

	<p>ます。ホームヘルプも、利用しないと、毎日の食事をはじめ日常生活の継続に大きな支障が出てしまいます。何より、Aさんは現在のホームヘルパーを気に入っていて、利用を続けたいと希望しています。息子さんが嫌がるからと言って、利用の中止というのは……。やっぱり考えられないと思います。</p>	
Eさん	<p>Bさんには、私からも、お母さんには必要なサービスだからと何度か説明したのですが……。でも、絶対嫌だって。聞く耳さえ持ってもらえなくて、困っているんです。</p>	
Cさん	<p>絶対嫌だと言われても……。デイサービスやホームヘルプの利用を決めるのは、あくまでAさんご本人ですから。担当の介護支援専門員としては、Aさんの利用したい意向に沿ったケアプランを立てていきたいと思えます。</p>	
Eさん	<p>利用を決めるのはお母さんだってことは、私もよくわかっています。でも、今回の入院前、Bさんは、Aさんのデイサービスの送迎を拒否したり、ホームヘルパーを家に入れないなどの行動をとられていますよね。今は当時よりも随分と落ち着かれましたが、あれだけ嫌だと主張しているのを見ると、退院後も、同じ行動をとって、またBさんが再入院になりはしないかと……。</p>	
Cさん	<p>前回、Bさんが入院する前、私も少しだけお会いしましたが、話ができるような状況ではなくなっていました。Bさんの入院中は、デイサービスもホームヘルプも使えて、Aさんの暮らしは快適そのものでした。Bさんが自宅に帰ってくるとなると、心配ですね。</p>	
Eさん	<p>Bさんにも、退院して自宅で生活する権利はありますから。ただ、Bさんの支援を中心的に担っていた父親が亡くなられた後、母親との二人暮らしをどう過ごしていいか、Bさんにもよくわからないのかもしれないかもしれません。</p>	
Cさん	<p>そういえば、ご主人が亡くなられた後、Aさんから「Bさんの支援はお父さんに任せっきりにしてきたから、Bさんとどう接していいかわからない」というようなことをチラッと聞いたことがあります。Aさんは、デイサービスに行っている間はお友達とも仲良く、楽しく過ごされていますが、家にいると、50歳になっても働かず、家で生活しているBさんのことが気になってしまうようです。</p>	
Eさん	<p>病院では、Bさんのご家族といえばお父さんです。実は、母親のAさんとは一度もお会いしたことがありません。</p>	
Cさん	<p>Aさんは明るくて、どんな方とも仲良くなれる方ですよ。次男のBさんのことは、自分からはあまり話そうとはされない印象です。</p>	
Eさん	<p>母親のAさんは、Bさんが発症した当時、家庭内で繰り返しBさんから暴力を振るわれた恐怖感がぬぐえないと聞いたことがあります。</p>	

Cさん	そうだったんですか。だからAさんは、精神障害や精神科病院に対して抵抗感がある感じなんですね。	
Dさん	ここまでEさんからはBさんの状況、CさんからはAさんの状況を説明していただきました。Bさんの担当はEさんで、Aさんの担当はCさん、という形になってしまっていますが、お話をうかがっていると、このままだと、うまくいかないような気がします。要介護高齢者のAさん・精神障害者のBさん親子が暮らす一つの世帯の支援を、どう進めていったらいいでしょうか？	

(3) 場面2の課題の検討 (15:25-16:05)

Eさんは、Bさんの了解を得て、Bさんの退院が近いことを地域包括支援センターのDさんに連絡しました。連絡を受けたDさんは、Aさん世帯を支援するためのケア会議を開催することにしました。Eさんは、Bさんの退院支援計画を立てていくうえでも、Aさんの支援者との情報の共有と支援の方向の擦り合わせが必要と考え、ケア会議へ出席することとしました。

Eさんは、Bさんへの支援を中心に据えて、ケア会議に参加しました。

一方、Cさんは、Aさんへの支援を中心に据えて、ケア会議に参加しました。

会議の場では、お互いが、「連携の難しさ」を痛感する形になってしまいました。

さて、それでは、どのような形で役割と責任の確認を行えば、その後の連携につながっていくでしょうか？ (i) Cさん・Dさん、(ii) Eさんの立場になって、考えてみてください。

その際、◆どのような言葉がけ (セリフ調で)、もしくは、◆どのような点に留意 (態度・行動など、具体的に) すればいいか、実際の場面を想定して具体的に考えてください。

①個人ワーク (3分間)・・・一人あたり2つ (多くあればなお良い) 具体的に挙げて、ワークシートに書き出してください。日頃の実施の有無に関わらず、自由に書き出してください。

②グループワーク (10分間)・・・グループ内で、(i) Cさん・Dさん、(ii) Eさんの2組 (2~4人) に分かれて、個人ワークの内容を共有してください。共有後、その内容をもとに (+αしてよい)、「よりよい形での役割と責任を確認」をまとめてください。

