

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

①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。

②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

①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。

②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。

③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。

④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こと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。

- ①ケアマネジメントとは何か
- ②ケアマネジメント事業者が行うこと
- ③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)
- ④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。実際の例としては付録3を参照してください。

(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。

- ①本人の希望でもある長期目標
- ②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
- ③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。

- ④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、多くの人が応援してくれていること、ケアマネジメントが何を目標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だと言えるでしょう。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の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へ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、傍から見てみ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に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っ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もあります。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。作業所か

所か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、職業を与えるとともに、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、彼らに仕事の場を提供し、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・継続をしやすくするサービスです。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 ヶ月経過したとき(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。