

平成 19 年度 障害者保健福祉推進事業
精神障害者ホームヘルプサービスに関する調査研究事業

報告書

発行 平成 20 年 5 月 1 日
編集 財) 精神障害者社会復帰促進協会 (復帰協)
〒540-0026
大阪府大阪市中央区内本町 1-1-5
プラスサンビル 601

この冊子は 厚生労働省の「平成 19 年度地域生活支援事業費補助金及び障害程度区分認定等事業費補助金」を受け、作成しました

ご あ い さ つ

(財) 精神障害者社会復帰促進協会
理事長 麻 生 幸 二

平成 14 年 4 月に精神障害者ホームヘルプサービス（精神障害者居宅介護等事業）が始まって、精神障害者の社会生活を支援する制度が大きく充実したと、その効果が大きいと期待されましたが、今に至るまでどうも利用数が思ったほど伸びないという実態が明らかになった。どうも全国的な現象らしい。

何故なのか。

給付金の低さなど 2,3 原因として取りざたされているけれども、本当にそうなのか。十分な検証がなされないまま、障害者自立支援法施行後の多忙さに紛れてしまいそうだった。

全国の障害者人数からみても精神障害者ホームヘルプサービス利用率は 1%程度に止まっている。

何故なのか。

この素朴な思いが発端となり、幸いにも厚生労働省の助成を得ることが出来て、このプロジェクトチームを立ち上げる力になった。

大阪府域でホームヘルプ事業所、訪問看護ステーション、医療機関などで精神障害者に直接携わる実践家と学識経験者からなる企画調整委員会を組織してこのプロジェクトの中核とし、さらに行政関係者から広く豊富な情報の提供を受けた。

ホームヘルプ事業と訪問看護事業という精神障害者の社会生活にとって、最も身近で重要なサービスと思われる二つの事業を対比させながら、作業は、7～9 月にかけて 3 ヶ月の企画議論段階とその後 2 ヶ月の調査票作成期間、そして 10 月からは 2 ヶ月のアンケート調査実施期間を挟んでさらに 2 ヶ月の集計と分析期間、最後に文章化が終わるまで 10 ヶ月を要した。

非常に多くの方々のご協力により相当詳しいデータをもとに現状が明らかになり、いくつかの課題も見えてきた。

例えばこの制度・サービスが障害者に十分に知られていないことの課題解決には、行政だけでなく、障害者の周辺にいる福祉関係者、機関の積極的な働きかけが欠かせないと思に至る。

他の課題にもこの報告書が的確な示唆を与えてくれ、ホームヘルプ事業の更なる普及に役立って欲しいと切に願うものです。

終わりにになりましたが、企画調整委員の各氏はじめアンケート調査、その他ご協力いただいた全ての方々に心から感謝いたします。

【目次】

1) はじめに	3
2) 目的(=仮説)・調査方法	4
① ホームヘルプ・訪問看護	
② 利用者聞き取り調査	
3) 結果と考察	
① ホームヘルプ・訪問看護調査	5
② 利用者聞き取り調査	28
4) テーマ別の提言	
● ピア・ヘルパー	36
● 運営について	38
● 業務内容「家事援助と身体介護について」	30
● 業務内容「自立と依存について」	43
● ホームヘルプ・訪問看護の役割、ケアマネジメント従事者・相談支援 事業者を求めること	46
● 連携について	52
● 障害程度区分と障害特性、自立支援法について	55
5) まとめ	56
6) 資料	
① 精神障害者ホームヘルプ・精神科訪問看護に関する調査票	64
② 利用者聞き取り調査票	68
③ ホームヘルプ・訪問看護調査票…自由記述欄 要約	71
④ 利用者聞き取り調査票…自由回答 一覧	77
⑤ 企画調整会議 議事録(全10回)	79
⑥ 企画調整会議 委員名簿	104

はじめに

精神障害者が地域生活を営む上で多くの生活障害がある。その障害を福祉サービスで支えようとしたのがホームヘルプサービスである。平成 14 年にはじまり自立支援法のもとそのサービスが本格化した。その後現状はどうなのか。平成 19 年度の厚生労働省の発表によれば、「障害福祉サービス供給量の都道府県別比較」訪問系（平成 18 年度）：H19,4,11 付「障害福祉計画にかかる報告書の提出について（依頼）に基づく報告結果集計、では大阪府 5000 時間余/10 万人 全国一位 最大格差 6.4 倍である。

訪問看護（病院・診療所）は 1988 年に医療保険上の制度として始まり、1994 年には訪問看護ステーションでの事業が、老人対象のみから外れ、他の医療分野にも認められることとなり、幾度かの改定のもと現在に及んでいる。今年度も新たに、医療保険点数の改定もあった。

制度として実施されているアウトリーチのうち大きな位置を占めているのは両者だけである。他に福祉サービスとしては地域生活支援センターでの相談業務の一部としてされている訪問や生活訓練事業の訪問型があるが、十分に実施されているものではない。

ホームヘルプと訪問看護の課題を検討するため、まずその現状の把握をし、企画調整会議委員の共通認識をえるよう企画調整会議を開催した。12 人の企画調整会議委員が現状を報告・検討すると同時に委員以外の市の状況を把握するため、6 人の臨時委員（話題提供者）から各地の現状と課題を聴取した。

企画調整会議で検討された現状と課題をもとに、7 人のワーキングチームで議事録からK・J法により調査項目原案を作成したのち、企画調整会議で調査票を作成した。

そして大阪における両サービスの現状の把握と課題について両サービスを実施しているホームヘルプ事業所・精神科病院・精神科診療所・訪問看護ステーション全数にアンケート調査（郵送式・悉皆）を実施した。

企画調整会議では量的現状把握のみでは精神障害者のおかれている現状に関して不十分であり、両サービスを受けている精神障害者がどのような意見をもっているかを知るべきであろうとの総意であった。ホームヘルプについては平成 17 年に大阪府が全ホームヘルプサービス利用者調査（869 人）*1をおこなっているが、在宅の方は多く両サービスを同時に利用されていることも多い。そこでその利用に当たっての意見を聴取するため企画調整会議の各委員の所属する事業所にてサービスを利用している 38 名の方に聞き取り調査を実施した。

最後に、ホームヘルプ制度は市町村の意識が多大に影響している。ホームヘルプの開始時三品・三田*2が全国市町村にその実施状況を調査した。今回その後の変化を把握するため同様の調査を大阪府の市町村にすることを検討したが、自立支援法の施行・実施にともなって大きく内容が変わるものとなるため未実施となった。

*1 「精神障害者ホームヘルプサービス利用者現況調査報告書」

-よりよいホームヘルプサービスの推進に向けて-平成 18 年 3 月 大阪府（精神保健福祉課）

*2 三品桂子・三田優子・他 精神障害者社会復帰促進調査研究事業（平成 15 年度）

「精神障害者ホームヘルプサービスの有効性に関する研究」

1) 目的(仮説) ・ 調査方法

平成 14 年からスタートした精神障害者ホームヘルプサービス事業と精神医療分野における訪問看護の現状と課題について、実態を把握分析し精神障害者のさらなる支援のための提言をまとめることを目的として 2 つの調査を実施した。

① 精神障害者ホームヘルプサービス・訪問看護 実態調査

調査対象地区	大阪府域全般
調査対象者等	ホームヘルプ事業所・訪問看護ステーション・精神科病院・精神科診療所(以下 表・図中ホームヘルプ事業所はHH、訪問看護ステーションは訪問看護あるいは訪看、精神科病院は病院、精神科診療所は診療所と示す。)
悉皆・抽出の別	悉皆
調査方法	調査票郵送
調査客体数	2219 件

② 精神障害者ホームヘルプサービス・訪問看護 利用者聞き取り調査

調査対象地区	大阪府域全般
調査対象者等	ホームヘルプ・訪問看護 利用者
悉皆・抽出の別	本事業 企画調整委員 事業所利用者から抽出
調査方法	調査員が訪問し、聞き取り
調査客体数	38 件

2) 結果と考察

①精神障害者ホームヘルプ・精神科訪問看護 実態調査

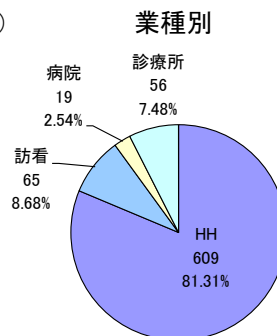
【I. 事業所について】

回収率と事業所種別

図①

事業所種別			
	発送	回収	回収率
HH	1788	609	34.06%
訪看	131	65	49.62%
病院	50	19	38.00%
診療所	250	56	22.40%
合計	2219	749	33.75%

図②

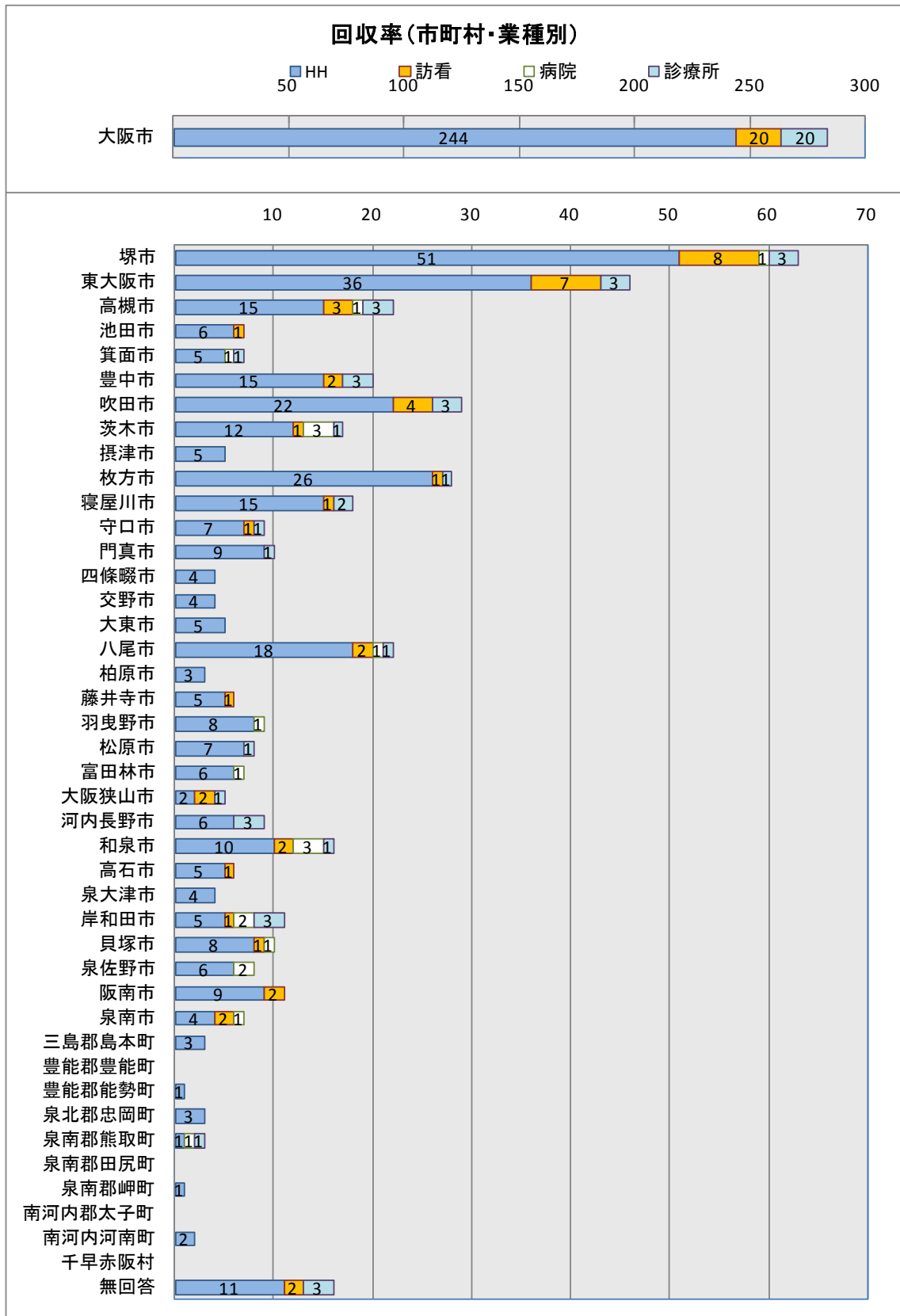


発送先はホームヘルプ事業所、訪問看護、精神科病院、診療所、計 2219 件。うち 749 件からの回答を得た。回収率は全体で 約 34.06%となった。中でも訪問看護は約半数の 49.62%の回収ができた。事業所別では、ホームヘルプ事業所が全体の 81.31%(609)であり、次いで訪問看護 8.68%(65)、診療所 7.48%(56)、病院 2.54%(19)であった。

図③ 所在地別発送数と回収率

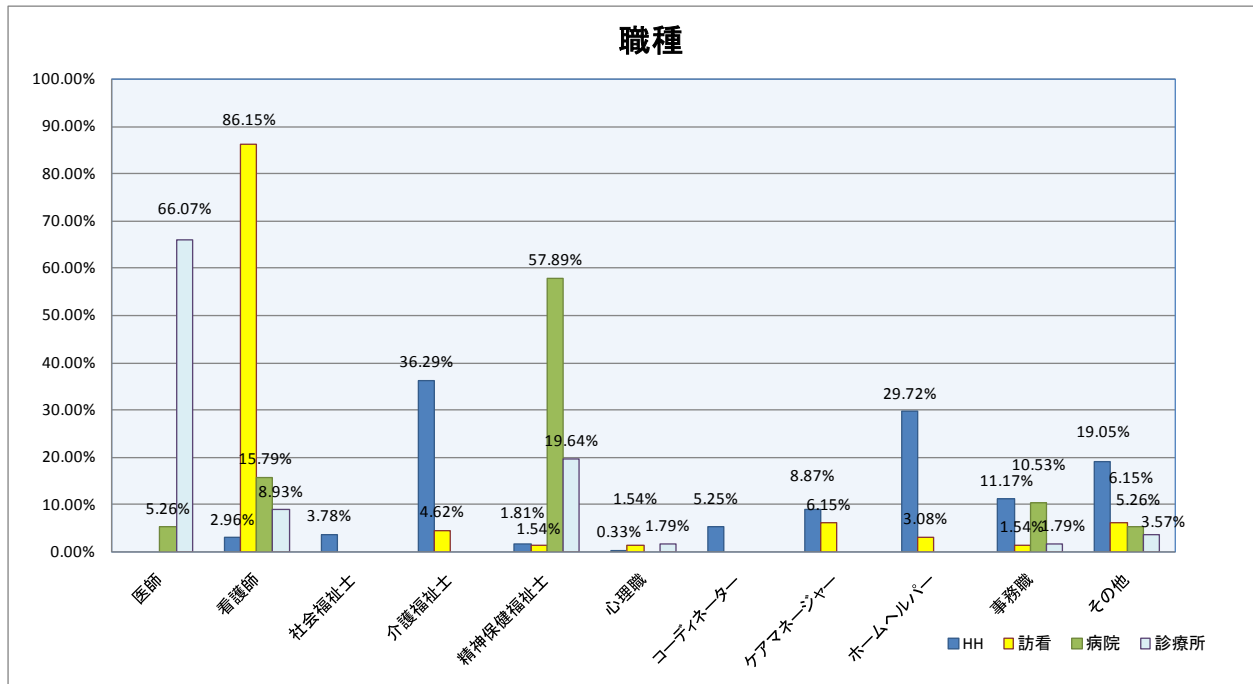
市町村	市町村別発送数と回収率		回収率 と 業種別回収数					
	発送数	%	回収	回収率	HH	訪看	病院	診療所
大阪市	970	43.71%	284	29.28%	244	20	0	20
堺市	206	9.28%	63	30.58%	51	8	1	3
東大阪市	125	5.63%	46	36.80%	36	7	0	3
高槻市	61	2.75%	22	36.07%	15	3	1	3
池田市	21	0.95%	7	33.33%	6	1	0	0
箕面市	13	0.59%	7	53.85%	5	0	1	1
豊中市	71	3.20%	20	28.17%	15	2	0	3
吹田市	75	3.38%	29	38.67%	22	4	0	3
茨木市	55	2.48%	17	30.91%	12	1	3	1
摂津市	12	0.54%	5	41.67%	5	0	0	0
枚方市	67	3.02%	28	41.79%	26	1	0	1
寝屋川市	53	2.39%	18	33.96%	15	1	0	2
守口市	37	1.67%	9	24.32%	7	1	0	1
門真市	24	1.08%	10	41.67%	9	0	0	1
四條畷市	6	0.27%	4	66.67%	4	0	0	0
交野市	15	0.68%	4	26.67%	4	0	0	0
大東市	20	0.90%	5	25.00%	5	0	0	0
八尾市	57	2.57%	22	38.60%	18	2	1	1
柏原市	8	0.36%	3	37.50%	3	0	0	0
藤井寺市	18	0.81%	6	33.33%	5	1	0	0
羽曳野市	18	0.81%	9	50.00%	8	0	1	0
松原市	20	0.90%	8	40.00%	7	0	0	1
富田林市	18	0.81%	7	38.89%	6	0	1	0
大阪狭山市	12	0.54%	5	41.67%	2	2	0	1
河内長野市	19	0.86%	9	47.37%	6	0	0	3
和泉市	40	1.80%	16	40.00%	10	2	3	1
高石市	13	0.59%	6	46.15%	5	1	0	0
泉大津市	16	0.72%	4	25.00%	4	0	0	0
岸和田市	39	1.76%	11	28.21%	5	1	2	3
貝塚市	25	1.13%	10	40.00%	8	1	1	0
泉佐野市	19	0.86%	8	42.11%	6	0	2	0
阪南市	16	0.72%	11	68.75%	9	2	0	0
泉南市	15	0.68%	7	46.67%	4	2	1	0
三島郡島本町	5	0.23%	3	60.00%	3	0	0	0
豊能郡豊能町	3	0.14%	0	0.00%	0	0	0	0
豊能郡能勢町	4	0.18%	1	25.00%	1	0	0	0
泉北郡忠岡町	7	0.32%	3	42.86%	3	0	0	0
泉南郡熊取町	7	0.32%	3	42.86%	1	0	1	1
泉南郡田尻町	1	0.05%	0	0.00%	0	0	0	0
泉南郡岬町	2	0.09%	1	50.00%	1	0	0	0
南河内郡太子町	1	0.05%	0	0.00%	0	0	0	0
南河内河南町	4	0.18%	2	50.00%	2	0	0	0
千早赤阪村	1	0.05%	0	0.00%	0	0	0	0
無回答	0	0.00%	16		11	2	0	3
計	2219		749		609	65	19	56

図④



※大阪市・堺市は政令指定都市。東大阪市・高槻市は中核市。

図⑤ 回答者職種



その他内訳

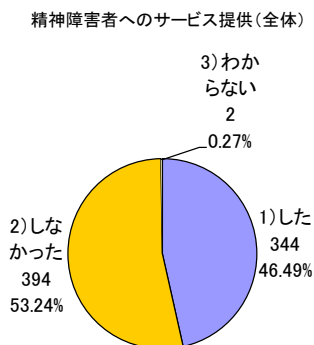
HH	管理者(67)・サービス提供責任者(36)・代表、所長、施設長(5)・主任(3)・相談支援員、相談員(5)・代表取締役、取締役(4)・理事長(2)・保健師・副所長・認知症ケア専門員・鍼灸師、柔道整復師
訪問	サービス提供責任者(3)・保健師(2)・ガイドヘルパー
病院	作業療法士
診療所	ケースワーカー・保健師

事業所別で見ると、回答者職種がはっきりと分かれている。ホームヘルプ事業所では介護福祉士が全体の36.29%であった。またホームヘルパーも29.72%で、この二者でほぼ半数を占めている。訪問看護は看護師がほとんどを占めていた(86.15%)。また医療機関としては、病院では精神保健福祉士57.89%であったが、診療所では医師66.07%、精神保健福祉士19.64%であった。

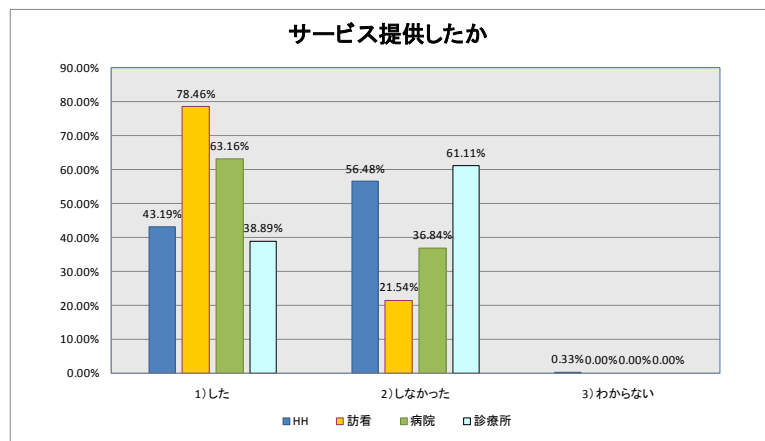
【Ⅱ. 精神障害者へのサービス経験について】

問1. 2006年4月1日～07年9月1日にいたるまでの精神障害者へのサービス提供について

図⑥

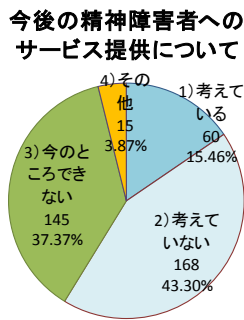


図⑦

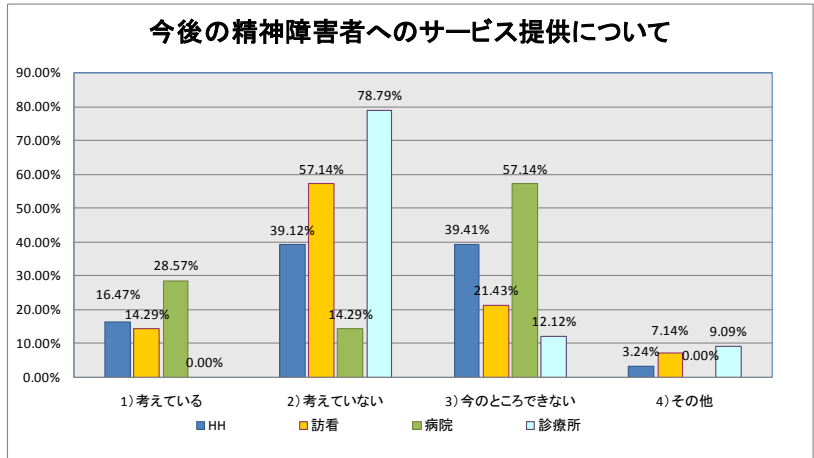


問 1. - 2) 今後の精神障害者へのサービス提供について

図⑧



図⑨

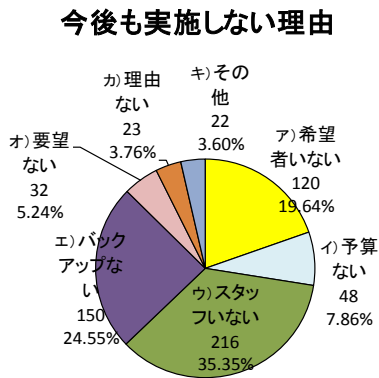


その他内訳

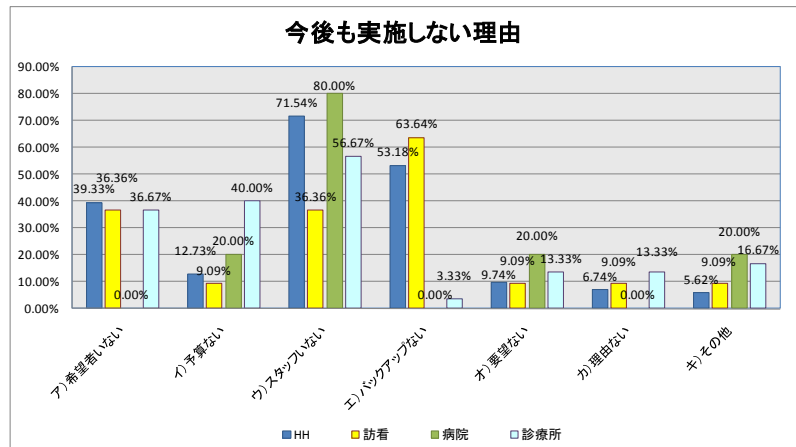
HH	<ul style="list-style-type: none"> 廃業予定、廃業した(3)・10月、11月より提供(2)・人員不足(2) ・利用者がいない、ニーズがない(2) ・契約は交わしたが、サービスの成立はしなかった。利用者からやっぱりいいわと言う返事 ・依頼があれば検討する・時間数がいっぱい
診療所	<ul style="list-style-type: none"> ・事業所としては申請等はしていないが、実際はできる範囲で、メンバーさんのみに実施している ・意見書の作成や紹介のみ・市役所や、訪問看護事業所へつなぐところまでやっている。以降は連携をとっている

問 1. - 2) ◆ 今後も実施しない事業所の理由

図⑩



図⑪



その他内訳

HH	<ul style="list-style-type: none"> ・ほとんどが重度障害者のため手がまわらない ・精神障害者ケアの資格保有者が1名しかいないため ・障害者支援法のサービスを中止した。介護保険の認定のある方にはサービスしているが極少ない ・視覚障害者対象の事業所ですが、精神障害者との重複障害は対象とする ・知的障害者へのサービスを主としています。精神障害者を重複している方への支援は行っています ・精神ケアの条件に満たないから・精神障害者居宅生活支援事業の事業所指定をまだとっていないため ・資格はあるが申請していない ・扱わないから・児童居宅介護のみ実施・身体障害者、知的障害者中心に考えている・知的障害者を対象として届出 ・勉強会への時間が取れない ・ヘルパー不足 ・2007年9月30日までは身体障害者、知的障害者の支援。9月末にて自立支援サービスより撤退
訪看	<ul style="list-style-type: none"> ・視覚、身体障害、知的障害だけヘルパーがいない
診療所	<ul style="list-style-type: none"> ・通院医療のみの対応を考えている ・地域ケアとしては認知症のケアに重点をおきたいため ・診療多忙で医師の手が回らない ・既存の事業所と連携しているから

全体としては「実施した」46.49%「実施しなかった」53.24%とほぼ同数であった。また、これまで実施していなかった 394 件のうち、約 16%にあたる 61 件が「今後実施を考えている」ことがわかった。

そのほかに、今後も実施しない理由として、「スタッフが足りない」「精神科の知識やバックアップ体制がない」「利用希望者がいない」といった理由があげられた。

特に「精神科の知識やバックアップ体制がない」との理由では、医療機関が 1%程度であったのに対して、ホームヘルプ事業所・訪問看護からは 30%前後の回答があった、精神科専門の施設として実施している病院・診療所と比較して見た時に、事業所に向けた情報やバックアップが不足していることが明らかとなった。

問 2. 精神障害者へのサービス実施のきっかけ

図 ⑫

精神障害者へのサービス実施のきっかけ

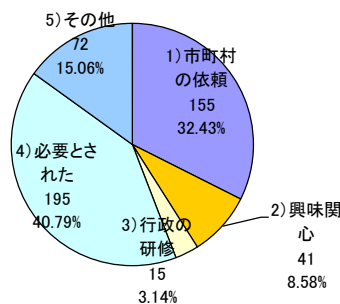
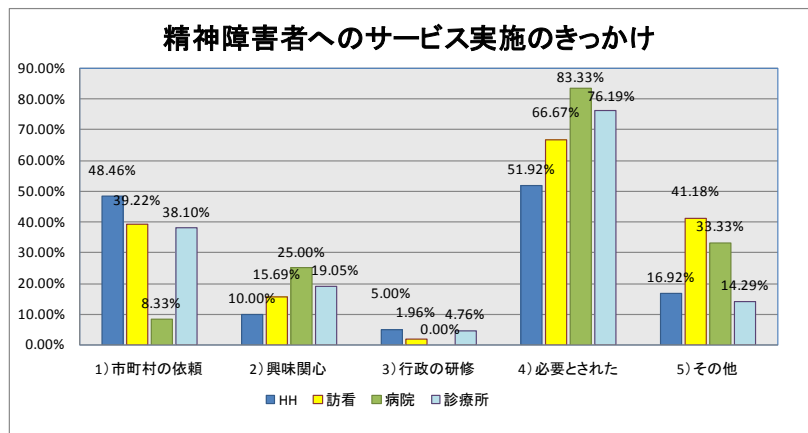


図 ⑬

精神障害者へのサービス実施のきっかけ



その他内訳

HH	<ul style="list-style-type: none"> 利用者本人からの依頼(12)・家族からの依頼(3)・相談に来訪された 介護保険の依頼者が精神障害者であった。またはその家族が精神障害者であった 他障害サービス事業所であった為ニーズがあった・高齢者でサービス依頼があった・介護保険で家族介護サービスをしていた・介護保険での利用者が精神障害者であった 相談支援事業所からの依頼(2)・生活支援センターより紹介、依頼(2)・ケアマネからの依頼(2) 他事業所から一緒に応援して欲しいと依頼有り 知人の紹介 H11年モデル事業から行っている(2) 設立と同時に届け出を出していたから 施設としての必要性があった 就労移行支援事業として 作業所の工賃よりピアヘルパーの時間給が良かったので。短時間労働でよい 母体が精神科を有する病院だった・母体が精神科のクリニックにて、その必要性から 3障害すべてのホームヘルプを実施する必要があると考え、今後精神障害のヘルプのニーズがあることを予測し、平成16年6月より実施している 法人がもともと精神障害者の支援をする団体であったので当然のこととして・当然のことです・精神障害者地域活動支援センター、ケアホームを併設している NPO法人としての使命でもありました 実施しない理由がなかった
訪問	<ul style="list-style-type: none"> 主治医より依頼(9)・病院のケースワーカーの依頼・医療機関からの依頼があった 母体が精神科病院(3)・当病院退院後 支援センターからの依頼(2)・ケアマネからの依頼 利用申し込みがあったから・家族からの依頼 精神専門で訪問看護を実施している・精神科の訪問看護を行っていた 訪問に入り出して良かった
病院	<ul style="list-style-type: none"> 本人の希望、医師の指示 退院後の支援・フォロー 当院が精神科の病院だから 退院後継続的な看護が必要であった
診療所	<ul style="list-style-type: none"> 医師からの依頼、本人からの希望・医療的に必要と判断し、本人も必要と了承した・主治医の指示

問 2 以降については、精神障害者へのサービスを実施した事業所 355 件についての内容である。

精神障害者へのサービス開始のきっかけとして、多く(40.79%)が「地域で必要とされた、ニーズがあった」との回答であった。また、32.43%が「市町村からの依頼があった」と述べている。多くの事業所が「必要」とされて実施に至ったことがわかる。同様に、その他の欄にも 本人・家族・病院、利用施設等、利用者の周辺からの依頼により開始した など、依頼されるケースが多かった。

【Ⅲ. 運営について】

問 1. スタッフは充足しているか ・ またスタッフが充足していない理由

図 14

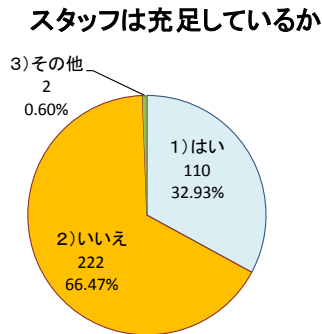
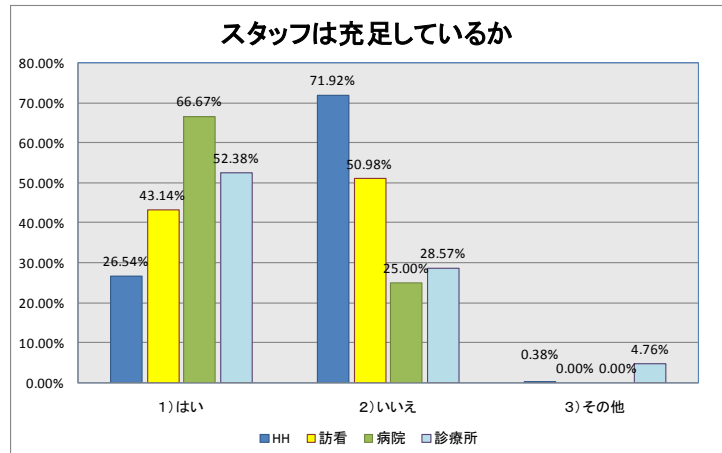


図 15



◆ 充足していない理由

図 16

スタッフが充足していない理由

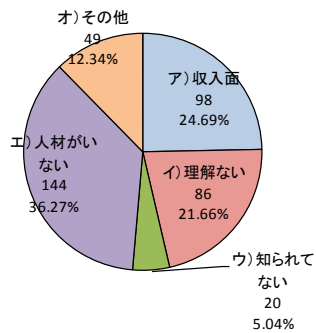
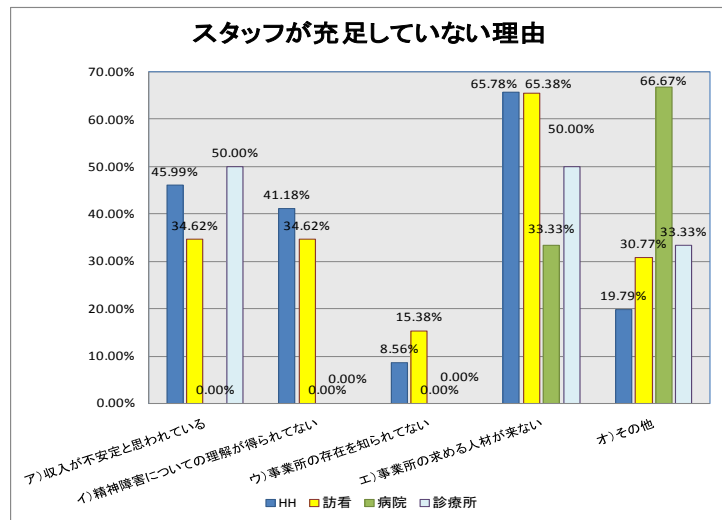


図 17



その他内訳

HH	<ul style="list-style-type: none"> 介護保険を主としている(3)・介護保険と併用しているためか、高齢者のケアに比べて障害者のケアが難しく大変とのことで、敬遠されがちであるため 十分な収入が得られない場合が多い・収支の関係上事業所が増員(スタッフ)しにくい様である、資金不足(2)・収入が不安定・収入が少ない 充分な対応に欠ける部分があるので随時研修等で理解を深める必要があると感じている 仕事の内容が難しくなっている 求人を出しても応募が来ない(5)・ヘルパーが不足(ヘルパー全般に応募が激減)(5)・全体的にスタッフ不足(2) 単にヘルパーのなり手が不足・資格があってもヘルパー自体する人が少ない。本市の傾向・入職希望者が来ない・ニーズに対してヘルパー人数の確保が難しい 精神障害の講習を受けている人が少ない・資格取得の機会が少ない・専属のスタッフがいらない 精神障害者への資格がないため・精神障害者のホームヘルプをするための研修会が少ないため、枚方市はヘルプの質を保つため研修を受けなければ精神的ヘルプをできないこととなっている 現在は対応できないので断っている 現在精神障害のサービスがないため 精神以外の利用者が多い ピア専門で常に健康管理が難しい
訪看	<ul style="list-style-type: none"> 理解しようとしても受け入れが困難なことが多い 利用者のニーズが多い 依頼が多いので 看護師の不足 訪問看護の人気のない 業務がハードだと思われている。(実際年々業務内容が重固化している) 充分なスタッフを確保できる報酬体制がない。精神保健福祉士が(訪看STでは)報酬に反映されていない
病院	<ul style="list-style-type: none"> 病棟のNs専配置基準があり、病棟に欠員があると訪問Nsの人員が減らされ病棟にまわることあり 看護師の採用が難しい
診療所	(なし)

全体 355 件の約 3 分の 1 にあたる 110 件(32.93%)が「充足している」と回答した。しかし、ホームヘルプ事業所と訪問看護については「充足していない」との答えが上回っていた(71.92%・50.98%)。

その「充足していない」と回答した事業所に理由を聞いたところ、順に ①事業所の求める人材が来ない ②収入が不安定とされている ③精神障害についての理解が得られていない との回答であった。特に、人材については事業所種別関係なくいずれもが最も多く回答しており、なによりも人材を必要としていることがわかる。

問 2. 業務内容で困っていること・問題と感じていること

図 18

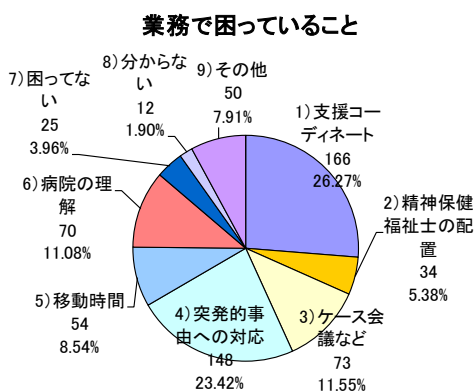
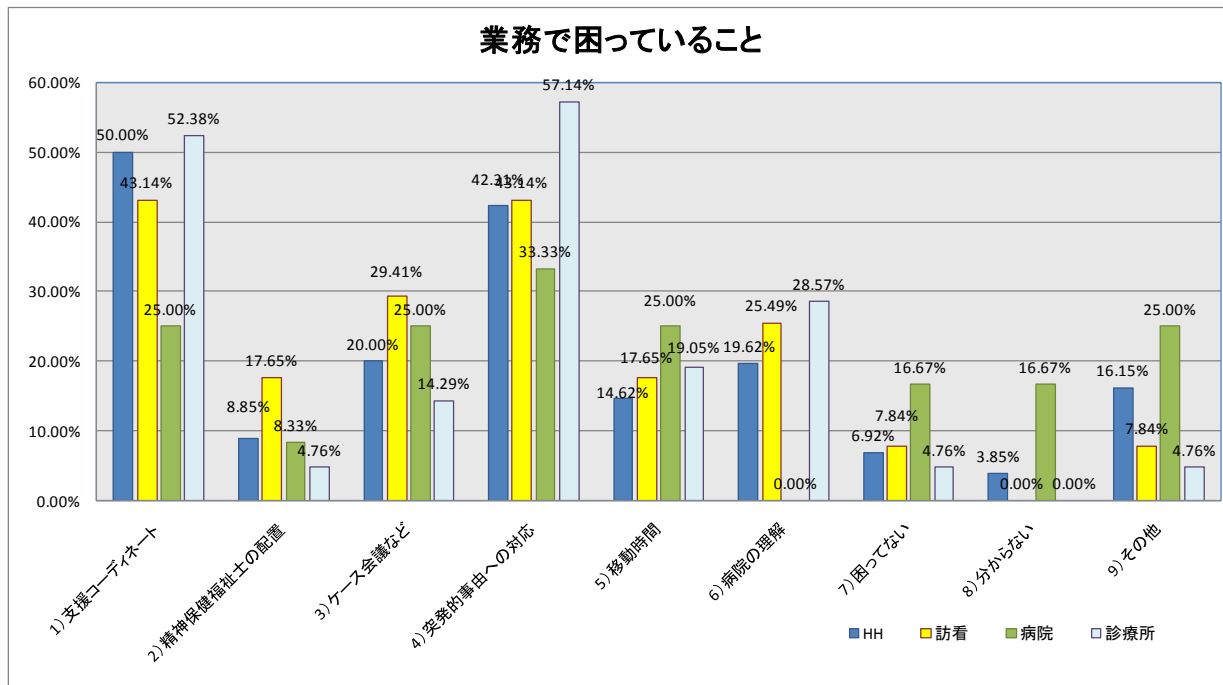


図 19

問2 困っていること

	1) 支援コーディネーター	2) 精神保健福祉士の配置	3) ケース会議など	4) 突発的事由への対応	5) 移動時間	6) 病院の理解	7) 困っていない	8) 分からない	9) その他
HH	130	23	52	110	38	51	18	10	42
訪看	22	9	15	22	9	13	4	0	4
病院	3	1	3	4	3	0	2	2	3
診療所	11	1	3	12	4	6	1	0	1
合計	166	34	73	148	54	70	25	12	50

図 20



その他内訳

HH	<ul style="list-style-type: none"> ・人員(ヘルパー)不足(3)・人材確保と担当者への負担軽減がむずかしい・人材不足(3)・ケアマネ未配置 ・依頼日が重なり困ることがある ・キャンセルが多い・体調不良によるキャンセルの多さ ・電話が多い・電話連絡等が常にかかってくるため、他の事務がなかなかできない・時間に関係なく電話をしてくる ・サービス受け入れ困難・事例の困難・対応の仕方 ・具体的なサービス内容について ・どこまでが身体介護となるのか明確な基準が示されていないため、サービス計画を立てにくい ・研修の場がなく、具体的な対応がわからないので手探りでケアにあたっている・研修の時間がとりにくい ・報酬が少ない(極めて低い)(2)・入退院が多く収入が不安定 ・単価が低く経営面での苦慮、金銭的に求められる質の高いヘルパーに対して、あまりにも評価が低すぎる・常勤ヘルパーを確保する金額が少ない・突発的な実績が発生しても限られた時間の報酬しか出ていない ・市や医療機関との連携が定期的にできていない・区役所の対応が悪い・病院との連携・行政の関与が少ない。区 保健センター相談員さんの協力が得られない・行政の責任を持った対応ができていない。精神の社会資源が少ない ・支援、利用者状況に対しての相談機関がはっきりしない・他機関との連携が乏しい ・対応するケースが多すぎ、個人差が激しい ・ヘルパーの意識の維持 ・通院介助で中抜きができない状態であるが、役所では中抜きでないと認められないとの内容がある。保健師の協力が得られない ・地域で利用できる資源が少ない ・ケースワーカーの協力が少ない ・服薬管理ができていない ・複数介護への理解、駐車の問題 ・遠隔地への移動が困難 ・現在精神障害のサービスがないため ・事業所の決まり、サービス許容範囲等の内容を理解して頂けないことがある
訪看	<ul style="list-style-type: none"> ・頻回の利用者からの電話相談、長時間となり他の業務に支障を生じているが、電話相談には何ら代価が得られない点 ・スタッフの増員や訪問依頼があるため ・結びつける社会資源が少ない
病院	<ul style="list-style-type: none"> ・現在のスタッフ配置で、訪問業務以外での時間が取れない ・人員不足 ・駐車場
診療所	<ul style="list-style-type: none"> ・対人援助技術の力不足

業務内容で困っていることを聞いたところ、順に①支援のコーディネート(26.27%) ②突発的事由への対応(23.42%) ③ケース会議など間接的な支援への参加(11.55%) についての回答が多かった。多くがコーディネートにかかわる内容について、問題を感じていることがうかがえる。

問 3. ピアヘルパーについて

図 21

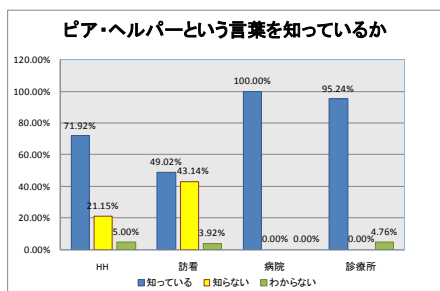


図 22

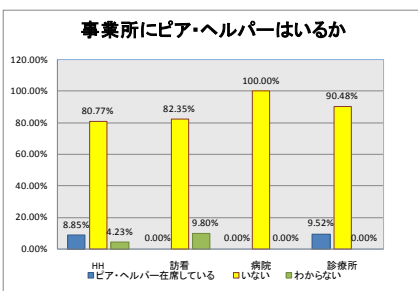
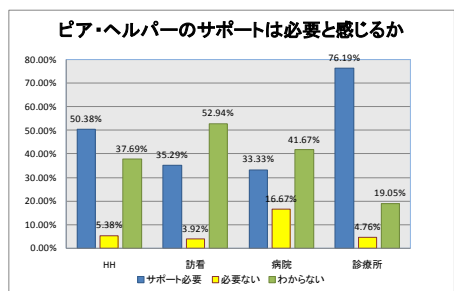


図 23



※ピアヘルパーを知っている事業所について

図 24

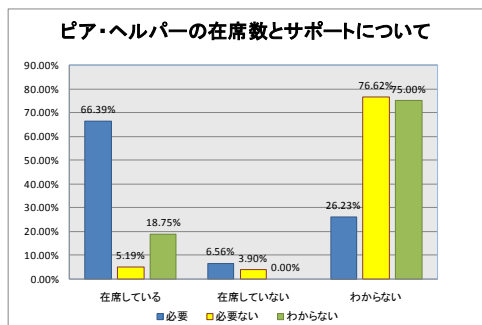
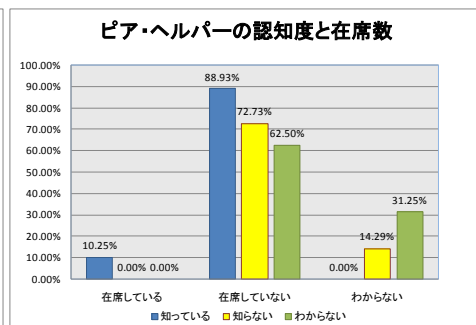


図 25



精神障害者へのサービスを実施する事業所へ「ピア・ヘルパー」についてのいくつかの質問を設けた。まず、「ピア・ヘルパー」という言葉について「知っている」という事業所は、ホームヘルプ 71.92%、訪問看護 49.02%、そして、病院と診療所はほぼ 100%であった。これは、医療機関にアンケートを発送する際に、精神科を専門とした医療機関に対して実施したため、精神障害者支援に深い関わりのあることから導き出された結果といえる。

また、現在ピア・ヘルパーを雇用しているところはホームヘルプ事業所 23 件 (8.85%)、診療所 2 件 (9.52%)であった。当然ながら、ピア・ヘルパーが在籍している事業所はピア・ヘルパーについて知っており、また、サポートの必要性についての認識も高かった。

【IV. 行政について】

問 1. 精神障害者サービスへの取り組みについて

図 ⑩

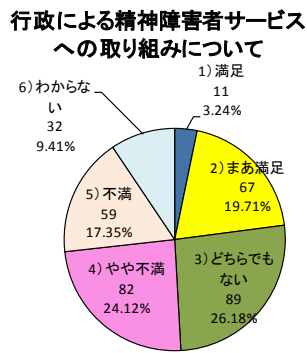
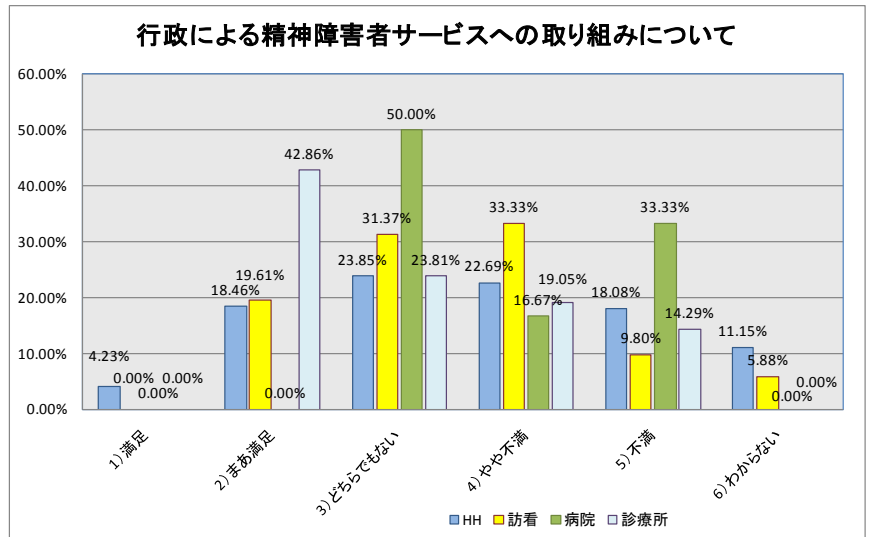
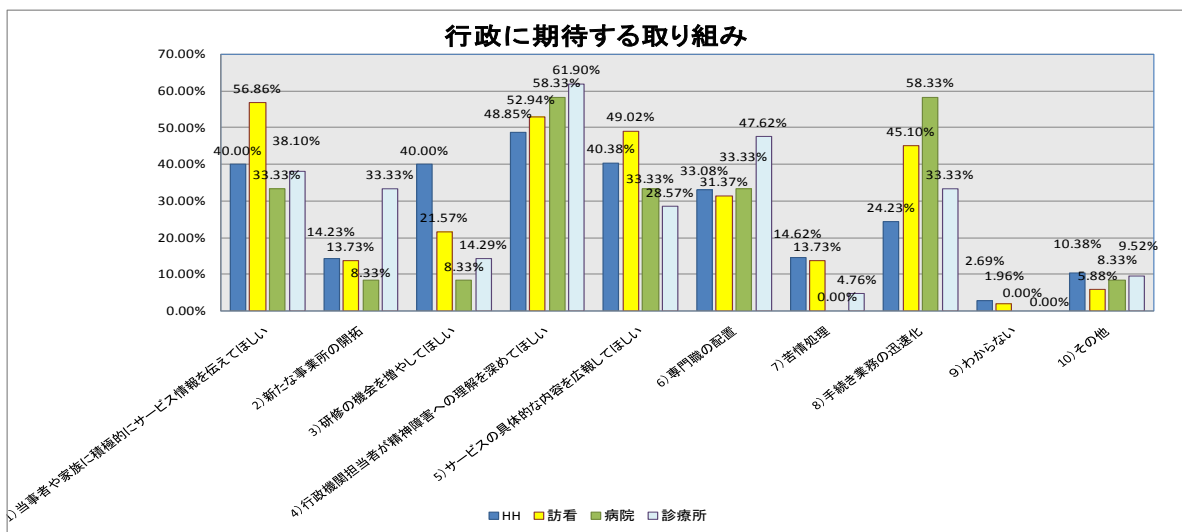