③まとめた意見のロールプレイ (3分間)・・・③でまとめた意見をもとに、グループ内で、Cさん役1人、Eさん役1人での、ケア会議場面のロールプレイを行ってください。役のないグループメンバーは、ロールプレイを観察してください。

④気づきの共有 (6分間)・・・ロールプレイをやって (観察して) みての気づきを共有してください。

⑤代表グループ1つが、前に出てロールプレイ（3分間）・・・他の参加者は、観察してください。

⑥ポイントの確認（5分間）・・・講師が解説します。

⑦ポイント確認をもとに、修正版でのロールプレイ内容を、グループで検討（5分間）

⑧修正版でのロールプレイ（3分間）・・・最初のロールプレイで観察者役だった参加者が行ってください。役のないグループメンバーは、ロールプレイを観察してください。

*****ここで5分間休憩します（16:05-16:10）*****

6. 研修のまとめ（16:10-16:30）

◆連携のプロセスと留意点の確認（16:10-16:20）

◆研修後アンケートの記入（16:20-16:30）

◆研修の終了（16:30）

事例の概要(1)

居宅介護支援事業所・地域包括支援センター所属の受講者用

※精神保健福祉士の受講者とは異なる内容を配布しています。
事例検討終了まで、見せ合うことのないようにお願いします。

1. Aさんについて

- ・女性、77歳。
- ・要介護度2の認定を受けている。担当の介護支援専門員はCさん。
- ・週3回のデイサービスと、1日おきに訪問介護サービスを利用している。
- ・夫が6か月前に他界し、次男Bさん(50歳)との二人暮らしになった。
- ・自宅は持ち家。年金での生活で、経済的な課題は特になし。

2. Bさんについて

- ・Aさんの次男、50歳。未婚。
- ・Bさんに精神障害があることを、CさんはAさんから聞いて知っている。Bさんの支援はAさんの夫が中心的に担っており、夫の存命中は特に問題になることはなかった。

3. Cさん(居宅介護支援事業所所属の介護支援専門員)に対応が求められる課題

- ・1か月前から、Aさんがケアプラン通りのサービスを利用できなくなっている。デイサービスの迎えに行ったら、BさんがAさんのデイサービスへ行くことを妨げることと、ヘルパー訪問時にヘルパーが家に上がることをBさんが拒否するためである。
- ・Cさんは、一度はBさんへの面談を試みたが拒否されてしまい、面談できていない。

4. CさんからDさんへの相談

- ・Aさんへの支援をどう進めていいか困ったCさんは、Dさん(女性、地域包括支援センターに所属する主任介護支援専門員)に相談した。

事例の概要(2)

精神保健福祉士の受講者用

※居宅介護支援事業所・地域包括支援センター所属の受講者とは異なる内容を配布しています。

事例検討終了まで、見せ合うことのないようにお願いします。

1. Bさんについて

- ・男性、50歳。未婚。
- ・統合失調症。通院する精神科病院の担当精神保健福祉士はEさん。
- ・大学在学中の21歳～24歳まで、精神科病院に入院。退院後は、両親の支援を受けて、月1回の精神科病院への通院を継続しながら、再度入院することなく、自宅で両親と3人で暮らしてきた。

2. Bさんの家族について

- ・Bさんの支援の中心となっていたのは父親。月1回の通院も、父親が同伴していた。
- ・母親であるAさんがデイサービスやホームヘルパーを利用していることは、父親からの話で聞き、知っている。
- ・父親が6か月前に他界。Bさんは、母親のAさん(77歳)との二人暮らしとなった。
- ・5か月前、Bさんの通院予約をキャンセルする電話が病院宛にかかってきた。父親が他界したとのことで、通院日はあらためて調整することになったが、その後連絡はなく、Bさんの通院は途絶えたままとなっている。
- ・母親であるAさんは、次男Bさんの発症時、家庭内で繰り返しBさんから暴力を振るわれた経験がある。

3. Eさん(精神科病院の精神保健福祉士)について

- ・Eさんは、PSWになって3年目。そして、Bさんの担当PSWになって2年目。
- ・Eさんが、Bさんの家族として会っていたのは父親のみで、母親であるAさんとは一度も会ったことはない。
- ・Bさんの支援を中心的に担い、Bさんの精神的な拠り所にもなっていた父親の他界により、生活環境の変化が大きいことが予想される。
- ・Bさんの通院は途絶えており、精神症状が不安定となっている可能性がある。

介護支援専門員と精神保健福祉士の連携促進研修 開始前アンケート調査票

このたびは受講頂きありがとうございます。受講者のニーズを把握し今後の研修内容を検討するため、下記のアンケートにご回答ください。結果はすべて数値化されますので個人は特定されません。また、このデータは研究目的にのみ使用されます。ご協力をお願い致します。

