

## 精神障害者のケアマネジメント ～ 試行事業の実施をとおして～

上野 容子

### Care Management for the Mentally Disabled through Implementation of a Model Project

Yoko UENO

#### 要約

我国において、障害者のケアマネジメントは、高齢者に引き続いて、平成15年度に障害者の地域生活支援を促進させる目的で導入される予定である。

精神障害者も同様に検討されており、試行事業や、ケアマネジメント従事者の養成研修を実施してきている。

筆者が関わっている(福)豊芯会の精神障害者地域生活支援センター「こかげ」においても、4事例のケアマネジメント試行事業を実施した。

試行をとおして、国のケアガイドラインに基づくケアマネジメント過程を振り返り、使用した用具(ツール)の有用性と限界性を検討し、精神障害者の地域生活支援の実践において、ケアマネジメントの果たす役割と今後の課題を考察した。

**キーワード：**精神障害者、生活モデル、ケアマネジメント、用具、地域生活支援

#### はじめに

我国のケアマネジメントは、高齢者の介護保険制度において高齢者の介護支援の充実を目的に、ケアマネジメント実施者である介護支援専門員(ケアマネジャー)を国家資格化し、その手法とシステムを制度化した。

障害(身体・知的・精神)分野におけるケアマネジメントは、障害者の地域生活支援と精神病院の長期入院者の中で、社会的入院と言われている精神障害者の退院促進を有効に進める一手法として導入されようとしている。

厚生労働省は1999年度から精神障害者を対象としたケアマネジメント従事者を養成する指導者研修と同時に試行事業を開始し、東京都においても2000年度から精神保健福祉センター、保健所、精

神障害者地域生活支援センターでそれを開始した。

筆者は(福)豊芯会の精神障害者地域生活支援センター「こかげ」(東京都豊島区北大塚3-34-7)において、精神保健福祉士として精神障害者の地域生活支援・相談援助活動をおこなってきており、その関係でこの試行事業に取り組んでみたのでその報告をし、精神障害者の地域生活支援を目的にしたケアマネジメントの有効性と限界性、今後の課題と展望を考察したい。

(精神障害者地域生活支援センター：1996年、精神障害者の地域生活支援事業として制度化され、現在は精神障害者社会復帰施設のひとつに位置付けられている。障害者プランでは、2002年までに全国で650ヶ所の設置目標数値を定めたが、2001年度達成率は約30%である)

## ケアマネジメントの定義

ケアマネジメントの定義は決して明確とは言えない現状で、今後臨床実践を積み重ね、創意工夫をしながら改善されていくべきものであると思われる。

厚生労働省社会援護局における障害者ケアマネジメント体制整備委員会は「障害者の地域における生活を支援するために、福祉、保健、医療の他、教育、就労などの幅広いニーズと様々な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、さらには社会資源の改善及び開発を推進する援助方法である」と定義している。（ケアマネジメントガイドライン～ケアガイドライン検討委員会作成～）

日本精神保健福祉士協会（精神保健福祉士資格取得者の民間任意団体）では、「健康な社会生活の回復・継続・向上を目的として、その人のニーズを明確にし、そのニーズを満たす多様なフォーマル・インフォーマルなサービス及び複数の社会資源を結びつけ、継続的に調整を行い、資源提供がニーズを満たすためによりよくなるようにモニタリングを続け、より有効なサービス提供に努力し続けるソーシャルサポートネットワークにおける包括的サービス提供の一方法である」と定義している。

（精神障害者のケアマネジメント～日本精神保健福祉士協会編～）

我国で精神障害者のケアサービスが国の行政レベルで検討されたのは初めてのことなので、新しいケアシステムが創設されたかのような印象を与えるが、上記のように、ケアマネジメントはソーシャルワークにおけるソーシャルサポートネットワークとして、生活ニーズを抱えた対象者の援助や支援をする際には必要で重要な一手法として実

施されてきた経過がある。

## 精神障害者のケアマネジメント

### （1）導入の歴史

ケアマネジメントは、アメリカにおいて当初はケースマネジメントと呼ばれた。

その発端は1963年の「ケネディ調書」の中で、知的・精神障害者の脱施設化政策が打ち出されて精神病院の大幅なベッド削減が行われ、多くの長期入院者が退院し地域に出てきたことによる。しかし地域の受け入れ体制は整備されておらず、多くの精神障害者は住まいの確保が困難で、ホームレスが急増し深刻な社会問題となった。精神保健センターの設置も当初予定より進まず、日常生活において多様な支援ニーズを抱えた精神障害者に対する地域における支援システムはほとんど実現されなかった。1970年代初頭より精神障害者が地域で生活するためには、所得保障、住宅の確保、医療の継続的な関わり、危機対応の必要性が認識されるようになった。そのため集中的、効率的に地域ケアを実施する援助機関が地域に設置され、多様なケアサービスと社会資源を結びつけたり、組み合わせしていく地域支援プログラムが開始された。これがケースマネジメントである。アメリカにおいてケースマネジメントと呼ばれてきた地域支援プログラムは、イギリスでも同年代からやはり脱施設化政策が展開され導入された。イギリスではケースマネジメントはサービスを受ける対象者を専門家が管理し、主導する意味合いがあるとの批判があり、マネジメントするのはサービス提供そのもので、ケアをマネジメントするという考え方から「ケアマネジメント」と呼ぶようになり、身体障害者などにも対象が拡大された。いずれにしてもアメリカ、イギリス両国とも脱施設化対策がケアマネジメントを必要としてきた背景である

といえる。施設処遇は医療、看護、介護などを提供するが、地域生活を支援するためには、個々の対象者の多様なニーズに応えるために、必要な社会資源を確保し、それを結びつけたり、組み合わせたりする必要がある、それがケアマネジメントとして発展してきた大きな要因である。我国では介護保険において、ケアをマネジメントするという意味で「ケアマネジメント」の用語が適用された。障害者においてもノーマライゼーションの理念に基づき人権の擁護、地域支援サービスを一体的・効率的に提供する機能を果たす手法が必要であるとして、ケアマネジメントの呼称で導入されようとしている。

## (2) 精神保健福祉施策とケアマネジメントの関連

1960年に95000床だった精神病床数は、国の民間精神病院設置補助金の助成によって、1994年までに最高36万床と増床し続けた。人口1万人当たりの精神病床数は29床で、世界で人口当たりの精神病床数が最も多い国となっている。(表1)

