

認知症の人への支援のあり方とその課題
～本人主体の支援を目指した連携とは～

—第二版—

2017(平成 29)年 12 月

発行：公益社団法人日本精神保健福祉士協会
編集：公益社団法人日本精神保健福祉士協会

「認知症」プロジェクトチーム

目 次

はじめに	1
I. 認知症の人の支援に関する実態調査の概要	2
1. 背景と目的.....	2
2. 方法.....	2
II. 退院を阻害する要因.....	4
1. 精神科医療機関・精神保健福祉士	4
2. 介護保険事業所等・精神保健福祉士.....	8
3. 考察.....	12
III. 連携を阻害する要因.....	14
1. 精神科医療機関・精神保健福祉士	14
2. 介護保険事業所等・精神保健福祉士.....	19
3. 考察.....	22
IV. 精神保健福祉士の役割と専門性.....	24
1. 精神科医療機関・精神保健福祉士	24
2. 介護保険事業所等・精神保健福祉士.....	28
3. 考察.....	30
V. 全体考察.....	33
おわりに	34
参考資料（インタビューガイド）	36
編集・執筆者.....	37

はじめに

2012（平成 24）年、公益社団法人日本精神保健福祉士協会（以下、本協会）は、「高齢精神障害者支援検討委員会」を設置し、その下部組織として「認知症班」を設置した。ここでは、認知症の人の支援にかかわる精神科医療機関と介護保険サービス事業所等の連携に焦点をあて、調査・研究に着手した。そして、2014（平成 26）年に「認知症の人の支援に関する実態調査」を実施し、精神科医療機関の属性と認知症の人への支援の内容および精神保健福祉士の認知症の人への関わりの程度や内容等について明らかにした。当該調査の詳細については、報告書（第 1 版）「認知症の人への支援のあり方とその課題 ～本人主体の支援を目指した連携とは～」にまとめている。

今回、上記のアンケート調査から導き出された要素をさらに検証するため、北陸（福井県・石川県・富山県）および近畿（滋賀県・奈良県・京都府・大阪府・和歌山県・兵庫県）の 9 府県内の精神科医療機関およびそこに在籍する認知症の人への支援に携わる精神保健福祉士と介護保険サービス事業所等に勤務する精神保健福祉士（本協会構成員）を対象に、聞き取り調査を実施した。

精神保健福祉分野にかかわらず、日本の近年の福祉施策は、地域包括ケアシステムの推進や包括的な相談支援体制の構築といった、「地域を基盤とした施策」に比重が置かれるようになってきている。この一連の潮流の背景には、激しい人口構造の変化を背景として、福祉課題の多様化、深刻化、潜在化が顕著となり、従来の福祉システムでは対応できなくなりつつあることを指摘することができる。当然、精神保健福祉士もこのような社会の変化と動向を見据えながら、地域の中でその専門性を発揮することが求められる。そして、今後、医療機関、地域の事業所がともに、地域の中で地域住民を巻き込んだ社会資源としての連携のあり方を再考することが、認知症の人の支援にもつながるものと考えられる。

本報告書は、今後の連携のあり方を再考するための一つの指標となるものである。

2016・2017 年度「認知症」プロジェクトチーム 野村恭代

I. 認知症の人の支援に関する実態調査の概要

1. 背景と目的

日本の精神保健福祉領域における課題として、精神科病院への認知症の人の入院率の増加や長期化等があげられる。そこで上記の現状を踏まえ、2014（平成 26）年に精神科医療機関および介護保険サービス事業所等（介護保険事業所等）に在籍する精神保健福祉士を対象として、認知症の人の支援のあり方並びに連携の実態に関する調査を実施した。今回分野別プロジェクト「認知症」では、精神科医療機関と介護保険サービス事業所等に連携の実際や認知症の人の退院促進を図るための精神保健福祉士の役割等についてインタビュー調査を行った。

2. 方法

（1）調査対象施設および調査対象者

本調査の対象は、2014（平成 26）年に行った、北陸（福井県・石川県・富山県）、近畿（滋賀県・奈良県・京都府・大阪府・和歌山県・兵庫県）の 9 府県内の精神科医療機関およびそこに在籍する認知症の人への支援に携わる精神保健福祉士と本協会構成員で介護保険サービス事業所等に勤務する精神保健福祉士の中で、インタビュー調査に同意を得た 10 機関（精神科医療機関 6 機関計 11 名、介護保険サービス事業所等 4 機関計 5 名）である。A 県立 B 病院対象者 1 名、医療法人 C 会 D 病院対象者 1 名、特定医療法人 E 会 F 病院対象者 3 名、医療法人 G 会 H 病院対象者 2 名、社会医療法人 I 会 J 病院対象者 2 名、医療法人 K 会 L 病院対象者 1 名、社会医療法人 M 市地域包括支援センター N 対象者 1 名、居宅支援事業所 O 対象者 1 名である。

（2）調査方法および調査実施時期

調査は訪問によるインタビュー調査を実施した。期間は 2015（平成 27 年）1 月～6 月である。そのインタビュー内容を録音および記録したものを逐語録へ作成し、K J 法にて分析した。なお、分析後にはデータおよび記録は破棄した。

（3）調査内容

下記のような内容でインタビュー調査を実施した。

- ① 退院を阻害する要因
 - ・本人に関する要因
 - ・家族に関する要因
 - ・環境に関する要因
- ② 他機関との連携を阻害する要因
 - ・連携の内容
 - ・連携を阻む要因
 - ・工夫していること
- ③ 精神保健福祉士の役割と専門性
 - ・業務内容
 - ・精神保健福祉士の役割

(4) 倫理的配慮

本調査実施にあたっては、大阪市立大学大学院生活科学研究科内に設置する研究倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号 14-34）。また、個人名や特定の地域情報が明らかにならないよう配慮し、プライバシー保護に基づく処理を行い本研究の目的にのみ結果を使用することを文書に明記した。

(5) 分析の視角

以下の観点から分析を行った。

- ① 本調査の目的に則した回答を抜粋し採用した。本調査とは関係性を見出すことのできない内容に関しては、結果には掲載していない。
- ② 事実関係や状況の認識において違いのあるものに関しては、相違点が明らかとなる形で提示した。
- ③ 明らかに事実誤認であると認められるものや、ある事象に対する一方的な解釈に関しては、必要と思われるもの以外、基本的には削除した。

II. 退院を阻害する要因

1. 精神科医療機関・精神保健福祉士

表 II - 1 退院を阻害する要因 精神科医療機関・精神保健福祉士

《グループ》	〈サブグループ〉
《家族》	1 〈家族の力〉 2 〈不安〉 3 〈身寄りがない〉 4 〈拒否〉 5 〈距離・年齢〉 6 〈理解〉 7 〈キーパーソン〉
《退院先》	
《入所施設の限界》	1 〈要介護〉 2 〈施設の力量〉 3 〈特養待ち〉 4 〈身体合併症〉 5 〈老健における医療の仕組み〉
《在宅サービスの限界》	1 〈在宅サービスの量〉 2 〈在宅の社会資源〉
《本人の症状》	1 〈迷惑行為〉 2 〈周辺症状〉
《活用》	1 〈民生委員〉 2 〈パス等（院内の資源）〉 3 〈サービス〉
《経済的な問題》	1 〈年金で施設費用がまかなえない〉 2 〈選択肢〉 3 〈家族の経済力〉
《精神保健福祉士の課題》	1 〈かかわりの不足〉 2 〈情報不足〉 3 〈経験値の不足〉 4 〈家族支援〉
《地域》	1 〈見守りの体制〉

2 <地域差>

3 <理解>

4 <地域性>

《病院へのアクセス》

《精神科への理解》

《長期化》

《関係性》

(1) 退院を阻害する要因

1) 精神科医療機関・精神保健福祉士

①家族

このグループは「家族の力」「不安」「身寄りが無い」「拒否」「距離・年齢」「理解」「キーパーソン」の7つのサブグループに分かれる。

「家族の力」は「家族が脆弱」「協力度によってかなり変わってくる」といった記述から構成される。「不安」は「(家族に)入院前のしんどさが残っている」「恐怖」「周りの目が怖い」といった記述から構成される。「身寄りが無い」は「家族が全くいない」「単身」といった記述から構成される。「拒否」は「家族が施設入所を希望」「面会にこない」「家族が入院継続を希望する」「入院費の支払いが難しい」といった記述から構成される。

「距離・年齢」は「家族も高齢」「遠方に住んでいる」「仕事で多忙」といった記述から構成される。「理解」は「本人への暴言」「本人が認知症だと理解できない」といった記述から構成される。「キーパーソン」は「子どもが多い」という記述のみだった。

退院支援をする時に家族が様々な影響を与えている。「不安」「拒否」「理解」は本人と家族との関係性の中で生みだされた感情であり、それらを解きほぐしていくには時間をかけた精神保健福祉士の家族支援が必要となる。また、「身寄りが無い」「距離・年齢」など解決できない要因もあり、認知症の人の孤立化がみてとれる。

②退院先

このグループはサブグループを持たず、「サ高住や有料老人ホームが多い」「在宅に戻るの3割程度」「老健」といった記述から構成される。いずれも退院先は施設入所が大半であることを示唆しており、認知症の人が在宅で暮らすことの困難さが伺える。

③入所施設の限界

このグループは「要介護」「施設の力量」「特養待ち」「身体合併症」「老健における医療の仕組み」の5つのサブグループに分かれる。

「要介護」は「要介護度が低くて特養に入れない」といった記述から構成される。「施設の力量」は「施設の力量差が出る」といった記述から構成される。「特養待ち」は「順番が回ってこない」「在宅の人が優先される」といった記述から構成される。「身体合併症」は「インシュリンなど医療行為が必要な人は受け入れてくれない」といった記述から構成される。「老健における医療の仕組み」は「必要な薬が使えない」「医療現場と介護現場における医療の認識が違う」といった記述から構成される。

高齢化に伴い様々な身体合併症を抱える人が増えるのは必然であるが、退院先の施設が質・量ともに追いついていないことや、「老健では必要な薬が使えない」など制度上改善すべき点も挙げられている。

④在宅サービスの限界

このグループは「在宅サービスの量」「在宅の社会資源」の2つのサブグループに分かれる。

「在宅サービスの量」は「選択肢が少ない」「(単身生活者には) サービス量が少ない」「ショートステイやデイサービスがとれない」といった記述から構成される。「在宅の社会資源」は「夜間や休日の見守り体制がない」「認知症をメインにした資源が少ない」といった記述から構成される。認知症の人が単身で在宅生活を送るには現状の社会資源では不足している状況がみてとれる。

⑤本人の症状

このグループは「迷惑行為」「周辺症状」の2つのサブグループに分かれる。

「迷惑行為」は「火の不始末」「近隣への迷惑をかける」といった記述から構成される。「周辺症状」は「暴言・暴力」「夜間不眠」「介護抵抗が激しい」といった記述から構成される。

「迷惑行為」は中核症状に起因したものがあげられており、認知症の人が在宅で生活することの難しさがみてとれる。また、周辺症状は精神科医療の対象であるものの、入院をへてもなお解消されていないことがわかる。

