

200400005A

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

平成16年度 総括研究報告書

主任研究者 高橋 清久

平成17(2005)年4月

目 次

I 総括研究報告

精神障害者の地域生活支援の在り方に関する研究・・・3

高橋 清久

伊藤順一郎

II 資 料1

精神障害者ケアガイドライン：要点と方向性・・・11

伊藤順一郎

資 料2

精神障害者ケアガイドライン・・・・・・・・・・23

高橋 清久

伊藤順一郎

研究協力者

I. 総括研究報告書

厚生労働科学研究費補助金(厚生労働科学特別研究事業)

総括研究報告書

精神障害者の地域生活支援の在り方に関する研究

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)

研究要旨:

「精神障害者の地域生活支援の在り方に関する検討会」において、具体的課題としてあがったケアマネジメント体制について今後のあり方を明確化し、特に市町村向けの精神障害者ケアガイドラインの作成を行った。〔方法〕各職能団体を網羅し、すでにアクティブな実践をしている人々を中心に研究班を組織し、まず現状を把握する目的で4ヶ所の実践のヒアリングを実施した。ワーキンググループを組織し、ケアガイドラインの原案を作成した後、厚生労働省障害保健福祉部企画課、精神保健福祉課の人々とも障害者自立支援法をめぐって意見交換をした。以上の議論をもとに「市町村における精神障害者ケアガイドライン」を作成した。〔結果と考察〕ケアガイドラインの特徴は、以下のとおりである。①平成 17 年度予定の精神保健福祉法の改正、障害者自立支援法の成立をにらみ、市町村で展開される精神障害者に対するケアマネジメントの実施指針となることを目的とした。②読者対象は第1に市町村においてケアマネジメントの制度運用に関わる職員、第2にケアマネジメント業務の従事者とした。③ケアマネジメントのシステムづくり、維持のための市町村の役割を積極的に打ち出し、行政がマネジメントの責任を持つ「ケアガイドライン」とすることを基調にした。④第1章は「精神障害者ケアマネジメントの概要」とし、ケアマネジメントとは何か、対象となる精神障害者の状態はどのようなものか、基本的な過程、地域資源の考え方などをまとめた。第2章は「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」とし、最初のステップとして担当部署ですべきこと、市町村でケアマネジメントを実施するための基盤整備、実施にあたって市町村に必要なシステムの構造とその機能、機能評価や重度の障害者へのケアマネジメントなど、システム運用の充実の方法を内容とした。⑤精神障害に特有の「不安定性を伴う障害」に注目し、このような障害特性にあったケアマネジメントを実施するうえでなすべきことを明確にした。適切な薬物療法の維持は重要な資源であると位置づけ、医療機関との連携が重要であることについて言及した。また、ケアマネジメント従事者による継続的な相談などの直接サービスが必要なこと、「不安定性を伴う障害」に即応できるようモニタリングを継続することが必要であることにも言及した。〔結論〕本研究成果は、(1)日本の精神保健福祉分野におけるケアマネジメント・システムの定着と、より機能的なあり方に向けての一つの提起となり、(2)障害保健福祉圏域や都道府県の役割について明確化するための一助となり、また(3)三障害合同のケアガイドラインの方向性を検討するうえでのたたき台としても活用、貢献できるものとする。

A. 研究目的

本研究の目的は、精神障害者に対するケアマネジメントを市町村レベルでも活用可能なものにするよう、ケアガイドラインを作成することにある。

これは、精神保健福祉対策本部中間報告(平成15年5月)に基づき開催されていた、「精神障害者の地域生活支援の在り方に関する検討会」(社会・援護局長私的懇談会)において、ケアマネジメント体制のさらなる検討が具体的課題としてあがったことによる。この検討会の報告書においては、今後の地域生活支援体制づくりの担当責任を市町村においている。そして、地域生活支援を円滑に進めるための相談支援(ケアマネジメント)をその要として位置づけているのである。しかしながら、市町村における精神障害者に対するケアマネジメントの試みの歴史はまだ日が浅く、また地域による格差も甚だしい。また、担当者自身が精神障害についての理解やその支援の仕組みについての理解が乏しい場合もまれならず見られる。

