

専任の従事者がケアマネジメントを行うことで、その質を高く保つことが出来ます。特に、導入のための面接や、サービス利用計画の作成など法律上コストが担保されない部分の業務の質を維持するためには、通常業務と平行して行うよりも、担当を決めて行う工夫が大変効果的です。サービス管理責任者には、とくにこのような役割の分化が求められます。

また、精神障害の支援にあたっては医療的サービスとの連携が不可欠ですので、今後は生活支援関係のサービス事業者ばかりでなく、医療機関においてもケアマネジメント従事者を配置していくことが必要になると思われます。

ウ) 担当者を決め、他の機関とオープンに

また、このことにはもうひとつ大きな意味があります。ケアマネジメントでは、現在受けているサービスに対する不満が出てきたり、もっと別のサービスを利用したいという状況に際して、ケアマネジメント従事者が本人の意見を代弁して調整することも大事な機能です（アドボカシー）。場合によっては、利用者のニーズを考えると、担当者が属するのとは別の事業所のサービスを利用した方が適切という場合もあるでしょう。

仮にサービス提供者とケアマネジメント従事者が分けられていないと、ケアマネジメント従事者本人が、意見を調整すべきサービスの当事者になってしまいます。すると、どうしても利用手続きの簡便さや安心感から、同一の事業所・法人内のサービスを本人に勧めることが多くなったり、他の事業所のサービス利用には積極的になりにくいものです。それに、利用者が直接サービスを提供しているスタッフに不満や意見を言うのはとても難しいことです。こうしたことはややもすると「利用者の困り込み」と呼ばれるような状況を生み、利用者の生活の幅が極端に狭まってしまうということになりかねません。利用者が事業者以外に苦情を言える仕組みを市町村の中に必ず設けましょう。

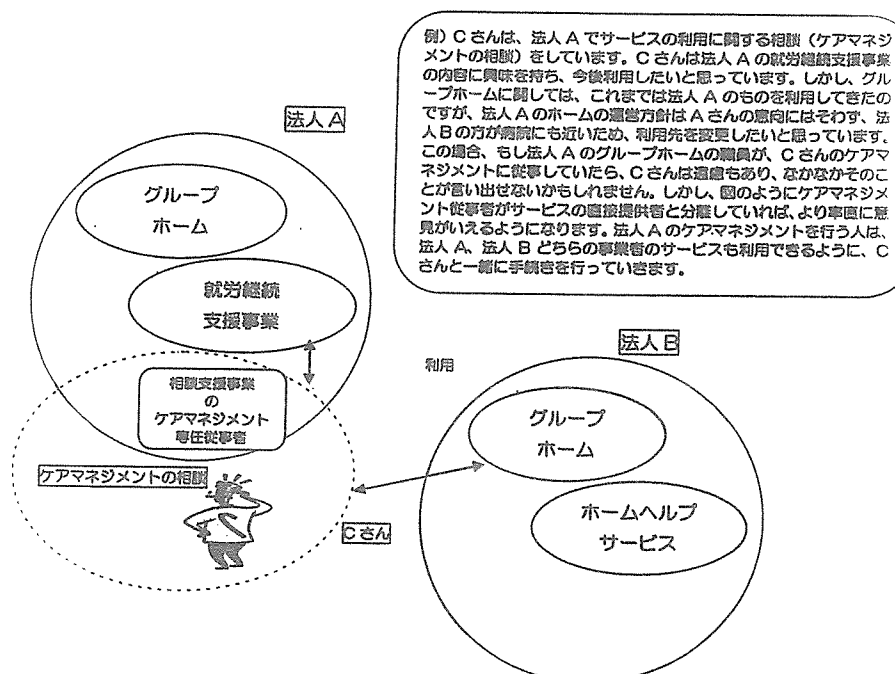


図 3-8 ケアマネジメントの専任従事者をおきオープンなスタイルに

これらに対応するためにも、ケアマネジメントの担当者は直接サービスの提供者とは役割を分け、利害を中立的に扱えるような立場を保つことが大事になってきます。しかし、地域に複数の事業者があるところは少ないのが現実です。市町村や他機関とも積極的に連携し、必要な場合には、他の事業所のサービスの利用も視野に入れる必要があるでしょう。逆に、他の事業所の利用者についても門戸を開けておき、相互にサービスが利用出来るような体制にしておくことが理想的です（図3-8）。

