

ソーシャルワーカーの専門的機能としての

ケース・マネージメント

——在宅障害児への援助実践をとおして——

芝 野 松 次 郎

山 田 茂 治

はじめに

在宅福祉の重要性が強調されて久しい。公私の責任分担の問題、財政的に余裕のない地方自治体への責任転嫁、インフォーマルなサポートグループへの過剰期待など、在宅福祉を考えるうえで問題は多いが、この視点なくして今後の福祉を語ることはできない。福祉国家から福祉コミュニティへの移行の中で在宅福祉の役割は大きいといえる。

本格的高齢化社会を目前にした老人福祉の場合はいうまでもなく、在宅福祉への取り組みはいたるところで始まっている。児童家庭行政において厚生省が提唱する生活支援ネットワーク構築のためのファミリーサポート（家族支援）政策は、パーソナルサポートやコミュニティサポートとあわせて、こうした動きに対する行政の前向きな姿勢の現れと考えてよいだろう¹⁾。

高齢者や障害者の在宅援助は、地域の資源を効率的に活用することによって可能となる。福祉、医療、教育など多様な領域の資源をそれぞれの領域の枠を越えてコーディネートし、クライアントのニーズと結び付ける必要がでてくる。ケース・マネージメントは、的確なニーズの把握に基づき多様な資源をコーディネートしながら長期的にクライアントを援助する方法であり、ソーシャ

ルワーカーの専門的機能として注目を集めている。本稿では、ケース・マネジメント (case management) の実践モデル (practice model) を示し、具体例を通して在宅障害児とその家族に対する援助の可能性を探りたい。

I 人の社会生活上の問題をとらえるソーシャルワークの視点

在宅福祉を考える場合、対象となる人の社会生活上の問題と、それに対する援助を空間の軸 (spacial axis) と時間の軸 (temporal axis) を持った座標の中で考える必要がある。人の多様化した問題は、さまざまな制度との交流を通して地域に分散している資源を利用することによって初めて充たされる。この場合、ある時点での地域という空間の中で資源を把握し、コーディネートし、そして活用するという視点が必要となる。一方、人の問題は時間とともに変化する。時間の流れの中で変化する人の問題に應えるためには、資源の把握、コーディネート、活用を時間の流れの中でとらえ、その連続性に注意しなければならぬのである。

ソーシャルワークでは、早くから個人と環境の関わりの中で人の問題をとらえようとしてきた。近年一般システムズ理論やエコロジーの概念によってこの視点が一層充実し、実践への応用の可能性も広がった。

エコロジーの概念を個人の適応能力と環境の育む力の交互作用としてとらえ、ソーシャルワーク実践の中心概念としたのはジャーメイン (Germain, C. B.) である²⁾。人と環境のゲシュタルトという伝統的なソーシャルワークの視点は、ややスタティックになりがちであったが、彼はそのダイナミックスをより明確にし、実践理論の中心的な概念とした。

こうしたエコロジーの概念に加え、個人の適応能力を高める環境を地域に存在する医療、教育、福祉などの資源のネットワークとしてとらえると、人の問題とその援助の方法を、個人と資源ネットワークの力動的な関係の中で考えることができる。そして、このような考え方の中にソーシャルワークの独自性を見いだすことができると思う。

ネットワークには、個人 (focal person) を中心として資源との関係をとらえ

るときのパーソナルネットワーク (personal network or egocentric network) と、地域全体 (エコロジー単位) として、人と資源との関係をとらえるときのトータルネットワーク (total network) がある。また、資源には機関やそこに勤務する専門職者のようにフォーマルなものと、相談相手としての友人のようにインフォーマルなものもある。ネットワークはフォーマルおよびインフォーマル・サポートシステム (formal and informal support system) としてみることもできる³⁾。

もうひとつの軸である時間は、人が生まれてから死ぬまでのライフステージの連続としてとらえることができる。ひとつのステージは、任意なもので固定的にとらえない方が、実践的な意義が大きいと考えられる。個人あるいは家族の個別的な問題にあわせていくつもの局面 (フェーズ、phase) が個人および家族の一生の間に訪れる。そのひとつひとつのフェーズには個人の適応能力を育む環境の広がりがあり、個人とのダイナミックな関係 (transaction) が展開していると考えられる。こうしたフェーズの連続がライフサイクルである。

これらをまとめてみると、人の問題をとらえるソーシャルワークの視点は、図1に示されるような空間と時間の軸を持ったライフサイクルのモデルで表すことができる。ひとつのフェーズにおける空間は1枚のカードとして示されており、それをズームアップしたものが図の右下に示されている。こうしたカード (フェーズ) の連続がライフサイクルである⁴⁾。カードの連なりの中のある時点に立つと、左方向に伸びるカードの列は個人の生育歴として、あるいは家族の問題に対する取り組みの歴史 (ヒストリー) としてとらえることができる。右へ伸びる一連のカードは、個人あるいは家族の問題解決に対する取り組みの将来計画として、あるいは援助機関の処遇計画 (サービス・プログラム) としてとらえることができるのである。

