

行い、システム検討会において運用上の課題検討、改善等を行った。

④ 地域における少子化対策の試み(千葉県習志野保健所)

管内 3 市の小学校 4 年生を持つ母親を対象とした無記名自記式の調査を行い、子どもを持つ積極的な因子を見出していく。

(倫理面への配慮)

(財)に本公衆衛生教会内に「研究倫理委員会」を設置し、研究対象者への人権擁護上の配慮についてチェックしている。

個人が特定できるようなデータは原則として当事者の同意を得てから利用するとともに、各種データの活用や管理については秘密保護に万全を期すものとする。

糖尿病患者支援システムモデル事業では、患者支援システムの目的・仕組み等について十分な説明を行い、保健所から受診状況の確認や受診勧奨の連絡があること、また保健師による家庭訪問があること等を、十分に理解を得た上で本人が承諾書に記入したものを登録する。また、血液検査等の検査データ等を集計等で研究に活用することについても十分説明の上、承諾書を取ることとする。なお、個人のプライバシーには十分配慮するものとする。

C. 研究結果

①身体合併症による死亡例が 6 例あった。子育て中の者や家族同居の高齢者介護をしている女性の精神障害者へのホームヘルパー派遣時間は単身者へのそれより長い傾向にあった。

②保健所の介護予防活動への関与に向けての課題解決策として、所内の連携、地域のニーズ把握、支援計画の作成、共同事業

の実施、進行管理と評価、他地域への波及など地域保健の基本を押さえた一連の取り組みの必要性が確認された。

③糖尿病患者支援システムの対象者は健診受診者の 14.3%であり、参加申込者はそのうちの 27.1%であったが、区によって差があった。実際に協力専門医療機関を受診したものは 70.4%で、そのうちの 42.1%が境界型糖尿病、41.0%が糖尿病であった。保健所のフォロー状況は継続フォローの電話 115 名、未受診者への受診勧奨電話 73 名、ほかに家庭訪問、糖尿病教室、健康相談を実施した。

④父親の労働環境(就業先の規模、民間か官公庁かなど)によって子ども数に関連が見られた。理想子ども数 0 人とする促進因子として現在子ども数 5 人以上、独身、母親の喫煙が、抑制因子として母親の親の存在、育児休暇の利用、子ども支援センターの利用があげられた。

D. 考察

①精神障害者のホームヘルプ事業はホームヘルパー自身にとっても高齢障害者への精神科合併症を持つ人とののかかわり方に通じるものがあり、これらの人とののかかわりを通じて、精神障害者への正しい理解と偏見除去にも役立つ。

②システムの立ち上げおよび定着後のシステムの評価方法やシステムの改良方法については、利用者本位の評価方法や改善方法にすることが望ましい。

③事業実施状況から今後のシステム構築に向けて次の 2 つの課題が整理された。1) 参加申込者が対象者のうち 27%であり、保健所における対象者へのシステム参加する動

機付け、および保健所や医療機関等での患者教育（個別・集団指導）の機能分担等を見直し、効率的で効果的な住民支援の更なる検討が必要である。2) 治療継続できるための協力専門医療機関とかかりつけ医、医療機関と保健所の連携と患者支援のあり方の検討が必要である。

④父親の勤務先の属性が子どもの数に影響することがわかった。

#### E. 結論

①ホームヘルプ事業のみでは在宅精神障害者の生活支援に限界がある。

②介入的実践活動は、現在4段階目にあたり、方法論の有用性の検証にはまだ若干の期間を要するが、現段階までの進行状況から考察すると、方法論一定程度有効であることが推測された。

③モデル事業を約2年間実施し、継続受診者に関しては検査値の改善等を得ることができた。

④地域における少子化の問題点を保健所が市・教育委員会と協力することで見出すことができた。

#### F. 健康危険情報

特になし

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

- 寺尾敦史、地域における介護予防システム構築への取り組み、臨床カル・プラクティス、2004;23:891-894

##### 2. 学会発表

- 福井美代子、地域のける介護予防システム構築に向けての調査研究事業(第3報)、平成17年9月第64回日本公衆衛生学会

総会（北海道）

- 下川寛子、地域糖尿病患者支援ネットワーク運営に関する研究、平成17年度福岡県公衆衛生学会
- 井上孝夫、女性が働きかつ多くの子どもをもつ条件とは何か(次世代育成策における保健所の役割)、平成17年9月第64回日本公衆衛生学会総会（北海道）
- 井上孝夫、子どもを持ちながら理想子ども数0人と答えるとはどういうことか、平成17年度第44回千葉県公衆衛生学会（千葉）

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

特になし

平成17年度厚生労働科学研究報告書

精神障害者ホームヘルプ事業を中心  
とした在宅支援事業とその評価

(3年度報告集)

平成18年3月

## は じ め に

精神障害者ホームヘルプ事業を中心とした在宅支援事業とその評価（第3報）をまとめた。今年度がこの研究の最終年度であり、順調にこの精神障害者ホームヘルプ事業も川崎市では進んでいる。