② 個々の過程におけるポイント

ア) インテーク・導入のポイント

◆ ケアマネジメントへの導入に際して

精神に障害をもつ人のケアマネジメントでは、ケアマネジメントや障害者自立支援法の存在が十分普及していない現状では「ケアマネジメントを受けたい」と新規に相談に来ることは、まだ多くないと言ってよいでしょう。むしろ相談や申請を待つのではなく、相談支援事業者（医療機関や地域の相談支援事業者）となった人の側が、常日頃かかわっている人の中から、ニーズがあるとと思われる人を見出し、生活について共に考えていくという構えが必要になるでしょう。

◆ 退院支援におけるケアマネジメント

特に、精神に障害をもつ人に関しては、支援のニーズが高まっているのは退院時です。これから地域生活をしていくためには、住居や経済的な保障、日常生活支援などのケアの体制を整えていくことが必須となりますので、ケアマネジメントが重要かつ有効な技法になります。相談事業者として指定されている病院においては、退院患者について、積極的にケアマネジメント的なかわりをしていくという姿勢が望まれます。地域の相談支援事業者と積極的に連携を取ることももちろん重要です。病棟のスタッフと主治医以外の人々が退院しようとする人々の応援者としているのだということを、具体的に患者さんに伝えられることが、彼らの希望につながるのです。

逆に、これまで地域の相談支援事業者がかかわっていた人が入院をした場合でも、地域の相談支援事業者はケアの責任の担い手として、定期的にコンタクトをとり、退院に際しては、病院と連携を組み合わせながらどのような地域生活に移行していくかを模索していく必要があります。

◆ 導入における関係作りを大切にしましょう

すでに述べたように精神障害におけるケアマネジメントは関係作りが非常に大きな意味をもちます。精神障害にけるケアマネジメントでは前座ではなく、この導入こそがむしろ多くの時間やエネルギーを注ぐ大きな山場とさえ言うてよいでしょう。では、どのような点に気をつければよいのでしょうか。

ケアマネジメントを行い、障害者自立支援法を利用し福祉サービスを利用することになれば、利用者は多くの新しい関係者に会うことになり、またこれまで経験したことのない体験（アセスメントや新制度の利用）をするこ

とになります。しかし精神に障害をもつ人は変化に対して不安感・緊張感を覚えることが多く、ケアマネジメントの利用にためらいをもつ場合も少なくありません。また、一般的に精神障害で悩まされると人は不安や緊張が高まりやすくなるので、一時の大きな変化を望まないことが多いようです。したがって多くのニーズをいっぺんに満たそうとするよりも、一つずつニーズを満たしていくことが利用者のペースとして丁度いい場合もあるのです。そのため初期の面接においては、関係作りをまずは先行させて、利用者の状態に合わせて少しずつ話を聞き、周囲からの必要な情報も得ながら時間をかけて進めて行きましょう。

また、相談においては、日常生活面の詳細について聞くわけですから、それ以前に、プライベートなことについても話が出来る信頼関係があることが必要です。性急なアセスメントはとても表面的なものに終わり、利用者の希望がわからずじまいになりがちです。

ですから、このような初期の段階では、問題に急に切り込み、制度を利用する手続きを性急に進めていくよりも、本人の不安感やためらいに寄り添うようにし、信頼関係を作ることにエネルギーを注ぎましょう。まず大切なことは、利用者が「相談してもよいのだ」「何を言っても安心なんだ」と思えることです。そのために数回以上・数ヶ月のかかわりをすることは決して珍しいことではありません。

ところで、当面の自立支援法の制度を利用し介護給付や訓練等給付を利用する方は、現在作業所や施設を利用されているからが大半だと予測されます。ケアマネジメント従事者は、利用者本人ばかりでなく、作業所や施設の職員とも関係づくりを行い、いままで利用者を支えてきた人々がどのような特徴や機能を持っているか知り合うことで、利用者の相談にもより適切に乗れるようになります。

また、特に新規の相談の場合は、慣れない支援者に対して緊張し、自分の悩みをスムーズには相談出来ない場合も多いでしょう。新規の利用者は、地域活動支援センターなどをまず紹介し、緩やかな枠組みの中で、徐々にニーズを明らかにすることも一つの方法です。

