

などを早急に整備する必要がある

3 障害（精神障害を含む）のホームヘルプ等在宅支援事業の推進も当然ながら必要なものである。

この報告ではホームヘルプ事業利用者の個別的な事例を検討し、今後の地域ネットワークを基本とした精神障害者在宅支援事業、退院促進事業につながる精神障害者ホームヘルプ事業の現状と課題を報告する。

川崎市全体では7区で平成14年から保健福祉センターサービス課障害者支援担当が身体、知的、精神の3障害のさまざまなニーズに対する窓口となって業務が始まっており、少しずつ障害者関係業務が整理されつつあるが、介護保険の改正も平成18年4月から予定されており、高齢者への対応問題などさまざまな内容のものが今後さらに増えて来る。いわゆる日本の都市社会問題である少子高齢化の問題と密接な関係があり、家族機能での問題が増えている。そのためにその対応に担当者は一般の精神障害者への対応以上の時間とエネルギーを必要とする傾向にある。川崎市のこれからの精神障害者地域リハビリテーションの方向性としては一つには各区保健福祉センターと川崎市の精神保健福祉センター、生活訓練支援センター、社会参加支援センターなどリハビリテーション医療センターや社会復帰施設を利用する在宅支援援助ともう一方には民間の社会復帰施設を主体とした在宅支援事業所などがお互いにネットワークを保ちながら、今後事業を進めてゆくことになると思われる。平成18年4月からスタートする障害者自立支援法を実質的に効果あるものとするためには、大都市ではさまざまなネットワークが必要である。

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

1. 診断名別問題点

〔統合失調症及び腰痛〕

60歳に近い男性、X年—10年、不眠事には以前入院していた病院や友人に無言電話もふくめしばしば迷惑電話をしていた。その後、統合失調症の病状は安定し、作業所に通所したが、身体的に腰痛のため通所困難となった。単身アパート生活。アパートの室内が整理できず。火事を起こした事もある。ヘルパー週1回派遣で、単身生活と通院が何とかできるようになりX年、問題なく外来通院し、時に生活相談も積極的にしている。

〔統合失調症及び糖尿病合併症あり〕

61歳 女性 平成X年4月 単身アパート生活

近くの地域作業所に定期的に通所、特に作業所では通所者等とのトラブルなし。合併症して糖尿病と糖尿病による白内障が進行、内科医から食生活の指導を受けるが単身生活のためなかなか実行できず、生活支援センター訪問看護師から食生活の説明を受けるが理解が充分でない。現在精神科医外に内科と眼科に通っている。日常的には支援センターで夕食をとる。白内障も暫時進行し、電車を利用して外出する時は同じ作業所通所中の隣人の男性に外出同伴してもらう。

このため精神障害者ホームヘルパー派遣週1回2時間となる。

〔統合失調症及び自殺企図例〕

35歳 男性 平成X年、単身アパート生活近くの精神科診療所外来通院中

父親とのトラブルあり、同年向精神薬の大量服薬による自殺企図。

ホームヘルパーに発見される。

救急病院に搬送され幸い一命を取り留める。

翌日病院から電話連絡があり内科的に問題がないので引き取るようにとヘルパーに連絡あり、そのまま単身生活を継続させた。主治医受診もあり再度チェックをして、

フォロー、しかし3回目の服薬自殺で死亡となった例もある。

[知的障害と軽症そううつ病の合併症ありの事例]

(ボヤ事件について)

男性 45歳 単身アパート生活

平成X年—10年から外来精神科治療および精神科デイケア、また生活支援センターに通っている。睡眠障害があり昼夜逆転がしばしばあり、不眠時に漫画や、ゲームに熱中する。そのため定期的に外来受診が出来ない。室内の清掃が出来ないので3年前からホームヘルパーが入るが自己流の生活にこだわり、室内は雑然としているが、なかなか整理整頓させない。平成X年夜間室内で喫煙中に眠剤を服用、タバコの吸殻が消えたと思い込み、灰皿ではなく蒲団の上ですてたので、結果的にボヤ騒ぎになる。消防署が来る前に自分で消火したため足にやけどをした。また煙を吸ったため、のどの炎症がひどく嘔声となり、119番したため消防署でもボヤの事実を確認、事情調査となる。身内や保証人がいないためこのような事故にどのように対処するかケア会議を持った。その後ヘルパーに外来受診の確認をお願いすることもある。外来受診もようやくで何とか外来受診ができるようになった。

「火事や自殺企図を引き起こす可能性がある事例にはやはりケアマネージャーがケアチームに必要である。」

[統合失調症 死亡発見事例]

