

- ① 精神病院で暮らす精神障害をもつ人々を地域の代替サービスに移行するための取り組み（例：退院促進プログラムや病床削減の取り組み）
- ② 地域で暮らす精神障害をもつ人々のための、特別なサービスを発展させる取り組み（例：外来・在宅医療の充実、ケアマネジメントの導入）
- ③ 新しく入院の可能性のある人を、地域の代替サービスに迂回させる取り組み（例：ショートステイの充実、危機介入プログラムの構築）

つまり、これまで長期にわたり精神病院に入院していた人々を地域に送り出すプロジェクトをつくり…（①）、彼らが地域での安定した生活が確立出来るようマンパワーと技術を地域社会に投入し…（②）、そして具合が悪くなったときも入院以外の方法で対応出来るようなプログラムが機能するよう…（③）、社会基盤を整備しなければならないということになります。そしてこれらはすべて具体的な技術と財源の確保に支えられている必要があります。「大きなケアマネジメント」作りは「小さなケアマネジメント」の導入とあいまって、そのような要請に応え得る社会整備のあり方ということがいえません。

## 2) 社会的入院のこと

特に精神障害をもつ人々に対する地域生活支援を考えると避けて通れないのが「社会的入院」の問題です。「社会的入院」とは「医学的治療のために入院しているのではなく、生活の場を地域社会に確保出来ないので入院している」という状態を説明するために使われてきた言葉です。つまり病院の中では安定して暮らしている患者さんに対して、「食事が出され、身の回りの世話をしてくれる人がいる病院という環境でこそ、彼らは安定しているのだ。地域社会にはそのような支援が出来る受け皿がないので退院が出来ないのだ」というふうに解釈されてきたのです。

もちろん精神科医療機関も手をこまねいていたわけではありません。解決のために、医療法人はグループホームを作ったり生活訓練施設を作ったりして、「社会的入院」という状態になっている患者さんの退院先を自ら開発してきました。これはこれで一つの方法ではありました。同一法人内に福祉的な居住施設を作ることのメリットは、医療機関と福祉施設のスタッフ同士のコミュニケーションがとりやすいので、利用者のタイミングにあわせて福祉的サービスも提供出来るというところにあるからです。

しかし一方、病院を経営するその法人が福祉的居住施設も建設するとなるとコスト高であり、どうしても病院と同一敷地内に建設することになったり、資金の回収のために人的資源の配置などにおいて、しばしば無理が生じがちでした。さらに、しばしばこのようなサービスの運営はその病院の患者さんしか受け入れられないような習慣を生みました。一方で関わるスタッフも法人外のサービスに目が行きにくく、「退院しても敷地内に住んでいる」と言われるような囲い込み現象がおきやすいことも事実でした。これらはサービス事業者が、自らの持つサービスを中心に問題の解決を図ろうとした場合に生じやすかった現象と言えます。

精神科医療機関が「大きなケアマネジメント」のオープンシステムの中に入り、たとえば精神障害部会で地域資源についての情報交換が出来ると、「囲い込み」と呼ばれる

現象を避けながら「社会的入院」の解消を進めることが期待されます。なぜなら、それは法人を越えて地域社会に資源を探し、開発する人々をケアマネジメントを通じて確保することになるからです。このような人々と医療スタッフが連携出来れば、入院中の利用者の退院促進が可能になるでしょう。入院中の利用者も自分の支援者を地域に求められるので、退院の動機が高まるのです。さらに地域で暮らそうとする精神障害をもつ人々をも支えます。そしてネットワークでつながった人々が新たな資源にもなりえます。

大きなケアマネジメントの仕組みは、点としての社会資源を増やすことも然ることながら、資源をつなぐ線（ネットワーク）としての人を確保することにより、効率よく地域社会の中で人を支える仕組みである、と言えましょう。

#### 4. 「大きなケアマネジメント」を目指して：障害者自立支援法の中で

大きなケアマネジメントの考え方は、精神障害をもつ人々の脱施設化への取り組みを成功させるためにも重要な鍵となるものです。大きなケアマネジメントの存在は、地域課題の明確化という機能をもっていますので、究極的には利用者だけでなく地域住民一人ひとりの生活に影響を及ぼします。障害をもっている人もそうでない人も、すべての人が安心して暮らせるまちを作るためには、大きなケアマネジメント作りは大変役に立つのです。

しかし、大きなケアマネジメントは一朝一夕で出来るものでもありません。精神保健福祉システムの形成にこれから取り掛かろうという地域では、システムの定着まで持続的な取り組みが必要であることは明らかです。以下では私たちが各地の先進的な取り組みから学んだ、システムを作る際に重要と思われる事柄について、いくつか整理して説明したいと思います。

##### 1) 行政・民間・市民の協働

地域によって、障害者支援の主体は異なるかもしれません。行政（市町村）がリーダーシップをとり、主体的に支援体制を整えているところもあれば、民間団体が行政に要望を出しながら、主体的に活動している地域もあるでしょう。行政と民間のどちらが障害者支援を行ううえで優れているかを調べるのも重要かもしれませんが、それよりもむしろ、今はそれぞれの特性を上手に活かしながら協働で一つのシステムを形成していく必要があると考えます。「行政がしっかりしてくれないから」とか「民間は何もやらない」とお互いに責任転嫁をするのではなく、両者が同じテーブルにつく努力をして、役割分担を明確にしながら、どの部分についてどちらが責任をもつのかを確認していくプロセスを歩むことが大切です。

確かに障害者基本法第4条では、国及び地方公共団体の責務が規定されており、障害者福祉における公的機関の果たす役割の重要性は否めません。しかし現実では、行政機関における職員の異動は避けられません。そのため地域の実態を把握出来ずに、精神障害をもつ人の生活や福祉制度について熟知していない行政職員もいるのが実情です。他方、民間機関には長年その分野で働いてきてネットワークをしっかりと築いてきた人もいます。したがって、行政担当者は、精神保健福祉あるいは障害者福祉の専門家である民間機関の職員を情報交換の機会を持ちながら、行政として果たすべき役割を把握しつつ地域のニーズに添えていこうとすることが大切といえるでしょう。

また、民間機関では公的機関では出来ないような柔軟なサービスを提供することも可能です。新しいサービスのあり方についての情報も民間事業者の方が多く持っているかもしれません。したがって、よりよいシステムの構築のためにはお互いの良いところを生かし、そして足りないところを補い合うことが大切なのです。

まず、同じテーブルにつこうという意思を持つこと、このことが会議開催のための第一歩です。

## 2) 既存の枠組みにとらわれない柔軟性

少子高齢化、民間の労働・雇用形態の変化、市町村合併、地方分権化などを背景に、地方自治体の役割は一層重要になっています。特に住民の福祉に携わる行政職員は、新たな状況に対応するためにさまざまな工夫をすることが求められている、といえます。それは、状況が変化しているので「今まで通り」「慣例に従って」ということが成立しにくくなっているからです。理想的なことを言えば、変化を受身に受け止めていたのではかえって状況の変化に振り回され、燃え尽きてしまうこともありえます。むしろ、積極的に変化を作り出していくようなビジョンをもつことが求められていると言えます。専門性、創造性、柔軟性を身に付けていること、フットワーク良く現場に出て行って、住民のニーズを把握する技術を持っていることはこのようなときには大変役に立ちます。