図 ⑪



問 2. 行政の精神障害者サービスとして期待する取り組みについて

図 ⑫



その他内訳

HH	<ul style="list-style-type: none"> ・府と市の言ってる事が違う ・今のところ満足 ・給付を引き上げてほしい・介護報酬を介護保険制度と同じレベルまで上げて欲しい・単価が低すぎる。単なる家事援助・見守りではない、求められるものが高い割に合わない ・福祉行政の根本が間違っている。行政が本来やるべきことを民間にたくして、お金の管理だけを行政がやっているのが現状。行政が行ったり外から団体に委託する場合は、十分な財政保障をするのに、民間には出てない。又やって欲しい時には、身体介護の範囲を拡大するが、民間がやり始めたら、身体介護の範囲を縮小し、安い家事援助の単価しか出さなくなっている ・ホームヘルプサービス上での身体介護と家事援助の明確な基準を示してほしい ・ボーダーラインにいる人への制度の充実 ・マニュアルでしか障害者のことを分かってくれない・臨機応変にもう少し対応してほしい ・まったく対応出来ない状態で事例困難者への対応事業所まかせ。ボランティアの対応を事業所にさせることは止めて欲しい。社会的責任上ぎりぎりまで動いてもらえない ・自立支援法の中で「相互利用」(身体、知的、精神が互いに利用し合う)の枠の中で取り組んでほしい ・精神科医や看護師、ワーカーを増やしてほしい ・情報(個人、病歴など少ない) ・事業所に対しての支援、フォロー・ヘルパーへのカウンセリング・介護者のストレスがあり、ケアが必要・ヘルパーのカンファ、料理研修、又利用者へのサービス、色んな問題は行政、担当者と役割分担で行っています。一緒に相談し、進めています ・人材や軽減措置など検討してほしいことが多くある ・精神障害者を受け入れる種々な場所。就労する前の訓練の場が足りない ・請求手続きがたびたび変わる ・突発的事由へのサポート、利用者の情報提供 ・自立支援法の方が65歳になると、介護保険法からのサービスになるが、自動的に変更できないのか。介護保険の申請の連絡などに気づかない方も多い ・同一市でありながら区によって対応が異なる ・利用希望者への広報案内や事業所へつなげる支援 ・当事者の情報が欲しい
訪看	<ul style="list-style-type: none"> ・力を入れている所との差が大きい ・行政の窓口が相談援助に対して積極的に動いてくれない。事業所のサポートも行ってくれない
病院	<ul style="list-style-type: none"> ・行政機関が精神障害者宅へ出向いてほしい
診療所	<ul style="list-style-type: none"> ・受け皿が少ない ・市民活動、当事者活動への参画

行政に対する満足度を聞いたところ、「満足」「まあ満足」と回答したところは最大でも診療所の42.86%と、半数に満たなかった。また期待する取り組みとして ①行政機関担当者がもっと精神障害への理解を深めてほしい ②精神障害当事者や家族に積極的にサービスの情報を伝えてほしい ③サービスの具体的な内容を広報してほしい といった回答が多かった。つまり「広報」についての要望がまずあり、さらに「情報」を必要としている。精神障害者サービスに関する情報が不足していることがうかがえる。

【V. 支援の内容について】

問 1. 実施している支援内容について

図 20

支援内容

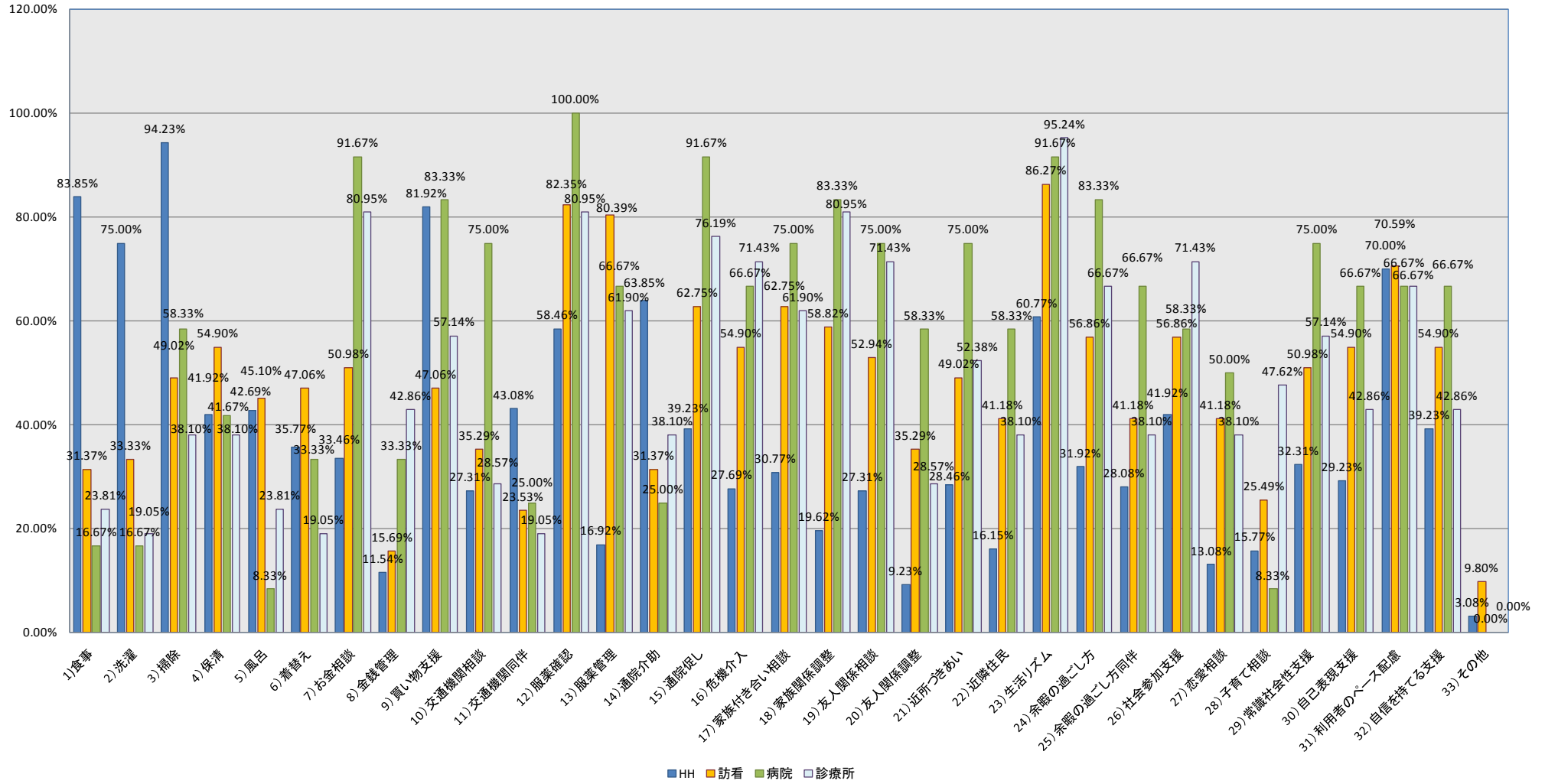


図 ⑩

	1位		2位		3位		4位		5位		6位		7位		8位		9位		10位	
HH	3)掃除		1)食事作り		9)買い物支援		2)洗濯		31)利用者のペース配慮		14)通院介助		23)生活リズム		12)服薬確認		11)交通機関同伴		5)風呂	
	245	94.23%	218	83.85%	213	81.92%	195	75.00%	182	70.00%	166	35.77%	158	60.77%	152	58.46%	112	43.08%	111	42.69%
訪看	23)生活リズム相談・助言		12)服薬確認		13)服薬管理		31)利用者のペース配慮		15)通院促し		17)家族付き合い相談		18)家族関係調整		24)余暇の過ごし方		26)社会参加支援		4)保清/16)危機介入/30)自己表現支援	
	44	86.27%	42	82.35%	41	80.39%	36	70.59%	32	62.75%	32	62.75%	30	58.82%	29	56.86%	29	56.86%	28	54.90%
病院	12)服薬確認		7)お金相談		15)通院促し		23)生活リズム		18)家族関係調整		24)余暇の過ごし方		9)買い物支援		10)交通機関相談		17)家族付き合い相談		19)友人関係/21)近所付合相/29)常識社会性支援	
	12	100.00%	11	91.67%	11	91.67%	11	91.67%	10	83.33%	10	83.33%	10	83.33%	9	75.00%	9	75.00%	9	75.00%
診療所	23)生活リズム相談・助言		7)お金相談		18)家族関係調整		12)服薬確認		15)通院促し		16)危機介入		19)友人関係相談		26)社会参加支援		24)余暇の過ごし方		31)利用者のペース配慮	
	20	92.24%	17	80.95%	17	90.95%	17	80.95%	16	76.19%	15	71.43%	15	71.43%	15	71.43%	14	66.67%	14	66.67%

その他内訳

HH	<ul style="list-style-type: none"> 施設内での生産性作業への積極的な参加を促す 他事業者との付き合い方に関する相談、助言 「死にたい」「生きていてもしょうがない」と言って電話がかかってくる人への電話相談(ボランティア活動?) 自立支援の活用の仕方 自立に向けての支援 ごみの分別、ごみ出しを表示して行う 金銭管理は安心サポート 精神保健福祉士勉強中のヘルパーに対応してもらっています
訪看	<ul style="list-style-type: none"> 社会資源の活用の支援 血糖コントロールに関する指導 週1回利用者さん数名と外食を共にする 年金、手帳など福祉制度に関する相談・支援・社会資源(ボランティア、ヘルパーなど)の活用支援・障害者が地域で行う啓発活動への参加
病院	(なし)
診療所	(なし)

現在利用者を実施している支援内容 32 項目について聞き、上位 10 項目を表にした。ホームヘルプ事業所の上位は 掃除、食事作り、買い物に関する支援、洗濯 とともに「生活面への具体的なサポート」を中心としている。訪問看護では 生活のリズムを保つための相談・助言、服薬の確認・促し・見守り、服薬管理・与薬・投薬、利用者のペースを尊重し、安心感を持ってもらえるような配慮など病状の安定に関する確認や生活のペースについての配慮といった「トータルな支援」を実施している。

医療機関はどちらも「お金の使い方等に関する相談・支援」が 2 位であり、退院患者の生活のやりくりについて大きな役割を持っている。

問 2.精神障害者への援助を提供する上で、難しさを感じていることについて

サービス利用者について

図 ⑪

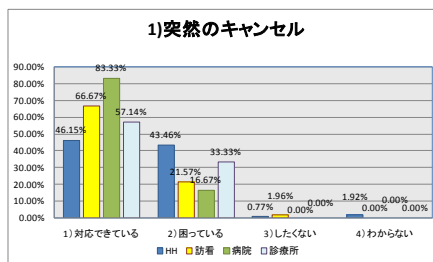


図 ⑫

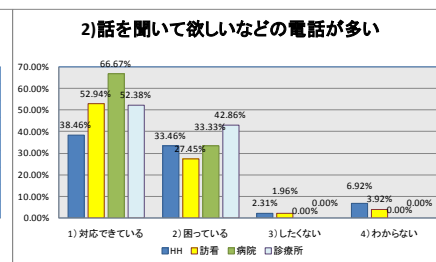


図 ⑬

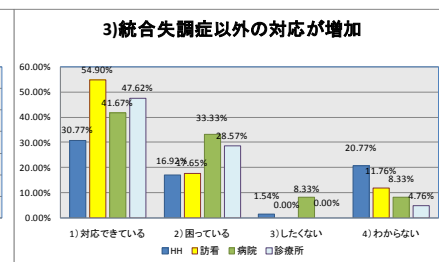


図 14

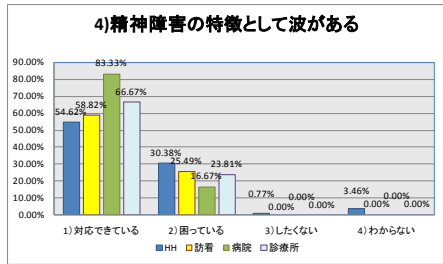


図 15

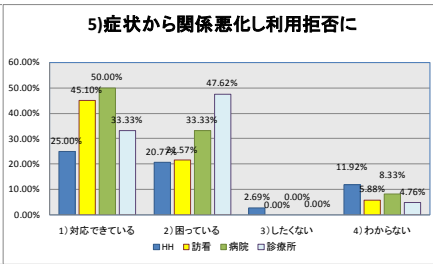


図 16

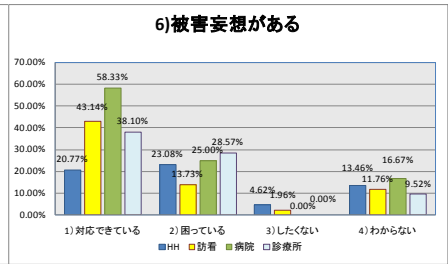


図 17

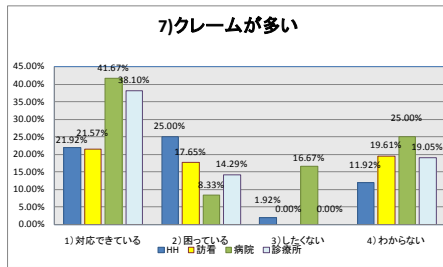
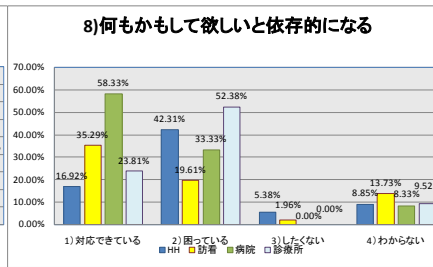


図 18



事業所からみたスタッフについて

図 19

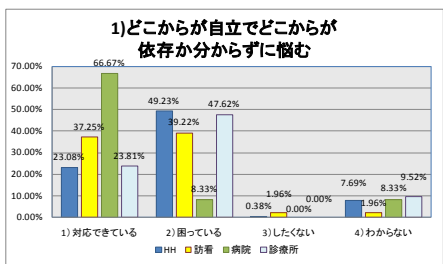


図 20

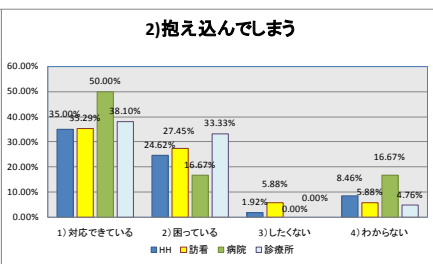


図 21

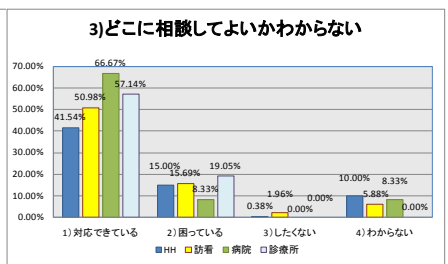


図 22

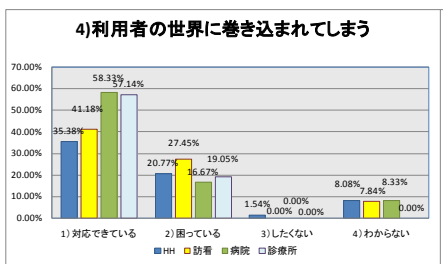


図 23

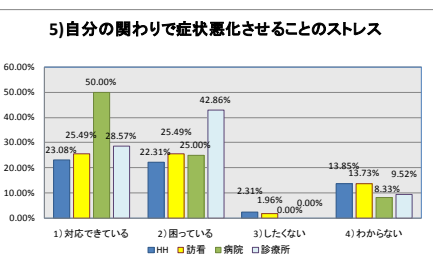


図 24

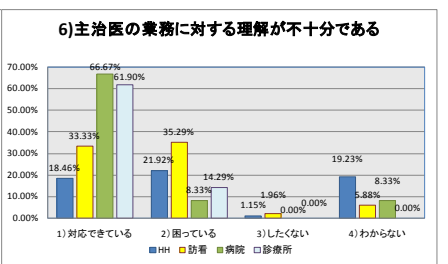


図 25

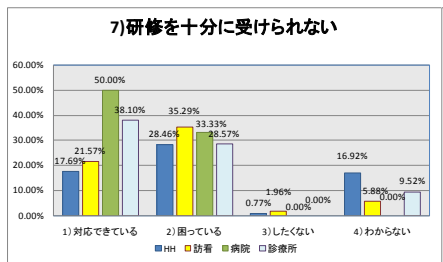
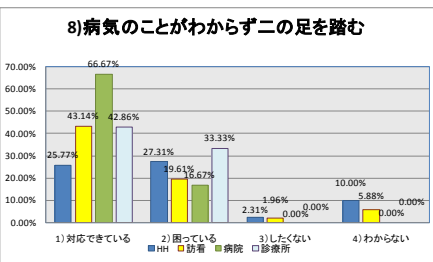


図 26



その他内訳

HH	・それぞれの症状にスタッフが対応できない ・利用者との価値観の相違への対応
訪看	(なし)
病院	(なし)
診療所	(なし)

回答の中から特に難しさを感じている項目として2)「対応しているが困っている」3)「出来れば対応したくない」を抽出

図 47

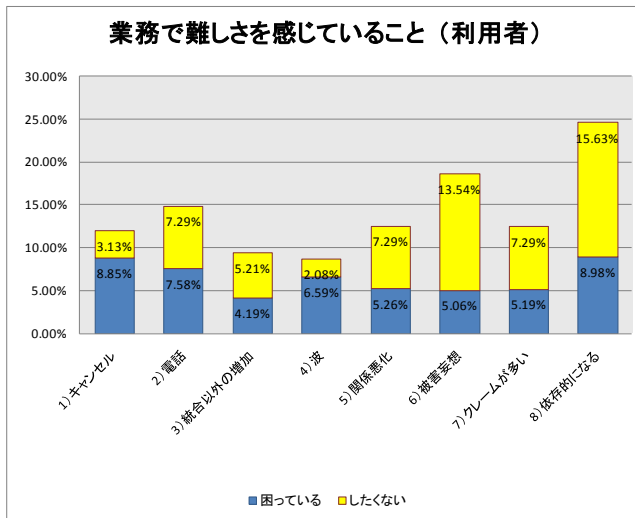
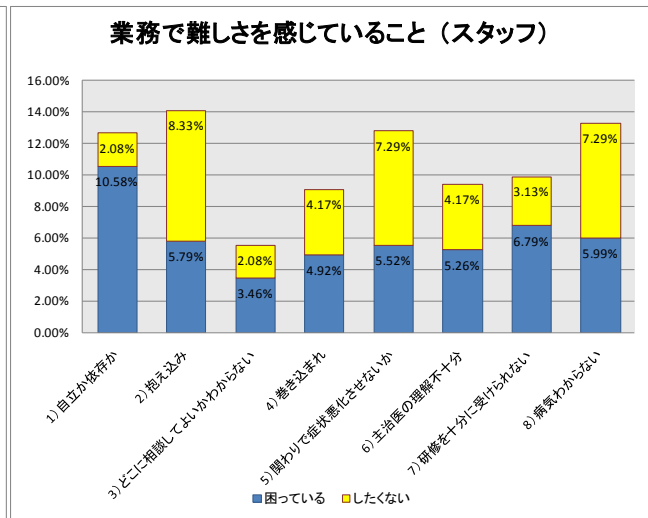


図 48



精神障害者への援助を提供する上で、難しさを感じていることについてきた。

難しさを表す度合として、1)対応できる・している 2)対応できるが困っている 3)できれば対応したくない 4)わからないという4項目に分けて回答を求めた。1)では困難な出来事についての前向きな姿勢がうかがえる。逆に2)では、やや消極的な姿勢ではあるが、悩みながら何とか対応しており、3)はお手上げ状態であることが推測できる。

まず、利用者については、1)突然のキャンセル について、ホームヘルプ事業所は、できているところと困っている所が同数であった。医療はできているし、したくないという所も少ない。

主に困っていることとしては ①何もかもしてほしいと依存的になる ②物を取られたなど被害妄想 ③話を聞いて欲しいなどの電話が多い という順となった。

次に事業所から見たスタッフについての意見を聞いた。「1)どこからが自立でどこからが依存かわからずに悩む」に208件という多数の回答があった。しかし、病院の比率は比較的低かった。「6)主治医の業務に対する理解が不十分である」との回答者として、医療機関からも数件あがっている。「8)病気がわからなくて二の足を踏む」についても困っているとの回答が多かった。

困っているとの回答が多かった順に ①抱え込んでしまう ②どこからが自立でどこからが依存かわからずに悩む ③病気がわからなくて二の足を踏む という結果となった。

問 3. ケアマネジメント業務について困ったこと

図 ④

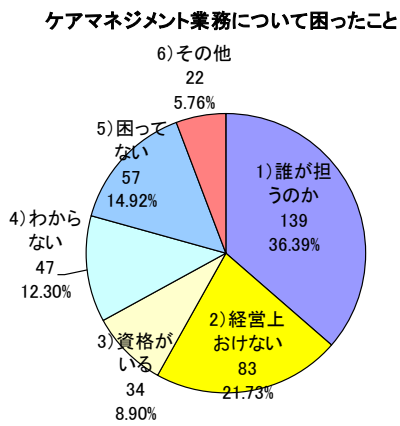
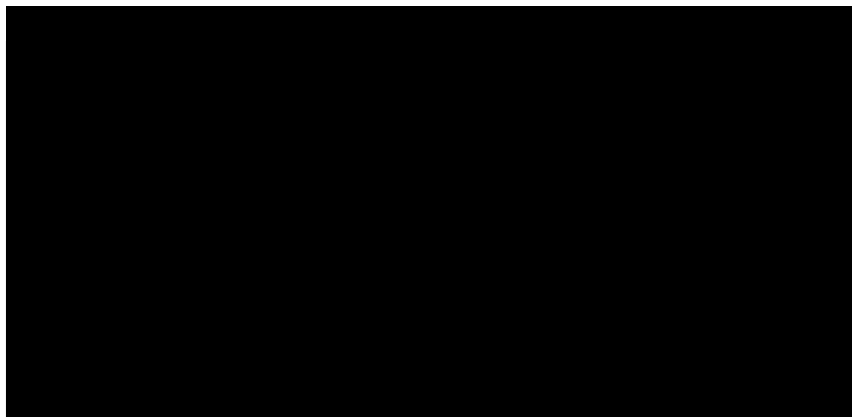
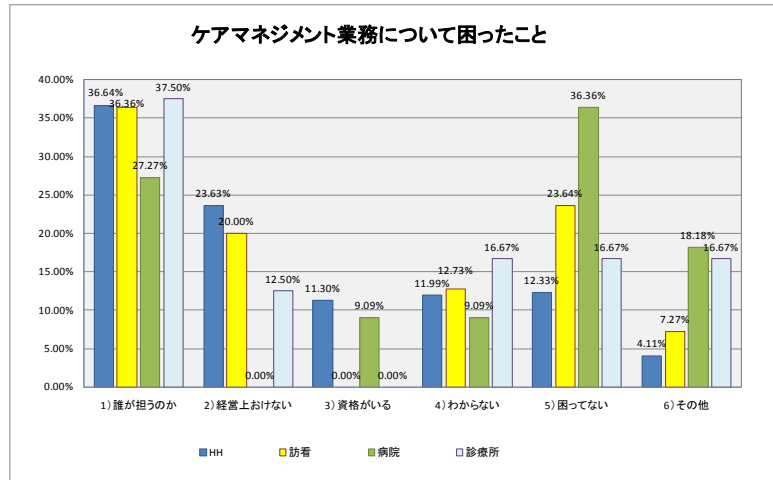


図 ⑤



①誰が担うのかはっきりしていない ②経営上置くことが難しい ③困っていることはない という順になった。主に、担い手について困っていると述べているところが多かったが、合わせて10～20%が「困っていることはない」とも述べている。

問 4. ケアマネジメントを担うべき機関について

図 ⑥

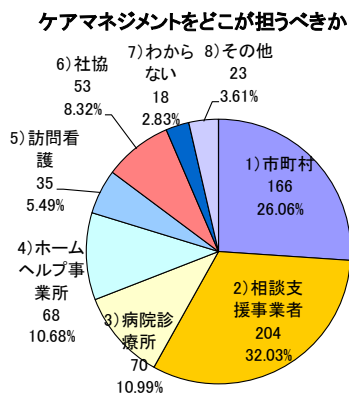
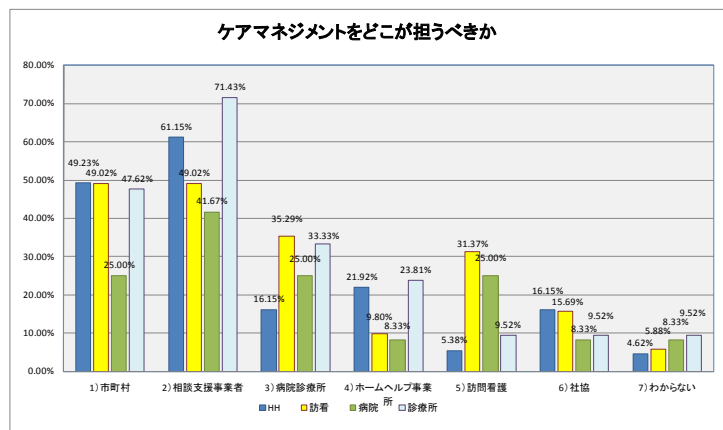


図 ⑦



その他内訳

HH	<ul style="list-style-type: none"> ・どこでも・どこが担っても良いと思う ・自立支援のため今のまま ・専門資格者 ・行政がしっかりサポートする必要があると感じる ・障害者のケアマネージャーを位置づけるべき ・支援センター ・所属施設 ・関わる機関が全て対応できるほうが良い ・保健師(2) ・どこが担っても良いが、置くべきものという認識の確立(制度等)が必要 ・1ヶ所の事業所に他の機関が連携すべきと思う ・その時々的事例によると思います ・ケアプランセンター ・利用者の状態とサービスの内容を理解できる立場
訪看	<ul style="list-style-type: none"> ・関わるすべての支援者なら誰でもよい ・経験と資質のある人ならどこでも
病院	<ul style="list-style-type: none"> ・ケースバイケース
診療所	<ul style="list-style-type: none"> ・ケースバイケースと思う・ケース毎により違うはず ・当人と信頼関係のあるもの

上位から ①相談支援事業所 ②市町村 ③病院診療所 となった。
また、訪問看護では自身の事業所が担うことが良いと 15.53%が述べている。

問 5. ケアマネに期待すること

図 ⑤

ケアマネに期待すること

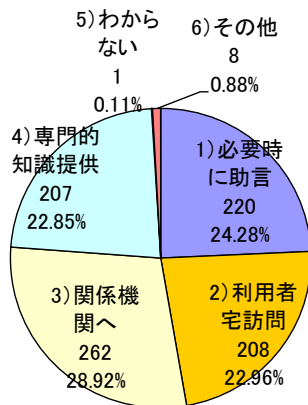
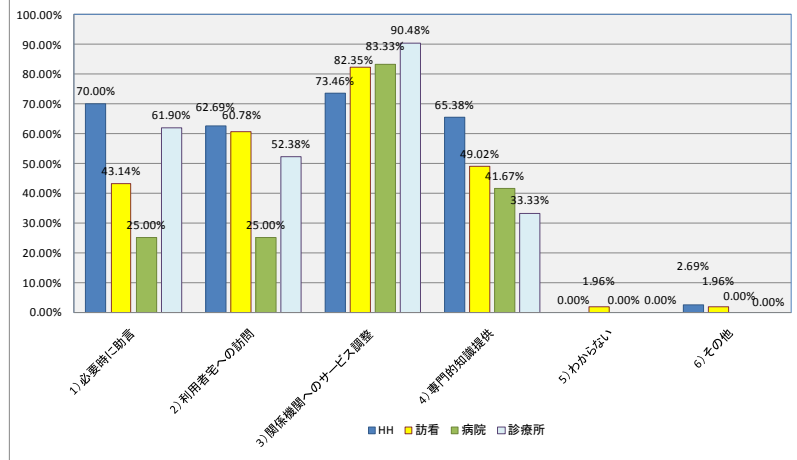


図 ⑥

ケアマネに期待すること



その他内訳

HH	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の考え方を尊重する ・ケアマネジメント(マネージャー)としての責任感 ・困難時の最終判断 ・緊急時の対応への協力 ・連携するんだという意識をしっかりと持つこと ・関係機関とのカンファレンスの上での支援計画作成 ・主治医、ケースワーカーからの助言
訪看	(なし)
病院	(なし)
診療所	(なし)

ケアマネジメントを担うべきところに期待していることについて聞いたところ、1) 必要時に助言 2) 利用者宅への訪問 3) 関係機関へのサービス調整 4) 専門的知識提供 の4つの項目それぞれ 23~29%の回答があり、ばらつきがでた。

問 6. スタッフの質の向上に必要なもの

図 ⑤

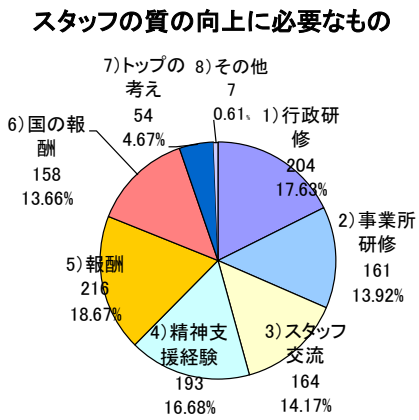
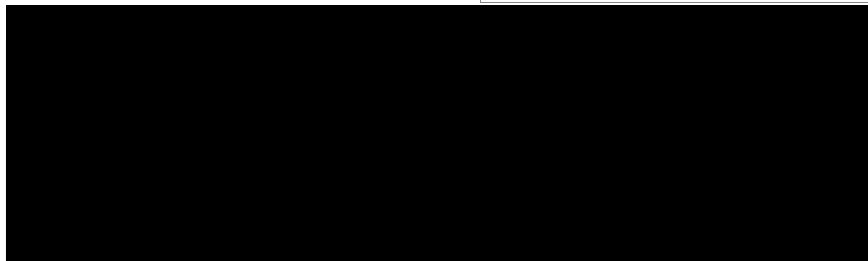
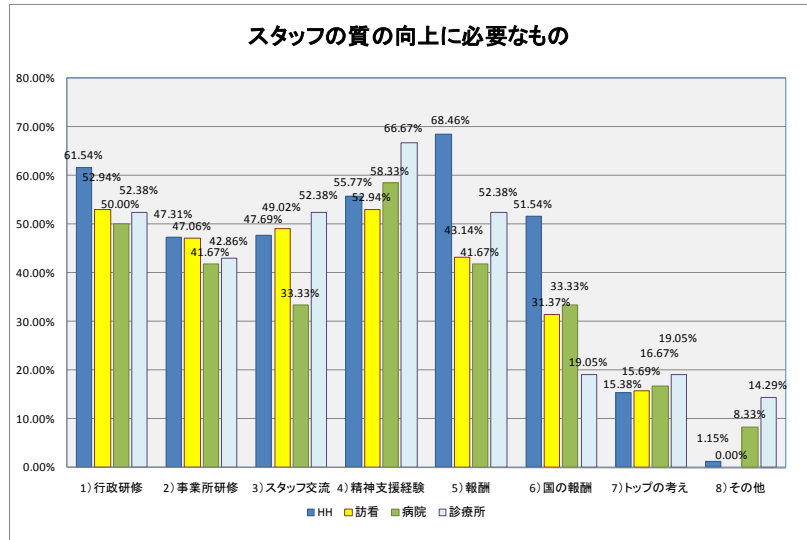


図 ⑥



特に事業所種別による差はなく、全体として ①業務内容に見合った報酬 ②市町村など行政が実施する資格を得られる研修 ③精神障害者支援の経験 となった。特にホームヘルプ事業所からは報酬についての回答割合が多く(68.46%)、現状が業務とみあっていないと感じている。

問 7. 他機関との連携について満足か また、重要と思う機関について

図 ⑦

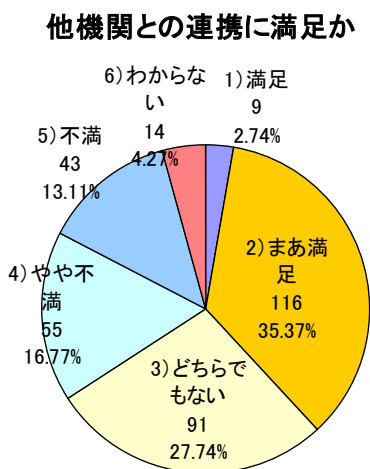


図 ⑧

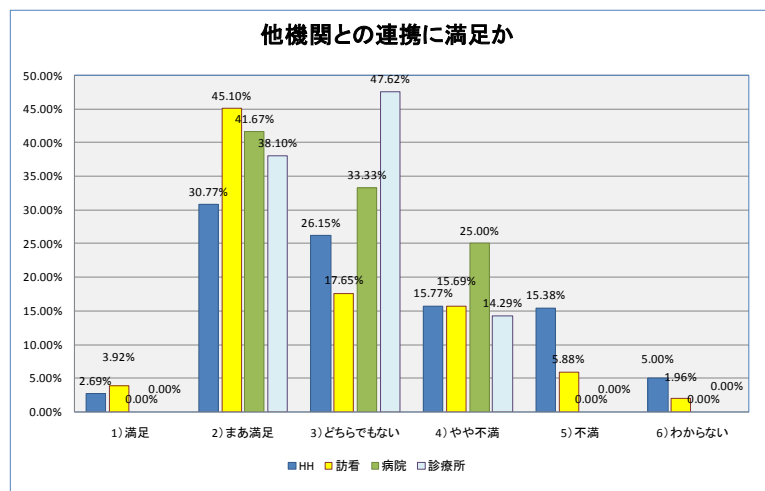
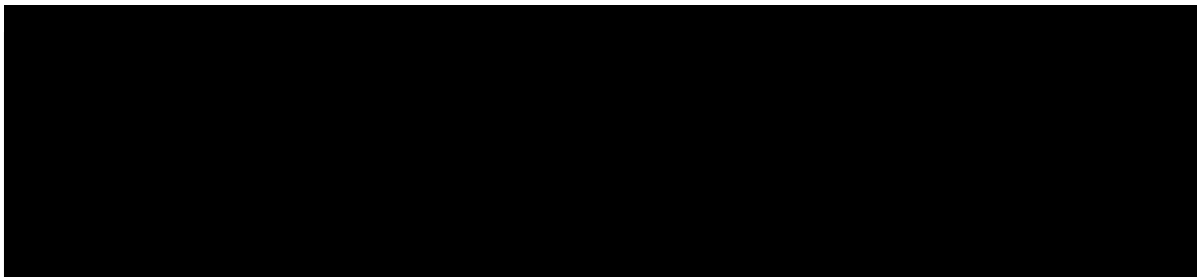
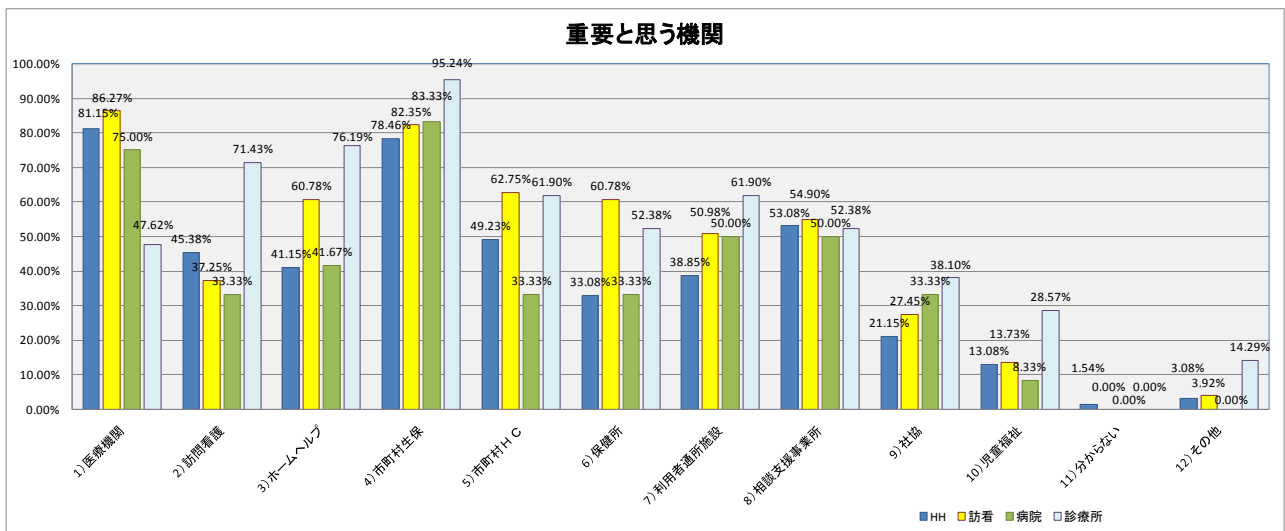
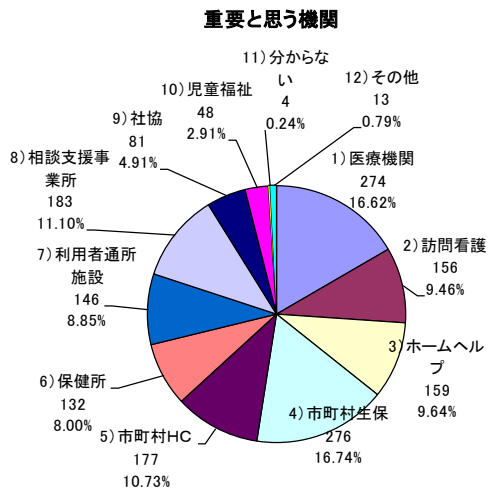


図 69



各業種の30%以上が、おおむね満足しているとの回答であった。特に訪問看護は合わせて約50%が「満足」あるいは「まあ満足」と述べていた。

重要と思う機関として、①市町村生活保護、障害福祉(16.74%) ②医療機関(16.62%) ③相談支援事業所(11.10%) があげられた。生活保護・障害福祉行政が保健所を上回ったことから、生活に根差した相談窓口でのサポートを必要とされていると感じる。

【VI. 自立支援法等での問題点】

図 64

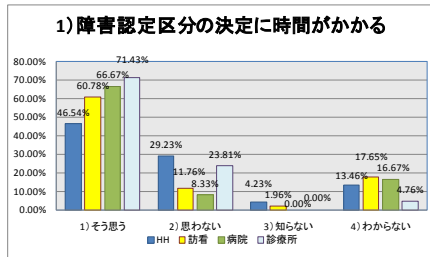


図 65

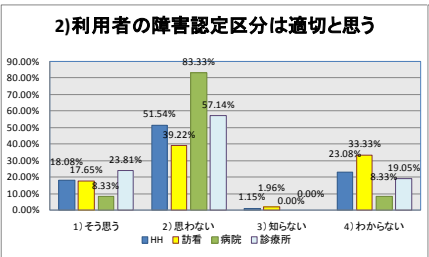


図 66

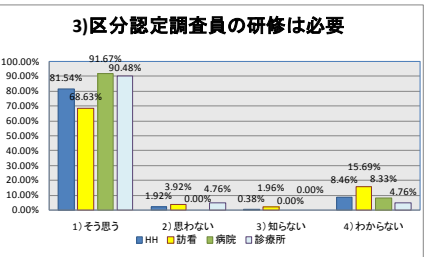


図 67

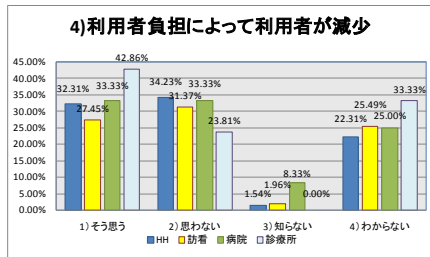


図 68

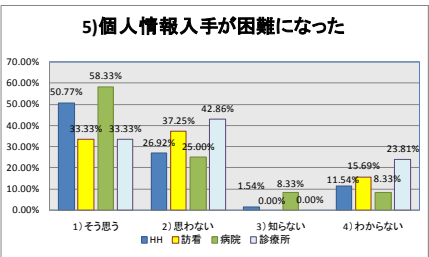


図 69

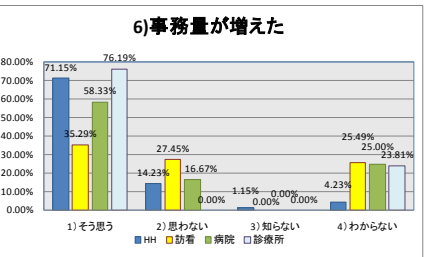


図 70

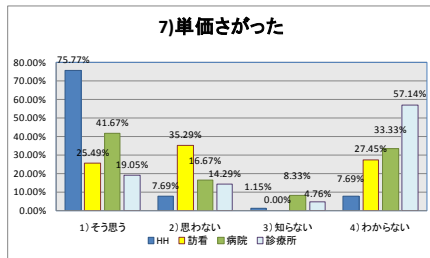


図 71

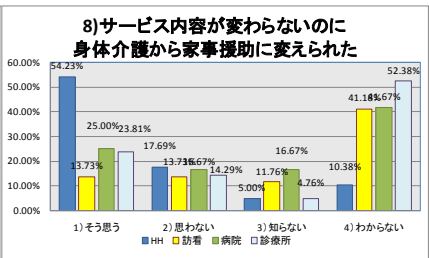


図 72

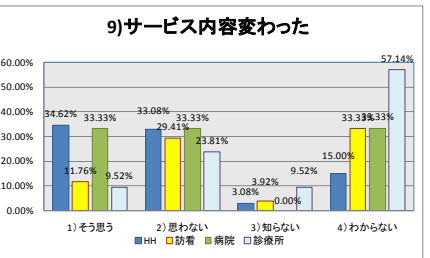


図 73

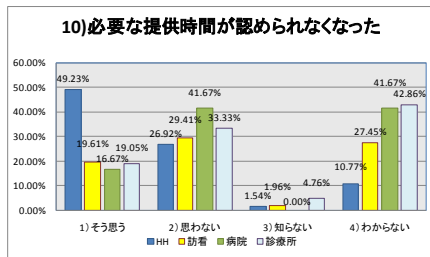


図 74

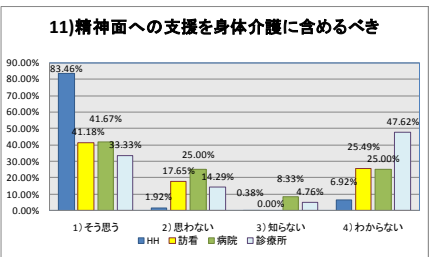
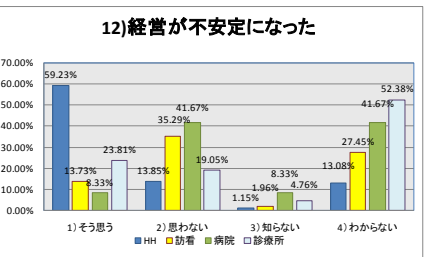


図 75



その他内訳

HH	<ul style="list-style-type: none"> 入院や受診(精神科以外)が困難。対応してくれる医療機関が殆んど無く困る サービスが必要なのに自己決定になった為、お金がないのにとやめる障害者がいる 軽いうつ等の援助なので上記のことはあまり感じたことはありません 今後は受け入れ予定がない 対応できるヘルパーが少なくなった・対応できる事業所が少なくなってきた 事業所報酬額が厳しい 事業所としての相談機関がわからない。・精神障害の程度、支援方法など専門的なアドバイスが必要。・支援の必要性を感じられない利用者がある 重度訪問介護なのにかかなりの身体介護で、報酬1600円はおかしすぎる
訪問	<ul style="list-style-type: none"> 専門性を持った援助の必要な人への対応が追いついていない。(発達障害、高次脳、アルコール、薬物等)
病院	<ul style="list-style-type: none"> 市町村間で認定の押し付け合いがある
診療所	(なし)

図 12

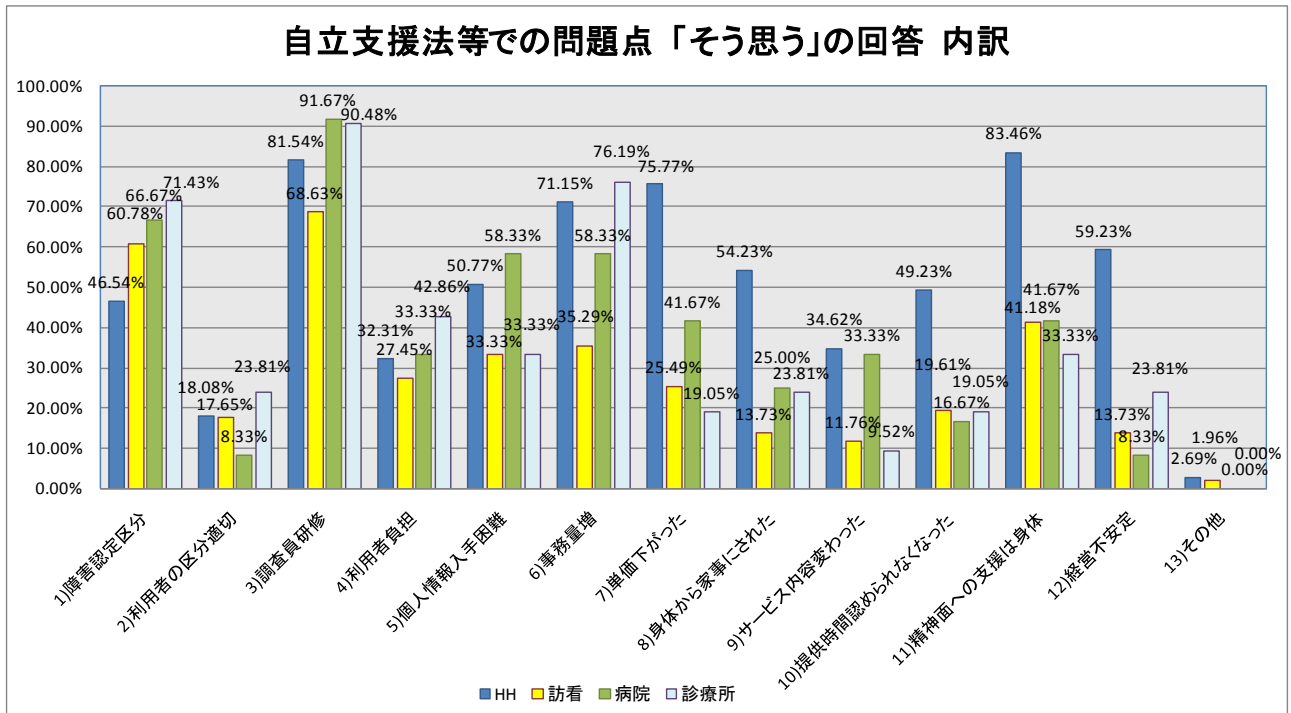
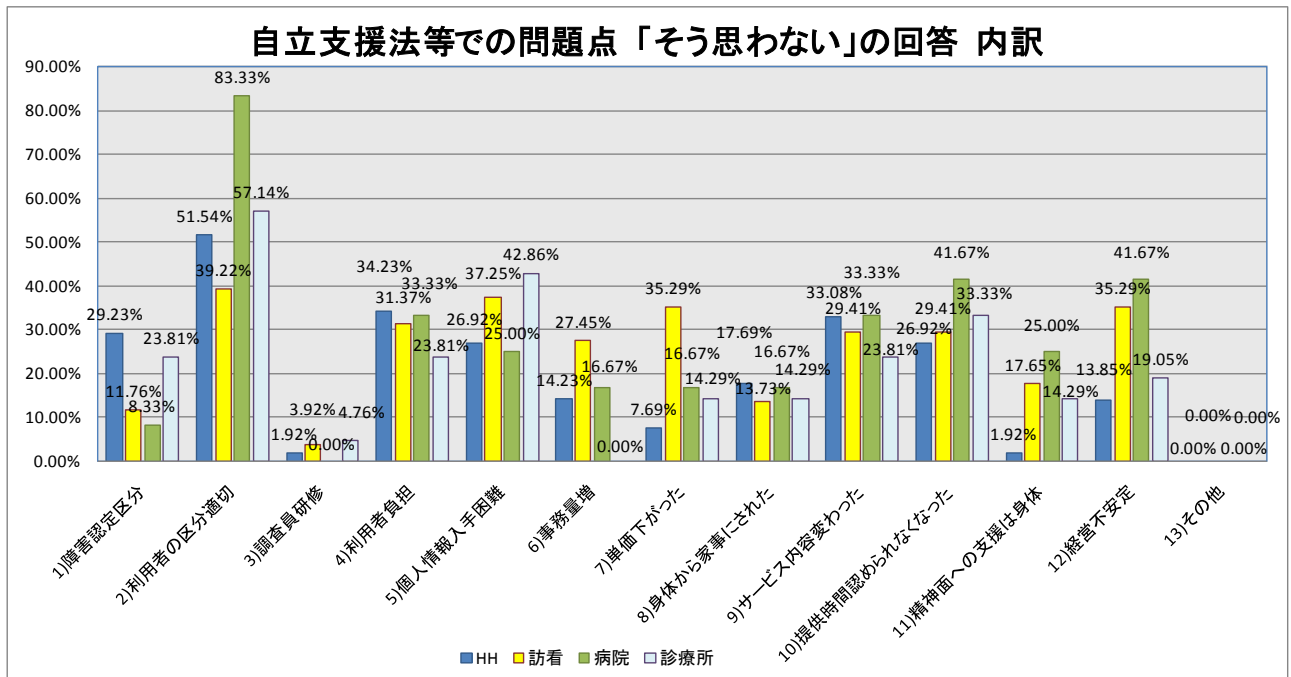


図 13



自立支援法の問題点として、多くの回答者が指摘した順に、①障害程度区分認定調査員の研修が必要 ②事務量が増えた ③精神面への支援を身体介護に含めるべき となった。

ホームヘルプ事業所は、「10)必要な提供時間が認められなくなった」について 49.23%もの回答があった。

「2)障害程度区分認定について適切でない」と感じている事業所がすべて半数または半数近い回

答であった。また、「8)サービス内容が変わらないのに、身体介護から家事援助に変えられた」という事業所が141件あった。「11)精神面への支援を身体介護にすべき」との意見も79%あった。ただし、6%はそう思わないとの回答であった。