平均在院日数は1980年に536日が最高で、以降徐々に下降しているが、それでもまだ約450日と入院期間が非常に長い。大島巖氏の「長期入院精神障害者の退院可能性と退院に必要な社会資源及び数の推移から」(精神神経学会誌 1991年)や、1983年度の厚生省(現：厚生労働省)のおこなった「精神衛生実態調査報告」から病状が安定しているにも関わらず、住居の確保、地域社会資源の数、支援マンパワー不足など、地域支援システムが不十分なため退院できない社会的入院者が約7～10万人いることが明らかになってきた。このような状況はノーマライゼーション理念に反し、人権擁護の点からも問題視されてきており、日本においても脱施設化対策が早急に求められている。

障害をもつ人の福祉について基本的枠組みや理

念を定めた法律として障害者基本法がある。これは1993年に心身障害者基本法が改正され名称変更されたものだが、精神障害者にとって画期的な改正点として、1) 障害者の完全参加と平等 2) 心身障害者基本法では精神障害者は医療の対象で福祉の対象ではないとされていたが、障害者基本法の中で福祉の対象となった 3) 国、都道府県、区市町村において障害者基本計画を策定する努力を課した等が挙げられる。この事はこれまで精神保健行政として精神障害者を医療モデルとして捉えていた視点を制度的に大きく転換させ、医療・保健・福祉を包含した施策を具体化していく契機となった。地域で生活している精神障害者を「生活モデル」として捉える視点が認知され、精神障害者のリハビリテーションを推進するためには、医療だけでなく、心理、職業、福祉等のリハビリテーションアプローチと一般市民も参加した相互の地域生活支援システムが必要であることが制度的にも認知されたと言える。これまでには、精神障害者関係の作業所や社会復帰施設等の社会資源づくりとその実践活動、当事者のオルタナティブ活動、市民と協働の地域活動など、精神障害者の社会参加を促進してきた様々な実践が蓄積されてきている事は言うまでもない。

そして2002年度から、他の障害者と同様、精神障害者地域生活支援事業が国・都道府県から区市町村に移管されることになり、関係機関との連携をもとに区市町村が中心となって進めていくシステムとなった。高齢者同様、身体・知的障害者のホームヘルプ事業等の居宅生活支援事業は企業の参画も可能となったが精神障害者も含めた近い将来精神障害者も同様になるであろう。その中でケアマネジメントは、精神障害者も含めた障害者の地域生活支援の一手法として国が今最も期待しているものである。

表1 4カ国における人工1万人当たりの年次精神科病床数

	日 本	米 国	イングランド	旧西ドイツ
1960	10.1	40		9.6
1965	17.6	35.3	30	19.5
1970	23.8	25.9	25.6	20.4
1975	24.8	15.6	21.2	20.3
1980	26.3	9.4	18.6	19.7
1985	27.7	7.2	16.1	17.7
1990	29	6.4	13.2	16.5

H12年「我が国の精神保健福祉」厚生労働省より

## ケアマネジメントを具体化するためのケアガイドライン

1995年「障害者に係る介護サービス等の提供の方法及び評価に関する検討会」が発足し、身体的、精神障害者のケアマネジメントを実施するにあたり、障害別の専門部会をもちながら、3年間の研究を経てケアガイドラインが作成された。以下主な点を列記する。

### (1) ケアガイドラインの理念

- ① ノーマライゼーション理念に基づく
- ② 利用者のニーズ中心
- ③ 障害者の自立及びより質の高い生活実現への支援
- ④ 人権、自己決定権の尊重
- ⑤ 社会的理解の促進

### (2) 原則

- ① ケアマネジメントの技法に基づくケアサービスの提供
- ② 利用にあたっての本人および家族に対して十分な説明と同意（インフォームドコンセント）、プライバシーの保護など人権に配慮
- ③ ニーズの適確な把握と評価
- ④ 目標と期間の設定及び計画的なケアの実施、定期的な見直し

⑤ 複合的なニーズに対応するための専門職によるチームアプローチ

⑥ 地域の人々の支援、新たな援助機能を創設  
新たなサービス提供者の確保とサービス資源の積極的な開発や造成

(3) 対象…精神保健福祉法に定義された精神障害者で、地域社会で生活している者及び医療機関に入院して社会復帰をめざしている者となっており、具体的には、1) 多様な生活上のニーズがあり 2) 長期間の支援が必要 3) 自身で問題解決が困難 4) ケアマネジメントの活用に同意の4点を満たしている者ということになる。

\* この理念と原則から、1) サービス提供の基準が文書化される 2) サービス提供者が共通の言語をもち、理解を共有できる 3) 地域格差や機関格差の是正 4) 努力目標が具体的に明示され、各機関の支援の動機づけが明確になる 5) サービスの均一化と最低のサービスが保障されるなどを期待しているのが理解できる。

\* ケアマネジメントを実施する者の呼称を「ケアマネジメント従事者」とした。

### (4) ケアアセスメントプロセス（過程）

#### ケアマネジメントの導入

▼ インテーク面接…1) 相談票を用い、利用者

の相談理由や生活の全体像を理解する、  
2) ケアマネジメントの対象者としての適正  
をはかる、3) 説明書をもとに説明

#### ケアアセスメント

- ▼1) ケアサービスに必要な調査、アセスメント表、ケア計画書の説明の上、利用者の同意署名、担当者も署名、2) 面接

#### ケア計画作成(プランニング)

- ▼1) 仮のケア計画作成、利用者に提示  
2) ケア会議の開催、ケア計画書作成

#### ケア実施

- ▼1) 実施に関わる説明・了承、2) 申込書に署名、3) 関係機関の連絡・調整、4) 主治医診断書、5) 本人サービス利用、利用手続

#### モニタリング

- ▼1) サービス実施状況確認・見守り、2) 効果測定・見直し、3) 必要に応じ、ケア会議、  
4) 再アセスメント必要有りの場合、アセスメントへ戻る

#### 実施効果の評価(エバリュエーション)

- ▼1) 計画の振り返り、2) 生活目標・生活改善の達成度、3) 利用者の満足度、4) 行政にはたらきかけ、5) 満たされないニーズの資源開発

#### 終了

\* 試行事業の過程を辿って気づいた点、協議した点を後に記すが、関係機関がこの過程を共有し、ケアマネジメント従事者が調整していくのはかなり大変な作業であることが推測できる。

