

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づ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とはならず月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っている。

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る。

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が課題となる。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

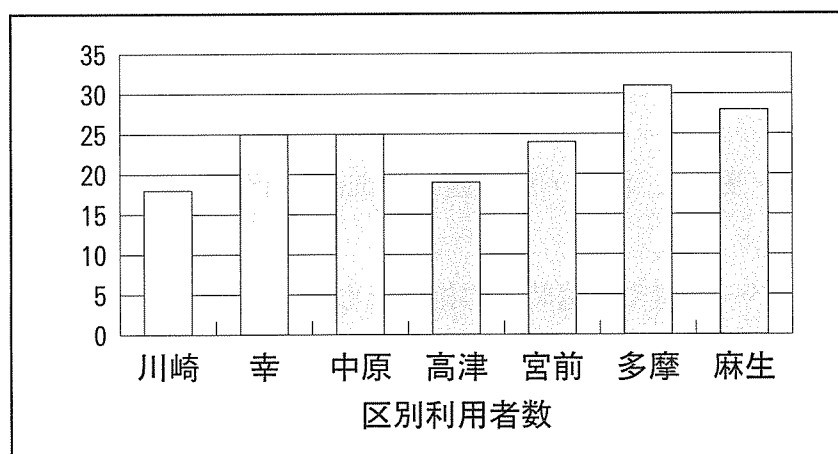
平成17年年度の途中ではあるが、170名（平成17年9月末）に対してホームヘルプが行われている。また44事業所が精神のホームヘルプ事業に参加しており、さらに精神障害者ホームヘルプ事業研修会を年2回開催しているが、受講希望者も常に定員40名を超えることが多い。

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）

地区別	南部医療圏			北部医療圏				計
	川崎区	幸区	中原区	高津区	宮前区	多摩区	麻生区	
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

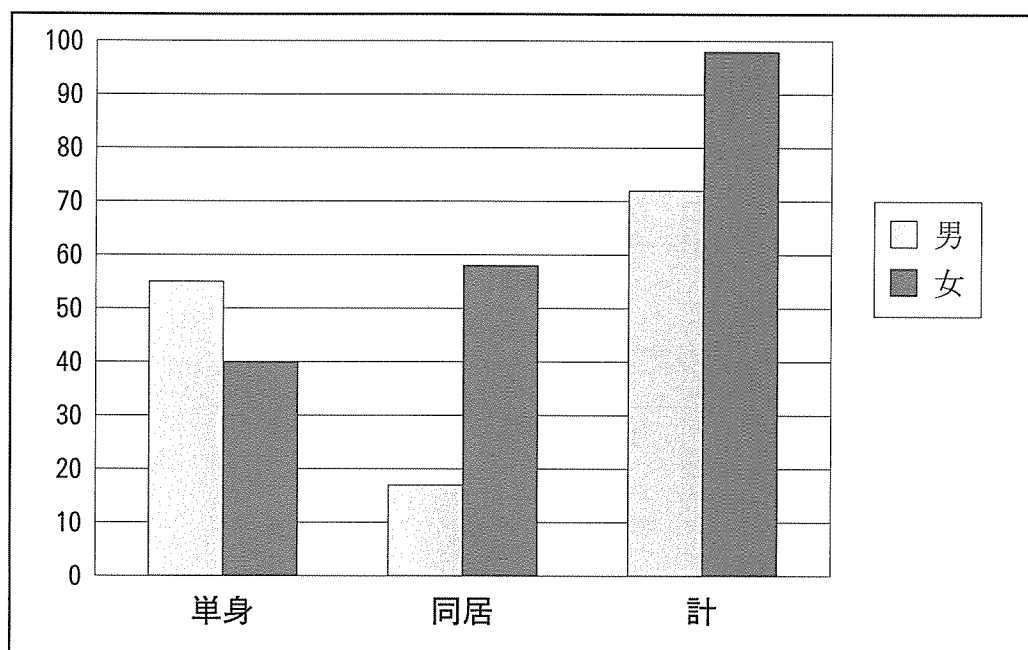
表（3）－1 では年齢的には男性50歳代が多く、16年の結果から女性は各年代にわたっているのが特徴的である。