◆ ニーズの表明・課題の整理に時間をかけましょう

ケアマネジメントの過程では本人の生活上のニーズを明らかにしていくアセスメントが行われます。さて、市町村が行う障害程度区分判定のアセスメントでは、本人の生活で障害されている部分は確かに明らかになります。しかし、ニーズアセスメントは本人の障害の重さやマイナス面だけを明らかにすることだけを意味するものではありません。

すでにどのようなことを達成してきたのか、今後に向けて現在使える資源や本人自身の資力は何か、取り巻く周囲の環境はどのようになっているか、というプラス面を明らかにすることはアセスメントではきわめて重要なことです。

しかし、障害判定でアセスメントされるのは主として障害の重さやどの領域に障害を抱えているか、という情報であり、アセスメントで明らかにすべき情報の一部にすぎません。つまり、障害判定がニーズアセスメントの全てではな

いのです。

また、サービス利用の申請といっても、対象者自身が「このような生活をしたい」「こんなサービスを使いたい」という希望を当初から表明出来るとは限りません。自分が送りたい生活の希望や課題を整理することが大切ですし、どんなサービスが使えるのか、という情報が十分提供されてから「こんなことをしてみたい」という希望も抱けるものです。さらにいえば、利用者は、必ずしも自らのニーズを明確に表現するとは限りません。たとえ頻回に入院を繰り返していても、ホームレス寸前の生活を送っていても「今のままでいいです」という利用者も大勢います。それは、新たな生活のイメージがつかめなかったり、変化に挑戦すること自体が、不安だったりするからでもあります。

そのような場合には、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。ケアマネジメント従事者は利用者との関係作りに加え、利用者が自分の生活の中でどのような変化を望むのかをじっくり時間をかけて明らかにしていくことが仕事なのです。決して焦る必要はありません。関わり始めて数ヵ月後に「私の望んでいること」がわかるような場合も多いのです。

つまり、支給決定プロセスにおける障害判定だけがアセスメントなのではないのです。むしろ、法的な手続きに入る前の導入段階で、相談支援事業者や医療機関のスタッフ（場合によっては市町村）が、このニーズの明確化や、利用したいサービスに関する希望を明らかにするという、ニーズアセスメントの要素がすでに入っているのです。

このような場合に、「まず障害程度区分だけでも・・・」といった安易な態度はお勧め出来ません。制度を活用する前に、お互いを理解しようとするかわりをもって、その後に「まず最初の一步として、どのようなことの実現からはじめようか」と共に考える中でニーズを明らかにしていくべきでしょう。

イ) 障害程度区分の判定に際して

さて、事前に関係作りやアセスメントに時間をかけ、利用者がどのような生活をしたかが明らかになったら、具体的に障害者自立支援法の障害程度区分の判定の手続きに入るわけです。

障害程度区分の判定に際しては市町村によるアセスメントが行われます。指定相談支援事業者として導入に携わった人が、このアセスメントも行う場合もあるでしょうが、市町村の調査員がこのアセスメントを行うことも多いでしょう。この場合の留意点をいくつか述べたいと思います。

◆ 調査員がいる場合は連携をする

調査員は当事者の状況を必ずしも十分に理解しているわけではありませんし、利用者も調査員のアセスメントに余裕をもって答えられるとは限りません。短時間で質問を形式的に進めると誤解が生じがちです。たとえば「食事はとれますか」という質問に対して利用者が「問題ありません」という回答をしたとしても、実は適当なアドバイスがないと実は栄養のバランスが著しく悪かったりする、というように、丁寧に質問をしていかないとその生活の様子はわかり

にくいものです。

そのためにケアマネジメント従事者は、すでに収集した情報に関して、本人の同意のうえ、調査員と共有していくことが必要になるでしょう。具体的には①調査項目に含まれる内容は予めケアマネジメント従事者が利用者に聞いておく、②特に留意してもらいたい点などを書面で起こして調査員に渡す、③実際の面接に同席する、などのやり方があるでしょう。

◆ 医師との連携

利用者が介護給付を希望される場合は、障害程度区分の二次判定がなされません。この際、調査員による質問項目の情報だけでなく、他の部分の丁寧な記述が、判定結果に大きくかかわってくると予想されます。特に、特記事項・医師意見書が二次判定の修正の際には重要であり、必要な情報を医療機関と関係をつけておき、記入してもらうことが大切です。インテーク時点で必要な情報を収集するとともに、特記すべき事項を医師の意見書に記述してもらうように事前に調整しておくことが必要です。

