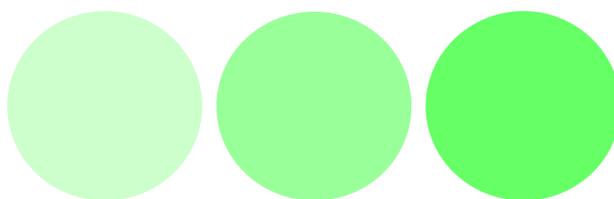


精神障害者ケアガイドライン

～市町村で精神障害者ケアマネジメントを行うために～



厚生労働科学特別研究事業

精神障害者の地域生活支援の在り方に関する研究 (H16-特別-009)

精神障害者ケアガイドライン

～ 市町村で精神障害者ケアマネジメントを行うために～

目 次

第1章 精神障害者ケアマネジメントの概要	1
第1節 ケアマネジメントとは	3
1.はじめに	3
2.ケアマネジメントとは何か	3
3.ケアマネジメントの目的	5
4.ケアマネジメントの理念	5
第2節 サービスを開始するにあたって：精神障害をもつ人の特徴・他障害との違いについて	9
～はじめに～	9
ケアマネジメント開始時の、精神障害をもつ人の状態	9
第3節 ケアマネジメントの基本的な過程	15
～はじめに～ ケアマネジメントの概要	15
1.ケアマネジメントへの導入	17
2.アセスメント	18
3.ケア計画の作成	22
4.ケア計画の実施	24
5.サービスの実施状況のモニタリングと評価	25
6.サービスの終了	26
7.精神障害におけるケアマネジメントの技術的特徴	26
第4節 地域の社会資源について	31
1.法定の社会資源とインフォーマルな社会資源	31
2.地域生活からの排除から統合へ	31
3.資源をめぐるケアマネジメント従事者の役割	32
第2章 市町村で精神障害者ケアマネジメントを行うためのシステムづくり	35
第1節 まずこれを実行しましょう	37
～市町村で行う精神障害者ケアマネジメントについて理解する～	
1.担当する部署全体でこのガイドラインを読む	37
2.ケアマネジメント事業の担当者を決める	38
3.担当者自身が都道府県などの研修会に参加する	38
4.圏域内に住む精神障害をもつ人々のニーズと社会資源を把握する	38

第2節 事業を効果的に展開するために	41
～市町村で行う精神障害者ケアマネジメントのための基盤準備をすすめる～	
1. ケアマネジメント実施における市町村の役割	41
2. ケアマネジメントについて情報提供を行う	41
3. ケアマネジメントを行う人を育てる	42
4. ケアマネジメントの窓口を作る～ケアマネジメントの入り口である相談体制とそ の窓口を作る～	43
5. ケアマネジメントをする人と地域のネットワークをつくる	45
第3節 実際に事業を行うために	47
～市町村で行うケアマネジメントのシステムを創り出す～	
1. 対象者設定の仕組み(ゲートキーピング)	47
2. ケアマネジメント業務を実際に誰が担当するのか?	48
3. どのようなツールを用いるのか?	50
4. ケア会議を実施する仕組み	52
5. サービスが適切に行われているかのモニタリング	54
第4節 ケアマネジメントをさらに充実させるために	55
～市町村で行われているケアマネジメントの評価システムを作り、ケアマネジメント の拡がりを理解する～	
1. 行われているケアマネジメント事業を評価するシステムを作る	55
2. ケアマネジメントの拡がりを理解する	56
付録1：精神障害について	59
付録2：社会資源に関する資料	63

第1章

精神障害者ケアマネジメントの概要

第 1 節

ケアマネジメントとは

1.はじめに

このケアガイドラインは、市町村が精神障害をもつ人々への精神医療・保健・福祉ケアサービスを実施していくうえでの目的や理念を明らかにするとともに、その実施方法を示すものです。

障害をもつすべての人々は、個人の尊厳が重んじられ、その尊厳にふさわしい生活を保障される権利を有しています(障害者基本法第3条)。一方、地方公共団体は、障害をもつ人の権利の擁護および彼らに対する差別の防止を図りながら、障害をもつ人々の自立や社会参加を支援することを通して、彼らの福祉を増進する責任があります(障害者基本法第4条)。

そのひとつの方法として、ここでは精神障害をもつ人々に対するケアマネジメント・サービス(以下「ケアマネジメント」)について説明しています。欧米では、ケアマネジメントが、地域ケアの発展には欠かすことのできないサービスとして拡大してきました。わが国でも、介護保険の導入をきっかけに、高齢者福祉の分野で提供されるようになり、「アセスメント」や「ケア計画」といった用語を耳にする機会も増えたかと思います。また、近年では障害者福祉の領域においてもケアマネジメントを実施している地域もあり、ケアマネジメントへの理解がますます重要になっています。

2.ケアマネジメントとは何か

さて、そもそもケアマネジメントとは、どのようなサービスなのでしょうか。障害をもつ人々が地域で自立した生活を送るためには、さまざまな社会サービスが必要となります。しかし、障害をもつ人が、広く散在している社会サービスを自分の生活ニーズに応じて、上手に活用していくことは必ずしも容易ではありません。そこで登場するのがケアマネジメントです。

ケアマネジメントとは、福祉・医療・保健・就労・教育など、人々の生活ニーズと、地域にあるさまざまな社会資源の間に立って、複数のサービスを適切に結びつけて、調整を図り、包括的かつ継続的なサービス提供を可能にする援助方法です(図1参照)。

専門的な知識をもつ第三者からの支援を得ることで、精神障害をもつ人々が主体的に自分の生活を再構成し、適切な社会資源を有効に活用しながら自己実現を図っていくことが可能になるのです。

障害は個人の生活全体に影響を及ぼします。したがって、ケアマネジメントにおいては、ケアの必要な部分を含め、対象者の生活全体を支援していくことが求められます。地域に不足している社会資源がある場合は、新しく作り出したり、活用しにくいサービスは改善していくことも必要になります。

さらに、ケアマネジメントにおいては、利用者とサービス提供者との間で契約が結ばれて、はじめてサービスが実施されるようになるということも重要な点です。このことはサービス利用者としての障害をもつ人々と、サービス提供者が対等な関係にあることを意味しています。行政が支援内容を決める措置制度ではなく、契約に基づくケアマネジメントにおいては、障害をもつ人が、サービス内容を選択する一消費者であるという点に留意する必要があります。

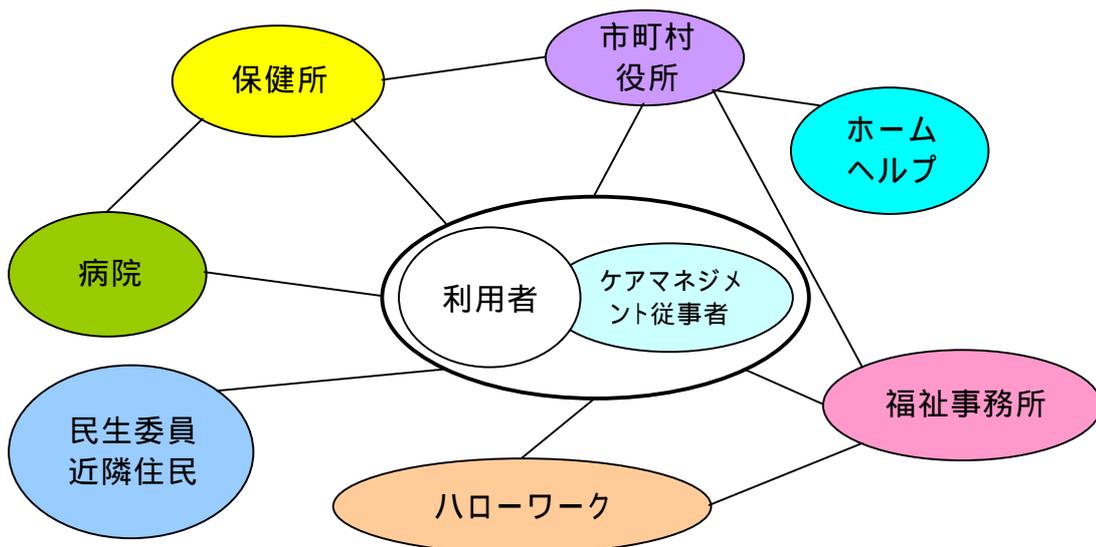


図1 利用者を中心としたケアマネジメント

3. ケアマネジメントの目的

ケアマネジメントの目的のひとつは、ノーマライゼーションの実現です。「ノーマライゼーション」とは、障害をもつ人を特別扱いするのではなく、すべての人間がともに地域社会の一員として、ふつうの生活を送るのが当たり前であるという考え方です。この考え方は、今日では世界で多くの人々から支持されており、障害者福祉の基本的な考え方となっています。ノーマライズされた社会で、障害をもつ人々が自立した生活を送るために、適切かつ合理的な配慮を求めることは、「ケアを受ける権利」として承認されるべきと考えられています。

さらに、「リカバリー」(回復)もケアマネジメントの重要な目的のひとつです。リカバリーとは、希望、権利、役割、尊厳、などの、障害によって失われていたものを取り戻すことを意味します。これは、QOL(Quality of life : 生活の質)を高めることと言い換えることができるでしょう。今ある状況を悪化させないように、現状を維持していくことよりも、むしろ今よりももっと質の高い生活が送れるよう支援をするのがケアマネジメントの目的です。

4. ケアマネジメントの理念

このような目標を掲げながら、障害をもつ人々にケアマネジメントを実施するうえで、いくつか理解しておかなければならないことがあります。これらは、ケアマネジメントの理念、指針、そして土台であり、ケアマネジメントに携わる人々の拠り所となるものです。以下では、これらの大切な概念について説明します。

自己決定 / 主体性の尊重

私たちが社会の中で、自立した個人として生きていくためには、自分のことは自分で決める、いわゆる「自己決定」が大切です。しかし、精神障害をもつ人々は、障害や周囲からの偏見のために自信や生きがいを失い、自尊心が低下していることも少なくありません。このような状況では、サービス提供者が保護的になりすぎて、障害をもつ人が依存的になる環境を生み出してしまう可能性もあります。

したがって、障害をもちながらも誇りをもって生活できるような環境づくりが大切になってきます。また、個別性を無視した画一的な保護ではなく、一人ひとりに適した柔軟な

支援が求められます。そのためにも、サービス提供のすべての過程において、常に情報を本人に伝え、その中から本人が選択していくことが、自信や主体性の回復へとつながると考えられています。ケアマネジメント従事者が考える「最良の方法」ではなく、本人が考える「最良の方法」や「適した方法」を尊重することが大切なのです。

エンパワメント

精神障害をもつ人のリカバリーを支援していくうえで重要なのが「エンパワメント」です。エンパワメントという言葉には、「権限を与える」、「力をつける」という意味があります。ケアマネジメントにおいては、精神障害をもつ人が、自らのニーズを満たしながら、満足のいく生活ができるように、周囲とのよりよい関係作りなどを通して、彼らのもつ力を高めていくことが重要です。したがって、エンパワメントの前提には、個人を無力で管理や指導が必要な対象ではなく、隠れた力をもつ権利主体としてとらえる考え方があります。

私たちが自分自身の力を感じるのは、自分の活動や他の人との活動が、自分たちの生活状況の改善や向上につながっていると感じるときといえます。このことから、エンパワメントを意図した関わりには、個人の長所や強みに焦点を当て、今できている部分をよりいっそう伸ばしていこうとする姿勢が大切であることがわかります。「これもできないし、あれもできない」ではなく、「この部分ができているから、それをもっとよくできるようにしよう」と、出来ている部分をいかに評価し、いかに強化していくかが大切なのです。

アドボカシー

「アドボカシー」とは、個人やグループ、地域社会の立場に立って、支援者が直接的に弁護し、代弁し、支援するような活動のことです。コミュニケーションや交渉に対して障害のある人々にとって、自分の要求を積極的に表し、自己実現を妨げるような環境を変えていくことは簡単ではありません。そこで、ケアマネジメント従事者がもつアドボカシー機能が求められるのです。

たとえば、精神障害をもつ人々のグループホーム建設計画に反対する住民に対して、病気や障害に対する理解を深めてもらい、精神障害をもつ人々の住まいを確保することは、アドボカシー活動の一例です。このような活動は、必要な社会資源の開発に、さらには地域社会の成長につながります。そして、ケアマネジメント従事者がアドボカシー活動を円滑に進めるためには、関係機関や関係者の連携をどのように進めるかが鍵となるのです。

人権への配慮

人権とは、人間が人として本来持っている権利を指しますが、人権が保障されるということは、つまり、自分の意思で(他者の力を活用しながら)ニーズを満たし、自己実現していくことが保障されることと考えられます。ここで大切なことは、本人の意思によるという部分です。ケアマネジメントにおいても、本人がサービスの具体的な内容を理解しないままに、ケアマネジメント従事者が一方的に関わりをもとうとすることは、人権の侵害につながりかねません。したがって、サービスの内容を本人が理解できる言葉と方法で説明し、本人がその内容を理解し、納得したうえで、サービスを開始することになります。その際には、契約書という書面での同意を得ることになりますが、仮に本人が、一時的あるいは持続的に理解力と判断力を欠くような場合は、成年後見制度などの権利擁護制度の活用が早急に必要になります。

さらに、ケアの開始後は、さまざまな人が関わっていくことになりますが、その際に、利用者および家族のプライバシー保護が重要な課題となります。「個人情報の保護に関する法律」(第23条)では、人の生命、身体、または財産の保護のために必要であって、本人の同意を得ることが困難な場合など、法律で規定されている場合を除き、本人の同意なしに第三者に個人情報を提供することが禁じられています。支援活動で知りえた事柄は、本人の許可なしには他の人に伝えてはならないことを十分に徹底する必要があります。

精神障害や知的障害、認知症(痴呆)などのために、判断能力が不十分である人々を守るための制度。このような人が契約を結ぶ必要がある場合などに、本人に代わってこれらの行為を行うなどの、後見的役割を果たす成年後見人や、保佐人、補助人(判断能力および保護の必要性に応じて異なる)を家庭裁判所が選任することによって、その判断能力を補おうとする。福祉サービスの利用契約を結ぶ際にも、この制度を利用できる。

参考文献：精神保健福祉士養成セミナー編集委員会編：改訂第3版 精神保健福祉士養成セミナー 第4巻精神保健福祉論 2002 へるす出版
精神保健福祉士養成セミナー編集委員会編：改訂第3版 精神保健福祉士養成セミナー 第5巻精神保健援助技術総論 2002 へるす出版
福祉士養成講座編集委員会編：社会福祉士養成講座 地域福祉論 2003 中央法規
秋元美世，大島巖，芝野松次郎，藤村正之，森本佳樹，山縣文治／編：社会福祉辞典 2003 有斐閣

