

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、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きました。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た場合には、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、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、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。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えます。

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

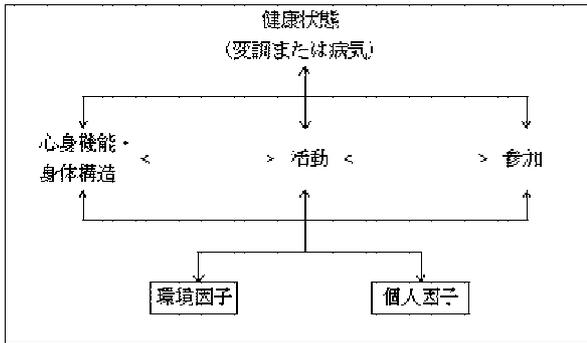


図 3-1 国際障害分類

ていこうとするものなのです。

なお、ニーズという、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、偏見や十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

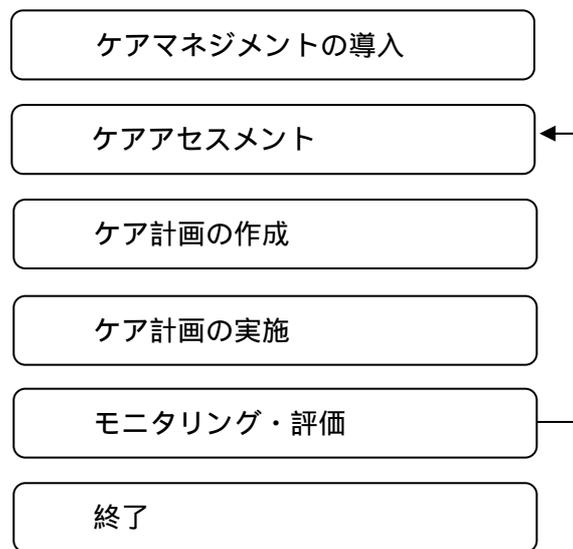
ケアマネジメントの細かい流れを詳しく理解する前に、基本的な流れをおさえておきましょう。流れを図式化すると図 3-2 のようになります。（なお、各段階の流れについては本章で後述します。）

図 3-2 ケアマネジメントの流れ

まず 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 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、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。

ケア計画にのっとって支援が実施されます。その傍ら、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、に帰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、ケアマネジメントは終了します。

特に主として ニーズのアセスメントから 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。

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、ど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

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、ど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かめてみるのはどうかな」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、精神障害をもつ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、本人の希望や「したいこと」にまず耳を傾け、そのためにどこまでは出来ているかを確認する、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「やっていること」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。

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、精神科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>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> <p>主治医との間に信頼関係が作られているか。 定期的に通院することができているか 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</p> <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>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>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>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。
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して困る、働きたいが休み時間にどんな風に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。
就労・教育に関するニーズ	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
経済生活に関するニーズ	<p>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。</p> <p>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もあります。</p>
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。

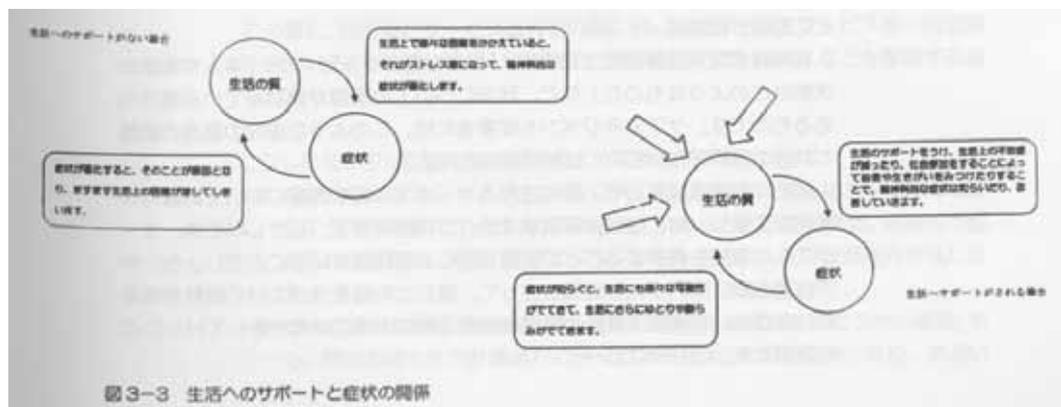


図3-3 生活へのサポートと症状の関係

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、『症状が治まったら、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際には、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出来ます。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。

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。

サービス実施状況のモニタリングと評価

ア) 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ってしまう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。

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。

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。

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。

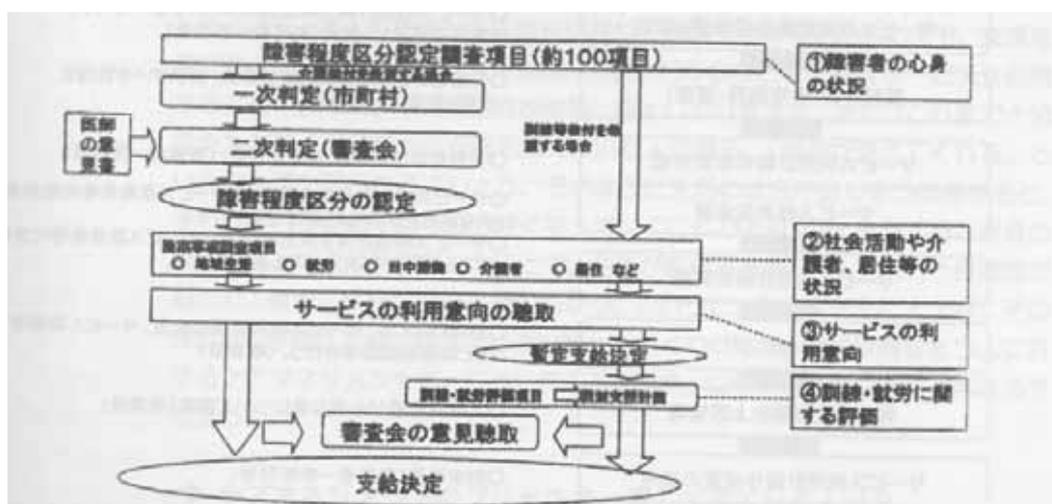


図3-4 支給決定までの流れ(厚生労働省作成)

