

## 児童福祉分野におけるケースマネージメント

### 導入に関する政策的研究

——長期入院児を事例として——

竹 淵 香 織

はじめに

近年、福祉に対する期待は高まる一方である。加えて、クライアントのニーズは多様化し、複雑化している。そのようなニーズに応える手段として注目されているのが、ケースマネージメントである。ケースマネージメントとは、「多様なニーズを持つ人々への、様々な職種、立場の人々によるサービスの提供」を具体化させる手段であり、クライアントの生活の質 (Quality of Life) の向上を援助する手法でもある。つまり、福祉だけでなく、保健、医療との連携をほかり、ネットワークを構築し、適切なサービスの提供を目的としているシステムである。サービスを組み合わせることによってニーズの多様性に対応することと同時に、無駄を省くことからコストの削減や、入院・入所期間の短縮、なによりもそのクライアントのニーズに最も合ったサービスを選び、与えるということが期待できるのである。

このシステムは、アメリカで精神障害者ケアを対象にして生まれ、イギリスのコミュニティケア改革において発展し

た。特に高齢者介護の分野で注目され世界中に広まったものではあるが、近年の研究はその枠を越え、様々な福祉分野での活用の可能性にも焦点が当てられるようになってきた。

そこで、本研究においてはケースマネージメントの概要とともに、児童福祉分野にケースマネージメント導入を行うことの意義と方法を考えることを主テーマにする。また、介護保険法が可決されケアマネージメントの実施が待たれてはいるが、その問題点と課題を指摘し、ケースマネージメントとの比較も行いたい。本論文においては児童福祉分野のなかでも、長期にわたる入院生活によって集団生活を経験したことのない子どもが、病気完治にも関わらず、スムーズに社会復帰できないという現実を取り上げる。病院等で調査をして得た具体的事例を提示することにより現状を把握し、ケースマネージメント活用を検討する。子どもの発達段階について従来語られてきた「何歳ではこれができてあたりまえ」というような一般的概説にとらわれず、困難を背負わされている個々の子どもの現実に即してサービス提供を考え、社会全体の中での一人の人間に対して福祉に何ができるかを前提とすることが必要であると考ええる。

ケースマネージメントは、本来介護治療や長期ケアの必要な人々へのサービスであるとされてきたが、ここでは、多少ニーズの範囲を広げ、入院中から、自宅療養、そして、社会復帰までを一環したサービスによるサポートと見なすこととする。また同時に、ケースマネージメントは地域ネットワークの構築の上に成り立つという事実を踏まえ、イギリスのコミュニティケアを参考にしながら、コミュニティケアの実績を持たない日本での円滑な活用方法を模索したい。

これから益々少子高齢化が進み、福祉の活用が重要視される時代となることは事実である。そのような社会において、福祉にただ頼るだけでなく、みずから福祉を選ぶ必要性がでてくるなかで、ニーズにあったサービスを組み立てて提供するケースマネージメントは注目すべき、またおおいに活用しなくてはならない制度といえるであろう。

## 第一章 問題の所在

### 1 社会福祉の現状

#### (1) 日本型福祉の限界

介護保険法導入決定によつて、我が国の少子高齢化社会への移行を懸念していた国民の期待は社会福祉に集中した。二〇二〇年には総人口の四人に一人が六五歳以上になると推定され、それにもなつて要介護老人の数は四〇〇万人を越えるといわれている。しかも、例えば九五歳の姑を七〇歳の嫁が看護しなければならぬというような「老老介護」が増加することも確実視されている。このような超高齢化社会を迎えるにあつて、現在の介護システムの抜本的改革が必要となつた。介護を受けることを法律で保障し、同時に介護負担から家族を解放しようというのである。しかし、この一つの法が、日本が抱えている様々な問題を全て払拭してくれると考えるのは、いささか安易ではないだろうか。

日本における社会福祉は、海外のそれとは違つた発展を遂げてきた。いわゆる「日本型福祉」である。福祉は本来、全ての人を対象に「健康で文化的な」生活を保障する手段であり、その機能はニーズへの対応とともに、予測される事態への予防にも及ぶものであるはずが、日本においては、貧民救済の方法と捉える傾向が強く、在宅ケアは依然として家族中心のケアに依存してきた現実がある。この日本型福祉が定着した背景には、いくつかの要因がある。<sup>(1)</sup>

①特に日本男性に多く見られる、病に倒れた時は「家族」特に「妻」や「嫁」に世話をしてもらいたい、という楽観的な考え

②在宅医療は「家族」看護を前提にするという行政・医療側の認識

③在宅福祉の担い手であるホームヘルパー<sup>②</sup>は、「家族」の代理人であるという捉え方

④家庭内に他人（介護専門家）の介入を好まない風潮

⑤病人には身内での看護を行わないと恥ずかしいという世間体を気にする風潮

しかし、年々複雑化する社会のニーズに今までの「日本型福祉」では到底対応しきれなくなつた。本来あるべき社会福祉の方向性の位置づけと同時に、次の世紀にふさわしい新制度を再構築しなければならないという課題を突きつけられた形になつた。つまり、今までにおいても十分に明瞭でなかつた福祉の「理念」「制度」「方法」といった基本的な概念の明確な位置づけを迫られたのである。それは二〇〇〇年からの導入が決定した介護保険法のおかげで、益々必要になつた。明確な概念の無いところに制度は確立しないからである。

そこで多くの研究者から指摘されたのが、介護保険法の中にも含まれるケースマネージメントの理念の重要性である。ケースマネージメントの最大の目的は、各分野のサービスを「連携」させることである。日本の対人社会サービス(personal social service)<sup>③</sup>に全くといっていいほど取り入れられたことのない概念ではないだろうか。一つのニーズに一つの機関・方法・制度で対応するには限界があり、活用できる資源にも規制が生じるが、福祉と福祉以外のサービスを連携させることによつて、この規制をなくし幅広くクライアントの生活サポートを行おうとするものである。

日本では対人サービスに限らず、福祉においても医療においても、そして保健においても縦割り制度をとつてきた。言い換えれば、他の分野からの介入を嫌う体質が温存されてきた。これを崩し、横のつながりを作ること、自由に情報

交換や協力ができるネットワークを作ることが、新しい福祉の課題であるということである。この課題を克服しなければ、介護保険法の成功も、ましてや福祉の発展も期待できない。このようなことから、これからの対人サービスには政策的にも保障された「連携」が必要条件であると考ええる。

以上のことから、これからの福祉の発展は各分野・各制度の「連携」がキーワードになる。そのことを踏まえ、また主に高齢者福祉の分野でしか検討されていないケースマネージメントを、他の分野、特に児童福祉の分野で活用できるような制度としての確立を提案する。

## (2) 連携とは

連携とは、他の分野の機能が一つの目的をもつて協力関係を作ることである。別々の組織に属する者、違った職種の方がその枠を越えて定期的に仕事をすることをいい、それは単にその機関の間の「連絡網」の設定とは全く違う。つまり、業務を行ううえで確立された協力・協働関係といえる。連携が確立し発展すると、異なる組織の一体化が進み「統合」がなされる。この連絡・連携・統合というこの三者を発展順序に沿って図式化すると、以下のようになる。<sup>①</sup>

### 《連絡》・・・communication

個々の組織間で行われる情報交換

点へのサービス

←

### 《連携》・・・coordination

個々の組織間における業務提携

サービスが線で結ばれる

←

### 《統合》・・・integration

異なる組織の一体化

サービスが面としてシステム化される

最初の段階は、もちろん組織間の情報交換や情報共有から始まるが、一つのニーズに対してその共有情報を基に協力しながらケアプランを立てるようになれば、ここから連携が始まる。個々の機関がそれぞれ重複したサービスの提供などをを行うこともなくなり無駄が省ける。

連携が必要となった背景には、どの国を例にとっても、長期ケアのニーズの多様化・複雑化が最も大きな要因として挙げられるであろう。それから施設ケアと在宅ケア間の柔軟なサービス提供システムの必要性、長期ケアへの対応、などがある。

### (3) 児童福祉分野の連携

一九九四年、我が国でも児童の権利条約が批准され、児童の快適な生活が保障されることと同時に、行政にはその為のサポートを行う義務が定められた。<sup>⑤</sup>これによって児童福祉に、それまで以上に明確な役割分担がなされ、施設・サービス・人員などの整備と連携が期待されるようになった。

児童福祉においては、児童を取り巻く環境として家庭・学校・地域社会が主なものとして重要視されている。しかし、はじめに何らかのニーズが発見されると、それに対応するのは児童相談所を中心とした諸機関である。これらは機関固

有の機能と専門性を持ち、基本的にはその特色を生かした対応を個々に行うこととなっている。そして、その限界を越えていたり、複雑化したニーズに対しては他の適切な機関との連携が行われるようになってきた。しかし、相談機関の数と種類（機能）が増加してくると、クライアントによる適切な機関の選択が困難になってきた。年々多様化するニーズに対して、適切に対応できるための各機関とスタッフの連携が不十分であると指摘されてきた。近年は児童家庭相談体制の確立が求められているが、各組織間だけでなく家庭や地域を含めた一層の連携が望まれる。

児童福祉で現在実際に行われている連携の効果は、<sup>⑥</sup>

- ① ニーズに対する知識・情報の収集能力の向上
- ② 各機関間の相互理解の推進
- ③ 自己の仕事の点検・再確認
- ④ 共同ケアの実践

などが挙げられるが、高齢者福祉の連携と異なる点は、基本的に施設における長期ケアの必要性が極端に少ないことである。慢性的疾患の場合などは、緊急時を除けば在宅ケアが中心となる。また、長期入院を経験した子どもが、社会生活に馴染めずに再入院しなければならぬといったケースも多いことから、施設と家庭間のコミュニケーションの向上がより一層重要な意味を持つ。

児童家庭相談体制の確立のために更に必要な条件として行政が課題としているものは以下の通りである。<sup>⑦</sup>

- ① それぞれの専門性を更に高める

② 連携を必要とするニーズ、連携における役割分担の十分な分析を行う

③ 機関間の連携の在り方、統括機関の在り方を定めた「運営要領」を定め、それに基づくネットワークシステムの確立をめざす

④ 連携のキーパーソンの位置づけ

まずそれぞれの機関の専門や特色を明確にして、専門性を高めることにより、全体のなかのその機関の位置づけを行わなければならない。そのうえで、ニーズに対応できる機関の選出を行うことによつて、無駄を省いた適切な役割分担が行われるからである。そして、無秩序で無駄の多いサービス提供をなくすために、基本となるルールを設定しなければならない。これは、サービス内容を規定するものではなく、あくまでも、サービス提供方法の原則を示したものである。これに基づいた連携システムの構築と、中心人物（ケースマネージャー）の決定を行えば、一貫したケアプランの製作が可能になることから、以上の四点が課題として挙げられる。

連携は必要に応じて為されるといわれているが、実際には、個人情報が他機関に公開されることへの専門機関の抵抗や、システム間の縦割りの制度などの理由から、現状は困難である。また初めに挙げたように、環境として重要な地域社会との連携がほとんど視野に入っていないということも、本当の連携を目指すための検討が十分行われていないことを示しているように思われる。専門組織間だけの連携ではなく、地域・家庭を含めた非専門機関との連携を実際に確立することが最も大きな課題である。



## 2 なぜケースマネジメントなのか

### (1) 提案のきっかけ

集団生活がどのように子どもの発達に影響を与えるかという問題分析のため、普通に幼稚園や学校に通うことのできない子ども達の生活調査を行った。そこで病院で長期に渡った入院生活を送る子どもにも触れ合うようになった。発達段階にともなう健常児との比較を行うために、その対象は慢性疾患で長期入院を余儀なくされている子ども達（以下長期入院児とする）と限定し、入院生活や院内教育の現場でリサーチを行った。その過程で見えてきたのが、病院と社会の間には大きな壁があり、病気が完治してもスムーズに幼稚園や学校に復帰できないで苦しんでいる子どもの数の多さであった。院内教育を受けてはいるものの、生活のなかで接する友達の数は限定されており、協調性や忍耐力といったものの発達が健常児よりも遅れているという結論が得られた。しかし、社会復帰を阻害するものはこれだけが要因となっているのではない。子ども達は必死に周りに馴染もうとしているのであるが、それをサポートするシステムが全くないのである。これは、退院した子どもの約三割がまた病院に帰ってきてしまう、という現実からも分かるであろう。医師は「退院したら家族がどうにかするだろう。」といい、家族は「学校に行けば教師が世話をしてくれるであろう。」と期待し、教師は「学校に馴染めないのは本人の努力のなさ。」と突き放す。病気によるストレス以上に精神的ストレスを受けることとなってしまい、不登校児が増えているのである。病気を克服するには、想像を絶する気力が必要であり、それに打ち勝ってきた子どもが社会に出るのに支援がないということは、またも辛い試練を与えられたようなものである。

