

米国における知的障害ケアマネジメント

—ウエストバージニア州の発達障害ケースマネジメント活動を中心に—

Developmental Disabilities Case Management Services

in the State of West Virginia

與那嶺 司

はじめに

高齢者ケアマネジメント¹が開始され、ケアマネジメントという援助法が日本でも一般的になってきた。障害者分野においても、2003年4月より措置制度から支援費制度に変わる。現在のところ新制度に直接連動しないとされているが、本年3月末に厚生労働省から「障害者ケアマネジメントの普及に関する報告書」が出され、障害者が地域で生活するためには、保健、医療、福祉に加えて教育、就労などの総合的なサービスの提供がなされなければならないとしている。「障害者ケアマネジメント」を本格的に導入することを想定して展開されてきた障害者ケアマネジメント体制整備推進事業の評価作業も急務とされている。

そこで、すでに知的障害者に対するケアマネジメントを発達障害²ケースマネジメントとして実践している米国の状況を紹介することによってこれからの日本における知的障害ケアマネジメント構築の一助としたい。米国における精神障害者や高齢者に対するケースマネジメントの実践を紹介する文献は多い³が、知的障害を含めた発達障害者に対して行われているケースマネジメントに関する文献は少ない。そこで、本稿では、まず米国の発達障害ケースマネジメントの成立事情をみて、そこで行なわれている発達障害ケースマネジメントを分析的に説明した後、具体的に米国・ウエストバージニア州の発達障害ケースマネジメント活動を紹介し、最後に日本における知的障害ケアマネジメントにおける課題を提示し

てみたい。

I 米国の発達障害分野におけるケースマネジメント

1. 発達障害ケースマネジメント

ケースマネジメント誕生の地である米国においては、高齢者に対してだけでなく、精神障害者、アルコール・薬物依存者、エイズ患者、児童などの幅広い分野においてケースマネジメントサービスが提供されている⁴。そして、知的障害を含めた発達障害分野においてもケースマネジメント活動は、重要な援助法となっている。

ここでこれから説明するケースマネジメントとは、たとえば、知的障害のあるAさんが両親を失ってしまったが、ひとりでも地域で暮らしていこうと決意したとしよう。しかし、Aさんはさまざまな専門サービスやインフォーマルなサポートが必要である。喘息もちのため、メディケイド⁵の手続きをし医療サービスを継続することや、医師に病状の変化を報告したり、食事の管理をしなければならない。自活のために生活能力（お金のやりくり、料理等）の訓練をおこなうトレーニングサービスを受ける必要性も出てきた。また、それらのサービスを受けるために交通手段も必要になってくる。そこで、相談に応え、時にはアグレッシブにそれらの多様なサービスをAさんにむすびつけそしてそれらのサービスがAさんの生活の中でうまく組み立てられるように調整することによって、Aさんが選んだ生活を継続できるよう援助すること、それをケースマネジメントと呼ぶ。クライアントの生活全体をみて、よりよい質の生活を営めるよう援助する方法であるといえる。

アメリカの発達障害用語辞典は、ケースマネジメントとは、「あるクライアントやクライアント・システムに対して多様なサービス活動を調整する活動であり、……複数のサービスや長期的ケアが、あるいはその両方が必要なクライアントに対してもっとも効果がある。また、ケースマネジメントは、そのようなサービス調整によって……サービスの重複

(duplication) や分断 (fragmentation) を減らすのに役立つもの。」と説明している⁶。ケースマネジメントは、また、サービス・コーディネーション (Service Coordination) と表現されることもある。

Freedman は、発達障害をもつ人々そしてその家族は多様で、複雑な、かつ長期的なニーズをもつため、保健、教育、そして社会サービスをふくめた幅広いサービスや援助が必要であり、ゆえに、ケースマネジメントサービスは発達障害者そしてその家族に対しては特に重要なサービスとなると指摘している⁷。Skarnuls も、精神障害者同様、「ほかの分野と違い、発達障害分野におけるケースマネジメントは生活のすべての側面を取り扱う……その仕事は、すべての年齢層、身体的そして情緒的側面、性別、民族グループ、そして生活様式から仕事、宗教にいたるまでのすべての機能的分野を含む。」と述べている⁸。これらは、知的障害を含めた発達障害者の生活ニーズの多様性およびニーズの長期化、そして、ケースマネジメントの重要性を指摘している。

多様なサービスの調整機能を中心とした援助の歴史は、セツルメント運動や慈善組織化運動の時代までさかのぼることができる⁹。また、ケースワークの要素として紹介 (referral) 機能は、早くから着目され、メアリー・リッチモンドのケースワーク実践にもケースマネジメントの面影を見ることができる¹⁰。しかし、ケースマネジメントの始まりとしては、1960年代後期のアメリカにおいて精神保健領域を中心に議論され、1970年代にケースマネジメントの考え方が広まったとするのが一般的である。知的障害を含めた発達障害者に対するケースマネジメントサービスも、1970年代にひとつの介入手法として表舞台に登場し急激に広がっていった。そこで、次節では、まとまりをもった活動としてケースマネジメントが成立していく事情をみていく。

2. 発達障害ケースマネジメントの成立事情

DeWeaver は、Johnson との共著論文のなかで、発達障害ケースマネー

メントという活動が広がった事情を2つ挙げている¹¹。

1) 発達障害者支援及び権利法

1つは、特定のサービスを統合するメカニズムづくりを目的とした1978年発達障害者支援及び権利法 (the Developmentally Disabled Assistance and Bill of Rights Act [P.L. 95-602]) である。発達障害者のニーズの多様性や複雑性が理解され、積極的かつ統合的にそれらに応えるサービスの必要性を社会が承認したといえる。この法律の前身である1975年法において、個々のクライアントの計画を実践し、「広範囲な連続体である個人のニーズのすべて」に注意を払う責任を担う「プログラム・コーディネーター」と呼ばれる者がひとりひとりのクライアントに配置されることが要求された¹²。そして、1978年法では、コーディネーションを達成するため、受給資格のある人々全員に対して「ケースマネジメントサービス」を供給するよう、特別に命じられた¹³。発達障害ケースマネジメントサービスは、この発達障害者支援及び権利法の制定を背景にさらなる広がりをみせることとなった。

2) 脱施設化運動と地域における社会サービスの脱集中および断片化

もう1つの事情は、脱施設化運動によって促進された地域福祉の方向性が、ケースマネジメントサービスを必要としたという当時の状況である。脱施設化がケースマネジメントサービスの利用を促進したという状況は、精神障害領域と同様である。しかしながら、精神障害者の脱施設化およびケースマネジメントサービスに比べて知的障害者のそれらに関する文献はそれほど多くない。多分、これは「20世紀中葉まで、知的障害者の教育や福祉は、精神障害の治療の一環として取り扱われてきた。……すなわち、知的障害は独立の障害とは認められていなかった」¹⁴という事実があり、州や地域によっても違いはあるが、現在においても、なおも一般的には精神障害または精神保健の領域にふくまれていることが多いであろう¹⁵。

1970年代から1980年代初頭にかけて、ノーマライゼーション思想、脱施設化に支持的な判例¹⁶、親の会の組織化¹⁷、費用対効果の問題、新薬の開発

などを背景に、脱施設化運動が盛り上がりを見せる。精神障害者同様施設に収容されていた知的障害者もこの運動下、地域に戻るようになった。

1960年代から、アメリカには数多くの対人サービスプログラムが誕生していた。特に、1974年の社会保障法における社会サービス改正、通称「タイトルXX」改正は、州が貧困線以上の人々に「社会サービス」を供給することによって初めて連邦政府が財政的に援助したプログラムであるが、これが、対人サービスの範囲および量を拡大することに貢献した。これらの資金は行政から類型別に支給されたため、プログラム対象者は障害別（精神障害、知的障害など）、年齢別（小児、高齢者など）、機能別（精神保健、雇用、住居など）などに分類されてしまった。その結果、それぞれのサービスは複雑、断片的、類似的で、調整されていないものとなった。そのような状況下、精神障害や知的障害をもつ人々は施設から地域に流入していくが、地域で生活していくのに必要なサービスが容易にえられないといった問題が発生した。そこで、障害者本人だけではばらばらのサービスを利用することができず、サービスを調整するための援助が必要であるとの認識が広がり、ケースマネジメントという活動が表舞台に登場する要因となった¹⁸。

このように、DeWeaverらが指摘する制度的・社会的事情もあり、1970年代から、発達障害分野におけるケースマネジメントは、独立したひとつの活動領域として認知され始めた。しかしながら、当時、この「ケースマネジメント」なるものがどのようなものであるのか概念的な明確さがなおはっきりしないまま広がっていった¹⁹。現実的な要請の上で開始されたケースマネジメントであったが、逆に、それが概念的な整理を遅らせたともいえる。

3. メディケイドと発達障害ケースマネジメント

DeWeaverとJohnsonは、発達障害ケースマネジメントが広がった事情を発達障害支援及び権利法の制定と脱施設化であるとしている。しかしな

がら、彼らはこれらの事情以外に当時の福祉サービスに消極的な政治的そして経済的な状況が発達障害ケースマネジメントサービスの登場に大きく影響を及ぼしたのではないかと述べている²⁰。

1) 知的障害者に対する中間ケア施設 (ICF/MR) の登場

もともと、知的障害をもつ人々のケアは地域 (local) の責任であった。それが、1840年代を始まりに州政府にその責任が移り、さらに知的障害者に対するケアとくに地域ケアに対して連邦政府も財政的な責任を負うことになる²¹。1971年以前までは、知的障害者に対する施設は州、地方、そして民間の財源でほとんどがまかなわれていた。つまり、それまでは連邦からの州の知的障害分野のサービスに対する補助はほとんどなかったといえる。そのような状況下、1950年代以降、施設に収容される知的障害者の数は増加の一途をたどった。事実、知的障害者を収容する施設は、1950年から1968年の間、アメリカの歴史上もっとも急速に建設されていった。当然の帰結として知的障害者施設の増加は州の施設ケアに対する予算を急激に増大させることになった。

一方で、施設における定員過剰やひどい衛生状態がひとつの社会問題として注目を浴びる。ノーマライゼーションの父であるバンク・ミケルセンがカリフォルニアの知的障害者施設を訪れたさいにレポーターに語った言葉がかくも施設の劣悪な状況を物語っているであろう。ミケルセンは「自分の目を信じることができない。これまで海外の施設をいくつか訪れたが、そのなかでも (カリフォルニアのその施設は) 最悪な状況だ。われわれの国では、牛ですらこのような取り扱いを受けることは許されていない。」²²と語ったといわれている。

そのような状況が社会問題化する中、1971年、連邦政府はニクソン政権下、連邦政府のメディケイド財源によってまかなわれる「知的障害者に対する中間ケア施設 (Intermediate Care Facilities for the Mentally Retarded : 通称 ICF/MR)」²³が法律に組み入れられた。これが、はじめて連邦政府がおこなった知的障害者施設ケアに対する財政的介入といえるであろう。もち

ろん、財政的な困難をかかえる多くの州はこの財源を自州の知的障害者ケアとくに施設ケアにとり入れていった。

このため連邦政府のメディケイド ICF/MR プログラム支出が急増した²⁴。Hemp, Braddock, & Westrich は、ICF/MR プログラム支出増加がこのメディケイドにおける知的障害長期ケアの割合増加を引き起こしたと結論づけている²⁵。

