

目次

第1章 精神障害者ケアマネジメントの基本	1
1. ケアマネジメントとは何か	
2. 特に精神障害をもつ人に対するケアマネジメントの要素	
3. 「大きなケアマネジメント」と「小さなケアマネジメント」	
第2章 精神障害をもつ人の生活の困難の特徴	9
1. ケアマネジメント開始時の、精神障害をもつ人の状態	
2. 精神障害の特徴	
第3章 小さなケアマネジメント	14
1. ケアマネジメントの基本的な過程とは	
2. 障害者自立支援法下における支給決定	
3. 障害者自立支援法を使いながら精神障害をもつ人の ケアマネジメントを進めることとは？	
第4章 大きなケアマネジメント	43
1. 大きなケアマネジメントとは	
2. 大きなケアマネジメントの意義	
3. 特に精神障害をもつ人々の支援としての意義	
4. 大きなケアマネジメントを目指して：障害者自立支援法の中で	
付録1 事例集	59
付録2 社会資源に関する資料	75
付録3 アセスメント票・ケア計画票の例	81

用語について

- ・ ケアマネジメント従事者：本書では、相談支援専門員、サービス管理責任者、生活支援員、医療機関のソーシャルワーカーなどを含め、実質的にケアマネジメントを行う人を指します。
- ・ サービス調整会議：特定の会議の名称として使われていたり、あるいは複数の会議の総称として用いられるなど、地域によって意味するところが少しずつ異なりますが、本書では、大きなケアマネジメントを構成するさまざまな会議の中の一つを指して「定例サービス調整会議」と呼びます。

第1章 精神障害者ケアマネジメントの基本

1. ケアマネジメントとは何か

ケアマネジメントは、生活する上で何らかの不具合を生じた人が、人の助けや制度、道具などを活用することで、より満足のいく生活を送ることができるようにと、考えだされてきた、心理社会的な支援方法の一つです。

「ケア」を「マネジメント」とするという用語の成り立ちですが、人が自分一人の力では生活が立ち行かないような状況のときに、その人の支えとなるもの、すなわち「ケア」を提供し、それがその人の役に立つように組み立てることをいいます。社会の制度として確立した場合は、ケアマネジメントは受ける側と提供する側の契約関係の上に成り立ちます。

ここで、「ケア」とくくられるものには、さまざまな支援が含まれます。日本語の「お世話する・される」とは意味合いが違い、「ケア = 自分の生活をよくするために使えるものや人」というぐらいの意味にとらえてください。

ここには第一に、福祉、医療、保健、就労支援、教育などの制度を示す言葉でくくられるようなサービスが含まれます。これらを「フォーマルなサービス」と呼びます。このようにくくった各用語の下には、たとえば福祉であれば、経済的な支援や住居を提供すること、あるいは車椅子などの用具の貸し出しなど多くの事柄が含まれていますので、これだけでも大変多くの選択肢があります。

第二に、以上のような言葉ではくくられないもの、たとえば一人の時間を過ごすときに図書館を利用するとか、週に一度のたくさんの買い物は友人に車を出してもらう、ボランティアの人の応援を頼むなど、制度には当てはまらないけれど、その人にとって大切な支えも含まれます。これらを「インフォーマルなサービス」と呼びますが、大切な支援の一部です。

一方「マネジメントする」という言葉に込められた意味も詳しくみてみましょう。

仮に、ここでケアを受けようとしている人を A さんとします。

すると、「マネジメントする」ということの第一には、「A さんに必要な支援を提供する」という意味があります。「必要な」というところがポイントで、足りなくてもいけないが、相手の力がかえって弱くなってしまふような余計なことまではしないということは押えておくべきことです。言うは簡単ですが、相手の身になってみないと確かに「必要」かどうかはなかなかわからないわけで、「マネジメントをする人」と A さんの間の対話が大切です。専門用語で「ニーズに合ったサービスを提供する」というのが、このことです。