質問 1. この研修を受講された動機として、下記の項目はそれぞれどの程度当てはまりますか。数字を1つ選び、○で囲んでください。

	よくあてはまる	ほぼあてはまる	どちらともいえない	あまりあてはまらない	全くあてはまらない
1) 提示された内容が学びたいことと一致していた	5	4	3	2	1
2) 介護福祉領域と精神保健医療福祉領域の連携に困っている	5	4	3	2	1
3) 精神疾患／障害のある人の支援に困ることが多い	5	4	3	2	1
4) 精神科医療と介護との連携を要する事例の支援に役立つかもしれないと思った	5	4	3	2	1
5) プログラムの内容に興味を持てた	5	4	3	2	1
6) 精神科医療と介護との連携に関する知識を得るような研修会(機会)が他にない	5	4	3	2	1
7) 職場から参加を勧められた	5	4	3	2	1
8) 受講料が無料である	5	4	3	2	1
9) 会場が通える範囲だった	5	4	3	2	1
10) 午後 3 時間という日程が参加しやすい	5	4	3	2	1
その他、受講理由・動機となったことがありましたらご記入ください。					

質問 2. 精神科医療と介護との連携に関する研修会に参加したことはありますか。当てはまる番号 1 つに○をしてください。

「2. ある」場合は、具体的にどのような内容のものだったかをお書きください。

1. ない 2. ある

「2. ある」場合は、具体的内容をご記入ください。

質問3. 現在のあなたの状況として、下記の項目はそれぞれどの程度当てはまりますか。数字を1つ選び、○で囲んでください。

	よくあてはまる	ほぼあてはまる	どちらともいえない	あまりあてはまらない	全くあてはまらない
1) 精神疾患／障害のある利用者への支援経験がある	5	4	3	2	1
2) 精神疾患／障害者の同居家族への支援経験がある	5	4	3	2	1
3) 介護支援専門員と一緒に支援活動をした経験がある	5	4	3	2	1
4) 精神保健福祉士（PSW）と一緒に支援活動をした経験がある	5	4	3	2	1
5) 実務上、介護保険サービス機関と連携する機会が多い	5	4	3	2	1
6) 実務上、精神科医療福祉の関係機関と連携する機会が多い	5	4	3	2	1
7) 介護保険サービス機関とのカンファレンス機会が多い	5	4	3	2	1
8) 精神科医療福祉の専門職を交えたカンファレンス経験が多い	5	4	3	2	1
9) 身近に相談できる介護保険サービスの専門家がいる	5	4	3	2	1
10) 身近に相談できる精神保健医療福祉の専門家がいる	5	4	3	2	1
11) 実務上、介護保険サービス機関との連携に困ることが多い	5	4	3	2	1
12) 実務上、精神科医療福祉機関との連携に困ることが多い	5	4	3	2	1
13) 介護保険サービスを利用者とかかわることに不安を感じる	5	4	3	2	1
14) 精神疾患／障害のある人とかかわることに不安を感じる	5	4	3	2	1
15) 介護保険サービスを利用する人への支援は難しいと感じる	5	4	3	2	1
16) 精神疾患／障害のある人への支援は難しいと感じる	5	4	3	2	1
17) 介護保険サービス機関との連携は難しいと感じる	5	4	3	2	1
18) 精神科医療福祉機関との連携は難しいと感じる	5	4	3	2	1
19) 介護保険サービスに関する知識を得る手段は多くある	5	4	3	2	1
20) 精神保健医療福祉制度やサービスの知識を得る手段は多くある	5	4	3	2	1
その他、この研修企画に関わる現在のあなたの状況や問題意識があれば、自由にご記入ください。					

介護支援専門員と精神保健福祉士の連携促進研修 終了後アンケート調査票

このたびは受講頂きありがとうございました。研修の評価を行うため、下記のアンケートにご回答ください。結果はすべて数値化されますので個人は特定されません。また、このデータは研究目的にのみ使用されます。ご協力をお願い致します。

質問 1. 本日の研修プログラムについて、当てはまる番号を○で囲んでください。

	そう思う	思う ある程度そう	えない どちらともい	わない あまりそう思	そう思わない
1) 講義内容がわかりやすかった	5	4	3	2	1
2) 配布資料がわかりやすかった	5	4	3	2	1
3) 講師の説明方法が適切であった	5	4	3	2	1
4) 時間の設定が適切であった	5	4	3	2	1
5) 積極的に参加できる課題設定であった	5	4	3	2	1
6) 今後、利用者やその家族を支援するうえで役立つ内容であった	5	4	3	2	1
7) 受講前よりは、連携に対する抵抗感が軽減した	5	4	3	2	1
8) 今後どのように関係機関・関係者と役割とその責任を分担していけばよいかを、具体的にイメージする機会になった	5	4	3	2	1
9) 本日のプログラム内容は満足できるものだった	5	4	3	2	1
10) 参加してよかった	5	4	3	2	1
<p>その他、評価できる点/評価できない点があればご記入ください。 「2」または「1」に○をされた項目があれば、今後の改善を目指すため理由を教えてください。</p>					

