

第4章 大きなケアマネジメント

精神障害者福祉サービスは、従来、小さなケアマネジメントを構成する主体間の関係をいかにうまく構築するかがケアマネジメント・サービスの主要なテーマとなっていました。そして、この関係性をうまく築き、よりよいサービスを提供するために、ケアマネジメントをする人と、さまざまなサービス提供者とのネットワークが重要であるということは、既に共通認識となっています。しかし、福祉サービスに関わる人の多くが、ネットワーク形成の不備と機能不全、そしてネットワーク形成の難しさを感じていたのではないのでしょうか？その原因のひとつとして、大きなケアマネジメントという考え方の不足があったと言えるでしょう。そこで第4章では大きなケアマネジメントの考え方について論じるとともに、大きなケアマネジメントを具体化するための基礎知識について説明したいと思います。

1. 大きなケアマネジメントとは

1) 大きなケアマネジメントの概要

第1章で述べたように、個別支援としてのケアマネジメントを機能させるためには、ケアマネジメントにかかわる人々がさまざまな人々とオープンなネットワークを形成していることが不可欠です。ここでは個別の利用者中心のケアマネジメントを「小さなケアマネジメント」とよび、ネットワークの形成を含めたオープンシステムとしてケアマネジメントをとらえる考え方を「大きなケアマネジメント」と呼ぶことにしましょう。図4-1には、この考え方の具体的な例を示しました。

図の下の部分小さなケアマネジメントに該当します。このように、大きなケアマネジメントは、「小さなケアマネジメント」、小さなケアマネジメントに関係する個人や団体から形成されるさまざまな「部会」、これらの部会の関係者が集まって話し合う「定例サービス調整会議」、地域で行われている福祉サービスの状況について確認する「全体会議」、そして、必要に応じて重要課題を検討する「臨時プロジェクト委員会」などから構成されます。ネットワークの形成は、役割の明確な各種の会議を設定しそこに地域社会の人々が集まれる仕組みを作って、初めて具体化されると言えるでしょう。

図4-1はあくまで例ですので、もちろん、地域の抱える課題に応じて別の要素を加味しながら、各自治体の実情に合ったオリジナルな仕組みを作ることが出来ます。

このように大きなケアマネジメントとは、「障害をもつ人+ケアマネジメントをする人+サービス提供者」という小さな一つの単位（小さなケアマネジメント）を超えて、地域全体がネットワークを形成し、障害をもつ人に対するサービスをより効果的に、そして効率的に提供しようとする包括的な仕組みと言い換えることが出来るでしょう。

2) どのような会議が必要か

大きなケアマネジメントを運営するには大きく分けて数種類の異なる目的を持った会議や委員会が必要です。会議の種類や現実的な運営方法、開催頻度などは地域の状況によって異なると思いますが、以下に例を挙げておきます。

ケア会議

利用者のニーズに基づき、課題の多い事例について、方針を明らかにし、関係者の役割分担などを協議する会議であり、ケアマネジメントの基本となるものです。この会議が随時に円滑に行なわれるように、そのほかの会議を構成しネットワークを構築しているといっても過言ではありません。

原則、利用者自身にも参加を求め、利用者と支援者が顔を合わせながらケア計画を作っていきます。即時性が求められるので、集まれる人だけでも集まって会議を行うのが通常です。この取りまとめ役は利用者に寄り添うケアマネジメント従事者です

が、開催に当たって行政が連絡調整に入るとスムーズにいく場合が多いと思われます。

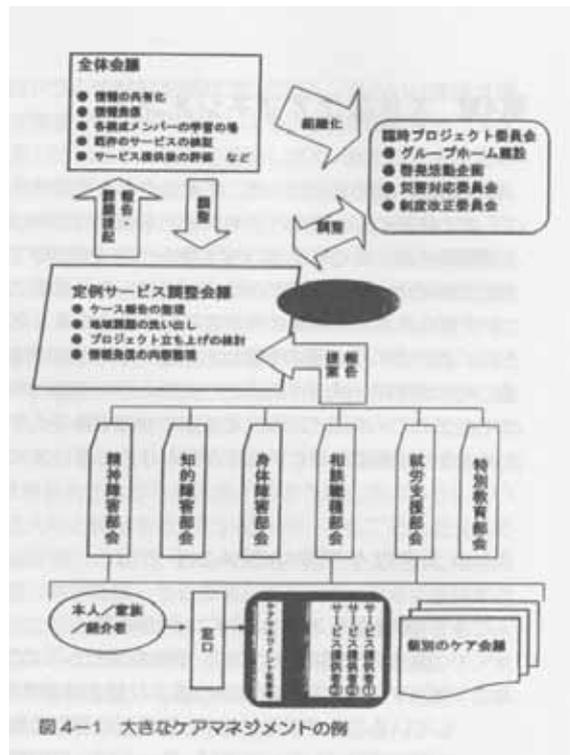


図4-1 大きなケアマネジメントの例

障害種別、課題別の部会

平成16年に政府が出した『今後の障害保健福祉施策について - 改革のグランドデザイン案』では、基本的な施策の視点の一つとして「障害保健福祉施策の総合化」が含まれており、障害種別や疾病を超えた一元的な体制の整備が掲げられています。しかしながら、各障害によって抱える課題もさまざまであり、必要なサービスも異なっています。したがって三障害合同の会議を設定したうえで、障害の特性や置かれた状況をサービスに反映出来るよう障害種別に部会を設け、ネットワークを形成することも大切です。

図4-2に精神障害に関するネットワークの例を示しました。精神障害の場合、他の障害と異なり医療との結びつきが欠かせません。しかしながら、医療と保健・福祉との結びつきは同一法人にでも属していない限りなかなか難しいのが現状です。したがって行政を呼びかけの主体に位置づけ、福祉サービスを提供する機関や、当事者団体、精神科医療機関がひとつのテーブルに就くことがまず重要な作業といえましょう。当面は障害者自立支援法枠組みでのサービスをどのように展開するかなども、この障害種別ごとの部会で議論出来ると思います。