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、障害福祉サービスの種類や内容、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

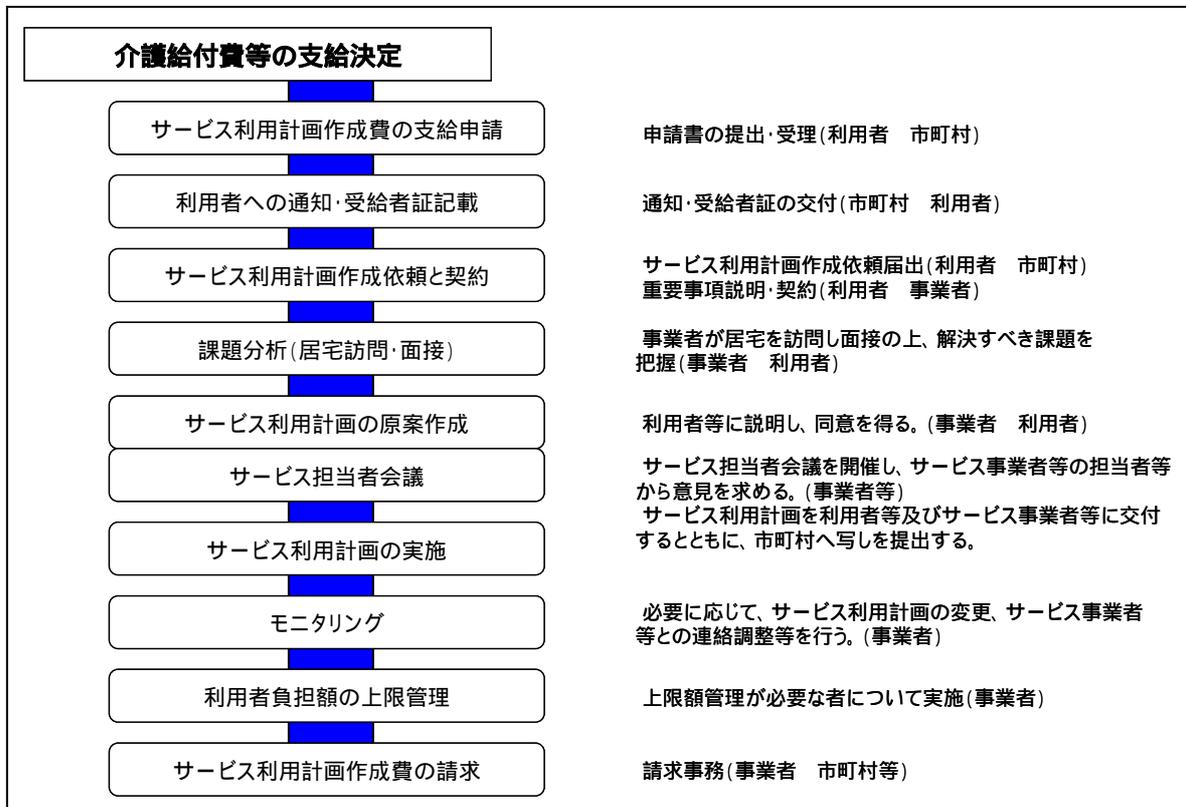


図 3 - 5 サービス利用計画の作成（厚生労働省作成）

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ょう。

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」に応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、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ことも多いため、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いのか、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つたり、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はなく、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つたり、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。このような状況は、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図られる、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付けられると思われる。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(型、型、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
	療養施設	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と言えます。

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ら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