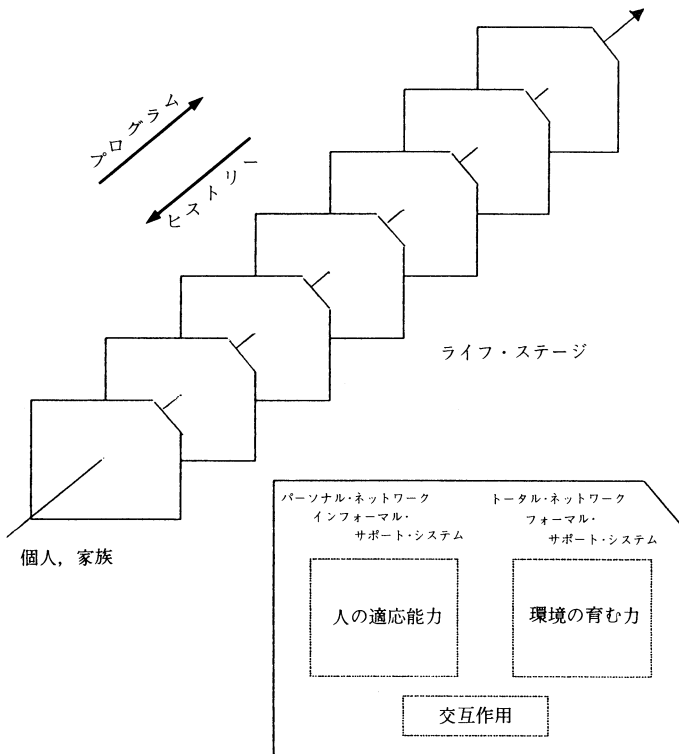


図1 ライフサイクルのモデル

II ケース・マネジメントの機能とモデル

1. ケース・マネジメントの始まり

このような視点を踏まえて在宅福祉におけるケース・マネジメントを考える必要がある。ケース・マネジメントは米国において発展したホリスティック (holistic) なケースワーク・アプローチである。米国ではケース・マネジメントの概念は施設処遇から地域を基盤とする (community-based) 援助への動きの中で現れ、特に慢性的な精神障害者に対して、地域における継続した

援助を確立していくのに不可欠な要素として認められた。1978年の「発達障害者の訓練と人権宣言」そして1980年の「精神衛生体制法」によって法的な根拠を持ったとされる⁵⁾。

70年代、HEW (Health Education Welfare) は援助サービスの統合化を積極的に進めて行くためのプロジェクトを開始した。このプロジェクトではサービスの連携・調整を行うキーパーソンを「システム・エージェント」と呼んだ。70年代の後半、NIMH (National Institute of Mental Health) は19の州においてコミュニティ・サポート・システム (CSS) の実験的プロジェクトに助成金を出している。このプロジェクトでは、地域に核となる機関を指定し、精神障害者のニーズ把握と必要なサービス提供機関の連携を行わせている。ここでのキーパーソンが「ケース・マネージャー」と呼ばれた。1984年の時点で、36の州が地域精神衛生サービス (community mental health service) にケース・マネージメントを含めることを義務づけており、さらに12の州が同様のことを検討中であったと報告されている⁶⁾。

2. ケース・マネージメントの機能

ルビン (Rubin, A.) は、こうしたケース・マネージメント役割を次の4つにまとめている。1) アセスメント (assessment) ; クライアント個人あるいはその家族のニーズを包括的にとらえる。2) プランニング (planning) ; 資源の把握と援助計画。3) リンキング (linking) ; クライアントあるいは家族のニーズとサービス資源、またサービス資源とサービス資源を、援助計画に従って結び付ける。4) モニターリング (monitoring) ; リンキングが援助計画通りに行われ、必要な時に必要なサービスが提供されているかどうかをモニターし、必要があれば援助計画の変更を検討する⁷⁾。

ケース・マネージメントは、治療的な機能よりは、クライアントのニーズとそれを充たす社会的資源とのつながり、すなわち両者の交互作用を評価し、必要があればニーズと資源のつながりや資源と資源のつながりを調整したり、場合によっては適切な資源に送致する、といった機能に重点がおかれる。こうし

た機能は、岡村のいう評価・調整・送致の諸機能であり、社会福祉固有の機能として期待されるものである⁸⁾。

3. ケース・マネージメントのモデル

ケース・マネージメントを有効かつ効率的に行うためには、誰がケース・マネージャーの役割を果たすべきかが大きな問題となる。マネージャーは、ケースのニーズに敏感でなければならない。例えば、障害児の療育では、医師やPTなど障害児の治療を直接担当している専門職が、ケース・マネージャーの役割をするのがよいという意見もある。しかし、こうした専門職に、ケースの全体をとらえ包括的なニーズを把握し、長期的な援助のために領域を越えた幅広い資源の調整・連携を行うことを期待するのは難しいかもしれない。保健、医療、教育、福祉の分野にまたがり、資源の調整を行う専門家が必要となろう。早くから治療的役割のみならず、ブローカーの役割やアドヴォケイターの役割、さらにはコンサルテーションといった多様な役割をとることが、専門的機能として重要であると考えてきたソーシャルワーカーが、ケース・マネージメントを行うのにもっともよい立場にあるといえるだろう。

