

4) 今後の退院促進事業の課題

いわゆる川崎市における退院促進事業の今後について、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、今年度は各病院2名からはじめることとなった。川崎市では公設の立場からリハビリテーション医療センター内の生活支援センター職員と地域訪問ケア班の職員計5名が支援員となって2004年度の退院促進事業を各精神病院に担当支援員が訪問し、そのニーズの把握に努めている。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。精神障害者ホームヘルプ事業をうまく利用し、はたしてうまくスタートと出来るかこれからの取り組みである。

川崎市内5病院についてはリハビリテーション医療センター（旧社会復帰医療センター）の30年の実績で社会生活の意欲や能力のある程度あった統合失調症者はリハビリテーション医療センターのいろいろの機能を使って退院し、社会生活にこぎつけているものが多く、いわゆる社会的入院者といわれる対象者は少ないのではないかとされている。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される事例についての取り組みが必要となるであろう。

しかし一方では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。今後の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。

生活障害と老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）⁶⁾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し障害者も一般市民も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重要となってくるであろう。

5) 精神障害者の疾病性を軽減するために

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障害から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。

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。

また一方、日本の高齢社会における2000年から始まった介護保険制度の導入からである。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。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た。結果的には知的障害と身体障害には従来の措置制度から支援費制度の導入となったが、精神障害の在宅支援制度は別あつかいとなってしまった。

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。

日本での精神障害者の行政的対応を歴史的にさかのぼると、第2次世界大戦以前の精神病院法、昭和25年の精神衛生法などの制定があるがいずれも精神病者に対する社会的防衛政策の色合いの強いものである。昭和40年代の旧精神衛生法改正の時代には保健所が地域の精神保健活動の中心と位置づけられたがやはり精神病院が増えるだけで結果的に回転ドア現象だけが社会的問題となった。川崎市の場合は1971年そうした精神障害者のリハビリテーションのために社会復帰医療センター（現リハビリテーション医療センター）が精神障害者（特に統合失調症）を対象とした中間施設として設立された。精神障害者のリハビリテーションのためには中間施設は新たな施設症を作る

だけなので無意味だという反対意見も当時は多かった。やはり精神障害に対する病院中心主義やその他の偏見が何らかの形で日本にはのっこっている意見もあった。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手、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。1981年の国際障害者年を境として、精神障害者のノーマライゼーションの考えが更に拡大した。また医療機関でも精神科デイケアが診療報酬の対象となるようになった。それには精神科治療の進歩、一方向精神病薬の開発もあり疾病の軽症化も関係しているといわれている。

1993年「障害者基本法」、大都市特例にて、政令都市は精神科救急体制の整備、と精神保健福祉センターを設置するように方向が定められた。さらに1998年「精神保健福祉法」の改正により、グループホーム、通所授産施設が法定施設として認められ、医療機関デイケア利用者の社会状況が変化し、次第に普及するようになった。川崎市でも市内の精神保健相談の多様化が進みリハビリテーション医療センターを改変し、統合失調症のみならずさまざまなメンタルヘルスの相談が出来るようにと病棟部門を閉鎖し精神保健福祉センターへとかえることとなった。地域の精神保健のニーズが大きく変わってきたともいえる。また行政の財政の効率化を求める動きとも連動している。

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、医師だけではなく、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。

また最近は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している。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。⁵⁾

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為に、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生活障害を克服するための病状の安定と再発防止の治療方法の開発である。

今後は地域でこうした医療を受けられる体制を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主義的体勢は残っているのである。

またいわゆる「4層構造のケアマネジメント構想については川崎市の場合診療圏がそれほど広くなくそれぞれの区を中心として社会資源を作っていけば3障害を通じてその利用はそれほど不公平になることはない」と予想される。そのために各区でさらにきめ細かい精神障害者のサポートシステム、ケアマネジメント体制を作らなければならない。(注*)