⑥活用

このグループは「民生委員」「パス等(院内の資源)」「サービス」の3つのサブグループに分かれる。

「民生委員」は「民生委員への啓発」「民生委員を通じてうまく話がとおる」といった記述から構成される。「パス等」は「パスがあれば良い」「退院支援委員会も活用」といった記述から構成される。「サービス」は「介護から離れる時間を作る」「障害福祉サービスを併用する」といった記述から構成される。

ケアの質の均一化や様々な社会資源を駆使して認知症の人を支えようとする姿勢がみられる。

⑦経済的な問題

このグループは「年金で施設費用がまかなえない」「選択肢」「家族の経済力」の3つのサブグループに分かれる。

「年金で施設費用がまかなえない」は「特養の費用なら払える」「入院費の方が安いいため入院費なら払える」といった記述から構成される。「選択肢」は「年金が多いと選択肢が広がる」「生活保護の人は選択肢が減る」といった記述から構成される。「家族の経済力」は「家族が費用負担できない」「家族で(経済的な)支援はできない」といった記述から構成される。

本人の年金が少なく、家族の経済的支援も得られない人は、退院にあたって選択肢が狭まるなど、経済状況が退院に大きな影響を与えることがわかる。

⑧精神保健福祉士の課題

このグループは「関わりの不足」「情報不足」「経験値の不足」「家族支援」の4つのサブグループに分かれる。

「関わりの不足」は「退院の話までは家族に接触していない」「きょうだいに支援を要請できない」といった記述から構成される。「情報不足」は「精神保健福祉士が直接施設を見に行かない」「ある程度普通の付き合いがあると分かる」といった記述から構成される。

「経験値の不足」は「認知症の人の一人暮らしを支援したことがない」「感覚的にやっている」といった記述から構成される。「家族支援」は「(入院が) 自分の責任だと思う家族もいる」といった記述から構成される。

「関わり不足」「家族支援」など、精神保健福祉士は家族への支援に課題を感じていることがわかる。

⑨地域

このグループは「見守りの体制」「地域差」「理解」「地域性」の4つのサブグループに分かれる。

「見守りの体制」は「地域の方が見てくれたらいい」「地域にいる主になる人を見つけるのがポイント」といった記述から構成される。「地域差」は「地域の支援体制に地域差がある」といった記述から構成される。「理解」は地域への啓発活動を意味する「草の根運動」「近所の(住民の)理解や知識」といった記述から構成される。「地域性」は「地域性」「認知症を理解しすぎて敢えて通報しない」といった記述から構成される。

地域住民等のインフォーマルな社会資源が認知症の人の在宅生活を支えるという認識のもと、地域への啓発活動の必要性を強く感じていることが伺える。

⑩精神科への理解

このグループはサブカテゴリを持たず、「精神疾患への理解」「地域や周りが精神科のことを分かってもらえたら」「精神科というだけでもワンランク落ちることになる」といった記述から構成される。

昨今、認知症の人が精神科医療と接点を持つことも多くなっているが、精神科医療への理解はまだ浸透していない現状がみえる。

⑪長期化

このグループはサブカテゴリを持たず、「(入院期間を) 何か月と決めない」「長期化している要因がわからない」「精神科で長期入院していて認知症を合併すると家族関係が希薄」「メスの入れようがない」「退院の促しだけでは動かない」といった記述から構成される。

入院が長期化することにより、その原因が不明確になったり、家族や社会との関係が希薄になり、その結果、退院支援が進まないという現状がみてとれる。

⑫関係性

このグループはサブカテゴリを持たず、「本人と家族との関係性が悪い」「一切関わりたくない」といった記述から構成されている。

⑬病院へのアクセス

このグループはサブカテゴリを持たず、「通院で車が必要」「高齢の家族が車に乗れない」といった記述から構成される。認知症の人が通院する時、高齢の家族が本人と一緒に公共交通機関を利用することは困難であり、必要な治療を継続して受けることが困難となっていることがわかる。

2. 介護保険事業所等・精神保健福祉士

表Ⅱ－２ 退院を阻害する要因 介護保険事業所等・精神保健福祉士

《グループ》	〈サブグループ〉
《長期化》	1 〈社会的入院〉 2 〈入院のタイミング〉
《行政》	1 〈行政の課題〉 2 〈行政の役割〉
《医療機関の課題》	1 〈支援方針がない〉 2 〈入院の目的が不明瞭〉 3 〈家族への配慮の欠如〉 4 〈生活の視点の欠如〉
《通院が困難》	1 〈ハード面〉 2 〈制度面〉
《本人の状態》	1 〈周辺症状〉 2 〈中核症状〉 3 〈迷惑行為〉 4 〈特性〉 5 〈本人の気持ち〉 6 〈本人要因なし〉
《Drの力不足》	
《専門職の役割》	1 〈家族支援〉 2 〈本人支援〉
《専門職の課題》	1 〈実践の課題〉 2 〈勉強不足〉 3 〈経験不足〉 4 〈精神科P S Wの課題〉
《地域資源》	1 〈受け皿不足〉 2 〈地域資源の活用〉 3 〈力量の差〉
《ハード面》	
《地域》	1 〈レッテル〉 2 〈地域エゴ〉

- 3 <不安>
- 4 <地域力>
- 5 <報道の影響>
- 6 <地域の取組み>
- 7 <サービスの弊害>
- 8 <サービス利用への安心感>

 《啓発》

《家族》

- 1 <体験に基づく不安>
- 2 <家族構成>
- 3 <医療への拒否>
- 4 <施設希望>
- 5 <気持ちの折り合い>
- 6 <マンパワー>
- 7 <拒絶>
- 8 <世間体>
- 9 <見たくないけどお金はほしい>

2) 介護保険事業所等・精神保健福祉士

①長期化

このグループは「社会的入院」「入院のタイミング」の2つのサブグループに分かれる。「社会的入院」は「入院目的が家族との分離」といった記述から構成される。「入院のタイミング」は「重症になってからの入院が多い」「治療で解決できる問題ではない」といった記述から構成される。精神症状への治療ではなく社会的要因が入院目的となったり、問題が複雑化してからの入院が長期化につながるものが伺える。

②行政

このグループは「行政の課題」「行政の役割」の2つのサブグループに分かれる。「行政の課題」は「包括の後ろに行政がある」「行政が包括に丸投げすると困る」といった記述から構成される。「行政の役割」は「介護保険では対応できない」「見守り体制づくりは行政の役割」といった記述から構成される。行政から包括へのバックアップ体制が不十分だと感じていること、認知症の人の支援には更なる制度改革の必要性を感じていることが伺える。

③医療機関の課題

このグループは「支援方針がない」「入院の目的が不明瞭」「家族への配慮の欠如」「生活の視点の欠如」の4つのサブグループに分かれる。「支援方針がない」は「期限を区切らないと入院が長期化する」といった記述から構成される。「入院の目的が不明瞭」は「入院目的があいまい」「入院目的以外の状態に陥った時に修正ができない」といった記述から構成される。「生活の視点の欠如」は「家族や地域の受け皿のことを医療機関が考えるのが苦手」「入院してから先のことを考えようとすると長期化する」といった記述から構成される。「家族への配慮の欠如」は「病院は入院前にリスクばかり説明するので家族が怖気づく」といった記述から構成される。

入院時・入院中・退院前において支援計画の在り方や示し方に課題を感じていることが伺える。

④通院が困難

このグループは「ハード面」「制度面」の2つのサブグループに分かれる。

「ハード面」は「通院の交通手段がない」といった記述から構成される。「制度面」は「介護保険でハードルがある」「他科と併用して居宅療養をとれない」といった記述から構成される。

地域差はあるが、通院を継続することの困難さがみてとれる。また、通院についても現行の制度では不十分であることがわかる。

⑤本人の状態

このグループは「周辺症状」「中核症状」「迷惑行為」「特性」「本人の気持ち」「本人要因なし」の6つのサブグループに分かれる。

「周辺症状」は「家族に対しての妄想」「暴力」「徘徊」といった記述から構成される。「中核症状」は「薬が飲めない（忘れてしまう）」といった記述から構成される。「迷惑行為」は「火の不始末」といった記述から構成される。「特性」は「状態の変化がある」といった記述から構成される。「本人の気持ち」は「本人が家に帰るというイメージが持ちにくい」「本人が退院後の生活のイメージを持ちづらくなる」といった記述から構成される。

「本人要因なし」は「本人の要因はない」といった記述から構成される。

単身生活の認知症の人は中核症状が在宅生活のハードルとなることがわかる。入院という環境変化によって本人の症状が進行することを危惧していることも伺える。

⑥Drの力不足

このグループはサブカテゴリを持たず、「確定診断がされていない」「認知症専門医が少ない」といった記述から構成される。

確定診断がされないまま経過している現状や、専門医が少ないことで通院治療の確保が難しいことが伺える。

⑦専門職の役割

このグループは「家族支援」「本人支援」の2つのサブグループに分かれる。「家族支援」は「本人だけを支援しても退院は難しい」「病院の精神保健福祉士が本人の代弁者、地域支援者が家族の代弁者となる」といった記述から構成される。「本人支援」は「カンファレンスに本人の生活に関わっていた人を連れていく」「伴走者としての役割」といった記述から構成される。

地域支援者は本人と家族、両者への支援を念頭においていることが伺える。

⑧専門職の課題

このグループは「実践の課題」「勉強不足」「経験不足」「精神科・精神保健福祉士の課題」の4つのサブグループに分かれる。

「実践の課題」は「個別事例の積み上げ」「専門職の関わりで地域が変わる」といった記述から構成される。「勉強不足」は「専門職の勉強不足」といった記述から構成される。「経験不足」は「認知症を知らない人が支援者となっていることもある」といった記述から構成される。「精神科・精神保健福祉士の課題」は「病院の中で見る本人しか見えていない」「視野狭窄」といった記述から構成される。

知識や経験不足など専門職の課題が初歩的な段階であることが伺える。

⑨地域資源

このグループは「受け皿不足」「地域資源の活用」「力量の差」の3つのサブグループに分かれる。

「受け皿不足」は「施設の受け入れ環境の問題」「在宅の社会資源が少ない」といった記述から構成される。「地域資源の活用」は「介護の工夫」といった記述から構成される。

「力量の差」は「施設の介護力の差」といった記述から構成される。

認知症の人の地域資源が在宅でも施設でも課題を抱えていることが伺える。

⑩ハード面

このグループはサブカテゴリを持たず、「24 時間みられない」「エレベーターがない」といった記述から構成される。

⑪地域

このグループは「レッテル」「地域エゴ」「不安」「地域力」「報道の影響」「地域の取り組み」「サービスの弊害」「サービス利用への安心感」の8つのサブグループに分かれる。

「レッテル」は「認知症のことを知らないから怖い」「地域住民が恐怖心を持っている」といった記述から構成される。「地域エゴ」は「見守りが一生懸命な地域ほど難しい」といった記述から構成される。「不安」は「何かあったらどうしよう」「迷惑をかけられたら困る」といった記述から構成される。「地域力」は「地域の持つ懐の広さ」といった記述から構成される。「報道の影響」は「JRの徘徊事故の判決が影響している」といった記述から構成される。「地域の取り組み」は「見守り支援」「自治会の頑張り」「最初に見つけるのは地域の人」といった記述から構成される。「サービスの弊害」は「介護サービスを利用すると近所の人を手を引く」といった記述から構成される。「サービス利用への安心感」は「介護サービスを利用しているなら地域住民に受け入れられる」といった記述から構成される。