また、精神保健福祉の分野に限っても、変化へのニーズが今大きく広がっていること、施策としても「入院中心から地域生活中心へ」という流れが基本路線として規定され、大きな転換点を迎えているということを示す必要があります。

たとえば、それは精神障害をもつ人の住まいをいかに確保するか、日中の居場所、働く場所を如何に確保するかという課題に添えていく必要があることを示しています。また、精神科医療も入院医療から在宅医療・外来医療にシフトしていくよう、施策レベルで方針を出す必要があることを示しています

これらの方針は今までの枠組みの中では明確ではなかったため、方針作りのために過去にその規範を求めることが出来ません。今までとは異なる発想が必要とされているわけで、多くの人々の知恵を集めて柔軟に対応することが求められているのです。

## 3) 障害種別の枠を超えた理念と、障害の種別を考慮した配慮のバランス

精神障害者が障害者として法的に認められたのは、平成5年の障害者基本法改正によってであり、このことをきっかけに、障害者福祉施策の対象と位置づけられました。しかし、その後も障害種別ごとに制度的な不整合があり、精神障害をもつ人々は支援費制度の対象には入らず、障害種別ごとに大きな福祉サービス格差があると言われてきました。また、精神障害をもつ人々のための社会復帰施設の整備には大きな地域格差がありました。

障害者自立支援法ではこのような格差の減少に向けて、支援体制を強化しようとしています。けれども多くの地域において、これまで精神障害をもつ人々に対する福祉施策の中心は都道府県であったため、知識と経験の少ない市町村は精神障害者福祉をそのほかの障害への対応から切り離して考えてしまうか、三障害一律の対応になってしまう恐れがあります。

市町村のすべきこと、それはシステムとしては三障害とも同じ流れを作るものの、障害の特性に応じたサービスが供給出来るようバランスを取った制度運営をすることといえます。

具体的には精神障害の場合、他の障害と比較して医療と生活支援の連携の必要性が高くなります。精神障害は障害でもありながら医療的なケアを継続的に続ける必要があるからです。また、他障害に比べ状態の不安定性が障害特性としてあり、必要な生活支援の量や質も経時的に大きく変化すること、直接的な身体的ケアや代行よりも見守りや相談といった本人の力を伸ばす支援が必要になるといった特性があります。

「今まで身体障害をもつ人々に対してはこうしてきたから、精神障害をもつ人々に対してもこうしよう」ではなく、障害の特性を考えたいうえで、限られた財源を最も役に立つ適切な方法に振り当てていくことが大切です。

#### 4) 障害福祉計画の策定のプロセスを透明に

仕組みを作る前に、自分たちが暮らす地域をどのようにしていきたいかビジョンを明確にし、共有するという作業が欠かせません。この作業は具体的には「障害福祉計画」の策定というかたちで進められます。障害福祉計画はサービスの必要量の見込みも含めて国が示す基本指針に則して作成することになってはいますが、地域の抱える課題によって、その中身が少しずつ異なるのは当然でしょう。特に精神障害の領域の場合、この計画の中に「条件さえ整えば退院可能な精神障害者」の数の把握と退院後必要な障害福祉サービス量も見積もることになっています。三障害合同の取り組みの中で、このような現実的な問題が話せるようになるためには、現場と行政との積極的なコミュニケーションが必要になります。

自分の地域の目標を据えることは、自分の人生設計をするようなものです。老後はどんなふうに暮らしたいのか、そのためにはどれくらい貯金が必要なのか、どれくらいの住宅ローンを組めるのかといった見通しが大切なように、地域の将来計画を共有することは欠かせません。地域精神保健医療福祉に関わる人は、ビジョンをもって積極的に計画策定に関わる必要があるのです。

### 5. 「大きなケアマネジメント」仕組み作りに着手する

それでは実際に地域の仕組みを作るにはどのような知識をもち、どのようなプロセスを踏む必要があるのでしょうか。以下では主に精神障害をもつ人の支援に取り組む人々が「大きなケアマネジメント」を作るプロセスについて述べてみます。このプロセスは、いくつかの先進的な地域から情報を収集してまとめたものです。

もちろん、プロセスには地域の事情が反映しますし、このようなプロセスで必ず上手くいくという決定版のようなものはありません。しかし、モデルとなるものから自分たちの工夫を積み上げることで、可能性の高いシステムを作り上げることは可能と考えます。以下の情報はそのような性質をもっているものと考えてください。

#### 1) キーパーソンを育て、その役割を明確にする

「大きなケアマネジメント」を作るにあたって、まずその理念や目標を理解して核と

なる会議などを企画していく人々の存在が必要です。この人々を「キーパーソン」と呼びましょう。

キーパーソンは一人ではなく複数いることが望ましいでしょう。できれば各障害の領域にキーパーソンがいて、また行政にもいて、それぞれの領域のキーパーソンが企画運営委員会のようなネットワークを作ることがさまざまな活動の始まりです。

キーパーソンは自分の所属する事業所の職務ばかりでなく、地域社会の状況についてもよく把握しており、フットワーク良く地域の人々と連絡を取り合える能力を持っていることが望まれます。そして、地域中心の障害者福祉作りに情熱をもって取り組む意志のあることが大切でしょう。

精神障害の分野で言えば、(1)「入院中心から地域生活中心へ」というビジョンを自分でも明確にもっている、(2)ノーマライゼーションの理念を理解して「普通の住まい」「普通の職場」での生活の実現に信念をもっている、(3)医療と生活支援、就労支援、家族支援のいずれもが重要であることを理解しており、職種や領域をこえたコミュニケーションに意欲がある、(4)当事者の力を信じ、当事者が主体となって活動することを応援しようという意志がある、(5)コミュニケーションや支援を技術として捉え、「役に立つ技術」の定着に意欲があるなどが重要な資質として必要でしょう。

## 2) スーパーバイザーを確保する

キーパーソンが行動指針を明確にするときにその相談相手になったり、いろいろな情報を提供してくれる人々がいると、質が高く持続するシステムを作るうえで有用です。このような人々を「スーパーバイザー」と呼びます。キーパーソンが随時相談出来る人々にスーパーバイザーを依頼するのが理想的ですが、加えてスーパーバイザー自身が地域におけるケアマネジメントの充実に意欲を持っていることが望まれます。すでに先駆的に地域の活動をしている場所でリーダーシップを取っている人々、学識経験者でコミュニティワーク（地域づくり）の専門家である人々などをスーパーバイザーとして確保出来るとよいでしょう。

