

《論 文》

障害者自立支援法施行前後における 精神障害者ホームヘルプサービス定着の課題

妹 尾 和 美

（研究目的）

精神障害者の自立及び単身生活を支援する職員としての実践から、単身生活が比較的安定し、生活を送っていても、数年後に再発や生活に行き詰る当事者が少なくなく、これを支援してきた。こうした背景には、医療中断などの理由を除くと、再発しやすい病気と障害であること。また、当事者が日常のストレスや疲労感をセルフコントロールしていくことが苦手であることや、毎日身の回りの家事等を継続していくことの負担など、徐々に蓄積した疲労感に加えて突発的な出来事や孤独感などが影響している。

こうした当事者にホームヘルプサービスは大変有効な支援である。2002年より精神障害者ホームヘルプサービスは精神保健福祉法改正に伴い、制度化されたが、実施自治体・派遣件数の伸び悩みなどの課題がある。また、当事者で必要な人々全てに届くまでにはいたっていないのが現状である。その理由としては、精神障害者の障害特性や制度的な課題や周囲の関係者の支援のあり方が大きく影響しているという実態がある。

そこで、精神障害者ホームヘルプサービスについて障害者自立支援法施行前後の状況から自治体の対応を中心に論じ、今後のサービス定着化へ対する課題について論ずる。

研究方法としては、2005年東京都内で精神障害者ホームヘルプサービスを実施している46自治体対象にアンケート調査を行い利用申請担当

である自治体としての課題を考察した。

（仮説として）

当事者の立場としては、サービスを活用したいが、手続きや人が自宅へ来る負担などで、利用することへの抵抗感がある。また、実際活用した中で起こる負担から利用の中断、終了にいたるような場合がある。結果的に、比較的安定度が高い利用者が対象者となり、本来必要な対象者に届かないサービスになりうる危惧がある。

支援者の立場からでは、客観的には支援が必要だが、当事者に利用の動機がみられないために、根気強い働きかけが必要である。そして、制度開始から間もないため、利用プロセスやサービス提供についても、支援者は当事者が負担と感じないよう、支援の必要性を高く、イメージしていると考えられる。

自治体では、精神障害者の直接的な対応経験を重ねている時期であり、専門職の配置や相談・連携体制が十分とはいえないため、試行錯誤の途上である。特に精神障害者が単独での相談について配慮の必要性を高く感じていると考えられる。

その他、新たにヘルパー派遣事業所に対して、精神障害者ホームヘルプサービスの取り組みへの啓発。さらに人材育成として、ヘルパー養成・フォロー研修の実施と多岐にわたる業務を担わなければいけない負担があると思われる。

そして、上記3つの立場性からなる相互の関係性やシステムにおける隙間部分から様々な課題が生まれていると考えられる。

1 精神障害者の

生活における病気や障害の影響について

精神障害者の中で代表的疾患でもあり、ホームヘルプサービス利用対象者の多い統合失調症と気分障害の中でもうつ病について疾病や障害特性について述べる。

統合失調症は病的体験(幻覚・妄想)・行動・意欲・感じ方などに障害を生じる機能性の精神病で急性期には幻覚・妄想などの陽性症状が表れ、慢性期には思考・意欲減退、ひきこもりがちなど、人や社会との接点をもつことから遠ざかることが多い。また再発を繰り返しやすい病気でもあることが特徴として上げられる。治療には服薬など医療サービスに留まらず、生活リズムの維持や対人関係の広がりなどを福祉的サービスも継続して必要である。

生活困難につながりやすい行動特性としては昼田源四郎氏(1989年)「分裂病の行動特性」によると下記13項目があげられる。

1. 一時にたくさんの課題に直面すると混乱してしまう。
2. 受身的で注意や関心の幅が狭い。
3. 全体の把握が苦手で自分で段取りをつけれない。
4. 話や行動に接穂(つぎほ)がなく唐突である。
5. 曖昧な状況が苦手。
6. その場にふさわしい態度をとれない。
7. 融通がきかず、杓子定規。
8. 指示はそのつど、ひとつひとつ具体的に与えなければならない。
9. 形式にこだわる。
10. 状況の変化にもろい、特に不意打ちに弱

い。

11. 慣れるのに時間がかかる。
12. 容易にくつろがない、常に緊張している。
13. 冗談が通じにくい、堅く生真面目。

気分障害にはうつ病、そう病、双極性障害に区別される。うつ病では気分のおちこみ、悲観的となり、そう病は気分が高揚し睡眠時間が短くても活動を続ける状態、双極性障害はうつとそう状態が交互にみられる。うつ症状については服薬により改善が見られやすいが、一部自殺の危険などに注意を払う必要がある。また、うつ病を回復後も家族や仕事を失うなど以前の状況から大きな変化に再度悩み、疲れやすさ、不眠などの慢性的な症状に陥る場合もある。対応としては回復や仕事復帰などを焦らせる、励ましにより本人を追い詰める結果となるため、対応には配慮が必要である。

精神障害は病気と障害を併せ持つために、日常生活において不自由さや自信のなさを感じていることが多い。具体的には下記のとおりである。

1. 食事の内容やバランスを考えることや実際につくること。
2. 洗濯や掃除、片付け、ゴミの分別やゴミだし。
3. 清潔や身だしなみ(入浴など)季節や場面に応じた服装をする。
4. 金銭管理。
5. 生活リズムを維持すること。
6. 公共機関など利用。
7. 貴重品管理。
8. 障害年金や生活保護などの書類手続きや銀行などの諸手続き。
9. 交通機関の利用。
10. 友人や知人など交友関係を広げる。
11. 一人の過ごし方(趣味や余暇)の工夫。
12. 近所づきあい。

13. 初めての場所など一人で出かけること。
14. 家電製品など使い方や修繕などがある。
さらにコミュニケーションとしては下記の3点とおりである。

1. 初めての人と会うと緊張する。
2. 自分から相談することが苦手。
3. 困っていることを整理し、人に伝えることが苦手な点が上げられる。

以上の影響で、孤立しやすく、ストレスの増大や問題解決への取り組みが遅れる傾向がみられる。さらに、こうした状況が重なると、再発しやすい。

＊「全家連保健福祉研究所作業所等地域活動に参加する精神障害者全国本人調査1992年」参照

＊「八王子市精神障害者ホームヘルプサービスを実現する会アンケート調査2001」参照
また特徴として、家事や身の回りのことが苦手であっても、能力的に問題ではなく、不定期であれば取り組める場合もあり、そばで誰かの促しや助言があれば行える場合もある。他にも疲れやすさや、1日の中でも症状の波からできる時とできない時がある。そのため、病状から継続して一定の生活状況を保つことに対して大きく影響を受けている。

(ホームヘルプサービス導入の意義と効果)

精神保健福祉サービスの多くは本人が出向かなければ得られない。例えば、作業所や病院デイケアのように参加日数が決まっている場合や登録が必要である。病状が不安定である。定期的に外出が負担な当事者には、利用しにくい。これまで訪問による支援は行政機関によるものと、医療での訪問看護と、生活支援センターにおける限定的な訪問支援等を除けば自宅へ直接に日常生活の支援を行えるのはホームヘルプサービスである。

ホームヘルプサービスが導入されることで、食生活の安定や通院・服薬が安定する。睡眠不足など、体調や精神的不調を早めに気づき病状悪化を防げる。一方、当初ヘルパーに慣れるまでには時間が必要である。しかし、関係ができるにつれ、なかなか本人がこれまで言語化しにくかった本人のニーズを引き出しやすくなり、生活課題への取り組みのあらたなきっかけ作りにも効果が期待できる。さらに、病状や生活状況が安定することで日中の活動性が高まることも期待できる。

2 精神障害者

ホームヘルプサービスの現状について

2では、2-1で先行して実施されている高齢者・知的・身体障害者におけるホームヘルプサービス概況の違いを述べ、2-2で精神障害者ホームヘルプサービスの制度確立の経緯と現状について述べる。

2-1 高齢者・知的・身体障害者のホームヘルプサービスの現状について

高齢者・知的・身体障害者のホームヘルプサービスの概況について下記に述べる。

高齢者においては2000年に介護保険制度が導入となり、介護認定後ケアマネージャーが個別に支援計画をたて、訪問介護（ホームヘルプサービス）の派遣サービス内容や派遣回数を決定し、実施事業所に契約依頼することとなった。主に食事・排泄・清拭・着替え、など介護が中心となっており、介護度の低い方には家事援助などが提供されている。精神障害者のホームヘルプサービスとはと異なり24時間体制の夜間訪問介護や巡回型方介護などが実施されている。対象者の生活力が現状維持を中心とした自立が目標であることや、ケアマネージャーによる支援目的や支援内容のコーディネートが終了して

図2-1 制度別によるホームヘルプサービス概況 2005年時

	介護保険制度	支援費制度	精神障害者
対象	高齢者	知的・身体障害者	精神障害者
申請窓口	市町村・在宅支援センター・介護指定事業所等	市町村	市町村
利用条件	65歳以上・特定疾病対象者	知的・身体障害者手帳	精神障害者福祉手帳及び障害年金受給者
サービス内容	家事援助・身体介護	家事援助・身体介護 移動介護・日常生活支援	家事援助・身体介護等
利用決定システム	介護認定後ケアマネージャーによりケアプランが作成され、事業所と契約	市町村申請し、障害区分と支給量を決定	市町村申請後サービス内容・回数・時間を決定
事業所認可	都道府県	都道府県	市町村
事業所契約	当事者と介護指定事業所	当事者と派遣事業所	市町村が決定
費用負担	1割負担	所得による	所得による
ヘルパー条件	ヘルパー1～3級により介護可能内容が異なる。 介護福祉士	ヘルパー1～3級 介護福祉士	ヘルパー2級と精神障害者ホームヘルパー養成講座終了
備考	24時間・巡回型派遣	移動介護・乗降介護・行動援護について経験や別途講習が必要	