#### (5) ケアマネジメントの類型

- 1) アメリカをモデルとしたサービス斡旋調整機能のブローカー型
- 2) 多職種チームにより精神科治療、リハビリ

テーション、具体的な生活援助サービスの提供をおこなう包括型(ACTプログラム)

- 3) 多職種チームをもたず、特定のモデルを原型にせず、既存のサービスを効果的に利用する集中型(ICMプログラム)
- 4) 自我心理学、認知行動療法に基づく臨床モデル
- 5) リハビリテーション実践に基づくリハビリテーション志向モデル
- 6) 対象者の生きる力の強さに焦点をあてるストレングスモデル

\* ケアマネジメント検討委員会ではアメリカやイギリス、ヨーロッパのケアマネジメント活動の状況を研究し類型化した。最近我国の臨床家達が、ACTやストレングスモデル、ウイスコン州のマディソンモデル等を研究し、試行を開始している。どのモデルを参考にするかは、対象者の病状、障害の程度、生活状況によって異なり、ケアガイドラインに基づく試行事業をとおして精神障害者の地域生活支援はかなり個別性が高いことを改めて実感したので後記する。

#### 試行事業の取り組み

国はケアガイドライン作成前段で15都道府県、253機関・団体、合計623人の精神障害者を対象として実施した。そしてケアガイドラインが作成された。その後各地方自治体で試行され、東京都においては、1999年にまず保健所で実施した。翌年全国21ヶ所の精神障害者地域生活支援センターで39事例を対象に試行した。

当支援センター「こかげ」ではその内の4事例を実施した。試行事業を行う前に、精神障害者本人・家族を対象にケアマネジメントについて説明会を開いた。しかし支援関係者もケアガイドライ

ンに基づいてケアマネジメントを行うのは初めてなので試行錯誤しているし、当事者は1回の説明会では理解困難だった様で、説明会後に利用希望者は1名だった。試行の段階では、複数の支援関係機関が関わっている事例か、本人が生活問題で困っていると感じている事例から、該当事例を選択・検討し個別に試行事業への協力を依頼した。ケアマネジメントの説明に40分～1時間を費やした。特に用具（支援サービスの実践を定式化させるための用紙）の説明は膨大な時間を要したので、本人の疲れ具合を見ながら、2～3回に分けて説明をした。それでも不十分な点は進めながら必要に応じて説明を加えていき、支援の緊急性を要する事例、支援関係機関の連携が不十分な事例の4事例を選んだ。（表2）

#### 用具を使用して～用具の有用性の検討～

試行事業では、ケアガイドライン検討委員会で作成した用具を使用することになっている。

用具には、①相談票 ②ケアアセスメント票 ③ケア計画書の3種類がある。

3種類の用具はさらに細かく分類されており、膨大な量であるため、ここに全てを記載する事は紙面の都合で不可能である。論旨が理解しづらい点が予側されるがご了承願いたい。

これまでにケアガイドライン検討委員会は、新たに用具検討委員会を設け、4回の改定版を出し、それはより簡略化されてきているが、筆者はまだまだ記入量や内容の重複が多過ぎると思う。順に紹介しながら試行の結果を述べる。

##### 相談票の記入項目（A4サイズ2枚）と

##### 記入実施・面接の結果から

氏名、年齢、性別、婚姻、住所の欄があり、次に、

- 1）相談の理由（自由記入）
- 2）現在の生活状況（1.生活の場 2.日中の主

な活動の場 3.障害者手帳・障害年金の有無 4.現在利用している保健・医療・福祉サービス 5.家族歴・生活歴 6.相談票による面接の結果 7.相談票記入状況）を記入していく。

相談票で表2の①～③までの情報を得た。これを記入した利用者は、記入する際にケアマネジメント試行事業担当者（以下担当者）から相談票記入の目的は、「あなたの相談に応じていくために必要な現在の生活状況を把握するため」と説明を受けている。その点は納得しているが、2)－4の医療に関する項目の記入量が他の項目に比べ多いので、「過去の病歴を詳細に調べられているような印象をもち、あまり気分が良くなかった」とNさん、Kさんが感想を述べている。ガイドブックにも「現在の状況に関連するところを中心に記入すること」と記してある。相談票に基づく導入の面接は、担当者の面接技術も問われるところである。それから担当者とのそれまでの関係づくりの在り様が利用にあたっての安心感や、期待感、「色々聞かれちゃった」感に差が出るようで、今回の4人は当会の利用者なので、安心感がありスムーズに利用に結びついたと言える。しかし、実際にケアマネジメントが実施されれば、新規利用者にも対応していくことになるので、ニーズを把握し、課題を解決していく上で、次の段階のアセスメントまでの関係づくりが、利用者がより主体的に関わるかどうかの決め手になることを感じた。

それからあまりにも説明内容、記入例の分量が多く複雑なので理解しにくい。これが浸透するまでには相当な時間を要するし、肝心の支援効果と利用者の満足感が評価実績として挙がってこない。この手法は広がらないだろうと思われる。