平成18年4月からスタートする事となっている障害者自立支援法でいわゆる3障害（知的、身体、精神）についてのサービス給付が同じ制度の下で行われることは画期的なことである。しかし精神障害者の居宅支援事業であるグループホーム、ホームヘルプ、ショートステイなどの事業内容は残念ながらまだまだ他の2障害（知的、身体障害）に比較して遅れている事は全国的なことであり、精神障害についてはこれからの制度整備に期待されるものが大である。たまたまこの「精神障害者ホームヘルプ事業を中心とした在宅支援事業とその評価」の研究は最終年度のまとめの時期と一致し、ホームヘルプ事業の評価をする中で特に高齢精神障害者を中心とした在宅支援を考える上でいろいろと参考になるものが多かった。

この研究の原点は平成14年に行われた川崎市の社会復帰援助会ニード調査の結果を受けた研究であり、川崎市の精神障害者の社会生活維持のために必要な制度として就労援助とともに多くの障害者及びその家族からの要望が多かったホームヘルプ事業である。それだけに今回このような形で第3報を出す事ができたことはタイミングが良かったといえる。ただし自立支援法の内容および障害認定の方法などに未知のものがああり、さらに介護保険との整合性が図られ、財源的な問題や利用者の経済的負担がどのような形で今後進めてゆかれるものかを勘案すると今後の課題も大きいと云わざるを得ない。

またいわゆる精神病院への社会的入院の退院促進事業についても川崎市での事業への取り組みについても触れた。その内容を見ると精神障害者の医療・保健・福祉について改善すべき問題点も多い。

しかし現段階での精神障害者ホームヘルプ事業を中心とした在宅支援事業について川崎市での事業内容について報告書とする。

今後の地域の精神障害者の福祉を進めてゆく上での材料となれば幸いである。

（元幸保健所長 菅 野 到）

平成18年 3 月

# 目 次

第1章	在宅精神障害者の医療と福祉について……………	1
第2章	川崎市精神障害者ホームヘルプ判定会議の結果から……………	2
第3章	川崎市精神障害者ホームヘルプ判定会で問題となった事……………	4
第4章	平成17年度の川崎市におけるホームヘルプ事業の結果から……………	6
第5章	3 障害と精神科ケアマネジメントの進め方……………	13
第6章	平成17年度の川崎市における精神障害者 ホームヘルプ事業の結果から……………	17
第7章	3 障害と精神科ケアマネジメントの今後について……………	24
第8章	川崎市における社会的入院者の退院促進事業の進行状況と課題…	28
第9章	今後の精神障害者在宅支援事業の課題……………	30
ま と め	……………	32

# 第1章 在宅精神障害者の医療と福祉について

## これまでの歴史

障害者基本法が平成5年に精神障害者も含めて障害者に対する国の基本方向として法的整備された。精神障害者については精神病院や診療所で行う薬物療法を中心とした向精神薬の服薬指導、精神科デイケアによる作業行動療法・認知行動療法さらには精神療法・カウンセリングなどを中心とした心理療法が診療報酬制度の中で定められ、精神障害者は何らかの医療的な指導の中でその生活が送られる事が一般的となって来た。いわゆる精神障害者はその疾病性のために知的障害・身体障害とは異なり、福祉政策の対象から残されたという歴史が日本にはあった。そのため精神障害者のリハビリテーションは他の2障害（知的・身体）から結果的にかなりおくれることとなった。1949年には身体障害者福祉法、1960年には精神薄弱者福祉法が制定されていたが、障害者施策の総合性と一貫性を保つために1976年心身障害者対策基本法が成立した。しかし同法が対象とする心身障害者には精神障害者は含まれておらず、同法制定後に他の障害者の福祉対策として各種施策が充実してきたことに比して、精神障害者に対する福祉施策はほとんどなされなかった。しかし精神障害にも障害の概念が整理され精神の障害国際分類（ICIDH）が定着するとともに生活障害や社会的不利の考え方もようやく日本でも理解されるようになった。さらに最近ではICF「新国際障害分類」が採用されるようになっている。

そして1993年「障害者基本法」によって、3障害に福祉的な視点がむけられるようになった。但し現行の精神保健福祉法の中に医療と福祉など整理すべき項目が含まれていることは問題である。

平成15年度までのわれわれの研究結果から①精神障害者の社会生活いわゆる「ノーマライゼーション」のためには在宅支援、ホームヘルプ事業（家事援助、洗濯援助、買い物援助、その他の身体介助）等の人間関係を中心とした生活援助が有効であり、また別の側面として②ハードの生活訓練機能の援助としての生活ホーム等の住居確保や日常の地域生活支援（居宅の提供、日中生活の場の確保、更には入浴サービスなどの提供）であり、2番目の福祉的支援としてはショートステイなどが必要なことがわかった。