また、もともと知的な障害をもつ人々を可能な限り早く地域にかえすための訓練を行うことを目標につくられた ICF/MR プログラムであったが、実態は地域への中間施設と考えられるグループホームや小規模施設に対してではなく、大規模な収容施設「維持」の財源となっていた²⁶。このメディケイドにおける ICF/MR 支出の増加は連邦政府にとって大きな負担となっていく。また、メディケイドプログラムの総支出も急激に増えていった²⁷。

2) 在宅および地域サービス基本プログラム (HCBS) の登場—リベラルから保守路線へ

フランクリン・ルーズベルトのニューディール政策から続く民主党リベラル派の福祉拡大路線は共和党ニクソン大統領のもとでも1970年代前半まで続いた。「1960年代から1970年代初めにかけての社会保障・福祉制度の拡充と発展を国民が一般に受けれていたのは、当時支配的だったリベラルな社会風潮もさることながら、経済成長が続き、連邦政府の財政にも福祉支出の増大を中産階級の税負担を重くせずに吸収できるだけの財政的な余裕があったからである。」²⁸しかし、1970年代の中頃からインフレが進み、スタグフレーションも起こって中産階級の経済政策に余裕がなくなり、政府の財政状態も悪化してくると、中産所得層以上の階層に重税感が広がり、それがかれらの福祉に対する態度に微妙な変化をもたらしてくる。そこで、福祉国家体制に否定的な保守・共和党候補レーガンが政権を勝ち取る。レーガン政権の登場は、福祉プログラムの削減そして防衛費の拡大という政府予算配分を大きく変化させた。福祉路線に支持的な民主党・クリントン政権においてなされた1996年福祉改革法の制定、そして現在の共和党・

ブッシュ政権につづく福祉改革のながれはこのレーガン政権から本格的に始まったものである。

このレーガン政権下、福祉財政を縮小するため、1981年の予算調整法 (the Omnibus Budget Reconciliation Act of 1981 [P.L. 97-35]) が制定される。この法律上においてプログラム化されたのがメディケイド・精神遅滞・発達障害者に対する在宅および地域サービス基本プログラム (Mental Retardation /Developmental Disabilities Home and Community Based Services Waiver : 通称 MR/DD HCBS)²⁹なのである。

現在、発達障害者の地域生活において重要な役割を期待されているのがこの MR/DD HCBS プログラムである。このプログラム以前は、ICF/MR プログラムがメディケイドのなかでの知的障害者ケアの主要なプログラムであったが、そのプログラムの急激に増えるコストと施設志向性などもあり、MR/DD HCBS プログラムが登場する。MR/DD HCBS プログラムは ICF/MR プログラムから知的障害ケア主要プログラムとしての座を奪うことになる³⁰。1995年現在、この MR/DD HCBS プログラムの受給者数 (152,000) は、ICF/MR プログラム受給者数 (141,000) を越えている³¹。

MR/DD HCBS プログラムにおいて、ケースマネージャーは各種サービスの調整をおこなうと同時にサービス費用管理に責任をもつ役割として位置づけられている。このことは、政府のメディケアの報酬支払いに関する運営をおこなっているアメリカ保健財務庁 (the Health Care Financing Administration) によりクライアント1人に対して利用金額にキャップをつけること (施設においてかかる費用以下) が義務づけられた³²ことから明らかで、ICF/MR において必要な費用の何割以下などというかたちで制限がつけられているのである。その費用管理を任されているのがケースマネージャーである場合が多い。

HCBS プログラムは、高齢、精神障害、精神遅滞・発達障害などのように種別化されている。また、州によって具体的な内容に違いがあるので、以下には、米国・ウエストバージニア州の精神遅滞・発達障害における

HCBS の例を紹介したい。

ウエストバージニア州の MR/DD HCBS³³は、発達障害者の在宅生活を支援するために、ケースマネジメントサービスを含めた包括的なサービス・パッケージを提供している。このプログラムのもとで、デイ・ハビリテーション (Day Habilitation Services)、在宅ハビリテーション (Residential Habilitation Services)、援護つき就労 (Supported Employment Services)、職業基礎訓練 (Prevocational Training Services)、レスパイト・ケア (Respite Care Services)、移送サービス (Transportation Services)、地域在宅ハビリテーション (Community Residential Habilitation Services)、付き添いサービス (Adult Companion Services)、環境設備改造 (Environmental Accessibility Adaptations)、年次医学診断 (Annual Medical Evaluations)、心理評価 (Psychological Evaluations)、社会的側面履歴評価 (Social History Evaluations)、有資格知的障害専門家によるサービス (Qualified Mental Retardation Professional Services)、熟練保健婦サービス (Skilled Nursing Services)、そしてケースマネジメントサービス (ウエストバージニア州の HCBS プログラム・マニュアルにおいては "Service Coordination Services" と記載されている。) が提供される。

MR/DD HCBS プログラムの受給資格を得るには、(1) 発達障害をもち、(2) 知的障害または関連した状態を有するものに対する中間ケア施設 (ICF/MR) において提供されるレベルのケアが必要とされるものであり、そして、(3) 月の収入が現在の最大補足的保障所得 (Supplement Security Income : 通称 SSI)³⁴の3倍以下であり、(4) 財産は2000ドル以下でなければならないとしている。先にも述べたように、この MR/DD HCBS プログラムは州に具体的なサービス内容そして受給資格を決定する権利があるため、似通ってはいるが、各州によってそれらは多少なりとも違うことは念頭に置いておきたい。

アメリカ保健財務庁が民間調査機関に依頼して作成させた HCBS プログラムデータ報告書³⁵のなかで、ケースマネジメントはサービス調整だけ

に限らず、最も施設入所のリスクがある人にたいしてサービス提供をおこなうようにしたり、あるサービスがなおもクライアントに必要であるかを確認することによって、コスト抑制の役割をも持つ、と述べている³⁶。HCBS プログラムにおいて、ケースマネジメントが必要とされた理由のひとつが、HCBS プログラム自体が高騰する ICF/MR プログラムの費用削減を目指して作られたものである以上、コスト・コントロールとしての役割がケースマネジメントに期待されたとみることができる。また、もうひとつの理由としては、さまざまなサービスがパッケージされた包括的プログラムという HCBS の特性上、それらのサービスをうまく調整し、クライアントの個別的な生活に適応させようという意図があることは想像に難くない。対照的に、ICF/MR プログラムにおいては、看護、食事、洗濯等のあらゆる介護も、教育、職業訓練、ADL 訓練などのサービスも、さらには医療や悩みの相談までもが、ある程度画一的なサービスとして提供され施設内で完結的に実施される。そこでは、社会資源を寄せ集め、サービス間の調整を行い、個別的な生活の尊重を原則とするケースマネジメントという方法をあまり必要としなかったのである。

HCBS よりも数年遅れてメディケイドに組み込まれたが、発達障害ケースマネジメントの普及に貢献したものが、1985年に作られたターゲテッド・ケースマネジメント (Targeted Case Management : 通称 TCM) プログラムである。このプログラムも HCBS 同様に、さまざまなクライアントグループ (精神障害、アルコール・薬物中毒、発達障害など) 別に分けられている。TCM プログラムの受給資格は、基本的に MR/DD HCBS プログラムとは異なる。ウエストバージニア州における発達障害者に対する TCM の受給資格は、その本人が発達障害を有し、メディケイドの受給資格があることであり³⁷、その適用範囲は広い。HCBS プログラムとは違い、「中間ケア施設 (ICF/MR) において提供されるレベルのケアが必要」という条件をクリアしなくてもよいため、多くの発達障害者にとって TCM の受給資格を得ることが比較的容易である。しかしながら、このプログラム

では、ケースマネジメントサービスの提供しか認めておらず、HCBS プログラムのように包括的なサービスパッケージを利用することができない。それゆえに、ひとつひとつの必要なサービスを個々の受給基準をクリアし個々の窓口を通して調整する必要がある。

コスト削減の意味合いも含めた施設型福祉から地域福祉への脱施設化の潮流の中で、特徴の違いこそあれ、HCBS と TCM の両メディケイド・プログラムが、発達障害ケースマネジメントを米国において普及させることに大きく貢献したことは間違いない。

II 発達障害ケースマネジメントを構成する要素

米国における発達障害ケースマネジメントは、以下のような要素によって成り立っていることが多い。これらは、メディケイドの MR/DD HCBS プログラムにおいて請求可能な (Reimbursable) つまり「メディケイド制度からお金を払ってもらえる」ケースマネジメントの要素である³⁸。

- 1) アセスメント (Assessment)
- 2) サービス計画 (Service Planning)
- 3) 紹介・連結 (Referral/Linkage)
- 4) サービス計画の評価 (Service Planning Evaluation)
- 5) アドボカシー (Advocacy)
- 6) 危機対応計画 (Crisis Response Planning)

それぞれの要素について以下に詳述していく。

1. アセスメント

アセスメント段階は、「クライアントの生活目標に関連して、クライアントのもつ資力 Strengths、ニーズ、資源、そして個別サービス計画 (Individualized Program Plan : 通称 IPP) 作成に役立つ情報を収集する。」³⁹

この段階において、多分野協働会議 (Interdisciplinary Meeting : 通称 IDT) が開かれる。これは、クライアントのニーズに関連しそうな分野の専門家

に対してケースマネージャーがアセスメント会議出席を要請し、具体的なサービス内容や受給資格等をクライアントに説明してもらい、最適なサービス計画を作り上げることを目的としている。具体的には、医者、保健婦、作業療法士、理学療法士、言語療法士、ソーシャルワーカー、臨床心理士といった専門家が会議に出席する。

米国での具体的な発達障害ケースマネジメントの多くはメディケイドの給付として行われるため、アセスメントにおいてのメディケイド資格審査は、きわめて重要な部分となる。多くのケースは、他の社会サービス相談・供給機関によってケースマネージャーに紹介され、もし、そのクライアントがメディケイド資格を有する場合、そこでアセスメントが開始される。もし、メディケイド資格を有していない場合は、メディケイド資格を問うことのない他のサービス機関を紹介することになる。しかしながら、紹介時メディケイド・カード（メディケイドサービス受給書）を保持していなくても、メディケイド有資格である者も多い。ゆえに、その可能性がある者に関しては、州福祉局のメディケイド受給審査を受け、その資格を得ることを援助したのちに発達障害ケースマネジメントサービスを開始することになる。

アセスメントの段階において情報が収集されるべき領域は、以下の5つにわかれている⁴⁰。

1) 「医療・保健 (Medical/ Health)」

ここでは、クライアントが歩行可能か、視力がどの程度であるか、どのような処方薬を服用しているか、そして、どのような診断をこれまでに受けたかといった事柄に関する情報が集められる。また、この項目においてアメリカ精神医学協会のDSM-IV(精神障害の診断および統計マニュアル第4版)に即した診断結果⁴¹を記入することになっており、その診断においてクライアントが知的障害または関連障害を有することが確認される。メディケイド・プログラムにおいてケースマネジメントが行なわれる場合、この「医療・保健」項目は、基本的に、メディケイド指定医師による評価