サービス利用や見守り支援がプラスにもマイナスにも働くことが伺える。また、このグループは多くのサブグループに分けられており、「地域」が与える影響力の大きさをみてとれる。

⑫啓発

このグループはサブカテゴリを持たず、「普段から認知症の啓発」「周知が不十分」といった記述から構成される。認知症の啓発活動の必要性を強く感じていることが伺える。

⑬家族

このグループは「体験に基づく不安」「家族構成」「医療への拒否」「施設希望」「気持ちの折り合い」「マンパワー」「拒絶」「世間体」「みたくないけどお金はほしい」の9つのサブグループに分かれる。

「体験に基づく不安」は「認知症は治らない」「入院前の状況がフラッシュバックする」「どんどん悪くなるというイメージ」といった記述から構成される。「家族構成」は「単身が多い」「家族が現役世代だけ」といった記述から構成される。「医療への拒否」は「薬を飲ませることを家族が拒否」「家族が認知症病棟への入院を拒否」といった記述から構成される。「施設希望」は「家族が施設入所を希望」といった記述から構成される。「気持ちの折り合い」は「家族が本人に寄り添っていけるか」「家族が本人をどこまで許せる

か」といった記述から構成される。「マンパワー」は「本人に手をかけられない」といった記述から構成される。「拒絶」は「もうみたくない」といった記述から構成される。「世間体」は「家族が認知症の本人を隠したい」といった記述から構成される。「みたくないけどお金は欲しい」は「家族同士で本人のお金を取り合いする」といった記述から構成される。家族が抱える心情が入院後も継続し、退院時にも影響を与えること、家族の脆弱性がみてとれる。

3. 考察

(1) 精神科医療機関 退院阻害要因考察「地域」のカテゴリは「精神科への理解」「本人の症状」のカテゴリと相反関係にあり、認知症の人が在宅生活をする際の困難さがみてとれる一方で、精神保健福祉士は地域住民等のインフォーマルな社会資源に期待している内容もみてとれる。

「経済的な問題」は精神科医療機関・精神保健福祉士が退院先を施設と想定しており、経済事情によって入所先の選択肢が狭まったり、入院費用のほうが入所費用より安価であると退院支援がすすまない現状がみてとれる。

「入所施設の限界」では認知症高齢者が精神的・身体的両面における必要な医療が現行制度では補いきれていないことや、経済事情等のニーズに見合った社会資源が用意されていないと考えられる。「退院先」は「経済的な問題」「家族」「本人の症状」「在宅サービスの限界」からの一方向の関係がみられ、更に「退院先」「病院へのアクセス」は「長期化」への一方向の関係がみてとれた。

経済力も含めた家族のあり方や家族の本人への陰性感情、周辺症状を主とした本人の症状が認知症の人の退院に大きく影響しており、ひいては入院の長期化につながっていると考えられる。

「長期化」のカテゴリは「入所施設の限界」「精神保健福祉士の課題」と負の相関関係がみられた。「精神保健福祉士の課題」では「活用」「家族」への一方向の関係がみられ、「本人の症状」とは負の相関関係がみられた。家族支援や症状も含めた本人理解、フォーマル・インフォーマルの社会資源の活用や均一化された退院支援システムが精神保健福祉士の課題であり、それらの課題克服が入院の長期化を解消する一手になると考えられる。一方で「精神保健福祉士の課題」と「地域」との相関関係はみてとれず、精神科医療機関・精神保健福祉士が地域を意識した課題設定を念頭においていないことが伺える。また、ケアマネージャーや地域包括支援センター職員等の本人を支援してきた人たちのカテゴリが見られなかった。これは精神科医療機関・精神保健福祉士が退院先を入所施設と想定していることも影響していると思われるが、入院前の本人や、本人をとりまく環境、本人が暮らす地域の実態を知ろうとする姿勢が欠けているとも考えられる。

本人が入院前の生活を正確に語ることが難しい認知症の人を支援する時に、家族も含めて本人をこれまで支えてきた人たちからの情報収集や、その人たちの思いを聞くことは本人の支援につながる第一歩である。その一歩を基盤にした支援計画の作成が行われ、医療機関だけでなく本人・家族や地域支援者とも確認しながら進める退院支援が有効であると考えられる。

(2) 介護保険事業所等 退院阻害要因考察

「地域」のカテゴリでは、サブカテゴリ内の相関関係や「家族」のサブカテゴリとの相関関係がみられ、地域の認知症への理解が認知症の人の家族にも影響を及ぼしていることがみてとれた。地域の在り方によっては退院阻害要因になりうると精神保健福祉

士が考えており、介護保険事業所等・精神保健福祉士が地域住民等と身近に関わることで、地域課題を読み取り、それに対する方策も具体的に考えていることがわかる。

「啓発」から「地域」カテゴリ内の<不安>への一方向の関係がみられることから、精神保健福祉士は啓発活動によって地域の認知症への理解が促進されると考えていることがわかる。「長期化」は「医療機関の課題」と負の相関関係がみられ、「家族」「通院が困難」からの一方向の関係がみられた。家族への心理的支援や支援計画の策定により入院目的を明確にすることや、退院後の通院手段の確保が入院の長期化を防ぐことにつながると考えられる。また、「長期化」のサブカテゴリに「社会的入院」が挙げられている。精神科医療は虐待や経済的課題により在宅生活に支障が生じた時の避難先ではない。社会的入院という認識のもと入院依頼をしたり、入院継続をすることには問題はある。受け皿不足は否めないが、精神保健福祉士自身がそのことを再認識し、社会的な事情による入院の長期化は避けるための方策をたてるべきではないかと考える。

(3) 比較考察

「本人」のカテゴリでは精神科医療機関・精神保健福祉士が本人の症状のみを挙げていることに対し、介護保険事業所等・精神保健福祉士のサブカテゴリには「本人の気持ち」が挙げられている。記憶があいまいな認知症の人との関係性を築き、本人の意志を確認する作業は困難を極めることもある。家族の意向が優先されることも往々にあるが、一瞬一瞬であっても認知症の本人が何を感じ、何を希望するのかを丁寧に確認することは欠かすことができない作業である。

「家族」のカテゴリでは介護保険事業所等・精神保健福祉士のほうが、家族の心情を具体的に推し量るサブカテゴリ内容が多く挙げられている。また、両者ともに入院前からの家族の本人への陰性感情が入院後も継続することで退院にも影響を及ぼすという認識を持っている。精神科医療機関・精神保健福祉士には、家族を支援することで本人と家族との関係性にも変化をもたらす可能性があるという認識のもと、家族が抱える様々な感情や不安をまずは受けとめる姿勢が求められる。

更に、両者共通のサブカテゴリで「単身者」「家族が疎遠」といった内容が挙げられた。在宅生活においても施設生活においても、このような人たちの退院後の生活における権利擁護も含めた地域での見守り体制などは不十分である。他職種や地域住民と協働した体制づくりに精神保健福祉士も専門職として参画していく必要があると考える。

精神科医療機関・精神保健福祉士と介護保険事業所等・精神保健福祉士のカテゴリの中で、「地域資源（の不足）」「病院へのアクセス」では両者の内容は一致している。認知症の人の在宅生活を支える社会資源の不足や、各事業所・入所施設の力量差、退院後の通院継続の困難さを両者が感じていることがわかる。介護保険事業所等・精神保健福祉士の回答では、地域の認知症への理解が家族にも影響を及ぼしていることを示唆しており、認知症の人やその家族が暮らしやすい地域づくりのために、より一層の啓発活動が必要であると考えられる。

Ⅲ. 連携を阻害する要因

1. 精神科医療機関・精神保健福祉士

表Ⅲ-1 連携を阻害する要因 精神科医療機関・精神保健福祉

《グループ》	〈サブグループ〉
《システム・仕組み》	1 〈システム・仕組みが欲しい〉 2 〈共通パスが欲しい〉 3 〈パス不要〉 4 〈独自のルール〉 5 〈マニュアルが欲しい〉 6 〈窓口が欲しい〉
《ネットワークづくり》	1 〈機会〉 2 〈講演会、勉強会〉 3 〈会議〉 4 〈願望〉
《連携の工夫》	1 〈場づくり〉 2 〈相手への気遣い〉 3 〈発信〉 4 〈対等〉 5 〈相互理解〉 6 〈家族〉 7 〈専門性〉 8 〈窓口〉 9 〈直接〉 10 〈信頼関係〉
《連携の実際》	1 〈入院時〉 2 〈入院中〉 3 〈退院時〉 4 〈介護認定〉 5 〈受診〉 6 〈ケアマネの姿勢〉 7 〈ケースに応じて〉
《連携の課題》	1 〈開業医との連携〉 2 〈待ち〉 3 〈課題なし〉 4 〈地域包括支援センターとの連携〉 5 〈院内調整〉 6 〈わからない〉 7 〈難しい〉

	8 <ずれ>
	9 <キャパ>
	10 <機会がない>
《本人》	
《地域への期待》	
	1 <タイミング>
	2 <地域で支える>
《万量》	
	1 <施設>
	2 <ケアマネ>
	3 <包括>
	4 <連携相手の資質>
《入院への過剰期待》	
《連携相手》	
	1 <家族>
	2 <施設>
	3 <生保>
	4 <包括>
	5 <ケアマネ>
	6 <その他>
《連携が少ない相手》	
	1 <保健所>
	2 <行政>
	3 <施設>

(1) 連携を阻害する要因

1) 精神科医療機関・精神保健福祉士

①システム・仕組み

このグループは「システム・仕組みが欲しい」「共通パスが欲しい」「パス不要」「独自のルール」「マニュアルが欲しい」「窓口が欲しい」の6つのサブグループに分かれる。

「システム・仕組みが欲しい」は「システムがあればすごく楽」「地域包括と病院が連携できるシステムづくり」といった記述から構成される。一方で「システムがしっかりすればするほど、融通がきかなくなる」といった記述もあった。「共通パスが欲しい」は「共通のパスがあればよい」といった記述から構成される。「パス不要」では「項目が多い、活用されていない」といった記述から構成される。「独自のルール」では「初診時のシートを作成している」といった記述から構成される。「マニュアルが欲しい」は「マニュアルどおりに動いたら楽」といった記述から構成される。「窓口が欲しい」は「相談できる窓口」といった記述から構成される。

連携パスやシステムを使用することが連携をスムーズにおこなうために必要と考えている反面、連携パスやシステムを利用することで融通がきかなくなる、項目が多すぎて面倒であるといった思いも感じられた。負担なく、自由度があるシステムや連携パスが必要だと考えられる。