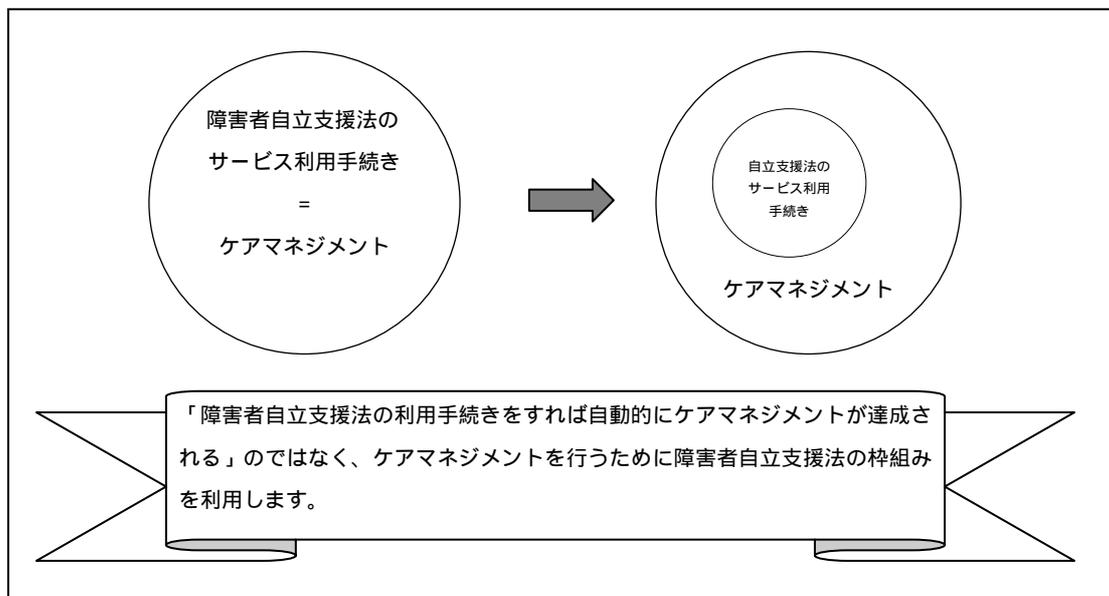


図 3-6 障害者自立支援法とケアマネジメント

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。

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わけです。

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)。

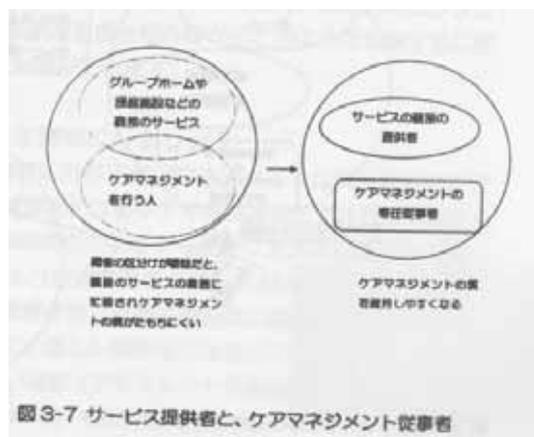


図3-7 サービス提供者と、ケアマネジメント従事者

専任の従事者がケアマネジメントを行うことで、その質を高く保つことが出来ます。特に、導入のための面接や、サービス利用計画の作成など法律上コストが担保されない部分の業務の質を維持するためには、通常業務と平行して行うよりも、担当を決めて行う工夫が大変効果的です。サービス管理責任者には、とくにこのような役割の分化が求められます。

また、精神障害の支援にあたっては医療的サービスとの連携が不可欠ですので、今後は生活支援関係のサービス事業者ばかりでなく、医療機関においてもケアマネジメント従事者を配置していくことが必要になると思われます。

ウ) 担当者を決め、他の機関とオープンに

また、このことにはもうひとつ大きな意味があります。ケアマネジメントでは、現在受けているサービスに対する不満が出てきたり、もっと別のサービスを利用したいという状況に際して、ケアマネジメント従事者が本人の意見を代弁して調整することも大事な機能です(アドボカシー)。場合によっては、利用者のニーズを考えると、担当者が属するのとは別の事業所のサービスを利用した方が適切という場合もあるでしょう。

仮にサービス提供者とケアマネジメント従事者が分けられていないと、ケアマネジメント従事者本人が、意見を調整すべきサービスの当事者になってしまいます。すると、どうしても利用手続きの簡便さや安心感から、同一の事業所・法人内のサービスを本人に勧めることが多くなったり、他の事業所のサービス利用には積極的になりにくいものです。それに、利用者が直接サービスを提供しているスタッフに不満や意見を言うのはとても難しいことです。こうしたことはややもすると「利用者の囲い込み」と呼ばれるような状況を生み、利用者の生活の幅が極端に狭まってしまうということになりかねません。利用者が事業者以外に苦情を言える仕組みを市町村の中に必ず設けましょう。

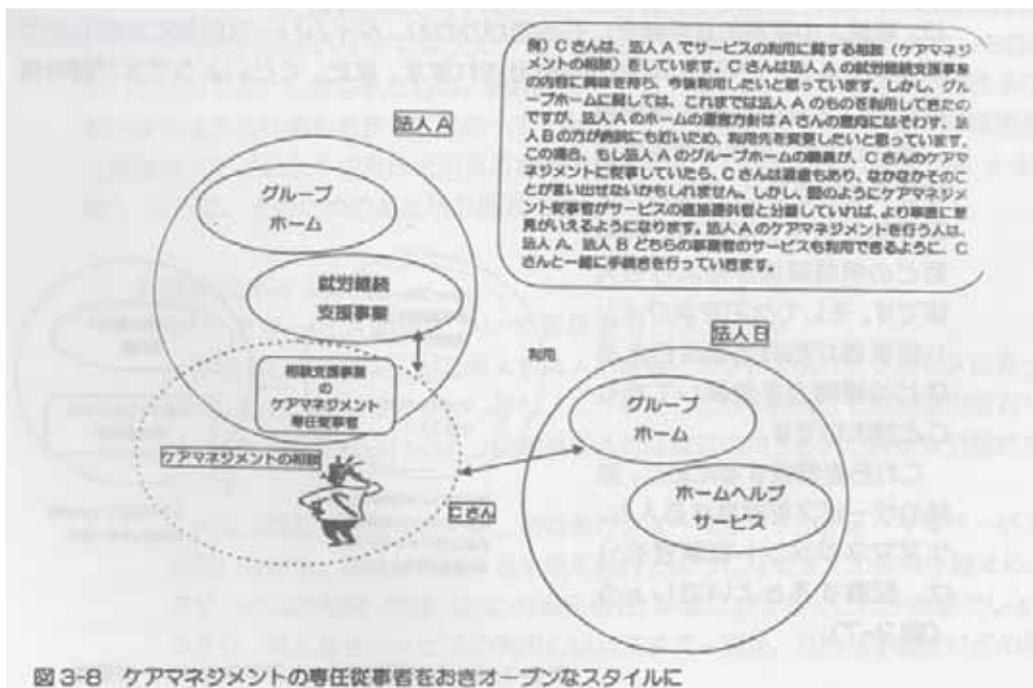


図3-8 ケアマネジメントの専任従事者をおきオープンなスタイルに

これらに対応するためにも、ケアマネジメントの担当者は直接サービスの提供者とは役割を分け、利害を中立的に扱えるような立場を保つことが大事になってきます。しかし、地域に複数の事業者があるところは少ないのが現実です。市町村や他機関とも積極的に連携し、必要な場合には、他の事業所のサービスの利用も視野に入れる必要があるでしょう。逆に、他の事業所の利用者についても門戸を開けておき、相互にサービスが利用出来るような体制にしておくことが理想的です（図3-8）。