不登校をおこした場合に相談に訪れる所として児童相談所がある。しかし、そこには保護者の承認がなければ学校の

教師や医師とは情報の交換もできないという制約がある。福祉だけではどうにもならない現実があり、その結果どのようなサポートも行われることもなく、学校に行けないならしかたない、と諦めてしまうケースが多いのである。

そこで退院した後の社会復帰サポートも、子どもに提供されるケアの一環として考え、病気克服からの長期的・定期的なニーズとして捉えることの必要性を感じたのである。病気治療、精神保健、社会生活それぞれの独立したサービスを行うのではなく、それらを連携させることを目的として、ケースマネージメント導入を提案するのは、ケースマネージメントの特性と目的が「クライエントの快適な社会生活をサポートすること」といわれているからである。現に高齢者福祉のなかのケースマネージメントは、地域社会で老人が快適な生活を行うための在宅ケアを中心に展開されている。加えて、施設ケアと在宅ケアとを連携させたサービス提供を目的としていることは、児童福祉のこのケースの病院でのケアと地域生活でのケアに置き換えることができると思われる。

独立したサービスだけでは対応しきれない現状を踏まえて、諸サービスの総合化と統合の在り方を検討し、本当に必要な人に本当に必要なサービスの提供の方法を考えるべきである。

## (2) 児童福祉分野でのケースマネージメント研究

現在まで日本においても海外においても、ケースマネージメントは主に高齢者福祉のケースが研究対象となっていたが、近年は児童福祉においても地域的に取り上げられるようになってきた。その対象は身体障害児・知的障害児の生活サポートがほとんどである。<sup>8)</sup>一九九二年にはカリフォルニア州が知的障害児の地域社会への復帰を促進するための方法(A Person-Centered Approach)を、ケースマネージメントを含めて法制化している。<sup>9)</sup>イギリスにおいても身体障害児を対象にしたサポートシステムの研究が始まった。しかし詳しくみると、このなかには、病気治療により「健常児」とみなされる子どもは対象になっていない。この種の研究においてケースマネージメントを医学モデルを中心に導入して

しまい、要援護者の生活全般を援助するライフモデルであるという視点を軽視しているからのように思える。

本研究においてはニーズ対象の幅を広げ病氣治癒後の子どもたちの社会復帰を例に挙げ、事例分析を行いながらライフサポートとしてのケースマネージメントの意義を考えることを目的とする。

## 注

- (1) 前田信雄『保健医療福祉の統合』、勁草書房、一九九〇年、一〇〇～一二頁
- (2) 老人、心身障害児(者)の家庭を訪問し、入浴・排泄・食事の介護、洗濯、掃除、買い物、関係機関との連絡、生活・身上・介護に関する相談助言等を業務とする。心身ともに健康で、福祉に関し熱心で理解を有し、家事・介護・助言等の能力を有する者の中から専攻、採用され、採用時および年一回の研修を行うこととする。(厚生省監修『社会福祉用語辞典』改訂版、中央法規、一九九二年、四九七頁参照)
- (3) 社会福祉制度を通して、利用者に提供されるソーシャル・サービスの中で、対人関係をもとに提供されるサービスのこと。具体的には、相談援助活動、介護援助などのことをいう。(前掲『社会福祉用語辞典』、三七四頁参照)
- (4) 前掲『保健医療福祉の統合』、一三〇～一四頁
- (5) 「児童の権利条約」第一八条 児童の養育及び発達についての父母の責任と国の援助(下村哲夫編『児童の権利条約』新版、時事通信社、一九九四年、一六四～一四五頁参照)
- (6) 高森敬久「カリフォルニア州の知的発達障害者対策とケースマネージメント——とくに A Person-Centered Approach を中心に」、仏教大学 社会学部論集三二号 一九九八年、七六頁
- (7) 前掲「カリフォルニア州の知的発達障害者対策とケースマネージメント」、七六頁

## 第二章 ケースマネージメント

### 1 特 性

#### (1) 定義と機能

#### (2) 定 義

ケースマネージメントは「複雑で重複した問題や障害をもつクライアントが、適時に適切な方法で、必要とする全てのサービスを利用できるよう保障しようと試みるサービス提供の一方法」と定義できる。<sup>①</sup>これは、様々なニーズをもつ人々への一律的なサービス提供とは異なり、利用できる資源を最大限に活用したケア方法を見つけたし提供するものである(表1-1)。

つまり、従来の対人サービスの縦割り組織を打破し、医療・保健・福祉の枠を越えた地域ネットワークを構築することによって、よりクライアントの側に立ったサービス提供を行う方法といえる。

これは、専門職、ボランティア、地域住民などの人的資源と、フォーマル、インフォーマルなサービスの連結による柔軟なケアを組み合わせて、地域レベルでのサービスを提供し利用者の能力向上をできる限りサポートすることを目的としている。

また、この制度の特色としてケースマネージャーがある。これは、常にクライアントの立場に立ち、サービス調整や

表1-1 ケースマネージメント概要

<p>1. ケースマネージメントの定義</p>	<p>ニーズをもつ人々が、その機能を最大限に発揮し健全に過ごすことを目的として、フォーマルおよびインフォーマルな支援と活動のネットワークを組織し、維持することを意図する人やチームの活動。</p>
<p>2. ケースマネージメントの目標</p>	<p>対人サービスや社会的支援を見出して利用するという、利用者のもつ技能や力量をできる限り向上させる。          利用者の機能や健全さを向上させる間に、社会的ネットワークや関連する対人サービス供給者の力量を拡充する。          効果的なサービス供給を達成しようとする中で、サービスの効率を向上する。</p>
<p>3. ケースマネージメントが必要になった主な理由</p>	<p>(1) 脱施設化と地域中心のケアに向かう動き。          (2) 地域サービスの脱集中化。          (3) 社会的機能に重大な問題をもつ利用者となる人々の存在。          (4) 人々の健全さを促進する際に社会的支援や社会的ネットワークが持つ重要な役割の認識。          (5) 州および市のサービスの断片化。          (6) 対人サービスにおける費用対効果に対する認識の高まり。</p>
<p>4. ケースマネージメントの焦点</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ (1) 利用者の技能の向上</li> <li>(2) 社会的ネットワークの参画</li> <li>(3) 多様なサービス供給者の参画</li> </ul> <p>これらを統合し利用者を支援するネットワークの形成。</p>
<p>5. ケースマネージメント実践の機能</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ (1) 利用者の技能の向上援助ニーズ</li> <li>(2) 社会的ネットワークの力量</li> <li>(3) 対人サービス供給者の力量についてアセスメントする。</li> <li>・ 多機能もしくは他分野協働チームの専門的な参画と、利用者の主体的な参画に基づく総合的なサービス計画を展開する。</li> <li>・ 利用者の自己ケアの技能や力量を高めるという目的で、利用者へ直接介入し、および（もしくは）、利用者に影響をおよぼすシステムに間接的に介入する。</li> <li>・ サービス計画の遂行を追い、利用者の状態、サービス供給の具合、社会的ネットワークへのメンバーの参画についてモニターする。</li> <li>・ 利用者の機能について、利用者を支える社会的ネットワークの力量について、利用者（および同様な利用者）とともに作業する対人サービス専門職の力量について、サービス計画の効果や影響を評価する。</li> </ul>

(マクスリー「ケースマネージメント入門」より)

人員調整を行い、サービス全体をまとめる役割を担うリーダーのことを指す。いわば、サービスとクライアントの結び役である。

そして、積極的に地域社会からの支援（物的・人的・制度）を取り入れることも特色の一つである。

## （二）目標

基本的には、クライアントの多様なニーズに応えることと、クライアントの生活の質（Quality of Life）の向上である。ケースマネージメントがサービス要素として認められるようになった目標をまとめて挙げてみると以下ようになる。

- ①ある時点またはある時間的経過のなかで、横断的な諸サービスによるケアの連続性を保障すること。
- ②時間の経過につれて、もし必要ならば一生を通じて、クライアントのニーズの変化にとまない、各種サービスが広範囲なニーズに対応するように個別的に保障すること。
- ③受給資格要件、規則、政策、手続と関連するサービスへのアクセスの障壁を打破し、クライアントが必要とするサービスを利用できやすくすること。
- ④提供されるサービスがクライアントのニーズに合致しており、適切な方法で適時に提供されており、不適切な重複がないよう保障すること。

(Intagliata, 1982)

## （三）効果

ケースマネージメントが的確に運用されれば、様々な効果が期待できる。予測される結果や、期待できる事柄は、以

下のとおりである。

- ① 機関の枠を越えた連携によるサービスの多様な提供が可能になる
- ② 継続的なケアが提供できる
- ③ ニーズにスピーディーに対応ができる
- ④ 広範囲な資源の収集ができる
- ⑤ 無駄を削減し、コストの軽減になる
- ⑥ 家族の負担が軽減される

これらはケースマネージメントの目標と照らし合わせ検証できるものである。

#### (四) 課題点

現在、ケースマネージメントが主に行われている高齢者ケアシステムにおいて指摘されている課題は、主に四点ある。資源の調達調整問題、フォーマル・インフォーマルケアを綿密に組み合わせることの困難性、提供者側の高齢者介護の基礎意識の不充分さ、そして、効果が得られなかった場合の責任性の問題である<sup>②</sup>。また、それぞれのサービスの機能や特性を生かした連携をさせることの困難性も指摘できるであろう。

#### (2) 発展と目的

アメリカで生まれたケースマネージメントは、一九七〇年代中頃まではほとんど知られていなかった。このことから

考えると、これは比較的新しい制度といつてよい。短期間のうちに多方面の研究者によって研究され始めているという点から見ると、この制度に対する期待度の大きさを知ることができる。また、ケースマネージメントという言葉自体は近年使われるようになったが、概念そのものはそれほど新しいものではない。それは、職業リハビリテーションや公衆衛生看護学、ソーシャルワークなどの基礎知識に源を持つ<sup>③</sup>。特にソーシャルワークにおいては、ジェネラリスト・ソーシャルワーク実践理論と最も深い関わりを持っている。この理論は資源システム開発、ニーズと資源システムとの結びつけ、資源システム間の調整をすることによって、本来の縦割り組織によるサービスシステムを崩壊させることを目的としており、ケースマネージメントの概念にも近い。研究者によつては、ケースマネージメントを「うまく確立したソーシャルワークの技法」と位置づけている者もいる (Schwartz, Goldman & Churgin, 1982)。また「ソーシャルワーク専門職の歴史の一部」と定義する学者もいる (Miller, 1983)。しかし、「ケースマネージメント」として、実際の社会で活用され、また研究の対象とされるようになったのは、一九七〇年代に入ってからである。

一九七〇年代初期、連邦政府保健教育福祉省 (Department of Health, Education and Welfare) は、連邦政府の数々の諸サービスを、州や地方での単位で連携させることを目的に、それまでの各種のサービスやアプローチの方法を検証するためのプロジェクトに補助金を出した。これらの「サービス統合プロジェクト (Service Integration Project)」は特に以下の項目について検討を行った。<sup>④</sup>

- ・クライエントの発見システム
- ・情報提供、送致メカニズム
- ・総合相談センター (最初にクライエントが訪れる施設として)
- ・専門分化した管理情報システム



- ・機関間での計画とサービス提供の合意
- ・資源目録のコンピュータ化
- ・管理再組織化計画
- ・ケースマネージャーの設定

特に、「システムの代理人」(system agents)といわれる「ケースマネージャー」は、ケースマネジメントの大きな特徴の一つとみなされた。彼らはクライアントの側に立ち、なおかつ資源の調整と、サービスの適切な活用によるクライアントの快適な生活の責任を持つことも期待された。

ケースマネージメントが出現した背景には、一九六〇年代の福祉サービス施策の発展がある。それは、それらの施策の公的財源が縦割り組織の各部署でふるいにかけられながら捻出されていたことから、サービスそのものが「複雑」で「断片化」し「重複」しており、しかも「調整されていない」と指摘された。施策数は多くても、それぞれが孤立・細分化したものであつては、複数のニーズを持つクライアントの要求には応えられない、ましてや極端に複雑なニーズをもつ人には全く活用できない場合があつたわけである。福祉施策が発展するにつれ医療や保健の専門資源だけでなく、それまでは使われていなかった資源、例えばソーシャルサポート、地域交流などにも支援が期待されるようになった。