ウ) 支給決定に伴うケアプラン作り：特に訓練等給付の場合

◆ 個別支援計画の作成にあたって

訓練等給付の場合には、まず、サービス利用計画の作成の前段階として、サービス管理責任者により個別支援計画が作成されます。しかし、自立支援法は、身近な場所で支援が受けられるメリットもありますが、サービス提供事業者は精神障害が初めてという場合もあります。そうでなくても、当初から利用者にかかわっているわけではないので、精神障害者の特性や本人のことを必ずしも十分に把握しているというわけではなく、適切な支援計画を立てることに困難を感じる場合も少なくないと思われます。

ケアマネジメント従事者（特に相談支援事業者が想定されます）は導入からかわり、利用者のケアの一貫性に関して責任をもつ立場として、この個別支援計画の作成に参加していく必要があると考えます。具体的には、サービス事業者の個別支援計画の作成にあたっては必ず連絡をとり、可能であればやはりケア会議を開き、情報を共有し、計画作成に参加していく必要があるでしょう。

特に、複数の訓練等給付のサービスを利用する場合は、事業者 A と事業者 B で別個に個別支援計画が作られてしまうことになります。しかし、その計画の内容に矛盾があったり、重複したりしていたのではサービスの効果は十分に期待出来ません。複数の訓練等給付のサービスを利用する場合には、特にケア会議を開いてサービス間の調整をする必要があります。そして、そのとりまとめに関しては相談支援事業者にその役割が期待されていると言ってよいでしょう。

ですが、このレベルでの個別支援計画は暫定的なものです。特に日中の過ごし方については、サービス事業者による個別給付だけでなく、地域生活支援事業やインフォーマルサービスの活用など当然考えられるべきで、そのときにケアマネジメント従事者の力量が発揮されると思われます。複数の事業者がある場合は、暫定給付の期間中だからこそ、日払いになったメリットを活用して、

利用者が希望する事業者の体験利用を実施し、それぞれの事業者からの評価を得るという方法もあります。複数のニーズを抱えている利用者に関わる場合には、訓練等給付の支給決定ですべてが完了するわけではなく、個別給付を含めた包括的なサービス利用計画の作成を心掛けるべきでしょう。

◆ サービス利用計画の作成にあたって

(1) あらためて総合的なケアのネットワークを構築する

すでに述べたように障害福祉サービスは介護給付を中心としており、訓練等給付において精神障害者が活用しやすいサービスメニューは現段階では十分とは言えません。そのため、障害者自立支援法で規定されたサービスだけではなく、市町村の「地域生活支援事業」や、インフォーマルサービスを積極的に活用することを考える必要があるでしょう（家族、友人、ボランティアやNPO、公的資源ではない民間の機関（住宅や教育機関など）など）。また、必要があれば生活保護や障害年金、自立支援医療費の活用など、経済的な側面からの手続きもあわせて進めていく必要があると言えるでしょう。しかし、サービス提供事業者の個別支援計画はあくまでサービスの効果判定のための暫定的な性格のものでありますから、この段階では必ずしもこのインフォーマルな資源の活用や経済保障まで射程に入っているとは限りません。支給決定が決まったら再度総合的な観点からサービス利用計画を作成する必要があるでしょう。

(2) ケア会議を開くことのすすめ

精神障害をもつ人が地域で生活するにあたっては、障害者自立支援法における個別給付のサービスは一つであっても、そのほかに地域生活支援事業などのサービスやインフォーマルサービス、あるいは経済的な支援や医療による支援などがあることが通例です。

このような包括的なサービスが利用者の役に立つように進められるためには、それぞれのサービス提供者が顔なじみになってチームとして機能することが欠かせません。そのためにはケア会議の招集が有用であり、ケアマネジメント従事者はそのときの連絡調整などに積極的に関わることが求められます。

特に重要なのはケア会議の場に医療に関与する人が参加することです。精神障害においては障害と疾病は重複しており、その服薬の管理や症状・緊急時への対処などの情報は、生活支援を行う人もある程度共有しておくことが、危機における迅速な支援を可能にします。生活支援を行う人と医療的な支援を行う人が同じテーブルを囲んで話し合える場を作ることが、地域で精神障害をもつ人々を支えるための必須事項といっても過言ではないのです。