をベースにしているが、DSM－Ⅳの診断に関しては、契約を結んでいる外部のサイコロジスト (Psychologist)⁴²がその診断を行い、結果がアセスメントの中で使われることも多い。この診断は、発達障害ケースマネジメントサービスを開始・継続するときの受給資格にからんでくるため、きわめて重要な記入事項となっている。

2) 「心理 (Psychological)」

ここでは、言語的能力、情緒状態、時間感覚、他人に対する関心といった事柄がアセスメントされる。この項目は、先のサイコロジストによって提出される DSM－Ⅳ診断を含めた心理評価 (Psychological Evaluation) 報告書に拠ることがおおい。もしクライアントがカウンセリングや心理療法といった心理サービスを必要とする場合は、この項目においてニーズとして確認される。

3) 「社会 (Social)」

ここでは、クライアントのもつ社会的関係が主なアセスメント事項となる。たとえば、友好的な性格であるとか、仕事に対して意欲的であるといった個人的な側面から、家族・隣人といったインフォーマルな援助関係をもっているかなどが考察される。この項目は、担当のケースマネージャーが総合アセスメントを行う前に作成するクライアントの社会的側面に焦点をあてた社会的側面履歴 (Social History)⁴³をもとに考察される。また、他の機関などからクライアントが紹介される場合、過去において作成された社会的側面履歴があることも多いので、それらの情報も加えて考察される。

4) 「ハビリテーション (Habilitation)」

ハビリテーションとは、職業的、精神的、身体的、そして社会的能力を最大限に伸ばし、可能な限り自立して機能できるようにするため、障害をもった人々に対しておこなわれる医学的または教育的なサービスを指す⁴⁴。リハビリテーション (Re-Habilitation) は、一度獲得し失った能力を再度得るもので、ハビリテーション (Habilitation) は、これまでに獲得したこと

のない能力を訓練し得ていくというところに違いがある。この項目では、ハビリテーションサービスを必要とするニーズをアセスメントする。具体的には、家計処理や銀行利用に関する能力から、洗濯、料理、入浴、そして清掃に関する能力におよぶ多種多様な生活能力をふくむ。

5) 「その他」

最後のアセスメント領域は、上記の4つにはあてはまらないが重要な事項を記入する「その他」の項目である。メディケイドや補足的保障所得 (SSI) などに関する事項、SSI 管理人 (Representative Payee)⁴⁵に関するものを含めた幅広いニーズがこの項目に記入される。

2. サービス計画

サービス計画において、「ケースマネージャーは、包括的な個別サービス計画を作成しなければならない。そのサービス計画は、サービス受給者の目標に合致したすべてのサービス (service)、治療 (treatment)、その他の援助 (support) に関するニーズを含んでいなければならない。」⁴⁶

このサービス計画は、先に示したアセスメントの5つの生活領域におけるニーズにしたがって行われる。ゆえに、アセスメントの段階においてそれぞれのニーズを明確にしておかないとサービス計画自体が困難になる。ニーズ領域にあわせた各サービス計画項目においては、以下の7つの内容を明確に示さなければならない。

- 1) サービスの種類 (たとえば、「カウンセリングサービス」)
- 2) そのサービスの利用が可能かどうか (Availability/ Accessibility) (「可能」)
- 3) サービス供給者 (「フリュモア心理事務所・ローガン博士」)
- 4) サービスの頻度 (「週に1回」)
- 5) サービスの継続期間 (「6ヶ月」)
- 6) 具体的な行動計画 (Plan of Action: 誰が、何をするのか) (「ケースマネージャーは、Aさんがカウンセリングサービスを受けられるように、

「フリュモア心理事務所に紹介をし、必要な交通手段を用意する。）」

7) その行動計画に責任をもつ者（「ケースマネジャー、〇〇（クライアント）、フリュモア心理事務所・ローガン博士」）

クライアントが必要なそして多様なサービスをむすびつけるためにケースマネジャーには幅広い知識が要求される。実際のサービス計画は、フォーマルな制度によって供給されるサービス（たとえば、メディケイドによるサービス）だけではなく、制度とは関係のない慈善団体によるサービスなど（米国においてはこのようなサービスが日本に比べて多い）も考慮して作成される。「社会サービス機関目録」などは、ケースマネジャーがこのような幅広いサービスに関する情報を得るうえで大きな役割を果たしている。ソーシャルワーカーの職能団体などにおける横のつながりのなかで各社会サービスの詳細な情報を入手している傾向もみられる。また、外部のサービス機関が、クライアントに、その機関のサービスを使ってもらうために、ケースマネジメント機関に「営業」のため訪れることもしばしばで、そのようなかたちでケースマネジャーが情報を得ることもある。

3. 紹介・連結

「紹介・連結」において、ケースマネジャーは、個別サービス計画（IPP）において確認された必要なサービスをクライアントに結びつける。たとえば、IPPにおいて予定しているサービスを提供してくれる機関にアポイントをとり時間を調整したり、必要なクライアントに関する情報を提供したり、また、そのサービス供給機関までの交通手段を手配したりする。それらの調整においては、専門サービスひとつひとつの都合のためにクライアントという全体が分断されることなく、クライアントの生活をトータルに捉えた上で、かつクライアントの生活の視点で、各サービスの調整が行われるのである。

前段階の「サービス計画」においてしっかりとしたプランが作成されて

いればそれほど問題はないが、この「紹介・連結」の段階で予定されていたサービスとクライアントのニーズが合致していないことが判明したり、サービス供給者とクライアントがあわなかったりするケースがある。その場合には、再度、部分的にはあるがIPPの変更をおこない、新たなサービスまたはサービス供給者をむすびつける必要性が出てくる。

4. サービス計画の評価

発達障害ケースマネジメントの4つめの要素は、「サービス計画の評価」である。ここで、「ケースマネージャーは、継続的に個別サービス計画の適切さを評価し、必要な修正を施し、新しいサービスにつなげ、また、必要ならば他のサービス計画を作成したりする。」⁴⁷このサービス計画の評価プロセスにおける個別サービスプログラム(IPP)の見直し期間はプログラムによって違うが、月に1回の面接を義務付けている場合が多い。その面接においてクライアントの生活に変化が確認された場合、IPPの変更がなされる。IPPの変更の際、適切なサービスを確認するために、再度、多分野協働会議(IDT)が開かれることがある。またこの段階で、適切にサービスが供給されているかを確認することにもなる。それゆえ、一般的なケースマネジメントプロセスにおけるモニタリング(Monitoring)という機能が、この「サービス計画の評価」に含まれているといえるであろう。

5. アドボカシー

また上記4つ以外に、発達障害ケースマネジメントの重要な要素として、「アドボカシー」と「危機対応計画」とが挙げられている。

アドボカシーとは、簡単にいうと、自らの権利やニーズを表明することが困難な人の代弁をし、権利擁護をすることである。実際によくあるアドボカシーの典型例としては、クライアントがメディケイド資格を取れるようにクライアントの代弁をし、その結果、クライアントがメディケイドからの支払いを得ることを可能にするといったものである。また、メディケ

イドの制度について、そのサービス内容やサービス報酬などの不適切さを指摘し州に改良を求めていくシステムレベルにおける活動もこのアドボカシーに含まれる。

アドボカシーとは、「サービス受給者のために、サービスの継続性、制度やサービス供給体制を含めたシステムの柔軟性、統合されたサービス、設備や資源の適切な利用、そしてサービスの入手しやすさを確実にするための活動を指す。ケースマネジメントアドボカシーは、受給者の法的権利や人権を守るような活動も含む。」⁴⁸

しかしながら、Rose がいうように、ケースマネジメントにおいて、アドボカシーを個々の事例について伝統的なサービスが利用できるよう特定の方法を得る手段に矮小化してしまう傾向がある、という指摘⁴⁹は、発達障害ケースマネジメントにもいえる。それは先の「メディケイド資格獲得」アドボカシーが主になっており、システムレベルのアドボカシーを精力的におこなっているとは必ずしもいいきれないからだ。

6. 危機対応計画

「ケースマネージャーは、適切な危機対応手順がサービス受給者に用意され、かつ個別サービス計画において確認されていることを確実にしなければならない。ケースマネージャーは、必要であれば、危機援助・介入サービスを受給者が利用する手助けをすることになる。」⁵⁰自立している発達障害者、とくに知的な障害があるクライアントは、人間関係などのストレスからくる混乱やトラブルに巻き込まれたりするなど、緊急に対応しなければならない状況が起きうる。そのため、このような危機にどう対応するかという計画はきわめて重要な役割を果たす。たとえば、精神障害をもつクライアントが、幻聴や幻覚といった症状を示し、自立生活が一時的に困難となった場合、ケースマネージャーは個別サービス計画において確認された危機対応手順によって一時入院といった危機対応サービスにむすびつけることになる。また、計画段階で、危機的な状況に即応できる医療機関等

の危機対応部門（Crisis Unit）などを含めたフォーマルな体制から家族や隣人等のインフォーマルな対応体制などを確認しておく必要がある。それゆえ、24時間危機対応体制がとられている場合も多い。これは、クライアントになんらかの緊急状態が発生した場合、契約を結んでいる中央危機対応センターが連絡を受け、担当ケースマネージャーに、その状況が連絡されるといったようなシステムである。

Ⅲ ウェストバージニア自立生活支援協会

1. ウェストバージニア州の概要

米国・ウェストバージニア州は、人口約177万人の比較的小さな州である⁵¹。面積は、62,758平方キロメートルで、米国の51州中41番目の大きさである。州のニックネームが「山の州」といわれるように、領域のほぼ全体がアパラチア山系にあり、75%が森林に覆われる。平均海拔はミシシッピ川以東のどの州よりも高く、北方へ突きあがり、東方へ突き出ている。もともと州内には石炭などの地下資源が豊富であったが、州外企業による乱掘・乱伐による利益の州外流失により、州内には恩恵がもたらされないかたちで現在の「貧困州」としての状態が作り出された。現在では、最も貧困な州のひとつに数えられる。また、米国のなかでも人種的には、98.9%が白人というすこし変わった州である。これは、白人ですら貧困状態にある中で、少数民族が移住しても職が少なく生計を立てるのが難しいというのが、この州における人種の白人偏重を作り出していると考えられている。

州設立は共和党が取り仕切ったが、州の貧困を反映して、現在、ウェストバージニア州においては、社会福祉政策を基本的に支持する民主党の勢力が圧倒的である。今回の大統領選挙では共和党ブッシュがウェストバージニア州で勝利したが、これまでの大統領選挙では圧倒的に民主党の候補に票が集まっていた。同時に行われた知事、裁判官、保安官といった選挙においては民主党候補が圧勝し、ウェストバージニア州がなおも民主党の強い勢力下であることをあらためて思い起こさせる。

発達障害分野に関しては、1998年に最後のコリン・アンダーソン精神遅滞施設を閉鎖して、ウエストバージニア州もニューハンプシャー州、コロンビア特別区、バーモント州、ロードアイランド州といった州につづいて数少ない「公的精神遅滞施設のない州」の仲間入りを果たした⁵²。脱施設化が比較的スムーズにすすんだ州といえるであろう。しかしながら、地域に帰った発達障害者はかならずしも十分なサービスを受けているとは言えず、交通機関の不便な農村部が多いという事情も含めて地域ケアにおける課題は少なくない。

