

## 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2報）をまとめた。平成15年度の研究報告では精神障害者のホームヘルプ事業について川崎市でも実施が順調に進み、100余名の利用者がヘルパー派遣事業者からホームヘルプを受けている。しかしまだまだ利用申請者の希望とサービスの実態の間に開きがあり、またその制度そのものの存在があまり知られていないのが現状である。1980年代では川崎市の精神障害者社会生活のまとめでは高齢の単身自立もひとつのリハビリテーション目標になっていたが、その後、障害者のノーマライゼーションの考え方がADLからQOL重視の方向に変わってきた。それを受け、結果的にホームヘルパーが障害者の家庭に炊事、買い物、洗濯、受診同行、など福祉的サービスが行われるようになった。川崎市の社会復帰援護会ニード調査の結果でも精神障害者の若年層は就労を希望し、比較的高齢層は家庭生活の不安に対する改善を希望していることがわかっている。そのため第2報では比較的高齢のホームヘルプ利用者で問題のあった事例や介護の回数やその時間数の設定をどのように考えるかを検討することにした。また、サービス内容を検討する際にケアマネジメントの考え方が有効であったので、これにも触れたい。

また今後介護保険と3障害の在宅支援の統合が検討されている段階で高齢精神障害者が一般の特別養護老人ホームや老人保健施設、更にはグループホームを利用できる可能性はあるもののまだまだ少ない。これは高齢者施設が精神障害者に対応していないのではないかと思われる。まは介護度と精神症状や能力障害にまだまだ認識の相違があるのではないかと思われる。

いずれにせよ第2報では在宅支援の視点から精神障害者ホームヘルプ事業対象者を見直し、各区保健福祉センター、精神保健福祉センター、生活支援センター、精神科医療機関、地域のさまざまな社会資源と連携を深めながら今後の退院促進支援事業のなかでも精神障害者ホームヘルプ事業を進めるよう役立ててゆきたい。

（前幸保健所長 菅 野 到）

平成17年3月

# 目 次

1) 川崎市における近年の精神保健福祉行政の概況	1
2) 川崎市におけるホームヘルプ事業	3
3) 精神科医療とケアマネージメントについて	15
4) 今後の退院促進事業の課題	19
5) 精神障害の疾病性を軽減するために	20
6) 成年後見人制度	23
7) 今後の課題	24
ま と め	27
資 料	
I 幸区の精神障害者社会復帰施設	29
II 川崎市の精神障害者社会復帰施設	31

# 1) 川崎市における近年の精神保健福祉行政の概況

平成15年度までの研究結果から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）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ハードの生活機能の援助（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）の2つの福祉的支援が必要なことがわかった。

今年度の報告ではホームヘルプ事業利用者の個別的な側面を検討し、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ことにした。

川崎市の保健福祉行政の要である川崎市の行政の場合を概観すると、各区保健福祉センターの障害者支援担当が精神保健福祉の窓口であり、精神保健福祉業務としては1) 精神保健相談、老人相談、2) 精神科デイケア（週1回）、3) ケース検討会4) 一般人向けの精神保健福祉講座を年間で企画し、5) 社会復帰施設（作業所、憩いの家、グループホーム）への導入、また各種精神保健関係団体への運営やチャリティーショーなどの援助も行っている。さらに6) 精神保健福祉法による入院および外来通院関係業務の21条（市長による保護者）、23条（診察および、保護の申請）、24条警察官通報、32条（公費負担制度）、33条入院、退院、定期病状報告、45条（精神保健福祉手帳）などの業務、7) 精神障害者家族会、地域の精神障害者社会復帰資源への協力をしている。8) 精神障害者手帳によるバス券の発行、さらにホームヘルパーの派遣申請の受け付けなども行っている。9) 地域精神保健の支援を行っている。

川崎市全体では7区で平成15年から保健福祉センター保健福祉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、支援費制度が適応された身体と知的障害と異なり、まだまだ、精神障害関係の業務とは差が見られる。

特に精神保健業務には24条や32条手帳申請、ケース検討会さらに精神科デイケアも週1回行われており、今後精神保健の業務の見直し、整理が必要である。高齢精神障害者への対応は高齢者担当や介護保険担当がその窓口となることが多い。