## 第2章 川崎市精神障害者ホームヘルプ 判定会議の結果から

### 川崎市における精神障害者ホームヘルプ事業の流れについて

現在行われている川崎市の精神障害者ホームヘルプ事業の窓口としては、精神病院や精神科診療所から保健福祉センター（保健所）経由で精神保健福祉センターで受けている。同センターの地域ケア訪問班が申請者の書類確認の上、申請を受け付けて、家庭訪問調査を行う。

さらに主治医のホームヘルプ派遣意見書、健康診断書をそろえての申し込みとなる。この調査結果を判定会に提出し、ヘルパー派遣の適否の判断を行う。

申請を受理し、調査後は川崎市精神障害者ホームヘルプ事業実施要綱に基づき、月に1回ホームヘルパーの派遣申請者への適否および時間数について同事業の判定会にてそのヘルパー派遣の適否と時間数を判断するものである。

川崎市精神障害者ホームヘルプ判定会の構成メンバーとして

川崎市健康福祉局障害福祉部長、健康増進課代表（保健師）

保健所長代表、精神保健福祉センター長、生活支援センター長であり、事務局側として

精神保健福祉センター地域訪問ケア班（ホームヘルプ担当）係長、担当医、訪問調査員などから構成され、先述の訪問結果、主治医の診療情報提供書などを参考にその判定を行う。

申請者の調査書より

調査項目として以下のものがある

- ① 診断名
- ② 年 齢
- ③ 性 別
- ④ 家族状況

家族あり、なし（特に養育年齢層の家族ありや、介護の必要家族ありには家族関係を配慮する必要があるため）

- ⑤ 派遣依頼の内容

（家事、買い物、外出同伴など、ホームヘルパーに期待する事項）

さらに具体的には 清掃、片づけ、洗濯、炊事指導などであり、申請者が一

番苦手と思われるものからの援助を優先している。共同で家事等をする場合は身体介護のカテゴリーに入れている。

主治医からの診療情報提供書からは

① 合併症の有無

疾病の程度により生活上の問題を配慮する。

② 服薬状況

適切または不適切の記入

③ 病状安定度

④ ヘルパー派遣の適否

時に要検討との記載もある、主治医もヘルパー派遣で問題が片付くものかどうか迷っているものもあり、その判断を判定会にゆだねている。

訪問調査情報内容

訪問調査員が複数で申請家庭を訪問し実態や希望の確認を行う

① 派遣の内容の適否

家事、掃除その他必要なホームヘルプの内容について判定会で検討する。

(例 ゴミが家中に雑然と置かれているものもある)

訪問による調査結果

① 申請者とのコミュニケーションのつけ方、ホームヘルパーとの関係点のチェック

② 具体的援助の内容や時間数の目途をつける

実際には 週 1 回 2 ～ 3 時間が平均的である。

その他調査結果からの関係機関、担当者、入院回数などの情報によりおおよそのめどを判定会に提出している。判定会ではこれらの報告をうけ、派遣の可否、時間数、ヘルパー派遣時の注意を判定会として結果を出している。ホームヘルプ事業実施よりこれまで 4 年行っているが、川崎市全体で平均月 10 名強程度である。また申請内容の変更や年度継続希望の申請や廃止の報告も判定会に提出される。

川崎市は各区に判定を任せるのではなく月 1 回全市で集約して判定を行った。結果的に、同一の基準で判定がなされた。現在の申請者数では月 1 回の現在の方式で行えている。

更に判定会の決定通知書に基づき川崎市長名で本人、事業者へ通知し、事業者がヘルパー派遣について具体的に調整をおこなっている。日常的にはリハビリテーション医療センター、精神保健福祉センター内地域ケア訪問班が利用状況に応じてケア会議や利用時間などの再調整を行っている。



### 第3章 川崎市精神障害者ホームヘルプ判定会で 問題となった事

（診断名） 統合失調症 精神障害による能力低下をホームヘルプにより生活上の支援を目的にこのホームヘルプ事業は行われているが、時に精神症状の問題（被害妄想、不潔恐怖）のためヘルパーが活動しにくい状況や強迫症状のため、限定した場面や場所のみのヘルパー派遣を要請される場合があり、判定会としてその受理の可否に付いて議論がいろいろ出る場合がある。さらに人格障害によるうつ病や薬物依存等の診断名でも最近申請が挙がってくるようになり、その適否には慎重にならざるを得ない。その中で主治医の意向が症状の改善を目指しているのか、単に症状から来る生活上の問題を解消するためのヘルパー派遣なのか申請者の家族のためなのかその意図を測りかねる場合もある。不必要なヘルパー派遣は不必要な依存心を生む可能性もあり、あくまでも訓練とみなし、期限付きの派遣とすることもある。

人格障害が基本的にある場合にはヘルパーとの人間関係に配慮する。人格障害が基礎にあるうつ病の場合もときにトラブルもあるが、比較的高年齢、かつ長期間のヘルパーとのかかわりで生活が安定するケースも見られる。気長に付き合う気構えが必要であろう。今後精神障害認定の際人格障害圏のケースが対象として認定されるかどうか問題になろう。