男性 63歳

平成X年—20年から精神科外来受診。アパート単身生活。平成X年、外来通院に来ず、電話・メモにも反応なし、その後何回かヘルパーや福祉事務所、保健所関係者が訪問するも応答なし、新聞受けから悪臭がするため、大家と警察官が立会い、鍵を開けてみると本人が室内で倒れているのを発見された。

原因は心臓疾患での死亡と司法解剖で判明した。

[要介護の家族ありの精神障害者へのヘルパー派遣事例]

人格障害(うつ病) 43歳 女性 介護を要する両親と3人暮らし

平成X年よりヘルパー派遣するが、ヘルパーが勝手に買い物をする。家具や調理器

具をこわした。約束の時間に来ないなど強迫的に自分のペースを守らせ、少しでもヘルパーが遅くなるや、自分に気に入らないと事業所に電話でクレームを言ってヘルパーの変更を要求する。

この場合時にはヘルパーの交代もやむをえないと判断すると事業所でもヘルパーを変える。長い目で事例にかかわりながら生活の改善を目指す。

以上判定会で問題となった事例から内容を少し変えて紹介した。

問題事例に対して

訪問看護体制の強化

関係機関の連携などケア会議の開催、ケアマネジャアの介入の必要性

ホームヘルパーの派遣再評価などが今後の課題である。

2. ホームヘルパー派遣の効果

① 比較的問題なくヘルパー利用者のQOLが向上したと評価できるもの。

全体的には①に該当するものが多い。とくに中高年単身者また相談相手を求めるものに評価は良い傾向が見られた。統合失調者の入院回数で病状の程度も判断でき結果的に評価がよい。一方うつ病、心気症の単身高齢者にもホームヘルプは有効と判断される。この場合利用者の依存心を増長するだけではという意見もあるが、介護保険の年齢に達するまではできるだけヘルパー利用の方向で判定会では配慮された。

② ヘルパー被派遣障害者の高齢者のため身体合併症などの医療的援助や介護が必要となり、ヘルパー派遣だけでは生活維持が困難だったもの。

特に身体問題のある家族との同居者がおり、そのヘルパーとの家庭介護に対する意見の調整の必要だった例もあり、今後こうしたケースには川崎市の場合は先に述べるケアマネジメントを行う必要のある者も多くいた。精神科ケアマネジメントは今後の重要な課題であろう。

③ ヘルパー被派遣精神障害者の高齢化

65歳以上のものにはヘルパー派遣は現在介護保険へ移行出来るように手続き行っている。今後も国県市レベルでの高齢精神障害者の介護老人ホームの設置が必要である。とくに残存精神症状のため一般老人保健施設や特別養護施設では対応に困難な例が多い事例もある。

高齢による身体症状の問題は精神障害の問題とはまた別に考えなくてはならない。例えば歩行困難者には車椅子等の利用が必要となり、在宅生活が困難となり、結局精神病院の入院が適応となることも経験する。やはり高齢者の単身ホームヘルパーにはかかわりと役割の検討が事前に検討がなされておかなければならない。結果として訪問看護などの多様なかかわりが必要である。65歳以上の精神障害者には出来るだけ介護保険への切り替えを顧慮するようにしている。やはり国縣市レベルでの高齢精神障害者の介護老人ホームの設置が必要であろう。高齢精神障害者のなかには一般の介護施設利用で困ることとしてショートステイでは時に独語、夜間の覚醒、徘徊などがある。

単身アパート生活者では他疾患の治療との並立が問題となる。

- ④ また若年層の精神障害者にはホームヘルパー派遣は訓練給付として位置づけられ、期限を限定しての利用となろう。
- ⑤ コミュニケーションの問題 とかく精神に問題があるものの中には十分に了解が出来ていない中で契約が成立したように思い込みがちな事があり、後で問題を起こすことも経験する。またヘルパー派遣予定時間直前になってのキャンセルの連絡などが時にある。また派遣する曜日の変更もあいまいな場合があり、強迫症状や被害妄想傾向のある利用希望者にはホームヘルプの内容の問題も重要となる場合も多く、そうした反省から開始日、内容や変更については文書で再確認することが望まれた。またホームヘルパー派遣には十分に相手に内容の再確認が必要であることがわかりしばしば電話などでの確認もした。
- ⑥ 多問題家族へのかかわりの例

家族の中に障害者、子育て中の者や要介護者が同居している家族、またアルコール依存、知的障害者などの問題がある家族へのホームヘルパーの派遣申請があり、この場合は医療サイドの訪問介護ステーションナース、介護保険ヘルパー、精神障害者ヘルパー、保健所障害者支援担当、さらには障害者同志の結婚により幼児がいる場合など児童相談所が関係することになる。どのように家族のニーズを把握し、またいろいろ家族内を調整する役割をするケアマネジャアが必要となる事が多い。