第二には、「A さんがうまく支援（サービス）を使えるように配慮する」という意味があります。たとえば、ボランティアの人に支援をお願いするときのことを考えてみましょう。A さんが人付き合いが良くて、誰でも大丈夫というタイプの人であれば、どんな人にもお願いしてもいいのかもしれませんが、しかし、A さんがとても対人関係に敏感なタイプの人の場合は、穏やかでゆっくり支援の仕事をしてくれる人にボランティアをお願いする方が良いかもしれません。単にボランティアグループに人選を任せるのではなくて、A さんのことを良く知っている「マネジメントをする人」が間に入り、支援を受けやすくなるように配慮することがここに含まれるのです。

第三には、「Aさんがいくつかの支援（サービス）を使いやすいように組み立てる」という意味があります。「ケア」のところで説明したように、Aさんが必要な支援の選択肢は多彩です。今、必要としている支援も複数のことに及んでいる場合があります。したがって、「マネジメントする」とは、その複数の支援を、Aさんが生活の中で感じている優先順位を尊重しながら、Aさんが生活しやすいように組み立てることなのです。この場合も、一度に大きな変化が起きることを望む人もいれば、変化はなるべく小さな方がいいという人もいます。どのように組み立てるかもAさんとの対話の中で決めていくわけで、「良かれと思って組み立ててみたものの、Aさんの望んでいたものとは違っていた」とならないようにすることが大切です。

ところで、以上のようなケアマネジメントを行うにあたって、無くてはならないものがあります。それは、ケアマネジメントを行う人（すなわちケアマネジメント従事者）とケアマネジメントを受ける人（すなわち利用者）との間の対等な信頼関係です。

ともすれば、利用者側は、ケアが無くては生活が成り立ち難いことから、「いつもお世話になっている」「我慢しなければ」と、一段低い立場に自分を置きがちです。逆にケアを提供する側は気をつけないと権威的になったり、「自分の言うことを聞いてもらわないと困る」と押し付けがちな物言いになりかねません。

しかし、ケアを受ける立場（すなわち利用者）というのは、決して劣った立場ではなく、ケアを受けることに対して卑屈になる必要は決してありません。ましてケアが必要であるという点で、利用者の人格を貶めるような周囲の言動は絶対に許されるべきことではありません。どんな人であっても社会的生活の場で活動し、社会に対して積極的に参加する権利を有するのであって、その実現のために他者の助けを借りることもまた、権利として有しているのです。

契約の関係で始められたケアマネジメントや、それによってもたらされる支援については、利用者も当然その使い勝手や有用性について発言する権利があります。つまり、利用者とケアマネジメント従事者は、対等の立場から当事者の受ける支援やサービスについて話し合える必要があり、そのためにはお互いの間に「この人とはいろいろなことを腹を割って話せる」という信頼関係があることが必要なわけです。

2. 特に精神障害をもつ人に対するケアマネジメントの要素

ケアマネジメントはさまざまな領域で行われています。たとえば高齢者福祉の領域、あるいは知的障害、身体障害の領域などです。そして精神障害の領域でも同じように必要です。あるいは末期ガンの緩和ケアや難病の領域、発達障害や「ひきこもり」の人々への支援でも重要性が注目されています。つまり、医療や障害への支援を含みながら、地域での生活を維持し、かつ質の高い生活を実現しようとしたときにケアマネジメントの考え方、方法論は大変有効であると言えるでしょう。

生活に注目するわけですから、障害の如何によらずケアマネジメントとしては共通の部分もたくさんあることは間違いありません。しかし、現実問題としては高齢者のケアマネジメントに関わっている人がすぐに精神障害をもつ人のケアマネジメントが出来るかというとなかなか難しい場合があります。障害の特性がそれぞれにあるのであり、それにより生じる重

点やタイミングの違いをふまえた支援の組み合わせが必要だからです。これは同じ障害の支援であっても国が違えば文化が違い、使える資源が違い、具体的な支援の方法が異なってくるということにも通じるかと思えます。

