

# 生活の継続を支援するケアマネジメントの実践

～ケアマネジャーからソーシャルワーカーへ～

山田 登喜子

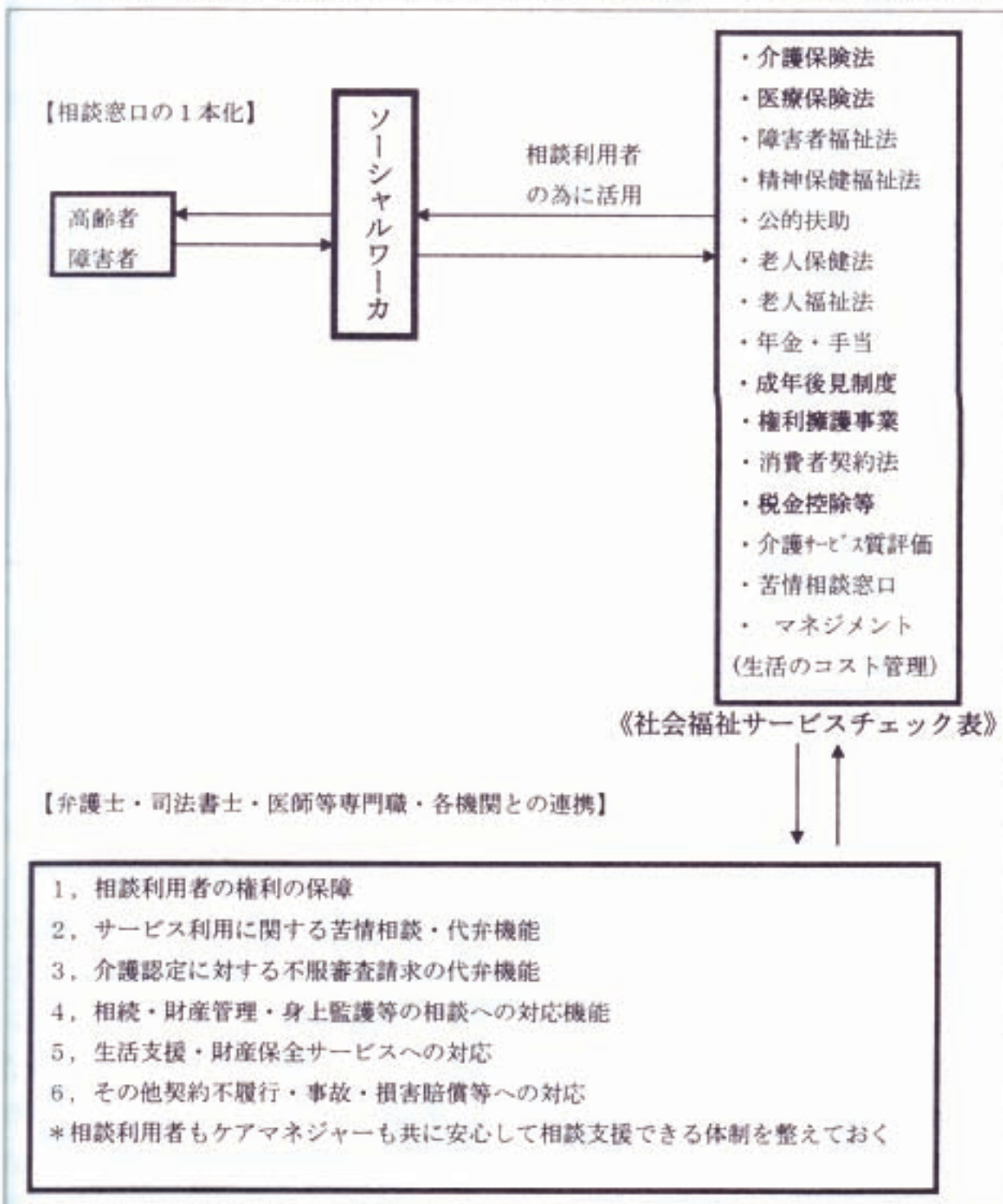
特定非営利活動法人ゆうらいふ 指定居宅介護支援事業所 所長

## 1. はじめに

平成3年、筆者は社会福祉士資格を取得したその年に「デンマークにおける高齢者福祉医療制度の現状」(コーディネーター；岡本祐三教授)の視察研修に参加する機会を得た。その時学んだ福祉サービスの3原則(①個の尊厳の保障(自己選択・自己決