したがって、本研究では、今後ケアマネジメントの担当責任主体となる市町村の行政担当者や相談支援担当者が、精神障害者に対するケアマネジメントについて、一定のオリエンテーションが得られるような、「わかりやすくシンプルな」ガイドラインを作成することをその最終目標とした。

B. 研究方法

平成16年9月に研究班を組織、ガイドラインの方向性について検討を開始した。研究班の組織に当たっては、精神医療保健福祉に関与する各職能団体を網羅するように、またすでにアクティブな実践をしている現場の人々に依頼をした。これは、研究目標であるガイドラインの作成を精神医療保健福祉の多様な専門家や当事者と情

報の共有をしつつ実施しようとしたためである。

研究協力者は以下のとおりである。

相澤 欽一	障害者職業総合センター
窪田 彰	日本精神神経科診療所協会
香田真希子	日本作業療法士協会
谷野亮爾	日本精神科病院協会
寺田 一郎	全国精神障害者社会復帰施設協会
仲野 栄	日本精神科看護技術協会
三澤孝夫	国立精神・神経センター武蔵病院
三品桂子	花園大学
山口弘美	精神障害者九州ネットワーク
鈴木友理子	国立精神・神経センター国府台病院
西尾雅明	国立精神・神経センター精神保健研究所
久永文恵	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
吉田光爾	国立精神・神経センター精神保健研究所

市町村における精神障害者ケアマネジメントの実際を把握する目的で、平成16年12月7日、国立精神・神経センター精神保健研究所内にてヒアリングを実施した。ヒアリングの対象者は以下の4名である。

東松山市総合福祉エリア	曾根直樹氏
仙台市役所障害企画課	秋保 明氏
帯広ケアセンター所長	門屋充郎氏
社会福祉法人 桑友	武田牧子氏

4氏をヒアリングの対象者に選んだ理由は、単に精神障害者のケアマネジメントを事業としてすでに実施しているのみならず、三障害合同のケアマネジメントの枠組みを意識して事業を行っているからである。4氏よりそれぞれの実践内容、インテークからサービス提供までのプロセス、市町村の役割、精神障害と他障害のケアマネジメントの運用の差異の有無、医療との関わり等について情

報収集を行った。

ヒアリングの結果および文献からの情報収集に基づき、「市町村におけるケアガイドライン」の原案を国立精神・神経センター精神保健研究所社会復帰相談部内に組織したワーキンググループにより作成した。

ワーキンググループにおける議論では、ケアマネジメントを援助技術として説明するばかりでなく、行政と精神科医療・保健・福祉の現場をつないで機能するシステムとして説明することを本ガイドラインは目指すという方針が出され、この方向性は班会議において承認された。

作成に当たってはケアガイドラインを2章構成とし、第1章を「精神障害者ケアマネジメントの概要」、第2章を「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」とした。これは従来の精神障害者ケアガイドラインがケアマネジメントのプロセスに焦点を当てていたのに対して、本ガイドラインは市町村という行政単位において、どのようにケアマネジメントを制度として運用するかという点に重点をおくことを企画したからである。そのため行政担当者を主たる読者として想定し、制度運用のためのガイドラインとなるものを第2章とした。

第2回目の班会議を開催し、そこでの意見集約の結果、厚生労働省障害保健福祉部企画課、精神保健福祉課の方々と議論の場をもった（平成17年3月8日）。目的は障害者自立支援法においてケアマネジメントがどのように位置づけられるのか、情報交換を行うことである。この間の政策的な動きの中で、精神障害者ケアマネジメントは単独では制度化されず、三障害合同の形で障害者自立支援法(案)の中に位置づけられることが明らかになったからである。三障害合同の相談支援(ケアマネジメント)において精神障害

の特徴にあわせたサービスが展開できるかということが議論の焦点であった。分担研究者の伊藤が見解をまとめたので、資料1として添付する。

議論のなかでケアマネジメントの対象者の定義、門番機能を誰が持つのか、市町村の役割をどの程度明らかにするとよいのか、精神障害のもつ「不安定性を伴う障害」にあわせたケアマネジメントの特徴はなにかなどについて意見交換を行った。