ケースマネージメントの発展に寄与したもう一つの原動力は、精神保健や知的障害者ケアの分野において顕著にみられた施設中心主義への批判と反対運動である。一九五〇年以降クライアントは、向精神薬の開発により施設よりも地域社会で生活したほうが治療効果があるとして、コミュニティに移された。このことから、この時期にコミュニティを単位とした福祉サービスが発展した。しかし、複雑なニーズをもつこれらのクライアントが、その個々のサービスだけでは適切なケアと快適な生活を与えられていない、という事実が明らかになり、退院後のアフターケアの必要性が指

摘された。クライエントは退院後、病気による苦しみだけでなく、地域の人々とのコミュニケーションが取れないことによるストレスの苦しみも味あわなければならず、両者をカバーできるサービスとサポートが必要になったのである。

このようなことから、従来のマニュアル化され分断化された応用の利かないサービスでは、これを拡大したとしても効果的なケアの適切な分配は出来ないことが分かった。重度の障害者を無責任にコミュニティに生活させても、ほとんどその特性は生かされない。逆にストレスの原因にもなりかねないということから、両者の間に立ち、調整を行う制度が必要になった。施設や病院よりも、環境制限がなく、より人間的な関わり合いが可能なコミュニティの長所を生かしたサービス提供を目標としてケースマネージメントが注目されたのである。

一方イギリスにおいては、一九七〇年代に高齢者サービスの見直しを始めたことから、この研究が注目されるようになった。それまではサービスを必要とするクライエントには、すべて施設を用意する方針であったが、それが実際不可能であることが分かってきたからである。加えて、利用者と提供者のコミュニケーションの欠如と、現行サービスの限界も指摘され、地方自治体の社会サービス部と大学におけるPSSRU (Personal Social Services Research Unit)<sup>5)</sup>などの共同開発および研究が盛んに行われるようになった。ケースマネージメントが導入されるのは、コミュニティ単位であることが大前提とされ、現存のホームヘルプやソーシャルワークと、新しく必要と見なされたサービスとの統合をいかにして行うかということに関心が寄せられた。一九八〇年代後半には、社会サービス部門の再検討や、実験的なサービス統合モデルの開発が行われた。

ケースマネージメントに期待が集まるようになった要因は、基本的にアメリカのそれと同じであるが、このイギリスの開発目的がアメリカの目的と違うことは、このサービスが重度のケアを必要とするクライエントを主な対象とし、ケアの統合をモデル化したことが挙げられる。この時点では、ニーズの軽いクライエントに対するサービス提供は、その為の独立部門が設置された。

一九九〇年代には、ケアマネージメントが制度として国民保健事業&コミュニティケア法の中に導入され、自治体の施策の一つとして活用されるようになったのである。

こうしてみるとケアスマネージメントの発展には、その背景・目的から、大きく分けて六つの要因が影響していることが分かった。

① 対人サービス供給の脱施設化への移行

ケアスマネージメント発展の中核的要素

② 地域サービスの脱集中化

適切なサービスの適切な分配

③ 対人サービスの断片化の克服

一律的なサービス提供の限界を越える

④ 対人サービスの費用削減効果への期待

サービスの脱集中化による費用の公平分配、無駄や重複の削減

⑤ 障害を持つ人々の社会参加の機会の増加

複合的ニーズを持つクライアントの社会生活のためのサポート

⑥ クライアントの生活の質に対する社会的ネットワークの重要性の認識

インフォーマルなサービスの活用

このように、多方面からの多様なニーズに答えられる、現代社会の要求にあつたシステムとしてケアスマネージメン

トを位置づけられるであろう。ケースマネージメントは社会のニーズの中から生まれたのである。

### (3) 主な機能とプロセス

ケースマネージメントは、一つのニーズに対して様々な取り組みが為される。それぞれの機能は、クライアントのどのようなニーズにも迅速に対応できるように配置されており、その過程は必ずしも一方向に向かうものではないが、ここでは一応の流れに沿って主な機能を説明する(図1-1)。

#### ニーズの発見

クライアントからのサービス要請に対応するだけでなく、広くニーズの発見に努める。

←

#### アセスメント (Assessment)

評価の判定を行うこと。つまり問題やニーズを明確にし、クライアントの要望を聞きニーズを包括的に把握すことを目的とする。

←

#### 計画策定 (Planning)

総合的なサービス計画を立てる。サービスの提供者とネットワーク構成、サービス構成を調整する。この主なものは、

- ・ 主要なニーズの書き出し
- ・ ニーズをサービス供給に対する目標に置き換える

・サービス提供者の役割分担や責任性の確認

・予定表作成

・ケースマネージャーによるサービスの効果指標確認

## 介 入 (Intervention)

← ケースマネージャーは、クライアントとクライアントの属する地域ネットワーク、サービス供給者それぞれの行動に介入する。これには、技能を教えたりする直接的な介入と、クライアントとサービスを結びつけた  
り、サービスの仲介をしたりする間接的な介入とがある。ここで実際にケアが為される。

## モ ニ タ リ ン グ (Monitoring)

← クライアントのサービス遂行状況と現実を追跡すること。クライアントへのサービス計画が計画どおりに行  
われているかを調査し判断すること。

## 評 価 (Evaluation)

← 実行されたサービス供給の効果を評価すること。サービス遂行によってクライアントに有益であったか否か、  
どの程度の効果があったのかを総合的に評価する。

このプロセスにおいて、ケースカンファランスと呼ばれる、ニーズとケアをチームで判断・点検・評価する情報交換  
会議が随時行われる。この会議は複雑なニーズを抱えたケースを対象に開かれ、単一のニーズの場合にはあえて行わ

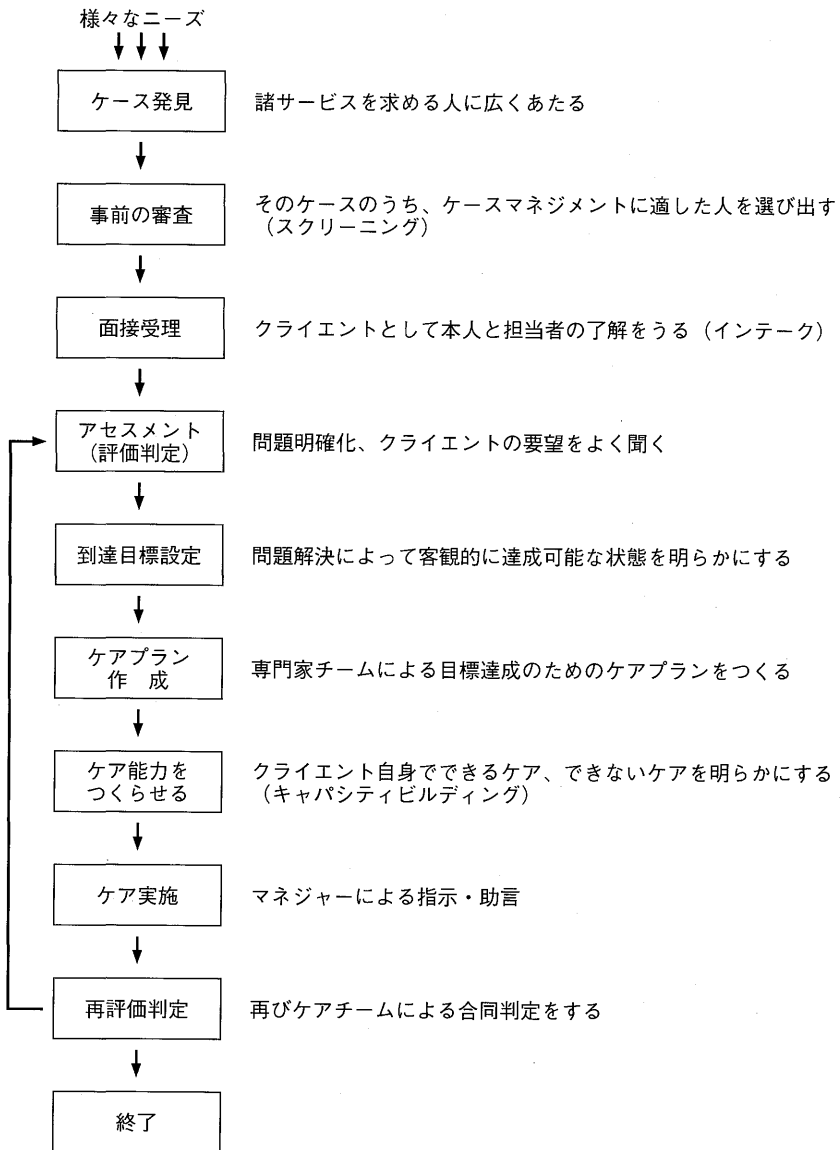


図1-1 ケースマネジメントのプロセス  
(前田信雄『保健医療福祉の統合』より)

ず、あくまでも複合的ケアを必要とするケースの現状の明確化を目的とする。プライバシーの保護には万全を期して行われ、また話し合いの内容は記録として残す。この記録は、会議に出席できなかったメンバー（特に多忙な医師）にも目を通してもらうようにし、意見を聞く。このケースカンファランスを行うことにより、スタッフはサービス提供の全体が理解でき、スタッフ間の相互理解も高まる。

このような過程が必要ならば何度でも繰り返し行われ、十分と思われる結果が得られるまで続けられる。この過程で大切なことは、サービス提供の効果を常に客観的に評価し、常に最善のサービスを提供できるようプランを練ることである。

「これしかない」とか「今のやり方しかない」という思い込みをやめ、柔軟なサービス提供を心がけることが大切である。

#### (4) 日本におけるケースマネージメントの実際

現在に至るまで、日本においては対人サービス分野においてケースマネージメントと称される本格的なシステムは活用されていない。一九九〇年代にはいつてからは、主に高齢者福祉の専門家によるケースマネージメントの紹介や研究は進んでいたが、一般的に認識されているとは言いがたい状況であった。日本の対人社会サービスは、医療は医療、保健は保健の縦割り制度であり、その壁を崩すのは難しいと思われるからである。しかし、二〇〇〇年から実施される予定の介護保険法の中に「ケアマネージメント」が導入されることになり、にわかにこのシステムが注目されるようになった。この法律のケアマネージメントの概要を説明するとともに、政策的位置づけと日本における定着の可能性を考えたい。

## 2 介護保険法におけるケアマネージメント

### (1) 概要

二〇〇〇年からの実施が決定した介護保険法は、これから益々の進行が予想されている少子高齢化対策の一つとして期待されている。ケアマネージメントもそれにとめない注目されるようになった。しかしその一方で、問題指摘も少ない。ケースマネージメントにおいて最も重要視されている地域ケアの理念を無視し、自治体レベルでのサービス制度確立のための改革を怠っていることや、そもそもこの利点や欠点についての説明することもなく、外国の制度をコピーしようとしているだけの政府に対する指摘や批判も多い。

日本の介護保険法はドイツのそれをモデルとし、主に高齢者に対し、ニーズが発生した時（要介護状態）に、必要なサービスを保障するという目的で制定される（図1-2）。このサービス提供の一つの手段としてケアマネージメントが導入されるのである（図1-3）。

介護保険法の給付サービスは、医療・福祉・看護・リハビリの各部門によって提供される。日本の公的介護保険は、基本的に医療保険のアナロジーで、サービスは保険給付として提供される。その主な特色としては、

- ① 高齢者自身によるサービスの選択ができる
- ② 介護サービスの一元化が進む
- ③ ケアマネージメントの発展
- ④ 介護されることを「権利」として扱うことで、社会保障の枠内に確立する