障害別の部会の他にも、発達障害部会や、就労支援部会、相談職種部会などが考えられます。それぞれの部会がネットワークを形成することで、個々の部会に特化した情報を共有するという機能を持つことになります。

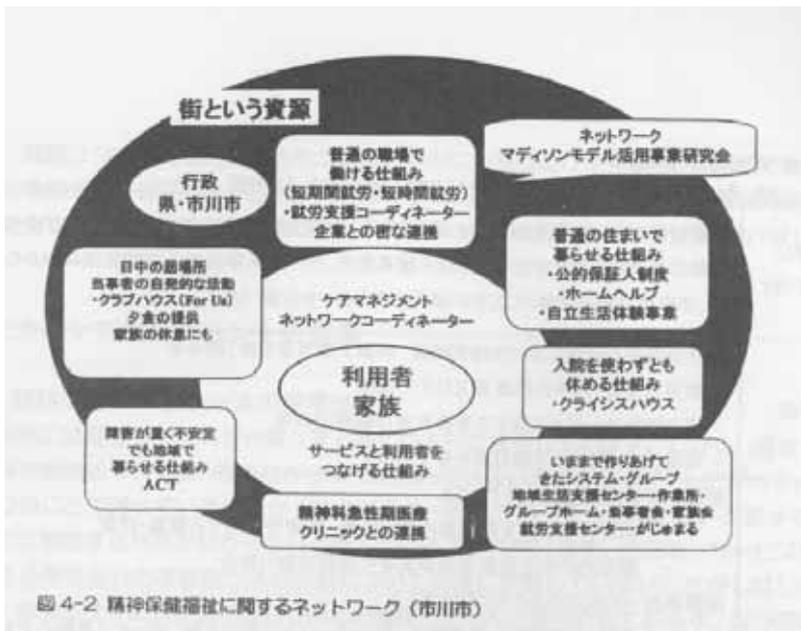


図 4-2 精神保健福祉に関するネットワーク (市川市)

運営委員会

定例サービス調整会議はもとよりそのほかの会議の状況を把握し、会議の日程調整や準備をしたり、年間計画などを作成することを目的とする会議です。いわば地域で行なわれる会議全体のマネジメントをするための会議で、数人のケアマネジメントをする人、行政担当者など少人数で構成することが求められます。

定例サービス調整会議

三障害合同でケアマネジメントあるいは地域保健福祉を議論する場合、要となる会議です。厚生労働省は、地域の相談支援体制の確立のために、「地域自立支援協議会」（表 4 - 1 参照）を設置することを重視しています²。定例サービス調整会議はこのような協議会の実質的な機能を担うと言えるでしょう。この会議の目的は、地域に居住する障害者に対する福祉・就労・保健医療などの各種サービスを総合的に調整、推進することにあります。また、教育など周辺領域との連携強化も目的の一つです。

この会議には障害の枠を超えて三障害の関係機関の代表者および行政担当者が参加し、それぞれの障害分野で実施している取り組みについての理解を深めます。このような情報交換を通して、各障害分野に共通する課題が浮き彫りになり、それが地域の課題として認識されるようになります。このように定例サービス調整会議には地域課題の洗い出しの機能があります。さらにこの定例サービス調整会議では課題を解決するためのプロジェクトが検討されることとなります。したがって、定例サービス調整会議には課題解決に向けた方向性の検討の場としての機能もあります。より重要な課題については具体的解決に向けて後に述べるような臨時プロジェクト委員会が立ち上げられることとなります。この委員会は行政担当者が責任を持って開催することがこの委員会は行政担当者が責任を持って開催することが適当と考えられますが、会議の運営については参加する各機関が積極的に担っていくことが必要です。

² 厚生労働省告示第 395 号「障害福祉サービス及び相談支援並びに市町村及び都道府県の地域生活支援事業の提供体制の整備並びに自立支援給付及び地域生活支援事業の円滑な実施を確保するための基本的な指針」平成 18 年 6 月 26 日。

表4 - 1 地域自立支援協議会

(出典：第1版『相談支援マニュアル』第3章，平成17年度厚生労働科学研究 主任研究者：坂本洋一)

<p>目的と位置づけ</p>	<p>市町村における障害者の生活を支えるため、相談支援事業をはじめとするシステムづくりに関し、中核的な役割を果たすため、相談支援事業者、サービス事業者及び関係団体等からの参加を求め、市町村の責任主体としてその運営に当たるべき位置づけ</p>
<p>構成</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 社会資源や地域における権利擁護、相談支援事業を担う関係者 ・ 障害当事者・団体の代表者又はその家族 ・ 障害福祉サービスに関する事業者及び職能団体等 ・ 地域ケアに関する学識経験を有するもの
<p>運営内容</p>	<p>相談支援事業の運営に関すること</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 市町村の相談支援事業の運営計画、実績等に関する協議・評定 ・ 圏域内の指定相談支援事業者の業務実績の報告 <p>困難事例への対応のあり方に関すること</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 虐待、家族関係、発達障害、福祉サービス以外の支援、サービス基盤の欠如など、個々の事例に関して錯綜する問題への対応のあり方に関する協議・調整 ・ 地域の関係機関によるネットワーク構築に関すること ・ 地域における支援体制の評価、関係機関による連携体制の構築、社会資源の開発等に向けた協議 ・ 市町村障害福祉計画の作成・具体化に向けた協議

全体会議

大会議には、定例サービス調整会議参加機関はもちろんのこと、それ以外にも高齢者福祉関係者や労働団体関係者などより幅広い領域の人々が参加してもよいでしょう。大会議は議論の場というよりもむしろ報告の場、情報交換の場としての性質が強く、地域でどのようなことが起きているのかを学ぶよい機会を提供してくれます。また、開催される回数が少ないので、部会や定例サービス調整会議などに比べ、比較的長期間での地域の変化をみることが出来るとも言えるでしょう。