特に境界性人格障害の場合は定期的に主治医に受診しているかなど内容を詳しく検討する必要がある。

精神遅滞 先天的な知的障害については療育手帳を取得する事が本来望ましい。

さらに（性別）、（年齢）及び（家族構成）のチェックを行う。

単身高齢者は65歳までの申請者にヘルパーを派遣する事が多い。今後精神障害者ホームヘルプ事業から介護保険によるホームヘルプ移行する時、単に年齢的な条件で介護認定がされない場合も出てくるかもしれない。

さらに単身の場合でも若年層はでパニック障害との診断で申請が上がってくる場合があり、訓練のための派遣となることもある。この診断も精神障害者保健福祉手帳を派遣の条件にしている事にもととの問題があると判断される。今後の在宅支援サービスの認定基準と関係してくるものと思われる。

家族ありでは配偶者がおり、さらに子供が多いときなど、利用目的の確認がさらに

必要となる。また介護を必要とする高齢者が家族にいる時に問題が複雑になる事がある。この場合時間数の加算をするかどうかは課題となる。複雑な例ではたとえば対象となる精神障害者が被害妄想的症状を持つ場合、さらに要介護高齢者にもヘルパーが入る場合（時に自分自身のヘルパーに対しても）被害妄想的になり、ヘルパーがその対象者および家族や事業者とトラブルがしばしば起きたりするため、ヘルパー派遣の契約が成立しなかったことがあった。

（身体合併症の有無）

63.5%の申請者が生活習慣病による合併症を持っている（糖尿病、肥満、腰痛症など）特に年齢が上がるに付けてこの合併症を持つものが増えている。受診が不規則になるため、ヘルパーの援助により定期受診を促し、同行することが多い。

身体的条件で受診が不規則になる場合のホームヘルプ事業対象に加えるかどうかも大切なことと判断される。

合併症加算については精神障害の場合まだあまり顧慮されていない。むしろ食生活の改善指導に重きがおかれる。

上記の実態を踏まえて川崎方式の精神障害者ホームヘルパー派遣時間基準マニュアルの作成をおこなっている。

「精神障害者社会生活評価尺度」の考え方として以下のものがある。

日常生活能力

外出（買い物・通院）、食事、洗濯・干す

身の ADL

清潔（入浴・洗面・更衣）、清掃・整理整頓、洗濯・干す

服薬管理

などの項目がヘルパー派遣や派遣時間の指標となる。

## 第4章 平成17年度の川崎市における ホームヘルプ事業の結果から

### 1. 17年度のまとめ

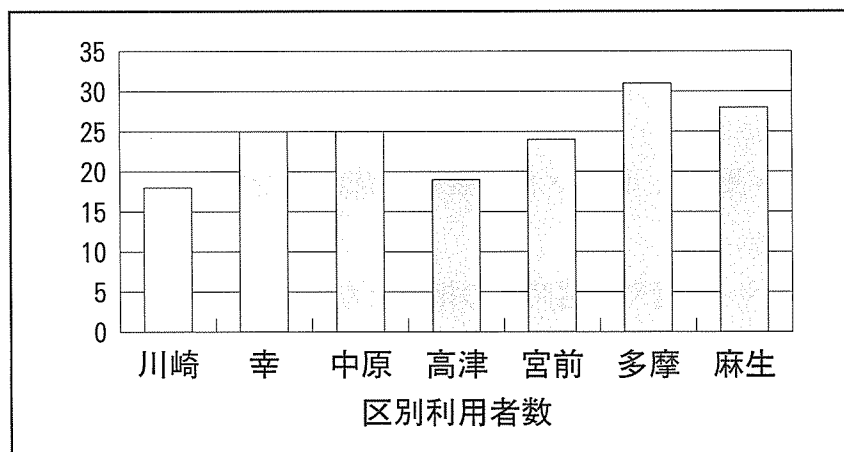
平成17年年度の途中ではあるが、170名（平成17年9月末）に対してホームヘルプが行われている。また44事業所が精神のホームヘルプ事業に参加しており、さらに精神障害者ホームヘルプ事業研修会を年2回開催しているが、受講希望者も常に定員40名を超えることが多い。

毎年ホームヘルパー利用者は増加しているが平成17年度の利用者では以下のとおりである。（表(1) 図(1) 参照）

地区（7区別）別精神障害派遣者数 表（1）

	南部医療圏			北部医療圏				
地区別	川崎区	幸区	中原区	高津区	宮前区	多摩区	麻生区	計
ヘルパー派遣者数	18	25	25	19	24	31	28	170名

図(1)