また川崎市各区でも保健福祉センターを中心として精神障害者の社会参加を促進するために活動する団体があり、地域作業所支援や各種の市民向け精神保健講座の支援

を精力的に活動している。

最近の保健福祉センターの精神保健相談内容としては①人格障害等も含めた家族や近隣とのトラブル、②育児不安、虐待、不登校、③アルコール依存、DV（ドメスティックバイオレンス）④本人家族が医療不信で医療中断をしばしば起こすケースの対応、⑤キーパーソン不在で未受診の高齢者の問題行動などでさまざまな内容のものが全体的に増えており、いわゆる日本の都市社会問題の多様化と密接な関係がある相談が増えている。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。また社会的引きこもりも川崎市では前向きに取り組んでおり、時間をかけてのかかわりとなっている。時には精神疾患との関係で精神科的治療を必要とする結果となることも有り、引きこもり者のいる家族と窓口となる保健福祉センター、精神保健福祉センターの今後の一つのかかわりの課題である。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、生活訓練支援センター、社会参加支援センターなど）いわゆる公設公営の社会復帰施設を利用する在宅支援援助ともう一方の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。川崎市幸区の場合は、先述の幸ヒューマンネットワーク（栗田病院、コミュニティープラザ御幸、みゆき作業所など）や川崎ふれあいの会など団体の地域社会資源が精神障害者の生活支援、リハビリテーション事業をおこなっている。

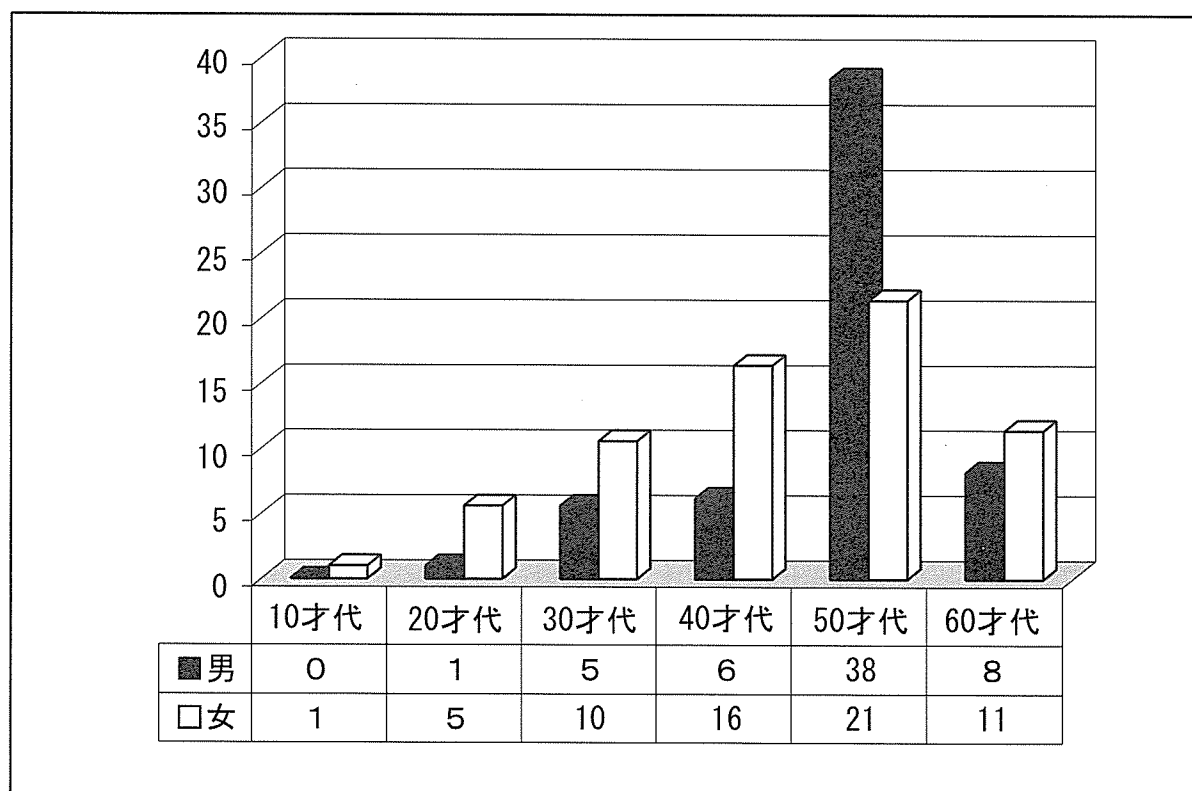
参考までに幸区内精神障害者関係団体の社会復帰資源を最後に資料として示した。

## 2) 平成16年度川崎市精神障害者ホームヘルプ事業の実績（都市型）

平成16年の年度途中ではあるが、154名の申請があり、130名（男58名、女72名）（平成16年10月27日9月末）に対してホームヘルプが行われている。また41事業所が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。