さらに、この大会議では、定例サービス調整会議で話し合われた課題とその解決について議論・確認し、必要なプロジェクト委員会を組織するという機能もっています。したがって、定例サービス調整会議が課題解決の方向性を検討する場としたら、大会議は課題と解決の方向性を地域の共通認識にする場と言えるのではないのでしょうか。

臨時プロジェクト委員会

臨時プロジェクト委員会は、障害をもつ人々が地域生活を維持するうえで生じてきている特定の課題の解決を目標に動く委員会です。定例サービス調整会議で議論されたことをもとに具体的なアクションプランを作ることなどがその目標となるでしょう。たとえば就労支援や市営住宅の活用、災害対応などの具体的な課題についての委員会や制度改正の勉強会などが考えられます。

課題についての専門知識をもつ委員を中心に出来るだけ少人数で、短期間で集中的に情報の整理を行いながら方針の作成をしていきます。ここで行われた議論の結果は定例サービス調整会議へ報告され、この地域の全体の方針案として位置づけられます。

2. 大きなケアマネジメントの意義

1) 相談支援へのアクセスの平等性

地域には福祉サービスを必要とする多くの人々が暮らしています。しかし、福祉サービスや制度については、残念ながらよく知られていないのが実情です。したがって、「
このことで困っている」とか「こういうサービスがあったら受けたい」と思っても、どこに相談するべきかわからないと感じている人が大勢います。さらに、サービスを供給する側も自分の事業所以外の活動について明確に把握していないことがしばしばです。地域のサービスシステムについての情報がきちんと整理されておらず、誰が正確な情報をもっているのかもわからなければ、必要とする人がサービスにたどり着けなくなってしまうのです。

このような状況を「サービスの断片化」と呼びます。断片化されたなかでは、たまたま正確な情報を入手出来て、サービスを受けられる幸運な人と、サービスを受けられずに苦難を強いられる人の格差が大きくなりがちです。

相談を受け、自分のニーズに合った対応を支援者と一緒に考えていくという機会は、地域に暮らすすべての人に可能な限り平等に与えられなければなりません。大きなケアマネジメントが整備され、さまざまな会議を通じて地域の異なった立場の人々がネットワークを組織し情報を共有することが出来れば、人々がニーズに合うサービスにたどり着く可能性は格段に増すでしょう。タイミングよくサービス提供を実施するためにも、情報にアクセスしやすいように「大きなケアマネジメント」のシステムを作っておくことが大切なのです。

2) ケアマネジメントする人の孤立化防止

大きなケアマネジメントがうまく機能していないと、ケアマネジメントをする人が一人であらゆる問題を抱え込んでしまうこととなります。たとえばケア会議ひとつとっても、調整に多くの時間を費やすようでは開催しようという意欲は徐々に低下します。人との関係の中で援助が出来なくなると、個人による抱え込み、そして孤立化のリスクが高まります。

これまで障害者福祉に携わってきた多くの人々が、たくさんの問題の中に埋没し、身動きが取れなくなった経験を持っているのではないのでしょうか？そしてもっと悪いことに、「この人にかかわっているのは私だけだから、頑張るしかない。」と思いながら閉鎖した環境で試行錯誤を続けると、利用者との共同作業が硬直したものになりがちなのです。「私はこうしたけれど、本当にこれで良かったのかしら？」「もっと別な方法があったのでは・・・」との不安は、援助者の自信や自己効力感の向上を妨げてしまうでしょう。これでは、サービスの質の向上が期待されないばかりか、ケアマネジメントをする人やサービス提供者の燃え尽き（バーンアウト）を招いてしまいます。

大きなケアマネジメント作りの目的の一つは、援助者同士の情報交換、意見交換の場

の確保でもあります。図にはありませんでしたが、このようなシステム作りは研修の場の確保という課題の解決にもつながるのです。ケアマネジメントをする人の孤立感が軽減され、障害をもつ人をたくさんの人で支える構図が出来上がると、おのずと複数のニーズへの対応も可能になり、サービスの質の向上にもつながります。

3) 個々のニーズの全体化、地域課題の発見、サービスの創造

「大きなケアマネジメント」、つまり地域社会のネットワーク化が未熟な状態では、「小さなケアマネジメント」で捉えられた障害者の抱える課題は、しばしば個別の課題としてのみ扱われがちです。そうすると、たとえ他の多くの障害者が同じような課題を抱えていたとしても、その課題を共通課題として取り上げることが難しくなります。例をあげてみましょう。

Aさんの抱えるニーズが個別の課題として扱われるということは、予約日に病院に行

Aさんは、月に一度は必ず主治医の診察を受け、処方箋をもらわなければなりません。どうしても外来予約日を過ぎてしまうことがあります。Aさんによると、主治医のいる病院に行くためにはバスを乗り継いで行かねばならず、ついつい面倒になってしまうからという理由からでした。

けないことがAさんの問題、あるいはニーズとして考えられるということです。そうすると、「Aさんが甘えているから」とか「Aさんが忘れっぽいから」というふうに、問題の責任をAさん個人に求めるようになってしまいがちです。そして、Aさん自身を変えることが問題解決につながると考えられるようになります。

このように、個々のニーズが共有化されないと、新しいサービスは生まれにくいままにとどまってしまう。仮に同じような課題を抱えた人が地域にいたとしても、それぞれが個別の問題として扱われるので、地域のニーズにつながっていきにくくなるのです。Aさんの例で説明すると、Aさんの近所に住むBさんもCさんも同じような課題を抱えていたとしても、それぞれにかかわる援助者のネットワークが出来ていなければ、それぞれ独自に問題を解決するようになるわけです。そうすると、AさんBさんCさんという複数の人が「病院に通うのに便利な交通手段」という同じサービスを必要としていても、その必要性が見過ごされてしまうということになります。これでは地域の課題が共有化されにくく、住民に必要とされる新しいサービスも生まれ難くなります。