年齢構成では 表（3）－1、表（3）－2

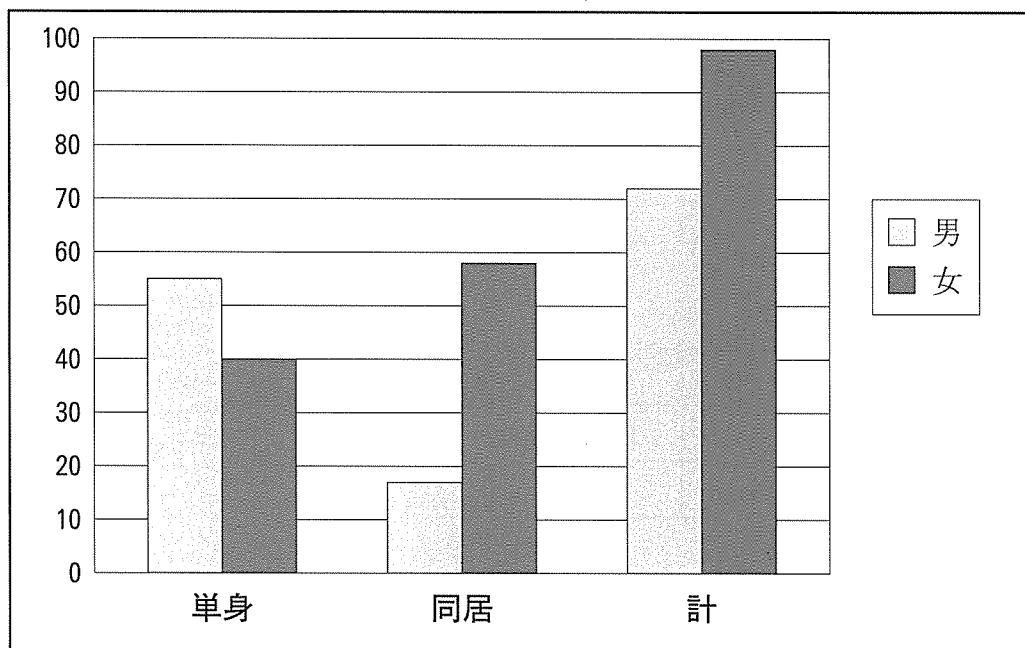
表（3）－1 では年齢的には男性50歳代が多く、16年の結果から女性は各年代にわたっているのが特徴的である。

表（2）では家族なしが男性で72名中55名と単身者が多い。

女性では98名中58名が家族有りとなっている。

表（２）

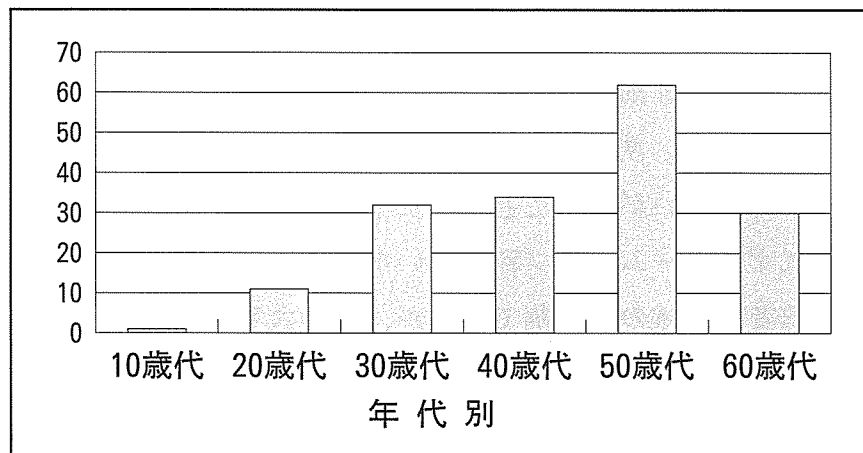
家 族	男	女	計
有 り	17	58	75
無 し	55	40	95



年代別利用者 表（３）－ 1

年代別

10歳代	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代～	計
1	11	32	34	62	30	170人



参考までに平成16年の男女別年齢別利用者表を次に示す

表（３）－２

	男	女	計
10 才	0	1	1
20 才	1	5	6
30 才	5	18	23
40 才	6	16	22
50 才	38	21	59
60才～	8	11	19

身体疾患の有無 表（４）

	男	女	計
有 り	46	62	108
無 し	36	26	62

合併症の有無、表（４）では170名中108名が何らかの合併症がある。内容的には平成16年度のまとめで身体疾患では主なもの延べ人数74名中、糖尿病21名、高血圧症11名、高脂血症6名（生活習慣病）が多くなっている。さらに消化器系13名、呼吸器系9名、整形外科系（変形性膝関節症など）12名と集計された。

また平成16年9月末のホームヘルプ利用者130名での内容としては男女層に違いが見られた。表（３）－２男性は50歳代を中心とした中高年層が多く、身体合併症の人も女性が男性より多い。また単身者が7割を越えている。それに対して女性は幅広い年齢層に渡っており、家族同居が6割を占める。同居家族の内訳を見ると、男性は両親または兄弟の同居が8割である。女性は配偶者または兄弟との同居が8割弱であり、子供の有無に限ってみると女性は5割強である。女性は母親や主婦としての役割が家族内で期待されていることを示す。男性では子供の同居は0人である。これらのことから、男女の所帯構成に根本的な違いがあることと、女性は家庭内で求められる家事や子育ての役割をこなしきれず、ホームヘルプ利用にいたっている事がうかがえる。