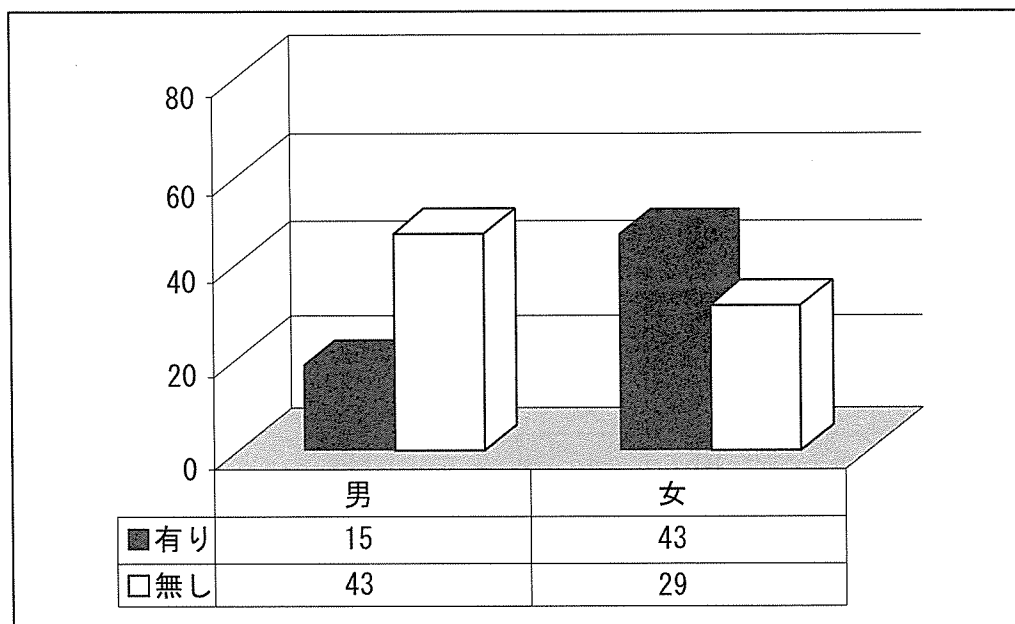
年齢別利用者 表（1）

	男	女	計
10才	0	1	1
20才	1	5	6
30才	5	10	15
40才	6	16	22
50才	38	21	59
60才	8	11	19



家族構成では 表（2）

家 族	男	女	計
有り	15	43	58
無し	43	29	72



表（1）年齢的には男性50才台が多く、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58名中43名と単身者が多い。