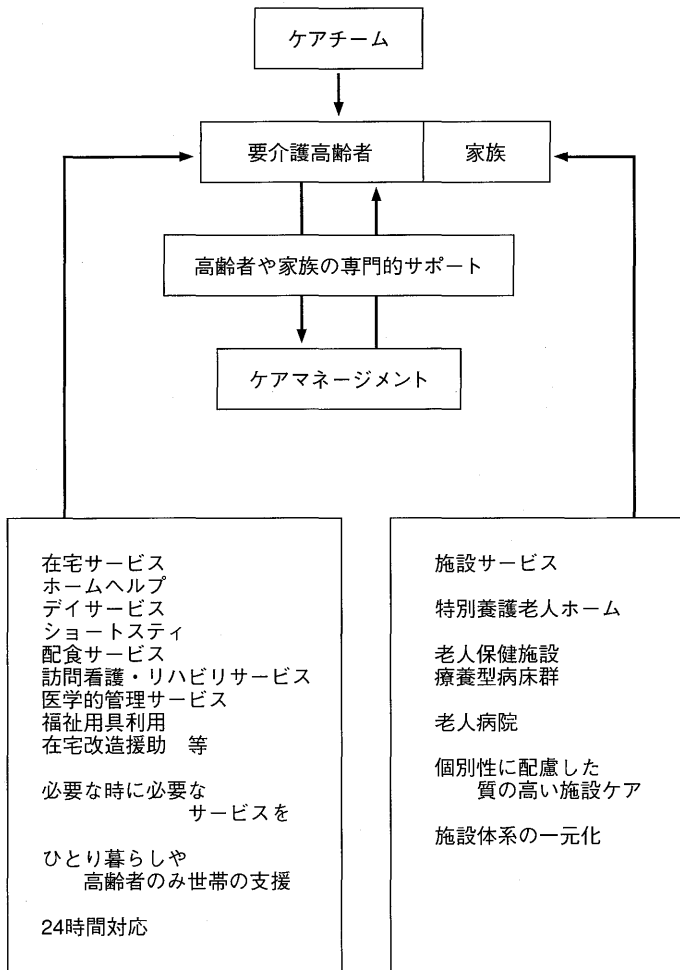


図 1-2 新しい介護モデル

(厚生省案を基に作成)

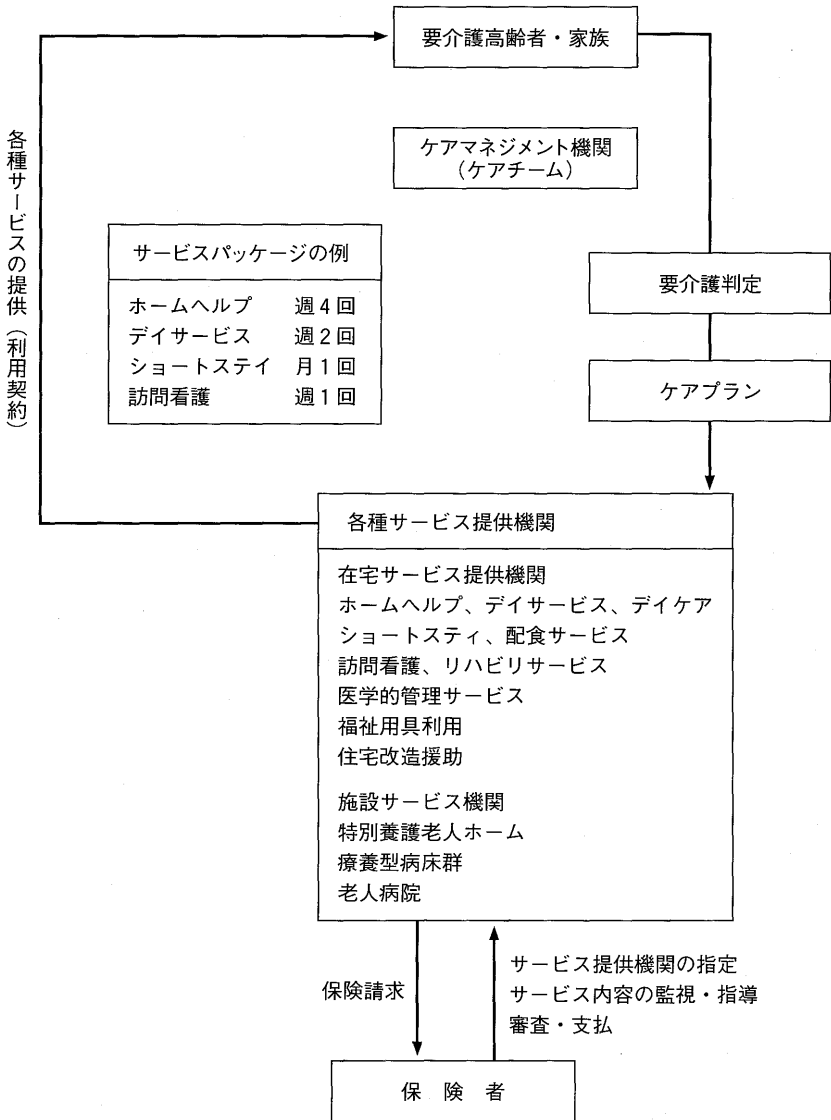


図1-3 新介護システムにおけるサービス利用手続きのイメージ

(厚生省案を基に作成)

この四点が方向づけられている。

ここでは三番目に挙げられたケアマネージメントについて説明する。またこの法律ではケースマネージメントではなくケアマネージメントという用語を採用しているので、ここではこちらを使うが、基本的には同様に扱われている両者の違いを次の項で説明することとする。

一九九四年に厚生省の高齢者介護・自立支援システム研究会が『新たな高齢者介護システムの構築を目指して』という報告書を政府に提出したことから、この保険法にケアマネージメントを導入することが議論されはじめた。ここではケアマネージメントを「高齢者が生活設計を自らの責任で自己決定していく自立を支援する仕組み」として位置づけている。介護保険において、要介護・要支援と認定されれば、ケアプラン作成機関でケアマネージメントを受けることができる。

ケアの提供者は、医療関係者、福祉専門職が中心で、地域の非専門職やボランティアの存在は明確化されていない。ケアマネージャーは、試験と実務研修を経て都道府県知事から認定された専門職が職務を担うこととなり、実際には医療中心のケアマネージメントが行われると予想できる。

対象者は六五歳以上とされ、長期ケアが必要なクライアントだけではなく、一六種類の介護を認定に基づき給付し(表1-2)、介護計画等を活用することによって費用を抑制することを目的としている。サービスの量や期間は規定によって決められ、総合的というよりは、平均的なサービスの供給になるように思われる。

表1-2 介護保険法のサービス内容

(サンデー毎日編「これでわかる年金と介護保険」より)

### 在宅サービス

- 訪問介護  
入浴、排泄などの介護や調理、洗濯、買い物などの家事を行うサービス
- 訪問入浴  
移動可能な特別の風呂を自宅に運び入れ、入浴の介護を行うサービス
- 訪問看護  
かかりつけ医のもと、看護婦（士）や保健婦（士）が訪問し、健康チェックや療養上の世話、診療補助を行うサービス
- 通所介護  
デイサービスセンターなどの施設で健康チェックや入浴、食事、日常動作訓練などを行うサービス
- 通所リハビリテーション  
医療施設で、専門家が機能回復訓練を行うサービス
- 居宅療養管理指導  
医師、歯科医師、薬剤師らが自宅を訪問して療養に関するアドバイスを行う
- 痴呆対応型協同生活介護  
痴呆のある高齢者が対象 5～9人のグループで共同生活をする
- 短期入所生活介護  
介護の必要な人を短期間、特別養護老人ホームなどの施設で介護、日常生活の世話をする
- 短期入所療養介護  
医学的管理の必要な人を短期間、病院や診療所などの医療施設で介護する
- 有料老人ホームなどでの介護  
有料老人ホームなどに入所している人に、施設が提供する介護サービス
- 福祉用具レンタル  
車イスやベッドなどの福祉用具を貸し出すサービス
- 福祉用具購入及び住宅改修  
入浴、排泄要の福祉用具の購入、または風呂場やトイレに手すりを取り付けるなどの住宅改修を行った場合に費用の一部を支給する

### 施設サービス

- 特別養護老人ホーム  
常に介護が必要で自宅での生活が困難な、寝たきりや痴呆性の高齢者に介護を行うサービス
- 老人保健施設  
病状が安定しており、リハビリテーションや看護、介護が必要な高齢者に介護や機能訓練、必要な医療を行う施設
- 療養型の病院・診療所  
長期療養が必要な高齢者に、医学的管理のもとで介護や必要な医療を行う施設

(2) ケースマネージメントとケアマネージメントの相違点

理論上、ケースマネージメントとケアマネージメントとの違いは、あまりはつきりした定義づけとしては指摘できない。もともと、ケースマネージメント自体が幾通りもの理解や理念によつて定義づけされているものだからである。

基本的にアメリカではケースマネージメント、イギリスではケアマネージメントという用語が使われているのが一般的である。制度の内容は違うが、日本の介護保険の中に取り入れられているものはケアマネージメントと呼ばれている。こうしてみると、呼び方だけの違いのように見えるが、その発生と発展を比べてみるとそれぞれの特性が浮かびあがってくる。

① アメリカのケースマネージメント

アメリカにおいては、一九七〇年代に精神障害者を対象としたケースマネージメントが生まれたが、その後研究者や臨床のスタッフからの提唱で、長期ケアを必要とする高齢者ケアの手法としても使われるようになった。

米国連邦保健経済局の補助事業として、地域ケアを中心に発展してきたが、ケースマネージメントの在り方と経済的な有効性が明確に示されないこともあつて、連邦や州のレベルでの一律的な強制制度としては適用されていない。行政の目的が州の医療扶助法、連邦高齢者・障害者医療保険法の費用の效果的配分となつているので、広範囲での一律的な制度としては機能できない。つまりケースマネージメントは行政による画一的な導入には適さないものである。

アメリカで地域ごとに行われているケースマネージメントにおいては、サービスもサービス提供も規格化されていない。個々のニーズに最適とされるケアとサービスが工夫され、提供される。この際、利用できるサービスの上限は制限されず、徹底したケアが行われる。その地域に適当な介護サービスの制度がなかったとしても、その代替案を考え、専門職の他にもボランティアや地域住民も含めた人的援助を行う。重いケアを必要とする人も、軽いケアですむ人もおり、

ニーズは十人十色であるから、そもそも規格化したり平均化したりはできないということを認識し、「その人」に「その時」に「最も効果的な」サービスを提供することを目的としている。それによつて複雑なニーズにも、サービスの組み合わせによる多様なケア提供が可能になるのである。

ケースマネージメントは「ニーズ」に「ケア」を合わせるサービス提供方式であるといえる。

## ② イギリスのケアマネージメント

一方、イギリスにおいては一九七〇年に研究が始められ、実際の政策としては一九九二年から開始された国民保健事業&コミュニティケア法<sup>⑥</sup>にケアマネージメントが導入された。国民保健事業および社会サービスの予算決定権や実施権を、可能な限り国から自治体に委譲することにより、中央集権的な体制を解体することを目的とした。つまり、地域計画法の中の一つの改革案として生まれたのである。その基本は従来の官僚的、手続主義なサービス提供の否定であり、あわせて、地方自治体にコミュニティケアの責任を持たせることを理念とした。このことから、イギリスのケアマネージメントは自治体ごとの制度を構築している。

ケアマネージメントは、ある程度規定された「ケア」を「ニーズ」に合わせて選択するサービス提供の方法である。

ケースマネージメントとケアマネージメントを比較してみると、複合的なサービス提供という大目的は同じであるが、提供するサービスの特性を比べてみると、多少の違いがあるように思われる。両方とも、もちろん社会サービスも医療サービスも行うものであるが、その発祥とバックグラウンドにしている法律の違いから見ると、前者は主に社会的サービス、後者は医療サービスの分配を行う制度であるといえる。また、ケースマネージメントは規格化されずにニーズを中心として展開、ケアマネージメントは認定結果中心の展開を行われるといつてもよいであろう。

### (3) 介護保険法のケアマネージメントの展望

日本で行われるケアマネージメントはサービス提供側主導の形をとるようにはみられる。アメリカで行われている本来のケースマネージメントの特性であるクライアント中心の柔軟なサービス分配は実現困難とみられる。またイギリスのケアマネージメントは、ある規制や認定が必要であるとしても、基礎となるコミュニティケアが確立している点で日本のもとは異なる。それでは、現在の日本のケアマネージメントが、日本独自の特色を形作りながら、その本来の柔軟なサービス提供を行えるよう定着するには、どのような改革・改善が必要であろうか。