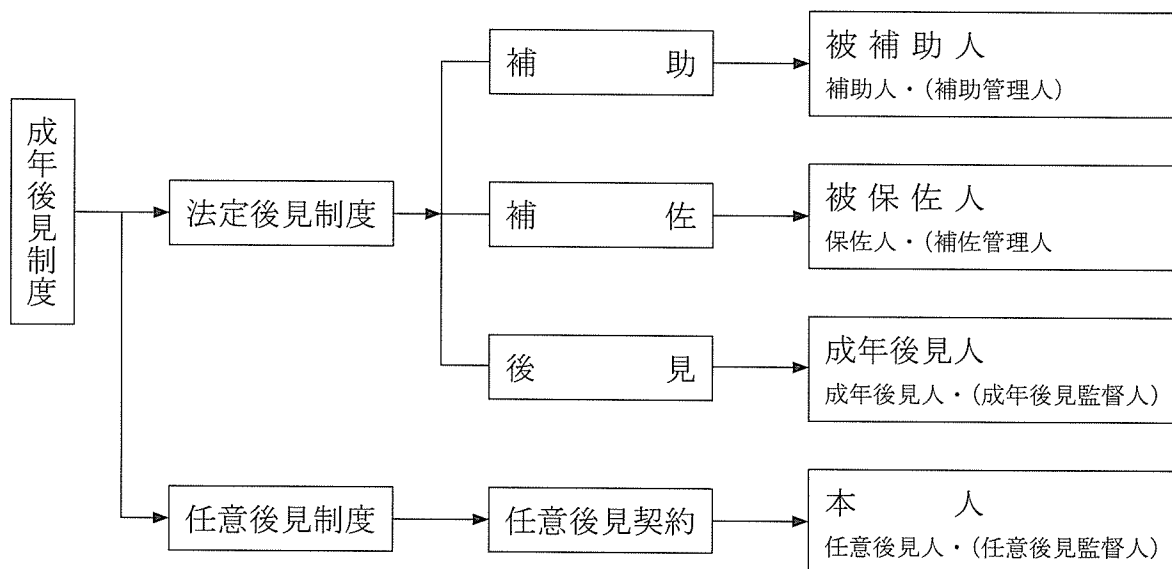
*精神障害者の4層構造のケアマネジメントとは

厚労省が試案示す 精神障害者が退院した後の地域生活支援の柱となるケアマネジメント体制の試案を、「精神障害者の地域生活支援の在り方に関する検討会」に示した。生活圏域、市町村圏域、障害保健福祉圏域、都道府県域の4層構造で相談支援の体制を組むもの。支援が必要な人の発見といった導入部から、ケアプラン作成、危機介入、障害者の状態の判断などに機能を細かく分け、相談支援の質を確保する。

6) 成年後見人制度について

近年の著しい高齢化社会への対応と知的障害者・精神障害者等の福祉の観点から旧法の禁治産・準禁治産制度に代わって判断能力の不十分な者（痴呆性高齢者・知的障害者・精神障害者）を保護するために新設された制度のことである。

この新しい制度は、判断能力の衰えた精神障害者の財産の保護や本人自身の施設入所等の判断について福祉充実の観点から従来の本人保護の理念に加え、自己決定の尊重・残存能力の活用・ノーマライゼーション等の新しい考え方に基づきそれぞれの人の置かれた状況に応じて、柔軟でかつ弾力的な利用しやすい制度を目的として施行された。



現在川崎市では精神障害者に司法書士が成年後見人制度を対象として相談にのっている。少しずつ家裁による後見人制度利用も始まっている。

川崎市では在宅福祉公社、社会福祉協議会が上記後見人制度を扱ってるが、精神障害者の場合、医療保護入院の必要が出た場合、後見人制度が利用できるかどうか問題になっている。出来るだけ家族や市長を保護者として選任するべきだという意見が出されている。今後の精神科ケアマネジメントを考える上で大きな課題となっている。

7) 今後の課題

ホームヘルプ事業を中心とした精神障害者の在宅支援事業についてはこれまでの研究からなるべく地域に根ざしたケアマネージャのケアプランのもとに医療と福祉を背景にしたケアプランのもとになされていくようにとの方向性が示された。残念ながら日本では地域に責任を持った精神保健福祉システムは余り見受けられない。これには日本の医療制度の歴史と民間依存の精神病院運営が欧米と大きく異なっているものと思はれる。

しかしながら精神障害者が単に医療の対象のみでなく、3障害を含めて福祉の対象とされた事と、より小規模な精神保健ネットワークにこれから乗せていけるものとされたことは、今までの視点とはかなり変わってくると思われる。