②ネットワークづくり

このグループは、「機会」「講演会、勉強会」「会議」「願望」の4つのサブグループに分かれる。

「機会」は「それぞれの情報がやりとりできる機会が多いほうがいい」といった記述から構成される。「講演会、勉強会」は「包括ケアマネ向けの講演会」「精神保健福祉士と看護師で講演会を開く」「医師会との連携」といった記述から構成される。「会議」は「ネットワーク会議」「認知症の連絡会」といった記述から構成される。「願望」は「ネットワークができればよい」といった記述から構成される。

精神科医療機関からネットワークづくりのために講演会や会議を行なっていることがわかる。

③連携の工夫

このグループは「場づくり」「相手への気遣い」「発信」「対等」「相互理解」「家族」「専門性」「窓口」「直接」「信頼関係」の10のサブグループに分かれる。

「場づくり」は「病院のスタッフと地域のスタッフの橋渡し」「特に退院前にカンファレンスを開く」といった記述から構成される。「相手への気遣い」は「気配り」「業務外だろうと思いついて手伝ってもらおう」といった記述から構成される。「発信」は「できるだけ、連絡するようにする」「こちらから発信する」といった記述から構成される。「対等」は「お気軽に敷居を低く」や「病院のほうが一段高いところからという雰囲気がある」といった記述から構成される。「相互理解」は、「特殊な病院なので入院のルールとかを認識してもらおう」や「認知症のことも精神科のこともわかってもらうことが大切」といった記述から構成される。「家族」は「家族とその関係機関と密接にするようにする」や「家族を知ってもらおうと連携がスムーズ」といった記述から構成される。「専門性」は「具体的に対応できるのは現場レベル」「それぞれの職種が自分達の意見を言えるようにしている」といった記述から構成される。「窓口」は「ナースとワーカーで顔つなぎをする」「ケアマネと連携できると事業所全体にルールが伝わる」といった記述から構成される。「直接」は「口で説明するより、見に来てもらう」や「入院後も頻回に来てもらって連携をとる」といった記述から構成される。「信頼関係」は「信頼関係で成り立っている」「ちょうど良い距離感で見ておく」といった記述から構成される。

精神科医療機関・精神保健福祉士から積極的に連携するために工夫し相手を気遣う一方、カンファレンスの場を設定し、看護・介護と地域の専門機関をつなぐことだけが連携の工夫だと感じていることもわかる。

④連携の実際

このグループは「入院時」「退院時」「入院中」「介護認定」「受診」「ケアマネの姿勢」「ケースに応じて」の7つのサブグループに分かれる。

「入院時」は「かかりつけ医から具合が悪くなった時に連絡をいただく」といった記述から構成される。「退院時」は「退院する具体的な話は出たとき」「サービス利用の打ち合わせはする」といった記述から構成されている。「入院時」は「経過報告は向こうから言われたらしている状況」「何か連絡があれば連絡をとる」といった記述から構成される。「介護認定」は「介護認定をしてもらうことからまず始める」「認定調査時に施設の情報を聞く」といった記述から構成される。「受診」は「受診相談が多い」「診察時の参考に連絡もらう」といった記述から構成される。「ケアマネの姿勢」は「自分の業務ではないと言われた」や「入院したので後はお願いしますと言われる」といった記述から構成される。「ケースに応じて」は「ケースケースに応じてやっている」「個別に対応している」

といった記述から構成される。

介護保険事業所等・精神保健福祉士との連携の実際は、精神科医療機関・精神保健福祉士は入院や退院といった実際に連携が必要になった時に動くという、積極的な連携ではなく、必要最低限の連携でとどまっていることが多いと感じられる。またケアマネジャーの診療報酬の関係から、入院してしまうとケアマネジャーと連携しづらい状況にあることもわかった。

⑤連携の課題

このグループは「開業医との連携」「待ち」「課題なし」「地域包括支援センターとの連携」「院内調整」「わからない」「難しい」「ずれ」「キャパ」「機会がない」の10グループに分かれる。

「開業医との連携」は「誤解はまだまだ開業医にある」「医療機関同士と開業医との関係はナーバス」といった記述から構成される。「待ち」は「問題が起きたときに対応する」「こちらから積極的に集まろうとしない」「普段からお互いに連絡とったりはしない」といった記述から構成される。「課題なし」は「要因は思いつかない」といった記述から構成される。「地域包括支援センターとの連携」は「地域包括支援センターともう少し連携が必要」「地域包括支援センター側は本当は自分たちに相談したいけど我慢している」といった記述から構成される。「院内調整」は「内部の調整がなかなか難しい」といった記述から構成される。「わからない」は「どこに次につないでいいかわからない」「連携の取り方がわからない」といった記述から構成される。「難しい」は「情報のやり取りの難しさ」といった記述から構成される。「ずれ」は「それぞれの立場の見方がある」「病院が思う状態と地域が思う状態にすごいズレがある」といった記述から構成される。「キャパ」は「依頼される対応だけで目一杯」「情報発信する余裕がない」「ケアマネも忙しい」「ケアマネ自身が一杯一杯になっている」といった記述から構成される。「機会がない」は「在宅というケースは少ない」「家という人は本当に少ない」といった記述から構成される。

精神科医療機関・精神保健福祉士は連携の課題として、自身の多忙さや連携先の知識不足から、なかなか連携がとれていないと感じている。また退院するケース自体が少なく、連携がないといった意見もあった。積極的な連携が行われておらず、なにか起きれば連携するといった待ちの姿勢が多いこともわかった。また、精神科医療機関・精神保健福祉士は事業所と支援の方針のズレを感じていることがわかった。

⑥本人

このグループはサブグループを持たず、「認知症本人の訴えがない」「患者さんが何を困っているのかを聞き取れない」「本人が精神科病院に抵抗がある」といった記述から構成される。精神科医療機関・精神保健福祉士は認知症本人の思いをなかなか聞き取れず、ニーズの把握ができていないと感じていることが伺えた。

⑦地域への期待

このグループは「タイミング」「地域で支える」の2つのサブグループに分かれる。「タイミング」は「もうちょっと早く受診や相談をしてくれれば」「家族が限界ギリギリで入院させてくださいと言う」といった記述から構成される。「地域で支える」は「まず地域でやれないかと提案する」「主体は病院でない場合もある」「ケアマネに入院のかわりに何かないかを考え一緒にやっていく」といった記述から構成される。入院のタイミングが遅すぎないように連携していきたいという思いがあり、早期受診や

連携を行うことで、地域で支えることができるのではないかという期待を感じられた。

⑧力量

このグループは「施設」「ケアマネ」「包括」「連携相手の資質」の4つのサブグループに分かれる。

「施設」は「施設での対応困難」「限界を越えた方はほとんどみない施設がある」「施設の力量」といった記述から構成される。「ケアマネ」は「ケアマネによって力量や温度差がある」「サービスがうまく調整できない」といった記述から構成される。「包括」は「包括がお手上げと言う」「包括には戻せない」といった記述から構成される。「連携相手の資質」は「人による」「その人の資質」といった記述から構成される。

精神科医療機関・精神保健福祉士は、連携先の力量によって連携が阻害されることがあると感じている。

⑨入院への過剰期待

このグループはサブグループを持たず、「やみくもにすぐ入院させてくれ、すぐみてくれと言う」「病院にもできることとできないことがある」「退院という地域側がエツと言う」といった記述から構成される。

介護保険事業所等から急に入院と言われたり、入院すれば何とかかなると思われていたり入院への過剰の期待があると精神科医療機関：精神保健福祉士は感じている。これは入院が万能ではなく、介護保険事業所等側の要求にすべてを答えることに違和感を持っていることがわかった。

⑩連携相手

このグループは「家族」「施設」「生保」「包括」「ケアマネ」「その他」の6つのサブグループに分かれる。

「家族」は「家族」「家族がいわゆる主役」といった記述から構成される。「施設」は「施設の相談員」「グループホームの相談員」といった記述から構成される。「生保」は「保護課の方」「生保担当の人」といった記述から構成される。「包括」は「包括」「認定を受けていない人は包括からが多い」といった記述から構成される。「ケアマネ」は「ケアマネが一番多い」「ケアマネから連絡がくる場合が多い」といった記述から構成される。「その他」は「転院先のワーカー」「日常生活自立支援事業」「障害のヘルパー」といった記述から構成されている。

⑪連携が少ない相手

このグループは「保健所」「行政」「施設」の3つのサブグループに分かれる。

「保健所」は「保健所との連携はほとんどない」といった記述から構成される。「行政」は「行政機関から精神科医療機関への依頼は全くない」といった記述から構成される。「施設」は「介護施設の連携は全くない」「精神科医師と施設の医師との連携は極めて少ない」といった記述から構成されている。

2. 介護保険事業所等・精神保健福祉士

表Ⅲ－2 連携を阻害する要因 介護保険事業所等・精神保健福祉士

《グループ》	〈サブグループ〉
《長期入院》	<ol style="list-style-type: none"> 1 〈入院は最終手段〉 2 〈長期入院の弊害〉
《病院への要望》	
《精神科病院との連携がしやすい》	<ol style="list-style-type: none"> 1 〈病院にハードルがない〉 2 〈病院側の工夫〉
《精神科病院への不満》	<ol style="list-style-type: none"> 1 〈精神科病院のことがわからない〉 2 〈病院から情報提供ない〉 3 〈病院のハードルが高い〉 4 〈病院が地域生活のイメージが もてない〉 5 〈病院の体制への不満〉
《連携の工夫》	<ol style="list-style-type: none"> 1 〈顔の見える関係〉 2 〈連携のための取組〉 3 〈相互理解のための工夫〉 4 〈地域ケア会議〉 5 〈顔の見える関係の範囲〉 6 〈啓発〉 7 〈精神科へのつなぎ方の工夫〉
《相互理解の弊害》	<ol style="list-style-type: none"> 1 〈情報開示の必要性〉 2 〈意思疎通が困難〉
《連携相手》	<ol style="list-style-type: none"> 1 〈ケアマネ・事業所〉 2 〈包括〉 3 〈入院先の病院〉 4 〈かかりつけ医〉 5 〈地域の組織〉 6 〈地域の商店〉 7 〈行政〉 8 〈連携しづらい相手〉
《連携がない》	
《連携シート》	<ol style="list-style-type: none"> 1 〈マイナスイメージ〉 2 〈シートの実際〉

2) 介護保険事業所等・精神保健福祉士

①長期入院

このグループは「入院は最終手段」「長期入院の弊害」の2つのサブグループに分かれる。

「入院は最終手段」は「入院することが最終手段のイメージ」といった記述から構成される。「長期入院の弊害」は「長期入院の時は家族から退院と聞いたら動く」といった記述から構成される。

②病院への要望

このグループはサブグループをもたず、「連携で退院時はADLが知りたい」「連携で退院時には入院の情報が欲しい」といった記述から構成される。

介護保険事業所等・精神保健福祉士は入院中や退院時の情報が欲しいと考えていることがわかった。

③精神科病院との連携がしやすい

このグループは「病院にハードルがない」「病院側の工夫」の2つのサブグループに分かれる。

「病院にハードルがない」は「精神科の病院はどこでも対応してくれる」「精神科の病院だからといって連携が特別なわけではない」といった記述から構成される。「病院側の工夫」では「病院がカンファレンスをもってくれる」「認知症治療病棟では精神保健福祉士は地域のことを分かっている」といった記述から構成される。