定・自己責任)②残存能力の活用③生活の継続保障)と、その理念を実際の生活支援の場で具現化している姿を体験し、「福祉」は単なる制度ではなく「生活を継続すること・生きることのすべてに関わることである」と言う大きな課題を得た心地であった。その時、公務員であった筆者には、デンマークの方々の暮らしそのものが新鮮であり、自身の生活を見直しながらの学びとなり、ソーシャルワーカーとしての新たな出発の原点となった。

日本でも平成2年に福祉8法の改正が行われ、在宅介護支援センターができ「相談窓口の一本化」が話題になっている時であった。その後「相談窓口の一本化」の実践は、ソーシャルワーカーである自身の課題となった。平成8年に社会福祉士事務所を開設し、生活相談の実践活動やデンマーク・英国の研修体験から考え出したのが、図1である。筆者なりの「相談窓口の一本化」であり、総合的ケアマネジメント(問題解決型相談サービス)・生活の継続支援の理念の為に現在活用している。平成12年に介護保険が施行されてからは、ケアマネジャー業務や新任ケアマネジャーの育成にも活用している。



(図1) 総合的ケアマネジメント (問題解決型相談サービス)



市民は生活上の困りごとが生じた時、悩んだ末に役所に相談に行こうと決心する。しかし、困り事も「あれも、これも」と膨らんでくるので障害福祉課なのか老人福祉・介護保険課なのか、在宅介護支援センターで良かったのか等と、どの窓口に行けば良いか分からない時が多い。窓口に行っても適切に困りごとを説明できないので、あちらこちらとたらい回しにされてしまいがちとなる。このことは筆者も役所を退職し、社会福祉士事務所を開設した頃、相談に来られた方々に教えられた。せめて自身で開設した相談事務所に相談に来られた方には、適切な制度サービスをスムーズに活用し、生活上の問題解決ができるようにしようと考えたのが図1である。相談者の問題解決のために相談員が各制度担当者との連絡を取り申請の仕方等問題解決の手助けをしていく。おのずと出前相談は当たり前となっている。現在6人のケアマネジャーと3人の事務職がいるが、この図を基に相談業務を実践している。

当事務所では、その方の困りごとに応じて、介護保険制度・障害者福祉制度・医療制度・年金制度・司法制度サービスと必要な情報と活用の仕方を提供する。サービスを選択し利用を決定するのは本人であり家族である。適切な情報提供を行うためには、情報の収集と職員全員の学習意欲が必要である。また、各制度サービスの内容に加えて専門職とのネットワークの構築は必須条件である。成年後見人や後見監督人の活動を通じての司法サービスとの連携も「相談窓口の1本化」の充実に役立っている。

## 2. 生活の継続を支援するケアマネジメント

病気や生活障害の為に困り事が生じたとき、介護保険サービスだけで解決できることは極めてまれである。図1で示すとおり、福祉8法の制度利用をはじめ民法や医療その他の制度利用も必要となる。また制度に付随してさまざまな専門職が働いており、各専門職とのネットワークは欠かせない。

表1の「社会福祉サービスチェック表」<sup>1)</sup>(白澤政和著『ケースマネジメントの理論と実際』の各種施策利用状況の表を参考に筆者が考案)をみても分かるとおりに生活の継続を支援していくためには、介護保険サービス以外の制度サービスの活用は不可欠である。表1の社会サービスを念頭に入れてケアマネジャーが相談を受けると、困り事に対して社会サービス活用の幅が広がり困難な相談を持ちかけられても余裕を持って相談を受けることができる。と同時に必要な社会サービスの情報をもれなく伝えること

ができ、利用者との信頼関係を築きやすくなる。又、生活上の困り事や問題によって社会制度サービスの活用の類型ができケアマネジメントが容易になってくる。と同時にある困り事に対しては、不足するサービスも見えてくるので、ソーシャルアクションへと繋がっていく。

生活の継続(人生)の主体は「当事者(本人)」以外にはあり得ない。このことを深く考えさせられたのが、デンマークで衝撃を受けた個の尊厳の保障(自己選択・自己決定・自己責任)であった。福祉サービスに於ける「選択権の保障とは？」今でもつきない課題である。このことに向き合うためには、まず自身の日々の生活の見直しを行い、暮らしの中で、自分で選び・決め・責任をとることを「当たり前」と意識づける必要があった。自分の考えや行動に「責任」を持ち、相談者の困り事から逃げない事は、どのような事なのか？この課題からの出発が、独立したソーシャルワーカーとしての立場の保持を支えている。