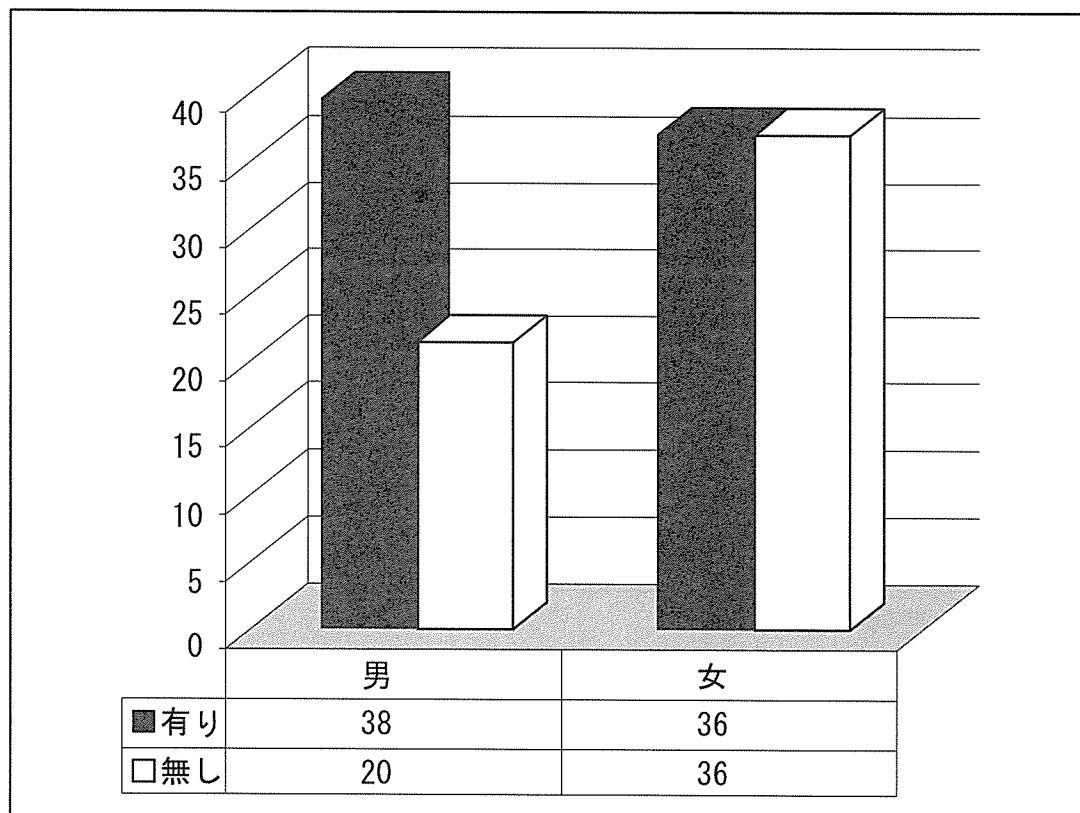
女性では72名中43名が家族有りとなっている。

家族有りの内訳 表（3）

	男	女	計
子	0	10	10
夫 or 妻	2	10	12
父	2	1	3
母	4	3	7
両親・兄弟	0	5	5
夫・子	0	13	13
母・兄弟	2	1	3
兄 弟	4	0	4
他 人	1	0	1

身体疾患の有無 表（４）

	男	女	計
有 り	38	36	74
無 し	20	36	56



表（４）では130名中74名が何らかの合併症がある。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。まとめてみると昨年の利用者と同じ傾向が見られた。

平成16年9月末のホームヘルプ利用者130名の内容としては男女層に違いが見られた。男性は50歳代を中心とした中高年層が多く、身体合併症の人も男性が女性より多い。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人であるこれらの事から、男女の所帯構成に

根本的な違いがあることと、女性が家庭内で求められる家事や子育ての役割をこなさ  
 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。