「生活」の質を上げるという目標は同じでも、「生活のしづらさ」はそれぞれに違うのでありそのことをふまえてケアマネジメントは行われる必要があります。以下には精神障害をもつ人の支援で強調されるべきことをまとめてみました。

1) 出来るところ、力量を重視するストレングスモデルを基本としましょう

高齢者に対する支援と精神障害をもつ人に対する支援では、障害の特性からみて、支援のパターンに大きな違いがあります。

まず高齢者の支援においては、身体機能の衰えから本人が出来なくなった行動を補うことに対する支援が多く、代行や介助がその主たるものになることが多いと言えます。それに対して、精神障害をもつ人への支援は、身体の機能を補うというよりは、落ちてしまった持続力、意欲、集中力などを支える支援が主となります。つまり、日常生活が出来ない状態にあっても、すべてを代行するのではなく本人が持てる力を伸ばせるように、動機づけに重点を置きながら、本人との共同作業や見守り、相談を主たるものとする場合が多いのです。

端的に言えば、精神障害とは「不安や緊張が強くなり、持続力や集中力など健常なときよりも落ちてしまった機能もあるけれど、健康的に残っている機能もたくさんあって、適切な環境と応援があれば質の高い生活を送る可能性も残されている」障害と言えます。しかし、中途障害に共通して見られるような「生活に希望を持てなくなってしまうことから来る喪失感」やあるいは「精神病の状態を体験したことから来るトラウマ」、そして精神病に対して存在する社会的偏見などが、問題を複雑にしているのです。

ケアマネジメントで支援を組み立てるにあたっては、「出来ないから助けよう」ではなく、「障害はあるけれど適切な環境さえあれば可能なことがあるはず、それを伸ばしていこう」という姿勢をケアマネジメント従事者が持っていることが大変重要です。支援

さまざまな資源（リソース）を活用して、利用者の生活を支える。

利用者自身の持っているリソース

- ・ 長所、出来る対処、能力

利用者と援助者の間に生じるリソース

- ・ 相互信頼感、安全保障感、相談が出来る環境

環境に見出されるリソース

- ・ 人的な資源
- ・ 長所を伸ばし、短所を補う環境
- ・ 生活に必要な場（居場所、働く場所、・・・）
- ・ 経済的資源
- ・ 活用できる制度

図 1-1 さまざまな資源

（出典：伊藤順一郎（2006）「精神科医療とケアマネジメント」『日本精神科病院協会雑誌』Vol25, No3.）

をする側が、「この人は必ず地域生活を続けていくことが出来る」という信念を持って関わると、利用者の出来ているところ、長所など的確に把握出来るようになります。あるいはどのような環境であれば利用者が力量を発揮出来るかということがわかるようになります。そして当面補うべき支援はどんなことがわかってきます。このような関わり方を、本人の長所・力量（ストレングス：strength）に注目するのでストレングスモデルと呼びます。

このスタンスに立つと、図 1-1 に示したように、資源（リソース）は必ずしも「地域にあるさまざまな社会資源」だけではなく、利用者自身の中にある才能や、利用者ケアマネジメント従事者の間に出来てくる信頼感や希望のうちにもあるというものの見方が出来るようになります。本章の冒頭に述べた、インフォーマルサービスや対人関係という資源も活用するという姿勢がここから生まれるのです。

2) ケアマネジメント従事者による直接のサービスが有効です

高齢者のケアマネジメントは、極端に言えば利用者の希望に合うように、いくつかのサービスを組み立て、「このような問題にはこのようなサービスを使うといいですよ」と適切に差し出すようなところがあります。高齢者の場合、人によるサービスばかりでなく福祉用具の貸与や住宅改造なども含まれるので、関わりの当初にいくつかのサービスを組み合わせ、生活の質が高くなるように一つのパッケージを提示することに意味があり、また、一度そのような組み合わせを作ってしまうと、しばらくはこれで足りるという場合も多々あるのでしょうか。このようなマネジメントのあり方を、サービスと利用者を仲介するという意味で「ブローkering (brokering) タイプ」と呼びます。