一方、大きなケアマネジメントが発達していると、たとえば精神障害部会の中で、Aさんの他にBさんもCさんも同じような課題を抱えていることがわかれば、それは地域の課題としてとらえられるようになり、定例サービス調整会議の中で他障害の人々のニーズを聞いたり行政と議論することができ、たとえば医療機関への交通の便を良くしたり、あるいは送迎バスの仕組みを整えるといった対応について検討される可能性が膨らむわけです。そして、一般住民にとってもニーズの高いサービスであることがわかれば、その実現性ははいよいよ高くなり、障害をもつ人だけでなく、多くの人にとって有用なサービスが増えていくことになるのです。

ケアマネジメント従事者： 利用者のHさんは男性のヘルパーさんを希望しているのですが、機関 J では現在派遣してくださっている女性ヘルパーではなく、新しく男性ヘルパーを派遣することは出来ますか？

ヘルパー機関 J の代表者： うちには男性ヘルパーがいないので無理です。

ケアマネジメント従事者： それでは機関 K では、男性ヘルパーを派遣出来ますか？

ヘルパー機関 K の代表者： 難しいですが、何とか考えてみましょう。少し時間を下さい。

4) サービス期間の透明性の確保と評価

2) では、ケアマネジメントをする人の孤立化が招くサービスの質の低下について説明しましたが、「大きなケアマネジメント」が未熟な状態でのサービスの質の低下の要因は他にも考えられます。それは、どのサービス機関が何をやっているのかが外部のものには分かりにくいということです。

仮に就労支援を実施している機関 D と E があるとしましょう。D で提供するサービスは E よりも上質であるにもかかわらず、ケアマネジメントをする人が同一事業所の所属である E とのみ連携をとっていけば、D を利用することはなくなります。仮に利用者が E のサービスに不満足でもケアマネジメントをする人が「E = 普通」と評価してしまえば、E にサービスの向上を求めることは消極的になります。一方、E としても、努力しなくても利用者の供給が確保されるのであれば、利用者の満足度を高めるためにより良いサービスを提供しようという動機はあまり高まりません。

つまり、個々のサービス機関が孤立した状態では、サービス内容が相互に不透明になりますし、競争原理は働かず、サービスの質の低下を招きがちです。私たちは、相談支援機関も含め、サービス機関が自らの事業の状況を公開し、より良いサービスが可能になるよう検討しあえる関係を作ることが必要なのです。第 1 章で述べたオープンシステムの重要性はここで再度強調されるべきでしょう。

障害種別の部会や定例サービス調整会議のように、さまざまな関係機関が顔を合わせかつ現状を報告する場が定期的であれば、実施しているサービスの内容をお互いを知ることが出来ます。知ることによってたとえば次の例のような情報交換も可能になります。この例から、機関 K は利用者のニーズに応えられるよう努めていることがわかります。このように顔をあわせて検討することで、どの機関がどんなことをしてくれるかがわかると同時に、他の同業者と比較して、自分の機関がどうであるか、どのようなことをしなければならぬのかが認識出来ます。このような交流が評価機関を特別に設置しなくても、その地域の全体的なサービスの質の向上につながる可能性があるのです。

5) 官民の協働の実現

人々の福祉ニーズをどのような活動主体によって満たしていこうとするかは、福祉政策の対象者・内容・手法・財源・効果などと深く関わっています。地方分権化が進み、社会福祉の運営・実施に関わる市町村の役割が重視される一方で、社会福祉事業の多様

化・活性化にともなう福祉事業の市場化もまた進み始めました。特に介護保険制度や支援費制度では、これまでの措置によるサービスから、サービス提供者と利用者との契約に基づくサービスへと移行し、福祉分野における市場化が進展したと言われています。このような状況において、都道府県や市町村などの政府と民間のサービス提供者がどのように役割分担をしていくかが大きな課題となっています。

地域生活支援事業など障害者福祉サービスの中には、地方公共団体が民間団体に事業を委託することが出来るものがあります。実際、多くの地域が委託によってさまざまな事業を展開しています。確かに民間委託のメリットとして、職員の経験や専門性、サービスの多様性と柔軟性などが考えられますが、一方で、行政が事業内容に目が届かなくなり、評価機能が薄れるという弊害もあります。また、地方自治体が地域のニーズを把握出来なくなるという問題も生じかねません。住民の福祉の増進に責任のある地方自治体は、民間団体が主体となってサービスを提供する場合でも、行政が現在地域で起きていることを把握し、行政としての役割を果たす必要があります。行政関係者は新しい補助金や事業、施設など地域の情報をたくさん持っている場合が多いので、そのような情報を積極的に民間に提供し、活用してもらうことも大切です。

定例サービス調整会議に行政機関が参加し、民間機関と情報交換をすることは、民間機関の業務内容の評価、行政に期待されていることへの理解、地域住民のニーズの把握、行政機関がもつ情報の提供などの点で非常に重要と言えます。このような官民共同の場を創出することで、地域福祉における官民の役割分担が可能になるのです。

6) 費用対効果の向上

サービスとサービスを必要とする人を結びつけるケアマネジメントは、もともと、限られた財源の中で社会資源を効率的に配分し、出来るだけ多くの人にサービスを提供するという目的から発展してきました。その後、利用者のリカバリーのために、そして安定した地域生活のためにケアマネジメントがあるという考え方も生まれていますが、現在でも、社会資源の効率的な配分という側面は存続していると言えるでしょう。

しかし、地域のさまざまな情報が共有されていない状況では、資源の効率的な利用が難しくなります。たとえば新しい事務所を構えるに当たり、旧校舎などを利用出来れば家賃は安く上がるわけですが、旧校舎の利用についての情報が知られていなければ、借りる側は高い家賃を出して他のところを借りますし、旧校舎は有効活用されず、無駄な維持費の支出を招くという非効率的な状況になってしまいます。つまり、社会資源がフルに活用されない(=無駄な社会資源が出てきてしまう)ということになります。