【Ⅶ. 精神障害者ホームヘルプ・訪問看護の意義】

図 74

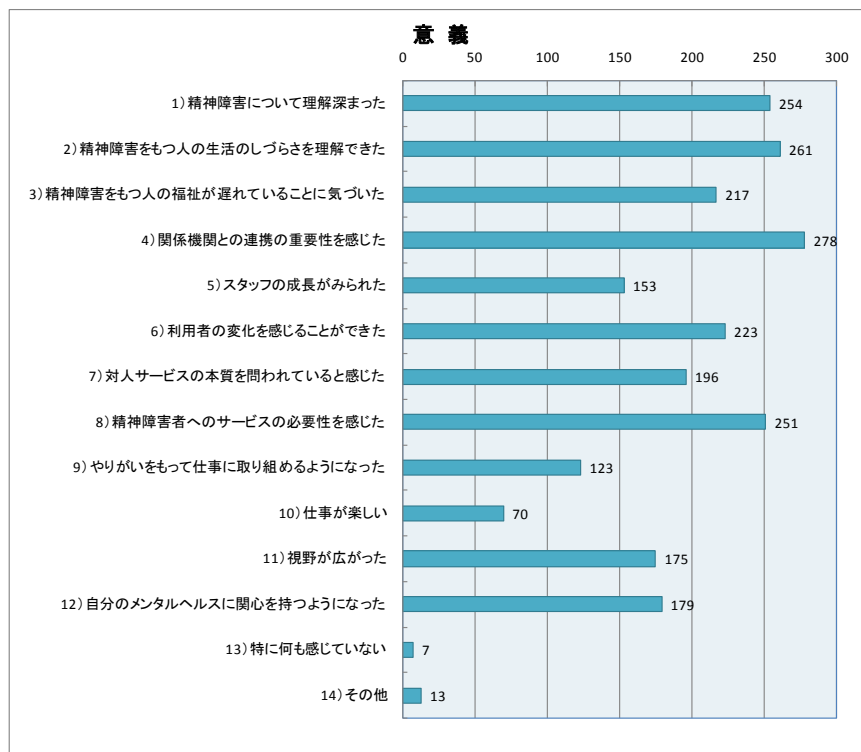
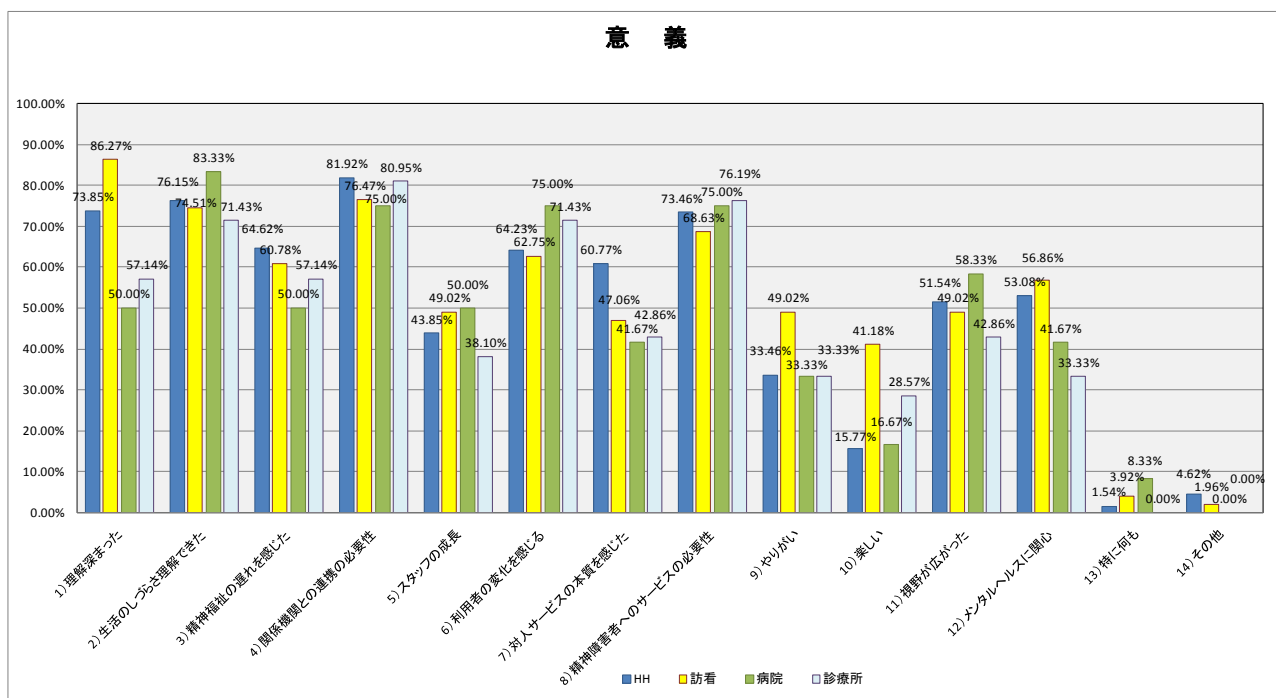
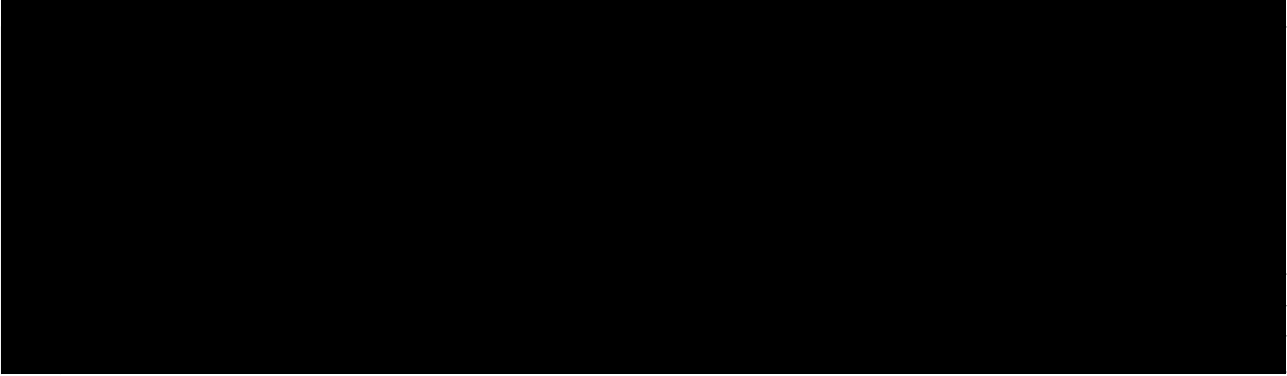


図 75





順に ①関係機関との連携の重要性を感じた ②精神障害をもつ人の生活のしづらさを理解できた ③精神障害についての理解が深まった であった。

「9)やりがいをもって仕事に取り組めるようになった」については 123 件(5.13%) (の回答があったが、しかし「10)仕事楽しい」と感じているところは 70 件(2.92%)であり、楽しいとは言い切れないがやりがいを感じているといえる。

「13)特に何も感じていない」という回答も 7 件(0.29%)あった。

【Ⅷ. その他 自由記述】

精神障害者ホームヘルプサービス・精神科訪問看護についての意見を求めた。【5)資料】にて要約を掲載する。

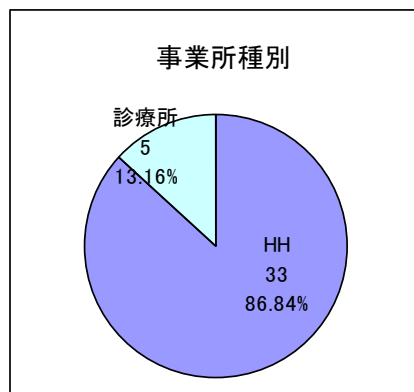
②精神障害者ホームヘルプサービス・精神科訪問看護 利用者聞き取り調査

ホームヘルプサービス・訪問看護について、それぞれの役割の違いや、実際に役に立っている支援内容等を利用者である精神障害者当事者はどのように捉え、感じているかについてのアンケートを作成し、調査員を派遣する聞き取りにより実施した。対象者は38名であった。

【事業所について】

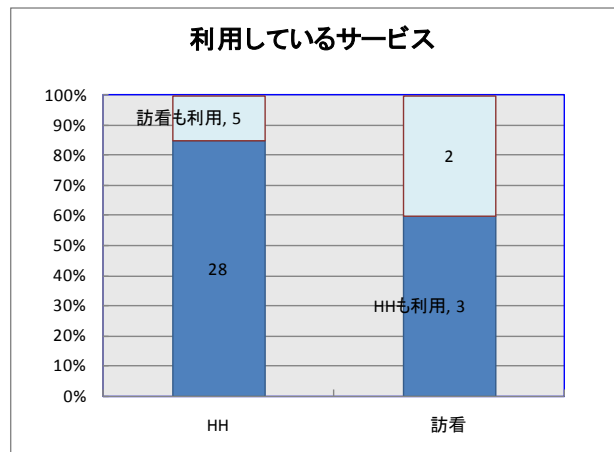
事業所別回答者数	
HH	33
訪看	0
病院	0
診療所	5
計	38

図(ア)



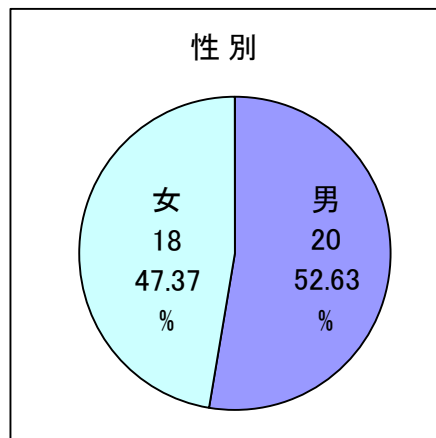
事業所別	HH利用	訪看利用	計
	HH	28	5
診療所	3	2	5

図(イ)

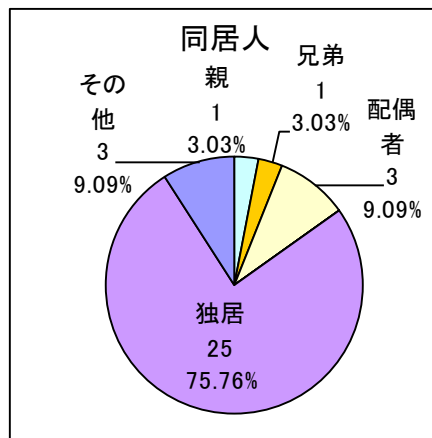


【基礎データ・利用者の生活状況について】

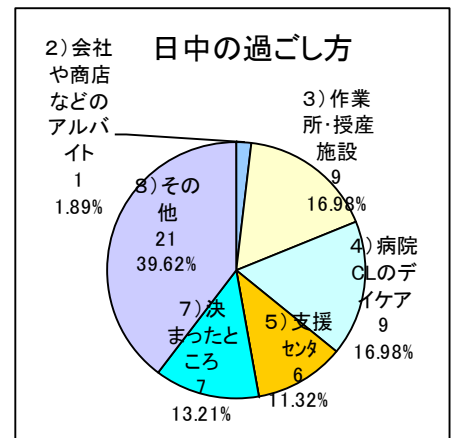
図(ウ)



図(エ)



図(オ)

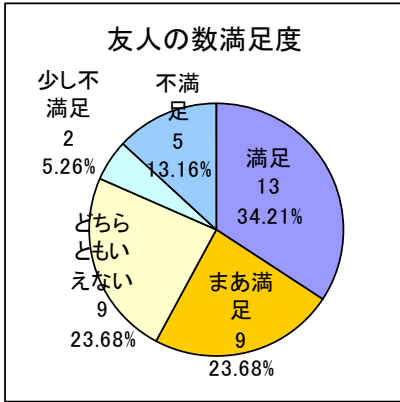


性別…男女ほぼ同数であった。年齢の平均は53.5歳であった。

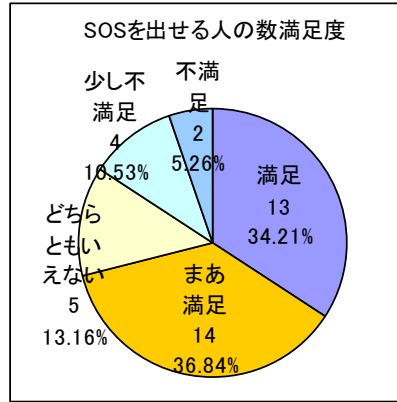
同居人…75.76%が独居であった。その他は施設入所など。

日中の過ごし方…①作業所・授産施設①病院・クリニックのデイケア③決まったところに出かけている（喫茶店・スーパー等）であった。その他については、「自宅」といった回答が目立った。

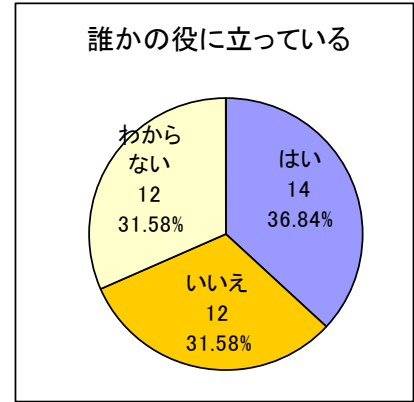
図(カ)



図(キ)



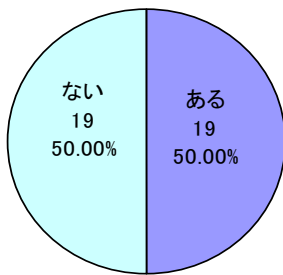
図(ク)



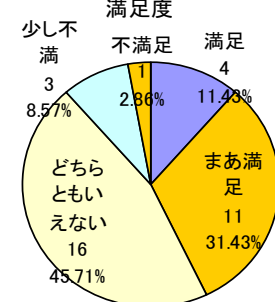
図(ケ)

図(コ)

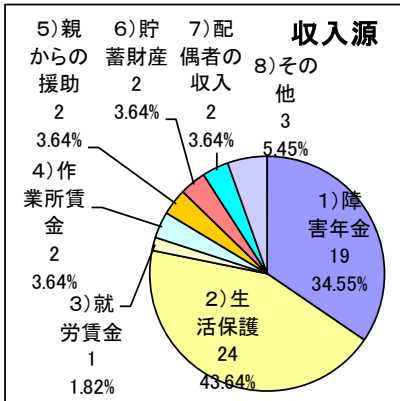
家族と日頃の付き合い



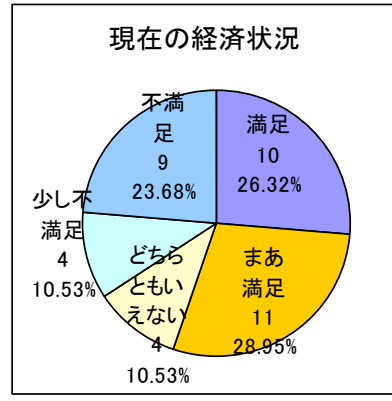
家族との付き合いについて



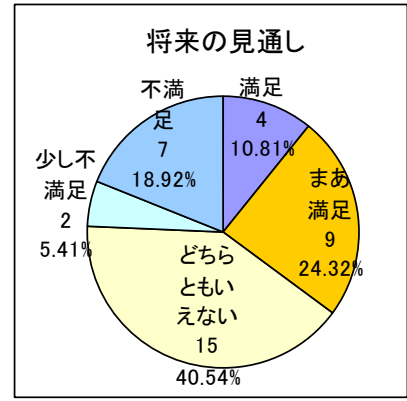
図(サ)



図(シ)



図(ス)



友人の数…「満足・まあ満足」をあわせると 57.89%となり、半数が現在の交友関係に満足していることが分かった。

SOSを出せる人…緊急時に SOS を出せる人について満足度を聞いた。「満足」が 34.21%、「まあ満足」が 36.84%という結果となった。

誰かの役に立っているか…利用者自身の感じるどころでは「はい」が 36.84%、「いいえ」が 31.58%と、ほぼ同数であった。

家族との日ごろの付き合い…1:1であった。

家族との付き合いについての満足度…「どちらともいえない」が最も多く 45.71%となった。また「満足」「まあ満足」と回答したものは 42.86%であった。

収入源…43.64%が生活保護、34.55%が障害年金であった。

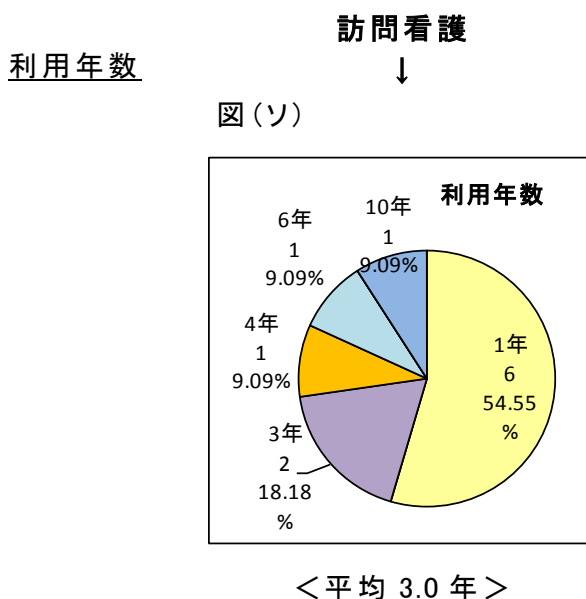
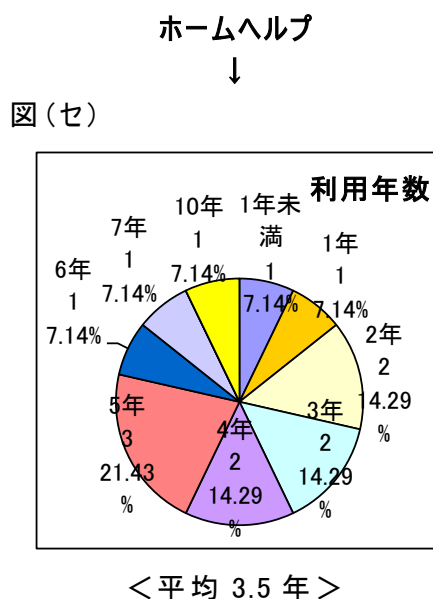
現在の経済状況についての満足度…半数以上がおおむね満足と感じていることが分かった。

将来の見通し…現状の経済状況には半数がある程度満足であったが、将来については「満足」「まあ満足」とした者が 35.13%となり、多く(40.54%)が「どちらともいえない」という回答であった。

今回の回答者は現在の人間(交友)関係や、生活状況についておおむね満足を感じているといえる。

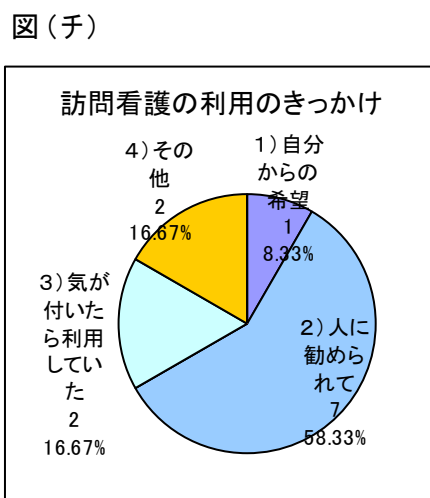
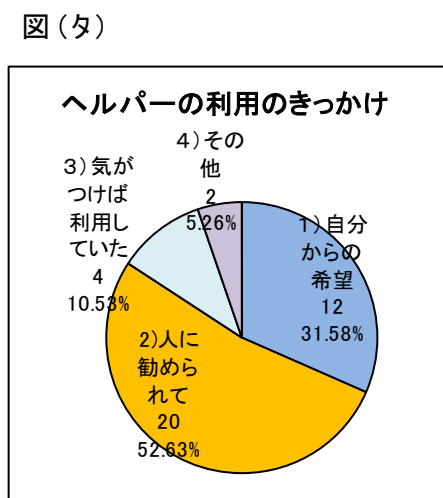
【ホームヘルプサービス・訪問看護 について】

ホームヘルプ利用者、訪問看護利用者それぞれに同じ質問項目を聞いた。これを並列の表にした。



今回の回答者については、ホームヘルプ利用者は2年以上の者がほとんどであったが、訪問看護利用者は半数が1年とのことだった。

利用のきっかけ

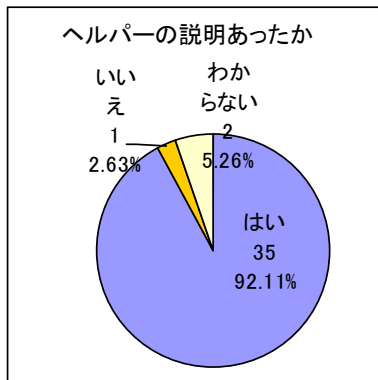


※人にすすめられて(具体的に)…病院(5)、CW (4)、市職員(4)、友人(1)、父親のケアマネ (1)、授産施設職員(1)、家族(1) など
 ※人にすすめられて(具体的に)…病院(3)、Dr (2)、CW(1)、市職員(1) など

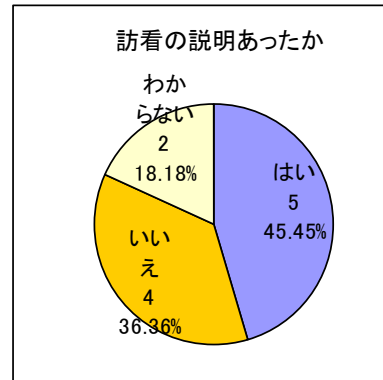
どちらも「人にすすめられて」利用開始するとの回答が半数であった。「(1)自分からの希望」と「(3)気がついたら利用していた」の対比をみると、HHは3:1なのに対し、訪看は1:2とやや(3)が多かった。この差は、病状の安定に関わる要素の強い、訪問看護のサービスの緊急性に関係すると考えられる。

利用前に説明はあったか

図(ツ)



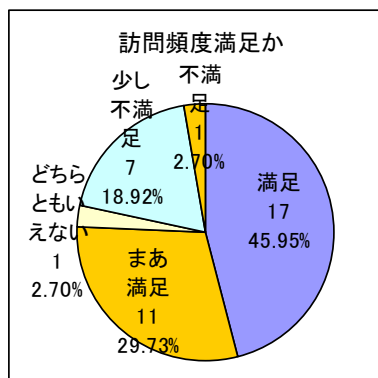
図(テ)



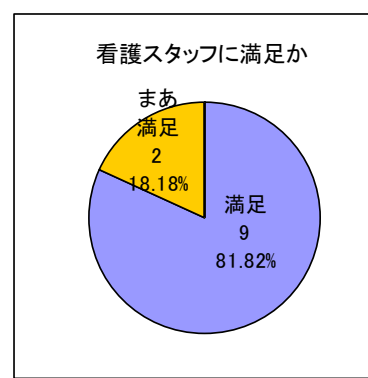
HHと比較して「いいえ」の割合が36%と高い。これは「利用のきっかけ」の項目でも述べているが、医療機関訪問看護が、患者の病状安定のために実施を急いだことが想像される。

訪問頻度について

図(ト)



図(ナ)



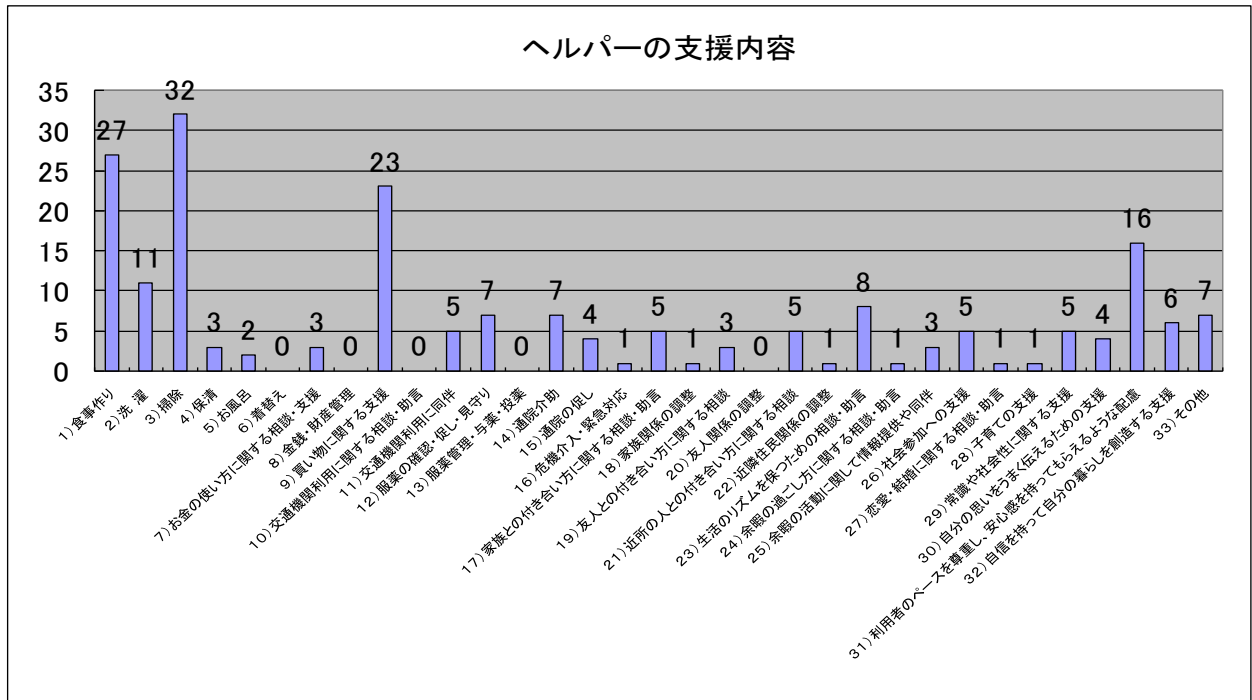
<平均 2.1 回/週 ・ 3.2 時間/日 >

<平均 1.4 回/週 ・ 0.9 時間/日 >

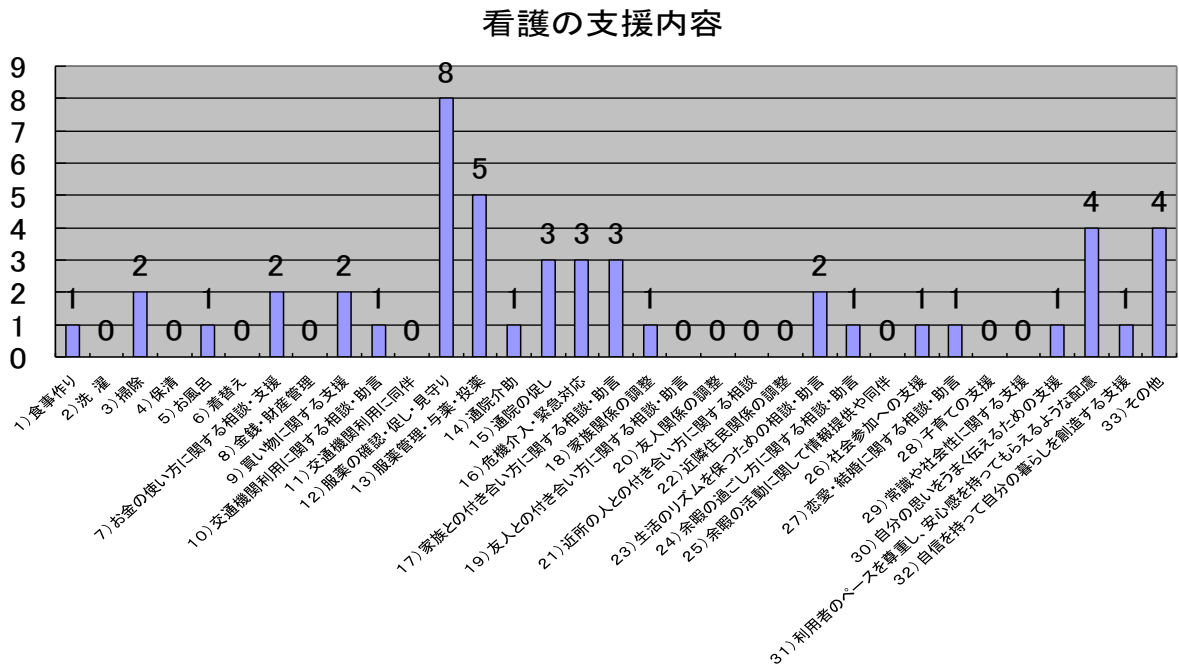
ホームヘルプが日数、時間数ともにやや多いが、それでも「満足」と述べている者が半数未満にとどまっている。比較して、訪問看護は週1回、1時間未満の訪問について、ほぼ全員が「満足」と述べていた。

支援内容

図(二)



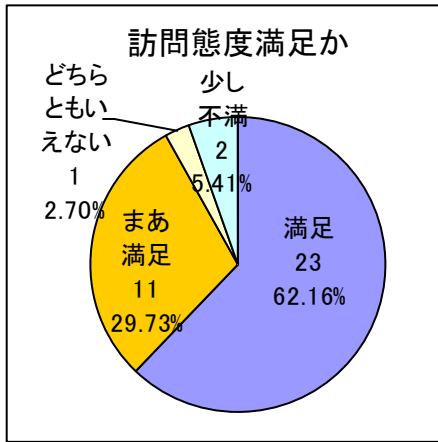
図(又)



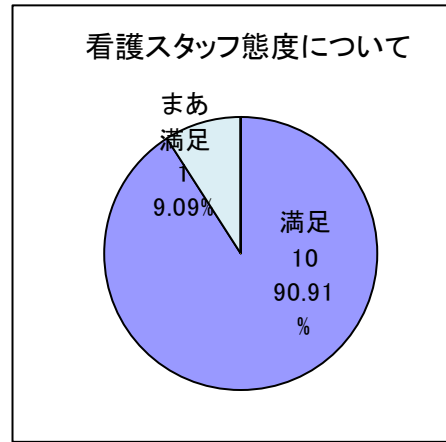
ヘルパー利用者は ①掃除 ②食事作り ③買い物に関する支援 の順に多く、主に「生活の支援」を中心とした内容であることがわかる。訪問看護は ①服薬の確認・促し・見守り ②服薬管理・与薬・投薬 ③利用者のペースを尊重し、安心感を持ってもらえるような配慮 という、主に「病状の安定に関わる支援」といえる。 おおむね企画委員が予測していた内容と一致していた。

訪問態度について

図(ネ)

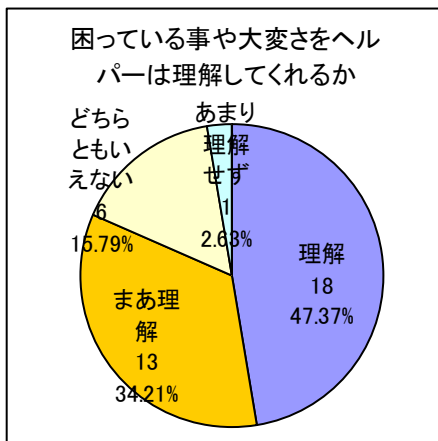


図(ノ)

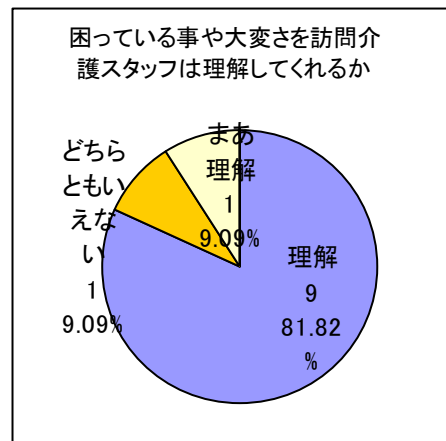


困っていることや大変さを理解してくれるか

図(ハ)

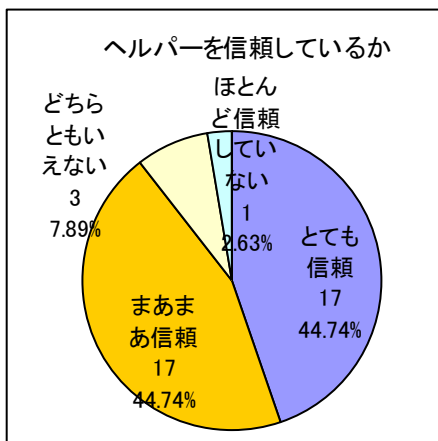


図(ヒ)

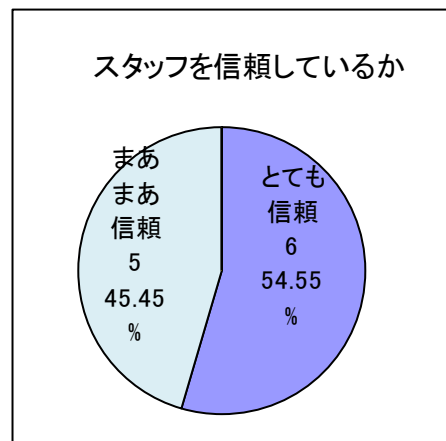


信頼しているか

図(フ)

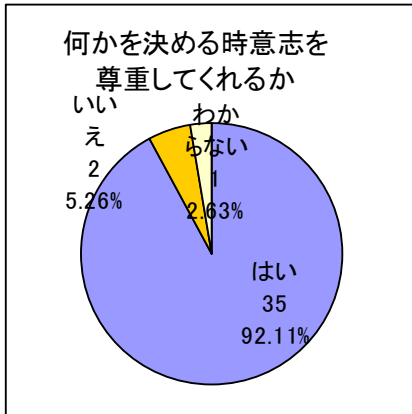


図(ヘ)

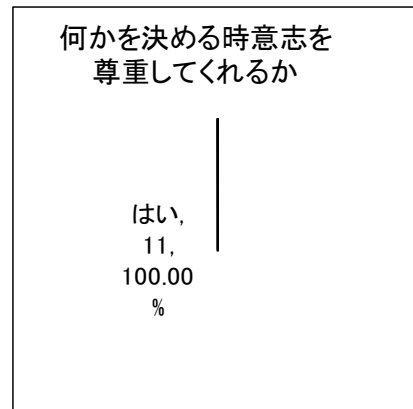


何かを決める時意志を尊重してくれるか

図(ホ)



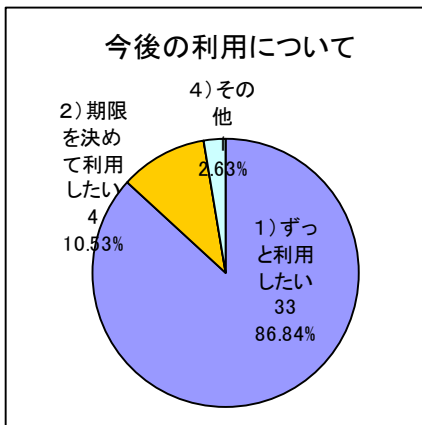
図(マ)



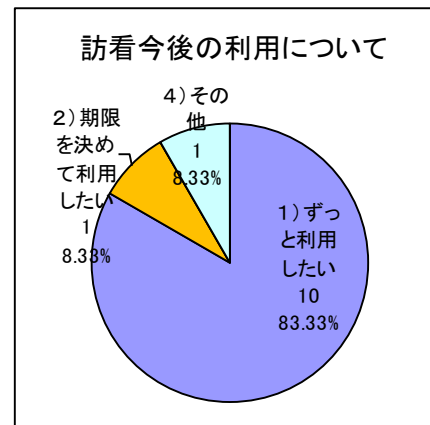
ヘルパーや看護スタッフとの関係性についていくつかの質問を設けたところ、利用者から見て、互いの理解や信頼などの関係性はおおむね良好であった。

今後の利用について

図(ミ)

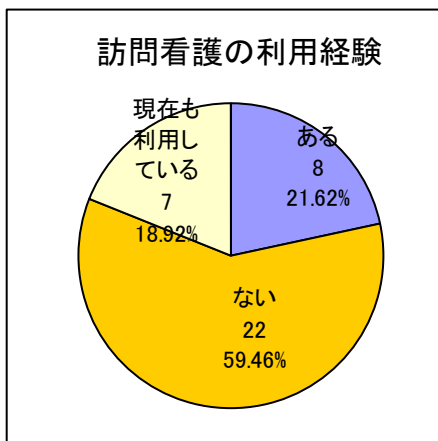


図(ム)

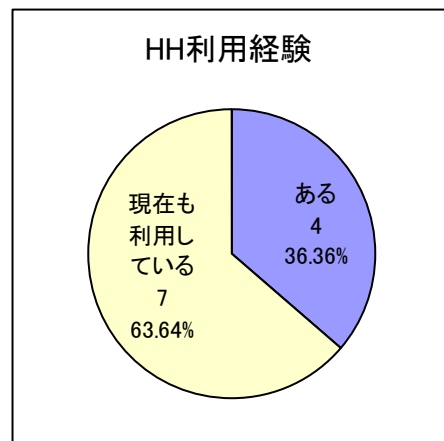


訪問看護/ホームヘルプサービスの利用経験

図(メ)

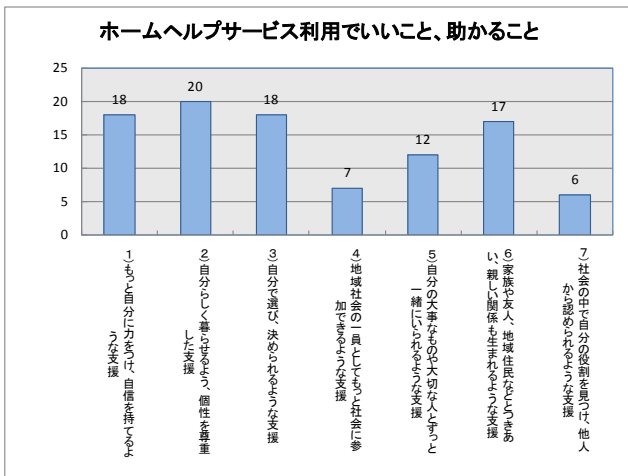


図(モ)

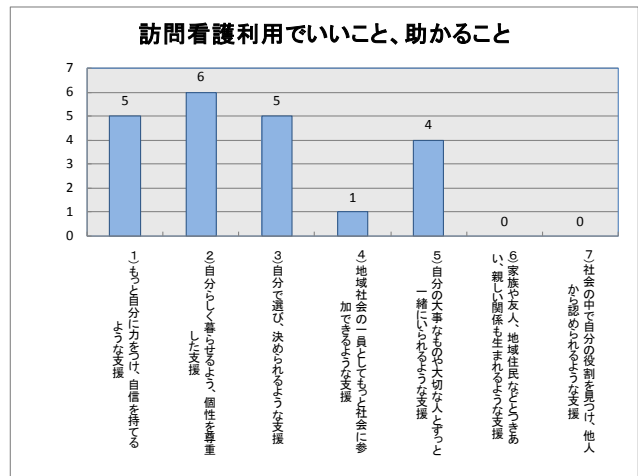


サービス利用していいこと・助かること

図(ヤ)



図(ユ)



HH、訪看ともに、①自分らしく暮らせるよう、個性を尊重した支援 ②もっと自分に力をつけて、自信を持てるような支援 ③自分で選び、決められるような支援 という順になった。利用者は「自分主体の暮らし」をイメージしながらサービスを利用しそれらに関するサポートを求めていることがわかった。訪問看護の回答項目では6)家族や友人、地域住民などつきあい、親しい関係も生まれるような支援 7)社会の中で自分の役割を見つけ、他人から認められるような支援 の2件が0%であったが、これは医療機関訪問看護の特徴であり、「服薬管理や、疾病の安定」が優先事項となっているためと予想される。

4) テーマ別の提言

2 つの調査を受け、企画調整会議にて特に議題となった項目について、精神障害者へのより良い支援のための「提言」としてまとめた。

ピア・ヘルパーについて

まず、ピア・ヘルパーの定義と大阪府での状況についてのべたい。ピア(peer)とは、「仲間・対等者を意味し、同じ体験をしたもの同士の相互支援関係を言う。ピア活動中でのピアヘルプ活動は、当事者同士の相談支援活動を、日常生活場面において具体的な支援に展開した活動であり、現存するホームヘルプサービスとの違いは、同じ障害を体験した者同士だからできるというピアの理念が基盤にあるところである。(※)」と定義されている。

大阪府では 1999(平成 11)年から精神障害者ホームヘルプサービス試行事業に取り組み、全国に先駆け 2001(平成 13)年から「精神障害者等ピア・ヘルパー養成研修会」を事業化している。これは大阪府の試行事業評価検討委員会の構成員である家族・当事者の提言を受けて事業化したもので、精神障害当事者 20 名を対象とし、養成カリキュラムはホームヘルパー 2 級課程に精神障害者特別研修を加えたものであった。修了生へのフォローとして、ピア・ヘルパー養成講座修了生を対象に「ピア・ヘルパー連絡会」が現在も定期的開催されている。

2005(平成 17)年度から、障害者を対象とした短期職業訓練として精神障害者も他障害と同様の位置づけがされ、ハローワークを通じた就労支援の一環として 2 級ホームヘルパー養成講座が行われている。2 級への入門コースとして一時期 3 級ピア・ヘルパーの養成も行われたが、現在は 2 級以上に統合されている。3 級ホームヘルパーは、正式には報酬単価の枠には入っておらず、近年は 2 級資格を持つピア・ヘルパーが増えてきたことから、今般ではピア・ヘルパーの働く条件や業務内容にも変化が見られるようになってきている。

次に、調査結果を見ていきたい。ピア・ヘルパーの認知度はかなり高いと考えられるが、ピア・ヘルパーの雇用状況についてはどうであろうか。回答した 609 のヘルパー事業所のうち 23 ヶ所で 3.8%、アンケートを送付した全 1788 カ所数からみれば 1.2%。診療所中での回答は 0.8%。これは全体の 0.3%であった。普及しているとはまだまだ言いがたい数字ではあるが、これまでの精神障害者に対する無理解やコンフリクトの時代に比べると、徐々にではあるが広がってきている傾向が見られる。**【Ⅱ. 精神障害者ヘルパーのサービス経験について】 問 2. 実施のきっかけ** の設問に対する返答では、「就労支援事業として」「作業所の工賃よりピア・ヘルパーの時間給が良かったので。短時間労働でよい」「法人がもともと精神障害者の支援をする団体であったので当然のこととして」「NPO 法人の使命です」などの回答が

寄せられている。もともと精神障害者を支援する団体がホームヘルプ事業を開始するにあたり、支援の必要性からのホームヘルプ事業の開始とともに、精神障害者の就労支援の一つとして開始したことが伺える。

全国的には精神障害者ホームヘルプ事業そのものが進まない状況にあつて、精神障害者ホームヘルプ事業が全国に比べて進んでいる大阪の状況下で考えると、ピア・ヘルパーの雇用状況は、精神障害者ホームヘルプの浸透に伴って精神障害者への理解や生活支援のあり方が進み、そのことがピア・ヘルパーの雇用にもつながってきているのではないと思われる。

次に、ピア・ヘルパーに対するサポートの必要性について、「サポートを必要とする」と「わからない」がほぼ均衡している。「知っている」と答えたところで「サポートの必要性を考えている」は6割以上あつた。「ピア・ヘルパーについて知らない・分からない」と答えた事業所ではほぼ大半が「サポートの必要性は分からない」と答えている。またピア・ヘルパー在籍事業所の100%が「サポートが必要」と答えている。「いない」と答えた事業所も「サポートが必要・わからない」がほぼ大半を占めている。

これは、【Ⅲ. 運営について】問1. スタッフは充足しているか・またスタッフが充足していない理由 問2. 業務内容で困っていること・問題と感じていること、また【Ⅴ. 支援の内容について】問2. 精神障害者への援助を提供する上で、難しさを感じることにについての返答の中で「突然のキャンセル」「話を聞いて欲しいなどの電話が多い」「精神障害の特徴として波がある」「何もかもしてほしいと依存的になる」などが見られ、利用者への精神障害者支援の困難さを感じる中で、働く立場であるピアヘルパーへの支援に対する戸惑いや行き届かない人員体制の不足などの中でどうしていいかわからないといった困惑した状況が伺える。これは、ケアマネジメント業務についての設問【Ⅴ. 支援の内容について】問3. ケアマネジメント業務について困ったことの中では、誰が担うのかわからないが37%、経営上置けないが24%、問4. ケアマネジメントを担うべき機関についての解答でケアマネジメントを担うべき機関について、ヘルパー事業所以外の行政や医療機関、相談支援事業者などが希望されている事からも、現状の体制ではヘルパー事業所自体にケアマネ機能をおくことが難しく、その上にピア・ヘルパーへのサポート機能に対し苦慮している状況にあることを伺える。事業開始時に志を抱いて運営している事業所などは団体の持ち出しや他部門の支援を得て継続している状況もあると聞く。ピア・ヘルパーにおいては働きやすい職場環境づくりやジョブコーチ的なサポートなど精神障害者の就労支援でのサポートの充実を図るとともに、ケアマネジメントを行うコーディネーター機能の強化が図られることが望まれる。

最後に、ピア・ヘルパーについての今後と課題について述べたい。今回の調査により、「ピア・ヘルパー」の用語についての認知は、大阪では進んでいることがわかったが、「ピア・ヘルパー」の定義については曖昧であり統一されていないと言える。25箇所での雇用についても、ピア・サポートの意義を理解し、ピア・サポートの一環として事業化しているのか、障害者雇用のひとつの選択肢としてピア・ヘルパーの雇用を行っているのかが、この調査では明確にはならなかった。ピア・ヘルパーの業務内容や雇用条件など雇用する側の事業所の意識がどこにあるかが大きく左右すると思われる、今後その点での詳しい調査が必要と思われる。

また、必要なサポートについての内容の設問はしていないが、サポートが必要だから雇用できないという返答と、ピア・サポートが大切なので、その部分でのサポートが必要と考えている事業所との差異があるように思われる。その意味においてもピア・ヘルパーの位置づけが今後重要になってくると思われる。

障害者の経験や価値を活かす職業としてのピア・ヘルパーの有効性は今後ますます高くなるだろうと

思われる。人材不足を嘆く事業所と、時間限定で働きたい当事者のニーズが一致している諸事情も加わり、ピア・ヘルパーが働く状況がますます増えていく中で、ピア・ヘルパーの定義、そのサポート体制のあり方を問い直し、システム面での基盤整備の充実が緊急に望まれている。

※ 栄セツコ(2002)「ピアヘルパー」福祉キーワードシリーズ 障害者と地域生活 Ⅲ地域生活支援の方法と実践<社会生活力を高める>

運営について

最初に、スタッフは充足しているだろうか？(設問【Ⅲ運営について】より)充足度に関しては、「はい」と「いいえ」では1:2になっており、意外と充足していると答えた事業所が多かった。「はい」と答えたうち、医療機関の多くは「はい」と答え、訪問看護やホームヘルプでは少ない、という結果となっている。それらは、医療機関ではほとんどが併設事業であり、他機関への紹介(連携)を主としているからであろう。その他の事業所では、単独事業も多く、経営基盤が小さく、人件費とサービス収入のバランスが保ちにくい現状があるものと考えられる。さらに訪問看護では、医療機関においては精神保健福祉士等が訪問看護指導料に位置付けられており、自院の患者が対象になっていることも一つの要因だと思われる。訪問看護ステーションでは、看護師の訪問と回数制限が規定され、一回の診療報酬が多いものの専任の看護スタッフの人件費がかさむことも大きな要因であると考えられる。

サービス領域を考えると、ほとんどが介護保険領域下であり、精神科領域の大きさからくる需要の少なさも要因であると考えられる。

充足度を「いいえ」と答えた理由を検討すると、医療機関ではほとんど出てこない。診療所においては、少ないスタッフで必要最低限自院の患者のフォローに利用し、その他は地域の事業所に指示書を書き依頼して、その事業との連携を図ることで対応していたものと考えられる。

一方、訪問看護ステーションでは、慢性化した看護師不足の影響もあり、人手不足を起こしており、特に一般科出身者が多く精神科領域で勤務経験がないために理解不足の値が高いものと考えられる。さらに事業所における人件費での収入・支出面で影響が出ているのではないかと考えられる。

ホームヘルプの事業所では、介護保険施行でニーズ増加や三障害統合の背景があり、資格取得を容易にするために、精神障害特性理解の上乗せ研修(※)がなくなったことが、専門的な人材がないという数値に表れたのではないかと推測される。また経営的に見ても、実施単価が低く設定され、多くが家事援助となる中、事業所の経営を圧迫しサテライト雇用になっていることで、人材不足を助長しているものだと考えられる。

次に、困っていることはどんなことなのか？ コーディネーターに関し、医療機関では主に自院のPSWがその役割を担っており、支援の充実度も多くあまり困っていることが表面化されていない。

診療所では診療時間とスタッフが限られ、訪問看護にかかわる業務が突発的(クライシスも含め)な

ものに対し、時間的余裕がないことがあげられる。

訪問看護事業所では、診療所と同じく突発的な事由に対処する時間的余裕もなく、担当医師との連携、他機関との連携のための会議など収入に関係しないシャドー的な業務が多くなっていることも挙げられる。

ホームヘルプ事業所では、他と同じく突発的の事由も多く、人材不足から対応ができないこともあるのではないかと考えられる。また精神障害者領域では、介護保険でのコーディネーター役の介護支援専門員が存在せず、ニーズに対して総合的な計画を作成できていない現状もある。核となるものの存在がないため、サービスを行う上で情報などを各事業所単位で個々に行い一貫性や統一性に欠けることも数値から伺えた。

全体を通してまとめると、精神障害者の福祉サービスでは、ほぼ介護保険と同様にケアマネジメント手法はあるものの、それらが制度化されていないのが現状である。介護保険では法として整備され、サービスの核となる介護支援専門員が存在し、介護保険法下の業務を独占している。(利用者やその家族でもできることになっているのだが……。さらにサービス作成には利用者負担はないことも要因ではないか。)そのことはサービスの給付管理も含め、対象となる利用者の総合的かつ一貫性をもってサービスを提供し、さらに権利擁護、代弁行為をもかかっている。また、生活地域の事業所を選択することで、より本人に適し、地域性を考慮したサービスが提供できている。(フォーマル・インフォーマルの利用も可能となっている。)

しかしながら、精神障害者のサービスでは、障害特性により医療・保健・福祉とまたがるものが大前提であり、各領域に独自の専門性が必要となる。行政サービスも縦割り行政であり、それを統括しサービスを提供することをさらに困難にさせているのであろう。障害者自立支援法では、市町村の義務として相談支援事業が位置づけられており、委託することに関係なく、福祉サービスの主となる存在になるのではないかと考えられている。

それとは逆に、医療では機関所属のPSWが任を担っており医師との連携の仲介役となっている。保健分野を見てみると、従来からの保健所の相談員(または保健師)が担うことになる。

これらを総合的に考えてみると、精神障害者サービスではすべての領域にまたがりサービス管理や提供、権利擁護、代弁行為を一人で行っていくことは無理ではないかと考える。

私個人では、福祉(生活場所)担当の相談支援事業者(精神保健福祉士が望ましいが)が中心となり、綿密な連携を構築していくことがいいのではないかと考えた。そうすることで、各担当の専門性が担保され、地域性や一貫性も同様になっていくのであろうと思う。

ホームヘルプ事業においては、介護保険施行が作った市場原理の拡大からヘルパー需要の急激な増加と、障害者自立支援法施行により、さらに増加を促し、資格取得を用意する必要があった。そのために精神障害特性理解の上乗せ研修がなくなった。表面的には、三障害統合の福祉施策になったと考えられるも、障害者も含む誰もが対象となるヘルパー業務(業界であれば、老人福祉・介護保険)の根幹を揺るがすものとなったのではないかと考える。

今回の調査の結果では専門的な人材がないとの回答が多くあり、要因の一つとしてヘルパーの報酬が低く、中でも精神障害者では生活援助を主とする考え方が示されたことにあると考えられる。身