しかし、精神障害をもつ人の場合は、このように最初に組み合わせを作ることがうまくいかない場合が多々あります。これは、前提にある、人と人との関わる場合の安心感や安全保障感が、障害の特性や障害によって被った外傷体験により侵襲されている場合が多いからです。さまざまなサポートが必要な人ほど、他者に対する安心感を持たずに、時としてサービスを遠ざけ周囲の人々に対して拒否的になってしまう場合が多いのです。

このような中で、ケアマネジメントを行っていくには、対人関係の安心感を時間をかけて作っていくことが欠かせません。ケアマネジメント従事者と利用者との間に安心感がなければ、他のサービスも紹介出来ないわけです。

したがって、精神障害のケアマネジメントにあたっては、何かのサービスを差し出す前に関係作りのために時間をかけることが必要になります。人と人としてお互いが馴染むような、たとえば雑談が出来る関係、会える時間を少し楽しめるような、好ましい信頼関係を作ることが大切になるのです。

そこでは、ケアマネジメント従事者が、柔軟に時には買い物同行や家事支援なども行うことも役に立ちます。新たな対人関係に入っていくことに大きな緊張や不安を持ってしまうような人の場合は、急いで他のサービス提供者による支援を組み入れていこうとするよりも、マネジメントする人自身がしばらく直接のサービスも行う方が、安定した関係の中で支援が出来るのです。

このことは、すでに研究でも確認されています。つまり、精神障害をもつ人々の場合は、家事支援や交通機関の利用の練習、対人関係の相談などの支援も他のサービス提供者につないでから提供しようとするブローカリングタイプのケアマネジメントよりも、ケアマネジメント従事者が直接に積極的に行うケアマネジメントの方が、利用者の安定した地域生活の期間を延長するのに有効であるというレポートが出ています¹。このような形のケアマネジメントを「臨床型ケアマネジメント」と呼ぶこともあります。

3) ケアマネジメント従事者の継続的な関与が重要です

精神障害の障害特性のひとつに「不安定性を持つ障害」とでも呼ぶのが妥当なものがあります。これは精神障害の「ストレス 脆弱性」モデルによって説明がされています。人の精神が不調をきたすかどうかは、一人ひとりに備わった生物学的な特性と周囲からの影響、すなわちストレスとの相互関係によって決まるというものです。

たとえば、ある期間安定した生活を送っていても本人にとって苦手な強いストレスにさらされた場合には、睡眠障害や食欲不振などの身体の不調も巻き込んだ状態が生じ、そのときの本人の耐性を超えてしまった場合は疾病の再発を起し日常生活の維持が脅かされることがあります。このようなストレスには対人関係における不信感、不安感、著しい体力の消耗、孤立感、自尊心を傷つけられるような出来事など、さまざまなものがあります。

逆にきわめて重い活動の制限や参加の制約が一時的にあっても、疾病に対する対処技能を身につけ、生活上の工夫も増し、適切な支援を得ることが出来た場合は、ストレスに対する耐性を増すことが出来るので、十分な回復を手に入れることも出来ます。希望を持てること、周囲に支援者がいることがわかること、力量が上がること、自分が主体的に生活しているという実感が持てることなどが、ストレス耐性を高めるわけです。

生活というものは、時間とともにその姿を変えていきます。たとえば、20歳代と40歳代、60歳代では、生活の環境も本人の志向性も当然変わります。そして普通の生活でも節目節目には苦勞があり悩みがあり、「山あり谷あり」の状態が続くのが当たり前です。精神障害を抱えながら生活をしている場合でも同じように、時折ストレスが高まる危機状態が生じるのは当たり前のことであり、その中で時に精神疾患の再発のような状態が起こるのも、生活を維持していくうえではやむを得ないところもあるかもしれません。

しかし、一人ひとりの特性に応じ、個性や力量を生かし、生活が破綻しないように疾病や障害の特性を知り、精神科医療も含めた適切な支援の継続があれば、時間をかけてでも徐々に力量を回復し、ストレス耐性を増すことも出来ます。そして再発の危機を減らし、必要なサービス量を次第に減らしていくことも出来るのです。このように経時的に状態の変化が生じ、その時々で、必要な支援の質も量も変わるといのが精神障害をもつ人に対するケアマネジメントの特徴でありましょう。

¹ Muser KT, Bond GR, Drake RE, et al(1998). Model of community care for severe mental illness: A review of research on case management. Schizophrenia Bulletin, 24(1): 33-74.