個々の過程におけるポイント

ア) インテーク・導入のポイント

ケアマネジメントへの導入に際して

精神に障害をもつ人のケアマネジメントでは、ケアマネジメントや障害者自立支援法の存在が十分普及していない現状では「ケアマネジメントを受けたい」と新規に相談に来ることは、まだ多くないと言ってよいでしょう。むしろ相談や申請を待つのではなく、相談支援事業者（医療機関や地域の相談支援事業者）となった人の側が、常日頃かかわっている人の中から、ニーズがあると思われる人を見出し、生活について共に考えていくという構えが必要になるでしょう。

退院支援におけるケアマネジメント

特に、精神に障害をもつ人に関しては、支援のニーズが高まっているのは退院時です。これから地域生活をしていくためには、住居や経済的な保障、日常生活支援などのケアの体制を整えていくことが必須となりますので、ケアマネジメントが重要かつ有効な技法になります。相談事業者として指定されている病院においては、退院患者について、積極的にケアマネジメント的なかかわりをしていくという姿勢が望まれます。地域の相談支援事業者と積極的に連携を取ることももちろん重要です。病棟のスタッフと主治医以外の人々が退院しようとする人々の応援者としているのだということを、具体的に患者さんに伝えられることが、彼らの希望につながるのです。

逆に、これまで地域の相談支援事業者がかかわっていた人が入院をした場合でも、地域の相談支援事業者はケアの責任の担い手として、定期的にコンタクトをとり、退院に際しては、病院と連携を組みながらどのような地域生活に移行していくかを模索していく必要があります。

導入における関係作りを大切にしましょう

すでに述べたように精神障害におけるケアマネジメントは関係作りが非常に大きな意味をもちます。精神障害にけるケアマネジメントでは前座ではなく、この導入こそがむしろ多くの時間やエネルギーを注ぐ大きな山場とさえ言うてよいでしょう。では、どのような点に気をつければよいのでしょうか。

ケアマネジメントを行い、障害者自立支援法を利用し福祉サービスを利用することになれば、利用者は多くの新しい関係者に会うことになり、ま

たこれまで経験したことのない体験（アセスメントや新制度の利用）をすることになります。しかし精神に障害をもつ人は変化に対して不安感・緊張感を覚えることが多く、ケアマネジメントの利用にためらいをもつ場合も少なくありません。また、一般的に精神障害で悩まされると人は不安や緊張が高まりやすくなるので、一時の大きな変化を望まないことが多いようです。したがって多くのニーズをいっぺんに満たそうとするよりも、一つずつニーズを満たしていくことが利用者のペースとして丁度いい場合もあるのです。そのため初期の面接においては、関係作りをまずは先行させて、利用者の状態に合わせて少しずつ話を聞き、周囲からの必要な情報も得ながら時間をかけて進めて行きましょう。

また、相談においては、日常生活面の詳細について聞くわけですから、それ以前に、プライベートなことについても話が出来る信頼関係があることが必要です。性急なアセスメントはとても表面的なものに終わり、利用者の希望がわからずじまいになりがちです。

ですから、このような初期の段階では、問題に急に切り込み、制度を利用する手続きを性急に進めていくよりも、本人の不安感やためらいに寄り添うようにし、信頼関係を作ることにエネルギーを注ぎましょう。まず大切なことは、利用者が「相談してもよいのだ」「何を言っても安心なんだ」と思えることです。そのために数回以上・数ヶ月のかかわりをすることは決して珍しいことではありません。

ところで、当面の自立支援法の制度を利用し介護給付や訓練等給付を利用する方は、現在作業所や施設を利用されているからが大半だと予測されます。ケアマネジメント従事者は、利用者本人ばかりでなく、作業所や施設の職員とも関係づくりを行い、いままで利用者を支えてきた人々がどのような特徴や機能を持っているか知り合うことで、利用者の相談にもより適切に乗れるようになります。

また、特に新規の相談の場合は、慣れない支援者に対して緊張し、自分の悩みをスムーズには相談出来ない場合も多いでしょう。新規の利用者は、地域活動支援センターなどをまず紹介し、緩やかな枠組みの中で、徐々にニーズを明らかにすることも一つの方法です。

ニーズの表明・課題の整理に時間をかけましょう

ケアマネジメントの過程では本人の生活上のニーズを明らかにしていくアセスメントが行われます。さて、市町村が行う障害程度区分判定のアセスメントでは、本人の生活で障害されている部分は確かに明らかになります。しかし、ニーズアセスメントは本人の障害の重さやマイナス面だけを明らかにすることだけを意味するものではありません。

すでにどのようなことを達成してきたのか、今後に向けて現在使える資源や本人自身の資力は何が、取り巻く周囲の環境はどのようになっているか、というプラス面を明らかにすることはアセスメントではきわめて重要なことです。