まず、ニーズの発見方法を広げることである。クライアントからの一方的な要求に応じるだけでなく、積極的にニーズを探さなくてはならない。本場にサービス受給を必要としている人が、自分から名乗れないことが多いからである。そのためには、二番目として、地域ネットワークの構築の必要性が挙げられる。地域住民・ボランティアや、地域施設・制度の使用など地域資源を積極的に活用し、幅広くニーズの発見に努めるとともに、複雑なサービス提供を柔軟に行うためのネットワーク作りが大切である。これは、非専門職や、インフォーマルケアなしには行えない。三番目としては、やはりサービス内容の規定化を取りやめることである。十人のクライアントには十通りのサービスの形が必要であるということ踏まえ、柔軟なケアプランを作成しなくてはならない。そして最後に、ケースマネージメントという制度を、政府やサービス提供者が本場に理解してから、法律を運用することである。この過程が省かれれば、ケアマネージメントは方向性と適応性を失い、地域ごとの広い分野での発展の可能性をも失ってしまうからである。

外国での活用を十分研究し、なおかつ真似するだけでなく、「日本のケアマネージメント」確立のためには、介護ならびに長期ケアについてはつきりとした理想と目的意識と手段の明確化と実行力が不可欠である。

## 注

- (1) ステファン・ローズ編、白澤政和他訳『ケースマネージメントと社会福祉』、ミネルヴァ書房、一九九七年、一七頁
- (2) D・チャリス、B・デイビス『地域ケアにおけるケースマネージメント』、光生館、一九九一年、一五〇～二三頁
- (3) 前掲『ケースマネージメントと社会福祉』、二二頁
- (4) 前掲『ケースマネージメントと社会福祉』、一八〇～二〇頁
- (5) 英国ケンブリッジ大学対人社会サービス研究所
- (6) 小田兼三『コミュニティ・ケア——行動のための指針』、海声社、一九八九年、参照

## 第三章 長期入院児へのケースマネージメント

### 1 障害児の長期入院とケースマネージメント導入の必要性

児童の権利条約批准などにより、一九九七年には児童福祉法が改訂された。その対象が要保護児童などの特殊な一部の児童ではなく、全ての児童であるという点が改めて指摘された。また、児童自立支援事業や関係地方公共団体等の連携に関する新しい事項が取り入れられた。<sup>1)</sup>このことも、児童を取り巻く環境の整備と、連携を可能にする体制の確立の必要性を専門家が再認識する大きな要因となった。児童福祉法第二条における児童育成の責任性の位置づけも、保護



者・地方公共団体・国の役割分担と協力体制の必要性を明確化しており、各機関の連携の重要性が注目されるようになった(図2-1)。

児童を取り巻く施設は年々増加し、各分野でいえることであるが、児童福祉においても年々ニーズは複雑化し、それに対応するサービスには柔軟性が求められるようになってきた。単独の機関がひとつのサービスを提供するだけでは、問題は解決に至らないケースが増えたのである。特に、増加しつつづけている児童虐待や不登校の問題は、児童の問題や相談を主に引き受ける機関であるといわれている児童相談所だけでは対処しきれしていない。

ところが長期入院児が社会復帰の際にぶつかる問題の相談も、実際にはほとんどをここで対応することになる。加えて、他の機関とのつながりを考えても、改正された児童福祉法における児童相談所の位置づけからみても、児童のサポートを行う時に必要な連携の舵をとるのは児童相談所が適当である。とすると、児童相談所へのケースの集中を防ぎ、負担を削減するためにも、益々協力体制の確立が必要になる。ケースマネージャー的な児童相談所を中心にした諸機関の横のつながりが、児童を取り巻く新しい環境となるであろう。しかし、実際には、親が相談所への通所を嫌うことも多く、一番の基本となる保護者との相互理解が難しくなり、ひいては、諸機関の間の連携を阻む原因になることもある。次に挙げる事例はその典型的な例である。なお、これらの事例はH病院の喘息病棟にて実際にインタビュー調査を行い得たものである。

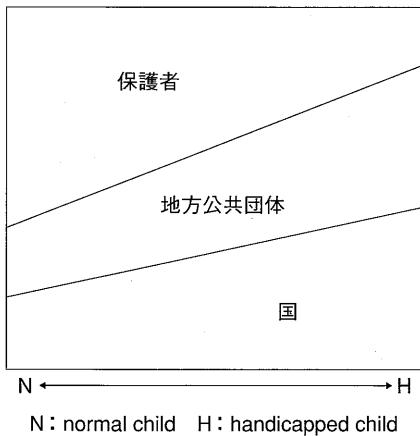


図2-1 児童育成の責任体制  
(厚生省案より作成)

〈事例1〉

A子

年齢…一三歳（初回インタビュー、一九九五年）

病歴…生後間もなく喘息をわずらう

入院歴…二年八ヶ月（小学校四年から）

家族構成…両親、姉、A子

入院以前は地域の公立小学校に通っていた。学校は嫌いではなかったが、自分から積極的に友達と関わるタイプでもなかった。本人は「目立つことはしたことがない。あまり楽しいとも思ったことがない。」と説明。

入院中は同年齢の友達もでき、院内学級でも明るく過ごす。勉強は進んではしないが、病気を気遣ってか誰からも強要されなかった。退院が決まったときは悲しかった。公立の中学校に復学したが、退院後四ヶ月で出席日数は四日。クラスメートは初め速巻きに見ている風であったが、一ヶ月を過ぎた頃から「馬鹿が来た。」「汚いやつ。」とほとんど全員で声を揃えて言うようになった。教師の目がある時はいじめはない。担任から話かけられても、答えられない。喘息の発作は自分でも起こすことができるから、嫌なことがあるとこれを口実に帰宅したり、母親を騙して学校を休むようになった。

母親は「学校に行きたくないならば、無理していかなくてもいい。」というが、焦りもある。父親は無関心。

母親の甘い態度と、登校を強制されない状況から登校しようと試みることもないようであるが、「本当は行かなければ。」という焦りが感じられたので、「お母さんと児童相談所に相談に行ってみたら。」と勧めた。しかし、翌週「そういった所には行く必要はないそうです。私は病気なんだから無理しないほうがいいです。」という返事。母親もA子本

人も、相談すると学校側に特別な受け入れ体制をとられそうでないやだ、という。病院の担当医師や、院内学級の元担任は「本当は行きたいのだと思う。サポートしてあげたいが手が出せない。」という。

この事例は、本人に登校の意思があるにも関わらず、そのバックアップ体制が全く整っていないために、問題にぶつかった時に本人が登校をあきらめてしまったというケースである。A子の場合、両親がA子の登校を諦めており、児童相談所等に相談をすることも、学校関係者と話しあうこともなく現状の解決のためのアクションを全く起こしていない状況にあるので、問題が問題として認知されず、解決策の提案もなされていない。現在の児童相談所では、抱えているケースが多く、職員がニーズの発見の為に病院や学校を訪れるといったことは全く出来ない状態にあるため、A子や両親が何らかの意思表示かSOSを出さない場合は、何も進展しないのである。

このようなケースの問題が、仮に各分野の連携がなされているという状態で起こったならば、まず、ニーズの発見がスムーズに行われることは確実である。例えば、このケースの場合、院内学級の元担任が一番A子に近い存在とするならば、退院後のA子の現状を児童相談所に相談することができる。しかし、実際は退院したA子に対して、この元担任は発言権を持たない。また、病院・学校・家庭の境界線を越えて行動できる支援者（ケースマネージャー）がいれば、それぞれの意見や情報の交換が可能になり、A子を含め、入院中に世話をした看護婦等も交えたメンバーで、A子に無理のない適切な目標と計画を立てることができる。強制的に学校に行かせるのではなく、母親の意識改革や、担任との話し合いによる受け入れ体制の整備などを行うことから、徐々にA子に精神的余裕を持たせ、校登を可能にするなど、サポート方法の幅も広がるであろう。

次に挙げる事例は、病院だけでは対処できない問題を抱えた子どものものである。

〈事例2〉

B子

年齢…五歳（初回インタビュー、一九九六年）

病歴…二歳で喘息発病

入院歴…五ヶ月（入院中）

家族構成…父親、祖母、B子

一六歳でB子を生んだ母親はすぐに蒸発、父方の祖母に育てられる。入院前は幼稚園に通っていたが、院内に幼稚園がないので現在は小児病棟で一日の殆どを過ごす。二三歳の父親は面会にも来ない。看護婦や医師にべったりなので、看護婦は「甘える対象が欲しいのだ。」という。普段はおとなしいが、思い通りにならないと物を投げたり、人にかみついたりする。発作をよく起こす。世話をしてくれる人がいれば退院も可能と思われるが、引き取り手がいないのと。本人は「幼稚園に行きたい。」という。

退院後に父親が引き取りを拒み、病気を理由に入院を続けさせているケース。病院を養護施設代わりに行っているように思われる。B子本人は幼稚園に行きたいと主張しているが、入院しながら外の幼稚園に通うことは不可能。父親と同じに居している祖母は、B子をできれば退院させ、自分が養育していきたいと言っている。しかし、祖母自身も体調が優れず、B子の世話をするのは無理な状態である。父親の主張によって「喘息が完治していない」ことになり、そのまま喘息病棟に籍を置いている。医師や看護婦も「B子は可哀想だが仕方ない」と諦めているような印象を受けた。

院内学級には幼稚園がないので、同年齢の子とも触れ合うことはほとんどない。入院前に通っていた幼稚園での楽しかった話をよくしており、生活環境さえ整えば幼稚園に通えることはほぼ確実と思われる。

このケースも、各専門分野の連携つまりケースマネージメントの導入によって大きな二つの効果が期待される例である。ひとつはB子自身の意思に沿ったサポートシステムをつくることにより、基本的な生活の保障がなされ退院をして幼稚園に通うことができること。この場合保護者を誰にするのかという問題があるが、もし両親に養育の意思がなく、他に保護者になり得る人がいないとするならば、何らかの養育施設等に入所させるという選択肢も含め、最善の方法を模索することになるであろう。ふたつめは、入院にともなうコストの削減である。入院の必要性の無いB子を退院させることは、入院費用を支払っている家族側だけでなく、病院つまり行政側からみても大幅な経費と無駄の削減も期待でき、加えて入院を希望し待機している子どもへの、チャンスを与えることにもなる。

### 〈事例3〉

C夫

年齢…九歳（初回インタビュー、一九九六年）

病歴…小学校入学当初より喘息悪化

入院歴…三年二ヶ月

家族構成…両親、祖母、C夫

小学校入学と同時に喘息の悪化による入院。引つ込み思案でおとなしいが、喘息病棟の中には友達もおり、楽しそうに遊ぶ姿も見られた。勉強もそこそこ自発的に行い、同じように入院中の中学生に教わる時も。病院サイドから見れば

「手のかからないいい子」という印象の子どもであった。

喘息の発作もあまり起こらなくなったことから、小学校通学も可能ということとなり退院が決まった。しかし、退院後一ヶ月経った頃、母親が「再入院させてほしい。」と病院側に相談に来た。自宅に帰ってから元気がなく、学校も休みがちで、母親ともあまり話さなくなってしまうとのこと。「私はこんなに一生懸命にC夫のことだけを考えて育てているのに、どうしてC夫は私の言うことを聞かないにであろうか。」という相談もあった。医師と看護婦は、母親の話を聞きアドバイスをを行ったが、結局病気の治療とは関係なく、母親の強い希望でC夫は再入院することとなった。

このケースも、病氣治癒にもかかわらず入院生活を余儀なくされてしまった子どもの例である。この事例から読み取れるのは、母親の過干渉と神経質な子育てから、子どもがその事に精神的圧迫を受け、自らの殻に閉じこもってしまうということである。それにどう対処していいのかわからない母親は、結局病院に頼ることしかないということになり、「C夫のため」という名目で再入院を強制したということである。このケースにおいて、父親は全く存在しないも同様である。「この子をいい子に、勉強もできる子にしなければ。」という脅迫観念に取り憑かれたような母親の態度と、「子育ては母親の仕事」という父親の無関心さが、C夫の心を閉ざし、親子の間でコミュニケーションが取れない事態になってしまったのである。母親はC夫の喘息も、自分が元気に生んであげられなかったから、という負い目と感じているようである。再入院後のC夫は、明らかに元気を取り戻しており、精神的なつかえが取れたようにみえる。このH病院の喘息病棟では、月に一度のペースで保護者のための懇談会を開いており、C夫の母親も出席し熱心に話合いに参加しているが、C夫と向き合うと、そこでのアドバイスは生かされないようである。

母親の精神的な重荷を取り除いて、余裕をもった子育てを行えるような専門的なサポート機関が、この母親に対して適切なアドバイスを行えば、母親もC夫ももっと肩の力を抜いて向き合え、C夫が精神的圧迫から解放されることは