例えば問題家族との同居者の場合や、他のヘルパーとその家庭介護に対する意見の調整が必要となる場合など、担当医師や訪問看護師が問題家族に係ることが多いが、将来的には生活支援センターに機能にこうした調整機能をするコーディネーターによるケアマネジャアの役割が出来るぐらいの機能を持ってもらいたいと期待される。

分析の結果では精神障害者手帳の等級には時間数の差はなく、単身および家族の有無、その中で家族機能の高いものと低いものに分け、ヘルパー派遣時間を比較した。身体や知的障害のヘルパー派遣と違って平均的には1週間に2～2.5時間程度のかかりが必要となるものが判定会議で承認される事例が多かった。

精神障害者手帳の等級とヘルパー派遣時間の比較

ホームヘルパーの週間派遣時間では1.5時間から8時間でその平均値を家族あり、家族なしで比較し、さらに家族有りの中で家族機能が高いものと低いものに分け、また、その中でヘルパーが果たしている役割を時間数で調査した。全体として、今後退院促進事業の中でいわゆる非専門職とされるホームヘルパー派遣で在宅支援がどこまで出来るか、何が期待されるかが大きな問題となってくる。今年度の判定会議に提出されたホームヘルプ利用者のまとめでは子育て中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派遣時間より長いという結果が出た。

ホームヘルパー派遣時間の妥当性もこれから知的・身体障害のヘルパー派遣時間との整合性の検討が必要となってくる。

3. 生活能力の評価とケア時間の関係

精神障害者の生活能力の評価とケア時間の関係（特に家族機能の背景について）

今回のヘルパー派遣制度の中で精神障害の精神保健福祉手帳から障害の程度とヘルパー派遣時間にはあまり関係がない事がわかった。更に家族機能の低い障害者のヘルパー派遣時間は手帳3級で1週間のヘルパー派遣時間（10名）2.55時間、2級で（30名）2.77時間、1級で（12名）2.88時間とあまり時間数に変わりがない。これに対して本人の環境背景に「家族機能の低い」と「高い」の比較では3級に該当するものは無かったが「家族機能が高い」の2級の（7名）は1.79時間、1級の（3名）2.17時間であり前述の家族機能が低い群に比較するとかなりの時間数に差が見られる。これは精神障害者が置かれた家族環境が大いに関係していると思われる。対象数が少ないのでまだ統計的比較は出来ないが、明らかに家族構成でヘルパー派遣時間の調整をする必要が認められる。例えば就学児童がいる場合と居ない場合には食事介助、洗濯、炊事の時間数に差が出るもやむをえないことである。この点が高齢者の介護保険の介護度認定と本質的に違うところであろう。この点から精神障害者の在宅支援にはケア

マネージャーまたはコーディネーターが生活のケアプランを在宅生活の状況の背景を見てヘルパー派遣時間数等の調整をする必要が出てくると思われる。特徴的なことは多問題家族ケースのヘルパー派遣時間についてである。特に家事能力が低い家族の場合、次の3～4項目が問題となってあがってきた。

その中では

1. 18歳以下の子供がいる
2. 就学前の幼児を抱えている
3. 障害者を持つ家族と同居している
4. 65歳以上の家族と同居している

これらの者へのかかわりでヘルパー派遣時間数が多いとの結果であり、この意味していることは、この層は、本人が障害を抱えながらも、家族内での役割が期待されている。内容として幼児の養育や高齢者の介護を期待されている人が多いことである。しかし、この部分については、単なる精神障害者ホームヘルプサービス事業の対応で出来ることは少なく、今後他の地域資源との地域連携の中でケアマネジメント等の別の視点からのアプローチすることが必要であろう。

単に精神障害者の日常生活にヘルパーが入る時はそれほど時間数には関係なく、その家族の問題で時間数が変わってくるということを意味している。この中にはインフォーマルな家族等の援助もあるものと想像される。

いずれにしても単身者には週2.41時間、家族機能の高い家庭の場合週1.9時間、家族機能の低い家庭2.74時間という結果が出た。家族ありのかかわりには、療育・児童相談所の支援、地域の保健福祉センターの子育て支援事業や介護支援サービスなどの総合的なサポートシステムが必要である。この事からも精神障害者のホームヘルプ事業は精神疾患とのかかわりで家事援助、身体介護（受診同行を含む）の割合を決める事は難しいものが多く、今後のケアマネジャーの育成の中で課題となろう。今後求められる地域資源として川崎市の精神障害者を中心とした生活支援センターは現在1ヶ所（カシオペア、リハ生活支援センター）しかないが、各種の地域生活支援センターを非営利団体の法人やNPOへ立ち上げを依頼してゆく予定になっている。全体としては各区に1ヶ所を目途としている。