2. 組織とその発展

ウエストバージニア自立生活支援協会（the Coordinating Council for Independent Living、以降支援協会とする）は、1980年よりウエストバージニア州全域において社会サービスを提供している。支援協会は、ウエストバージニア州北中部13郡を中心に社会サービスを供給していた機関の集まりが母体となって成立した非営利団体である。支援協会の供給する主要な社会サービスは、医療扶助であるメディケイドに従って行われるケースマネジメントサービスである。

著者自身、この支援協会においてソーシャルワーク研修生として9ヶ月間発達障害ケースマネジメント活動に携わった。現在は、ウエストバージニアにおいて、発達障害分野における州政策が変動しやすい時期ではあるが、支援協会での自らの経験を含めて、以下で組織の成り立ちとそのサービス、そして問題点などを考察していきたい。

脱施設化運動の波のなか、1980年に「モノンガリアバレーにおける長期ケアとリハビリテーション（Long Term Care and Rehabilitation in the Monongahela Valley）」⁵³という報告書が発表される。その報告書は、各社会サービス機関のサービスが、効率良くそして効果的に受給者に提供されていないのではないか、という指摘をしている。サービスの二重提供、必要なサービスの欠損、断片的なサービス提供などの問題が指摘されたのであ

る。それらの問題を解決するために、ベネダム基金(Benedum Foundation)⁵⁴の援助のもとで、ウエストバージニア州北中部13郡の社会サービス機関が集まり、ウエストバージニア自立生活支援協会が設立された。

ウエストバージニア自立生活支援協会のミッションは、当該地域で、「機能障害をもっている人々が最大レベルの自立機能を維持できる機会がもてるように、必要なサービスを開発、改善、計画、調整、そして直接供給する牽引役を担うことである。」⁵⁵このミッションを遂行するために、「自立支援協会は、①コンサルテーション、トレーニング、そして技術的援助をおこなうことをとおして地域社会の資源の機能を高め、そして、②必要なサービスがその地域で利用できないときは、機能制限をもった人々にたいして直接それらの新しいサービスを開発提供したり、③サービスは存在するがサービスへのアクセスが問題になる場合、同様なサービスを利用できるよう準備することによって人間の潜在能力を開発することに取り組んでいく。」⁵⁶とされている。1980年当時の支援協会設立の意図が、ウエストバージニアにおける地域社会に「流出」する高齢者や知的障害者の地域サービスの整備および既存サービスのなかの調整であったことを考えると、表明されたミッションはその当初の意図を反映したものであると考えられる。現在の支援協会の組織は、高齢・セレクトサービス部(the Senior/Select Services Division、以降 SSS 部とする)、発達障害サービス部(the Developmental Disabilities Services Division、以降 DDS 部とする)、管理部門の3つの部門から成っている。

本稿で主として扱う DDS 部は、4つの現地オフィスをとおして、ウエストバージニアの北中部17郡(人口およそ52万人：州全人口のおよそ30%)に在住の発達障害をもった人々に対して、ケースマネジメント、マネーマネジメント(Money Management)、そしてデイハビリテーション(Day Habilitation)の3つのサービスを提供している。SSS 部は、ウエストバージニア州全55郡に在住の障害を有する高齢者に対して、8つの現地オフィスをとおして、ケースマネジメントサービスと保健婦サービス(Nursing

Services) の2つのサービスを提供している。4節においてそれらのサービスについて詳しく説明してみる。

3. サービス財源

ウエストバージニア自立生活支援協会の財源は大きく見て、①州・連邦政府からの公的な財源と②クライアントまたは民間団体からの委託金としての財源との2種類に分けられる。公的財源に関しては、およそ98%以上がメディケイドからの出来高払いサービス報酬収入となっている。上記の2つの財源を合わせた全体の収入に対しても、メディケイドの割合がおよそ95%となる。この傾向は、DDS部においても顕著で、DDS部収入全体の8割以上がメディケイドのサービス報酬から得ている計算になる。そのなかでもケースマネジメントサービスへのメディケイドからのサービス報酬が大半を占めている。

4. ウエストバージニア自立生活支援協会が提供するサービス

ウエストバージニア自立生活支援協会は、以下の4つのサービスを提供している。

- 1) ケースマネジメントサービス
- 2) マネーマネジメントサービス (Money Management Services)
- 3) デイハビリテーションサービス (Day Habilitation Services)
- 4) 保健婦サービス (Nursing Services)

ケースマネジメントサービスは高齢・セレクトサービス (SSS) 部と発達障害サービス (DDS) 部の両部門で提供されているが、マネーマネジメントサービスおよびデイハビリテーションサービスはDDS部のみで、保健婦サービスはSSS部のみで提供されている。本稿において4つのサービスをすべて説明したいが、紙面の都合上、以下においてDDS部のサービス、特に、ケースマネジメントサービスを中心に説明したい。

1) ケースマネジメントサービス

支援協会が提供するサービスのなかでも、最も大きなシェアを占めているものはケースマネジメントサービスである。支援協会においてケースマネジメントサービスを提供する職員は、ソーシャルワーク免許を所持していなければならない⁵⁷。

一般に「ケースマネージャーとは、クライアントを発見し、ニーズのアセスメントをおこない、適切なサービスを探し、クライアントにあったサービス計画を練り、クライアントとそのサービスなどの資源をむすびつけ、そして、意図され望まれる結果を導く計画実行過程をモニタリングするという一連の流れにおいて責任を担わなければならない人々である。」⁵⁸ この目的を達成するために、支援協会におけるケースマネジメントは、アセスメント (Assessment)、サービス計画 (Service Planning)、紹介・連結 (Referral/Linkage)、アドボカシー (Advocacy)、危機対処計画 (Crisis Response Planning)、そしてサービス計画の評価 (Service Plan Evaluation) という6つの要素によって構成されている⁵⁹。

支援協会が意図するケースマネジメントの目的は、クライアントのQOL (生活の質) を高めるという目的とともに、「ナーシング・ホームのような施設環境ではなく、快適で便利なクライアント自身の家において提供される在宅サービスの開発やマネジメントをとおして、長期ヘルスケアのコストを減らすことである。⁶⁰」と表現されるように、高齢者や発達障害者が必要とする長期ケアにおけるコスト (クライアントのコストと地域社会のコストの両方) を削減することにあることがわかる。

DDS 部においては、発達障害のあるクライアントにケースマネジメントサービスを提供しているが、ウエストバージニア州においてケースマネジメントサービスを利用している発達障害者の総数は、1996年現在5,305人である (1996年当時は、80人がなおも精神遅滞施設で生活をしてきた。しかし、1998年にこの施設も閉鎖された。)。DDS 部では、2001年現在、280人のクライアントにケースマネジメントサービスを提供してい

る。担当するケースマネージャーは11名である。DDS 部が提供するケースマネジメントサービスは、ふたつのメディケイド長期ケアプログラムに従って行われている。ひとつは、精神遅滞・発達障害在宅および地域サービス基本プログラム（Mental Retardation/Developmental Disability Home and Community Based Services Waiver : MR/DD HCBS）であり、もうひとつは、ターゲット・ケースマネジメント（Targeted Case Management : TCM）プログラムである⁶¹。

DDS 部では今後、TCM ではなくこの HCBS プログラムによるケースマネジメントサービスの提供を強化する方針をかかげている。というのも、このプログラムにはケースマネージャーそしてクライアントにとっていくつかの利点があるからである。まず最初に、TCM と違って、HCBS においては、ケースマネージャーがフォーマルな社会資源をある程度コントロールできる構造になっている。HCBS プログラム下で提供されるサービス（たとえば、在宅ハビリテーション、地域在宅ハビリテーション、有資格知的障害専門家によるサービス [理学療法・作業療法・心理療法サービスなどが含まれる] など）は、基本的にすべてケースマネジメントサービスを提供している機関、この場合支援協会の監督の下提供されなければならない。つまり、ケースマネージャーがサービス供給機関に対してサービスの内容や質に関して指示ができる。それゆえ、クライアントそしてケースマネージャー側の意向が聞き入れられやすく、必要なサービスの計画・調整がしやすいということになる。

一方、TCM プログラムにおいては、クライアントの必要なサービスに対するケースマネージャーによるコントロールが効かない場合が多い。それは、TCM が、ケースマネジメントサービスだけをクライアントに提供するプログラムであって、クライアントが必要な社会サービスに関してはまた別のプログラムを使い調整しなければならないからである。必要なサービスとケースマネジメントサービスがパッケージになっていない TCM においては、サービス供給者をケースマネージャーがコントロールする都合

いは必然的に低くなっているのが現状である。

もう一つの HCBS プログラムの利点は、一度、資格認定がなされプログラムを受給可能になると、先に上げた多くのサービスが比較的自由に使えるというところである。HCBS は、地域生活支援サービスのパッケージとしてのプログラムなので、ひとつひとつのサービスに対して受給資格手続きの必要がなくなる。以上のような理由もあり、また、HCBS プログラムが、発達障害者の地域生活支援サービスとしての唯一の包括的パッケージであるということもあり、ケースマネジメント機関のみならず発達障害関係者にとって、このプログラムは、発達障害者の地域福祉増進にむけての重要なツールとして捉えられている。

2) マネーマネージメントサービス

マネーマネージメントサービスは DDS 部において提供されているサービスである。このサービスは、「社会保障局 (Social Security Administration)、自立生活支援協会、そしてウエストバージニア福祉部が設置した基準にもとづいてその意図されたクライアントの金銭管理を援助するためにつくられたプログラム」⁶²である。ここでの「意図されたクライアント (Targeted Population)」とは、発達障害をもつがゆえに金銭管理能力の乏しいクライアントのことである。

DDS 部において、基本的に、すべてのクライアントが補足的保障所得 (Supplement Security Income: 通称 SSI) を受給している。この SSI は日本でいうところの生活保護法による生活扶助に値するもので、一定の発達障害をもち一定の基準 (大人で所得が \$ 531 未満、財産が \$ 2000 未満など) を満たしている市民権またはある一定の外国人資格をもつ者は SSI を毎月得ることができる⁶³。

SSI は、基本的に、社会保障局から直接クライアントに渡されることになっているが、もし、クライアント本人または法的代理人が許可をすれば、クライアントまたは代理人が指定した者がクライアントに代わって SSI を受け取り管理することができる。クライアントがお金を必要とする場合に

は、その SSI 管理者と連絡をとり随時必要分を受け取るという仕組みである。この場合、クライアントの当座のニーズ（特に、食費、衣服費、家賃、医療関連費、公共料金など）を見越して使うお金の管理をすることが求められる。今いくら使うと月末の賃料が支払えないとか、食費を次の SSI の支給まで維持するには支出を抑えなければいけないといった「管理 (Management)」を行なう義務が SSI 管理者にはある⁶⁴。ほぼ半数の DDS 部のクライアントが、かれらのケースマネージャーを SSI 管理人として、このサービスを利用している。