このような場合に、定例サービス調整会議などで行政と民間の両方の関係者が集まり情報交換をすることはニーズと資源を結びつけることになり、とても効率的に結果をもたらしやすいのです。インフォーマルサービスなども、このような会議での情報交換によって発掘されてくるといえるでしょう。

7) 情報の活用 利用者の権利の保障

これまでに説明してきたことは、情報の共有の重要性ということでもとめられます。「大きなケアマネジメント」のシステムがないと、個別のケアマネジメントにおいて情

報の共有と有効活用が妨げられるのです。このような状況では、共通している地域課題が見出し難くなり、新たな資源開発やサービス機関の質の向上が困難になるのです。

この他にも情報の滞りはより個人の援助のレベルにも影響を及ぼします。限られた情報しかもっていないと、利用者の状況や希望に合ったより適切なサービスがあるにもかかわらず、そのサービスにたどり着けないわけで、利用者の選択の幅が狭められ、選択の自由が保障されないことになってしまいます。このことはまた、ニーズに合わない支援の提供や自己実現の妨げにつながる可能性ももっています。

利用者Fさんは、生花関係の仕事に就きたいと思っています。しかし、Fさんのケアマネジメント従事者や、就労支援に関わる人は、自分の町の生花店や植物園の情報だけを豊富に持っていて、他の町の状況についてはよく知りませんでした。そのとき実は、隣町で花栽培のパートを募集していたのです。しかし、これまでFさんは就労支援担当者などから自分の町のことについてしか聞いていなかったもので、隣町で働くという選択肢についてはこれまで考えたこともありませんでした。

このような場合に、たとえば就労支援部会があって、そこでさまざまな就労関係者と人材募集についての情報交換をしたり、あるいは臨床的な取り組みについてアイデアや助言を求めることが出来れば、Fさんの選択の幅が広がるだけでなく、自己実現の可能性も高まることになるといえましょう。

3. 特に精神障害をもつ人々の支援としての意義

1) 脱施設化に向けた地域づくりの必要性

現在の精神保健福祉施策の基本的方策は「入院医療中心から地域生活中心へ」というものです。これは別な言い方をすると、精神障害を巡るシステムの『脱施設化』の方向です。脱施設化への流れの背景には二つの大きな要素があります。一つは、障害をもつ人のノーマライゼーションの実現です。これは、障害をもつ人の自己決定と社会参加がこれまで蔑ろにされ、その処遇が社会防衛的な観点からなされてきたり、父権主義的あるいは管理的に、サービス提供側ひいては権力をもつ側の論理を中心になされてきたのではないかという反省点から出発しています。二つ目は増大する医療費、施設費を削減しなければならないという社会経済的な要請です。「多額の医療費を使いながら『治らない』まま長期入院をしているのはおかしいのではないか」「費用対効果を考えた場合、長期入院、長期施設入所よりも在宅処遇の方が良いのではないか」という議論が脱施設化を促している部分もあるのです。

ところで、脱施設化を実現させるためには、次の三つの取り組みをする必要があるといわれています³。

³ Bachrach L(1996). Deinstitutionalisation. In: H Knudsen, G Thornicroft(eds.) Mental Health Service Evaluation, Cambridge niversity Press, Cambridge, pp 3-18.

精神病院で暮らす精神障害をもつ人々を地域の代替サービスに移行するための取り組み（例：退院促進プログラムや病床削減の取り組み）
地域で暮らす精神障害をもつ人々のための、特別なサービスを発展させる取り組み（例：外来・在宅医療の充実、ケアマネジメントの導入）
新しく入院の可能性のある人を、地域の代替サービスに迂回させる取り組み（例：ショートステイの充実、危機介入プログラムの構築）

つまり、これまで長期にわたり精神病院に入院していた人々を地域に送り出すプロジェクトをつくり...（ ）彼らが地域での安定した生活が確立出来るようマンパワーと技術を地域社会に投入し...（ ）そして具合が悪くなったときも入院以外の方法で対応出来るようなプログラムが機能するよう...（ ）社会基盤を整備しなければならないということになります。そしてこれらはすべて具体的な技術と財源の確保に支えられている必要があります。「大きなケアマネジメント」作りは「小さなケアマネジメント」の導入とあいまって、そのような要請に応え得る社会整備のあり方ということがいえます。

2) 社会的入院のこと

特に精神障害をもつ人々に対する地域生活支援を考えると避けて通れないのが「社会的入院」の問題です。「社会的入院」とは「医学的治療のために入院しているのではなく、生活の場を地域社会に確保出来ないで入院している」という状態を説明するために使われてきた言葉です。つまり病院の中では安定して暮らしている患者さんに対して、「食事が出され、身の回りの世話をしてくれる人がいる病院という環境でこそ、彼らは安定しているのだ。地域社会にはそのような支援が出来る受け皿がないので退院が出来ないのだ」というふうに解釈されてきたのです。

もちろん精神科医療機関も手をこまねいていたわけではありません。解決のために、医療法人はグループホームを作ったり生活訓練施設を作ったりして、「社会的入院」という状態になっている患者さんの退院先を自ら開発してきました。これはこれで一つの方法ではありました。同一法人内に福祉的な居住施設を作ることのメリットは、医療機関と福祉施設のスタッフ同士のコミュニケーションがとりやすいので、利用者のタイミングにあわせて福祉的サービスも提供出来るというところにあるからです。

しかし一方、病院を経営するその法人が福祉的居住施設も建設するとなるとコスト高であり、どうしても病院と同一敷地内に建設することになったり、資金の回収のために人的資源の配置などにおいて、しばしば無理が生じがちでした。さらに、しばしばこのようなサービスの運営はその病院の患者さんしか受け入れられないような習慣を生みました。一方で関わるスタッフも法人外のサービスに目が行きにくく、「退院しても敷地内に住んでいる」と言われるような囲い込み現象がおきやすいことも事実でした。これらはサービス事業者が、自らの持つサービスを中心に問題の解決を図ろうとした場合に生じやすかった現象と言えましょう。