エ) サービスの利用にあたって

◆ 関係各機関と丁寧につなぐ

すでに述べたように精神障害をもつ人々は変化や新しい環境に馴染むのにしばしば困難を覚えがちです。そのため新しいサービスを利用したり、今まで

とは違う場所に通り始めたりすると、症状が悪化したり、利用先の対人関係に困難を覚え、最悪の場合、サービスからドロップしてしまうということもあります。

このようなことを避けるために、相談支援事業者は単にサービス事業者を利用者に紹介して後は任せる、というだけではなく、不安感を取り除いたり、同行見学をしたり、サービス利用開始後も定期的に利用者との面接の機会をもつなど、丁寧なつなぎ方をしていく必要があります。

◆ ダイレクトサービスを担う

また、第1章でも述べましたが、利用者がサービスの利用に慣れるまでのしばらくは、相談支援事業者の担当員が、直接サービスを担っていくことも場合によっては必要となることがあります。日常生活について継続的に相談にのり、訪問をして服薬管理の手伝いをしたり食事や清掃などの日常生活支援を行う、通院や買い物の同行をする、などの直接的なサービスを、ケアマネジメント従事者が暫定的に行うわけです。

人との関係に拒否的になっている人や、急激な変化によって不安定になってしまう人の場合は、特にこうした安定的な関係をケアマネジメント従事者と築き、支えられることは安心して良いことだ、と感じられるようになってから具体的なサービス利用を考えた方がよい場合も少なくないのです。

オ) モニタリングについて

障害者自立支援法によるシステムでは、相談支援事業者にも、サービス管理責任者にも、モニタリングをすることが規定されていますが、その費用は別に定められているのではなく給付費に含まれています。

すでに述べたように「精神障害＝不安定性の障害」です。本人の状態が細かく変動したり、ある程度安定した状態を保っていても急に調子を崩したりしますので、支援者はケアプランが実行された後も定期的に本人の様子をみている（モニタリングする）必要があります。場合によっては支給決定案以降の実際のサービス利用に関して、不測の事態が生じた場合は柔軟に対応して、緊急時には短期入所など事後承認を得る場合も予測されます。

特に、精神障害におけるケアマネジメントは、単にサービス機関に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。したがって、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、サービス提供者との関係はうまくいっているかなどを、ケアマネジメント従事者は利用者の「伴走者」として利用者に時々尋ね、必要があるときは「ケア計画」の修正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、他障害以上の意義があると言えるでしょう。

◆ 日々のモニタリング

精神障害をもつ人の支援には、ケア計画の大きな改定までには至らないまで

も、本人の状態について関係各機関で共有しておいた方がよいことや（本人の病状の変化等）、ちょっとした支援体制の微調整が必要になってくる場合があります。これらのための日常的な注視は、日常的に本人にかかわっている個別のサービス提供事業者のサービス管理責任者と直接支援者の役割です。

しかし、最も問題になるのは、状態の悪化等によってサービスの利用そのものが中断してしまう場合です。このようなときには、決して本人のニーズが無くなっているわけではありません。けれどサービス提供者との関係は途切れがちになり、そしてそれはしばしば生活の質の低下につながります。ケアマネジメント従事者の役割をもつ者は、このような時にこそ訪問等により本人の傍に寄り添い、サービス利用計画の変更を検討するとともに医療的サービスとのつながりを強めたりする必要があるわけです。

しかし、このような活動はケアマネジメント従事者が危機のときにのみ登場してもうまくいくものではありません。定期的に利用者とかかわりを持ち、サービスが利用者の生活の質の向上に役に立っているかを確認する、つまりモニタリングを定期的に行っているという背景があってはじめて機能しうるものと言えます。

◆ 定期的なモニタリング

サービスを行って一定期間経ったら、サービスの効果の評価、新たなニーズの発生がないかを含めて、ケアマネジメント従事者が再評価を行きましょう。

③ 医療との関係

ア) 医療との連携を大事にしましょう

すで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に際しても、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合っているかどうか、薬が替わっていないか、替わった場合はどのような副作用が想定されるのかといった情報が、非常に重要になってきます。

そのため、医療機関とりわけ主治医や医療機関のソーシャルワーカーとケアマネジメント従事者との良好な関係性、コミュニケーションが濃密であることは欠かせない条件です。

特に重い精神障害をもっている人々の支援にあたって、医療的支援と生活支援が別々の事業所で別個に行なわれていることは支援の一貫性という観点から好ましいこととは言えません。今後ケアマネジメント従事者が中心となって、医療を担当する人と生活支援を担当する人が一つの多職種チームとして機能しうるようになることが求められます。ケアマネジメント従事者が医療機関に所属するということが検討に値することであると思われます。