以上の議論をもとに「市町村における精神障害者ケアガイドライン」を作成した。また、研究協力者の協力を得て、精神障害者に対するケアマネジメントで作成される代表的なケアプラン案を、またあわせて、ケアマネジメントで活用される用具について、推奨できる用具の文献を収集した。これらは、ケアガイドラインとあわせて小冊子として上梓する。

C. 結果と考察

作成したケアガイドラインの概要について説明する。ガイドライン自体は、資料2として添付する。

このガイドラインは、平成17年度に予定されている精神保健福祉法の改正、障害者自立支援法の成立をにらみ、市町村で展開されるであろう精神障害者に対するケアマネジメントの実施指針となることを目的とした。したがって、身体・知的・精神の三障害が共通のケアマネジメントのシステムで動くことを想定し、その中で精神障害者に特化するであろう部分も的確に記述できるように留意した。

読者としては第1に市町村においてケアマネジメントの制度運用に関わる職員、第2にケアマネジメント業務の従事者を対象にした。精神障害者へのサービスやケアマネジメントについての初学

者にもなるべく理解可能な内容になることを心がけた。

基調として、ケアマネジメントのシステムづくり、維持のための市町村の役割を積極的に打ち出し、行政がマネジメントの責任を持つ「ケアガイドライン」とした。具体的には、窓口業務は市町村が責任を持つ(gate keeping)、ケア調整会議、ケア会議の開催を市町村は促進する、ケアマネジメント事業者の活動のモニタリングをすることを市町村の責任とするという記述を盛り込んだ。

内容は大きく2章に分けた。第1章は「精神障害者ケアマネジメントの概要」とし、ケアマネジメントとは何か、またケアマネジメントの対象になるような精神障害者の状態はどのようなものか、そしてケアマネジメントの基本的な過程、さらに地域資源の考え方などについて言及した。第2章は「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」と題し、最初のステップとして担当部署ですべきこと、市町村でケアマネジメントを実施するための基盤整備として必要なこと、ケアマネジメント実施のために市町村に必要なシステムの構造とその機能、システムの機能評価や重度の障害者へのケアマネジメントなどシステム運用の充実の方法について言及した。資料として精神障害について・社会資源に関する情報・ケアマネジメントで利用する用具についての文献などを添付した。

精神障害に特有の「不安定性を伴う障害」に注目し、その障害にあわせたケアマネジメントのためになすべきことを明らかにした。この文脈で、適切な薬物療法の維持は重要な資源であると位置づけ、医療機関との連携が重要であることについても言及した。また、ケアマネジメント従事者が継続的に相談にのったりする直接サービスにも関与することが必要なこと、「不安定性を伴う障害」

に即応できるよう、モニタリングを継続することが必要であることにも言及した。

D. 結論

平成15年5月に提出された精神保健福祉対策本部中間報告に基づき、精神障害者の地域生活支援の充実に向け、「精神障害者の地域生活支援の在り方に関する検討会」が開催されてきたが、この検討会における議論の中で、大きなポイントとなっているものが精神障害者のケアマネジメント体制の法制化であった。

また、同検討会における議論においては、精神障害者のケアマネジメント体制は、市町村を実施主体とし、障害保健福祉圏域、都道府県がそれぞれ専門的案件やスーパーバイズ等の機能を有する重層的な体制の構築が必要とされており、さらに、実際にケアマネジメントを行っていくために、市町村、障害保健福祉圏域、都道府県それぞれの役割に応じたケアガイドラインを作成することで、標準的かつより効果的なサービスの提供に資することが求められていた。

本研究は、これらの文脈の中で市町村の役割を明確化し、そこで必要な精神障害者ケアガイドラインを作成したものである。

本研究成果は、(1)日本の精神保健福祉分野におけるケアマネジメント・システムの定着と、より機能的なあり方に向けての一つの提起となり、(2)障害保健福祉圏域や都道府県の役割について明確化するための一助となり、また(3)三障害合同のケアガイドラインの方向性を検討するうえでたたき台としても活用、貢献できるものと考ええる。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

