

4) ケアマネジメントの過程と使用用具

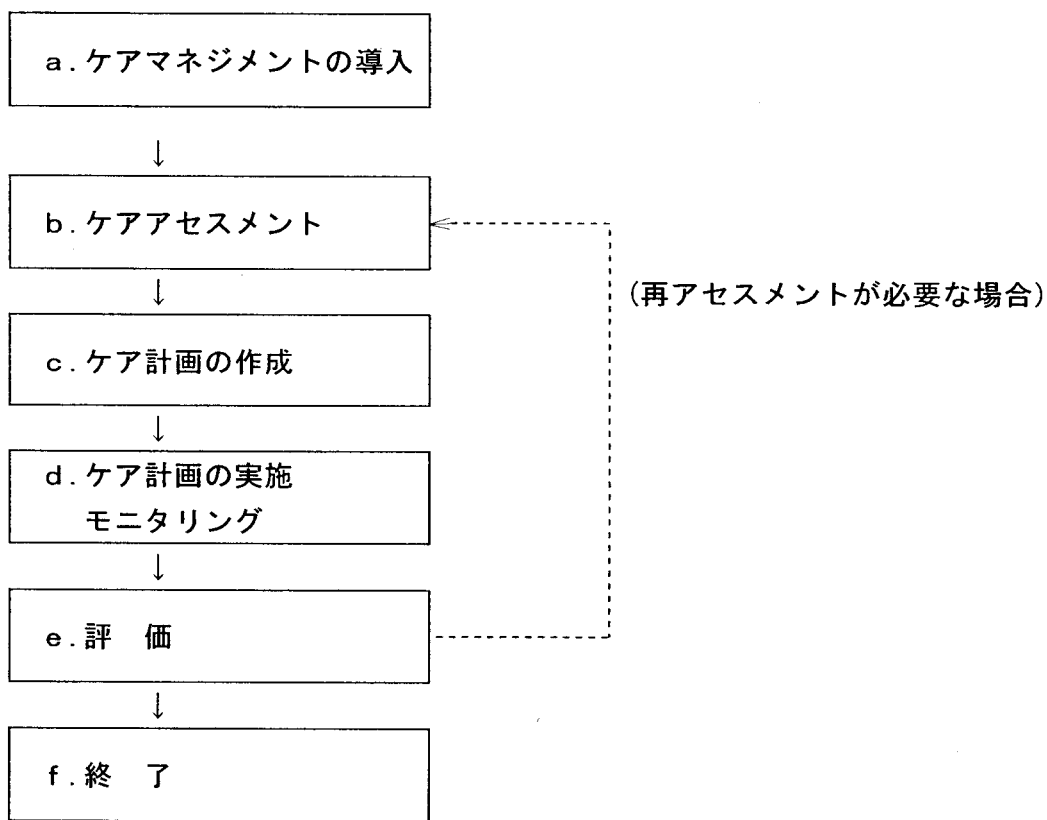
ケアマネジメントはいくつかの過程を経て行われます。

まず、(a)利用者の確認が行われ、次に(b)利用者に必要なニーズのアセスメントが行われます。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。

集められた情報をもとに、(c)利用者の意向を踏まえてケア計画が作成されます。

次いで、(d)ケア計画の実施とモニタリング、(e)実施の評価が行われ、ニーズの変化に伴って再アセスメントが必要な場合には(b)に戻ります。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(f)終了します。

このようなケアマネジメントの過程を図示すると以下のとおりです。



以下に、各過程ごとの内容を説明します。

a. ケアマネジメントの導入

①ケアマネジメントの実施を確認

対象となるケアサービスの利用者を最初に確認し、ケアマネジメントへ導入します。

通常、障害者本人やその家族から相談を受けますが、紹介される場合や担当者（ケアマネジャー）自ら利用者を把握する場合があります。

14

ケアマネジメントを実施するのは、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精神障害者です。アセスメントを行う前に、利用者の状況を良く把握するとともに、提供できるサービスを例示して本人に選択権があることを丁寧に説明します。