いる。そのためヘルパーは整理された状況で派遣されている。費用負担については介護度により異なるが1割負担が原則となっている。

課題点として、ヘルパーに対して、時間や効率、介護保険適正化ということもあり、本人観察と必要な介護を時間内に手際よくこなしていくことが求められる傾向が強い。その結果、本人とコミュニケーションを丁寧にとる余裕がとりにくい。また家族の介護希望によるものと本人の希望との違いの調整はケアマネージャーの調整力が問われることが多い。

支援費については、これまでの障害者手帳の等級によるサービスと比べ飛躍的にサービス利用が増大した。この点はニーズの掘り起こしということでは評価できる。ただし、高齢者のようにケアマネージャーが不在で、障害認定区分・支給量決定など基準は自治体の判断がとわれることや、自治体ごとのサービス内容にも格差が生じている点がある。高齢者と異なり、ライフステージの変化や本人の生活課題や環境により、支援内容等が変化していくことなどの対

応が求められる。

身体障害者についてはこれまで介護人派遣として当事者が自らは相手を選び、自分が生活しやすいように関係性の積み重ねを活かした形でおこなってきたが、支援費制度導入により、関係のある支援者ということからサービス利用に切り替えざるを得ない状況が生まれた。

精神障害者との相違点としては介護保険・支援費ともに居宅事業である認知症グループホームや知的グループホームについてもホームヘルパー導入が可能であるが、精神障害者グループホームについては利用ができないこととなっている。

また精神障害者についてはサービスの支給限度についての提示がない。しかし、自治体により派遣回数や時間について上限設定がなされる場合もある。

2-2 精神障害者ホームヘルプサービスの現状について

(制度確立の経緯)

2002年12月社会保障審議会障害者部会精神障害分科会報告書では、社会的入院72,000人を今後10年計画で退院促進を図る計画が示された。その後、新障害者基本計画、障害者プランが決定し、2007年までの精神障害分野の数値目標としては、ホームヘルパー（人）は1,530から3,300（+1,800）とされた。

1999年精神保健福祉法改正に伴い、2002年市町村による居宅生活支援事業が実施となる。内容は居宅生活介護事業（以下ホームヘルプサービスと表記）短期入所事業（ショートステイサービス）地域生活援助事業（グループホーム）の3つの事業である。

精神障害者ホームヘルプサービスの本格実施までの経緯としては、1999年より各都道府県・指定都市が実施主体として試行的事業が行われた。1999年24都道府県指定都市（各都道府県は1市町村でモデル試行）ほか東京都と仙台市は単独の試行事業を実施。2000年は52都道府県・指定都市と増え、未実施は県5件、指定都市2市であった。

2001年ホームヘルプサービス評価検討委員会など試行事業概要については、下記のとおりである。

(2001年3月日本PSW協会主催精神障害者介護等支援専門員養成研修会「精神障害者ホームヘルプサービスの体制整備」大野和夫氏 資料参照)

(対象者)

精神保健福祉手帳所持者・障害年金受給者・通院医療費公費負担対象者
(ホームヘルパーの業務内容)

- ①食事に関すること
 - ②生活空間の清潔に関すること
 - ③身体面の清潔に関すること
 - ④経済面に関すること(金銭管理は行わず、家計簿代行、買い物など)
 - ⑤健康管理に関すること(通院)(服薬は状況把握で服薬管理ではない)
 - ⑥コミュニケーションに関すること
 - ⑦危機的状況等の対応に関すること(緊急時の対応方法を指導、代行)
 - ⑧社会生活を送る上での手続きなど
 - ⑨生活の質を高めるための活動、役割遂行等に関すること
- *医療的なケア(療養上の世話)および健康に関すること、社会復帰施設への希望や就労への相談は非該当。

(利用手続きについて)

- ①市町村による対象者への十分な説明と、意思の確認
 - ②当該精神障害者および世帯の生計中心者による市町村長への利用申し込み
 - ③市町村長は利用申し込みがあった場合、すみやかに状況把握を行いホームヘルパーは件の可否を決定する
 - ④市町村長は当該精神障害者の状況およびその置かれている環境を十分に勘案して、対象者に対するホームヘルパーの派遣回数・時間数および提供されるサービス内容を決定する。
 - ⑤市町村長は利用申込者に対し、ホームヘルパーの利用の応諾をする
 - ⑥市町村長と利用者による利用契約
- *ホームヘルプのニーズ把握のため精神障害者ケアマネジメントシステム方法論が導入される。

試行事業の実施結果については下記のとおりである。

- ・派遣回数は週1から2回が全体の8割
- ・派遣時間については1回1時間から3時間とする場合が9割
- ・サービス内容としては、①家事援助②身辺整理③心配事の相談、関係作りの援助などの順で実施率が高い。
- ・本人の生活能力や状態、サービス内容に応じて時間や回数の調整が必要。また訪問時の調子に合わせることも必要。
- ・対象者の自立を促すには、代行的支援よりも、促しや見守り支援が効果的、しかし支援に時間をようするので、体制整備が必要。
- ・外出等の支援など社会的活動の支援も含める必要がある。
- ・対象者が基本的な社会生活習慣を身につけ自立するためには週2回程度の派遣が適当。

ヘルパーの必要量を1万人程度と見込み、資格要件としては2級以上とし、一定の研修を行うこと、さらにサポート体制の充実やガイドラインの作成必要性があげられた。

サービス費用については家事1,480円・身体介護3,420円であるが、今後事業所の参画と質の影響があるため検討が必要である。

今後の課題としては、各自治体に精神障害者への相談体制がない、また弱い現実とその支援体制が未整備である。また委託先としての生活支援センターなどの整備の遅れやホームヘルパーの確保の困難が予想される。

その後、2002年自治体へ精神担当者が置かれることとなったが、通院医療費公費負担制度申請や福祉サービスなど利用斡旋業務など主たる業務の実施に追われたこと。事業所に対してのヘルパー養成など準備期間などの必要性もあること。保健所・精神保健福祉センター等との連携やバックアップ体制整備。実際にホームヘルプサービスにどのように取り組んでいけばよい

のかを躊躇しているところが多かったことが下記のように表れている。

(平成15年度精神障害者社会復帰促進調査研究等事業「社会復帰関連施策の有効性に関する研究」社会福祉法人全国精神障害者社会復帰施設協会 参照)

上記調査によれば、制度施行1年半であるが、実施要綱未作成2割、派遣実施は5割と遅れた実態である。理由として「ニーズがない」「派遣事業所の不足」「バックアップ体制がない」などである。精神障害者社会復帰促進センターの2003年3月末、全国都道府県と政令指定都市の精神保健福祉主管課対象の実施調査によると、2003年度開始見込みを含めても、77.6%で2割以上は予定もない自治体が存在している。次に、定期的な支援の見直しがされていないなどケアマネジメント体制が十分でない。どこまでが支援かその内容も自立概念により影響をうける。また、ニーズの掘り起こしのための周知不足があげられる。

ついで実施の遅れに影響を及ぼした点としては、ホームヘルプサービスにおけるニーズ把握等のためのケアマネジメントについて本格的な研修や実施が自治体や生活支援センター等の相談機能を持つ機関へ遅れたことである。加えて、ケアマネジメントは手法として残ったが介護保険のケアプラン作成などのように報酬化されなかった。よって、ホームヘルプサービス利用希望者のニーズ把握に、ケアマネジメント手法が義務化されなかった。そのため各自治体の判断基準がつくられ、自治体ごとの利用条件やサービス提供に格差ができることにつながった。

(国の精神障害者居宅介護等事業運営要綱から)
事業概略について下記に述べる。

(目的) 精神障害者が居宅において日常生活

を営むことができるよう、食事及び身体
の清潔の保持等の介助その他の日常生活
を営むのに必要な便宜を供与すること
により、精神障害者の自立と社会復帰を
促進し、もって精神障害者の福祉の増進を
図ること。

(実施主体) 市町村で一定の要件を充たす団
体への委託が可能

(利用対象) 精神障害者福祉手帳取得及び障
害年金受給者

(サービス内容)

家事援助 (調理・生活必需品の買い物・
衣類の洗濯・補修・住居など
の掃除、整理整頓、その他必
要な家事)

身体介護 (身体の清潔の保持等の援助、
通院・交通や公共機関の利用
など援助、その他必要な身体
の介護)

相談及び助言に関すること (生活、身上、
介護に関する相談、助言)

(利用決定) 市町村判断

(ヘルパー条件) ヘルパー講習を終了か市が
同等と認めるもの、採用時の研修と年1
回以上の研修

制度の運用についてであるが、現在はヘルパ
ー2級取得の上に精神障害者ホームヘルパー養
成講座を終了していることが求められ、国は9
時間の研修内容を規定している。

(制度運用における課題について)

①知的障害者のグループホームにはヘルパー
派遣は認められているが、精神障害者には
認められていない。そのため、グループホ
ームにおいて必要性がある場合利用ができ
ない。また、グループホームから単身生活
に移行を希望する希望者等に、退居を控え

ヘルパーとの関係作りやサービスの定着を
目的として、移行準備期間に限定するなど
の配慮を行い、単身生活へのスムーズな移
行支援がとりにくい。

②社会的入院含め長期入院経験者が退院準備
や、再入院中に退院に向けて外泊などの場
合にヘルパーの利用ができない。

③社会的入院者や病状が不安定な対象者に对
しては、安定した生活をするため、日常生
活の質を上げるため、ホームヘルプサービ
ス期待されている。しかし、自立概念の捉
え方次第で対象者のニーズと提供されるサ
ービスとのミスマッチがあり、サービスの
終了や中断などサービスが当事者に定着し
にくい面も出てきている。