体介護と生活介護では報酬に差が多くあり、精神障害者へのサービス提供を第一義としてきた。

本来、自立を考えるにサービス提供はその必要性において結果的なものと捕らえ、それまでの過程やできる能力の向上を目指していくことが大切だと考える。それらの見識は、誰にでもあるものではなく、以前であれば上乘せ研修が担っており、医療・保健・福祉にまたがる障害特性の理解に寄与してきた。今の医療業界では、免許取得が基礎部分であり、専門医、専門看護師等、専門家の養成が最大の関心となっている。そういうことから見ると、上乘せ研修をなくしたことは、時代に逆行したものであり、利用者主体や真のニーズの発掘ができないものとなる。それは利用者の幸福に反しているものになっているものだと考える。

※ 上乘せ研修…「精神障害者ホームヘルパー養成特別研修」の通称。精神障害者の居宅介護に従事しようとするホームヘルパーに対し、精神障害に関する知識や精神障害者との関係づくりの方法等に関する研修を実施することにより、必要な知識、技能を修得することを目的とする。平成 18 年度より、履修義務はなくなった。

業務内容 「家事援助と身体介護」

ホームヘルプサービスは現実にはあまり普及は進んでいない。その原因を明らかにすることも本調査の目的のひとつであった。自立支援法施行後の市町村における、身体介護と家事援助に関するサービス区分に対する考え方や基準設定を見ていると、その決定に至る考え方及び決定結果にその要因を見いだすことができる。(※)

まず、注目すべき調査項目は【VI. 自立支援法等での問題点】にある。そもそも精神障害者の居宅介護に身体介護と家事援助とに区別するのに問題があると考え、施行前と全く同じサービス内容にもかかわらず、数多くの事業所が、単価を下げられたり、身体介護から家事援助に変更されたりしている【VI-7「単価が下がった」・8「サービス内容が変わらないのに、身体介護が家事援助に変えられた」】

何をもって「身体介護」とし「家事援助」とするのか、自治体によって差異があるのが現状である。それ故、期待値ほど「そう思う」の事業所は高くはなかった。しかし法施行以前から「家事援助」のままであった(あるいはその逆で「身体介護」のままである)自治体も多いと思われる。

【VI-9「サービス内容が変わった」】では複数の要因が関連していると考えられる。まず「そう思う」には、①身体介護→家事援助、②家事援助→身体介護の 2 パターンが考えられ、「そう思わない」には③身体介護継続、④家事援助継続の 2 パターンが考えられる。前述の 8)の結果と考え合わせれば、②の数値が高くはないのが現実的な考察である。

一方、この調査から伺うことができないのだが、支給量表示には「身体介護」から「家事援助」への変更となっても、サービス内容を変えずに以前「身体介護」に分類されていたそれを継続していることが考えられる。その要因は第一に行政主導による支給内容の変更、第二に利用者負担の発生による、利用者の家事援助への要望による変更の2点が考えられる。このため、この問いへの回答と8)の回答の結果の差異があるものと考えられる。

【VI-11「精神面への支援を身体介護に含めるべきである」】では、217事業所が「そう思う」との回答があった。このことは、精神障害者ホームヘルプサービスの価値、意味が理解されておらず正当な評価がされていないことを意味する。精神障害者については、ボディータッチ以外での援助の必要性があり、それは非常に高度な支援であり、精神面へのサポートも身体介護に含めるべきである。市によっては精神障害者への居宅介護を『心身介護』としてとらえて、身体介護で請求しているところもある。この意見に関しては、HH事業所としては、他に類を見ないほどの非常に突出した数値であり、これは自治体によって身体／家事の支給量に差異があるという現状に関係なく突出している。

この項目を考察する前に、関連するものとして「V. 支援の内容について」問1. 支援している支援内容についてを同時に参照しつつ考察したい。

【V-問1「実施している支援内容」】によると、HH事業所で支援の内容として、回答数100を超えるものとして多いもの順に「掃除」「食事作り」「買い物に関する支援」「洗濯」「利用者のペースを尊重し、安心感を持ってもらえるような配慮」「通院介助」「生活リズムを保つための相談・助言」「服薬の確認・促し・見守り」と続き、少し間を空けて、「交通機関利用に同伴」「お風呂」「保清」「社会参加への支援」「通院の促し」「自信を持って自分の暮らしを創造する支援」となる。これらは概ね、利用者に事業者ないしはサービス利用計画案を立てる者が聞き取るニーズとほぼ一致する。

しかし、これらは「単なる」家事援助とは考えられない。なぜなら、これら「家事」に見える項目には「生活のリズム」作りが含まれる。たとえば、「食事作り」であれば、そこに定時の食事による服薬への支援等が含まれる。また、「掃除」についても同様である。しばしば居宅を訪問した際に、生活を支える大切な側面である処方された薬が見つからない、あるいは身の危険を感じるほどの場（鉄条網の中に座っておられる、妄想に支配され、本人の思考の中では電気やガスを「身を守るため」に自分で配線を変えたり、危険な状況でガス管を伸ばすなど）に生活しておられることがある。これらを安心して生活を送れるような環境整備を行うための手段としての掃除は家事援助という分類はもはや当てはまらない。

また「食事作り」をとっても食への欲求が見られない（例：1週間砂糖水だけで生活）、逆に過剰に見られる（例：3日間でマヨネーズ1キロ、米5キロを完食など）などの場合も食事作りを含む食への支援は決して家事援助ではない。

更に例を示せば、入浴介助にしろ、単なる入浴時の支援ではない。入浴を数年していない方への支援となれば、疾病を原因とする入浴の拒否なのか、生活習慣上によるものなのか、あるいはその複合的要素によるものなのかを見極め、それにそった支援を行い、数年単位で入浴への意欲を高める。これらの過程を経た上で、定期的な入浴につなげて初めて入浴の「直接的な」介助となるのである。その介助も、過剰な皮膚洗浄を防止するための声掛け等も含まれるのであり、高齢者の支援においてみられるそれとは様相を異にする。

外出できない利用者宅の訪問は、単なる家事援助に留まらず、病状の悪化や近隣との関係調整への見守りを通して、生命の維持を行っているという実態が把握されるべきである。

また家事と身体の問題には、通院介助の「身体介護含む／含めず」も関係する。「歩行」「移乗」「排尿」「排便」だけがその判定のためのコードになっているという事実が、根本的に精神障害の特性が全く考慮されていない。

障害者自立支援法では3障害(知的・身体・精神)統一の制度となり、身体介護や家事援助、通院介助といったサービス種類も3障害統一の基準が設定されている。しかしこのような3障害統一した基準に無理がある。それに加えて、市によって基準や見解が異なり、不明瞭な部分が多い。それぞれの障害特性を考慮した基準や見解、理解が必要である。

また、身体介護と家事援助というサービス区分は、質の高いサービス及び安定したサービス量を確保しようとする精神障害者ホームヘルプサービス事業者を運営面でも困難な状況にしている。

154 事業所が「経営が不安定になった」【VI-12】と回答しているように、今後、精神障害者ホームヘルプサービスの普及と充実をはかるためには、現行の報酬体系を根本から見直すとともに新たな施策・制度の構築が必要である。

【VI. 13「その他」自由記載】では、「対応できるヘルパーが少なくなった」「対応できる事業所が少なくなっている」といった回答があった。これらは、単なる「家事援助」であれば、あがってこない回答ではないか。これは【VI-11 精神面への支援を身体介護に含めるべき】にて受けた結果を裏付けるものである。精神障害の特性を理解するための教育や研修がなされないまま現場へ派遣され、困難な状況に追い込まれるヘルパーがここから浮かび上がると同時に、利用者が共倒れにならないような体制作りが必要である。

また、【VII. 精神障害者ホームヘルプ・訪問看護の意義 14「その他」自由記載】では「居宅を訪問して初めてわかるニーズ、生活しづらさ」「ホームヘルプは難しく、柔軟性が必要」「関わりたくないというヘルパーが増えた」などの回答があった。これも同様に11)の結果を裏付ける回答として見ることができる。単に利用者に「何をしてほしいですか?」と聞き取るだけでは見えてこないものをHH事業所は感じ取っていると見える。さらに精神へのホームヘルプサービスが「単なる家事援助」なのであれば、「関わりたくないヘルパーが増える」はずはないのではないか。

【Ⅲ. 運営について自由回答-「質の高いヘルパーに対する評価の低さ」】からは、精神障害者のホームヘルプが単なる家事援助にみなされる「単価が下がった」(VI-7)の結果として、賃金面での評価をしようにもしきれない現状が浮かび上がる。

最後に、提言として2点にまとめた。

(1)「身体介護」「家事援助」から「心身的介護(仮称)」への再編

調査に至る経緯に掲げたふたつの疑問への、我々なりの回答がまずこれである。

一見、家事援助に見える内容でありながら、実際には介護という内容がVI. 11)で考察したように非常に多い。このため「身体介護」「家事援助」という既存の概念にこだわらず、精神障害者(場合によっては他障害を含む)の介護の実際に即した用語としてこれらを提案したい。

「身体介護」という用語が存在することによって、自治体担当者の無理解により、実体から掛け離

れた介護を行わざるを得ないという現状を打破することが出来得るであろう。この「心身的介護」という用語は三障害全ての介護をカバーできる用語として用いることも可能であろう。

(2) 障害特性に応じたサービス体系への再編

しかしながら、前述した提案を「3障害」すべてに応用できる故に用いるべきではない。というのも、現行法である自立支援法が、3障害同一裏腹に、障害特性故にサービスへのアクセスが疎外されている現状を見れば、単なる一部の制度の改変ではなく、同法の根本的改正が求められるのはもはや明白である。人の生き死にという、人間の尊厳以前の事柄があるにもかかわらず、財政のために『国民が相互に人格と個性を尊重し安心して暮らすことのできる地域社会の実現に寄与すること』（同法1条より一部引用）とはほど遠い社会を造り出してしまった負の結果は、早急に改められるべきである。

※身体介護と家事援助の違いは、単価が大幅に異なり、身体介護が1時間あたり400単位であるのに対して、家事援助は1時間あたり150単位である。事業所にとって、身体介護から家事援助への変更は1単位10円になるので、1時間のケアで2500円の差が生じてしまう。このことにより運営をしていく上で、かなり厳しい経営状態に陥っている事業所が多いと思われる。その上、ヘルパー3級派遣については、通常単価の70%しか請求できない

業務内容について 「自立と依存」

「自立」と「依存」は、簡単には語れない。精神障害者に対し、何をもって「自立」といい、何をもって「依存」というのか…。 ケースバイケースでしっかりと議論し検討を重ね、慎重に取り扱わねばならない重要な課題である。

この度の調査結果からすると、ホームヘルパー事業所・訪問看護ステーション・診療所訪問看護では、「自立か依存かわからない」【V-問2-1】の項目に対し、「対応できている」より「困っている」と回答した事業所の方が多い。特にホームヘルパー事業所は「困っている」と回答している事業所が「対応できている」と回答した事業所の倍以上ある。

生活により密着した支援を行っているヘルパーにとって、どのような関わりが「精神障害者の自立した生活」を促しているのか、そもそも「精神障害者の自立した生活」って何なのか、戸惑っていることが伺える。

これまでに実際にホームヘルプサービスを行っている中で、「自立」と「依存」をいろいろと考えさせられる以下のような事例がある。

〈事例①〉

Aさんは年老いた母親と二人で生活をしていた。日中は気が向けば支援センターや小規模作業所

に参加し、長年、精神科病院で外来治療を継続していた。そんな中、母親が急に他界し単身生活を余儀なくされた。

母親が他界した当初は、地域担当の保健師が訪問すると受け入れもよく、身辺や室内の様子は母親と生活していたころと変わりはなく、病状も安定していた。地域での様子や行動を近隣住民に聞いても、何の問題もなく生活しているらしいことから、だんだん関係機関スタッフの感心がAさんから薄れていった。

しかし、日が経つごとに受診が飛び飛びとなり、訪問しても応答してくれず、家に入れてもらえないようになっていった。そしてとうとう、近隣住民から保健センターに心配との通報が入り、支援センターの職員と医療機関のPSW、保健師で訪問することとなった。その時には家の鍵も掛けず、中に入ると人が生活しているとは思えないような荒れた状況で、コンビニの容器が散乱していた。Aさんの服装も着たきりで、近づくと鼻を突く異臭がする有様であった。とりあえずごみを片付けたが、その間も身動きせず壁を向いたまま横になっていた。

このような生活について支援センターが中心となり、食生活の改善と身辺・住居の清潔を目的としてホームヘルパーの導入を提案。Aさんに了承を求めるが「いらない、今のままでいい」「ほっといてくれ」と言うだけであった。説得には時間がかかった。そして渋々了承され、ようやくホームヘルパーが導入された。

ホームヘルパー導入当初はなかなか心を開いてくれない状況が続いた。ヘルパーは、何も語ってくれないAさんの食事の好みが変わらず、何を作ったら良いか困った。又、掃除をしながら話しかけても全く返答がないのでどうしたら良いのかわからなかった。しかし、日がたつにつれ返答が返ってくるようになり、一年が過ぎた頃よりようやく自分の意思を伝えてくれるようになり、今では生活上のことは殆どヘルパーにうまく頼っている状況となっている。

Aさんは、ホームヘルパーを受け入れ、上手に依存することで、自分の生活を取り戻し、地域生活を楽しく過ごされている。

〈事例②〉

小学生の息子と二人暮らしの女性Bさん。買い物・調理・洗濯は何とか自分でしていたが、掃除やゴミ出しができずゴミ屋敷化しており「異臭がする」と近所からの苦情もあり、子供が小学校へ上がるのと同時にヘルパー制度を勧められ、週3日利用し始めた。

いつもヘルパーが来ている間は、万年床に寝そべてタバコをふかしながらケータイ電話で友人とお喋りしている。「私、今日はしんどいから…」と徐々に買い物・調理・洗濯もヘルパーに頼るようになり、いつの間にか自分では何もなくなってしまった。また、買い物については「牛乳は〇〇スーパーで10本、2リットルサイズのお茶は△△スーパーで10本、最近私はおせんべいを主食にしているから□□スーパーが安いから20袋買ってきて！！」などとオーダーするようになった。そしてヘルパーが交代した折、新しいヘルパーから「時間内ではこれだけのことはやりきれない」と言われたことに関し「もっと優秀なヘルパーに代えてくれ！」と苦情を言うようになり、ヘルパー事業所から市の障害福祉課へ「もうBさんへの支援はできない」との訴えがあった。

〈事例③〉

糖尿病を患っており体重100kgを越える巨体の女性Cさん。ヘルパーに驚くような量の肉を食べたいと注文し、ヘルパーさんはこんな偏った食事内容では良くないとわかりつつも断りきれない。そしてどんどん偏ったメニューの希望がエスカレートし、結局、糖尿病はますます悪化していく。しかも、肝機能も悪く内

科で治療を受けながらも、ヘルパーが支援に来てくれている最中にゴロゴロしながら缶ビールや缶チューハイを5～6本飲んでいた。

ヘルパー事業所からの「どうかかわっていいのかわからない」というSOS連絡が市の障害福祉課にはいり、ヘルパー事業所・市の障害福祉課・医療機関でカンファレンスをした後、Bさん宅にてケア会議を開く。そしてBさんに対し「ヘルパー制度は、本人の健康的な生活を支援するものであって、健康を害する手助けはできない」ことを話し、共に本人の望む健康的な生活を目指して歩いていこう、と確認し合う。以後、糖尿病に良い食生活を一緒に考えながらヘルパーと共にできる範囲で調理を共にするようになり、アルコールに対する意識も変化し、少しずつではあるがヘルパーと共に前向きに、自分の生活を見直すようになってきている…。

以上、3事例をあげた。

一体、ヘルパーの役割は何なのか。単なる家事労働の提供ではなく、精神障害者が安心して地域で生活を営んでいくための、ヘルパーとしてあるべき支援とは？

自立＝何もいらぬ状態なのかどうか？

依存＝問題なのか？

いわゆる障害のない人々の生活においても「依存」なしでは生活できない。たとえば、我々が「自立」をしているからといって、何もかも全て自分で行っているわけではない。全くの「依存」なしでは人は生きてはいけぬ。人は人の中で互いに支えあいながら生きているのではないか？

障害者自立支援法は「自立」を標榜しているのだが、その「自立」とは何か？ サービスを抑制し、上記の事例のような「いらぬ」＝「自立」に追い込むものなのか？

ここで自立支援法のいうところの「自立」の再検討を行う必要がある。事例①のAさんは「適切な依存」が可能であったため、自分の生活を取り戻すことができた。ここで見るようにAさんはヘルパーに「依存」している。しかし、それは問題なのであろうか？ 障害のない人々が家を作るのに職人に依存し、食糧を確保するために農業や漁業従事者に依存するのと何の違いが有るのだろうか？ ここに精神障害者の「自立」を再検討する手がかりが有るのではないかと考えられる。

そして、精神障害者のケアマネジメントは、一体だれがするのか。

ケアマネジメントをする機関が決まっており関わっていれば、事例②③のようにたとえ依存的になり過ぎたり、過度な要求をしてきたとしても、制度の導入段階や支援途中で、制度の主旨やヘルパーの役割を説明し、アセスメント・プランニング・実施・モニタリングのプロセスの中で、よりよい関わりを関係機関で共に模索し、ヘルパーとのよりよい関係を導くことができるのではないか…。

精神障害者のケアマネジメントについては、次のところで詳しく取り扱うことにする。

ホームヘルプサービス制度ができて早6年の歳月が経ってはいるが、この間の制度運用にあたって出てくる、多様な問題についての整理・検討や、それについての具体的な指針は何ら出ておらず、各市町村に委ねられているのが現状である。

しかし、市町村によってかなりの地域格差がある。そしてまた、ホームヘルプサービス制度を活用している精神障害者を取り巻く関係機関の個々の力量や、ネットワークや、ケアマネジメントのあり方によって

も、かなりその内容が左右されているのが大阪の現状であるといえる。

今後、これらの課題が整備され、精神障害者が地域社会でその人らしく生活が送れるようになっていくことが望まれる。

「精神障害者ホームヘルプと精神科訪問看護の役割分担」と 「精神障害者ケアマネジメント」について

アンケートの【V. 支援の内容について-問 1・問 3・問 4・問 5】の結果を踏まえて、『「精神障害者ホームヘルプと精神科訪問看護の役割分担」と「精神障害者ケアマネジメント」』という視点から現状と課題を把握し、精神障害者支援の更なる向上のための提言をする。

まずはホームヘルプの視点から考えてみたい。精神障害者の支援において、精神障害者ホームヘルプと精神科訪問看護の業務が重複しているために精神障害者ホームヘルプの利用が進まないのではないかという指摘がある。果たしてそれが事実なのか、またその役割をどのように位置づけるべきなのか。そして精神障害者ケアマネジメントがこの役割分担にどのように影響しているのかをアンケート結果から分析し、解決の糸口を見つけられればと思う。

問 1「事業所で実施している支援の内容」では、ホームヘルプ事業所と訪問看護事業所の業務内容に重複があるか、またどのような割合で重複しているのかを見ることができる。また、問 3「ケアマネジメント業務で困ったこと」問 4「どこが担うべきか」問 5「期待することは」の設問では、精神障害者ケアマネジメントについてホームヘルプ事業所や訪問看護事業所、病院、診療所がどのように考えているのかを見ることができる。

ホームヘルプ事業所 605 事業所、訪問看護事業所 65 事業所、病院 19 事業所、診療所 56 事業所がこのアンケートに回答していることを前提に、問 1 の結果から見てみると少しずつ割合は異なるが、サービス内容が全支援項目において重複していることがわかる。また、ホームヘルプ事業所、訪問看護事業所、病院、診療所で各々の支援項目に対する回答率を比較した場合、訪問看護事業所及び病院、診療所は多くの項目について「行っている」と回答している率が高いのに対して、ホームヘルプ事業所は、「行っている」と回答している項目の回答率が非常に少なく家事などの作業に偏っていることが伺える。そして問 3 では、ケアマネジメントのような内容の業務で困っていることについて、「誰が担うのかははっきりしていない」という意見が 36%、「経営上担当者を設置することは難しい」という意見が 22%で合わせて半数を超えている。また、問 4 のケアマネジメントを担うべき機関として「相談支援事業所」が 32%に続き「市町村」が 26%とこれも合わせて 50%を超える結果となっています。問 5 についてはケアマネジメントを担うべきところに期待することは、「関係機関への連絡調整」が 29%、「必要時の助言」が 24%、「専門的知識の提供」が 23%、「利用者への訪問」が 23%と大きな差は生じていなかった。

以上のような結果から、

- ①精神障害者ホームヘルプと精神科訪問看護の業務が重複しているという現状と、その役割分担をどのように考えるべきかという課題
- ②ケアマネジメント業務を担う主体が明確でないために精神障害者を支える多様なサービスを適切にケアプランに組み込むことができないという現状と、精神障害者ケアマネジメントが機能するためにはどうすべきなのか

という課題が見えてくる。

これらの現状と課題を克服するために、原因と解決法を考えてみたい。

まず、①の現状と課題については、前記したように、問1のホームヘルプ事業所と訪問看護で各々の支援項目に対する回答率を比較した場合、民間の訪問看護ステーションや病院・診療所の訪問看護は多くの項目について「行っている」と回答している率が高いのに対して、ホームヘルプ事業者は、「行っている」と回答している項目の回答率が非常に少なくしかも作業的な項目に偏っていることにヒントがあるように思われる。これは、現在の訪問看護のシステムにおいて自立支援医療の範疇で医師の指示書により支援内容が判断されるため、かなり幅広い支援が可能となっているが、ホームヘルプについては、自立支援法に則って市町村がホームヘルパーの支援内容を判断するため、市町村担当者によって精神障害について専門的知識を有していない場合、本来ホームヘルパーが担うべき自立支援と地域生活維持のためのさまざまな支援内容が指示されず、高齢者介護における家事援助のような画一的で作業的な支援内容に限定されたり、ホームヘルパーの導入の必要性すら認められない場合があることも原因のひとつと考えられる。

一方、本サービスの制度としての歴史が浅く、対象者や家族、ならびに従来支援の中心であった医療関係者において認知度が低いこと。また、総合的な福祉サービスについての相談機関が少ないことで、医療と患者で支援が完結しており、福祉サービスと結びつかないという現状もある。故に精神障害者の地域生活を支える現状の支援サービスとして訪問看護が医療行為に加えて、ホームヘルパーの本来業務であるべき地域生活維持のための自立支援をも担っているのが現状ではないだろうか。また、新たな関係を受け入れにくいという精神障害特性により、容易にサービスを拡大できないという実情から、やむを得ず訪問看護が全てを抱えざるを得ない状況も考えられる。訪問看護のサービス内容は、基本的には服薬管理や状態観察・危機介入・緊急対応などといった医療行為に属するものであり、病院退院直後の在宅生活への移行期や利用者の精神症状が安定しない時期においては、訪問看護のサービス内容がホームヘルパーの自立支援サービスと重複する場合もありえる。しかしながら、安定期や維持期においては、訪問看護は医療行為に特化し、保清や通院介助などの身体介護や家事支援、社会参加の支援など具体的・直接的な援助については、ホームヘルパーに引き継がれることが、支援者にとっても本人にとっても理想的な形といえる。また、利用者によってはケアプラン立案（サービス導入）当初より訪問看護とホームヘルプをその役割を明確にして同時に導入することが有効な場合もある。このように、精神障害者ホームヘルプと精神科訪問看護は、共に連携して利用者をケアする必要があるが、その役割分担については利用者の時々の状態や環境を十分考慮して適切に判断されるべきであり、その判断を担うケアマネジメントが重要であることはいままでもない。しかしながら、現状

では障害者ケアマネジメント(指定相談支援事業者や市町村が担当するもの)は、一部の障害者に対してしか行われておらず、これをすべての障害者に適応して必須のものとして制度化し、障害者ケアマネジャーが医療・福祉サービスの行司役を担うことで、スムーズな医療・福祉サービスの導入が実現し、①の課題である精神障害者ホームヘルプと精神科訪問看護の役割分担も適切に状況によって判断されるのではないだろうか。

次に②の現状と課題「精神障害者ケアマネジメントの担当主体が明確でないために十分機能していないという現状、そしてどうすれば機能するのかという課題」について考えてみたい。

アンケートの結果では、精神障害者ケアマネジメントを相談支援事業者や市町村が担うべきであるとの意見が多数を占めている。つまり、利用者を中心として様々な医療・福祉サービスをマネジメントする機関や人材(精神障害者ケアマネジャー)が不足していることが要因の一つと考えられる。これまでの精神障害者支援の中心が精神病院とその周辺施設という歴史的背景も影響しているのかもしれない。つまり、精神障害者への支援が現在も自立支援医療(精神科訪問看護・デイケア・ナイトケア)を中心とする精神障害者支援から脱却することなく地域の障害福祉サービスへと結びついていないのではないか。さらに踏み込んでいえば、精神障害者のケアマネジメントを担う多くの精神科ソーシャルワーカーが精神病院に属し、所属病院系列のサービスについては熟知しているが「外の世界」、つまり「地域」における福祉サービスや市町村との連携について十分に認知されておらず、幅広い社会資源を活用して精神障害者の地域生活をトータルに支援するという視点からそれではまっているのかもしれない。精神障害者の地域での生活を支えるケアプランに重点を置いた相談支援機関の機能が重要となると考える。また、自立支援法のサービス体系や地域ごとの生活支援事業の知識を活用して利用者の自己実現を助けることも重要である。そのためには、やはり①の課題解決方法と重なるが、精神保健福祉手帳所持者の全てをケアプラン作成の対象と位置づけ、また適切なケアマネジメントを行える専門的知識を持つ人材の育成や総合的で一本化された公正中立な相談機関(指定相談支援事業者)を増設することでケアマネジメントの担当主体を明確化することが急務であり、これによって②の課題解決の糸口となるのではないだろうか。

結論として、業務が重複していることははっきりしたが、重複していることに問題があるのではなく、医療と福祉サービスを結ぶ相談機関や制度が確立されていないことから、病院・訪問看護・患者の医療のみで支援が完結しており、福祉サービスと結びつかないという現状にこそ問題があることがわかった。確かに精神障害者ホームヘルプの利用が進まず、精神障害者の支援を現在も中心的に担っているのは、訪問看護を含む医療分野のサービスであることは否めない。今後も医療分野の関わりが非常に重要であることに変わりはないが、「障害の有無にかかわらず国民が相互に人格と個性を尊重し安心して暮らすことのできる地域社会の実現に寄与する」という自立支援法の目的を実現するためにも

- ① 精神障害者ケアマネジメント担当主体を(介護保険制度の居宅介護支援事業やそのシステムを参考に)、総合的で一本化された公正中立な相談機関(指定相談支援事業者)として明確化する
- ② 精神保健福祉手帳所持者の全てをケアプラン作成の対象と位置づける
- ③ 幅広い知識を持つ障害者ケアマネジャーを育成する
- ④ 精神障害に関する知識を有するホームヘルパー育成を強化する
- ⑤ 医療関係者と福祉関係者(行政の担当者を含む)の連携関係を強化する

などが重要な要素として必要であり、結果として障害者ケアマネジメントが現在の混沌とした医療福祉のサービス体系を交通整理することとなり、その機能を十分に果たして様々な問題解決の要の役割を果たすことになるのではないか。

次に、訪問看護の視点から見てみたい。ホームヘルパーが食事・洗濯・掃除・買い物支援・通院介助・服薬確認・生活リズムなど、ホームヘルパーが得意とする“生活にかかわる項目”で関っている割合が多かった。それに対して訪問看護では、項目による偏りはあまりなく、ほぼ均等に関っていることがわかった。生活支援から医療的にかかわりまで幅広く介入しているという結果が出た。

家事支援という部分においては、ヘルパーと訪看では重複する部分がある。もちろん、ホームヘルプ事業所も、精神科訪問看護ステーションも数が充足されているわけではないため、重複する項目が出るのは仕方のないことであるが、この結果をふまえて更に会議で議論をした結果、「訪問看護は、看護という医療職であるため、医療行為に限定して入るべきではないか。それ以外の部分についてはホームヘルパーの領域である」という意見が出た。

ここで精神科訪問看護の役割や意義について少し考えてみたい。「家事支援」というと、食事、洗濯、掃除、買い物など、ヘルパーさんの仕事というイメージがする。確かに仕事の内容だけを見てみるとそうなのかもしれない。しかし、“精神科”という特殊性をふまえて考えてみると、この「家事支援」というものには大きな治療的役割が存在している。

精神科の訪問看護において、家事全般の支援をすることにはどんな意味があるのだろうか。例えば食事の支援については、食事の嗜好はその人の性格的傾向を示している可能性もあり、また、融通の効かなさなどを表していることもある。買い物も自分の好きなものだけを、同じものばかりを買う傾向もある。バランスの取れた食事や買物が難しくなり、また、面倒くさく感じてしまうという疾患的特徴もある。そういった部分への支援については、その人の疾患的特徴、性格的傾向などを理解していなければならない。

また、その人の残存機能を把握し、それを維持向上させ、QOLを向上させるという意味もある。どこまでの部分が可能なのか、どこまで支援すればいいのか、どここの部分は本人にしてもらおうのか、そして、それをすることでその人の生活の質を上げ、また、心地よいという感覚を覚えてもらう必要もある。それには、やはりその人の疾患を把握し、今どの段階にいるのか、できない部分は疾患による障害なのか性格的なものなのかを把握しておかなければ、残存機能の維持や向上ではなく、残存機能を奪う可能性もある。

こういったことを把握しながら支援していくためには、精神科の専門知識、技術が必要となってくる。例えばアスペルガー障害の利用者さんに訪問し「調子どうですか？」と言葉をかけたとする。この言葉は日常よく使われることであろう。しかし、アスペルガー障害の人は「調子どうですか？」という言葉で、何を聞かれているのかわからないという疾患的特徴がある。天気の様子を聞かれているのか、今日着ている服の調子を聞かれているのか、かけているメガネの調子を聞かれているのか理解できず、頭に浮かんだことをひたすら伝えようとする。そのため周囲からは「わけがわからない。調子が悪いんじゃないか？」などと判断されてしまったりする危険性もあるのである。では「体の調子はどうですか？」と聞いてみると、体の何の調子を聞かれているのかわからず、パニックになったりするのである。

アスペルガー障害という特殊な疾患だけではなく、統合失調症でも気分障害でもその人の疾患の程度や状況を把握し、その場面場面に見合った言葉を使う必要がある。

また、人格障害の人などに象徴されるように対人関係の距離感を取るのが苦手な人が多い。極度に近づいたり、また離れてみたり、興奮してみせたり落ち込んでみたり、巧みに言葉を操り対人操作しようとしてくる場面も多い。対人操作なのかどうかを見極めた上での援助をしないと、良かれと思ってしてきたことが全くの逆効果になり、どうしようもなくなってしまうといったケースも少なくない。人の良心の部分に入り込むのが上手く、また、サービス提供者は「やってあげたい」という気持ちが強いため、冷静な判断を鈍らせてしまう。「自分は冷たい人間なんじゃないか」や「どうしてあの人は何もしないのだ」などと思ってしまい、上手くサービス提供できなくなる場面も多い。そういった場合には、疾患の特殊性のみならず、心理学的な専門知識も必要になり、言葉だけではなく、その距離感というものを探っていかなければならない。

家事を支援する際に無言で淡々で行うことはないはずであり、それなりに言葉をかわす。こちらが何げない言葉をかけているとしても、受け取る側にとっては非常にストレスになることもあり、病状の悪化を招いたり、人間関係を崩す危険性もあるのである。「受け取る側がどう感じるか」が大切であり、それが精神科疾患の特殊性であり、難しいところでもある。

つまり、「言葉を使う」ことは「治療」に非常に大きな影響を及ぼすということになり、精神科訪問看護はこの辺りを考えての支援となっている。食事への支援、掃除の支援、買い物の支援などの家事にもこのような意味があり、これはすなわち「治療」としての「看護」であると言える。

それは、精神疾患という特殊性からも説明が出来る。

精神疾患は、対人関係機能やストレス耐性機能、発散したり他のものに転換したりするところが障害を負っている場合が多く、それがゆえに精神科疾患に罹患していると言ってもいいくらい、対人関係の距離の取り方が苦手であったり、ストレスに対する耐性機能が著しく脆弱であったりする。人間関係を作る、言葉をかわすということを我々はごく自然に、何も考えなくてできているが、精神疾患に罹患している人にとっては我々が何も考えずにできていることもとてもストレスになり、それが原因で精神症状が不安定になったり、感情のコントロールが効かなくなったり、病状の悪化につながったりする。

であるからこそ、ここに精神科訪問看護の治療的看護の役割があり、その存在意義が大きいものであると言える、専門性の高い支援であると言える。

簡単に例えてみると

- ・骨折してる足を動かそうとする人はいない。
- ・でも精神科の場合はその足を動かそうとする介助者がいる。
- ・ギブスをしていないからわからない。
- ・松葉杖が必要なときには提供する必要がある。
- ・リハビリの段階になったら松葉杖は依存になってしまう。
- ・「いいやん、リハビリなんてしんどいもん、杖であるくもん」と開き直る可能性がある。
- ・精神科を知らないと、ずっと松葉杖を提供することに使命感を感じてしまう。
- ・いつ杖を提供するか、いつリハビリを促すかと言う判断は、専門家でも難しい。
- ・杖の必要性は、快方に向かうにつれて不要になるのではない。
- ・その日の状況や出来事によって、杖が必要であったり逆効果であったりする。
- ・単に日常生活の支援を行うのは、全ての場面で杖を提供していることになる可能性がある。

さらに、介護保険での訪問看護スタッフとホームヘルパーとの関わりの違いを考えてみるとわかりやすい。

ヘルプサービスを提供中に、褥創部分から出血をしていたとする。するとヘルパーは訪問看護ステーションに連絡をし、どのようにするかということを知り、もしくは、訪問看護スタッフが緊急的に訪問し、処置をするということになると思う。

これは、ヘルパーと訪問看護スタッフとの業務の違いが明確にされているからであろう。褥創の処置はヘルパーにはできず、またわからないものであるからである。これが、在宅を支えていくうえでの、ヘルパーと訪問看護スタッフの“連携”という部分である。ヘルパーが褥創を処置しないのは何故だろうか。

褥創の処置は「医療行為」ということであるというだけでなく、「わからないから怖い」という部分が大きいのではないと思われる。だからこそ、それを得意とする訪問看護スタッフにまかせるのである。

このようなそれぞれがそれぞれの“得意”とする分野をはっきりとさせ、自分の立場を明確にすることが大切であると思われる。

その部分が精神科は明確ではない。どこまでがヘルパーの領域なのか、どこまでが“治療”という医療行為なのか。この部分はやはり“精神疾患の特殊性”という部分なのであると思われる。これは、今後の課題になると思われるが、今現在の現状で考えるならば、先の介護保険の連携のように、お互いがお互いに強固な“連携”が必要なのだと思われる。

精神障害者ホームヘルプ事業所、精神科訪問看護ステーションの数は決して充足しているわけではなく、精神科訪問看護ステーションだけで担えるものではないし、もちろんホームヘルプサービスだけで担えるものでもない。精神科という疾患の特殊性からも、一機関だけが関わるよりも、多機関で関わるほうが望ましいと思われる。

ホームヘルプ事業所と精神科訪問看護が、それぞれの特性を活かし、相互に連携することが必要であると思われる。また、このような疾患的な特徴があるため、サービス提供者はその人を「導く」ということが大切になってくる。しかし、サービス提供者の人的感覚に偏りがあると、「導く」方向にも偏りが出てきてしまう。サービス提供者は、訪問看護であっても、ホームヘルパーであっても、人的なバランス、社会的感覚のバランスが必要になってくる。

例えば、重度の糖尿病を抱えている統合失調症の独居の人がいたとしよう。これを訪問看護で必死に血糖値のコントロールをしようとしても中々上手くはいかない。統合失調症の疾患の程度、段階を把握し、その人の暮らしにとってどうなのかということを経験的に判断し、「この辺りでよしとするか」という“融通”も必要なのだと思われる。こころの向きがサービス提供者の人間としてのバランス感覚なのだと思われる。

例えば精神遅滞の人に対するサービス提供では、サービス提供者が「この方が良い」という方向にその人を導こうとしてしまう。それが、そのサービス提供者の偏った感性であったとすれば、その精神遅滞の人はその方向に導かれてしまうのである。ここにもサービス提供者のバランス感覚が必要になってくる。だから精神科疾患を持った人へのサービス提供にはサービス提供者自身が常に自分を振り返り、社会的感覚のバランスを考え、偏った思考にならないように努める必要がある。自分自身を振り返る作業は決して楽なことではないが、自分自身を振り返り、自分自身を高めていかないと、精神疾患を持った人を間違った方向へ導いてしまう危険性があるということは忘れてはならない。

いわば精神疾患を持った彼ら彼女らは、そのような人間としての生き様を象徴しており、純粋なので

あると言える。精神科訪問看護はその人の生き様そのもの、生きてきた人生そのものに入り込むサービスなのだと考えられる。

調査集計で、訪問看護が全ての項目で均等に関わっているという結果が出たのはこのように、その人の生活、生き様、人生そのものに関わっているからだと考えられる。

ここでは、“精神科訪問看護の想い”という部分に対してだけで書いてきたが、精神科訪問看護だけが万能なわけではない。精神疾患を抱えて生活している人の在宅生活を支えるうえでは、精神科訪問看護だけがあればいいものでは決してないのである。

精神科疾患の特殊性で説明してきたが、障害される部分がはっきりと見えにくい特徴があるということをつまみ、ヘルパーと訪問看護スタッフは相互にコミュニケーションを密にし、話し合い、連携を深めていかなければならないと思われる。訪問看護師のためのサービスではなく、ヘルパーのためのサービスでもなく、それは“利用者のため”のサービスでなければならない。それぞれが歩んできた道、歴史的な背景、想いなどは様々であると思うが、その溝を少しずつでも埋めていくようなコミュニケーション、連携をすることが、精神科業界全体に必要なことなのだと思う。

連携について

今回の調査の中で行政の在り方や地域の連携について触れているのは【IV. 行政について】の「問1. 精神障害者サービスへの取り組みについて」、「問2. 行政の精神障害者サービスとして期待する取り組みについて」と、【V. 支援の内容について】の「問6. 他機関との連携について満足か、また、重要と思う機関について」の設問である。地域における連携を取り上げるとき、行政、医療、福祉などのいわゆる支援機関と呼ばれる人たちの連携が先ず考えられるが、実際はそれらの機関は地域のほんの一部を占めているにすぎず、大半は直接には関係のない人たちが占めており、その人たちを巻き込んだインフォーマルな支援の連携はなかなか進んでいないのが現状であると思えるが、その検討については今後の課題であろう。

今回の調査結果を見てみると、先ず【IV-問1】では行政の姿勢や取り組みについて40%以上の事業所が不満と答えている。ではその不満の内容は何か？ということが問2の期待することの内容と重なる。なぜなら期待することと、現在できていないこととは100%とはいえないとしても同義と考えられるからである。

【Vの問6】では他機関との連携について「満足」が「不満」を上回っている。ということは個別事業所間の連携は一定成り立っているが、行政との連携が出来ていないということが伺われる。ただ、「どちらでもない」「満足」の中には他機関と連携した動きをとっていないため、あるいは連携の必要性を感じていないため不満がないということも有り得るだろう。また、「重要と思う機関」の項目では、生活保護、保健センターの市町村関係が最も多く、市町村が主要な役割を担うべきであるとする事業所が多い。これは問4の「ケアマネジメントを担うべき機関について」に対する回答で、市町村が相談支援事業者

に次いで 2 番目に多いことと合わせて見た時、市町村の役割を非常に重要なものと位置付けていることが見て取れる。行政がその期待に応え、役割を果たせていないことで不満が多くなったのでは？ とも考えられる。

更に、【Ⅶ-自由記述】の中でも 3 割以上が、スタッフへのフォローや事業所へのバックアップ体制、研修会の開催、情報の提供や広報の周知といった形で市町村行政への要望を語っている。同時に目に付くのが関係機関の連携が重要と回答している数の多さである。それは即ちこの領域における、いや、全ての領域において同様と思えるが、地域における連携がうまく取れていない現状と、連携することの難しさを表している。では何故、地域の機関・団体間の連携がこれほど希求されていながら進まないのだろうか？

地域とは何か？ 連携とは何か？ ネットワークとは何か？ いずれも単に割り振りされた役割や機能だけのことでなく、結局は人と人の繋がりである。が、如何せんその人と人の繋がりが難しいのだ。

市町村域という枠組みがあり、医療（医療系？）の垣根、それに対する「地域」という垣根、専門性という縄張り、機関・団体それぞれの事情や思惑、個人的な感情やこだわり、それぞれの職種や機関の考え方や主張が錯綜するのが地域の現実ではないか？ この調査研究で交わされた議論にもそれは現れているように思う。そして、それらは「垣根」を別として間違いなく必要なものであり、地域における精神保健福祉を推進する原動力であるのだが、同時に連携を難しくするものでもあるだろう。人間はどんなに頑張っても自分が経験してきたことや、置かれている環境に規定された枠の中でしか感じられないし、発想できない。だからこそ異職種間のネットワークが必要なのだ。障害当事者を含めた全ての「私たち」のために…。

ネットワークを持たない連携は有り得ないし、連携のないネットワークは意味をなさない。単に情報をやり取りして共有するだけでは連携とは言えないし、他機関に振るだけでは、やはり連携とはいわない。

それぞれの機能を発揮しつつ領域・役割分担を明確にすることは必要なことであるが、重なる部分のない連携を連携といえるか？ それぞれの役割とともに、重なる部分こそ重要ではないか？ 新しい動き、まだ見ぬ形を生み出すためにはその枠をはみ出さなければならない。領域からはみ出すことを恐れずに重なる部分を作り出し、そこを一緒に動くこと、そこに共有が生まれ、共有するところから本当の連携が生まれてくるのではないだろうか。共通の体験から来る想いを共有することが必要なのではないだろうか。

行政にももちろん柵がある。市役所の窓口を訪ねたとき、あのカウンターを見て何のためにあるのか？ と思うのは私 1 人ではないだろう。あれは相談者のためにあるのか、それとも内側を守るためにあるのか？ 開かれた役所（減多にないが）では相談者のためにあると感じられるのだろうし、閉ざされた役所に行けば内側にいる自分たちを守るための、部外者に対する障壁のように感じるだろう。柵の内側でのみ仕事をするなら、障害を持ちながら地域で暮らす生身の人間を知ることもなく、連携も取れないだろう。数ではなく人と、その人の生活の実際を見る姿勢が要求されるのであって、それは庁舎から出ていかなければ分らないのだ。

ホームヘルプサービスは元々障害者本人あるいはその家族の生活支援として、その人の生活を豊かにするためのものとして生まれたものであったと思う。人の生活は一部分が欠けてしまっても成り立たないし、一部分だけで成り立つものでもないが、部分部分をつなぎ合わせたからといってその人の生活の全

体になるものでもない。同様にひとつのサービスだけでは生活の総体は支えられない。サービスを並べても総体にはならない。様々なサービスは飽くまでも補完的なものでしかなく、生活を形作っていくのは本人の力以外にない。だからこそエンパワーメントの支援が重要なのだといえる。

我々が日常何気なく発している言葉の意味や概念を、生活者としての当事者に出来るだけ近い視点から捉え直すことによって再確認しつつ、制度を検討し、作り直していくことが必要ではないだろうか？

「公正中立」とはどういうことであるか？ 言葉の意味も時代によって変遷する。本来の意味が失われ、その時代の力関係が反映されることがある。歴史的に見てもその時代の支配者が主張する「公正中立」は、弱者や少数者にとっては必ずしも「公正中立」ではなかった。少なくとも私たちが考える「公正中立」とは、「精神障害者ケアマネジメントについて」の章でも主張されているように、障害者に限らず本人と同じ地平に立ち、権利擁護の視点を持ちつつ、その人の人生にとって本当に何が必要なのか、どうすることでその人の人生が豊かなものに、生きていて良かったと思えるものになるのかを一緒に考え、それを作り出していくことではないか？

公平性とは？ ひとつの制度のもと、ひとつの基準で行うことが果たして公平なのか？ 個別の特性、その人の生活や人生の総体的な状況に応じた支援がなされることこそが公平と言えるものではないか？

我々の支援の延長線上にその人がいるのではなく、本人の生活の延長線上に支援があるのだから。

コーディネーター、ケアマネージャーがいればそれで地域の連携やネットワークができたといえるか？ 連携ができるのか？ ケアマネジメントは単にサービスをマネジメントするだけではない。単なるサービスの割り振り役ではなく、単なる交通整理役でもなく、何のために、何をベースとして、誰のために行うかが大切である。本人に寄り添いながら関係機関に対するアドボカシーの機能も要求される。

何年か前に、それまでずっと高齢者の介護ボランティアを続けていた、或るボランティアさんがこんな愚痴を話されたのを思い出す。「昔は制度も何もなくて、みんなが気持ちだけで手伝いに来ていた。大変だけどやりがいがあったし、この人に必要だと思ったことはどんなことでも柔軟に、幅広く動くことが出来たし、一緒にやれた。制度が出来たのは良かったかも知れないけれど、やることが制限されてすごく窮屈で、いちいちお伺いを立てないと動けなくなってしまって面白くなくなった。」… 制度化の落とし穴であろう。制度や点数や金額に置き換えられていく過程で見落とされているもの、そぎ落とされてしまうものに目を向けた視点で、福祉を、生活を見つめ直していかなければならないのではないか。

問われるものはサービスや制度を円滑に機能させるための方法ではなく「誰のための、何のための、どんな意味を持つ制度であるか」である。障害者が障害者としての生活、人生ではなく、人としての生活、人生を送れるために・・・

障害程度区分と障害特性－自立支援法の課題

今回の調査の中で“自立支援法に関する項目”の結果を見ると、下記のような問題点があげられる。

- (1)障害程度区分の是々否について
- (2)利用料に関して
- (3)三障害一体化に伴い、“身体介護”の解釈が変わり、サービス内容に変更が生じていること
- (4)事務量の増大、サービス内容等の変更に伴う運営側の不安定化

多くの課題を内包する自立支援法ではあるが、福祉サービス利用のスタート点である、障害程度区分、及びその認定について課題をまとめてみると、

- (1)病気と障害を合わせ持ち、障害特性としての生活のしづらさを持つ精神障害者の状態の反映には不適である。(79項目の介護保険と同じ質問項目に該当する人は少ない)
- (2)精神障害者の生活のしづらさは、単に本人の素因のみに生じるものではなく、本人を取り巻く社会・環境要因により変化する。従って固定したものとして決めることは出来ない。
- (3)どのような支援(制度)を活用し障害をもつ人生を生きるかは、本人が決定するもの(自己決定・自己選択の保障)で、程度区分の結果により使えるサービスが限定(制限)されるのはこれまでの流れに逆行するものではないか。
- (4)認定調査や審査会の在り様が、区分決定に大きく影響するものである事から、調査員や審査会委員の経験、障害者観等の研修を重ね、質の向上が必要。
- (5)認定調査から決定までの時間がかかる。
早急に対応しなければならないことに対する暫定的な決定が普遍化する必要があるのでは。
- (6)精神のヘルプに関する規定を、従来の「直接身体に触れる＝身体介護、それ以外は家事援助」というわけ方と異なるものを(例えば③業務内容「家事援助と身体介護」の項にて述べたように、「心身介護＝身体介護」のような)きちんと認めさせる必要がある。
- (7)ヘルパーの質の担保、コーディネーターの確保のための単価の見直し。

今回の調査研究事業は、精神障害者の在宅での支援の方法としての居宅介護・訪問看護について行った。この中で障害程度区分とその結果を必要とするのは居宅介護である。また、障害程度区分とは直接関係が無い訪問看護に関しては、自立支援法の適応外にある。

なかなかの利用につながらない人が、ホームヘルプ等を利用したいと意向を示してくれた時、出来る限り早く本人の望むサービス利用につなぎ、生活の質の向上と安心出来る生活の状況が確保できるよう、各現場で自立支援法の運用を見直していかなければならない。

5) まとめ

市町村聞き取り調査について

市町村聞き取り調査について、今回は見合わせる事となった。実施しないこととしたいきさつの中に出てきた課題を書く。

3障害が一緒になり、精神障害者のみの数値が出せない市町村がほとんどになっている。データが分からないという問題があった。精神障害者の地域生活を知る根拠となるデータが取りにくくなっている。大変な問題である。精神障害者ホームヘルプサービスの件数が出せるようなシステムにすべきである。意識として精神の方が市町村窓口に来なくなったとか。今後の方策として国も統計システムを新たに考えるべきだろう。

全体を通して

① 今回の調査の位置づけ

ホームヘルプサービス事業所 609 カ所、訪問看護実施主体 65 カ所、病院 19 カ所、診療所 56 カ所、合計 749 カ所(全体回収率 33.8%)からの回答を得たことは、都道府県レベルで精神障害者のホームヘルプサービス(以下、ホームヘルプ)および訪問看護サービス(以下、訪問看護)の実態を把握する上で他には類をみない有意義な調査であると評価できる。

数の上だけでなく、精神障害者の生活支援において重要なホームヘルプと訪問看護の両方について実施、分析された貴重な調査研究である。

また同時に、両サービスの利用者計 38 名の精神障害者への聞き取り調査も行い分析を行ったことで、考察に反映することができた。

本来なら、平成 14 年にスタートした精神障害者ホームヘルプサービス(精神障害者居宅介護等事業)について、国レベルの見直しをした上で、障害者自立支援法施行に反映させる作業が必須であったが、それもないままの新たな運用の混乱の中で、大阪府下での本調査を行ったという背景と意義をまず明記しておく。

② 利用者は「自分主体の暮らし」を大切にしたい

38 名の利用者調査の結果から、精神障害者がホームヘルプ・訪問看護両方に対し、同じ評価をおこなっていたことがわかった。すなわち「自分らしく暮らせるよう、個性を尊重した支援」「自分で選び、決められるような支援」といった、生活の主人公として自分を見つめてほしいという願いの表れである。

ホームヘルプ、訪問看護はともに利用者の居宅で提供されるサービスである。だからこそきちんとした利用者主体、利用者尊重のサービスでなければならないことを示している。利用者にとってまず前提としては、サービス提供者の資格や所属ではなく「どう自分に関わってくれるか」「精神障害者である自分をどう見てくれるのか」ということが重要なのではないだろうか。

精神障害者のホームヘルプサービスの本格実施(平成 14 年)を前に、平成 11 年度より厚生省(当時)は、精神障害者居宅介護(ホームヘルプ)サービス試行的事業を全国で開始した。平成 12 年に