今後の川崎市の生活支援センターの機能については精神科専門員 または非専門員にも参加してもらい地域生活の相談、各種の自主活動、グループワーク、生活援助活動、食事サービス、地域交流の役割などを取ってもらいたい。

いずれにしても現在の川崎市内には社会復帰のための資源が少なすぎるといっても、過言ではないであろう。

4. 個人情報

ヘルパーに被利用者の個人情報をどこまで話すかで、ヘルパーと医療機関の間にギャップがあった例、かかわりかたの説明不足があった例や家族機能が成りたっていないことなど情報不足のものもある。個人情報保護法にも配慮しなければならない。

以上の結果単なる今後のヘルパー派遣についてはヘルパー派遣だけの適否で済むものから問題をいわゆるケアマネジメントの立場からかかわりを持つ必要があると判断される場合もあり、今後民間、公的の各立場でケアマネジメントする関係機関が必要である。

しかしケアマネジメントの手法や技術ですべて解決するものでもなく、やはり地域資源、ネットワークの制度化されたものが必須条件となってくるであろう。

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

ケアマネジメントと障害者リハビリテーション課題

日本における精神科ケアマネジメントのこれからの進展について

ケアマネジメントは手法や技術ではなく、地域にある程度責任を持ったケースの調整役としての位置づけと経済的な配慮がなされなければならない。このやめには

- ① 精神保健障害者理解の普及・啓発をふくめて障害者自身の生活意欲を支えるためにそのかわりの中でケアマネジャーと共にエンパワーメントする必要がある。
- ② 介護保険導入時の問題点の反省点に立って、かつ精神科通所体系の生活支援政策に重点をおく者、特に若い年代の就労希望者などには出来るだけ在宅ケアを重視する方向でケアマネジメントをする必要がある。
- ③ ケアマネジャーと利用者の関係が今後時間をかけながらその生活イメージの本音を聞き取るために程よい依存の関係を作りながらケアプランを作成すること。
- ④ 生活支援のメニューやシステムがある程度豊富に整備されないとケアマネジメントの手法は生かされない。まだまだ地域には生活支援のためのメニューが少ない。
- ⑤ 精神科ホームヘルプ事業はインフォーマルな関係も含めて地域に社会復帰が機能しないと利用者の社会生活への意欲が出ない。そのためにはホームヘルプ事業のみならず、その他の生活支援センター機能が動き出さなければならない。川崎市においては現時点では残念ながら精神科ケアプランが有効に機能するまでには数年単位の時間がかかるのもやむをえないと思われる。

社会保障の動向の中で当事者にもとめられる力とは、サービスを提供するものと受けるものの契約関係が基本である。ホームヘルプ事業が市民権を確保するためには、ケアマネジャーがケアプランを立てることにより、援助を行うことであり本人の十分な意思を確認しながらケアマネジメントを行う。

一方福祉的アプローチではなく精神障害者としての医療的リハビリテーションで求められるものは病気や障害と付き合える技術（SST やコーピングスキル）であり、薬物療法のコンプライアンスであるが、これには精神科医療機関での治療の要素が大きい。

な意味を占める。これからの精神医療福祉の分野では、当事者のこの面でケアマネジメントの立場を意識した発想の変革が精神保健福祉の領域にもとめられる。結果的にセルフケア能力に問題がある者に対して医療と福祉の協働作業としてケアマネジメントが行うことが大切である。

平成16年度の川崎市ケアマネジメント検討作業部会での報告ではその中では病院デイケア、作業所や生活ホームの運営担当者が川崎市保健福祉センター、川崎市リハビリテーション医療センターの精神保健福祉士と一緒にケアマネジメントの検討会が持たれている。いずれの事例も障害者に適用できるケアプランが作成されることが必要であった。その他精神病院独自のケアマネジメントを試しており、今後この調整をする事が必要となろう。

ケアプランを立てる場合は精神病院 PSW が入院者に医療型ケアマネジメントを行った場合の方が比較的本人の退院に対する構えや同意が得られやすいとの報告も昨年のケアマネ作業部会の報告であった。ある意味では当然かもしれない。精神病院の生活支援準備室等が考えられる。

今後の方向としてケアマネジメントについては精神障害のみならず、知的・身体障害を含めた3障害についてケアマネジメントを出来るだけ使いやすくなっていなければならないが、精神障害者のケアマネジメントについてはその技法は障害者の評価の点で疾病の部分が大きく、ケアプランが他の障害に比べ立てにくいことが違いとして存在することは周知のとおりである。特に平成16年度の社会的入院者として退院促進事業の対象となった精神病院から出されたリストにあがるものについては入院中の病院での面接での退院の動機付けから始まり、退院促進支援員の自己紹介的な時間的なかかわりと社会的支援内容の説明に長時間を必要とした。