ソーシャルワーカーがケース・マネージメントを行う場合、問題点はいくつかある。中でも大きな問題は、領域の枠を越えて多くの資源の連携をはからねばならない場合に生じる問題であろう。法制度や行政上の問題に関する知識が要求される。専門職の閉鎖性の問題なども障害となろう。しかし、こうした制度や行政の枠、そして専門職の枠を越えて資源の連携をはかるということは、実際には人の連携をはかるということでもある。多様な機関の多様な専門職に影響を与え、援助計画に従って、そうした人々を動かすということである。

専門職者が所属する機関の機能を考慮した上で、はたして専門職の協力を得られるかが問題となる。どのような資格の下にソーシャルワーカーがこのようなことを他の専門職に要求できるのであろうか。ケース・マネージャーに法的権威と財布の紐を握らせるのがよいとする考えもある。

ケース・マネージャーは、また、家族を含むインフォーマルなサポート・グ

ループに対しても影響を与え、動かすことができないなければならない。専門職を動かす場合も、家族やボランティアを動かす場合も、高度な対人技術が要求されよう。

しかし、現実のケース援助活動を見ると、ライフサイクルの個々のフェーズでケース・マネージャーが、専門職者や非専門家に対して、もっとも影響力を持つとは限らないし、その必要があるのかも疑わしい。あるフェーズで

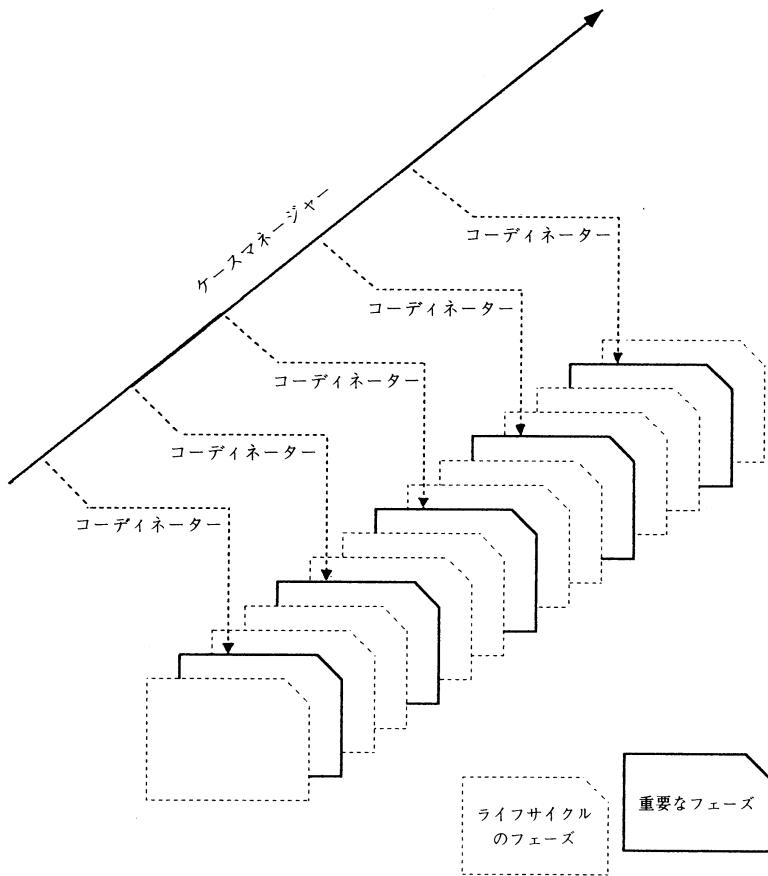


図2 ケースマネジメントのモデル

は医者が、また別のフェーズでは保健婦が、さらに別のフェーズではPTがケースの状態をもっともよく把握しており、関係者に対して影響力があって当然なのである。

そこで、資源の連携を効果的に行うケース・マネジメントの方法として考えられるのは、ケース・マネージャーが、それぞれのフェーズのもっともふさわしい（影響力の強い）専門職と協力し、その専門職にコーディネーターの役割をとってもらうことである。実質的にはコーディネーターが必要なサービス機関の専門職や非専門家を動かすことになる。コーディネーターは複数になることも考えられる。ケース・マネージャーは、コーディネーターに対して影響力を持つように働きかけるのである。長期的には、もちもんケース・マネージャーがライフサイクルを通してケースをもっともよく知っている人であり、マネジメントの責任者でなければならない。図2は、このモデルを図示したものである。

以下の章では、このモデルの実践例として、在宅障害児とに対する援助を取り上げ、実践の可能性と問題点を検討することにしたい。

Ⅲ 在宅障害児への援助例をとおして

1. 病弱な母に養育される脳性麻痺のA君（事例1）

①プロフィール

A君は周産期に原因（未熟児、仮死）を持つ脳性麻痺児である。運動機能訓練を要するが、父は仕事に忙しいため、母が近くに住む祖母の助けをかり訓練機関に通おうとする。しかし、母はてんかん発作があり、思うように通えず、専門的訓練をなし得ないまま在宅状態が続く。