は全家連保健福祉研究所が全国市町村調査を実施し、同年「精神障害者ホームヘルプサービスガイドライン」を作成した。これらの中で、精神障害者ホームヘルプサービス援助内容の特徴として家事援助、介護的サービスとともに「関係作り」が抽出された。これは利用者がサービスを継続するうえで援助提供者であるヘルパーとの関係が重要であること、そしてそこには利用者に安心を与え、よりの確にニーズを把握することこそ重要であることが明らかになった経緯がある。このように、すでに試行事業の段階で、利用者との関係作りという介護保険では見られない援助内容が挙げられていたのである。

では関係作りとはどういう意味があるのだろうか？精神障害者のホームヘルプサービス試行的事業とケアマネジメント試行的事業を同時に実施した宮城県角田市における実践報告(2001)の中で、「ケアマネジメントは当事者の代弁者としての立場でなく、本人が声をだせる、自分の意見を言う(声なき声を聞く)ことができる環境づくりを行うことから始まる」と都築氏が述べたことに集約されるのではないだろうか。すなわち、環境づくりとは、ケアマネジメントが介護保険においては「事業」なのに、障害者分野においては「手法」でしかなかったことを反映するものでもあろうし、また実際の場面で、ヘルパー自身が関係作りの重要性を実感したこともあるだろう。関係作りをしながら、目の前のヘルパーが自分を生活の主人公として見つめてくれることを実感した利用者は「どう在りたいか、どう暮らしたいか」を少しずつでも安心して考え、表明し、ケアマネジメントに自身も加わりながら具体化していくのではないだろうか。

利用者の思いは本調査の回答にあるように、サービスを利用しながらも「もっと自分に力をつけて自信を持てるような支援」であってほしいというものである。自分主体の暮らしだからこそ、他者の援助だけで成り立つわけでもなく、自分の力を自分自身で自信をもてるようになるようになってさらに豊かなものにしたいという思いが反映されているのだと考える。

また、この思いはヘルパーのみならず、看護師、さらには他の援助者への思いとして推察される。

しかし、関係作りというなかなか成果が目に見えない援助であるがゆえに援助者側の思い込みや、障害理解の程度も関わってくる。それに関連して、この利用者の思いや関わり方について学ぶために国が定めた精神障害者ホームヘルパー研修が自立支援法で必要要件でなくなったことは、今回の調査結果でもヘルパー事業所から高い不満として挙げられているように、大きな後退ではないかと思われる。

③ 利用者はまだまだ一部である

今回の38名の利用者の中には国のホームヘルプサービスが開始される前から利用している人もあった。しかし国の事業開始後4年経過した段階で、ホームヘルプサービス利用者は平成17年4月実績で11983人(厚生労働省精神保健福祉課調べ)、全国在宅精神障害者の267万5千人(平成17年厚生労働省実施患者調査)の0.4%となっている。1%にも満たない利用者数である。このような状況においての調査結果であることを考えると、ここで抽出された課題は早急に整備し、多くのサービス利用予備軍の人たちのために整備すべきであることは明確である。なお、大阪市を除いた大阪府でのホームヘルプ利用者は945人(平成17年厚生労働省精神保健福祉課調べ)で都道府県では東京都に次ぎ全国二位の利用者実数であるが、政令指定都市第一位の大阪市(同データによる)での利用者数592人を合わせると、大阪府内での利用者総数は1537人となり、全国利用者総数の12.8%を占めている。大阪が精神障害者のホームヘルプサービスではリーダー的存在にあることは明確で、その実績をふまえた上でのアンケート結果として受け止めるべきであろう。

④ サービスをもっと周知

今回の調査で明らかになったことはまず行政における「担当者の理解度、認知度不足」と「利用者や家族にサービスの情報が届いていない」ということである。

担当者・担当部署の判断や理解の度合いは、利用者の生活設計やサービス提供者の運営・サービスの中身に関わることはもちろんであるが、行政の責任として利用者の権利擁護やサービス提供者の権利保障にもつながるので、今回の調査で多くの回答者から得たこの項目については早急に改善すべきである。

なお、自由記述には「府と市の担当者」および「同市内の区ごと」で異なる理解による説明や事務手続きで困難を感じている例も挙がっている。これは後述の「自立観」にもまた言及するようなもので、その結果、利用者、ホームヘルパー、訪問看護師どの立場の人にも影響を与える結果になることは明白である。

さらにこのサービスがあることすら知らない、あるいは家族同居では利用できない等、誤った情報しか得ていない精神障害者およびその家族が多数存在することは、ホームヘルプ・訪問看護の質を向上するためにも大きなマイナスである。まずは行政窓口できちんとした広報、情報提供を徹底する必要がある。

ホームヘルプサービス実施から1年半を経た平成 15 年度に実施された全国市町村対象の調査結果には「ケアマネジメント体制が整わず、うまく対応できないことが予想されるから」という理由から多くの市町村担当者がサービスの周知徹底を図れないと回答した。単独でホームヘルプサービスのみを周知することにややいびつさを感じるものの、具体的な周知の方法を提示しなければ始まらない。ホームヘルプサービスという個別の生活支援を進める中でケアマネジメントを推進することも重要ではないだろうか。

なお、利用者聞き取り調査の結果を見ると、サービス利用のきっかけを「人に勧められた」とする回答が最も多かった。ここには、行政担当者だけでなく、彼らの周囲にいる家族、医療関係者、福祉サービス提供者、当事者の仲間（口コミ）など多くの人が含まれているものと思われる。もっと身近なサービスとするためには行政だけの努力では十分ではないことも触れておく。

さらに機関を動かす背景には、本調査でも明らかになったように「利用者本人の希望」「要望を受けて」等、ニーズとの出会いこそがサービス開始につながることも忘れてはならない。

退院後の精神障害者の生活に医療機関はさらに関心をもち、その実態を知ること、また、高齢者にしかサービス提供していない事業者が一人の精神障害者に会うこと、さらには行政の窓口で、日々の暮らしぶりをおしゃべりする気配りを担当者がもつなど、ホームヘルプや訪問看護との出会いを待っている精神障害者が実は多いことを知る機会は少なくないと考える。

⑤地域が一体となって

同種機関であっても回答は多岐にわたったのであるが、大枠を示すと以下のようなになる。

まず、ホームヘルプ事業所は精神疾患・障害に関する「知識」に自信をもてず「人材」の確保に苦慮し、それをある程度もっている医療機関は事業所に比べて地域での「コーディネート」「突発的事由への対処」などで困り、地域での連携では一定の成果・ノウハウをもっていると思われた訪問看護でも「人材」確保には課題を感じている、というものである。

それぞれの機関がある程度やれている部分やノウハウを蓄積し始めているものがあることは評価できるが、いずれの機関も「ケアマネジメント」の必要性・有効な連携へのニーズを訴えていたことは特筆すべきである。お一人の利用者のケアプランを長期的な視点で、柔軟な視線でだれがどう立案し、それを利用者とともに評価、変更していくのか。

例えば医療機関でさえも「主治医の業務の理解が不十分」という項目に回答している。

地域で、有機的な連携が整備されるためには、考察でも論じられているように専門職同士の垣根を下げることはもちろんだが、同じ専門職・専門機関同士での意思疎通もなお風通しのいいものにすべ

きである。そのためには、何よりも「利用者を中心」に置くケアマネジメントを主流にすること、そしてホームヘルプ、訪問看護をもっと多くの人に利用していただいてきちんとしたモニタリングおよび評価検証を行うことではないかと考える。

また、専門職だけでなく地域でのインフォーマルなサポート等もケアマネジメントのための重要な資源であるので、そことどう連携するのも重要である。

⑥サービスの内容から見えること

33 項目用意したサービス内容についての問いに対し、複数回答にも関わらず確かに回答率は高くなかった。しかし、これは提供しているサービスがひとつの単語で表しにくい複合的な内容であったり、導入と目的が結びつきにくいサービスの深さの反映とも考える。考察で述べられたように、家事援助が実は訪問看護師にとって治療的意味をもっている場合もあれば、ただ掃除をしているように見えて利用者の通院を促したり励ましたりしているヘルパーの業務こそが、精神障害者への重要な支援であるということである。

低い回答率とはいいながらも、特筆すべきは、ホームヘルプ事業所、訪問看護、病院、診療所どの機関もすべての項目に対し回答が得られていることである。

医療的なケアに関する項目にもヘルパーは関わり、一方日常生活の基本的な家事的援助にも訪問看護が対応していたのである。

このことは、先述のとおり、連携不足や人材不足でやむを得ずという場合もあろうし、訪問看護・ホームヘルプ業務の線引きが不明確であることも理由として挙げられる。しかし、一方では利用者にとっては困っていることを頼むのにその立場や資格で振り分けるほど十分な支援や体制が存在していないことも大きいのではないか。つまり、まだまだ利用者が少ない現状でその棲み分けを急ぐ前に、支援の選択肢を増やし、利用者中心のケアマネジメントを浸透していくことを優先すべきだと思われる。

さらには、この 33 項目は今後利用実態を精査し検証した上で、ホームヘルプ、訪問看護に関わる精神障害者支援の類型のような形で発展させることで、サービスの体系そのものを見直す時期にきていると考える。

⑦自立か依存か

サービスの内容や単価についての議論は、提供しているサービスが自立を促進するのか、それとも依存を助長するものなのか、という議論に行き着く。

国の要綱(平成 14 年)ではホームヘルプサービスへの期待として「精神障害者の自立を促進」が掲げられた。しかし、自立が何を意味するのか明言されていない。

先述の全国市町村調査では、窓口担当者から「どこまでの援助を認めるかにとまどう」「日常生活を営むのに支障がないと判断して派遣しなかった」「利用者が自分でできるようになったから派遣を中止した」等の回答を得た。「日常生活に支障がない」ことが自立だろうか。「自分でできるようになったら」自立なのだろうか。担当者の判断の基準も曖昧、精神障害への理解度もバラバラの状態ですべてのサービスが受けられたり中止になることこそ、サービスの自立性が問われるのではないだろうか。

ところで、知的障害者では平成元年に、精神障害者の場合は平成 4 年にスタートしたグループホーム(当時、どちらも生活援助事業として位置づけられた)制度であるが、知的障害者のグループホームでは入居者のホームヘルパー利用が認められた。しかし精神障害者の方では認められなかった。その理由を厚生労働省は「精神障害者グループホームを利用している入居者は自立度が高いから」としていた。同じ「生活援助事業」であるのに、なぜか精神障害者でグループホームを利用している人は自立し

ているからホームヘルパーの必要が認められず、知的障害者の場合、自立を促進する理由で利用可能であったのである。

障害者自立支援法下では、精神障害者の方に、つまり利用できないことで並べられてしまったが、急に知的障害者のグループホーム利用者が自立してしまったというのであろうか？ケアホームの登場で棲み分けを迫られたからであろうか？

このように、場当たりに「自立」という言葉を用いてきた影響力は大きい。

三田(2005)は、利用者不在の「自立プラン」を作成した途端、利用者が「自立したので利用を止めたい、卒業したい」と申し出、利用中止になった事例を通し、自立とは自分でできることを増やすだけでなく、利用者が自信を回復したり、家事に関心をもったり、自分の生活への意欲を見せ始めたことも自立であると述べた。

自分でできる、という以前に「興味をもつ」とか「自分でやってみようと思う」などが利用者にあるのかどうか、そのためにはどんな支援があるのか、という長期的な視点で支援を見つめなければ、自立ということばで利用者を追い込むことになる恐れがある。

「依存」を助長しているのではないか、という自問を多くの介護保険下のホームヘルパーも続けている。利用者の反応を手応えとして感じにくいことや、援助の判断の難しさを感じているヘルパーが追い込まれる「自立」か「依存」かというジレンマである。

そもそも高齢者の自立観も制度の見直しのたびに揺れ、効率性を重視する流れでヘルパーがゆったりと個性を生かして関われなくなってしまう。自分でできる(と思われる)人にはヘルパーは入りづらくなり、その理由としてヘルパー以外の中から「依存を生むことこそ援助者の無能さ」かのように声が上がってきたことではないだろうか。

まだまだ利用者自体が少ない精神障害分野でも当初から依存という言葉が飛び交っている。「自立」させるために、五体満足な精神障害者をどんどん自立させる動きは平成15年の調査でも指摘されているのである。

しかし、サービススタート前の調査研究をふまえ、「精神障害者のホームヘルプサービス…そのニーズと展望」の中で丸山・三田(2001)らは、精神障害者のサービスにおいて「見守り支援」こそ自立のために重要な支援であると述べている。そしてその前提に「関係作り」「利用者の自信回復」「無理をしない」などへの配慮・援助が必要であるとも指摘している。

何が自立なのか、利用者がヘルパーとの関係を作る中で、自信を回復しながら考え、きめていくことこそ重要であるのではないか？つまり、利用者が目に見える部分で何ができるのか、にとどまらず、その内側(心)に働きかけることによって少しずつ自信を取り戻すのを待つという気の長い支援こそが精神障害者の自立には重要なのだと考える。

ところで、平成14年3月に、モデル事業を経て名古屋市精神障害者ホームヘルプサービス検討委員会がまとめ、名古屋市に提言した「名古屋市における精神障害者居宅介護等(ホームヘルプサービス)事業について」という文書の中で、「サービス内容、サービス量」の項目には次ぎのように明記されている。

『サービスの内容としては、調理・買い物、洗濯、掃除・整理整頓、身の清潔保持、通院援助、交通や公共機関の利用の援助等挙げられ、これらに付随しながら行なわれるサービスとして話し相手や生活に関する相談相手としての内容がある。精神障害者のホームヘルプサービスの場合、これらの内容がより複合的に提供されるものであり、そのサービスの提供方法も、単にヘルパーが代行する「代行援助」だけでなく、利用者と共同してサービスを行なう「共同実践」や自立生活支援のための「見守りの

支援」が重要となる。その他、個々のニーズやその日の状況に応じて、援助の方法も臨機応変に行なわれることが求められる。また、いわゆる家事援助と身体介護との区別の考え方については、「共同実践」や「見守りの支援」を身体介護として区分する介護保険制度の考え方に準拠すべきである。』

このことをふまえ、名古屋市では平成 14 年度以降、精神障害者のホームヘルプサービスは身体介護が全体の9割以上を占めてきた(障害者自立支援法以降の数字が入手困難)。高度な援助を単価の高い身体介護で評価するのは当然として、見守りの支援の幅も広げ、自立生活支援を柔軟に位置づけた例と言える。

きちんとした援助内容の分析を行なうと、「自立」が身辺的自立や経済的自立だけでないことが利用実態からもわかるはずである。札幌すみれ会の大井氏は自身の利用経験から「ヘルパーさんは自立のためにきてもらっているんじゃない。自立するかどうかは自分できめる。誰かに、自立しなさい、と言われるのもおかしい。何もかも自分でできている人なんていないはず。生活する上でハンディがあるからそこを補ってもらうために来ている。」と述べている。そのハンディこそが、自信や意欲などに関わり、まさに本調査研究結果により提言している「心身的介護(仮称)」と重なるのではないだろうか。見えにハンディとはなにか、今後も当事者とともに考えていくことが重要だと考える。

ちなみに、「心にとどくホームヘルプ」(三田優子ら編)のあとがきには、当時(2004 年)の厚生労働省精神保健課の担当者が「心は身体の一部である」と位置づけ、そのサービス内容は身体的介護の性格が強い旨の発言をしたことが載っている。すでに気づいている人はいるのである。

大阪ではピアヘルパーが活躍している。全国にも誇るべき実践だと言える。ピアヘルパーとして他者の介護を行ない、そのための報酬も得ているその人が、あるときは援助を受ける立場にもなれば、何かをきっかけに調子を崩してしまうこともある。すべてひっくり返してその人の生活であり、人生である。右肩上がり自立するわけでもないし、一度自立したら完成でもない。それは障害の有無にかかわらず同じであるし、特に精神障害者の場合、そう他者に決められてしまうことが大きなストレスとなりうることを、すでに良質のサービスを提供しているホームヘルパーや訪問看護師は認識しているのではないだろうか。

⑧サービスの意義と期待

精神障害者のホームヘルプサービスの全国的な先駆地として有名な東京都世田谷区福祉事務所が発行した事例集(1996)には、精神障害者へのホームヘルプサービスの意義の原型と思われる、「家庭奉仕員の役割」として次の3点が挙げられている。

- 1) 他人との接触に不慣れな人とのコミュニケーションの確立と信頼関係を築くための話し相手
- 2) 生活の切り盛りを支援する大切な役割を担う
- 3) 状態悪化の早期発見と対応は、家庭奉仕員の役割が大きい

ここに挙げられた3点は、現在のホームヘルプサービスと訪問看護のサービスとを合わせた感がある。何もない中で世田谷区が福祉事務所のワーカーと作ってきたサービスに、その原点があるのではないだろうか。

特に1については行政が行なうサービスではなかなか具体化しづらい、見えない部分への援助であったと思われるが、精神障害者への関わりの中で重要であるといち早く表明したものとて貴重である。

コミュニケーションの確立という重要でしかも容易ではない援助の役割をすでに担っているホームヘルパ

ーも訪問看護師も大阪府内には確かにいることが今回の調査でも明らかとなった。利用者からの評価、そして利用者観において生活支援を突き詰め、あるいは生活支援と医療との接点で利用者向き合う両サービスの意義を、まだ利用していない多くの精神障害者に届けることが重要であろう。

また、平成 15 年の全国調査では、「日常生活が安定して営めるようになった」「生活の質が向上した」「利用者に精神的な安定が見られるようになった」とホームヘルプサービスを実施した市町村の半数以上が回答している。周知が難しいとか精神障害を理解していないなど困難点・課題を挙げた市町村も多かったが、1 ケースでも実施を始めたところでは確実にその意義が認められている。ヘルパーが入ることで「日常生活が安定して営める」のだとしたら単価に比してどんなに効率のよいサービスだろうか。もちろん、本当の評価は利用者が行なうものであるが、次のような例を紹介したい、

ヘルパー利用をしている生活の中で「(ヘルパーさんは)わかってもらえる人たち」とある利用者は評している。地域生活が成り立っているのはそういう人たちのおかげだというのである。医療も看護も福祉もどれも同じように重要なものであるが、「ヘルパーさんがいて成り立つ生活」とまでいわれる存在をさらに増やしていくことが、当事者からのニーズであり、期待であろう。

最後に、精神科病院も保健所も家族会も当事者の会も存在しない町でもヘルパー事業所は存在している。また、広域にわたって活躍する訪問看護ステーションもできている。退院促進を謳う中で、まだまだこのサービスの重要性が知られていない。一方、誠実な良質なサービスを提供する事業所やステーションが存続の危機にあることもまた課題である。

もしもこれらのサービスが立ち行かなくなったら、多くの精神障害者の日常生活が破綻することもあり得るし、退院促進はきわめて困難といえよう。

今回の調査が、今後の個別支援サービスの発展に寄与することを願いたい。

【文献】

- 1) 全国精神障害者社会復帰施設協会：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」総括・分担研究報告書.2004.3
- 2) 全家連保健福祉研究所：全国市町村における精神障害者ホームヘルプサービスの取り組み状況. 全家連保健福祉研究所成果パンフレット No.3,2000.
- 3) 特集「どう取り組む？精神障害者ホームヘルプ」：季刊地域精神保健福祉情報 vol.9,No2, 精神障害者社会復帰促進センター, 2001.
- 4) 三田優子：精神障害をもつ人へのホームヘルプサー最終回 自立のための支援. 居宅ケアサービス vol.2 No.6、日総研出版、2005.
- 5) 大島巖、平直子、岡上和雄編著：精神障害者のホームヘルプサービス…そのニーズと展望. 中央法規出版、2001.
- 6) 坂田三允総編集：精神看護エキスパート8精神科訪問看護. 中山書店. 2005.1
- 7) 三田優子、平直子、岡伊織編：心にとどくホームヘルプ、全国精神障害者家族会連合会、2004.3
- 8) 世田谷区福祉事務所編集発行：支える手 <事例集> 職員の活動からへ. 1996.3.
- 9) すずきりゅういち：たくさんの人によって支えられているひとり暮らしの生活. 季刊地域精神保健福祉情報 vol.9,No2, 精神障害者社会復帰促進センター, 2001

資料

- ① 精神障害者ホームヘルプ・精神科訪問看護に関する調査票
- ② 利用者聞き取り調査票
- ③ HH・訪看アンケート…自由記述欄 要約
- ④ 利用者聞き取り調査票…自由回答 一覧
- ⑤ 企画調整会議 議事録(全 1～10 回)
- ⑥ 企画調整会議 委員名簿

精神障害者ホームヘルプ・精神科訪問看護に関する調査
(国庫補助事業)



ご記入上のお願い

- 貴団体・貴ホームヘルプ事業所・貴訪問看護における精神障害者ホームヘルプサービス・精神科訪問看護の実務上の責任者の方がお答え下さい。
- 精神障害者の利用者がいない場合も、恐縮ですが、アンケートにお答え下さい。
- 記入の終わりましたアンケート用紙は、同封の返信用封筒に入れ、12月7日(金)までに、郵送下さいますようお願い致します。
- ご不明な点は、下記にお問い合わせ下さい。
- なお、本調査の結果をデータ化してまとめた後、報告書として厚生労働省に提出し、アンケート協力事業所にお返しいたします。また、個別の事業所が類推される表現は一切用いませぬ。

〒540-0026 大阪市中央区内本町 1-1-5-601
TEL : 06-6944-3592 FAX : 06-4791-4895
財) 精神障害者社会復帰促進協会 (担当: 清水)

このアンケートでは、精神障害者ホームヘルプサービス・精神科訪問看護に関すること
をお伺いします。以降「ホームヘルプサービス」・「訪問看護」の記載はすべて精神障害者
・精神科に関するもの(認知症の方は除く)としてお答えください。
回答数について指定のない項目は複数回答していただいて結構です。

I. 事業所について

基本属性について、お答えください。

事業所名称	電話番号 ()
事業所種別	ホームヘルプ事業所・訪問看護・病院・診療所
所在地	() 市・町・村
回答者お名前	
回答者の職種	医師・看護師・社会福祉士・介護福祉士・精神保健福祉士・心理職 ・コーディネーター・ケアマネージャー・ホームヘルパー・事務職 ・その他 ()

II. 精神障害者へのサービスの経験について

問1. 貴団体・貴ホームヘルプ事業所・貴訪問看護(以下はすべて貴事業所とします)において、2006年4月1日以降、から2007年9月1日現在に至るまでに精神障害者へのサービス提供を行いましたか?

1) した 2) しなかった 3) わからない

◆2)とお答えの方にお伺いします。今後精神障害者へのサービスを考えていますか?

1) 考えている 2) 考えていない 3) 考えているが今のところできない 4 その他 ()

※2)、3)とお答えの方にお聞きします。なぜですか?(複数回答可)

- ア) 利用希望者がいないから(ニーズがない) イ) 予算が十分にとれない ウ) スタッフが足りない
- エ) 精神科の知識やバックアップ体制がない オ) 市町村から要望がない ;
- 特に理由はないが、今まで受け入れてないから
- キ) その他 ()

※以降は精神障害者への支援を実施している事業所にお聞きします。現在実施していない事業所はこままでの回答をご返信下さい。ご協力ありがとうございました。

1)とお答えの方は次の問2へ

問2. 貴事業所において、精神障害者へのサービスを実施するきっかけとなったのはどのようなことですか?(複数回答可)

1) 市町村からの依頼があった 2) 興味、関心があった 3) 行政の研修会に参加した
4) 地域で必要とされた、ニーズがあった
5) その他 ()

Ⅲ 運営について

問1. スタッフは充足していますか

1) はい	2) いいえ	3) その他 ()
-------	--------	------------



※ 2とお答えの方 なぜですか？（複数回答可）
 ア) 収入が不安定と思われる イ) 精神障害についての理解が得られていない
 ウ) 事業所の存在を知られていない エ) 事業所の求める人材が来ない
 オ) その他 ()

問2. 現在の業務内容の中で、困っていること、問題と感じていることはありますか？（複数回答可）

1) 支援のコーディネート 2) 精神保健福祉士の配置 3) ケース会議など間接的な支援への参加
 4) 突発的事由への対応 5) 移動時間 6) 精神科病院などの理解、協力が少ない
 7) 困っていることはない 8) わからない 9) その他 ()

問3. ピアヘルパーについて、お聞きます。

下記の項目について当てはまるものに○を付けてください。

1) ピアヘルパーという言葉をご存じですか？	1) はい	2) いいえ	3) わからない
2) 貴事業所にピアヘルパーはいますか？	1) はい	2) いいえ	3) わからない
3) ピアヘルパーへのサポートは必要と感じますか？	1) はい	2) いいえ	3) わからない

Ⅳ 行政について

問1. 貴事業所所在地市町村の精神障害者サービスへの取り組み姿勢について、どのように感じますか？ ひとつに○をつけてください。

1) 満足 2) まあまあ満足 3) どちらでもない 4) やや不満 5) 不満 6) わからない

問2. 行政機関に対して、精神障害者サービスについての取り組みとしてどのようなことを期待しますか？ あてはまるものに○をつけてください。（複数回答可）

1) 精神障害当事者や家族に積極的にサービスの情報を伝えてほしい 2) 新たな事業所の開拓 3) 研修の機会を増やして欲しい 4) 行政機関担当者がもっと精神障害への理解を深めて欲しい 5) サービスの具体的な内容を広報してほしい 6) 専門職の配置

Ⅴ 支援の内容について

問1. 以下の項目で、貴事業所で実施している支援の内容について○を付けて下さい。（複数回答可）

※ 精神科以外の医師からの指示を除く

※ 介護保険（認知症は除く）・医療保険どちらも精神科の主治医が指示書を出してしている場合も含む

1) 食事作り	19) 友人との付き合い方に関する相談・助言
2) 洗濯	20) 友人関係の調整
3) 掃除	21) 近所の人との付き合い方に関する相談・助言
4) 保清	22) 近隣住民関係の調整
5) お風呂	23) 生活のリズムを保つための相談・助言
6) 着替え	24) 余暇の過ごし方に関する相談・助言
7) お金の使い方等に関する相談・支援	25) 余暇の活動に関して情報提供や同伴
8) 金銭・財産管理	26) 社会参加への支援
9) 買い物に関する支援	27) 恋愛・結婚に関する相談・助言
10) 交通機関利用に関する相談・助言	28) 子育ての支援
11) 交通機関利用に同伴	29) 常識や社会性に関する支援
12) 服薬の確認・促し・見守り	30) 自分の思いをうまく伝えるための支援
13) 服薬管理・与薬・投薬	31) 利用者のペースを尊重し、安心感を持ってもらえるような配慮
14) 通院介助	32) 自信を持って自分の暮らしを創造する支援
15) 通院の促し	33) その他
16) 危機介入・緊急対応	()
17) 家族との付き合い方に関する相談・助言	()
18) 家族関係の調整	

問2. 精神障害者への援助を提供する上で、難しさを感じていることについて貴事業所の実践と当てはまるところに○をつけてください。

		当てはまるものに○をつけてください			
		対応しにくい・対応が困難	対応しにくい	できれば対応したくない	わからない
サービス提供の難しさ	1) 突然のキャンセル				
	2) 話を聞いて欲しいなどの電話が多い				
	3) 統合失調症以外の方々への対応が増えている				
	4) 精神障害の特徴として波がある				
	5) 症状から関係悪化し、利用拒否された				
	6) 物を取られたなど被害妄想				
	7) クレームが多い				
	8) 何もかもして欲しいと依存的になる				
	9) その他 ()				
事業所が抱えるスタッフの問題	1) どこからが自立でどこからが依存か分からずに悩む				
	2) 抱え込んでしまう				
	3) どこに相談してよいのか分からない				
	4) 利用者の世界に巻き込まれてしまう				
	5) 自分の関わりが症状悪化させることのストレス				
	6) 主治医の業務に対する理解が不十分である				
	7) 研修を十分に受けられない				
	8) 病気のことが分からなくて二の足を踏む				
	9) その他 ()				

問3. ケアマネジメント業務について困ったことがありますか？（複数回答可）

1) 誰が担当のかはっきりしていない 2) 経営上置くことが難しい 3) 資格がいるので置けない 4) わからない 5) 困っていることはない 6) その他 ()

問4. ケアマネジメントをどこが担うべきと思われますか？（複数回答可）

1) 市町村 2) 相談支援事業者 3) 病院・診療所 4) ホームヘルプ事業所 5) 訪問看護ステーション 6) 社会福祉協議会 7) わからない 8) その他 ()

問5. ケアマネジメントを担うべきところに期待することは何ですか？（複数回答可）

1) 必要時に助言 2) 利用者宅への訪問 3) 関係機関へのサービス調整 4) 専門的知識の提供 5) わからない 6) その他 ()

問6. スタッフの質の向上のために必要なものは何ですか？（複数回答可）

1) 市町村など行政が実施する資格を得られる研修 2) 事業所内での研修 3) スタッフ同士の交流 4) 精神障害者支援の経験 5) 業務内容に見合った報酬 6) 国からの事業所運営報酬 7) トップの考え方 8) その他 ()

問7. 他機関との連携に満足していますか？

1) 満足 2) まあまあ満足 3) どちらでもない 4) やや不満 5) 不満 6) わからない

また、貴事業所が連携する上で重要と思う機関に○をつけてください。（複数回答可）

1) 医療機関 2) 訪問看護ステーション 3) ホームヘルプ事業所 4) 市町村生活保護、障害福祉 5) 市町村保健センター 6) 保健所 7) 利用者通所施設（社会復帰施設） 8) 相談支援事業者 9) 社会福祉協議会 10) 児童福祉関係 11) わからない 12) その他 ()

VI 障害者自立支援法等での問題点

下記の項目についてどのように感じていますか？ 事例や地域の状況を通してお答えください。

	そう 思う	そう 思わな い	知ら ない	わか らな い
1) 障害認定区分の決定に時間がかかる				
2) 利用者の障害認定区分は適切と思う				
3) 障害程度区分認定調査員の研修は必要				
4) 利用負担増によって利用者が減少				
5) 個人情報の入手が困難になった				
6) 事務量が増えた				
7) 単価が下がった				
8) サービス内容が変わらないのに、身体介護が家事援助に変えられた				
9) サービス内容が変わった				
10) 必要な提供時間が認められなくなった				
11) 精神面への支援を身体介護に含めるべき				
12) 経営が不安定になった				
13) その他 ()				



VII 精神障害者ホームヘルプ・訪問看護の意義

精神障害者サービスを実施して、どのようなことを感じられましたか？

当てはまるものに○をつけてください。

1) 精神障害について理解が深まった	
2) 精神障害をもつ人の生活のしづらさを理解できた	
3) 精神障害をもつ人の福祉が遅れていることに気がついた	
4) 関係機関との連携の重要性を感じた	
5) スタッフの成長がみられた	
6) 利用者の変化を感じる事ができた	
7) 対人サービスの本質を問われていると感じた	
8) 精神障害者へのサービスの必要性を感じた	
9) やりがいをもって仕事に取り組めるようになった	
10) 仕事が楽しい	
11) 視野が広がった	
12) 自分のメンタルヘルスに関心を持つようになった	
13) 特に何も感じていない	
14) その他 ()	

VIII その他

精神障害者ホームヘルプサービス・精神科訪問看護について思うことがありましたら、自由に記入してください

アンケートは以上です。 ご協力ありがとうございました。



平成 20 年 2 月 6 日

精神障害者ホームヘルプ・精神科訪問看護に関する調査事業
〈国庫補助事業〉
サービスご利用者への聞き取り調査について（依頼）

財）精神障害者社会復帰促進協会
理 事 長 麻 生 幸 二

私ども復帰協会は昭和 51 年に府の認可を受け、精神障害者の社会参加及び社会復帰支援を目的とする団体です。このたび、厚生労働省の補助を受け、標記事業調査研究プロジェクトを立ち上ることとなりました。

精神科訪問看護と平成 14 年からスタートした精神障害者ホームヘルプサービス事業は、地域で生活するところの病を持つ方々を支える大事な役割を果たしています。自立支援法の流れに戸惑う現状の中で、今回この調査によって実態を把握し、さらなるサービス向上のための提言をまとめたいと思います。

現在、ホームヘルプサービス事業所・訪問看護ステーション・病院・診療所・市町村などにアンケートを配布しています。今回、サービス利用者の皆様にもご意見をお聞かせいただきたく「利用者聞き取り調査」を実施することとなりました。

本調査の趣旨をご理解いただき、ご協力くださいますようお願い申し上げます。

なお、本調査の結果は報告書にまとめ厚生労働省に提出し、アンケートに協力いただいた皆様にお返しいたします。また、いただいた情報は厳重に管理し、個人が特定できるような表現は一切用いません。

また、ご協力いただける場合は、別紙にご署名を、お願いします。

財）精神障害者社会復帰促進協会
（担当：清水）
〒540-0026
大阪市中央区内本町 1-1-5-601
TEL：06-6944-3592
FAX：06-4791-4895

（別紙）

財）精神障害者社会復帰促進協会

理事長 麻生幸二 様

精神障害者ホームヘルプ・精神科訪問看護に関する調査事業

同意書

私は標記事業の利用者聞き取り調査実施についての説明を受け、この調査において提供した情報を報告書に掲載することに同意します。

平成 年 月 日

署名

氏名（自署）

※スタッフ記入欄※

実施日	実施場所	記入者（所属）	とりまとめ（委員）
月 日			

あなたご自身のことについてお聞きします

※ここはスタッフが記入

【問1】 年齢 ・性別

() 歳 ・ (男 ・ 女)

【問2】 同居人

親・きょうだい・配偶者・子・恋人・友人・その他 ()

【問3】 日中の過ごし方

1) 会社や商店などの正社員 2) 会社や商店などのアルバイト 3) 作業所・授産施設 4) 病院・クリニックのデイケア 5) 支援センター 6) 当事者会 7) 決まったところに出かけている(どこに?:)
8) その他 ()

I. あなたの人間関係についてお聞きします

【問4】 友人の数について

満足・まあ満足・どちらともいえない・少し不満足・不満足

【問5】 困った時や問題が起こった時、SOS を出せる人の数はどうですか？

満足・まあ満足・どちらともいえない・少し不満足・不満足

【問6】 あなたは誰かの役に立っていると感じることはありますか？

はい・いいえ・わからない

II. あなたのご家族についてお聞きします

【問7】 日頃家族との付き合いはありますか？

ある・ない

【問8】 家族との付き合いについてどう思いますか？

満足・まあ満足・どちらともいえない・少し不満足・不満足

V ホームヘルプサービスについてお聞きします

【問1】 ホームヘルプサービスを利用してどのくらいになりますか

() 年) くらい

【問2】 ホームヘルプサービスを利用するきっかけは何でしたか？

1) 自分からの希望 2) 人に勧められて(誰:)
3) 気がついたら利用していた
4) その他 ()

【問3】 ヘルパーさんはどんなことをしてくれるか利用前、誰かに説明してもらいましたか？

(はい・いいえ・わからない)

【問4】 ヘルパーさんの来る頻度はどのくらいですか？

週 () 回 計 () 時間

【問5】 その頻度には満足していますか

満足・まあ満足・どちらともいえない・少し不満足・不満足

【問6】 ヘルパーさんはどんな支援をしていますか

1) 食事作り 2) 洗濯 3) 掃除 4) 保清 5) お風呂 6) 着替え 7) お金の使い方等に関する相談・支援 8) 金銭・財産管理 9) 買い物に関する支援 10) 交通機関利用に関する相談・助言 11) 交通機関利用に同伴 12) 服薬の確認・促し・見守り 13) 服薬管理・与薬・投薬 14) 通院介助 15) 通院の促し 16) 危機介入・緊急対応 17) 家族との付き合い方に関する相談・助言 18) 家族関係の調整 19) 友人との付き合い方に関する相談・助言 20) 友人関係の調整 21) 近所の人との付き合い方に関する相談・助言 22) 近隣住民関係の調整 23) 生活のリズムを保つための相談・助言 24) 余暇の過ごし方に関する相談・助言 25) 余暇の活動に関して情報提供や同伴 26) 社会参加への支援 27) 恋愛・結婚に関する相談・助言 28) 子育ての支援 29) 常識や社会性に関する支援 30) 自分の思いをうまく伝えるための支援 31) 利用者のペースを尊重し、安心感を持ってもらえるような配慮 32) 自信を持って自分の暮らしを創造する支援
33) その他 ()

【問7】 ヘルパーさんのあなたへの態度について満足していますか？

満足・まあ満足・どちらともいえない・少し不満足・不満足

【問1】 あなたの困っている事や大変さをヘルパーさんは理解してくれていますか

理解・まあ理解・どちらともいえない・あまり理解せず・無理解

【問2】 あなたはヘルパーさんをどのくらい信頼していますか

とても信頼・まあまあ信頼・どちらともいえない・ほとんど信頼していない・信頼していない

【問3】 ヘルパーさんは何かを決める時、あなたの意思を大切にしてくれますか

はい・いいえ・わからない

【問4】 ホームヘルプサービス利用でいいこと、助かることを選んでください

- 1) もっと自分に力をつけて、自信を持てるような支援
- 2) 自分らしく暮らせるよう、個性を尊重した支援
- 3) 自分で選び、決められるような支援
- 4) 地域社会の一員としてもっと社会に参加できるような支援
- 5) 自分の大事なものや大切な人とずっと一緒にいられるような支援
- 6) 家族や友人、地域住民などとつきあい、親しい関係も生まれるような支援
- 7) 社会の中で自分の役割を見つけ、他人から認められるような支援

【問5】 今後のホームヘルプサービス利用について、あなたの本音をお聞かせ下さい

- 1) ずっと利用したい 2) 期限を決めて利用したい(いつ頃まで:)
- 3) すぐにやめたい
- 4) その他()

【問6】 訪問看護を利用したことがありますか?

ある・ない・現在も利用している

【問7】 現在利用されていない理由は何ですか?

V 訪問看護についてお聞きします

【問1】 訪問看護を利用してどのくらいになりますか

() 年くらい

【問2】 訪問看護を利用するきっかけは何でしたか?

- 1) 自分からの希望 2) 人に勧められて(誰:)
- 3) 気がついたら利用していた
- 4) その他()

【問3】 訪問看護スタッフはどんなことをしてくれるか利用前、誰かに説明してもらいましたか?

はい・いいえ・わからない

【問4】 訪問看護スタッフの来る頻度はどのくらいですか?

月・週()回 計()時間

【問5】 訪問看護スタッフには満足していますか

満足・まあ満足・どちらともいえない・少し不満足・不満足

【問6】 訪問看護スタッフはどんな支援をしていますか

- 1) 食事作り 2) 洗濯 3) 掃除 4) 保清 5) お風呂 6) 着替え 7) お金の使い方等に関する相談・支援 8) 金銭・財産管理 9) 買い物に関する支援 10) 交通機関利用に関する相談・助言 11) 交通機関利用に同伴 12) 服薬の確認・促し・見守り 13) 服薬管理・与薬・投薬 14) 通院介助 15) 通院の促し 16) 危機介入・緊急対応 17) 家族との付き合い方に関する相談・助言 18) 家族関係の調整 19) 友人との付き合い方に関する相談・助言 20) 友人関係の調整 21) 近所の人との付き合い方に関する相談・助言 22) 近隣住民関係の調整 23) 生活のリズムを保つための相談・助言 24) 余暇の過ごし方に関する相談・助言 25) 余暇の活動に関して情報提供や同伴 26) 社会参加への支援 27) 恋愛・結婚に関する相談・助言 28) 子育ての支援 29) 常識や社会性に関する支援 30) 自分の思いをうまく伝えるための支援 31) 利用者のペースを尊重し、安心感を持ってもらえるような配慮 32) 自信を持って自分の暮らしを創造する支援
- 33) その他()

【問7】 訪問看護スタッフのあなたへの態度について満足していますか?

満足・まあ満足・どちらともいえない・少し不満足・不満足

【問1】 あなたの困っている事や大変さを訪問看護スタッフは理解してくれていますか

理解・まあ理解・どちらともいえない・あまり理解せず・無理解

【問2】 あなたは訪問看護スタッフをどのくらい信頼していますか

とても信頼・まあまあ信頼・どちらともいえない・ほとんど信頼していない・信頼していない

【問3】 訪問看護スタッフは何かを決める時、あなたの意思を大切にしてくれますか

はい・いいえ・わからない

【問4】 訪問看護サービス利用でいいこと、助かることを選んでください

- 1) もっと自分に力をつけて、自信を持てるような支援
- 2) 自分らしく暮らせるよう、個性を尊重した支援
- 3) 自分で選び、決められるような支援
- 4) 地域社会の一員としてもっと社会に参加できるような支援
- 5) 自分の大事なものや大切な人とずっと一緒にいられるような支援
- 6) 家族や友人、地域住民などつきあい、親しい関係も生まれるような支援
- 7) 社会の中で自分の役割を見つけ、他人から認められるような支援

【問5】 今後の訪問看護利用について、あなたの本音をお聞かせ下さい

- 1) ずっと利用したい 2) 期限を決めて利用したい (いつ頃まで:)
- 3) すぐにやめたい
- 4) その他 ()

【問6】 ホームヘルプサービスを利用したことがありますか？

ある・ない・現在も利用している

【問7】 現在利用されていない理由は何ですか？

VI あなたの経済状況についてお聞きします

※ここはスタッフが記入

【問1】 収入源

- 1) 障害年金 2) 生活保護 3) 就労賃金 4) 作業所賃金 5) 親からの援助 6) 貯蓄・
財産 7) 配偶者の収入
8) その他 ()

※以下本人

【問2】 今の経済状況についてどう思いますか？

満足・まあ満足・どちらともいえない・少し不満足・不満足

VII あなたの将来についてお聞きします

【問3】 あなたの将来の見通しはどうか？

満足・まあ満足・どちらともいえない・少し不満足・不満足

その他

精神障害者ホームヘルプサービス・精神科訪問看護について思うことがありましたらご意見をお願いします。

アンケートは以上です。 ご協力ありがとうございました。



*** 自由記述 要約 ***

ホームヘルプ事業所

●ピアヘルパー

- ・ほとんどが介護保険の仕事です。ピアヘルパーとしてはあまり活動できていません
- ・ピアヘルパーの資格を取られた後のフォローはどのようにされているのか？
- ・精神障害者などが活躍できる場所が必要ではないか
- ・ピアヘルパー2006年4月以前には、介護福祉士の実務経験として認められていない。ひどい差別だ

●運営について

- ・運営困難(4)・・・運営も困難になる／サービスのニーズが少なく精神障害のみのサービスでは成り立たない／運営は困難を極めている／現在の給付額では、ステーションの運営が困難で、ヘルパーに十分な報酬を出せない
- ・スタッフ不足(5)・・・資格を持つヘルパー不足／精神に対応できる人が少ない／深刻／経験や知識が不足気味な為／特別養成研修が必要でなくなったため、精神障害者ヘルパーを目指す人が減った
- ・スタッフの消耗に不安
- ・少数のヘルパーでは何人もかかえられるものではない
- ・昼夜逆転の利用者さんの対応にスタッフの問題や資格の問題など困っております
- ・単価が低い(5)・・・精神障害者への対応が難しい／大変神経を使うわりには、入院が多い／ヘルパーの給与をあげることが難しい／採算が取れない
- ・収入／報酬が少ない(4)・・・ボランティア的にやっている／国からの報酬が少ない

／他の障害者と同等の報酬単位というのはおかしい／通院同行も薬だけの受け取りも報酬単位が変わらないのはおかしい

- ・利用者が増えない。(利用料がかかる人は利用したくてもしない)
- ・話の時間が長く、どこまで勘定してよいのかわからない
- ・本来あるべき役割を果たして行くためにも運営面の安定が必要

●業務内容「家事援助と身体介護について」

- ・家事援助の単価が低い／報酬が少なすぎる
- ・身障の家事援助と単価が同じなのは整合性に欠ける
- ・精神の方への家事は非常に神経を使う
- ・身体介護が大変限定されていることに疑問を感じる。「見守り」等は大切な支援である
- ・ヘルパーの社会的評価が低い

●業務内容「自立と依存について」

- ・ヘルパーにしてもらって当たり前と思っている方が多い
- ・依存することが多く、ヘルパー派遣が難しい
- ・1度受け入れてもらおうと依存が変わるときが多い

●業務内容・その他

対応(8)・・・声かけの方法に悩む／本人も家族も病気についての認識も知識も少なく、どう対応すれば良いか困るケースがあります／確認電話が頻回。対応に困っている／利用者によって障害の内容が異なるため、対応が難しく、症状の理解が大変／精神障害とアルコール依存の疾病の方への病院の対応を教えて欲しい。一対一のホームヘルプで危機感を伴うことがある。市町村が中心となってサービス

事業所に対し、バックアップして欲しい。本人の経歴等情報が欲しい／統合失調症と躁うつ病・うつ病以外の精神障害者について、支援方法がわからない／個々にどこまでの支援が必要なのか疑問に感じる／躁とうつのギャップ

・技術面(9)・・・コミュニケーションをとるときにも気を遣い精神的にも疲れる／精神障害者へのサービスは忍耐がいり、心身ともに大変な業務／専門的に優秀なスタッフでないと対応できない／精神面や身体面の小さな変化も見逃さない／精神障害者のホームヘルプに入るのは、かなり強い精神力が必要だと思う／精神障害のサービスの方が大変／家族同居の場合、具体的に技術面についても十分に話し合う必要がある／専門的なサポートが必要／研修や専門員や人員も必要

●HH・訪看に求めること

・ヘルパー／訪看のレベルが低い
・今後は男性ヘルパーの需要がもっと必要になってくると考えております
・「上乘せ講座」を受けただけでのヘルプサービス提供をすることに不安がある

・全訪看に対して緊急 24 時間対応を取って欲しいと希望する
・継続して専門家の訪問も必要だと思う
・精神訪問看護、訪問介護の学習会等を地域で開催してほしい
・精神科訪問看護が少ない

●ケアマネジメント従事者・相談支援事業者に求めること

・ケアマネが必要(2)・・・介護保険制度のように障害者にも公に認められたケアマネージャーが必要／介護保険のように担当者会議を開くことができれば

・コーディネーターやケアマネがいなければより難しく出来ない場合にはサービスを引

き受けられない

●連携について

・連携が必要(2)・・・連携と医療機関のサポート体制が不可欠

・連携が難しい(3)・・・医療と介護の分野でズレがある／地域での事業者の連携が難しい／医療関係者の関わりが希薄

・情報不足(2)・・・ケースワーカーや保健師さんからの情報も少ない／医療機関等からの的確な情報が得られず、苦慮する

・話し合い(3)・・・訪問看護の方々と話し合いができない／情報交換をしあえる場所がもっとあれば／事業所との話し合いの場がない

・精神科訪問看護、訪問介護との連携で利用者の不安を軽くし、心のケアによって利用者の変化を大きく感じる

・訪問看護との連携をうまくやりたい

・もっと行政が研修や、また医療機関との連携をできる仕組みをとってほしい

・地域での支援を担う上で各々の事業の役割を確認し、地域の実情に照らし合わせながら役割分担を各々の地域できちんとしていくべき

・家族、行政、病院等での生活へのサポートをより密にする事で、障害者が生涯安定した生活が送れるよう一貫した見守りを感じる

・皆で試行錯誤し悩み、考えながら、サービスに入る

・医療とワーカーと事業所がいつも相談できて安心してヘルパーを派遣でき、事業所を孤立化させないシステム作りが必要

●障害程度区分と障害特性、自立支援法について

- ・自立支援法下で経営がむずかしくなっていく
- ・単価が下がったことがおかしい／単価を一律にする必要がある
- ・市町村(地域生活支援事業)の認知度・認識度にバラつきがある
- ・サービスの地域格差を生んでいます
- ・認定やその見直しが正しくされているのか疑問
- ・行政の窓口関係者も実態が十分つかめていない
- ・利用料を負担に感じてる方もいる

●その他

・受け入れ先(4)・・・他の障害者の方々に比べてサービスの種類(グループホーム、作業所等)が少ない／精神障害者対応と掲げていても実際に応じて頂けないことが多い／精神の場合、ヘルパーを利用するまでに時間がかかる／精神科のあるHPが少ない

・困っていること(17)・・・服薬管理、見守り、促しについて「見張られている」気持ちにさせ、追い込んでいるよう／要望が多岐にわたり、なかなか介護計画通りに実施できない／なかなか医療に結びつけられない／サービス以外にも電話対応に時間をとられる／緊急時のサービス追加やキャンセルも多い／困難な場合も多い／電話の量やヘルパー拒否等の対応で、ヘルパー数、時間もかなりとられる・サービスに対する相談に回答が違ふことが多い(電話対応する人によって)／その日の気分次第でキャンセルするので非常に困ります／キャンセル料を請求するのは人情的に困難で、泣き寝入りすることが多々あります／急な体調変化の悪化に救急搬送が、どこの病院も拒否された／当事者の病気に関する情報が少なすぎる／障害福祉はサービスが難しい／拒否のキャンセルがあり終結となる／利用申し込みの促しや、適切なヘルパーステーション選びの支援が後退している／移動のための費用も

設定されていない／スムーズに出来る利用者とそうでない利用者に分かれてしまう／現在は事業所に直接利用者より連絡があり、情報が得られない／課題(問題点)は山脈ひとつ分以上ある

・ヘルパーのケア(5)・・・精神的ケアもしないと持たない／支援者の相談窓口があったほうがよい／軽いうつ状態になるヘルパーが多い／ヘルパーのバーンアウトをどうするか／精神障害はヘルパーに対する負担も見えにくい

・精神という言葉だけで二の足を踏むヘルパーも多い

・ヘルパーの中にも精神障害者に対して「怖い」という感じを持っている人がいる

・介護保険に比べ報酬は低く、業務内容の過酷な精神障害者ヘルパーは避けたい

・行政への要望(10)・・・精神障害者らに携わる職員にも研修等の必要性を感じる／利用者の意見・事業所(ヘルパー等)の具体的な困難事例にのり、必要なサービスを実施できる様にして欲しい／精神障害者ホームヘルプサービスを提供していない事業所に対して、積極的にサービスの情報を伝えていただきたい／精神障害者が積極的に社会に出て暮らせるような施策を実施すべき／家賃補助が公から出ればと願う／積極的に研修等を通じて働きかけて欲しい／ホームヘルプにもっと協力すべき／柔軟な対応／行政の関わりをはっきりしてほしい。あいまいすぎる／市町村がホームヘルプにもっと協力すべき／無責任な対応を利用者にする

・駐車(2)・・・路上駐車許可証を管轄の警察署より発行していただきましたが、発行条件が厳しくなりその許可証が発行できないと言われました／駐車許可が認められるように検討していただけるとありがたい

