

「小さなケアマネジメント」事例 障害児者生活支援センター かけはし

【地域特色】

「生活支援センター かけはし」が対応しているキャッチメントエリアの人口は約 25 万人。魚沼市・南魚沼市・十日町市・小千谷市・川口町・湯沢町・津南町の 4 市 3 町である。「かけはし」では、専任のコーディネーターが主として知的障害者・児のケアコーディネート（ケアマネジメント活動）を行っている。本事例は、大都市ではない典型的な地方において、特別ではない一般の社会福祉法人がどのように小さなケアマネジメントを充実させていくか、またその抱える課題についても好例となっている。なお、冬季は積雪が厳しく、広大なエリアをカバーしていることもあり、アウトリーチによる巡回相談は一日がかりになることもある。

【システムの特徴】

ケアマネジメントの体制：

コーディネーター一人、サブコーディネーター一人がケアマネジメント活動を行っている。活動は 5 年目。かつては同社会福祉法人内のスタッフが、コーディネーターの活動を通常の直接サービスの傍ら個々に行っていた。しかし、現在では主としてスタッフ一人が集中して担当していることで、コーディネート活動の質を確保している。なお、市町村でも独自の相談事業を行っているが、困難事例が市町村から紹介されて、それを担当することもある。

- なお、具体的に社会福祉法人として関連の施設を複数もっており、本人に対する直接のサービスも提供するので、単に社会資源のブローキングをしているだけではない。直接支援をする能力があるかどうかは、特に緊急対応が必要になった時に重要である。
- なお、現在は県の「障害児（者）等地域療育支援事業」の枠組みを使用している。

ケアマネジメント活動の内容：

一般相談と各社会資源へのコーディネート（在宅障害児（者）の地域生活支援のために、療育指導・相談、各種福祉サービス提供を受けられるよう援助・統制などを行う）が主活動である。ただし、危機状況（暴力や精神的な状態が不安定など）が多発するような事例では、頻回の巡回相談やダイレクトサービスが必要であり、インテンスなケースマネジメントが重要になる（100 例のうち 20 例程度は、そのようなインテンスなかかわりを必要とする）。また、施設の中での相談よりも外に出むく巡回の形で相談をうけることが多く、フットワークを軽くして、綿密なコーディネートをしているのが特徴である。

- ニーズとしては、住居支援、日中活動の場の提供、緊急時対応（暴力や精神的不安定）、家族関係の困難（家族の受け入れ拒否＋家族が同じく障害を抱えている）などである。
- 知的障害といっても実際には多様な人々が存在し、アスペルガー障害や発達障害などの精神障害をもつ人々も存在する。そこで他機関の専門家（臨床心理士・OT・理学療法士）とタイアップして訪問するなどの工夫を行った。一人・一機関だけが超人的な能力を発揮できるわけではないので、他機関・他資源との連携の中で、必要なサポートを得られるような体制を整えている。