母は精神的に疲れ、A君は乳児院に入所し、そこから専門機関へ訓練に通うこととなった。入所時A君は、生活年齢1才1カ月、ずり這い移動で言語は「マンマ」のみであった。

3才11カ月、精神面運動面共に発達し、独歩も確得したA君は家庭に引きとられることとなった。

②家庭状況（A 君、乳児院退所後）

（家族構成）

	年 令	学 歴	状 況
父	32才	高校卒	ケミカル工場勤務
母	29才	中学卒	内職、てんかん発作、右目失明
兄	5才		G 保育所入所中
A 君	3才		F 保育所入所中

父は高卒後、ギター演奏のアルバイトをしたり、祖母の経営する料理店で働く。23才時現在のケミカル工場（母の兄経営）で働らき、24才で母と結婚する。午前9時～午後9時まで勤め、帰宅後も内職をする。温厚で内向的、自己主張は少ない。

母は小学生の時からてんかん発作を患い、T 病院より投薬を受ける。中学卒業後兄の工場の内職をし、21才で父と結婚する。発作は緊張、不安によって回数も左右されるが、月数回大発作をおこすこともある。てんかんへの理解が不足し、通院も不規則。A 君が施設入所中に事故により右目を失明する。感情の起伏は激しく、一度思い込むと軌道修正しにくい性格。

兄はA 君が施設入所中も面会には再三行き、兄弟関係は良い。父母は「手がかからず、家の手伝いもしてくれる」と言う。

近くに母方祖母（58才）がおり、母が結婚してからも、家事・育児を手伝う。膝が悪く、物理的援助も限度がある。父方親族との交流はない。

③処遇経過

障害児の療育については（神戸市の場合）、児童相談所（以下児相と称す）と心身障害福祉センター（以下心障センターと称す）に、相談・判定・処遇機関は分かれる。（資料1）。

- 児相の対象——精神面での問題をもつ在宅児、および入所施設を必要とする全ての児童
- 心障センターの対象——身体的（肢体・視力・聴力等）障害をもつ在宅児
＜初回面接～乳児院退所＞（資料2 参照）

- A君1才8カ月時に、祖母が機能訓練と母子関係の不和（母の精神不安）を理由に、A君の入所施設利用の相談に児相来所。それまで保健所が3カ月検診でA君の障害を知り、何かと心障センターにつなごうと親と心障センターにアプローチしていた。
- 児相、心障センターで家庭訪問し、面接する。母としては訓練機関に通おうとするが、途中で発作が起こったりし、あせりといら立ちを覚える。しかし、在宅で訓練しながら養育していこうという意思もあり、関係機関で協力し在宅指導を検討する。

児相より保健所、福祉事務所に連絡をとり、心障センターとの4者で、母の精神的サポートと負担軽減などについて協議する。

兄の保育所入所は実現したものの、心障センター通所援助の手だて（ボランティア）はみつからず。また母のてんかんを治すことについて主治医とのコンタクトがとれず、十分な援助体制がとれなかった。結局、A君は乳児院に入所することとなった。

この3カ月の在宅指導を行なうことにより、それまで育児に無関心であった父親が積極的にA君の育児に関わるようになったことと共に、近い将来、家庭引きとりを行なった時の関係機関の連携・援助に見通しをもつことができた。

- 乳児院入所中の課題は、A君の心身発達への援助、家庭の養護力の育成である。A君は心障センターでの週一回の外所訓練を受け、2年の乳児院入所中に保育所での対応が可能なまでに心身の発達がみられた。その間、家庭条件には物理的改善はみられず、むしろ事故により母が右目を失明するというアクシデントにみまわれる。しかし、父母兄とA君の面会是不規則になりながらも継続し、A君の家庭引きとりへのモチベーションは高まってきた。

施設入所を行ない、A君の療育をすすめていったが、それまでの関係機関の連携がベースとなって、スムーズにすすんだ。しかしその間の家庭援助は、施設と児相からのアプローチにとどまり、具体的・物理的改善はなし得なかった。

＜乳児院退所後の在宅ケア＞

- A君の家庭引き取りに当たり、家族の負担軽減のため、保育所への入所（兄が入所中の保育所では、障害児の受け入れが困難なため、児相と連携のとりやすいS保育所となる）を行なう。また引き続き訓練が必要であり、それについてはボランティアを依頼し、週一回、保育所→心障センター→保育所の送迎を保障した。

その上で、関係者（フォーマル・スタッフ）、（児相・心障センターCW・心障センター訓練スタッフ・保健所・福祉事務所・保育所・ボランティア事務局）でチームを組み、在宅援助を行なうこととした。

A君の療育・保育についてはスムーズであったが、やはり母親は自分自身の精神的・医療的な援助（通院介助等）には拒否的であり、再びA君養育への自信をなくしていった。

④考察

A君が乳児院を退所し5カ月の間在宅で頑張ったが、再び施設入所するに至った。今後の再度家庭引き取りをめざして援助は継続されている。

児相がインテークを行なってからは、ケース・マネージャーの役割は児相が果たしている。これは広範な社会資源と関係を取りやすいということと、この様な養護性の高いケースでは入所施設の利用についての検討が不可欠であるという条件からである。コーディネーターは状況によって変化する。在宅指導の間は心障センターが、乳児院入所中は児相（マネージャーと兼ねる）がコーディネーター役を担う。

