

第1章 茅野市におけるケアマネジメント

茅野市では今後、先にあげた本プランにおけるケアマネジメントを推進していく上での6つの原

則に基づき、具体的なケアマネジメントの手法を用いてサービスの提供を実施していきます。

1 ケアマネジメントの考え方

今後、市内でケアマネジメントを進める上での共通理解項目として、次の8点をあげます。これらは、これまで関係者による研究で積み上げられてきた結果であり、市内でケアマネジメントを進める際の指針としていきます。

ケアマネジメントとは、

- ① 問題解決型サービスである。
- ② 自立とQOL（生活や人生の質・満足度）を念頭においたサービスである。
- ③ 利用者と各種サービスを結びつけるサービスである。
- ④ 情報ネットワークと機動性をもつサービスである。
- ⑤ 柔軟かつ変化に即応していくサービスである。
- ⑥ 利用者との関係を継続していくサービスである。
- ⑦ 地域サービスを開発・創造していくサービスである。
- ⑧ 地域自立生活を支援していくサービスである。

■ワンポイント「ケアマネジメント」

ケアマネジメントを理解していただくために、高齢者福祉の分野から例をあげて説明してみます。

【1】Aさん、かぜをひく

82歳のAさんは3年前に軽い脳卒中にかかって入院しました。左の手足の麻痺が残りましたが、ごく軽いものだったのでなんとか自分のことは自分でできる状態で退院し、現在79歳の奥さんと二人で生活しています。家は農家、Aさんの趣味は将棋と盆栽です。

そのAさんが今年流行のかぜをひき、けっこうな熱が出て、結局1週間寝込んでしまいました。その後かぜはよくなったものの、Aさんはふとんから起き上がるのにも、トイレに行くのにも奥さんの手助けが必要なくらい体力が低下してしまいました。

【2】奥さん疲れる

トイレにいつ呼ばれるかわからないので、奥さんはずっとAさんのそばについていなければならなくなりました。これでは買い物にも行けないし、近所の友だちのところへお茶を飲みにも行

けません。奥さんは仕方なくAさんにオムツを当てました。ところがその頃からAさんはさらに動けなくなり、起き上がらせるのも大変、オムツの交換もこれまた大変、とうとう疲れがたまりこんでしまい、どうしようもないと困り果てていたとき、地区の民生委員さんが様子を聞きに来られたのです。

民生委員さんは地区内のひとり暮らし、ふたり暮らしのお年寄りや障害者をいつも気にしておられたのです。奥さんはそんな民生委員さんに事のてん末を説明し、何かいい方法はないかと相談をもちかけました。

【3】ケアマネジメント始まる

地区の民生委員さんは早速保健福祉サービスセンターに電話をかけ、センターの職員にかかわりを依頼しました。奥さんもぜひお願いしたいとのことでした。

ケアマネジメントは、この民生委員さんが「『Aさんとその奥さん』という問題を抱える事例(ケース)をうまく発見した」ところから始まっています。

保健福祉サービスセンターの地域福祉推進員(コーディネーター)BさんはすぐにAさん宅へ電話をかけ、約束の上、お宅を訪問しました。詳しく経過を聞き、Aさんの様子を観察し、奥さんの気持ちなどを確認して帰って行きました。

【4】サービス計画のできあがり

翌日には、BさんはAさん夫婦に提供するサービスの計画をもってきました。

それを見ると、週2回の通所リハビリ(デイケア)、週1回の訪問看護、毎日2~3回の訪問介護(ホームヘルプサービス)が盛り込まれていました。

Bさんの見立て(アセスメント)では、Aさんにはまだまだ日常生活動作能力(ADL:エーディーエル)の回復が見込まれると思われました。自分の意思表示も割としっかりできるし、会話も十分できる。ただ単に訪問介護をお願いしてオムツ交換を延々と続けるサービスより、回復を期待して身体的なリハビリを取り入れることにしたのです。リハビリの先生が自宅を訪れる訪問リハビリより、送迎つきで施設へ通いリハビリを受ける通所リハビリの方が精神的にも刺激になるし、その際に入浴も可能です。また施設へ行っている間、奥さんは介護を忘れて自分の時間がもてるという利点もあります。