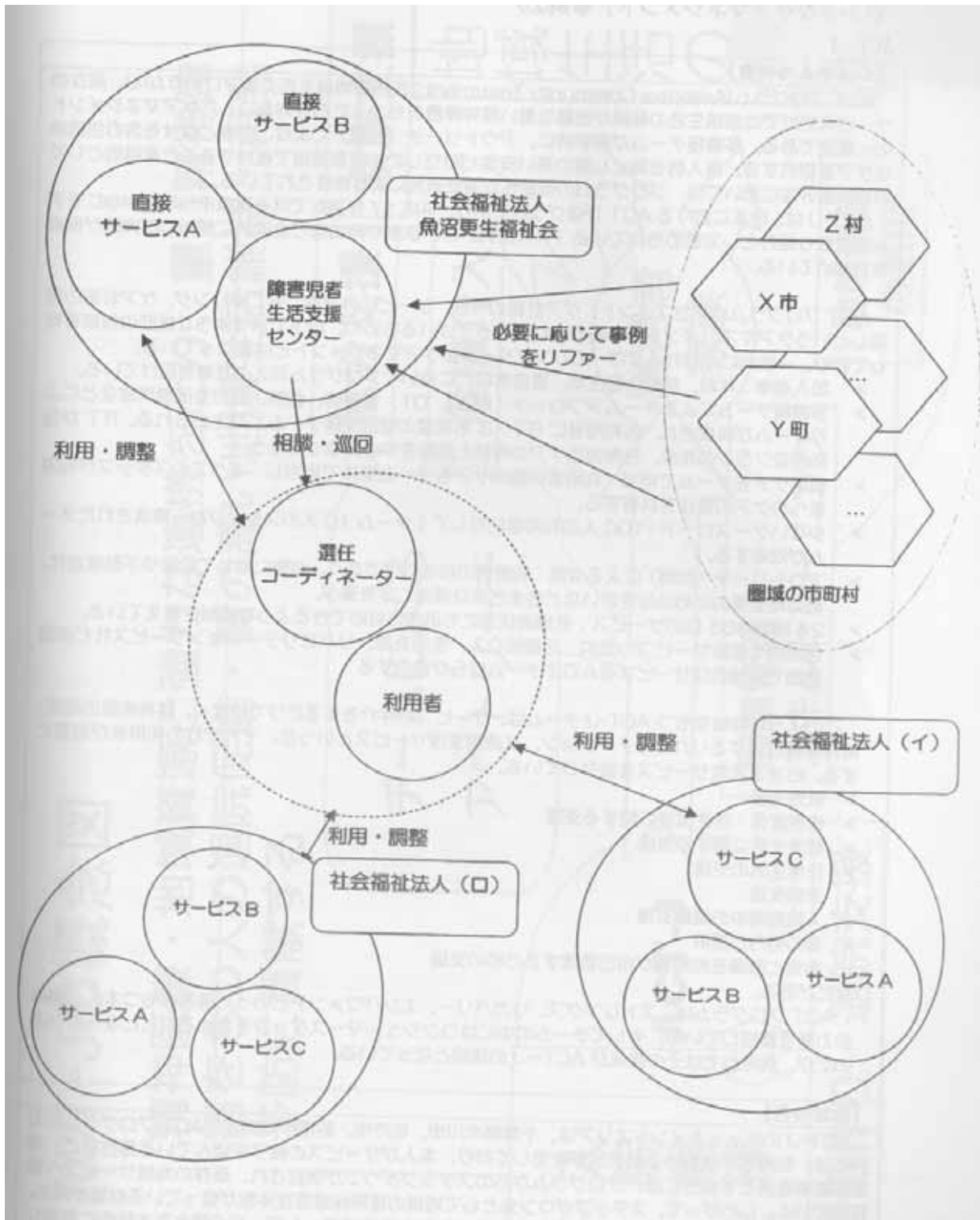
課題点：マクロレベルでの体制の充実

ケアプランを立てても社会資源がなかったり、サービスが不十分である、ということがある。特に就労関係・医療関係のサービスが少ない（山間部なので）。マクロレベルでのネットワークがあれば、そのようなニーズを地域レベルで考えていくことができるのではないかと感じている。なお、これまで社会福祉法人のような民間団体がイニシアチブをとっても信頼されないのではないかと、という思いがあったが、今年度からそうしたネットワークを形成していく予定である。

- ただし、オフィシャルなネットワークこそないが、コーディネート活動を通じて、「一人で抱え込まない」という風潮が地域に広がっており、個別の事例を通じて分散的なネットワークが形作られているといえるであろう。

【歴史的背景】

施設からいかに地域生活に移行するか、という視点はもち、その中でグループ活動や住居など多様なニーズを満たすためには、一社会福祉法人の活動だけでは完結できないという理念をもっていた。そこに、県で実施している障害児（者）等地域療育支援事業に参画したのが経緯である。



「小さなケアマネジメント」事例

ACT-J

【システムの特徴】

ACTプログラム(Assertive Community Treatment：包括型地域生活支援プログラム)は、既存のサービスだけでは地域生活の継続が困難な重い精神障害をもつ人たちを対象にしたケアマネジメントの一類型である。多職種チームが集中的に、アウトリーチ（訪問）により、医療と福祉を含む包括的なケアを提供する。再入院を抑止し質の高い安定し自立した生活を地域で維持することを目的としており、諸外国においては、プログラムの有効性が実証研究により検証されている。

ACT-Jは、日本におけるACTプログラムであり、平成17年現在では千葉県市川市を中心にモデル的な取り組みとして進められている（介入研究）が、京都や岡山など全国的に類似した実践が模索され始めている。