## 3) 地域の資源マップを作成する

「小さなケアマネジメント」を充実したものにするためには、私たちの生活している自治体にはどのような資源があるのかについて充分把握しておく必要があります。キーパーソンを中心に当事者や家族とも協働しながら、『資源マップ』を作成することは、利用者にとっても、サービス提供者、ケアマネジメント従事者、そして住民一般にとっても役に立つ作業です。『資源マップ』作りには以下のようなプロセスがあります。

- ① まず、私たちの自治体（市町村）の良いところを、拾い出してみます。そのような中には、役に立つ生活情報やその土地の歴史によって育まれてきた文化なども含まれます。そのような良さを知ること、障害を抱えながらも地域で生活しようとしたときの、その土地の基盤が理解されるのです。
- ② そのうえで、三障害それぞれの資源を「マップ」の中に反映させていきます。反映するにあたっては「住むところ」「日中の居場所」「働くところ」「相談出来るところ」「自分たちで助け合う場所」など、生活に密着したわかりやすい言葉で紹介し

ていくことが大切です。この資源を知る作業の中で、地域社会の中でのつながりが強化されたり、「これから欲しい資源」がより明確になったりします。『資源マップ』はパンフレットにして、多くの人が共有出来るようにするのが良いでしょう。

#### 4) 部会を作る

現実問題として、三障害合同の「定例サービス調整会議」を当初から機能的に立ち上げるには、豊富な人材や今までの連携の歴史が必要でしょう。まずは、今課題となっている問題や、すでにあるネットワークを活用しての「部会」の形成が、望めます。

精神障害分野であれば、生活支援の事業者、就労支援の関係者、ケアマネジメント従事者、精神科医療機関、そして当事者、家族、行政が一つのテーブルにつく仕組みを作ることが最初の目標となりましょう。

そして、まずはお互いの活動の紹介や「私たちの自治体で今後あると良いサービスとはどのようなものか」というような地域のニーズ把握というあたりから会議を始めていけるのが良いと思われます。もちろん障害者自立支援法の理解も話題になるでしょうが、制度以前に自分たちのしてきた成果、今後の課題などをまとめ、活動の意義を確認することがまずは求められます。そして、何より職種をこえてのコミュニケーションを維持する努力を始めることが良質のシステム作りの必要条件と言えましょう。

#### 5) 部会を運営する

部会の運営にあたって、当面必要な課題や注意点をまとめてみました。

- ① 相談窓口機能を市町村の中でどこが受け持つのかということは、ケアマネジメントのシステム作りの中で重要な課題です。窓口の機能は、相談の中でニーズを押さえて助言を行なう他に、複数のニーズがある場合にケアマネジメントをする人につながったり、あるいは自らがケアマネジメントを行ったり、障害者自立支援法の中での障害程度区分判定を紹介したりなど、サービスを展開するにあたっての門番（ゲートキーピング）の役割を果たすことにあります。良質な門番機能を行なえる窓口があることは、ケアマネジメントを円滑に進めるにあたっての必要条件です。そして、その窓口機能が行政ではなく民間に委託される場合は、そのことを地域の人々が良く把握して、ネットワークの中に確実に位置づけることが大切です。したがって、窓口機能を自治体の中に確立することは部会の初期の大切な課題であると言えます。
- ② 「大きなケアマネジメント」を形成する目的の一つは、地域社会にあるさまざまな資源が利用者に関わっており、ニーズに応じて利用者が複数の事業者を活用して質の高い生活を営めるようにすることです。一つの法人が対象者を独占し、対象者が法人外のサービスを利用出来ない状態（囲い込み）が顕著になると、せっかく資源が充実してきても、地域社会全体としては円滑なケアマネジメントが出来にくくなります。部会ではそれぞれの事業者の活動を報告する時間を設け、事業者の活動を相互に理解しあえるようにすることが必要です。そのことによって、他の事業者のサービスもニーズがあれば使ってみるという機会が増えるからです。
- ③ 精神障害をもつ人の場合、障害者自立支援法にいう給付区分のうち、訓練等給付を

受ける人が多くなると予想されます。訓練等給付では、給付決定後にサービス管理責任者が個別支援計画を作成しますが、相談支援事業者とサービス提供者が個別のケア会議などで適宜連携を取りながらプランを立て、モニタリングが出来るような仕組みを構築する必要があります。部会でのコミュニケーションが深まると個別のケア会議も開催しやすくなるでしょう。これは、サービス提供者の孤立を防ぐためにも非常に重要です。

## 6) 定例サービス調整会議を開催し、全体像を形成していく

部会がある程度機能するようになったら、次は定例サービス調整会議を含めた地域の障害者福祉システム全体（大きなケアマネジメントの全体像）を整備していく段階になります。各障害のサービス事業者やケアマネジメント従事者、当事者、家族などと行政とが、障害種別を越えてひとつのテーブルにつくわけです。

三障害の障害種別ごとに部会が成長しているようだと、文字通り統合するような形で、「定例サービス調整会議」が形成出来ます。しかし、ある障害の部会が活発で地域の活動をリードしているような場合は、その部会が中心になって合同の「定例サービス調整会議」を形成せざるを得ないと思われれます。いずれにしても三障害の担当者や当事者が定期的に一同に会し、相互の活動について理解を深めていくことは障害者自立支援法の趣旨からいっても今後重要なことと考えます。以下に「定例サービス調整会議」作りの要点や会議で実施出来ることなどを簡単にまとめておきます。

- ◆ 行政と民間と当事者団体の代表が含まれるように配慮する
- ◆ 大きなケアマネジメントの全体像の構成（図1参照）について、その目的、事業内容、構成員、組織などについて設置要綱として文書化しておく
- ◆ 設置要綱に記載した組織をみんなが共有出来るように図1のように図表化し配布する。
- ◆ 市町村は、その召集力を生かし、会議開催の責任をうけもつ（日程調整、場所、議事など）。
- ◆ 人材育成の観点から、国や都道府県が開催するケアマネジメントに関する研修に積極的に参加するとともに、市町村や圏域でも研修会や勉強会などの場を定期的に設ける。
- ◆ 住民から挙げられている要望や苦情について検討する。障害者自立支援法の障害程度区分の認定過程で支給内容に課題があると考えられるケースや不服申し立てが行われたケースについて見直し、審査会にコメントやフィードバックを提供することなども必要。
- ◆ サービスの質の向上のために、サービス評価をどのようにしていくかを決定する。少なくともサービス事業者が自分たちの活動を会議の中で紹介・報告するような時間を設ける。

注) いずれの会議でも利用者個人に関する情報の取り扱いには注意が必要です。情報の共有には前もって利用者本人から会議で検討することをわかりやすく説明し、同意を得ておく必要があります。また、会議では仮名を使ったりイニシャル表記にするなど、個人が特定されないよう配慮する必要もあります。