1. 論文発表 なし

2. 学会発表 なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

Ⅱ. 資料 1

資料1

精神障害者ケアガイドライン: 要点と方向性

平成 17 年 3 月 23 日

国立精神・神経センター精神保健研究所

伊藤順一郎

* 高橋清久班「精神障害者ケアガイドライン」の目標・特色

- ①「障害者ケアガイドライン」に統合されるであろうことを前提として、精神障害者用のケアガイドラインを作成した。
- ②読者として、市町村の障害者ケアマネジメントのシステム作りを担当する行政官を想定している。したがって、第1に精神障害についての理解がすすむ情報、精神障害者が必要な資源についての情報が的確に伝わること、第2に精神障害者に対するケアマネジメントとはどのようなものであるかが伝わること、第3にケアマネジメントのシステム作りのために行政官は担当圏域において何をすべきかが整理され、明確に伝わることを目標とした。
 - ・ 第1章: 精神障害者ケアマネジメントの概要
 - ・ 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
- ③精神障害に特有の「不安定性を伴う障害」に注目し、その障害にあわせたケアマネジメントのためになすべきことを明らかにした。この文脈で、医療機関との連携についても言及した。
 - ・ ケアマネジメント従事者が継続的に相談にのるなどの直接サービスにも関与する
 - ・ 「不安定性を伴う障害」に即応できるよう、モニタリングを継続
 - ・ 疾病の治療と、障害への支援は同時並行的に行うべきであって、医療は重要な資源として位置づける
- ④ケアマネジメントのシステム作り・維持のための市町村の役割を積極的に打ち出し、行政がマネジメントの責任を持つ、「ケアガイドライン」とした。
 - ・ 窓口業務は市町村が責任を持つ(対象となるものを的確に見分ける門番機能 gate keeping を持つ)
 - ・ サービス調整会議、ケア会議など、圏域内の複数の組織が集まることに意義のある会議の開催を促進する
 - ・ ケアマネジメント事業者の活動のモニタリングの責任を行政が持つ

＊ 高橋清久班「精神障害者ケアガイドライン」の構成

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
- 2.ケアマネジメントとは何か
- 3.ケアマネジメントの目的
- 4.ケアマネジメントの理念

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～

ケアマネジメント開始時の、精神障害をもつ人の状態

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

- 1.ケアマネジメントへの導入
- 2.アセスメント
- 3.ケア計画の作成
- 4.ケア計画の実施
- 5.サービスの実施状況のモニタリングと評価
- 6.サービスの終了
- 7.精神障害におけるケアマネジメントの技術的特徴

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
- 2.地域生活からの排除から統合へ
- 3.資源をめぐるケアマネジメント従事者の役割

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

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
- 2.ケアマネジメント事業の担当者を決める
- 3.担当者自身が都道府県などの研修会に参加する
- 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

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
- 2.ケアマネジメントについて情報提供を行う

3. ケアマネジメントを行う人を育てる
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～
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

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)
2. ケアマネジメント業務を実際に誰が担当するのか？
3. どのようなツールを用いるのか？
4. ケア会議を実施する仕組み
5. サービスが適切に行われているかのモニタリング