ACTプログラムはアセスメント、ケア計画の作成、サービスの提供、モニタリング、ケア計画の見直しというケアマネジメントの一連の流れに沿ってはいるものの、以下で示すような援助の特徴を有しており、一般的にみられるブローカリングタイプのケアマネジメントとは異なっている。

- 加入基準：年齢、診断、居住地、重症度などにおいてプログラム加入の基準を設けている。
- 多職種チームによるチームアプローチ：PSW、OT、看護師、医師、就労支援専門家などによりチームが構成され、各利用者にITT（3名程度の個別支援チーム）が定められる。ITTが包括的なプランの作成、日常的なケアの提供と調整を中心に行う。
- 個別ケアをチームで担当：利用者の個別ケアをチーム全体で担当し、すべてのスタッフが利用者へのケアの責任を共有する。
- 少ないケースロード：100人の利用者に対して1チーム10人のスタッフから構成されたチームが対応する。
- アウトリーチ（訪問）による支援：利用者の自宅だけでなく、必要に応じて役所や不動産会社、買い物支援のための付き添いなどさまざまな場所に足を運ぶ。
- 24時間365日のサービス：危機的状況にも迅速に対応できるような体制を整えている。
- 包括的な直接サービスの提供：治療的介入、生活支援、リハビリテーションサービスなどの包括的で直接的なサービスをACTチーム自らが提供する

このような特徴をもつACT-Jチームは、サービスの仲介をするだけでなく、精神疾患の治療、精神障害に対するリハビリテーション、社会的支援サービスといった、それぞれの利用者が必要とする、さまざまなサービスを提供している。

- 就労支援
 - 住居確保・居住環境に関する支援
 - 経済生活に関する支援
 - 日常生活の支援
 - 家族支援
 - 入院期間中の継続支援
 - 薬の処方と提供
 - 病気と服薬を利用者が自己管理するための支援
- などがある。

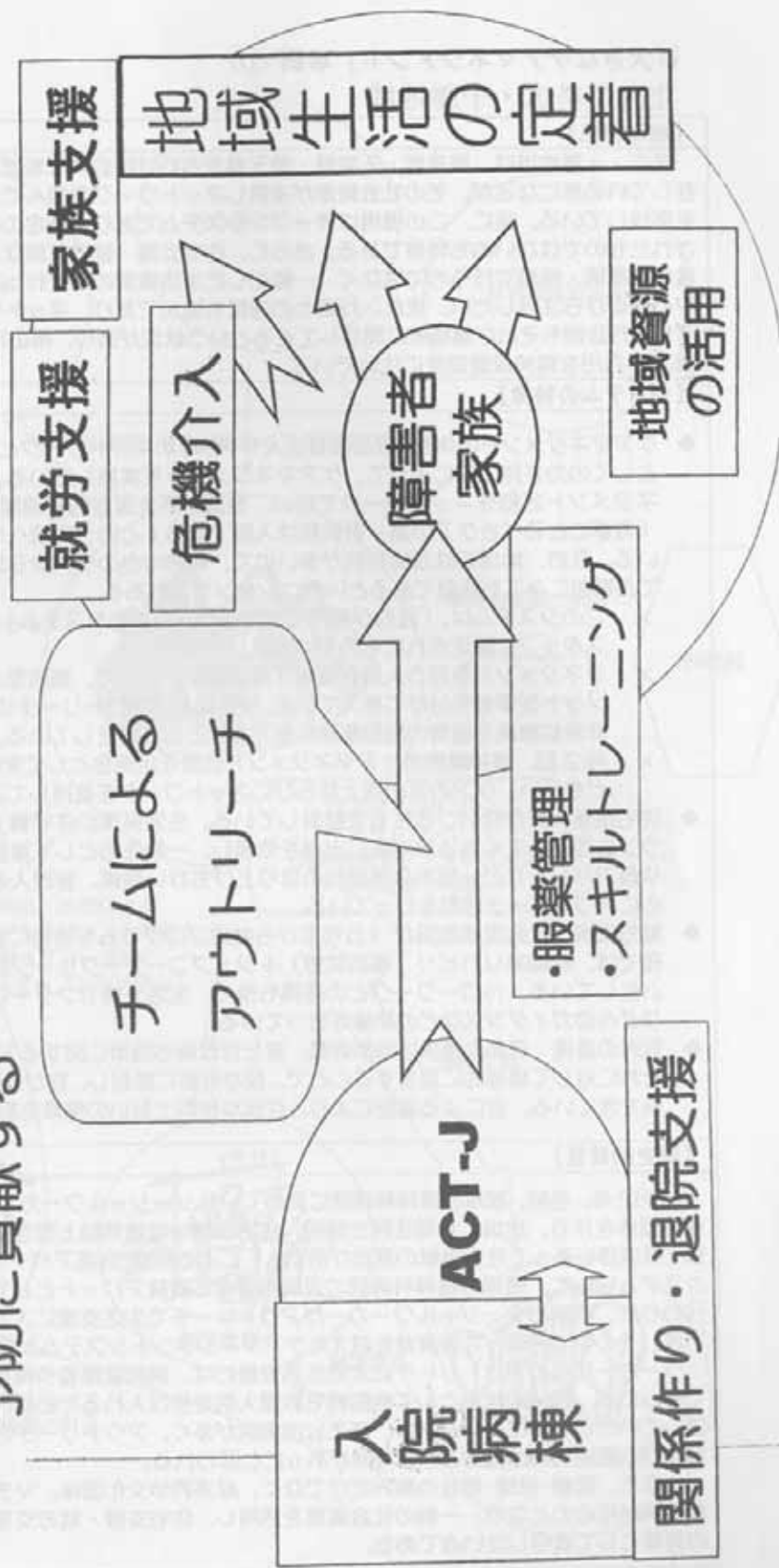
ACTプログラムは、ストレングス、リカバリー、エンパワメントといった障害をもつ本人の視点や力量を重視している。そしてチームの中にはコンシューマースタッフを含めることとなっているのだが、現時点ではその確保がACT-Jの課題となっている。