しかし、障害判定でアセスメントされるのは主として障害の重さやどの領域に障害を抱えているか、という情報であり、アセスメントで明らかにすべき情

報の一部にすぎません。つまり、障害判定がニーズアセスメントの全てではないのです。

また、サービス利用の申請といっても、対象者自身が「このような生活をしたい」「こんなサービスを使いたい」という希望を当初から表明出来るとは限りません。自分が送りたい生活の希望や課題を整理することが大切ですし、どんなサービスが使えるのか、という情報が十分提供されてから「こんなことをしてみたい」という希望も抱けるものです。さらにいえば、利用者は、必ずしも自らのニーズを明確に表現するとは限りません。たとえ頻回に入院を繰り返していても、ホームレス寸前の生活を送っていても「今のままでいいです」という利用者も大勢います。それは、新たな生活のイメージがつかめなかったり、変化に挑戦すること自体が、不安だったりするからでもあります。

そのような場合には、利用者を含めて関係者と「何がニーズか」を丁寧に明らかにしていくことが必要です。ケアマネジメント従事者は利用者との関係作りに加え、利用者が自分の生活の中でどのような変化を望むのかをじっくり時間をかけて明らかにしていくことが仕事なのです。決して焦る必要はありません。関わり始めて数ヵ月後に「私の望んでいること」がわかるような場合も多いのです。

つまり、支給決定プロセスにおける障害判定だけがアセスメントなのではないのです。むしろ、法的な手続きに入る前の導入段階で、相談支援事業者や医療機関のスタッフ（場合によっては市町村）が、このニーズの明確化や、利用したいサービスに関する希望を明らかにするという、ニーズアセスメントの要素がすでに入っているのです。

このような場合に、「まず障害程度区分だけでも・・・」といった安易な態度はお勧め出来ません。制度を活用する前に、お互いを理解しようとするかわりをもって、その後に「まず最初の一步として、どのようなことの実現からはじめようか」と共に考える中でニーズを明らかにしていくべきでしょう。

イ) 障害程度区分の判定に際して

さて、事前に関係作りやアセスメントに時間をかけ、利用者がどのような生活をしたかが明らかになったら、具体的に障害者自立支援法の障害程度区分の判定の手続きに入るわけです。

障害程度区分の判定に際しては市町村によるアセスメントが行われます。指定相談支援事業者として導入に携わった人が、このアセスメントも行う場合もあるでしょうが、市町村の調査員がこのアセスメントを行うことも多いでしょう。この場合の留意点をいくつか述べたいと思います。

調査員がいる場合は連携をする

調査員は当事者の状況を必ずしも十分に理解してはおりませんし、利用者も調査員のアセスメントに余裕をもって答えられるとは限りません。短時間で質問を形式的に進めると誤解が生じがちです。たとえば「食事はとれますか」という質問に対して利用者が「問題ありません」という回答をしたとしても、実は適当なアドバイスがないと実は栄養のバランスが著しく悪かった

りする、というように、丁寧に質問をしていかないとその生活の様子はわかりにくいものです。

そのためにケアマネジメント従事者は、すでに収集した情報に関して、本人の同意のうえ、調査員と共有していくが必要になるでしょう。具体的には調査項目に含まれる内容は予めケアマネジメント従事者が利用者に聞いておく、特に留意してもらいたい点などを書面で起こして調査員に渡す、実際の面接に同席する、などのやり方があるでしょう。

医師との連携

利用者が介護給付を希望される場合は、障害程度区分の二次判定がなされます。この際、調査員による質問項目の情報だけでなく、他の部分の丁寧な記述が、判定結果に大きくかかわってくると予想されます。特に、特記事項・医師意見書が二次判定の修正の際には重要であり、必要な情報を医療機関と関係をつけておき、記入してもらうことが大切です。インテーク時点で必要な情報を収集するとともに、特記すべき事項を医師の意見書に記述してもらうように事前に調整しておく必要があります。

ウ) 支給決定に伴うケアプラン作り：特に訓練等給付の場合 個別支援計画の作成にあたって

訓練等給付の場合には、まず、サービス利用計画の作成の前段階として、サービス管理責任者により個別支援計画が作成されます。しかし、自立支援法は、身近な場所で支援が受けられるメリットもありますが、サービス提供事業者は精神障害が初めてという場合もあります。そうでなくても、当初から利用者にかかわっているわけではないので、精神障害者の特性や本人のことを必ずしも十分に把握しているというわけではなく、適切な支援計画を立てることに困難を覚える場合も少なくないと思われます。

ケアマネジメント従事者(特に相談支援事業者が想定されます)は導入からかわり、利用者のケアの一貫性に関して責任をもつ立場として、この個別支援計画の作成に参加していく必要があると考えます。具体的には、サービス事業者の個別支援計画の作成にあたっては必ず連絡をとり、可能であればやはりケア会議を開き、情報を共有し、計画作成に参加していく必要があるでしょう。

特に、複数の訓練等給付のサービスを利用する場合は、事業者 A と事業者 B で別個に個別支援計画が作られてしまうことになります。しかし、その計画の内容に矛盾があったり、重複したりしていたのではサービスの効果は十分に期待出来ません。複数の訓練等給付のサービスを利用する場合には、特にケア会議を開いてサービス間の調整をする必要があります。そして、そのとりまとめに関しては相談支援事業者にその役割が期待されていると言ってよいでしょう。

ですが、このレベルでの個別支援計画は暫定的なものです。特に日中の過ごし方については、サービス事業者による個別給付だけでなく、地域生活支援事業やインフォーマルサービスの活用など当然考えられるべきで、そのときにケアマネジメント従事者の力量が発揮されると思われます。複数の事業者がある