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～

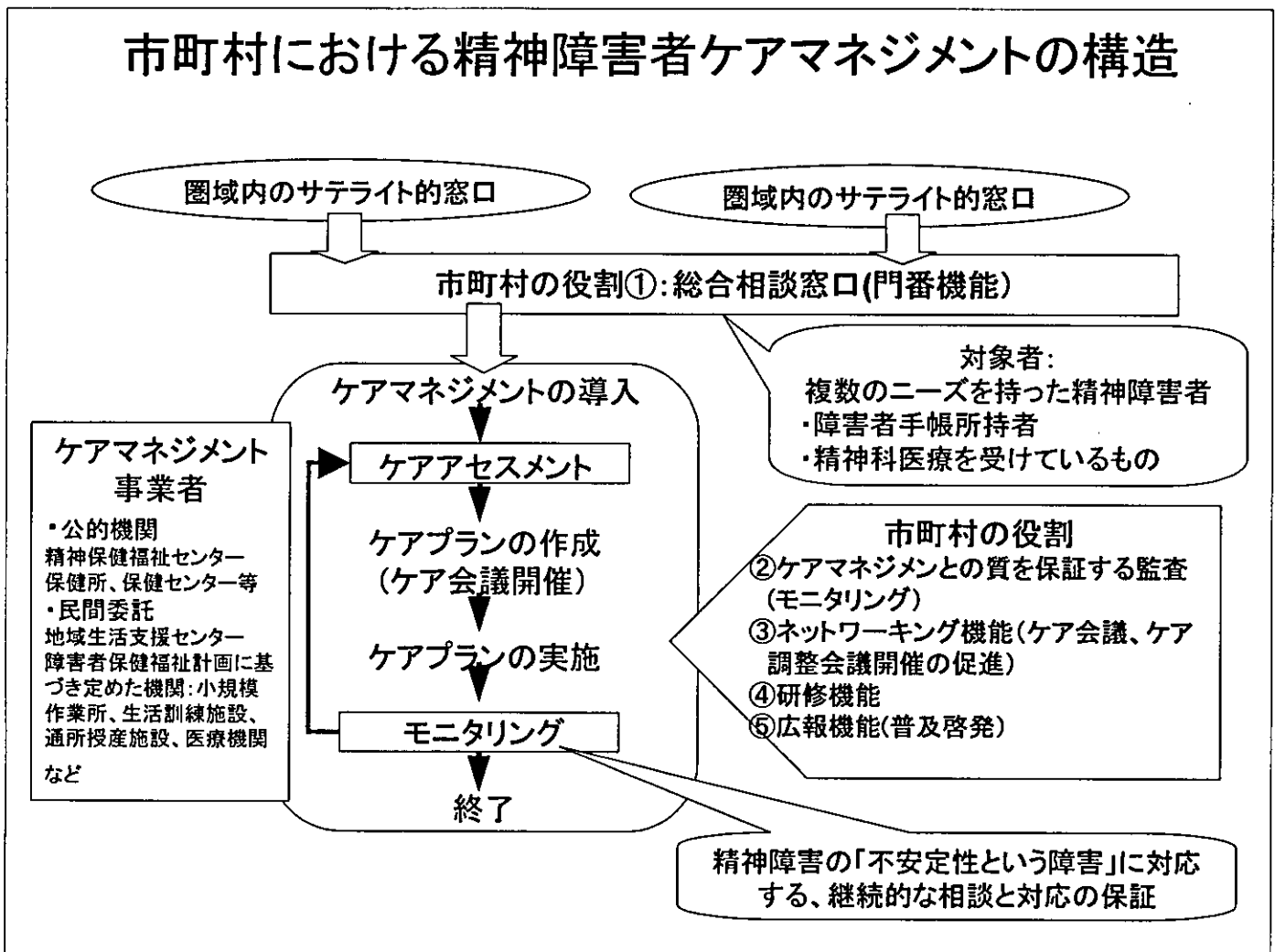
1. 行われているケアマネジメント事業を評価するシステムを作る
2. ケアマネジメントの拡がりを理解する

付録 1: 精神障害について

付録 2: 社会資源に関する資料

付録 3: アセスメント票・ケア計画表の例

市町村における精神障害者ケアマネジメントの構造



* 論点および、重要事項

① ケアマネジメントを受けることのできる精神障害者の定義

- ・ 基本は複数のサービスニーズをもつ精神障害者
- ・ 「障害者手帳を取得しており、複数のサービスニーズをもつ者」が基本。
- ・ その他、複数のサービスニーズが認められ、精神科受診歴があることが確認された者も対象とすることができる。

(論点)障害者手帳の取得を原則とすると、精神障害をもっていることの確認、複数のサービスニーズがあるかどうかは、門番機能を持つ役所の担当者が判断できる。ことさら主治医の意見書や通院証明書は求めなくてもケアマネジメントへの導入ができる。

一方で、現状では手帳所持に躊躇する多くの精神障害者がいることも事実であり、偏見の存在することを考慮すれば、精神科受診歴があることが明らかにでき、複数のニーズがあるものはケアマネジメントの対象者にすべきである。そのうえで、手帳取得についてもケアマネジメントの課題として取り上げるべきであろう。