そこには精神障害をより理解しようとする地域の人々のあたたかい眼差しがなければならぬ。またそうした人たちの期待を裏切らない精神科治療システムのネットワークが作られていなければならない。それには行政の保健と福祉、民間の地域生活支援システムがどうしても必要になってくる。今回の研究では主としてホームヘルプと言う比較的高齢者が対象であったが、一方若年層の希望精神障害者の就労問題にもかかわっていかなければならないと思われる。

就労支援センターの役割

就労相談、就労ゼミ、求職支援、職場定着支援などがある。この場合にも精神障害のみならず他の知的、身体障害も同時に取り組まなければならないことは言うまでもない。

社会で働きたい、お金がもらいたい、一人前と認められたいと思う障害者のニーズにどのように答えてゆくかがケアマネジメントの役割でもある自己管理能力を築き、日常生活能力を安定化させ、さらに基本的社会生活能力（協調性、常識的なマナーの習得など）を身に付けていくことは気の遠くなるような根気と気力を障害者本人や職場に要求することになるかもしれない。

一般社会である程度の期間働いた経験のあるものにとっては理解しやすいかもしれないが理想的に自己評価の一環として労働を位置づけているものにとっては満足をもつ

て職場定着が出来ることは現実としては今の日本の社会現実からは不可能かもしれない。結果的に一段下げたレベルの保護就労、または本人の精神的安定の確保を本人も認めて作業所通所と言う結果になることも予想される。その場合にも就労制度の法的整備が必要となりプログラムの提示が出来なければならない。

小規模な作業所や生活支援センターだけにその役割を期待するのは余りにも無理がありまた本来の使命でもないであろう。30万人程度の人口に対して就労支援センターの設置が必要となろう。さらに①地域精神障害者ノーマライゼーションネットワークづくり、②、人材の育成、③地域の障害者理解などが課題となるであろう

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の中での重要課題としては精神障害者支援の項目では以下のようになっている。

今後の川崎市の精神障害者、知的障害者、身体障害者のケアマネジメントやリハビリテーションを推進していくためには今までの疾病としての精神障害から日常生活や社会生活に困難を抱える「障害」としての福祉的なメンタルアプローチの対象とし転換がはからなければならない。しかし精神疾患への誤解や偏見はまだまだ解消されず、依然として、地域生活の支援が思うように進んでいない。ストレス社会といわれる現代日本では精神疾患は誰でも罹る可能性のある疾患であると同時に、適切な治療の継続により、その症状を相当程度安定化させ、軽減または治癒することも可能な疾患であることがわかってきた。また、当事者が地域において安心できかつ、安定した社会生活を送るために、住居を確保し、働く場所を提供しホームヘルプサービスなど地域生活を支援する体制を整えることで、社会的入院の解消が出来、自立した地域生活が可能になってくる。

精神障害を持つ人への対応に加え、社会的ひきこもりなどへの支援をすすめ、すべての人への「こころの健康づくり」を心がけることが重点政策になってこよう。

主に重点4事項として

- ①正しい精神疾患の理解や当事者の社会参加の促進
- ②精神科病床の機能強化と地域ケアの拡充
- ③地域生活の支援充実
- ④「受け入れ条件が整えば退院可能」な社会的入院の解消

その他就労の促進や高齢社会に対応した障害者政策の推進が謳われている。

さらに、障害者も地域でゆたかに暮らすため市民の理解と共感、市民参加の促進が今後必要になってくる。

障害の種別や程度に関わらず、相互に人格と個性を尊重し支えあう共生社会を醸成するためには、まず、障害者と幅広い市民との相互理解が欠かせない。相互交流を促すとともに広報、啓発活動やボランティアの活動後の推進により多様な支援・交流活動の活性化を促進する等と、新かわさきノーマライゼーション（障害者保健福祉計画）で謳っている。

ま と め

1) ホームヘルパーの派遣で精神障害者のQOLの向上がみられるが、地域精神科医療を日本で進めるためには、基本的には日本の精神科外来、入院医療の質の向上が望まれる

システム化された医療型ケアマネジメントで、特に長期入院者については退院後のケアプラン作成に地域資源のネットワークのもとに取り組まなければならない。

2) 障害者対策としての福祉面の向上、精神障害者に必要なものはやはり医療的なものが多いと思われる。ヘルパーの派遣は週2回 2～3時間程度の派遣でよいのではと判断されることが多い。身体介護と家事援助の時間配分が今後の課題検討事項となろう。