第 2 節

サービスを開始するにあたって：

精神障害をもつ人の特徴・他障害との違いについて

～はじめに～

本節では、精神障害をもつ人のケアマネジメントを実施するにあたって、彼らが生活のうえでかかえている困難について説明したいと思います。「百聞は一見にしかず」で実際に体験することで多くのものが学ばれると思いますが、ある種の先入観から大きな勘違いが生じてしまうこともあります。この節は、関わりをはじめ際の「ものの見方」の一つとして活用していただけたらと思います。なお、精神障害をもつ人の特徴については、主として慢性の統合失調症の状態を中心に述べましたが、慢性のうつ病やアルコール依存症など他の精神障害をもつ人であっても、ケアマネジメントによるサービスを必要とする状態にあっては共通する点が多々あると考えてよいでしょう。

また、主な精神障害の概説については、巻末の付録 1「精神障害について」にまとめましたので、そちらもご参照ください。

ケアマネジメント開始時の、精神障害をもつ人の状態

ケアマネジメントを実施するにあたって、その対象となる精神障害をもつ人々は、在宅で生活がなんとか出来る程度には精神症状が安定していたり、その人の生活能力が機能していたりしますが、精神障害のために「日常生活を営むのに支障のある」状態で、複数のニーズがある人々ということになります。時には、これから退院して生活を始めたいという人が対象になる場合もありましょう。そのような人々の状態を、もう少し具体的に浮き彫りにすると、たとえば、以下のような場合が想定されます。

- ◆ 長い入院生活のために人とつきあう機会が失われ、また外出することにも緊張を伴うので、退院後も家の中に引きこもりがちになっている。家族以外との交流がないために、人との円滑な交流が苦手になっており、しばしば人と交わることに對して臆病になっている。

- ◆ 長年の入院生活のために料理を作ったり掃除をしたりということに慣れていず、家の整理整頓をする余裕がなく、家の中が乱雑になっている。また、「食べ物に毒が入っているかもしれない」という妄想的な心配から自由になれずに、決まった店で買ってくる決まった食べ物以外は食べられず、食事が極端に偏っている。
- ◆ 意欲が極端に落ちていて、体を動かすのもおっくうである。加えて周囲の物音や気配に敏感で、入浴が苦手である。誰かに見られているのではという思いのほうが先になって、おっくうさも手伝って3週間以上風呂に入れない。このことが問題になって、家族との間にいさかいがしょっちゅう起きるようになってしまった。家族も疲弊している。
- ◆ 人前で緊張しやすく、大勢の人がいる前ではリラックスできない。行きなれた道は通ることが出来るが、新しい場所に行くことに不安が強い。とくに、バスや電車に乗って遊びに行くことが出来ない。スーパーマーケットも苦手である。そのために外出は病院への通院ぐらいである。
- ◆ 長期に入院しているために、十分に体力が回復せず、昼間も体がだるく意欲がわかず寝ているような生活が続いている。退院の意志はあるが、昼夜逆転しがちで、生活のリズムが乱れている。

このような状態は、精神障害がもたらす「生活のしづらさ」としてしばしば生じるものです。もっとのびのびと生活したいと本人は思っているにもかかわらず「生活のしづらさ」ゆえに行動が妨げられ、不本意ながら、このような状態にとどまっているわけです。またつらい体験にさらされ続けた者がもつ気持ちとして、変化に対する恐れもあります。今の状態から抜きたいと思っても、次になにが起こるかわからない不安から今の状態から動けないこともあるのです。ケアマネジメントはこのような状態におかれた人に対して、生活がしやすくなるよう、いくつか生活の役に立つサービスが利用できるように働きかけようとするものです。

以下に精神障害の特徴を挙げてみます。

1)精神障害の基盤にあるのは「敏感であること」「気遣いをしすぎてしまうこと」です

統合失調症や慢性のうつ病の状態は、はたの人からすると一見どこも悪いところがないように見えることもあります。けれども、そのような人が外出できなかつたり、仕事が長続きしないわけです。そうすると精神障害について知らない人は、意欲や気力が落ちていくだけじゃないのかと考えがちです。そして、極端な場合には、こんなにぼんやりして何もする気がない時は、少々の励ましではだめだ、強く刺激を与えることによって、やる気を引き起こすことが出来るのだと、勘違いをしてしまいます。

ところが、統合失調症やうつ病の基盤にあるのは、このような誤解とは逆で、脳の働かせすぎから生じるといってもよい現象なのです。その人の能力を越えて脳を働かせすぎ、休ませたり情報を整理したりする時間が奪われて脳の機能が破綻してしまうといった状態が、「具合が悪い」とよばれる状態なのです。ごく大雑把に言えば、統合失調症の場合は、脳の情報を整理する機能が混乱し、不安をキャッチする機能が強くなりすぎ、「自分をおびやかすものがあるのではないか」、「自分が何か失敗をして、そのために安全がそこなわれるのではないか」と音や人の気配など周囲の刺激に過剰に神経が反応してしまうことが障害の根底にある状況です。うつ病の場合は、「人に迷惑をかけてしまうのではないか」「自分は他人に受け入れられなくなってしまうのではないか」など、自分に対するマイナスの評価にとらわれ、やがて気疲れや疲労の蓄積から「頑張ろうと思っても体が動かない」「何とかしなければならぬが動きがとれない」といった、より自己評価を低くするような状態に追い込まれていくことが悪化の一因になっています。

つまり、精神障害は一般的にその人の限界を超えた「神経の遣い過ぎ」ゆえに破綻をきたすのだといえます。そして、その神経の遣い過ぎに至らせるのは、「自分が人を傷つけているのではないか」「自分のことを人は変なやつだと思っているのではないか」「役立たずと馬鹿にされているのではないか」といった、安心感の無さ、不安や焦りの気持ちや、孤立感などです。それに、このような気持ちは障害をかかえているあいだ、残念ながら、なかなか軽くならないのです。

どんなにぼんやりしているように見えても、かたくななように見えても、上述したような感じ方やものの見方は、精神障害のために引き起こされることが多いということを、ケアマネジメントに関わるみなさんには心に留めておいてもらいたいと思います。

2) 気力が出ないこと・おっくうなこと・根気が続かないことは、障害の特徴です

根気が続かない、意欲がわきにくい、注意散漫になってしまう、といった精神障害をもつ人にしばしばみられるこういう状態を陰性症状と呼びます。統合失調症の慢性状態ではよく見られる症状です。精神障害について知らない、「なまけぐせがついている」「だらしがない」と受けとってしまうことがあります。しかし、これはれっきとした症状で、このような状態は本人にとっても歯がゆいものなのです。

しばしば見られるのは、何かを行うにあたって、最初のうちはかなり頑張りをみせるものの、それが長続きせず、心ならずも途中で疲れ果ててしまうというパターンです。一説には、ここで失敗するわけにはいかないという追いつめられた気持ちからか、統合失調症をもつ人は上手に休むことが難しいともいわれます。たとえば、ケアマネジメントで様々なサービスを受けることを計画したものの、張り切りすぎてしまい、そのためにエネルギーを遣い果たしてかえって不安定になってしまうということも、ありえることです。精神障害をもつ人が頑張ったあとは人一倍の十分な休養が必要であることは、あらかじめ理解しておいて下さい。

3) 障害の不安定性

精神障害は統合失調症でもうつ病、神経症でも、多くは思春期青年期までは健康な発達をしていて、発症とともに認識や思考、感情の機能に障害を起こします。つまりからだの中途障害と同じで、いったん成長した脳の機能が精神疾患のために一部障害されているのです。したがって、この障害には「喪失」の感覚が伴います。かつて出来たことが今は出来ないという心の痛みがそこにあるのです。たとえば、自分の意志を尊重されず子ども扱いをされることのつらさは、障害をもつ前後で周囲の人々の対応が違うことがわかるだけに深刻です。

また、精神障害の場合は、脳の機能の中でも精神疾患に侵されていない領域、たとえば読み書き計算の能力や、一般的な理解力、状況の把握力、抽象的な思考の能力などは、一定の条件の下では十分に機能します。たとえば、不安や妄想がひどい時は人と充分話が出来ない人であっても、気持ちが落ちつけば話している内容を理解できるのです。一見無気力で何もしておらず、問いかけにもなかなか反応が返ってこないような人でも、状態が少しよくなってくると自分が行きたいと思う喫茶店には行くことが出来るのです。

しかし、逆に安定している状態ではできることが、精神症状の悪化した状態では行いに

くくなることがあります。ストレスへの対処が適切でなく疲労を蓄積させてしまった状態では、不安や恐怖感がつのるなど感情が不安定になり、あるいは注意が散漫になりものごと集中することが出来ず、日ごろは普通に行えていた外出や家事、あるいは対人関係などが、急激に難しいものになってしまうことがあるのです。つい最近までアルバイトが出来ていたのに、ちょっとしたつまずきから感情も体調も不安定になって、自宅から外へ出ることすら難しくなってしまった、とは、しばしば生じうる出来事です。このような「障害の不安定性」とでも呼ぶべきものが、身体・知的障害などの他の障害とは異なる精神障害の特徴のひとつといえましょう。このために、仕事が長続きできなかつたり、対人関係が安定しなかつたりといった「生活のしづらさ」が、精神障害をもつ人の大きな困難の一つなのです。

4) 障害や困難が複合していることもあります

精神障害は、統合失調症など主として思春期や青年期に始まり慢性の経過をとる精神疾患ともなう障害です。したがって、ケアマネジメントが始まるまでに、長い療養の歴史をもっていることはむしろ一般的です。そこには、障害をもつ本人や家族の様々な苦労が積み重ねられているのです。たとえば、両親も高齢化して、両親も体が不自由で家事が十分に出来ないこともあります。どちらかの親が認知症(痴呆)ということもあるかもしれません。あるいは十分な就労の場がなく金銭的に追いつめられていることもあります。生活保護を受けている場合もまれではないでしょう。あるいは障害をもつ本人が糖尿病や高血圧など他の内科疾患をかかえていてそのコントロールが大変ということもあります。

そしてこのように困難が大きいと、一般的には人と人とのコミュニケーションもゆがみがちです。親子のあいだで言い争いが絶えなかつたり、あるいは両親が逆にとても自分を犠牲にした生活を送っている場合などもあります。しかしいずれも障害をかかえながら生活をしてきた結果としてそのようなことが生じているわけです。誰も好きこのんで、ののしりあったり心配しすぎたりするわけがありません。

まず、本人や家族が望む小さな具体的応援をケア計画の中に入れることから始めて下さい。困難が複合していて深刻に見えるときほど、小さな援助から始めることを心がけて下さい。「革命」のような大変化ではなく、あるかないかの小さな、しかし確実に「気持ちがい」方向を向いている変化こそが、安心感をもって障害をもつ本人に受けいれられ、ひいては大きな変化につながるのです。

引用文献：精神保健福祉研究会編集 精神障害者ホームヘルパー講習テキスト 2000 へるす出版

第4章第1節より 一部改訂

第 3 節

ケアマネジメントの基本的な過程

～はじめに～ ケアマネジメントの概要

この節では、ケアマネジメントの基本的な流れについて確認をしていきます。どのような人に、誰が、どのような流れでサービスを提供していくかについて、理解を深めていただければと思います。

ケアマネジメントの対象

精神障害者ケアマネジメントの対象は、複数のサービスを、継続的かつ総合的に提供する必要のある人です。

精神障害をもつ人々は、生活をしていくために、疾患だけでなく、日常生活・社会生活上のさまざまな側面に障害があり、困難を感じていることが少なくありません。たとえば、長い間の入院から退院される A さんがいるとしましょう。A さんは退院後に「地域で働きながら暮らしていきたい」という希望をもっています。しかし、A さんは退院後、仕事を見つけるまでの間生活を支えていくだけの十分なお金がなく、退院先の住居にも困っています。また長い間入院をしていたので家事の仕方など日常生活にも困難を感じています。A さんの希望をかなえるためには、単に「就労支援」というだけでなく、「生活費の確保」や「日常生活の支援」といったさまざまな領域での支援が必要となるのです。しかし、A さんのように障害をもつ人々がかかえるさまざまな困難に対して、支援が適切に結びついていないことがしばしばあるのです。

このように、ある困難や課題があり、よりよい状態になる必要性があるにもかかわらず、そのための支援やサービスが適切に行なわれていない状態を「ニーズがある」状態と呼びます。

精神障害者ケアマネジメントとは、福祉・医療・保健・就労・教育など、複数の領域で「ニーズがある」状態の精神障害をもつ人々に対して、ケアマネジメント従事者が、複数

のサービスや支援のための資源を適切に結びつけて、そのニーズを解消していこうとするものなのです。

なお、ニーズというと、障害をもつ人のみに一方的に問題があるかのように誤解されることもあります。しかしたとえば、Aさんの就職に関しても、就職を難しくしているのはAさん本人の能力の問題ではなく、事業者が、Aさんが働くことについて不安や偏見を覚えているからかもしれません。もし、事業者が、どのような作業で週何時間程度働けるか、というようなAさんの作業能力の程度について了解できれば、Aさんは就労ができるかもしれないのです。このようにニーズというのは、本人の側に一方的に存在するのではなく、本人とそれを取りまく周囲の環境との間に生じる関係や相互作用によって現れてくるのです。

ケアマネジメントの基本的な流れ

ケアマネジメントの細かい流れを詳しく理解する前に、基本的な流れをおさえておきましょう。流れを図式化すると図2のようになります。(なお、各段階の流れについては本節で後述します。)

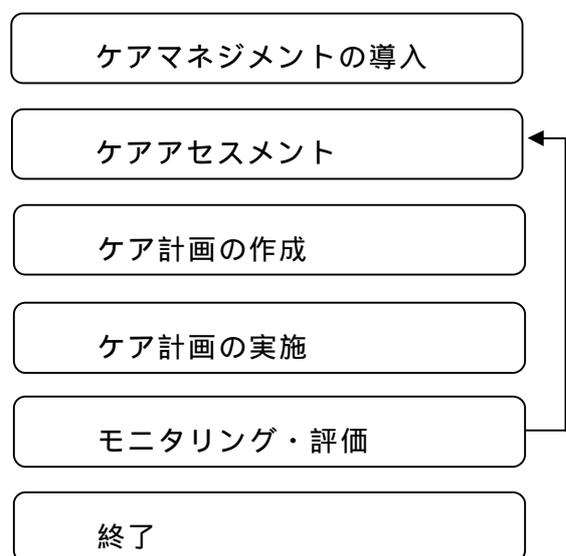
まず 窓口において、複数のサービスを総合的かつ継続的に提供する必要がある利用者が確認され、ケアマネジメントへの導入が行なわれます。