【地域特色】

ACT-Jのキャッチメントエリアは、千葉県市川市、松戸市、船橋市である。ACTプログラムにおいては、利用者の状態や生活状況が安定しており、本人がサービスの終了を望んでいる場合など、規定の基準を満たす場合には、プログラムからのステップダウンが検討され、既存の地域サービスへ移行していく。したがって、ステップダウン先として地域の精神保健福祉体制が整っている必要がある。市川市では、マディソンモデル事業として平成17年から地域ネットワークの強化を本格的に実施しており、小さなケアマネジメントから大きなケアマネジメントへの広がりを見せている。

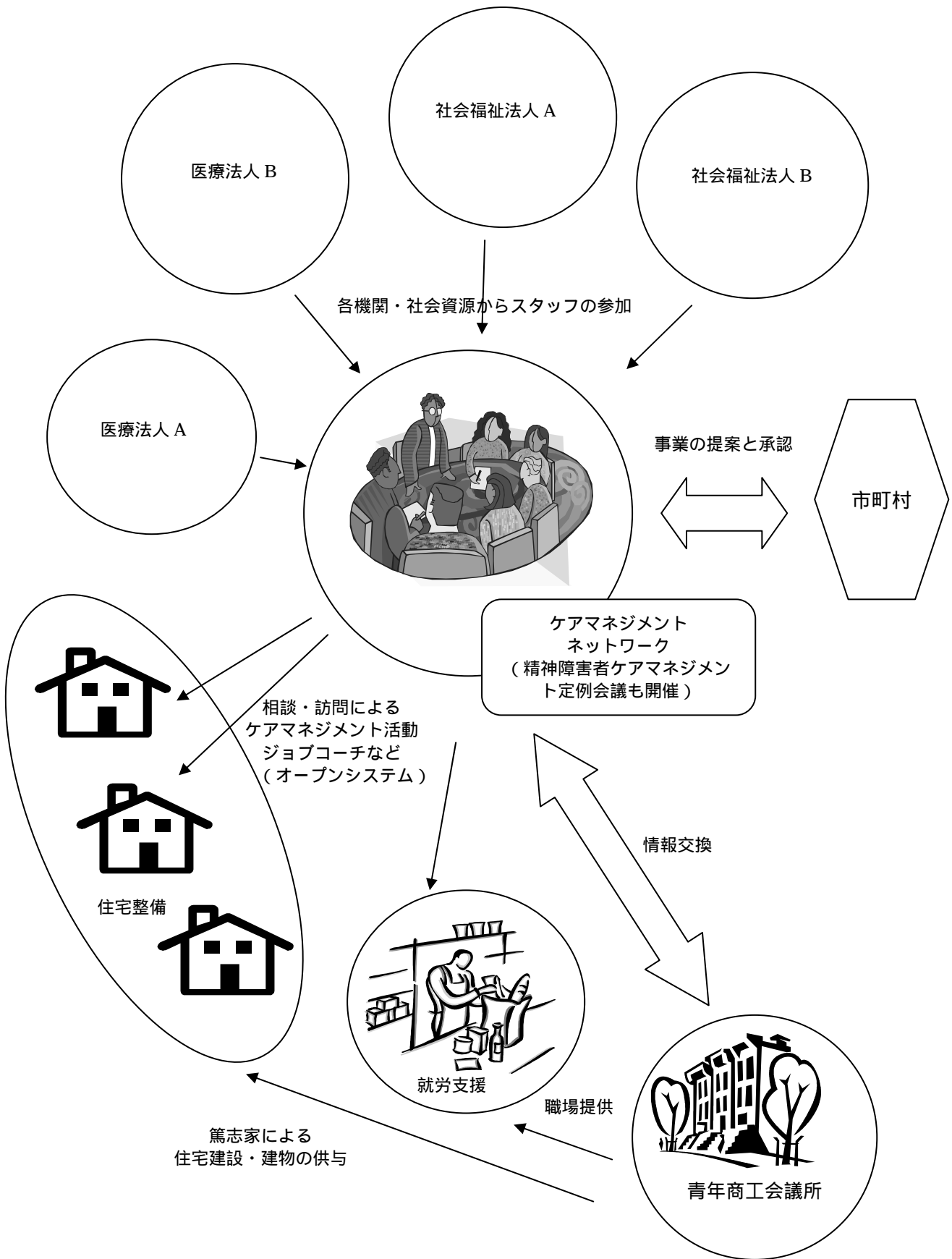
ACT-Jの概念図

精神医療・地域資源と強力な連携をとり、重い精神障害をもつ人の退院促進・質の高い地域生活維持・再発予防に貢献する



「大きなケアマネジメント」事例 北海道帯広・十勝地域

<p>【地域特色】</p>
<p>帯広・十勝地域は、東京都・千葉県・埼玉県を合わせた広大な地域である。そこに各社会資源が点在している形になるが、その社会資源が連携しネットワークを組んで当事者の生活を支えるシステムを形成している。特に、この機構はオープンシステムであり、特定の施設の利用者・スタッフに限定されたものではないのも特徴である。さらに、住宅支援・就労支援などを、必ずしも障害者向けの保護的な環境・施設で行うのではなく、一般化した生活資源の中で行っている点もノーマライゼーションの観点から注目したい。また、行政との連携も進んでおり、ネットワークが施策に対しプランを提示し、行政側もそれに積極的に関与してくるという状況があり、帯広市は750億の年間予算のうち、9000万円を精神保健福祉に注いでいる。</p>
<p>【システムの特徴】</p>
<p>ケアマネジメントの体制：社会福祉法人やPSWのネットワークとしての活動(ゆるやかな合議体としての力を持つ)によって、ケアマネジメントを実施している。地域生活を支える当事者のマネジメント活動をネットワークで行い、地域生活支援を医療機関から独立させることによって、「有事にとるべきケアの第一選択肢は入院である」という病院への依存度を下げることができている。なお、地域には公的病院が多いので、病院中心のケアから地域生活への移行は自治体として長期的にみても有益であるというコンセンサスもある。</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ このシステムは、「誰もが利用でき誰もが支援するシステム」であり、特定の施設の利用者・スタッフに限定されたものではない。 ➤ マネジメントを行う人員を確保する必要があるので、施設型のサービス提供者とケアマネジメント従事者を分けて考えている。常勤職員はアウトリーチやケアマネジメント活動を行い、非常勤職員を通常の施設業務にあてるなどの工夫をしている。 ➤ 月2回、精神障害者ケアマネジメント会議を定例会として実施し、企画・調整・事例検討などを行い、ケアの質の向上ならびにネットワークを維持している。 <p>住宅整備：まかないつき住宅を整備している。生活保護の住宅費で家賃を払える住宅を、そのプランに同意してくれる篤志家に出資を依頼し、一般住宅として建設。また利用者のいないホテルや仮アパートなど一般的な建築物の借り上げも行い整備。管理人をおかず、地域生活を支えるためにアウトリーチ活動を行っている。</p> <p>就労支援：社会復帰施設が15年前から就労プログラムを独自に展開し雇用を推進してきた。現在では、前職業リハビリ(事前就労)+ジョブコーチ+グループ就労の形で、就労支援をシステム化している。ハローワークとの連携も良く、生活支援センターにおいて就労相談・就労希望者などへのガイダンスなどの研修を行っている。</p> <p>官民の連携：官民の連携は当然必要。また行政側も施策に関するアイデアを求めるニーズがあり、それに対して積極的に提言することで、民から官に提起し、官から民に委託(認証)するという流れもできている。官による認証により、住民や民同士互いの信頼も担保できる。</p>
<p>【歴史的背景】</p>
<p>1982年、当時、圏域の精神科病院に勤めていたソーシャルワーカー(3病院5人)が中心となって、任意団体を作り、地域に共同住居を開設。生活保護の家賃補助上限を家賃として運営。その後、篤志家(経済界にあって社会貢献の意志がある人)による新築・既築アパートの借り上げにより、オープンシステムにして、圏域の精神科病院の退院希望者に賃貸アパートとして提供する。管理人は置かない代わりに、病院のソーシャルワーカーがアウトリーチで生活支援に入る。以降、この事業を拡大していき、その中で病院・社会資源を越えたケアマネジメントシステムが構築されていった。</p> <p>ワーカーたちのアウトリーチによる生活支援には、病院管理者や精神科医の理解も前提として重要であったが、当時の状況として病院側も新規入院を受け入れるために、長期在院患者の退院促進を希望していたというニーズがあり、また公的病院が多く、アウトリーチ活動は直接の利益にはつながらないが、長期的には有益という判断があったと思われる。</p> <p>また、医療・保健・福祉の業界だけでなく、経済界や文化団体、マチ起こしグループなどとの連携が資源開拓の力となり、一般の社会資源を活用し、住宅支援・就労支援を展開できているのも本事例の背景として着目したい点である。</p>