④自治体のマンパワー及び予算不足もあり、
派遣時間や内容に上限設定などが作られる
所も生まれた。

⑤原則65歳以上は介護保険制度が優先される
ため、慣れた頃にサービスの変更や利用者
の経済状況によるが、費用負担が発生する
場合がある。

つまり、必要性や効果は試行事業含め明らか
となったが実施にあたり、多くの課題を抱えた
ままの本格実施に至ったといえる。

3 東京都における

精神障害者ホームヘルプサービスについて

3-1 東京都精神障害者

ホームヘルプサービスの制度概要について

東京都における精神障害者ホームヘルプサー
ビスは1997年から都単独試行事業として1自治
体が34世帯から開始。全国的な試行事業開始の
1999年には合計3自治体となり、2002年から本
格実施には31自治体となった。その後、徐々に
増加し、2005年3月末で46自治体である。

制度要綱に記載されている、派遣対象者や利用条件などについては概ね国基準差異はない。一部都内自治体によっては派遣単価に一部加算を実施しているところもある。

ヘルパーの養成研修については、ヘルパー2級取得者を対象とし、国・都いずれも予算措置はなく、実施時間とカリキュラム内容の指針が出されている。研修時間としては、国基準では9時間であるが、東京都では18時間と国の基準の2倍の研修を位置づけ、ヘルパー研修に力点をおいている点が特徴として挙げられる。研修実施主体は、都、市町村、市町村から委託を受けた団体や団体独自によるものなど様々である。例として障害者団体、精神保健関連団体主催や介護指定事業所、社会福祉協議会などが挙げられる。約6割が自治体及び委託で実施している。（「精神障害者福祉に関する区市町村アンケート報告書」H16年実施参照）なお、自治体主催や自治体委託による研修実施については、市町村による予算措置がとられる場合もある。特徴としては研修実施主体により、研修時間の増加や一部実習をと取りいれている場合などがある。実習による効果としては、これまで精神障害者に接した事のないヘルパーに対して、講義だけではなく、実際に接することで、より精神障害者への理解が深まる。また、実習先で日中の活動先の資源を知ることなどにより、精神障害者を取り巻くサービスや関係機関職員との連携の意義などを学習できる。

その他ピアヘルパーの養成なども開始されており、こうした事業への予算措置の増額などは課題である。

利用者負担については、国基準は利用者世帯の税額を7段階に区分し、都では利用者世帯の所得を7段階に区分し、最低では0円最高で1時間あたり950円である。

派遣単価については家事援助中心業務・身体

介護中心業務・移動支援中心業務身体介護有・移動支援中心業務身体介護なしの4つの分類である。この分類に加え、派遣時間の時間内と時間外で分類され、それぞれ30分ごとに委託単価が設定されている。例として家事援助通常時間内1時間は1,530円、身体介護通常時間内1時間4,020円である。

利用派遣決定システム、サービス内容や派遣回数や時間については自治体が判断するため各自治体で様々な方法がとられている。概ね3種類の方法で利用システム傾向があるといえる。

①23区は保健福祉センターなど地区ごとで保健師を窓口として調整。②自治体窓口で直接対応。③生活支援センターや社会福祉協議会への委託。

3-2 東京都精神障害者

ホームヘルプサービスの現状について

都内46自治体（2005年3月末現在）が精神障害者ホームヘルプサービスを実施している。実施状況の概況（2004年度実施資料東京都福祉局資料参照）としては、派遣件数は都内合計で1,388世帯（区部派遣世帯750世帯、市部626世帯、町村部は12世帯）で、最低派遣世帯数が2世帯で最大121世帯である。都全体として、派遣内容は圧倒的に家事援助が多く77,054時間（平均55.5時間）、身体介護は27,824時間（平均20時間）である。そして、ヘルパー派遣事業所については自治体単位での指定のため、都として派遣事業所の全数は把握していない。

次に46自治体対象にアンケート調査実施について述べる。

（調査概況について）

実施対象は精神障害者ホームヘルプサービスを実施している46自治体の担当者及び委託先へ郵送によるアンケート調査を2005年8月から11

月に実施した。回答については担当者及び担当部署による合議での記載とした。尚、区部については1自治体でも地区別により複数の保健福祉センターによる対応があるため、地区ごとの送付とした。アンケート内容としては、各窓口で申請プロセスや実施状況の基本情報。そして、5件法により、精神障害者が単独で窓口へ相談や申請などの対応に配慮の必要性を感じる頻度を尋ねた。

回答状況としては、46自治体で25自治体の返信と1自治体で複数の返信が1ヶ所で回収率54%あった。よってアンケート総数は26として集計している。

次にアンケート調査結果について述べる。

(1)各担当窓口の職員配置について

概ね事務・専門職（保健師・精神保健福祉士）で構成されており、他に介護系（ヘルパー等）や医師が含まれていた。配置人数の平均としては総数としては10.4人事務2.6人保健師2.6人程度となった。

自治体では地区担当保健師から利用希望の事例を派遣決定会議にかけられる場合もあるため1自治体の平均人数がやや高い数字になっている。事務担当者以外に、専門職の配置がほぼ全体的にされている。

(2)都要綱基準以外に独自の基準など有無について

有が18ヶ所、無が15ヶ所で、半数以上がなんらか独自の基準は設けられている。自由記載欄からは都基準に準じて各自治体での要綱を作成し、派遣対象条件の具体的表現、申請手続き、派遣回数・時間に関して上限などが示されている。

都要綱基準に準じながら各地域性を考慮した工夫がされている。

(3)初回相談対応職種について

事務職のみの対応が1ヶ所、事務と専門職（保健師・精神保健福祉士・介護職等）は3ヶ所、専門職のみ対応が20ヶ所となっている。

全体的に専門職の対応が取れる体制作りが工夫されている場合が多い。

(4)派遣決定方法について

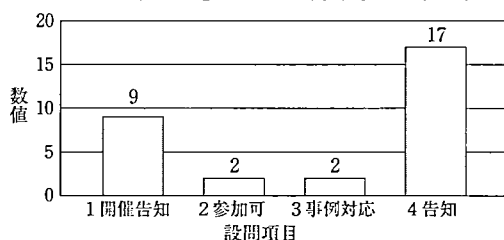
担当部署による合議13ヶ所、担当部署と事例関係者によるカンファレンスは7ヶ所となっている。備考欄の自由記載からは、担当部署な内部の他職種による会議や外部から関係機関協力によるものなどがある。

各自治体により決定の方法に違いがあることが明確である。

(5)派遣決定会議開催にあたり、当事者へ告知や参加状況について

会議の開催告知が9ヶ所、本人希望により参加可能が2ヶ所、担当部署の判断で参加を当事者に参加を依頼する場合は2ヶ所、原則参加しないが17ヶ所であった。

図3-1 派遣決定における当事者参加・告知状況

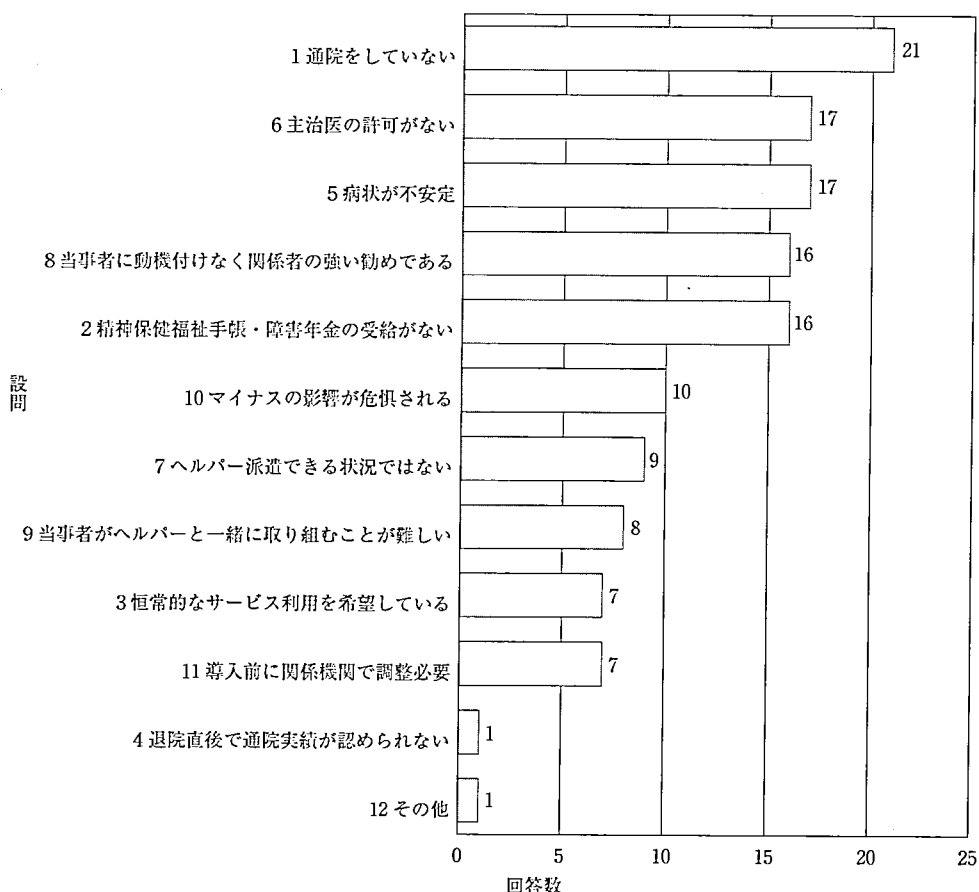


当事者に派遣決定会議の告知や参加については圧倒的に参加をしない場合が多い傾向が強い。

(6)サービス利用開始の非該当基準について（複数回答）

非該当基準については都要綱に準じた内容で複数回答の設問の結果が図3-2とな

図3-2 派遣非該当基準



る。特にヘルパー派遣のできない状況について自由記載からは伝染性の病気や病状悪化のため入院治療が必要である場合、派遣開始前にゴミ処理など事前の支援が必要な場合、介護保険や支援費など他制度活用が妥当な場合などであった。