このケースの問題の本質は親及び家族関係にあるが、A君をとおしてその問題は表出されている。親子分離を行なえば必然的に家庭への援助、介入は難しくなる。その前提で処遇経過を振り返ってみると、乳児院入所前のケアは充分なアセスメントがなされず、関係機関の連携は形成されていても、援助者と親との関係、具体的な家庭援助が充分なされていないと言える。そのことが乳児院入所後の関係機関と家庭のつながりに反映している。

入所中の家庭との関わりは乳児院と児相のみとなり家庭と地域関係機関との

関係は中断してしまった（これが乳児院退所後のケアに影響を与えることとなった）。

乳児院退所後再び在宅療育を開始する際、ケース・マネージャーは、A 君の定期的な訓練を保障していくためのコーディネーターとして心障センターのケースワーカーを設定し、家庭をサポートしていくためのコーディネーターとして保健所（又は福祉事務所ケースワーカー）を設定しようとした。そして心障センターが軸となって保健所（又は福祉事務所）と連携をとることで全体の援助システムを形成できると考えた。A 君の訓練保障については課題が具体的であり、チームワークもとやすく、パターン化させることで実践は軌道にのったが、家庭のサポートは適切なコーディネイトがなされず、地域の関係機関は制度上の活動を越えることができなかった。

2. 生活力・養護力の低い家庭の B 君（事例 2）

①プロフィール

母は軽度の発達遅滞、父は中学卒業後仕事を転々と変え、現在土木作業員として働く。2 才になる B 君は発達遅滞と思われ表出言語はない。サラ金に追われ、家賃滞納により住所も転々としている。

元年の末、N 区に転入。母は年明け 1 月に第二子出産を予定し、父は仕事が安定せず福祉事務所に生活保護を申請した。福祉事務所は経済給付等の生活援助を行ない、保健婦の妊産婦指導を依頼、また出産時の B 君の保護と発達相談を含め、児相に援助を依頼する。

②家庭状況

（家族構成）

	年 令	学 歴	状 況
父	25 才	中 卒	土木人夫（日雇）
母	26 才	中 卒	主婦 軽度発達遅滞
本 児	2 才		

父は神戸で生育。中卒後自動車塗装など仕事を転々とし、18才時飲食店で働いていた時、母と知り合い同棲する。その後日雇いとして働くも仕事・収入安定せず。性格は温厚、学力的に低く小学低学年レベルの読書力と思われる。祖父母は早くから離婚し、祖母に育てられた。兄弟は4人、いずれも交流はない。

母は神戸で育ち、小学1～3年の間養護施設に入所。中学卒業後はケミカル工場に勤め、19才で父と同棲し、その後退職する。15才時、児相で判定を受け療育手帳（軽度）を取得。18才時精神薄弱者更生相談所での判定では「IQ 52（鈴木ビネー）、身だしなみ等細かい配慮に欠ける。友人、異性関心はある。対人関係はスムーズ。单身生活にあこがれ、やや生活のみだれはある。簡単な漢字の読書、加減算は可。父は精薄、母は精神病。医学的問題なし」とのこと。

同棲し、B君出生時に婚姻届を出す。H区で住んでいたが、家賃滞納で2度転出し、母の実家（K区、祖母精神病院入院中）にしばらく身をよせ、その後N区に転入する。

サラ金・友人に数十万円の借金があり、月6万円程度返済する。

<B君の生育歴>

- ・41週で正常分娩、生下体重2,300g
- ・黄疸強、出生後11日目に退院
- ・定頭3～4カ月、独歩1才
- ・既応症なし
- ・1才4カ月～1才9カ月
保育所（H区）入所
- ・1才9カ月以降、在宅

③処遇経過（資料3参照）

<児相で受理するまでの経過>

- 62年1月～63年10月 H区在住
- 63年10月～元年10月 K区在住（母方実家）

H区に在住時、保健婦がB君生後2週間目から関わりをもつ。B君8カ月目の保健婦の指導記録によると「湿疹ひどく、清拭の指導。ツ反応受診の仕方について。洗たく物は外に出す。オムツのあて方、離乳食の指導。家族計画について」と記されている。育児能力の低さをうかがわせる。多い時は週1回程度訪問または面談を行う。

- 経済的に苦しく、生活保護の申請をするが、始め父が働けるという判断で適用されず、最終的に短期という条件で保護適用となる。福祉事務所ではその時、母の育児能力に問題意識を持ったが、そのことへの具体的な援助はなく、2カ月足らずで生活保護も打ち切られる。
- その後家賃滞納により同区内で転居。B君1才4カ月の時、保育所の申請が出され、K区転居までの5カ月間、B君は保育所に入所する。
- K区に転居し保健所間の連絡により、K保健所保健婦が訪問するも会えず。K区においては公的な援助を受けないまま、N区に転居する。

＜児相で受理してからの経過＞

- 元年10月N区へ転入。

12月、福祉事務所に生活保護の申請を行ない、福祉事務所では生活保護の適用と同時に、家具なども揃っていない状況に対し、炊飯器などを調達し揃え、生活援助を行なう。保健婦に妊婦指導を依頼し、児相にB君の発達等の相談を行なう。