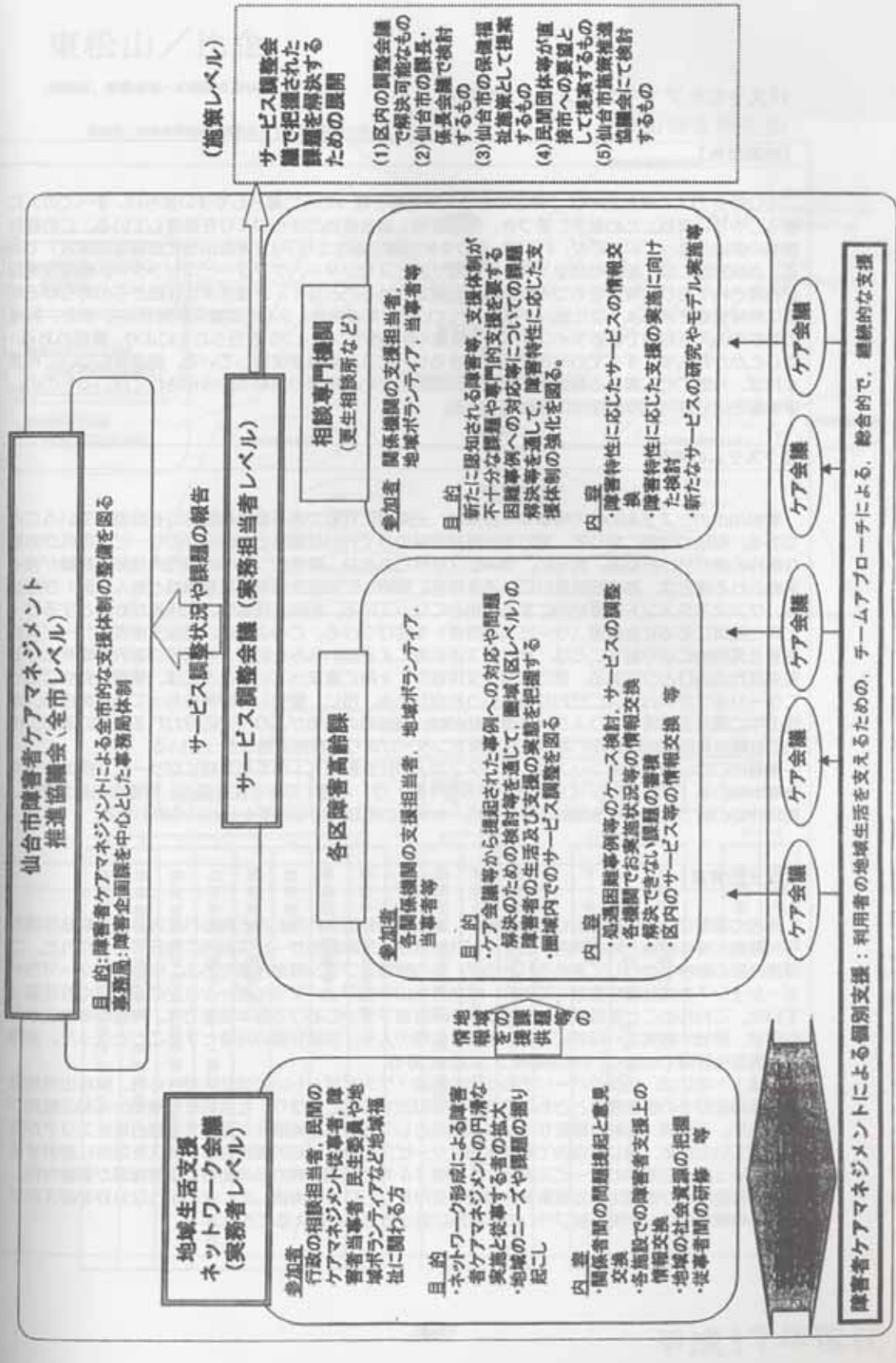


「大きなケアマネジメント」事例

宮城県仙台市

【地域特色】
宮城県仙台市は、5つの区からなる政令指定都市である。仙台市では、行政が障害者保健福祉における仕組みづくりの主体的役割を担い、他の地域に先駆けて熱心に取り組んできた経緯がある。その要となっているのがケアマネジメントである。障害者保健福祉計画においては、基本方針としてケアマネジメントと相談支援体制の拡充や、精神障害者に対する施策の推進と障害種別を統合した施策展開、多様なサービス提供体制の構築によるサービスの向上などが含まれている。また、本計画の注目すべき点として、身体・知的・精神の三障害や難病患者だけでなく、制度のはざまにあり、十分なサービスが行き届きにくいと言われている人々（たとえば高機能自閉症、学習障害、ADHD、高次脳機能障害）をも対象に含んでいることがあげられる。行政関係者から「サービスだけあっても機能しない。そのサービスを使える環境や雰囲気を作っていく。そのうえで、サービスに乗り切らない部分などを吸い上げていくシステムを整備していく必要がある。」という意見があげられていた。
【システムの特徴】
仙台市では「個別支援を通してネットワークを形成し、地域づくりに結びつける」ということが、ケアマネジメントシステムの基本概念として位置づけられている。全体的な仕組みづくりは主に行政が担っているが、実際のケアマネジメントは行政と民間が役割分担をしながら協働で進めている。総合相談窓口が各区役所に置かれておりゲートキーパーとしての役割を果たしているが、それ以外にも地域の支援センターに窓口が置かれており随時相談を受けている。また、特に支援費利用（平成17年現在）の責任の点から、行政担当者が民間の支援センター職員らと実際に地域に赴き、アセスメントやケアプラン作りに加わっている。また、処遇困難事例については、精神保健福祉センターや障害者更生相談所、発達相談支援センター等の各種専門機関の職員が加わっている。さらに、事例が継続的かつ重点的な支援が必要な場合は、支援センターの職員が中心となってケアマネジメントをすることも多い。 地域のサービス提供者が毎月1回程度集まって「地域生活支援ネットワーク会議」を開催することで、支援者同士の顔の見える関係が作れているという。この会議は三障害合同で実施されている。さらに、行政のイニシアチブにより不定期的に「サービス調整会議」が開催され、ここでの話し合いをもとに、新たに必要な社会資源の創出について市に対して提言するなど試みられている。また、仙台市では学識経験者や当事者らが参加する「ケアマネジメント推進協議会」が設置されており、ケアマネジメントのシステム評価について検討できるような仕組みが整っている。 一方、図に示したような重層化したシステムが下から上への一方通行ではなく、お互いに連携してこそこのシステムが活きるのだが、現段階では十分には機能していないという課題があげられていた。
【歴史的背景】
三障害合同の流れは、平成8年の大都市特例により精神保健福祉業務が県から市に委譲された頃に端を発している。当時は、精神保健福祉は相談業務中心の保健部局で実施し、そのほかの障害については制度利用を中心とする民生部局が担当していたが、このことにより全体の枠組みの建て直しが迫られた。そしてこの頃から、審議会の答申や障害者プランの中に、システム再編成の必要性について言及されるようになる。 その後、精神障害者のホームヘルプサービス事業の開始を機に、精神障害者に対しては保健師や精神保健福祉相談員等によるケアマネジメントが導入されるようになった。また、支援費制度の開始により、身体障害や知的障害をもつ人に対してもケアマネジメントが行われるようになった。 総合相談窓口の設置目的は、身体・知的・精神の各種障害をもつ人々及び難病患者に対して積極的にケアマネジメントを導入することにあつた。したがって担当職員の日常業務は、チームによるアウトリーチが中心であり、また、地域のインフォーマルサービスの積極的な活用や、地域住民との協働など、今日言われるところの「地域福祉の視点」が強く求められることとなった。そのことは、それまで縦割り・慣例主義・職種毎の事業中心であった保健福祉に従事する行政職員の意識改革を促すこととなった。 制度利用の適用から外れるような人でも、相談によって適切に課題を拾い上げる必要があると、地域における相談業務の重要性が広く認識されている一方で、それを今後どのように保障していくかが新たな課題となっている。