82歳という高齢で脳梗塞の既往もあるAさんには、医学的なバックアップも必要と思われ、保健福祉サービス地域(エリア)内の先生をかかりつけ医として紹介し、その先生の指示の基に看護婦が定期的に訪問することも大切だと考えました。看護婦の関わりで奥さんにとっては安心感がもてるでしょうし、看護婦による精神的援助も期待したいところです。

ホームヘルパーは当面オムツの交換に入ってもらうことにしました。奥さんに尿や便の出るタイミングを調べてもらって、それに合わせて早朝、夜間に行くような計画を立てました。

Aさんと奥さんは通所リハビリのことは初めて知りましたが、Bさんの説明を聞いて、とりあえず週に1回で始めるということで同意しました。

【5】サービス担当チーム(ケアチーム)の構成とサービス担当者会議(ケアカンファレンス)

Aさん夫婦の理解を得たBさんは、Aさんの介護・ケアの目的に最もふさわしいと思われるサービス提供事業者と連絡をとり、それぞれの担当者に集まってもらいました。

その集まりで、BさんはAさんのことを紹介し、ケアプランを示し、その意図するところなども説明し、翌週からのサービス開始を依頼しました。かかりつけ医の出席もあり、医学的な説明もされ、ケアの際の注意事項も確認されました。

こうしてBさんのもと、サービス担当チームが構成され、サービス担当者会議を経て、奥さんの相談から1週間ほどでサービスが開始されることとなったのです。

【6】Aさんサービスを利用する

最初多少の緊張もあったAさんとその奥さんでしたが、ホームヘルパーや訪問看護婦とはすぐに打ち解け、その訪問を心待ちにするようになりました。

通所リハビリ（デイケア）では車いすに座って過ごしました。体操やレクリエーション、リハビリとメニューをこなしたAさんは最初かなり疲れたようでしたが、こしばらく寝たきりで天井ばかり眺めていた生活だったので、行ってみて楽しくもあったようです。

奥さんは負担が軽くなった上に、週1回だけでもご主人から離れて買い物に行ったり、町内の行事に参加したりして気晴らしもできるようになりました。

【7】Bさん、Aさんの経過を追う

Bさんは時々Aさん宅を尋ねました。Aさんの様子がよい方向へ変わるのが分かりました。

1か月と少したったところでBさんはもう一度サービス担当者会議を招集しました。各サービスの担当者から経過の報告が行われました。おおむね当初のねらいどおりの効果が現れているとの評価で、計画の続行を決定しようとしたところ、通所リハビリ（デイケア）の担当者から集中的なリハビリの必要性が主張されました。Aさんの身体状況と最近の意欲の向上をみれば、かなりの効果とその結果としての日常生活動作能力（ADL：エーディーエル）の向上が望めそうだというのです。

最終的に2～4週間のリハビリを中心とした入院を勧めてみることとなり、翌日Bさんがその説明に赴きました。Aさんも奥さんも同意をされ、療養型病床群へしばらく入院することになりました。

【8】Aさんのリハビリ入院

会議でのサービス計画変更の効果が現れました。

Aさんは入院後のリハビリでベッドの脇のポータブルトイレを使って用を足せるようになり、最終的にオムツをすっかりはずすことができたのです。自分で車いすに移れるようにもなり、座ってられる時間も長くなり、自分で車いすを押して少し散歩もできるようになりました。