次に 利用者の希望や、利用者の希望を充足させるために必要なサービスや支援とは何か、に関して調べられます(アセスメント)。この過程で、利用者の生活全般にわたる情報が把握されます。

集められた情報を基に、利用者の意向を踏まえて支援をどのように提供していくかというケアの計画「ケア計画」が作成されます。このケア計画の作成の際には、サービスや支援を提供する関係者から構成されるケア会議を開催します。

ケア計画にのっとって支援が実施されます。その傍ら、そのサービスが適切に実施

図2



されているか確認と調整が行われ(モニタリング)定期的に評価がなされます。この評価でニーズの変化などが把握された場合には、 に戻り再アセスメントを行い一連の流れを繰り返します。

これらの過程を経てケア計画の目的が達せられたとき、 ケアマネジメントは終了します。

ケアマネジメント従事者とは

上記の過程、特に主として ニーズのアセスメントから モニタリング・評価まで、利用者を個別に担当し、中心的な役割を担う担当者のことを、「ケアマネジメント従事者」と呼びます。

ケアマネジメントの実施機関

さて、実際に、市町村がケアマネジメントの事業を行うときには、市町村の役割にはいくつかのタイプがあると思われます。(詳しくは第2章第3節参考)

A.市町村は、主として の窓口・導入と ケア計画の作成に関する監督を主として 行い、以降の具体的な相談支援事業については、地域生活支援センターなど「相談支援事業者」のケアマネジメント従事者に委託する場合。

B.全ての過程を市町村が一括して行い、窓口からケアマネジメント従事者としての業務を総合的に行う場合。

A のタイプの市町村は、個別的なケアマネジメントの業務には従事しないわけですが、管理・監督を行なううえでも、サービスの基本的構造を把握する必要がありますので必ず以下をご参照ください。

では、次にケアマネジメントの流れの各段階について、具体的に説明します。

1. ケアマネジメントへの導入

ケアマネジメントへの導入

ケアマネジメントの始まりは、通常、市町村の窓口における本人・家族からの相談です。また、他の機関から窓口へ紹介される場合などもあるでしょう。現在ではケアマネジメン

トという概念が普及していないこともあり、最初から「ケアマネジメントを希望します」と言って本人が来る場合はほとんどないと考えられます。市町村の窓口担当者は、利用者からの相談を聞く中で、どういった生活のしづらさがあるのか、社会資源の利用状況はどうなっているのかなどを聞いていき、ケアマネジメントの対象となるかどうかを判断し、導入していくこととなります。他方で、話を伺っていくなかで、一般的な悩み相談や、特定のサービスを一つだけ利用する場合、サービスや施設に関する情報提供のみでよさそうな場合などは、それぞれに適した対応をとります。精神障害をもつ人は、表面上の訴えや希望の背後に、複数のニーズをかかえていることも多いので、丁寧に話を聞いていくことが必要になります。

相談に来た人がケアマネジメントの対象であると確認されたら、サービスの開始に当たって、本人の同意を得る必要があります。ケアマネジメントは、行政側が一方的に処断するものではありません。本人との合意に基づいた契約に成り立つサービスであり、サービスに関する本人の理解および同意が必要となってきます。サービスの趣旨を説明し、本人からの同意をもってサービスが開始されます。

2. アセスメント

本人(および家族)が、どんなサービスや支援を必要としているかを明らかにするために、担当となるケアマネジメント従事者が、詳しく話を聞いていきます。この一連の査定のことを「ニーズのアセスメント」と呼びます。

情報を集めるに際しては、本人はもちろん、可能であれば家族や既に関係している医療などの地域機関からも情報を集めます。なお、家族や地域関係者、専門職などから情報を得る場合は、本人の了解を得る必要があります。

アセスメントの流れ

ケアマネジメントは、利用者自身の「やりたいこと」「助けて欲しいこと」を、基盤にして進められていきます。本人自身が希望されていることは何か、どういった生活をしたいのか、ということに注目しながら話を聞いていきます。

他方で、利用者自身も気づいていないニーズがある場合もあります。たとえば、就労に関する希望をしている人が、実は通勤に必要な交通機関の利用の仕方がよくわからない、

といったこともあるかもしれませんが。最初に尋ねた本人の希望やニーズをかなえていくためには、生活の諸側面でどのようなニーズがあるのか、ということ、専門職の視点からも詳細に見ていくことも併せて必要になります。

本人の希望がどこにあるのか、必要なサービスがどの領域にあるのかなどを把握していくために、調べていくべきニーズの領域には以下のものがあります(表1もあわせて参照してください)。

医療に関するニーズ

精神障害をもつ人が地域で安定した生活を送っていくためには、医療的に安定した状況を作ることが非常に大切です。・利用者が定期的に通院しているかどうか・服薬・薬物療法の副作用・悪化時の緊急的な対処・糖尿病などの身体的合併症、などで困っていることがないかどうかを確認していくことが必要です。

なお精神医学的な問題が想定されるにもかかわらず、医療を受けていない人が相談に来られる場合もあります。精神障害者におけるケアマネジメントにおいて、医療との連携は重要です。受診の必要性が認められる場合については、ケアマネジメントを進める中で受療に繋げていくことが必要です。

日常生活に関するニーズ

精神障害をもつ人は、その障害や長期入院などによる社会経験の少なさから、具体的な家事など日常生活に困難を感じていることが少なくありません。

食事の問題、身だしなみや掃除など衛生管理の問題、生活リズム、大切なものの保管などにニーズがあるかどうかを確認していきます。

社会生活に関するニーズ

交通機関の利用や銀行や郵便局など公共機関の利用に関して、利用することに不安を覚える、あるいは使い方が分からない、などの理由で困っていることがあります。

住居に関するニーズ

精神障害をもつ人は、経済的に困窮していたり、保証人がいない、家族

との同居が困難などの理由で、住む場所について支援を要することがあります。

対人関係に関するニーズ

友人をもつこと、仕事場などにおける対人関係で協調的にやっていくこと、家族との関係、近隣とのつきあいなどに、困難や緊張をかかえていることがあります。

就労・教育に関するニーズ

社会参加のうえで就労はとても重要な側面であり、精神に障害をもつ人の多くが就労を希望されています。

しかし、精神障害をもつ人が就労する場合、どのように仕事を探したらいいかわからない、能力があるにもかかわらず偏見から就労の機会に乏しい、職業スキルを得る必要がある、職場におけるストレスの対処に困難を覚え就労しても継続が難しい、などのニーズが存在する場合があります。

また教育に関しても、教育を受けたいという希望がありながらも、教育機関に関する情報や入学の、各種教育機関での継続的な就学に困難を感じている場合があります。

経済生活に関するニーズ

精神障害をもつ人は、現在の雇用環境において就労による収入の確保が難しくなっているなどの理由で、所得保障に関して支援を必要としている場合が多々あります。

経済的支援のための障害年金・生活保護・通院医療費公費負担制度などの制度利用のための手続きを支援することも必要です。

また、金銭を計画的に使っていく管理に関して、支援を必要としている場合もあります。

日中活動・社会参加に関するニーズ

日中を有意義に過ごすことは、生活の質を高めるうえでとても大切なことです。しかし、精神に障害をもつ人は、社会参加をする機会や場面が乏しかったり、参加の希望は持ちながらも社会参加の場に参加することに不安・困難を感じていることが多いものです。また、趣味や楽しみの

時間をもつことに困難を感じていることも少なくありません。

仲間同士のグループやデイケア、カルチャーセンターや、精神障害者小規模作業所などを活用して、日中の活動を豊かにしていくことを支援することも生活の質を向上させるために重要なことです。

その他

その他、マナーに関すること、自殺や暴力などに関して対応が必要な場合があります。

表 1 精神障害をもつ人のニーズの領域

医療に関するニーズ	通院の状況・精神症状に対する対処・服薬管理・副作用・合併症など
日常生活能力に関するニーズ	バランスのよい食事の摂取や栄養管理、清掃や洗濯・身だしなみ、生活リズムなど
社会生活に関するニーズ	交通機関・公共機関の利用など
住居に関するニーズ	住居の確保や家主などとの交渉など
対人関係に関するニーズ	友人や職場、家族との関係、近隣とのつきあいなど
就労・教育に関するニーズ	就労・就学のための支援、継続のための支援など
経済生活に関するニーズ	所得の保障、社会保障制度の利用、金銭管理など
日中活動・社会参加に関するニーズ	社会参加場面の開拓、余暇活動の推進など

アセスメントの留意点

一般に、「ニーズ」を明らかにする、ということ、本人やその周りの家族の問題点や「出来ていないこと」に目が行きがちなものですが、しかしこのような視点からのみ物事を把握すると、本人や家族の欠点や問題点ばかりを見つけてしまい、「あれもできていない」「これもできていない」という認識になりかねません。

精神に障害をもつ人やその周りの人々は、病気をかかえながらも既に「出来ていること」や「やれていること」なども豊富にもっているものです。問題を発見するだけでなく、障害をかかえながらも困難に対して既に行っている対処や工夫に着目し、本人の希望をかなえ回復に役立つような、本人や周囲の人々の「力」や「資源」も同時に明らかにしていくことが大切です。

また、アセスメントを行うためには、日常生活面の詳細について聞くことができる良好な関係を作ることがとても大切です。

なお、アセスメントのための面接は、一度に全てを行う必要はありません。利用者の状態に合わせて話を聞いたり、周囲からの必要な情報も得ながら無理のない範囲で進めていきます。

3. ケア計画の作成

ケア計画の作成

アセスメントによって明らかにされたニーズを満たすために、複数の機関によるサービス提供を連携して行うための計画を作成します。この支援計画を「ケア計画」と言います。ケアマネジメント従事者の役割はこのケア計画の作成をリードしていくことです。

なお、精神障害においては、適切なサービスの供給下で適切なりハビリテーションを行えば、障害をかかえながらも状態の相当な回復を期待できることが特徴です。これは、先に述べた「障害の不安定性」とも関わるのですが、精神障害の場合、適切なサービスとリハビリテーションによって生活の質が向上すると、それが影響して、障害の程度自体も大きな回復をみせることがあるからです。したがって、ケアマネジメントによって、当初の状態がある一定程度まで改善した後も、さらなる質の高い生活状態を目指していくことが可能だといえましょう。しかしそのためには、多角的にニーズをとらえ、包括的にサービスを提供できるようにケア計画を作成することが、ケアマネジメント従事者には求められるのです。

こうしたケア計画を作成するためには、ニーズに対するサービスの提供が想定される関係者に呼びかけて「ケア会議」を開催します。

利用者の参加

ケア会議の開催においては利用者の参加が原則となります。ケア計画は本人のニーズを満たすことが目的であり、また本人自身の能力を生かすことも期待されるため、その希望や意見を尊重しながら、計画を立てていくべきだからです。

ケア会議の開催

(1) ケア会議におけるケアマネジメント従事者の役割

ケア会議の中で、これまでばらばらにサービスを提供してきた各機関・個人が、ケア会議の場で利用者のニーズや情報を共有し、お互いの機能を意識しながら役割を分担していきます。ケア会議の目的とは、関係者が相互に情報を共有しながら、利用者を支えることのできる、十分に機能するネットワークを作っていくことに他なりません。

利用者や関係各機関同士の中で、「何が必要なサービスか」「本人や家族の状態はどのようなものか」など、状況についての理解が異なっている場合もあるものです。ケアマネジメント従事者には、このような場合の意見の調整と共通の理解を作っていく役割が期待されます。

また、誰しも、提供されるサービスの質や内容についての意見や権利を主張することができます。しかし、利用者の中には、サービスへの意見や権利の主張を表現することに困難を感じる場合があります。ケア会議の際には、本人の立場に立って、権利と利益を守っていく姿勢を基本としながら、利用者の意見の表現を援助したり、時には代弁をしていくことも大切です(アドボカシー)。

(2) 活用する資源

ケア計画を作成する際には、利用者本人の能力を活かすよう配慮します。また、ケア計画は、保健・福祉、医療、さらに教育・就労といった幅広いニーズを考慮して作成することが重要です。活用する資源については本章4節や付録をご参照頂ければと思いますが、以下に各領域の主たる役割を示します。

- ・ **保健・福祉**：保健・福祉の役割としては、本人が「安心して地域で生活できる」という保障感を送り届けることが期待されます。そのために、生活上のニーズを明らかにして、生活の質の向上のためのサポートや、制度の活用などの支援をする、などの支援を行います。
- ・ **医療の役割**：医療の主たる役割は薬物療法による症状の安定化です。また、幻覚・妄想などの症状管理のための専門的なりハビリテーションを行うことも期待できる役割です。また、症状が不安定になり、状況が危機になった際の早期の危機介入を行うこともできます。

- ・ **教育・就労**：精神に障害をもつ人も、教育を受けたり、就労をすることによって自らの生活の質を向上させることができます。このようなことを実現させていくために、関連する社会資源や、実際の教育・就労現場と緊密な連携を図っていく必要があります。

なお、利用する資源については、精神保健福祉法などに規定される法定の公的サービスのほかに、一般の保健福祉サービスの活用できる場面もあります。また、民間のサービス、ボランティア、親類、近隣の人々などの非公的なサービス(インフォーマルサービスといいます)も検討します。利用者を取りまく自然な社会資源やネットワークの活用がますます重要になるでしょう。精神保健福祉領域における公的な制度だけでなく、一般の保健福祉サービスの活用を図るとよいでしょう。活用しうる資源については本章4節や付録をご参照ください。

また、適当なサービスや資源が存在せず、ニーズが満たされない場合には、必要な資源を長期的に開発していくことが市町村の責務となります。

(3)利用者との契約とサービスの実施

ケア計画の内容や、実施方法、期限が最終的に決定したら、改めて利用者に説明を行い契約を結びます。なお、作成されたプランについて本人は拒否する権利を有し、再度の変更や中断を望むことが出来ることを伝えます。そのうえで、本人との契約が結ばれたら、サービスの開始となります。

4. ケア計画の実施

ケア計画に従って、ケア会議において連携した機関から、サービスが提供されます。なおケア会議において、サービスがいつから、どのように実施されるか、を関係機関で共有しておくことが必要です。

また、提供機関からのサービス開始にあたって、本人が不安や緊張を覚える場合もあります。その場合、ケアマネジメント従事者が利用者とサービス提供機関に同行したり、あるいは訪問サービスの場合には開始時に利用者宅を訪問する、などして導入を丁寧に行う場合もあります。