- 母の出産時にB君の保護の必要性があり、くり返し家庭訪問も行ない、必要があれば連絡してくるよう指示した。しかし、出産前後B君が水ぼうそうとなり父が仕事を休んでB君をみることとなる。
- その後、福祉事務所（生活保護CW、婦人相談員）、児相、保健所で協議し、現状では、積極的援助をしなければ二児の育児は困難であり、とりわけB君の発達の遅れは顕著で、何らかの療育的関わりが必要と考えられた。また生活への援助もきめ細く行なう必要があると判断。

（アセスメントと方針）

- ①基本的には家庭で二児を養育していくことを援助する（父母の意志の尊重）。

②そのために、4月からB君の保育所入所をすすめ、それまでの間、父母の訴えがあれば、養護施設（家から10分程の距離にある）を利用し、養護施設でのデイケアも検討する。

③保健所の訪問指導を継続する。

④父母の生活設計、家計力を把握した上で指導する必要がある、家計簿をつけるよう指導することから始める。

⑤その他、近隣の協力関係、ヘルパー派遣を検討する。

以上の方針に基づき、スタッフで役割を分担。親の意向を確認し、当面B君を養護施設に預けることとする。

- その後、4月から保育所入所が可能となる。家庭引きとりに当たり、父母と関係者を含め検討会を行なう。

父母とも家庭引きとりには積極的で、母親は保育所の送迎、弁当の用意など頑張りたいと言う。衣類などの準備、保育所へのB君の説明、引きつぎなどは保健所と養護施設が行なう。こうして保育所入所にあたっての役割分担が行なわれる。経済面では家計簿でチェックする限り、思ったより計画的に支出していることがわかり、サラ金の返済がすめば、もう少しゆとりがもてることが予測できる。保育所で何かあれば、緊急連絡先を養護施設とし、対応していくことにする。第二子については当面、保育所入所は困難であり、日常的な家事・育児のサポート・指導のためヘルパーの派遣を検討することとなる。

母が一人で乳児を連れて銭湯に行くのは不安であるが、近隣者で同行してくれそうな人も見つかる可能性がでてきた。

- 入所後3カ月経過したが、保育所通所には何ら問題はなく、B君が病気をしても母は以前より余裕をもって看護できている。しかし相変わらず家はちらかし放だいであり、また第二子も成長に伴ない手がかかりだすことが予想される。

④考察

事例1と同様、このケースも子供の療育と家庭のサポートを並行して行なう

必要のあるケースである。H区に住んでいる時は、早期から保健所がケアをしているが、福祉事務所の援助は消極的であり、経済的自立のみに着目されている。同時に保健所との連携も不十分であり、コーディネーターは存在しても、ケース・マネージャーは存在していない。

N区での関わりは、まず福祉事務所の生活保護ケースワーカーが当面の手当て（経済給付、家庭用品の準備等）をしながら、保健所、児相に連絡して連携をとるという、コーディネーターとしての役割を果たしている。児相としては、単に子供の問題だけでなく、家庭援助を含めた問題として調査し、マネジメントをすすめた。ケースワーカーと保健婦が、その専門性を生かしながら、ケースの特性を理解し、指導の目標を一致させて家庭援助できたことは、今後の課題を残しながらも適切なサポートをなし得たと言える。

3. ケース・マネジメントの課題

この2つの事例は、在宅援助の成功例とは言えないが、現在の療育態形、制度上に問題がある中で、障害児とその家族をトータルに援助していく手だてのヒントがあると思われる。障害児への最善の療育を保障し、かつ家族を援助していくためには、医療、福祉、教育等各領域の援助が必要であり、病院・保健所・福祉事務所・児童相談所・児童施設・学校・ボランティア等がそのニーズに合わせて必要なサービスを統合し、効果的に提供しなければならない。

ケース・マネジメントが対象者にもたらすメリットは、①相談の窓口が一つになるのでサービスへのアクセスが容易になること、②既存の資源、制度をニーズに合わせて多様に活用できること、③生活の場面や範囲を拡大することができること、である。今までは、例えば、ある療育サービスを受けるためには、生活を制限されるということが応々にして生じていた。しかしケースワークにおいてこのケース・マネジメントの機能を重視していくことにより、より多くのケースが最善の療育と生活を保障されるのである。

しかし、ケース・マネジメントをすすめる上で、問題はいくつかある。①スタッフがそれぞれの専門性についての知識・経験はあっても、チームワーク

の中でそれを主体性をもって生かしていくことになれていない。その背景には、縦割り行政の中で上意下達型の業務形態に慣れていることや、専門家の教育・養成課程にケースワークなどが明確に位置付けられてこなかったということがある。②フォーマル・スタッフは選択することができない。たとえば、地区担当が決まっているような公的機関の場合、担当者を選択することはできない。③ケース検討（情報交換・方向性の一致等）に時間・労力がかかりすぎる。これらの問題をどう解決していくか、またケース・マネージャーをどう育てるかということが今後の課題である。