資料 2-②

質問 2. この研修プログラムで取り上げた次の内容について、あなたは現時点でどの程度理解できているとお考えですか。もっともよくあてはまる数字を1つ選び、○で囲んでください。

	よく理解できている	ある程度理解できている	どちらともいえない	あまり理解できていない	全く理解できていない
1) 精神科医療と介護との連携の現状と問題点	5	4	3	2	1
2) 要介護者等もしくは精神障害の人に対するケアマネジメントの課題について	5	4	3	2	1
3) 関係機関・関係者と連携する際の最初の連絡方法	5	4	3	2	1
4) 世帯として支援する際のニーズアセスメントの方法	5	4	3	2	1
5) 要介護者等もしくは精神障害の人に対する介護保険制度、医療制度、そして各種サービスの知識	5	4	3	2	1
6) 要介護者等もしくは精神障害の人に対する法制度やサービスの知識	5	4	3	2	1
7) 介護支援専門員もしくは精神保健福祉士に関する知識	5	4	3	2	1
8) 居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、そして精神科医療機関との連携のための知識と技術	5	4	3	2	1
9) 介護分野もしくは精神保健福祉分野の専門職との連携のための知識と技術	5	4	3	2	1
その他、理解できたこと、もしくは理解できなかったことがあればご記入ください。					

資料2-②

質問3. 本日の研修プログラムに参加されたご自身を、どのように評価されますか。
 当てはまる数字を1つ選び、○で囲んでください。

	5 そう思う	4 思う程度	3 どちらでもない	2 あまりそう思わない	1 そう思わない
1) 積極的に参加することができた	5	4	3	2	1
2) 内容を十分理解することができた	5	4	3	2	1
3) 内容に興味・関心を持つことができた	5	4	3	2	1
4) 刺激を受けて、意欲が高まった	5	4	3	2	1
5) 研修を通し、日常業務を振り返ることができた	5	4	3	2	1
その他、達成できた／できなかったこと、気づいたことなどがありましたら、ご記入ください。					

質問4. 研修プログラム終了後のあなたの状況として、下記の項目はそれぞれどの程度当てはまりますか。数字を1つ選び、○で囲んでください。

	5 よくあてはまる	4 ほぼあてはまる	3 どちらともいえない	2 あまりあてはまらない	1 全くあてはまらない
1) 介護保険サービスを利用者とかかわることに不安を感じる	5	4	3	2	1
2) 精神疾患／障害のある人とかかわることに不安を感じる	5	4	3	2	1
3) 介護保険サービスを利用する人への支援は難しいと感じる	5	4	3	2	1
4) 精神疾患／障害のある人への支援は難しいと感じる	5	4	3	2	1
5) 介護保険サービス機関との連携は難しいと感じる	5	4	3	2	1
6) 精神科医療福祉機関との連携は難しいと感じる	5	4	3	2	1
その他、この研修企画に関わるあなたの状況に関して、受講後に変化した点、変化しなかった点、引き続き残されている課題などがあれば、ご記入ください。					

ご協力いただきありがとうございました

「第2回 介護支援専門員と精神保健福祉士の連携促進研修」タイムスケジュール

平成26年11月10日(月) 13時30分～16時30分

サテライトキャンパスひろしま 505 会議室

時間	内 容	備 考
13:30～13:40 (10分)	〈開会〉 ◆開会あいさつ ◆オリエンテーション ◆研修前アンケートの記入	
13:40～14:05 (25分)	第1回研修の成果と課題(講義) －アンケート結果の考察から－	
14:05～14:25 (20分)	〈ワークショップの具体的進め方の説明〉 ◆事例検討の進め方の説明 ◆グループ内での自己紹介	
14:25～14:30 (5分)	休憩	
14:30～15:15 (45分)	〈場面3「関係機関・職種と情報を共有する段階」の事例検討〉 (1) 場面3と課題の説明 (2) 場面3のロールプレイを見る (3) 場面3の課題の検討	〈場面3 : グループでの課題検討の流れ〉 ①個人ワーク (3分間) ②グループワーク (10分間) ③まとめた意見のロールプレイ (3分間) ④気づきの共有 (6分間) ⑤代表グループ1つが、前に出てロールプレイ (3分間) ⑥ポイントの確認 (5分間) ⑦ポイント確認を踏まえて、各グループで行ったロールプレイの振り返り (よかった点の確認や、よりよい方法についての意見交換など) (5分間)
15:15～15:25 (10分)	休憩	
15:25～16:00 (35分)	〈連携に関するグループワーク〉	
16:00～16:20 (20分)	〈全体のまとめ〉	
16:20～16:30 (10分)	〈研修の終了〉 ◆研修後アンケートの記入 ◆終了のあいさつ	

