービスを投入すること自体が目的で、サービスを投入したことによって、相談支援は終わっていると考えられていました。ケアマネジメントにおいて相談支援専門員と利用者が一緒に課題を解決するプロセスでは、利用者の強さ（ストレングス）に着目して、利用者の求める地域生活の暮らしを実現するために支援することになります。

例えば、ある利用者が左麻痺の運動機能障害をもっているとします。その利用者は、自分の置かれている状況、家族関係等をしっかり見据えて、そのことを言語化できる状態であれば、それは自分をしっかり見つめられるという利用者の強さがあるといえます。相談支援専門員は、その強さに着目し、情報提供を行い、利用者の自己決定を引き出し、介護状態から機能回復訓練への道筋をつけられるようなサービス利用計画を

一緒に作成します。そのことによって、利用者は情報提供されるだけで、地域生活を営む力を伸ばすこともできます。

## ② 留意点

### 相談窓口の役割

相談窓口は、常に相談支援専門員が常駐し、福祉・保健・医療・教育・就労等にかかわる相談を総合的に行い、障害者福祉サービスに関する情報提供や補装具の相談等、そこで解決できるニーズに対してはそこで解決します。ケアマネジメントを必要とする利用者に対して、ケアマネジメントの導入が図られます。相談窓口が十分に活用されるためには、利用者が相談窓口を選択できたり、日頃から相談窓口におけるサービス内容を広報し、相談の場所や時間帯等利用者の利便性を考慮します。相談窓口は、関係機関との密接な連絡体制を整備強化し、関係機関からの紹介や依頼を受けた場合、利用者（必要に応じて家族又は本人が信頼する人）の了解を得て訪問するなど、柔軟で積極的な対応が必要です。

従来の相談窓口は、障害種別に異なっていました。これからの相談窓口では、利用者の身近なところで相談を受けられるように、障害種別を越えて相談を受けることが求められます。非常に困難なケースであれば、特定の障害が得意な相談窓口を紹介することも必要になってきます。

### チームアプローチ

障害者ケアマネジメントは、複合的な生活ニーズに対応するために、チームアプローチが原則となってきます。チームアプローチは、すでにアセスメントの段階から出発しており、生活ニーズを全体的に把握するために、作業療法士、看護師等の専門家にアセスメントを依頼することもあります。チームアプローチは、サービス提供段階で最もその効果を発揮することになります。サービス提供段階では、利用者のためのサービス調整が適切に実施されなければなりません。そのためには、サービス提供者と相談支援専門員が利用者の援助目標を共通認識することが不可欠になってきます。相談支援専門員は、ケアマネジメントを実践する際に、チームの全員が発言できるように配慮し、利用者主体、権利擁護の基本的な事柄についてチーム全員に理解できるよう徹底することを忘れてはなりません。



# 4 ケアマネジメントのプロセス

ケアマネジメントは、いくつかのプロセスを経ていきます。ケアマネジメントの大きな意義は、これらのプロセスを順序だてて進めることにあります。つまり、障害者の地域生活を支援しようとするとき、ケアマネジメントの手法は、一定のプロセスを経ることによって、支援の経過を振り返ることが可能となり、支援プロセスを修正しやすくなります。また、ケアマネジメントのプロセスを明確にすることによって、利用者にとって支援の経過をわかりやすくすることにもなります。社会資源の検討は、ニーズ・アセスメントのプロセスの前に行われることはありません。ケアマネジメントの重要な点である利用者のニーズから出発するという支援の原則にマッチしていないからです。

そこで、ケアマネジメントは、以下のようなプロセスを経ます。

第1段階：インテーク

第2段階：アセスメント

第3段階：サービス利用計画とサービス調整

第4段階：サービス利用計画の実施

第5段階：モニタリングと再アセスメント

第6段階：利用者負担上限額の上限管理

第7段階：サービス利用計画作成費の請求

第8段階：終結

これらの段階のうち、第6・7段階は、すべての相談支援事業者が行うとは限りません。障害者がサービス利用計画作成費の支給対象者であり、相談支援事業者が利用者負担上限額の管理を行うことになっている場合には、このプロセスを経ることになります。

## 1 インテーク

一般的にインテークは、障害者等からの依頼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（スクリーニング）し、ケアマネジメントのプロセスを通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）。