マネーマネージメントサービスは、ケースマネージメントサービスを DDS 部において受けているすべてのクライアントが、SSI から月に一定額を支払えば利用することができる。しかしながら、このサービスは、ケースマネージメントを行う上でクライアントの金銭管理が必要であるために引き受けているだけで、このサービス単体での利益は全くないといっても過言ではない。

3) デイ・ハビリテーションサービス

支援協会のデイ・ハビリテーションは、「さまざまなサービスの必要な発達障害者にたいして提供される診断、治療、そしてリハビリテーション的サービスの総称⁶⁵」である。

このデイ・ハビリテーションにおいて、自己ケア訓練 (Self-care Training)、職業基礎訓練 (Prevocational Training)、治療的教育 (Remedial Education)、地域生活訓練 (Community Survival Training)、社会スキル訓練 (Social Skills Training)、余暇スキル訓練 (Leisure Skills Training)、理学療法 (Physical Therapy Exercise)、言語療法 (Speech Therapy Exercise)、行動マネージメント (Behavior Management)、食事訓練 (Nutritional Training)、職業訓練 (Vocational Training)、援護つき雇用 (Supported Employment)、自立生活スキル訓練 (Independent Living Skills Training)、そしてほかの必要なサービスが提供されている。DDS 部クラスバーグ支部に隣接するデイハビリテーションセンターでのみ提供されているデイハビリテーションサービ

スは、発達障害と診断され、メディケイドの有資格者であるか、または、メディケイド以外の保険やまたは私費によってこのサービスを受けることができる。

4) 保健婦サービス

支援協会はまた、メディケイドのパーソナル・ケアサービスプログラム (Medicaid Personal Care Services Program) に関連して、そのケア計画を作成する保健婦サービスを提供している。パーソナルケアサービスは、個人衛生・みだしなみ (肌のお手入れ、入浴、そして排泄など)、非技術的身体補助 (位置変え・移動、そしてくすりの服用補助など)、食事援助 (食事準備や摂食補助など)、そして身の回りの援助 (そうじ、洗濯、そして買い物など) を含む。

パーソナルケアサービスは、支援協会の保健婦が作成したケア計画にのっとって提供される。しかしながら、これらのサービスは支援協会と契約をむすんでいる直接ケア会社によって提供されるもので、支援協会が直接提供することはない。支援協会の保健婦によるサービスは、必要なケアに関するアセスメント、看護ケア計画、そのケア計画実施中における監督そしてモニタリングを指している。

5. ウェストバージニア自立生活支援協会・発達障害サービス (DDS) 部のケースマネジメントサービスにおける諸問題

1) 高い離職率

DDS 部におけるケースマネジメントサービスに関していくつかの問題をあげることができる。まず、DDS 部におけるケースマネージャーの離職率の高さである。DDS 部において、1年以内に離職するケースマネージャーも少なくない。この高い離職率のために、クライアントは短期間に多くのケースマネージャーとかかわりをもたなくてはならない。

このことは DDS 部に限ったことではない。ウェストバージニア州ハートレイ法廷調査部によって2000年9月におこなわれた「ウェストバージニ

アの行動衛生システムにおけるケースマネジメントに関する調査と勧告
(A Study of Case Management in West Virginia's Behavioral Health System
and Formal Recommendations)」⁶⁶のなかでも、この行動衛生⁶⁷ケースマネ
ージャーの離職率について調査している。それによると、41%ものケースマ
ネージャーが過去12ヶ月以内に、83%が過去24ヶ月以内に離職している。
また、ある利用者は、その報告書の中で、「38ヶ月の間に、6人のケース
マネージャーと37人のデイハビリテーションワーカーをもった。」⁶⁸と答え
ている。この離職率が包括的かつ継続的なケースマネジメントをおこな
う上での支障となることは容易に予測できる。

ケースマネージャーの高い離職率は、ケースマネジメントの原則でも
あるサービスの継続性を難しくしている。また、もともと、クライアント
の生活をトータルに捉え、その主体を専門サービス領域ごとに分断するこ
とがないよう各種サービスを調整していく活動であるケースマネジメントが、
反対にそのクライアントの生活を分断してしまうというような状況
を引き起こしかねない。

2) 低所得

また、ケースマネジメントという仕事において、ソーシャルワーカー
は、比較的低い収入レベルを甘受しなければならない。このことが高い離
職率に貢献していることは明らかである。先のウエストバージニア州ハー
トレイ法廷調査部の報告書によると、離職する理由として最も多いのは、
「より高い収入を得るため」となっている⁶⁹。ケースマネージャーの平均年
収は、18,308ドルで、日本円になおすと、およそ228万8500円（1ドル125
円計算）である⁷⁰。ウエストバージニア州における物価の安さを考慮しても、
なおも低い収入であることは確かである。あるケースマネジメント機関
の人事担当者は、「ケースマネージャーを雇用するのに困難があり、面接の
際、給料の額を提示すると笑われることもある。」⁷¹と、その給与額がいか
にケースマネージャーの雇用を難しくしているかについてこのハートレイ法
廷調査部による報告書のなかで語っている。

これは、発達障害を含めた行動衛生ケースマネジメントに限ったことではない。高齢者や児童などの他の領域においても、ケースマネージャーの所得は比較的低い。全米ソーシャルワーカー協会の調査によると、発達障害の分野で働くソーシャルワーカーは2番目に低い賃金しか得ていない⁷²。米国において、収入におけるケースマネジメントと発達障害の「二重苦」は、発達障害ケースマネジメントをおこなうソーシャルワーカーにとって、転職という極めて苦しい選択をしいているようだ。

3) ケース数の多さ

また、低い給与と同様、ケースマネージャーの離職率を高めているもうひとつの原因は、ひとりのケースマネージャーがかかえるケース数である。DDS 部においては、ひとりのケースマネージャーが、HCBS プログラムのケースマネージャーの場合は、20ケース (HCBS プログラム規定上、20ケースが最大)、TCM プログラム担当ケースマネージャーはおよそ40ケース (TCM プログラムの場合ケース制限なし) である。ウエストバージニア州における他の発達障害ケースマネジメント機関においても同様なケース数またはそれ以上の数であるところが多いようである。特に TCM における担当ケースの多さ、そしてそれが引き起こすストレスは、給料額の問題と同様、ケースマネージャーの離職率を高めているとハートレイ法廷調査部による報告書は指摘している。

4) メディケイドにおいて請求できないサービス

他に、クライアントやケースマネージャーが必要なサービスがメディケイドのプログラムのなかで請求できないという問題がある。たとえば、メディケイドの TCM プログラムにおいては、「移送 (Transportation)」、つまり、クライアントの家に行ったりまたは医者との診察にクライアントとともに行ったりする移動時間は請求ができない。クライアントが緊急な買い物や面会のときに移動手段としてケースマネージャーによる移送が必要な場合、TCM においてはそれがケースマネジメントサービスの一部として請求できない。メディケイドのクライアントの移動手段としては、基本

的に、タクシー会社によるメディケイド・バンサービスを利用することになっている。しかしながら、このサービスは1日前に予約が必要であり、緊急の場合でもバンの数に限りがあるため、クライアントやケースマネージャーが日常生活のなかで必要なときに使いづらいという事情がある。それゆえ、現実的には、請求はできないが、ケースマネージャーがこのような「移送サービス」までもおこなわざるをえないのである。つまり、地域生活支援サービスのなかで抜けた必要なサービスをケースマネージャーが補充しているともいえる。このような問題は、しかしながら、ウエストバージニアにおいてだけのものではなく、他の州においても起こりやすい問題である。Rose & Moore は、出来高払い (fee-for-service : ひとつひとつのサービスに対して単価でサービス供給者にお金が支払われるシステム) による報酬システムによって、しばしばケースマネージャーやクライアントは、限られた許容コスト範囲をもとにしたサービス計画にしばられる傾向がある、と述べている⁷³。Rose & Moore はまた、その報酬システムは必然的に重要なニーズやサービスを内在化することができないことが多い、としている⁷⁴。

IV 日本における知的障害ケアマネジメントの課題

介護保険の導入や措置制度から利用制度への転換などに見られるように、与え指導する福祉からクライアントが選択でき援助専門職が側面的に自立を支援する福祉へ、すなわち利用者の「主体性」を基盤にした制度へと大きく舵を切ろうとしている。そうなるにつぎに考えねばならないことは、この利用者の主体性をどう保障するかである。つまり、痴呆性老人や精神障害者、知的障害者など、現状では判断能力の低い、自分の意思を主張できにくい (または、できない) 人や主体性を発揮しにくい人たちをどのように援助していくかということが課題となってくる。そこで、ケアマネジメントの要素としてアドボカシー機能の充実が課題となってくる。

1. 介護保険下のケアマネジメントにおけるアドボカシー機能

ローズは、ケースマネジメントを通常5つの機能で成立する仕事であるとしている。それらは、ニーズのアセスメント、サービス・処遇の計画、結びつけないしは送致、モニタリング、アドボカシーである⁷⁵。ローズは続けて「これら5つの要素を無視したケースマネジメント・モデルはほとんどないが、アドボカシーは、他の4つの機能ほど注目されていない。ただ、アドボカシーの意味を具体化したり、他の4つの機能と関連づけたりすることで、しばしばアドボカシーの機能が明確に述べられていない場合があることも事実である。」⁷⁶と述べている。しかしながら、どのようなモデルであれアドボカシー機能を多かれ少なかれ内包していることは確かである。特に、米国における発達障害ケースマネジメントではこの傾向は顕著であり、発達障害ケースマネジメント職務内容調査においてもケースマネジメント事業のなかで「アドボカシー」が重要なコンポーネントとして位置づけられていることがわかる⁷⁷。

日本においても、白澤らは、「ケアマネジメントは生活主体者の自己実現等でもって生活の質を高めることをねらいとしている以上、ケアマネジャーは単なる要援護者と社会資源を調整するだけでなく、要援護者との共同作業として弁護的（アドボケート）機能が求められることになる。」⁷⁸としている。しかしながら、介護保険下のケアマネジメントにおいては、このアドボカシーに関する機能が十分に機能していないとの指摘がある⁷⁹。また、個々の要援護者に対するケアマネジャーのアドボカシー機能や資源を作り修正する機能については、介護保険システムのなかでは明確にうたわれていないことも事実である⁸⁰。このように、介護保険下のケアマネジメントは、米国における発達障害ケースマネジメントに比べてアドボカシー機能があまり重視されていない点で大きな違いがあるといえるであろう。

2. ケースマネジメントの2つのモデル

ケースマネジメントは大きく2つのモデルに分類することができる⁸¹。

ひとつは、システム志向モデルで、「医療・保健機関や要介護高齢者長期ケアサービスの分野で採用される傾向が強い。費用効率の高いサービス供給管理システムの構築・維持を目的とし、一定の費用枠内で、またニーズに応じて種類や量を設定した標準サービスのもとで、利用者のニーズに合わせてサービスを調整する方法である。」⁸²ローズは、システム志向モデルにおいては、「クライアントが決めたニーズに関連させた結びつけ、モニタリング、アドボカシーといった課題や、最低限必要な具体的な資源の確保といった課題を低く評価する。」と述べている⁸³。もうひとつのモデルは、利用者志向モデルである。このモデルは、「精神障害者・知的障害者福祉の分野で採用される傾向が強く、利用者の弁護・権利擁護を重視し、既存のサービスで充足されないニーズに対しては地域の資源を探求したり開発するなど、利用者の多様なニーズに対する多面的な援助の実施を想定している。」⁸⁴