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）

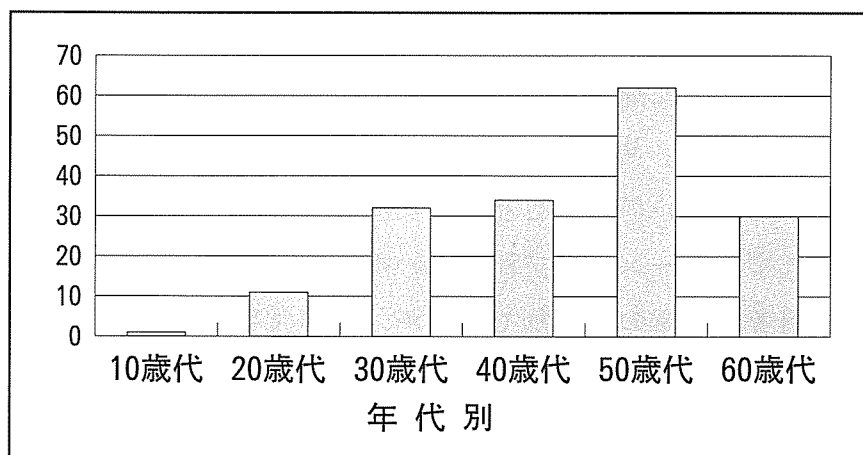
家 族	男	女	計
有 り	17	58	75
無 し	55	40	95



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。

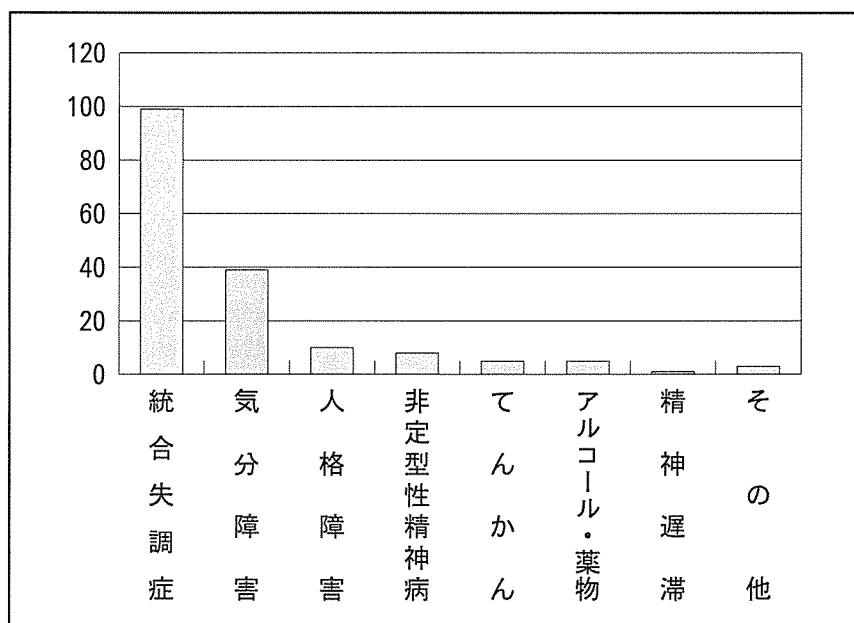
今後自立支援法の障害認定の中で自己分担が出る者がふえると予想される。実際、日中の過ごし方をみると老いた親の介護をしている男性もいるが、自宅以外に過ごし場所の無い人が半数以上を占めており、今後の課題であると言えよう。

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

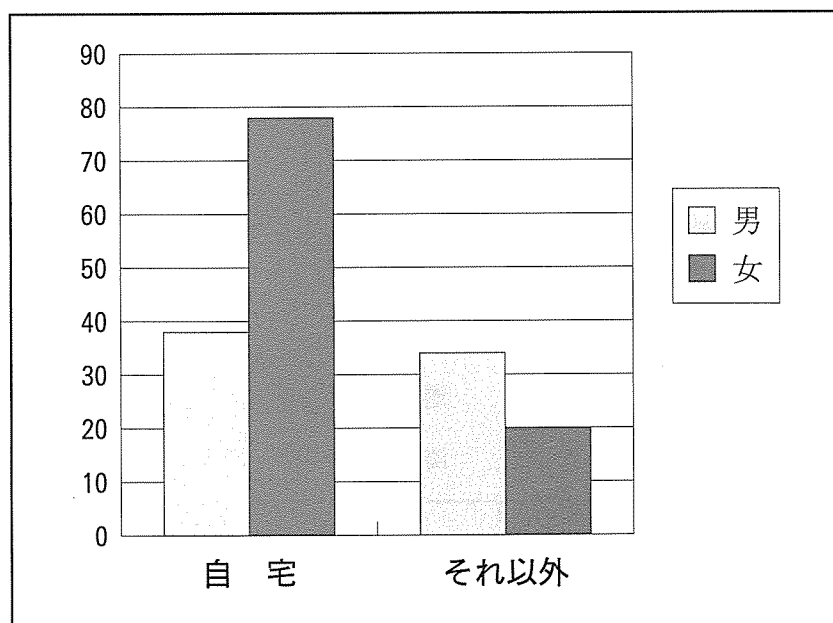
	男	女	計
統合失調症	43	41	84
気分障害	2	21	23
非定型精神病	0	5	5
人格障害	1	3	4
てんかん	3	0	3
精神遅滞	2	0	2
覚醒剤後遺症	2	0	2
パニック障害	1	1	2
その他	4	1	5

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

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と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を行っている。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ドを把握し、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らない。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。