確かである。ケースマネージメントは、クライアントだけでなく、その家族や介護者への負担軽減や、サポートもその目的としていることから、このようなケースも対象となる。母親の精神的重荷を取り除くだけでも、このようなケースは好転するであろうし、多くの無駄も省けることになるであろう。

一人の子どもに対して各専門分野が断片的なケアを行っていても効果的な結果はなかなか得られない。ましてやA子のようにニーズの発見さえもなされないケースは対処方法も与えられず、なし崩し状態になってしまうことも多いと推測できる。今現在の日本においては何が必要で、また今ある制度をどのように生かしてサポートを行えばいいのかということに注目すると、介護保険法のケアマネージメントでまかなうのは不可能であることが分かる。

## 2 障害児在宅ケアのサポートシステムとしてのケースマネージメント

前項で挙げた三つの事例からも分かるように、児童をサポートする連携システムは、医療・福祉・保健そして教育の枠を越えて機能するものでなくてはならない。病氣治癒後のサポートは専門知識だけでなく、社会的な安定などのインフォーマルな資源の提供が不可欠である。また、長期的な入院生活や療養生活を送る児童の場合には、その親や保護者への知識と情報の提供や、心理的不安の除去も重要であることも分かった。C夫のケースから、入退院を繰り返す子どもも多く、家庭と施設間の一層のコミュニケーションの向上の必要性も指摘できる。

このようなことから、在宅ケアにおけるケースマネージメントは、各分野と機関との協力体制の確立だけでなく、介護者を含めたクライアントの心理的・物理的充足感を満たす、生活全般を補助できるものでなければならない。そして、在宅であっても施設入所児と同様の専門ケアが受けられ、地域の特色ある資源の提供を可能にするものが必要である。

### 3 介護保険法のケアマネージメントの限界

前に述べた通り、介護保険法の中に組み込まれたケアマネージメントは、基本的に六五歳以上の高齢者をサービス配分の対象にしており、それ以下の年齢の場合は痴呆などの老化による介護の必要な人に限られる。介護保険の運営の主体は地方自治体である。サービス給付の要請があった場合に、自治体はどの程度の介護が必要か認定し、それを基にコンピュータと医師による最終的なランクづけを行い、ケアプランを作成する、という手順を踏むことになっている。サービスは全て介護という形で給付されることになっており、現金給付はされない。「在宅サービス」と「施設サービス」の合わせて一六種類のサービスから、適当と思われるものを選出し、または組み合わせる形で実際に分配する。これはケアマネージャーが中心になって、申請者と提供者の両者の意見を聞きながらケア内容を決定する。このサービス提供の過程で、必要ならばケアマネージメントが活用されることになる。介護保険の理念は「自立支援」であるから、医療だけでなく、生活支援やリハビリが組み合わされたサービス提供を受けるケースも多くなると推測できる。

しかし、国民全体が対象となるならばともかく、現時点においては児童はこの対象に含まれない。よって、この制度を基本としたサポートシステムの確立は不可能であるから、不登校児をはじめとする子ども全般を対象とする児童福祉独自のシステムの確立が必要になる。

この時重要なのが、サービス内容にケースを当てはめる形のケアマネージメントではなく、複雑なケースそれぞれに合ったサービスの提供をするケースマネージメントの導入を検討しなくてはならないことである。介護保険法は、地域ごとの具体的な調査研究がないままに制度化された。これでは適切なサービスを求める複雑なニーズ十分に把握されないおそれがある。制度化、および法制化は重要なことであり、制度をスムーズに活用するためにも必要なことでは



あるが、「はじめに制度ありき」では全く意味のないものになってしまう。なぜならば、全国一律のケアマネージメントの制度化は、ケースマネージメントが本来もつべき「柔軟性」という特色を消し去ってしまいかねないからである。ケースマネージメントの特性を生かし、なおかつ活用しやすい制度としての地位の確立が重要になる。

#### 4 児童福祉分野における連携の新しい試み

児童福祉分野の連携の一般的な現状と問題点は第一章で指摘したが、その問題解決のため自治体や施設単位で独自の連携システムの確立を目指すところが出てきた。小田原児童相談所は「学校と家庭が共に支え合うための援助に向けて、個人・学校・家庭・社会の相互作用を生かす」ことを目的とし、平成元年より児童を取り巻く様々な機関、小田原市学校教育課・小田原市校長会・教育研究会相談指導学級・青少年相談センターを中心に、各専門機関の連携のための試みを開始した。<sup>③</sup>平成元年に学校・親（保護者）・教育委員会を対象に連続公開講座を開催し、基本的な不登校児の現状と問題点への理解と認識を求め、連携の重要性と必要性の説明をした。同じく平成元年から四年にかけては、小田原市相談指導学級・教育研究所・青少年相談センターの三者による合同検討会を行い、各施設の専門家同士による情報交換と意見交換、および討論を重ね、システムの具体的な構想やケースの検討を行った。そして平成三年から四年に、不登校連絡協議会が発足。ケースにそれぞれの専門分野が、それぞれにバラバラのサービスを提供するのではなく、相互に情報交換を行い検討し、最も適切と思われるサービスの提供を行うための流れをつくった。

大阪では平成三年に「ひきこもり・不登校児福祉対策事業」を開始した。<sup>④</sup>平成四年には岸和田市教育研究所メンタルフレンド事業をはじめとした福祉事業による不登校児のサポートシステムを提案し、児童の相談・集団指導事業を中心としたサポートシステムの確立による福祉と教育の連携を目指して研究を行っている。このように、児童相談所が中心

となつて地域社会規模での試みがなされるようになってきた。

この他にも児童相談所内にフリールームを設置し、不登校児と健常児との触れ合いの場を提供したり、児童相談所と学校、福祉事務所、保健所、児童委員会によるケース診断会議を開催する自治体もでてきた。しかし、専門家同士のコミュニケーション手段の確立は確かに前進したかもしれないが、ケースマネージメントの構成要因のひとつである地域社会をも含めたシステムの検討を行っているところは、まだまだ少ないようである。

## 5 児童相談所の限界

これらの地域での取り組みからも分かるように、不登校児のサポートや相談を行い、新しい制度の提案をするのは主に児童相談所の仕事になっている。しかし、毎年増え続ける相談ケースに対して、児童相談所だけで全て対応することが困難になってきた現状が見えてきた。不登校も昭和後期から平成五年までの約一〇年間で約三倍に増えた（文部省「学校基本調査」全国平均）ため、相談件数も急激に増加した。児童相談所にもちこまれた不登校相談には以下のような基本姿勢で解決を目指すことになっている。<sup>⑤</sup>

- ① 登校再開を第一目的としない
- ② 子どもの更なる成長への契機を見いだす
- ③ 子どもの生活を可能なかぎり視野におさめて関わりを持つていく
- ④ 関係者・関係機関との連携を密にする
- ⑤ 子どもとその保護者が選択しうる方法を可能な限り多く提供する

このように規定されているが、実際には児童相談所がほとんどのケースを抱え込み、その解決のために奔走している。他機関とのつながりは実際には困難な状況にある。小田原市のように連携を目的とした試みは、まだまだ稀なケースといえるであろう。

また現在は相談所における相談件数の多くが虐待問題になっている。不登校問題に対してはケースの発見にまでは手が回らない。不登校児や保護者が相談に訪れなければ、問題は発見されず認知もされない。例えば、A子のように長期的な入院から解放されて学校に復帰したいと願っている子どもが、何らかの原因で不登校を起こした。親も本人もどうしたらいいのかわからず、何のアクションも起こせずにいる。しかし、入院中にお世話になった院内学級の担任にはいつも会いに出かけているという状況がある。教師も「何とかしてあげたいが」とはしながらも現状打開策は無いとしている。病気が治癒したとされるA子に、病院側が直接的なケアをすることが不可能であるからである。ここで「学校に行きたくても行けない」子どもがでてくることになる。

このような子どもと家庭に対しては、本人や保護者以外の、できれば本人が信頼をよせている人がサポート機関にサービスの提供を申請でき、本人とともに問題解決に取り組めるようなシステムが必要である。教育・福祉・医療が互いに情報と技術と知識を組み合わせることでできれば、たくさんの「行きたくても行けない」子ども達の大きな手助けになるであろう。専門家が専門を越えたアプローチと活動のできるフィールドをつくるべきである。

このようなことから、「子どもの問題は児童相談所」という合い言葉については新しい解釈が必要になる。それは、ただ全ての問題ケースを児童相談所で抱え込むということではない。サービス提供の窓口となり、クライアントとサポートシステムを結びつける機能を持った機関である、ということである。相談所はサービス提供の中心となり、幅広くサービス提供者を選出し、またケアも選ばなくてはなくてはならない。ケースマネージメントの中心になり、サービスの

組み立てと分担を決めるのが児童相談所の大きな機能となることが重要である。これは一つの児童相談所が管轄する地域規模が、ケースマネージメントの効果的な活用を可能にする規模と一致することからも適当といえる。

## 6 児童福祉分野での連携の試みと課題

現在、不登校を含め児童に関する問題のほとんどを児童相談所が扱っている。しかし、サービスを提供する際に必要な連携をはかろうとする時には、全て本人か親（保護者）の同意が必要という規制がある。その同意が得られないと他機関への情報の公開や介入が不可能となっており、新しいサービスの提供の妨げとなっている。また本人と親との面談には様々な試みがなされるが、一つの機関としての学校、つまり教師との情報交換や検討会には、ケース担当者のみに対応となつてしまい、ケアの調整や選択には限界が生じる。小田原市のように、自治体を含め児童相談所が中心となつてその古い枠組みを壊したということは、この意味においては画期的なことである。

医療においても、教育においても自らの情報を他の機関に公開することに大きな抵抗がある。持ち込まれたケースや起こつた問題は、一つの機関の内部で解決すべきである、という考えが根強く残っている。この構造を大きく変えて、情報交換や連携を行う為の横のつながりをつくつた地域の試みは、福祉の分野において大変大きな成果といえる。そのような市では、ただ単に他の制度を模倣し機械的に導入するのではなく、市が抱える問題を深く分析研究している。実際の利用者になる子どもと保護者を対象にして説明会を行っている。サービスの提供者と利用者両者の意見を取り入れた独自のシステムの創造を考えていることも、大いに評価に値する。

しかし、小田原市のケースで欠けているのが地域社会との連携である。目的意識の中にはしっかりと「各分野および社会」との連携が含まれているが、実際にはそこが欠如しており専門家を中心となつた連携に偏つているように思われ

る。専門と非専門がうまくからみあったサービス提供を行うためには、地域社会の協力は無視できない。地域社会の参加こそが、柔軟な連携体制の基礎になるからである。クライエントがその地域に根付いた快適な暮らしをするためには、身体的、社会的、そして情緒的なニーズの充足が必要である。例えば、その地域と地域の資源をよく知る地域住民を、相談員やホームヘルパーのアシスタントとして雇い入れることでクライエントと地域を結びつけることが可能になり、同時に地域の特色を持った新しい資源の発見も期待できる。地域をよく知る人との関わりは、クライエントに安心感と安定感をもたらし、専門的なサービス提供の際に必要なコミュニケーションが、スムーズになされるようになる。

このような現状を踏まえると、客観的にみても児童福祉分野においては、子どもに必要に必要に連携はなされていないことが分かる。多くの制約と縦割り体制が妨げとなっているからである。

## 7 児童福祉へのケースマネージメント導入の提案——望ましいケースマネージャー——

そこで、高齢者福祉での導入により、その効果が期待されているケースマネージメントの児童福祉への導入を提案するのである。現在もアメリカなどにおいては、知的発達障害児に対しての活用が検討され実際に導入され始めているところもあるが、医療分野に偏ったシステムとして認識されがちであり、本来の「クライエントの快適な生活のための補助」という目的が薄れているように思われる。そこで、医療中心ではなく、福祉中心のケースマネージメントの確立をめざし、子どもが心身ともに健全で快適と思われる生活を送れる手助けをする手段としてのシステムが必要になる。それは、高齢者福祉のそれとはまた多少異なったものになる。教育という分野が連携の一端に含まれるからである。

ケースマネージャーの存在も児童福祉独特のものになる必要性がある。それはケースマネージャーという試験に合格した資格ではなく、「子どもに最も信頼されている」という事実を優先して選出された人物を、ケースマネージャーと