また、利用料の自己負担者は全体の約1割であるが、その大半が女性で所帯の生計中心者に扶養されている場合が多い。今年度からは、国基準の（家事援助¥1620／身体介護¥4260）に変更されたため、この対応で事業者と利用者の対応に苦慮している。

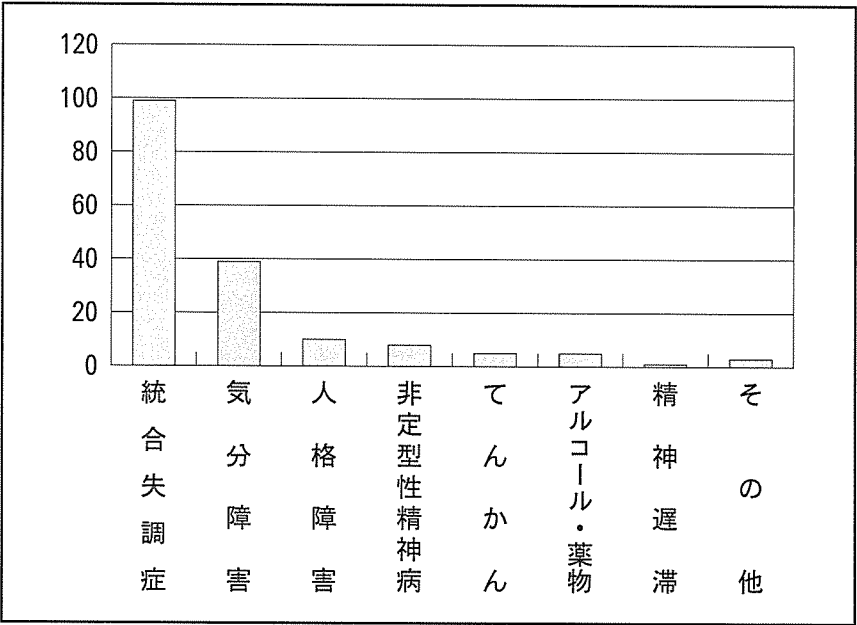
今後自立支援法の障害認定の中で自己分担が出る者がふえると予想される。実際、日中の過ごし方をみると老いた親の介護をしている男性もいるが、自宅以外に過ごし場所の無い人が半数以上を占めており、今後の課題であると言えよう。

表（５）では診断名で、男女の違いが見られる。男女とも統合失調症が最多であるが、女性の場合に次は気分障害、非定型、精神病、人格障害の順となっているのが特徴的である。これに対して、男性はてんかん、覚醒剤後遺症などが見られる。表（５）－２

診断別 表（５）

診 断 名	
統 合 失 調 症	99
気 分 障 害	39
非 定 型 性 精 神 病	8
て ん か ん	5
精 神 発 達 遅 滞	1
人 格 障 害	10
アルコール薬物依存	5
そ の 他	3
合 計	170

図（５）



参考までに平成16年度の男女別診断を表に示す。表（５）－２

診断別 表（５）－２

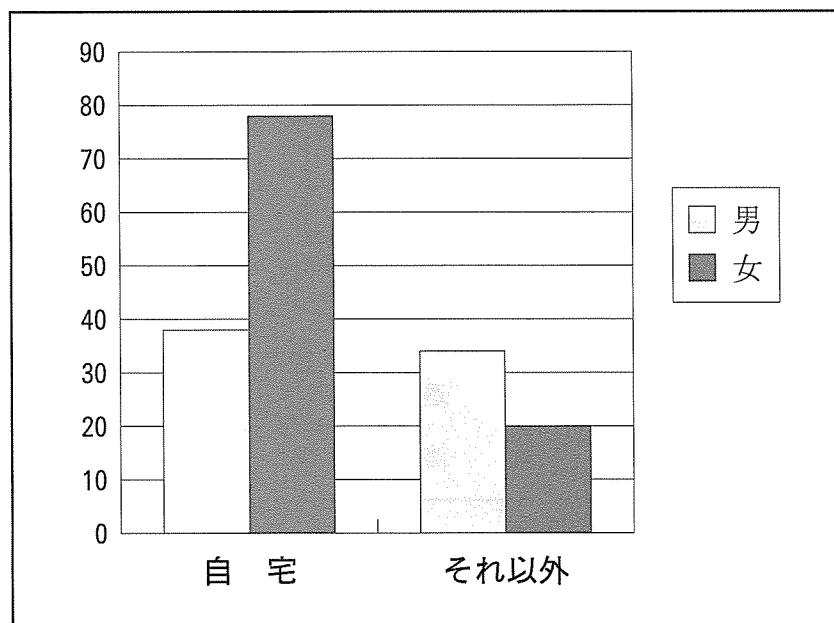
	男	女	計
統合失調症	43	41	84
気分障害	2	21	23
非定型精神病	0	5	5
人格障害	1	3	4
てんかん	3	0	3
精神遅滞	2	0	2
覚醒剤後遺症	2	0	2
パニック障害	1	1	2
その他	4	1	5