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ある程度身に付けていく必要があります。地域の精神保健医療担当者と研修の機会を持って、相互理解と必要な情報の交換が行なわれることが期待されます。

イ) 不安定性に対する配慮—医療面から

精神障害の不安定性には医療との関連でも留意する必要があります。

◆ 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なのです。きちんと通院出来ているか、薬の変更があったのか、副作用はどのようなことが想定できるかなど医療が継続されているかどうかをモニタリングしていくことは、ケアマネジメント従事者の重要な仕事になります。そのために、ケアマネジメント従事者は医療機関と積極的に連携を図り、アセスメントやケアプランの段階でも必要な医療を得られるようにしておくことが大切です。

◆ 不安定性を伴う障害のために、再入院のような事態に陥りやすいことも特徴です。このため、今まで地域で作ってきたネットワークが一時機能しなくなったり、ケアマネジメント従事者との連絡が途絶してしまったりします。しかし、急性期病棟の入院期間は原則三ヶ月程度です。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、次のマネジメントに備えることが必要です。

◆ 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出来ませんが、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出来ます。どのようなことが「悪化のサインになるのか」ということを利用者と共有することが出来れば、危機のときも適切な支援が可能になるでしょう。精神保健医療の専門家の援助を受けて、「サインが見られたら誰がどのような支援をすればよいのか、誰に連絡すれば良いのか」ということを利用者と話し合う機会が持てると良いと思います。

ときには精神症状が著しくなったり、生活のストレスが高まったりすると、感情的に不安定になることがあります。非合理的と思えるほど自分を責めたり、怒りのコントロールが十分に効かない場合も無いわけではありません。そのようなときには自分を傷つける・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及ぼす恐れがあるなどの状況もありえます。このような場合で、ケアマネジメント従事者が一人では十分に対応出来ない場合には、医療関係者や保健関係者などの救援を仰ぐことが必要です。日頃から作っているネットワークがこのようなときに機能するのです。

ウ) 医療のケアマネジメントから地域のケアマネジメントへ

精神障害をもつ人の中には、ある程度症状が安定するまでにはしばらく時間がかかる場合があります。発病時、再発時、あるいは再発によって入院が必要になった時などがこうした場合に当たります。この間は、適切な薬物療法や精神療法、緊急時の対応、入退院の手続きなど、ある程度症状を安定させるために、医療面でのサービスが大きな役割を果たす時期であると言えるでしょう。

さて、実際にケアマネジメントの中心的役割を担うことになると予想される相談支援事業者は、地域の社会福祉法人などが事業を行う場合と病院などの医療法人が事業を行う場合とがあると思われます。病状がある程度安定するまで医療的対応が要されると思われる場合は、しばらく、主として医療側のケアマネジメント従事者（場合によっては医療機関のソーシャルワーカー）が中心的な役割をとることも多くなるでしょう。しかし、永年地域の資源を活用している利用者が入院をする場合もあるわけで、この場合のケアマネジメント従事者は地域の相談支援事業者という場合もありえます。いずれにしても、今後はますます、入院治療を引き受ける人々と地域生活支援を行なう人々の間の良好なコミュニケーションが望まれます。ケア会議はそのようなコミュニケーションの場として設定されるといってよいでしょう。

エ) 日頃からのネットワークを

なお、上記のようなことをスムーズに行っていくためには、常日頃事例を通じて連携を図ったり、連絡会や研究会などに積極的に参加することで、医療機関や福祉機関の職員のそれぞれがお互いの顔が見える関係を作っておくことがとても重要です。日常的な交流があってはじめて、事例を通じた連携も可能になるわけです。相手の顔を知らないと、本来頼めることも、遠慮してしまいがちなものです。後の「大きなケアマネジメント」でも述べますが、お互いが安心して物事を頼めるような関係を作るために、日頃からのネットワークを大切にいただければと思います。

④ そのほかのポイント

ア) 本人や家族とのやりとりについて

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しているのか、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。時には精神障害特有の敏感さから、「後で多額のお金を請求されるのではないか」「具合が悪くなると病院に閉じ込めようとしているのではないか」など疑心暗鬼になっている利用者もいます。安心感と信頼感が基本であることを思い出してください。