なお、精神科未受診の者については、まず医療につなげる援助を行った後に、改めてケアマネジメントの対象者であるか検討すべきである。

② 窓口は市町村役場に「総合相談窓口」を設ける

- ・ 市町村圏域で、何件の障害者ケアマネジメントが行われているかを常に把握していることは市町村として重要。
- ・ また、限られた財源の中でニーズのある者にケアマネジメントが的確に行われるためには、ケアマネジメント事業者とは異なる視点で必要性について判断する門番(gate keeping 機能)が必要。
- ・ 三障害合同の相談窓口を市町村役所におき、ケアマネジメントのニーズ(複数のサービスニーズ)があるものを同定し、ケアマネジメント事業者にケアアセスメントやケア計画作りを委託。
- ・ 地域の特性に応じて、サテライト的な前相談段階での窓口(これを窓口という用語弊があるが)はケアマネジメント事業者が担っても良い。

(論点)ケアマネジメント事業の門番を市町村役場の総合相談窓口とすることで、限られた財源の中で行われるサービスを、よりニーズの高い人々に供給することができる。また、複数の領域にわたるケアマネジメントに対しても適切に対応できる。

(例)家族が知的障害の問題と思い、近くの支援業者に相談した後、勧められて役所に行き、精神の問題が明らかになって、精神の専門家を中心としたケアマネ導入につながった。

③ 精神障害の特性＝不安定性を伴う障害 を明記する

- ・ 多くの精神障害者は再発を繰り返す中で社会的な役割を失い、また陰性症状や陽性症状のために、活動の制限を受けている。地域で暮らす精神障害者の困難は持続する症状による参加の制約というよりも、状態の不安定性を伴う障害がもたらす、活動の制限・参加の制約のほうが大きい。とくに医療(薬物療法)との継続的な良好な関係性が保てないと、こ

の障害は増大する。就労可能な状態にまで回復した障害者が急激に症状再燃し、その後は自宅からの外出に大きな困難を生じる場合もまれではない。

∴「複数のニーズのある精神障害者」＝不安定性のために、日常生活に支障をきたしやすい人＝医療・保健・福祉の緊密な連携によるサポートの必要な人。

他障害との差異：

- i) 医療との継続性が断たれると、不安定性が増強する人が多い。したがって医療は重要なリソースであり、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る。
- ii) 不安定性を伴う障害のために、時に再入院のような事態に陥りやすい。しかし、急性期病棟の入院期間は原則 3 ヶ月程度であるから、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、退院後のケアマネジメントに備えるべきである。
- iii) 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サービスの再プランニングが適切に対応できるようにする必要がある。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。

④ ケア計画は、医療・保健・福祉、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あることを明記する

- ・ 医療：薬物療法による症状の安定化。幻覚・妄想などの症状管理のための専門的なリハビリテーション。早期の危機介入。
- ・ 保健・福祉：安全保障感を送り届けること。生活上のニーズを明らかにして、生活の質の向上のためにサポートを行うこと。
- ・ 教育・就労：障害者自身による生活の質の向上のサポート。超福祉的な視点からの支援。
- ・ 友人や私的なつながりよりなるインフォーマルなサービスの利用も重要であり、ケア計画はそのようなサービスも考慮に入れて作成されることが良い。

(論点) 精神障害の特徴は、適切なサービスの供給下で適切なリハビリテーションを行えば、障害を抱えながらも状態の相当な回復を期待できるところである。したがって、現状よりも質の高い、本人が満足のいく地域生活の実現が最終的なケアマネジメントの目標となる。しかしそのためには多角的にニーズをとらえ、包括的にサービスが供給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。

⑤ モニタリングの重要性を明記：不安定性を伴う障害に対応するためにも、モニタリングも含めて「ケアマネジメント＝給付の対象」とすることを強調

- ・ ガイドラインに「モニタリング・アセスメントの繰り返し」の必要性を明記
- ・ 「伴走者(＝継続的な相談相手)としてのケアマネジメント従事者の重要性」を書き込む

(論点) 現在の医療サービスの供給状況では、精神科病院から退院した患者の 20～30%が 1 年以内に再入院をしている。再入院をしている患者の多くは障害を抱えた状態でもあり、日常生活の維持や社会再参加のためには複数のサービスを利用する必要がある。ケアマネジメント従事者の役割は、このような不安定性を伴う障害をもつ者と継続的な関係を保ち、適切なサービスが供給されるよう配慮する(＝モニタリング)ことにある。適切なサービス提供が障害者のおかれた生活状況を改善し、ストレス要因を減少すれば、障害者の再入院は相当程度抑止すると予測される。