すべきであるということである。ある程度の専門知識は必要であるが、子どもが安心して相談をもちかけられるような存在でなければならぬということから、固定された人物であってはならない。ケースカンファレンスやケース認定会議を行い、その中から子どもに最も近い人物を選ぶことが適当と思われる。サービス全体を取り仕切る能力が期待できない人物が選出された場合などは、児童相談所職員がサービスの組み立てや分担の決定を補助するなどして調整をはかることが望ましい。不登校児のように、専門的技術よりも精神的後押しをしてくれる人物が必要な場合も多いからである。ケアの内容と同様に、ケースマネージャーも最も適切と思われる人物を選べるような、柔軟な体制づくりを目的としなければならない。

このように、児童を取り巻く環境は、児童の権利条約批准も後押しして、近年急速に整備されつつある。しかし、児童福祉だけでなく全ての分野で言えることであるが、いくら道具が揃ってもそれを使いこなせなければ意味がないのである。現在問題となりうるニーズには、もはや単一のサービスでは対応できなくなっている。となると、必要となるのが「連携」であり、これからの対人サービスは福祉だけでなく教育・医療・保健の枠をこえた新しい協力関係を築く時期にさしかかったと言つていいであろう。介護保険法は利用者を無視した、行政側からの一方的なお仕着せの法律になりつつある。利用者が「それはどのような制度なのか、どのように利用すればよいのか。」といった基本的認識を持っていない制度は空回りしてしまう可能性が高い。サービスの授受を行う両者が検討を重ね生み出してこそ利用価値のあるシステムがつくり出されるものである。

以上のことを考慮し、児童相談所を中心とした子どもに関わる諸機関間の連携モデルを制作した(図2-2)。これは、子どもを取りまく機関をすべて児童相談所に結び付けることによつて、不登校や虐待だけでなく、あらゆるケースに対応できるようになっている。

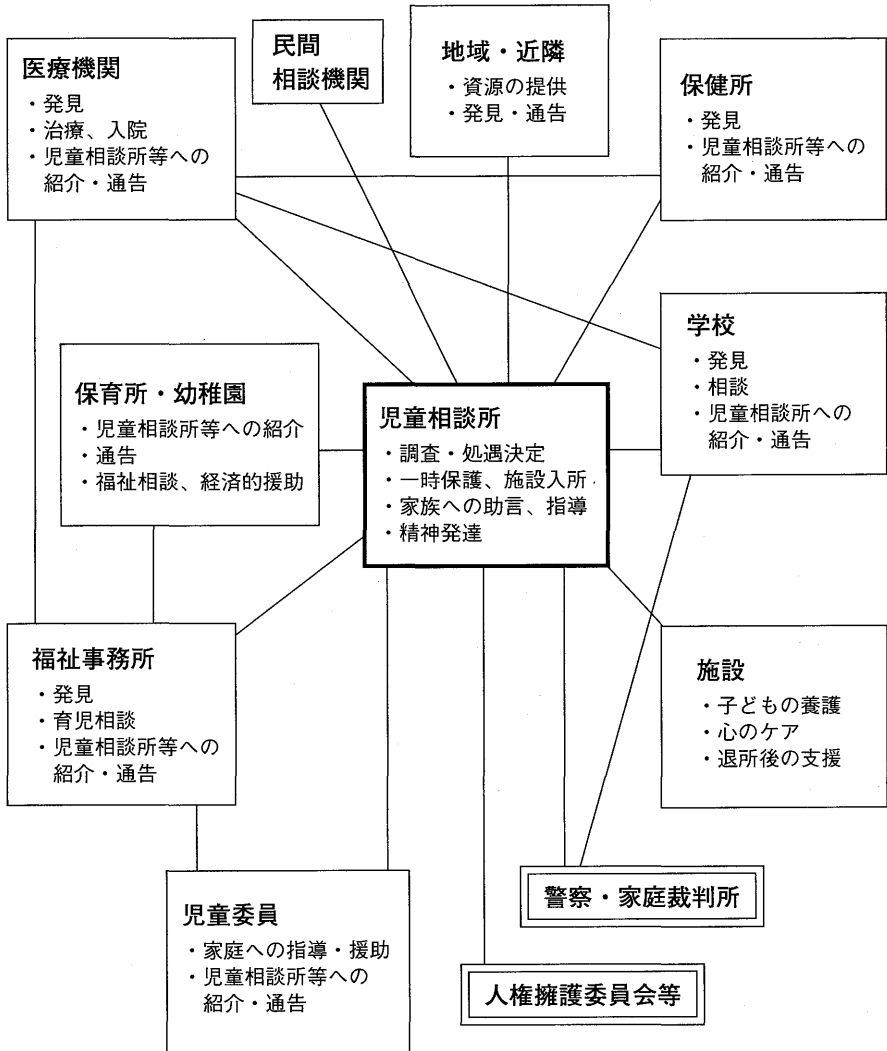


図 2-2 不登校児等に対応する新しい連携モデル  
 (厚生省「児童虐待対応モデル」をもとに作成)

## 注

- (1) 厚生省「児童福祉法」、平成九年最新改正版、第五六条の六 福祉の措置及び保障に関する連絡調整等（『社会福祉基本六法』第二版、誠心書房、一九九六年、参照）
- (2) 前掲「児童福祉法」、第四節 児童相談所、福祉事務所及び保健所 第四四条 児童自立支援施設
- (3) 厚生省児童家庭事務局監修『児童相談事例集』第二五集、平成五年版、一九九四年、一九七～一四六頁
- (4) 前掲『児童相談事例集』、二二～二二頁
- (5) 前掲『児童相談事例集』、九八頁

## 第四章 考 察

### 1 児童福祉におけるケースマネジメント導入の意義

児童福祉においてケースマネジメントの基本をどのようにまとめ、位置づけるべきか。規模ほどのくらいか。複雑化し単一のサービスでは全く対応しきれなくなったニーズに対しては、できる限りの選択肢の中から最適なサービスを選び、提供するためには絶対的に多機関の連携が必要になるという視点が重要であった。ケースマネジメントは、機関間の枠を越えて情報を共有し、技術の連携をはかり、地域社会との関係を密にすることで「その時最適で最大」のサ



サービスを「迅速に」提供し、「無駄」を省いてサービスの一本化を現実にする方法ともいえる。それは、常に柔軟な対応を目的としていることが最大の特色である。

児童が長期的入院を経験したあとに社会に戻り、健全児と同じように生活するということは、子どもにとって身体的にも精神的にも大きなストレスをとまなうものとなる。「病気が治つたのだから、あとは自分で対応しなさい。」という安易なアドバイスではどうにもならないケースがたくさん出てきており、病氣治療から社会生活のサポートまでを一貫したサービスで手助けを行う必要にせまられている。保育園や幼稚園、あるいは学校に行きたくても行けない「不登校児」には、退院後の生活支援と精神的支えも、病氣治療から続く一貫したサポートとして扱うことが大きな意味を持つ。全児童の生活サポートを行うものがあれば、不登校児だけでなく被虐待児のメンタルケアや後遺症への対応など、広範圏でのケアが期待できるようになる。

現在までは、専門機関がその専門知識でもって場当たりに個々のニーズに対応してきた。しかしその体制は、複雑なニーズを持つ子供を放置したり、あるいは安易な施設入所という現状を生み出した。単一機関で対応しきれないニーズを持つ子供は、諸機関をたらい回しにされ、どの機関も対応できないとなると、ケアの必要なケースとして認知されているにも関わらず、放置されてしまうことになる。またそうでない場合も、一時的な処置という形の安易な施設入所が行われた。検討もされず、そのまま入所を続けるケースもある。年々クライエントのもつニーズは複雑化しており、どのケースに対しても単一機関のみの対応では困難が生じることは当然である。不登校や虐待といった多面的な問題を抱えているケースには、多くの選択肢を持った柔軟な対応策がなければ、解決の糸口を見つけないことさえも困難になる。

さらに、児童福祉において特色あるケースマネジメントの確立を目指すには、児童福祉の理念である「一部でなく、全ての児童のため」の制度と位置づける必要がある。これにより児童の「健康に生活し」「教育を受ける」権利を保護

し、児童全体の生活の質の向上にもつながるからである。対象を限定しないことにより、サービス提供の選択肢が広がり、柔軟性が向上することも確かである。

## 2 児童福祉におけるケースマネジメント確立のための課題と問題点

### (1) 地域社会のネットワーク構築

ケースマネジメントのフィールドは地域社会である。コミュニティの発達したイギリスや、州規模の地方自治体制の確立したアメリカと違い、社会福祉の制度や政策がほとんど中央行政によって一律的に分配され、地域社会の自能力の発達が遅滞している日本において、ケースマネジメントの確立のために最も重要な要因となるのが、地域社会の確立である。これは、単に生活する土地を同じくした者達の集まりではなく、その地域内での出来事に主体的に関心を持ち、自ら積極的に地域に働きかけることのできる人々の共同体である。他人への干渉ではなく、例えば援助を必要としている人への協力ができる共同体である。また、共同体自体が自助作用を持ち、自ら発展していくものでなければならぬ。例えば、生活補助には専門的技術よりも、クライアントが実際に生活する場所である、地域の非専門職の住民ボランティアの参加が必要になる。また地域社会に融合することによって、クライアントは自信が得られ行動範囲が広がることにもなることから、地域社会のネットワーク構築の重要性も理解できる。

ケースによってのサービス提供はニーズの数だけサービスの種類が必要になり、サービス体系はかなり多様化する。これによって、利用できる社会資源はできる限り活用しなければならなくなる。地域の特色を生かした施設や制度は、クライアントの生活重視のケースマネジメントにおいては最も活用すべき資源となる。そして、地域社会のネットワークが確立し、相互作用が期待できるようになれば、無駄や不正に対する監視能力も発達する。

医療や保健といったフォーマルケアと、地域資源のボランティア活動といったインフォーマルケアを組み合わせる接着力の役割を果たすのが、ケースマネージメントである。しかし、福祉コミュニティ的地域社会が無ければケースマネージメントは効率的には機能しない。地域ネットワーク構築には、まず地域住民の「共同体に住む」という自覚が必要である。それが基盤となつた地域コミュニティの形成が、ケースマネージメント確立の絶対必要条件といえる。

## (2) 社会福祉政策決定権の地方分権化

社会福祉の政策は、地域の特色を生かし、その地域に合ったものでなければ十分な活用はできない。制度としての権限の保護や基本的ルールの決定は一律的に中央政府が設定しても、内容はそれぞれの自治体が採用すべきである。全国共通の単一サービスはもはや作用しない。その土地に合った制度と特色を生かしたサービスを活用するためには、福祉政策決定権を自治体レベルに委譲し、責任も持たせるべきである。小さなケースや、生活補助のような地域社会の協力が不可欠のニーズに対応でき、柔軟にその対応策を交換できるシステムをつくれるのは、その地域に密着した自治体である。

一九九四年に発行されたエンゼルプラン<sup>①</sup>においても、子どもに関する支援政策の実施責任は自治体と規定しており、少子化社会を迎えるにあつての、地方自治体と地域社会の在り方を示している。それは、少子高齢化社会を目前に控えた現時点において、子育ては企業や社会施設を含めた社会構成メンバー全体の協力で行うとことこの認識につながり、子どもの健全な育成には、生活の場である地域社会の影響が大きいことの指摘にもなっている。

つまり、国が作った一律的で一般的な施策では、子どもの育成に関わる要因を全てカバーできるシステムの構築は無理であり、地域社会の範囲での細やかな対応の必要性からいっても、福祉政策の決定権は自治体レベルで行うべきである。

地域コミュニティ確立のもう一つの重要な点は、現在児童相談所の管轄地域（設置範囲）が地域コミュニティ規模とおおむねは一致していることである。この利点を生かした地域コミュニティの確立が重要である。ケースマネージャーの中心となる児童相談所が効率良く機能するために、その設置区域のサポート体制の確立が望まれるからである。

### （3）プライバシーの保護

日本では、患者およびクライアントのプライバシー保護に対する認識がまだまだ低く、連携によって行われる情報交換が、情報公開になってしまう恐れがある。このためクライアント自身が連携によるサポートを拒否するケースもでてくる可能性がある。

サービス提供に関わる全てのスタッフの自覚とともに、どこまでがプライバシーの保護で、どこまでが情報交換かというボーダーラインの明確化も必要であり、管轄者の監督能力の見極めも肝心になる。