障害者ケアマネジメント推進事業体制



「大きなケアマネジメント」事例

埼玉県東松山市

【地域特色】

人口約9万人の東松山市は、「障害のある人や高齢となった人に暮らしやすいまちは、すべての人に暮らしやすいまち」との考えに基づき、生活重視・福祉優先のまちづくりを推進している。この福祉施策の拠点となっているのが、『ひがしまつやま市総合福祉エリア』（東松山市社会福祉協議会）である。当該施設には、総合相談センター、訪問サービスセンター、ケアサービスセンター、施設管理課が設置されており、障害をもつ人や高齢者に限定されることなく、さまざまな住民からのあらゆる相談に常時対応できるような仕組みが整えられている（年中無休、24時間電話相談対応）。また、制度の対象外の人でも利用できるライフサポート事業（有償ボランティア）を行うことにより、障害のある・なしにかかわらず、すべての市民が利用できるサービスの提供を実施している。資金面について付言すれば、分野ごとに異なる資金源（補助金）であるため、実際の活動は統合化されてはいるものの、事業報告は分野別、障害種別に行われている。

【システムの特徴】

東松山市のシステムの中で特筆すべき点は、三障害に対応できる総合相談窓口を設置していることである。相談の内容に応じて、窓口での情報提供のみで十分な場合と、何らかのサービス提供が必要な場合に振り分けられる。さらに、サービス提供にあたり、障害についての専門的知識や経験が強く求められる場合は、総合相談窓口にいる各障害に精通した相談支援者（社協職員と法人職員）が担当し、ケアマネジメントを継続的にする仕組みになっている。相談支援者は、利用者が必要とするサービスと地域にある社会資源（サービス提供者）を結びつける。このように、相談支援者とサービス提供者を場所的に切り離すことは、サービス提供者による囲い込みを防ぎ、利用者の選択の幅を広げる有効な方法のひとつである。また、相談支援者が1ヶ所に集まっていることには、情報共有やコミュニケーションがスムーズに行われるという利点がある。特に、重複して障害をもっている場合や、家族の中に異なる障害をもつ人がいる場合などは、担当者の協働がより円滑に行われる傾向にある。市内には精神科医療機関併設の地域生活支援センターがあり、常時連携をとっている。

実質的には、総合福祉エリアは、人口22万人の比企郡域（1市5町3村）がサービス提供エリアとなっている（平成18年4月より1市6町1村）が、年間1万1千件（延べ）程度の相談があり、相談件数の面でも、また地理的な面からも、1ヶ所の相談窓口では不十分という声もある。

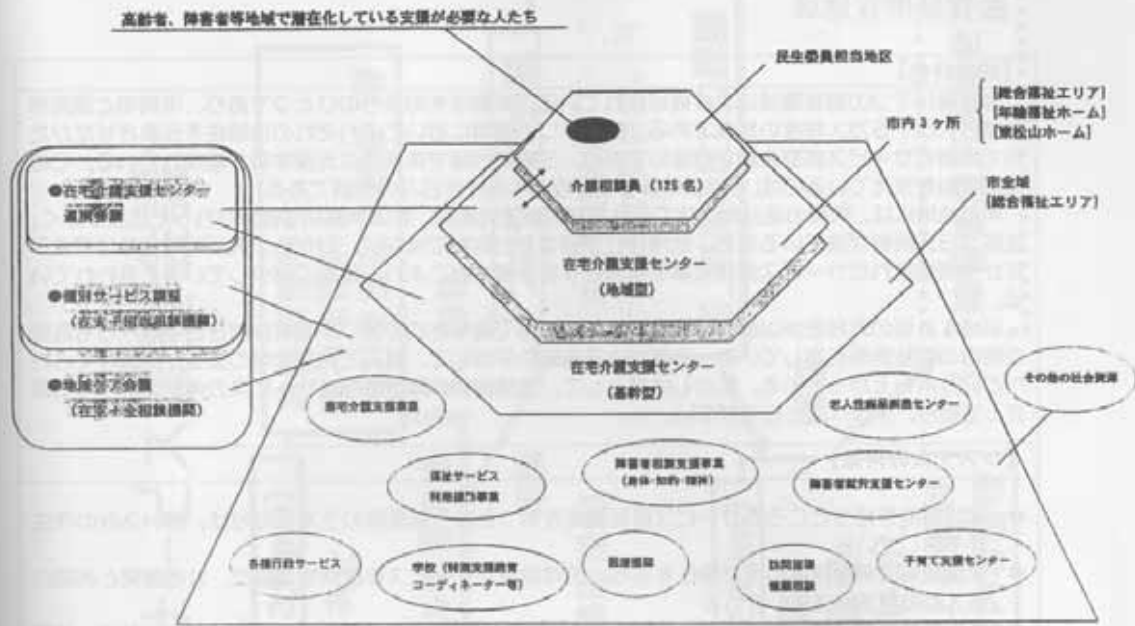
【歴史的背景】

障害の種類による垣根を取り払う発想は、埼玉県から出されたものと言われており、平成8年頃から二障害（身体障害と知的障害）のサービス統合が、三障害のサービス統合に先行して行われた。二障害合同の動きと並行して進められたのが、市の障害者プラン策定作業である。当時国はノーマライゼーション7カ年計画を宣言しており、また東松山市長がノーマライゼーションのまちづくりを謳っていた。これらのことを背景に、東松山市の障害者プランにおける基本理念では、障害の有無にかかわらず、怪我や病気で一時的に支援が必要な状態の人も、当該計画の対象とすることとなった。名称も障害福祉計画ではなく、『市民福祉プラン』である。

平成11年には、公設のパーソナルケアの拠点（ケアサポートいわはな）が作られ、東松山市社会福祉協議会がその事業運営とともに相談事業を担当することになり、社会福祉協議会の体制の整備がなされた。その頃、高齢者福祉サービスの拠点として社会福祉協議会が運営する総合福祉エリアが整備されていたため、同じ建物内で高齢者福祉サービスと身体・知的障害者サービスを同時に提供することとなった。三障害のサービス統合は、平成14年に都道府県から市町村に事務権限が委譲され、社会福祉協議会が地域生活支援事業の委託を受けたことにより実現した。このような分野を超えたサービスの統合化は、市民福祉プランの考え方に沿ったものと言えるだろう。