結果的には社会参加資源があまりなく退院後の生活がイメージできない。ケアマネジメントを中心とした生活支援センターの今後のありかたについて、精神と身体介護の必要な障害者へのかかわりは特に調整が難しく、再度何回かの検討会を行った事例もあった。

年齢上の問題身体疾患の関係で介護保険への移行も何例も見られた。

ここでの活動は精神病院入院治療、外来治療、訪問看護の組み合わせ型の医療型ケアマネジメントを言っており、総合的に障害者のノーマライゼーションに導くことが今後目指される。

ケアマネジメントでは生活支援の立場の違いから例えば精神障害者の休息入院とショー

トステイは日本の精神科医療ではやや意味が異なるのではないかと思われる。

この点での地域側の考えと病院側の考えが結果的に異なることも多い。

また臨床型ケアマネジメントの別のタイプでは外来医療、往診、訪問機能などを使ってのマネージメントもこれから組み立てることが必要であろう。精神科外来利用者に薬物療法、精神療法など医療的な立場とホームヘルパーの介入など福祉的なかわりが継続し、評価ケアプランを立てる場合は必要に応じてケア会議が必要であり、少なくとも1年に1回、場合によっては数回はケアプランの見直しが必要となると思われる。

高齢化で合併症、糖尿病の悪化、視力障害などの訴えが増えた場合、医療的立場からはヘルパー派遣が必要とされてもその結果の判断が難しいことがあるどうしてもヘルパーに依存的になることも予想される。基本的にはケアマネジメントを受けることによっていわゆるコンシューマーといわれる障害者が社会資源を知りこれを主体的に活用し、自己表現・決定能力のパワーアップが出来るようになることが期待される。

その他ケアマネジメントに期待するものとして、高齢精神障害者の任意入院の長期入院者には精神障害者を中心とした老健施設（ナーシングホーム）、グループホームなど、医療費と介護費の比較をし、さらに他障害との関係を配慮しケアのあり方をコーディネートしてゆかなければならない。知的、身体を含めた精神障害のケアマネジメントの方向性について川崎市の保健福祉センターでは平成14年4月から組織再編成サービス課障害者支援担当が一括して3障害へのかかわりをもっている。

いわゆる支援費制度の適応されていた知的、身体の障害については現在のところはケアマネジメントの手法を行うところは少ないが、いずれ3障害のノーマライゼーションのためには出来るだけ同じ立場に立つ必要がある。しかしこの場合にもあくまでも精神の場合は疾病との共存の立場から医療的な配慮が大きいことは言うまでもない。現在川崎市内保健福祉センターでの精神保健ケース会議やリハビリテーション医療センターの地域訪問ケア班のかかわりはどちらかといえば仲介型ケアマネジメントの立場であり、時に問題ケースについては地域訪問班を中心としてケース検討会を行っている。

また3障害のケアマネも大都市の場合はケアマネジャアの専門性から見て当面は精神障害独自のリハビリテーションシステムや、地域資源のネットワークを強化してゆく方が効率的にとらえている。

医療機関でもケアマネジメントの前に精神障害者の医療体制には強化することが期

待されるが、病院中心のケアマネジメントは今後検討課題となろう。

精神病院の立場からは外来医療の充実の提言として精神病院協会が地域生活支援室の構想を提案されている。これには精神科診療医療体系の見直しが必要となると思われる。これは病院からの地域生活支援センター構想を示しているものと思われ、日本における「包括型ケアマネジメント」の導入を意味しており、今後医療体系、財政的問題を含めて検討されるべきものであろう。

今後地域中心の精神保健福祉を遂行するためには、精神科診療所を核としたケアマネジメント（臨床型ケアマネジメント）、地域作業所や生活支援センターを核としたケアマネジメント、さらには保健所（行政）を核としたケアマネジメントなどそれぞれの役割があるのではないかと思われる。いずれにせよいろいろの立場からケアマネジメントできる精神保健関係職員の養成が必要となっている。

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

川崎市でも2004年度の退院促進事業が始まった。市内5病院から100名を超える候補者のリストがあがったが、初年度は5病院2名からはじめることとなった。

2004年度は川崎市で公設の立場からリハビリテーション医療センター内の職員5名が支援員となって2005年度は生活支援センターの常勤3名非常勤職員1名が専任支援員としての退院促進事業を各精神病院の病棟内まで訪問し、そのニーズの把握に努めた。2005年11月末現在計18名にかかわり4名が退院した。対象者は年齢的にも高齢者が多く、利用できる制度や社会資源はまだまだ限られているのが実態である。対象者は全員統合失調症であった。性別では男性11名、女性7名であった。さらに年齢別では30歳代2名、40歳代2名、50歳代8名と一番多く、60歳代3名、70歳代3名で平均年齢54.7歳である。入院歴は2年未満3名、2～5年5名、5～10年未満1名、10年以上9名、最長は39年、平均入院期間12.9年であった。