5. サービスの実施状況のモニタリングと評価

モニタリング

サービスの提供後も、計画されたサービスが適切に履行されているかを確認していくために、担当のケアマネジメント従事者が日常的にその後の経過も注意深くみていく必要があります。この実施状況の観察を「モニタリング」と言います。この際に、利用者とサービス提供者が十分に連携できサービスを活用できているかどうか、あるいは新たなニーズが生じているか、などを意識する必要があります。

特に、精神障害におけるケアマネジメントは、単にサービスを一度仲介するだけでは、その機能を十分に発揮しないと言われていています。これは前述の精神障害の「不安定性」という特徴によって、状態像の変化が起きやすく、一度作成されたケア計画を適宜修正していく必要があるからです。よって、ケア計画によって、本人のニーズが満たされているかどうか、ケアマネジメント従事者は利用者の「伴走者」として、綿密にその実施状況を確認しつつ、微調整や支援を行っていくことが重要なのです。この意味で、精神障害のケアマネジメントにおける「モニタリング」の役割は、他障害以上に重要であると言えるでしょう。

こうしたモニタリングには、以下のような機能が求められます。

- ・ 利用者に新たなニーズが生じていたり、あるいは不必要なサービスが提供されていないかどうかを確認します。必要性が認められた場合は、再度ニーズのアセスメントを行い、ケア計画を再作成します。
- ・ サービス提供機関から適切にサービスが提供されているかどうかを確認します。もし、ケア計画通りにサービスが提供されていなかったり、あるいは利用者からサービスについての苦情などがあり、利用者に不利な形でのサービス提供が行われていることが分かった場合などには、利用者の立場に立ちながら仲介・調整を行います。

なお、こうしたケア計画実施後のモニタリングについては、定期的な相談のほかに、サービス提供機関や本人宅への訪問などを活用していくことも重要です。

再評価

ケア計画の実施状況の評価に関しては、上記のような恒常的な注視のほか、定期的な評価(再アセスメント)をすることが不可欠です。ケアマネジメントの実施の効果や、解決されていない問題やニーズ、利用者の満足度を、たとえば6ヶ月ごとに再び評価し、ケア計画を見直します。

6. サービスの終了

再アセスメントをしてニーズが解消した場合については、利用者の同意をもってケアマネジメントを終了します。

なお途中で入院、施設入所となった場合にもケアマネジメントを中止するのではなく、継続して関与をし、退院促進などの必要がないか、など適宜にニーズの評価とケア計画を検討することが必要です。

また、精神障害をもつ人の中には、サービス提供者との関係が不安定になったり、結果としてサービスを拒否する場合があります。一時的にケアマネジメントの枠組みから外れても、何かあった場合にはすぐに対応がとれるように、長期的な関わりを視野に入れることが必要です。

7. 精神障害におけるケアマネジメントの技術的特徴

精神障害をもつ人の特徴については、第2節で特に他障害との違いとして述べました。そのうえで、精神障害に対するケアマネジメントの特徴として、「障害の不安定性という理解」と「医療機関との関与」の2点を特に強調しておきたいと思います。

障害の不安定性という理解

特に、地域で暮らす精神障害をもつ人へのケアマネジメントを理解するには、既に述べましたが「障害の不安定性」という特徴を理解することが助けとなるでしょう。精神障害をもつ人の症状は、持続的にある一定の状態で経過する場合がありますが、むしろ、症状が軽快したり、逆に大変悪い時期があったり、と、非常に不安定である人も多いことが特徴です。こうした活動の不安定性のために、たとえば、入退院を繰り返し、安定的な就労

や居住、対人関係を送ることが難しい場合があります。そういった不安定な生活を送る中で、本人自身も「また悪くなるのではないか」という思いの中で自信を失い、やりたいことがあっても控えてしまうこともあります。つまり、本人がかかえる障害の程度が固定的ではなく、大変不安定であり、そのことがさらに困難を生じさせるのです。

精神障害をもつ人に対するケアマネジメントは、こうした「不安定性」に応じる必要があるといえるでしょう。そのためには、以下のような特徴に留意することがポイントです。

-)医療との継続性が断たれると、この不安定性が増強する人が少なくありません。したがって医療は重要な社会資源であり、医療継続のモニタリングは、ケアマネジメント従事者の重要な仕事になります。
-)不安定性をとまなう障害のために、再入院のような事態に陥りやすいことも特徴です。しかし、急性期病棟の入院期間は原則3ヶ月程度ですので、急性期のみの入院の場合は、原則としてケアマネジメントは継続し、退院後の生活をどう組み立てていくか、ケアマネジメントに備えることが必要です。
-)利用者との定期的な直接の相談というプロセスは継続して行い、不安定性を伴う障害のために生じるニーズの変化に対して、ケア計画の内容を変更したり、見直すなど、柔軟に対応していく必要があります。このような場合、ケア計画の見直しの際のサービス量の変化は、一般的に他障害における見直しよりも幅が大きいことも特徴です。サービスを流動的に変更したり、随時刷新していくために、担当者はケア計画を作成したら関わりを終了するのではなく、対象者の「伴走者」として、日ごろから定期的な相談にのって関係を維持する必要があるでしょう。

医療機関との関与

既に各所で触れていることですが、精神障害をもつ人が地域で安定した生活を送っていくためには、医療的に安定した状況を作ることが非常に大切です。ケアマネジメントを行っていく際にも、利用者が主治医と良好な関係を作り、定期的に通院しているかどうか、処方されている薬が利用者本人にあっているかどうか、きちんと服薬がされているかどうかといった情報が、非常に重要になってきます。そのため、医療機関とケア会議などで定期的にコンタクトをとりながら、これらの情報を相互に確認していくことが必要です。また、支援や目指していくものの方向性が、医療機関とケアマネジメント、利用者相互の間で統一されているかどうか、についても、確認をすることが必要です。

なお、医療との連携を円滑に進めていくにあたって、市町村の担当者・ケアマネジメント従事者は精神障害に関する医学的な知識を身に付けていく必要があります。個々の事例を通して、主治医から情報提供や意見などを得ることで医療との緊密な連携を図っていくことが必要です。

その他のポイント

本人や家族とのやりとりについて

- ・ 本人や家族が、自らのニーズを明確に表明することが難しい場合があります。その際には、利用者を含めて関係者と「何がニーズか」を丁寧に明らかにしていくことが必要です。ケアの導入に十分時間をかける必要があります。
- ・ 提供されるサービスに対して、本人が拒否的な場合や、誤解が生じることもあります。このような場合には、利用者がどのようなことを気にされているのか、について話を聞き、共通の理解を作っていくことが必要です。
- ・ 利用者は、「ケアマネジメント」という言葉を知っているとは限りません。ケアマネジメントの導入について説明していく中で、「管理されるのではないか」「プライバシーが脅かされるのではないか」といった不安をもつのは無理のないことです。ケアマネジメントは本人の生活に侵入するものではなく、「利用者がしていきたいことを応援する」ものであることを、丁寧に説明をしていくとよいでしょう。

ニーズの特徴について

- ・ 自立生活能力(ADL)や疾患の問題だけでなく、仕事や学業、あるいはボランティアなどの社会的役割をもつなど、どのように社会参加をしていくか、に関するニーズをもっていることが多いことも特徴です。
- ・ 家事代行や身体介護などの直接的支援を必要としているとは限りません。たとえば家事労働などの場合、助言や見守りがあれば、それを自主的に行う能力を潜在的にもっていることは少なくありません。むしろ利用者が生活を豊かにしていくためには、利

用者が自らの能力を活用しながら行動するのを助ける、「見守り」や「助言」という形での支援が有効な場合があるのです。

- ・ 重い精神障害をもつ人の日常では、急な症状の悪化と精神的な危機を無視して通ることはできません。しかし、危機への対応を必要とする事例の多くは、何日も前から悪化のサインが現れていることが多いので、その前兆が現れた時点での適切な対処が可能となれば、再発・再燃に至らずに地域での生活を維持することができます。
- ・ また、導入の際に、自分を傷つける・自殺を具体的に考えたり実行しようとしている、あるいは暴力など周囲に危害をなす恐れがあるなど緊急の状況にある場合があります。ケアマネジメントを実施する前に、早急に、適切な医療機関や保健所などと連携しながら対応をとる必要があります。

精神障害をとりまく社会の環境について

- ・ 精神障害をもつ人へのケアマネジメントを実施する際に障壁となり得るものは、精神障害をもつ人へのサービスが十分に整備されていないという現状です。不足しているサービスを確保したり、新たな社会資源の開発を働きかけたりすることが必要となります。こうした視点から、利用者の満たされないニーズを丁寧に取り扱う必要があります。さらに精神保健福祉の領域の資源にこだわらず、積極的に地域に存在する誰もが利用可能な社会資源を活用していくことも必要です。
- ・ 残念なことです精神障害に対する社会的偏見や差別がまだまだ強いのが現状です。ケアマネジメントを実施していく際にも地域住民や社会資源からの偏見に直面することがあります。このような偏見や差別をなくし、精神障害に対する正しい知識を普及させていくことも、精神障害をもつ人へのケアマネジメントの特徴といえます。特に実際のケアマネジメントの過程では、個々の事例を通して周辺住民や関係者への働きかけが重要となります。

第 4 節

地域の社会資源について

1. 法定の社会資源とインフォーマルな社会資源

精神保健に関する社会資源というと、巻末の参考資料(付録 2 a: 社会資源に関する資料)に列記するような精神保健福祉法などによる法定の資源がまず思い当たるかと思います。しかし、市民一般に公開されているサービスや、インフォーマルな社会資源、つまり、地域関係者の援助や当事者・家族からの支援も忘れてはいけない重要な資源です。誰もが普通に使えるインフォーマルな社会資源はそれぞれの地域に豊富にあり、これらを積極的に活用することで、精神に障害をもつ人々が地域に溶け込んだ生活をする助けになります¹。生活の質(QOL)を上げるためには、いかにインフォーマルな資源を開発し、活用していくかが鍵となります。

2. 地域生活からの排除から統合へ

障害のある人もない人も、だれもが住み慣れた地域社会で普通の生活を営み、活動できる社会を目標とするのがノーマライゼーションの考えです。このノーマライゼーションの視点から障害をもつ人々も、地域の社会資源を有効に使う権利を有していることを改めて指摘したいと思います。地域ケアを進めるに当たって、利用者が自然なかたちで地域での生活を送るためには、精神保健・福祉システムのネットワークのみに依存するのではなく、出来るだけインフォーマルな社会資源を有効に活用することが重要です。というのも、人々の地域における生活の質(QOL)は適切な住まい、日中の過ごし方、余暇の過ごし方、人とのつながりなどに影響を受けるものであり、精神障害に付随する問題のみがその人の人生を

¹ Rapp CA: The strengths model: Case management with people suffering from severe and persistent mental illness. Oxford University Press, Oxford, 1998. (江畑敬介監訳: 精神障害者のためのケースマネジメント 1998 金剛出版)

規定するわけではないからです²。さらに、利用できる社会資源と、地域での生活を進めていくという周囲の人々の期待は、ひとりの人間の活動とその QOL に大きく影響を及ぼすといえます。

3. 社会資源をめぐるケアマネジメント従事者の役割

1) 社会資源の把握

ケアマネジメント従事者は、まずその地域内で法定の、そしてインフォーマルな社会資源について把握することから始めます。それぞれのニーズに応じて、どのような社会資源が利用可能かをまとめた社会資源マップを作ることも地域の理解の一助になるでしょう。参考までに、巻末に社会資源マップ(付録 2 b: 社会資源マップ)を掲載します。ただし、ここで注意したい点は、精神保健・福祉関連の社会資源の枠のみで囲い込まないように、さまざまなネットワークを通じて、地域内で協力者を見出したり、これらの人々を調整することの重要性です。このような精神保健・福祉以外の社会資源の開発の際には、市町村や保健所などが活用可能な社会資源の情報をもっていることが多く参考になるでしょう。また、市民のボランティア活動やサークル活動など、自由な発想で開拓していくことも大切です。先に述べたように、社会資源とは、精神保健・福祉サービスだけでなく、既存のインフォーマルな社会資源も積極的に活用できるものなのです。

2) ケア計画の中での社会資源の利用

ケアマネジメント従事者の次の大切な役割は、できるだけ多くの社会資源の選択肢を用意し、それぞれの利用者の目標を満たす可能性のあるものを提示することです。そして、利用者のゴールにつながるように、利用者本人の意向を尊重しながら、社会資源をうまくつなげてプランを提示することです。しかしこれまでの研究からは、サービスの調整を主とする仲介型のケアマネジメントよりも、直接的なサービスを提供するケアマネジメントのモデルのほうが効果的であるという結果も出ています。実際の業務ではサービスの調整だけではなく、必要に応じて直接的なサービスを行う場面も出てくるかもしれません。

² Rapp CA: The strengths model: Case management with people suffering from severe and persistent mental illness. Oxford University Press, Oxford, 1998. (江畑敬介監訳: 精神障害者のためのケアマネジメント 1998 金剛出版)

一般的に、利用者が職業的、社会的、また生活上成熟するにつれて、ケアマネジメント従事者による紹介・利用は、専門機関よりも、不動産屋、住宅関係機関、社会福祉などのより「一般的」な機関が増加します³。具体的には、仕事を求めている利用者に対して、法定の職業リハビリテーション施設を紹介するよりも、一般の事業主と協力して就労先を探し、またその職場で仕事が維持するように職場内外での支援を行うことが考えられます。また、利用者が生活のしづらさを訴えているときには、精神科デイケアを紹介するよりも、生活上の技術を彼らの生活の場で教えることも一つの方法です。

3)社会資源の開発

市町村によっては、社会資源を把握していく中で、自分の地域に必要な資源が十分そろっていないという現実直面するかもしれません。このようなときには、新しい社会資源の創造が必要かもしれませんが、その前にインフォーマルな社会資源を利用して、サービスの提供の仕方を工夫する独創性が求められるかもしれません。また、既存の社会資源が現場のニーズに必ずしも合っていない、あるいは改善が必要であるということを当事者の代わりに発言したり(アドボカシー)、現状を分析して各自治体で試行的にプログラムを立案・実施したり、制度や法の改正に向けて声をあげていくことも重要な仕事の一つです。既存の社会資源は必ずしも十分とはいえないのが現状ですが、よりよいサービスや利用者の生活の質の向上を求めて、ケアマネジメント従事者の柔軟性と持続性が必要とされます。そこには、仕事としてのやりがいと誰かの人生に関われるという喜びがあるのです。