東松山／比企

高齢者、障害者等への相談支援体制



「大きなケアマネジメント」事例 滋賀県甲賀地域

【地域特色】

滋賀県は7つの福祉圏域により構成されている。甲賀はそのうちのひとつであり、甲賀市と湖南市を含む人口15万人程度の地域である。県内7つの圏域においてそれぞれの地域性を反映させたかたちで障害者サービス調整会議が機能しており、三障害合同で体系的な支援体制が組まれている。この支援体制を支えているのは、「共生のまちづくり」へ向けた日々の実践である。

甲賀地域には、戦後の混乱期に建てられた知的障害児施設、近江学園から枝分かれした施設が多く、全国から入所者が来ているため、地域移行が必ずしも容易ではない。しかし、入所待機者数は平成7年から開始されたサービス調整会議を基調とする支援体制により、確実に減少していると言われている。

平成16年の町村合併以前は甲賀圏域は7つの町で構成されており、圏域体制をとりながらも各町が独自の福祉施策を有していた。合併による施策の平均化で、進んでいた地域の後退が余儀なくされたという声も上がっている。しかし依然として、当該地域の障害者福祉サービスの体制は国内でも際立っており、学ぶべきところが多い。

【システムの特徴】

相談機能を持つところとサービス提供機能をもつところを場所のうえでも分け、困り込みの発生を予防している

会議開催は県事務所や市が責任をもち、民間機関がサービスを提供するなど、公的機関と民間の法人の役割を明確化している

各支援センターが三障害の窓口となり（サテライト型）それぞれをネットワークでつなぎ、障害の得意不得意を補い合う

地域の様々な人がサービス調整会議に参加することにより（無報酬の場合が多い）、サービスの透明性を高める努力をしている

障害種別による支援特性の違いを認めつつ、利用できる知識については障害の枠を超えて有効活用できるよう配慮している

サービス調整会議というチームアプローチをすることにより、相談支援者の孤立化を防いでいる
アウトリーチ型のサービスを提供している

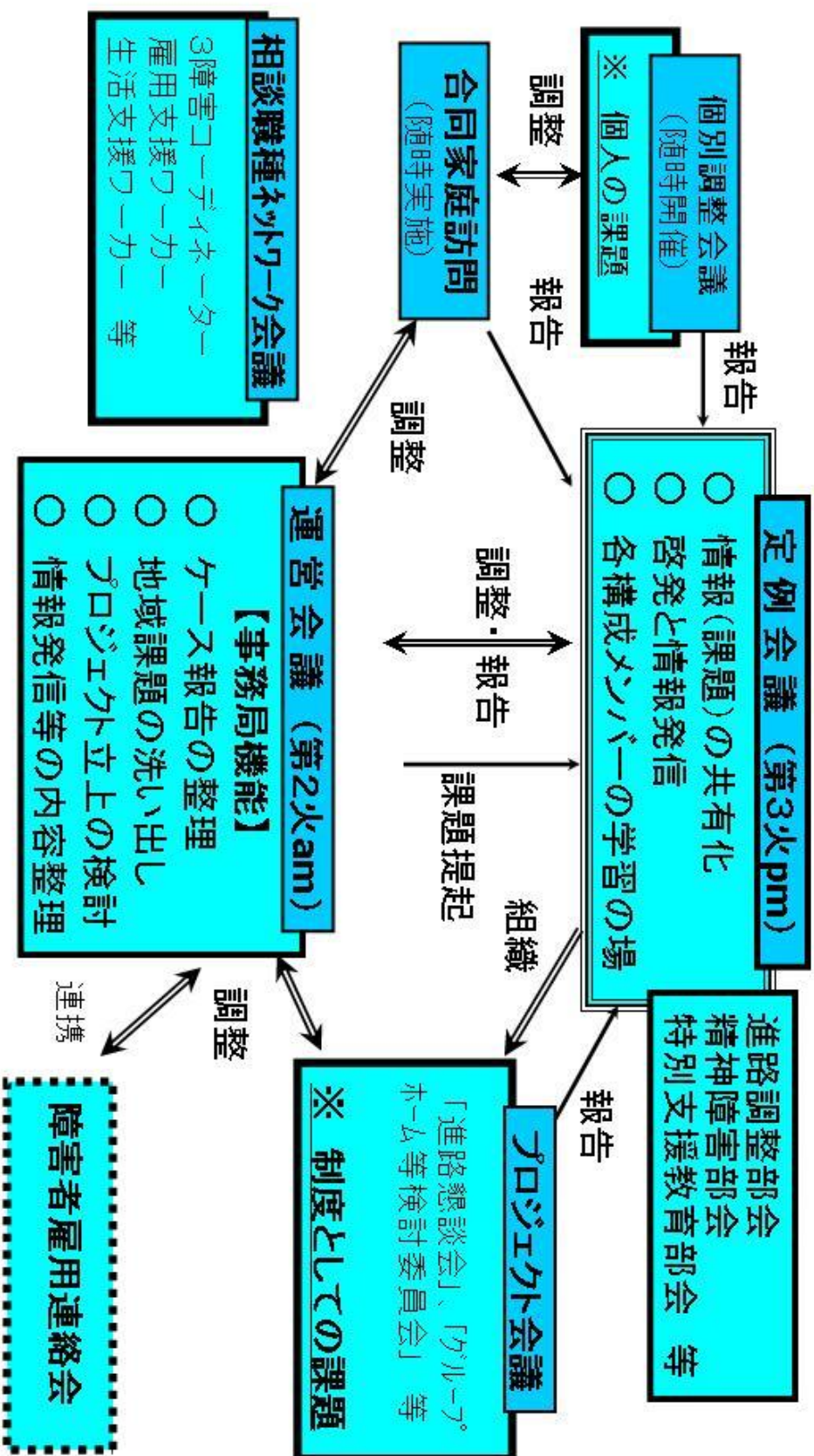
会議開催においては、最も参加が難しい人（医療関係者など）に合わせて時間や場所を設定する