総入院期間は10年以上が12名、2～5年未満3名、5～10年未満3名で最長42年、平均20年である。家族状況では家族あり16名、家族なしが2名であった。家族の援助については有りのうち「面会あり」が10名、連絡ありが1名、「医療費の支援」が4名「援助なし」が7名という状況であった。支援の結果と状況は「入院・支援継続」11名、「支援中止（金銭問題2名、病状悪化1名）」の3名、「退院・支援終了」が4名で、その退院先としては「生活訓練施設」、「グループホーム」、「有料老人ホーム」、「アパート（公的保証人制度利用）」がそれぞれ1名であった。今までこの事業の対象となった事例は病状的にも安定度が低く、生活の変化に弱く、1～44回の院内面接及び同伴外出などを行なったが結果的になかなか退院生活のイメージと外出行動に行き着かない者が多く、この状況では期間の1年を超えてしまう可能性も出てくる。病院側の医師をはじめ職員が社会的入院者をどのように認識しているか不明の点も多い。一般の退院とどこが違うのか等が理解されているかどうか不明である。今後この形で事業を継続するためには病院からの外出の場面をどのように確保するかが課題となっている。さらに地域に外出し、社会生活を実感できる資源が身近にないこともネックになっている。この退院を推進させ、効果的にするためにはかかわりの対象者の見極めやより身近に試験外泊などが出来る住居や通所先の確保が必要となってくる。これ

からの課題は退院促進事業の進行状況の説明をどのように病院側に説明するかまたこの事業への今後の協力依頼の方法であろう。

精神病院入院者や病院関係者へこの退院促進事業をより詳しく説明する必要が求められる。精神障害者ホームヘルプ事業をうまく利用し、はたしてうまくこの事業が進行出来るかこれからの取り組みである。

さらに精神障害者在宅支援システムのネットワークの構築、また精神障害者の社会生活支援事業の拡充、さらに高齢精神障害者の生活支援体制の強化も求められる。

しかし、今後は隣接した東京都や神奈川県（川崎市を除く）に行政上や個別に入院治療をお願いした長期精神病院入院者で社会的入院に当たると思われる事例についての取り組みが必要となるであろう。これからの精神障害者のノーマライゼーションの中でも、医療の側面のリハビリテーションと福祉サイドの立場の違いをはっきりさせなければならない。特に病状の安定しない者にはより一層有効な医療的アプローチが期待される。またかかわりの中で当然ホームヘルパーの派遣は福祉の立場であることを確認しておかなければならないであろう。

生活障害と高齢化の問題もこれから能力評価に大きな課題となろう。

精神保健福祉手帳の等級の問題も経済的に生活基盤を築く上でたいせつなものである。現在の制度の見直しも必要になるのではないかと思われる。

さらに県、市町村で出されている障害者保健福祉計画策定（ノーマライゼーションプラン）の中で、それぞれの自治体から障害者支援のあり方、障害者福祉にかかわる諸理念や政策・社会状況の背景を検討や障害者も一般市民と同じようにその年齢に応じた生活を一般社会の中で出来るような地域づくりを謳っている。そのために必要な福祉制度、医療、介護制度の提供と選択が重要とされているだけにケアマネジメントのあり方がさらに重要となってくるであろう。

第9章 今後の精神障害者在宅支援事業の課題

精神障害者の障害認定について

今後2006年度からスタートする障害者自立支援法の中での3障害（精神・知的・身体）の認定度の判定は2000年から始まった介護保険制度を参考に行っている。介護保険制度の介護度認定は障害をもつ高齢者のために在宅介護を目指したケアプラン制度の導入であり、これに見合う各種のサービスが在宅または施設でおこなわれるようになった。

施設から地域へ（家庭）このシステム作りは他の3障害に該当する障害者にも急速に適用される流れとなっている。

結果的に、財政的な問題が明確になり、介護保険を障害者対策費用にも使われる可能性もあり、その是非が検討され始めている。全国的には退院のための訓練施設が少なく、結果的に精神病院での退院への働きかけが遅れてしまったと言えよう。しかしその後川崎市を始め多くの地域で、1980年代には保健所で地域精神保健活動の一環として保健所デイケアが盛んになり、そうしたデイケアの終了した者が自分達や家族の自身で、さらにボランティアにより行政の補助を受けながら地域作業所活動へと発展していった。