本ガイドラインの末尾の付録では、精神医療・保健・福祉領域での既存の社会資源について述べます(付録2-a)。また、一例として、既存の社会資源の一覧のマップを示します(付録2-b)。それぞれの地域において同様のマップ作りを始めることは、改めて自分の地域を知るきっかけになるでしょう。

³ Rapp CA: The strengths model: Case management with people suffering from severe and persistent mental illness. Oxford University Press, Oxford, 1998. (江畑敬介監訳: 精神障害者のためのケースマネジメント 1998 金剛出版)

第 2 章

市町村で精神障害者ケアマネジメントを 行うためのシステムづくり

これまで精神障害をもつ人々へのケアマネジメントの理念、技法、資源、制度などについて述べてきました。では実際に、これまであまり精神保健福祉の施策には関与していなかった市町村が主体となり、ケアマネジメントを推進していくためにはどうしたらよいのでしょうか？本章ではその具体的な方法を示していきます。

第 1 節

まずこれを実行しましょう

～市町村で行う精神障害者ケアマネジメントについて理解する～

1. 担当する部署全体でこのガイドラインを読む

1) ケアマネジメントについて理解を深めましょう

まず始めに大切なことは、ケアマネジメントを担当する部署全体でこのガイドラインに目を通し、ケアマネジメントについて理解を深めることです。市町村は住民にとって身近な存在だけに、精神保健福祉に関連した多岐にわたる相談が、ケアマネジメント事業の窓口を持ち込まれる可能性があります。そのため、ケアマネジメントを担当する全ての職員が、ケアマネジメントの理念やプロセスに関する基本的知識を共有していなければなりません。また、最近ではケアマネジメントに関する書籍も多く出版されており、このような教材を用いるなどして、部署や市町村内の関係者と勉強会を行うのもよいでしょう。

2) 市町村で行うことの意義を確認しましょう

先に述べたように、市町村は地域住民にとって最も身近な行政機関です。その市町村が主体となってケアマネジメントを行うことの利点を以下に記しました。

地域に密着していること

- ・ 機関が住民によく知られており、利用者やその家族が気軽に相談できる
- ・ 広報誌を全戸配布しており、利用者やその家族が情報を入手しやすい
- ・ 利用者の生活の場に近いので、家庭訪問など生活場面での支援が容易である
- ・ 地域の情報を広範囲に把握しており、関係機関と連携しやすい
- ・ 地域の特性を反映したサービスや制度を作りやすい
- ・ 潜在化している対象者にも働きかけがしやすい

公的責任を有すること(さまざまなサービスや社会資源を統合しやすい)

- ・ 公的機関であることから地域の情報を得やすい
- ・ 保健と福祉が同一機関にあることから連携を図りやすい

- ・ 三障害(身体・知的・精神)を統合した支援や重複障害者への支援が行いやすい
- ・ 他の障害者施策や高齢者の施策の活用が可能である¹

市町村は公共性など他機関にない機能を有しているため、ケアマネジメント事業を委託するにあたっては、その利点が失われてしまう可能性を念頭に入れ、慎重に判断する必要があります。

2. ケアマネジメント事業の担当者を決める

ケアマネジメントを市町村で展開していくために、まず役所内でケアマネジメント事業の担当者を決める必要があります。市町村障害福祉計画策定に関与している職員が、担当者としてふさわしいと言えるでしょう。

3. 担当者自身が都道府県などの研修会に参加する

ケアマネジメントについての理解や技術を高めるために、まず担当者自身が国や都道府県・政令指定都市で実施されている障害者ケアマネジメント従事者養成研修を受講することをお勧めします。どちらの場合も、都道府県・政令指定都市の担当部局に連絡をとって情報を入手しましょう。研修会に参加する利点は、担当者の資質を高めるだけでなく、ケアマネジメントに関連する人々とのネットワーク作りにも役立つということです。市町村は、複数の担当職員が継続的にこのような研修会を受講できる体制を整える必要があります(研修の詳細については第2章第2節参照)。

4. 圏域内に住む精神障害をもつ人々のニーズと社会資源を把握する

1) 地域のニーズを知る

精神障害をもつ人々やその家族が、地域生活を維持していくうえで必要としていることは何でしょうか？もちろん地域性や個々の事例によってニーズは異なるので、だからこそ、ケアマネジメントを効果的に実施していくためには、その地域で何が必要とされているか

¹ 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課監修 高橋清久/大島巖編集：改訂新版ケアガイドラインに基づく精神障害者ケアマネジメントの進め方 2001 精神障害者社会復帰促進センター

ということを、市町村が把握する作業は欠かせないのです。

厚生労働省が実施した平成 14 年度の患者調査によると、精神障害をもつ人の数は 258 万人となっています²。この数字から人口 1000 人に対して約 16 人が精神障害をもつと推計されます。これに基づくと 10 万人の都市では、1600 人の方が、統合失調症、躁うつ病、アルコール依存症など、なんらかの精神障害をもっていることになります。これに、精神保健医療サービスとつながっていないホームレスの人たちやひきこもりの人たちも含めると、この数はさらに増えると考えられます。市町村は、アンケート方式の調査を実施するなどしてこれらのニーズを確実に把握し、市町村障害者福祉計画の中に地域精神保健福祉計画を盛り込みながら、その中でケアマネジメント事業の展開を実現していくようにします。

また、利用者や家族の生の声を聞き、お互いに合意が得られたサービスに関しては、施策展開をしていくことも可能でしょう。こうしたヒヤリングは、地域で精神障害をもつ人々が主体的に生活していくうえで必要となるネットワークづくりにも役立ちます。つまり、こうした機会を通じて当事者や家族の会が生まれることが多いからです。このような当事者団体とは、定期的に意見交換の場を設けるようにします。

2) 社会資源を知る

市町村のケアマネジメント担当者自身が、利用者が活用できる既存の地域社会資源や、各施設・機関が提供しているサービスについて熟知している必要があることは言うまでもありません。

よりよい地域生活支援を可能とするためには、さまざまな社会資源を各利用者のニーズに基づき適切に活用する必要があります。ここで言う社会資源とは、障害者に特化されたものだけではありません。ノーマライゼーションの観点から言えば、利用者の希望や自己実現を可能にする社会資源とは、地域に存在する誰もが利用できるものなのです(社会資源の詳細については、第 1 章第 4 節・付録 2 を参照)。

3) 社会資源について情報を集約した冊子を作成する

社会資源の概要や利用方法、福祉制度を利用する際の具体的な手順などを集約した冊子を作成し、地域住民に配布することをお勧めします。情報と選択肢を余さず提示すること

² 厚生労働省：精神障害者に関わる平成 14 年患者調査の概要

で、障害をもつ人やその家族が自己選択する機会をより多く提供できます。このような冊子は、市町村のケアマネジメント担当者が地域のネットワーク作りを行ううえで役立つだけでなく、ケアマネジメント従事者が実際に圏域内で活動を行う際にもおおいに参考になるでしょう。

第 2 節

事業を効果的に展開するために

～市町村で行う精神障害者ケアマネジメントのための基盤整備をすすめる～

1. ケアマネジメント実施における市町村の役割

精神障害者ケアマネジメントにおける市町村の役割を一言で表すと、「ケアマネジメントに関わる法体系や自治体の障害者保健福祉計画と連動して、圏域内外の関係機関の協力を得ながら、圏域での精神障害者ケアマネジメント・システム全体の発展と調整・維持に対する責任を負う」ということになるでしょう。具体的な役割としては、「ケアマネジメントについて、正しい認識と利用法を住民に伝える」ための広報機能、「ケアマネジメントにかかわる専門家の技量を高める」ための研修機能、「ケアマネジメントが必要な人をみきわめ、サービスにつなげる」ための窓口・門番機能、「ケアマネジメントの質を保証する」ための監査(モニタリング)・評価機能、「ケアマネジメントと地域資源をより密接に結びつける」ためのネットワーキング機能、が挙げられます。それぞれについて、この節と第 3 節で触れていきます。

2. ケアマネジメントについて情報提供を行う

1) 対象ごとに情報提供のやり方を工夫する

障害をもつ人たちに対するケアマネジメントについて、地域の中で広く周知し、利用により恩恵を受ける可能性がある人が実際に相談窓口や実施機関にアクセスができるように、情報提供を行う必要があります。地域住民に対してはパンフレットを配布したり、自治体が発行する広報誌を用いること、関連事業者や医療機関に対しては適切な事業説明会を行うことが重要になります。近隣自治体や都道府県に対しても、最低限の整合性を図るために、これから行おうとしているケアマネジメントの仕組みを説明しておくとい良いでしょう。それぞれの対象ごとに、焦点を当てる内容や説明文書の言い回しを工夫するなどの配慮が求められます。

2)三障害合同の理念を周知すること

ケアマネジメントを実施する機関の種別やアセスメントのポイント、提供されるサービスの内容など、実際の支援における細かな点では障害毎の違いが生じることも想定されます。しかし広く情報提供を行う際には、障害種別を超えて、地域生活支援の共通の枠組みとしてケアマネジメントがあるということを、読み手や聞き手に理解してもらうよう伝えなければなりません。

3.ケアマネジメントを行う人を育てる

1)研修の目標 - 何を研修できればよいか -

利用者の個別性・主体性を重視した支援、生活者としての障害者のニーズを中心にしたエンパワメントを心掛けたかかわりなど、ケアマネジメントの理念とともに、ケアプロセスの実践的な流れについて研修を行うことによって、実際にケアマネジメントを行える人を育てていく必要があります。さらに、そうしたケアマネジメント従事者自身をエンパワメントするためのフォローアップ研修や、地域の中でスーパーバイザーとして機能する人を増やしていくための研修なども重要になります。

2)既存の研修会の活用

現実的にはまず、国や都道府県で実施されている既存のケアマネジメント従事者に対する研修会を上手に活用していくことが求められます。

「養成研修」と呼ばれる初級研修や、「フォローアップ研修」と呼ばれる「養成研修」修了者を対象とした中級研修だけでなく、地域でスーパーバイザーとして機能する従事者を養成するための「上級研修」などが定期的に行われています。市町村の担当者は、研修を必要としている人がこうした研修会に参加できるように、常に情報の収集と共有を怠らないように努める必要があります。

3)市町村独自の研修会の企画

政令指定都市ではない自治体が、単独で前記以外の研修会を開催することは時間と予算の関係で困難な場合もありますが、より地域に根付いたサービスの提供をはかるためにも、各市町村がその地域特性に配慮した独自の研修会を企画することは大変に重要なことだと

思われます。小規模町村においては、障害保健福祉圏域程度の規模で、いくつかの自治体が協力して研修会を開催することも考えられます。

4) ネットワークを活かした、定例のスーパービジョン体制の確保

年間に限られた回数で実施される研修会とは別に、市町村のケアマネジメント従事者が定期的に集まり、グループで対応困難事例を協議したり、スーパービジョンを受けるなどの仕組みを作ることが、質の高いケアマネジメント体制を維持するために検討されなければなりません。スーパービジョンでは、精神保健福祉センターなど圏域外の専門機関に講師を依頼することも検討します。

4. ケアマネジメントの窓口を作る ～ケアマネジメントの入り口である相談体制とその窓口をつくる～

1) 窓口の役割は？

(1) どんな人が訪れるのか？

障害をもつ本人が相談窓口を訪れて、そこから必要に応じてケアマネジメントの導入がなされれば理想的ですが、実際には家族からの相談や、退院を間近にひかえた人の入院先の医療関係者からの照会も少なくありません。まずは、様々な関係者が窓口を訪れることを想定して門戸を広げておき、最終的には本人自身が登場する中で、ケアマネジメント利用に関する自己決定がなされるよう取り組みをすすめていきます。

(2) 窓口業務のポイントとは？

広報や普及のあり方にもよりますが、現状では、障害をもつ人やその家族が窓口を訪れた際に、最初から「ケアマネジメントを受けたい」と希望されることはまずありません。まずは障害をもつ人自身の生活のしづらさや、社会資源の利用希望、家族の負担など表出された話題を基にして十分に話を聞いたうえで、必要な場合にケアマネジメントを紹介、導入する流れになると思われます。したがって、窓口業務担当者には、通常の相談支援の技術にくわえて、相談の対象となった障害をもつ人がケアマネジメントの対象者として適切であるか判断する力が求められることとなります。

また、障害による生活上の困難をかかえた人が、その障害種別によっていくつかの窓口を転々とすることなく、必要な場合にはケアマネジメントを直接紹介されることが可能と

なるように、三障害合同の総合的な相談窓口を設けることが望まれます。先駆的な自治体においてはこのような総合相談窓口を既に設けており、特別な専門知識がなくとも、ケアマネジメントについての基本理解が充分になされていればよいといえるでしょう。

(3)どこまでが窓口の役割か？各機関との関係は？

窓口では、来談者への心理的配慮を怠ることなく、障害をもつ人の生活状況やニーズの概要を捉えて、ケアマネジメントが必要とされるかどうかの判断と、実際にケアマネジメントを実施する担当者への橋渡しを行います(これをゲートキーピング〔門番〕機能といいます)。実際には、初回の相談のみで当面の問題が解決されて、一時的には終結扱いとなる場合も少なくはないと思われます。行政とケアマネジメント事業者との役割分担は、どの程度まで行政が委託を行うかなどの、自治体の仕組みに左右されることになります。

2)相談の窓口をどこに置くか

住民にとってのアクセスのしやすさ、情報収集力、公平性などを考えると、市町村の障害保健福祉担当部署に総合相談窓口を設けることが、まず必要となるでしょう。そのうえで地域の特性や圏域のサイズを考慮に入れて、サテライト的に専門の相談機関やケアマネジメント事業者でも同様の窓口を設け、来談者の同意を得たうえで行政の窓口と情報の共有と連携を図るようにする方法も考えられます。総合相談窓口を複数置くことのメリットは、その地域性と迅速性にありますが、市町村の担当部署には全体のコーディネート機能が求められます。その場合でも、「かかえている問題が整理できていない人」、「多様な機関の関わりが想定される人」の相談に関しては、市町村の総合相談窓口で対応することが望ましいでしょう。

3)実際に誰が相談を担当するか

市町村の総合相談窓口においては、保健福祉領域で十分な相談業務経験のある保健師やワーカーが中心的な担い手になると考えられます。その中でも、前出の国・都道府県のケアマネジメント従事者養成研修修了者が任に当たることが望ましいでしょう。異なる障害領域の専門知識をもつ複数の担当者がチームを組んでこの窓口を担当することもあります。経験を重ねると、必ずしも専門家でなくとも適切な対応がとれるようになると思われます。