場合は、暫定給付の期間中だからこそ、日払いになったメリットを活用して、利用者が希望する事業者の体験利用を実施し、それぞれの事業者からの評価を得るという方法もあります。複数のニーズを抱えている利用者に関わる場合には、訓練等給付の支給決定ですべてが完了するのではなく、個別給付を含めた包括的なサービス利用計画の作成を心掛けるべきでしょう。

サービス利用計画の作成にあたって

(1) あらためて総合的なケアのネットワークを構築する

すでに述べたように障害福祉サービスは介護給付を中心としており、訓練等給付において精神障害者が活用しやすいサービスメニューは現段階では十分とは言えません。そのため、障害者自立支援法で規定されたサービスだけではなく、市町村の「地域生活支援事業」や、インフォーマルサービスを積極的に活用することを考える必要があるでしょう（家族、友人、ボランティアやNPO、公的資源ではない民間の機関（住宅や教育機関など）など）。また、必要があれば生活保護や障害年金、自立支援医療費の活用など、経済的な側面からの手続きもあわせて進めていく必要があると言えるでしょう。しかし、サービス提供事業者の個別支援計画はあくまでサービスの効果判定のための暫定的な性格のものでありますから、この段階では必ずしもこのインフォーマルな資源の活用や経済保障まで射程に入っているとは限りません。支給決定が決まったら再度総合的な観点からサービス利用計画を作成する必要があるでしょう。

(2) ケア会議を開くことのすすめ

精神障害をもつ人が地域で生活するにあたっては、障害者自立支援法における個別給付のサービスは一つであっても、そのほかに地域生活支援事業などのサービスやインフォーマルサービス、あるいは経済的な支援や医療による支援などがあることが通例です。

このような包括的なサービスが利用者の役に立つように進められるためには、それぞれのサービス提供者が顔なじみになってチームとして機能することが欠かせません。そのためにはケア会議の招集が有用であり、ケアマネジメント従事者はそのときの連絡調整などに積極的に関わることが求められます。

特に重要なのはケア会議の場に医療に関与する人が参加することです。精神障害においては障害と疾病は重複しており、その服薬の管理や症状・緊急時への対処などの情報は、生活支援を行う人もある程度共有しておくことが、危機における迅速な支援を可能にします。生活支援を行う人と医療的な支援を行う人が同じテーブルを囲んで話し合える場を作ることが、地域で精神障害をもつ人々を支えるための必須事項といっても過言ではないのです。

エ) サービスの利用にあたって

関係各機関と丁寧につなぐ

すでに述べたように精神障害をもつ人々は変化や新しい環境に馴染むのに

しばしば困難を覚えがちです。そのため新しいサービスを利用したり、今までとは違う場所に通い始めたりすると、症状が悪化したり、利用先の対人関係に困難を覚え、最悪の場合、サービスからドロップしてしまうということもあります。

このようなことを避けるために、相談支援事業者は単にサービス事業者を利用者に紹介して後は任せる、というだけではなく、不安感を取り除いたり、同行見学をしたり、サービス利用開始後も定期的に利用者との面接の機会をもつなど、丁寧なつなぎ方をしていく必要があります。

ダイレクトサービスを担う

また、第1章でも述べましたが、利用者がサービスの利用に慣れるまでのしばらくは、相談支援事業者の担当員が、直接サービスを担っていくことも場合によっては必要となることがあります。日常生活について継続的に相談にのり、訪問をして服薬管理の手伝いをしたり食事や清掃などの日常生活支援を行う、通院や買い物の同行をする、などの直接的なサービスを、ケアマネジメント従事者が暫定的に行うわけです。

人との関係に拒否的になっている人や、急激な変化によって不安定になってしまう人の場合は、特にこうした安定的な関係をケアマネジメント従事者と築き、支えられることは安心して良いことだ、と感じられるようになってから具体的なサービス利用を考えた方がよい場合も少なくないのです。

オ) モニタリングについて

障害者自立支援法によるシステムでは、相談支援事業者にも、サービス管理責任者にも、モニタリングをすることが規定されていますが、その費用は別に定められているのではなく給付費に含まれています。

すでに述べたように「精神障害 = 不安定性の障害」です。本人の状態が細かく変動したり、ある程度安定した状態を保っていても急に調子を崩したりしますので、支援者はケアプランが実行された後も定期的に本人の様子をみている（モニタリングする）必要があります。場合によっては支給決定案以降の実際のサービス利用に関して、不測の事態が生じた場合は柔軟に対応して、緊急時には短期入所など事後承認を得る場合も予測されます。

特に、精神障害におけるケアマネジメントは、単にサービス機関に一度仲介するだけでは、その機能を十分に発揮しないと言われていています。これは前述の精神障害の「不安定性」という特徴によって、状態像の変化が起きやすく、一度作成されたケア計画を適宜修正していく必要があるからです。したがって、ケア計画によって本人のニーズが満たされているかどうか、サービス提供者との関係はうまくいっているかなどを、ケアマネジメント従事者は利用者の「伴走者」として利用者に時々尋ね、必要があるときは「ケア計画」の修正を行っていくことが重要なのです。この意味で、精神障害のケアマネジメントにおける「モニタリング」の役割は、他障害以上の意義があると言えるでしょう。

日々のモニタリング

精神障害をもつ人の支援には、ケア計画の大きな改定までには至らないまでも、本人の状態について関係各機関で共有しておいた方がよいことや（本人の病状の変化等）、ちょっとした支援体制の微調整が必要になってくることがあります。これらのための日常的な注視は、日常的に本人にかかわっている個別のサービス提供事業者のサービス管理責任者と直接支援者の役割です。