これからの地域リハビリテーションを高齢者、他の障害者に考えてゆくためには再発防止のための向精神薬による治療の内容の向上が必須である。

統合失調症の再発予防のための抗精神薬の維持療法が必要としているそのためには、医師だけでなく、看護師、作業療法士、心理療法士を含めた包括的なチーム医療による治療が重要であるとしている。われわれの経験ではコンプライアンスの良くない患者には抗精神薬のデポも内服と併用することも多かった。

また最近副作用の少ない非定型抗精神薬を第1選択薬とすべきだと提言されている。最近の精神科薬物療法では単剤投与の推奨も同様であるとのこと。

薬物療法だけでは障害からの問題を解決できない。多剤併用を反省しなければならない。

次にデイケアなど社会参加導入プログラムが工夫され、作業療法からSST（社会生活技術訓練）、心理教育的プログラムなどが開発されてきた。

こうした高齢者・障害者が地域リハビリテーションの一つの支援方法として生活で

きるのがホームヘルプ事業だといえよう。障害者の生活を中心に支援を行う方向である。

慢性的な障害を持つ者に地域生活の支援を継続的に行うために、出来るだけ安定した生活を継続するケア-マネジメントの技法を使った生活支援と精神障害の場合の能力障害（生活障害）を克服するための病状の安定と再発防止の更なる治療方法の開発である。

今後は大都市では地域でこうした医療を受けられる体制を各区ごとに作ってゆかなければならない。

結果的には川崎市は中間施設のリハビリテーション医療センターを立ち上げた事でスタッフも利用者もセンターを中心に暮らし、そしてさらに本当の地域の生活圏で暮らすという遠廻りをするといった経過をたどる事になった。しかしまだまだ精神病院中心とした精神科医療福祉体制は残っているのである。

幸区の精神障害者社会資源及びメンタルヘルスマップ作成については目下幸保健福祉センターが中心となり幸区精神保健連絡会を立ち上げ、「幸区精神保健福祉ガイドブック」の作成中である。

ま と め

- 1) ホームヘルパー派遣事業は精神障害者のQOLの向上に有効であるが、地域精神科医療を進めるためには基本的に精神科外来、入院医療の質の向上が望まれる。また精神科ケアマネジメントの導入によって長期入院者、外来若年精神障害者、単身高齢精神障害者のケアプランの作成と地域資源のネットワークに取り組む必要がある。
- 2) 障害者自立支援法の内容を検討する事によって精神障害者の福祉面が向上されるがヘルパー派遣は週2回、2～3時間程度の派遣でよいと判断される。また精神障害者の障害のレベルや認定の程度に基づき訓練的な意味から期限を区切る必要のある障害者も認められる。
- 3) 今後各種の社会復帰資源のネットワークの構築が必要であるが特に精神障害者の支援の中核は保健所、または保健福祉センターとであるが実質的にはケアマネジメントが行える生活支援センターであろう。
- 4) 高齢精神障害者には今後介護保険に準じた制度の導入が望まれる。
- 5) 客観的にヘルパーの派遣が望ましいと思われる場合も、本人が利用を断わる場合にもあり今後はケアマネジメントの立場から判断されるべきであろう。
- 6) 精神障害者ホームヘルパー制度をさらに内容を検討することにより、今後の地域や家族の機能のあり方が示され、公衆衛生の立場から、メンタルヘルスの重要な考え方に結びつくものも認められる。
- 7) 一般的に精神病院への社会的入院とされる者についても、全国の都道府県別の精神病床数、平均在院期間にばらつきがあり、またそれぞれの地域特性があり、一概に全国レベルで論じる事には無理があると判断される。

以上の考え方がこの研究のまとめとして出てくるが、地域精神医療・保健・福祉活動や精神障害者のノーマライゼーション活動のためには重要な役割を果たすものと考えられる。

またこの研究は平成17年度厚生労働科学研究補助金で行われた。

参考文献

- 1) 大島巖編 「ACT ケアマネージメントホームヘルプサービス」精神看護出版 2004
- 2) 久保紘章他 「精神障害者地域リハビリテーション実践ガイド」日本評論社 2002
- 3) C.Pラップ著、江畑敬介訳「精神障害者のためのケースマネージメント」金剛出版 2001
- 4) 新かわさきノーマライゼーションプラン
川崎市障害者保健福祉計画 川崎市健康福祉局障害福祉部 2004
- 5) 西尾雅明著「ACT入門」精神障害者のための包括的価値生活支援プログラム 金剛出版 2004
- 6) 岡崎祐士他 新世紀の精神科治療 「慢性化防止の治療的働きかけ」中山書店 2004
- 7) 川崎市リハビリテーション医療センター所報「23」、「24」集 2004、2005
- 8) 川崎再生フロンティアプラン（川崎市新総合計画） 川崎市 2005