5. ケアマネジメントをする人と地域のネットワークをつくる

1) ネットワークの形成

ケアマネジメント業務に従事する人同士の、さらに障害者・高齢者領域の当事者団体・支援団体やボランティア、民生委員など地域で活動する実務者レベルのネットワークを構築することは、専門家同士のピアサポート、インフォーマル資源の開発、地域に根ざした新たな社会資源や制度の開発につながり、市町村におけるケアマネジメントの質の向上につながる重要な取り組みであると言えます。そのうえで、こうした現場の声を自治体の施策に反映させやすくするために、行政の担当課長や関連団体・施設などの責任者レベルの定例会議を開催することも有効な手段となるでしょう。

これらの会議は、個別のケアプロセスの中でケアマネジメント利用者も参加して開催される「ケア会議」とともに、地域において提供される生活支援サービスを調整する重要な機能があり、「サービス調整会議」などと呼ばれています。

2) 公的機関と民間の役割分担と連携

こうしたネットワークを構築する際には、民間の力を活用する視点を充分に取り入れる必要がありますし、リーダーシップの所在は地域の特性に寄るところが大きいと考えられますが、公的機関が一定の役割を果たすことが求められることは言うまでもないでしょう。

3) 社会資源を拡充するための仕組み

ネットワークの形成のところで述べたように、個別の「ケア会議」、さらに「サービス調整会議」を活用していくことが、地域の社会資源や制度の開発につながります。一方で、障害者用の特別な施設や制度を作ってそれによしとするのではなく、インフォーマル資源を個別支援に活かしていく姿勢を常に忘れないようにする必要があります。

第3節

実際に事業を行うために

～市町村で行うケアマネジメントのシステムを創り出す～

1. 対象者設定の仕組み(ゲートキーピング)

1)対象者の加入基準をどのように設定するか？

加入基準とは、どのような人がケアマネジメントを受けることができるかを定めたルールのようなものです。このルールが厳しすぎると、必要な人がケアマネジメントを受けることができなくなってしまいます。逆に甘すぎると、本来なら自分の力で地域生活をおくれる人が保健福祉サービスの中にかかえ込まれてしまい、ケアマネジメント従事者も一人当たりの担当数が増えて十分な働きができなくなってしまうなどの弊害が生じます。

一般的には、「精神障害をもち、複数のサービスを総合的かつ継続的に提供する必要があると判断される人々」が対象となるように設定します。原則として精神保健福祉手帳を所持していることを条件にするのが妥当と思われるのですが、通院医療費公費負担制度を受けていることの証明、あるいは精神科医療機関からの通院証明などで代替することも考慮に入れるべきでしょう。

対象者は診断名や評価尺度で一律に決められるべきものではありません。「生活のしづらさ」をかかえながらもより質の高い生活を営むために、今後複数のサービスを活用することが必要である人々が明らかになるように加入基準を設定する工夫が必要です。若年層のひきこもりの人々、メンタルヘルスの問題をかかえながらホームレスになっている人々など、市町村によってサービスのニーズをもつ人々の実態は異なるでしょうから、最終的には、市町村が独自の判断を加えることができるように、加入基準には柔軟性を持たせておくことも必要です。

2)ゲートキーピング〔門番〕機能は誰が担うのか？

障害をもつ人の生活状況やサービス・ニーズの概要を捉え、加入基準を参照しながらケアマネジメントが必要とされるかどうかの判断と、実際にケアマネジメントを実施する事

業者への橋渡しを行うことを、ゲートキーピング〔門番〕機能といいます。

ケアマネジメントの対象にならない人々に対して、他のふさわしいサービスにつなぐことも、大事な役割の一つになります。また、この過程では、単なる書類審査を行うのではなく、きちんと来談者の話を聞き、ニーズを明らかにする会話の中で物事を決めていくようにします。

ゲートキーピングは、ケアマネジメント事業者とは異なる視点をもつ者が担当することが望ましく、市町村の障害保健福祉担当部署においた総合相談窓口がその役割を担うことが、公平性の観点から望ましいと考えられます。

3)行政(都道府県、市町村)がシステムの中で取る役割は？

まず、窓口を行政が担うことからわかるように、ゲートキーピングについての責任は行政が担います。したがって、窓口を訪れる事例についてのデータ分析を怠らず、サービスをより必要としている人々に適切にサービスが行き渡るように、適宜加入基準の調整をすることが求められます。

同時に、市町村圏域で現在何名がケアマネジメントを利用しているかといった情報も、行政が把握している必要があります。

2.ケアマネジメント業務を実際に誰が担当するのか？

1)誰が決めるのか？

「ケアマネジメント事業者」の認定に当たっては、行政(都道府県、市町村)がその責任を取ります。各市町村で策定する障害者保健福祉計画に基づき、一定の基準を満たした「ケアマネジメント事業者」を必要数定めます。

2)誰に決めるのか？

(1)ケアマネジメント事業者を決める際の原則

まず、本章の第1節で触れたように、市町村の社会資源を把握し、分析してみましょう。そのうえで、利用者の希望、アクセスのよさ、あるいは公共性などを考慮に入れてケアマネジメント事業者を決めていきます。もちろん、市町村の職員も、ケアマネジメント従事者として位置づけることが可能です。また、各事業者が有しているケアマネジメント従事

者数などから、一つの事業者が1年間に引き受けられる新規の利用者数、全体で受け入れられる利用者数の上限をあらかじめ決めておくことが望まれますが、そうした状況も配慮に入れて、個々の利用者を誰が担当するのか判断を下します。

当然のことながら、ケアマネジメント業務を引き受ける事業者は、ケアマネジメント従事者養成研修の修了者を有している必要があります。ケアマネジメントを行う際には、精神保健福祉について一定の知識が必要になるため、保健師、精神保健福祉士などの資格をもっていれば、なおよいでしょう。

(2)地域特性による違い

都市部で社会資源が比較的多く存在している場合

利用者の利便を考え、その所在地から圏域内にバランスよく事業者を指定します。「地域生活支援センター」が主たる業務担当者になりますが、一人のスタッフのかかえる利用者数は30以下に制限した方がよいでしょう。小規模作業所、生活訓練施設、通所授産施設、あるいは医療機関の精神保健福祉士などがケアマネジメント従事者になることも考えられます。

農村部などで社会資源が不足している場合

一般的に、地域生活支援センターをケアマネジメント事業者に指定することが多いと思われませんが、圏域内に地域生活支援センターがない場合、どこが事業を担当するかについて「サービス調整会議」などで協議します。このような場合、市町村や都道府県の保健師・精神保健福祉士がケアマネジメント従事者となることを積極的に検討しましょう。また、利用者が通院している医療機関の精神保健福祉士に委託するという選択肢があるかもしれません。

(3)主体となる機関による違い

公的機関がケアマネジメントを行う場合

公的機関の事業者としては、精神保健福祉についての専門的知識をもつケアマネジメント従事者が所属する精神保健福祉センター、保健所(以上、都道府県・政令指定都市)、公衆衛生的専門知識を有するケアマネジメント従事者の所属する保健センター、総合相談窓口を有する部局、などの選択肢が考えられます。

民間機関にケアマネジメントを委託する場合

先に述べたように原則「地域生活支援センター」をもつ事業者に委託することになりますが、圏域内に地域生活支援センターが適正に配置されていない場合は、小規模作業所、

生活訓練施設、通所授産施設、あるいは医療機関などもケアマネジメント事業者になりえます。圏域内の精神医療・保健・福祉機関とサービス調整会議などを通じて協議を図り、委託する事業者を定めます。

民間機関がケアマネジメント事業を行う場合であっても、ある特定の医療・保健・福祉機関の利用者のみを扱うといったことがないよう、地域住民に開かれていることが望まれます。

精神科医療機関を中心としたサービスとの整合性

市町村の総合相談窓口を通して、断片化されてきたサービスを統合して提供することを可能にするのがケアマネジメントです。一方、これまでは精神科医療機関においても、主治医や精神科ソーシャルワーカーの介在によって、医療法人がもつ地域生活支援センターや生活訓練施設などで同様のサービスを提供してきました。今後は、まずゲートキーピング機能をもつ市町村の総合相談窓口を通し、そこで複数のサービス・ニーズを有していたり、長期入院から地域生活に移行する者など計画的なプログラムに基づく支援が必要と判断された場合に障害者ケアマネジメントを利用することが、基本的な流れになるでしょう。

委託した場合の市町村の役割

1. ケア会議やサービス調整会議の主催あるいは積極的な支援など、ケアマネジメント推進のための役割をとります。
2. 委託先の機関が適切なサービスを展開できるように、研修やスーパーバイズの機会を豊富に設けることや、ケアマネジメントのプロセスがきちんと運用されているかをモニタリングする役割を担います。
3. サービスの質を担保するために、ケアマネジメント従事者一人当たりの受け持ち利用者数(ケースロードと呼ばれる)の上限を定めておく必要があります。具体的には、30程度に抑えておくのが望ましいでしょう。

3. どのようなツールを用いるのか？

1) 契約書

ケアマネジメントは、利用者とケアマネジメント事業者との契約関係においてサービスが実施されます。したがって、最初の導入の際に、サービス施行についての同意・契約を取り交わす必要があります。契約書は、障害をかかえた状態にあっても理解しやすいよう

に、わかりやすく簡潔な表現を用いるようにします。

契約書には、以下の内容が説明として盛り込まれていることが必要です。

ケアマネジメントとは何か

ケアマネジメント事業者が行うこと

利用者をお願いしたいこと(特に他関係機関との個人情報の共有の仕方について)

ケアマネジメントにかかる費用について

2)アセスメント票

アセスメントは、ケア計画を作成するうえでなくてはならないもので、以下のような内容が盛り込まれている必要があります。

(1)本人の希望

たとえば、「これから半年の間にどんなことが出来ると、サービスを受けてよかったと思えるでしょうか?」というような質問をして、本人がサービスに望むことを明らかにしていきます。「一人暮らしをしたい」、「不安な時に相談できる人がほしい」など、なるべく具体的な内容が書き込まれるようにします。

(2)現在の状態

「できない」、「やろうとしていない」など否定的な面にばかり目を向けるのではなく、「どこまではできているか」、「どんな領域に関心をもっているか」といった視点から評価をしていきます。

アセスメントは多面的に行う必要があります。たとえば生活基盤に関する領域、健康に関する領域、安全管理に関する領域、日常生活に関する領域、コミュニケーション・スキルに関する領域、社会生活技能に関する領域、社会参加に関する領域、教育・就労に関する領域、余暇活動に関する領域、家族支援に関する領域などがアセスメントの必須項目です。アセスメント票は、尺度化しているものや、具体的な記載をするものなど、その市町村のケアマネジメント事業者が使いやすく役に立つものを作り上げていきます。

(3)今後の課題についてのアセスメント

現在の状況を把握すると同時に、数ヶ月後の課題(ゴール)を設定します。多領域に渡って課題設定を行わなければならないこともありますが、必ずしも全ての項目で課題が明らかにされるとは限りません。中には、「今のままでよい」、あるいは「本当は変えたいが、どういう風にしたらいいかわからないので、これについては後で考えたい」といった項目

があるかもしれません。その時点での利用者本人の関心や希望を尊重しながら、いくつか課題を見出し、優先順位をつけて次のケア計画表作りにつなげていきます。

3) ケア計画表

ケア計画は、次項のケア会議などを活用して最終的な形に仕上げていきます。しかし、利用者本人と相談をしながら素案を作っておくと、話し合いの焦点が明確になり、より有意義なケア会議にすることができるでしょう。ケア計画表への記入を進めていくことによって、その作業を円滑に進めることができます。ケア計画表には、以下のような項目を設けておきます。

本人の希望でもある長期目標

この半年くらいのうちに達成できるとうれしい短期目標

短期目標をかなえるために達成する小目標

小目標に対して、本人の役割、ケアマネジメント従事者の役割、それぞれの支援者の役割を明確にしていきます。

目標達成するうえで役に立つ本人の強み(性格、関心、使えるインフォーマル資源など)

4. ケア会議を実施する仕組み

1) ケア会議の目的

ケアマネジメントは、複数のニーズを有する利用者のために適切なサービスを調整するものですから、サービス提供機関も複数に及ぶことがほとんどです。サービスを利用する者、サービスを調整する者、そしてサービスを提供する者がお互いの顔を知って関係を育むとともに、利用者にとって役に立つ実用的なケア計画を作っていくことが会議の目的です。

また、異なる立場の人が、多様な視点で話し合うことによって、法で決められたサービス内容だけでなく、その人に合った身近で適切なサービス(インフォーマル・サービス)を作り上げていくことも可能になります。

2)利用者参加の原則

ケア会議で検討されるサービスの内容は、利用する当事者が望んでいる生活のあり方を実現するためのものであり、利用者にとって理解しやすく、また希望が膨らむものであることが大切です。したがって、ケア会議には原則として利用者自身にも出席してもらい、ケア計画を作るプロセスを分かち合いたいものです。会議に出席することで、多くの人に応援してくれていること、ケアマネジメントが何を目指しているかということを実感できるでしょう。利用者の参加によって、他の支援者の姿勢や発言が、より肯定的なものになりうる、という利点もあります。

3)誰が誰を招集するか

ケアマネジメント従事者が利用者の希望やニーズを満たすために必要と思われる人を招集します。たとえば、グループホームを使いたい場合はそのホームの管理人、ホームヘルプサービスを活用したい場合は主任ヘルパー、薬の副作用について情報を知りたい場合は主治医や病院の薬剤師に集まってもらうこともあるでしょう。誰に参加して欲しいか、あらかじめ本人に尋ね、それを参考にするとよいかもしれません。

行政側が仲介して参加者を招集することも一つの方法です。ケアマネジメントを市町村に導入した初期などは特に、行政が招聘状を出す方が、医療機関をはじめとする参加者の確保につながりやすいものです。そのためにも、行政のケアマネジメント担当者は、日頃からケアマネジメント事業者と定期的に連絡をとりあい、ケアマネジメントの進行状況を把握しておく必要があります。

4)医療機関との連携

精神障害をもつ人々が地域生活を営むうえで、医療との関わりは欠かせないものと言えるでしょう。主治医との関係がよいこと、処方されている薬が利用者本人に合っていることが重要です。しかし、殊更に医療を特別なものとして位置づけるのではなく、本人が生活していくうえで、住居や日中の活動の場と同じレベルで大切なもの、として考える方がよいでしょう。ケアマネジメントにおいて利用者とケアマネジメント従事者とが目指していることが、医療における治療方針と同じ方向を向いているか、定期的に情報交換をしていく必要があります、ケア会議をそのための一つ的手段として位置づけることも出来ます。