しかし、最も問題になるのは、状態の悪化等によってサービスの利用そのものが中断してしまう場合です。このようなときには、決して本人のニーズが無くなっているわけではありません。けれどサービス提供者との関係は途切れがちになり、そしてそれはしばしば生活の質の低下につながります。ケアマネジメント従事者の役割をもつ者は、このような時にこそ訪問等により本人の傍に寄り添い、サービス利用計画の変更を検討するとともに医療的サービスとのつながりを強めたりする必要があるわけです。

しかし、このような活動はケアマネジメント従事者が危機のときにのみ登場してもうまくいくものではありません。定期的に利用者とかかわりを持ち、サービスが利用者の生活の質の向上に役に立っているかを確認する、つまりモニタリングを定期的に行っているという背景があってはじめて機能しうるものと言えましょう。

定期的なモニタリング

サービスを行って一定期間経ったら、サービスの効果の評価、新たなニーズの発生がないかを含めて、ケアマネジメント従事者が再評価を行いましょう。

医療との関係

ア) 医療との連携を大事にしましょう

すでに各所で触れていることですが、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、医療的に安定した状況を作ることが非常に大切です。ケアマネジメントを行っていくに際しても、利用者が主治医と良好な関係を作り、定期的に通院しているかどうか、処方されている薬が利用者本人に合っているかどうか、薬が替わっていないか、替わった場合はどのような副作用が想定されるのかといった情報が、非常に重要になってきます。

そのため、医療機関とりわけ主治医や医療機関のソーシャルワーカーとケアマネジメント従事者との良好な関係性、コミュニケーションが濃密であることは欠かせない条件です。

特に重い精神障害をもっている人々の支援にあたって、医療的支援と生活支援が別々の事業所で別個に行なわれていることは支援の一貫性という観点から好ましいこととは言えません。今後ケアマネジメント従事者が中心となって、医療を担当する人と生活支援を担当する人が一つの多職種チームとして機能しうるようになることが求められます。ケアマネジメント従事者が医療機関に所属するという点も検討に値することであると思われます。

なお、医療との連携を円滑に進めていくにあたって、市町村の担当者・ケアマネジメント従事者は精神障害に関する医学的な知識をある程度身に付けていく必要があります。地域の精神保健医療担当者と研修の機会を持って、相互理解と

必要な情報の交換が行なわれることが期待されます。

イ) 不安定性に対する配慮 医療面から

精神障害の不安定性には医療との関連でも留意する必要があります。

医療との継続性が断たれると、この不安定性が増強する人が少なくありません。したがって医療は重要な社会資源なのです。きちんと通院出来ているか、薬の変更があったのか、副作用はどのようなことが想定できるかなど医療が継続されているかどうかをモニタリングしていくことは、ケアマネジメント従事者の重要な仕事になります。そのために、ケアマネジメント従事者は医療機関と積極的に連携を図り、アセスメントやケアプランの段階でも必要な医療を得られるようにしておくことが大切です。

不安定性を伴う障害のために、再入院のような事態に陥りやすいことも特徴です。このため、今まで地域で作ってきたネットワークが一時機能しなくなったり、ケアマネジメント従事者との連絡が途絶してしまったりします。しかし、急性期病棟の入院期間は原則三ヶ月程度です。急性期のみでの入院の場合は、原則としてケアマネジメントは継続し、退院後の生活をどう組み立てていくか、次のマネジメントに備えることが必要です。

精神障害をもつ人の日常では、急な症状の悪化と精神的な危機を無視して通ることは出来ませんが、危機への対応を必要とする事例の多くは、何日も前から悪化のサインが現れていることが多いので、その前兆が現れた時点での適切な対処が可能となれば、再発・再燃に至らずに地域での生活を維持することが出来ます。どのようなことが「悪化のサインになるのか」ということを利用者と共有することが出来れば、危機のときも適切な支援が可能になるでしょう。精神保健医療の専門家の援助を受けて、「サインが見られたら誰がどのような支援をすればよいのか、誰に連絡すれば良いのか」ということを利用者と話し合う機会が持てると良いと思います。

ときには精神症状が著しくなったり、生活のストレスが高まったりすると、感情的に不安定になることがあります。非合理的と思えるほど自分を責めたり、怒りのコントロールが十分に効かない場合も無いわけではありません。そのようなときには自分を傷つける・自殺を具体的に考えたり実行しようとしている、あるいは暴力など周囲に危害を及ぼす恐れがあるなどの状況もあります。このような場合で、ケアマネジメント従事者が一人では十分に対応出来ない場合には、医療関係者や保健関係者などの救援を仰ぐことが必要です。日頃から作っているネットワークがこのようなときに機能するのです。

ウ) 医療のケアマネジメントから地域のケアマネジメントへ

精神障害をもつ人の中には、ある程度症状が安定するまでにはしばらく時間がかかる場合があります。発病時、再発時、あるいは再発によって入院が必要になった時などがこうした場合に当たります。この間は、適切な薬物療法や精神療法、緊急時の対応、入退院の手続きなど、ある程度症状を安定させるために、医療面

でのサービスが大きな役割を果たす時期であると言えるでしょう。

さて、実際にケアマネジメントの中心的役割を担うことになると予想される相談支援事業者は、地域の社会福祉法人などが事業を行う場合と病院などの医療法人が事業を行う場合とがあると思われます。病状がある程度安定するまで医療的対応が要されると思われる場合は、しばらく、主として医療側のケアマネジメント従事者（場合によっては医療機関のソーシャルワーカー）が中心的な役割をとることも多くなるでしょう。しかし、永年地域の資源を活用している利用者が入院をする場合もあるわけで、この場合のケアマネジメント従事者は地域の相談支援事業者という場合もありえます。いずれにしても、今後はますます、入院治療を引き受ける人々と地域生活支援を行なう人々間の良好なコミュニケーションが望まれます。ケア会議はそのようなコミュニケーションの場として設定されるといってよいでしょう。