ケアマネジャーとして生活支援相談を受けることは、相談者の人生や家族の生活のありように関わり続けていく事である。そして最も大切なことは、福祉サービスの選択・決定権は、当事者であることを常に認識しておくことである。ケアマネジャーは、相談者が福祉サービスを選び・決めやすいように情報を提供し、相談者の介護力・要求度に合わせて分かりやすく説明することと、納得して利用できるように支援することが重要である。

また、生活の継続にとって「生活コストへの配慮」は欠かせない。平成9年に「英国のケアマネジメントとシステム視察研修」(コーディネーター；竹内孝仁教授)に参加し「ケアマネジメントの目的は、介護を要する人のニーズにあった、最も費用効率の高いケアパッケージを準備することにある。ケアマネジャーは本人、介護者と一緒に話し合いを持ち利用できるサービスと使える予算を見合わせながら、できるだけ本人の意向に添ったサービスを選び出すことになる」<sup>2)</sup>事を学んだ。医療や福祉サービスにかかる費用は、衣・食・住の日々の生活費に加算される費用である。特に介護サービス費は医療費と違い、期限の定まった費用ではなく、生きている限り負担し続ける場合が多い。生活コストを配慮する時、他の福祉制度の活用・年金制度・税制・民法上の制度などあらゆる情報提供と活用・支援が必要である。と同時に生活不安に対してのカウンセリング支援も必要となる。



近年の制度の見直しは、治療後生活障害をきたした方々の社会的入院の解消を中心に「医療モデル」から「生活（QOL）モデル」<sup>13</sup>への転換が行われている。介護保険制度の創設・福祉サービスの充実で、医療制度で高齢者の生活支援を行うよりも、福祉制度で生活の支援を行う方が、本人・家族の医療費+介護費の負担分が少なくなる。

ケアマネジメントがうまく機能すると医療費・介

護費の社会的コスト削減になるように制度改正されてきていると考えている。それは表1の1. 2.の脳障害をきたした方々をみても分かるように、退院すると介護保険サービスに加えて、障害者福祉や年金・税控除等様々なサービスを活用することができる。又、このような方々が、医療保険で入院生活を送る場合と在宅で生活することの社会的コストを計算すると1/3以下となる場合が多い。

(表1) 社会福祉サービスチェック表

	性別	年齢	主治医	要介護度	主介護者	介護保険サービス											その他の福祉サービス										備考					
						通所介護	通所リハビリ	訪問介護	訪問看護	訪問介護ヘルパー	福祉用具貸与	短期入所	住宅改修	福祉用具購入	紙オムツ助成	認知症徘徊機	配食サービス	機能訓練	訪問歯科	三療サービス	身体障害者手帳	特種障害者手帳	難病特定疾患	医療費控除	成年後見	民生委員・地域		在介センター	その他			
1. 脳卒中で心身の機能低下後回復に向かった方	男性	63歳	病院	2→1	妻					○																					発作後3年；ADL・QOL自立。外国旅行時車いすレンタル。常時サービス利用無。	
	女性	66歳	病院	2	夫	○	○																								発作後15年。自己選択・決定してサービスを利用しながら精神的自立を保持。	
	女性	53歳	病院	3. 1. 自立	夫			○	○																							発作後2年6ヶ月で自立へ
2. 脳障害で機能低下が著しく医療依存の高い方	男性	88歳	病院	5	妻・息子			○	○	○	○	○																			発作後3年。在宅介護の継続。	
	女性	69歳	病院	5	夫	○		○	○	○																						労災事故後10年。在宅介護の継続。
	男性	63歳	病院	5	妻			○	○																							発作後4年目。在宅で死亡。
3. 密末期の方	男性	72歳	病院	1	妻・娘																											在宅介護6ヶ月。入院1日で死亡。
	男性	69歳	病院	2	妻																											在宅介護6ヶ月。入院2日で死亡。
	女性	68歳	病院	2	夫																											在宅介護6ヶ月。緩和病棟20日で死亡
4. 認知症の方	女性	76歳	専門医	2→3	嫁	○																									息子が母の認知症を認知できず。家族カウンセリングで在宅を継続。3年	
	男性	83歳	専門医	3→4	妻・娘	○																										妻・娘のカウンセリング。在宅2年でグループホーム利用へ。
	男性	90歳	専門医	2→5	妻・嫁	○	○	○																								介護者への暴力あり。在宅3年で老健から特養へ入所。
5. 一人暮らしの方	女性	80歳	病院	1	息子別居	○																		○	○	司法					夫と息子の借財で住居が脅かされている。一人暮らし3年。ケアハウス利用へ。	
	女性	93歳	病院	支援→1	息子別居	○		○	○																							不定愁訴が多いが看護婦とヘルパーの利用でなんとか1人での生活を継続。ケアハウス利用へ。在宅介護5年
	女性	77歳	病院	1→2	兄弟別居			○	○																							離婚問題で精神的不安大となる。民法上の調整・市や両親との調整で何とか落ち着く。在宅介護3年目。