5)行政(都道府県、市町村)がケア会議推進のために取る役割は？

上述したようにケア会議開催にあたっては、行政のケアマネジメント担当者が会議の設定に関わることが、支援の層を厚くするという意味で大切になります。会議の日程調整や招聘状の送付などを行政が担当することで、より多くの、そして必要な支援者の参加につながりますし、後述するような「サービスが適切に行われているかのモニタリング」のよい機会としても活用できます。

5. サービスが適切に行われているかのモニタリング

ケアマネジメントを圏域内の事業者に委託して実施する場合、市町村の担当者には、ケアマネジメントが事業者によって適切に行われるよう支援する責任が生じます。ケアマネジメントというサービスが適切に行われているか、サービスのプロセスを点検する作業はモニタリングと呼ばれています。

業者が行っている個別支援のモニタリングに関しては、書類審査だけでは形式的なものになってしまうので、できれば利用者毎に行政の担当者を決めて、一定の頻度で対面して直接モニタリングを行うことを推奨します。

苦情処理や権利擁護を行う窓口を設けることも検討します。事業者単位で業務内容を監査・評価することも一定の頻度で検討しなければなりません。より専門的な評価については精神保健福祉センター、行政面での対応については保健所など、都道府県の各機関と連携を図るようにします。

研修事業やケア会議、第2節で述べたサービス調整会議などの機会を通してモニタリングを行うと効率的です。

第4節

ケアマネジメントをさらに充実させるために

～市町村で行われているケアマネジメントの評価システムを作り、
ケアマネジメントの拡がりを理解する～

1.行われているケアマネジメント事業を評価するシステムを作る

1)これまでの取り組みを整理する

ケアマネジメントが実際に利用した人たちの役に立っていたか、今後どのような方向性が求められるのかを自治体レベルで総合的に評価するシステムを作り上げることは、市町村におけるケアマネジメントをいっそう充実させるために重要な取り組みであると言えるでしょう。

なぜケアマネジメントに取り組むようになったのか、その際にどのような理念をかかえていたのか、当初の目標は達成したか、などを市町村の担当部局で検討することが最初の一步になります。

2)ワーキンググループを作り、実際に評価を行う

行政担当者レベルの振り返りに加えて、市町村で実際にケアマネジメントに関わった行政職、民間事業者の職員、利用者自身などによるワーキンググループを立ち上げて、さらにどのような視点で評価を行うことが適切かを検討します。保健福祉サービスの評価に関わる専門家を招いて研修会を開く必要があるかもしれません。利用者や家族への援助効果だけでなく、支援プロセスの評価、研修のあり方、費用効果などについて、量的あるいは質的に検討していきます。

実際に評価がなされたら、その結果をもとに、ケアマネジメントの体制を見直すことに利用します。

3) 評価を定期的に行うためのシステムを検討する

ワーキンググループでの経験を基礎として、その地域で定期的に見直すべき事業評価の項目と評価者などを定め、よりシステム化された評価事業を構築するようにします。事業に実際に関わっている人が評価を行うだけでなく、外部評価、特に当事者団体による第三者評価をどのように位置づけるか、といったことが検討される必要があります。

2. ケアマネジメントの拡がりを理解する

1) 多様なケアマネジメントのあり方を理解する

ケアマネジメントは、そもそも1960年代以降の米国で、精神科病院を退院してきた人たちの地域生活支援の方法として体系的に発展してきたものです。米国では、精神障害をもつ人たちを対象とするケアマネジメントのモデルとして、仲介型、臨床型、リハビリテーション型、長所モデル型、集中型、包括型などさまざまなものが開発されています。このガイドラインでこれまで触れてきた「ケアマネジメント」とは、以上のモデルの中では臨床型と呼ばれるものに相当します。しかし、より重い精神障害をもつ人たちの地域生活支援においては、高齢者ケアマネジメントで行われているような仲介型、障害者ケアマネジメントで行われている臨床型では再入院の防止効果が充分とは言えず、集中型、包括型といったモデルが各国で普及しつつあります。

2) 重症精神障害をもつ人に対する「包括型地域生活支援プログラム(ACT)」

包括型ケアマネジメントは我が国では包括型地域生活支援プログラム(Assertive Community Treatment: 以下、ACT)と呼ばれ、すでに試行的なプロジェクトが国立精神・神経センターで行われています。

ACTは、重症の精神障害をもつ人に対象を絞り、24時間365日対応の多職種チームが、利用者が暮らす生活の場において、医療・保健・福祉・就労を含むあらゆるサービスを直接提供するものです。

ACTは、数多くの実証的研究から、利用者の入院日数の減少、サービス満足度の向上、居住安定性の向上などの援助効果が高く評価されており、諸外国で普及しているものですが、日本でもその導入が期待されています。今後、市町村においてACTをどのように活用するか、その検討を始めなければならない時期にきていると考えられます。

3)市町村において ACT を活用する仕組み

ACT が将来的に、診療報酬をもとに運営されたとしても、介護保険のような枠組みの中で運営されることになったとしても、重症の精神障害をもつ人に特化したサービスを行うという性格上、その実施機関は当該地域において公的な責任を担うことになると思われま
す。したがって利用者のプログラムの加入にあたっては、ケアマネジメントと同様に、市
町村の障害者総合相談窓口を活用することが望まれます。市町村の窓口は、精神保健福祉
センターないし保健所といった都道府県の専門機関と協議を行ったうえで、対象者の認定
と、ACT 事業者への紹介を行う流れになるでしょう。

ケアマネジメントと ACT は、地域で精神障害をもつ人たちを支える仕組みとして、いわ
ば車の両輪にあたるものであることを理解してください。

参考文献：西尾雅明：ACT 入門 2004 金剛出版

付録 1 :

精神障害について

以下では、主たる精神障害に関する簡単な説明を行います。なお、本付録は、精神障害について初めてふれる方へのガイドとなることを目的に書かれているため、代表的な障害について簡略化して説明してあります。詳細な情報については、他の成書をご参照下さい。

統合失調症

神経が敏感になりすぎ、環境への適応に困難を生じる精神疾患です。小さな刺激にも敏感に反応するようになり、たとえば「周囲の者が自分の悪口を言っているに違いない」とか「テレビでも自分の噂をしていた」「盗聴器が仕掛けられていて、自分の様子が伝わってしまう」といった非現実的な考えにとらわれてしまいます。不眠が続き、考えが次から次へとまとまらなく湧いてきてしまうとも言います。同時に感情が不安定になり、気持ちのゆとりがなくなって、仕事や勉強などうわの空になりがちです。

一方陰性症状といって、根気が続かない、意欲がわからない、生き生きとした感情がわいてこない、などの症状が同時に出現する場合があります。このような時は、傍から見てるといつも疲れやすく無気力でごろごろしている、といった状態が続きます。

薬物療法にくわえて、支持的な環境のなかで丁寧にリハビリテーションを行うことが必要な疾患です。

うつ病

憂うつな気分と共に、意欲の減退、集中力の低下などが生じ、自分自身に対する感情も大変否定的になってしまいます。一般的に、頭が働かず、感じたり考えたりということもなかなかできない状態になり、決断を行うことも難しくなります。やはり、環境の変化や挫折体験などのストレス状況から発症しがちですが、対人場面で「とりかえしがつかないことをしてしまった」とか「他人に迷惑をかけてしまった」と苦しむことが多いようです。また、便秘や食欲不振、早朝覚醒があるがなかなか起き上がれない、といった身体症状を伴いがちです。

抗うつ剤を中心とした薬物療法と支持的な環境での認知療法、認知行動療法で回復可能です。

強迫性障害

「自分のからだは汚れているのではないか」とか「自分はひどいことを周りの人にするのではないか」など、強迫観念といって一つのものごとに考えがとらわれてしまう症状と、その強迫観念を打ち消すように、あるいは強迫観念に左右されて、たとえば一日に何十回となく手を洗ったり、何度も繰り返し確認したりといった行動

をくりかえす強迫行為という症状があります。時に、強迫行動に家族を巻き込んでしまうので、つきあう家族も大変疲れることがしばしばです。

薬物療法と認知行動療法などの併用が回復には有効です。

パニック障害

ひどい動悸や呼吸困難、息苦しさを体験する「パニック発作」があり、以後、乗り物に乗ったり、会議や授業に出たりすると「また似たような発作がおきるのではないか」との予期不安が強まり、次第に単独での外出が困難になってしまう状態です。このような社会的な場面にでることにまつわる恐怖感を広場恐怖とよびます。これらの問題も神経伝達物質の一種の機能障害によるものといわれています。

抗うつ剤や抗不安薬を用いて不安発作を予防するとともに、予期不安に対して行動療法や認知行動療法が有効です。

摂食障害

体重の減少に対して強いこだわりがあり、ダイエットのために拒食をしたり、食べても太らないようにと過食や嘔吐を繰り返したりということが生じます。女性に多い病気です。食にまつわる症状のほかにも、自分に対して自信をもつことが難しく、対人関係で困難を感じる状態におちいつてしまっていることも多いようです。

抗うつ剤を中心とした薬物療法と、支持的な環境での認知行動療法、家族療法などを行うことで、回復に向かいます。

PTSD(外傷性ストレス障害)

強い恐怖や、戦慄、無力感を感じさせるような突然の衝撃的な出来事を経験することによって生じる、特徴的な精神疾患です。原因となった外傷体験が繰り返し意図せずして思い出されたり、逆に体験を思い出すような状況や場面に対して感情や感覚が麻痺したりします。不眠やイライラなどが持続する場合があります。専門的な精神・心理療法にくわえ、抗うつ剤の服用が回復に役立ちます。

付録 2 :

社会資源に関する資料

以下では、平成 17 年 3 月現在に精神保健福祉法などにより制定されている精神医療・保健・福祉に関する社会資源などについて述べています。ただし、今後、障害者福祉施策の大幅な改革がみこまれており、特に障害者自立支援法の成立、精神保健福祉法の改正があると、それに伴い以下の制度や社会資源の呼称についても大きく変更されることもあります。関係者は、今後の障害者福祉施策の動向に一層の注意を払っていく必要があります。

【付録 2-a：社会資源に関する資料】

1. 治療が必要なとき

1 - 1) 指定病院

日本では、精神科病院の 80%以上が民間の精神科病院です。これらの指定病院では、精神保健福祉法のもとに、入院処遇を行えます。入院処遇としては、自発的入院の任意入院、非自発的入院の医療保護入院、措置入院、応急入院があります。

1 - 2) 精神科診療所

精神病院の開放化、通院治療やデイケアなどの普及により社会復帰が進められています。これらのニーズに応じるために、精神科を標榜する一般診療所は近年増加してきています。

◆ 通院医療

外来通院以外に、精神科に特有の医療形態があります。なかでも、デイケア、ナイトケア、精神科訪問看護についてとりあげます。

◇ 精神科デイケア、ナイトケア

精神科デイケアは精神障害者などに対し、昼間の一定時間(6 時間程度)、医師の指示および十分な指導・監督のもとに医療チーム(作業療法士、看護師、精神保健福祉士、臨床心理技術者など)によって、集団精神療法、作業療法、レクリエーション活動、創作活動、生活指導、療養指導などが行われ、通常の外來診療に併用して実施されます。夕方 4 時以降に開始し、一日 4 時間程度実施する精神科ナイトケアの形態もあります。これは、日中は仕事や決まった活動などをしていて、夜間の支援を必要とする人が使うことが多いです。

◇ 精神科訪問看護

精神科入院患者の地域への復帰支援と在宅医療を目的としています。看護師、精神保健福祉士などが多職種で協働して訪問指導を行うことも出来ます。複数名の保健師、訪問看護師が訪問して、看護または療養上の必要な指導を行うことも可能です。

2. 社会復帰・福祉の社会資源

2 - 1) 社会復帰のために支援を得たいとき

◆ 主に住むところでの訓練

2 - 1) a 精神障害者生活訓練施設(援護寮)

独立して日常生活を営むことが困難と見込まれる精神障害者を対象に、生活の場を提供して、生活指導を行い、自立への支援を行う施設です。定員は 20 名程度で、職員は 6 人以上です。利用期間は 2 年以内ですが、1 年までの延長は可能です。

2 - 1) b 精神障害者福祉ホーム

一定程度以上の自活能力があり、住宅の確保が困難な精神障害者に生活の場を提供して、日常生活に関する相談助言を行い、自立への援助を行う施設です。居室は原則個室で、食事は原則として自炊であり、他の日常生活も原則として入居者本人が処理することになっています。定員は 10 人であり、管理人 1 人、医師 1 人以上とスタッフの関与は少ないです。利用期限は 2 年ですが、必要があれば延長できます。

◆ 主に働く場での支援(福祉的就労)

2 - 1) c 精神障害者授産施設

就労が困難な精神障害者が自活することができるよう、低額な料金で必要な訓練を行い、および職業を与えることにより、社会復帰の促進を図ることを目的とする施設です。利用期限はありません。

2 - 1) d 精神障害者福祉工場

一般就労が困難な精神障害者を雇用し、および社会生活への適応のために必要な指導を行うことにより、社会復帰の促進および社会経済活動への参加の促進を目的とする施設です。

2 - 1) e 精神障害者小規模作業所(作業所)

作業所の名が示すように、職業自立や一般就労を目指す福祉的就労の場としての意味合いと、社会復帰や社会参加を促す場という意味合いがあります。作業所が

ら離れることが困難であったり、すぐに一般就労につながらないことや、就労や社会参加に関する考え方の多様化から、憩いの場、サークル活動や出会いの場のような役割ももつようになってきています。

2 - 1) -f 精神障害者社会適応訓練(通所リハビリテーション)事業

「職親」とも呼ばれています。一般雇用が困難な精神障害者を、協力事業所に委託して、職業を与えると同時に、社会生活への適応のために必要な訓練を行う事業です。ここでいう協力事業所(職親)とは、精神障害者に対する理解が深く、彼らに仕事の間を提供し、社会適応訓練を行うことを通じて、その社会的自立を促進することに熱意をもつ者であり、都道府県知事が適当と認めた人です。

2 - 2) 仕事に就きたいとき

2 - 2) a 公共職業安定所(ハローワーク)

ハローワークは、職業紹介や職業指導などの業務を行うために国が設置している機関です。障害者専門の相談窓口があり、求職を申し込むと「求職登録票」に希望職種や障害状況などを記載し、ケースワーク的に相談を行うようになっており、一部のハローワークには精神障害者担当の相談員(嘱託職員)も配置されています。