3) 各種社会復帰資源のネットワークの構築で特に障害者支援の中核に保健所がなっていくことが期待される。具体的には生活支援センターとなろう。

4) 高齢精神障害者には一般介護保険の適応を配慮する。

5) 客観的にヘルパーが派遣される方が良いと思われる場合も、本人が利用を断る場合もありケアマネジメントの立場から判断することになる。

6) 一般に社会的入院7万2千人とされているが、全国の都道府県別精神病床数、平均在院日数ではかなりのばらつきがあり、地域的に立ち遅れた社会復帰施設の是正も必要となろう。

以上のものがこれからの地域精神医療活動、障害者の社会復帰活動に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16年度厚生労働科学研究補助金で行われた。

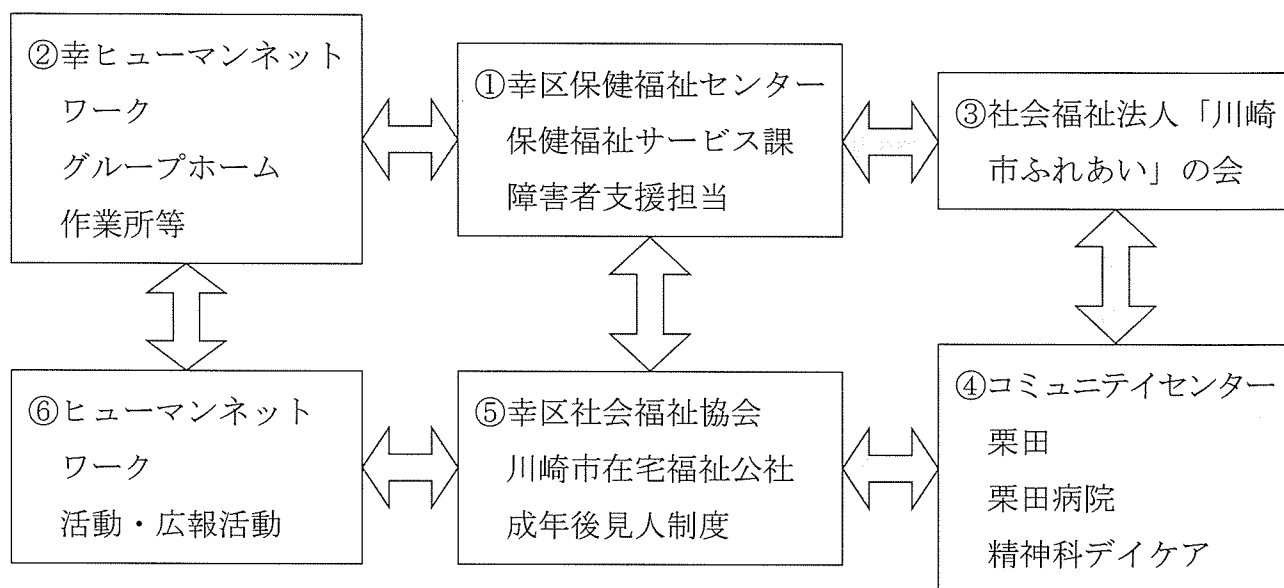
引用、参考文献

- 1) 松原三郎精神障害者の地域生活支援と精神病院の役割 日精協誌23巻、第9号2004年9月15-22
- 2) 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
- 3) 久保絃章他 「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
- 4) 久保絃章著、野中猛等 「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
P104～121
- 5) C.A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
- 6) 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年12月
- 7) 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
- 8) 西尾雅明著「ACT入門」精神障害者のための包括的地域生活支援プログラム 金剛出版 2004
- 9) 川崎市リハビリテーション医療センター所報 「23」集 2004