Bさんは病院のスタッフと協力して、退院に向けてのサービス計画を練り始めました。

【9】新しいサービス計画

せっかくはずしたオムツを再びつけなくてすむようにする条件のひとつにベッドの導入がありました。Aさんはふとん派でベッドはいやだと言っていましたが、実際ベッドとポータブルトイレで人の手を借りずに用が足せ、車いすにも一人で移れるとなると、今度はすんなりベッドを受け入れました。

ホームヘルパーの派遣回数は減らすことが可能となりました。その代わりAさんは通所リハビリ（デイケア）を増やしたいと言いつけました。自信がついたことと合わせて、好きな将棋の仲

間が入院中にできて、その人のところへいつも車いすで行って将棋を打っていたし、その人も近く退院して同じ通所リハビリ（デイケア）へ通うことになっているのだということです。Bさんはこの希望を取り入れた計画を立てました。

そして今回は、新たに同じ地区の方達によるボランティアのサービスが加わりました。Aさんの家は段差が多く、屋内を車いすで移動しようとしてもかなり難しい状態です。住宅改造もかなりの規模にならざるを得ません。Bさんは同じ保健福祉サービスセンターのふれあい福祉推進員（ネットワークカー）に相談して、車いすの扱いに慣れているボランティアを紹介してもらい、車いすに移れるようになったAさんの散歩をお願いしたのです。

こうした新しい計画を楽しみに、Aさんは自宅へ退院していきました。

【10】 さてこれからは・・・

思えば最初とはかなり違う在宅生活の姿となりました。あのまま寝たきりにならずにすんでよかったとAさんも奥さんも言い、担当のBさんもホッと胸をなでおろしている状態です。そしてAさん夫婦とBさんとのおつき合いはこれからも長く続いていくことになるのです。

2 推進方策

市内の4つの保健福祉サービス地域（エリア）に設置される保健福祉サービスセンターが、ケアマネジメントの拠点になります。

（1）保健福祉に関わる職員の研修体系

福祉21ビーンズプランを推進していくためには、保健福祉に関わる職員の質の向上が求められます。本プランでは、地域のなかで、生活の全体性に配慮した総合的な支援を目標としていますので、職員はそうした力量を高めていくことが不可欠です。

このため、従来のような職場や職種別の研修だけでなく、茅野市の地域福祉の推進に関すること、ケアマネジメントに関することなどを学ぶ機会を体系的に整備し、実施していきます。

また、この研修は、公・民を問わず市内の保健福祉に関わる職員すべてを対象とし、共通基盤と意識をもつことを目的とします。したがって、市内で保健福祉サービスに携わる関係者は、この研修に参加することを原則としていきます。

（2）苦情解決のシステム

質の高いサービスを受ける権利を有する市民にとって、苦情の申し立ても当然の権利です。保健福祉サービスセンターでは、こういった相談や苦情も受け付けます。

また保健福祉サービスセンターにおける行政や社会福祉協議会が提供するサービスについての直接の苦情もあるかもしれません。それらについては、保健福祉サービスセンターとは別の組織として、今後制定が予定されている仮称：茅野市地域福祉条例で「福祉オンブズパーソン制度」を設け、利用者にとって不利益にならないように、迅速に、公平に、公正に判断し、しかるべき対応ができるようにします。

【苦情解決の対応方法】

- 対応レベル1：窓口で受け付け、その場で解決していく場合
対応レベル2：一定の事実関係の調査を必要とし、実務の責任者レベルでの事情説明や改善にむけての対応をしていく場合
対応レベル3：さらに上層の責任者レベルでの対応が必要な場合
対応レベル4：第三者による事態の調査、調整を必要とする場合
具体的には福祉オンブズパーソン等により解決、判断を仰ぐ場合

(3) 権利擁護に向けて

成年後見制度や地域権利擁護事業など、国レベルでの進展を研究しながら、茅野市のなかでどのようなシステムを構築していくべきか、今後の検討を進めていきます。

権利擁護事業については、財産管理等の事業と併せて、茅野市地域福祉活動計画との整合性を保っていきます。

(4) ケアマネジメントと民間サービス事業者の位置づけ

ケアマネジメントの実施に当たっては、ケアマネジメントに関わるすべての関係者が、福祉21ビーンズプランの理念、ケアマネジメントシステム推進上の6つの原則と8つの共通理解項目を遵守して、それぞれ連携していくことが望ましいと考えます。