日中の過ごし方を見ると男性が自宅外、女性が自宅を中心という事例が多い。参照表（６）、図（６）、図（７）

日中の過ごし方 表（６）

	自宅	それ以外	計
男	38	34	72
女	78	20	98
計	116	54	170

日中の過ごし方 図（６）



参考までに平成16年度の自宅以外の日中の過ごし場所を示す

図（７）

	男	女	計
自 宅	33	54	87
デ イ ケ ア	8	9	17
作 業 所	12	7	19
生活支援センター	4	0	4
就 労	1	1	2
宗 教 活 動	0	1	1

現在44事業所が川崎市の精神のホームヘルプ事業に参加しており、また精神障害者ホームヘルプ事業研修会やバックアップ体制についても川崎市リハビリテーション医療センター内の精神保健福祉センター内に所属する地域訪問ケア班の6人が川崎南部北部と分けて関係機関との連絡調整、ケア会議に参加している。これに医療機関、ヘルパー派遣事業者、保健福祉センター、その他関係者が参加した。

多くの利用者はヘルパーが週1～2回2.5時間程度入ることにより、利用者の問題がより少なくなり、QOLの向上が見られたが、ホームヘルプ事業の中で次のようなことが問題になることも分かった。先述したように現在国基準の身体介助と家事介助の1時間あたりの単価が違い、精神の場合はその日の体調により係る時間に変化があるのでこの調整に事業者やヘルパーが苦慮している。

ヘルパー派遣の利用者側、ヘルパー側にいくつかのパターンに分けて問題点が挙げられるのでこれをまとめてみた。またこのホームヘルプ事業に関して精神保健福祉センター内の地域訪問ケア班の業務から今後はクリニックをふくめ、地域で活動できる精神科訪問看護活動が期待される。

## 2. これまでのホームヘルプ研究調査結果のまとめ

### 1) 平成15～17年度利用者も含めて（9月現在）

- ① 女性がすべての年代で広く申請があり、ホームヘルパー派遣時間が相対的に多いという結果が出された。特に家族ありの場合が多い。これは精神障害をもった申請者の女性に子供や介護を要する家人が同居している場合であり、本人にある種の家族機能を求めているものと判断される。



## ② 身体合併症

50～60％が何らかの生活習慣病または整形外科的疾患を持つ、時に糖尿病の基礎疾患による心疾患、脳卒中による死亡例も遭遇する。

## ③ 日中の居場所について

作業所、病院デイケア、生活支援センター

女性の場合は精神科訪問看護を併用する事が望ましい。

## 2) 判定会またはケア会議で問題となった事例

精神障害者ホームヘルプ判定会で問題になることが多いケースが高年齢精神障害者である。具体的には50歳代後半から65歳（介護保険適用年齢）までの精神障害者（精神障害福祉手帳所持者）には精神障害以外に主に生活習慣病による身体疾患のために在宅生活が困難になるものが多い。また単身生活者についてはヘルパーの介護も必要ではあるが、医療的なアプローチも必要となってくる。

こうした年齢階層の在宅支援生活支援ためにはそのメニューを増やす必要がある。在宅生活が困難になった場合その処遇は精神病院や老人ホームとなってしまうこともある。これではせっかく在宅生活の生活基盤を根幹からやり直し、再出発となる。

このためには

- ① 高齢者向け精神科ケアマネジメントによる医療プランの作成
- ② 精神科訪問看護指導制度の充実
- ③ 生活支援センターからときに食事配達、随時の訪問、相談などを早急に整備する必要がある

今後の課題として

川崎市でも市内各区に精神障害者生活支援センターを設置する。さらに精神障害者ケアマネジャアの養成に努める必要がある。

## 第5章 3 障害と精神科ケアマネジメントの進め方

### 1. ケアマネジメントについて

地域生活支援センターの中心的な業務は利用者に対するケアマネジメントだともいえる。

発表された、「精神障害者ケアガイドライン」は、障害者のニーズ中心のケアであるサービス提供を目指し、権利保障がうたわれている。ケアマネジメントを必要とする理由の一つとして、サービスの質の均一化があげられる。精神障害者ケアガイドラインでは、個人的資質によって差が生じないように作業手順や用具（ツール）が決められている。実際の運用場面においては、本人のニーズを中心とした展開を強く求められる。その理念としてノーマライゼーション理念に基づくニーズ中心のケアサービス、自立と質の高い生活実現への支援、自己決定の尊重、一般社会の理解の促進があげられているが、利用者のニーズを把握するためには、ケアマネジャアの技術と根気を必要とする。