介護保険事業所等・精神保健福祉士は精神科医療機関・精神保健福祉士とは連携がとりやすいと感じていることがわかった。

④精神科病院への不満

このグループは「精神科病院のことがわからない」「病院から情報提供がない」「病院のハードルが高い」「病院の地域生活のイメージが持てない」「病院の体制への不満」の5つのサブグループに分かれる。

「精神科病院のことがわからない」は「閉鎖病棟の様子を見に行くのは気を使う」「精神科で行われていることを知らない」といった記述から構成される。「病院から情報提供がない」は「入院生活がちょっとみえない」「病院の暮らしがわからない」といった記述から構成される。「病院のハードルが高い」は「どのタイミングで訪問したらいいかわからない」「遠慮しすぎていけないが、少しは遠慮しないといけない」といった記述から構成される。「病院が地域生活のイメージが持てない」は、「管理体制の中の病院でできることも家ではできない」「病院は家に帰った生活像というものがない」といった記述から構成される。「病院の体制への不満」は「人が変わってしまう」「システムをつくらうとしても人が抜けたりすると結局立ち消えになる」といった記述から構成される。

介護保険事業所等・精神保健福祉士は精神科領域への知識不足や認識不足から、連携に関する不安や不満が生まれていることや、精神科医療機関・精神保健福祉士の情報提供の不足から、連携のしづらさを感じていることがわかる。

⑤連携の工夫

このグループは「顔の見える関係」「連携のための取組」「相互理解のための工夫」「地域ケア会議」「顔の見える関係の範囲」「啓発」「精神科へのつなぎ方の工夫」の7つのサブグループに分かれる。

「顔の見える関係」は「なるべく顔のみえるお付き合いができるようにする」「お互いの見える化」といった記述から構成される。「連携の取組」は「みんなが連携をとりやすい環境づくりが今後必要」「ケアマネもスキルアップしないといけない」といった記述から構成される。「相互理解のための工夫」は「事例を共有すること」「複数で情報を共有をしながらわかるように心がけている」といった記述から構成される。「地域ケア会議」は「地域ケア会議」「地域ケア会議は認知症一人暮らしが上位」といった記述から構成される。「顔の見える範囲」は「中学校区では少し細分化しすぎ」といった記述から構成される。「啓発」は「小学校への認知症の啓発」「福祉教育」といった記述から構成される。「精神科へのつなぎ方の工夫」は「精神科の機能を活かせるようなつなぎ方をすべき」「専門的な指南をしてもらうためにつなげる」といった記述から構成される。介護保険事業所等・精神保健福祉士は、精神科医療機関との連携を深めるためには顔の見える関係づくりや、相互理解を深める必要があると感じており、様々な工夫が行われていることがわかった。また、地域ケア会議を行うことだけで連携をしていると感じているという意見も多かった。

⑥相互理解の弊害

このグループは「情報開示の必要性」「意思疎通が困難」の2つのサブグループに分かれる。

「情報開示の必要性」は「連携がうまくいかないのは事例を共有できていない時」「介護や個人情報地域も医療側もオープンにしないとつながれない」といった記述から構成される。「意思疎通が困難」は「家族からの伝言になると話がよくわからない」「ベッドコントロールだけしている精神保健福祉士に会ったときはこちらの意図が全然伝わらない」といった記述から構成される。

情報の共有がうまくいかないことや、精神科医療機関からの情報の伝えかたによって相互理解がとれていないことが連携の阻害になっていると感じていることがわかった。

⑦連携相手

このグループは「ケアマネ・事業所」「包括」「入院先の病院」「かかりつけ医」「地域の組織」「地域の商店」「行政」「連携しづらい相手」の8つのサブグループに分かれる。

「ケアマネ・事業所」は「ケアマネ事業所」「在宅を今後担当する人たち」といった記述から構成される。「包括」は「地域包括」といった記述から構成される。「入院先の病院」は「入院先の病院」「病院の精神保健福祉士」といった記述から構成される。「かかりつけ医」は「主治医の先生」「かかりつけの先生は絶対」といった記述から構成される。「地域の組織」は「民生委員」「町会連合会」といった記述から構成される。「地域の商店」は「小さい商店」といった記述から構成される。「行政」は「保健センターの保健師」「生活保護のケースワーカー」といった記述から構成される。「連携しづらい相手」では「保健センターの保健師」「精神科は地域の連携会議に出てこない」といった記述から構成される。

⑧連携がない

このグループはサブグループを持たず、「入院したケースが少ない」といった記述から構成される。近隣に精神科医療機関がなく、連携したことがない介護保険事業所等・精神保健福祉士がいることがわかった。

⑨連携シート

このグループは「マイナスイメージ」「シートの実際」の2つのサブグループに分かれる。マイナスイメージは「書く量が多いので埋めることがストレスになってしまう」「仕事の手をとる」といった記述から構成される。連携シートの項目が多く、記入が大変であると感じていることが分かった。

3. 考察

(1) 精神科医療機関・精神保健福祉士 連携を阻害する要因

11 グループの相関では、「入院への過剰期待」と「地域への期待」に負の相関関係がみとれた。精神科医療機関・精神保健福祉士は介護保険事業所等・精神保健福祉士から入院を期待されることが多い。精神科医療機関は入院という選択肢だけではなく、地域で支える方法がないかという思いを持っており、介護保険事業所等・精神保健福祉士へ早期の受診援助や関わりを期待している。

「連携の工夫」のサブグループでは、「信頼関係」への相関関係が多くみられた。精神科医療機関・精神保健福祉士は連携には信頼関係が重要であると認識しており、信頼関係を構築しようと工夫していることがわかった。

「力量」のカテゴリでは、自機関の課題でなく施設や地域包括支援センターなど連携相手先の課題をあげ、精神科医療機関・精神保健福祉士自らの連携を阻害する課題は出てこなかった。精神科医療機関・精神保健福祉士はスムーズに入退院ができる＝連携ができていると考えがちであり、入退院が滞ると連携できない、相手に課題があると感じてしまう傾向がある。

「連携の実際」は、「向こうから連絡がきたら対応している」といった姿勢が多く、積極的に働きかけるのではなく待つ姿勢（＝消極的連携）が多かった。また連携の内容も「連絡調整のみ」や「看護とケアマネとの橋渡し」と本来の連携とはいえない内容が多かった。しかしながら連携を深めなければならない、信頼関係を作りたいという思いもあり、相手への気遣いや講演会の開催など精神科を知ってもらう取り組みを行う一方で、連携をどうしていいのかわからない、自身が多忙でなかなか進めることができないという、連携にジレンマを感じていることもわかった。

(2) 介護保険事業所等・精神保健福祉士の連携を阻害する要因

介護保険事業所等・精神保健福祉士は認知症の人の支援のために様々な機関と連携していることがわかった。地域の中では精神科医療機関は一つの資源にすぎず、認知症の人を支援していく上で、それぞれ連携の工夫を積極的に行っている。しかしながら、連携のためには医療機関からの情報が欲しいという意見や、介護保険法で記載された「地域ケア会議」を行うことだけで連携をしていると考えている傾向も見られた。情報の共有や会議を行うことだけでなく、情報を得た後の動き方、地域ケア会議の内容や会議を行ったその後の動き方で連携が生まれてくると考えられる。

「長期入院」からの相関関係がみられず、介護保険事業所等・精神保健福祉士は長期入院するとその先の方向性を検討していないことがわかる。精神科医療機関への入院は介護保険事業所等・精神保健福祉士にとっては最後の手段といったイメージがあり、介護保険事業所等・精神保健福祉士は地域の生活で限界を感じたときに入院を選択するため、長期入院につながってしまうことが考えられる。入院が長期化している認知症の人は、地域と密着しながら生活する「地域包括ケアシステム」の構想の中になかなか入れない現状があ

り、今後、入院が長期化している認知症の人の支援の方法を行政、精神科医療機関、地域の関係機関とともに考えていかなければならない。

介護保険事業所等・精神保健福祉士は、「精神科病院と連携しやすい」というカテゴリが、「精神科病院への不満」と「病院への要望」に相反関係がみとれた。介護保険事業所等・精神保健福祉士は「病院にハードルがない」など、精神科医療機関と連携がしやすいと感じている一方で、「精神科で行われていることが分からない」など、精神科領域への知識不足や認識不足から不安を持っていることがわかる。また「精神科医療機関からの情報提供がない」「ハードルの高さを感じている」ことから、精神科医療機関への不満が生まれており、連携の阻害要因と感じていることがわかる。

お互いの役割を理解することは連携の第一歩となるが、介護保険事業所等・精神保健福祉士が精神科領域への理解を深めることが前提になると考えられる。

(3) 比較考察

介護保険事業所等・精神保健福祉士がイメージする連携は、在宅で認知症の人を支援しているため、様々な機関と連携しており、自機関がある地域もしくはその近隣の地域に密着したものとなっている。しかしながら、精神科医療機関がカバーする圏域はもう少し広範囲になっており、相談をうける地域も関係する機関や退院先など、広範囲になっている。精神科医療機関がその地域にあるかないか、地域に開かれた病院であるかという特性が連携に大きく作用するのではないかと考える。

介護保険事業所等・精神保健福祉士の中には、「連携の相手」に精神科医療機関がなく、認知症の人のケースを多く支援しているにも関わらず、精神科医療機関が遠い存在であることが感じられた。その一方で、精神科医療機関・精神保健福祉士と関わったことのある介護保険事業所等・精神保健福祉士は、「連携しやすい」と感じている回答もある。

精神科医療機関・精神保健福祉士は講演会を開くなどで地域のネットワークの構築などを目指す一方、介護保険事業所等・精神保健福祉士とどのように連携したらいいのかわからないといった戸惑いも感じられた。

連携シート、ケアパスは、両者とも「項目が多い」といった内容がみられ、あまり活用していないことがわかった。認知症の人を支援するためには、連携シートも含めお互いに本人や家族の情報を共有しながら支援の方向性を決めていくことが必要であると考えられる。

両機関ともに“本人”というキーワードが少なかった。精神保健福祉士は、本人を主体とした支援を行うことが役割であり、本人に向き合う姿勢が求められる。

本人と向き合う中で出てきた、本人の状況や思いを自機関や他機関に伝えることを意識し行動すれば、連携が生れてくるのではないかと考える。

IV. 精神保健福祉士の役割と専門性
1. 精神科医療機関・精神保健福祉士

表IV-1 精神保健福祉士の役割と専門性 精神科医療機関・精神保健福祉士

《グループ》	〈サブグループ〉
《業務内容》	1 〈情報収集・情報提供〉 2 〈施設に向けての説明〉 3 〈入退院支援〉 4 〈環境整備〉 5 〈リハビリ〉 6 〈カンファレンス・打ち合わせ〉
《橋渡し》	1 〈患者さんにわかりやすく説明〉 2 〈院内外の橋渡し〉 3 〈院内連携〉 4 〈橋渡しする時の意識・スキル〉 5 〈コーディネート〉
《家族支援》	1 〈家族本位〉 2 〈負担軽減〉 3 〈アセスメント〉
《精神保健福祉士の立場性》	1 〈地域生活を意識した支援〉 2 〈人としてみる〉 3 〈本人主体〉 4 〈本人が望む生活を想像する〉 5 〈権利擁護〉
《つながり》	1 〈関係性〉 2 〈ネットワーク〉 3 〈連携〉
《専門性の曖昧さ》	1 〈精神保健福祉士は医療職〉 2 〈専門性を意識していない〉 3 〈専門性がない〉 4 〈専門性は難しい〉 5 〈ジェンダー的役割分担〉 6 〈専門性を主張できない〉
《包括には精神保健福祉士でなくてもいい》	1 〈包括は社会福祉士〉