精神科医療機関が「大きなケアマネジメント」のオープンシステムの中に入り、たとえば精神障害部会で地域資源についての情報交換が出来ると、「囲い込み」と呼ばれる

現象を避けながら「社会的入院」の解消を進めることが期待されます。なぜなら、それは法人を越えて地域社会に資源を探し、開発する人々をケアマネジメントを通じて確保することになるからです。このような人々と医療スタッフが連携出来れば、入院中の利用者の退院促進が可能になるでしょう。入院中の利用者も自分の支援者を地域に求められるので、退院の動機が高まるのです。さらに地域で暮らそうとする精神障害をもつ人々をも支えます。そしてネットワークでつながった人々が新たな資源にもなりえます。

大きなケアマネジメントの仕組みは、点としての社会資源を増やすことも然ることながら、資源をつなぐ線（ネットワーク）としての人を確保することにより、効率よく地域社会の中で人を支える仕組みである、と言えましょう。

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

大きなケアマネジメントの考え方は、精神障害をもつ人々の脱施設化への取り組みを成功させるためにも重要な鍵となるものです。大きなケアマネジメントの存在は、地域課題の明確化という機能をもっていますので、究極的には利用者だけでなく地域住民一人ひとりの生活に影響を及ぼします。障害をもっている人もそうでない人も、すべての人が安心して暮らせるまちを作るためには、大きなケアマネジメント作りは大変役に立つのです。

しかし、大きなケアマネジメントは一朝一夕で出来るものでもありません。精神保健福祉システムの形成にこれから取り掛かろうという地域では、システムの定着まで持続的な取り組みが必要であることは明らかです。以下では私たちが各地の先進的な取り組みから学んだ、システムを作る際に重要と思われる事柄について、いくつか整理して説明したいと思います。

1) 行政・民間・市民の協働

地域によって、障害者支援の主体は異なるかもしれません。行政（市町村）がリーダーシップをとり、主体的に支援体制を整えているところもあれば、民間団体が行政に要望を出しながら、主体的に活動している地域もあるでしょう。行政と民間のどちらが障害者支援を行ううえで優れているかを調べるのも重要かもしれませんが、それよりもむしろ、今はそれぞれの特性を上手に活かしながら協働で一つのシステムを形成していく必要があると考えます。「行政がしっかりしてくれないから」とか「民間は何もやらない」とお互いに責任転嫁をするのではなく、両者が同じテーブルにつく努力をして、役割分担を明確にしながら、どの部分についてどちらが責任をもつのかを確認していくプロセスを歩むことが大切です。

確かに障害者基本法第4条では、国及び地方公共団体の責務が規定されており、障害者福祉における公的機関の果たす役割の重要性は否めません。しかし現実では、行政機関における職員の異動は避けられません。そのため地域の実態を把握出来ずに、精神障害をもつ人の生活や福祉制度について熟知していない行政職員もいるのが実情です。他方、民間機関には長年その分野で働いてきてネットワークをしっかりと築いてきた人もいます。したがって、行政担当者は、精神保健福祉あるいは障害者福祉の専門家である民間機関の職員を情報交換の機会を持ちながら、行政として果たすべき役割を把握しつつ地域のニーズに応えていこうとすることが大切といえるでしょう。

また、民間機関では公的機関では出来ないような柔軟なサービスを提供することも可能です。新しいサービスのあり方についての情報も民間事業者の方が多く持っているかもしれません。したがって、よりよいシステムの構築のためにはお互いの良いところを生かし、そして足りないところを補い合うことが大切なのです。

まず、同じテーブルにつこうという意思を持つこと、このことが会議開催のための第一歩です。

2) 既存の枠組みにとらわれない柔軟性

少子高齢化、民間の労働・雇用形態の変化、市町村合併、地方分権化などを背景に、地方自治体の役割は一層重要になっています。特に住民の福祉に携わる行政職員は、新たな状況に対応するためにさまざまな工夫をすることが求められている、といえます。それは、状況が変化しているので「今まで通り」「慣例に従って」ということが成立しにくくなっているからです。理想的なことを言えば、変化を受身に受け止めていたのではかえって状況の変化に振り回され、燃え尽きてしまうこともありえます。むしろ、積極的に変化を作り出していくようなビジョンをもつことが求められていると言えます。専門性、創造性、柔軟性を身に付けていること、フットワーク良く現場に出て行って、住民のニーズを把握する技術を持っていることはこのようなときには大変役に立ちます。

また、精神保健福祉の分野に限っても、変化へのニーズが今大きく広がっていること、施策としても「入院中心から地域生活中心へ」という流れが基本路線として規定され、大きな転換点を迎えているということを知覚する必要があります。

たとえば、それは精神障害をもつ人の住まいをいかに確保するか、日中の居場所、働く場所を如何に確保するかという課題に応えていく必要があることを示しています。また、精神科医療も入院医療から在宅医療・外来医療にシフトしていくよう、施策レベルで方針を出す必要があることを示しています

これらの方針は今までの枠組みの中では明確ではなかったもので、方針作りのために過去にその規範を求めることが出来ません。今までとは異なる発想が必要とされているわけで、多くの人々の知恵を集めて柔軟に対応することが求められているのです。

3) 障害種別の枠を超えた理念と、障害の種別を考慮した配慮のバランス

精神障害者が障害者として法的に認められたのは、平成5年の障害者基本法改正によってであり、このことをきっかけに、障害者福祉施策の対象と位置づけられました。しかし、その後も障害種別ごとに制度的な不整合があり、精神障害をもつ人々は支援費制度の対象には入らず、障害種別ごとに大きな福祉サービス格差があるとされてきました。また、精神障害をもつ人々のための社会復帰施設の整備には大きな地域格差がありました。