### 3. ケアマネジャー（ソーシャルワーカー）の資質

当事業所では、6人のケアマネジャーが働き、全員看護師の有資格者である。毎月250件程の相談支援を行っている。事業所としては相談に来られた方のどのような相談にも対応するようにしている。生活上の問題を抱えた方々の多くは、何らかの病気を持っているか、その後遺症保持者である。筆者は、ソーシャルワーカーは、社会制度活用の知識・技術に加えて、身体の解剖生理や加齢に伴う変化・病気の進行状況や生活障害との関係・心の病や薬のことについての知識が必要であると考え。当事業所では、あえて看護師のケアマネジャーに福祉制度活用の知識・技術を教育し、ケアマネジメントの充実を図っている。独り立ちできるまでに1年はかかる。そのた

めに表1はケアマネジャー教育に大変有効である。(医療関係者は福祉制度の知識と技術を、福祉関係者は医療知識を積極的に学ぶことが重要である)

多くの相談を受けながら、お一人お一人の生活相談の「質」を保つために図2のケアマネジメントのシステム；竹内孝仁著『ケアマネジャーアセスメントとケアパッケージその組み方』<sup>14</sup>を活用している。主任ケアマネジャーの役割は、①新任ケアマネジャーの教育②ケアマネジャーの力量に応じたケースのふるい分け③担当ケアマネジャーのアセスメントとケアパッケージへの助言・指導④ケース検討会と各ケアマネジャーへのカウンセリング⑤サービス担当者(調整)会議の開催⑥外部機関との調整・社会資源の開発・提案等である。



このシステムの活用で主任ケアマネジャーと事務管理者が事業所で受けている全体の相談の内容を大まかに把握でき、一人一人のケアマネジャーが抱えている困難ケースを知り、早期に問題解決への協力やアドバイスをしていくことができる。各ケアマネジャーの燃え尽き症候群予防にも役立っている。生活上の問題は、急変期・困難期・安定期と様々に変化していくので、時を逃さず適切に対応すること又主任ケアマネジャーを交えて他機関の協力を得ながら対応していく等、臨機応変な動きが必要である。

主任ケアマネジャーの責務として、どのケアマネジャーが相談にのっても、ある一定以上の質の良い相談サービスを提供する義務が課せられる。そのチェックを表1の「社会福祉サービス利用チェック表」と毎月のケアマネ会議・調整会議等で行っている。以上のことをスムーズに行うためには、全体を把握できる事務管理者は必須である。当事業所では給付管理等の事務処理は専任の事務管理者が行っており、ケアマネジャーが利用者への訪問業務・相談業務に専念できるようにしている。