2 <包括のことはわからない>

《包括には精神保健福祉士が必要》

- 1 <早期対応ができる>
- 2 <支援の幅が広がる>
- 3 <全体把握ができる>
- 4 <精神保健福祉士の専門性が必要>
- 5 <精神科との連携がしやすくなる>

(1) 精神保健福祉士の専門性

1) 精神科医療機関・精神保健福祉士

①業務内容

このグループは「情報収集・情報提供」「施設に向けての説明」「入退院支援」「環境整備」「リハビリ」「カンファレンス・打ち合わせ」の6つのサブグループに分かれる。「情報収集・情報提供」は「施設に情報を伝えて情報をこちらから聞く」「お互いの情報を組み合わせる」「集められる情報の中から本人にとって快適なところを考える」といった記述で構成される。「施設に向けての説明」は「施設が高い」「施設が見つからない」といった記述で構成される。「入退院支援」は「入口と出口の調整役」「退院に向けての必要な調整」「その人なりの退院の仕方のイメージ」「地域で求められる形で退院していただく」「早い時期に帰ってもらうのが基本」といった記述から構成される。「環境整備」は「介護保険の申請」「サービスの情報提供をするのが精神保健福祉士の役割」といった記述から構成される。「リハビリ」は「生活機能訓練に入る」「脳トレのような計算」「軽体操」といった記述から構成される。「カンファレンス・打ち合わせ」は「看護師・精神保健福祉士・医師・作業療法士でちょっと打ち合わせすることはある」「カンファレンスは週1回」といった記述から構成される。

精神保健福祉士の支援は入退院時に集中しており、入院中に本人の思いを聴くことや生活を知るための関わりに関する意見が少ない。本人の今後の生活を考えながらも、他の支援者との「情報収集・提供」やサービス利用のための手続きや調整を中心とした、「環境調整」等が主な業務内容になっていることが伺える。

②橋渡し

このグループは「患者さんにわかりやすく説明」「院内外の橋渡し」「院内連携」「橋渡しする時の意識・スキル」「コーディネート」の5つのサブグループに分かれる。

「患者さんにわかりやすく説明」は「看護師や医師の意見をわかりやすく説明」「薬に対する説明」「病状に対する説明」といった記述から構成される。「院内外の橋渡し」は「つなぎ役」「他機関とのパイプ役」「連絡調整」といった記述から構成される。「院内連携」は「ケアマネからの情報を看護師に伝える」「他の職種に伝えている」といった記述から構成される。「橋渡しする時の意識・スキル」は「専門性が見えるような動き」「一歩下がって冷静に物事を判断して話を進めていく立場」「ケアマネのスキルアップのレベルも非常に高い」といった記述から構成される。「コーディネート」は「全体のコーディネーター」「リーダーシップをとる」といった記述から構成される。

精神保健福祉士の専門性を意識しながら、本人の生活全体をとらえた上で、院内外の支援者につなぐことや病状や薬、他職種の意見等を本人にわかりやすく伝えることにより、本人を不在にしない支援や連携を行う等、様々な側面で「丁寧につなぐこと」を精神保健福祉士として意識していることがわかった。一方で、ケアマネジャーからの意見や情報を他職種に返すことや、支援者全員が上手くいくようにすること等については専門性

に乏しく、単に業務として行っている状況もあることがわかった。

③家族支援

このグループは「家族本位」「負担軽減」「アセスメント」の3つのサブグループに分かれる。

「家族本位」は「家族本位な意向」「家族の意向に沿う」といった記述から構成される。「負担軽減」は「家族が入院まですごく大変な思いをされてきた」「家族が持っているマイナスの感情を取り除く」「家族から聴ける機会があれば聴く」といった記述から構成される。「アセスメント」は「家族の許容量」「家族背景」といった記述から構成される。家族が入院に至るまでに抱えた負担感や本人に対するマイナスの感情を傾聴し、受容することで家族の精神的な負担感の軽減を図ること、アセスメントを通して家族の力や本人との関係性を理解すること等の家族支援が、認知症の人の支援を考える上で大切であると、精神保健福祉士が考えていることが伺える。一方で、本人の意向を聴かずに、あるいは本人の意向を聴いていても、互いの意向の折り合いをつけていく過程をもたずに、家族本位の支援をしていることも明らかになった。

④精神保健福祉士の立場性

このグループは「地域生活を意識した支援」「人としてみる」「本人主体」「本人が望む生活を想像する」「権利擁護」の5つのサブグループに分かれる。

「地域生活を意識した支援」は「医師にも地域の介護者の意見を聞いてもらいたい」「本人がいない生活が成り立ってしまうと帰っていただくのが難しくなる」「病院は生活の空間ではない」といった記述から構成される。「人としてみる」は「個別性をみる」「病気をもったAさんではない」といった記述から構成される。「本人主体」は「その人の立場を一番理解している立場」「本人から聴ける範囲で聴く」「ワーカーとしての認知症治療病棟でのジレンマ（本人の意向に沿っているか）」「自分（精神保健福祉士）本位になっていないか確認しながらやらないといけない」といった記述から構成される。「本人の望む生活を想像する」は「生活歴」「生活背景」「（本人の思いを想像して）分析」といった記述から構成される。「権利擁護」は「本人を擁護する」「代弁」「患者の不利益にならないようにする」といった記述で構成される。

精神保健福祉士は、本人の地域での生活を意識した連携を院内で行っていることがわかった。また、精神保健福祉士は、本人の意向に沿った支援ができているのか等の葛藤を抱えながら、本人主体の関わりを大切にしていることが伺える。

⑤つながり

このグループは「関係性」「ネットワーク」「連携」の3つのサブグループに分かれる。

「関係性」は「家族と関係性がとれるようになってからお願いする」「本人との関係性を切れないようにする」といった記述から構成される。「ネットワーク」は「地域間での連携の仕事ができたらい」「慣れた生活をしていれば問題のない人もいる」「チームに参加できる立場でキチンと意見を言ってくる」といった記述から構成される。「連携」は「本人を取り巻く様々な立場の人が同じ方向を向くようにする」「一方向ばかりみても支援できない（全体をみる）」といった記述から構成される。

認知症の人、本人の地域生活を実現するために、本人の生活全体をとらえた上で地域とのつながりを途切れないようにする、または再構築するためにケア会議に参加する等を通じて、支援目標を共有する取り組みを行う等、精神保健福祉士が認知症の人を生活者としてとらえ、地域生活を意識した関わりを行っていることが伺える。

⑥専門性の曖昧さ

このグループは「精神保健福祉士は医療職」「専門性を意識していない」「専門性がない」「専門性は難しい」「ジェンダー的役割分担」「専門性を主張できない」の6つのサブグループに分かれる。

「精神保健福祉士は医療職」は「医療目線」「社会福祉士は医療で精神保健福祉士は半分は医療技術者」といった記述から構成される。「専門性を意識していない」は「専門性を感じて電話したりしていない」「(認知症における精神保健福祉士の役割) できないところはある」「(精神保健福祉士の役割ではなく) 役割として病院に位置づけられている」といった記述から構成される。「専門性がない」は「(精神保健福祉士) その人の持ち味」「ちょっと聞いてって聞いてくれる人」

といった記述から構成される。「専門性は難しい」は「僕の中で難しい」「判断が難しい」といった記述から構成される。「ジェンダー的役割分担」は「お父さんの立場・お母さんの立場」「役割分担がうまいこと分担されればいい」といった記述から構成される。「専門性を主張できない」は「看護師に強く言い切れないことがある」「看護師とのバランス」といった記述から構成される。

精神保健福祉士自身が専門性を意識していない、専門性がわからない等と感じながら病院内で与えられた業務をこなしていることや精神保健福祉士としての専門性ではなく、個人の個性や感覚に基づいて仕事をしていることが伺える。一方で、専門性を意識しながらも他職種に対して主張できないことへの葛藤を抱えていることもわかった。

⑦包括には精神保健福祉士じゃなくてもいい

このグループは「包括には社会福祉士」「包括のことはわからない」の2つのサブグループに分かれる。

「包括には社会福祉士」は「精神保健福祉士がいるから全てうまくいくわけではない」「精神科は認知症がまだ本流ではない」「医療と福祉を併せもった資格」といった記述から構成される。「包括のことはわからない」は「包括の力量」「(包括が) 何をしているのか」といった記述から構成される。

精神保健福祉士は、認知症の人も支援対象であるとの認識が不十分であること、地域包括支援センターについての理解が希薄であることが伺える。

⑧包括には精神保健福祉士が必要

このグループは「早期対応ができる」「支援の幅が広がる」「全体把握ができる」「精神保健福祉士の専門性が必要」「精神科との連携がしやすくなる」の5つのサブグループに分かれる。

「早期対応ができる」は「初期段階の見極め」「早期対応」といった記述から構成される。「支援の幅が広がる」は「支援が進むきっかけ」「総合福祉」「患者が持っている社会資源の情報」といった記述から構成される。「全体把握ができる」は「トータルにケアプランをたてる」「認知症の人を支える全体図を包括発信でできたら良い」といった記述から構成される。「精神保健福祉士の専門性が必要」は「精神的な問題のところに専門性が発揮される」「息子さんが精神疾患をもっている場合」「社会福祉士だけなら精神未治療の方の対応は絶対にできない」「虐待事例」「高齢精神障害者をフォローしようと思ったら精神保健福祉士が必要」といった記述から構成されている。「精神科との連携がしやすくなる」は「地域側は医療機関との連携がとりづらい」「精神保健福祉士が配置されていると連携の部分で敷居が低くなる」といった記述から構成される。

精神保健福祉士は、専門性の一つである「人と状況の全体性を捉える視点」が地域包括支援センターでのケース支援等に活かされると考えていることがわかった。また、精神保健福祉士の専門性ではなく、精神科医療機関での知識や経験がある人が、地域包括支援センターに配置されたほうが良いと考えていることがわかった。

2. 介護保険事業所等・精神保健福祉士

表IV-2 精神保健福祉士の役割と専門性 介護保険事業所等・精神保健福祉士

《グループ》	〈サブグループ〉
《精神保健福祉士の専門性》	1 環境へのアプローチ 2 見立て 3 本人主体 4 コンサルテーション
《連携》	
《精神保健福祉士への期待》	
《包括に必要なソーシャルワーカー》	1 P SWが配置されたほうが良い 2 社会福祉士が良い 3 どちらでも良い
《啓発活動》	1 啓発活動の課題 2 専門性を活かした啓発活動
《精神保健福祉士の経験値》	1 地域での経験が必要 2 精神科での経験が必要