⑥ ケアマネジメント事業者の配置には、市町村が障害者保健福祉計画で責任を持つことを明記

- ・ ケアマネジメント事業者は、公的機関が実施する場合もあるが、民間に委託する場合もある。
- ・ 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持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)、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、総合窓口を有する部局などが考えられる。
- ・ 民間機関の事業者としては、原則は地域生活支援センターがその役割を担うが、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、障害者保健福祉計画に基づき、小規模作業所、生活訓練施設、通所授産施設等のケアマネジメントの研修を受けた職員、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として委託を受けることができる。
- ・ ケアマネジメント従事者は継続的な研修を受け、その質を一定に保つことが必要。また、ケアマネジメント従事者1人当たりの受け持ちケース数はたとえば30ケースに上限を定めておく必要がある。

⑦ 市町村の役割を整理して明記

- ・ 市町村は障害者自立支援法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
- ・ 5つの重要な役割
 - 「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

〔表：市町村の役割〕

	直接対人サービス	間接サービス(圏域内)	間接サービス(圏域外)
広報機能	利用者に対する広報は、圏域内住民への広報活動に含まれる。	住民向けのパンフレット作成、広報の活用、各対象への講演会開催。	近隣自治体・都道府県に当該自治体の仕組みを説明、最低限の整合性を図る。
研修機能		圏域内で主催される研修会、事例検討会のコーディネート或いは協力、各機関への周知。	都道府県や国のケアマネジメント研修との連携。圏域外の専門機関(精神保健福祉センターなど)へのスーパービジョン依頼など。
窓口・門番機能	総合相談の実施と事業者の割り振り。圏域に窓口が複数ある場合は、「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」の相談に特化。	地域性・迅速性を配慮して、複数ある圏域内の総合相談のコーディネート機能を求められる。圏域に窓口が複数あるときはネットワーク化し、情報の管理をおこなう。	小規模町村など、圏域外の資源を活用する必要がある際には、その窓口となり連携を図る。
監査・評価機能	個別支援のモニタリングは、書類審査だけでは形式的になるので、できれば利用者毎に行政の担当者を決め、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。その他、苦情処理、権利擁護などの窓口をおく。システム評価の際には、個別の利用者のアンケート、聞き取りなども実施。	各事業者が実施している個別支援の状況をモニタリング。また、事業者単位で業務内容について監査・評価を行うことも、年1回など一定の頻度で必要。	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、都道府県の機関との連携を図る。
ネットワーク機能	個別支援における「ケア会議」のコーディネート、或いは積極的な協力。	従事者のエンパワメントと、従事者間・圏域各機関・住民との連携をすすめ、社会資源の円滑な活用・創設、インフォーマル資源の強化をはかるための、「ネットワーク会議(サービス調整会議)」の定期的な開催のためのコーディネート、或いは積極的な協力。	対応困難事例など、より多くの機関、或いは専門的機関がかかわる必要のある場合、圏域外の必要な資源と連携を図る。

- ⑧ 重症の精神障害者に対する「包括型地域生活支援プログラム(ACT)」の活用を明記
- ・ ACTは多職種チームによる、訪問中心のサービス。重症の精神障害をもつ人を対象としており、24時間365日、医療・保健・福祉を含むあらゆるサービスを提供するプログラム。直接サービスを有する、包括型・集中型のケアマネジメント。
 - ・ プログラムの性格上、ACTは医療機関がそのチームを有する。しかし、ACTは重症の精神障害を抱えた人に特化したサービスであるので、公的な役割の性格があり、そのプログラムへのエントリーに当たっては、市町村の総合窓口を活用が望ましい。
 - ・ ACTプログラムは都道府県の障害者保健福祉計画に基づき、設置されることが望ましく、市町村窓口は都道府県の専門機関(精神保健福祉センター、保健所)と協議のうえ、ケアマネジメントの一環として、対象者の認定とACT事業者への利用者の紹介をおこなうべきである。
 - ・ 対象者の選定に関しては、頻回入院を繰り返している者、長期入院からの退院予定者、ホームレスの精神障害者、自傷他害の問題行動が頻発している者など、重症の精神障害をもつことが明らかになるような適用基準を各都道府県あるいは市町村で設定し、その要件を満たすものとする必要がある。

II. 資料 2

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～