精神障害者の場合、日頃の相談状況からもわかるように、最初の相談は本人よりも家族が多い。

表2 試行事業事例の概要

氏名	①生活状況	②支援機関・者	③病歴・病状 障害程度	④試行の理由 (従事者側)	⑤ケアマネ希 望理由(本人)	⑥アセスメント	
						本人の希望	家族の希望
K 女性 40代	<ul style="list-style-type: none"> <li>一人暮らし(持家)</li> <li>叔母が金銭管理</li> <li>作業所通所</li> <li>支援センターの食事サービス利用</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>通勤寮</li> <li>支援センター</li> <li>作業所</li> <li>保健所</li> <li>クリニック(Dr)</li> <li>民生委員</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>統合失調症</li> <li>糖尿病</li> <li>肥満</li> <li>言語障害</li> <li>うつ状態</li> <li>引きこもり</li> <li>腰痛・頭痛</li> <li>通勤寮入所(2年間)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>一人暮らし困難</li> <li>症状の不安定さ</li> <li>食生活改善</li> <li>各支援機関連携の必要</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>食事のコントロールができない。</li> <li>生活費不足</li> <li>マンション暮らし</li> <li>気分落ち込みで作業所に通えない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>体重を減らしたい</li> <li>生活費を増額</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&lt;叔母&gt;</li> <li>金銭管理を他の人に頼みたい</li> </ul>
N 男性 60代	<ul style="list-style-type: none"> <li>一人暮らし(公団)/生活保護</li> <li>兄妹離れているも音信あり。</li> <li>腰痛のため授産施設に通所困難</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>保健所</li> <li>授産施設</li> <li>支援センター</li> <li>病院(Dr)</li> <li>福祉事務所</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>統合失調症</li> <li>糖尿</li> <li>腰痛</li> <li>入院歴2回(1～5年)</li> <li>20年ほど入院なし</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>腰痛表出のため一人暮らしが困難</li> <li>時々うつ状態</li> <li>各支援機関連携の必要</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>腰痛ひどく歩行不自由</li> <li>ヘルパー希望</li> <li>授産施設で仕事をしたい。(通所不可となる不安)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>授産施設に通いたい</li> <li>ヘルパー希望</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&lt;兄弟&gt;</li> <li>一人暮らしを続けられなければ施設入所も考えてほしい</li> </ul>
S 女性 50代	<ul style="list-style-type: none"> <li>父と同居していたが、父病死。</li> <li>一人暮らし</li> <li>生活保護</li> <li>作業所週3回通所</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>病院(Dr)</li> <li>保健所</li> <li>作業所</li> <li>支援センター</li> <li>福祉事務所</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>統合失調症</li> <li>入院歴1回(7年)</li> <li>現在病状は安定</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>父病死により一人暮らしへ</li> <li>転居</li> <li>各支援機関連携の必要</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>一人暮らしへの不安</li> <li>建物が老朽化し転居希望</li> <li>姉はグループホーム入居希望</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>引越し</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&lt;姉&gt;</li> <li>グループホームに入居してほしい(一人暮らし心配)</li> </ul>
M 男性 30代	<ul style="list-style-type: none"> <li>母入院中。父と同居していたが病死</li> <li>父が親戚付き合いを一切拒否</li> <li>父に依存した生活</li> <li>授産施設週4日通所</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>作業所</li> <li>授産施設</li> <li>支援センター</li> <li>クリニック(Dr)</li> <li>区保健福祉センター</li> <li>父親の病院のSW</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>統合失調症</li> <li>肥満</li> <li>入院歴1回(3年)</li> <li>最近精神科主治医を变える</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>母病氣。父、病死により同居から一人暮らしへ</li> <li>若年発症のため、社会的体験貧困</li> <li>陰性症状回復</li> <li>各支援機関連携の必要</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>父病死の際、葬儀支援</li> <li>親戚との関係作り</li> <li>ホームヘルプの希望</li> <li>授産施設から作業所へ移りたい</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>一人暮らしができるようになりたい</li> <li>作業所通所</li> <li>親戚付き合い</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&lt;親戚&gt;</li> <li>引き取れないので支援してほしい</li> </ul>

氏名	⑥アセスメント			⑦ケア実施		⑧達成状況	⑨満たされていないニーズ
	ニーズ(本人・従事者の総合判断)	個別のケア目標(従事者)	本人が満足している点	支援機関・者	実施内容		
K さん	・食生活改善 ・肥満	・作業所・センターの食事サービス利用 ・保健師の定期的訪問、食事指導	①一人で居るとホッとする時もある。 ②パッチワークが得意	・作業所 ・支援センター ・保健所 ・医療機関 ・民生委員	・作業所…毎日、昼食 ・支援センター…週1回の夕食、月1回の夕食会 ・民生委員さんとの交流	△	・食事を共にし会話ができる食卓 ・保健師の栄養指導
	・生活費の管理 ・叔母との関係改善 ・生活の見守り ・手話通訳者の支援	・生活費予算立てと自己管理 ・叔母と本人の関係調整		・作業所 ・支援センター ・叔母 ・通勤寮 ・民生委員 ・保健所 ・手話通訳者	・週に一回生活費の振り返りを共にする。 ・叔母が K さん宅を訪問時に訪問面接 ・通勤寮が夜間対応	△	・叔母との関係改善 ・通訳候補者あり
	・作業所通所困難	・作業所に通う動機付けを高める。		・作業所 ・手話通訳者	・パッチワークの販路を一緒に探す。	×	・販路見つからず
	・マンションに引っ越したい	・財産管理の問題もあるので本人の意向を尊重しながら叔母との話し合いをもつ。		・支援センター	・成年後見制度活用 の検討 ・転居の可否について話し合い	×	・制度活用 の検討 ・叔母、本人、従事者の話し合い
	・引きこもり	・民生委員訪問		・クリニック ・保健所 ・民生委員	・病状管理 ・見守り、訪問	○	・肥満の改善
N さん	・腰痛・うつ状態の改善	・受診同行	①授産施設の 仕事はやりがいがある ②助けてくれる仲間が居る	・医療機関 ・支援センター	・精神科2週間に1回、腰痛1週間に1回、必要に応じて同行。ホームヘルパーに移行	○	・ヘルパーが 変わることの不安
	・一人暮らし困難	・ホームヘルパー導入		・支援センター ・ホームヘルパー ・兄、友人	・ヘルパー週3回家事援助	○	〃



	・授産施設に通いたい	・印刷技術があるので仕事があると無理してしまう状況を改善		・授産施設 ・支援センター ・Nさんの仲間	・本人との面接 ・仕事の困難さ、淋しさ、悔しさに共感していく ・現実検討を深める	△	体力に応じた活動の場所確保
Sさん	・一人暮らしを迫られている	・訪問・作業所での面接を通し、本人の不安感、姉の意向を受け止める。	①古い家から転居できる ②姉が相談にのってくれる	・支援センター ・区・福祉課	・保健婦が受診先HPに同行 ・訪問 ・センターは、各機関の関わり状況を把握しておく	○	本人は、姉の支えにより、現状では問題なし  (終了)
	・建物老朽化しており、転居。姉も希望。	・新たな住居を共に探す		・支援センター	・今までの住まいの近くにアパートを探す。センター同行	○	新居が気に入った
Mさん	・一人暮らしを迫られている	・ホームヘルパー導入(一時的) ・本人の不安な気持ちを受け止める	①センターのスタッフに相談できる	・作業所 ・支援センター ・ホームヘルパー ・友人 ・保健福祉センター	・父亡き後、家財の片づけ ・ヘルパーを依頼。 ・生活保護、手帳、年金の申請	△	成年後見制度の利用 生活保護
	・社会的体験が貧困	・就労支援 ・作業所通所		・医療機関 ・作業所	・本人参加型のリハビリテーション計画を立て実施	△	計画通りに進まず

関係機関からの相談が先行する場合もある。しかしケアマネジメントは原則として本人の利用意志によって開始することになっているので、今まで以上に本人の意志確認をていねいにするを怠ってはならないことも改めて感じている。

