

総合的なケアマネジメントの必要性

障がい者の自立支援には、障がい特性に応じた生活ニーズをきめ細やかに汲み取るとともに、介護保険サービスのみに限定することなく、介護保険外の高齢者施策や障がい者施策、ボランティア活動をはじめとする非営利活動の支援などを幅広く盛り込んだケアプランの作成と、それらのサービスが有機的に結びついた総合的なサービス提供が必要です。

ケアマネジメントは、そもそも利用者個々人の生活、人格に深く関わる場所にあることから、65歳を迎え、介護保険が優先的に適用されるに至っても、ケアマネジメントがその時点で、分断されるようなことがあってはなりません。障がい者施策におけるケアマネジメントから介護保険制度におけるケアマネジメントに、円滑な移行が図られることが必要です。

ケアマネジメントの分野においても、両制度間における有機的な連携が不可欠と言えます。

総合的ケアマネジメント体制整備のポイント

高齢者が住みなれた地域で、尊厳あるその人らしい生活を継続していくために、「地域包括ケア」の実現が不可欠です。地域におけるケアマネジメント力の強化が求められていると言い換えてもよいでしょう。

地域のケアマネジメント力を強化するに当たっては、多職種・多業種間の緊密な連携を構築することが必要ですが、それは、個々の介護支援専門員の努力・能力だけで実現できるものではありません。介護支援専門員を通して、多職種・多業種の専門家のチームアプローチが実践できるような体制の整備、介護支援専門員への支援体制を、地域包括支援センターが核となって作り上げていくことが必要です。

様々な機関への地域包括支援センターの積極的な働きかけはもちろんのこと、行政機関としての市町村の認識、責任の自覚が重要なポイントとなります。市町村自らが、主体的に取り組むことが出発点となります。

ネットワークづくりを具体的に進めるに当たっては、次のような取組みが考えられます。

他機関との連携・協働

- ・ サービス利用調整会議やケアサービスに係る定期的な情報・意見交換会の開催
- ・ 施設・病院と在宅サービスを結びつけるための関係機関との推進会議の開催
- ・ 地元医師会との連絡会議の開催
(介護支援専門員に対する個別支援)
- ・ 個別相談窓口の設置や巡回相談の実施

そのなかで留意すべきことは、特に、障がい高齢者に対するケアマネジメントを行う際に、それぞれの障がい特性、生活ニーズをきめ細かにアセスメントし、自立支援をめざした総合的なケアマネジメントに繋げることができるよう、地域における障がい者福祉の分野における相談支援事業者や障がい者福祉サービス事業者の情報収集に努め、十分な連携体制を確保しておくことです。

また、介護支援専門員の専門分野が多様多様ななか、障がい特性等に関する知識を習得できるような研修機会を提供するとともに、こうした研修に、介護支援専門員自身が積極的に参加し、介護支援専門員としての専門性を高めていくことが重要になります。介護支援専門員に対する意識付けも地域包括支援センターの重要な役割となります。

(1) きめ細かなニーズアセスメント

介護ニーズのみならず、個々の障がいのニーズをきめ細かくアセスメントすることが必要です。ニーズは個々人の状況に応じて個別に把握されるものですが、障がいの特性に応じた、又はそれぞれの障がい者が置かれている社会的不便についての視点を踏まえたニーズ把握とアセスメントがなされることが重要です。

そのため、介護支援専門員に対し、様々な機会を通じて障がいの理解とアセスメントの視点及び留意事項について情報提供や研修を行い、関係機関とともに認識を共有することが望まれます。

(2) 生活全体を視野に入れたケアプランの作成と総合的なサービス提供

支援目標の作成にあたっては、住みなれた地域で、自分らしく、生きがいを持って暮らせるよう、生活の継続性や個人の生き方、希望を踏まえることが重要です。

したがって、介護保険サービス、保険外高齢者施策、障がい者施策、地域のボランティアサービス、障がい者支援グループや障がい当事者グループによる支援活動などを幅広く組み入れた生活全体を視野に入れたケアプラン作成が必要です。

ケアプラン作成にあたっては、厚生省通知（平成12年3月31日付社援保第18号）を基に、介護保険サービスと障がい者施策との関係に留意し、利用漏れ等の不利益が生じないように注意する必要があります。

また、これらのサービスが有機的・総合的に提供されるためには、地域の関係機関が日常的に連携し、協力する関係が不可欠であり、介護支援専門員やサービス事業者を含んだ地域のネットワークが構築されることが重要です。

質の高いケアプラン作成と効果的なサービス提供のために、市町村の関係各課や地域包括支援センターなど相談支援の核となる機関等による介護支援専門員への情報提供や協力、支援が求められます。

(3) ケアプラン作成への本人参加と内容の確認

ケアマネジメントの主たる目的は、「自己決定」、「自立」を支えることです。したがって、ケアプラン作成にあたっては、利用者本位の視点を堅持することが重要です。利用者自身の意思の尊重と、プランについての了解・確認を得ることが基本です。

また、サービスが始まってからも、状況が変わったり、不都合が生じた場合には、介護支援専門員に相談して、ケアプランの変更も可能であることを周知することも必要です。