また、利用者が「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、丁寧に説明していくとよいでしょう。また、単に契約を交わすという意味ではなく、行き違いを最小限にしたり、後日の確認の意味でも、説明した内容をわかりやすく書面にし、説明した日付とサインを記入することも一つの方法です。

イ) 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ことの一つに、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

があります。とくに住居プログラムや就労支援のプログラム、あるいは家族支援のプログラムは今後ますます需要が伸びる領域でしょう。地域で障害をもつ人々を支援するにあたっては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「うちの地域には資源がないから」とないがしろにせず、なんとか工夫はないものかと丁寧に取り扱う必要があります。そのためには障害者自立支援法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、すなわちインフォーマルサービスを活用していくことも必要です。

また、残念なことですが精神障害に対する社会的偏見や差別が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。多くの偏見や差別は、実際にお互いにコミュニケーションを持つ機会が乏しいところに生じやすいものです。「精神障害をもつとはどういう体験なのか」「障害をもちながらも人はどのように生きようとしているか」など地域社会に生きる人々と障害をもっている人々、そしてそれを支える人々がお互いに話し合う機会を持つことで、ものの見方が変わりえます。精神障害は特別なことではなく、誰もが体験しうる事柄と言えます。偏見や差別をなくし、精神障害に対する適切な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役目の一つとして考えることが出来ます。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の人々と多くの事柄について話し合う機会をもつことが重要となります。

第4章 大きなケアマネジメント

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

1. 大きなケアマネジメントとは

1) 大きなケアマネジメントの概要

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

図の下の部分（注：図4-1の図は表示されていません）が小さなケアマネジメントに該当します。このように、大きなケアマネジメントは、「小さなケアマネジメント」、小さなケアマネジメントに関係する個人や団体から形成されるさまざまな「部会」、これらの部会の関係者が集まって話し合う「定例サービス調整会議」、地域で行われている福祉サービスの状況について確認する「全体会議」、そして、必要に応じて重要課題を検討する「臨時プロジェクト委員会」などから構成されます。ネットワークの形成は、役割の明確な各種の会議を設定しそこに地域社会の人々が集まれる仕組みを作って、初めて具体化されると言えるでしょう。

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

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

2) どのような会議が必要か

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

◆ ケア会議

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

原則、利用者自身にも参加を求め、利用者と支援者が顔を合わせながらケア計画を作っていきます。即時性が求められるので、集まれる人だけでも集まって会議を行うのが通常です。この取りまとめ役は利用者に寄り添うケアマネジメント従事者ですが、開催に当たって行政が連絡調整に入るとスムーズにいく場合が多いと思われます。