「第2回 介護支援専門員と精神保健福祉士の連携促進研修」

平成26年11月10日（月）13時30分～16時30分

サテライトキャンパスひろしま 505会議室

1. 開会（13:30-13:40）

◆開会のあいさつ

「介護サービス施設・事業所等介護支援における精神保健福祉士の活動評価及び介入方法研究」研究班

責任者：金子努（平成26年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業（精神障害分野）分担研究者）

◆オリエンテーション

○第2回研修の趣旨説明

○講師（研究班構成員）の紹介

○配布資料の確認

○スケジュールの確認

○その他の確認・伝達事項

◆研修前アンケートの記入

2. 第1回研修の成果と課題（講義）－アンケート結果の考察から－（13:40-14:05）

3. ワークショップの具体的進め方の説明 (14:05-14:25)

◆事例検討の進め方の説明

○第1回研修と同じ要介護の母（Aさん、77歳）と精神障害の息子（Bさん、50歳）との二人暮らしの事例に対してどのように支援を展開していくか、グループ（6人もしくは5人）で検討していきます。

○事例についてのイメージを共有するため、第1回資料をもとに確認を行います。

- ・14～15頁・・・事例の概要
- ・16頁・・・場面1の課題：「関係機関・職種に協力の打診をする段階」（冒頭部分のみ）
- ・22頁・・・場面2の課題：「関係機関・職種との間で役割と責任を確認する段階」（冒頭部分のみ）

○事例検討は、参加者全員が、次の役割になって進めていきます。

- ・居宅介護支援事業所所属の介護支援専門員の受講者
 - ・・・Cさん（Aさんを担当する居宅介護支援事業所の介護支援専門員）
- ・精神保健福祉士（精神科病院・障害者相談支援事業所とも）の受講者
 - ・・・Eさん（Bさんが通院している精神科病院の精神保健福祉士）

※ロールプレイの際には、事例の中に登場する他の人の役を設定して進めていただいても構いません。

○事例検討は、連携の段階（下記）に沿って進めます。

1. 関係機関・職種に <u>協力を求めよう</u> と考える段階
2. 関係機関・職種に <u>協力の打診をする</u> 段階
3. 関係機関・職種と協力して支援に取り組む <u>目的を確認し一致させる</u> 段階
4. 関係機関・職種との間で <u>役割と責任を確認する</u> 段階
5. 関係機関・職種と <u>情報を共有する</u> 段階
6. 関係機関・職種と <u>連続的な協力関係を展開する</u> 段階

第1回研修では、「2. 関係機関・職種に協力の打診をする段階」と、「4. 関係機関・職種との間で役割と責任を確認する段階」を取り上げました。

第2回研修では、「5. 関係機関・職種と情報を共有する段階」と、「6. 関係機関・職種と連続的な協力関係を展開する段階」の2つの段階を取り上げて、グループでの検討を行っていきます。

○この研修プログラムは、第1回研修の成果と課題を踏まえて、研究班にて作成したものです。

◆グループ内での自己紹介

○1人1分間の持ち時間（席の順番）で、次の内容で自己紹介をしてください。

- (1) 所属、名前
- (2) 第1回研修の感想と、今日の目標
- (3) その他、自由に

※充実した事例検討となるよう、皆様のご協力をお願いします。

****ここで5分間休憩します(14:25-14:30)****

4. 場面3「関係機関・職種と情報を共有する段階」の事例検討(14:30-15:15)

(1) 場面3と課題の説明(14:30-14:35)

【場面3の課題：「関係機関・職種と情報を共有する段階」】

Bさんの退院が、一週間後になりました。精神科病院に入院中の人の退院支援に関しては、退院前に精神保健福祉士などの病院職員が本人とともに退院後の住まいを訪問し、本人の意向や生活環境、家族関係などを考慮しながら調整を行う場合、「精神科退院前訪問指導料」として診療報酬の算定ができます。Eさん(Bさん担当の精神保健福祉士)は、この退院前訪問時に、Aさん担当の介護支援専門員であるCさんにも連絡をとり、自宅で、Bさん、同居するAさん(母親)、Cさん、Eさんの4人が顔を合わせ、退院後の生活について話す機会を設定しました。

(その場面のロールプレイを、この後、見ていただきます。)

この後、どのような形で関係機関・職種と情報を共有すれば、連続的な協力関係の展開につながっていくでしょうか。(i) Cさん、(ii) Eさんの立場になって、考えてみてください。