## 《付録 1》

### 事例集

「小さなケアマネジメント」事例

新潟県魚沼地域

ACT-J

「大きなケアマネジメント」事例

北海道帯広・十勝地域

宮城県仙台市

埼玉県東松山市

滋賀県甲賀地域



## 〈「小さなケアマネジメント」事例①〉

### 障害児者生活支援センター かけはし

#### 【地域特色】

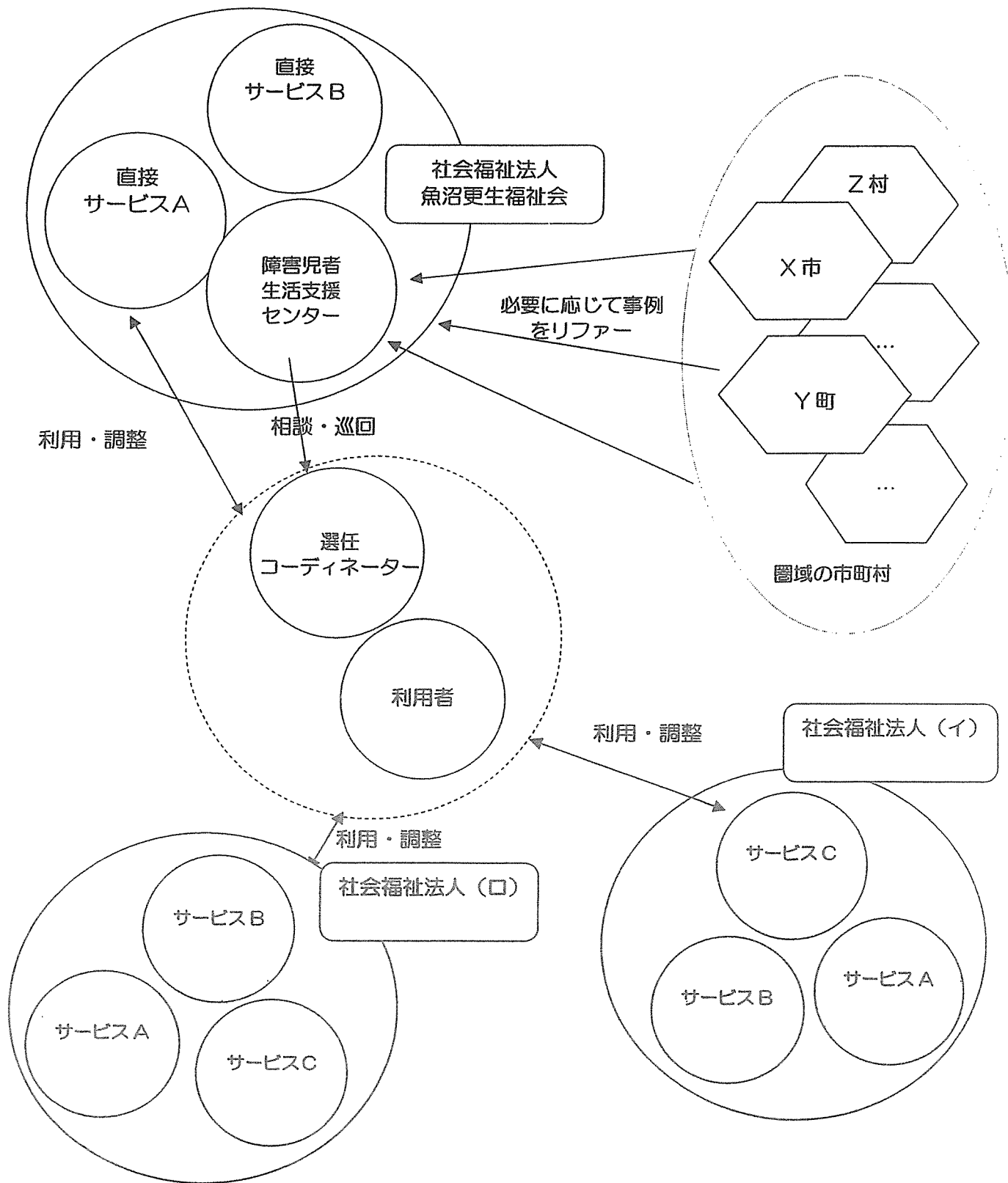
「生活支援センター かけはし」が対応しているキャッチメントエリアの人口は約 25 万人。魚沼市・南魚沼市・十日町市・小千谷市・川口町・湯沢町・津南町の4市3町である。「かけはし」では、専任のコーディネーターが主として知的障害者・児のケアコーディネート（ケアマネジメント活動）を行っている。本事例は、大都市ではない典型的な地方において、特別ではない一般の社会福祉法人がどのように小さなケアマネジメントを充実させていくか、またその抱える課題についても好例となっている。なお、冬季は積雪が厳しく、広大なエリアをカバーしていることもあり、アウトリーチによる巡回相談は一日がかりになることもある。

#### 【システムの特徴】

- ◆ ケアマネジメントの体制：  
コーディネーター一人、サブコーディネーター一人がケアマネジメント活動を行っている。活動は5年目。かつては同社会福祉法人内のスタッフが、コーディネーターの活動を通常の直接サービスの傍ら個々に行っていた。しかし、現在では主としてスタッフ一人が集中して担当していることで、コーディネート活動の質を確保している。なお、市町村でも独自の相談事業を行っているが、困難事例が市町村から紹介されて、それを担当することもある。
  - なお、具体的に社会福祉法人として関連の施設を複数もっており、当人に対する直接のサービスも提供しうるので、単に社会資源のプロセカリングをしているだけではない。直接支援をする能力があるかどうかは、特に緊急対応が必要になった時に重要である。
  - なお、現在は県の「障害児（者）等地域療育支援事業」の枠組みを使用している。
- ◆ ケアマネジメント活動の内容：  
一般相談と各社会資源へのコーディネート（在宅障害児（者）の地域生活支援のために、療育指導・相談、各種福祉サービス提供を受けられるよう援助・統制などを行う）が主活動である。ただし、危機状況（暴力や精神的な状態が不安定など）が多発するような事例では、頻回の巡回相談やダイレクトサービスが必要であり、インテシブなケースマネジメントが重要になる（100例のうち20例程度は、そのようなインテシブなかかわりを必要とする）。また、施設の中での相談よりも外に出むく巡回の形で相談をうけることが多く、フットワークを軽くして、綿密なコーディネートをしているのが特徴である。
  - ニーズとしては、住居支援、日中活動の場の提供、緊急時対応（暴力や精神的な不安定）、家族関係の困難（家族の受け入れ拒否＋家族が同じく障害を抱えている）などである。
  - 知的障害といっても実際には多様な人々が存在し、アスペルガー障害や発達障害などの精神障害をもつ人々も存在する。そこで他機関の専門家（臨床心理士・OT・理学療法士）とタイアップして訪問するなどの工夫を行った。一人・一機関だけが超人的な能力を発揮できるわけではないので、他機関・他資源との連携の中で、必要なサポートを得られるような体制を整えている。
- ◆ 課題点：マクロレベルでの体制の充実  
ケアプランを立てても社会資源がなかったり、サービスが不十分である、ということがある。特に就労関係・医療関係のサービスが少ない（山間部なので）。マクロレベルでのネットワークがあれば、そのようなニーズを地域レベルで考えていくことができるのではないかと感じている。なお、これまで社会福祉法人のような民間団体がイニシアチブをとっても信頼されないのではないかと、という思いがあったが、今年度からそうしたネットワークを形成していく予定である。
  - ただし、オフィシャルなネットワークこそないが、コーディネート活動を通じて、「一人で抱え込まない」という風潮が地域に広がっており、個別の事例を通じて分散的なネットワークが形作られているといえるであろう。