その他…

- ・精神のソーシャルワーカーを増やしてほしい
- ・精神障害者が地域で生活する上で、最も重要な支援機能と考えている
- ・いまのところ順調
- ・理解を深めていきたい／専門的な知識をもっと理解できるといい
- ・全般的に障害者への理解が低すぎる(2)
- ・病識の受容をするために各利用者ごとにケースカンファレンスを行うこと。特徴を知ることが重要だと思う
- ・担当の Dr はもっと患者さんに助言・指導する部分を担うべきだ
- ・日々明るくなられている様子を目にし、心暖まり仕事にハリが出るとスタッフ一同笑顔でがんばっています
- ・介護保険事業所なのでお断りすることが多い
- ・自在に自分を利用しているのではないかと思える方が中にはおられる。(それも病気のなせることか?)
- ・ガイドの必要性
- ・利用者本位のシステム作り
- ・今後、在宅での療養が増えると思う
- ・アンケートの幅をもっと広げたいかがですか

訪問看護

●運営について

- ・今の報酬体制では、スタッフの確保が難しい
- ・スタッフの質の向上をはかる為には、より専門性のある研修を行ってもらえれば

●業務内容「家事援助と身体介護について」

●業務内容「自立と依存について」

- ・精神障害者の自立、依存については考えさせられる
- ・一般の訪問看護ステーションではターミナルや医療依存の高い利用者を抱えており、精神科と両方を担当するのは非常に体制的には厳しいものがある

●HH・訪看の役割、ケアマネジメント従事者・相談支援事業者に求めること

- ・在宅生活が長い方なので、特別に訪問に難しさや困難を感じていない
- ・医療保険における訪問回数の制限にはジレンマを感じます
- ・介護保険のケアマネージャーのように担当者がいると訪問看護も対応しやすくなるのではないかと
- ・精神科看護の技術として認めてもらいたい
- ・訪問看護の専門性が求められる
- ・一般の訪問と精神科の訪問等、訪問看護同士が入り利用者にサービスを提供できるシステム作りが必要
- ・訪問看護とヘルプとの連携の難しさを感じる
- ・訪看向け研修もフィジカルケアに偏っていて、必要な研修の機会が少ない
- ・精神科における専門的な研修があまりない
- ・なんでも引き受けるNSはストレスが大きいので通常の訪問と精神の訪問は担当者をはっきりと分けたい

●連携について

- ・行政との連携(4)・・・行政的な面などが連携を図ってやっていくことが必要／市町村、病院、近隣の協力なしではやって行かない／行政機関が働きかけ、医療機関にも働きかける必要／行政もサポートしてくれない

- ・どこと連携をとっていいか

- ・役所にて障害福祉と生活福祉の連携がとれていないように感じる
- ・主治医とは殆ど連携が図れない
- ・精神科ではない医療機関だと余計に情報の入手が困難
- ・福祉と医療の連携がない場合が多い

●障害程度区分と障害特性、自立支援法について

- ・自立支援法がとてもややこしい
- ・自己負担があれば、訪問看護を拒否される
- ・自立支援法の見直しを充分に行ってほしい

●その他

- ・サービス依頼時に具体的な情報が少ない
- ・サービス開始してからの問題等が多い
- ・家族へのサポートも必要
- ・医療機関の休診日に、私どもへの電話相談がよくかかる(1時間近いことが多々あり)
- ・長電話の電話相談を療養費として報酬化してもらうことはできないか
- ・医療的な専門的な関わりと生活の支援とを合わせてやっていかないと、在宅生活を継続していくのは難しい
- ・病院のDrの理解がないので意識改革が必要
- ・精神障害者の理解がまだまだ不十分
- ・同施設内の同日サービスの重複コストがとれず持ち出しになる
- ・利用者が必要でSOSを求めていることに対してコストが請求できるようにしていただきたい
- ・夜間行政の窓口を作ってほしい

病院

- ・訪問看護の重要性が社会生活の継続につながっていると実感している

診療所

- ・精神科訪問看護は残薬管理のみ
- ・最終的ケアをカウンセリングで行うことを主体としてやっていただけたらと思っています
- ・過剰な依存化傾向に困る現場があり、判断の厳密化が臨まれる
- ・午前診、午後診の合間に行くので、割ける時間が限られている
- ・単独で入るケースが多く、共有しづらい
- ・訪問看護の研修の機会が少ない
- ・全体のパイを決めながら利用限度を決めるため必要なサービスが受けられない可能性がある
- ・ケアマネジメントの役割を担う人が生活、医療の両面からその全体像を捉え、アセスメントすることが大切
- ・ケアマネージャーの役割を担う機関は、ケースにより異なってくると思われる
- ・携わる者への支援、適切な援助、学習の提供が必要
- ・社会資源は極めて制限されている

精神障害者ホームヘルプ・訪問看護 利用者聞き取り調査

その他 意見

精神障害者HHサービス・精神科訪問看護について思うこと
助かってます。料理とか掃除 おふろとトイレの掃除もしてもらえたらな～
順調よくいっている。
ありがたく思っています。掃除とか食事助かっています。棚の中の片づけを自分ではうまくできないからしてほしい。
嬉しい。料理したり、掃除してもらって嬉しい。自分1人ではしんどい。片づけものをもっとして欲しいが部屋が狭い。物をほったら広くなろうが…
電気のスイッチのヒモを引っ張りすぎ。キッチンのゴミ箱入れ穴あいているを回しすぎで困る
訪問してくれるヘルパーさんにお金のこととか家族の事とかお世話になっている事をいっぱいお話しできる。ヘルパーさん来てもかまへんし、安心。(1人にも慣れてきているよ)
特にヘルパーさんには感謝しています。糖尿病用のおいしい食事を安い材料で作ってくれるので、経済的に少し余裕ができました。また郵送されてくる書類を一緒に確認してもらえるので安心です。
今、ヘルパーさんに来てもらっている曜日、時間に加えてそのときの調子や状況に合わせて追加や内容の変更がしやすい制度のなればいいなと思う。例えば通院の同行や調子の悪い時、ひと押ししてもらえれば動けそうな時に、訪問して声掛け、背中を押して欲しい。
現状で満足している。掃除や料理も一緒にしてくれているし、金銭的にも生活用品・電化製品も買えているから満足している。自分としては、ヘルプの

時間がもう少し長くなればと考えている。
自己負担金が高い。(他の家族が利用しているサービスに比べ。)ヘルプの時間に余裕がないため、もう少し時間を増やしてほしい。
(ヘルパーさんに)世間一般の話だけでなく、もっと僕の話聞いてアドバイスして欲しい。
必要なサービスの時間と支給時間が一致していない為、ちゃんとしたサービスが受けられない。足りない。
今のままのヘルパーとの関係を続けさせていきたい。
調子の波(うつ)の時の調理援助(スポット的なケア)が希望通りに柔軟に利用できるとうい。
特になし。今のままでよい。
訪問看護はありがたい。薬をちゃんと服用できているか、病気を悪化させないようにしてくれる。
訪問看護は精神面をカバーしてくれています。ホームヘルプサービスは生活面でのカバーをしてくれています。訪問看護の方が、自分の想いをより理解してくれています。
ヘルパーさんにもっと動いてほしい。一緒に自分が動くとヘルパーさんも動いてくれるが、自分が動かないとヘルパーさんはあまり動かない。何もしないでじっと座っているだけの時も多い。
ガイドヘルプを使いたい。障害年金が初診日が分からず認められなかった。そのことをはっきりさせたい。それについて行ってほしい。コインランドリーや警察にもヘルパーさんについてついてもらった。2時間以内だったので…。もっと遠いところにも行きたい。
手続きの際、認定調査の人が来るのが苦痛。家に来られるのが苦痛。支援センターなどで話を聞いてほしい。何を言われるのかな～と心配。調子

<p>が不安定になる時もある。</p>
<p>家族の応援が少なくなっているのももっと増やしてほしい。料理のメニューを増やしてほしい。買い物を任せたい。自己負担がなければもっと利用したいのにできない。主人も病気を抱えながら働いている。家のことが全くできない。仕事に行くにもしんどそう。両方がしんどくなってしまう。</p>
<p>感謝している。</p>
<p>できれば薬などを代わりに貰ってきてほしい。(体調不良の時)</p>
<p>来てもらえなかったら困る。ありがたい</p>
<p>みそ汁がどうやってできるか、ヘルパーさんの横でみていたら(まだ一人きりの時は作れないが)自然と覚えてきた。ヘルパーさんとの共同作業で献立作りは、私の役目です。近くのスーパーに、ヘルパーさんと共に行き、一緒に商品を選択したり、スーパーに行けば、ヘルパーさんの言葉から物の陳列をみたりして、季節感を感じることができ、楽しく過ごせるので、自分以外の同じ病気を持つ方にも同じような気持ちになる(楽になる?)と嬉しい。</p>
<p>ヘルパー制度前は、ケースワーカーが月に1度訪問するくらいで、食事は弁当を購入、お茶も購入しておりました。が、ヘルパーを依頼してからは週に2回は手作りのあたたかい食事が食べられるようになり有難い(野菜中心の食に変化していく)。環境整備も整ってきて、できなかった家事も、ヘルパーさんと繰り返し行なってきたらお茶も購入せず、やかんでわかして自分でできるようになってきた。甘える時もあるが、少しずつ自分でできる事も増えてきた。これから先は高齢になり、不安もあるが、今後も自分の家で自分のペースで暮らしていきたい。</p>

1) 出席者自己紹介

- ア) ホームヘルプ事業所は平成17年に立ち上げ。翌年自立支援法になり苦戦中。
- 業務内容が多様化し、ヘルパーが足りなくなっている。
- エ) ホームヘルプ事業所は平成14年10月から精神障害者ホームヘルプサービスを実施。養成講座も開催。ピアヘルパーも増えている。
- オ) ホームヘルプ事業所のコーディネーターとして従事。2001年6月に精神障害者ホームヘルプサービスのモデル事業から始まり翌年立ち上げ。ピアヘルパーの1期生が在籍。ヘルパーが足りなくなっている。
- 平成10年設立。介護サービスから身体、知的、平成16年から精神ホームヘルプを開始。
- キ) ホームヘルプ事業所は知的障害者ガイドヘルプサービスから始まり、ヘルパー13人、F市近辺で精神ホームヘルプを実施しているところが少なく、当事業所が走り回っている。精神障害者ホームヘルパー養成特別研修を受講した者が20人うち現在支援に行っているものは4人。
- 平成7年から市民団体の有償ボランティア活動から発足。平成14年から精神ホームヘルプ、介護も。その他まちかどデイハウスなども実施。ヘルパー60人。特別研修受講者は35人。行政、保健所の援助がありやってこられた。現在は自立支援法で動きづらい。
- 精神科訪問看護ステーション。平成17年度から実施している。
- 病院内訪問看護なのでワーカーが看護師や作業療法士と入っている。専従ではないため、連続的に訪問できないこともある。場合によっては継続できる事業所をお願いすることが多い。
- 精神障害者ホームヘルプサービスの事業所。ピアヘルパーをメインにしている。

2) 今後の進め方

【進め方】

- 調査研究をメイン。10月の発送に向け準備をまとめ、課題検討を調整会議にて実施。臨時委員からも情報を聞き取り、課題をまとめる。
→精神障害者ホームヘルプサービスが低調であるという明確な数字がある資料が必要。数字がないと市町村別の差や単価が不明。
→15~17年度実績表は本日に合わず、次回お渡しできる。

*臨時委員の聴取後に課題検討会

【臨時委員聞き取り内容について】

- 資料のとおり臨時委員を招き、様々な立場の問題を出し合い、課題のすり合わせの場とするのはどうなのか。
- 行政の話は重要。ホームヘルプ事業の不安素材として社協は現場を分かっているのかと思う。どのように精神ホームヘルプ事業を捉えているのかを知りたい。課題は現場から検討して行くほうが見えてくる。
- C市とD市の社協はホームヘルプステーションを直接運営。
- B市は市の職員が直接ヘルパーとして訪問。現在は廃止になったがその経験から大変理解が深い。
- G市もそうだったが、今は独立し、民間事業所を立ち上げている。
- 利用者の声が聞きたい。資料はあるか。事業所へのアンケートもあったが…。
- 大阪府が実施したアンケートがある。調べて用意する。

- 医療が抱えている訪問介護の課題と、独立した訪問介護ステーションの課題は違いがあるのでは…。何市にもまたがって実施しているH市の事業所には色々意見を聞きたい。

3) 委員による現状報告

- G市が政令市となり、テ)ホームヘルプ事業所とエ)ホームヘルプ事業所がG市の精神障害者ホームヘルプサービスの85%をシェア。G市が身体介護と家事援助を平行援助と解釈してくれたことで事業がすすんだ。それから多数事業所が参入してきたため、派遣数が増え、時間が伸びたが収入は横ばいという現象が起きている。利用者ドタキャンが多く、クレームも多い。話を聞いて欲しいと事務所の電話にひっきりなしにかかってくる。困っているがそれも精神ホームヘルプの中では大切なことと受け入れている。このコーディネートをどこがするのか悩む。保健所か？現状はホームヘルパーステーションが主体的に行っており、この動きにお金がかからないため派遣代から捻出している。経営も大変だ。
- 私はコーディネーターとして相談支援事業を実施している。利用者が利用申請時に同席して相談し、区分もできたらスムーズにスタートできるのだが…。先に区分が済んでから支援計画を進めるため、マッチングなどでうまくいかないこともある。
- 現在、単価を徐々に低くされ、時間数が足りない。行政は限られた予算の中で件数だけを伸ばそうとしている？また、ピアヘルパーの位置づけが難しい。他のヘルパーと同じ動きをしてもらうこともある。親子でヘルパー登録の人もいる。事業所で会議を持つようにしている。事業所を拡大するか、現状のつながりを大切に継続して行くか、悩んでいる。ピアヘルパーにジョブコーチとしてヘルパーが付くことが認められず、持ち出してやっている。しかしピアヘルパーは当事者の希望であり、それを応援するシステムが必要。ピア専門の事業所もあるが、どの方向にすすんだら良いかと思う。
- ホームヘルプ事業所はヘルパー13人中ピア7人。平成17年度開始から1年後に自立支援法が始まり、以前は身体介護で実施していたものが全て家事援助に変更された。しかし急に時給を下げることもできず運営状況はぎりぎりになっている。利用者もピアヘルパーもドタキャンが多くヘルパーが足りない。ピアヘルパーは週1回程度入っている。ピアヘルパーと利用者が体調崩す時期が同じ。申請にも時間がかかる。事業の説明、区分認定、訪問についての説明などで、本人拒否や家族へ理解を求めることもあり。10月から通院同行が増えた。当支援センター登録者が利用者申請するときは資料のやり取りなどスムーズだが、外からの利用者とは関係作りに時間がかかる。社協は振り込み制だがうちは月1回徴収に伺う。そこでヘルパーとは違う枠組みでお話する時間をとっている。支援センターに来られない方にはお話しする時間が必要。しかしその職員が足りない。支援センターと兼務しているので大変厳しい。また、支援センターに登録していないヘルパー利用者も相談にやってくるので対応する時間が出てきた。課題は、高齢化。介護について考えないといけない。ボランティアスタッフは精神特有の理由から起こるドタキャンに対して理解を得られず続けられないとのクレームもある。利用者からはホームヘルプサービスは必要との声が多い。安否確認の意味や心の支えとなっている。
- すべて家事援助になったのか？
- 認定区分の106項目で精神障害に対応した項目はほとんどなく、家事援助になった。隣のJ市では身体介護が認められている。10月になって生活保護の人については身体介護が増えた。
- 各市町村によって取り方が違う。それを考慮してくれる市はまだ良い。
- ヘルパーのドタキャンが多い。穴が開くとスタッフが行かないといけない。利用者は21人。うちも身体介護から家事援助に変更となり単に赤字運営になった。ただ、服薬管理と栄養管理について身体介護としてもらった。資料のとおり、サービスを必要と感じない自覚のない利用者こそヘルパー支援が必要だと感じることがある。

認定区分では見えてこない。障害の特性をふまえた支援。必要と言わない人にこそ必要だ。

- ケアマネは介護支援事業所におり、介護事業所にはいない。精神の方は市町村から紹介され、ケアマネもよく分からずに事業所に持ってきてこちらに聞いてくる。65歳で今年介護に切り替わる方は緊張が高く、週1回1時間ヘルパーを入れるのがやっとである。介護に切り替わるとおそらく身体介護ができなくなる方で、しかし自立を促す外出支援が一番必要なために中抜きでやっている。今後同じような問題が出てくるのではないか。老人の要介護度と精神への支援はずれがあることがある。行政はホイホイ切り替えるだけで本人が切り替えをきちんと受け入れてきているのか分からない。
- 精神は自立支援法の問題や、介護が優先される問題もある。事業所で精神をやっていたら移行させていいの？入院している人が地域に戻るとき、生活の流れのことを病院はどこまで分かっているのか、担当事業所・行政担当者や当事者・家族とも詰めて話をしていかなければ、地域のサポート体制に参加していかないと安住できるか不安が残る。自立支援法で行政の事務化が強くなったと感じられる。どうしてサービスがいらなくなったのかが大切。電話1本で済む話ではない。保健所がホームヘルプサービスを利用する紹介寸劇を病院で行い、患者から大反響だった。みんな地域生活に不安をもっていると思う。家族の閉鎖的な気持ちに入り込みた。
- 退院促進支援事業があることをうまく周知できていないのでは？
→しかし退院も数値で挙げて行くのは簡単だが急いで進めてもすぐ入院になってしまうので慎重にしている。
→それで数がなかなかあげられない。
→H市は指定区分4をみな家事援助と言っている。
- B市は現場のやり方を知っているため精神の方はほとんど身体介護になる。
→ただし、民間が育っていない。ヘルパー難民がいる。
- 市町村格差はあまりにもひどい。精神障害者ホームヘルプサービスがなぜ始まったのか、なぜ必要なのかをまったく忘れている。

4) まとめ

今回は以下が調査項目候補として挙げられた。

- ⇒ 精神障害者ホームヘルプサービスが必要な人をどう決めて行くのか。区分認定はそれに見合っているのか
- ⇒ 行政から利用者と事業所へのつなげ方、投げ方を事業所はどのように感じているか。
- ⇒ 事業所が行政をどう見ているのか、行政の対応にどのように返しているのか。

【委員による現状報告・意見交換】

ケ) 訪問看護：報告

精神障害者のみを対象とした事業所。母体は営利法人有会社。今回の事業に関係してくる部分としてヘルパーと連携して訪問しているケースについて述べたい。

現在ヘルパーと一緒に訪問しているのは18件。看護師と同行は2件。(性的問題や覚せい剤後遺症)精神に来てくれる男性ヘルパーが少なく、女性ヘルパーさんに来ていただくことが多い。

メインは連絡帳を取り合うことで連携しているが、精神特有の障害を考え、内容を詳しく書くのではなくノートを見たら電話で連絡を取り合うようにしている。主には「どこまでどうしたらいいか」といった対応方法の相談が多い。これは医師に相談したり指示を受けたりする。

業務内容はヘルパーさんとかぶっているところが多い。掃除、洗濯、買い物その他日常生活を支える支援が多い。病状と心理状態を把握しながら動き方を選択し、利用者の生活がしやすい環境を目指している。

課題は看護師が集まらないこと。どうしても病院に集まっていることと、訪問看護の認識が広がっていないこと、自立支援医療のこともある。病院との圧倒的な違いは、医療保険で行う訪問看護はケアマネがないこと。コーディネートをするPSWが常駐しないということ。PSWをおくことが医療保険では点数化されていない。病院やクリニックは点数化されている。講習を受けていない看護師がコーディネートする。

経営としても、一人研修に出るとドンと収入が減るなど、外に出ることも点数化されない部分が多くつらい。

サ) 訪問看護：報告

650床を越える医療機関。相談数も多い。午前午後に分けており、午後は看護師と同行することが多い。相談業務の合間に行く形になる。時間割を作成している。訪問看護ステーションとの違いは、「外来患者であること」をある程度知っている方。ワーカーもコーディネートしながら生活支援もできる。しかし看護の視点がないので午前の利用者については病院に帰って医師や看護師との相談をしている。

訪問看護をしすぎると日常業務に穴が開いてくる。マンパワー不足。

コ) 訪問看護：報告

K市に開業して27年。訪問看護は医療福祉相談室で9名の相談室ワーカー、看護師、OTなど。1カ月の延べ訪問階数は100を越える。内容はACTを考えながら実施している。薬の処方と提供、病気の自己管理支援、危機介入、住居サービス支援、日常生活支援、経済的サービス支援、就労支援、家族支援、社会的ネットワーク作り、ケア会議。12の項目を実施している。

1500人の通院者の中から必要に応じて入っていく。ヘルパーの業務内容と重なる支援について言えば、ヘルパーが入るまでの間の訪問看護。どのように生活を支えていくつなぎの部分と思っている。程度区分が出るまでの間はヘルパーのような部分も担うことがある。基本はヘルパーの後方支援、ケアマネの存在。

シ) 訪問看護：報告

シ) 訪問看護はL区、M区、N地域、G市の4つある。人員不足、O地域に女性が集中するなど男女のバランスが悪い。常勤2名非常勤4名で、常勤は精神科医療経験あり。利用者98名。5割が統合失調症。最近病気が

もパーソナリティに関する問題など対応困難や専門的なケースも増えてきている。月平均約6回支援。

精神症状の安定と援助。ご両親の高齢化や母子家庭多い。ヘルパーで症状を判断対処は困難なため、医師の指示で看護師を定期派遣も。通院服薬支援、お話を聞き日常生活上のアドバイスやその延長上で外出介助などヘルパーさんの業務と重なることもある。

24時間体制ではなく、夜間の対応ができないので難しい。本人と地域との連携が希薄な場合は特に難しく、地域支援機関や保健所と連携したいがステーションは障害福祉課の管轄であり、担当課の違いが連携不足を生んでいるようにも思う。

退院してすぐ利用できる訪問看護と違ってヘルパーは区分認定後なので、コーディネーターが不完全な状態で開始することも多く、十分に利用者のニーズに添えていないと感じることも。より良いサービスを進めていきたい。

【質 疑】

- シ) 株式会社とのこと。成り立ちを聞きたい
- 訪問看護や福祉用具販売、老人保健施設のプロデュースなど行っている。施設を持っているわけではない。ヘルパーステーションは「したいな」と思っているところ。代表以下全員看護師で、看護師が立ち上げた団体なので、看護ができることから始まっている。その中でヘルパーの必要性を感じ始めているところ。
- 大阪周辺の府県など様々な地域を受けているが、利用者情報はどのように調整し、もらっているのか。情報が流れないとよく聞くので。
- 聞けるところまで聞くことしかできず、入ってから知っていくことも多い。ケース会議など開催できれば参加するが、ないことのほうが多い。
- ケース会議などは点数になるのか
- 本人宅に訪問したときのみ点数化される。外部でのミーティングは全てボランティアのようになる。
- 医療機関でもあるが、看護ステーションは回数制限がかかっており、そのような中で突発的事故が多く対応する部分について点数付けられない。それを考えると突発的事項のためにある程度余裕を置いておかなければいけないし、そうすると経営が危うくなる。地域ケア会議についても外部なので点数が付かない。
- 病院の訪問看護はワーカーと絡んでいるが独立したステーションは利用手順どのようになるのか。ケアプランは誰が決めるのか。
- 医師に相談し、利用者が事業所を選ぶ。ケアプランは医師の指示書で看護師が立てる。生活支援の部分については本人からの依頼が多い。
- これはホームヘルパーの業務だ。と判断した時に市町村に返すことはあるのか
- ホームヘルパーの導入希望についてや、こちらができないことを事前に伝えておく。入ってから分かったら相談もする。
- PSW はいないのか。
- いない。訪問看護ステーションにはいない。
- PSW は法律的に算定できない。厚労省にもかけあったが、精神科専門の訪問看護ステーションがまだ少なく、実績が出せない。
- 地域の支援センターのスタッフなどを使えるのではないかと。
- B市はしょっちゅう動いてもらっている。
- 誰がどういうことを決めているのか。とよく思う。個人的に入り込みすぎている人や訪問看護の役割でない部分は地域で作っていく必要がある。

- 精神障害者への支援は、ある部分人生をコーディネートし、背負っていくので入り込みすぎないことが大切。精神科病院との情報交換ができない状況なので今周囲に声かけをしている。訪問看護ステーションがしていくしかない。
- 医師はあまり訪問看護を知らないと聞かすが。その医師たちが知らないままに指示書を書いているということに矛盾を感じる。
- 知らない。病棟は看護師が計画できるがステーションは指示書に従うしかない。厚労省様式の指示書を作り変えてチェック式にして、拡大解釈で動けるようにした。
- 看護の部分やヘルパーの部分のすみわけがあるが、それに医師の指示がなければ、してはいけないということになるのか。
- そうなる。医師が「買い物をしてください」と書けばできる。その辺りを拡大解釈できるような様式にした。
- 病院訪問看護と訪問看護ステーションは違うのか
- 違う。医療機関であればそこまで医師の指示書がなくても「訪問必要」の指示があればいける。
- うちでも訪問看護とヘルパーのすみわけ相談する。医師意見書も持って、ワーカーや職員で相談している。
- 大きな違いは、ももとの患者さんを地域につないでいく橋渡しをしている部分で、地域生活を支えるのはあくまでも地域と思う。医療機関訪問看護では病院と患者の関係を持ち続けなければならない。必要な時はあるが生活に入り込むのは違うと思う。
- もちろん次々につないでいくが相談は継続する。 指示書1回 300点最長6ヶ月。書き直すたびに300点。狙っているところは多いと思う。
- 本人負担はあるのか
- 自立支援医療なのでない。社会保険の人は収入に応じて。これも上限がある。これはクリニックや薬局も同じ。
- 病院から行くのはワーカーや看護師も点数が一緒なのか。
- 一人 550点で複数訪問1000点になる。同職種はダメ。必要に応じていくことがある。(拒薬や症状悪化、入院前など危機管理的)
- ホームヘルパーがしてくれたいのと思うことは
- 服薬についての軽い声かけや、糖尿の方への買い物内容を考えることなど。
- B市は精神障害者のみを対象としたホームヘルパーステーションがなく、対応に苦慮しているようだ。何気ないひとりで興奮するなど症状が出てしまったり、連絡ノートにえらいことを書いてしまったり。距離のとり方など、どこまで言えるか連携が難しい。
- ここ何件かのケースで、ヘルパーの中には一生懸命にやりすぎて本来持っていた能力を引っ込めてしまい、依存的になってしまった方も。楽しんでしまおう、とするケースについてはまめに注意して訪問し、本人の力をつけられる支援方法などミーティングなどを開催している。
- PSW がいる強みですね。
- ヘルパーとワーカーがそのミーティングを持つまでに、何か段階があるのか。依存と判断するのはどの段階か。見きわめは関係者との情報交換が重要と思う。
- もちろん重要で、常に連絡できるような立場にはいると思う。ケアプラン会議を持つプロセスのなかで、ヘルパー事業所との連携はとりやすい。本人抜きのカンファレンスも大切になってくる。実際にはヘルパーよりもサービス提供責任者とのやり取りが多く実際に現場で困っているヘルパーさんへのフォローをどのように進めるか課題と思う。
- 研修システムがない状況から、老人や他障害のヘルパーさんが精神に参入してくる。その中で難しさを感じてい

る。システムに問題があるのではないか。

- 実際に必要とされているのはフォローアップなのだろう。
- システムとしての課題であると共に、システムを越えて様々な職種が連携できてきているかなども課題。
- 大阪府を網羅されているが、訪問時間などかからないか。
- O 地域については女性職員しかいない点などから1時間半ぐらいかかる場合もある。

カ) ホームヘルプ事業所：報告

Q市で介護保険と精神以外の障害者(身体・知的・児童)を担当。精神障害の利用者は介護保険を含めてもトータルで100人位。現在の利用者は18人。(内2人は入院中) 7割が統合失調症の方。障害区分も半分は区分3の方。障害手帳等級は2級の利用者が7割を占めている。

ケアの内容としては身体介護が7割で、どちらかというと「心身介護」。話し相手や部屋の片づけ、調理等をし、レポーターを増やすなど一緒に物事をする事が多い。残り3割は意欲が出ない・仕方がわからない等でヘルパーが家事援助をしている。

市の担当職員がケアマネジメントをし、結果訪問介護のホームヘルパーが必要と判断。本人の希望も聞きながら、ケア内容を決め、依頼が来る。入院歴・病歴・家庭の事など教えていただき、実質職員がケアマネージャの役割を果たし、ヘルパーが同行。

今後の課題としては、精神障害のホームヘルプサービスは介護保険のホームヘルプサービスと比べ、(入浴・おむつ交換などの)身体介護・(掃除・洗濯などの)作業介護のみでなく利用者のメンタルな部分を中心に介護する。これにより本人の生活意欲を引き出すことを中心にケアをさせてもらう。ヘルパーは上乗せ研修に出たものが担当し、市側も重視。本人が自分の未来を描く力をつける事を重点的にしている。難しい点があるが、ヘルパーの質の向上・ケアの確立に向けて勉強していかねばならない。

また、精神ホームヘルプは他のホームヘルプと違い、専門的知識が多いと思う。腰の痛めない介護技術などではなく、コミュニケーション能力(人間性)の部分が必要。ヘルパーとの関わり方が大きく影響するため、ヘルパー自身の強い精神力・能力も必要のため今後力をつけていかなければならない。

イ) ホームヘルプ事業所：報告

2001年4月頃精神の関係4団体が2002年から始まるホームヘルプサービスについて検討、利用者のアンケート調査実施。その中で「できれば利用したい」という声が高く、4団体に関わるボランティアやパートの中の有資格者が上乗せ研修受講後合同で精神のヘルプサービス事業所を立ち上げた。2002年4月支援センターの中にあるほうがいいとの意見からヘルプステーションを置く。

同時に大阪府のピア・ヘルパーの養成があり、卒業生の就労の場としても生かそうと実施した。2004年からR市は市町村独自に専門職を置かず、イ)支援センター職員が委託を受け、市の相談窓口を受けた。そこから相談に来た方が支援センターとヘルプを利用につながることもあり、R市のヘルプの利用者のかなりの部分を担っている。ヘルプに関わる4つの事業所間で研修・勉強会・連絡会を開いた。

課題はピア・ヘルパー活動をメインにしていけない。十分に根付いていない。毎月1回のヘルパーミーティングや医療センターでの訪問看護との連絡会などで業務が重複している部分についてケースカンファレンスを2ヶ月に1回行っている。その中でも「何でこれを訪問看護ですもの」と感じることもある。

また自立支援法になってから、80あまりの事業所連絡会に精神事業所も入ることになり、精神の研修の開催なども始まっている。昨年10月から精神障害者ホームヘルプについて上乗せなどの要件がなくなり、改めて「精神障

害者ホームヘルプサービスとは」を確認してゆく動きが市内に高まっている。前述の連絡会や、精神ヘルプ・ガイドヘルプについての一定の枠付けを始めた。そのためR市では従来の上乗せ研修や、R市独自の上乗せ研修を受けた方に「できるだけ」やってもらう、というかたちを進めている。

従来の精神障害者ホームヘルプの「本人の力を引き出す」意味での身体介護であったので現在も減らさずに保っている。その中でニーズや事業所が増えてきており、当事者が選択できるようになり、今後苦しい部分も出てくると予想される。R市40万人で、90名しか利用しておらず、現在はイ)ホームヘルプ事業所が精神ヘルプの半数ほどを担っているがこの先どうなるか分からない。

今後の課題としては、相談窓口体勢の今後を考える。今年度でイ)支援センターの相談派遣は終了する。利用者のニーズをきちんと捉えサービスを組み立てていくコーディネートの役割や、事業所に何を期待しているかをしっかり伝えられるように、市職員が考えているのかどうか。

ほか、他障害や他機関との連携充実化も必要。利用者の多様化により、統合失調症以外の病名の方々へ対応できるヘルパーの質の問題。人材不足はどの事業所も切実な問題。そして移動支援との連携。利用者の次の生活圏を広げる役割として使っている。今まではヘルパーの中で拡大解釈して実施していたが今後は使っていくと思う。

それとピア・ヘルパーの育成。これは一つの就労支援なのでジョブコーチ的な関わり、支援が必要。

そして訪問看護との連携。立場の違いから色々思うことがあるがしっかりと連携していく必要がある。

様々な事業所が関わりをもって利用者が増えてくると思うので、その事業所が、利用者にとって安心してサービスを提供できているのかという質の担保をしていくことが今後の課題と思う。

- 相談窓口に来られる方はヘルパー利用に結びつきやすいが、相談にこられない方々を今後どのように繋げていけるかサポートが必要と思う。ヘルパーにつなぐ際には相談者のニーズをしっかりと伝えたいと思うので、できるだけ私から話をつなぐようにさせて欲しいと伝えている。何も聞いてこない事業所など情報量の少ないときには不安を感じる。そういうところが増えてくるのか不安。

ウ) ホームヘルプ事業所：報告

17年度「ピア・ヘルプステーション」として立ち上げた。自立支援法後「ヘルプステーション」としたが、現在もピアの専門性を生かしたホームヘルプステーションとして運営している。地域就労支援にもつながるとの意見からS市・社協の協力応援もあった。ピア7名。一時期1名にまで減ったがスタッフ等の応援で現在に至る。

ピアのよさ(同じような体験をしていることは強み)を活かし、普通のヘルパーよりもよい雰囲気を保ったままで服薬支援などゆっくり理解ある声かけなどしている。スタッフとのペア支援もある。事務所で報告や、ヘルパーミーティングを月1回実施している。市や社協とのミーティングも持ち、質の向上に努めている。

S市は精神ヘルプについて「身体介護」の捉え方が柔軟である。

今後移動支援の利用を進めたいと考えているが、お金が発生し負担になるので遠慮されがち。どのように進めるか。ほかにモトタキャンの負担やピア・ヘルパーの育成など課題。ヘルパーも様々なことに積極的になっており、市17箇所のホームヘルプステーションのミーティングにも参加していかないといけないと思う。

B) 障害福祉課より) 市の精神障害者ホームヘルパー派遣状況について：報告

人口が35万人に対して利用者100名近い。7割が安定して利用。手帳がないケースもある。16年度は試行錯誤で実施し、17年度からは週1回程度のケースが多い。18年度は高齢障害者の支援も増えてきた。現在は週2~3回のケースがあり、家族や本人からの相談が7割ある。ヘルパー派遣は15事業所で行っており、市役所の

障害福祉課と地域保健福祉センターが窓口となり対応している。

医療が必要なケースは比較的スムーズに訪問看護につないでいる。窓口には精神相談担当者がおり、相談を受けホームヘルプサービス利用につないでいる。地域担当者が決定し市の保健師などが同行する。18年度から窓口体制が弱まり、十分な相談対応ができていない。ケース検討会議を以前は持っていたが今はしていない。場合によっては開催し、医師に意見を聞く場合もある。区分認定にかかる医師の診断書だけではホームヘルプの利用について見えにくい。

精神ホームヘルプは状態が変わりやすく、ケア内容を変更するなどアセスメントが他よりも必要になる。他機関との連携特に医療機関との連携が特に重要。また、統合失調症が今まで多かったが他疾患も出てきた。支援についての問題や相談は他疾患について多いように感じる。ケア内容の変更は市の担当者が確認している。「何かあったら市へ」が減ってきたのももう少し声を出して欲しいと動いている。

支援内容は身体介護から家事援助に変更したところが多い。そうすると事業者は困るので悩むところだ。本人にとっては負担金が軽くなるので嬉しいのではないか。精神の方には区分が当てはまりにくい。精神障害をとらえた区分認定がないと、毎回同じことについて悩まないといけない。

課題としては、もっとケースが増えてもよいと思う。周知が足りない、相談に入るまでに時間がかかるので間に立つ人の促しが重要である。ヘルパーイコール高齢者のイメージがあるかもしれない。相談しやすい環境作りを目指す。必要なサポートの種類を理解しているヘルパーが必要。「関わりにくいのでは、対応しにくいのでは」と事業所も慎重になるところが多い。また関係機関の連携も多く、ヘルプの時間以外の業務が多くなっている事業所もある。しかしヘルパーの力量が上がるので参入して欲しい。研修の機会を持ってもらいたい。

- 家事援助に変更した理由は？自立支援法ができたから家事援助になるというとならえ方は良くないと思う。変更されたことに理解ができない。「どうして変更されたのか」市は深く検討されているのか。プロセスが見えない。ポディタッチがないと身体介護にならないので駄目だと言われる。内容の多様化を求める。ヘルパーの自信喪失になってしまう。
- 利用者負担を考えた時に一部本人の意思もあると思う。しかしこれにも市町村格差がある。
- 同じ内容でも実は人によって違うサービスになっているということもある。具体的なことに関する国からの指示はなく、B市の場合あとはメンタルケアのフォローの量で区別しているのかなと思う。本人の立場であれば家事援助にしたいと思うはず。大阪府から何か具体的な指示があればとも思うが…。
- 自立支援法への移行のときに正しい情報ではないうわさが先に立ち、「とにかくお金がとられてしまう」という意識が先行してしまったように思う。これもよくなかった。

【臨時委員による現状報告・意見交換】

A市：報告

A市は平成19年3月末時点で手帳所持者1481人（1級343人、2級912人、3級216人）・自立支援医療利用者は4277人。

ホームヘルプ利用者は140人。うち統合失調症77名、うつ22名とその他疾患（非定型、パニックなど）これら利用者の照会から支給決定までをA市の担当者が行っている。

（資料チャートより）

初回相談-体調のことなど漠然とした相談から始まる。本人意思による申請だが、ほとんどが支援機関や医療機関スタッフなどからの連絡であり、関係機関との連携が重要と感じている。書類手続きの苦手な方も多いため、支援機関のワーカーなどからのサポートがあればよりスムーズになると感じている。また、認定調査票からうかがえないことなどを直接本人と話をすることでサービスの具体的な部分を考えることができる。

訪問-ほぼ全ケースについて市が自宅に訪問している。長期入院者には病院で面接している。メリットは、生活を見て現実の評価ができる。その方を理解できる。室内を見て、その人がどのくらいできるのかどうか判断する。場合によっては初期段階には一時的に支給量を上げたりする。自宅での認定調査の聞き取りもしている。

また、経済状況についての聞き取りも行っている。生活保護は無料だが、障害年金など制限のある方もおられるのでお金と相談しながら長期的利用も話していく。最初に「できる範囲のことは一緒に」していただけるようにと話をしている。

支給決定-急ぐ場合にはみなし認定で支給を始めることもある。A市には精神受け入れが14事業所あり、そのうち12が稼働。病院系列で精神の方に特化した事業所や、介護事業所などがあり、特色に合わせてマッチングしている。（症状を把握し十分に対応できる・トラブル対応が万全である・男性ヘルパーがいる…など）これらを本人と相談しながら契約するという話をもって行く。契約には立ち合わせてもらっている。今まで話をしてきた者が立ち会うことで安心していただき、何かあったときのサポートがあることを確認していただける。中には両親が介護ヘルパーをすでに利用しており、本人は精神の利用を始めるなど事業所をいくつも渡るケースが出てきた。同じ家でやり方が違うと戸惑いが生じるのでケース会議などで約束事を決めるようにしている。（冷蔵庫に食材を保存するときは日付と名前を書くなど）

これらの中から、トラブルというと、ヘルパーさんと合わないで変えてほしい・物をとられたなど被害妄想・何もやってもらえないとクレーム・何もかもして欲しいと依存的になる・物を取られた・セクハラ・訪問販売に引っかけた…など。照会から継続した連携があるため、利用が開始すると役所にダイレクトに連絡される方も。これを受け、事業所と相談し、事業所に対処できそうであれば対応してもらおう。症状により、事業所自体とのかかわりが難しい場合は市が対応するようにしており、攻撃性が上がってしまっているなどの場合には休止したりもする。単身の男性で女性ヘルパーに性的な要求を何度もするなどあったケースは実際にサービスを止めた。これら症状悪化によるものか、依存的になっているだけなのか、見極めが難しい。家の中を見せていただき、様子によって本当にサービスが必要か仕切りなおしをするのかを判断する。病状悪化については医療機関や訪問看護に集まって役割分担を確認する。

これら調整を繰り返し利用者がもう大丈夫といえるまで継続する。

【課題】

- ① 精神の障害の特性として、波があるため会っているときが良い状態なのかどうか分からない。1 回だけの話では完全に把握できないので何度かお話ししていく。最近では友人の口コミで能力の高い方が利用希望したり、生活保護の方が利用料無料なので気軽に回数アップを希望したりなど増え、見極めが難しい。
- ② 病状悪化時に関係がとりにくくなり、キーパーソンが重要。妄想で関係がだめになったり、利用拒否されたりした。関係性を戻すのは長期戦になる。
- ③ 精神の方へのサービスはできるだけ身体介助にしている。本人の支援をする意味合いとして、「一緒にやっぺいこう」と伝えている
- ④ 特に症状への対応。難ケースが集中してしまう事業所が出てきている。
- ⑤ 場合によっては事件に遭遇してしまうなどの負担もある。
- ⑥ 育児放棄やリストカットなどを子供の目の前でするなど、また寝込んでいて生活リズムが親子ともども崩れてしまっている家も。建前上母親への支援に入るわけだが、子供への影響が大きくなり、家族ぐるみへの支援になることも。しつけの部分は母に頼るしかない。また、母へのヘルプが入ったことで、子供がだれてしまったケースもある。

C市社協における精神障害者のホームヘルプサービスに関する報告

平成 16 年度から C 市ケースワーク業務を請け負う。3 種障害、母子家庭、難病患者、その他のケースワークを 5 名の職員が小学校区単位で担当している。精神のヘルパー派遣調整をしており、C 市の PSW には年金、手帳相談、医療機関への連携の役割をさせていただきながら、うちは在宅ケアサービスを担当している。

(資料より：利用者の推移)

安定利用を目指し、かなり丁寧な訪問をしてきた。生活が安定してきた利用者についてはヘルパーがひいていく部分もある。18 年度は高齢化などもあり件数が減った。

- 在宅ケアセンターが総合福祉センター内にあるため相談件数が大変多い。(資料より：困難事例)
- 高齢化や家族の病気によって初めて支援機関への相談につながることもあり、DV や言葉の暴力などもある。
- C 市はどのようなわけか家事援助になる。精神面への支援について身体介護を考えてもらえない状況。
- 児童福祉課から子供の安否確認を依頼されることや、お母さんから哺乳瓶の消毒を頼まれることなど困惑することも多い。ヘルパーは便利屋ではないことをきちんと周知する。
- モデルルームのようにきれいでないと「できていない」と考えている利用者など、支援の基準がない。
- 認定調査に耐えられない方についてどのように考えていくのか。
- 社会福祉協議会が実施しているメリットとしては、人事異動の期間を行政よりも長く持つことで、専門性を蓄積できることや、社会参加のチャンスとして、ボランティアセンターやバザーなどを利用してもらうようにしている。近所の人にも気にかけていただけるように呼びかけている。C 市には退院促進から来る利用者の受け入れ事業所がない。

【質疑】

- 相談から契約まで、すべてやっているのか？うちは、70 件/月、約 1000 時間。事業所へのひっきりなしの電話で対応に苦慮している。常連などは多いときで 10 回かけてくる。留守番電話や着信音を個別に決めるなど、

1 日 1 回は出るようにと職員間で決めている。

- やっている。CW からの連絡や、利用者からの直接連絡などもある。日中はほぼ事務所にいないので机がメモだらけになっている。支援機関スタッフからの連絡が多いが、本人からもある。波があるので春先や年末に件数が多くなる。常連については時間を区切って話したり、30 分以上話が長くなる利用者には支援センターなど相談できる機関に振らせてもらったりしている。
- 市が個人情報保護条例の関係で、情報をほとんどくれないという話を聞くが A 市はどうか？
- A 市は口頭で本人了解など必ずしている。今までにそれでトラブルになったことはない。体調を崩すサインなどを事業所さんにも知ってもらいたいので情報は伝えておきたい。
- 家族とのかかわり方は？家族の情報がないことが多い。
- 同居していながら見たことがないという家が 2 件だけある。認知症で引きこもっておられるのかな、と推測している。なるべく家族とは話そうにしている、家族のいる日に訪問するなどしている。条例のことを考慮するとやや行き過ぎているのかもしれない。
- H 市はまず相談が社協、保健センター、など誰がケアマネしているのか分からない。
- C 市は相談支援事業所の集まりがあり、以前から社協の CW が担当していたケースなどもあるため、他法人の担当者などと「どこがメインに立つか？」を相談して、互いに情報提供をしながら決めている。
- A 市の相談支援事業所はどのような役割か？区分認定調査まですべてを一人でやっているのか？
- 認定調査もすべてやっている。急ぐ人には 1 日で調査に行くなど急いで対応する。逆に何ステップも段階を踏む人もいる。自立支援法移行期は認定証が出るまで支援センターに委託したりしたが今はすべて市が持っている。担当者以外では精神ホームヘルプについてよく分かっていないものもある。
- 暫定的に決定がおりるまではどうしているのか。A 市はみなし期間があるということですか？と思う。K 市はとりあえず訪問看護がやっている。あくまでもヘルパーが入るまでのつなぎなので生活支援のすべてはできない。「どこがどの役割を担うのか」はテーマである。
- 制度の中では少しやりすぎているとも思う。しかし、なければ生活が破綻してしまう。しかしそれはおかしいと思っている。医療機関や支援機関は助かっていると思う。
- 知的はどうしているのか？今のスタイルは続くのか。ケアプランまでしてしまっ、他障害で精神のみ特化することの良し悪しがあると思う。利用者側としては、継続性を心配する。
- あまりそのようなワークをしていないと聞いている。この流れは精神に特化した動き方。現在の形は自立支援法以前からの前任者の姿勢であり、今は保健所に異動した。今後も保健士が担当していくと思う。A 市は PSW がいない。
- 3 障害の連携が必要かとも思う。あまりにも精神のみで動いているので。
- やり方は色々だが他の機関が育たないというところに不安もある。
- Q 市は A 市と同じやり方だが知る限り 4 名で動いている。当たり前のことと思っていた。一人というのはすごい。他市の流れはどうなっているのか？
- 相談支援事業所のケアマネが決定し、市が認定を丸呑みする。何かあったら事業所が責任もって動く。市の力量や、相談支援事業所の自由度、ヘルパー事業所の動きづら部分などすべてについて、うまく言えばラッキーということになる。
- K 市も市がケアマネしている。精神のことを事業所がよく分かっていない間は市が担当し、周囲が育ってきたら支援機関にも役割が生まれてくると思う。

D市の現状と課題

- 障害自立支援法にのったということで三支援法とも同じ申請の仕方と国と同じやり方。申請してから調査。現在、調査は精神を絡んでいない方が調査にいかれているという現状。区分によって時間数が月何時間と決まっている。それと本人の意向を聞いて市が調整して決定。H市と一緒に利用者本意という形で決める。
- D市における精神障害者の支給決定者の合計は250人となっているが現実的には230人ぐらい。社会福祉協議会において 計121人とあるが123人(48%→49%)
- サービス提供責任者18名、ヘルパー175名、サービス利用者が障害自立支援法は190名、介護保険と予防では248名、難病2名、高齢者の方の自立サービスということで非該当の方の措置制度がそのまま残って消えるまでやるということで13名、計453人の利用者。
- クレームの多いケースなど、ヘルパーがどんどん代わって対応できないところまで来たが、社協の名前もあり、お断りしにくいこともある。
- D市は1回1.5時間まで。追加には理由書が必要。利用者はキャンセルなどで浮いた1.5時間を使いたいと思うため、別日程で依頼があったりするが、お断りすることもあるし、断れずを受けてしまうこともある。
- 主治医の意見書の開示を現在、市に訴えているところ。今までは保健センターから聞いていたが現在は本人から聞きだしている。(市は事業所のレベルによってトラブルを心配して開示に躊躇しているとのこと。)クリニックなどのソーシャルワーカーから色んな情報を聞くこともできるが、全く単独の人は本人から。最初の対応の仕方も病状によって変わってくるので、そういう所を掴めないのが困っている。事業所によっては「怖くないか?・何かされるのではないか?」などということもまだある。
- 保健センターなどに相談したいが、HCは「その人のことを知らないから」と対応してもらえないことがあった。相談できるところがない。
- ヘルパーの満足感：利用者が何をもちて満足されているのか、想像に頼る部分もある。安定した生活が得られたことなどを評価するようにしている。状態の変化など把握するために精神科医師に事例検討会に参加してもらっている。このたびは触法精神障害の方を受け入れることとなった。女性だけの事業所で若い男性の利用者。これから対応を考えていかないといけない。

E 地活支援センター：報告

相談支援事業所という利用者の立場から発言させていただきたい。

D市は10の訪問看護ステーションのうち実は4件しか精神対応していない。(うち2つは医療法人設立、1件はアルコール専門クリニック設立で現在株式会社へ、1件は医療機関PSWが発足した法人設立)

それぞれの専門性を生かした支援というのは難しいものだと日々感じている。訪問看護には医療面のケアサポートを期待している。しかし精神的な医療ケアはもちろんだが、内科的な面、健康管理であるリズム作りなど生活支援に及びトータルなところを期待したいという思いがある。実際に癌の方への支援など、訪問看護の入っているケースというのは少し安心して入っていけるという点がある。また、精神病院立の看護STでは、主治医との連携が密で指示も具体的だがそうでないところで、利用者の病状が見えにくいと感じることがある。主治医と地域、訪問看護との連携が大切と感じる。

断酒についても訪看が重要と感じるが、看板に明記されていれば安心だが、実際にはその事業所が専門的な知識を知っているのかどうかを推測するしかない。

利用者は当センターの登録者からサービスが必要な方へ進めたり、病院からの退院支援の一環でサポートを依頼されて受れたり、老人関係の施設からの依頼などもある。そのような他機関からの紹介の場合は職員がまず相談に

伺い、生活状況を把握するなどしてから支援計画を立てるようにしている。

受け入れ事業所は20あるが、今まで他障害や介護事業所だったところであり、新しい事業所といえる。大半の事業所にはすぐに依頼をしにくい。ケース会議などをもち、連携を進める。その方の先の生活を見据えた支援計画を立てて欲しいなど、事業所からの逆オーダーなども出てきた。経験の少ない事業所がマンパワーの少ない中で精一杯やっている現状。保健センターや行政の役割、民間の役割、これらの確認と仕切り直しをしてゆく時期ではないかと思う。

認定調査はD市8支援センターで分担していたが10月からは市の障害者支援室の非常勤10名が担当している。特に精神に詳しい方というわけではないが、市は認定調査員の研修などについて検討したいと言いつけているようだ。

