

ケアマネージメントとは

国立療養所南九州病院 (MSW) 久保裕男

身近な事例より

Kさんは都会で企業戦士として働いていたが、ALSの診断を受けた。発病と前後して経営していた会社も倒産、また家族も離散するという二重三重の苦難の中、生まれ育った田舎で療養したく、一旦南九州病院に入院し、両親や兄弟と一緒に暮らす事を夢見ていた。ところがKさんの故郷は人口約5千人、高齢化率が3割を越えた典型的過疎高齢地域、ホームヘルパーはわずか4人。町内には訪問看護ステーションもないなどないない尽くし。当初町福祉課に対して、退院後のKさんの在宅福祉に関し話した所、「病人など見るゆとりはとてもない」と、剣もほろろの回答であった。しかし、Kさんの気持ちを実現したく、管轄保健所保健婦とともに、フォーマル、インフォーマルな社会資源の調査、開発をはじめた。すると、隣町の訪問看護ステーションが「難病支援を実施してみたい」、また支援センターも「サポートしたい」と申し出るなど、ないない尽くしと思われていた当該地区に、支援する様々な機関が現れてきた。これと連動し町当局も、「できる事は何でもしたい」と、入院中にもかかわらず、外泊用の車イスやベッドの貸与、退院後のホームヘルプサービスの検討など前向きな姿勢になってきた。ヘルパーの一人はかつて大学病院でALS看護の経験もある方であった。

家族も当初は、難病のため帰ってきたKさんに対してどのように対応して良いか戸惑いもあったが、一緒に暮らそうと、家屋の改善などハード面、文字盤やカードを使つてのコミュニケーション手段の開発などソフト面と様々な努力をするようになった。

社会資源が見えてきた所で、保健所の呼びかけによる関係機関の調整会議を開き、退院後の生活支援について協議し、家族も交えてのケアプランを作成した。主たる介護者であったKさんの母親(75歳)は「こんな田舎にこのような専門家がいるとは思ひもしなかった」涙ながらに話された。そして退院の運びとなった。Kさんは早速様々なサービスを受ける事になった。どの機関も一生懸命対応した。しかし、その3ヵ月後病態が急変し、緊急入院となり、間もなく帰らぬ人となった。

1. ケアマネージメントとは

ケアマネージメントは、「クライアントの自立支援を目標とし、心身及び社会生活上のケアニーズを充足させるため、クライアントに適切な社会資源を結びつけ、調整し、フォローする一連の手続き(ジョンソン)である。そこには従来の福祉サービスで行われていた行政処分(措置)というのではなく、権利意識に基づく選択性、対等の関係が求められる。

ケアマネージメントは、インテーク(受理面接即ち契約)に始まり、アセスメント、ケース目標の設定とケアプランの作成、ケアプランに基づく実施、モニタリング・評価、という一連の過

程を通して実施される。

Kさんの事例に当てはめてみると、初回面接で、面接者であるMSW（医療ソーシャルワーカー）に対して「難病になったが、余生を生まれ育った田舎で暮らしたい」と、明確な意思表示をされ、そのニーズの実現目指して双方が、一緒になって努力することを確認した（インテーク）。その実現を目指して、MSWはKさんとの定期的面接を続ける一方で、地域を何度も訪れ社会資源を調査、開発した（アセスメント）。社会資源が見えてきた所で、MSWは保健所保健婦と関係機関と数回に渡る調整会議を開催し、Kさんの退院後の援助計画と立てた（ケース目標の設定とケアプランの作成）。退院後はケアプランに基づき、援助が展開された（ケアプランの実施）。MSWと保健婦は定期的にKさん宅を訪問し、ケアプランに沿って、サービスや支援が円滑に行われているか点検、調整を行った（モニタリング、評価）。

ケアマネジメントはこのように、患者さん（利用者）を中心に据え、様々な社会資源を組み合わせながら総合的に援助していく一連のプロセスで成り立つものであり、絶えず循環していくものである。

2. 居宅難病患者へのケアマネジメントの展開のために

昨今介護保険法の成立を期に、ケアマネジメントの重要性が指摘されている。しかし介護保険下のケアマネジメントは、下された要介護認定審査結果に基づき提示されたメニューにどのようにリンクしていくか、そしてサービスが適切に行われているかをモニタリングすることが中心的内容である。本来のケアマネジメントには、一連のプロセスを通して、福祉を開発し、また地域の福祉を向上させるという、グローバルな視点が求められる。特に難病患者さんへのケアマネジメントにあたっては、まだ社会的理解が乏しいこと（医療か福祉か）、また提供する福祉サービスの基盤が脆弱なことにより、関係機関と粘り強く話し合い、社会資源を開発していくことが求められる。