その際、◆どのような言葉がけ(セリフ調)、もしくは、◆どのような点に留意(態度・行動など、具体的に)すればいいか、実際の場面を想定して具体的に考えてください。

- ①個人ワーク(3分間)・・・一人あたり2つ(多くあればなお良い)具体的に挙げて、ワークシートに書き出してください。日頃の実施の有無に関わらず、自由に書き出してください。
- ②グループワーク(10分間)・・・グループ内で、(i) Cさん役、(ii) Eさん役の2組(各2~3人)に分かれて、個人ワークの内容を共有してください。共有後、その内容をもとに(+αしてよい)、その後の連続的な協力関係の展開につながるような、「よりよい形での情報の共有方法」をまとめてください。
- ③まとめた意見のロールプレイ(3分間)・・・②でまとめた意見をもとに、グループ内で、Cさん役1人、Eさん役1人でのロールプレイを行ってください。
(必要に応じて、他の登場人物の役を設定しても構いません)
役のないグループメンバーは、ロールプレイを観察してください。
- ④気づきの共有(6分間)・・・ロールプレイをやって(観察して)みての気づきを共有してください。
- ⑤代表グループ1つが、前に出てロールプレイ(3分間)・・・他の参加者は、観察してください。
- ⑥ポイントの確認(5分間)・・・講師が解説します。
- ⑦ポイント確認を踏まえて、各グループで行ったロールプレイの振り返り(よかった点の確認や、よりよい方法についての意見交換など)を行ってください。

(2) 場面3のロールプレイを見る (14:35-14:40)

【登場人物】

- ・Aさん・・・要介護の母 (77歳)
- ・Bさん・・・精神障害の息子 (50歳)
- ・Cさん・・・Aさんを担当する居宅介護支援事業所の介護支援専門員
- ・Dさん・・・地域包括支援センターの主任介護支援専門員
- ・Eさん・・・Bさんが通院している精神科病院の精神保健福祉士

<Aさん、Bさん、Cさん、Eさんの4人が、自宅にて話をする場面>

名前	会話の内容	メモ
Eさん	Bさん、退院が一週間後になりましたね。久しぶりのご自宅は、いかがですか。	
Bさん	早く退院したい。	
Eさん	そうですね、ご自宅に早く帰ってきたいですね。	
Bさん	(うなずく)	
Eさん	Bさんは、ご自宅に帰ってきてからは、どんな生活をしたいと思っておられますか。	
Bさん	うーん。前と同じ。	
Eさん	「前と同じ」というのは、例えば、どんなことでしょうか。	
Bさん	うーん。時々、本を買いに行って・・・。	(場面1の話題より)
Eさん	そうですか。本を買いに行ったりされたいんですね。	
Bさん	・・・スーパーにも行く。	(場面1の話題より)
Eさん	スーパーにも行かれるんですね。他に何かありますか。	
Bさん	・・・家にいたい。	
Eさん	ご自宅でゆっくり過ごされたいということですね。	
Bさん	(うなずく)	
Eさん	Bさん、ご自宅に帰られてからは、お母さんと二人での生活になりますね。お母さんのところには、以前から、ホームヘルパーが来たり、デイサービスの送迎が来たりしていたと思います。Bさんの退院後、ヘルパーやデイサービスの送迎についてはどう思われるか、気持ちを聞かせてもらえますか？	(場面1・2の話題より。入院前、Bさんがヘルパーや送迎を拒否。入院後、ヘルパーが家に入ってきたり、デイサービスで母親が家を不在にすることに納得していない、利用をやめてほしいと主張している。)
Bさん	(しばらく沈黙後、ぶげんとした感じで) 別に・・・。来てもいいですよ・・・。	(Bさんは退院したい一心。)

Cさん	Aさんの方は、いかがですか。	
Aさん	(心配そうに) できれば、私は今のヘルパーさんに来てもらえたらうれしいんですけど・・・。	(息子の悪化を心配し、サービス利用を控えることも考えている)
Cさん	そうですね、Aさんは、今のヘルパーさんが来るのを、楽しみにされていますよね。デイサービスの方はどうですか？	(場面2の話題より)
Aさん	はい・・・。できれば、行きたいんですけど・・・。	
Cさん	そうですね、デイサービスも、他に来られている皆さんとおしゃべりするの楽しいって、言われていましたよね。	(場面2の話題より)
Aさん	はい・・・。	
Cさん	Aさんは、ヘルパーも、デイサービスも、今までどおり利用を希望されるということで、いいでしょうか？	
Aさん	(しばらく沈黙し、うなづく)	
Eさん	Bさん、Aさん、お気持ちをきかせていただいてありがとうございました。私は、Cさんとも協力しながら、Aさん、Bさんの生活を支援していきたいと思っています。	
Cさん	そうですね、私も、お二人の生活を、支援していきたいです。	

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

雑誌論文

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
金子努、越智あゆみ	介護支援専門員からみた介護と精神科医療との連携に関する課題	精神保健福祉	通巻95号	p206-207	2013年9月
金子努、越智あゆみ、田中聡子、松宮透高、木太直人、増本由美子	精神保健福祉士の活動評価及び介入方法の開発と普及に関する研究～介護領域における精神科医療との連携に焦点を当てて～	精神保健福祉	通巻99号	p199-200	2014年9月
四方田清、伊東秀幸、斎藤敏靖、田村綾子、行實志都子、石田賢哉	精神保健福祉センターにおける精神保健福祉士必置の意義～精神医療審査会事務局強化に関する全国調査を中心に～	順天堂スポーツ健康科学研究	第6巻第1号	p27-33	2014年12月
伊東秀幸、斎藤敏靖、四方田清、田村綾子、行實志都子、石田賢哉	都道府県・政令指定都市における精神保健福祉士の配置等に関する調査研究	田園調布学園大 学紀要	第9号	p187-194	2015年3月