(7)利用申請から派遣開始までの期間について

1ヶ月未満が14ヶ所、1ヶ月以上3ヶ月未満が9ヶ所であった。

比較的短期間で派遣実施できるように体制作りを工夫している。

(8)自治体独自のアセスメント書式の有無について

有が12ヶ所、無7ヶ所であった。

一部自治体からアセスメント書式などもアンケート返信に同封もあったが、基本情報の書式や一部はケアマネジメント意識したアセスメント書式を作成など工夫もみられた。

(9)サービス時間や内容上限の有無について

有が12ヶ所、無が14ヶ所とほぼ半数で分かれた結果となった。

有の場合の派遣回数上限については最小頻度2週間に1度から最大頻度週4回まで、時間については最短2時間から最高8時間となっている。

上限設定の理由としてはヘルパーの不足が4ヶ所、予算抑制が5ヶ所、担当部署体制によるものが2ヶ所となっている。

当事者のニーズではなく、自治体により専門職配置やヘルパーの不足や予算などの影響から利用の上限管理が行われている場合が多いことがいえる。

(10) サービスの定期的な見直しの有無と見直し期間有りの場合はその期間について

有が17ヶ所、無が5ヶ所。見直し期間については2ヶ月、3ヶ月、6ヶ月、1年と事例に応じてなど様々であったが、全体では3ヶ月から6ヶ月及び6ヶ月が11ヶ所と最も多かった。

多くの自治体でサービス内容・派遣回数・時間含め利用者への再アセスメント的な見直しが行われているため、ニーズの変更に応じた支援をする意図が表れている。

(11) 苦情傾向について（複数回答）図3-3参照

ヘルパーとの関係性が14（58%）、ヘルパーの支援内容への不満が6（25%）、ヘルパーの早期派遣依頼4（17%）でその他派遣内容や派遣時間などとなっている。利用手続きの煩雑さに対しては0であった。

精神障害の障害特性でもある対人関係が苦手な部分が象徴的に現れている。一方利用手

続きについて苦情がないことは意外な結果であった。これは直接区市町村へ対峙する苦情になることへの遠慮や、当事者ではなく周囲の関係者などが支援していることで苦情までに至らない場合もあると思われる。

(12) サービス終了の基準について（複数回答）

図3-4参照

その他の項目からは当事者の死亡や転居と介護保険への移行が含まれている。

この結果からは、終了には病状悪化や入院という在宅生活が困難な場合と当事者からの終了希望と関係者の判断と概ね3つに分けることができる。特筆すべき点は当事者から終了が最も多いことである。これは目的が達成されて終了するという前向きな終了という側面と、なんらかの不具合を感じて終了する場合が含まれていると思われる。否定的な終了としては前記の苦情傾向などとも関連するのではないだろうか。

(13) 自立概念について（複数回答）

ホームヘルプサービス事業の根幹である自立概念の捉えについて図3-5のとおりである。

この結果からは、④生活の質の向上や活動性の広がり、⑥病状安定などの生活の安定性重視の傾向がある。さらに、③苦手なことができるようになる、①自分でも取り組もうとするなどリハビリ的な要素も高く回答されている傾向がある。

(14) 事業の広報周知の現状

データ結果は図3-6のとおりである。

事業開始時に周知をしている場合が多くその後定期的な周知は5ヶ所（12%）と低いためニーズの掘り起こしが遅れることにつなが

図3-3 苦情傾向

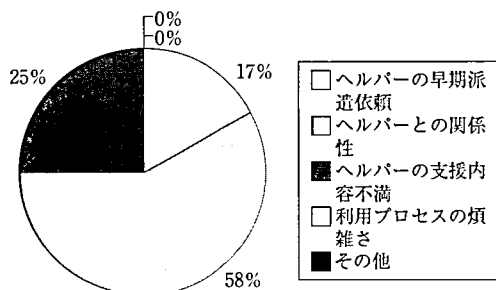


図3-4 終了基準

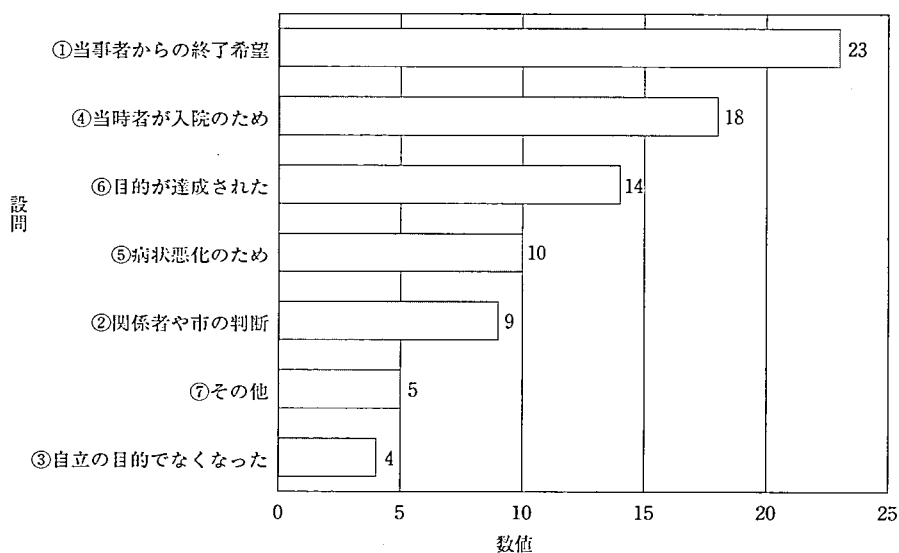
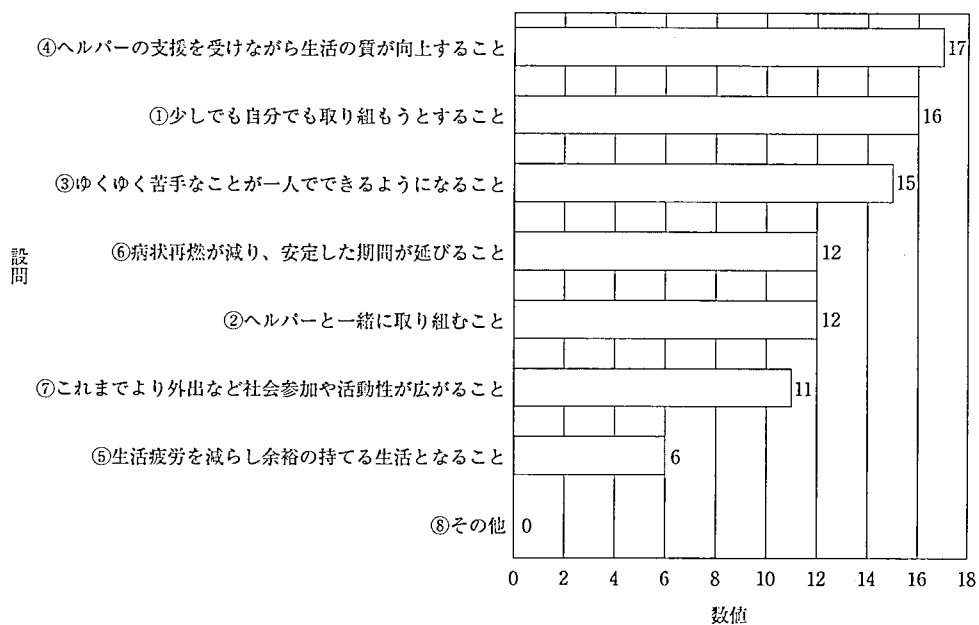
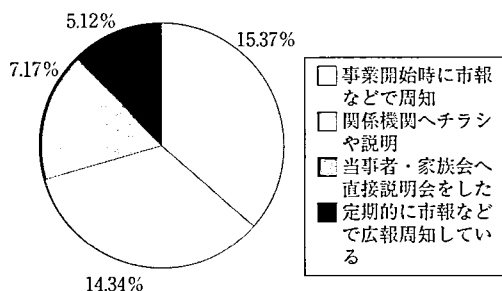