その際に次の4つの項目について確認しておく必要があります。

- ① ケアマネジャーは、個人であろうと、民間事業者の所属であろうと、保健福祉サービスセンターの職員であろうと、自由にケアマネジメントを行うことができること。
- ② サービス提供を行う民間の事業者は自由に事業を行うことができること。
- ③ 民間の事業者の担当者や保健福祉サービスセンターの担当者が、一緒にケアチームを組むことも可能であること。
- ④ 最終的なサービスの選択権は利用者にあること。

ただし、公的機関と民間事業者間における個人情報扱い（サービスに関するデータの集積と共通利用のためのコンピュータの接続）については、プライバシー保護の観点から今後詳細に検討していく必要があります。

(5) サービスの質的評価について

これまで述べてきたようなシステムを通して、より質の高いサービスを利用できるようにしていくわけですが、実際には直接提供されるサービスそのものが、よりよいものでなければなりません。

これからはサービスの内容を評価していくのは、利用者や家族が中心になっていきますが、すべての利用者がすぐにサービスの評価ができるわけではありません。自分にとって必要なサービスを選択していくための客観的な指標が必要です。

また、現在進められている社会福祉基礎構造改革でも、サービス評価のシステムは重要課題になっており、民間サービス事業者間でも、サービスの質的基準を確保していくために客観的な評価基準をもつことが不可欠になります。

そこで、次項に記述するサービス事業者の代表者会議と実務者会議を中心に、このサービス評価の自主的基準の設定と実際のサービス内容の情報公開等について検討を進めます。また、この基準について逸脱した場合等の苦情については「福祉オンブズパーソン会議」などの苦情解決システムを用いて解決していきます。

3 会議の体系化

市内のケアマネジメントに関連する諸会議を次の6つに整理します。

①サービス担当者会議（ケアカンファレンス）

- 主 催 担当ケアマネジャー
参加者 当該要援護者にサービスを提供する機関の担当者
必要に応じて、本人や家族、近隣、ボランティア等
内 容 個別のケアプランの作成

②サービス提供機関による会議

- 主 催 ①のサービス担当者会議に出席した職員
参加者 それぞれの機関の職員
内 容 個別ケアプランの共通理解
それに沿った各サービス提供機関でのサービス提供計画の作成

③サービス提供者会議（実務者会議）

- 主 催 市内のサービス提供者のまとめ役
参加者 市内のサービスを提供する実務者
内 容 困難事例（ケース）等の研究・情報交換
ケアマネジメント研修
スーパービジョン（より高度な経験者からの指導・助言）
ケアマネジメント推進上の課題検討

④サービス代表者会議（責任者会議）

- 主 催 基本的に行政の責任者
参加者 市内のサービス提供機関の責任者
必要に応じてサービス提供者会議のメンバー
内 容 ケアマネジメント推進上の課題検討、施策への提言
事業者間の情報交換と共通理解