障害者自立支援法ではこのような格差の減少に向けて、支援体制を強化しようとしています。けれども多くの地域において、これまで精神障害をもつ人々に対する福祉施策の中心は都道府県であったため、知識と経験の少ない市町村は精神障害者福祉をそのほかの障害への対応から切り離して考えてしまうか、三障害一律の対応になってしまう恐れがあります。

市町村のすべきこと、それはシステムとしては三障害とも同じ流れを作るものの、障害の特性に応じたサービスが供給出来るようバランスを取った制度運営をすることといえます。

具体的には精神障害の場合、他の障害と比較して医療と生活支援の連携の必要性が高くなります。精神障害は障害でもありながら医療的なケアを継続的に続ける必要があるからです。また、他障害に比べ状態の不安定性が障害特性としてあり、必要な生活支援の量や質も経時的に大きく変化すること、直接的な身体的ケアや代行よりも見守りや相談といった本人の力を伸ばす支援が必要になるといった特性があります。

「今まで身体障害をもつ人々に対してはこうしてきたから、精神障害をもつ人々に対してもこうしよう」ではなく、障害の特性を考えたいうえで、限られた財源を最も役に立つ適切な方法に振り当てていくことが大切です。

4) 障害福祉計画の策定のプロセスを透明に

仕組みを作る前に、自分たちが暮らす地域をどのようにしていきたいかビジョンを明確にし、共有するという作業が欠かせません。この作業は具体的には「障害福祉計画」の策定というかたちで進められます。障害福祉計画はサービスの必要量の見込みも含めて国が示す基本指針に則して作成することになってはいますが、地域の抱える課題によって、その中身が少しずつ異なるのは当然でしょう。特に精神障害の領域の場合、この計画の中に「条件さえ整えば退院可能な精神障害者」の数の把握と退院後必要な障害福祉サービス量も見積もることになっています。三障害合同の取り組みの中で、このような現実的な問題が話せるようになるためには、現場と行政との積極的なコミュニケーションが必要になります。

自分の地域の目標を据えることは、自分の人生設計をするようなものです。老後はどんなふうに住みたいのか、そのためにはどれくらい貯金が必要なのか、どれくらいの住宅ローンを組めるのかといった見通しが大切なように、地域の将来計画を共有することは欠かせません。地域精神保健医療福祉に関わる人は、ビジョンをもって積極的に計画策定に関わる必要があるのです。

5. 「大きなケアマネジメント」仕組み作りに着手する

それでは実際に地域の仕組みを作るにはどのような知識をもち、どのようなプロセスを踏む必要があるのでしょうか。以下では主に精神障害をもつ人の支援に取り組む人々が「大きなケアマネジメント」を作るプロセスについて述べてみます。このプロセスは、いくつかの先進的な地域から情報を収集してまとめたものです。

もちろん、プロセスには地域の事情が反映しますし、このようなプロセスで必ず上手くいくという決定版のようなものはありません。しかし、モデルとなるものから自分たちの工夫を積み上げることで、可能性の高いシステムを作り上げることは可能と考えます。以下の情報はそのような性質をもっているものと考えてください。

1) キーパーソンを育て、その役割を明確にする

「大きなケアマネジメント」を作るにあたって、まずその理念や目標を理解して核と

なる会議などを企画していく人々の存在が必要です。この人々を「キーパーソン」と呼びましょう。

キーパーソンは一人ではなく複数いることが望ましいでしょう。できれば各障害の領域にキーパーソンがいて、また行政にもいて、それぞれの領域のキーパーソンが企画運営委員会のようなネットワークを作ることがさまざまな活動の始まりです。

キーパーソンは自分の所属する事業所の職務ばかりでなく、地域社会の状況についてもよく把握しており、フットワーク良く地域の人々と連絡を取り合える能力を持っていることが望まれます。そして、地域中心の障害者福祉作りに情熱をもって取り組む意志のあることが大切でしょう。

精神障害の分野で言えば、(1)「入院中心から地域生活中心へ」というビジョンを自分でも明確にもっている、(2)ノーマライゼーションの理念を理解して「普通の住まい」「普通の職場」での生活の実現に信念をもっている、(3)医療と生活支援、就労支援、家族支援のいずれもが重要であることを理解しており、職種や領域をこえたコミュニケーションに意欲がある、(4)当事者の力を信じ、当事者が主体となって活動することを応援しようという意志がある、(5)コミュニケーションや支援を技術として捉え、「役に立つ技術」の定着に意欲があるなどが重要な資質として必要でしょう。

2) スーパーバイザーを確保する

キーパーソンが行動指針を明確にするときにその相談相手になったり、いろいろな情報を提供してくれる人々がいると、質が高く持続するシステムを作るうえで有用です。このような人々を「スーパーバイザー」と呼びます。キーパーソンが随時相談出来る人々にスーパーバイザーを依頼するのが理想的ですが、加えてスーパーバイザー自身が地域におけるケアマネジメントの充実に意欲を持っていることが望まれます。すでに先駆的に地域の活動をしている場所でリーダーシップを取っている人々、学識経験者でコミュニティワーク(地域づくり)の専門家である人々などをスーパーバイザーとして確保出来るとよいでしょう。

3) 地域の資源マップを作成する

「小さなケアマネジメント」を充実したものにするためには、私たちの生活している自治体にはどのような資源があるのかについて充分把握しておく必要があります。キーパーソンを中心に当事者や家族とも協働しながら、『資源マップ』を作成することは、利用者にとっても、サービス提供者、ケアマネジメント従事者、そして住民一般にとっても役に立つ作業です。『資源マップ』作りには以下のようなプロセスがあります。

まず、私たちの自治体(市町村)の良いところを、拾い出してみます。そのような中には、役に立つ生活情報やその土地の歴史によって育まれてきた文化なども含まれます。そのような良さを知ることによって、障害を抱えながらも地域で生活しようとしたときの、その土地の基盤が理解されるのです。