1990年から開始されたわが国の在宅介護支援センター事業は、基本的に利用者志向モデルに基づいて構想されたと考えられるが、現在の介護保険におけるケアマネジメントはシステム志向モデルに近いといえる⁸⁵。これは、日本の介護保険におけるケアマネジメントが、明らかにシステム志向モデルであったイギリスのケアマネジメント⁸⁶を採用していることを考慮すると当然であるといえる。それゆえ、介護保険の仕組みのもとのケアマネジメントにおいてアドボカシーが十分に機能していないという指摘があるのも理解できる。なぜならば、ローズも述べているように、システム志向モデル自体が、アドボカシー機能には重点をほとんど置いていないからである。

しかしながら、この2つのモデルは、あくまでも理念型であり、実際のプロジェクトや事業で採用されるモデルは、利用者志向モデルとサービス提供者モデル両極の間の連続線上に存在し、どちらかにより近いといったかたちで捉えられるべきである。そういった意味では、アドボカシー機能を高めるため、利用者志向モデルに「より近い」ケースマネジメントを

確立する必要があるとするのが正確な言い方であろう。渡部は具体的にケースマネジメントにおいて利用者志向モデルを促進するための条件として以下の5つを挙げている⁸⁷。

- ①ケアマネジャーには、仕事に必要な権限・責任が付与されていること
(これによりサービスアクセスに障壁があればそれを打破する努力ができる。)
- ②利用者ニーズの優先 (クライアントのニーズとサービス入手の可能性、適合性、量を考慮に入れたサービス提供)
- ③クライアントの心理社会的側面とその強さに焦点をあてた包括的ニーズが把握できるアセスメントおよびケア計画作成とそのプロセスへのクライアントの参加
- ④ケアマネジメントプロセスへのクライアントの参加
- ⑤クライアントの自己決定権の尊重

これらの条件をそろえることによって、知的障害のあるクライアントに対して本来のアドボカシー機能が備わったケースマネジメントサービスを行なうことが可能になるではなかろうか。

3. ケースマネジメント活動の「独立性」

茨木は、エンパワメントの視点から「大きな問題点として、ケアマネジャーが、サービス提供機関と同一組織に所属している場合が多く、利用者の側に立ったケア計画の作成をするのにふさわしいポジションにあるとは言えない」⁸⁸と指摘している。白澤や橋本も、ケアマネジメントと他のサービス提供事業とを1つの組織体が行なっている状況を問題視している⁸⁹。

ケースマネジメントのアドボカシー機能との関連において、Evashwick は、サービス提供機関から独立していないケースマネジメン

ト活動においては、アドボカシー機能が働きにくいとしている⁹⁰。また、このケースマネジメント活動の「独立性」に関しては、米国の有名な知的障害者団体である ARC も、「利害衝突を避けるために、ケースマネジメント活動はサービス供給機関や財源供給体とは独立したかたちで行なわなければならない。」と提言している⁹¹。実際、ウエストバージニアにおける MR/DD HCBS プログラムにおいては、ケースマネジメントサービスと他の特定のサービスとの両方を同一団体が同一クライアントに提供することを禁じている。また、ウエストバージニア自立生活支援協会自体は、ケースマネジメント機関として特化してきた事情もその「独立性」にある。

これらの見解の理由は明らかで、その「独立性」が確保されないと利用者側の利益に立つことができないからであり、またその背後には、「利用者の利益」と「制度の都合」は必ずしも一致しないという前提がある⁹²。基本的に、「制度はその本質上、常にその制度に合った対象のみを客観的に一律に規定しようとするが、これに対して利用者という存在は、常にそのような部分的一律の規定を超え出た主体性と全体性をもつ存在である。」⁹³確かに、その「独立性」が費用抑制といったケースマネジメント全体としての効果に貢献するかどうかについては賛否両論があろうが、アドボカシー機能に関していうと、ケースマネージャーがサービス提供機関に所属していると、その役割を果たすことが難しくなることは明らかで、それゆえ、アドボカシー機能を重視したケースマネジメント活動の「独立性」の必要性が高くなることは了解できるであろう。

4. 知的障害者に対するアドボカシーの必要性

では、なぜ日本の知的障害者に対するケースマネジメントにおいてアドボカシー機能が強調されなければならないのであろうか。その理由として以下の2つを提示したい。

1) 地域における公的サービスの不足

米国における発達障害ケースマネジメントの発展の歴史にも見られたように、少なくとも近代ケースマネジメントはそもそも、地域に散在する複数のサービスを個々のクライアントの多様な生活に合うよう調整していくために登場した援助法である。それゆえ、サービスの種類の多様性およびある程度のサービス量なくして、ケースマネジメントは機能しないということもまた理解できる。白澤は、ケースマネジメントを成立させる最低限の構成要素として①ケースマネジメントを必要とする対象者、②対象者のニーズを充足する社会資源、そして③ケースマネジメントを実施する機関に配置されているケースマネージャー、を挙げている⁹⁴。しかしながら、現在の日本の知的障害分野における社会資源はその構成要素となれるほどに十分なものであろうか。それゆえ、知的障害分野におけるケースマネジメントが機能するかどうか自体が問題となるのではないか。

このような状況を加味したときに、ケースマネジメントにおけるアドボカシー機能が求められる。アドボカシーにはケース・アドボカシー (Case Advocacy) とクラス・アドボカシー (Class Advocacy) の2つの方法がある。簡潔に述べると、「ケースアドボカシー」とは、ひとりの対象者について弁護し、権利の保障やサービスの利用に向けて代理的に活動することであり、「クラス・アドボカシー」とは、それらの活動を積み重ねることで、特定の対象集団について保障されていない権利の確立やニーズを満たす施策の充実を訴える活動である。そのクラス・アドボカシーにおいては、社会資源の開発といったフォーマルそしてインフォーマルな制度的側面にも関与し、知的障害者の地域生活を支援する仕組みの構築にかかわることになる。それゆえ、このクラス・アドボカシーをケースマネジメントのアドボカシー機能として高めていくことによって「多様なサービス」を調整するケースマネジメント活動を行なうことが可能になるのではなかろうか。

2) 「個別的な生活」を尊重する文化の欠如

ケースマネジメントが必要となるもうひとつの理由は、対象者の生活の多様性である。つまり、個人主義が社会を支配する価値観となっている米国において、個々の人間の生活様式を大切にするという傾向がみられる。また、人種、宗教、民族、地域など生活の志向の基盤となる要素がきわめて多様であり、米国が「人種のるつぼ」とか「サラダボウル」と呼ばれる所以がそこにある。それゆえ、もちろん、個人個人の生活様式も多様になることは避けられない。そして、そのような多様な生活を尊重する個人主義的文化が米国文化の根底にある。

このように、多様性を認められた「個別的な生活」は、画一的なサービスで充足されるはずもない。その生活は、自らに合った独特なサービスの構成を求めてくる。それを可能にするのがケースマネジメントという援助法なのである。しかしながら、日本における価値観は米国の個人主義的それとは合致しない。それどころか、一般化し過ぎであるとの批判を覚悟の上で言えば、日本社会における価値観とは個人主義のまるで反対の集団主義という言葉で表現できるのではなかろうか。日本社会における価値観が、ケースマネジメント活動が焦点として支える「個別的な生活」という生活形態を、果たして快く受け入れるのであろうか。

知的障害者のニーズは、多種多様である。同程度の軽度知的障害であるといっても、実際の生活における困難は個人によってまちまちである。また、障害をもつクライアントの環境によっても容易にニーズは変化する。交通機関の整っている都会に住むクライアントとバスすらも通っていない農村部で暮らすクライアントでは、同程度の知的な障害であってもニーズが必然的に異なってしまう。知的障害者の多様なニーズは、環境という外的要因によってさらにその多様性を拡大させる。

それゆえ、知的障害があるクライアントの「個別的な生活」を彼・彼女らの主体的視点に立って援助していくことが必要となってくる。日本社会における集団的志向に立脚する価値観の中で、いかに多様なニーズのあるク

クライアントをサポートしていけるか、それがケースマネージャーの大きな課題となってくるであろう。

そこで必要になってくるのがアドボカシー機能である。先に述べたケース・アドボカシーを行なうことによって、個々のケースにおいて、クライアントの個別的生活をトータルに把握し、クライアントの主体的視点に立ってケースマネジメント活動をすすめていくことが必要となってくるであろう。

5. 「代弁性」から自己決定・自己選択支援へ

最後に、ケースマネジメントのアドボカシー機能に焦点を当てる際に注意しておかなければならない点を付しておきたい。従来、知的障害者の特性として、言語能力が低く、判断力・理解力に欠けると言われてきた。そのために親や施設職員がかれらに代わって発言する「代弁性」が当たり前であると信じられてきた。

アドボカシーもこの延長線上で理解されている。この代弁性は、重要なケースマネージャーの役割であるが、今後は、知的障害者本人の意見に耳を傾け、できる限り自己決定・自己選択⁹⁵を促進する必要がある。そこで、知的障害者がおこなう「快・不快」の経験をベースにした自己決定・自己選択を尊重すること、つまり保護的に対応するだけでなく、知的障害者本人の素朴な、そして理屈抜きの自己決定・自己選択を認め、そして援助することが、これまでの「代弁性」を越えたアドボカシーの第一歩になるのではなかろうか。たとえ、この「素朴な、そして理屈抜きの」決定・選択が、まわりの人間からすれば奇妙に思われることであっても、認められるような基盤を作っていかなければならない。その基盤を確保しつつも十分でない場合や、明らかに本人が不利益を被る場合など、ある程度限定されたなかで「代弁」機能を使用することが望ましいであろう。

自己決定・自己選択能力は、乳幼児からの成長・発達のなかで、多くの経験を積み重ねみずから獲得していくものである。知的障害者の場合は、

その発達過程においてそのような自己決定・自己選択の機会が非常に限定されてしまっている。たとえば、進学や就職などについては、社会を構成するほかの人々は多くの決定権や選択肢を持っている。しかし、知的障害者の場合は、本人の希望や能力・個性等にかかわらず、非常に限定された選択肢しか用意されていない。また、地域や環境によっては、全く選択の余地すらないという状況も多々ある。たとえば、施設内で暮らしコンサートに行ったことのない人がどうして「コンサートに行く」という選択肢を持てようか。そのような状況下で成長・発達してきた知的障害者が、成人して自己決定・自己選択の能力が劣るのは当然であろう。それゆえに、自己決定・自己選択をひとつの習得可能な「技術」と位置づけて、知的障害のあるクライアントに対して「代弁性」とどまらない援助を行っていく必要があるのではなかろうか。

おわりに

本稿において米国における発達障害ケースマネジメント実践を紹介し、ケースマネジメントのアドボカシー機能を、不十分ではあるが、日本における知的障害ケアマネジメントの課題として提示した。どのようにその機能を高めるかについての具体的な方法については今後の研究課題としたい。