【質疑】

- 精神HH上乗せ研修を受けていないヘルパーもいるのか?
- いる。事例検討会など研修を設けているが、うまくいかないこともある。先月はとんでもない声かけをして平謝りしたことがあった。
- 最初の介入は誰がするのか
- 担当スタッフとサービス提供責任者が行き、1.5時間ほどのアセスメントを行う。初日訪問は責任者とヘルパーが行く。
- 介護のヘルパーさんと、精神のヘルパーさんは違いが分かっていないのか?
- 「見た目元気なのになぜサービスがいるのか?」などと思っている人もいる。
- うちでは初日「仕事しなくてもよい。一緒にすごしてみよう」と促している。様子伺いは必要。事前に聞いていた情報だけがすべてではないので、どう出るかわからない。
- 理由書はどのような内容にしているのか。どのような時に必要か?
- 介護保険と同じ基準で、1日の中で家事援助は1.5時間までで十分であるという考え方のもと設定されている。毎月毎月理由書を書いている。延長は何時間でも良い。最初から必要と分かっている方には事前に申請をして毎月対応できるようにしているが、突発的な延長については毎回理由書を書いている。D市はボディタッチが身体介護の判断基準。身体介護も3時間以上は理由書がいる。
- D市は家事援助ばかり、R市は身体介護の判断があるなど、とにかく市町村によって自在。この格差が問題!
- それは全障害にかかってくる生活保護の負担の関係もあるのか?
- 市の予算の関係から来るかどうかは分からない。推測。市は事業所からの強い訴えを続けていかないと動いてくれないと感じている。縦割り行政を何とか連携させることも苦労している。行政のマンパワーや上に立つ者にも先見を持つ人が必要。
- 理由書を断ることはないのか。財政を切り詰めている感があるのなら、理由書を断ることもあるだろうと思うが。
- 特にない。受けられるような断りにくい理由を書くように工夫しているということもある。
- 行政がケアマネをしているところは精神に手厚く、介護保険のように民間に移行したところは厳しくなっているということか。
- 身体を大幅に認めてスタートしたところと、そうでないところが市町村の時代になって、大変影響を及ぼしている。他府県でも問題になってきている。市がケアマネをしていなければ、精神の身体介護の必要性を伝えられないと判断したということ。強く行政に要請していったことが成果を出した地域もあるが、いつまで続くか全く分からない。

【委員より情報】

コ)クリニック：資料「ACTで提供されるサービス」

以前に配布した資料の中にあるA～Lまでの指標12項目に分けた統計を出している。81名中75名はひとり訪問、残り6名は看護師が同行している。

- 支援状況は表のとおり。支援内容の分け方はACT-Jの指標を参考にしている。多少順番が入れ替わっている。Lは独自に追加した部分。
- Cがなぜ多いのか…項目わけに困るところ。Wrが訪問支援する、ケアマネ、アセスメントをする場合も入れている。また、引きこもりなどの支援もこの項目に入れているため。
- すべてが訪問看護指導料で取っているというわけではなく、アウトリーチの関するすべてを表に入れてある。(裏の表)
- 2月から隔月で、コ)訪問看護と3つの診療所と訪看Stで「アウトリーチを大いに語る会」という勉強会を開催している。8月にはセ)氏にも参加いただき、「各所のアウトリーチの際にどの項目に入れていくのか」を統計で出し、互いの違いをだしあおうという話になり、その表になっている。規模やマンパワーも違いがあるが、一番多いのはAB。訪看はBが多い。私自身付けて見て大変付けにくい面があると感じている。どちらかという外との「つなぎ」というアウトリーチであると感じている。

ス)氏：資料「レビュー・居宅ケアサービス」「精神HHの有効性に関する研究」「認定区分実施調査」

- レビューと居宅ケアサービスの記事：AさんBさんという事例もあり、ヘルパーさんにとって分かりやすいと思いついたもので、ちょうど訪問看護とヘルパーを両方利用されている方だったのでその方の言葉を借りると「訪問看護は非常に緊張する。ホームヘルプだったら楽」と書いてある。参考まで。
- H15に実施したHHの実態調査。国から助成金が出たもの。当時3255箇所の市町村にあり、うち2138箇所の市町村から回答を得た。HHが開始して半年の調査。その後同様の調査を実施されていないので非常に貴重なデータになっている。この時点で実施しているのは半分で、まだ要綱すらないところや、大阪府の中でも取り組みのペースや感覚が違う。「もう一生やらない」というところまであった。「利用者がいない・ヘルパーがいない」という回答や、バックアップや精神科の知識の必要性を訴える回答が多かった。利用者実数とのべ時間数はH14とH15年度の家事援助と身体介護の割合が7：3からH15になると少し家事援助が増える傾向が出てくる。すでにこのとき差は大きく、T県、P県では身体介護1本で行くとうちだしている。大阪府は基準を出しておらず市町村任せ。スターと時点で違う！担当者は精神のことを知らないのではないか。各都道府県では検討委員会が開催されているはずで、そのときにきちんと精神の方の生活のしづらさを議論しているかどうかに関係しているのではないかと聞いている。医療機関が果たして役割は大きい。つまり市がHHの利用を促したというよりは病院が促したということが分かる。研修に関する質問では市町村担当者が受けてほしいという回答が多い。要するに何も知らないでやっているということ。派遣中止も結構あって、「入院」も多いが、「自分でできるようになった」という項目が曲者。これは…いやだったのでは？とも思ってしまう。「早くヘルパーから解放されたい」という気持ちがあったのでは？いくつかインタビューしたところそのような発言もあった。ヘルパーが入って3ヶ月ですべてできるようになり自立したという報告まであった。また、アドバイスを得られるところとして、支援センターがバックアップとなることを考えていたが、思うように増え

なかったことから、保健所と医療機関が今の段階ではその役割であると市町村も認識していた。どこまでの援助をHHとするかが困難点として多かった。ヘルパーがかかわれる問題とそうでない生活の問題も見えてきた。利用者への効果は安定、生活の質の向上、など。アンケートの実施の感想としては「条件が整えばやっていける・思ったよりうまくいっている」というところ。医療や地域のサポートがさらに必要と感じているところも4割あった。考察として、試行事業がありながらもまったく準備していないところに限って家事援助1本でやっていこうとし、地域格差が非常に大きいと感じた。これが自立支援法になったらもっと差が出てしまうと予想される。また、ケアマネジメント体制の議論がないこと。これがネックになることは明らか。また、HHの援助内容がどこまでなのかを議論していく必要がある。HHと訪問看護の違いも今まで議論されていないので、この会が重要となる。

- A3の資料：区分認定調査後の43市町村のうち31から回答をえた。ほとんどが高齢障害部門で実施、非常勤などが実施しており、正職を雇用したというのは5だけであった。担当職員の資格は図のとおり。何の資格も持っていないものが多い。PSWなどほとんどいない。36市町村で11,003人…少ないという気がした。10月1日の時点でまだ2000人終わっていないという状況だった。精神の方は大変少なく、サービスを利用している人が少ないのだということが分かった。調査員は圧倒的に市町村職員。精神の支援センター職員は39人。36市町村でPSWは47人。ということはPSWのいない市町村もあったということ。また、研修は各市町村で「実施していない・府の研修で十分」ということ。調査員のフォローアップをしているのはD市のみ。ほとんどが「必要ない」。調査員の苦情としては36のうち17から「できます、としか答えられない」などあったが、当事者からの苦情は7のみ。あきらかに苦情を受けるシステムがない。経済的負担や質問が長いなど。認定審査会、医者が多い。当事者も身体障害当事者が多い。(H市除く)精神の障害区分が難しいという感想多かった。非常にいい加減な状態でスタートしている。当事者やPSWのいない中で今までのサービスが確保できたのかどうか疑問である。R市で今、利用者に調査を実施しているとの事。追って報告したい。
- 補足しておく、精神HHが始まるときにまず府は一定見解を示した。Q&A方式。「一緒にやって自立しましょう」という視点で身体介護を進めるように基準を設けた。

1) 調査項目検討

【まず目的をどこに据えるのか？】

- 医療機関訪問看護から、ホームヘルプが始まり移行が始まった。この医療から地域へ出て行く大変さを乗り越えながらそれぞれがやってきた。そのHHを利用者は便利と思っているだけである。この訪看とHHの住み分けも大変になっている。コーディネート。地域差を浮き彫りにする。この中で、どうしていけばよいかまで出せたらよい。
- 大阪府が精神HH全国No.1だったころがあったのに、なぜ今低迷しているのか。訪介、訪看の必要な部分と、不必要な部分、重なっているところの住み分けが必要。また市町村ケアマネなど「本来どこが担当すべきか？」についてははっきりしたい。
- 自立支援法後のこの変化に戸惑っている。18年度の大阪府のHH啓発パンフレットに記載されている内容に引っ張られるように、利用者も安価な家事援助に流れていっているという懸念もある。
- 家事援助と身体介護の選択の理由が金額になってしまっている。その支援内容の必要性を議論できていない。
- ACT-Jの指標は参考になるのでは？家事・身体で分別するのではなく…
- この支援内容について、実は長い目で見ればそれぞれが重なってくるのでは？生活支援がゆくゆくは就労支援につながってくるのか。

- 確かにつけるときに難しい。
- 連続性のあるものしか示せない。フレ段階の部分とうまく伝えることは難しい。
- 介護保険事業所として思うことは、身体・家事の料金差があることも実は問題。精神については特に家事・身体の差があること自体ナンセンスと思う。しかし、自立支援法を変えられないのであればこの2つの議論を前提としないと進められない。
- 精神 HH が実は高度な専門性をもって家事援助しているということだ。金額差があることが問題というのはそう思う。
- 自立支援法の中に3障害を入れてしまった。同じようなサービスに配列しようとしている。それは違う。
- 精神でも他障害でも混乱は同じこと。「家事の中から身体介護、自立支援の道筋がある」ことを伝えなければいけない。
- 何か身体・家事に変わる言葉はないか？見守り型、促し型？また、利用者も「なぜ私が身体なのか？パンフレットのような支援をしてもらっていないのに。それなら本当に身体介護してほしい！」という方もいる。不平等感を持たせてしまう。
- 人の生活を支援内容で切り刻むやり方に疑問を感じる。行動援護という項目も増えさらに刻みは増える一方。
- 給付抑制の行政の動きがある以上どうしようもない。介護保険は明らかにそれが見える。今回のこの企画会議で訪看とHHの業務が部分的に重なりと初めて知った。
- 精神303万人のうちHH利用は2万人という。これに対して給付抑制をするというのはいかがなものか。訪問看護の採算は合っているのか？精神科医療機関として。
- 収支は合わない。人件費など大変。
- 年間5000か所できて半分つぶれるともいわれている。ほぼ経営できない。ヘルパーと看護師では、単価は看護師の方が高いので事業所単体で経営して行くのはほぼ不可能。回数制限と、行けば行くほどボランティア業務になる。一番良いのは週1回1時間…ということになる。病院などバックがないとまず続けて行くことは難しい。
- ヘルパーSTとして身銭を切っているのは同じ。介護と看護を両方やっている事業所では、利益は看護のほうが良いというところもあった。訪看のほうが経営しやすい？
- 利益率を上げるのはやり方次第。しかし精神については、それをやると支援の質が下がる。利用者の状態が悪化する。介護はケアマネが書けば制限がないのでいけば行くほど利益になる。生き残り方がある。
- 医療の行っている訪看の有効な部分、とNsやDrではない人が関わることの有効な部分とについてきちんと見直したい。看護とヘルプを利用者にとってもしっかりさせるのがよい。何でもかんでも生活を丸抱えしてしまうヘルパーさんもいる。
- 圧倒的に生活を丸抱えしてしまった訪看が多いだろう。時代背景的に保健所のスタッフと家に行くところから始まり、生活支援より前の段階。必要なときにヘルパーや、Wr、看護など必要な役割を送ることができればよい。しかし特性をわかりながら本人の必要性を図りサービスを提供するというコンセンサスができていない。訪看とHHの業務の重なり合っている部分を出せればよいとも思う。これらをつなぐ部分が浮き上がるような報告でも良いと思う。個人や地域性によっても答えは変わってくる。
⇒個人の問題点と浮き上がってきた問題をHHや看護の役割と調整を図る？
- 要するにケアマネをどこで誰がするのか！
- たとえば退院のとき医療機関中心で動き、地域に来てから市が担当する。もっと退院のときから市がかかわっていたら違う動きができるのでは？

- 医療機関と地域のマネジメントが合わない。病院より診療所のほうが柔軟で、地域に近いと感じる。
- 病院スタッフとして働いていた頃は、地域と病院とが敵対していた。明らかにコミュニケーション不足。訪看STに来てから地域に近づいてよく分かった。
- Drが役割を理解してくれればPSWにマネジメントをまわすなどうまくできる。
- 患者の生活を知らないDrがケア表も指示書も書けない。注意点や特記など特に。
- そこをうまく啓発しないとイケない。皆がやっていることが医療と同格の役割があることを知ってもらわなければならない。
- 介護も開始当初は混沌としていた。それが、ケアマネが育ってきて現場が住み分けできるようになり、基準も自分たちで作れるようになった。利用者も育ってきて利用の仕方を身につけたともいえる。
- まずは訪看とHHのお互いの動きや、実態を知る。その上で問題を出す。
- 地域格差などもあり、まだ精神保健は整備されていない状況かと思う。医療機関が医療だけをできるようにしたら良いかと思うことがある。これからそうなって行くのだろうか？
- 相談支援の役割とは？「うちの病院の人」というのではなく、相談支援事業所が病院を訪れ「一緒にやろう」と言えるようになるといいかと思う。そういう体制ができていない。事業所も「どこまでしていいのか」迷っている。
- しかし精神病院は支援員が入ってくるのを極端に嫌がる…
- できたらしがらみのない第3者的なスタッフが入り込めるのが良い。A市のように。地域格差によっては変わってくると思う。障害特性として「精神の方」といったときに、誰もが理解していることという状態ではない。知らない。これから理解がすすんでいくこと。
- これから3障害が一緒になって地域で暮らすということになっていって、自立支援法はいいきっかけと思う。

2) ワーキングについて

【質問項目の検討】

調査対象：HH事業所・訪問看護ST・精神科医療機関訪問看護など…

- ヘルパーがどんな認識で支援に入っているのか
- 医療機関などはPSW協会ネットワークを駆使して回収率を上げたい
- A3裏表4ページ。認知度と実態でいっぱいになる？
- 仮説、目的をもって作成を進めるのがよい。→「ケアマネが重要である」という結果ではあまりにも誰もが分かりきった答えにしかならない。
- 各委員で事例を持ち寄れば結構な数になるのでは？
- 市町村に調査したほうがより実態が見えてくる。
- 聞き取りは早めに。各委員からリストアップしていただき、11月ごろからほちほちやっていくほうがよい。直接の支援者よりも第3者的なものが行っても良い。基本的な項目を作ればあとは聞きたいことを聞いてゆけばよい。「良さを表す」
- 難しいのは調査項目作り。訪問看護や病院に何を聞いたらスバッと答えてくれるかどうか！分かりやすいかがみ文でいかに協力してもらうかが重要。→ワーキングチームで項目を作る努力をしてみる。メールなどで委員に確認をとる。
- 市町村に調査を！現状把握。→S氏の過去の調査項目を活用し、ケアマネの実態と上乘せ研修がなくなった部分についての変更などを入れる。

- 事業所は受け手としてのやりにくさをどのように感じているのか？
⇒事業所へのアピール方法を工夫しないと答えてもらえない。裏表 A3 が限界か。
- ホームページへ結果を公開するのはどうか？
- かばんなどに入る実際の現場に活用できる冊子として配布するのはどうか？

【その他】

今後の流れ ワーキングにてひな形を作る努力を行い、次回企画会議にて精査する
神障害者ホームヘルプサービスに関する調査研究事業
第5回 企画調整会議

1) アンケート内容検討

- 単一回答か複数回答か？全部あてはまってしまったら、差が出ないのでは？→注釈をつける。「回答 1 つのみ」とか。
- 業務 のところですが、「実施している」と「ホームヘルプと訪看の役割」と「重複していると思う」が実施している→「している。していない。」で分けられると思うが、意識のところでもどちらの役割かということなので、重複してくると思う。
→5番のところはやり方として、「実施している」に二重線を引き、「実施している」又は「実施していない」のどちらかを1つ答えてもらい、「ホームヘルプの役割と思う。」など、その他の役割は重複してもよいですね。「…役割と思う」重複している場合には3番に○をつけてもらったら…
→「重複している」という項目があったほうがよい。三者一択ですね。その他は自由記載。
- その他があるところとないところがあるが…→入れる。
- 「基本属性」の医療機関・訪問看護は意味が分からないと思うので、「病院・クリニック・訪問看護」にした方がいいと思う。
- 打ち間違い 5) 業務について で継続するが2つある。
- 困難を感じている ところで、支援者側について 「精神障害者に対する研修が少ない。または受ける事が出来ない。(色んな事情で受けることができない。)」という項目が入ったらどうだろうと思う。
- 2) 「精神障害者へのサービス提供を行いましたか？」について 1番上の所で、「した」と答えた人に対して質問があまりないというふうを感じる。サービスを「しなかった」と答えた人に対しての質問はあると思うが、「した」と答えた人はいろんな困難を抱えていると思う。とりあえず受けているがもう、したくないという所があるかも？
→それに関しては1) したに○をした人は、3) 以降の問いに答えてもらい、2) しなかったに○をした人はここまでで回答は終わり。
- 3) 運営について 追加「精神科病院などの理解・協力が少ない」「行政の対応のスピードを上げて欲しい」も入れていいかなと思う。
- 「訪問看護」は、「精神科訪問看護」についての設問と考えていいのか →アンケートの全部が精神科訪問看護と分かるような文言をいれること
- 5) のケアマネの設問、○のつけ方が難しい。単数回答か複数回答かもわからない。
- 大切な質問。経費は聞くべきか？要はケアマネをどこが担うべきかを聞きたい。
- 経費が必要かどうか、行政以外は必要に決まっているのに聞く必要はない。

→経費の必要性は考察で書くことにして、シンプルに選んでもらうのが良いのでは？

- 「ケアマネ」を知っているかどうか？相談支援事業所も分からないと思う。→精神のケアマネを説明する文章が必要。Q 市も全くやっていないので知らない人ばかりと思う。
- 「相談支援にたずさわっている人」「精神障害者のホームヘルプや退院促進には、精神障害者専門の社会復帰支援相談員がついている。介護保険のケアマネのように実は相談員が存在している。表には出てこないが」
- ケアマネの項目は、結果どのようなかたちで国にアピールしたい意図があるのか？唐突すぎる質問。
- 会議の中であがってきた疑問・問題点の全てを紙面におこしてあるだけなので、中身もこの会議の中でさらに深めていきたい。
- 会議の中で確かに出てきた項目であり、しっかり意識してもらいたい項目。ただ、説明が必要。
- 業務の質問と切り離してケアマネの項目を作っては？
- その前に、精神のサービスで「ケアマネがない」という問題点を明らかにするような質問がない。ワンクッション。
→スタッフの質の上に「ケアマネシメント業務のような内容について困ったことがありますか？」 1) 誰が担うのかはっきりしていない 2) 経営上難しい 3) 資格がいる 4) その他 …を入れる。
- ケアマネの次に相談支援事業所があるのは、作画的過ぎないか？
- 相談支援事業所は法に定められているが、どこがすべきかがはっきり指定されていないので悩んでおられるだろうと、このような質問を作った。
- 突然すぎて相談支援事業所がわかっていない人には答えられない。
- 相談支援事業所と書かずに「ケアマネを担う人にどのようなことを期待しますか」にすれば上の質問とつながっていきやすい。
- 業務の困難 7) 主治医が業務を理解していると感じる…おかしい
→主治医が業務について理解が不十分である。
- 業務の困難 2) ヘルパーのキャンセル…意味が分からない
- ヘルパーが用事に入って行けない場合の代わりがないという意味。
- 「シフト調整が難しい」？「人材確保」？「頭数が足りない」？「代わりの人がいなくて休めない」？
- とにかく確保が難しい点は問題に挙がっていた。が、運営の部分でも触れている。
- 事業所自体の問題？「精神には誰でもいけるわけではない」という意味合いもある。
- この項目のほかは個人について回答してもらっているものなので、2) だけ事業所。いらないのでは？ヘルパーの業務としての役割の困難さを聞くべき。
→2番はなし！
- 全体的にこれは「意識調査」。答える人は責任者だが、その人の意識によって代わってくる。
- あまりにも当てはまりすぎて同一回答ばかりにならないか？
- 何か適当な設問を作ったほうがいいのか…？
- 「給料が安い」とか入らないか？事業所の運営と、業務の質などを一緒に聞くのは難しいのか？
- 業務の困難 8) 訪問看護とヘルパーの差が出ることとしては、病名、疾患等医学的知識にコンプレックスを持つことと思われる。この項目を入れたい。「病気のことが分からなくて二の足を踏む」など？多分訪問看護のほうに基盤があり、上手くやっているように想像する。
- 業務の困難 2) の代わりに「ヘルパーが定着しない」はどうか？
- 運営、お金、の理由のあたりで触れられないか？

- 大体理由は分かる。大変なのは分かっている。「大変なのにどうしてやっているのか」聞きたい
- 業務の困難 2) の代わりに「研修が少ない」「事情があって研修に行けない」はどうか？
- 有るのにいけないのか、ないのいけないのかを聞く？
 - 「研修を十分に受けられない」はどうか？
- マイナス点しか聞いていない「この業務にプライドを持っていることは何ですか？」「やりがいは何ですか？」を聞きたい。これらを強調し、応援するためにも、問題点を挙げていく流れにしないといけない。
- 連携の項目 分かりにくい。
- しっかり答えていただくという流れでこうなった
- 5) と同じ様式にする
 - 連携？「よく相談するところ」「一度でも電話したことがあるところ」全て含めて。
- 連携7) 8) 市町村いっしょにならないか？
 - 7) 市町村生活保護・障害福祉 8) 市町村保健センターにする
- 基本属性に「医師、心理職」を入れて欲しい。
- 6) 自立支援法 訪問看護ではわからないので答えることがない。
- ヘルパーなどと連携したなかで、知ることができた部分について答えてもらう。
- 「事例や、地域の状況を通してお答え下さい」と聞く。
- 当てはまらない人は「わからない」項目を作る。
- 7) を追加作成！「やりがい」を聞く！
- このホームヘルプ、訪問看護を通してどのような良いことがありましたか？
 - やってない事業所にも聞きたい。
 - 2) のところで、したきっかけ・よさを聞く
 - 市町村アンケートの項目もあわせながら作成。
- 高度な技術を得る、変化を感じることができる、人間の根本に触れる、ピアの良さを知る。
- 2) サービスの経験で、やっていないところの理由、項目立てる
 - 市町村アンケートの項目もあわせながら作成。
 - 1) 利用希望者がいないから（ニーズがない） 2) 予算が十分にとれない 3) スタッフが足りない 4) 精神科の知識やバックアップ体制がない 5) 市町村から要望がない 6) 特に理由はないが、今まで受け入れてないから
- 最後 自由記載は必要。
- 業務について ACT の項目について検討する。意識調査なので件数は聞かない。
- カウンセリング？…支持的支援にしたほうが良い
- この尺度についても検討深めたい
- これを読んで業務内容を勘違いしないかどうか不安

2)HH・訪看調査について

【アンケートの確定と発送】

- ホームヘルプ、訪問看護、医療機関訪問看護
- 11月の大Pニュースに協力依頼を呼びかける。
- 大精診へも協力を呼びかける

- 依頼文も用意している
- 依頼文は2種類作成する！ 医療関係には、主催や協力機関名を明記し、事業所には率直で分かりやすい文書を作成する。（読まない！）

【市町村調査】

- 過去の調査を若干変えてある。中身はまだ替えていない。

【面接調査について】

① 調査項目の作成

- 各自のこと最低限のことを聞き取りする。知っていたら聞き取る必要はない？
- GWはグループワークのこと。保健所は今やっていないので4)はいらない？
- 毎日の暮らし：GHアンケートを参考にした。どこまで聞くか
- 人間関係：やや聞きすぎだが、ヘルパーとの関係の維持はヘルパーの努力や、人間関係が苦手なのに上手く行っているというのは、本人の工夫があると思うので聞きたい。
- 家族：どこまで聞くか
- 経済状況
 - 利用料のことを知っているかどうか
- 医療
- 医師はサービス利用を知っているか…など
- サービスについて
- 訪問看護も使用できるような内容にかえる
- 「サービスを受けて、生活で変わったことがありますか？」
- 「ヘルパーに期待することは何ですか？」
- 「ヘルパー以外で誰からサポートが欲しいですか？」
- サービスの中身を聞いていないので、聞く。
- 地域支援について
- 将来のことについて：これも聞く
- 質問時間1時間が限界と思う。
- よくアンケートを行うと、先に質問を見せておいて欲しいという人もいるので、A3見開き以内が限界になってくる。
- 医療者側に良さが伝わるようなものにしたい。
- 依頼文を作る

② 対象者

- 各事業所、何人聞き取り可能かを事務局に報告する。
- 聞き取りは第三者（学生）か？顔なじみの事業所が行うか？
- 個人情報の扱い方が問題。調査員の選定は検討。
- 調査協力者には謝礼品を渡す。
- 事業所の了解だけでなく、ケアマネ担当にもこの調査をすることを伝えておかなければいけない。

【報告書】

- 2～3月完成目標

1) 市町村のことをなぜ聞くのか？

- 市町村格差を明らかにしたかった経緯がある。事業所と市町村が緊密に連絡を取れているかどうか？そのなかで他の市町村の動向を聞いていれば、周囲を見回した業務を行えているのかも見えてくる。という視点。
- この一文では読み取れない。カットする
- 市町村の姿勢についての満足度を聞くのはどうか？「市町村の精神障害者へのサービスへの姿勢についてどのようにお感じですか？」

2) 困難を感じていること

- 「困難を感じていない」の回答例は必要ないのでは？書きにくい。書きもらしてしまいそう。当てはまるものばかり。
- 「困難」という書き方がダメ。事業所が困っていること？対応に困難を感じていること？経営上？援助技術的？→援助技術的かな。いろいろな難しさを感じているということ。上乘研修の必要性を訴える設問になっている？
- 自立支援法以降の流れに乗って色々な事業所が参入してきたなかで、精神特有の難しさに対してどのように、ちゃんと取り組んでいるのかどうかを聞きたかった
- それと、それらの事業所が悩むのではないかと思ったが、案外上手くやってきているということもあり、赤字でも前向きに頑張っているところを紹介したいと思った。
- 精神のHHについて特有の課題からくるものを意識してもらう設問か？
- 伸び悩みを明らかにする面もある
- バックアップ体制があれば対応可能であると思う場面を選択してもらうのはどうか？
- これら困難事由を乗り越えることができたかどうかを聞きたい。単に経験なく困難を感じていないこともある。
- 困難だけが表に出てくると、運営が大変と意識づけてしまう。やってみたら何とかなるということ聞いてみたい
- 「○やってみて何とかなっている・△困っていて苦しんでいる・×やめたいぐらい困っている…」のように、評価してもらうのが分かりやすいがこれは大変間違いやすい。
- これら困難は少なからず感じているはずだが、乗り越えてきていることも多い。この設問で聞きたいことを明らかにしないと聞けない。
- 回答を増やすと書きにくい。おおむね8割はめんどくさそうに書くはず。
- 難しさを感じている→①経験を重ねて解決できた②研修や施策などのバックアップによって対応できる③どうにもならない…といった回答はどうか？
- 早急に援助・施策が必要と思われるものについて選択してもらうのはどうか？
- 解決策が見通せるような設問にしたい

3) 連携

- もう少しざっくりと聞いてはどうか？どこが役に立っているかを書いてもらう程度がよい。
- 他機関との連携に満足しているか、あなたにとって重要と思う機関に○をつけてください。
- 医療機関細かすぎる。「医療機関」ひとくくりに。

- 移動支援事業者いらない

- 社会福祉協議会いれる

4) 意義

- やってみてわかったこと？
- 見やすさを検討する。一行に一項目にする。
- ヘルパーが精神に行くようになり、多方面へのサービスについても意識が変わったようなところを聞きたい。
- メリットという書き方はもう少し検討したい。やってみてわかったこと、やってみて気づいたこと？
- ヘルパーの本質を学べた、精神障害者サービスの必要性を感じた
- 関係機関との連携が取りやすくなった？連携の必要性を聞く？⇒必要性！
- 仕事が面白いとか入れたい。生きがい。楽しい。人間らしさ、癒される…
- 自分のメンタルヘルスに関心を持つようになった
- どのようなことを感じましたか？ ⇒ 9) 特に何も感じていない を入れる

5) 業務

- 訪問看護はほとんどつかないと思う
- 治療的、専門的すぎてHHが答えにくい
- 両者に質問をして業務のすみわけを見る設問なので、○がつかない項目があっても問題ないのでは？
- 内容そのものが偏っているのであればACTの指標を考え直さないといいない。医療の視点が多いように思う。
- 訪問看護の援助の柱は？ → 国のガイドラインはない。医療から生活までの幅を決めるのは事業所の判断で。訪問すれば医療点数がつく。そういう意味では医療の視点。医療の中でも大きな差が出ると思う。食事を作ったりするところもある…。ACT-Jは医療向けの指標である。
- このアンケートがまさに訪問看護の業務について考えるきっかけとなる！
- 「主たる業務と感じているのはどれか？」というのはいかが
- 仕事の中身や分類の本など参考文献があれば見ておきたい。在宅支援の概念のようなものを…
- 実態と本来業務を聞きたい
- 訪問看護とは：在宅生活をスムーズに支えるなかに看護の目を入れる。病状の変化専門知識を持って介入できる。早期介入、対応ができる。医師につながりやすい。今の訪問看護のイメージは服薬管理か。
- 同じようだがヘルパーとは違う。薬関係はヘルパーが言うと嫌がられることが多い。
- 行政への指標にもなるのでは？
- 過去、訪問看護しかなかった時代には病院で生活のすべてをやっていた。今、HHができて、その業務が重なってきたのでは。
- 項目がとでもわかりにくい。カ)氏の項目のようにわかりやすく…
- 4) 6) 8) …など検討が必要
- OOの役割と思う…という書き方も検討したい
- 「自分の事業所の主たる業務と感じている」というのはいかが？
- →再度ワーキングが必要！訪問看護・HHのスタッフにてワーキングを開催する(24日)

【その他】

- 一度大阪以外の事業所においてプレテストを行う。

6) 行政

- サービスの必要性を本人らに感じてもらうような働きかけ、本当は結び付けてほしい…→ 1) 精神障害当事者や家族に積極的にサービスの情報を伝えてほしい 2) 新たな事業所の開拓

7) ケアマネ

- ケアマネでわかるのか？相談支援専門員？ → 「ケアマネジメント」

8) 自立支援法

- 7、8、「自立支援法以降」入れなくていいのでは？
- 疑問形になっているのはおかしいので→ 「そう思う、そう思わない…」を答えてもらうのがいいのでは？
- すべて断定した言い方に。「～になった・～と思う・～である」

その他

- 語句の統一、誤字脱字確認、名称見直し…
- かみ文、「データ化して厚生労働省に報告する」文面を追加。

2) 面接調査について

【あなたご自身の事】

- 属性。わかっている人は先に埋めてもらっても良い。
- 問7) の日中の過ごし方は前回に比べて、保健所を切りました。GH調査を参考にした。

【毎日の暮らし】

- 問5) の「支援や応援の中身について…」はこれを基本にして後でも聞いた。
- 基本的なHH中心の調査だが、支援の精神障害者に必要な支援として色んな所に載っているものを集めてみました。
- ヘルパーを使っているか、ガイドヘルプを使っているか？まずここで切る。

【あなたの人間関係】

- その人の人との関係作りがどうか？つまり精神の人は人間関係が難しい。ヘルパーさんと上手く付き合えないとか言いながらも、ヘルパーさんと付き合っているけど、普段の人間関係はないという人もいるかもしれない。
- いくつかの他の調査と同じ質問にしたものもあるので、比較できるかなという感じ。

【あなたのご家族】

- 答えやすいように「満足・まあ満足・どちらともいえない…」と「満足」で聞く物を多くしましたので、ぱっぱと言えるようになっています。

【あなたの健康・医療のことについて】

- ここで「訪問看護を利用したことがありますか？」と利用をやめた方へ理由を聞く。

【ホームヘルプサービス】

- 「ホームヘルプサービスについて」で1Pを使い、もう1Pで「訪問看護について」になっているが中身の変化があまり分からないので、逆に教えて欲しいと思う。同じような事を聞いて、差を見るぐらい。また、両方使っている人は両方に答えてもらわないといけない。

- きっかけ、どういう手続き・経過で利用したのか？も聞く。

Q1 「訪問看護師はどんなことをしていますか？」の項目に 15) 恋愛・結婚というのは？

→ 「どんなことをしていますか？」の書き間違い。支援の中身。ヘルパーさんの方も同じ。どんなことをしていますか→どんな支援をしていますか？

Q2 訪問看護師ではなく、訪問看護スタッフのほうがいいのでは…。

→ スタッフに統一。

Q3 満足度、コミュニケーションの状況、信頼度、利用でいい事・助かる事、今後の利用希望。問11) ホームヘルプと訪問看護について各7個選択肢がありますが

→ 「もっと自分に力をつけて、自信を持てるような支援」という事で、ある支援論の中に地域で豊かに暮らすためには、この7本の柱が重要だと言う文献からもってきています。良いのかどうかはわかりませんが、(こういう所まで、ホームヘルプ・訪問看護の人がやってくれている) という所まで行ったらすごいなと思います。結構これはOがつくのではないかと思う。高い水準をもってきたりしている。

【地域での支援】

- 全体の支援量の満足と質について…。中身はあまり問わないがどうなのかという状況の中でのHHや看護の一端、訪問看護の位置づけと必要な支援は何なのか？
- 7項目。両方で満たされていないけれど、実は元々社会参加したい。
- 新しい親しい環境を求めているのか→支援の目標にこういうところは精神障害者も入れた方が良くと言う事。

【あなたの経済状況】

- 聞きづらいけれども、聞いています。

【あなたの将来の事】

- ストレスを測るような尺度でよくあり、将来の見通しはどうか？というのは、これが今の生活状況やその人の精神状況を表している。ある程度落ち着いてサービスを利用できているかという事に関わってくる。

Q4 見通して「満足、不満足」という言葉で答えられるのか？明るいとか、暗いとか…。

→ あなたの見通しというか、将来の自分の見通しについてどう思うか？もう一度見直します。英語を訳しているので、文章が変になっている。答えはやはり満足になる。充足というか、自分の見通しをどう思うか…。見通しがどこにあるかではなく、実現することについての事。回答は満足。不満足になるかと思えます。

Q5 「訪問看護が来る頻度について…」という所で(週何回)しか答えられないようになっているが、(月に何回)というのを入れてもらってどちらかにOできるようにしてはどうか？

→ 面接しながら聞くので、その人が書いてくれれば良い。ホームヘルプも月に1回という人もいる？いることはいるので、ホームヘルプも週と月に変更。

- 問題は皆さんが面接しながらすると1時間をとうに過ぎてしまう内容。ここまでやるのか、2回に分けてやるのか、どこかをカットするのか、ホームヘルプと訪問看護だけで1個でやるにはページは1枚になくなるが。質問の項目を10個位にしか決めないで、自由記述にしてしまうと分析が大変なので避けたい。最後に自由記述を入れるので6Pになる。当事者にやってみても1時間位かかる。本人が間に語ると2時間位になる。

【あなたご自身の事】については事前に埋められる項目もある。

- 具体的な事業の担当の人にはどうなのか。第3者の人の方が楽ではないか…と思う。場所・人によるが、ただ「ヘルパーさんのあなたへの態度に満足していますか？」や「訪問看護スタッフのあなたへの態度に満足していますか？」など聞く時に「少し不満」とか言えるのか？言ってもらえる関係なら良いが…。基本は直接担当者ではない方が良い。
- 問12)「今後の（ホームヘルプサービス・訪問看護）利用についてあなたの本音をお聞かせ下さい。」という質問で“すぐにやめたい”に○をすると人がいると思う。
- 実際支援センターに通所者は良いが一貫的に聞けて楽だが、ホームヘルプを利用している人でそういう所に来られない人が多い。外部の知らない人を家に入れるのはまず大変。またこの様なアンケートをすごく好きな人がいるので、お願いできそう。
- この内容は適切かどうか。→ここまでやる必要はないのか。
- ホームヘルプサービスの内容だけを聞いても、そのひとの背景が分からないことにはただ何人が満足しているだけでいいのか。
- 訪問看護が抜けているからその辺のとの違いが出ればよい。
- 属性がないと何をやっているか、先程の参考になる。
- 「訪問看護のどんなことをしていますか？」に医療面が少ない。
- 両方とも医療面を増やしたらこれで差ができるかな？調査の好きな人にプレテストをし、スタッフが面接しながら読んでいく。家族の事を答えたくない人はそれでよい。
- コメントについては中身の方で、誰が対象者かは又集約して。
- 調査票を目安にして、考えます。
- 調査員学生か、事業所職員か？現場によると思うので統一はしません。あるいはそれぞれの事業所や支援センターさんでボランティアとかでいい人がいればそれでもOK。
- 直接支援している人はやはり内容的に無理があるのではないか…。
- 関わっていない職員ならできるのでは…。

【市町村アンケート】

- 文面の手入れまで至っていない。→チェックお願いします。
- ホームヘルプと訪問看護のバランスは？
- できない前提で、全部まとめてするしかない。相手がYESと言わないと成り立たない。結果的にはOKをしてくれた人からして、どちらもいて欲しい。三種三パターン。
- 訪看は3か所なので32。残りは7割、70はホームヘルプになります。統計処理を両方でするという事ではなく、合算でするしかない。統計処理ができない。

2) HH・訪看アンケート報告

【回収率】

区分	発送数	回収	回収率	備考
ホームヘルプ事業所	1788	553	31%	
訪問看護	131	68	52%	
病院	50	18	36%	大精協
診療所	250	56	22%	大精診
業種別無回答		66		※再度事業所名から種別を当てはめる。わからなければ無効とする
白紙		6		→無効
計	2219	756		

- 回収率まあまあといえる。
- 訪問看護52%と、半数の回収ができています。すごい。

【事業所種別】

- 重複して事業所種別に回答している事業所が12か所ある。→事業所名から、発送時の区分になおして再集計する

【事業所所在地】

- 発送数も市町村別に分けられるとなおよい→出してみる
- V町、W町、X地域…0件となっているが、もともとということはあるのか？
- あり得る。その地域に事業所がなくて、隣接している市などの事業所が受け持つこともある

【回答者職種】

- (特に意見なし)

【サービスを提供したか】

- 「わからない」という回答はどういう意味か →担当者の移動など
- これまで実施していなかった390件ほどのうち、61件(15%)が今後実施を考えている!
- 「その他」15件。理由を自由記述にしていたと思うので、一覧にして欲しい。→作成する
- 今後も実施しない事業所の理由のうち、多い順に ①スタッフが足りない217件(…%) ②精神科の知識やバックアップ体制がない151件(…%) ③利用希望者がいないから120件(…%)となった

【サービスを実施したきっかけ】

- 「興味、関心があった」という回答が41件もある
- ①地域で必要とされた、ニーズがあった ②市町村からの依頼があった ③その他
- 【スタッフは充足しているか】
- 以外に充足している!111件もある

- 精神の利用者そのものが少ないから、その面では「足りている」と言えるのではないかな？
- 記名式のアンケートなのでバイアスがかかってしまったのでは？
- しかし「充足していない」ところは、①事業所の求める人材がいらない という結果。「人材」が必要といえる【業務内容で困っていること】
- ①支援のコーディネート ②突発的事由への対応 ③ケース会議など間接的な支援への参加 …コーディネーターについて困っているところが多い
- 【ピアヘルパー】
- 問1の場合「わからない」という回答はどういう意味で作ったのか…？失敗？
- 雇用しているところ25件。診療所も2件ある。
- 【行政について】
- 行政への不満は意見が分かれた。「満足している所が少ない」ということはいえる。
- 医療機関も結構不満を持っているとわかる
- 期待する取り組み→①行政機関担当者がもっと精神障害への理解を深めてほしい ②当事者や家族に積極的にサービスの情報を伝えてほしい ③サービスの具体的な内容を広報してほしい
- つまり「広報」についての要望が一番で、次に「情報」。情報がないということがいえる。
- 【支援内容】
- ①掃除 ②買い物 ③食事作り ④利用者のペースを尊重し、安心感を持ってもらえるような配慮 ⑤生活のリズムを保つための相談・助言
- ①～③は具体的な支援の項目で、その後④～「利用者を尊重する…」といった支援の姿勢が重んじられているとわかった。
- 業種別のベスト3が見たい
→作成する
- 【難しさをかんじていること】
- まず、回答の意味1)＝困って悩んで何とかして、対応しています！積極的 2)＝やっではいるけれども消極的な姿勢
- 検定をかけないといけない。何かありそうな気がする…
- 「キャンセル」について、HHはできているところと困っている所が同数。医療はできているし、したくないという所も少ない。
- 「自立か依存か」で悩んでいる所が飛びぬけて多い。このアンケートを実施したかいがあった。病院は分かっているところの方が多い。
- 「巻き込まれ」→病院も少し困っている？
- 「主治医の理解」→医療機関からも困っているが数件あった
- 「病気のことがわからなくて二の足を踏む」→困っている所が多い
- たとえば、P7問7「他機関との連携」と、クロスをかけたときに、何か関係が出てくるのではないかな。
- 【ケアマネについて】
- 問3→そんなに困っていない
- 問4→①相談支援事業所 ②市町村 ③病院診療所。訪問看護は訪看が担うのが良いと16件も言っている。その方がやりやすいということか？
- 問5→期待していることについては結構ばらつきがでた。

- 【スタッフの質の向上】
 - ①報酬 ②行政が実施する資格を得られる研修 ③スタッフ同士の交流
 - HHが一番に報酬！→切実
 - 【他機関との連携】
 - どちらでもないとの回答をどう扱うか？「満足ではない」に入れるか？
 - 不満を感じていないのはあまり連携しているということではないのかな？対象者が少ないとか。全体的に人数が関係していると思われる。
 - 事業所の基盤が違うのではないかな？
 - 重要と思う機関→①医療機関 ②市町村生活保護、障害福祉 ③相談支援事業所
 - 生保、障害福祉が保健センターを上回った
 - 【自立支援法】
 - ①調査員の研修が必要 ②事務量が増えた ③精神面への支援を身体介護に含めるべき
 - 以前の提供時間が認められなくなったところ→HH、はい：いいえが2：1だが、訪問看護は1：1となっている。
 - 介護保険の人はこの変化について、「そんなもんかな」と受け止めているのではないかな？
 - 11)「精神面への支援は身体介護に…」とっていない事業所が21もある！
 - 先程もあったが、件数の多い少ないによってこれらの感じ方も違って出てくると思う。
 - 【意義】
 - ①関係機関との連携の重要性を感じた ②精神障害者の生活のしづらさを理解できた ③精神障害についての理解が深まった
 - 9) やりがいがある→125件もある！
 - しかし10) 楽しいと感じてくれているところも72件ある
 - つまり楽しいとは言い切れないがやりがいを感じている
 - 13) 特に何もない→7件。ということなのだろう…
- 2) 利用者への聞き取り調査
- どうするか？調査票は現状変更ない。
 - 聞き取りは実施して、資料として持っておくのはどうか。
 - 「事例」として欲しいがすべての項目をする必要はない。
 - 分量を減らしましょう！大きな5本の柱のようなものを出して、個人情報などスタッフが出せる部分は省く。
 - インタビューに、学生2名が協力できます。ーS)氏
 - インタビューをだれにするか気を使う。
 - 誰が聞き取りを行うかについても事業所に任せるしかない。申告してもらおう。
 - 利用者への依頼文を作成する→同意書の様式がある。セ)氏→それを参考にしてはどうか

【報告書 役割分担】

- 1)はじめに
 - ①調査のいきさつ
- 2)目的(=仮説)・調査方法

- ①HH・訪看調査
- ②市町村調査
- ③利用者聞き取り調査

3)結果と考察

※単純集計と結果、簡単な考察はここでバツとやっしまう！

- ①HH・訪看調査
- ②市町村調査
- ③利用者聞き取り調査

4)テーマ別の提言

※これまでの企画委員会での課題・問題等を調査に基づき明らかにする→提言をまとめる

- ピアヘルパー
- 業務内容(家事援助と身体介護)
- 業務内容について(自立と依存)
- HH・訪看の役割(すみわけ) + ケアマネ・相談支援事業者に求めること
- 連携について(行政の姿勢・要望も含めて)
- 障害程度区分と障害特性 + 自立支援法

※「運営について」は、上記すべてに絡んでくるので項目立てしない。皆さん盛り込んでください。

※下の ↓6)まとめ につながる考察・意見となるように、まとめの大筋や骨組を示してもらい、それに沿って、これまでの企画調整会議にて話した内容とあわせて原稿に起こすのはどうか？

5)まとめ

(企画調整委員としての要望・提言、今後)

6)資料

1 報告書役割分担 原稿確認

情報

以前に身体介護と家事援助について調べてくるということで、C市のことを報告します。まず「共に一緒に作業書をするかどうか」で分けます。例えば、寝たきりなど重篤な状態で、利用者と一緒に行わない家事は「家事援助」になり、手添えや促しのトレーニングがあれば「身体介護」となった。C市とホームヘルプ事業所会議の中で決まった。

【ピア・ヘルパー】

- アンケートでは3項目しかない。「知っているか」「雇っているか」「サポートが必要か」。これらをプラス又はマイナスに書くか考えている。
- 25件も雇用があった。雇用が進んでいる。ピア・ヘルパーについての認知が進んでいる「さすが大阪府」
- ピア・ヘルパーの定義が見えてこない。働き方が見えてこない。
- サポートの必要性について聞いたので、当事者を雇用した事業所としてのサポート体制の大変さを書くのか、ピアの価値を生かした人材として雇用しているだけなのか、又は人材不足でヘルパーさんの不足な所をただ補っているだけなのか、など取り組みの課題を書く
→当事者が生きがいを感じていること、仕事への姿勢など私の事業所から書いていいの。どこまで事業所の思いを入れていいの。
(流れ)ピア・ヘルパーは大阪の事業として最初に始まりその後全国的に広まって雇用など広がりを見せている中で、依然ピア・ヘルパーについての位置づけ・定義づけがはっきりしていないという課題がある。ピアの価値を持って雇用している事業所もあればそうでない事業所もある…
- 事業所間の差が明らかにある
- どう言う所が雇っているのか、どんな意識を持っているのかが分からない。雇っている所は熱心なところなのか？
- HP・CLは「知っている」が多いが…これは精神科に特化したための結果。HHと訪看はすべてに送っているので介護保険事業所などはまったく知らないと思う。憶測だがまあ合っているでしょう…。
- 病院の「知っている」は以上に高いが…回答者60%がワーカーなのでありうる。
- これは大阪府の良いところとして書くことが出来る。「ほとんどが知っていた。さすが大阪府..」
- 何らかの形でピアさんへのサポートを実施しているのかわかるか見えてこない
- 知っていることと、どう感じているかはまた別のようなので、これをどう分析するか。知っていて中身、意義をどこまで感じているかを読み取ればよい。
- 逆説的に「いない」ところは「サポート必要とっていて、サポートできないから置けない」という言い方もできる。
→データをだす ※「知っている」別→「必要と感じるか」
※「いる」「いない」別→「サポートなどに関する意識」
- ところで、もともとピア・ヘルパーの起りはどういうものなのか？
- もともと大阪府でピア・ヘルパーを作るという時に「仕事」としてあるのか？と疑問だった。一緒に遊びに行く

のではなく「ピア」を意識してやっているのか。そうは思えない。ただ雇用しているだけのこともあると思う。「話だけして帰る」のはピアの支援なのか！一時そのような論争があった。

- ピア・ヘルパーとは言わずに働いている人も多く、そのような方はピア・ヘルパーとはいわない。
- 「自分が当事者であり、その経験を活かしたほかの人とは違う関わりを持って支援する」という人がピアというと思う。
- たまたま就労支援の一つとして行っているところもある？ →データをだす
- サポートの中身についても少し述べる必要がある。
- また、25件については「進んでいる」といえるかどうかを考えないといけない
- まず、ピア・ヘルパーとは何か？
- ピアの定義はあるがピア・ヘルパーの定義は無い。大阪府の造語。
- 病院などがピア・ヘルパーについてよく知っていた
- HH・訪看事業所が半分ずつしか知らなかったのは、介護保険事業所などにも聞いたことからある程度理解できる
- ピア・ヘルパーがいるところと、サポートの必要性について感じているところの比率を見て述べる。
- 雇用の現状も今回の調査ではじめてわかった。
- ①ピア・ヘルパーの起源・由来、②アンケートの中からいろいろと導き出されるものを書く。③それから提言という3本柱で行こうと思っている。A4、1枚くらい。

【家事援助と身体介護】

- 8)身体介護から家事援助に変わった事業所が141か所もある。これはなぜかということも書くといいと思う。
- 区分認定について半数が認めていない
- 11)も使える。「精神面への支援は身体介護にすべき」との意見も79%あった。
- C市の事例が多いかも。これがA市だったら全然違う内容になってしまう。
- 結果と考察でどこまで書くか？データと事実からわかることを書く。
- ポディタッチ以外での援助の必要性があり、それが非常に高度な支援であることを述べる必要がある。そのあたりは「精神面へのサポートを身体介護に含めるべき」と考える理由ともつながる。
- 精神障害者にはこの基準は合わない！C市の分類方法が大変分かりやすいのでそれを書いて欲しい！
- 「どういう風なことがあって、どんな支援をしていて、何が難しいと感じているか、問題になったか」ということを書くともよいかも。
- そういう意味では「その他」にある自由記述欄を活用するのも良い。「精神障害の程度、支援方法など専門的なアドバイスが必要」「対応できるヘルパーが少なくなった」など使える。
- もし家事援助だけならヘルパーがいらないなんてことはあり得ない。家事援助なら高齢者介護ヘルパーと同じであり、だがなぜヘルパーが減っているのかという視点から、「高度な支援」について言える。
- そもそも自立支援法の中の自立支援というヘルプサービスなのに、一緒にするかしないかで分けている自体からして最初から間違っている。出発点が間違っているのだれだけ行っても間違ったままである。(一緒にするから自立支援)
- 提言を求められているのはこの調査を踏まえて提言しなさい。ということなので何か根拠がある。
- 「提言は短く。だから書くと提言ではない。提言は見開きで2Pくらい。いろんなところで使用できるように…。報告をあれこれやってそこから提言が導き出された。」というのが良い。