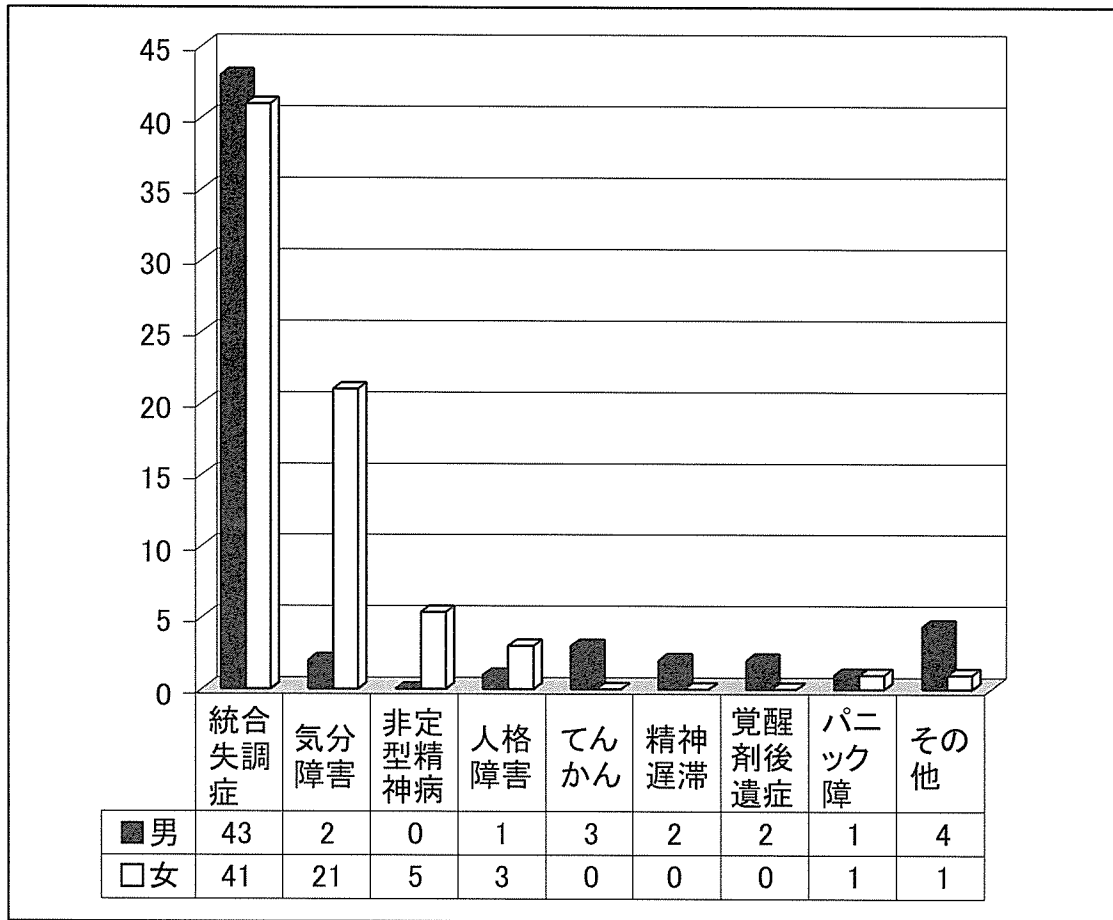
また、利用料の自己負担者は全体の約1割であるが、その大半が女性で所帯の生計  
 中心者に扶養されている場合が多い。今年度からは、国基準の（家事援助¥1620/身  
 体介護¥4260）に変更されたため、この対応で事業者と利用者の対応に苦慮している。  
 実際、日中の過ごし方をみると老いた親の介護をしている男性もいるが、自宅以外に  
 過ごし場所の無い人が半数以上を占め、サンプル数の少なさを加味しても特徴的な傾  
 向と言えよう。

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、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。

診断別 表（5）

	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 表(6)

	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

男性の自宅は買い物・TV・パソコン介護などを含んでいる。いわゆる社会参加を好まないか出来ない状態であろう。

女性の場合は子育て・介護・家事・散歩などを含んでいる。

現在41事業所が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も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して関係機関との連絡調整、ケア会議に参加した。これには医療機関、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も参考に示した。

#### 地域訪問ケア班の年間業務内容

在宅の地域生活支援活動の内容を平成15年度の集計から見ると表（7）のようになる。地域訪問班の6名が担当している。<sup>9)</sup>

表（7）

	面接			電話・連絡					訪 問			ケース 検 討
	本人・ 家族	本人・ 家族	関 係 機 関	家 庭	事 務 所	保 健 福 祉 セ ン タ ー	医 療 機 関	そ の 他				
ホームヘルプ	659	935	1706	538	84	51	16	5	353			
地域個別ケア	344	477	307	201	2	27	25	17	93			
総 数	1003	1421	2013	739	86	78	41	22	446			

在宅者への地域生活支援という業務上、訪問業務が中心となる。表（7）。

本人宅への家庭訪問が最も多く739件、次にホームヘルパー事業所訪問86件等々で、電話連絡では関係機関の2013件（ヘルパー事業所が最も多い）本人・家族1412件などで対応したケース検討数は446件となりこの業務については他機関との連携が如何に多くなるかを示している。精神障害者のノーマライゼーションを今後制度的に実施し

ていくためにはホームヘルプ事業だけの導入では困難なケースが多いと思われる。やはり精神障害の特徴である精神症状の変化を顧慮したケアマネジメントの技法および障害の程度の見極めも必要になってくる。

## 事例から見た問題点

① 比較的問題なく利用者の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。

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る。今後こうしたケースには川崎市の場合は次に述べるケアマネジメントを行うものの集まり「障害者生活支援センター連絡会」で困難事例のケース検討会議を毎月行うことになっている。