図3-5 自立概念



ると予想される。また、自治体によっては相談体制の厳しさもあるため、若干抑制されている面も考えられる。

図3-6 広報周知



(15)申請窓口へ当事者のみで申請の相談にきた場合の対応について（上位3つ選択回答）

回答結果は図3-7とおりであるが、その他の内容としては地区担当保健師等の紹介や、当事者の希望する支援と客観的判断との中で相談をしながら進める等の回答があった。

全体的に窓口対応を主として、当事者に継続して支援している、他関係機関とも連携を

する傾向が明らかとなった。

(16)当事者のみの電話相談や来所相談の対応

いずれも傾聴や継続した支援者がいない場合は保健師等紹介など行っている。

(17)当事者のみが申請手続き行う場合、特に配慮する必要性を感じる頻度について

5件法（5：非常に感じる 4：たびたび感じる 3：わからない 2：あまり感じない 1：全く感じない）により20問の回答を求めた。

図3-8：5件法による回答を点数化し、平均値を棒グラフとした。

平均値の最低2.65最大3.69となっており、配慮の必要性を感じる頻度はやや高いといえる。

特に利用条件や手続きなど当事者に理解を求める内容のものは数値が高いことが特徴である。次にサービス内容・派遣回数・終了といった内容の調整に関する数値が高い。この

図3-7 当事者のみが窓口へ来た場合の対応

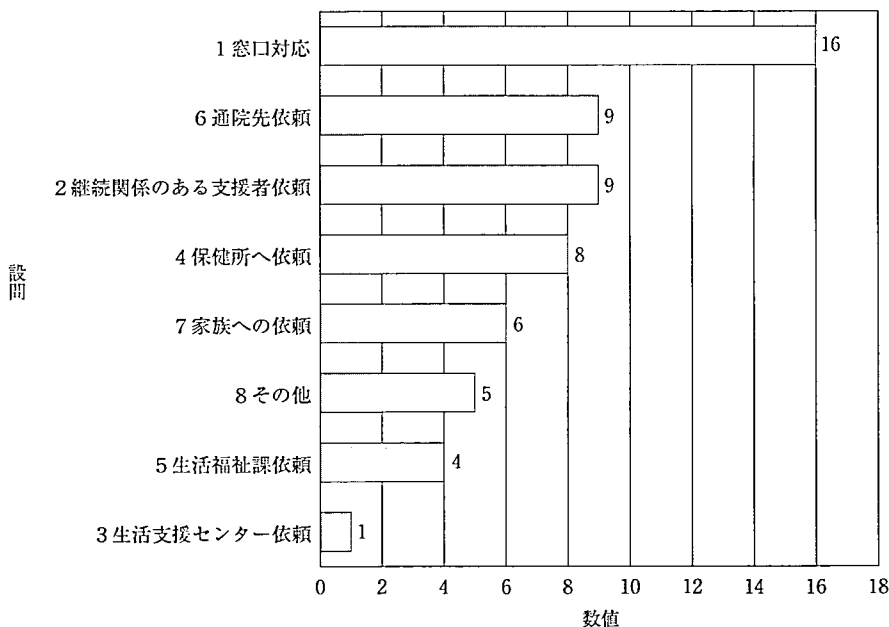
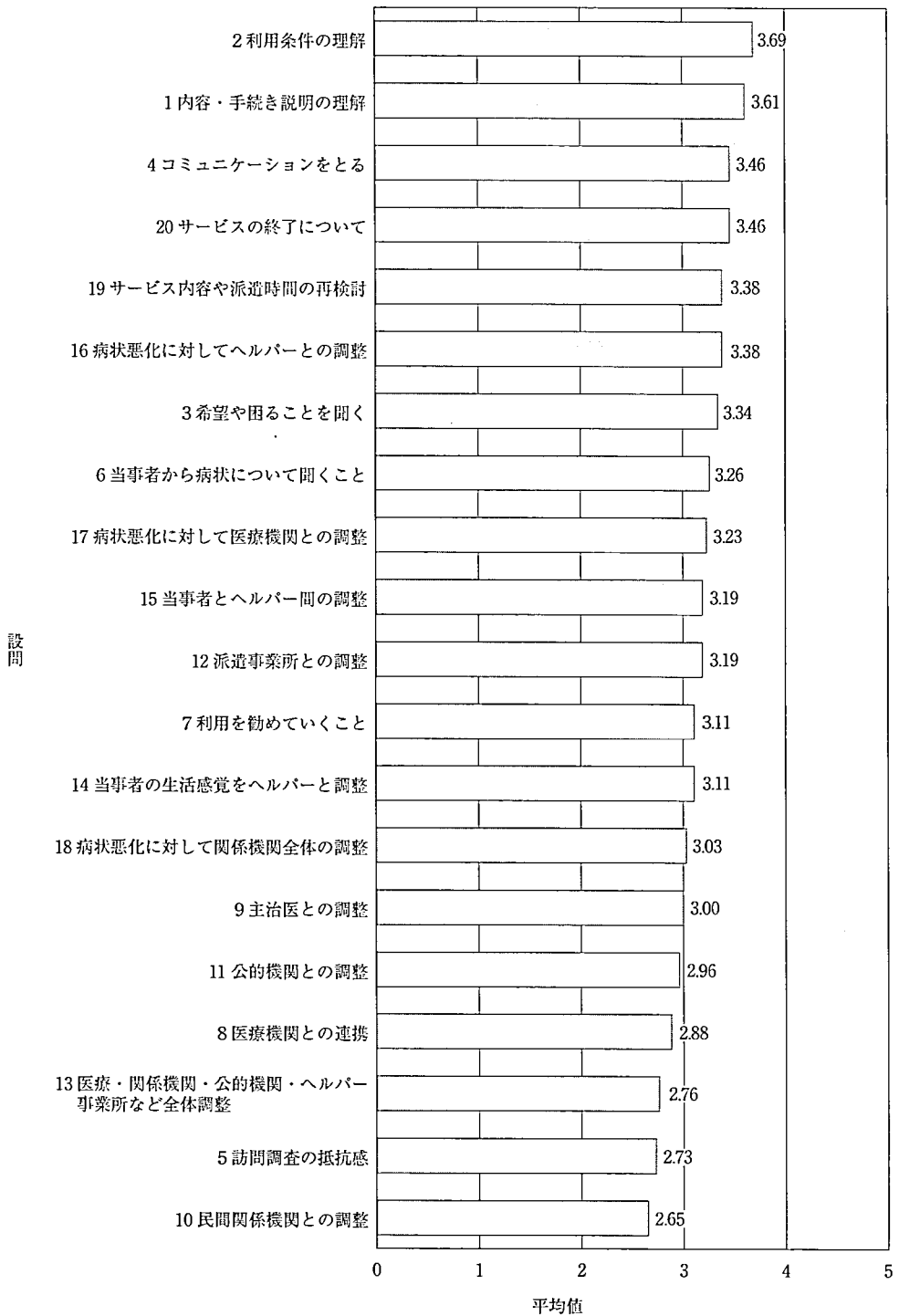


図3-8 自治体窓口対応



点は、調整力や苦情対応などを直接行っていることが影響していると考えられる。またコ

ミュニケーションのとり方にも高い数値となっており、当事者の障害特性の影響もあり、

窓口対応として非常に配慮していることが明らかとなった。次に他関係機関との調整が職種や機関先により異なる結果が出されている。意外に訪問調査などの抵抗について数値が低いことは、訪問を専門職が担うからだと考えられる。

(18)担当窓口以外に支援者の必要性について

非常に必要から必要までを含めると19ヶ所、その他不明は6ヶ所となり必要性の高さが明らかである。

(19)担当窓口以外に支援者が存在する事で得られる効果として（複数回答）

データ結果は図3-9参照する。

全体的にサービスが円滑に行われる効果が期待できることが明らかである。

(20)ホームヘルプサービスの課題について（複数回答） 回答結果 図3-10参照

数値が最も高いのは養成研修を終了したへ

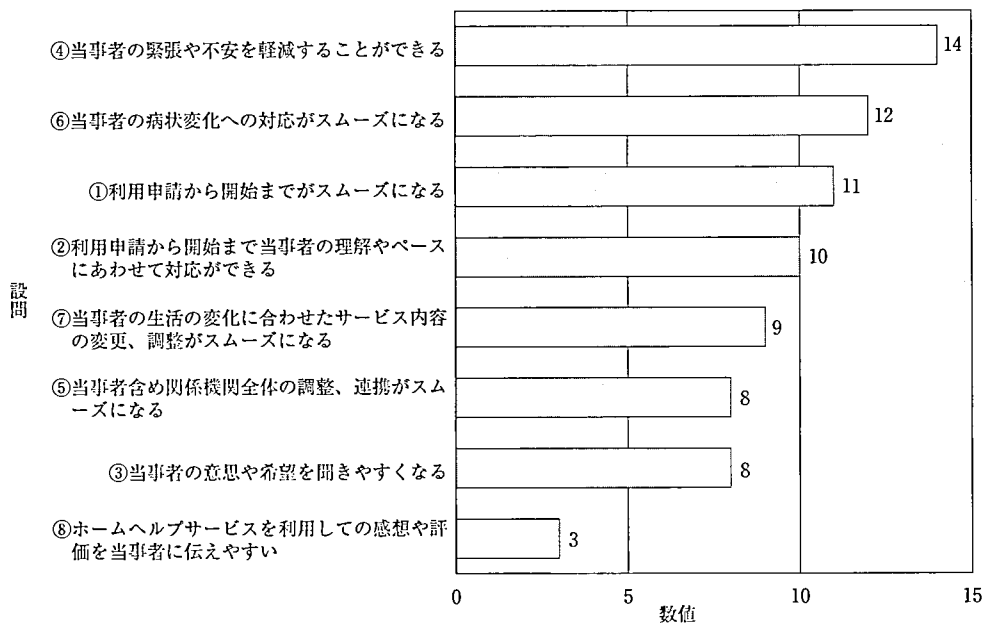
ルパーが不足していること、次に障害区分が明確でないこと、ニーズ把握に困難さと続く。

その他として自由記載からは、入退院を繰り返す方の場合、事業所側としての採算性やヘルパーの確保の難しさや、統合失調症以外の疾病の方への対応の困難さやヘルパーの依存など調整に苦慮する点などの意見があった。

東京都は精神障害者ホームヘルプサービス試行事業中、ヘルパー2級資格までを資格要件としていた。その後2002年本格実施から精神障害者の養成研修を必須としている。研修は様々開催されているが、ヘルパーは平日研修の参加が難しく、また研修費用も事業所からの補助がままならない事が多く、自己負担するケースが多いという厳しい状況があり、研修に参加にしにくい。研修希望があっても、参加しにくく、研修修了者の増加が鈍っている。

また、精神障害者の障害特性でもある病状の波や対人関係の影響もあり、ニーズの把握

図3-9 支援者の必要性



とサービスの調整に苦慮していることが明らかとなっている。

事業単価が安く、調整には配慮が必要で、派遣可能なヘルパーが少ないという厳しさがあるが、全体的に各自治体として利用システムなどを試行錯誤しながら独自に工夫している場合が多く、担当者が苦慮しながら対応している状況が明らかとなった。ただし、各自治体において派遣基準や派遣時間に格差があることはいえない。