#### 【歴史的背景】

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



## 〈「小さなケアマネジメント」事例②〉

ACT-J

### 【システムの特徴】

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

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

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

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

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

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

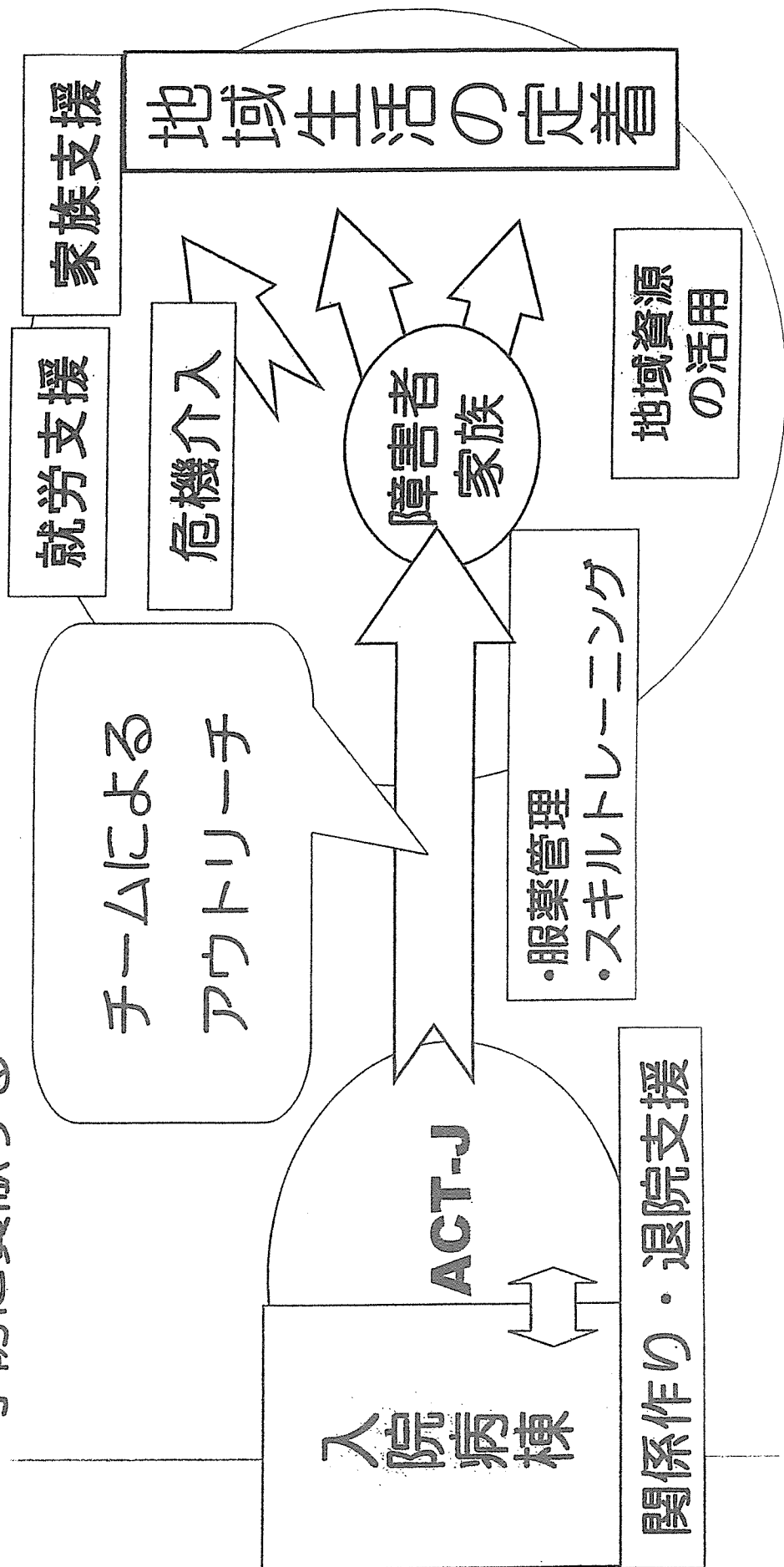
ACTプログラムは、ストレングス、リカバリー、エンパワメントといった障害をもつ本人の視点や力量を重視している。そしてチームの中にはコンシューマースタッフを含めることとなっているのだが、現時点ではその確保がACT-Jの課題となっている。

### 【地域特色】

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

# ACT-Jの概念図

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



## 「大きなケアマネジメント」事例 ①

### 北海道帯広・十勝地域

#### 【地域特色】

帯広・十勝地域は、東京都・千葉県・埼玉県を合わせた広大な地域である。そこに各社会資源が点在している形になるが、その社会資源が連携しネットワークを組んで当事者の生活を支えるシステムを形成している。特に、この機構はオープンシステムであり、特定の施設の利用者・スタッフに限定されたものではないのも特徴である。さらに、住宅支援・就労支援などを、必ずしも障害者向けの保護的な環境・施設で行うのではなく、一般化した生活資源の中で行っている点もノーマライゼーションの観点から注目したい。また、行政との連携も進んでおり、ネットワークが施策に対しプランを提示し、行政側もそれに積極的に関与してくるという状況があり、帯広市は750億の年間予算のうち、9000万円を精神保健福祉に注いでいる。