## ① インテークの例

インテークには、様々な例が考えられます。代表的な受付相談の例を紹介します。

### (1) 障害者本人からの受付相談の場合

- ・障害者は、法やその他制度等（資源）をよく知っているわけではありません。相談支援専門員にとっては当たり前のこととして使用する言葉でも、相談者にとっては耳慣れない、初めて耳にする言葉が多くあります。
- ・相談支援専門員は、専門用語の使用を避け、わかりやすく説明することを心がける必要があります。

### (2) 家族などの関係者からの受付相談の場合

- ・(1)と同様に、制度や専門用語に精通していないので、丁寧な説明を行う姿勢が必要です。
- ・家族などからの相談や訴えは、障害者のニーズと一致しているとは限らないので、家族等の相談を受け入れるとともに、後で本人と面談する了解を家族から得ることが必要です。
- ・ケアマネジメントにおいては、障害者のみならず、相談過程においては家族を含めてとらえる必要があります。

### (3) 関係機関からの受付相談

- ・関係機関は、市町村の障害者担当や他の相談支援事業者又は医療機関である場合があります。
- ・依頼を受けた相談支援事業者は、障害者とかかわる前に関係機関に情報の提供を求め、本人について情報収集しておくことが必要です。
- ・この場合、個人情報管理に十分配慮し、関係機関は障害者又は家族から相談支援専門員への情報提供の承諾を得ておく必要があります。

### (4) 電話による受付相談

- ・障害者本人から直接電話で相談があった場合は、家庭訪問して詳しい話を聞くことを前提に、あまり長い電話にならないようにすることが望ましいです（家庭訪問の了解が得られない場合は、決して無理な方法はとらないようにし、電話等で関係をつないでいくこととなります。）。
- ・家族など関係者から電話で相談があった場合は、電話の相手が障害

者本人とどういう関係であるかを確認した上で、家庭訪問して、障害者と直接面接することについての了解を得ることが大切です。

- ・関係機関からの電話による相談があった場合は、家庭訪問する前に、詳しい利用者の情報を引き継ぎたい旨を伝えることが大切です。

## ② スクリーニング

ケアマネジメントを必要とする対象者であるかどうかを判断する段階です。ケアマネジメントの対象者は、複数の多様な生活課題（ニーズ）を抱えた人がほとんどです。

複数の社会的ニーズを抱えた人であっても、緊急に入院治療が必要な人や深刻な虐待状況にある人は、まずは、入院や緊急的対応を考える必要があります。

この段階で重要なことは、インテークで把握した情報から、自分だけで対応できるか否かを判断することです。もし、対応が困難であると判断した場合は、十分な説明を行い、了解が得られた上で、適切な機関を紹介する手続きをとる必要があります。

### 対応の可能性を判断する事例

- (1) 医療の緊急性が高い。
- (2) 虐待等専門の機関での対応など緊急性が高い。
- (3) 精神障害者で、医療的アプローチが比較的高い。
- (4) 通常の事業の実施地域以外の対象者であり、対応が困難な場合。
- (5) 他の制度（介護保険、教育、就業）の対象者である。 など

### 対応可能な範囲の判断

- (1) 対象者の課題・問題の内容性を得意とする機関との調整。
- (2) 対象者に対して、ケアマネジメントを別の機関に調整することを理由づけして、了解を得た上で、お願いした機関の相談支援専門員と同行訪問して引き継ぐ。

インテークにおける代表的な例について説明してきましたが、インテークは、障害者等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。

インタビューは、障害者等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、障害者等は非常に緊張して相談に来ます。相談支援専門員は、終始変わらない受容的言動と表情で接することが望まれます。

インタビューでは、次のことを確認しておくことが大切です。

- ①その時点の主訴の確認
- ②守秘義務の確認
- ③相談支援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

## 2 アセスメント

利用者は自立した日常生活を営むために、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、アセスメントを通して自立に向けての課題整理（ニーズの整理）と利用者が自己決定するための情報整理を行います。

### アセスメントの基本的なねらい

- (1) 日常生活動作関連（ADL）のアセスメント
- (2) 認知・意思関連のアセスメント
- (3) 行動障害関連のアセスメント
- (4) 手段的日常生活動作関連（IADL）のアセスメント
- (5) 精神症状関連のアセスメント
- (6) 残存能力のアセスメントと可能性のアセスメント
- (7) 介護環境のアセスメント
- (8) 居住環境のアセスメント
- (9) 利用者及び家族の健康（医療）の確認（主治医の把握）
- (10) 既存サービスの状況（フォーマル・インフォーマル含む）

以上は、自立支援のサービスを提供するためのサービス利用計画を作成するために必要とされる情報収集と分析です。

これらのアセスメントを通して、