平成17年度厚生科学研究費補助金

がん予防等健康科学総合研究事業

分担研究

「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」

発行 平成18年3月31日

発行者 菅野 到（研究者協力者）

連絡先 川崎市幸区役所保健福祉センター

〒212-0055 川崎市幸区戸手本町1-11-1

TEL 044-556-6654

総合的な地域保健サービスに関する企画立案及び事業管理に関する研究
（評価グループ）

分担研究者	澁谷	いづみ	愛知県半田所長
研究協力者	黒岩	京子	足立保健所長
	角野	文彦	滋賀県長浜保健所長
	竹内	裕	新潟市保健所長
	佐藤	日出夫	石川県能登中部保健所長

研究要旨

地域保健対策を総合的に推進するため、具体的なモデル事業として精神障害者対策、高齢者対策、情報技術、子どもの事故防止の事業を通じ事業管理及び評価について分析した。

A. 研究目的

地域保健を総合的に推進するため、具体的な問題点を分析し、今後各保健所の事業推進に資することを目的に平成15年度から3年計画のモデル事業を行う。本年は3年次目となる。

B. 研究方法

精神障害者対策、高齢者対策、情報技術の活用、子どもの事故防止の課題に対し、モデル地域を選定、その解決のための体制を構築し、具体的な事業を実施し問題点を明らかにした。事業の推進はその評価の視点を重視した。

C. 研究結果

総合的な地域保健サービスの提供に関する研究（評価）

① 精神障害者に対する傾聴ボランティア及びピアカウンセラーの育成支援評価に関するモデル事業（足立保健所）

精神障害者を地域で支援する人材開発を目的に傾聴ボランティア及びピアカウンセラーの養成を行うと共に、本年度は地域生活支援センター内での実践活動の標準化を検討した。また両者の合同講座を試み、交流を図りその有効性を検討した。

② 在宅高齢者（ハイリスク者）を対象とした介護予防活動評価に関するモデル事業（滋賀県長浜保健所）

保健と福祉のサービスが有機的に連携し介護保険の介護度の悪化を予防することを目的に、介護度の変化を経年的に追跡し、その要因とサービス内容を検討した。また、予防の視点で老人保健や介護保険などのサービスが適切に提供されているかを検証した。

③ 情報技術（IT）を活用した健診データを用いた保健指導の評価に関するモデル事業（新潟市保健所）

老人保健基本健康診査の健診結果データベースを活用し、行動変容を目的に集団健康教育参加者中の希望者に対し、USBフラッシュメモリー内臓携帯音楽プレイヤーとネットワーク対応型万歩計を用いて、継続的な保健対応を行いその効果を検

討した。

④ 子どもの事故予防の推進の評価に関するモデル事業（石川県能登中部保健所）

子どもの事故は死因としても重要であり、石川県が設置した「子どもセーフティセンター」で乳幼児の事故情報の収集、予防啓発を行っているが、入院を要する重症のものが把握しにくい。そこで入院事例を引き続き集積し、入院患者統計とあわせ重症例予防対策の検討を行った。また、保育園や家庭に予防具を設置しその効果を判定した。

D. 考察

① 精神障害者に対する傾聴ボランティア及びピアカウンセラーの育成支援評価に関するモデル事業（足立保健所）

精神障害者の傾聴ボランティア及びピアカウンセラーの活動は、利用者の問題解決や参加者自身の成長に加え、当事者と地域との結びつきが強化される効果があった。今後障害者自立支援法の推進を図る具体的な地域の施策としてその有効性が示唆された。

② 在宅高齢者（ハイリスク者）を対象とした介護予防活動評価に関するモデル事業（滋賀県長浜保健所）

軽度要介護状態時に下肢筋力向上をねらった予防事業などの介入により、歩行能力が優位に改善し、バランス能力と機敏性は改善傾向を認めた。また生活機能の低下を和らげることができた。

筋力低下や生きがいの喪失、ひきこもりの課題を介護予防などの事業により改善し生活機能の向上を図ることができると示唆された。予防の視点を重視し介護保険法改正に連動した評価が実施できた。

③ 情報技術（IT）を活用した健診データを用いた保健指導の評価に関するモデル事業（新潟市保健所）

老人保健事業の健康診断結果を利用し、健康に関心の低い内臓脂肪症候群などのハイリスク集団への行動変容アプローチが可能なが示唆された。また、保健行動の継続について、ネットワーク対応型万歩計等のIT機器が有効と評価できた。