(2) 精神保健福祉士の専門性

1) 介護保険事業所等・精神保健福祉士

①精神保健福祉士の専門性

このグループは「環境へのアプローチ」「見立て」「本人主体」「コンサルテーション」の4つのサブグループに分かれる。

「環境へのアプローチ」は「(家族と環境等と) どこに折り合いをつけるか」「人を深く知る部分」「家族の支援をすることで本人の気持ちが軽くなる」といった記述から構成される。「見立て」は「現在の包括の見立てができない」「地域包括支援センターの見立てと実際が違う」といった記述から構成される。「本人主体」は「(精神保健福祉士は) 本人主体は揺るがずにいれる」「大事なものを精神保健福祉士は持っている気がする」といった記述から構成される。「コンサルテーション」は「(精神保健福祉士は) 支援について助言的なことをする」「精神的なことに対して精神保健福祉士は気づきやすい」といった記述から構成される。本人主体の基本的視点があることや、生活全体をとらえた上での支援を考えることができること、本人を取り巻く環境も含めたアプローチができる等の強みを精神保健福祉審が専門性として持っていると考えていることがわかる。

②連携

このグループはサブカテゴリを持たず、「精神科の特性を周知する」「精神保健福祉士をあまり理解していない人がいる」「(ケアマネジャーと地域包括支援センターの精神保健福祉士)がお互いにわからない所を教え合う」といった記述から構成される。連携を行う上では、互いの機関や専門性を理解し合うことが必要であると感じていることが伺える。

③精神保健福祉士への期待

このグループはサブカテゴリを持たず、「利用者の家族で最近ひきこもりの方が多くなっている」「虐待ケースでは包括が動かない」「包括が制度のことを聞いてくる」といった記述から構成される。地域包括支援センターの抱える課題とともに、多様化・複雑化した課題をもつケース支援や、精神疾患を抱える家族への支援等に対する精神保健福祉士への期待が伺える。

④包括に必要なソーシャルワーカー

このグループは「精神保健福祉士が配置されたほうが良い」「社会福祉士が良い」「どちらでも良い」の3つのサブグループに分かれる。

「精神保健福祉士が配置されたほうが良い」は「認知症連携担当者より精神保健福祉士が配置されるほうがいい」「もし包括に精神保健福祉士がいたら違っていい」「すごいフリが包括からくるので一緒に考えてもらえる」といった記述から構成される。「社会福祉士が良い」は「包括には社会福祉士がいい」といった記述から構成される。「どちらでも良い」は「根源は一緒」「(3職種の)視点が違う」「いればいるに越したことはないってくらい」といった記述から構成される。

ソーシャルワーカーとして、本来は同じ視点や専門性があると考えられるため、社会福祉士でも精神保健福祉士でもどちらでもいいという意見の一方で、地域包括支援センターの現状を踏まえると、精神保健福祉士がいたほうがいいという意見もあることがわかった。

⑤啓発活動

このグループは「啓発活動の課題」「専門性を活かした啓発活動」の2つのサブグループに分かれる。

「啓発活動の課題」は「啓発活動は支援者側の自己満足にみえることがある」「(啓発活動は)質より量になっている」「その先に人がみえない」といった記述から構成される。

「専門性を活かした啓発活動」は「(他の職種だと)啓発活動の根拠が弱い感じがする」といった記述から構成される。

啓発活動の目的が明確になっておらず、現状としてイベント化しているものが少なからずあることに対する危惧から、精神保健福祉士であれば本人主体を意識し、そこに目的をもった活動ができるのではないかと考えていることが伺える。

⑥精神保健福祉士の経験値

このグループは「地域での経験が必要」「精神科での経験が必要」の2つのサブグループに分かれる。

「地域での経験が必要」は「地域に育てられる」「病棟しか知らない精神保健福祉士はバランスが悪い」「精神保健福祉士も(地域では)最初から使い物にはならない」といった記述から構成される。「精神科での経験が必要」は「精神科での経験が活かしている」「精

精神科での経験が地域の役に立つ」といった記述から構成される。

精神科医療機関での経験だけではなく、地域で生活支援を行っていく上では、地域の現状の理解や地域支援者との関係づくり、柔軟な考えや対応など、地域での経験値を重ねていくことも精神保健福祉士には求められていることがわかった。

3. 考察

(1) 精神科医療機関・精神保健福祉士の専門性

精神保健福祉士の専門性についての項目では、全体的に業務内容に関することが多くあった。その理由としては、専門性への理解が希薄であるために、与えられた業務や役割を担うことに終始してしまい、そのことでより専門性の理解が難しくなっていると考えられる。このことは全体的に“本人”というキーワードが少なく、家族や他職種、関係機関といったワードが多く出ていたことから伺える。

「橋渡し」と「つながり」は密接な関係があると考えられる。この2つのカテゴリには、地域生活を理解することや病状等を本人にわかりやすく説明する等、本人との関係に関するものと院内の他職種や関係機関との関係づくりに関するものが挙げられている。どちらも本人不在とならないように橋渡しやつなぐ支援が行われており、精神保健福祉士がチームづくりや情報共有等の際に本人本位を意識していることがわかる。

「精神保健福祉の立場性」と「家族支援」は負の関係がみてとれた。認知症の人の支援では本人の意向を把握しにくいこと、家族の意向で方向性が決められてしまうことが多い。精神保健福祉士は、本人主体であることや本人の地域生活を意識すること、本人の代弁者であることを大切にされた立場にあるが、認知症の人の支援においてはそれらが揺らぐことが多く、そこにジレンマを感じていると考えられる。

しかし、家族支援が家族の意向に沿うこと（家族本位）と同様の意味を持つものではないことを考えると、認知症の人の支援においても精神保健福祉士の立場性は、精神障害者の支援におけるものと何ら変わりはなく、本人の意向を時間をかけて関わることで理解し、家族と本人とが互いの意向に折り合いをつけていく過程を共に歩んでいく姿勢が精神保健福祉士には求められると考えられる。

「専門性の曖昧さ」は「包括には精神保健福祉士でなくてもいい」といった記述に一方向の関係があるとみてとれた。精神保健福祉士の専門性が曖昧なまま、精神保健福祉士が業務として情報収集や情報提供、家族の意向確認、サービス利用調整等を担っていることが伺われるが、本来、その業務も本人主体の視点や自己決定、個別化等のソーシャルワークを意識して行われるべきものである。精神保健福祉士の専門性が共有されていないために、社会福祉士の専門性との違いを一人ひとりの精神保健福祉士が認識できない現状を生み、そのことが地域包括支援センターにおける精神保健福祉士の配置について否定的な、あるいは消極的な考えに影響していると考えられる。

「包括には精神保健福祉士でなくてもいい」と「包括には精神保健福祉士が必要」は相反関係がみてとれた。しかし、「包括には精神保健福祉士が必要」は精神保健福祉士の専門性に期待する一方で、精神科との連携のしやすさ等、精神科医療機関での経験が求められていることがわかった。また、精神科医療機関・精神保健福祉士の意見であることから、地域包括支援センターと連携するにあたり、精神科医療機関への相談、受診のタイミングが遅く感じられることや、精神科領域の知識が乏しいため全体把握が不十分なケースがあった等の経験から、地域包括支援センターへの精神保健福祉士の配置が有効であると考えられていると思われる。

(2) 介護保険事業所等・精神保健福祉士の専門性

「精神保健福祉士の専門性」と「連携」は密接な関係がみてとれた。互いの機能や専門性を理解することで連携がしやすくなる。揺るぎない本人主体の視点や全体状況を把握しながら環境に働きかけていく等の精神保健福祉士の専門性を言語化して連携相手に伝えていくことが求められる。

「精神保健福祉士の専門性」は「精神保健福祉士への期待」と一方向の関係がみてとれた。精神保健福祉士の専門性は、虐待ケースや認知症の人の家族に精神疾患を抱える家族がいるケース等の潜在化、複雑化した課題への対応に有効であると考えられる。また、「精神保健福祉士への期待」と「精神保健福祉士の経験値」は密接な関係がみてとれ、精神保健福祉士の専門性から複雑で多様化した課題への対応が期待されているだけではなく、そこには、地域での経験値と精神科医療機関での経験値を併せもった人材が求められていると考えられる。

「包括に必要なソーシャルワーカー」は「精神保健福祉士の経験値」と「連携」との相関関係がみてとれた。認知症の人を取り巻くあらゆる課題解決の担い手として期待されている地域包括支援センターにおいては、医療に中心をおいた精神科医療機関での経験値のみでは、精神保健福祉士の配置の有効性という点においては低いと考えられている。地域包括支援センターにおいて精神保健福祉士の配置の有効性を高めるには、地域生活における多様で個別性の高いニーズへの対応や関係機関のみならず、近隣住民等も含めた幅広い地域資源のネットワーク構築ができるような実践力が求められる。また、「精神保健福祉士の専門性」と「啓発活動」、「精神保健福祉士への期待」はそれぞれ、「包括に必要なソーシャルワーカー」と一方向の関係がみてとれた。

地域包括支援センターの活動は啓発活動等、多岐にわたるが、その活動の根幹は地域包括ケアシステムの実現である。重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムにおいては一人ひとりの望む暮らしの実現の積み重ねが重要であり、それには認知症の人本人を生活者としてとらえることや、本人主体の視点が不可欠であることから精神保健福祉士への期待があると考えられる。

(3) 比較考察

精神科医療機関における「精神保健福祉士の立場性」と介護保険事業所等における「精神保健福祉士の専門性」のサブカテゴリには、両者とも「本人主体」があり、精神保健福祉士が本人主体を基軸とした関わりをする専門職であるという理解は共通している。しかし、精神科医療機関では「専門性の曖昧さ」というカテゴリがあり、精神保健福祉士が認知症の人と関わる際に、精神保健福祉士の専門性を主張できていないことも考えられる。また、両者とも専門性については本人主体や環境への働きかけは挙げられるが、Y問題以降、精神保健福祉士が最も重要視してきた自己決定の保障についてはどちらも挙げなかった。このことは、精神保健福祉士自身が実践の対象として認知症の人をとらえていないことや、思いや希望等を自らの言葉で表出することが難しい認知症の人への関わりにおいて、自己決定の保障を実践課題とすることを軽んじてしまっているのではないかと危惧する。

地域包括支援センターへの精神保健福祉士の配置については、両者とも配置に積極的な意見と否定的な意見があった。精神保健福祉士は課題のみに焦点を当てずに全体状況を把握し、本人を中心とした課題整理を行い、支援の見立てができると考えられている。しかし、多様で複雑化、潜在化したケースへの対応や地域課題の解決及び実現を担う地域包括支援センターでは、むしろ期待されているのは精神科医療機関での実践から得た知識と経験を持った精神保健福祉士であった。地域包括ケアシステム構築の担い手として期待され

る地域包括支援センターは、今後ますますその力量が問われるところであり、高齢者のみならず、その家族も含めた世帯としての支援を考える際には、資格によらず、幅広い知識と経験値、ネットワークを持ちながらソーシャルワーカーとしての専門性を発揮できる人材が求められていると考える。