注

- 1) 働厚生問題研究会編「家庭と児童：成熟期における児童家庭行政—ファミリーサポート（家庭支援）施策の推進」『厚生』第43巻、第12号、1988、6-11頁および厚生省編「家庭支援と新たな地域づくり」『厚生白書：平成元年度版』1990、26-33頁を参照のこと。
- 2) Germain C.B. "Ecology and Social Work." in C.B. Germain (ed.) SOCIAL WORK PRACTICE : PEOPLE AND ENVIRONMENTS : AN ECOLOGICAL PERSPECTIVE, New York : Columbia University Press, 1979, pp. 1-24.
- 3) Swenson, C. "Social Network, Mutual Aid, and the Life Model of Practice." in C. B. Germain (ed.) *ibid.* pp. 213-238.
- 4) こうしたカードの連続としてのとらえ方は、Goldiamond, I. が1983年シカゴ大学の行動科学科における講義の中で示したオペラント行動のパラダイムを基礎としたものである。
- 5) 加瀬裕子「ケース・マネジメントの展望—在宅老人福祉をめぐって」『社会福祉の開発と改革』日本社会事業大学開学記念論文集、中央法規出版、1990、71-90頁。
- 6) Rubin, A. "Case Management." *ENCYCLOPEDIA OF SOCIAL WORK*, 18th Edition, Vol. 1, Maryland : NASW, 1987, pp. 212-222 およびケース・マネジメント研究委員会編『ケース・マネジメント—ニーズとサービスを結ぶ新しい支援システム』全国社会福祉協議会、1990を参照のこと。
- 7) Rubin, A. *ibid.*
- 8) 岡村重夫『社会福祉学総論』柴田書店、1968。

ソーシャルワーカーの専門的機能としてのケース・マネジメント

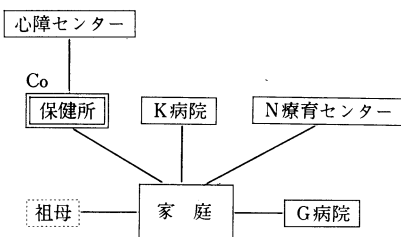
(資料1) 神戸市の障害乳幼児の公的療育体系 (※福祉分野)

相 談・判 定 (診 談) 機 関			関係する (市内) 施設や療育の機会						
名 称	対象とする障害	機関の機能・役割	年 令	0	1	2	3	4	5
児 童 相 談 所	(医学的診断・ 訓練を必要と しない) ・精神発達遅滞 ・情緒障害 ・言葉の遅れ など	(職種) ・ケースワーカー ・心理判定員 ・精神科医 (機能) ・一時保護機能 ・措置権 通所施設を始め 肢体不自由児施 設を含む、児童 福祉法上の入所 施設の措置。							
									精薄幼児通園施設 (3ヶ所)
									精薄児入所施設 (3ヶ所)
									肢体不自由児入所施設 (1ヶ所・N療育センター)
									乳 児 院 ・ 養 設 施 設 等
心身障害 福祉センター	(医学的診断・ 訓練を必要と する) ・肢体・聴力 視力の障害 ・重症心身 障害児 など	(職種) ・ケースワーカー ・心理判定員 ・看護婦 ・嘱託医 小児神経・整形 ・精神科・耳鼻 ・眼科・脳波技 士 ・PT・OT・ST (機能) A型センター							
									障 害 児 保 育
									肢体不自由児 母子通園施設 (1ヶ所・K)
									肢体不自由児 母子通園施設 (1ヶ所)
									難聴幼児通園施設 (1ヶ所)
									母 子 教 室

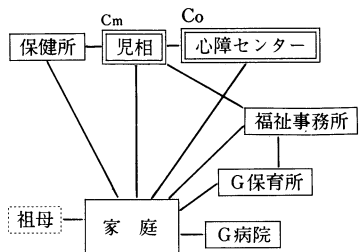
※ は児童福祉法上の施設、 はそれ以外の療育の場

(資料2) 事例1(A君)のケアの経過

① 児相で受理するまで

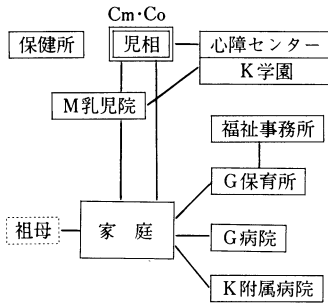


② 児相受理後の在宅指導(1)