ホームヘルプサービスの本格実施からまだ2年程度で、いずれの自治体も事例を重ねる時期であり、その中で、利用システムの課題が徐々に改善されていくと思われる。また、ヘルパーの養成とフォロー研修など人材育成にも引き続き力点を置く必要があるのではないか。

つまり、①人材育成②利用システムの向上
③関係機関の連携強化が課題といえる。

4 精神障害者

ホームヘルプサービスの定着に向けての課題

4-1 障害者自立支援法施行前後の課題

2006年4月1日より障害者自立支援法がスタートし、10月より本施行された。その先駆けは、ショートステイ・グループホーム・ホームヘルプサービスの3事業である。これまで支援費制度であった知的、身体については現状制度の変更という部分も多い。しかし、精神障害者ホームヘルプサービスは、全く新たな制度になるというほど影響が大きい。

図3-10 ホームヘルプサービスの課題

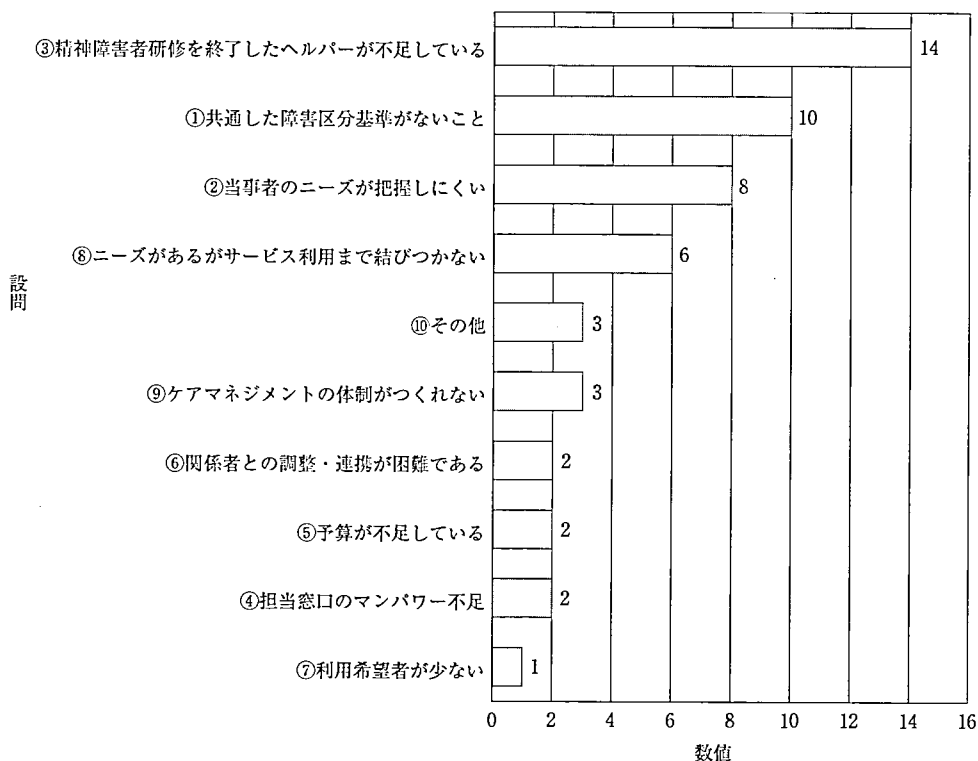


図4-1 精神障害者ホームヘルプサービスの現行と新制度対比表

	自立支援法以前	障害者自立支援法
申請窓口	市町村	市町村
決定システム	市町村訪問調査・アセスメントにより派遣内容・時間・回数を決定	市町村障害区分決定サービス支給量の決定(受給者証発行)
事業所決定	市町村	当事者と事業者の契約
事業所認可	市町村	都道府県(指定事業所)
費用負担	応能負担	1割負担→2009年応能負担検討
その他		サービスの上限管理をサービス管理責任者が行う
備考	2009年資産用件緩和の継続・障害区分の見直し	

(自治体の立場から－制度・利用システムについて－)

①施行前の課題：

大きくは①人材育成②利用システム向上③関係機関の連携の3点である。

具体的に、利用申請については、当事者単独では負担が大きく、何らかの支援者が必要であり自治体アンケートからも自治体窓口対応以外にも他機関や保健所など支援者をつなげる必要性が明確化している。

利用の決定システムについては自治体単位であるため、アセスメント方法や利用対象基準・支援時間については自治体により基準が異なっている。この点については自治体も標準化した障害程度の判断やアセスメント方法などの課題が挙げられている。

②施行後の課題：

利用申請については自立支援法そのものの仕組みが複雑でわかりにくく、周知不足でスタートしている。利用申請がさらに複雑化した上、支援者が不在の場合、窓口の自治体の対応力が問われることとなる。具体的には当事者が望む支援がホームヘルプサービスで充足されるものなのか、他のサービスなのかに

ついてケアマネジメントする役割が不明確となった。また、これまでは市町村がサービス提供事業所を決定していたが、本施行後は利用者が事業者を決定することになった。十分情報のない当事者が事業者を決定せざるをえない不利が生じている。

費用負担については、以前は所得に応じての費用負担であったため、生活保護受給者や障害年金受給者など非課税世帯は結果的に自己負担がなかった。施行後は原則1割負担であるが、個人の所得や資産状況によっては減額等の措置がある。実際には費用を負担がない利用対象者でも、「1割負担」という原則の説明から、支払い義務を感じ、利用に歯止めがかかる危惧がある。

当事者単独で減免や所得に関する必要書類を整えることは負担が大きく、さらに所得状況を申告することそのものへの抵抗感も大きい。

世帯分離をしていない場合は、世帯主の資産状況で1割負担の上限が確定されるため世帯への経済的負担を強いられる。さらに精神障害者の場合、通院治療の重要性は高く、自立支援医療含め総合的に世帯への自己負担金額が増えるにあたり、サービス利用などへの抵抗感が家族側にも影響を及ぼした。

障害区分の認定及びサービス提供時間については、統一された障害区分判定基準が設けられた。しかし、設問内容が精神障害者の病状の波や変化など障害特性を反映した設問が少ないため、実際よりも軽い判定が出る問題点がある。また、認定調査の実施方法として面識のない調査員からの質問に、日常生活で困っていることを表現できるだろうか。身近な支援者が同席するなどの配慮が必要である。

必要書類も医師の意見書だけでなく、日常生

活を支援している関係者の意見も得られる工夫が必要である。その理由は、病状は安定していても、生活で困っていることが多い当事者のニーズの反映が困難となり、必要なサービス提供時間の検討に大きな影響を及ぼすからである。

③2009年度の改正から：

2008年より世帯分離をしていない場合も、本人単独の所得を基準とする資産要件の緩和から自己負担金額の軽減が図られ、継続の予定。また1割負担から応能負担への変更も検討されている。現状の厳しい社会情勢を反映し、本質的な所得保障の問題が継続課題となっている。

障害区分については、精神障害者の障害特性が十分に反映された基準及び内容の検討が予定されている。

障害者自立支援法は3障害統合の法律であり、これまで他障害福祉サービスから遅れていた精神障害者のサービス量・質ともに引き上げられる機会となることが期待された。しかし、3障害統合ということはサービスの質・量・支援内容が全て同じであることではない。障害を問わず、充実した社会生活が営める機会があり、サービス利用の位置づけが平等となることである。サービス提供の質・量・内容についてそれぞれの障害特性など十分反映され、ニーズが充たす工夫は今後も課題といえる。

(利用者の立場から)

施行前後で、十分な周知が行われていないこと、一つ一つのサービスについての説明がなされても、総合的に世帯単位でニーズの充足や自己負担費用などの説明等が、きめ細かく行き届かない現状であった。それが、一部サービス利用抑制に繋がっていることは否めない。

施行前と変わらず、入院中の方やグループホームから単身へ移行する事例についても、ホーム在籍中は利用ができないため、環境の変化に脆い精神障害者が円滑に新しい環境に馴染む支援が不足している。またグループホーム利用中では通院同行など一部の支援しか利用できないこと、ケアホームにおいては、利用者の区分によるヘルパー導入では十分とはいえない。こうした他サービスとの併用に関しては、より利用者の生活の質が向上する支援のあり方が求められる。

障害区分認定は導入されたが、入院中や家族同居の場合、さまざまな日常生活支援を関係者・家族が行っていた方の障害程度が現状の設問では十分に顕在化はされない。

具体的サービス提供においては、当事者がサービス利用中ヘルパーの交替や支援内容の変更希望など、直接ヘルパーや事業所へ自ら連絡調整することは困難であり、サービス管理責任者の役割は設定されたが、十分に機能するまでにいたっているのかは課題である。

ヘルパーが精神障害者への理解が不十分なために、以下のようなことが起こり利用者から利用の中断や終了に繋がる場合がある。例えば、①一緒に家事をやることを指示的に支援する②当事者自身で取り組めることも、必要以上に過剰に支援する。③高齢者とことなり、反応が具体的に返ってくることや、コミュニケーションがとりやすい対象者に対して、当事者の内面に踏み込みすぎ、当事者に不快な思いをさせる。④若い世代の対象者などの場合、当事者の年齢にそった生活イメージの支援とならないなどである。

上記のような事態にならないためにも、施行後、ヘルパー派遣要件からはずされた研修やフォローアップの重要性があげられる。特に精神障害者の心理的距離感や当事者の本来の力を引

き出すことを常に意識して支援が行えるヘルパーが求められている。利用者からすれば、ホームヘルプサービスは利用したいが、自分求めた支援が得られないという課題がある。

(ヘルパーの派遣事業所)