【歴史的背景】

サービス調整会議の成立は、平成7年に甲賀郡の社会福祉法人しがらき会が地域療育等支援事業を受託したことに始まる。当該事業においては、地域に住む知的障害者向けの事業としての明確な方針を打ち出された。というのも、平成4年から2カ年計画で実施された知的障害者福祉の全国調査により、本来在宅支援が目的であるコーディネーターが、施設業務に取り込まれている実態が明らかになったからである。サービス調整会議は当初、コーディネーターによる活動を地域で評価する場として福祉事務所に依頼して立ち上げられた。全国調査に携わったしがらき会の副理事長（当時）が、現在のシステムができる以前から、関係者の意識改革に向けた啓発活動に取り組んでいたことは特筆すべきであろう。最初は17名程度の参加であったが、平成12年には別の法人に身体障害分野相談事業が委託され、身体障害者福祉関係者が調整会議に参加するようになり、同様に平成14年には精神障害者福祉関係者も参加するようになった。すでに高齢者福祉の領域において類似の調整会議が立ち上げられており、要綱もできていたため、福祉事務所がこの要綱を参考に、障害者福祉分野のサービス調整会議設置要綱を作成した。

その間、コーディネーターらが社会福祉事務所職員を伴って家庭訪問を開始し、さらに町役場の担当者にも同行してもらえるようスケジュールを調整するなどの地道な活動を通して、公的機関と民間機関との連携が可能になった。サービス調整会議の円滑な運営においては、関係者間の日頃の対話が重要であると指摘されている。

甲賀地域障害児・者サービス調整会議



「大きなケアマネジメント」事例 千葉県市川市 - マディソンモデル活用事業

<p>【地域特色】</p> <p>市川市は千葉県北西部にあり、都心から 20Km 圏内にある首都圏のベッドタウンである。人口は 46 万人を超える。</p> <p>市川市は、重い精神障害をもつ人々を対象にした包括型地域生活支援プログラム (ACT-J) のキャッチメントエリアの一つであり、既存の社会資源も県内の他の地域と比較すると、より充実しているとも言われている。</p>
<p>【システムの特徴】</p> <p>「マディソンモデル」は、精神科病院から退院した人々が直面するさまざまな問題に対応し、地域の中で普通に暮らしていけるよう支えるトータルなシステムとして、米国ウィスコンシン州デーン郡で開始された精神保健地域ケアシステムである。</p> <p>本事業は、マディソンモデルを日本で展開する試みをモデル的に実施することにより、精神障害をもつ人々が地域の中でできるだけ質の高い、安定した自立した生活を送り続けられるようにしようというものである。したがって、本事業のゴールは、入院や自宅でのひきこもりを余儀なくされている精神障害をもつ人々を中心に、このサービスを利用することで、自宅や医療機関以外の居場所を見つけ、自身や自尊心を回復し、普通の人々と同じように地域に住み、地域の中の就労の場で働けるようになり、充実した生活が楽しめるようになるよう支援することである。</p> <p>本事業を構成するメニューは次のようなものがある。</p> <p>ケアマネジメント従事者を配置したケアマネジメントの運営 ケアマネジメント・ネットワークコーディネーターを下記のクラブハウスに週 4 日勤務体制で配置する (民間施設職員 2 名が分担)。身近な相談窓口の充実・強化が目的。</p> <p>ケアマネジメント担当者に対する研修 ケアマネジメントの手法について、福祉職員だけでなくピアやボランティアも参加できるような研修の開催。</p> <p>クラブハウス 精神保健福祉に関する情報を一元化し、当事者、家族、スタッフにとってのステーションとする。日中の居場所の提供や仲間同士の集い (ピアカウンセリングを含む) としての場の機能を果たす。常勤スタッフ、非常勤スタッフなど全体で常時 3 名体制。</p> <p>クライシスハウス及び自立生活体験事業 単身生活の短期体験により、単身生活への不安の解消を図る、長期入院の解消を促進する、家族との距離をとりレスパイトできる場を提供することで新たな入院を予防する、などの目的がある。世話人を配置する。</p> <p>就労支援コーディネーター コーディネーターをクラブハウスに配置。利用者のケアマネジメント担当者と連携し、その利用者に適当と思われる職場を探したり、斡旋し、利用者及びその企業に対して継続的な支援を行う。また職場開拓も積極的に行う。</p>
<p>【歴史的背景】</p> <p>本事業を実施するにあたり、これを地域における官民協働のプロジェクトとして実施するため、市川市における精神障害者の地域生活支援に係る関係機関・団体に呼びかけ、「マディソンモデル活用事業研究会」を立ち上げて、白紙の段階から議論を始めた。精神障害をもつ当事者、家族、民間支援機関、公的機関、医療機関など関係するあらゆる立場から委員が出て、日頃の活動の中で感じている率直な思いを発言し、複数回にわたる意見交換会を開催した。</p> <p>意見交換会を中心とする事業開始までの流れの概要を示すと次のようになる。まず、市川に不足している資源・あるとよい資源に関する検討、次に、それに対する対応策、具体的な事業メニュー内容の検討、それぞれの事業メニューごとの詳細な検討、そして実施計画の作成に至った。当該研究会の座長はグループホームや小規模作業所を運営している NPO 法人の理事が務めており、事務局は千葉県と市川市に置かれている。</p>

街という資源

行政
県・市川市

日中の居場所
当事者の自発的な活動
・クラブハウス (For Us)
夕食の提供
家族の休息にも

普通の職場で
働ける仕組み
(短期間就労・短時間就労)
・就労支援コーディネーター
企業との密な連携

ネットワーク
マディソンモデル活用事業研究会

普通の住まいで
暮らせる仕組み
・公的保証人制度
・ホームヘルプ
・自立生活体験事業

ケアマネジメント
ネットワークコーディネーター

利用者
家族

入院を使わずとも
休める仕組み
・クライシスハウス

障害が重く不安定
でも地域で
暮らせる仕組み
ACT

サービスと利用者をつなげる仕組み

精神科急性期医療
クリニックとの連携

いままで作りあげて
きたシステム・グループ
地域生活支援センター・作業所・
グループホーム・当事者会・家族会
就労支援センター・がじゅまる

「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