- 精神が身体介護と家事援助、というような項目で分けられること自体おかしい。
- あえて身体介護となった時にその人がヘルパーさんに教えてもらったりして無理のない範囲で徐々に自分のやれることを増やしていこうかな…。という働きかけをしてくれる事を身体介護と呼ぼうとしている。
- 身体介護と家事援助がばらばらになっているのが問題。
- 大阪府はもともと身体介護と言って始まった。が全国的にはそうだったわけではない→これにより大阪府も非常に軟弱化になり、各市町村もいい加減になってきている。
- 介護保険は家事援助から生活援助に名前が変わった。
- 障害の自立支援法の中で、Q市の場合心身の介護でくる。(心と体の介護と家事援助)→心身の介護として身体介護を取っている。介護保険は身体介護だが、障害者の支援は特に精神。支給決定の票にも心身の介護と記入されている。
- それは良い考え。わかりやすくてよい。
- 大阪府の考えは身体介護。要望書を書く場合はQ市の障害福祉課から情報をもらってC市に出していたのですが、同じような説明を受けた。障害福祉課は良い方だ。
- それはQ市が事業所に対してそのような集計をいただいて、それを身体介護という言葉に置き換えて出している。行政上の最条件だと推測する。Q市の方はそこが分かっているから、そのようなやりかたをしているのだろう。
- G市は独自の介護形態を作った。考え方一家事でも身体でもない介護形態。中間型。そちらで考えます。しかし国で決まっているのは身体介護と家事援助なので記入の仕方は家事と身体にして下さい。半々で書きなさい。ただ2時間いったら半分半分で、ただ家事援助を優先するので、1時間半なら1時間は家事で30分は身体で。という風になり、よくわからないことになる。
- そうすると、身体障害者のこれを統合できないのか？
- 行政からすると、これは統一できないからそれぞれ身体介護と家事援助に分かれている。
- 国の監査・府の監査が入ると(Q・G)市になぜこれはこういう風にやっているのか？けしからんとなり、行政指導となり。→「国の基準に更正」と言われると変えざるを得なくなる。
- まだ始まってしばらくだし(そんな時期ではない)監査の対象ではない。
- 国の基準に提言したらよいのか？私たちの提言は国の基準は大阪府から考えてこうだから、こう思う。と出したらどうか？
- せっかくだからそうしましょう。
- 体が動かない人に対して身体介護があるように、心がしんどいからサポート《心身へのサポート》を考える。それと関係なくただ家事をやる。その分け方が凄く解りやすいからそれがよい。
- 本人へのサポートに関わって、色んなサポートをしているところがこちらの基準でやるべきことではないか。ただどういう関わりをしているかどうかを反映させないとダメ。
- 数字から見ても分かるように身体介護から家事援助に変わった事業所が圧倒的に141もあって多い。サービス内容は変わっても、利用者はそう大きく入れ変わってないのに、「変わったそう思う」という人が、事業所の「そう思わない」86のダブリはおかしくないか？それを見ると身体介護と家事援助という分け方がそもそもあてはまらない。これだけ家事援助になって変わったと「思う・思わない」がはっきり割れている状況は異常だ。(利用者さんがごそっと変わったら分るが…)
- 結果と考察の中は数字と事実にとどめる。
- 結果のところの下に、事実を基にした考察をS)氏に書いてもらう。そこに数字の事実を記載しそれをどう考察の言葉の中に入るのか？(3番の話)

- 提言が最後にきてその前に考察する。3番の上を私が書く所。(簡単な考察) 詳しい考察は皆が書く。提言は短く、それを導き出すのにあれこれ考察する。提言が5Pはありえない考察と提言で最後に提言がどれかと分かりやすくしてもらった方が読むほうも楽し、語をまとめるのにすごく楽。言いたいことはすごくシンプルなはず…。
- 身体介護と家事援助は非常に大きな核の所。これは知的の方でも問題になっている。どの職場でも同じこと。

【自立と依存】

- 自立と依存のハザマではヘルパーの役割とは何か、ケアマネの動きがポイントとなる。
- 事例挙げますか? いいかもしれない。
- 廊下で食事していた事例・タバコ事例・風呂事例
- 高齢者の自立感についても述べたい。筋トレ利用など「自立」を都合よく使われていることがあるが、本人は縁側でお茶を飲むほうが良いということもある。
- 自立には依存が必要ではないかとも思う。依存しているからと皆が引いてしまうことが逆に怖い時もある。
- 依存と気づかずにそうなってしまうこともある。
- 本人にも依存の経験がある意味のステップになることもある。
- 週2回2時間程度の時間が、本当に依存なのか? ?
- 依存とはそもそも何なのか!
- ここでイメージする依存は「べったり」では?べったりサポートで何もしなくなって悪化して行くという負の循環。
- 障害(症状)から「依存」に見えてしまうことなど、個人が気づく依存と他者から見る依存は違う。距離感が難しい。直接の支援者と回答記入者とも感覚が違っていると思う。
- 精神障害者の方の「自立」のイメージとは? 「何でもできる」ということでは決していない!
- 明らかに悪化するというわけでもない時にも依存はある。
- 依存は良くないと思っている。できることが増えるのがよいことと思っているホームヘルプ事業所もある。
- ホームヘルプ事業所全体が障害者の生活がどういふものかに関わってくる。その人の自立生活に関わる大きなところに繋がっていく
- 自立とは!
- もっと依存してくれたらと思うこともある。依存して=信頼して依りかかって、上手に利用してもっと生活が楽になるようにすることはすごいこと。自立といえる。良い意味を持たせた依存もあると思う。
- 役所はサービスの「あり」「なし」だけで判断している。サービスが無くなったら=自立と思っているのではない。障害などで失われている部分にサポートが入ることで本人らしく生活できるようになる=自立。今回のテーマ。人は何事に必ず依存しているのだから!
- 依存≠自立といえよ!!! 乱用のされ方を示して…
- 障害と私たちの生活を支える思想を有る観点から見ているだけのこと…とまとめていくかんじ
- 基本的なことはいけているのでもう少し報告書らしく短い事例を5~7挙げ、問題を投げかけるような形で…。事例は事例検討の様に長く書く必要はない。自立か依存か?を投げかけるのでいいのでは。

【支援内容】

- ヘルパーが「生活にかかわること」について支援することが多い。
- 看護は全体的なサポートをしているように感じる。

- 積極的であるかないかに関わらず、家事にかなりの偏りがヘルパーさんにもある。
- 専門性の高さが重要。
- 医療機関の中で看護師さんだけがいくところとワーカーだけがいくところがある。
- 関わるのはお金と生活スキル(衣食住)でお金の相談が多い。お金のことをクリアすると生活のほぼっかりでワーカー、訪問看護が減って、ヘルパーが主体的になっていくのでは。
- あるものの中で満たされる生活を提案している! =お金相談。
- お金相談と金銭管理の違い…金銭を預かって管理をするのではなく、お金相談はお金の価値や生活実感みたいな使い方のアドバイス等の相談。
- 病院の特性として金銭管理料を取るところが多い。退院時に一気にまとまって渡すことを恐れることが多い。
- 何で金銭管理するのだろうか? 失敗する権利があるのになぁ…。
- 一般病院のイメージと違うのは預かって渡さず、管理料をとっているのが精神科の現実。
- 病院が本人の金銭管理の能力を失わせている?
- 入院中に色んな生活に関する機能を奪って生活障害を作ったものを病院は病気だという→だから退院できない?
- 一番悪くならない方法は病院で生活してきたものを家でやったら悪くならないと言うけど、絶対おもしろみも楽しみもないだろう。
- その中で退院にむけての支援がきちっとされて、開放病棟でお金の管理もせず持たせて、時間も全部退院に則した状況に合わせるプログラムとして段階をふむ対応であれば良いのだが…。閉鎖病棟からぼん退院させたり、今は在院日数を減らすためにだけということではボンと退院させたりする。それであとは「地域でよろしく」ということをさんざんやって、何も出来ない状態で帰ってくるからやらないといけないというもある。
- 病院の訪看は退院直後にほっとけないから関わる。診療所は不安定な時に訪問看護を入れて立て直す。ホームヘルプは元々安定している人に対して本人が望むことをやる。医療の管理が必要ない。
- 看護の役割ってこんなん…?
- 「精神科訪問看護」という本に書いてある。ほんまにそれぞれ勝手にやっている。
- インターネットで「精神科訪問看護」と検索すると病院から訪問しているほとんどはPSWが関わっていると書いており、看護師が関わっているというのは少ない。
- 訪問看護の内容が決まってないので何でもあり
- 訪問看護という名前がない時代から病院や診療所がボランティアで支援をし続けていたので、おかしいということでホームヘルパーや訪問看護というサービスが始まった。お金をつけようということでつくられた。
- 医療費から出ている医療行為なのに、何で医療以外のホームヘルプの領域まで看護がやるのか?
- 大きくとらえて、利用者の生活が破たんすることが病状の悪化につながるので、病状悪化予防としての医療行為となる。
- ではホームヘルプはいらないのか? 介護保険業界は医療行為とホームヘルプがきれいに分かれている。このイメージが強い。明確なルールを精神でも明記すべきなのかどうか。業務内容が重複している以上は将来このことを議論しないといけないと思う。
- 現実にはまだまだ制度が少ないのでほっといたらホームヘルプにつなげられない。(1:54)
- みなしですぐヘルパーを入れてくれれば良いが、2ヵ月かかる。→要は書き方と思う。ADLを上げ、病状を悪化させない支援。非常に高度な支援であることを書く!(たかがご飯づくりとは言わせない!) →アスペルガーなどの例もある。

- 訪問看護が入れるところはそれができがしかしホームヘルプしか入れない時もある。
- ある面では「医療行為」と言えるのは精神障害者ならでのこと！障害と病気が絡んでいるから。
- 結局は並行して入ればよいという意見に持っていきたい。
- すごく大変なケースを民間の事業所になげ、ヘルパーに押し付けた面もある
- 落とし所。
- 並行して両方もが連携をして役割分担をする。
- 訪問看護・ホームヘルプの連携がうまくいかない。利用者が気を使うことになってしまっている。なぜか？医療の福祉の溝の深さがある！利用者が双方に向ける顔つきが違う。
- 手をつながなければ戸惑うのは本人、手をつないだらより良い

【後半の検討】

- 「公正中立」という文言…「多様な価値観に対応できる」「利用者のニーズが分かっている」「総合的で一本化された」とか？
- 最後の段落②と③を一本にしたら？③が公正中立であるべきだ？障害者総合福祉センターとか？
- 医療でない機関から医療への呼びかけ、働きかけ、ケアマネの力重要である。
- 服薬管理から変薬への介入まで横で見ていたヘルパーが助言報告できるような形、連携ができていない。医療側へのアクセスを広げる発言も欲しい。医療から福祉へのバトンタッチだけでなく医療への連携体制も必要！
- 地域のケアマネが医療にコンタクトすることがある。
- 他の障害と精神障害の違いは、障害・病気を受容するのに年月がかかる。サービスへのつながりにも時間がかかる。そのなかで公正中立機関が必要
- 医療は地域を知らないし、地域は医療にコンタクト出来てない→連携が必要
- ケアマネに求めるものは何で、どういうことが課題
- 医療の思っているところ、市町村に思っていることとか、しっかり分けて書く
- どんなふうであればよいか。を書けるとよい。
- 相談支援事業所（独立したものの付属したものを含めて）が相談支援を受け合えようとして 10 事業所の集まりを立ち上げて中立にやらせようしている・・・理想
- 「公正中立」という言葉は違う。
- 何にもない精神の所でそれをいきなり言われてしまうよりは、最低限「市町村なんとかしろよ」とか…公正中立は行政になってしまう。
- 介護保険で居宅介護支援事業所だけをやっている事業所もあるが少ない。精神・身体・知的でも障害者の部分でもそういう事業所がいっぱいできていくべきという意味。
- 相談支援事業所は公正中立でなければならないといわれているが実際は・・・。
- ホームヘルプだけでなく色んなことで精神のことも、地域も分かっている利用できる所というイメージ→総合的に一本化されてよく色んなことが分かっている窓口。
- 幅広い社会資源活用の知識をもつケアマネジャーの育成→この人達がいて、利用者さんの利益だけ考えて相談をする機関が必要→公正中立であるのが必要。
- 市町村が相談支援事業の予算をつくれ→医療との連携について課題が残る。
- 介護保険ではケアマネジャーと名がつけば医療を全部分かっているはず、病院に乗り込んで行き先生とこの人のどこをどういうふうにして支援をして、訪看にどういう指示をだしてくれとか全部のコーディネートをする。

る。しかし、精神ではそれがなっていない。だから、そういうケアマネジャー・居宅介護支援事業者を育ててほしい。介護保険は 5、6 年先をはしている。同じようなことをしてほしい

- 精神科の障害・病状の特殊性がなくて、介護保険と一緒に免許をもっていないとできない医療行為ということと精神科と一緒にできないと思うので、資格者でないとできない医療行為の部分だけが訪看がやって、ヘルパーはそれ以外のところをやるというのは介護保険と一緒ににはならない。これは法律的にどう分けるかというのは微妙。ケアマネジャーが見極めるしかない。
- 介護保険が始まると、ケアマネジャーが医師の意見や利用者さんの意見を聞いて、お金についても枠に入るようにケアプランを立てると訪問看護が医療に特化できた。ヘルパーでは難しいというような精神的な専門性を必要とする関わりをケアマネジャーがケアプランに位置付けてやればよい。専門性が少なくてすむことはヘルパーにやってもらおう。
- 介護保険でやってきた手法をそのまま使えない→全部真似しなくてよい。
- 誰がケアマネするか分からない、ケアマネがどんな内容をするのかもきちっと分かっていないという状況をまず何とかしないとどうにもならない。理想としても誰かが言わないと・・・。
- 病院から地域につなぐ人がいない。時間が必要なのと障害重要の問題があるので簡単にはつながらない。信頼関係をもって付き合いながらやっていく根気よいケアマネジメントできる人が必要。
- 一番言いたいことは「ケアマネの交通整理」それぞれの職種が意地を張りすぎている！混沌としている！

【行政・連携】

- 今から書きます
- 地域連携とは・ネットワークとは本当はどんなことを言うのか？振り返るべきではないか。
- 重なっている支援内容について、実は大事であることを言いたい。共有が大事だということ
- S市のことを少し書きつつ、それだけ書いても仕方ないのでどう一般化するか→地域連携といってもよく言われるのはきれいごとでしかなく、ではなぜ進まないのか。本当は何なのか？を書いてほしい。少しケアマネのことも触れたい

【自立支援法】

- 自立支援法の問題点。障害程度区分でシステムの自体に問題があることは事実。
- 実際に生活にしんどさがあり、支援を必要としている人に対して、その自立支援法の中身をどういふところでのように反映させていくのか、どんな支援が必要なのか。どのようなマネジメントは必要か。どういう使い方をすればいいのかを考えていかないといけない。
- このような制度の活用を踏まえて誰が程度区分にかかわって、どういう人がヘルプにかかわっていくのかということが大変重要になってくると思っている
- 訪問看護は程度区分ない。ケースワーカーが絡まないのが我々が考えている。ただし、障害程度区分については利用者がこの先利用する施設や制度などを見越して医師に指示書を書いてもらう際の参考にする。
- 私たちは調査にかかわる立場になれるので、その人がどういう人か言える時もある。いいのかどうか分からないが。
- 現在の「できる」「できない」はいわゆる「自立」。みだいな調査ではたして精神の方の本質を見抜けているのか。
- この自立支援法の程度区分の基本には「公平」「誰から見てもわかりやすい」という考え方がある。そのようなものが作られているということがある。

- 介護保険の現場でも、精神の方に介護保険の要介護度の数値や支援内容で本当に適切な支援がされているかのむずかしさがある。精神には「特記事項」を重要視するように言われているが医師が忙しくて特記を全く書かないこともある。
- 精神障害の場合には努力していないみたいに言われるのは違うでしょう！ 障害特性として判断していない。腹立たしいと思う時もある。
- 21年度変わるという話もある。期待している。
- 本来必要なサービスが本当に行っているのか？受けられてないという問題はないのか？
- 基本的にケアマネができないくらい資源がないころもあった…
- 精神障害者の生活のしんどさは今の区分では正しく表せない！客観的な尺度が受け入れられない！

【運営】

- 職種によって答えが変わってくるのではないかなという書き方です。調べないといけない日はまだ
- 精神のマネジメントできる人がいない。PSWでないとできないことなど。
- 経営基盤のことについて
- いままでの議論もそうだが、いわゆるケアマネ（介護支援専門員）がいたら済むという問題でもないか？ケアマネを置く必要があることは言えるし、そこに落ち着くが、いたらとにかくいいのか？やれているところもあるが。
- 核となる人が必要だという意見にとどまっている。介護保険はケアマネがその核となる人。精神では誰になるかわからない。支援の動きに一貫性や統一性がないといずれは本人がづらくなっていくから、その核となる人が必要であるという書き方をした。
- そこに求めるものはすごく大きい。本人の地域性をよく知る者や、両側面から見ることができる者など。これを邪魔しているものは介護保険と違うところとして拠出金など…、業務が独占できない。手法でしかないケアマネになってしまっている。相談支援事業所が市から委託されて公平な立場にありながら、それが機能されていないのはなぜか。を述べたい。
- 求められているのが「一貫性」「地域性」そしてもう一つくらい、つっこんで「独自の持論」を述べてほしい。
- 具体的にどうしたらいいのかは書けない！何の解決にもならない！理想論だろうがなんだろうが書かないと！
- ほかに事業所との対比、経営基盤の違いを4種別に見ての意見も述べている。
- 上乘せ研修がなくなったことは言いたい。「専門的知識がない」「人材がない」という意見があがっている。これは国が間違っているということ。精神の方へ入るなら、医療では専門医や認定医がいるにもかかわらず、もともとあった研修を削ってオールマイティにできるようにしてしまっている現状は違う！どうかと思う。
- あと、看護スタッフの賃金が高いことについて述べると、ヘルパーに合わせて下げられたりしない？底上げを目指すさないと！
- PSWとの対比を言っている。医療はワーカーが派遣できるし看護の派遣と点数に差がない。そのほとんどの点数の差がないなら、賃金の安いほうを派遣するだろうという経営側の考えや、病棟との配置基準の兼ね合いからオールマイティに使い勝手良くさせられている…という現状を「単価が…」という書き方にさせてもらった。自分のところが安いと言ったわけではない。運営のことを書いた。専門性についてはここでは書いてない。
- ちょっとだけ書き方を変えましょう。

【全体として】

- あんまり乱暴な個人意見はだめですね？

→思っていることが現状ならば、「それを解消する方法が必要である…」という書き方にして落ち着くしかない。

- お互いどう思っているかはわざわざ書かなかった。
- 連携が足りない事実があって、その弊害を受けているのは利用者だという現状がある。その事実があるなら現状があることは言わないといけない。この研究の効果は双方が参加してその思いを出しあっていること。
- どう考えてもサービスが足りなくて、ケアマネだけの話ではなく、「現状動いている人や市町村も変わらないといけないし、お金の出し方や単価の決め方についても考えないといけない…」となってくる。本音を出すことが重要。
- 書きたいことをとりあえず出してください！
- とここで「訪問看護とは何か」を書こうと思ったら1年かかります！この調査では到底できない！
- 読む人が訪問看護について偏見をもっていたり、知らなかったりホームヘルプについても「いったいなんなんだ」と思っている人もいるのが事実で、どちらの人にも良くわかることを書くべき。
- 訪問介護のことを詳しく書いてもいいかなと思う。このアンケートでは業務内容が重複していることをデータの現実として客観的に書いて、読み手に考えてもらえばいいと思う。精神は介護保険とつくりが全然違う！歴史の深さから病院や施設の関係やどろどろしたものがあることが分かった。それはかけない！
⇒より良いサービスを行うための提言をしたい
- 今回の企画調整会議に参加して初めて訪問看護と連携してやっていきたいと思えた。一緒にやりたいと思った。お互いに知らない。分担されていたことわかった。圧倒的コミュニケーション不足！

2 利用者聞き取り調査

…まだ確認中。

3 市町村アンケート

…この間制度が変わっており、大幅な変更が必要と感じている。意識的な調査のほうが良いかもしれない。

- 3障害一緒になってしまっていて、精神だけの数値が出せない市町村がほとんどになっていると思う。その中でどれだけのところが答えてくれるか…裏表2枚程度です？
- データが分からないという問題。精神の地域生活を知る根拠となるデータが取りにくくなっている。分らない。大変な問題。手帳利用者や退院者の数が出てこない。
- そのような数値が出せるようなシステムにすべきとの意見は出せる。
- 意識として精神の方が市町村窓口に来なくなったとか。
⇒今回は見合わせる。実施しないこととしたいきさつの中に出てきた課題を書く。
今後の方策として国も統計システムをとるべしと書く

1) 利用者アンケート について

- だいたいHHで考えた結果がえられた。
- 現在の経済状況と将来の見通しが思った以上に「満足」「まあ満足」が多いことに驚いた。
- 「考えたような結果がえられた」という書き方にしたら、データ全部をのせなくてもいいのでは？めずらしいことは特にない。
- データの根拠を出さないといけない。コメントだけ書くところからきたコメントが分からず、誤解を招く。
- アンケートの答えに「気を使っている可能性がある」ということを書く必要も？
- 利用者がどの事業所を使っているのか？ 利用者の満足度がどうだったのか？
- わかりやすい表を出す。
- 不満足ということをはっきりと言ってもらえて嬉しかった。無作為抽出ではない、ホームヘルプに不満がある人調査ではないという前提があって出てきていることを分析して書くのが良いのでは？
- 当初の目的は…？
- やってみての反省はある。しかし、ないよりはマシである！
- 非常に短期間でアンケートの内容も協力的な方にして頂いたものであることを前提に書いて、出すしかない。
- ホームヘルプ自体には満足しているけれど、もっと望むところがあるというのが「不満足」という結果に出ていると思う。
- このアンケートによって「どう思っているか」については出た。
- HHを利用している人が少ない→なぜ少ない？問題あるのか？ということを引き出そうとしていたのがまずかった？目に見える人たちのアンケートになっているので本音が出てない、良い人ばかりを選んでいく可能性もなきにしもあらず。
- 比較的安定して利用している方へのアンケートである。偏っている。先の不安が特にない人が多くなったのもこのため。
- やめた人のアンケートではない。
- ホームヘルプとは利用者にとって、本当にすごいもの。外に出た時の感動はほんまにすごい。だけどなぜ広がらないのか？これはやはり知らないことが原因、不安感があるのだと思う。
- 一般ヘルパーのイメージからふみこむことへの不安、家族の拒否。
- 利用する前、したあとのこと聞けたらよかった？比較できる。
- 17年の調査では数がでており、ヘルパーに対して良い評価が多い。今回の調査とどういふ部分の違いがあり、まとめていくのか…
- このような調査がもっと必要と言える！「まとめの提言」??
- 意図的にこういう結果にもっていこうとすれば、質問次第でもっていける恐さがある。
- HHだけの人・両方の人・訪看だけの人の比較で何か出てこないか？
- HH、看、利用した人が今後どう使っていきたいと思っているのか？利用者の主体的な意見。
- 本人の中でHH・訪看の役割をちゃんとわかって使っている人が多い。
- 地域格差もあって、同じ訪看でも特に医療機関では差があると思う。医療機関格差を指摘する必要性。
- ホームヘルプと同じように生活のことをするのが訪看とと思っている所。

- 医療的なことを専門的にやると思っているところもある。
- 訪問看護ステーションでも格差はある。
- まとめ方→それぞれが今やっていることの中身と、どんな問題があるか、これに含めてもらもろ役割の確認と、利用者の意見などからどういふ制度が必要か、どんな支援がほしいかを把握したい。おそらく、本人がうまく使い分けられている場合は少ない。あまり見えてこない
- 事業者として参加し、冷静な目ではなく、「こういう意見があった」ということにしていっぱい出せたらいいと思う
- 別々の役のものが、利用者にとっては1つのサービスであり、結局は地域の中の大きな1つとなるべく書いていくのがよいと思う

【ピアヘルパー】

- ピアの定義調べてほしい！
- 全国主幹課会議の資料に全国(都道府県別)のホームヘルプ実施件数のグラフが出ており、大阪は上位だった。まやかしの数字？
- 自立支援法以降のデータがない(数字を把握できる術がない)
- ピアが進んでいくということはつまり受け入れる基盤作りが進んでいくことである！

【運営について】

- 医療と保険と福祉という分野で分けてキーパーソンを作った。結局介護保険では拠出金などがあり全部出来るもの、そういう方法論しかないのでは3通りのキーができて、その連携が大切だよという書き方にした。
- 上乘せ研修がなくなったのはおかしいのではないかなと思う。
- 市場原理～の下り…いいですねえ～。
- 歴史の流れから、最初ホームヘルプは社会福祉法人しかできないという中で、だんだんと枠が広がり、株式会社も…ということになってきた、このきっかけは大きいと思う。1回広がったものがせばめるのは難しく、拡がって所で選択が難しい。
- 真面目な人の方が上手いかず、要領の良い人が市場原理にのっかっていくのは悲しい。
- 質の担保をどうしていくのかということがある。人材がいらないということになり、それはおかしい。→専門的な研修を無くしたのが原因の一因？
- 関わる人がちゃんと習ったもとのサービスと形を一般的とされたサービスとでは違ってくることは、幸福の追求に反しているのではないかな？
- 市場原理は現在の福祉すべてについてかかってきている！ホームヘルプ事業だけが市場原理で動いているのではない！

【業務内容「家事援助と身体介護」】

- 単純なる家事援助だけなんてありえない！できない！配慮や専門的な関わりをしつつである。
- 老人と障害者とは違う？ いや、高齢者も一緒だ。同じ
- 高齢者の場合は、家政婦的に使われるという問題がある。そういう家事援助はない！必要などころに必要な援助は行きとどかせろ！！
- 知的の方も身体介護ではなく、家事援助扱いになっていることが多い。同じ現象が起きている。

【業務内容について「自立と依存」】

- 文言を変更「家政婦」→「単なる家事労働の提供」とする。
- 依存がいけないのではなく、過程が大事である！
- 利用者にサービスを提供する内容を模索している人々のケアマネジメントが求められている。
- 自立を促す人としてケアマネージャーが必要なのである！
- 適度な依存、過度な依存をしながらの経過を通じてその人にとって本当に良い関わり方とか生活の在り方を互いに模索していく過程が必要。単に自立を促すだけの関わりはあり得ない。その辺りの絡みがないと自立と依存を一緒に考えていくのが難しいと思う。
- 誰がマネジメントするのではなくて、そういう役割をケアマネジメントに求められる。自立と依存というところを全体的に把握する。一緒にプロセスを考えて行く役割がケアマネジメントに求められている。
- 最初からきちんとした関わりはない→関わりの中での過程が大事。
(→今の説明をそのまま書いたらいい！)
- ところで医療機関が言う「依存」とは？
- 残存機能を使わなくなる。
- 共依存する（距離のおき方など） このあたりを恐れている。
- 関係者が安易に依存という言葉を使いすぎている。自立≠依存ではなくて自立＝適度な依存
- 事例あと一つ！ 事例を作ったら？ 具体的な例は説得力がある(マネジメントする人がおればこういうのが防げたという一つのきっかけになるのが良いと思う。→1と2の間に依存の事例があれば良いのではないか？)

【「精神障害者ホームヘルプと精神科訪問看護の役割分担」と「精神障害者ケアマネジメント」について】

- 訪看とはなんぞや！というところを書いた。誘導しようと思えばどんな方向にも誘導できる難しさがあるので、関わる人間は感性とか社会性の感覚のバランスを持たないと、偏った方向に導いて、それがその人のための幸せだったのかということにたどりついてしまうので、関わる人間が日々自分たちを高める訓練・日常生活を送らねばならない。
- 誰のための支援なのかを問いたいので、訪問看護やヘルパーさんのためではなく本人の事を考えて、相互に連携を深めて、精神科業界全体の向上に繋がらないといけないのではないかという思い。
- 今までも言っていたが、無言での家事はありえない。一言、二言かけることになり、その言葉で状態が大きく変化するという専門性の高い支援なのだということを強調。→訪看が家事支援に関わる意味はここにある。
- 調査事業の元々のコンセプト「違いは何ですか？どこで線引きするのですか？」というのが一つの柱。
- 今の結論は「線引きできない」
- 結論は？
- やっていることは重なっているが、利用者さんの状態・状況を加味して、HHから訪看どちらが入るか、もしくは並行して入るかをケアマネージャーが決める存在であるべきで、できるような機会を増やすべきだ。
- ケアプランは限られた少ないひとのためにしか存在しない。介護保険は全員ケアプランが必要。
- 障害者手帳を持っている方はみんなが医療と福祉のサービスを受けるためのケアプランというものを作って、必要な制度にして、そこでケアマネージャーがきちっと判断できるような制度に変えるべきではないか？
- 水準点をどこにもっていく？！というつっこみがくるのでは？
- 状況によって判断するためにケアマネージャーの実力をパワーアップであるとかに対する判断基準は何？

- 一つの答えとしては、その判断基準は関わるスタッフの側が判断基準を持つということではなくて、対象者の人がどこに位置するのかということによって決められるべき問題なので、対象者によって水準点も変化するというふうに解釈した方が良さそう。
- 異なってくる項目は何だというのを説明してあげないと！
- 前回の議論で単純に医療行為、介護保険における訪問看護と訪問介護の違いは、業務独占である看護師がやる医療行為、介護福祉士は名称独占だから介護福祉士以外の誰でも出来るのが、専門知識をもってやっているだけ。業務独占で訪問看護さんにしかできない医療行為を訪問看護さんにやってもらい、それ以外の業務をホームヘルパーがするという分け方が単純かと思ったが、現状はそんなに単純ではなかった。介護保険のように簡単に分けられないのが精神の特徴だと分かった。
- 介護と精神障害者の違い 医療と福祉の線引きがない！！
- 違いを明らかにすると言いきってない。現状がどうなっているのかなあと思って行く中で「重なりながら協力し合っていてどっちもやっていった方が良いのではないのか」というのが結論？
- グラデーションのような…
- 事例入れたら…？
- 退院促進などですぐに入る市と2ヵ月入れないという市があって、その間の生活支援どうするの？ということとで病院の訪看がカバーしているところもある。また、市の方は病状が安定してないからヘルパーを入れられないというケースの場合、その間は訪看が入って生活支援と医療的なことをやり、落ち着いてきたらホームヘルプを入れるという事例もあった。
- 医療の見守りがあるっての支援が必要ということで、最初の導入にはいるということもあるだろう。
- 正式にヘルパーだけの導入に入っていくのであれば、病的なこととか移行期間があってもそれなりにその人は生活できているのだったらそんなに問題ない等・・・色んな事例があつての訪看とヘルパーの生活支援の違いがあるのではないかと思う。
- ヘルパーだけ最初に入っていて、訪看が必要で呼んだことがあり、逆に訪看が入っていてこれはヘルパーの領域だということもある。
→ようするにそれを行司役する人が今いない。
- PSWは点数にならない為いらない中で、介護保険下じゃない人は、訪看のスタッフがコーディネートしている現状がある。
- ヘルパーを申請しても派遣決定するまでに2ヵ月くらいかかる。みなしでいれてくれれば良いが、それをしてくれるところが少ない。その2ヶ月が大事なのに・・・。決してサービスが満ち足りすぎて両方がだぶりすぎているという意味ではない。全然足りない。不十分だからこそ充足し合っているから・・・→ヘルパーをもっと使えれば訪看がいらない場合もある。
- 医療の目で支援完結は分かるが、そこに訪問看護は含まれておらず病院だけに行く人が多く、地域のサービスに結びついていないという中に訪問看護・訪問介護も含まれている。訪問系のサービスを受けている人は医療も福祉も少ない。デイケア、ナイトケアも一部。
→地域のサービスに結びつく事が重要。
- 「病院」→「医療機関」に書き直す。
- 診療所の方はワーカーがいなくてサービスにつながらないし、医者もつかまらない。病院の方はワーカーがいるからまだつながる。
- 訪問系のサービスだけの人 少ない。デイケア、ナイトケアは少ない。地域サービス

- ケアマネ 必置の話(H)～ 相談対象

【連携について】

- 「公正中立」という言葉は強い側の人間が作った言葉でしかないのでは？
→強い側の人間が作った言葉でしかないのではなくて、抜いて障害者に限らず本人と同じ資源に立ちというふうにつながっていけば良いのでは？ということこそが中立であると書いてはどうか？
- 「公正中立」って何？…社会学者がいうには、中立という概念はなく勝手に好き勝手権威を引用する人間がこれを権威だと言って、これが中立的概念っていうのが中立と言っている人がいる。
- 現実の中でも力関係みたいなものがあり、権威がない・権力もない・立場もない人達が声をあげていかないといけないが、うまくあげられなくて、中立等の言葉は権力を持っている人間が考えだしたもの。
→そういうイメージがあるのですか？公正中立という言葉には。
- 障害を持っている人は選べない。何かしたいと思っても制限があって、最初から中立で公正でというものではない。私達が障害者の公正で中立なという立場にたつてということになっていった時に、公正で中立な立場というのとはちょっと違うと思う。

【障害程度区分と障害特性—自立支援法の課題】

- どんな問題点があるか？ 課題を書いた。アンケートから言えることと、もともとアチコチで言われている「自立支援法」の問題点を言うことにした。
- ヘルパーを使いたいということであれば、程度区分の認定を受けて一定の結果が生じることによって始めてサービスが使える。逆に言うと程度区分が出ないと使えない。
- 数字だけではなくその人をとりまく環境によるという特性が精神にはある。
- 実際に必要とされるときに「みなし」という利用がされていないことが多いが、それをどうしていいか。
- 「みなし」の各市町村の実態は？
- 別仕立ての法がある！！S35年～のHHをベースにしているからこんなことになる。現行自立支援法をこのまま継続していくことが前提になっているようで辛い・・・。
→現行自立支援法の廃止…？この報告書のなかで述べてもいいのでは？！
→P44の最後の1文 ⇒ 大きなまとめで表現してもらえれば嬉しいな。

1) 報告書 原稿確認

【まとめ】

①今回の位置づけ

- まず初めに、全体を通してということで、「この調査をどうみるか」について書いている。この調査には大変意義があったことについて述べている。万が一この報告書をまとめから読む方がいるかもしれないので、まずは書いておきたい。回収率33.8%は高いとはいえないが、都道府県レベルでこのような調査を実施するところが無いということからも、非常に有意義であったとおもう。

②利用者アンケート

- 「特に新しいこと無い」と書いてあったが、そんなことは無く、この会議は現場の職員が多いのでさほど感じていないかもしれないがとても大切なことが多く書かれており、非常に重要と思う。自立支援法に変わるときにも具体的な調査もなく実施になっており、このような調査を国が行うべきではなかったかと言う事を少し述べさせてもらっている。「自分を主人公として見て欲しい」という意見をしっかりとおさえて欲しいと言う事を述べさせてもらった。

③利用者はまだまだ

- ②と絡めて、38名の中には10年利用というベテランもおられるが、調べた中ではいぜん利用者数2万だった。現状でもどんなことしたって4万はいていない。全国の障害者人数をみても1%満たないと言う事をしっかり伝えたい。
- 「はじめに」のところに、H17年で府869人というのが最後。全国1位としているが、これが曲者で、「訪問系のサービス全体」として1位なのであって、HHのみの話ではない。
- 都道府県に聞いて分からないというのは？
- 市町村がデータを持っているので、市町村に問い合わせをかけていかないと分からない。市町村に聞けば分かる。
- 厚労省に聞いても当然分からないということか。市町村が府に報告をあげていないと何もあがってこない。
- 大阪府はなぜ市町村にデータを聞かないのか？
- 「3障害が一つになったから」…です
- …
- H市も同じことをいう。あと、「事務量として無理だ」という理由。
- 聞いて分かるなら聞けばよいという感じでもなく、そのように、分けて集計するような指示も出していないし、出す気も無い。なのでいざ調べるとなると事務量として大変になってくる。担当者はすぐ分かるかもしれないが。
- このことに関しては少し、最後に触れたいと思う。

④サービス

- 少ないだけではなく、周知が足りないことについても書いた。広報・情報提供が少ないと言う事を書いた。権利擁護にも繋がる。自由記述の中に市町村ごと、区ごとにサービスの内容についての判断が異なるという意見あり非常に象徴的であったので書いた。これは担当者の「自立感」の違いであり、その部分に問題提起している。

⑤地域が一体となって

- 大枠をまとめてみると、HH 事業所は「知識に自信がもてない」「人材の確保」にこまっているが、見た限り、医療機関のほうが「突発的事由」の対処に困っているように感じた。地域に出た後の対処に困っているのかなと思う。また、地域での連携については比較的訪問看護のほうがある程度できている。というイメージで書いてみた。
- この「突発的事由」というのは、全体の病院、診療所を見ると非常に高い。地域と連携が取れてないのかなと思った。HH は人材不足からかもしれないが、医療機関についてはそれだけではないのではないかと推察した。
- P46 にもあるように、病院ワーカーは外に出ることが少なく、退院すると患者との関係は切れてしまう。地域で何かあっても対応できる場所も時間も無く、訪問系の部署が無い病院などは特に困っておられると思う。
- 病院ワーカーは日常入院業務に追われており、外来支援への余裕を持たされていない。と聞いたことがある。今でこそ退院促進支援事業があって、地域支援についても関わりやすくなったが、何かそういうことが無いと関わるのが難しいと思う。
- 病院から指示をもらっている所は、報告・連絡・相談業務について外来患者個々に担当者はおらず、Dr に直接連絡することも多い。退院すると担当じゃなくなってしまふ。
- 外来患者のちょっとした変化については、まったくタッチしていない。
- これを外来担当看護師がやっていることもある。
- 「業務で困っていること」としてみると、訪問看護に関わっていなければ、病院としては患者さんにノータッチであり、病状悪化に困ることもある？
- 訪問看護が突発事由で困っているとも書いている。よく分からない。すぐに病院に電話できるのに。
- 「突発的事由」の内容が分からないということも関係している。
- 地域で中心となって責任もってやっていた形がない。
- あと、どの業種もある程度のノウハウは蓄積されていっているが、結果的には「ケアマネジメント」のニーズがダントツであったということ。どう連携していくかという中で、医療機関でさえ、「医師の理解不十分」としている中で、同じ専門職同士の連携についても述べてみた。
- 医療機関における突発的事由とは？…
- これは夜間の対応ではないか？夜間は救急輪番制があり、自院の患者対応ができなかったり、救急対応できないことがある。事務当直対応ではねられてしまったり、担当医が不在だったりする。一般救急のようなイメージとは違う。
- 突発的事項という医療機関の場合は入院になるのか？
- 「来てもらっても何もできません」といわれたことがあります。
- 医療系で訪問看護やっているところの回答であっても、夜間を実施しているところはほとんど無い。
- 勝手な判断で対応した時の事後処理などのことを言っていないか？医師の判断を上回る動きなどをしたときには大変。
- 突発的事項が起きた時に、その場に判断できる医師がいなくて困る。というものはある。
- たいいてい訪問要請があるときには、調子悪い。警察対応までは行かないけれども医療を拒否している、といった時には本当に困る。医師であっても困ると思う。医者がコーディネートできない場面などもある。
- 病状の違いもあるし、職種の違いのこともある。
- ヘルパーは偉い…一人で全部やっている…
- 訪問看護STであれば、訪問日ではない・人がいない・時間外である…といったことが多い。診療所も同じこと

あるのでは？

- 医療機関は大きいので動きやすいが、医療機関が抱えていけないといけないケースというのは突発的なことも多く予想され、医療のウェイトが若干多い。
- 人材と職種の中で述べようとしていたが、そのレベルだけでなく、人材や制度のこともかなり関係してくる。例えばここで ACT チームが入れば解決してしまう可能性があるわけで。突発的事由の中身を分析して踏み込むには、制度そのものの整備に話がいってしまう。ちょっと論点がずれてしまう。分析しづらい。
- ヘルパーも同様なレベルの救急局面に遭遇していることが考えられる。沢山抱えていると思う。
- 抱えているけれども、「しかたなく」。ヘルパーが何でもできるということにされては困る。
- 突発的事由とは、各自やはり専門性外・個人の力量外のところにあるとおもう。困っている中身がちょっとずつ違う。手を貸して欲しいと思っていることは何なのか？それを書いていくのは必要と思う。それら別々の役割りの者が ACT のような塊となって手を組むことが一つの形として地域が発展して行くことが必要。
- HH にはいって、「訪看のほうがいいだろうな」とふと思うこともある。連携は必要。
- ACT は、医師・看護師・ワーカーが同等のレベルでサービスに関わるという契約がなされる。しかし、現状の訪問看護は何かあれば一旦医師に上げて伺いを立てることになる。これを壊すためには ACT はひとつの手法といえる。
- 先程からの、ケアマネの手法として、ケアマネが上手く医師を使うというやり方がよい。利用者の立場に立ったケアマネが医師を使う形が理想。
- 介護保険のケアマネ機能にもまだまだ課題があるのだが、精神にはこのケアマネの機能がほぼ無い。それに比べれば進んでいるし、精神にも必要と思う。
- 医者だけの問題でなく、地域で「この人の生活を支える」という中心となる場所が無いことも問題である。
- P37 にそのようなコメント入れています。中心になるというところが、一人ではなく、地域で情報を集約することが大切かなといわせてもらった。
- 相談支援事業者など中心になる人を制度として置いていかないことには進まないと感じている。
- 厚労省の中でも熱心な部署が「相談支援事業所」という考え方を打ち出した。それが広がらないことにやきもきしているが、これは委託したのがいけなかったのでは？直轄でやればもっとうまくいったのではないかと思う。委託すると理念がぼけてしまう。
- だから委託を受けた相談支援事業所が単体で存在できない。経営上成り立たない。そこが難しく、存続できない。HH や支援センターなどの事業所に併設するしかない。
- ⑤に反映しましょう。

⑥サービス内容

- HH 事業所が、「食事作り」「掃除」など生活面支援のほかに、「利用者のペースに配慮」「生活リズムを作る」など直接介助ではないが重要なものも回答率高かった。
- その他友達や家族との相談など訪問看護の科目になっているところに違いがあり、訪問看護は何やってもいいというぐらい幅広くやっている。訪問介護はきっちりと項目が決まっているなかで、精神もどこまでやっていいということが書かれているものが無い。おそらくここでは、そのような理由から、ほんとはやってはいいけどやらないこと、お金にならないことをやっている実態を書いてくれているのではないかと思う。
- 分母違うのではないかと→修正します。
- このグラフによって、すべての項目に対してすべての業種が関わっていることを実態として伝えようと思う。

HHはもちろん家事が突出しているがそのほかにもやっているし、医療機関も家事援助にしっかりと関わっていることが分かる。

- 個々が一番のポイント。当初「すみわけ」についてこだわっていたが、そうではないことがみえてきた。訪問看護・HHの垣根を作ることが先決であるとはいえない。
- まだまだ利用者も全国で1%の中で、支援のすみわけをする前に、HHの発展について見直すべきと訴えたい。
- この33項目について、食事作りなど家事援助が実はその中で利用者の精神面の励ましなどを行っていることについても考えてもらいたい。
- 「すみわけこのままでいいんじゃないか」というだけでは弱い！制度として、項目立てもおかしいし、単価設定もおかしいと言う事を理解してもらわないと、今後精神に参入する事業所が増えてこない！全部家事援助だと1時間1500円。せめて、精神の支援には「身体介護」4000円が付くと分かっていないと。訪問看護STは何をやっても8000円（医療機関は1回5500円）。
- その中で、「心身の介護」という設定を打ち出した。
- HHは家事の役割りとして導入されていることが問題。なおかつ単価が低いので、身体やっけても精神はしていない事業所が実際に多い。この状況で精神を実施する事業所を推進していくであれば、この部分に突っ込まない！
- ヘルパーが実施している家事業務の単価が安いと言う事を訴えたい。なぜ参入するところが少ないか。日本の資本主義形態を考えればわかる。機能不全に陥っている。
- 単価が少ないことはもちろん述べていく。が、その前に実態として垣根無く実施しているということは事実。すみわけを急ぐ必要は無いということ。むしろすみわけはどうでもいい？
- すみわけがされていないことが、進まない原因ではないと分かったのだからそれはいい。
- 利用者が少ない状況で、すみわけ云々を議論する前に、やってくれるところ・動いてくれるところに話がいってしまう現状があることを訴えたい。家事的な援助というのが上位にあり経営が成り立たない実態があるが、「促しつきの掃除」として身体介護扱という市もある。家事援助なので経営が成り立たないという言い回しは違う。精神の支援が家事援助にみなされがち…と決め付けられない！少なくとも大阪府は精神HHの理念を一度は出しているのだから。
- 利用者を見て必要に応じて支援内容を決める、その選択肢の基準を持って欲しいなと思う。
- 基本として、家事だけで入るなんて事はありえない！
- 「心身の介護」として1本化してゆくべきと訴えていく手法として、単価が低く経営が成り立たない…という話は違う。前段階としての実態を伝えること。なぜHHも訪問看護もやっているのか「きりはなせない」から。だからと言って訪看の単価が下がってしまうことも絶対に避けたい。全体の底上げを目指す。
- 余談：厚労省の話…来年度介護保険改正について、17年度審議会から改正の宿題をもらっているが、どうやら「そのまま」になるとの話。「身体介護型」「生活援助型」を機能別に分類して検討する？…メニュー制度にしようとしている。現場とまったく次元が違う。考え方が離れている！専門職でもない人達が集まって、ヘルパーもいない中で何を決めようというのか！
- その委員会が曲者だ。お金を吊り上げようとしているだけの会議になってしまっていないか？事務官のほうかむしろ真面目に取り組んでいるのでは？
- 精神の行為のウラにある本当の深い意味を訴える意味がある！介護保険も自立について振り回されているのは同じ。
- この半年間というのは本当に意味があったのかとがっかりするような内容だった。

- 介護保険の単価を上げていこうという話も出ている。介護職員全部の底上げ。何百億。
- すでに人材不足など切羽詰っている現状、世論の中でこのような受容が高まっているのは確かだ。
- 厚労省がこの報告書をどのように扱うかというのは向こうの裁量になってしま。持ち上げるのも、葬り去られることもこちらは分からないなりに、この訴えは、このままで出していくことが重要。

⑦自立

- 「心身の介護」における自立とは？
 - ケアマネのことを絡めて述べていく必要あり。
 - そのためにも大阪府の精神障害者HHの理念をもう一度確認したい。文書に残っていない。精神障害者の支援というのは、本来もっている力を呼び戻すための支援であるべきとした。
 - 「単なる家事の中にもエンパワメントを引き出す支援がある」ということ。大阪府がやっていることで、全国的な基準ではない。以前全家連がそのような内容を冊子にされていたと思う。
 - 生きづらさを抱えている方が、自立的、依存的になるが、その人がどのように支援の内容を上手く活用できるかというのを考えるのがケアマネだという話を入れたい。
 - 日常的に、安定している時からつながりの中で生きていくことをしないと、能力が衰えていくもので、それを何でも依存みだいに言われるのはおかしい。サービスを入れることで生活の広がりを持つことになる。
 - サービスがなさ過ぎる。サービスの量を増やさないといけない。それをどう上手く利用するのかの活性剤としてのケアマネの役割りを考えないといけない。
 - 生活の中にヘルパーという他人が入っていくことについて、本人や地域がどう代わっていくかを評価しながら進めてきた。いろいろな人が関わることで、その人が変わっていく。他人がかかわることでの変化。精神HHはそういう役割があると言う事を訴えてきた。単なる家事の提供というだけではないことが言える。
 - 前にやった全国調査でもほとんどの予算を身体介護に入れてしまっているY県などの報告もあり、都道府県で理念の有無も極端に分かれていて、その辺りのことが自立支援法によってなくなってしまったことは書きたいと思っている。
 - 「心身の介護」における自立とは？
 - 自立？自律？自分で自分の生活・人生を組み立てることが自律！とおもう。自分で自分の人生を描きながら歩いていけるようなイメージ。
 - 精神の方には自殺者も多く、そうならないための支援が必要。調子が良くなって、一人になって、ふとした時に、生きていこうと思えるサポート体制がないと、我慢して生きていけないといけないのはつらい。
 - P43 自立についての提言を踏まえて、更に突っ込んで⑦にて述べたい。それこそご飯を作っているヘルパーさんこそ医療点数を付けるべきだと思えてくる。
 - やってられへんと思ってしまうくらいになってしまう。
 - そうやって、精神から撤退して行く事業所が多い。
 - 在宅のHH・訪看が実は利用者の命に関わることを支えている！医者が治しているというよりも、ヘルパー等の日々のかかわりが治療に繋がっているともいえる。医者への通院を促すのは、訪問しているスタッフたちだ。
- #### ⑧意義
- やや意義、回答少なかったが、しっかり書いておきたい。いくつかの例を含めて。

精神障害者ホームヘルプサービス・訪問看護に関する調査研究事業 企画調整会議 委員名簿

企画調整会議委員			調査票作成 ワーキング 担当	
1	ホームヘルプ事業所	社会福祉法人 息吹 ピア・ヘルパーステーション レインボー	田中 裕子	川村 幸大
2		NPO法人 陽だまり ホームヘルパーステーション 風人	理事長 河野 和永	富谷 優子
3		社会福祉法人 風媒花 ヘルパーステーション ふう	施設長 植前 温夫	石橋 敬志
4		NPO法人 ソーシャルハウスさかい ヘルパーステーション ふわり	副理事長 中本 明子	
5		NPO法人 精神障害者支援の会ヒット ヒットハンズ	施設長 岡本 雅由	増岡 広宣
6		有限会社ピグマリオンホームヘルプサービス	代表取締役 中辻 剛	
7		スバル・トータルプランニング(株) すばるヘルパーステーション	管理者兼務サービス提供責任者 芝池 淳子	
8		NPO法人 えぶろんの会	理事長 岩井 俊子	
9	訪問看護ステーション	ハントン訪問看護ステーション	所長 藤田 茂治	
10	医療機関	医療法人 三家クリニック	相談室室長 濱中 利保	
11		医療法人 爽神堂 七山病院	相談室主任 鐸木 俊雄	
12	学識経験者	大阪府立大学	三田 優子 准教授	
13	その他	大阪府こころの健康総合センター	地域支援課 主査 川本 正明	
14		大阪府こころの健康総合センター	地域支援課 課長 殿村 寿敏	
15		財)精神障害者社会復帰促進協会	理事長 麻生 幸二	
16		財)精神障害者社会復帰促進協会	清水 真知子	
17	臨時委員(話題提供者)	①高槻市障害福祉課	主査 田嶋 智子	
18		②吹田市障害福祉課	保健師 鮫島 晶子	
19		③箕面市社協 在宅福祉課在宅ケアセンター	所長 高田 浩行	
20		④東大阪市社協ヘルプステーション	チーム長 福井 久代	
21		⑤社会福祉法人鴻池福祉会花園地域生活支援センター	施設長 高取 佳代	
22		⑥訪問介護ステーションデューン北大阪	所長 下農 麻美	