現在の児童相談所の守秘義務は厳格に規定されており、本人もしくは保護者の同意なしには他機関への情報提供はできない。しかし、問題解決のための連携によって、他機関のスタッフは「ケアチーム」の一員と見なされることから、情報交換は可能になる。この時、ケースに関わる全員の自覚による、守秘義務の徹底が規定されるべきである。

### （4）責任の所在

サービスの多様化は、必要とする人的資源の増加とサービス提供の長期化につながる。ましてやケースマネージャーの柔軟な選出が必要なケースの場合、責任の所在が不明確になりやすく、サービス提供の統一性が失われる可能性がある。このことから、ケース全体の状況を客観的に分析できるように、ケースカンファランスの定期的開催による責任の所在の認識が大切になる。

(5) 予防策の充実

高齢者福祉と比較して、児童福祉に不足しているのが「予防」の分野である。起きてしまった問題への対応に追われ、予防の重要性を見落としてがちになっている。しかし、無駄の削減やニーズの複雑化の防止には、予防策の充実が効果的である。これは、ケースマネージメントの対象を「全ての児童」とすることでニーズの発見範囲が広がり、ある程度の機能向上は期待できるが、自治体規模での予防政策の検討が必要である。

以上の課題点の他にも、地域住民の自覚や、自治体の管理能力、専門職と非専門職との連携など様々な指摘があるが、ケースマネージメントが日本での地位の確立を目指すためには、医療中心でなく生活補助中心のサポートシステムとして多分野から利用される目的でネットワークを構築しなければならない。

また、どのケースにも対応できる「マスターキー」的方法は存在しない、ということを改めて認識し、そのうえで、どのようなケースにも対応できる「サービス提供システム」としてのケースマネージメントの、政策的導入を提案する。

注

(1) 厚生省編集『厚生白書』平成九年度版、財団法人厚生問題研究所、一九九八年

## おわりに

ケースマネージメントは比較的新しい制度といえる。それにも関わらず、多分野で研究され、活用され始めているのは、ケースマネージメントがそれだけ効果的な結果を生み出すシステムとして認められているからであろう。

我々は、福祉の分野を問わず、その抜本的な改革と制度の充実を行わなければならない時代を迎えることになった。それは、これからの超少子高齢化社会に福祉だけで対応することに限界があることを意味している。その限界を超え複雑なニーズに対応できる新しい福祉システム構築のキーワードになるのが「連携」であり、その手段となるのが「ケースマネージメント」であると私は考える。しかし、現在の日本における福祉は、理念も制度も明確な位置づけをされていない。二〇〇〇年から実施される介護保健法は、ドイツのそれを模倣し、スライド的に政策の一つとして取り込んだ。日本でそれを確立させるための調査や研究を怠ったまま、実施に踏み切ろうとしている。いくら効果的な制度であっても、日本の福祉の実態を把握した上で、その実態に即した形に作り替えて導入しなくては、絶対に効果的に機能はしない。このことを踏まえると、児童福祉分野にケースマネージメントを導入する為には、現在の児童福祉と諸機関についての十分な分析研究と、何よりもケースマネージメント自体の研究を行わなければならない。ケースマネージメントは現在まで主に高齢者福祉の分野で発展してきた。この制度を児童福祉で確立させるには、ケースマネージメントの特色を最大限に生かすとともに、児童福祉の特色を含んだ制度の確立を目指すなければならない。それは、連携の基盤を「教育」を含めた地域社会とすることである。

現在は、ケースマネージメントが医療モデルとして活用されることが多い。しかし本来のケースマネージメントは

「生活補助」モデルである。不登校児や被虐待児のように複雑なニーズを持つ子どもはもちろん、健常児の心身発達のサポートもカバーできる「全ての子ども」を対象にしたシステムの必要性を指摘し、その確立を提案する。

最後に、聖学院大学大学院前田信雄教授、浦和児童相談所毛利直道氏、H病院スタッフの皆様のおかげで、ご教受に衷心より感謝申し上げます。

#### 参考文献

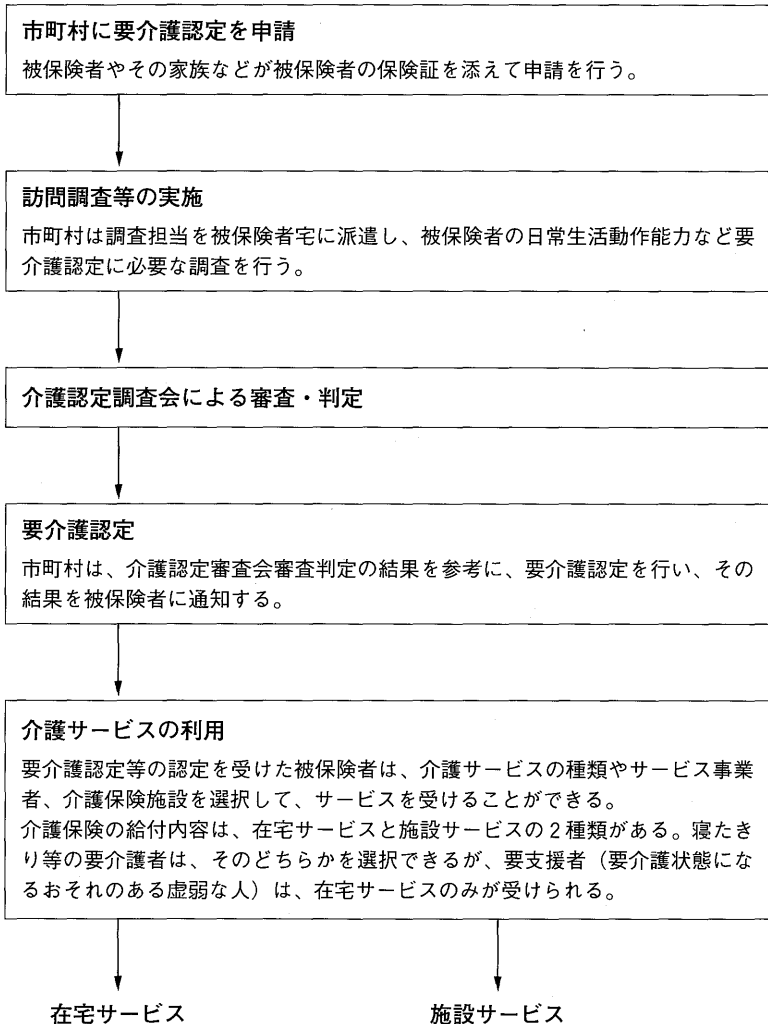
- (1) 浅井春夫『児童福祉の改革と実践の課題』、日本評論社、一九九八年
- (2) 安西祥子『介護福祉士のすべてがわかる本』、オーエス出版社、一九九七年
- (3) 一圓光弥『自ら築く福祉―普遍的な社会保障をもとめて―』、大蔵省印刷局、一九九三年
- (4) 稲垣卓『登校拒否児への援助』、金剛出版、一九九一年
- (5) 桂広助『児童心理学講座』6巻、金子書房、一九六九年
- (6) 河合隼雄『子どもと学校』、岩波書店、一九九二年
- (7) 河合洋『学校に背を向ける子ども―なぜ登校拒否を生み出すのか―』、NHKブックス、一九八六年
- (8) 厚生省「厚生白書」平成九年度版、一九九八年
- (9) 小林隆児『母子の関係障害からみた母親の役割―発達障害の臨床から』、発達 第五五巻 第一五号、ミネルヴァ書房、一九九四年一月、二七〜四二頁

- (10) 潮田武彦他『児童心理学』、共同出版、一九六七年
- (11) 佐藤尚信、矢野徹『やさしい子どもの精神科』、星和書店、一九七八年
- (12) サンデー毎日編「これでわかる年金と介護保険」、サンデー毎日 第七七七卷 六一号、毎日新聞社、一九九八年二月
- (13) 社会保障研究所編『社会福祉』リーディングス日本の社会保障4、有斐閣、一九九二年
- (14) 中沢和子『子どもと環境』、明文書林、一九九〇年
- (15) 中村陽吉『集団の心理——グループ・ダイナミックス入門』、大日本図書、一九六四年
- (16) 野口悠紀雄、D・ワイズ編『高齢者の日米比較』、日本経済新聞社、一九九五年
- (17) 早坂泰次郎『人間関係の心理学』、講談社現代新書、一九七九年
- (18) 平井信義責任編集『子どもを見る目』、幼児の教育全書2、教育出版、一九七三年
- (19) 堀尾輝久『現代社会と教育』、岩波新書、一九九七年
- (20) D・P・マクスリー著、野中猛、加瀬裕子監訳『ケースマネジメント入門』、中央法規、一九九四年
- (21) 前田信雄『ケースマネジメントと日本型ケアマネジメントの違い——国定ケアマネジメントの過ち』、地域福祉情報、一九九八年八月、八〜一六頁
- (22) 松田朗他『ケアマネジメント』、ケースマネジメントに関する英文文献集——高齢者の在宅から施設への連続的ケアマネジメントの実態及び方策に関する研究、財団法人日本公衆衛生協会、一九九七年
- (23) 宮武剛『「介護保険」とは何か』、保健同人社、一九九五年
- (24) 山脇明美他「重傷心身障害児(者)における在宅支援サービスの利用に関する研究」、日本公衆衛生雑誌、第四五巻 第6号、日本公衆衛生学会、一九九八年六月、四九九〜五一〇頁
- (25) 吉峯康博編『医療と子どもの人権』子どもの人権双書4、明石書店、一九九八年
- (26) 頼藤和寛「不登校のメカニズム」、別冊PHP、PHP研究所、一九九五年二月
- (27) N. Baldwin & L. Carruthers, Developing Neighborhood Support And Child Protection Strategies: The Henley Safe Children Project, Ashgate Publishing Ltd, 1998
- (28) D. M. Fox & C. Raphael ed., Home — Based Care For a New Century, Blackwell Publishers, 1996

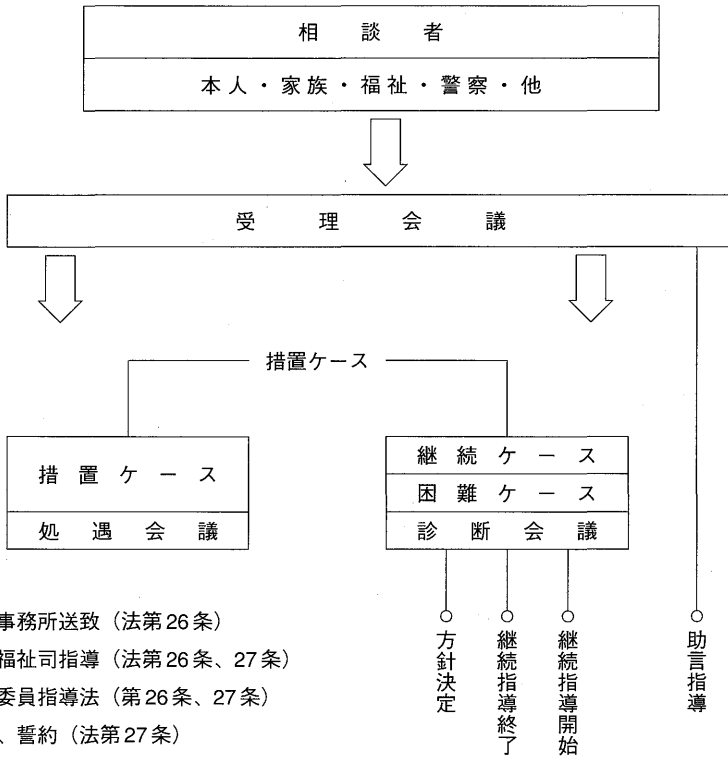


- (23) C. A. Heimer & L. R. Staffen, *For the Sake of the Children: The Social Organization of Responsibility in the Hospital and the Home*, The University of Chicago Press, 1998
- (24) C. M. Mullahy, *The Case Manager. s Handbook*, An Aspen Publication, 1995
- (25) K. Pringle, *Children and Social Welfare in Europe*, Open University Press, 1998

資料1 介護サービスを受けるまでの流れ



資料2 児童の相談業務の流れ



- 福祉事務所送致（法第26条）
- 児童福祉司指導（法第26条、27条）
- 児童委員指導法（第26条、27条）
- 訓戒、誓約（法第27条）
- 児童福祉施設入所・里親委託（法第27条）
- 家庭裁判所送致（法第27条）
- 国立療養所入所（法第27条）

（厚生省 児童相談所運営方針により作成）