V. 全体考察

本調査は認知症の人への支援のあり方や連携の実態を明らかにすることを目的に行われた。調査結果によると、精神科医療機関が介護保険事業所等・精神保健福祉士から期待されているのは入院機能である。介護保険事業所等・精神保健福祉士にとって精神科医療機関への入院は、認知症の人の在宅支援が破たんした時に選択する最後の手段である。回答の中には「スムーズな入院・退院」＝「連携がうまくいっている」と捉えられるものもみられた。第一版でも述べたが、連携とは「援助において異なった分野、領域、職種に属する複数の援助者（専門職や非専門的な援助者を含む）が、単独では達成できない、共有された目標を達成するために、相互促進的な協力関係を通じて行為や活動を展開するプロセス」である。本調査内の回答では「入院させたい」という介護保険事業所等・精神保健福祉士のニーズに精神科医療機関が応えられているものの、入院した認知症の人、本人のニーズ把握やその共有、退院後の生活を見据えた支援が展開されているとは言い難い。入院した認知症の人への退院支援や、地域で生活する認知症の人への支援、生活を支える地域づくりや社会資源の開発など、本来の意味での連携が展開されるべきである。

注目すべきは退院を阻害する要因、連携を阻害する要因の両者において、精神科医療やそのあり方への課題が挙げられていることである。第一次の量的調査も含めみてきたのは、在宅で認知症の人を支える地域支援者にとって、精神科医療機関や精神保健福祉士が認知症の人の支援に不可欠な存在ではないという認識である。厚生労働省が掲げる地域包括ケアシステムは、「要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制」の構築を目指している。2025年には認知症の人は700万人に達する試算がなされている。そのような時代に精神科医療機関が地域包括ケアシステムの一翼を担うならば、他機関との連携はもちろんのこと、認知症の人やその家族からもアクセスしやすい存在でなければならない。精神保健福祉士には、精神科医療機関と他機関等をつなぐ窓口となり、円滑な医療提供が行われる体制づくりが求められるだけでなく、自機関を含む「地域」が抱える課題やニーズ、「地域」が自機関に期待する役割を適切に把握し、当該「地域」で自機関が果たすべき役割を所属組織全体に発信していく役割も求められる。さらには専門職として「地域」にない資源や必要となるシステムを抽出し、他機関と協働して資源開発を行ったり、非専門職への啓発活動を担う役割も必須となってくる。

本調査内では、精神科病院に入院した認知症の人の大半は自宅ではなく施設退院となっている。今ある「地域」は認知症の人が長く暮らせる地域ではなく、地域共生社会の実現に向けた地域包括ケアシステムの構築が必要となってくる。精神保健福祉士がその一端を担うのであれば、精神保健福祉士の専門性に基づく役割を地域住民や他職種に明確に伝えることが第一歩である。さらに言えば、「地域」とは医療や介護のみではなく、あらゆる分野で構成されている。精神保健福祉士が専門職として必要と考えるシステムの構築だけではなく、当該地域全体を活性化し、住民自身がその地域に住み続けたいと思えるような町づくりを視野に入れて活動を展開していくことが必要である。

おわりに

この報告書は足掛け3年をかけ、ようやく完成の運びとなった。第1版の報告書「認知症の人への支援のあり方とその課題～本人主体の支援を目指した連携とは～」を受けて、認知症の人への支援のあり方、特に精神科医療機関の精神保健福祉士と介護保険事業所等との「連携」をキーワードに考察を深めたものである。

膨大な時間をかけた根気のいる作業の中で、様々な問題が浮かび上がり、精神保健福祉士が取り組むべき課題も明らかにされたと思う。調査にご協力いただいた方々はもとより、認知症プロジェクトのメンバーの努力に心からの敬意と感謝を申しあげる。

おわりの言葉に代えて、以下この報告書を概観しての私の雑感を申しあげたい。

1つには、精神科病院のイメージや期待される役割がかつてとあまり変わっていないのだなということ。地域にとっては万策尽きた時の最終手段であり、また虐待や介護拒否などのより社会的な問題を孕んだときの駆け込み寺としての機能であり、入院の必要性がなくなれば元の地域に戻っていくという選択肢は、ほぼないということである。そして精神科病院に所属する精神保健福祉士にとっても、自宅に帰すというよりは施設等が退院先という選択があたりまえであり、認知症の人にとって精神科病院への入院は二度と自宅に戻ることのない片道切符、病院の精神保健福祉士も地域の関係者にとっても、終着駅か通過地点の認識の違いはあるにせよ、住み慣れた地域に戻るという選択は現実的ではないという点では一致している。地域と隔絶された精神科病院の在り様を変え、少なくとも循環する地域の一資源として機能することを精神保健福祉士は意識化していく必要がある。

2つには、精神保健福祉士存在の根幹をなす本人主体、権利擁護、自己決定権の尊重などの価値が揺らいでいる現実がある。特に認知症の人にピンポイントに関わらざるを得ない精神科の精神保健福祉士にその傾向が顕著であったように思う。疾患の特性上また病院という限られた生活の中で、本人の意思を確認や忖度することの困難さは想定されるが、精神保健福祉士がもっとも向き合わねばならない課題であろう。本人の思いを本人自身が語ることができないということは、身体拘束をされても大量の薬を投与されても不十分なケアをされても、異議申し立てをすることが難しいということでもある。地域、病院のいずれの精神保健福祉士にとっても認知症の人の人権を守ることに敏感でなければならず、そのための具体的な手立てを提案していく必要がある。

3つには、地域自体の福祉力や介護力の弱体化が、セルフネグレクトや介護拒否、介護者の鬱や虐待などの社会的な問題を生んでいるのではないだろうか。ゴミ屋敷も孤立死もその延長線上にあるように思う。問題の発見が遅れ深刻化すればするほど地域からの排除が強化されていく。地域自体の力を底上げしていく発想なしに「住み慣れたところで、その人らしい暮らし」など望むべくもない。地域の中で、認知症の人がその人らしく生きていくためには、その人を支える地域住民の理解や力が必要であり、その地域住民を支える様々な専門職の結集が必要である。新たな地域を創造するために精神保健福祉士の連携力が問われるところであろう。

認知症は初期から終末期まで長いプロセスを経る疾患であり、認知症の人に関わることは、その人の暮らしと人生そのものに関わることでもある。精神保健福祉士は所属する機関や立場によって関与の方法も技術も異なるだろうが、目指すところは「その人の望む暮らし」を支援することであり、それを阻む様々な壁を共に乗り越えることであろう。

認知症の人をめぐるのは、今後、精神科医療のターゲットとしてさらに注目され、精神保健福祉士も否応なく巻き込まれていくことになるだろう。地域共生社会という概念の中で認知症医療はどういう役割を果たすのか、包括的な相談支援体制に精神保健福祉士の役割は

あるのか。この問いかけを今後の課題としたい。

ここで改めて、本調査にご協力いただいた皆さまに心より感謝申し上げます。本ワーキンググループでは、今回皆さまのご協力によって得られた貴重な結果をもとに、引き続き当該の課題に取り組んでいくとともに、今後の地域精神保健福祉のあり方について提言していく所存です。

2016・2017年度「認知症」プロジェクトチーム 柏木一恵

参考資料（インタビューガイド）

「認知症の人への支援に関するインタビュー調査」

本調査では、以下の項目についてお伺いさせていただきます。

- (1) 退院を阻害する要因
 - ① 本人に関する要因
 - ・退院を阻む要因として、認知症の人（本人）が抱える要因として具体的にどのようなものがあるか
 - ② 家族に関する要因
 - ・退院を阻む要因として、認知症の人の家族の要因として具体的にどのようなものがあるか
 - ③ 環境に関する要因
 - ・退院を阻む要因として、社会資源や地域住民などの環境要因として想定されるものには具体的にどのようなものがあるか
- (2) 精神保健福祉士の役割と専門性
 - ① 業務内容
 - ・日常業務における精神保健福祉士としての役割にはどのようなものがあるか
 - ・他機関との連携において、精神保健福祉士としてどのような視点に立ち活動を行っているか
 - ・日頃、認知症の人への支援にどれくらい携わっているか
 - ② 精神保健福祉士の役割
 - ・精神保健福祉士が地域包括支援センターに配置されることにはどのような意味があるか
- (3) 他機関との連携を阻害する要因
 - ① 連携の内容
 - ・具体的にどのような機関・人と連携しているか。また、連携の内容はどのようなものか
 - ② 連携を阻む要因
 - ・連携が困難だと感じる状況・場面等について、またその要因としてどのようなものがあるか
 - ③ 工夫していること
 - ・連携に係るシート等を活用しているか。また、活用している場合にはどの程度、活用しているか
 - ・連携のために日頃から工夫している取り組みはあるか。また、ある場合には具体的にどのようなことを行っているのか
 - ・今後、必要だと思われる取り組みはどのようなものがあるか

編集・執筆者

2016・2017年度「認知症」プロジェクトチーム

リーダー	柏木一恵（浅香山病院：大阪府）・・・・・・・・・・・・・・・・おわりに
チーム員	蔭西 操（南加賀認知症疾患医療センター：石川県）・・・・・・・・・・IV
	木下淳史（堺第2地域包括支援センター：大阪府）・・・・・・・・・・I、III
	小下ちえ（浅香山病院：大阪府）・・・・・・・・・・・・・・・・II、V
	野村恭代（大阪市立大学：大阪府）・・・・・・・・・・・・・・・・はじめに

プロジェクト活動

活動日	場 所	
① 2016年4月14日	浅香山病院	(大阪府堺市堺区)
② 2016年5月6日	浅香山病院	(大阪府堺市堺区)
③ 2016年6月23日	浅香山病院	(大阪府堺市堺区)
④ 2016年8月19日	浅香山病院	(大阪府堺市堺区)
⑤ 2016年9月7日	浅香山病院	(大阪府堺市堺区)
⑥ 2016年10月27日	浅香山病院	(大阪府堺市堺区)
⑦ 2016年11月4日	浅香山病院	(大阪府堺市堺区)
⑧ 2016年12月6日	浅香山病院	(大阪府堺市堺区)
⑨ 2016年12月11日	浅香山病院	(大阪府堺市堺区)
⑩ 2017年1月29日	浅香山病院	(大阪府堺市堺区)
⑪ 2017年3月16日	浅香山病院	(大阪府堺市堺区)
⑫ 2017年4月4日	浅香山病院	(大阪府堺市堺区)
⑬ 2017年6月16日	浅香山病院	(大阪府堺市堺区)
⑭ 2017年8月9日	浅香山病院	(大阪府堺市堺区)
⑮ 2017年11月22日	浅香山病院	(大阪府堺市堺区)

認知症の人への支援のあり方とその課題
～本人主体の支援を目指した連携とは～ ー第二版ー
2017（平成 29）年 12 月発行

編集：公益社団法人日本精神保健福祉士協会
「認知症」プロジェクトチーム（2016・2017 年度）
発行：公益社団法人日本精神保健福祉士協会
〒160-0015 東京都新宿区大京町 23 番地 3 四谷オーキッドビル 7 階
TEL. 03-5366-3152 FAX. 03-5366-2993
URL <http://www.japsw.or.jp/>