以上の確認は、「相談票」を用いて行います。

②ケアマネジメント実施の同意

ケアマネジメントが必要と判断されると、利用者にはケアマネジメント（アセスメント、ケア計画、ケア計画の実施、など）の内容と趣旨を、利用者本人が理解できるように丁寧に伝え、実施の同意を得ます。

この手順には、「説明書」と「ケアサービスに関する申込書」を用います。

b. ケアアセスメント

ケアマネジメントの利用者が確認され、ケアアセスメントの同意が取れた後に、ニーズのアセスメントを行います。ここでは、本人（および家族）の具体的なニーズ、真のニーズを明らかにするために、利用者本人の希望と、現在利用している社会資源、ケアの必要度に関する専門職の評価、社会的不利に関する専門職評価、本人を取り巻く環境要因などを多角的な視点からアセスメントします。

アセスメントに用いる用具は、「ケアアセスメント票」です。

①利用者側の参加について

アセスメントには利用者本人が参加するとともに、必要に応じて本人の状況を良く知る家族や地域関係者、専門職が同席します。

家族や地域関係者、専門職が同席する場合には、利用者本人の了解を得る必要があります。

②アセスメント実施時の留意点

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できる良好な関係を形成することが不可欠です。

アセスメント面接は、一度にすべてを行う必要はありません。本人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ます。

③ケアアセスメントのまとめとケア目標の明確化

アセスメントの結果を包括的に判断して「ニーズのまとめ」を作成します。また、ニーズに応じたケアの目標を明らかにします。

c. 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解決するために、公的サービス、民間サービス、インフォーマルサービス等の社会資源を活用し、また利用者（および家族）ができることを明確にして、ケア計画を作成します。

15

ケア計画の作成のために、「ケア計画書」を用います。

①利用者の参加と同意

ケア計画策定に当たって、利用者本人および可能な限り家族等身近な援助者の参加を得ます。

ケア計画を作成する際には、利用者との合意により、ケアの内容や実施方法、期間などを設定します。

ケア計画書が作成できたら、ケア計画書に基づいて提供されるケアサービスを利用者に改めて具体的に説明します。

ケア計画の内容に、利用者本人の納得が得られれば、「ケアサービスに関する申込書」の記入を求めます。その際、ケア計画の内容を途中で変更したり中断したりできることなどを説明書を用いて説明します。

②ケア会議の実施

ケア計画の作成に当たって、サービス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。

ケア会議は、地域のさまざまな関係機関に働きかけて実施します。できるだけ1機関の中で完結することのないよう配慮します。

また、利用者およびその家族も可能な限り参加して開催するようにします。

③活用するサービス

ケア計画を作成する際には、利用者本人の能力を最大限活かすよう配慮します。何ができるかによって必要な援助が決まってくるからです。

利用するサービスは、公的サービスのほかに、民間のサービス、ボランティア、親類、近隣の人々等によるインフォーマルなサービスも検討します。

可能な限り、市町村を中心とした一般の保健福祉サービスの活用を図ります。具体的には、主に高齢者や他の障害者を対象にしたホームヘルプサービス、他障害の通所施設、訪問看護（ステーション）、老人憩いの家、ボランティア組織、公営住宅、福祉型公共借上住宅などです。特に、市町村および住民参加型団体等のホームヘルプサービスは、利用を積極的に考慮します。

それとともに、地域関係者の援助や当事者・家族の相互支援などのインフォーマルな援助資源を開発し、活用します。インフォーマルな援助資源の開発については、市町村や保健所などが活用可能な援助資源の情報を持っていることが多いため、連携しながら進めます。また別途、新規利用可能社会資源の開発を目指します。

④満たされないニーズおよびその解決方法

アセスメントによって明らかにされたニーズのうち、現在の社会資源では満たされないニーズ領域を明らかにし、その問題に対して、どのようなサービスが存在すれば良いのか明確にしておきます。