#### ケアアセスメント票の構成と記入実施・面接・訪問

表紙…アセスメントの理由、本人の意向、アセスメントの実施経過を記入し、次に

A) 本人の希望…困っていること、現在の生活への満足度、利用してみたい制度など

B) ケア必要度(対人ケアサービスのニーズ) …自立生活能力／緊急時の対応／配慮が必要な社会行動

C) 環境条件・個人の条件…社会的機能レベルに影響を及ぼす環境条件、家族の態度、社会的支援状況

D) 社会生活上の困難な問題(環境調整のニーズ・社会的不利尺度)

経済的問題、住まいの問題、日中活動の場の問題、支え手の問題、その他

E) ニーズのまとめ、ケア目標…アセスメントをとおしての全体評価の記載

最後の10ページにアセスメント実施記録と主治医の意見書の有無

以上から構成されている。アセスメント理由は相談表に基づく面接からつながる。試行の4人は担当者との関係作りが既にできていることから、アセスメントへの移行は問題なかったし比較的生活状況が把握しやすかった。アセスメントは、利用者の生活実態と利用者が何に困り、何に満足し、自分の暮らしをどのように感じているかを理解し、全体の生活状況を把握することが最も大切である。ケアガイドラインのアセスメント票は記入量が膨

大で利用者はかなり疲れた。同様な記載内容が繰り返されるところもあり、返って全体の生活状況が見えにくくなってしまいうことが考えられるので用具とは別に表2を作成した次第である。アセスメントの結果を表2の④～⑥にまとめてみたら利用者のニーズもより理解しやすくなった。

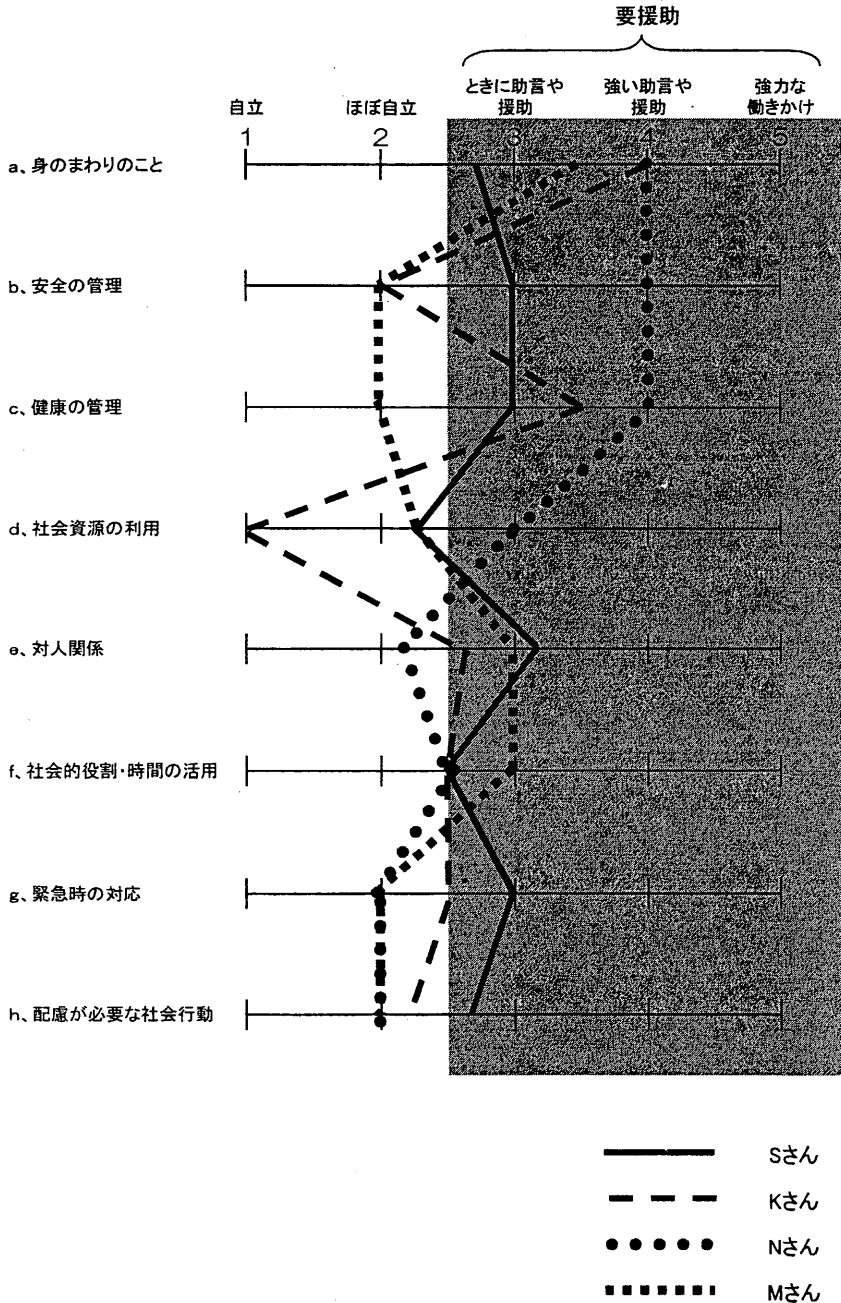
B) ケア必要度(対人ケアサービスのニーズ)の評価(表3)で求めていることは、利用者の具体的な生活行為についての能力(生活能力)程度を把握し、それに応じてケアサービスの必要度を客観的に評価することである。A)は本人の希望は本人が記すのに対して、B)は担当者の評価に基づいて記すことになっている。

以下の内容をアセスメントし、得点評価方式で記す。各領域で5段階評価となっている。(表3)

細目は、a)身のまわりのこと(パーソナルケア){食事、生活リズム、衛生・みだしなみ、清掃・洗濯、金銭管理}、b)安全の管理{火の始末、物の管理}、c)健康の管理{服薬管理、身体健康管理}、d)社会資源の利用{交通機関、公共機関・金融機関等、電話}、e)対人関係(主に家族以外){協調性、自発性、近所との付き合い、友人との付き合い}、f)社会的役割・時間の活用{社会的役割(就労、作業所等)、趣味・余暇時間の過ごし方}、g)緊急時の対応{心配事の相談、悪化時の対処}、h)配慮が必要な社会行動{会話の不適切さ、マナー、自殺・自傷念慮や行為、その他社会的適応を妨げる行為}となっている。