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かえるように手続き行っている。今後も国縣市レベルでの高齢精神障害者の特別養護老人ホームの設置が必要である。また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。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。中にはヘルパーが派遣されたがまもなく他疾患合併症のため数回のかかわりで内科入院となり結果的に死亡し、後始末を関係者がしなければならなかったものもいた。特に、生活保護受給者でないと単身者の家具、家財の後始末などが大変になった。やはり高齢者の単身ホームヘルプにはかかわりの検討が事前に検討がなされておかなければならない。結果として地域訪問ケア班の多様なかかわりが必要であった。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特別養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。

#### ④ 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。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、問題となる場合も多く、そうした反省から開始日や変更については文書で確認することとし、ホームヘルパー派遣には十分に相手に内容の再確認をする必要があることがわかった。

#### ⑤ 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て良いか、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ー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、精神保健福祉センター地域訪問ケア班の職員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イターによるケアマネジャー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。表（8）では精神障害者手帳の等級と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一覧表にした。身体や知的障害の支援費制度に基づくヘルパー派遣と違って1週間に2～2.5時間程度のかかわりが必要となるものが判定会議で承認される事が多かった。

### 生活能力の評価とケア時間の関係

#### 家族機能について

#### 精神障害者の生活能力の評価とケア時間の関係

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。例えば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らない。これに対して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2級の(7名)は1.79時間、1級の(3名) 2.17時間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調整の必要が認められる。例えば就学児童がいる場合の食事介助、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。高齢者の介護保険の介護度認定と本質的に違う点であろう。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     | 13名 |
| うち就学前の幼児を抱えている     | 5名  |
| 2. 障害者を持つ家族と同居している | 11名 |
| 3. 65歳以上の家族と同居している | 13名 |

のかかわりでヘルパー派遣時間数が多いとの結果は内容的に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(幼児の養育や高齢者の介護)人が多い。しかし、この部分については、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が必要であろう。

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。

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。これには具体的には、医療・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、今後のケアマネー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。

## 個人情報提供について

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情報不足のものもある。

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、ネットワークの体制が必須条件となってくるであろう。

ここでホームヘルプを受けた女性の事例中心に2事例を紹介する

### 事例1（長期入院者の退院援助ケースへの訪問支援）

Aさん、62歳、女性、単身、生活保護、統合失調症

【経過】 高校在学中に発症し、昭和31年の17歳より治療をうける。昭和37年（22歳）より市内の病院にて入院。一度地域生活を試みるも再入院となり、通算40年の長期入院となる。

【支援内容】 病院より長期入院のために社会性乏しく生活障害重く、また慢性期としての無為自閉傾向があり、入院中より地域再適応の支援の依頼がある。退院2ヶ月前より病院のケースワーカー及び本人と面談し、退院に向けての過程を確認する。しかし、些細な変化に動揺しやすいため、部分的・段階的に過程を確認し、地域個別ケアとホームヘルプサービス導入をにらみながらの支援が始まる。

アパートは市の保証人制度を利用して確保し、外出訓練、食事援助をしてくれるグ

グループホームの見学などの後、外出時にアパートでホームヘルパーと会ってもらい一緒に退院後の支援内容を確認する。家事全般の技能も低い、特に食事の準備、買物、公的手続き、他科の他院受診など生活と医療面での具体的支援が必要と感じる。

【支援経過】平成14年10月に退院。退院と同時にホームヘルプの支援を週に2回、グループホームの夕食支援、病院のケースワーカーの訪問支援及び当部門の訪問支援体制を組む。退院後3ヶ月ころまでは不安が強く、外出も狭い範囲であった。しかし、少しずつ生活に広がりが見られるようになり、デイケアに週に1～2回の少しの時間だが顔を出せるようになってきた。最近では自分で包丁を使っての料理や世話になっているヘルパーさんの事業所に寄って挨拶をする姿など生活に広がりがみられ、安定した生活を送れるようになってきた。

## 事例2（家族間の多問題を抱えるケースへの訪問支援）

Bさん、37歳、女性、両親と同居、年金暮らし、統合失調症

【経過】15年前より市内の病院のデイケアに2ヶ所通うも、適応できず自宅閉居となる。持続的に妄想があるために自閉的生活が続いていた。父親は寝たきりで介護とショートステイを受けている。母親は多発性脳梗塞で麻痺は軽度だが夫の介護と娘への対応、自己の再発への不安など身体的にも精神的にも不安を抱えている。他の区に住む姉よりホームヘルプの支援やBのデイケアへの通所支援の要請が直接ある。