資料 1

I 幸区の精神障害者社会復帰資源

川崎市幸区の精神保健福祉



- ① 幸区役所保健福祉センター
障害者支援担当 精神保健福祉士、保健師、事務職等
業務内容 a) 精神保健福祉相談、b) 心の健康相談、c) 社会復帰相談、
d) 精神保健関連制度・サービス利用窓口
e) 普及・啓発活動、f) 自助グループの育成・援助、
g) 地域の関係団体・機関との連携 など
- ② 幸ヒューマンネットワーク
運営事業所
みゆき作業所
グループホーム (パオ幸、ヒューネット幸、シャローム幸)
コミュニテイ・プラザみゆき (精神障害者憩いの家)
- ③ 「川崎市ふれあい」の会
障害者小規模通所授産施設
a. 軽食ショップふれあい
b. ショップふれあい

c. グリーンふれあい

などの運営

④ コミュニティセンター栗田（栗田病院併設）

精神科デイケア週 4 回開催

1 日利用者数 30 名程度

スタッフ 看護師 2 名

作業療法士 1 名

常勤医師（交代担当）

⑤ その他の精神保健関係資源

川崎市在宅福祉公社（本南部・中部・北部事務所）

（成年後見人制度）

幸区社会福祉協議会

⑥ 幸ヒューマンネットワークの活動

地域交流 広報発行

幸区のおの他の精神保健関係施設

その他の精神保健活動について

さちの会（保健所家族会）

「フレンド93」こころのボランチア講座終了有志の会

吉村作業所（アルコール関連作業所）

○ピュア・サポートセンターかわさき

川崎市精神障害者連絡会（当事者の会）

相互援助、憩いの家、電話相談

資料2

II 川崎市の精神障害者社会復帰資源（平成16年4月）

1. 精神科医療機関

川崎市精神科病院	5ヶ所	
総合病院（精神科外来あり）	9ヶ所	計1,583床
精神科クリニック	25ヶ所	

2. 社会復帰施設（2ヶ所）

<p>中原区</p> <p>精神障害者生活訓練施設川崎リハビリテーション医療センター内 「もみの木寮」</p> <p>精神障害者地域生活支援センター川崎リハビリテーション医療センター内 「カシオペア」</p>
--

3. グループホーム（17ヶ所）

<p>川崎区</p> <p>アイリス、つくし</p> <p>幸 区</p> <p>ヒューネット幸、パオ幸、 シャーロム幸</p> <p>中原区</p> <p>あしびな自立生活センター、 深沢ホーム、グリーンふれあい、 ホームAYAME、ホーム清和荘</p>	<p>高津区</p> <p>ホームゆうゆう、ハウスひまわり</p> <p>宮前区</p> <p>RUMAH・りおん、 RUMAH・セシエン</p> <p>多摩区</p> <p>あまぐり</p> <p>麻生区</p> <p>あんじょうやりや、ふらっと</p>
--	--

4. 小規模通所授産施設（2ヶ所） 46人

<p>幸 区</p> <p>軽食喫茶ふれあい、ショップふれあい</p>

5. 地域作業所（19ヶ所） 登録431人

<p>川崎区 川崎みなみ作業所、サボンそう作業所、川崎マックアルコールセンター、アダージオ</p> <p>幸 区 みゆき作業所、断酒会吉村作業所、コミュニティー・プラザみゆき</p> <p>中原区 援護会作業所、夢眠王国作業所</p>	<p>高津区 バンブーハウス、喫茶・ほっと、アルコールケアセンターたんぼぼ、あやめ作業所</p> <p>宮前区 宮前ハンズ、トウーランプラン宮前</p> <p>多摩区 川崎きた作業所、メイクフレンズ</p> <p>多摩麻生 麻生区 日だまり工房、があでんら。ら。ら</p>
---	--

6. 各区精神保健福祉センターデイケア（7ヶ所）

<p>川崎区保健福祉センター 幸区保健福祉センター 中原区保健福祉センター 高津区保健福祉センター</p>	<p>宮前区保健福祉センター 多摩区保健福祉センター 麻生区保健福祉センター</p>
---	--

7. 就労支援センター（1ヶ所）

<p>中原区 リハビリテーション医療センター内就労支援センター</p>

8. ピア・サポートセンター（1ヶ所）

<p>幸 区 ピア・サポートセンターかわさき</p>

平成16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17年3月31日

発行者 菅野 到（研究協力者）

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

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護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