これを最近1ヶ月の最も一般的な状態を想定して評価する。家族の援助を日常的に受けていると評価は4点以上となる。入院の場合、1年未満の場合は入院前の生活状態から評価し、1年以上の長期の場合は退院し地域生活へ移行した際の生活状況を想定して評価する。入院者の生活状況評価は推測の域で判断せざるを得ない時もあり、この

表3 ケア必要度得点の算出



評価の方法は担当者の主観が影響するのは否めない。この評価表を使用する対象者を地域で生活しているか、ショートステイ（短期宿泊訓練）や定期的な外泊訓練経験者等に限定する必要があるように思う。地域生活者に対しても面接室での面接

だけでなく、むしろ作業所やデイケアなどの活動場面や自宅へ訪問するなどして、ありのままの生活に触れた情報収集に心がけることが必要である。そしてできるだけ正確な評価をすることが重要である。と言うのは、ここでの評価がこの後のケア

計画につながっていくからである。正確な情報から適確なケアが提供されるので、この点を関係者は充分認識する必要がある。ケアマネジメントの資料は利用者に求められれば開示することになっているので、担当者の評価が利用者の自覚と一致しないと利用者からの信頼を損なうこともあり得る。利用者が納得できるようていねいな面接の中で、客観的、多面的な視点をもった生活状況の確認も必要である。アセスメントは利用者のありのままの生活を支援者側が正確に把握し、共有することが一番の目的なので、利用者のできる・できない評価は必須条件ではないと考える。表3で4人の利用者のケア必要度を見るとかなり個人差があるのがわかる。生活の特徴やその人の生活の仕方を推し量る上では参考になった。Kさんは「社会資源の利用」が自立になっているが、身のまわりのことや健康管理は要援助となっている。しかし、Kさんの方から求めている社会資源は何かと考えた時、言語障害があり、糖尿病、統合失調症を合併しているKさんが、支援者側が用意している社会資源をどのように感じているか、Kさんの気持ちを推し量れないところがあることに気づく。Sさんはケア必要度が自立と要援助の中間点で、当初一人暮らしに向けての不安感はかなりあったが、姉を始め、作業所のスタッフの日常的な声かけがSさんの安心感を高めたのだと思う。Nさんはニーズがかなり明確で、要援助項目があってもケア計画・実施に困難な状況は少なかった。Mさんはこの表では自立度がやや高くでるが、実際は意欲減退症状があり、医療や計画的なリハビリテーションが必要な人である。このように自立度とケアの必要度が比例しない場合もあり、この評価表に重きをおいてここからケア計画を作成するのは問題であると思う。むしろ各領域に自由記入方式の特記事項あるので、そこも充分参考にす

べきである。

#### ケア計画からケア実施へ

表2の⑥までのアセスメントからケア計画書を作成する。

計画書の内容は表紙にケア会議の記録用紙があり、次頁から、1) ケア計画分析表①(仮の計画書) 2) 分析表②(ケア会議提出用) 3) ケアパッケージの実施内容 4) ケアサービス週間予定表となっている。これも記入するのにかなりの時間を要する。相談票、アセスメント作成のプロセスで4人の利用者は「色々聞かれ、話し、疲れた」と述べている。担当者もここまでの書類の作成に要した時間を考えるとため息が出てしまった。これまでのプロセスを踏んでくると、決められた書式にあてはめて記す事に陥りがちであることを実感する。アセスメントは情報収集、ニーズの多面的な把握を目的にしているので、相当な時間を要するのは当然だが、ケア会議等で利用者と支援関係機関でそれらを共有できたら、迅速にケアを実施する事を優先しなければならない。記録優先ではない。そこで計画書を凝縮し、表2の⑦～⑨を作成してみた。日々のケア実施は個人記録を作成し、時間軸でそこに具体的に記すことが必要である。ソーシャルワークにおけるケースワークの大前提である。これを怠らなければ計画書、実施記録はこの表の内容で充分であると考ええる。そして利用者、従事者と共に定期的に実施状況、達成状況、新たなニーズの確認をしていく。4人に対する個別の関わりを前提としたケア実施の様子を時間軸で一部紹介する。

Kさんは各々の関係機関が支援していた(表2-⑦)が、お互いの連携ができていなかった。そのためケア会議で一同に会し、Kさんに対する支援の視点が話し合われるまで、自分から発信して

こないKさんの孤独感や気持ちを引き出す事ができず、目前の課題の対処（食事のコントロール、作業所通所等）に留まっていたことが確認された。Kさんの気持ちをもっと引き出し、受けとめ、各機関の役割の明確化と共有化を具体的にし、実施することにした。（表2-⑦）

叔母との関係と資産管理については話し合いを重ねながら対策を考えていき、早急に結論が出る話ではないことをKさんに理解してもらいつつある。ただ広い家に一人で居るので各支援者の訪問等で生活の見守りが必要である。特に夜間の電話や必要に応じての訪問は通勤寮の男性スタッフが担うことになる。まだまだ課題が多い事例である。（表2-⑧・⑨）

Nさんは、日頃自分から困っている状況を話してくる人なので、主体的に取り組む事ができた。（表2-⑦）

元気だった頃を思い出し、自由にならない体を憂え、現実との折り合いをつけることがむずかしいNさんの気持ちに寄り添いながら、保健福祉センターと連携し、ホームヘルパーの派遣を実現できたので、病院の受診も同行してもらえるようになった。兄は離れているので一人暮らしが心配のようで施設入所を希望していたが、ヘルパーや当事者とおしの支え合いで当面充分暮らしていけることを伝え、施設入所の話を撤回した。Nさんはほっとしたのか落ちこむ事が少なくなった。（表2-⑧・⑨）

Sさんは作業所に通っていたが、マイペースであまり仲間との交流もなかった。ある日、父親が病気で入院し、重体であると言う。姉からもしばらく連絡がないのでこちらから連絡をし、父の詳しい状態を聞く。困った問題として家が老朽化しており、Sさんが一人になった時には、安心して住まわせておくことが出来ないと言う。保健師も

関わっていたので、Sさん、姉、保健師、作業所スタッフ、担当者でケア会議をもつ。保健師がSさんの医療機関に同行し、この間の生活状況を伝え、従事者が自宅を訪問し、安全状態を確認した結果、なるべく早く転居した方が良いと判断。姉はグループホームを希望していたが、Sさんは、一人暮らしを希望。グループホームに空きがないので、なるべく支援センターの近くで部屋を探すことをSさんが了承し、姉も同意した。部屋探しに伴い手頃な所が見つかる。ケアマネジメントを導入することによって関係者が連携しながら取り組むことができ、Sさんも支援者の役割を理解できたようだ。Sさんの問題はひとまず解決したので、ケアマネジメントは終了とした。（表2-⑦・⑧・⑨）