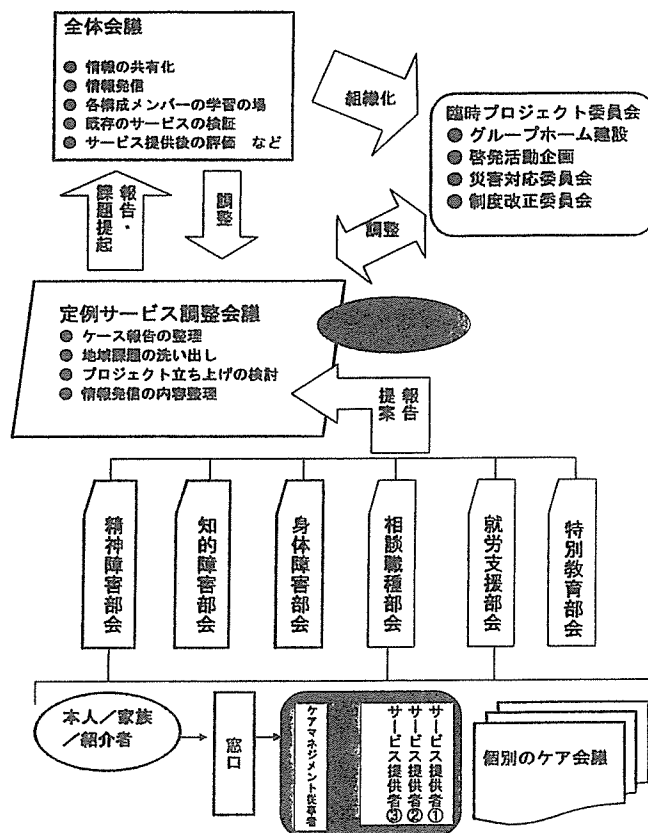


図 4-1 大きなケアマネジメントの例

◆ 障害種別、課題別の部会

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

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

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

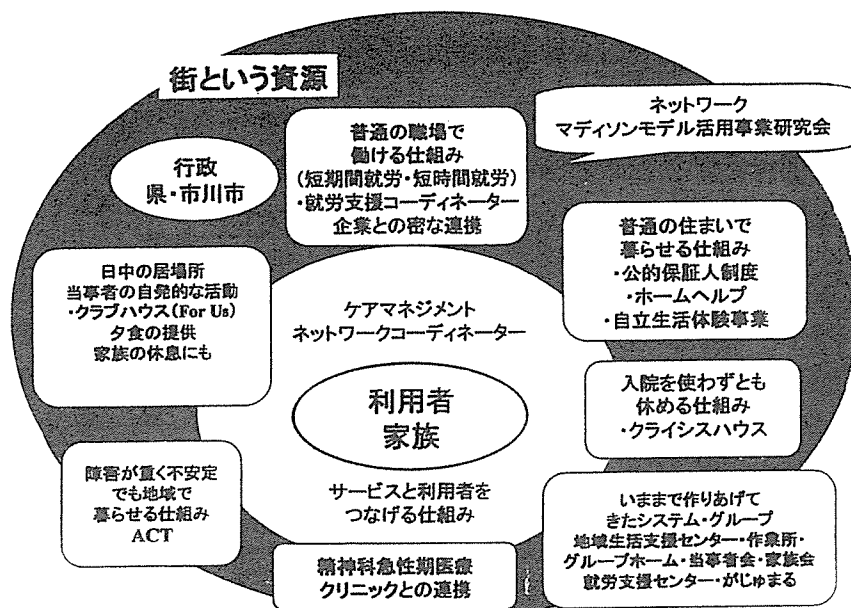


図 4-2 精神保健福祉に関するネットワーク (市川市)

◆ 運営委員会

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

◆ 定例サービス調整会議

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

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

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

表4-1 地域自立支援協議会

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

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

◆ 全体会議

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

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

◆ 臨時プロジェクト委員会

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

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

2. 大きなケアマネジメントの意義

1) 相談支援へのアクセスの平等性

地域には福祉サービスを必要とする多くの人々が暮らしています。しかし、福祉サービスや制度については、残念ながらよく知られていないのが実情です。したがって、「〇〇のことで困っている」とか「こういうサービスがあったら受けたい」と思っても、どこに相談するべきかわからないと感じている人が大勢います。さらに、サービスを供給する側も自分の事業所以外の活動について明確に把握していないことがしばしばです。地域のサービスシステムについての情報がきちんと整理されておらず、誰が正確な情報をもっているのかもわからなければ、必要とする人がサービスにたどり着けなくなってしまうのです。

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

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

2) ケアマネジメントする人の孤立化防止

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

これまで障害者福祉に携わってきた多くの方が、たくさん問題の中に埋没し、身動きが取れなくなった経験を持っているのではないのでしょうか？そしてもっと悪いことに、「この人にかかわっているのは私だけだから、頑張るしかない。」と思いながら閉鎖した環境で試行錯誤を続けると、利用者との共同作業が硬直したものになりがちなのです。

「私はこうしたけれど、本当にこれで良かったのかしら？」「もっと別な方法があったのでは・・・」との不安は、援助者の自信や自己効力感の向上を妨げてしまうでしょう。これでは、サービスの質の向上が期待されないばかりか、ケアマネジメントをする人やサービス提供者の燃え尽き（バーンアウト）を招いてしまいます。

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

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

3) 個々のニーズの全体化、地域課題の発見、サービスの創造

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

Aさんの抱えるニーズが個別課題として扱われるということは、予約日に病院に行

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

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

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

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

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

ヘルパー機関 J の代表者： うちには男性ヘルパーがいないので無理です。

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

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

4) サービス期間の透明性の確保と評価

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

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

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

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

5) 官民の協働の実現

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

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

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

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

6) 費用対効果の向上

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

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

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

7) 情報の活用—利用者の権利の保障

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

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

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

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

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

3. 特に精神障害をもつ人々の支援としての意義

1) 脱施設化に向けた地域づくりの必要性

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

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

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