そのうえで、三障害それぞれの資源を「マップ」の中に反映させていきます。反映するにあたっては「住むところ」「日中の居場所」「働くところ」「相談出来るところ」「自分たちで助け合う場所」など、生活に密着したわかりやすい言葉で紹介し

ていくことが大切です。この資源を知る作業の中で、地域社会の中でのつながりが強化されたり、「これから欲しい資源」がより明確になったりします。『資源マップ』はパンフレットにして、多くの人が共有出来るようにするのが良いでしょう。

4) 部会を作る

現実問題として、三障害合同の「定例サービス調整会議」を当初から機能的に立ち上げるには、豊富な人材や今までの連携の歴史が必要でしょう。まずは、今課題となっている問題や、すでにあるネットワークを活用しての「部会」の形成が、望まれます。

精神障害分野であれば、生活支援の事業者、就労支援の関係者、ケアマネジメント従事者、精神科医療機関、そして当事者、家族、行政が一つのテーブルにつく仕組みを作ることが最初の目標となりましょう。

そして、まずはお互いの活動の紹介や「私たちの自治体で今後あると良いサービスとはどのようなものか」というような地域のニーズ把握というあたりから会議を始めていけるのが良いと思われます。もちろん障害者自立支援法の理解も話題になるでしょうが、制度以前に自分たちのしてきた成果、今後の課題などをまとめ、活動の意義を確認することがまずは求められます。そして、何より職種をこえてのコミュニケーションを維持する努力を始めることが良質のシステム作りの必要条件と言えましょう。

5) 部会を運営する

部会の運営にあたって、当面必要な課題や注意点をまとめてみました。

相談窓口機能を市町村の中でどこが受け持つのかということは、ケアマネジメントのシステム作りの中で重要な課題です。窓口の機能は、相談の中でニーズを押さえて助言を行なう他に、複数のニーズがある場合にケアマネジメントをする人につなげたり、あるいは自らがケアマネジメントを行ったり、障害者自立支援法の中での障害程度区分判定を紹介したりなど、サービスを展開するにあたっての門番（ゲートキーピング）の役割を果たすことにあります。良質な門番機能を行なえる窓口があることは、ケアマネジメントを円滑に進めるにあたっての必要条件です。そして、その窓口機能が行政ではなく民間に委託される場合は、そのことを地域の人々が良く把握して、ネットワークの中に確実に位置づけることが大切です。したがって、窓口機能を自治体の中に確立することは部会の初期の大切な課題であると言えます。

「大きなケアマネジメント」を形成する目的の一つは、地域社会にあるさまざまな資源が利用者に開かれており、ニーズに応じて利用者が複数の事業者を活用して質の高い生活を営めるようにすることです。一つの法人が対象者を独占し、対象者が法人外のサービスを利用出来ない状態（囲い込み）が顕著になると、せっかく資源が充実してきても、地域社会全体としては円滑なケアマネジメントが出来にくくなります。部会ではそれぞれの事業者の活動を報告する時間を設け、事業者の活動を相互に理解しあえるようにすることが必要です。そのことによって、他の事業者のサービスもニーズがあれば使ってみるという機会が増えるからです。

精神障害をもつ人の場合、障害者自立支援法にいう給付区分のうち、訓練等給付を

受ける人が多くなると予想されます。訓練等給付では、給付決定後にサービス管理責任者が個別支援計画を作成しますが、相談支援事業者とサービス提供者が個別のケア会議などで適宜連携を取りながらプランを立て、モニタリングが出来るような仕組みを構築する必要があります。部会でのコミュニケーションが深まると個別のケア会議も開催しやすくなるでしょう。これは、サービス提供者の孤立を防ぐためにも非常に重要です。

6) 定例サービス調整会議を開催し、全体像を形成していく

部会がある程度機能するようになったら、次は定例サービス調整会議を含めた地域の障害者福祉システム全体（大きなケアマネジメントの全体像）を整備していく段階になります。各障害のサービス事業者やケアマネジメント従事者、当事者、家族などと行政とが、障害種別を越えてひとつのテーブルにつくわけです。

三障害の障害種別ごとに部会が成長しているようだと、文字通り統合するような形で、「定例サービス調整会議」が形成出来ます。しかし、ある障害の部会が活発で地域の活動をリードしているような場合は、その部会が中心になって合同の「定例サービス調整会議」を形成せざるを得ないと思われれます。いずれにしても三障害の担当者や当事者が定期的に一同に会し、相互の活動について理解を深めていくことは障害者自立支援法の趣旨からいっても今後重要なことと考えます。以下に「定例サービス調整会議」作りの要点や会議で実施出来ることなどを簡単にまとめておきます。

行政と民間と当事者団体の代表が含まれるように配慮する

大きなケアマネジメントの全体像の構成（図1参照）について、その目的、事業内容、構成員、組織などについて設置要綱として文書化しておく
設置要綱に記載した組織をみんなが共有出来るように図1のように図表化し配布する。

市町村は、その召集力を生かし、会議開催の責任をうけもつ（日程調整、場所、議事など）。

人材育成の観点から、国や都道府県が開催するケアマネジメントに関する研修に積極的に参加するとともに、市町村や圏域でも研修会や勉強会などの場を定期的に設ける。

住民から挙げられている要望や苦情について検討する。障害者自立支援法の障害程度区分の認定過程で支給内容に課題があると考えられるケースや不服申し立てが行われたケースについて見直し、審査会にコメントやフィードバックを提供することなども必要。

サービスの質の向上のために、サービス評価をどのようにしていくかを決定する。
少なくともサービス事業者が自分たちの活動を会議の中で紹介・報告するような時間を設ける。

注) いずれの会議でも利用者個人に関する情報の取り扱いには注意が必要です。情報の共有には前もって利用者本人から会議で検討することをわかりやすく説明し、同意を得ておく必要があります。また、会議では仮名を使ったりイニシャル表記にするなど、個人が特定されないよう配慮する必要もあります。

「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