等があった。家族支援については96% (50名) が「必要」と回答した。今後の認知症治療や介護に対する説明やアドバイス、家族の精神的ケアを含めた個別相談、病状に合わせた生活支援、家族同士の交流等が必要とあった。

■ 考察

今回のアンケートから当院・PSWは、ケアマネが担当している認知症が疑われる方への受診調整、診断、治療のあり方、精神科病院における認知症の治療と福祉の連携、認知症の家族支援について、ケアマネのニーズを把握することができた。そこから、医師やPSWが、沖縄市介護支援専門員協会をはじめ、地域包括支援センターや在宅介護支援センターとの連絡会議や研修会に参加し、精神科病院における認知症の治療や支援についての連携をするため、定期的に勉強会をもち、ケースを通してお互い、意見交換することができている。そうしたことで、新規患者の病院受診までの相談や調整、また、受診時のインタークから検査、診察までの概要を説明することができ、当院の認知症治療・支援のイメージを知ってもらい、それが相互理解やネットワークの構築の場になるよう努めている。しかし、そのつながりもPSW個人の裁量に任されており、持続性や連携体制の構築には限界を感じる。高齢者や認知症領域では、自立支援法の下で実施されている、障がい者自立支援連絡協議会のように、医療と福祉の連携を継続的に図るための協議会が必要である。そうすることで、圏域内で顔の見える関係が構築され、これまで以上に認知症高齢者の治療や支援の幅が広がり、住み慣れた地域で本人の望む暮らしができるようになるのではないかと考える。

※報告について、当院、ならびに沖縄市介護支援専門員協会より口頭にて承諾を得ている。

分科会 1-③ 高齢者および家族への支援

【調査研究】

介護支援専門員からみた介護と精神科医療との連携に関する課題

○金子 努・越智あゆみ 県立広島大学

■ 報告の意図

本報告は、2012 (平成24) 年度厚生労働科学研究障害者対策総合研究事業 (精神障害分野) 「精神保健福祉士の活動評価及び介入方法の開発と普及に関する研究」の一環として行った精神科医療と介護の連携に関する調査研究の成果報告である。

1. 課題の設定

この研究事業では、介護分野における精神保健福祉士による効果的な介入方法の開発・普及の提案を図り、適正配置と適正評価の促進に資することを目的に、その論拠を示すことを課題としている。2012年度は、介護の側から、具体的には介護保険制度の要ともいわれている

介護支援専門員に焦点を当て、介護と精神科医療との連携の現状やその必要性について把握することを課題とした。

2. 研究の方法

2013 (平成25) 年度の本調査実施に向け、調査票の設計やインタビューガイド等作成のために、先行研究のレビューと予備調査を行った。予備調査については、全国のなかで先駆的な取り組みを行っている地域や事業所等を抽出し、可能な範囲で聞き取り調査等を実施した。

■ 結果の概要

先行研究のレビューを行った結果、困難事例を抱えている介護支援専門員は全体の約7割を占め¹⁾、その困難事例の特性の1つの要素として「精神疾患」があげられていた。また、本学が「社会人学び直し事業」の一環で行った介護支援専門員の調査²⁾では、「脳血管疾患、糖尿病」をもつ利用者に対して支援可能と答えた者が80%以上であったのに対し、「精神疾患」をもつ利用者に対して支援可能と答えた者は42.6%という結果であった。

一方、介護支援専門員と医療との連携に関する調査研究等 (2012) についてみると、その多くが医療との連携の不十分さを指摘したものであった。具体的には、医療的側面のアセスメント不足とサービス担当者会議等を通じた主治医との連携不足などである。こうした結果の背景に介護支援専門員の基礎資格として介護福祉士の人が増えており、医学的知識の不十分さを指摘している。

さらに、認知症高齢者の増加が声高に叫ばれる一方で、介護支援専門員と精神科医療 (あるいは精神保健福祉士) との連携に関する先行研究は少なかった。

予備調査については、6地域で実施した。地域包括支援センター、居宅介護支援事業所の介護支援専門員を対象に半構造化面接にて聞き取り調査した。そこで確認できたことは、地域包括支援センターに精神保健福祉士を配置する取り組みや精神科医療との連携を仕組みとして整備しているところが一部あったものの、多くは個別事例を通じて連携を図っている実態であった。

■ 結果の考察と結論

介護支援専門員の多くが、精神科医療との連携の必要性を感じていることがわかった。その一方で、連携の難しさを感じていることもわかった。精神保健福祉士等との連携は個別の事例を通じて行われているがその連携事例は少なく、精神保健福祉士を知らない介護支援専門員も少なくない。そして連携を図るための仕組みの整備が、ほとんどないのが実態であった。