エ) 日頃からのネットワークを

なお、上記のようなことをスムーズに行っていくためには、常日頃事例を通じて連携を図ったり、連絡会や研究会などに積極的に参加することで、医療機関や福祉機関の職員のそれぞれがお互いの顔が見える関係を作っておくことがとても重要です。日常的な交流があってはじめて、事例を通じた連携も可能になるわけです。相手の顔を知らないと、本来頼めることも、遠慮してしまいがちなものです。後の「大きなケアマネジメント」でも述べますが、お互いが安心して物事を頼めるような関係を作るために、日頃からのネットワークを大切にいただければと思います。

そのほかのポイント

ア) 本人や家族とのやりとりについて

提供されるサービスに対して、本人が拒否的な場合や、誤解が生じることもあります。このような場合には、利用者がどのようなことを気にしているのか、について話を聞き、共通の理解を作っていくことが必要です。時には精神障害特有の敏感さから、「後で多額のお金を請求されるのではないか」「具合が悪くなると病院に閉じ込めようとしているのではないか」など疑心暗鬼になっている利用者もいます。安心感と信頼感が基本であることを思い出してください。

また、利用者が「ケアマネジメント」という言葉を知っているとは限りません。ケアマネジメントの導入について説明していく中で、「管理されるのではないか」「プライバシーが脅かされるのではないか」といった不安をもつのは無理のないことです。ケアマネジメントは本人の生活に侵入するものではなく、「利用者がしていきたいことを応援する」ものであることを、丁寧に説明していくとよいでしょう。また、単に契約を交わすという意味ではなく、行き違いを最小限にしたり、後日の確認の意味でも、説明した内容をわかりやすく書面にし、説明した日付とサインを記入することも一つの方法です。

イ) 精神障害をとりまく社会の環境について

精神障害をもつ人へのケアマネジメントを実施する際に障壁となり得ること

の一つに、精神障害をもつ人へのサービスが十分に整備されていないという現状があります。とくに住居プログラムや就労支援のプログラム、あるいは家族支援のプログラムは今後ますます需要が伸びる領域でしょう。地域で障害をもつ人々を支援するにあたっては不足しているサービスを確保したり、新たな社会資源の開発を働きかけたりすることが必要となります。こうした視点から、利用者の満たされないニーズを「うちの地域には資源がないから」とないがしろにせず、なんとか工夫はないものかと丁寧に取り扱う必要があります。そのためには障害者自立支援法の領域の資源にこだわらず、積極的に地域に存在する誰もが利用可能な社会資源、すなわちインフォーマルサービスを活用していくことも必要です。

また、残念なことです。精神障害に対する社会的偏見や差別がまだまだ強いのが現状です。ケアマネジメントを実施していく際にも地域住民や社会資源からの偏見に直面することがあります。多くの偏見や差別は、実際にお互いにコミュニケーションを持つ機会が乏しいところに生じやすいものです。「精神障害をもつとはどういう体験なのか」「障害をもちながらも人はどのように生きようとしているか」など地域社会に生きる人々と障害をもっている人々、そしてそれを支える人々がお互いに話し合う機会を持つことで、ものの見方が変わりえます。精神障害は特別なことではなく、誰もが体験しうる事柄と言えます。偏見や差別をなくし、精神障害に対する適切な知識を普及させていくことも、精神障害をもつ人へのケアマネジメントの役目の一つとして考えることが出来ます。実際のケアマネジメントの過程では、個々の事例を通して周辺住民や関係者の人々と多くの事柄について話し合う機会をもつことが重要となります。

「精神障害者に対する効果的福祉サービスのあり方に関する研究」
研究者・研究協力者一覧

主任研究者
高橋 清久（藍野大学）

分担研究者
伊藤 順一郎（国立精神・神経センター 精神保健研究所）

研究協力者（あいうえお順）

秋保 明（仙台市障害企画課）
東 美奈子（地域生活支援センター「ウイング」）
上ノ山一寛（社団法人日本精神神経科診療所協会）
門屋充郎（帯広ケアセンター）
河田珪子（うちの実家）
工藤一恵（岩手県健康福祉部障害福祉課）
後藤雅博（新潟大学）
澤 温（社団法人日本精神科病院協会）
佐藤和博（社会福祉法人魚沼更生福祉会 障害児者生活支援センター「かけはし」）
島村 聡（那覇市健康福祉部）
末永カツ子（東北大学）
曽根直樹（ひがしまつやま市総合福祉エリア）
武田牧子（社会福祉法人桑友）
土屋健弘（社会福祉法人西陣会
京都市北部障害者地域生活支援センター「きらリンク」）
寺田一郎（全国精神障害者社会復帰施設協会）
中島秀夫（甲賀地域ネット相談サポートセンター）
仲野 栄（社団法人日本精神科看護技術協会）
西尾雅明（国立精神・神経センター精神保健研究所）
深谷 裕（国立精神・神経センター精神保健研究所）
山本深雪（大阪精神医療人権センター）
吉田光爾（新潟医療福祉大学）

平成 17 年度厚生労働科学研究補助金（厚生労働科学特別研究事業）
「精神障害者に対する効果的福祉サービスのあり方に関する研究」
総合研究報告書

発行日：平成 18 年（2006 年）
発行者：主任研究者：高橋 清久
分担研究者：伊藤順一郎
発行所：国立精神・神経センター 精神保健研究所
〒187-8553 東京都小平市小川東町 4 丁目 1 番 1 号