Mさんは母が入院中で父と二人暮らしだったが、父も病気で入院してしまう。Mさんは若年発病で、陰性症状強く、意欲減退が目立つ。父は親戚付き合いを一切しなかったのも、亡くなった後の葬儀やその後の整理がまったくわからず、関係者共々、右往左往状態だった。父の病院のソーシャルワーカー、保健福祉センターの保健師、授産施設・作業所スタッフ、担当者がMさんを交えて2回ケア会議を開く。Mさんと相談しながら父の病院のワーカーと担当者が連絡し合い、病院から親戚にも連絡をとり、葬儀を執り行なった。その後父の遺品の整理があり、ホームヘルパーの導入を検討中。今後の生活で成年後見制度の活用も検討しなければならない。医療機関に担当者同行し、この間の経過を伝え、今後の一人暮らしに向けて支援の連携を深めていくことを確認した。（表2-⑦・⑧・⑨）このようにケアマネジメントの過程には、支援関係者と利用者の個別の支援関係があり、それが機能していなければケアマネジメントも機能しないことがわかる。

## ケアマネジメント経過の振り返り

### ～その有効性と限界性～

#### ① アセスメント面接の不充分さの認識

今回の試行事業は、担当者となる程度関係づくりができて利用者が対象だったので、ケア計画からアセスメントまでスムーズに進んできた。実際に開始されるとケアマネジメント利用希望者とそこで初めて出会うことになるので、ケア計画、アセスメント段階はまだお互いの信頼関係が充分とは言えない状態である。だからアセスメントの面接は決して充分なものではないのだということを確認する必要がある。その認識の上に立ってケア計画・実施を進めていき、ニーズの把握が違うことに気づいた時には、迅速に再アセスメントをし、計画・実施をし直す柔軟さが無いと適確な支援につながっていかない。

アセスメントは利用者を中心にしながら、様々な角度から支援に必要な情報をていねいに収集し、支援方法を検討していくための最も重要なプロセスであることも改めて認識できた。

#### ② ケア計画における生活全体の把握と環境へのアプローチの必要性

ケア必要度の評価のところでも触れたが、このケア計画は利用者の生活全体に目を向ける視点が弱い。利用者のセルフケア能力を高めるためには、生活能力の障害の有無を評価するだけでなく、利用者を取巻く環境に目を向け、利用者と環境の相互作用から、環境への働きかけを積極的におこなうことが重要である。ケアマネジメントを新たな社会資源を生み出していく原動力として期待するのであれば、アセスメントからケア計画につなげていく時に支援環境達成度と満たされないニーズに出てくる不足している社会資源や生活環境を充

実させていくための具体的な計画と実施、モニタリングが必要である。改訂版ではぜひ検討を要する。

#### ③ ケア会議をととしたネットワークづくり

Kさん、Mさんの事例をととして、ケア会議で支援関係者が一同に会し、各々の視点の違いや役割の確認ができた。特に主治医から治療方針を確認することができ、ケア計画・実施内容との関連性や有効性も検討でき、ケアマネジメント過程をお互いに共有している実感が持てたのは何よりの収穫であった。しかし各機関・者のスケジュール調整が困難で4事例全部のケア会議を開くことは現実的に無理があった。他の2事例は関係者が一同に会してのケア会議は開けなかった。会議がもてなくとも担当者は関係機関のケア計画、実施状況を総合的に集約し、ケア計画書、実施状況を一覧にまとめ、各機関に伝えたり、調整が必要な時はその役割も担う必要があるだろう。この点について従事者にその役割と責任性を保障しなければ実施が困難である思うので、新たに事例を基にしたガイドが必要であると感じた。

#### ④ ケアマネジメント評価方法の再検討

我国の精神障害者の医療・リハビリテーション・生活支援において、利用者に対しては心理テストや職業適正評価、生活能力評価等、様々な評価尺度が考案されているが、支援専門職の臨床・実践に対する評価尺度はまだまだ少ないし、共有化されていない。むしろ今後は後者の評価尺度が必要であり、そのための臨床・実践に基づいた研究が必要であると感じているので、筆者も新たな課題に向けて更に努力しなければならない。

#### ⑤ アウトリーチとケースワークの重要性の認識

膨大な時間を使ってケア計画書やケアパッケージを作成したが、それよりも利用者の生活の様子を知る為に、あるいは話し相手を求めている時に実施した1回の訪問が、利用者との信頼関係を深め、生活空間を共有できるので利用者の気持ちにより共感でき、情報も集約することができ、どれだけ有意義であるかを強く実感した。利用者の気持ちを尊重しながら、利用者の生活場面で彼らのニーズを受けとめていくためにも、もっと訪問（アウトリーチ）を積極的に取り入れていく必要がある。

#### ⑥ インフォーマルな関係性の重要さとセルフケア能力

Kさんが民生委員さんの支援を受けている関係やNさんの当事者とのお付き合いを見ていて、インフォーマルな関係づくりは、利用者のセルフケア能力を高めていくのにとても効果があることを知った。インフォーマルな関係とはお互いに人として対等な関係であり、その関係が日常生活の中にあるということだと思う。利用者のニーズを社会資源に結びつけてケアを終了するのではなく、利用者の個々の生活の中に様々なインフォーマルな関係を構築できるような側面的な支援も忘れてはならない。

#### ⑦ 用具の活用について

ケアマネジメントの手法は魔法のようなところがあり、用具を使うこと自体がケアマネジメントそのものだと思ってしまうがちである。用具を使用しておこなうケアマネジメントという手法があって、次に支援があるのではなく、支援があって手法があるのである。用具を活用することによって、支援の共通性と一貫性をもてるが、精神障害者の支援は一人ひとりの個別性を最大限

重視することが支援の在り方の基本なので、その点から考えるとケアマネジメントは、支援の個別性と多様性を損ないがちなところがあり、支援手法としては基本的なところで限界がある。