①施行前の課題；

多くの事業者は介護保険事業所であり、一部障害部分を担当している場合が多い。

高齢者と異なり、幅広い年齢層や、当事者と一緒に取り組むということ、どのように具現化して支援していくかについて、支援の質の向上は課題である。

②施行後の課題

施行前はヘルパーの資格要件が2級以上でかつ精神障害者ホームヘルプサービス養成講座受講であった。施行後、養成講座の要件がはずされたことにより、自治体も養成講座など研修に関する予算化が困難となった。さらに、これまでは困った事例など自治体も積極的に相談応じる状況であった。しかし、施行後は当事者と事業所の契約関係重視から、自治体から事業所へのフォロー体制がやや後退する状況も生まれている。

施行前は最大1回の派遣時間が2時間であったが、施行後1.5時間が上限となり、掃除・料理を1回で行うには時間的に厳しくなり、ヘルパー側からは当事者からの希望を充たしきれない矛盾が生まれてきている。

事業報酬については施行前よりわずかに金額が上昇し、家事援助（日中）1時間1,590円身体介護（日中）1時間4,240円であるが、十分な金額とはいえない。

病状の波などの対応へ配慮をもとめられること、突然のキャンセルなどの不特定要素の高い精神障害者ホームヘルプサービスは、不採算事業になりやすい危惧が高まっており、

一部撤退する事業所なども現れている。事業報酬における上限管理の業務的負担も増えており、こうした状況に見合った事業報酬基準の見直しが必要といえる。

③2009年改正の課題：

福祉職の人材不足については一部話題となっているが、残念ながら養成講座など研修関係などについて具体的な提案は言及されていない。

自立支援法事業全体として事業報酬が5.1%増加の予定であるが、十分とはいえない。これは同時に1割負担の場合自己負担を増額することに繋がる。

ホームヘルプサービス利用開始前の申請手続きへの支援やサービス導入前のケアマネジメントの実施が十分でない上、困った事例へ関係機関の連携による支援が行き届かない傾向がみられる。よって、事業者のヘルパー・サービス管理責任者の負担が増大している。今後、相談指定事業所によるサービス計画の対象緩和により促進され、上記の役割を担うことで、事業所の負担も軽減されと考えられる。

4-2 障害者自立支援法施行前の自立概念とケアマネジメントの有効性と課題

精神障害者ホームヘルプサービスにおける自立概念をどのように位置づけるかで、サービス内容・派遣時間・派遣回数は大幅な影響を受ける。自治体アンケート調査からは、「生活の質が上がる」、「入院回数が減る」などの生活の安定要素を表したものがある。また、「ヘルパーと取り組めるようになる」といったリハビリ的要素もある。例えば、①代行中心の支援②現状維持の支援③訓練的又は指導的支援であろうか。

精神障害者の場合は、不調時や加齢に伴う生

活の行き詰まりは①代行中心の支援と②現状維持の支援が必要である。家族からの自立や単身生活を始めたばかりで比較的若い世代などは、①から③がその都度変化せざるをえない。

利用対象者が介護保険制度における高齢者と異なり、年齢層の幅も広い。ライフステージにより支援内容も大きく変化するの、障害分野でのホームヘルプサービスの特徴ともいえるため、自立が訓練のかつ指導的な部分にだけ焦点がおかれなようにしてほしい。特に障害者自立支援法では、サービスを利用後はゆくゆく一人でできるようになって、サービスを使わなくなる事を目指す傾向が現れており、大変危惧される点である。

上記のように、支援のスタンスやライフステージにより支援内容の変化を大きく求められるからこそ、ケアマネジメントの重要性が高い。また、当事者のニーズを引き出していく役割が不明確であると、コミュニケーションや対人関係が苦手である精神障害者が孤立しがちな状況に置かれやすい。

ケアマネジメントの実施のあり方としては、医療機関中心のもの、生活支援センターなど相談機能を中心としたもの、生活訓練施設・福祉ホーム・グループホームといった住まいの資源を中心としたものなどが想定できる。それぞれの機関の特性と、対象者により限界や効果の違いの検証が必要と思われる。

施行前後の課題：

障害者自立支援法では、サービス管理責任者が新たにつくられたが、介護保険同様のケアマネージャーが存在しない。当事者のニーズを常に汲み取りながらサービスを調整していく機関、人材が明確でない。特に精神障害者の場合はホームヘルプサービスだけでなく当事者を取り巻く全体の支援を調整していくことが、より

よいホームヘルプサービスの提供と定着化を促進し、当事者の生活の安定につながる。

そうした課題については、相談指定事業所におけるサービス利用計画を通して、ホームヘルプ導入前に丁寧なマネジメントが期待されていたが、相談指定事業所におけるサービス利用計画費は自治体の財政状況により抑制され、2008年4月現在全国でも1,919名の利用しかない。

サービス管理責任者が、ホームヘルプサービスのみ調整と、事業報酬上の上限管理だけの役割となるか、相談指定事業所のケアマネジメント部分との連携や役割整理をどのように工夫していくのかは、今後の大きな課題である。

おわりに

自治体としては、自立支援法以前の課題である①人材育成②利用システムの向上③関係機関の連携は新体系移行後も同様の課題として継続されている。

精神障害者ホームヘルプサービスを取り組み始め、仕組みづくりを行っていた矢先に障害者自立支援法施行となり、新体系サービスに適應していくことに追われたといえる。しかし、短期間でも経験則があることが、自治体としての視点がもてたことに繋がっている。

現在、施行後は自治体単位にて障害福祉計画を作成し、福祉サービスへの基盤整備に対す数値目標が検討されている。それぞれのサービスの質や課題について多くの立場からの論議はされているが、その課題をどのように解決していくのかといった部分がやや遅れている。また、自立支援協議会も2007年12月現在で全国的に50%にしかいたっていない。本来なら、両方の機能がリンクし、上記①から③までについて、それぞれの地域にあった方法により解決へ向けて自治体の役割が期待される。

参考文献

1. 秋元美世著 (2002)「権利擁護における支援と自立」『社会政策研究』東信堂
2. 石田一紀・泊イクヨ・藤田博久著 (2001)『高齢・精神障害者とホームヘルパー』萌文社
3. 池淵恵美 (2003)「総論：効果研究の方法論」『精神科リハビリテーション学会』第7巻2号
4. 江畑敬介編 (1996)『こころの科学』67号 日本評論者
5. 江畑敬介編 (2003)『精神科臨床サービス』3巻4号 星和書店
6. クリストファー・S・エイメンソン (1998) 江畑敬介・稲田俊也・遊佐安一郎監修『家族のための精神分裂病入門』(2001)
7. 大塩まゆみ・福富昌哉 (2002)『ホームヘルパーのためにスーパービジョン』ミネルヴァ書房
8. 大島巖 (2001)「障害者の地域ケアにおける課題と展望」『地域福祉研究』第29巻
9. 大島巖 (2001)「精神障害者ホームヘルプサービスに現状と課題」『季刊地域精神保健福祉情報Review』第9巻第2号
10. 大島巖・平直子・岡上和雄編著 (2001)『精神障害者のホームヘルプサービス』中央法規
11. 大島巖・平直子・丸山由香 (2000)『ホームヘルプガイドラインに基づく精神障害者ホームヘルプの進め方』精神障害者社会復帰促進センター
12. 大島巖編著 (2004)『ACTケアマネジメント・ホームヘルプサービス』精神看護出版
13. 大田貞司 (2001)「ホームヘルプサービスの発展と精神障害者」『季刊地域精神保健福祉情報Review』第9巻第2号
13. 岡上和雄・大島巖・新井元博 (1998)『日本の精神障害者』ミネルバ書房
14. 岡上和雄監修 (1997)『精神障害者の地域福祉』相川書房
15. マーガレット・デクスター・ウォーリー・ハーバート著 (岡田藤太郎監訳) (1987)『ホームヘルプサービス』相川書房
16. 岡本千秋・岡田藤太郎編著 (1990)『ホームヘルプサービス研究』財団法人長寿社会開発センター
17. 介護支援専門員実務研修テキスト作成委員会編集 (2003)『介護支援専門員実務研修テキスト』財団法人長寿社会開発センター
18. 檜山菜穂 (2003)「精神障害者地域生活支援におけるホームヘルプサービスに関する実証的研究」法政大学大学院人間社会研究科2002年度修士論文
19. 加藤真紀子 (2001)「精神障害者の自立支援にかかわって」『福祉労働』第45巻第11号
20. 門田光司・柳沢亨・平澤紀子著 (2003)『知的障害者・自閉症の方へのケアマネジメント入門』中央法規
21. 北野誠一他 (2003)『障害者ケアマネジメント実践事例集：支援費時代の地域生活を支えるために』中央法規
22. 熊本絹代・土屋典子・伊藤紀子「ホームヘルプサービスの実際」『精神科看護』第29巻第7巻
23. 久保紘章・長山恵一・岩崎晋也編著 (2002)「精神障害者地域リハビリテーション実践ガイド」日本評論者
24. 公衆衛生保健研究会 (1998)『ケアマネジメントと地域生活支援』中央法規
25. 厚生労働省社会援護局障害保健福祉部長通知 (2001)「精神障害者居宅生活支援事業の実施について 精神障害者居宅介護事業運営要綱」
26. 厚生労働省社会援護局障害保健福祉部精神保健福祉課 (2004)「精神障害者の地域生活支援のあり方に関する検討」
27. 厚生労働省社会援護局障害保健福祉部精神保健福祉課 (2003)「障害者保健福祉関係主管課