高齢者ケアマネジメントが制度に組み込まれ、日本における「ケアマネジメント（ケースマネジメント）」に対する理解は格段に高まったであろう。しかしながら、海外のケアマネジメントの理論や実践を紹介したり、またはケアマネジメントの要素や構造を研究するだけで、一体どのようなケアマネジメント実践が、日本の特定クライアント集団（たとえば、知的障害者、精神障害者、高齢者など）に対して有効であるのかといった実証的研究が少ないように思われる。措置から契約へと制度が変化する中で、これまで以上に、提供される社会サービスの効果が問われることになる。それゆえ、このような実証研究がこれまで以上に必要となってくることは

容易に想像できる。現実的な要請によって出現したケースマネジメントという援助法だからこそ、現実的な援助効果を求められるのではなかろうか。

注

- 1) 「ケアマネジメント」と「ケースマネジメント」は基本的に同様な援助法を指す。しかしながら、米国では後者のほうが主流であるので、本稿では、米国におけるものは「ケースマネジメント」という語を使い、日本におけるものは「ケアマネジメント」という言葉を使い説明する。
- 2) 「発達障害 (Developmental Disability)」は、1990年発達障害者支援及び権利法 (The Developmental Disabilities Assistance and Bill of Rights Act of 1990 [P. L. 101-496]) によって定義づけられている。それによると、発達障害とは次の要件を満たしている者である。
 - ・ 22歳以前に生じた障害であり、
 - ・ 精神的もしくは身体的な機能障害による重度で長期的な障害であって、
 - ・ 生活の複数の部分において実質的な機能的制約を受け、
 - ・ 長期にわたりサービスを必要とする者この定義は抽象的であるが、実態としては知的障害、脳性まひ、てんかん、自閉症などを指していることが多い。
- 3) 米国の精神障害分野におけるケースマネジメントを紹介している文献には、公衆衛生精神保健研究会編『ケアマネジメントと地域生活支援—精神保健福祉の新たな展開』中央法規 1998やチャールズ・A・ラップ『精神障害者のためのケースマネジメント』金剛出版 1998などがある。また、米国の高齢者ケースマネジメントに関しては、白澤政和『ケースマネジメントの理論と実際』中央法規 1992やステファン・M・ローズ『ケースマネジメントと社会福祉』ミネルヴァ書房 1997などがある。

- 4) ケースマネージャーの実務基準や倫理綱領に関しては、ケースマネジメント関連団体が各々で明らかにしている。代表的な団体としては、米国ケースマネジメント協会 (Case Management Society of America [CMSA]: <http://www.cmsa.org>)、全国老人専門ケアマネジャー協会 (National Association of Professional Geriatric Care Managers [NAPGCM]: <http://www.caremanager.org>)、そして全米ソーシャルワーカー協会 (National Association of Social Workers [NASW]: <http://www.socialworkers.org>) があり、各団体のウェブ・サイトで実務基準と倫理綱領を閲覧または注文することができる。また、CMSA と NAPGCM の実務基準については、多々良紀夫 『アメリカのケースマネジメント実務基準と資格認定』 筒井書房 2000に、NASW のものに関しては、全米ソーシャルワーカー協会編 『ソーシャルワーク実務基準および業務指針』 日本ソーシャルワーカー協会に翻訳がある。
- 5) 日本の生活保護における医療扶助に相当するもの。受給基準等は、注36) を参照。
- 6) Accardo, P. J. & Whitman, B. Y. (2000). *Dictionary of developmental disabilities terminology*. Baltimore, M. D. : Paul H. Brookes Publishing Co. p. 52
- 7) Freedman, R. I. (1995). Developmental disabilities : Direct practice. In *Encyclopedia of Social Work* (19th ed., Vol. 2, pp. 721-729), Washington, D. C. : NASW Press.
- 8) Skarnulis, E. R. (1981). Case management functions within the context of a comprehensive service system : Where do they fit ? In National Conference on Social Welfare (Ed.), *Case management : State of the art*. Washington, D. C. : Author.
- 9) Austin, C. D. & McClelland, R. W. (1996) Introduction : Case management-Everybody's doing it. In C. D. Austin & R. W. McClelland (Eds.), *Perspectives on case management practice* (pp. 1- 16),

Milwaukee, W. I. : Families International, Inc.

- 10) 前掲論文
- 11) DeWeaver, K. L. & Johnson, P. J. (1983). Case management in rural areas for the developmentally disabled. *Human Services in the Rural Environment*. 8 (4), 23-31.
- 12) Intagliata, J. (1992). Improving the quality of community care for the chronically mentally disabled : The role of case management. In S. M. Rose (Ed.), *Case management and social work practice* (pp. 25- 38), New York : Longman.
- 13) 前掲論文
- 14) 津曲裕次 「障害者の福祉（2）－知的障害者－」 仲村優一・一番ヶ瀬康子編 『世界の社会福祉9：アメリカ・カナダ』 旬報社 2000 138頁
- 15) 前掲論文 137－145頁
- 16) 70年代前後から次々起こされた知的障害者の人権に対する意識を高める訴訟が、知的障害者の脱施設化運動に大きな影響を与えた。70年代前半に起こった施設処遇の改善を求める集団訴訟、とくに、1972年のワイアット訴訟（Wyatt v. Sticky, 1972）は、施設処遇の根本的改革を命じた判決として有名である。このワイアット訴訟は、知的障害領域のみならず精神障害領域における脱施設化運動にも大きな影響を及ぼした。
- 17) 親の会 National Association of Retarded Children (NARC) の脱施設化における役割は、Trent, J. W. (1994). *Inventing the feeble mind : A history of mental retardation in the United States*. Berkley, C. A. : University of California Press. に詳しい。
- 18) デイビット・P. マクスリー 『ケースマネジメント入門』 中央法規出版 1994などが、地域サービスの分散化等の統合不足が近年のケースマネジメントサービスの登場の一要因として説明している。
- 19) DeWeaver, K. L. & Johnson, P. J. 前掲論文

- 20) 前掲論文
- 21) 以降の知的障害者に対するケアの歴史は主に Trent, J. W. 前掲書に拠る。
- 22) Trent, J. W. 前掲書 p. 256.
- 23) 現在は、ICFMR/DD (Developmental Disabilities) ともいい、「援助つきの地域生活 (supported living) やグループホームにおける医療または保護 (custodial) ケアを越えたレベルのケアが必要だが24時間の集中した医療または保護ケアは必要でない発達障害者に対する施設の形体。なおもこのような施設は存在するが、多くは地域での援助つきの生活の新しいモデルにとってかわられている。」(Accardo, P. J. & Whitman, B. Y. 前掲書 p. 164.) ICF/MR では、知的障害や発達障害などをもつ者に対して日常生活訓練 (ADL) や社会スキルに関するケアやトレーニングサービスが提供されている。
- 24) 1977年に15億ドル CF/MR プログラムを含んだ法律制定の1年後である19程度であった ICF/MR 連邦支出が4年後の1981年には倍の約30億ドルに達する。また、1972年当時、連邦メディケイド支出の知的・発達障害長期ケア分野における割合は、およそ1%であったが、これが1977年にはほぼ7%に達し、1981年には11%を越える。1982年におよそ13%に達し横ばいになるまで急激な伸びを見せた。以上の数字は、Hemp, R., Braddock, D. & Westrich, J. (1998). Medicaid, managed care, and developmental disabilities. In D. Braddock, R. Hemp, S. Parich, & J. Westrich (Eds.), *The state of the states in developmental disabilities* (5th ed., pp. 67- 89), Washington, D. C. : American Association on Mental Retardation. に拠る。
- 25) Hemp, R., Braddock, D. & Westrich, J. 前掲論文
- 26) Braddock, D. (1987). *Federal policy toward mental retardation and developmental disabilities*. Baltimore : Paul H. Brookes Publishing Co.
- 27) メディケイドの総支出は1970年に約50億ドルであったのが、1980年に

は約260億ドル、そして1990年には約720億ドルに膨れ上がってしまう。

以上の数字は、DiNitto, D. M. (1995). *Social welfare : Politics and public policy* (4 th ed.). Needham Heights, M. A. : Allyn & Bacon. に拠る。

- 28) 砂田一郎 「連邦制・地方自治・立法過程—社会保障・福祉をめぐる争点对立の変化」藤田伍一・塩野谷祐一 編 『先進諸国の社会保障7・アメリカ』 東京大学出版 2000 39頁
- 29) "Waiver" という意味は、州がこのメディケイド・プログラムを使うときに、通常のメディケイドでは必要な基準を、連邦政府が「Waive (免除する)」することを意味している。たとえば、「州全域で行なわれなければならない。」であるとか、「財産基準」や「量、期間、そして対象範囲」などのメディケイド基準を適用しなくてもこの HCBS プログラムが使え、連邦から補助を得られるということである。
- 30) ICF/MR と HCBS プログラム利用の増減は、Braddock, D., Hemp, R., Parich, S., & Westrich, J. (Eds.), *The state of the states in developmental disabilities* (5 th ed), Washington, D. C. : American Association on Mental Retardation に詳しい。
- 31) Hemp, R., Braddock, D. & Westrich, J. 前掲論文 pp. 72—72.
- 32) Luzky, S., Alexih, L. M. B., Duffy, J., & Neill, C. (2000, June15). *Review of the Medicaid 1915 (c) home and Community-Based Services Waiver Program literature and program data. Final report.* Falls Church, VA: The Lewin Group Inc.
- 33) ウエストバージニア HBCS プログラムについての詳細は、サービス内容の詳細も含めて West Virginia Department of Health and Human Resources. (2001). *West Virginia MR/DD Waiver Manual: Draft Copy.* (この冊子は、以下の住所より入手できる。The Office of Behavioral Health Services, 350 Capitol Street Room 350 Charleston, WV 25301-3702 U. S. A.) を参照。
- 34) 日本の生活保護法における生活扶助に値するもの。詳しくは、本文の

Ⅲ-4-2) マネーマネージメントの項目を参照のこと。

35) Luzky, S. et al. 前掲報告書

36) しかしながら、この報告書でも、そのケースマネジメントの費用抑制効果があるかどうかについての結論に達する調査結果は得られなかったとしている。

37) メディケイドの受給対象者の基準は以下の3種類に分かれている。①「強制加入貧困者」で、これは各州等が必ず給付対象として取り組まなければならない人々である。SSIの受給者等がこのカテゴリに入る。②は、「任意的な制度対象者」で、州政府が任意的にメディケイドの対象とすることが認められているものであり、州政府のSSI受給者、特定の所得水準以下で施設に入所してる者や施設入所すれば受給資格を得られるが、在宅ないしコミュニティケアを受けている者などもこのカテゴリに入りうる。ちなみに、HCBSプログラムを受けている者はこのカテゴリにおいてメディケイド受給資格を得ている。③「医療的貧困者」は、所得および資産要件以外が、上記①ないしは②を満たす者で、所得・資産要件が州で定めた基準を満たす者。医療的に困窮な所得水準は、医療ないし治療的支出を行ったために発生した場合でもかまわない。以上の3つがメディケイド受給資格基準である。紙面の都合上詳細を記すことはできないが、西村周三「メディケイドとメディケア」藤田伍一・塩野谷祐一編『先進諸国の社会保障⑦ アメリカ』東京大学出版2000 または、アメリカ保健財務庁のMedicaid EligibilityのWebページ(<http://www.hcfa.gov/medicaid/meligib.htm>)を参照するとより細かい説明がある。