【支援内容】保健所と方向性の確認をした上で、家事支援中心のホームヘルプの支援が始まる。本人は「デイケアには行きたい。」と言うが、姉の不安感や罪悪感からの強い指示を前にすると本音を言い出せないようであった。自閉的ではあるが本人なりの生活パターンが確立されていることを考慮すると、母や姉の不安への支援と本人の日中通う場の模索も含め適切な過ごし方への支援、医療（主治医）との調整を目的に相談訪問支援が始まる。

【支援経過】平成14年7月より家事中心のホームヘルプサービスが始まる。家族は老後、本人がひとりでの地域での自立生活が不可能なのではという点と日中の通う場所の模索という点について強く支援を希望していた。平成15年4月より地域での自立生活能力を訓練する目的で、ヘルパーと共同で昼食作りと外出訓練のために散歩を週に2回行うようにした。また、日中通う場所のことで主治医と本人との調整していく過程で、デイケアから地域の作業所などを模索してみることになった。本人と数ヶ所見学同行する過程で、「自分のペースで、自宅で過ごしたい。」という声にならない意思

を感じる。本人の見学した努力やヘルパーさんと散歩に出られるようになったこと、徐々に調理ができるようになっていくことを家族に理解してもらい、当面は自宅でヘルパーとの自立生活訓練中心でいくこととなる。

平成15年9月に母親が倒れ、父も入所となり、本人の単身生活が始まる。当初訪問時に不安や妄想内容を訴えていたが、近所の夕食などの支援やヘルパーの支援、継続的訪問により単身生活を楽しむそぶりも見えてきた。10月には、父の外泊時には、母の代わりに不安を持ちながらも一緒に介護（つたない程度だが）しながら生活ができ、姉の本人への評価も変化しだした。



### 3) 精神科医療機関とケアマネジメントのあり方 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

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。ややもすると日本人は契約についての概念になれていない傾向が見られる。ホームヘルプ事業が市民権を確保するためには「義務と権利」の自覚がたとえ障害者といえども関係が成立していなければならない。そこでは自己責任のもとに社会資源の主体的な活用を自分に当てはめてみて自立の方向に向けてゆく。時には市場原理に対立しながらも、自己表現・自己決定を行えることが求められるが、その能力が障害のためなどにより判断が出来なくなる場合、ケアマネジャーが替わって選択と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ージを行う。当事者が援助を求めすぎると結果的にヘルパー被派遣者が依存的になるといわれている。

一方福祉的アプローチではなく精神障害者としての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、これは精神科医療機関での治療の要素が大きな意味を占める。

当事者のこの面での意識改革がこれからの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われる。

こうしたケアマネージの考え方から精神障害者の福祉の視点で検討してみると精神障害者手帳を保持し手いる者に対して、野中、大島らはその著書で<sup>2)、4)</sup>、マネジメントモデルを紹介しているが、平成15年度の川崎市ケアマネ検討作業部会での報告ではその中で仲介型ケアマネジメントや臨床型ケアマネジメントが提唱されている。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でのケアマネジメントがそれぞれにケアプランが作成されることが多くなる。その他作業所利用者にもケアマネジメントを試しており、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。

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、支援費制度の適応がない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の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。

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後で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か見られた。

いわゆるACT<sup>8)</sup>の活動が期待されるが日本ではすぐにと言う事は非現実的である。ここでの活動は精神病院入院治療、外来治療、地域訪問ケアチーム＝医療型ケアマネージを言っており、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 訪問機能などを使つてのマネ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。

具体的な事例では以下のようなことを経験した。

ある事例でストレスに脆弱性が高く、自殺企図の傾向のある場合、休息入院が適切と客観的には判断される場合にも医療サイドからは精神療法または薬物療法で乗り切れると判断される場合もあるが、家族的な背景で他の身体的な障害者との同居の場合家族内のトラブルについて、派遣されているヘルパーとの間で意見が異なり調整が大変な場合もある。これに対してそれらの問題を調整する地域に責任を持つケアマネジャーが保健所や生活支援センターなどに介在することが必要となる。そして 継続治療、医療中断予防、などをケアマネージする役割を取ることが望ましい。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15年4月から組織再編成保健福祉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る知的、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ージャ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いくほうが効率的ととらえている。

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、医療型ケアマネジメントの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の松原<sup>1)</sup>が地域生活支援室の構想を提案している。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（臨床型）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と思われる。