日頃から、満たされないニーズに対応する社会資源の開発を行うよう心がけるようにし

ます。

d. ケア計画の実施

①サービスの依頼（リンケージ）

同意の得られたケア計画を実施するために、ケア提供者にケアの実施を依頼します。

サービスの依頼は、担当者（ケアマネジャー）が支援して利用者が行う方法、ケアマネジャーが利用者と同行して行う方法、ケアマネジャーが利用者に代わって行う方法等があります。

②ケア計画実施過程における調整（モニタリング）

担当者（ケアマネジャー）は、実際にサービスが実施されてからこれらのサービスが支障なく提供されているかどうか確認をする必要があります。

その結果、サービスが計画通りに実施されていない場合には、ケア会議を開催するなどして、調整をする必要があります。

担当者（ケアマネジャー）は、利用者とケア提供者の間に調整すべき問題が発生したら、速やかに対応します。

e. 実施の評価

契約したケアマネジメントの実施期間が経過した場合、あるいはケア計画実施後のニーズの変化や新たにニーズが発生した場合、適宜フォローアップを行い、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を評価し、実施したケア計画を見直します。

評価においては、ニーズが適切に満たされているか、利用者がサービスに満足しているかなどを把握することが必要です。

f. ケアマネジメントの終了と事後評価

フォローアップと評価の結果、利用者のニーズが解消し、サービスの必要性がなくなったと判断される場合には、ケアマネジメントは終了します。

病気が悪化して入院したとか、社会復帰施設等に入所した場合は、入院・入所期間中、在宅サービスは不要になりますので、ケアマネジメントは一旦終了したことになります。しかし、退院・退所後を考慮してケアを継続できる体制を準備しておく必要があります。

ケアマネジメント実施期間中に、利用者が他地区に転出した場合にケアマネジメントは終了しますが、利用者の希望があれば転出先の機関に連絡を取り、必要に応じて利用者本人の同意の上関係書類を送付します。

ケアマネジメントが終了した後は、サービス提供の過程を振り返り、ケアマネジメントの全過程において改善すべきことがあったかどうかを検討することが、今後のケアマネジメントの技術を向上させるために必要とされます。

5) 個人情報について

ケアマネジメントの全過程を通じて、利用者の個人情報保護には特別な配慮を要します。ケアアセスメント票やケア計画書は、重要な個人情報が記載されていますので、保管方法に十分に注意します。

得られた個人情報は、ケアマネジメントの目的以外に使用することはできません。

利用者の個人情報をケアマネジメントチームで共有する場合は、必ず利用者本人の同意を必要とします。

しかし、利用者の個人情報を提示できるのは、ケアサービスの提供を業務としている公的あるいは民間のサービス提供者です。インフォーマルな援助者は原則として個人情報の提示はしません。

利用者の個人情報は、利用者に求められれば開示しなければなりません。

5. おわりに

精神障害者に対しては、第一に、未だ社会的偏見、差別も強く、(また、長らく収容医療を中心とした施策が行われてきたため)、その社会復帰・福祉施策については、身体障害者や知的障害者のそれと比べて、著しい遅れがあります。このため、各種の施策を有効に組み合わせて活用を図るというケアマネジメントの理念に対しては、マネジメントすべき施策が整っていない、という基本的背景・状況を重視しなければなりません。

また、第二に、精神障害者の社会復帰施策は、措置ではなく、施設長と利用者の利用契約の形式をとっています。また身体障害者や知的障害者の福祉施策の実施主体が市町村にほぼ一元化されているのと異なり、精神障害者福祉施策の実施主体は、多元的です。このため、ケアマネジメントの実施にあたっては、実施機関の問題が大きな論点となります。

さらに、ケアガイドラインは、施設サービスの質の向上を目的とした使い方もできます。アセスメントをとおして、利用者の抱える問題点が各スタッフに対して明らかとなり、チームアプローチもよりの確になるメリットがあります。今後、ケアアセスメントの活用方法と、個別の施設におけるケアの内容についてのガイドラインを検討することも必要と思われれます。