#### ⑧ 支援機関・者の役割の明確化

試行事業では事例を選考する際に検討基準を考えた。ひとつは様々な関係機関・者が支援しているにもかかわらず、各々の支援方針や考え方が共有できず、ややもすると対象者が支援者の生活管理ネットワークに囲まれてしまい、返って個人の主体性が損なわれているのではないかと感じていた事例である。もうひとつは支援機関どおしが依存し合い、お互いの支援に委ねてしまって、結局適切な支援ができていないことを感じていた事例である。試行事業を契機に仕切り直しをした。このねらいはケアマネジメントをとおして支援機関が連絡を定期的に取り合う事になり、利用者の気持ちや生活の様子を各機関で確認し、お互い支援の視点やアプローチの方法の違いを認識し合うことができ、利用者も含めた連帯感が高まっていくのを感じた。ケアマネジメントの目的のひとつである包括的サービス提供とチームアプローチ、情報の共有化の必要性を各機関とも再確認する良い機会になった。

#### 精神障害者の地域生活支援におけるケアマネジメントの課題と展望

筆者が精神保健福祉士として関わっている(福)豊志会では、精神障害者の地域生活支援活動として、地域生活支援センターの他に、作業所や授産施設、グループホーム、ショートステイ事業等を行っている。そのひとつであるショートステイ事業は、精神病院に長期入院している人達が退院に向けて一人暮らしの練習をする場所として利用した

り、あるいは家族と同居しているが、時々関係が悪くなったり、お互いに緊張関係が強くなったりした時に、少しの間お互いが離れて暮らす場として、あるいは火事などの突発的な被害に合った時の緊急一時非難場所などとして活用されている。実施期間の9年間で延べ241人の人達が利用した。ここを利用する人達をとおしていつも強く感じることもある。それはほとんどの利用者が自分の考えを言語化して相手に伝えることが困難な状態であるということである。陰性症状がそうさせている面もあるのは承知しているが決してそれだけではない。長い入院生活により治療者と患者という固定された関係の中で発言権が弱められたり、自分の考えを述べる機会を失っていたり、自発的に行動することをしないで生きていける環境に安住していたり、社会生活と病気や障害の狭間で深い挫折感を味わってきておりすっかり自信を喪失していることなども大きな要因であると思う。この現実をみるとケアマネジメントの原則とされている自己選択・自己決定を前提とした「利用者ニーズ中心」の原則を唱える前に、支援者は相手の話をじっくり聞くことから始めることが必要不可欠である。そして生活していて楽しいことや、少しでも生きがいを感じていることなどに耳を傾け、生活していく上でその人が持っている（秘めている）たくましさに焦点を当てていくこと（ストレングスモデル）でその人の個性をより正確に認識できる。この視点と支援方法は、マニュアルどおりに面接をすれば可能かという決してそうではなく、日頃の臨床・実践の中で利用者との関係づくりをとおして培われるものである。今後、区市町村が中心になって進めようとしているケアマネジメントは、行政システムとして従事者が2～3年で移動がある体制の中でも実施されていくのである。今、区市町村職員のケアマネジメント研修

が盛んに実施されているが、にわか研修で利用者の自己選択・自己決定を保障していくケアマネジメントを実施していくのは不可能であるし、利用者の生活権を脅かすことさえ起こりうると考えている。今後、前記した社会的入院者の地域生活を実現するには、支援機関・者は、地域で暮らす精神障害者の個々の生活に寄り添い、日頃の関係性を時間をかけていねいに構築していくことから開始し、彼らの生活状況の中からニーズを掘り起こしていかなければならない。それが精神障害者を「生活モデル」として捉えるという視点である。

それから、ケアマネジメントは精神障害者の地域生活支援の有効な手法ということだが、これを実施するにあたり、介護保健制度のようなシステムとしての制度的位置付けや責任の主体が不明確であるという大きな問題点がある。このまま進めば責任主体は区市町村になると予想するが、あくまでも地域生活支援の一手法であるということではいつまでもお茶を濁しているわけにはいかないはずである。利用者を生活モデルとして位置付け、生活支援をしていく責任の所在を明確にすべきである。この点をいつまでも曖昧にしていると、様々な問題や不慮の事故も起きてくるだろうと予測している。精神障害者を地域で支援していくためには、高齢者のケアマネジメントで実施されている社会資源を結び付けていくサービス調整型のケアマネジメントでは無理である。医療、リハビリテーション、福祉の分野が、お互いに対等な関係性の中で、一体的にその支援にあたれるような機能をもつケアマネジメントにしていかなければならないことと従事者のスキルアップが早急に求められている。今後も実践の中で検証していきたい。



- \* 資料提供として、(福)豊芯会地域生活支援センターこかげのスタッフのご協力を得る事ができ、感謝申しあげます。
- \* 表の作成に心理教育学科4年生の宮坂千亜紀さん、飯塚純子さんに卒論の関係で協力していただきました。

#### 参考文献

- ・精神障害者ケアマネジメントの進め方 高橋清久／大島巖 精神障害者社会復帰促進センター 2001
- ・我国の精神保健福祉 精神保健福祉研究会 厚健 2001
- ・図説 ケアマネジメント 野中 猛 中央法規出版 1997
- ・精神障害者のケースマネジメント Charles A.Rapp 江畑敬介(監訳) 金剛出版 1998
- ・精神障害者のケアマネジメント 日本精神保健福祉士協会 へるす出版 2000
- ・精神保健福祉法時代のコミュニティワーク 田中秀樹 相川書房 1996
- ・エンパワメント実践の理論と技法 小田兼三 中央法規出版 1999
- ・精神障害者地域リハビリテーション実践ガイド 久保鉦章 日本評論 2002
- ・精神障害リハビリテーション学 蜂矢英彦他 金剛出版 2001
- ・精神障害とリハビリテーション Vol.1 No.1 上野容子 金剛出版 1999  
～当回事者の生活支援における各専門職種の主体性と連携のありかた～
- ・リハビリテーション研究 No.108 上野容子 日本障害者協会 2001

#### Abstract

In Japan, implementation of care management for the disabled will be enforced in April of 2003, following a similar to one for the elderly, with the aim of facilitation of community life support for them. Care management for the mentally disabled was investigated for the implementation, and a model project and an educational training program engage care management.

As part of the services of Community Life Support Center “Kokage” for the mentally disabled, where this writer participated in the activities, four cases of a model project of care management have been performed. This study is aimed to analyze the applicability and limitation of tools, which are used through process of the model project based on the national guideline of care management. Additionally, roles and the following assignments of care management within the context of implementation of community life support for the mentally disabled are examined in this study.

**Key words :** the mentally disabled, life model, care management, tools, community life support