現在、2025 (平成37) 年の地域包括ケアシステム確立に向け、保険者や地域包括支援センターが中心となって、医療と介護との連携を図る取り組みが各地で行われている。また、認知症高齢者のケアについては、精神科病院での入院対応から地域ケアへと大きくシフトする方向が打ち出されている。こうした状況を踏まえ、精神科

医療の現場にいる精神保健福祉士が、これから高齢者ケアの領域に積極的に参画していくことが求められるが、それを可能とする条件整備や何らかのツールの開発が、今後の課題と言えよう。

文 献

- 1) 三菱総合研究所：居宅介護支援事業所及び介護支援専門員業務の実態に関する調査研究. 2003.
- 2) 県立広島大学保健福祉学部：ケアマネジャーを対象とした再就職支援及びスキルアップ講座—社会人の学び直しニーズ対応教育推進プログラム委託業務成果報告書. 2010.

分科会 1-③ 高齢者および家族への支援

[実践報告]

自分らしい最期を支えるために

～人生の完成に寄り添うかかわりとは～

○長 原野 南部病院

はじめに

南部病院は沖縄県本島最南端の糸満市に位置する。2006（平成18）年に沖縄県立南部病院を社会医療法人友愛会が譲受した。緩和ケア病棟（21床）の他、一般治療病棟や回復期リハビリテーション病棟、亜急性期病棟など計198床の病床を有する。外来も内科や整形外科、外科、訪問診療科など14科あり、訪問看護ステーションや居宅介護支援事業所などの介護事業部も連動し在宅療養サポートも積極的に行う在宅療養支援病院である。

緩和ケアチームは2006年度よりスタート。チームメンバーは同一法人の急性期病院である豊見城中央病院や訪問看護ステーションなどにまたがる。その活動は、手術後の疼痛管理や化学療法の継続による副作用などへの支持療法、緩和ケア主体の療養への移行から終末期の看取りまでそれぞれの治療期に対応し、家族を含めた心理社会的なサポート、在宅療養の支援など多岐に渡っている。

緩和ケアとは

患者やその家族はがんと診断された時や治療の過程において再発や転移がわかった時など、さまざまな場面でつらさやストレスを抱えることが多い。そのような身体や心のつらさを和らげて、患者と家族が「その人らしく」過ごせるように治療や療養の場面に限らず日常生活におけるさまざまな場면을サポートするもの。

患者を病気の側面のみでとらえない。全人的苦痛（トータルペイン）をもたらず背景となる身体的、精神的、社会的、スピリチュアル（霊的）なそれぞれの苦痛について、医療やケア、サポートを積極的に行う。がんと診断されたら治療早期からかかわることで、患者と家族の療養や日常生活の質（QOL）を向上させることを目指す。

緩和ケアチームにおけるソーシャルワーカーの取り組みの経過

私は約2年前、このチームに加わった。当初は知識不足からがんの疫学やその治療経過の理解が浅く、精神保健福祉領域を中心としたこれまでの実践とのギャップに戸惑いを感じることも多かった。しかし、病棟で患者として過ごしている本人や家族の表情、つらさを緩和するための入院生活自体がつらくなっていても家族や医療スタッフに気を遣って言い出せない本人の葛藤、本人亡き後の家族の現実的な不安などに徐々に気づくことができた。医療スタッフではない私を感じていた無力感が和らいでいった。

入院生活において当たり前の日常生活を送ることがどれだけ貴重かということに気づき、「自分は医療スタッフではない、身体的な苦痛を取ることはできないがそれは主治医や看護スタッフが専門」「入院生活に退屈したり、家のことや人間関係で気疲れたりした時など話を聴かせてもらい、必要な情報を伝えることで何かを変えられるかもしれない」と患者や家族へソーシャルワーカーの役割を噛み砕いて説明できるようになった。同時に疾病理解や予後についての知識は院内外の研修等の機会への積極的な参加に加え、医療チーム他職種にその都度指導を受けていった。

このようなコミュニケーションを続けていくことによって、他職種との連携・協働にはやはりかかわる「量」が必要であることを感じた。緩和ケア病棟の開設においてはソーシャルワーカーの理解が進んだ実感がある。

人生の完成に寄り添うために

自分らしい最期を迎えるためには「その時」までなるべく自分らしく生きていくことが大切である。そこにどのように寄り添うのか。「がん患者の～さん」ではない姿をたくさん見つけ本人へ返す、毎日の生活や当たり前なことを大切に、一緒に楽しみを見つける。それらを行う方法は適当なものがなければつくる。

本人、家族が望むこと、望まないことを理解し、さまざまな社会資源とつながることができるように支援の流れや環境、関係性を整え、管理する。それらについて既存のものであっても不便なものは改善する、ないものはつくる。

このようにして患者、家族と「その時」が来るまで共に過ごすことがソーシャルワークの魂であると実感している。