#### 【システムの特徴】

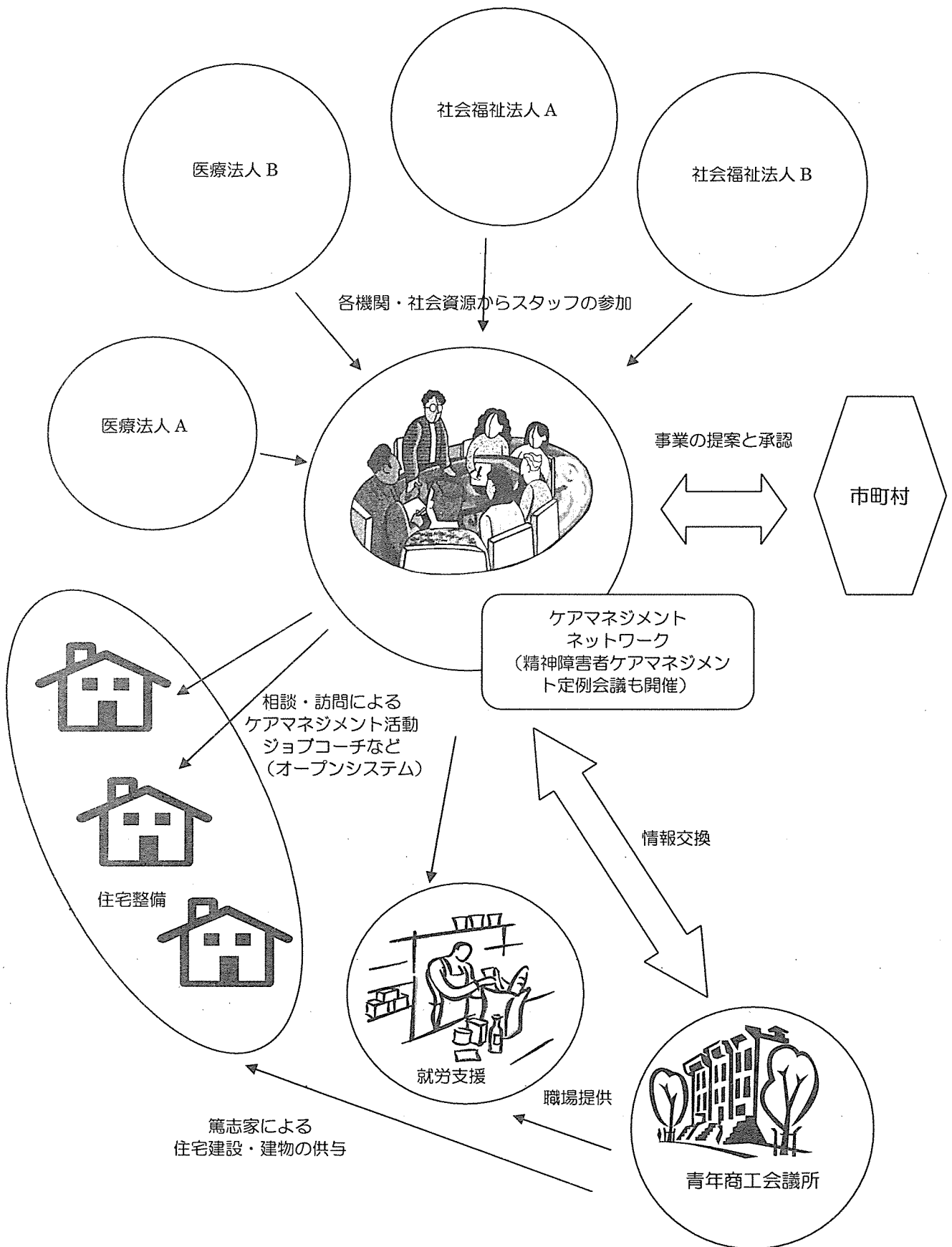
- ◆ ケアマネジメントの体制：社会福祉法人やPSWのネットワークとしての活動（ゆるやかな合議体としての力を持つ）によって、ケアマネジメントを実施している。地域生活を支える当事者のマネジメント活動をネットワークで行い、地域生活支援を医療機関から独立させることによって、「有事にとるべきケアの第一選択肢は入院である」という病院への依存度を下げることができている。なお、地域には公的病院が多いので、病院中心のケアから地域生活への移行は自治体として長期的にみても有益であるというコンセンサスもある。
  - このシステムは、「誰もが利用でき誰もが支援するシステム」であり、特定の施設の利用者・スタッフに限定されたものではない。
  - マネジメントを行う人員を確保する必要があるので、施設型のサービス提供者とケアマネジメント従事者を分けて考えている。常勤職員はアウトリーチやケアマネジメント活動を行い、非常勤職員を通常の施設業務にあてるなどの工夫をしている。
  - 月2回、精神障害者ケアマネジメント会議を定例会として実施し、企画・調整・事例検討などを行い、ケアの質の向上ならびにネットワークを維持している。
- ◆ 住宅整備：まかないつき住宅を整備している。生活保護の住宅費で家賃を払える住宅を、そのプランに同意してくれる篤志家に出資を依頼し、一般住宅として建設。また利用者のいないホテルや仮アパートなど一般的な建築物の借り上げも行い整備。管理人をおかず、地域生活を支えるためにアウトリーチ活動を行っている。
- ◆ 就労支援：社会復帰施設が15年前から就労プログラムを独自に展開し雇用を推進してきた。現在では、前職業リハビリ（事前就労）＋ジョブコーチ＋グループ就労の形で、就労支援をシステム化している。ハローワークとの連携も良く、生活支援センターにおいて就労相談・就労希望者などへのガイダンスなどの研修を行っている。
- ◆ 官民の連携：官民の連携は当然必要。また行政側も施策に関するアイデアを求めるニーズがあり、それに対して積極的に提言することで、民から官に提起し、官から民に委託（認証）するという流れもできている。官による認証により、住民や民同士互いの信頼も担保できる。

#### 【歴史的背景】

1982年、当時、圏域の精神科病院に勤めていたソーシャルワーカー（3病院5人）が中心となって、任意団体を作り、地域に共同住居を開設。生活保護の家賃補助上限を家賃として運営。その後、篤志家（経済界にあって社会貢献の意志がある人）による新築・既築アパートの借り上げにより、オープンシステムにして、圏域の精神科病院の退院希望者に賃貸アパートとして提供する。管理人は置かない代わりに、病院のソーシャルワーカーがアウトリーチで生活支援に入る。以降、この事業を拡大していき、その中で病院・社会資源を越えたケアマネジメントシステムが構築されていった。

ワーカーたちのアウトリーチによる生活支援には、病院管理者や精神科医の理解も前提として重要であったが、当時の状況として病院側も新規入院を受け入れるために、長期在院患者の退院促進を希望していたというニーズがあり、また公的病院が多く、アウトリーチ活動は直接の利益にはつながらないが、長期的には有益という判断があったと思われる。

また、医療・保健・福祉の業界だけでなく、経済界や文化団体、マチ起こしグループなどとの連携が資源開拓の力となり、一般の社会資源を活用し、住宅支援・就労支援を展開できているのも本事例の背景として着目したい点である。