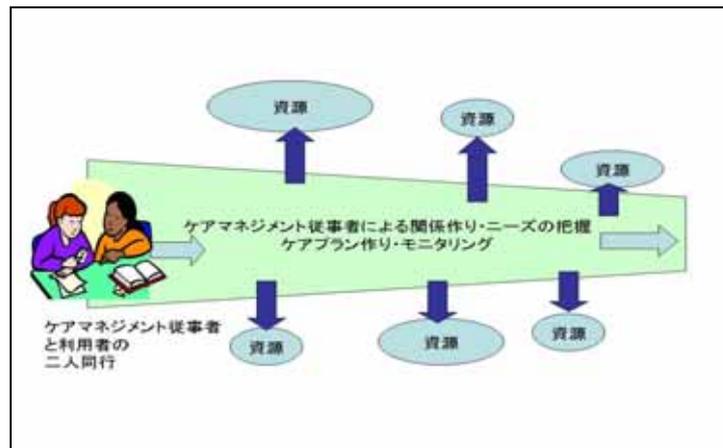


図 1-2 ケアマネジメントの経時的変化
 (出典：伊藤順一郎(2006)「精神科医療とケアマネジメント」『日本精神科病院協会雑誌』Vol25, No3.)

図 1-2 にはこの特徴を経時的に表しました。重要なのは、このような経時的変化を本人とともに体験し、そのときに必要なサービスにつなげていく伴走者の存在です。これまで日本では、特に精神科医療においてはその役割を主として主治医が担ってきたように考えます。しかし、診察室で限られた接触をするだけの主治医が生活全体を把握して本人に寄り添う「伴走者」を努めるにはおのずと無理があると言わざるを得ません。ケースマネジメント従事者は、フットワーク良く利用者の生活の場にも出て行き、主治医ではわかりにくい、生活の質を高めるための工夫を利用者とともに考える伴走者として、今後この役割を担うことが求められているのです。これが出来たときに、精神科医療と生活支援の強い連携のうちに、地域生活の質を高めるための支援が可能になるといえましょう。

3. 「大きなケアマネジメント」と「小さなケアマネジメント」

以上、個別支援としてのケアマネジメントについて述べてきました。しかし、実はケアマネジメントの理解はこれだけでは十分とは言えません。

たとえば、ケアマネジメント従事者が社会資源を含め使える資源についての情報を持ちあわせていないとケアマネジメントは成立しないでしょう。この場合、どのように情報を求めるかといえば、それは人と人との関わりの中に伝えられるものと言えます。つまりケアマネジメント従事者は地域の人々、それはサービス提供者であったり、医療機関であったり、あるいは社会福祉協議会の人であったり、近くに住む知人友人であったりするわけですが、地域の人々とお互いの顔がわかるネットワークを持っていないと十分な仕事が出来るとは言いがたいわけです。

あるいは、地域の中でもっと欲しい活動があった場合、一人の力でその活動を作り上げていくには限度があり、行政も含めさまざまな人々と協働する中でそのような活動を作り上げていくことも必要です。