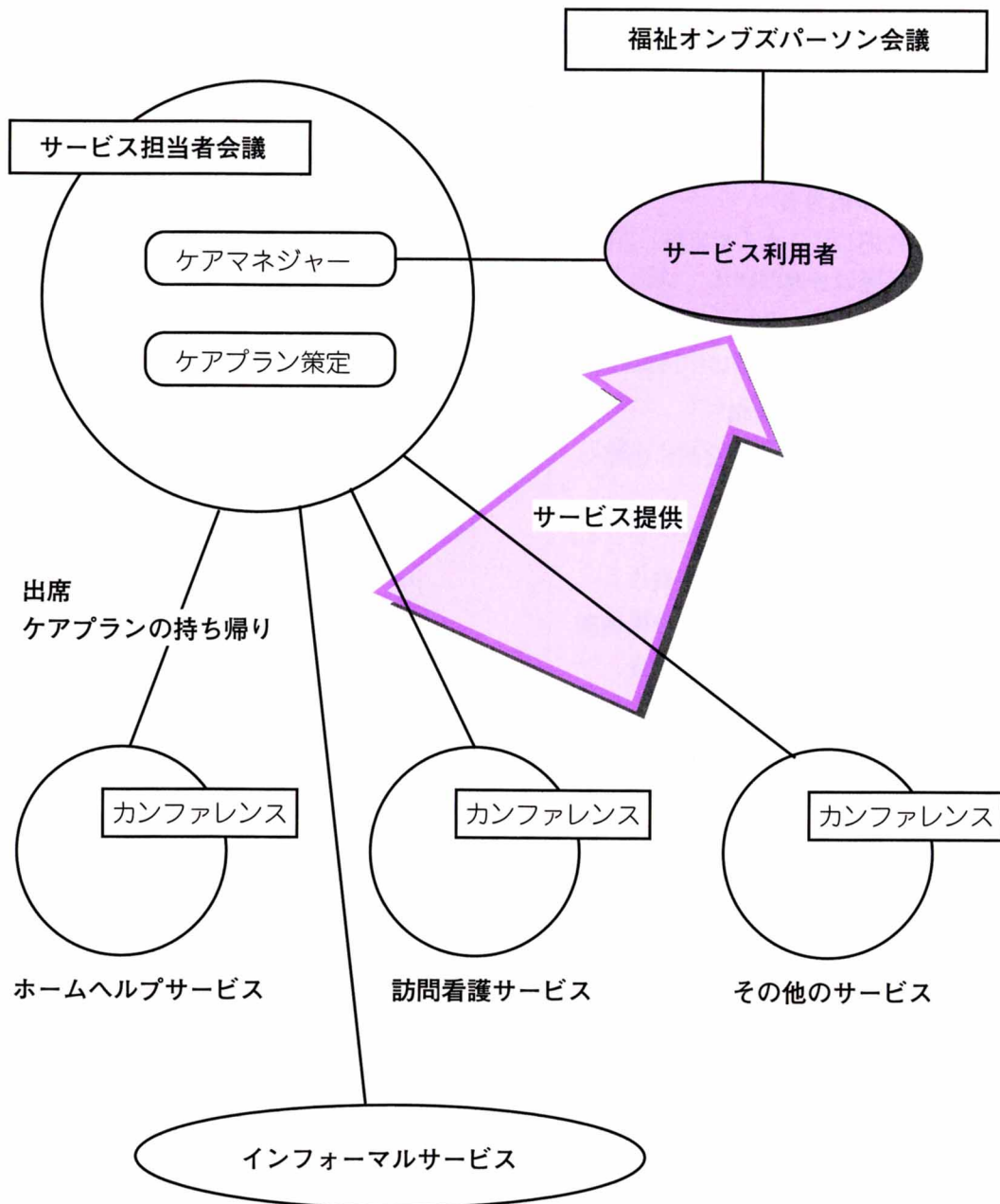
⑤ケアマネジャー連絡会議

- 主 催 基本的に行政の責任者
参加者 市内でケアマネジメントを行うケアマネジャー
内 容 ケアマネジメントに関する情報交換と課題検討
ケアマネジャーの研修

⑥福祉オンブズパーソン会議

- 主 催 福祉オンブズパーソン会議のまとめ役
参加者 福祉オンブズパーソンのメンバー（法律、保健、医療、福祉などの専門家と一般市民らによって構成）
必要に応じてその関係者
内 容 ケアマネジメントに関する不服の申し立てなどの内容検討

【個別ケアプランの作成のための会議】



【サービス提供者会議とサービス代表者会議の関係図】