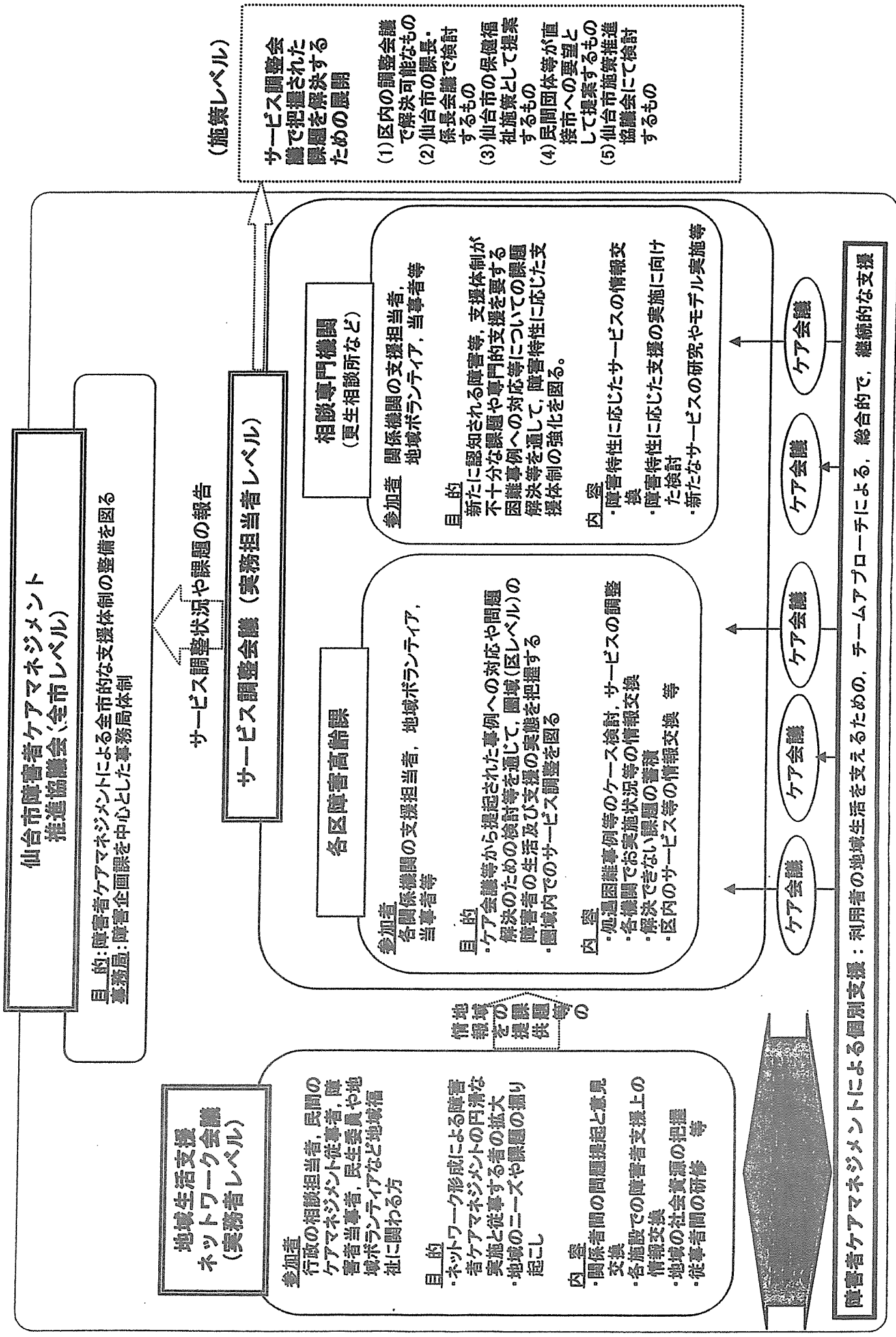


## 「大きなケアマネジメント」事例②

### 宮城県仙台市

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

# 障害者ケアマネジメント推進事業体制



仙台市障害者ケアマネジメント推進協議会(全市レベル)

目的: 障害者ケアマネジメントによる全市的な支援体制の整備を図る  
事務局: 障害企画課を中心とした事務局体制

地域生活支援ネットワーク会議 (実務者レベル)

参加者 行政の相談担当者、民間のケアマネジメント従事者、障害者当事者、民生委員や地域ボランティアなど地域福祉に関わる方

目的  
・ネットワーク形成による障害者ケアマネジメントの円滑な実施と従事者の拡大  
・地域のニーズや課題の掘り起こし

内容  
・関係者間の問題提起と意見交換  
・各施設での障害者支援上の情報交換  
・地域の社会資源の把握  
・従事者間の研修等

地域生活支援ネットワークの課題等の

各区障害高齢課

参加者 各関係機関の支援担当者、当事者等

目的  
・ケア会議等から提起された事例への対応や問題解決のための検討等を通じて、圏域(区レベル)の障害者の生活及び支援の実態を把握する  
・圏域内でのサービス調整を図る

内容  
・処遇困難事例等のケース検討、サービスの調整  
・各機関で実施状況等の情報交換  
・解決できない課題の蓄積  
・区内のサービス等の情報交換等

相談専門機関 (更生相談所など)

参加者 関係機関の支援担当者、地域ボランティア、当事者等

目的  
新たに認知される障害等、支援体制が不十分な課題や専門的支援を要する困難事例への対応等についての課題解決等を通して、障害特性に応じた支援体制の強化を図る。

内容  
・障害特性に応じたサービスの情報交換  
・障害特性に応じた支援の実施に向けた検討  
・新たなサービスの研究やモデル実施等

サービス調整状況や課題の報告

サービス調整会議 (実務担当者レベル)

ケア会議

ケア会議

ケア会議

ケア会議

ケア会議

ケア会議

(施策レベル)

サービス調整会議で把握された課題を解決するための展開

- (1) 区内の調整会議で解決可能なもの
- (2) 仙台市の課長・係長会議で検討するもの
- (3) 仙台市の保健福祉施策として提案するもの
- (4) 民間団体等が直接市への要望として提案するもの
- (5) 仙台市施策推進協議会にて検討するもの