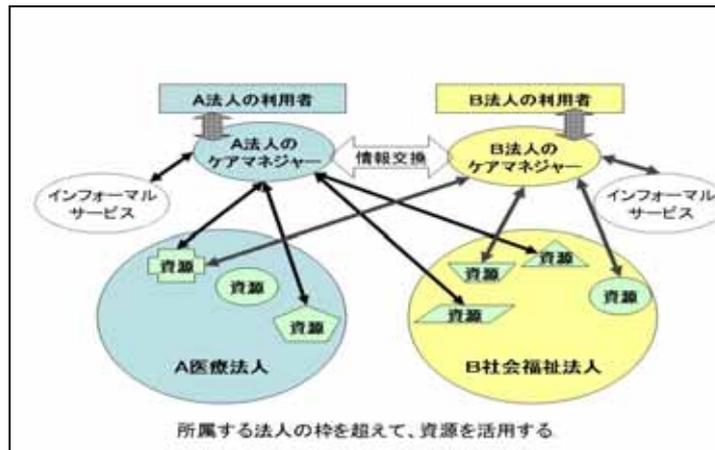


図 1-3 オープンシステムとしてのケアマネジメント

(出典：伊藤順一郎(2006)「精神科医療とケアマネジメント」『日本精神科病院協会雑誌』Vol25, No3.)

さらに言えば、ケアマネジメントという方法自体、行政や市民、利用者やその家族が良く知らなければ、そもそもこのような作業は正当に評価されず、したがって「やれば有効」ということがわかっているにもかかわらず、なかなか現実的にシステムの中に位置付きません。

これらのことを考えると、ケアマネジメントは単に個別支援の方法としてのみ認識されるのでは不十分で、私たちはケアマネジメントを軸に、たとえば市町村の精神保健医療福祉システム作りにかかわることが必要であることに気づかされます。

このようなケアマネジメントを地域におけるシステム作りを含むものと捉える観点が重要であり、このような地域社会の活性化も含め関わる姿勢を本書では今後「大きなケアマネジメント」と呼ぶことにします。

一方個々の利用者を中心としたケアマネジメントを「小さなケアマネジメント」と呼ぶことにします。

「小さなケアマネジメント」と「大きなケアマネジメント」の両者を地域の中で育てる視点を持ち、その具体化を企画することで、活気のあるそして利用者に役に立つケアマネジメントの仕組みが出来上がるといえます。以下、大きなケアマネジメントを活性化させるための要点を簡単にまとめてみます。

1) ケアマネジメントをオープンシステムで考えましょう

ケアマネジメントは、資源(リソース)を探すこと自体を仕事にしています。「受け皿がない」と簡単にあきらめないで、たとえば住宅でも、本人の希望に沿った住まいを原則地域社会に探そうとするのです。たとえば適当なグループホームがなければ、ケアマネジメント従事者やホームヘルパーが訪問して支援出来るアパートを地域に探そうとします。「一人で暮らすことが難しいけど、仲間と暮らすのなら」という人であれば、2,3人のグループで一軒家を借りるということも考えられます。地域に自らも足を運んで交渉することで、支援をする人がしっかりといるのだということが伝われば、大家さんや不動産屋さんとの交渉は存外うまく進むこともあるのです。

これらを可能にするには、資源についての情報を広く収集する必要があります。また、自分の知っている情報も独占することなく、他機関のケアマネジメント従事者とも共有

することも必要でしょう。そして所属する法人の枠を超えて、使える資源はその地域社会の中で活用しようとする、そのような態度が求められます。このように、それぞれの法人が持っている資源もその地域の公共性のある資源とみなして、ケアマネジメント従事者が自分の属する法人に縛られることなく活用しうる体制を「オープンシステム」と呼びます。図 1-3 にはオープンシステムを図式化してみました。

このようなシステムを作ると、効率よく資源を活用出来ますし、利用者にとって選択肢が増えます。このシステムを維持する鍵は、ケアマネジメント従事者同士の情報交換の場の設定でしょう。資源を利用するにあたってのルール作りも必要になるでしょう。法人の運営者同士の了解も欠かせないものと言えます。