長会議」3月

27. 厚生労働省社会援護局障害保健福祉部精神保健福祉課 (2004)「障害者保健福祉関係主管課長会議」3月
28. 厚生労働省社会援護局 (2004)「社会保障審議会資料」10月
29. 厚生労働省社会援護局障害保健福祉部精神保健福祉課 (2005)「障害者保健福祉関係主管課長会議」3月
30. 厚生労働省社会援護局障害保健福祉部精神保健福祉課 (2005)「障害者保健福祉関係主管課長会議」6月
31. 厚生労働省社会援護局障害保健福祉部精神保健福祉課 (2005)「障害者保健福祉関係主管課長会議」10月
32. 厚生労働省社会援護局障害保健福祉部精神保健福祉課 (2005)「障害者保健福祉関係主管課長会議」11月
33. 厚生労働省社会援護局障害保健福祉部精神保健福祉課 (2005)「障害者保健福祉関係主管課長会議」12月
34. 厚生労働省社会援護局 (2005)「社会保障審議会資料」9月
35. 厚生労働省社会援護局 (2008)「社会保障審議会資料」自立支援協議会7月
36. 厚生労働省社会援護局 (2008)「社会保障審議会資料」(障害者部会)12月
37. 是枝洋子 (2002)『ホームヘルパーのための困難事例対策ハンドブック』日本医療企画
38. 「施設変革と自己決定」編集委員会 (2000)『スウェーデンからの報告』筒井書房
39. 栄セツコ (2000)「精神障害者に対するホームヘルプサービス—ケア内容とその援助法」『Facilities net』第3巻第4号
40. 栄セツコ (2000)「精神障害者に対するホームヘルプサービス—史的観点から見た精神障害者ホームヘルプサービスの必要性と課題」『Facilities net』第3巻第4号
41. 栄セツコ (2000)「精神障害者に対するホームヘルプサービス—精神障害を持つ生活者の視点にたったホームヘルプサービスの必要性和意義」『Facilities net』第4巻第1号
42. 栄セツコ (2002)「精神障害者に対するホームヘルプサービス—全国の市町村における精神障害者居宅介護等事業の取り組みの現状と課題」『Facilities net』第5巻第2号
43. 栄セツコ (2002)「精神障害者に対するホームヘルプサービス—ホームヘルパーの配慮点」『Facilities net』第5巻第2号
44. 白澤政和 (1992)『ケースマネジメントの理解と実際』中央法規
45. (財)全国精神障害者家族会連合会 (2005)「「ホームヘルプサービスを実現する会」の動きと現在」『月刊ぜんかれん』1月号
46. (財)全国精神障害者家族会連合会保健福祉研究所 (1999)「精神障害者ホームヘルプサービスの可能性を探る」資料集
47. 社会福祉法人マインドはちおうじ (2003)「精神障害者ホームヘルパー養成講座報告集」
48. 社会福祉法人東京都社会福祉協議会 (2004)「精神障害者福祉に関する区市町村アンケート報告書」H16年実施
49. 新保祐元 (2003)『平成15年度精神障害者社会復帰促進調査研究事業 社会復帰関連施策の有効性に関する研究』平成15年度分担研究報告書 社会福祉法人全国精神障害者社会復帰施設協会
50. 精神保健福祉研究会編集 (2003)『精神障害者ホームヘルパー公衆テキスト』へるす出版
51. 世田谷対人援助研究会編著 (1995)『ホームヘルプにおける援助「拒否」と援助展開を考える』筒井書房
52. 全国社会福祉協議会企画部 (2004)「諸改革の動向などについて」『月刊福祉』11月号

53. 全国社会資源研究会編集 (1995)『市町村における精神保健・福祉の現状と展望—ぜんかれん保健福祉研究所モノグラフNo.12』精神障害者社会復帰促進センター
54. 全国社会資源研究会編集 (1997) 精神保健福祉地域活動の現状と課題—ぜんかれん保健福祉研究所モノグラフNo.16』精神障害者社会復帰促進センター
55. 全国社会資源研究会編集 (1999)『ホームヘルプを中心とした精神障害者の福祉のケア—ぜんかれん保健福祉研究所モノグラフNo.21』精神障害者社会復帰促進センター
56. 全国社会資源研究会編集 (1999)『精神障害者ホームヘルプサービスの現状と課題—ぜんかれん保健福祉研究所モノグラフNo.24』精神障害者社会復帰促進センター
57. 全国社会資源研究会編集 (2000)『全国統計からみた日本の精神障害者の現状—ぜんかれん保健福祉研究所モノグラフNo.26』精神障害者社会復帰促進センター
58. 全国社会資源研究会編集 (1995)『地域生活本人の社会参加等に関する意識と統値98—ぜんかれん保健福祉研究所モノグラフNo.27』精神障害者社会復帰促進センター
59. 全国社会福祉協議会(2003)『支援費制度 サービス利用と事業運営の実務』
60. 平直子(1999)「精神障害者に対するホームヘルプサービスの意義」『ばんぼう』第217巻
61. 平直子 (2002)「ホームヘルプサービスに欠かせない関係機関との包括的な連携」『精神科看護』第29巻第6号
62. 平直子 (1999)「精神障害者ホームヘルプ事業の展開」『精神保健福祉』第30巻第1号
63. 平直子(2001)『「精神障害者ホームヘルプサービスガイドライン」の内容と今後』『季刊地域精神保健福祉情報Review』第9巻第2号
64. 平直子・大島巖・小澤温他 (1999)「精神障害者に対するホームヘルプサービスの取組状況」『病院・地域精神医学』第42巻第2号
65. 田中英樹 (1998)『精神保健福祉法時代のコミュニティワーク』相川書房
66. 田中英樹(2001)『精神障害者の地域生活支援』中央法規
67. 田中英樹 (2001)『市町村精神保健福祉業務の進め方』萌文社
68. 寺谷隆子 (1998)『精神障害者の社会復帰』中央法規
69. 知的障害者ケアマネジメント研究会監修 (2003)『新版障害者ケアマネジャー養成テキスト (知的・身体共通)』中央法規
70. 東京都社会福祉協議会(2003)『障害者分野における支援費制度とは(改訂版)』
71. 東京都社会福祉協議会(2004)『訪問介護事業者及びホームヘルプサービス業務と職場研修の手引き』
72. 東京都社会福祉協議会(2004)『支援費制度化における相談機能・情報提供活動に関する利用者・施設調査と提言』
73. 東京都社会福祉協議会 (2005)『障害のある人のライフステージを見据えた支援と課題の提言』
74. 東京都福祉保健局(1997)「東京都精神障害者居宅介護事業運営要綱」
75. 東京都福祉保健局障害者施策推進部精神保健課 (2005)「東京都精神保健福祉ニーズ調査」
76. 東京都福祉保健局(2004)「平成15年東京都基礎調査「障害者の生活実態」調査結果について」
77. 東京都福祉局(2001)「平成12年東京都社会福祉基礎調査「高齢者の生活実態」の結果」
78. 東京都立総合精神保健福祉センター(1999)「精神障害者ホームヘルパー研修」報告書
79. 鳥羽信行・森千賀子著 (2003)『ホームヘルパーのための対人技術』萌文社
80. 高橋清久・大島巖編者 (1999)『ケアガイド

- ラインに基づく精神障害者ケアマネジメントの
進め方』精神障害者社会復帰促進センター
81. 知的障害者ホームヘルプサービスの実際
(2004)『知的障害者ホームヘルプサービスの実
際』中央法規
82. 野田文隆・蜂矢英彦 (1995)『だれにでもで
きる精神科リハビリテーション』星和書店
83. デビットPマクスリー著 (1989) The practice
of case management (野中猛・加藤裕子監訳
(1994)『ケースマネジメント入門』中法法規)
84. 野中猛著 (1997)『図説ケアマネジメント』
中央法規
85. 日本精神保健福祉士協会編集 (2001)『精神
障害者のケアマネジメント』へるす出版
86. 八王子のホームヘルプを実現する会 (2001)
「精神障害者ホームヘルプに関するアンケート
調査報告書」
87. 蜂矢英彦著 (1997)『精神障害者の社会参加
と援助』金剛出版
88. 蜂矢英彦・岡上和雄監修 (2000)『精神障害
者リハビリテーション』金剛出版
89. 蜂矢英彦・村田信夫 (1997)『精神障害者の
地域リハビリテーション』医学書院
90. 丸山由香(2002)「ホームヘルプサービスで提
供されるケアサービスとは」『精神科看護』第
29巻第5号
91. 三品桂子著 (2003)『利用者主導を貫く精神
障害者ケアマネジメントの実践技術』へるす出
版
92. 三田優子 (2001)「ホームヘルプサービスを
利用した人たちの声」『季刊地域精神保健福祉
情報Review』第9巻第2号
93. 三田優子 (2001)「精神障害者ホームヘルプ
サービスを福祉サービスに位置づけよう」『季
刊地域精神保健福祉情報Review』第9巻第2
号
94. 三田優子 (2003)「心に届くホームヘルプ」
全家連
95. 町田市健康福祉部障がい福祉課 (2004)「精
神障がい者ホームヘルプサービス報告集」
96. 宮元忠雄・山下格・風祭元編 (1986)『ここ
ろの科学』10号 日本評論者
97. 村田信夫・川関和俊編集 (1999)『精神障害
者の自立と社会参加』
98. 森永伊紀 (2002)「ホームヘルプサービス事
業がどうしてうまくいかないか、どう解決する
か (上) 43号『雑誌ゆうゆう』萌文社
99. 森永伊紀 (2002)「ホームヘルプサービス事
業がどうしてうまくいかないか、どう解決する
か (下)」44号『雑誌ゆうゆう』萌文社
100. 渡辺律子 (1999)『高齢者援助における相談
面接の理論と実際』医薬出版
101. 結城俊哉著 (1998)『生活理解の方法』ドメ
ス出版
102. ゆうゆう編集委員会 (2003)「ピアヘルパー
の意義と就労支援への可能性」『雑誌ゆうゆう』
萌文社 46号
102. ゆうゆう編集委員会 (2003)「活用のすむ
精神障害者ホームヘルプサービス」『雑誌ゆう
ゆう』萌文社 46号

(せのお かずみ、社会福祉法人マインドはちおうじ理事・施設長・サービス管理責任者)