障害者ケアマネジメントによる個別支援: 利用者の地域生活を支えるための、チームアプローチによる、総合的で、継続的な支援



## 〈「大きなケアマネジメント」事例③〉

### 埼玉県東松山市

#### 【地域特色】

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

#### 【システムの特徴】

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

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

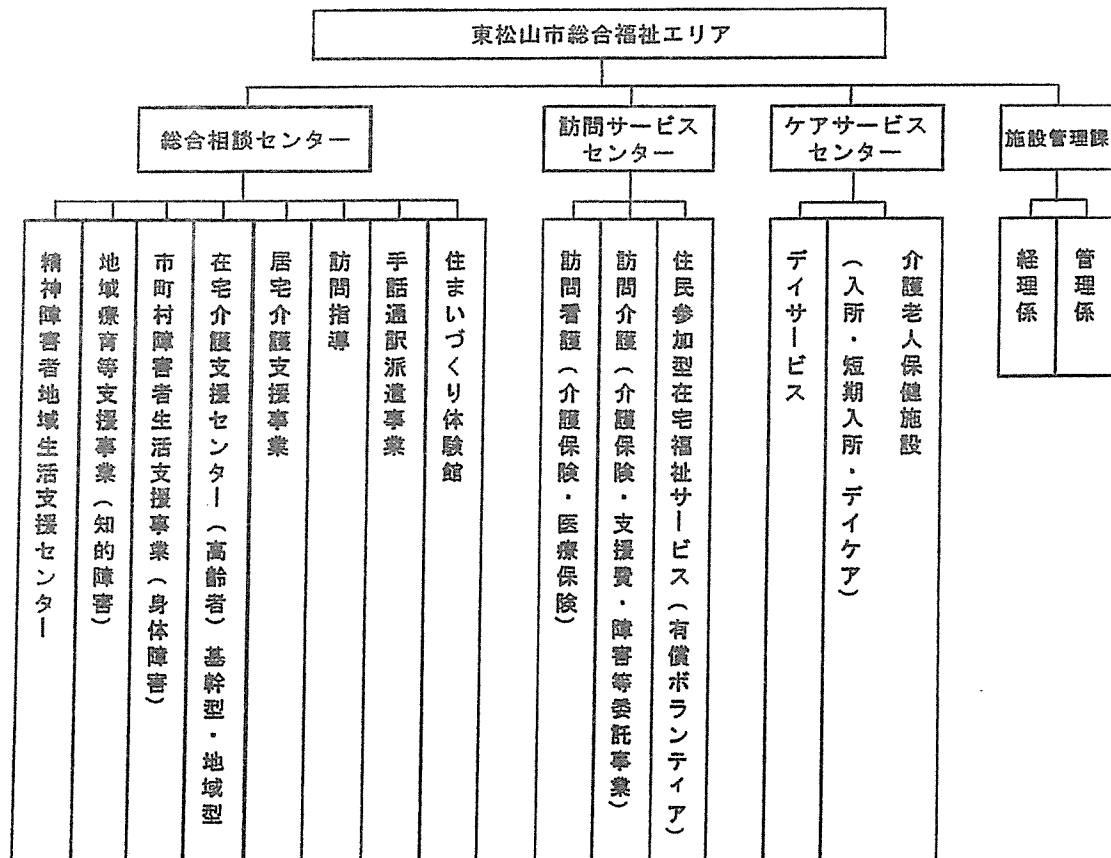
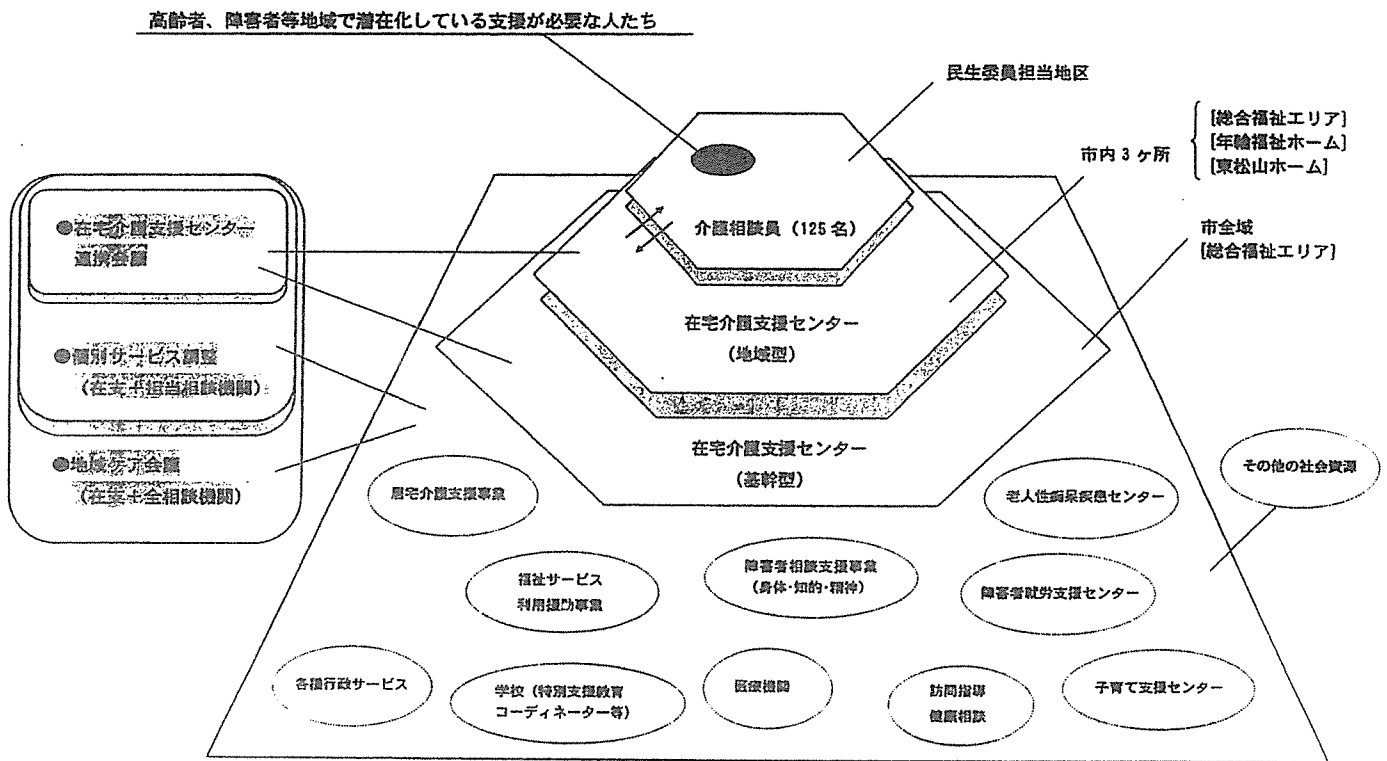
#### 【歴史的背景】

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

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

# 東松山／比企

高齢者、障害者等への相談支援体制



## 「大きなケアマネジメント」事例④

### 滋賀県甲賀地域

#### 【地域特色】

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

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

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

#### 【システムの特徴】

- ◆ 相談機能を持つところとサービス提供機能をもつところを場所のうえでも分け、囲い込みの発生を予防している
- ◆ 会議開催は県事務所や市が責任をもち、民間機関がサービスを提供するなど、公的機関と民間の法人の役割を明確化している
- ◆ 各支援センターが三障害の窓口となり（サテライト型）、それぞれをネットワークでつなぎ、障害の得意不得意を補い合う
- ◆ 地域の様々な人がサービス調整会議に参加することにより（無報酬の場合が多い）、サービスの透明性を高める努力をしている
- ◆ 障害種別による支援特性の違いを認めつつ、利用できる知識については障害の枠を超えて有効活用できるよう配慮している
- ◆ サービス調整会議というチームアプローチをすることにより、相談支援者の孤立化を防いでいる
- ◆ アウトリーチ型のサービスを提供している
- ◆ 会議開催においては、最も参加が難しい人（医療関係者など）に合わせて時間や場所を設定する

#### 【歴史的背景】

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

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

# 甲賀地域障害児・者サービス調整会議