38) この要素は、West Virginia Department of Health and Human Resources. 前掲マニュアル: APS Healthcare-West Virginia, Inc. (2000). *APS utilization management guidelines*. (この冊子は、以下の住所より入手できる。APS Healthcare, Inc. 210 Dickinson Street Charleston, WV 25301 USA): これらのマニュアルでも「要素 (Components)」と「プロセス (Process)」

を互換的に使っているが、ここでは「要素」としておく。

- 39) APS Healthcare-West Virginia, Inc. 前掲マニュアル p.44.
- 40) The Coordinating Council for Independent Living. (2000). Targeted case management. In *Coordinating council for independent living administrative procedures memorandum*. (この冊子は、以下の住所より入手できる。The Coordinating Council for Independent Living, 1097 Greenbag Road Morgantown, WV 26508-1532 USA) Attachment A.
- 41) 詳しくは、American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4 th ed.) Text Revision (DSM-IV-TR)*. Washington, D. C. : Author. 参照のこと。
- 42) ここでのサイコロジスト (Psychologist) は、大学や研究機関において心理学を研究している学者というよりも心理療法・判定などを行う臨床心理専門家と説明した方が正確である。ちなみに、メディケイドの制度上でも基本的に心理領域において博士号を持つ者であればこの精神病、人格障害、精神遅滞にわたっての診断をおこなうことができる。
- 43) 社会的側面履歴 (Social History) は、「現在のクライアントの機能に関連した身体的、心理的、そして社会的履歴の詳細なソーシャルワークにおける記述・評価のことを意味する。また、これは、ソーシャルワーカー、医者、弁護士、教師、そして判事をふくめたさまざまな専門家によってつくられるサービス計画の基礎としての役目を果たす。」(Accardo, P. J. & Whitman, B. Y. 前掲書 p.289) : 社会的側面履歴 (Social History) のなかでは、発達の側面 (身体的、社会的、情緒的)、家族、教育、機能、レクリエーションや余暇活動、入院歴などといった事項に関する履歴が調査される。
- 44) Accardo, P. J. & Whitman, B. Y. 前掲書 p.139
- 45) ここでの Representative Payee とは、SSI 受給者 (発達障害者) の金銭管理能力に問題があるため、SSI から得られるお金を代理管理する者で、基本的に受給者がみずから決定する。それを社会保障局 (Social

Security Administration) が承認するかたちをとっている。

- 46) APS Healthcare-West Virginia, Inc. 前掲マニュアル p.44.
- 47) 前掲マニュアル
- 48) 前掲マニュアル
- 49) Rose, S. M. (1992). Case management : An advocacy/empowerment design. In S. M. Rose (Ed.), *Case management and social work practice* (pp. 271- 297), New York : Longman.
- 50) APS Healthcare-West Virginia, Inc. 前掲マニュアル p.44.
- 51) 各州の人口や人種構成については、米国国勢調査局 (U.S. Census Bureau) の2000年補助調査 (Census 2000 Supplementary Survey) による。この調査による結果は <http://www.census.gov/c2ss/www/> において閲覧できる。
- 52) Braddock, D., Hemp, R., Parish, S., Westrich, J., & Park, H. (1998). The state of the state in developmental disabilities : Summary of the study. In D. Braddock, R. Hemp, S. Parich, & J. Westrich 前掲書 (pp. 23-53).
- 53) GLS Associates Inc. (1980). *Long term care and rehabilitation in the Monongahela Valley*. Charleston, WV : Author.
- 54) 正式名は、クラウド・ベネダム基金 (Claude Worthington Benedum Foundation)。1944年に、ウエストバージニア出身のベネダム夫妻によって設立される。ウエストバージニアとペンシルバニア南西部において慈善事業に対して補助金を支給している。
- 55) The Coordinating Council for Independent Living. (2000). *Coordinating council for independent living long-range plan : FY '99- FY '01 FY '01 Update*. p.17
- 56) 前掲冊子 p.17
- 57) この免許は、知事によって設立されたウエストバージニア・ソーシャルワーク試験委員会 (West Virginia Board of Social Work Examiner) に

よって与えられる。このソーシャルワーク免許は5つのレベル①ソーシャルワーカー仮免許 (Temporary Licensure as a Social Worker : 通称 TLSW)、②ソーシャルワーカー免許 (Licensure as a Social Worker : LSW)、③大学院ソーシャルワーカー免許 (Licensure as a Graduate Social Worker : LGSW)、④公認ソーシャルワーカー免許 (Licensure as a Certified Social Worker : LCSW)、⑤独立臨床ソーシャルワーカー免許 (Licensure as an Independent Clinical Social Worker : LICSW) に分かれている。これらのレベルのいずれかの免許が、支援協会でケースマネジメントをおこなうのに必要となる。米国では、ソーシャルワーク免許制度においても州政府の権限が強いため、ウエストバージニア州の免許は基本的にウエストバージニアでしか使用できない。しかしながら、州同士で互換制度を持っているところも多い。詳細については、各州のソーシャルワーク委員会 (Social Work Board) または、州ソーシャルワーク委員会連合 (Association of State Social Work Boards) に問い合わせると教えてくれる。

58) Rose, S. M. & Moore, V. (1995). Case management. In *Encyclopedia of Social work* (19th ed., Vol. 1, pp.335- 340). Washington, D. C. : NASW Press. p.335

59) The Coordinating Council for Independent living. (2001).

Developmental disabilities case management. [Brochure]. のなかで支援協会におけるケースマネジメントの要素を示している。

60) The Coordinating Council for Independent living. (2000). *Case management services: An alternative to nursing home care*. [Brochure]. p. 1

61) HCBS・TCM プログラムに関しては、本文 I-3-2) を参照のこと。

62) The Coordinating Council for Independent Living. (2000). *Money management*. In *Coordinating council for independent living administrative procedures memorandum*. p. 1

- 63) 他の細かい基準等は、Social Security Administration. (2001, January). *A desktop guide to SSI eligibility requirements*. (SSA Publication No. 05-11001). Washington, D. C.: U. S. Government Printing Office. を参照のこと。また、本文に記した最低所得・財産基準は2001年1月現在のものであり、また、州で SSI にさらに補助を出しているところは、この基準が高くなる可能性がある。
- 64) 詳しい説明は、社会保障局のウェブ・サイト <http://www.ssa.gov> において "Representative Payee Program" を参照のこと。
- 65) The Coordinating Council for Independent Living. (2000). Day Habilitation. In *Coordinating council for independent living administrative procedures memorandum*. p.5
- 66) Office of the Hartley Court Monitor (2000). *A study of case management in West Virginia's behavioral health system and formal recommendations*. (この冊子は、以下の住所より入手できる。Office of the Hartley Court Monitor, 111 Court Street, Room 519 Charleston, WV 25301)
- 67) 「行動衛生 (Behavioral Health)」とは、精神障害、発達障害、またはアルコール・薬物乱用をもつ者に対してさまざまなサービス (医療サービスや福祉サービスを含めた) を提供する分野を意味する。(この定義は West Virginia Department of health and Human Resources (2000). *Behavioral Health Center Licensure Rules*. [この規則冊子は、以下の住所にて入手できる。The Office of Behavioral Health Services, 350 Capitol Street Room 350 Charleston, WV 25301-3702 USA] に拠る。)
- 68) Office of the Hartley Court Monitor. 前掲報告書 Attachment A-2
- 69) 前掲報告書 p.3
- 70) 前掲報告書 p.4
- 71) 前掲報告書 p.21
- 72) Gibelman, M., & Schervish, P. (1993). *Who are we: The social work labor force as reflected in the NASW membership*. Washington, D. C. :

NASW Press.

- 73) Rose, S. M. & Moore, V. 前掲論文
- 74) 前掲論文
- 75) ステファン・M.・ローズ「ケースマネジメントと社会福祉実践—その歴史と背景」ステファン・M.・ローズ 前掲書 1—11頁
- 76) ステファン・M.・ローズ 前掲論文 4頁
- 77) National Conference on Social Welfare (1981). *Case management : State of the art.* Washington, D.C. : Author.
- 78) 白澤政和「ケアマネジメントの理念—総論」白澤政和 橋本泰子 竹内孝仁 監修『ケアマネジメント概論』中央法規 2000 4頁
- 79) 白澤政和 橋本泰子 竹内孝仁「座談会—ケアマネジメントを取り巻く諸課題」白澤政和 橋本泰子 竹内孝仁 監修『海外と日本のケアマネジメント』中央法規 2000 203—236頁
- 80) 白澤政和「ケアマネジメントの実践とケアマネジメントシステム」白澤政和 橋本泰子 竹内孝仁 監修『ケアマネジメント概論』中央法規 2000 30—40頁
- 81) Rose, S. M. & Moore, V. 前掲論文 pp. 337—338. この論文の中では、「クライアント中心モデル (Client-driven Models)」と「供給者中心モデル (Provider-driven Models)」と呼んでいる。
- 82) 副田あけみ「ケアマネジメント (ケースマネジメント) —利用者支援のサービス」平岡公一 平野隆之 副田あけみ 編『社会福祉キーワード』有斐閣双書 1999 200—201頁
- 83) ステファン・M.・ローズ 前掲論文 9頁
- 84) 副田あけみ 前掲論文 201頁
- 85) 前掲論文
- 86) 副田は、イギリスのケアマネジメントがシステム志向モデルであるとして、その理由を副田あけみ 前掲書 にて挙げている。「ただし、イギリスのケアマネジメントは、消費者主義の導入によって利用者のアセス

メントを受ける権利を法的に保障するとともに、情報公開制度や不服申立制度の採用、アセスメントやその後のケアマネジメント過程への利用者の参加を勧める仕組みの採用などによって、利用者の自己決定権を制度的に保障することを自治体に求めている。」(副田あけみ『在宅介護支援センターのケアマネジメント』中央法規 1997 46頁)

- 87) 渡部律子「ソーシャルワークとケアマネジメント」 白澤政和 橋本泰子 竹内孝仁 前掲書 253-266頁
- 88) 茨木尚子「当事者のエンパワメントを支える支援とは」『社会福祉研究』第80号 鉄道弘済会 2001 99頁
- 89) 白澤政和 橋本泰子 竹内孝仁 前掲座談会記録
- 90) Evashwick, C. J. (1996). *The continuum of long-term care : An integrated systems approach.* Albany, NY. : Delmar Publisher
- 91) Arc のケースマネジメントに関する Position Statement は、<http://thearc.org/posits/caseman.html> で閲覧することができる。
- 92) 清水 隆則 「アドボカシーの構造」 西尾祐吾 清水隆則 編著『社会福祉実践とアドボカシー：利用者の権利擁護のために』中央法規 2000 97頁
- 93) 前掲論文 97頁
- 94) 白澤政和『ケースマネジメントの理論と実際』中央法規 1992 13頁
- 95) 知的障害者の自己決定に関してはいくつかの文献があるが、「施設変革と自己決定」編集委員会 編『権利としての自己決定：そのしくみと支援』エンパワメント研究所 2000や平田厚 『知的障害者の自己決定権』エンパワメント研究所 2000が詳しい。