ケアサービスとして実施機関は、当面利用者に最も深く関わる機関・団体が中心となるのではと考える。実施機関には各区保健所、精神障害者社会復帰施設、精神科医療機関などがあり、実施者から委託を受けて実施することになる。利用者は実施機関の選択や実施途中での変更が可能でなければならない。本人が拒否すればケアマネジメントは成り立たない。中にはケアプランを無理に立てる必要のないケースも出てくると思われる。ケアマネの過程は次のとおりとであるがケアマネ導入、アセスメント、ケア計画の作成、ケア計画の実施、評価、終了である。ケアマネに使われるものとして、高齢精神障害者のケアマネジメントでは本人の本当の希望を的確に把握し、これを実現させるため、特にチーム単位でケア計画及び評価にいたるまでにはかなりの時間（実際には年単位）がかかるのではないかと現時点で予想される。

また各段階で使用されるケアマネジメントの用具が準備されている。

ケアサービスに関する説明書、ケアサービスに関する申込書、相談票、ケアアセスメント票、ケア計画書、計画書使用の手引き、などからなっている。

ケアマネジャアの養成には時間と関係機関の協力、さらには所属機関によって立場の違いから今後も時間がかかるものと思われる。医療側でもケアマネジメントの考え方に慣れておく必要がある。ホームヘルパー派遣事業者もケアマネジメントを行う候

補の一つであろう。

逆に退院促進のためにケアプランを立てるためには地域に社会復帰のための社会資源のメニューを増やしてゆく必要があるとも言える。さらに精神障害者ホームヘルパーや精神科訪問看護師の養成にも努めること、また精神科医の往診医療体制が関係機関との連携と共に円滑に行えるように整備することなどである。

#### ケアマネジャアの養成

川崎市のケアマネジメントを行う場面として

生活支援センター、ホームヘルパー派遣事業所、将来的に精神病院生活支援相談室（仮称）、などがあげられる。

## 2. 最終の目標

高齢精神障害者の医療・居住問題の解決を図るためのネットワークの構築

- ① 精神障害者の在宅生活支援のケアマネジメント制度化
- ② 精神科ホームヘルパーを通じての精神障害者に対する偏見の除去
- ③ これからの少子高齢化、核家族化社会の中での家族機能強化（介護加算など）

精神障害者生活支援センターの設置（1ヶ所から7ヶ所へ）が必要である。

精神障害者地域生活支援センターについて

この制度は、地域で生活する精神障害者の日常生活の支援、日常的な相談への対応や地域交流などを行うことにより、精神障害者の社会復帰と自立、社会参加の促進を図るものである。

事業内容として言われていることは、

日常生活の支援（食事、入浴、洗濯等出来るだけ安価な料金での提供）

相談（生活相談、電話相談）

地域交流（地域の行事参加、活動のサポート）

いろいろの活動のスペースとして開放（例えば園芸クラブ、パソコンクラブなど）

さらに必要な社会資源の開発・創意工夫などが必要である。

様々な情報の収集や提供（支援センターたよりの発行、地域情報等の発信）

その他には川崎市の場合、平成14年度に中原区に生活支援センターが出来ているが、今後は各区に出来た法人格の団体やNPO組織に依頼し、地域作業所などの運営主体を中心に7区それぞれに精神障害者地域生活支援センターの設置を予定している。

障害者プランでは、地域生活支援センターは概ね人口30万人に2ヶ所ずつを目標と

するとなっているが川崎の場合川崎市内7区の14～20万人に1ヶ所を目指す。職員は4名体制のところが多い様である。しかし各種サービスの提供によって職員数も違ってくるものと思われる。利用については登録制を取るのが原則であるが時に未登録者の相談もありうると思われる。病状等については主治医との連携を緊密に取ることになる。その他支援センターの業務は精神保健福祉法で明示されており、精神障害者に対する相談及び助言並びに関係機関（保健所、福祉事務所、精神障害者社会復帰施設等）との連絡調整、その他厚生労働省令で定める援助を総合的に行うことを目的とする施設とするとされている。

今後の目標として生活支援センターの機能を多様化すること

気楽に集まれる場所（憩いの家形式）

日常生活の直接相談・電話相談

給食・入浴サービス（時に有料化もある）

クラブ形式（運動・各種文化サークル）

仕事への意欲のある者に対して就労支援センターへの窓口の設置などの更なる充実などがある。

また精神障害者福祉手帳発行の判断基準も精神障害によるものか障害が継続した結果の環境因子によるものか判断するのが困難な場合もあり、今後精神障害者福祉手帳制度そのものの客観性を高める工夫が必要となつてこよう。

現在の精神保健福祉法の構成そのものが医療・保健・福祉の概念を混入したものとなっている事も問題となろう。

こうした年齢階層の在宅支援生活のメニューに工夫を行う必要がある。

現在在宅生活が困難になった場合その処遇は有料老人ホームや精神病院入院となつてしまう。これでは折角在宅生活の生活基盤を立ててきたものを根幹からやり直しして、再出発となつてしまう。

このためには先に述べたように

#### ① 精神科訪問看護の充実

精神科訪問看護指導について 現在すでに訪問看護ステーションから看護師が派遣されているものもあるが、まだまだ精神科領域は少ない

#### ② さらに精神科ボランティアの導入

#### ③ 身体的疾患に対する往診体制の強化