#### 4. おわりに

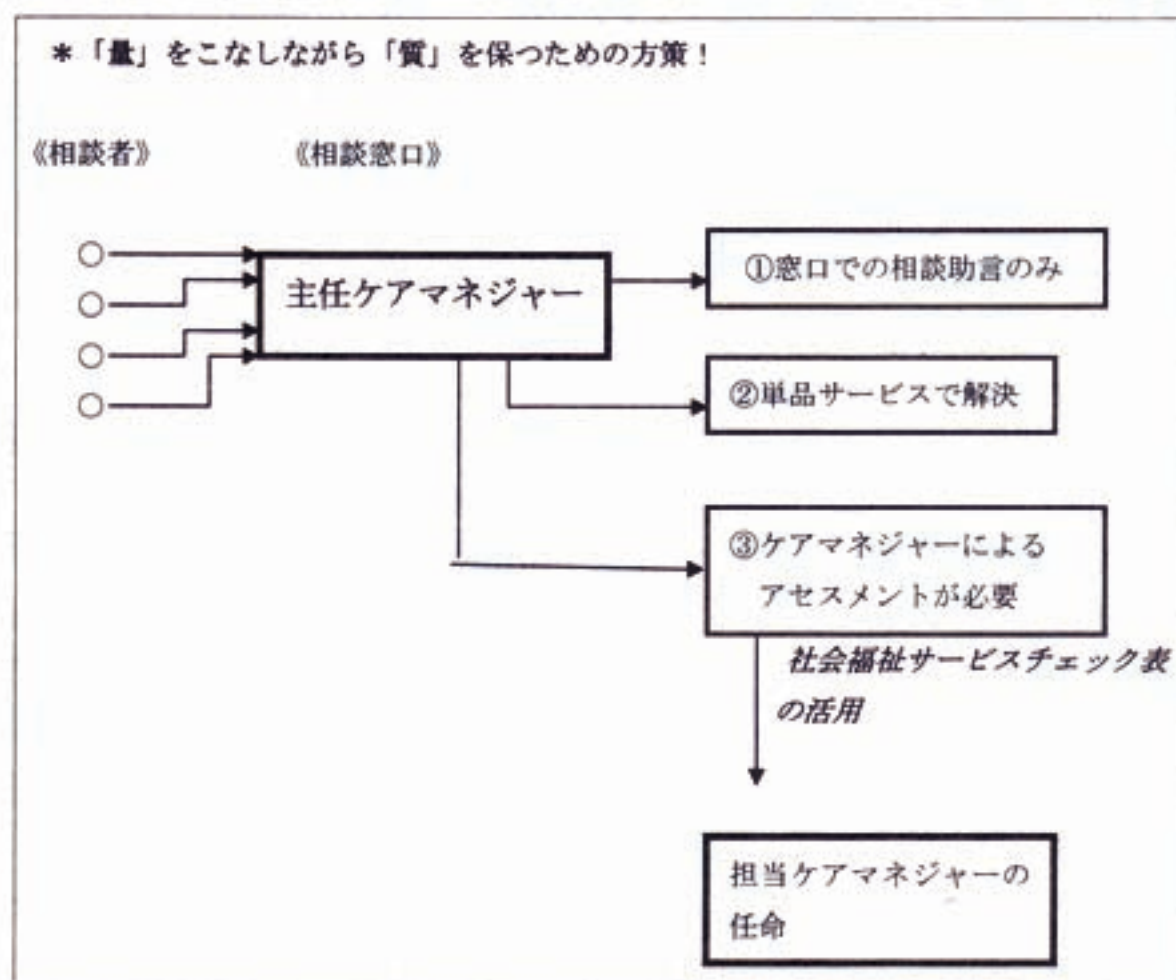
介護保険制度の施行・支援費制度の創設と生活の自立支援を謳いながら、福祉サービスが行政責任から個人の責任へと大きく変換してきた。そのような中、病気や介護の問題は、生活を継続していく上で大きな障害となってくる。生活問題の解決の為に図1で示すように介護保険制度だけでは生活の継

続支援は困難である。

そこで問題解決型生活相談者としてのケアマネジャーにはソーシャルワーク理論の基礎知識と活用能力が問われるのは必然である。山辺朗子氏は『人間福祉の思想と実践』の中で「人はそれぞれの社会的文脈や文化的文脈等の中で生き、生活を営んでいる。この文脈を認め、理解し、それぞれの人間の多様な生き方、存在のあり方を前提として援助・支援を行っていくことこそ“人間中心のソーシャルワーク”にとって不可欠である」と述べている。まさにそのとおりである。今後、介護保険改革に向けてケアマネジャーの質の向上は大きな課題である。

介護保険施行時より、ケアマネジャーとは、ソーシャルワーク的業務であると考え実践してきた。当事業所では、一人一人のケアマネジャーが利用者の「かかりつけケアマネジャー」として生活の相談支援を行い生活の継続を支援できるように努力している。

- (1)白澤政和著『ケースマネジメントの理論と実際』、中央法規、334ページ
- (2)竹内孝仁コーディネーター『英国ケアマネジメント研修資料』新しい「地域ケア」政策への転換（1991年） 12ページ
- (3)広井良典著『ケアを問いなおす』、ちくま書房、109ページ
- (4)竹内孝仁著『ケアマネジャー：アセスメントとケアパッケージその組み方』、医歯薬出版株式会社、25ページ
- (5)住谷馨・田中博一・山辺朗子編著『人間福祉の思想と実践』ミネルヴァ書房 98ページ



(図2) ケアマネジメントのシステム