各種雇用支援制度の窓口の多くはハローワークにあり、障害者雇用試行事業(トライアル雇用：事業所に3カ月間試行的に雇用してもらい常用雇用に取り組むきっかけ作りをする)、特定求職者雇用開発助成金(障害者を雇用した事業主に賃金の一定率を助成する)、職場適応訓練(事業所に訓練を委託し訓練終了後同一事業所での雇用を図る)などがあります。また、事業主に対して障害者雇用に関する指導も行っています。

2 - 2) b 地域障害者職業センター

地域障害者職業センターは、「障害者の雇用の促進等に関する法律」に基づき、職業リハビリテーションの専門機関として各都道府県に一カ所ずつ設置されています。厚生労働大臣が指定する講習を修了した障害者職業カウンセラーが配置され、ハローワークと連携して、職業評価、職業指導、職業準備支援事業、ジョブ

コーチ支援、精神障害者職場復帰支援事業といった障害者に対するサービスと、障害者雇用に関する専門的な助言援助などの事業主に対するサービスを行っています。

2 - 2) c 障害者就業・生活支援センター

雇用・福祉・医療・教育などの関係機関と連携しながら、障害者の身近な地域で、就業と生活の支援を一体的に行う施設で、都道府県知事指定の社会福祉法人、NPO法人、医療法人などが運営しています(平成17年4月現在全国に90カ所設置)。

3. 日常生活をするうえで困っているとき

3 - 1) 生活の場で困っているとき

改正精神保健福祉法の中では、以下の3つの事業が精神障害者居宅生活支援事業とされています。窓口は市町村です。

3 - 1) a 精神障害者居宅介護事業(ホームヘルプ・サービス)

精神障害者へのホームヘルプサービスは、日常生活能力の障害によって起こる食事の不規則な偏り、気候や場所にあった身だしなみ、清潔の保持や清掃・整理などの介護をします。またこれ以外にも、引きこもりなど閉居している人への外出・買い物などへの同行、話し相手などの間接的生活介護の必要性も増加しています。

3 - 1) b 精神障害者短期入所事業(ショートステイ)

この事業は、家族の疾病や冠婚葬祭、事故などのために在宅における援助の提供が一時的に困難となった精神障害者が、生活訓練施設(援護寮)などの施設に短期間入所し、その後の生活の維持・継続をしやすいサービスです。現在の利用の仕方として、単身者の不安、寂しさ、孤独、孤立感や病状などに影響するような状況への対応策としても利用されています。利用期間は原則として7日間です。

3 - 1) c 精神障害者地域生活援助事業(グループホーム)

グループホームでは、地域で生活しようとする精神障害者が食事の世話や日常生活上の援助を受けて、自立生活を支援することを目的としています。おおむね、5

～6人を定員として、世話人を配置し、精神障害者の日常生活を適切に援助し、食事の世話、服薬指導、金銭管理に関する助言をしたり、疾病などによる生活困難を生じている場合には速やかに医療機関と連絡をとります。利用対象者は、日常生活上の援助が必要で、一定の自活能力があり、数人での共同生活に支障のない人で、かつ生活を維持する一定の収入がある人です。

3 - 2) 地域で相談をするところ

3 - 2) a 精神障害者地域生活支援センター

地域生活支援センターは、地域で生活する精神障害者に対して、社会復帰と自立・社会参加の促進のためのさまざまな支援を提供します。これらの支援の中には、住居、就労、食事などの日常生活に関する援助、服薬や対人関係などに関する相談、悩みへの助言、レクリエーション活動の場の提供、住宅や就職情報などの提供が含まれます。精神保健福祉士はケアマネジメント従事者の業務をすることができます。

3 - 2) b 都道府県や市町村でのとりくみ

障害者社会参加総合推進事業は、都道府県及び指定都市を実施主体とし、「都道府県障害者社会参加推進事業」、「障害者110番運営事業」、「相談員活動強化事業」をしています。そのほか、「家族相談員紹介事業」、「ボランティア活動支援事業」、「ピアカウンセリング事業」の精神障害者支援事業があります。これらは、市町村障害者社会参加促進事業費として行われることもあります。

4. 障害保障や年金など、お金のことについて

4 - 1) 障害年金

4 - 1) a 障害基礎年金

初めて医師の診療を受けたときから、1年6ヵ月経過したとき(その間に治った場合は治ったとき)に障害の状態にあるか、または65歳に達するまでの間に障害の状態となったときに以下の要件を満たした人が支給の対象となります。

1. 保険料納付済期間(保険料免除期間を含む。)が加入期間の3分の2以上ある人

2.20 歳未満のときに初めて医師の診療を受けた人が、障害の状態にあって 20 歳に達したとき、または 20 歳に達した後に障害の状態となったとき

4 - 1) b 障害厚生年金

病気やけがで厚生年金加入期間中に初めて医師の診療を受け、障害基礎年金の支給要件を満たしている人が対象になります。

4 - 2) 生活保護

生活保護制度は、最低限度の生活を保障するとともに、自立を助長することを目的としています。

保護は、生活扶助とその他の扶助(教育、住宅、医療、介護、出産、生業、葬祭)に分かれ、保護を受ける人の世帯構成や収入などの状況に応じて適用されます。保護費は原則として金銭で給付されますが、医療及び介護は現物給付されます。また、保護施設に入所し保護を受ける場合もあります。

◇ 障害者加算

精神障害者については、精神障害者保健福祉手帳 1 級・2 級でも認定されます。

◇ 生活費

居宅の場合には、世帯の最低保証水準に応じて加算されます。生活保護受給中の精神障害者が 1 ヶ月以上入院した場合には、医療扶助と入院患者日用品費に、状況に応じて障害者加算が加算されます。

◇ 医療扶助

被用者保険については保険の自己負担分を扶助されます。国保については、生活保護受給者は加入できず、全額公費負担となります。

4 - 3) 精神障害者手帳

精神障害者の社会復帰や社会参加の促進を期待し、福祉の向上を図ることを目的とした手帳です。この窓口は市町村が担当します。

手帳の対象者は、精神保健福祉法第 5 条で定義される精神疾患を有する人であって、精神障害のために長期にわたり日常生活または社会生活への制約のある人です。障害等級は、障害年金の等級に準拠して政令で定められています。

【精神障害者手帳に基づく各種の援助施策】

通院医療公費負担：手帳の交付を受けた人は、通院医療公費負担が受けられます。
(後述)

税制との関係：手帳をもつ人は、所得税や住民税の障害者控除(本人・配偶者・扶養親族)、預貯金の利子取得の非課税、低所得の障害者の住民税の一部非課税、相続税の障害者控除、贈与税の一部非課税、自動車税・軽自動車税および自動車取得税の非課税などの適用が手帳によって受けられます。

生活保護の障害者加算：1、2級は障害者加算の認定が受けられます。

4 - 4) 通院医療公費負担制度

通院医療を促進し、適正医療を普及させるために国、都道府県および指定都市が通院医療費の95%を公費で負担する制度です。本人の負担額は通院医療費の5%となります。本人または保護者が保健所あるいは市町村に申請します。

4 - 5) 医療保険

わが国の医療保険は、職域ごと加入する被用者保険(政府管掌健康保険や地方公務員共済組合など)か、地域の一般住民を対象とする国民健康保険とに大別され、国民はいずれかの保険に加入する仕組みになっています(国民皆保険)。

◆ 保険給付の例

◇ 高額療養費

重い病気などで病院などに長期入院したり、治療が長引く場合には、医療費の自己負担額が高額となります。このような家計の負担を軽減できるように、一定の金額(自己負担限度額)を超えた部分が払い戻される高額療養費制度があります。ただし、特定療養費の差額部分や入院時食事療養費は支給対象にはなりません。

◇ 傷病手当金

傷病手当金は、病気休業中に被保険者とその家族の生活を保障するために設けられた制度で、病気やけがのために会社を休み、事業主から十分な報酬が受けられない場合に支給されます。

4 - 6) 手当

心身の障害を理由に支給される手当として、特別児童扶養手当、障害児福祉手当、特別障害者手当があります。しかし、精神障害をもつ人がこれらを受けることは少ないのが実情です。

5 . 人とのつながり

5 - 1) 家族会

身内に精神疾患をもつ人々が集まり活動しているのが家族会です。病院や保健所などの地域を中心とした活動をする会があり、全国に約 1600 の家族会があります。活動内容は、参加者同士の交流、精神疾患についてや精神障害者が利用できる福祉制度の知識を得るための学習会などがあります。

5 - 2) 全国精神障害者家族会連合会(全家連)

略して「全家連」と呼ばれていますが、これは全国各地の約 1600 の家族会から構成される連合組織です。家族会は、都道府県ごとに都道府県連合会にまとめられ、その傘下に家族6万世帯12万人の会員が組織され、地方独自の活動をしています。また、平成6年7月には、精神保健福祉法による「精神障害者社会復帰促進センター」の指定を受けて、調査・研究、啓発活動、研修事業などを行っています。

5 - 3) 当事者組織

地域における作業所、デイケアなどが増え、そこから派生した仲間の会、回復者クラブなどでエンパワメント、自助(セルフヘルプ)の場が増えてくるとともに、障害をもった当事者が、自らの体験や考えを語り始めています。全国的には、全国精神障害者団体連合会という組織も発足して、活動を続けています。

5 - 4) 保健所における社会復帰促進事業

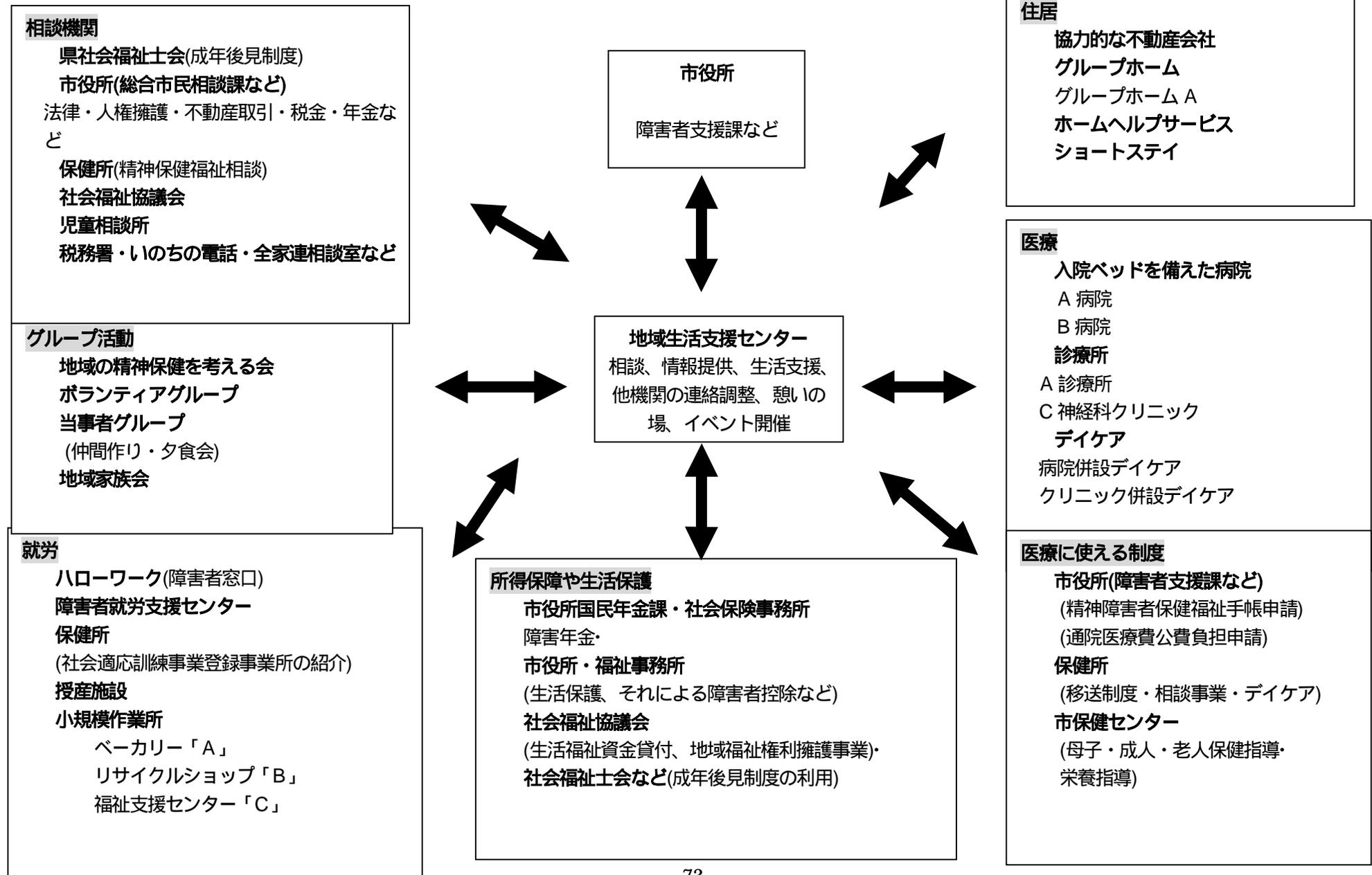
保健所によっては、地域のニーズに応じるためにデイケア事業を行っているところもあります。

参考文献：精神保健福祉研究会監修：わが国の精神保健福祉（精神保健福祉ハンドブック）

平成 15 年度版。

精神保健福祉士養成セミナー編集委員会編：改訂第 3 版 精神保健福祉士養成セミナー 第 4 巻精神保健福祉論 2002 へるす出版

付録 2 b : 社会資源マップ(地域生活支援センターを実施主体とした A 市の場合)



研究費の名称：厚生労働科学研究費補助金

厚生労働科学特別 研究事業

精神障害者の地域生活支援の在り方に関する研究（H16-特別-009）

作成者一覧

主任研究者

高橋清久（国立精神・神経センター／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

相澤欽一（障害者職業総合センター）

門屋充郎（日本精神保健福祉士協会）

香田真希子（日本作業療法士協会）

曾根直樹（東松山市総合福祉エリア）

谷野亮爾（日本精神科病院協会）

仲野栄（日本精神科看護技術協会）

久永文恵（国立精神・神経センター 精神保健研究所）

三澤孝夫（国立精神・神経センター 武蔵病院）

山口弘美（精神障害者九州ネットワーク）

秋保明（仙台市役所 障害企画課）

窪田彰（日本精神神経科診療所協会）

鈴木友理子（国立精神・神経センター 国府台病院）

武田牧子（社会福祉法人 桑友）

寺田一郎（全国精神障害者社会復帰施設協会）

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）

三品桂子（花園大学）

吉田光爾（新潟医療福祉大学／国立精神・神経センター
精神保健研究所）