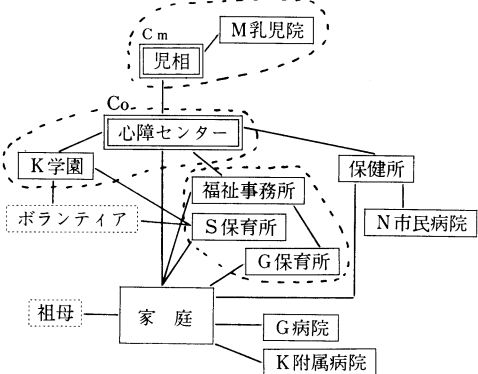


年 月 日		60.5 ～ 62.1	62.1 ～ 62.4
ケース の 状 況	A 君	CA 0:0～1:8 出生後K病院入院(1ヶ月) 4ヶ月で脳性マヒと診断	CA 1:8～1:11 定額、寝返り可、移動はアザラシ這い、言葉は「マンマ」のみ、
	家 族	父、仕事多忙(AM8～PM10) 母、小学時よりてんかん発作 (A君の訓練に通うのに不安) 兄、在宅2才 祖母、近くに住み援助	母と祖母で心障センターに検査等のため来所するが、 どちらか(母・祖母)調子悪いと来所できず。 母妊娠(後日中絶)する、
関係 機 関 の 動 き (役 割)	C-m		〔児相〕 母は在宅で訓練を受ける希望もあり、 保健所、心センターの連携で、通所訓練の可能性を追求、 兄の保育所入所で通所負担の軽減、
	Co	〔保健所〕 3ヶ月検診後、フォロー。 K病院でN療養センター紹介されるも何とか心障センターにつなごうとする、	〔心障センター〕 保健婦と連携をとり、母をサポートしながら、センター内K学園への入所をすすめる、
	そ の 他 役 割	〔K病院〕 N療養センター紹介 〔N療養センター〕 月1回のボイター法(通いきれず) 〔心障センター〕 保健所に対し、訓練受け入れについて説明	〔保健所〕 ・母の精神的サポート、 ・母のてんかん発作について主治に確認、 ・送迎の援助、ボランティア探し、 (主治医に確認、ボランティアいづれもできず) 〔福祉事務所〕 兄の保育所入所、
問 題 点			

③ M乳児院入所中



④ 乳児院退所後の在宅指導(2)



62.4 ~ 元.4

元.4 ~ 元.8

CA 1:11~3:11 独歩
(1:11) (2:11) (3:11) 2才8月
D Q43(DA11ヶ月)→D Q49(1才5月)→I Q55 可
I Q49(1才5月) (7才)

CA 3:11~4:3
歩行は安定してくる。三語文可→障害児保育
ADLもほぼ自立するが依存的。

面会は月1~3回(ない月がある)行なう。
母のてんかん発作は以前同様時々おこす。
63.1. 母右目失明。

家庭条件、母・父の条件は変わらず。
兄は手がかからなくなり、A君への愛着を示す。
祖母、兄の保育所送迎程度なら可。
家族の引きとりへの希望強くなる。

(児相) 在宅・通所をすすめるには、家庭のリスクも多く、それを支える社会的・地域的資源に乏しい。
本児の発達を援助し(在宅療育可能なレベルまで)本児保育所入所可能となるまで乳児院入所。

(児相) 家庭条件かわらぬも(母の疾病、経済状況)。
本児発達し、保育所入所も可能。他の資源も活用しやすくなり、在宅療育をすすめる。

(児相) 家庭のサポート。
乳児院・心障センターの連携。

(心障センター) 保健所と共に母のサポートをしながら、多数の資源を調整する。

(乳児院) 心身センター(K学園)に週1回訓練に通わす。

家族との面会を指示する。

(心障センター) A君の外来訓練。

(保健所) 母の医療的・精神的サポート。

(福祉事務所) 制度の活用、保育所のサポート。

(S保育所) 障害児保育。

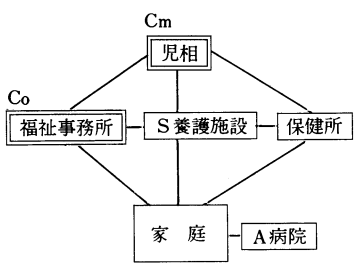
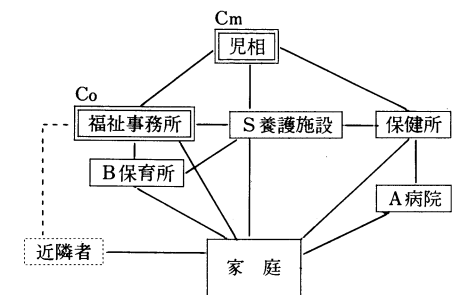
(K学園) 週1回の外来訓練の継続。

(ボランティア) 保育所⇔K学園のA君の送迎。

・家庭改善のための手だてがない。誰が？

・地域関係機関でのコーディネーター
・サポート不足、家一保育所の送迎。母の精神面。
・母の主治医との連携とれず。
・機関の複雑さ。

※ Cm: ケース・マネージャー Co: コーディネーター

③ S 養護施設入所中 	④ B 保育所入所後 
2.2 ～ 2.3	2.4 ～
CA 3:1～3:2 - 生活習慣の自立，力つける。 - 生活リズム確立。	CA 3:2～ 保育所入所 入浴していない以外はスムーズ（登園・連絡）。
父：家計簿をつける。生計の計画性に努力。 母：第2子に手いっぱい。健康。 やはり苦しく，計画性はあまりない。	家庭状況の大きな変化ないが，Y君の養育への意欲は強い。 家事・育児のやり方について父母で話し合う（関係者含め）。
（児相） 基本的方針として在宅での援助をとる。 短期養護施設を利用，福祉・保健所・養護施設の連携を作る。	（児相） 保育所を含めたネットワーク作り。
（福祉事務所） 父の生計に対する指導。	（福祉事務所） 関係機関の連携をとりながら，近隣者などインフォーマルな資源の確保。
（保健所） 継続した指導。 （養護施設） 細かい生活習慣の指導。 引きとり前のディケアー。	（保健所） B 保育所での受け入れへの援助。 （養護施設） 障害児保育。 （B 保育所） 障害児保育。 （近隣者） 母，第2子の銭湯の同伴など。
	- 家事・育児の教育的援助の強化。 - 経済的安定，計画性。 - 第2子の保育所入所。

※Cm：ケース・マネージャー

Co：コーディネーター