後述する大きなケアマネジメントを構成するさまざまな会議や委員会は、この目的のために設けることが必要な仕組みです。

2) 大きなケアマネジメントを構成するさまざまな会議を市町村 / 圏域ごとに構成しましょう

大きなケアマネジメントを構成するさまざまな会議や委員会は、市町村、あるいは医療圏域を単位として、医療機関関係者、福祉施設関係者、行政関係者などが同じテーブルにつき、情報交換を行うためにとても重要です。ここで強調したいことは、ケアマネジメント従事者がこのような会議の構成を主体的に担い、会議運営の支え手になっていただきたいということです。

もちろん、市町村の担当課など行政を担う人々が会議の日程調整や呼びかけをしてくださると、会議を公共性の高いものとして位置づけられるので人が集まりやすく、継続性も保証しやすくなります。したがって、行政の方々には、ぜひこのような会議を開くことに積極的に協力していただきたいと思います。

しかし、会議内容の構成や、今何が課題になっているかなどは、現場の実態をよく知っている人の関与が必要です。そこではケアマネジメント従事者が中心になって、テーマや報告事項を決め、会議の方向性が見えやすいものにしていくことが必要と思われます。「大きなケアマネジメント」を考えると、ケアマネジメント従事者には、地域社会の中でネットワークを活性化する役割があるのです。

さまざまな種類の会議を定例のものとして地域に位置づけることで、それぞれの機関同士の交流が促進され、事例に即したケア会議が開催されやすくなったり、協働で取り組むプロジェクトが明確になったりすることが期待されます。また、会議を通じて「大きなケアマネジメント」の役割が実感されると、地域社会の充実へ向けてそれぞれの参加者の動機付けも高まることでしょう。

精神保健医療福祉の領域に限ったことではないかもしれませんが、法人が違ったり、機能が異なったりすると、同一の地域社会にあってもお互いがどのような役割をとっているのか、なかなか実態が見えにくいものです。まず自分たちの活動を他の人々にも明らかにして、また他の事業所や法人が行っていることを知ることが出来れば、利用者にとっても役に立つ効率のよい連携の可能性が膨らみます。

共通の議論の場があることにより、各法人の枠を超えた協働作業がやりやすくなれば、それが最大のメリットになると言えるでしょう。

「大きなケアマネジメント」の詳細については、後の章で詳しく述べることにします。

「精神障害者に対する効果的福祉サービスのあり方に関する研究」
研究者・研究協力者一覧

主任研究者
高橋 清久（藍野大学）

分担研究者
伊藤 順一郎（国立精神・神経センター 精神保健研究所）

研究協力者（あいうえお順）

秋保 明（仙台市障害企画課）
東 美奈子（地域生活支援センター「ウイング」）
上ノ山一寛（社団法人日本精神神経科診療所協会）
門屋充郎（帯広ケアセンター）
河田珪子（うちの実家）
工藤一恵（岩手県健康福祉部障害福祉課）
後藤雅博（新潟大学）
澤 温（社団法人日本精神科病院協会）
佐藤和博（社会福祉法人魚沼更生福祉会 障害児者生活支援センター「かけはし」）
島村 聡（那覇市健康福祉部）
末永カツ子（東北大学）
曽根直樹（ひがしまつやま市総合福祉エリア）
武田牧子（社会福祉法人桑友）
土屋健弘（社会福祉法人西陣会
京都市北部障害者地域生活支援センター「きらリンク」）
寺田一郎（全国精神障害者社会復帰施設協会）
中島秀夫（甲賀地域ネット相談サポートセンター）
仲野 栄（社団法人日本精神科看護技術協会）
西尾雅明（国立精神・神経センター精神保健研究所）
深谷 裕（国立精神・神経センター精神保健研究所）
山本深雪（大阪精神医療人権センター）
吉田光爾（新潟医療福祉大学）

平成 17 年度厚生労働科学研究補助金（厚生労働科学特別研究事業）
「精神障害者に対する効果的福祉サービスのあり方に関する研究」
総合研究報告書

発行日：平成 18 年（2006 年）
発行者：主任研究者：高橋 清久
分担研究者：伊藤順一郎
発行所：国立精神・神経センター 精神保健研究所
〒187-8553 東京都小平市小川東町 4 丁目 1 番 1 号